无锡市惠山区人民医院
Wuxi Huishan District People's Hospital

博学立德 精勤惠世

医院管理制度汇编

COMPILATION OF HOSPITAL MANAGEMENT SYSTEMS

行政管理分册

无锡市惠山区人民医院
2023.12

目　录

第一部分　行政管理制度

一、党办管理制度

1、党委会议议事规则.....1

2、党员干部廉政建设制度.....4

3、党员和党员领导干部廉洁自律制度.....5

4、廉政谈话制度.....5

5、一岗双责制度.....6

6、党风廉政建设责任制责任追究制度.....8

7、党委理论中心组学习制度.....9

8、思想政治工作制度.....11

9、党员联系群众制度.....13

10、党员责任区制度.....13

11、党务公开制度.....15

12、党员教育管理制度.....16

13、党内情况通报制度.....17

14、创先争优活动制度.....18

15、基层党组织“三会一课”制度.....19

16、党支部主题党日活动制度.....22

17、理论学习制度.....22

18、党员组织生活会制度.....23

19、民主评议党员制度.....24

20、党费收缴制度.....25

21、发展党员制度.....25

22、党员组织关系转接制度.....26

23、科室党建暨政治学习制度.....27

24、工会工作制度.....27

25、党建带团建工作制度.....28

26、医院团委工作制度.....29
27、青年志愿者管理制度.....29
二、院办管理制度
1、医院制度的制定和修订.....32
2、“三重一大”决策制度.....33
3、重大事项议事制度.....35
4、重要事项请示报告制度.....36
5、管理岗位问责制度.....37
6、会议制度.....38
（1） 医院党委会议.....38
（2） 院长办公会议.....39
（3） 职工代表大会.....40
（4） 行政办公会议.....40
（5） 院周会.....41
（6） 科室联系点反馈会议.....41
（7）（总值班）晨会.....41
（8） 委员会会议.....41
（9） 科务会议.....42
7、院长行政查房制度.....42
8、管理干部联系点制度.....43
9、职工代表大会制度.....43
10、医院总值班制度.....47
11、领导班子定期研究医疗质量工作制度.....47
12、委员会工作制度.....48
13、关于报告会、研讨会、讲座、论坛管理办法.....49
14、公文管理规定.....50
15、印章使用、公章使用、公函管理制度.....51
16、医德教育和医德考评制度.....55

17、院务公开制度.....55
18、保密制度.....56
19、文明服务规范与奖惩办法.....57
20、医院信访管理制度.....62
21、院长接待日制度.....62
22、患者满意度调查工作制度.....63
23、会议室管理制度.....64
24、医院业务用车的管理规定.....64
25、院内接待工作规定.....65
26、工作日午间禁酒的规定.....66
27、禁控烟制度.....67
28、医院宣传管理工作制度.....68
29、医院接受媒体采访制度.....69
30、院内张贴及宣传品管理规定.....70
三、纪检监察科管理制度
1、纪检监察科岗位职责.....72
2、纪检监察科工作制度.....73
3、防统方管理制度.....73
4、廉洁风险防控工作方案.....74
5、诫勉谈话制度.....79
6、医药代表接待日工作制度.....80
7、医药购销领域商业贿赂不良记录制度.....81
四、人事科管理制度
1、惠山区人民医院科室考勤制度.....83
2、惠山区人民医院职工年度考核制度.....84
3、惠山区人民医院员工聘用管理制度.....84
4、惠山区人民医院人事管理制度与程序.....88
5、惠山区人民医院职工辞退制度.....96

6、惠山区人民医院职工休假、考勤管理制度.....99
7、惠山区人民医院院科两级人员紧急替代制度与程序.....102
8、惠山区人民医院人才培养和梯队建设计划.....107
9、惠山区人民医院高层次人才引进工作实施管理办法.....110
五、科教科管理制度
1、科教科岗位职责.....114
2、科教科工作制度.....115
3、临床教学管理制度.....115
4、临床教研室管理制度.....116
5、临床教师管理制度.....117
6、继续医学教育管理制度.....118
7、继续医学教育项目管理制度.....119
8、继续医学教育学分管理制度.....121
9、外出进修管理制度.....122
10、来院进修管理制度.....123
11、临床研究管理制度.....124
12、科技论文管理制度.....125
六、财务科管理制度
1、医院总会计师制度.....126
2、财务科工作制度.....128
3、费用支出审批制度.....129
4、成本核算实施办法.....131
5、全面预算管理实施办法.....143
6、内部控制管理办法.....151
7、固定资产管理办法.....162
8、物价管理制度.....168
9、医药价格信息管理制度.....173
10、医疗欠费管理办法.....174

11、医院采购管理办法.....176

七、审计科管理制度

1、内部审计制度.....181

八、病案科管理制度

1、病历书写基本规范（试行）.....184

2、病历管理制度.....205

3、电子病历管理制度.....207

4、病案首页质控规范及考核细则.....208

5、出院病历归档管理规定.....211

6、病案（病历）复印制度.....212

7、病案（病历）封存、启封制度.....213

九、医保科管理制度

1、医院医保管理制度.....215

2、医保病人住院须知.....216

3、医保告知、确认签字制度.....217

4、无锡市惠山区人民医院居民医保病人转诊（院）制度.....217

5、参保就医指南.....220

附：无锡市急危重症分类目录.....224

十、信息科管理制度

1、信息科工作制度.....227

2、信息系统应急预案.....227

3、医院信息化建设领导小组制度.....230

4、医院信息资源共享制度.....230

5、网络与信息安全管理规定.....231

6、医院数据安全管理制度.....232

7、医院数据使用审核机制.....233

8、信息系统用户权限管理制度.....233

9、患者隐私保护制度.....234

10、信息科值班、交接班制度.....235
11、部门沟通协调制度.....235
12、信息系统及相关设备固定资产管理制度.....236
13、机房管理制度.....237
14、弱电井管理制度.....238
十一、综合保障科管理制度
（一） 综合保障科（总务）管理制度
1、综合保障科（总务）工作制度.....239
2、医院基建管理制度.....240
3、基本建设代建制度.....240
4、医院建筑施工安全管理制度.....241
5、总务物品报废制度.....241
6、变电所工作制度.....242
7、变电所交接班制度.....242
8、特种设备安全管理制度.....243
9、中央空调工作制度.....248
10、中央空调通风系统卫生管理制度.....248
11、电梯安全管理制度.....249
12、锅炉房工作制度.....250
13、锅炉房安全管理制度.....250
14、氧气供应站管理制度.....251
15、二次供水卫生管理制度.....251
16、水、电、气故障报修、排查处理制度.....252
17、食堂管理工作制度.....253
18、污水站工作制度.....261
19、医用织物周转库房工作制度.....262
20、集体宿舍管理制度.....262
21、病区保洁工作制度.....263

22、外包业务管理制度.....264
23、无烟医院管理制度.....264
24、绿化维护制度.....265
25、爱国卫生制度.....266
26、特种作业持证上岗管理制度.....267
27、安全用电管理制度.....267
28、UPS（不间断电源系统）运行管理制度.....268
29、医院节能管理制度.....269
30、竣工验收制度.....270

（二） 综合保障科（设备）管理制度

1、综合保障科（设备）工作制度.....272
2、医学装备管理委员会工作章程.....273
3、医学装备三级管理制度.....274
4、医疗设备质量与安全管理组职责.....276
5、医学装备安全管理制度.....277
6、科室医疗设备质量与安全指标.....278
7、医疗器械不良事件监测与报告制度.....279
8、医疗器械临床使用安全控制与风险管理制度及流程.....283
9、突发设备事件应急管理制度.....285
10、医疗设备风险评估管理制度.....287
11、医学工程技术人员及设备使用人员考核、继续教育培训制度.....288
12、医疗设备管理规定.....289
13、医疗设备管理制度与岗位职责的考核办法.....292
14、医疗设备配置原则.....293
15、医疗设备计划购置审批制度.....294
16、医疗设备购置论证制度及流程.....295
17、医疗设备采购招标管理制度.....298
18、医学装备采购管理制度.....299

19、万元以上医疗设备采购流程.....301
20、医疗设备安装验收制度.....303
21、综合保障科出入库制度.....304
22、医疗设备档案管理制度.....305
23、医疗设备使用保管制度.....306
24、医疗设备质量控制制度、规范和流程.....307
25、医疗设备维护和三级保养制度.....311
26、医疗设备调剂调拨制度.....312
27、医疗设备试用管理制度.....313
28、大型医疗设备管理制度.....314
29、辐射安全和防护管理制度.....315
30、特种设备监督管理制度.....316
31、急救、生命支持类、植入、灭菌类、辐射类及大型医疗设备的安全监测与报告制度.....317
32、急救类、生命支持类医疗设备应急处置预案及流程.....320
33、医学装备应急调配预案及流程.....321
34、医疗设备损坏遗失处理制度.....324
35、医疗设备报废管理制度.....324
36、医疗设备使用评价制度.....327
37、医学装备安全监管制度.....327
38、固定资产管理制度.....328
39、固定资产购置论证制度及流程.....330
40、固定资产内部控制管理制度.....331
41、固定资产验收管理制度.....332
42、固定资产调剂报废鉴定制度.....333
43、固定资产档案管理制度.....334
44、固定资产清查盘点制度.....335
45、固定资产处置管理制度.....336

46、计量器具采购验收入库流转制度.....337
47、计量器具周期检定制度.....338
48、计量器具使用、维护、保养制度.....338
49、计量器具报废更新制度.....339
50、计量器具标志管理制度.....339
51、计量档案管理制度.....340
52、计量数据应用与管理制度.....340
53、计量人员培训考核制度.....341
54、定期审核和日常检查制度.....341
55、计量投诉处理制度.....342
56、计量事故处理制度.....342
57、计量设备监测管理制度.....343
58、无锡市惠山区人民医院医药代表接待日制度.....344
59、应急物资和设备管理制度、审批程序.....344
60、医用耗材管理规定.....346
61、医用耗材新品遴选、准入管理规定.....350
62、医用耗材采购管理制度.....351
63、高值耗材采购制度和流程.....355
64、急特需医用耗材临时采购制度.....357
65、医用耗材储存与养护管理制度.....358
66、医用耗材培训管理制度.....359
67、高值医用耗材临床使用管理制度.....361
68、植入性材料管理制度.....362
69、植入类医疗器械临床使用安全监测与报告制度.....363
70、一次性使用无菌器械管理制度.....364
71、介入诊疗耗材购入、登记制度.....365
72、不可重复使用的一次性介入诊疗器材使用流程.....367
73、医用耗材使用点评制度.....368

74、医用耗材档案管理制度.....368
75、医疗器械不良事件风险预警管理办法.....369
76、供应商考核评价管理制度.....370
十二、保卫科管理制度
1、保卫科工作制度.....372
2、安全保卫管理制度.....372
3、消防安全管理制度.....374
4、消防工作制度.....377
5、医务人员人身安全管理制度.....378
6、兼职消防队组织管理制度.....379
7、防火检查、巡查制度.....380
8、火灾隐患整改制度.....381
9、灭火和应急疏散预案演练制度.....382
10、消防安全教育培训制度.....382
11、消防设施器材维护保养管理制度.....383
12、消防水泵房管理度.....385
13、监控室管理制度.....385
14、消防控制室管理制度.....386
15、消控中心值班制度.....387
16、监控录像管理制度.....388
17、危险品管理制度.....388
18、药品类易制毒化学品管理制度.....389
十三、公共卫生科管理制度
1、传染病疫情报告管理制度.....391
2、传染病预检分诊制度.....392
3、感染性疾病科工作制度.....393
4、临床观察病区工作制度.....394
5、发热门诊工作制度.....395

6、发热门诊值班制度.....396
7、肠道门诊工作制度.....397
8、食源性疾病监测、报告工作管理制度.....398
9、传染病消毒隔离制度.....399
10、发热门诊消毒隔离制度.....400
11、肠道门诊消毒隔离制度.....401
12、检验科诊治疑似/传染病病人时工作制度.....403
13、影像科诊治疑似/传染病病人时工作制度.....403
14、超声科诊治疑似/传染病病人时工作制度.....404
15、预防接种用生物制品（疫苗）管理制度.....405
16、冷链设备与温度监测管理制度.....406
17、疫苗安全接种制度.....407
18、狂犬病暴露处置门诊工作制度.....408
19、狂犬病暴露预防处置门诊冷链管理制度.....409
20、新生儿预防接种工作制度.....410
21、新生儿疫苗和冷链管理制度.....411
22、35 周岁以上首诊病人测血压制度.....412
23、慢性非传染性疾病报告制度.....413
24、慢性非传染性疾病报告自查制度.....415
25、死亡登记报告制度.....416
26、公共卫生管理工作奖惩制度.....417
27、健康教育与科普宣传工作制度.....419
十四、门诊部管理制度
1、门诊管理制度.....422
2、门诊工作制度.....423
3、专家门诊管理制度.....425
4、专家、专科、专病门诊工作制度.....426
5、专家（专病）门诊准入与退出制度.....427

6、门诊预检分诊制度.....429
7、一站式投诉接待制度.....429
8、门诊首诊负责制度.....430
9、门诊电子病历管理制度.....431
10、门诊出具诊断证明制度.....432
11、门诊出具病休证明制度.....434
12、门诊会诊制度.....435
13、多学科联合诊疗门诊管理制度.....436
14、门诊预约诊疗工作制度.....438
15、医技科室分时段预约管理制度.....440
16、门诊实名制就诊制度.....442
17、门诊危急值报告制度.....443
18、医技科室限时承诺服务制度.....448
十五、互联网医院管理制度
1、互联网医院管理体系.....450
2、互联网医院工作管理制度.....453
3、互联网诊疗服务管理制度.....454
4、互联网诊疗服务流程.....455
5、在线电子病历管理制度.....456
6、在线处方管理制度.....457
7、在线电子处方点评管理办法.....460
8、互联网医院在线会诊管理制度.....460
9、互联网医院在线问诊和排班管理制度.....462
10、互联网医院服务规范.....463
11、在线复诊患者风险评估与突发状况预防处置制度.....464
12、互联网医院医生管理办法.....464
13、互联网医院医生退出制度.....467
14、在线医患信息管理制度.....468

十六、 应急预案

1、医疗纠纷应急处置预案.....469

2、药品安全危害事件应急处理预案.....472

3、突发公共卫生事件应急预案.....477

4、医务人员职业暴露应急处置预案.....485

5、成批伤员突发事件救治应急预案.....495

6、医院感染暴发报告及应急处置预案.....501

7、医院停电应急预案.....511

8、医院火灾应急预案.....516

9、医院防范暴力侵害事件应急处置预案.....522

10、医院电梯故障应急预案.....527

11、医院防台风应急预案.....530

12、医院信息系统突发事件应急预案.....533

13、医院内部水灾应急预案.....537

14、医院化学危险品溢出与暴露应急预案.....540

15、医院放射危害事故应急救援预案.....547

16、医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故应急预案.....552

17、急救类、生命支持类医学装备应急预案.....561

18、医院放射源泄露应急救援预案.....574

19、医院食堂食品安全事故应急预案.....578

20、医院液氧贮罐应急处理预案.....581

21、医院院内召唤（通信故障）应急预案.....584

22、医院防汛应急预案.....586

23、医院停水和突然停水应急预案.....589

24、医院二次供水突发公共卫生事件应急预案.....592

25、医院空调系统故障应急预案.....594

26、医院锅炉应急预案.....596

27、医院极端温度应急预案.....599

28、医院污水处理应急预案.....602
29、医院地震应急预案.....604

第二部分　患者服务篇

十七、药事管理制度

1、药事管理与药物治疗学委员会章程.....608
2、药品质量监督管理制度.....612
3、药品遴选制度.....614
4、处方管理制度.....617
5、处方管理办法实施细则.....618
6、处方点评管理制度.....623
7、处方点评实施细则.....624
8、临床合理用药管理制度.....634
9、药物临床应用评价制度.....636
10、药物临床综合评价标准.....637
11、药品用量动态监测和超常预警机制.....645
12、基本药物优先合理使用监督管理办法.....646
13、国家基本药物配备使用管理制度.....648
14、超说明书用药管理规定.....650
15、急救备用药品管理和使用制度.....651
16、易混淆药品管理制度.....652
17、高警示药品临床使用管理办法.....653
18、重点监控合理用药药品管理制度.....655
19、生物制品临床使用管理办法.....657
20、血液制品临床使用管理办法.....659
21、人血白蛋白注射液使用管理制度.....661
22、糖皮质激素临床使用管理办法.....662

23、肠外营养疗法管理规范.....666
24、患方自备（自购）药品使用管理制度.....668
25、中药注射剂临床应用管理规范.....671
26、终止妊娠药品管理制度.....672
27、静脉用药分散调配管理制度.....673
28、肠外营养液和细胞毒药物配置管理制度.....674
29、静脉用药调配操作规范.....678
30、安全给药管理制度.....680
31、用药错误报告处理制度.....683
32、剩余药品管理制度.....685
33、废弃药品包装处置管理制度.....687
34、国家集中采购、江苏省带量采购药品采购、使用管理规定.....688
35、规范住院患者静脉输液使用率管理规定.....689
36、用药安全与风险防范监测管理规定和相关措施.....690
37、短缺药品分类分级及替代使用技术指南.....691
38、抗菌药物管理.....694
（1）抗菌药物临床应用管理办法.....694
（2）抗菌药物临床应用基本原则.....695
（3）抗菌药物临床应用管理实施细则.....703
（4）抗菌药物分级管理制度.....709
（5）限制使用抗菌药物与特殊使用抗菌药物临床应用管理程序.....711
（6）特殊使用抗菌药物临床应用评价标准.....712
（7）抗菌药物处方权限及调剂资格管理制度与程序.....714
（8）围手术期预防用抗菌药物管理制度.....715
（9）抗菌药物处方专项点评制度.....717
（10）Ⅰ类切口手术预防性应用抗菌药物考核办法.....718
（11）临床微生物检测与细菌耐药性监测管理办法.....725
（12）抗菌药物新药遴选和定期评估制度.....727

（13）抗菌药物采购管理制度.....728
（14）目录外抗菌药物临时采购管理制度与程序.....729
（15）抗菌药物规范化培训和考核制度.....730
（16）抗菌药物联合使用管理规定.....731
（17）静脉输注抗菌药物管理规定.....732
（18）抗菌药物动态监测及超常预警机制.....733
（19）碳青霉烯类抗菌药物和替加环素使用管理制度.....735
39、特殊药品管理制度.....737
（1）特殊药品管理组织及人员职责.....737
（2）麻醉药品、第一类精神药品管理制度.....738
（3）第二类精神药品管理制度.....750
（4）放射性药品管理制度.....752
（5）医疗用毒性药品管理制度.....753
（6）药品类易制毒化学品管理制度.....753
40、抗肿瘤药物管理.....755
（1）抗肿瘤药物临床应用管理办法.....755
（2）抗肿瘤药物临床应用分级管理制度.....761
（3）抗肿瘤药物特殊人群以及联合用药的管理制度.....762
（4）抗肿瘤药物采购管理制度.....766
（5）抗肿瘤药物临时采购管理制度.....767
（6）抗肿瘤药物临床合理使用及告知制度.....768
（7）抗肿瘤药物处方点评及公示制度.....769
（8）抗肿瘤药物临床应用管理、监测与评价制度.....769
（9）肿瘤化学治疗临床应用管理制度.....770
41、药品不良反应/事件监测工作相关管理制度与工作程序.....773
（1）药品不良反应/事件监测组织机构及人员岗位职责.....773
（2）药品不良反应/事件监测报告与警戒管理制度.....774
（3）严重药品不良反应监测管理制度.....776

（4）药品不良反应/事件监测工作考核办法.....777
（5）药品不良反应/事件预警机制.....778
（6）药品不良反应/事件观察制度.....780
（7）药品不良反应/事件监测人员培训管理制度.....781
（8）药品不良反应/事件在线呈报管理制度.....782
（9）药品不良反应/事件监测文件、档案管理制度.....782
（10）院内药品不良反应/事件报告办法.....783
（11）药品不良反应/事件监测报告程序.....784
（12）药害事件紧急控制与应急处理流程.....785
（13）输液质量问题和输液严重不良反应报告制度.....787
（14）药品不良反应/事件报告病例分析评价制度.....788
（15）中药不良反应事件报告制度.....789
十八、医务科、沟通办管理制度（详见医疗院感分册）.....790
十九、院感科管理制度（详见医疗院感分册）.....988
二十、护理部管理制度（详见护理管理分册）.....1111

第一部分 行政管理

一、党办管理制度

党委会议议事规则

一、总　则

第一条　根据《中国共产党章程》和中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》、国务院办公厅《关于建立现代医院管理制度的指导意见》、国家卫生健康委党组《关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》等法规文件，制定本规则。

第二条　坚持和加强党对医院工作的全面领导，全面贯彻新时代党的卫生与健康工作方针，贯彻落实深化医药卫生体制改革政策措施，坚持公立医院公益性，确保医院改革发展正确方向。

第三条　坚持党委领导下的院长负责制。医院党委对医院工作实行全面领导，发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。支持院长依法依规独立负责地行使职权。

第四条　坚持民主集中制，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、会议决定的原则，由党委集体讨论作出决定。

二、议事决策范围

第五条　医院党委会会议讨论决定以下事项：

(一)医院党的建设重要事项。

1.学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，落实党的路线方针政策和上级党组织决策部署的重要措施；

2.执行同级党员大会(党员代表大会)决议决定的重大举措；

3.医院党建工作规划和年度工作计划、总结等重要事项；

4.基层党组织和党员队伍建设的重要事项；

5.思想政治、意识形态、统一战线等工作的重要事项；

6.党的纪律检查工作、党风廉政建设和反腐败工作的重要事项；

7.加强对医院工会、共青团、妇联等群团组织，专业委员会等学术组织和管理、咨询组织，以及职工代表大会等工作领导的重要事项。

(二)事关医院改革发展稳定及医疗、教学、科研、管理工作的重要事项。

1.医院章程、总体发展规划、综合改革发展方案和医院重要改革措施、重要工作计划、

重要规章制度的制定修订；

2.医院内部组织机构、人员岗位的设置和调整；

3.医院年度财务预算方案、决算情况的审定，20万元以上支出和预算追加，以及其他大额度资金运作事项；

4.各级各类重点建设项目，大型医疗设备、20万元以上医院耗材、器械物资采购和购买服务，基本建设和大额度基建修缮等重大项目设立和安排方案；

5.医院重要资产处置、重要资源配置、无形资产授权使用；

6.医疗、教学、科研平台和团队建设，有关项目、经费管理和成果转化、奖励中的重要事项；

7.医院国内国(境)外交流与合作重要项目；

8.专业委员会等学术组织和管理、咨询组织的章程制定、修订，负责人推荐，以及学术评价、审议、评定工作中的重要事项；

9.院级及院级以上评优评先和重要表彰奖励事项；

10.医院安全稳定重要事项和重大突发事件的处理。

(三)干部选拔任用和干部队伍建设的重要事项。

1.干部队伍建设规划，干部教育、培训、选拔、考核和监督工作中的重要事项；

2.医院内部组织机构负责人和医院管理的其他干部的选拔任用；

3.推荐优秀年轻干部和推选上级党的代表大会代表、人大代表、政协委员等人选。

(四)人才工作的重要事项。

1.医院人才工作规划，人才培养、引进计划和人才激励保障等相关政策措施；

2.人才政治引领、政治吸纳和政治把关的重要措施。

(五)医德医风和医院文化建设的重要事项。

(六)职工人事招录、职称评聘、职务职级晋升、年度考核、薪酬分配、福利待遇、奖惩和其他事关职工切身利益的重要事项。

(七)需要党委会会议讨论决定的其他事项。

三、议事决策原则和程序

第六条　党委会会议定期召开，遇有重要情况经党委书记同意可以随时召开。会议由党委书记召集并主持。党委书记不能参加会议的，可以委托党委副书记召集并主持。

第七条　党委会会议的出席成员为党委委员。会议必须有半数以上党委委员到会方可召开。讨论决定干部任免等重要事项时，必须有三分之二以上党委委员到会。党委委员因故不

能参加会议的，应当在会前向党委书记请假。

不是党委委员的行政领导班子成员可以列席党委会会议，议题相关科室负责人可以列席会议，涉及职工切身利益的重大议题可以邀请职工代表列席。列席人员有发言权，没有表决权。

第八条　党委会会议议题由党委书记提出，也可由党委委员或医院领导班子其他成员提出建议、经党委书记综合考虑后确定。对重要议题，党委书记应当在会前听取院长意见，意见不一致的应当暂缓上会。集体决定重大事项前，党委书记、院长和有关领导班子成员要个别酝酿、充分沟通。

第九条　党委会会议要坚持科学决策、民主决策、依法决策。对拟研究讨论的重要事项，议题相关科室应当深入开展调查研究，充分听取各方面意见，视情况进行合法合规性审查和风险评估。对专业性技术性较强的重要事项，应当经过专家评估及技术、政策、法律咨询，涉及医疗、教学、科研业务的重要事项，应当充分听取专业委员会等学术组织和管理、咨询组织的意见；对涉及职工切身利益的重要事项，应当通过基层党组织、职工代表大会或其他方式，广泛听取职工意见建议。

第十条　党委会会议议题实行一事一报制度，议题相关材料应当提前提交至党委办公室，党委办公室应当提前将会议议题及相关材料送达有关参会人员。

第十一条　党委会会议议题由党委委员或分管院领导汇报，相关科室也可以参加汇报。党委会会议按既定议程逐项进行，无特殊情况或未经党委书记同意，一般不临时动议议题。

第十二条　党委会会议议事和决策实行民主集中制，在充分讨论的基础上，按照少数服从多数的原则形成决议或决定。如对重要议题发生较大意见分歧，一般应当暂缓作出决定。党委书记应当最后表态。

第十三条　党委会会议讨论决定重要事项时应当进行表决，表决可以根据讨论和决定事项的不同，采取口头、举手、无记名投票或者记名投票等方式进行，赞成票超过应到会党委委员半数为通过。未到会党委委员的意见可以用书面形式表达，但不得计入票数。会议讨论或决定多个事项，应当逐项表决。决定多名干部任免时，应当逐人表决。

第十四条 紧急情况下不能及时召开党委会会议决策的，党委书记、副书记或其他党委委员可以临机处置，事后应当及时向党委报告并按程序予以确认。

第十五条　党委会会议决议分为以下几种：批准或通过；原则批准或原则通过；按要求作相应修改后实施或发布；暂不形成决议，责成相关负责人或相关科室另行提出意见再行研究；不予批准或不予通过。

第十六条　党委会会议议题涉及与会人员本人或其亲属的，以及与本人有直接利益关系

或其他需要回避的情形的，本人必须回避。

第十七条　党委会会议作出的决议或决定，适合公开的应当根据有关规定及时公开，对需保密的会议内容和尚未正式公布的会议决定，与会人员应当遵守保密规定。

四、议定事项执行与监督

第十八条　党委会会议决定的事项，由相关党委委员或相关科室负责组织实施，执行情况应当及时向党委汇报。明确由相关科室负责的，由医院党委办公室负责传达和督促检查。医院党委应当建立有效的督查评估和反馈机制，确保决策落实。

第十九条　党委会会议讨论决定的事项，医院相关科室和个人应当及时执行；对执行不力的，应当依照有关规定问责追究；决策执行过程中需作重大调整的，应当提交党委会会议决定；需要复议的，按照第八条规定重新提交议题。

五、附　则

第二十条　医院党委办公室负责党委会会议的会务工作，主要包括：收集议题，印发会议材料，通知参会人员，做好会议记录，编发会议纪要，分送医院领导和有关科室，归档会议材料等。

第二十一条　本规则由医院党委负责解释，具体工作由医院党委办公室承担。

第二十二条　本规则自 2023 年 1 月 16 日起施行。2022 年 8 月 25 日印发的《中共无锡市惠山区人民医院党委委员会会议事规则》同时废止。

党员干部廉政建设制度

一、自觉坚持全心全意为人民服务的宗旨，顾全大局，严守纪律，同党中央保持高度一致。端正医疗服务思想，一切为了病人，认真履行职责，扎扎实实地做好工作。

二、党员要坚持党性，认真执行《党章》及上级党组织廉洁勤政的规定，不以权谋私，严格按照党的原则办事。

三、加强医疗管理。严格掌握医疗收费标准，遵守医疗道德守则，树立良好的医疗作风，努力改善服务态度，做到因病施治，合理检查、合理用药。

四、树立良好的医德医风。不得以任何借口收受病人馈赠的物品和病家请吃。严格执行医院规章制度。

五、各级领导干部成员要加强政治学习，提高政治素质，率先垂范，做廉洁勤政的模范。

六、坚持民主集中制和重大问题集体讨论制度。完善领导班子的议事规则，勇于提出意

见和建议。要自觉抵制不正之风，保持和发扬党的优良传统和作风。

党员和党员领导干部廉洁自律制度

一、党员和党员领导干部要认真学习中央和省委、市委关于领导干部廉洁自律方面的规定，在政治上，思想上，行动上与党中央保持高度一致，模范遵守党的纪律和国家的法律法规。

二、党员和党员领导干部必须自觉接受群众监督，党员领导干部必须接受组织、普通党员和群众的多重监督。

三、领导干部要严格执行党的民主集中制，坚持集中领导和分工负责原则，重大事项必须集体讨论决定，实行民主科学决策。

四、党员领导干部要坚持参加双重组织生活会，既参加领导班子民主生活会，也要参加所在党支部组织生活会，认真开展批评与自我批评。

五、党员和党员领导干部不许接受有工作关系的业务单位、下级单位和个人任何邀请，参与其组织的宴会，娱乐活动；不许接受有工作关系的业务单位、下级单位和个人任何形式的礼品，礼金及其他有价证券。

六、党员和党员领导干部必须严格遵守党章，中纪委，市纪委以及单位内部规定的廉洁纪律，任何个人不得凌驾于组织纪律之上。

七、对任何违反廉洁制度的党员和党员领导干部，按照相关规定给予严肃的党纪处理和经济处罚，触犯刑律的移交司法部门。

廉政谈话制度

为认真落实党风廉政建设责任制，进一步建立健全治理医药购销领域商业贿赂长效机制，促进行风职业道德建设，决定建立廉政谈话制度。

一、指导思想

从关心爱护、严格要求干部出发，按照立足教育、着眼防范、主动监督、关口前移的要求，围绕加强党风廉政建设，及时发现情况，交换意见，研究问题，推进反腐倡廉工作。

二、谈话对象

医院中层干部、重要岗位人员（人事、财务、药剂、综合保障、信息等科室），必要时可以扩大范围。

三、谈话次数

医院各级各层谈话次数，原则上每年两次，上下半年各一次。必要时可增加谈话次数。

四、谈话内容

根据谈话对象确定不同的话题和内容。主要包括：

1.本科室及本人贯彻执行党的路线、方针、政策以及执行上级有关规定的情况。

2.本科室及本人落实党风、行风廉政建设责任制的情况。

3.本科室及本人廉洁行医，医德医风的情况。

4.本科室及本人执行对本岗位监督防范措施的情况。

5.本科室及本人接受党内外监督的情况。

6.对加强党风、行风廉政建设，开展反腐倡廉工作的意见和建议。

7.其它需要交谈的问题。

五、应注意的事项

1.负责谈话的同志要以对组织、对同志高度负责的精神，本着与人为善的态度，与谈话对象进行同志式的平等的交谈。谈话前，事先通知谈话对象。

2.对涉及领导班子和谈话对象本人比较敏感的重要问题，负责谈话的同志不得随便表态，并注意保密，重要情况及时向院党委书记、院长汇报。

3.对需要提请谈话对象注意的问题，应及时予以指明。该提醒的提醒，该打招呼的打招呼。

4.谈话需有两名以上同志参加，要有记录，并整理成书面材料，向院党政主要领导汇报。

5.谈话结束后整理的记录、资料等由纪检监察科归档。

一岗双责制度

“一岗”就是一个领导干部的职务所对应的岗位；“双责”就是一个领导干部既要对所在岗位应当承担的具体业务工作负责，又要对所在岗位应当承担的党风廉政建设责任制及行风责任制负责；也就是一个单位的领导干部应当对这个单位的业务工作和党风廉政建设及行风建设负双重责任。

一、为全面贯彻落实党的路线、方针、政策，切实抓好队伍建设和业务建设，推动各项工作的顺利开展，制定本制度。

二、一岗双责指领导干部既要管理好队伍，又要抓好业务，即一个岗位两个责任。

三、一岗双责的责任主体(即责任人)为党政班子成员和二级班子成员(中层干部包括主要负责人及副职)。

四、一岗双责责任人的责任，书记（院长）对全院工作和人员负责，党政班子成员对分管工作和人员负责，中层干部对本部门工作和人员负责。

五、责任人应定期或不定期对其责任范围内的工作进行督促和检查，重点督查各种制度的落实情况。

1.书记（院长）每半年对全院工作定期督查一次以上，并适时开展不定期的工作督查；

2.党政班子成员每季度定期对分管工作督查一次以上，并适时开展不定期的工作督查；

3.中层干部每月召开一次本科室（病区）工作会议，回顾和检查本月的一岗双责落实情况，并适时开展对本科室（病区）的队伍建设和业务工作进行督查。

六、党政班子成员每半年向院党委汇报一次一岗双责的落实情况，各科室（病区）主要负责人每半年向分管领导汇报本科室（病区）的一岗双责责任的落实情况。

七、一岗双责责任人要做好谈心谈话工作。并做好记录。

1.谈心谈话的范围为干部职工的思想、工作、学习、纪律、家庭、生活等方面；

2.院长每年要与全院部分干部职工谈心谈话一次及以上；

3.分管领导每年要与分管科室的中层干部谈心谈话两次及以上；

4.中层干部每年要与其科室（病区）的职工每人谈心谈话两次及以上；

5.领导主动与下属、下属主动与领导谈心谈话次数不限。

八、领导与领导之间、部门与部门之间、部门内部之间、干部职工之间、内部与外部之间要进行广泛的谈心谈话活动，时间及次数不限。

九、责任人督查工作和谈心谈话要有书面记录，以记录资料备查。

十、一岗双责责任人在督查工作和谈心谈话时发现干部职工存在思想、工作、学习、纪律、家庭、生活等方面的问题，要及时做好工作，及时处理，不能处理的，要及时向分管领导或院长汇报。

十一、对一岗双责落实不到位，全年在其责任范围内队伍和业务出现问题的责任人，给予处罚：

1.责任人责任范围内干部职工受党内或行政警告(含警告)以上处分的，取消该责任人的评先选优资格，并对责任人扣发绩效管理奖。

2.责任人责任范围内的干部职工被书面通报批评和诫勉谈话的，每出现一人次扣发该责任人绩效管理奖。

3.责任人责任范围内干部职工的勤政、廉政情况作为该责任人的晋级、晋职、评先选优条件之一。

十二、应用范围

1.医院党政一把手、分管副书记副院长、职能科负责人、党支部书记、业务科室主任及护士长是本单位抓好党风廉政及行风工作的第一责任人，按照与医院签订的党风廉政和行风建设责任书的要求，要一手抓医院(科室)的业务管理，一手抓党风廉政及行风建设，在党风廉政及行风建设中发挥表率作用。

2.按照“谁主管，谁负责”的原则，标本兼治，综合治理，把业务管理工作与党风廉政及行风建设工作紧密结合，做到一起研究部署，一起督促检查，一起考核落实。

3.对工作中发现、反映出的问题列入个人及科室的医德档案，认真处理，并研究出切实可行的改进方法。

4.对发生的不正之风行为要认真调查，并按照党风廉政建设责任制和上级部门的有关规定，严肃实行责任追究。

党风廉政建设责任制责任追究制度

进一步加强党风廉政建设，全面落实党委主体责任和纪委监督责任（以下简称“两个责任”），为医院事业发展提供坚强保证，根据《中国共产党章程》、省委《关于落实党风廉政建设党委主体责任、纪委监督责任的意见》、《中国共产党廉洁自律准则》和《中国共产党纪律处分条例》等党内法规，结合我院实际，制定本制度。

一、责任追究要以《中共共产党纪律处分条例》和上级党风廉政建设责任制度的规定为依据，坚持实事求是和惩前毖后、治病救人的原则，具体问题具体分析，不同情况区别对待，严格区分领导责任和当事人责任，集体责任与个人责任，直接领导责任和重要领导责任。

二、责任追究内容。不认真履行党风廉政建设责任制，导致本科或本部门党风廉政建设问题严重，工作秩序受到严重影响；本科室或部门不正之风严重，群众反映强烈，长期得不到治理；违反财务管理规定和纪律，乱收费，隐瞒截留收入，私立小金库；违反领导干部廉洁自律有关规定，使其配偶、子女利用领导干部职权和职务上的影响获取非法利益、造成恶劣影响；对科室工作人员违法违纪行为不管不问不查，造成不良影响的；其他需要追究的问题。

三、责任追究的形式

1.诫勉谈话；2.通报批评；3.纪律处分；4.组织处理；5.涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

四、责任追究的认定

（一）领导责任认定

凡属下列情况之一的，不仅要追究具体责任人责任，同时追究领导责任。

1.问题发生前，为开展有关教育，制度不健全，防范措施不力。

2.对科室监管管理不到位，廉政建设情况掌握不够，对苗头性、倾向性问题处理不及时、不严肃。

3.对科室发生的违纪问题不查不纠，甚至隐瞒，庇护。

（二）直接责任认定

1.凡属领导干部失察、失管，要求不严，导致发生问题，造成严重后果的，当事人负直接责任，科室负责人负领导责任。

2.由科室集体研究决定而发生问题的，由科室主要负责人负直接领导责任。

3.由个人决定或批准而发生问题的，决定或批准人负直接领导责任。

五、责任追究的程序和办法

1.医院纪委在查办案件时，除查清当事人的问题外，还要进一步调查了解其领导干部是否有责任，确需追究责任的，按政策规定予以追究，并作出书面报告，报医院党委审核。

2.加强对廉政建设责任人执行党风廉政建设责任制情况的检查和考核。及时了解和发现落实党风廉政建设责任制中存在的问题，应予追究责任的，按有关程序，深入了解，查清事实后，报医院党委审核。

党委理论中心组学习制度

党委理论学习中心组学习，是党委领导班子和党委领导干部在职理论学习的重要组织形式，是严肃党内政治生活、强化党性修养的重要内容，是加强党委领导班子思想政治建设的重要制度，是建设学习型服务型创新型党组织、提高党的执政能力和领导水平的重要途径。

为促进党委理论学习中心组（以下简称党委中心组）学习制度化、规范化，推进理论武装工作深入开展，根据《中国共产党党章》《中国共产党党委（党组）理论学习中心组学习规则》（中办发[2017]9号），结合医院实际，制定党委中心组学习制度如下。

一、党委中心组的组成和职责

1.党委中心组主要由党委领导班子成员组成，根据学习需要，吸收职能科室负责人参加。

2.党委书记是中心组学习第一责任人。主要职责是研究制定学习计划，确定学习主题和研讨专题，提出学习要求，主持集体学习研讨，指导和检查中心组成员的学习。

3.党委中心组其他成员应当积极参加学习，自觉遵守中心组学习制度。

4.党委中心组配备学习秘书，主要职责是做好学习服务工作。

二、学习原则

党委中心组学习应遵循以下学习原则：

1.坚持武装头脑、坚定信念。以政治学习为根本，把学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想作为首要政治任务，作为党委理论中心组学习的主题主线，不断强化理论武装，增强政治意识、大局意识、核心意识、看齐意识，坚定理想信念。

2.坚持围绕中心、服务大局。围绕党中央治国理政新理念新思想新战略，围绕省委、市委、区委及医院党委重大决策部署，制定年度计划，明确学习的内容和目标。

3.坚持知行合一、学以致用。大力弘扬理论联系实际的马克思主义学风，结合中央、省委、市委、区委大政方针政策，结合医院改革发展稳定大局，自觉运用马克思主义立场观点方法分析研究问题，切实做到学干结合、学用相长，把学习成果转化为有效的政策措施。

4.坚持问题导向、注重实效。根据工作中的新情况、新要求，聚焦改革发展实践中的重点问题，聚焦群众反映强烈的突出问题，聚焦党的建设面临的紧迫问题，有针对性地学习理论、交流研讨、深入调研，提高运用党的基本理论解决实际问题的能力。

5.坚持以规管理、从严治学。认真贯彻中央和省委、市委关于中心组学习的规定，积极主动进行富有成效的探索，向实处发力，向严处着力，不断加强制度建设，推进学习常态化。

三、 学习内容

1.坚持不懈学习中国特色社会主义理论体系；学习习近平新时代中国特色社会主义思想；学习习近平总书记系列重要讲话和治国理政新理念新思想新战略；

2.党章党规和党的基本知识。

3.党的路线方针政策决议，中央和省委、市委、区委重大战略部署、重要会议精神。

4.以宪法为核心的国家法律法规。

5.社会主义核心价值观。

6.党的历史、中国历史、世界历史和科学社会主义发展史。

7.国情民情省情市情，河南省、安阳市历史文化及中原人文精神。

8.推进中国特色社会主义事业所需要的经济、政治、文化、社会、生态、科技、军事、外交、民族、宗教等方面知识。

9.发展实践中的重点、难点问题。

10.上级党组织要求学习的其他重要内容。

四、学习形式

1.集体学习研讨。党委中心组应当将集体学习研讨作为学习的主要形式，围绕工作全局和重大问题，坚持共性与个性相结合，精心设计学习专题，把重点发言和集体研讨、专题学习和系统学习结合起来。党委中心组学习应当以中心组成员自己学、自己讲为主，适当组织

专题讲座、辅导报告。党委中心组每月集体学习研讨一次。每次集体学习时，中心组成员要在专用学习笔记上作好详实纪录，不得与工作笔记共用。

2.个人自学。中心组成员应当发挥“关键少数”的示范和表率作用，自觉学习、带头学习，努力成为建设学习型党组织和学习型领导班子的精心组织者、积极促进者、自觉实践者，带动全体党员干部大兴学习之风。要按照年度学习计划，根据形势任务的要求，自定个人自学计划认真学习指定书目和自学书目，写出自学笔记和学习体会文章。

3.专题调研。中心组成员应当把理论学习与专题调研结合起来，围绕事关全局的重大专题、分管领域的难点问题、具有引领性的前瞻课题，更多地把课堂搬到临床一线，把精力放到基层工作，开展体验式、调研式学习，有针对性地开展调查研究，提出问题、推动工作的办法措施。每年至少撰写一篇不少于3000字的调研报告。

4.多种形式。党委中心组应当结合医院实际，注重借鉴先进经验，改进学习的方法。中心组成员应当积极参加学习讲坛、读书会、报告会等学习活动，充分利用互联网等媒体学习平台，拓宽学习渠道，提升学习效果。

五、学习管理

1.制定学习计划。党委中心组每年年初按照上级有关要求，结合实际，制定中心组年度学习计划。学习计划党委审定后施行。

2.规范学习流程。党委中心组每月一次集体学习。中心组学习出勤率达到95%以上；

3.严格学习管理。党委中心组强化学习考勤，实行签到制度。中心组成员要正确处理好工学矛盾，按时参加学习，原则上不得请假。确因特殊情况不能参加集体学习的，须履行书面请假程序。

4.加强督促检查。党委书记需掌握中心组成员的学习情况并做好督促检查，每半年（6月份、12月份）调阅一次中心组成员的专用学习笔记；每年12月份调阅一次中心组成员的调研文章。中心组学习按年度建立学习档案，作为考核全年学习情况的重要依据。

本制度自印发之日起施行。

思想政治工作制度

围绕社会主义核心价值体系建设进行工作，是医院思想政治工作的第一位任务，要努力在全院形成统一的指导思想，共同的理想信念，强大的精神支柱和基本的道德规范，通过有针对性的、有医院特色的、经常性的工作，落实到引领医院和谐进步，更好的为人民健康服务上来，以推动医院科学发展。

一、思想政治工作体制

1.形成党、政、工、团齐抓共管的思想政治教育网络。院党委把思想政治工作列入重要议事日程，年初制定计划、方案。每季度研究一次思想政治工作，并对存在的问题提出措施和要求。医院每年召开一次思想政治工作会议，总结工作，交流经验，树立典型，推动思想政治工作深入开展。

2.院长和各医疗科室主任和行政科室科长主要结合业务做好思想政治工作。院、科行政负责人中要有人分管思想政治工作。保证思想政治工作必要经费的落实。

3.党支部是做好职工思想政治工作的基层组织。党支部要着重抓好组织党员和群众进行政治学习，宣传执行党的路线、方针、政策和上级党组织决议，加强对党员的教育和管理，增强他们的政治责任心，分析职工的思想情况，向党员布置群众工作任务并定期进行检查，开好组织生活会，认真开展批评与自我批评，经常听取党员和群众对党的工作的意见和建议，帮助他们解决工作、生活中的实际问题。

4.建立一支专、兼相结合的、精干的、相对稳定的思想政治工作队伍。思想政治工作者，包括党务干部、行政管理部门及工、团组织中专职从事思想政治工作的人员；兼职人员主要指各级党组织兼职干部，兼职宣传员、通讯员。

二、思想政治工作的内容

1.坚持用马克思主义中国化最新成果武装党员、教育职工，深入开展中国特色社会主义理论体系宣传普及活动。

2.坚持用中国特色社会主义共同理想凝聚力量，开展理想信念教育、院情教育、传承百年文化教育、形势政策教育，进一步增强医院改革的信心。

3.坚持用以爱国主义为核心的民族精神和以改革创新为核心的时代精神鼓舞斗志，大力弘扬爱国主义、集体主义、社会主义思想，增强全社会改革创新意识，引导医职员工自愿把个人价值追求融入民族振兴，医院发展的实践，把个人理想抱负化作励志图强，创造斩新业绩的实际行动。

4.坚持用社会主义核心价值观引领风尚，深入开展世界观、人生观、价值观宣传教育，引导医职员工自觉遵守社会基本道德规范，推动形成知荣辱、讲正气、促和谐的社会风尚。

三、医院思想政治工作的方法

1.基本方法

一般教育和个别教育相结合的方法；典型示范推动一般的方法；自我教育和互相教育相结合的方法；以积极因素克服消极因素的方法；以理服人和以情感人相结合的方法；耐心说服与严格组织纪律相结合的方法；预防为主与积极解决思想问题相结合的方法。

2.辅助方法通常有思想信息获取、思想信息分析、思想政治教育决策、思想政治工作检查调节与总结四种方法。

党员联系群众制度

为了进一步贯彻执行党的群众路线，密切党群关系，推动党支部各项工作的顺利开展，根据《中国共产党章程》的规定，特制定本制度。

一、党支部定期或进行某项工作前，通过召开座谈会和个别访问形式听取党外同志的意见。

二、建立党员联系群众长效机制，根据党员的不同情况，分配每人联系几个群众，了解他们的思想、工作和生活等方面的情况，帮他们排忧解难，做思想政治工作。党员对于联系对象的情况要定期向党组织汇报。

三、建立联系群众督查制度，党支部要对联系群众制度的落实情况进行定期分析，掌握情况，发现问题，排除障碍，指导党员做好联系群众工作。

党员责任区制度

为进一步加强党员教育管理，发挥党员先锋模范作用，医院党委经研究决定建立健全党员责任区制度，作为医院深化党建工作的举措之一。各党支部要在发挥现有党组织管理体制作用的基础上，通过制度建设和机制创新，作为探索新形势下加强公立医院基层党建的有效途径。

一、指导思想

开展党员责任区活动的指导思想是：以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，践行以人民为中心的发展思想，树立“以人民健康为中心”的理念，进一步密切党群关系，深化医院党建工作。本着从我做起，从小事做起，有利于工作、有利于生活的原则。

二、目标要求

通过开展责任区活动，逐步由党员自发地发挥作用向有组织地发挥作用转变；由党员干部做群众工作向广大党员做群众工作转变，进一步加强党的基层组织建设，充分发挥党员先锋模范作用，推进医院各项工作全面发展。

党员责任区工作是党员教育管理工作的一项重要内容。建立党员责任区制度，划分党员责任区范围，明确党员责任区任务，是新时期发挥党员先锋模范作用的一种特殊形式。通过

制度落实和严格管理，使每名党员围绕医院中心工作，立足本职岗位更好的发挥先锋模范作用，为创建一流的党员队伍，同时带动职工队伍建设提供良好的平台。

三、组织领导

医院党委成立党员责任区活动领导小组，具体日常工作由党办和各党支部书记负责。各党支部书记要经常深入到各科室进行调查研究和检查指导工作，以保证此项工作顺利开展起来。

四、责任区任务

党员责任区的任务是配合科室领导做好职工思想政治工作，解决日常工作中的疑难问题。教育群众、带领群众，积极响应党委号召，模范带头执行各项规章制度，积极完成各项任务，包括业务工作、廉政建设、文明建设、优质服务等方面以及根据工作需要确定的其他任务。

1.宣传教育任务：党员要向联系人经常性的宣传党的路线、方针和政策；宣传习近平新时代中国特色社会主义思想；社会主义核心价值观、新时代职业精神等；耐心细致地做好联系人的思想工作，及时反映他们的意见和要求。

2.业务提升任务：树立优质服务意识，全面提升服务质量。在做好自身本职工作的同时，帮助或协助做好联系人的业务提升工作。

3.等级医院创建任务：通过自身的模范带头作用，带动身边职工努力完成创建工作的各项任务。

4.廉政建设任务：严格执行党风廉政建设方面的规定，发挥示范、监督作用，责任区无违纪、违法事件发生。

5.培养联系任务：协助做好责任区内入党积极分子培养联系工作，帮助入党积极分子成长进步、完成培养教育和考察工作任务。

6.其他交办任务：完成党支部重点交办的其他工作任务。

五、责任区范围

1.责任区范围划分和责任区任务的确定，要便于党员结合本职工作，更好地发挥先锋、示范、引导作用，更具体履行党员义务。

2.要努力实现党员全覆盖，党员责任区网格化。

3.每个党员联系 2 名群众，原则上同科室同病区的职工。

六、实施办法

1.党员责任区活动在医院党委统一领导下进行，由各党支部组织实施。

2.党员每个季度要向党支部汇报自己在责任区的工作情况，及时反映群众的正确要求和合理化建议，做联系群众的模范。

3.各党支部要把开展党员责任区活动同党支部常规性活动结合起来，把党员参加责任区活动的表现作为确定党员是否合格是否先进的重要标准。

4.各党支部要充分利用组织生活会认真听取党员汇报党员责任区工作情况，并针对存在的问题和活动情况，要经常督促和检查指导。

七、考核办法

1.党支部每季度对党员责任区任务完成情况进行一次考核，全年综合考核结果作为推荐年度优秀共产党员的依据。

2.医院党委将把此项活动的开展情况作为考核党支部书记的一个重要依据。

党务公开制度

为全面贯彻落实《中国共产党党内监督条例（试行）》，始终坚持党的领导，加强党的建设，全面从严治党，强化党内监督，保持党的先进性和纯洁性，改善党的领导方式和执行方式，提高党的领导水平和执政水平，保障广大党员直接行使民主权利，特制订本制度。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，按照“两个条例”的要求，将党员对党内事务的知情权、参与权和监督权落到实处，以党内民主推进卫生健康系统民主政治建设，提高党建工作规范化水平，进一步密切党群关系，不断增强党组织的创造力、凝聚力和战斗力。

二、公开内容

按照依法公开、真实可信的要求，凡是群众关心的党内热点问题、容易出现以权谋私、滋生腐败、引发不公的事项，只要不涉及党内的秘密，都要最大限度地公开。

1.党内重大决策、决定、决议的酝酿、拟定、出台及落实情况。

2.领导班子自身建设情况。领导班子的思想建设、组织建设、作风建设、制度建设情况，民主生活会征集意见、开展批评和自我批评、整改情况，领导干部述廉情况，重要情况通报和报告等。

3.干部制度执行情况，干部考察预告、任前公示、竞聘上岗、奖惩情况以及《党政领导干部选拔任用工作条例》规定的公开事项。

4.领导干部廉洁自律规定执行情况。

5.组织建设情况。党员发展情况、入党积极分子情况，民主评议党员、党费收缴情况等。

6.考核情况。党务工作考核情况和受表彰情况。

7.监督情况。违法违纪问题查处和信访监督情况，实施党内监督程序化、制度化的具体办法和措施。

8.群众认为有必要公开的党内其他事项。

三、公开的程序

按照“征求意见、民主讨论、结果公开、接受监督”的程序，将党务公开工作贯穿于党内重要事务的酝酿、决策、实施的全过程。党组织在讨论决定事项、制度目标任务之前，要充分征求党员群众的意见，利用党员大会、小组活动等载体集思广益，形成初步方案，经讨论后，将最终结果向广大党员群众公开。

四、公开的时间和形式

党务公开要突出时效性，常规性工作、重大决策、目标任务常年公开，阶段性工作完成后及时公开，临时性工作随时公开，重大事项经上级党组织审批后公开。

根据内容不同，可采取会议公开、公告公示、办公 OA 平台等不同的公开形式。只适宜在党内公开的，要通过党内有关会议、通报等形式公开，可向全社会公开的，要在党务、政务公开栏上公开。

五、监督与考核

将党务公开工作作为党风廉政建设责任制和党建工作的重要内容，切实搞好公开公示，及时了解党员群众的反映，为认真落实党务公开制度提供基础保障。

党员教育管理制度

党员的教育和管理工作是党的思想建设、组织建设的重要组成部分，它对于党员贯彻执行党的基本路线，进一步端正党风和提高党员队伍的素质，有着极其重要的作用。

党员教育管理制度是一项包括党课教育制度、接转组织关系制度、党费交纳制度等方面在内的综合性制度。各支部须从细处入手，从教育入手，从管理入手，严格执行好本制度。

1.坚持党支部学习制度，每季度集中学习一次，重点学习特色理论、党章、党的基本知识，党的宗旨、纪律和党性、党风、党的优良传统教育以及文化、科学和专业知识的教育等。

2.坚持开展党员创先争优活动，牢固树立改革开放的发展观、求真务实的人生观，乐于奉献的价值观，维护大局的世界观。

3.坚持从严治党方针，严格按党章和党的规定办事，严格执行党的纪律和民主监督，党员必须严格履行党员权利和义务。

4.坚持党的组织生活制度。党支部组织生活会每年召开一次，必须重实效。党员半年以上不过组织生活或不缴党费视为自行脱党，党的组织生活必须讲政治、讲党性讲原则。

5.坚持民主评议党员制度，民主评议党员每年进行一次，必须注重以下五个步骤：(1)学习教育；(2)自我总结；(3)民主评议；(4)组织处理；(5)健全制度。

6.组织关系管理。按期转移党员组织关系是党的纪律之一。(1)党员必须在介绍信注明的有效期限内办理接转手续，并到转入单位党组织报到，逾期不转者，应给予严肃的批评和教育。(2)如无正当理由，超过六个月不转移组织关系，不参加组织生活的要按党章规定以自行脱党论处。(3)党员临时外出工作和学习，时间在半年以上，工作地点比较固定的，应转移党组织关系。(4)外出时间在二个月以上，地点比较固定的，则出具党员证明信。(5)在接到外单位转入的组织关系后，应在当月内转到党员所属党支部，参加组织生活。

党内情况通报制度

党内情况通报制度即“党内上情下达制度”，是(上级)党组织向(下级)党组织和党员通报党内情况的制度。坚持党内情况通报制度，可以切实保障党员的知情权、参与权、建议权、批评权、监督权，调动广大党员参与党内事务、加强党内监督的积极性。

一、通报主体及对象

党内情况通报主体是院党委会、党支部会和党员大会；

党内情况报告的对象是全体党员。

二、通报的内容

1.党务工作方面通报的主要内容：贯彻执行上级有关工作指示情况、党风廉政建设和反腐败工作情况，院党委议决事项，年度工作计划、重要党务、院务活动进展和完成情况，党员领导干部民主生活会情况和整改措施，干部的调整任免、党员干部的奖励和惩诫，党组织调整选举，入党积极分子培养、党员发展，民主评议党员及党费收缴、使用、管理情况等。

2.与党员密切相关的重大事项方面通报的主要内容：改革和发展的重大部署，涉及群众切身利益的重大决策的执行，重大项目安排和大额资金使用情况，重大突发事件的处理结果，党员群众反映强烈的热点、焦点问题的处理等。

3.其他应通报的有关情况。

三、通报的形式及程序

通报采取召开专门会议和发文、公示等形式进行。党内情况一般每半年通报一次，也可根据实际情况不定期进行通报。属于党内秘密， 涉及个人隐私，不宜立即公开的重大决策、重大事项、重大案件等免予通报。

创先争优活动制度

创先争优”活动，即创建先进党组织，争当优秀共产党员、优秀党务工作者活动，是发挥党组织的战斗堡垒作用和党员先锋模范作用的一项重要措施。

一、“创先争优”工作目标

党支部要按照新的伟大工程总目标的要求，以“五个好”为目标，开展先进基层党支部创建活动。

1.建设一个政治坚强、团结协作、开拓进取、有较强的凝聚力和战斗力的好班子。

2.培养一支信念坚定、素质优良、结构合理，在两个文明建设中发挥先锋模范作用的好队伍。

3.建立一套党员教育、管理和监督，及时解决自身矛盾的较科学、规范的好制度。

4.形成一种勤奋好学、实事求是、清正廉洁、联系群众、艰苦奋斗的好作风。

5.创造一个高效率、高质量地完成本部门、本单位业务工作的好业绩。

二、“创先争优”评比条件

先进党组织的基本条件是：

1.坚决贯彻执行党的基本理论和基本路线，坚持四项基本原则，坚持改革开放，坚定地同党中央在思想上、政治上保持一致。

2.能团结、带领党员和群众，认真学习党的理论，解放思想，实事求是，艰苦奋斗，开拓前进，在两个文明建设中取得显著成绩。

3.领导班子成员党性强、作风好、廉洁奉公、团结协调，党组织的战斗堡垒作用突出。

4.善于开展生动活泼的思想政治工作，能经常有效地对党员进行教育管理，党员能很好地发挥先锋模范作用。

5.党内生活制度健全，能认真开展批评与自我批评，具有解决自身矛盾的能力。

优秀共产党员的基本条件是：

1.有坚定的共产主义信念，能模范地执行党的路线、方针、政策，坚持四项基本原则，坚持改革开放，坚定地同党中央在思想上政治上保持一致。

2.刻苦学习党的理论知识，解放思想，实事求是，钻研业务，勤奋工作，在医院发展建设中作出了突出贡献。

3.坚持全心全意为人民服务宗旨，廉洁奉公，顾全大局，具有为党和人民甘愿牺牲个人利益的无私奉献精神。

4.模范地遵纪守法，勇于同一切不正之风和违法犯罪行为作斗争。

5.密切联系群众，经常有效地做群众的思想政治工作，用自己的模范行动影响和教育群众，受到党员和群众的尊敬和信赖。

优秀党务工作者的基本条件是：

1.认真贯彻执行党的路线、方针、政策，能积极组织党员学习党的理论，及时传达贯彻上级和本级党组织的决议，坚持四项基本原则，坚持改革开放，勇于开拓创新，有较大成绩。

2.热爱和熟悉党务工作，尽职尽责，积极完成党内分配的各项任务，关心党组织的思想、组织、作风建设，在完成党的各项工作中效果显著。

3.密切联系群众，主动团结同志，善于开展思想政治工作，工作作风扎实，工作效率较高。

4.党性强、作风正，廉洁奉公，严于律己，不谋私利，带头遵纪守法，坚持原则，秉公办事，敢于开展批评与自我批评，勇于抵制和反对各种不正之风，同一切违法乱纪行为做斗争。

三、“创先争优”评比方法

“创先争优”活动每年由党支部结合年度工作总结、民主评议党员、党支部和党员目标管理进行一次分析、评比。报送医院党委审定。

评比方法：

1.召开支委会，推荐本支部优秀党员、优秀党务工作者初步名单，讨论本支部是否符合先进党组织条件。

2.召开支委扩大会，汇报推荐情况，研究本支部“一先两优”推荐名单。

3.召开支部党员大会，采取无记名投票或举手表决方式，讨论通过“一先两优”表彰名单，报医院党委研究确定。

基层党组织“三会一课”制度

“三会一课”制度是党的组织生活的基本制度，是党的基层支部应该长期坚持的重要制度，也是健全党的组织生活，严格党员管理，加强党员教育的重要制度。

为了进一步加强我院党支部建设，充分发挥党支部的战斗堡垒作用和党员先锋模范作用，根据《党章》规定，结合我院实际，制定本制度。

一、“三会一课”活动的总体要求

“三会一课”制度是党支部工作的基本制度，各党支部必须把“三会一课”活动纳入工作计划，作为一项重要工作来抓。

各支部要结合医疗工作发展的实际，贴近我院的中心工作，根据本支部的特点，有针对

有重点地组织好“三会一课”活动。通过坚持“三会一课”制度，不断提高党员思想政治素质，转变工作作风，提升工作水平，不断推动我院的党员队伍建设和基层党组织建设，努力为我院的发展建设提供坚强的组织保证。

二、“三会一课”活动的主要内容

“三会一课”是指定期召开支部委员会、党小组会、支部党员大会，按时上好党课。

（一）支部委员会：

支部委员会由支部书记主持，支部委员参加。

其主要内容是：研究贯彻落实上级党组织的指示和决定；结合本支部实际研究本支部党建工作，制定工作计划，检查和总结工作情况；分析本支部党员状况，制定党员教育管理措施；讨论入党积极分子和党员发展对象的培养和考察问题，讨论预备党员转正问题；其他需要支部讨论的重要问题。

（二）党小组会：

党小组会由党小组长主持。它是党小组活动的主要形式之一，是党员组织生活的重要组成部分。

其主要内容是：组织党员学习党的路线方针政策；学习党的基本知识和基本理论；学习国家法律法规；学习上级党组织的决议；汇报交流党员的思想工作学习情况；反映党员群众的意见和建议；围绕支部近期的工作，结合实际提出贯彻措施并检查落实情况；支部安排的其他工作。

（三）支部党员大会：

支部党员大会，由支部委员会召集，支部书记或副书记主持，党支部全体党员参加。

其主要内容是：传达学习党的路线方针政策及党的有关文件；贯彻落实上级党组织的决议决定指示；听取讨论和通过支部委员会的工作报告和工作计划；对支部委员会的工作进行审查和监督；讨论党员的表彰或处分等问题；讨论发展新党员及预备党员转正问题；选举新一届支部委员会；讨论支部委员会提交的其他重要问题。

（四）党课：

党课由党员和入党积极分子参加。

它是对党员进行教育的最经常最基本的一种形式。组织好党课教育，是党支部的一项重要工作。

支部党课教育内容根据每一时期的中心工作要求和党员的思想教育实际需要确定。

其主要内容是：党的路线方针政策教育；党的基本知识基本理论教育；党章教育；国内外形势教育；党纪党规党风廉政教育；与时俱进，增强党员先进性教育；党和政府的方针政

策法规的教育；文化科学知识的教育等。

三、“三会一课”活动的时间安排

1.制定计划。每年年初党支部要根据我院党委和行政下发的工作要点，根据党委的安排要求，制定本支部的“三会一课”活动计划，经党支部大会讨论通过后，报党委，院组织部备案并认真组织实施。

2.按期召开。“三会一课”活动必须定期进行。每季度召开一次支部党员大会；每半年上一次党课。根据工作需要，“三会一课”活动也可随时进行。若无特殊情况，一般不宜推迟进行。

3.周三进行。“三会一课”活动一般安排在周三下午进行。因教学、科研以及大型活动无法安排时，党支部可另调时间。

4.提前通知。“三会一课”活动的召集人或主持人，应加强“三会一课”的组织工作，将“三会一课”的时间，地点，中心内容等事项在事前通知每个参加者。

四、“三会一课”活动的具体要求

1.内容方面。“三会一课”在内容上，要结合党和国家的形势，围绕我院中心工作，体现改革发展要求，要有鲜明的时代性针对性和实践性。

2.组织方面。“三会一课”必须精心组织，统筹安排，注重实效。要采取灵活多样的形式和有效的方法，不断提高“三会一课”的质量。要克服和防止为开会而开会的“走形式走过场”的做法。

3.考勤方面。各党支部要严格“三会一课”考勤制度，健全“三会一课”记录簿，会后及时小结，使“三会一课”活动规范化制度化。党支部对因病长期休养的党员，参加“三会一课”应视具体情况而定，保持经常联系。

4.单独例会。“三会一课”活动必须单独召开，不能用业务会议或其他工作会议代替。每年度“三会一课”活动不按时进行的，不能参加先进党支部的评选。

5.自觉参加。党员要自觉参加“三会一课”活动，不能无故缺席。因故不能参加的，需履行请假手续。对半年 3 次以上无故不参加组织活动的党员，党支部及时提醒并给与批评教育。无故不参加组织生活，经批评教育仍无转变，属预备党员的延长预备期直至取消预备党员资格，正式党员不能参加优秀党员评比。

6.加强督促。党委要加强对所属党支部的“三会一课”活动的督促检查，发现问题及时指导解决。

党支部主题党日活动制度

支部主题党日，是以党支部为主体的基层党组织开展党员活动的专门时间。党日活动是党内政治生活的重要载体，是贯彻全面从严治党要求、加强党员理想信念教育、强化党员党性修养的有效载体，是健全组织生活制度、严格党员管理的有效抓手。

1.“支部主题党日”活动，要按照有规范的活动计划、有鲜明的活动主题、有详实的活动记录、有明显的活动成效的“四有”要求，严肃组织生活、严格党员管理、促进党员作用发挥，着力提升基层党组织建设科学化水平。

2.“支部主题党日”活动每月开展一次，每次一般不少于半天。每逢“七一”、国庆等重点节日固定开展主题党日活动。

3.“支部主题党日”活动的内容由支部结合实际自主确定一项或几项，以每月一主题的形式组织实施，增强活动联动效应。活动内容一般包括：学习党章党规、学习习近平总书记系列重要讲话，缴纳党费，落实组织生活，开展民主议事等。

4.党支部要结合实际，创新活动方式，既要灵活、新颖，也要注重庄重感、仪式感，既可开展讲党课、党内关怀、重温入党誓词、演讲、知识竞赛，还可以组织调研实践、帮困扶困、联系群众、志愿服务等，让广大党员在一次次鲜活的活动中受到教育和熏陶。

5.“支部主题党日”活动可与基层党组织统一活动日一并安排。

理论学习制度

一、坚持理论学习制度是建设学习型医院的基本要求，是提高党员思想政治素质的可靠保证，是加强党风廉政建设，拒腐防变的重要措施，是推进医院改革与发展的重要条件。

二、严肃学习纪律，做到不迟到，不早退、不无故缺席，有事先请假。

三、提倡每个领导干部和全院职工坚持每天读报学习，听新闻，关心国内外大事。

四、共产党员的政治学习，与非党员的学习坚持有分有合；每季度的专门学习，按医院党支部“三会一课”要求执行。

五、理论学习的方法主要可以采取组织集中学、小范围研讨学、理论学习报告会，以及党支部推荐学习书目、印发学习资料、网上学习等灵活多样的方法。

六、干部理论学习主要抓好四个层面——理论学习组重点是院领导和部分中层干部；党课由党委或党支部组织全体党员进行学习；党员大会由党支部书记负责组织全体党员进行学习；科室政治学习由科室负责人组织全体职工学习。

七、理论学习内容党的理论知识以及时事政治和上级重要文件、重要会议精神、先进经验和事迹、重要的法律规章等。

学习安排上，理论学习每季度不少于一次。为了提高效率，减少集中次数，除单独组织外，也可以结合院周会学习。

学习方法采取中心发言与集体讨论相结合，业余自学与集体学习相结合以及上下交流等形式，改进学习方法，提高学习效果。学习笔记包括学习摘要、学习心得。

八、坚持“学精管用”原则和理论联系实际的方法，结合医院改革发展和班子建设，干部队伍、党员队伍建设的实际，选学有关内容。在把握理论精髓，加强党性锻炼，在解决实际问题上下功夫。根据需要适时召开学习成果发布会，互相交流学习体会，以促进党员干部队伍及全体职工整体素质的提高。

党员组织生活会制度

一、党员组织生活会每年至少召开 1 次。由党支部书记主持，党员应积极参加党员组织生活，如确有特殊情况不能参加，必须事先向党组织请假。每个党员必须自觉参加党员组织生活会，接受党内外群众的监督。党员领导干部要严格落实双重组织生活制度，自觉参加所在支部的组织生活会。

二、主要任务是：检查本支部党员贯彻党的路线方针政策和上级决议情况，贯彻执行民主集中制原则情况、党员政治思想工作学习生活等方面的情况、上次组织生活会查摆问题整改落实情况等。

三、会前制定会议方案，确定会议主题，提前通知党员做好准备；通过个别谈话、集体座谈、上门走访等多种形式，深入开展谈心谈话，征求意见和建议，党支部班子和党员要认真查摆问题，列出问题清单。

四、会中严肃开展批评和自我批评。支部书记要带头做对照检查，其他党员依次提出意见，支部书记进行表态；每名党员依次做出对照检查，其他党员分别提出批评意见，做对照检查的党员进行表态；开展批评和自我批评，对每个人提出的批评意见要一针见血，原则上不少于 2 条。

五、会后党支部和党员分别列出整改清单，党员要做出整改承诺。整改内容和完成情况要在一定范围内公示，自觉接受党员群众监督。

六、党支部要提前单独召开支部委员会班子组织生活会。上级党组织可派员参加并指导党支部组织生活会。

七、党支部要安排专人做好会议纪录。

八、上级党组织要建立经常性跟踪督查机制，确保问题整改到位。

民主评议党员制度

一、民主评议党员是一项党建工作制度。为加强我院党建工作特制定本制度。

二、民主评议党员每年进行一次，一般安排在 12 月份，时间半个月至一个月。

三、评议内容：

1.是否具有坚定的共产主义信念，能否坚持四项基本原则，坚持改革开放，把实现现阶段的共同理想同脚踏实地地做好本职工作结合起来，全心全意为人民服务。

2.是否坚决贯彻执行党在社会主义初级阶段的基本路线和各项方针政策，为深化医院改革发展，促进三个文明建设做出贡献。

3.是否站在改革前列，维护改革大局，正确处理国家、集体、个人利益之间的关系。做到个人利益服从党和人民利益，局部利益服从整体利益。

4.是否切实地执行党的决议，遵守党的章程，履行党员义务，珍惜党员权利。

5.是否密切联系群众、关心群众疾苦，艰苦奋斗、廉洁奉公，反对腐化奢侈，反对以权谋私；是否模范遵守本院的规章制度，是否起到党员先锋模范作用。

四、基本方法

民主评议党员工作，以支部为单位有计划有步骤地进行。

1.学习教育。要与形势教育结合起来，对党员普遍进行在新形势下坚持党员标准的教育。学习内容以《党章》、《准则》和中央有关文件为主。

2.自我评价。在学习讨论、提高认识的基础上，对照党员标准，围绕评议内容，认真开展批评和自我批评，认真总结个人一年来思想工作学习和作风情况，并在党支部大会上进行民主评议。每个党员要提高对民主评议党员的思想认识，自觉参加评议工作。

3.组织考察。党支部对党内外评议的意见，要进行实事求是的分析、综合，形成组织意见，转告本人，并向支部大会报告。要加强思想工作，使评议党员过程成为对党员思想教育的过程，提高广大党员的思想素质。

4.表彰和处理。对民主评议的好党员，党支部进行表彰；对评议中揭露的违法乱纪问题，要严肃查处；对经评议认为不合格的党员，要提出妥善的处理意见，并交支部大会表决。同时要做好思想工作，继续发挥他们的先锋模范作用。

党费收缴制度

1.按照《无锡市关于进一步规范党费收缴工作的有关口径》文件要求，按时调整本次党费收缴数字。

2.事业单位工作人员党费收缴列入基数项目为：岗位工资、薪级工资、绩效工资、津贴补贴。其中，津贴补贴包括岗位津贴+生活补贴。其他如交通补贴等不列入计算基数。

3.党费计算方法：工资收入项目（岗位工资、薪级工资、岗位津贴、生活补贴）（应发金额）减去不列入基数项目（个人公积金、养老金、职业年金、医疗统筹、失业金、个人所得税）

4.党费比例：3000 元及以下者，0.5%；3000 以上至 5000（含 5000）者，1%；5000-10000（含 10000）者，1.5%；10000 以上者，2%。

5.预备党员从支部大会通过其为预备党员之日起交纳党费。

6.党员应当增强党员意识，主动按月交纳党费。遇到特殊情况，经党支部同意，可以每季度交纳一次党费，也可以委托其亲属或者其他党员代为交纳或者补交党费。补交党费的时间一般不得超过 6 个月。

7.党员工资收入发生变化后，从按新工资标准领取工资的当月起，以新的工资收入为基数，按照规定比例交纳党费。

8.党员一般应当向其正式组织关系所在的党支部交纳党费。持《中国共产党流动党员活动证》的党员，外出期间可以持证向流入地党组织交纳党费。党员自愿多交党费不限。

9.对不按照规定交纳党费的党员，其所在党组织应及时对其进行批评教育，限期改正。对无正当理由，连续 6 个月不交纳党费的党员，按自行脱党处理。党组织应当按照规定收缴党员党费，不得垫交或扣缴党员党费，不得要求党员交纳规定以外的各种名目的“特殊党费”。

10.本规定自 2017 年 1 月 1 日起施行，过去规定与本规定不一致的，以本规定为准。

发展党员制度

一、确定发展对象：先由党小组按党员标准和本人表现进行讨论。从培养二年以上的入党积极分子中推荐发展名单，党支部在集中各党小组的基础上，根据党的发展方针和党委的要求，研究确定发展对象，并制定年度发展计划。

二、对初步确定的发展对象，党支部要采取多种形式广泛征求党员和党外群众的意见，凡是在党员和群众中威信较低者，不能列为发展对象。

三、发展对象确定后，党支部要及时向党委汇报，取得一致意见后，由党支部对发展对象进行政治审查。政治审查的主要内容包括入党申请人对党的路线方针、政策的态度；本人的政治历史和在重大政治斗争中的表现；直系亲属和与本人关系密切的主要社会关系的政治情况政治审查要形成综合性的政审材料。

四、党支部根据发展对象的培养教育、考察群众意见、政审等情况，认为基本具备入党条件后，经支委会研究同意后，写出综合材料，报党办审查。上报材料包括：①申请人入党申请书；②《入党积极分子登记表》；③个人小结及各个时期的思想汇报材料；④党小组意见；⑤党内外群众意见；⑥政审材料；⑦党支部意见。党办经过认真调查和考核，对是否同意发展以负责的答复。审查合格发给《入党志愿书》由党支部负责履行入党手续。

五、办理入党手续，要严格按照党章和有关文件的规定执行。召开支部大会应做好详细的会议记录。通过后，党支部应及时填写支部大会意见，并将《入党志愿书》和有关材料报党办。

六、党办接到支部上报的《入党志愿书》和有关材料后，要认真进行审查，再按照规定提请党委指定专人与入党申请人谈话，进一步了解其对党的认识过程，入党动机，对党的基本知识的学习等情况填写谈话人的意见，并向党委部委员会汇报。提交党委集体讨论表决通过。

七、党委批准申请人为预备党员后，党办应及时通知其所在支部。

党员组织关系转接制度

一、省内党员转进转出的党员，应在全国党员信息平台统一办理。同时告知转入方在全国信息管理平台的全称。省内转进，告知对方我们党支部在全国信息管理平台的全称。

二、省外转入的党员，党员自己到区委组织部报到，带好纸质的“中国共产党党员组织关系介绍信”和全国党员信息平台导出的个人信息表。

三、转到省外的党员，党员自己到区委组织部报到，带好介绍信和全国党员信息平台导出系统导出的个人信息表（党支部盖章）

四、党员组织关系介绍信应由党员自己携带；不能自己携带的，应交由所在单位党组织通过机要邮政转递。

五、介绍信的有效期限可根据具体情况确定，一般不应超过三个月。

六、党员外出学习或进修等情况，应按照有关规定，分别办理“组织关系介绍信”、“党员证明信”或“流动党员活动证”。

科室党建暨政治学习制度

为全面贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想，增强政治理论学习的时效性，不断提高全院党员干部职工思想政治素质和业务工作能力，提高职工文明素质，夯实三级综合医院建设基础，全力推进争创“三甲”医院，结合我院工作实际，制定学习教育制度。

一、学习内容

1.学习党在现阶段的路线、方针、政策。

2.学习党史及有关党的理论知识。

3.学习进一步深化改革的有关文件。

4.学习医院的规章制度。

5.学习相关法律法规。

6.学习党风廉政及医德规范教育内容。

7.学习文明素质教育内容。

8.学习其他相关内容。

二、学习时间

每季度一次（可与医德医风学习同步）

三、学习形式和方法

科室学习：各科室组织科室人员进行集体学习；并进行试卷考核。

四、检查和考核

1.建立科室党建暨政治学习台账：记录学习时间、内容、参加人员及学习和讨论的内容；科室集体学习要有照片放入台账；科室人员手写签到姓名；定期进行学习情况效果评价。

2.院部定期检查学习情况并和考核挂钩。

3.注意总结经验，加强研究和探索，提高学习质量。

工会工作制度

一、执行职工代表大会的决议和上级工会的决定，主持基层工会的日常工作。并根据上级工会和院党委的指示，配合医院中心工作，不定期召开工作会议，研究、布置和落实工会工作。

二、按照《工会法》关于“基层工会一届任期三一五年”要求，进行工会委员会换届选举，选举产生工会主席、副主席和委员，保持工会组织的活力。

三、每年组织召开 1 次或以上的全院职工代表大会，并按照《中国工会章程》关于职工代表大会程序要求，负责大会的筹备工作。

四、监督有关法律、法规的贯彻执行，正确处理好医院和职工的关系，维护职工合法权益。协助和督促社会保险、职工福利事业，改善职工生活。

五、组织职工开展劳动竞赛、合理化建议、技术革新和技术协作等活动，总结推广先进经验。做好先进工作者和劳动模范的评选、表彰、培养和管理服务工作。

六、对职工进行思想政治教育，鼓励支持职工学习文化科学技术和管理知识，开展健康的文化体育活动和爱国主义教育，活跃职工生活，陶冶职工情操。

七、搞好工会组织建设，建立和发展工会积极分子队伍。做好会员的发展、接收、教育和会籍管理工作。

八、收好、管好、用好工会经费。

党建带团建工作制度

一、党组织要坚持党的领导，把握坚定正确的政治方向，自觉以党的基本理论、基本路线指导团的建设。

二、党组织要在保证团组织按照《团章》独立开展工作的同时，做到“六带”，即从思想上带、从组织上带、从班子上带、从队伍上带、从作风上带，从而在加强党建过程中直接带领和推动团组织的建设。

三、党组织要把握团组织的政治方向，保证团组织坚定不移地贯彻执行党的路线、方针和政策，在政治上、思想上和行动上同党中央保持高度一致。

四、党组织要从本单位的实际出发，支持团组织按照有关法规章程建立能广泛联系的青年社团组织。

五、党组织要在加强党的领导班子和干部队伍建设的同时，加强团的领导班子和团干部队伍建设。

六、团组织高度重视并认真执行好“推优”工作，完善“推优”制度，规范“推优”程序。

七、团组织要在加强自身作风建设的同时认真抓好团的作风建设，教育团干部和团员青年继承和发扬党的优良传统。

八、党组织要在切实抓好各项工作、充分发挥政治作用的同时，认真指导团组织围绕党政工作大局开展各项工作。

医院团委工作制度

医院团委作为群众性的青年组织，其基本任务是在医院党委和上级团委领导下，贯彻执行党的路线、方针、政策，对团员和青年进行共产主义理想教育，用党的理论和先进的科学文化知识武装青年。通过开展适合青年特点的独立活动，发挥青年的生力军和突击队作用，使之能够担负起救死扶伤，建设中国特色社会主义的历史重任。

一、服务于医院和全团的中心工作。团结和带领广大团员青年围绕医院和全团中心工作认真履行职责，充分施展才华，发挥团员青年的生力军和突击队作用。

二、团的思想建设工作。组织团员青年认真学习党的理论知识，用先进理论武装青年头脑，指导团的工作。

三、严格组织管理。督促团员履行义务，保证团员行使权力、按照组织程序考核、发展新团员，检查团纪情况；办理团员奖惩手续。

四、认真开展“青年文明号”的创建活动，培养团员青年参与医院管理的主人翁意识，提高业务素质。

五、积极组织团员青年学知识、学技术、学管理、提高综合素质。

六、做好“推荐优秀团员作为党的发展对象”的工作。

七、做好优秀团员、优秀团干部、优秀团支部的评选，以及各级评优工作。

八、开展适合青年特点的丰富多彩的文娱、体育等活动，活跃业余文化生活，促进团员青年的身心健康发展。

九、开展丰富多彩的社会实践和志愿服务活动，使团员青年在服务社会中了解国情、社情、民情，在实践中受教育、长才干、做贡献。

十、加强自身干部队伍建设，通过多种途径培训团的干部，提高团干部素质和工作水平。严格考核和重点培养、积极向党组织输送后备人才。

十一、完成医院党委及上级部门交办的其他工作。

青年志愿者管理制度

一、志愿者工作制度

1.自觉弘扬“奉献、友爱、互助、进步”的志愿精神，展现蓬勃向上、开拓进取的精神风貌，维护医院和志愿者的形象。

2.严格遵守国家法律法规，服从工作岗位安排和医院制度管理，积极主动展开工作。

3.遵守工作时间，不迟到，不早退。上岗前做好必要的工作准备，换岗时按要求认真做

好交接，不得出现空岗现象。如遇特殊情况，按规定请假。

4.按照微笑、热情、文明、专业的标准提供志愿服务，工作时间不闲聊不可从事与工作无关的活动，不得在公共场所吸烟或饮酒，不得在工作岗位上吃东西。

5.珍惜志愿者的公众形象，上岗时统一穿戴志愿者的衣服、袖标或帽子。

6.遵守各项工作纪律。针对媒体采访要求，遵从所在团队的工作安排，展示志愿者良好形象。

7.不可利用工作之便为自己或他人谋求不当利益。

8.如遇突发事件，在确保自身安全的前提下，按照规范的应急流程果断处置，遇到无法处理时，第一时间向办公室汇报。

9.遵守医院和所在服务岗位的其他相关规定。

二、志愿者培训制度

1.对志愿者进行培训是志愿者组织的一项主要工作，培训是强化志愿者队伍素质的关键，强化素质也是志愿者队伍生存发展的必要条件，因此，志愿者组织建立新志愿者培训(初级培训)、专业培训、全员培训制度，使志愿者能在培训学习的过程不断提高自身素质，更好地投入带志愿服务中去。

2.新志愿者培训。新志愿者在完成登记后，必须接受培训；培训时间按志愿者登记累计数确定；就近安排时间进行培训。

3.培训内容：志愿者组织性质、任务、组织架构；进行有关规章制度、纪律等方面的教育；重点介绍志愿者组织目前开展的项目活动；帮助新志愿者找到适合自己的项目活动；介绍优秀志愿者的先进事迹；慈善理念。

4.项目专业培训。（1）志愿者开展项目活动前，原则上都要经过项目培训，即使是没有专业技能要求的，也要通过培训把项目意义、活动内容、时间、地点、要求、注意事项等讲解明白，保证让每名参与该项目的志愿者有一个全面的了解；(2)对专业性较强的项目，须聘请有关方面的专业人员或有培训资格的志愿者，使项目开展过程中能够保证按要求做细做好。(3)在项目进行中，如有需要强化培训的，须及时组织好。这样一方面可以使参加培训的人员进一步得到提高，另一方面也可以使培训进一步深化，使之跟的上项目的深入发展。(4)专业培训须经考试考核制合格后方可发证，持证后方可参与服务。

5.志愿者全员培训。(1)全体志愿者每年都要参加一次全员培训。(2)志愿者全员培训要求在志愿者手册上作记录，未能参加培训的志愿者不能通过年审，未通过年审的志愿者取消年终晋星评定资格。(3)每年培训后要重新确认所参加的项目，确保项目的时效性。(4)对因故不能参加培训的志愿者要安排补训。

三、志愿者考核评价制度

1.院团委会负责对全体志愿者的考核，考核的主要依据为服务时数，根据服务时数评选出星级志愿者和年度优秀志愿者。

2.参与志愿服务的志愿者职称晋升、岗位评聘等原因需要志愿服务证明时，院团委发给志愿服务绩效证明书。

3.院团干部在参加每次活动时应主动到活动现场的签到处报到，便于组织统计，志愿者在每年的12月底统计全年的服务时间，院团委每年集中表彰一次星级志愿者。

4.志愿者晋升采取星级制。(1)志愿者注册并获得协会认可后，参加义务服务时间累计达到10小时的，认定为“一星志愿者”；(2)志愿者注册并获得协会认可后，参加义务服务时间累计达到20小时的，认定为“二星志愿者”；(3)志愿者注册并获得协会认可后，参加义务服务时间累计达到50小时的，认定为“三星志愿者”；(4)志愿者注册并获得协会认可后，参加义务服务时间累计达到100小时的，认定为“四星志愿者”；(5)志愿者注册并获得协会认可后，参加义务服务时间累计达到200小时的，认定为“五星志愿者”；(6)院团委对星级志愿者认定后，在其志愿者证及相关标识上进行标注；(7)志愿服务绩效证明书、星级荣誉奖章、志愿服务荣誉卡由院志愿者协会统一样式制作。

二、院办管理制度

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-001	文件名称	医院制度的制定和修订	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.02.20

医院制度的制定和修订

为规范医院规章制度和文件的制定和修改，建立和完善医院的规章制度体系，保障医院各项工作有序进行，特制定本制度。

一、全院性制度和文件的制定或修改应遵循以下程序：

（一）责任部门根据国家法律法规和医院运行需要起草征求意见稿，经过内部充分论证后送交相关职能部门征求意见，根据职能部门意见修订形成送审稿；

（二）分管院领导对送审稿进行审核把关，报送相关委员会审议，责任部门根据会议意见进行修改、完善；

（三）提交院长办公会(院党委会）讨论；

（四）院长办公会（院党委会）讨论通过后，由分管院领导批准生效，生效日期一般为签发日期。

二、各职能部门在遵循医院制度和文件的基础上，制定适用于本部门的制度和工作规程，经过部门负责人审批并签名后在部门内部实施。职能部门负责人负责本部门制度和工作规程的定期复审和落实。

三、制度和文件制定或修改的原则：

（一）符合医院宗旨、目标；

（二）符合医院文件格式；

（三）至少每三年或根据需要复审和修改；凡注明“试行”或“暂行”的，应在试用一年后及时修订形成正式制度或文件。

（四）存放在各相关部门制度和工作规程手册内，以便于相关员工查看；

（五）过期、修改或删除的制度和工作规程必须按规定归挡，并保存 15 年。

四、各委员会及职能部门负责人之间应加强交流，确保医院与部门，部门与部门之间的制度和文件相互协调，避免冲突。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-002	文件名称	“三重一大”决策制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

“三重一大”决策制度

为促进医院党政领导班子重大事项决策、重要人事任免、重大项目安排和大额资金使用（以下简称“三重一大”）事项集体决策的科学化、民主化、法制化、高效化，促进依法行政和廉政建设，根据《江苏省加强公立医院党的建设工作实施办法》要求，结合我院的工作实际，特制定本制度。

一、决策原则

(一)依法决策原则。遵守国家法律法规、党内法规、党纪政纪和有关政策，保证决策合法合规。

(二)民主决策原则。充分发扬民主，广泛听取意见，尊重社情民意，保证决策的民主性。

(三)科学决策原则。健全议事规则，完善各方参与、调查研究、专家咨询、评估论证的决策机制，保证决策的科学性。

(四)高效决策原则。健全应急决策机制，既体现决策程序的规范性，又保证及时决策的务实高效性。

(五)集体决策原则。按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的原则，依据职责权限和有关程序，集体讨论决定“三重一大”事项，防止个人或少数人专断。

二、决策范围

(一) 重大事项决策。主要包括：党和国家的路线方针政策、法律法规和上级重要决定的贯彻执行；医院党委和行政决定的贯彻落实；医院中长期发展规划和年度工作计划；重大改革方案、改革措施及重大责任事故、突发事件、敏感事件处置与应对方案；医院党的建设、党风廉政建设、行风建设以及意识形态领域等方面重大问题的情况；医院领导班子成员分工、内设机构设置与调整；医院学科建设、科室设置及调整；人才队伍建设，包括专业技术职称评聘、人才的引进和培养等，干部队伍建设；重要管理制度的制定与修订；职工收入分配及福利待遇、奖励和其他关系职工权益的重要事项；对外合作与交流事项；其他重大决策事项。

(二) 重要人事任免。主要包括：医院中层干部的任免；具有中高级职称人员的聘用、解聘；专科后备人才选拔；重要人事调配、人才引进等重要事项的审核；推荐各级党代表、人大代表、政协委员候选人；审核各级先进人选的推荐名单；其他重要人事任免事项。

(三)重大项目安排。主要包括：重大工程建设项目，重要设备和技术引进，未列入预算

单项的基本建设项目，大型修缮项目，大宗药品、物资和设备招标采购等；对财务状况及经营成果有重大影响的其他重大项目安排事项。

(四)大额资金使用。主要包括：医院年度预算、决算；未列入预算的资金调动和使用；其他大额度资金使用事项；总额 10 万元以下（不含 10 万元）的支出由总会计师审核、院长审批后予以支付；总额 10-20 万元（不含 20 万元）的支出需经院长办公会集体讨论通过，总额 20 万元以上（含 20 万元）的大额资金使用由院党委会研究决定。

三、决策程序

(一)形式方法。采取召开院党委会的形式集体决策。必须三分之二以上到会人员到会方能举行，按照少数服从多数的原则形成决议。会议决定多个事项时，应逐项讨论决定。

(二)充分酝酿。会前应做好充分准备，相关部门、科室应深入调查研究，广泛听取意见，做好沟通协调，拟定倾向性意见或备选方案，经分管领导审核后，提交院长办公会研究讨论；党委书记应当在院党委会前听取院长意见，意见不一致的应当暂缓上会。

(三)集体决策。按院党委会议事规则对“三重一大”事项做出集体决策，不得以传阅、会签或个别征求意见等方式代替集体决策。如对议题发生较大意见分歧，一般应当暂缓作出决定，党委书记应当最后表态。属于职工代表大会职权范围内的重大决策事项，经领导班子集体讨论提出决策意见后，提交职工代表大会审议决定。

(四)应急决策。涉及保密内容、时间要求紧急、需要临时决策的事项，经医院党委书记批准后启动应急决策程序，可召集决策事项涉及的领导班子成员和相关部门，召开紧急会议决策，并在事后及时向班子成员集体报告，完善相关决策程序。

(五) 决策纪律。参会人员遇特殊情况不能出席会议时，应在会前向党委书记请假。集体决策一经形成，每个参会人员都要维护集体决策，坚决贯彻执行。会议内容除经会议决定可传达或公开发表外，与会人员必须严守机密。个人有不同意见的，可以保留意见，但不得在任何场合随意发表与集体决定相违背的言论，更不得任意将会上讨论的内容或尚未决定的事项向外泄露。

(六)决策记录。每次会议都应认真做好记录。记录应包括时间、地点、出席和列席人员、会议主持人、会议议题、出席会议者意见、做出的决定等。会议通过的决议和文件，需要公布、上报或下发的，由相关责任部门起草主要领导审核签发。会议记录应妥善保管，不得外泄。

(七)报批公开。“三重一大”事项决策后，医院应当依据不同事项的管辖权限和规定进行报批。除涉密的决策事项外，应按照《院务公开制度》中的规定予以公开。

四、考核监督

医院“三重一大”决策制度的执行情况，应列为党风廉政建设、领导班子民主生活会和领导班子成员述职述廉报告的重要内容，接受上级主管部门的检查、考核和责任追究；同时作为院务公开的主要内容，接受社会及职工群众的监督。

医院纪检监察部门对“三重一大”决策制度的执行情况有权监督。职工代表大会成员和全体职工有权监督“三重一大”决策制度的贯彻落实情况，有权向各级党组织和上级部门反映意见。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-003	文件名称	重大事项议事制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

重大事项议事制度

为加强民主集中制建设，推进医院决策管理的科学化、民主化和规范化进程，切实增强领导班子的凝聚力、战斗力和创造力，有效克服工作中的官僚主义和主观主义；切实增强工作透明度，提高民主决策、科学决策水平，努力建设一个政治坚定、作风扎实、公正民主、公开透明、团结和谐的领导班子，结合医院实际，制定本制度。

一、议事范围

1.事关医院改革发展稳定及医疗、教学、科研、管理工作的重要事项；

2.干部选拔任用和干部队伍建设的重要事项；

3.人才工作的重要事项；

4.职工人事招录、职称评聘、职务职级晋升、年度考核、薪酬分配、福利待遇、奖惩和其他事关职工切身利益的重要事项；

5.医院发展规划，工作计划、总结，业务发展规划、科室设置、项目引进等；

6.经营核算，大额资金使用，药品和设备采购；

7.医院改建扩建、房屋修缮等。

8.其他重大事项。

二、议事原则

坚持公开、公正、公平、民主、透明的原则。

三、议事程序

1.事先由相关职能条线、委员会等充分研究、调研、论证、酝酿，并按程序提请院长办

公会讨论并决议；

2.属于院党委会决策事项，按程序提交院党委会集体决策；

3.属于职工代表大会职权范围内的重大决策事项，经院党委会集体讨论提出决策意见后，提交职工代表大会审议决定。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-004	文件名称	重大事项请示报告制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

重要事项请示报告制度

凡有下列情况，必须及时向院领导或有关部门请示报告：

一、严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病及其它严重影响公共健康的事件，必须动员全院力量抢救的病员时；

二、凡有重大手术、重要脏器切除、截肢、首次开展的新手术、新疗法、新技术和自制药品首次临床应用时；

三、紧急手术或转诊住院而患者的监护人或家属不在时；

四、发生医疗事故或严重差错，损坏或丢失贵重器材和贵重药品，发现成批药品变质时；

五、收治涉及法律和政治问题以及有自杀或自杀迹象的病员时；

六、购买贵重医疗器械及重大经济开支报批时；

七、增补、修改医院规章制度、技术操作常规时；

八、工作人员因公出差、院外会诊、参加会诊、接受院外任务时；

九、参加院外进修学习，接受来院进修人员等；

十、国内、外学者来院访问、交流、开展临床诊疗活动；

十一、涉及“三重一大”的管理事项；

十二、丢失重要机密文件时；

十三、凡重大问题不请示报告，造成法律纠纷或医院经济损失的，由当事人承担责任；职工外出不请示报告，一旦发生意外，事故处理费以及由此引发的一切经济、责任损失自负。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-005	文件名称	管理岗位问责制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

管理岗位问责制度

为了强化医院管理，进一步提高业务、行政、后勤管理水平，促进医职人员恪尽职守、依法行医，提高医疗技术水平，根据《执业医师法》、《护士管理办法》、《医务人员医德规范》、《医院各项人员职责》等有关法律、法规，结合我院实际，制定本制度。

一、管理岗位问责制。是对医院各类管理岗位相关责任人，包括主要领导、分管领导、直接责任人等，在所辖的部门和工作范围内因故意或者过失，不履行或者不正确履行岗位职责，导致影响医院管理质量、医疗质量、护理质量，损害患者合法权利，给医院造成不良后果的行为，进行管理岗位责任追究的制度。

二、管理岗位问责对象有下列情形之一的，应追究其管理岗位责任：

（一）不认真执行医院行政、党委的有关文件规定、决策和工作任务，不落实上级决定的事项、影响政令畅通，对科室(部门)管理不力，工作不务实，导致工作目标任务不能完成的。

（二）重要工作违反决策程序，主观盲目决策，造成重大政治影响或经济损失的。

（三）在行政工作中，不按照规定或超越权限违规办理或对符合规定不予办理的；对职工的合理化建议、普遍性意见不认真研究、答复、处理造成工作损失的。

（四）管理不严，对下属部门或人员管理监督不力，导致其发生违法违纪行为、医疗事故、引发医疗纠纷后果严重、发生不正之风造成恶劣影响的。

（五）虚报、假报、迟报、漏报造成不良影响或损失的。

（六）在抗御各种自然灾害，处置重、特大事故以及在防治重大疫情中未按上级有关规定和要求及时、有效处理，造成损失或严重后果的。

（七）违反医德规范，服务态度恶劣，在社会上造成不良影响的。

1.违反行业“九项准则”纪律，在医疗服务和医药购销中存在不正之风的；

2.在诊疗过程中出具虚假的报告、诊断及伤、病、残证明等；

3.工作不合作，互相推诿，影响正常业务开展；

4.闹不团结，互相诋毁，在社会上造成不良影响；

5.违反《医师外出会诊及手术管理办法》，私自到院外参加诊疗活动的。

（八）违反《首诊负责制》的规定，不履行医院向社会承诺，造成严重后果。

（九）不严格执行《会计法》、《政府会计制度下的新医院会计制度》、不认真执行医院会计核算、内部会计稽核制度，致使国有资产保值、增值失于监控的。

1.对医院重大投资的医疗经营活动跟踪监督措施不落实，造成经济损失的。

2.违反物价政策，不执行《医疗服务价格》，严重损害病人利益，造成医院经济损失，在社会中造成不良影响的。

（十）其他应当追究管理岗位责任的行为。

三、病人及家属投诉、职工检举、反映工作考核以及在实际工作中发现的应进行管理岗位问责行为。由院纪委、人事科调查核实并对管理岗位问责对象进行责任追究。

四、在追究问责对象管理岗位责任时，应当区别初犯、重犯、屡犯及责任轻重等情况，体现“惩前毖后、治病救人”的政策。根据管理过错事实和职责情况，准确界定相关人员所应承担的具体责任，依法对直接责任人、直接领导、分管领导和主要领导给予相应的责任追究处理。责任追究方式包括诫勉谈话、绩效考核扣分、书面告诫、责令限期整改、责令做出书面检查、通报批评、年度考核为不称职、纪律处分、责令辞去领导职务、调整工作岗位、建议免职或辞退等。

五、被问责的对象有下列行为之一的，应当从重处理：

（一）不配合、干扰、阻碍对其管理岗位过错行为进行调查；

（二）对投诉人、检举人、控告人打击、报复、陷害的。

六、对情节轻微、未造成不良后果的问责行为，且责任人认错态度好并能认真整改的，可免予问责；对由于不可抗拒或不能预见的原因造成损害结果的，可不予问责。

七、问责工作由院纪委负责执行，有关部门支持配合。

八、本规定由院纪委负责解释。

九、本规定自公布之日起试行。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-006	文件名称	会议制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

会议制度

一、医院党委会议

院党委会议是研究和决定医院重大问题的会议，按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委委员集体讨论作出决定。

参加人员：医院党委委员；不是党委委员的副院长可列席会议。

院党委会由党委书记召集并主持，党委书记因故不能出席时，可委托领导班子其他成员召集并主持。

时间安排：一般每月召开一次，特殊情况可随时召开。

会议内容：

1.讨论决定重大决策事项；

2.讨论决定重要人事任免事项；

3.讨论决定重大项目安排事项；

4.讨论决定大额度资金使用事项；

5.需要院党委会讨论决定的其他重大问题或重要事项。

6.涉及医院年度党建工作部署、计划与总结、表彰、发展党员、扶贫帮困、换届选举、党费收缴、标准化党支部建设、党风廉政建设、平安医院及文明创建工作等。

任务落实：由班子成员按照分工负责的原则具体组织实施。

二、院长办公会议

院长办公会议是全院最高行政议事和决策机构。

参加人员：院长、副院长、院长办公室主任等人员。

院长办公会议由院长召集并主持。院长外出时，指定副院长召集并主持。

时间安排：会议一般每周一次，特殊情况可随时召开。

会议内容：

1.传达上级文件指示精神；

2.制定本院学习、贯彻执行的意见和方案；

3.讨论和制定医院建设和发展规划，重要改革方案、重要运行机制、重要制度条例、重大建设项目、对外合作交流等重大事项；

4.讨论通过年度计划、工作总结、经费预算、决算、医疗仪器设备引进购置计划、人才引进和培养计划、员工奖惩意见等重要内容及其他重要文件；

5.讨论制定医院各项规章制度，研究执行措施；

6.听取各分管院长的工作汇报，研究处理各部门存在的问题；

7.对全院的业务发展、行风建设、绩效分配、员工福利、行政管理、人事、财务、奖惩、经济核算、仪器设备、后勤、保卫、基础建设等重大问题进行研究，并作出决策；

8.讨论研究其他重大问题，研究处理重大突发事件；

9.研究和部署全院阶段工作；讨论其他需要院长办公会研究的事项。

任务落实：会议研究决定的问题，由分管领导与有关职能科室组织实施。

三、职工代表大会

职工代表大会是本医院的监督机构，是医院实行民主管理的基本形式，是职工行使民主管理权力的机构。医院工会委员会是职工代表大会的工作机构，负责职工代表大会的日常工作。

参加人员：每次会议必须有全体职工代表三分之二以上出席。

时间安排：每年至少召开 1 次。职工代表大会闭会期间遇有重大问题，可由单位行政、工会或三分之一以上的职工代表联名，提议召开职工代表大会。

会议内容：

1.定期听取院长的工作报告；审议医院的章程草案或修订案、改革方案、发展规划、年度计划、重大项目、技术引进计划、职工培训计划、财务预决算、自有资金分配和使用方案，并就上述方案的实施作出决议；

2.审议通过院长提出的医院工资调整计划、绩效分配方案、劳动保护措施方案、奖惩办法及其他涉及职工切身利益的重大事项等；

3.审议决定职工福利待遇方案，依法维护职工的民主权利和物质、精神文化权益；

4.支持院长依法行使职权，教育职工履行职责，努力完成医院的各项工作任务；

5.评议、监督医院各级领导干部，提出奖惩和任免的建议；

6.职工代表大会在其职权范围内审议通过的事项对本单位以及全体职工具有约束力，未经职工代表大会重新审议通过不得变更。

任务落实：职工代表大会实行民主集中制，根据相关法律法规按期换届，职工代表由民主选举产生。

四、行政办公会议

行政办公会会议记录、会议材料归档及议定事项督办。

参加人员：院长召集并主持，院领导班子成员、行政、职能科室管理干部参加会议，根据议题内容和实际工作需要，由院长确定列席会议人员。

时间安排：行政办公会每月定期召开，必要时由院长随时召集。医院办公室负责会务组织。

会议内容：

1.传达与部署上级文件、会议精神，落实院长办公室决定，听取、研究、讨论全院性的工作事项等；

2.各职能科室汇报、交流重要工作事项；

3.医院领导安排部署重点工作；

4.其他需要行政办公会讨论部署的事项。

任务落实：各职能科室条线落实；分管院长督查。

五、院周会

院周会由院长办公室做好各项准备工作，并打印主要内容，以供传达。

参加人员：院周会由全体中层以上干部、正副护士长参加。

时间安排：一般情况下，每周四下午 3 时召开。

任务落实：全院各科室各病区抓好落实工作；职能科室条线督查。

六、科室联系点反馈会议

科室联系点反馈会议主要由院长办公室牵头。

参加人员：由院领导、职能科室正副科长参加。

会议时间：通常情况下每月召开 1 次。

会议内容：

1.各职能科室汇报本月深入联系点科室，了解其主要工作及存在问题；

2.职工思想动态；需领导协调解决的问题；院领导布置当前工作或下月重点工作。

任务落实：加强全院各科室之间的联系，强化内部沟通。

七、（总值班）晨会

参会人员：由科室（职能科室）负责人、当天值班人员参加。

会议时间：每天早晨 7：30-7：45 准时进行。

会议内容：

1.会议由值班人员汇报值班情况；

2.院长（科主任）对重点工作进行安排部署和要求。

任务落实：及时了解医院的工作动态、患者需求等，及时采取相应的措施，提高工作效率。

八、委员会会议

根据医院实际工作需要，设立学术、医疗、教育、科研、药事、伦理等专业委员会并明确其相应职责和运作制度，专业委员会辅助医院行政领导班子对相应具体事务进行专业化决策与管理。

各委员会主任和成员由院长提出人选，报院党委会审定后由院长任命。

由各委员会主任召集并主持，委员会全体委员参加。根据工作需要定期或不定期召开，学习传达上级相关文件精神，讨论医院相关规章制度的建立、修订、完善。讨论各委员会具

体工作。

九、科务会议

由科室主任召集并主持，科室全体人员参加，根据工作每月召开 1-2 次，检查各项制度和工作人员职责的执行情况，向科室人员传达医院有关决议、通知，学习有关文件，总结、安排科室近期工作。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-007	文件名称	院长行政查房制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

院长行政查房制度

一、查房目的

院长行政查房是医院院长、副院长深入临床科室、听取意见和建议、开展调查研究、加强医院管理的重要途径。

二、查房内容

1.进行调查研究。了解医院医疗、护理、科研、教学、管理水平、劳动纪律、后勤保障等工作的实际情况，听取意见和建议。

2.实施管理职能。检查临床科室对国家法律法规和医院各项规章制度的落实情况，抽查病历、医嘱、处方和技术操作规程，总结推广先进经验。

3.解决实际问题。听取医护人员对医院工作意见和要求，征求病人及职工意见和建议，采取措施为科室排忧解难，改进医院工作。

三、查房要求

1.院长行政查房由院长办公室组织，院长、副院长带领相关职能科室进行，每月 2 次，时间为每周三下午。

2.行政查房前，应根据医院当前中心工作和院领导分工情况，逐一找出科室存在的问题及整改方向。

3.查房中院领导确定有关职能部门办理的事项，能立即解决的的问题就地解决，对暂不能解决的要讲明原因或责成有关部门限期解决。

4.院长办公室应认真做好行政查房记录，对在查房中提出需要解决的事项加强督办，并将承办进展、处理结果向院长或分管院长汇报。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-008	文件名称	管理干部联系点制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

管理干部联系点制度

为进一步落实院科两级管理，转变工作作风，增强服务意识，提高管理效能，特制定本制度。

一、做好督查工作

积极宣传卫生行政部门方针政策和医院的重大决策，了解掌握联系点贯彻落实院党委、行政重大决策和任务的情况，为联系点出思路、提意见、当参谋，协助联系点做好各方面工作。

二、开展调查研究

围绕医院中心工作，深入联系点调查了解工作进度、工作质量和存在问题，调查了解职工思想动态，科室负责人、党团员作用发挥情况，倾听群众的意见和建议。

三、解决突出问题

管理干部要把为基层办实事作为联系点工作的根本出发点，为基层办实事、办好事，针对联系点干部职工中存在的突出问题，能解决的现场解决，暂时不能解决的问题，应当向职工说明情况并向分管领导汇报。

四、发挥指导职能

管理干部要在科室医疗质量管理、学科及人才队伍建设、医德医风管理等方面发挥指导职能，加强与联系点的沟通，通过沟通统一对科室工作要求、质量标准、发展目标等方面的认识，协调基层与院部步调一致，切实提高工作效能。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-009	文件名称	职工代表大会制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

职工代表大会制度

第一章　总则

第一条　职工代表大会是医院实行民主管理的基本形式，是医院职工依法行使民主管理权力的机构，是基层民主政治建设的基本制度，主要任务是参与单位重大决策，维护职工合法权益和监督单位领导干部。

第二条　基本原则

（一）职工代表大会原则上每届五年，职工代表任期与职代会届期相同，可以连选连任。特殊情况经工会委员会提议，可提前进行职工代表的改选。

（二）职工代表大会每年召开会议不少于 1 次，每次会议必须有职工代表 2 /3 出席方为有效。

（三）职工代表大会表决必须获得应到代表过半数赞成票为通过，涉及职工切身利益重要议案的表决应采用无记名投票方式。

（四）职工代表大会闭会期间如遇重大事项或重要问题时，经行政、工会或 1/3 以上职工代表提议，可召开职工代表大会临时会议。

第二章　职工代表

第三条　依法享有政治权利的本单位正式在职职工，均可选为职工代表。

第四条　职工代表的选举一般以科室为单位，按照分配的代表名额和比例结构，有职工直接选举产生。

第五条　职工代表实行常任制，换届改选时可连选连任。

第六条　职工代表人数不超过职工总数的 15%；职工代表应体现代表性和群众性，正职中层以上管理干部及党政工领导占比原则上不超过 20%。

第七条　职工代表享有下列权利：

（一）有选举权，被选举权和表决权。

（二）参加职工代表大会及其工作机构组织的各项活动和参加对行政领导干部评议，质询的权利。

（三）因参加职工代表大会组织的各项活动而占用的工作时间，有权按照正常出勤享受应得的工资和福利待遇。

第八条　职工代表应履行下列义务：

（一）努力学习党的方针政策和国家的法律法规，不断提高政治觉悟，业务技术水平和管理能力。

（二）密切联系群众，代表职工合法权益，如实反映职工群众的意见和要求，认真执行职工代表大会的各项决议，做好职工代表大会交的各项工作。

（三）遵守国家法律法规和本院规章制度，做好本职工作。

第九条　职工代表调离本单位或退休时，代表资格自行终止，由原选区补选缺额代表。

第十条　根据需要，职工代表大会可邀请列席代表出席会议，列席代表一般为未当选职工代表的本单位中高级管理人员、工会工作人员；职工代表大会开（闭）幕式，可邀请本单位老领导和老专家等作为特邀代表出席，列席代表、特邀代表有发表意见和提出建议的权利，无表决权和选举权。

第三章　职工代表大会的召开

第十一条　职工代表大会的召开，一般应分为组织筹备、预备会议、正式会议三个阶段。

第十二条　职工代表大会中心议题，应以提高社会效益和经济效益为中心，在职工代表大会职权范围内针对本单位经营管理、考核制度、劳动保障、职工教育、干部评议和涉及职工切身利益等内部事务管理的重大事项来确定。

第十三条　职工代表大会提案的内容，应围绕职工代表大会中心议题来征集，程序如下：

（一）在职工代表大会召开前半个月，由工会下发《职工代表大会提案征集表》至各代表组。

（二）职工代表通过广泛征求职工意见，填写《提案征集表》。

（三）提案工作小组对征集的提案进行审理、立案，分类整理后分送分管院领导批转相关职能部门处理，并形成书面材料向大会报告。

（四）提案工作小组对提案的落实情况应组织监督检查并进行督办，上次会议提案办理情况应在下次大会上作专题报告。

第十四条　职工代表大会预备会议由工会委员会召集，工会负责人主持，全体职代会正式代表参加。预备会议的主要任务是：

（一）听取关于职代会筹备情况的报告，通过大会议程。

（二）听取关于职工代表资格审查情况以及列席代表建议名单的报告，确认代表资格。

（三）确定职代会主席团名单及主持人人选。

（四）改选新一届工会委员会。

第十五条　职工代表大会正式会议的主要任务是听取报告、组织审议、依法表决、形成决议，程序如下：

（一）由职工代表大会主席团主持召开，大会主持人向大会报告职工代表应到人数和实到人数，确定会议召开的合法性。

（二）院长作医院工作报告及上次会议提案落实情况的说明。

（三）财务部门负责人作上年度财务决算及本年度财务预算的报告。

（四）分管党政工领导作提交大会讨论、通过的相关专题报告。

（五）工会委员会提案工作小组负责人作本次会议提案征集情况的专题报告。

（六）院领导作述职报告。

（七）区卫生局组织民主评议。

（八）职工代表分组审议、汇总审议意见。

（九）进行大会决议决定的表决。

（十）大会总结。

第十六条　职工代表大会闭会后各部门（科室）应及时组织传达职工代表大会精神，研究制定贯彻实施计划，动员职工完成职工代表大会提出的各项任务，工会应适时组织职工代表开展其他形式的民主管理活动。

第四章　职工代表大会组织机构

第十七条　职工代表大会设主席团，主席团成员必须是职工代表，由工会委员会委员、党政工领导干部代表组成，职工代表大会主席团职责如下；

（一）主持召开大会，领导大会期间的各项活动。

（二）听取和综合各代表组对各项议案审议的意见。

（三）研究大会议案中需要通过和决定的事项，草拟大会决议。

（四）处理大会期间有关民主管理的重大问题。

第十八条　工会是职工代表大会的工作机构，负责职工代表大会的日常工作。

（一）向职工宣传民主管理知识，提高主人翁意识，依法行使民主权利。

（二）组织民主选举职工代表，提出大会中心议题、议程的建议，做好大会的各项筹备工作。

（三）发动群众广泛征集提案。

（四）提出大会主席团、专门工作小组成员的建议名单。

（五）做好大会期间的各项组织工作和大会秘书处工作。

（六）职工代表大会闭会后，宣传大会决议，组织传达大会精神，协助和督促行政有关部门执行大会决议和提案的处理，召集职工代表大会联席会议。

（七）建立与职工的联系制度，组织职工代表对大会决议和提案落实情况的检查。开展其它形式的民主管理活动。

（八）反映职工代表和群众的意见要求与建议。

（九）制定职工代表培训计划，定期培训职工代表，不断提高职工代表的素质。

（十）建立职工代表大会文书档案。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-010	文件名称	医院总值班制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

医院总值班制度

一、院总值班由院级领导及职能科室等有关人员参加，经培训、考核合格上岗，负责处理非办公时间的医务、行政和临时事宜，及时传达、处理上级指示和紧急通知。

二、值班时间为非正常上班时间，值班时间段确保值班手机畅通，由院办负责安排总值班排班表。

三、负责检查工作人员的在岗在位等工作情况；处理突发事件；接待来信来访等有关情况及记录。如发生重要问题，值班人员无力解决，要立即向有关领导汇报。

四、值班人员按照《总值班表》进行值班，一般不得私自调换值班时间，如确有事，须联系落实好换班人员，并提前向院办备案。

五、做好值班记录，于次晨上班时间到指定地点交班。未处理完毕的事项或重要事宜要当面向有关部门交班，并在职能部门晨会上汇报值班情况。

六、值班人员要妥善保管好值班记录本、通讯录、手机等重要物品，不得遗失、损坏，并保持值班室内卫生清洁。

七、值班人员不得擅离岗位，严格遵守值班时间，实行面对面交接班制度。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-011	文件名称	领导班子定期研究医疗质量工作制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

领导班子定期研究医疗质量工作制度

为持续改进医院医疗质量和医疗安全，提高患者就医满意度，减少医疗纠纷，提升医院整体医疗水平，制定本制度。

一、医院领导定期研究医疗质量工作的形式为定期召开院长办公会、院周会、部门联席会议。每次主题研究会议须有专人负责会议记录。

二、每季度至少召开一次主题研究医疗质量工作的院长办公会和（或）院周会，相关院领导参加，医务科、护理部、院感科等职能科室负责人酌情列席参加。每年至少召开两次主题研究医疗质量工作的部门联席会议，主管医院领导参加，与会临床科室负责人人数不少于

全院临床科室总数的三分之一。

三、院领导定期研究医疗质量的主要内容：

1.核心内容是如何持续改进医院医疗质量和保障医疗安全；如何加强医疗质量监控等。

2.认真听取有关职能部门在日常医疗质量检查和监控中发现的医疗质量薄弱环节和突出问题，并认真分析其发生原因，研究制定整改措施。

3.根据存在的医疗质量薄弱环节和突出问题，进一步研究有关质量管理的规章制度和监控标准，完善医疗质量考核方案，建立医疗质量管理及监控的长效机制。

4.研究决定医疗质量管理的奖惩事宜，尤其要注重加强新技术、新业务的准入管理和奖励制度。

5.紧密围绕医疗质量与安全管理的重点与目标，对存在的不良事件与缺陷，要从管理的体系、运行机制与制度程序中提出有针对性的整改意见，形成良好的医院安全文化氛围。

6.研究医疗质量管理的其他问题并提出指导意见。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-012	文件名称	委员会工作制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第4次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

委员会工作制度

一、各委员会由医院正式任命。

二、委员会应包括下列内容：

1.名称；

2.主任及组成人员；

3.工作职责；

4.相关工作制度。

三、各委员会实行例会制度，根据相关规范要求按时召开。

四、会议纪要（会议记录）

1.每次例会由委员会办公室负责召集，提前确定会议议题；

2.每次例会都要有会议记录（会议纪要），纪要包括会议时间、地点及会议内容等；

3.委员会办公室整理会议纪要，并交委员会负责人审核；

4.委员会办公室根据医院规定对纪要进行整理，并按要求归档。

五、经委员会讨论通过的决议，委员会办公室负责督促相关职能部门或科室落实；需提交院长办公会的决议，经讨论后执行。

六、委员会每次例会前都须通知所有委员参加，参加的委员人数达到半数方可开会。不能参加者须请假，三次以上无故不参加例会者，由秘书提交委员会讨论调整该部门参会人员。

七、任何部门和个人如不服委员会的裁决，允许其准备申述材料在下一次会议上进行申辩。

八、对于委员会之间相交叉的事务，提交院长办公会讨论。

九、对一些突发性事件，无法组织委员会开会讨论，可由医院领导先决定处理意见，事后提交委员会讨论备案。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-013	文件名称	关于报告会、研讨会、讲座、论坛管理办法	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

关于报告会、研讨会、讲座、论坛管理办法

一、根据中办、国办《关于进一步加强和改进新形势下医院宣传思想工作的意见》和省卫健委安全维稳工作会议精神，为加强和规范我院举办报告会、研讨会、讲座、论坛的管理，结合我院实际情况，制定本办法。

二、本办法适用于我院各部门（科室），面向医院工作人员、病人及病人家属举办的各类报告会、研讨会、讲座、论坛。

三、报告会、研讨会、讲座是我院宣传思想工作和医院文化建设的重要组成部分，必须在医院党委的领导下，坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，遵守国家法律法规，确保举办的报告会、研讨会、讲座、论坛成为院长办公室学理论、传播先进文化、塑造美好心灵、弘扬社会正气的重要阵地。

四、各部门（科室）举办的报告会、研讨会、讲座、论坛等活动，根据不同内容、性质，实行分类审批。

第 1 类：思想政治、形势政策、德育类报告会、研讨会、讲座、论坛等活动，由院办、党办等职能科室牵头，请示分管领导审批；牵头职能科室留存审批表备查。

第 2 类：教学、科研类报告会、研讨会、讲座、论坛等活动，由科教科牵头，请示分管领导审批；牵头职能科室留存审批表备查。

第 3 类：邀请境外人员参加有关学术会议或担任报告会、研讨会、讲座、论坛报告人，由医务科、护理部、科教科等职能部门牵头，请示院长审批；牵头职能科室留存审批表备查。

五、各部门组织报告会、研讨会、讲座、论坛，严格实行“一会一报”制度。主办单位必须事先对拟请报告人、讲座人的有关情况及报告会和讲座的主要内容进行了解。

六、各部门（科室）组织的各类报告会、研讨会和讲座，由其部门（科室）负责人审查，再由医务科、科教科先行审查；专业机构或学会、协会组织的，由其负责人先行审查，经主管院领导审查同意后再执行。

七、各部门在互联网上举办报告会、研讨会、讲座、论坛，要根据网络文化建设和管理方面的有关规定，严格审查程序，加强日常监管，及时掌握动态，努力营造积极健康的网络舆论环境。

八、在审查审批过程中，主办部门（科室）要从讲政治、讲大局的高度，切实负起领导责任。要加强管理，各司其职，严格程序，严格把关，确保报告会、研讨会、讲座、论坛等活动的正确导向。

九、主办部门（科室）要做好报告人的接待和报告会、研讨会、讲座、论坛的组织协调、秩序维护、资料整理和存档工作。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-014	文件名称	公文管理规定	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

公文管理规定

一、医院公文制发

1.上报下发的公文，凡属职能部门工作范围之内的，均由各职能部门分别起草。

2.属综合性、全局性或院长交办的，由院长办公室草拟。

3.文件主办职能部门草拟后，由分管院长签字，送院长办公室审核、编号，红头文件原件 2 份需留院长办公室存档。

4.各职能部门上报医院的请示、报告，一要符合国家政策法令及上级机关的有关规定，二要观点明确，措施具体，切实可行，三要与涉及的相关部门事先协调好。由院长办公室登记后送院领导阅批。

二、上级文件收发工作

1.由外单位寄(送)医院的行政公务文件、信函、材料等，由院长办公室签收、拆封，并将公文分类、登记。

2.签收登记后，凡行政事务性文件，按文件要求，由院长办公室主任分批，送院领导阅批。一般性文书，如信息、简讯、通报等，由文秘人员整理，定期送院领导阅批。

3.各部门不论从何种途径接到院外来文，都应送院长办公室统一登记，按收文处理程序办理。

三、文件归档管理

1.收集各科需存档的文件。

2.整理文件，将文件按要求装订、入盒。

3.写出案卷目录，存档。

4.实行阅文、借文签字手续。凡来文，相关部门需要留用的，除保密件外，均可自行复印留用。原件一律送办公室存档。

5.公文处理完毕，须将文件及时交回办公室，进行保存，根据文书立卷、归档的有关规定，由办公室将公文原稿及有关材料归档。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-015	文件名称	印章使用、公章使用、公函管理制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第4次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

印章使用、公章使用、公函管理制度

一、印章使用管理制度

印章的管理，关系到医院正常管理工作的开展，为规范印章管理，保证印章的合法性、可靠性和严肃性，维护医院利益，结合医院实际，制定本制度。

（一）印章的刻制

1、印章的刻制须由用印科室向院办公室提出申请，报院长审批同意，由办公室开具单位介绍信，到公安机关定点处刻制。

2、未经院长批准，任何科室和个人不得擅自刻制本单位、本部门的印章。

3、印章规格、材质、大小：印章的形体、规格需按照有关事业单位印章管理办法执行。

4、医院院级印章刻制好后报区事业单位登记管理局备案。

（二）印章的启用

1、医院名称印章、专用印章及法定代表人印章的印迹经区事业单位登记管理局备案后，印章方可启用。

2、新印章启用前，要做好登记，登记领用科室及领用人，统一在办公室留样保存，以便备查。

（三）印章的使用范围

1、医院的印章主要包括：医院行政章、法人章、合同专用章、财务专用章、科室业务章；党、群团组织公章等。医院所有印章必须按规定范围使用，不得超出范围使用。

2、医院印章使用范围

（1）医院行政章：由医院名义签发的文件、文书，包括各类通知、通报、报告、决定、计划、纪要、函件、报表等；代表医院对外工作联系的介绍信；需证明的各类材料；与我院的各类合同、项目协议、授权书、承诺书及其它需要的签发材料等。

（2）医院法人章，主要用于需加盖私章的合同、财务及报表、人事聘任等各类文件。

（3）财务专用章，主要用于货币结算等相关业务。

（4）各职能科室、业务科室的公章及业务专用章，由各科室负责人明确使用范围及要求。

（5）其它情况需加盖医院印章时，必须由分管院长签批，必要时须经院长审批同意。

（6）涉及医院重要资产、重大借贷、重要合同、协议等，必须经法人代表签字方可使用印章。经办人、分管领导也应签字，印章管理人必须登记并永久保存。

（四）印章的管理、使用及保管

1、印章的管理

（1）医院行政章由办公室指定专人负责管理；法人章、合同专用章、财务专用章由财务部门指定专人负责管理；科室行政章由科室负责任人管理。印章管理人须在办公室登记备案。

（2）其他各类业务和专项工作印章，由各科室负责人管理，并到办公室办理印章管理人登记备案手续。

（3）科室负责人为本科室印章管理的第一责任人。如遇人事变动，按照规定办理印章管理交接手续。

（4）印章管理人必须切实负责，不得将印章随意放置或转交他人。如因事离开岗位需暂时移交他人的，可由部门负责人指定专人代管，但必须办理移交手续，并填写《印章临时移交登记表》，保管人回到岗位时，再及时办理移回手续。

（5）为保证资金的绝对安全，财务专用章、法人专用章等银行预留印章由两人以上分开保管、监督使用。

2、印章的审批使用

（1）印章的使用必须严格遵循印章使用审批程序，按照印章的使用范围，经审批后方可用章。一般事务由分管领导在盖章申请单上签字，重大事务呈报院长批准，经批准后方能用印。

（2）法人章由法人签字或被授权人签字后方可使用。

（3）财务专用章、合同专用章由财务部门按岗位职责权限使用。

（4）每次使用印章都要进行登记。除介绍信有存根、发文和呈文有登记薄而不用登记外，其他每次用印，不论事情大小，都要进行登记。凡经院长签署的文件、制度、合同等，由办公室人员登记后直接用印。

（5）严禁私自将印章带出单位使用。若因工作需要，确需将印章带出使用，请示院长同意后方可带出，并由印章保管人或其委派人陪同外出使用。印章外出期间，只可将印章用于申请事由。借用人须对印章的使用后果承担一切责任。

（6）以单位名义签定的合同、协议、订购单等，由财务、审计及相关科室审核，分管领导批准后方可盖合同专用章。（对加盖印章的材料，应注意落款单位必须与印章一致）

（7）任何印章管理责任人不得在当事人或委托人所持空白凭证（介绍信或公文纸）上加盖印章。用章材料必须填写完整，字迹须清晰、正确。

（8）规范使用印章，做到“骑年盖月”，上沿不压正文，下沿在成文日期之下；盖章时用力要均匀，落印要平衡，印泥（油）要适度，保证印迹端正、清晰。

（9）不得使用医院印章为医院以外人员出具证明、介绍信等，违者应追究用印人、审批人的责任。

3、印章的保管

（1）印章保管必须安全可靠，须加锁保存，印章不可私自委托他人代管。

（2）印章管理责任人如因工作变动，需与继任者及时办理印章交接手续并做好登记，以免贻误工作。

（3）印章应及时维护，确保其清晰、端正。

（4）有下列情况，公章必须停用：单位名称变动；公章使用损坏；公章遗失或被盗，声明作废。

（5）经批准停止使用的公章由办公室做好登记，统一送政府相关部门封存、销毁，不得私自处理。

4、印章的停用作废和销毁

（1）印章的作废包括不适用作废、磨损作废、遗失作废等。

（2）各部门、科室的印章如需变动或机构终止停止使用时，一律交回医院办公室封存或

销毁；

（3）需交销毁的印章，必须经院领导同意后方可销毁，销毁前应留下印模。销毁时应有两名工作人员具体负责，并在销毁印章的文件上签字。

任何人员必须严格依照本规定程序使用印章，未经本办法规定的程序，不得擅自使用。对违规使用印章者，根据情节及后果给予经济处罚、行政处分直至依法处理。

二、公章使用管理制度

为规范公章管理，根据国家有关规定，结合我院实际，制定本制度。

（一）本制度适用于“中国共产党无锡市惠山区人民医院委员会”公章和“无锡市惠山区人民医院”公章（以下简称“公章”）的使用管理。

（二）公章由党办院办指定专人负责保管和用印，用毕及时入柜上锁，谨防被盗、损坏和丢失。未经党办院办主任同意，公章管理人员不得将公章委托他人代存、代用。

（三）未经院主要领导批准，不得将公章带出党办院办办公室。确因工作需要带出公章，必须经院主要领导批准，由印章保管人或其委派人陪同外出使用，并做好公章带出和返还记录。

（四）按照《医院公文处理制度》的规定，凡以医院名义印发的文件、通知等材料，需经科室起草、党办院办办公室审核、院领导签发等程序后方可用印。

（五）其他特殊公文和需盖公章的非公文材料应经院相关领导签署同意意见后方可用印；常规性工作用印，科室需列出清单，由科室负责人签字并经院领导审阅同意后方可用印。

（六）凡以院名义制发的便函和日常业务报表、上报材料、申报审批表、重要合同、协议等，必须由科室负责人初审，并经院相关领导签字同意后方可用印。

（七）介绍信、证明信、公函外出联系工作和个人事宜的用印，须由所在科室负责人签字确认或有相关职能部门的证明，经党办院办主任审核后方可用印，重要事项应报请分管领导同意后方可用印。

（八）严禁在空白纸张上盖章。特殊情况，需经院主要领导批准，并详细记录盖章纸张数量，派专人全程办理有关事项；办理结束，由公章保管人及时监督销毁其余已盖印的空白纸张。

（九）严格用印登记。依据用章情况，提前填写科室使用公章登记表或个人使用公章登记表，签字完整后到办公室用印；对不符合手续的，不得用印。

（十）使用单位公章原则上在党办院办办公室进行，并由公章保管人员亲自用印或现场监督经办人用印。

（十一）因保管不善，导致公章损坏、遗失，或者医院工作人员私用公章，造成后果的，

根据国家相关规定追究当事人责任。

（十二）医院其他公章使用管理参照本制度执行。

三、公函的管理

(一)医院开具的所有公函要经有关领导批准。

(二)开具介绍信内容要明确，要填写有效期，不能无限期使用。严禁开具空白介绍信，确因工作需要必须带空白介绍信时，须经领导批准，用后当事人要说明用图。

(三)公函开出后，涂改无效，违者后果自负。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-016	文件名称	医德教育和医德考评制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

医德教育和医德考评制度

一、医院要把医德教育和医德医风建设作为目标管理的重要内容。

二、医院要认真贯彻执行卫生部颁发的《医务人员医德规范及实施办法》。

三、医院要根据医德规范，结合实际情况，建立医德考核与评价制度，制定具体的、切实可行的医德考核标准及办法。建立医务人员医德档案。

四、医德考核以科室定期考核为主，院部同时采取不定期考核相结合的办法进行。

五、医务人员的医德考核结果，将作为聘任、任职、提薪、晋升以及评优的重要条件之一。

六、医德考核成绩优秀者，给予表彰和奖励，对医德考核成绩差者，进行批评教育；对于严重违反医德以及触犯行政规章及法律者，给予相应的处罚。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-017	文件名称	院务公开制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

院务公开制度

一、医院院务，除涉及国家秘密、公共安全，依法受到保护的商业秘密和个人隐私以外，原则上应予公开，并做到政策依据公开、程序规则公开、工作过程公开、实施结果公开。

二、向社会公开医院资质信息、医疗服务价格和收费信息、医疗服务规定与流程、行业作风建设等情况，严禁发布虚假信息。

三、建立医院发言人，设立领导接待日、院长信箱，并可根据公开事项的内涵不同可采用多种形式进行公开。

四、向医院职工公开医院发展建设规划，年度工作计划与工作总结，完成年度计划情况、重大决策、重要干部任免、重大项目安排及大额度资金使用、医院运营管理情况、人事管理情况、领导班子建设和党风廉政建设等情况。

五、每半年至少召开一次全体员工大会，充分发挥职工代表大会的作用，行使民主权利，积极参与院务公开。

六、设有“院务公开领导小组”及运行程序与体制，制订的医院院务公开目录，至少应符合卫生行政部门基本要求。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-018	文件名称	保密制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

保密制度

1.牢记“保守党的秘密慎之又慎”的原则，做到不该讲的秘密绝对不说，不该看的秘密绝对不看，不在私人通信中泄露秘密事项。

2.因工作需要，需复印秘密文件和资料者，必须经过请示，履行审批、登记手续并将复印件按原件要求管理。

3.秘密文件和资料，限于在办公室阅读。领导干部和工作人员不得将秘密文件、资料及保密记录本等秘密物件带回宿舍或公共场所。

4.及时做好文件的登记、分发、传阅及归档工作。

5.文件每季度清理一次，次年第二季度前将全年文件立卷归档。

6.对违反保密制度，造成失、泄密事故者，根据情节轻重分别给予不同处分直至追究法律责任。对保密工作有功人员，给予表扬和奖励。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-019	文件名称	文明服务规范与奖惩办法	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

文明服务规范与奖惩办法

为进一步落实“以人为本”的科学发展观，牢固树立“以病人为中心”的服务理念和服务宗旨，以实际行动开展“两好一满意”活动，逐步规范医疗服务行为，加强医师队伍自律建设，不断提高医师的职业道德和整体素质，提高服务质量，确保医疗安全，结合医院实际，制定本规范。

一、医院文明服务规范

(一)职业道德规范

1．医师(士)职业道德规范

(1)救死扶伤，爱岗敬业

以救死扶伤、治病救人为己任，不谋私利，不畏风险，不辞辛劳，千方百计为患者解除病痛，把维护患者生命、增进人类健康作为崇高职责；遇到危重患者，须尽力赴救，不得以任何理由延误抢救时机；发生差错事故要及时报告，自觉维护患者利益；保持病案材料、统计资料的原始性、真实性和科学性。

(2)尊重患者，关爱生命

对待患者不分民族、职业、外貌、地位，一视同仁，不随意将医者的意志强加于患者，实施医疗行为应以尊重患者人格为前提。

(3)尊重同事，平等相处

在医疗活动中，临床各科室间和同部门上下级医师要顾大局，识大体，一切以患者和集体利益为重，互相配合，取人之长，补己之短，团结协作，合力共事。

(4)仪表端庄，举止文明

着装整齐，举止文明，态度热情、和蔼，语言亲切、文明，主动关心和体贴患者，主动与家属联系、沟通，有问必答，不讲忌语。

(5)医术求精，慎言守密

虚心好学，刻苦钻研，不断更新知识结构，努力提高技术水平，坚持合理检查，合理治疗，合理用药，维护患者的各种利益，严格执行保护性医疗制度，向患者和家属告知病情时，使用规范性语言。

(6)遵章守纪，廉洁行医

坚持依法行医，清正廉洁，不以医谋私，不收受、索取病人钱物，不接受吃请或馈赠，拒收红包。

2．护士职业道德规范

(1)忠于职守、患者第一

热爱护理职业，尊重患者的生命价值和人格，尊重患者平等就医的权利，一视同仁，任何情况下，不以各种手段轻视和侮辱患者。

(2)勤奋学习、精益求精

勤奋学习，对技术精益求精，及时更新知识结构，在不断开阔医护专业知识的基础上，积极运用心理学、社会学、美学、伦理学等相关学科知识，做好护理工作。

(3)热情体贴、认真负责

热情做好基础护理和生理护理，注意运用语言激励，给患者以精神上的安慰和支持，帮助患者保持治疗、康复中所需的良好心理状况。

(4)互尊互助、团结协作

与医、技、工等同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医疗任务。

(5)仪表端庄、慎独守密

仪表端庄，言行稳重，服装整洁，主动热情，单独操作时，不论有无监督，不做有损患者利益的事，为患者保护隐私。

(6)尊章守纪，廉洁行护

坚持依法行护，清正廉洁，不以护谋私，不收受、索取病人钱物，不接受吃请或馈赠，拒收红包。

3．检验人员职业道德规范

(1)仪表端庄，举止大方，礼貌待人，热情服务，及时高效，挂牌上岗。急诊化验随叫随到，并及时报告检测结果，优先照顾老年和婴幼儿患者。

(2)坚持执行双核对制度，严格执行隔离消毒操作规程和一次性医疗用品的使用规定。

(3)珍惜和合理使用采得标本，采集标本时，要告知患者取报告时间和地点，对行动不便或危重患者要主动协助采取标本。

(4)准确书写检测报告，按时出报告，患者查询化验报告时热情指导，协助解决。

(5)对结论有异议的报告要复查验证，对可以佐证和明确临床难以明确的检测结果，应及时提醒临床医师注意。

(6)坚持原则、尊重科学、实事求是，不徇私情伪造报告。

(7)互尊互助、团结协作

主动与临床医生沟通，医、技、工等同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医疗任务。

4．药剂人员职业道德规范

亲切、和蔼、周到，真正做到文明工作。

(1)准时上岗，挂牌服务，仪表端庄，态度和蔼，服务主动、礼貌待人，优先照顾老年和婴幼儿患者，不做与工作无关的事。

(2)严格执行查对制度，向患者告知药物用法。

(3)对病人提问耐心解答，正确使用文明用语。

(4)遵守药品采购规定，不利用职务之便收受回扣。

(5)严格执行有关法规规定，做好毒、麻、剧类药品的使用、保管和管理。

(6)互尊互助、团结协作

主动与临床医生沟通，同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医疗任务。

5．放射科人员职业道德规范

(1)仪表端庄，举止大方、操作敏捷、认真仔细、诊断无误。

(2)准时开机接待患者，优先照顾危重患者拍片，急诊床边拍片随叫随到，指导患者配合拍片时，动作要轻柔，不增加患者痛苦。

(3)坚守岗位，热情接待病人，耐心解答病人提出的问题，合理划价，不干私活，不讲忌语。

(4)严格执行三核对制度，坚持集体读片会诊制，出示报告及时，运用医学术语确切。

(5)爱护仪器设备，严格操作规程，对患者及陪护人员采取必要的防护措施。

(6)检查结束，确认无误后告知患者取报告的时间和地点。

(7)互尊互助、团结协作

主动与临床医生沟通，同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医疗任务。

6．行政管理人员职业道德规范

(1)牢固树立为病人、为医疗一线、为基层服务的思想，认真贯彻执行党和政府的卫工作方针、政策，带头遵纪守法和执行各项规章制度。

(2)熟练掌握本职业务，经常深入实际，调查研究，了解和分析各种信息做到反映准确，决策科学，解决及时，调整关系合理，工作讲求实效。

(3)领导应以身作则，为下级作表率；机关为基层作表率，坚持吃苦在前，享受在后，办事公道，作风正派，自觉抵制和纠正不正之风，勇于改革创新，不断开创工作新局面。

(4)互尊互助、团结协作

主动与临床医、护、药、技、工沟通，同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医院任务。

7．后勤保障人员职业道德规范

(1)热爱后勤工作，树立为病人服务、为职工服务的思想，工作尽职尽责。

(2)熟练掌握本职业务技能，严格执行各项工作制度和技术常规，言谈举止文明礼貌，文明生产、文明操作，工作认真细致，准确及时，坚持下送、下修、下收，及时解决医疗第一线的需求。

(3)勤俭节约，严格执行财务、物资管理、食品卫生等法律规章制度，认真执行岗位责任制，增强法制观念，遵守劳动纪律。

(4)爱护公物，廉洁奉公，不拿公务送人情，严格执行隔离消毒、污水污物处理规定，保持医院清洁优美的环境和优良秩序。

(5)互尊互助、团结协作

主动与临床及职能沟通，同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医院任务。

(二)仪表规范

1．着装

(1)工作时间衣帽整洁，着工作服，必须戴工作帽(护士)，正确佩戴胸牌，不着工作装到公共场所。

(2)治疗区内禁穿高跟鞋及响钉鞋。

(3)衬衣不露在工作服外面，裤子要平整，裤扣要系好。

(4)禁佩戴与职业无关的装饰品。

2．仪容

(1)女职工淡妆打扮，发型美观大方，不留长指甲。

(2)男职工发不盖耳，不留胡须。

(三)语言规范

1．语言朴素、明确、精炼，语调亲切，充分体现主动、热情、礼貌、体贴周到、谦虚的态度。

2．语言文明，根据不同年龄的患者，使用礼貌基本用语，例如“您好”、“谢谢”、“对不起”、“不客气”、“没关系”、“请稍等”、“再见”等，禁用“哎”、“喂”等不礼貌用语代做称呼。

3．患者就诊，要主动打招呼，做到有问必答，百问不厌，不应漫不经心、态度冷淡，不准粗言粗语、高声喊叫，服务做到“三声”：来有迎声，问有答声，走有送声。

(四)服务态度规范

1．精神饱满，微笑自然，举止端庄，态度和蔼。

2．征求患者意见或与患者对话时，态度要诚恳，向患者解释时要耐心、仔细。

3．要随时注意患者思想情绪变化，信赖、尊重、理解患者，多作解释、说明、安慰工作，对思想负担较重或拒绝治疗的病人，要及时逐级汇报。

4．患者如有不礼貌言行或提出不合理要求时，不得与患者争辩、吵架、顶撞或以教训、斥责的口吻对待患者，应冷静、理智、克制地向患者讲清道理，必要时提请领导出面解决。

5．工作中有差错时，需向患者道歉，并及时纠正，及时逐级汇报。

(五)工作纪律规范

1．严格遵守作息时间，不迟到不早退，不许擅离职守。

2．禁止酒后工作，不吃异味食品，工作时间不坐病床，不三五成群搭肩搂腰，闲谈嬉笑。

3．工作时间不办私事，禁打扑克、看电视、洗衣物、织毛衣、带孩子上班等。

4．接待患者时，不要对患者打哈欠、打喷嚏、挠头皮、挖耳鼻，不许吸烟和吃东西。

5．不许当面或背后议论嘲笑患者、同事，用患者病态动作开玩笑。

(六)环境卫生规范

1．病房、诊室清洁，庭院、大厅、走廊要整洁，地面无积水、垃圾，候诊椅、门窗无灰尘，墙面整洁。

2．诊疗台及有关设备保持清洁，安放整齐，各种电器设备要定期检修，保证正常运转。

3．室内及各种医疗器材用品定期严格消毒，防止交叉感染，预防传染病的发生。

二、奖惩办法

依据《员工奖惩条例》相关规定进行奖惩。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-020	文件名称	医院信访管理制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

医院信访管理制度

人民群众来信来访，是了解群众的意见、倾听群众呼声的重要渠道，做好信访工作，可以促进医院各项工作更好的开展。为使这项工作制度化、规范化，特制订信访工作管理制度。

一、分管领导负责。医院党政领导一名负责同志分管信访工作，组成由各职能科室参加

的信访工作网络。领导重视，积极参与，坚持领导干部接待群众来访。院领导不定期会办处理重要信访问题，使一些疑难问题及时得到解决。

二、完善信访登记。建立领导亲批来信登记、领导会办处理、处理结果反馈的信访登记簿。来信来访要有专人负责逐件进行登记（登记内容：来信来访人的姓名、单位或地址、反映的主要问题和要求及处理结果等），并签署承办人的姓名，以备考查。

三、调查落实。对群众来信来访，提出问题进行答复和处理，对每件来信仔细阅读，摘录重点，认真做好调查，落实工作。一般信件 7 天内答复，重要信件不超过 2 个月。做到回复迅速，提高信访结案率。

四、及时催办。建立催办制度。信访事件按各部门的职责权限办理。对于超出自己权限的问题，要以一定形式呈请领导批示。上级机关和领导批办的问题，应交相关部门进行处理。院办对转办交办的信访事项要及时催办，对重要事件的处理结果，要按有关要求将材料整理存档备查。

五、对每个来访人员热情接待，做到一听、二问、三记录、四调查分析、五酌情处理。

六、每季度向领导汇报来访情况，必要时随时向领导提供有关信息，以供领导参考。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-021	文件名称	院长接待日制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

院长接待日制度

为进一步提升医疗服务质量，加强医院领导与职工、医院与就医病员的联系，及时倾听职工、病人及病人家属的意见和建议；及时直接了解职工、病人的需求；及时地调整医院的工作方式及服务功能，拓展医疗服务领域，努力构建“服务好、质量好、医德好、群众满意”的工作目标，惠山区人民医院建立“院长接待日”制度。

一、接待对象：医院职工、门诊、住院患者及家属和社会各界人士。

二、接待时间及地点：每月第一个周三下午 2：00 至 4：00，医院一站式服务中心。

三、轮值领导：医院领导班子副职。

四、接待群众来访要遵循以下原则：认真贯彻执行政府有关办医的方针、政策，严格遵守医院有关规定，分工负责，归口办理，做到事事有结果，件件有落实。

五、医患沟通管理办公室负责做好院长接待日的各项准备工作，按照先后顺序依次安排

来访者反映问题，并分别通知所涉及的职能部门负责人参加接待；同时要做好接待记录，对接待安排的有关事项进行督促落实。

六、医院沟通办公室对每次接待群众来访的内容和处理结果，都要认真填写《院长接待日情况登记表》。

七、对于因工作落实不力造成群众重复上访、越级上访或产生严重影响的，要严格按照医院有关规定追究相关部门和人员的责任。

八、参加接待人员，要尊重来访者的隐私权，为来访群众守密，不得散布来访者所反映的任何问题，否则将按医院有关规定严肃处理。

九、院长接待日交办事项的承办情况，纳入医院科室绩效考核。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-022	文件名称	患者满意度调查工作制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

患者满意度调查工作制度

为进一步加强对医疗服务质量的监管力度，认真听取患者对我院诊疗服务过程的满意程度及改进意见，不断提高职能部门的责任意识，强化服务意识和质量意识，特制订本制度。

一、满意度调查形式：开展第三方满意度调查。

1.调查方法：（1）CATI（计算机辅助电话调查）；（2）面访（现场问卷访问调查）。

2.调查频次：（1）CATI 每月调查一次；（2）面访每季度调查一次。

3.调查量：CATI：出院患者每月 300 人，门诊患者每月 150 人。

4.调查周期：接收数据→抽取数据→创建调查项目→实施调查→质检→统计报告。从接收到数据开始到提交调查报告结束，共计持续 30 个工作日。

5.评分标准：（1）CATI：让被访者以 0-100 分评分制进行打分，再转换为满意度评价。90-100 分为“好”、75-89 分为“较好”、60-74 分为“一般”、50-59 分为“差”、0-49 分为“很差”。（2）面访：让被访者直接给出满意度评价（好、较好、一般、差、很差）

6.统计方式：（1）满意度得分：根据被访者的实际评分直接进行平均求出各项满意度得分；（2）满意度：（（好）+（较好））/（（好）+（较好）+（一般）+（差）+（很差））

二、满意度调查内容

重点包括选择我院就医环境、就诊流程、医护人员服务态度及服务质量、食堂饭菜质量

以及对我院的意见和建议等内容。同时将根据医院发展需要，不定期对患者满意度调查表的内容进行修订。

三、满意度调查结果的应用

医院出台了《惠山区人民医院第三方满意度调查结果应用奖惩办法》。医院利用 OA 平台定期公布第三方满意度调查结果，兑现奖惩时，给予各科室各病区 5 个工作日的申诉期。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-023	文件名称	会议室管理制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

会议室管理制度

一、本办法适用范围：行政办公楼会议室、多功能学术报告厅、多媒体教室。

二、各部门使用会议室如与医院使用发生冲突，应事先做好协调，服从医院安排。

三、会议前，会议主管部门做好会场布置。

四、各使用部门要保持会议室整洁，爱护会议室财产，使用结束后及时整理会场。

五、管理人员每周五下午下班前对会议室巡视，进行物资补充、维修、清洁等。

六、外单位使用会议室，院长办公室统一协调后使用。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-024	文件名称	医院业务用车的管理规定	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

医院业务用车的管理规定

为进一步规范医院业务用车的使用管理，降低车辆运行成本，提高车辆使用效率，根据惠卫计[2018]154 号《关于印发惠山区卫生计生系统公务用车使用管理规定的通知》、惠财购【2019】15 号《关于 2019-2022 年度行政事业单位公务用车保险定点采购的通知》、惠财购【2019】16 号《关于 2019-2022 年区行政事业单位公务用车维修定点采购的通知》等文件要求，结合我院实际情况，制定本规定。

一、本规定所指的车辆，为我院所属别克商务车，车牌号为苏 B100W5 以及医院所管辖的所有救护车辆。

1.为保证医院日常工作需要，别克车辆由院长办公室统一协调管理，救护车辆由我院急诊科派专人负责调度管理。

2.严格按照“谁用车，谁申请，谁担责”的原则，严禁公车私用，私车公养。

3.我单位领取公务交通补贴人员，除特殊情况外，不得违规使用单位车辆。

4. 用车须填写“无锡市惠山区人民医院公务用车审核表”。

5.车辆使用台帐由驾驶员整理并保存，对车辆使用时间、地点、事由、行程等信息进行登记，以备核查。

二、医院车辆原则上服务于医院指派工作。各科室除医院指派任务派车外，由科室自行解决，医院根据情况适当给予交通补贴：惠山区内 40 元/次；惠山区外无锡市内 50 元/次；以上两种情况同车带人，每人加 10 元；无锡大市外按有关出差管理办法规定执行。

三、车辆除特殊情况外，必须回院定点停放在医院二期地下车库。

四、车辆实行定点维修、保险及油卡加油制度，并由驾驶员负责驾驶维护、日常保养等工作。驾驶员应加强学习，不断提高技术水平，牢固树立安全第一的思想，遵守交通法规，减少并杜绝车辆违章罚款，违章罚款由驾驶员承担 30%。驾驶员根据“申请单”出车，任何人不得强行要求司机出车。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-025	文件名称	院内接待工作规定	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2023.12.10

院内接待工作规定

为认真贯彻中共中央、国务院关于加强廉政建设的指示精神，进一步做好医院接待工作。根据医院实际情况，制定院内接待工作规。

一、接待要求

接待工作是关系到医院形象的一项重要工作，要做到热情、友好、文明、周到，努力提高接待工作的质量和水平。

二、接待原则

坚持对等接待的原则，凡属医院接待的客人，由院长办公室负责安排，凡属各职能部门接待的客人，由职能部门报请分管院领导批准后由院长办公室统一协调安排。

三、接待就餐形式

根据工作需要，接待用餐分为工作简餐、工作便餐、公务接待等三种形式。

四、接待就餐范围

1.工作简餐：指外单位来医院帮助指导工作的各类人员(如维修、安装医疗器械及设施等的人员)；

2.工作便餐：指来院参观访问的兄弟单位领导、被邀请来院会诊或学术交流的专家教授、同级业务主管部门的领导和工作人员等；

3.公务接待：指上级机关如省厅等领导人、外宾或外省、市或相关单位来院进行交流人员以及需要公务接待的其他重要客人等。

五、接待就餐标准

工作简餐标准每人每餐 15 元；工作便餐标准每人每餐 50 元；公务接待 120 元/人。

所有接待均不能饮酒。

六、接待就餐程序

工作简餐和工作便餐由职能部门提出申请后，院长办公室根据来客规格安排。公务接待须经办公室主任请示院长后统一安排。

七、接待餐陪同

视来院客人总数定配餐人员数，原则上不超过客人数的 30%。

八、接待就餐纪律

接待工作人员应严守工作纪律，凡不按上述规定擅自安排用餐或超出规定标准用餐，费用自理，医院一律不予结算。

九、本规定自发布之日起执行。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-026	文件名称	工作日午间禁酒的规定	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

工作日午间禁酒的规定

一、领导干部带头执行

院领导、职能部门负责人、科主任、护士长要以身作则、率先垂范，带头模范执行工作日午间禁酒制度，坚持工作日中午不喝酒，不劝酒，发挥模范表率作用。全院干部职工要充分认识实行工作日午间禁酒的重要意义，提高制度的执行力，自觉接受各方面的监督，把执行工作日午间禁酒规定作为转变作风、改进工作的行为准则和自觉行动。

二、不搞例外，一视同仁

不论领导干部，还是一般工作人员，不论接待上级领导、国内同仁，还是单位内工作交往，工作日午间一律不得饮酒。

三、严格落实奖惩措施

按照“谁主管、谁负责”的原则，各部门负责人、科主任、护士长负责本部门、科室、病区的午间禁酒工作，负有教育和监督职责。

对违反禁酒制度的人员，第一次予以告诫，责令写出书面检查，当年不能确定为优秀等次，取消本人年度评选先进工作者资格；第二次个人及科室负责人均予以通报批评，所在部门、科室、病区取消先进集体评选资格；第三次给予相应纪律处分。对顶风违纪的，发现一起，查处一起，绝不姑息。

四、切实强化监督检查

为确保工作日午间禁酒制度不流于形式，院长办公室会同人事科将通过组织明察暗访、开展专项检查、受理投诉等多种方式，不间断进行检查、巡查。各部门、科室、病区要完善责任追究适度，使禁酒制度成为干部职工的自觉行动和工作准则，长期坚持下去。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-027	文件名称	禁控烟制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

禁控烟制度

一、医院禁控烟工作领导小组负责医院禁控烟工作，保障禁烟控制度及奖惩办法的落实，并将禁控烟工作纳入常规工作。

二、本院内（除室外）区域禁止吸烟。

三、医院内大厅、各病区、各科室张贴禁烟标志、各场所不设烟具。

四、设立禁控烟督导员，做好禁控烟教育工作，对外来人员，全体职工都有义务进行提醒和劝阻。

五、配合健教工作积极宣传吸烟有害健康的科学知识，积极参与社区的禁控烟活动。

六、按照“谁主管谁负责”的原则，各科室负责人负责本科室职工、病人及病人家属的禁控烟工作。外来人员的禁控烟工作，有负责接待部门的人员负责，责任到人。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-028	文件名称	医院宣传管理工作制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

医院宣传管理工作制度

一、医院宣传工作应严格遵守党和国家关于宣传工作的方针政策，围绕医院中心工作，加强领导，完善制度，开拓创新，坚持正确舆论导向。

二、重点围绕医院重大活动、重要决策、重点科室、特色技术、专家人才、重要成就、医德医风、医院文化建设等方面进行宣传，不断提高医院知名度和美誉度。

三、不断加强职工思想教育，营造良好院内氛围，增强职工凝聚力。

四、院长办公室是医院宣传工作的主管部门，负责医院的对内对外宣传工作；研究加强医院宣传工作的有关问题，及时提出医院宣传工作在一定时期内的主要任务和工作重点，并制定具体措施，抓好落实工作。

五、建立并不断完善新闻发言人制度。新闻发言人由医院研究确定，对于媒体与群众关注的事件应及时回应，加强与新闻媒体的沟通与联系。

六、由院长办公室统一安排的采访活动，各部门、各科室应给予积极配合和支持。社会新闻媒体到医院进行采访活动，受访单位或受访个人要及时向院长办公室通报，采访者到院长办公室办理有关手续，院长办公室统一协调安排。受访人要坚持实事求是的原则，自觉维护医院形象。

七、医院大型活动的对外宣传工作，由院长办公室统一邀请新闻单位并具体组织安排；各部门、各科室组织的重要活动，需邀请新闻单位宣传报道者，应提前两天通知院长办公室，并准备好相关材料，协助做好记者的接待工作。

八、医院各类指示性标识、标牌灯箱、宣传展板等，由院长办公室统一设计管理，做到式样统一规范，醒目清晰、更换及时、美观大方。任何部门、科室和个人不得擅自在医院内设置或悬挂灯箱、路标、横幅、广告牌、展板等广告宣传品，确因工作需要，需提前和院长办公室备案。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-029	文件名称	医院接受媒体采访制度	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

医院接受媒体采访制度

为进一步加强医院新闻报道工作，充分展示医院的技术优势与服务水平，树立医院良好的社会形象，不断扩大医疗市场，特制定医院接受媒体采访制度。

一、医院院长办公室归口管理新闻媒体采访工作，负责受理和协调媒体的采访要求，各科室、各部门不直接受理新闻媒体的采访。非正常上班时间新闻媒体的采访，一般由院长办公室负责接待或安排。

二、新闻媒体来访前向院长办公室提出采访申请，由院长办公室根据新闻单位的采访要求拟写采访提纲，安排采访事宜。各科室、部门和个人均有积极配合媒体采访的义务和责任。

三、科室或个人收到采访要求后，应当尽快提供所需资料或协调落实被采访人员和采访时间，并对是否需要核稿提出要求。对确实无法安排的采访要求，应当及时反馈院长办公室，以便与媒体沟通，调整采访计划。一般情况下，不通过电话接受媒体的采访。文字稿件须经院长办公室审核后统一刊载。

四、对于影响较大的突发公共卫生事件和社会高度关注的敏感问题，必须提请院领导批准，有权威专家适时适地解疑释惑、传播科学知识，以避免新闻单位刊播不科学、不准确的信息而误导群众。

五、除根据需要安排的采访活动外，医院职工一般不以公职身份擅自向媒体发表谈话或接受采访。如确实需要，应当征得分管领导和院长办公室的同意，但不得以“不愿意透露姓名的医生或护士”等形式向媒体透露一些不确定的核心信息。

六、医院良好形象的维护离不开新闻媒体的支持和配合，全院职工要尊重记者的劳动。对新闻媒体关注的热点问题，科室或部门应配合院长办公室，充分利用各种有效形式适时接受记者采访，准确、客观地介绍医院工作的具体情况，加强正面引导，树立医院良好的社会形象。

七、针对涉及医院全局、反映问题、批评或有争议事件的采访，有关部门、科室和个人发现有记者来访，要热情接待，但不安排采访或婉拒采访，并马上与院长办公室联系，根据医院统一安排接受采访，给记者留下良好形象，充分调动记者关心、支持医院工作的热情。

惠山区人民医院	文件编码	YB-ZD-030	文件名称	院内张贴及宣传品管理规定	适用范围	全院
	制定部门	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	华庆
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2022.12.10

院内张贴及宣传品管理规定

为美化医院环境和提高医院文化品味，构建和谐医院，特制定本管理规定。

一、医院各科室、各部门在院内悬挂横幅、标语，设置拱门、气球，张贴或发放刊物、小报、壁报、海报、启事、通知、路标等各类宣传品适用本管理规定。

二、医院各科室、各部门悬挂、张贴、发放或制作与医院相关连宣传品，须向相关部门提出书面申请（附宣传品样式或书面文字资料等），经相关部门领导或分管院领导签字同意后方可悬挂、张贴或派发。

根据归口管理的原则，对院内悬挂横幅、标语，张贴的宣传（栏）板、壁画、路标牌，制作、发放的宣传品；公示、海报、启事、通知等；服务承诺、行为规范等，由院长办公室受理、审批。检查、医疗服务项目等收费标准公示，由财务科审制。常用药品价格等公示，由药剂科审制。

对我院制作悬挂的横幅、标语，张贴的宣传（栏）板、壁画、路标牌、价格公示等，各科室要加强管理，确保完好无损；如有损坏，要及时与院长办公室联系。各类制作费用纳入科室核算。

三、外单位赞助在我院内活动的横幅及派发的各类宣传品，必须由我院分管领导书面批准，并报院长办公室备案后方可实施。对未经批准擅自在院内张贴或悬挂、派发宣传品的，各科室应及时制止并向医院保卫科通报，保卫科接报后应到现场及时处理。

四、各类宣传品必须思想健康、内容真实、事迹端正、纸张整洁，同时落有单位或科室的真实署名。公示、启事、通知等宣传品，尺寸一般同 A3 或 A4 纸。

五、严禁在医院内张贴、悬挂或派发违反宪法和法律，破坏安定团结、扰乱社会秩序的宣传品；严禁张贴、悬挂或派发含有人身攻击或不文明用语的宣传品；严禁张贴、悬挂或派发有损医院形象或扰乱医院正常工作秩序的宣传品；严禁未经批准张贴、悬挂或派发任何商业性广告。

六、院内各科室开展活动的公示、海报、启事、通知等宣传品，应在院区和病区的公告（公示）栏内张贴。未经批准，不得随意在建筑物、门窗等设施上张贴宣传品。各科室负责落实本包管区乱张贴的消除工作；院长办公室定期巡查清理特别是公共场所过期过时的张贴内容，在接到各科室部门破损修补通知后 7 个工作日内完成修补，并由所在科室验收；职工

如发现有张贴、派发严禁的内容时，应及时消除并向院长办公室报告。

七、违反上述规定的，医院将视其情节对相关科室及责任人进行处罚，情节严重者交公安、司法机关处理。

八、本管理规定自发布之日起实施，由医院考核领导小组、院长办公室负责解释。

三、纪检监察科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	JJJCK-ZD-001	文件名称	纪检监察科岗位职责	适用范围	全院
	制定部门	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度内容	新增	制定时间	2023.08.01	生效时间	2023.11.01

纪检监察科岗位职责

一、在医院纪委领导下，开展纪检监察科各项工作。

二、负责接待有关来信来访，受理有关举报、控告，查处违反党纪国法的案件。

三、加强干部选拔任用、招录招考、物资采购和基建工程项目招投标等方面的监督工作，并组织开展专项监督检查。

四、承担案件审理、案件管理、法规相关工作。

（一）负责对案件初核、立案、调查、移送审理等各环节工作程序的监督检查，加强对办案措施使用情况、办案场所保密情况和安全文明办案情况、办案制度执行情况、办案人员依纪依法办案情况的监督检查；

（二）负责审理医院纪检监察组织检查处理的违纪案件，坚持案件审理制度，规范自办、报批、平衡、备案案件规程，慎审快结违纪案件；

（三）负责审理制度建设，创新审理工作方式和机制制度，推动标准化体系建设，承担纪检监察案件审理工作的调研、案例分析、材料报送等工作；

（四）负责对医院案件线索进行统一管理，定期汇总案件和线索办理情况。建立案件和线索的来源、去向、进展、结果的督办机制，提高案件办理的质量和效率。做好案件统计和综合分析。

五、负责对党员干部进行遵纪守法教育，定期开展案例警示教育。

六、协助上级领导开展党员干部的约谈工作。

七、根据纪检监察室工作要点和计划，制定本科室工作总结和计划。

八、完成上级领导交办的其他工作。

惠山区人民医院	文件编码	JJJCK-ZD-002	文件名称	纪检监察科工作制度	适用范围	全院
	制定部门	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度内容	新增	制定时间	2023.08.01	生效时间	2023.11.01

纪检监察科工作制度

一、监督检查全院干部职工贯彻执行国家法律、法规政策、决定的情况，贯彻执行医院决议、决定和规章制度的情况，并依法保护其行使职权。

二、协助院党委加强党风廉政建设、行风建设及反腐败工作。

三、受理对医院工作人员违反党纪政纪行为的检举、控告和申诉，接待来访人员，处理好人民来信。

四、负责对“三重一大”事项实施监督。

五、检查、处理党的组织和党员违反党的章程和其他党内法规的案件；调查处理院内干部、职工违反院规的行为。

六、坚持原则，维护纪律，不徇私情，秉公执纪、勤政廉政。

七、定期开展患者满意度调查，对反映的问题及时反馈有关科室，并有处理结果。

八、完成医院和上级有关部门交办的其他工作。

惠山区人民医院	文件编码	JJJCK-ZD-003	文件名称	防统方管理制度	适用范围	全院
	制定部门	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度内容	新增	制定时间	2023.08.01	生效时间	2023.11.01

防统方管理制度

为了进一步规范医疗卫生服务行为，加强行业作风建设，严禁为不正当商业目的统方，维护正常工作秩序，根据省卫计委转发国家卫计委国家中医药管理局《加强医疗卫生机构统方管理的规定》及《加强医疗卫生行风建设九项准则》有关文件精神，特制定我院防统方管理制度。

本制度所指的统方，是指医院内的科室或医务人员根据工作需要，通过一定的方式和途径，统计医院、科室及医务人员使用药品、医用耗材的用量信息。

为不正当商业目的的统方，是指医院内科室或医务人员出于不正当商业目的，统计、提供医院、科室及医务人员使用有关药品、医用耗材的用量信息，或为医药营销人员统计提供便利。

本制度所指的医疗卫生人员，是指医院内的管理人员、医师、护士、药学技术人员、医技人员、信息部门工作人员及其他相关人员。

一、各部门、各岗位要加强医疗卫生人员的法制教育，认真落实《加强医疗卫生机构统方管理的规定》及有关法规制度，建立岗位责任制和责任追究制度，加强防统方管理，不得以任何形式向医药营销人员、非行政管理部门或未经行政管理部门授权的行业组织提供医疗卫生人员个人或科室的药品、医用耗材用量信息，并不得为医药营销人员统计提供便利，严禁为不正当商业目的统方。

二、科室不得将本科室人员的收入与药品、医用耗材用量挂钩，科室每月的药品、医疗耗材用量的统计信息不得向医药营销人员提供，不得用于开单提成。

三、信息科对信息系统中有关药品、医用耗材用量统计功能实行专人负责、加密管理，完善信息系统，设置重要和敏感信息查询留痕功能，监察科每月查询日志，定期分析，及时发现异常情况进行处理。实行信息系统分级管理和审批程序。信息系统常规维护、升级工作后要履行交接手续，确保敏感资料按照规范程序移交。

四、相关责任

（一）科室责任

对于违反有关规定的科室，视情节给予警告、限期整改；问题严重的，由院长召集科室主任诫勉谈话，诫勉谈话后仍无整改者，撤销科室主任行政职务。

（二）医疗卫生人员责任

对于违反有关规定为不正当商业目的统方的医疗卫生人员，要依法依纪严肃处理，纳入医师不良执业行为记录管理。对于未触犯刑法的人员，给予当事人批评教育、取消当年评优评职称资格或降聘、缓聘、解职待聘、解聘；对于涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

五、遇责任人变更，由继任人履行统方管理职责。

惠山区人民医院	文件编码	JJJCK-ZD-004	文件名称	廉洁风险防控工作方案	适用范围	全院
	制定部门	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度内容	新增	制定时间	2023.08.01	生效时间	2023.11.01

廉洁风险防控工作方案

一、指导思想、工作原则和目标要求

（一）指导思想。以习近平建设中国特色社会主义社会主义重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，按照“在坚决惩治腐败的同时，更加注重治本、更加注重预防、更加注重制度建设”的要求，以制约和监督权力运行为核心，以岗位廉洁风险防控为基础，以加强制度建设为重点，以现代信息技术为支撑，构建权责清晰、流程规范、风险明确、措施有力、制度管用、预警及时的公立医疗机构廉洁风险防控机制，确保公立医疗机构所有权力规范行使、高效运行，不断提高反腐倡廉工作科学化、制度化和精细化水平。

（二）工作原则。坚持围绕中心、统筹兼顾。把加强廉洁风险防控与医院中心工作紧密结合，融入业务工作和管理流程之中，实现廉洁风险防控与各项工作的统筹兼顾、相互协调、相互促进，推动公立医疗机构惩治和预防腐败体系逐步完善。

坚持结合实际、注重创新。紧密结合公立医疗机构改革发展实际，把握新形势下医疗机构反腐倡廉纠风工作的特点和规律，积极实践、不断创新，努力探索公立医疗机构惩治和预防腐败的新思路、新办法、新途径。

坚持依法依规、遵循规律。严格按照国家法律法规和规章制度，遵循权力运行的规律，规范权力行使的环节和流程，建立实用、有效的廉洁风险防控体系。

坚持统一要求、分类管理。针对医院各部门所有权力，区别不同特点和运行流程，实行统一部署要求、分类管理防控。

坚持重点突出、务求实效。在全面查找和评估风险的基础上，以腐败和不正之风问题易发多发的主要部位为重点，突出重要权力和权力行使的关键环节，提高预警防控措施的针对性和可操作性，重点明确、简便易行、务求实效。

（三）目标要求。在认真总结试点经验的基础上，全面启动医院廉洁风险防控工作，逐步建立全覆盖的廉洁风险防控机制；结合医院实际，通过充分实践，使医院廉洁风险防控机制运行更加顺畅，制度配套更加完善、执行更加有力，防控腐败和不正之风的成效更加明显，在惩治和预防腐败体系建设中发挥更加重要的作用。

二、防控重点

加强医院廉洁风险防控，要在全面防控的基础上，重点加强对医院管理中腐败问题易发多发的重点岗位和医疗服务中社会关注度高、容易发生损害群众利益问题的关键环节廉洁风险的防控，对权力运行的“关节点”、内部管理的“薄弱点”、问题易发的“风险点”，强化防控措施、落实防控责任，实行重点监督、重点管理、重点防控。

（一）开展医疗机构管理权力廉洁风险防控，促进医院管理人员规范用权。把决策、基建、采购、人事、财务等管理权力纳入重点监控范围，通过设置“内控点”实施过程动态监控。决策权，要强化对“三重一大”事项民主决策制度落实情况的监控；基建权，要强化对

“项目法人制”、“工程招投标制”、“工程监理制”、“合同管理制”落实情况的监控，实行工程造价跟踪审计，重点防范招投标和资金管理使用中的廉洁风险；采购权，要重点加强药品、设备、试剂、耗材等物资采购的监管，加强对公开招标、邀请招标、询价采购和单一来源采购的管理，强化对采购范围、采购程序、采购环节和结果的监控；人事权，要强化对干部任用、人员招聘、职称评审、编制管理、转岗和执业资格管理的监控；财务权，要强化对资金集中统一管理、执行财务内控制度和基建项目、大额购置、专项资金等重点支出的监控。

（二）开展医疗服务廉洁风险防控，规范医务人员执业行为。针对社会普遍关注和群众反映强烈的突出问题，以医德医风、临床诊疗、临床用药、医用耗材和试剂使用、大型医疗设备检查、医疗收费、统方管理等为重点，充分利用信息技术，实行指标控制，规范诊疗服务行为，防止收受“红包”、回扣、过度检查治疗、乱收费等损害群众利益问题的发生。要加强医德医风学习教育，强化“红包”治理，改进完善医德考评制度，建立对医务人员有效的激励和约束机制；要以临床路径管理为抓手，加强临床诊疗管理，强化对入径标准、路径管理和路径变异的监控；要强化对临床用药药品来源、基本药物使用、抗菌药物使用、超限处方、不合理处方、贵重药物和单品种药物用药数量的监控；要强化对医用耗材和试剂来源、采购、资质、出入库、使用的监控；要强化对大型医疗设备检查阳性率、检查权限和重复检查的监控；要强化对医疗收费标准、项目执行情况和超标准超范围收费、分解项目收费、重复收费的监控；要健全医疗机构统方管理制度，加强对药房、信息中心（科）等重点部门人员管理和医疗机构信息系统药品、高值耗材统计功能管理，严格统方权限和审批程序，加强对软件信息公司人员行为规范，防止商业目的统方。

（三）开展供应商诚信管理，净化医院工作环境。坚持受贿、行贿两个方面同时抓、同时管，在强化医疗机构内部监控的同时，对供应商营销行为进行诚信管理。一是实施诚信承诺制度。建立供应商廉洁诚信电子档案，接受干部职工监督。二是实施诚信评估制度。对供应商廉洁守信、依法经营情况，每年全面评估和分级排队，作为是否续签合同的重要依据。三是实施风险预警制度。开展供应商产品价格监测，把出厂和销售差价较大的作为监控重点；对反映存在问题的，适时组织调查，确存问题的，实施限量、降价、暂停采购等措施，严厉打击失信行为。四是实施诚信捐赠制度。供应商对医疗机构的自愿捐赠资助，必须按规定纳入医疗机构财务部门统一管理，捐赠资助不得附加任何影响公平竞争的条件，不得与采购商品（服务）挂钩，不得指向特定内部职能部门或个人。五是实施不良记录制度。对经核实有商业贿赂行为的供应商，及时列入不良记录，按规定不得以任何名义、任何形式购买其产品。

（四）开展患者满意度管理，不断提升医疗服务水平。一是建设评价平台。以医疗服务、医疗质量、医德医风等为重要评价内容，在门诊大厅、收费和取药窗口、住院病区显要位置，设置评价信息采集器，为患者提供满意度评价平台。建立出院患者回访制度，为患者提供评价和跟踪服务。二是提供评价服务。实行全员与大样本相结合评价，为住院患者提供全员评价服务，为门诊患者提供大样本评价服务。对实施评价的患者身份采取保密措施，评价结果定期在医疗机构内部公开。三是健全评价制度。建立评价信息采集制度、定期分析改进制度和奖惩制度，注重评价结果运用，定期分析患者不满意的问题及原因，促进医疗机构规范管理。

三、方法步骤

（一）开展廉洁风险教育，营造风险防控氛围。坚持把教育贯穿廉洁风险防控工作始终，结合党风廉政建设责任制和纠风工作责任制，组织全体干部职工广泛开展有针对性的岗位廉洁风险教育，深入开展人生观、价值观、权力观和职业精神、职业道德、法制纪律教育，广泛收集廉洁风险信息，突出正面典型宣传和反面警示教育，动员和引导广大干部职工积极参与，充分发挥其防控主体作用，切实提高开展廉洁风险防控的主动性和自觉性。

（二）全面清权确权，编制职权目录。按照“权责一致”的要求，对具有行政权力特点的医疗机构管理权力，对照法律法规、制度规定、岗位职责，采取自下而上与自上而下相结合的方式，逐项进行清理；对从业人员执业过程中行使的职权，严格按照执业资格和执业范围，结合诊疗服务和业务工作流程，组织人员逐个环节系统分析清理。对清理出来的职权，最终统一由医院党政会议集体审核确认，未经审核确认的，禁止行使。对审核确认的职权，统一编制并对内公开《职权目录》，逐项明确职权的名称、内容、类别、行使主体、行使依据等，把权力行使责任落实到处（科）室和岗位。

（三）查找廉洁风险，评定风险等级。通过自己查找、集体评议、案例分析、组织审定等方式，从权力行使、制度机制等方面，认真查找和确定每个岗位职权运行中的廉洁风险。权力行使方面，重点查找由于权力过于集中、运行程序不规范和自由裁量幅度过大，可能造成权力滥用的风险；制度机制方面，重点查找由于规章制度不健全、监督制约机制不完善，可能导致权力失控的风险。依据查找出的廉洁风险发生可能性的大小、频率的强弱、危害程度的高低等因素，组织各处（科）室认真分析、逐一研究，对每项职权按照“高”、“中”、“低”三个风险等级进行评定，并经医疗机构领导班子会议集体审定，列表内部公示。

（四）建立防控平台，强化权力运行监控。结合医疗机构信息系统建设，建立医疗机构廉洁风险防控信息平台，实现风险预警、风险分析、风险处置等功能，对权力运行廉洁风险实施动态防控。对不同风险等级的权力实行分级管理、分级负责、分级监控、责任到人。对

高风险权力重点管理，将权力运行过程中一些易公示、可核查的具体环节、要点、指标作为“内控点”，随权力行使过程动态公开，决策环节实行起点监控，执行环节实行网上过程监控，完结环节实行结果监控；对“中”、“低”风险等级权力，充分发挥处（科）室、岗位人员作用，实施常规监控、自我监控。

（五）实施预警处置，及时化解廉洁风险。通过对职权运行实时监控，结合大型医院巡查、审计、干部考察、述职述廉、行风评议、媒体反映、纠风治理、信访举报和案件分析等工作，全面收集廉洁风险信息，及时进行分析、研判和评估，对可能引发腐败或不正之风的苗头性、倾向性问题进行风险预警，综合运用风险提示、诫勉谈话、责令纠错等处置措施，做到早发现、早提醒、早纠正，及时化解廉洁风险。同时要结合公立医疗机构改革发展、功能定位转变和预防腐败新要求，根据法律法规和政策规定的调整、职责职能的变更、防控措施落实的效果以及反腐倡廉实际需要，及时调整、完善廉洁风险内容、等级和防控措施，加强对廉洁风险防控的动态管理。

四、工作要求

（一）加强领导，落实责任。院、科两级要把加强廉洁风险防控作为落实党风廉政建设责任制和纠风工作责任制、加强惩治和预防腐败体系建设的一项重要任务，作为强化管理、提高反腐倡廉纠风工作科学化水平的重要举措，列入领导班子重要议事日程，认真组织落实。医院领导班子要高度重视，党政主要负责人是第一责任人，要主动抓、亲自抓，及时研究解决推进工作中存在的困难和问题。领导班子其他成员要以身作则，率先垂范，根据分工带头抓好自身和职责范围内的廉洁风险防控工作。各业务部门要主动做好本部门的廉洁风险防控工作。卫生系统各级纪检监察机构要认真履行职责，加强组织协调和监督检查，切实推动工作落实。

（二）结合实际，扎实推进。在各级卫生行政部门及地方党委政府的统一领导部署下，认真总结前期试点工作经验，研究制定具体工作实施方案。

（三）开展监督检查，确保任务落实。医院要强化对各科室廉洁风险防控工作的检查和考核，将检查考核结果作为评先、评优和干部奖惩任免的重要依据。要研究制定检查评估标准，探索建立廉洁风险防控的社会评价办法，采取定期自查、年度检查、社会评议等方式，提高检查评估的针对性和有效性，确保医院廉洁风险防控扎实推进、取得实效。

惠山区人民医院	文件编码	JJJCK-ZD-005	文件名称	诫勉谈话制度	适用范围	全院
	制定部门	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度内容	新增	制定时间	2023.08.01	生效时间	2023.11.01

诫勉谈话制度

为了更好地履行纪检工作职能，强化对党员干部的监督管理，促进党风廉政建设和领导干部的廉洁自律，遏制和防范违纪现象的发生，根据医院纪委和区卫健委纪委的有关规定精神，特制订本制度。

一、谈话诫勉的对象

在信访或其他渠道反映存在轻微违纪行为，一般不需给予纪律处分的党员干部。

二、谈话诫勉的适用范围

1．信访或者其他渠道反映的一般性问题，经核查后结果需要与被举报人见面的。

2．信访或者其他渠道反映意见相对集中的问题，需要与被举报人核实并督促纠正的。

3．党员干部存在可能酿成违纪的苗头性问题，需要进行教育帮助并引以为戒的。

4．其它需要实行谈话诫勉的事项。

三、谈话诫勉的实施办法

1．决定对党员干部谈话，应当由医院纪委书记提出意见，报医院党委审定后实施。

2．谈话一般由监察科长主谈。

3．对党员干部谈话，应当书面或者口头通知被谈话人。

4．谈话人不得少于两人。

四、谈话诫勉的内容

1．谈话人向被谈话人介绍反映的问题，提出谈话的有关要求。

2．被谈话人就反映的问题作出解释、说明或者检讨，并提供有关材料。

3．谈话人根据被谈话人的陈述和掌握的情况，对被谈话人提出要求。

4．被谈话人对接受谈话诫勉以及对谈话人所提要求表明态度。

五、谈话诫勉的要求

1.谈话人应当认真听取被谈话人的陈述和意见,对被谈话人提出的正当要求和正确意见,应当予以采纳；不得向被谈话人泄露信访举报人的姓名、身份及举报材料等有关情况。

2．被谈话人接到诫勉谈话通知后应当自觉接受谈话，不得借故推诿、拖延；要实事求是地回答谈话人提出的问题并提供有关材料，不得造假或者隐瞒事实；不得事后追查或者打击报复谈话人、信访举报人等。否则，要承担相应的纪律责任。

3．谈话人应当书面记录谈话情况或者要求被谈话人上交书面情况报告。

六、谈话诫勉后的处理

1．处理谈话结果要坚持实事求是、不徇私情、维护当事人的合法权利。

2．经谈话后认定被谈话人确有轻微违纪行为的，应当对被谈话人进行批评教育、要求限期纠正并书面报告纠错情况；对思想、工作等方面存在不正之风或者苗头性问题的，应当进行告诫，要求被谈话人防微杜渐。对所反映问题不实的，应当给予解释和说明；对已给被谈话人造成不良影响的，在适当时间和场合予以澄清。

3．谈话中发现被谈话人存在严重错误，需要进一步查实并追究纪律责任，或者被谈话人坚持错误，拒绝接受批评教育的，谈话人应当及时向医院党委报告，研究处理。

4．谈话记录和处理结果情况应及时存入干部的廉政档案。

惠山区人民医院	文件编码	JJJCK-ZD-006	文件名称	医药代表接待日工作制度	适用范围	全院
	制定部门	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度内容	新增	制定时间	2023.08.01	生效时间	2023.11.01

医药代表接待日工作制度

为了加强行风建设，增加工作透明度，提高医务人员廉洁自律自觉性，制定药品、器械代表接待日制度。

1、接待时间：每周两天（星期二、星期四）为代表接待日。

2、接待地点：综合保障科会议室

3、严禁任何科室及个人私自接待药、械代表，亦不允许药、械代表私自进入科室进行有关产品推介和促销活动，药剂科不得提供用药信息予医药代表。一经发现，情况属实：①相关科室及个人视作违规行为处理。②立即停止采购该药、械代表（厂、商）的产品。

4、接待日工作主要是收集药、械代表提供的资料，听取药、械代表关于新药、特药、新耗材、新仪器、新设备等信息介绍。

5、接待日由综合保障科组织，药剂科、综合保障科派员参加，实行集体接待，由接待人员将资料信息分门别类汇总后交药事委员会、医学装备管理委员会及临床、耗材、设备使用科室进行信息交流、讨论。

6、医药、器械代表可在接待日时利用学术讲座的形式介绍其产品的性能、用途、特性等，非接待日时间恕不接待。

惠山区人民医院	文件编码	JJJCK-ZD-007	文件名称	医药购销领域商业贿赂不良记录制度	适用范围	全院
	制定部门	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度内容	新增	制定时间	2023.08.01	生效时间	2023.11.01

医药购销领域商业贿赂不良记录制度

为了预防医药购销领域职务犯罪，建立治理医药购销领域商业贿赂的长效机制，促进医疗事业健康发展，根据卫生部《关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》和《关于进一步深化治理医药购销领域商业贿赂工作的通知》要求，特制定医药购销领域商业贿赂不良记录制度。

一、医药购销商业贿赂不良记录的范围

医药购销商业贿赂是指：药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人在购销活动中，给予采购与使用其生产、经营产品的本省公立医疗卫生机构负责人、药械采购人员、医务人员和其他从业人员以财物或者其他利益，并经司法机关、行政机关或其他有关组织查实的行为。

医药购销领域商业贿赂不良记录制度，是加强医疗机构管理、规范医疗机构采购药品、医疗器械、医用耗材行为，制止非法交易、打击商业贿赂行为的行业内部规范。

二、医药购销商业贿赂不良记录及判定依据

有下列情形之一的药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人，应当列入商业贿赂不良记录：

（一）经各级人民法院判决认定构成行贿犯罪的；

（二）被检察机关认定有行贿事实，但犯罪情节轻微，依照刑法规定不需要判处刑罚，作出不起诉决定的；

（三）由纪检监察机关以贿赂立案调查，依法认定有行贿行为并作出处理的；

（四）因行贿行为被工商、财政、物价、食品药品监督管理等部门作出行政处罚的；

（五）各级卫生行政部门和本省公立医疗卫生单位对相关人员因在医药购销中收受贿赂行为作出党纪政纪处分决定，案件涉及的行贿企业及其代理人。

三、商业贿赂不良记录的信息收集、登记和公布程序

（一）商业贿赂不良记录信息收集的内容包括：行贿人、受贿人基本情况和违法违纪事实、处罚结果等相关信息。

（二）商业贿赂不良记录信息的收集办法：卫生主管部门通过与司法机关和监察、工商、财政、物价、食品药品监督等相关行政部门建立沟通机制，互相通报商业贿赂案件信息和查处结果，及时、准确掌握有商业贿赂不良行为的单位或其代理人信息。

（三）综合保障科及时联系卫生主管部门修订本院商业贿赂不良记录信息，任何单位和个人发现药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人在医药购销活动中向医疗机构负责人、药品采购人员、医务人员或其他从业人员行贿的，有权向卫生行政部门举报，卫生行政部门应当根据职责及时调查核实。

四、商业贿赂不良记录的应用

商业贿赂不良记录一经公布，即生效。对列入商业贿赂不良记录的生产、经营企业，各医疗卫生单位在两年内均不得以任何名义、任何形式购入其药品、医疗器械、医用耗材。

五、对违纪违法医疗卫生单位及相关人员的处罚

医疗卫生单位负责人、药械采购人员、医务人员和其他从业人员收受药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人给予财物或者其他利益的，按照《中华人民共和国药品管理法》第九十一条第二款的规定，没收违法所得；对违法行为情节严重的执业医师，吊销其执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。所在医疗卫生单位或上级主管部门应按管理权限和有关规定，对当事人给予纪律处分。

四、人事科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-001	文件名称	惠山区人民医院科室考勤制度	适用范围	全院
	制定部门	人事科	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.05.08	修订时间	2024.01.01

惠山区人民医院科室考勤制度

第一章　　总　则

一、为指导各科室及时、准确进行科室考勤记录，制定本制度。

二、本制度所指职工为医院合同制、聘用制、协议用工等所有工作人员。

三、各科室考勤工作要求规范、严肃、公正，如发现未按时完成、考勤失实、故意弄虚作假者，按有关规定予处罚。

第二章　　科室考勤

一、科室每月考勤表，在次月 3 日之前上交人事科，如遇节假日，则当月 28 日前上交；科室当月排班，10 日前上交人事科。

二、考勤记载符号：/出勤，↑公出，△休息，⊗ 班休，⊖ 事假，☆年休假，⊙ 产假，Ⓘ 流产假，⊕ 病假，Y 育儿假，H 婚假，其余特殊情况可在备注内说明。

三、考勤负责人每月认真负责记录科内人员出勤情况，相关休假凭证随当月考勤表一并交人事科。

四、除年假外，其余假期一律不享受月满勤奖。

第三章　　科室夜餐费

一、夜餐费规定如下：24h 值班 150 元/个，夜班 120 元/个，中班 100 元/个，帮班 80 元/个，喊班 70 元/个，过餐 10 元/个，新生儿护送 100 元/个，液氧管理 10 元/个。

二、科室每月夜餐费，在次月 5 日前通过医院 OA 上交人事科工作人员，逾期则自动顺延至下一个月发放。

三、节假日及喊班规定参照惠区人医[2022]22 号文件规定。

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-002	文件名称	惠山区人民医院职工年度考核制度	适用范围	全院
	制定部门	人事科	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.05.08	修订时间	2024.01.01

惠山区人民医院职工年度考核制度

1、凡本院工作时间满半年者，均需参加当年度考核。

2、年度考核的内容包括德、能、勤、绩、廉五个方面，重点考核履行岗位职责的工作实绩。考核流程：个人自评，科室评定，部门负责人签署意见，最后考核聘任领导小组审核确定。

3、一级科室科主任(含以副代正的副职，科室负责人)，在个人自评，群众测评的基础上，由各条线分管领导进行评议，考核聘任领导小组最后评定。

4、考核评定等级为：优秀、合格、基本合格、不合格四个等级。优秀人员原则上控制在参加考核人员 20％以内，授嘉奖和记功人员原则上控制在优秀人员总数之内。在管理人员、专技人员和工勤技能人员中合理确定优秀等次人员，适当向本院主体岗位（卫生专业技术）倾斜。

5、继续教育未达标的专业技术人员不得评定为“合格”等级及以上。

6、当年病（产）假超一个月或进修超三个月以上的不具备评优资格。

7、经医院办公会合议认定的以下有责投诉或行为：

（1）和患者及家属吵架或被自媒体曝光服务问题，个人年累计大于 2 次，个人年度考核基本合格，大于 4 次，个人年度考核不合格。

（2）被患者合理投诉（含服务态度、服务质量等），个人年累计大于 3 次，个人年度考核基本合格；大于 5 次，个人年度考核不合格。

（3）径查实有索要、收受红包及收受回扣的，个人年度考核不合格。

8、考核结果存入个人档案，作为个人考核成绩、组织考察备考资料。

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-003	文件名称	惠山区人民医院员工聘用管理制度	适用范围	全院
	制定部门	人事科	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.05.01	修订时间	2024.01.01

惠山区人民医院员工聘用管理制度

第一章　总　则

一、为进一步加强医院人事管理，使医院人事管理工作规范化、制度化和有章可循，明确员工的权利和义务，增强员工责任感、归属感，特制定本制度。

二、适用范围：

1、医院员工聘用管理在遵照国家和地方政府、卫生行政部门相关法律法规的前提下，均依据本制度执行。

2、本制度所称员工，指医院合同制、聘用制及协议用工等所有工作人员。

第二章　人员招录和聘用

三、各科室、部门因工作需要增加人员时，应先提出书面申请，经相关职能部门审核，院领导批准同意后，统一纳入医院年度招聘计划，并组织招录事宜。

四、新增人员必须经过理论考试、或技能考核、或面试合格，并经体检合格后方可录用，根据实际情况选择其中一种或多种方式进行考核，由院部及相关职能科室共同组织实施。

五、新增人员分为应届毕业生、调入人员、协议用工人员三种：其中毕业人员和调入人员实行试用期 2 个月，试用期工资根据最高学历确定；作为技术骨干、学科带头人等引进人员可另行约定试用期及待遇；协议用工试用期 1 个月，试用期工资 3000 元/月。试用不合格者在试用期满即解除劳动合同。

（一）毕业人员

1、一经录用，医院与其签订一年期的书面劳动合同书，以书面形式确立双方的权利义务。

2、第一合同周期内及取得执业资格前为见习期，见习期内取得执业资格或见习期考核合格的，医院与其续签劳动合同。见习期考核不合格的、或者连续两次执业资格考试均不合格者，解除劳动合同。

3、需参加住院医师规范化培训的人员，如在一个周期内未能取得合格证，则延期一年（延长期内除基本工资外，不享受其他待遇），仍不能达到要求的，解除劳动合同。

4、见习期内享受见习工资，见习工资根据毕业学历确定，具体规定为：中专 2800 元/月；大专 3200 元/月；本科 4000 元/月；研究生 4500 元/月。

5、见习期满后享受绩效考核工资，第一年的前半年享受 50%的奖励性绩效工资，后半年享受 75%的奖励性绩效工资，第二年开始享受全奖。

6、研究生学历且取得执业资格的毕业人员，试用期满后享受绩效考核工资，第一年的前半年享受 50%奖励性绩效工资，后半年起享受全奖。

7、已取得住院医师规范化培训合格证的人员，试用期合格后享受全奖。

8、员工试用期及见习期间，其社保及公积金按最低基数缴纳，全部由医院承担。

（二）调入人员

1、调入人员经试用合格后方可调入。

2、调入人员确定聘用关系后，按规定享受绩效考核工资。

聘为初级职称的调入人员，试用期满后的前半年享受50%的奖励性绩效工资，后半年开始享受全奖。

聘为中级以上职称的调入人员，试用期满后享受全额奖励性绩效工资。

3、作为学科带头人引进的调入人员另行约定工作内容、劳动报酬及其他条款。

4、有工作经历，但未取得执业资格、未通过执业医师规范化培训的调入人员视同毕业人员处理。

（三）协议用工人员

1、一经录用，医院与其签订一年期的书面劳动合同书，以书面形式确立双方的权利义务。

2、协议用工人员享受协议工资，协议工资根据所在岗位确定，具体有一站式服务中心、病案室、超声科、放射科、健康管理中心、挂号收费、后勤保障、供应室、胃镜中心、急救分站、中药房、食堂等岗位；工资待遇3500元/月-4000元/月。协议用工人员院龄工资≥12个月增加30元/月。上述工资中的1000元作为考核奖发放。

3、对于从事消毒工作的协议员工，如取得消毒资格证，可在年底一次性奖励500元。

六、员工社会保险及公积金缴纳规定：

1、员工社会保险从签订合同当月起缴；

2、员工公积金从签订合同的次月起缴，工作年限达1至5年（包括5年），公积金按8%缴纳，第6年起按12%缴纳。

3、协议用工人员，公积金按8%的比例缴纳，个人部分自己承担。

七、试用期、见习期内有下列情形之一，视作试用、见习考核不合格：

（1）伪造学历或其它各种证书；

（2）伪造简历或工作经历；

（3）隐瞒病史或受伤经历；

（4）隐瞒和其他单位存在劳动关系；

（5）不能完成工作任务，或达不到岗位职责要求，或非工伤原因不能正常履行劳动义务(累计平均每月病假天数7天以上；累计平均每月事假天数2天以上；旷工1天以上)；

（6）不服从科室工作安排或拒绝完成医院交办的指令性任务；

（7）违反廉洁从业“九项准则”等行为；

（8）三基理论考试或操作考核不合格；

（9）因个人原因引起病人投诉或医疗纠纷经查实确有过错，累积超过 2 次；

（10）试用期考核，科室满意度测评达不到 70%（测评人数必须≥5 人）；

（11）有其他违反国家法律法规和医院规章制度的行为。

第三章 解除和终止聘用关系

八、医院应依法保护员工合法权益，履行劳动（聘用）合同约定事项，如有违反，员工可依法维护个人权益。

九、员工有下列情况之一的，医院可以解除聘用关系，医院解除员工聘用关系应按照《劳动合同法》程序进行：

1、严重违反医院规章制度的；

2、严重失职，营私舞弊，给医院造成重大损害的；

3、同时与其他单位建立劳动关系，且拒不改正的；

4、被依法追究刑事责任的；

5、不能胜任工作，经过培训或调整工作岗位仍不能胜任工作的；

6、连续两次执业资格考试不合格者。

十、员工辞职须至少提前 1 个月以书面形式提出申请，经医院批准并办理完相关交接手续后方可离院，否则医院可以全额扣除未支付的绩效考核工资。

十一、员工未做满全年提出辞职的或被辞退的，不享受年终发放的满勤奖励性绩效考核工资。

十二、员工辞职时符合下列情形的，须向医院缴纳违约金，否则医院可冻结其人事关系转移、执业注册变更等。违约金包括医院为其所提供的专项培训、进修、继续教育、学术活动、考察、特殊津贴、科研活动经费及由此而产生的路费、住宿费、补贴等费用：

1、为医院服务期不足三年的；

2、进修（含专项培训）结束后为医院服务期不足五年的；

3、办理进编手续后为医院服务期不足五年的；

4、自动离职的。

第四章 附 则

十三、本制度自发布之日起施行，医院可根据工作需要，对本制度进行修订，经院长办公会议批准后实施。

十四、本制度未作规定，但医院另有规章制度涉及人事聘用管理的，按相关规定执行；与本制度之规定相冲突的，以本制度的规定为准。

十五、本制度 2024 年 1 月 1 日起执行，由人事科负责解释。

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-004	文件名称	惠山区人民医院人事管理制度与程序	适用范围	全院
	制定部门	人事科	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.05.08	修订时间	2024.01.01

惠山区人民医院人事管理制度与程序

第一节　总则

为进一步完善人事管理，根据国家有关《事业单位人事管理条例》、《事业单位工作人员处分暂行规定》和《中华人民共和国劳动合同法实施条例》等劳动人事法规、政策，制定本制度。

（一）医院执行国家有关劳动保护法规，在劳动人事部门规定的范围内使用并招收员工，实行劳动工资和人事管理制度。

（二）医院人事科，负责医院的人事计划、新职工岗前培训、奖惩、劳动工资、劳保福利等各项工作的实施，并办理职工的录用、聘用、商调、解聘、辞职、辞退、除名、开除等各项手续。

第二节　编制及定编

（一）医院各临床科室、医技科室、职能部门用人实行定岗、定编、定员。

（二）医院各临床科室、医技科室、职能部门的岗位设置、编制、调整或撤销，由人事科依据编办、人社局专技办和主管部门核准数，报院长办公会批准后实施。

（三）因工作及业务发展需要、各临床科室、医技科室、职能部门需要增加编制的，必须按程序申请，写明申请理由并上报院长办公会通过后执行。

第三节　人员准入

根据医院发展规划和实际工作需要，按照机构和人员定编设岗方案，为满足医院对各类人才的需要，有计划地吸收和引入人员。

（一）准入原则：公开、公平、公正、全面。

（二）准入计划：医院相关业务部门和临床、医技、护理各条线根据需要提出本科室、本部门的用人计划，人事科根据用人计划制定比较详尽的人才需求清单，内容包括岗位名称、数量、职称、资历、履历、特殊要求等有关内容。

（三）准入渠道：国家在编调入；人才市场招聘；大中专应届毕业生招聘；职工介绍招录。

（四）准入人员具备以下条件：

1.年满 18－45 岁（特殊岗位除外），身体健康。

2.遵纪守法，具有良好的政治素质和职业道德。

3.专业技术岗位和技术工人岗位，必须具有适合本岗位需要的文化程度和能力水平及准入资格，并按国家相关规定执行。

（五）准入人员需医院通过考试（面试）合格后，经医院研究决定同意录用并且体检合格，由人事科按医院规定程序办理上岗手续。

（六）新职工正式上岗前，必须先接受培训。

（七）试用期规定

1.新进人员试用期二个月，员工试用期满，由用人科室作出鉴定，提出是否录用的意见，经本院业务主管职能部门审核后，报院长办公会审批。批准录用者与医院签订劳动合同；决定不录用者试用期满通知用人科室及本人。

2.试用人员如品行不良，成绩欠佳或无故旷工，可随时停止试用。

3.试用人员报到时应提交以下材料：身份证、毕业证（学历学位）、执业证书、资格证书、原单位解除劳动合同等原件及复印件，医院体检表。并将上述归并入个人电子文档。

（八）凡有下列情况者不得录用：

1.被剥夺政治权利，判处刑罚或受通缉者；

2.品性恶劣，被单位开除者；

3.患有精神病或传染病及体检认定不合格者；

4.未满 18 周岁者。

（九）准入人员一经正式录用，即与其签订聘用合同或劳动合同，双方必须共同遵守合同条例，聘用合同和劳动合同在人事科备案。

第四节　人事聘用

为深化医院人事制度改革，推动医疗事业的发展，进一步健全完善我院现行的用人制度，合理地配置和利用人力资源，特规定如下。

（一）在编人员聘用按照惠办发[2011]48 号《惠山区事业单位岗位设置管理实施意见》和惠卫[2012]20 号《惠山区卫生事业单位岗位设置管理和聘用工作若干问题的处理意见》规定执行。

1.在市人社局核准的岗位数内，首次岗位聘用，按专业技术岗位聘用基本年限要求聘用，医院与受聘者签定聘用合同，聘期三年。首次聘用完成后，取得专业技术资格的人员按实际空缺岗位数竞聘上岗。

2.聘用合同使用无锡市人力资源和社会保障局统一印制发放的合同文本，一式二份，盖医院公章及法人章后生效。

（二）编外人员聘用按照《中华人民共和国劳动合同法》规定执行。

1.医院根据各科核定的编制，按照科学合理、精简效能的原则设置岗位，按照岗位的职责和聘用条件，通过考试或者考核以及公开招聘的方法择优录用工作人员。

2.劳动合同使用无锡市人力资源和社会保障局统一印制的《全日制劳动合同》合同文本，一式三份，合同期满，岗位需要、考核合格、双方愿意者，可以续签合同。

3.劳动合同期限分为有固定期限和无固定期限。招录人员上岗第一年医院与其签定一年期劳动合同，第二年决定续签者，医院与其签订三年期劳动合同，第四年决定续签者，如本人提出申请，医院可与其签定无固定期限劳动合同。

（三）小组长以上人员聘任原则

1.思想解放，立志改革，敢于大胆管理。

2.就本院而论，其专业技术水平居领先地位。

3.作风正派，不拉帮结派，不以权谋私。

4.精力充沛，符合干部四化要求。

（四）聘用双方权利

聘用方：

1.有权招聘和聘用选择权。对聘用、任职期间发生严重问题或不称职时，有权随时罢免（履行解聘手续）。

2.员工在职期间，未向本单位报备，参加外院事业单位公开招聘，单位有权拒绝后续政审等相关工作事宜。

被聘用方：

1.有辞职、应聘、拒聘的权利。

2.辞职必须提前一个月向聘用方呈辞职报告，未经批准不得擅离职守，否则聘用方有权追究应聘方赔偿一切损失。

（五）落聘人员安排

1.可保留在科室内继续工作，工资享受70%（指全额工资）不享受奖励性绩效工资，直至被聘任为止。

2.落聘人员可根据具体情况转岗至其他科室。

3.落聘送交院部待业1--3个月内发全额工资的70%，无奖金，积极努力争取尽快回科上岗。待业3--6个月核发全额工资60%，无奖金。待业6个月以上给予解聘。

4.落聘上交院部待业如不上班，扣发全部工资。超过6个月院内除名。

5.老弱病残而不能坚持正常工作的落聘人员，院长可安排力所能及工作，但在奖金、工资待遇方面应同被聘人员有所差别，发放标准由院长办公室会议研究决定。

6.因学历、技术水平或由不同专业转岗而不能胜任工作的落聘人员，如外出学习、深造应办理待岗手续，学费自理，回医院后按工作需要履行聘用手续方可上岗工作。

（六）设立院长、科主任、护士长等职务津贴。

1.单位正职领导320元/月；单位副职领导及享受领导待遇的人员280元/月。

2.职能科室正职、内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、重症医学科正职55元/月；

3.职能科室副职、内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、重症医学科副职及其他临床、医技科室正职、护士长45元/月；

4.其他临床、医技科室副职，副护士长40元/月；

5.团委书记40元/月、副书记35元/月，委员30元/月。

第五节　人事调动

人员调动必须坚持岗位工作需要，专业对口，按正常程序办理。

（一）院外调转

1.外单位人员要求调入我院必须是岗位专业急需人员，调入对象需由相关职能部门考核，评定后递交院办公会议讨论通过。

2.凡属院外调来或应届毕业生到本院工作人员。一律到人事科报到，院长办公会根据医院科室需要，研究决定分配到有关科室。并人事科发通知单，分配人员持通知单到科室报到。

3.要求调出人员，由本人提出书面申请，所在科室负责人签署意见后报相关职能部门、主管院长签署意见，一般人员由院长审批并签署调出意见，卫生技术人员中主治医师以上、科主任、护士长由院长办公会审批并由院长签署调出意见，最后由人事科办理调出手续。

4.调入、分配、进修返回医院工作及在职读研人员，5年内不准调离医院，否则，按医院有关规定支付违约金。

（二）院内调动

1.科主任（副主任）、护士长（副护士长），一般不宜调动，如确因工作需要调动，由主管院长、医务科、护理部提出建议，院长办公会讨论批准。

2.医生及其它专业比较强的医务人员，由医务科提出建议，会同人事与有关科室商定后，报分管业务院长，院长办公会讨论批准。

3.护士：由护理部提出建议，会同人事与有关科室商定后，报分管业务院长，院长办公会讨论批准。

4.非卫生技术人员：由相关科室提出建议，会同人事与有关科室商定后，报分管院长，院长办公会讨论批准。

5.临时支援、替补、抽调医务人员，由医务科或护理部提出建议，行政人员由分管院长提出建议，征求有关人员意见后，由院长批准。

（三）外出会诊由医务科负责抽调有关人员。

第六节　人事工资福利待遇

（一）编内人员工资标准按照国家标准执行。

（二）编外人员参照编内人员月工资标准。

根据我院实际情况及无锡市生活水准，录用新人员工资标准具体如下：

1.见习期工资根据毕业学历确定，具体规定为：大专 3200 元/月；本科 4000 元/月；研究生 4500 元/月。

2.协议用工人员协议工资根据岗位确定，具体规定为：一般岗位 3500 元/月；重要岗位 4000 元/月，协议用工院龄工资为 30 元/年。

（三）职工其他工资福利标准：

1.职工绩效工资由基础性绩效和激励性绩效组成。基础性绩效工资根据惠区人医[2012]8号《惠山区人民医院关于绩效工资的实施办法》发放，奖励性绩效工资依据医院当年度奖励性绩效工资核算方案执行。除协议用工外，编外正式员工与编内聘用人员享受同等待遇。

2.医院按照国家要求给予全体员工参加社会保险待遇，签订劳动合同与聘用合同者享受同等待遇。

3.根据医院实际情况给予全体员工福利待遇，签订劳动合同与聘用合同者享受同等待遇。

第七节　辞职、辞退、开除

医院有权辞退不合格的职工，职工有辞职的自由。但均须按本制度规定履行手续：

（一）职工与医院签订劳动合同后，双方都必须严格履行合同。职工不得随便辞职，用人科室不准无故辞退本科室职工。

（二）合同期内职工辞职的，必须提前 1 个月向医院提出辞职报告，由用人科室签署意见，经领导批准后，由人事科给予办理辞职相关手续。

（三）在编在册人员要求调离本医院，必须经所在科室同意，报主管职能部门同意，院领导审批后，才能按程序办理调动手续。

（四）职工未经批准而自行离职的，医院不予办理任何手续。给医院造成损失的，应承担赔偿责任。

（五）职工或用人科室认为其现工作不适合的，可向人事科申请在医院内部调换另一种工作。在调换新工作半年后仍不能胜任工作的，医院有权予以解聘、辞退。

（六）职工必须服从医院安排，遵守各项规章制度，凡有违反并经教育不改者，医院有权予以解聘、辞退。

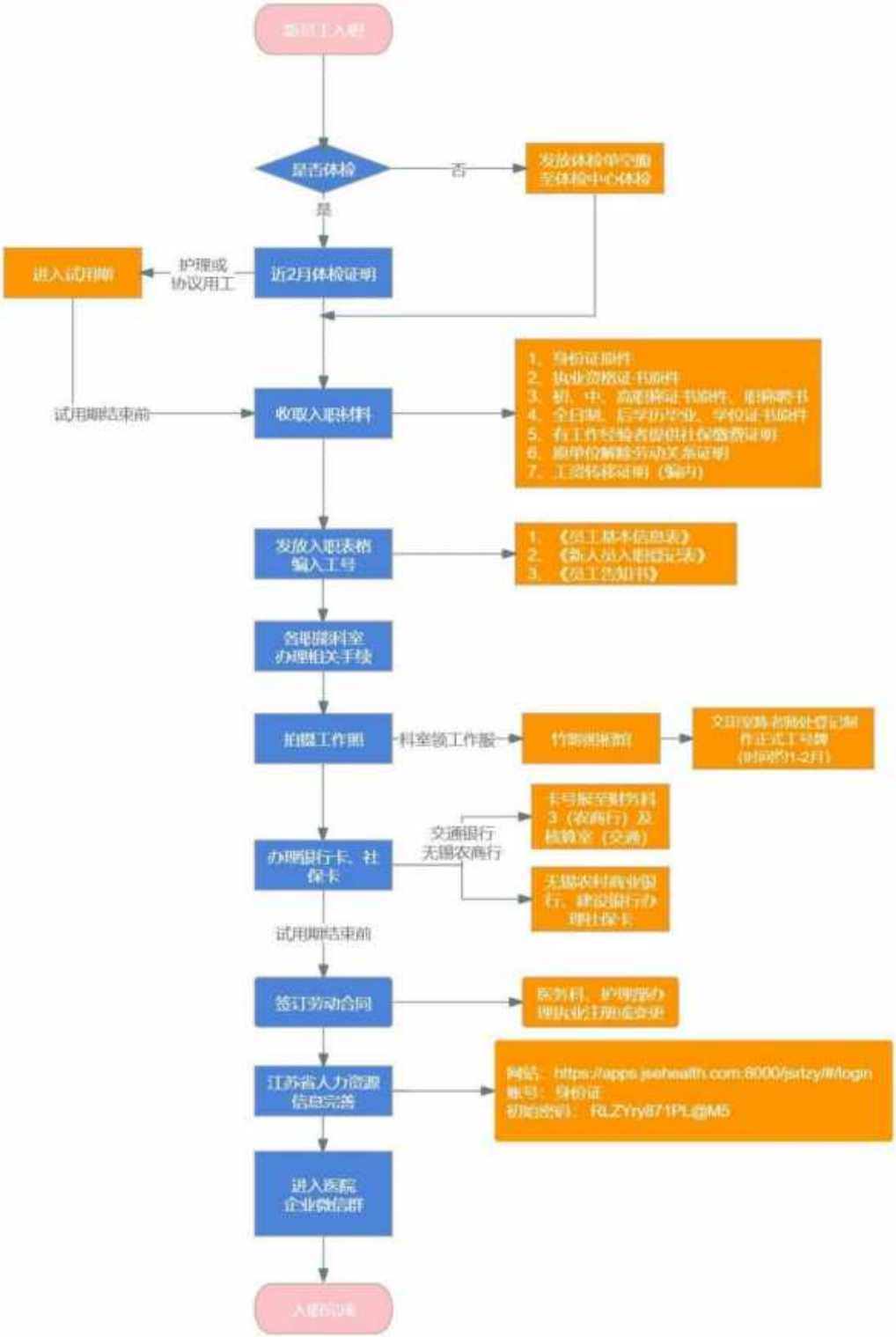
（七）医院对辞退职工持慎重态度。用人科室无正当理由不得辞退合同期未满的职工。确需辞退的，必须填报“员工辞退审批表”，提出辞退理由，经人事科核实，经领导批准后，通知被辞退的职工到人事科办理辞退手续。未经人事科核实和领导批准的，不得辞退。

（八）劳动合同期满，合同即告终止。职工或医院不续签合同的，到人事科办理终止合同手续。

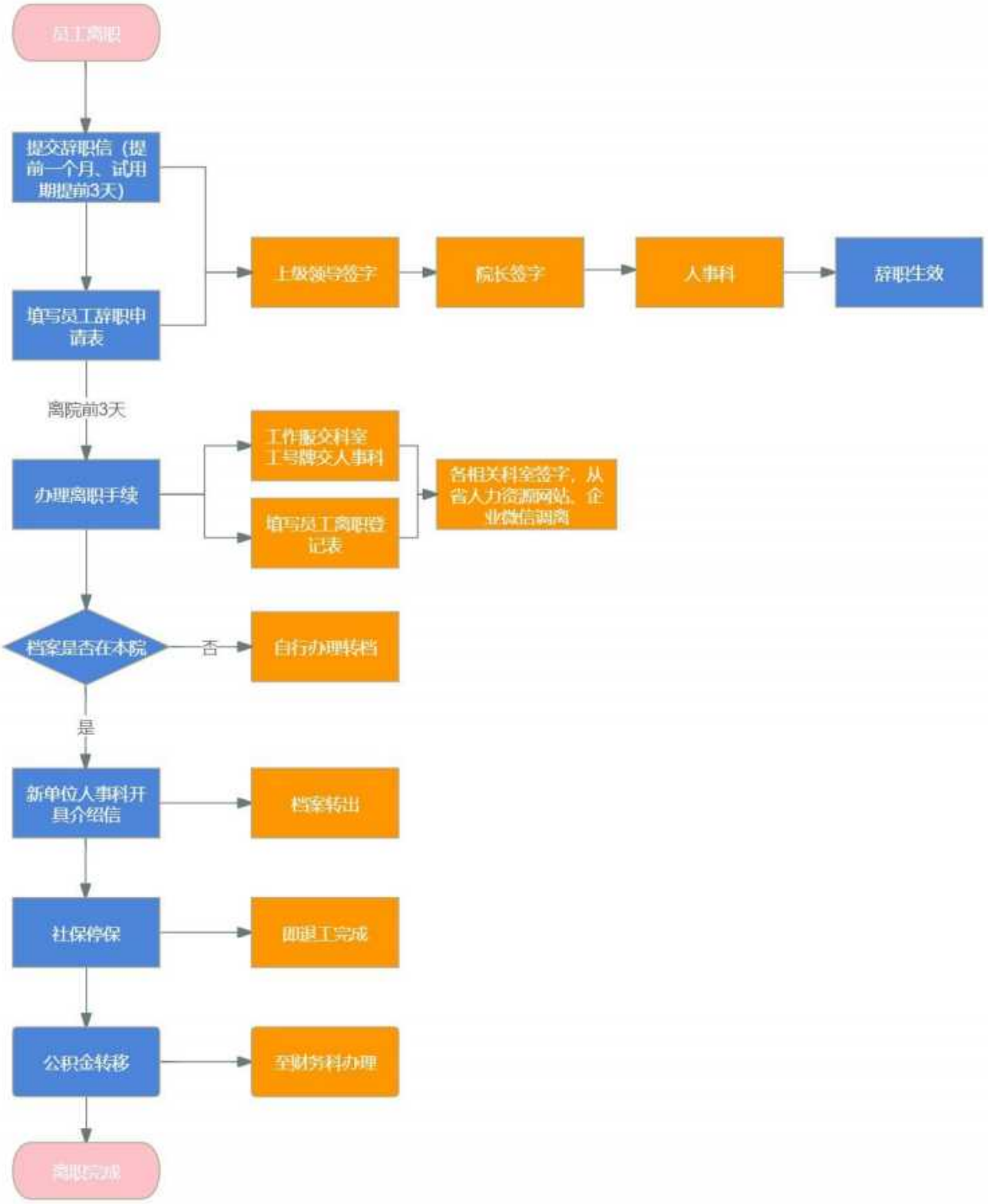
（九）职工违反规章制度、后果严重或者违法犯罪的，医院有权予以开除。

（十）职工辞职、被辞退、被开除或终止聘用或解除合同，在离开医院以前，必须交还医院的一切财物及业务资料。否则，人事科不予办理任何手续，给医院造成损失的，应承担赔偿责任。

第八节　员工入职、离职手续办理流程图



注：1、医院相关制度，由信息科授权后登陆OA网站自行学习
2、护士入职需通过护理部考核方能办理入职手续，协议用工或特殊岗位先试用后办理入职手续



本制度由人事科负责执行并解释。

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-005	文件名称	惠山区人民医院职工辞退制度	适用范围	全院
	制定部门	人事科	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2017.11.30	修订时间	2024.01.01

惠山区人民医院职工辞退制度

辞退职工，是指单位依照有关规定，解除单位与职工之间的任用关系。

1、职工有下列情形之一的，单位可予以辞退：

（1）年度考核被确定为不合格，又不服从组织另行安排的；

（2）连续两年年度考核被确定为不合格的；

（3）单位或单位科室调整、撤消、合并或缩减编制人员额需要调整工作，本人拒绝安排的；

（4）旷工或无正当理由逾期不归连续超过 10 天，或者 1 年中累计超过 30 天的；

（5）病假期间从事兼职工作或有严重违纪违规行为，经教育无效的；

（6）严重违反劳动纪律，给单位造成恶劣影响或经济损失的，又不宜给予开除处分的；

（7）违反工作制度或操作规程，发生责任或技术问题，造成较大经济损失或造成极坏影响的；

（8）无理取闹，恐吓威胁单位领导，严重影响工作秩序和社会秩序的；

（9）有其他严重错误的；

（10）患有非本职工作引起的疾病或非因公负伤，医疗期满后，经医疗部门证实身体不适、不能胜任本职工作的；

（11）符合《劳动合同法》或《人事管理条例》中规定的下岗待聘、解聘之条件，但其不按规定办理有关解聘手续的。

2、职工有下列情形之一的，不得辞退：

（1）因公致残，并被确认丧失工作能力的；

（2）女性在孕期、产假、哺乳期内的；

（3）绝症、精神病及本专业职业病的；

（4）符合国家规定条件的。

3、审批程序：

（1）根据单位的辞退情形，实事求是地对照员工的现实能力、表现或某些特定的事实，提出辞退建议，填写附表一：“员工辞退审批表”（简称“审批表”）；

（2）科室负责人接到“审批表”后，调查了解相关情况，进行条件审查，如果符合辞退条件，签署意见后报人事科；

（3）人事科回收“审批表”后，必须与拟辞退员工谈话，了解拟辞退员工的思想反应和意见，根据事实情况确认是否需要辞退。如确认需辞退的，人事科长、医务科长、护理部主任或其它相关职能科长联合签署辞退意见，并通知工会。如属不应辞退的，与科室负责人沟通后，协商安排工作；

（4）“审批表”报分管院长，院长办公会讨论通过后批准，人事科通知员工办理相关辞退手续。

4、完成以上流程的时限要求：

（1）科室负责人收到“审批表”后，在 2 个工作日内做出明确答复；

（2）人事科收到“审批表”后，在 3 个工作日内做出明确答复，相关人员联合签署意见后，将“审批表”报分管院长，院长办公会讨论；

（3）院领导签署意见后，人事科在 5 个工作日内协调解决问题。

5、附则

本规定自 2024 年 1 月 1 日起生效，此前与此相抵触的规定自动失效。本规定由人事科负责解释和修改。

附表一:

员工辞退审批表

<table>
<tr><td>工号</td><td></td><td>姓名</td><td></td><td>部门</td><td></td><td>身份证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">申请日期</td><td colspan="3">年　月　日</td><td>计划正式离职日期</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">辞退原因</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="4">审批栏</td><td colspan="3">部门负责人意见：</td><td colspan="3">签名：</td></tr>
<tr><td colspan="3">分管部门意见：</td><td colspan="3">签名：</td></tr>
<tr><td colspan="3">人事科意见：</td><td colspan="3">签名：</td></tr>
<tr><td colspan="3">院领导意见：</td><td colspan="3">签名：</td></tr>
</table>

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-006	文件名称	惠山区人民医院职工休假、考勤管理制度	适用范围	全院
	制定部门	人事科	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.05.01	修订时间	2024.01.01

惠山区人民医院职工休假、考勤管理制度

第一章　　总　则

一、为确保职工正确履行岗位职责，维护职工休息休假权利，调动职工工作积极性，根据国家、地方相关法律法规及部门规章制度，制定本制度。

二、本制度所指职工指医院合同制、聘用制、协议用工等所有工作人员。

第二章　　带薪年休假

一、职工累计工作已满 1 年不满 10 年的，年休假 5 天；已满 10 年不满 20 年的，年休假 10 天；已满 20 年的，年休假 15 天。职工工作年限（按实）累计满 1 年、10 年、20 年后，从次月起享受相应年休假天数。

二、职工年休假必须严格履行请假手续，在年休假单上进行登记审批，无故不请假的事后不得用年休假抵冲。年休假必须提前一周书面申请（特殊情况可以提前一天申请，但限休 1－3 天），经本科室负责人批准并报人事科审核备案。

三、职工有下列情形之一的，不享受当年的年休假：

1、累计工作满 1 年不满 10 年的职工，请病假累计 2 个月以上的；

2、累计工作满 10 年不满 20 年的职工，请病假累计 3 个月以上的；

3、累计工作满 20 年以上的职工，请病假累计 4 个月以上的。

职工已享受当年的年休假，又出现上述情况的，则不享受下一年度的年休假。

四、职工外出进修者按实际在本院上班天数折算。

五、当年调入人员或退休人员的年休假按实际上班天数折算。

六、职工年休假期间待遇：国家法定休假日、休息日照常享受；享受与在岗同等的基本工资、津贴补贴及绩效工资。

七、年休假由科室根据实际情况进行安排，以不影响科室工作为原则；年休假可以分段安排，年休假必须当年安排休完，如确因工作需要当年不能安排休完年休假，经领导同意后按医院规定给予相应补贴。

第三章　　病事假

一、职工因病请假必须经本院相关专科科主任诊治并出具病假证明，本院未设专科须由三级医疗机构诊治并出具病假证明，上述证明经医务科审核同意，人事科进行备案后，方可按病假休息，否则视为无效。

二、病假期满仍需续假的，必须重新提交病假证明。

三、非本院医疗机构病假证明必须同时递交急诊病历（或住院通知单）、诊疗检查报告或缴费发票等相关证明材料。

四、病假期间不享受法定节假日，病假工资待遇按相关政策执行。(注：一口价工资人员病假≤5，其病假工资为应发工资的 95%；病假大于 6 天小于 10 天（包括 10 天），其病假工资为应发工资 90%；病假大于 11 天小于 20 天（包括 20 天）其病假工资为应发工资的 85%，病假≥21 天，其病假工资为应发工资的 80%。)

五、进入长病假职工，须每 3 个月内至少来院内进行一次复查，否则按相关规定进行处理。职工病假期间要以休息为主，切实保障身体健康，如利用病假期间进行有偿劳动造成病情严重者将取消医疗期待遇。

六、职工因事请假必须由本人提前一周书面申请（特殊情况可以提前一天申请），说明事假具体事由，由科室先行审批，科室审批同意的报人事科审核同意后方可休假。事假期限每次一般掌握在 5 天以内。

七、事假期间不享受法定节假日；全年累计事假不得超过 15 天，事假期间不享受奖励性绩效工资；超过 15 天的，不享受年终满勤奖及绩效考核奖；超过 30 天的，作辞退处理。

第四章　　婚　假

一、职工请婚假必须由本人提前一月向科室和人事科提出申请，并交验结婚证书原件。

二、按江苏省计生条例规定，符合法定结婚年龄(女 20 周岁，男 22 周岁)结婚的，可享受 13 天婚假。员工不在本单位在职期间登记结婚的，不予享受婚假。

三、婚假原则上不可分次休，如因工作原因确实无法一次性休假的，最多可分两次休完。婚假须自领证之日起一年内休完，过期不休视作自动放弃。

四、婚假期间不享受法定休假日，不享受满勤工资和奖励性绩效工资。

第五章　　产　假

一、符合政策规定生育子女的夫妻，女职工在享受国家规定产假（98 天）的基础上，延

长产假 60 天，共计 158 天。难产的可再增加 15 天产假（需出具证明），多胞胎生育的，每多生育一个婴儿增加产假 15 天（需出具证明）。产前休假 15 天，必须由本人提出，经本科室负责人同意并报人事科审核备案。怀孕 7 个月（指自然月，自末次月经起算，下同）以上的，可以申请不安排中夜班值班。自生产之日起一年内可享受哺乳时间，女职工可每日上、下午各送奶一次，每次时间为 30 分钟（包括路途时间）。

二、符合政策规定生育子女的夫妻，在女方产假期间，男职工享受 15 天护理假。

三、符合政策规定生育子女的夫妻，子女 3 周岁之前，夫妻双方每年分别享受 10 天的育儿假，每年的育儿假不按照子女数量叠加享受。

四、国家法定休假日不计入延长产假、护理假、育儿假。

五、施行节育措施意外怀孕流产的，以及计划内怀孕意外流产的，凭医疗证明享受相应的假期：

1、女职工怀孕未满 4 个月流产的，享受 15 天产假；

2、怀孕满 4 个月流产的，享受 42 天产假；

3、怀孕 7 个月以上的，产假 90 天。

六、节育假

1、放置宫内节育器的，自手术之日起休计生假两天；

2、取出宫内节育器的，手术当日休息 1 天；

3、输精管结扎，自手术之日起休假 7 天；

4、单纯输卵管结扎，自手术之日起休假 21 天。

七、产假、护理假、育儿假、节育假期间均不享受满勤工资和奖励性绩效工资。

第六章　　丧　假

一、职工配偶、父母、子女、岳父母或公婆去世，由本人申请，经本科室负责人批准并报人事科审核备案后，给予丧假 3 天。

二、丧假期间不享受满勤工资和奖励性绩效工资。

第七章　　附　则

一、旷工的处理

1、下列情形按旷工处理：

（1）涂改、骗取、伪造证明而获批休假的；

（2）未经审批同意擅自休假的；

（3）利用病、事假从事与本单位无关的有偿劳动的。

2、旷工累计满 7 天作辞退处理。

二、除带薪年休假外，其它休假连续满三天减 1 个休息日，满五天减 2 个休息日，依此类推。

三、全院各科室、部门考勤由科主任（科长）、护士长负责，每月末将下月排班表及当月考勤表报人事科审核备案。

四、各科室、部门负责人必须重视并加强本科、部门的考勤管理，职工调休、余休必须征得科室负责人同意，并在考勤表上按实记载。

五、病事假及产假>1 个月或进修>3 个月者，不得参加本年度评优。

六、协议用工人员享受除带薪年休假外的其他法定假日；协议用工人员因病请假按上述第三章第四条执行病假工资；因事请假按天扣发工资，全年请事假累计超过 30 天的作辞退处理。

七、本制度自 2024 年 1 月 1 日起执行，由人事科负责解释。

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-007	文件名称	惠山区人民医院院科两级人员紧急替代制度与程序	适用范围	全院
	制定部门	人事科	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2017.06.30	修订时间	2020.03.01

惠山区人民医院

院科两级人员紧急替代制度与程序

一、医院行政总值班紧急替代制度

为保障医院行政总值班工作正常而有序的进行，保障总值班人员在值班期间遇到特殊情况时，能做到不缺岗，特制订本制度。

1、特殊情况时是指：

（1）应值班人员因突发情况未到岗；

（2）值班人员接到领导交办的应急工作；

（3）值班人员突发疾病等情况 。

2、应值班人员如不能按时到岗，本人应提前通知院部办公室，按照排班表顺序，安排下一位值班。

3、总值班人员在值班期间遇到特殊情况不能值班时，应向带班院领导或医院办公室请假，一般情况下不得由他人代请假或值班。

4、接班人未到岗，交班人员不能擅自离岗。

5、总值班人员应按照行政总值班相关规定，做好总值班工作。

6、带班院领导负责监督值班人员认真履行值班职责，保证值班人员在岗。

二、临床医技科室人员紧急替代制度

为保障患者基本权益，提高医疗质量和服务质量，构建和谐医患关系，特制度本制度

（一）门、急诊人员紧急替代制度

1、门诊人员替代制度

（1）如遇到突发情况，普通门诊若不能出诊，本人于开诊前及时通知本科室主任安排其他人员出诊。

（2）如遇到突发情况，专家门诊若不能出诊，本人于开诊前及时通知本科室主任安排相应职称的人员出诊。

（3）如遇到突发情况，临床医技科室值班人员如不能出诊，本人提前通知本科室主任安排其他人员出诊。

（4）门诊当日以前做出调整的，门诊部应及时更新信息，调整次日专家坐诊一览表。

（5）门诊部及时通知已预约挂号患者，向患者做出解释，并推荐其他医生，根据患者意愿，做出相应调整。

（6）停诊信息及时在门诊大厅显示屏滚动显示。

（7）门诊部发现缺岗时，立即通知科室主任及时安排相应的人员到岗。

2、急诊人员替代制度

（1）值班人员在值班期间本人如遇突发情况，及时报告本科主任安排相应的人员到岗。

（2）接班人员未到岗，交班人员不能擅自离岗。

（3）8 小时以外或节假日急诊科有急诊患者需要会诊发现相关科室人员缺岗时，应及时通知总值班及相关科室主任安排相应的人员到岗应诊，不得延误急诊病人的诊治工作。

（二）病房人员紧急替代制度

1、白天：如因工作繁忙而人员不足，或当班医务人员因故不能坚持完成工作时，由当班人员负责联系本科室值班人员接替，报告科主任，如有必要可报告总值班或院领导，予以协调解决。

2、夜间：各临床医技科室必须安排上级医师值班或带班。

（三）术中人员紧急替代制度

手术中若发生手术人员，尤其是术者因某些意外情况不能坚持完成手术的，由其下一级医师（第一助手）替代其手术；或后者没有能力或资质完成该手术，则需向其所在的科主任或专业组报告，请求派相应的医师上台，必要时汇报医务科协调解决。

三、护理人员紧急替代制度

为应对大型突发事件、重大抢救及病房护理人员紧急缺编情况，确保抢救人员及时到位并迅速投入抢救工作，争分夺秒救治病人，特制定本制度。

（一）适用范围

1、突发公共卫生事件，要求在接到上报电话后 30 分钟内达到需求岗位；

2、大型医疗抢救，如批量外伤、疾病暴发流行及其他事件等，要求在接到上报电话后 30 分钟内到达需求岗位；

3、病房紧急缺编，要求在接到上报电话后 30 分钟内到达需求岗位。

（二）领导小组

组　长：护理部主任

副组长：护理部副主任，科护士长

成　员：各病房、护理岗位护士长

（三）替代程序

1、接到科室需要紧急调配护理人员电话时，立刻报告护理部主任或分管调配副主任。

2、护理部根据各科室及人力情况，通知各护士长紧急抽调其护理人员。

3、各护士长安排本科护士去需要科室报到。

4、用人科室护士长向护理部反馈使用情况。

（四）替代方案

1、因工作繁忙而人员紧缺时，护士长在本科内进行调配，及时替代。

2、若本科不能解决，由护士长汇报护理部进行全院调配，及时替代。

3、所调人员应具备一定的工作能力，并完成替代科室的各项工作任务，保证护理质量。

4、在夜班或节假日值班时，值班人员因特殊原因不能继续工作、或因工作繁忙不能完成时，要立即向护士长汇报，护士长应立即到位协助完成工作，同时在本科室内进行调配，若科内不能解决，由护士长汇报到护理部或护理总值班进行全院调配，及时顶替完成工作任务。

（五）工作要求

1、在以上情况发生时，各科室本着以大局为重的原则，服从医院和护理部的人力调配，不得以任何理由推诿、拒绝。

2、护理部与各科室护士长长期保持联络畅通，遇到紧急情况时，能随叫随到，并做到及

时，有效地上岗。

3、护理部有计划、有组织，系统地对护士进行相关专科培训，以提高护理人员的专科理论知识和实践技能。

4、具体调配方案，依据专科危重病例数、病情、护理人员缺编情况及对社会的影响程度等因素，合理配备相应的专科护理人员，并保证提供优质的专科护理质量。

四、保卫工作人员紧急替代制度

为提高我院处置紧急突发事件的紧急替代应急能力，结合实际情况，特制定本制度。

（一）组织结构

按照“谁主管，谁负责”的原则，全面落实保卫科处置紧急突发事件主要负责人的责任，加强保卫力量，确保在处置突发事件中指挥及时有效。

保卫科成立紧急替代人员领导小组，紧急替代小组成员务必保持有三分之二以上的人员到场，负责处置突发事件的紧急替代事宜。

组　长：保卫科科长

副组长：保卫科副科长

成　员：保卫科全体保安人员

（二）替代方案

1、当医院需要保卫科启动处置突发事件的紧急替代程序时，以保卫科“6382”为报警电话，值班人员接警后，马上向保卫科紧急替代人员领导小组组长报告，同时报告医院总值班。

2、保卫科值班人员在第一时间赶到现场，紧急替代人员领导小组接到通知后，马上通知所有小组成员到达现场，对确实无法到达现场的实行人员替代，确保三分之二以上小组成员到达现场。

3、在现场迅速成立由 10 名保安组成的人员替代小组，分成通讯联络组、现场指挥组、行动组和后勤保障组，各小组依据各自的分工职责，密切配合现场医院各紧急替代小组进行现场处理。

4、同时做好现场持续的维护，确保处置现场安全、有序的进行。

（三）工作要求

医院需保卫科启动处置突发事件的紧急替代程序时，保卫科紧急替代人员领导小组在接到通知后，要及时通知各小组成员并赶赴现场，各成员接到通知后立即向组长反馈，组长在确保三分之二以上的小组成员到现场后进行紧急替代，确保现场工作稳定有序开展。

五、财务工作人员紧急替代制度

为了保证财务工作及门诊、住院收费窗口的正常运转，更好地为本院职工及病人提供方

便、快捷的服务，特制度本制度。

（一）财务科本部人员替代方案

1、财务科本部人员因事、病或其他原因不能再岗时，必须提前向科主任请假，手机必须保持 24 小时开机状态，以便联系。

2、科主任根据请假时间、具体工作性质，协调科室内部工作，保障科室工作正常进行。

（二）门诊、住院处工作人员替代方案

1、收费、住院处小组负责收集所有工作人员电话号码并打印汇总表张贴于办公室明显位置，工作人员电话变动时须第一时间通知小组长更改汇总表，科室人员必须保证手机 24 小时畅通。

2、若门诊、住院窗口收款人员因故（如突发疾病等）不能按时到岗，必须于上班前半小时电话通知小组长，小组长及时安排休班人员临时顶替。

3、若门诊、住院窗口收款人员在正常工作期间突发意外不能坚持上岗，必须及时通知小组长，小组长及时安排休班人员临时顶替。

4、若门诊、住院窗口出现多名收款人员缺岗，小组长要及时疏导交费人员，并根据现场情况确定是否电话通知休息人员及时到岗，接到电话的休息人员不得无故推诿。

5、若门诊、住院窗口出现小组长无法解决的情况及时通知分管领导，做好统筹安排。

六、后勤工作人员紧急替代制度

（一）白天替代程序

1、如因工作繁忙造成人员不足，或当班人员因意外情况不能坚持完成工作时，工作人员及时向各班组组长汇报；

2、由后勤各班组组长安排二线值班的人员接替，并向分管副主任汇报；

3、若接替人员储备不足，后勤科室负责人及时向院领导汇报，由院领导统筹协调。

（二）夜班及节假日替代程序

遇突发事件的应急处理，出现人员不足或技术力量不够时，由当班人员负责联系总值班“6508”，由总值班人员通知相关科室负责人协调，并向分管领导汇报。

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-008	文件名称	惠山区人民医院人才培养和梯队建设计划	适用范围	全院
	制定部门	人事科	制定人	徐太静	内审人	卢峰
	制度内容	新增	制定时间	2024.01.24	生效时间	2024.01.24

惠山区人民医院人才培养和梯队建设计划

为提高医院临床卫生技术水平，努力造就一支医学创新团队，提升我院医学科技总体水平，不断加强我院临床医疗、科教和管理的后备人才队伍建设，提高我院的医疗质量和服务能力，现对我院人才培养和梯队建设提出如下规划：

一、指导思想与目标

（一）指导思想

从我院实际情况出发，制定和完善各项人才政策，建立一套良好的人才管理体制，充分调动和发挥我院年轻骨干人才的作用。坚持学历教育与非学历教育并重，培养与引进并重，持续稳定队伍、提高素质、改善结构、优化环境。培养和造就一支与我院医疗卫生需求相适应，用得上、留得住的高层次人才队伍。

（二）工作目标

1.扩大人才队伍结构的预期目标。三年内全院临床医师硕士及研究生及以上学历≥50%，三年内培养和引进学科带头人 15 人。

2.调整和优化人才队伍结构的预期目标。人才在各学科间分布更趋合理。人才的专业、年龄结构和高、中、初级专业技术人才的比例更趋合理。

3.提高人才队伍整体素质的预期目标。在提高思想政治素质、加强职业道德建设的同时，使人才的知识水平和能力素质有更大提高，使高层次人才与学科带头人的竞争力达到更高水平。

二、人才培养体系

（一）“百万人才基金”项目计划

设立人才专项基金，用于医疗、科研、教学、管理人才的培养，采用申报后择优录取方式，原则上 2 年为一周期，每年进行一次全面考评，及时筛选调整，动态管理，经医院学术管理委员会评议考核不能达标者将强制退出，详见《惠山区人民医院“百万人才基金”项目实施管理办法》。

1.“种子基金”。种子基金以科研项目启动为目的，鼓励尚未获得院内外课题资金资助的年青专技人员开展初期研究。基金要求：申报者为初级及中级专业技术人员，年龄≤35 岁，期内每人可获得 1～3 万元资助。

2.“中青年骨干基金”。获得种子基金的人员在取得一定阶段性研究成果(如发表相关SCI 文章)或结题评估优秀的基础上，经医院学术委员会评审，可申请中青年骨干基金，以进一步开展科学研究，期内每人可获得 1～3 万元资助。

3.“国自然专项基金”。资助对象为有科研基础的医学硕士及博士，中青年骨干基金获得人员结题并评定为优秀者优先支助。基金要求：申请者年龄在 45 岁以下，具有硕士及以上学历或具有副高及以上专业技术职务，以第一作者或通讯作者发表过 SCI 论著≥2 篇。期内每人可获得 3～5 万元资助。

4.“优秀中青年留学专项基金”。资助优秀中青年人才出国留学，开拓视野，接轨世界先进水平。基金要求：申请者年龄在 45 岁以下，硕士及以上学历，发表过 SCI 论著≥1 篇，本院工作满 1 年以上，医教研水平突出，具有良好政治素养，身心健康，能适应国（境）外生活学习环境，科室骨干优先，择优录取。期内每人可获得 10 万元资助。

5.“回国人员科研启动基金”。基金要求：公派出国进修 3 个月以上或自费在国外留学 1 年以上者，回国后 1 年内均可申请回国人员科研启动基金。期内每人可获得 1～3 万元资助。

6.“教学骨干培养基金”。鼓励开展教学研究工作。基金要求：申报者为初级及以上专业技术人员，有教学经历，年龄≤45 岁，以教学课题申报立项等形式进行资助，入选者需全脱产担任附属医院临床教学兼职班主任一年（职称晋升时等同于进修一年）。期内每人可获得 1～3 万元资助。

7.“硕博士点新教师基金”。鼓励院内硕、博士导师积极招收优秀硕、博士研究生，凡是第一次招生的新硕、博士导师均可获得 3-5 万元资助。

（二）战略人才培养计划

战略人才培养体系由“雏鹰计划”、“飞鹰计划”、“精鹰计划”和“雄鹰计划”四个部分组成。由这四个部分共同构成医院战略人才库，经费支持均由“百万人才基金”项目支出。采用申报后择优录取方式，原则上 3 年为一周期，每年进行一次全面考评，及时筛选调整，动态管理，经医院人才领导小组评议考核不能达标者将强制退出。详见《惠山区人民医院“战略人才培养”项目实施管理办法》。

“雏鹰计划”。该计划旨在通过对有上进心、乐于学习、积极进取的新入职大学生的培养，使其逐步成长为部门技术骨干、业务骨干。

“飞鹰计划”。该计划旨在通过对医院现有的有两年以上工作经验的、有进一步培养潜质的普通职工进行培养，使其逐步成长为各临床科室业务骨干及各职能部门的主要干事。

“精鹰计划”。该计划旨在通过对医院有进一步培养潜质的主诊医师、中层干部进行培养，使其逐步成长为医院能够独当一面的人才，为更高一级的岗位储备人才。

“雄鹰计划”。该计划旨在通过对现有高级管理人员和技术领军人物的培养，使其逐步成长为全面的人才，为医院今后的战略布局作好准备。

通过上述四个计划，逐步将培养对象培养成为关键岗位继任者和医院后备人才。关键岗位主要指医院根据当前或根据未来发展所需要的一些重要中级和高级岗位。后备人才主要是指医院为应对未来发展变化而储备的一些可替代医院某些中、高级岗位的具有培养潜质的人才。

三、人才培养路径

（一）对新职工实行先轮训再定科制度。对新分配来的应届毕业生，医院首先要对其进行轮训，详见《无锡市惠山区人民医院临床医师轮转管理制度》。

（二）在职学位提升。医院鼓励、支持优秀青年骨干在职攻读学位，对于非临床专业，特别是职能科室的骨干人员，医院按相关规定提供一定的经费支持。学位由本科提升为硕士奖励 2 万元，学位由硕士提升为博士奖励 5 万元。

（三）对外合作交流。根据科室工作需要，医院定期安排人员到国内优秀医院的优势学科进行学习和交流；每年科室定期上报学习计划，鼓励科室有目的地派出骨干人员到国内外著名医疗机构学习先进医疗技术，或参加国际学术交流会议。对入选医院人才计划的对象实行一定的政策倾斜，在院内同等条件下给予优先支持。

（四）青年骨干轮岗。入选人才计划的职能科室管理岗位人员，进行有计划的岗位轮转培训，相关人员可选择 2～3 个职能科室，每个科室的轮转时间为 3～6 个月。临床科室根据科室需求及院部要求参与职能科室轮岗。

（五）推行“导师制”。入选医院人才计划的对象培养可自选导师 1 名，在双方自愿的基础上签署培养教学协议书。医院协调确定培养对象的指导老师，并督促、指导培养对象跟师学习。

（六）开设多种专项培训课程及脱产培训班。针对科研、教学、管理，每年定期开设学习课程及脱产培训班，入选医院人才计划的培养对象优先。

（七）人才联合培养。与高等院校及国内一流医院建立“人才联合培养”模式，进行专项人才定向培养，入选医院人才计划的培养对象优先。

（八）入选医院人才培养计划对象，在培养周期内职称晋升时，享有 5-20 的加分。

四、管理与考核

（一）医院负责本工程培养考核方案制定，组织实施，对入选对象跟踪评估、定期考核。

（二）培养对象所在科室(导师)负责对学员的日常工作、学习和临床实践等情况的督促检查，为培养对象创造锻炼学习的条件和机会，保证顺利完成培养任务。

（三）培养对象每年须撰写课题年度进展报告、工作总结，填写考核手册，于每年 12 月 10 日前报送医院科教科；由科教科主导，人事科配合，组织相关专家进行年度考核。培养周期结束后进行总体考核，周期考核与年度考核相结合，考核评估的重点是培养对象实际业务水平、组织管理能力以及医、教、研实绩是否按年度计划完成等。考核结果分优秀、合格、不合格。对出色完成培养任务、达到培养目标、成绩显著的个人给予表彰和奖励。对因个人原因中断培养计划或考核不合格者，医院将追回已付出培养经费。

（四）入选医院人才培养计划对象，培养结束后须在本院工作 5 年以上，服务期未满，提出调离、辞职、自费出国等，将承担违约责任。

五、有关说明

（一）医院人才工作领导小组负责对各类人才的选拔和政策把关，并对此实施意见在具体操作过程中出现的相关问题进行解释。

（二）本办法自发布之日起试行。

惠山区人民医院	文件编码	RSK-ZD-008	文件名称	惠山区人民医院高层次人才引进工作实施管理办法	适用范围	全院
	制定部门	人才工作领导小组	制定人	徐太静	内审人	卢峰
	制度内容	新增	制定时间	2024.01.24	生效时间	2024.01.24

惠山区人民医院高层次人才引进工作实施管理办法

为加快我院医学人才梯队建设，实现医院“十四五”规划目标对人才的需求，战略性培养关键岗位继任者和医院后备人才，逐步建立医院战略人才库，特制订本管理办法。关键岗位主要指医院根据当前或未来发展所需要的一些重要的中级和高级岗位。后备人才主要是指医院为应对未来发展变化而储备的一些可替代医院某些中、高级岗位的具有培养潜质的人才。

一、战略人才培养体系

战略人才培养体系由“雏鹰计划”、“飞鹰计划”、“精鹰计划”和“雄鹰计划”四个部分组成。

“雏鹰计划”：该计划旨在通过对有上进心、乐于学习、积极进取的新入职大学生的培养，使其逐步成长为部门技术骨干、业务骨干。

“飞鹰计划”：该计划旨在通过对医院现有的有两年以上工作经验的、有进一步培养潜质的普通职工进行培养，使其逐步成长为各临床科室业务骨干及各职能部门的主要干事。

“精鹰计划”：该计划旨在通过对医院有进一步培养潜质的主诊医师、中层干部进行培

养，使其逐步成长为医院能够独当一面的人才，为更高一级的岗位储备人才。

“雄鹰计划”：该计划旨在通过对现有高级管理人员和技术领军人物的培养，使其逐步成长为全面的人才，为医院今后的战略布局作好准备。

二、战略人才培养原则

坚持“专业型和综合型同步培养”的原则：专业型人才指在医院专业技术岗位上掌握较高专业水平的人才，综合型人才指在医院管理岗位上具备全面知识，有较高管理水平的人才。

坚持“公平择优，宁缺毋滥”的原则：建立动态遴选机制，综合评价遴选对象。从各个方面制订详细量化评分标准，对内部培育人才进行科学、合理、系统的量化考核。

三、组织领导

医院战略人才培养计划的实施是在医院人才工作领导小组的领导下，由医院科教科、人事科具体负责实施和日常管理工作。

四、选拔范围、条件及要求

（一）选拔范围

全院临床、医技、药学及护理学科卫生技术人员及行政职能部门人员。

（二）申报条件

1. 热爱社会主义祖国，具有强烈的事业心和敬业精神，医德高尚、治学严谨，身体健康，具有团结、奉献、求实、创新精神；

2. 年龄：45 周岁及以下（申报当年）；

3. 学历学位：硕士研究生及以上（临床及医技）；本科及以上（护理及职能部门）；

4. 职称：具备初级及以上专业技术职称；

5. 近三年内无重大医疗、责任事故。

具备上述基本条件，择优选拔。

五、选拔程序

（一）申请

1、由个人申请并填写“医院战略人才培养申请书”。

2、科室（部门）初审后推荐至科教科。原则上每期同一个学科（专业）推荐人数不得超过 2 人。

（二）评审

1. 初审。科教科、人事科根据有关要求对申报对象的材料进行资格审查，将符合条件者上报医院人才工作领导小组。

2. 考核。对初审符合条件者，科教科组织专家进行专业知识现场提问和答辩，确定战略

人才培养对象侯选人。

3. 复审。医院人才工作领导小组根据考核结果，提出战略人才培养对象建议名单。

4. 公示。经复审后，在医院 OA 网上进行公示一周。

5. 审定。医院人才工作领导小组根据战略人才培养规划、专家评审意见和考核结果，结合公示情况，最终确定战略人才培养对象人员。

六、培养内容、方式与途径

（一）推行“导师制”。入选医院人才计划的培养对象可自选导师 1 名，在双方自愿的基础上签署培养教学协议书。医院协调确定培养对象的指导老师并督促、指导培养对象跟师学习。

（二）人才联合培养。与高等院校及国内一流医院建立“人才联合培养”模式，进行专项人才定向培养。

（三）专项培训课程及脱产培训班。针对科研、教学、管理能力提升，医院每年为入选人才定制开设学习课程及脱产培训班。

（四）青年骨干轮岗。入选人才计划的职能科室管理岗位人员，进行有计划的岗位轮转培训，相关人员可选择 2～3 个职能科室，每个科室的轮转时间为 3～6 个月。临床科室根据科室需求及院部要求参与职能科室轮岗。

（五）入选人才在申请医院“百万人才基金”项目时享有一定的政策倾斜。入选人才在培养周期内职称晋升时，享有 5-20 分加分。

七、管理与考核

（一）医院负责战略人才培养考核方案制定，组织实施，对入选对象跟踪评估、定期考核。

（二）培养对象所在科室主任负责对学员的日常工作、学习和临床实践等情况的督促检查，为培养对象创造锻炼学习的条件和机会。保证顺利完成培养任务。

（三）培养对象每年须撰写年度进展报告、工作总结，填写考核手册，于每年 12 月 10 日前报送院科教科；由人事科、科教科组织专家进行年度考核。培养周期结束后进行总体考核，周期考核与年度考核相结合，考核评估的重点是培养对象实际业务水平、组织管理能力以及医、教、研实绩是否按年度计划完成等。考核结果分优秀、合格、不合格。对出色完成战略人才培养任务，达到培养目标，成绩显著的个人给予表彰和奖励。对因个人原因中断培养计划或考核不合格者，医院将追回已支付的培养经费。

八、培养经费

（一）医院对每位列入计划的培养对象提供培养经费，经费均由“百万人才基金”项目支出。雏鹰 1-2 万，飞鹰 2-3 万，精鹰 3-5 万，雄鹰人才 5-8 万，设立独立帐户，专款专用。

经费主要用于培养对象开展相应的研究工作、短期培训、参加相应的学术活动、学习经费、导师带教津贴等。培养周期结束未使用经费由院部统一管理。

（二）培养经费使用管理办法参照“科研经费管理办法”。

九、培养周期

培养周期为 3 年，每 1 年进行一次全面考评，及时筛选调整，动态管理，经医院学术委员会评议考核不能达标者将强制退出，医院有权如数追回已付出培养经费。培养结束后须在本院工作 5 年以上，服务期未满，提出调离、辞职、自费出国等，将承担违约责任。

十、有关说明

（一）医院人才工作领导小组负责对各类人才的鉴定和政策把关，并对此实施意见在具体操作过程中出现的相关问题进行解释。

（二）本办法自发布之日起试行。

五、科教科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GZZD-001	文件名称	科教科岗位职责	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 3 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2023.12.30

科教科岗位职责

一、在院长及分管副院长领导下，组织实施全院科研、教学的管理及考核工作。

二、负责制定全院科研、教学发展规划、年度计划总结与各项管理制度。

三、组织协调全院科研课题的申报、评审、管理、考核，以及组织院内科研成果的鉴定、申报、推广和应用，审核科研经费使用情况。

四、负责全院学术论文的管理，做好登记、统计、评选推荐和汇编整理以及考核工作。

五、组织安排全院学术活动，包括举办院内和院际间学术交流、学术讲座等，申报市级以上继续医学教育项目并组织举办。

六、审核各类医务技术人员外出参加各种学术交流会议，并做好备案登记及学分年度考核。

七、督促各科室制订医务技术人员年度进修学习计划，根据业务开展需要，帮助联系、安排、审定医务技术人员外出进修学习工作。

八、组织安排医、技、药、检等各专业实习生和下级医院进修生的带教工作，做好基层卫技人员适宜技术培训和乡村骨干医生培训工作，做好委托外院进行住院医师规范化培训医生的管理工作。

九、做好临床技能培训中心及图书信息的管理工作，安排三基训练及考核工作。

十、负责与医学院校进行教学和其他业务交流，组织安排临床班的教学授课及考核工作。

十一、完成上级领导安排的各类突发临时工作。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GZZD-002	文件名称	科教科工作制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 3 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2023.12.30

科教科工作制度

一、服从院领导安排，实行科长负责制，科长负责科教工作的全面落实。

二、科长负责全科室的工作规划、年度计划及总结，负责全科室人员的具体分工及临时工作安排。

三、科室成员根据具体分工做好本职工作，并负责份内工作的规章制度建立，经科内审核通过后组织实施，并做好相关台账资料。

四、科室成员在工作中相互帮助，团结协作，不推诿，不互相指责。

五、工作中遇到困难，及时汇报，协商解决，或由科长组织讨论解决困难的方法。

六、科室成员不定期交流工作情况，及时发现工作中存在的问题，及时纠正。

七、科室成员自觉遵守医院各项规章制度，工作中廉洁自律、公正公平，不徇私舞弊。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-001	文件名称	临床教学管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2023.12.30

临床教学管理制度

临床教学工作是医院工作的重要组成部分，是全面培养合格医学人才的重要环节。为加强教学管理，保证教学质量，增强全院职工教学意识，圆满完成各医学院校的临床教学任务，现对原临床教学管理制度进行修订，具体内容如下：

一、成立临床教学管理组织，由院长、分管院长、科教科、护理部、临床教研室主任及秘书等教学管理人员组成，为医院临床教学工作的管理决策机构，制定医院临床教学规划。

二、科教科负责管理医院临床教学工作，安排专职人员组织实施全院的临床教学日常工作，完善及改进教学管理制度。

三、各教研室根据教学大纲及教学进度安排，制定教学计划报科教科审查、备案并认真组织实施。定期检查各科室的教学情况，督促科室完成临床教学计划。

四、各科室要把教学工作纳入科室综合目标管理，严格执行教学工作制度，按照教学管理有关规定要求，组织做好见习教学、实习带教等临床教学工作。

五、为保证教学质量，科主任应选拔业务素质高、教学经验丰富、认真负责的教师承担教学任务。原则上理论授课由主治医师及以上人员担任，临床实习、见习带教由高年资本科毕业的住院医师及以上职称人员担任。

六、定期督促、检查、考核教研室及科室教学工作完成情况。

七、审定临床教师的教学资格，组织教师资格考试，推荐申报兼职教师职称。

八、定期组织师生座谈会，了解教学动态和教学情况，不断改进教学工作。

九、组织开展教学研究和评教评学工作。

十、负责与高等医学院校的有关教学事务的联系和协调等工作。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-002	文件名称	临床教研室管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2023.12.30

临床教研室管理制度

为更好地发挥临床教研室的作用，加强临床教研室建设，规范临床教研室管理，提高临床教学水平，保证临床教学质量，结合我院实际情况，现对原临床教研室管理制度进行修订，具体内容如下：

一、设内科教研室、外科教研室、妇产科教研室、儿科教研室、急诊教研室、医技综合教研室、护理教研室等教研室。

二、临床教研室在教研室主任领导下，组织安排本学科的日常教务活动。

三、根据学院的教学计划，拟定教学日历，安排授课人员和时间。

四、根据教学要求，组织授课人员认真备课和集体备课。新任课教师授课前，在教研室内安排试讲，经教研室主任同意后，方可正式担任授课任务。

五、根据学院下达的见习计划和实习计划，认真制定带教方案，落实带教任务。

六、推荐理论授课教师和实习带教教师，负责对教研室教师的管理、指导和考核等工作。

七、组织安排本教研室的专题讲座、教学查房及教学病例讨论等教学活动，组织实习生出科理论和技能的考核工作，不断总结经验，改进教学方法，提高教学质量。

八、负责检查本教研室各教学组教学任务完成进度及质量，针对教学过程中存在的问题进行分析讨论，提出整改意见和解决措施，并做好记录。

九、按教学大纲要求收集教学病例，建立、完善本教研室的多媒体资料库和试题库，做好教学文档的收集整理。

十、定期召开教研室工作会议，安排、部署教研室教学工作，及时了解最新的教学动态，经常开展教学经验交流和授课经验分享，组织开展教学改革与教学研究，不断提高教学水平。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-003	文件名称	临床教师管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2023.12.30

临床教师管理制度

一、为保证教学质量，科室教学任务实行科主任负责制，科主任必须熟悉本学科教学大纲内容，根据大纲要求制定理论授课计划和临床带教计划，落实好教学任务。

二、教师接到理论授课任务后，要认真研究教学大纲、教材和有关参考资料，严格按照教学大纲和备课的基本要求充分备课，规范编写教案，科学合理地安排教学内容，不得任意增加课时和变动教学内容。

三、理论授课教师必须严格按照课程表的安排上课，自觉遵守课堂教学管理规定，严禁私自调课、停课或找人代课（含见习课、理论课）。若有特殊情况必须调课、停课或找人代课，必须提前三天以书面的形式向班主任提出申请，由科教科审批。

四、带教教师必须熟知实习教学大纲，按照大纲要求认真带教，指导学生参加病房或门诊的医疗活动。在日常带教中认真贯彻“三基”（基础理论、基本知识、基本技能）和“三严”（严谨态度、严密组织和严格要求）。

五、学生进入科室，带教教师应做好入科教育，负责介绍科室基本情况、规章制度，注意事项，明确具体的工作任务和要求。

六、认真做好科室安排的专题讲座、教学查房、教学病例讨论等教学活动，亲自指导和修改学生书写的病历及医疗文书，做好实习生的出科考核与鉴定。

七、严格医疗操作规范，带教老师必须亲自指导实习医师进行各种治疗、操作。基本操作的带教要规范，让实习生有尽可能多的机会提高三基水平。

八、对待学生态度既要亲切又要严格要求，关心他们的学习与生活，随时了解每位学生的学习情况，包括服务态度、学习成绩、劳动纪律等，听取学生的合理化意见和建议，改进教学方法，进行教学研究，不断提高教学质量。

九、带教教师是学生在实习时的安全工作责人。带教教师要反复向学生宣讲工作过程中的注意事项，按照医院的岗位安全规范进行实习带教。从思想上、技术上提高学生的安全意识和安全能力。如果发生安全事故，带教老师第一时间抢救生命和财产，同时向医院科教科

反映。

十、科教科、教研室定期召开教师座谈会，了解教师在临床带教中的动态和情况，收集教师对教学工作的意见和建议，不断改进教学工作。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-004	文件名称	继续医学教育管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 3 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2023.12.30

继续医学教育管理制度

继续医学教育是以学习新理论、新知识、新技术、新方法为主的一种终身教育。为使卫生技术人员在整个职业生涯中，保持高尚的职业道德，不断提高专业工作能力和业务水平，提高服务质量，以适应医学科学技术和卫生事业的发展，现对原有的继续医学教育管理制度进行修订，具体内容如下：

一、医院成立继续医学教育委员会，由医院分管领导担任主任，主要职能科室负责人、临床科室主任等担任成员，根据人员变动及时进行调整（具体名单医院另做文件下发），委员会管理办公室在科教科，由科教科负责组织实施继续医学教育管理工作。

二、以医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法、技术规范，以及卫生法律法规、职业道德教育、医学伦理学、巩固性的医学知识培训等内容均可作为继续医学教育的内容。

三、继续医学教育的形式包括：各种培训班、学术讲座、学术会议、临床研究、科技论文、远程教育、临床进修、业务援助、院内业务讲座、科内业务学习等等。

四、医院积极举办各种形式的继续医学教育活动，为卫技人员参与继续医学教育提供保障措施，任何卫技人员必须参加各种形式的继续医学教育活动，每年按期完成规定的继续医学教育学分。

五、不同层次专业技术人员的继续医学教育内容及形式，可进行相对分类，初级卫生技术人员中临床医学本科毕业生，按要求参加住院医师规范化培训为主要形式的继续医学教育，其他的以参加院内及科内业务学习为主要的继续医学教育形式；中级卫生技术人员以参加各类新颖的学术活动、临床进修、发表专业论文等为主要的继续医学教育形式；高级卫生技术人员以参加知识比较前沿的各类学术会议、讲座授课、临床研究、发表高质量论文为主要的继续医学教育形式。

六、科教科制定相关继续医学教育费用报销的管理规定，为卫技人员参加继续医学教育提供经费保障。

七、科教科负责监督继续医学教育工作质量，不断提高继续医学教育水平，每年度和人事科共同完成对卫技人员的继续医学教育考核，和奖惩、职称聘任挂钩。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-005	文件名称	继续医学教育项目管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2023.12.30

继续医学教育项目管理制度

为进一步加强和规范继续医学教育项目管理，提高继续医学教育质量和效益，根据锡卫规发[2022]2 号《无锡市继续医学教育项目管理办法》的通知精神，结合医院实际情况，对原继续医学教育项目管理制度进行修订，具体内容如下：

一、继续医学教育项目类型：国家、省级、市级继续医学教育项目。

二、继续医学教育项目申报的基本条件

（1）须符合继续医学教育对象、内容、形式、任务、时间、学分、考核等方面的规定和要求。

（2）项目内容要有先进性、针对性和实用性，以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为重点，重视卫技人员职业道德和创新性思维的培养，以提高卫生技术人员的业务素质和技术水平，满足公众日益增长的卫生服务需求为目的。

（3）国家级项目负责人须具有正高级专业技术职称（护理专业可为副高级），在全国范围内有一定的学术影响力，既往 3 年曾担任过国家级或省级继续医学教育项目；省级、市级项目负责人须具有副高及以上专业技术职称；项目负责人负责的项目内容须是其从事的主要专业或研究方向，且承担项目的授课任务；每年同一项目负责人承担国家级、省级、市级项目总数不超过 2 项；最近 1 年内项目举办情况督查过程中无不良记录。项目授课人须具有中级及以上专业技术职称。

三、继续医学教育项目申报流程

（1）继续医学教育项目的申报采取当年申报项目的办法，每年申报一次，申报时间根据当年申报文件要求执行，申报开始前由科教科发布申报通知。

（2）继续医学教育项目申报采用在线申报的方式进行。

国家级申报网址：http：//cmegsb.cma.org.cn；

省级申报网址：http：//cme.jsma.net.cn/；

市级申报网址：http：//58.215.18.149：3000/（市卫生健康综合服务中心一体化管理平台）

（3）各部门、科室根据申报文件要求确定申报项目，国家级、省级、市级均在网上直接填写申报表→科教科、护理部初审→科教科汇总全院申报项目后交“医院继续医学教育委员会”评审→报国家、省、市医学会。

四、继续医学教育项目举办管理

（1）市级及以上继续医学教育项目获批文件下发后，科教科负责将获批的项目在院OA网上公布。

（2）获批的市级及以上继续医学教育项目应按期举办。当年未能举办的，其项目负责人次年暂停申报继续医学教育项目。

（3）项目举办前两周，项目负责人将学习班通知和会议日程报科教科，经审核后项目负责人按要求在申报系统提交项目举办申请，项目举办形式、招生人数、课程内容、授课师资、项目课时数应符合申报和获批的内容。

（4）项目举办坚持勤俭节约的原则，参照《无锡市党政机关会议费管理办法》严格规范用餐、住宿及会场标准；参照《无锡市党政机关培训费管理办法》按标准发放讲课费、劳务费、专家咨询费等。不得弄虚作假，超标准发放。

（5）项目举办中不得违规接受医药企业的捐赠或资助，利用学术活动进行产品推广或非法输送利益等商业活动。

（6）项目举办中应做好学习质量评估和满意度调查，对参加继续医学教育项目并考核合格的卫技人员，授予规定学分。

（7）项目举办结束后一个月内按要求在申报系统提交项目举办情况。项目申报、举办及执行汇报内容应实事求是，不得弄虚作假，谎报瞒报漏报。

（8）做好学员个人信息保护工作，不得泄露、买卖或违规使用项目涉及的个人信息。

五、医务人员参加继续医学教育活动的管理

（1）医务人员结合本人实际和工作需要，积极选择参加与本人专业和岗位工作相关的继续医学教育活动，提高自身的业务素质和技术水平。

（2）参加继续医学教育活动的医务人员不得违规接受医药企业的捐赠或资助。

（3）参加与自身专业不相关或未经同意批准自行参加的学科活动，所有费用一律自理。

（4）参加省外学术会议人员回院后要在科内举行新技术专题汇报讲座，以利于新技术的推广传播。回院后不进行专题讲座的，今后医院不再安排其外出培训及报销费用。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-006	文件名称	继续医学教育学分管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第2次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2023.12.30

继续医学教育学分管理制度

为进一步规范和加强继续医学教育学分管理，提高全院医务人员的业务水平，根据锡卫规发[2022]2号关于印发《无锡市继续医学教育学分授予与管理办法》的通知精神，结合我院实际情况，现对原继续医学教育学分管理制度进行修订，具体内容如下：

一、继续医学教育对象为在职的从事卫生技术工作人员。

二、继续医学教育实行学分制。按照继续医学教育项目的性质、内容和学时授予学分，分I类学分和II类学分2种。I类学分：国家级、省级继续医学教育项目等。II类学分：市级继续医学教育项目、医疗卫生单位组织的学术活动、外出进修学习、发表论文、科研立项等。

三、学分要求：

（一）中级及以上专业技术职称的卫生技术人员，每年学分数不低于25学分。其中I类学分要求三级医院不低于10学分、二级及以下医疗机构不低于5学分，II类学分不低于15学分（应含市级II类学分5学分）。医院自管理项目学分要求三级医院不超过10学分，二级及以下医疗机构不超过15学分。

（二）初级专业技术的卫生技术人员，每年学分数不低于20学分。其中，医院自管理项目学分不超过15学分。

（三）卫生技术人员当年参加本专业相关培训所获得的I 类和II类学分可相互补充，补充比例不得超过该类别学分要求总值的50%。

（四）学分达标标准自卫生技术人员获取当前专业技术职称当年起进行调整。未获得专业技术职称的卫生技术人员不做继续医学教育学分考核要求。

四、继续医学教育实行学分登记制度。参加继续医学教育人员通过市继续医学教育管理平台登记学分，并由项目举办单位和本人所在单位根据规定分别授予相应的学分。

五、各级卫生技术人员每年必须按学分要求完成本年度学分。年度学分完成情况可通过灵锡个人端或市继续医学教育管理平台进行查询和汇总。

六、继续医学教育学分完成情况列入年终考核。继续医学教育学分合格作为卫生技术人员聘任、技术职务晋升和执业再注册的必备条件之一。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-007	文件名称	外出进修管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 3 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2023.12.30

外出进修管理制度

为了适应医学科学的发展，促进医师队伍整体素质和学术水平的提高，加速推动医院的专科建设和发展，使外派进修工作科学化、规范化、制度化，现对原有的外出进修管理制度进行修订，具体内容如下：

一、各科室主任根据科室的发展计划，恰当安排合适的进修人员，确定进修专业，每年年底作出下一年的进修计划，报备科教科。

二、原则上各级职称的卫技人员在任职期间应有一次进修，时间为半年至一年，个别特殊情况可以缩短或适当延长，住院医师参加规范化培训视作进修。

三、外出进修人员预先提出申请（企业微信 OA 上），经科主任、医务科、科教科及分管领导审核同意后，再联系进修的医院进行具体安排，进修医院主要由本人或科室联系，也可通过单位与进修医院联系。

四、医院鼓励卫技人员到国内著名医院进修，进修医院为省级以上的三级甲等医院，进修专科为省重点专科以上，国内有一定名望的专科。

五、外出进修人员必须遵守进修医院的各项规章制度，严禁违规违纪，对进修医院和本单位造成不良影响，产生不良后果，回单位后即根据情况作出处理。

六、在进修期间享受的福利待遇及劳务补贴等按有关规定及协议执行；在进修结束后回本单位工作要求按有关规定及协议执行。

七、进修结束凭进修鉴定按继续医学教育规定取得相应继续医学教育学分。

八、进修结束后，经科室考核合格，凭有关票据及进修鉴定书、结业证等到科教科履行有关报销手续和进修档案记录；不合格者或缺鉴定证书者一切费用自理。

九、进修结业人员至少进行一次院内或科内业务讲座。

十、临床进修纳入科室年度考核内容，由科教科负责考核。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-008	文件名称	来院进修管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2023.12.30

来院进修管理制度

一、凡来我院进修的人员必须填写我院《进修学习申请表》，由选送单位签署意见后加盖公章，并提供个人简历、最高学历复印件、执业医师（技师）证、执业护士证或乡村医师证复印件、最高职称证书复印件等证明材料。科教科（护理部）审核并征求有关科室意见后，才能接受进修，其他任何科室和个人不得自行安排接收进修人员。

二、为保证进修生质量，凡来我院进修者必须身体健康，政治表现良好，医德医风良好，有一定临床实践经验。

三、进修人员来院后必须先到科教科（护理部）办理报到手续，由科教科（护理部）通知进修科室负责人，再到进修科室报到。如因事不能按时报到者，应事先由选送单位来函请假，请假时间不超过 1 周，否则作自动放弃处理。

四、进修内容根据选送单位的申请要求，由科教科（护理部）同有关科室协商确定，进修时间一般为三个月至一年，进修人员的进修计划一经制定，必须认真执行，不得任意变更选修科目，不得随意延长或缩短进修时间。特殊情况由进修人员单位和医院双方协商决定。

五、接收进修生的科室，应指定专人认真带教，指导老师应根据进修要求内容，在 1 周内制定出带教计划并经科负责人审核后认真实施。进修生的考勤由进修科室负责，科教科（护理部）不定期检查出勤情况。

六、进修生必须遵守国家有关卫生法律法规，严格执行我院各项规章制度，服从科负责人和指导老师的安排。对违章违纪者，视其情节轻重，给予批评教育，直至终止进修，并将有关情况通知选送单位，对一切不良行为造成的后果，责任自负。

七、进修人员要尽快熟悉科室各项制度和技术操作规程。在指导老师指导下做力所能及的医疗活动，不得单独进行技术操作，防止各类医疗差错、事故的发生。

八、进修期间，如因业务水平差、服务态度不好、工作责任心不强，而发生医疗事故或严重差错者，或因劳动纪律差脱岗、旷工、无故请假 1 周不归者，除批评教育外，科室写出书面材料（事情经过及处理意见）报科教科（护理部），医院根据情况做出处理决定。

九、进修期间的休假与本院职工相同，具体服从科负责人安排。如遇特殊情况需请假者，必须由本人写出请假报告，1 天由指导老师同意经科负责人批准并报科教科（护理部）备案；2—3 天由科教科（护理部）批准并备案；4 天以上由选送单位来函证明并经科教科（护理部）批准备案。请假手续办妥后，方可离院。每次请假不得超过 1 周，累计不得超过进修时间的

1/12。

十、凡住医院集体宿舍者，应遵守集体宿舍管理规定，不得随意变动床位，不得使用电炉、电热杯等大功率电器，不得在宿舍内留客，一旦查出，将予以扣罚。

十一、进修人员应自备生活用品、工作服、听诊器等，报到时交照片二张。

十二、进修期满后，填写进修学习鉴定表，书写个人进修小结后由科负责人或指导老师书写评定意见，交科教科（护理部）鉴定盖章，经考核成绩合格发结业证书。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-009	文件名称	临床研究管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 3 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2023.12.30

临床研究管理制度

为加强医院临床研究的依法准入管理，保障医患安全，促进医院临床研究水平提高，根据我院目前情况，对原临床研究管理制度进行修订，具体内容如下：

一、医院成立临床研究管理委员会，由分管领导担任委员会主任，主要职能科室、临床、医技科室主任担任成员，根据人员变动及时进行调整（具体名单医院另做文件下发），下设临床研究管理部门放在科教科，由科教科科长负责。

二、医院鼓励和支持卫技人员积极开展临床研究，任何科室和个人开展临床研究应符合国家相关法律法规和各项规章制度。

三、开展各级各类临床研究，必须坚持科学的实事求是的思想，研究内容真实可靠、不得弄虚作假，所有研究的原始数据留存归档。

四、开展任何临床研究必须预先通过伦理委员会的审查，符合伦理条件的才能进行临床研究。

五、开展涉及人体的临床研究必须征得患者或其委托代理人的同意并书面签名备案，充分尊重患者的知情选择权利并保障患者的安全。

六、开展临床研究应用医疗技术和相关权限必须符合医院有关规定。

七、临床研究经费使用符合医院相关规定，由科教科和财务科负责审核。

八、经医院审核已经立项的各级各类项目不得随意终止研究，延期必须按程序审批。

九、在临床研究过程中发生不良事件，存在医疗隐患，技术条件缺失，管理部门的有关政策规定变化等情况时，必须立即终止研究，向管理部门报告相关情况，由临床研究管理委员会研究讨论后决定该项研究终止或改变方式继续研究。

十、各项临床研究接受科教科、医务科等涉及的相关职能管理部门的全称监督管理。

惠山区人民医院	文件编码	KJK-GLZD-010	文件名称	科技论文管理制度	适用范围	全院
	制定部门	科教科	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第3次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2023.12.30

科技论文管理制度

为增强我院科研整体实力，提高学术研究水平和学术论文质量，鼓励学术论文的公开发表，提高单位学术知名度，根据我院目前情况，对院科技论文管理制度进行修订，具体内容如下：

一、本制度所称科技论文是指公开发表于中外期刊的论著、一般论文、综述、个案报道等专业技术论文（不含科普性文章）。

二、发表期刊必须有国际标准刊号，国内期刊必须另有国内统一刊号，且为专业技术类期刊（不含科普类），国内期刊能在国家新闻出版署官网上查询印证。

三、本制度中论文发表作者包括我院所有在职工作人员，包括医技人员、专技人员、后勤人员等，使用单位名称必须为全称：“无锡市惠山区人民医院（英文名：Wuxi Huishan District People’s Hospital）”或“南通大学杏林学院附属惠山医院（英文名：Affiliated Huishan Hospital of Xinglin College，Nantong University）。

四、本院管理的科技论文分“SCI论文”、“核心期刊论文”、“非核心期刊论文”，核心期刊为《中国科技论文统计源期刊目录》（中国科技信息研究所）和《中文核心期刊要目总览》（北京大学图书馆）收录的期刊（以最新版为准），以及中华系列核心期刊（中华医学会主办）。

五、医院根据《员工管理奖惩细则》（最新版）对论文作者进行奖励，奖励论文必须作者单位全称为我院名称，且为第一作者（含并列第一作者），或通讯作者（含并列通讯作者）。

六、凡以我院名称发表论文，发表前必须到科教科签订《科研学术诚信承诺书》，论文内容应当真实，符合国家《论文发表“五不准”》要求，论文中需保护患者的隐私，且不能给医院造成负面影响，弄虚作假造成的后果由作者个人承担。

七、发表科研论文，必须保留所有原始数据材料， 论文发表后，国内期刊凭期刊原件、封面复印件、目录复印件、论文复印件到科教科登记保存，SCI论文把打印件和电子版留科教科登记保存，所有原始数据材料（含电子材料）上交科教科留存归档。

八、论文发表作为医院对科室及个人考核的内容之一，具体按其他考核规定。

九、作者享有的权利和承担的法律责任参照《中华人民共和国著作权法》等相关法律法规。

六、财务科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-001	文件名称	医院总会计师制度	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	包国东	内审人	包国东
	制度内容	新增	制定时间	2023.01.18	生效时间	2023.02.01

医院总会计师制度

为推动公立医院建立现代医院管理制度，提高医院经济活动科学化、精细化管理水平、强化内部控制、提高运营效益、保障总会计师依法行使职权，充分发挥总会计师在医院经济管理中的主导作用，特制定本制度。

一、计师的岗位设置

总会计师由区卫健委统一选任。在医院主要负责人领导下，作为医院财务分管领导，全面负责医院财务管理和经济运行工作。凡设立总会计师的医院不得设置与其职权重叠的副职。

二、总会计师的职责

总会计师协助院长管理医院经济和运营工作，对院长负责并承担相应的领导和管理责任，依据国家法律法规组织领导医院的经济管理和会计核算工作，参与医院重大财务、经济事项的决策并对执行情况进行监督。具体职责如下：

（一）组织本医院贯彻执行国家有关法律法规，遵守财经纪律，加强财务管理和监督，保护国家财产。

1.建立健全制度，组织制定本医院财务管理制度、会计核算制度、内部控制制度及经济管理制度等；

2.进行财务管理，包括全面预算管理、筹资管理、资本管理、资金管理、成本控制、绩效评估等；

3.组织编制和监督执行预算、财务收支计划、信贷计划，拟订资金筹措和使用方案，有效地使用资金；

4.组织开展会计核算，审核对外报送的财务报告；

5.强化经济分析，利用财务分析资料研究并督促医院有关部门依法增收节支、提高效益、防范风险；

6.加强资产管理，组织清产核资，提高使用效益，维护资产安全；

7.加强内部审计，组织落实审计意见，监督执行审计决定。

（二）医院的运营管理、业务发展、基本建设以及资本运营等重大事项发挥监督和决策支撑作用。

1.参与医院战略规划、重大财经管理活动和重要经济问题的分析和决策；

2.参与重大经济合同和经济协议的研究、审查；

3.参与新业务开展、技术创新、科技研究、服务价格、绩效考核、工资福利等方案的制定。

（三）承办院长交办的其他工作。

三、会计师的权限

总会计师具有有效履行职责的工作，具体包括：

（一）组织医院财务、经管、价格、审计、基建、医保、物资、信息等各职能部门，开展经济核算、财务会计和成本管理方面的工作。

（二）医院预算和决算、财务收支计划、成本和费用计划、投融资计划、物资采购计划、财务专题报告和财务会计报告等应当经总会计师签署。

（三）医院重大或特定经济活动的财务收支，以及大额资金使用，建立由总会计师与医院院长联签制度。

（四）涉及财务收支的经济合同、经济协议等须经总会计师会签。

（五）对医院财会机构的设置和会计人员的配备、会计专业技术职务的设置和聘任提出方案，对财会机构负责人的任免、考核提出意见；组织会计人员的业务培训和考核；支持会计人员依法行使职权。

（六）参与拟定医院年度运营目标、中长期发展规划等。

（七）对医院重大决策、财经法规、内部控制、经济事项等的执行情况进行监督。

（八）对违反国家财经法律、法规、方针、政策、制度和有可能在经济上造成损失、浪费以及涉嫌非法集资的行为，有权制止或纠正。制止或纠正无效时，可向医院院长反映，并提请院务会议集中研究；情况严重时，应当按照《中华人民共和国会计法》有关规定，移送有权处理的部门处理。

参考文献：

法律法规：依据《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国总会计师条例》、《关于加快推进三级医院建立总会计师制度的意见》（国卫财务发【2017】31 号）、《关于印发市属公立医院总会计师实施方案（试行）的通知》（通医管委【2017】2 号）、《关于统一规范市直医疗机构总计师制度的补充意见》。

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-002	文件名称	财务科工作制度	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第四次）	制定时间	2011.01.08	修订时间	2023.01.18

财务科工作制度

为了加强财务管理和财务监督，严肃财经纪律，结合医院实际，制定本制度。

一、院长室的领导下，认真贯彻执行《会计法》、《医院财务制度》、《政府会计制度》等财政法津、法规、政策，加强财务管理和财务监督，严格执行财经纪律。在讲究社会效益的原则下讲究经济效益。

二、加强财务预算管理，正确、及时编制财务预算，按季检查预算的执行情况。定期进行经济运行情况分析，做好经济核算的各项管理工作，为领导提供经济决策依据。

三、建立健全各种财务管理制度，监督检查各项规章制度执行。统一布置、协调科内各项工作，抓好各项工作职责的落实和各项任务的完成。

四、合理组织收入，严格控制支出。坚持厉行节约、勤俭办事、制止奢侈浪费的方针，凡是预算外的，无计划的开支应坚决杜绝，对临时性必须的开支，应按审批手续办理。划清资金渠道，合理使用资金。

五、严格会计事项审批手续和会计业务核算手续。凡本院在对外采购、开支、资金变动等各项经济活动中发生的一切会计事项，均应取得合法的原始凭证，原始凭证根据“无锡市惠山区人民医院费用支出审批制度”中规定的流程进行审批，审批后方可报支。

六、积极推进全成本核算思想，分清费用渠道，严格控制费用支出，认真审核原始凭证，合法地编制会计凭证，按规定处理会计核算业务，按时编制会计报表和各类统计报表，对会计业务的真实性、合法性负责。

七、加强医院经济管理，定期进行经济活动分析，做好全院经济核算工作，会同有关部门做好经济核算和科室成本核算的管理工作。进行医院经济效益分析，为医院决策层的正确决策提供依据。

八、及时清理债权债务，加强对医疗欠费的催收和管理，和业务往来单位定期对帐核实往来，防止拖欠，减少呆帐损失。

九、认真执行现金管理规定和银行存款结算规定，严格各种费用的审批制度，按规定办理现金、银行存款的结算业务。加强资金管理，合理使用资金，提高资金的使用效益，确保货币资金的安全和完整。

十、严格执行票据管理规定，建立票据领用销号台帐，明确专人负责票据的销号复核。认真执行《会计档案管理办法》，认真做好会计档案的立卷，保管工作。

十一、加强对国有资产的管理，与有关部门配合，定期对房屋、设备、家具、药品、器械、各类材料等财产物资进行经常性的监督检查，及时清查库存，防止浪费和积压。监督国有资产的处置必须符合规定手续，确保国有资产的保值增值。

十二、提高工作质量，改善服务态度，树立为医疗、教学、科研服务的思想，保障医疗教学、科研任务的完成。

十三、认真学习物价政策，严格执行医疗收费标准和药品价格标准，做好“公示制、查询制、清单制”的明码标价工作。依法、合理组织业务收入，加强门诊、住院收费管理，做到该收则收，应收不漏，不乱收费。

十四、不断完善会计电算化工作规范，建立和健全内部会计管理制度，正确、及时提供会计信息，提高财务管理水平，提高会计核算质量。

十五、加强会计人员的业务学习及考核，组织安排会计人员参加业务培训，提高会计人员素质。对各岗位会计人员进行业务指导与监督。

十六、严格遵守医院的各项规章制度和保密制度，坚守岗位，做好各项财务工作，努力完成医院领导交办的各项任务。

十七、组织本科会计人员、入出院费用结算人员、门急诊收费人员，正确贯彻执行有关财会法律、法规、规章制度和财政政策，遵守国家财政纪律。会计人员要坚持原则，廉洁奉公，牢记职业道德，履行会计人员岗位职责。

十八、会计人员调动或换岗，必须经批准，办理书面移交手续后，才能离开岗位。

十九、财务科负责对全院的会计人员、收费员进行业务指导和监督，负责会计岗位继续教育培训的组织工作。

参考文献：

法律法规：依据《医院财务制度》（财社【2010】306号）、《中华人民共和会会计法》（主席令第24号）、《政府会计准则》、《政府会计制度》等。

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-003	文件名称	费用支出审批制度	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第三次）	制定时间	2011.01.08	修订时间	2023.01.18

费用支出审批制度

为进一步加强医院财务管理，规范财务审批程序，加强内部监督与控制，根据《中华人民共和国会计法》、《医院财务制度》、《公立医院内部控制管理办法》、《行政事业单位

内部控制规范》、《惠山区三级公立医院支出审批权限的意见》，结合我院实际情况，特修订本制度：

一、费用支出审批是对医院各项费用支出的合法性、合规性、真实性进行审核，并对审核无误的支出业务批准执行的行为。

二、费用支出审批实行“统一管理，支出合法，分级负责，授权审批”的原则。按支出审批程序逐级审核流转，审批程序如下：经办人→科室负责人→分管领导→财务负责人→总会计师审核→院长审批。最后审批权限规定如下：

（一）人员经费支出类项目

人员经费支出由总会计师审核、院长审批后予以支付，其中年终绩效分配需经院党委会集体讨论通过。

（二）物资采购类、设备设施（含信息软、硬件）购置类、设备设施维修维保类、水、电、气、物业管理类、科研经费支出类项目、基本建设（修缮）类项目、“三公经费”类项目、进修、培训、学术、学会类等各类项目

总额 10 万元以下（不含 10 万元）的支出由总会计师审核、院长审批后予以支付；总额 10--20 万元以下（不含 20 万元）的支出需经院长办公会集体讨论通过；总额 20 万元以上（含 20 万元）的大额费用支出需经院党委会集体讨论通过。

涉及工程设施维修维保类、基本建设（修缮）类项目的支出 ，必须先通过审计科进行内部审计核定后按以上流程报批。

三、费用支出严格依照年度支出预算执行，超预算部分，财务部门原则上不予支付。因政策调整、突发事件等特殊情况，确属急需而发生的费用支出，由归口管理部门提出申请，报分管领导审核、院长办公会讨论通过后予以追加支出；20 万元以上的需报院党委会集体讨论通过后予以追加支出。

四、专项支出执行“专款专用”原则，定期审核专项资金的落实和支出情况，随时监控预算执行进度，保证专项资金有计划、分步骤的执行和落实。

五、院领导财务审批的具体权限原则上按领导分工确定。

六、本制度自 2023 年 2 月 1 日起执行，以往相关制度同时作废。

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-004	文件名称	成本核算实施办法	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第二次）	制定时间	2011.02.26	修订时间	2023.05.12

成本核算实施办法

为健全医院管理制度，优化资源配置，规范医院成本核算工作，发挥成本核算在医疗服务定价、医院成本控制和绩效评价中的作用，提升内部管理水平和运营效率，推进医院高质量发展，结合我院实际，制定本办法。

一、总则

（一）医院成本是指医院特定的成本核算对象所发生的资源耗费，包括人力资源耗费，房屋及建筑物、设备、材料、产品等有形资产耗费，知识产权等无形资产耗费，以及其他耗费。

（二）本办法所称成本核算是指医院将其业务活动中所发生的各种耗费按照核算对象进行归集和分配，计算出总成本和单位成本的过程，是医院成本管理的基础内容。

本办法所称成本管理是指医院通过成本核算和分析，提出成本控制措施，降低医疗成本的活动。

（三）成本核算应当遵循以下原则：

1.相关性原则。医院选择成本核算对象、归集分配成本、提供成本信息等应当与满足成本信息需求相关，有助于使用者依据成本信息作出评价或决策。

2.真实性原则。医院应当以实际发生经济业务或事项为依据进行成本核算，确保成本信息真实可靠、内容完整。

3.适应性原则。医院进行成本核算应当与卫生健康行业特点、特定的成本信息需求相适应。

4.及时性原则。医院应当及时收集、处理、传递和报告成本信息，便于信息使用者及时作出评价或决策。

5.可比性原则。相同行政区域内不同医院，或者同一医院不同时期，对相同或相似的成本核算对象进行成本核算所采用的方法和依据等应当保持连续性和一致性，确保成本信息相互可比。

6.重要性原则。医院选择成本核算对象、开展成本核算应当区分重要程度，对于重要的成本核算对象和成本项目应当力求成本信息精确，对于非重要的成本核算对象和成本项目可以适当简化核算。

（四）医院进行成本核算应当满足内部管理和外部管理的需求，包括但不限于以下方面：

1.成本控制。医院应当完整、准确核算特定成本核算对象的成本，揭示成本的发生和形成过程，以便对影响成本的各种因素、条件施加影响或管控，将实际成本控制在预期目标内。

2.医疗服务定价。医院应当在统一核算原则和方法的基础上准确核算医疗服务成本，为政府有关部门制订医疗服务相关价格或收费标准提供依据和参考。

3.绩效评价。医院应当设置与成本相关的绩效指标，衡量医院整体和内部各部门的运行效率、核心业务实施效果、政策项目资金实施效益。

（五）医院可根据相关部门对成本信息的需求以及成本管理的要求确定成本核算周期，并根据工作需要定期编制成本报告，全面反映医院成本核算情况。原则上，成本核算周期应当与会计核算周期保持一致。

（六）医院应当以权责发生制为基础，以财务会计数据为准进行成本核算，财务会计有关明细科目设置和辅助核算应当满足成本核算需要。

（七）医院应当确保成本数据原始记录真实完整，加强收集、记录、传递、整理和汇总等工作，为成本核算提供必要的数据基础。

二、组织构架与职责

（一）医院成立成本核算领导小组，作为医院开展成本核算与管理的决策和监督机构，主要职责包括；主要负责审议医院成本核算工作方案及相关制度，明确各部门职责，协调解决成本核算相关问题，组织开展成本核算，加强成本管控，制订相匹配的绩效考核方案，提升运营效率。

医院成本核算领导小组由书记、院长担任组长，分管领导担任副组长（以下简称领导小组），成员包括党办、院办、医务、护理、人事、财务、审计、设备、科教、后勤、信息等相关职能科室负责人。（具体见附件）

（二）医院应当在财务部门设置成本核算办公室，作为成本管理的日常工作机构。医院应当在财务部门设立成本会计岗位，并设置不少于 2 名专职人员。

（三）成本核算办公室的主要职责包括：

1.制定医院内部成本核算工作细则、岗位职责、内控措施及相关工作制度等。

2.归集成本数据，进行成本核算，按照主管部门的规定定期编制、报送成本报表。

3.开展院内成本核算业务培训和调研，指导科室成本管理工作。

4.开展成本分析，提出成本控制建议，为医院决策与运营管理提供支持和参考。

各业务科室应当确定兼职成本核算员，各职能部门应当确定成本专管员，按照成本管理领导小组部署，在财务部门（成本核算工作办公室）指导下，按照相关规定和要求定期完成本科室和本部门相关成本信息和资料的记录、统计、核对与报送等工作。

5.医院各部门在成本核算过程中应当提供的数据信息资料主要包括

（1）财务部门：各部门应发工资总额，邮电费、差旅费等在财务部门直接报销并应当计入各部门的费用；门诊和住院医疗收入明细数据。

（2）人事科：各部门人员信息、待遇标准（包括职工薪酬、社会保障等）、考勤和人员变动情况。

（3）综合保障科：各部门水、电、气等能源耗用量及费用；相关部门物业、保洁、维修、食堂、洗涤、污水处理等工作量和服务费用。

（4）设备科：各部门固定资产（专用设备）的使用分布及变动状况及各部门维修保养费用的统计和报送；各部门卫生材料、低值易耗品等用量、存量和费用。

（5）药剂科：各部门药品用量、存量和费用。

（6）病案统计部门：门诊、住院工作量，病案首页及成本核算相关数据。

（7）信息部门：负责医院成本核算系统的开发与完善，并确保其与相关信息系统之间信息的统一与衔接，协助提供其他成本相关数据。

（8）其他部门：其他与成本核算有关的数据。

三、成本构成与分类

（一）按照成本核算的不同对象，可分为科室成本、诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、按疾病诊断相关分组（DiagnosisRelatedGroups，DRG）成本。

（二）医院应当根据国家规定的成本核算口径设置成本项目，并对每个成本核算对象按照成本项目进行数据归集。成本项目是指将归集到成本核算对象的按照一定标准划分的反映成本构成的具体项目。医院成本项目包括人员经费、卫生材料费、药品费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金、其他运行费用等 7 大类。

成本项目核算数据应当与政府会计准则制度中“业务活动费用”“单位管理费用”等科目的有关明细科目数据保持衔接，并确保与财务报表数据的同源性和一致性。

（三）根据《医院财务制度》和《政府会计制度》规定，以下费用性支出不得计入成本范围：

1.不属于医院成本核算范围的其他核算主体及其经济活动所发生的费用。

2.在各类基金中列支的费用。

3.国家规定的不得列入成本的其他费用。

（四）为便于开展成本核算和管理，医院应当依据成本核算对象、成本性态、资本流动性的不同对成本进行分类。

1.按照计入成本核算对象的方式分为直接成本和间接成本。

（1）直接成本：是指确定由某一成本核算对象负担的费用，包括直接计入和计算计入的成本。

（2）间接成本：是指不能直接计入成本核算对象的费用，应当由医院根据医疗服务业务特点，选择合理的分配标准或方法分配计入各个成本核算对象。

间接成本分配标准或方法一般遵循因果关系和受益原则，将资源耗费根据动因（工作量占比、耗用资源占比、收入占比等）分项目追溯或分配至相关的成本核算对象。

同一成本核算对象的间接成本分配标准或方法一旦确定，在各核算期间应当保持一致，不得随意变动。

2.按成本性态分为固定成本和变动成本。

（1）固定成本是在一定时期、一定业务范围内，成本相对固定，不受业务量变化影响的成本。

（2）变动成本是在一定时期、一定业务范围内，成本总额与业务量呈正比例变化的成本项目。

3.按照资本流动性分为资本性成本和非资本性成本

（1）资本性成本：是指医院长期使用的，其经济寿命将经历多个会计年度的固定资产和无形资产的成本，包括固定资产折旧和无形资产摊销费用。

（2）非资本性成本：是指某一会计年度内医院运营中发生的人员经费、卫生材料费、药品费、提取医疗风险基金和其他运行费用。

（五）按照成本核算的不同目的，医院的成本可分为医疗业务成本、医疗成本、医疗全成本和医院全成本。

1.医疗业务成本是指医院业务科室开展医疗服务业务活动发生的各种耗费，不包括医院行政后勤类科室的耗费及财政项目拨款经费、非同级财政拨款项目经费和科教经费形成的各项费用。

医疗业务成本=临床服务类科室直接成本+医疗技术类科室直接成本+医疗辅助类科室直接成本

2.医疗成本是指为开展医疗服务业务活动，医院各业务科室、行政后勤类科室发生的各种耗费，不包括财政项目拨款经费、非同级财政拨款项目经费和科教经费形成的各项费用。

医疗成本=医疗业务成本+行政后勤类科室成本

3.医疗全成本是指为开展医疗服务业务活动，医院各部门发生的各种耗费，以及财政项目拨款经费、非同级财政拨款项目经费形成的各项费用。

4.医院全成本是指医疗全成本的各种耗费，以及科教经费形成的各项费用、资产处置费

用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、其他费用等各项费用。

（六）医院成本核算单元应当按照科室单元和服务单元进行设置。成本核算单元是成本核算的基础，根据不同的核算目的和服务性质进行归集和分类。

科室单元是指根据医院管理和学科建设的需要而设置的成本核算单元。例如妇科病房、产科门诊、手术室、检验科、供应室、医务科等。主要用于科室成本核算、医疗服务项目成本核算、诊次成本核算、床日成本核算等。

服务单元是指以医院为患者提供的医疗服务内容类别为基础而设置的成本核算单元，例如重症监护、手术、药品、耗材等服务单元。服务单元根据功能可细化为病房服务单元、病理服务单元、检验服务单元、影像服务单元、诊断服务单元、治疗服务单元、麻醉服务单元、手术服务单元、药品供应服务单元、耗材供应服务单元等。主要用于未来病种成本核算、DRG成本核算等。

四、科室成本核算

（一）科室成本核算是指以科室为核算对象，按照一定流程和方法归集相关费用、计算科室成本的过程。科室成本核算的对象是按照医院管理需要设置的各类科室单元。

（二）医院应当按照服务性质将科室划分为临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类、行政后勤类。

1.临床服务类科室是指直接为患者提供医疗服务，并能体现最终医疗结果、完整反映医疗成本的科室。

2.医疗技术类科室是指为临床服务类科室及患者提供医疗技术服务的科室。

3.医疗辅助类科室是指服务于临床服务类和医疗技术类科室，为其提供动力、生产、加工、消毒等辅助服务的科室。

4.行政后勤类科室是指除临床服务类、医疗技术类和医疗辅助类科室之外，从事行政管理和后勤保障工作科室。

（三）医院原则上应当按照《科室单元分类名称及编码》设置科室单元。

1.临床服务类科室设置的专业实验室或检查室，其发生的人员经费、房屋水电费等耗费若由所属临床科室承担，则该实验室或检查室的收入和成本计入所属临床科室。

2.各临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类科室下设的办公室，其成本计入所属科室。

（四）医院开展科室核算时，应当将提供医疗服务所发生的全部费用，按照成本项目归集到科室单元。通过“业务活动费用”“单位管理费用”等会计科目，按照成本项目归集实际发生的各种费用，据此计算确定各科室的成本，包括直接成本和间接成本。

（五）科室直接成本分为直接计入成本与计算计入成本。

1.直接计入成本是指在会计核算中能够直接计入到科室单元的费用。包括人员经费、卫生材料费、药品费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、以及其他运行费用中可以直接计入的费用。

2.计算计入成本是指由于受计量条件所限无法直接计入到科室单元的费用。医院应当根据重要性和可操作性等原则，将需要计算计入的科室直接成本按照确定的标准进行分配，计算计入到相关科室单元。对于耗费较多的科室，医院可先行计算其成本，其余的耗费再采用人员、面积比例等作为分配参数，计算计入其他科室。

3.科室间接成本应当本着相关性、成本效益关系及重要性等原则，采用阶梯分摊法，按照分项逐级分步结转的方式进行三级分摊，最终将所有科室间接成本分摊到临床服务类科室。

注：①一级分摊；②二级分摊；③三级分摊具体步骤为：

（1）一级分摊：行政后勤类科室费用分摊。

将行政后勤类科室费用采用人员比例、工作量比重等分摊参数向临床服务类、医疗技术类和医疗辅助类科室分摊，并实行分项结转。

（2）二级分摊：医疗辅助类科室费用分摊。

将医疗辅助类科室费用采用收入比重、工作量比重、占用面积比重等分摊参数向临床服务类和医疗技术类科室分摊，并实行分项结转。

（3）三级分摊：医疗技术类科室费用分摊。

将医疗技术类科室费用采用收入比重等分摊参数向临床服务类科室分摊，分摊后形成门诊、住院临床服务类科室的成本。

（六）本办法所称诊次是指当月到医院进行非住院治疗的就诊人次数的统称，包括门诊人次数、急诊人次数和健康检查人数。

本办法所称住院床日是指当月每天24时实际占用病床数，包括实际占用的临时加床在内病人、入院后于当天24时前死亡或因故出院的病人。

本办法所称出院人次是指所有住院后于当月出院的人数，包括出院病人数、正常分娩、未产出院、住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者。

五、诊次成本核算

（一）诊次成本核算是指以诊次为核算对象，将科室成本进一步分摊到门急诊人次中，计算出诊次成本的过程。采用三级分摊后的临床门急诊科室总成本，计算出诊次成本。

全院平均诊次成本=（Σ全院各门急诊科室成本）/全院总门急诊人次

某临床科室诊次成本=某临床科室门急诊成本/该临床科室门急诊人次

六、床日成本核算

床日成本核算是指以床日为核算对象，将科室成本进一步分摊到住院床日中，计算出床日成本的过程。采用三级分摊后的临床住院科室总成本，计算出床日成本。

全院平均实际占用床日成本=（Σ全院各住院科室成本）/全院实际占用总床日数

某临床科室实际占用床日成本=某临床住院科室成本/该临床住院科室实际占用床日数

七、医疗服务项目成本核算

（一）医疗服务项目成本核算是指以各科室开展的医疗服务项目为对象，归集和分配各项费用，计算出各项目单位成本的过程。医疗服务项目成本核算对象是指各地医疗服务价格主管部门和卫生健康行政部门、中医药主管部门印发的医疗服务收费项目，不包括药品和可以单独收费的卫生材料。医疗服务项目应当执行国家规范的医疗服务项目名称和编码。

（二）医疗服务项目成本核算分两步开展：首先确定医疗服务项目总成本，其次计算单个医疗服务项目成本。应当以临床服务类和医疗技术类科室二级分摊后成本剔除药品成本、单独收费的卫生材料成本作为医疗服务项目总成本，采用作业成本法、成本当量法、成本比例系数法等方法计算单个医疗服务项目成本。结合我院实际情况选用适当的计算方法。

（三）作业成本法是指通过对某医疗服务项目所有作业活动的追踪和记录，计量作业业绩和资源利用情况的一种成本计算方法。该方法以作业为中心，以成本动因为分配要素，体现“服务消耗作业，作业消耗资源”的原则。提供某医疗服务项目过程中的各道工序或环节均可视为一项作业。成本动因分为资源动因和作业动因，主要包括人员数量、房屋面积、工作量、工时、医疗服务项目技术难度等参数。

作业成本法按照以下步骤开展核算：

1.划分作业。在梳理医院临床服务类科室和医疗技术类科室医疗业务流程基础上，将医疗服务过程划分为若干作业。各作业应当相对独立、不得重复，形成医院统一、规范的作业库。

2.直接成本归集。将能够直接计入或者计算计入到某医疗服务项目的成本直接归集到医

疗服务项目。

3.间接成本分摊。将无法直接计入或者计算计入到某医疗服务项目的成本，首先按照资源动因将其分配至受益的作业，再按照医疗服务项目消耗作业的原则，采用作业动因将作业成本分配至受益的医疗服务项目。

（四）成本当量法是指在确定的核算期内，以科室单元为核算基础，遴选典型的医疗服务项目作为代表项目，其成本当量数为“1”，作为标准当量，其他项目与代表项目进行比较，进而得到其他项目各自的成本当量值，再计算出各项目成本的方法。

成本当量法按照以下步骤开展核算：

1.选取代表项目。确定各科室单元典型项目作为代表项目，将其成本当量数设为“1”。

2.计算科室单元的总当量值。

（1）以代表项目单次操作的资源耗费为标准，将该科室单元当期完成的所有医疗服务项目单次操作的资源耗费分别与代表项目相比，得出每个项目的成本当量值。

（2）每个项目的成本当量值乘以其操作数量，得出该项目的总成本当量值。

（3）各项目总成本当量值累加得到该科室单元的成本当量总值。

3.计算当量系数的单位成本。

当量系数的单位成本=（该科室单元当期总成本-药品成本-单独收费的卫生材料成本）/该科室单元的成本当量总值

4.计算项目单位成本。

项目单位成本=当量系数的单位成本×该项目的成本当量值

（五）成本比例系数法是指将归集到各科室单元的成本，通过设定某一种分配参数，将科室单元的成本最终分配到医疗服务项目的计算方法。核算方法主要有收入分配系数法、操作时间分配系数法、工作量分配系数法。

1.收入分配系数法。将各医疗服务项目收入占科室单元总收入（不含药品收入和单独收费卫生材料收入）的比例作为分配成本的比例。

2.操作时间分配系数法。将各医疗服务项目操作时间占科室单元总操作时间的比例作为分配成本的比例。

3.工作量分配系数法。将各医疗服务项目工作量占科室单元总工作量的比例作为分配成本的比例。

（六）不同科室单元开展的同一个医疗服务项目成本的确定方法：将各科室单元该医疗服务项目的核算成本通过加权平均法形成该医疗服务项目院内的平均成本。

1.计算各个科室单元该医疗服务项目总成本。用该科室单元医疗服务项目的核算成本乘

以其操作数量，得出该科室单元医疗服务项目总成本。

2.计算医院内该医疗服务项目的成本。将各个科室单元该医疗服务项目总成本除以当期内该医疗服务项目操作总数，得到项目成本。

八、病种成本核算

（一）病种成本核算是指以病种为核算对象，按照一定流程和方法归集相关费用，计算病种成本的过程。医院开展的病种可参照临床路径和国家推荐病种的有关规定执行。

（二）病种成本核算方法主要有自上而下法（Top-DownCosting）、自下而上法（Bottom-UpCosting）和成本收入比法（Cost-to-ChargeRatio，CCR）。

1.自上而下法。自上而下法以成本核算单元成本为基础计算病种成本。按照以下步骤开展核算：

（1）统计每名患者的药品和单独收费的卫生材料费用，形成每名患者的药耗成本。

（2）将成本核算单元的成本剔除所有计入患者的药品和单独收费的卫生材料费用后，采用住院天数、诊疗时间等作为分配参数分摊到每名患者。

（3）将步骤 1 和步骤 2 成本累加形成每名患者的病种成本。

（4）将同病种患者归为一组，然后将组内每名患者的成本累加形成病种总成本，采用平均数等方法计算病种单位成本。

病种总成本=∑该病种每名患者成本

某病种单位成本=该病种总成本/该病种出院患者总数

（三）自下而上法。自下而上法以医疗服务项目成本为基础计算病种成本。按照以下步骤开展核算：

1.将医疗服务项目成本、药品成本、单独收费的卫生材料成本对应到每名患者后，形成每名患者的病种成本。

某患者病种成本＝∑（该患者核算期间内某医疗服务项目工作量×该医疗服务项目单位成本）+∑药品成本+∑单独收费的卫生材料成本

2.将同病种患者归为一组，然后将组内每名患者的成本累加形成病种总成本，采用平均数等方法计算病种单位成本。

病种总成本=∑该病种每名患者成本

某病种单位成本=该病种总成本/该病种出院患者总数

（四）成本收入比法。成本收入比法以服务单元的收入和成本为基础计算病种成本，通过计算医院为患者提供的各服务单元的成本收入比值，利用该比值将患者层面的收入转换为成本。按照以下步骤开展核算：

1.计算各服务单元的成本收入比值。

某服务单元成本收入比=该服务单元成本/该服务单元收入

2.计算患者病种成本。

某患者病种成本=∑该患者某服务单元收入×该服务单元成本收入比

3.将同病种患者归为一组，然后将组内每名患者的成本累加形成病种总成本，采用平均数等方法计算病种单位成本。

病种总成本=∑该病种每名患者成本

某病种单位成本=该病种总成本/该病种出院患者总数

九、DRG 成本核算

（一）DRG 成本核算是指以 DRG 组为核算对象，按照一定流程和方法归集相关费用计算 DRG 组成本的过程。

（二）DRG 成本核算方法主要有自上而下法、自下而上法和成本收入比法。

1.自上而下法。自上而下法以成本核算单元成本为基础计算 DRG 组成本。按照以下步骤开展核算：

（1）统计每名患者的药品和单独收费的卫生材料费用，形成每名患者的药耗成本。

（2）将成本核算单元的成本剔除所有计入患者的药品和单独收费的卫生材料费用后，采用住院天数、诊疗时间等作为分配参数分摊到每名患者。

（3）将步骤 1 和步骤 2 成本累加形成每名患者的成本。

（4）将每名患者归入到相应的 DRG 组，然后将组内每名患者的成本累加形成该 DRG 组总成本，采用平均数等方法计算该 DRG 组单位成本。

DRG 组总成本=∑该 DRG 组每名患者成本

某 DRG 组单位成本=该 DRG 组总成本/该 DRG 组出院患者总数

2.自下而上法。自下而上法以医疗服务项目成本基础计算 DRG 组成本。按照以下步骤开展核算：

（1）将医疗服务项目成本、药品成本、单独收费的卫生材料成本对应到每名患者后，形成每名患者的成本。

某患者成本＝∑（患者核算期间内某医疗服务项目工作量×该医疗服务项目单位成本）+∑药品成本+∑单独收费的卫生材料成本

（2）将每名患者归入到相应的 DRG 组，然后将组内每名患者的成本累加形成该 DRG 组总成本，采用平均数等方法计算该 DRG 组单位成本。

DRG 组总成本=∑该 DRG 组每名患者成本

某 DRG 组单位成本=该 DRG 组总成本/该 DRG 组出院患者总数

3.成本收入比法。成本收入比法以服务单元的收入和成本为基础计算 DRG 组成本，通过计算医院为患者提供的各服务单元的成本收入比值，利用该比值将患者层面的收入转换为成本。按照以下步骤开展核算：

（1）计算各服务单元的成本收入比值。

某服务单元成本收入比=该服务单元成本/该服务单元收入

（2）计算患者成本。

某患者成本=∑该患者某服务单元收入×该服务单元成本收入比

（3）将每名患者归入到相应的 DRG 组，然后将组内每名患者的成本累加形成该 DRG 组总成本，采用平均数等方法计算该 DRG 组单位成本。

DRG 组总成本=∑该 DRG 组每名患者成本

某 DRG 组单位成本=该 DRG 组总成本/该 DRG 组出院患者总数

十、基础数据采集

（一）本办法所称基础数据包括基本字典信息、业务收支数据、服务计量数据。医院应当按成本核算的不同对象、不同方法对成本核算基础数据进行“全面、规范、真实、精细、及时”采集。

（二）本办法所称基本字典信息是指成本核算相关要素的分类与编码字典库，包括科室（成本核算单元）字典、员工字典、固定资产字典、存货字典、医疗服务项目字典、医疗收费项目与收入科目对照字典、成本项目与会计科目对照字典、服务计量项目字典等。

（三）本办法所称医疗收入包括医疗服务收入（不含卫生材料和药品）、卫生材料收入和药品收入。通过信息系统生成的业务收入数据应当采用规范的接口方式自动采集，手工方式生成的零星收入数据通过业务台账或电子表格方式从业务发生源头采集。

（四）为提高数据采集的效率和质量，数据的采集方式应当优先选择规范的接口方式自动采集，无法从业务系统产生的批量费用数据使用规范的电子表格采集，其余数据使用台账方式规范采集。成本费用的采集期间应与会计核算期间保持一致。

十一、成本核算报表

（一）为保证成本信息质量，开展成本核算的医院应当按照要求定期形成成本报表和成本核算报告，并对成本核算结果和成本控制情况作出详细说明。按照月度或年度编制报表，也可以按照季度编制。成本报表数据应当真实、准确。至少每年产出年度成本核算报告。

（二）医院成本报表应当由单位负责人和主管会计工作的负责人、会计机构负责人（会计主管人员）签名并盖章。

（三）成本报表按照不同的管理需要进行分类。

1.按照使用者不同可分为对内报表和对外报表。对内报表指医院为满足内部管理需要而编制的成本报表；对外报表指医院按照相关政府主管部门要求报送的成本报表。

2.按照核算对象不同分为科室成本报表、诊次成本报表、床日成本报表、医疗服务项目成本报表、病种成本报表、DRG 成本报表。科室成本报表主要包括直接成本表、全成本表、成本分摊汇总表等；诊次成本报表主要包括院级诊次成本构成表、科室诊次成本表等；床日成本报表主要包括院级床日成本构成表、科室床日成本表等；医疗服务项目成本报表主要包括项目成本汇总表、项目成本明细表等；病种成本报表主要包括病种成本明细表、病种成本构成明细表等；

DRG 成本报表主要包：DRG 成本明细表、DRG 成本构成明细表等。

十二、成本管理

（一）根据现代医院管理制度的建设要求，医院应当围绕战略目标和运营计划，结合预算管理，建立健全定额测算、成本计划、成本核算、成本分析、成本控制、成本考评相关管理制度；强化成本核算基础工作，建立业务数据稽核校验机制，确保成本数据质量，不断提高成本管理规范化、精细化、科学化水平。

结合经济运行等相关信息，开展成本核算结果分析，重点分析成本构成、成本变动的影响因素，制订成本控制措施，提出改进建议。

（二）医院要结合经济运行等相关信息，开展成本核算结果分析，重点分析成本构成、成本变动的影响因素，制订成本控制措施，提出改进建议。

医院开展成本分析主要方法包括：

1.按照分析目的和要求不同，可分为全面分析、局部分析、专题分析等。

2.按照指标比较方法不同，可分为比较分析法、结构分析法、趋势分析法、因素分析法等。

3.本量利分析：医院通过对保本点的研究分析，确定医疗服务正常开展所达到的保本点业务量和保本收入总额，反映出业务量与成本之间的变动关系。

（三）医院应当在保证医疗质量和医疗安全的前提下，按照经济性、适用性、全员性原则，依据成本定额、成本计划和成本费用开支标准，对成本形成的全过程进行控制，努力实现成本最优化目标。成本控制的措施包括预算约束控制、可行性论证控制、财务审批控制、关键环节控制、资源采购与配置控制、临床路径控制、技术创新控制等。

（四）医院应当强化成本考核与评价，建立相应的绩效激励体系，将成本控制效果纳入科室绩效考核体系，激励科室自觉控制可控成本。

（五）医院应当大力推进成本管理信息化，对相关基础数据进行规范集成并自动传递（或提供给）成本管理系统（简称成本系统）调用。医院使用的成本信息系统应当根据本规范要求提供相关功能，包括基础字典维护、自动采集业务数据、自动分摊间接成本、自动生成规范成本报表和分析报告等功能，确保成本核算和会计核算数据的一致性。

（六）医院依法依规接受财政、审计、纪检监察等外部门对本单位成本控制工作的监督检查，要及时整改落实，完善成本控制体系，确保成本控制制度有效实施。

参考文献

一、法律法规：《事业单位成本核算基本指引》、《关于医院执行政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表的补充规定》、《医院财务制度》、《关于印发江苏省医院成本核算与管理规范（2019 版）》（苏卫财务【2019】1 号）、《关于印发公立医院成本核算规范的通知》（国卫财务发【2021】4 号）等

附件：

无锡市惠山区人民医院全成本核算领导小组

主任：卢峰

副主任：戴智勇、储旭东、徐太静、顾晓红、祝浩刚、包国东

委员：各职能科室负责人及临床、医技科室主任

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-005	文件名称	全面预算管理实施办法	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第四次）	制定时间	2013.10.08	修订时间	2023.06.13

全面预算管理实施办法

为规范公立医院经济运行，严格预算管理、强化预算约束，规范公立医院经济运行，提高资金使用和资源利用效率，结合我院实际，制定本办法。

一、总则

(一)本办法所称全面预算管理，是指医院对所有经济活动实行全面管理，全部纳入预算管理范围。医院内部建立健全全面预算管理制度，以医院战略发展规划和年度计划目标为依据，充分运用预算手段开展医院内部各类经济资源的分配、使用、控制和考核等各项管理活动。具体包括收入、支出、成本费用、筹资投资、业务等预算。

(二)医院是本单位预算编制、执行、决算的责任主体，应当按照本办法，在规定时间内以统一的编制口径、报表格式和编制规范，向业务主管部门报送预算、决算报告。业务主管

部门对各医院预算组织论证，提出审核意见。

(三)医院建立健全全面预算管理制度的基本原则：

1、战略性原则。坚持以战略发展规划为导向，确定年度计划目标并合理配置资源，实现可持续健康发展。

2、全面性原则。实行全口径、全过程、全员性、全方位预算管理，覆盖人、财、物全部资源，贯穿预算编制、审批、执行、监控、调整、决算、分析和考核等各个环节。

3、约束性原则。强化预算硬约束，原则上预算一经批复不得随意调整。要明确预算执行管理责任，严格执行已经批复的预算，增强预算统筹能力。

4、绩效性原则。建立“预算编制有目标、预算执行有监控、预算完成有评价、评价结果有反馈、反馈结果有应用”的全过程预算绩效管理机制，推进预算效益效果提升。

5、适应性原则。符合国家有关规定和医院实际，依据外部政策环境和医院经济活动变化，及时调整完善预算管理制度、机制、流程、办法和标准。

二、组织机构

(一)医院应当建立健全预算管理组织机构，建立由全面预算管理委员会、全面预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织体系，确保医院所有部门、所有科室均纳入预算管理体系，确保预算责任能够分解落实到各级预算责任单元。

(二)全面预算管理委员会是医院全面预算管理工作的领导机构，主任由主要负责人担任，副主任由各分管领导担任，相关职能部门负责人任委员。全面预算管理委员会的主要职责包括：审议医院预算管理制度、预算方案和预算调整方案、预算编制和执行中的重大问题、预算执行报告、决算报告等预算管理工作中的重大事项。

(三)全面预算管理委员会下设全面预算管理办公室，办公室设在财务科，牵头负责全面预算管理日常工作。设预算岗位人员 1 名，各归口部门、各预算科室设立兼职预算员。

全面预算管理办公室的主要职责包括：拟定各项预算管理制度，组织、指导预算归口管理部门和相关预算科室编制预算，对预算草案进行初步审查、协调和平衡，汇总编制医院全面预算方案，检查预算执行情况并编制报告，组织编制医院决算报告，开展预算绩效考核评价及编制报告等。

(四)预算归口管理部门包括收入预算归口管理部门和支出预算归口管理部门。预算归口管理部门的主要职责包括：牵头会同预算科室编制归口收入、支出预算，并监督归口收入、支出的预算执行情况。医疗收入预算不得分解下达至各临床、医技科室，效率类、结构类指标可分解下达。

(五)预算科室包括医院所有临床、医技等科室以及行政后勤等全部预算责任单元，是全

面预算管理执行层。

预算科室的主要职能包括：在全面预算管理办公室和预算归口管理部门的指导下，开展本科室预算管理工作。

三、预决算内容

(一)医院全面预算包括两部分内容：一是按照部门预决算管理规定统一编制的部门预算和部门决算；二是按照《医院财务制度》《关于医院执行政府会计制度—行政事业单位会计科目和报表的补充规定》（以下简称《补充规定》）编制的财务预决算，综合反映医院收入费用、资产负债、筹资投资、现金流量等全面财务信息。

(二)医院按照部门预决算管理规定的编报格式和规范编制中期规划、年度部门预算和年度部门决算。医院所有收支全部纳入部门预算和部门决算。

(三)医院按照《医院财务制度》《补充规定》编制财务预算，包括业务预算、收入费用预算、筹资投资预算及年度预算报告等。

1.业务预算。主要反映医院开展日常运营活动的预算，包括医疗业务工作量预算、财政专项预算、科研教学项目预算等，是收入费用预算、筹资投资预算编制的主要基础和依据。

2.收入费用预算。主要反映预算期内与医院业务活动直接相关的预算，包括收入费用总预算、医疗收入和医疗费用预算（包括管理费用预算）、财政补助收入费用预算、科教项目收入费用预算和其他收入费用预算。

人员经费和三公经费预算编制应当严格执行国家有关财务规章制度规定的开支范围和开支标准。

3.筹资投资预算。主要反映预算期内医院进行投资活动和筹资活动的预算。

筹资预算主要指借款预算、融资租赁预算和引入第三方合作预算。医院借款、融资租赁和第三方合作必须符合国家有关政策规定。

投资预算主要包括设备、车辆和无形资产购置预算、基本建设和大型修缮预算、对外投资预算等。医院对外投资主要包括认购国债、全资或与第三方合作举办独立法人的非营利性医疗卫生机构等。医院对外投资的资产来源和投资范围必须符合国家有关政策规定。

预算报告。包括全部预算报表及预算编制说明。预算编制说明应当包括编制预算采用的会计政策以及与预算有关的重要事项。主要包括医院基本情况、业务前提条件或基础、收支测算原则与比率、重要费用支出项目说明、大额固定资产购置说明、基本建设和大型修缮项目说明、固定资产折旧政策、对外投资和第三方合作项目说明、长期负债情况说明等。对外投资和第三方合作项目应当详细说明合作方、合作模式、资金筹集、使用和分配、主要业务、是否按照规定进行审批等情况。长期负债应当详细说明筹资对象、期限、筹资用途、筹资规

模、利率、是否按照规定进行审批、政府是否负有担保责任等情况。

医院按照《医院财务制度》《补充规定》编制权责发生制财务决算，包括收入费用决算、筹资投资决算、财务运行决算及年度决算报告等。

（1）收入费用决算。包括收入费用总决算、医疗收入和医疗费用决算、财政补助收入费用决算、科教项目收入费用决算和其他收入费用决算。

（2）筹资投资决算。包括设备、车辆和无形资产购置决算、基本建设和大型修缮决算、对外投资决算、借款决算、融资租赁决算和第三方合作决算。

（3）财务运行决算。包括资产负债决算、现金流量决算、净资产变动决算等综合性报表，综合反映收入费用决算和筹资投资决算的结果。

（4）年度决算报告。包括决算报表、编制说明和财务分析报告。决算编制说明应当包括编制决算采用的会计政策以及与决算有关的重要事项，以便于理解各决算报表，应当至少包括预算编制说明涵盖的事项。编制决算采用的会计政策原则上应当与预算编制保持一致，确有必要调整的应当详细说明。

四、预算编制

(一)医院应当在规定时间内完整、准确、及时地完成预算编制工作。

(二)预算编制应当统筹考虑以下方面：

1.坚持公立医院的公益性，正确处理社会效益和经济效益的关系，保障基本医疗服务正常有序开展，提高医疗服务质量和水平，促进医疗、教学、科研协调发展。

2.坚持以战略发展规划为导向，根据区域卫生健康规划、卫生资源配置标准和年度事业发展计划，科学预测年度收入支出目标，合理配置内部资源，实行总量平衡和控制。

3.程序公开透明，充分听取医院领导班子、各职能部门、业务部门和专家意见，实行民主决策，并纳入院务公开内容。

4.坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点，不得编制赤字预算。

5.坚持厉行节约、勤俭办院的方针，加强成本核算和控制，充分考虑成本费用开支范围和规模，结合工作任务、人员编制、有关开支定额标准变化因素等情况，合理编制支出预算。

6.严格控制对外投资，投资范围仅限于医疗服务相关领域，不得使用财政拨款、财政拨款结余对外投资，不得从事股票、期货、基金、企业债券等投资。

7.防范财务风险，加强应收应付预算管理，严格控制借款规模；确需借入或融资租赁的，应当按照规定报批；严禁举债建设。

8.严格结余资金管理，医院累计可支配医疗盈余达到上年度业务支出一定比例的，须在编制年度预算时将累计可支配医疗盈余与业务收入和财政补助收入统筹考虑；规范专用基金

提取。

(三)医院采取“零基预算”与“增量预算”相结合的预算编制方法。

(四)医院应当按照“上下结合、分级编制、逐级汇总”的程序，层层组织做好预算编制工作。首先由预算归口管理部门将各预算科室预算报财务部门，其次由财会部门根据年度计划，进行汇总，经预算管理委员会审查后拟定医院年度预算，由院长办公会审议、经党委会、职工代表大会通过，由财务科掌握执行。

1.财务科：负责医院收入预算、支出预算及收支结余预算的编制。汇总各预算归口管理部门预算，编制医院总收入预算及总支出预算。

2.人事科：根据医院发展目标及人员配置结构，汇总并综合确定各部门人员增减数据，包括各部门的拟招聘人员计划、退休人员计划等，根据预算年度的人员的工资福利支出、各类保险支出、劳务用工支出等方面编制医院人员费用预算。

3.设备科：根据各临床医技科室专用设备需求计划编制医院专用设备采购预算；负责编制专用设备维修及升级支出预算；负责编制年度卫生材料采购预算等。

4.药剂科：根据医院年度药品使用计划编制药品采购预算。

5.综合保障科：负责医院预算期内各项后勤业务预算的编制，结合各科室使用面积、人员数量、物价水平等变化趋势，编制医院水电费预算、后勤物资的采购预算、食堂支出预算；根据医院各类通用设施设备的使用情况，编制维护、维保支出预算；组织医院各科室进行工程类预算的项目编制，如改建项目、新建项目、扩建项目、修缮项目等；根据相关物业管理需要编制洗涤、保洁等方面的支出预算。

6.科教科：根据医院年度科研、教学、进修、培训等计划，汇总并综合编制科研经费预算、科研奖励支出预算；医务人员外出进修、培训支出预算；实习生、进修生等支出预算；对接上海方面的专家费用、其他费用预算等。

7.党政办公室：根据医院预算期内各项管理的需要，编制“三公”经费、各类行政办公费支出预算；编制党建活动经费、党务宣传费、党务报刊杂志费、党务资料费等。

8.宣传科：根据医院年度宣传计划，编制各种宣传、推广、策划等宣传广告支出预算。

9.信息科：根据医院的发展要求，编制各种软件的开发、网络运行维护、电脑购置及维修外包等支出预算。

10.保卫科：根据医院的相关安全管理要求，编制保安、消防人员工资及消防、监控设施维保等方面的支出预算。

五、预算审核和执行

(一)预算管理委员会（见附件）审查后拟定医院年度预算，由院长办公会审议、经党委

会、职工代表大会通过后上报主管部门。

(二)医院要严格执行经批复的预算，完善各项预算管理规章制度，严格遵守预算执行授权审批制度和各项审批程序，形成全方位的预算执行责任体系，并将预算作为开展各项业务活动和经济活动的基本依据。

(三)医院严格执行预算，并将预算逐级分解，落实到具体的责任科室。定期将预算执行情况与预算进行对比分析，及时发现偏差、查找原因，采取必要的措施，保证预算整体目标的顺利完成。

六、预算调整

(一)医院年度预算一经批复，不得随意调整。当医院事业发展计划有重大调整、政府出台相关政策以及存在其他事项对预算执行产生重大影响时，医院应当按照规定程序调整预算并报同级业务主管部门。

(二)安排财政资金的基本支出和项目支出预算调整，按照部门预算管理相关规定执行。

七、年度决算

(一)医院应当按照要求组织开展年度决算工作，编制部门决算和财务决算，确保及时完成年度决算工作。

(二)医院应当按照政府综合财务报告编制工作规定的格式、内容和要求编制财务报告，并纳入部门财务报告合并编制范围。

八、财务分析

(一)医院应当建立分析制度，编制年度预算分析报告和财务分析报告。分析报告应当包括以下内容：

1.预算报告。

预算编制分析。反映医院业务预算、收入费用预算、筹资投资预算等预算编制情况。

预算执行分析。反映医院当期收支预算执行进度，预算执行差异原因分析。

预算结果评价。全方位综合评价医院当期预算完成情况。

2.财务报告。

财政保障水平分析。反映医院当期收到的财政补助情况及财政补助支出进度。

医疗费用控制分析。反映医院当期医疗费用控制情况及采取的措施。

盈余分析。反映医院除来源于财政项目收支和科教项目收支之外的收支结余水平，体现医院财务状况、医疗支出的节约程度以及医院管理水平。

收入费用结构分析。反映医院收入费用结构的合理性，使用药品、耗材、检查、化验收入占医疗收入比重，以及人员经费占比、管理费用率等指标。

成本管理能力分析。反映医院门诊收入和住院收入耗费的成本水平，使用门诊收入成本率、住院收入成本率、百元收入药品、卫生材料消耗等指标。

偿债能力分析。反映医院当期使用资产偿还债务的能力，使用资产负债率、流动比率等指标。

资产运营能力分析。反映医院当期期末资产规模、结构、收益及质量情况，使用总资产周转率、应收账款周转率、存货周转率等指标。

发展能力分析。反映医院通过各种经济活动不断扩大积累而形成的发展潜能情况，使用总资产增长率、净资产增长率等指标。

工作效率分析。反映医院的病床、医疗设备利用率及出诊医生的工作效率情况。

3.其他情况说明。

会计核算分析。反映医院会计核算的规范性和准确性。

内部控制分析。反映医院的单位层面和业务层面的内部控制建设及实施情况。

绩效考核分析。反映医院预算绩效考核制度建立及执行情况、当期绩效目标完成情况。

其他分析。会对医院本期或下期财务状况发生重大影响的事项，以及其他需要分析的事项。

4.分析方法主要包括比较分析法、比率分析法、因素分析法、结构分析法等。医院根据实际情况选择适当的方法进行分析。

5. 医院应当建立财务分析指标预警机制，对核心指标实时监控，及时发现异常情况，查找原因并采取对策措施。医院应当加强财务分析结果的应用，对于财务分析反映的突出问题，提出相应的改进措施并形成书面报告。

九、预算绩效考核

(一)医院应当建立全面预算绩效管理制度。围绕预算管理的主要内容和环节，完善各环节预算绩效管理流程，制订预算绩效管理制度和实施细则。探索构建核心预算绩效指标体系，实现科学合理、细化量化、可比可测、动态调整、共建共享。加快预算绩效管理信息化建设，促进医院财务、资产、业务等信息互联互通。

(二)医院应当采用合理方法考核预算执行结果、成本控制目标实现和业务工作效率等情况，确定预算差异、分析差异原因、落实差异责任，做到职责到位、责任到人，并将预算绩效考核结果作为内部业务综合考核、资源配置、年度评比、内部收入分配的重要依据。

(三)医院业务部门应当根据全面预算绩效管理相关规定开展预算绩效管理工作，统筹考虑资金资产和业务活动，从运行成本、管理效率、履职效能、社会效应、可持续发展能力和服务对象满意度等方面，衡量医院整体及核心业务实施效果，强化绩效考核导向，推动落实

公益性，提升医疗服务质量，促进医院可持续发展。

十、信息化建设

(一)医院应当按照《医院信息化应用技术指引》和《全国医院信息化建设标准与规范》等文件要求，加强预算管理信息化建设，对预算编制、审核、执行、调整、决算、分析、考核的全过程实现信息化管理，提高医院管理和运行效率。

(二)医院预算管理系统要与医院其他信息管理系统（HIS 系统等）有效对接，逐步实现预算系统与其他信息管理信息系统的互联互通，实现预算数据直接从信息系统汇总提取，减少人为干预。

参考文献：

法律法规：《中华人民共和国预算法》、《中共中央国务院关于全面实施预算绩效管理的意见》、《政府会计准则制度》以及《关于印发公立医院全面预算管理制度实施办法的通知》（国卫财务发〔2020〕30号）等。

附件：

无锡市惠山区人民医院预算管理委员会

(一)组织机构

主任：卢峰

副主任：戴智勇、储旭东、徐太静、顾晓红、祝浩刚、包国东

委员：各职能科室负责人及临床、医技科室主任

预算管理办公室设在财务科，负责全面预算管理制度的具体实施。

（二）工作制度和职责

组织医院相关部门论证并决定年度经营目标。

审定医院预算编制的指导原则、编制方法和程序。

组织召开预算管理会，对财务部门提交的各部门预算草案和医院整体预算草案提出质询，并就必要的修改与调整提出意见。

根据医院的经营目标，审批医院年度预算。

每季度听取医院预算执行情况的汇报，审议各部门提出的预算调整方案。

定期检查和分析预算执行情况，听取财务部门及其他部门的汇报，提出改进意见，督促预算管理目标的实现。

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-006	文件名称	内部控制管理办法	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第三次）	制定时间	2013.10.08	修订时间	2023.03.18

内部控制管理办法

为全面推进医院内部控制建设，进一步规范医院经济活动及相关业务活动，有效防范和管控内部运营风险，建立健全科学有效的内部制约机制，促进医院服务效能和内部治理水平不断提高，结合我院实际，制定本办法。

一、总则

(一)本办法所称的内部控制，是指在坚持公益性原则的前提下，为了实现合法合规、风险可控、高质高效和可持续发展的运营目标，医院内部建立的一种相互制约、相互监督的业务组织形式和职责分工制度；是通过制定制度、实施措施和执行程序，对经济活动及相关业务活动的运营风险进行有效防范和管控的一系列方法和手段的总称。

(二)医院内部控制的目标主要包括：保证医院经济活动合法合规、资产安全和使用有效、财务信息真实完整，有效防范舞弊和预防腐败、提高资源配置和使用效益。

(三)医院内部控制主要包括：风险评估、内部控制建设、内部控制报告、内部控制评价。

(四)医院内部控制应当以规范经济活动及相关业务活动有序开展为主线，以内部控制量化评价为导向，以信息化为支撑，突出规范重点领域、重要事项、关键岗位的流程管控和制约机制，建立本单位治理体系和治理能力相适应的、权责一致、制衡有效、运行顺畅、执行有力的内部控制体系，规范内部权力运行、促进依法办事、推进廉政建设、保障事业发展。

医院内部控制应当覆盖医疗教学科研等业务活动和经济活动，要把内部控制要求融入到单位制度体系和业务流程，贯穿内部权力运行的决策、执行和监督全过程，形成内部控制监管合力。

二、管理职责

(一)医院设立内部控制领导小组，主要负责人任组长。组员由各分管领导担任。领导小组主要职责包括：建立健全内部控制建设组织体系，审议内部控制组织机构设置及其职责；审议内部控制规章制度、建设方案、工作计划、工作报告等；组织内部控制文化培育，推动内部控制建设常态化。

(二)医疗设立内部控制工作小组，由财务科作为牵头部门。各职能科室，组织落实各职能范围内内部控制建设工作，包括研究建立内部控制制度体系，编订内部控制手册；组织编制年度内部控制工作计划并实施；推动内部控制信息化建设；组织编写内部控制报告等。

(三)审计部门负责本单位风险评估和内部控制评价工作，制定相关制度；组织开展风险

评估；制定内部控制评价方案并实施，编写评价报告等。

(四)纪检监察部门负责本单位廉政风险防控工作，建立廉政风险防控机制，开展内部权力运行监控；建立重点人员、重要岗位和关键环节廉政风险信息收集和评估等制度。

(五)医务科负责医疗业务相关的内部控制工作，加强临床科室在药品、医用耗材、医疗设备的引进和使用过程中的管理，规范医疗服务行为，防范相关内涵经济活动的医疗业务（即实施该医疗业务可以获取收入或消耗人财物等资源）风险，及时纠正存在的问题等。

(六)医院职能科室是内部控制建设和实施的责任主体，科室负责人对本科室的内部控制建设和实施的有效性负责，应对相关业务和事项进行梳理，确定主要风险、关键环节和关键控制点，制定相应的控制措施，持续改进内部控制缺陷。

三、风险评估管理

(一)本办法所称风险评估，是指医院全面、系统和客观地识别、分析本单位经济活动及相关业务活动存在的风险，确定相应的风险承受度及风险应对策略的过程。

(二)风险评估至少每年进行一次；外部环境、业务活动、经济活动或管理要求等发生重大变化的，应当及时对经济活动及相关业务活动的风险进行重新评估。

(三)医院内部审计部门应当自行或聘请具有相应资质的第三方机构开展风险评估工作，风险评估结果应当形成书面报告，作为完善内部控制的依据。

(四)医院根据设定的内部控制目标和建设规划，有针对性地选择风险评估对象。风险评估对象可以是整个单位或某个科室，也可以是某项业务、某个项目或具体事项。

(五)单位层面的风险评估应当重点关注以下方面：

1.内部控制组织建设情况。包括是否建立领导小组，是否确定内部控制职能部门或牵头部门；是否建立部门间的内部控制沟通协调和联动机制等。

2.内部控制机制建设情况。包括经济活动的决策、执行、监督是否实现有效分离；权责是否对等；是否建立健全议事决策机制、岗位责任制、内部监督等机制。

3.内部控制制度建设情况。包括内部管理制度是否健全，内部管理制度是否体现内部控制要求，相关制度是否有效执行等。

4.内部控制队伍建设情况。包括关键岗位人员是否具备相应的资格和能力；是否建立相关工作人员评价、轮岗等机制；是否组织内部控制相关培训等。

5.内部控制流程建设情况。包括是否建立经济活动及相关业务活动的内部控制流程；是否将科学规范有效的内部控制流程嵌入相关信息化系统；内部控制方法的应用是否完整有效等。

6.其他需要关注的内容。

(六)业务层面的风险评估应当重点关注以下方面：

1.预算管理情况。包括在预算编制过程中医院内部各部门之间沟通协调是否充分；预算编制是否符合本单位战略目标和年度工作计划；预算编制与资产配置是否相结合、与具体工作是否相对应；是否按照批复的额度和开支范围执行预算，进度是否合理，是否存在无预算、超预算支出等问题；决算编报是否真实、完整、准确、及时等。

2.收支管理情况。包括收入来源是否合法合规，是否符合价格和收费管理相关规定，是否实现归口管理，是否按照规定及时提供有关凭据，是否按照规定保管和使用印章和票据等；发生支出事项时是否按照规定程序审核审批，是否审核各类凭据的真实性、合法性，是否存在使用虚假票据套取资金的情形等。

3.政府采购管理情况。包括是否实现政府采购业务归口管理；是否按照预算和计划组织政府采购业务；是否按照规定组织政府采购活动和执行验收程序；是否按照规定保管政府采购业务相关档案等。

4.资产管理情况。包括是否实现资产归口管理并明确使用责任；是否定期对资产进行清查盘点，对账实不符的情况是否及时处理；是否按照规定处置资产等。

5.建设项目管理情况。包括是否实行建设项目归口管理；是否按照概算投资实施基本建设项目；是否严格履行审核审批程序；是否建立有效的招投标控制机制；是否存在截留、挤占、挪用、套取建设项目资金的情形；是否按照规定保存建设项目相关档案并及时办理移交手续等。

6.合同管理情况。包括是否实现合同归口管理；是否建立并执行合同签订的审核机制；是否明确应当签订合同的经济活动范围和条件；是否有效监控合同履行情况，是否建立合同纠纷协调机制等。

7.医疗业务管理情况。包括医院是否执行临床诊疗规范；是否建立合理检查、合理用药管控机制；是否建立按规定引进和使用药品、耗材、医疗设备的规则；是否落实医疗服务项目规范；是否定期检查与强制性医疗安全卫生健康标准的相符性；是否对存在问题及时整改等。

8.科研项目和临床试验项目管理情况。包括是否实现科研或临床试验项目归口管理；是否建立项目立项管理程序，项目立项论证是否充分；是否按照批复的预算和合同约定使用科研或临床试验资金；是否采取有效措施保护技术成果；是否建立科研档案管理规定等。

9.教学管理情况。是否实现教学业务归口管理；是否制定教学相关管理制度；是否按批复预算使用教学资金，是否专款专用等。

10.互联网诊疗管理情况。包括实现互联网诊疗业务归口管理；是否取得互联网诊疗业务

准入资格；开展的互联网诊疗项目是否经有关部门核准；是否建立信息安全管理制度；电子病历及处方等是否符合相关规定等。

11.医联体管理情况。包括是否实现医联体业务归口管理；是否明确内部责任分工；是否建立内部协调协作机制等。

12.信息系统管理情况。包括是否实现信息化建设归口管理；是否制定信息系统建设总体规划；是否符合信息化建设相关标准规范；是否将内部控制流程和要求嵌入信息系统，是否实现各主要信息系统之间的互联互通、信息共享和业务协同；是否采取有效措施强化信息系统安全等。

四、单位层面的内部控制建设

(一)单位层面内部控制建设主要包括：单位决策机制，内部管理机构设置及职责分工，决策和执行的制衡机制；内部管理制度的健全；关键岗位管理和信息化建设等。

(二)医院内部控制领导小组每年至少召开一次会议，研究本单位内部控制管理工作。

内部控制职能部门围绕本部门事业发展规划、年度工作计划等制订内部控制工作计划。

充分发挥医务、教学、科研、预防、资产（药品、设备、总务等）、医保、财务、人事、内部审计、纪检监察、采购、基建、后勤、信息等部门在内部控制中的作用。

(三)医院按照分事行权、分岗设权、分级授权的原则，在职责分工、业务流程、关键岗位等方面规范授权和审批程序，确保不相容岗位相互分离、相互制约、相互监督，规范内部权力运行，建立责任追究制度。

(四)医院建立健全内部管理制度，包括运营管理制度、组织决策制度、人事管理制度、财务资产管理制度、内部审计制度、安全管理制度等，并将权力制衡机制嵌入各项内部管理制度。

(五)医院加强关键岗位人员的管理和业务培训，明确岗位职责和业务流程，关键岗位人员应当具备与其工作岗位相适应的资格和能力，建立定期轮岗机制。

医院内部控制关键岗位主要包括：运营管理、预算管理、收支管理、采购管理、医保结算管理、资产管理、基建项目管理、合同管理、绩效奖金核算管理、人力资源与薪酬管理、医教研防业务管理以及内部监督管理等。

(六)医院根据《中华人民共和国会计法》等法律法规要求建立健全会计机构，明确会计机构的职责和权限，依法合理设置会计工作岗位，配备具备资格条件的会计工作人员，加强会计人员专业技能培训。

医院应当建立健全内部财务管理制度，严格执行国家统一的会计制度，对医院发生的各项经济业务事项进行确认、计量、记录和报告，确保财务会计信息真实完整，充分发挥会计

系统的控制职能。

(七)医院充分利用信息技术加强内部控制建设，将内部控制流程和关键点嵌入医院信息系统；加强信息平台化、集成化建设，实现主要信息系统互联互通、信息共享，包含但不限于预算、收支、库存、采购、资产、建设项目、合同、科研管理等模块；应当对内部控制信息化建设情况进行评价，推动信息化建设，减少或消除人为因素，增强经济业务事项处理过程与结果的公开和透明。

五、业务层面的内部控制建设

(一)预算业务内部控制

1.建立健全预算管理制度，涵盖预算编制、审批、执行、调整、决算和绩效评价等内容。

2.明确预算管理委员会、预算牵头部门、预算归口管理部门和预算执行部门的职责，分级设立预算业务审批权限，履行审批程序，重大事项需要集体决策。

3.合理设置预算业务关键岗位，配备关键岗位人员，明确岗位的职责权限，确保经济业务活动的预算编制与预算审批，预算审批与预算执行，预算执行与预算考核，决算编制与审核，决算审核与审批，财务报告的编制、审核与审批等不相容岗位相互分离。

4.建立预算编制、审批、执行、调整、决算的分析考核工作流程及业务规范；加强预算论证、编制、审批、下达、执行等关键环节的管控。

5.强化对医疗、教学、科研、预防、基本建设等活动的预算约束，使预算管理贯穿医院业务活动全过程。强化预算绩效管理，建立“预算编制有目标、预算执行有监控、预算完成有评价、评价结果有反馈、反馈结果有应用”的全过程预算绩效管理机制。

(二)收支业务内部控制

1.建立健全收入、支出业务管理制度。收入管理制度应当涵盖价格确定、价格执行、票据管理、款项收缴、收入核算等内容；支出管理制度应当涵盖预算与计划、支出范围与标准确定、审批权限与审批流程、支出核算等内容。

2.医院收入、支出业务活动应当实行归口管理。明确各类收入的归口管理部门及职责，各项收入必须纳入医院统一核算，统一管理，严禁设立账外账；支出业务应当实行分类管理，明确各类业务事项的归口管理部门及职责；设立收入、支出业务的分类审批权限，履行审批程序，重大经济活动及大额资金支付须经集体决策。

3.合理设置收入、支出业务关键岗位，配备关键岗位人员，明确其职责权限，确保医疗服务价格的确认和执行、收入款项的收取与会计核算、支出事项申请与审批、支出事项审批与付款、付款审批与付款执行、业务经办与会计核算等不相容岗位相互分离。

4.规范收入管理、票据管理、支出管理等业务工作流程，加强医疗服务价格管理、医疗

收费、退费、结算、票据、支出业务审核、款项支付等重点环节的控制。

5.医院依法组织各类收入。严格执行诊疗规范、价格政策和医保政策，定期核查医疗行为规范及物价收费的相符性；定期核查收入合同的履行情况；加强票据管理，建立票据台账，专人管理。

6.医院严格支出管理。明确经济活动各项支出标准和范围，规范报销流程，加强支出审核和支付控制；实行国库集中支付的，应当按照财政管理制度有关规定执行。

7.医院建立债务管理制度。实行事前论证和集体决策，定期与债权人核对债务余额；医院应当严格控制债务规模，防范风险。

8.医院加强成本管理，推进成本核算，开展成本分析，真实反映医院成本状况；加强成本管控，优化资源配置，夯实绩效管理基础，提升单位内部管理水平。

(三)采购业务内部控制

1.建立健全采购管理制度，坚持质量优先、价格合理、阳光操作、严格监管的原则，涵盖采购预算与计划、需求申请与审批、过程管理、验收入库等方面内容。

2.采购业务活动应当实行归口管理，明确归口管理部门和职责，明确各类采购业务的审批权限，履行审批程序，建立采购、资产、医务、医保、财务、内部审计、纪检监察等部门的相互协调和监督制约机制。

3.合理设置采购业务关键岗位，配备关键岗位人员，明确岗位职责权限，确保采购预算编制与审定、采购需求制定与内部审批、招标文件准备与复核、合同签订与验收、采购验收与保管、付款审批与付款执行、采购执行与监督检查等不相容岗位相互分离。

4.医院优化采购业务申请、采购文件内部审核、采购组织形式确定、采购方式确定及变更、采购验收、采购资料记录管理、采购信息统计分析等业务工作流程及规范，并加强上述业务工作重点环节的控制。

5.医院严格遵守政府采购及药品、耗材和医疗设备等集中采购规定。政府采购项目应当按照规定选择采购方式，执行政府集中采购目录及标准，加强政府采购项目验收管理。

(四)资产业务内部控制

1.建立健全资产管理制度，涵盖资产购置、保管、使用、核算和处置等内容。资产业务的种类包括货币资金、存货、固定资产、无形资产、对外投资、在建工程等。完善监管制度。

2.医院资产应当实行归口管理，明确归口管理部门和职责，明确资产配置、使用和处置国有资产的审批权限，履行审批程序。

3.合理设置各类资产管理业务关键岗位，明确岗位职责及权限，确保增减资产执行与审批、资产保管与登记、资产实物管理与会计记录、资产保管与清查等不相容岗位相互分离。

4.建立流动资产、非流动资产和对外投资等各类资产工作流程及业务规范，加强各类资产核查盘点、债权和对外投资项目跟踪管理等重点环节控制。

5.医院加强流动资产管理。加强银行账户管理、货币资金核查；定期分析、及时清理应收及预付款项；合理确定存货的库存，加快资金周转，定期盘点。

6.医院加强房屋、设备、无形资产等非流动资产管理。严禁举债建设；按规定配置大型医用设备并开展使用评价，推进资产共享共用，提高资产使用效率；依法依规出租出借处置资产；建立健全“三账一卡”制度，做到账账相符、账卡相符、账实相符，定期盘点清医院加强对外投资管理。对外投资应当进行可行性论证，按照规定报送相关主管及财政部门审核审批；加强项目和投资管理，开展投资效益分析并建立责任追究制度。

(五)基本建设业务内部控制

1.医院建立健全基本建设项目管理制度，建立项目议事决策机制、项目工作机制、项目审核机制和项目考核监督机制。

2.明确建设项目决策机构、归口管理部门、财务部门、审计部门、资产部门等内部相关部门在建设项目管理中的职责权限。

3.合理设置建设项目管理岗位，明确岗位职责权限，确保项目建议和可行性研究与项目决策、概预算编制与审核、项目实施与价款支付、竣工决算与竣工审计等不相容岗位相互分离。

4.优化建设工程的立项、设计、概预算、招标、建设和竣工决算的工作流程、业务规范，建立沟通配合机制；强化建设工程全过程管理、资金支付控制、竣工决算办理。

(六)合同业务内部控制

1.医院建立健全合同管理制度，建立合同业务决策机制、工作机制、审核机制、监督机制、纠纷协调机制。

2.明确合同归口管理部门及其职责权限，明确合同承办业务部门、财务部门、审计部门、采购部门等内部相关部门在合同管理中的职责权限。

3.合理设置合同管理岗位，明确岗位职责权限以及合同授权审批和签署权限，确保合同签订与合同审批、合同签订与付款审批、合同执行与付款审批、合同签订与合同用章保管等不相容岗位相互分离。

4.优化合同前期准备、合同订立、合同执行、合同后续管理的工作流程、业务规范，建立沟通配合机制，实现合同管理与预算管理、收支管理、采购管理相结合。

(七)医疗业务内部控制

1.医院建立健全诊疗规范和诊疗活动管理制度，严格按照政府主管部门批准范围开展诊

疗活动，诊疗项目的收费应当符合物价部门、医保部门政策；明确诊疗项目和收费的审查机制、审批机制、监督检查机制。

2.医疗业务活动应当实行归口管理，明确内部医务管理部门、医保部门、物价部门在医疗活动和诊疗项目价格政策执行方面的职责。

3.医院合理设置诊疗项目管理岗位，明确岗位职责权限；明确诊疗项目的内部申请、审核和审批权限，确保诊疗项目的申请与审核、审核与审批、审批与执行等不相容岗位相互分离。

4.医院加强对临床科室诊疗活动的监督检查，严格控制不合理检查、不合理用药的行为；诊疗活动的收费应当与物价项目内涵和医保政策相符合；建立与医保部门、物价部门沟通协调机制，定期分析诊疗服务过程中存在的执行医保、物价政策风险，对存在的问题及时组织整改。

5.医院设置行风管理岗位，定期检查临床科室和医务人员在药品、医用耗材、医疗设备引进过程中的行为规范以及各临床科室是否严格执行本部门的申请机制，建立与纪检监察部门的协调联动机制，严厉查处药品耗材设备购销领域的商业贿赂行为。

6.医院建立与医疗业务相关的委员会制度，明确委员会的组织构成和运行机制，加强对药品、医用耗材、医疗设备引进的专业评估和审查，各临床科室应当建立本部门药品、医用耗材、医疗设备引进的内部申请和决策机制。

(八)科研业务内部控制

1.医院建立健全科研项目管理制度，建立项目决策机制、工作机制、审核机制和监督机制。

2.明确科研项目归口管理部门及其职责权限，明确科研项目组织部门、财务部门、审计部门、采购部门、资产部门等内部相关部门在科研管理中的职责权限。

3.合理设置科研项目管理岗位，明确岗位职责权限，确保项目预算编制与审核、项目审批与实施、项目资金使用与付款审核、项目验收与评价等不相容岗位相互分离。

4.优化科研项目申请、立项、执行、结题验收、成果保护与转化的工作流程、业务规范，建立沟通配合机制，加强科研项目研究过程管理和资金支付、调整、结余管理，鼓励科研项目成果转化与应用；建立横向课题和临床试验项目立项审批和审查制度，加强经费使用管理。

(九)教学业务内部控制

1.医院建立健全教学业务管理制度，建立教学业务工作的决策机制、工作机制、审核机制和监督机制。

2.明确教学业务归口管理部门及其职责权限，明确教学业务管理部门、财务部门、审计

部门、采购部门、资产部门等内部相关部门在教学管理中的职责权限。

3.合理设置教学业务管理岗位，明确岗位职责权限，确保教学业务预算编制与审核、教学资金使用与付款审批等不相容岗位相互分离。

4.优化教学业务管理的工作流程、工作规范，建立部门间沟通配合机制；按批复预算使用教学资金，专款专用，加强教学经费使用管

(十)互联网医疗业务内部控制

1.建立健全互联网诊疗服务与收费的相关管理制度，严格诊疗行为和费用监管。

2.医院明确互联网医疗业务的归口管理部门及其职责权限。明确临床科室、医务部门、信息部门、医保部门、财务部门、审计部门等内部相关部门在互联网医疗业务管理工作中的职责权限。

3.建立互联网医疗业务的工作流程、业务规范、沟通配合机制，对互联网医疗业务管理的关键环节实行重点管控。

(十一)医联体业务内部控制

1.负责建立医联体议事决策机制、工作机制、审核机制、监督机制；建立健全医联体相关工作管理制度，涵盖医联体诊疗服务与收费，资源与信息共享，绩效与利益分配等内容。

2.各成员单位要明确医联体相关业务的归口管理部门及其职责权限。建立风险评估机制，确保法律法规、规章制度及医联体经营管理政策的贯彻执行，促进医联体平稳运行和健康发展。

(十二)信息化建设业务内部控制

1.建立健全信息化建设管理制度，涵盖信息化建设需求分析、系统开发、升级改造、运行维护、信息安全和数据管理等方面内容。

2.信息化建设实行归口管理。明确归口管理部门和信息系统建设项目牵头部门，建立相互合作与制约的工作机制。

3.合理设置信息系统建设管理岗位，明确其职责权限。信息系统建设管理不相容岗位包括但不限于：信息系统规划论证与审批、系统设计开发与系统验收、运行维护与系统监控等。

4.医院根据事业发展战略和业务活动需要，编制中长期信息化建设规划以及年度工作计划，从全局角度对经济活动及相关业务活动的信息系统建设进行整体规划，提高资金使用效率，防范风险。

5.医院建立信息数据质量管理制度。信息归口管理部门应当落实信息化建设相关标准规范，制定数据共享与交互的规则和标准；各信息系统应当按照统一标准建设，能够完整反映业务制度规定的活动控制流程。

6.医院将内部控制关键管控点嵌入信息系统，设立不相容岗位账户并体现其职责权限，明确操作权限；相关部门及人员应当严格执行岗位操作规范，遵守相关业务流程及数据标准；应当建立药品、可收费医用耗材的信息流、物流、单据流对应关系；设计校对程序，定期或不定期进行校对。

7.加强内部控制信息系统的安全管理，建立用户管理制度、系统数据定期备份制度、信息系统安全保密和泄密责任追究制度等措施，确保重要信息系统安全、可靠，增强信息安全保障能力。

六、内部控制报告

(一)本办法所称内部控制报告，是指医院结合本单位实际情况，按照相关部门规定编制的、能够综合反映本单位内部控制建立与实施情况的总结性文件。

(二)医院是内部控制报告的责任主体。单位主要负责人对本单位内部控制报告的真实性和完整性负责。

(三)医院内部控制报告编制应当遵循全面性原则、重要性原则、客观性原则和规范性原则。

(四)医院应当根据本单位年度内部控制工作的实际情况及取得的成效，以能够反映内部控制工作基本事实的相关材料为支撑，按照财政部门发布的统一报告格式编制内部控制报告。

反映内部控制工作基本事实的相关材料一般包括：会议纪要、内部控制制度、业务流程图、风险评估报告、内部控制培训材料等。

(五)医院加强对本单位内部控制报告的使用，通过对内部控制报告反映的信息进行分析，及时发现内部控制建设工作中存在的问题，进一步健全制度，完善监督措施，确保内部控制有效实施。

七、内部控制评价与监督

(一)本办法所称内部控制评价，是指医院内部审计部门或确定的牵头部门对本单位内部控制建立和实施的有效性进行评价，出具评价报告的过程。

本办法所称内部控制监督，是指内部审计部门、内部纪检监察等部门对医院内部控制建立和实施情况进行的监督。

(二)医院内部控制评价工作可以自行组织或委托具备资质的第三方机构实施。已提供内部控制建设服务的第三方机构，不得同时提供内部控制评价服务。

(三)医院内部审计部门和纪检监察部门应当制定内部控制监督制度，明确监督的职责、权限、程序和要求等，有序开展监督工作。

(四)医院内部控制评价分为内部控制设计有效性评价和内部控制运行有效性评价。

1.内部控制设计有效性评价应当关注以下几方面：内部控制的设计是否符合《行政事业单位内部控制规范（试行）》等规定要求；是否覆盖本单位经济活动及相关业务活动、是否涵盖所有内部控制关键岗位、关键部门及相关工作人员和工作任务；是否对重要经济活动及其重大风险给予足够关注，并建立相应的控制措施；是否重点关注关键部门和岗位、重大政策落实、重点专项执行和高风险领域；是否根据国家相关政策、单位经济活动的调整和自身条件的变化，适时调整内部控制的关键控制点和控制措施。

2.内部控制运行有效性评价应当关注以下几方面：各项经济活动及相关业务活动在评价期内是否按照规定得到持续、一致的执行；内部控制机制、内部管理制度、岗位责任制、内部控制措施是否得到有效执行；执行业务控制的相关人员是否具备必要的权限、资格和能力；相关内部控制是否有效防范了重大差错和重大风险的发生。

(五)医院内部控制评价报告至少应当包括：真实性声明、评价工作总体情况、评价依据、评价范围、评价程序和方法、风险及其认定、风险整改及对重大风险拟采取的控制措施、评价结论等内容。

(六)医院依法依规接受财政、审计、纪检监察等外部门对本单位内部控制工作的监督检查，要及时整改落实，完善内部控制体系，确保内部控制制度有效实施。

参考文献

法律法规：依据《《中华人民共和会会计法》、《行政事业单位内部控制规范》、《关于全面推进行政事业单位内部控制建设的指导意见》及《关于印发公立医院内部控制管理办法的通知》（国卫财务发【2020】31号）。

附件：

无锡市惠山区人民医院内部控制领导小组

组长：卢峰

组员：戴智勇、储旭东、徐太静、顾晓红、祝浩刚、包国东

下设办公室

主任：包国东

成员：各职能科室负责人及临床、医技科室主任

牵头部门：财务科

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-007	文件名称	固定资产管理办法	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第三次）	制定时间	2013.10.08	修订时间	2023.03.18

固定资产管理办法

为了规范和加强医院固定资产管理，维护国有资产的安全完整，合理配置和有效利用医院资产，保障和促进医院医、教、研等方面的发展，结合我院实际，制定本办法。

一、总则

(一)本办法适用于我院所有固定资产的管理活动。

(二)固定资产管理的主要内容是固定资产的分类与计价的确定；固定资产购置、使用、维护、监督检查、统计、综合评价和处置；固定资产清查盘点；固定资产账务管理等。

(三)医院固定资产管理的主要任务是完善固定资产管理体制；合理配置和有效使用固定资产；健全管理制度；落实管理责任；确保固定资产的安全与完整，防止资产流失；实现资产的保值增值。

二、管理机构及其职责

(一)医院固定资产管理领导部门为医院固定资产管理领导小组；固定资产归口管理科室为信息科、设备科、总务科，各使用科室负责人为第一管理责任人，并设立 1 名兼职固定资产管理员。医院固定资产管理实行归口管理、分级负责、责任到人的管理体制。

(二)固定资产领导小组下设办公室（见附件），负责全院固定资产组织管理工作，主要职责：

1.建立健全医院固定资产各项管理制度，明确资产管理岗位职责和权限，确保各个岗位职责明确，避免交叉。

2.对资产从购建审批、出入库、保管、使用、维修、转移、处置等各环节实行监管。

3.按照会计制度的要求，定期组织全院资产的清查盘点。

4.参与大型设备购置，基本建设项目与土地使用的经济论证，参与资产购建招标，组织对外投资项目的可行性评价。

5.参与考核资产使用效率、效益，分析指标。

6.对各资产管理部门负责人及管理员的工作进行监督、考核。

(三)全院固定资产的归口管理科室为信息科、设备科和总务科。设备科负责全院专用设备；信息科负责一般设备中的计算机、服务器、打印机、传真机；总务科负责全院房屋及建筑物；通用设备（上述纳入信息科管理的除外）；其他固定资产（上述纳入信息、设备科管理的除外）的管理。归口管理科室主要职责：

1.建立完整的固定资产档案，规范管理程序，完善实物资产的产权证办理、资产申购、资产添置、资产调拨、资产维护以及资产处置等相关手续，负责组织设备、物资采购的论证、招标、验收等工作。

2.负责固定资产实物的分类统计，分类明细账、卡、固定资产标签管理，确保明细账与实物相符。

3.监督、检查各使用部门的固定资产管理工作。

4.统一规划实物资产的资源配置，提高固定资产的使用效率。

5.根据使用部门申请，组织固定资产处置的技术鉴定，提出处理意见并会同相关部门编报有关资产的变动情况。

6.对归属本部门管理的固定资产进行清查、维护、跟踪和统计工作。

(四)全院固定资产的财务监督和会计核算工作由财务科负责，主要职责：

1.贯彻执行国家有关固定资产管理的法律、法规及相关政策。

2.负责医院固定资产的财务监督和会计核算工作，设置固定资产总分类账，确保固定资产总账与实物账相一致。

3.负责固定资产的总分类账核算，按期编报固定资产增减变化情况的会计报表。

4.负责无形资产的入出库核算，按规定计提摊销。

5.参与核定固定资产需用量，为固定资产更新改造修理计划提供资料。

6.对购置、内部转移、租赁、封存、报废固定资产等工作，协助固定资产管理部门及时办理手续，合理分类、计价，及时进行会计处理。

7.会同有关部门定期进行固定资产清查、盘点。发现盘盈、盘亏和毁损等情况，在资产归口部门查明原因，分清责任后，按规定对相关资产办理财务报损（废）等手续。

8.会同有关部门对固定资产的使用状况和使用效果进行分析，促进合理使用，提高利用效果。

9.协助接待上级来院现场查看资产的工作。

(五)固定资产的占有或使用部门负责本部门的固定资产管理工作，主要职责：

1.贯彻执行医院有关固定资产管理的规定，制定并组织实施本部门固定资产管理的实施细则，对本部门领入或使用的物资负有妥善保管和合理使用的责任。各部门的第一负责人是该部门固定资产管理的第一责任人，第一责任人可以授权管理，但不能免除责任。

2.建立有关固定资产明细和固定资产使用卡片，并定期对本部门固定资产包括账、卡、物进行核对，开展资产清查、登记、统计报告及日常监督检查工作，及时登记和填报设备使用数据。

3.申报本部门固定资产购建计划，参与本部门资产的可行性论证及招标、采购、验收、维修保养等工作。

4.提出固定资产处置意见。

5.接受归口管理部门的监督、检查和指导。

三、固定资产的范围、分类与计量

(一)固定资产是指医院为满足自身开展业务活动或其他活动需要而控制的，使用年限超过1年（不含1年），单位价值在规定标准以上，并在使用过程中基本保持原有物质形态的资产，一般包括房屋及构筑物、专用设备、通用设备等。

单位价值虽未达到规定标准，但是使用年限超过一年（不含1年）的大批类物资，如图书、家具、用具、装具等，应当确认为固定资产。

(二)固定资产一般分为六大类：房屋及构筑物；专用设备；通用设备；文物和陈列品；图书、档案；家具、用具、装具及动植物。

(三)医院固定资产价值的确定：

1.外购固定资产，按照实际支付的购买价款、相关税费以及固定资产交付使用前所发生的可直接归属于该项资产的运输费、装卸费、安装费和专业人员服务费等相关支出作为成本。

2.自行建造的固定资产，其成本包括该项资产至交付使用前所发生的全部必要支出。已交付使用但尚未办理竣工决算手续的固定资产，应先按估计价值入账，待办理竣工决算后再按实际成本调整原来的暂估价值。

3.改建、扩建、大型修缮后的固定资产，其成本按照原固定资产账面价值加上改建、扩建、大型修缮后发生的支出，再扣除固定资产被替换部分的账面价值后的金额确定。

4.融资租入的固定资产，其成本按照租赁协议或者合同确定的价款、相关税费以及固定资产交付使用前所发生的可归属于该项资产的运输费、途中保险费、安装调试费等确定。

5.无偿调入的固定资产，其成本按照调出方账面价值加上相关税费、运输费等确定。

6.接受捐赠的固定资产，其成本按照有关凭据注明的金额加上相关税费、运输费等确定；没有相关凭据可供取得，但按规定经过资产评估的，其成本按照评估价值加上相关税费、运输费等确定；没有相关凭据可供取得、也未经资产评估的、其成本比照同类或类似资产的市场价格加上相关税费、运输费等确定；没有相关凭据且未经资产评估、同类或类似资产的市场价格也无法可靠取得的，按照名义金额入账，相关税费、运输费计入当期费用。

7.置换取得的固定资产，其成本按照换出资产的评估价值加上支付的补价或减去收到的补价，加上换入固定资产发生的其他相关支出的确定。

8.盘盈的固定资产，其成本按照有关凭据注明的金额确定；没有相关凭据可供取得，但

按规定经过资产评估的，其成本按照评估价值确定；没有相关凭据、也未经资产评估的、其成本按照重置成本确定；如无法采用上述方法确定盘盈固定资产成本的，按照名义金额（人民币 1 元）入账。

(四)固定资产计提折旧及后续支出

1.医院应当按月计提折旧，当月增加的固定资产，当月开始计提折旧；当月减少的固定资产，当月不再计提折旧。固定资产提足折旧后，无论是否继续使用，均不再计提折旧；提前报废的固定资产，也不再补提折旧。已提足折旧的固定资产，可以继续使用的，应当继续使用，规范实物管理。

2.资本化的后续支出。如果使可能流入医院的经济利益或者服务潜能超过了原先的估计，如增加了固定资产的使用效能或者延长了固定资产的使用寿命，则应当计入固定资产账面价值。一般为改建、扩建或大型修缮等支出。

3.费用化的后续支出。发生固定资产维护支出只是确保固定资产的正常工作状况，并不导致固定资产性能的改变或固定资产未来经济利益或服务潜力的增加。应在发生时直接计入当期费用，一般为修理支出。

四、固定资产账务管理

医院固定资产应建立三账一码制度，具体要求：

1.财务科设置固定资产总分类账，定期或不定期的与财产归口管理部门进行账账核对工作，确保账账相符。

2.财产归口管理部门即信息科、设备科、综合保障科设置总分类账和明细分类账，分类分户管理，建立固定资产二维码管理，详细记录资产名称、财产编码、规格型号、使用及放置部门、购置日期、原值等，完善固定资产档案，确保账码相符。

3.使用部门设置本部门的固定资产台账，详细登记其类别、品种、数量、金额、领用日期、使用人等具体情况，并会同财产归口管理部门定期进行账、二维码、物核对工作，确保账账相符、账码相符、账物相符。

五、固定资产的日常管理

(一)医院建立健全固定资产保管和保养制度，各使用部门切实做好防火、防盗、防爆、防潮、防尘、防锈、防蛀等工作。

(二)资产使用部门科室的第一负责人是部门固定资产管理的第一责任人，具体落实本部门兼职固定资产管理员，规范管理科室的固定资产。

(三)对固定资产的检修工作应做到及时、经常对大型、精密、贵重仪器设备要定期检测、校验，确保精度和性能完好，防止事故发生。对房屋构筑物应定期勘查、鉴定、修缮，确保

使用安全。

(四)归口管理部门对精密、贵重及易发安全事故的仪器设备，要制定具体操作规程，并指定专人负责技术指导和安全教育工作，经常对使用人员进行技术培训和安全教育。

(五)对购置大型精密贵重仪器设备以及基本建设过程中形成的各类文件资料，使用部门的资产管理员必须及时收集、整理、妥善保管并建立档案。

(六)医院固定资产一般不得对外出租、出借，确需出租、出借的应由借出部门提出申请，归口管理部门审核，报经院领导审批同意。未经批准不得对外出租、出借。

(七)建立固定资产使用情况检查和考核制度，根据医院的医、教、研等方面的业务需要，对长期闲置、利用率低下的固定资产归口管理部门应及时进行合理调配，提高利用率。

(八)医院建立固定资产清查制度。原则上固定资产办公室组织归口管理部门对所管理的设备每年进行一次清查盘点，并根据需要不定期地进行全面或局部清查，确保账、二维码、物相符。对盘盈、盘亏的固定资产应及时查明原因，分清责任，按规定做出处理。

六、固定资产的增加、验收、入账及领用

(一)固定资产的增加是指购置、建造、改良、受赠、调拨等活动引起的固定资产数量和价值的增加。

(二)医院固定资产的添置必须遵循医院的需求与医院的财政可能相结合的原则。首要考虑是否对医疗、教学、科研工作确有益处，根据医院的规模、卫生技术人员的技术水平条件的现状、发展趋势和管理水平，是否需要和能否使用，统筹规划、逐步安排。同时又要考虑财务预算是否可能，充分考虑医院的短期和远期的支付能力。

(三)属于基本建设范围的固定资产，建筑安装工程从立项到完工结算及交付使用，一律按基本建设投资的有关规定办理。

(四)不属于基本建设范围的，由使用部门提出年度预算计划，统一交归口管理部门整理汇总，交专题会议讨论。每年在院长主持下召开专题会议，根据医院长远发展计划和经济能力，在充分研究和论证可行的情况下，编制年度购置计划，年度内原则上按计划购置。

(五)归口管理部门严格按照年度购置计划采购，如执行计划有变更，必须征得使用部门同意，如使用部门要求变更计划，也必须取得管理部门认可，并附变更计划的理由。

(六)临时需添置固定资产，需由使用部门提出申请，管理部门认定，确有需要配置的，加意见后呈分管院长、院长审批。

(七)固定资产的验收和入库。凡购进的固定资产，各管理部门必须及时验收：检查入库资产与批准购置的资产品名、规格、型号、数量是否相符，有无应附的技术证书及合格证，在验收合格的情况下，填写验收单，并按要求在固定资产管理系统中录入资产信息，生成固

定资产卡片。管理部门及时将验收单和发票送到资产会计处办理入库手续，生成一式二联入库单，一联资产管理部门自留，作为明细账的入账依据，一联连同发票等有关资料到财务科结账，并据以增加固定资产总账。

(八)凡涉及固定资产原值发生变化的改建项目，应将批准的原始凭证及相关批件交归口管理部门办理固定资产入库手续。

(九)固定资产的领用。使用部门提出领用申请，经资产管理部门同意后，由使用部门到资产会计处办理出库手续，生成一式三联的固定资产出库单，一联使用科室自存，一联交资产归口管理部门，生成固定资产二维码标签，并负责贴于资产上，一联资产会计处月底汇总交财务科。

七、固定资产盘点、处置

(一)固定资产管理办公室负责牵头每年组织一次清产核资工作，如有盘盈、盘亏，资产归口管理部门应查明原因，提出处理意见，如果确系因保管不善造成的损失，应视责任大小，由当事人进行赔偿。

(二)固定资产处置包括固定资产的转让、出让、出售、置换、捐赠、报损、报废等。

(三)固定资产由于已超过规定使用年限无法使用和非过失引起的损失（经有权部门鉴定）应及时作报损处理。程序：由使用科室填写“固定资产处置内部审批表”，由科室负责人签字后交资产管理部门，资产管理部门组织专业人员进行鉴定，经领导批准后，使用科室将报废资产送至归口管理部门报废物资仓库，同时到资产会计处办理报废手续，产生一式三联报废单，一联连同经审批的处置审批表交财务科进行账务调整，一联交资产管理部门，一联使用科室自存分别据以登账。财务科负责将相关资料报主管部门审批后报市财政局备案，单项价值在300万元以上（含）的，报市政府审批。

(四)属人为使用不当等原因引起的设备损坏，应由当事人填写损坏报告，维修人员鉴定确认，管理部门根据责任大小签署赔偿意见。单位在千元以上的不可修复设备、仪器，需经院领导批准，然后按程序进行报废。

(五)资产因临床业务需要进行转科使用，应填制“固定资产调拨单”，经调剂双方确认、管理部门审核、分管领导批准、财务科办理固定资产调拨后始得进行实物转移。归口管理部门应进行登记。

八、附则

本办法由医院固定资产领导小组负责解释，自公布之日起实施。

参考文献：

法律法规：依据《医院财务制度》（财社【2010】306号）、《中华人民共和会会计法》（主席令第

24 号）、《政府会计制度》、《政府会计准则第 3 号-固定资产》（财会【2016】12 号）、《政府会计准则第 3 号-固定资产应用指南》（财会【2017】4 号等。

附件：

无锡市惠山区人民医院固定资产管理领导小组

组长：卢峰

副组长：戴智勇、储旭东、徐太静、顾晓红、祝浩刚、包国东

成员：崔良良、许蓝、黄洋、病区护士长、医技科室主任及各科室资产管理员

下设办公室：

主任：包国东

副主任：周云霞、朱洪明、朱启贯、李相宗

成员：崔良良、许蓝、黄洋、病区护士长、医技、保健、医辅科室主任及各科室资产管理员

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-008	文件名称	物价管理制度	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第四次）	制定时间	2013.10.08	修订时间	2023.03.18

物价管理制度

为规范医院收费行为，加强医院内部价格管理，维护医患双方合法权益，正确执行《江苏省医疗服务收费价格》和药品价格管理的相关规定，结合医疗服务价格管理特点，制定本制度。本制度适用于医院内的各级各类医疗收费科室。

一、物价管理组织机构工作制度

(一)物价管理工作领导小组（见附件）

1.认真贯彻有关医药价格政策、法规，实现规范化、科学化、制度化管理；

2.研究制定医院内部的价格管理制度、业务流程、考评指标及奖惩标准，并负责组织实施；

3.对医院价格的申报、调整、公示、执行、核查、考核、评价等全过程进行组织实施和管理；

4.适时召开价格管理工作会议，根据相关部门工作部署指导、协调有关工作进展，对医院价格管理进行调控。

(二)物价管理工作办公室

1.树立法制观念，认真学习《价格法》及相关法律法规及政策，在总会计师的领导下依法开展物价管理工作；

2.对医院价格行为进行内部管理，熟悉医疗项目内涵，对已立项的医疗服务成本进行科学合理测算，提出改进管理、降本增效的建议和措施；

3.定期进行收费政策宣讲工作，指导临床、医技科室正确执行医药价格政策；对兼职物价员进行价格政策培训，布置相关工作；

4.定期对门（急）诊、住院患者费用进行检查，并将检查结果反馈科室，及时纠正不规范收费行为；

5.接待医疗服务价格管理方面的咨询、处理价格相关投诉，针对有效投诉撰写分析报告并提出整改意见；

6.配合相关部门开展医疗服务价格检查；完成主管部门交办的各种医疗服务成本及价格相关调查和统计工作，为调整医疗服务价格政策提供真实可靠的数据。

二、医疗服务收费公示制、查询制、清单制

(一)公示制。在门诊大厅、医技科室、病区等服务场所的显著位置，用电子触摸屏、电子显示屏、公示牌等方式实行价格公示，标示常用医疗服务项目、药品、医用耗材的价格。具体公示内容严格遵循《无锡市城市公立医院医药价格综合改革实施方案》的规定，做到清晰明了、准确无误。当价格发生变动时，及时调整有关公示内容，并按照公示的实际项目和价格进行收费。

(二)查询制。在门诊大厅、住院大厅设有电子信息查询系统，医院开展的所有医疗服务项目及药品、耗材均可进行价格查询；门诊患者录入门诊发票号码可详细查询已缴费的医疗服务和药品价格；住院患者通过住院号查询每日明细的医疗费用情况。电子信息查询系统能提供实时查询功能。

(三)清单制。门诊收费发票向患者提供药品、检验、检查及治疗费用的收费明细；向在院患者提供医疗费用电子“一日一清单”，日清单提供住院号、病人姓名、费用日期、费用名称、数量、单价、金额；向出院患者提供“出院患者医疗费用明细单”，费用清单明示该患者住院期间发生的各种医疗服务项目、药品、医用耗材的具体收费明细。

三、价格投诉管理制度

(一)建立价格投诉管理制度，实行首问负责制。

(二)院内设有投诉箱，以便消费者监督。

(三)在接到患者价格投诉时，及时做好记录，并在规定时间内妥善处理患者投诉。

(四)认真登记物价投诉接待台账，落实处理结果及做好整改记录，督促相关科室重视出现的问题，事后进行抽查，保证整改后的效果。

对于上级部门转给医疗机构的投诉信，应当有办结报告及整改措施。

四、医疗服务项目新增和价格调整管理制度及申报流程

(一)医疗服务价格调整管理制度

医院各临床、医技科室根据实际情况向有关科室申报医疗服务项目及特殊医用材料的新增或调整事项，相关科室进行审核。专职物价员按照物价政策的规定报总会计师审批后进行价格调整。物价员定期抽查 His 系统中的执行情况。

(二)新增医疗服务项目管理制度流程

本制度所称新增医疗服务项目，是指未纳入《江苏省医疗服务项目价格》，经临床试验、专家论证，能够提高诊断治疗水平且诊疗效果明显，可在医疗机构开展的医疗新技术、新项目。

1.临床科室书面申请报告，提供新项目申报的详细材料报医务科立项审核；

2.物价员根据临床提供材料进行成本测算和材料汇总；

3.经医院价格委员会审核论证，报院长办公会集体研究同意；

4.新增医疗服务价格项目填报《江苏省新增医疗服务价格项目申报表》；新增除外内容填报《江苏省新增除外内容申报表》；涉及医用仪器设备、特殊医用耗材、试剂等的医疗服务价格项目，提供药品监督管理部门批准的医疗器械注册证、生产经营许可证、使用说明书，列入甲、乙类大型医用设备管理目录的需同时提供配置许可批准文件。

5.提供医院价格委员会审核论证新增和完善医疗服务价格项目的会议纪要；医院对申报材料的真实性、合法性负责。

6.新增项目材料医院报送市卫生健康委、市医疗保障局，由市卫生健康委、市医疗保障局审核并报送省卫生健康委、省中医药管理局，省局会同省医疗保障局组织召开评审会。

7.等待省医疗保障局、省卫生健康委（省中医药管理局）正式发文公布。

8.收到医疗服务项目价格正式文件后，医院对新增医疗服务项目价格进行公示，按照服务内容、服务规范提供服务。

(三)非新增医疗项目（院内新增，省收费文件有编码及价格项目）审批流程

临床科室通过 OA 系统申请→科主任审核→医务科或护理部审核→分管院长审批→物价员审核→总会计师审批→物价员在医院 HIS 系统中进行收费项目维护并做好台账记录。

(四)新增特殊医用材料审批流程

临床科主任通过 OA 系统申请→科室分管院长审批→采购中心审核→物价员审核→医务

科审核→设备科审核→设备分管院长审批→院长审批→物价员在医院HIS系统中进行收费项目维护并做好台账记录。

(五)医疗服务项目价格调整流程

医院收到价格主管部门调价文件→总会计师→专职物价员→发送给相关科主任→物价员按文件规定的执行时间在HIS系统中进行价格调整→做好价格调整的台账记录备查。

五、医疗服务成本测算和成本控制管理制度

(一)医院测算医疗服务项目成本，以项目直接成本为基础，按照正常的服务时间、诊疗（服务）规定核定；

(二)考虑相关医疗项目比价关系、专家价格建议及地区经济发展水平、群众承受能力等；

(三)加强区域衔接，引导医疗机构适宜技术的发展和应用；

(四)密切监测医疗服务成本和收入结构变化，向相关部门提出调整医疗服务项目价格的意见建议；

(五)在确保医疗质量的前提下，构建成本控制的科学管理机制；通过事前控制、现场控制及反馈控制等环节，科学规范收费行为；

(六)开展医疗服务项目所使用的医疗仪器（设备）原值超过壹仟万元的，以及试行期满后制定正式价格的，在满足成本监审条件下应当成本监审。

六、医疗服务收费内部监督及检查制度

(一)专职物价员定期抽取临床科室的病历记录，对照收费明细清单，核查科室医疗服务价格执行情况。各科室在收费中，须健全和坚持核对制度，不得扩大收费范围，不得多收、套收、杜绝漏收。发现“三单”（医嘱单、治疗记录单、记费单）不符，及时反馈科室，督促科室整改。

(二)专职物价员每季度组织兼职物价员对各病区出院清单进行互查，查出的问题进行汇总后形成互查分析报告，及时纠正不规范收费行为。

(三)病区主班护士对患者住院期间发生的费用进行复核。对病历检查过程发现的多收、少收及漏收现象，及时采取有效措施进行解决。

(四)专职物价员定期深入临床科室调研，加强物价政策的宣传，指导科室正确、合理、合法地收费。兼职物价员加强科室收费管理，充分发挥上传下达的作用，确保科室正确收费。

(五)医院职工都有义务维护医院形象，有义务反映医院物价管理工作中存在的问题，监督物价管理部门的工作，建立内部监督检查长效机。

七、医疗服务价格政策文件档案管理制度

(一)对有关医疗服务价格政策的文件专卷保存。

(二)医疗服务价格管理过程中的基础数据、专家意见、相关建议、内部讨论的会议纪要等基础资料，记录完整、专卷保存。

八、物价考核管理制度

财务科物价办公室具体负责全院的物价管理考核工作，设专职物价员组织日常考核，各科室护士长作为兼职物价员，医务科、护理部、信息科和医保办协助考核。

(一)物价管理考核内容

1.收费的准确性；各科室应严格遵循物价收费政策和标准，不得自立项目收费、分解收费、重复收费，也不得少收、漏收。

2.电子一日清单制的落实；物价公示的完整性、针对性、及时性。

3.收费咨询、解释工作情况：当病人提出有关收费方面的疑问时，各科室应在能力范围内给予准确、及时的答复，对于回答不了的问题，应向病人提供问题答复归属部门的向导。

4.收费纠纷沟通及其化解情况；各科室应做好医药收费沟通工作，如发生收费差错，应及时纠正，不得激化矛盾，损害病人利益。

(二)物价管理考核奖惩措施

1.对于执行物价政策的规定，检查中没有扣分的部门和科室予以表扬；

2.发生了收费差错，并在科室范围内得到及时纠正的，给予批评教育和警示；

3.在答复能力范围内不能及时做好咨询解释工作的，造成影响的，综合目标考核扣分；

4.科室自立项目收费、分解收费、重复收费，责令整改，综合目标考核扣分。

5.医务人员开大处方、滥用药、乱检查、增加患者医药费用负担的，综合目标考核扣分。

6.发生病人投诉，经查实属不合理收费的，责令及时整改，综合目标考核扣分。

参考文献

1.《中华人民共和国价格法》及《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》（发改价格【2016】1431 号）。

2.国家卫生健康委国家中医药管理局《关于印发医疗机构内部价格行为管理规定的通知》国卫财务发[2019]64 号。

3.江苏省卫生健康委员会江苏省医疗保障局江苏省中医药管理局关于印发《新增医疗服务价格项目申报评审服务指南》的通知苏卫财务[2020]53 号。

附件：

无锡市惠山区人民医院价格管理委员会

组长：卢峰

副组长：戴智勇、储旭东、徐太静、顾晓红、祝浩刚、包国东

成员：各职能科室负责人

下设办公室：

主任：崔良良

成员：医技科室负责人、各病区护士长及兼职物价员

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-009	文件名称	医药价格信息管理制度	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第四次）	制定时间	2013.10.08	修订时间	2023.03.18

医药价格信息管理制度

为建立健全医院价格管理信息化制度，明确相关部门和岗位的职责与权限，确保软件系统操作与维护数据的准确性、完整性、规范性与安全性，特制定该制度。

一、院领导全面负责医院医药价格管理工作，价格管理委员会对全院医药价格的执行进行协调、检查、监督。

二、价格管理办公室在全面掌握物价部门医药价格政策的基础上，负责全院医药价格信息的收集及宣传贯彻执行工作。

三、对新增医疗服务项目或新增特殊医用材料，严格履行规范的申请、审批、申报程序执行。

四、物价管理人员按全省统一规范标准，对全院检查治疗项目进行整理，按规范的“收费项目、收费标准、项目编码”进行归类。

五、药品价格管理方面，严格按照国家发改委以及物价、药监等部门关于药品价格相关规定维护和执行。

六、信息科协助物价员将“江苏省医疗服务项目价格手册”中我院开展的检查治疗项目及药品目录在医院综合管理网络系统中进行维护，并对信息字典的维护工作“特别授权”，确保信息字典的安全。

七、各医疗、医技科室在合理检查、合理治疗、合理用药前提下，对照规范的收费标准进行收费，在收费执行过程中存在的问题或建议及时与财务科、药剂科、医保办等相关部门沟通，保证医疗服务收费的准确执行。

八、对按照国家物价政策，属于“调价项目”的，按规范的调价程序及时更新。

九、进行医疗服务价格调整时，系统必须有调整记录；加强对数据处理过程中修改权限与修改痕迹的控制。

十、加强医疗服务项目价格调整文件电子信息管理，做好电子文件的存储、备份及保管。

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-010	文件名称	医疗欠费管理办法	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第三次）	制定时间	2013.10.08	修订时间	2023.11.12

医疗欠费管理办法

为进一步加强医院的经济管理，明确各级人员的职责，控制病人医疗欠费，降低可控成本，减少经济损失，提高医院经营效益，特制定医疗欠费管理办法如下：

一、成立医疗欠费管理领导小组

组长：卢峰

副组长：包国东

组员：周云霞、郑雄、严文杰、葛伟民、任凌燕、李相宗、各病区主任和护士长

二、医疗欠费分类

(一)突发公共事件欠费：指因突发公共事件(如疫情、集体中毒、爆炸、交通事故等重大事故)造成的欠费。

(二)医疗纠纷欠费：指病人与医院发生医疗纠纷，经领导小组确认的欠费。

(三)政策性欠费：经院部确认的某些特殊欠费。

(四)特殊人群欠费：如“三无”人员、五保户等。

(五)“绿色通道”欠费：指病人符合医院“绿色通道”规定进行救治所产生的欠费，如急诊抢救、交警部门处理的车祸欠费。

(六)科室管理不善欠费：指以上 5 类欠费原因以外，因科室在费用控制、催交等方面存在缺陷而导致的欠费。

三、医疗欠费的管理要求

医疗欠费管理工作是一项需医院各相关部门通力配合的工作，各相关部门对医疗欠费的管理工作不得相互推诿。

四、预缴款管理

(一)住院预缴款管理：住院收费处在为病人办理入院手续时，尽量足额收取自费病人预交金。预交金规定，自费病人：3000 元以上；医保病人为 1000 元以上。

病人未带足预缴款又急需住院的，上班期间经相关科室同意后方可办理入院手续，此同意仅指住院当天，次日起按照预交款管理原则执行。

(二)住院期间预缴款管理：

1.病人住院期间预缴款用完，床位医师、床位护士应及时提醒病人补交预缴款；

2.担保制度：如病人确有特殊原因，暂时不能缴纳住院费用，本院职工愿意为其担保的，

可以到住院收费处办理相应的书面担保手续。如发生担保损失，由担保人承担。

五、医疗欠费管理规定

（一）突发公共事件欠费管理

1.对突发公共事件病人按“绿色通道”先给予救治。

2.抢救结束后，各科室应及时将详细情况告知财务科，财务科负责汇总欠费情况，并联系催讨。医务科、保卫科主动配合财务科做好催讨工作。

（二）医疗纠纷欠费管理

如发生纠纷欠费，当事科室须配合医务科、财务科、保卫科予以追讨或者按照纠纷赔款处理。

（三）“绿色通道”欠费管理

1.为了及时救治急诊危重病人，医院开通“绿色通道”，实施先抢救后收费等有利于病人救治的措施。符合“绿色通道”的病人到院急救时所有的单据均需加盖“绿色通道”章，予以优先处置、检查检验、手术、住院。

2.急诊医生是“绿色通道”病人费用催缴的第一责任人，有责任让病人或家属最大限度地交纳医疗费用，急诊首诊医生对交通事故要详细写明车祸病人的出事时间、地点、处理事件的具体交警部门(包括具体接警人姓名、联系方式)。

3.急诊科是“绿色通道”欠费管理的责任人，急诊科每天必须做好“绿色通道”病人具体信息的登记工作，并负责对“绿色通道”费用的管理和清欠。

4.“绿色通道”病人经急诊抢救后住院治疗的，病区的主任、护士长、管床医生和责任护士要加强对病人医疗欠费的催交工作。

5.“绿色通道”病人出院时，若有欠费，任何人不得擅自为病人提供出院小结、疾病证明、发票、费用清单，病区有责任让病人或家属与医院签订还款协议书，具体由财务科负责签订。

（四）科室管理不善欠费管理

1.病人住院费用控制的第一责任人为管床医生，病区主任、护士长为第二责任人，共同做好住院病人的费用控制工作。

2.一般病人住院，如预交款余额不足，择期手术、化疗、大型检查及其他治疗的应暂缓。

3.住院“绿色通道”病人经病区抢救治疗后，已无重大生命危险时，若形成医疗费用欠费，病区主任、主治医生、管床医生在用药和治疗上必须按“基本医疗”的原则实施，对“绿色通道”病人的住院费用实施有效控制。

4.病人入院后，对已欠费病人发给催费通知单，告知因欠费而减缓治疗可能影响效果，

并要求病人或家属在回执上签字确认。

5.设定停药警戒线，停药警戒线按病人类别，设定欠费额度：自费病人为1000元、医保病人设置为预交金的5倍为警戒线。

6.实行欠费报告审批制度。如病人确有特殊原因暂时不能缴纳住院费用，须由床位医生提出书面申请，填写“住院病人欠费医嘱开通审批单”，科主任签字同意，经医务科审批，超高5000元以上需再次请业务院长审批。审批单交住院收费处开通帐户。

六、医疗欠费的处理

医疗欠费管理领导小组每季度组织一次对医疗欠费的评析、处理。财务科每季度末汇总出院欠费情况，报领导小组，医务科需对出院欠费5000元以上病人的治疗和用药情况进行分析评估。领导小组确定欠款性质及责任，然后进行分类处理，评析结果与考核挂钩，从绩效奖金中扣除。

(一)“绿色通道”与突发公共事件欠费的处理：如费用合理，经多方催讨无法收回的欠费，由医务科审核，报院长办公会议处理。

(二)科室管理不善欠费的处理：5000元以内按50%扣科室奖金，5000元—50000元部分按15-30%扣科室奖金，5万元以上部分由院部讨论决定。

(三)对医疗纠纷欠费的处理：由医务部医患关系办按医疗纠纷处理程序及相关规定进行处理。欠费和减免医疗费从科室核算收入中扣除。

(四)政策性欠费的处理：由院部决定。

(五)对科室无法收回的欠费，原则上继续催收，本科人员追回的，扣奖给予返还；科外人员追回的，给予相关人员追回金额的20—30%的奖励：两年以内的欠费追回，给予20%奖励：两年以上的欠费追回，给予30%奖励。

(六)对已形成逃费的出院病人，财务科及时向律师提供病人欠费情况，由律师通过法律手段进行追缴。

惠山区人民医院	文件编码	CWK-ZD-046	文件名称	医院采购管理办法	适用范围	全院
	制定部门	财务科	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度内容	修订（第3次）	制定时间	2020.09.28	修订时间	2023.09.28

医院采购管理办法

为进一步加强医院内部控制管理，健全采购管理制度,依据相关文件及规定，结合我院实际情况，制定本办法。本办法中的采购适用于货物、服务及工程。采购包括政府采购(使用财

政性资金采购依法制定的集中采购目录以内或采购限额标准以上的货物、工程和服务的行为)以及非政府采购(含使用财政性资金采购采购限额标准以下且集中采购目录以外的货物、工程和服务的行为)。所有采购项目必须严格执行预算计划和审批程序，按照先预算计划，后审批购买的原则进行采购，未列入预算计划或未通过审批的项目原则上不得采购。

一、相关文件依据

(一)《层转江苏省 2024 年政府集中采购目录及标准的通知》（惠财购[2023]33 号）

(二)《关于 2021-2022 年度无锡市行政事业单位家具用具定点采购的通知》(锡财购[2021]9 号)

(三)《关于台式计算机等省市联动品目启用框架协议采购的通知》（无锡市财政局 2023 年 3 月 31 日）

(四)《无锡市财政局关于公布无锡市 2021-2022 年党政机关会议定点饭店名单的通知》(锡财行[2020]37 号)

(五)无锡市惠山区政府采购中心关于惠山区公务用车出租车客运服务框架协议采购入围结果公告（无锡政府采购网 2023.09.07）

(六)转发《关于 2022-2023 年度市行政事业单位审计服务-工程造价审计定点采购》的通知（惠山区财政局 2022.09.29）

(七)无锡市财政局《关于通用资产配置标准的通知》（锡财资（2023）17 号）

二、采购执行标准及采购方式

(一)采购限额在 50 万元(含)以上的货物类(含医疗设备)、服务类、60 万元(含)以上的工程类，通过公开招标、邀请招标、竞争性谈判、单一来源采购、询价采购和国务院政府采购监督部门认定的其他采购方式进行采购。具体根据相关政府采购文件以及采购对象的类别和预算金额确定相应的采购方式。

(二)采购限额在 50 万元(不含)以下的货物类、服务类、60 万元(不含)以下的工程类，具体操作如下：

1.货物类：

(1)低值易耗品等货物类采购项目，采购预算在 30 万元(不含)以下的，采购计划经流转审批完成后登录无锡市政府采购交易管理一体化系统(政采云平台)(http://www.wuxi.zcygov.cn/)进行采购。

(2)网上商城不能满足需求或者通过其他方式价格更低、服务更优的货物类采购项目，可附上相关询价比价依据后，通过其他方式进行采购，具体如下:单个(批)采购预算在 1 万元(不含)之内的，由综合保障科组织询价确定，经审批流转后直接采购；单个(批)采购预算在 1 万

元(含) 至 30 万元(不含)之内的，采用在单位网站上公开发布采购信息后，通过邀请比价、询价、竞争性谈判等方法进行采购。

(3)医疗设备、医用耗材采购，按《惠山区医疗设备医用材料及医疗设备维保服务政府采购管理规定》（惠卫健[2019]74 号）执行，执行期间如有规定更新，按新规定执行。

医疗设备单台(批)1 万元以下的，由综合保障科组织询价确定，经审批流转后直接采购；单台 (批)1 万元以上(含)至 30 万元(不含)之内的设备，通过卫健委审批的医学装备经政府采购办确认后在单位网站上公开发布采购信息，在区卫生健康委员会相关部门监督下，通过公开招标、询价、约谈比选、竞争性谈判等方法进行采购。

医用耗材(包括检测试剂)：遵选应当从已纳入国家或省市医用耗材集中采购目录中遵选，确保耗材网采；未中标的品种原则上不得采购，如为临床必须品种，需在单位网站上公开发布采购调研，首次申请的医用耗材采购实行网上公示，由院内组织招标(或者院内约谈比选)。

2.服务类：

印刷、制作、出版、信息技术、咨询委托、宣传技术等服务类项目，采购预算在 1 万元(不含)之内的，直接进行采购;采购预算在 1 万元(含)至 30 万元(不含)之内的采用在单位网站上公开发布采购信息后，通过公开招标、询价、约谈比选、竞争性谈判等方法进行采购。

3.工程类：

新建、改扩建、装修、修缮等工程类项目，采购预算在 1 万元(不含)之内的，直接进行采购;采购预算在 1 万元(含)至 10 万元(不含)之内的，可采用询价、议价方式进行采购。采购预算在 10 万元(含)至 100 万元(不含)之内的工程类项目，采用在单位网站上公开发布采购信息后，通过询价、约谈比选、竞争性谈判等方法进行采购。100 万元以上的项目，公开招标。

三、科室职责

(一)采购限额在 30 万元(含)以上的货物类、服务类、60 万元(含)以上的工程类项目，医院各科室职责按《惠山人民医院政府采购内部控制规范》中相关内容执行。

(二)采购限额在 30 万元(不含)以下的货物类、服务类、60 万元(不含)以下的工程类项目，医院各科室主要职责如下：

1.采购科室：医院办公室负责印刷、制作、出版、宣传等服务类的采购申请工作；综合保障科负责后勤仓库货物类、装修、修缮、新建、扩建等工程类的采购申请及实施工作；信息科室负责信息类货物、信息技术服务、维保等的采购申请及实施工作；设备科负责医疗设备、医用耗材、医疗设备维保等采购申请及相关实施工作；其他科室按照年度预算负责本科室采购申请工作。

(1)结合本科室年度工作任务和实际需求编制采购项目预算，填写采购项目申请表，交财务科审核。

(2)需求科室开展前期调研论证等工作，参与采购项目的院内招标工作。

(3)签订合同，需相关科室会签。合同中明确项目内容、期限、数量、质量、价格等要求，以及款项支付方式、项目完成的验收评价指标、双方的权利义务事项和违约责任等内容。

(4) 综合保障科（采购组）对需网上公布信息的采购项目，编写招标文件。受理、答复网上公布采购项目的咨询、疑问等。

(5)综合保障科（采购组）整理招标结果，审核中标公告等协助处理网上公布信息的采购项目投诉。

2.综合保障科（采购组）为采购归口管理部门，负责所有采购档案的保管，医院办公室、财务科、监察审计科等科室各司其职，发挥科室与岗位间的相互监督和制约作用，共同做好采购工作。

(1)综合保障科

①贯彻执行相关法律法规，协助采购科室完成前期调研论证等工作，负责接受投标单位报名、咨询、疑问等，确认投标单位的投标资格。

②会同监察审计科组织项目评审小组，并召开评审会议小组人数不少于 3 人的单数，小组成员包括项目采购科室、财务科等相关人员，必要时可邀请专家、法律顾问参加。

③负责相关评标的记录，负责编制中标公告，发出中标通知书。

④协助处理网上公布信息的采购项目投诉。

⑤按信息公示要求，对需上网公布的采购项目，在单位网站上公开发布招标、中标等相关公告。

(2)财务科

①严格预算管理，除区政府、上级部门明确要求外，采购项目无预算不安排采购。

②对相关科室跟进资金使用进度，提高预算资金执行率。

③对项目预算及采购相关手续进行审核，依据合同条款项目履约验收情况等，办理款项结算手续。

④对项目采购过程进行监督。

(3)审计科

①会同综合保障科组织项目评审小组；

②监督检查内控制度、项目采购法律法规执行情况；

③负责采购项目投诉答复工作。

四、监督检查

(一)采购、管理人员要认真履行岗位职责，严格遵守规章制度，廉洁自律、全心全意做好服务工作。

(二)采购科室在项目合同约定完成后，负责项目成果验收，对相关服务类项目实施单位(承接方)进行绩效评价。

(三)由审计科牵头，联合财务科、纪检监察科等部门对采购项目的实施情况进行定期检查或不定期抽查，发现问题及时整改。对于服务类项目实施情况，如有检查不合格的，承接方 3 年内不得承接相关服务项目。

五、其他事项

(一)集中采购目录和采购限额标准内的采购项目，按无锡市惠山区财政局《转发无锡市财政局<关于转发江苏省 2022 年集中采购目录及标准的通知>的通知（惠财购[2021]47 号)执行，如相应规定有变动，按最新规定执行。

(二)涉及工程类项目，需在工程结束后交第三方审计并出具审计报告及相关合同规定结算工程款项。

(三)疫情防控期间采购疫情防控相关的医疗卫生应急储备物资(包括医用耗材、医疗急救设备、检测试剂和设备等)，本着急事急办、特事特办、减少环节、公开公正的原则，紧急采购项目可不执行政府采购法规定的方式和程序，在履行必要的审批程序后，根据市财政局《层转财政部办公厅关于疫情防控采购便利化的通知》(锡财购[2020]3 号)及单位采购相关内部控制制度快速高效采购。

突发情况，需紧急采购或修缮的项目，按医院议事规则决议后确定采购方式。

其他因不可抗力因素导致的应急时期的相关采购工作可参照此条款执行。

(四)采购周期不超过政府招标采购周期期限。

(五)本办法自印发之日起生效。原相关制度同时废止。

七、审计科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	SJK-ZD-001	文件名称	内部审计制度	适用范围	全院
	制定部门	审计科	制定人	崔良良	内审人	包国东
	制度内容	修订 （第 3 次）	制定时间	2020.03.09	修订时间	2023.12.01

内部审计制度

为了加强医院内部审计工作，建立健全单位内部审计制度，提高经营管理水平，保障国有资产保值增值，完善内部监督制约机制，规范收支管理，促进医院各项工作健康发展，根据《审计署内部审计工作规定》和《卫生系统内部审计工作规定》，结合我院实际，特制定本制度。

内部审计制度旨在加强对公立医院的经济监督，保证医院财务和业务信息的真实、完整、合规，防止和打击腐败行为，提高医院的管理水平、效益和可持续发展能力。

一、医院实行内部审计制度，以加强内部管理和监督，维护财经纪律，改善经营管理，提高经济效益和社会效益。

二、审计工作由医院内部审计机构或内部审计人员负责，在院长领导下，依照国家法律、法规和政策，负责本院经济部门业务收支及其经济效益进行内部审计监督，独立行使内部审计职权，对院长负责并报告工作。

三、医院内部审计机构或审计人员，接受上级审计机关的业务指导并协助上级审计机关对医院审计。

四、医院内部审计机构对审计范围内的下列专项进行内部审计监督：

(一)医院财务计划或者预算的执行和决算。

(二)与医院财务收支有关的经济活动及其经济效益。

(三)内部控制制度的健全、有效。

(四)医院财产、物资的管理情况。

(五)专项资金的提取、使用。

(六)国家财经政策、计划、规章制度、法令的执行情况。

(七)审计内部有关管理制度的落实及其他审计事项。

(八)医院院长交办或审计机关委托的其他审计事项。

五、医院其他科室应全力配合内部审计机构或审计人员的工作，根据医院内部审计工作的需要，被审计科室应按时向审计科报送有关的计划、报表和文件资料等。

六、医院内部审计的主要职权：

(一)检查凭证、账表、决算、资金和财产，查阅有关文件资料。

(二)参加有关的会议。

(三)对审计的有关事项，进行调查并索取证明材料。

(四)对阻挠、破坏审计工作以及拒绝提供有关资料的，经院长批准，可以采取必要的临时措施，并提出追究有关人员责任的建议。

(五)对严重违反财经法纪和造成严重损失浪费的人员，提出追究责任的建议。

(六）合规性审计：确保医院各项活动符合法规、政策和内部规章制度，防范潜在法律风险。

(七）采购和供应链审计：检查采购和供应链管理，确保合规性、效率和成本控制。

七、医院内部审计工作的主要程序：

(一)根据上级部署和医院的具体情况拟订审计项目计划，报经院长批准后实施。

(二)实施审计前，应当提前三天以书面形式通知有关科室，有关科室应配合审计工作，提供必要的工作条件。

(三)实施审计，应取得审计证据，编制底稿，由相关科室负责人签字确认。

(四)对审计中发现的问题，可随时向有关部门和人员提出改进意见。审计终结，提出审计报告，征求被审计部门的意见后，报送院长，经批准的审计结论和决定，被审计部门必须执行。

(五)被审计的相关科室对审计结论和决定如有异议，可在收到审计报告之日十个工作日内提出反馈意见，送交医院审计科。

(六)医院内部审计小组应定期向院长提交工作报告。

(七)医院内部审计小组应督促被审计的相关科室在规定的期限内落实审计意见，并书面报告执行结果。

(八)医院内部审计小组对办理的审计事项，应当建立完善的审计档案，并按有关规定保存。

八、审计要求：

(一)内部审计在项目建设过程中，对建设计划的落实、预算的执行、经费及物资的管理、工期与质量的控制等实施跟踪审计。提高工程质量和资金使用效率。

(二)发挥对物资采购合同的内审监督作用审计时应进一步扩大审计的深度与力度，防止出现逃避审计的现象。

(三)坚持合同审计的原则。

(四)加强资产购置的审计对医院大型器械、设备的购置，内部审计必须实施定期的审计

制度。

(五)充分发挥医院内部审计的监督作用。

九、医院内部审计机构对办理的审计事项，必须建立审计档案，按照规定管理。

十、加强对医院内部管理流程的审查和优化，特别是对药品采购、使用、报销等关键环节的监督和审查，防止因管理漏洞而出现的腐败行为。

十一、医院内部审计人员应具有较高的政治素质和业务素质，有较丰富的财务工作经验和审计工作经验，有较高的会计理论水平，熟悉有关政策、法令和制度。

十二、医院内部审计机构要依法审计，忠于职守，坚持原则，客观公正，廉洁奉公，保守秘密。不得滥用职权，徇私舞弊，泄露秘密，玩忽职守。

十三、医院内部审计机构人员行使职权，受国家法律保护，医院任何部门及个人不得打击报复。

十四、对违反本规定的部门和个人，根据情节轻重，给予行政处分、经济处罚或者提请有关部门处理。

八、病案科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	BAK-ZZ-001	文件名称	病历书写基本规范（试行）	适用范围	所有临床科室
	制定部门	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2010.03.01	修订时间	2023.11.20

病历书写基本规范(试行)

为规范病历书写,杜绝丙级病历,提高甲级病案率,依据《江苏省病历书写规范(第 2 版)》、《江苏省住院病历质量评定标准》、《医疗质量管理办法》和《电子病历应用管理规范（试行）》制订本制度。

一、基本规则和要求

（一）病历书写的内容应当客观、真实、准确、及时、完整、规范、重点突出、层次分明；表述准确、语言简练、通顺；书写工整、清楚；标点符号正确。

（二）在书写过程中，若出现错字、错句，应在错字、错句上用双横线标示，不得用刀刮、胶贴、涂黑、剪贴等方法抹去原来的字迹。电子病历归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，经医疗机构医务部门批准后进行修改并保留修改痕迹。

（三）病历应当由在本院合法执业的医务人员书写并签名。可以使用电子签名进行身份认证，可靠的电子签名与手写签名具有同等的法律效力。实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本院合法执业的医务人员审阅、修改并签名，审查修改应保持原记录清晰可辨，并注明修改时间。修改病历应在 72 小时内完成。

（四）进修医务人员由医院根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写病历。

（五）实习医生、毕业第一年住院医生书写的住院病历，经上级医生补充修改、确认并签字以示负责后，上级医生可不再书写入院记录但必须认真书写首次病程记录。

（六）门诊病历即时书写，急诊病历在接诊同时或处置完成后及时书写。

（七）住院病历、入院记录应于次日上级医师查房前完成，最迟应于患者入院后 24 小时内完成。

（八）急危重症患者的病历应及时完成，因抢救急危重症患者未能及时书写病历的，应在抢救结束后 6 小时内据实补记，并注明抢救完成时间和补记时间。

（九）病历书写应当使用中文和医学术语。通用的文字缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称、药物名称可以使用外文。患者述及的既往所患疾病名称和手术名称应加引号。

（十）疾病诊断、手术、各种诊疗操作的名称书写和编码应符合《国际疾病分类》(ICD-10、

ICD-9-CM-3）的规范要求。

（十一）各项记录应注明年、月、日，急诊、抢救等记录应注明至时、分，采用 24 小时制和国际记录方式。如 2023 年 8 月 8 日下午 3 点 8 分，可写成 2023-08-08，15：08（月、日、时、分为个位数时，应在数字前加 0）。

（十二）各种表格栏内必须按项认真填写，无内容划“—”。每张记录用纸均须完整填写眉栏（患者姓名、科别、病区、床号、住院号）及页码等。

（十三）各项记录书写结束时应在右下角签全名，字迹应清楚易认。上级医师审核签名应在署名医师的左侧，并以斜线相隔。

（十四）对按照有关规定须取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如 特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员或近亲属、关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或其授权的负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将相关情况通知患者近亲属，由患者近亲属签署同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。医疗美容应由就诊者本人或监护人签字同意。

（十五）规范使用汉字，简化字、异体字按《新华字典》为准，不得自行杜撰。消灭错别字。病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间。

（十六）各种检查报告单应分门别类按日期顺序呈叠瓦状粘贴整齐。异常检验或检查结果应用红笔在报告单上方标注。实施电子病历后，能支持检验报告单满页打印者，可将检验报告单分门别类按报告时间顺序满页打印。

（十七）使用表格式病历必须是本规范所列专科、专病表格式病历。如需设计其他专科、专病表格式病历（包括护理的各种表格），必须基本符合住院病历格式的内容和要求，包括本专科、专病的全部内容，经省辖市卫生行政部门审批后，报省卫生行政部门备案。

二、门（急）诊病历

（一）门诊病历封面应设有姓名、性别、出生年月、民族、婚姻、职业、 住址、工作单位、药物过敏史、身份证号及门诊病历编号等项目并认真完整填写；每次就诊均应填写就诊日期（年、月、日）和就诊科别。

（二）使用通用门诊病历时，就诊医院应在紧接上次门诊记录下空白处盖上“年、月、日、医院、科门诊”蓝色章，章内空白处由接诊医师填写。

（三）儿科患者、意识障碍患者、创伤患者及精神病患者就诊须写明陪伴者姓名及患者

的关系，必要时写明陪伴者工作单位、住址和联系电话。

（四）患者在其他医院所作检查或检验，应注明该医院名称及检查或检验项目、报告单号、日期和结果。

（五）初步诊断、诊断、医师签名写于右下方。如需上级医师审核签名，则签在署名医师左侧并划斜线相隔。医师应签全名，字迹应清楚易认。处理措施写在左半侧。

（六）法定传染病，应注明疫情报告情况。

（七）开具疾病诊断证明及休息证明应记录在病历中。

（八）门急诊患者住院须开具住院证。

（九）门急诊初诊、复诊病历书写要求如下：

1．门诊初诊

（1）主诉：主要症状（或体征）及持续时间。

（2）病史：现病史突出重点（包括本次患病的起病日期、主要症状、伴随症状、疾病变化和发展过程、他院诊治情况及疗效），并简要叙述与本次疾病有关的过去史、个人史及家族史（不需列题）。

（3）体检：一般情况，重点记录阳性体征及有助于鉴别诊断的阴性体征。

（4）实验室检查、器械检查或会诊记录。

（5）初步诊断：需写明本次就诊的初步诊断。如暂不能明确，可写“症状或体征原因待查”，也可在疑诊病名后加“？”，并尽可能注明复诊应注意事项。

（6）处理措施：处方及治疗方法记录应分行列出；药品记录药名、剂量、总量、用法；进一步检查措施或建议；法定传染病应注明疫情报告情况；休息方式及期限；收治患者应写明收住科室。

（7）医师签名应清楚易认。

2．门诊复诊

（1）主诉：可写“疾病复诊”或书写主诉。

（2）现病史：主要描述上次诊治后的病情变化和治疗反应，不可只用“病情同前”字样来代替现病史。

（3）体检：着重记录原来阳性体征的变化和新发现的阳性体征。

（4）需补充的实验室或器械检查项目。

（5）在同一医疗机构内三次不能确诊的患者，接诊医生应请上级医师或相关科室会诊，上级医师或会诊医师应写明会诊意见及会诊日期和时间并签名。

（6）诊断：对上次已确定的诊断及补充的新诊断一并写出。

（7）处理措施：要求同初诊。

（8）持通用门诊病历变更就诊医院、就诊科别或与前次不同病种的复诊患者，应视作初诊患者并按初诊病历要求书写病历。

（9）门诊放疗、化疗及血透等病历书写按相关专科规范执行。

3．急诊病历

急诊患者应注明就诊时间（年、月、日、时、分），时间按 24 小时制记录。其余内容同门诊初诊、复诊病历。急危重症患者必须记录患者体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、诊断和抢救措施。

4．急诊观察病历

（1）对收入急诊观察室的患者，应书写观察病历，并书写出医院观察室记录。

（2）抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。抢救无效的死亡病历，要记录抢救经过，参加抢救人员姓名、职称或职务，死亡日期及时间，死亡诊断等。

（3）急诊观察病历应包括以下主要内容：体温单、医嘱单、急诊观察病 历、急诊观察病程记录、出医院观察室记录等。

三、入院记录

（一）患者基本信息

1．姓名

2．性别

3．年龄（填写实足年龄或出生年、月，不可以“儿”、“成”代替）

4．婚姻状况

5．出生地（写明省、市、县）

6．民族

7．职业

8．工作单位

9．住址（写明省、市、区、街道、楼、单元、农村应具体到村、组）

10．供史者（注明与患者的关系）

11．入院日期（注明时、分）

12．记录日期、时间

（二）主诉

1．系指患者就诊最主要的原因，包括症状（或体征）及持续时间。

2．主诉多于一项者，按发生的先后次序排列，并记录每个症状的持续时间。

3．主诉应简明精炼，除特殊情况外，一般不宜用诊断或检查结果代替症状。

4．主诉应能导致第一诊断。

5．不能出现双主诉。

6．主诉一般不超过 20 个字。

（三）现病史

1．现病史围绕主诉进行描述。

2．起病情况（包括患病时间、发病缓急、前驱症状、可能的病因或诱因）。

3．主要症状的特点（包括主要症状的部位、性质、持续时间及强度）。

4．病情的发展及演变（包括起病后病情是持续性或间歇性，是进行性加重还是逐渐好转，缓解或加重的因素等）。

5．伴随症状（出现的时间、特点及演变过程，各伴随症状之间，特别是与主要症状之间的相互关系）。

6．记录与鉴别诊断有关的阴性资料。

7．诊疗经过（何时、何处就诊，作过何种检查，诊断何病，经过何种治疗，药物剂量及效果）。

8．一般情况（目前的食欲、大小便、精神、体力、睡眠等）。

9．凡与现病史直接有关的病史，虽年代久远亦应包括在内。

10．若患者存在两个以上不相关的未愈疾病时，虽与本次疾病无紧密关系，但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

11．凡意外事件或可能涉及法律责任的伤害事故，应详细客观记录，不得主观臆测。

（四）既往史

1．既往史是指患者过去的健康和疾病情况。

2．一般健康状况及疾病史。

3．传染病史。

4．手术外伤史。

5．输血史。

6．食物或药物及其他过敏史。

7．预防接种史。

（五）个人史

1．出生地及居留地：有无日本血吸虫疫水接触史，有无去过其他地方病或传染病流行地

区及其接触情况。

2．生活习惯及嗜好：有无嗜好（烟、酒、常用药品、麻醉毒品）及其用 量和年限。

3．职业和工作条件：有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史。

4．冶游史：有无婚外性行为，有无患过下疳、淋病、梅毒等性病史。

（六）婚育史、月经史

1．结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况等。

2．初潮年龄，行经期天数/月经周期天数，末次月经时间（或绝经年龄），以及月经量、颜色，有无血块、痛经、白带等情况。

3．生育情况按下列顺序写明：足月分娩数-早产数-流产或人流数-存活数。计划生育措施。

（七）家族史

1．父母、兄弟、姐妹及子女的健康状况，有无患有与患者同样的疾病。如已死亡，应记录死亡原因及年龄。

2．家族中有无结核、肝炎、性病等传染性疾病。

3．有无家族性遗传疾病，如糖尿病、血友病。

（八）病史确认：患者所述主诉、现病史及既往史由患者本人或其授权委托人、监护人提供，内容是否真实有效，一经确认归档不再修改，供史者需签名确认（工伤、车祸等外伤患者此项执行，其他科室可根据自身情况予以删除）。

（九）体格检查

1．生命体征：体温、脉搏、呼吸、血压。

2．按系统顺序进行书写，包括：一般情况，皮肤黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、心、肺、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统。

3．专科情况在居中位置另立专行，应当根据专科需要记录专科特殊情况。体格检查中有涉及相关检查的，可不再书写专科检查。

（十）实验室及器械检查

1．记录与诊断相关的实验室及器械检查结果及检查日期，包括与本次住院相关的入院前的检查和入院后的检查，如血、尿、粪常规和其他有关实验室检 查、X 线、心电图、超声波、肺功能、内镜、CT、血管造影、放射性核素检查等。

2．如系在其他医院所作的检查，应注明该医院名称及检查日期。

（十一）诊断

1．诊断名称应确切，分清主次，顺序排列，主要疾病在前，次要疾病在后，并发病并列于有关主病之后，伴发病排列在最后。诊断应尽可能的包括病因诊断、病理解剖部位和功能诊断。

2．对一时难以肯定诊断的疾病，可在病名后加“？”。一时既查不清病因、也难以判定在形态和功能方面改变的疾病，可暂以某症状待诊或待查，并应在其下注明一两个可能性较大或待排除疾病的病名，如“发热待查，肠结核？”

3．住院医师或以下医师书写的诊断一律为“初步诊断”。初步诊断写在入院记录末页中线右侧，并签名。

4．住院后主治及以上医师第一次检查患者所确定的诊断为“入院诊断”，入院诊断写在初步诊断的额下方，并注明日期。如入院记录系主治医师书写，则可直接书写“入院记录”，而不写“初步诊断”。入院诊断与初步诊断相同时，上级医师只需在病历上签名，则初步诊断即被视为入院诊断，不需重复书写入院诊断。

（十二）修正诊断

1．凡以症状待诊的诊断以及初步诊断、入院诊断不完善或不符合，上级医师（含主治及以上医师）必须在电子病历中做出“修正诊断”，修正诊断写在入院记录末页中线左侧，并注明日期，修正医师签名。修正诊断必须与出院记录、死亡记录、病案首页一致。

2．住院过程中增加新诊断或转入科对转出科原诊断的修正，不宜在入院记录中作增补或修订，只在转入记录、出院记录、病案首页上书写，同时于病程记录中写明其依据。

四、住院病历

（一）住院病历由实习医师、进修医师、规培医师等在本院无独立执业资质的医师书写。

（二）既往史应写过去健康状况及疾病的系统回顾。

（三）体格检查应按系统详细记录。

（四）诊断前应有摘要，简明扼要综述病史特点，体格检查，实验室及器械检查的重要阳性和阴性发现，提示诊断和鉴别诊断的依据。内容以不超过 300 字为宜。

五、再入院记录

（一）患者因同一疾病再次入院时，由住院医师书写“第*次入院记录”。

（二）如因旧病复发再次住院，需将过去病历摘要及上次出院后至本次入院前的病情与治疗经过详细记入现病史中，但重点描述本次发病情况。

（三）如因新发疾病再次入院，则需按入院记录的要求书写，并将过去的住院诊断列入过去史中。

（四）既往史、个人史、家族史可以从略，只补充新的情况，但需注明“参阅前病历”

及前次病历的住院号。

六、24 小时内入出院记录或 24 小时内入院死亡记录

（一）入院不足 24 小时出院的患者，可以书写 24 小时内入出院记录。仍需如实记录病程记录。

（二）内容包括：姓名、性别、年龄、婚姻、出生地、民族、职业、工作单位、住址、供史者（与患者关系）、入院时间、记录时间、主诉、入院情况（简要的病史及体检）、相关实验室及器械检查记录、入院诊断、诊治经过、出院时间、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名等。

（三）入院 24 小时死亡的患者，可以书写 24 小时内入院死亡记录。仍需如实记录病程记录。

（四）内容包括：姓名、性别、年龄、婚姻、出生地、民族、职业、工作单位、住址、供史者（与患者关系）、入院时间、记录时间、主诉、入院情况（简要的病史及体检）、相关实验室及器械检查记录、入院诊断、诊治经过（抢救经过）、死亡时间、死亡原因、死亡诊断、医师签名等。

七、日间手术病房病历

（一）日间手术病房病历书写标准参照《病历书写规范》的基本规则和要求执行。

（二）病历书写遵照简化病历书写内容，符合诊疗规范合的要求书写，日间手术需要书写：“收住日间病房同意书、日间病房入出院记录、首次病程记录、术者术前查房记录、术前讨论、术前小结、日间手术记录、手术风险评估表、手术安全核查表、术后病程记录、其它各类知情同意书、麻醉记录单、麻醉访视单、医嘱单、体温单”。非患者本人签署的知情同意书按本制度基本要就和规则中的第 14 项的要求执行。

（三）手术记录、麻醉记录以及术后病程记录要当班完成。对于病情变化情况要及时在病程记录中如实记录。

（四）出院时完善日间手术病房入出院记录，由主治及以上医师签名。

（五）日间诊疗患者延迟出院超过 48 小时者，将日间诊疗病历转为普通住院病历，无需重新书写入院记录，但需要另页书写病程记录，首个病程记录内容应包括本病例特点、目前情况、转为唱歌住院的原因、目前诊断及依据、鉴别诊断、诊疗计划、医师签名。日间病房所有医疗文件归入住院病历中。

（六）患者门诊做的各种术前检查、检验单要保存在日间病房病历中。

八、病程记录

（一）病程记录的书写应另起一页，并在横线居中位置标明“病程记录”。

（二）病程记录内容包括患者的病情变化、重要的检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

（三）首次病程记录系指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录（不需列题），应当在患者入院后 8 小时内完成，注明书写时间（年、月、日、时、分）。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论（入院诊断、诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划等。

（四）病例特点应当在对主诉、病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后罗列出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

（五）拟诊讨论（初步/入院诊断、诊断依据及鉴别诊断）：根据病例特点，针对初步/入院诊断逐一列出相关的诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；对下一步诊治措施进行分析。

（六）诊疗计划：病情评估，提出具体的检查及治疗措施安排。诊疗过程中应注意的事项和对可能出现问题的方法措施。诊疗计划要有针对性，要有具体的治疗方案。对诊断明确，没有严重合并症，能够按照临床路径设计流程和预计时间完成诊疗项目的患者写明是否入组临床路径。经治医师或值班医师完成首次病程记录后 24 小时内，须有主治及以上医师审阅并签名。

（七）书写日常病程记录，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。新入院患者应连续记录 3 天病程记录（含首次病程记录）。对病危、病重患者应每天至少记录一次病程记录，并根据病情变化随时书写病程记录，记录时间应当具体到分钟。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。

（八）病程记录由经治医师书写为主，也可以由实习医师或试用期医师书写，但应有经治医师签名，上级医师必须有计划的进行检查，作必要的修 改和补充并审阅签名。

（九）病程记录内容应确切，重点突出，有分析、有综合、有判断。具体内容包括：

1．患者自觉症状、心理活动、睡眠、饮食等情况的变化，新症状的出现及体征的改变，并发症的发生等。

2．对现病史或其他方面资料的补充。

3．对病情、预后、主要治疗反应和预见，今后（近、远期）的诊疗计划。

4．实验室、器械检查的结果及分析判断，诊疗操作的经过情况，特殊治疗的效果及反应或疗程小结，重要医嘱的更改及事由。

5．他科会诊意见和执行情况（按会诊格式病程录记录）。

6．患者或其近亲属及有关人员的反映及要求，向患者或其近亲属、代理人、关系人等介

绍病情的谈话要点（必要时可请其签字）。

7．诊断的确定、补充或原诊断的修正依据。

8．对住院时间较长的患者，应每月作阶段小结。阶段小结紧接病程记录，并在横线适中位置标明“阶段小结”。阶段小结的内容包括小结日期、入院日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊治经过、目前诊断、目前情况、诊疗计划、医师签名。交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

9．对住院时间超 30 天的患者，每隔 30 天应有科主任或副主任主持的以科室为单位的大查房，参加人员应为全科或全病区医师、护士站及相关人员，重点内容应对患者目前诊断、治疗效果、医疗风险及预后等进行分析，并评价治疗措施是否合理，以利于患者下一步治疗方案的修订。记录方式可以在病程记录中续写，在病程记录居中位置写“科室大查房记录”。也可以在阶段小结的“诊治经过”中记录上述科室大查房相关内容，同时在病程记录居中位置写明“阶段小结及科室大查房记录”，阶段小结不可以替代以科室为单位的大查房。对于住院 20 多天后转他科治疗超 30 天的患者，在满 30 天后由转入科室组织科主任大查房，并记录相关内容。

（十）抢救记录不另立专页，但要在横行适中位置标明“抢救记录”。抢救病例是指生命体征不稳定具有生命危险，需立即进行抢救者。抢救记录由经治医师书写、主治或以上医师审签。应抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时据实补记，并加以注明。内容包括危重病名称、主要病情、抢救起始时间、抢救措施、抢救结果、参加抢救的医务人员姓名及职称（职务）。详细记录患者初始生命状态和向患者及其近亲属告知的重要事项等相关资料。开病重医嘱的患者，在生命体征不稳定具有生命危险，有抢救措施时才需书写抢救记录。

（十一）患者需要输血时，由经治医师告知患者或其近亲属、法定代理人、关系人可能出现的并发症及医疗风险，与患者签署输血治疗知情同意书。经治医师填写输血申请单，交叉配血单黏贴在病历中归档。应在病程记录中作输血相关记录：输血前评价，可在拟输血治疗的病程中予以记录；输血记录不另立专页，在横行适中位置标明“输血记录”，内容包括输血指征、输血前有关检查结果、输血血型、输血成分、输血量、输血起始时间及结束时间、记录有无输血反应；输血后效果评价，输血后次日（一般不超过 48 小时）予以输血治疗效果评价、 并记录复查的相关内容；患者在手术中有输血者应在手术记录中注明已输血量等输血执行情况。急诊输血带入手术室或病房的，需在手术记录或入院录中详细记录。

出院后门诊回访需要输血的患者必须记录其是否有院外输血及应用血制品史。输入白蛋白者可在普通病程录中记录，无需单独记录。

（十二）有创诊疗操作记录：是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作术（如胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、内镜诊疗操作等）的记录。应当在操作完成后由操作者即刻书写。在横行适中位置标明“**有创操作记录”，内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况，操作过程是否顺利，有无不良反应，术后注意事项及是否向患者说明，操作医师签名。

（十三）疑难、术前、死亡病例讨论记录。

1.疑难病例讨论记录：（1）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。确诊困难或经常规治疗后疗效不显著甚至病情进展恶化的病例必须进行讨论。（2）疑难病例均应由科室或医疗管理部门组织开展讨论。讨论原则上应由科主任主持，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。（3）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。（4）参加疑难病例讨论成员中应当至少有 2 人具有主治及以上专业技术职务任职资格。

2.术前讨论记录：（1）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）术前讨论的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。手术组讨论，是指计划参与该手术的医师及相关成员参加的术前讨论。医师团队讨论，是指医疗机构授权的医疗组全体成员(包括主诊医师带组的全体成员，主任医师带组的全体成员等)参加的术前讨论。病区内讨论，是指在由同一科室的两个或以上医师团队组成的病房管理相对区域内所有医疗团队参加的讨论。全科讨论，是指本科室全体成员参与的讨论。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，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。如邀请麻醉师、临床药师一起讨论的，需在术前讨论中有相关记录等。（3）术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。（4）术前讨论的结论应当记入病历。（5）四级手术必须行四级手术术前多学科讨论记录，需三个及以上学科参与，如肿瘤患者手术需邀请肿瘤内科、相关系统内科、影像科、麻醉科及临床药师等一起讨论。（6）一二级手术术前讨论，记录可相对简化；病理性产科的剖宫产手术严格按照三级手术术前讨论制度管理；DSA、内镜中心三四级治疗性操作按手术规范管理。

3.死亡病例讨论记录：（1）死亡病例讨论原则上应当在患者死亡 1 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；特殊病例如纠纷死亡、死因不明、意外死亡、刑事案件等及时在 24 小时内完成。（2）死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由科主任主持，

必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。（3）死亡病例讨论情况专册记录，由主持人审核并签字。死亡病例讨论结果应当记入病历。

（十四）法定传染病的疫情报告情况。

（十五）重要的实验室检查结果或辅助检查结果报告单在患者出院前尚未回报时，经治医师在患者出院前的医患沟通时告知患者，并详细记录患者的有效联系方式。待检验检查结果回报后，经治医师将检验检查结果报告单黏贴在病历中。如其结果导致必须改变患者出院诊断、或对患者的后续治疗有影响时，经治医师必须在最后一次病程记录后按照接收报告的实时日期补记修改诊断或修改后续治疗方案的依据以及通知患者的具体情况。必要时修改病案首页，出院记录不予修改。

（十六）病情评估记录：经治医师应对患者全面情况进行评估，包括病情轻重、缓急、营养状况等做出正确的评估和诊断，参照疾病诊治标准、规范制订出合理、有效、经济的治疗方案，并将可能出现的并发症、预后判断告知患者或其授权委托人。新入院、转科患者初次病情评估应由具有法定资质的经治医师完成；手术患者、病情出现变化的危重症患者、非计划再次手术及治疗效果不佳的患者等应进行病情再评估。手术患者应在手术前评估；病情出现变化的危重症患者应随时对其进行病情再评估；出院患者在出院前进行评估。住院过程中的患者病情再评估应由主治及以上职称的医师完成。病情评估记录可在病程记录中续写。内容包括：主要病史、阳性体征、重要实验室及器械检查结果、目前诊断及其依据、治疗效果、病情评估结果等。手术患者手术前病情评估可在术前小结中记录或在术前讨论中体现。出院前评估内容书写于出院前病程记录中。

（十七）路径管理记录：经治医师在患者入院完成病情评结后，对满足诊断明确，没有严重的合并症，能够按照医疗机构临路径设计流程和预计时间完成诊疗项目等条件的患者应当列入临床路径管理，与患者充分沟通后签署临床路径入组知情同意书归入病历案中保存，并在首次病程录中给予说明。当患者出现以下情况之一时，应当退出临床路径：①在实施临床路径的过程中，患者出现了严重的并发症，需要改变原治疗方案的；②在实施临床路径的过程中，患者要求出院、转院或改变治疗方式而需退出临床路径的；③发现患者因诊断有误进入临床路径的；④其他严重影响路径实施的情况。临床路径的变异是指患者在接受诊疗服务的过程中，出现偏离临床路径程序或在根据临床路径接受诊疗过程中出现偏差的现象，当出现变异时，经治医师应当及时将变异情况记录在病程录中，记录应当真实，准确，简明，经治医师应当与个案管理员交换意见，共同分析变异原因并制定处理措施，及时向实施小组报告变异原因和处理措施，与科室相关人员交换意见，提出解决或修正变异的方法，按照医疗机构的要求做好临床路径实施的记录，患者退出临床路径的记录等，并在患者出院时将实施

临床路径的情况记录在病案首页中。

（十八）同级疗机构检验检查结果互认记录：内容包括医学检验结果和医学影像检查资料。如临床生化、免疫、微生物，血液和体液等临床检验中结果相对稳定，费用较高的项目，医学影像检查中根据客现检查结果(胶片、打印图像)出具报告的项目，包括普通放射摄片(含CR、DR)，CT、MRI、核医学成像(PET、SPECT)等。只要患者能提供同级医疗机构医学检验和医学影像检查结果报告单，其检查部位正确完整，图像清晰的客观检查胶片，图像资料，原则上有关医院间应相互认可，认可医院的经治医师需对患者提供的被认可医院出具的检查资料进行阅读，分析、诊断，必要时请本院医师会诊并出具会诊报告。医学影像检查，电生理检查中需根据检查过程中的动态观出具诊断报告的,或诊断报告与检查过程密切相关的项目，包括放射造影检当前查(含 DSA)、超声检查、脑血流图、心电图、动态心电图、脑电图、肌电图等，由于此类检查影响因素较多，对其结果是否认可由接诊的临床医师确定，如检查结果符合诊断资料的质量要求，一般不再复查。

经治医师应将患者提供的被认可医院出具的检验检查结果报告单复印件留存在病历中，并在住院病历或入院记录的实验室及器械检查栏目下记录检查日期、医院名称及其结果。

有下列情形之一者可不列入互认范围或不受互认限制：①因病情变化已有的检验、检查结果难以提供参考价值的(如与疾病诊断不符合等)：②检验、检查结果在疾病发展过程中变化幅度较大的；③检验、检查项目意义重大的(如手术等重大医疗措施前)；④检验、检查结果与病情明显不符的；⑤急诊、急救等抢救生命的紧急状态下；⑥患者或其亲属要求做进一步检查的。需再行检验、检查的项目，应向病人或其亲属明确说明，征得其知情同意。

九、上级医师查房记录

（一）上级医师查房记录系指上级医师在查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见的记录，应在查房后及时完成。

（二）书写上级医师查房记录时，应在记录日期后，注明上级医师的姓名及职称。

（三）下级医师应如实记录上级医师的查房情况，尽量避免书写上级医师“同意诊断、治疗”等无实质性内容的记录。记录内容应包括对病史和体征的补充、诊断依据、鉴别诊断的分析和诊疗计划。

（四）主治医师首次查房的记录至少应于患者入院 48 小时内完成；疑难、危重抢救病例必须及时有科主任或副主任以上医师的查房记录。

（五）上级医师的查房记录必须由查房医师审签。

（六）科室人力资源不足时，三级查房可由科室副主任医师、主任医师、科主任直接替代主治查房，可以直接书写“XX 副主任、主任、科主任查房”，无需写“XX 副主任、主任、

科主任代主治查房”。

（七）入院 1 周内必须有一次科主任查房记录。

（八）三四级手术需科主任审批，重大（特殊）手术需医务科、分管领导审批，拟行手术前 24 小时内必须有术者查房记录，内容包括患者一般情况、术前病情、查体、各项检查情况分析、有无手术禁忌、手术指针、手术方案等，予以全面评估。

十、交（接）班记录

（一）交（接）班记录系指患者经治医师发生变更，交班医师和接班医师分别对患者病情和诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应在交班前由交班医师书写，接班记录应由接班医师在接班后 24 小时内完成。

（二）交班记录紧接病程记录书写，接班记录紧接交班记录书写，不另立专页，但需在横行适中位置标明“交班记录”或“接班记录”字样。内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、 医师签名等。

（三）对入院 3 天内的病例可不书写“交（接）班记录”，但接班医师应在接班后 24 小时内书写详细的病程记录。

十一、会诊申请和会诊记录

（一）申请会诊记录内容包括简要病史、体征、重要实验室检查、器械检查资料、拟诊诊断、申请会诊理由和目的。会诊单的书写应简明扼要。紧急会诊应在申请单右上角“急”字出画圈。

（二）会诊申请内容由经治医师书写，主治医师审签，院外会诊需经科主任或主任医师审签并报医务科备案。邀请院外会诊单医务科审签敲章后传真至对方医院，原件放置病历中，复印件留存医务科。外院专家会诊后需填写《邀请外院专家会诊记录单》留存病历中，病程记录中详细记录会诊意见。

（三）会诊单记录内容应包括会诊日期及时间、会诊医师对病史及体征的补充，对病情的分析、诊断和进一步检查治疗的意见，会诊医师签名。

（四）单科或单人的会诊记录由会诊医师将会诊意见直接记录在会诊单上，需在电子病历系统内填写。院内多学科会诊填写《院内多学科联合（MDT）诊疗记录单》，会诊结果由经治医师负责整理，详细记录于病程记录，不另立专页，但要在横行适中位置标明“多学科联合（MDT）会诊记录”字样。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师姓名、职称、所在科室或医院名称（外院）、会诊时间等，主持人审核签名。会诊申请科室的医师应在会诊当日的病程记录中记录会诊意见执行情况。

（五）常规会诊意见记录应由会诊申请发出后 24 小时或当班完成，急会诊在 10 分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成。

十二、转出（入）记录

（一）转出记录由转出科室经治医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外），转出记录不另立专页，仅在横行适中位置标明“转出记录”。转出记录内容包括入院日期、转出日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的，提请接受科室注意事项。转出记录由主治及以上医师审签。

（二）转入记录由转入科室医师于患者转入后及时书写，最迟不超过 24 小时。另立专页，并在横行适中位置标明“转入记录”。内容包括入院日期、 转入日期、患者姓名、性别、年龄、转入前病情、转入原因，转入本科后的问诊、体检及重要检查结果，转入后的诊断、病情评估及治疗计划，转入记 录由主治及以上医师审签。

（三）转入科室如需修正诊断或增加新诊断，不需在入院记录上修改，只在转入记录、出院（死亡）记录、病案首页上书写即可。

十三、术前小结

（一）所有手术均须书写术前小结。术前小结由经治医师书写，主治及以上医师审签。

（二）内容包括：

1．一般项目：姓名、性别、年龄、婚姻、床号、住院号。

2．病历摘要：简要病史、重要阳性及阴性体征。

3．术前诊断。

4．诊断依据：术前应完成的实验室及器械检查结果。

5．手术指征及病情评估：应结合患者病情提炼出本病例特点，列出其符合手术指征的内容。对于肿瘤患者术前评估中增加肿瘤治疗前 TNM 分期。

6．拟行手术名称和方式，拟施手术日期。

7．拟行麻醉方式。

8．术前准备情况：术前病例讨论有无进行，特殊手术有无审批，手术同意书是否签订，术前具体准备事项，并记录手术者术前查看患者相关情况。

十四、手术记录及手术安全核查

（一）手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应在手术后及时（当日或当班）完成。特殊情况下由第一助手书写时，必须由手术者签名。涉及多个专科医师同台手术的复杂情况时，按照各个专科情况分别由各专科医师书写各专科手术记录。

（二）手术记录应当另页书写，内容包括一般项目、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法及麻醉医师、手术经过、术中出现的情况及处理等基本项目。

（三）手术经过包括下列内容

1．术时患者体位，皮肤消毒方法，无菌巾的铺盖，切口部位、方向、长度、解剖层次及止血方式。

2．探查情况及主要病变部位、大小、与邻近脏器或组织的关系；肿瘤应记录有无转移、淋巴结肿大等情况。如与临床诊断不符合时，更应详细记录。

3．手术的理由、方式及步骤应包括离断、切除病变组织或脏器的名称及范围；修补、重建组织与脏器的名称；吻合口大小及缝合方法；缝线名称及粗细号数；引流材料及植入物名称、数目和放置部位；吸引物的性质及数量。手术方式及步骤，必要时可绘图说明。

4．术毕敷料及器械的清点情况。

5．送检化验、培养、病理标本的名称及病理标本的肉眼所见情况。

6．术中患者耐受情况，失血量，术中用药，输血量，特殊处理和抢救情况。

7．术中麻醉情况，麻醉效果是否满意。

（四）手术安全核查记录：是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。必须按照原卫生部《手术安全核查制度》的规定步骤完成手术安全核查的内容及流程，按照要求依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

（五）手术清点记录：是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

十五、术后病程记录

（一）术后病程记录另立专页，并在横行适中位置标明“术后记录”。

（二）第一次手术后病程记录由手术者或第一助手于手术后即刻书写。

（三）记录内容应包括：手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、引流物、术后处理措施、术后特别注意观察事项等。

（四）术后 24 小时必须有主刀查房记录，术后病程记录应连续记录 3 天（不含手术当日），

3 天内应有上级医师查房记录，术后 3 天应进行术后病情评估。

（五）伤口愈合情况及拆线日期等应在术后病程记录中反映。

十六、麻醉记录及麻醉访视记录

（一）麻醉记录应另立专页书写，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉 诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

（二）局部麻醉，除需麻醉监测者外，可不填写麻醉记录单。

（三）麻醉记录由麻醉医师填写。

（四）麻醉记录内容应完整，随时记录患者生命体征变化。

（五）麻醉术前访视记录

1.麻醉术前访视记录是指麻醉实施前，由麻醉医师对拟施麻醉患者进行风险评估的记录，另立单页记录。

2．内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病区、住院号、身高、体重、 简要病史及体格检查、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签名并填写日期。

3．按 ASA 分类，正确评估患者身体情况。

4．术前的特殊治疗及结果：术前用药的名称、剂量、用法及时间。

5．患者到达手术室时的生命体征。

（六）麻醉过程中记录

1．麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应另立专页。

2．内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导是否平稳及各项操作开始及 结束时间。

3．监测并记录血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度、呼气末二氧化碳、中心静脉压、肌松剂和尿量等。

4．椎管内阻滞时的穿刺部位和麻醉平面。

5．麻醉期间用药名称、方式及剂量和时间、麻醉期间特殊或突发情况及处理。

6．手术起止时间、手术体位及术中体位改变情况、手术重要操作步骤、术中意外情况。

7．麻醉医师签名等。

（七）手术完毕记录

1．手术名称、术后诊断、手术者、麻醉者及护士姓名，需如实记录。

2．输液、输血总量，麻醉用药总量。术终时患者意识、反射及血压、脉搏、呼吸、瞳孔等情况。

（八）麻醉术后访视

1.麻醉术后访视是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视另立专页。麻醉后对患者随访应达到 72 小时，麻醉并发症及处理情况应记录在麻醉记录单，72 小时内完成麻醉后访视记录和麻醉总结。

2．内容包括姓名、性别、年龄、科别、病区、住院号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签名并填写日期。

十七、出院记录

（一）出院记录应在患者出院时及时完成。

（二）出院记录一式两份，另立专页；并在横行适中位置标明“出院记录”；正页归档，附页交患者或其近亲属。

（三）出院记录由经治医师书写，主治医师审签。

（四）内容包括：

1．姓名、性别、年龄、婚姻、职业、住院号、入院日期、出院日期、入院诊断、出院诊断、住院天数。

2.入院时情况：主要症状、体征、有诊断意义的实验室和器械检查结果及检查号码（X 线号、病理检查号等）。

3．诊疗经过：住院期间的病情变化，检查治疗经过，手术日期及手术名称，切口愈合情况。

4．出院时情况：包括出院时存在的症状、体征、实验室检查及其他检查的阳性结果。

5．出院诊断及各诊断的治疗效果（治愈、好转、未愈、其他）。

6．出院医嘱：继续治疗（药物、剂量、用法、疗程期限）、休息期限、复诊时间地点、专家门诊时间、营养指导、康复训练指导及其他出院注意事项。

7．门诊随访要求。

十八、死亡记录

（一）死亡记录应在患者死亡后及时完成，最迟不超过 24 小时。

（二）死亡记录一式两份，另立专页。在横行适中位置标明“死亡记录”。正页归档，附页交患者近亲属。

（三）死亡记录由经治医师书写，科主任或副主任以上医师审签。

（四）内容包括：

1．患者姓名、性别、年龄、职业、婚姻、民族、工作单位、住址、入院日期、入院诊断、死亡日期及时间、住院天数。

2．入院时情况：主要症状、体征、有关实验室检查及器械检查结果。

3．诊疗经过：入院后病情演变及诊治情况。重点记录死亡前的病情变化和抢救经过，死亡原因和死亡时间（具体到分钟）。

4．死亡诊断。

5．与近亲属商谈尸检的情况。

十九、医患沟通

（一）患者入院后的诊疗计划、病情、预后、应用特殊诊疗措施可能出现的并发症及其风险、使用贵重药械治疗以及出院后的注意事项等情况应及时与患者沟通，及时记录并须有医患双方签名。

（二）入院后沟通一般在患者入院后 24 小时内完成，病情危重患者入院即时完成，病情变化随时进行沟通，术前术后均须与患者或家属进行沟通，出院前须与患者或家属沟通。

（三）病危（重）通知书在开具患者病危、病重医嘱时，即时由经治医师或值班医师向患者家属告知病情，并由医患双方签名。内容包括：患者姓名、性别、年 龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期。一式两份，一份交患方保存，另一份保存在病历中归档。

二十、各类知情同意书

（一）知情同意书必须经患者或其近亲属、法定代理人、关系人签字，医师签全名。非患者本人签署的各类知情同意书，由患者近亲属或其法定代理人关系人签字的，应提供授权人的授权委托书、有效身份证明及被委托人的身份证明，并提供有效身份证明的复印件。其授权委托书及有效身份证明的复印件随同知情同意书归入病历中保存。

（二）无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的患者，由其近亲属、法定代理人、关系人签署的各类知情同意书，必须提供其近亲属、法定代理人、关系人的身份证复印件并注明与患者的关系。未满十八周岁的未成年人由其法定监护人签署的各类知情同意书，必须提供身份证复印件并注明与未成年患者的关系。

（三）知情同意书一式两份，医患双方各执一份。医疗机构应将其归入病历中保存。门诊的客类知情同意书交病案室存档，其保管期限同门诊病案。

（四）手术知情同意书是指术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关况，并由患者或

其授权委托人签署是否同意手术的医学文书。内容包括术诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、手术方式选择及代治疗方案、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。手术知情同意书如为正反打印，需在每一页签字并注明“病情知晓、同意此手术方案”等字样。手术同意书中必须有手术替代方案，并详细记录。

（五）麻醉知情同意书是指麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关况，并由患者或其授权委托人签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名，麻醉医师签名并填写日期。

（六）输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者或其授权委托人签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成分、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期(同次住院期间，计划需要多次输注相同品种血液的患者，可只签署一次输血治疗知情同意书)。

（七）特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查，特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者或其授权委托人签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

（八）医疗美容必须向就医者本人或其近亲属告知治疗的适应证、禁忌证、医疗风险和注意事项，并取得就医者本人或监护人的签字同意。

（九）新技术、实验性临床医疗等项目应按国家有关规定办理手续，并如实告知患者及其近亲属，必要时须签署知情同意书。

（十）重大（特殊）手术、65 岁以上患者手术，签署手术及特殊治疗同意书时，需患者及家属双签名（有授权委托书的除外）。

二十一、病案首页

（一）按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》执行。

（二）签名部分可由相应医师、护士、编码员手工签名。

（三）凡栏目中有“□”的，应当在“□”内填写阿拉伯数字。栏目中没有可填写内容的，填写“—”。

（四）疾病诊断及手术操作编码按照国家医保版编码执行。

（五）主要诊断填写原则：对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、影响住院时间最

长。如果确定有 2 个或 2 个以上诊断同样符合主要诊断标准，在编码指南无法提供参考的情况下，应视具体情况根据原则正确选择主要诊断；原则上“入院病情”为“4”的诊断不应作为主要诊断；从急诊留观室留观后入院的，当患者因为某个疾病被急诊留观，且随后因为同一疾病在同一家医院住院，选择导致急诊留观的疾病作为主要诊断；当患者在门诊手术室接受手术，并且继而入住同一家医院变为住院病人时，如果因为并发症入院，选择该并发症为主要诊断。如果住院的原因是与门诊手术无关的另外原因，选择这个原因为主要诊断。

（六）其他诊断填写原则：填写其他诊断时，先填写主要疾病并发症，后填写合并症；先填写病情较重的疾病，后填写病情较轻的疾病；先填写已治疗的疾病，后填写未治疗的疾病。 患者既往发生的病症及治疗情况，对本次住院主要诊断和并发症的诊断、治疗及预后有影响的，应视为合并症填写在其它诊断，既往一直存在本次住院未治疗的、与本次疾病不相关的诊断可不填写。

（七）主要手术和操作填写原则：是指患者本次住院期间，针对临床医师为患者作出住院诊断的病症所施行的手术或操作。一般是风险较大、难度最高、花费最多的手术和操作。填写一般手术和操作时，如果既有手术又有操作，按手术优先原则。仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的、主要的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作），后依时间顺序逐行填写其他操作。

（八）关于手术切口的分类，按首页的分类要求，将手术切口分为0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ类切口。

切口分组	切口等级/愈合类别	内涵
0 类切口		有手术，但体表无切口或腔镜手术切口
Ⅰ类切口	Ⅰ/甲	无菌切口/切口愈合良好
	Ⅰ/乙	无菌切口/切口愈合欠佳
	Ⅰ/丙	无菌切口/切口化脓
	Ⅰ/其他	无菌切口/出院时切口愈合情况不确定
Ⅱ类切口	Ⅱ/甲	沾染切口/切口愈合良好
	Ⅱ/乙	沾染切口/切口愈合欠佳
	Ⅱ/丙	沾染切口/切口化脓
	Ⅱ/其他	沾染切口/出院时切口愈合情况不确定
Ⅲ类切口	Ⅲ/甲	感染切口/切口愈合良好
	Ⅲ/乙	感染切口/切口欠佳
	Ⅲ/丙	感染切口/切口化脓
	Ⅲ/其他	感染切口/出院时切口愈合情况不确定

0 类切口是指经人体自然与外界相通的腔道进行的内镜手术以及通过皮肤上小切口的经皮腔镜手术，例如：胃肠镜下肿物切除，膀胱镜下前列腺电切术，经皮穿刺的介入手术，可归为 0 类切口。

注意：皮肤上有小切口并缝合的腔镜手术，根据手术涉及的范围，纳入有切口的手术分类，例如：腔镜下卵巢囊肿剥除术归为Ⅰ类切口，腔镜下胆囊切除术、胃癌根治术归为Ⅱ类切口。

二十二、关于电子病历实施的相关规定

（一）电子病历所有医疗文书标题采用 3 号黑体、加粗。正文采用 5 号宋体，单倍行距，纸张为 16K 纸。

（二）所有医疗文书签名采用双签名。在电子签名未实施前，医嘱签名采用“打印签名”。

（三）B 超、心电图、CT、MRI 等检查报告采用 16K 打印格式。

（四）医嘱系统可以续打，病程记录须整页打印。病程记录满页及时打印、审签，尤其是术前病程录、手术记录强调打印的及时性。

惠山区人民医院	文件编码	BAK-ZZ-002	文件名称	病历管理制度	适用范围	所有临床科室
	制定部门	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2014.01.01	修订时间	2023.11.21

病历管理制度

（一）目的

提高病历书写质量，加强病历的监控和管理，确保医疗质量和医疗安全。

（二）适用范围

医务人员对运行和终末病历进行质量管理时遵循本制度。

（三）定义

指为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全，对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理的制度。

（四）基本要求

1、医疗机构应当建立住院及门急诊病历管理和质量控制制度，严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定，建立病历质量检查、评估与反馈机制。

2、病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限。

3、实施电子病历的医疗机构，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。

4、医疗机构应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。

5、鼓励推行病历无纸化。

（五）内容

1、病历质量管理主要包括统一病历质控标准、建立三级质控管理、总结与反馈、绩效管理等。

2、病历质量管理标准：

（1）原卫生部 2010 年版《病历书写基本规范》。

（2）《江苏省病历书写规范（第 2 版）》。

（3）本院《住院病历书写制度》、《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》、《门急诊病历书写制度》、《护理病历书写规范》、《麻醉病历书写规范》等书写制度。

（4）本院《患者评估制度》、《知情同意制度》、《转科制度》、《首页质控制度》等相关制度。

3、医院设立病历质量三级质控管理：

（1）质控管理机制：

①一级质控（科级质控）：由临床科室负责对本科室及本病区的病历进行质量管理。

②二级质控（部门质控）：由医务科、病案室、护理部负责对运行病历、门急诊病历、留观病历、归档病历每月进行 1 次质量管理。

③三级质控（专项质控）：由医务科、护理部组织医师、技师、护士、麻醉师等组成专家组负责至少每季度 1 次对运行或归档病历进行专项检查。

（2）质控管理要求：

①科级质控：

a.运行病历：上级医师负责审查下级医师所书写的诊疗计划、上级医师查房记录、讨论记录、出院病程、出院记录并签名确认。

b.出院病历：提交前由主管医师对电子病历进行质量审查，质控医师、质控护士对纸质病历进行出科前终末审查。

②部门质控：

a.医务科负责每月随机抽查至少每名医生 5 份运行病历按照医院住院病历质量评分标准表审查医疗文书，记录每份的得分并做好每月质量分析。

b.病案室负责每月随机抽查出院终末病历的 20%进行质控，由临床科室科主任及质控员、病案室、护理部、医务科共同完成审查，并完成总结分析。

③专项质控：由医务科、护理部负责至少每季度组织 1 次，并对专项质控结果做好质量分析。

（六）监管

1、部门质控检查结果汇总后统一上报医务科，并在病案室备案。

2、部门及专项质控须将每月、每季度检查情况及时反馈给各科室。

3、各科室根据自查结果和医院检查结果，对本科室存在的缺陷进行整改并与绩效挂钩。

惠山区人民医院	文件编码	BAK-ZZ-003	文件名称	电子病历管理制度	适用范围	所有临床科室
	制定部门	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2023.11.22

电子病历管理制度

为了推进医院电子病历系统建设，确保电子病历系统符合《电子病历应用管理规范（试行）》和江苏省《电子病历基本规范实施细则》的要求，同时确保打印的病历符合《病历书写基本规范》的要求，特修订本制度。

一、电子病历等同于纸质病历，是具有法律效力的医疗文件，严禁擅自复制传播。为保护医患双方的权益，未经医务科同意严禁擅自复制传播电子病历工作站的文件和数据。

二、电子病历各用户应遵守保密制度，妥善保管本人用户名和口令，并定期更换口令。如因用户泄密原因引起电子病历纠纷的，按计算机记录的结果追究其法律责任。

三、电子病历用户的操作权限类别分为：病历书写、病历浏览、病历修改、病历封存。各级医生对电子病历的操作权限由各科提出申请（科主任签字），报医务科审批，由信息中心指定专人操作，用户操作权限原件留存由信息中心备查。如需更改权限，科室提出申请（科主任签字），报医务科审批，由信息中心指定专人操作，用户操作权限原件留存由信息中心备查。

四、电子病历书写内容及修改时限仍按江苏省《病历书写规范》执行。

五、江苏省《病历书写规范》中无表格病历的科室在审批使用电子病历后，住院医师及以下医师一律书写住院病历（大病历）。待使用成熟后，根据专科特点在原住院病历基础上退出专科住院病历模板。专科病历模板经医务科审核后，由信息中心负责模板制作。

六、住院病历、病程记录书写完成上级医师电子审签后及时打印存入病历夹中。

七、所有协议书暂用印刷纸张进行医患双方签字。

八、病历只有在经上级医师签字确认后方成为有效的医疗文件，同时成为具有法律效力的医疗文件。打印后纸质病历由病案室归档保存。

九、由于病程录打印滞后，故上级医生应每周在电脑中审核、修改下级医师书写的病程录，以减少打印后病历内容的修改，同时也保证打印病历内容与电子病历中的内容一致。

十、对打印后的病历有修改时，由修改医师在已打印的纸质病历上和电子病历中进行修改，但不允许打印已修改的电子病历。

十一、电子病历于患者出院后 7 日内由科主任或主诊组长审核后进行归档封存。封存后的病历无特殊原因不允许再修改。封存后的电子病历查阅仅提供病历浏览，不允许打印。由于特殊原因确实要修改的，需向医务科提交申请，执行撤销病历流程，予以规范修改并打印。

十二、电子病历中个人信息严禁出现信息缺失、失真、泄密等情况。应充分保护患者隐私，任何部门和个人不得未经允许传播、复制病案个人信息。

十三、电子病历模版需要更改时，由科室提出更改方案，科主任签字，报医务科审批后，暂由信息中心专人负责更改，病案原件留存备查。

十四、信息中心操作人员对电子病历进行日常维护，保证电子病例系统的正常运行。

十五、电子病历工作站为专机专用，不得接入光驱、软驱、U 盘，严禁擅自安装任何软件。未经许可，不得随意更改工作站的系统参数和软件配置。如发现违规操作，一经确认，根据情节和造成后果轻重，追究当事人的经济或法律责任。

十六、医务科、病案室等病历质量监管部门，应随时对电子病历的的书写质量进行监控。在对病历监控过程中，医务科、病案室只能对电子病历进行查询和浏览，没有修改病历的权限。

十七、信息中心操作人员只能对电子病历运行系统进行监控，不得擅自进行电子病历的修改、打印等操作。未经使用科室和医务科同意不得进行电子病历模版的修改。

十八、信息中心操作人员不得接待他人浏览电子病历，不得向他人提供打印病历。

惠山区人民医院	文件编码	BAK-ZZ-004	文件名称	病案首页质控规范及考核细则	适用范围	所有临床科室
	制定部门	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2021.11.02	修订时间	2023.11.28

病案首页质控规范及考核细则

为加强医疗数据统计工作，为公立医院绩效考核、专科建设和 DRG 付费提供客观、准确、

高质量数据，提高本院病案首页质量，经研究决定，对病案首页开展专项质量控制及考核工作，特修订我院《病案首页质控规范及考核细则（2024 修订版）》。

一、基本要求：我院各科各级医生均需按照《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》要求完整、准确填写病案首页及管理附页。

二、我院病案首页填写要求如下：

1.患者基本信息填写要求完整无误

主要包括病案号、患者姓名、身份证号码、医疗费用支付形式、出生日期、婚姻状况、工作单位、家庭住址及联系电话、联系人信息等，按标准填写，尤其是地址。

2.主要诊断的选择规范、准确

主要诊断的选择总原则：在本次住院对患者健康危害最大，消耗医疗资源最多，住院时间最长的疾病诊断。主要诊断只填写一个疾病。按照全国统一的 ICD-10 编码执行。

3.入院病情及治疗转归填写要求正确

入院病情填写错误将影响疾病 DRG 入组及手术并发症发生率统计的准确性。出院转归填写错误将影响治愈好转率统计的准确性。

4.手术操作名称填写完整

包括手术操作编码、手术及操作日期、手术级别、手术及操作名称、手术及操作医师、切口愈合等级、麻醉方式、麻醉医师等。按照全国统一的 ICD-9-CM-3 编码执行。

5.损伤和中毒的外部原因不得漏填写且填写准确

主要诊断 ICD 编码首字母为 S 或 T 时必填；不能将损伤原因笼统地写为意外、车祸、外伤等，中毒原因简单写成药物，而不详细记录药物名称。

6.病理诊断不得漏填写且填写准确

主要诊断 ICD 编码首字母为 C 或 D00-D48 时必填；有病理结果的病理诊断及病理号必填。

7.医师签名要体现三级医师制度

三级医师签名栏需住院医师、主治医师、副主任医师各自亲自签名，其中主治医师、副主任医师由该份病历中完成查房的主治及副主任医师签名；职称与医院聘用的专业技术职称一致。

8.其他医疗信息填写完整： 如院内感染、血型及输血情况、诊断符合情况、药物过敏、临床路径、抢救情况、危重病例、疑难病例、MDT 病例、单病种、日间手术及教学查房病例等项目；离院方式，如医嘱转社区卫生服务机构，接收单位必填；是否有出院 31 天内再住院计划，如填有，目的必填。

9.无内容填写的项目，应划上“—”，不得空白。

10.附页内容根据医嘱、病程记录及实际情况认真、逐一填写，没有的内容可不填。

三、我院病案首页质量控制实行院科两级负责制。

1.科室病案质控小组负责对病案首页及管理附页质量进行全面质控，强调环节质控，层层把关，落到实处，管床医师负责完整填写病案首页及管理附页并自查，各病案质控小组组长审查并记录做好质控记录，科主任督促全科病案首页填写，争取把缺陷控制在科室内。

2.病案科及院级质控员负责对病案首页进行院级质控。

3.病案室编码员负责疾病编码的质控，对病案首页存在缺陷时，负责与临床医生沟通，促进首页规范化填写。

4.信息科尽量完善首页程序功能，对必填项漏填、逻辑错误等项目进行卡控，把缺陷控制在打印前。

5.医务科负责组织院级专家对各科病案首页质量进行抽查，并将病案首页质控情况反馈给科室，以提高各科医师完整病案首页填写质量，使填写的病案首页能为医疗数据统计提供正确依据。

四、病案首页质量考核

1.病案室每月抽取至少20%的终末病历检查首页情况，病案首页检查项目及扣分情况参照《病案首页专项督查表》，每月汇总后向医务科上报病案首页质控情况。

2.医务科负责对全院病案首页进行考核，对病案首页缺陷进行扣罚，与科室及科主任绩效考核挂钩。

3.病案首页专项评定分为合格与不合格：（1）每份病历≥95分为合格病历；＜95分为不合格病历。（2）病案首页专项评定标准中列出了4项病案首页单项否决项，每份病历发生任何一项，则该份病历即为不合格病历。现增加病案首页缺陷率：扣分≥1分者，即为首页缺陷病历；病案首页缺陷率=当月被检查病历中为缺陷病历的份数/当月被检查病历的总数。

4.措施：（1）针对个人行为扣罚：①首页漏填扣50元/项(包括附页)，患者基本信息填写错误扣50元/项；入院病情、转归填写错误、慢病、院感诊断漏填、手术操作栏填写错误扣100元/项；危重病例、疑难病例、MDT病例、单病种、日间手术及教学查房病例、离院方式、是否有出院31天内再住院计划等项目选择错误扣100元/项；主要诊断及主要手术操作填写不正确扣200元/个；其他诊断及其他操作漏/错填扣100元/项；其他项目填写错误扣50元/项；②编码员与临床沟通，指正编码错误后，2个工作日内仍不改正者扣100元/份（包括电子病历首页及纸质首页），同一问题错误≥3次，扣200元/份。（2）科室考核：①抽查病历中病案首页缺陷率＞5%者扣0.1分，＞10%者扣0.2分；②主要诊断、主要手术及操作错误及漏填另扣0.2分/例；其他诊断或手术操作有误另扣0.1分/例。(3)科主任考核：以年

度考核为主，年度病案首页缺陷率＞5%，每超过 1%，扣 5 分

以上规定从 2024 年 01 月 01 日起执行。

惠山区人民医院	文件编码	BAK-ZZ-005	文件名称	出院病历归档管理规定	适用范围	所有临床科室
	制定部门	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2023.11.22

出院病历归档管理规定

为促进病案管理质量的持续改进，保障出院病历及时、完整地归档，保证各项医疗数据及时统计以及医保结报的需要，更好地发挥病案的服务和利用功能，优化国家三级公立医院绩效考核中关于病历归档质量指标，根据我院的实际情况，特修订《无锡市惠山区人民医院出院病历归档管理规定》，请遵照执行。

一、我院自 2021 年开始实行出院病历 3 日归档制度，出院病人的完整电子病历纸质病案必须在病人出院后 3 个工作日之内归入病案室；死亡病案为 7 天（应完成死亡病例讨论并填写有关死亡资料）；遇五一、国庆、春节等长假按节前通知如期归档。

二、病历归档的时效性评价方式是病案统计管理中的《出院病案归档情况表》进行评价。

三、归档日计算公式：

1、工作日出院的病历归档日时间：病案首页的出院日期后 3 日内归档（如出院日期为 2 月 3 日，归档日期则应在 2 月 6 日前完成）。

2、节假日出院的病历归档日时间：休假结束后第 1 个工作日起，出院满 3 个工作日的病历全部归档（遇五一、国庆、春节等长假按节前通知如期归档）。

四、病案归档采取收、送结合的方式：

1、病人出院后当日，床位医师应将病历及时上交给科室质控组，进行科级质控、审核、签字，第 3 日 08：00 前交予护理整理病案并进行质控，后由质控护士或者护士长发出病案签收申请。

2、病案室工作人员在患者出院第 4 个工作日上午 10 点前必须从科室质控护士或者护士长处收取病历，并将出院病历收回病案室归档。

3、出院病历交至质控护士处发出病案签收申请后即视为归档病历，任何医师未经医务科或分管院长审批同意，不得修改、增删病历内容。

4、病区质控护士在接收出院病历时若发现有缺页、缺项、填写不全、严重污染和破损等

问题病历，有权拒收，由科室相关医师立即完善，但出院病历仍需在患者出院后第 3 天上午 8 点前交至病区质控护士处，以便质控护士完善质控及编页后发出归档申请，保证病案在规定时间归档。由医师造成归档病历缺陷，责任仍由相应医师负责。

5、病历已到归档时间，但是有检查、化验没有出报告单的，先将病历归档，并在病历封面的右上角用铅笔注明所缺报告单的名称。待报告单出来后（医技科室当日送达临床科室），临床科室最迟第 2 日送达病案室。

6、病历归档前，因医疗纠纷需要封存病历时，应先完善病历内容，再进行封存，封存件交病案室保存。病历启封后，科室应整理病历再进行归档。

7、归档考核：2024 年鼓励执行病案 2 日归档率≥95%，3 日归档率≥100%，5 日归档率达到 100%。

8、原则上禁止撤销归档，年撤销归档率≤1%，每月统计。

9、奖惩：（1）2 日归档率≥95%，奖 2000 元/月；（2）3 日归档率＜95%且≥90%，扣罚 1000 元/月：＜90%，扣 2000 元/月；（3）5 日归档率＜100%，扣 3000 元/月；（4）每月 7 日前仍有上月病历未归档者，扣 500 元/份，延期者，另加扣 100 元/天；（国定假期按节前通知）；（5）年撤销归档率列入科室及科主任年终考核内容，＞1%者给予扣分；（6）撤销病历，未经同意私自更改未报备内容者，扣罚 200 元/次。

本规定 2024 年 01 月 01 日起开始实施。

惠山区人民医院	文件编码	BAK-ZZ-006	文件名称	病案（病历）复印制度	适用范围	所有临床科室
	制定部门	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2014.01.01	修订时间	2023.11.23

病案（病历）复印制度

一、由病案室全面负责全院病历的复印、复制工作，其他任何部门及个人不得复印、复制患者的病案(病历)资料。

二、病案室有专人负责受理复印或者复制病历资料的申请。受理(1)患者本人或其代理人；(2)死亡患者近亲属或其代理人；(3)保险机构等人员和机构复印或者复制病历资料的申请。受理申请时，申请人应提供下列有关证明材料：

(一)申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明。

(二)申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料。

(三)申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料。

(四)申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料。

(五)申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

(六)公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，在公安、司法机关出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

三、可为申请人复印或者复制的病历资料包括：门(急)诊病历、住院病历中的住院志（即入院记录）、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、医疗费用以及国务院卫生主管部门规定的其他属于病历的全部资料。

四、受理复印或者复制病历资料申请后，应当在医务人员按规定时限完成病历后予以提供。

五、未出院患者需要复印病历资料者，由病案室对符合复印规定者，通知病区医务人员，由病区派专人将需要复印或者复制的病历资料在规定时间内送至病案室复印。

六、在申请人在场的情况下复印或者复制病历资料。复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，病案室加盖证明印记。

七、病案室应设立病历复印登记本，按照规定收取复印或者复制病历资料费用。

惠山区人民医院	文件编码	BAK-ZZ-007	文件名称	病案(病历)封存、启封制度	适用范围	所有临床科室
	制定部门	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2014.01.01	修订时间	2023.11.23

病案（病历）封存、启封制度

（一）封存病历

1、当患方要求封存病历时，由主管医师报科主任、医务部和病案室，医护人员携带病案原件，同患者或近亲属一起到病案室，在医患双方共同在场的情况下进行封存。

2、运行病历封存：封存时病历已经全部完成就全部一并封存。病历尚未完成需要封存的，对已完成病历先行封存；病历按照规定完成后，再对后续完成部分进行封存。医疗机构对封存的病历开列封存清单，由医患双方签字或者盖章，各执一份。

3、封存时院方先复印一份病历，患方需要时按病案复印制度执行。

4、封存的病历可以是病历原件，也可以是复印件。病案室工作人员在封存件正面写清病案号、患者姓名、科室、封存日期，在封口处盖章，医方负责封存病历者在封存件上签字认可封存内容。患者或近亲属在封口处签字或做标记。

5、封存的病历由病案室专人保管。任何人不得私自拆封。

6、非正常工作时间封存病历时，需行政值班人员在场并签字，封存的病历由行政值班人员暂时保管，上班时间交病案室保管。

7、电子病历封存：封存电子病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人双方共同在场的情况下，对电子病历共同进行确认，并进行复制后封存。封存的电子病历复制件可以是电子版；也可以对打印的纸质版进行复印，并加盖病案管理章后进行封存。封存后电子病历的原件可以继续使用。电子病历尚未完成，需要封存时，可以对已完成的电子病历先行封存，当医务人员按照规定完成后，再对新完成部分进行封存。

封存的电子病历复制件应当满足以下技术条件及要求：

(1)储存于独立可靠的存储介质，并由医患双方或双方代理人共同签封；

(2)可在原系统内读取，但不可修改；

(3)操作痕迹、操作时间、操作人员信息可查询、可追溯；

(4)其他有关法律、法规、规范性文件和省级卫生计生行政部门规定的条件及要求。

（二）启封病历

1、当患方要求启封封存病历时，先到医务部提交书面启封申请(须有申请人签字或手印)，医务部负责人同意签字后，携申请与临床主管医师一起到病案室启封病案(病历)。病案室保留书面申请书。启封病历资料一定要医患双方都在场。

2、在下列两种情况下医疗机构可以自行启封病历资料：

(1)医疗纠纷已经解决；

(2)患者在病历封存满 3 年后未再提出解决医疗纠纷的要求。

3、启封后的病案（病历）由医院病案科按归档病历管理保存。

九、医保科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	YBK-GLZD-001	文件名称	医院医保管理制度	适用范围	全院
	制定部门	医保科	制定人	葛伟民	内审人	储旭东
	制度内容	新增	制定时间	2020.01.01	生效时间	2020.01.01

医院医保管理制度

一、 建立医院医保科，在院长、分管院长领导下开展工作，具体负责本院医疗保险工作。

二、制定医保管理措施和具体的考核奖惩办法，医保科有明确的岗位职责，健全与医疗保险管理相适应的内部管理制度和相应措施。

三、 建立医保管理网络，贯彻落实相关的医保规章制度。负责定期对医保业务和医疗行为进行规范、协调、考核、监督，对门诊处方量、出院病历、出入院标准掌握以及出院带药情况进行定期的自查、抽查、考核、监测和分析。

四、规范医疗行为，认真贯彻执行医疗保险各项政策规定，按时与市医保中心签订医疗保险定点服务协议，按照协议规定履行相应权利和义务。

五、严格执行卫生行政部门规定的各项医疗技术操作规范、病案管理和相关业务政策规定，合理检查、合理用药、合理治疗。

六、采取措施杜绝如违法犯罪、酗酒、斗殴、等行为发生的医疗费用，落实为参保病人医疗费用自费告知制度。

七、采取切实措施，落实医疗保险住院费用控制标准，合理控制医疗费用过快增长，杜绝冒名住院、分解住院、挂名住院和其它不正当的医疗行为，控制并降低住自负比例，确保医疗保险药品备药率达标，将医疗保险各项考核指标纳入医院整体考核管理体系之中。

八、做好医疗保险收费项目公示，公开医疗价格收费标准。规范药品库、费用库的对照管理，规范一次性医用材料的使用管理。

九、严格执行医保规定，确保数据的准确及时传送和网络的正常通畅运行。

十、及时做好协调工作，加强医院医保、信息、财务、物价部门与社保中心相关部门的对口联系和沟通。

十一、定期组织医务人员学习医疗保险相关政策和业务操作，正确理解、及时贯彻落实医疗保险有关规定，按照医疗保险政策规定和医疗规范指导检查各部门医疗保险执行情况。

十二、加强医疗保险的宣传、解释，设置“医疗保险宣传栏”，公布 举报奖励办法和监督电话，公示诚信服务承诺书。正确及时处理参保病人的投诉，努力化解矛盾，保证医疗保险各项工作的正常开展。

惠山区人民医院	文件编码	YBK-GZZD-001	文件名称	医保病人住院须知	适用范围	全院
	制定部门	医保科	制定人	葛伟民	内审人	储旭东
	制度内容	新增	制定时间	2020.01.01	生效时间	2020.01.01

医保病人住院须知

尊敬的患者：您好！

欢迎您来我院住院就诊，为了维护您的合法权益，保障您的消费利益，明确医疗保险管理制度，熟悉就医程序，特请您配合做好如下工作：

1.在办理住院手续时请出示您的医保卡并交住院处保管，严禁冒名顶替，不得挂床，不得要求医师开与疾病无关的药品及检查治疗单，否则费用不予报销。

2. 您到达住院科室后，请主动出示您的身份证，以便于床位医生核对身份。

3.下列情形不属于医疗保险统筹基金报销范围：犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、蓄意违章、交通事故、医疗事故、工伤和违反法律法规规定的其他情形发生的费用以及其它社会医疗保险规定基金不予支付的诊疗项目。

4.因病情需要使用基本医疗保险不予支付费用和部分支付费用的药品，诊疗项目、服务、设施，自理金额≥200 元的必须征得您或家属的签字同意后方可实施，（急诊、抢救等特别情况除外，但须过后补办）。

5.住院期间病区应及时向您提供“一日清单”，使您明明白白消费。若对清单有疑问可向所住科室医保专管员及床位医生咨询办理，对个人自付费用有疑问可向医保办查询。

6.住院期间不允许挂床（即患者办理入院后不住在医院）要求 24 小时在院，有特殊情况必须向科室书面请假，医保办备案，如医保办三次查房不在，本次住院视为自费，不予报销。

7.您的出院带药：医生可开具与本次住院疾病治疗有关的药品（限口服药）一般不超过 15 天，长期慢性病不得超过 30 天，药品种数原则上应控制在 5 个或 5 个以内。

8.出院时应及时与医院结清个人应付医疗费用，医院为您提供医疗费用结算明细清单，住院收费发票，保证您的知情权。

9.入院流程：

医保患者携带好医疗保险卡→到入院处办理入院手续→交住院费（一般为 2000 元）→到科室住院。

10.出院流程：

医保患者→科室完善出院有关事项（退药、出院带药）→核对帐目→由办公室护士审核资料是否齐全→到结帐窗口结清医疗费用。

11.医保患者每年发生的费用最迟到第二年 3 月 31 日为医保结算时限，过期未结算的后

果自负。

12.本须知一式两份，签字后一份科室备用，一份病人保存。

未尽事宜，请向您的主管医生、护士咨询，也可直接向科室医保专管员及医院医保科垂询！

祝您早日康复，谢谢合作！

医保科电话：83309736

患者签字：

年　　月　　日

惠山区人民医院	文件编码	YBKK-GZZD-002	文件名称	医保告知、确认签字制度	适用范围	全院
	制定部门	医保科	制定人	葛伟民	内审人	储旭东
	制度内容	新增	制定时间	2020.01.01	生效时间	2020.01.01

医保告知、确认签字制度

医务人员应熟悉了解医保政策，尊重病人的知情权，尽到告知义务，（注：医保专管员或床位医生负责发放《医保病人住院须知》，并履行签字手续，其应附在病人病历）。

一、主管医生在制定治疗方案时，乙类目录，自费项目（个人负担费用≧200 元）超医保最高限价材料等必须告知病人或家属，征得同意并签字认可。

二、住院期间要求病人确认《医保病人住院须知》规定，并签字留备份。

三、住院期间患者如需外出，须签署《劝阻住院患者外出告知书》，并签字留备份。

四、涉及到医保报销比例，年度封顶线，大病医保等情况医务人员也应告知病人。

惠山区人民医院	文件编码	YBKK-GZZD-003	文件名称	无锡市惠山区人民医院医保病人转诊（院）制度	适用范围	全院
	制定部门	医保科	制定人	葛伟民	内审人	储旭东
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2023.01.01	生效时间	2023.01.01

无锡市惠山区人民医院

居民医保病人转诊（院）制度

一、严格掌握转诊（院）指征：

受本院专科设置、药品配备、检验检查项目或仪器设备、医疗能等因素限制，我院无法处置的方可转诊（院），必要时应通过科内、科间甚至院内会诊方可确定是否转诊（院），严禁跨科室转诊（院）。

二、转诊（院）流程：（必须遵守首诊负责制和转科会诊制度，不得推诿病人）

患者挂号就诊，接诊医生了解病情及相关情况后大致确认符合转诊（院）指征的，按照规定写好门诊病历联系本专科主任，最后由专科主任确认是否符合转诊（院）条件并决定是否为患者开具转诊（院）单，转诊病人的转诊（院）单应一式三份，两份给病人，一份留底，病人持转诊（院）单至医保结报处划卡转出病人。若本专科主任因手术、外出等原因无法开具转诊（院）单时，接诊医生应详细汇报该患者情况给本专科主任，由科主任确认是否符合转诊（院）条件，若符合转诊（院）条件可由接诊医生或主任指定医生开具转诊（院）单，此转诊（院）单必须备注“已向某某科主任汇报并同意”。

三、转诊（院）单开具要求：

必须按照本院转诊（院）单规格填写，其中的病情摘要及转诊（院）理由栏必须填写1、患者病情简要说明；2、目前诊断；3、转诊（院）原因（病人要求转院不得作为转诊理由）。外转检查的必须注明检查项目及大致费用；外转配药的必须注明药品名称、用法、用量及大致费用，慢性病最多开具一个月的用量。

四、转诊（院）单时效：

根据医保部门规定，转诊（院）3天内1次有效（即转诊划卡后3天内必须去转入医院检查、配药或住院，否则失效），开具转诊（院）单时应明确告知患方；遇国家法定节假日可自动顺延（或过后补开转诊单）。

五、转入医院范围：

转入医院必须是无锡市内医保定点医院（我院无权转至无锡市以外的医院）；传染病转无锡市第五人民医院、精神病转钱桥卫生服务中心或无锡市精神卫生中心、肢体康复转前洲社区卫生服务中心、其它疾病转无锡市内三级医院。

六、享受儿童统筹的参保人员符合转诊条件的，需儿科主任开具转诊（院）单，在上级医院门诊就诊及住院治疗均现金结算（不能在本院划卡出去），再凭转诊（院）单与发票回医保科审核签字后到医保结算窗口报销。

七、各科主任开具的转诊（院）人次及总金额纳入科室管理考核。

八、具有开具转诊（院）单权利的主任及相对应的疾病：（原则上一个专科至少有两个医生可以开具转诊（院），不足的由各专科主任指定名单并上报医保科，避免各专科医生推诿病人）

1、手术科室：

泌尿外科疾病：万恩明、诸伟

脑外科疾病：徐勤义、刘俊

骨科疾病：储旭东、钱华钧

手足外科、烧伤科疾病：陆道军、赵国强

普外科、小儿外科疾病：李志刚、刘华（以首诊日划分）

甲乳外科疾病：张冠新、吴昊

胸外科（普胸、心胸外）疾病：赵铭、唐海龙

血管外科疾病：潘俊峰、吴晓东

眼科疾病：关立鹏、龚文婷、李剑波

耳鼻咽喉科疾病：孟祥明、王洋洋

中医外科疾病：牛秀德、蒋晓梦

妇科疾病：孙彦玲、周婕、沈国珍

产科疾病：程维良

2、内科系统：

心内科疾病：尚正录、杨博文

消化科疾病：朱智勇、许静亚

神经内科、精神类疾病：潘晓帆、李邦林

内分泌科疾病：龚莉、赵晶、刘靖、崔焕焕

肾内科疾病：徐太静、李建军

风湿免疫性疾病： 冯秀媛

肿瘤、介入、血液性疾病：丁宁、赵丽丽、张希旺

呼吸科疾病：应站专、赵振、禹海燕

3、儿科、儿童保健科疾病：强立、狄云霏

4、新生儿科疾病：阳宛真

5、中医内科疾病：牛秀德、李少白

6、康复医学科、运动医学科疾病：杨述鸣、杨浩然

7、麻醉科、疼痛科疾病：蒋伟

8、口腔科疾病：杨新强

9、ICU疾病：张巍、周婷、祁航

10、急诊科疾病：邹静蓉、向阳、柏广富、伏平

11、全科医学、老年医学科、临终关怀科疾病：王开成、唐莉

12、皮肤科疾病：郭华、刘娟

九、各专科具备开具转诊（院）单的医生必须熟知医保相关政策，并严格执行医院转诊（院）制度。

十、本管理制度自2023年1月1日起执行。

惠山区人民医院	文件编码	YBKK-GZZD-004	文件名称	参保就医指南	适用范围	全院
	制定部门	医保科	制定人	葛伟民	内审人	储旭东
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2023.01.01	生效时间	2023.01.01

参保就医指南

（根据 2023 年度政策修改）

无锡市区的医疗保险分成两大险种，一种是职工医疗保险，一种是居民基本医疗保险。两个保险看病的方式基本相同，相同的地方是参保人员在看病的时候，都要带好《社会保障卡》和病历证，用卡结算医疗费用，病历证用来记载病程，也都是本人身份的证明。所不同是两种医保享受的待遇有较大差别。

一、职工医保就医方法：

（一）门诊

1、门诊统筹

职工门统无需约定任何医药机构，按医院等级享受相应待遇。

（1）支付顺序：起付线—统筹基金支付—个账—家庭共济—现金。

（2）所有定点医药机构发生的可报医疗费用均可纳入起付线累计。

可报医疗费用=总费用-自理-自费-超限价

（3）个人账户可用于支付起付线及在门诊统筹使用过程中的个人支付费用。

（4）定点零售药店和定点门诊部（所）参照三级医院的支付比例执行，年度内各类基金支付的合规医疗费用限额暂定为 2000 元，且计入门诊统筹年度医疗费用最高支付限额 12000 元以内。

机构	起付线	社区医院（含护理院）	未定级、一级、二级	三级	门诊部所、药店（小限额 2000 元）	可报费用限额

在职	500 元	80%	75%	60%	60%	12000 元
退休	300 元	90%	85%	70%	70%	

2、2023 年 1 月 1 日起，职工门慢全部切换成职工门统。

3、门诊特殊病种。

2023 年 1 月 1 日起无锡市执行全省统一的基本医保门诊特殊病（以下简称门特）范围，包括：恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、严重精神障碍、血友病、器官移植术后抗排异治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、肺结核等 8 类 20 个病种（含治疗方式）以及儿童 I 型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症 3 个病种。我市原门特病种不在全省统一的门特病种范围内的，不再作新增认定。

目前职工医保血腹透以及辅助治疗费用在约定医院直接划卡结算，不需再到到社保中心窗口报销。

（二）住院

1、本地住院：参保人员患病需要住院治疗的，不受门诊约定医院影响，可以在市区范围内选择一家医疗保险定点的医疗机构治疗。医疗机构的级别越高，起付标准越高，个人负担的医疗费用相应会越多，所以患者应根据自己的实际情况，选择适合自己的医疗机构进行住院治疗。

（1）起付标准

已认定为门诊特殊病种“恶性肿瘤”、“器官移植术后抗排异治疗”、“慢性肾功能衰竭”且在认定有效期内的参保患者，住院起付标准减半。

职工精神病患者在大市范围内指定精神专科医院住院免起付。

同一年度内在同一家护理机构住院的，只收取一次起付费用。

	一级及以下（含护理院）、社区医院	二级	三级
第一次	300	600	900
第二次	150	300	450
第三次及以上	75	150	225

（2）统筹基金支付

住院发生的医疗费用在医保基金住院起付标准以下部分由个人负担，在起付标准以上至年累计最高限额以下的部分，由职工医保基金和个人共同负担。

医疗费用最高支付限额 50 万元。

机构	一级及以下（含护理院）、社区医院	二级	三级
在职	97%	95%	90%
退休	98%	97%	95%

（3）职工大额医疗费用补助

职工住院超限额以上部分：最高支付限额以上符合医疗保险基金支付范围的费用（50 万以上部分），支付比例 95%。

职工大病保险部分：住院类和门诊特殊病种治疗的合规医疗费用，经职工基金医疗保险和职工大额医疗费用补助初步补偿后，按以下规模再次予以保障：

人员类别	起付标准	分段	支付比例
普通人员	18000 元	1.8 万（含）以下	0
		1.8 万—10 万（含）	60%
		10 万以上	80%
医疗救助对象	9000 元	0.9 万（含）以下	0
		0.9 万—10 万（含）	65%
		10 万以上	85%

2、异地住院（转诊）：按规定办理了转诊手续在外地住院治疗的医疗费用，符合医疗保险结报规定的凭《无锡市职工医疗保险转诊审批表》、外地诊治医院的门诊病历、出院小结、《社会保障卡》、费用明细清单、医疗费结算单据等，由市社会保险经办机构按有关规定审核报销。

3、异地住院（未转诊）：未按规定办理转诊手续，在外地（境内）发生就医，符合规定的住院医疗费用（含门诊特殊病种治疗），基金支付比例按办理转诊手续的规定比例打八折执行。

二、居民基本医疗保险就医

我市市区的居民基本医疗保险按照“保基本、保大病、低水平、广覆盖”的原则，遵循“住院为主、兼顾门诊”的设计理念而设置。执行社区医院首诊负责制，每次看病都应该先到社区医院首诊，凡未经社区医院诊治、自行在其他医疗保险定点医疗机构就医发生的医疗费用，社区医院有权也应该作为未转诊医疗费用报销。在非医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用和药店购药的费用，居民基本医疗保险不予支付。

（一）待遇

1、起付标准：

（1）无减半政策；

（2）居民精神病住院不免起付线；

（3）所有医疗机构按以下起付标准执行：

	社区	一级、未定级	二级	三级
学生、少儿	150	150	300	450
其他居民	200	300	600	900

2、统筹基金支付

（1）住院发生的医疗费用在医保基金住院起付标准以下部分由个人负担，在起付标准以上至年累计最高限额以下的部分，由居民医保基金和个人共同负担。

（2）医疗费用最高支付限额 35 万元。

社区	一级、未定级	二级	三级
90%	85%	75%	65%

3、居民大病保险

人员类别	起付标准	分段	支付比例
普通人员	18000 元	1.8 万（含）以下	0
		1.8 万—10 万（含）	60%
		10 万以上	80%
医疗救助对象	9000 元	0.9 万（含）以下	0
		0.9 万—10 万（含）	65%
		10 万以上	85%

三、急病和其他

1、本市参加职工医疗保险和居民基本医疗保险的参保人员（下面统称参保人员）如因患急病，可到就近的医疗机构就诊，就诊时尽量选择当地医疗保险定点医疗机构。如是居民医保参保人员需住院治疗的，应在入院后三天内通知约定的社区医院，并根据规定办理相应手续，否则社区医院可按未转诊医疗费用处理。

注：什么是急病？需符合《江苏省急危重病诊断标准》，如急性心脑血管意外、昏迷或有抽搐症状、高烧 39℃以上、大出血、剧烈呕吐和腹泻等。

2、申请报销时，约定医院根据《江苏省急危重病诊断标准》，来审核这笔医疗费用是否

可以报销。同意报销的，则和经约定医院同意后转诊到其他医院看病的费用一样，在医疗保险规定的目录范围内按规定比例报销。

3、参保人员在中国大陆以外发生的医疗费用，医疗保险不予支付。

4、参保人员因犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、蓄意违章、交通事故、医疗事故等情形发生的医疗费用，医疗保险不予支付。

四、居民医保联合定点服务模式

二级医疗机构与社区卫生服务中心居民医保联合定点服务模式的主要内容为：约定在社区的居民医保参保人员，无需转诊可直接到二级医院就诊和住院，基金支付比例按转诊规定的比例执行。如病情需要转至其他二、三级医疗机构就医的，由二级医院或定点社区中心按双方签订的协议进行转诊。参保人员未经转诊或其他原因发生的现金垫付的医疗费用，仍由定点社区按规定报销。

目前实行居民医保联合定点服务模式的有：滨湖区中医院（华庄街道社区卫生服务中心、雪浪街道社区卫生服务中心、太湖街道社区卫生服务中心）；无锡市第九人民医院（蠡湖社区卫生服务中心、蠡园社区卫生服务中心、胡埭社区卫生服务中心、马山社区卫生服务中心、河埒社区卫生服务中心、荣巷街道社区卫生服务中心）；锡山人民医院（锡山区各社区卫生服务中心）；惠山区人民医院（惠山区各社区卫生服务中心）。

附件 3：

无锡市急危重症分类目录

一、常见危重综合征

1.休克

2.各种原因引起的昏迷

3.心搏呼吸骤停

4.严重酸碱及电解质失衡

5.急性肾功能衰竭

6.多器官功能衰竭

二、心血管系统

1.急性心力衰竭

2.高血压危象

3.急性心肌梗死

4.严重心律失常

5.急性冠脉综合征

6.腹、主动脉夹层动脉瘤

7.心脏压塞

8.心脏穿透伤或破裂

三、呼吸系统

1.急性呼吸衰竭

2.成人呼吸窘迫综合征（ARDS）

3.哮喘持续状态

4.开放性气胸

5.张力性气胸

6.创伤性血气胸

7.气管及支气管裂伤

8.大咯血

9.急性肺梗塞

四、消化系统

1.急性上消化道大出血

2.食管穿孔

3.急性重症胰腺炎

4.急性梗阻性化脓性胆管炎

5.急性胃肠道穿孔

6.急性肝脾破裂

7.创伤性膈疝、嵌顿性绞榨性疝

8.暴发性肝功能衰竭

五、内分泌及血液系统

1.低血糖昏迷

2.糖尿病酮症酸中毒

3.高渗性非酮症糖尿病昏迷

4.甲状腺机能亢进危象

5.肾上腺皮质功能减退危象

6.垂体前叶功能减退危象

7.溶血现象

8.急性白血病伴危及生命体征

9.急性重症出血性疾病

10.弥漫性血管内凝血

六、神经系统

1.脑疝

2.严重颅脑损伤

3.高位脊髓损伤

4.急性脑血管意外危及生命

5.癫痫持续状态

6.重症肌无力危象

7.急性感染性多发性神经根炎

七、泌尿系统

1.急性肾功能衰竭伴严重并发症

2.肾、膀胱破裂

八、传染科

1.中毒型菌痢

2.重症乙型脑炎

3.流行性脑脊髓膜炎

4.脑型疟疾

5.流行性出血热

6.狂犬病

7.肝性脑病

九、妇产科

1.难免流产、不全流产危及生命

2.异位妊娠生命体征异常

3.妊娠高血压综合征

4.妊娠高血压综合征性心脏病

5.前置胎盘

6.胎盘早期剥离

7.子宫破裂

8.产后大出血

9.晚期产后出血

10.妊娠合并心脏病

11.羊水栓塞

12.葡萄胎

十、儿科危重病

1.急性心力衰竭

2.急性呼吸衰竭

3.急性脑水肿

4.急性肾功能衰竭

5.急性肝功能衰竭

6.休克

7.新生儿败血症
8.新生儿颅内出血
9.新生儿特发性呼吸窘迫综合征
10.新生儿肺出血
11.新生儿硬肿症
12.新生儿坏死性小肠结肠炎

十一、眼、耳鼻喉科危重病

1.眼球外伤
2.眼球异物
3.严重鼻出血
4.喉头水肿阻塞
5.气管、食管异物

十二、厌氧芽孢杆菌感染

1.破伤风
2.气性坏疽

十三、物理因素所致危重病

1.溺水
2.自缢
3.触电所致心搏呼吸骤停
4.多发性损伤
5.严重烧伤
6.化学性损伤危及生命体征
7.爆炸性复合伤
8.严重放射性损伤

十四、急性中毒

1.有机磷农药中毒
2.杀虫脒中毒、拟除虫菊酯类农药中毒
3.除草剂中毒
4.硫化氢中毒
5.毒蕈中毒
6.细菌性食物中毒
7.急性巴比妥类药物中毒
8.急性亚硝酸盐中毒
9.急性甲醛中毒
10.重度一氧化碳中毒
11.毒蛇咬伤

说明：

1、此目录摘录于江苏省卫生厅《急危重病诊断标准及抢救成功标准》。

2、凡属打架、斗殴、酗酒、交通肇事和集体性食物中毒、医疗事故等危重病抢救所发生的医疗费均属医疗保险不可支付范围。

十、信息科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	XXK-GZZD-001	文件名称	信息科工作制度	适用范围	全科
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2019.09.10	修订时间	2023.10.17

信息科工作制度

1、在医院信息化建设领导小组和分管院长领导下积极主动地做好全科信息管理工作。

2、信息科工作人员负责医院信息系统的规划、实施和维护，要为医院各相关科室提供服务，并监督其使用情况。定期开展医疗质量和成本效益分析工作，向院领导提供医疗、管理信息，为领导决策提供服务。

3、建立完善的岗位责任制和严格的工作制度，工作有计划、有落实、有检查、有反馈。

4、信息科工作人员要对使用医院信息系统的相关操作人员实行监督考核，对违反操作规程的情况作详细纪录，并交由相关科室领导供考核参考。

5、鼓励信息科工作人员对医院管理信息系统进行自主开发，但须在统一规划下进行，不得对医院信息系统进行擅自修改。

6、信息科工作人员要重视信息安全工作，要确保医院信息系统的实体安全、运行安全和数据安全。按照国家有关规定，做好信息的保密工作。

7、认真做好上级部门和院领导交办的其他各项工作。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-002	文件名称	信息系统应急预案	适用范围	全院
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2019.03.20	修订时间	2023.10.08

信息系统应急预案

为防止因医院信息系统出现故障而影响全科正常医疗秩序，确保患者在特殊情况下能够得到及时、有效的治疗，保证为病患服务的质量，结合我院实际，特制定本预案。

一、成立信息系统应急领导小组：

组　长：徐太静

副组长：戴智勇

组　员：李相宗 郑龙蛟 顾晓红 任凌燕 周云霞 朱启贯

二、“信息系统应急预案”启动条件：

1、机房主服务器发生可抗拒因素（不可预知的突发故障）导致全科信息系统停止运行20分钟以上时。

2、供电系统大范围停电，供电系统不能及时修复，并且备用电源亦不能提供电源或停电时间超过备用电源支持时限，造成全部网络及计算机不能运行。

3、主、备核心交换机同时发生故障，全科网络中断。

4、遇机房搬迁、设备维修等，需要信息系统停止运行时，于停机前3天将停机计划和方案院部，停机时间视当时情况尽可能安排在0：00～6：00时或周日下午，将影响降至最小。

三、信息系统应急责任制：

1、一旦发生上述情况之一，应迅速启动“信息系统应急预案”。

2、信息科在第一时间汇报应急领导小组，如遇夜间或节假日有关使用部门立即联系信息科人员，信息科人员到场后作出初步结论，联系信息科科长，信息科科长及时汇报分管院领导，并通知财务科、医务科、护理部、药剂科、医技科室相关责任人。

3、信息科开展相应的处理，如发生不能自行处理的故障，立即通知签约的维保公司派工程师第一时间到场处理；系统恢复正常后要核查所有补录数据的正确性；做好详细故障记录和处理过程。

四、信息系统应急技术保障措施

1、网络设备保障：核心交换机采用冗余机制，各交换机之间实行双线运行，一旦网络设备出现问题，可以保证业务正常运行。

2、服务器保障：核心系统服务器采用“实时应用集群”，一旦有一台服务器出现故障，另一台服务器可以立即接管，以保证系统运行正常。

3、供电保障：中心机房的电源采用专用的双电源进机房，机房内部电源再采用UPS不间断电源，以确保电源供应。

五、各部门应急措施

（一）门诊部

1、关闭自助机，并出示告知牌。

2、在各门诊诊区，做好人工叫号的同时，安抚病人并维持好秩序。

（二）挂号、收费处

1、收费员登录单机版收费系统，进行检验、检查、药品的正常收费，并打印电子发票。

2、门诊医保病人不能使用医保卡，只能自费，系统恢复后，病人凭电子发票去门诊收费处改医保收费。

3、系统恢复后，收费员重新登录系统，自动上传单机收费信息。

（三）门诊药房

在不影响病人看病、检查、取药、治疗的前提下，采取手工应急措施，对照手工处方和电子发票发药并将手工处方妥善留存，待系统恢复正常后，根据医生补录的医嘱及收费信息，对手工操作的处方等单据进行计算机补充发药处理。

（四）中心药房应急措施

在故障期间，中心药房应转入手工处理流程，根据病区的领药单进行发药并将相关单据妥善保存，待系统恢复正常后，根据医生护士的医嘱信息在系统里做发药确认，并仔细核对各病区的领药单，盘点药品库存。

（五）住院处

住院结帐处遇医院信息系统故障，在向病人及家属做好解释工作的同时，先行手工登记，待系统恢复正常后，逐一输入计算机。对办理出院手续的病人要与病区取得联系，询问预交款是否超支，如遇超支病人，要让病人补足超支款。预留电话号码，待系统恢复正常后，通知其前来办理出院手续。

（六）护士工作站

各病区停止计算机输入医嘱工作，所有住院病人的医嘱用药，凭领药单直接到住院药房借药。待系统恢复正常后，再补充处理医生补录的全部的医嘱、补录护理记录信息。

（七）医生工作站

医院各科室医疗业务立即恢复手工操作模式，医生工作站中处方、医嘱、病历、检查申请单一律采取纸质手写方式，待系统恢复正常后，再补录全部的医嘱、处方、病历等信息，补录完成后通知护士站进行医嘱校对、发送、计价处理。

（八）医技科室

医技科室在信息系统故障期间采取手工登记、检查(化验)、报告的处理流程，同时向患者做好解释工作，待系统恢复正常后补登记检查(化验)病人信息，并做好病人收费信息的核对工作。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-003	文件名称	医院信息化建设领导小组制度	适用范围	全院
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2018.11.20	修订时间	2023.10.17

医院信息化建设领导小组制度

1、领导小组实行例会制，每年至少召开1次会议。会议由领导小组组长或由组长委托副组长召集主持，全体成员参加。会议一般安排在年底或年初召开，根据工作需要，也可由组长决定召开专题会议。

2、会议审议事项涉及有关部门（单位）时，该部门（单位）负责同志应参加会议，并作出说明。

3、领导小组成员不能出席时可委派成员出席，该代表的意见视同被代表人的意见。

4、召开领导小组会议时，领导小组办公室应事先将会议议程和拟审议的文件发送各成员。

5、领导小组会议讨论的事项若涉及技术及专业性较强的，应由领导小组办公室会前组织专家咨询组进行技术咨询、方案论证和评审等，以确保方案的科学性，提出专家意见，必要时可请专家列席会议。

6、领导小组可授权信息化办公室根据需要每年召集若干次信息化建设和应用专题工作会，研究、分析并提出解决问题的思路和方案，报领导小组决策。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-004	文件名称	医院信息资源共享制度	适用范围	全院
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2019.07.06	修订时间	2023.10.17

医院信息资源共享制度

医院信息系统数据库中的信息资源，除信件、私人文档等纯属个人物品外，其他所有行政和医疗管理类信息及病人临床信息均归医院所有，任何个人或组织、部门均不得视信息为私有或部门所有。信息的所有权与信息的发生地和录入者没有关系。

一、不经主管部门批准，任何部门或个人均无权将医院信息系统数据库中的任何信息资源有偿或无偿地转移给院外用于任何目的。违反本规定的个人或部门负责人将会受到相应的行政处罚直至追究法律责任。

二、医院信息系统数据库中信息资源的共享权限要根据本规定的原则制定，由信息科负责解释和实施。

三、信息系统建设的重要目的之一就是要实现快速、准确、完整的信息传递和共享。信息的共享是双向的，没有任何一个部门不需要共享其它部门的资源。任何一个部门无权拒绝其它部门对本部门负责录入和管理的数据的共享，这种共享必须是经过授权的、合法的。

四、各部门对信息的录入必须保证其及时、准确和完整。

五、医生有权从计算机中读取容许其处置的个体病人的全部诊疗信息并用于辅助诊疗。不容许任何部门和个人采取任何借口和手段予以拒绝。医生无权成批地检索病人信息，如因教学、科研确有需要，需经主管部门批准。

六、医生不得未经信息发生和录入部门的同意私自将计算机中的病人信息用于科研、教学和任何公开发表的文献中。

七、对临床应用来讲，公布给全科计算机屏幕显示的病人检查、化验结果，图形、图像应当与其它介质公布的结果相一致，并且拥有同等效力。信息的产出科室对录入并公布的计算机内的数据、结果与对其它介质公布的数据、结果负有同等责任。

八、未经医务科和主管院长批准，我院提供给病人、院外和进病案的各种检查、化验结果的正式报告仍保留现有的形式和管理制度，由医技科室签字后发出。医生或其它任何人无权从异地计算机打印正式报告。计算机打印的非正式报告格式应与正式报告有区别。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-005	文件名称	网络与信息安全管理规定	适用范围	全科
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2019.03.20	修订时间	2023.11.21

网络与信息安全管理规定

1、计算机网络系统的建设和应用，应遵守国家及上级主管部门颁发的行政法规、用户手册和其他有关规定。

2、计算机网络系统的安全保护，是保障计算机及配套的设备、设施的安全，运行环境的安全，保障信息安全，保障医院信息管理系统功能的正常运行，维护计算机网络系统的安全运行。

3、计算机网络系统实行安全等级保护和用户使用权限划分。安全等级和用户使用权限以及用户口令密码的划分、设置由计算机中心负责制定和实施。

4、计算机网络中心管理人员应熟悉并严格监督数据库使用权限、用户密码使用情况，定期更换用户口令密码。

5、任何部门或个人不得利用上网计算机从事危害医院利益的活动，不得危害计算机网络系统的安全。

6、计算机病毒和危害网络安全的其他有害数据信息的防治工作，由信息中心负责处理。

7、计算机中心工程技术人员负责计算机网络系统软件、设备、应用程序的安装、调试、排除故障等。其他任何科室或个人不得自行拆卸或安装任何软、硬件设施，私自配置 IP 地址，所有人进入网络使用的 U 盘，必须经过网络中心负责人同意和检毒，未经检毒杀毒的移动存储设备（U 盘、移动硬盘等）禁止上内网使用。

8、绝对禁止医院局域网系统网络计算机登陆国际网站，原则上禁止医院局域网系统网络计算机与院外其他公共网络连接。

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

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-006	文件名称	医院数据安全管理制度	适用范围	全院
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2019.07.06	修订时间	2023.11.21

医院数据安全管理制度

1、任何科室和个人未经医院领导批准，不得在公众场合、公共媒体发布医院信息，如需公开信息，应按照《信息公开保密审查制度》填报“信息公开保密审查表”执行。

2、医院各职能部门及业务科室的工作人员，对工作当中了解、掌握的保密信息，负有保密义务并承担保密责任。涉密科室和涉密人员应当遵守法律法规，执行单位保密规定。

3、任何个人不得以个人目的，泄露、买卖医学、个人隐私、人口计生等相关信息。

4、所有上报的数据必须经过医务科审查同意后才可发出。

5、个人信息出境前，网络运营者应当向所在地省级网信部门申报个人信息出境安全评估。经安全评估认定个人信息出境可能影响国家安全、损害公共利益，或者难以有效保障个人信息安全的，不得出境。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-007	文件名称	医院数据使用审核机制	适用范围	全院
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2020.06.28	修订时间	2023.11.21

医院数据使用审核机制

1、各科室所需数据由信息科提供。

2、信息科把各科室所需的常规数据做成报表，按医务科要求授权给各科室，信息科人员应熟悉报表内容，报表之间的填写要求和逻辑关系，确定每项指标所包括的范围，对采集的统计信息，信息科人员要进行真实性和逻辑性审核，以确保数据的真实可用。

3、我院对院内数据调阅使用 OA 办公系统经医务科、护理部、网络中心、分管院长逐级审批，确保数据调阅合法合规，然后由信息科提取数据，并审核数据的正确性。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-008	文件名称	信息系统用户权限管理制度	适用范围	全院
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2020.06.28	修订时间	2023.10.17

信息系统用户权限管理制度

随着我院信息系统发挥的作用日益强大，医疗信息安全及用户权限管理更加重要，特制订权限管理规范如下：

1、设专人负责管理信息系统的各类用户使用权限。

2、各应用信息系统的用户根据各相关业务的信息管理工作要求，涉及行政、后勤、临床、医技，根据职务把用户分为院领导级、职能部门管理人员级、部门负责人级、医师护士职称分级。

3、权限管理负责人按照人事科提供的员工变动资料（含姓名、工号、所在科室等基本信息）和医务科提供的医生处方权通知，创建用户，并进行各类权限的授权。

4、医师的处方权变更、职称变更有医务科处理。

5、新进人员基本资料护士由护理部录入，医生由医务科录入，其他科室人员由人事科录用，然后到信息科凭新员工入职通知书开通权限。

6、权限管理负责人根据入职通知书开通 HIS、护理、LIS、PACS、OA 等系统的相关权限，并及时告知用户各系统初始密码。

7、每个新建用户在开通信息系统的权限以后，要及时修改自己的密码，以保证信息安全。

8、所有人必须提高安全认识，帐号和密码由用户自行保留，不得泄漏或转借他人使用，不得借用他人帐号；不得利用帐号、密码从事破坏计算机软件系统、硬件系统的活动。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-009	文件名称	患者隐私保护制度	适用范围	全科
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2019.03.20	修订时间	2023.11.21

患者隐私保护制度

信息系统中保存有门诊与住院患者在我院进行就诊的各种信息，如患者基本资料、联络方式、患者病情与诊疗信息、患者费用与报销等，依照国家有关法律及上级有关制度要求医院必须做好患者的隐私保护工作，规范信息查询，强化管理，我院特制定本制度。

1、医院每日向在院病人提供每日费用详细清单。详细清单交患者本人保管。患者出院时，由出入院处打印一份患者住院其间的详细清单交患者保管。

2、患者出院后，要查询住院其间的详细费用，凭相关证件(身份证、住院收据等)，经医务科许可，到信息科查询。

3、门诊病人要查询以往费用清单凭收费收据办理。没有收费收据的，凭相关证件，经医务科许可，到信息科查询。

4、在院病人电子病历仅住院病人所属科室和质控部门可以查询。

5、出院病人电子病历仅限病案管理及质控部门可以查询。科室要借阅电子病历，经医务科批准，由病案管理部门授权查询。

6、保险公司因报销患者费用需要调阅患者报销与本院医疗服务就诊信息，应在察看对方有关证件及介绍信后经医务科批准后提供。

7、上级部门按法规认可的各种医疗行业报表，按本院规定的手续进行数据发布。

8、除此以外，任何人不得把病人数据泄露给未经授权的第三方。如有违反，由医院视情节轻重给予处罚。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-010	文件名称	信息科值班、交接班制度	适用范围	全科
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2018.05.11	修订时间	2023.11.21

信息科值班、交接班制度

1、信息科采取轮流值班制度，实行 24 小时值班。值班人员必须坚守岗位，履行职责。如因事不能值班时，需提前告知负责人同意，并安排其他人代班。因值班人员脱岗而发生事故的，应追究值班人员责任。

2、值班人员在值班期间应遵守各项规章制度，密切注意中心机房温、湿度，并定时检查电源和一切电气设备的运行情况，做好值班记录。在值班期间严禁无关人员进入机房重地，如有经批准人员进入机房，一律做好出入登记。

3、值班人员要全面了解中心机房各种设备的工作原理、技术标准、应急处理办法。按要求完成中心机房的各项日常巡检工作，对有异常的事项要及时处理并报备，并做好巡检记录。任何人未经批准不得随意关闭或变动中心机房内设备，不得随意改动系统配置或数据，不得随意安装各类软硬件。

4、对医院各部门工作站出现的故障要及时排除，若处理不了，应立即向上级领导报告，并做好记录。

5、值班人员搞好机房卫生，清除浮尘、纸屑杂物，保持中心机房及区域的清洁。下班时做好门窗等其它电气设备的开关检查，预防水火盗窃等灾害。

6、值班人员按要求检查电源、查看服务器运行状态和数据备份情况，发现异常现象及时记录并向科主任报告。遇有重大问题逐级及时请示报告。

7、接班人员提前 10 分钟做好接班准备。交接班人员必须清晰交接工作中遗留的问题、注意事项等，严格履行接班手续，认真填写值班记录。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-011	文件名称	部门沟通协调制度	适用范围	全科
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2020.08.19	修订时间	2023.11.21

部门沟通协调制度

为了建立科学、规范、合理的信息管理机制，指导临床使用，增强与临床工作的互动，及时反馈临床信息系统功效，确保信息系统安全畅通有效，特制定本制度。

1、信息科每季度到医院各科室至少一次征求各科室对信息管理以及对信息科工作改进的意见。

2、信息科每季度组织一次到医院各科室检查，检查内容包括信息网络系统以及设备、软件等工作是否正常合理。

3、在工作中发现的问题及时与医院各科室沟通。

4、信息科与医院各科室沟通内容。

4.1　对信息网络设备、软件、硬件、提出的意见、要求、建议。

4.2　对信息管理系统软件方面的意见、要求、建议。

4.3　对信息科其他方面的意见、要求、建议。

5、沟通方式

5.1　信息化领导小组会议专题会议。

5.2　与医院各科室工作人员直接沟通。每季度至少下科室直接征求意见。

5.3　与医院外的专业人士、专业公司通过网络、电话等多种方式沟通。

6、沟通原则

尊重、合作、服务、共识、持续改进。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-012	文件名称	信息系统及相关设备固定资产管理制度	适用范围	全科
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2018.08.19	修订时间	2023.11.21

信息系统及相关设备固定资产管理制度

1、全科范围内各种计算机设备(服务器、交换机、电脑等)由信息科统一管理和调配。各部门需新增或更换设备均应由科室负责人书面提出申请，分管领导批准，由信息科提供设备型号参数，综合保障科按规定集中采购。

2、信息科指定专人负责全科设备的管理，对新购设备由专人负责与各科相关人员及送货人共同启封，核对设备规格、型号、数目及软件和文字资料，并进行质量检验，核对无误，验收合格后，方可签字并办理有关手续。

3、对于超过有效使用期的设备、淘汰设备或无法修理设备，需要通过办理报废申请，及购买申请，相关流程履行完毕，方可换领新设备，淘汰设备交综合保障科统一处理，不可自行处置。

4、信息科根据设备管理要求进行登记，设备发放必须经科室负责人认可签字后安装，建立完善、准确的物资管理台帐。

5、信息科协助综合保障科对计算机设备类固定资产进行清查。

6、对操作不当或管理不善造成设备损失的，按医院相关制度进行处理。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-013	文件名称	机房管理制度	适用范围	全科
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2019.03.20	修订时间	2023.11.21

机房管理制度

网络中心机房是医院网络核心设备所在场所，是医院防火、防盗等重点部位，为保证医院网络安全稳定运行，特制定本规定。

一、出入管理

1、严禁非机房工作人员进入机房，特殊情况需经中心值班负责人批准，并认真填写登记表后方可进入。

2、进入机房人员应遵守机房管理制度。

3、进入机房人员不得携带任何易烟、易耀、腐蚀性、强电磁、辐射性、流体物质等对设备正常运行构成威胁的物品。

二、设备管理

1、未经批准任何人不得随意开关 UPS，遇有停电应立即与后勤保障科联系。

2、交换机、路由器和服务器等设备未经科室许可，不得擅自操作。

3、值班人员必须密切监视中心设备运行状况以及各网点运行情况，确保安全、高效运行。

4、对设备进行操作、维护要做好和文档记录。

5、值班人员对机房主要设备进行定时巡检，并做好巡检记录。

三、安全管理

1、操作人员随时监控中心设备运行状况，发现异常情况应立即按照预案规程进行操作，并及时上报和详细记录。

2、非机房工作人员未经许可不得擅自上机操作和对运行设备及各种配置进行更改。

3、严格执行密码管理规定，对操作密码定期更改，超级用户密码由系统管理员。

惠山区人民医院	文件编码	XXK-ZD-014	文件名称	弱电井管理制度	适用范围	全科
	制定部门	信息科	制定人	李相宗	内审人	徐太静
	制度内容	新增	制定时间	2021.09.02	生效时间	2023.11.21

弱电井管理制度

1、医院弱电井钥匙有信息科专人保管，后勤保障科备用，钥匙一律不得外借。

2、本院其他科室如需进入医院弱电井，应有信息科人员陪同。

3、外来施工单位需凭单位介绍信或职能科签字同意，到信息科登记，确保施工内容对医院网络（有线和无线）无影响后，方可进入弱电井施工，施工时由信息科专人陪同。

4、严禁在医院弱电井内私拉线路，保持弱电井的整洁。

5、信息科一月一次对全科弱电井进行安全检查，确保弱电井环境整洁及医院网络设备正常运行。

十一、综合保障科管理制度

（一）综合保障科（总务）管理制度

惠山区人民医院	文件编码	ZBKK-ZW-ZD-001	文件名称	综合保障科（总务）工作制度	适用范围	综合保障科
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.03.10

综合保障科（总务）工作制度

一、在主管院长领导下，全面负责医院后勤总务工作。树立为医疗第一线服务的思想，坚持下修、下送、下收、下巡，主动深入科室了解部门需求和后勤保障中需要解决的问题，保障快捷、高效的服务。

二、根据医院基本建设规划，承担医院的基本建设的相关任务，负责医院新建、改建、扩建工程项目的组织实施和管理。

三、负责后勤设备的管理。建立设备档案，健全操作规程，建立维修台账，做到维修保养有计划、有措施、有登记，保证全院水、电、气、中央空调、电梯正常运行，满足临床需求。

四、做好后勤安全年度计划并按计划执行，定期开展安全生产例会，做好日常安全检查和节前安全检查，确保医院后勤安全生产工作。

五、制定后勤节能降耗计划和措施，并组织实施。

六、严格按照《食品安全法》规定对食堂日常工作进行监督检查，确保食品安全。

七、做好全院被服洗涤供应的管理工作，严格清点、交接手续，做到账物相符。

八、加强对医院保洁和环境卫生工作的管理，积极开展爱国卫生运动工作。

九、做好污水、污物、医疗垃圾、生活垃圾的处置工作，达到国家规定标准。

十、做好全院报损物品及废品的处理工作，严格把关，严格执行规章制度。

十一、加强后勤各班组的培训，不断提高人员素质和业务能力。

支持性文件：《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023 年版）

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-002	文件名称	医院基建管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2020.03.20

医院基建管理制度

一、综合保障科按国家标准计划和医院年度规划组织实施医院的基建、维修工程项目。

二、年度基建维修计划由综合保障科负责制定，方案经充分讨论研究确定后，报领导批准实施，无特殊情况应按计划执行。

三、基建工程必须严格做好建前规划，按程序进行申报设计、报建等工作后方可施工。同时要按规定收集各种基建档案资料，并于工程竣工验收后三个月内整理好。

四、综合保障科由专人负责对工程的材料质量、施工质量进行监管，如发现质量不符合要求，坚决制止，确保工程质量和安全。

五、做好自供建材、材料的管理，工程量的复核、招标、预算、结算的审核工作。

六、综合保障科负责施工安全、防火、卫生、教育工作，并督促其文明施工。

七、工程竣工后，及时通知有关部门进行质量检查验收，质量符合要求后方可投入使用。

八、基建管理人员做到廉洁奉公，遵纪守法，不以权谋私，秉公办事。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-003	文件名称	基本建设代建制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2018.05.10	修订时间	2020.03.20

基本建设代建制度

一、惠山区人民医院基本建设项目委托第三方代建。

二、医院综合保障科负责对代建单位的招标、签订代建合同等前期工作实施监督。

三、医院对项目前期代建阶段的项目建议书、施工总包、监理人的招标有决策权。

四、综合保障科根据项目建设功能的专业性要求，及时征求相关科室（院感、医务科、护理部、信息科等）的建议，提出项目使用功能配置及建设标准，及时反馈给代建公司。

五、综合保障科对项目实施过程中出现的问题要及时发现和纠正。

六、代建方在项目实施工程中要严格控制项目投资、质量和工期，达到控制投资，提高投资效益和管理水平的目的。

七、医院负责施工中出现的工程设计变更及增减工程量的审批。

八、项目建成后，参与工程验收，医院成为使用、管理的主体。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-004	文件名称	医院建筑施工安全管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2020.03.20

医院建筑施工安全管理制度

为保障医院内部改扩建工程项目能“按时、优质、安全”的圆满完成，根据公安、消防部门对改扩建工程施工的安全要求，结合本院实际情况，制定安全管理规范。

一、院内部改扩建工程施工安全管理贯彻“谁主管、谁负责”的原则，施工单位必须对所属人员进行管理和安全教育，并指定现场安全责任人负责施工中的安全工作。

二、医院有对全体施工人员进行安全教育的义务及进行安全检查和监督的权利。施工人员必须遵守医院有关规定和制度，服从医院、公安、消防等部门的安全管理。

三、施工单位应向医院提供“施工人员登记表”，外来人员办理“暂住证”，方可进院施工。

四、施工人员不得随意进入患者住院场所，保持施工场所的卫生，严禁在施工场所吸烟。

五、施工中的临时水、电由医院综合保障科负责设计施工线路，施工单位铺设，经综合保障科验收合格后方可使用。

六、施工方如有明火作业，应提前与综合保障科做好登记工作并准备好消防设施，方可明火作业。

七、有易着火、有毒、有害物品时应到医院综合保障科办理申请，并做好相应的安全措施。

八、施工人员应有有效操作证，持证上岗，禁止无证施工。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-005	文件名称	总务物品报废制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.03.10

总务物品报废制度

一、固定资产、低值易耗品等其它报废、损坏、丢失、更换一律在管理平台填写报废单，由科室负责人审核并上报综合保障科，经主管领导批准后，方可报废；无手续者，不得报废。

二、固定资产、低值易耗品按上述手续办理完毕后交旧领新。

三、库存物资必须按国家规定合理损耗，如有损耗，说明原因，写出报告，经主管领导

审批后，做账务处理。

四、医院公共财产报废后，均应由综合保障科负责处理。尽可能修旧利废，做到物尽其用，厉行节约。

五、医院所需物资（除药品、器械、图书外），均由综合保障科库房统一采购，统一管理。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-007	文件名称	变电所工作制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

变电所工作制度

一、变电所工作人员应确保医院照明、动力设备的正常运行，保障医疗、生活的用电需要。

二、变电所人员应坚守岗位，不得擅离职守，严密观察设备运行情况，发现隐患，及时上报、果断处理，确保全院正常用电；监护电压、负荷的变化情况，认真填写运行记录。

三、非工作人员须经上级领导同意，做好登记手续，在工作人员陪同下方可进入机房，不准随意触摸任何用电设备。

四、严格执行安全操作规程，设备停电检修时，应规范安全操作，严格执行操作票制度，挂上正确的标示牌，检查符合安全要求时方可进行工作。发现人为破坏事故，应保护现场立即向有关部门汇报。在发生严重危害设备和人身安全的事故时，可先处理后汇报。

五、爱护工具和设备，做好检测工作，更新时做好报批手续。

六、保持室内整洁卫生和设备清洁。变电所内不准会客、饮酒、吸烟和使用明火，严禁堆放易燃物和其他物品，做好防火、降温、防“四害”等安全工作。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-009	文件名称	变电所交接班制度	适用范围	综合保障科
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2020.03.20

变电所交接班制度

一、接班人员应提前 30 分钟到岗，认真查阅值班记录，了解运行方式和设备运行状况，

未履行交接手续前交班人员不准离岗。

二、禁止在事故处理或倒闸操作中交接班，交接班时如发生事故，未办交接手续前仍由交班者负责处理，接班人员协助处理。

三、交接时必须严肃认真，做到“交的细致，接的明白”，交班时交接双方面对面交接，交班者主动向接班人员介绍设备的运行情况、设备变更和异常情况处理及处理经过等，接班人员进行重点检查核实。

四、交接检查后，双方在运行记录与交接班记录上签字。

五、如交班者发现接班人员精神不振或喝过酒时应拒绝交接。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-012	文件名称	特种设备安全管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

特种设备安全管理制度

一、特种设备使用登记制度

（一）特种设备在投入使用前或者投入使用后 30 日内，向所在地的登记机关申请办理使用登记。

（二）办理使用登记时应按照特种设备的使用登记要求备齐以下资料、文件：

1．安全技术规范要求的设计文件、产品质量合格证明、安装及使用维护说明、制造过程监督检测证明。

2．安装过程的安装告知书、安装质量证明书和安装监督检验报告。

3．特种设备使用安全管理的有关规章制度，预防事故方案，管理和操作人员名单。

4．相关安全技术规范要求的其他文件资料。

（三）安全管理人员应逐台填写《特种设备登记卡》和使用申请书交予登记机关。

（四）办理使用登记后，安全管理人员应将登记机关退还的文件和颁发的使用登记证明文件交付档案管理人员归档，妥善保存。

（五）安全管理人员将使用登记证或安全合格证明登记标志置于或者附着于特种设备的显著位置。

二、特种设备定期检测制度

（一）特种设备安全管理机构和管理人员要熟练掌握本单位特种设备定期检测情况，根据自身的特点制定定期检验检测计划，确保检验检测工作如期实施。

（二）按照安全技术规范的定期检测要求在上次检测有效期满前 1 个月向特种设备检测机构提出定期检测要求。

（三）检测前应当备齐以干特种设备的相关资料。

1．设备出厂资料：设计文件、安装使用说明、产品合格质量证明。

2．设备安装资料：安装告知书、安装质量证明、安装监督检验报告。

3．使用登记文件。

4．上次定期检验报告。

5．运行记录、维护保养记录、运行中出现异常情况的记录等。

（四）检测时，要做到按计划的时间停车检验，并向检验机构和检验人员提供检验所需的条件，配合他们作好检验检测工作。

（五）检测后，对检验合格的特种设备，或存在问题的设备，已经采取相应措施进行处理并达到合手使用要求的，要及时办理有关注册、变更手续。

（六）凡未经定期检验或者检验不合格的特种设备，不得继续使用。

（七）特种设备发现故障或者发生异常情况，使用单位，应当对其进行全面检查，消除安全隐患后，方可投入使用。

（八）对确因需要延长检验周期的特种设备，必须依法办理延期检验手续。

三、特种设备安全检查制度

（一）安全检查要做到经常性，充分发动群众，坚持专职检查与群众检查相结合，日常检查与定期检查相结合，普遍检查与重点检查相结合，做到层层把关，堵塞漏洞。

（二）定期安全检查由特种设备安全管理部门组织实施。

1．每年安排一次本单位的年度安全检查。主要检查内容：查设备、查制度、查措施、查事故处理情况等。

2．每月安排一次定期的安全检查。对特种设备使用情况进行检查。

3．在“五一、十一、元旦、春节”等重大节日前组织有关人员有针对性的进行节前安全检查。

4．特种设备安全管理人员要不定期的开展日常安全检查，到生产现场监督检查有无违章操作，防护用品穿戴是否齐全，各种安全防护设施是否完好，安全通道是否畅通，使用的工具是否安全可靠、是否符合安全要求，发现问题应及时制止、纠正。

（三）各部门除配合特种设备管理部门组织的安全检查外，还要每季度组织有关技术人员对设备使用情况，各项安全制度执行情况重点检查。发现问题及时反馈，并作好检查记录。

（四）班组每周由组长组织一次安全检查。重点检查作业现场是否整洁，各种设备运转是否正常，安全防护设施是否完好，安全制度执行情况等。发现问题及时反馈，并作好检查

记录。

（五）组长在每次生产前要进行安全检查。危险部位和要害设施要重点检查，生产过程中要随时检查有无违章操作等不安全行为。

（六）操作者在工作前必须进行安全检查。倒班生产人员要严格执行交接班检查制度并认真作好交接班记录。在生产操作过程中要集中精力，随时注意安全状况，发现问题要立即报告代班长或单位领导。

（七）检查中发现重大安全隐患，必须及时报告单位主管领导，隐患未排除，严禁进行生产。

四、特种设备维护保养制度

（一）认真执行设备使用与维护相结合和设备谁使用谁维护的原则。坚持维护与检修并重，以维护为主的原则。严格执行岗位责任制，实行设备包机制，确保在用设备每台完好。

（二）操作人员对所使用的设备，通过岗位练兵和学习技术，做到“四懂、三会”(懂结构、懂工艺、懂性能、懂用途；会使用、会维护保养、会排除故障)，并享有“三项权利”，即：有权制止他人私自动用自己操作的设备；未采取防范措施或未经主管部门审批超负荷使用设备，有权停止使用；发现设备运转不正常，超期不检修，安全装置不符合规定应立即上报，如不立即处理和采取相应措施，有权停止使用。

（三）要严格执行日常维护保养制度和定期保养制度。日常维护保养：操作者每班照例进行保养，包括班前 10—15 分钟的巡回检查；班中责任制，注意设备运转、液标液位、各种温度仪表、压力指示信号、保险装置是否正常；班后、月未、节日前的大清扫、擦洗。定期维护保养：每月进行一次全面的设备检查保养。

（四）正确使用设备，严格遵守操作规程，启动前认真准备，启动中反复检查，停车后妥善处理，运行中搞好调整，认真执行操作规程，不准超温、超压、超速、超负荷运行。

（五）精心维护、严格执行巡回检查制，运用“五字操作法”(听、擦、闻、看、比)，手持“三件宝”(板手、听诊器、抹布)，定时按巡回检查路线，对设备进行仔细检查，发现问题，及时解决，排除隐患。搞好设备清洁、润滑、紧固、调整和防腐，保持零件、附件及工具完整无缺。

（六）掌握设备故障的预防、判断和紧急处理措施，保持安全防护装置完整好用。

（七）设备检修人员对所包修的设备，应按时进行巡回检查，发现问题及时处理，配合操作人员搞好安全生产。

（八）车间所有特种设备维护工作，必须有明确分工，并及时做好防冻、防凝、保温、保冷、防腐、堵漏等工作。

五、特种设备安全技术档案管理制度

（一）应当建立特种设备安全技术档案，安全技术档案内容包括：

1．特种设备的设计文件、产品质量合格证明、安装使用维护说明等文件以及安装技术文件和资料；

2．特种设备的定期检查和定期自行检查记录；

3．特种设备的日常使用状况记录；

4．特种设备及其安全附件、安全保护装置、测量调控装置及有关附属仪器仪表的日常维护保养记录；

5．特种设备运行故障和事故记录；

6．高耗能特种设备的能效测试报告、能耗状况记录以及节能改造技术资料。

（二）档案管理员负责本单位特种设备安全技术档案的接收、登记、复制、借阅、发放和建档。

（三）特种设备安全管理人员负责收集上述特种设备安全技术档案的内容资料，并及时交付档案管理员。

（四）档案管理员将接收的资料，分类整理后，及时归档保存，做到定位有效，妥善保管，方便利用。注意防尘、防火、防水、防潮、防晒、防盗、防虫蛀，防鼠咬等。如有破损或变质的档案，档案管理人员要及时修补和提出复制。

（五）认真执行安全技术档案的保管检查制度，每年年底全面检查、清理一次，做到帐档一致。

（六）做好技术档案的安全保密工作，并履行批准和借阅手续，凡借阅重要档案的事由主要负责人批准后方可借阅。借阅者必须妥善保管，不得遗失。用后按期归还，经管理人员检查后，方可返档。

六、特种设备安全事故报告处理制度

（一）事故报告

1．事故发生后，事故当事人或发现人应立即向安全管理部门和单位领导进行报告。

2．属上报政府部门的事故，应立即将事故发生时间、地点、经过情况、造成后果、原因初步分析、已采取的措施等情况，以电话、传真或电子邮件方式(用《事故快报》形式)报告特种设备安全监督管理部门、安全生产监督管理局等主管部门。

3．发生事故先兆和重大未遂事件时，事故发生部门应及时向单位安全管理部门和领导进行报告。

（二）事故现场处置

1．事故发生后，单位在进行事故报告的同时迅速组织实施应急管理措施，立即撤离现场施工人员，防止事故蔓延、扩大，并负责对现场实施保护。

2．事故发生后导致人员伤亡时，应在撤离现场施工人员，组织实施应急管理措施的同时，迅速组织对受伤人员的救护。

3．保护好事故现场，积极配合事故调查组调查、取证，为调查组提供一切便利。不得拒绝调查，不得拒绝提供有关情况和资料。若发现有上述违规现象，除对责任者视情节给予通报批评和罚款外，责任者还必须承担由此产生的一切后果。

（三）事故处理

1．事故处理要坚持“四不放过”的原则，即事故原因没有查清不放过；事故责任者没有严肃处理不放过；广大员工没有受到教育不放过；防范措施没有落实不放过。

2．在进行事故调查分析的基础上，事故责任单位应根据事故调查报告中提出的事故纠正与预防措施建议，编制详细的纠正与预防措施，经公司安全管理部门审批后，严格组织实施，事故纠正与预防措施实施后，由公司安全管理部门实施验证。

3．对事故责任单位和责任人，由单位依据事故调查报告中对事故责任单位和责任人的处理意见和建议，进行行政处分和经济处罚，触犯刑律构成犯罪的交由司法机关依法追究刑事责任。

4．对事故造成的伤亡人员工伤认定、劳动鉴定、工伤评残和工伤保险待遇处理，按照国家有关规定进行处置。

5．事故调查处理结束后，安全管理部门应负责将事故详情、原因及责任人处理等编印成事故通报，组织全体职工进行学习，从中吸取教训，防止事故的再次发生。

6．事故处理结案后，安全管理部门应负责将事故调查处理资料收集整理后实施归档管理。

七、特种设备作业人员安全教育培训制度

（一）应当加强对特种设备作业人员安全教育和培训，保证特种设备作业人员具备必要的特种设备安全作业知识，作业技能和及时地进行知识更新。没有培训能力的，可以委托发证部门组织进行培训。

（二）从事特种设备作业的相关管理人员和操作人员，必须经特种设备安全监督管理部门考核合格，取得《特种设备作业人员证》后，方可止岗作业。

（三）建立特种设备作业人员技术档案并对作业人员进行严格管理。持证人员应当在复审期满 3 个月前，向发证部门提出复审，逾期未复审，或复审不合格的，将不得继续从事相应的特种设备作业工作。

（四）特种设备作业人员除参加特种设备监督管理部门组织的培训考核外，还应加强内部的安全教育和培训。

（五）特种设备作业人员培训教育形式可采用安全活动日，各种安全会议，班前班后会、

标语、简报、黑板报、广播、电视、播放录像等开展安全生产经常性教育。

（六）特种设备作业人员培训教育内容应包括：

1．国家有关安全生产法律、法规和规定，特种设备法规及有关安全技术规范；

2．本单位安全管理规章制度及状况，劳动纪律和事故案例；

3．在用特种设备的性能、结构工艺特点和安全装置、安全设施、安全监测监控仪器的作用，防护用品的使用和保养方法；

4．特种设备操作规程和急救措施；

5．安全生产基本知识，消防知识及有害气体防护常识。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-013	文件名称	中央空调工作制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

中央空调工作制度

一、中央空调是负责医院供暖、制冷的中心，空调机房非本部门工作人员不得入内。

二、监督外包单位按规范做好空调系统的维护保养工作，保障其安全经济运行。

三、严格遵守操作规程，坚守岗位，不得擅离职守，巡视设备的运行情况并做好记录。

四、设备在运行过程中发生故障，按操作规程要求处理并及时上报主管领导，同时做好故障检修记录。

五、定期到临床一线巡回检查，查看空调运行效果，发现问题及时解决。

六、保持空调机房整洁，不堆放杂物，维修配件、工具按医院 6S 规范管理，做好机房安全工作，保持所有设备的清洁。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-014	文件名称	中央空调通风系统卫生管理制度	适用范围	综合保障科
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

中央空调通风系统卫生管理制度

为保证中央空调系统的正常运行和送风清洁度，使场所内保持舒适、卫生的环境，特制订本制度：

一、建立中央空调通风系统卫生管理档案，包括空调系统竣工图，主要设备的相关资料，日常维护记录、卫生监测报告、空调系统故障维修记录、空调系统突发事件应急预案。

二、有专职人员负责中央空调的卫生管理工作。

三、空调通风的机房应保持干燥清洁严禁堆放无关物品。

四、卫生清扫工具、消毒设备必须专物专用，严禁挪为它用。使用的消毒剂必须是正规渠道采购的合格产品。

五、应保证空调系统所吸入的空气为室外新鲜空气，严禁间接从空调通风的机房、建筑物楼道及天棚吊顶吸入新风。

六、空调系统的冷却塔、过滤网应保证每 6 个月清洗一次，重点部门每季度清洗一次，每年对全院风机盘管、新风机、通风管道进行一次全面清洗消毒，并进行第三方检测。

七、空调房间内的送、排风口应经定期擦洗，保持清洁，表面无积尘与霉斑。

支持性文件：《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023 年版）

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-015	文件名称	电梯安全管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

电梯安全管理制度

一、电梯管理人员全面负责本单位电梯使用管理工作，制定本单位电梯使用管理方面的规章制度及有关规定，并经常督促检查其执行情况。

二、操作人员必须坚守岗位，认真执行电梯操作规程，精心操作，防止超载运行，并保持电梯内清洁卫生。

三、督促外包单位完成电梯的日常维护保养工作，每月不少于二次，以延长电梯的使用寿命和确保安全运行。

四、配合特种设备检测机构每年一次的电梯安全检测检验工作，并取得安全检验报告。

五、电梯发生事故后，必须立即报告主管部门和当地质量技术监督行政部门，同时必须严格保护事故现场并采取措施抢救人员，防止事故扩大。

六、保持电梯机房整洁，机房内不准摆放无关物品，严禁无关人员进入。

七、电梯机房、电梯轿厢门钥匙必须专人管理，外借需登记同意后方可借用。

支持性文件：《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023 年版）

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-017	文件名称	锅炉房工作制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

锅炉房工作制度

一、锅炉房负责全院医疗、生活用蒸汽供应工作。

二、司炉工需取得特种设备上岗证方可上岗。严格执行安全生产和操作规程，注意掌握水位、炉温、压力、阀门等情况，保证锅炉正常运转和安全。

三、认真执行岗位职责，严格交接班手续，并有记录。严禁非司炉工顶班，发现时要严肃处理。上班时间不能睡觉，不得离开工作岗位，不准无关人员进入工作重地。

四、配合外包单位做好锅炉的检修、保养，严防事故发生。

五、保持锅炉房的清洁卫生，做到设备、地面、门窗整洁，各种物品摆放有序。

六、摸索规律，总结经验，有效节能。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-018	文件名称	锅炉房安全管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

锅炉房安全管理制度

一、锅炉系统操作人员，必须持有效的相应证件上岗。

二、操作人员在岗工作期间，认真履行岗位职责，坚守工作岗位，做好本职工作，不得擅离职守，做与锅炉操作无关之事，确保锅炉运行状态良好。

三、操作人员严格按照操作规程操作，以防发生意外事故，发现隐患、事故立即上报，并在确保安全下立即处理，减小损失。

四、坚持定期进行水质化验、排污，保证给水和炉水的质量。

五、按照有关规定，定期校验、检修或更换安全阀、压力表、各安全附件，确保其发挥正常的技术功能。

六、值班人员严禁班前、班中饮酒，不得在锅炉房内会客、打盹、睡觉或做与工作无关的事情。

七、非司炉人员一律不准进入锅炉房。严禁在锅炉房内及其附近堆放易燃、易爆品，不允许在锅炉房内洗晒衣物，严禁烟火。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-019	文件名称	氧气供应站管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2017.09.15	修订时间	2023.02.25

氧气供应站管理制度

一、操作人员应持有压力容器操作证。

二、液氧贮罐区域应设有封闭防护栅栏，保持上锁，防止无关人员进入；区域应有醒目的防火、防爆标志，禁止与各种化学危险品、油类易燃易爆物品混放。

三、操作人员每日对液氧站进行 2 次巡视，查看供氧压力、储罐余量、管道情况等，发现异常及时汇报，及时处置，液氧余量低于预定值时应立即通知液氧公司及时来院添加。

四、灌输液氧时必须清理现场无关人员，特别防止火种靠近现场，灌输完毕后要注意关严进氧阀门，防止泄露，充装完成后现场确认设备运行正常、充装用量。

五、液氧储罐的阀门、接头等应有操作人员定期巡检，液氧贮罐上的安全阀、泄压阀、爆破片每年应送上级有关部门校验一次，压力表每半年送检一次，并加铅封，检测报告必须存档备查。

六、操作人员应定期对氧气汇流排切换装置进行查看，并进行切换试验。

支持性文件：《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023 年版）

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-020	文件名称	二次供水卫生管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

二次供水卫生管理制度

一、二次供水设施及供应的饮用水必须符合国家《二次供水设施卫生规范》（GB17051-1997）和《生活饮用水水质卫生规定》（2006）。

二、二次供水的公共场所须建立用水卫生管理制度，配备专职或兼职人员负责饮水卫生

管理工作。

三、从事二次供水卫生管理和清洁维修人员必须进行健康检查，取得健康证明后方可上岗工作，并每年进行一次健康检查。从事二次供水卫生管理和清洁维修人员未经卫生知识培训不得上岗工作。

四、凡患有痢疾、伤寒、病毒性肝炎、活动性肺结核、化脓性或渗出性皮肤病及其他有碍饮用水卫生的疾病和病原携带者，不得直接从事二次供水卫生管理和清洁维修工作。

五、二次供水设施选址，设计、施工及所用材料，保证不使饮用水水质受到污染，并有利于清洗和消毒，二次供水设计审查和工程验收必须上报卫生监督部门审查，合格后方能投入使用。

六、二次供水水池应封盖加锁，并保持二次供水设施周围的环境卫生，水池的排气孔溢流管孔应加装砂网，水箱周围 2 米内不得设有污水管线及污染源。

七、二次供水的管线不得与市政管线直接接通，不得与非饮用水管直接接通，不得与大小便器直接接通。

八、水池至少每年清洗消毒二次。从事清洗消毒人员必须取得卫生知识培训证明及健康证明。

九、当二次供水水质受到污染时，应立即采取措施，并及时向本院院感科和供水部门报告。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-022	文件名称	水、电、气故障报修、排查处理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2020.03.20

水、电、气故障报修、排查处理制度

水、电、气供应是医院正常运转的不可或缺的重要部分，日常工作中应加强对发电机组、高低压配电屏、水管网及锅炉房的巡查 ，以减少故障的发生并保证能及时的发现问题处理问题，保障医院各科室水、电、气的正常供应，当发生故障时，应按照以下程序执行，以减少故障对医院造成的影响。

一、当电器线路发生故障或疑似故障

（一）高低压配电室，按时记录电流、电压，触摸断路器表面及线路判断散热情况。

（二）故障时及时向上级反应，在组长带领下对故障点和疑似故障进行详细排查和处理。

（三）停电检修，由组长向综合保障科科长汇报情况，后由综合保障科科长通知医院分

管后勤院长，制定停电计划。（若为紧急情况时，直接停电处理，再向上级汇报）。

二、当水管网发生故障

（一）水管道爆裂事故发生时，首先关闭爆管前端的闸阀，切断爆管处水源，并报告上级领导通知用水重要科室。

（二）人员立即赶到爆裂处，进行抢修，争取最短时间内恢复正常供水。

（三）供水管道发生爆管时，应迅速向上级领导汇报，请求外援。

（四）关闭闸阀时间过长时，应报告上级领导联系地方有关部门或友邻单位给予供水支援。

三、当锅炉发生故障或出现停气故障

（一）发生停机时，首先检查燃烧器的程控复位按钮是否断开，如是处于断开状态应迅速复位。

（二）发生突发性停机，燃烧器的程控复位按钮又处于连接状态时，司炉工应检查自动给水系统是否正常。

（三）当锅炉及其附属设备因一般故障引起停气事故时，锅炉当班人员要迅速报告上级领导组织人员进行抢修，不能解决的问题上报分管院长，必要时外请专家解决。

（四）当突然停机时，司炉人员要迅速查明故障原因，如天然气公司原因迅速换成燃油供气直至供气恢复，并在 30 分钟内报告科长。

四、故障排查并处理

（一）接到上级通知后，要对相应故障点进行停电、停水、停气时，由于重症医学科、血透室、外科监护室、血库及手术室为供电供水重要科室，因此需在最短时间内完成排查检修。

（二）在水电维修组组长的带领下对疑似故障进行一一排查处理。

（三）用备用零件对损坏零件进行更换，记录检修维护情况。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-023	文件名称	食堂管理工作制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

食堂管理工作制度

一、从业人员健康管理和培训管理制度

（一）凡从事接触直接入口食品的从业人员，必须经健康检查，取得健康证明后方可上

岗工作。每年至少进行一次健康检查，必要时接受应急性检查。

（二）凡患有国务院卫生行政部门规定的有碍食品安全疾病的人员，不得从事接触直接入口食品的工作。从业人员有发热、腹泻、皮肤伤口或感染、咽部炎症等有碍食品安全病症的，应立即调离工作岗位，待查明原因并将有碍食品安全的病症治愈后，方可重新上岗。

（三）从业人员健康证明应随身携带或交食堂负责人统一保存，以备检查。

（四）食品经营从业人员，包括新参加工作和临时参加工作的从业人员必须经过食品安全知识培训、考核合格后，方可从事食品经营工作。

（五）食品安全管理员应制定从业人员食品安全教育和培训计划，组织各部门负责人和从业人员参加各种上岗前及在职培训。食品安全教育和培训应针对每个食品加工操作岗位分别进行，内容应包括食品安全法律、法规、规范、标准和食品安全知识、各岗位加工操作规程等。

（六）建立从业人员食品安全知识培训档案，将培训时间、培训内容、考核结果等有关信息记录归档，以备查验。

（七）从业人员必须保持良好的个人卫生，进入经营场所前必须清洁、消毒双手，穿戴整洁的工作衣帽，工作服应当盖住外衣，头发不得露于帽外，不得吸烟及从事其他有碍食品卫生的活动。

二、食堂个人卫生制度

（一）从业人员必须取得有效健康证和卫生知识培训合格后上岗，每年须体检一次。

（二）上岗时必须穿戴清洁统一的工作衣、帽，头发不露帽外。操作直接入口食品如熟食、盒饮、冷面制品等应戴口罩和穿戴白色工作衣帽。

（三）上岗前和便后，应洗手消毒，不得穿戴工作衣、帽进入厕所。

（四）在销售直接入口食品时，食品从业人员不得用手直接抓取食品，必须使用清洁的售货工具，销售时货款分开。

（五）不准在操作间吸烟、挖鼻孔、掏耳朵；不对着食品打喷嚏、咳嗽和出现其它易污染食品的不卫生动作。

（六）从业人员不准随地吐痰，不准乱丢废弃物，不准在操作间堆放私人物品。

（七）不留长指甲、不涂指甲油、不做美甲、不戴戒指等外露饰物；勤洗手、勤理发、勤洗澡、勤换洗工作衣、帽。

三、场所及设施设备维护保养制度

（一）各功能间地面与排水、墙壁与门窗、屋顶与天花板符合餐饮服务操作规范要求，定期检查，确保地面与排水沟无破损、漏水；确保墙面与门窗无破损无霉斑；屋顶与天花板

无霉变、脱落。保持食堂内外环境清洁，无卫生死角。

（二）配备与就餐人数相适应的设施、设备。主要设施宜采用不锈钢，易于维修和清洁。食品处理区应采用机械排风、空调等设施，保持良好通风，及时排除潮湿和污浊空气。

（三）采取有效消除老鼠、蟑螂、苍蝇及其他有害昆虫及其孳生条件等防蝇防尘防虫防鼠设施设备。直接与外界相通的门窗均设置纱门、纱窗、门帘或空气幕，门下设防鼠板，排水沟、排气排烟出入口应有网眼孔径小于 6mm 的隔栅或网罩。

（四）配置方便使用的从业人员洗手设施，附近配备洗手液、消毒液、干手设施和洗手消毒方法标示。宜采用脚踏式、肘动式或感应式等非手动式开关。

（五）用于加工、贮存食品的工具、容器或包装材料和设备应当符合食品安全标准，无异味、耐腐蚀、不易发霉。

（六）各功能区食品原料、半成品、成品操作台、刀具、砧板、容器等，应分开定位存放使用，并有明显标识。

（七）用于食品加工的设备及工具使用后应洗净，接触直接入口食品的还应进行消毒。采用化学消毒的设备及工具消毒后要彻底清洗。已清洗和消毒过的设备及工具，应在保洁设施内定位存放，避免再次受到污染。

（八）食品加工经营场所内不得存放与食品加工无关的物品。用于食品加工操作的设备及工具不得用作与食品加工无关的用途。

（九）加强对员工的安全操作规程培训，主要设备使用前，应检查安全装置是否齐全有效，并严格按该设备的安全规程操作，使设备处于完好状态。

（十）设备在使用过程中出现故障，应及时进行维修。对重点设备的故障原因、检修方法与检修结果进行记录。

（十一）定期检查、维护、清洗、校验食品加工、贮存、消毒、保洁、保温、冷藏、冷冻等设备设施，确保正常运转和使用。

四、食品添加剂使用管理制度

（一）食品添加剂的使用必须符合 GB2760《食品添加剂使用标准》或国家卫健委公告名单规定的品种及其使用范围、使用量，不得凭经验随意扩大使用范围和使用量。严禁使用亚硝酸盐。

（二）采购食品添加剂只能向具备国家食品安全法规定资质、且证件齐全的经营者购买，并索取卫生许可证复印件和产品检验合格证明，进口食品添加剂应索取口岸食品卫生监督机构出具的卫生证明。并执行严格的验收、登记制度，及时建立台帐。

（三）严格加强食品添加剂的保管。食品添加剂应由专人保管，做好入库与出库记录。

（四）存放食品添加剂，必须做到带锁专柜、专架、定位存放，不得与非食用产品或有毒有害物品混放。

（五）配备有食品添加剂专用称量工具，严格按照使用量使用。

（六）不得使用未经批准、受污染或变质以及超过保质期限的食品添加剂。

（七）每次使用食品添加剂须有使用记录。

五、废弃物处置制度

（一）餐厨废弃物和废弃油脂应设专人负责管理。

（二）餐厨废弃物和废弃油脂应有“餐厨废弃物或废弃油脂”字样的密闭容器存放，做到日产日清。

（三）餐厨废弃物和废弃油脂应交由经相关部门许可或者备案的餐厨废弃物收运、处置单位处理。餐饮单位应与处置单位签订合同，并索取其经营资质证明文件复印件。

（四）不得乱倒乱堆餐厨废弃物，不得将餐厨废弃物直接排放到雨水管道、污水管道、公共厕所、公共水域或交给未经相关部门许可或者备案的餐厨废弃物收运、处置单位或个人处理。

（五）建立餐厨废弃物处置台帐，详细记录餐厨废弃物的处置时间、种类、数量、收运者等信息。

六、进货查验及记录制度

（一）指定专（兼）职人员负责食品、食品添加剂及食品相关产品采购索证索票、进货查验和采购记录。专（兼）职人员应当 掌握食品安全法律知识、食品安全基本知识以及食品感官鉴别常识。

（二）进行采购时，选择许可证照齐全有效的食品生产经营单位，查验供货者的许可证和食品出厂检验合格证或者其他合格证明。索取留存有效购物凭证（发票、收据、进货清单等）。长期定点采购的，与供应商签订包括保证 食品安全内容的采购供应合同。

（三）采购记录如实记录食品的名称、规格、数量、生产日期或者生产批号、保质期、进货日期以及供货者名称、地址、联系方式等内容，并保留载有上述信息的进货清单或票据等相关凭证。采购记录及相关资料保存期限不得少于产品保质期满后 6 个月，无保质期的，不少于 2 年。

（四）采购食品时应进行感观检查，不得采购腐败变质、掺杂掺假、霉变生虫、污染不洁、有毒有害、有异味、超过保质期限的食品及原料，以及外观不洁、破损、包装标签不符合要求或不清楚、来源不明、病死或死因不明的畜禽、水产及其制品加工食品。

（五）采购畜禽肉类的，应当查验动物产品检疫合格证明原件；从屠宰企业直接采购的，

应当索取并留存供货方盖章（或签字）的许可证、营业执照复印件和动物产品检疫合格证明原件。

（六）批量采购进口食品、食品添加剂的，应当索取进口食品法定检验机构出具的与所购食品、食品添加剂相同批次的食品检验合格证明的复印件。

（七）采购集中消毒企业供应的餐饮具的，应当查验、索取并留存集中消毒企业盖章（或签字）的营业执照复印件、盖章的批次出厂检验报告（或复印件）。

（八）食品、食品添加剂及食品相关产品采购入库前，餐饮服务提供者应当查验所购产品外包装、包装标识是否符合规定，与购物凭证是否相符。

七、食品贮存管理制度

（一）贮存场所、容器、工具和设备应当安全、无害，保持清洁，设置纱窗、防鼠网、挡鼠板等有效防鼠、防虫、防蝇、防蟑螂设施，不得存放有毒、有害物品及个人生活用品。

（二）食品和非食品（不会导致食品污染的食品容器、包装材料、工具等物品除外）库房应分开设置。同一库房内贮存不同性质食品和物品的应区分存放区域，不同区域应有明显的标识。

（三）食品应当分类、分架存放，距离墙壁、地面均在 10cm 以上，并定期检查，使用应遵循先进先出的原则，变质和过期食品应及时清除。

（四）冷藏、冷冻柜（库）应有明显区分标识，设可正确指示温度的温度计，定期除霜（不得超过 1cm)、清洁和保养，保证设施正常运转， 符合相应的温度范围要求。

（五）冷藏、冷冻贮存应做到原料、半成品、成品严格分开，植物性食品、动物性食品和水产品分类摆放。不得将食品堆积、挤压存放。

（六）散装食品应盛装于密闭容器或包装袋内，在贮存位置标明食品的名称、生产日期、保质期、生产者名称及联系方式等内容。

（七）除冷库外的库房应有良好的通风、防潮设施。

八、粗加工制度

（一）加工前应认真检查待加工食品，发现有腐败变质迹象或者其他感官性状异常的，不得加工和使用。

（二）食品原料在使用前应洗净，动物性食品、植物性食品、水产品应分池清洗，禽蛋在使用前应对外壳进行清洗，必要时消毒处理。

（三）植物性食品原料要按“一择、二洗、三切”的顺序操作，彻底浸泡清洗干净，做到无泥沙、杂草、烂叶。

（四）食品原料的加工和存放要在相应位置进行，不得混放和交叉使用，加工动物性食

品、植物性食品、水产品的操作台、用具和容器要有明显标志并分开使用。

（五）切配好的半成品应避免污染，分类存放。已盛装食品的容器不得直接置于地上。

（六）切配好的食品应在规定时间内使用。易腐烂变质食品应尽量缩短在常温下的存放时间，加工后应及时使用或冷藏。

（七）加工结束及时拖清地面，水池、操作台、工用具、容器及所用机械设备清洗干净，定位存放，做到刀不锈、板不霉、整齐有序，及时清理垃圾，保持室内清洁卫生。

（八）在专用洗拖把池内涮洗拖把，不得在加工清洗食品原料的水池内清洗。

九、烹调加工制度

（一）烹调前应认真检查待加工食品，发现有腐败变质或者其它感官性状异常的，不得进行烹调加工。不得将回收后的食品（包括辅料）经烹调加工后再次供应。

（二）炒、烧食品要勤翻动，块状食品必须充分加热，烧熟煮透，防止外熟内生。

（三）烹调后至食用前需要较长时间（超过 2 小时）存放的食品，应当在高于 60℃或低于 8℃的条件下存放，需要冷藏的熟制品，应尽快冷却后再冷藏，并标注加工时间等。

（四）隔夜、隔餐及外购熟食要回锅彻底加热后才能供应。

（五）不选用、不切配、不烹调、不出售腐败、变质、有毒有害的食品。

（六）用于原料、半成品、成品的各种工具、容器标识明显，分开使用，定位存放，保持清洁。加工后直接入口的食品要盛放在消毒后的容器或餐具内，不得使用未经消毒的餐具和容器。

（七）使用的食品添加剂必须严格执行国家 《食品添加剂使用卫生标准》，应严格按照标识上标注的使用范围、使用量和使用方法使用食品添加剂，禁止超范围、超剂量滥用食品添加剂。

（八）工作结束后，调料要加盖，做好工具、容器、灶上灶下、地面墙面的清洁卫生工作。

（九）备餐间及出菜通道要洁净，不能堆放任何杂物。备餐间只能存放直接入口食品及必需用的食具、工用具。

十、食品留样制度

（一）医院食堂提供的每餐、每样食品都必须有专人负责留样。留样的食品样品应采集在操作过程中或加工终止时的样品，不得特殊制作。

（二）每餐留样的食品必须按要求留足 125 克，分别盛放在已消毒的样品采集盒中，部分食品还要带些汤汁。

（三）留样食品取样后，必须立即放入完好的食品罩内，以防被污染。

（四）等留样食品冷却后，用保鲜膜密封好（或加盖）贴好标签后，立即存入专用留样冰箱内。并做好留样记录，包括留样日期、时间、食品名称、餐次、留样人，便于日后备查。

（五）留样食品必须保留 48 小时，如进餐者无异常，即可处理留样的食品；如有异常，立即封存，送食品卫生安全部门查验。

（六）留样冰箱为专用设备，严禁存放与留样食品无关的其他食品。

（七）一旦发生食物中毒或疑似食物中毒事故，应及时提供留样样品，配合监管部门调查处理。

十一、餐饮具清洗消毒制度

（一）餐具、食品容器、用具生熟分开，专用餐具应有明显标记。专职消毒工作人员应身体健康，工作认真。

（二）餐饮具和盛放直接入口食品的容器必须经清洗、消毒后再使用。清洗消毒要有专用设备。洗刷餐饮具配备专用洗碗机，洗玻璃器皿、筷子等不得与清洗蔬菜、肉类等其他水池混用。

（三）餐饮具应首选热力方法进行消毒。使用化学药物消毒的严格按照除残渣、碱水（或洗涤剂）刷、清水冲、药物泡、清水冲、保洁的顺序操作，并注意要彻底清洗干净，防止药物残留。专人做好餐饮具清洗消毒记录。

（四）消毒后的餐饮具及时放入保洁柜密闭保存备用。保洁柜应当定期清洗，保持洁净。已消毒和未消毒的餐饮具要分开存放，保洁柜内不得存放其他物品。

（五）餐饮具消毒方法和要求：

1.蒸汽消毒；温度≥100° C，消毒 15 分钟；

2.电子消毒柜：每次消毒需 30 钟；

3.煮沸消毒，100° C 沸水中消毒 10 分钟（即做到沸进沸出）；

4.药物消毒，按消毒药物使用说明书要求进行，有效氯浓度应在 250PPM，消毒时间 3—5 分钟；

5.使用其他符合卫生要求的消毒机械，应严格按说明书要求进行。

（六）禁止一次性使用的餐饮具重复使用。

十二、食堂安全制度

（一）食堂安全保卫工作由食堂负责人实施、监督，人员定点定岗，责任落实到人。

（二）使用各种炊事设备必须严格执行操作规程，专人使用、保养。工作中要精神集中，不准说话聊天，必须穿戴工作衣、帽，杜绝人身事故发生。

（三）注意用电安全，设备使用后必须关闭总电源。人人注意节电、节水，发现问题及

时报告，及时处理，避免责任事故的发生。

（四）使用燃气时要检查燃气装置，发现漏气及时处理，开着火人不准离开，以防火灾事故的发生。工作人员要掌握灭火器的使用方法，记住火警电话 119。

（五）下班前，负责人要检查燃气、水、电、门窗是否关闭好，做好防盗、防寒等安全工作。提高警惕，做好安全保卫，无关人员不得进入厨房，严防贪污盗窃和破坏。

（六）保证 48 小时食品留样制度的执行。

十三、食品安全监督检查与报告制度

（一）根据《食品安全法》、《餐饮服务食品安全操作规范》等法律法规制定、实施检查计划，定期对食品安全状况进行检查评价。

（二）食品安全检查由食堂负责人或食品安全管理员组织实施，并负责不合格项的整改工作。

（三）食品安全检查采取全面检查、抽查与自查相结合的形式，实行层层监管，主要检查各项制度的贯彻落实情况、员工健康管理、进货索证索票、餐具清洗消毒、设备设施管理、加工操作规范、环境卫生管理等各项工作。

（四）食堂负责人每天在操作加工时段至少进行一次常规项目食品安全自查，并做好食品安全检查记录备查。

（五）食品安全自查不合格项应当查清原因、立即整改，并建立自查档案，如实记录食品安全自查组织实施的时间、计划、人员、结果和排查整改情况，不得涂改污损，保存时限不得少于 2 年。

（六）从市场监管部门、患者、家属、工作人员、媒体等渠道获知的食品安全信息，应当立即查清原因、积极整改。

十四、医院食堂膳食经营管理制度

为进一步规范膳食经营管理，在确保食品安全和保障员工饮食健康的同时做好膳食经营过程中的财务管理、经营核算、设备维护、食品索证、消防安保等方面工作，特制定此制度：

（一）食堂分职工、患者两部经营，分区管理、核算。

（二）每月的各项支出、收入由专人核算、汇总，交财务科专人负责审核。

（三）专人负责食材的验收、索证，票据齐全，分类保管，台账清晰。

（四）专人负责每月对固定资产、库房物品进行盘点，账目清楚。

（五）每月对日用品、一次性物品等进行清点、记账，综合保障科负责审核。

（六）厨师长负责制定每日的采购计划，班组长登记每天剩饭、剩菜的成本，对浪费较多的部分分析原因，调整采购计划，减少浪费。

（七）专人负责设备设施日常维护，水电气的安全，做好巡查并记录。

（八）油烟机及排烟管道每季度由专业公司进行清洗，综合保障科验收并做好记录。

（九）食堂专人负责消火栓、灭火毯、燃气报警器和门窗落锁、关闭检查。

（十）综合保障科每季度、月分别对职工、患者进行就餐满意度调查，有详细的奖惩细则。

支持性文件：

1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023 年版）

2.《中华人民共和国食品安全法》

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-024	文件名称	污水站工作制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.02.25

污水站工作制度

一、污水站设专人管理，定时巡视设备运行情况，保障污水处理设备正常运行，认真填写污水处理运行记录。

二、管理人员要熟练操作污水处理设备，掌握基本的保养、维修技术，发现一般故障能及时排除，重大故障及时汇报上级领导，及时解决。

三、每天按时查看污水处理、在线检测运行情况，按排污许可证要求做好运行记录、故障记录等台账。

四、按规定加氯处理污水，保证医院排放污水达标。每天测余氯二次，并做好记录。配合上级部门采样检测，做好监测报告的保存工作。

五、定期检查污水管网、污泥消化池及污泥池，定期清掏。

六、严格管理化学药品，防止泄漏及爆炸事故。处理站应备有安全防护装备，管理人员应熟练使用各种装备，做好防氯气中毒保护措施。

七、非工作人员不得进入处理站，更不能擅自动用污水处理站的设备、药品。不熟悉操作程序和设备情况的人员不得代替处理站工作人员值班。

八、室内整洁，严禁明火，防止事故发生。

支持性文件：

1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023 年版）

2.《排污许可管理办法（试行）》

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-025	文件名称	医用织物周转库房工作制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2016.01.01	修订时间	2020.03.20

医用织物周转库房工作制度

一、负责全院各种被服的供应工作，认真执行医院与洗涤公司协议的各项条款，保证供应质量。

二、坚持下送制度，收发被服当面点清，认真填写三联单，防止差错。

三、脏被服应定点、分类放置，便于数量的清点和收取。

四、收取清洁被服时认真检查被服的基本情况，对有破损、清洗、缝制不到位的物品分开放置并退回洗涤公司，不得给科室发放；清洁被服要分类、整齐放置，不得混放和随意堆放。

五、做好与洗涤公司的清点交接手续；定期征求临床意见，发现问题做好记录，及时与洗涤公司联系督促其整改。

六、每日下班前做好工作间环境卫生工作。

七、禁止将周转库房内被服等物品带出私用，一经发现或举报核实后严厉处罚。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-026	文件名称	集体宿舍管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2016.06.04	修订时间	2023.03.10

集体宿舍管理制度

为加强集体宿舍的安全管理，凡在集体宿舍就住人员（包括本院新职工、进修、实习人员）应严格遵守医院集体宿舍管理制度：

一、宿舍由综合保障科统一分配安排，所有住宿人员必须根据所安排的房间、床位住宿，严禁擅自调换房间与床位，严禁留宿外来人员。

二、门卡需妥善保管，仅供本人使用，不得外借他人。

三、严禁使用明火和大功率（如热得快、电炉、电饭锅、取暖器等）违章电器。一经发现将给予 500 元罚款，并通报所在科室及学校。

四、一切易燃易爆等危险物品严禁带入宿舍。

五、宿舍内所有的开关、插座、电器必须合理使用，发现故障或隐患应立即向宿管人员

反映，宿管人员向综合保障科报修。严禁私自拉装电线，安装插座等危险行为。

六、集体宿舍区的文明秩序：

（一）服从宿管人员安排，按照指定地点洗晾晒衣物，被服衣鞋应妥善放入柜内。

（二）不在宿舍内大声喧哗吵闹，不影响他人学习、休息。

（三）不开无人灯、无人空调、不随地吐痰、不乱扔杂物、随意泼水。

（四）不得在宿舍内聚餐、喝酒、赌博、打麻将等不良行为。

（五）不得损坏室内、外公共设施和家具，否则按原价赔偿。

（六）不在墙上乱涂、乱画、乱贴。

（七）不在室内、走廊焚烧物品，宿舍所有区域不得吸烟。

（八）不得移动和损坏消防器材。掌握消防器材的使用方法和防火灭火知识。

（九）办理退宿手续后限两天内搬离宿舍。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-027	文件名称	病区保洁工作制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2020.03.20

病区保洁工作制度

一、在病区护士长的领导下，做好病区的清洁卫生工作。

二、清洁病房内床、桌、椅、柜、灯、设备带及门、窗、墙、地。

三、保持病区走廊、门、窗、墙面、地面、扶栏、楼梯、电梯门和示意牌等洁净。

四、保持护士站的桌、椅、吊柜、冰箱、水池及周边环境的整洁。

五、负责医生办公室、值班室、换药室和治疗室的门窗、桌椅、墙面、地面、卫生间的清洁。

六、平拖布、毛巾严格按照相关规定分开操作。

七、电梯等候区、配餐间、污洗间及垃圾桶进行清洁、消毒。

八、及时清扫两侧楼梯，保持无烟头。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-028	文件名称	外包业务管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2020.03.20

外包业务管理制度

为了加强医院对外包业务的管理，规范外包行为，防范业务外包风险，根据有关的法律法规制定本制度：

一、签订明确、详细规定双方权利、义务、服务内容与标准的合同。

二、外包公司严格遵照合同内容执行，依照法律法规、规章及标准规定，履行合同义务，承担相应安全生产责任。把相应的工作人员名单交与综合保障科，如有变动及时告知。综合保障科负责对其工作进行监督考核管理。

三、综合保障科为外包业务公司的考核管理部门，负责依据合同及附件进行各项目的日常考核与服务质量的监督，现场指挥与协调，定期收集信息，并将相应的信息制成质量考核表，通报并交与财务科作为支付外包费用的依据。

四、综合保障科的负责人及指定的管理人员为外包业务公司的考核管理成员，负责对外包业务安排人员进行监督、考核、记录外包业务公司的日常工作，进行现场指挥和协调工作。

五、各外包公司如遇到问题需要与其他科室联系，及时与综合保障科负责人沟通，由综合保障科负责人与医院其他科室联系。

六、综合保障科一旦发现承包商未按规定执行合同内容，一般情况下可提出警告，限期改正，如有严重违约情况，可汇报分管领导后，由医院办公会决定是否重新招标更换承包商。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-029	文件名称	无烟医院管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2020.03.20

无烟医院管理制度

为了让广大患者和医务人员有一个文明、健康、和谐的医疗服务环境，提高控烟知识和控烟参与意识，提供戒烟咨询和技术指导，制定本制度。

一、在医院控烟领导小组的领导下，由创建“无烟医院”活动办公室具体负责本制度的实施。实行院、科两级管理，责任明确。

二、本院职工、患者及家属一律不得在院内诊疗区域、办公室、公共场所等所有非吸烟

区吸烟。

三、吸烟者只能在设有吸烟标志的固定场所（吸烟区）吸烟。

四、医务人员禁止穿工作服吸烟（无论是否上班时间）。

五、医务人员不得接受来访者的敬烟，同时告知就诊者及家属不要在医院内吸烟。

六、要求在办公室、会议室、工作场所有明显的禁止吸烟标志，不得设有烟具及与烟草有关的物品。

七、院内无烟草广告，不接受烟草厂商的赞助和标有烟草广告标志的物品。

八、院内小卖部不准销售香烟。

九、全院控烟监督员分工明确，责任到人，做到经常巡视、检查，及时劝阻和纠正违规行为。

十、在院内利用多种形式进行“吸烟有害健康”的宣传教育工作。

十一、医务人员要掌握控烟的方法和技巧，鼓励和帮助吸烟者戒烟。

十二、把控烟工作长期纳入相关临床诊疗或防治工作中，医务人员能指导患者戒烟和使用戒烟药物、控烟用品。

十三、参与控烟、劝阻他人吸烟，全院职工人人有责。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-030	文件名称	绿化维护制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.05.26

绿化维护制度

一、综合保障科（总务）负责院内绿化管理，由院聘绿化养护公司具体落实养护工作。

二、全院医护人员都要爱护院内的花草树木及相关设施。

三、不得在绿化带内堆放物品，严禁往花草树木上泼污水及扔杂物。

四、不得在绿化地擅自移植、攀摘、修剪花木，不得侵占绿地或将绿地随意改作它用。

五、绿化养护公司定期对医院内花草树木进行浇水、施肥、杀虫、补种、修剪等，做好绿化养护工作。

六、院内发现裸土应尽快进行绿植补种，绿化种植应考虑四季品种、颜色搭配、造型美观。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-031	文件名称	爱国卫生制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2015.07.15	修订时间	2023.03.10

爱国卫生制度

一、在分管院长领导下，成立爱国卫生运动委员会，全面负责医院卫生工作的实施、督促、检查，保证医院室内外环境整洁、规范。

二、认真搞好个人卫生和室内外环境卫生，坚持经常与突击相结合的清扫制度，落实责任，不定期检查，保持医院的良好环境。

三、积极做好灭“四害”工作，对重点区域和部位做到定期消杀和突击杀灭相结合，全年度放置灭鼠药饵及捕杀工具，严格控制“四害”的密度在国家标准以内。

四、有计划地植草、植树、种花，定期清理草坪，美化环境，改善空气质量。

五、严格执行《食品安全法》，做好食品、饮食卫生。从业人员必须先体检、培训，后上岗；把好食品卫生关及餐具消毒关；严禁出售变质、霉变、污染、不洁的食品；保持食堂内外环境整洁；做好食堂从业人员的个人卫生；禁止穿工作服进餐厅。

六、认真做好环境保护工作，按《医疗废物管理条例》做好医疗废物和污水的处理。

七、自觉维护公共卫生，树立“讲卫生为荣，不讲卫生为耻”的良好风尚，要求做到：

（一）不随地吐痰、乱丢果皮、纸屑、烟蒂；不乱倒垃圾、污水。

（二）禁烟区内严禁吸烟，搞好个人卫生，穿戴整洁，仪表端正。

（三）按区域划分停放车辆，工作室内及停车区域外严禁停车。

（四）按《传染病防治法》，严格执行传染病管理、消毒制度，及时准确做好疫情报告工作。

八、开展健康教育，利用橱窗、信息咨询、拍摄视频等形式广为宣传卫生防病科普知识，普及全民卫生知识。

九、抓好卫生检查评比，定期公布结果。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-032	文件名称	特种作业持证上岗管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2020.03.04	修订时间	2023.02.25

特种作业持证上岗管理制度

一、从事后勤特种作业人员必须经国家规定的有关部门进行严格的安全技术培训，并经考试合格取得相关部门颁发的操作合格证后方可从事相应的工作。未经考核合格的不得上岗作业。

二、特种作业人员经过培训、考核取得上岗操作证后，每年还要接受三级安全教育培训，及时更新知识。

三、特种作业人员操作证必须按期复审，未按期复审者其操作证无效。

四、特种作业人员应随身携带证件，做到岗证匹配，自觉接受医院、上级部门监督检查。

五、特种作业人员应当严格执行操作规程和有关规章制度，按章操作，拒绝违章作业。

六、特种作业人员作业时，发现事故隐患或者不安全因素，应向现场安全管理员和科室负责人报告。

七、保证特种作业人员的相对稳定，不得频繁更换特种作业人员。按规定配置劳动保护用品，对特种作业人员进行严格管理。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-033	文件名称	安全用电管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2019.12	修订时间	2020.03.20

安全用电管理制度

为了保证医院的用电安全，并做到节约用电、减少浪费，针对本院实际情况制定本管理制度。

一、用电设施和用电设备管理原则是谁使用谁管理谁负责。各部门、科室的照明灯、空调等用电设施和医疗设备等由具体使用部门、科室负责管理；科室负责人为本部门第一责任人。

二、对室内照明、插座、插头定期巡视，有无松动、腐蚀或导线是否残旧和老化、外漏，如若出现上述情况应立即停止使用并向综合保障科报修。

三、床头设备带，禁止医疗抢救用电以外的其他用电(属专用)。

四、在使用电器设备时杜绝带负荷插插座和带负荷拔电器插头，否则严重时易产生火花，引起漏电保护器断开或引起电器火灾。

五、下班前，用电设备应处于断开状况。

六、对配电盘、箱，前和下方禁止摆放物品，便于紧急情况下使用。

七、试验仪器、医疗设备等减少待机状态，不工作时，随即关机，避免出现火灾事故。

八、禁止科室和个人私接、乱拉导线或安装用电设备。

九、严禁私自随意拆卸电器，若电器发生故障时，应立即切断电源并及时报修。

十、各科室要将电源插板远离地面和水源。

十一、改变原房屋使用设计的应向综合保障科申请使用安全用电。

十二、未经医院书面批准，各科室严禁使用电水壶、电取暖器等大功率电器。违者按照相关规定进行处罚，因违规使用造成的财产损失、人员伤亡由相关科室负责。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-034	文件名称	UPS（不间断电源系统）运行管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	新增	制定时间	2023.07.10	生效时间	2023.10.10

UPS（不间断电源系统）运行管理制度

UPS 的规范管理十分重要，其运行的稳定性如何直接关系到医院设备运行和患者生命的安全。为加强医院 UPS 管理，确保医院设备安全、稳定、可靠运行，特对院内 UPS 的运行管理制定以下规定：

一、建立和完善院内所有 UPS 设备台账，做好登记、记录，内容包括品牌、型号、电池容量、更换周期、使用科室等信息，要求管理人员熟悉院内 UPS 的各种技术参数。

二、保持 UPS 机房场所的环境整洁，每周进行 1 次清理，无杂物堆放。

三、按要求将 UPS 的接线图及简要的操作说明张贴在机柜门上，常见故障代码说明悬挂在墙上的醒目位置。

四、按照规定巡检：

（一）巡检次数每日不少于 2 次，巡检人员要根据规定认真进行检查和记录。

（二）巡检内容

1.运行状态是否正常：是否处于正常运行状态，若处于异常状态，应立即查明原因，并通知综合保障科。

2.检查面板上指示信号是否正常。

3.检查输入、输出电压、电流、频率是否正常。

4.蓄电池状态是否正常，是否有电解液渗漏，电池外壳鼓裂的现象。

5.有否异声、异味、冒烟现象、有否过热现象。

6.冷却通风设施是否正常，出风口是否有阻塞现象。

7.电池、UPS 机组及环境温度是否正常

（三）不影响科室使用情况下，每 3 个月进行一次模拟失电实验，检测 UPS 切换是否正常。

（四）每季度对每台 UPS 进行一次全面检查，并形成季度检查报告，留档。

五、操作规范

（一）除非发生了危及人身的特殊危急情况，运行中的 UPS 的操作应先得到综合保障科及领导同意。

（二）操作过程要求有相关负责人在场。

（三）操作过程必须严格按照 UPS 厂家指导操作规范进行，严禁对正常投入使用中的 UPS 进行清理、维修等操作。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-035	文件名称	医院节能管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	新增	制定时间	2023.07.10	生效时间	2023.10.10

医院节能管理制度

为保证医院可持续发展，加强能源管理和大力节约能源消耗，有效降低医院运行成本，结合我院实际，特制定本制度。

一、医院各科室应自觉遵守国家有关规定和节能法律法规，树立“节约能源、人人有责”的理念，把节能工作纳入各科室的管理工作范畴，加强能源科学管理，有效地降低能耗和成本。

二、综合保障科应认真执行医院节能政策，加强能源计量管理，建立健全能耗分析和能源统计制度，做好能源消耗和利用状况的原始数据记录和统计分析工作；负责监测和检查各科室的能源利用情况；普及节能科学知识。

三、各科主任和护士长是本科室节能监督管理工作的第一责任人，应严格执行医院节能领导小组制定节能规划与措施。

四、各科室认真做好节约用电工作，措施包括：

（一）在自然光源充足时，关闭室内照明设备，做到无人时不开灯，下班时随手关灯。

（二）楼梯、走廊、卫生间等公共区域，无特殊情况尽量少开照明灯，防止“长明灯”

现象。

（三）计算机、打印机、复印机、电视机等用电设备在不使用时要及时关闭，减少待机电耗。

（四）禁止使用电炉、电取暖器、热得快等大功率用电器(具)。

（五）合理使用空调及电气设备，电气设备在不使用的情况下，一律关闭，夏季空调设定温度不得低于 26℃，冬季不得高于 20℃。

五、各科室要加强节约用电检查，对发现浪费电力的行为，应及时制止，未及时整改的，采取相应措施予以处理。

六、大力推广节能技术，加强院内电网、水网、蒸汽网的建设和改造，优化资源配置，最大限度地降低线损和配电损失，减少漏气、漏水损失以及蒸汽消耗和无功损耗，不断提高能源利用率。

七、新建、改建、扩建工程的项目设计中，鼓励采用高于现行建筑节能标准的建筑材料、用能系统、节能设备及其相应的施工工艺和技术。

八、优先购买能耗低、国家认证的节能设备或产品，率先淘汰国家明令禁止使用的高能耗设备或产品。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-ZW-ZD-036	文件名称	竣工验收制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	新增	制定时间	2023.07.10	生效时间	2023.10.10

竣工验收制度

一、工程竣工验收工作由医院负责组织，并应在代建单位、施工单位自查和监理单位核查达到约定的各项内容基础上进行。并将验收过程中的有关情况及时向医院汇报。

二、工程竣工验收应具备条件

（一）完成工程设计和合同约定的各项内容。

（二）施工单位在工程完成后对工程质量进行了检查，确认工程质量符合有关法律、法规和工程建设强制性标准，符合设计文件和合同要求，并提交竣工报告。工程竣工报告应经项目经理和施工单位负责人审核签字。

（三）监理单位对工程进行了质量评估，具有完整的监理资料，并提出工程质量评估报告，工程质量评估报告应经总监签字。

（四）勘察、设计单位对勘察、设计文件及施工过程中由设计单位签署的设计变更通知

书进行检查，并提出质量检查报告。质量检查报告应经勘察、设计单位技术负责人和法人代表审核签字。

（五）具有完整的技术档案和施工管理资料。

（六）有工程使用的主要建筑材料、建筑结构配件和设备的进场试验报告。

（七）施工单位签署的工程质量保修书。

三、工程竣工验收程序

（一）工程完工后，施工单位向监理单位提交工程竣工报告，申请工程竣工验收，工程竣工报告须经总监签署意见。

（二）项目现场责任人收到经总监签署意见的工程竣工报告后，对符合验收要求的工程，应及时组织勘察、设计、施工、监理等单位和其他有关方面的人员组成验收组，制定验收方案并书面通知建筑工程质量监督站参加竣工验收。

（三）组织工程竣工验收

1．施工、监理、勘察、设计单位分别汇报工程合同履约情况和在工程建设各个环节执行法律、法规和工程建设强制性标准及其它技术标准情况。

2．审阅工程档案资料。

3．实地查验工程质量。

4．对工程质量作出全面评价，形成验收组人员签署的工程竣工验收意见，明确验收结论。

5．验收人 （组长）验收签字、使用科室签字。

（二） 综合保障科（设备）管理制度

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-001	文件名称	综合保障科（设备）工作制度	适用范围	综合保障科
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

综合保障科（设备）工作制度

一、综合保障科是在主管院长领导下，依据相关法规行使管理职能、具有很强专业性的工程技术部门。

二、应严格执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国计量法》、《医疗器械监督管理条例》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》等国家和地方政府发布的相关法律法规，以及相关的技术标准和规程。

三、凡属医疗、教学、科研所需的医疗设备、医用耗材、仪器设备和相关软件，均由综合保障科统一负责制定购置计划和工程技术方案，并组织实施、监督和管理。如：论证、购置、安装、调试、验收、使用、保养、预防性维护、维修、计量、应用分析和更新、调配、处置等。

四、应根据相关的规范要求，制订出科学可行的工作制度、操作规程和岗位责任制，并认真落实执行。

五、根据医院制订的发展规划、目标和年度工作计划，结合本部门的实际情况，制订相应的发展规划和年度工作计划，并予以实施。

六、负责对仪器设备、医疗器械使用操作人员的工程技术培训，开展应用质量控制、质量保证工作，收集反馈医疗器械使用过程中的可疑不良事件，保障设备安全、使用安全、及所获临床医学信息（数据、图形、图像）的有效性。

七、规划本专业的学科建设（包括人才队伍、设施与环境、技术服务内容、科研与教学等），组织本部门的各级医学工程管理与技术人员参加相关继续教育和在职培训，取得相应岗位资质。

八、逐步建立临床工程师制度，培养医工结合的研究型临床工程师队伍，开展科研与教学工作，积极参与适宜医学技术的选择、临床应用效果和风险评估。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-002	文件名称	医学装备管理委员会工作章程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医学装备管理委员会工作章程

为了更好地促进医院卫生事业的发展，保障人民身体健康，合理配置和有效利用医疗设备，充分发挥各学科专家和相关职能部门的作用，对医疗设备中的重大决策、技术问题进行评价咨询，更有效地进行科学管理，特成立惠山区人民医院医学装备管理委员会（以下简称管委会），为此，特制定“管委会”章程：

一、“管委会”在医院党委会的领导下进行工作。“管委会”通常不进行直接指挥，不发布指令，而是提出建议、方案、计划，供党委会、院领导决策时参考选用。有关领导及部门应将医院的各种条件、状况、设想、计划及存在的问题通报给“管委会”，“管委会”尽可能掌握全部必需的信息，提出合理化的建议和符合实际的方案以及切实可行的计划。

二、“管委会”由院领导、相关职能部门负责人、各学科专家和医学工程人员组成。

1、“管委会”设主任委员一名，由院长担任；设副主任委员一名，由分管医疗设备的副院长担任。设委员若干人，由相关职能科室和临床医技一级科负责人和医学工程人员组成。

2、设秘书一人，由综合保障科选派人员担任，负责日常工作。

三、“管委会”的主要职能，“管委会”的行政职能部门是综合保障科。

1、收集国内外医疗设备的情报、信息和动态，了解省内外及国际上各医院医疗设备的配置和临床应用，做好咨询服务。

2、讨论并拟定全院医疗仪器设备的发展规划和年度计划。讨论建议医疗耗材的选用。

3、参与大型贵重医疗设备的项目评议，咨询论证或考察，并给出审批意见。

4、对各科设备使用人员进行业务指导，学术交流、专业技术培训和考核。督促各科室对各类设备的使用管理。

5、对大型贵重医疗设备进行报废鉴定。

6、参加医疗设备的招投标。

7、医学装备管理委员会形成的意见和决议须经院长办公会议、党委会批准方可实施。

四、“管委会”一般每年召开二次全体委员会，总结检查上一年的工作情况，制定下年度工作计划，根据需要不定期召开各种形式例会。

五、各学科交叉的大型贵重医疗仪器设备由“管委会”临时抽调人员组成论证考察小组，并指定专人负责，该小组对“管委会”负责。论证考察小组，在全面考察论证后应出具书面

报告。

六、参加“管委会”人员如发生变化则及时进行增补。

七、“管委会”的全体委员应认真学习宣传上级卫生行政管理部门有关文件精神和各项条例、法规，本着严于律已，认真负责，实事求是、客观公正的态度进行工作。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-003	文件名称	医学装备三级管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医学装备三级管理制度

为了规范和加强医疗卫生机构医疗设备管理，促进医疗设备合理配置、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，根据《医疗卫生机构医学装备管理办法》，建立医学装备管理委员会、综合保障科、各医学装备使用部门三级管理制度。

本制度所称的医学装备，是指医疗卫生机构中用于医疗、教学、科研、预防、保健等工作，具有卫生专业技术特征的仪器设备、器械、耗材和医学信息系统等的总称。

一、 医学装备管理委员会

医学装备管理委员会是在院长领导下的对医学装备工作的管理组织，委员会由院领导及有关职能科室、业务科室负责人和医学工程人员组成。

二、 综合保障科

综合保障科是全院医学装备管理的职能部门，在分管院长的领导下，参加医院医疗设备、医用耗材管理全过程。负责医疗设备的规划调研、立项论证、申报审批、合同签订、安装验收、维护保养、培训使用、报废鉴定、配合财务部门完成医疗设备的调拨使用及报废报批工作。

1、建立并完善我院医学装备管理各项工作制度并监督执行。

2、负责我院医疗设备发展规划和年度计划的组织、制订、实施等工作。

3、负责我院医疗设备的购置、验收、质控、维护、维修、分析评价和处置等全程管理。

4、建立健全三级保养制度，保障在用医疗设备的正常运行，特别是急救生命支持类装备要确保 100%完好。

5、遵照国家计量法的规定，配合质监部门对相关设备仪器进行计量检测。

6、负责全院医用材料，部分化学试剂的采购管控。

7、收集了解、学习掌握相关政策法规和医疗设备最新信息，为院领导决策提供参考依据。

8、组织我院医疗设备管理相关人员适时进行专业培训，提升专业水平。

9、完成院领导布置的其他临时性工作。

三、医学装备使用部门

使用部门在科主任的领导下，设专职或兼职管理人员，具体负责本部门的医疗设备日常管理工作。

1、凡有医疗设备的科室，要逐级建立使用管理责任制，指定专人管理，严格使用登记。认真检查保养，保持仪器设备处于良好状态，随时开机可用，并保证账、卡、物相符。

2、新进仪器设备在使用前要参与综合保障科组织的验收、调试、安装。组织有关科室专业人员进行操作管理、使用和训练，使之了解仪器的构造、性能、工作原理和使用维护方法后，方可独立使用。凡初次操作者，必须在熟悉该仪器的人员指导下进行。在未熟悉该仪器的操作前，不得连接电源，以免接错电路，造成损坏。

3、仪器使用人员要严格按照仪器的技术标准、说明书和操作规程进行操作。使用仪器前，应判明其技术状态确实良好，使用完毕，应将其放在规定位置，做好收纳。

4、不准搬动的仪器，不得随意挪动。操作过程中操作人员不得擅自离开，发现仪器运转异常时，应立即通知综合保障科技术人员，查找原因，及时排除故障，严禁带故障和超负荷使用和运转。仪器损坏需修理者，要向综合保障科及时报修。

5、仪器设备（包括主机、附件、说明书）一定保持完整无缺，即使破损的零部件，未经综合保障科检验亦不得任意丢弃。

6、凡属临床科研的仪器，科室间调剂使用时，一定要经科室主任批准，仪器管理人员要办理交接手续，用毕及时归还，验收后放回原处。

7、仪器用完后，应由管理人员检查，关机放好。若发现仪器损坏或发生意外故障，应立即查明原因和责任，如系违章操作所致，要立即报告综合保障科，视情节轻重进行赔偿或进一步追究责任。

8、在综合保障科的指导下定期开展质量安全管理活动，配合完成计量检测工作，适时上报医疗器械不良事件，合理使用医用耗材。

9、对于 50 万元以上的大型设备按要求进行成本效益分析。

支持性文件：《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-004	文件名称	医疗设备质量与安全管理组职责	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.10.10

医疗设备质量与安全管理组职责

按照卫生部及江苏省卫生厅新版《江苏省三级综合医院评审标准实施细则（2023 版）》中医疗设备管理的基本要求，在医院医疗设备三级管理制度的基础上，为进一步加强医疗设备临床使用安全管理工作，降低医疗设备使用风险，切实保障医疗质量安全，各科室成立医疗设备质量与安全管理组，由科主任、医疗设备兼职管理员、医疗器械不良事件监测联络员与片区工程师组成。医疗设备质量与安全管理组职责如下：

1、负责本科室医疗设备的质量与安全管理。

2、对从事本科室医疗设备质量与安全管理员工的质量管理基本知识和基本技能进行培训与教育。

3、组织落实与本科室相关医疗设备的各项规章制度、规范等管理文件的监管与分析，根据实际情况及时改进提高。

4、定期开展本科室医疗设备质量与安全管理评价活动，包括以下：

（1）本科室医疗设备操作者的自我检查；

（2）分析评价本科室医疗设备、器械临床使用安全与风险管理监测的结果和记录；

（3）分析评价本科室使用医疗设备所致意外事件的防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程和规定与记录；

5、及时组织上报本科室医疗器械临床使用安全不良事件及风险管理监测的结果。对本科室存在问题与缺陷有改进措施及落实情况评价，持续改进有成效。

支持性文件：《江苏省三级综合医院评审标准实施细则（2023 版）》苏卫医政[2023]40 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-005	文件名称	医学装备安全管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.12.01	修订时间	2023.04.03

医学装备安全管理制度

为加强本院医学装备安全管理工作，降低医学装备临床使用风险，提高医疗质量，保障医患双方合法权益，根据《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》的规定和要求，结合我院实际，制定本制度。

1、医学装备临床使用安全管理是指医疗机构医疗服务中涉及的医学装备产品安全、人员、制度、技术规范、设施、环境等的安全管理。

2、为确保进入临床使用的医学装备合法、安全、有效，对医学装备的采购严格按照相关法律法规采购、入口统一、渠道合法、手续齐全；将医疗器械采购情况及时做好对内公开，对在用设备及耗材定期进行评价论证，提出意见及时更新。

3、对设备及耗材依据《医疗设备安装验收制度》、《医疗设备使用保管制度》、《医用耗材管理规定》、《医疗设备报废管理制度》的要求，做好安装验收、出入库、维护保养及报废的管理工作。

4、对医疗器械采购验收等过程中形成的报告、合同、评价记录等文件进行建档和妥善保存，保存期限为医疗器械使用寿命周期结束后 5 年以上。

5、对从事医疗器械相关工作的技术人员，应当具备相应的专业学历、技术职称或者经过相关技术培训，并获得国家认可的执业技术水平资格。

6、对医疗器械临床使用技术人员和从事医疗器械保障的医学工程技术人员建立培训、考核制度。组织开展新产品、新技术应用前规范化培训，开展医疗器械临床使用过程中的质量控制、操作规程等相关培训，建立培训档案。

7、临床使用科室对医疗器械应当严格遵照产品使用说明书、技术操作规范和规程，对产品禁忌症及注意事项应当严格遵守，需向患者说明的事项应当如实告知，不得进行虚假宣传，误导患者。

8、医疗器械出现故障时，使用科室应当立即停止使用，并通知医学工程管理部门按规定进行检修。经检修达不到临床使用安全标准的医疗器械，不得再用于临床。

9、临床使用中发生医疗器械不良反应及安全事件的，临床科室应及时处理并上报不良事件管理部门，不良事件管理部门上报卫生行政部门及药品食品监督管理局。

10、严格执行有关规定，对消毒器械和一次性使用医疗器械相关证明进行审核。一次性使用的医疗器械按相关法律规定不得重复使用，按规定可以重复使用的医疗器械，应当严格按照要求清洗、消毒或者灭菌，并进行效果监测。医护人员在使用各类医用耗材时，应当认真核对其规格、型号、消毒日期或者有效日期等，并进行登记及处理。

11、临床使用的植入与介入类医疗器械名称、唯一性标识信息应当记录到病历中。

12、综合保障科对在用设备类医疗器械的预防性维护、检测与校准。预防性维护方案的内容与程序、技术与方法、时间间隔与频率，应按照相关规范和本院实际情况制订。

13、遵照医疗器械技术指南和有关国家标准与规程，定期对医疗器械使用环境进行测试、评估和维护。

14、对于生命支持类设备和重要的相关设备，制订相应应急备用方案。

支持性文件：

1.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4号。

2.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-006	文件名称	科室医疗设备质量与安全指标	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第2次）	制定时间	2013.12.01	修订时间	2023.04.03

科室医疗设备质量与安全指标

一、急救类、生命支持类设备管理

1、有设备故障应急预案和紧急替代流程，保障紧急救援工作需要；

2、有完整的日常自查记录，出现故障及时报修并修复；

3、时刻保持待用状态，完好率100%。

二、计量设备管理

1、有计量器具、设备清单；

2、计量器具、设备100%有计量检测合格标志；

3、计量器具、设备检测合格标志100%在有效期内。

三、设备使用管理

1、使用人员必须经过培训合格后方可上机操作；

2、贵重仪器设备使用手册、说明书随设备存放，方便查阅（或以电子版存于操作电脑桌面上）；

3、贵重仪器设备有使用登记；

4、贵重仪器设备故障后及时报修、有记录。

四、设备安全控制与风险管理

1、知晓并执行医疗器械不良事件监测管理制度；

2、出现可疑医疗器械不良事件，按规定流程上报；

3、关注内网医疗器械使用安全监测及风险预警信息，并自查落实；

4、配合职能部门进行事件回顾、分析，并做好记录；

5、对存在问题与缺陷有改进措施并落实。

支持性文件：

1.《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

2.《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》国家市场监督管理局令第 1 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-007	文件名称	医疗器械不良事件监测与报告制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.01.01	修订时间	2023.04.03

医疗器械不良事件监测与报告制度

为了加强我院医疗器械监管，规范医疗器械不良事件的监测工作，及时、有效控制用械风险，保障患者用械安全，根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》等法规要求，制定本制度。

一、医务科、护理部、院感科及综合保障科共同负责对我院医疗器械不良事件监测工作进行组织、协调、指导、决策：

1.贯彻落实《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》等法规文件；

2.组织对医疗器械不良事件相关知识的宣传、培训、咨询工作；

3.组织对我院发生或可能发生的医疗器械不良事件进行收集、整理、分析、评价、上报和反馈工作；

4.组织督查我院医疗器械不良事件监测工作开展情况；

5.不定期召开会议，通报我院医疗器械不良事件监测工作开展情况，并提出持续改进的意见；

二、综合保障科指定专人负责我院医疗器械不良事件监测的日常工作，并收集整理医疗器械不良事件报告表，按规定进行上报；做好与科室医疗器械不良事件监测联络员的协调和

联络工作。

三、建立我院医疗器械不良事件监测体系，各科室指定专人作为不良事件监测联络员（临床科室为医生、护士各一名；其他科室为一名），具体负责本科室医疗器械不良事件监测工作：

1.负责本科室与医疗器械不良事件相关事宜的联络工作；

2.组织本科室医护人员积极上报发生或可能发生的医疗器械不良事件；

3.指导上报人员填写《可疑医疗器械不良事件报告表》；

4.协助对不良事件的调查、确认工作；

5.开展对本科室不良事件报告的分析、整理、总结工作；

6.开展对本科室医护人员医疗器械不良事件相关知识的培训；

7.接受省、市药品不良反应监测中心的监督和指导。

四、报告原则

鼓励相关科室和个人报告医疗器械不良事件。

1.基本原则：造成患者、使用者或其他人员死亡、严重伤害的事件已经发生， 并且可能与所使用医疗器械有关，需要按可疑医疗器械不良事件报告。

2.濒临事件原则：有些事件当时并未造成人员伤害，但临床医务人员根据自己的临床经验认为再次发生同类事件时会造成患者或医务人员死亡或严重伤害，则也需要报告。

3.可疑即报原则：在不清楚是否属于医疗器械不良事件时，按可疑医疗器械不良事件报告。相关事件在以下情况下必须报告：

（1）引起或造成死亡或严重伤害的几率较大；

（2）对医疗器械性能的影响性质严重，很可能引起或造成死亡或严重伤害；

（3）使器械不能发挥其必要的正常作用，并且影响医疗器械的治疗、检查或诊断作用，可能引起或造成死亡或严重伤害；

（4）医疗器械属于长期植入物或生命支持类器械，因此对维持人类生命十分必要；

（5）医疗器械生产企业需要采取或被要求采取行动来减少产品对公众健康造成损害的风险；

（6）类似事件在过去实际已经引起或造成死亡或严重伤害；

（7）综合保障科应按规定将不良事件相关情况告知医疗器械供货商。

4.各临床科室医疗器械不良事件。

（1）临床科室医护人员应密切关注、随时收集本科室发生的医疗器械不良事件，一经发现，须及时进行详细记录、调查，立即报告医疗器械不良事件联络员准确填报《可疑医疗器

械不良事件报告表》。

（2）导致死亡的事件于发现或者知悉之日起 7 个工作日内，导致严重伤害、可能导致严重伤害或死亡的事件于发现或者知悉之日起 20 个工作日内，突发的或群体医疗器械不良事件须立即将报告表报至综合保障科；一般医疗器械不良事件每月集中上报至综合保障科。

5.综合保障科对医疗器械不良事件的报告和处理。

（1）可疑医疗器械不良事件发生后，综合保障科相关工作人员应立即调查记录不良事件的有关资料，包括患者资料、发生情况与地点、医疗器械相关信息、操作使用人员等信息。发现或者获知的可疑医疗器械不良事件应当及时告知持有人，并在事件发生后 10 个工作日内组织填写《不良事件报告表》，通过国家医疗器械不良事件监测信息系统报告。其中，导致死亡的还应当在 7 日内，导致严重伤害、可能导致严重伤害或者死亡的在 20 日内，通过国家医疗器械不良事件监测信息系统报告。

（2）发现或者获知群体医疗器械不良事件后，应当在 12 小时内通过电话或者传真等方式报告不良事件发生地省、自治区、直辖市药品监督管理部门和卫生行政部门，必要时可以越级报告，同时通过国家医疗器械不良事件监测信息系统报告群体医疗器械不良事件基本信息，对每一事件还应当在 24 小时内按个例事件报告。

（3）发现或者获知群体医疗器械不良事件的，应当在 12 小时内告知持有人，同时迅速开展自查，并配合持有人开展调查。自查应当包括产品贮存、流通过程追溯，同型号同批次产品追踪等；使用单位自查还应当包括使用过程是否符合操作规范和产品说明书要求等。必要时，应当暂停医疗器械的使用，并协助相关单位采取相关控制措施。

（4）在可疑不良事件发生原因未明确前，综合保障科应主动采取措施，根据不良事件的严重程度，责令使用科室对出现不良事件的医疗器械该批号或该型号的库存产品暂缓放行和停用。

（5）综合保障科应协助一线科室部门，对本单位使用的医疗器械的不良事件进行信息收集、分析、报告和管理工作，加强对临床科室人员的不良事件教育，提高其医疗器械安全风险意识。

（6）综合保障科定期向院医学装备委员会汇报医疗器械不良事件监测工作情况，每年对医疗器械不良事件监测工作进行总结。

6.相关人员在报告医疗器械不良事件时，对涉及到病人的隐私应保密。

7.妥善保存医疗器械不良事件监测记录，记录应当保存至医疗器械标明的使用期后 2 年，但是记录保存期限应当不少于 5 年。

8.综合保障科及相关科室应掌握国内外有关医疗器械不良事件报告的监测信息，及时向

全院发布医疗器械使用安全信息警报，确保临床医疗器械使用安全。

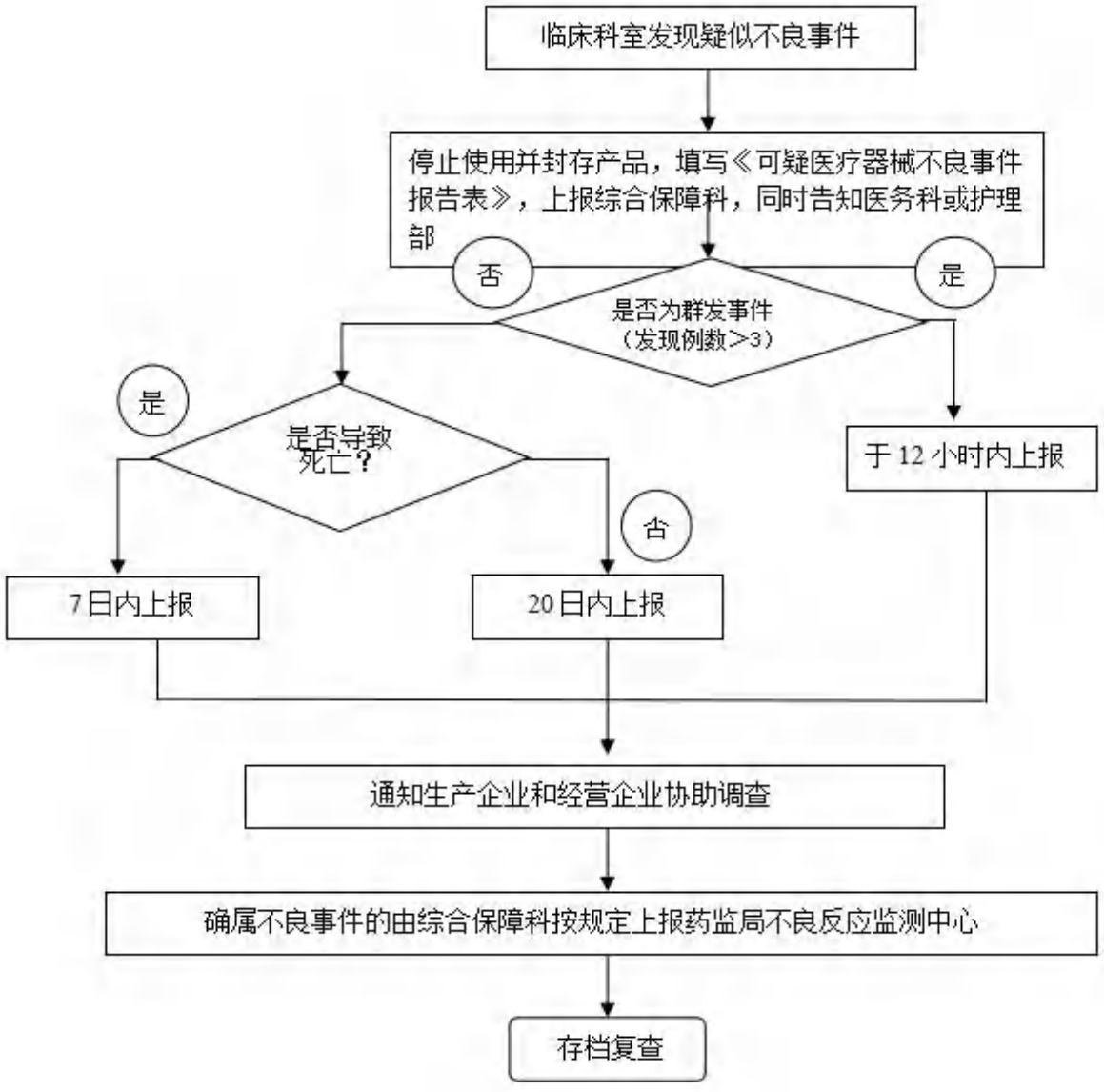
9.为加强医疗器械临床使用安全管理工作，降低医疗器械临床使用风险，提高医疗质量，保障医患双方合法权益，综合保障科及相关科室将定期对医疗器械使用安全情况进行考核和评估，具体奖惩措施如下：成功提交一起医疗器械不良事件的职工按医院奖惩规定予以一定的奖励，对发现医疗器械不良事件应报告而未报告的科室和个人予以警告及适当经济处罚。

支持性文件：

1.《医疗器械监督管理条例》国务院令第 739 号

2.《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》国家市场监督管理局令第 1 号

医疗器械不良事件上报流程



惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-008	文件名称	医疗器械临床使用安全控制与风险管理制度及流程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗器械临床使用安全控制与风险管理制度及流程

为加强医疗器械临床使用安全管理工作，降低医疗器械临床使用风险，提高医疗质量，保障医患双方合法权益，根据《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》、《医疗器械使用质量监督管理办法》规定，结合我院实际，制定本规范。

一、建立医院医疗器械临床使用安全管理委员会，全面管控医疗器械临床使用安全与风险。加强医疗器械临床使用安全监管，保障医疗器械临床使用安全。

二、研究制定全院医疗器械配置、规划、购置、使用维护、安全管理、分析医疗设备应用风险来源。

三、对医疗设备采购、评价、验收等过程中形成的报告、合同、评价记录等文件进行建档和妥善保存，保存期限为医疗设备使用寿命周期结束后 5 年以上。

四、临床使用科室对医疗设备应当严格遵照产品使用说明书、技术规范、规程操作，对产品禁忌症及注意事项应当严格遵守，需向患者说明的事项应当如实告知，不得进行虚假宣传，误导患者。

五、医疗设备出现故障，使用科室应当立即停止使用，并通知综合保障科按规定进行检修，经检修达不到临床使用安全标准的医疗设备，不得再用于临床。

六、严格执行《医院感染管理制度》、《一次性使用无菌医疗器械专项管理制度》、《医疗废物管理条例》有关规定，对消毒器械和一次性使用医疗器械相关资质进行审核。一次性使用的医疗器械按相关法律规定不得重复使用，按规定可以重复使用的医疗器械，应当严格按照要求清洗、消毒或者灭菌，并进行效果监测。医护人员在使用各类医用耗材时，应当认真核对其规格、型号、消毒日期、有效日期等，不符合使用要求的严禁使用并及时上报综合保障科。

七、指导各科室医疗器械安全监管，设备使用前科室进行相关操作安全培训，制定出设备操作规程与安全注意事项。

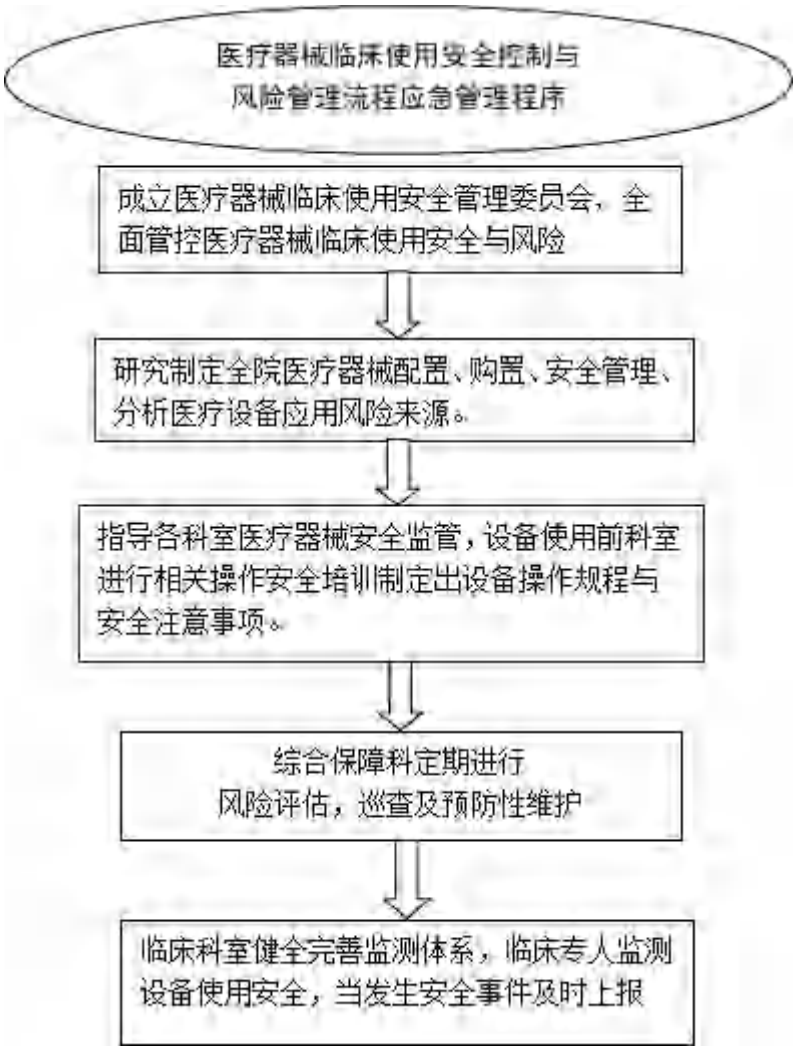
八、综合保障科定期进行风险评估、巡查及预防性维护。

九、临床科室健全完善监测体系。设专人监测设备使用安全情况，发生安全事件及时上报。

十、综合保障科根据调查情况及时向院内各相关科室通报，以避免同类事件的再次发生。

十一、奖惩措施。医院对成功提交一起安全事件的职工给予一定奖励；对隐瞒安全事件的科室一经查实后根据情节轻重追究责任。

流程



支持性文件：

1.《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》卫医管发[2010]4 号

2.《医疗器械使用质量监督管理办法》国家食品药品监督管理总局令第 18 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-009	文件名称	突发设备事件应急管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

突发设备事件应急管理制度

一、总则

1、编制目的：在遭遇自然灾害与突发公共卫生事件危害时为能够顺利开展工作，根据医院制定的紧急状态管理预案与实行的体制，综合保障科制定相应制度，同时在各个方面（包括思想上物质上）要有充分的准备。

2、工作原则：以人为本，预防为主；统一领导，分级负责；依法规范，加强管理；快速反应，协同应对；依靠科技，资源整合。

3、适用范围：本制度适用于突发性设备故障应急、自然灾害、事故灾难及突发公共卫生安全事件而造成群体人员伤害的医疗救援工作。

4、组织机构与职责：医院应急医疗保障组是科室应急保障小组的领导机构，负责医院应急保障工作的开展；科室应急保障小组负责本科室应急保障任务的执行，科主任为科室应急保障小组负责人。

二、工作体系

突发设备事件应急管理工作由医院统一领导。在突发设备事件发生时，按照“谁分管，谁负责”的原则，承担相应工作；指导和协助医院做好突发设备事件的预防、处置和恢复重建工作。

三、工作机制

各科室要建立应对突发设备事件的预测预警、信息报告、应急处置、恢复重建及调查评估等机制，提高应急处置能力和水平，医院要会同有关科室，整合各方面资源，充分发挥工作机构作用，建立健全快速反应机制，形成统一指挥、分类处置的应急平台，提高应对突发设备事件能力。各科室针对各种可能发生的突发设备事件，完善预测预警机制，开展风险分析，做到早发现、早报告、早处置。要做好对各类突发设备事件的预测预警工作，整合监测信息资源，建立重点设备的预测预警系统。

四、处理过程

1、信息报告和通报　建立突发设备事件的信息通报、协调渠道，一旦出现突发大型设备事件，要根据应急处置工作的需要，及时通报、联系和协调。

2、先期处置　按照“精简、统一、高效”的原则，科室在各自职责范围内负责突发设备

应急的先期处置工作。通过组织、指挥、调度、协调各方面资源和力量，采取必要的措施，对突发设备事件进行先期处置，并确定事件等级，上报现场动态信息。

3、应急响应　一旦发生先期处置仍然不能控制的紧急情况，医院突发事件应急预案领导小组直接决定，明确应急响应等级和范围，启动相应应急预案。

五、指挥与协调

1、组织协调有关部门负责人、专家和应急队伍参与应急抢修；

2、制定并组织实施抢修和替代方案；

3、协调有关单位和部门提供应急保障，调度各方应急资源等；

4、部署做好维护现场治安秩序和其他部门的稳定工作；

5、及时向医院报告应急处置工作进展情况；

6、研究处理其他重大事项。

六、应急结束

突发设备事件应急处置工作结束，或者相关因素消除后，由负责决定、发布或执行机构宣布解除应急状态，转入常态管理。

七、恢复与重建

综合保障科会同事发部门，对突发设备事件的起因、性质、影响、责任、经验教训和恢复重建等问题进行调查评估，并向医院作出报告。

八、应急保障

医院有关部门如医疗、护理、设备、保卫等部门要按照职责分工和相关预案，切实做好应对突发设备事件的人力、物力、财力、交通运输及通信保障等工作，保证应急工作需要。

有关部门要加强应急抢修队伍的业务培训和应急演练，建立协调机制，提高装备水平；用于突发设备事件应急管理工作机制日常运作和保障、信息化建设等所需经费，通过相关预算予以落实。建立科学规划、统一建设、平时分开管理、用时统一调度的应急物资储备保障体系。医院保卫部门按照有关规定，参与应急处置和治安维护工作。要加强对重要物资和设备的安全保护，依法采取有效管制措施。

1、日常工作状态下应做好一定数量的应急保障器材物资的储备，以备应急状态下紧急使用。定期查看和更新储备物资，使之处于有效和正常工作状态。

2、应急状态下，设备和器材可采取先调拨、后议价的方式，以最快的速度保障供应及维持正常的工作状态。

3、应急状态下，设备的维修保障采取先维修、后报告的方式，以满足技术保障需求。

4、应急状态下，医疗设备应急保障组可临时调配临床科室闲置设备，供应急保障使用。

九、责任与奖惩

突发设备应急处置工作实行行政领导负责制和责任追究制。对在突发设备事件应急管理工作中作出突出贡献的先进集体和个人，要给予表彰和奖励。对迟报、谎报、瞒报和漏报突发设备事件重要情况或者应急管理工作中有其他失职、渎职行为的，依法对有关责任人给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

支持性文件：

1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

2.《突发公共卫生事件应急条例》2003 年 5 月 9 日中华人民共和国国务院令 376 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-010	文件名称	医疗设备风险评估管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备风险评估管理制度

一、为保证我院医疗设备应用的安全、有效，需对在用的医疗设备进行安全风险管理和评估制度，定期监测和建档，依据《医疗设备风险管理行业标准》YY/T0316-2016/ISO14971-1：2007，特制定本管理制度。

二、医疗设备风险管理体系应有医护人员、病人、医学工程人员组成，建立相关组织机构，实行医院全方位医疗设备风险安全分析、评估管理。

三、医疗设备应用安全风险来源：

1、医疗设备在使用中设备出现故障时对病人的伤害；

2、由于使用者操作不当造成对病人的伤害；

3、由于带有放射源或电离辐射、电磁辐射的医疗设备造成的人员的伤害；

4、由电气安全引起的问题：医疗设备绝缘程度下降、保护接地不当等因素造成的人员的伤害；

5、因机械、光学、化学等有害物质污染出现的安全问题；

6、由于各设备的组合相互之间产生影响造成的人员的伤害；

7、其他可能对病人和工作人员造成伤害的风险。

四、风险评估分析应根据不同设备、不同条件充分考虑到医疗设备在使用过程中可能出现的安全风险因素，作相应措施。

五、 风险管理由风险分析、风险评估、风险控制三部分组成。对一些生命支持和功能支

持的医疗设备至少每月巡查一次，根据巡查的情况，及时整改。

支持性文件:《医疗设备风险管理行业标准》YY/T 0316-2016/ISO14971-1：2007

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-011	文件名称	医学工程技术人员及设备使用人员考核、继续教育培训制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第1次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.03

医学工程技术人员及设备使用人员
考核、继续教育培训制度

为使临床科室使用人员正确操作仪器设备，降低设备故障率，提高设备使用率，并进一步提高医学工程人员技术水平，保障全院设备正常运行，提高设备完好率，降低维修成本，特制定本制度。

一、培训计划安排

1、根据每年工作进度制订培训计划，包括工程技术人员的培训和使用人员的培训。

2、对业务培训应作记录，包括科室的业务学习以及外出进修考察的情况。记录内容应包括培训课程时间、地点、内容、主办单位、参加人员及培训考核的结果。

3、在医疗设备引进谈判和合同售后服务条款中，必须明确设备的使用操作培训，同时记录培训时间、培训地点、培训内容并备案。

二、培训的内容和形式

1、上岗培训，对新引进的医疗设备需对操作人员进行操作培训，没经过培训的人员一律不得操作设备。

2、对新进人员必须进行适当的、有针对性的岗前培训，使之通过全面实践和有一定经验人员的带教，尽快达到独立工作的要求。

3、工程技术人员岗前培训应尽量了解各类医疗仪器设备的基本操作和临床应用；学习医疗设备的维修技能，熟悉医疗仪器的管理、安装、维修和计量等方面的要求和工作程序。

三、设备验收培训

医疗设备的到货安装调试过程是技术培训很好的机会。设备使用人员、医学工程技术人员应参加医疗设备的安装调试工作和厂方技术人员的现场培训，以便掌握设备的结构原理、检修方法与操作要点。

四、科室业务学习

综合保障科根据科室业务学习计划的安排，组织医学工程技术人员进行科室业务学习。每次业务学习应有专题或针对某项技术，业务学习讲课人员可由本单位高、中级工程技术人员或外单位的相关人员担任，培训结束后需进行考核并留下相关记录，不定期进行效果评估。业务学习活动还应包括由本科室技术人员参加的外出培训、进修和学习班后的技术介绍或交流等活动。

五、对设备使用科室人员的培训

在设备购入或签订保修合同时，要提出对使用人员、医学工程技术人员的培训，通过不定期的培训，掌握新的技术。

六、对医学工程技术人员及设备使用人员的考核

每年定期对医学工程技术人员及设备使用人员进行考核，通过考核，加强以上人员的操作技能，提高其技术水平。

七、培训考核管理机构与职责

成立培训考核小组，组长由分管院长担任，负责全院医疗设备的培训和考核工作的开展并组织实施。

八、技术人员继续教育

根据《江苏省专业技术人员继续教育条例》第四条内容，专业技术人员享有接受继续教育的权利，同时依法履行相应的义务。

具体内容详见科教科发布在OA网上的《继续医学教育管理》。

支持性文件:《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-012	文件名称	医疗设备管理规定	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备管理规定

为进一步加强医院医疗设备管理，规范医疗设备的审批、采购、维护和使用等，现制定如下规定：

一、成立医学装备管理委员会

（一）医学装备管理委员会人员

主任、副主任由院长、分管院长担任，委员由其他院领导、综合保障科等相关职能科负责人、临床医技科室负责人、医学工程等人员组成（名单以医院下发的文件为准）。

（二）医学装备管理委员会会议

医学装备管理委员会每年会议不少于二次，每次会议参加人数不少于 15 人，主任、副主任、综合保障科、财务科、医务科、护理部负责人为会议固定人员，其他人员从委员中随机抽取。

（三）医学装备管理委员会职责

1.收集国内外医疗设备的情报、信息和动态，了解省内外及国际上各医院医疗设备的配置和临床应用，做好咨询服务。

2.讨论并拟定全院医疗仪器设备的发展规划和年度计划。讨论建议医用耗材的选用。

3.参与大型贵重医疗设备的项目评议、咨询论证或考察，并给出审批意见。

4.对各科设备使用人员进行业务指导、学术交流、专业技术培训和考核。督促各科室对各类设备的使用管理。

5.对大型贵重医疗设备进行报废鉴定。

6.参加医疗设备的招投标。

7.医学装备管理委员会形成的意见和决议须经院长办公会议、党委会批准方可实施。

二、医疗设备审批、采购、安装流程的管理

（一）审批管理

1.需新增万元以下医疗设备必须由科室行政主任（二级专科以上）、护士长填写物资采购申请单（医疗器械）交综合保障科，综合保障科负责人根据实际情况填写意见后报请院长或分管院长审批。

2.需新增万元以上医疗设备的，相关业务科室根据本科室临床、科研、教学工作需要按年度编报设备计划，由科主任或护士长填写购置申请表并递交相关职能科室（护理部、医务科、科教科、院感科等）确认后交至综合保障科。综合保障科对各科申报计划进行汇总审核后形成全院设备购置申请表并报请医学装备管理委员会讨论。

3.医学装备管理委员会审批采用实名投票方式，超过半数以上同意方可视为通过审批。

4.医学装备管理委员会讨论通过的设备，经综合保障科汇总后提交院长办公会及党委会进行专题讨论。审批同意的设备由申请科室与综合保障科共同填写正式申请论证表并报区卫健委（组织论证）审批，待上级行政主管部门论证、审批同意后方可进入采购程序。

5.对紧急情况或临床急需的医疗设备，应由使用科室提出申请，设备管理部门审核，报院领导批准后优先办理。

6.对于赠送、科研合作、临床试用或验证的医疗设备，必须按程序办理相关手续，经设备和医疗管理部门审核，报院领导批准后执行。

（二）采购管理

1.取得最终批复的设备方可进入采购程序。

2.综合保障科负责所有医疗设备采购计划的实施，采购计划不能如期实施应及时与申请科室联系，采取有效措施确保临床有序、安全运转。

3.对所采购设备必须进行市场考察、调研。

4.万元以上设备的采购须由医院与供应商签订统一的合同协议书，由设备管理部门根据招标要求或供应商谈判结果草签合同或协议书再交院长审核后，正式签订有关合同或协议书。

5.所有供应商均应提供四证，即：产品注册证、经营许可证、生产许可证和营业执照、进口产品还应提供报关单及商检证明，并提供质量承诺书，代理商还应提供厂家授权委托书。

6.签订设备供货合同，应在合同里除明确界定供货的品名、规格型号、价格、付款方式、设备供应、技术培训、售后服务等基本条款外，对因产品质量原因发生的医疗纠纷、事故的责任做出明确规定。

（三）安装管理

1.安装过程应包括安装、调试、验收、培训。

2.安装时必须由综合保障科、使用科室、供货方三方同时在场方可拆箱，拆箱后根据合同核对配件无误后开始安装。

3.设备安装结束由供货方工程师进行调试、综合保障科工程技术人员与使用科室人员根据合同要求对设备进行验收、确认无误后填写验收报告。

4.新设备安装、调试、验收后应对使用人员进行培训、培训内容应包括：操作流程、电气安全、简单故障排除、保养维护等，并对受培训人员进行必要的考核。

三、维护保养管理

1.医疗设备使用前必须制订操作规程。设备使用人员必须精心爱护设备，按操作规程操作、不得违规操作。

2.对伍万元以上及生命支持类医疗设备建立使用登记本，对开机情况、使用情况、出现的问题进行详细登记，对于出现问题的设备应立即停用并上报维修人员及时处理。

3.科室使用人员做好设备的日常一级保养工作，综合保障科做好设备的二级维修保养，综合保障科联系厂家工程技术人员做好设备的三级维修保养。

4.维修人员应积极创造条件开展预防性维护，对急救设备应积极抢修并做好维修记录。

四、其他规定

1.各科室、部门不得私自采购、使用未经医院医学装备管理委员会审批同意采购和使用的医疗设备。

2.各设备使用科室应积极配合综合保障科，对须计量检定的设备严格按要求检定，计量不合格的不得使用。

3.跨科借用医疗设备可在院内跨科借用，由综合保障科或总值班统一调配、也可科室与科室之间协调解决，任何科室及个人不得以任何理由无故推诿。

4.对于购买时间较长、使用期满、丧失效能、无维修价值的设备按有关规定申请报废。

5.各设备使用科室应积极配合综合保障科对大型设备进行效益分析。

6.医疗设备使用科室发现或可疑发生医疗设备不良事件，立即填写《可疑医疗器械不良事件报告表》报送综合保障科。

7.本规定自发文之日起执行，原规定与本规定不符的，以本规定为准。医院根据发展情况不断完善本规定。

支持性文件

1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号

2.《中华人民共和国政府采购法》2014修订-中华人民共和国主席令第14号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-013	文件名称	医疗设备管理制度与岗位职责的考核办法	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第2次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

医疗设备管理制度与岗位职责的考核办法

为加强医疗设备管理，监管医疗设备管理制度、岗位职责执行情况，根据我院设备管理工作的实际情况，制定本办法。

一、考核对象

1、医学装备管理委员会组成人员；

2、综合保障科及其他涉及医疗设备管理的工作人员。

二、考核周期

定期　考核：每年进行一次。

不定期考核：可根据实际情况增加考核次数。

三、考核方法

根据医疗设备管理制度和岗位职责的执行情况对医学装备管理委员会组成人员、综合保障科及其他涉及医疗设备管理的工作人员进行考核；根据相关考核标准进行评分，考核不合格人员须停职待岗，接受再培训；经考核合格后，才能重新上岗。

四、考核方式

考核方式有现场提问考核、培训笔试考核等。

五、改进措施

综合保障科应严格执行监管考核制度，每次考核后应将考核内容予以汇总整理，并做好记录。分析考核过程中存在问题，并提出改进意见及措施，将改进措施落实到新的工作周期内执行。

支持性文件:《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-014	文件名称	医疗设备管理规定	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2021.04.03

医疗设备配置原则

为了加强我院医疗设备的管理，规范医疗设备的配置，根据《医疗卫生机构医学装备管理办法》、《大型医用设备配置与使用管理办法》等法规要求，结合本院实际，制定医疗设备配置原则。

1、严格准入的原则：申请购置的医疗设备应符合医院的总体规划，年度计划要经过院医学装备管理委员会、院办公会全体会议审议通过，临时计划要由分管院长审批，优先使用集中招标采购方式，规范准入行为。

2、功能适用的原则：优先考虑基本设备，再考虑高、尖、精的设备；诊断设备和治疗设备，一般优先考虑诊断设备；立足于国产仪器，适当引进国外新设备。

3、技术适宜的原则：引进设备应以提高“技术精度”的关键性设备为主，而不宜追求减少“劳动密度”的设备；引入设备应以适宜当前诊疗水平为主，而不宜过度追求超前技术的设备。

4、资源共享的原则：为提高大型医疗仪器设备的使用率、节约医院开支，对价值昂贵的大型仪器设备，或者只用于某些特殊检查检验且科室使用有剩余空间的仪器设备，可实行共享。

5、节能环保的原则：优先选择节能降耗、环保的设备，不选择功耗过大、运行成本过高的设备。

6、优先配置的原则：根据医院学科发展总体规划，同等条件下优先配置省市临床医学重点专科必备设备或学科发展急需添置的设备；优先配置为医院重点工作或重点技术项目开展所必需添置的设备；优先配置急救类、生命支持类设备。

支持性文件：

1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

2.《大型医用设备配置与使用管理办法（试行）》国卫规划发[2018]12 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-015	文件名称	医疗设备计划购置审批制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备计划购置审批制度

一、各业务科室根据临床、科研、教学工作需要按年度编报设备计划，1 万元以上设备应填写购置申请表并递交相关职能科室（护理部、医务科、科教科、院感科等）确认后交至综合保障科。综合保障科汇总审核各科室申请形成全院设备购置申请表后提交医学装备管理委员会讨论，申请科室主任对本科室申请设备阐述申请理由后由医学装备管理委员会成员对所有设备进行投票。综合保障科对票数超过半数的申请设备进行汇总后提交院长办公会及党委会专题讨论，形成年度计划，分批次，按轻重缓急执行。

二、购置大型（甲、乙类）医疗设备，必须先编写《可行性报告》及大型医疗设备配置申请表，院内逐级审批后报省卫健委批准后执行，甲类大型设备需报国家卫健委审批。

三、属于政府采购范围的医疗（含教学、科研）设备购置，应将计划上报当地政府采购部门批准后，报相应的采购机构实施。

四、对紧急情况或临床急需的医疗（含教学、科研）设备或小于 1 万元的设备，应由使用科室提出申请，由综合保障科负责人根据实际情况填写意见后报请院长或分管院长审批同意后，方可办理。

五、各临床医技科室不得对外签定订购合同或向厂商承诺购置意向，包括试用设备和耗材。

六、各类设备所需的耗材、配件应做好年度计划，由综合保障科审核，报分管领导批准执行。

七、科研与教学项目所需要的医疗（含教学、科研）设备，根据科研经费、批准项目，由科教部门统一提出计划，报综合保障科审核后后报请院长或分管领导批准后，方可执行。

八、对于赠送、科研合作、临床试用或验证的医疗（含教学、科研）设备，必须按程序办理相关手续，并经设备和医疗管理部门审核，经单位领导批准后执行。如违反规定，造成的医疗事故或医患纠纷，由当事人承担有关的责任。

支持性文件：

1.《卫生部三级综合医院评审标准（2011）版》卫医管发[2011]33 号
2.《江苏省三级综合医院评审标准实施细则（2017）版》苏卫医政[2018]1 号
3.《大型医用设备配置与使用管理办法（试行）》国卫规划发[2018]12 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-016	文件名称	医疗设备购置论证制度及流程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备购置论证制度及流程

根据国家卫生部制定的《医疗卫生机构医学装备管理办法》要求和国家相关法规、制度和本院的规模、功能和事业发展规划，科学制订医疗设备发展规划。优先考虑配置功能适用、技术适宜、节能环保的医疗设备，注重资源共享，杜绝盲目配置和闲置浪费。随着医学科学技术迅猛发展，医疗器械不断更新和提高，为保证社会需求服务，保证资金的合理使用，充分考虑到病人和医院实际承受能力，避免盲目引进，从而为医院的医疗设备提供综合性的效益决策。

同时，为了确保购置的医疗设备（含仪器设备、器械、耗材）安全、可靠，在购置前应组织有关人员和专家进行可行性论证与评估，必要时进行实地考察，以便为正确决策提供科学依据。

一、论证内容

1、必要性和重要性；

2、可行性；

3、技术先进性；

4、可靠性和稳定性；

5、环保性；

6、适应性；

7、安全性；

8、维修性；

9、社会效益分析：申购的医疗设备对医院现有的诊断和治疗水平有何实质性的提高，及在医疗、教学和科研工作中将发挥哪些作用。

10、经济效益分析：应对申购 50 万元以上的医疗设备的运行成本进行详细分析。

11、设备现状评估：对科室申购的该类设备的使用情况进行评估，若科室现无该类设备则评估购置的必要性。

二、论证组成员

1、院内论证：医学装备管理委员会相关人员及申购科室负责人。

2、科内论证：科室负责人及科室相关操作人员。

三、购置大型医疗设备原则：

设备必须先进，一定时间内在本地处于领先地位，应适应我院特点，满足有关专业的检查和治疗，购置的设备应尽可能保持可升级性。

四、进行效益预测：

看其是否为病人最大限度地解除疾病痛苦的不可缺少的设备，且病人有足够的经济承受能力，又要分析其可能取得的经济效益，预测投资回收期。

五、多方比较，择优购进：

在确定购置某类设备后，应首先在政府采购网上公示，然后对生产或销售这类设备的相关厂（商）家的产品进行调查、分析和比较，并慎重地加以比较，择优招标采购。

六、论证及流程

1、综合保障科在分管院长领导下，负责全院医疗设备购前论证工作，协同临床科室进行医疗设备的规划调研、立项论证、申报审批等相关工作。

2、 综合保障科每年初对临床科室提出的设备采购申请和购置论证申报表进行审核汇总，报分管院领导。

3、“年度医疗设备购置计划”，由综合保障科汇总各部门申请表生成“计划统计表”后，医学装备管理委员会进行论证。

4、申购科室在提交购置医疗设备申请表上，需从以下几个方面进行论证阐述：

（1）应用论证：重点说明学科、临床应用必需理由；

（2）市场论证：重点描述所申购设备的市场应用状况；

（3）配置论证：提供详细的需求配置清单及功能要求；

（4）人员和场地基本条件论证；

（5）效益论证：社会效益和经济效益等。

5、综合保障科根据医学装备管理委员会评审结果，生成年度医疗设备购置计划，上报院长办公会议、党委会审核，审批后确定年度设备采购计划。

6、科室申请金额 1 万元及以上医疗设备，综合保障科组织申请科室负责人、财务部门，邀请相关产品厂家专业工程师进行产品介绍。并附详细可行性论证报告，提交医学装备管理委员会进行论证。

7、科室申购金额 1 万元以下医疗设备，上述论证内容科室内部讨论后，将讨论结果以购置审批表形式提交综合保障科及院领导审批。

8、甲乙类大型医疗设备的论证在上述院内论证流程的基础上，需进一步上报国家或省卫健委进行论证。

9、对于首次进入医院的、价格昂贵的、植入类高值耗材，必须进行可行性论证后方可采购。论证流程同上。

10、综合保障科负责拟购医疗设备的技术审核。实行专人技术负责；参与采购、安装和验收工作。

七、加强医用耗材审批、采购、领用流程的管理

1、各专科、病区每季度申请新增医用耗材不超过 1 个品种，必须由科室行政主任、病区护士长填写《医用耗材申请表》，综合保障科审核后提交医院医学装备管理委员会审批。

2、医学装备管理委员会参加讨论审批的成员由委员会主任委员或副主任委员、职能科室负责人及随机抽取委员会成员若干组成，一共 15 人。采用实名投票方式，超过 2/3 委员投票同意方可视为通过审批。耗材使用相关科室负责人阐述申请理由，不参与讨论投票。

3、讨论审批原则：原有同类产品的，更换耗材必须价格更低更优惠；高价耗材严格控制，尽可能采用低价耗材，更利于控制医疗费用，降低耗材比。

4、医学装备管理委员会审批同意后，呈报分管院长、院长并经逐级审批同意后由综合保障科负责后续采购事宜。

5、综合保障科将医用耗材品名、规格型号、实际进货价格等报财务科备案，由财务科负责设置收费项目，财务科在给付货款时负责审核。

6、各科室、病区需要试用某些医用耗材，必须填写《医用耗材试用申请表》，经医务科或护理部同意、综合保障科验收合格方能试用，试用耗材不得收费。

支持性文件：

1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号
2.《卫生部三级综合医院评审标准（2011）版》卫医管发[2011]33 号
3.《江苏省三级综合医院评审标准实施细则（2017）版》苏卫医政[2018]1 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-017	文件名称	医疗设备采购招标管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.06.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备采购招标管理制度

一、综合保障科根据各专业科室业务的性质和医疗、教学、科研的需要，按批准计划项目内容进行采购。

二、在购置前，必须查验供应商提供的《医疗器械注册证》、《医疗器械经营企业许可证》、《医疗器械生产企业许可证》、《营业执照》等证件，加盖供应商单位公章，并核实证件的真实性与有效性。不得购置无证和伪劣产品，严格把好质量关。

三、医疗（含教学、科研）设备采购必须按照有关法规及主管部门制定的相关办法进行。1 万元以下设备应由使用科室提出申请，由综合保障科负责人根据实际情况填写意见后报请院长或分管院长审批同意后，方可采购。1 万元以上设备必须委托市、省级招标公司进行集中招标采购。对于招标工作应做到公开、公平、公正，廉洁自律。

四、对于急需和特殊性质不适合招标采购的设备，可采用询价或定向单一来源采购，但必须有详实的考察论证报告报院领导批准。

五、采购部门应及时掌握采购计划的进度，对临床急需的设备应先采购，以保障临床需要。

六、使用科室不得擅自以先试用后付款方式进行采购医疗（含教学、科研）设备。

七、违反规定造成的后果，将追查有关人员的责任。

八、设备采购须由医院与供应商签订有关统一的合同或协议书，由综合保障科根据招标要求或与供应商谈判结果草签合同或协议书交主管院长审核后，正式签订有关合同或协议书。使用科室不得擅自向厂商承诺采购医疗（含教学、科研）设备，若采用试用方式，也必须逐级审批，试用后仍须按照本管理制度进行采购，对未中标的试用设备医院不承担对使用损失的补偿。

支持性文件：

1.《中华人民共和国招标投标法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号
2.《中华人民共和国进出口商品检验法》2018 修订-中华人民共和国主席令第 6 号
3.《中华人民共和国政府采购法》2014 修订-中华人民共和国主席令第 14 号
4.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号
5.《大型医用设备配置与使用管理办法(试行)》国卫规划发[2018]12 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-018	文件名称	医学装备采购管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.12.01	修订时间	2023.04.03

医学装备采购管理制度

为加强医院医用设备采购管理，规范医学装备采购行为，提高采购资金使用效益，促进医用设备合理配置使用，根据省卫健委《关于进一步加强公立医院医用设备采购管理工作的通知》（苏卫财务[2019]36 号）等相关法律法规规定，结合医院实际，制定医院本制度。

一、新增医学装备采购项目申请

（一）需新增万元以下医疗设备必须由科室行政主任（二级专科以上）、护士长填写物资采购申请表（医疗器械）交综合保障科，综合保障科负责人根据实际情况填写意见后报请院长或分管院长审批。

（二）需新增万元以上医疗设备的，相关业务科室根据本科室临床、科研、教学工作需要按年度编报设备计划，由科主任或护士长填写购置申请表并递交相关职能科室（护理部、医务科、科教科、院感科等）确认后交至综合保障科。综合保障科对各科申报计划进行汇总审核后形成全院设备购置申请表。

二、项目立项论证

（一）综合保障科对各科室提出的申请进行汇总，依据预算金额、科室现状和发展需要以及相关职能科室意见进行初审，确定全院设备购置申请表，提交医学装备管理委员会讨论。单价或批量金额小于 1 万元的医学装备不列入讨论，由综合保障科组织询价确定，经综合保障科负责人同意并报请院长或分管院长审批同意后直接采购。

（二）单价或批量金额万元以上的医疗设备由医学装备管理委员会采用实名投票方式进行审批，超过半数以上同意视为通过审批。综合保障科对通过审批的医疗设备汇总后提交院长办公会、党委会进行专题讨论。经院长办公会、党委会讨论通过的医学装备形成年度购置计划并上报区卫健委（组织论证）审批。通过卫健委审批的医学装备经政府采购办确认后实施招标采购。甲、乙类大型医学装备需按相关规定经国家、省卫健委批准后列入采购计划项目。

三、项目采购前论证

（一）编制设备购置计划

1.万元以上项目需取得主管部门批件后方能实施招标；

2.综合保障科依据项目审批结果和设备特性，初步拟定设备采购标段，报院长办公会讨论通过后，以项目化管理实施采购论证和招标。经院长办公会讨论通过的设备采购标段后期原则上不再调整，如有更优化方案，报院长办公会讨论同意后可以做相应调整。

（二）市场调研、现场考察

1.发布信息。综合保障科发布项目采购信息，接受设备生产厂家或代理商报名，在指定时间、指定地点接受产品介绍；同时接受使用部门品牌推荐。

2.产品介绍。对临床未使用过的新增设备必要时由综合保障科组织产品介绍、咨询和答疑。院方参加人员原则上由综合保障科人员、各相关临床科室负责人和护士长等参加，必要时邀请院感、信息及相关专家参与，重大项目邀请院领导参加。综合保障科负责收集产品介绍评价内容。

3.现场考察。原则上大型设备需组织实地考察。考察由综合保障科组织，一般由综合保障科科长或指定人员带队，相关院领导、相关科室负责人参加。考察过程做好相应记录。

4.采购需求制定。综合保障科牵头根据产品介绍、现场考察结合临床需求，初步拟定配置需求及相关技术参数，经相关使用部门负责人确认后确定最终配置、参数等相关内容。

5.项目价格调研。综合保障科联合财务科、分管院领导等相关人员进行项目价格调研。

6.撰写报告。综合保障科组织撰写项目论证评价报告（含技术参数情况），从临床科室需求和人员配置、技术发展前景、预期使用、效益分析等方面，结合前期的产品介绍、实地考察等情况撰写前期选型论证评价报告。

四、项目采购招标

（一）参照《无锡市卫生健康委医疗设备采购管理办法》等上级管理部门相关规定实施招标事项。

（二）综合保障科负责制定招标文件。招标文件应当明确技术要求、商务要求、评分项目及其分值、合同草案的条款等事项。技术要求和商务要求由使用部门和职能部门共同研究制定。

（三）项目委托第三方采购的依法签订采购委托代理协议。

（四）招标结束后，由综合保障科与中标供应商签订相关合同文件。

五、安装、调试、验收

（一）设备组负责到货安装、调试、验收和使用培训等工作。

（二）设备组移交使用科室。

六、按合同付款

（一）由财务科设立专人负责医学装备专款使用；

（二）综合保障科按合同制定付款计划，制定付款凭证，按规定流程审批后交财务专管员支付货款。

支持性文件：

1.《中华人民共和国招标投标法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号
2.《中华人民共和国进出口商品检验法》2018 修订-中华人民共和国主席令第 6 号
3.《中华人民共和国政府采购法》2014 修订-中华人民共和国主席令第 14 号
4.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号
5.《大型医用设备配置与使用管理办法(试行)》国卫规划发[2018]12 号
6.《关于进一步加强公立医院医用设备采购管理工作的通知》苏卫财务[2019]36 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-019	文件名称	万元以上医疗设备采购流程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.12.01	修订时间	2023.04.03

万元以上医疗设备采购流程

1、每年年底（11-12 月份）由科室根据本科室实际情况填写购置申请表并递交相关职能科室确认；

2、综合保障科汇总各科室申请形成全院设备购置申请表并提交医学装备管理委员会讨论、申请科室科主任对本科室申请设备阐述申请理由、医学装备管理委员会成员对所有设备进行投票、票数超过半数的申请设备汇总并提交院长办公会及党委会讨论形成下一年度设备采购计划；

3、申请科室与综合保障科共同填写正式申请论证表并报区卫健委（组织论证）审批；

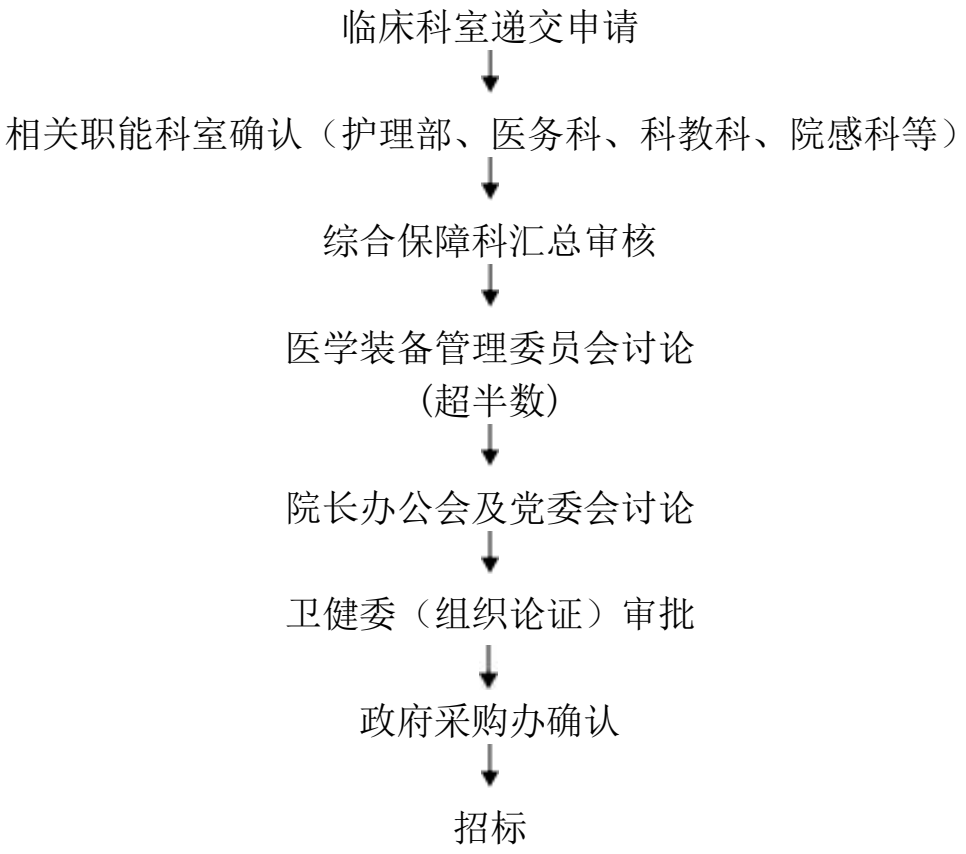
4、综合保障科对已批复的申请设备根据轻重缓急报政府采购办公室，以确定采购方式；

5、根据政府采购办确定的采购方式进行招标。

支持性文件

1.《中华人民共和国政府采购法》2014 修订-中华人民共和国主席令第 14 号
2.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号

万元以上设备采购流程图



惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-020	文件名称	医疗设备安装验收制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备安装验收制度

一、购进的各种医疗设备（含科研、教学）、配件、消耗材料必须严格按照验收程序进行，严格把关，验收合格以后方可入库。不符合要求或质量有问题的应及时退货或换货索赔。一般验收程序为：外包装检查、开箱验收、数量验收、应用质量验收等。

二、 验收工作必须要求及时，尤其是进口设备，必须掌握合同验收与索赔期限，以免因验收不及时造成损失。

三、 医疗设备（含科研、教学）验收应由使用科室、综合保障科工程师与临床使用人员及厂商代表共同参加，如要申请进口商检的设备，必须由当地商检部门的商检人员参加。验收结果必须有记录并由各方共同签字。

四、对验收情况必须详细记录并出具验收报告，严格按合同的品名、规格、型号、数量逐项验收。对所有与合同发票不符的情况，应作记录，以便及时与厂商交涉或报商检部门索赔。

五、 应用质量验收应按生产厂商提供的各项技术指标或按招标文件中承诺的技术指标、功能和检测方法，逐项验收。对大型医疗设备的技术质量验收，应由省（市）卫生行政部门授权的机构进行。验收结果应作详细记录，并作为技术档案保存。

六、 对于紧急购置的设备不能够按常规程序验收的设备，可以简化手续，或是先使用事后补作办验收手续，但必须由综合保障科科长签字同意。

七、 验收合格的设备应由经手人办理入库手续。入库单一式三联，一联交会计做记账凭证，一联交库房保管做入账凭证，一联交使用科室做科室固定资产入账凭证。

八、 对违反验收管理制度，造成经济损失或医疗伤害事故的，应追究有关责任人的责任。

支持性文件：《医疗器械使用质量监督管理办法》国家食品药品监督管理总局令第 18 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-021	文件名称	综合保障科出入库制度	适用范围	综合保障科
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2013.12.01	修订时间	2023.04.03

综合保障科出入库制度

凡购进的医疗器械、低值易耗品、维修配件以及馈赠设备等，必须严格履行出入库手续。

一、入库

1、医疗设备到货后，经相关人员验收并出具验收报告后与进货发票办理入库手续。

2、低值易耗品、维修配件在确认数量、质量、规格型号、批次号、效期等后与发票登账入库。

3、馈赠设备经相关人员按照合同或合同附件验收无误后登记入库。

4、入库管理必须输入以下信息：会计期间、入库单编号、对应库房、入库方式、供货单位、发票号码、物资名称、规格型号、产地、单位、单价、数量、金额、制单人、会计、入库人、审核人、制单日期等。

二、出库

1、医疗设备由领用科室管理人员与库房管理人员填写出库单，双方签字登账出库，并在使用科室建立分账户。

2、低值易耗品和维修配件由领用科室人员或分管维修工程技术人员办理出库手续。

3、低值易耗品应遵循先进先出、发陈存新的原则。

4、出库管理必须输入以下信息：会计期间、出库单编号、出库方式、出库日期、经办人、使用单位、物资名称、规格型号、产地、单位、数量、单价、金额、库存数量、库存金额、制单人、制单日期、审核人、记账人、记账日期等。

5、强检医用计量器具，必须检查核对《计量合格证》后才能发放使用。

三、特殊情况如遇抢救病人等特殊情况需要，由科室主任报分管院长批准，医疗设备、低值易耗品和维修配件可以直接由仓库或供货公司直接提供。事后必须在一周内由使用部门办理相关手续。

支持性文件：

1.《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

2.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-022	文件名称	医疗设备档案管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备档案管理制度

为了规范我院医疗设备档案的收集、整理工作，加强档案管理，有效地保护和利用档案，根据《中华人民共和国档案法》、《医疗器械监督管理条例》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》等相关法律法规要求，结合本院实际，制订本制度。

1、建立健全我院仪器设备全生命周期的档案管理制度。原则上，1 万元以上仪器设备及生命支持类、急救类仪器设备都必须建立档案，档案保管期限至仪器设备寿命周期结束后 5 年以上。

2、仪器设备档案内容包括科室设备购置申请表、可行性认证报告（10 万元以上）、审批手续、供应商资质、招标文件、合同、配置清单、验收报告、培训及考核记录、产品彩页及资质、维修保养资料、处置资料等，要求归档及时，档案内容完整、准确。

3、仪器设备档案由综合保障科负责收集整理。

4、使用科室须建立仪器设备的使用档案，内容包括使用说明书、技术操作规范和规程、使用记录、维修保养记录、处置资料等。

5、依据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类及代码，在信息系统中建立我院医疗设备分类、分户电子账目，实行信息化管理。

6、仪器设备档案的原件一般不外借，如因特殊需要，必须借用时，应经综合保障科领导同意，需要办理借阅手续，借出的档案材料，借用人要妥善保管，不得毁坏和遗失，按期归还，如有损坏、遗失，由借用人负责。

支持性文件：

1.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号
2.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号
3.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号
4.《中华人民共和国档案法》

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-023	文件名称	医疗设备使用保管制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.06.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备使用保管制度

一、医疗设备使用前必须根据设备特点和相关技术要求制定操作规程和日常维护工作制度，使用时必须按操作规程操作，不熟悉仪器性能，没有掌握操作规程者不得开机。

二、建立使用登记本（卡），对开机情况、使用情况、出现的问题进行详细登记。

三、价值 1 万元以上的设备，应由专人保管，专人使用，无关人员不能上机。大型仪器设备须取得卫生部规定的《大型医用设备配置许可证》方能投入使用，使用人员须持有《大型医疗设备上岗人员技术合格证》方能进行操作，无相关资质人员不得操作使用。

四、医疗设备使用科室，应指定专人负责设备的管理，包括科室设备台账、每台设备的配件附件管理、设备的日常维护检查。如管理人员工作调动，应办理移交手续。

五、操作人员应严格按照操作规范进行操作，在医疗设备使用过程中不应离开工作岗位，如发生故障后应立即停机，切断电源，并停止使用；同时挂上“故障”标记牌，以防他人误用，通知工程技术人员负责对故障进行检修。其他人员不得擅自拆卸或者检修，故障排除经检测合格满足使用条件后方能继续使用。

六、操作使用人员应做好日常的使用保养工作，保持设备的清洁。使用完毕后，应将各种附件妥善放置，不能遗失。

七、使用操作人员使用完机器后应按规定顺序关机，并切断电源、水源，注意做好必要的清洁保养工作，设备附件妥善保管，以防遗失。需连续工作的设备，应做好交接班工作。

八、发现使用的医疗设备存在安全隐患的，应当立即停止使用，通知检修；经检修仍不能达到使用安全标准的，不得继续使用，并按照有关规定处置。大型设备或对临床诊断影响很大的设备，发生故障停机时应及时报告单位领导，通知医务部门、临床科室，做好相应解释工作。同时及时联系医学工程部门做好设备维修工作。

九、使用科室与人员要精心爱护设备，不得违章操作，如违章操作造成设备人为责任性损坏，要立即报告科室领导及综合保障科，并按规定对责任人作相应的处理。

十、对于设备保管使用良好，很好地发挥了使用效益的情况，可给予设备使用和管理人员相应奖励。

支持性文件：

1.《医疗器械使用质量监督管理办法》国家食品药品监督管理总局令第 18 号

2.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-024	文件名称	医疗设备质量控制制度、规范和流程	适用范围	综合保障科
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备质量控制制度、规范和流程

一、医疗设备质量控制制度

1、综合保障科应根据相关法律规定制定出切实可行的医疗设备器械的质量监控管理制度和措施，并认真落实。

2、综合保障科具体负责统一采购医疗（含教学、科研）设备器械，应当从取得符合资格的供应商处采购，采购的产品必须具有有效资证，采购过程中要严格执行索证和验证制度。

3、应加强医疗设备器械的入库验收工作，对购入的医疗设备、器械和耗材要验证产品的包装、标识、说明书与实物的一致性，如有需要还应进行试运转测试，检查其是否达到采购技术指标要求。

4、综合保障科的库房应定期盘点库存，检查器械和耗材有无过期、失效和淘汰的产品，并采取相应措施，并做好相关记录。

5、综合保障科应定期或不定期的对医院各类医疗设备进行巡查，对在用医疗设备的状态进行检测，包括验收检测、状态检测和稳定性检测，必要时需要进行校正和修复；对急救类生命支持类设备要重点巡视，保证急救设备 100%完好。

6、对临床使用中出现的涉及设备器械的操作、技术和质量问题，应及时组织讨论，提出改进意见和措施，属于不良事件的应按规定主动及时上报。

二、无锡市惠山区人民医院医疗设备质量控制规范

1、质控小组成员：

组长 ：朱启贯

组员 ：许　蓝　朱文帆　蔡佳　陈德红　傅培宁　盛佳奇　慕润鹏

2、质控检测依据：

监护仪质量检测技术规范、呼吸机质量监测技术规范、输液泵和注射泵质量检测技术规范、医用电气设备通用电气安全质量检测技术规范。

3、检测设备：

FLUK生命体征模拟仪（监护仪）、FLUK气流分析仪（呼吸机）、FLUK输液设备分析仪（微泵）、FLUK电气安全分析仪（主要针对监护）

4、质控呈现问题处理方法：

（1）属于设备本身问题的，修复、校准，无法修复的，强制报废。

（2）属于临床应用方法问题的，及时提醒、纠正、指导。

5、质控发生条件：

验收前、验收后、定期质控、科室诉求。

6、质量安全管理控制内容：

（1）除颤仪：

①电气安全检测

②设备性能外观检测：

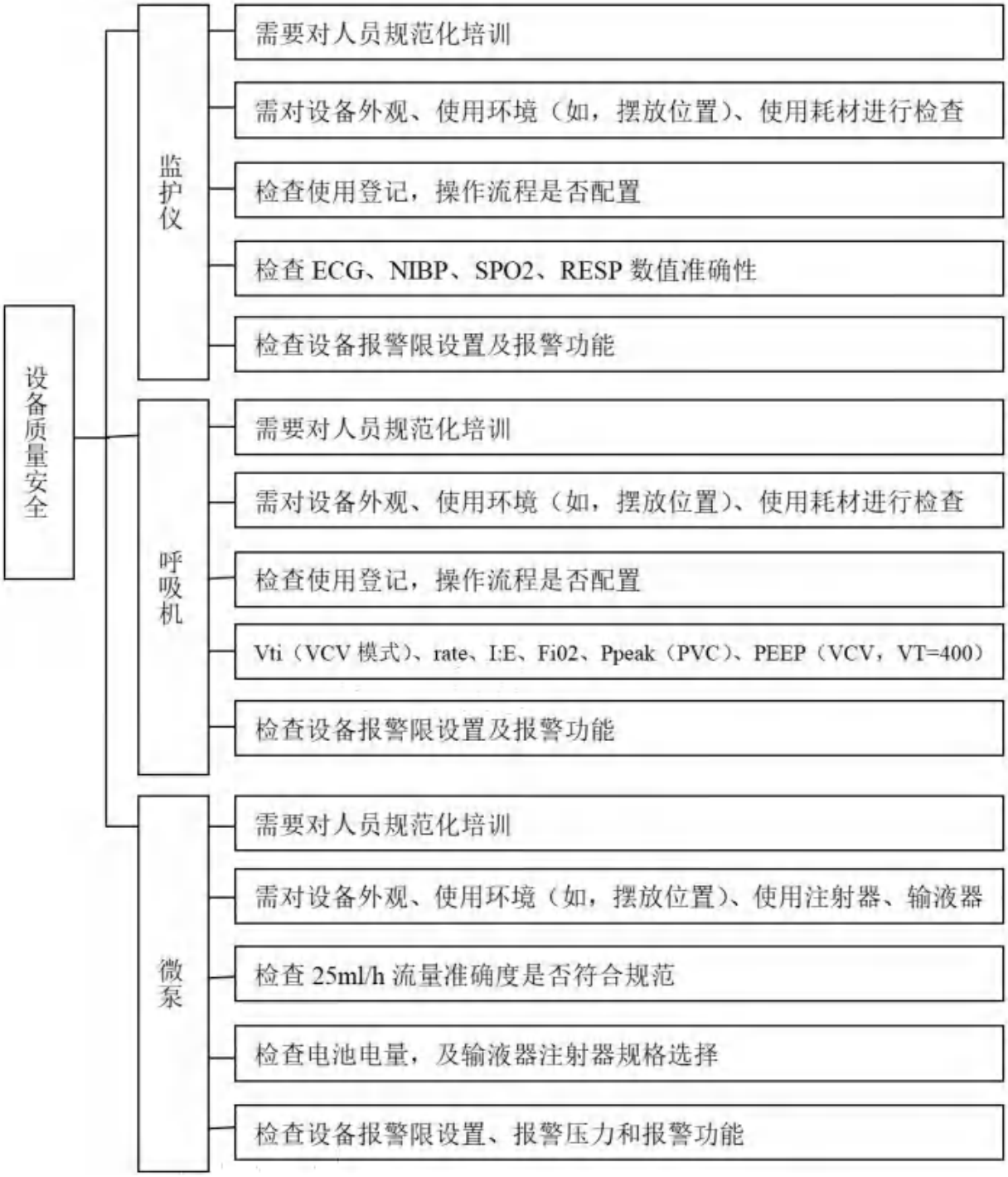
- 外观检查
- 10、20、30、50、100、200、360J误差值检查
- 充放电时间检查
- 心电拾取检测
- 同步检测、心电监测、声光报警检测等

（2）电刀：

①电气安全检测

②设备性能外观检测：

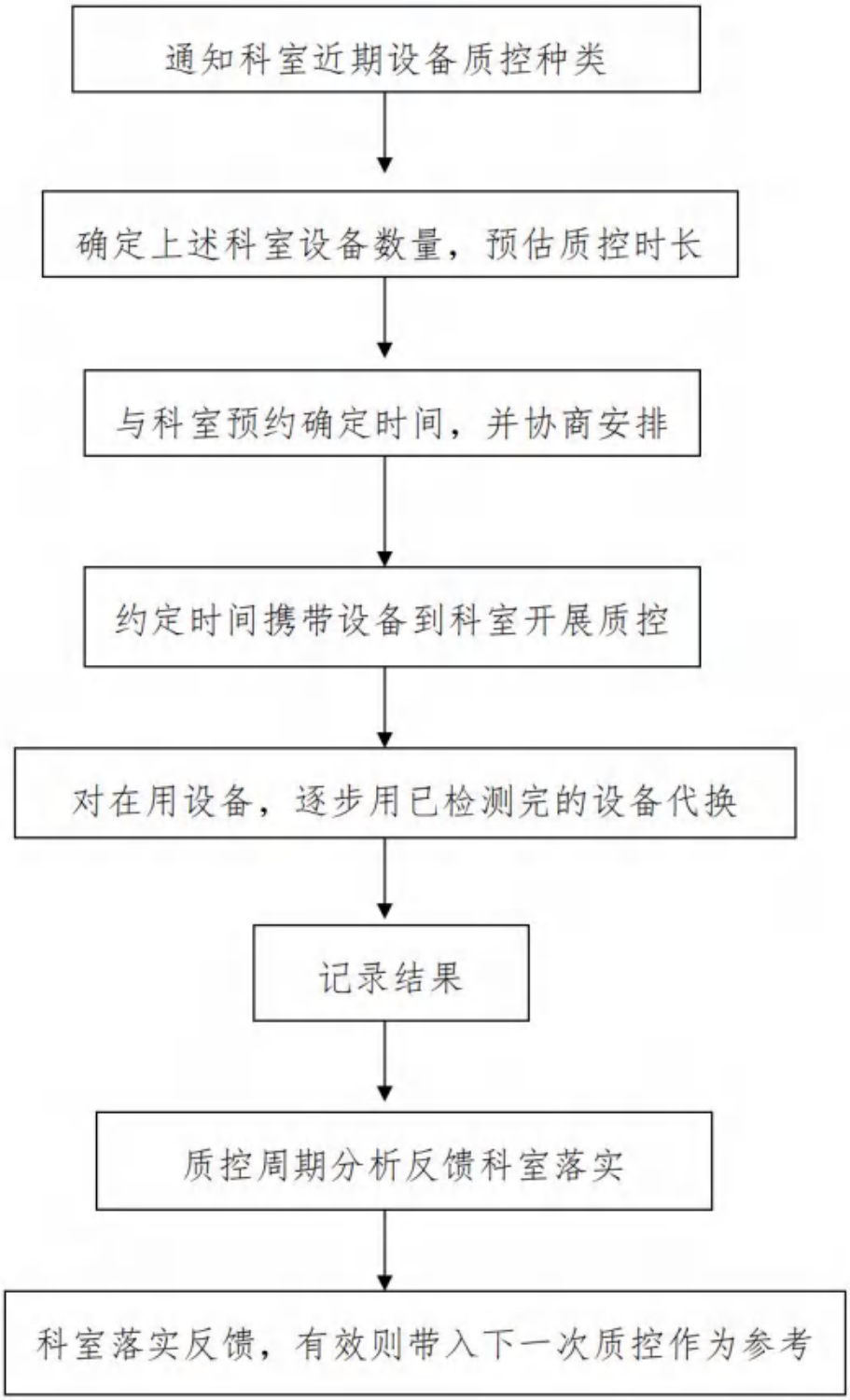
- 外观检查
- 75、150、225、300W功率误差值检测
- 高频漏电检测
- 接触电阻检测等



7、落实后，根据情况完成质量安全分析报告，整改落实反馈内容。

三、无锡市惠山区人民医院医疗设备质量控制流程：

主要方式为进入临床科室现场质控：



支持性文件:《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-026	文件名称	医疗设备维护和三级保养制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.06.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备维护和三级保养制度

为提高医疗设备的安全性和可靠性，并有效预防设备故障的发生，提高医疗设备使用率，增加医疗设备有效使用周期，减少医疗设备消耗的成本，提高设备使用效益，保证临床科室医疗工作的顺利开展，根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》等法规要求，结合本院实际，特制定本制度。

一、三级保养维护制度：

1、一级保养（即日常维护保养）：由使用人员保证医疗设备的表面清洁、设备结构完好、接电开机能通过自检、设备连接的各种附件（如各种导联线，功率输出线等）表皮无破损弯折挤压和变形等现象，如有问题报综合保障科工程师，做好设备的使用记录。

2、二级保养：由综合保障科工程师对设备进行半年周期的维护保养，具体对设备进行一些性能的检查，如监护仪的电池，呼吸机的氧电池，血透机的电导率、流量、温度等检查和校正，以及一些设备的内部除尘和清洁，如有需要请厂家工程师支持，同时工程师做好半年期维修保养的记录表格。

3、三级保养： 是一种预防性的维修，对医疗设备做全面的技术性的检查和保养，主要由厂家工程师完成，同时给出技术性的检验维护报告。

二、对于医院内生命支持和急救类的设备二级保养周期为每季度一次，同时记录保养维修表格。

三、使用科室应定期对带电池的急救及生命支持类设备的电池性能进行检测，方法如下：

1、除颤仪：设备充电 6h，拔掉电源线后可持续正常充放电（设定 180J双向波或 360J单相波情况下）达到 80 次，则认为电池具有合格的储电能力。否则认为电池损坏或老化，需联系设备维修组进行更换电池。检测周期为每 6 个月一次。

2、其他设备：设备充电 6h，拔掉电源线后可持续正常使用超过 30min，则认为电池具有合格的储电能力。否则认为电池损坏或老化，需联系设备维修组进行更换电池。检测周期为每年一次。

四、使用科室对带电池的备用设备应每月充电，并在使用记录本上进行记录。

支持性文件:《医疗器械使用质量监督管理办法》国家食品药品监督管理总局令第 18 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-027	文件名称	医疗设备调剂调拨制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2021.04.03

医疗设备调剂调拨制度

一、凡符合下列条件之一者可以调剂处理：

1、累计停用一年以上的闲置设备，但属于备用、维修、技术改造、特种储备和抢险救灾等例外；

2、因工作变更不再使用的设备；

3、技术指标下降，但未达到报废标准尚能降级使用的仪器设备；

4、重复购置的同种仪器设备；

5、平均利用率在 20%以下者。

二、严禁把国家有关部门明文规定不准生产、淘汰、不许扩散和转让的医疗设备或待报废的设备作为闲置设备调剂。调剂设备中可供家用者，更应严格审批和把关。

三、调剂设备应本着就内就近的原则，尽量避免长途运输，造成不必要的损失。

四、所有调剂设备，包括无偿转让的医疗（含教学、科研）设备，在估价时，根据使用期限、技术状况等合理作价，经双方协商并签订协议，按合同执行。

五、实际办理后要及时履行财务手续，调剂收入应列入设备更新、改造基金项目专项使用，不得挪做其他用途。

六、所有待调剂设备，均应按照综合保障科的要求妥善保管封存，不得任意拆卸，防止腐蚀、损坏、遗失。

七、加强对设备调剂工作的财务管理监督，若利用调剂设备的便利，损公肥私等应予追究，严肃处理。

支持性文件:《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-028	文件名称	医疗设备试用管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

医疗设备试用管理制度

为加强我院医疗设备的试用管理、规范医疗设备的试用行为，根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》等法规要求，结合本院实际，制订本制度。

1、本制度所指试用的医疗设备应为通过国家审批、检验合格的产品。

2、科室提出医疗设备的试用申请，由综合保障科审核供应商的经营许可证、营业执照、医疗器械注册证等证照是否齐全，并经医务科等相关部门审核，报分管院长审批后，签订试用协议。

3、采购招标过程中，对医疗设备的性能需进一步观察比较的，经供应商同意，由综合保障科通知使用科室试用，签订试用协议。

4、签订医疗设备试用协议须遵循以下三个原则

（1）试用的医疗设备所有权归供应商所有；

（2）在试用期内，试用医疗设备所用的耗材和维修费用由供应商负责；

（3）在试用期内，因试用医疗设备所造成的医疗纠纷等一切不良后果由供应商负责。

5、试用期内，若不能满足临床需求，我院有权提前结束试用期，供应商无条件收回试用设备。

6、试用结束后，试用科室须按要求填写《医疗设备试用情况反馈表》。

7、与供应商签署的试用协议，仅对医疗设备试用约束，不作为以后购买依据，购买时均按招标采购有关规定执行。

支持性文件：

1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

2.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-029	文件名称	大型医疗设备管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

大型医疗设备管理制度

一、大型医用设备的范围：应以国家相关部门颁布的甲类乙类大型医用设备目录为基准。

二、大型医用设备的申请应按照国家和省市规定的程序办理，获得批准后，应通过严格的采购招标，在投入使用前，应经省市大型医用设备配置和评审委员会进行评审，在获得《大型医用设备配置许可证》后方能投入运行。

三、大型医用设备使用人员实行技术考核、上岗资格认证制度。大型医用设备使用操作人员须经考核合格，取得《大型医用设备上岗人员技术合格证》，并在省市卫生主管部门登记注册方可上岗工作。

四、大型医用设备购置前，综合保障科会同使用科室应对大型医用设备的购置成本、相关配套设备购置成本、设施及工程建设成本，日常运行成本、人员成本、预计工作量和收费等情况进行考察调研，形成可行性论证报告，提交院长办公会或医学装备管理委员会委员会审核。

五、大型医用设备投入使用后，使用科室应责成专人负责日常管理，制定操作规程，保证运行环境良好，对使用维护情况进行登记。

六、大型医用设备的运行成本核算是医院经济管理的重要组成部分，设备购入之后，综合保障科应积极配合财务科每年对大型设备的使用效率和效益进行追踪分析。

七、科室大型设备实际使用情况的分析评价结果，应纳入科室正常绩效考核和年度考核的指标中。

支持性文件

1.《大型医用设备配置与使用管理办法(试行)》国卫规划发[2018]12 号

2.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-031	文件名称	辐射安全和防护管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

辐射安全和防护管理制度

为了做好我院辐射安全和防护管理工作，根据《中华人民共和国放射性污染防治法》、《放射性同位素与射线装置安全和防护管理办法》等法律、法规要求，结合我院实际，制定本制度。

1、购置与放射相关的大型医疗设备，须先对设备适用性、先进性、可行性及辐射环境影响评价等进行论证，提交申请材料，办理《大型医用设备配置许可证》后，方可配置。

2、针对放射性设备项目的实际情况，使用科室应制定操作规程、辐射防护、应急预案等规章制度。

3、在使用射线装置前，须委托有辐射环境影响评价资质的单位进行控制效果评价工作，向环保部门申请办理《辐射安全许可证》后，从事许可证范围内的辐射工作，接受环保部门的监督和指导。许可证有效期（5 年）满，需要延续的，于许可证有效期满 30 日前，向环保部门提出延续申请；新增射线装置须重新做环境影响评价，并向环保部门申请增加《辐射安全许可证》项目及台账，项目投入正式运行 3 个月内向环保部门提出验收申请，经验收合格后投入正式运行；单位变更（单位名称、地址、法人代表人）许可登记内容或终止放射工作时，应自变更登记之日起 20 内，向颁发许可证的环保部门申请办理许可证变更手续或注销手续；射线装置退役或在使用期间破损，及时向环保部门做好射线装置档案的注销登记，不随意处置。

4、辐射工作人员接受专业技术、放射防护和有关法律知识培训，办理《放射工作人员证》；定期参加卫生及环保部门组织的上岗培训，接受辐射防护安全知识和法律法规教育，提高守法和自我防护意识，培训周期为每 2 年一次，每次不少于 2 天。从事辐射安全管理人员也要定期接受辐射防护安全知识和法律法规教育，加强辐射安全管理。

5、辐射工作人员上岗前需进行职业健康体检，无禁忌症方可上岗，定期进行职业健康体检，体检结果由体检中心存档；辐射工作期间，辐射工作人员应佩戴个人剂量计，每季度接受剂量监测，监测结果由科室记录并存档；加强辐射工作人员的健康管理，定期发放相关津贴；如个人剂量监测和体检发现异常者由医务科、综合保障科、预防保健科等职能部门及时分析原因并反馈本人，拿出意见，杜绝安全隐患，保障医务人员的个人健康和生命安全。

6、射线装置的使用场所设置放射性标志和防护警戒线，报警装置或者工作指示灯；每年

定期委托有资质的单位对射线装置的工作场所及周围环境进行监测并将结果上报当地环保部门，妥善保存监测报告；每年定期委托相关检测机构（卫生监督所及设备性能检测单位）对放射诊疗场所的环境评价及防护、相关设备性能进行检测。

7、每年度末，使用科室对辐射工作安全与防护状况进行一次自我评估，对存在安全隐患及时提出整改方案。年度评估报告包括射线装置（放射诊疗设备、放射防护与质量控制设备）使用台账、辐射安全和防护设施的运行和维护、辐射安全和防护制度及措施的建立和落实、事故和应急以及档案管理等方面内容。

8、辐射事故发生时，严格按照辐射安全和防护管理制度、应急预案进行处理，并立即采取防护措施，控制事故影响，保护事故现场，并及时向环保、公安、卫生分管部门报告；辐射事故发生后由医务科、综合保障科、预防保健科等职能部门会同使用科室作出总结报告，并提出整改方案加以落实，以防发生同类事故。

支持性文件：

1.《中华人民共和国放射性污染防治法》

2.《放射性同位素与射线装置安全和防护管理办法》

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-032	文件名称	特种设备监督管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2021.04.03

特种设备监督管理制度

为了加强我院特种设备管理，根据《特种设备安全监察条例》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》等法规要求，结合本院实际，制订本制度。

1、本制度所指的压力容器按《特种设备安全监察条例》规定的定义，包括用于压力容器（包括预真空消毒灭菌柜、锅炉及氧气储罐）、负压容器，以及氧气管道、负压管道。

2、医用压力容器购置应贯彻执行有关法规、规范、技术规定或条例。必须选购具备设计制造资质的单位的产品。选购的设备安全状况等级应达到 1 级。

3、容器的安装要选择具有安装能力和安装资质的安装单位，开工前需到技术监督部门办理《开工批准书》。

4、在压力容器投入使用前，综合保障科应到特种设备安全监督管理部门逐台办理使用登记，取得《压力容器使用登记证》后方可使用。

5、压力容器及其安全附件应实行定期检查制度，在有效期前 1 个月向当地特种设备检验机构申请全面检验，并通知分管工程师配合。

6、按检验报告注明的安全状况等级（下次检验日期）实施分类管理，分批申请检验。未经定期检验或检验不合格的特种设备，不得继续使用。

7、压力容器设备现场周围应保持整洁。严禁超温、超压运行。设备管理部门应组织人员定期对设备进行维护和保养。

8、对存在严重事故隐患，无改造、维修价值或者超过安全技术规范规定的使用年限的，应当及时予以报废，并办理注销手续。

9、压力容器的维修、改造必须按照相关规定执行，不得擅自对压力容器进行修理、改造。

10、建立特种设备安全技术档案，包括压力容器出厂资料（产品质量证明书）、定期检验报告。

支持性文件：

1.《特种设备安全监察条例》
2.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号
3.《中华人民共和国特种设备安全法》2013-中华人民共和国主席令第 4 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-033	文件名称	急救、生命支持类、植入、灭菌类、辐射类及大型医疗设备的安全监测与报告制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

急救、生命支持类、植入、灭菌类、辐射类及大型医疗设备的安全监测与报告制度

一、急救类、生命支持类医疗设备临床使用安全监测与报告制度

1、急救类、生命支持类医疗设备用于抢救危重病人，与其他设备相比必须全面加强管理。确保完好率 100%。

2、综合保障科必须掌握全院急救设备的分布情况，能基本保障使用。

3、加强保管，保证设备质量，每月都要检查一次质量和数量，发现问题及时处理。

4、临床科室都要存有一定基数的设备，保证抢救工作及时进行。

5、在购置程序上，急救类、生命支持类医疗设备优先采购供应，没有特殊情况，不准缺货。

6、遇大的节假日和放长假，提前进行全院急救类、生命支持类医疗设备准备情况检查。

7、急救类、生命支持类医疗设备，要列表管理，专人负责，做到心中有数。有问题及时上报。

二、植入、灭菌类设备器械使用安全监测与报告制度

1、凡列入植入性医疗器械目录的医疗器械均按本制度管理，购置植入性医疗器械时，必须先检查产品注册证，生产企业许可证、经营企业许可证、营业执照、产品合格证，以及生产厂家和经营公司的合法销售授权书；

2、合同中产品的质量保证条款（包括保险方式）必须明确并可操作执行，排除承诺人能力范围之外的承诺，并将质量保证条款以适当形式告知病人。质量保证条款的签章可采取以下三种形式：

(1)由生产者签章；

(2)由生产者在中国的办事处或代表处签章；

(3)由生产者委托在中国负责代理销售产品的单位签章。

3、应建立统一的采购和使用登记制度，记录保存已购入或已使用植入性医疗器械的基本信息，包括品名、规格、型号/批号、进货日期、手术日期、手术医师姓名、患者姓名、地址以及联系电话；

4、产品验收时，应有企业确认的可追溯的唯一性标识如条码或统一编号，并对唯一性标识的内容、位置，标识方法以及可追溯的程度作出记录；灭菌类器械还应注明灭菌日期、有效期等；

5、对紧急使用或必须在手术现场选择型号、规格的植入性医疗器械，可以临时由经确认有资格的厂商直接提供使用，但在手术后必须及时填写植入医疗器械使用验收单，与进货发票一起作为验收入库的凭据，并将所有资料作为病人的病历档案一起完整保存；

6、有些贵重或技术难度较高的植入性医疗器械，需要请厂家派专业人员进行现场技术指导的，如上台参与手术等，则必须核准其从事医生工作的资格，并有双方签字的安装记录；

7、认真执行国家《医疗器械监督管理条例》规定，对医疗器械不良事件实行可疑即上报的原则，使用人员应对使用的医疗器械实施有效监测，对发现的可疑医疗器械不良事件应进行详细记录、并按规定及时报告。

8、临床科室发现可疑医疗器械不良事件时应按规定填写《可疑医疗器械不良事件报告表》。

9、临床科室对植入性医疗器械正常使用中发生的可疑不良事件，进行初步分析、评价，并采取积极手段或措施防止和减少医疗器械不良事件的蔓延和不良后果的扩大。

10、在医疗器械不良反应事件中涉及的医疗器械尚未确认质量不合格的情形下，需对其

作出暂停使用的措施。

11、临床科室发现可疑医疗器械不良事件时应立刻报告综合保障科，不得瞒报、缓报医疗器械使用安全事故。再由综合保障科向医院药械不良反应监测领导小组报告，其中严重伤害事件应于发现后 24 小时内报告，死亡事件须及时报告；同时由综合保障科报送主管当局。

12、综合保障科在收到临床科室的报告后，应进行调查核实，并报院药械不良反应领导小组进行评价，按规定于发现之日起 15 个工作日内上报主管当局，死亡事件须及时报告。

三、辐射类医疗设备临床使用安全监测与报告制度

1、辐射类医疗设备的工作必须符合辐射安全相关制度。

2、放射医疗设备的使用由使用科室专人管理。

3、放射科的医疗设备的使用场所必须符合辐射安全的相关要求。

4、辐射类医疗设备的临床使用须定期由有关部门进行监测。

5、遇重要节假日或长假，必须提前进行辐射类医疗设备的安全检查工作。

6、使用辐射类医疗设备人员须经相关的资质认证，方可操作使用。

7、使用辐射类医疗设备如遇突发事件必须立即上报医院有关部门。

四、大型医疗设备临床使用安全监测与报告制度

1、大型医疗设备使用时，必须按照设备的有关程序要求进行，不得随意添加或删减。

2、对有上岗资格要求的大型设备使用人员，必须取得上岗资质方可从事设备的使用。

3、大型设备的使用要有相关的使用和维护记录。

4、设备的监测须符合卫生监督和辐射防护的要求。

5、在大型设备使用时若发生故障，操作人员须立即通知工程技术人员进行维护。

6、遇重要节假日或长假，必须提前进行大型医疗设备的安全检查工作。

支持性文件：

1.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号
2.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号
3.《医疗器械使用质量监督管理办法》国家食品药品监督管理总局令第 18 号
4.《大型医用设备配置与使用管理办法(试行)》国卫规划发[2018]12 号
5.《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》国家市场监督管理总局令第 1 号文件
6.《中华人民共和国特种设备安全法》2013-中华人民共和国主席令第 4 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-034	文件名称	急救类、生命支持类医疗设备应急处置预案及流程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2023.04.03

急救类、生命支持类医疗设备应急处置预案及流程

一、目的

为有效保障医院急救及生命支持类医疗设备正常使用，提高救援的反应速度和协调水平，保障患者和设备操作者的生命安全，根据国务院《医疗器械监督管理条例》、卫生部《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》，结合我院的实际情况，特制定本预案。

二、定义和职责

本预案所称急救类、生命支持类医疗设备，是指抢救病人必备的常规医疗设备，如呼吸机、心电监护仪、心脏除颤器、简易呼吸器囊、心脏按压泵、负压吸引器、全自动洗胃机、负压骨折固定装置、中央供气吸引装置、氧气瓶以及气管插管及气管切开所需急救器材等。

成立急救类及生命支持类医疗设备应急小组，统一指挥我院急救及生命支持类医疗设备应急工作。负责预案启动后急救及生命支持类医疗设备的调用、外借、运输、维修及协调处理等各项工作。

三、 预防措施

1、医护人员应熟知急救类、生命支持类医疗设备的操作规程并能熟练操作设备。

2、急救类、生命支持类医疗设备应相对固定放置，医护人员应知晓放置位置。

3、使用科室应每天检查设备状况。急救、生命类医疗设备每天需开机自检，检查机器显示是否正常，各功能键是否正常，机器的附件是否齐全，确保处于良好待用状态，发现故障不能自行解决的，应立即向综合保障科报修。

4、对配有蓄电池的设备，使用科室应定期放电、充电，使蓄电池处于良好状态。

5、在使用设备过程中 ，医护人员应随时观察设备的状态是否正常。

四、 应急措施

1、成立急救及生命支持类医疗设备应急小组：

组　长：祝浩刚（分管院长）

副组长：朱启贯（综合保障科长）

成　员：许蓝 陈德红 朱文帆 蔡佳 傅培宁 盛佳奇 慕润鹏

2、急救、生命支持类医疗设备发生故障时，操作人员按程序关闭故障设备，与病人联结的急救及生命支持类医疗设备应脱机，并采取紧急人工替代措施，同时通知急救及生命支持

类医疗设备应急小组。

3、急救及生命支持类医疗设备应急小组委派综合保障科相关工程技术人员第一时间到达事发地点进行维修，及时反馈设备维修状况。

4、如设备不能及时修复，急救及生命支持类医疗设备应急小组紧急调用备用设备或协调从各科室调配闲置急救设备。各科室不允许以任何理由拒绝调用本科室未在使用的急救及生命支持类医疗设备。

5、当院内备用急救及生命支持类医疗设备无法满足各科室使用时，由应急小组及时报告院领导，向协作医院或供应商联系借调。

6、当发生重大突发公共卫生事件时，急救及生命支持类医疗设备应急小组全体成员应及时到达现场，参与并保障设备调用。

7、急救及生命支持类医疗设备使用完毕，调用科室应做好装备的清洁消毒工作，并及时送回设备借出科室，院外借用的设备由综合保障科归还。

8、预案结束后，急救及生命支持类医疗设备应急小组应对本次预案执行情况进行分析、评价、总结，并根据实践经验对本预案进行补充改进。

五、 应急处置流程

急救及生命支持类医疗设备发生故障→通知急救及生命支持类医疗设备应急小组→通知相关工程师修复或调用院内、院外设备替代→急救及生命支持类医疗设备应急小组负责归还、分析、评价、总结。

支持性文件

1.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号

2.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-035	文件名称	医学装备应急调配预案及流程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.12.01	修订时间	2021.04.03

医学装备应急调配预案及流程

为进一步做好本院医学装备，尤其是急救、生命支持类医学装备的使用管理、质量控制，确保急救装备的安全性、可靠性和风险管理，同时有效整合全院医疗设备资源，建立全院保障装备应急调配机制，保障突发、紧急救援事件发生时能最大限度地保障患者生命，根据《医疗器械监督管理条例》、《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规的要求，结合本院实际，

特制定本预案。

1、急救设备应急调配应包括：除颤仪、呼吸机、监护仪、输液泵等。

2、为保证医疗安全和抢救需要，应在常规配备的基础上，备有必要的和充裕的急救装备，以满足突发医疗事件。

3、建立多级有效的应急调配流程与方案

(1)建立急救装备储备仓库，并储存必要的急救装备；

(2)建立急救设备的科室分布表；

(3)明确各个时段调配联系人，联系方式；

(4)制定有效的应急调配流程；

(5)使用完毕后，调用科室应做好装备的清洁消毒工作，并及时送回装备的借出部门。

4、综合保障科负责急救设备的维护保养，应保证处于完好待用状态。

5、各科室不允许以任何理由拒绝调用本科室未在使用的急救设备。

6、应急保障

在医院统一领导下，医学装备分管副院长、各相关科室如医务科、综合保障科、护理部、保卫科等部门要按照职责分工和相关预案，切实做好应对突发设备事件的人力、物力、财力、交通运输及通信保障等工作，保证应急工作需要。

有关部门要加强应急抢修队伍的业务培训和应急演练，建立协调机制，提高装备水平；用于突发设备事件应急管理工作机制日常运作和保障、信息化建设等所需经费，通过相关预算予以落实。建立科学规划、统一建设、平时分开管理、用时统一调度的应急物资储备保障体系。医院保卫部门按照有关规定，参与应急处置和治安维护工作。要加强对重要物资和设备的安全保护，依法采取有效管制措施。

(1)日常工作状态下应做好一定数量的应急保障器材物资的储备，以备应急状态下紧急使用。定期查看和更新储备物资，使之处于有效和正常工作状态。

(2)应急状态下，综合保障科采取先调拨、后议价的方式，以最快的速度保障供应及维持正常的工作状态。

(3)应急状态下，设备的维修保障采取先维修、后报告的方式，以满足技术保障需求。

(4)应急状态下，医学装备应急保障组可临时调配临床科室闲置设备，供应急保障使用。

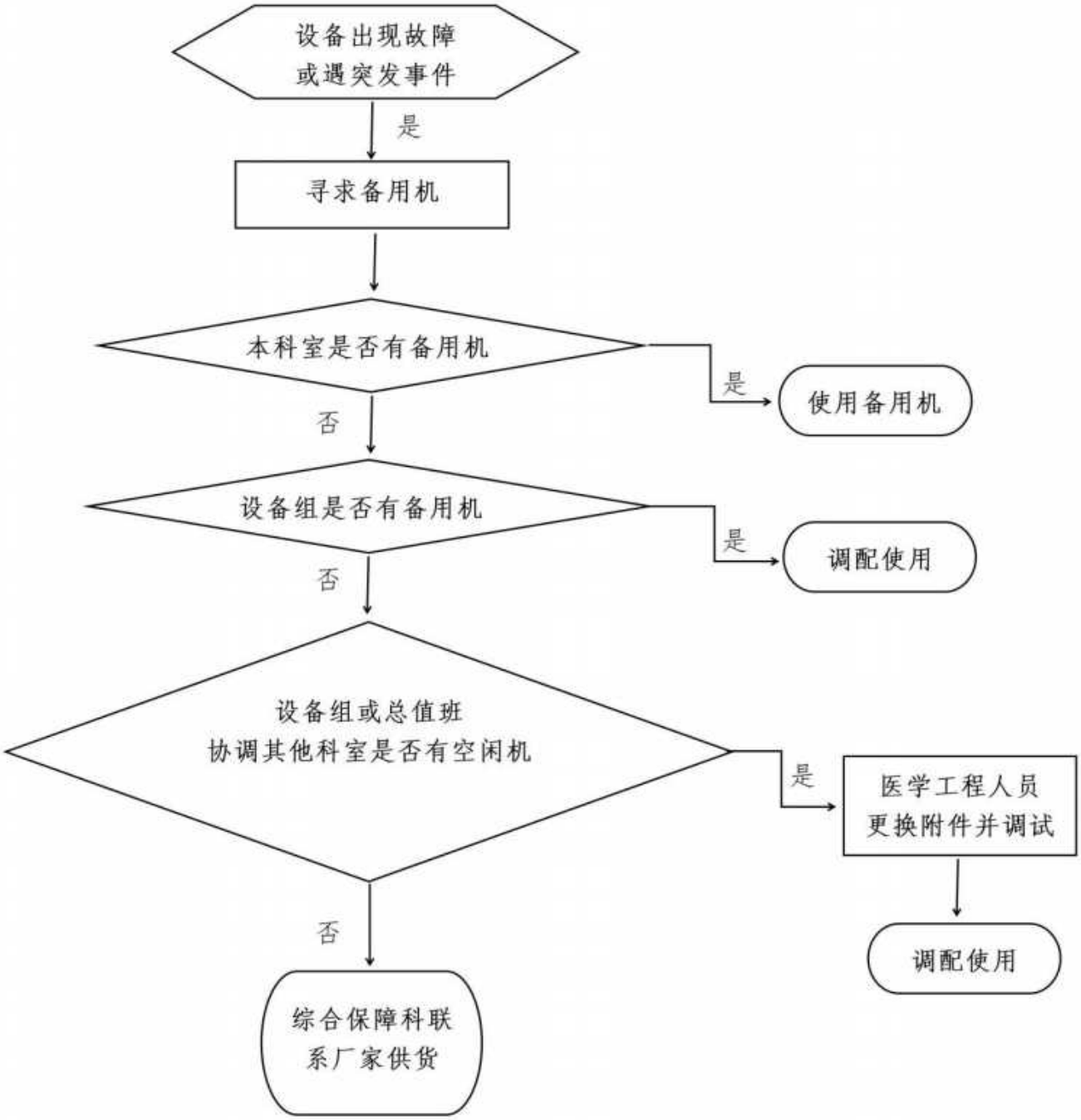
7、如院内急救装备均在使用，无法进行调配时，应向兄弟医院调配、或向供应商借用，具体由医学装备管理部门签订相关协议并负责联系，并由医学装备部门统一归还。

支持性文件：

1.《突发公共卫生事件应急条例》2013 年 5 月 9 号中华人民共和国国务院令第 376 号

2.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号

医学装备应急调配流程


设备出现故障
或遇突发事件
是
寻求备用机
本科室是否有备用机
是
使用备用机
否
设备组是否有备用机
是
调配使用
否
设备组或总值班
协调其他科室是否有空闲机
是
医学工程人员
更换附件并调试
调配使用
否
综合保障科联
系厂家供货

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-036	文件名称	医疗设备损坏遗失处理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2021.04.03

医疗设备损坏遗失处理制度

一、各类医疗设备发生人为损坏后，有关人员应立即报告综合保障科，并如实反应情况，不得推诿扯皮，隐瞒不报。

二、在按规程操作的情况下，造成万元以下医疗（含教学、科研）设备损坏，但尚能修复且不影响使用的，按一般事故处理。

三、由于未按规程操作，人为造成万元以下医疗（含教学、科研）设备损坏，且不能修复者，按责任事故处理。并根据使用年限折旧后确定赔偿费用。

四、由于工作责任心不强、玩忽职守，造成万元以上医疗（含教学、科研）设备损坏且不能修复者，按重大责任事故处理。应由医学装备管理委员会研究后提出处理意见，报院领导审批。并根据使用年限折旧后确定赔偿费用。

五、医疗器械和低值易耗品由于管理不善丢失者，按原价赔偿。造成损坏的根据损坏程度确定赔偿费用。

六、医疗（含教学、科研）设备发生损坏后，一律由专业技术人员维修。未经同意擅自维修造成损失，由责任人按医疗设备原值折旧后赔偿。

支持性文件：《江苏省省级行政事业单位国有资产处置管理办法》苏财规[2011]27 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-037	文件名称	医疗设备报废管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2021.04.03

医疗设备报废管理制度

为了加强我院医疗设备管理，规范医疗设备报废更新行为，保证医疗设备安全、有效运行，保障人体健康和生命安全，根据《医疗卫生机构医学装备管理办法》等相关法规、制度要求，结合我院实际情况，制定本制度。

一、组织机构

综合保障科负责日常报废工作。

二、报废条件

凡符合下列条件之一的固定资产按报废处理

1、严重损坏无法修复，主要零部件无法补充无法修复的。

2、超过使用寿命，基本部件已严重损坏或性能低劣，经修理仍不能达到技术指标的。

3、技术严重落后，耗能超过国家有关标准 20%以上，效率低下，经济效益差的。

4、国家强制淘汰的机型。

5、维修费用过高，一次性维修费用超过设备原值的 50%，继续使用已无经济价值的。

6、原设计不合理，工艺不过关，又无改造利用可能的。

7、不符合国家有关环保要求，继续使用可能危害人身安全与健康的。

8、计量器具，维修后计量检定仍不合格的。

三、报废程序

1、由使用科室提出报废申请并填写《医疗设备积压、报废、调拨审批表》，综合保障科登记造册。

2、综合保障科的工程技术人员对设备进行技术鉴定并提出鉴定意见，经综合保障科、财务科、院长签字确认。库房管理员及会计负责办理账户调整等。

3、审批权限：

（1）万元以下仪器设备，由综合保障科、财务科、院长签字确认，报国资委审批，办理相关报废手续。

（2）万元以上的设备，需报区卫健委审批。特大型医疗设备，由当地卫生行政主管部门组织专家进行技术鉴定，作出书面结论并签字，报院领导及国资委审批。

（3）凡减免税进口的医疗设备，按海关有关规定办理。

4、对于可供家用的设备报废处理，应加强审核，严格控制。

5、待报废医疗设备在未批准报废前应妥善保管，已批准报废的大型医疗设备应将其可利用部分拆卸，折价入账、入库保管，合理利用。

6、经批准报废的医疗设备，使用单位和个人不得自行处理，一律交回综合保障科统一处理，如有违反者应予追查责任。

7、已批准报废的医疗设备在处理后，应及时办理财务销账手续，其残值收益应列入医疗设备更新、改造基金项目专项使用。

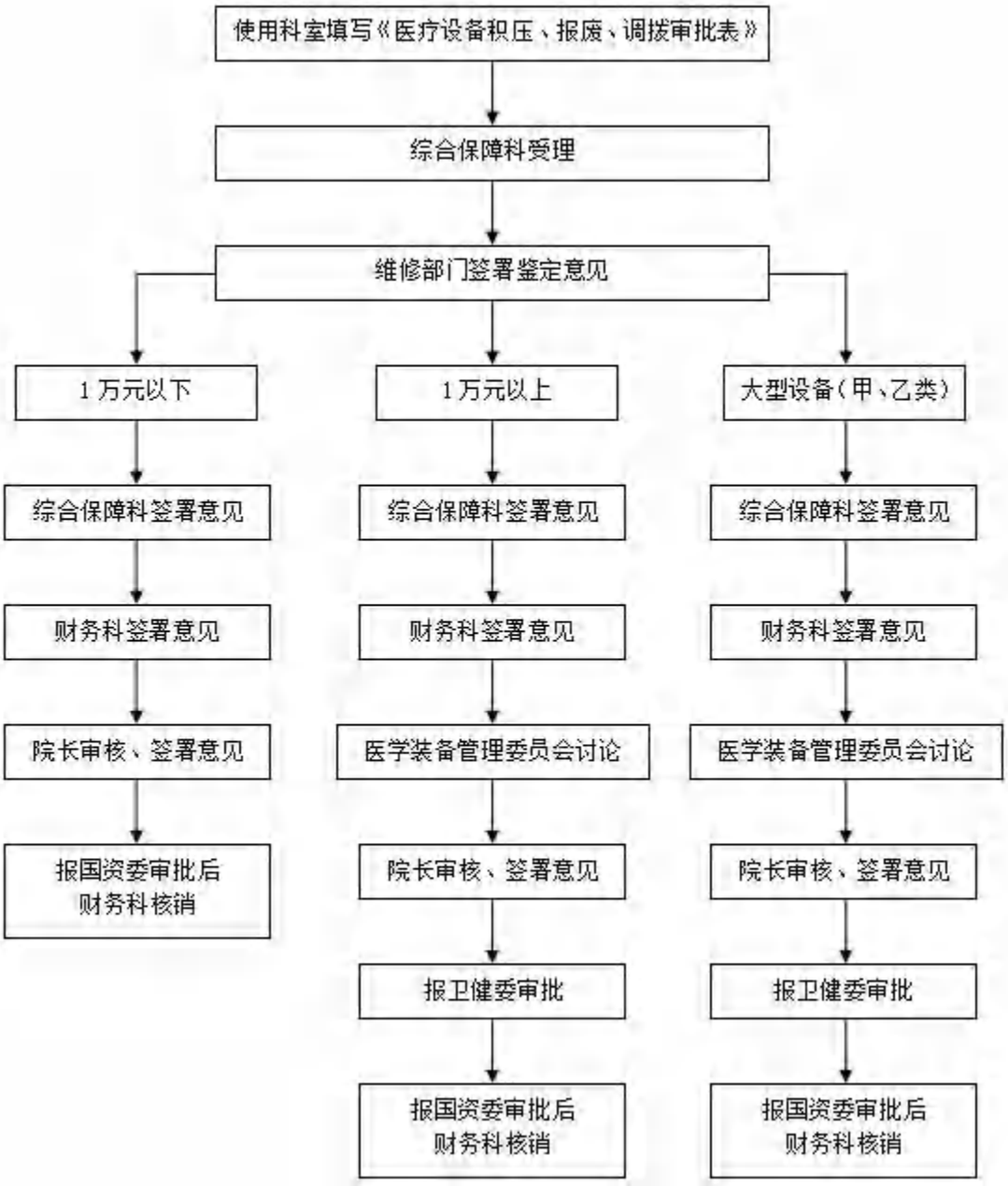
8、报废的计量器具应由综合保障科集中统一处理，严禁擅自使用已报废的计量器具。

支持性文件：

1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

2.《江苏省省级行政事业单位国有资产处置管理办法》苏财规[2011]27 号

医疗设备报废流程


使用科室填写《医疗设备积压、报废、调拨审批表》
综合保障科受理
维修部门签署鉴定意见
1万元以下
1万元以上
大型设备（甲、乙类）
综合保障科签署意见
综合保障科签署意见
综合保障科签署意见
财务科签署意见
财务科签署意见
财务科签署意见
院长审核、签署意见
医学装备管理委员会讨论
医学装备管理委员会讨论
报国资委审批后
财务科核销
院长审核、签署意见
院长审核、签署意见
报卫健委审批
报卫健委审批
报国资委审批后
财务科核销
报国资委审批后
财务科核销

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-038	文件名称	医疗设备使用评价制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2015.12.01	修订时间	2021.04.03

医疗设备使用评价制度

一、综合保障科对全院医疗设备的效益情况进行监控，以便合理配置和充分利用医疗设备，并为院领导决策提供依据。

二、凡价值在五十万元以上并可做收费项目的医疗设备必须进行使用评价分析，使用评价分析包含设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等。

三、医院各装备使用部门负责人按时如实填写本科室医疗设备的工作量、收入、材料消耗、维护费用、人员费用等。

四、综合保障科定期对贵重、大型医疗设备的使用情况进行评估。对能够充分利用，效益明显的给予表扬；对长期闲置，开展工作不利，保养保护不当的给予批评。

支持性文件：《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-039	文件名称	医学装备安全监管制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.12.01	修订时间	2021.04.03

医学装备安全监管制度

医院设立由院领导负责的医疗器械临床使用安全管理委员会，指导医疗器械临床安全管理和监测工作，委员会由医政管理、临床医学及护理、医院感染管理、医疗器械保障管理等相关人员组成，指导医疗器械临床安全管理和监测工作。

1、医院建立健全医疗器械临床使用安全管理体系；建立医疗器械采购论证、技术评估和采购管理制度，确保采购的医疗器械符合临床需求；建立医疗器械供方资质审核及评价制度。

2、综合保障科负责医疗设备采购，医疗器械采购应当遵循国家相关规定执行，确保医疗器械采购规范、入口统一、渠道合法、手续齐全。同时建立医疗器械验收制度，验收合格方可应用于临床。

3、对医疗器械采购、评价、验收等过程中形成的报告、合同、评价记录等文件，应建档和妥善保存，保存期限为医疗器械使用寿命周期结束后 5 年以上。

4、发生医疗器械临床使用安全事件或者医疗器械出现故障，应当立即停止使用，并通知医疗器械保障部门按规定进行检修；经检修达不到临床使用安全标准的医疗器械，不得再用于临床。

5、医疗器械临床使用各环节如人员、制度、技术规范、设施、环境等的安全管理应符合要求。

支持性文件：

1.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号

2.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-040	文件名称	固定资产管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.03

固定资产管理制度

为加强医院固定资产管理，明确相关科室职责，防止国有资产的流失，提高固定资产的投资效益，保证医疗、科研和其它工作的正常进行，特制订本管理制度。

一、固定资产的分类

固定资产是指医院在医疗保健服务活动过程中，使用年限在一年以上，单位价值在规定标准以上，并在使用过程中基本保持其原有实物形态的资产。根据医院现行财务管理制度及固定资产的所属关系，把固定资产分为四大类：房屋及建筑物类、专业设备类、一般设备类和其他固定资产。

二、固定资产管理实行科室管理责任制

1、医院综合保障科全面负责固定资产的购置、验收、保管、调配和维修，建立分科室的财产实物明细帐，负责定期清查盘点，办理调拨、变价、报废等有关审批手续。

2、财务科负责全院固定资产总帐和按五类设置二级明细分类帐的建帐和核算工作，定期参加固定资产的清查盘点和帐目核对工作，实行会计监督。

3、综合保障科要设立废旧资产回收仓库，并要建立“废旧资产回收明细帐”，实行帐、物分管。

三、购入固定资产的计价

医院外购的固定资产应以购入价格加上购入过程中发生的相关费用计价（包括：运输费、装卸费、保险费、安装成本费用和缴纳的税金）。国外进口的设备，应按原价加支付的进口

税金计价。贷款购建固定资产时，安装完毕交付使用前所发生的贷款利息也应计入固定资产价值。

四、固定资产的购置

1、以经济实效为原则。先由科室提出申请，上报医院综合保障科，由综合保障科按具体品种、规格、型号、性能、用途及要求，进行分类汇总，医学装备管理委员会批准并报院长审批同意后，方可购置。

2、大型医疗设备、贵重医疗仪器设备在购置之前，必须进行市场论证、财务分析和科室投资效益预测分析，否则不予讨论。

3、经批准购买的固定资产，其发票必须到综合保障科进行登记，同时建立固定资产台帐。

4、对属于政府采购办管理制度所规定金额购置的固定资产，必须报政府采购办批准。

五、固定资产的调配

院内科室与科室之间不得自行进行固定资产调配使用，确需调配使用的需填写《惠山区人民医院医疗设备积压、报废、调拨审批表》，报院长审批后，综合保障科办理调配手续，由综合保障科通知财务科调整科室成本核算数据。

六、固定资产的报废

已满使用期限或丧失使用价值的固定资产，应填写《惠山区人民医院医疗设备积压、报废、调拨审批表》由综合保障科组织相关科室调查落实、按规定手续报院长审批同意。使用科室将废旧财产交后勤废旧仓库（废旧医疗设备交设备修理组），废旧资产回收管理人员在报废单上签字。综合保障科、财务科办理销帐手续，核减折旧费。

七、捐赠资产的管理

社会向我院各科室赠送、赞助、转让的固定资产，以及用专项经费购置的固定资产，由科室书面说明资产的来源，到综合保障科登记，综合保障科在财产登记帐薄上注明财产的来源，视同医院固定资产管理，但不计提科室折旧费。

八、固定资产的盘点

1、每年由综合保障科组织对固定资产进行盘点一次，对盘盈、盘亏，以及在盘点过程中发现的具体问题，由财务科与使用科室一起协同查明原因，写出书面报告，经医院主管领导批准后，按照会计制度规定进行处理。

2、对于出现财产失落或损失不报，造成帐、实不符，又不能查明原因，实行科主任负责制，并按固定资产原值赔偿。

九、本规定自发文之日起执行，与此有抵触的规定同时废止。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-041	文件名称	固定资产购置论证制度及流程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.03

固定资产购置论证制度及流程

根据国家《医疗卫生机构医学装备管理办法》要求和相关法规、制度和本院的规模、功能和事业发展规划，科学制订固定资产发展规划。优先考虑配置功能适用、技术适宜、节能环保的固定资产，注重资源共享，杜绝盲目配置和闲置浪费。为了确保购置的固定资产（含仪器设备、器械、耗材）安全、可靠，在购置前应组织有关人员和专家进行可行性论证与评估，必要时进行实地考察，以便为正确决策提供科学依据。

一、论证内容

1、必要性和重要性：围绕我院工作重点目标，将设备更新、专项评审必备、科研基础设备必备、规培及技能培训教学必备设备、常规更新基础固定资产、院感管理等作为具体评估指标。

2、社会效益分析：申购的固定资产对医院现有的诊断和治疗水平有何实质性的提高，及在医疗、教学和科研工作中将发挥哪些作用。

3、经济效益分析：申请科室对申购 10 万元以上的固定资产估计使用工作量。

4、技术人员及场地环境条件。

二、论证组成员

1、院内论证：申购科室负责人，可行性及必要性评估职能科室、医学装备管理委员会、院领导。

2、院外论证：10 万元以上项目区卫健委组织评审，甲乙类设备由省、国家级管理部门审批许可。

三、论证流程

1、申请：1 万元以上科室提交购置固定资产申请表，10 万元以上设备填写设备购置论证表。50 万元以上填写可行性论证报告。1 万元以下申请由院长审批。

2、初审：综合保障科对临床科室提出的资料进行审核汇总，提请相关职能科室审核。

3、论证：初审后的固定资产购置计划报医学装备管理委员会进行论证，委员投票评审，结果报分管领导审核。

4、立项：经分管领导审核的年度固定资产购置计划报院长办公会审议，报区采购办审批，审批后确定年度设备采购立项。

5、许可：甲乙类设备还需向国家、省卫健委申请配置许可证。

6、考察：30 万元以上项目根据需要综合保障科组织外出考察调研。

支持性文件：《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-042	文件名称	固定资产内部控制管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

固定资产内部控制管理制度

为严格做到帐物一致，确保固定资产的安全与完整，进一步监督固定资产的合理使用，提高固定资产使用效率。特制定如下内部控制管理制度：

固定资产管理实行三级管理，即：综合保障科为一级管理部门，使用科室为二级管理部门，具体使用人为三级管理员。

一级管理部门职责：

1、负责固定资产的投资规划、资本预算、招标、购建、增减变动的台帐登记、日常管理等。

2、负责制定固定资产管理的相关制度，推动固定资产专项预算，完善对资产管理员的监控机制，并监督各项管理制度的执行。

二级管理部门职责：

1、负责对该部门固定资产增加、减少事项的真实性合理性进行审核；

2、二级资产管理员负责所属部门固定资产的日常管理工作，如实反映本部门固定资产的使用情况。

使用人职责：有效使用资产，同时负责所使用资产的安全、完整。

日常管理的内部控制制度

1、固定资产内部管理的主要流程

固定资产申购必须以预算为依据，其内部管理操作的主要流程如下：

各部门上报项目预算⟶领导审核确认⟶政府采购部门上报预算⟶项目预算批准后通过政府采购程序购买⟶一级资产管理员组织登记验收⟶财务与一级资产管理员同时办理

入帐手续⟶一级资产管理员将设备分配到各科（室）⟶二级管理员或使用人接纳⟶固定资产日常管理⟶报废清理

2、固定资产添置

固定资产添置包括购入和接受馈赠的固定资产。固定资产添置必须以预算为依据。要求各使用部门填写《固定资产申请表》送综合保障科，综合保障科在充分利用现有资源上提出建设性的意见上报院长，院长批准后正式列入医院次年预算中。

固定资产购入，由综合保障科根据预算项目，按政府采购程序进行购买，其后须由资产管理员组织统一验收入库。

3、 固定资产领用

二级管理员或使用人领用固定资产，须填写固定资产领用单，之后一级资产管理员及时完成登记工作，领用人及时核对接纳。

4、固定资产记录管理

（1）一级资产管理员：当固定资产验收入库或报废手续形成之后，一级管理员负责登记固定资产增减变化，其要求按管理软件设置的要求输入资产登记项目，即：财产编号、物品名称、型号、购买日期、已使用年限、数量、原值、使用状态、二级管理员或使用人、日期、存放地点等。

（2）二级资产管理员：要及时查看本人固定资产变动情况，如有接纳的错误及时反馈一级管理员核对。

（3）使用人：要及时查看本人领用固定资产的增减变动情况，如有资产签字错误，应及时反馈一级或二级管理员纠正。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-043	文件名称	固定资产验收管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.03

固定资产验收管理制度

固定资产在购入后都要进行合理有效的验收。

1、固定资产的验收由资产管理相关人员、使用部门和采购人员共同验收。

2、采购物品或设备运到后，由综合保障科和设备使用部门对物品或设备进行开箱检查，并填写验收单。

3、填写所收物品或设备的名称、数量、规格型号、出厂日期、生产厂家，包括附属设备和技术文件等。

4、验收单一式三联，在与采购合同或采购订单核对一致后，由综合保障科、设备使用部门和供货商分别签字确认，并归档保存。

5、在对物品或设备进行开箱验收后，资产管理人员填制《固定资产入库单》，签字确认。将验收合格后的固定资产交给使用部门。

6、验收后续工作。

（1）对购入物品或设备办完相关手续后，固定资产管理员应对固定资产及时进行编号。

（2）固定资产一经编号，不得改变，也不能重复编号，同一编号不能重复使用。

（3）验收后应及时入库生成该固定资产编号。

7、账务处理

（1）固定资产管理人员同时登记固定资产电子账。

（2）如果不能及时取得发票，可按合同金额或采购订单上的金额登记固定资产电子账，待取得发票后，再对设备原值进行调整。

8、财务科会计进行审核，审核的内容包括：购物金额是否与合同或采购订单一致。

9、在核实无误后，生成相关的会计凭证。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-044	文件名称	固定资产调剂报废鉴定制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第1次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

固定资产调剂报废鉴定制度

一、报废的申请、鉴定及审批

1、固定资产报废由使用科室提出申请，并详细填写《惠山区人民医院医疗设备积压、报废、调拨审批表》，经科主任审定后，报归口管理科室组织技术鉴定，交财务科履行国有资产报废手续。

2、固定资产的报废，一般情况下必须使用至一定年限后，其技术参数确实达不到医疗诊断或治疗的要求，或者主要部件、附件缺损，确实无法替换后方可提出申请。其他情况符合以下条件的设备给予办理报废手续：

（1）国家主管部门发布淘汰的仪器设备品目及种类；

（2）旧设备未达到国家计量标准，又无法校正修复者；

（3）严重污染环境，不能安全运转或可能危及人身安全和人体健康，又无法维修或无改造价值者；

（4）超过使用寿命，性能指标明显下降又无法修复者；

（5）旧设备质量下降，存在安全隐患，不能正常运转，又无法改造者。

3、鉴定同意报废的设备，应由归口管理部门按照医院规定进行，大型设备按照有关规定进行。科室分账保管人凭设备报损单办理销账手续。

4、所有报废设备均要报归口管理科科长审批，管理科科长提出意见及审批后报主管院长审批。《惠山区人民医院医疗设备积压、报废、调拨审批表》审批完毕后，交医院财务科，财务科定期按照国有资产处理相关规定办理手续后正式销账，在此过程中，归口管理科将这些设备暂时列入待报废账目中。

二、固定资产的调剂

1、凡购买超过需求或由于工作任务变更累计停用一年以上未使用的仪器设备，应由院内调剂使用。

2、在用仪器设备技术指标下降，但未达到报废程度，可降级使用或调剂。

3、院内调剂仪器设备应按医院有关规定及时办理财产转移变更手续。

三、上述规定适用于我院固定资产，不论何种经费购置。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-045	文件名称	固定资产档案管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

固定资产档案管理制度

固定资产档案管理是固定资产管理的一个重要组成部分。一方面为医院保存真确可靠的资产资料，另一方面对管理人员工作的一个检验和记录。为此特制订本制度：

1、固定资产档案管理由综合保障科专人负责，平时多注意收集、整理、保留相关资料。

2、严格按照档案整理要求及时对归档材料进行整理，根据内在联系和保管价值合理分类排列。

3、因工作需要查阅档案时，必须办理登记手续，阅后立即归还。查阅时，不得在案卷上圈划、批注、污损、涂改、剪裁及拆散档案。

4、做到四防：防火、防潮、防蛀、防盗，确保档案安全。

5、档案人员必须严格遵守保密纪律，加强保密工作，不得随意泄露。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-046	文件名称	固定资产清查盘点制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

固定资产清查盘点制度

为规范固定资产管理，提高固定资产使用年限。防止资产流失，确保医院财产安全，特制定本制度：

一、固定资产清查盘点

每年进行一次全面的固定资产清查盘点，一级资产管理员负责牵头成立资产清查盘点小组。清查盘点的方法可分为自查和复查两个阶段，即首先由资产清查小组提供《资产清查登记表》，组织二级资产管理员和使用人员进行自查，之后资产清查盘点小组对照自查表和实物进行复查。自查和复查阶段的所有清查记录均需装订成册，存档保留。

二、固定资产维护

保修期内的固定资产，由供应商修理，保修范围外的固定资产，由综合保障科组织相关人员维修，或委托外单位修理。

三、固定资产内部转移

固定资产在不同使用人、不同部门之间发生转移，须办理资产转移手续，填写《惠山区人民医院医疗设备积压、报废、调拨审批表》经过转移双方共同签字认可后，一级资产管理员才可办理内部资产转移手续。并将《惠山区人民医院医疗设备积压、报废、调拨审批表》存档。

四、固定资产处置

固定资产处置是指对各类固定资产进行产权转移或注销的行为。确因技术落后、使用期满、损坏、已淘汰等设备，致使维修费用过高，无修复价值和使用效益低的固定资产，可申请报废、报损。对还能在医疗、科研中正常使用的，有修理价值的仪器设备，不得轻易报废，要做到物尽其用。

固定资产处置按以下程序办理：

1、一般情况下，二级资产管理员和使用人可根据实际情况填写资产盘亏、报废（毁损）凭单交一级资产管理员。

2、综合保障科组织维修人员进行实地勘验，以确定该资产是否已达到报废标准，最后呈报院长批示。

3、院长批示之后，报卫健委审批。

4、报国有资产管理委员会审批；一级资产管理和财务部门分别冲减固定资产明细帐和总帐。二级资产管理员和使用人的帐也同时注销。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-047	文件名称	固定资产处置管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

固定资产处置管理制度

医院固定资产处置：是指医院对占有、使用的固定资产进行产权转让或者注销产权行为。处置方式包括出售、出让、转让、对外捐赠、报废、报损以及货币性资产损失核销等。

1、固定资产因丧失原有功能而属正常淘汰的，或因技术性能落后面强制淘汰的，或由非人为因素造成损毁且无修复价值的，均按正常报废处理。需要对外出售或捐赠的，应先按规定程序办理手续，再进行转让或捐赠。由于人为因素造成丢失或毁损的，除按非正常报废处理办理手续外，还应追究有关人员的管理责任和经济责任。

2、处置固定资产要符合以下程序：

（1）使用部门提出申请并填写《惠山区人民医院医疗设备积压、报废、调拨审批表》，经相关人员签字后交归口管理科室；

（2）归口管理科室组织技术人员进行鉴定、评估、审核，分管领导签署意见，具体按《固定资产调剂报废鉴定制度》执行；

（3）归口管理科室定期将需处置的资产资料报财务科，财务科按照国有资产使用管理办法的规定，上报主管部门和财政部门办理处置手续；

（4）根据上级主管部门的处置批复意见，由归口管理科室进行明细账、卡的销账，账务科作固定资产总账的账务处理。

3、医院处置房屋、建筑物及大型、精密、贵重设备，应由归口管理科室会同有关部门组织专家进行认证和技术鉴定，并按国有资产管理规定评估确认处置价格，处置价格一般不得低于评估价。

4、医院不得以医疗固定资产对外提供担保。

5、建立和完善固定资产赔偿制度。对造成固定资产损坏、丢失的直接责任人，应追究其相关责任，并对责任人的部门负责人追究连带管理责任。

6、处置固定资产的收入应及时、足额上缴医院财务部门，按有关规定统一管理使用。任何部门和个人不得截留挪用。

7、单位内部调剂使用的固定资产，应填报《惠山区人民医院医疗设备积压、报废、调拨审批表》，经调剂双方确认和管理部门批准后，始得进行实物转移。归口管理部门应进行登记。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-048	文件名称	计量器具采购验收入库流转制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量器具采购验收入库流转制度

1、配备符合国家规定并与自身服务业务相适应的计量器具。

2、合理配备计量器具，所需计量器具事先作出申请计划，按使用要求合理选型。

3、配备的计量器具属于许可证管理范围的，应当具有制造计量器具许可证标志、编号和产品合格证；配备的进口计量器具属于进口计量器具型式批准管理范围的，应当具有《进口计量器具型式批准证书》和进口计量器具检定证书。

4、新购置的计量器具应履行严格的验收手续，不符合要求的计量器具，不得验收入库。

5、验收合格后要进行登记、编号、造册立卡。

6、新计量器具在使用前，必须进行检定。

7、妥善保存好计量器具的技术资料。

8、计量器具更换使用或转移使用单位，应由分管院长批准。转移使用后，应及时更改有关记录，否则不予流转使用。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-049	文件名称	计量器具周期检定制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量器具周期检定制度

1、对强制检定的计量器具，要及时报计量行政管理部门备案并申请周期检定。

2、计量器具必须经检定合格后方可投入使用，严禁使用未经检定、超过检定周期或经检定不合格的计量器具。

3、根据国家规定的检定周期编制检定计划，及时组织安排受检，受检率确保 100%。

4、计量器必须由国家规定的职能部门进行检定或维修。

5、在用计量器具经检定合格的，应附上合格标志继续使用。经检定不合格的，应停止使用，并进行维修。维修后的计量器具，必须经检定合格后，方可使用。

6、计量器具检定合格证书有效期届满前 60 日，要重新向计量检定机构申请周期检定。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-050	文件名称	计量器具使用、维护、保养制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量器具使用、维护、保养制度

1、计量器具的使用，必须有专人负责，流动性的器具应由专人保管，保管人员应保持相对稳定。

2、计量器具必须经检定合格后方可使用。

3、不得使用国家明令淘汰的计量器具；不得使用国家规定废除的非法定计量单位的计量器具和国家禁止使用的其它计量器具；不得擅自改动、拆装计量器具；不得破坏计量器具准确度。

4、计量器具使用者，应熟悉它的性能和使用规程，严格按操作规程使用。

5、使用时必须注意爱护，经常保持清洁，小心轻放。

6、使用前和使用过程中，发现有失灵、超差等异常现象，不得擅自拆修，应及时报计量人员安排检修，合格后方能续继使用。

7、计量器具的维护，保养落实到个人，不用时应保持清洁干净。

8、在用计量器具，必须按规定接受周期检定和抽检以保证其完好合格。

9、切勿将计量器具暴晒于日光中或置于尘埃污垢、潮湿之中。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-051	文件名称	计量器具报废更新制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量器具报废更新制度

1、对性能不稳定、示值不准确、故障率高、无法修复和使用价值及超过使用年限和人次的计量器具应及时进行报废更新。

2、经计量检定员检定不合格，既不能修复，又不能做限定范围内使用的计量器具，由检定员鉴定，签署报废原因，出示报废证明，做为报废凭证。

3、计量器具报废后，应注销相应台帐。

4、对已报废的强制检定计量器具应进行集中管理，不得将其置于工作场所。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-052	文件名称	计量器具标志管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量器具标志管理制度

1、所用计量器具必须进行标志管理，保证计量器具检定标志的完整性、所反映信息的真实性。

2、对经检定合格的计量器具现场加贴检定合格证标志

3、检定合格标志由检定单位提供，被检定单位及时加贴。对大型医用计量器具，加贴或悬挂于器具或使用场所显著位置；对小型医用计量器具，加贴于计量器具显著位置。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-053	文件名称	计量档案管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量档案管理制度

一、计量管理档案内容主要包括：

1、原始资料：计量器具（设备）的出厂合格证、进口计量器具检定合格证书、使用说明书等。

2、验收记录：最近三年计量器具（设备）检定合格证、计量器具（设备）使用、检查、维修记录，计量器具（设备）操作规程。

3、计量管理制度：计量器具（设备）台账、周检计划表、计量管理体系文件。

二、各种原始记录、统计报表、证书必须内容齐全、数字准确、字迹清晰，不得涂改，妥善保管。

三、借阅各种原始记录，统计报表、证书、必须办理借阅手续。外单位借用时，须经主管领导同意。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-054	文件名称	计量数据应用与管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量数据应用与管理制度

1、对医用计量器具用于诊断、治疗的检测数据必须认真做好记录，正确应用检定（校准）计量数据，确保检测数据的准确可靠。

2、计量人员应了解掌握法定计量单位的使用。

3、在文件、报表，以及医生出具的处方、诊断报告书等医疗活动中应正确使用法定计量单位。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-055	文件名称	计量人员培训考核制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量人员培训考核制度

1、计量人员应由身体健康、视力 （含矫正）在1.0 以上、无色盲、具有高中以上或相当文化程度，适应计量工作的人员担任。

2、凡从事计量工作的人员，必须经有关部门考核合格，取得相应证书的才能正式上岗工作。

3、加强内部计量人员培训，制定培训计划，不断提高计量人员法制意识和技术水平，做好培训活动记录。

4、对上级计划的人员培训，积极组织人员去学习，保证计量人员掌握相应的技术，有具备解决实际问题的能力。

5、按岗位责任制对计量人员进行认真考核，对不称职的计量人员应调离此岗位。

6、为保证计量工作计划任务的落实，做到考核与月收入挂钩，对工作出色的人员，可根据成绩大小给予物质与精神奖励。工作开展不好，违反计量规章制度，造成经济损失和事故的人员，应按有关规定分别给予处罚。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-056	文件名称	定期审核和日常检查制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

定期审核和日常检查制度

1、每年至少组织一次对计量管理活动的内部审核和评价，以确保持续符合本标准管理目标的要求。

2、对计量管理体系运行情况进行日常检查，并做好检查记录，填写检查表。

3、当检查中发现计量管理活动的有效性或计量数据的准确性存在问题时，应及时采取纠正措施，实施者并在约定的日程内对纠正措施的实施情况和有效性进行跟踪验证。

4、当评价后发现管理目标不能实现时，应研究和确定纠正的措施，并确保这些措施在规定的日程内得到实施。

5、对检查中发现的问题、采取的纠正措施和跟踪验证情况及量化管理目标的评价情况和由此采取的措施等，应予以记录和保存。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-057	文件名称	计量投诉处理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量投诉处理制度

1、应对诚信计量行为做出承诺，并在日常经营活动中认真履行承诺。

2、综合保障科为投诉受理单位，要畅通投诉举报渠道，方便消费者的投诉；并设有专门部门、专门人员负责计量投诉的受理、协调和处理工作。

3、对计量投诉，应当及时公正处理，并做好处理记录，并向投诉者作出反馈，保证投诉者满意。

4、对质量监督部门受理的计量投诉，积极配合质量监督部门的调查，提供真实可靠的信息，保证计量纠纷调解工作顺利进行。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-058	文件名称	计量事故处理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.03

计量事故处理制度

1、计量事故是指由于使用不合格的计量器具或者破坏计量器具准确度，以及由于测试数据的不准而造成计量问题。

2、计量员根据反馈信息，及时到达现场，分析事故的原因，了解情况并作出处理意见。

3、一般事情由计量员按有关制度作出处理，重大事故由计量主管领导处理。

4、对隐瞒事故不报的，一旦查出应加倍处罚。

5、事故的处理参照《计量法》等法律法规规章，以及单位内部各项管理制度等有关条款执行。因玩忽职守，造成单位经济损失的，必须进行相应经济赔偿。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-059	文件名称	计量设备监测管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.12.01	修订时间	2021.04.03

计量设备监测管理制度

为落实《中华人民共和国计量法》等相关法规，保障医学计量器具量值的准确可靠，保证医疗质量和医疗安全，结合本院实际情况，制定本制度。

1、在上级计量部门的监督和指导下，本院计量管理工作由分管院长领导，综合保障科负责。综合保障科指定专人（计量管理员），统一管理全院的计量工作，有专人进行计量检测和检定工作。各科设计量员(兼职)，建立计量管理网络。

2、按照《计量法》的要求和有关的规定，属于强制检定的计量器具应由专人(计量管理员)负责管理和协调，由有资质的检测部门负责检测和检定。

3、统一建立全院强制检定计量器具的台账、分户账、分类账，保管好有关的技术档案和检定证书。

4、加强与计量检定部门的业务联系，做好年度强制检定计量器具的周期检定工作，并认真做好记录。

5、定期随机地对在用计量器具进行抽检，停止使用已经超期或检验不合格的计量器具。

6、年度计量器具强制检定的执行情况列入科室考核，对违反计量工作制度产生的不良后果，报领导作相应的处理。

支持性文件：《中华人民共和国计量法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-061	文件名称	无锡市惠山区人民医院医药代表接待日制度	适用范围	综合保障科
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2018.08.01	修订时间	2021.04.10

无锡市惠山区人民医院医药代表接待日制度

为了加强行风建设，增加工作透明度，提高医务人员廉洁自律自觉性，制定药品、器械代表接待日制度。

1、接待时间：每周两天（星期二、星期四）为代表接待日。

2、接待地点：综合保障科会议室。

3、严禁任何科室及个人私自接待药、械代表，亦不允许药、械代表私自进入科室进行有关产品推介和促销活动，药剂科不得提供用药信息予医药代表。一经发现，情况属实：①相关科室及个人视作违规行为处理。②立即停止采购该药、械代表（厂、商）的产品。

4、接待日工作主要是收集药、械代表提供的资料，听取药、械代表关于新药、特药、新耗材、新仪器、新设备等信息介绍。

5、接待日由综合保障科组织，药剂科、综合保障科派员参加，实行集体接待，由接待人员将资料信息分门别类汇总后交药事委员会、医学装备管理委员会及临床、耗材、设备使用科室进行信息交流、讨论。

6、医药、器械代表可在接待日时利用学术讲座的形式介绍其产品的性能、用途、特性等，非接待日时间恕不接待。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-063	文件名称	应急物资和设备管理制度、审批程序	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.10

应急物资和设备管理制度、审批程序

为做好我院应急处置工作，指导应急抢救，及时、有序、高效、妥善地处置事故、排除隐患，最大限度地减少人员伤亡、财产损失以及不良社会影响维护社会稳定。为建立健全突发公共卫生事件应急物资保障体系，根据有关法律、法规制定本制度。

一、应急物资是在事故即将发生前用于控制事故发生，或事故发生后用于疏散 、抢救、抢险等应急救援的工具、物品、设备、器材、装备等一切相关物资。

二、应急物资的采购入库由综合保障科采购，都必须一一填写入库清单，经验收后统一入库保管。应急物资管理要建立专账，由专人管理。

三、应急物资的储备管理

1、经验收合格的应急物资，必须实行分区、分类存放和定位管理。根据库房的条件和物资的不同属性，将储存物资逐一分类，根据其保管要求，仓储设施条件及仓库实际情况，确定具体的存放区，减少调用时人为差错。

2、应急物资应妥善保管，以保护物资的质量。储备物资应防止受到雨、雪、雾的侵蚀和日光暴晒。

3、加强对应急物资的管理，应防止应急物资被盗用、挪用、流失和失效，对各类物资及时予以补充和更新，检查人员要定期检查应急物资的情况，发现缺少和不能使用的要及时提出更替，以确保正常使用，检查人员每次检查时要进行详细记录，留存备查。

四、应急物资的调拨由院统一调度、使用。应急物资调用根据“先近后远，满足急需，先主后次”的原则进行。建立与其他地区、其他部门物资调剂供应的渠道，以备物资短缺时，可迅速调入。

五、应急物资和设备审批程序

1、由临床科室根据实际情况提出申请，经相关职能科室（护理部、医务科、院感科等）确认后提交综合保障科。

2、综合保障科汇总后组织召开医学装备管理委员会临时会议。由医学装备管理委员会参会委员共同讨论申请物资的合理性，并通过投票的方式进行审批。通过审批的物资提交院长办公会及党委会讨论同意后进入采购程序，需上级主管部门审批的物资按流程审批完成后方可进入采购流程。

3、综合保障科按相关制度和要求进行集中采购、验收入库、日常管理等工作。

4、应急状态下，应急物资和设备可视情况采取先调拨，后议价的方式，以最快的速度保障供应及维持正常的工作状态。

六、奖惩措施

1、应急物资如保管不当或挪作他用，造成影响或经济损失的，当事人应当作相应赔偿，情节严重者，加重处罚，构成犯罪的，移交司法机关处理。

2、对责任心强的保管人员，在物资的保管、养护方面有合理的建议或挽回经济损失的，将给予一定的精神和物质奖励。

支持性文件：《突发公共卫生事件应急条例》2013 年 5 月 9 号中华人民共和国国务院令第 376 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-064	文件名称	医用耗材管理规定	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.10

医用耗材管理规定

为进一步加强医院医用耗材管理，规范医用耗材的采购、保管和使用，医院在原《关于加强医用耗材管理的规定》基础上，进一步完善和修改，规定如下：

一、成立医院医学装备管理委员会

（一）医学装备管理委员会人员组成：

主任由院长担任，副主任由分管院长担任，委员由综合保障科、医务科、护理部等职能科室负责人、耗材使用的相关临床科室及医技科室负责人等人员组成（具体人员以医院下发的文件为准）。医学装备管理委员会下设委员会办公室，由综合保障科负责人担任办公室主任，负责安排日常工作和台账资料的整理。

（二）医学装备管理委员会职责：

1、根据相关法律、法规制定本院医用耗材管理的规章制度。

2、负责新增医用耗材的审批工作。

3、审查医用耗材供应企业资质、产品质量、价格等，合理采购、调配医用耗材。

4、医学装备管理委员会会议每年不少于两次，由综合保障科负责安排。遇重大会议，如修改规定、制度、讨论重要事项，必须全体委员参加，缺席必须向主任请假并经同意。平时讨论一般耗材采购审核，由主任、职能科室负责人、耗材使用相关科室负责人等人员参加。

5、医学装备管理委员会会议

（三）医用耗材范围：

医用耗材分为普通医用耗材和特殊医用耗材。

普通医用耗材指单价在 500 元以下的医用耗材，包括：医用卫生材料及敷料、医用高分子材料制品、医用硅胶制品、医用塑料制品、医用橡胶制品、牙科耗材、常用手术室器械、心电配件及耗材、内镜检查治疗耗材、消毒灭菌耗材、医用检验试剂、X线胶片以及其它单价＜500 元的医用耗材。

特殊医用耗材指单价在 500 元以上的医用耗材，包括：各种导管、支架、吻合器、骨科钢板、人工关节、人工晶体、补片等植入性器材以及其它单价＞500 元的医用耗材。

二、加强医用耗材审批、采购、领用流程的管理

（一）审批管理：

1、各专科、病区每季度申请新增医用耗材不超过 1 个品种，必须由科室行政主任、病区护士长填写《医用耗材使用审批表》并递交相关职能科室（护理部、医务科、院感科等）确认后交至综合保障科。综合保障科审核汇总后提交医院医学装备管理委员会审批。

2、医学装备管理委员会参加讨论审批的成员由委员会主任、职能科室负责人、及随机抽取委员会成员若干组成。采用实名投票方式，超过 2/3 以上委员投票同意方可视为通过审批。耗材使用相关科室负责人阐述申请理由，不参与讨论投票。

3、讨论审批原则：原有同类产品的，更换耗材必须价格更低更优惠；高价耗材严格控制，尽可能采用低价耗材，更利于控制医疗费用，降低耗材比。

4、经审批同意后，综合保障科负责在采购平台确认价格、规格型号等信息，并报分管院长、院长同意后实施采购。

5、综合保障科将医用耗材品名、规格型号、实际进货价格等报财务科备案，由财务科负责设置收费项目，财务科在给付货款时负责审核。

6、各科室、病区需要试用某些医用耗材，必须填写《医用耗材试用申请表》，经医务科或护理部同意、综合保障科验收合格方能试用，试用耗材不得收费。

（二）采购管理：

1、采购计划申报

（1）物资库房保存的医用耗材，由物资库房负责制定月采购计划。

（2）科室保存的医用耗材，由科室负责制定月采购计划。

（3）月采购计划根据医用耗材实际使用量确定。

（4）物资库房、科室月采购计划报综合保障科，由综合保障科负责采购。

（5）择期手术和特殊治疗需使用特殊医用耗材的，必须在手术或治疗前二天将所需医用耗材的品名、规格型号等报综合保障科。

2、采购实施

（1）综合保障科负责所有医用耗材采购计划的实施，采购计划不能如期实施应及时与物资库房、使用科室等联系，采取有效措施确保临床有序、安全运转。

（2）所有供应商均应提供四证，即：产品注册证、经营许可证、生产许可证和营业执照，并提供质量承诺书，代理商还应提供厂家授权委托书。

（3）定期检查证件的有效性，发现问题，及时更换和处理。专人负责建立供应商档案，对供应商分别建档，及时处理在预警限内的将过期证件。

（4）签订耗材供货合同，应在合同里除明确界定供货的品名、规格型号、价格、付款方式、耗材供应、技术培训、售后服务等基本条款，同时对因产品质量原因发生的医疗纠纷、事故的责任做出明确规定。

3、验收入库管理

（1）所有医用耗材必须验收合格后方可入库。物资库房保存的由综合保障科、物资库房人员双方同场验收合格后方可入库；由科室保存的由综合保障科、物资库房和科室三方同场验收合格后办理入库手续。

（2）验收人员需严格把关，查看供货数量与预定值是否一致，批号、效期、合格证等是否有效、一致，包装是否完好(包装上的标识应正确、清晰、牢固)，验收人员均应在验收记录上签字。

（3）医用耗材必须随货同行送货单和正式发票。

（三）库房管理：

1、特殊耗材及科室保存的耗材实行零库存及凭证补充制度，存量与科室、供货单位协议后确定。普通耗材保持有效的、明确的、可调的存量，按计划勤采购。

2、医用耗材应确保先进先出、效期近的先出，效期远的后出；对包装、有效期、数量、品种进行循环质量检查，发现产品积压、质量问题，应及时处理。

3、无菌物品应专库独立存放。

（四）出库（领用）管理：

1、所有医用耗材必须在医院资源管理系统中申请领用。科室保存的医用耗材在验收合格办理入库手续后即时办理领用手续。

2、库房管理人员应认真核对申请单所列的名称、规格、数量是否与实物相符，并检查物品的有效期，保证供给科室的医用耗材是在有效期内的。

3、领用物品由领用科室安排人员到库房凭申请单领取，领物人核对无误后在留存库房联上签名确认。

三、其他规定

（一）各科室、部门不得私自采购、使用未经医院医学装备管理委员会审批同意采购和使用的医用耗材。

（二）急诊手术或其他情形无法按上述规定及时办理入库验收和领用手续的，由使用科室与手术室或其他配合科室相关人员共同在送货单上签字确认，做好收费工作，同时报综合保障科负责人知晓，督促供货商及时洽谈办理相关手续。

（三）对年用量在 5 万元以上的医用耗材，必须由二家以上供应商进行竞标，并经医院医学装备管理委员会讨论后确定供应商。

（四）外请专家手术所使用的自带医用耗材必须三证齐全，并经医务科同意报综合保障科备案、由综合保障科确认价格、办理入出库手续后方能使用。

（五）定期组织专家对使用高值医用耗材的住院病历实施专项点评，重点抽取本机构确定的重点管理品种、临时采购品种和使用率、使用金额排名前列的高值医用耗材使用病历，

点评内容包括：高值医用耗材超目录使用情况，超权限、超适应症使用情况，知情同意执行情况，病历记录符合要求产品条形码粘贴等情况。

（六）对临床科室医用耗材使用情况进行动态监控，定期统计本机构百元医疗收入消耗卫生材料金额等相关数据，并及时向上级卫生行政部门报送。对本机构和临床科室医用耗材使用趋势进行分析，并对使用量情况实施预警监测，发现异常情况及时采取限量使用、暂停使用等干预措施。

（七）以上一年度本机构高值医用耗材使用率、使用金额等确定本年度重点管理的高值医用耗材目录，目录至少包括使用的相关类别高值医用耗材，每一相关类别不少于 3 个品种。对植入和介入类医疗器械建立使用记录，包括住院号、姓名、条形码等。植入性医疗器械使用记录永久保存，相关资料纳入信息化管理系统，确保信息可追溯。

（八）医学装备管理委员会每季度对医用耗材的管理使用情况进行督导检查，并将情况进行通报，在检查中发现问题及时处理。

（九）综合保障科每半年向医学装备管理委员会通报医用耗材采购及使用情况明细。

（十）特殊耗材需核查、确认已结账后方可进行结算支付。

（十一）违反医用耗材管理规定造成经济损失或引发医疗纠纷的，由相关责任人承担经济损失或按医疗纠纷处理规定进行责任追究；在医用耗材采购、使用过程中发现有违纪违规行为的，立即终止该产品供应商的供货资格，对责任人按照相关规定给予纪律或行政处分，涉及违法行为的移交司法机关处理。

（十二）本规定自发文之日起执行，原规定与本规定不符的，以本规定为准。医院根据发展情况不断完善本规定。

支持性文件：

1.《中华人民共和国招标投标法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号

2.《中华人民共和国政府采购法》2014 修订-中华人民共和国主席令第 14 号

3.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

4.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号

5.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-065	文件名称	医用耗材新品遴选、准入管理规定	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.07.01	修订时间	2021.12.01

医用耗材新品遴选、准入管理规定

为进一步加强医用耗材新品准入管理，严格规范医用耗材的引进流程，满足临床工作需求，保障医疗安全和医疗质量，根据江苏省卫生厅《关于加强医疗机构高值医用耗材临床应用管理的意见》（苏卫办医[2014]2 号），以及国家卫健委《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》【国卫医发[2019]43 号】文第三章遴选与采购相关要求，结合本单位实际，现对本机构医用耗材的申请和准入制定以下管理规定。

一、组织机构

1、医用耗材的新品准入由医学装备管理委员会定期组织评审专家组讨论决定，具体评审工作由综合保障科牵头组织，医务处、护理部等部门密切配合；

2、成立医院医用耗材新品准入评审专家库，专家库成员由医学装备委员会委员组成（其中包括临床专家和管理专家）。临床专家为内科、外科、骨科、妇产科、儿科、影像科、检验科等部门的负责人及相关人员。管理专家为相关院领导和综合保障科、医务科、护理部、财务科等职能部门负责人。

二、准入遴选原则

1、医院及相关科室、人员具有使用该医用耗材相关技术的资质；

2、耗材各项资质符合要求，品牌、生产（经营）企业信誉良好，无不良记录；

3、较现有同类型医用耗材有明显的优越性和可替代性；

4、开展临床诊疗新技术项目需由医务科准入；医学研究所需的医用耗材需先经科教科审核；

5、医用耗材遴选当从已纳入国家或省市医用耗材集中采购目录中遴选，确保耗材能够在采购平台网上采购；具备物价收费标准，价格合理；国产品种、医保范围内品种和省市平台中标产品优先考虑；

6、本院同类型产品一般不超过三种，原则上国产、合资、进口各一种，保留优质和相对廉价的产品；

7、带量采购按相关要求执行。

三、资格筛查

1、综合保障科对医用耗材、生产（经营）企业、授权等资质进行审核；

2、财务科、医保办对医用耗材的价格、收费状况进行审核；

3、医务科、护理部对医用耗材的临床应用价值、需求程度、临床试用情况以及医院、耗材使用人员的资质和技术进行审核。

四、准入流程

1、科室申请医用耗材新品准入，应在OA网“设备管理”中下载《医用耗材使用审批表》及《新进医用耗材引进前论证表》，由科室行政主任、病区护士长填写并在科内完成引进前论证后经医务科或护理部同意后报综合保障科，经综合保障科审核、汇总后提交医学装备管理委员会审批。各专科、病区每季度申请新增医用耗材不超过 1 个品种。医用耗材新品准入的评审工作原则上每 6 个月进行一次。

2、参加讨论审批的成员由医学装备管理委员会随机抽取委员会成员 15 人以上组成。采用实名投票方式，同意票数超过 2/3 以上视为通过审批。耗材使用相关科室负责人阐述申请理由，不参与讨论投票。

3、讨论审批原则：原有同类产品的，更换耗材必须价格更低更优惠；高价耗材严格控制，尽可能采用低价耗材，更利于控制医疗费用，降低耗材比。

4、经审批同意后，综合保障科负责与供货方洽谈价格，并报分管院长、院长同意后实施采购。

5、综合保障科将医用耗材品名、规格型号、实际进货价格等报财务科备案，由财务科负责设置收费项目，财务科在给付货款时负责审核。

6、各科室、病区需要试用某些医用耗材，必须填写《医用耗材试用申请表》，经医务科或护理部同意、综合保障科验收合格方能试用，试用耗材不得收费。

支持性文件：

1.《关于加强医疗机构高值医用耗材临床应用管理的意见》苏卫办医[2014]2 号

2.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-066	文件名称	医用耗材采购管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.10

医用耗材采购管理制度

为严格执行国家有关的法律法规，进一步规范医用耗材的采、供、用的管理，加强成本控制，减少浪费，特制定本规定。

一、组织领导

由院医学装备管理委员会（以下简称“管委会”）统一领导。管委会由院长任主任，分管院长任副主任，成员包括：综合保障科、医务科、护理部、财务科、总务科、内科、外科、妇产科、儿科、影像科、检验科等部门的负责人及相关人员。主要职责：认真执行有关的法律法规，负责审定全院医用耗材的采购、供应、使用等管理工作计划及规章制度，指导并参与医用耗材的招标工作，审定各科室提出的新增或替换医用耗材品种的引进，负责对医用耗材使用过程的监管和检查，确保该项工作规范有序，管委会定期和不定期召开相关会议。

二、采购管理

全院医疗、科研所用的医用耗材统一由综合保障科审核证件、组织采购、供应和管理，其他任何科室和个人不得以任何形式、任何名义自购、自销或试用，也不得擅自使用赠送产品，若违反规定擅自购进使用或试用，综合保障科不得办理入库手续，财务部门不得付款，由此产生的包括法律责任在内的一切后果由当事人负责。

（一）采购范围

综合保障科负责下列物品采购：⑴各种医用耗材、低值易耗品；⑵部分化学试剂；⑶临床用部分消毒产品。

（二）申请

1.经院医学装备管理委员会及综合保障科确认的常规使用的医用耗材由相关科室提前三天以上（不含假日）提出申购计划，由护士长报至综合保障科保管员，保管员再根据库存情况报计划给综合保障科采购人员。

2.首次进入医院的新增或替换品种必须由使用科室提出书面申请，注明申请理由，由科主任或代理主任签字后经相关职能科室（医务科、护理部、感染科等）审核同意后报综合保障科。

（三）审批

1.常规使用的医用耗材由综合保障科采购人员对各科室提出的采购要求、使用情况、库存情况、有关资质审核后，报综合保障科科长审核并经分管院长批准后，按计划采购。

2.首次进入医院的新增或替换品种，综合保障科接到科室申请后，审核相关资质，并汇总报院医学装备管理委员会，经管委会论证评审通过后方可采购。未通过审批的品种，一年内不得再次申报。

3.临床确须使用而医院无替代产品，需临时使用的耗材，由临床科主任填报《急特需医用耗材临时采购审批表》，详细说明病例情况及应用理由，并提交至综合保障科。综合保障科接报后组织召开医学装备管理委员会临时会议，由医学装备管理委员会按流程审批通过后

交至综合保障科采购员处进行一次性采购。

（四）采购

1.采取集中招标采购、网上浏览采购、竞价询价采购等多种形式，保证进货渠道规范、采购工作公平、公正、公开，综合比价，在确保质量的前提下努力降低成本，所购产品必须属于招标目录范围内的中标产品，未中标的一律不得采购，严禁购置无经营（生产）许可证、无营业执照、无产品注册证（表）、无卫生许可证的产品，进口产品除审核上述证件外，无进口注册证（表）的一律不得购进。

2.综合保障科要坚持降低医疗成本，尽可能减轻患者医疗费用负担的原则，普通医用耗材若国内产品质量好，性能可靠的不再购买进口产品，低价位产品能达到使用要求的不买高档产品。要树立服务临床的思想，保证医用耗材的供应，对临床急需的，凡已办理审批手续的要积极组织货源，按时按质保证供应，满足临床需要。

（五）领用

1.各临床、医技科室要安排专人负责医用耗材的管理，确定专人领取并经综合保障科确认，非领用人一概不能领取。使用零库存的高值耗材要有使用人签字。

2.对国内外厂商及有关单位赠送、赞助医院和科室的医用耗材必须办理相关入库手续，由综合保障科根据科室需要发放，任何科室和个人不得擅自据为己有。

（六）管理

1.库房管理

（1）严格入库验收制度，严把质量关，库房保管员应及时、准确、完整地做好验收记录，发现质量问题立即报告，杜绝不见物品就办理入库手续的现象。

（2）库房要对库存情况每季度进行盘点，做到帐物相符，并加强对库存物资的管理，严禁过期耗材出库。

（3）医用耗材的领用，由科室在医院资源管理系统中申请，库房按规定办理出库手续，手术器械、腔镜器械等经综合保障科确认需报损后，实行以旧换新领用。

2.科室管理

（1）任何科室和个人不得擅自使用未经医院确认的产品，未经综合保障科审核的赠送产品，亦不得私自将本院的医用耗材给外院或个人使用，否则一切后果由当事人承担。

（2）外请专家自带的高值耗材、医疗器械等，原则上不予使用，如确实需使用的，应事先到综合保障科填写《急特需医用耗材临时采购审批表》、医务科备案、综合保障科审核、由管委会按流程审批后方可使用。原则上不接受术中临时申请。

（3）凡属一次性医用耗材必须按规定确保一次性使用，用后销毁处理，严禁反复使用。

（4）各临床、医技科室对所领取的耗材必须建立专用账册，定期盘点，做到帐物相符。并检查有效期，严禁使用过期耗材。凡科室申请采购的耗材应负责使用，造成的过期、浪费由申请人负责。

3.植入物及相关产品的管理

（1）分类：骨科用植入物；各种支架、起博器及各类介入用植入物；眼科用植入物；各种填充材料；五官科用植入物；其他植入物（含疝修补片等）。

（2）产品的选择

①凡是部、省、市招标目录内的植入物及相关产品一定要采购中标范围内的产品，具体使用哪些品牌的产品由院医学装备管理委员（以下简称“管委会”）讨论审核后确定。

②对于不在招标目录内的植入物及相关产品，必须经院医学装备管理委员会讨论审核同意方可采购。

③由于临床开展新技术、新项目或为应对一些特殊病人的需求所需的特殊规格型号的植入物及相关产品，由临床填写《急特需医用耗材临时采购审批表》，由管委会按流程审批后方可临时使用，正式采购需由管委会讨论审核后方可进行。

④对于应对急诊手术的植入物及相关产品，由综合保障科与相应供货商商谈，备一定数量的产品在手术室，一旦用完，由手术室护士长通知综合保障科采购人员让供货商开具发票，并由手术室护士长签字确认后方可进行入库。

（3）产品采购流程

①在手术室用的植入物及相关产品由临床使用医生填写《惠山区人民医院植入物登记表》，报科负责人签字确认后，由使用医生通知具备供货资格的供货商备货并验收，待用完由护士长审核后将发票、耗材清单及《惠山区人民医院植入物登记表》一起交至综合保障科采购员审核后办理出入库手续。

②非手术室用的植入物由临床使用人员填写《惠山区人民医院植入物登记表》，报科负责人签字确认后，由使用医生通知具备供货资格的供货商备货并验收，待用完后将发票、耗材清单及《惠山区人民医院植入物登记表》一起交至综合保障科采购员审核后办理出入库手续。

（4）产品的管理

①植入性耗材必须经医学装备管理委员会审核同意后方可使用，任何个人不得私自将未经医院确认的耗材带入临床使用，如使用一切后果由当事人负责。

②需消毒的植入物及相关产品一律在院供应室进行消毒，并按供应室的有关规定执行。人工关节等需特殊消毒的耗材应由厂家负责消毒及复消。

4.医用耗材供应商的管理

（1）所有医用耗材供应商必须遵守有关法律法规及医院的规章制度。不得将未经医院认可的耗材带入临床或手术中使用，一经发现，将处以一定处罚。违反规定所造成的包括法律责任在内的一切后果由医用耗材供应商承担。综合保障科与相关供应商需签署承诺书。

（2）所有植入物供应商的技术支持人员，必须遵守医院手术室的有关规定，经培训合格后办理供应商技术支持人员手术室准入证，凭证进入，否则一律不得进入手术室，管理科室对技术支持人员定期进行检查，如不合格将采取警告、罚款、停止进入等处罚 ，技术支持人员如违反医院及手术室有关规定，将处以一定罚款，在保证金或应付款中扣除。植入性耗材的条形码若不能在手术时及时提供，其使用的耗材将不予以付款。

5.采购纪律

医用耗材的采购必须做到“五公开”：公开采购程序；公开业务洽谈；公开进货渠道；公开进货价格；公开进货品种。“十不准”：不准一个人洽谈业务；不准在非办公场所洽谈业务；不准购进不符合要求的品种；计划、采购、验收入库等程序不准一人独自完成；未见货到或验收不合格不准入库；发票不符合要求不准入账付款；不准私自更改采购计划（品种、数量、渠道）；不准个人公开或暗示索贿、受贿；不准私自处理让利、赞助等费用；不准参加有关厂商的宴请、娱乐、旅游等。

支持性文件：

1.《中华人民共和国招标投标法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号
2.《中华人民共和国政府采购法》2014 修订-中华人民共和国主席令第 14 号
3.《关于加强医疗机构高值医用耗材临床应用管理的意见》苏卫办医[2014]2 号
4.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-067	文件名称	高值耗材采购制度和流程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.10

高值耗材采购制度和流程

为了加强高值耗材采购、保管、发放、使用、不良事件报告等环节的控制，鼓励临床合理使用耗材，形成高值耗材从准入直至临床安全使用的可追溯全过程综合管理，保证医疗质量和医疗安全，制定本制度和流程。

一、医用高值耗材管理范围

1、高值耗材的定义：指直接作用于人体、对安全性有严格要求，生产使用必须严格控制、

价值相对较高的医用耗材；

2、类别：心脏介入类、外周血管介入类、神经内科介入类、电生理类、心外科类、骨科材料及器械类、人工器官、消耗材料类、眼科材料类（人工晶体等）、神经外科类（硬脑膜、钛网等）、胃肠外科类（吻合器）等。

二、产品的选择

1、凡是部、省、市招标目录内的高值耗材一定要采购中标范围内的产品，具体使用哪些品牌的产品由院医学装备管理委员会讨论审核后确定。

2、对于不在招标目录内的高值耗材，必须经院医学装备管理委员会讨论审核同意方可采购。

3、由于临床开展新技术、新项目或为应对一些特殊病人的需求所需的特殊规格型号的高值耗材，由临床填写《急特需医用耗材临时采购审批表》，由医学装备管理委员会召开临时会议审批同意后方可临时采购，正式采购需由管委会讨论审核后方可进行。

4、对于应对急诊用的高值耗材，由综合保障科与具备供货资格的供货商商谈，备一定数量的产品在相关科室，一旦用完，由护士长通知综合保障科采购人员让供货商开具发票，并由手术室护士长签字确认后方可办理出入库手续。

三、产品采购流程

1、在手术中使用的植入性高值耗材由临床使用医生填写《惠山区人民医院植入物登记表》，报科负责人签字确认后，由使用医生通知具备供货资格的供货商备货并验收，待用完由护士长审核后，将发票、耗材清单及《惠山区人民医院植入物登记表》一起交至综合保障科采购员审核后办理出入库手续。

2、非植入性高值耗材，由具备供货资格的供货商备一定基数在相关科室，等用完后每月结算一次，相关科室护士长签字确认后将发票交至综合保障科采购员审核后办理出入库手续。

四、产品的管理

1、高值耗材必须经医学装备管理委员会审核同意后方可使用，任何个人不得私自将未经医院确认的耗材带入临床使用，如使用一切后果由当事人负责。

2、需消毒的植入物及相关产品的消毒一律在院供应室进行，并按供应室的有关规定执行。人工关节等需特殊消毒的耗材应有厂家负责消毒。

五、医用耗材供应商的管理

1、所有医用耗材供应商必须遵守有关法律法规及医院的规章制度。不得将未经医院认可的耗材带入临床或手术中使用，一经发现，将处以一定处罚。违反规定所造成的包括法律责任在内的一切后果由医用耗材供应商承担。

2、所有植入物供应商的技术支持人员，必须遵守医院手术室的有关规定，经培训合格后办理供应商技术支持人员手术室准入证，凭证进入，否则一律不得进入手术室，管理科室对技术支持人员定期进行检查，如不合格将采取警告、罚款、停止进入等处罚 ，技术支持人员如违反医院及手术室有关规定，将处以一定罚款，在保证金或应付款中扣除。

支持性文件：

1.《中华人民共和国招标投标法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号
2.《中华人民共和国政府采购法》2014 修订-中华人民共和国主席令第 14 号
3.《关于加强医疗机构高值医用耗材临床应用管理的意见》苏卫办医[2014]2 号
4.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-068	文件名称	急特需医用耗材临时采购制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.07.01	修订时间	2023.04.10

急特需医用耗材临时采购制度

为了加强对本院临时性医用耗材的采购管理，根据国家卫健委《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》【国卫医发[2019]43 号】文相关要求，现对本机构急特需医用耗材的申请制定以下管理规定。

一、临床确须使用而医院无替代产品，需临时使用的耗材，由临床科主任填报《急特需医用耗材临时采购审批表》，具体说明临时采购耗材的品名、规格、型号等信息以及病例情况和申请理由，并提交至综合保障科。

二、综合保障科接到《急特需医用耗材临时采购审批表》后，组织召开医学装备管理委员会临时会议。由医学装备管理委员会参会委员共同讨论本次申请的合理性，并通过投票的方式进行审批。

三、参加讨论的成员由医学装备管理委员会委员中随机抽取 5 人以上组成。采用实名投票方式，同意票数超过实际参会人数 2/3 以上视为通过审批。耗材使用相关科室负责人阐述申请理由，不参与讨论投票。

四、审批通过后由综合保障科按相关规定进入采购流程。

五、综合保障科做好《急特需医用耗材临时采购审批表》、医学装备管理委员会临时会议记录及相应投票结果等原始记录的收集整理工作，留档备查。

支持性文件：《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-069	文件名称	医用耗材储存与养护管理制度	适用范围	综合保障科
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.10

医用耗材储存与养护管理制度

为了规范我院医用耗材的储存、养护管理，根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》等相关法规、制度要求，结合本院实际，制订本制度。建立与我院医用耗材使用规模相适应的医用耗材仓库，条件应符合有关规定以及耗材使用说明书的要求。

一、我院医用耗材的储存和养护实行二级仓库管理：综合保障科一级仓库和科室（病区）二级仓库。

二、一级仓库内应按医院 6S规范管理保证环境整洁，门窗严密，地面平整。仓库应有下列设备和设施，并保持完好：温湿度仪、货架（柜），符合安全要求的照明、通风、消防、监控设施；必要的防尘、防潮、防鼠、防虫等设施。做好防尘、防潮、防鼠、防虫、防火、防盗、防霉变等“七防”工作。

三、根据医用耗材的类别、性质、用途等属性实行分类存放。对有特殊储存条件要求的，应按要求储存。

四、医用耗材应按温湿度要求陈列或储存于相应的库（区）：常温库温度为 10～30℃、阴凉库温度不高于 25℃、冷藏库（柜）温度为 2～10℃，相对湿度应保持在 35%～75%之间。

五、库存医用耗材应按批号及效期远近依序存放，不同批号物品不得混放。

六、根据医用耗材在库的质量状态实行色标管理：待验医用耗材库（区）、退货库（区）为黄色；合格品库（区）、待发品库（区）为绿色；不合格品库（区）为红色。三色标牌以底色为准，文字以白色或黑色表示。

七、仓库管理员每天上、下午定时对库房进行巡查，发现温湿度异常时，及时采取措施进行调节，并做好记录。

八、仓库管理员定期对在库（房）医用耗材进行检查并做好养护记录。对过期、失效、变质、霉烂、虫蛀、破损等不合格物品，应当立即封存登记，并按规定报告处理。

九、仓库管理员应定期汇总、分析和上报养护检查、近效期或长时间储存的耗材等信息 。

十、医用耗材实行数量管理。定期盘点库存，核对账目，做到账物相符。发现问题应及时报告，查出原因。

十一、科室（病区）逐步设立专门的医用耗材二级仓库，护士长兼职管理员，储存条件

和养护措施尽可能遵循一级仓库标准。

支持性文件：

1.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号
2.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号
3.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号
4.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-070	文件名称	医用耗材培训管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.07.01	修订时间	2023.04.10

医用耗材培训管理制度

一、新品医用耗材首次使用前由综合保障科负责联系产品供应商对医用耗材使用人员进行使用前培训，考核合格后方可使用。

二、每年度综合保障科联合医务科组织全院耗材法律法规及工作流程培训。

三、新入职人员岗前培训由人事科牵头，综合保障科要对其进行耗材法律法规相关知识培训。

四、突出重点，以问题为导向，综合保障科联合医务科每年组织医用耗材重点品种专项培训，重点品种包括省六大类高值耗材，市五大类高值耗材每个品种用量及金额排名前三的品种。针对医疗器械不良事件等突出问题，不定期开展专项培训工作。

五、利用信息化手段提高医用耗材培训及考核的覆盖面和及时性，加强医用耗材培训效果监测，开展多种形式的医用耗材培训及考核评价工作。

附件：医用耗材使用培训记录及考核表

支持性文件：

1.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号
2.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号
3.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

无锡市惠山区人民医院

医用耗材使用培训记录及考核表

培训科室：

培训时间		主讲人	
培训地点		培训方式	□集中培训 □单独培训 □其他
培训耗材基本信息	1. 产品名称 2. 规格型号 3. 材质 4. 类别：□国产 □进口 5. 生产企业： 6. 注册证号： 7. 供应企业：		
培训内容	1. 操作流程 2. 产品适应症和禁忌症		其它：
参加培训人员签名			
考核内容	1、对操作流程的知晓情况 2、独立操作使用相应耗材的熟练程度 3、对产品适应症和禁忌症的知晓情况 4、对使用及存储注意事项的知晓情况		其它：
考核方式	□现场操作 □理论考试	考核时间	
考核结论	□全部通过 □部分通过	考核人	
备注			

说明：1.考核方式为理论考试的，应有试题及分数登记表支撑材料；2.考核结论为部分通过的，应在备注栏注明未通过人员名单及再培训计划；3.本记录为耗材使用管理的重要档案材料，请各科室严格执行并做好记录。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-071	文件名称	高值医用耗材临床使用管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2019.12.01	修订时间	2023.04.10

高值医用耗材临床使用管理制度

为了建立完善高值医用耗材管理、应用监管机制，实施高值医用耗材全程管理和临床合理使用，制定本制度。

1、医务人员要认真执行疾病诊疗常规，严格手术指征和医用耗材应用适应症，选用有效、适宜(经济)的医用耗材。坚持降低医疗成本，减轻患者费用负担的原则。综合保障科联合医务科履行好医用耗材临床合理使用的监管和指导职责。

2、临床使用医疗器械应当严格遵照产品使用说明书、技术操作规范和规程。临床使用前，认真验证产品的包装、标识、说明书与实物的一致性；严格掌握医用耗材的适应症、禁忌症及注意事项，保证医疗质量安全，需向患者说明的事项应当如实告知，不得进行虚假宣传，误导患者。

3、根据省、市卫生行政部门核准的诊疗科目、医疗技术准入项目以及手术分级管理规范要求，执行手术和诊疗操作的医师必须具有相关资质并经高值医用耗材临床应用知识培训合格后，方能使用相应高值医用耗材。建立培训档案，定期考核、检查评价。

4、使用科室严格按照《医疗器械监督管理条例》《医疗机构诊断和治疗仪器应用规范》的有关要求使用高值材料，使用前要检查包装是否破损，是否在有效期内等，严格核对患者的信息、所使用的高值耗材的名称数量等。

5、尊重患者的知情权和选择权，做好相应的告知和病历记载，使用高值医用耗材时，必须征得患者或其家属同意，签署知情同意书后方可使用，并将使用的高值医用耗材产品条形码粘贴在住院病历和耗材使用登记单中。做到知情同意书、手术操作记录和耗材使用登记单上的耗材使用信息一致。

6、定期组织专家对使用高值医用耗材的住院病历实施专项点评，重点抽取本机构确定的重点管理品种、临时采购品种和使用率、使用金额排名前列的高值医用耗材使用病历，点评内容包括：高值医用耗材超目录使用情况，超权限、超适应症使用情况，知情同意执行情况，病历记录符合要求，产品条形码粘贴等情况。

7、应当以上一年度本机构高值医用耗材使用率、使用金额等确定本年度重点管理的高值医用耗材目录，目录至少包括使用的相关类别高值医用耗材，每一相关类别不少于 3 个品种。

对植入和介入类医疗器械建立使用记录，包括住院号、姓名、条形码等。植入性医疗器械使用记录永久保存，相关资料纳入信息化管理系统，确保信息可追溯。

8、建立医用耗材安全性监测、使用监测制度及应急预案。主动发现、收集、分析、报告和控制所使用医用耗材发生的不良事件，并及时上报不良反应监测系统，同时主动告知医用耗材生产企业、经营企业。鼓励开展医用耗材管理应用研究。

9、建立完善医用耗材应用监管机制，将医用耗材管理情况作为科主任年度考核、医师定期考核评价、评先评优的重要指标。

10、按照《医疗废物管理条例》等有关规定，销毁使用过的医用耗材，一次性使用的医疗器械不得重复使用。制定销毁制度并专人负责，监管执行对输液器、注射器等一次性卫生材料的使用后的销毁，并做好记录。

支持性文件：

1.《医疗器械使用质量监督管理办法》国家食品药品监督管理总局令第 18 号
2.《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》卫医管发[2010]4 号
3.《江苏省手术分级管理规范》苏卫医[2010]80 号
4.《医疗废物管理条例》2011 修订-中华人民共和国国务院令第 588 号
5.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-072	文件名称	植入性材料管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.10

植入性材料管理制度

一、对医疗机构使用的所有植入性医疗器械，必须查验产品注册证、生产企业许可证、经营许可证、营业执照，以及生产商(直接或间接)合法销售授权书、企业法人给具体业务人员的授权书、生产企业确认的可追溯的唯一性标识如条码或统一编号。

二、对临床医技科室新的植入性医疗器械购买申请，应由医务科根据其医疗能力和实际需求进行准入审批。

三、应建立统一的采购和追溯信息登记制度，记录保存已购入或已使用的植入性医疗器械的信息，包括品名、规格型号、批号/SN号、可追溯的唯一性标识如条码或统一编号、手术日期、手术医师姓名、患者姓名、住院号。

四、对紧急使用或必须在手术现场选择型号、规格的植入性医疗器械，可以临时由经确认具备资质的厂商直接提供临床使用，但必须做好追溯信息登记。

五、有些贵重或技术难度较高的植入医疗器械，需请厂家派专业人员进行现场技术指导，如上台参与手术等，但必须由相关部门核准其从事医生工作的资格，并有双方签字的记录。

支持性文件：

1.《医疗器械使用质量监督管理办法》国家食品药品监督管理总局令第 18 号
2.《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》卫医管发[2010]4 号
3.《江苏省手术分级管理规范》苏卫医[2010]80 号
4.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-073	文件名称	植入类医疗器械临床使用安全监测与报告制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.10

植入类医疗器械临床使用安全监测与报告制度

一、综合保障科在植入类医疗器械的采购中应严格遵守国家的有关规定，规范索证、验证制度，所有供应植入类医疗器械的厂商都必须提供《医疗器械注册证（表）》、《企业法人营业执照》、医疗器械经营（生产）企业许可证》、《代理授权委托书》、供应商法人授权书等材料，从而保证植入类医疗器械供应商的资质及产品质量。对于植入类医疗器械要建立采购和使用登记制度，记录应当包括企业名称、产品名称、原产地、规格型号、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、采购日期等，使用人员同时需要填写《惠山区人民医院植入物登记表》、确保可以追溯至每批产品的进货来源。

二、各临床使用科室操作人员严格按技术操作规范使用产品。综合保障科定期检查植入类医疗器械的使用和登记情况。

三、准入供应的植入类医疗器械在满足临床需求的情况下，任何人均应无条件地使用，如有质量问题应及时上报综合保障科及有关职能部门，按有关程序办理。

四、严禁各科室、部门将未经报批手续的植入类医疗器械进入我院临床使用，同时也不得以任何理由、名义向患者、患者家属介绍购买非我院供应的植入类医疗器械，患者自购的植入类医疗器械也不得应用于临床诊疗，临床确需使用而医院无替代产品，需临时使用的耗材，由临床科主任填报《急特需医用耗材临时采购审批表》，详细说明病例情况及应用理由，并提交至综合保障科。综合保障科接报后组织召开医学装备管理委员会临时会议，由医学装备管理委员会按流程审批通过后交至综合保障科采购员处进行一次性采购。

五、医务科、护理部、院感科及综合保障科共同负责植入类医疗器械不良事件的日常监

测工作，相关科室设立医疗器械不良事件兼职联络员。

六、一旦发生植入类医疗器械不良事件，所在科室要根据医疗不良事件需要及时对患者进行处理，尽可能使医疗器械不良事件的损害程度和后果降到最低程度，同时将医疗器械不良事件过程及对不良事件的分析处理意见以书面的形式上报医务科、与护理有关的医疗不良事件同时上报护理部，与器械有关者同时上报综合保障科。

七、医院对成功提交一起医疗器械不良事件报告的职工按医院奖惩制度给予一定奖励，对发现医疗器械不良事件应报告而未报告的科室和个人予以警告及适当经济处罚。

支持性文件：

1.《医疗器械使用质量监督管理办法》国家食品药品监督管理总局令第 18 号
2.《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》卫医管发[2010]4 号
3.《江苏省手术分级管理规范》苏卫医[2010]80 号
4.《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》国家市场监督管理总局令第 1 号文件
5.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-074	文件名称	一次性使用无菌器械管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.10

一次性使用无菌器械管理制度

为了加强我院一次性使用无菌器械的管理，确保使用安全，根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》、《一次性使用无菌医疗器械监督管理办法》等相关法规、制度要求，结合本院实际，制订本制度。

第一条　一次性使用无菌器械，是指无菌、无热原、经检验合格，在有效期内一次性直接使用的医疗器械。如一次性使用无菌注射器、一次性使用输液器、一次性使用输血器、一次性使用滴定管式输液器、一次性使用无菌注射器（针）、一次性使用静脉输液针、一次性使用塑料血袋、一次性使用采血器等。

第二条　一次性使用无菌器械的准入应严格遵守医用耗材准入管理制度；建立一次性使用无菌器械采购台帐，做好一次性使用无菌器械验收工作，采购验收记录应包括：购进产品的企业名称、产品名称、型号规格、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、原产地等。按照记录应能追查到每批无菌器械的进货来源及领用部门。

第三条　加强一次性使用无菌器械的仓储管理，根据日常用量计算合理库存，发放时遵循先进先出的原则，规范有效期管理，对超过有效期的产品必须进行换货或报废， 不得进入

临床使用环节。

第四条　使用部门若发现一次性使用无菌器械的小包装已破损、漏气或标识不清的，应立即停止使用、封存，及时上报综合保障科，由综合保障科按程序及时处理。

第五条　使用部门若发现不合格无菌器械，应立即停止使用、封存，并及时报告综合保障科，护理部、院感科，不得擅自处理。经验证为不合格的无菌器械，综合保障科应按程序及时报告院领导予以处理。

第六条　一次性使用无菌器械的销毁须按《医疗废物分类目录》进行分类处置：利器放入“利器盒”，其它一次性物品放入“黄色”医疗垃圾袋内，每日由后勤部门指定专人收集处理，登记并双方签名。严禁转让和买卖。

第七条　使用一次性使用无菌器械发生可疑不良事件时，应按规定及时报告江苏省食品药品监督管理局。

支持性文件：

1.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号
2.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号
3.《一次性使用无菌医疗器械监督管理办法》
4.《医疗废物管理条例》2011 修订-中华人民共和国国务院令第 588 号
5.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-075	文件名称	介入诊疗耗材购入、登记制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2023.04.10

介入诊疗耗材购入、登记制度

为了进一步加强介入诊疗耗材准入管理，满足临床工作需求，同时为了保障医疗安全和医疗质量，现对该类耗材的购入、使用登记制定以下制度。

一、组织机构：

1、前置论证小组：由院长、分管院长、医务科、财务科、审计监察科、综合保障科等相关人员组成：具体负责新品申请的初筛工作。

2、医学装备管理委员会：由院领导，相关职能科负责人、综合保障科相关人员及临床医技一级科主任组成：具体负责医用耗材的引进审批和相关管控工作。

二、准入流程：

1、综合保障科负责新品的申请登记工作。

（1）各申请科室到综合保障科领取《医用耗材申请表》，按要求填写完整后交综合保障科。

（2）供货商提供下列材料至综合保障科：生产企业的《医疗器械生产企业许可证》、营业执照、《医疗器械产品注册证（表）》，经营企业的《医疗器械经营企业许可证》、营业执照、产品授权书、进口产品中英文授权、产品彩页、样品。

（3）每份申请表仅限申报一种产品，填写不完整、不符合要求或材料不齐全的不予受理。

2、综合保障科、医用耗材前置论证小组负责耗材新品申请的初筛工作：

（1）综合保障科采购员负责审核新品耗材相关资质；

（2）财务科对收费状况进行审核；

（3）医用耗材前置论证小组结合上述审核内容对新品进行初筛；

3、医学装备管理委员会定期或不定期对初筛新品进行逐项讨论评审，参会专家采用实名投票方式，同意票数超过 2/3 以上视为通过审批。通过审批的品种即可正常采购。

4、新品耗材遴选原则：

（1）各项资质符合要求；

（2）具备物价收费标准，价格合理；

（3）医院及相关科室、人员具有使用该耗材相关技术的资质；

（4）开展临床诊疗新技术项目需由医务科准入；医学研究所需的医用耗材需先经科教科审核；

（5）国产产品、医保产品和同城招标中标产品优先考虑；

（6）较现有同类型耗材有明显的优越性和可替代性；

（7）同类型产品一般不超过三种，原则上国产、合资、进口各一种，保留优质和相对廉价的产品。

5、临床确需使用而医院无替代产品，需临时使用新产品的由临床主任打《急特需医用耗材临时采购审批表》，经管委会召开临时会议审批通过后，由综合保障科采购员一次性购买，临床方可使用。

三、介入诊疗耗材的采购、登记、使用

1、鉴于介入诊疗耗材的专业性强，使用的特殊性（往往术中才能确定使用哪种产品）等因素，这类耗材由介入科导管室指定专门人员经医院资源管理平台提出备货申请，供货商按备货申请备一定数量在导管室 ，导管室指定人员进行验收登记。

2、使用前办理知情同意手续→医护人员查验产品品牌标识、合格证、包装的完整性（发现产品质量可疑时立即上报综合保障科，必要时上报市药监部门，不得自行处理）→使用时

双人核对产品的规格型号、产地、批号、有效期、消毒或灭菌日期、价格等信息→使用后逐项填写《惠山区人民医院植入物登记表》→记账处理→将《惠山区人民医院植入物登记表》、耗材清单和发票一一对应→交综合保障科办理出入库手续。

3、不得违规重复使用一次性介入诊疗器材。

4、不可重复使用的一次性介入诊疗器材，使用后一律进行毁行，按照医疗废物流程处理，并进行相关登记。

5、严格执行国家物价、财务政策，按照规定收费。

四、监督管理

1、未通过审批的耗材，一年内不得再次申报。

2、未经正常申请程序，科室或个人自行购买、使用、或试用的耗材，医院将追究相关科室和个人的责任。

支持性文件：

1.《中华人民共和国招标投标法》2017 修订-中华人民共和国主席令第 86 号
2.《中华人民共和国政府采购法》2014 修订-中华人民共和国主席令第 14 号
3.《关于加强医疗机构高值医用耗材临床应用管理的意见》苏卫办医[2014]2 号
4.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-076	文件名称	不可重复使用的一次性介入诊疗器材使用流程	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.10

不可重复使用的一次性介入诊疗器材使用流程

介入诊疗器材实行零库存耗材管理模式，具体流程：

综合保障科进行资质证照审核存档→基础信息的计算机维护录入→供应商将耗材备库于介入导管室→专业人员进行验收完成登记记录→使用前办理知情同意手续→医护人员查验产品品牌标识、合格证、包装的完整性（发现产品质量可疑时立即上报综合保障科，必要时上报区药监部门，不得自行处理）→使用时双人核对产品的规格型号、产地、批号、有效期、消毒或灭菌日期、价格等信息→使用后逐项填写《惠山区人民医院植入物登记表》→记账处理→将《惠山区人民医院植入物登记表》、耗材清单和发票一一对应→交综合保障科办理出入库手续。

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-077	文件名称	医用耗材使用点评制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2018.07.01	修订时间	2021.04.10

医用耗材使用点评制度

为了进一步整治不规范医疗服务行为，合理使用医用耗材，对高值耗材实行监测，我院实行医用耗材点评制度。具体规定如下：

一、成立医用耗材临床应用监管点评专家领导小组，每季度召开一次医用耗材点评会议，从专家库中随机抽取专家参加点评会议。

二、每月月初，综合保障科汇总耗材使用数据，列出上月使用TOP10 的高值耗材明细（并附有其环比数据）发至使用科室，由使用科室对相应耗材使用情况进行原因自述；联合医务科，抽取部分高值病历进行点评，就相关情况报至点评专家领导小组；点评专家领导小组就异动情况进行讨论、分析、点评。医用耗材临床应用监管点评专家领导小组可对异动的耗材给出“熔断”、停用等处理办法。

三、点评结果将作为重要指标，纳入医院定期考核指标体系，作为相关人员、相关科室绩效考核和年度考核指标。建立相关奖惩体系，对开具不合理高值耗材的科室，以及未按规定审核进行使用不合理高值耗材的，按照相关规定严肃处理。

支持性文件：《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-078	文件名称	医用耗材档案管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2016.05.01	修订时间	2021.04.10

医用耗材档案管理制度

为了规范我院医用耗材档案的收集、整理工作，加强档案管理，有效地保护和利用档案，根据《中华人民共和国档案法》、《医疗器械监督管理条例》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》等相关法律法规要求，结合本院实际，制订本制度。

一、建立健全我院医用耗材的档案管理制度。建档应遵循一供应商一档的原则，按供应商编码编排，对档案材料实行动态、实时监控，及时更新。

二、档案内容：有关产品的全套资质材料，具体内容如下：

1、经营企业的《企业法人营业执照》、《医疗器械经营企业许可证》等复印件；

2、生产企业的《医疗器械生产企业许可证》（第一类医疗器械提供生产企业登记表） 和（或）《医疗器械经营企业许可证》等复印件；

3、医用耗材产品的《医疗器械注册证》和《医疗器械注册登记表》复印件；

4、《消毒产品生产企业卫生许可证》、消毒剂和消毒器械的卫生许可批件、检验报告等复印件；

5、原厂最新的编码报价单复印件；

6、生产企业或进口代理商开具的授权委托书复印件；

7、销售人员的生产（或经营）企业委托授权书、有效身份证复印件；

8、上述资质材料需生产（或经营）厂商加盖公章。

三、医用耗材档案由综合保障科相关人员负责收集整理。

四、院医学装备管理委员会会议讨论通过新增耗材的相关资料、院内招标、议标耗材的相关资料单独建档。

五、医用耗材档案一般不外借，如因特殊需要，必须借用时，应经综合保障科领导同意，需办理借阅手续，借出的档案材料，借用人要妥善保管，不得毁坏和遗失， 按期归还，如有损坏、遗失，由借用人负责。

六、档案管理期限为 20 年。

支持性文件：

1.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43 号
2.《中华人民共和国档案法》
3.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号
4.《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》卫医管发[2010]4 号
5.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-079	文件名称	医疗器械不良事件风险预警管理办法	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	制订	制定时间	2020.12.01	生效时间	2021.03.01

医疗器械不良事件风险预警管理办法

为规范我院医疗器械不良事件风险预警工作，保障医疗器械安全，根据《医疗器械监督管理条例》（国务院令第 650 号）等法规规定，制定本办法。

一、本办法中的医疗器械不良事件预警是指对不良事件监测中发现的风险信号进行调查、分析和评价，防控和处置医疗器械风险隐患的过程。

二、综合保障科指定专人负责我院医疗器械不良事件监测的日常工作，并收集整理医疗器械不良事件报告表，按规定及时通过国家医疗器械不良事件监测信息系统进行上报。

三、综合保障科根据不良事件的危害程度和影响范围等因素确定相应的干预措施：

（1）同一生产企业同一产品在相对集中的时间内发生 3 起以上同类一般不良事件；省、市医疗器械不良事件监测机构通报的器械预警信息中涉及到的品种，启动器械不良事件I级干预--院内预警。

（2）同一生产企业同一产品在相对集中的时间和区域，发生 3 起以上同类严重不良事件并且发生原因未明确前，启动器械不良事件II级干预--限制使用。

（3）导致死亡；导致或者可能导致机体功能的永久性伤害、机体结构的永久性损害或危及生命的个例不良事件；其他可能由设计、材料、生产、标记等缺陷导致的严重不良事件，启动器械不良事件III级干预--暂停使用。

四、综合保障科及相关科室应掌握国内外有关医疗器械不良事件报告的监测信息，及时向全院发布医疗器械使用安全信息警报，确保临床医疗器械使用安全。

五、奖惩措施。医院对成功提交一起安全事件的职工给予一定奖励；对隐瞒安全事件的科室一经查实后根据情节轻重追究责任。

支持性文件：

1.《医疗器械监督管理条例》2017 年 5 月 4 日国务院令第 680 号

2.《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》国家市场监督管理局令第 1 号

惠山区人民医院	文件编码	ZBK-SB-ZD-080	文件名称	供应商考核评价管理制度	适用范围	全院
	制定部门	综合保障科	制定人	朱启贯	内审人	祝浩刚
	制度内容	制订	制定时间	2021.12.01	生效时间	2022.03.01

供应商考核评价管理制度

为促使供应商提高自身管理水平，更好地服务医院：同时也为了我院能得到质优价廉、合法合规的产品及优质的服务，使合作双方达到双赢，根据《医疗器械监督管理条例》及我院对医用物资管理的要求，制定本制度，以对供应商进行评价、考核，保留优秀的供应商，淘汰考核不及格的供应商。

1、在日常工作中，采购人员、库房管理员若发现供应商有供货不及时、所供物资产品质

量存在问题、不能及时提供规定的相关证件、售后服务差、随意抬高供货价格、在经销活动中存在不正当竞争等行为的，应及时予以记录，并及时向科主任汇报。

2、综合保障科根据日常工作中发现、记录的问题，每年集中对供应商进行 1 次综合考核。耗材供应商考核包括产品质量、售后服务、信誉度三大项共 17 条考核内容；设备供应商考核包括安装培训、售后服务两大项 16 条考核内容。

3、供应商评价采用百分制，评价结果分为 85 分以上（含 85 分）为优秀、75～84 分为良好、60～74 分为合格、60 分以下为不合格。综合保障科依据考核细则对供应商作出最后评分，得分可高于 100 分。

4、供应商的考核成绩将作为下一年度是否继续合作的重要参考依据。对考核分未达到良好以上的供应商进行提醒，提醒后 3 个月内如无明显改善的，综合保障科积极寻找其他供应商，逐步减少与其合作；考核不合格的供应商 2 年内不再合作。

5、对发现有商业贿赂行为及涉嫌欺诈的供应商实行一票否决，按照医院与供应商签订的合同终止一切业务，并进行相应的处理。

十二、保卫科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-001	文件名称	保卫科工作制度	适用范围	保卫科
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2015.05.01	修订时间	2023.10.20

保卫科工作制度

为有效维护医院秩序，保证各项工作顺利进行，根据相关法律法规，结合我院的实际情况，制定以下制度：

一、在院长和分管院长的领导下，在上级有关部门的指导下，制定完善全院防火安全、保卫工作、人武工作制度及各类应急预案。

二、检查各科室治安消防保卫工作制度和措施的落实情况，对发现的治安消防安全隐患提出整改意见。

三、开展对全院职工（含学习、进修、实习、临时工）的安全和国防教育、防火技能培训。

四、以预防为主，积极侦破一般的治安案件，积极配合公安、消防部门的工作，防范各种事故的发生。

五、配合医务等科室处理各种纠纷。

六、加强对危化品、易燃易爆品、毒麻药品及放射物品的管理。

七、加强对于各种车辆的管理，确保院内道路畅通。

八、做好保安队的管理和指导工作。

九、积极完成上级部门和院领导布置的各项临时性工作。

参考文献：企业事业单位内部治安保卫条例，国务院颁布，2004-12-01 实施.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-002	文件名称	安全保卫管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2015.05.01	修订时间	2023.10.20

安全保卫管理制度

根据社会治安综合治理责任制原则，结合我院实际情况制定本规定。

1.治安保卫工作是医院管理的重要组成部份，由医院治安保卫职能部门负责组织、指导

各科室实施。医院各科室应自觉维护本单位的治安秩序，保障安全。

2.医院治安保卫职能部门指医院保卫科、各科室应将治安保卫工作纳入重要议事日程。

3.医院治安保卫工作的任务是建立健全治安保卫工作制度，落实治安防范措施，预防和减少违法犯罪，消除治安灾害隐患，保护医院资产和职工人身安全，维护医院正常的工作秩序。

4.医院各科室应根据本单位的具体情况落实防火、防盗、防破坏、防泄密的措施，主要履行以下职责：

（1）治安保卫工作应与业务工作同计划、同布置、同检查、同考核、同奖惩、同记录。

（2）经常开展社会主义法制和治安保卫工作的宣传教育，增强职工、群众的法制观念和自觉维护本单位治安秩序的意识。

（3）各科室的值班人员，在完成业务工作的同时，必须时刻注意本单位的安全情况，如发现异常，应及时报告安全保卫科。

（4）各临床科室应对本科室住院病员进行住院期间防火、防盗及探视制度等宣传。

（5）各科室保管使用的贵重精密仪器、设备及毒麻药品、放射性元素，应落实专人、专柜保管，严格执行交接登记制度。

（6）存放贵重精密仪器、设备、毒麻药品或放射性物质的房间应由专人保管钥匙；存放贵重物资集中的库房派员夜间守护。

（7）各科室在发生刑事、治安案件时，应立即向安全保卫科或“110”报警，并保护好案发现场。

（8）及时调解、沟通本科室职工参与的医疗和民事纠纷，化解各类矛盾，维护本科室正常的就医秩序。

（9）各科室主任应教育职工正确使用计算机，不得利用计算机网络，发布一切可能影响医院声誉或危害国家安全的任何信息。

（10）医院重点要害单位、涉密单位、重要岗位，一律不得录用有违法犯罪记录的人员。

（11）各科室应积极参加《医务人员人身安全管理制度》、《医务人员人身安全保障措施》、《江苏省常见涉医警情先期处置工作指引》的培训和演练。

（12）认真贯彻落实《医院消防管理规定》，落实本单位防火工作。

5、医院保卫科的主要职责

（1）监督各科室贯彻执行医院有关治安保卫工作的规定。

（2）检查各科室治安消防保卫工作制度和措施的落实情况，对发现的治安消防安全隐患提出整改意见。

（3）指导各科室治安保卫工作，并对各科室成员作相关培训。

（4）制定各种突发事件的处置预案，并组织全院职工进行必要的演练。

（5）适时向各科室通报治安情况，组织各科室实施有针对性的安全防范措施。

（6）维护院科正常的就医秩序、停车场安全运营及各类车辆的停放管理。

（7）总结和推广各科室治安消防保卫工作先进经验。

（8）调解院内职工间的民事纠纷，协助地方公安机关查处发生在院内的各种治安、刑事案件。

（9）对医院确定的重点要害部位，无专人值夜班的应实施定点守护，保障夜间重点要害部位的安全。

（10）协助维持医院各科室正常的工作秩序。

（11）对本院职工在工作区内，因人身财产安全受到侵害而求助的，应积极实施保护措施。

（12）遇突发事件积极组织医院安保力量按照《突发事件处置预案》和《江苏省常见涉医警情先期处置工作指引》应急处置，并配合公安、消防的执法部门的工作。

6、对执行本制度成绩突出的单位和个人，由医院予以表彰或奖励。

7、对违反本制度，忽视治安保卫工作的有关责任人，由医院予以批评教育，并依照《医院奖惩管理条例》处罚，造成重大责任事故构成犯罪的，交司法机关追究法律责任。

参考文献：《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-003	文件名称	消防安全管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2015.05.01	修订时间	2023.10.20

消防安全管理制度

医院是社会服务性的公共场所，医院具有人流密集、人群集中、人员流动的特点，从而直接增加了医院消费管理工作的难度，为了切实做好医院消防安全管理工作制定以下制度：

一、落实消防安全责任。医院应当依法建立并落实逐级消防安全责任制，明确各级、各岗位的消防安全职责。

1.医院的法定代表人为本单位的消防安全责任人，分管保卫工作的领导为本单位消防安全管理人。

2.消防安全责任人全面负责本单位消防安全管理工作，消防安全管理人负责组织实施日常消防安全管理工作，主要履行制定落实年度消防工作计划和消防安全制度，组织开展防火巡查和检查、火灾隐患整改、消防安全宣传教育培训、灭火和应急疏散演练等职责。

3.医院保卫科为本单位消防工作归口管理职能科室，在消防安全责任人或者消防安全管理人的领导下，具体实施消防安全管理工作。

二、开展防火检查。医院消防安全管理人应当每月至少组织各部门负责人开展一次防火检查。重点检查以下内容：

1.消防安全制度落实情况；

2.日常防火巡查工作落实情况；

3.重点工种人员及医护人员消防知识掌握情况；

4.消防控制室和消防安全重点部位的管理情况；

5.消防设施设备运行和完好有效情况；

6.电气线路、燃气管道定期检查情况；

7.消防设施维护保养情况；

8.火灾隐患整改和防范措施落实情况。

对发现的消防安全问题，应当督促整改。

三、开展防火巡查。医院应当每日组织开展防火巡查，并明确巡查人员、部位。

医院住院楼(部)、门诊部等白天应当每两小时至少开展一次防火巡查，住院楼(部)、急诊部夜间应当至少开展两次防火巡查，其他场所每日应当至少开展一次防火巡查。重点巡查以下内容：

1.用火用电用油用气有无违章情况；

2.安全出口、疏散通道是否畅通，安全疏散指示标志、应急照明是否完好；

3.消防设施、器材和消防安全标志是否在位、完整；

4.消防控制室和住院部、门诊部、药品库房、实验室、供氧站、高压氧舱、胶片室和锅炉房、发电机房、配电房、消防水泵房等消防安全重点部位人员是否在岗在位；

5.常闭式防火门是否处于关闭状态，防火卷帘下是否堆放物品影响使用；

6.工地施工操作结束后，清除遗留火种等杂物，发热源管理等的落实情况；

7.其他消防安全情况。

对巡查中发现的问题要当场处理，不能处理的要及时上报，落实整改和防范措施。

四、加强消防设施和消防控制室管理。医院应当依照规定对建筑消防设施、器材进行维护保养和检测，确保完好有效。设有自动消防设施的，可以委托具有相应资质的消防技术服

务机构进行维护保养和检测，且每年至少检测 1 次。建筑消防设施单项检查应每月至少 1 次，联动检查每季度至少 1 次。属于火灾高危单位的，应当每年至少开展 1 次消防安全评估，并针对评估结果加强和改进消防安全工作。

消防控制室应当实行 24 小时值班制度，每班不少于两人，并在明显位置张贴消防控制室管理制度和值班应急程序(见 GB25506-2010)。值班人员应持证上岗，掌握应急处置程序，能熟练操作消防设施设备。

五、规范消防安全标识。医院应当规范设置消防安全标志、标识。

消防设施、器材应当设置规范、醒目的标识，并用文字或图例标明操作使用方法；疏散通道、安全出口和消防安全重点部位等处应当设置消防警示、提示标识；主要消防设施设备上应当张贴记载维护保养、检测情况的卡片或者记录。

六、开展消防安全宣传教育。医院应当每半年至少开展 1 次全员消防安全教育培训。医护人员新上岗、转岗应当经过岗前消防安全培训。所有医护人员应懂得本单位、本岗位的火灾危险性和防火措施，会报警、会扑救初起火灾，会疏散逃生自救。

医院对入院治疗的病员和陪护人员应及时开展入院消防安全提示。

七、建立志愿消防队。医院应建立志愿消防队伍，并结合实际配备相应的消防装备和灭火器材，定期开展训练。

八、开展消防演练。医院应当制定灭火和应急疏散预案，明确每班次、各岗位人员及其报警、疏散、扑救初起火灾的职责，并每半年至少演练一次。

九、严禁下列行为：

1.使用未经消防行政许可或者不符合消防技术标准要求的建筑、场所；

2.违规新建、扩建、改建(含室内外装修、建筑保温、用途变更)；

3.采用易燃、可燃夹心彩钢板作室内分隔或搭建临时建筑；

4.擅自停用、关闭消防设施设备；

5.锁闭、遮挡安全出口，占用、堵塞疏散通道、消防车通道和消防扑救场地；

6.违规储存、使用易燃易爆危险品，病房楼内使用液化石油气；

7.私拉乱接电气线路，使用非医疗大功率用电设备；

8.室内吸烟和违章使用明火。

9.在门诊楼、住院楼的外窗设置铁栅栏等障碍物。

参考文献：

1、《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

2、卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-004	文件名称	消防工作制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	新增	制定时间	2023.10.20	生效时间	2024.01.20

消防工作制度

为了预防火灾和减少火灾危害，保护医务人员、病人的人身、财产安全，保障医院的诊疗活动等各项工作顺利进行，制定本制度。

一、认真贯彻《消防法》和上级有关消防工作的指示规定，将消防工作纳入医院保卫工作的一项重要任务。

二、抓好经常性的消防法规的宣传教育工作及防火常识教育。

三、按照谁主管谁负责的原则，逐级落实消防工作责任制和消防工作的各项规章制度。

四、协助领导、组织兼职消防队伍，抓好消防队伍的业务学习和训练工作。

五、按规定标准配足消防器材，固定专人管理，定期进行维修和更换药品。

六、发生火警、火灾，要立即报告消防支队，并积极组织扑救，事后要查明原因，提出处理意见。

七、经常组织防火安全检查，发现漏洞，及时督促整改。

八、消防安全是医院安全工作的重要组成总分，全院工作人员要高度重视，自觉遵守有关规定，保护消防器材，发现事故隐患要及时汇报。

九、院属各科室应按供电管理部门的要求，严禁使用大功率电器和乱接乱拉电线和私接电源。防止负荷过重引起火灾。

十、定期总结评比，表彰先进，推广经验。对违反规定者要给予批评教育或行政处分，造成事故的要追究相响应的法律责任。

参考文献：

1. 《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.
2. 卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-005	文件名称	医务人员人身安全管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2017.09.30	修订时间	2023.10.20

医务人员人身安全管理制度

近年来我国医疗体制改革过程中，医患关系不断恶化，在目前医患关系紧张的形势下为切实保障医务人员人身安全，有效预防医院工作中出现人身危害，制定本制度：

一、严厉打击“医闹”行为，维护医护人员的社会整体形象

严厉打击“医闹”是医院积极作为的一种表现。“医闹”现象一方面助长了歪风邪气，甚至让恶势力嚣张蔓延；另一方面极大的伤害了医护人员的工作激情。同时“医闹”也是社会的公害，坚决配合公安部门进行打击铲除。这样既能建立良好的医患关系，也维护了医护人员的社会整体形象。

二、加强医院安保力量，提高“三防”能力

建立一支强有力的安保队伍，是维持医院日常秩序，处理突发事件必要的保证。依靠高科技技术增强监控能力，布局全院监控网络，全天候随时关注实时情况，保证第一时间发出指令。建设完善安防基础设施，奠定安防基础，是整个安全保卫的基础，因而必须将安防预算、安防设计纳入医院工作计划中。“三防”的建设是医院安全保障的基础，因而不容忽视。

三、坚决打击收受“红包”，严格监管药品加价

医护人员收受“红包”是医疗系统长期以来的一个现象”，它严重损害了医疗系统的形象，更增加了群众的经济负担，更可怕的是让群众失去了对医生的信任，必须坚决遏制。同时，要加强对药品的监管力度，不能让医药代表干扰医院正常的药品采购行为，严查医院对药品擅自加价，对违规人员要严厉惩处。只有让群众对医护人员多一份信任，才会少一份积怨。

四、加强自身修养，注重人文关怀

医护人员不仅要掌握医疗技术，还要有良好的道德修养，尊重患者权利，并积极与患者沟通。由医德、医风恶劣造成的事故尽管不多，但是影响大，格外遭人痛恨和谴责。因此，医护人员的自身修养就显得格外重要。虽然生老病死是常态，但对患者也需要给予关心、关怀。让患者感受到正能量，保持良好的心态，以客观的态度对待疾病，形成医患双方构筑和谐的医患关系。

五、加强工作人员在诊疗环境中人身安全防护教育。要求医务人员本人加强防护，增强自身安全防护意识，培养良好的工作习惯，积极参加医院组织的《突发事件处置预案》和《江

苏省常见涉医警情先期处置工作指引》等应急演练。

六、 在有发生人身危害事件苗头时，应及时向医院保卫科和相关领导报告，同时采取相应措施做好自身防护。

七、 人身伤害事件发生后保卫科应组织人员保护好现场，及时调查事件发生的原因和事件性质，查明人员伤害情况，并及时向 110 报警做好事故调查处理工作。 对已受伤害的医务人员给与以合理的治疗。

参考文献：

1、《基本医疗卫生与健康促进法》，2020-06-01 实施.
2、《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-006	文件名称	兼职消防队组织管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	新增	制定时间	2023.10.20	生效时间	2024.01.20

兼职消防队组织管理制度

为规范我单位兼职消防队组织建设，提高兼职消防队的火灾处置能力，制定本规定。

一、兼职消防队队员由管理人员及员工组成，统一由医院保卫科负责管理。

二、明确兼职消防队队长、队员及职责分工。

三、保卫科对兼职消防队每季度至少进行一次培训。

四、保卫科每半年组织兼职消防队员进行一次灭火和应急疏散演练。

五、兼职消防队员要服从保卫科的统一调度、指挥、根据分工各司其职、各负其责。

六、根据人员变化情况对兼职消防队员及时进行调整、补充。

七、培训主要内容包括：

1、防火、灭火常识，消防器材的性能及适用范围。

2、消防设施、器材的操作及使用方法。

3、火灾扑救、组织人员疏散及逃生方法。

4、火灾现场的保护。

5、宣传消防知识的能力。

参考文献：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-007	文件名称	防火检查、巡查制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第1次）	制定时间	2015.05.01	修订时间	2023.10.20

防火检查、巡查制度

一、防火巡查、检查由消防安全责任人、管理人、保卫科负责人组织各部门进行。（消防安全重点部门应当进行每日防火巡查，其他部位应当至少每月进行一次防火检查）。

二、防火巡查、检查人员在进行巡查、检查时必须佩戴统一制作的证章。

三、防火巡查人员应当及时纠正违章行为，妥善处置火灾危险，无法当场处置的，应当立即报告。发现初起火灾应当立即报警并及时扑救。对巡查、检查发现的问题责令其当场改正，不能当场改正的下达限期改正通知书。

四、防火巡查、检查应当填写巡查、检查记录。保卫科检查人员和被检查的消防安全责任人应当在巡查、检查记录上签字，存档备查。

五、防火巡查应当包括以下内容：

1、用火、用电有无违章情况；

2、安全出口、疏散通道是否畅通，安全疏散标志、应急照明是否完好；

3、消防设施、器材是否保持正常工作状态，消防安全标志是否在位、完整；

4、常闭式防护门是否关闭严密；

5、消防设施管理、值班人员是否在岗在位；

6、开放结束或下班后，清除烟头、发热源等杂物情况；

7、其它需巡查的情况。

六、防火检查应包括以下内容：

1、火灾隐患整改及纠正、预防措施落实情况；

2、安全疏散通道、疏散标志、应急照明和安全出口情况；

3、消防水源状况；

4、消防设施正常情况，灭火器材、消防安全标志设置和功能状况；

5、重点工种人员及其它员工消防知识掌握情况；

6、消防安全重点部位的管理情况；

7、消防控制室值班情况和设施运行情况；

8、防火巡查开展情况；

9、其它需要进行防火检查的内容。

参考文献：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

2.卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-008	文件名称	火灾隐患整改制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2017.09.30	修订时间	2023.10.20

火灾隐患整改制度

一、单位对存在的火灾隐患，应当及时予以消除。在日常防火检查中发现下列违反消防安全规定的行为，单位应当责成有关人员当场改正并督促落实：

1、违章进入生产、储存易燃易爆危险物品场所的；

2、违章使用明火作业或者在具有火灾、爆炸危险的场所吸烟、使用明火等违反禁令的；

3、将安全出口上锁、遮挡，或者占用、堆放物品影响疏散通道畅通的；

4、消火栓、灭火器材被遮挡影响使用或者被挪作他用的；

5、常闭式防火门处于开启状态，防火卷帘下堆放物品影响使用的；

6、消防设施管理、值班人员和防火巡查人员脱岗的；

7、违章关闭消防设施、切断消防电源的；

8、其他可以当场改正的行为。

二、对不能当场改正的火灾隐患，消防管理人员应当根据本单位的管理分工，及时将存在的火灾隐患向单位的消防安全管理人或者消防安全责任人报告，提出整改方案。消防安全管理人或者消防安全责任人应当确定整改的措施、期限以及负责整改的部门、人员，并落实整改资金。

三、在火灾隐患未消除之前，单位应当落实防范措施，保障消防安全。不能确保消防安全，随时可能引发火灾或者一旦发生火灾将严重危及人身安全的，应当将危险场所停产停业整改。

四、火灾隐患整改完毕，负责整改的部门或者人员应当将整改情况记录报送消防安全责任人或者消防安全管理人签字确认后存档备查。

参考文献：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

2.卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-009	文件名称	灭火和应急疏散预案演练制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2017.09.30	修订时间	2023.10.20

灭火和应急疏散预案演练制度

为使员工在发生火灾时能够有序组织扑救和人员疏散，将伤亡和损失减少到最低限度，根据公安部颁发的《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》的要求，结合医院的实际情况制定本制度。

1、单位应当成立由消防安全责任人、管理人、归口管理职能部门负责人等组成的灭火和应急疏散预案演练领导小组。

2、演练领导小组有指挥组、灭火行动组、通讯联络组、疏散引导组、安全防护救护组组成。

3、领导小组根据单位实际制定灭火和应急疏散预案，每半年组织员进行一次演练。

4、预案演练组织中的各个小组成员按照各自的职责分工每半年进行一次培训。

5、灭火和应急疏散预案组织中的各级、各类人员，必须按照演练的统一要求，在规定的时间内，到达指定位置。

6、演练时，应当设置明显标识并事先告知演练范围内的人员，避免造成恐慌而引发踩踏等安全事故。

7、演练结束，总结经验，做好演练小结和评价工作。

8、对通过演练暴露出的问题，由消防安全归口管理职能部门根据演练领导小组提出的意见，对预案进行修改完善。

参考文献：《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-010	文件名称	消防安全教育培训制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2017.09.30	修订时间	2023.10.20

消防安全教育培训制度

一、单位全体员工每年进行二次消防安全培训。

二、新上岗和进入新岗位的员工须进行上岗前的消防安全培训。

三、新开班的实习生、见习生必须进行消防安全培训。

四、下列人员应接受消防安全专门培训：

1、单位的消防安全责任人、消防安全管理人；

2、兼职消防队管理人员；

3、消防控制室的值班、操作人员；

4、其他依照规定应当接受消防安全专门培训的人员。

五、培训内容：

1、有关消防法规、消防安全制度和保障消防安全的操作规程；

2、各部门、各岗位的火灾危险性和防火措施；

3、有关消防设施的性能、灭火器材的使用方法；

4、报火警、扑救初起火灾以及自救逃生的知识和技能；

5、组织、引导在场宾客疏散的知识和技能。

六、消防监控室值班操作员应进行专业培训，考试合格持证上岗。

七、培训方式：

1、由保卫科组织召集对全体员工的培训；

2、邀请消防部门专业人员授课；

3、结合本年度消防演练，组织培训；

4、通过制作墙报、宣传栏、贴图画等方式进行消防安全教育。

八、根据不同部门的实施情况和工作需要，对其员工进行有针对性的培训。

九、因工作需要员工换岗前进行再教育培训。

参考文献：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

2.卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-011	文件名称	消防设施器材维护保养管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	制订	制定时间	2015.05.01	修订时间	2015.08.01

消防设施器材维护保养管理制度

一、为保证消防设施设备的正常运行，单位必须加强日常的消防设施设备维修保养工作。

二、消防设施必须经具有资质的检测机构检测合格，并经消防验收合格。

三、必须配备责任心强、具有较高专业知识人员负责消防设施设备的维修保养工作，其它无关人员不得随意维修保养消防设施设备。

四、消防值班人员应每日对消防控制设备进行检查，发现异常情况立刻通知维护人员处理，并做好记录。

五、应当委托具有消防设施维护保养能力的单位，定期对消防设施设备维护保养出具月报告书。

六、必须定期将火灾探测器送专业清洗维护部门进行一次全面清洗。

七、应当对消防设施设备按照规定时间进行维修保养。

八、在安全状况下，任何单位与个人未经许可严禁动用消防安全设施及其附件和线路。因检修、建筑装修和改造确需移动、更换消防安全设施时，必须事先向所在单位保卫科报告，经批准后方可施工，竣工后必须负责将消防安全设施恢复原状。

九、在院内运输与搬运物资过程中，应注意周围消防安全设施，以免碰撞损坏。如因不慎损坏消防安全设施，应及时报告消防控制中心。负责维护保养的保卫科有权要求损坏方恢复原状或进行赔偿，并视情节轻重追究其相应责任。

十、消防安全设施周围，严禁堆放各类物品。

十一、消防报警探头下方 80cm 内，严禁存放物品。

十二、有报警探头、喷淋系统、气体灭火系统、排烟设施的室内装修隔断应事先报所在单位保卫科审核，严禁因增建隔断或房中房破坏消防设施的保护格局。

十三、严禁在消防管网和喷淋头上吊挂杂物及景片等物品。

十四、自动消防设施的操控设施周围应保持清洁、畅通，不能进行遮挡或堵塞。

十五、严禁用热源、发烟物品靠近报警探头、喷淋系统等自动消防设施。

十六、防排烟系统风口周围严禁堵塞或存放易燃易爆物品及杂物。

十七、防火门应保持工作状态，不得擅自改变。

十八、严禁在防火门周围和防火卷帘下堆放杂物，以免妨碍正常使用。

十九、严禁在消火栓、水泵接合周围停放车辆和摆放物品。

参考文献：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

2.卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-012	文件名称	消防水泵房管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	制订	制定时间	2015.05.01	生效时间	2015.08.01

消防水泵房管理制度

一、消防水泵房应当落实专人管理，定期检查保养和维护，保持室内清洁。

二、严格执行设备操作规程，每日对消防泵房进行巡查，检查配电控制柜电源、供水管道阀门、压力表等相关设施确保处于正常工作状态；检查消防水泵自动巡检记录是否存在异常。每月手动启动水泵不少于一次，保持高位消防水箱（楼顶）、消防水池、气压水罐等储水充足，稳压泵正常运行。

三、消防水泵房的消火栓泵和喷淋泵配电控制柜控制转换开关正常情况下应置于自动控制状态位置。保持系统出水管网及管道阀门常开，水泵类别、水流方向、阀门开启状态、配电柜开关状态等标识清晰，配电柜开关处于自动（接通）状态。

四、禁止无关人员进入泵房和操作水泵房内设备，严禁擅自关停设备和阀门。

五、设备投入使用后应保证其处于正常运行或准工作状态，不得擅自断电停运或长期带故障工作。

六、建立故障报告和故障消除登记档案。发生故障，应当及时组织修复，因故障、维修等原因，需要暂时停用系统时，应当经单位消防安全责任人批准，系统停用时间超过 24 小时的，在单位消防安全责任人批准的同时，应当报当地公安机关消防机构备案，并采取有效措施确保安全。

参考文献：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

2.卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-013	文件名称	监控室管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2015.05.01	修订时间	2023.10.20

监控室管理制度

一、监控室人员应服从医院领导，值班人员应坚守岗位，认真履行岗位职责，严格落实各项规章制度、规定和安全操作规程，24 小时做好日常监控工作，确保监控系统的正常运

行。

二、监控室人员爱护和管理好消控、监控室的各项装备和设施，严格操作规程，不得无故中断监控，删除监控资料，确保监控系统的正常运作。

三、监控设备系统发生故障时，应做好登记，及时报修。

四、无关人员未经许可不准进入监控室。严禁携带易燃、易爆、有毒的物品进入控制室。工作人员、病人及其家属到监控室查询情况，必须经医院领导同意方可进入监控室。

五、公安、司法等外来人员到监控室查询情况，必须出具单位有效介绍信，经医院领导同意后方可进入监控室查询，如对方要拷贝资料，监控室必须同时拷贝一份存档。

六、接到一键式报警信号或日常监控工作中，发现异常情况应立即通知附近保安前往查看。

七、严禁利用监控设备从事与工作无关的事。不准在监控室聊天、玩耍，不准随意摆弄机器设备。

八、监控人员要严守保密制度，不准将监控系统的功能、监控情况向他人透露。不得在监控室以外的场所议论有关录像的内容。

九、保证室内环境和监控设施整洁。室内严禁烟火，水杯应放置在远离电器设备的地方。

参考文献：《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-014	文件名称	消防控制室管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2015.05.01	修订时间	2023.10.20

消防控制室管理制度

一、附设在建筑内的消防控制室，宜设置在建筑内首层或地下一层，应采用耐火极限不低于 2 h 的防火隔墙和 1.5 h 的楼板与其他部位分隔，开向通道的疏散门应采用甲级防火门，且应直通室外。

二、消防控制室内的设备构成及其对建筑消防设施的控制与显示功能以及向远程监控系统传输相关信息的功能，应符合现行国家标准 GB 50116 和 GB 25506 的规定。

三、消防控制室应实行每日 24 h 专人值班制度，每班不应少于 2 人，值班人员应取得建（构）筑物消防员证书。

四、值班人员应熟悉本单位消防系统及联动设备的工作原理，能够排除一般故障。对于不能排除的故障，应立即请专业技术人员及时进行修复。

五、熟悉本单位的火灾报警程序及事故处理程序。一旦出现报警，应立即通知火灾报警地点附近工作人员前往确认，同时通过监控系统查看报警部位情况。

六、每班应认真填写《消控室执勤记录本》。

七、消防控制室必须安装外线电话、墙上必须悬挂消防井、水泵接合器、室内消火栓位置图、火灾应急处置流程、消防维保单位公示牌及必要的相关制度、证件。

八、消防控制室应采取防水淹、防老鼠等措施。

九、严禁无关人员进入消防控制室，随意触动设备。

参考文献：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

2.卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-15	文件名称	消控中心值班制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2015.05.01	修订时间	2023.10.20

消控中心值班制度

1.严格遵守劳动纪律，不迟到、不早退，值班人员按时交接班，做好值班记录以及消防巡查、发现问题处置、事故处理等情况的交接手续。无交接班手续，值班人员不得擅自离岗。填写《监控室值勤记录本》应完整，字迹清晰，保存完好，双人签字。

2.严禁脱岗、串岗、集中精力实施监控。发现消防设施运行故障问题时，应及时采取措施并报告主管负责人。

3.消防监控中心为消防重地，非经允许严禁入内，并按规定做好相关保密及来员登记工作。

4. 确认火情时，应立即报告保卫科，并按预案迅速紧急处理，并拨打 119 火警电话通知公安消防部门。

5.保持监控中心内清洁，严禁室内吸烟，搞好包干区的卫生。

参考文献：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施.

2.卫生健康系统消防管理制度实施标准（锡卫安保〔2020〕8 号）.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-16	文件名称	监控录像管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	制订	制定时间	2015.05.01	修订时间	2015.08.01

监控录像管理制度

1.相关部门及个人因工作需要须查看监控录像资料，应经部门领导、分管领导同意，办理相关手续后，方能到监控室进行查看并做记录。

2.查看录像需讲明原因，说明要查看的时间、地点及相关内容，由监控室操作人员进行查看后，将结果反馈给查看者。

3.公安机关人员因办案、取证、需要查看中心监控录像资料，必须出具有效介绍信，并得到保卫科及分管领导同意，办理相关手续后方可查看。

4.凡查看的录像资料，监控室工作人员应把查看的具体时间和情况进行记录并将相关影像资料进行备份，以备以后查阅。

5. 监控室监控录像资料不得外借、转存，如遇特殊情况须借监控录像资料的，应经保卫科和分管领导同意或批准，监控室同时做好借用登记。

6.监控室工作人员对监控工作中发现的有关问题和监控录像内容，应遵守保密原则，不得外泄，违者将视情节严重给予相应处罚。

参考文献：《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-18	文件名称	危险品管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	新增	制定时间	2023.10.20	修订时间	2024.01.20

危险品管理制度

一、各种易燃、易爆危险品的储存，必须有专库（柜）、专人负责保管。

二、危险品库房必须设置相应的通风、防火、防爆、防潮、防静电等安全设施。

三、化学危险品入库前，必须进行检查登记，入库后应定期检查，防止泄漏，受潮和被雨水浸湿。

四、危险品应分类堆放，特制是性质相抵触的物品（如浓酸与强碱），灭火方法不同的物品，应该隔离储存。

五、危险品要实行严格的领用制度，做到领用登记手续齐全。

六、危险品的包装和封口应做到经常检查，如有破损渗漏，必须立即进行安全处理。

七、在危险品库内开启装有易燃、易爆物品的容器时，严禁使用能够产生火花的工具。

八、危险品库内严禁明火。

九、危险品库内搬运要轻拿、轻放、防止震动、撞击、重压、倾倒和摩擦。

十、定期检查危险品库内电气、照明设备。

十一、危险品库房必须安装防盗防火装置。

参考文献：《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施.

惠山区人民医院	文件编码	BWK-ZD-19	文件名称	药品类易制毒化学品管理制度	适用范围	全院
	制定部门	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	祝浩刚
	制订内容	新增	制定时间	2023.10.20	修订时间	2024.01.20

药品类易制毒化学品管理制度

一、为加强药品类易制毒化学品管理，防止流入非法渠道，根据《易制毒化学品管理条例》（以下简称《条例》）和《药品类易制化学品管理办法》制定本管理制度，规范我院药品类易制毒化学品管理。

二、药品类易制毒化学品是指《易制毒化学品管理条例》中所确定的麦角酸、麻黄素等物质。

三、凭麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡购买药品类易制毒化学品单方制剂和小包装麻黄素的；按规定购买药品类易制毒化学品标准品、对照品的；可豁免办理《购用证明》。

四、药品类易制毒化学品禁止使用现金或者实物进行交易。

五、购买药品类易制毒化学品应逐批验收并记录，实行双人验收，并验收到最小包装，出库应当双人复核，做到账物相符。购进药品的记录必须真实、完整，其内容包括：药品的通用名、商品名、剂型、规格、批号、有效期、生产厂商、药品批准文号、供货单位、购进数量、购进日期、价格、发票号码等内容。购进记录应保存至超过有效期一年以上。

六、医疗机构应当设置专库或者在药品仓库中设立独立的专库（柜）储存药品类易制毒化学品。专库应当设有防盗报警设施，专柜应当使用保险柜，专库和专柜应当实行双人双锁管理。

七、药品类易制毒化学品入库应当双人验收，出库应当双人复核，做剂账物相符。

八、药品类易制毒化学品应建立专用帐册，专用帐册保存期限应当自药品类易制毒化学品有效期期满之日起不少于 2 年。

九、临床各科在使用药品类易制毒化学品时，应严格掌握用药适应症、用法用量、疗程，注意药品不良反应，确保患者用药安全、有效、经济。

十、发生药品类易制毒化学品被盗、被抢、丢失或者其他流入非法渠道情形的，应当立即报告当地公安机关和县级以上地方食品药品监督管理部门。接到报案的食品药品监督管理部门应当逐级上报，并配合公安机关查处。

十一、对过期、损坏做药品类易制毒化学品应当登记造册，并向所在地县级以上地方食品药品监督管理部门申请销毁。食品药品监督管理部门应当自接到申请之日起 5 日内到现场监督销毁。

参考文献：《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施.

十三、公共卫生科管理制度

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-001	文件名称	传染病疫情报告管理制度	适用范围	全院
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订（第 5 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

传染病疫情报告管理制度

根据《中华人民共和国传染病防治法》和上级有关文件规定，为实现我院传染病报告率、及时率均达到 100%，提高我院传染病报告管理工作质量，特制定如下制度：

1、各门诊科室均应设立电子版门诊日志，各临床专科应建立电子版住院病人出入院登记本。所有门诊、住院部、检验科、放射科均应建立传染病上报登记本。

2、门诊日志应由临床医生填写，项目齐全、信息准确。病名项目应填写诊断的病名，不能填写症状。如属法定报告传染病，各个项目均应填写完整，且住址要求详细到村门牌号。门诊日志 14 岁以下（包括 14 岁）儿童均应填写家长姓名。每位患者均要正确填写身份证号码，14 周岁以下患儿如没有身份证号码则填写其监护人的身份证号码。

3、门诊或住院部临床医生在诊断法定报告传染病时应完善门诊病历中患者信息或住院病案首页患者信息、填写电子版传染病报告卡、传染病上报登记本，并及时上报公共卫生科的疫情管理专职人员。

4、检验科、放射科医生检出阳性结果应与临床医生相互沟通，按规定将传染病疫情及时上报公共卫生科的疫情管理专职人员，并有传染病阳性结果登记本。

5、保证网络直报有专用电脑，专人负责，专人报告，保持网络和信息通畅。疫情网报专用电脑的管理要严格遵循疫情网报电脑管理制度。公共卫生科要落实专人负责传染病疫情报告管理和网络直报工作。公共卫生科疫情专职管理员要负责管理好分配给单位的疫情信息查询帐号及密码，如发现帐号和密码信息泄露要及时报告院领导和市疾病预防控制中心，并及时采取补救措施。

6、公共卫生科疫情管理员在预防保健管理系统看到电子传染病报告卡后应对卡片进行审核，核实无错项、漏项、逻辑错误后，按规定及时进行网络直报，避免迟报。发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、病人或疑似病人时，或发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，应于 2 小时内将传染病报告卡通过网络报告，如遇特殊情况未能实行网络直报的应于 2 小时内以最快的通讯方式（电话、传真）向市疾病预防控制中心报告，并于 2 小时内寄出传染病报告卡；发现其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者，应于诊断后 24 小时内进行网络报告，如遇特殊情况未能实行网络直报的应于

24 小时内寄送出传染病报告卡。

7、公共卫生科疫情管理员要经常督促检查各科室传染病疫情上报工作，每天至少四次（上、下午各两次）定时查看预防保健管理系统中各科传染病报告情况，并定时查看帆软报表中门诊登记本和出院病人登记本，筛查有关传染病的诊断，发现漏报、错报要及时补报或予以修正。公共卫生科疫情管理员应每天将经过审核的电子传染病报告卡打印后交由报告医师手工签名后按规定保存。

8、质量控制：疫情管理小组每月对传染病疫情报告情况进行一次自查。定期对本院各临床科室电子门诊登记、住院登记、检验登记、放射登记、各科室（包括公共卫生科）传染病报告记录和传染病疫情报告情况等进行自查，并把自查监测情况及时向本院领导汇报，对存在问题落实整改措施。本院领导每次检查和处理结果记录资料要保管齐全、整洁，随时接受检查。各科室应按要求予以整改，发现传染病漏报应及时进行补报。

9、落实奖惩制度，对不按规定报告者按医院传染病管理奖惩措施扣发个人奖励性绩效工资，并由医院传染病自查小组检查督促整改到位。杜绝院内传染病的漏报、迟报、错报现象。

10、每年组织全院医护人员学习《传染病防治法》和上级有关文件精神，提高医务人员对传染病报告重要性的认识，共同做好疫情报告工作。对新上岗、新调入医务人员要及时进行传染病报告知识的岗前培训，通过考核后方可上岗。

11、疫情报告资料管理：传染病报告卡、传染病登记本必须保存 3 年。疫情资料要存放于加锁的柜内并由防保科疫情管理员专人保管，疫情管理员要做好疫情资料的安全保密工作，不得随意对外泄露疫情资料；未经单位领导批准，不得将疫情资料复制或借出。疫情保密性文件或资料的存档和销毁，应经单位领导批准，统一按有关规定处理。

12、疫情报告资料利用：每月对本院报告的疫情进行一次动态分析。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-002	文件名称	传染病预检分诊制度	适用范围	门诊部、急诊科、 感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 5 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2022.01.25

传染病预检分诊制度

为加强传染病管理，根据《医疗机构传染病预检分诊制度》规定，特制定医院传染病预检分诊制度。

1、设立感染性疾病科，包括发热门诊和肠道门诊，并根据要求区域相对独立，有明确标

识，通风良好，流程合理，具有消毒隔离条件和必要的防护用品。

2、在门诊一楼大厅和急诊科入口处设立相对独立、空气流通的预检分诊台，由经过传染病相关知识培训的医务人员根据患者流行病学史和症状、体温，将腹泻、不明原因发热、有流感样症状患者分诊后由专人引导至感染性疾病科相应诊室就诊。

3、各门诊医师在接诊过程中，应当注意询问病人有关的流行病学史、职业史，结合病人的主诉、病史、症状和体征等对来诊的病人进行传染病的预检。对需要转传染病医院的患者立即转传染病医院，同时做好登记和报告工作，并在接诊处采取必要的消毒措施。

4、根据传染病的流行季节、周期和流行趋势做好特定传染病的预检、分诊工作。在接到国家卫生健康委员会和省人民政府发布特定传染病预警信息后，设立相对独立的针对特定传染病的预检处，引导病人首先到预检处检诊，初步排除特定传染病后，再到相应的普通科室就诊。

5、对呼吸道等特殊传染病病人或者疑似病人，依法采取隔离或控制传播的措施，按照规定对病人的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察和其他必要的预防措施，发放并指导病人佩戴医用外科口罩、指导实施正确的手卫生。

6、确诊传染病病人或疑似传染病病人立即转传染病医院并按照市卫生行政部门的规定使用专用车辆。

7、感染性疾病科和分诊点应当采取标准防护措施，工作人员采取一级防护，必要时采取二级防护，严格执行手卫生规范，按照规范严格消毒，并按照《医疗废物管理条例》的规定处理医疗废物。

8、公共卫生科定期对医务人员进行传染病防治知识培训，培训应当包括传染病防治的法律、法规以及传染病流行动态、诊断、治疗、预防、职业暴露的预防和处理等内容。

9、从事传染病预检、分诊的医务人员应当严格遵守卫生管理法律、法规和有关规定，认真执行临床技术操作规范、常规以及有关工作制度。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-003	文件名称	感染性疾病科工作制度	适用范围	感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 5 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2022.01.25

感染性疾病科工作制度

1、科室工作人员熟悉传染病防治的法律、法规及专业知识（包括流行动态、诊断、治疗、

预防、职业暴露的预防和处理等），经医院考核合格后方可上岗。

2、认真执行消毒隔离制度。科室布局、分区合理，人流、物流无交叉、无逆流，门锁实行双门互锁，所有物品、区域的标识与标志明确、清楚。保持室内清洁卫生，洁、污物品分开放置。

3、对疑似/传染病进行分类隔离，未确诊病人一律实施单间隔离，并采取及时、正确的救治措施。

4、严格按照《医院感染管理规范》和《消毒技术规范》对科室的设施、设备、医用物品等进行消毒。工作人员在工作区采取标准预防措施，着装应正确、规范，视情况采取相应的防护级别，并能正确使用防护用品，穿脱过程符合规范要求。医护人员每诊疗、护理一个病人和接触污染物品后，应严格按照手卫生规范及时进行手的清洗和／或消毒，必要时戴手套。感染性疾病科工作人员应为就诊的呼吸道发热病人提供医用外科口罩。

5、严格执行《医疗废物管理条例》，认真做好医疗废物的分类收集、封口、交接、转运、终末处理等工作。

6、认真贯彻执行《传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》，指定专人负责传染病报告工作。医务人员必须了解、掌握传染病病种及分类、不同传染病的报告时限和内容要求，及时、准确进行疫情报告。要及时在内网填写传染病报告卡，将传染病信息报公共卫生科或医院行政总值班，并与医院感染管理科沟通。必要时，可直接向区卫生健康委员会和疾病预防控制机构报告。对排除传染病的，要及时修正报告。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-004	文件名称	临床观察病区工作制度	适用范围	感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2022.01.25

临床观察病区工作制度

1、在传染病突发公共卫生事件临战状态下根据上级指令开设临床观察病区，凡在各社区卫生服务中心、卫生院发热门诊、腹泻门诊等就诊后，经确定为临床观察病例的，转入我院集中临床观察病区留观（我院分设在感染性疾病科一楼和二楼）。

2、集中留观病例用专用救护车转送。临床观察时间一般不超过 72 小时。临床观察期间由专家组作出明确诊断后，按规定程序处理。

3、由医院医务科制定接诊处置预案，成立医疗组、护理组、院内专家组、院前急救组、

综合保障组、院感控制组、公共卫生组、信息管理组，严格遵守消毒隔离制度，病区双通道、区域设置合理，清洁区、潜在污染区、污染区三区分明，人流、物流无交叉、无逆流。

4、配置必备的医疗急救设备、药械和消毒设施。

5、临床观察病区医师早、晚各查房一次，重症随时查看。值班医师每日查房 2 次，及时修订诊疗计划。

6、值班医师要严密观察病情变化，及时开具医嘱、填写观察病历，随时记录病情变化和处理经过，认真做好交接班。

7、负责观察的值班护士，要随时主动巡视病人的病情、生命体征变化和输液、给氧等情况。发现病情变化，立即报告医师并及时记录。

8、加强基础护理，预防并发症的发生。

9、专家组定期查房，及时确诊或排除诊断。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-005	文件名称	发热门诊工作制度	适用范围	感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 5 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

发热门诊工作制度

为加强我院对突发公共卫生事件的应急处理能力，根据《中华人民共和国传染病防治法》和国务院《突发公共卫生事件应急条例》以及防控“传染性非典型肺炎”、“人感染高致病性禽流感”、“手足口病”、“H7N9 禽流感”、“新型冠状病毒感染”等传染病期间政府发布的相关法律、法规，制定我院发热门诊工作制度，具体要求如下：

1、感染性疾病科建立相对独立的“发热门诊”，配有专用观察室和隔离室，配备培训合格的有临床经验的相关领域医务人员。

2、医务人员必须准时上岗，中途不得擅自离岗。

3、进入发热门诊就诊的患者应在医务人员的指导下戴好医用外科口罩，病患离去后立即进行消毒隔离。

4、诊室应有专人负责保持清洁，必须保证通风良好，必要时进行空气消毒。

5、医务人员采取严格的消毒隔离措施，加强个人防护，接触疑似病人后要及时更换全套防护物品。

6、医务人员防护、设备消毒、污染物品处理等按卫生行政部门相关文件执行。

7、值班医师要认真做好门诊工作日志、传染病登记及相关病例报告登记表的登记工作。

8、做到“早发现、早报告、早隔离、早治疗”，有效控制疫情；严格执行首诊负责制，不得以任何理由推诿、拒收病人。对每个发热病人必须首先进行详细的流行病学资料收集及认真检查，根据流行病学资料、症状和体征、实验室检查和肺部影像学检查综合判断，进行临床诊断，避免漏诊。

9、严格执行疫情报告制度，一旦出现可疑病人，在第一时间内进行隔离观察、治疗（一人一室），并立即向医务科和疾控中心报告，及时会诊，以免延误病情。

10、严格执行交接班制度。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-006	文件名称	发热门诊值班制度	适用范围	感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 6 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

发热门诊值班制度

为确保在第一时间发现、不明原因肺炎、不明原因发热病人或疑似病人，加强对发热病人的追踪观察，根据市、区卫生健康委员会文件的有关要求，经院部办公会讨论，对我院的发热门诊建立 24 小时值班制度，具体规定如下：

1、必须保证 24 小时有医师值班。

2、值班人员应坚持在岗在位，不得离岗串岗，甚至脱岗。

3、值班人员对接诊的发热病人均应按要求做好登记工作。

4、对诊断明确的发热病人应做好定期追踪观察工作，对未住院治疗的发热病人每天至少应追踪观察 2 次，直至体温正常或症状消失，并要做好追踪观察记录。

5、对诊断未明的发热病人应在临时隔离病室就地单间隔离，并同时请会诊。

6、做好交接班工作，做到不漏诊一例、不漏报一例。

7、每一位医务人员必须按规定做好个人防护。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-007	文件名称	肠道门诊工作制度	适用范围	感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 5 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

肠道门诊工作制度

根据《中华人民共和国传染病防治法》及其实施办法、《无锡市惠山区霍乱防治控制预案》的相关要求，特制订本制度。

1、成立霍乱防治领导小组及抢救小组、院内感染控制组。

2、开设时间：每年 4 月 1 日至 10 月 31 日。

3、开设要求：专室、专人、专桌、专用登记本，设立必备的抢救箱、消毒箱、采样箱。

4、开展监测：加强主动监测工作，密切注意重点人群的检索，如发现疑似病人及流动人口、渔船民、来自疫区的腹泻病人、餐饮行业服务人员进行重点采样。对与进食有关的腹泻病人及时填写“食源性疾病报告卡”，要求各项信息尤其是进餐史齐全、正确。

5、登记采样：认真做好腹泻病门诊病人的登记信息收集工作，要求详细登记姓名、性别、年龄、地址（具体到门牌号），外来人口要同时登记详细户籍地址及现住址，14 周岁以下儿童要登记父母姓名，并填写准确的联系电话。采取先采样后用药的原则。

6、采样数量：要求采样检索率不得低于肠道门诊病人的 15%；采样人数大于辖区人口的 0.1%。对食源性疾病病人要求予以正确留样，及时送检。

7、疾病报告：掌握诊断标准，发现法定传染病及时报告，卡片填写完整；疑似霍乱病人立即通过电话、网络、传真等形式进行报告，同时填写电子报告卡，时间不得超过 2 小时。公共卫生科每周一上午将腹泻病人门诊数及霍乱培养数上报疾控中心。如接诊到聚集性腹泻病人应及时上报公共卫生科。

8、消毒隔离：门诊应做好早晚二次常规消毒工作，包括地面、器械、使用后物品、腹泻病人呕吐物及容器等。发现疫情随时消毒，门诊医生做好一诊一消毒，消毒后及时登记在专用消毒登记本上。腹泻病人全部归口治疗，使腹泻病人 100%在腹泻病门诊就诊治疗。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-008	文件名称	食源性疾病监测、报告工作管理制度	适用范围	感染性疾病科、急诊科、儿科、消化内科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 5 次）	制定时间	2014.04.01	修订时间	2023.02.01

食源性疾病监测、报告工作管理制度

1、分管院长祝浩刚全面负责食源性疾病监测工作，公共卫生科、首诊医师具体负责监测工作，公共卫生科负责组织对相关科室临床医师、护理人员和检验科工作人员的全员培训工作。

2、消化内科、儿科、急诊科等科室为食源性疾病监测、报告的主要责任科室，临床医生必须按规定做好腹泻病人登记工作，要求项目齐全，住址应具体到门牌号，并留详细联系方式，不得有缺项、漏项。

3、医院全体工作人员应熟悉食源性疾病上报程序。临床医生在诊疗活动中，发现其接诊的病人符合监测对象中食源性疾病疑似病例时，应立即通过 HIS 系统行政监管“食源性疾病报告卡”模块采集主要临床症状、饮食暴露史，包括可疑食品名称、进食地点、购买地点等、诊断结论等信息，保存提交后逐级审核。

4、医院公共卫生科、县区疾控、市疾控各自在 24 小时内完成三级审核程序。

5、开展样本检测的医疗机构在采集和报告病例信息的同时，根据临床表现采集生物标本并及时进行相应致病因子的检验。检验结果阳性的，应在检验结束后 1 个工作日内登陆系统填报实验室检验结果。

6、接诊医生发现食源性疾病聚集病例时，应及时向公共卫生科报告，公共卫生科人员核实相关信息，发现符合监测对象中食源性聚集性病例后，填写《疑似聚集性食源性疾病处置记录表》于 24 小时内向所在地县级卫生健康行政部门报告；如发现重要食品安全隐患、 可能构成需启动应急预案的食品安全事故时，应在核实后 2 个小时内报告。首诊医生应及时联系公共卫生科、检验科等相关科室，做好标本采集保存，做好登记、抢救记录等资料保存。

7、公共卫生科每月对各相关科室采集的食源性疾病病例数进行通报，对监测工作中存在的问题及时予以反馈，促进监测工作的提高。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-009	文件名称	传染病消毒隔离制度	适用范围	感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2022.01.25

传染病消毒隔离制度

1、感染性疾病科应分清洁区、污染区、潜在污染区，疑似/传染病的病人与穿隔离衣的医务人员不得进人清洁区、潜在污染区。

2、医务人员进人污染区应戴工作帽、穿工作衣和隔离裤、换工作鞋，医护人员进行查房、操作、治疗、护理工作时应穿隔离衣，必要时戴防护面罩和乳胶手套、穿防护服。医务人员的手接触病人的排泄物或查体、治疗、护理后，应严格进行手卫生。

3、每日两次用消毒毛巾湿扫床铺、擦拭床头柜，严格执行一床一巾和一柜一巾；每日二次用消毒液拖擦地面；病人离院后用消毒液擦拭床、床头柜、设备带、输液架等物品和地面，用双循环高电压多功能空气消毒器对物体表面和空气进行每日消毒。

4、检验采血应严格执行一人一管一针一带一巾，防止交叉感染。

5、严格管理、使用一次性医疗用品和各种消毒液，无菌物品、清洁物品、污染物品不得混放，不得出现过期物品和消毒液。

6、凡被污染的可复用物品或医疗用品必须按照《医疗机构消毒技术规范》和《消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术规范》进行处理。

7、病人出院带回的衣物及病床上用过的被褥等进行紫外线照射消毒。

8、病人尽可能使用一次性便器，非一次性的使用后含氯消毒液浸泡消毒。

9、患者三餐在订餐后由食堂工作人员配送到清洁区，再由医务人员送给患者，使用一次性餐具。

10、原则上不设陪护，危重病人需陪护时，由经治医生批准后办理陪护证，进入传染病病区的陪护人员要穿隔离衣、戴外科口罩，接触病人后要洗手。

11、病人的排泄物和分泌物经消毒后流入下水道后，经污水处理达到消毒要求后才能排放。

12、清洁区、潜在污染区、污染区的清洁用具（布巾、地巾）严格分区分色使用，不得出现交叉。

13、感染性疾病科所产生的生活垃圾均按感染性废物处置，各类别医疗废物应正确分类收集，严密封口，使用双层医疗废物包装袋，经消毒后放置在污物通道口待医疗废物转运专职人员收取。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-010	文件名称	发热门诊消毒隔离制度	适用范围	感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2022.01.25

发热门诊消毒隔离制度

1、医护人员接触病人时必须佩戴医用外科口罩和一次性医用帽，口罩尽可能 4 小时更换、遇潮湿或污染随时更换，必要时穿隔离衣、医用防护衣、戴 N95 口罩、乳胶手套、穿鞋套。

2、医护人员每次接触病人后应立即洗手或手消毒。

3、诊疗器械的消毒：

体温表使用后，用 500-1000mg/L 含氯消毒剂浸泡 30 分钟，用清水冲洗晾干备用；听诊器、血压计等物品，每次使用后应立即 75%乙醇擦拭消毒；防护眼镜和眼罩使用后用 500-1000mg/L 含氯消毒液浸泡 30 分钟后，用清水冲洗晾干备用；监护仪使用后用 75%酒精擦拭。

4、地面和物体表面消毒：

发热门诊、隔离间、与疑似患者接触的所有相关房间的地面要湿式拖扫，必要时用 500-1000mg/L 含氯消毒剂拖地，桌子、椅子、床头柜、门把手等可用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。

5、空气消毒：

门诊诊室应通风良好，特别是加强自然通风对流。在无人情况下，用移动式紫外线灯进行消毒，每天上午和下午各 60 分钟；在有人情况下，用双循环高电压多功能空气消毒器进行消毒，每天上午和下午各 60 分钟。

6、运载病人的交通工具及用具消毒：

救护车运载病人时应尽量开窗通风，病人离车后，应立即对车内空间及担架、推车等物品用用 500-1000mg/L 含氯消毒剂进行喷雾消毒，作用 30 分钟。

7、使用后的一次性隔离衣、口罩、帽子、手套及其他生活垃圾立即放入医疗垃圾桶内，并加盖，避免污染其他环境。医疗废物包装袋应为双层，达 3/4 满时应规范封口，并与专职运送工人做好交接、签名工作；使用后脏污医用织物用桔红色专用医用织物垃圾袋（双层）密封后送脏污织物暂存间。

8、痰盂：排泄物——加 2 倍量浓度为 10000mg/L 含氯消毒液；呕吐物——加 1/5 量干漂白粉，搅匀后加盖作用 2 小时再倒入厕所；便器以 1000mg/L 有效氯消毒液浸泡 30 分钟，然后用清洁剂刷洗干净，再浸泡于 500mg/L 有效氯消毒液浸泡 30 分钟，取出冲洗干净后晾干备

用，消毒液每日更换一次。

9、病人转院后对房间严格进行终末消毒处理并作好登记工作。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-011	文件名称	肠道门诊消毒隔离制度	适用范围	感染性疾病科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

肠道门诊消毒隔离制度

1、肠道门诊和观察治疗室医务人员要相对固定，并进行上岗培训，熟悉《传染病防治法》及霍乱防控、食源性疾病监测相关要求。

2、医务人员进、出肠道门诊时，必须严格按要求做好个人防护工作，应佩戴圆形工作帽、医用外科口罩，穿好工作服，必要时穿隔离衣、戴医用手套，并定期进行更换、清洗、消毒，遇有潮湿或严重污染时应立即更换。

3、医务人员应按照“两前三后”的手卫生时机严格执行手卫生制度，速干手消毒剂应注明开启日期、在规定时间（根据说明书要求）内有效使用。

4、肠道门诊根据规范划分清洁区、污染区和潜在污染区，诊室内桌椅、门把手、电脑键盘、诊察床等物体表面每天要进行擦拭消毒，诊察床使用一次性床单、每人更换，用过的可复用诊疗器械应进行消毒，每天下班前对地面、墙壁等用含氯消毒剂进行消毒，室内空气每天用双循环高电压多功能空气消毒器进行消毒。

5、配备必要的消毒用品，对就诊病人要做好隔离诊治工作，对患者排泄物、呕吐物要先进行消毒处理后再倾倒。检查发现霍乱及可疑霍乱患者后，要立即更换隔离衣、床单，并进行全面终末消毒。

6、严格无菌操作，检验后的样品要先进行压力蒸汽灭菌处理后再用黄色医疗废物垃圾袋盛放。

7、设置防蝇设施，积极开展消灭蚊蝇活动。

8、肠道门诊产生的所有废物均应按照医疗废物处理，用双层黄色垃圾袋盛放。

附：肠道门诊消毒规范

1、传染病病人餐具：选择使用一次性餐具。

2、痰盂：排泄物——加 2 倍量 10-20%漂白粉乳液；呕吐物——加 1/5 量干漂白粉，搅匀后加盖作用 2 小时再倒入厕所；便器以 1000mg/L 有效氯消毒液浸泡 30 分钟，然后用清洁

剂刷洗干净，再浸泡于 500mg/L 有效氯消毒液浸泡 30 分钟，取出冲洗干净后晾干备用，消毒液每日更换一次。

3、拖把：有明显标记，严格分区使用，达 20m2（不超过）更换一布巾。使用后密闭盛装在专用污染转运箱送医院集中清洗中心消毒处理。

4、血压计：袖带如被体液污染，在清洁的基础上使用含有效氯 500mg/L 的消毒液浸泡 30 分钟后清洁干净，晾干使用。

5、听诊器：在清洁的基础上用 75%乙醇擦拭消毒。

6、口表：500-1000mg/L 含氯消毒剂浸泡 30 分钟→冷开水冲洗干净→擦干备用。

7、接触传染病病人后手的消毒：

（1）双手直接处理传染病人污物后，皂液和流动水洗手→速干手消毒剂消毒双手。

（2）连续进行检查、治疗和护理病人时，每接触一位病人后，如手部无明显污物时都应用速干手消毒剂消毒双手，如手部有可见污物时应用皂液和流动水洗手、再用速干手消毒剂消毒双手。

（3）接触污染物品、微生物实验室操作后手的消毒：医护人员接触污染源之前，应戴好一次性手套或乳胶手套，然后进行操作，操作后脱手套后再用皂液和流动水洗手。

8、肠道传染病病原污染手和皮肤的消毒：先用流动水冲洗干净污染物，再采用含有效碘 500mg/L 的碘伏擦拭作用 3-5 分钟。

9、环境物体表面的消毒：地面受病原菌污染时，用有效氯 1000mg/L 消毒液拖地或喷洒地面；对霍乱弧菌污染的用 1000-2000mg/L 有效氯作用 30 分钟消毒；墙面受到病原菌污染时，采用化学消毒剂喷雾，一般为 2-2.5m 高。

病房各类用品表面消毒：

（1）用 1000mg/L 有效氯擦拭或喷雾；

（2）每日紫外线照射 30 分钟以上。

床单位的消毒：采用床单位臭氧消毒器进行消毒。

10、衣被：用双层橘红色专用包装袋严密包扎后统一送洗涤公司消毒、洗涤，在包装袋外应注明是感染性织物。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-012	文件名称	检验科诊治疑似/传染病病人时工作制度	适用范围	检验科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2022.01.25

检验科诊治疑似/传染病病人时工作制度

1、传染病突发公共卫生事件应急处置期间，应严格执行消毒隔离制度，每天两次对室内地面和空气进行消毒。切实落实标准预防措施，正确穿戴和使用防护用品。使用自助机打印检验报告单。

2、使用合格的一次性用品，一次性用品使用后应及时处理。

3、使用后玻片、标本容器、吸管、试管、培养皿、其他玻璃器皿和需要保存的细菌标本等应按照高度危险性废物处置，需经高压灭菌后再按照医疗废物处置，使用双层医疗废物包装袋密闭包装。

4、如有传染性物质洒于桌面或地上，必须按照医院《地面或物体表面被污染后的清洁与消毒方法》进行处理。

5、工作服被污染，应立即将工作服小心脱下，用橘红色专用医用织物包装袋严密封扎后送医院使用后脏污织物暂存处，按“感染性织物”送洗涤公司集中处理。

6、含有各种传染病的血液、体液等溅洒于皮肤、黏膜表面应立即先用肥皂和流动的水或生理盐水冲洗。含有各种传染病的血液、体液等溅入口腔、眼睛等部位，立即用清水或生理盐水长时间彻底冲洗。必要时立即冲淋沐浴。

7、对各种有毒化学试剂和放射免疫试剂，应用后要做相应的无害化处理、存放，防止污染环境。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-013	文件名称	影像科诊治疑似/传染病病人时工作制度	适用范围	影像科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2022.01.25

影像科诊治疑似/传染病病人时工作制度

1、要求病人佩戴医用外科口罩，技术员严格按二级防护要求正确穿戴防护用品，与病人保持 1 米以上距离，每个病人检查结束需严格执行手卫生，避免交叉感染。

2、加强 X 线防护，辐射安全防护设施配备齐全，引导病人的技术员在指导病人摆放体位

后不进入控制室，在专用机房外等候。保持机房与控制室之间铅门始终密闭，由不与病人接触的影像科其他技术人员进行遥控操作。

3、有专用 X 线机，用数字化平板摄片；必要时设立专用 CT 机房，并有独立通道与感染性疾病科相连。每个病人检查结束后需用 75%酒精对机器、片匣等进行消毒，用含氯消毒剂对地面、检查床等物表进行擦拭，必要时用紫外线灯进行空气消毒 30 分钟，并由工作人员对上述终末消毒处理进行记录。

4、使用专用洗片机，胶片及报告放在专用袋内，由技术员负责送到感染性疾病科，避免病人直接接触。

5、使用 PACS 系统传输影像到医生工作站，写报告的影像科诊断医生无需特殊防护。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-014	文件名称	超声科诊治疑似/传染病病人时工作制度	适用范围	超声科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2022.01.25

超声科诊治疑似/传染病病人时工作制度

1、传染病突发公共卫生事件应急处置期间，应严格执行消毒隔离及防护制度，健全科室感染防控。

2、工作室内应保持清洁、整齐和安静；工作人员在工作期间应按规范着装，实施标准预防措施。

3、各项超声检查必须由临床医师详细填写申请单，包括病史、体征及阳性的实验室检查资料，并说明检查目的、要求及部位。

4、符合急诊要求的急诊病例，当日及早安排；危重患者应随到随查，有临床医师陪同，并携带有关急救用品；有专用机房和机器供疑似/传染病病人检查。

5、技术人员防护要求：应按二级防护要求执行，每个病人检查结束后要严格洗手，每个病人必须佩戴外科口罩。若发现临床诊断病人和疑似病人，立即彻底消毒机器和环境表面，并用紫外线灯进行空气消毒；工作人员手卫为流动水洗手后再速干手消。

6、使用 PACS 系统传输影像到医生工作站，写诊断报告的医生无需特殊防护。由专人负责将纸质报告送达感染性疾病科。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-015	文件名称	预防接种用生物制品（疫苗）管理制度	适用范围	药剂科、产科病区、急诊科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2022.01.25

预防接种用生物制品（疫苗）管理制度

1、疫苗等生物制品实行专人专账管理，从事生物制品管理的人员须经培训，熟悉和掌握生物制品的管理要求。

2、按要求制定生物制品年度和月使用计划并及时报告，确保预防接种服务的需要。

3、按要求建立完整的出入库登记台账和领发等手续，记录完整、手续齐全。

4、疫苗采购、进货、领发、存储和使用严格执行《疫苗流通和预防接种管理条例》和《疫苗储存和运输管理规范》等要求，做到渠道合规、质量保证。

5、购进和接收疫苗时，要检查和收存生物制品批签发检验报告书，同时核实和收存生物制品在途运输温度记录和“疫苗运输温度记录表”。

6、生物制品出入库前要核对、登记“预防接种单位生物制品和接种器材出入库登记表”。真实、完整填写疫苗名称、生产企业、批号、疫苗属性、剂型、规格、有效期、批签发合格证明编号、出入库日期、出入库类型、来源/去向、出入库数量、接收人和经手人签名等信息，并按要求录入信息系统，做到票、账、货、款一致。

7、接收时，对资料不全、符合冷链运输温度要求的生物制品，可在接种单位按要求暂存、资料齐全后方可接收。如发现温度异常，应填写“疫苗储存和运输温度异常情况记录表”，并按规定处理。对包装无法识别、超过有效期、不符合储存温度要求、来源不明和资料不全的生物制品，不得接收入库。

8、生物制品入库前要核对疫苗存储温度，确保疫苗按规定温度要求存储与放置。对验收合格的疫苗，应按照规定对每个独立包装盒进行扫码入库，立即储存于各科室的疫苗专用医用冰箱内。每月从系统中导出冷链设备温度记录表存档保存。

9、生物制品应按品种、批号、有效期分类码放。对近效期疫苗（效期≤60 天）应当给予紫色标记，近效期疫苗（效期≤30 天）应当给予深红色标记。疫苗要摆放整齐，疫苗与箱壁、疫苗与疫苗之间应留有 1-2cm 的空隙。疫苗不应放置在冰箱门内搁架上，不可贴壁放置。

10、生物制品出库时要遵循先进先出、近有效期先出的原则，避免和减少报废。

11、每月盘点生物制品库存，严格检查有效期，做到实物、账册、信息系统三者相符，盘库中发现的报废疫苗按报废疫苗管理制度执行。

12、对包装无法识别、超过有效期和来源不明等疫苗，及时清点、登记，并填写“报废

疫苗登记单”，用回收医疗废物专用容器（利器盒）封存，并张贴警示标识和标签，待报废疫苗不得继续放置在冷链设备中保存。

13、将需报废疫苗应统一回收至区疾病预防控制中心按规定统一销毁，并填写“报废生物制品转运单”和“预防接种单位生物制品报废登记表”一式两份后留存。

14、生物制品相关资料和记录要保存至超过有效期 2 年，报废疫苗回收销毁等记录至少保存 5 年。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-016	文件名称	冷链设备与温度监测管理制度	适用范围	药剂科、产科病区、注射室
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 5 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

冷链设备与温度监测管理制度

1、各相关科室指定专人负责疫苗专用医用冰箱、冷藏箱和温度监测设备的管理、保养、维修和监测工作。

2、建立健全冷链设备档案，及时准确录入信息管理系统，并对疫苗储存、运输设施设备运行状况进行记录。

3、应定期评估医院内冷链设施设备状况，结合冷链设备使用年限、预防接种工作需要等情况，制定冷链设备补充、更新需求计划，报告区卫生健康委和区疾病预防控制中心并逐级上报。

4、冷链设备要有专门房屋安置，保持通风，避免阳光直射，远离热源。每台设备安装专用接地插座（三相电源），不可与其他设备或电器共用。

5、冷链设备应建立自动温度监测系统，定期对监测系统进行测试并保存测试记录，以保证系统正常运行。每月从系统中导出冷链设备温度记录表存档保存。

6、定期对温度监测设备检验，保证测温设备运行正常、测温准确。

7、按要求做好冷链设备的使用管理，定期清洁保养。

8、过期或报废疫苗、其它生物制品以及与疫苗无关的物品不得置于正常存储疫苗用冷链设备中。

9、对冷链设备进行温度监测记录，每天上、下午各 1 次人工温度记录（间隔不少于 6 小时），并按要求填写冷链设备温度记录表。

10、对冷链设备定期检查、维护和更新，保证设备的良好状态，确保其符合规定要求。

冷链设备的报废、报损、变价、转让或无价调拨，应由责任人填写申请单，经部门领导同意并上级主管部门批准。

11、冷链设备出现故障应及时维修，并做好设备维修记录。

12、发现冷链设备运行异常时，应及时处置，必要时应将疫苗转移至正常运行的冷链设备中。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-017	文件名称	疫苗安全接种制度	适用范围	药剂科、产科病区、注射室
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 5 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

疫苗安全接种制度

1、按《江苏省预防接种单位规范设置标准》、《预防接种工作规范》和《预防接种单位操作手册》要求，做到环境安全、接种者安全、受种者安全。

2、落实专人负责，预防接种前和接种后要做好接种场所地面、台面、空气和器械消毒灭菌，现场清理整洁，器物摆放到位，并按要求做好记录。

3、接种区应放置感染性废物垃圾桶（用于投放使用后棉签和已去除针尖的注射器）、利器盒（用于投放使用后注射器针尖和玻璃安瓿）以及废弃疫苗收集器等，并做到正确分类存放。过期、报废和废弃等疫苗不得与有效期内使用疫苗混放。

4、使用后的医疗废弃物和报废、废弃疫苗按要求指定专门位置临时存放，有明显警示标识，并按规范要求处理，做好相应登记和交接发手续。

5、预防接种人员接种疫苗时应持证上岗，按预防接种工作规范、无菌技术操作规程、正确接种方法、免疫程序、疫苗使用指导原则和接种方案进行预防接种。

6、执行预防接种前询问诊制度，详细询问受种者健康状况，严格掌握疫苗禁忌症。

7、在实施接种前，应当告知受种者或其监护人所接种疫苗的品种、作用、禁忌、不良反应以及注意事项，签预防接种知情同意书。

8、接种疫苗时严格执行**“三查七对一验证”**，无误后予以接种，并正确做好接种记录。

9、预防接种所使用疫苗要保证质量和可追溯。严禁不合格疫苗用于接种。活疫苗开启后超过半小时卡介苗为减毒活疫苗、灭活疫苗开启后超过一小时未用完应废弃。

10、预防接种使用合格的一次性注射器，做到“一人一针一管一用”，用后及时分类，投放到相应的医疗废物包装袋和容器内。

11、用 75%酒精做好接种部位消毒，接种部位、方法正确。每日接种完毕后，应及时清点疫苗、一次性注射器、消毒用品和急救器械等，按要求处理。

12、在注射过程中防止接种者和受种者被针头误伤。如被污染的注射针头刺伤，应立即清洗刺伤部位，并采取其他处置措施。注射器等锐器和其它医疗废弃物应放于受种者不能触及位置。

13、严格执行疫苗接种后 30 分钟留观制度，出现不良反应应及时解释、沟通、报告、登记和处置。

14、预防接种所用疫苗、注射器及有关消毒药械等来源正规、在有效期内使用，并及时做好相应的进销存登记工作。

15、预防接种人员要加强自身防护，做好相关疫苗暴露前疫苗接种。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-018	文件名称	狂犬病暴露处置门诊工作制度	适用范围	急诊科、注射室
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 5 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

狂犬病暴露处置门诊工作制度

1、依据《疫苗流通和预防接种管理条例》的有关规定，经区卫生健康委批准，承担本责任区域内的狂犬病暴露处置工作，接受区疾病预防控制中心的技术指导。

2、根据狂犬病暴露处置工作的需要，制定狂犬疫苗购买计划，报区疾病预防控制中心；建立并保存真实、完整的接收、购进疫苗记录。

3、严格遵守疫苗储存、运输、使用管理规范，定期检查、维护和更新冷链设备，保证疫苗质量。

4、预防接种工作人员必须经上级相关部门的专门培训，熟悉预防接种相关知识，掌握预防接种相关技术，考试合格后持证上岗，预防接种证一律上墙公示。门诊工作人员要对狂犬病暴露者按照暴露情况依照卫生部《狂犬病暴露后处置工作规范(试行)》进行规范处理，同时告知暴露者或其监护人暴露级别及处理意见（包括所需接种疫苗、免疫球蛋白（血清）的品种、作用、禁忌、不良反应以及注意事项）、询问受种者的健康状况以及是否有接种禁忌等情况，并如实记录告知和询问情况。详细填写“狂犬病暴露者知情同意书”，留底存档。接诊医师如实填写电子版《狗咬伤处置登记表》，要求项目齐全、信息准确；护理人员按照规定做好狗咬伤病人疫苗注射登记工作和注射后留观登记本，注射时严格执行无菌技术操作

规程和三查七对一验证一观察制度（三查：检查受种者健康状况和接种禁忌证，检查门诊病历上医生医嘱、核对收费发票及卡片，检查疫苗、注射器外观与批号、效期； 七对：核对受种对象姓名、年龄、疫苗品名、规格、剂量、接种部位、接种途径；一验证：预防接种工作人员与受种者或儿童家长“双方”确认无误后接种；一观察：受种者接种后留观 30 分钟，并做好留观记录；）。医生、护士同时在江苏省预防接种综合服务管理信息系统内填写患者信息、疫苗接种记录等内容；给患者注射的每一针次均须经过扫码、确保每位患者使用的每一支狂犬病疫苗追溯码的唯一性，做到与信息系统中疫苗出库批号完全一致。

5、认真开展与狂犬病暴露处置相关的宣传、流行病学调查、应急处置、预防接种反应报告处理等工作，并依照卫生行政部门规定作好记录；做好狂犬病暴露处置资料的档案化管理。

6、收集所有门诊资料，并及时统计上报。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-019	文件名称	狂犬病暴露预防处置门诊冷链管理制度	适用范围	急诊科、注射室
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2022.01.25

狂犬病暴露预防处置门诊冷链管理制度

1、狂犬疫苗必须在规定的温度（2－8℃）条件下保藏，做好医用冰箱每日冰箱内温度和室温登记（上、下午各一次，间隔不少于 6 小时）。严禁使用过期或冷藏失效的生物制品。

2、为了确保疫苗质量，实行狂犬疫苗的统一进购管理，必须在惠山区疾控中心进购狂犬疫苗；不得以任何理由擅自到除区疾控中心外的其它渠道进购疫苗。药剂科疫苗管理员按照规定做好疫苗出入库记录，并在江苏省预防接种综合服务管理信息系统中填写相关信息。

3、医用冰箱统一安装电子温度探测仪并与相关疫苗管理人员手机相连，如管理员接收到温度异常信息应立即通知工作人员到现场查看并处理，如有停电则应记录停电日期、起止时间及来电时冰箱温度。

4、冰箱严禁存放私人物品及其它非生物制品。

5、冰箱安有专用保险丝、专用插座，必要时安装冰箱保护器。

6、冷链设备定期除尘去污，保持整洁卫生。

7、注射室工作人员负责每天到药剂科领送疫苗，并做好双方登记交接记录及现场接种，按要求正确使用冷藏设施，以确保疫苗效价。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-020	文件名称	新生儿预防接种工作制度	适用范围	产科病区
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

新生儿预防接种工作制度

1、预防保健科负责全院的预防接种管理工作，产科病区负责预防接种工作。预防接种工作人员必须经上级相关部门的专门培训，熟悉预防接种相关知识，掌握预防接种相关技术，考试合格后持证上岗。

2、产科设立预防接种室，按照《预防接种工作规范》的要求，为出生 24 小时内的新生儿进行乙肝疫苗、卡介苗的接种。

3、严格按照接种规范要求，向受种者监护人做好接种前告知，签署知情情意书。接种时做到三查七对一验证一观察【三查：检查受种者健康状况和接种禁忌证，查对住院医嘱及注射单，检查疫苗、注射器外观与批号、效期；七对：核对受种对象姓名、年龄、疫苗品名、规格、剂量、接种部位、接种途径；一验证：预防接种工作人员与受种者或儿童家长“双方”确认无误后接种；观察接种后是否出现接种反应】。每次接种应及时填写接种二联单签署知情同意书，一份病历留存，一份交受种者监护人，同时作好记录，签字备查，并及时将相关数据录入江苏妇幼健康信息和江苏省预防接种综合服务管理信息系统。

4、严格掌握接种适应症，对因有接种禁忌而不能接种的受种者，预防接种工作人员应当对受种者监护人提出医学建议，并在病程录中(增加)做好记录。

5、严格执行无菌技术操作规程，操作时应戴口罩、帽子，做好手卫生，防止医源性感染。

6、严格按照《预防接种工作规范》的要求进行疫苗接种，做到接种部位准确、剂量准确、途径准确。

7、做好疫苗领用登记，配备专用冰箱，建立冰箱温度监测记录。每天上、下午记录冰箱温度各一次。按规定的温度分开放置卡介苗与乙肝疫苗，不得混放。

8、配备应急使用的药械，对发生的接种反应要及时上报区疾控中心并进行处理。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-021	文件名称	新生儿疫苗和冷链管理制度	适用范围	产科病区
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第3次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2022.01.25

新生儿疫苗和冷链管理制度

1、疫苗实行专人管理，供应渠道严格执行：省—市—区—接种点。健全疫苗领发保管制度，建立疫苗领发台账，疫苗的出入账物相符，登记必须有疫苗的名称、数量、生产厂名、批号、失效期、进出数量、结余数量、领取人、备注等。

2、根据现行的免疫程序，本院的新生儿出生人数、疫苗的损耗系数等制订疫苗计划，及时将用苗数量报上级疾病预防控制机构。

3、疫苗的运输、贮存和使用要严格按照有关的温度要求进行。按照疫苗的品种、批号分类整齐码放，疫苗药盒之间、与冰箱冰柜壁之间均应留有冷气循环通道。分发使用疫苗按照“先短效期、后长效期”和同批疫苗按“先入库，先出库”的原则，存放要整齐，包装标志明显，疫苗之间留出冷气循环通道。

4、健全冷链设备管理制度，建立冷链设备台账，记录各种设备的品名、型号、到货时间、数量；建立设备运转与维修记录簿，记录发生故障与维修情况。疫苗过期应及时做好报损手续。疫苗管理员在江苏省预防接种综合服务管理信息系统做好扫码出入库记录。

5、冷链设备做到专人管理，定期保养，建立维修、温度记录。冷链设备要有专人保养，经常擦拭保洁。医用冰箱统一安装电子温度探测仪并与相关疫苗管理人员手机相连，每日2次（上、下午各一次，间隔不少于6小时）观察记录医用冰箱内温度和室温。如管理员接到医用冰箱温度异常信息应立即安排疫苗管理员到现场查看并处理，如有停电则应记录停电日期、起止时间及来电时冰箱温度。

6、冷链冰箱应安放在干燥、通风、避免阳光直射、远离热源的地方，后部要留有空间，底部要垫搁架，电源线路与插座应专线专用。

7、新生儿疫苗专用医用冰箱仅专用于贮存疫苗，任何单位和个人不得挪用，存放疫苗的冰箱严禁存放其他物品和过期疫苗，近效期疫苗应在醒目位置单独存放。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-022	文件名称	35周岁以上首诊病人测血压制度	适用范围	全院各临床专科、急诊科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第3次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2021.02.01

35周岁以上首诊病人测血压制度

1、临床各门急诊医务人员必须对年满35周岁以上首诊病人进行血压测量。

2、应严格按照血压测量技术要求进行测量，结果记录于电子版门诊病历和该就诊患者门诊病历首页上。

3、复诊35周岁以上门诊病人须在电子门诊登记本上标明，首诊测量血压超过正常值的应再次测量。

4、高血压的定义：在未使用降压药的情况下，非同日3次测量收缩压≥140mmHg和（或）舒张压≥90mmHg，可诊断为高血压。首次确诊为高血压病人（以往无高血压病史）按慢性病发病报告，并在行政监管中填报《慢性非传染性疾病报告卡》。

5、对首诊为高血压的患者发放健康教育处方，并进行相应的宣教。

6、医务科定期或不定期对门诊临床科室进行检查，检查结果列入科室年度目标考核。

7、公卫科按月进行统计汇总，规范上报到区疾病预防控制中心。

附表：血压水平的定义和分类表

类 别	收缩压（mmHg）		舒张压（mmHg）
正常血压	<120	和	<80
正常高值	120-139	和（或）	80-89
高血压	≥140	和（或）	≥90
1级高血压（轻度）	140－159	和（或）	90－99
2级高血压（中度）	160－179	和（或）	100－109
3级高血压（重度）	≥180	和（或）	≥110
单纯收缩期高血压（ISH）	≥140	和	<90

若患者的收缩压与舒张压分属不同的级别时，则以较高的分级为准。单纯收缩期高血压也可按照收缩压水平分为1、2、3级。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-023	文件名称	慢性非传染性疾病报告制度	适用范围	全院各临床、医技科室
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第5次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

慢性非传染性疾病报告制度

1、建立健全慢病管理网络报告组织，加强对网络报告的领导管理。

2、开展慢病发病登记报告工作，建立健全本院登记报告管理组织与登记报告制度，公共卫生科负责内部自查工作，建立健全自查制度，并将结果及时反馈给临床医师，防止漏报和重报。

3、临床医师在诊断慢病后三天内及时、准确、完整地填写电子报告卡，公共卫生科专职人员负责对本单位新诊断的慢性病病例和“死亡补充发病信息”病例进行审核申报。

4、对本单位慢病报告的质量进行审核和质量控制。网络直报管理员要对医生的报告进行核查，确认无误后）审核通过。发现有错项、漏项的退回重新报告。

5、建立慢病发病网络报告登记册，将申报的记录从系统中导出备份保存，以备核查。

6、在自查中发现有漏报的应督促责任医师进行补报，并及时进行审核通过。

7、定期接受市、区疾病预防控制机构的核查，并对退回的不符合要求的报告卡进行核查和补报。

附1：慢性病报告及管理组织机构网络

一、慢性病管理领导和报告小组：

组　长：祝浩刚

副组长：张玉芳　郑　雄

组　员：应站专　李建军　潘晓帆　朱智勇　丁　宁　刘　华　孙彦玲　万恩明
孟祥明　关立鹏　陆道军　牛秀德　张　巍　强　立　邹静蓉　储　伟
叶剑强　尚正录　龚　莉　徐勤义　李志钢　钱华钧　贾樱红　牛秀德
赵　铭　王开成　张冠新　杨述鸣　潘俊峰　冯秀媛

二、慢性病报告管理部门：公卫科

三、慢性病报告管理专职人员：杨胜龙、贾生沪

附2：慢病报告内容和方法

1、报告病种和对象

我市所有户籍人口和常住人口（居住满6个月及以上）凡经急诊、门诊、住院或普查中发现的当年度新诊断的下列疾病，并经临床、病理、心电图、CT、X线或其他检查确诊病例均应按本规范进行报告。

慢病发病登记报告病种为国际疾病分类第十版（ICD-10）所规定的：高血压、糖尿病、心血管事件、脑血管事件、慢性阻塞性肺病、恶性肿瘤及中枢神经系统良性肿瘤，具体如下：

（1）高血压（常住人口）：1级；2级；3级。

（2）心血管事件（户籍）：急性心肌梗死；随后性心肌梗死；心脏性猝死；心绞痛。

（3）脑血管事件（户籍）：蛛网膜下出血；脑出血；脑梗死；其他非创伤性颅内出血；中风，未特指为出血或梗死。

（4）糖尿病（常住人口）：Ⅰ型；Ⅱ型；其他糖尿病。

（5）肿瘤（户籍）：所有恶性肿瘤（包括各种白血病）；所有中枢神经系统肿瘤（包括良性脑肿瘤）。

（6)慢阻肺（户籍）：单纯性和粘液化脓性慢性支气管炎、未特指的慢性支气管炎、肺气肿、其他慢性阻塞性肺病。

2、必须填写和录入的项目：患者姓名、性别、实足年龄、出生日期、户口详细地址、联系电话、职业、疾病诊断、诊断依据、ICD-10编码、报卡日期、报卡单位、报卡日期。发病报告卡填写应完整，不得缺项、漏项，杜绝出现逻辑错误。恶性肿瘤患者如有病理诊断的其病理类型应与病理报告相符，填写相应的“确诊时期别”和“临床分期”。

3、急性心肌梗死、脑卒中发病以28天为期，按发病例次计算，28天内如有第二次急性发作则不作登记；发病28天以后，又有急性发作则按又一新病例登记报卡。如发现为陈旧性梗死，则不作发病报告。

4、如患者同时患有高血压、心血管事件、脑血管事件、恶性肿瘤、糖尿病者，应按所患之病种都予以填报；不同的病种均需应分别填报。

5、心血管事件、脑血管事件发病日期与诊断日期原则上不超过14天，特殊情况需在病史中说明。

6、住院病历中，只要发现规定报告的新病例，不论其诊断位次，都应报告。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-024	文件名称	慢性非传染性疾病报告自查制度	适用范围	全院各临床、医技科室
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第4次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

慢性非传染性疾病报告自查制度

1、各临床专科每月对本科室内已报的慢病进行登记，对查到漏报的慢病进行补报，公共卫生科每月初进行总查。

2、自查报告对象：

（1）高血压（常住人口）（1级、2级、3级）。

（2）心血管事件（户籍）（急性心肌梗死；随后性心肌梗死；心脏性猝死；心绞痛。其中心绞痛只报告接受PTCA/支架植入/CABG的心绞痛病例，PTCA：经皮冠状动脉腔内血管成形术；CABG：冠状动脉旁路移植术）。

（3）脑血管事件（户籍）（蛛网膜下出血；脑出血；脑梗死；其他非创伤性颅内出血；未特指为出血或梗死）。

（4）糖尿病（常住人口）（Ⅰ型；Ⅱ型；其他糖尿病）。

（5）肿瘤（户籍）（ICD-10中所规定的全部恶性肿瘤和中枢神经系统良性肿瘤）。

（6）慢阻肺（户籍）：单纯性和粘液化脓性慢性支气管炎、未特指的慢性支气管炎、肺气肿、其他慢性阻塞性肺病。

3、自查报告科室、内容和要求

（1）在住院、门诊、急诊、病理、放射、心电图室等相关科室，进行自查。

（2）根据“无锡市慢性非传染性疾病报告卡”中规定的内容查看是否填写完整、准确。

（3）在住院病例中的新病例是否按诊断位次逐一填报。

（4）自查同一患者先后出现两种及以上疾病和原发恶性肿瘤是否分别报告。

（5）自查急性心肌梗死、脑卒中发病28天为期，是否按新发病例进行登记报告。陈旧性梗死、腔隙性脑梗死不做新发病报告。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-025	文件名称	死亡登记报告制度	适用范围	全院各临床专科、急诊科
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第6次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

死亡登记报告制度

1、急诊科和公共卫生科建立居民死亡登记本，妇产科建立新生儿死亡登记本。各科室在诊疗过程中，发现患者死亡，经治医生应对死亡案例进行死因医学诊断并填报《居民死亡医学证明（推断）书》，进行上报登记，逐渐过渡电子版。

2、《居民死亡医学证明书》项目填写应完整正确，详细填写死者生前病史及症状体征，字迹应清晰易辨认，页面保持整洁无涂改，交报告公共卫生科审核并进行网络直报。

3、急诊科和住院部、妇产科要明确职责，专人负责死亡病例（包括新生儿死亡）的登记，并做好资料的管理和保管。

4、公共卫生科及时收集全院死亡医学证明书，由专人负责在医生填写上交《居民死亡医学证明（推断）书》后15天内完成网络直报工作，确保网络直报信息与纸质报告信息一致。

5、建立院内死亡报告自查制度，公共卫生科定期检查各科室死亡报告情况，检查结果作为年度考核内容，与奖惩挂钩。

6、公共卫生科做好原始死亡医学证明书的保存与管理，协助上级疾病预防控制机构开展相关调查工作。

附1：惠山区人民医院死亡报告及管理组织机构网络

一、死亡报告管理领导和诊断小组：

组　长：祝浩刚

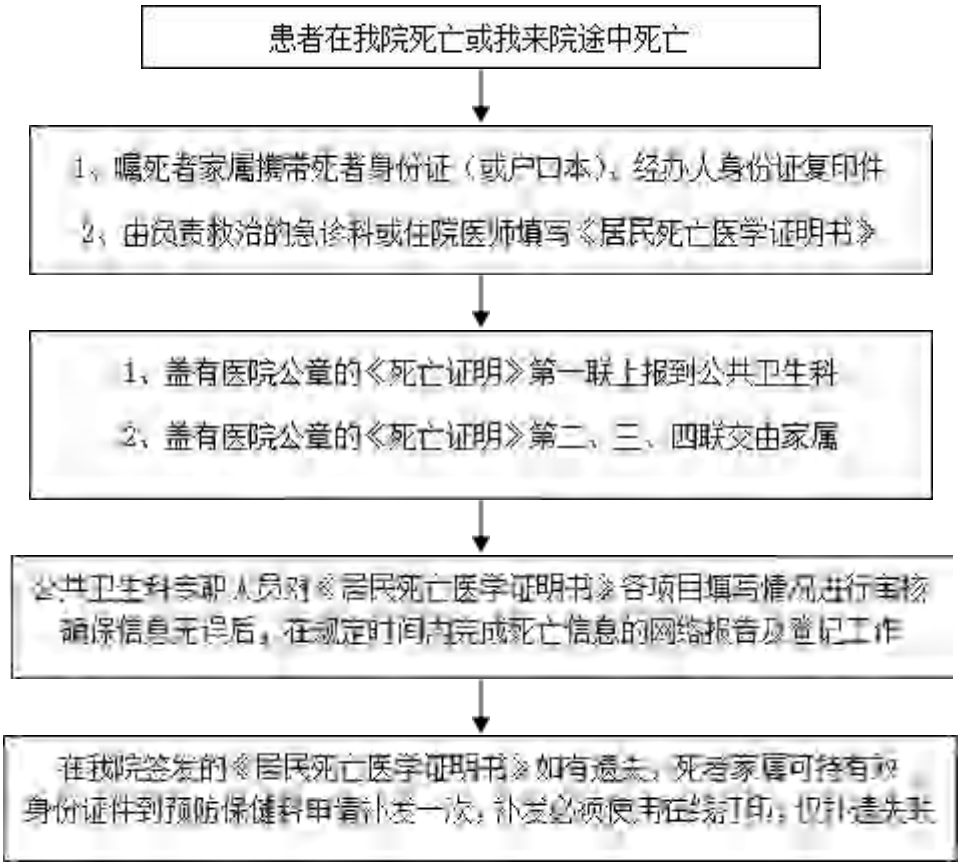
副组长：郑　雄　张玉芳

组　员：应站专　李建军　潘晓帆　朱智勇　丁　宁　刘　华　孙彦玲　万恩明
孟祥明　关立鹏　陆道军　牛秀德　张　巍　强　立　邹静蓉　储　伟
叶剑强　尚正录　龚　莉　徐勤义　李志钢　钱华钧　贾樱红　牛秀德
赵　铭　王开成　张冠新　杨述鸣　潘俊峰　冯秀媛

二、死亡报告管理部门：公共卫生科

三、报告管理专职人员：杨胜龙　贾生沪

附 2：惠山区人民医院死亡信息上报、死亡证明出具流程规范



惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-026	文件名称	公共卫生管理工作奖惩制度	适用范围	全院各临床、医技科室
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 6 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

公共卫生管理工作奖惩制度

为进一步规范贯彻执行各级卫生行政部门及医院关于慢病、传染病管理等各项公共卫生工作的管理规定，落实各级各类人员职责，健全考核机制，现将原《公共卫生管理工作奖惩制度》修订如下：

一、奖励：

1、肠道门诊管理费：奖消化科 2000 元、儿科 500 元、发热门诊护理单元 500 元。

2、外出进行健康教育讲座：奖 200 元/次。

3、上报慢病按 40 元/例予以奖励。

4、各科按照分配完成公共卫生指令性任务予以奖励：

（1）HIV 检测：奖 1 元/例；

（2）食源性疾病监测：奖 40 元/例、疑似麻风病例上报：奖 200 元/例；疑似麻诊上报：奖 100 元/例；

（3）结核病督导管理费：呼吸内科初诊疑似转诊查痰病人奖 10 元/例，报卡涂阳奖 50 元/例、菌阴奖 35 元/例；检验科涂阳片奖 10 元/张、阴性片奖 2 元/张；放射科疑似病人胸片登记奖 5 元/例；

（4）结核定诊小组管理费：奖 20 元/次；

（5）VCT 检测：奖 5 元/例；

（6）疟原虫检测、血吸虫病检测（DDIA）、蠕虫病监测：奖 2 元/例；

（7）结核病菌痰培养：奖 50 元/例（检验科）；

（8）狂犬病暴露预防处置：奖 5 元/例；

（9）狂犬病疫苗、卡介苗、乙肝疫苗、乙肝免疫球蛋白注射：奖 2.5 元/例。

二、扣罚：

（一）传染病管理

1、甲类和按甲类管理的乙类传染病应在诊断后 2 小时内上报，乙类和丙类传染病应在诊断后 24 小时内上报。漏报、迟报法定甲、乙类传染病，扣 200 元/例；报卡信息填写不完整、不准确扣 20 元/例。

2、肺结核疑似病例筛检、转诊及归口管理不及时，扣 100 元/例。

3、肠道病人漏登记或登记信息不全，扣 20 元/例；4-10 月腹泻病门诊检索率（包括粪便常规+腹泻病检测-霍乱）＜15%者，扣科室 100 元/百分点、扣个人 50 元/百分点。

（二）慢性病管理

1、慢病应在出院后 3 天内上报，肿瘤有分级、分期的应正确填写。漏报、迟报、错报规定需报告的“慢病”病例，漏报扣 100 元/例、反馈后仍未补报者加扣 100 元/例，迟报、多报、错报扣 40 元/例；信息不全，扣 10 元/例；信息不准确，扣 20 元/例；因信息不全或不准确造成不良影响的，由院办公会讨论决定扣罚。

2、凡转科患者有新发慢病需要上报者，由转出科室进行上报；如转出科室未报，转入科室应予以补报且予以相应奖励；如两个科室均未上报，各扣 50 元/例。

3、门诊 35 周岁以上首诊病人未测量血压，扣 5 元/人次。

4、放射科、心电图室、急诊科、神经内科、神经外科、心内科应对心脑血管事件病人进行登记。漏登、登记不全心脑血管事件，扣 10 元/例。

（三）其他公共卫生事件管理

1、首诊医师发现二人以上群体性的疑似食物中毒、职业中毒等突发公共卫生事件未及时报告公卫科和行政总值班的，扣 500 元/人次；造成后果的，依法、依规追究法律、行政责任。

2、漏报、迟报农药中毒病例和中暑病例，扣 100 元/例。

3、漏报 AFP 监测病例，扣 100 元/例。

4、犬等动物咬伤病例漏登记，扣 50 元/例；登记内容不全、不正确、接种告知书填写不完整扣 20 元/例；狂犬病疫苗漏登记扣 5 元/例。

5、甲状腺疾病报告漏报扣 20 元/例。

（四）其他

1、死亡病例应在死亡后 7 天报告。死亡病例漏开、漏报《死亡证明》，扣 100 元/例；迟报死亡病例、死亡登记、抢救记录、病历记录等不符合，扣 50 元/次。

2、掌握慢病、传染病、AFP 及其他公共卫生事件管理知识不到位，在各级各类检查中造成不良影响的，或者不配合检查，扣 500 元/次，重犯加倍处罚。

3、各类报卡字迹潦草、无法辨认的，扣 10 元/例。

4、乙肝疫苗、卡介苗接种未符合规定执行、记录，扣 10 元/人次。

5、上级主管部门每年下达的指令性任务和阶段性工作、突发性公共卫生任务等，按规定执行，未能如期完成者，参照相关规定扣罚。对完成情况良好者予以一定奖励。

6、造成投诉或纠纷的，按相关规定追究责任；违反法律的按律处置。

惠山区人民医院	文件编码	GWK-ZD-027	文件名称	健康教育与科普宣传工作制度	适用范围	全院各临床、医技科室和护理单元
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	祝浩刚
	制度内容	修订 （第 4 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2023.02.01

健康教育与科普宣传工作制度

一、医院岗位人员健康教育工作责任制

1、导医员：解答病人就诊疑问，做好病人就诊指导工作，向病人或其家属发放相关健康教育宣传资料；

2、门诊护士：引导病人按照就医程序正确就诊，确保一人一诊室，解答病人有关健康教育方面的疑问，向病人或其家属发放相关健康教育宣传资料，引导病人观看医院健康教育视频；

3、门诊医生：对病人进行口头健康教育，为病人开出相应的健康教育处方，并在病历

中记录；

4、病区：将健康教育列入病区常规工作，每月召开一次工休座谈会，向病人及家属宣传健康教育知识并作书面记录（如个人卫生、公共卫生、饮食卫生，常见病、多发病、传染病的防治知识，简单的急救常识，妇幼保健等），讲解时注意语言通俗易懂；每月更换一次健康教育园地内容，针对不同群体开展相关的健康教育讲座；

5、病区医生：对住院病人针对性地制定健康教育计划，在查房时，针对不同的病人开展多种形式的健康教育，并实施行为干预；在出院小结中应有与患者疾病相应的健康教育；

6、责任护士：针对不同病人做好相应的入院宣教（包括介绍科主任、护士长、管床医生和责任护士，住院须知，病区制度，病区环境等）、住院健康教育和宣教（如各种检查前、手术前准备和注意事项，各种用药注意事项，防跌倒防坠床防压疮知识，康复知识和康复训练方法指导，手卫生知识，垃圾分类知识等）、出院健康教育（包括心理卫生，用药指导，饮食，睡眠，活动，康复训练等），并在巡视和护理过程中及时就患者健康问题向患者和家属进行宣教，针对其健康问题实施行为干预；在出院护理记录中有与患者疾病相关的健康宣教内容；

7、医技岗位人员：向病人做好检验检查中应注意的事项等健康教育工作；

8、药剂岗位人员：向病人或家属做好服药注意事项等健康教育工作；

9、挂号收费工作岗位人员：告知病人就诊地点，准确地让病人到相应科室就诊；

10、其他岗位医务人员根据自身岗位特点，及时有效地开展相关健康教育工作。

11、公共卫生科负责医院室外健康教育橱窗中内容的更新，督促各区域及时更换健康教育园地内容，并拍照留存教育内容；结合世界和国家卫生主题日，每年完成不少于 10 次的健康主题日活动，并按要求进行记录；

12、医务科组织临床专家、健康教育讲师团成员深入社区、学校、机关、街头进行健康咨询等，积极参加区内“健康零距离，名医社区行”公益活动；

13、由公共卫生科、护理部、医务科定期进行健康教育效果评价。

二、医院职工健康教育培训考核制度

1、医务人员每年参加由本院举办的健康教育培训讲座一次，提高自身健康教育专业水平；

2、医院在培训时对被培训对象进行健康教育理论与技能掌握情况的测试。

三、健康教育宣传资料管理制度

1、各科按要求编制常见病的健康教育处方；

2、在各候诊区、输液区、住院病区设置健康教育资料架，放置健康教育小册子、折页、

报刊、图书等供病人及其家属取阅，住院病人至少有 1 份健康教育资料。

3、门诊各区域、各病区每月定期更换健康教育园地，各候诊区和输液区每天播放健康教育宣传视频并进行记录。

四、医院控制吸烟工作制度

1、医院按照《无烟医疗机构标准》，结合医院实际制定医院控烟制度，禁烟标志符合规范，每年对职工进行控烟知识培训，落实好各科控烟责任人，加强医院控烟工作，达到无烟医院标准。

2、门诊各导医台、呼吸科及戒烟门诊、各病区有控烟知识宣传材料，向患者和家属进行吸烟有害健康的宣教。

3、门急诊、住院部医生应详细询问患者吸烟史，在个人史中详细记录，并在病历和护理记录中有相关措施落实情况的记录，在出院记录和出院护理记录中有嘱其继续戒烟的记录。

十四、门诊部管理制度

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-002	文件名称	门诊管理制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊管理制度

一、在分管副院长领导下，负责门诊的行政管理工作。

二、定期检查、督导门诊各科室工作制度和工作职责的执行情况，加强信息反馈，提高服务质量。

三、急诊科相对独立，由急诊科主任分管行政管理工作。对急危重症采取优先处置方案，畅通急诊绿色通道。

四、门诊部负责门诊日常管理工作，建立门诊质量管理制度，对门诊服务要素、过程和结果进行管理与控制，不断完善门诊质量管理体系，加强日常监督检查，定期收集、分析、反馈门诊质量数据，推动门诊质量持续改进。

五、根据门诊就诊患者流量，合理调配医疗资源，做好门诊科室之间的协调配合，缩短患者等候时间。

六、做好预检分诊、导诊、候诊管理；落实院内感染控制措施；督导落实急危重患者优先处置，保障急诊绿色通道畅通。

七、建立一站式投诉处理机制，由一站式服务台统一接受、协调、处理与门诊有关的医疗纠纷和投诉事件，确保门诊医疗工作正常运转，患者满意度不断提高。

八、开展便民服务，不断提升患者就医体验。对门诊布局、流程、标识、设施、设备等进行定期评估并提出意见，持续优化。

九、总体规划门诊各科室布局，简化就医流程。

十、加强医德、医风建设；完成门诊患者满意度调查工作，并进行分析、总结、改进，提高服务水平。

十一、按要求独立设置发热门诊与肠道门诊。建立传染病预检、分诊制度，将传染病患者、疑似传染病患者引导至相对隔离的诊间进行初诊。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-003	文件名称	门诊工作制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊工作制度

一、各科主任、副主任应加强对本科门诊的业务技术指导。各科应指派一名主治医师以上人员任门诊组长，协助科主任领导本科门诊工作。

二、普通门诊医师需高年资住院医师及以上出诊。专病门诊由主治医师及以上出诊。主任医师每周上门诊两个出诊单元、副主任医师每周上门诊不得少于一个出诊单元。出诊医师应保证诊疗质量和诊疗时间（每一位病人诊察不得少于 6 分钟）。

三、各科室派往门诊的医务人员，在门诊部统一领导下进行工作。门诊部应当加强医务人员出诊管理，依照门诊患者病种分类和特点，合理安排各专业不同年资医师出诊；并针对地域、季节特点，结合号源使用情况，动态调整出诊单元数以及单元接诊人次，合理配置门诊人力资源。医师兼管门诊和病房时，必须安排妥当。

四、各科室参加门诊工作的医务人员，要遵守劳动纪律，准时开诊。不得离岗缺岗，特殊情况需请假，经临床科主任与门诊部主任同意，作好代班安排。未经批准，不得自行停诊。认真执行院、科规章制度，严守工作岗位，无故迟到、早退报门诊部处理，屡次迟到、早退引发投诉经批评教育不改者暂停出门诊资格。

五、门诊实行首诊负责制，对疑难病例或复诊三次仍不能确诊者，应及时申请上级医师或专科会诊，保障患者得到及时诊治。

六、门诊工作人员要有高度责任感和同情心，文明行医，礼貌待患。明确挂号有效时间，建立患者因检验、检查结果回报继续就诊的保障机制，合理安排患者复诊的次序。一般病员按挂号顺序叫号就诊，急症病员及老弱残优先就诊。按照不少于日均门诊量 0.2%的比例配备门诊导医人数或智能引导设备数量，并为行动不便的患者提供就医辅助服务。引进社会工作者在门诊提供社工及志愿者服务。

七、落实预检分诊制度，做好分诊工作。严格执行消毒、隔离制度，防止医院感染发生。严格执行疫情报告制度，按时限要求，及时上报疫情报告。内镜中心、血液透析中心、门诊手术室、口腔科等医院感染高风险部门应严格落实医疗机构感染预防与控制相关制度。

八、对病员进行认真检查，简明扼要并准确地记载病历，按照《病历书写与管理基本规范 2022 版》要求记载门诊纸质病历或打印电子病历。门诊部组织开展门诊病历点评及质量控制工作，保障门诊病历内容客观、真实、准确、及时、完整、规范。门诊诊断应当区分主要诊断及其他诊断。

九、门诊出诊医师诊疗过程和处置措施应当遵循诊疗规范、临床指南等，诊断、预防和

治疗措施应当遵循安全、规范、有效、经济的原则。出诊医师需遵照医院相关制度，控制医疗费用不合理增长。

十、门诊检查、B 超、放射等各种检查结果，必须做到准确及时，门诊部应对门诊各项检查检验报告出具时间进行统计、分析，根据实际情况逐步缩减报告出具时间。推进检查检验结果互认共享，提高医疗资源利用效率，改善人民群众就医体验。

门诊药房，加强药事服务能力，落实门诊处方审核及点评制度，为患者提供门诊药物咨询及用药指导服务。

门诊手术应当根据医院指定的门诊手术和有创诊疗的目录，认真执行有关医疗质量安全核心制度，严格把握适应证，根据患者病情、手术级别、麻醉方式等，制定具体的术前讨论、手术安全核查、手术部位标识等制度及流程，确保门诊有创诊疗和手术的安全。医师要加强对换药室、治疗室的检查指导，必要时亲自操作。

十一、加强门诊临床危急值管理，制定门诊危急值报告及处理流程，及时、准确报告并通知患者及时就诊，保障患者医疗安全。

十二、应当加强门诊静脉输液治疗管理，严格把握门诊静脉输液治疗指征，控制门诊静脉输液治疗使用率，严密监测并及时处理门诊静脉输液治疗的不良反应。

十三、门诊各科室与病房加强联系，以便根据病床使用及病员情况，有计划地收住入院治疗。

十四、门诊医师出具病假证明，必须具有病历记录。出具特殊证明，必须有单位介绍信，根据病情，由主治医师以上人员出具，经门诊部或医务科按规定审批后盖章。

十五、门诊部营造安全、舒适、温馨、清洁的就诊环境。门诊布局科学、合理，设施、设备安全，建设无障碍设施，就诊标识清晰、警示醒目。加强候诊教育，宣传卫生防病、计划生育和优生优育等知识。

十六、对基层或外出就诊病人，尤应及时认真诊治，做好解释工作。在转回基层或原地时要提出诊治意见。

十七、门诊部应当加强门诊突发事件管理，建立应急预案，按标准配备抢救设备和药品，定期组织培训、演练，加强巡视，及时、妥善处理门诊突发事件。

十八、门诊部加强门诊投诉管理，一站式服务台为门诊投诉接待处。持续做好投诉的接待、分析、反馈和持续改进。配合完成门诊患者满意度调查。

十九、门诊部依据《医疗卫生机构信息公开管理办法》的规定，坚持合法合规、真实准确、便民实用、及时主动的原则，公开门诊医疗服务项目、流程、常用药品和主要医用耗材的价格等相关信息；加强网站、小程序、公众号等维护，确保发布信息及时准确。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-005	文件名称	专家门诊管理制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第2次）	制定时间	2018.08.08	修订时间	2023.12.01

专家门诊管理制度

一、专家门诊申请，应取得副主任医师专业技术职务任职资格，受聘高级职称满一年。开通专家门诊需由符合条件医师本人申请，科主任同意，由门诊部审核，并报医务科、分管院长审批同意。初次每周一个出诊单元为主，按流程申请增加专家门诊时间。

二、门诊部办公室负责落实专家门诊有关开诊事宜，专家门诊出诊时间一经公示后，不得擅自变更。宣传科负责对外宣传，同时各临床科室积极配合，扩大专家社会知名度。

三、各临床科主任应加强对本科专家门诊的管理. 所有担任专家门诊工作的医师必须按时出诊，严格遵守医院劳动纪律和各项规章制度，不得以任何理由迟到、早退、脱岗、停诊。专家门诊年出勤率≥85%。

四、院内各种会议、义诊等活动不得影响专家门诊工作。职能科室需抽调专家参加各类活动，必须经医务科审批。未经医务科审批同意而影响专家门诊工作的，对职能科室负责人进行质控处罚。

五、严格专家门诊请假审批程序。一般情况不得停诊，因外出参加学术活动、公差等不能按公示日出诊的专家，必须事先办理请假手续。

1、专家在填写各类请假审批表内，必须注明影响专家门诊出诊时间和顶替专家名单。紧急情况停诊，科室主任安排相同职称的专家替诊，并同时向门诊部报备，未经批准的不能替诊。

2、审批同意后提前二天通知门诊部，并及时将复印件1份交门诊部办公室备案。

3、未按上述程序办理请假手续的，视为擅自停诊。

六、具有专家门诊资格的在调离或聘任期结束后，专家门诊的资格自动终止。

七、半年内平均每日号次少于5人次者，且有同科室其他专家门诊，经医疗质量与安全管理委员会讨论，可减少或暂停该专家门诊。

八、鼓励开展全日制专家门诊。

九、考核与奖惩：

1、门诊部办公室负责门诊日常考核工作，值班领导及职能科室、人事科、医务科不定期进行抽查、考核。

2、实行门诊考核公示制，每月将考核结果在院内网公示。

3、凡违反以上规定者，按照医院综合目标管理考核评分标准给予处罚兑现。发生以下

情况之一者，并经医疗质量与安全管理委员会讨论，可暂停专家门诊资格三个月：

（1）半年内发生因服务态度被患者投诉 3 次及以上；

（2）一年内专家门诊无故停诊 3 次及以上；

（3）违反门诊工作制度及诊疗常规发生纠纷；

（4）受医院或上级行政部门行政处分。

4、每年度以科室为单位，对门诊工作进行评比，排名前列且无投诉的临床科室给予通报表扬。对全年出勤率达 95%以上，无迟到、早退、脱岗、投诉等行为，并完成相应门诊工作量的专家，医院给予一次性奖励和通报表扬。

十、专家门诊的退出机制。

以下情形予暂停专家门诊资格：

1、发生严重医疗质量问题、行风投诉查实者；

2、未按规定办理停诊手续擅自停诊 3 次以上者；

3、每月专家门诊人次位于全院最后五位，给予黄牌警告，连续三月仍无改善者。

专家门诊停诊时间以一月为限，期满后由门诊部、医务科共同讨论复诊事宜。

上述行为情节严重者，经门诊部、医务科讨论，报院长办公会通过，可取消专家门诊资格。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-006	文件名称	专家、专科、专病门诊工作制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

专家、专科、专病门诊工作制度

一、参加专家门诊工作的医师应为副主任医师及以上人员，专家门诊排班经科主任、医务科同意后，统一安排出诊时间并予以公示。专病门诊由已取得主治医师及以上的医疗技术人员(含临床医学院校在本院工作的相当职称人员的临床医师)担任。

二、凡参加专家、专科、专病门诊者，应着装整齐，佩戴工号牌，并准时开诊。

三、参加专家、专科、专病门诊医师必须按排班表准时出诊，应预先安排好其它工作，保证准时上岗，不得无故停诊。专家门诊排班必须相对固定，每期至少三个月以上，以保证病人诊治的连续性。如有特殊情况（如出差、开会、外出会诊、休假等），由所在专业科室安排其他专家代为出诊或停诊，并提前两天报门诊部审核。预约挂号专家原则上不得变更出

诊时间。

四、专家、专科、专病门诊由科室主任负责排班，并将排班表送至门诊部，由门诊部统一安排，并将专家、专科、专病门诊的有关信息公示在门诊显示屏上。一站式服务台负责专家、专科、专病电话预约号。

五、经专家、专科、专病三次诊断不能确诊者，必须及时请上级医师或科、院及院外会诊，以确保医疗质量。

六、专科医师接诊要做到优质服务，对患者认真负责，检查耐心细致，不得敷衍马虎，病历记录应符合要求。普通门诊的危重和急性疑难病症需专家会诊时，不需另行挂号，慢性病经门诊检查后需看专科或专病门诊者，可嘱患者下次门诊时挂专科或专病号就诊。

七、门诊部要做好专家、专科、专病门诊的管理工作，认真考勤，按规定门诊工作量挂号，不得超挂。对查实一个月内连续二次被投诉或一个季度连续三次被投诉者，对经常不能保证专家、专科、专病门诊时间及误时、脱岗等情况，将严格按照医院相关规定处理。

八、专科医师除完成定量门诊外，要对低年资医师工作进行指导，以提高普通门诊的医疗技术水平。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-007	文件名称	专家（专病）门诊准入与退出制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

专家（专病）门诊准入与退出制度

为规范我院专家、专病门诊准入与退出的管理，保障诊疗质量，依据我院实际情况特修订本制度。

一、专家门诊的准入

（一）取得副主任医师专业技术职务任职资格，受聘高级职称满一年（受聘正主任医师无时间要求）。

（二）近三年内无行医不良记录，年度考核合格以上者。

（三）个人申请，填写《无锡市惠山区人民医院专家门诊开诊申请表》，科主任审核，门诊部、医务科、分管院长核准。

符合以上三条者予以准入。

二、专病门诊的准入

（一）以专科或亚专科为单位申报特色专病门诊。原则上以常见病、多发病或某一类重大疾病为主，专病门诊的名称必须明确某一种或某类疾病。

（二）特色专病门诊诊疗范围必须符合医院专科诊疗科目，不得超出其诊疗范围。

（三）近三年内该疾病在专科总门诊量中的比例>10%，或该疾病对本学科的建设发展和提升学科竞争力具有重要意义。

（四）具备相应的基础设施及设备条件。

（五）原则上主治医师以上职称人员方可看专病门诊。有条件的专科可考虑设置兼职医护人员，加强对该专病门诊工作的日常管理，加强人才队伍建设，并对患者疾病的诊疗和预后行随访，不断提高医疗服务质量、诊疗技术和学术水平。

（六）申请设置专病门诊的科室应提交《无锡市惠山区人民医院特色专病门诊申请表》报门诊部、医务科、分管院长核准。

符合以上条件者予以准入。

三、专家门诊的退出机制

以下情形予暂停专家门诊资格：

（一）发生严重医疗质量问题、行风投诉查实者；

（二）未按规定办理停诊手续擅自停诊 3 次以上者；

（三）每月专家门诊人次位于全院最后五位，给予黄牌警告，连续三月仍无改善者。

专家门诊停诊时间以一月为限，期满后由门诊部、医务科共同讨论复诊事宜。

上述行为情节严重者，经门诊部、医务科讨论，报院长办公会通过，可取消专家门诊资格。

四、专病门诊的退出

（一）患者投诉经查实为医方过错≥3 次/年，或经医疗鉴定为医疗事故、医方负次要责任以上者。

（二）经查实无故不按时出诊≥2 次/年；或随意停诊≥2 次/年。

（三）经查实连续 2 月门诊处方合格率<95%；或各类申请单书写合格率<90%。

（四）经查实医保违规用药≥5 次/年。

（五）违规出具医疗诊断证明，给医院造成严重后果者。

出现以上任意一条者，专病门诊停诊，三个月后经个人或科室申请，医务科、门诊部、分管院领导审核后决定是否准入。医务科、门诊部每年对专家门诊、专病门诊医师资格进行审核。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-008	文件名称	门诊预检分诊制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊预检分诊制度

一、目的：及时为来院就诊的病人提供就诊指导，使病人得到恰当的医疗服务。

二、门诊预检人员资格：

（一）护理专业毕业；

（二）熟悉医院工作流程；

（三）熟悉相关的医院可提供的病人服务；

（四）对突发事件具有良好的应变处置能力。

三、预检人员根据病人的基本情况（如脸色、呼吸是否急促、有无疼痛及疼痛的剧烈程度等）决定病人的去向：

四、我院能提供所需服务者：

（一）需急诊处理的病人——进入急诊程序；

（二）门诊可处理的病人——进入门诊程序。

五、我院不能提供所需服务者：

（一）生命体征平稳的病人——介绍能为病人提供所需服务的医疗机构；

（二）生命体征不稳定的病人——先入急诊进行处理，生命体征平稳后根据“转院制度”执行；

（三）行动不便者——根据病人需要帮助联系交通工具。

六、遇突发事件，预检分诊人员立即通知门诊部、医务科、护理部，并启动应急预案。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-011	文件名称	一站式投诉接待制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2019.07.01	修订时间	2023.12.01

一站式投诉接待制度

为适应新形势下医疗服务需求变化，进一步改善医疗服务，改进医疗服务流程，倾听患者呼声，促进医院各项工作的管理，制定门诊投诉接待制度。

一、门诊部负责受理门、急诊患者的投诉及处理。设立患者投诉登记本，对每起投诉结果如实记录并保存。门诊大厅公布投诉电话（0510-83318119），设立意见箱及意见本。

二、一站式服务中心负责首问、首诉接待并记录登记，包括电话及现场投诉等，减少患者投诉环节。可当场解决的当场解决，涉及其他科室或部门投诉由门诊部与相应科室联系，并负责将投诉人移交至相关科室接待人员处。

三、当场不能解决的问题，由一站式服务中心负责填写投诉登记表，移交于门诊部、沟通办根据患者投诉内容，由相应科室调查并处理，科室需妥善的解决好投诉人的问题和困难，对投诉的问题进行调查了解，提出科室处理意见，一般五个工作日内给患者答复。门诊部、沟通办负责随访科室处理情况，同时电话联系患者核实。

四、被投诉的责任科室或部门负责人应将调查情况、处理意见及时反馈门诊部或沟通办。沟通办根据其违反规定的情况、影响及产生的后果决定给予相应的处理。

五、所有接待患者及家属来院投诉，应耐心听取其反应问题，实事求是，积极协调、解释，不得推诿，不得拖拉、扯皮，不能因服务不到位而延误诊断、治疗和正常医疗工作的开展，不得损害患者的利益。

六、门诊部负责认真做好投诉意见信息收集、分析、整理工作，对患者所反映问题，做细致的调查研究，对集中突出的问题，对相关科室提出意见和建议。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-015	文件名称	门诊首诊负责制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊首诊负责制度

一、第一次接诊的医师或科室为首诊医师和首诊科室，首诊医师对患者的检查、诊断、治疗、抢救、转院和转科等工作负责，并认真书写病历。

二、首诊医师必须详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，并认真记录病历。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见；对诊断尚未明确的患者应在对症治疗的同时，应及时请上级医师或有关科室医师会诊。

三、首诊医师下班前，应将患者移交接班医师，把患者的病情及需注意的事项交待清楚，并认真做好交接班记录。

四、对急、危、重患者，首诊医师应采取积极措施负责实施抢救。如为非所属专业疾病或多科疾病，应组织相关科室会诊或报告医务科组织多学科会诊。危重症患者如需检查和住

院者，首诊医师应陪同或安排医务人员陪同护送。

五、被邀会诊的科室医师须按时会诊，执行医院会诊制度。会诊意见必须向邀请科室医师书面交待。

六、两个科室的医师会诊意见不一致时，须分别请示本科上级医师，直至本科主任。若双方仍不能达成一致意见，由首诊医师负责处理并上报医务科或总值班协调解决，不得推诿。

七、复合伤或涉及多科室的危重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，所有的有关科室须执行危重患者抢救制度，协同抢救，不得推诿，不得擅自离去。各科室分别进行相应的处理并及时做病历记录。

八、首诊医师对需要紧急抢救的患者，须先抢救，同时由患者陪同人员办理挂号和交费等手续，不得因强调挂号、交费等手续延误抢救时机。

九、首诊医师抢救急、危、重症患者，在患者稳定之前不宜转院，因医院病床、设备和技术条件所限，须由科主任或副主任及以上医师亲自察看病情，决定是否可以转院，对需要转院而病情允许转院的患者，须由责任医师(必要时由医务科或总值班)先与接收医院联系，对病情记录、途中注意事项、护送等均须作好交代和妥善安排。

十、急诊科严格限制以“共管”形式管理跨科、跨专业患者，预检分诊时应根据患者的主诉与病情程度分清主次，由一科为主管理患者，其他科室以会诊的形式协助诊治。若无法分清主次，则首诊科室全面负责，其他相关科室会诊。

十一、凡在接诊、诊治、抢救患者或转院过程中未执行上述规定、推诿患者，要追究首诊医师、当事人和科室的责任。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-018	文件名称	门诊电子病历管理制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2019.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊电子病历管理制度

为了完善医院信息化建设，提高门诊医疗服务质量，保障医疗安全，现制定门诊电子病历管理制度。

一、门诊病历是门诊医疗工作的原始记录，凡门诊患者不论初诊、复诊应建立相应门诊病历。各出诊医生需严格按照《病历书写规范》和《电子病历书写规范》要求进行门诊病历书写。

二、门诊病历按规范要求，力求客观、真实、准确、及时、完整、规范、简练、通顺，患者姓名、性别、年龄、职业、家庭住址、工作单位等内容，门诊医生要核对，有误应及时纠正。同时询问患者药物过敏史、身份证号及联系电话等，准确填写，以备患者危急值报告和随访之用。

三、初诊患者主诉、现病史、既往史、各种阳性体征和必要的阴性体征、辅助检查结果、诊断及治疗意见等完整记录；复诊患者记录病情变化和疗效，当次诊断治疗措施有变化的，要有记录表明调整的依据。在门诊三次诊疗不能确诊或诊疗效果不好的患者，应请求上级医师或他科会诊，应将请求的目的和要求填上。

四、初诊必须进行系统体格检查，时隔 3 个月以上复诊，应作全面体检，病情如有变化应随时进行全面检查并记录。开具疾病诊断证明及休息证明应记录在电子病历中。

五、对门诊手术、有创诊疗操作、肿瘤放化疗以及全麻下无痛检查等特殊诊疗措施，要准确记录与患者沟通情况、诊疗前患者评估情况、诊疗过程和需要告知患者的注意事项。对多学科协作诊疗(MDT)门诊、疑难病例门诊、门诊会诊以及抢救等措施，要按照住院病历相关要求，进行详实准确的记录。

六、按照本院现有门诊医生工作站的要求进行操作书写、保存，诊疗结束后打印一份，手工签名后交于就诊患者或家属，并顺序黏贴在病历本上以备复诊和其他诊疗之用。已完成录入打印并签名的病历，未经医务科同意，接诊医师不得修改后再次打印给患者。

七、中医门诊电子病历应按照卫生部中医司的统一规定书写，要突出中医特色。

八、门诊出诊医生均要求书写门诊电子病历，按《门诊电子病历管理考核方法》进行考核。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-020	文件名称	门诊出具诊断证明制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊出具诊断证明制度

一、凡经本院诊治或者有关部门委托鉴定的患者，可出具有关诊断证明。

二、每个医师要以科学、严谨、求实的态度，认真开具诊断证明书，每项诊断都应具备科学的、客观的诊断依据。

三、医师开具诊断证明前必须经详细体检和必要的辅助检查，检查结果应如实记录在病历或鉴定表格上，重要的阳性辅助检查应记录其检索号备查。

四、对诊断难度大或诊断有分歧的疾病，不能出具诊断证明，更不能出具双重诊断证明，必须进一步检查得出准确结论后出具诊断证明。

五、诊断证明书必须由本院经治医师经亲自诊疗患者后，根据病情在 HIS 中开具（法律另有规定者除外），打印签字后，由医务科授权一站式服务中心盖章（医疗证明专用章）生效。各科医师限开本人执业范围内的证明，并按照病情诊断如实填写，所写内容必须有客观依据，不可推论。出具诊断证明书的医师应对所做出的诊断负法律责任。医师不得开具非本专科病人的诊断证明书。

六、医师未经医务科批准不得出具劳动能力、伤残程度及职业病等专用诊断证明文件。凡涉及司法办案需要的证明，以及用于因病退休、因病休学、伤害、残疾、工伤、劳动鉴定、保险索赔、办理低保等特殊诊断证明，由当事人或家属持公检法、交通管理、劳动保障等相关部门的介绍信，经医务科审核后，由指定科室医师按照相关规定开具诊断证明，否则不予受理。

七、原则上疾病诊断证明书必须由被证明人本人前来办理，特殊情况可由被证明人直系亲属代领，代领人需在右上角空白处签字，并在诊疗证明底单背后附以代办人身份证复印件。

八、对学术上有争议的诊断，病情复杂、涉及多专科等特殊鉴定需开诊断证明者，应由医务科组织会诊，经讨论后，慎重开出诊断证明书并盖医务科章。

九、司法部门办案时，医院应积极配合，尽量提供方便。如：提供加盖医院公章的病案复印件或摘抄件以及特殊检查材料（X 线片等）。司法部门应履行医院有关手续并按期归还。

十、晚期肿瘤患者如需用麻醉药品，应由有关专科具有麻醉处方权的医师出具诊断证明，再到医务科转办有关手续。诊断证明书上必须有其阳性检查项目的检索号。

十一、医师不得利用工作之便，出具人情诊断证明，凡经查核实，将严肃处理；造成重大后果的，可停止其处方权及给予行政处理。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-021	文件名称	门诊出具病休证明制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊出具病休证明制度

一、凡经本院诊治的患者，可出具有关病休证明。

二、每个医师要以科学、严谨、求实的态度，认真开具病休证明书，每项诊断都应具备科学的、客观的诊断依据。

三、病休证明书上的诊断只作为疑似诊断。这类证明书只证明病人需要病休和休息时间，不应提及对病人的行政处理意见。

四、病休证明书必须由本院经治医师出具，未经诊治的病人或非本院执业医师不得出具病休证明书，经治医师不得跨专科出具病休证明书。

五、病假诊疗证明书按疾病诊断的性质来确定病假时间的长短，病假的时限：原则上急诊一般不超过三天，门诊不超过一周，慢性病不超过一个月，特殊情况不超过三个月，诊疗证明上开一个月以上的病假均需由科主任审核签字。

六、出具病休证明必须经详细体检和必要的辅助检查，检查结果应如实记录在病历上，重要的阳性辅助检查应记录其检索号备查；对诊断难度大或诊断有分歧的疾病，不能出具诊断证明，更不能出具双重诊断证明，必须进一步检查得出准确结论后出具诊断证明。

七、出具病休证明，除如实证明病员所患疾病外，可根据具体情况提出合理的治疗、检查、休息等建议。

八、医师不得利用工作之便出具人情诊断证明、产假证明，凡经查核实，将严肃处理；造成重大后果的，可停止其处方权及给予行政处理。

九、负责加盖“医疗证明专用章”的部门应严格审核，内容包括：①门诊病史是否符合要求；②医师是否签具全名；③是否有必备的辅助检查结果。医师开具的病休证明当日有效，过期不予盖章；一般不补开病休证明。（对于已开具诊疗证明的患者遗失诊疗证明，可在一年内通过 HIS 系统内查找、补打印、盖章，并标注补打印，逾期不再受理。）

十、本院职工需开具病休证明的，必须由临床专科科主任诊断后开具。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-022	文件名称	门诊会诊制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊会诊制度

一、门诊病人就诊，需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，应提出会诊申请。当患者罹患疾病超出本科室诊疗范围和处置能力，经评估随时可能危及生命，需要其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救，可发出急会诊申请。

二、经治医师应遵循“首诊负责制”原则，在完成病史询问、体格检查、书写较详细的门诊病历和初步诊断后，才能提出会诊要求。会诊请求人员应当陪同完成会诊。

三、应邀科室的会诊医师，在复核申请科室的病史、检查资料后提出会诊意见，完成对病员的诊疗和处理。会诊明确归属科室后，做好交接班工作，转入归属科室，由归属科室负责抢救及后续治疗。严禁以任何理由推诿病人。急会诊必须在 10 分钟内到场，普通会诊应当在会诊申请发出后 24 小时内完成。

四、当病情复杂且涉及其他多个专科时，应申请多学科综合门诊会诊，做好相关检查检验，填写《多学科综合门诊会诊申请表》交于门诊办公室，由门诊办公室安排相关专科的专家并确定会诊时间，组织完成相关会诊工作。

五、应邀参加科室会诊的病人，不需要重新挂号，会诊记录可直接记录在门诊病历上。参加多学科会诊的病人，需挂当天多学科门诊的号，会诊记录填写在多学科联合诊疗门诊诊疗记录中。邀请外院医师会诊或派本院医师到外院会诊，须按照卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》(卫生部 42 号令)有关规定执行。

六、根据病情须转外院会诊者，经本科主治医师以上人员或主任审签，经医务科批准，开给会诊介绍信；接受会诊单位应指派主治医师以上人员诊治；会诊意见带回后应详细转录于病历上。

七、会诊情况和处置按规定进行完整记录，申请科室定期自查，门诊部与医务科定期督查，及时反馈、处理、改进。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-026	文件名称	多学科联合诊疗门诊管理制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订（第1次）	制定时间	2020.10.01	修订时间	2023.12.01

多学科联合诊疗门诊管理制度

为了进一步提高门诊医疗质量，创建优质医院，更新服务理念，使门诊疑难杂症患者能及时得到准确的诊断、有效的治疗，发挥多学科的专业互补优势，使患者得到最优化的综合治疗方案，特制订多学科联合诊疗门诊管理制度：

一、组织

在分管院长的领导下，在门诊设立“多学科联合诊疗门诊”，由医务科、门诊部负责组织协调。

二、多学科联合诊疗门诊就诊对象

1.门诊病人就诊3个或3个以上专科或在一个专科就诊3次以上尚未明确诊断者。

2.门诊病人所患疾病诊断较为明确，但病情涉及多学科、多系统、多脏器，需多个专业协同诊疗者。

3.外院转来本院的疑难病患者。

三、多学科联合诊疗门诊申请

1.首诊科室接诊医师认为有必要进行多学科会诊，在征得病人或其家属同意后，填写多学科会诊单向门诊部提出预约会诊申请。

2.患者或其家属主动要求疑难病会诊，也可直接向多学科联合诊疗门诊提出会诊要求，委托首诊科室或指定与疾病关系最密切的科室接诊医师，患者或其家属到多学科联合诊疗门诊办理相关手续（应写清患者联系方式与住址）。

3.门诊部负责多学科联合诊疗门诊，根据患者的病情及要求，负责确定会诊时间与会诊专家。

四、多学科联合诊疗门诊要求

1.计划开展多学科联合诊疗门诊的科室需按照要求填写申报表，并交与门诊部(纸质版和电子版各一份)，经科室审核、医院医疗质量与安全管理委员会讨论确认。

2.对于已在病房开展的多学诊的病种需要开展多学科联合诊疗门诊的，科室只需向门诊部备案即可。

3.多学科联合诊疗门诊小组组长由申请科室的主任医师或科主任担任、成员由各相关专科副主任医师以上人员组成，小组秘书由申请科室的主治以上医师担任。

4.多学科联合诊疗门诊地点暂定为：二楼第四会议室 MDT 门诊。

5.在我院门诊的患者需要或接诊的门诊医师认为需要多学科联合诊疗门诊的，由门诊医生或患者本人及家属提出申请，门诊部将结合医院具体情况，在接受申请后根据病情确定会诊专家及会诊时间，参加每例会诊的专家数量不得少于 3 名，且职称要求在副主任医师以上。

6.已申报多学科联合诊疗门诊的科室，由相关科室人员提出申请，门诊部负责通知 MDT 小组组长，召集组内专家，确定会诊时间。

7.参加会诊人员，原则上由门诊部与会诊科室主任联系后确定会诊人员；特殊情况下门诊部可直接指定专家会诊。接到会诊通知后，专家必须在约定的时间准时参加会诊；若不能按时参加会诊，应提前通知门诊部更换专家。

8.会诊病人必须携带门诊病历、检查报告、化验结果等全部资料提前抵达指定地点，接受会诊专家问诊与体检。

五、多学科联合诊疗门诊程序

1.多学科门诊会诊由门诊部主任或首诊专科主任主持。

2.首诊专科医师报告病历与诊疗经过，提出会诊的目的。

3.请病人进入会诊现场，回答专家的提问，如实表述病史，接受专家体格检查。

4.专家集中讨论，病人及家属回避。

5.讨论结束后，由首诊专科主任总结，并对患者的诊断、治疗计划或医嘱写出书面意见。会诊记录应根据当时讨论情况整理后，及时记入专门病例讨论记录本内。记录讨论时间、参加人员、简要病史及会诊目的、发言人意见、会诊总结意见、记录人签名。

6.会诊完毕，主持人委托首诊科室的专家将会诊意见转告病人，并热情解答病人提出的问题。如有保护性医疗方面的考虑，会诊意见或结论只向病人家属反馈。

7.门诊部需对多学科会诊后病人的去向、治疗效果进行追踪了解，对病人或家属进行电话回访，收集病人或其家属对会诊工作的反馈意见。门诊部定期进行多学科联合诊疗门诊工作总结，不断改进多学科联合诊疗门诊工作，提高多学科联合诊疗门诊质量。

六、会诊管理

1.医务科、门诊部共同负责多学科联合诊疗门诊工作的管理、协调和持续改进。

2.多学科联合诊疗门诊须定期总结门诊疑难病例会诊工作，及时发现和解决工作中存在的不足，不断改进会诊工作，提高会诊质量。对延误病情造成医疗纠纷的，按医院有关规定另行处理。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-029	文件名称	门诊预约诊疗工作制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 2 次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2023.12.01

门诊预约诊疗工作制度

为规范门诊预约诊疗工作，推进预约诊疗工作顺利开展，根据《江苏省三级综合医院评审标准实施细则》及我院实际情况，特修订本制度。

一、各科岗位职责

1．医院党办宣传科：负责对外公布医院出诊专家的信息。

2．门诊部：负责对出诊专家号源的管理及协调医院门诊预约挂号工作。

3．财务科：负责预约挂号的收费。

4．信息中心：预约挂号信息化所需软件、硬件的配置和维护。

5．接诊医生：及时出诊。

二、预约挂号程序

1．预约的方式：我院全面开通了电话预约、现场预约、诊间预约、微信公众号预约、自助机预约、出院复诊预约 6 种预约挂号方式，专家专科门诊和普通门诊全部实施预约。

2．预约的时限：出院复诊预约在就诊前 1 个月，其余方式预约在就诊前 1 周。

3．预约号源：100%号源放入号源池进行预约。要求患者在同一天同一个专科只能挂一个号。

4．挂号者的身份确认：预约时应采用实名制，凭有效身份证件号进行登记。

5．接诊医生的管理：医生应该严格按照安排的出诊时间出诊，遇可以预知的会议、出差等离开医院不能应诊的情况须在 2 周前，按规定程序将停诊申请单交门诊部进行停诊。若距出诊日期 2 周内医生遇有特殊情况应填写《停（替）诊申请表》并经科主任签字后递交给门诊部。若出诊当日突发事件导致不能按时出诊，医生应立即汇报科主任，由科室落实替诊医生，并迅速报告门诊部，后由停诊医生本人补填写“停替诊表”，送门诊部备案。

6．停诊处理：门诊部接到医生计划停诊申请单后应及时停止申请医生的预约。非计划停诊时，门诊部及时取消该医生出诊计划，同时电话通知已预约患者。若出诊当日突发事件导致不能按时出诊，科室落实替诊医师，门诊部做好患者的沟通解释工作。

7．预约病人的退号：预约病人因故不能来院就诊，应在就诊前一日 24 时前完成退号（通过原来的预约途径），否则作为爽约处理。未就诊患者，挂号后经出诊医师签字确认，可退号。

8．失约病人的处置：对累计 3 次预约成功但无故失约的患者，系统将自动封锁预约门诊资格三个月，但不影响窗口挂号就诊。

9．预约病人的催诊提醒：设置就诊前一日短信提示。

三、预约挂号特别提示

1．我院一律实行实名制预约，必须使用本人身份证（儿童使用监护人身份证）。

2．排班表中各科室医生出诊情况仅供参考，最终以医院当日公布为准。如遇医师临时停替诊，预约平台会短信提醒或电话通知已预约的患者。

3．退号：为避免爽约造成的挂号资源浪费现象，若退号请于就诊前一日 24 时前完成退号，以免影响下次预约。

四、门诊预约挂号流程：

电话预约：直接致电总服务台电话：0510-83318119→就诊当日在人工预约挂号窗口取号→就诊。

现场预约：距预约日期一周内，凭身份证在门诊一站式服务台预约挂号→就诊当日在人人工挂号窗口、自助机取号→就诊。

诊间预约：距预约日期一周内，门诊医生工作站预约挂号→就诊当日在人工挂号窗口、自助机取号→就诊。

微信公众号预约：距预约日期一周内，登录手机微信“无锡市惠山区人民医院”公众号预约挂号→就诊当日在人工挂号窗口、自助机或手机取号→就诊。

自助机预约：距预约日期一周内，登录自助机进行预约挂号→就诊当日在人工挂号窗口、自助机取号→就诊。

出院复诊预约：距预约专家出诊日期一月内，主管医师预约相关专家→就诊当日在人工挂号窗口取号→就诊。

五、预约门诊变更、暂停、取消等特殊情况应急预案

为了方便患者就医，我院开展预约门诊工作，为了确保预约门诊服务质量，我院制定预约门诊变更、暂停、取消等特殊情况应急预案。根据医院《预约挂号工作制度》规定，专家门诊一经确定，原则上不得随意变更，如遇特殊情况报门诊部，立即启动本预案。

（一）医务人员

1．医务人员要按规定的时间出诊，按照医院工作制度要求，出诊安排一经确定在两周时间内原则上不得无故变动。如需变更、暂停或取消坐诊，应提前两周报门诊部备案，门诊部利用预约诊疗平台变更门诊时间，并通知导医台、门诊分诊台，及时公示出诊变更信息。

2．两周内的非计划停、替诊，门诊部利用预约诊疗平台变更专家门诊时间，并通知导

医台、门诊分诊台，及时公示出诊变更信息，对已预约的患者，平台及时发送信息至患者预约登记电话号码，告知门诊变更情况，取得患者理解后，进行妥善安排。

3．出诊当日预约的专家遇紧急情况不能按时出诊，不能停诊，科主任接到汇报后应立即安排科室人员替诊，门诊部及时出示出诊变更信息，做好现场就诊患者的解释工作。

4．门诊工作人员要认真做好预约挂号服务、登记、解释工作，若预约患者未如约前来，下一位预约病员可以先行就诊。

（二）预约患者

1．预约一律采取实名制，预约人员须提供各项真实有效的信息，以便专家临时停（替）诊时联系。

2．如遇专家替诊，对不愿变更医生的患者，需按预约程序重新预约专家。

3．预约时兼顾考虑医患双方时间确定就诊时间及专家。

4．预约成功后，应在预约当日按预约时段提前来院挂号，并按挂号序列有序就诊。

5．病人预约成功，但未前来就诊，视为违约，违约 3 次，系统将自动封锁预约门诊资格三个月，但不影响窗口挂号就诊。

6．若预约病员未如约前来，下一位预约病员可以先行就诊。

六、考核

1．医院将预约挂号执行情况如专家预约率、专科预约率等纳入科室考核项目，各科室要认真执行，积极推动预约挂号。

2．各科室医生要严格执行医院出诊管理规定，严格执行请假汇报制度，准时开诊，在岗在位。对于因医生原因导致的预约患者投诉，将与个人考核挂钩。

3．工作人员应认真做好预约工作，耐心细致解答病人疑问和咨询，为患者提供优质服务，定期对预约结果进行检查，持续改进预约服务。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-031	文件名称	医技科室分时段预约管理制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订 （第 1 次）	制定时间	2020.09.25	修订时间	2023.12.01

医技科室分时段预约管理制度

一、为方便患者就诊就医，提高工作效率，结合我院工作实际，特制定医技科室分时段预约管理制度。

二、医技检查预约工作要求各临床、医技科室确定一名人员负责医技检查预约工作。

三、医技检查预约范围包括：

（一)影像科

1、磁共振所有检查

2、CT 增强扫描

3、CT 灌注扫描

4、各种 X 线造影检查

5、冠脉 CTA，颈部 CTA 及全身各部位血管成像

（二)超声科

1、胎儿四维彩超

2、心脏彩超、血管彩超

（三）心电图室：动态心电图

（四）病理科

术中快速冰冻病理检查(提前 1 天与病理科联系，临床医师告知家属到病理科签字；标本送达病理科后 30 分钟出结果；术中临时决定送快速病理，出报告时间相应延长）。

四、预约医技检查工作流程

1、门诊患者预约

在门诊医生处开检查申请单→到医技科室服务台登记预约→按预约时间进行检查。

2、住院患者预约

住院医生开检查申请单→患者家属至医技科室服务台预约→医技科室服务台安排预约检查时间，做好登记，并发放预约单→患者持预约单、检查申请单按预约时间到医技科室进行检查。

五、注意事项：

1、医技检查预约工作由各科室指定专人负责。

2、医技检查预约提倡按天、按时段预约。

3、患者预约时应告知：如有急诊病人、老人与儿童、空腹检查的病人可能会影响其预约的精确时间，但不会超时太久；

4、预约时，各科室要告知患者检查前应做的准备和检查禁忌症。

5、预约后若因故不能按时来诊疗，应提醒患者及时拨打预约电话取消预约，否则将被视作违约。违约者取消预约资格，按到达时间先后顺序排队等候检查。

6、医疗设备常规检修时，各医技科室要提前进行公告；医疗设备突发故障时，各医技

科室要及时和已预约的患者联系沟通，取得患者理解，待设备正常运行后优先安排预约患者。

7、急危重患者不用预约，优先检查。

8、临床和医技科室工作人员未按规定执行造成患者投诉，按照医院投诉处理规定严肃处理。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-034	文件名称	门诊实名制就诊制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订（第1次）	制定时间	2019.02.01	修订时间	2023.12.30

门诊实名制就诊制度

根据国家卫健委要求，为进一步优化医疗服务流程，构建医患双方诚信机制，加强医疗质量，维护患者在就医中的合法权益，保障医院正常医疗秩序，结合我院实际，制定如下实名制就诊制度。

一、从2019年3月1日起患者至本院就诊挂号时，必须提供有效身份证（如二代身份证或社保卡、医保卡、驾驶证、户口簿、护照及其他包含本人身份信息的证件），并留下联系方式及电话。2024年1月10起，可使用中华人民共和国外国人永久居留身份证实名就医。

二、患者挂号成功，未经医生签字同意，不能退号，不更名。

三、年老体弱、路途遥远、新生儿无身份信息者，填写“无卡人员信息登记表”后再予挂号。儿童可用户口簿替代，身份证照片、电子身份证可暂时代替实体身份证。

四、急诊挂号处也需提供身份证，如无身份证等证件，急诊分诊台填写“无卡人员信息登记表”，抢救病人及外伤病人除外。

五、住院患者，无论是否有医保卡，均需携带身份证办理住院，住院处需核对身份证、医保卡信息，防止有冒用医保卡住院人员。住院病人原则上须带实体身份证办理住院。

六、挂号窗口人员，需认真核查代表患者识别唯一性的实名信息，包括姓名、身份证号、医保号。

七、医保卡实行“一人一卡”，严禁使用他人有效身份证明或医保卡挂号、就诊，一经发现医保卡基本信息与患者真实身份不符，医院有权终止接诊，由此产生的一切不良后果由患者及家属自行承担。

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-037	文件名称	门诊危急值报告制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订（第2次）	制定时间	2017.07.01	修订时间	2023.12.01

门诊危急值报告制度

为加强门诊管理，提高医疗质量，保障医疗安全，全面贯彻落实《患者安全目标》，避免医疗差错事故发生。使临床能够及时掌握病人病情变化情况，并提出诊疗处理意见，特制订门诊临床“危急值”报告制度。

一、目的

使临床能及时掌握患者病情变化，避免医疗事故的发生，保障患者安全。

二、适用范围

1、危急值报告者：检验科、心电图室、医学影像科、病理科。

2、危急值接收者：门/急诊科室、临床科室。

三、定义

指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果建立复核、报告、记录等管理机制，以保障患者安全的制度。

四、基本要求

1、建立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衔接且可追溯。

2、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。

3、出现危急值时，出具检查、检验结果报告的部门报出前，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，应当及时复检并核对。

4、外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医院应当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。

5、临床科室任何接收到危急值信息的人员应当准确记录、复读、确认危急值结果，并立即通知相关医师。目前本院危急值有三种接收方式：电话通知、短信提醒、危急值弹框。

6、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。

五、内容

（一）、危急值确定与更新：

1、确定：由医务科负责组织检验科、医学影像科、心电图室、病理科、临床科室等负责人及相关专家共同讨论确定本院危急值项目、阈值以及报告流程，报分管院长审批后公示。

2、更新：医务科每年组织一次回顾更新，对上一年的危急值进行总结评价，并结合医院实际工作对危急值项目进行修订。

（二）、“危急值”报告流程

1、检验科“危急值”报告流程

检验科工作人员发现“危急值”情况时，严格按照“危急值”报告流程执行：

（1）确认检查仪器、设备和检验过程是否正常，核查标本是否有错，操作是否正确，仪器传输是否有误。

（2）在确认临床及检查（验）过程各环节无异常的情况下，核实标本信息（包括患者姓名、科室、床位、诊断、检测项目等）。

（3）在确认检测系统正常情况下，立即复检，与质控标本同步测定，有必要时须重新采样。

（4）复检结果无误后，操作者应及时与临床联系。1 分钟内将门诊患者信息通知开单医师，检验科按“危急值”登记要求在《检验“危急值”结果登记本》上详细记录患者姓名、门诊号、收样时间、出报告时间、检验结果(包括记录重复检测结果)、向临床报告时间（精确到分钟）、报告接收人员和检验人员姓名等。

（5）检验者在报告单上注明“危急值已报”及接电话者的科室、姓名。

（6）尽快将书面报告送达相应诊室，必要时应通知临床重新采样。

（7）必要时检验科应保留标本备查。

2、心电图室“危急值”报告流程

（1）检查人员发现“危急值”时，在排除伪差的情况下核实信息（包括患者姓名、门诊号、诊断、检测项目等），第一时间将“危急值”通知相关临床科室，对门诊患者电话通知开单医师，发具临时诊断报告，必要时重新进行检查，以确保结果的可靠性和准确性。检验者在报告单上注明“危急值已报”及接电话者的科室、姓名。

（2）如“危急值”与患者病情不相符，检查人员须积极主动及时与临床沟通，或进一步检查，以保证诊断结果的真实性。

（3）在心电图室“危急值报告登记本”上对报告情况作详细记录，记录应有以下内容：患者姓名、性别、年龄、门诊号、临床诊断、申请医师、检查时间、报告时间（精确到分钟）、危急值内容、通知方式、接收医护人员姓名。

（4）对“危急值”报告的项目实行严格的质量控制，报告有可靠的途径和规定的时间，

并为临床提供咨询服务。

3、医学影像科“危急值”报告流程

（1）检查人员发现“危急值”情况时，首先要确认检查设备是否正常，操作是否正确，在确认临床及检查过程各环节无异常的情况下，才可以将检查结果发出。

（2）立即电话通知相应临床科室医护人员“危急值”结果，核实患者基本信息；对门诊患者电话通知开单医师。

（3）在“危急值报告登记本”上对报告情况作详细记录，记录应有以下内容：患者姓名、性别、年龄、门诊号、临床诊断、申请医师、检查时间、报告时间（精确到分钟）、危急值内容、通知方式、接收医护人员姓名。

（4）积极与临床沟通，为临床提供技术咨询，必要时进一步检查，保证诊断结果的真实性。

4、病理科“危急值”报告流程

（1）病理科工作人员发现“危急值”情况时，检查（验）者首先要确认核查检验标本是否有错，标本传输是否有误、标本检查及切片制作过程是否正常，操作是否正确。在确认检查（验）过程各环节无异常的情况下，需立即电话通知临床科室人员“危急值”结果，对门诊患者电话通知开单医师，并在《检查（验）危急值报告登记本》上逐项做好“危急值”报告登记。

（2）病理科必须在《危急值结果登记本》上详细记录，并简要提示标本异常外观性状显微镜下特点等。记录应有以下内容：患者姓名、性别、年龄、门诊号、临床诊断、申请医师、收到标本时间、标本特点、报告时间、病理诊断、通知方式、接收医护人员姓名。

（3）对原标本妥善处理之后保存待查。

（4）主管医师或值班医师如果认为该结果与患者的临床病情不相符，应进一步对患者进行检查；如认为检验结果不符，应关注标本留取情况。必要时，应重新留取标本送检进行复查。若该结果与临床相符，应在 30 分钟内结合临床情况采取相应处理措施，同时及时通知病理科医师。

三、如患者检验结果进入“危急值”提醒范围，计算机系统将提示。

四、临床科室对于“危急值”按以下流程操作：

（一）门诊患者接受报告者常规为开单医师；临床医师在接到“危急值”报告电话后，如果认为该结果与患者的临床病情不相符或标本的采集有问题时，应重新留取标本送检或进行复查。

（二）临床科室在接到检验科“危急值”报告时，应备有电话记录。在《危急值结果登

记本》上详细记录患者姓名、门诊号、出报告时间、检查或检验结果(包括记录重复检测结果)、报告接收时间和报告人员姓名并复述危急值内容等。

（三）接收报告者应及时将报告交该患者的主管医师。若主管医师不在，立即通知科主任或现场年资最高医师。

（四）医师接报告后，应立即报告上级医师或科主任，并结合临床情况采取相应措施。

（五）门、急诊医护人员接到“危急值”电话时应及时通知患者或家属取报告并及时就诊；一时无法通知患者时，应及时向医务科、门诊部报告，值班期间应向总值班报告。必要时医务科应帮助寻找该患者，并负责跟踪落实。

（六）接到“危急值”报告后 15 分钟以内主管医师对“危急值”报告的应答，应见医嘱和病程记录，如该危急值无需特别处理，也应在病历中加以分析说明。接收人负责跟踪落实并做好相应记录。

五、“危急值”项目和范围的更新：

（一）临床科室如对“危急值”标准有修改要求，或申请新增“危急值”项目，请将要求书面成文，科主任签字后交相应医技科室修订，并报医务科备案。

（二）相应医技科室应按临床要求进行“危急值”修改，并将临床递交的申请存档保留。

（三）如遇科室间标准、要求不统一，提交医务科协商解决。

六、登记制度

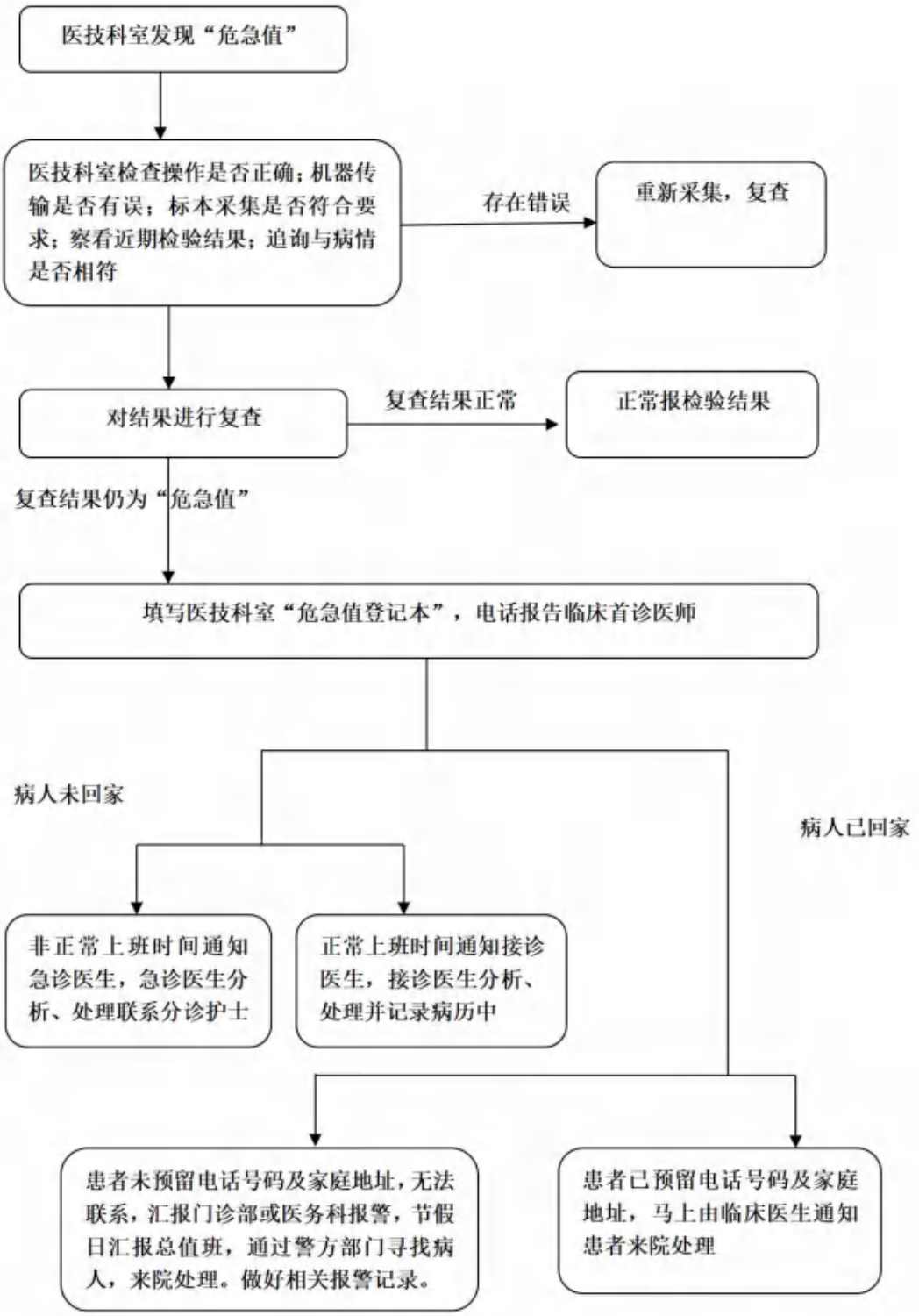
“危急值”报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”原则。各检查、检验科室及临床科室均应建立检验（查）“危急值”报告登记本，对“危急值”处理的过程和相关信息做详细记录。

七、监管

（一）临床、医技科室要认真组织学习“危急值”报告制度，人人掌握“危急值”报告项目与“危急值”范围和报告程序。科室要有专人负责本科室“危急值”报告制度实施情况的督察，确保制度落实到位。

（二）“危急值”报告制度的落实执行情况，将纳入科室质量考核内容。医务科、门诊部等职能部门将对各临床、医技科室“危急值”报告制度的执行情况进行检查，提出“危急值”报告制度持续改进的具体措施。

门诊“危急值”处理流程图


医技科室发现“危急值”
医技科室检查操作是否正确；机器传输是否有误；标本采集是否符合要求；察看近期检验结果；追询与病情是否相符
存在错误
重新采集，复查
对结果进行复查
复查结果正常
正常报检验结果
复查结果仍为“危急值”
填写医技科室“危急值登记本”，电话报告临床首诊医师
病人未回家
病人已回家
非正常上班时间通知急诊医生，急诊医生分析、处理联系分诊护士
正常上班时间通知接诊医生，接诊医生分析、处理并记录病历中
患者未预留电话号码及家庭地址，无法联系，汇报门诊部或医务科报警，节假日汇报总值班，通过警方部门寻找病人，来院处理。做好相关报警记录。
患者已预留电话号码及家庭地址，马上由临床医生通知患者来院处理

惠山区人民医院	文件编码	MZB-ZD-038	文件名称	医技科室限时承诺服务制度	适用范围	门诊
	制定部门	门诊部	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2020.09.25	修订时间	2023.12.01

医技科室限时承诺服务制度

一、检验科

1、血、尿、粪常规项目自接受标本开始到出具报告时间 1 个小时；

2、急诊常规项目检验时间小于 30 分钟，生化、免疫急诊项目小于 1 个小时；

3、常规生化项目小于 2 小时；常规免疫检验项目检验时间小于 3 小时；微生物常规检验项目小于 3 个工作日。

二、影像科

1、急诊 DR 摄片 30 分钟以内出片子及报告；急诊 CT 检查 30 分钟以内出片子及临时报告。

2、普放急诊半小时，平诊 1 小时；CT 急诊半小时以内，平诊 1 小时，所有胸、腹、盆等 CT 检查（平扫及增强）次日 8：30 后取报告，CT 三维重建（包括 CTA、CTV 等）3 天取报告。

3、住院患者检查的片子及诊断报告，由我科统一送至病房。

4、夜间急诊检查，30 分钟内取片子及临时报告，请于次日 9 点以后来影像科换取正式报告。

三、心电图室

1、心电图检查：从开始到出具结果时间小于或等于 30 分钟。

2、脑电图检查：从开始到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

3、肺功能检查：从开始到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

4、脑血管血液动力学检查及经颅多普勒检查：从开始到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

5、24 小时动态心电图：从分析到出具结果时间小于或等于 24 小时。

6、24 小时动态血压：从分析到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

四、超声科

1、腹部、妇产、浅表超声检查：单个项目，从检查结束到出具结果时间小于或等于 30 分钟。

2、肾动脉、胡桃夹、肢体血管、内瘘超声检查：从检查结束到出具结果时间小于或等

于 45 分钟。

3、心脏超声检查：从检查结束到出具结果时间小于或等于 45 分钟。

4、早中孕 NT 超声检查：在胎儿条件配合的情况下，从检查结束到出具结果时间小于或等于 30 分钟。

5、产科筛查超声检查：在胎儿条件配合的情况下，从检查结束到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

6、心脏、肢体血管、内瘘、肾动脉、胡桃夹预约检查时间不超过 3 个工作日。

五、病理科

1、常规病理诊断报告在 5 个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。

2、术中快速病理诊断报告在 30 分钟内发出，疑难病例和特殊标本除外。

3、细胞学检查诊断报告在 2 个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。

十五、互联网医院管理制度

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-001	文件名称	互联网医院管理体系	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网医院管理体系

为进一步推进互联网医院工作开展，规范在线诊疗行为，保障医疗服务质量和医疗安全，特成立互联网医院领导小组，互联网医院工作办公室，并明确各相关部门在互联网医院工作中的职责。

一、互联网医院领导小组

组　长：卢 峰

副组长：顾晓红　徐太静

秘　书：李相宗

成　员：严文杰 郑 雄 任凌燕　郑龙蛟　张 凯 石 慧

职　责：

1、掌握互联网医院相关的政策和要求，负责互联网医院发展思路和方向。

2、协调组织医院相关部门推进互联网医院工作开展。

3、出台互联网医院相关政策、制度，保障互联网医院在线诊疗工作的规范、质量与安全。

4、负责互联网医院相关的重大决策。

二、互联网医院工作办公室

主　任：张 凯

成　员：严文杰 郑 雄 李相宗 任凌燕　石 慧 严 斐 潘辉娟

职　责：

1、在互联网医院领导小组领导下，推进互联网医院工作的开展。掌握国家、省、市互联网医院相关政策、法规，规范互联网医院在线诊疗行为。

2、制定互联网医院相关管理制度，负责互联网医院的全流程设计，确保患者线上的就医过程流畅，保障互联网医院诊疗工作的质量与安全，持续提升互联网医院诊疗服务的满意度。

3、负责医务人员开展互联网医院在线诊疗工作的指导。负责出诊医生的培训工作，包

括不仅限于操作系统培训、线上诊疗服务操作培训、线上医患交流技巧培训、线上处方及病历书写规范等。

4、落实日常的基础运营工作，及时处理线上服务出现的问题，解决医生和患者在线诊疗过程中的疑问，确保线上业务的正常运作。

5、负责协调各临床业务科室的工作关系，尤其落实互联网诊疗的排班。

6、负责与建设公司、医院管理部门、临床医生保持密切联系，听取并分析各种需求与建议，提交信息科持续改进。

7、定期整理运营工作报告，并能提出针对性的改进意见，持续改善线上就医服务质量。

三、其它支持部门

1、医务科职责：

（1）制定互联网诊疗相关规章制度，规范诊疗行为，并监督执行情况，持续提高医疗质量。建立相配套的负责人制度，充分落实医生管理、线上复诊诊疗规范、药品规范、服务流程管理。

（2）组织实施互联网诊疗相关业务计划，做好相应的人员培训、服务质量管理等。对于突发性事件要及时组织调查、讨论并落实应急处理，事后总结提升。

（3）定期检查医生在互联网医院的线上服务质量，包括但不仅限于沟通方式、态度、处方、病历等相关内容。

（4）建立医疗服务反馈机制，从互联网诊疗医师、患者、运营人员等多角度吸取建议，改进服务流程，提高就诊流畅性和患者体验。

（5）提出改进建议以优化服务工具，提升全流程服务满意度。

2、护理部职责：

（1）规范互联网护理工作的开展，制定相关的管理制度，并监督执行情况。

（2）负责互联网护理工作的风险评估，批准具体工作的开展。

（3）负责互联网护理工作的质量追踪，定期汇总分析，持续改进。

（4）负责突发事件或意外事件的协调与处理。

3、药剂科职责：

（1）做好互联网医院线上处方的审方工作，对于不符合规定的电子处方予以退回修改或作废操作，确保电子处方的质量与安全。

（2）加强药品监督管理，贯彻落实药事法规，对药品在互联网医院流通的全过程实行监督检查，依法购药，依法管药，依法用药。

（3）做好互联网医院的药品目录管理工作，落实互联网医院的药品引进评审制度，制

定相应的规则和建立评审专家库，同时，严格禁止麻醉药品、精神药品、医疗毒性药品以及其它不允许在线上流转的药品在线上使用。

（4）定期分析互联网医院的药品使用情况，组织专家评价所用药物的临床疗效与安全性，提出淘汰药品品种的意见。

（5）定期组织开展药事管理会议，就药品管理的相关事项进行讨论与落实。

4、信息科职责：

（1）按照国家和上级的相关要求，确保互联网医院的信息系统运行稳定、安全和高效。包括不仅限于能连续、准确、系统、全过程、全留痕，分析、反馈、预警医院管理和医疗质量等。

（2）制定符合《医院信息系统基本功能规范》的相关规章制度，满足互联网医院管理和临床工作的需要。

（3）全面协调并统筹信息安全管理所需的人员、资金、设备、场地等资源，制定人员安全技能和安全意识培训的计划，对互联网医院的信息安全建设工作提供支持。

（4）保证安全活动的实施与安全策略一致，核准信息安全相关的方法和过程，评估安全控制措施实施的充分性和协调性，促进信息安全教育与培训，提高网络安全意识，有效、合理协调我院信息安全建设的工作。

5、开展互联网医院业务的各临床科室职责：

（1）做好线上健康咨询与网络复诊的服务，包括图文、电话、视频等多种形式，持续改善患者的线上就医体验。

（2）主动开展线上科普宣教活动，宣传常见病、多发病的预防知识和相关的健康教育内容，定期更新科室/医生主页上的科普专栏。

（3）尊重患者权利，注意病人隐私保护，对首诊、急症、重症或不适应线上复诊的患者，及时引导患者到医院就诊。

（4）对适用于线上复诊的病人，要做到科学诊断和治疗，合理用药，并按规范认真书写处方和病历资料。

6、宣传科与门诊部职责：

（1）负责互联网医院的品牌包装与宣传。

（2）负责互联网医院线上、线下的推广。

（3）在规定范围内，做好科室/医生的品牌包装及宣传工作，争取在区域内能有更好的患者口碑及业务转化。

（4）负责互联网医院患者操作的各种指导。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-002	文件名称	互联网医院工作管理制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网医院工作管理制度

为了进一步提升互联网门诊的工作效率，拓展“互联网+医疗”的内涵，规范互联网诊疗工作开展，结合我院相关医疗管理规定，特制定互联网医院管理制度。

一、互联网医院在院领导指导下开展工作，医务科、门诊部、财务科、信息科、医保科、药剂科等职能部门负责运行规范管理和相关技术支撑，药学部、检验科、影像科、超声诊断科等临床医技科室配合做好医疗管理协同工作。

二、互联网诊疗工作由互联网医院工作办公室统一协调，办公室配备互联网专职医师，负责实施执行医院各项制度举措。同时，办公室负责互联网门诊日常排班，定期在院内网上公布。

三、互联网诊疗工作的出诊医师数量、接诊患者数量，以及就诊患者的满意度等指标，均纳入科室和医师的绩效考核当中，对于当月不能完成指标任务的，要按照相关规定扣除绩效分值，并在全院进行通报。

四、各临床科室要按照要求参与互联网门诊工作，特别是适合进行互联网诊疗的学科，要重点开展该项工作，原则上每个科室每天都至少有 1 名医师出诊，提前将排班报送至互联网医院工作办公室。增加上线的科室数量，如妇产科、皮肤科等要积极开通网络门诊，同时鼓励心内科、内分泌科、呼吸内科、风湿免疫科、肾内科等扩大出诊医师数量。

五、互联网门诊出诊医师必须执业医师资格证书和注册证书齐全，且注册地点在无锡市惠山区人民医院，取得中级职称。

六、医师应按照规定时间出诊，与患者通过图文或者视频等方式进行交流，并及时处理患者就诊需求。坚持首诊负责制，不推诿患者，按照规范认真书写电子病历。

七、诊疗过程中，医师给予患者的诊疗意见必须真实、有效，不能夸大或缩小诊疗效果，做到合理诊治，不得利用工作之便为患者提供虚假证明。

八、严格执行处方管理办法，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。慢性病复诊患者病情稳定需长期服用同一类药物的，可按照相关规定进行处理。不得开具毒、麻药品和精神药品。

九、认真履行互联网问诊职责，如发现情况危重患者，要指导其做好应急处置工作或及时拨打 120 求助。如需进行手术或特殊治疗的患者，出诊医师要在网上向病人或家属交代清

楚有关病情，做好记录，指导患者来院按照正常流程就诊治疗。

十、互联网门诊出诊医师应遵循“以患者为中心”的服务理念，热情、耐心、细致地做好问诊和咨询，提高医疗质量，加强医患沟通，保护患者隐私，把对病人的尊重、理解和关怀体现在医疗服务全过程，努力构建和谐医患关系。

十一、如发现需上报的法定传染病时，要按要求及程序做好记录并上报，同时指导患者及时联系当地社区、疾控中心。

十二、互联网医院工作办公室设置在门诊二楼远程诊室，出诊医师要配合做好诊间管理工作，保证日常工作秩序秩序，严格遵守工作纪律，因故离岗时，须向办公室备案。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-003	文件名称	互联网诊疗服务管理制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网诊疗服务管理制度

一、诊疗患者范畴

对在本院明确诊断的常见病和慢性病，并至少半年内在本院针对相同诊断实地就诊过，非急症或非重症的患者，针对相同诊断开展互联网复诊。当患者病情变化需要线下诊查时，应当立即终止互联网诊疗，引导患者到我院就诊。

二、接诊患者要求

1.不得对首诊患者开展互联网诊疗活动。

2.不得为没有监护人陪伴的儿童诊疗。

3.医师应当掌握患者病历资料，确定患者在实体医疗机构明确诊断为某种或某几种常见病、慢性病后开始诊疗。

4.患者需向医生提供完整的病史和相关检查资料。医生给予患者的诊疗意见必须真实、有效，不能夸大诊疗效果或进行广告宣传。

5.医生应当及时应答患者问题，及时有效解答患者问题。

三、处方开具

1.在线开具处方前，医师应当掌握患者病历资料，确定患者在实体医疗机构明确诊断为某种或某几种常见病、慢性病后，可以针对相同诊断的疾病在线开具处方。

2.医师按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不

良反应和注意事项等开具处方。

3.处方开具当日有效。

4.不得在互联网上开具毒性药品、麻醉药品、精神类药品处方、补液以及其他用药风险较高、有其他特殊管理规定的药品处方。

5.为儿童开具互联网用药处方时，应当确定患儿有监护人陪伴。

6.不得开具大处方、超剂量处方或高价处方。

四、检查检验

（一）检查检验管理的一般规定

患者在线问诊，如由于检查检验资料不足，不足以支持医生做出诊疗方案或建议，医生可要求患者补充检查检验资料，开具相关检查检验项目，患者完成相应检查检验后，提供检查检验结果给医生，以便获得更有价值的诊疗。

（二）检查检验开具规范

1.医生需要根据患者情况，明确需要做的检查检验，应有针对性、阶梯性，费用较低的检查检验能明确诊断的，不得再进行同一性质的其他检查检验。

2.相关检查检验申请需简明扼要书写病情摘要，包括重要体征及治疗史和过去相关检查检验结果，以及初步诊断。

3.相关检查检验报告需保证内容科学完整，术语规范，部分特殊检验报告应作出相应诊断或提出相关意见。

（三）检查检验预约规定

为进一步提高医疗服务质量，方便患者提前安排就医计划，减少候诊时间，应施行相关检查检验预约服务。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-004	文件名称	互联网诊疗服务流程	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网诊疗服务流程

一、互联网诊疗实名注册

我院应在互联网诊疗系统前端设定患者注册和登录页面，患者首次申请互联网诊疗时须在移动端填写就诊信息，并绑定身份证号及医保卡号，患者完成注册后可申请互联网诊疗服务。

二、患者提交互联网申请

患者登录医院互联网诊疗系统，进行预约挂号缴费，患者提供在本医院的诊疗数据，如诊断、处方、处置、检验、检查等信息，并在网上签署知情同意书，保证互联网诊疗疾病为复诊疾病。

三、医师在线上进行诊疗

患者挂号后，在线提交既往病历资料申请复诊，医师应当根据患者提交申请，调取线下的诊断、处方、处置、检验、检查等病历资料，在约定的时间内通过线上问诊（图文或者视频）对患者病情进行诊断。如需做必要化验检查，应建议患者线下化验检查并将结果上传至平台，如病情发生变化或经其他医师会诊认为需要线下复诊时，接诊医师应当终止互联网诊疗活动，引导患者到我院就诊。

四、医师做出诊断开具处方

医师经过诊断，认为适合在线上开具处方的，应当在线上为患者提出诊疗方案，开具处方。医院应当通过信息系统实现医师在移动终端的身份认证和电子签名，医师开具处方时应当进行电子签名认证，以确保诊疗数据的真实性、完整性、不可否认和不可篡改性。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-005	文件名称	在线电子病历管理制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

在线电子病历管理制度

为规范互联网医院的电子病历管理，保证医患双方合法权益，根据《电子病历基本规范》制定本管理制度。本规范适用于互联网医院电子病历的建立、使用、保存和管理。

一、医务科负责电子病历的收集、保存、调阅、复制等管理工作。信息科负责电子病历技术方面建设、运行和维护。

二、电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用互联网医院信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数据影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式。患者诊疗活动过程中产生的非文字资料(CT、磁共振、超声等医学影像信息，心电图录音，录像等)应当纳入电子病历系统管理，应确保随时调阅、内容完整。

三、电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置有相应权限，操作人员对本人身份标识的使用负责。医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成各项记

录等操作并予确认后，系统应当显示医务人员电子签名。

四、电子病历系统应当设置医务人员审查、修改的权限和时限。医务人员修改时，电子病历系统应当进行身份识别保存历次修改痕迹、标记准确的修改时间和修改人信息。病历记录以接诊医师录入确认即为归档，归档后不得修改。

五、电子病历信息安全保密制度，设定医务人员和有关医院管理人员调阅、复制、打印电子病历的相应权限，建立电子病历使用日志，记录使用人员、操作时间和内容。未经授权，任何单位和个人不得擅自调阅、复制电子病历。

六、电子病历系统应当为患者建立个人信息数据库，授予唯一标识号码并确保与患者的医疗记录相对应。

七、电子病历系统应当满足国家信息安全等级保护制度与标准。严禁篡改、伪造、隐匿、抢夺、窃取和毁坏电子病历。

八、电子病历系统应当为病历质量监控、医疗卫生服务信息以及数据统计分析和医疗保险费用审核提供技术支持，利用系统优势建立医疗质量考核体系，提高工作效率，保证医疗质量，规范诊疗行为，提高互联网医院管理水平。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-006	文件名称	在线处方管理制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

在线处方管理制度

一、电子处方管理的一般规定

(一)电子处方是指由注册的医师在互联网线上诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药师审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。

(二) 电子处方应当严格遵守《处方管理办法》等处方管理规定。

(三)电子处方书写规则

电子处方按系统要求完成各项填写；每张处方不得超过 5 种药品，中草药处方与西药、中成药须分开开具；患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致；每张处方限于一名患者的用药； 开具处方用药应当使用经药监局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；药品用法可用规范的中文、英文拉丁文或者缩写体书写；药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要

超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

(四) 所有在线处方必须有医师电子签名。处方经药师审核合格后方可生效。处方权的获得已在互联网医院注册多点执业的执业医师应在院内取得相应处方权，其签名式样和专用签章应在医院药学部门留样备查。

二、处方的开具

（一）在线开具处方前，医师应当掌握患者病历资料，确定患者在实体医疗机构明确诊断为某种或某几种常见病慢性病后，可以针对相同诊断的疾病在线开具处方。

(二)医师按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

(三)处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过 3 天。

(四) 开药量严格执行慢性病不超过 7 日用量，行动不便的不超过 2 周量；高血压、糖尿病、冠心病、慢性肝炎、肝硬化、结核病、癌症、脑血管病、前列腺肥大等疾病，且病情稳定需长期服用同类药物的，可放宽到不超过 1 个月量的原则。

(五)不得在互联网上开具毒、麻醉药品、精神类药品处方。以及其他用药风险较高、有其他特殊管理规定的药品处方。

(六)为低龄儿童(6 岁以下)开具互联网儿童用药处方时，应当确定患儿有监护人和相关专业医师陪伴。

三、处方的调剂

(一)取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

(二)药师在医院取得处方调剂资格。药师签名、专用签章或者电子签章式样需在药剂科留样备查。

(三)具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

(四)药师凭医师电子处方调剂处方药品，非经医师电子处方不得调剂。

(五)药师应按照操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装。

(六)药师认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。

(七)药师对电子处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

1.规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏结果的判定；

2.处方用药与临床诊断的相符性；

3.剂量、用法的正确性；

4.选用剂型与给药途径的合理性；

5.是否有重复给药现象；

6.是否有药物配伍禁忌；

7.其它用药不适宜情况。

(八)药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，要反馈给电子处方医师，请其确认后重新开具处方，并做相应的记录。药师发现严重不合理用药或者用药错误，要拒绝调剂，及时告知处方医师，请其确认后重新开具处方，并做相应记录。

(九)药师调剂电子处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性与临床诊断。

(十)药师在完成电子处方调剂后，应在处方上签名或者在电子处方上进行确认。

(十一)药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

四、监督管理

(一)药事管理委员会负责对医院电子处方开具、调剂和保管的管理。

(二)建立电子处方点评制度(与处方点评制度相同)。填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，在医院的《医疗质量通报》上通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。

(三)对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权。

(四)医师出现下列情形之一的，处方权由医院予以取消：

1.被责令暂停执业；

2.考核不合格离岗培训期间；

3.被注销，品销执业证书；

4.不按照规定开具处方，造成严重后果的；

5.不按照规定使用药品，造成严重后果的；

6.因开具处方牟取私利。

(五)未取得药学专业技术职务任职资格的人员不得从事处方调剂工作。

(六)电子处方由医院妥善保存。电子处方保存期满后提交《处方销毁申请表》，经主管副院长批准、登记备案方可销毁。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-007	文件名称	在线电子处方点评管理办法	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

在线电子处方点评管理办法

一、电子处方点评的内容

根据相关法律、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。

二、组织机构和人员

(一)药事委员会

由药事、临床医学专家等部门相关人员组成，负责互联网医院处方点评管理工作的开展。

(二)处方点评专家组

由药事委员会和临床医学专家组成，为处方点评工作提供管理及专业技术咨询。

(三)处方点评工作小组

由具有临床用药经验和合理用药知识的药师组成处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-008	文件名称	互联网医院在线会诊管理制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网医院在线会诊管理制度

本办法所称会诊是指医师由互联网医院批准，为其他医疗机构特定的患者开展执业范围内的诊疗活动。根据卫健委颁发的《医师外出会诊管理暂行规定》特制定本细则。

一、会诊流程

(一)由接诊医师通过互联网医院的医生终端（江苏健康通 APP）发起邀请，填写电子会诊单。在提交的申请单上明确写清：患者姓名、病情摘要(患者病情和当前诊治方案)、拟邀请医师、会诊目的、会诊时间。

(二)受邀医师在医生终端(江苏健康通 APP)选择同意后，在约定的时间进入医生终端(江苏健康通 APP)会诊中心，系统采用合适的方式进行会诊(手机视频，图文，语音等)。

(三)会诊时由接诊医师汇报患者病历、诊治情况以及要求会诊的目的。通过讨论，给出明确诊疗意见，并将会诊结果上传至终端完成会诊。

二、会诊模式

(一)院内会诊

1.单学科会诊

患者病情比较复杂，接诊医师无法独立处理，需要科内会诊，同级医生或上下级医生间讨论后通过会诊系统给出诊疗意见。

2.科间会诊

患者病情需要其他科室专科医生协同诊治，进行科间会诊。应邀科室需主治医师以上职称参与，会诊后由会诊医师给出专科建议，同时上传系统完成会诊。

(二)院外会诊

1.院外线上专科会诊：患者病情需要外院专科医师给予诊疗建议，进行院外线上专科会诊，医生通过会诊系统进行申请。

会诊对象：

(1)疑难病例，互联网医院医师无法诊治；

(2)诊断不明确，需要院外专科医师给予专业支持患者本人积极要求会诊者；

(3)患者本人积极要求会诊者。

2.院外线上多学科会诊：患者病情疑难，涉及多个专科科室协同诊治，需进行院外线上多学科会诊。

会诊对象：

(1)病情跨学科，需要多个专科科室共同讨论，拟定治疗方案。

(2)互联网医院内部会诊无法解决患者问题，需要不同医院顶尖

(3)专科科室的权威专家给出指导建议。

（三）远程转诊

为了给患者提供方便、快捷、优质、连续性的医疗服务，加强医院之间的联系协作，逐步形成一个有序的转诊程序。

1.申请人（院方、患者本人）在线申请转院，需经科主任或院级领导审批通过。

2.审批通过后，申请人需向分诊中心上传转院申请单、提供患者病例摘要。

3.分诊中心负责协调、对接转院医院，保证患者顺利转院。

4.转入方负责安排床位与接诊工作，确保患者及时入院治疗。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-009	文件名称	互联网医院在线问诊和排班管理制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网医院在线问诊和排班管理制度

一、在线问诊运营制度

1.互联网医院开展在线问诊、诊疗时，需要确定可以开展互联网医院业务的科室列表，由医务科审核。

2.针对每一个开展互联网医院业务的科室，由科室负责人上报可以通过在线问诊、诊疗的疾病类型清单，包括慢性病、常见病等，由医务科审核。

3.由科室负责人定义不可在线接诊的范围。初始设置的不可在线接诊范围包括：初诊、诊断不清的病人病情、传染病、危急重病人(可允许做导诊和分诊)、常见病或慢性病出现了危急值等。

二、在线问诊模式

互联网医院执业医生遵循职能部门指定的模式开展在线问诊与诊疗。互联网医院工作办公室可选择以下三种在线问诊模式：集中网络诊间、医生个人诊间和移动问诊。

1.集中网络诊间

互联网医院依据线下实体医院，建设专属于互联网医院的网络诊室，诊间内配备必需的视频、网络和硬件设备，互联网执业医生按照医院统一的排班规则进入线下实体网络诊间，通过使用诊间内视频、网络和硬件设备，为非线下的患者提供在线问诊、诊疗服务。

2.医生个人诊间

互联网医院依据线下实体医院，为每名互联网执业医生的个人实体诊间配备必需的视频、网络和硬件设备，互联网执业医生按照排班规则在个人实体诊间，通过使用个人诊间内的视频、网络和硬件设备，为非线下的患者提供在线问诊、诊疗服务。在此期间，线下患者均未进入该医生的线下候诊队列。

3.移动问诊

移动问诊模式中，医生根据自己上报的自由排班表，使用移动智能终端在非医院或医院以外的场所，为非线下的患者提供在线问诊、诊疗服务。移动诊疗模式下，其接诊时间是线下实体医院接诊时间的延伸。

三、排班管理

互联网医院的医生排班管理包括排班类型、排班天数和排班时间段。

1.排班类型：排班类型分为工作“上班时间排班”和“非上班时间排班”，“上班时间排班”由互联网医院工作办公室统一设置每名医生的排班天数和排班时间段，“非上班时间排班”由医生自行设置排班天数、排班时间段并上报互联网医院工作办公室，纳入互联网医院整体对外发布的排班总表。

2.排班天数与排班时间段：对于“上班时间排班”，互联网医院工作办公室统一设定互联网医院执业医生的排班天数(需具体确定每个医生每天是否参与排班)以及排班时间段；对于“非上班时间排班”，医生自行设置排班天数和排班时间段。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-010	文件名称	互联网医院服务规范	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网医院服务规范

一、在线视频问诊服务规范

对于开展在线视频问诊的医生，其所选的接诊场所和个人服务规范需要符合以下标准：

1.接诊场所需处于安静状态，无干扰声音，以确保问诊质量；

2.接诊场所应为相对密闭空间，无其他人在场，以确保患者隐私；

3.医生着装不得过于随意，以确保对患者的尊重；

4.医生需准时启动视频设备，以确保不耽误患者候诊时间。

二、在线图文、语音问诊服务规范

对于开展在线图文、语音问诊的医生，其所提供的服务需符合以下标准：

1.医生需于患者提交图文语音问诊咨询后的 24 小时内给予回复；

2.图文回复需要确保语义清晰、用词准确且专业；

3.语音回复需要确保语音质量清晰、表达流畅易懂；

4.所有回复内容禁止涉及负面情绪。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-011	文件名称	在线复诊患者风险评估与突发状况预防处置制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

在线复诊患者风险评估与突发状况预防处置制度

为规范我院互联网医院诊疗行为，加强在线复诊患者风险管理，保障医疗安全，提升患者满意度，制定本制度。

一、各专科根据疾病特点，制定本专科常见病、多发病在线复诊指征。不适合在线诊疗的，建议患者线下诊疗。

二、医务人员严格遵守《惠山区人民医院医疗(安全)不良事件上报制度》，出现不良事件时按规定流程上报和处置。

三、医务人员每次开展线上诊疗前，需根据患者提供的病例资料，对患者进行完整的风险评估，对于评估后提示病情变化或不适合线上诊疗的，建议患者线下诊疗。

四、风险评估的内容至少包括：心理状况、疾病转归情况、伴发疾病情况、重要脏器功能评估、治疗依从性评估、心脑血管意外风险评估等。

五、复诊患者在线诊疗过程中发生突发状况而无法完成在线诊疗的，接诊医师需及时联系患者及家属，同时向医务科/行政总值班报告，医院启动医疗应急预案，开展患者救治；无法联系患者及家属的，医院借助信息化手段，及时完成患者定位，开展救治。院内救治按我院各绿色通道救治流程执行。

六、复诊患者在线诊疗结束后某个时间发生突发状况的，患者或家属可通过 120 急救平台实施就近急救，根据患者事发地距离安排院内救治或院外协同救治。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-012	文件名称	互联网医院医生管理办法	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网医院医生管理办法

为进一步加强联网医院(下称“本院”)的稳步发展，建立有责任、有纪律、有激励、有竞争、有约束的互联网医院内部运营机制，吸引更多优质医师在互联网医院平台进行诊疗活动，提升互联网医院执业医师的在线诊疗质量和服务水平，规范执业医师的执业行为，确保

患者就医安全，特出台此管理办法。

第一部分　筛选制度

1.1 医生准入标准

1.1.1 互联网门诊出诊医师必须执业医师资格证书和注册证书齐全，且注册地点在无锡市惠山区人民医院，取得中级职称；

1.1.2 在互联网医院出诊的医生提供的医疗服务项目必须与本人执业范围、专业技术一致；

1.1.3 能熟悉使用计算机及相关智能移动设备进行在线诊疗(亦可配备助理人员进行协助)

1.1.4 取得互联网医院相应的处方权；

1.1.5 有良好的业务素质和执业品德；

1.1.6 遵守互联网医院医疗服务流程及各项规章制度；

1.1.7 医生的线下注册及管理严格执行《中华人民共和国医师法》、《医疗机构管理条例》；

1.2 医师筛选流程

1.2.1 科室推荐。各科室负责人根据医生的专业能力、从业经验、个人意愿等因素，向互联网医院筹备组推荐符合互联医生准入标准的医生名单。

1.2.2 面试上岗。互联网医院筹备组负责组织针对互联网医院业务的面试，其回答质量经专家团队认定后方可安排上岗。

第二部分　考核制度

2.1 双轨制原则

对互联网医院执业医生的考核实行“双轨制”，即将线上、线下诊疗的考核相结合，分别占 60%与 40%的权重，即：互联网医院执业医生当月考核得分=线下诊疗考核得分+线上诊疗考核得分。

2.2 线上诊疗考核指标

2.2.1 问诊及时性(5 分)

问诊及时性即预约在线诊疗患者与执业医师实际履行咨询或诊疗活动时间的偏差情况。

（1）对于在线图文、语音问诊的，若医生未及时回复，按以下标准扣分：

患者提交咨询后 24 小时以上未回复，扣 5 分。

（2）对于在线视频问诊的，若医生未及时如约开展视诊或诊疗，按以下标准扣分：

实际视频问诊或诊疗时间与预约时间偏差 15 分钟以内，单次扣 3 分。

15--30 分钟，扣 5 分。

2.2.2 在线活跃度(5 分)

在线活跃度指执业医师的在线时间，医生每月在线时间不得低于 10 小时。

2.2.3 出诊次数(10 分)

(1)医生每月开展在线问诊的次数不得低于 40 次，加减分标准如下：

当月加分=（当月实际问诊次数-40）*0.5；

当月减分=（40-当月实际问诊次数）*0.5。

(2)医生每月开展在线诊疗的次数不得低于 10 次，加减分标准如下：

当月加分=(当月实际诊疗次数-10）*1；

当月减分=(10-当月实际诊疗次数)*1。

2.2.4 问诊质量(15 分)

互联网医院有关职能科室对每位开展在线问诊的医生回复情况进行抽查(或全面排查)、审定，问诊回复准确性低于 90%的，按以下标准扣分：

当月减分=(15-回复准确率)*1。

2.2.5 诊疗质量(15 分)

在线诊疗质量包括诊断的准确性和合理性，治疗方案的规范性及诊疗效果随访情况。互联网医院有关职能科室对每位开展在线诊疗的医生的诊疗质量进行抽查(或全面排查)、审定。

（1）诊疗质量(包括准确性与合理性)低于 70%的，当月扣 15 分；

（2）规范治疗率低于 90%的，当月扣分=(90-规范治疗率)*0.5；

（3）随访好转率高于 80%的，当月不扣分。

2.2.6 电子处方质量(10 分)

互联网医院工作办公室对每位开展在线诊疗的医生所开具的电子处方进行监测与点评，合格率低于 90%的，当月扣分=(90-处方合格率)*0.5。

2.3 线下诊疗考核指标

2.3.1 在线患者满意度(15 分)

根据互联网医院月度在线患者对执行医生的满意度评价，月度综合满意度不得低于 90%，当月扣分=(90-满意度)*0.5；

2.3.2 投诉及医疗纠纷(15 分)

投诉及医疗纠纷是指执业医师因服务态度、服务质量而导致的投诉、医疗纠纷或医疗事故等情况，经认定过错方在执业医师的，根据实际投诉情况扣分，扣分不设下限。

2.3.3 诚信服务(10 分)

诚信服务是指执业医师对就诊患者不存在夸大、隐瞒病情、不通过开药获取药品提成、严格保护患者隐私、亲自接诊患者而不委托他人、模范遵守国家法律法规不散布与国家政策相悖的言论及信息等诚信行为，根据诚信行为情况扣分，扣分不设下限。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-013	文件名称	互联网医院医生退出制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

互联网医院医生退出制度

一、常规退出

1.1 个人申请

互联网执业医生因个人原因可向相关职能部门申请退出参与互联网医院业务，通过书面格式表明原因，由互联网医院领导小组评议。

1.2 末位淘汰

互联网执业医生连续两年评分均为后三位，该医生将进入末位淘汰程序，由互联网医院领导小组进行审议，决定该医生是否需要退出互联网医院业务。

二、重大过失与违纪

2.1 回答专业性被医务科判定为重大错误；

2.2 利用平台规则漏洞，企图得到不正当利益或影响其他用户权益；

2.3 持续不及时回复用户提问(一个月内超过 24 小时不回复用户提问导致问题关闭的数量超过总问题量的 50%)；

2.4 在服务过程中使用违规词语或不文明词语、非法字符等；

2.5 被用户多次投诉累计超过 5 次，沟通后不配合、拒绝改正。

惠山区人民医院	文件编码	HLWYY-ZD-014	文件名称	在线医患信息管理制度	适用范围	互联网医院
	制定部门	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	顾晓红
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.01	生效时间	2024.03.01

在线医患信息管理制度

1.禁止患者提交非疾病咨询，如非法信息、隐私、脏话、违法言论等，屏蔽非医疗信息。

2.患者病情描述中涉及个人隐私信息，如姓名、手机号等不得泄露，最大限度地保证患者个人信息的安全性。

3.医患双方投诉，需按照投诉处理流程及时响应，有效解决，保障用户权益。

十六、应急预案

1.医疗纠纷应急处置预案

一、目的

为正确处理医疗纠纷，有效控制和打击“医闹”，维护患者的合理诉求和保护医疗机构及其医务人员的合法权益，维护医疗机构正常工作秩序，保障医疗安全，建立和谐的医患关系，最大限度地预防和减少由于医疗纠纷导致的群体性事件。

二、依据

根据我国《民法典》、《中华人民共和国医师法》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构管理条例》、《维护医疗机构正常的医疗秩序通告》、《江苏省医疗纠纷与预防处理条例》等相关法律法规，制定本预案。

三、事件定义

1.医疗纠纷是指患者及家属就医疗机构对患者进行诊治过程中的最终医疗结果不能接受，由此而产生的纠纷。

2.“医闹” 是指患者及其亲属，或社会其他无关人员为达到某种目的，有组织、有预谋的利用医疗纠纷和当事人的过激情绪，人为制造群体事件，激化医患矛盾，扩大事态，用极端手段要挟医院，以图从中谋利的非法行为。

本预案涉及医疗纠纷(包含医闹)是指患方拒不依照正常程序、不通过正常渠道解决矛盾，以各种非正常行为严重影响医疗机构正常医疗秩序，甚至非法组织、策划、煽动、纠集社会闲散人员或患者亲属在医疗机构内寻衅滋事的各种非法行为。

四、适用范围

本预案适用于人为利用医疗纠纷，以获取不正当利益为目的，以极端手段自发或被无关人员有预谋利用和煽动医患双方对抗情绪，导致纠纷矛盾升级，影响医疗机构正常工作秩序，造成恶劣影响和不良后果，甚至可能形成群体性事件的“医闹”行为。

五、工作原则

有效预防，分级负责，妥善处理，化解矛盾，防止激化，正当防卫，快速平息，打击主要闹事人员。

六、组织机构及职责

成立医院医疗纠纷应急工作领导小组（以下简称领导小组），作为负责处置医疗纠纷应急指挥机构。

组　长：顾晓红

副组长：严文杰　郑 雄

成　员：任凌燕　张 凯　朱启贯　陈剑波

领导小组下设医患沟通办公室，办公室主任：严文杰

（一）领导小组工作职责：

1.对全院的医疗纠纷防范处理统一决策和部署。

2.审核通过医疗纠纷预防处理预案、制度、流程等。

3.指导、检查医疗纠纷预防和处置的具体工作。

4.医疗纠纷防范和处理的日常工作主要由医务科、医患沟通办公室负责，门诊部、护理部等部门协调。

（二）医患沟通部门的职责：

1.组织与落实医疗纠纷防范和处理预案的落实。

2.实行医疗纠纷报告制度，督查各科室、部门对医疗安全工作的自查和整改。

3.接待患者及家属的投诉，协调医疗纠纷的处理。

4.指导医疗、医技科室、护理单元搜集、完善、保存资料，避免纠纷处置过程中举证不能。

5.负责医疗纠纷相关材料的封存。

6.负责动员死因不明的患者尸检工作。

7.负责召集医疗纠纷工作会议，并真实记录，并向当事科室、当事人传达处置情况。

8.负责收集、保管医疗纠纷相关材料，向鉴定部门递交材料。

9.协助法律顾问完成司法调解及法院诉讼工作。

10.负责向分管院长或院长汇报。

11.在出现重大医疗纠纷，事态扩大，家属或患者有明显过激行为、伤害医务人员、破坏医院设施设备、扰乱医疗秩序等行为时，负责与公安机关的对接。

（三）各临床、医技科室、护理单元职责

1.组织本科室人员学习相关法律法规、行政法规、部门规章制度、诊疗和护理规范等。

2.参加医院开展的医疗纠纷防范、处理的培训，提升沟通技巧和能力。

3.负责科室的医疗安全排查工作，及时整改、报告。

4.接待患者及家属的投诉，协调医患关系，科室无法处理，引导至医患沟通处理。

5.配合医务科、医患沟通、护理部等的医疗纠纷处理。

七、医疗纠纷应急响应处置

1.在医疗过程中出现“医患纠纷隐患事件”时，当事医务人员及时采取有效措施，避免

或减轻对患者的身体损害，立即报告科主任及护士长，同时上报不良事件。

2.科主任、护士长在出现医患矛盾、医疗纠纷时，及时赶到现场，与患者进行沟通协调处理，采取措施，争取主动，化解医患矛盾，防止事态进一步扩大，使医疗纠纷造成的负面效应控制在最小的范围内。

3.患方出现过激行为，及时通知保卫科合理安排安保人员到场，维持现场秩序，通知相关职能部门如医务科、医患沟通办、护理部等，引导患方至医患沟通办公室沟通、协调处理。

4.相关科室负责人、当事医务人员配合职能部门与患方进行医患沟通，化解医患矛盾，维护患方合法的权益，告知患方维权途径：医患双方调解、第三方调解、法院诉讼。在出现死亡病例纠纷告知患方尸检的必要性和尸检的时限。

5.医患沟通办公室调查医患纠纷事件，判断医疗纠纷性质，搜集、固定、保存相关资料证据，以备纠纷处理时举证用。

6.将医患纠纷事件及调查结果上报分管院长和主要领导。

7.根据医患纠纷事件的性质、程度，组织有关专家对医疗纠纷进行分析、评估，制定医患纠纷处理的方案。

8.将医院的调查风险结果及医院的处置方案告知患方，同时进行必要的解释沟通，达成和解，签订医疗纠纷调解协议书。不能和解，根据患方意见，择时再次进行沟通协商，配合患方行第三方调解（人民调解委员会调解或司法调解）、法院诉讼。医疗纠纷可能持续恶化时，及时上报卫生行政部门。

9.医疗纠纷应急领导小组成员保持通讯通畅，发生重大医疗纠纷，接到通知人员及时赶到现场，参与医疗纠纷调查、调解。

10.医疗纠纷在处置过程中，患方出现系列情况时，及时联系公安部门：

①在医疗机构内寻衅滋事的；

②故意损坏医疗机构和医务人员财物的；

③侮辱、威胁、恐吓、殴打医务人员；

④非法限制医务人员人身自由的；

⑤冲击或占据办公、诊疗场所，影响正常医疗、工作秩序的；

⑥在医疗机构内摆设灵堂，举行各种形式的祭祀活动的；

⑦围堵医疗机构大门和诊疗场所，限制人员和车辆出入的；

⑧抢夺尸体或拒不按规定将尸体移放太平间或法定停尸场所，陈尸要挟；

⑨患者符合出院条件，无理占据病床拒不出院的；

⑩胁迫医务人员索要国家管制的麻醉药品、精神药品的；

⑪其他可能造成恶劣影响的行为。

八、医疗纠纷应急终止

1.医疗纠纷事件经沟通协调后，（暂时）消除影响医疗秩序的因素如患方情绪稳定、患者影响医疗秩序的患方人员离开、患方同意合法途径维权、医患双方达成理解等，医疗机构恢复正常的工作秩序，此次医疗纠纷应急终止。

九、总结

总结此次医疗纠纷应急处理事件，同时分析应急处理流程中的问题，提出整改措施，进一步优化医疗纠纷应急处理流程。

2.药品安全危害事件应急处理预案

第一章　总则

第一条 为有效预防、及时控制和正确处置各类药害事件，保障公众的身体健康和生命安全，制定本预案。

第二条 本预案适用于突然发生，造成或可能造成人体健康严重损害的药品安全事件的应急处理工作。

第三条 药品安全危害事件(以下简称药害事件)是指突然发生，对社会公众健康造成或可能造成严重损害的重大药品质量事件、群体性药害事件、严重药品不良反应事件、重大制售假劣药品事件及其他严重影响公众健康的突发药品安全事件。

第四条 根据药品突发事件的性质、危害程度、涉及范围，可能或已经对社会造成的不良影响，将突发事件分为三个等级。

一级：重大药害事件。指药害事件在全院范围影响大，波及范围广，蔓延势头紧急，已经发生一人以上死亡、或者三人以上重伤、或者致人严重残疾、或者十人以上轻伤或者其他特别严重后果的事件。

二级：较大药害事件。指药害事件在医院范围影响扩大，蔓延势头有升级趋势，已经导致一人重伤、或者五人以上轻伤或者其他严重后果的事件。

三级：一般药害事件。指药害事件在一定区域内造成较大影响，危害较为严重，具有较为明显的蔓延势头，已经导致一人以上、五人以下轻伤或其他严重后果的药品药害事件。

第五条 药害事件应急工作，应坚持以人为本和预防为主、常备不懈的方针，贯彻统一领导、分级负责、快速反应、依法处理的原则。

第二章　组织机构与职责

第六条 医院成立由分管院长任组长、医务科长及药剂科主任为副组长、药事管理与药物治疗委员会委员为成员的药害事件应急工作领导小组(以下简称领导小组)，负责全院药品药害事件应急处理的领导指挥、协调和决策等工作。

领导小组办公室设在医务科，负责药害事件的组织协调和处理日常工作，包括收集、分析和综合有关药品安全检测信息，提出预警建议。

第三章　药害事件的报告

第七条 医院任何科室和个人有权及时向领导小组报告药害事件。药害事件的发生单位负有及时向有关部门报告药品药害事件的义务。

第八条 各医疗科室在获悉有关药害事件信息时，应立即向领导小组办公室报告，重大药害事件信息需立即上报，不得隐瞒、缓报和谎报。

第九条 各医疗科室在接到药害事件的信息或报告后，应立即进行情况调查、分析和汇总，在规定时间内报领导小组办公室，重大药害事件可越级上报。

第十条 根据药害事件的发展势态，应急报告分为初次报告、动态报告和总结报告。

初次报告内容：事件发生的时间、地点、涉及人数、潜在影响、发展趋势分析、拟采取的措施等。

动态报告内容：根据药害事件的发展趋势，及时报告药害事件的发展、变化以及采取的应对或处理措施。

总结报告内容：主要包括事件的因果分析和应对措施的探讨，对今后类似事件的防范和建议等。

第十一条 各医疗科室在接到药害事件信息报告后，应在 1 小时内报告领导小组办公室；领导小组办公室在接到报告经核实情况后，根据药害事件的性质，在 2 小时内报告市食品药品监管局。

第四章　应急预案的设定与启动

第十二条 药品安全事件发生后，按照药害事件的性质和等级分别采取以下三套应急预案进行处置。

第一套预案：发生一级药害事件时启动。

1.接到药害事件报告后，院领导小组及办公室应立即进入应急状态，对报告的内容进行核实，确认后下达指令，督导组尽快赶赴现场，同时报告区、市市场监督管理局。

2.到达现场后应立即组织、协调有关部门开展以下工作：采取紧急措施，控制事态发展；协助医疗卫生部门，开展伤员救治工作；查明事件原因，依法提取有效证据；对有证据证明可能危害人体健康的药品及其有关证据材料采取查封、扣押等行政强制措施，对质量可疑的

药品进行抽样送检；已流入社会的有毒有害药品立即采取紧急控制措施，对源头和流通、使用渠道进行全面监控。必要时会同公安、卫生等有关部门，迅速组织协调有关单位采取紧急控制措施，以控制药害事件的进一步发展。

3.现场处理工作实行动态报告制度。即每 4 小时一次向院应急工作领导小组和当地政府报告药害事件的应急工作情况，以便及时采取有效措施，控制事态的发展。

4.院应急工作领导小组实行领导在岗、车辆备勤、通讯畅通，有关人员都要服从所在单位的统一调度。

5.院应急工作领导小组要加强应急值班制度，设专门值班室，安排双人 24 小时值班电话，做好记录。

6.加强与新闻媒体的沟通，及时向媒体发布药害事件的动态，公正舆论，稳定人心，消除恐慌。

7.加强后勤保障工作，各级有关单位要保障交通工具及其他所需物品的及时提供。

第二套预案：发生二级药害事件时启动。

1.接到药害事件报告后，院应急工作领导小组应立即进入应急状态，对报告的内容进行核实，确认后下达指令，派出督导组立即启动相应的应急预案，在第一时间内赶到现场。

2.到达现场后应立即组织开展以下工作：采取紧急措施，控制事态发展；协助医疗卫生部门，开展伤员救治工作；查明事件原因，依法提取有效证据；对有证据证明可能危害人体健康的药品及其有关证据材料采取查封、扣押等行政强制措施，对质量可疑的药品进行抽样送检；已流入社会的有毒有害物品立即采取紧急控制措施，对源头和流通、使用渠道进行全面监控。必要时会同公安、卫生等有关部门，迅速组织协调有关单位采取紧急控制措施，以控制药害事件的进一步发展。

3.现场处理工作实行动态报告制度。即每 8 小时一次向院应急工作领导小组报告药害事件的应急工作情况，以便及时采取有效措施，控制事态的发展。

4.院应急工作领导小组的有关人员都要服从所在单位的统一调度，休假人员立即返回工作岗位，开通通讯工具，保持通讯畅通。

5.院应急工作领导小组要加强应急值班制度，设专门值班室，安排双人 24 小时值班电话，做好记录。

6.加强与新闻媒体的沟通，及时与新闻媒体联系，通报有关情况，稳定势态。

第三套预案：发生三级药害事件时启动。

1.接到药害事件报告后，院应急工作领导小组应立即进入应急状态，畅通应急通讯联络系统，及时调度和综合、分析、汇总应急工作情况，向领导小组报告。

2.院应急工作领导小组要立即启动相应的应急预案，派工作组于 1 小时内赶赴现场，迅速组织开展药害事件的调查及现场处理工作。每 12 小时一次向院应急工作领导小组报告一次药害事件的应急工作情况，以便及时采取有效措施，控制事态的发展。

3.院应急工作领导小组的有关人员都要开通通讯工具，保持通讯畅通。

4.院应急工作领导小组要加强应急值班制度，设专门值班室，安排双人 24 小时值班电话，做好记录，及时向领导汇报。

5.加强与有关部门的协作开展应急工作。领导小组办公室主动与有关政府部门联系，沟通情况，通报信息，协调工作。

6.联系新闻媒体或通过网站，发布有关药害事件信息以及采取的应对措施。

7.其他应对措施。

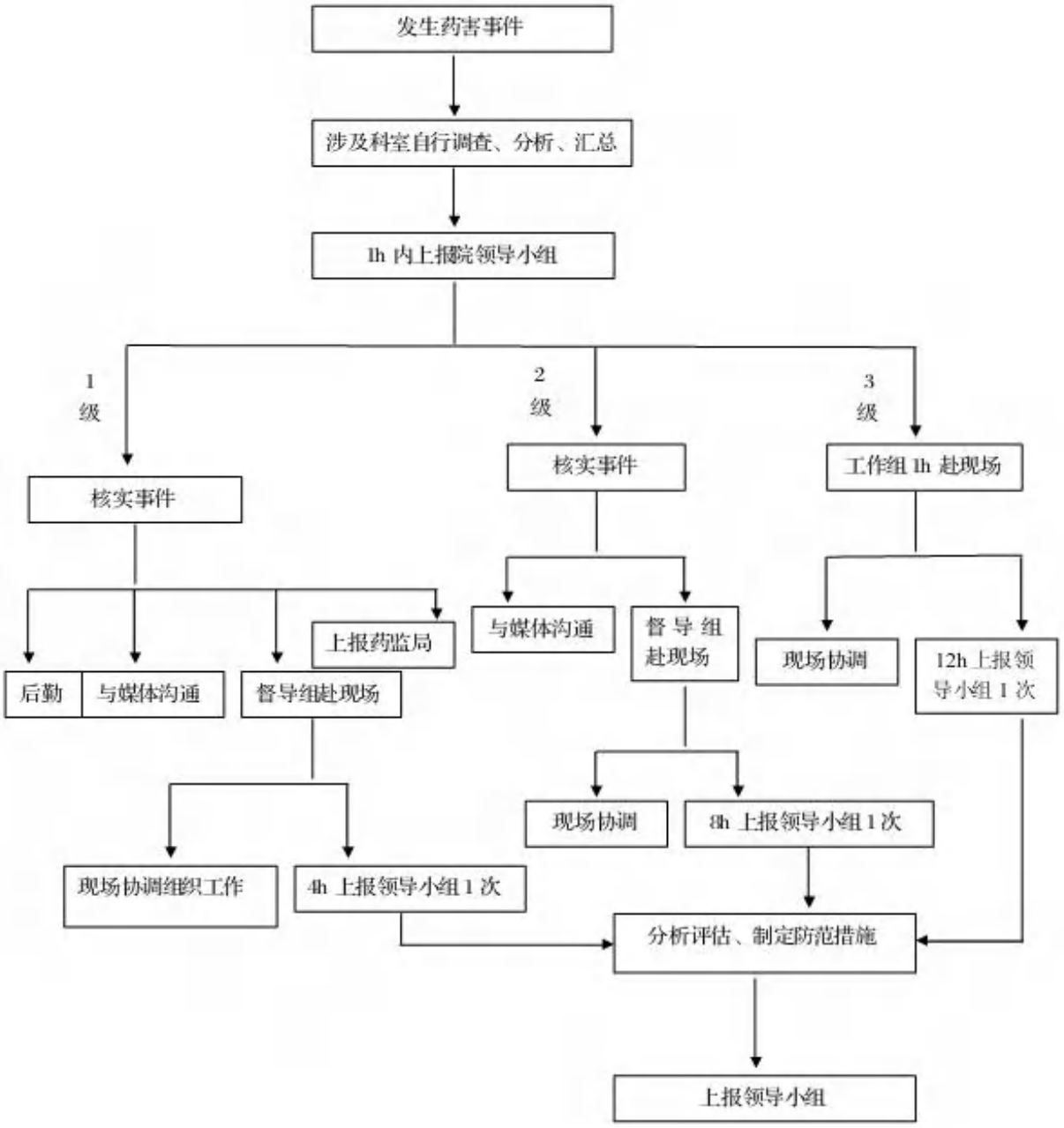
第十三条 三套预案由领导小组组长下达指令，启动第一套预案时，应同时报告区、市市场监督管理局。

第五章 后期处置

第十四条 药害事件得到有效控制或消除后，院应急工作领导小组须在 2 小时内向区、市市场监督管理局报告。

第十五条 药害事件发生后，有关单位或人员未依照本规定履行职责或行动迟缓、失职、渎职而造成损失或不良影响的，按有关规定给予处理；对表现突出并做出贡献的予以表彰奖励。

【流程图】


发生药害事件
涉及科室自行调查、分析、汇总
1h 内上报院领导小组
1级
2级
3级
核实事件
核实事件
工作组 1h 赴现场
后勤
与媒体沟通
上报药监局
督导组赴现场
与媒体沟通
督 导 组 赴现场
现场协调
12h 上报领导小组 1 次
现场协调
4h 上报领导小组 1 次
现场协调组织工作
4h 上报领导小组 1 次
分析评估、制定防范措施
上报领导小组

3.突发公共卫生事件应急预案

一、预案适用范围

本预案适用于突然发生，造成或可能造成社会公众身心健康严重损害的重大传染病、群体性不明原因疾病、重大食物、职业中毒等影响公众健康的公共卫生事件以及自然灾害、事故灾难或社会安全等突发公共事件的防控和治疗，并按上级行政部门指示承担医疗救援、防控等工作。

二、突发公共卫生事件医院应急组织机构

（一）应急领导小组

组　长：卢　峰

副组长：祝浩刚　储旭东

组　员：郑　雄　严文杰　任凌燕　李梦琳　王春凤　张玉芳　朱启贯　张　凯　陈剑波

（二）应急处置小组

1、应急专家组：

组　长：储旭东

组　员：应站专、王开成、强　立

2、医疗一组

组　长：顾晓红

副组长：李志钢

组　员：刘　华、赵　铭、陆道军、万恩明、徐勤义、钱华钧、张　巍、蒋　伟

任凌燕、储　伟、段洪涛、向　阳、边逸道、沈　云、郑可为、戴　静

倪改玲、谭燕云、高国珠、马敏吉

主要应对因自然灾害、事故灾难或社会安全等造成群体性人员伤害的突发事件。

3、医疗二组

组　长：储旭东

副组长：王开成

组　员：邹静蓉、向　阳、应站专、朱智勇、李邦林、尚正录、李建军、龚　莉

强　立、蒯守刚、李梦琳、王春凤、谭燕云、蒋冬妹、潘辉娟、钱妍婷

杨庆梅、刘晓红、杨美玉

主要应对重大传染病、群体性不明原因疾病、重大食物、职业中毒等公共卫生事件

4、院感防控组

组　长：王春凤

组　员：张玉芳　余咏芯　蒙克那思　陈　丽　顾志英

5、后勤保障组

组　长：祝浩刚

组　员：朱启贯　张　凯

6、新闻宣传组

组　长：徐太静

组　员：郑龙蛟、陈佳骏

三、各组职责：

1、应急领导小组：接报后立即到位、负责通知相关人员到位，协调救治等工作，合理调配人力。

2、应急专家和医疗救治组：接通知后第一时间赶到现场，开展院内紧急救治。

3、院感防控组：负责消毒隔离，指导临床医护人员正确掌握。并能引导病人与家属积极参与学习，防止院内感染的暴发；负责直接赶赴现场查找暴发的环节，及时调查原因，阻断流行；发放健康教育资料，培训院内医护人员、病患及家属；判断暴发或突发的性质，汇报应急领导小组，联系区疾控中心，负责疫情信息的报告工作。

4、后勤保障组：保证临床所需物资的及时供应到位，服从指挥小组的调度，保证后勤人员到位，协助开展工作。

5、新闻宣传组：负责信息收集与对外联络，做好相应的新闻宣传工作。

四、突发事件报告流程

1、任何科室和个人发现上述事件，应立即报告相关部门，相关部门接到报告后应及时向领导小组组长或副组长报告。

2、报告电话：

正常工作日：院部办公室 83311241（外线）8005（内线）；

医务科 83317509（外线）8117（内线）；

院感科 83317309（外线）8011（内线）；

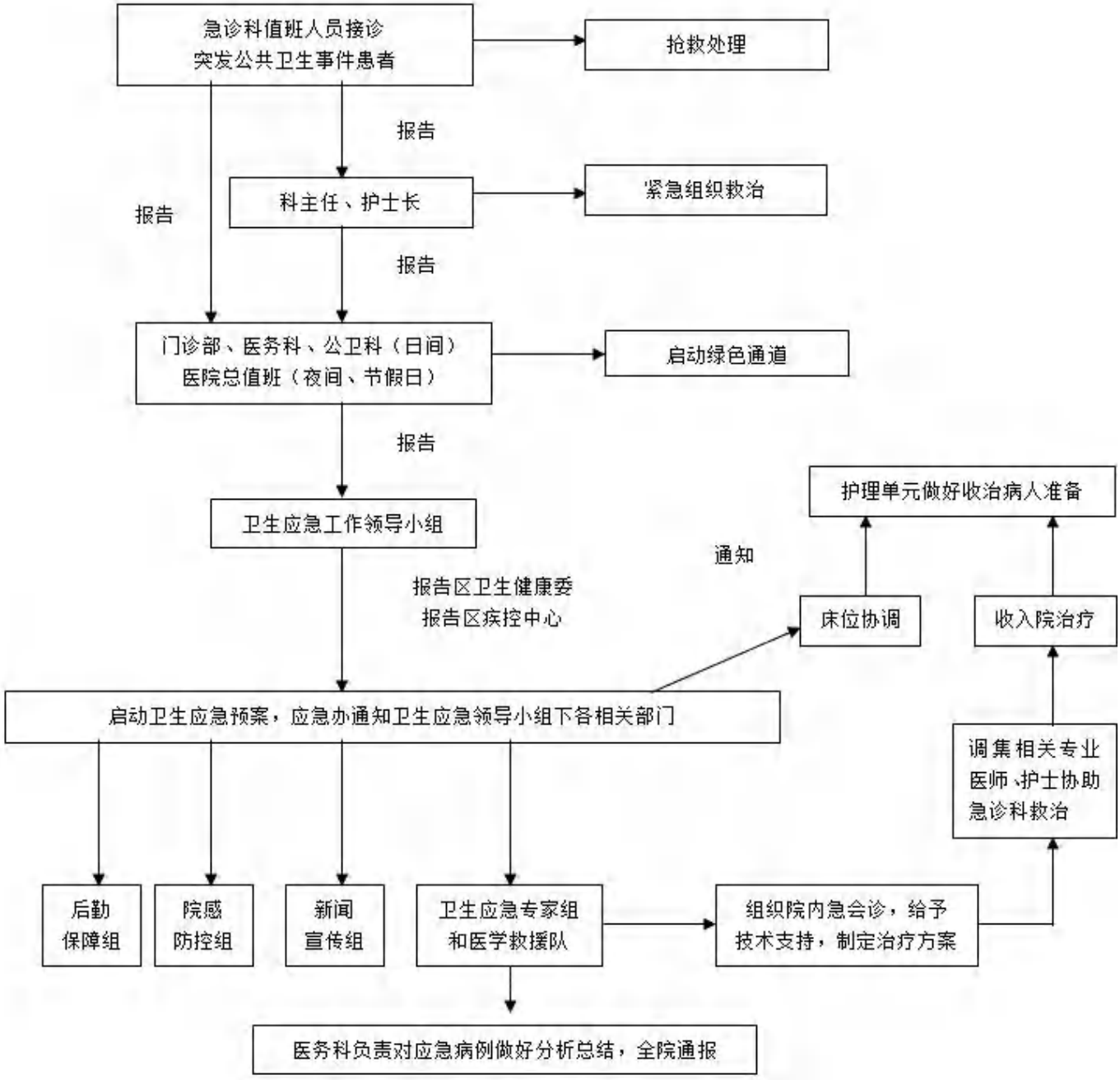
公卫科：83830369（外线）8031（内线）

节假及夜间：行政总值班 83317031（外线）8508（内线）；

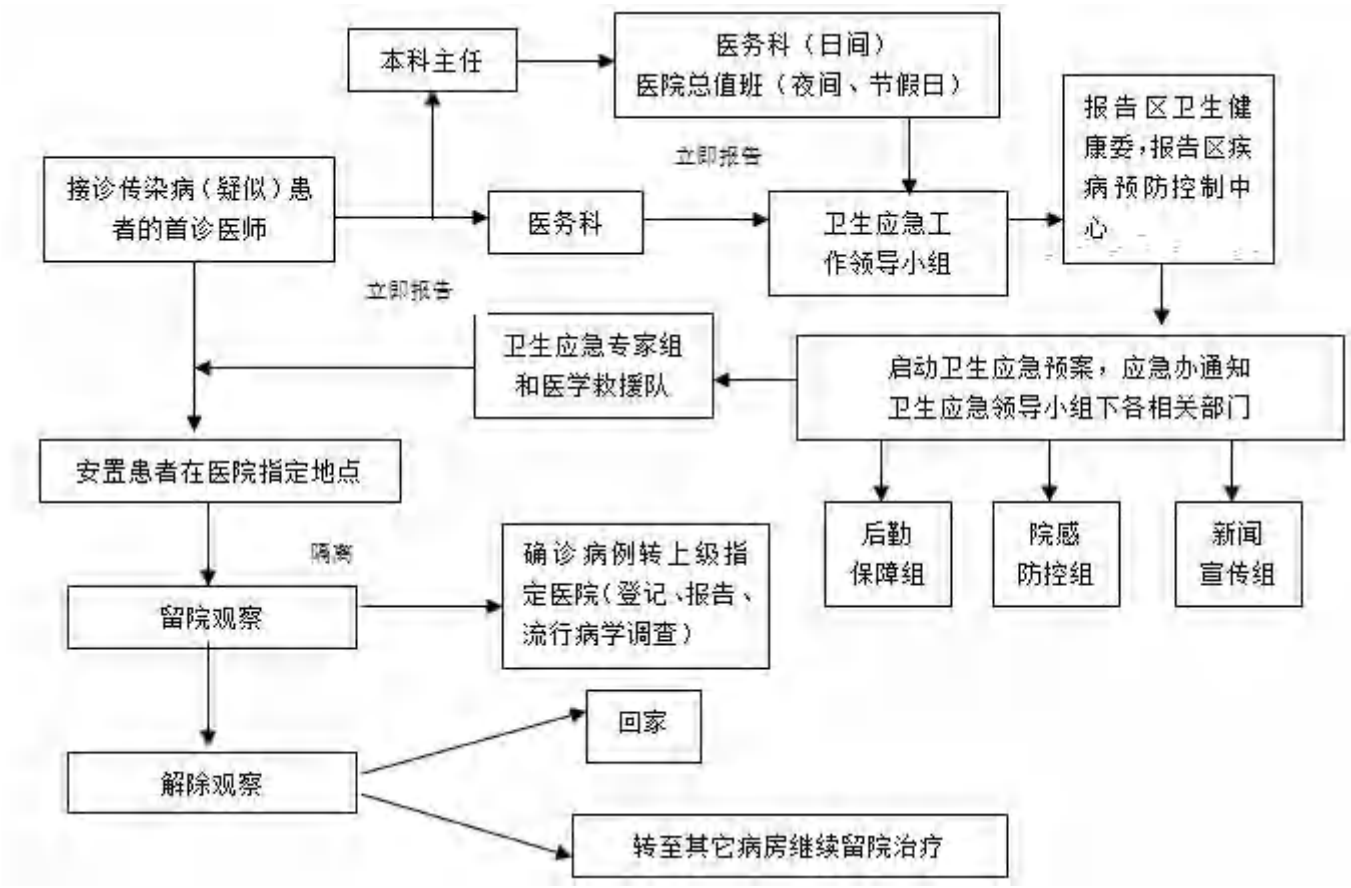
急诊科 83311120（外线）8117（内线）

五、突发公共卫生事件的信息报告、应急响应、协调救治流程

1．重大人员伤害、中毒等急救流程



2．重大传染病处理流程



六、监测和演练

（一）人员培训和应急演练：

医务科、公卫科、护理部等部门定期组织医务人员开展突发事件应急处置相关知识培训，每年开展应急演练，使医务人员掌握突发公共卫生事件应急程序、要求、注意事项等。

（二）传染病的日常报告与监测：

发现甲类传染病和乙类传染病中的传染性非典型肺炎、肺炭疽的病人时，2 小时内以最快的通讯方式向惠山区卫生健康委员会、惠山区疾控中心报告，并同时报出传染病报告卡。江苏省乙类传染病按照甲类管理的为：传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽。

发现乙类传染病病人、病原携带者和疑似传染病病人时，于 24 小时内向惠山区卫生健康委员会、惠山区疾控中心报出传染病报告卡。

发现丙类传染病病人时，应当在 24 小时内向惠山区卫生健康委员会、惠山区疾控中心报出传染病报告卡。

传染病暴发、流行时，或发生突发公共卫生事件时，责任疫情报告人应当以最快的通讯方式向惠山区卫生健康委员会和疾病预防控制中心报告疫情。

附件 1：

相关人员联系电话

姓名	电话		姓名	电话	
卢　峰	6863	18921194863	储　伟	6218	15370870812
戴智勇	6008	18061973008	段洪涛	6131	15335219131
祝浩刚	6250	18121522250	沈　云	6326	18012381326
储旭东	6236	18921150236	郑可为	6921	13961857962
郑龙蛟	5665	17706178665	戴　静	5683	17706178683
顾晓红	6129	18921199029	倪改玲	6033	18915321633
徐太静	6282	18906172282	向　阳	6666	17361723660
严文杰	6705	19952268705	王开成	6090	18006181090
任凌燕	6660	18921181660	应站专	6588	18951565907
李梦琳	6791	18014261791	朱智勇	6678	18036077678
王春凤	6606	18921181606	潘晓帆	6800	15852559800
张玉芳	6661	18921181661	尚正录	5679	17706178679
朱启贯	6398	18012381398	李建军	6751	18012387751
张　凯	6637	17715821816	龚　莉	6012	18168895012
陈剑波	6692	18921119692	强　立	6622	18921181622
李志钢	5676	17706178676	蒯守刚	5686	17706178686
刘　华	6109	18018303109	谭燕云	6699	17372862669
赵　铭	7783	13395117783	蒋冬妹	5239	17315509239
陆道军	2688	17351521688	潘辉娟	6237	13301511237
万恩明	6985	18020303985	钱妍婷	6595	17361765595
徐勤义	6197	15312221197	顾志英	6095	18906172095
钱华钧	/	13665182608	邹静蓉	5682	17706178682
蒋　伟	6513	15306172613	边逸道	5932	17315508932
张　巍	5692	17706178692	刘晓红	5685	17706178685
柏广富		13771449710	杨庆梅	6803	15335200803
高国珠		13621530532	马敏吉		13912473280
杨美玉		13921136562	陈　丽		13382241876

附件 2 ：

突发公共卫生事件分级

一、突发公共卫生事件的分级

根据突发公共卫生事件性质、危害程度、涉及范围，突发公共卫生事件划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级。

1、有下列情形之一的为特别重大突发公共卫生事件（Ⅰ级）：

（1）肺鼠疫、肺炭疽在大、中城市发生并有扩散趋势，或肺鼠疫、肺炭疽疫情波及 2 个以上省份，并有进一步扩散趋势。

（2）发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感病例，并有扩散趋势。

（3）涉及多个省份的群体性不明原因疾病，并有扩散趋势。

（4）发生新传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现我国已消灭的传染病重新流行。

（5）发生烈性病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。

（6）周边以及与我国通航的国家和地区发生特大传染病疫情，并出现输入性病例，严重危及我国公共卫生安全的事件。

（7）国务院卫生行政部门认定的其他特别重大突发公共卫生事件。

2、有下列情形之一的为重大突发公共卫生事件（Ⅱ级）：

（1）在一个县（市）行政区域内，一个平均潜伏期内（6 天）发生 5 例以上肺鼠疫、肺炭疽病例，或者相关联的疫情波及 2 个以上的县（市）。

（2）发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感疑似病例。

（3）腺鼠疫发生流行，在一个市（地）行政区域内，一个平均潜伏期内多点连续发病 20 例以上，或流行范围波及 2 个以上市（地）。

（4）霍乱在一个市（地）行政区域内流行，1 周内发病 30 例以上，或波及 2 个以上市（地），有扩散趋势。

（5）乙类、丙类传染病波及 2 个以上县（市），1 周内发病水平超过前 5 年同期平均发病水平 2 倍以上。

（6）我国尚未发现的传染病发生或传入，尚未造成扩散。

（7）发生群体性不明原因疾病，扩散到县（市）以外的地区。

（8）发生重大医源性感染事件。

（9）预防接种或群体性预防性服药出现人员死亡。

（10）一次食物中毒人数超过 100 人并出现死亡病例，或出现 10 例以上死亡病例。

（11）一次发生急性职业中毒 50 人以上，或死亡 5 人以上。

（12）境内外隐匿运输、邮寄烈性生物病原体、生物毒素造成我境内人员感染或死亡的。

（13）省级以上人民政府卫生行政部门认定的其他重大突发公共卫生事件。

3、有下列情形之一的为较大突发公共卫生事件（Ⅲ级）：

（1）发生肺鼠疫、肺炭疽病例，一个平均潜伏期内病例数未超过 5 例，流行范围在一个县（市）行政区域以内。

（2）腺鼠疫发生流行，在一个县（市）行政区域内，一个平均潜伏期内连续发病 10 例以上，或波及 2 个以上县（市）。

（3）霍乱在一个县（市）行政区域内发生，1 周内发病 10—29 例或波及 2 个以上县（市），或市（地）级以上城市的市区首次发生。

（4）一周内在一个县（市）行政区域内，乙、丙类传染病发病水平超过前 5 年同期平均发病水平 1 倍以上。

（5）在一个县（市）行政区域内发现群体性不明原因疾病。

（6）一次食物中毒人数超过 100 人，或出现死亡病例。

（7）预防接种或群体性预防性服药出现群体心因性反应或不良反应。

（8）一次发生急性职业中毒 10—49 人，或死亡 4 人以下。

（9）市（地）级以上人民政府卫生行政部门认定的其他较大突发公共卫生事件。

4、有下列情形之一的为一般突发公共卫生事件（Ⅳ级）：

（1）腺鼠疫在一个县（市）行政区域内发生，一个平均潜伏期内病例数未超过 10 例。

（2）霍乱在一个县（市）行政区域内发生，1 周内发病 9 例以下。

（3）一次食物中毒人数 30—99 人，未出现死亡病例。

（4）一次发生急性职业中毒 9 人以下，未出现死亡病例。

（5）县级以上人民政府卫生行政部门认定的其他一般突发公共卫生事件。

二、其他突发公共卫生事件医疗卫生紧急救援相应分级

根据突发公共卫生事件导致人员伤亡和健康危害情况将医疗卫生救援事件分为特别重大、重大、较大和一般四级。

1、特别重大事件（Ⅰ级）：

（1）一次事件伤亡 100 人以上，且危重人员多，或者核事故和突发放射事件、化学品泄露事故导致大量人员伤亡，事件发生地省级人民政府或有关部门请求国家在医疗卫生救援工作上给予支持的突发公共事件。

（2）跨省（区、市）的有特别严重人员伤亡的突发公共事件。

（3）国务院及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生救援工作的特别重大突发公共事件。

2、重大事件（Ⅱ级）：

（1）一次事件伤亡 50 人以上、99 人以下，其中，死亡和危重病例超过 5 例的突发公共事件。

（2）跨市（地）的有严重人员伤亡的突发公共事件。

（3）省级人民政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生救援工作的重大突发公共事件。

3．较大事件（Ⅲ级）：

（1）一次事件伤亡 30 人以上、49 人以下，其中，死亡和危重病例超过 3 例的突发公共事件。

（2）市（地）级人民政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生救援工作的较大突发公共事件。

4．一般事件（Ⅳ级）：

（1）一次事件伤亡 10 人以上、29 人以下，其中，死亡和危重病例超过 1 例的突发公共事件。

（2）县级人民政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生救援工作的一般突发公共事件。

附件 3：

突发公共卫生事件报告制度

1、根据国务院第 376 号令《突发公共卫生事件应急条例》之规定，为了有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件的危害，保障本辖区居民身体健康与生命安全、维护正常的社会秩序、特制定本制度。

2、本制度所称突发公共卫生（以下简称突发事件），指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。

3、在有下列情形之一的，应在 2 小时内向区卫生健康委员会、区疾病预防控制中心报告：

（1）发生或者可能发生传染病暴发、流行的；

（2）发生或者发现不明原因的群体性疾病的；

（3）发生传染病菌种、毒种丢失的；

（4）发生或者可能发生重大食物和职业中毒事件的。

4、按照规定的传报程序、传报事件和传报内容，由医院公共卫生科将发病情况上报上级主管部门。

区卫生健康委员会办公室：83597000-6409

区疾控中心：83591029、83591030

5、任何部门、科室和个人对突发事件，不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

6、本院任何部门、科室和个人有权向市、区人民政府及其他有关部门报告突发事件隐患，有权向市、区人民政府及其他有关部门举报不履行突发事件应急处理职责的有关部门和个人，或者不按照规定履行职责的情况。

7、本医院各部门、科室和个人无权向社会发布突发事件的信息。

本应急预案参考文献：

1、《中华人民共和国传染病防治法》（中华人民共和国主席令第 17 号，2004 年 12 月 1 日起施行）；

2、《突发公共卫生事件应急条例》（国务院令第 376 号，2003 年 5 月 9 日起施行）；

3、《国家突发公共事件总体应急预案》（国务院发布，2006 年 1 月 8 日起施行）；

4、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》（卫生部令第 37 号，2006 年 8 月 20 日施行）。

4.医务人员职业暴露应急处置预案

一、目的

提高医务人员职业安全防范意识，严格执行安全注射制度，规范穿戴和使用个人防护用品，落实职业暴露防护措施，减少职业危害。

二、适应症

1、医务人员在工作中被针头或锐器刺伤；

2、皮肤或粘膜接触病人的血液、体液；

3、缺乏呼吸道防护措施、呼吸道防护措施损坏时（如口罩松动、脱落等）、使用无效呼吸道防护措施（如使用不符合规范要求的口罩）与肺结核、麻疹、风疹、流行性腮腺炎等呼吸道传染病确诊患者密切接触；被呼吸道传染病病原体污染的手接触口鼻等。

三、应急处置步骤

(一)处置流程：参见《医务人员职业暴露应急处理流程》(附件 1、附件 2)。

1、针刺伤或锐器伤应急处理（一挤二冲三消毒四报告）：

一挤：立即取出留在伤口上的锐器，从伤口近心端向远心端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，禁止挤压或吸吮伤口局部；

二冲：再用肥皂（或洗手液）和流动水反复冲洗伤口至少 5min；如果没有流动水、使用预包装液体如无菌水/生理盐水冲洗；

三消毒/包扎：伤口冲洗后，用 75%乙醇或 0.5%碘伏消毒；如伤口较大，视损伤情况予以包扎。

2、皮肤或粘膜接触病人的血液、体液后，立即用皂液或大量流动水清洗污染的皮肤，用生理盐水反复冲洗污染的黏膜，直至冲洗干净；如眼黏膜暴露，宜使用洗眼器彻底冲洗，如有隐形眼镜则应摘除眼镜后进行冲洗。

（二）报告程序

1、职业暴露发生后，当事人应尽快报告科室负责人(科主任或护士长)及医院感染管理科；

2、按照《无锡市惠山区人民医院血源性病原体职业接触登记表》（附件 3)中内容逐项进行登记，科室负责人签字后，职业暴露当事人将表格送交医院感染管理科。

（三）处理及随访

1、评估、处理

①医院感染管理科接到报告后，协同科室主任、护士长进行职业暴露情况评估并指导处理，艾滋病病毒职业暴露会同市疾控中心组织专家评估并指导处理。

②首先确定暴露源是否具有传染性(乙肝、丙肝、HIV、梅毒等)及职业暴露当事人免疫情况，如未进行检测须立即抽取患者及职业暴露当事人血液进行检查，但抽取患者血液应遵循知情同意和自愿原则。

③根据暴露源及职业暴露当事人情况，医院感染管理科按照相关传染病情况提出处置建议，其他疾病的处置建议参照相关疾病的预防治疗原则。

2、随访

①追踪和随访：医院感染管理科负责督促职业暴露当事人按时进行疫苗接种和血清学检测，并负责追踪确认检验结果和服用药物，配合医生进行定期监测随访。

②医院有关知情人应为职业暴露当事人严格保密，不得向无关人员泄露职业暴露当事人的情况。

③锐器伤处理过程中，医院感染管理科要为职业暴露当事人提供咨询，减轻其紧张恐慌心理，稳定情绪。

④医院感染管理科负责随访。

（四）职业暴露防护处置费用等相关管理规定

1、医务人员在工作期间严格遵守职业暴露基本预防控制措施后发生的职业暴露防护处置等相关费用按医院相关规定执行。

2、检验科按照相关规定计算其工作量。

(五)艾滋病病毒职业暴露处理流程：参见《医务人员职业暴露应急处理流程》（附件 1）

1、处置流程和报告按本预案（一）、（二）执行。

2、评估

A——根据暴露的级别和暴露源的病毒载量水平，艾滋病病毒职业暴露级别分为三级。

（1）发生以下情形时，确定为一级暴露：

①暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品。

②暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量小且暴露时间较短。

（2）发生以下情形时，确定为二级暴露：

①暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品。

②暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量大且暴露时间较长；或者暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较轻，为表皮擦伤或者针刺伤。

（3）发生以下情形时，确定为三级暴露：

①暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品。

②暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较重，为深部伤口或者割伤物有明显可见的血液。

B——根据暴露源的病毒载量水平分轻度、重度和暴露源不明三种类型。

（1）经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度低、艾滋病病毒感染者无临床症状，CD4 计数正常者，为轻度类型。

（2）经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度高，艾滋病病毒感染者有临床症状，CD4 计数低者，为重度类型。

（3）不能确定暴露源是否为艾滋病病毒阳性者，为暴露源不明型。

3、处理

根据暴露级别和暴露源病毒载量水平，对发生艾滋病病毒职业暴露的医务人员实施预防性用药方案。

（1）预防性用药方案分为基本用药程序和强化用药程序。基本用药程序为两种逆转录酶制剂，使用常规治疗剂量，连续使用 28 天。强化用药程序是在基本用药程序的基础上，同时增加一种蛋白酶抑制剂，使用常规治疗剂量，连续使用 28 天。

（2）预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业暴露后尽早开始，最好在 4 小时内实施，最迟不得超过 24 小时；即使超过 24 小时，也应当实施预防性用药。

（3）发生一级暴露且暴露源的病毒载量水平为轻度时，可以不使用预防性用药；发生一级暴露且暴露源的病毒载量水平为重度或者发生二级暴露且暴露源的病毒载量水平为轻度时，使用基本用药程序。

（4）发生二级暴露且暴露源的病毒载量水平为重度或者发生三级暴露源的病毒载量水平为轻度或者重度时，使用强化用药程序。

（5）暴露源的病毒载量水平不明时，可以使用基本用药程序。

4、随访和咨询

医务人员发生艾滋病病毒职业暴露后，医疗卫生机构应当给予随访和咨询。随访和咨询的内容包括：在暴露后的第 4 周、第 8 周、第 12 周及 6 个月对艾滋病病毒抗体进行检测，对服用药物的毒性进行监控和处理，观察和记录艾滋病病毒感染的早期症状等。

5、登记

对艾滋病病毒职业暴露情况进行登记，登记的内容包括：艾滋病病毒职业暴露发生的时间、地点及经过；暴露方式；暴露的具体部位及损伤程度；暴露源种类和含有艾滋病病毒的情况；处理方法及处理经过，是否实施预防性用药、首次用药时间、药物毒副作用及用药的依从性情况；定期检测及随访情况。

（六）发生呼吸道职业暴露后处理流程

1、医务人员发生呼吸道职业暴露时，应即刻采取措施保护呼吸道（用规范实施手卫生后的手捂住口罩或紧急外加一层口罩等），按规定流程撤离污染区。

2、紧急通过脱卸区，按照规范要求脱卸防护用品。

3、根据情况可用清水、0.1%过氧化氢溶液、碘伏等清洁消毒口腔或/和鼻腔，佩戴医用外科口罩后离开。

4、及时报告当事科室的主任、护士长和医疗机构的主管部门。

5、医疗机构应尽快组织专家对其进行风险评估，包括确认是否需要隔离医学观察、预防用药、心理疏导等。

6、高风险暴露者按密接人员管理，按所接触的呼吸道传染病的检疫期进行隔离医学观察。

7、及时填写呼吸道职业暴露记录表（附件 4），尤其是暴露原因，认真总结分析，预防类似事件的发生。

本应急预案参考文献：

1、《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则》（卫医发〔2004〕108 号）

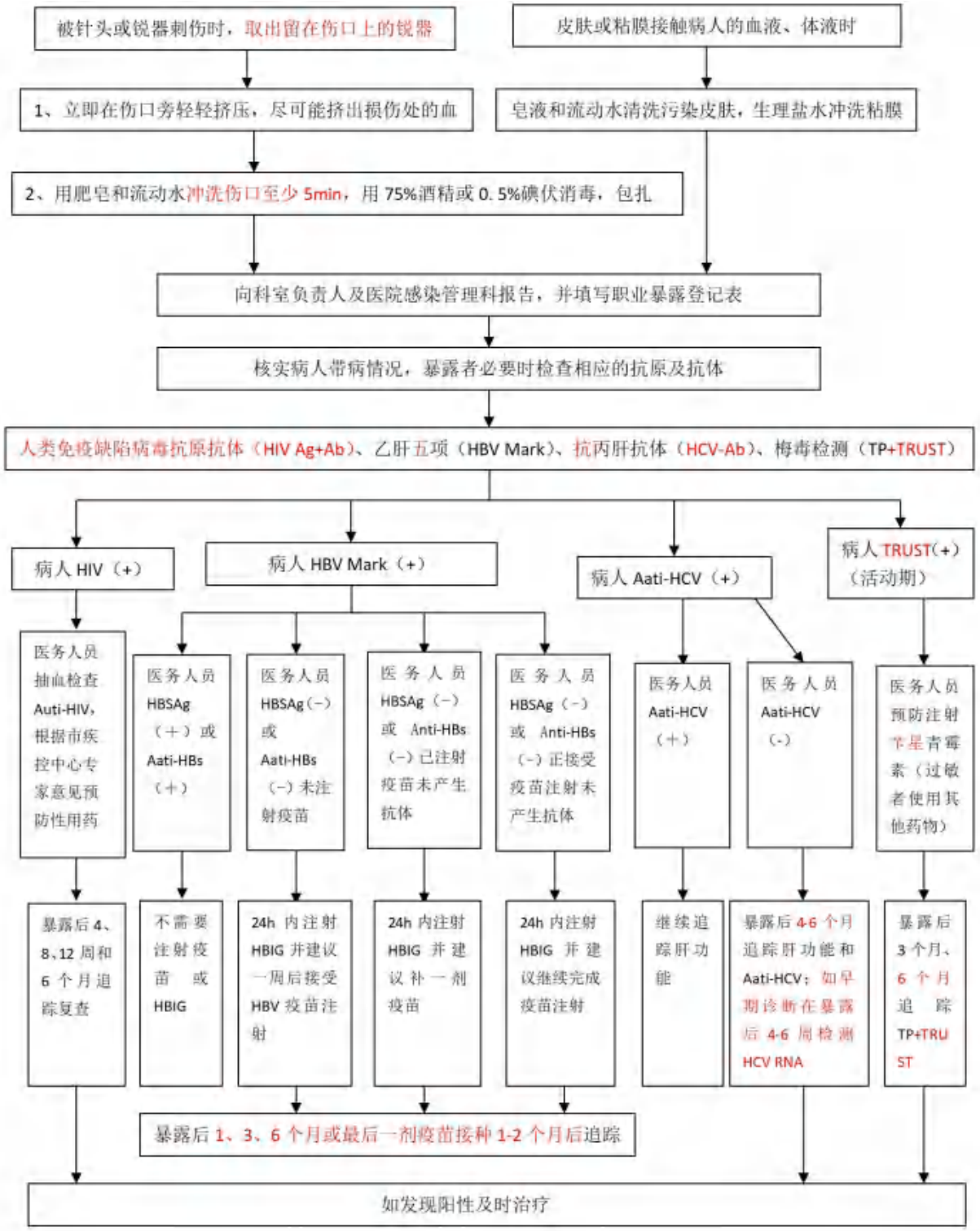
2、《血源性病原体职业接触防护导则》（GBZ/T 213-2008，卫生部推荐性国家职业卫生标准）

3、《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第二版）》（国卫办医函〔2021〕169 号）

4、《医院感染监测标准》（WS/T 312-2023）

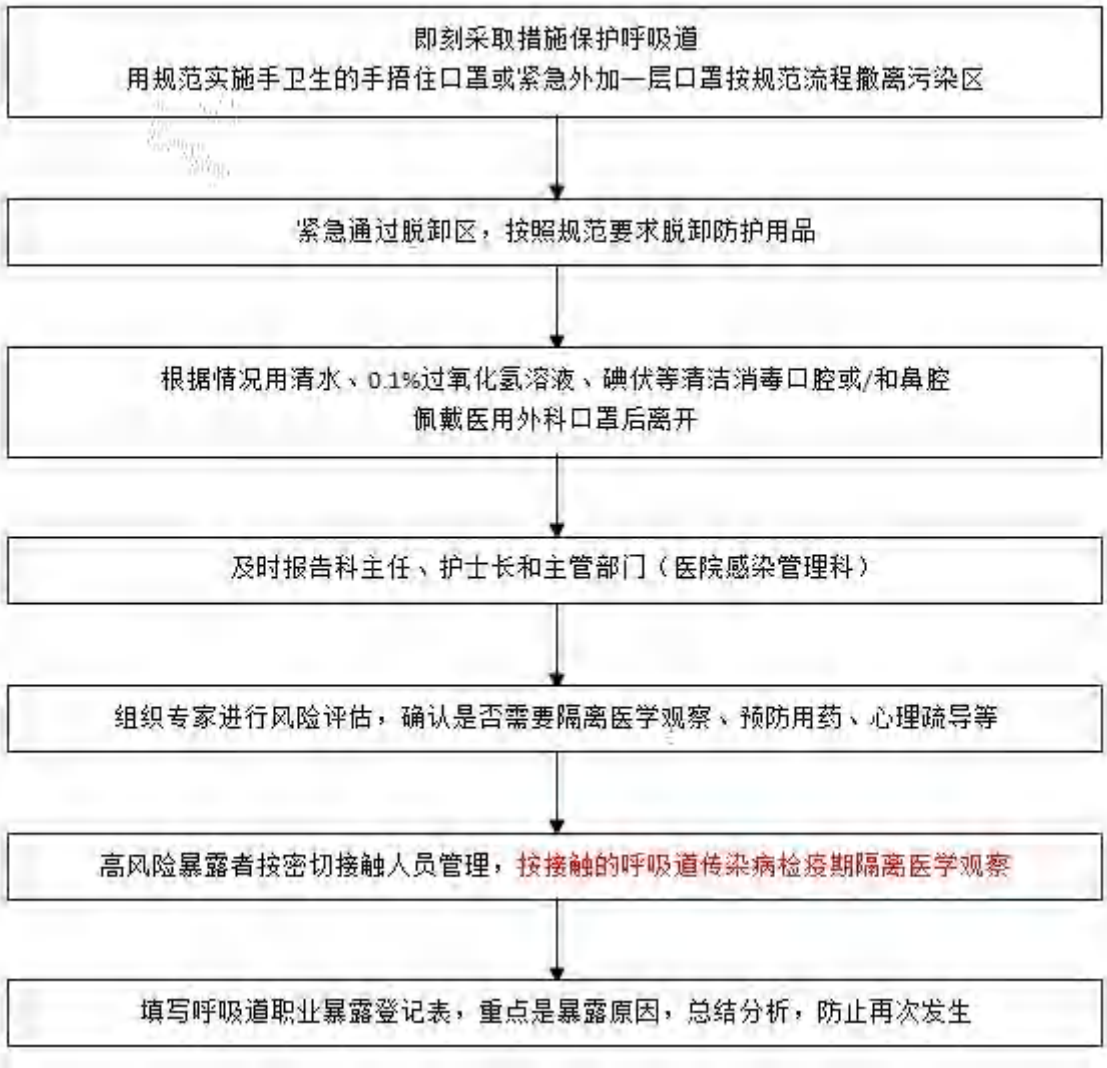
附件 1：

医务人员职业暴露应急处理流程



附件 2：

呼吸道职业暴露处置流程



附件 3：

无锡市惠山区人民医院血源性病原体职业接触登记表

一、基本情况							
编号		姓名		性别		年龄/工龄	
职业		工作性质		联系电话			
身份证号				工作科室			
职业史							
岗位名称		起止年限		工作描述			
既往发生职业接触的情况							
时间		地点		接触方式		采取的措施	
个人防护用品使用情况							
是否接受过专业操作培训							
是否接受过职业安全卫生操作培训							

二、本次接触方式			
何种器械		程度和危险度	
接触部位		污染物来源	

三、发生经过描述			
发生时间		发生地点	
损伤发生于		发生经过	
应急处理		事故原因初步分析	
优势手		暴露时是否戴手套	

四、接触后紧急处理				
（一）皮肤暴露	1. 皂液清洗	是/否	2.消毒剂擦拭接触部位消毒	是/否
（二）利器伤	1. 挤出损伤处血液	是/否	2. 流动水冲洗	是/否
	3. 局部使用的消毒剂		4. 局部包扎	是/否
（三）黏膜暴露	1. 生理盐水冲洗	是/否	2. 清水冲洗	是/否
	3. 使用其他处理液		4. 冲洗时间（分钟）	

五、源患者评估								
源患者未知	源患者未知风险评估							
	评估人							
（一）源患者的基本情况	患者门诊号/住院号		姓名		性别		年龄	
	确诊时间		确诊单位					

	暴露时所在科室		病情诊断	
（二）源患者检测结果	HIV HBV		HIV 抗体	
	乙肝五项情况		抗-HCV	
	HBV-DNA（copies/ml）		血清反应素	
	HCV-RNA（copies/ml）		其他传染病	
	梅毒螺旋体特异性抗体		梅毒螺旋体非特异性抗体	
（三）接触级别				
（四）源患者的严重程度				

六、接触者免疫水平评估

是否接种过乙型肝炎疫苗		接种疫苗后的反应	
接种时间			
是否产生抗体		抗体滴度（mIU/ml）	
最近一次复查抗体时间			
接触 HBV 后的预防措施			
是否接受职业暴露培训		培训地点	
是否了解职业暴露 SOP			
乙肝五项情况			
血清反应素			
HIV 抗体		抗-HCV	
HBV-DNA（copies/ml）			
HCV-RNA（copies/ml）			
梅毒螺旋体特异性抗体			
梅毒螺旋体非特异性抗体			

七、接触 HIV 后的预防措施

是否需要预防用药			
用何种药及用量			
开始用药时间		停止用药时间	
因毒副作用，修改治疗方案			
副作用			
肝功能检查			
肾功能检查			

八、接触后追踪检测

九、结论

结论	

备注					
填表单位		填表人		填表时间	
十、控制措施					
控制措施					
暴露后用药					

注：1.为维护自身利益和健康安全，请务必遵照处理流程进行处理。

2.本表在杏林系统“新职业防护”中填写后提交。

附件 4：

无锡市惠山区人民医院呼吸道职业暴露记录表

一、基本情况							
编号		姓名		性别		年龄/工龄	
职业		工作性质		联系电话			
身份证号				工作科室			
职业史							
岗位名称		起止年限		工作描述			

二、发生经过描述			
发生时间		发生地点	
暴露发生于		发生经过	
应急处理		事故原因初步分析	
暴露时是否戴口罩		暴露时是否戴面屏	
暴露时是否戴手套			

三、接触后紧急处理					
保护呼吸道	是/否	迅速撤离污染区	是/否	在一脱间脱卸防护用品	是/否
在二脱间消毒口/鼻腔	是/否		佩戴外科口罩后离开二脱间		是/否

四、源患者评估								
源患者未知	源患者未知风险评估							
	评估人							
（一）源患者的基本情况	患者门诊号/住院号		姓名		性别		年龄	
	确诊时间		确诊单位					
	暴露时所在科室		病情诊断					
（二）源患者检测结果								

五、接触者免疫水平评估			
是否接种过相关疫苗		接种疫苗后的反应	
接种时间			
是否产生抗体		最近一次复查抗体时间	
呼吸道暴露后预防措施			
是否接受呼吸道暴露培训		培训地点	
是否了解呼吸道暴露 SOP			

六、接触后追踪检测

七、结论					
结论					
填表单位		填表人		填表时间	
八、控制措施					
控制措施					
暴露后用药					

5.成批伤员突发事件救治应急预案

一、目的

为提高医院应急抢救能力，确保成批抢救时每位伤员都能获得医疗救治，最大限度地争取抢救时间，挽救伤者生命，减少伤残，依据《突发年公共卫生事件应急条例》（国务院令第376号）、《无锡市惠山区人民医院突发公共卫生事件应急预案》制定本预案。

二、适用范围

适用于医院应对因自然灾害、事故灾难或社会安全等造成群体性人员伤害的突发事件（伤者3人以上）的应急处置工作。

三、应急组织体系及职责

（一）应急领导小组

组　长：卢 峰

副组长：戴智勇　储旭东　顾晓红　徐太静　祝浩刚　包国东

成　员：郑龙蛟　严文杰　郑　雄　任凌燕　朱启贯　王春凤　陈剑波　石　慧

（二）救治专家组

组长：严文杰　郑　雄

成员：邹静蓉　王开成　张　巍　向　阳　柏广富　李志钢　刘　华　赵　铭　徐勤义　钱华钧　陆道军　万恩明　潘俊峰　蒋　伟　储　伟　段洪涛　蒯守刚

（三）护理组

组长：任凌燕　李梦琳

成员：谭燕云　钱妍婷　边逸道　沈　云　郑可为　倪改玲　戴　静　黄金金　马敏吉　高国珠　高　航　周伟琳　高　远　戴秀琴

（四）院感防控组

组长：王春凤

组员：余咏芯　蒙克那思

（五）后勤保障组

组长：朱启贯

组员：陈剑波　黄 洋　许 蓝　成 波

（六）新闻宣传组

组长：孟繁慧

组员：郑龙蛟　陈佳骏

（七）各组职责

1、应急领导小组：接报后立即到位，负责通知相关人员，协调救治、合理调配人力、全院协调床位等工作。

2、救治专家组：接通知后第一时间赶到现场，联合急诊科医护，开展院内紧急救治工作。

3、护理组：接通知后第一时间赶到现场，配合医生做好救治护理相关工作。

4、院感防控组：负责按疫情防控要求做好流调，指导临床医护人员正确做好自身防护。负责与疫情有关信息的报告工作。

5、后勤保障组：保证临床所需物资的及时供应到位，维持抢救现场秩序，保证后勤、安保人员到位，协助医护开展工作。

6、新闻宣传组：负责信息收集与对外联络，做好相应的新闻宣传工作。

四、应急处置工作流程

（一）信息报告流程

1、急诊科医务人员当发现有大量伤患时必须第一时间向上级汇报：护士向科护士长汇报，医生向科主任汇报。同时向医务科或总值班汇报，汇报内容包括但不局限于：事件的种类、地点、人数（总人数和重者伤员人数）、预定到达时间、检伤等级及内/外科分诊。

2、医务科应立即向分管院长汇报伤患基本情况，并在分管院长授权后决定是否启动应急预案。

3、分管院长接到汇报后应根据预警级别及时汇报院长。

（二）急诊抢救工作流程

1、急诊科医护如遇3人以上成批重伤员涌入，应立即开通绿色通道准备救治伤员，改变平时集中力量抢救某一病人的处理方式，要从整体着手，加强组织领导，对全体伤病人按伤情分级分类，集中力量优先处理生命体征不稳定的危重病人，将病人编组佩带抢救卡。

2、凡重伤病员在3人以内或轻中度伤病员在10人以内，主要依靠急诊科力量实施，归A类；凡重伤病员在3人以上或轻中度伤病员在10~30人以内，依靠急诊科及有关科室协调实施，归B类；凡重伤病员在5人以上或轻中度伤病员在30人以上，全院动员组织实施，必要时组织

全市力量实施，归C类。

3、当成批伤病员到达或接到紧急通知时，急诊科分诊护士立即向急诊科主任、护士长、院总值班或医务科汇报；由科主任、护士长根据情况决定实施A、B、C方案；统一指挥，分工负责，调配人力及急救物资，以保证人员、物资满足救治的需要。

4、首先由分诊护士对病情或伤情进行评估，并按红、橙、黄、蓝、绿、黑六种颜色标以伤情识别卡，粘在病人醒目处，根据不同标记，进入红、黄、绿、黑四区。

（1）红色区（抢救区）

收治对象：①红色等级：气道阻塞，不能正常呼吸，意识不清，抽搐，休克，有致命伤需要立即处置的伤员，等待时间为0。如重型颅脑外伤、胸腹腔大出血、四肢大血管断裂、心肺脑功能严重损伤，生命体征极不稳定者。②橙色等级：病情危重等待时间可在10分钟以内的，如严重疼痛、意识变化等；

工作人员：急诊医生、相应科室医生、急诊护士及外来护士组织实施。

职责：实施确定性治疗如心肺复苏、气管插管、急诊手术准备等，生命体征基本稳定后考虑和安排去向。（病人统一编号为红①，红②，红③……等）有姓名者加填姓名，无姓名者以编号代替。

地点：急诊抢救室。

（2）黄色区

收治对象：有重伤但不致命者，中等度病情，持续呕吐，未控制的大出血。如内腔脏器破裂，四肢骨折，脊柱骨盆骨折，体内异物存留无严重并发症等。等待时间在30分钟以内。

工作人员：急诊医生、相应科室医生、急诊护士及外来护士组织实施。

职责：初步处理、补液、抽血、备血、骨折外固定、影像学检查、评估病情（编号为黄①、黄②、黄③……）

地点：急诊抢救室

（3）绿色区

收治对象：①绿色等级：轻度伤病员：疼痛、呕吐、四肢软组织挫伤、头皮裂伤等，等待时间在两小时以内。②蓝色等级：无不适症状，需观察者。

工作人员：急诊外科医护。

职责：处置伤病员。

地点：急诊外科诊室。

（4）黑色区

收治对象：意识丧失，呼吸停止，颈动脉搏动停止，已死亡者。

工作人员：医护人员。

职责：确定死亡，填写病历，死亡证明，尸体料理。

地点：外科走廊。

5、药剂人员全面负责药品的供应。

6、设备科和采购中心分别负责设备和物资的供应。

7、后勤部门负责后勤保障及协助转运伤病员。

（三）成批量抢救分工细则

1、A 类情况所有医务工作由急诊科主任指挥，护理工作由急诊科护士长安排，外来协助人员由急诊科调配，B 类情况由医务科现场指挥，凡C 类情况由主管副院长现场指挥。

2、抢救分工：

（1）红色区域分工细则：

①号：负责组织抢救，负责循环复苏。如胸外心脏按压、除颤等，由急诊科医生担任。

②号：负责保持呼吸道通畅，如气管插管、应用呼吸机、给氧等，由急诊医生担任。

③号：负责开放静脉通道、采血，推药，由护士担任。

④号：负责配制药液，核查口服医嘱，由护士担任。

⑤号：负责记录，维持秩序，由护士担任。

如果5人抢救，则按以上分工，各自到位。

如果4人抢救，④⑤号由1人担任。

如果3人抢救，③④⑤号由1人担任。

如果2人抢救，①②号由1人担任，③④⑤号由1人担任。

附：急诊科抢救小组成员名单及分工情况

抢救组	①	②	③	④	⑤
一组	邹静蓉、伏平	房权银、曹嘉庭	谭燕云	高航	周伟琳
二组	向阳、王剑平	姚万刚、刘占成	马敏吉	吴昭军	严昭
三组	柏广富、王臻	钱佳丽、杨佳伟	高国珠	朱烨敏	徐燕

（2）黄色区域分工细则：

a. 分诊护士每10分钟评估一次生命体征，如果病情变化达红色区域标准进入红色区域。

b. 由急诊科医护组织抢救及外来协助人员的工作调配。

①号负责病情评估、包扎止血、骨折外固定、完善相关检查等。

②号负责建立静脉通道、抽血、皮试等

③号负责配制药液、输液等。

④号负责开单、记录。

如为3人抢救，①号、③号由1人担任。

如为2人抢救，①号、③号由1人担任，②号、④号由1人担任。

（3）绿色区域分工细则

a. 分诊护士每30分钟评估一次生命体征，如果病情变化达黄色区域或红色区域标准转入相应区域。

b. 急诊科医生负责组织该区病人的救治，外来协助人员服从调配。

c. 将病人妥善安排在急诊外科，并妥善诊治。

（4）黑色区域分工细则

经分诊护士初步确定为死亡的患者，医生再次确定后放置在外科走廊，并由分诊护士编号后通知殡仪馆进一步处理。

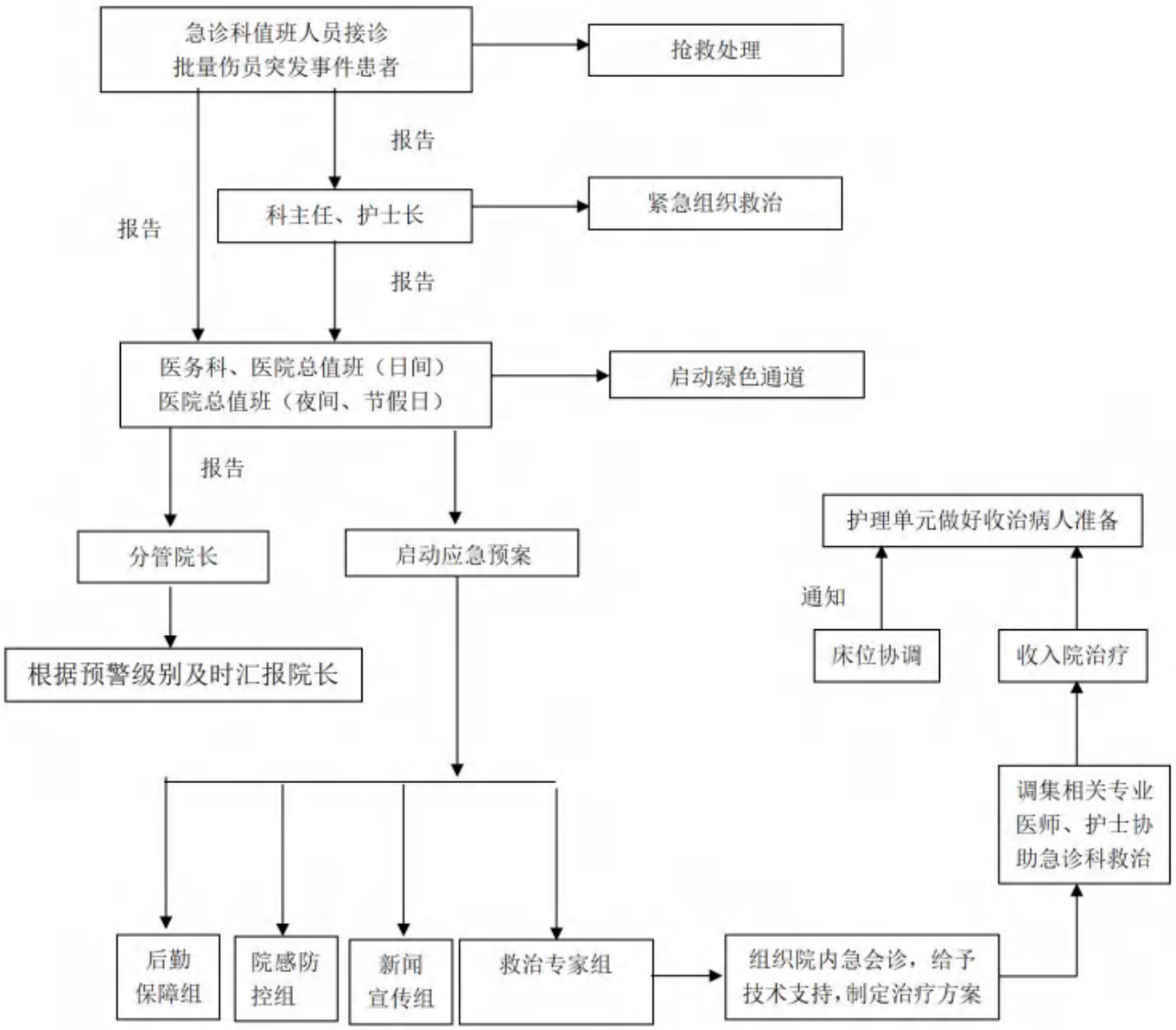
（四）记录

1、《急诊抢救记录》——参与抢救的医生、护士完成。

2、《急诊交接班记录》——当班医生、护士完成。

3、《转科交接记录本》——转出科室的医生、护士与转入科室的医生、护士完成。

成批伤员突发事件救治应急流程



6.医院感染暴发报告及应急处置预案

一、总则

1、目的

为预防、控制和消除发生在我院的医院感染暴发及其造成的危害，指导和规范医院感染暴发的应急处置工作，保护病人和医务人员身体健康，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《医院感染管理办法》、《医院感染暴发报告及处置管理规范》、《医院感染监测标准》、《医院感染暴发控制指南》等法律法规的规定，结合本院实际，制定本预案。

2、处置工作原则

处置过程实行调查与控制措施同步进行，以人为本，减少危害；统一领导，分级负责，责任到人；快速反应，协同作战；积极采取措施，防止医院感染暴发的扩大化。

3、适用范围

本预案适用于我院医院感染暴发或疑似暴发的应急处理工作。

二、基本概念

1、医院感染暴发：是指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例的现象。

2、疑似医院感染暴发：指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内出现 3 例以上临床症候群相似、怀疑有共同感染源的感染病例的现象；或者 3 例以上怀疑有共同感染源或感染途径的感染病例的现象。

3、医院感染聚集：指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生医院感染病例增多，并超过历年散发发病率水平的现象。

4、医院感染假暴发：疑似医院感染暴发，但通过调查排除暴发，而是由于标本污染、实验室错误、监测方法改变等因素导致的同类感染或非感染病例短时间内增多的现象。

5、特殊病原体的医院感染：指发生甲类传染病或依照甲类传染病管理的乙类传染病的医院感染。

6、本预案中的医院感染暴发包括暴发和疑似暴发，具体可分为以下三种情况：

（1）某一感染综合症的暴发：医院内或同一科室短时间内发生 3 例以上不同类型的感染，但都有感染的典型症状，如高热、白细胞增高、手术切口炎症表现等等。

（2）某一系统疾病的暴发：医院内或同一科室短时间内发生 3 例以上同类感染性疾病，如泌尿系统感染或手术切口感染等，但感染的病原体可能不同。

（3）某一病原体的暴发：医院内或同一科室内短时间内发生 3 例以上同种同源的病原菌感染，感染类型可以不同，既有呼吸道感染，也可有手术切口的感染。如耐甲氧西林金黄色葡萄球菌所致感染的流行暴发，可引起病人各个部位的感染。

三、组织体系及职责

（一）医院感染暴发卫生应急处置领导小组

组　长：卢　峰（第一责任人）

副组长：储旭东　顾晓红

成　员：严文杰　郑　雄　任凌燕　王春凤　余咏芯　蒯守刚　石　慧

朱启贯　应站专　刘　华　孙彦玲　强　立　张　巍　邹静蓉

职　责：研究并制定发生医院感染暴发事件时的控制预案；发生医院感染流行或暴发趋势时，负责对本院的医院感染暴发成立与否做出最终判断；负责统筹协调组织相关科室、部门开展医院感染暴发的调查与控制工作，并按要求报告有关卫生行政部门。

领导小组办公室设在院感科，负责落实领导小组部署的各项具体工作，督促我院按应急预案开展工作，落实各项处置措施。

（二）医院感染暴发卫生应急处置专家组

组　长：储旭东

副组长：顾晓红　祝浩刚

成　员：严文杰　郑　雄　任凌燕　王春凤　余咏芯　石　慧　邹静蓉　蒯守刚

朱启贯　各临床科主任、护士长

职　责：负责对医院感染暴发卫生应急处置进行技术指导；负责对感染病例实施医疗救治，对下一步预防控制措施提出建议等；负责监督和管理应急处置过程中的安全防护工作。

（三）各部门在感染暴发应急处置中的职责分工

1、医院感控委员会：在接到报告后立即组织相关人员讨论，从控制感染传播范围，降低感染造成危害出发，制定全面调查、隔离、控制及治疗措施，分别由医院感染管理科、医务科及护理部分头协调行动，落实到位。

2、医院感染管理科：负责开展现场流行病学调查、环境卫生学检测以及有关的标本采集、病原学检查等工作。对相关人员采取医学隔离措施；指导现场采取消毒隔离措施；并提出进一步的防控建议。负责感染病例信息的收集、整理和上报工作，撰写医院感染暴发评估报告。

3、医务科：协助开展医院感染暴发调查与控制，负责调配医疗人员对医院感染病例实施医疗救治，包括诊断、治疗、病人转运、监护；组织对高危人群进行卫生应急体检，与病人沟通，稳定病人情绪。

4、护理部：协助开展医院感染暴发调查与控制，根据需要调配护理人员落实消毒隔离措施及感染病人的各项护理工作。

5、检验科：及时准确地做好医院感染病例的病原学检测工作。

6、药剂科、综合保障科：负责药品、设备、器材、病房设施、防护用品、消毒药械贮备等保障工作。

四、疫情监测与报告

（一）监测

医院感染管理科建立有效的医院感染监测制度并付诸实施，开展医院感染病例监测、消毒灭菌效果监测、医院感染病原体及其耐药性监测、环境卫生学监测，通过监测并定期分析监测资料，分析医院感染的危险因素，及时发现医院感染暴发倾向和隐患，并针对导致医院感染的危险因素实施预防与控制措施。

（二）报告

1、医院感染暴发的院内报告程序与时限：

（1）发生上述医院感染暴发三种情况的所在临床科室，应由经管医生填写医院感染病例报告卡，同时立即电话报告医院感染管理科；如遇节假日或非正常上班时间，应报院总值班，由院总值班通知医院感染管理科负责人。

（2）检验科在短时间之内，在同一病区的不同病例中，三次检出同一种病原体或检出特殊的、重要的、多重耐药的病原体，如 MRSA、VRSA、VRE 等，务必立即电话或书面报告医院感染管理科人员。如遇节假日或非正常上班时间，应报院总值班，由院总值班通知医院感染管理科。

（3）在收到报告后，医院感染管理科应立即向分管领导和医院感控委员会报告，同时向医务科、护理部进行通报，并于第一时间到达现场进行调查处理，采取有效措施，控制医院感染的暴发。

2、医院感染暴发上报程序与时限：非传染病引起的医院感染暴发由院感科填写医院感染暴发信息报告表并按程序报告上级卫生行政部门和疾控中心。传染病引起的医院感染暴发除按感染暴发程序报告外，必须按照《中华人民共和国传染病防治法》等规定进行报告。

（1）经调查证实发生以下情况应于 12 小时内向上级卫生行政部门及疾病预防控制中心报告：①5 例以上疑似医院感染暴发；②3 例以上医院感染暴发。

（2）市级卫生行政部门接到报告后，应于 24 小时内逐级上报至省级卫生行政部门。

（3）省级卫生行政部门接到报告后组织专家进行调查，如确认发生以下情形的，应于 24 小时内上报至国家卫生健康委员会：①5 例以上医院感染暴发；②由于医院感染暴发直接

导致患者死亡；③由于医院感染暴发导致 3 人以上人身损害后果。

（4）发生以下情形时，应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求，在 2 小时内向市级卫生行政部门报告，并同时向市疾病预防控制中心报告。市级卫生行政部门确认后，应当在 2 小时内逐级上报至省级卫生行政部门。省级卫生行政部门进行调查，确认发生以下情形的，应当在 2 小时内上报至国家卫生健康委员会：①10 例以上的医院感染暴发；②发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；③可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

五、应急处置

基本原则：边救治、边调查、边控制、妥善处置。

1、调查与判断：

（1）院感科在监测工作中发现可疑医院感染暴发或接到相关科室医院感染暴发报告后应在第一时间到达现场进行调查处理，并报告医院感染暴发应急领导小组；

（2）医院感染暴发应急领导小组立即组织医院感控委员会、相关职能科及专家组成员对暴发事件进行调查、确认，并对事件进行综合评估，决定应急预案是否启动，并做好调查人员及物资准备；负责组织开展现场调查和处置，指导和协调落实医疗救治和预防控制等措施，负责协调相关科室配合卫生行政部门开展调查及防控工作。

2、查找感染源：

院感科、检验科应对病人、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员及陪护人员等进行病原学检查。视医院感染疾病的特点，可选择病人、接触者、医务人员和陪护人员的各种分泌物、血液、体液、排泄物和组织为标本。通过各种病原学、血清学检查仍然不能确定感染源时可以采用通过综合性分析初步确定几个可能的感染源。

3、分析引起感染的因素：

对感染病人及相关人群进行详细流行病学调查。

（1）初步了解现场基本信息，包括发病地点、发病人数、发病人群特征、起始及持续时间、可疑感染源、可疑感染病原体、可疑传播方式或途径、事件严重程度等；

（2）分析医院感染聚集性病例的发病特点，计算怀疑医院感染暴发阶段的感染发病率，与同期及前期比较，确认医院感染暴发的存在；

（3）结合病例的临床症状、体征及实验室检查，核实病例诊断，开展预调查，明确致病因子类型（细菌、病毒或其它因素）；

（4）确定调查范围和病例定义，开展病例搜索，进行个案调查；

（5）对病例发生的时间、地点及人群特征进行分析；

（6）综合分析临床、实验室及流行病学特征，结合类似医院感染发病的相关知识与经验，查找感染源及感染途径。

4、医院感染暴发的控制措施：

在进行流行病学调查的同时采取医院感染控制措施，防止感染源传播和感染范围的扩大。同时随着调查不断获得新的发现，及时调整控制措施。具体处置措施为：

（1）控制感染源：积极救治感染患者，对其他可能的感染患者要做到早发现、早诊断、早隔离、早治疗，做好消毒隔离工作。对与感染患者密切接触的其他患者、医务人员、陪护、探视人员等进行医学观察，观察至该病的最长潜伏期或无新发感染病例出现为止。停止使用可疑污染的物品，或经严格消毒与灭菌处理及检测合格后方能使用。

（2）切断感染途径：在确定感染暴发的传播途径后，采取相应的控制措施。对被感染源污染的环境必须采取正确有效的消毒处置措施，去除和杀灭病原体。

（3）保护易感人群：对免疫功能低下、有严重疾病或有多种基础疾病的患者应采取保护性隔离措施，在需要的情况下可实施特异性预防保护措施，如接种疫苗、预防性用药等；医务人员应按照相关要求严格做好个人防护。

（4）发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染时，除上述措施外，应严格遵循标准预防，积极查找病原体，加强消毒隔离和医务人员职业防护措施；明确病原体后，再按照该病原体的传播途径实施相应的消毒隔离措施，确保不发生新的医院感染。

（5）在调查处置结束后，应及时总结经验教训，制定今后的防范措施。调查结束后应尽快将调查处置过程整理成书面材料，记录暴发经过、调查步骤和所采取的控制措施及其效果，并分析此次调查的经验与不足。

5、评价控制措施的效果：

（1）1 周内不继续发生新发同类感染病例，或发病率恢复到医院感染暴发前的平均水平，说明已采取的控制措施有效。

（2）若医院感染新发感染病例持续发生，应分析控制措施无效的原因，评估可能导致感染暴发的其他危险因素，并调整控制措施，如暂时关闭发生暴发的部门或区域，停止接收新入院患者，对现住院患者应采取针对性防控措施；情况特别严重的，应自行采取或报上级主管卫生计生部门后采取停止接诊的措施。

6、医院感染暴发的预防措施：

（1）认真开展医院感染的监测，及早发现医院感染流行暴发的趋势，及时采取控制措施；

（2）加强临床抗菌药物应用的管理，尤其是某些特殊抗菌药物的应用；

（3）加强医院消毒灭菌的监督监测；

（4）加强医务人员手卫生；

（5）加强医源性传播因素的监测和管理，认真做好消毒灭菌与隔离等工作；

（6）严格探视制度和陪护制度；

（7）加强重点部门、重点环节、高危人群与主要感染部位的医院感染管理；

（8）及时总结和反馈临床上分离的病原体及其对抗菌药物的敏感性；

（9）加强医务人员医院感染知识的宣传教育。

7、根据《医院感染暴发报告与处置管理规范》进行总结与报告。

六、责任追究

1、医院对发生的医院感染暴发应及时上报市级卫生行政部门和疾控中心，院长为医院感染暴发报告管理的第一责任人。

2、各科室应及时向院感科报告医院感染病例，经管医生为医院感染暴发院内责任报告人，科主任为本科室感染暴发事件报告管理的第一责任人。

3、任何科室和个人对医院感染暴发事件不得瞒报、缓报和谎报。由于对医院感染暴发报告不及时、瞒报和谎报引起医疗纠纷或医疗事故者按照规定对相关责任人进行处理。

4、各临床科室应当对医院感染暴发的调查处置工作予以配合，不得拒绝和阻碍，不得提供虚假材料。各职能部门应相互配合积极合作，认真落实医院感染暴发应急处置措施。

七、预案制定、启动与终止

1、预案制定：本预案由医院感染暴发应急处置领导小组制定，领导小组将根据有关法规、规章及本预案实施中发现的问题及时更新、修订和补充，并在全院公布。

2、预案启动与终止：各科室发现可疑医院感染暴发后，按报告程序进行报告，由领导小组组织人员进行深入调查分析，对感染事件做出确认方可启动应急预案。应急预案的终止需要符合以下条件：感染事件隐患或相关危险因素消除，或 1 周内不继续发生新发同类感染病例，或发病率恢复到医院感染暴发前的平均水平。医院感染暴发处置流程见附件。

本应急预案参考文献：

1、《医院感染暴发报告及处置管理规范》（卫生部、国家中药局，2009.10.01 起实施）

2、《医院感染暴发控制指南》（WS/T 524—2016，卫计委 2016-08-02 发布，2017-01-15 实施）

3、《江苏省医院感染暴发事件卫生应急处置预案》（2007.6.13 发布实施）

4、《医院感染监测标准》（WS/T 312-2023，国健委 2023-08-20 发布，2024-02-01 实施）

5、姜亦虹. 医院感染管理科建设管理规范[M]. 南京：东南大学出版社， 2011. 46-48

附件 1：医院感染暴发事件卫生应急处置领导小组通讯录

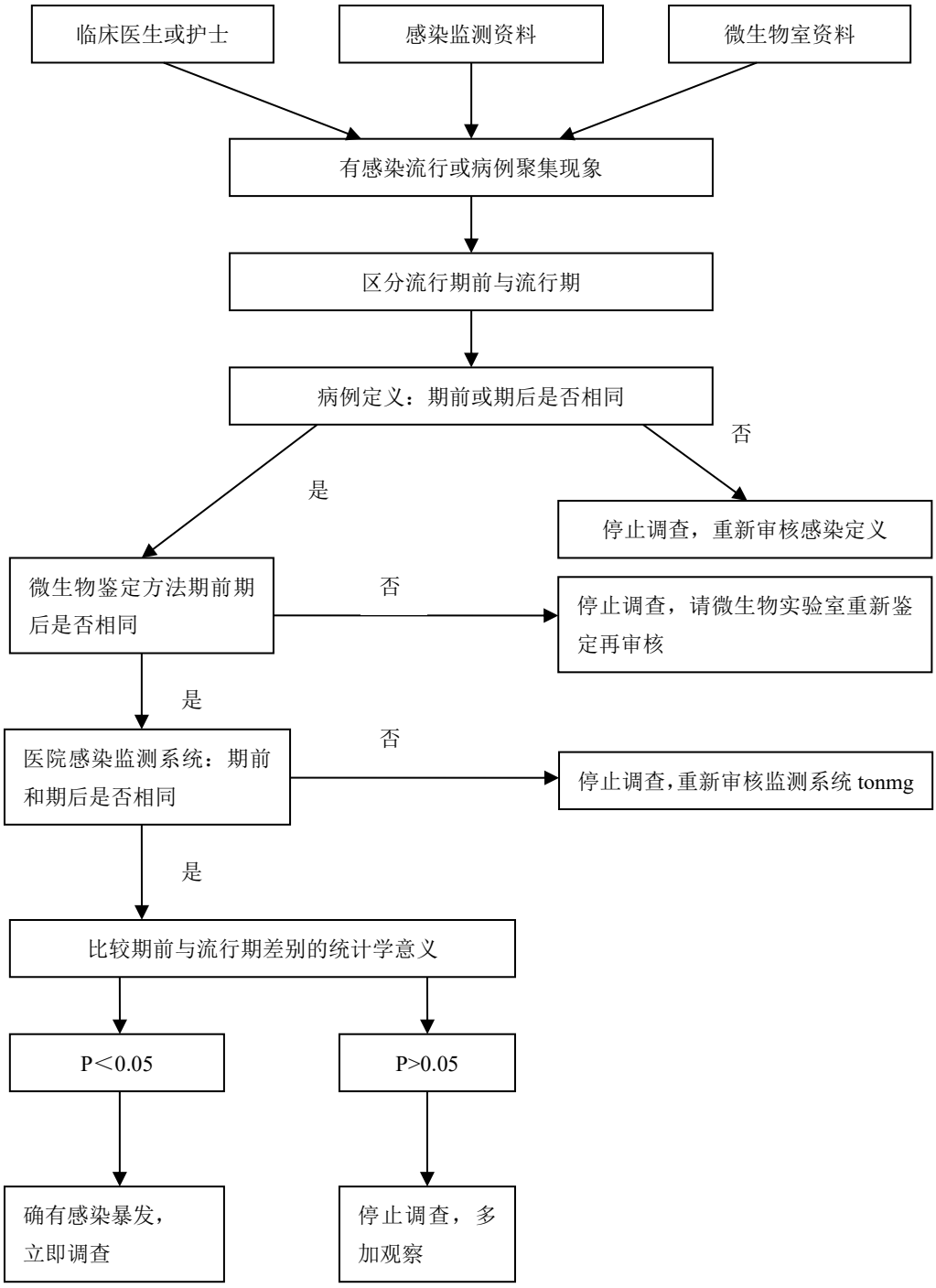
成员	职务	联系电话/短号	成员	职务	联系电话/短号
卢　峰	院长	18921194863/6863	石　慧	药剂科 主任	18921181637/6637
储旭东	副院长	18921150236/6236	张　巍	重症医学科 主任	17706178692/5692
顾晓红	副院长 医务科科长	18921199029/6129	刘　华	普外二科 主任	18018303109/6109
严文杰	医患沟通办 主任	19952268705/6705	应站专	呼吸内科 主任	18951565907/6588
郑　雄	医务科 副科长	18652459031/6031	孙彦玲	妇产科 主任	15335200602/6002
任凌燕	护理部 主任	18921181660/6660	强　立	儿科 主任	18921181622/6622
王春凤	院感科 科长	18921181606/6606	邹静蓉	急诊科 主任	17706178682/5682
余咏芯	院感科 副科长	15951568100/6100	蒯守刚	检验科 主任	17706178686/5686
朱启贯	综合保障科 科长	18012381398/6398			

附件 2：医院感染暴发事件卫生应急处置专家组通讯录

成员	职务	联系电话/短号	成员	职务	联系电话/短号
储旭东	副院长	18921150236/6236	刘　华	普外二科主任	18018303109/6109
顾晓红	副院长 医务科科长	18921199029/6129	徐勤义	神经外科主任	15312221197/6197
祝浩刚	副院长	18121522250/6250	孙彦玲	妇产科主任	15335200602/6002
严文杰	医患沟通办主任	19952268705/6705	强　立	儿科主任	18921181622/6622
郑　雄	医务科 副科长	18652459031/6031	李建军	肾内科（血液净化中心）副主任	18012387751/6751
任凌燕	护理部主任	18921181660/6660	朱智勇	消化内科主任	18036077678/6678
王春凤	院感科科长	18921181606/6606	徐梅香	非手术科室科护士长	18921181659/6659
余咏芯	院感科 副科长	15951568100/6100	沈　云	手术科室科护士长	18012381326/6326
朱启贯	综合保障科科长	18012381398/6398	戴　静	手术室护士长	17706178683/5683
石　慧	药剂科主任	18921181637/6637	顾志英	消毒供应中心护士长	18906172095/6095
蒯守刚	检验科主任	17706178686/5686	钱妍婷	重症医学科护士长	17361765595/6595
邹静蓉	急诊科主任	17706178682/5682	唐海燕	血液净化中心护士长	18961807550/6550
张　巍	重症医学科主任	17706178692/5692	蒋冬妹	儿科（新生儿室）护士长	17315509239/5239
应站专	呼吸内科主任	18951565907/6588	郑可为	神经外科（NSICU）护士长	13382260921/6921

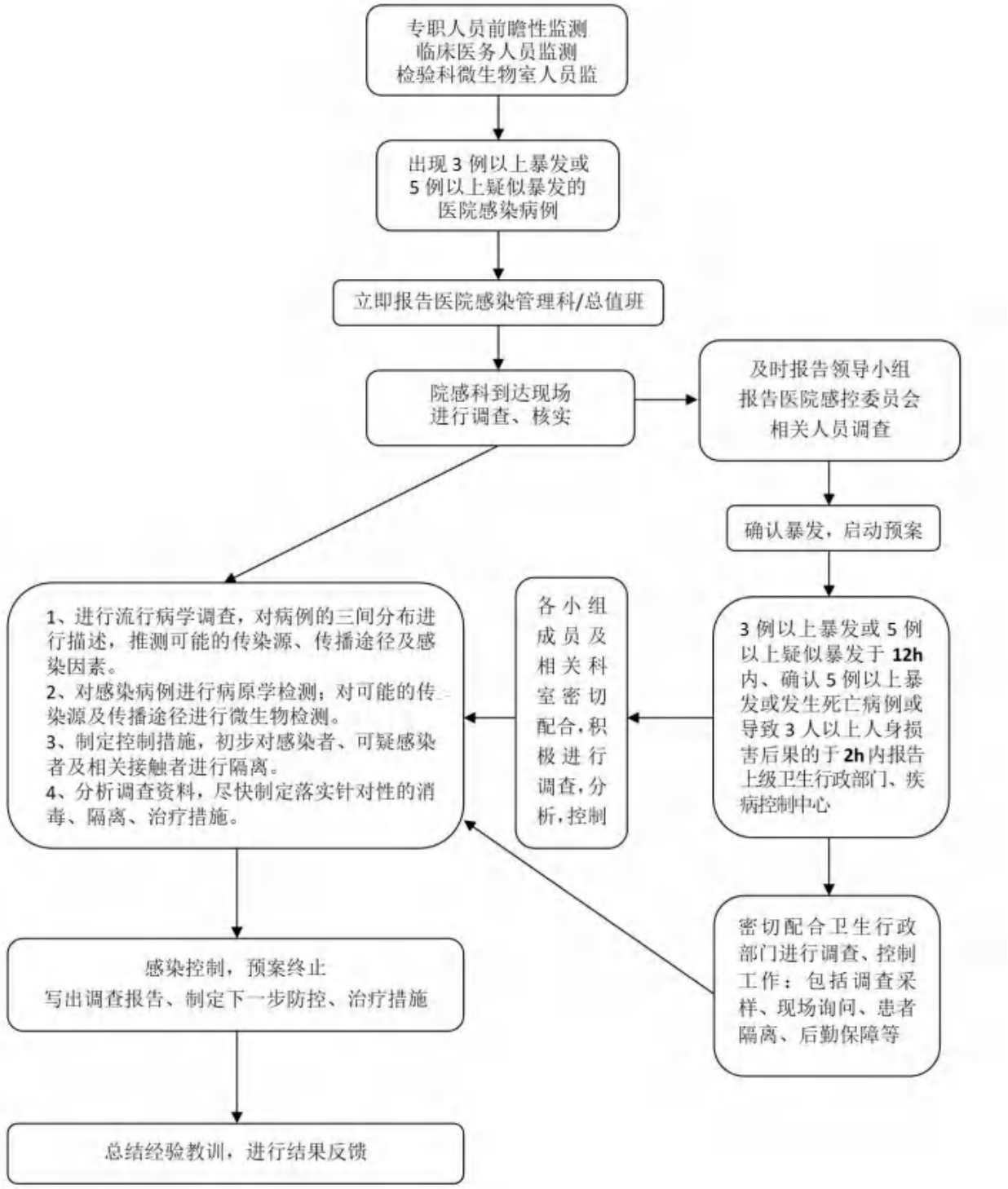
附件 3：

医院感染暴发的调查与判断程序



附件 4：

医院感染暴发报告、应急处置流程



7.医院停电应急预案

为应对医院可能出现的停电事故，尽量减少因停电对医院正常医疗秩序造成的干扰及财产损失，特制订本应急预案：

一、成立停电应急组织

（一）停电应急领导小组

组　长：卢　峰

副组长：祝浩刚　储旭东　徐太静　顾晓红

组　员：朱启贯　郑龙蛟　郑　雄　严文杰　任凌燕　陈剑波　周云霞　李相宗

职　责：（1）负责统一指挥和协调突发大面积停电的应急处理工作。（2）当发生大面积停电事故后，立即分析和判断事故性质，决定是否启动应急预案和终止应急状态。（3）组织制订并实施抢修方案，确保迅速恢复供电。（4）统一调配应急抢救人员及设施设备，组织指挥重点区域、重点部门、重点病人的解救、抢救、转运等工作。（5）负责事故调查及上报。（6）组织本应急预案的实施演练。

（二）停电应急抢修小组

组　长：　朱启贯

副组长：　黄　洋

组　员：华　强　刘　伟　奚晓东　蒋　军　徐华彬　许祥福　　葛新历　吴 成

职　责：（1）对医院电路系统进行日常检查维护，发现异常及时检修。（2）发生停电时立即组织实施抢修，不能及时修复时立即启动发电机组供电。（3）向停电应急领导小组（或医院总值班）及重点科室及时通报停电情况，必要时向供电部门 95598 发出求援请求。（4）事后总结分析事故原因及应急抢修工作经验教训，制订整改措施。

停电应急报修电话：8501(白天)　6608（夜间）

（三）医疗救护组

组　长：郑　雄　严文杰　任凌燕

组　员：本科医护人员

职　责：执行本科室停电应急预案，利用应急急救器械、应急药品等及时救治、救护病人和危重病人。提供抢救所需担架、轮椅等物资，主要负责对危重病人实施转移救护。

（四）通讯联络组

组　长：郑龙蛟

组　员：刘晓路　陈佳骏

职　责：负责总指挥与各行动组之间的联系，做到上传下达，确保信息通畅。

（五）物资保障组

组　长：朱启贯　石　慧　李相宗　周云霞

组　员：综合保障科　保卫科　药剂科　信息科　门诊挂号职工

职　责：负责启动本部门停电应急预案，保障医疗设备、药品正常使用和供应，故障排除后设备、信息等的恢复。

综合保障科根据停电情况启动后勤停电应急预案，根据情况启动应急电源，并尽快查明原因，排除故障，恢复供电，负责组织协调对突发事件区域的后勤保障。

（六）秩序维护组

组　长：陈剑波

组　员：韩越回　成波　陆星钱　保安

职　责：负责现场秩序稳定，防止现场人员混乱而影响医疗秩序。

二、应急程序

（一）计划性停电

1、综合保障科在接到供电公司通知停电的电话或以其他形式的停电通知时，必须问清楚停电的时间，停多长时间及停电原因，做好记录。

2、综合保障科以电话、网络等多种形式向各部门发出停电通知。

3、如时间紧急，应在接到供电公司的通知后，立即通知停电应急抢修小组做好发电准备并制定好停、送电计划，同时向各部门发出通知，重要科室要跟科主任、护士长讲清停、送电的时间。

4、将全部电梯停到一楼位置。

5、做好自备发电机电源运行记录及恢复供电后的记录。

（二）突发性停电

A：医疗应急程序

1、各科室、病区应备好应急灯、手电等，保证其处于备用状态并置随手可及处；医疗过程中遇到突发停电时，医务人员应立即汇报综合保障科或拨打报修电话报告，同时加强巡视，主动提醒患者不要担心，要保持镇静，注意防火、防盗。

2、呼吸机应备好手动通气装置，停电时医务人员立即将呼吸机病人人机分离，连接简易呼吸囊维持呼吸，并密切观察病人面色、血氧饱和度、意识、生命体征等。

3、ICU、抢救室、手术室、血透室等特殊科室的动力设备立即启用备用电源，无备用电源的启用手动装置，同时开启应急灯或手电照明。备用电源不能满足抢救、治疗需要时，应

立即汇报应急领导小组，决定是否采取转运或脱机等措施。

4、停电过程中发生医疗方面的特殊问题，应采取积极应对措施，同时马上向医务科报告。

停电应急报修电话：8501(白天) 6608（夜间）

B：门急诊应急程序

1、信息、挂号处、财务、药房进入手动工作程序。耐心向病人做好解释，手动收取款项、出具收费收据，待停电恢复后进行补录等工作。

C：综合保障科应急程序

1、因停电被困电梯时，请被困人员保持镇静，等候救援或配合院方人员采取应急措施。

2、发现突发停电或接到报告时，综合保障科应立即组织应急抢救小组查明停电原因并进行抢修，同时预判停电时间的长短，向分管领导或行政总值班汇报，说明情况，必要时跟供电部门联系或寻求帮助。

3、综合保障科维修组积极排查原因：

（1）停电时间小于 15 分钟，维修组解决问题，恢复供电。

（2）停电时间大于 30 分钟不能正常恢复供电时，立即组织发电，优先保障抢救室、手术室、ICU、血透室及应用抢救设备的病区等重点部门的供电，同时报告停电应急领导小组。

D、领导小组应急程序

成员必须在接到通知后 15 分钟内赶到指定地点，接收并落实停电应急领导小组指令，应急预案启动，各部门按下列程序开展应急处理。

1、医务科：立即排查抢救室、手术室、ICU 以及各病区抢救、手术病人数量及具体医疗情况，组织全院抢救力量开展应急抢救处置，同时向停电应急领导小组汇报；通知临床医技科室实施医疗应急程序；根据情况建议停电应急领导小组作出转运危重、手术病人的决定。

2、护理部：立即通知护理人员实施医疗应急程序，组织护理人员进行巡查，做好病人安抚工作；对血透治疗等特殊病人进行评估，不能完成治疗的提前终止治疗并做好安抚、解释及后续处理工作；协同医务科开展危重手术病人的抢救、转运等工作。

3、院办：立即通知科主任、护士长到岗进行应急处置；组织其他行政职能科室、保安保洁等人员，协助综合保障科、医务科、护理部及挂号收费窗口等做好巡查、病人安抚等应急工作。

4、综合保障科：排查电梯是否有被困人员，立即排查生命支持类抢救设备的在用、备用情况，按临床需求调配生命支持类设备。采取救援措施并通知医务人员配合救援应急处置。

5、信息科：立即启动信息系统应急预案，指导临床科室、住院处、门诊等重要信息应用部门进行信息应急处置。

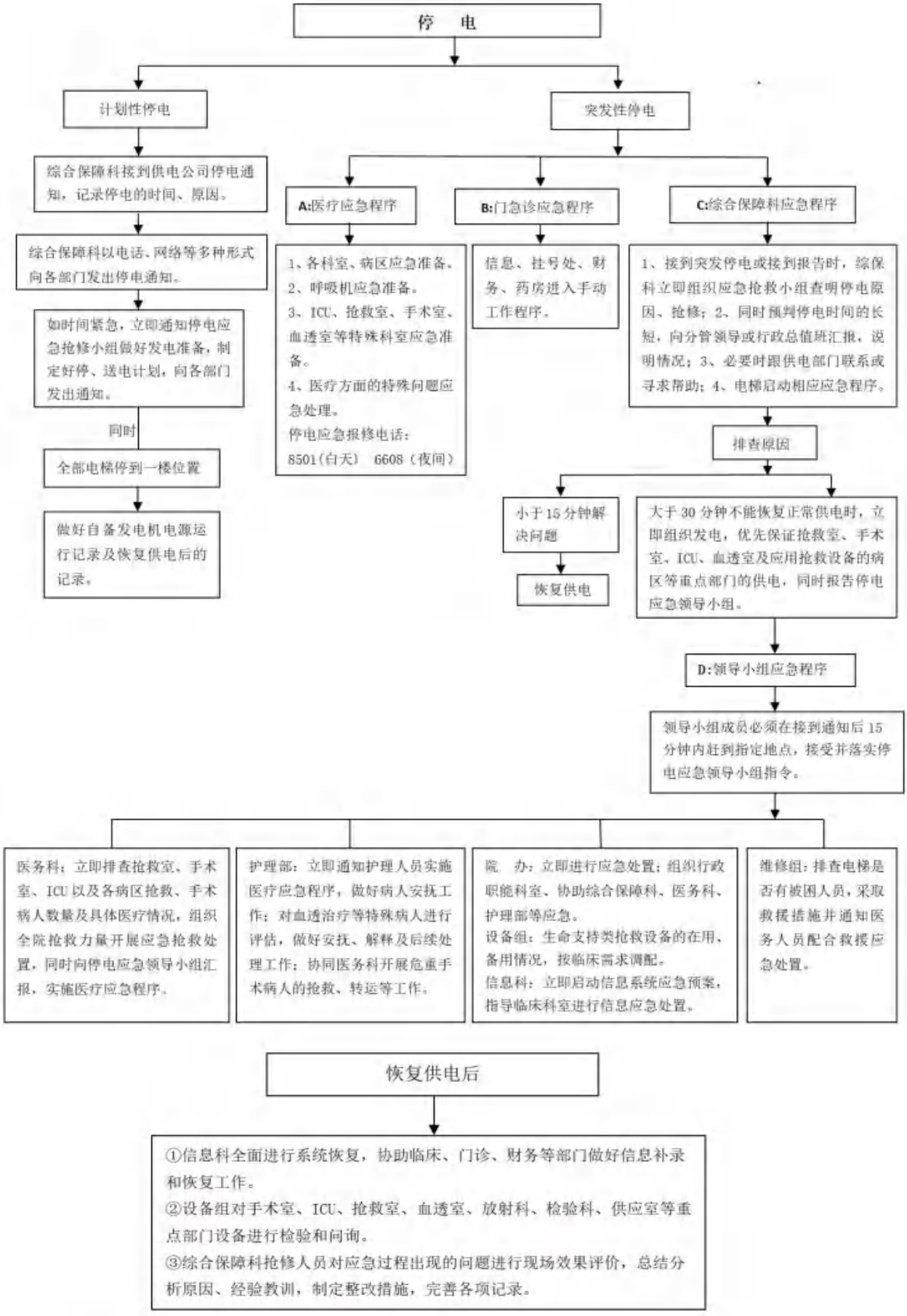
（三）恢复供电后

1、信息科全面进行系统恢复，并协助临床、门诊、财务等部门做好信息补录和恢复工作。

2、设备科对手术室、ICU、抢救室、血透室、放射科、检验科、供应室等重点部门设备进行检验和问询。

3、综合保障科抢修人员对应急过程出现的问题进行现场效果评价，分析原因、总结经验教训，制定整改措施，完善各项记录。

医院停电应急预案流程图



8.医院火灾应急预案

为全面贯彻“预防为主，防消结合”的方针和“谁主管、谁负责”的原则，发生紧急情况时，所有人都能做到处事不惊，有条不紊的应对可能发生的火灾事故，减少和避免因事故造成的损失和不良影响，保障医院内工作人员及病人的生命、财产安全，特制定本预案。

一、成立火灾应急组织

火灾应急组织主要包括：火灾应急领导小组、通讯联络组、灭火行动组、疏散引导组、医疗救护组、安全防护组、后勤保障组。

1、火灾应急领导小组

组　长：卢　峰

副组长：戴智勇　祝浩刚　顾晓红　储旭东　徐太静　包国东

组　员：郑龙蛟　郑　雄　任凌燕　朱启贯　陈剑波　张　凯　严文杰　李相宗

黄　洋　陆星钱　成　波

领导小组下设现场应急指挥部，设于医院消防控制中心内，总指挥由领导小组成员中职务最高者（或总值班）担任。

职　责：（1）协调各部门人员，统一组织各类救援力量；（2）负责火灾现场的应急决策，如确定疏散楼层、指挥疏散病人及家属、制定扑救措施、组织现场救治、转运等。

2、通讯联络组

组　长：戴智勇

副组长：郑龙蛟

组　员：事发地工作人员及消防控制室值班人员

职　责：（1）负责火灾应急领导小组指令的传递，各应急小组之间的信息互通。（2）将火灾情况及时向上级卫生行政部门、公安机关或地方政府报告。（3）接受火灾应急领导小组的指派，负责媒体接待、伤患者及家属沟通等工作。

3、灭火行动组

（1）灭火行动组由医院义务消防队员、保安、后勤工人和事发地工作人员组成。

（2）医院消防队：

组　长：祝浩刚

副组长：陈剑波

队　员：蒋伟龙　黄祖超　张希旺　金佳栋　肖引和　丁彦钧 陈　超　曹嘉庭 崔良良

职　责：（1）到达着火部位后，先进行火情侦查，询问现场人员是否有人员被困，如果有人员被火势围困，立即对被困人员实施救援，将被困人员救出后移交疏散引导组。（2）坚持“救人第一”原则，在救人的同时，根据火场情况，熟练应用灭火器、消防软管、室内消火栓等各类消防设施器材，正确实施灭火工作；当需要出水灭火时，两人一组，设立两组水枪阵地，一组主攻、一组掩护对火势进行扑救、控制，如果火灾呈蔓延趋势，在蔓延方向上设置一组水枪阵地堵截火势。奋力进行扑救，尽量控制和扑灭火灾，减少火灾损失。（3）当火情不可控制或消防官兵到来后立即向总指挥汇报并接受其它任务。

4、疏散引导组

组　长：徐太静

副组长：张　凯

组　员：林 燕、王春凤及相应科室（病区）主任、护士长、医护人员及保安人员

职　责：（1）按现场指挥的指令，将指定楼层的病人及家属从两侧楼梯及时有序疏散到指定的安全地点，切记有序撤离火场，并提醒病患疏散要领，安抚情绪，阻止非救援人员返回危险区。（2）对于灭火组救出的行动不便人员，利用担架迅速将受伤人员疏散至安全地点，移交安全防护救护组人员处置。（3）将人群疏散至（室外指定安全区域）后，各楼层小组长协助组长询问病患是否有同行人员未疏散至安全区域或失联，如有未成功疏散或失联人员及时向组长报告相关情况，由组长将情况汇总后向总指挥报告。

5、医疗救护组

组　长：顾晓红

副组长：郑　雄

组　员：严文杰、任凌燕、刘华、应站专、王开成、蒋伟及相关科室医护人员

职责：（1）对必须撤离的重症住院患者实施救护，确定是否需要转送其他医院进一步救治，安排转运车辆及人员。（2）组织对重症伤员的抢救及转运，对需要治疗的伤员进行治疗。（3）根据救治需要调配急救设备、药械等。

6.安全防护组

组　长：储旭东

副组长：韩越回

组　员：李相宗　黄　洋　陆星钱　成　波

职　责：（1）设置警戒区，做好火灾现场外围警戒，严禁无关车辆和人员进入现场，并迅速清理火场周围停放的车辆远离火场，引导消防车到达火场。（2）确认水泵接合器、室外消火栓无遮挡，消防车道畅通，协助到场消防队员做好火场供水。（3）加强防护巡逻，防止

物资丢失。

7、后勤保障组

组　长：包国东

副组长：朱启贯

组　员：华　强　奚晓东　董春红　葛新历　吴　成　蒋　军　刘　伟　徐华彬

职　责：（1）在控制室值班人员的协助下，切断非消防动力电源，保障照明及消防设施、设备电源，迫降消防电梯，在一层停止并锁定客用、货运电梯，停止空调运行，操控防排烟设施、防火卷帘、消防泵等自动消防设施。（2）联动控制发生故障，则由后勤保障组值班人员赶到设备处实施手动控制，为防火和疏散提供设备运行保障。

二、报警及处置程序

（一）火情报警

1、在医院范围内无论何时、何地，医院员工一旦发现火情，都有责任立即向消控中心报警。

2、在医院内遇见火情，如为初起小火，应就近使用轻便灭火器进行自救灭火，保护现场，将情况报告消控中心及保卫科。如火情严重要立即按下墙上的手动报警装置进行报警，或用内部电话报警。电话号码：保卫科 8022、6615，消控中心 8511。

3、电话报警时，不要惊惶失措，要沉着冷静，语言清晰，将火情发生的所在区域、燃烧物质、火势大小、有无人员伤亡、报警人姓名、部门、所在位置报告消控中心。

4、关闭火场附近的电源、氧气开关及门窗。

5、切勿高喊“着火了”，以免造成不必要的混乱，必须经消控中心授权才可向“119”报警。

（二）火情确认

1、消控中心接到报警电话时要详细记录报警人姓名，部门及发生火灾的确切位置及燃烧物质、火势大小、有无人员伤亡。

2、消控中心接到电话报警或消防主机报火警，立即通知保安队长安排保安人员到现场确认，查清下列问题：

（1）火情发生的具体位置、燃烧物质、火势大小、有无人员伤亡；

（2）火源是什么，是电器起火还是其它原因；

（3）确认火情时应注意，不得莽撞开门，要先试一下门体的温度，如果正常可开门检查，如门体温度高，可确认内有火情，此时房内如有人，应先设法救人，开门时注意不要把身体正对开门处，视情况进入；

（4）确认火情后，立即将信息反馈给消控中心。

（三）各级人员行动

1、火情确认后消控中心值班员立即向保卫科和分管领导报告；夜间、节假日向行政总值班报告，行政总值班接到火情报告后应立即向分管院领导汇报；

2、分管院领导、保卫科人员、行政总值班接到火情报告后，应第一时间赶赴现场，组建临时应急指挥部，根据火情确定是否启动应急预案、是否向“119”报警，同时将火情向主要领导汇报。

3、启动应急预案后，接到通知的所有人员应立即赶往医院或火灾现场，医院火灾应急领导小组在消控中心组建现场应急指挥部，指挥灭火及抢救疏散行动。

4、启动应急预案后，各火灾应急组织按照各自职责开展应急处置工作。

5、应急总指挥根据火灾现场情况适时下达如下命令：

（1）启动消防泵、喷淋泵、配合火场灭火。

（2）打开排烟防火阀启动排烟风机，排除火场烟雾。

（3）关闭中央空调，和新风系统，防止火势漫延。

（4）切断失火区域的电力供应，电梯降首层。

（5）开启正压送风机，向消防疏散楼梯输送新风。

（6）命令总务部门关闭天然气总开关。

（7）下达向 119 报警命令。

（8）下达疏散命令。

（四）灭火战术

1、保卫科人员赶到火场后立即组织现场人员进行灭火，并随时同现场应急指挥部联系，向总指挥报告火情。

2、冷却灭火法；义务消防队员赶到火场后，立即使用消火栓灭火，及时清理火场易燃物，用消火栓浇湿四周建筑物，降低火场温度。

3、隔离灭火法：将易燃物与火源隔离。

4、窒息灭火法：关闭门窗，用难燃材料压盖较小面积的火源。

5、抑制灭火法：使用 ABC 干粉灭火器或二氧化碳灭火器扑灭火源。

（五）组织疏散

1、如现场灭火负责人认为火势不能控制，指挥部立即做出疏散决定。

2、消控中心开通失火区域及上下两层消防广播，用广播反复播放“紧急疏散通知”。

3、失火区域及上下两层进行紧急疏散后，根据人员离开情况，对其它楼层进行广播疏散。

4、住院部接到疏散命令后立即组织人员负责各楼层患者的安全疏导工作，引导疏散人员

走消防疏散通道。

（1）提醒疏散人员保持镇静，不要慌张，不要乘坐电梯。

（2）提示疏散人员疏散到大楼外围。

（3）人员疏散后，检查每个房间是否有人，确认无人贴上标记，如有人员未离开房间，要及时进行劝导，使其迅速离开房间。

5、其他部门人员接到疏散命令后立即进行重要物资、文件的转移。

6、保卫科接到疏散命令后指挥外围警员清出机动车道，做好引导消防车进场的准备工作。

（六）后期处理

当应急总指挥发出火情排除命令后，保卫科立即做好火灾现场的警戒工作，保护火灾现场不被破坏，确保火灾事故调查，应尽快将火灾报警系统、自动灭火系统、消防联动系统恢复正常，负责火灾后期的清理工作。

三、培训演练

每年至少举行消防知识教育及消防演练各一次，时间分别安排在 6 月、11 月，培训演练内容包括基本灭火知识、逃生和救援知识、火灾应急预案实施等，确保一旦发生火灾能迅速作出正确反应。

四、常用报警电话

消防火警：119（外线）

医院消控中心：83317173（8511）

行政总值班：18921161138（6508）

护理总值班：18012369856（6856）

保卫科：83312521（8022、6615）

保安队长：18061516382（6382）

医院火灾应急预案流程图

注意事项：

1、每位工作人员应熟悉各楼面及各房间的消防疏散图，入院宣教时必须讲解。

2、每位工作人员能熟练使用各楼层灭火器械。

3、撤离时要注意，不可搭乘电梯，应由从安全楼梯进行逃生，最好能沿着墙面，尽量朝明亮处或外面空旷地方跑，若通道已被烟火封阻，则应当背向烟火方向离开，通过阳台、气窗、天台等往室外逃生。

4、做好简易防护，匍匐前进，不要直立迎风而逃。逃生时经过充满烟雾的路线，要防止烟雾中毒，防止窒息。 为了防止浓烟呛入，可采用毛巾、口罩用水打湿蒙鼻、匍匐撤离的办法。烟气较空气轻而飘于上部，贴近地面撤离是避免烟气吸入，滤去毒气的最佳方法。

5、当身上衣服着火时，应赶紧设法脱掉衣服或就地打滚，压灭火苗，能及时跳进水中或让人向身上浇水。

6、无法逃出室外的躲进有窗户的洗手间或冲凉房：关门堵缝，泼水并想办法向外发出求救信息。

9.医院防范暴力侵害事件应急处置预案

为确保我院医护人员及来院就诊患者及家属的人身安全，维护医院正常工作秩序和安全稳定，特制定本预案。

一、成立防范暴力侵害事件应急处置领导小组

组　长：卢　峰

副组长：祝浩刚　顾晓红　储旭东

成　员：杜方群　邓燕忠　陈剑波　朱启贯　郑　雄　严文杰　任凌燕

二、同时下设应急保护疏散组、人员救护转移组、通讯联络协调组。

1．应急保护疏散组

组　长：祝浩刚

成　员：陈剑波　韩越回　朱启贯　殷　群　及其它保安

2.人员救护转移组

组　长：顾晓红

成　员：郑雄　张 巍　王开成　刘　华　应站专　任凌燕

3.通讯联络协调组

组　长：储旭东

成　员：邓燕忠　孟繁慧　张新英　李相宗及科室护士长

三、防范暴力侵害事件应急处置领导小组的职责

1．暴力侵害事件发生后，在第一时间组织相关人员控制罪犯，配合公安机关制止暴力侵害，保护医患人身安全。

2．加强安全防护知识和技能的普及教育和训练，不断提高广大医患的防范意识和基本技能。

3．积极组织事后处置工作。采取一切必要手段，组织各方面力量全力进行救护、处置工作，把暴力侵害事件造成的损失、影响降到最低点。

4．应急保护疏散组负责在公安部门介入之前与侵犯势力的周旋，紧急状态时的抵御处置等，疏散引导相关人员至安全地方；人员救护转移组负责为受伤人员提供及时有效的救护；通讯联络协调组负责对内对外的联络汇报工作，与患者的沟通协调安抚工作，与上级主管部门及区宣传部门协调，统一新闻媒体的宣传口径，正确引导舆论导向。

四、预警预防

1．开展经常性社会矛盾排查分析，及早发现可能引发医院暴力侵害的各种矛盾和因素。

2. 采取针对性的预防措施。

（1）严格内部安全管理制度，加强对进入医院各种车辆和人员的巡视和排查。在患者就诊的重要时段，安全保卫部门加强院门内外巡视。

（2）加强对院内有心理疾病及精神病症状人员的疏导和监控。

（3）经常性摸排医患中存在的矛盾隐患，对可能引起矛盾激化事件的当事人要逐一排摸登记，耐心接待，尽力做好化解工作。

（4）经常性地与驻地公安部门、社区及院外法制辅导员沟通联系，及时掌握医院周边地区存在的不稳定因素（人或事），采取有效对策。

（5）医院成立安全保卫应急分队（应急保护疏散组），陈剑波任队长，加强日常培训和演练。

（6）加强医院防范暴力侵害的人防、物防、技防建设，医院办公室要严格安保人员聘任管理，储备必要安保器械；总务科负责安装符合技术要求的监控技防设施，有效防范和抵御外来暴力侵害。

（7）加强医院行政总值班制度。节假日医院领导应亲自带班，总值班人员认真履行职责，及时协调处理各类突发事件，保障医院正常工作秩序及各类人员的人身安全。

（8）加强警院共建。密切与公安机关派驻医院警务人员的联系，及时交流沟通有关的不安全信息，制定相应的防范措施，并采取有效措施共同做好医患双方的法制和安全教育，增强医患的法制意识和自我保护意识。

五、处置流程

一旦发生医院暴力侵害事件，以保护医务人员、患者及其他人员的生命安全为主要目的，应按下列程序处理：

1.现场应急处置

（1）第一目击者报警：拨打保卫科电话 83312521 或拨打“110”报警电话。

（2）院内通告：以最有效、最快的方式预警全院医护人员、患者，并向医院办公室或总值班人员及院长报告情况。

（3）现场紧急处置；事发现场或最近科室负责人应组织科室人员做好自我保护的同时，尽力疏导现场人员转移至安全区域，将事件损害降到最低，并尽可能的稳控现场局面等待保安和民警到来。

2.应急处置预案启动

（1）医院办公室或行政总值班接到报警通知后，迅速通知各小组组长和院领导，同时做好组织协调工作，保障处置及时到位。

（2）各工作小组听到预警声后，立即按照职责开展工作。应急保护疏散组的人员要在公安部门赶到之前，利用警械，尽力制止犯罪行为，与歹徒周旋，规劝其终止犯罪或采取有效措施阻止犯罪行为；如发生劫持人质事件，要全力保护好现场医务人员和其他患者，按照平时演练的路线迅速疏散至安全区域。

（3）接到报警后，正在开展诊疗活动的现场周边科室，当班医护人员要立即组织关锁门窗，安抚患者保持镇静，保持警惕；如遇在门诊大厅或在住院部发生应急事件时，应急保护疏散组应及时保护医务人员和患者转移至安全区域。

3. 通讯联络协调组第一时间内报区卫生局，根据现场具体情况迅速向公安、救护、消防等有关部门、单位求援。

4. 如有人员伤亡，人员救护转移组要提供及时有效的救护，把伤员就近转移至安全地点实施救治，并通知受伤人员家属。

5. 医院协助警方阻止暴力行为的最后实施。

六、善后处理

1．医院应急保护组负责保护好现场，配合警方调查取证。

2. 通讯联络协调组做好受伤医患的安抚工作，及时对受伤人员进行心理干预和疏导。报上级主管部门及区宣传部门协调，根据事件性质报请院长确定新闻发言人，统一新闻媒体的宣传口径，正确引导舆论导向。其他人员在未经医院领导小组授权，不得接受媒体采访，防止形成炒作引发社会恐慌情绪。

3.各职能科室各负其责，协助门诊、病区负责同志及时恢复正常的医疗工作秩序。

七、信息报告

1．报告程序与内容

根据分类管理、分级负责，条块结合、属地管理为主的应急管理体制，医院对发生的暴力侵害事件要及时报告，对可能引发暴力侵害事件的预测预警信息也要报告。

（1）初次报告

医院发生暴力侵害事件后，应在第一时间，直接向区卫生局和相关部门报告，并及时补报文字材料。

必报内容：事件发生时间、发生地点、疑似可能伤害的人数。

选报内容：事件初步性质、发生的可能原因及事态发展的趋势等。

（2）结案报告

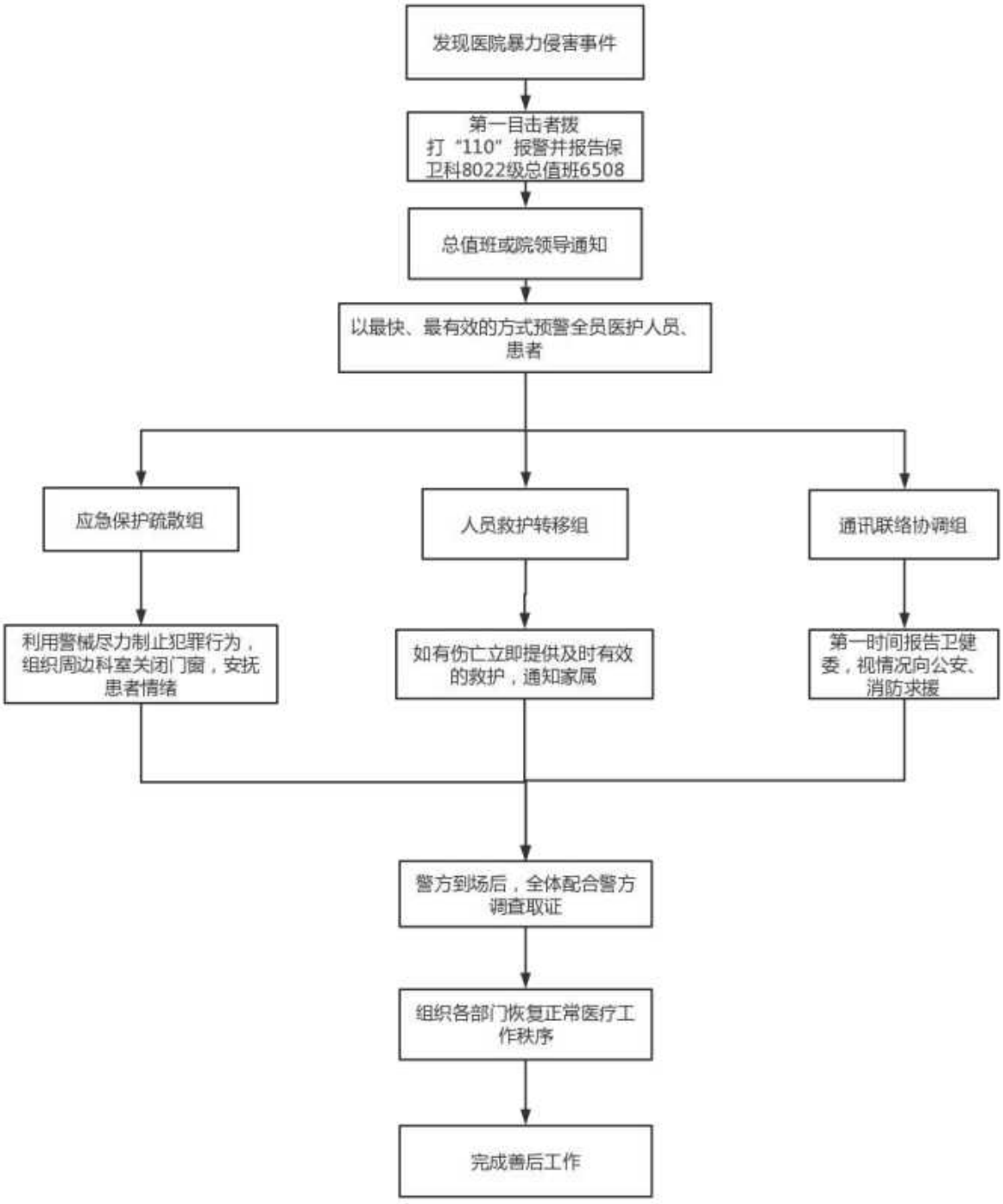
事件结束后，医院应将事件处理结果报告区卫生局和相关部门。

内容：事件经过、原因分析、损失及伤亡情况、处理结果、整改情况、责任追究情况等。

八、附则

本预案启动实施由医院防范暴力侵害事件应急处置领导小组决定。各工作组、成员和相关科室负责人要认真贯彻执行本预案，严格遵守工作纪律，并保证通讯联系畅通、便捷。

医院暴力侵害事件处置流程图



10.医院电梯故障应急预案

为规范电梯应急管理，切实提高电梯困人等故障的处置能力，依据《特种设备安全监督条例》《无锡市电梯安全监督管理办法》，制定本应急预案。

一、应急小组

组　长：祝浩刚

副组长：朱启贯

组　员：黄　洋、电梯维保单位维修人员、急诊医务人员。

二、职责

（一）研究制定救援抢险方案。

（二）指挥调度有关人员进行事故处理工作。

（三）配合进行救援工作，做好事故分析总结，做好对特殊被困人员的急救工作。

三、应急流程

（一）当电梯因停电或故障发生困人事故

1、首位发现电梯故障困人的员工，立即与电梯安全管理员联系，告知故障电梯位置，必要时向上级领导或分管院长报告。

2、安全管理员应立即前往故障电梯并通过拨打电梯中求救电话联系被困人员确认故障电梯编号，被困人员数量及被困电梯所在楼层，了解详细后立即通知电梯维保单位和上级领导。

3、安全管理员到达后应对现场进行初步判断事故原因，同时通过电话或者喊话对被困人员进行安抚工作，告诫不要强行打开轿门，保持镇定。

4、保持与轿厢被困人员联系，及时告知救援进展情况。

5、如被困人员中有身体状况不适或情况不稳定需要医疗救助的，立即向救援小组组长或副组长报告，联系急诊医疗人员前来待人员救出后及时救治。

6、待维保单位排除故障，救援出被困人员后，对电梯进行全面检查，全部合格后方可继续使用。

7、安全管理员做好《电梯运行故障报修处理记录表》，留存在电梯安全技术档案。

（二）当电梯的轿厢、井道、机房等一旦发生进水事故

1、安全管理员应立即前往进水地点查看情况，同时通知电梯维保单位，并通知上级领导。如电梯中有人员被困，则同时执行电梯故障困人应急流程。

2、组长或副组长联系保卫科指派保安人员对故障电梯门口进行指引，防止无关人员靠近或使用电梯。

3、电梯维保单位人员应迅速到达现场，对电梯进行平层检修。

4、本单位维修人员应迅速将泛水事故紧急处理，防止影响范围扩大，并配合维保人员对进水地点进行排水工作。

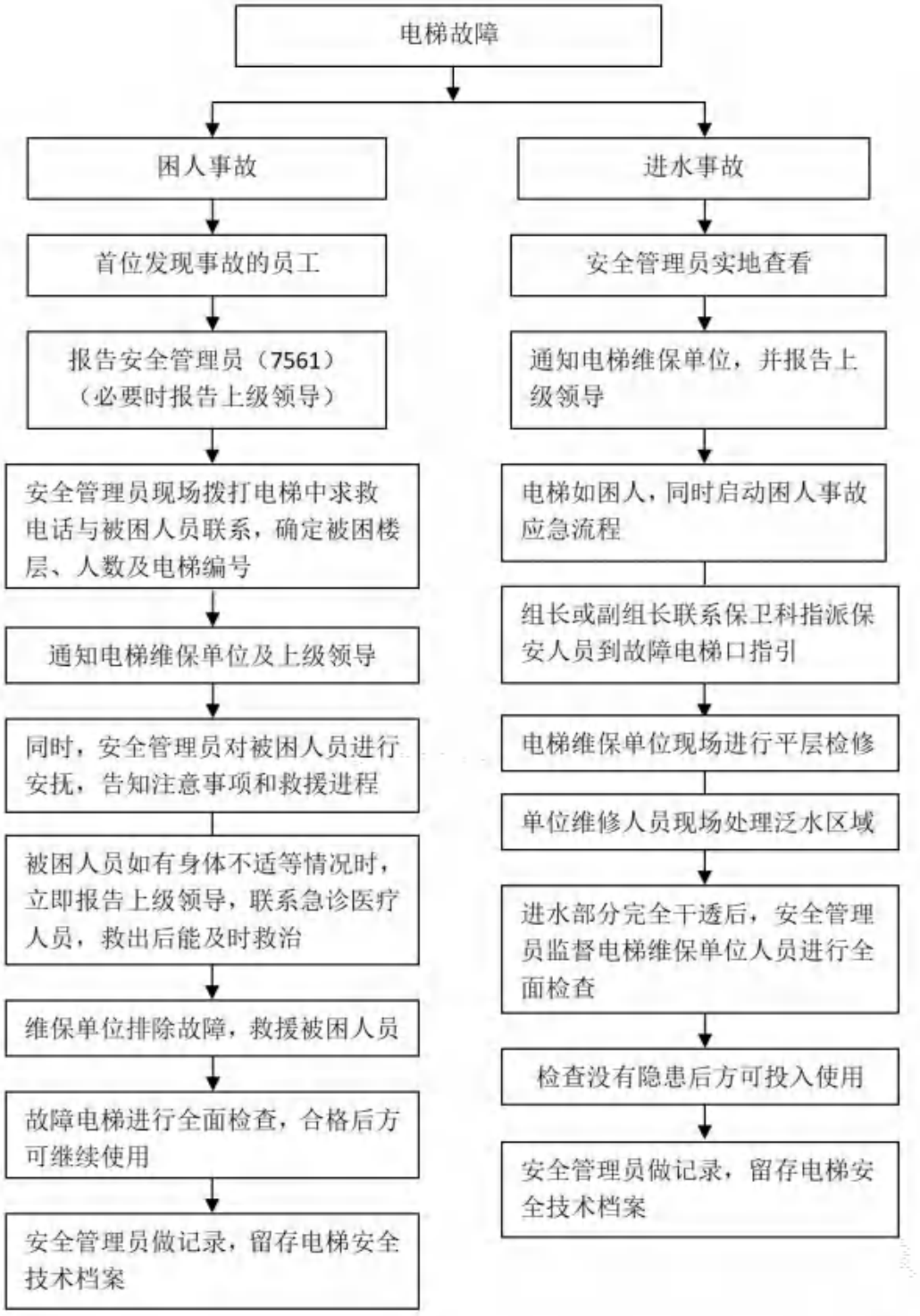
5、当进水部分完全干透后，安全管理员应监督维保人员对电梯进行全面的检查，检查没有隐患后方可投入使用。

6、安全管理员做好《电梯运行故障报修处理记录表》，留存在电梯安全技术档案。

四、应急救援培训及演练

单位每年至少进行一次电梯故障应急救援演练。由组长及副组长组织综合保障科、保卫科、急诊科及电梯维保单位进行联合演练，做好演练记录及演练总结分析。

医院电梯故障应急流程图



单位每年至少进行一次电梯故障应急救援演练。由组长及副组长组织综合保障科、保卫科、急诊科及电梯维保单位进行联合演练，做好演练记录及演练总结分析。

11. 医院防台风应急预案

为确保突发台风灾情来临后，能够及时有效的组织防风工作，将灾害造成的损失降到最低点，最大程度地减少灾害所致人员伤亡和健康危害，保障人民群众的身体健康和生命安全，结合本院实际情况，特制定本预案。

一、成立防台应急组织

（一）防台应急领导小组

组　长：卢　峰

副组长：祝浩刚　储旭东　徐太静　顾晓红

组　员：朱启贯　郑龙蛟　郑　雄　严文杰　任凌燕　陈剑波　石慧　李相宗

职　责：负责指挥防台总体部署工作

（二）后勤保障组

组　长：朱启贯

副组长：黄　洋　陈剑波　石　慧

组　员：综合保障科　保卫科保安门诊护士

职　责：服从领导小组的防台风后勤保障工作；防台抢险工作；病人及其他人员疏散。

（三）医疗救护组

组　长：郑 雄　严文杰

副组长：任凌燕

组　员：各病区医护人员

职　责：当出现人员伤亡是为受灾人员提供医疗救助。

（四）通讯联络组

组　长：郑龙蛟

副组长：李相宗

组　员：院办　信息科

职　责：负责与区、镇防台办沟通、负责总指挥与各行动组之间的联系，做到上传下达，确保信息通畅。

二、应急响应流程

（一）预案启动条件

当接到上级领导部门或者气象台发布的台风预警后，由防台应急领导小组根据台风预警等级，启动应急预案。

黄色预警：后勤保障组为主，其他组为辅。

红色预警：突发事件应急指挥部，各小组积极响应。

（二）响应措施

1、预案启动后，要求加强24小时值班，主要领导坐镇指挥，依据台风等级及灾情安排个小组工作，其他领导在职在位，随时待命。各部门要严格服从院防台指挥部的指挥，各部门之间要密切配合，互相通报情况。

2、后勤保障组立即开展防台风预检检查：

（1）清理屋顶杂物及易吹飞物品，固定花木和花盆、广告牌、棚架、临时搭建物等易被风吹动等物，固紧门窗、空调螺钉、电线等，准备抽水泵；全院建筑物天沟垃圾、落水口清理，防漏雨抢修准备。

（2）巡视配电房，检查各类保险丝、高压熔断丝、接地等线路情况；做好发电机运行检查，备足柴油。

（3）检查防台物资的储备情况，仓库清点抗台物资，汇总全院科室需求；做好抗台物资的补充采购工作。

（4）做好大型、贵重设备使用及周围环境状况的观察，防雨漏，做好瞬间断电时应急处理的宣教。

（5）所有UPS巡视检查，重点检查急诊收费、门诊药房电脑的运行状况。

（6）通知危险地带工作人员及时撤离，露天工地及时停止，并做好人员疏散工作。

3、医疗救护组积极响应：

（1）各科室、病区做好自查工作，抓紧灾前抢修，及时联系综合保障科帮助固紧门窗等。

（2）各病区医护成员处于应急状态，保持通讯通畅，随时听从调遣。

（3）做好断水断电应急措施的准备，准备相应的保障物资如应急灯、手电筒等。

（4）领取抗台物资，保证物资供应充足，抢救物品齐全。

（5）加强科室内值班，科内人员合理排班。

4、通讯联络组

（1）及时和区、镇防台、防灾办联系，及时了解灾情及天气情况，做好上级领导部门和本单位应急领导小组的信息沟通工作。当灾情严重时，及时向上级有关部门请求给予救援支持；

（2）信息科做好通讯保障及院内网络通讯。

5、综合保障科负责及时清除和处理垃圾。

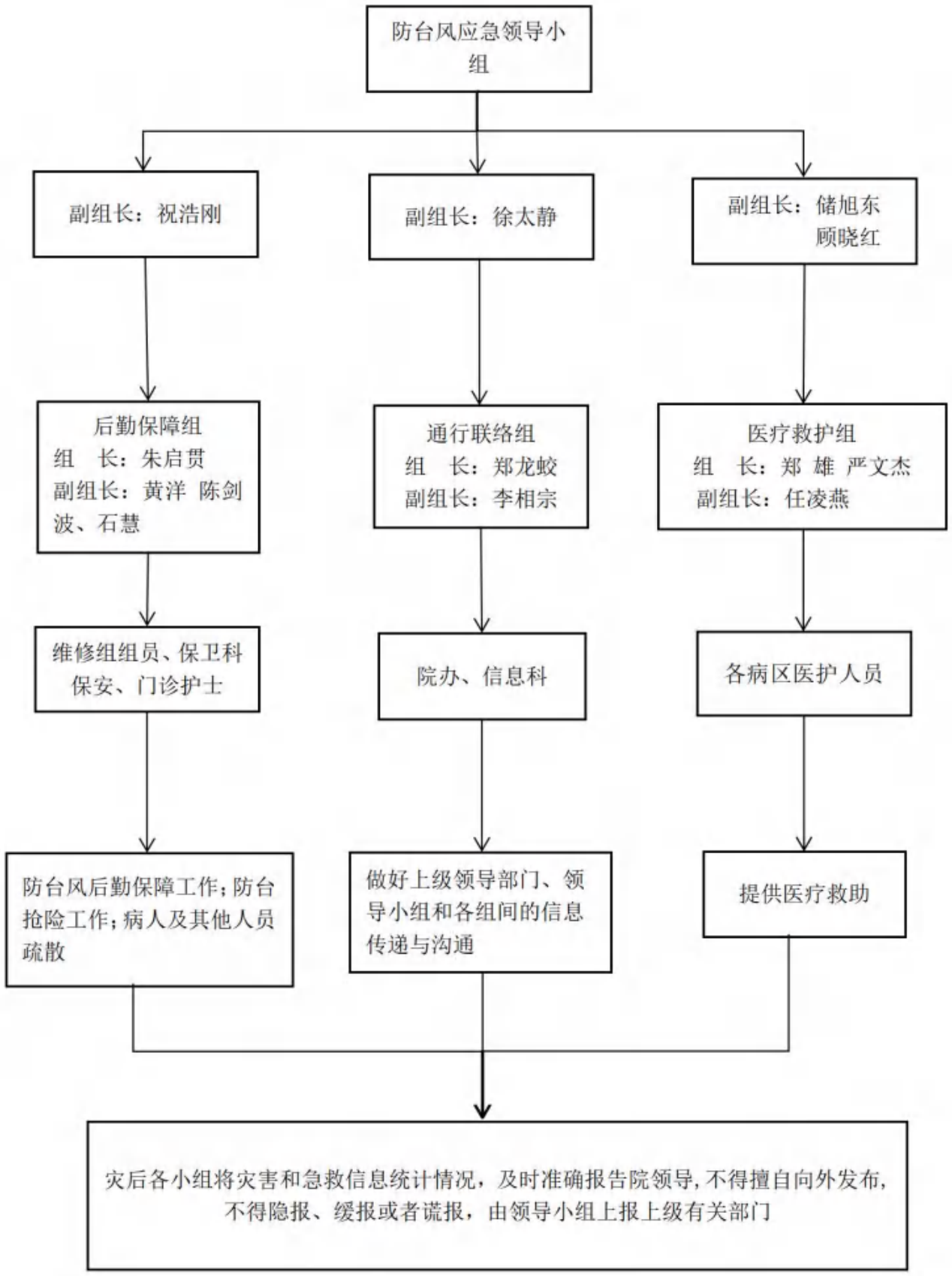
（三）响应结束

灾情稳定，气象部门或上级领导部门通知台风结束后，领导小组可以做出终止应急响应的决策。

三、灾后统计

各小组将灾害和急救信息统计情况，及时准确报告院领导，不得擅自向外发布，不得隐报、缓报或者谎报，由领导小组上报上级有关部门。

医院防台风应急流程图


防台风应急领导小组
副组长：祝浩刚
副组长：徐太静
副组长：储旭东
顾晓红
后勤保障组
组　长：朱启贯
副组长：黄洋 陈剑波、石慧
通行联络组
组　长：郑龙蛟
副组长：李相宗
医疗救护组
组　长：郑 雄 严文杰
副组长：任凌燕
维修组组员、保卫科保安、门诊护士
院办、信息科
各病区医护人员
防台风后勤保障工作；防台抢险工作；病人及其他人员疏散
做好上级领导部门、领导小组和各组间的信息传递与沟通
提供医疗救助
灾后各小组将灾害和急救信息统计情况，及时准确报告院领导，不得擅自向外发布，不得隐报、缓报或者谎报，由领导小组上报上级有关部门

12.医院信息系统突发事件应急预案

为防止因医院信息系统出现故障而影响全院正常医疗秩序，确保患者在特殊情况下能够得到及时、有效的治疗，保证为病患服务的质量，结合我院实际，特制定本预案。

一、成立信息系统应急领导小组

组　长：卢　峰

副组长：徐太静

组　员：李相宗 郑龙蛟 郑　雄 任凌燕 周云霞 朱启贯

二、“信息系统突发事件应急预案”启动条件

1、机房主服务器发生可抗拒因素（不可预知的突发故障）导致全院信息系统停止运行20分钟以上时。

2、供电系统大范围停电，供电系统不能及时修复，并且备用电源亦不能提供电源或停电时间超过备用电源支持时限，造成全部网络及计算机不能运行。

3、主、备核心交换机同时发生故障，全院网络中断。

4、遇机房搬迁、设备维修等，需要信息系统停止运行时，于停机前3天将停机计划和方案院部，停机时间视当时情况尽可能安排在0：00～6：00时或周日下午，将影响降至最小。

三、信息系统突发事件应急责任制

1、一旦发生上述情况之一，应迅速启动“信息系统突发事件应急预案”。

2、信息科在第一时间汇报应急领导小组，如遇夜间或节假日有关使用部门立即联系信息科人员，信息科人员到场后作出初步结论，联系信息科科长，信息科科长及时汇报分管院领导，并通知财务科、医务科、护理部、药剂科、医技科室相关责任人。

3、信息科开展相应的处理，如发生不能自行处理的故障，立即通知签约的维保公司派工程师第一时间到场处理；系统恢复正常后要核查所有补录数据的正确性；做好详细故障记录和处理过程。

四、信息系统应急技术保障措施

1、网络设备保障：核心交换机采用冗余机制，各交换机之间实行双线运行，一旦网络设备出现问题，可以保证业务正常运行。

2、服务器保障：核心系统服务器采用“实时应用集群”，一旦有一台服务器出现故障，另一台服务器可以立即接管，以保证系统运行正常。

3、供电保障：中心机房的电源采用专用的双电源进机房，机房内部电源再采用UPS不间断电源，以确保电源供应。

五、各部门应急措施

（一）门诊部

1、关闭自助机，并出示告知牌

2、医保云、医院微信小程序停止挂号收费，门诊工作人员做好解释工作。

3、在各门诊诊区，做好人工叫号的同时，安抚病人并维持好秩序。

（二）挂号、收费处

1、收费员登录单机版收费系统，进行检验、检查、药品的正常收费，并打印电子发票。

2、门诊医保病人不能使用医保卡，只能自费，系统恢复后，病人凭电子发票去门诊收费处改医保收费。

3、系统恢复后，收费员重新登录系统，自动上传单机收费信息。

（三）门诊药房

在不影响病人看病、检查、取药、治疗的前提下，采取手工应急措施，对照手工处方和电子发票发药并将手工处方妥善留存，待系统恢复正常后，根据医生补录的医嘱及收费信息，对手工操作的处方等单据进行计算机补充发药处理。

（四）中心药房

在故障期间，中心药房应转入手工处理流程，根据病区的领药单进行发药并将相关单据妥善保存，待系统恢复正常后，根据医生护士的医嘱信息在系统里做发药确认，并仔细核对各病区的领药单，盘点药品库存。

（五）住院处

住院结帐处遇医院信息系统故障，在向病人及家属做好解释工作的同时，先行手工登记，待系统恢复正常后，逐一输入计算机。对办理出院手续的病人要与病区取得联系，询问预交款是否超支，如遇超支病人，要让病人补足超支款。预留电话号码，待系统恢复正常后，通知其前来办理出院手续。

（六）护士工作站

各病区停止计算机输入医嘱工作，所有住院病人的医嘱用药，凭领药单直接到住院药房借药。待系统恢复正常后，再补充处理医生补录的全部的医嘱、补录护理记录信息。

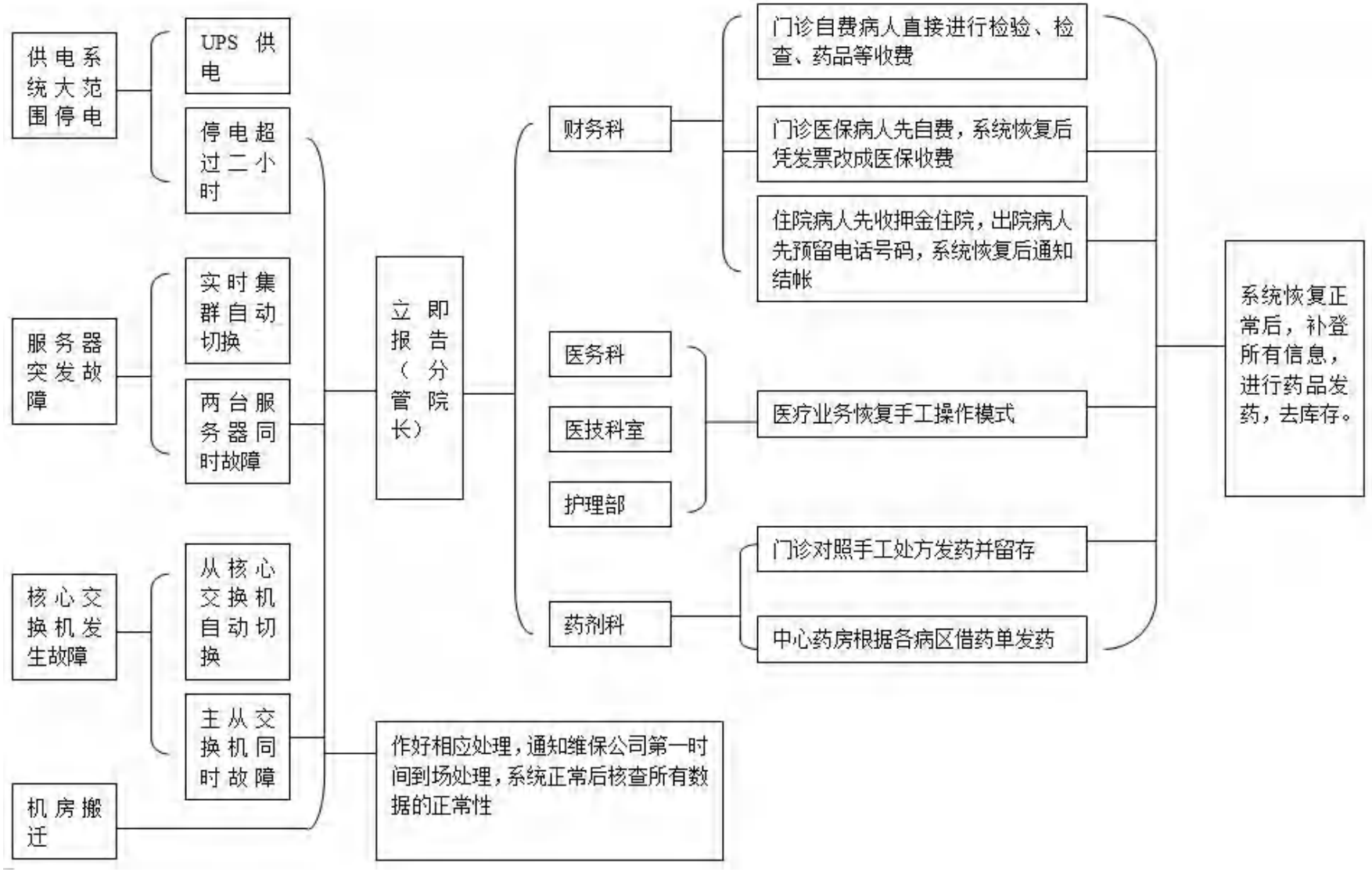
（七）医生工作站

医院各科室医疗业务立即恢复手工操作模式，医生工作站中处方、医嘱、病历、检查申请单一律采取纸质手写方式，待系统恢复正常后，再补录全部的医嘱、处方、病历等信息，补录完成后通知护士站进行医嘱校对、发送、计价处理。

（八）医技科室

医技科室在信息系统故障期间采取手工登记、检查(化验)、报告的处理流程，同时向患者做好解释工作，待系统恢复正常后补登记检查(化验)病人信息，并做好病人收费信息的核对工作。

无锡市惠山区人民医院信息系统应急预案流程图（2023.10）



13.医院内部水灾应急预案

为确保发生水灾后，医院内部能及时有效的组织抢险抢修工作，降低水灾造成财产损失和避免人员伤亡，保障人民群众的身体健康和生命安全和医院的正常平稳运行，结合本院实际情况，特制定本预案。

一、成立应急组织

（一）领导小组

组　长：卢　峰

副组长：祝浩刚　储旭东　徐太静　顾晓红

组　员:朱启贯　郑龙蛟　王春凤　郑　雄 严文杰　任凌燕　陈剑波　周云霞　李相宗

职　责：负责指挥应对水灾总体部署工作

（二）抢险组

组　长：陈剑波

组　员：保卫科保安维修组人员

职　责：组织抢险工作。

（三）医疗救护组

组　长：郑　雄　严文杰

副组长：任凌燕　王春凤

组　员：各病区医护人员

职　责：为受灾人员提供医疗救助，帮助病人进行转运工作。

（四）通讯联络组

组　长：郑龙蛟

组　员：刘晓路　陈佳骏

职　责：负责与区、镇应急办沟通、负责总指挥与各行动组之间的联系，做到上传下达，确保信息通畅。

（五）物资保障组

组　长：朱启贯

副组长：黄　洋 石　慧　李相宗　周云霞

组　员：综合保障科　药剂科　信息科　财务科

职　责：做好救灾相关物资的准备；医疗抢救设备及药物的协调供应；后勤环境卫生工作。

二、应急响应流程

(一)预案启动条件

当发生洪水灾害，且我院内部区域出现积水，地下室已进水，排水系统启动后，无法及时排出积水，病人或职工的生活和出行造成一定影响，主干道交通无法保证顺畅。

（二）应急抢险

灾情发生后，应急领导小组应立即向上级主管部门及镇政府报告，并及时通知各小组启动水灾应急预案，并根据灾情程序，采取一些应急措施等。

1、领导小组启动预案后，抢险小组立即到现场救援，各队员应服从现场指挥人员的指挥，同时采取必要的个人防护措施，按各自的分工，组织撤离或者采取措施保护灾害区域的病人及职工人员。

2、抢救组要及时用沙袋封堵地下室通道，尽量防止车辆被淹，着重做好变电所门口沙袋封堵，防止因洪涝导致变电所停电。

3、安排人员检查地下室所有集水井水泵是否正常排水，不能及时排水的紧急调用备用抽水泵向外排水。

4、抢险组及时和领导小组沟通抢险情况，由领导小组根据现场调度抢险物资及人员救助，当现场受灾严重，仅靠院内救援力量无法应对灾情时，及时请求上级有关部门给予救援支持。

（三）响应措施

1、领导小组依据水灾情况，加强灾情期间值班制度，保证指挥命令迅速传递；要求值班人员发现情况要及时向当天带班领导请示；医院严格按照上级领导单位要求，加强水灾期间值班与领导带班工作，确保安全度灾。

2、启动水灾应急预案后，医疗救护小组及时通知各病区护士长、科主任，组织成立支援小队，听从领导小组抢险救援安排；帮助转运受水灾影响科室的病人及医疗物资。

3、通讯联络组及时和区、镇应急办联系，及时了解灾情及天气情况并上报本单位汛情，做好上级领导部门和本单位应急领导小组的信息沟通工作；灾情严重时，及时向上级有关部门请求给予救援支持。

4、物资保障小组立即准备抢险物资，及时做好清洁饮用水、食品、应急药品、抢救设备等生命保障物资的储备，防止灾情严重人员被困后物资紧缺；依据灾情，及时采购沙袋、抽水泵、套鞋、雨衣、绳索等救援物资，听从领导小组统一安排调度。

5、综合保障科负责及时清除和处理垃圾、粪便，配合好院感科做好灾情期间的卫生防疫工作，做好卫生消杀工作，防止发生公共卫生事件。

（四）响应结束

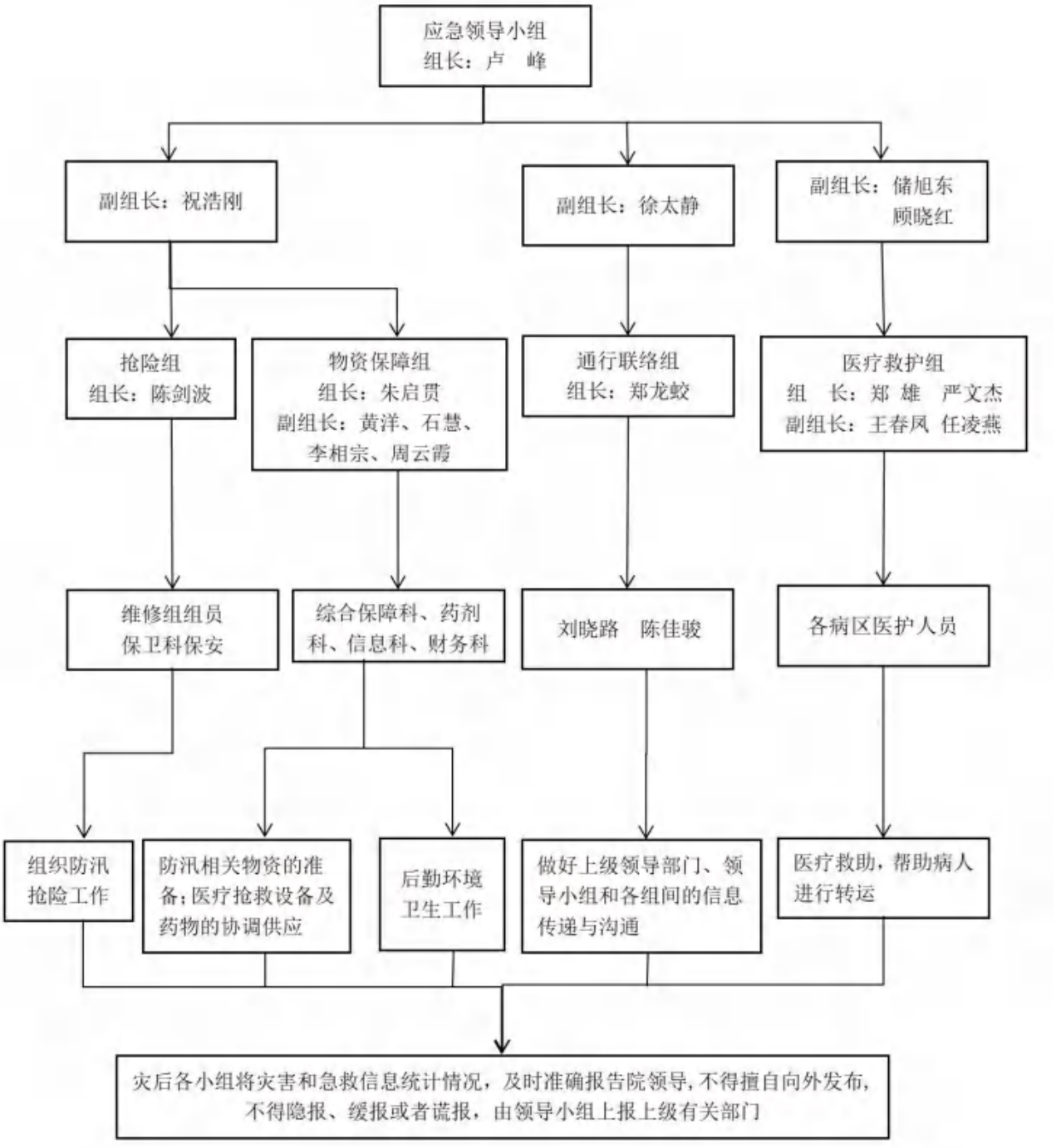
灾情稳定，经领导小组决策，确定应急阶段医疗救治工作结束，已经进入恢复阶段，可以做出终止应急响应的决策。

三、灾后统计

各小组将灾害和急救信息统计情况，及时准确报告院领导，不得擅自向外发布，不得隐

报、缓报或者谎报，由领导小组上报上级有关部门。

医院内部水灾应急流程图



14.医院化学危险品溢出与暴露应急预案

一、总则

为维护医院安全稳定，预防和遏制化学品造成的人身伤亡事故，遇到突发事件时能够迅速、有序地展开各项工作，根据、《危险化学品安全管理条例》《实验室生物安全管理条例》等有关文件的规定，结合我院实际情况，特制定本应急预案。

二、事件特征和危害

本预案适用于医院因危险化学品引发的突发事件，检验科、病理科、药剂科为重点监管部门。在工作过程中，所用到的化学品具有用量大、腐蚀性强、挥发性强、易燃、易爆、有毒的特点，这些药品在检测过程中，如果因操作不当或存放不合理，将会造成大量危险化学品的外漏，有可能发生重大火灾、爆炸和人员中毒、死亡等严重后果，其破坏性相当严重，会直接影响整个医院及周边环境。

三、应急组织与职责

成立化学危险品突发事件应急处置领导小组（以下简称应急小组），依法处理化学危险品突发事件，应急工作实施统一指挥、监督和管理。

应急工作小组：

组长：祝浩刚

应急小组成员：陈剑波 韩越回 王春凤 叶建强 蒯守刚 石慧 朱凯 张伟 盛洁

联系电话：

应急救援领导小组组长：祝浩刚	18121522250　6250
保卫科负责人：陈剑波	18921119692　6692
化学危险品管理员：韩越回	18921181612　6612
化学危险品保管员：盛洁	13921103015
检验科负责人：蒯守刚	17706178686　5686
检验科安全员、消防员：朱凯	15261518287
病理科负责人：叶建强	18901515287　6287
病理科安全员、消防员：张伟	18361818202
药剂科负责人：石慧	18921181637　6637
药剂科安全员、消防员：盛洁	13921103015
市消防部门	119
院保卫科	18061516382　6382

院总值班	18921161138　（内线 6508）
院感科	83317309　8011
院医务科	83317509　8007
急诊科	83311120　8117

工作职责

（一）修订医院化学危险品突发事件应急处理预案；

（二）研究制定医院化学危险品突发事件应急处理工作措施和程序；

（三）负责指挥医院化学危险品突发事件应急处理工作，协调有关部门的关系，确保应急处理工作快速有效开展，控制危害扩大，最大限度地减少损失；并及时向区卫健委等相关部门报告；

（四）负责医院化学危险品突发事件应急处理专业队伍的建设和培训；

（五）负责医院化学危险品的日常监督检查工作，针对存在的问题提出整改意见，不断改进医院危险化学品的安全管理工作。

四、预防与控制

4.1 严格遵照化学危险品管理办法的规定，加强化学危险品的储存和使用的管理，责任到人，预防和应急火灾、爆炸的发生。

4.2 严格执行医院化学危险品突发事件应急处理预案，确保应急处理工作快速有效开展，控制危害扩大，最大限度地减少损失。

4.3 化学危险品必须存放于专用仓库、专用场地或专用储存箱内，进行分类存放，文字标识清楚。应有专人保管，并有严格的账目和管理制度。

4.4 在化学品的运输和使用时，应注意不要洒落、碰撞并戴好防护用品。如有洒落应采取安全可靠的方法处理好现场，在化学品使用完毕后应密封放于指定位置。化学危险品使用现场应有化学品性能资料，便于查阅。

4.5 在岗操作人员应认真进行岗位检查，发现事故险情，应立即上报科主任，并及时通知与本岗有关联的岗位，以便及时采取应急措施，将事故控制在最小程度，损失降低到最低的水平。

4.6 强化科室化学危险品的日常监督检查工作，针对存在的问题提出整改意见，不断改进危险化学品的安全管理工作。

五、应急处置

危险化学品事故应急救援原则：强化管理，安全第一；居安思危，预防为主；快速反应，

协同应对。

（一）事件识别要点，损害或伤害评定

根据发生化学危险事故事件，迅速判断事故是可控还是危害较大、蔓延较快，损害或伤害范围及程度评定，采取相应的报警及应急措施。

（二）应急人员引导衔接程序

一般事故→应急救援领导小组成员或组长→急诊科

严重事件→应急救援领导小组组长→医院保卫科、医务科、急诊科

↓

市消防部门或医院保卫科、院总值班

（1）一旦发生意外事件，立即电话通知化学危险品突发事件应急处置领导小组，同时采取一切办法切断事故源。

（2）领导组马上组织人员施救，视事件轻重程度迅速设置警戒线，组织疏散人员有序撤离现场，抢险时着装相应的保护用品，防止人员中毒，

（3）领导组在组织抢险的同时，求助当地相关政府部门协助抢险。

（4）如有人员伤害、炀伤及中毒及时护送医院急诊科抢救。

（5）情况紧急时，事故现场有关人员可以直接向市消防部门（火警电话 119）和院保卫科报警。

（6）对泄漏区域进行认真的仔细的消毒作业，经当地有关部门监测合格后，方可撤离警戒人员和恢复作业。

（7）对事故进行认真的调查、分析、总结、评估和处理。

(三)现场应急处置措施、人员救护、现场恢复

1 化学危险品接触处置方案

1.1 工作人员发生标本污染、针刺伤等时的应急预案

（1）化学危险品溅洒于皮肤、黏膜表面应立即先用肥皂　再用清水、自来水或生理盐水冲洗。

（2）化学危险品溅入口腔、眼睛等部位　用清水、自来水或生理盐水长时间彻底冲洗。

（3）皮肤针刺伤、切割伤、咬伤等出血性损伤，应当在伤口旁端轻轻挤压，尽可能挤出损伤部位的血液，禁止进行伤口的局部挤压。然后用清水、自来水或生理盐水彻底冲洗，再用 0.5%碘伏、75%酒精、0.2%-0.5%过氧乙酸、3%双氧水等消毒创面。

1.2 工作人员发生化学污染时的应急预案

（1）立即用流动清水冲洗被污染部位。

（2）立即到急诊室就诊，根据造成污染的化学物质的不同性质用药。

1.3 化学危险品灼伤的应急预案

（1）碱类灼伤

a. 皮肤　应立即用洗眼器大量水冲洗至碱性物质基本消失为止，再用 1%　2%醋酸或 3%硼酸溶液进一步冲洗。

b.眼睛　被碱灼伤时应先用洗眼器流水冲洗，再选择适当的中和药物如 2%—3%硼酸溶液大量冲洗，特别要注意穹窿部要冲洗彻底。

（2）酸类灼伤

a. 一般酸灼伤　皮肤被一般酸灼伤后立即用大量流动清水冲洗，彻底冲洗后可用 2—5%的碳酸氢钠溶液、淡石灰水或肥皂水进行中和，切忌未经大量流水彻底冲洗就用碱性药物在皮肤上直接中和，这样会加重皮肤的损伤。

b. 浓硫酸灼伤　皮肤被浓硫酸沾污时切忌先用水冲洗，以免硫酸水合时强烈放热而加重伤势。应先用干抹布吸去浓硫酸，然后再用清水冲洗。强酸溅入眼内，用洗眼器冲洗时应拉开上下眼睑，使酸不至于留存眼内和下穹窿中，立即送医院眼科治疗。

1.4 化学危险品污染的应急预案

（1）棉质工作服、衣物有明显污染时，可随时用有效氯 500mg/l 的消毒液浸泡 30-60 分钟，然后冲洗干净。

（2）各种表面若被明显污染时，用 1000-2000mg/l 有效氯溶液撒于污染表面，并使消毒液浸过污染表面保持 30-60 分钟再擦除。拖把或抹布用后浸于上述消毒液内 1 小时。腐蚀物品大量溅泼于工作台面或地面上，应及时冲洗台面或地面，执行者应佩带个人防护用品；同时报告实验室负责人、医院感染办、生物安全委员会作相应处理。

1.5 吸入有毒物蒸气的应急预案

在实验室中如呼吸到有毒蒸气时，可能会感觉到头昏目眩，甚至昏倒。此时应迅速离开实验室，到室外空气流通处休息。同时报告实验室负责人、医院感染办、生物安全委员会作相应处理。对昏倒的患者其处理办法为：

（1）将患者迅速抬到室外空气流通处；

（2）解开患者的钮扣、领带等衣物束缚，平躺通风处；

（3）如果呼吸微弱或已消失则要赶快进行口对口人工呼吸，并通知相关科室医生。同时报告实验室负责人、院感办、作相应处理。

2 .化学危险品引发火灾处置预案

灭火的原则是：移去或隔绝燃料的来源，隔绝空气、降低温度。对不同物质引起的火灾，

采取不同的扑救方法。

2.1.防止火势蔓延，首先切断电源、熄灭所有加热设备；快速移去附近的可燃物； 关闭通风装置，减少空气流通。

2.2 立即扑灭火焰、设法隔断空气，使温度下降到可燃物的着火点以下。

2.3 火势较大时，可用灭火器扑救。二氧化碳灭火器：适用于扑救电器、油类和酸类火灾，不能扑救钾、钠、镁、铝等物质火灾，因为这些物质会与二氧化碳发生作用；泡沫灭火器：适用于有机溶剂、油类着火，不宜扑救电器火灾；干粉灭火器：适用于扑灭油类、有机物、遇水燃烧物质的火灾。

六、资源配置及注意事项

（一）采取救援对策或措施方面的注意事项

1.沉着冷静，迅速分析判断事故危害程度

2.事故可控，迅速切断危险源，控制危害扩展，同时报告科室应急救援领导小组组长。

3.若事故危害较大，蔓延较快，立即拨打 119，并向院保卫科报警，切断或控制危害源蔓延，迅速组织人员撤离并转移到安全地带。

（二）现场自救和互救注意事项：

1.任何部门和个人在发现化学事故时，均应迅速、准确地报警并及时采取自救、互救措施。

2.自救、互救一定要注意环境安全，尽快转移到安全地带。

3.急救要尽快进行，帮助受伤人员脱离危险。

（三）现场应急处置能力确认和人员安全防护等事项。

应急小组到位并配备抢险器材，确认有能力进行抢救，个人安全防护到位正确佩戴并确保防护器材合格。

（四）应急救援结束后的注意事项：

1.对泄漏区域进行认真的仔细的消毒作业，经当地有关部门监测合格后，方可撤离警戒人员和恢复作业。

2.对事故进行认真的调查、分析、总结、评估和处理。

七、分析总结

消除危害后，及时查明原因，检讨处置过程和措施，评估损失，追究责任，改进流程和预防措施，制订杜绝措施。

八、报告

（一）一般事件，向应急处置领导小组组长报告，轻伤事故的报告不超过 20 小时，报告

形式可以是电话通知等形式，报告事故应当包括下列内容：

（1）事故发生的时间、地点以及事故现场情况；

（2）事故的简要经过；

（3）事故已经造成或者可能造成的危害和损失；

（4）已经采取的措施；

（5）其他应当报告的情况。

（二）严重事件　应急处置领导小组组长接到事故报告后，应当立即启动事故相应应急预案，或者采取有效措施，组织抢救，防止事故扩大，减少人员伤亡和财产损失。并在 1 小时内向医院保卫科、医务科以电话等形式报告。报告事故应当包括下列内容：

（1）事故发生单位概况；

（2）事故发生的时间、地点以及事故现场情况；

（3）事故的简要经过；

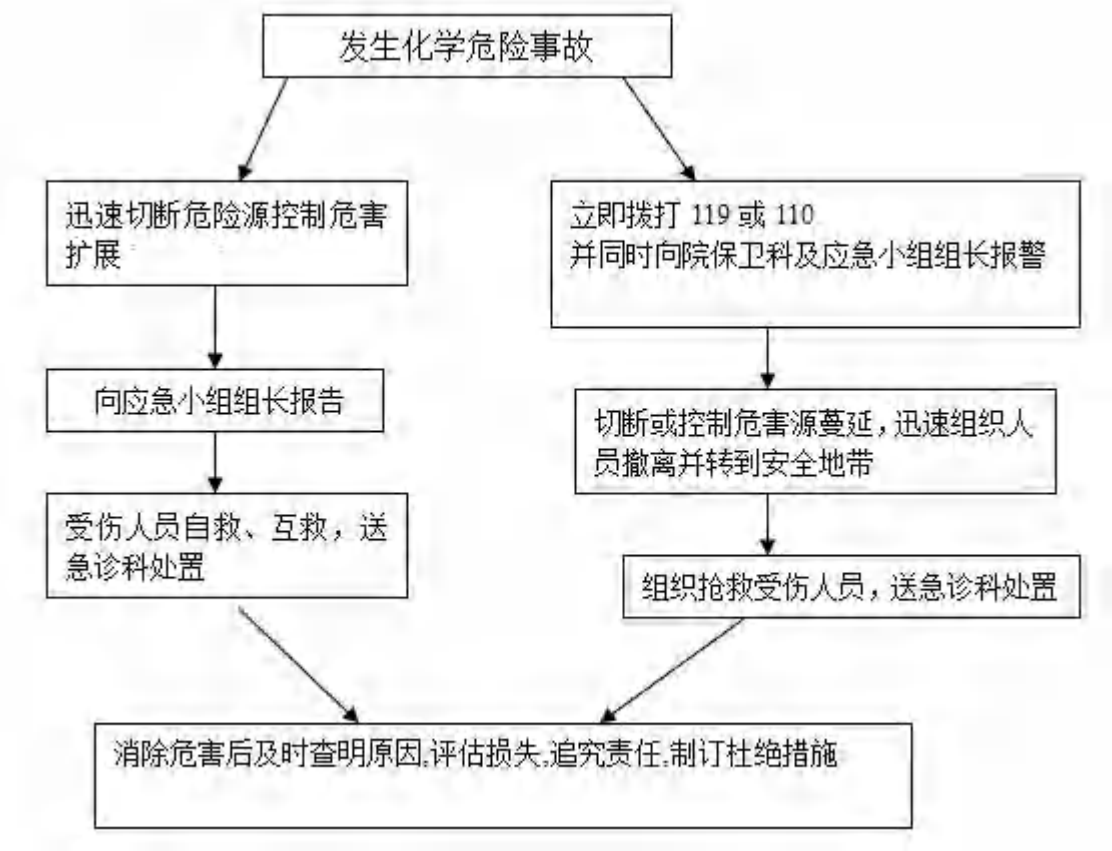
（4）事故已经造成或者可能造成的伤亡人数（包括下落不明的人数）和初步估计的直接经济损失；

（5）已经采取的措施；

（6）其他应当报告的情况。

（三）情况紧急时，事故现场有关人员可以直接向市消防部门（火警话 119）和院保卫科报警。

医院化学危险品溢出与暴露应急处置流程图



15.医院放射危害事故应急救援预案

为有效预防、及时控制和消除辐射事故所致的危害，加强医院射线装置的安全监测和控制等管理工作，保障放射诊疗工作人员、受检者以及装置周围人员的健康安全，避免环境辐射污染，特制定本应急响应预案。

一、领导小组

组　长：卢　峰

副组长：祝浩刚　储旭东

组　员：郑　雄　张玉芳　王春凤　朱启贯　陈剑波

二、应急小组

组　长：储　伟

副组长：钟井松

组　员：陆志勇　周佳佳　谢友扬

三、应急处理领导小组职责

1、定期组织对放射诊疗场所、设备和人员进行放射防护情况进行自查和监测，发现事故隐患及时上报至医院主管部门公共卫生科（防保科）并落实整改措施。

2、发生人员受超剂量照射事故，应启动本预案。

3、负责向卫生行政部门及时报告事故情况。

4、事故发生后应立即组织有关部门和人员进行放射性事故应急处理。

5、负责放射性事故应急处理具体方案的研究确定和组织实施工作。

6、放射事故中人员受照时，要通过个人剂量计或其它工具、方法迅速估算受照人员的受照剂量。

7、负责迅速安置受照人员就医，组织控制区内人员的撤离工作，并及时控制事故影响，防止事故的扩大蔓延。

四、放射危害事故应急救援应遵循的原则

1、迅速报告原则。

2、主动抢救原则。

3、生命第一的原则。

4、科学施救，控制危险源，防止事故扩大的原则。

5、保护现场，收集证据的原则。

五、放射性事故应急处理程序

1、发生射线装置事故时，工作人员应紧急停止检查，关闭电源总闸，迅速将病人及其他在场工作人员转移至安全场所。同时保护好现场。

2、第一时间向医院分管领导及当地卫生行政部门报告事故情况。应急处理领导小组召集专业人员，根据具体情况迅速制定事故处理方案。

3、联系相关科室，对可能受放射损伤的人员，立即采取暂时隔离和应急救援措施。发生人体受超剂量照射事故时，应协助相关部门迅速安排受照人员接受医学检查或在指定的医疗机构救治。

4、事故处理必须在单位负责人的领导下，在有经验的工作人员和卫生防护人员的参与下进行，未取得防护检测人员的允许不得进入事故区。

5、除上述工作外，防护检测人员还应进行以下几项工作：①迅速确定现场的辐射强度及影响范围，划出禁区，防止外照射的危害。②根据现场辐射程度，决定工作人员在现场工作的时间。③协助和指导在现场执行任务的工作人员佩戴防护用具及个人剂量仪。对严重剂量事故，应尽可能记下现场辐射强度和有关情况，并对现场重复测量，估计当事人所受剂量，根据受照剂量情况决定是否送指定医院进行医学处理或治疗。④各种事故处理后，必须组织有关人员进行讨论，分析事故发生原因，从中吸取经验教训，采取措施防止类似事故重复发生。凡严重或重大的事故，应向区卫计局报告。

六、放射性事故的调查

1、本单位发生重大放射性事故后，应立即成立由放射科第一负责人为组长的，有公共卫生科（预防保健科）、综合保障科、保卫科负责人参加的事故调查组、善后处理组和恢复工作组。

2、调查组要遵循实事求是的原则对事故的发生时间、地点、起因、过程和人员伤害情况及财产损失情况进行细致的调查分析，并认真做好调查记录，记录妥善保管。

3、配合医院应急救援领导小组编写、上报事故报告书方面的工作，同时，协助卫生行政部门、公安部门进行事故调查、处理等各方面的相关事宜。

七、责任分工

放射科主任储伟为第一责任人，具体负责并督导以上各项事务，副主任钟井松和科室射线剂量管理人员陆志勇协助科主任进行以上工作。

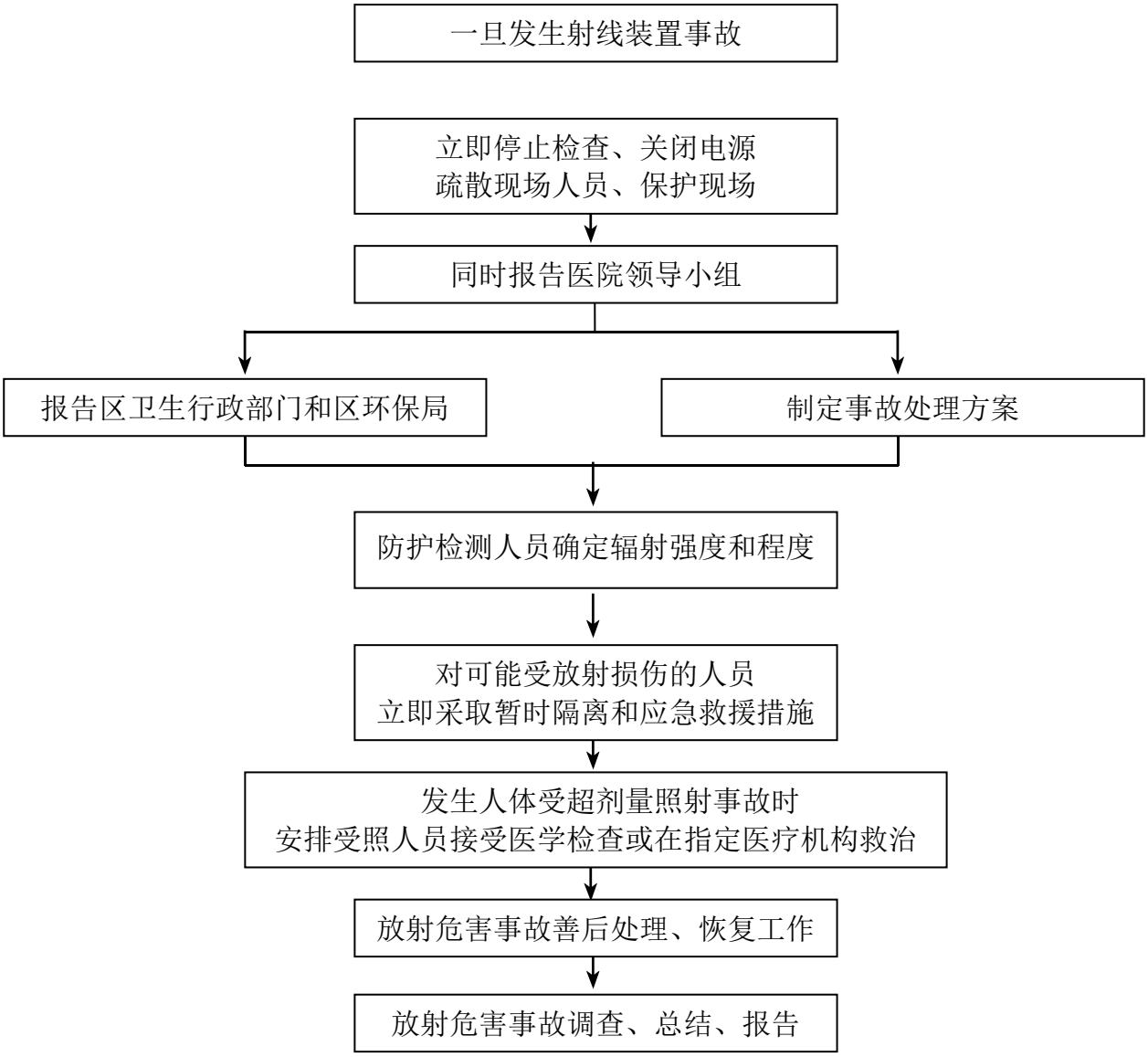
附件 1：

放射危害事故应急救援联络方式

序列	部门	姓名	手机号/短号
1	科室安全第一责任人	储　伟	15370870812　/　6218
2	科室安全第二责任人	钟井松	18012387195　/　6295
3	院　长	卢　峰	18921194863 /　6863
4	分管副院长	祝浩刚	18915260288　/　6288
5	副院长	顾晓红	18921199029　/　6129
6	医务科副科长	郑　雄	18652459031　/　6031
7	院感科科长	王春凤	18921181606　/　6606
8	公共卫生科（防保科）科长	张玉芳	18921181661　/　6661
9	综合保障科科长	朱启贯	18012381398　/　6398
10	保卫科科长	陈剑波	18921119692　/　6692
11	放射科射线剂量管理人	陆志勇	13861767182
12	放射科医师	周佳佳	13812520505
13	放射科技师	谢友扬	18921150217
14	惠山区环保局	110 联动	82401574　/　13961832339
15	惠山区环保局	值班电话	88964998　/　88964339

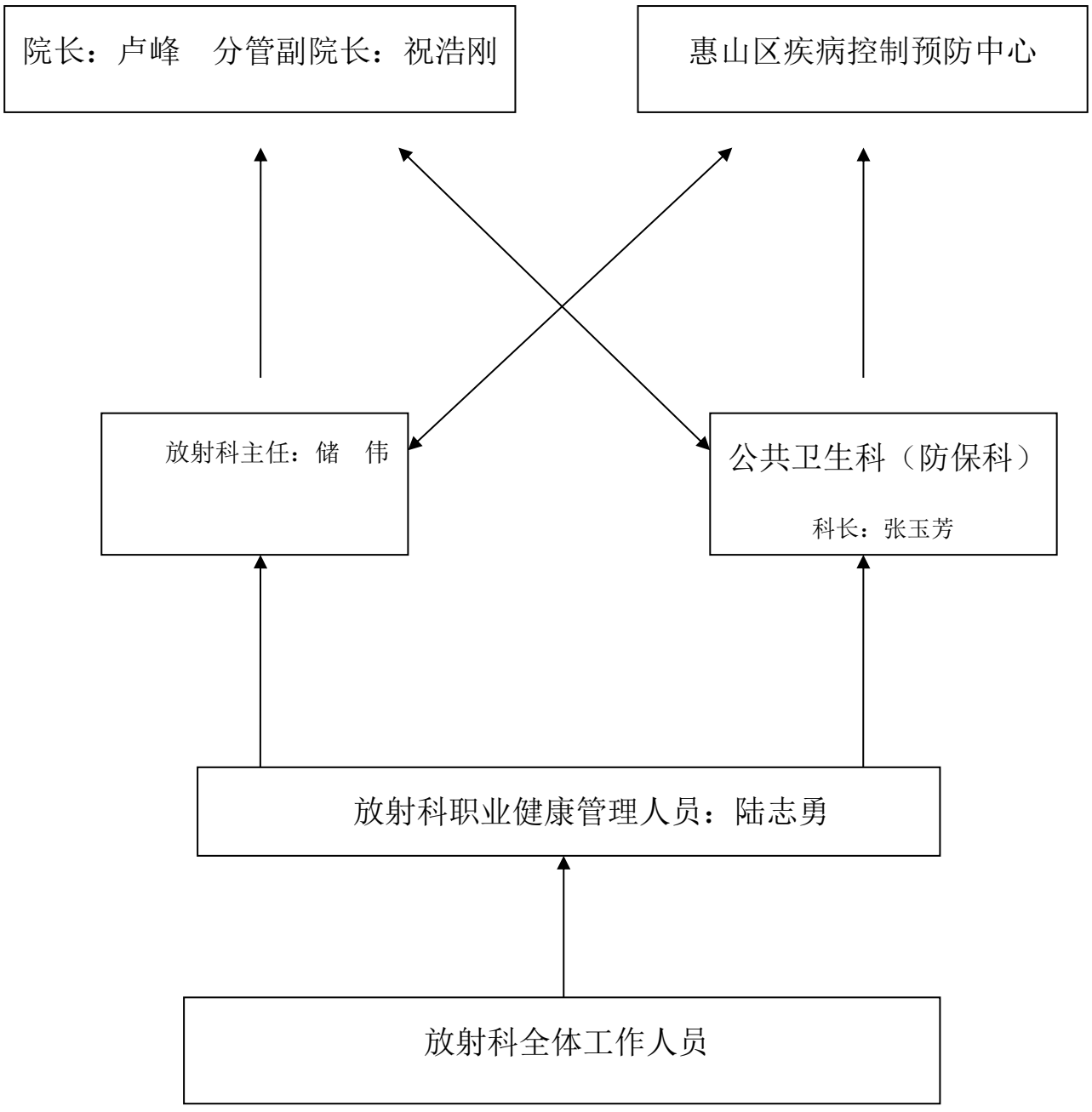
附件 2：

放射危害事故应急救援流程



附件 3：

放 射 防 护 管 理 机 构



本应急预案参考文献：

1、中华人民共和国主席令 2014 第 13 号《中华人民共和国安全生产法（2014 修订版）》.
2、中华人民共和国卫生部、公安部令 2001 第 16 号《放射事故管理规定》.
3、中华人民共和国卫生和计划生育委员会令 2016 第 8 号《放射诊疗管理规定（2016 修订版）》.
4、中华人民共和国主席令 2017 第 81 号《中华人民共和国职业病防治法（2017 修订版）》.
5、GBZ 98-2017《放射工作人员健康要求》.

16.医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故应急预案

一、总则

为切实加强我院医疗废物的管理工作，防止医疗废物（感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物、化学性废物）流失、泄漏、扩散或意外事故发生，保障医务人员及病人的身体健康和生命安全、特制定本方案。

二、组织机构与职责分工

1、成立医疗废物流失、泄漏、扩散应急领导小组（附件 1：领导小组人员名单）

2、架构医疗废物管理组织网络（附件 2-3：医疗废物管理委员会、医疗废物管理组织网络图）

3、明确各级管理人员职责（附件 4：医疗废物三级管理人员职责）

三、技术保障、后勤保障、管理方面

1、技术保障：

（1）制定培训计划。

（2）组织学习《医疗废物管理条例》及相关配套文件：《医疗卫生机构医疗废物管理办法》2003/10/15；《医疗废物分类目录》2021/11/25；《医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准》2008/4/1；《医疗废物集中处置技术规范》2003/12/26；《医疗废物管理行政处罚办法》2004/06/01；《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》2020/9/1；《国家危险废物名录》（2021 年版）等，保证医疗废物管理落实到位。

2、后勤保障：保障提供医疗废物管理所需的工作经费，配齐所需的消毒药品及器械设备，保证所需物资的供应。

3、管理方面：建立、健全医疗废物管理责任制，医院法定代表人为第一责任人，切实履行职责，防止因医疗废物导致传染病传播和环境污染事故。医院感染管理科负责各项规章制度的制定、技术指导、全员培训、人员防护等有关工作的监督检查、指导；医务科、护理部分别负责监督、检查医技、护士医疗废物分类管理；各科室做好分类收集；综合保障部门负责日常管理。对未按照国家法规条例而造成传染病传播及环境污染事故的，对主要负责人、负有责任的主管人员和其他责任人依法给予降级、撤职、开除等行政处分，构成犯罪的依法追究法律责任。

四、现场处置

医疗废物流失、泄漏、扩散应急领导小组接到医疗废物（感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物、化学性废物）流失、泄漏、扩散或意外事故发生报告后，立即启动

医疗废物流失、泄漏、扩散应急预案，并安排应急队员进入现场进行处置。

五、紧急处理措施

1、调查确认流失、泄漏和扩散的医疗废物类别、数量、发生时间、影响范围及严重程度。

2、及时上报院部，并应当在 48 小时内向区卫生健康委、区生态环境局报告，调查处理工作结束后再次报告。

3、发生因医疗废物管理不当导致 1 人以上死亡或者 3 人以上健康损害、需要对致病人员提供医疗救护和现场救援的重大事故时，应当在 12 小时内向市卫生健康委员会报告，并按照《医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故应急预案》要求，采取相应紧急处理措施。

4、发生因医疗废物管理不当导致 3 人以上死亡或者 10 人以上健康损害、需要对致病人员提供医疗救护和现场救援的重大事故时，应当在 2 小时内向市卫生健康委员会报告，并按照《医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故应急预案》要求，采取相应紧急处理措施。

5、发生因医疗废物管理不当导致传染病传播事故，或有证据证明传染病传播的事故有可能发生时，应当按照《传染病防治法及突发公共卫生事件报告制度》及有关规定报告，并采取相应措施。

6、根据医疗废物性质进行相应的处理。

7、尽快组织相关人员对医疗废物事故区域采取紧急安全处置措施，必要时封锁事故区域，以防扩大污染。

8、对感染性废物污染区域进行消毒时，消毒工作从污染最轻区域向污染最严重区域进行，对可能被污染的所有使用过的工具亦应当进行消毒。

9、尽量减少对患者、医务人员、其他现场人员及环境的影响。

10、处理人员必须做好自身的卫生安全防护后才能进入现场工作。

六、医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生处理工作的评估

1、事后必须对医疗废物事件的起因作相应调查，并采取有效的防范措施。

2、领导小组对医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生处理过程及结果进行评估，总结经验与教训，提出意见和建议，防止类似事件发生。

3、对相关人员作相应的责任评估，进行必要的奖罚处理。

本应急预案参考文献：

1、《医疗废物管理条例》（国务院令第 380 号，2003-06-16 实施）
2、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》（卫生部令第 36 号，2003-10-15 实施）
3、《医疗废物分类目录》（生态环境部、国家卫生健康委发布，2021-11-25 实施）
4、《医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准》(国家环保总局发布，2008-04-01 实施)
5、《医疗废物集中处置技术规范》（国家环保总局发布，2003-12-26 实施）

6、《医疗废物管理行政处罚办法》（国家环境保护总局第 21 号令，2004-06-01 实施）
7、《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》（2020-04-29 修订，2020-09-01 实施）
8、《国家危险废物名录》（2021-01-01 实施）

附件 1：

医疗废物流失、泄漏、扩散、意外事故
应 急 领 导 小 组 人 员 名 单 及 通 讯 录

	成员	职务	联系电话/短号
组长	卢　峰	院　长	18921194863 / 6863
副组长	祝浩刚	副院长	18121522250 / 6250
	储旭东	副院长	18921150236 /6236
	顾晓红	副院长	18921199029 / 6129
组员	郑　雄	医务科副科长	18652459031 / 6031
	朱启贯	综合保障科科长	18012381398 / 6398
	陶金莲	综合保障科副科长	18921181669 / 6669
	陈剑波	保卫科副科长	18921119692 / 6692
	任凌燕	护理部主任	18921181660 / 6660
	张　凯	门诊部副主任	17715821816 / 6816
	王春凤	医院感染管理科科长	18921181606 / 6606
	邹静蓉	急诊科主任	17706178682/5682
	李志钢	外科主任	17706178676 / 5676
	应站专	内科主任	18951565907 / 6588
	孙彦玲	妇产科主任	15335200602 / 6002
	强　立	儿科主任	18921181622 / 6622
	蒯守刚	检验科主任	17706178686 / 5686
	石　慧	药剂科主任	18921181637 / 6637
	徐梅香	非手术科室科护士长	18921181659 / 6659
	沈　云	手术科室科护士长	18012381326 / 6326

附件 2：

医疗废物管理委员会成员名单及职责

一、医疗废物管理委员会组成

主任委员：　卢　峰（院长）

副主任委员：祝浩刚（副院长）　　王春凤（院感科科长）

组　　员：　郑　雄（医务科副科长）　　任凌燕（护理部主任）　陈剑波（保卫科副科长）

朱启贯（综合保障科科长）　陶金莲（综合保障科副科长）

各科室和护理单元负责人

二、医疗废物管理委员会的职责及会议制度

1、根据国家对医疗废物管理的有关政策规定，制定全院医疗废物处理的规章制度和管理办法，对管理工作中发现的问题采取有力措施，及时纠正。

2、规范医疗废物的管理，建立分类、收集、暂存制度和相关的工作程序，配置必要的收集容器，建立安全的暂存设施，对医院产生的医疗废物由信息系统进行统一登记、备案。

3、医疗废物管理委员会主任为医疗废物管理第一责任人，对全院的医疗废物管理实施统一的指导和监督。

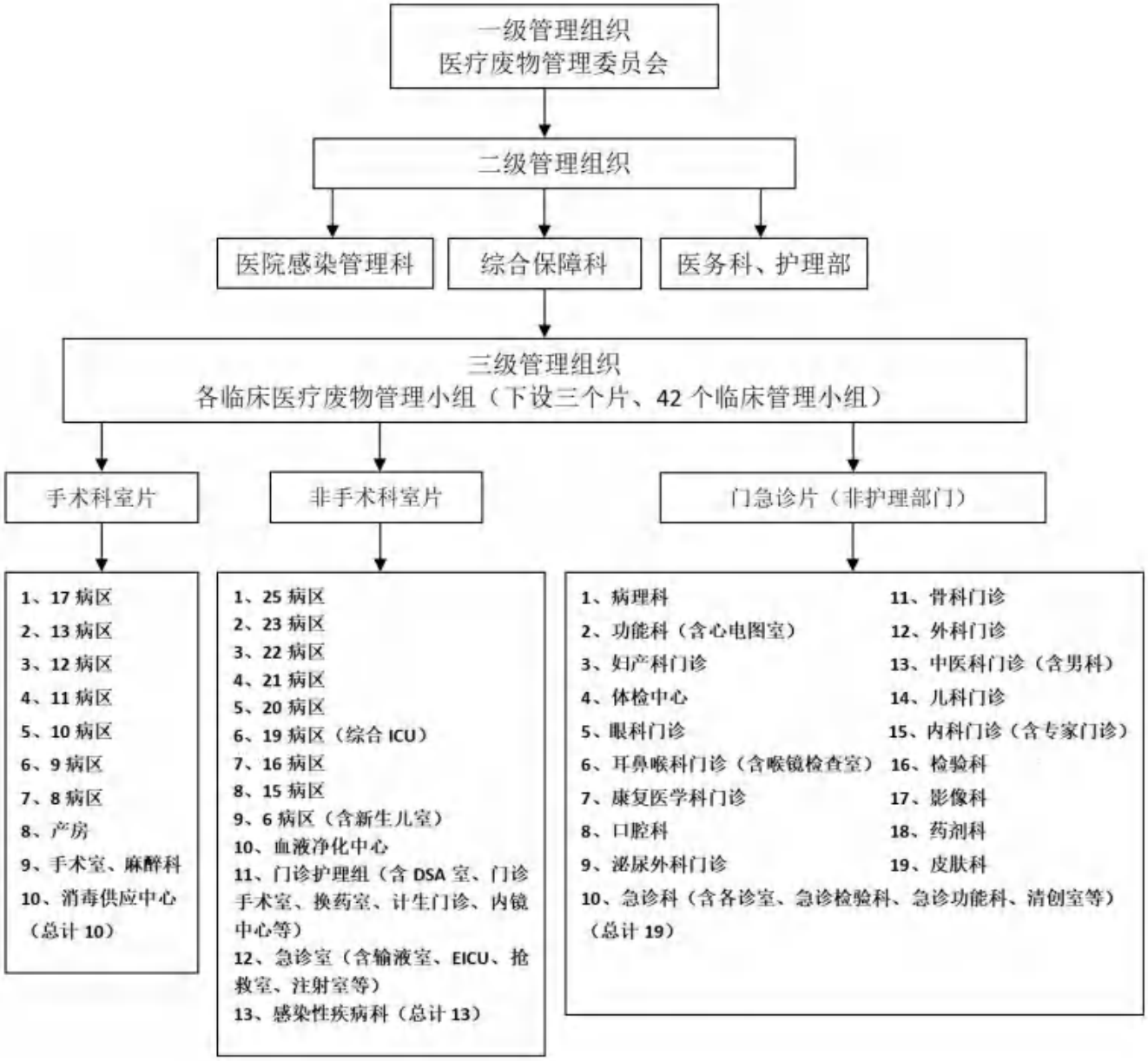
4、副主任委员负责各项规章制度的制定、技术指导、全员培训和考核、人员防护以及有关工作的监督和检查。

5、组成人员负责各单位相关制度落实的日常监督和技术指导，包括医疗废物的分类收集、包装、交接扫码录入、运送、贮存及贮存设施日常管理等工作。

6、建立会议制度，每年召开两次医疗废物管理委员会议，定期研究、协调和解决有关医疗废物管理方面的重大事项，遇有紧急问题随时召开会议。

附件 3：

医疗废物管理组织网络图



附件 4：

医疗废物三级管理人员职责

一、一级管理组织（医疗废物管理委员会成员）职责：

1、根据《医疗废物管理条例》及《医疗卫生机构医疗废物管理办法》精神，制定医院医疗废物管理制度、操作规范、工作流程以及医疗废物管理评价标准并监督实施。

2、指导医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及科室内处置过程中各项制度的落实。

3、指导医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及科室内处置过程中各工作的职业卫生安全防护。

4、制定医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作流程。

5、建立会议制度，定期研究有关医疗废物管理的重要事宜；协调和解决有关医院感染管理方面的问题。

二、二级管理组织（综合保障科、医务科、护理部为医疗废物管理部门，院感科为监控部门）职责：

综合保障科——

1、负责落实医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及医院内处置过程中的各项工作。

2、负责落实医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及医院内处置过程中各项工作的职业卫生安全防护工作。

3、使用后未被污染输液瓶（袋）在医院内的暂存、转运、交接和登记，流程规范，严格参照医疗废物处理，医院综合保障科为责任部门。

4、负责有关医疗废物管理全程信息化记录和档案资料的管理。

5、协助医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。

医务科、护理部——

1、负责落实医疗废物的分类收集，感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物及化学性废物不能混合收集（不能混装）。

2、根据医疗废物的类别，将医疗废物分置于各科室指定的医疗废物收集点，并装入规定的黄色医疗废物包装袋或锐器盒内。

3、医护人员负责与专职运送工人进行封口后医疗废物的扫码交接工作。

4、负责检查医疗废物分类收集过程中各项工作的落实情况。

5、协助组织医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。

医院感染管理科——

1、负责指导、检查医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及机构内处置过程中各项工作的落实情况。

2、负责指导、检查医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及机构内处置过程中各项工作的职业卫生安全防护工作。

3、负责组织医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。

4、负责组织有关医疗废物管理的培训工作。

5、负责及时分析和处理医疗废物管理中的其他问题。

三、三级管理组织（各临床科室医疗废物管理小组，设三个片、42 个临床管理小组）职责：片负责人——

1、在医疗废物管理委员会领导下负责片内医疗废物相关的管理工作，将委员会的各项指令传达到片内各临床医疗废物管理小组。

2、督促片内临床医疗废物管理小组落实医疗废物管理制度。

3、了解片内医疗废物管理的动态，发现有关医疗废物管理问题及时向临床医疗废物管理小组负责人提出意见并整改。

临床医疗废物管理小组组长——

1、检查督促科内医疗废物管理制度的落实。

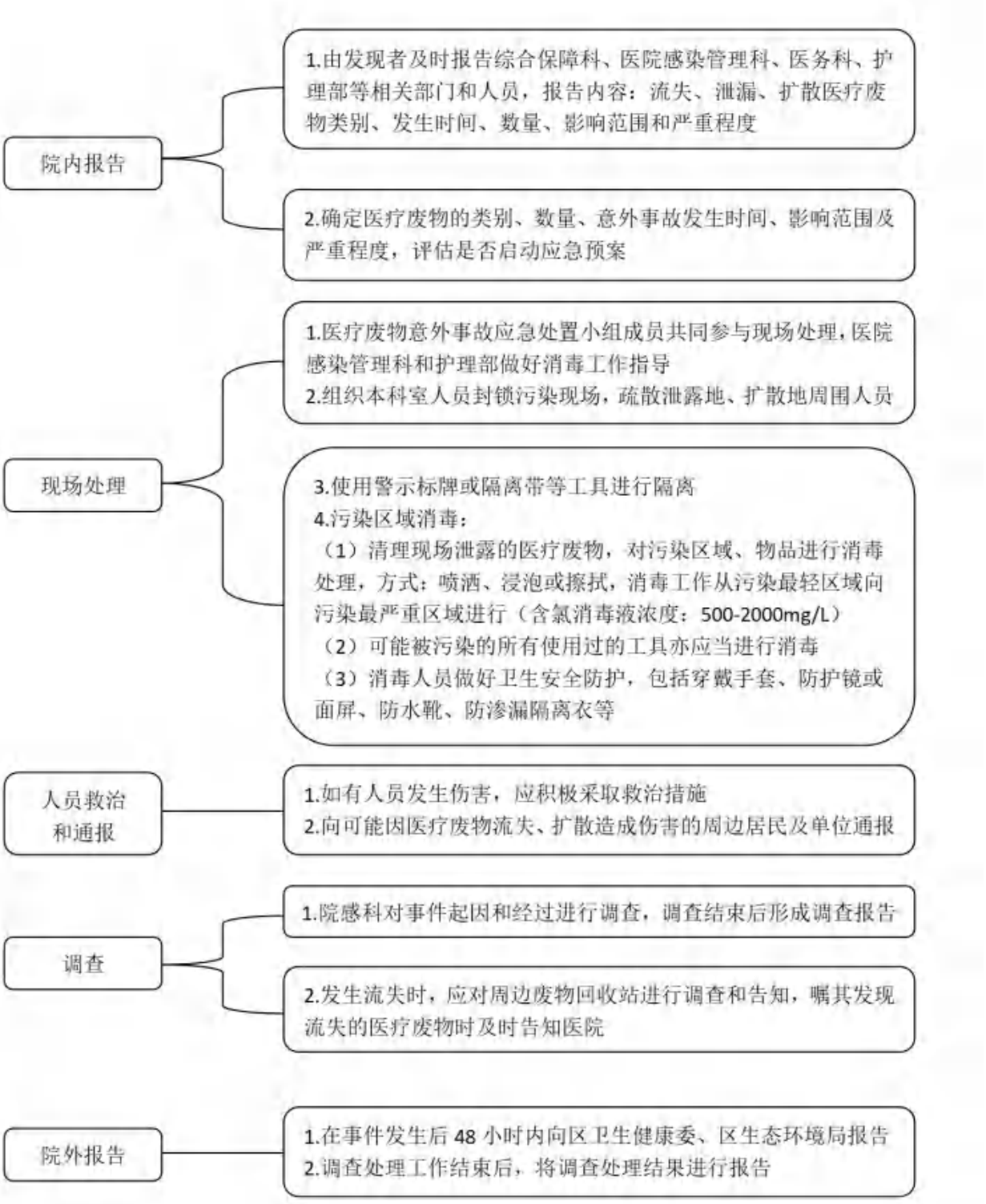
2、检查医疗废物分类、收集是否符合要求。

3、负责对新进的员工、保洁工人进行有关感染控制及医疗废物管理培训工作。

4、全面了解科内医疗废物管理的动态，主动发现问题，提出意见和建议，经常与医院感染管理科联系。

附件 5：

医疗废物流失、泄露、扩散、意外事故发生时应急预案流程图



17. 急救类、生命支持类医学装备应急预案

为有效保障医院急救及生命支持类医学装备正常使用，提高救援的反应速度和协调水平，保障广大患者和装备操作者的生命安全，根据国务院《医疗器械监督管理条例》、卫生部《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》，结合我院的实际情况，特制定本预案。

一、本预案适用范围

（一）当突发性公共卫生事件发生急需调用急救及生命支持类医学装备时（包括呼吸机、除颤仪、心电监护仪、电动吸引器、供氧及负压装置、微量注射泵、洗胃机等）。

（二）当急救及生命支持类医学装备突然发生故障时。

二、成立急救类及生命支持类医学装备应急小组，统一指挥我院急救及生命支持类医学装备应急工作。

组　长：祝浩刚（分管副院长）

副组长：朱启贯（综合保障科长、联系电话 6398）

成　员：许蓝、陈德红、朱文帆、蔡佳、傅培宁、盛佳奇、慕润鹏

职　责：负责预案启动后急救及生命支持类医学装备的调用、维修及协调处理等各项工作。

三、应急处置

（一）当发生重大突发公共卫生事件时，急救及生命支持类医学装备应急小组人员应及时到达现场，服从医院应急工作领导小组的统一指挥，协调从各科室调配闲置急救设备。急救及生命支持类医学装备所在科室，应提供操作技术支持，并按照正确的操作规程指导、协助各调用科室正确操作使用。各科室不允许以任何理由拒绝调用本科室未在使用的急救及生命支持类医学装备。

（二）夜间及节假日发生事件时，急救及生命支持类医学装备由院总值班负责院内协调。

（三）当医院遇到突发重大群体事件而备用急救及生命支持类医学装备又无法满足各科室使用时，应及时报告院领导，必要时从外院借调。

（四）急救及生命支持类医学装备使用完毕，调用科室应做好装备的清洁、消毒工作，并及时送回装备借出科室，院外借用的装备由综合保障科归还。

（五）临床工作中出现急救及生命支持类医学装备突然故障，装备操作人员及时报告科主任，并通知综合保障科维修人员或总值班。

（六）操作人员按程序关闭故障设备，与病人连接的急救及生命支持类医学装备应脱机，并采取补救措施，如简易呼吸器、人工气囊替代呼吸机，除颤监护仪替代心电监护仪，漏斗洗胃替代电动洗胃机等。

（七）综合保障科负责维修人员应第一时间到达事发地点进行维修，同时向综合保障科负责人报告设备状况。

（八）综合保障科根据故障性质程度，决定是否从其他相关科室调拨装备或院外借用，以保证病人的救治，使装备故障对病人救治造成的影响程度降至最低。

（九）医务科根据病人的病情安排应急救治专家组成员，参加装备突然故障后的救治，医务科通知相关科室准备床位、抢救设备及物品，做好接受装备突然故障而转来的病人的各项准备工作。

（十）预案结束后，急救及生命支持类医学装备应急小组应对本次预案执行情况进行评价、总结，并根据实践经验对本预案进行补充改进。

附则一、惠山区人民医院医疗设备调配预案

附则二、生命支持类医疗设备一览表

附则三、呼吸机故障应急预案

附则四、监护仪故障应急预案

附则五、除颤仪故障应急预案

附则六、输液泵、注射泵故障应急预案

附则七、中心供氧、中心吸引故障应急预案

附则八、洗胃机故障应急预案

附则一：

医疗设备调配预案

一、预案适用范围

发生突发公共卫生事件或群体外伤、群体食品中毒、危重病人较多等抢救事件，院内呼吸机、监护仪、除颤机等各类抢救设备告急，而病人病情不允许转出，需紧急调配相关抢救医疗设备时，适用本预案。

二、调配方案

1、医院内调配

由各科室的科主任或护士长向相关科室提出申请，紧急调配使用相应闲置的医疗抢救设备。 科室间调配有困难，白天可报综合保障科医工组（联系电话 8502/6591）或报总值班（联系电话 6508），请求协调。

综合保障科向相关科室调配急救设备的顺序：应急物资调配室有的设备直接调配；应急物资调配室没有的设备根据设备分布情况对相关科室备用的设备或未用的设备进行调配。借用科室应向被调用的科室出具借条。使用科室应爱护设备，用后及时归还。

2、院外调配

如院内抢救仪器均在使用，无法调用时，应向兄弟医院调配、或向供应商借用，具体由综合保障科联系。

三、对影响调配的处置

医院内各科室的任何设备，根据抢救需要综合保障科（医务科）均有权统一调配，各科室不得以任何理由推诿、影响病人的抢救工作。如科室拒绝调配，造成病人后果的，根据情节轻重予行政处分。

附则二：

急救设备、生命支持类设备分布

除颤仪	
急诊科	2台
120急救中心	13台
DSA	2台
麻醉科	1台
十五病区	1台
十九病区	2台
二十一病区	2台
二十三病区	1台
二十五病区	1台
内镜中心	1台
血透中心	1台
应急物资调配室	2台

呼吸机（有创）	
急诊科	9台
麻醉科	2台
六病区	1台（儿童）
十二病区	4台
十九病区	18台
二十五病区	8台
发热门诊	1台
应急物资调配室	3台

呼吸机（无创）	
急诊科	2台
六病区	1台（儿童）
十九病区	4台
二十一病区	2台
二十三病区	1台
二十五病区	7台
发热门诊	1台
应急物资调配室	1台

注射泵	
急诊科	29台
120急救中心	6台
DSA	2台
麻醉科	21台
六病区	14台
八病区	1台
十病区	5台
十二病区	12台
十五病区	5台
十七病区	1台
十九病区	102台
二十病区	11台
二十一病区	13台
二十二病区	6台
二十三病区	5台
二十五病区	3台
血透中心	2台
应急物资调配室	4台

输液泵	
急诊科	5台
临产室	3台
八病区	2台
九病区	1台
十病区	2台
十二病区	1台
十五病区	1台
十九病区	25台
二十病区	1台
二十一病区	2台
二十三病区	1台
二十五病区	1台
血透中心	1台

监护仪	
急诊科	46台
120急救中心	4台
DSA	2台
麻醉科	16台
六病区	7台
临产室	4台
八病区	5台
九病区	11台
十病区	10台
十一病区	3台
十二病区	22台
十五病区	10台
十七病区	11台
十九病区	19台
二十病区	9台
二十一病区	29台
二十二病区	6台
二十三病区	33台
二十五病区	19台
内镜中心	7台
血透室	3台
应急物资调配室	17台

附则三：

呼吸机故障应急预案

目的：

本预案是为呼吸机发生故障或突遇停电时，能得到及时有效的处理、保障病人生命安全制订的应急处理方案。

应急预案：

1.值班护士应熟知本病房、本班使用的呼吸机及使用患者的病情，严密观察生命体征。

2.在使用呼吸机过程中，随时观察呼吸机的动态变化，保持管道畅通，氧气充足。如遇呼吸机出现紧急情况，如意外停电、设备故障、氧气压力不足、气管切开套管或气管插管脱出等，医护人员应采取补救措施，以保护患者使用呼吸机的安全。

3.使用科室应定期检查呼吸机状况，确保设备运转良好，做好维修、维护登记。带有蓄电池的呼吸机，平时应定期充电，使蓄电池处于饱和状态，以保证在应急情况能够正常运行。

4.呼吸机不能正常工作时，护士应立即停止应用呼吸机，同时评估病人、通知医生，迅速将简易呼吸囊与患者人工气道相连，用人工呼吸的方法调整患者的呼吸，保障病人的生命安全；如果患者自主呼吸良好，给予氧气吸入。

5.如遇停电后应立即与有关部门联系：综合保障科、医院办公室、医务科、 护理部、医院总值班等，迅速采取各种措施，尽快恢复通电。停电期间，本病区医生、护士不得离开患者，以便随时处理紧急情况。来电后，重新将呼吸机与患者呼吸道连接，护理人员将停电经过及患者生命体征准确记录于护理记录单中。

6.严密观察患者的生命体征及病情变化，清醒病人做好心理护理。

7.主管护师判断呼吸机故障的原因，并协助更换呼吸机（白天通知治疗班），如没有备用呼吸机请综合保障科或总值班协调解决。

8. 故障的呼吸机挂上“仪器故障”类标示牌，做好交接班。及时通知综合保障科维修。维修过程及维修结果应及时登记备案。

处理程序：

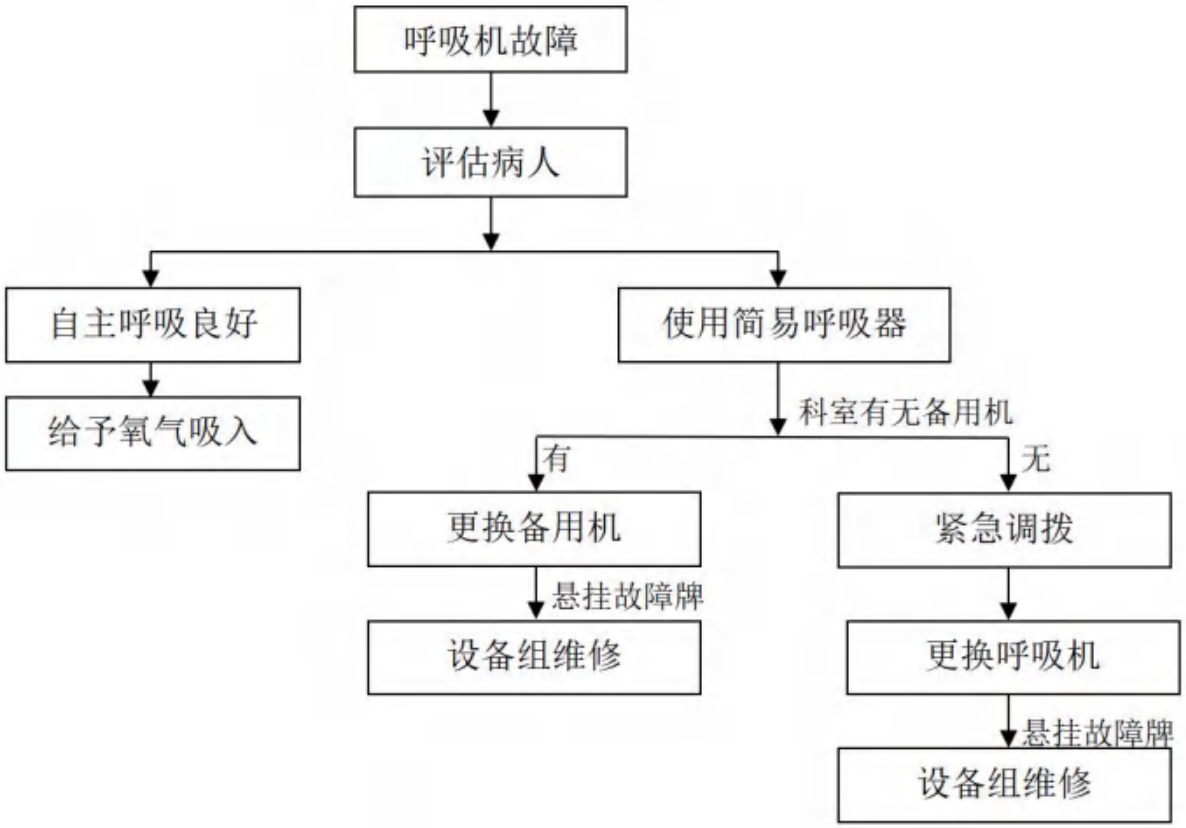
呼吸机故障→评估病人→使用简易呼吸器→更换备用呼吸机→综合保障科组织维修

突然断电→使用简易呼吸器→通知值班医生→调整患者呼吸→观察病情变化→立即联系有关部门→尽快恢复通电→随时处理紧急情况→遵医嘱给药→来电后重新调整、应用呼吸机→准确记录

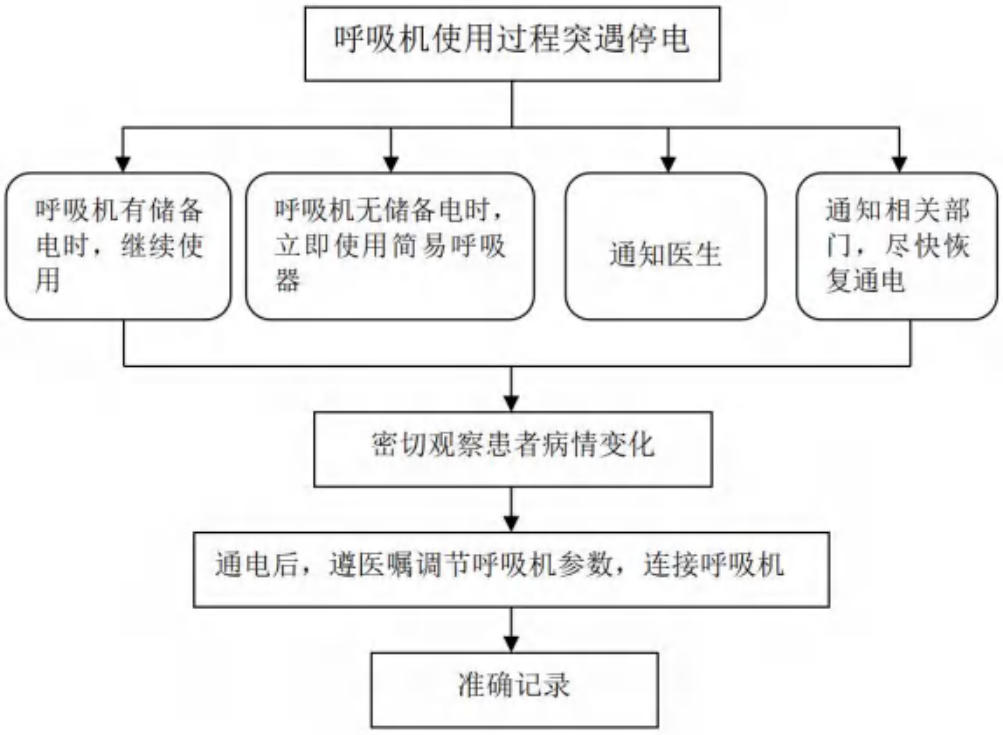
调配程序：

综合保障科负责联系相关科室进行调配。

呼吸机故障应急处置流程图



呼吸机使用中突遇停电应急处置流程图



附则四：

监护仪故障应急预案

目的：

本预案是为监护仪发生故障时，能得到及时有效的处理、保障病人生命安全制订的应急处理方案。

应急预案：

1.值班护士应熟知本病房、本班使用的监护仪及使用患者的病情，严密观察生命体征。

2.在使用监护仪过程中，随时观察监护仪的动态变化，确保体征参数正常。如遇监护仪出现紧急情况，如意外停电、参数报警、设备故障等时，医护人员应采取补救措施，以保护患者使用监护仪的安全。

3.使用科室应定期检查监护仪状况，确保设备运转良好，做好维修、维护登记。

4.监护仪不能正常工作时，护士应立即停止应用监护仪，同时评估病人、通知医生。严密观察患者的生命体征及病情变化，清醒病人做好心理护理。

5.故障的监护仪挂上“仪器故障”类标示牌，及时通知综合保障科维修。维修过程及维修结果应及时登记备案。如需更换备用监护仪，应及时与综合保障科进行协调。

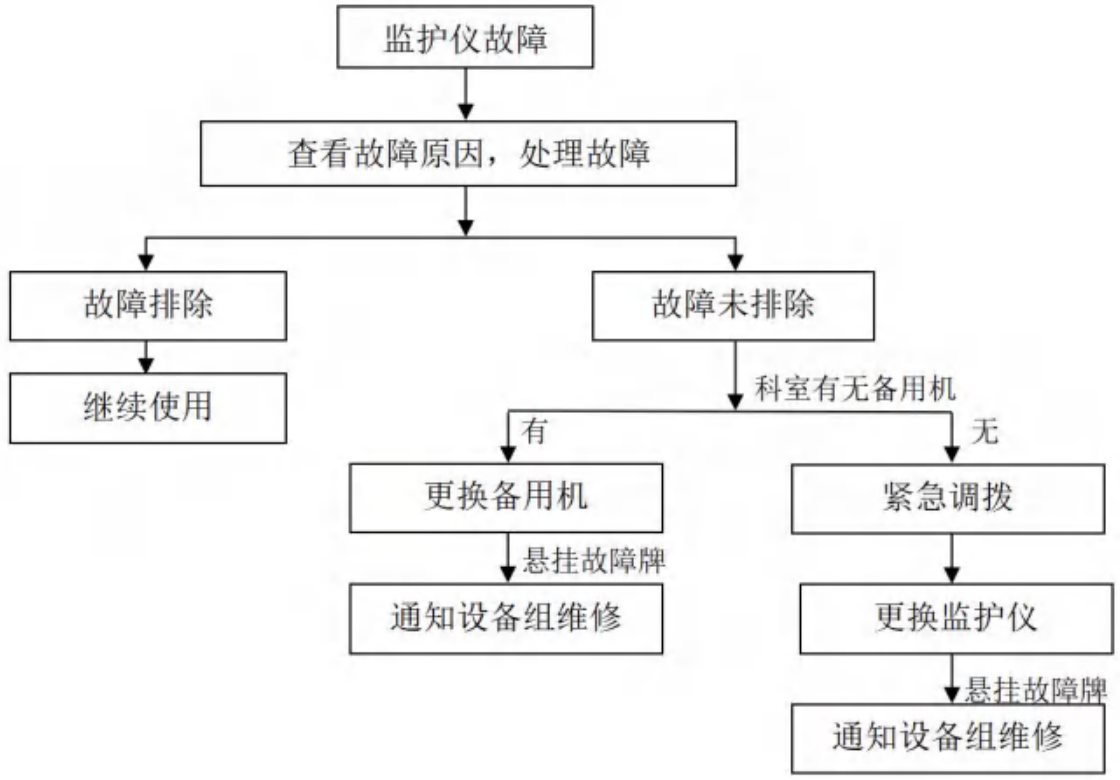
处理程序：

监护仪故障→更换备用监护仪→综合保障科组织维修

调配程序：

综合保障科负责联系相关科室进行调配（应急物资调配室有备用监护仪）

监护仪故障应急处置流程图



附则五：

除颤仪使用应急预案

目的：

本预案是为除颤仪发生故障时，能得到及时有效的处理、保障病人生命安全制订的应急处理方案。

应急预案：

1.值班人员应熟悉除颤仪的使用性能及使用指征。

2.除颤仪本身带有蓄电池。平时应定期充电，使蓄电池始终处于饱和状态。每周检查，每半月充放电一次，确保设备运转良好，应定点放置导电膏配套，并设专人定期检查、维修，做好使用、维修登记。

3.在使用除颤仪过程中，如遇除颤仪出现意外故障，应停止应用故障除颤仪，并启用备用除颤仪或者紧急调配，同时评估病人、进行其他抢救措施。

4.故障的除颤仪应挂 “仪器故障”类标示牌，及时通知综合保障科维修。维修过程及维修结果应及时登记备案。在使用过程中，应严密观察患者的生命体征及病情变化。并将突发情况过程及患者生命体征准确记录于护理记录单中。

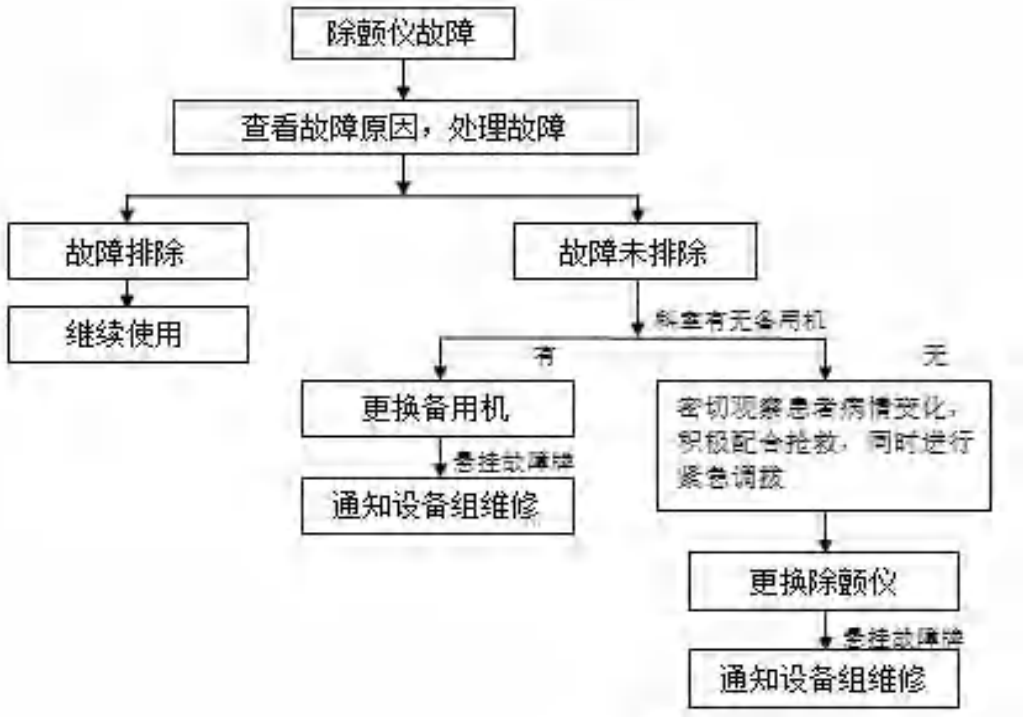
处理流程：

除颤仪故障→启用备用或调拨除颤仪→综合保障科组织维修

调配程序：

综合保障科负责联系相关科室进行调配。

除颤仪故障应急处理流程图



附则六：

输液泵、注射泵故障应急预案

目的：

本预案是为输液泵、注射泵发生故障时，能得到及时有效的处理、保障病人生命安全制订的应急处理方案。

应急预案：

1.值班护士应熟知本病房、本班使用的输液泵、注射泵及使用患者的病情，严密观察生命体征。

2.在使用输液泵、注射泵过程中，随时观察输液泵、注射泵的动态变化，确保设备设置参数与实际运行参数相符合。如遇输液泵、注射泵出现紧急情况，如意外停电、空气报警、管路阻塞、速度失控等设备故障时，医护人员应采取补救措施，以保护患者使用输液泵、注射泵的安全。

3.综合保障科应定期检查输液泵、注射泵状况，确保设备运转良好，做好维修、维护登记。

4.输液泵、注射泵不能正常工作时，护士应立即停用该设备，同时评估病人、通知医生。严密观察患者的生命体征及病情变化，清醒病人做好心理护理。应恢复常规输注方法，条件允许时应及时更换备用设备。

5.故障的输液泵、注射泵挂上“仪器故障牌”，及时通知综合保障科维修。维修过程及维修结果应及时登记备案。

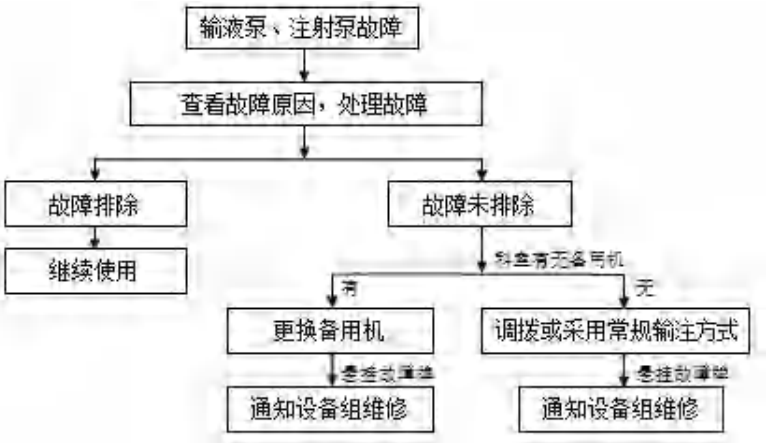
处理程序：

输液泵、注射泵故障→采用常规输注方式或更换备用输液、注射泵→维修

调配程序：

综合保障科负责联系相关科室进行调配。

输液泵、注射泵故障应急处置流程图



附则七：

中心吸氧故障应急预案

目的：

本预案是为中心吸氧装置发生故障时，能得到及时有效的处理、保障病人生命安全制订的应急处理方案。

1.立即将备用氧气筒推至床旁，接吸氧管给予吸氧。

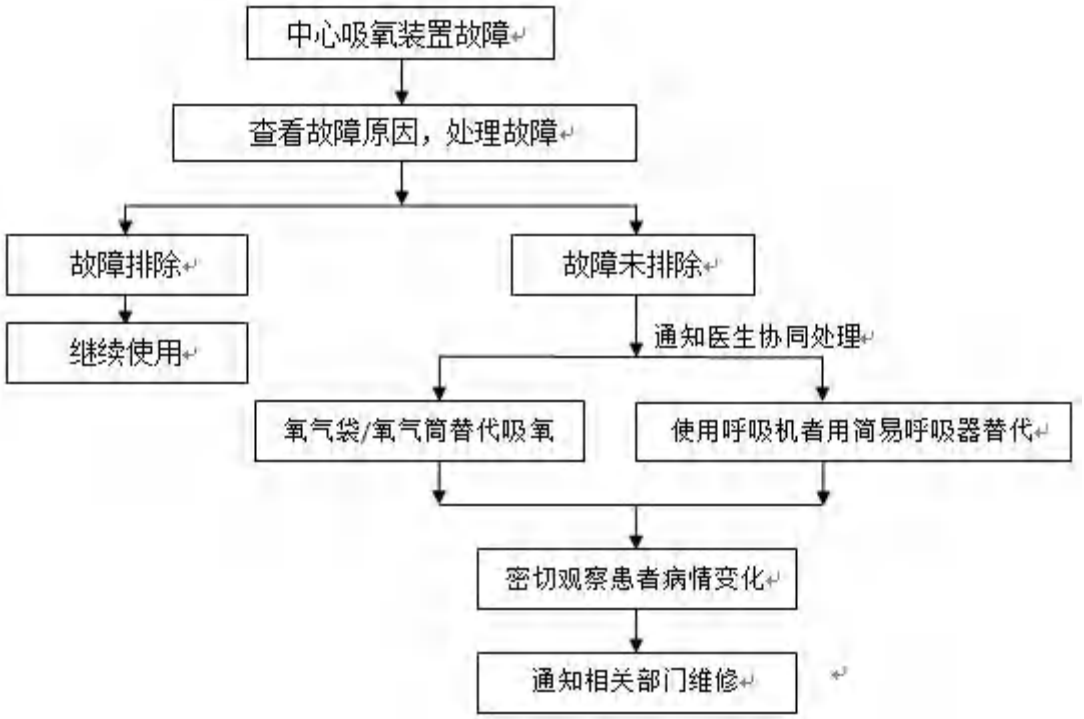
2.应用过程中密切观察患者缺氧有无改善以及其他病情变化。

3.通知维修。

处理程序：

备用氧气筒连接吸氧管→继续吸氧→观察病情

中心吸氧故障处置流程图



吸痰过程中中心吸引装置出现故障的应急预案

目的：

本预案是为中心吸引发生故障时，能得到及时有效的处理、保障病人生命安全制订的应急处理方案。

1.先分离吸痰管与中心吸引装置，然后用注射器连接吸痰管吸痰，并向患者家属做好解释与安慰工作。

2.如注射器抽吸效果不佳，连接备用吸痰器(或洗胃机)进行吸引。

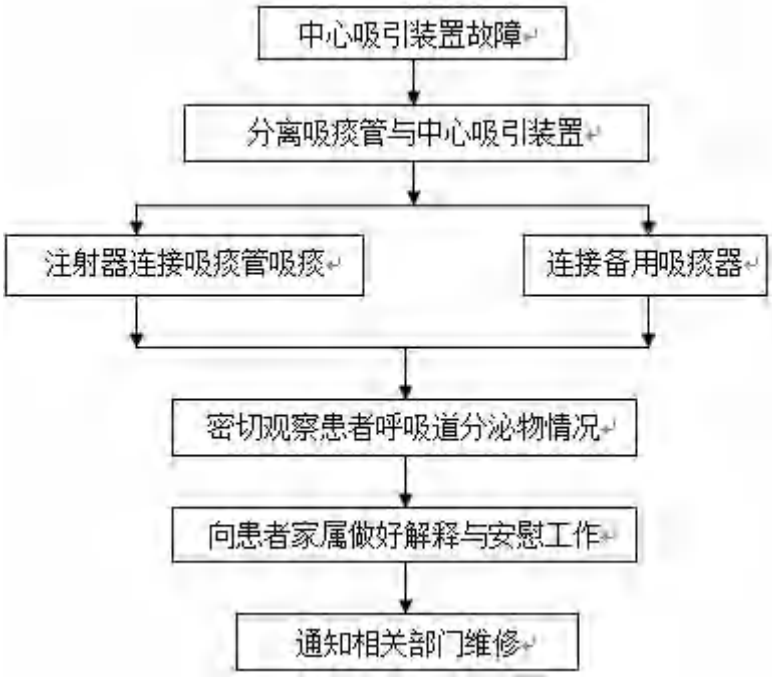
3.密切观察患者呼吸道分泌物情况，必要时再次吸引。

4.通知维修。

处理程序：

分离吸痰管→接注射器抽吸→接备用吸痰器→观察病情

中心吸引故障应急处置流程图



附则八：

洗胃机故障应急预案

目的：

本预案是为洗胃机在洗胃过程中发生故障时，能得到及时有效的处理、保障病人生命安全制订的应急处理方案。

洗胃过程中洗胃机 出现故障时的应急预案及程序

1.应先关闭洗胃机，分离胃管，流出胃内容物，向患者或家属做好解释与安慰工作。

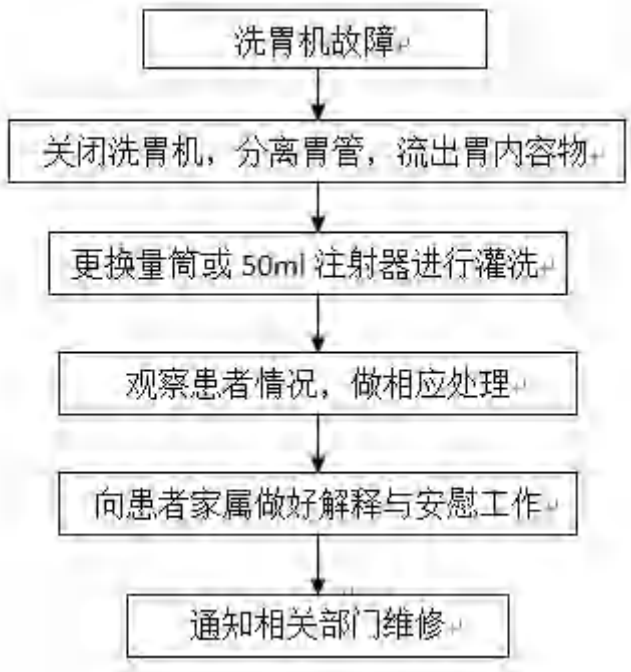
2.立即用量筒或 50 ml 注射器进行灌洗，直至洗胃液澄清无味。

3.立即通知维修洗胃机。

处理程序：

关洗胃机→分离胃管→流出胃内容物→量筒或注射器→继续洗胃→观察病情

洗胃机故障应急处置流程图



18. 医院放射源泄露应急救援预案

一、总则

1、编制目的

为了保证我院放射源在丢失、泄露等突发事故发生时，有关部门和个人能立即有条不紊地进行正确的防护和处理，避免事故进一步扩大，减少放射事故对人员的伤害和对环境的污染。

2、编制依据

《中华人民共和国放射性污染防治法》（中华人民共和国主席令 2003 第 6 号，2003-10-1 起施行）

《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》（国务院第 653 号令，2014-7-29 修订）

《放射性同位素与射线装置安全许可管理办法(修订)》(环境保护部第 3 号令,2008-12-6 起实施）

《电离辐射防护与辐射源安全基本标准》（GB18871-2002）

《密封放射源一般要求和分级》（GB4075-2009 修改版）

《工作场所有害因素职业接触限值》（GBZ2-2007）

《放射源分类办法》（国家环境保护总局公告 2005 年 第 62 号，2005-12-23 发布实施）

《江苏省辐射污染防治条例》（江苏省第十三届人大常委会公告第 2 号，2018-3-28 修订、5-1 起实施）

3、适用范围

适用于我院承担的医学放疗工作中涉及放射源运输、保管、使用、废源回收等环节。

二、组织指挥体系与职责

1、组织领导小组

组　长：卢 峰

副组长：戴智勇　顾晓红　祝浩刚

组　员：郑 雄　王春凤　张玉芳　朱启贯　陈剑波

2、现场应急小组

组　长：储 伟

副组长：丁宁

组　员：陆志勇　薛梦娜　顾志英　强玲芳

3、职责

（1）全面负责医院辐射安全工作，为医院辐射安全工作提供资源保证。

（2）发生辐射事故后，负责启动本应急预案，组织救援和清消工作。

（3）布置、督促、检查、协调各相关科室的应急准备、应急演练和应急实施。

（4）负责事故的上报工作，配合环保、公安、卫生等主管单位的工作。

三、应急响应

1、放射源事故分级

本医院所用放射源为 ^{125}I 粒子，日等效最大操作量为 $1.93\times10^{7}Bq$，按《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》和《放射源分类办法》相关规定，我院使用的 ^{125}I 粒子为 IV、V 类放射源，一旦发生放射源事故为一般辐射事故，是指 IV 类、V 类放射源丢失、被盗、失控，或者放射性同位素和射线装置失控导致人员受到超过年剂量限值的照射。

2、应急响应措施

（1）放射源事故报告、调查和处理程序

①现场医护人员确认已发生放射源事故后，立刻向科室负责人报告；

②放射科或肿瘤介入科、消毒供应中心在确认放射源事故后的 15 分钟内，向医院保卫科长及“医院放射源防护领导小组”成员报告；

③最迟在事故发生后的 2 小时内，医院向区卫生健康委、环保局、公安局报告；

④任何个人不得故意破坏现场、毁灭证据；不得隐瞒事故，不得拖延不报或者谎报；

⑤发生放射源事故后，由“医院放射源防护领导小组”统一指挥调查、处理工作；

⑥医院及放射科、肿瘤介入科或消毒供应中心积极配合环保、公安、卫生部门的调查分析处理。

（2）通用措施

①发生放射源事故时，当事人首先疏散与事故处理无关的全部人员，封锁事故区域，保护现场，禁止人员进入。同时按照上述放射源事故报告、调查和处理程序进行报告；

②医院在第一时间通过应急电话、通知放射源特性、危害、防护处置知识，通报事故的大致区域、时间，由放射科、综合保障科及保卫科负责人组织污染场所全体员工迅速按指定路径疏散、撤离工作区，切断一切可能扩大事故范围的环节；

③由医院放射科、综合保障科组织专业人员，经安全和技术交底后实施事故处理方案。防保科负责事故处理过程的现场监护，监督执行应急任务的放射工作人员佩戴防护用品和限时工作；

④放射科现场放射工作人员迅速用仪器测定事故现场的辐射强度及污染范围和污染程度，根据测量结果划定事故警戒区域。保卫科派专人 24 小时看护，污染现场未达到安全水平不得解除封锁；

⑤在事故处理中，放射科应指定一人尽可能记录现场辐射强度、事故处理人员的有关情况，以便对相关人员所受辐射剂量进行估算，以进行善后的医学处理；医务科指定一人负责，当人员受到超量照射时应迅速组织应急力量，根据放射损伤或其他损伤情况进行医疗救治；

⑥按要求启动事故调查分析处理程序，由公安、卫生部门调查处理。

（3）放射源丢失、被盗、失控应急措施

①首先通过视频监控系统，查明放射源丢失、被盗是否人为偷盗；

②若未发现系人为偷盗，按方案组织专业人员，穿戴铅服等防护用品，用专业检测工具在工作场所搜寻；

③若在现场发现丢失放射源，应警戒后通知生产厂家迅速处理，任何情况下均不允许用手（或身体其他部位）接触放射源进行事故处理；

④若现场搜寻不到，按事故报告分析调查处理程序报公安、环保、卫生部门。

四、应急小组通讯录

序列	部门	姓名	手机号/短号
1	科室安全第一责任人	储　伟	15370870812　/　6218
2	科室安全第二责任人	钟井松	18012387195　/　6295
3	院长	卢　峰	18921194863　/　6863
4	分管副书记	戴智勇	13358105306　/　6008
5	分管副院长	顾晓红	18921199029　/　6129
6	副院长	祝浩刚	18121522250　/　6250
7	医务科科长	郑　雄	18652459031 /　6031
8	院感科科长	王春凤	18921181606　/　6606
9	公共卫生科（防保科)科长	张玉芳	18921181661　/　6661
10	综合保障科科长	朱启贯	18012381398　/　6398
11	保卫科科长	陈剑波	18921119692 /　6692
12	放射科射线剂量管理人	陆志勇	13861767182
13	肿瘤科主任	丁　宁	17706178690　/　5690
14	肿瘤科护士长	薛梦娜	17766341268　/　6268
15	消毒供应中心护士长	顾志英	18906172095　/　6095
16	导管室护士	强玲芳	18921181657　/　6657
17	惠山区环保局	110 联动	82401574　/　13961832339
18	惠山区环保局	值班电话	88964998　/　88964339

五、控制要求

1、培训

（1）放射工作人员经培训取得环保、卫生部门放射操作许可证；

（2）放射科全体工作人员防护知识的学习；

（3）应急人员应急方案的学习。

2、日常管理

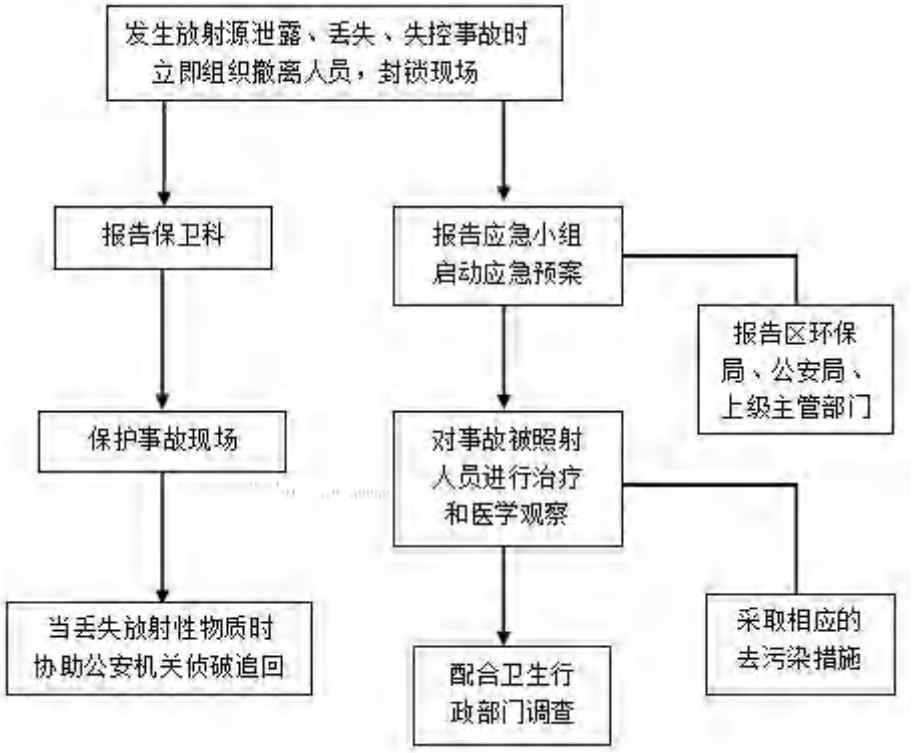
（1）从事 ^{125}I 粒子源植入治疗的医务人员应严格遵守 ^{125}I 粒子源植入治疗的操作规程和放射防护规章制度；

（2）各安全装置要经常定期检测和维护保养，使之经常处于良好工作状况；

（3）^{125}I 粒子源植入治疗工作期间，严禁工作人员擅自离开岗位，并应密切注视病人情况，发现异常应及时处理；

（4）万一发生意外，应立即停止 ^{125}I 粒子源植入治疗，及时将病人或误入、误留人员移离室外，并按卫生行政部门放射事故管理规定和应急处置办法处理。

放射源泄露应急预案流程图



19. 医院食堂食品安全事故应急预案

为了提高我院对突发食堂食品安全事故的应急救援能力，保障全院职工及患者的身体健康与生命安全，维护医院正常的工作秩序和稳定，根据《中华人民共和国食品卫生法》、《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规的要求，结合本院实际，特制定本应急预案。本预案适用于全院职工及病患出现的突发食堂食品安全事故时的应急处置与抢救措施。

一、应急组织机构及职责

（一）医院成立食堂食品安全事故应急处理领导小组

组　长：祝浩刚

副组长：张玉芳　陶金莲

组　员：朱启贯　郑 雄　严文杰　任凌燕 杨波林

（二）食堂食品安全事故小组成员职责

组　长：全面负责协调、组织、指挥食品安全事故的应急处理和善后工作。

副组长：协助现场整体工作安排，收集记录相关情况，形成文字材料。

组　员：负责协调组织救治工作；会同卫生防疫部门组织好各项检验工作，查明原因，并向疑似群体性食源性疾病病人及家属做好解释工作；协调处理好其它善后工作。

二、食堂食品安全事故应急处置流程

（一）发生食品安全事故后，发现人第一时间上报医院公共卫生科，公共卫生科成员立即赴现场了解基本情况（所进食物、进食时间、发病人数），如相同病例发生 5 人以上，公共卫生科应向分管领导及应急处理领导小组汇报。

（二）分管领导立即赶往现场组织、指挥抢救工作，并根据情况立即通知医院有关科室负责人和有关医务人员做好院内抢救准备工作，同时立即将病人送医院相关科室抢救治疗。

（三）对疑似群体性食源性疾病病人采取紧急处理（医务科、护理部负责）

1、停止使用可疑食品（饭菜）。

2、采集病人排泄物和可疑食品等标本，以备检验。

3、组织对疑似群体性食源性疾病病人进行救治。

4、及时将新发病人送医院进行治疗。

5、对可疑食物及有关工具、设备和现场采取临时性措施。

（四）对可疑食品控制处理（公共卫生科负责）

1、保护现场，封存剩余的食物或者可能导致食源性疾病的食品及原材料；在事故原因未查明之前组织好正常的伙食供应工作。

2、经检验，属于被污染的食品予以销毁或监督销毁。

（五）对相关用品采取相应的消毒措施（公共卫生科负责）

1、封存被污染的食品用具及工具，并进行清洗消毒。

2、对微生物引起的疑似群体性食源性疾病事件，要消毒处理加工人员的手，要彻底清洗、消毒接触过引起该事件食物的餐具、容器以及存储过程中的冰箱、设备，对餐具、用具、抹布采取煮沸消毒，煮沸时间不应少于 5 分钟，对不能进行热力消毒的物品，用 75%的酒精擦拭或用化学消毒剂浸泡。

3、对化学性因素引起的疑似群体性食源性疾病事件要用热碱水彻底清洁接触过的容器、餐具、用具等，并对剩余的食物彻底清理，杜绝隐患。

（六）善后工作（公共卫生科、综合保障科负责）

1、协助卫生防疫部门查明突发事故的原因和消除病因的处置工作。

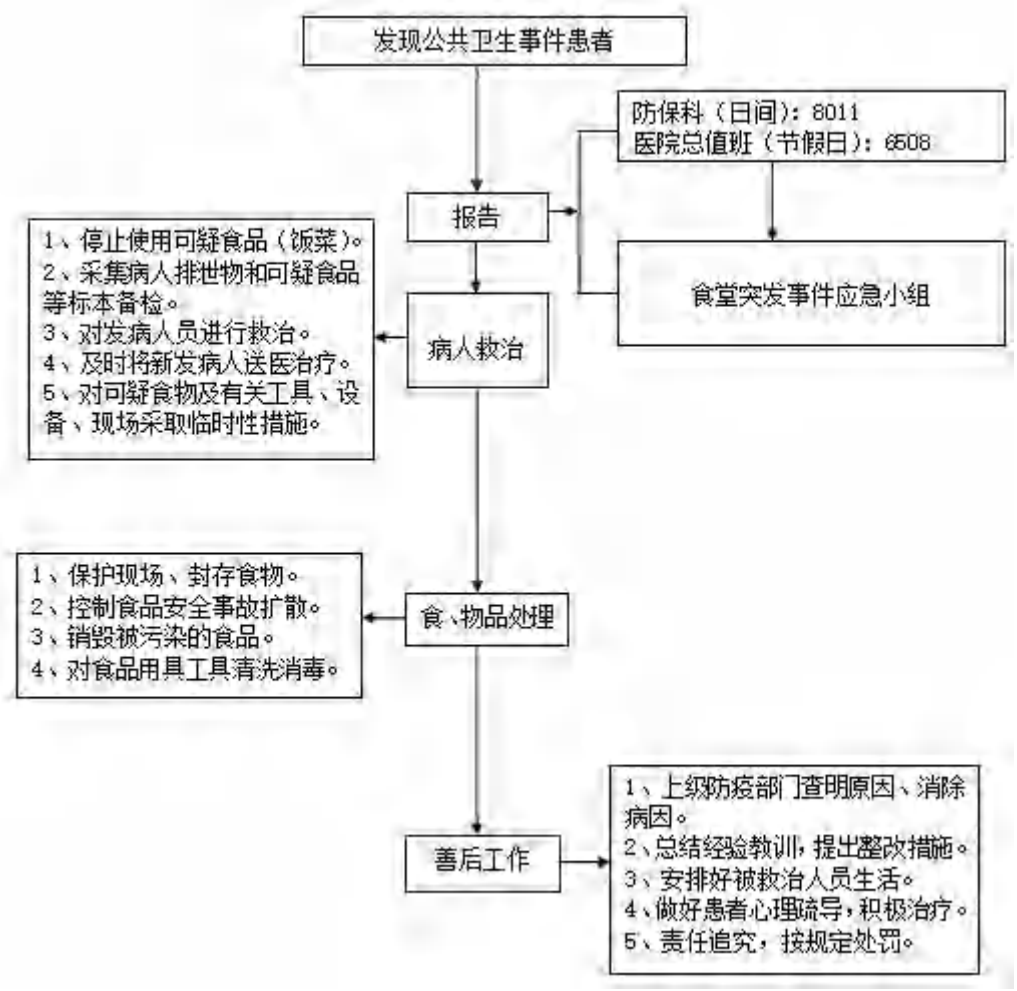
2、认真分析突发事件过程中的经验教训，并提出改进措施，进一步做好食堂的规范管理工作，堵塞危及食品卫生安全的漏洞，确保食品卫生安全各项工作落到实处。

3、安排好被救治人员的生活服务工作。

4、做好患者的心理疏导工作，积极配合医院做好治疗工作。

5、责任追究：对造成或对突发事件处理不力的责任者按相关规定给予处罚。

医院食堂食品安全事故应急流程图



20. 医院液氧贮罐应急处理预案

液氧贮罐担负着全院氧气的供给，为确保液氧贮罐安全运行，提高我院应急处理液氧设备故障的能力，迅速、妥善的处理好液氧贮罐泄漏事故应急，防止事故扩大，最大限度减少人员伤亡和财产损失，特制定本应急预案。

一、 领导小组

组　长：祝浩刚

副组长：朱启贯

组　员：黄　洋　许　蓝　任凌燕　郑　雄　严文杰　朱文帆　徐华彬　蒋 军

傅培宁　盛佳奇　蔡　佳　奚晓东　华　强　保卫科

二、人员职责

组　长：负责对各个部门的部署，指挥协调工作，对上级部门的汇报及沟通工作。

副组长：负责对事故现场的指挥调度工作，为应急救援工作做好人力、物力及财力的保障工作。

组　员：服从指挥调度，在发生事故时能做到尽可能的抢救工作，做好现场的防护保护工作，尽可能防止事故的扩大及不必要的人员伤亡，为出现的人员伤亡提供及时的救助工作。

三、应急流程

（一）接到事故报告

1、液氧站工作人员发现贮罐泄漏事故后，根据泄漏事故的类型及现场情况，立即上报副组长及特种设备安全管理员。对现场基本情况进行大致描述，包括事故发生时间、事故类型、人员伤亡情况。

2、副组长接到事故报告后，迅速联系应急组员前往现场进行救援工作，并报告应急救援组长，组长根据现场情况确定应急救援级别，并通知其他部门启动应急响应。

（二）泄漏事故处理

1、泄漏事故较小，由管道或阀体泄漏。

（1）组长通知各病区、手术室、ICU 等重点科室，随时做好备用氧气瓶启用工作。

（2）副组长立即联系液氧贮罐维保厂家前来抢修工作，并视现场情况协调保卫科在贮罐周围 20 米范围做好防护工作，禁止无关人员靠近。

（3）应急小组成员在泄漏较轻且保证自身安全情况下携带专用工具进入围堰，关闭泄漏管道或阀体前端及后端阀门，切断泄露源及防止后端管道内液氧回流。依据现场情况尽可能保障病区供氧的情况下切断泄漏。

（4）组长依据报告情况决定下一步响应工作。

2、泄漏事故严重，由罐体破损泄漏或其他不可控制泄漏。

（1）组长立即联系消防部门协助救援，并将情况向特种设备安全监督管理部门和有关部门报告。

（2）组长及副组长通知医院各病区及重点科室，启用备用氧气瓶等供氧。

（3）保卫科加强人员，对事故现场进行人员疏散并严禁任何人及火源靠近，做好消防准备工作。

（4）联系液氧贮罐维保单位，在液氧贮罐泄漏稳定后进行维修。

（三）严重事故泄漏报告

泄漏严重的事故，在泄漏处理完成后，应急小组汇总事故情况、人员伤亡及损失，立即上报特种设备安全监督管理部门和有关部门报告。

上报内容包括：1、事故发生单位的名称、联系人、联系电话。2、事故发生地点。3、事故发生时间。4、事故设备名称。5、事故类别。6、事故发生造成的人员伤亡情况、经济损失（直接、间接）及事故概况。

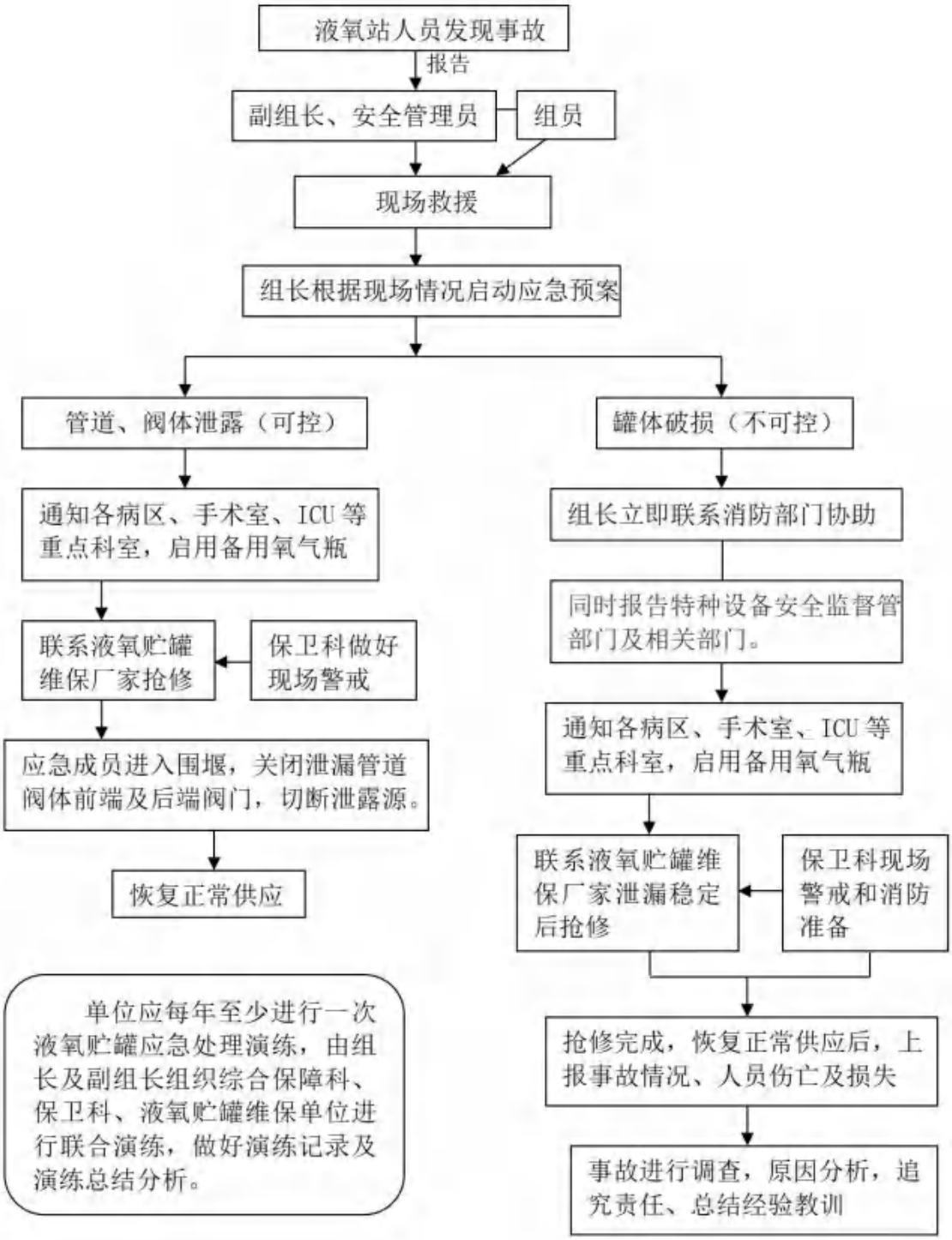
四、事故调查及分析

应急小组对泄漏事故进行调查，分析事故原因，查明事故的性质和相关人员的责任，做好举一反三工作，防止类似情况再次发生。

五、应急预案演练

单位应每年至少进行一次液氧贮罐应急处理演练。由组长及副组长组织综合保障科、保卫科、液氧贮罐维保单位进行联合演练，做好演练记录及演练总结分析。

医院液氧贮罐应急流程图



21.医院院内召唤（通信故障）应急预案

通讯系统的安全畅通是医院医疗卫生工作正常开展的重要保障，通讯安全牵涉到医疗风险防范的方方面面，为确保医院通讯系统的持续、安全、稳定运转，进一步强化医院通讯安全管理制度，提高医院应对通讯系统安全突发事件的能力，及时处理医院通讯系统突发故障，维护医院正常的门诊、住院工作流程和医疗程序，保障患者正常就医，特制定本应急预案。

一、指导思想

以“三个代表”重要思想为指导，坚持“以人为本”，按照集中领导、统一指挥、职责明确、分工协作、规范有序、反应灵敏、运行高效的思路，建立综合性的、标准化应急体系。

二、应急体系目标

积极采取有效措施，最大限度的降低通讯中断对医疗工作的影响。

三、适用范围

本预案适用于医院各科室固定电话故障、总值班值班手机通故障等。

四、组织机构及职责

组　长：祝浩刚

副组长：朱启贯　郑龙蛟

成　员：黄　洋　奚晓东　李相宗　徐华彬　刘　伟　蒋　军

职　责：负责医院通讯系统故障发生时负责相关人员的协调调度，通过认真调查，及时发现并解决问题，确保医院通讯系统的迅速恢复。

五、应急流程

（一）如出现通讯中断问题，发现人员应立即报告院办或总值班人员（夜间、 中午下班时间及周末假期）。

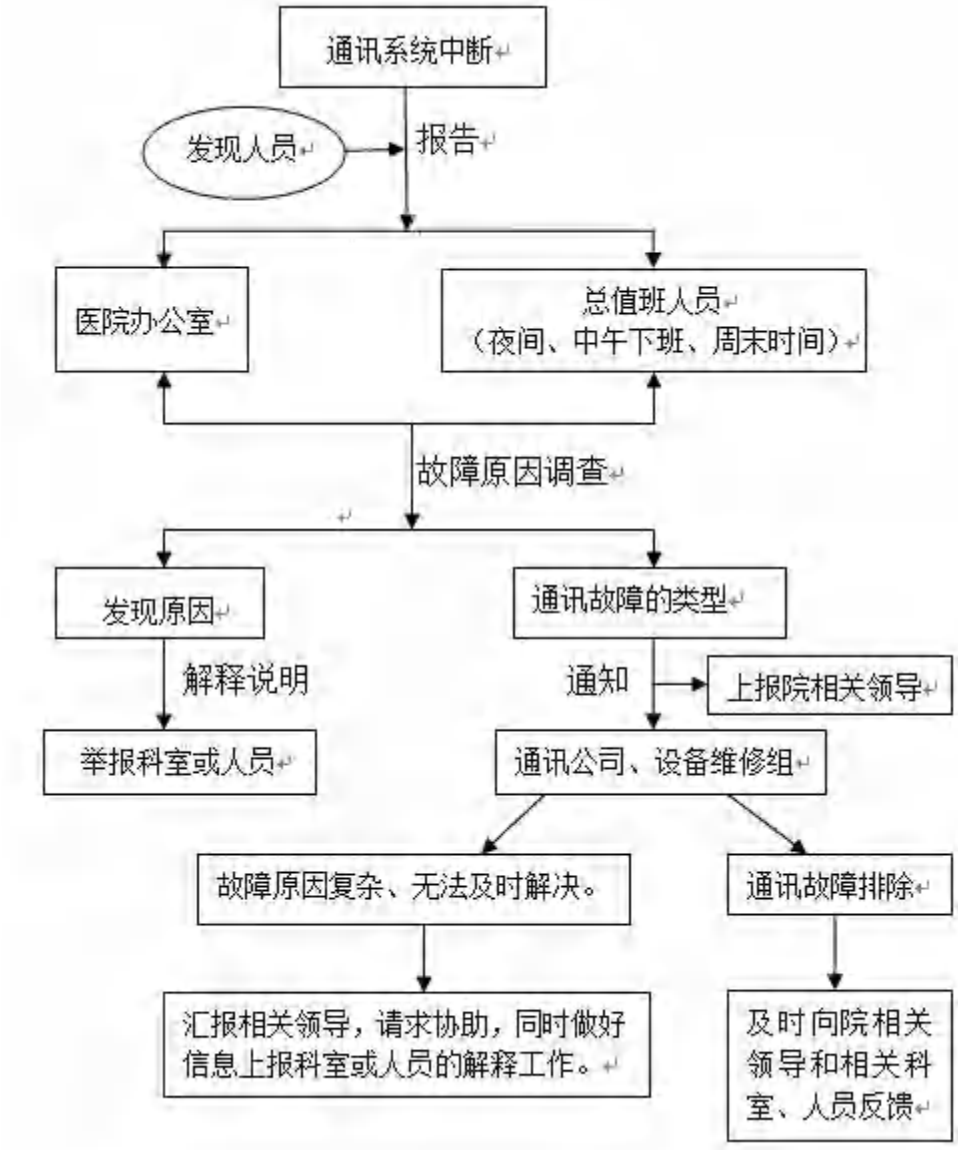
（二）院办和总值班人员立即就通讯故障原因进行调查，及时发现问题所在并向举报科室或人员做好解释工作。

（三）根据通讯故障的具体类型，院办或总值班人员及时通知通讯公司、设备维修组，并及时上报相关领导。

（四）如问题比较复杂，无法立即解决，要及时向相关领导汇报，请求协助，并做好信息上报科室或人员的解释工作。

（五）通讯故障解决后，及时向院领导和相关科室、人员反馈。

医院院内召唤（通信故障）应急流程图



22.医院防汛应急预案

为确保突发汛情来临后，能够及时有效的组织防汛抗洪工作，将灾害造成的损失降到最低点，最大程度地减少灾害所致人员伤亡和健康危害，预防灾害之后传染病的发生与流行，保障人民群众的身体健康和生命安全，结合本院实际情况，特制定本预案。

一、成立防汛应急组织

（一）防汛应急领导小组

组　长：卢峰

副组长：祝浩刚　储旭东　徐太静　顾晓红

组　员：朱启贯　郑龙蛟　王春凤　郑雄　严文杰　任凌燕　陈剑波　周云霞　李相宗

职　责：负责指挥防汛总体部署工作。

（二）防汛抢险组

组　长：　陈剑波

组　员：维修组人员　保卫科保安

职　责：组织防汛抢险工作。

（三）医疗救护组

组　长：郑雄　　严文杰

副组长：任凌燕　　王春凤

组　员：各病区医护人员

职　责：为受灾人员提供医疗救助，帮助病人进行转运工作。

（四）通讯联络组

组　长：郑龙蛟

组　员：刘晓路　陈佳骏

职　责：负责与区、镇防汛办沟通、负责总指挥与各行动组之间的联系，做到上传下达，确保信息通畅。

（五）物资保障组

组　长：朱启贯

副组长：黄洋　石慧　李相宗　周云霞

组　员：综合保障科　药剂科　信息科　财务科

职　责：做好防汛相关物资的准备；医疗抢救设备及药物的协调供应；后勤环境卫生工作。

二、应急响应流程

（一）预案启动条件

我院内部区域出现积水，地下室已进水，排水系统启动后，无法及时排出积水，病人或职工的生活和出行造成一定影响，主干道交通无法保证顺畅。

（二）应急抢险

灾情发生后，防汛应急领导小组应立即向上级主管部门及镇政府报告，并及时通知各小组启动防汛应急预案，并根据灾情程序，采取一些应急措施等。

1、领导小组启动预案后，防汛抢险小组立即到现场救援，各队员应服从现场指挥人员的指挥，同时采取必要的个人防护措施，按各自的分工，组织撤离或者采取措施保护灾害区域的病人及职工人员。

2、防汛抢救组要及时用沙袋封堵地下室通道，防止车辆被淹，及时做好变电所门口沙袋封堵，防止因洪涝导致变电所停电。

3、安排人员检查地下室所有集水井水泵是否正常排水，不能及时排水的紧急调用备用抽水泵向外排水。

4、抢险组及时和领导小组沟通抢险情况，由领导小组根据现场调度抢险物资及人员救助，当现场汛灾严重，及时请求上级有关部门给予救援支持。

（三）响应措施

1、领导小组依据汛情情况，加强灾情期间值班制度，保证汛情指挥命令迅速传递；要求值班人员发现情况要及时向当天带班领导请示；医院严格按照上级领导单位要求，加强防汛值班与领导带班工作，确保安全度汛。

2、启动防汛应急预案后，医疗救护小组及时通知各病区护士长、科主任，组织成立支援小队，听从领导小组抢险救援安排；帮助转运受洪涝影响科室的病人及医疗物资。

3、通讯联络组及时和区、镇防汛、防灾办联系，及时了解灾情及天气情况并上报本单位汛情，做好上级领导部门和本单位应急领导小组的信息沟通工作；汛情严重时，及时向上级有关部门请求给予救援支持。

4、物资保障小组立即准备抢险物资，及时做好清洁饮用水、食品、应急药品、抢救设备等生命保障物资的储备，防止灾情严重人员被困后物资紧缺；依据汛情，及时采购沙袋、抽水泵、套鞋、雨衣、绳索等救援物资，听从领导小组统一安排调度。

5、综合保障科负责及时清除和处理垃圾、粪便，配合好院感科做好灾情期间的卫生防疫工作，做好卫生消杀工作，防止发生公共卫生事件。

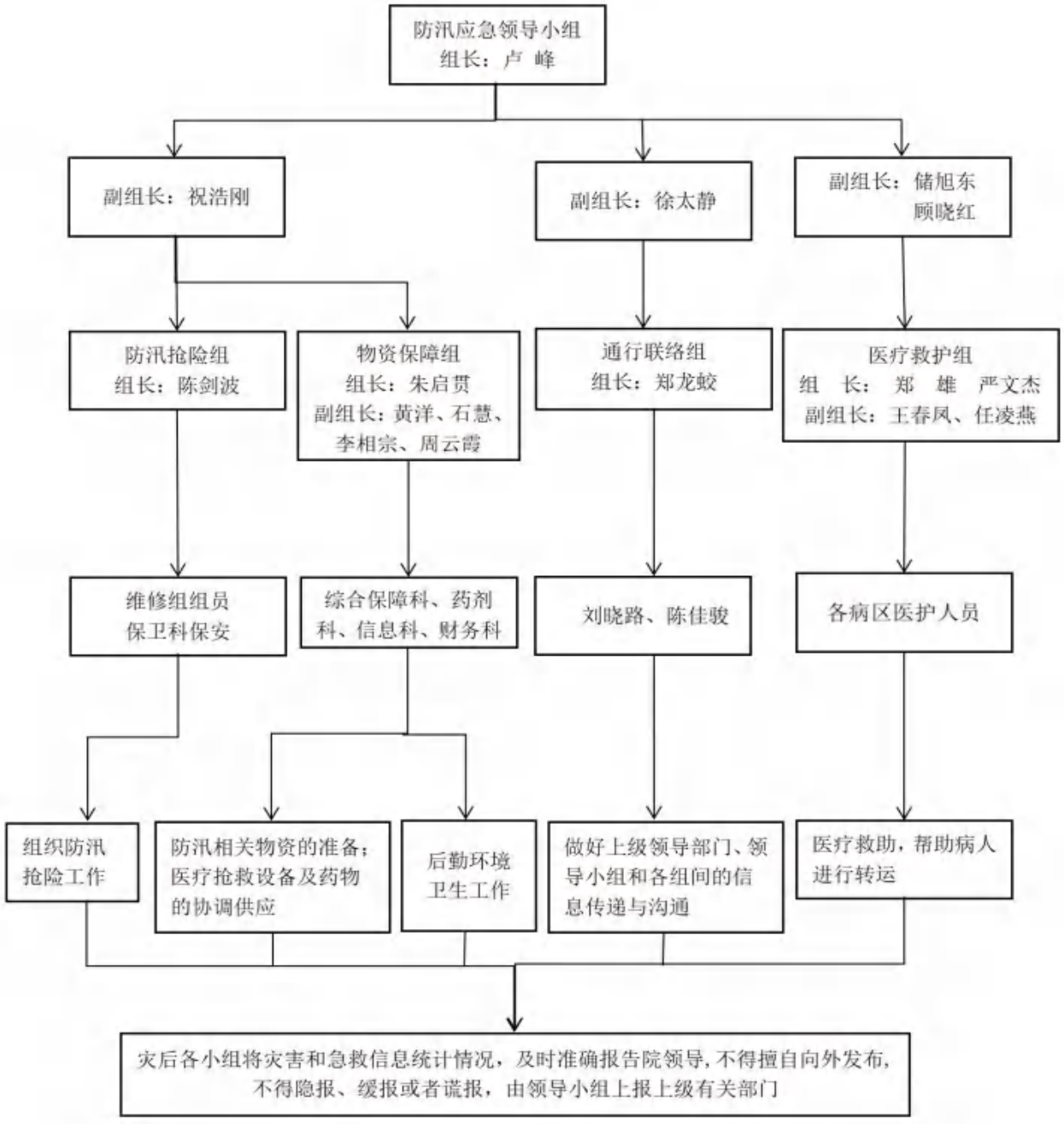
（四）响应结束

灾情稳定，经领导小组决策，确定应急阶段医疗救治工作结束，已经进入恢复阶段，可以做出终止应急响应的决策。

三、灾后统计

各小组将灾害和急救信息统计情况，及时准确报告院领导，不得擅自向外发布，不得隐报、缓报或者谎报，由领导小组上报上级有关部门。

医院防汛应急流程图



23.医院停水和突然停水应急预案

为保证医院的正常供水，保障医疗活动的有序运行，维护正常的生产生活秩序，特制定《停水和突然停水的应急预案及程序》。

一、成立组织

组　长：祝浩刚

副组长：朱启贯

成　员：黄洋　奚晓东　华强　徐华彬　蒋军　葛新历　吴成　刘伟

二、人员职责

组　长：负责对事故抢救的组织领导工作，研究制定救援抢险方案。

副组长：负责事故抢救工作的组织实施，指挥调度有关人员进行事故处理工作。

成　员：负责对中小事故进行维修处理，发生大事故无法恢复供水时应及时向主管领导报告。

三、应急预案

（一）综合保障科接到供水部门的停水通知后，通知总值班及各科室停水的时间，做好停水准备。

（二）做好应急准备，根据停水时间尽量储备水源（二个地下蓄水池、1 号楼顶一个备用水箱、3 号楼楼顶三个备用水箱），以备饮用和使用。

（三）突然停水时，及时与供水部门联系，查询原因，并向综合保障科长汇报情况。同时尽快开启备用水源，恢复供水。夜间要通知总值班，汇报停水情况。

（四）向科室、患者做好解释工作，积极采取措施解决供水问题，尽量为患者解决因停水带来的不便。

四、应急程序

（一）接到停水通知，通知总值班及各科室停水时间，做好停水准备，启用储备装置储水或采取临时措施解决供水问题。

（二）突然停水，向综合保障科科长、供水部门及总值班报告，赶赴现场，查找原因。同时向患者做好解释工作。

1、3 层以上停水，可判断为二次供水停水。查看变频器及水泵。若是变频器故障，停电重启变频器，水泵恢复工作，供水恢复；重启失败，水泵无法恢复工作，联系厂家进行抢修，同时手动开启水泵，恢复供水。若是水泵故障，切换至正常水泵恢复供水，联系厂家对故障水泵进行维修。

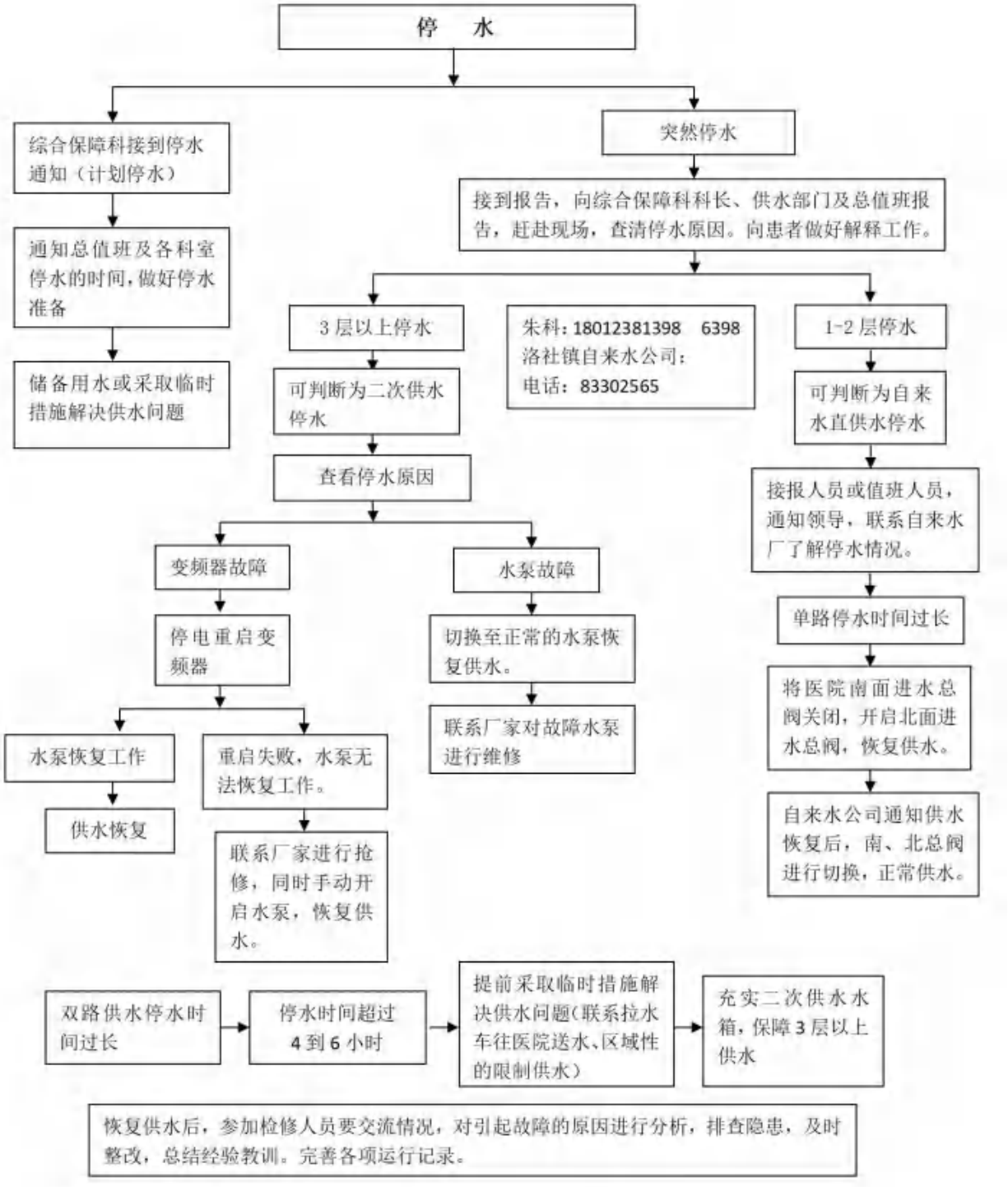
2、1-2 层停水，可判断为自来水直供水停水。接报人员或值班人员，通知综合保障科领导或院值班人员（夜间），联系自来水厂了解停水情况。单路停水时间过长时，将医院南面进水总阀关闭，开启北面进水总阀，恢复供水。自来水公司通知恢复供水后，开启南北总阀进行切换，恢复正常供水。

3、双路供水停水时间超过 4-6 小时，综合保障科提前采取临时措施解决供水问题（联系拉水车往医院送水、进行区域性限制供水，保障重点区域），同时充实二次供水水箱，保障 3 层以上供水。

五、供水恢复后

参加检修人员要交流情况，对引起故障的原因进行分析，排查隐患，及时整改，总结经验教训，完善各项运行记录。

医院停水和突然停水应急流程图



24. 医院二次供水突发公共卫生事件应急预案

为保证医院三层以上二次供水符合公共卫生管理要求，应对突发公共卫生事件时减少危害程度，特制定《二次供水突发公共卫生事件应急预案》。

一、成立组织

组　长：祝浩刚

副组长：朱启贯

成　员：黄　洋　奚晓东　徐华彬　院感科　　检验科　保卫科

二、人员职责

组　长：负责对突发卫生事件抢救的组织领导工作，制定、决策抢险救援方案。

副组长：负责突发事件抢救工作的组织实施，指挥调度有关人员进行配合处理工作。

成　员：负责突发事件抢救具体处理工作，发生重大事故时应及时向主管领导汇报并做好应急措施防止事故扩大。

三、应急预案

（一）突发事件应急工作，应当遵循预防为主、常备不懈的方针，贯彻统一领导、分级负责、反应及时、措施果断、依靠科学、加强合作的原则。

（二）发现二次供水污染或水体投毒，发现人员疑似应引用水导致出现呕吐、头晕、腹泻、晕倒等症状，应立即启动应急预案。

1、立即停止污染水箱的二次供水工作，组长副组长立即通知院感科发生突发公共卫生事件，联系保卫科前往二次供水水箱现场做好警戒和保护工作。

2、院感科：协同院分管领导按照《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》的要求及时间向上级卫生行政部门报告。

3、院感科对感染人员及时做好取样，送检验科一份快速化验，方便对患者进行急救工作，另留取一份交上级卫生部门进一步检验，对事故原因进行鉴定及留作证据。

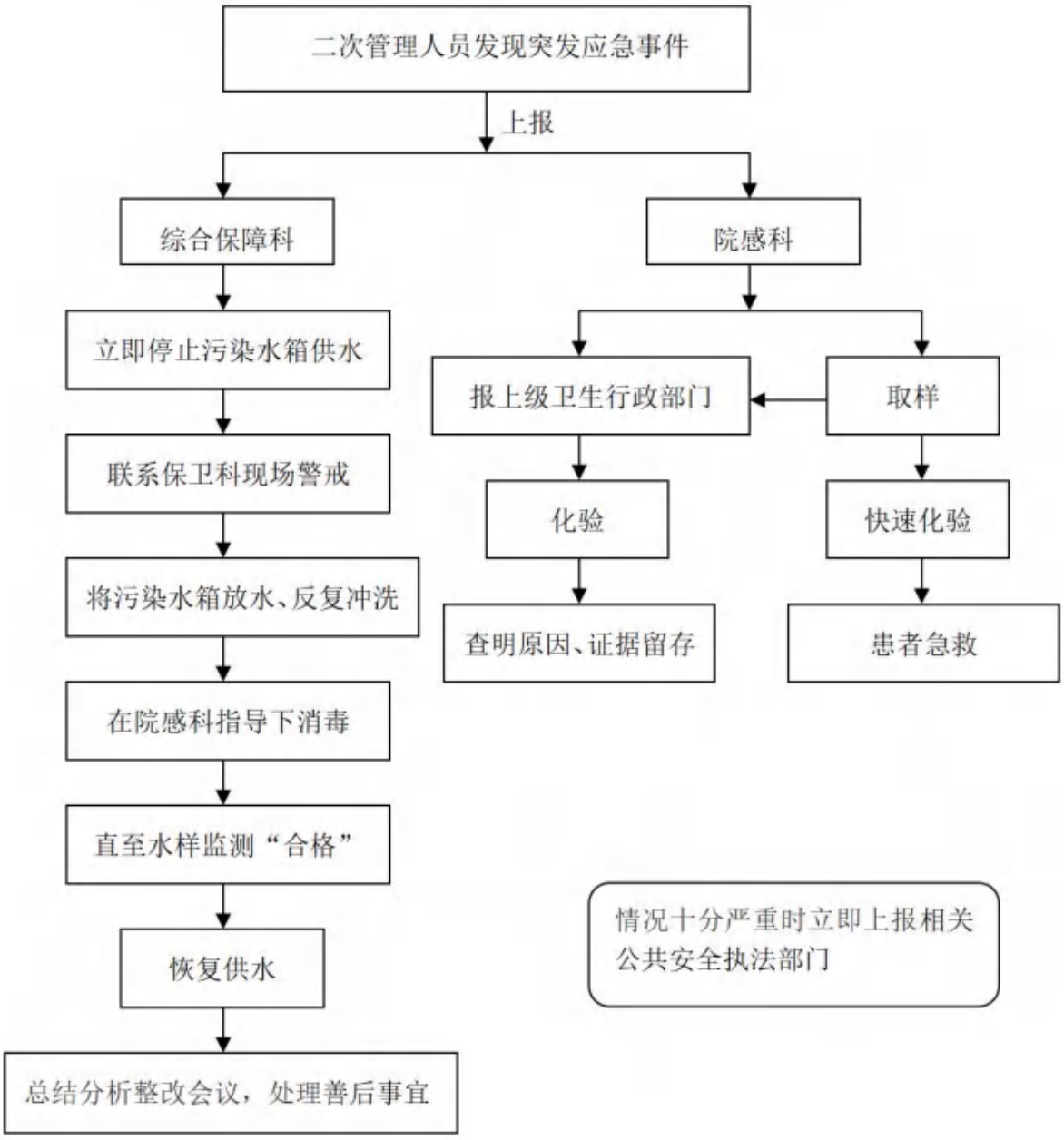
4、对二次供水水箱进行放水，对水箱及管网做反复冲洗，在院感科的指导下做好消毒工作，直至取水样送检合格恢复供水。

5、向停水科室做好解释工作，做好保障备用水准备工作。

6、情况十分严重时立即上报相关公共安全执法部门，请求多部门帮助。

（三）供水取样检验合格后恢复供水，各相关部门立即召开总结分析会议，对突发公共卫生事件的原因、影响、善后事宜等进行分析总结，对发现的安全问题及隐患立即采取有效措施进行整改。

医院二次供水突发公共卫生事件应急流程图



25.医院空调系统故障应急预案

为应对可能出现的空调系统故障，避免和减少中央空调故障的发生，避免因故障影响医院正常秩序、降低有机组故障造成的损失，并在发生故障后能快速有效的处理，保证全院范围的正常就医就诊环境。

一、应急小组

组　长：朱启贯

副组长：黄　洋

组　员：奚晓东　华　强　徐华彬　蒋　军　邹志坚　空调维保人员

职　责：组长负责统筹协调抢修、物资调配、部门沟通工作；副组长负责协调现场具体抢修工作；组员进行系统的维修、检查、故障排除等具体工作。

二、应急流程

接到发现或接到通知发生空调系统故障后，小组成员立即前往空调系统机房，初步判断故障原因，并及时向小组组长汇报大致情况，由组长通知启动应急预案，并向院部报告空调系统发生故障及初步判断结果。

（一）因冷冻机主机故障导致空调系统停机

1、维保人员立即查看故障记录，确定故障原因。

2、查看未运行机组设备情况，确认无异常后，启动设备，确保空调系统运行。

3、与机组厂家联系，对故障机组进行故障排查及解决。

4、维修完成，恢复正常后，做好故障记录。

（二）循环水泵故障

1、发现因循环水泵故障导致的空调机组停机。

2、先手动切换至备用水泵运行，启动设备，确保空调系统运行。

3、查看故障水泵有无异响、有无异味、电气线路有无故障并及时处理维修。

4、维修完成后，对水泵进行负荷运转检测，确保无问题后投入使用，切换至自动运行状态。

5、做好故障记录。

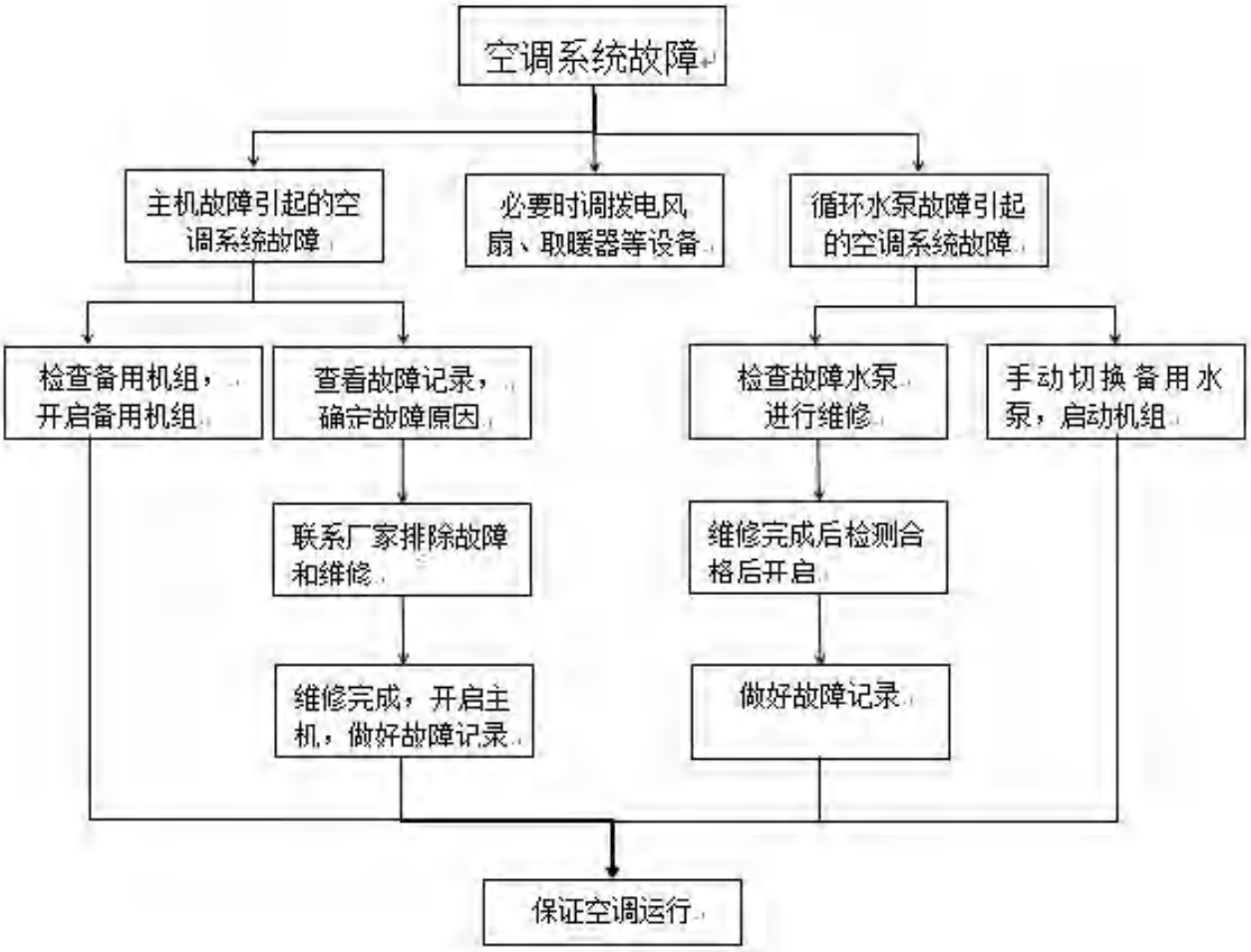
（三）物资储备

空调系统故障发生时，根据气温情况，如故障维修所需时间较长，组长应及时给受影响较大科室调拨电风扇、取暖器等应急设备。

三、故障排除

故障排除后，通知各个病区及科室，空调系统已恢复正常，空调维保单位对各科室及楼层进行温度检测，确保空调效果良好。

医院空调系统故障应急流程图



26. 医院锅炉应急预案

为保证锅炉的安全运行、实现全院供气的平稳。保障人员，财产安全，根据《特种设备安全监察条例》的规定，结合本单位的实际情况，特制定本预案。

一、成立组织

组　长：祝浩刚

副组长：朱启贯

成　员：黄　洋　徐华彬　蒋军　邹志坚　邹明辉　吴志军　夏解寒　保卫科

二、人员职责

组　长：负责对锅炉停气工作的内外部协调组织。

副组长：具体负责停气恢复的组织实施并进行故障处理工作。

成　员：负责停气故障的排查、维修、恢复工作，及时向主管领导汇报停气恢复工作的进度。

三、预防与应急措施

定期对锅炉进行日常性维修保养和定期自行检查，按照有关规定要求按时对锅炉进行定期检验。设备出现故障或者发生异常情况后，应当对其进行全面检查，消除事故隐患后，方可重新投入使用。

四、故障原因分析

1、锅炉因天然气停气或供水故障导致停机。

2、锅炉因锅炉本体故障导致停机。

五、对锅炉停气时的处理措施

当值司炉工在发现锅炉非正常停机后，应先查看现场有无异常情况，查看锅炉本体有无发生泄漏或发出异响。

（一）确保非锅炉本体故障后，查看锅炉操作面板，查询故障代码，确定停机原因。

1、故障原因为天然气低压报警时：

（1）司炉工先对锅炉房内天然气进气总阀进行查看并及时联系安全管理员和锅炉负责人。

（2）若燃气总阀处于动作关闭状态，在确保燃气泄漏报警装置无报警及燃气泄漏情况下，对总阀进行复位，恢复供气。

（3）若燃气总阀处于正常开启状态，应联系综合保障科科长，由综合保障科联系燃气公司，对燃气断气情况进行了解，及时做好故障处理的各项记录。

2、故障原因为供水液位过低或过高报警时：

（1）司炉工应立即联系安全管理员及锅炉负责人进行维修处理。

（2）维修人员接到通知后，应立即前往锅炉房对水处理系统进行查看，排除故障。

（3）维修完毕，在确保水处理供应正常后，由司炉工进行锅炉重启工作，并及时做好故障处理的各项记录。

（二）当确认因锅炉本体发生故障后，应第一时间联系综合保障科科长及锅炉负责人。

1、司炉工冷静、迅速对现场情况进行判断，尽可能采取措施减小损失。

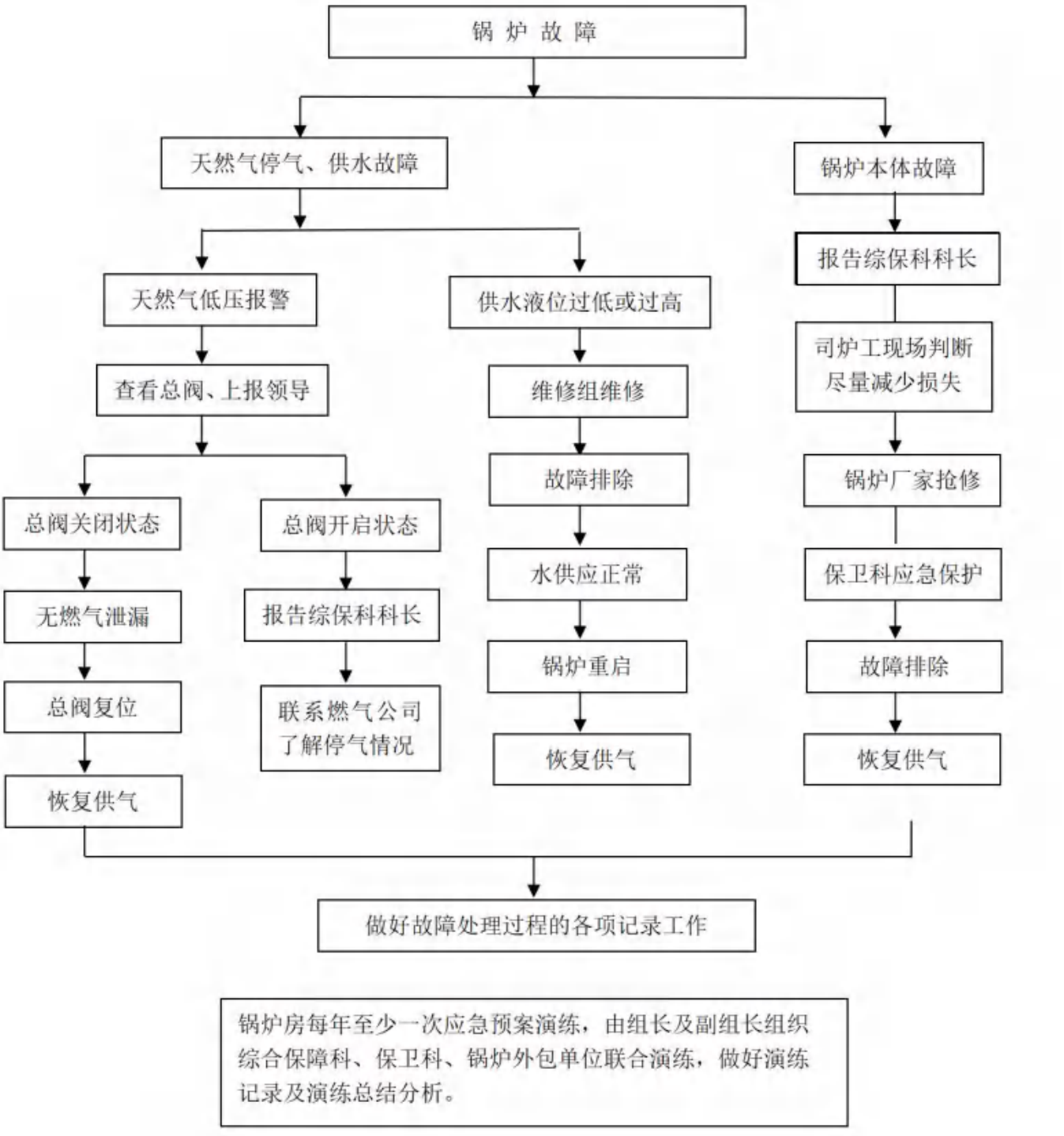
2、综合保障科科长接到通知后，立即联系锅炉厂家进行沟通抢修，并联系保卫科做好应急防护工作。

（三）在锅炉故障排除后，司炉工重启锅炉，稳定运行后，及时做好故障处理的各项记录。

六、锅炉停机应急演练

锅炉房每年至少进行一次应急预案演练，由组长及副组长组织综合保障科、保卫科、锅炉外包单位联合演练，做好演练记录及演练总结分析。

医院锅炉应急流程图


锅 炉 故 障
天然气停气、供水故障
锅炉本体故障
天然气低压报警
供水液位过低或过高
报告综保科科长
查看总阀、上报领导
维修组维修
司炉工现场判断
尽量减少损失
故障排除
锅炉厂家抢修
总阀关闭状态
总阀开启状态
水供应正常
保卫科应急保护
无燃气泄漏
报告综保科科长
锅炉重启
故障排除
总阀复位
联系燃气公司
了解停气情况
恢复供气
恢复供气
恢复供气
做好故障处理过程的各项记录工作
锅炉房每年至少一次应急预案演练，由组长及副组长组织综合保障科、保卫科、锅炉外包单位联合演练，做好演练记录及演练总结分析。

27.医院极端温度应急预案

为了应对极端气温安全事故或紧急情况提前做好应急准备，确保在紧急情况下能够及时做出有效应对，最大限度的降低极端温度天气造成的损失，结合我院情况，特制定本预案。

一、成立极端温度应急组织

（一）应急领导小组

组　长：卢　峰

副组长：祝浩刚　储旭东　徐太静　顾晓红

组　员：朱启贯　郑　雄　严文杰　任凌燕　陈剑波　石慧

职　责：负责指挥极端气温下的总体部署工作。

（二）后勤保障组

组　长：朱启贯

副组长：黄　洋　陈剑波　石慧

组　员：综合保障科　保卫科保安门诊护士

职　责：服从领导小组的后勤保障工作；病人及其他人员引导疏散。

（三）医疗救护组

组　长：郑　雄　严文杰

副组长：任凌燕

组　员：各病区医护人员

职　责：为受天气影响人员提供医疗救助。

二、应急响应流程

（一）预案启动条件

当接到上级领导部门或者气象台发布的温度预警后，由应急领导小组根据预警等级，启动应急预案。

黄色预警、橙色预警：后勤保障组为主，其他组为辅。

红色预警：突发事件应急指挥部，各小组积极响应。

（二）响应措施

1、预案启动后，要求加强 24 小时值班，主要领导坐镇指挥，依据预警等级及灾情安排个小组工作，其他领导在职在位，随时待命。各部门要严格服从院指挥部的指挥，各部门之间要密切配合，互相通报情况。

2、当出现极端高温天气：

（1）后勤保障组为主，立即检查医院空调机组、新风系统、冷却塔等空调系统设备运行情况和设备负荷情况，确保设备运行正常。

（2）加强对院内科室及病房的风机盘管的巡视，保证空调制冷效果。

（3）做好院外的防暑措施，在室外区域加装遮阳伞、休息椅等措施，减低就诊病人在室外中暑风险。

（4）在门诊导医台、警卫处、急诊护士站等准备防暑降温的便民物品。

（5）医疗救护小组随时候命，为中暑人员提供医疗服务。

3、当出现极端低温天气：

（1）后勤保障组为主，立即检查医院空调机组、新风系统、冷却塔等空调系统设备运行情况和设备负荷情况，确保设备运行正常。

（2）提前检查室外管道、楼顶太阳能水管进行检查，对保温破损、未保温的管道即使进行保温处理，防止出现冰冻事故。

（3）门诊、急诊等主要出入口安装好门帘，准备好御寒保暖物资。

（4）当极寒天气遇到暴雪或降雨天气，保卫科做好外部路面的防冻措施和车辆引导，做好行人道路的防滑措施。

（5）医疗救护小组随时候命，为受伤人员提供医疗服务。

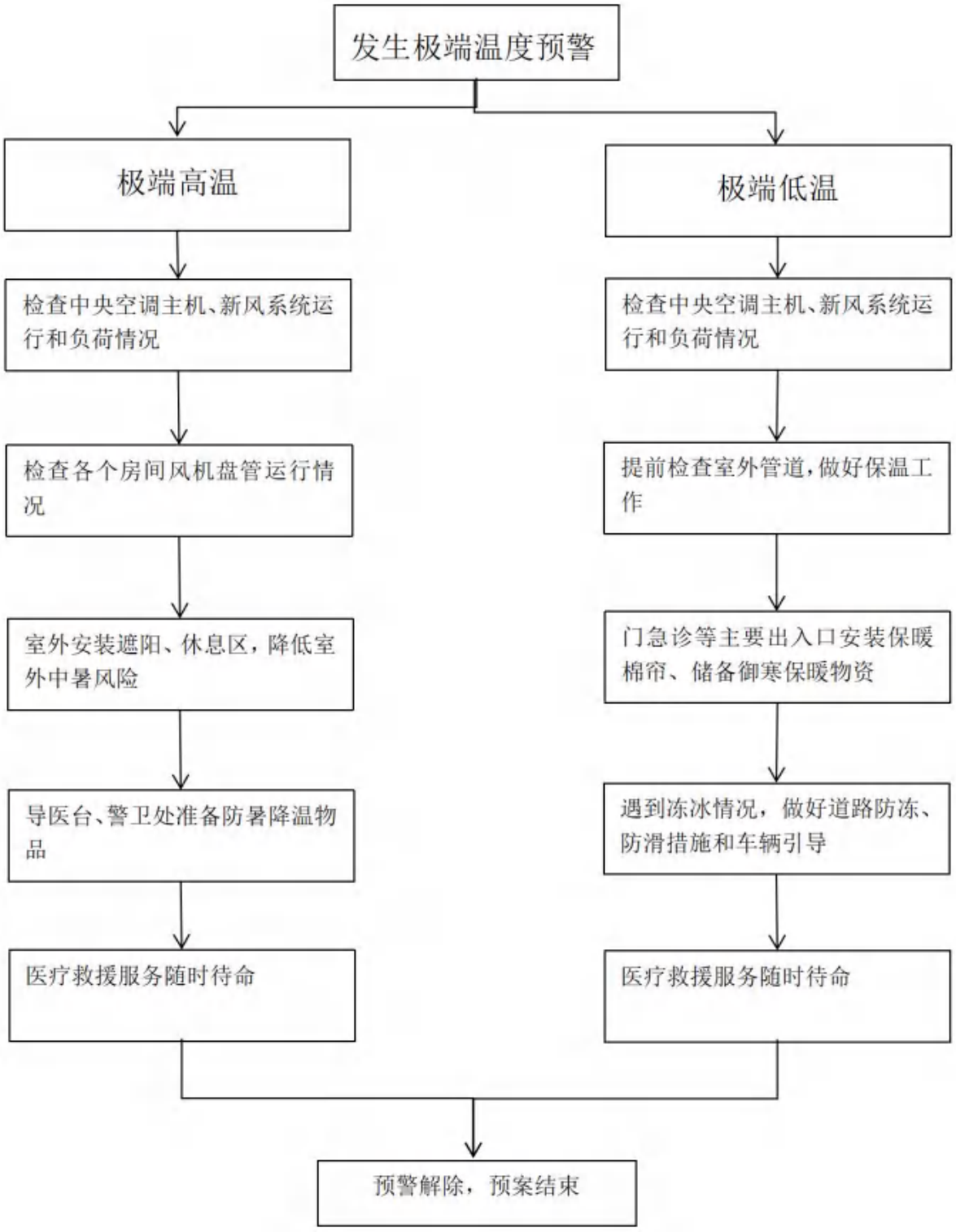
（三）响应结束

接气象部门或上级领导部门通知警告解除后，领导小组可以做出终止应急响应的决策，医院逐步恢复正常运转秩序。

三、灾后统计

各小组将灾害和急救信息统计情况，及时准确报告院领导，不得擅自向外发布，不得隐报、缓报或者谎报，由领导小组上报上级有关部门。

医院极端温度应急流程图



28.医院污水处理应急预案

污水处理站作为全院污水处理中心，为确保污水处理安全、有序运行，提高我院应急处理污水处理突发事故的能力，特制定本应急预案。

一、应急小组成员

组　长：朱启贯

副组长：黄　洋　王春凤

成　员：邹志坚　蒋　军　刘明德

二、成员职责

组　长：全面负责协调、组织、指挥事故的应急处理和善后工作。

副组长：协助现场整体工作安排并指导，做好事故分析及记录。

组　员：对现场进行应急处置工，做好工作防止事故进一步扩大造成危害。

三、应急程序

（一）污水处理设备发生故障

1、污水处理站工作人员发现设备发生故障后，先初步判断故障原因及影响情况，报告综合保障科及外包负责人。

2、负责人及工作人员确定设备故障不能立即修复时，应立即启用备用污水处理设备，并联系厂家对故障设备进行维修。

3、使用备用处理设备期间，污水处理工作人员要做好余氯检测工作，保证污水处理正常，达到排放标准。

4、故障设备修理完成后，进行设备切换，恢复正常处理工作。

（二）堵塞、泄漏等事故

1、污水处理站工作人员发现污水管网发生堵塞或泄漏等事故时，立即报告综合保障科及外包负责人。

2、应急小组应立即联系市政管网疏通单位前来进行疏通和泄漏废物的处置工作。

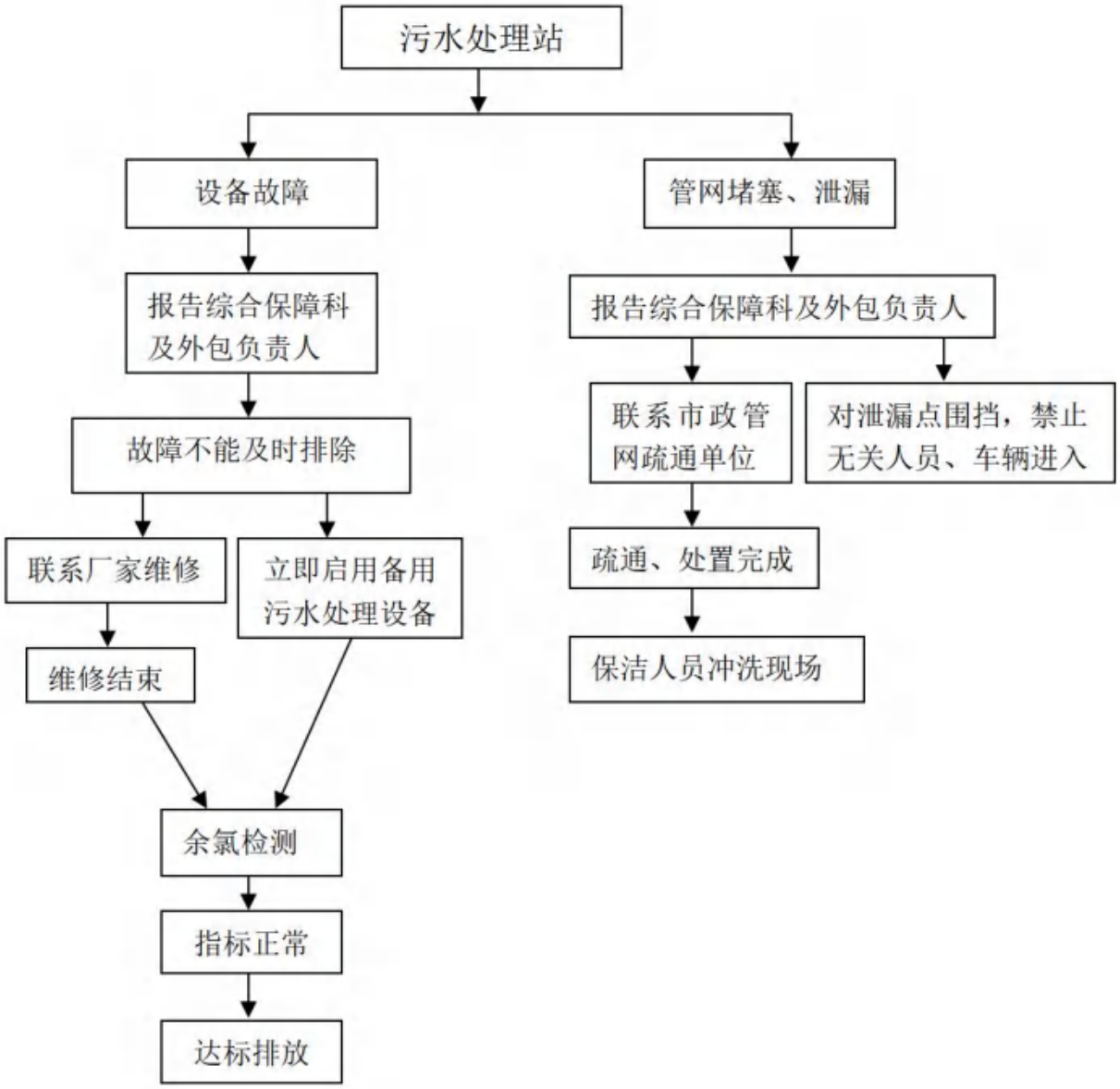
3、组员立即前往现场对泄漏地点周围做好围挡工作，防止人员及车辆进入泄漏地点影响处置工作。

4、当疏通或处置工作完成后，联系保洁人员对现场进行冲洗工作。

四、应急演练

污水处理站每年至少进行一次应急预案演练，由外包负责人及综合保障科负责演练，做好演练记录及演练总结分析。

污水处理应急流程图


污水处理站
设备故障
管网堵塞、泄漏
报告综合保障科及外包负责人
报告综合保障科及外包负责人
故障不能及时排除
联系市政管网疏通单位
对泄漏点围挡，禁止无关人员、车辆进入
联系厂家维修
立即启用备用污水处理设备
疏通、处置完成
维修结束
保洁人员冲洗现场
余氯检测
指标正常
达标排放

29.医院地震应急预案

地震灾害是人类不可抗拒的自然灾害之一，其突发性强，破坏性大，对国家和人民生命财产构成了巨大威胁。为预防破坏性地震引发的灾害，确保医院防震应急工作高效有序地进行，最大限度的减轻地震给医院造成的损失，保证医院正常医疗。根据《中华人民共和国防震减灾法》、《地震应急预案管理暂行办法》，结合我院情况特制定本预案。

一、防震抗灾领导小组

总 指 挥：卢　峰

副总指挥：祝浩刚　储旭东　徐太静　顾晓红

组　　员：各科室主任

主要职责：

1、统一领导，健全组织，强化工作职责，加强对破坏性地震及防震减灾工作的研究，完善各项应急预案的制定和各项措施的落实。

2、充分利用各种渠道进行地震灾害知识的宣传教育，组织、指导医院防震抗震知识的普及教育，广泛开展地震灾害中的自救和互救训练，不断提高广大医务医务人员防震抗震的意识和基本技能。

3、认真做好各项物资保障，严格按预案要求积极筹储，落实饮食饮水、防冻防雨、医疗器械、抢险设备等物资落实，强化管理，使之始终保持良好状态。

4、破坏性地震发生后，采取一切必要手段，组织各方面力量全面进行抗震减灾工作，把地震灾害造成的损失降到最低点。

5、调动一切积极因素，迅速恢复正常医疗秩序，全面保证和促进社会安全稳定。

二、机构分工及职责

(一)宣传及通讯、信息保障组：

组　长：徐太静

副组长：郑龙蛟 李相宗

组　员：办公室、信息科

职责：

1、使用广播、闭路电视、黑板报、院刊、学报等多种形式宣传党中央的方针政策和省、市政府的政策、法规、法纪，宣传抗震防灾知识，平息地震谣传，稳定和维护医院正常秩序等工作。

2、保证院抗震防灾总指挥部、总指挥、副总指挥、办公室和各应急和小组之问的通讯联

系，保证指挥部与市抗震防灾部门的通讯、信息畅通，并专设与市电话专线，禁止任何人占用。

（二）救灾保卫组：

组　长：祝浩刚

副组长：朱启贯　陈剑波

人员构成：综合保障科　保卫科

职责：

1、组织医务人员指导患者及其家属按照疏散路线转移到安全地带。

2、维护治安，严防各种破坏活动，做好重点要害部门安全保卫工作。

3、组织抢救被埋压人员。

4、组织抢修主要设施，尽快恢复正常医疗秩序。

（三）医疗救护与卫生防疫组：

组　长：储旭东　顾晓红

副组长：郑　雄　严文杰 任凌燕　王春凤　张玉芳　石　慧

人员构成：临床医师、护理人员

职责：

1、准备充足的药品、器械和设备。

2、根据领导小组命令，立即进行现场救护和院前急救，并接受上级领导调派前往灾区进行现场救护，同时做好现场救护小组的轮换准备。

3、疏散完成集结后，立即了解情况，根据灾情情况，部署救护力量，妥善处置住院病人和灾情所致病同时做好现场救护小组的轮换准备。

4、制定切实的医疗救护与防疫方案，做好医疗器械和药品的应急准备；震后组织现场救护、安置伤员。

5、灾情发生后做好传染病防治工作，防止和控制疫情的发生、蔓延，加强水源管理。

三、疏散方案

1、各科室科主任、护士长负责指挥医务人员组织患者及其家属疏散，不得擅离岗位，要有秩序地将人员带到安全地方；医技科室和门诊部由相关负责人组织科室人员帮助疏散就诊病人。

2、地震时，做到不要惊慌，先采取就近避险，可选择桌下、床下、大橱柜旁、坚实的墙边或洗手间，蹲下并护住头部。

3、强震波一过即按疏散线路撤离，下楼时尽量成一路纵队，留一定的楼道，便于楼上人

员撤离，以避免碰撞、拥挤、踩伤。

四、应急响应

接到上级政府关于地震预报或发生地震后，全院进入应急响应。

1、医院防震抗灾领导小组立即召开紧急会议，研究部署应急措施，依法发布有关信息和警报，并及时向各组传达地震预报意见，并按应急预案落实各项防范措施，准备防灾、消防器材。

2、宣传组利用宣传工具，立即开展应急宣传，要特别注意防止和果断平息地震谣传、误传事件，确保医院工作秩序稳定。

3、组织有关人员对所属建筑进行全面检查，封堵、关闭危险场所，停止各项室内大型活动。

4、加强对易燃易爆物品、有毒有害物品的管理，加强对锅炉、供电输电、机房机库等重要设备、场所的防护，保证防震减灾顺利进行。

5、加强各类值班值勤，保持通讯畅通，及时掌握基层情况，全力维护正常医疗工作和生活秩序。

6、对现有住院病人进行评估，对重症病人提前进行转移或转院。

五、震后应急对策

1、地震发生后，防震抗灾领导小组成员立即进入指挥一线，了解震情和灾情，启动抗震救灾指挥系统。

2、各工作小组立即进入各自岗位，启动应急方案，完成各自任务。

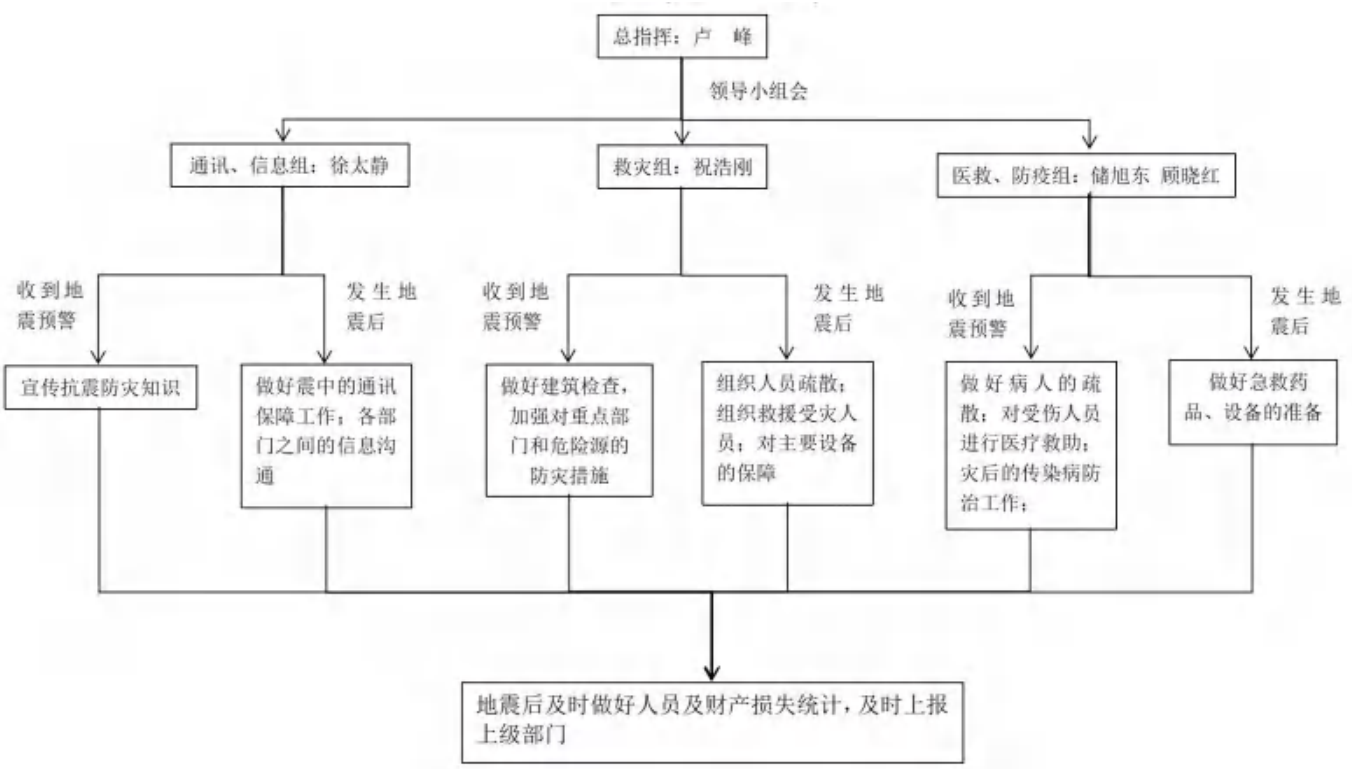
3、地震发生后办公室人员及时上向上级行政部门报告灾情。

4、组织全院医务人员和患者及家属迅速开展自救和互救。

六、灾后统计

地震后及时做好人员及财产损失统计，及时上报上级部门。

医院地震应急流程图


总指挥：卢 峰
领导小组会
通讯、信息组：徐太静
救灾组：祝浩刚
医救、防疫组：储旭东 顾晓红
收到地震预警
发生地震后
收到地震预警
发生地震后
收到地震预警
发生地震后
宣传抗震防灾知识
做好震中的通讯保障工作；各部门之间的信息沟通
做好建筑检查，加强对重点部门和危险源的防灾措施
组织人员疏散；组织救援受灾人员；对主要设备的保障
做好病人的疏散；对受伤人员进行医疗救助；灾后的传染病防治工作；
做好急救药品、设备的准备
地震后及时做好人员及财产损失统计，及时上报上级部门

第二部分 患者服务

十七、药事管理制度

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-001	文件名称	药事管理与药物治疗学委员会章程	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2023.04.19

药事管理与药物治疗学委员会章程

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国药品管理法》和《医疗机构药事管理规定》等药政法规和管理条例的有关规定，医院成立药事管理与药物治疗学委员会。为规范药事管理与药物治疗学委员会的各项管理制度，特制订本章程。

第二条 药事管理与药物治疗学委员会是医院药事管理的监督权力机构，也是对医院药事各项重要事项做出专门决定的专业技术组织。应在院长及分管院长的领导下开展工作，日常工作由药剂科负责。

第二章 组织结构和运行机制

第三条 组织机构

1.设立主任委员 1 名，由院长担任。

2.设副主任委员 3 名，由分管院长、医务科长、药剂科主任担任。

3.设委员若干人，由具有高级及以上技术职务任职资格的药学、临床医学、医院感染管理和医疗行政管理方面的专家组成。

4.设秘书 1 名，由药剂科副主任担任。

5.药剂科负责药事管理与药物治疗学委员会的日常工作。

6.药事管理与药物治疗学委员会下设“药品质量监督领导小组”、“药品采购管理领导小组”、“药品不良反应/事件监测领导小组”、“合理用药监督领导小组”、“处方点评专家组”、“特殊药品管理领导小组”、“抗菌药物临床应用管理工作组”、“抗肿瘤药物临床应用管理工作组”“国家基本药物临床应用工作组”、“儿童用药工作组”、“临床药师制工作领导小组”11 个工作组。工作组设组长 1 名，组员若干名。组长一般由药事管理与药物治疗学委员会委员担任。

第四条 工作制度

1.主任委员负责召集委员会会议研究医院药事管理的有关问题，必要时可邀请院内外有关专家参加。

2.药事管理与药物治疗学委员会每季度召开一次会议，总结和检查、安排下阶段工作，审核新药。

3.药事管理与药物治疗学委员会会议应在有2/3以上委员出席的情况下召开。遇特殊情况可由3名以上委员提议，主任委员同意召开临时会议。

4.药事管理与药物治疗学委员会会议的决议经实到委员人数的1/2以上同意后方可通过、颁行。

5.药剂科是药事管理与药物治疗学委员会的执行机构，负责落实药事管理与药物治疗学委员会的决议。

6.药剂科是药事管理与药物治疗学委员会的常设机构。在药事管理与药物治疗学委员会闭会期间，药剂科可以在其权限范围内，履行其药事管理职能，做出临时性决定。在此期间遇不能自行处理的事项，应及时向主任或副主任请示，或依据本条第三款的规定提议召开临时会议。药剂科的所有临时性决定均应在下次药事委员会会议上进行通报，并经会议通过方可成为正式决议。

7.药事管理与药物治疗学委员会秘书协助主任委员收集议案，准备会议议题、资料和文件，负责做会议记录，整理记录，编制会议纪要，并向全体委员通报。秘书应负责建立包括各种原始记录、凭证在内的药事管理与药物治疗学委员会会议档案，整理、保存药事管理与药物治疗学委员会的文件和档案。

第五条　药事管理与药物治疗学委员会向医院负责，有责任向医院报告工作情况。

第六条　每年组织召开药品质量监督和药品不良反应监察研讨会各1次，总结交流经验，学习、培训药品监督和药品不良反应监察的知识及技能，同时定期对临床进行合理用药监察，对不合理用药予以评价。

第七条 药事管理与药物治疗学委员会委员的产生

药事委员会委员的产生：药事委员会的委员实行兼职聘任制。应由院长或主管业务的副院长提名，院长办公会通过批准。一般聘用期为三年，可连选连任。特殊情况可由药事委员会的主任委员提名按上述程序做出调整。

第三章　职责

第八条　药事管理与药物治疗学委员会的职责

1.贯彻执行医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章。审核制定本机构药事管理和药学工作规章制度，并监督实施；

2.制定本机构药品处方集和基本用药供应目录；

3.推动药物治疗相关临床诊疗指南和药物临床应用指导原则的制定与实施，监测、评估本机构药物使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理用药；

4.分析、评估用药风险和药品不良反应、药品损害事件，并提供咨询与指导；

5.建立药品遴选制度，审核本机构临床科室申请的新购入药品、调整药品品种或者供应企业等事宜；

6.监督、指导麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品的临床使用与规范化管理；

7.对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识教育培训；向公众宣传安全用药知识。

第九条　各工作组职责

1.药品质量监督领导小组：协助药事管理与药物治疗学委员会，对全院使用的药品、自制制剂等进行质量监督、检查，处理涉及药品质量、工作质量的严重事件。

2.药品采购管理领导小组：协助药事管理与药物治疗学委员会，制订药品的采购品 种、供货渠道、价格等规定。严格执行药品招标采购制度，督查药品采购各环节的管理。

3.药品不良反应/事件监测领导小组：协助药事管理与药物治疗学委员会，制定药品不良反应与药害事件监测报告与警戒制度并组织实施。对全院用药中发生的药品不良反应， 进行监测、登记，按规定上报至国家药品不良反应监测中心。督查医院药品不良反应监测管理工作。

4.合理用药监督领导小组：协助药事管理与药物治疗学委员会，对临床合理用药进行指导，制定合理用药指导原则，运用药物经济学理论和方法监督、检查、分析药品使用，防止药品滥用和不合理使用。

5.处方点评专家组：为处方点评工作提供专业技术咨询。根据处方点评结果，对医院在药事管理、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。

6.特殊药品管理领导小组：协助药事管理与药物治疗学委员会，对全院特殊药品的购进、保管、使用、管理、培训等环节进行监督、检查，持续改进。

7.抗菌药物临床应用管理工作组：协助药事管理与药物治疗学委员会，制定抗菌药物管理制度并组织实施。对抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估、上报监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。组织抗菌药物合理应用培训和临床抗菌药物合理应用检查、考核管理工作。

8.抗肿瘤药物临床应用管理工作组：协助药事管理与药物治疗学委员会，负责肿瘤治疗药物及肿瘤辅助用药品种遴选，组织实施对临床肿瘤治疗药物及肿瘤辅助用药安全性、合理性监测，督促临床规范、合理使用肿瘤治疗药物及肿瘤辅助用药。

9.国家基本药物临床应用工作组：协助药事管理与药物治疗学委员会，制定医院基本药物配备使用管理制度，开展基本药物管理考核工作，督促临床优先使用基本药物。

10.儿童用药工作组：制定儿童临床用药相关管理制度并组织实施。对儿童药品使用情况进行监测，定期分析。组织开展儿童用药指南、指导原则、技术规范等培训及临床合理用药宣传。组织对本院儿童临床用药管理情况进行督查，提出干预和改进措施，持续改进。

11.临床药师制工作领导小组：制定临床药师培养计划，制定临床药师制相关管理制度与操作流程，规范工作记录；组织开展合理用药培训与科普宣传；加强全院用药动态监测，监督指导临床合理用药，提出干预和改进措施，持续改进。

第四章　委员的权利与义务

第十条　委员的权利

1.按有关法律和规定，独立履行职责并对药事管理与药物治疗学委员会负责，不受任何单位和个人的干涉。

2.对医院药事管理问题进行评议，提出意见和建议。

3.对医院各科用药进行监督检查。

4.提出会议议案。

5.参加药事管理与药物治疗学委员会会议，发表意见，参与讨论和表决。因故不能参加会议的，可以采取书面形式发表意见，参加表决。

6.在药事管理与药物治疗学委员会闭会期间，监督药剂科的药事管理工作。

第十一条　委员的义务

1.应按时参加会议，并本着认真负责和科学公正的态度参与议题的讨论和决议的表决。

2.对药事管理与药物治疗学委员会的有关议题和决议应保守秘密，特别是对新药申购计划的讨论情况、审评意见及其他有关情况须予保密。

3.若委员与药事管理与药物治疗学委员会讨论的议题有直接利害关系，该委员应主动向主任委员申明并在评议表决时回避。

4.委员不得接受与新药申请有关的单位和个人的馈赠，不得私下与新药生产、供货单位、人员进行可能影响到公务的接触。

5.委员有义务向药事管理与药物治疗学委员会举报任何单位和个人不公正、不廉洁行为。

6.收集药事管理信息，征集有关意见和建议，经过整理后提交给药事管理与药物治疗学

委员会参考。

7.学习有关法规和知识，参加有关培训，不断提高药事管理水平和能力。

8.委员应积极宣传并带头落实药事管理与药物治疗学委员会各项决议。

第五章　　附则

第十二条 本章程用语的含义

1.医院药事管理是指医疗机构以病人为中心，以临床药学为基础，对临床用药全过程进行有效的组织实施与管理，促进临床科学、合理用药的药学技术服务和相关的药品管理工作。

2.新药是指本院未使用过的药品。本院已使用过的药品改变给药途径、剂型，因各种不良事件停用 1 年以上的药品亦按新药管理。

3.药品不良反应是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的或意外的有害反应。

第十三条　本章程由医院药事管理与药物治疗学委员会负责解释。

第十四条　国家相关的药政法律法规、条例变化时，由药剂科负责起草修改草案和修改说明，并报请医院药事管理与药物治疗学委员会审核批准。

第十五条　本章程由药事管理与药物治疗学委员会讨论通过，并从通过之日起执行。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-002	文件名称	药品质量监督管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.07.01

药品质量监督管理制度

为加强医院药品质量监督管理，安全、有效、合理使用药品，根据《中华人民共和国药品管理法》《医疗机构药品监督管理办法》以及《麻醉药品和精神药品管理条例》等法律法规的规定，制定本制度。

一、医院药品质量监督管理工作是医院医疗质量管理体系的重要组成部分，是保证医院用药安全、有效的基础。

二、医院药品质量监督管理体系由医院药品质量监督领导小组——药剂科质量与安全管理小组——负有质量责任的各岗位工作人员三级组成。

三、医院药事管理与药物治疗学委员会主管医院药品质量的监督管理工作；医院药品质量监督管理领导小组负责全院药品质量监督管理的日常工作。

四、药剂科必须从具有相应药品生产、经营资格的合法企业购进药品。购进药品，应当先行验明、核实供货单位的药品生产许可证、药品经营许可证、营业执照、授权委托书，以及所购药品的批准文件等有效证明文件。对首次购进药品，应妥善保存加盖供货单位原印章的上述材料的复印件。中药饮片应从合法的供应单位购进，严禁从中药材市场或其他集贸市场购进中药饮片。严格按照规定范围使用临床试验用药品，不得销售。

五、购进药品时应索取合法票据(税票及详细清单)并留存，清单上必须载明供货单位名称、药品通用名称、生产厂商、批号、数量、价格等内容。建立药品质量跟踪管理制度，以保证能快速、准确地进行质量跟踪。

六、应当设置相应的专用储存场所和设施存放药品。急诊室、病区护士单元等场所临时储存药品的，应当配备符合药品储存条件的专柜。有特殊储存要求的，应当配备相应设备。

七、储存药品时应当按照药品属性和类别分库、分区、分垛存放，并实行色标管理。药品与非药品分开存放；中药材、中药饮片、化学药品、中成药分别储存、分类存放；过期、变质、被污染等药品应当放置在不合格区；麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品、易制毒化学品以及易燃、易爆、强腐蚀等危险性药品应按相关规定存放，并采取必要的安全措施。

八、按照药品说明书标明的储存条件储存药品。药品说明书要求冷藏储存的药品应当使用冷藏设施设备储存，验收、养护时应当查验是否符合相应条件并做好记录。凡属冷藏储存的药品一经发出概不得退换。

九、制定和执行药品储存、养护管理制度，并采取必要的控温、防潮、避光、通风、防火、防虫、防鼠、防污染等措施，保证药品质量。

十、配备药品养护人员，定期对储存药品进行检查与养护，监测和记录储存区域的温湿度，维护储存设施设备，并建立相应的养护档案。建立效期药品管理制度。药品发放应当遵循“先进先出”“近效期先出”的原则。

十一、用于调配药品的工具、设施、包装用品以及调配药品的区域，应当符合卫生要求及相应的调配要求。计量用具定期检测。

十二、需要对原最小包装的药品拆零调配的，应当做好拆零记录。拆零药品的包装袋上必须标明药品通用名称、规格、用法、用量、批号、医疗机构名称等内容。有其他特殊要求的，应当书面说明。

十三、不得使用假药、劣药。发现假药、劣药的，应当立即停止使用，及时向所在地食品药品监督管理部门报告。发现质量可疑的药品，应当暂停使用，及时向所在地食品药品监督管理部门报告。在食品药品监督管理部门作出处理前，不得将上述药品销售、销毁、退回

企业。

十四、积极配合食品药品监督管理部门依法对药品质量进行监督检查，如实提供与被检查事项有关的物品和记录、凭证以及医学文书等资料，不得阻碍或拒绝接受监督检查。

十五、药剂科设立专门的机构或指定专人负责本单位药品质量管理，建立健全并执行药品质量管理制度，对其药品质量负责。

十六、每年组织直接接触药品人员进行健康检查，并建立健康档案。发现患有精神病、传染病以及其他可能污染药品疾病的人员，应调离直接接触药品的岗位。

十七、发生严重的药品不良反应或者药品质量安全事故时，应及时向医院药事管理和药物治疗学委员会下设的药品不良反应监测领导小组汇报，由工作组上报市级药品不良反应监测中心，同时根据有关应急预案的规定，及时进行处置。

十八、未按照规定储存，养护药品，或不按要求储存麻醉药品和精神药品的部门和个人，由医院药品质量监督管理领导小组责令其改正。逾期不改的，由医务科扣除质量考核分并院内通报。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-003	文件名称	药品遴选制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 5 次）	制定时间	2015.02.01	修订时间	2023.12.05

药品遴选制度

为确保新药遴选有序、合理进行，根据《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《医疗机构药品集中采购工作规范》，结合本院实际，制定本制度。

一、遴选原则

（一）入选药品应具备安全、有效、经济、适宜的原则，遵循“一品两规”的要求，且该药在江苏省药品集中采购目录中。

（二）参考《国家基本药物目录》，保证临床使用基本药物的比例。

（三）国家谈判药品入院审批实施绿色通道，做到“有需必采、应采尽采”。

（四）保证重点专科品种齐全，临床科室基本满足需求的前提。

（五）客观、全面、公正的选择药品。

（六）医院基本用药供应目录每年增减调整药品率≤±5%。

二、遴选药品范围

（一）增加新的适应症的化学药品，并且新增适应症无替代药品。

（二）按照合理用药原则（如序贯疗法等）补充剂型、规格的不足。

（三）支持我院专科建设，开展新项目、提高治疗手段及重视药品的安全性所必须的药品。

（四）配合医改及降低药品收入比例的低价格的药品。

（五）医保目录内的药品、国家谈判药品、双通道管理药品。

（六）国家基本药物目录内的药品。

（七）集采药品。

三、程序与方法

（一）申请程序

1. 申请由具有高级职称的临床专科医师提出，填写新药采购审批表，并提供首营药品资料，每个专科每季度限一个品种；递交国家谈判药双通道药品时应同时剔除专科替换或淘汰的同类品种，交临床专科主任（限正主任）初审并签字后，递交药剂科。

2.专科用新药申请必须由相对应的专科医生提出，不得跨科室申请。

3.被否决的新药申请，须隔 6 个月后方可再次提出申请。

4.对于曾经停用的药品，需要恢复使用需按照新药申请程序重新论证。

5.新药采购申请表提交药剂科确认填写无误、内容完整后，药剂科根据化学药品与生物制品的药品临床应用评价标准及中成药的药品临床应用评价标准对新增药品进行遴选评价。评价总分为 100 分，评价分数 60 分以上建议为推荐。

6.药剂科对新增药品遴选评价结束后，将评价结果汇总后上报药事会主任（或者副主任）委员审核，最终结果提交医院药事管理与药物治疗学委员会讨论决定。

（二）审议程序

1.选择评审专家：

（1）医院成立新药讨论专家库，由临床副高职称以上的医师组成。每次讨论随机抽取参加会议的专家库成员。

（2）药事管理与药物治疗学委员会成员。

2.新药评审每季度组织一次。新药讨论与药事会议可以分开时间组织讨论。特殊情况可以组织临时新药评审会。

3.评审专家必须以公平、公正和对医院、病人极端负责的态度，对申请的新增药品做出选择。

4.采用实名投票方式表决，在监察科监督下对投票结果进行统计，得票总数超过总投票人数 1/2 的新增药品，报药事管理与药物治疗学委员会主任委员再次审核后，归入本院基本用药供应目录，准许药品在全院范围内使用。

5.经药事管理与药物治疗学委员会同意批准的新药，由药库采购入库，输入电脑，保证临床使用。

6.药事管理与药物治疗学委员会对批准购入的新药，药剂科编写新药讯息，临床各使用部门应加强新药使用的监测。

四、有下列行为之一的，经医院药事管理与药物治疗学委员会讨论通过，可停止该药品在我院的临床使用。

（一）发现该药品在临床使用过程中，出现疗效不确切或有严重不良反应的。根据我院《药品不良反应预警机制》，药品不良反应达到Ⅲ级干预，可暂停使用，Ⅳ级干预可停止使用。

（二）发现该药品在临床使用过程中，有商业贿赂行为的，经查证属实的，按照我院《药品用量动态监测和超常预警、干预机制》处理。

（三）该药品连续 3 个月无销售或销售极少，专科特殊需要的除外。

（四）该药品经营企业已告知不再准备继续销售的。

（五） 有其他行为不适宜在本院临床继续使用的药品。

五、关于医院用药目录的制定和修改

医院用药目录由药剂科拟定，提交药事管理与药物治疗学委员会讨论确定。常规情况下，每 2 年修订 1 次；特殊情况时，根据需要及时修订。医院用药目录修订时，药剂科应筛选出临床已经不用或基本不用的药品和一些疗效差、剂型落后的药品，提交药事管理与药物治疗学委员会讨论确认，将这些淘汰药品退出医院用药目录。

注：

1.替代同类产品的说明：（1）通用名一致；（2）适应症相同；（3）药理作用类似。

2.已有“一品两规”的申请视为无效申请，将不进行论证讨论。

3.抗菌药物不在申请讨论范围内。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-004	文件名称	处方管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2007.06.01	修订时间	2016.02.01

处方管理制度

为加强处方开具、调剂、使用、保存的规范化管理，提高处方质量，促进合理用药，保障患者用药安全。根据《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《处方管理办法》和《医疗机构处方审核规范》，结合本院实际，制定本制度。

一、临床科室医师和药剂科药师应严格执行《处方管理办法》和医院处方管理的有关规定。

二、在本院注册的执业医师经医务科审核后给予处方权。医务科审核、批准有处方权的医师在药剂科各药房签名留样备案，供各药房调配人员备查。调离时要及时撤消其留样。

三、试用期医师开具处方应经有处方权的医师审核并签名后方有效。进修医师由医务科对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

四、医师不得超诊疗范围和为本人开具处方。

五、医院按照有关规定，对本机构执业医师和药师进行麻醉药品和第一类精神药品、抗菌药物、抗肿瘤药物使用知识和规范化管理的培训，经考核合格授予相应的处方权和调剂权。

六、处方应按普通处方、麻醉药品处方、精神药品处方（精一、精二）、儿科处方、急诊处方分类使用。处方还包括病区用药医嘱单。

七、超剂量处方，医师必须在超剂量的位置重签字、盖章或经医务科批准。

八、取得药学专业技术资格的人员方可从事处方调剂工作。药师签名或者专用签章式样在药剂科留样备查。具有药师以上技术职称的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导。药士从事处方调配工作。

九、调配发出的处方或电子纸质处方应由配药人员和核对人员双签字。

十、有配伍禁忌和严重不良相互作用的处方不得调配。

十一、不合格处方药剂人员有权拒绝调配。

十二、处方应按日逐日装订。麻醉处方、精神处方应进行专册登记，加强管理。

十三、处方应按时间顺序完好保存，普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为 1 年；医疗用毒性处方、第二类精神药品处方保存期限为 2 年；麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为 3 年。到期销毁报药剂科主任、分管院长批准，登记备案后方可销毁。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-005	文件名称	处方管理办法实施细则	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2007.06.01	修订时间	2016.02.01

处方管理办法实施细则

为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全。根据《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》和《医疗机构处方审核规范》，结合本院实际，制定本制度。

一、本办法所称处方，是指由注册的执业医师和执业助理医师（以下简称医师）在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员（以下简称药师）审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

二、医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则。

处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。

三、处方管理的一般规定

（一）处方由医院按照规定的标准和格式印制。

（二）处方书写应当符合下列规则：

1.患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

2.每张处方限于一名患者的用药。

3.字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。

4.药品名称应使用药品通用名，医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号。书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

5.患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时要注明体重。

6.西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方，中药饮片应当单独开具处方。

7.开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过 5 种药。

8.中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。

9.药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

10.除特殊情况外，应当注明临床诊断。

11.开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

12.处方医师的签名式样和专用签章应当与药剂科留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

（三）药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克（g）、毫克（mg）、微克（μg）、纳克（ng）为单位；容量以升（L）、毫升（ml）为单位；国际单位（IU）、单位(U)；中药饮片以克（g）为单位。片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

四、处方权的获得

（一）医务科根据相关法律法规对临床医师的药品处方权进行认定、备案，并将本人签名式样在各药房留样后，方可开具处方。

（二）医院按照有关规定，对本机构执业医师进行麻醉药品和第一类精神药品、抗菌药物、抗肿瘤药物使用知识和规范化管理的培训，经考核合格授予相应的处方权。医师不得为自己开具该类药品处方。

（三）试用期人员开具处方，应当经本院有处方权的执业医师审核、并签名后方有效。

（四）凡具有执业医师资格的进修人员的药品处方权及有效期限由医务科认定后授予相应的处方权。

（五）通过本院医务科培训并考核合格的执业医师均具有第二类精神药品处方权。

（六）医师经抗菌药物使用知识和规范化管理的培训并考核合格后，由医务科授予相应级别的抗菌药物处方权。初级职称医师授予非限制级使用抗菌药物处方权；具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，授予限制使用级抗菌药物处方权；具有高级专业技术职务任职资格的医师，授予特殊使用级抗菌药物处方权。

五、处方的开具

（一）医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

（二）医院根据本机构性质、功能、任务，制定药品处方集。

（三）医院按照药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种，处方组成类同的复方制剂 1～2 种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。

（四）医师开具处方应当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。

（五）处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过 3 天。

（六）处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按照国家有关规定执行。

（七）医师应当按照麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

（八）门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。病历中应当留存下列材料复印件：

1.二级以上医院开具的诊断证明；

2.患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；

3.为患者代办人员身份证明文件。

4.除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

（九）为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 15 日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

（十）为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

（十一）为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。

（十二）对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。

（十三）医疗机构应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症患者

和中、重度慢性疼痛患者，每 3 个月复诊或者随诊一次。

（十四）医师利用计算机开具、传递精神、麻醉处方时，应当同时打印电子处方；药师核发药品时，核对无误后发给药品，并将电子打印处方收存备查。

六、处方的调剂

（一）取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

（二）药师在执业的医疗机构取得处方调剂资格。药师签名式样应当在本院药剂科留样备查。

（三）具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

（四）药师应当凭医师处方调剂处方药品，非经医师处方不得调剂。

（五）药师应当按照操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

（六）药师应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。

（七）药师应当对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

1. 规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；

2. 处方用药与临床诊断的相符性；

3. 剂量、用法的正确性；

4. 选用剂型与给药途径的合理性；

5. 是否有重复给药现象；

6. 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；

7. 其它用药不适宜情况。

（八）药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请其确认或者重新开具处方。

药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并应当记录，按照有关规定报告。

（九）药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

（十）药师在完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用签章。

（十一）药师应当对麻醉药品和第一类精神药品处方，按年月日逐日编制顺序号。

（十二）药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

七、监督管理

（一）医院应当加强对本机构处方开具、调剂和保管的管理。

（二）医院应当建立处方点评制度，填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。

（三）医院应当对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

（四）医师出现下列情形之一的，处方权由其所在医疗机构予以取消：

1. 被责令暂停执业；

2. 考核不合格离岗培训期间；

3. 被注销、吊销执业证书；

4. 不按照规定开具处方，造成严重后果的；

5. 不按照规定使用药品，造成严重后果的；

6. 因开具处方牟取私利。

（五）未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

（六）除治疗需要外，医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

（七）未取得药学专业技术职务任职资格的人员不得从事处方调剂工作。

（八）处方应妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为 1 年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为 2 年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为 3 年。处方保存期满后，经医院主要负责人批准、登记备案，方可销毁。

（九）医院应当根据麻醉药品和精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为 3 年。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-006	文件名称	处方点评管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2010.02.20	修订时间	2019.11.05

处方点评管理制度

为规范医院处方点评工作，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全。根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则》、《医院处方点评管理规范（试行）》，结合本院实际，制定本制度。

一、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（用药适应症、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。

二、处方点评工作在医院药事管理与药物治疗学委员会、医疗质量管理委员会领导下，由医务科、药剂科共同组织实施。

三、医院药事管理与药物治疗学委员会下设由医院药学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成的处方点评专家组，为处方点评工作提供专业技术咨询。

四、药剂科成立处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作，定期公布处方点评结果，通报不合理处方。

五、医务科根据处方点评结果和《医院处方点评实施细则》落实考核事项。

六、药剂科会同医务科根据处方点评结果，对医院在药事管理、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、医疗质量管理委员会报告，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。

七、药事管理与药物治疗学委员会、医疗质量管理委员会根据药剂科、医务科提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施。

八、医务科督促临床医生执行处方管理的相关制度，落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。

九、药剂科会同医务科，确定具体抽样方法和抽样率，其中门急诊处方的抽样率不应少于总处方量的 1‰，且每月点评处方绝对数不应少于 100 张；病区医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不应少于 1%，且每月点评出院病历不少于 30 份。

十、医院逐步建立健全专项处方点评制度，对特定的药物或特定疾病的药物（如国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、重点监控合理用药药品、激素

等临床使用及超说明书用药、抗肿瘤药物和围手术期用药等）使用情况选择性地进行处方点评。

十一、处方点评工作坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录，并通报临床科室和当事人。

十二、处方点评结果分为合理处方和不合理处方。

十三、不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方和超常处方。

十四、医院将处方点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标。医院应当对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-007	文件名称	处方点评实施细则	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2010.02.10	修订时间	2019.08.01

处方点评实施细则

为规范医院处方点评工作，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全。根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则》、《医院处方点评管理规范（试行）》，结合本院实际，制定本实施细则。

一、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。

二、组织管理

（一）医院在药事管理与药物治疗学委员会下建立由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成的处方点评专家组，为处方点评工作提供专业技术咨询。

职责：

1.认真贯彻执行医政、药政法规，加强医政、药政、行政管理的学习，重视医药护人员医德医风建设。

2.每月对我院药剂科处方点评小组的点评结果进行检查和复核，发现问题，并提出指导性意见。

3.向药事管理与药物治疗学委员会提供工作报告、点评建议和相关材料。

4.以专业知识对点评工作组提供专业技术咨询与指导。

5.开展相关培训、讲座，从专业知识角度协助提高我院处方管理水平。

（二）药剂科成立处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作。处方点评工作小组成员应当具备以下条件：

1.具有较丰富的临床用药经验和合理用药知识；

2.具备相应的专业技术任职资格：处方点评工作小组成员应当由临床药师或具有中级以上药学专业技术职务任职资格担任。

职责：

1.处方点评工作小组负责处方点评的具体工作；

2.每月对至少100张门急诊处方、30份出院病历进行点评，点评结果进行公示；

3.每月形成处方点评分析报告，报告内容进行公示；

4.及时向处方点评专家组、处方管理领导小组提供我院处方相关信息；

5.开展相关培训，将最新的制度、政策的相关信息及时反馈给临床科室；

6.参加相关培训，努力提高业务水平。

三、处方点评的实施

1.按医院点评相关要求开展各类专项点评工作。

2.处方点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录，并通报临床科室。

3.处方点评小组在处方点评工作过程中发现不合理处方，应当及时通知医务科。

4.医院利用信息技术建立处方点评系统。

四、处方点评细则

（一）医师在取得相应的处方权后，根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

（二）处方点评结果分为合理处方和不合理处方。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

（三）判断为不规范处方情况：

1.处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；

（1）前记：包括医疗机构名称、费别、患者姓名、性别、年龄、门诊或住院病历号，科别或病区和床位号、临床诊断、开具日期等。可添加特殊要求的项目：

（2）麻醉药品和第一类精神药品处方还应当包括患者身份证明编号，代办人姓名、身份证明编号。

（3）正文：以 Rp 或 R（拉丁文 Recipe“请取”的缩写）标示，分列药品名称、剂型、

规格、数量、用法用量。划一斜线以示处方完毕；

（4）后记：医师签名或者加盖专用签章，药品金额以及审核、调配，核对、发药药师签名或者加盖专用签章；

（5）书写不规范或者字迹难以辨认：书写位置与格式不对应，字迹经两位经办人不能准确识别。

2.医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；

3.药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；

（1）具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导。在执业的医疗机构取得处方调剂资格的药师签名或者专用签章式样应当在本机构留样备查；

（2）适宜性审核内容包括：①规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；②处方用药与临床诊断的相符性；③剂量、用法的正确性；④选用剂型与给药途径的合理性；⑤是否有重复给药现象；⑥是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；⑦其它用药不适宜情况。⑧处方后记审核等对应项药师签名或签章有缺项。

4.新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；

（1）新生儿、婴幼儿年龄表示：

（2）从出生到 1 个月用日龄表示，如：16 天；

（3）大于 1 个月、小于 12 个月用月龄表示，如：6 个月；

（4）大于 1 岁、小于 3 岁用年龄加月龄表示，如：29 个月表示为 2 岁 5 个月。

（5）体质弱、体重轻的要求写明体重。 根据《儿科学》第七版教材，新生儿期是指出生到生后 28 天；婴儿期是指生后至 1 周岁，包括新生儿期；幼儿期是指 1 岁至 3 岁。

5.西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；

（1）西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方；

（2）中药饮片应单独开具处方。

6.未使用药品规范名称开具处方的；

（1） 药品名称应当使用规范的中文名称书写，即药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称；可以使用由卫生部公布的药品习惯名称。

（2）没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；

（3）拉丁文不再使用，不准使用自行编制的药品中、英文缩写或者代号；

（4）医疗机构制剂的名称必须与批准的名称一致。参照现行法定药品标准或文件执行。

7.药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；

（1）药品剂量与数量用阿拉伯数字书写，剂量应当使用法定剂量单位：①重量以克（g）、毫克（mg）、微克（μg）、纳克（ng）为单位；②容量以升（L）、毫升（ml）为单位；国际单位（IU）、单位(U)；③中药饮片以克（g）为单位。

（2） 各制剂书写单位：①片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；②溶液剂以支、瓶为单位；③ 软膏及乳膏剂以支、盒为单位；④注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；⑤中药饮片以剂为单位。

（3）剂量规格：重量单位以克（g）为单位时，克（g）可以省略，直接写成 0.1、0.5 即可，其它单位必须写明；“ 0.5mg”避免写成“0.5 mg”，小数点后不应出现拖尾的 0（如 5.0 mg）；

（4）包装规格：依药品包装，但不宜写“一瓶、一盒”。

8.用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；

（1）药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句；

（2）用法、用量必须明确、具体，否则药师发药时无法作准确的用药交待，也无法纠正处方可能出现的用法、用量失误，不符合法规要求。

9.处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量未注明原因和再次签名的；

（1）处方如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期；

（2）药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名，尤其是用药剂量差异大时，如肿瘤化疗、激素冲击疗法等。

10.开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；

（1）除特殊情况外，应当注明临床诊断；

（2）临床诊断是指医生给病人检查疾病，并对病人疾病的病因、发病机制做出分类鉴别，以此作为制定治疗方案的方法和途径；

（3）“特殊情况”是指注明临床诊断对个别患者治疗造成不利，或涉及患者隐私的，医疗机构应当遵循安全、有效、经济的合理用药原则，尊重患者对药品使用的知情权和隐私权。

11.单张门急诊处方超过五种药品的；

（1）开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过 5 种药品；

（2）中药饮片不受此限制；

（3）一般门诊处方用药应避免不合理使用大处方；

（4）对少数患有多种疾病，或个别危重患者等特殊情况超过五种者，医师应注明原因，并再次签名。

12.无特殊情况下，门诊处方超过 7 日用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；

（1）慢性病、老年病：一般指需要长期或较长时间服药，期间不需要检测检查，如糖尿病、高血压等十二种慢性病，以不超过 30 日用量为限。十二种慢性病指：糖尿病、高血压（Ⅱ、Ⅲ期）、慢性肝炎（甲肝除外）、恶性肿瘤、冠心病、帕金森氏病、脑中风后遗症（含脑梗塞、脑出血、蛛网膜下腔出血）、慢性支气管炎（含支气管哮喘）、慢性肾炎（含肾功能不全）、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、慢性再生障碍性贫血。

（2）特殊情况如：行动不便患者，肿瘤患者的辅助用药，外地患者当地无此药等，以不超过 30 日用药为限。

（3）原则：必须充分评估病情稳定性及所用药品的适宜性，抗菌药物（抗结核药除外）及特殊管理药品不宜延长处方量。

13.开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的；

（1）考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格；

（2）医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方；

（3）门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》；

（4）病历中应当留存下列材料复印件：①二级以上医院开具的诊断证明；②患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件。

（5）除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用；

（6）为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量；

（7）第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 15 日常用量；

（8）第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由；

（9）为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量；

（10）为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量；

（11）对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。医疗机构应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每 3 个月复诊或者随诊一次；

（12）癌痛患者确需使用吗啡制剂时，可由医师根据病情需要和耐受情况决定其吗啡制剂的使用剂量。

14.医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的；

15.中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

（1）中药处方包括中药饮片处方、中成药（含医疗机构中药制剂，下同）处方，饮片与中成药应当分别单独开具处方；

（2）中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明；

（3）体现辨证论治和配伍原则；

（4）中医诊断，包括病名和证型（病名不明确的可不写病名）；

（5）有配伍禁忌和超剂量使用时，应当在药品上方再次名；

（6）处方用法用量紧随剂数之后，包括每日剂量、采用剂型（水煎煮、酒泡、打粉、制丸、装胶囊等）、每剂分几次服用、用药方法（内服、外用等）、服用要求（温服、凉服、顿服、慢服、饭前服、饭后服、空腹服等）等内容，例如：“每日 1 剂，水煎 400ml，分早晚两次空腹温服”。

五、判断为不适宜处方情况：

（一）适应证不适宜的；

1.适应证是指药物根据其用途，采用准确的表述方式，明确用于预防、治疗、诊断、缓解或者辅助治疗某种疾病或者症状。在制定治疗方案和开具处方时，药物的适应证应与患者病理、病因、病情、临床诊断相符合；

2.处方开具药品的【适应症】/【功能主治】/【作用与用途】与临床诊断或病情不符。

（二）遴选的药品不适宜的；

1.“选用的药品不适宜”是指患者有使用某类药物的指征，但选用的药物相对于老年、儿童、孕妇等特殊人群，以及肝、肾功能不全的某些患者，存有潜在的不良反应或安全隐患等情况；

2.处方开具药品是特殊人群如妊娠期妇女、哺乳期妇女和儿童需要禁忌使用的；

3.老年患者（代谢功能减退的）及肝肾功能不全者；

4.药品选择与患者性别、年龄不符；

5.患者有药物过敏史；

6.患者有药物禁忌的疾病史；

7.处方药品与患者疾病轻重程度不符；

8.药品浓度和溶媒选择不适宜。

（三）药品剂型或给药途径不适宜的；

1.药品剂型不适宜：

2.鼻炎用喷鼻剂开成哮喘用粉吸入剂；

3.妇科用栓剂开成皮肤用软膏剂；

4.滴眼剂开成滴耳剂；

5.鼻饲患者开缓控释制剂。

6.给药途径不适宜：

7.只能静脉注射的药物开成肌内注射；

8.外用药品用法写为口服；

9.肌内注射药品开成静脉注射；

10.注射药物作为外用冲洗药，但给药途径写注射。

（四）无正当理由不首选国家基本药物的；

1.“无正当理由”可理解为缺乏最新的治疗指南推荐、缺乏相应的药物治疗学基础及循证医学证据等情况；

2.基本药物是适应基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品；

3.国家基本药物目录包括两部分：基层医疗卫生机构配备使用部分和其他医疗机构配备使用部分。《药物目录•基层部分》化学药品和生物制品主要依据临床药理学分类；中成药主要依据功能分类；中药饮片不列具体品种，用文字表述。

（五）用法、用量不适宜的；

1.处方开具药品的用法、用量与药品监督管理部门批准的该药品说明书不符；

2.疗程过长或过短；

3.给药次数过多或过少；

4.用药剂量过大或不足；

5.不同适应证用法用量不适宜；

6.手术预防用药时机不适宜；

7.特殊原因需要调整用量而未调整用量的。

（六）联合用药不适宜的；

1.产生拮抗作用的药物联合使用，如散瞳药与治青光眼药；

2.联用后加重药物不良反应的；

3.联用后减弱药物治疗作用的；

4.不需联合用药而采用联合用药的情况；一般而言，联合用药是指同时或一定时间内先后应用两种或两种以上药物。

（七）重复给药的；

1.重复用药的常见情况有：

2.同一种药物重复使用，如：成分相同但商品名或剂型不同的药物合用，单一成分及其含有该成分的复方制剂合用；

3.药理作用相同的药物重复使用，如非甾体抗炎药的联合使用；

4.同类药物，相同作用机制的药物合用。

（八）有配伍禁忌或者不良相互作用的；

1.配伍禁忌是指两种或两种以上药物联合使用时发生的可见或不可见的物理或化学变化，如出现沉淀或变色，导致药物疗效降低；

2.不良相互作用是借助于机体的因素，包括药物的吸收、分布、代谢和排泄相关的酶、转运蛋白，以及受体等因素，导致的药效减弱或毒副作用增强，常以药物不良反应的形式表现出来。常见情况有：

3.药物配伍使用时，能发生浑浊、沉淀、产生气体及变色等外观异常的现象等理化反应的；

4.药品配伍使副作用或毒性增强，引起严重不良反应；

5.药品配伍使治疗作用过度增强，超出了机体所能耐受的能力，也可引起不良反应，乃至危害病人等；

6.药品配伍使治疗作用减弱或药品的稳定性降低。

（九）其它用药不适宜情况的。

六、判断为超常处方情况：

（一）无适应证用药；

1.无适应证用药，即无用药指征而开具处方使用药物的现象，其实质是“滥用药物”；

2.患者疾病无用药需求。

（二）无正当理由开具高价药的；

1.“无正当理由”可理解为缺乏最新的治疗指南推荐、缺乏相应的药物治疗学基础及循证医学证据等情况；

2.处方用药应优先使用国家基本药物；

3.“高价药品”是使用药品的价格相对基本医疗用药而言价格昂贵的药品，特别是药物经济学评价中效益/风险比值差的药品；

4.其它处方药品品种多、数量大情况；

5.人情方和严重用药不当处方。

（三）无正当理由超说明书用药的；

1.超说明书用药是指适应证、给药方法或剂量在国家食品药品管理局（SFDA）批准的药品说明书之外的用法；

2.超说明书用药是临床用药现实情况，应建立专门管理制度，履行管理程序。

（四）无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。

1.同一处方开具药理作用相同的药物，如非甾体抗炎，同类抗菌药物等；

2.不同就诊科室为同一患者开具 2 种以上药理作用相同药物情况。

七、处方点评考核及奖惩制度

（一）药剂科会同医疗管理部门对处方点评小组提交的点评结果进行审核，定期公布处方点评结果，通报不合理处方；根据处方点评结果，对医院在药事管理、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，并向医院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会报告；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。

（二）医院将处方点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，并经内网公示。

（三）对开具不合理处方的医师，采取教育培训、批评等措施，对于开具超常处方 3 次以上且无正当理由的临床医师，对其提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次

以上开具超常处方且无正当理由的，取消其处方权。对患者造成严重损害的，应当按照相关法律、法规、规章给予相应处罚。

（四）药师未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交待或未对不合理处方进行有效干预的，应当采取教育培训、批评等措施；对患者造成严重损害的，应当依法给予相应处罚。

（五）对合理用药突出的科室及个人优先推荐医院先进科室、先进个人及惠山区合理用药标兵。

（六）若发现药品供应商有违反医院规定的行为，则按规定进行相应处理。

八、处方点评约谈制度

（一）医务科、药剂科根据医院《药品用量动态监测和超常预警机制》文件精神，每月对药品使用情况进行规定项目的数据收集、整理，对使用情况进行原因分析，针对无明确原因月度用量超过上月 50%药品的厂家，由药剂科、综合保障科谈话，于次月 15 日前将对违规供应商进行约谈，并做好谈话记录，具体处理意见送医务科汇总后报院长办公会审批。

（二）医务科、药剂科每月对用药情况、药品使用权限执行情况、联合用药情况等进行检查，定期分析不合理用药情况。如发现存在严重不合理用药的，由所在科室主任进行诫勉谈话，予以医生警告，并做好谈话记录，具体处理意见送医务科汇总后报院长办公会审批。

（三）医务科、药剂科、信息科根据药品的监控结果，对药品使用过程中出现异常波动的药品提出处理意见，提交院长办公会审批。对药品使用量连续增长幅度过大、临床又必须使用并且没有同类替代的品种，限制该品种的使用量。

九、点评结果及处理意见公示制度

（一）处方点评结果分为合理处方和不合理处方。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。具体按照《医院处方点评管理规范》执行。

（二）药剂科会同医疗质量管理科对处方点评小组提交的点评结果进行审核，每月通过 OA 公布处方点评结果，通报不合理处方，并将处方点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标；对存在不合理用药行为的医师按规定开展约谈；对存在使用量异常增长的药品，实施限购、暂停采购等干预措施。

（三）临床医师如对处方点评结果存在异议，可提出申诉，填写《医疗质量质控检查申诉表》，由医疗质量管理科组织专家进行复议。

（四）根据处方点评结果，每季度药事管理与药物治疗学委员会会议、医疗质量管理委员会会议分析医院不合理用药情况，提出整改意见；药剂科将不合理用药汇总情况发布在医院《药讯》，公示在 OA，促进处方质量持续改进。

十、处方点评信息数据管理制度

（一）医院处方信息管理的责任主体是信息科，信息科应根据医院有关制度加强信息化建设，及时提供可靠的处方数据，确保点评工作小组规范、准确、便捷地开展工作。

（二）应用现代化信息技术全面加强用药监控，完善工作流程，加强重点、关键环节管理与监督。

（三）利用处方点评信息系统持续提高处方质量，减少不合格处方率，促进临床合理用药。

（四）全面应用信息化手段杜绝统方等违法违纪行为，维持良好的行风廉政工作环境。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-008	文件名称	临床合理用药管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2019.04.01

临床合理用药管理制度

为加强我院药事管理工作，促进我院临床合理用药，保障临床用药的安全性、经济性、有效性，避免和减少药物不良反应与细菌耐药性的产生，全面提高医疗质量，依据《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》等规定制定本制度。

一、 组织架构

（一）医院药事管理与药物治疗学委员会负责全院合理用药监督管理工作，下设合理用药监督领导小组，负责全院合理用药的日常监督管理工作。

（二）合理用药监督领导小组每季召开一次会议，提出本院阶段性合理用药的要求；组织对全院临床药物使用情况进行检查和评价；对药物使用中存在的问题进行分析并及时提出改进措施；并对违规事例、人员进行奖惩。

（三） 各临床科室主任为科室合理用药第一负责人，具体负责制订科室年度合理用药计划，并组织实施，督导管理，及时纠正本科室临床用药中存在的问题。

二、合理用药原则

（一）医师在临床诊疗过程中要严格按照药品说明书、临床诊疗指南等制定合理用药方案，原则上不得超出药品使用说明书范围使用药物。

（二） 确因疾病诊疗需要，需扩展药品说明书使用规定的，应由临床科室提出申请，同时提供权威的循证医学证据，报医务科、药剂科审核，经过药事管理与药物治疗学委员会批准后方能使用，使用前需征得患者同意并签署相关知情同意书。使用过程中应严密观察患者

反应，一旦发现不良反应立即停止使用，并及时处理。因未按照规范扩展药品说明书使用药品引发用药纠纷的，按照纠纷处置相关规定予以处理。

（三） 严格掌握抗菌药物联合应用和预防应用的指征、疗程。对违反抗菌药物管理相关规定，经合理用药监督管理领导小组或抗菌药物临床应用管理领导小组确认为不合理使用的，按医院抗菌药物管理办法执行。

（四） 严格控制门（急）诊处方用量：门诊处方不超过 7 日用量，急诊处方不超过 3 日用量，慢性病口服制剂处方用量可延长到 30 日用量，但医师应当注明理由。医务科、药剂科负责不定期抽查。

（五）优先使用国家基本药物，中西医并重，严格控制药品收入占比，确保国家基本药物、抗菌药物和抗肿瘤药物的使用趋于合理。

三、使用监测

加强药品不良反应监测工作，临床用药中一旦出现明显的不良反应必须报告药剂科并按规定填写“药品不良反应/事件监测表”，发现漏报或隐瞒不报者，按照医院规定处理。

四、监督检查

（一） 实行处方点评和病历点评制度。每月由医务科、门诊部、药剂科会同处方点评工作小组抽查处方和病历，对不合理处方、病历进行汇总、分析、反馈，院内公示。医务科加强医师处方权的日常监管，对开具不合理处方的医师，采取教育培训、批评等措施。对于开具严重不合理处方的医师和科室，经合理用药监督指导小组讨论，按照规定予以处理。

（二）医院应当对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。经医务科组织培训、教育，考核合格后方可解冻处方权，并对医师所在科室进行相应处罚。若对患者造成严重损害的，按照相关法律、法规、规章给予相应处罚。

（三）逐月考核药占比、药耗比，低于医院核定比例的科室，按考核办法予以奖励，反之扣款；对于月度药品比例超标的科室，抽查其当月住院病历或门诊处方，对于存在不合理用药较多的科室，经合理用药监督领导小组讨论，对科室进行停（限）药处理。

（四）实行药品动态监测与超常预警干预制度。监察科每季度对医院使用量、使用金额排名前 10 位的抗菌药物、抗肿瘤药、重点监控药物进行公示；会同药剂科对使用量环比超20%的药品进行分析，对经销商提出警戒，必要时经合理用药监督领导小组讨论决定限量供应或停用部分药品；对单种药品排名前 5 位医生抽查医嘱点评。

（五）每次医疗质量检查或医保检查发现的不合理用药，按相应医疗质量考核办法处理。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-009	文件名称	药物临床应用评价制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2019.10.20

药物临床应用评价制度

为加强处方质量和药物临床应用管理，规范医师处方行为。根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》和《医院处方点评管理规范（试行）》，结合本院实际，制定本制度。

一、药物使用评价（Drug use evaluation，DUE），是依据相关法规、技术规范对处方书写规范性与药物临床使用适宜性进行评价，发现存在或潜在的与用药有关的问题，进行必要的干预和采取适宜的改进措施。

二、医院药事管理与药物治疗学委员会下设处方点评专家组，负责领导医院处方和医嘱点评工作。处方点评专家组负责制定并完善更新处方点评工作制度与实施细则。

三、处方点评的具体工作由医务科、药剂科、院感科、检验科等部门工作人员组织实施。

（一）每月点评至少点评门急诊处方 100 张，住院医嘱 30 份；专项点评包含抗菌药物、国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗肿瘤药物及辅助治疗药物、激素、麻醉镇痛药等的临床使用。

（二）抗菌药物专项点评：每月对 25%的具有抗菌药物处方权的医师所开具的处方和医嘱进行点评。

四、建立药物使用评价标准

处方点评专家组依据各专科诊疗指南、专家共识及相关文献建立药物临床应用评价标准，抗菌药物要建立特殊级抗菌临床应用评价标准。对某一案例用药是否适宜有争议时，应由点评专家组裁定。处方点评结果分为合理处方和不合理处方。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

五、实施动态监测、收集数据点评工作组将处方和医嘱点评数据每季做一次汇总，形成点评报告，OA 网上公示。

六、数据分析，公布点评结果与超常预警

点评专家组根据适时公布点评报告，针对有特殊异常情况进行超常预警。

七、信息反馈、干预、改进

针对点评报告中指出的不合理用药现象，临床科室可以提交书面报告申诉一次。若经过

专家组最终裁决不合理用药属实的，临床科室立即整改。对于不合理用药现象较严重的科室或个人，与绩效挂钩，扣除一定数额的奖金。

八、检查评估干预结果与后续追踪

点评工作组针对不合理用药的科室和个人，一季度后进行回头看，查看有无整改。每年进行一次点评工作小结，汇总全年工作量，指出存在问题，明确来年工作计划与重点。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-010	文件名称	药物临床综合评价标准	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	新增	制定时间	2023.09.12	生效时间	2023.12.13

药物临床综合评价标准

为药品遴选、临床合理使用以及控制不合理费用等提供专业性技术评估支撑，根据《江苏省医疗卫生机构药品遴选与临床应用评价指标体系》（化学药品与生物制品），《医疗机构中成药品种遴选与临床应用评价指标体系构建江苏专家共识》制定药品临床综合评价标准。

一、关于化学药品与生物制品的药品临床应用评价共有 9 项一级指标，20 项二级指标（共 122 分）。关于中成药的药品临床应用评价共有 7 项一级指标，24 项二级指标（130 分）

二、关于化学药品与生物制品的一级指标包括：必要性、安全性、有效性、经济性、 创新性、适宜性、可及性、其他情况、临床应用。关于中成药的一级指标包括： 安全性、有效性、经济性、创新性、适宜性、可及性、临床应用。

三、关于化学药品与生物制品的二级指标包括：必要性、不良反应、同类优势、特殊人群、药物警戒、证据推荐、同通用名、同类药品、创新性、便捷性、储存条件、基本药物、医保、其他、其他情况、供应管理、超说明书、合理用药、费用影响。

四、关于中成药的一级指标包括：药品不良反应的严重程度、处方组成、给药方法、特殊人群用药、上市时间、上市后再评价、组方依据、国家中药保护品种、证据级别/强度、临床使用 情况、同名同方药品的医疗成本评价、成分类似、功效相同药品的医疗成本评价， 无法使用（11）（12） 项评价的其他药品，中药注册分类及申报资料要求类别，中国药典收录情况，使用方法/依从性，药品有效期，国家基本药物目录收录情况，国家医保目录 收录情况，生产企业状况，同行专家推荐，本机构中该药品超说明书使用情况，费用影响分析，供应管理分析。

五、关于化学药品与生物制品的具体一级、二级指标内容以及评价分值

一级指标	二级指标	细则（分值）
1. 必要性（15分）	（1）临床必需性与可替代性（15分，单选）	15分：临床必需，本机构无可替代药品
		11分：临床必需，本机构有可替代但无同类药品
		8分：临床必需，本机构有同类药品
		5分：临床必需，本机构存在同通用名药品
2. 安全性（17分）	（2）不良反应的严重程度及发生率（8分，单选）	8分：说明书及文献中明确描述无严重不良反应
		6分：说明书或文献中描述有严重不良反应，发生率罕见
		4分：说明书或文献中描述有严重不良反应，发生率偶见
		2分：说明书或文献中描述有严重不良反应，发生率常见
	（3）与同类药品相比安全性优势（2分，单选）	2分：影响临床应用的主要不良反应有明显优势
		0分：影响临床应用的主要不良反应无优势
	（4）特殊人群用药情况（5分，多选，分值累加）	1分：婴幼儿可用
		1分：儿童可用
		1分：孕妇可用或哺乳期妇女可用
		1分：重度肝功能异常可用
		1分：重度肾功能异常可用
	（5）药物警戒情况（2分，单选）	2分：无特别用药警示
		0分：有说明书黑框警示或NMPA、FDA、EMA、WHO等相关网站通报警戒
3. 有效性（22 分）	（6）证据推荐情况（22分，单选）	22分：诊疗规范推荐
		20分：指南Ⅰ级（强）推荐
		16分：指南Ⅱ级（中）推荐，或者多中心RCT研究提示比现有治疗方案有明显优势
		13分：指南Ⅲ级（弱推荐）
		7分：专家共识推荐

		3分：以上均无推荐
4. 经济性（10 分）	（7)同通用名药品经济性情况（4分，单选）	4分：日均（或疗程）治疗费用最低（＜Q1）
		3分：日均（或疗程）治疗费用较低（Q1-Q2）
		2分：日均（或疗程）治疗费用较高（Q2-Q3）
		1分：日均（或疗程）治疗费用最高（＞Q3）
	（8)同类药品经济性情况（6分，单选）	6分：日均（或疗程）治疗费用最低（＜Q1）
		5分：日均（或疗程）治疗费用较低（Q1-Q2）
		4分：日均（或疗程）治疗费用较高（Q2-Q3）
		3分：日均（或疗程）治疗费用最高（＞Q3）
5.创新性（8分）	（9）创新性（8分，可多选）	3分：专利药品（化合物专利药品）
		3分：新作用机制或新靶点的创新药
		2分：获国家重大新药创制专项（上市后5年内）
6.适宜性（4分）	（10）使用方法/依从性（2分，单选）	2分：规格、剂型等适宜，使用方便，依从性好
		0分：规格、剂型等适宜欠佳，使用不便，依从性差
	（11）贮藏条件（2分，单选）	2分：无特殊储存要求
		0分：有特殊储存要求
7.可及性（17 分）	（12）国家基本药物收录情况（8分，单选）	8分：在《国家基本药物目录》中
		0分：不在《国家基本药物目录》中
	（13）国家医保目录收录情况（7分，单选）	7分：国家医保甲类，且没有限制条件
		6分：国家医保甲类，有限制条件
		4分：国家医保乙类，且没有限制条件
		3分：国家医保乙类，有限制且自自付比例为20%及以下
		2分：国家医保乙类，有限制且自自付比例为20%及以上
		1分：不在国家医保目录

	（14）特殊用药需求（2分，可多选）	1分：特色专科或重点专科用药需求
		1分：医联体（医共体）用药
8.其他情况（7 分）	（15）其他情况（7分，可多选）	3分：原研（参比）药品或通过一致性评价
		1分：生产企业在工信部医药工业百强榜
		1分：生产企业的信用等级高
		1分：本机构拟开展的与国际接轨的新药物、新方法、新技术需求
		1分：符合本地区医药卫生政策性要求
9.临床应用（22 分）	（16）供应管理方面（5分，可多选）	3分：未出现药品质量问题
		1分：未出现断供情况
		1分：未出现滞销情况
	（17）超说明书方面（5分，单选）	3分：无超说明书使用或经备案的超说明书使用
		2分：若有充分循证证据但未及时备案
		0分：有未经备案的超说明书使用
	（18）合理用药情况（5分，单选）	5分：处方（医嘱）点评中未出现不合理用药的现象
		3分：处方（医嘱）点评中不合理用药情况有持续改善
		0分：处方（医嘱）点评中不合理用药情况无改善或加重
	（19）费用影响分析（5分，单选）	5分：纳入目录后，短期（如1年）内对本机构药品费用支出无明显影响（金额排名100以后）
		4分：纳入目录后，短期（如1年）内对本机构药品费用支出略有影响（金额排名51-100）
		2分：纳入目录后，短期（如1年）内可明显增加本机构药品费用支出（金额排名前11-50）
		0分：纳入目录后，短期（如1年）内可显著增加本机构药品费用支出（金额排名1-10）
	（20）不良反应发生情况（2分，单选）	2分：本医疗机构内未发生新的或严重不良反应

		0分：本医疗机构内发生过新的或严重不良反应

六、关于中成药的具体一级、二级指标内容以及评价分值

一级指标	二级指标	细则（分值）
1.安全性（30分）	（1）药品不良反应的严重程度（10分，单选）	10分：CTCAE1级或暂不明确
		8分：CICAE2级
		6分：CICAE3级
		4分：CICAE4级
		2分：CICAE5级
		-10分：药品因质量可题被NMPA通报或召回，但未引起不良事件
	（2）处方组成（7分，多选，分值累加）	外用药（单选）：
		7分：无毒性中药
		6分：有毒性中药
		非外用药（多选，分值累加）：
		2分：无毒性中药
		2分：无易成瘾中药
		1分：无化学药成分
		1分：无妊娠禁忌中药
		1分：无“十八反”“十九畏”配伍中药
	（3）给药方法（5分，多选，分值累加）	5分：非注射剂型
		注射剂(多选，分值累加)：
		1分：注射剂型
		1分：无需皮试
		1分：给药速度无特殊要求
	（4）特殊人群用药（5分，多选，分值累加）	1分：未成年人可用
		1分：孕妇可用
		0.5分：孕妇慎用

		0分：孕妇禁用、忌用
		1分：哺乳期妇女可用
		0.5分：哺乳期妇女慎用
		0分：哺乳期妇女禁用、忌用
		1分：肝功能异常者可用
		0.5分：肝功能异常者慎用
		0分：肝功能异常者禁用、忌用
		1分：肾功能异常者可用
		0.5分：肾功能异常者慎用
		0分：肾功能异常者禁用、忌用
	（5）上市时间 （1分，单选）	1分：上市时间长于或等于5年
		0分：上市时间短于5年
	（6）上市后再评价 （2分，单选）	2分：进行上市后再评价
		1分：未进行上市后再评价
2. 有效性 （30 分）	（7）组方依据 （6分，单选）	6分：来源于古代经典名方
		4分：上市10年以上的中成药
		2分：其他中成药
	（8）国家中药保护品种 （6分，单选）	6分：中药一级保护品种
		4分：中药二级保护品种
		2分：其他
	（9）证据级别/强度 （14分，单选）	14分：中西医诊疗方案推荐(国家卫生行政部门)
		14分：临床指南I级推荐、A级证据
		12分：临床指南I级推荐、B级证据
		10分：临床指南I级推荐、其他证据
		8分：临床指南II级及以下推荐、A级证据
		7分：临床指南II级及以下推荐、B级证据
		6分：临床指南II级及以下推荐、其他证据

		5分：专家共识推荐
		3分：以上均无推荐
	（10）临床使用情况 （4分，单选）	4分：临床应用广泛，医患认可度高
3. 经济性 （5分，3项评分标准中单选1项进行评价）	（11）同名同方药品的医疗成本评价 （5分，单选）	5分：日均治疗费用最低
		4分：日均治疗费用低于中位数
		3分：日均治疗费用居中
		2分：日均治疗费用高于中位数
		1分：日均治疗费用最高
	(12)成分类似、功效相同药品的医疗成本评价 （5分，单选）	5分：日均治疗费用最低
		4分：日均治疗费用低于中位数
		3分：日均治疗费用居中
		2分：日均治疗费用高于中位数
		1分：日均治疗费用最高
	（13）无法使用（11）、（12）项评价的其他药品 （3分，单选）	3分：无法使用（11）（12）项评价的其他药品
4. 创新性 （10 分）	（14）《中药注册分类及申报资料要求》类别 （10分，单选）	《中药注册分类及申报资料要求》实施后注册药品：
		10分：中药创新药
		7分：中药改良型新药
		4分：古代经典名方中药复方制剂
		2分：同名同方药品
		《中药注册分类及申报资料要求》实施前注册药品：
		10分：1类新药
		10分：2类新药
		10分：3类新药
		10分：4类新药
		10分：5类新药
		10分：6类新药

		8分：7类新药
		7分：8类新药
		2分：9类新药
5. 适宜性（10 分）	（15）《中国药典》收录情况（5 分，单选）	5分：《中国药典》收录
		2分：《中国药典》未收录
	(16)使用方法/依从性（3分，单选）	3分：给药剂量、频次适宜，患者依从性好
		2分：使用方法不方便，有特殊要求
	（17）药品有效期(2分，单选）	2分：≥3年
		1分：≥2年，但<3年
		0分：<2年
6. 可及性（15 分）	(18)《国家基本药物目录》收录情况（6分，单选）	6分：入选《国家基本药物目录》
		2分：未入选《国家基本药物目录》
	(19)《国家医保目录》收录情况（6分，单选）	6分：国家医保甲类，且没有限制条件
		5分：国家医保甲类，有限制条件
		4分：国家医保乙类，且没有限制条件
		3分：国家医保乙类，有限制条件
		1分：未纳人国家医保目录
	（20）生产企业状况(3分，单选）	3分：工信部医药工业百强榜上榜企业
		3分：老字号中药品牌企业
		1分：其他
7.临床应用（30分，用于医疗机构现有品种的评价）	（21）同行专家推荐(10分，单选）	10分：同行专家推荐
		0分：同行专家不推荐
	(22)本机构中该药品超说明书使用情况（5分，单选）	5分：无超说明书使用或经备案的超说明书使用情况
		0分：有未经备案的超说明书使用情况
	（23）费用影响分析(5分，单选）	5分：纳人目录后， 短期(如1年)内对本机构药品费用支出无明显影响（(按销售金额排序，在总中成药品种中排名在30%以后）

		3分：纳人目录后， 短期(如1年)内对本机构药品费用支出略有影响（(按销售金额排序，在总中成药品种中排 名 在15%-30%）
		1分：纳人目录后， 短期(如1年)内可明显增加本机构药品费用支出（(按销售金额排序，在总中成药品种中排 名 在3%-＜15%）
		0分：纳人目录后， 短期(如1年)内可显著增加本机构药品费用支出（(按销售金额排序，在总中成药品种中排 名 前3%）
	（24）供应管理分析 (10分，多选，分值累加）	5分：未出现药品质量问题
		3分：未出现断供现象
		2分：未出现滞销情况

惠山区 人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-011	文件名称	药品用量动态监测和超常预警机制	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2020.03.10

药品用量动态监测和超常预警机制

为构建医院药品使用管理的长效机制，进一步加强临床用药的经常性监控，及时发现和控制药品的异常波动，有效防范药品在使用过程中不规范医疗行为的发生，为药事管理与药物治疗学委员会遴选、淘汰药品品种提供参考意见，根据国家卫健委《加强医疗卫生行风建设“九项准则”》等规定，结合我院实际，制定本制度。

一、建立健全动态监控制度

（一）监察科、药剂科对全院药品使用（数量和金额）实行动态监控。对每月金额前 10 位的药品进行排名，并建立重点药品的监控目录。

（二）监察科、医务科、药剂科、信息科负责对临床医师个人用药异动情况进行动态监控，每月汇总分析一次。对药品用量异常的问题提交医务科并提出处理建议。

（三）监察科、药剂科根据每月药品使用分析情况，对用量异常波动的药品供应商进行约谈和处理。

二、建立健全超常预警机制

（一）每月对药品用量统计结果在 OA 网上予以公示，对临床用药科室有异常情况给予警示。对用量异常的药品提出处理建议，对新增药品根据 1-2 个月的使用情况提出合理性建

议。

（二）对药品用量存在异动的品种，由医务科和药剂科提出分析报告。

（三）对用量连续 2 个月超 20%的品种，结合处方、医嘱点评进行综合分析，采取通报、停用等干预措施；经监察科调查后，若有违规销售情况，将禁止该药品在本院的使用。

（四）一旦发现医生过度用药，将进行院内公示，并根据医院相关规定进行处理。如发现某医生使用某种药品不符合诊疗常规，或该医生诊治的大量病人在一定时期内大都使用该药品，则停止该药品在医院的使用，由监察科、医务科对该医生进行诫勉谈话。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-012	文件名称	基本药物优先合理使用监督管理办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2013.02.01	修订时间	2022.01.12

基本药物优先合理使用监督管理办法

为积极推进国家基本药物制度，保障群从众基本用药，减轻医药费用负担，根据苏政办发〔2019〕66 号《省政府办公厅关于完善国家基本药物制度的实施意见》及江苏省苏卫药政【2019】4 号《关于进一步加强医疗机构基本药物配备使用管理的通知》的要求，特制定本办法。

一、国家基本药物是指能够满足基本医疗卫生需求，剂型适宜、保证供应、基层能够配备，国民能够公平获得的药品。本办法中所指的基本药物为《国家基本药物目录（2018 版）》收载的 685 种，其中化学药品和生物制品 417 种，中成药 268 种。取消原江苏省增补基本药物目录。

二、组织领导及职责

（一）医院成立国家基本药物临床应用工作组，人员由分管院长、医务科、药剂科、财务科、综合保障科、医保科及临床专科主任组成。

（二）职责及分工

1.国家基本药物临床应用工作组负责建立健全基本药物的引进、使用、评价及监管等各项制度；

2.医务科负责组织基本药物优先合理使用的宣传、培训及监管；

3.药剂科提供技术支持，负责基本药物的供应、处方专项点评及《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》等相关知识的资料收集。

三、基本药物的配备及引进

（一）医院基本药物配备品种数占医院药品总数的35%，全部从江苏省药品采购平台采购；药剂科做好基本药物目录的遴选、基本药物采购、配送、入库验收和在库养护工作；并按照国家相关基本药物价格政策，核定基本药物的价格。药剂科及时公布基本药物购进及供应信息，医院基本药物供应目录及时下发临床。财务科严格按照合同约定及时结算货款。

（二）新药引进

1.遴选新药时，优先考虑国家基本药物，并经过新药审批流程采购。

2.为满足临床首选基本药物的要求，药剂科根据临床需求、国家基本药物政策等相关要求，对基本药物品种及规格予以调整或增补，经药事管理与药物治疗学委员会审核同意后，在江苏省药品采购平台紧急采购，并列入医院药品目录。

四、基本药物优先合理使用相关措施

（一）加强基本药物优先合理使用的培训。药剂科收集国家基本药物目录、基本药物处方集及基本药物临床应用指南等相关材料，由医务科采用网上学习或集中培训等方式，对全院医师进行培训并考核。

（二）药库对国家基本药物进行标识，提示医生优先合理使用。

（三）临床科室基本药物实行科主任负责制，在实施临床路径和诊疗指南过程中，临床用药首选基本药物。

（四）医院将基本药物使用金额的比例分解到每个临床科室，全院年度基本药物销售金额比例达到全部药品销售金额的35%。

（五）临床药师应参与临床药物治疗，发挥其在基本药物优先使用方面的指导和审核作用。

五、监督管理

（一）药剂科按规定对基本药物的使用进行专项处方点评，并将点评结果及时上报医务科。医务科对处方点评结果进行公示，并进行有效干预。

（二）医院每月对各临床科室基本药物使用指标的执行情况进行追踪检查及统计分析，对基本药物使用不达标的科室进行经济处罚。

（三）建立基本药物优先合理使用的长效机制，将基本药物合理使用情况与科室绩效考核、年终评奖评优等工作挂钩，推动医师优先、合理使用基本药物。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-013	文件名称	国家基本药物配备使用管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2020.11.08	生效时间	2021.02.09

国家基本药物配备使用管理制度

为规范基本药物使用和管理，保障人民群众基本用药的安全使用及可及性。根据《中华人民共和国药品管理法》、《国家基本药物目录管理办法》、《关于建立国家基本药物制度的实施意见》，《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，国办发[2018]88号《国务院办公厅关于完善国家基本药物制度的意见》，苏政办发[2019]66号《省政府办公厅关于完善国家基本药物制度的实施意见》及江苏省苏卫药政[2019]4号《关于进一步加强医疗机构基本药物配备使用管理的通知》，结合本院实际，制定本制度。

一、基本药物的遴选制度

（一）医院药事管理与药物治疗学委员会负责基本药物的遴选，严格执行国家基本药物目录，在制定药品处方集和用药目录时，根据自身功能定位、服务能力和疾病诊疗需要，首选国家基本药物。

（二）医务人员必须依据诊疗需求、《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》等相关政策要求拟定需要增补的基本药物品种、品规目录，报药事管理与药物治疗学委员会审议。

二、采购管理

（一）规范采购渠道，确保基本药物采购质量，基本药物必须通过江苏省药品（医用耗材）阳光采购平台上进行采购，原则上不得线下采购。

（二）要建立《药品库存预警机制》，健全完善短缺药品监测预警和分级应对机制，及时解决基本药品短缺问题。

三、基本药物配备使用制度

（一） 强化基本药物配备使用主导地位，医院基本药物配备品种数占医院药品总数、销售基本药物的金额占本单位全部药品销售总金额的比例，应逐年上升，并符合药政部门要求。

（二） 在本单位信息系统内标注基本药物，提示医务人员优先使用基本药物。门诊患者基本药物处方占比和住院患者基本药物处方占比应逐年上升。

（三） 上级医疗机构要加强对下级医疗机构用药指导，逐步实现上下级医疗机构间药品供应和药学服务同质化。

四、基本药物存储制度

应当根据药品的质量特性对药品进行合理储存，所有基本药物的储存与养护均需按照《药品储存与养护管理制度》要求进行，以保证药品质量，及时有效控制药品风险。

五、基本药物处方点评制度

（一）加强药学队伍建设，发挥药师在基本药物优先使用方面的指导和审核作用。完善处方审核，将基本药物使用情况作为处方审核的重点内容。

（二）制定《基本药物处方点评SOP》，按规定进行点评。定期公布不合理处方与药品超常预警，干预不合用药。

（三）对使用比例不达标的科室和存在不合理用药的医师进行通报，并由监察科进行诫勉谈话。

六、基本药物使用监测制度

（一）依托国家药品使用监测平台，完善药品使用监测网络体系。监测配备使用的基本药物品种、生产企业、使用数量、采购价格、供应配送、药品使用等信息。

（二）建立监测结果运用机制，定期汇总分析本单位基本药物配备使用监测信息，及时整改存在问题。

七、基本药物临床综合评价

（一）根据《中国医疗机构药品评价与遴选快速指南》，优先选择儿童、孕产妇和抗肿瘤等用药，重点对药品的安全性、有效性、经济性等开展综合评价。

（二）评价结果作为医院制定配备使用药品目录、临床安全合理用药、控制不合理药品费用支出等的科学依据。

八、 基本药物考核、奖惩、通报制度

（一）医院相关职能科室组织基本药物优先、合理使用相关知识培训，规范医务人员用药行为，促进基本药物安全使用，倡导慢性病治疗优先选择基本药物，提高科学合理用药水平。

（二）科学设置临床科室基本药物使用指标，由药剂科每月进行考核，考核结果与绩效挂钩。对考核不达标的科室进行针对性宣讲，促进其使用意识的提高。

（三） 在督导查房、科主任会议、药事管理与药物治疗学委员会或通过其他形式通报各科室基本药物使用情况，全力促进医院院基本药物制度的实施。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-14	文件名称	超说明书用药管理规定	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2019.03.05

超说明书用药管理规定

为保障临床用药的安全性、有效性、合理性，避免不必要的纠纷，根据《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》等有关规范性文件，结合本院实际，制定本制度。

一、超说明书用药的定义

超说明书用药是指临床实际使用药品的适应证、给药方法或剂量不在具有法律效力的说明书之内的用法，包括年龄、给药剂量、适应症、用药方法、给药途径等与药品说明书中的用法不同的情况，又称超范围用药、药品未注册用药或药品说明书之外的用法。

二、超说明书用药的原则

（一）在影响患者生活质量或危及生命的情况下，无合理的可替代药品。但必须充分考虑药品不良反应、禁忌证、注意事项，权衡患者获得的利益大于可能出现的危险，保证该用法是最佳方案。

（二）用药目的不是试验研究。用药目的必须仅仅是为了患者的利益，而不是试验研究，这体现医疗人员的基本职业权利

（三）有合理的医学实践证据。有充分的文献报道、循证医学研究结果、多年临床实践证明及申请扩大药品适应证的研究结果等。

（四）当某种疾病治疗需要超说明书用药时，临床科室应提出申请，并附上相关资料（如治疗指南、专家共识、循证医学证据等），经医院药事管理和药物治疗学委员会审核，但紧急抢救情形下不受此条限制。

（五）必须保证患者享有的知情权。在使用超药品说明书用法时，医生应告知患者治疗步骤，预后情况及可能出现的危险。如果说明书之外的用法目前正在广泛使用，无需签署知情同意书；而如果说明书之外的用法尚未被广泛接受，医生应告知患者可能出现的各种不可预测的危险，双方签署知情同意书后方能使用。签署的知情同意书一式两份，一份给患者，一份存使用科室。

三、超药品说明书使用用药流程：临床科室科主任提供合理医学文献证据→填写《超说明书用药申请表》→ 医院药事管理和药物治疗学委员会及医学伦理委员会审核批准后，建立指导的应用方案→医务科备案→使用前与病人签署知情同意书→药师审核发药。

四、药事管理与药物治疗学委员会定期组织专家对“超说明书用药”的药品进行有效性和安全性评估，特别是重点监测有药品不良反应的品种，及时中止不安全、不合理的用法，以保障患者用药安全，降低医疗风险。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-015	文件名称	急救备用药品管理和使用制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2023.11.20

急救备用药品管理和使用制度

为加强病区、诊区药品管理，保障患者用药安全、有效。根据《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》，结合本院实际，制定本制度。

一、护士长对本病区药品管理全面负责。领取、保管、报损及建立帐册，做到定期检查，确保药品质量符合要求，帐物相符。

二、根据药品种类与性质，病房药柜中的注射药、内服药与外用药严格分开，药柜和抢救车内药品按统一编号定位存放，指定专人管理，保持基数，定期检查。

三、药品标签标识清晰明显，外用药品标签为红色线条。普通药品标签为蓝色线条。高警示药品、易混淆药品使用专用标识。

四、高浓度电解质制剂（如 10%氯化钾等）等高警示药品不得与其他药品混合存放，必须专用抽屉保管。

五、病区药柜内药品仅供住院患者按医嘱使用，其他人员不得私自取用。每日清点并记录，使用后及时补充，保持帐物相符。

六、定期检查药品质量，防止积压、变质，如发现有沉淀、变色、过期、标签模糊或经涂改者，立即停止使用并报药房处理。

七、药剂科对病房内存放的药品进行不定期检查，核对药品种类、数量是否相符，有无过期、变质现象。

八、麻醉、精神等特殊药品，应按特殊药品的管理规定管理，设专用保险柜、专用抽屉存放，专人管理，固定基数。使用后由医师开具专用处方，从药房领回，做好每班交接记录及麻醉药品、第一类精神药品使用记录。

九、急救备用药品领用、补充流程

（一）科室首次领用配置急救备用药品，用药品种及数量由科主任、护士长确定，并填写《备用药品领用审批表》、《备用药品领用一览表》，经医务科、护理部、药剂科讨论同意并经分管院长审批后方可备药。门、急诊科室急救备药在门急诊药房领用，各病区急救备药在中心药房领用。审批表交药剂科存档。

（二）急救备用药品中含有麻醉药品、精神药品、高警示药品的，须在《备用药品领用审批表》上填写所备药品名称、规格、数量等信息。

（三）急救备用药品品种及数量审批后，原则上不再变动。因临床需要，确需增加品种、数量的，须书面写明详细理由、列出变动药品明细，按首次领用程序审批。

（四）急救备用药品使用后，必须从中心药房或门急诊药房领回后及时补充入备药，保证备药基数符合规定，帐物相符。

（五）药品领回后若与原来备药在外观、性状上有差异（已更换生产厂家），不得混合贮存，并标示有效期。

（六）距药品失效期 6 个月以上的急救备用药品可交相应药房经质检合格后调换远效期药品。药师做好调换登记，并优先使用发出，避免造成不必要的经济损失。

（七）对有效期一个月内的急救备用药品，停止使用需重新领用。护理部按《药品报损、销毁制度》执行；护士长重新申领报损药品，补足基数。重新申领药品的品种、数量必须和报损药品相一致。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-016	文件名称	易混淆药品管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.07.11

易混淆药品管理制度

为加强易混淆药品的管理，保证药品的合理安全使用，减少药品相关不良事件的发生。根据《药品管理法》、《医疗机构药品监督管理办法》、《医疗机构药事管理规定》，结合本院实际，制定本制度。

一、易混淆药品包括“看似、听似、一品双规”药品等。“看似”药品指外观相似的药品，包括品名相似、包装颜色、大小相似、同一厂家不同产品；“听似”药品指药品名称听起来一样或比较接近的药品；一品双规是指品名相同、规格不同、剂型不同、厂家不同的药品。

二、根据 2012-5-2 中国药学会医院药学专业委员会推荐易混淆药品标识，在全院范围内包括库房、药房、病区、各科室等所有涉药部门，统一在药品标签或存放药品的区域采用以下标识进行提醒和警示。

三、药剂科根据医院在用药品的实际情况制定全院的易混淆药品目录。新进药品与在用药品名称、规格、包装、外观等存在相似时，要及时通知本部门人员了解相关信息。

四、易混淆药品应根据剂型不同，注射剂、内服药及外用药品分区摆放，分柜陈列。原则上易混淆药品应分开放置，避免同一排放置。药名标签放置必须与陈列药品一一对应，字迹清晰。对于听似、看似、多规、多剂型的易混淆药品应放置不同的“警示标识”。

五、各级人员必须严格执行操作规程，调剂易混淆药品时必须做到“四查十对”，双人复核；护士使用易混淆药品时要做到双人核对，避免差错发生，保证用药安全。

六、定期对易混淆药品使用进行检查，发现没有按照以上规定管理的，及时纠正并通知相关人员，定期复查。学习掌握易混淆药品与鉴别知识，纠正各环节中可能的混淆差错。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-017	文件名称	高警示药品临床使用管理办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2023.10.08

高警示药品临床使用管理办法

为加强我院高警示药品监督管理，促进该类药物安全合理使用，减少差错，落实患者安全目标，防范医疗风险，依据《中华人民共和国药品管理法》、《我国高警示药品推荐目录(2019版)》等有关规定，特制定本办法。

一、高警示药品管理通则

（一）高警示药品定义

高警示药品是指若使用不当或发生用药错误会对患者造成严重伤害或死亡的药品。

（二）高警示药品目录由药剂科负责制定。原则上每年至少对目录调整更新一次，并由药事管理与药物治疗学委员会审议、备案、发布。

（三）高警示药品实行专人管理。药房负责人负责本部门高警示药品的管理，指定专人负责上架高警示药品的养护、清点等工作；病区护士长负责本病区高警示药品的管理，保证用药安全；基数管理，每日核对，严格交接，由治疗护士负责。

（四）高警示药品使用全院统一的专用标识，标识醒目。

（五）各药房高警示药品应设置专门的存放药柜、冰箱，不得与其他药品混合存放；各病区高警示药品专用抽屉保管，每个存放单元外侧张贴相应的高警示药品目录明细。

（六）各药房、病区需加强高警示药品的效期管理，做到“先进先出”、“近效期先用”，确保药品质量。

（七）医师在开具高警示药品时，电脑系统以橙色字体显示，起到提示作用。

（八）高警示药品的调剂实行双人复核制度，并做到“四查十对”，对不符合规定的高警示药品处方，应拒绝调配，确保调剂准确无误。发放高警示药品时必须使用专用容器。

（九）护理人员进行高警示药品的配制与使用时，须严格执行查对制度，并且进行双人复核，严格核对患者姓名、床号、药品名称、药物剂量及给药途径，确保配制与使用准确无误。并要求做到一患一药、现配现用，不得提前配置，剩余药液按医疗废弃物处理。

（十）建立高警示药品使用的监测制度和程序，对使用高警示药品的病人，根据药品风险因素和监测要点加强监测，一旦发现异常情况，立即与主诊医师交流及时处理。

二、高警示药品的监管

（一）各病区原则上不存放高警示药品（抢救药除外），如确有需要，可由病区提出申请，经护理部、医务科批准后，报药剂科备案，定量存放，严格管理。

（二）各药房、病区需定期排查与高警示药品外观相似、发音相似的药品，并采取相应的防范措施。

（三）临床药师定期与临床医护人员沟通，重点加强高警示药品的不良反应监测，并定期汇总，及时反馈给临床医护人员。

（四）药剂科定期对高警示药品目录进行更新，并将新引进高警示药品信息及时告知相关科室和护理单元。

（五）护理部、药剂科定期对各病区的高警示药品管理及使用情况进行督导检查，检查结果与护理质量分数挂钩。各病区对检查中发现的问题及时分析、反馈、整改。

附：本院高警示药品目录（见 OA）

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-018	文件名称	重点监控合理用药药品管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2019.09.01	修订时间	2023.01.20

重点监控合理用药药品管理制度

为深入贯彻江苏省卫生健康委《关于印发江苏省第一批重点监控合理用药药品目录（化药及生物制品）的通知》（苏卫办医政〔2019〕25 号）要求，进一步加强和规范我院重点监控合理用药药品的临床应用，特制定本管理制度及重点监控合理用药药品目录。

一、组织领导

医院成立重点监控合理用药管理工作组，成员由分管院长、医务科、药剂科、临床科主任组成。

职责：

（一）负责对重点监控合理用药药品管理工作的组织领导、协调、监督、指导工作；

（二）制定本院重点监控合理用药药品目录；

（三）定期开展临床合理用药知识培训与教育；

（四）对重点监控合理用药药品临床使用情况进行检查和评价；

（五）定期公布全院重点监控合理用药药品的使用情况并通报当事科室、当事医师合理用药评价情况。

二、重点监控合理用药药品的目录

本院重点监控合理用药药品目录，包含《江苏省第一批重点监控合理用药药品目录》中 10 个品种、我院原辅助用药目录中的所有药物。

三、重点监控合理用药药品临床应用原则

（一）进一步规范处方行为，对纳入目录中的药品严格按照用药指南或技术规范执行。

（二）严格按照说明书的要求使用，不得随意扩大药品说明书规定的适应症、疗程，剂量，不得超说明书用药。原则上不允许出现超说明书用药情况，若临床医生有充分循证依据（指南）支持某一药品可超说明书用药，应根据《医院超说明书用药管理规定》要求，提供相应循证依据，进行《超说明书用药备案》方可使用，否则视为不合理使用。

（三）临床医生在应用重点监控合理用药药品时应充分考虑药物成本与疗效比，可用可不用的药物坚决不用，可用低档药的就不用高档药，降低药品费用，用最少、最经济的药物达到预期的治疗目的。

（四）在治疗过程中，一名患者只能使用一种重点监控合理用药药品，（无论口服/注射）。每一种重点监控合理用药药品临床应用时间不得超过说明书规定的一个疗程的最长天数，如说明书没有疗程规定则不得超过 7 天。当应用时间或剂量超过上述规定或两种及以上重点监控合理用药药品联用，必须有会诊记录或进行科室讨论并经科主任、医务科批准，报药剂科备案，并在病历中详细记录（备案表见附表 2）。

四、加强处方质量和合理用药监督管理

（一）对纳入目录中的全部药品开展处方审核和处方点评。

（二）依据医院《处方点评管理规范》规定，临床药师每月对全院重点监控合理用药药品目录内的药品进行处方/医嘱用药合理性点评和审核。点评及审核的主要内容：（1）无指征用药或超出说明书适应症范围用药；（2）超剂量用药；（3）给药频次不当；（4）溶媒不当；（5）输注浓度不当；（6）疗程不当或说明书没有规定疗程而用药超过 7 天；（7）有用药禁忌；（8）临床越权限使用；（9）联合应用两种重点监控合理用药药品及疗程过长，病历中无正当理由及主任和医务科审批意见的。

（三）用药监控公示。各科设定重点监控合理用药药品年使用总额，逐月累计考核，年度平衡。对使用金额、数量排在前 30 位的重点监控合理用药药品规格、使用数量、总金额等，每月在医院内网公示。

（四）加强处方点评结果公示、反馈及利用。对用药不合理问题突出的品种，采取排名通报、限期整改等措施，保证合理用药。发现监控品种月用量环比增长超过 30%的，或连续三个月排名进入前 20 位的重点监控合理用药药品品种，将对该药品进行限量使用或暂停采购，直至清除出我院药品供应目录。

五、加强目录外药品的处方管理

对未纳入目录的药品，医师仍要严格落实《处方管理办法》等有关规定，按照药品说明书规定的适应症、疾病诊疗规范指南和相应处方权限，合理选择药品品种、给药途径和给药剂量并开具处方。对于中药，中医类别医师应当按照《中成药临床应用指导原则》《医院中药饮片管理规范》等，遵照中医临床基本的辨证施治原则开具中药处方。

六、加强重点监控合理用药药品临床使用监管

（一）各临床科室主任为本科室合理用药第一责任人，负责对本科室重点监控合理用药药品的使用进行监督管理。

（二）临床药师每月根据信息科提供的重点监控合理用药药品使用金额前十和（或）使用数量前十排名，由监察科随机抽取排名内 5 个药品且每月轮流抽取，交由病案室抽取每种药各 20 份病历进行合理性分析和评价，并形成报告上报医疗质量管理科。

（三）重点监控合理用药药品使用金额占比超过控制目标值，每超 1%，按重点监控合理用药药品使用金额的 2%扣罚。每月累计计算，若全年重点监控合理用药药品金额占比达到目标值，则退还全部重点监控药物扣款。

（四）每一份不合理用药病历，每份扣罚 100 元。

（五）一年内被查出存在三次及以上不合理用药的医师，予以院内公示并取消评先评优及晋升资格，必要时暂停处方权一个月。

（六）不合理用药与科室考核分挂钩。

（七）因不合理用药导致严重后果和纠纷者，按医院相关规定及法律、法规、制度执行。

附：本院《重点监控合理用药药品目录》、《超规格使用重点监控合理用药药品备案表》见 OA

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-019	文件名称	生物制品临床使用管理办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2020.02.25

生物制品临床使用管理办法

为加强生物制品的管理，预防和控制疾病从血液途径传播，根据《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》，结合本院实际，制定本制度。

一、生物制品系指以微生物、寄生虫、动物毒素、生物组织作为起始材料，采用生物学工艺或分离纯化技术制备，并以生物学技术和分析技术控制中间产物和成品质量制成的生物活性制剂。它包括疫（菌）苗、毒素、类毒素、免疫血清、血液制品、免疫球蛋白、抗原、变态反应原、细胞因子、激素、酶、发酵产品、单克隆抗体、DNA 重组产品、体外免疫试剂等。

二、严格按照《药品管理法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《国家处方集》等法规和文件要求，加强对生物制品采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理。

三、生物制品采购与遴选：

（一）生物制品由药剂科供应，任何其他科室或部门不得从事生物制品的采购、调剂活动，不得在临床使用非药剂科采购供应的生物制品。

（二）按照药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进生物制品，优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的生物制品品种。

（三）确因疾病治疗需求，对未列入医院药品处方集和基本药品供应目录的生物制品，可以启动临时采购程序。临时采购须严格执行医院相关规定。

四、生物制品的使用管理

（一）临床使用生物制品必须严格掌握合理应用的原则

1.正确选择生物制品的使用适应症，提高使用范围的针对性。

2.制定个体化的给药方案，注意剂量、疗程和给药方法。

3.密切观察药物的副作用，及时调整给药剂量和方案。

4.加强药物经济学应用，尽量减少患者的药物使用支出，减轻患者经济负担。

（二）处方开具

严格按照药品说明书规定使用，结合患者的特点制定个体化给药方案。不得超适应症、超剂量使用、超疗程使用。对超疗程使用的药品，主管医师应有用药评估，并在病程记录中明确说明。

（三）药品调配

调配生物制品须凭医师开具的处方或医嘱单，经药师审核后予以调配，并由药师复核药品，确认无误方可发放。如有特殊贮存方法的规定，药师应特别交代。

（四）药品使用

1.注射动物血清制品和说明书中要求做过敏试验的生物制品之前，必须做过敏试验，阴性者方可注射，阳性者须脱敏后才能注射。需反复使用者，若注射的间隔时间超过 5 天，则必须做过敏试验，阴性方可注射。

2.使用生物制品前，应详细询问病史，有无过敏史，有晕针史及癔病、癫痫的病人，易发生晕厥，应特别注意。

3.给患者使用生物制品前必须核对患者信息、药品信息，并仔细检查药品的外观状况，确认无误后方可给药。静脉用生物制品应根据药品说明书规定选择合适溶媒配制输液，不得与其他药物混合、配伍使用。

（五）药品贮存

严格按照药品说明书规定的贮存条件贮存生物制品。凡超过有效期限或安瓿有裂纹、标签不清、药液变色、有摇不散的异物、絮状物或经冻结者，均不得使用。人血白蛋白和免疫球蛋白实行专人专管。

五、生物制品不良反应监测与报告

1.严密观察生物制品的毒副反应，严格掌握特殊人群的用药特点。长期大量使用生物制品时要特别注意剂量。

2.加强生物制品不良反应监测，防范生物制品不良事件的发生。医护人员应掌握生物制品的不良反应及相应的处置办法，保障患者用药安全。发生药物不良反应及时妥善处理并按医院相关规定及时上报有关部门。

六、监督检查

开展生物制品临床应用监测工作，利用信息化手段促进生物制品合理应用。医务科、药剂科定期对生物制品的临床使用情况进行监督检查，评估生物制品使用适宜性，对生物制品不合理使用情况应当及时采取有效干预措施。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-020	文件名称	血液制品临床使用管理办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.08.01

血液制品临床使用管理办法

一、为规范医院血液制品的采购、保存和使用行为，确保产品质量的一致性，使其符合使用目的所要求的各项标准，提高医院血液制品使用的安全性和合理性，参照《血液制品管理条例》、《关于贯彻执行血液制品管理条例的通知》，以及 WHO 关于血液制品用药的建议、规范和标准制定本条例。医院的医疗、护理、技术、药剂工作人员在医疗活动中必须严格执行本条例。

二、血液制品指由健康人的血液或经特异免疫的人血浆，经分离、提纯或由重组 DNA 技术制成的血浆蛋白组分，以及血液细胞有形成分为血液制品。如人血白蛋白、静注人免疫球蛋白（ph4），人免疫蛋白、特异性免疫球蛋白、乙型肝炎人免疫球蛋白、狂犬病人免疫球蛋白、破伤风免疫球蛋白、人凝血因子Ⅷ、人凝血酶原复合物、人纤维蛋白原、抗人淋巴细胞免疫球蛋白、冻干人凝血酶、外用冻干人纤维蛋白粘合剂等。

三、血液制品潜在的不安全因素

（一）临床广泛使用的各种血液制品都是用经对个体献浆员采血后，再大批混合的人血浆制造的，难免被献浆员的血液中所携带的各种病原体，特别是被有关病毒所污染。如果在

血液制品生产过程中，对污染不进行严格监测和有效地加工处理，病毒或其核糖核酸则不能有效地灭活、祛除。这样的血液制品经临床使用具有经血液传播疾病的可能性。

（二）国内外大量文献已公认，人血或血液制品携带并传播的病原体主要有：乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)、艾滋病病毒(AIDS HIV1/2)、人类嗜淋巴细胞 I / II 型病毒(HTLV1/2)，此外还有巨细胞病毒(CMV)、EB 病毒(EBV)、丁型肝炎病毒(HDV)、甲型肝炎病毒(HAV)、人类细小病毒(HPV)和雅克病病毒(CJDV)、梅毒、锥虫病、弓形体等。目前人们普遍关注的主要是 HIVI/2、HBV 和 HCV 的污染，因为这三种病毒感染率高，而且危害特别严重。

四、血液制品的验收：药剂科库房应严格按照有关的药品检查验收制度、程序和通则对血液制品进行验收，每一批血液制品必须随货附有该批血液制品的盖有供货单位质管机构原印章的《生物制品批签发》、《质量检验报告书》。

五、血液制品的保管：血液制品属生物制品，对热、光、冷非常敏感，必须严格遵循生厂商规定的环境条件储存。应在冰箱或冷库中储备适宜数量的完全冷冻的冰袋，以备停电、出差、运输等情况下使用。药剂科工作人员应严格执行《冰箱、冷库使用技术规范》，药剂科工作人员应严格执行先进先出，近期先出的原则摆放和发放血液制品。药房在发放、运输血液制品时，应采取相应的安全措施，如应将血液制品置冷藏箱中进行运输。各护士站备有此类血液制品或临时领用、保管该类血液制品的，应按照规定的环境条件储存。

六、血液制品使用时应注意：血液制品的安瓿有裂纹、标签不清、药液变色、有摇不散的异物和絮状物者不可以使用。过期失效的严禁使用。

七、应严格按照药品使用说明书和医疗保险的有关规定应用血液制品，避免滥用。应严格参照用法用量，并结合患者的实际情况拟定给药方案。血液制品应单独使用，严禁与其他药品混和、配伍使用。应高度重视、注意观察少数患者可能出现不良反应的情况。

八、药剂科应严格执行医院药事管理与药物治疗委员会的有关决定，从论证批准的生产商、供应商购入血液制品，并应协助医院行政职能管理部门制定、修订相应的管理制度和安全性保证措施，以保护患者安全，维护公共卫生安全。

九、药剂科应对血液制品的采购、验收、保管进行监督、检查和指导。

十、药剂科应对血液制品的安全性、有效性和质量等定期进行评估。定期对医院血液制品的使用情况进行统计和分析，查找不合理使用的案例，提交医务科并在医疗质量通报和《药讯》上发布分析结果。

十一、药剂科应组织对血液制品的 ADR 和 ADE 进行监测和监督，对血液制品的 ADR 和 ADE 应按“可疑即报”的原则进行监测和报告。药剂科应按规定及时通报有关情况。

十二、在血液制品的使用中，违反医院使用规定造成患者、医院的经济损失或导致医疗事故的，由医务科根据情节及后果决定对当事人和相关科室的处罚。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-021	文件名称	人血白蛋白注射液使用管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2018.03.01	修订时间	2023.03.14

人血白蛋白注射液使用管理制度

一、人血白蛋白注射液列入本院基本药品供应目录，药剂科根据临床需求做好采购计划，确保临床抢救及危重患者的用药。

二、药剂科按规定做好人血白蛋白注射液的入库验收、储存养护、调配工作。

三、人血白蛋白注射液为国家重点监控药品，临床医生应严格掌握人血白蛋白注射液的使用适应症，制定个体化的给药方案，不得超适应症、超剂量使用、超疗程使用。

四、人血白蛋白注射液为医保限定支付范围的药物，限抢救、重症或因肝硬化、癌症引起胸腹水且白蛋白低于 30g/L 的患者，15%自理。信息科完善药品信息维护，系统自动提醒临床使用医保药物的限定支付范围。

五、人血白蛋白注射液使用流程

（一）住院患者

1.因病情需要且符合医保限病种支付条件的医保住院患者：

由经治医生填写《人血白蛋白注射液使用审批表》（详见附表），一次最多限 3 日量；经科主任同意，交医保科审批同意后开具医嘱，审批单一式两份，一份由护士交给中心药房领药，一份留存在住院病历中。

医生开具人血白蛋白医嘱→弹框提示该药限制条件及具体选项 → 医生选择医保报销选项进行相关操作→ 住院病人取药在中心药房。

2.因病情需要，符合说明书用药指证，但不符合医保限病种支付条件的医保住院患者：

不需填写《人血白蛋白注射液使用审批表》（详见附表），参照“住院医保病人使用全自费药品管理流程”：

在门诊医生站选择“住院病人”→选择特定病人→开具处方，同时在住院医生站开具自备医嘱→交代患者至门诊挂号收费处交费→门诊西药房取药。同时在住院病历中留存相关购药票据。

3.病情需要使用人血白蛋白注射液的全自费住院患者：

医生开具人血白蛋白医嘱→弹框提示该药限制条件及具体选项→医生选择非报销选项进行相关操作→住院病人取药在中心药房。

（二）门诊患者

门诊患者因病情需要确需使用人血白蛋白注射液，门诊医生开具电子处方，患者缴费后至门诊药房领药。

六、为保证药品质量，确保患者用药安全，除本院门诊药房及中心药房外，住院病人一律不得使用其他途径提供的人血白蛋白注射液。惠仁药店不得销售人血白蛋白。

七、护士给患者使用人血白蛋白注射液前必须核对患者信息、药品信息，并仔细检查药品的外观状况，确认无误后方可给药。不得与其他药物混合、配伍使用。密切观察药物不良反应，发现问题及时汇报处理。

八、加强监督与监管

（一）药剂科应对血液制品的采购、验收、保管进行监督、检查和指导。

（二）医务科、医保科、药剂科、监察科定期对医院血液制品的使用情况进行统计和分析，每月抽取人血白蛋白使用病历进行专项点评，将不合理使用的病历，提交医务科并在医疗质量通报和《药事简讯》上发布分析结果。

（三）在血液制品的使用中，违反医院使用规定造成患者、医院的经济损失或导致医疗事故的，由医务科根据情节及后果决定对当事人和相关科室的处罚。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-022	文件名称	糖皮质激素临床使用管理办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.08.01

糖皮质激素临床使用管理办法

为规范糖皮质激素的临床应用，避免或减少不良反应，保障患者的用药安全，提高疗效及降低医药费用，根据卫生部办公厅关于《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》、《处方管理办法》、《医院处方点评管理规范》等有关规定，制定本办法。

一、组织领导

（一）药事管理与药物治疗学委员会负责开展合理用药培训与教育，督导临床科室合理使用糖皮质激素类药物。

（二）医务科定期组织对糖皮质激素的临床使用情况进行监督检查，内容包括：糖皮质

激素使用情况调查分析，医师、药师与护理人员糖皮质激素知识调查。对不合理用药情况提出纠正与改进意见。

二、糖皮质激素的临床应用

在临床诊疗工作中应参考和遵循《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》的有关规定，结合患者具体情况，制定个体化给药方案。

（一）糖皮质激素治疗性应用的基本原则

糖皮质激素主要用于抗炎、抗毒、抗休克和免疫抑制，其应用涉及临床多个专科。应用糖皮质激素要非常谨慎。正确、合理应用糖皮质激素是提高其疗效、减少不良反应的关键。其正确、合理应用主要取决于以下两方面：一是治疗适应证掌握是否准确；二是品种及给药方案选用是否正确、合理。

1.严格掌握糖皮质激素治疗的适应证。

糖皮质激素是一类临床适应证尤其是相对适应证较广的药物，但是，临床应用存在未严格按照适应证给药，如单纯以退热和止痛为目的使用糖皮质激素，特别是在感染性疾病中以退热和止痛为目的使用。糖皮质激素有抑制自身免疫的药理作用，但并不适用于所有自身免疫病治疗如慢性淋巴细胞浸润性甲状腺炎（桥本病）、1 型糖尿病、寻常型银屑病等。

2.合理制订糖皮质激素治疗方案。

糖皮质激素治疗方案应综合患者病情及药物特点制订，治疗方案包括选用品种、剂量、疗程和给药途径等。

（1）品种选择：各种糖皮质激素的药效学和人体药代动力学（吸收、分布、代谢和排出过程）特点不同，因此各有不同的临床适应证，应根据不同疾病和各种糖皮质激素的特点正确选用糖皮质激素品种。

（2）给药剂量：生理剂量和药理剂量的糖皮质激素具有不同的作用，应按不同治疗目的选择剂量。

（3）疗程：不同的疾病糖皮质激素疗程不同，一般可分为以下几种情况：

①冲击治疗：疗程多小于 5 天。适用于危重症病人的抢救，如暴发型感染、过敏性休克、严重哮喘持续状态、过敏性喉头水肿、狼疮性脑病、重症大疱性皮肤病、重症药疹、急进性肾炎等。冲击治疗须配合其他有效治疗措施，可迅速停药，若无效大部分情况下不可在短时间内重复冲击治疗。

②短程治疗：疗程小于 1 个月，包括应激性治疗。适用于感染或变态反应类疾病，如结核性脑膜炎及胸膜炎、剥脱性皮炎或器官移植急性排斥反应等。短程治疗须配合其他有效治疗措施，停药时需逐渐减量至停药。

③中程治疗：疗程 3 个月以内。适用于病程较长且多器官受累性疾病，如风湿热等。生效后减至维持剂量，停药时需要逐渐递减。

④长程治疗：疗程大于 3 个月。适用于器官移植后排斥反应的预防和治疗及反复发作、多器官受累的慢性自身免疫病，如系统性红斑狼疮、溶血性贫血、系统性血管炎、结节病、大疱性皮肤病等。维持治疗可采用每日或隔日给药，停药前亦应逐步过渡到隔日疗法后逐渐停药。

⑤终身替代治疗：适用于原发性或继发性慢性肾上腺皮质功能减退症，并于各种应激情况下适当增加剂量。

（4）给药途径：包括口服、肌内注射、静脉注射或静脉滴注等全身用药，以及吸入、局部注射、点滴和涂抹等局部用药。

3.重视疾病的综合治疗。

在许多情况下，糖皮质激素治疗仅是疾病综合治疗的一部分，应结合病人实际情况，联合应用其他治疗手段，如严重感染病人，在积极有效的抗感染治疗和各种支持治疗的前提下，为缓解症状，确实需要的可使用糖皮质激素。

4.监测糖皮质激素的不良反应。

糖皮质激素的不良反应与用药品种、剂量、疗程、剂型及用法等明显相关，在使用中应密切监测不良反应，如感染、代谢紊乱（水电解质、血糖、血脂）、体重增加、出血倾向、血压异常、骨质疏松、股骨头坏死等，小儿应监测生长和发育情况。

5.注意停药反应和反跳现象。

糖皮质激素减量应在严密观察病情与糖皮质激素反应的前提下个体化处理，要注意可能出现的以下现象：

①停药反应：长期中或大剂量使用糖皮质激素时，减量过快或突然停用可出现肾上腺皮质功能减退样症状，轻者表现为精神萎靡、乏力、食欲减退、关节和肌肉疼痛，重者可出现发热、恶心、呕吐、低血压等，危重者甚至发生肾上腺皮质危象，需及时抢救。

②反跳现象：在长期使用糖皮质激素时，减量过快或突然停用可使原发病复发或加重，应恢复糖皮质激素治疗并常需加大剂量，稳定后再慢慢减量。

（二）糖皮质激素在儿童、妊娠、哺乳期妇女中的应用

1.儿童糖皮质激素的应用。

儿童长期应用糖皮质激素更应严格掌握适应证和妥当选用治疗方法。应根据年龄、体重（体表面积更佳）、疾病严重程度和患儿对治疗的反应确定糖皮质激素治疗方案。更应注意密切观察不良反应，以避免或降低糖皮质激素对患儿生长和发育的影响。

2.妊娠期妇女糖皮质激素的应用。

大剂量使用糖皮质激素者不宜怀孕。孕妇慎用糖皮质激素。特殊情况下临床医师可根据情况决定糖皮质激素的使用，例如慢性肾上腺皮质功能减退症及先天性肾上腺皮质增生症患者妊娠期应坚持糖皮质激素的替代治疗，严重的妊娠疱疹、妊娠性类天疱疮也可考虑使用糖皮质激素。

3.哺乳期妇女糖皮质激素的应用。

哺乳期妇女应用生理剂量或维持剂量的糖皮质激素对婴儿一般无明显不良影响。但若哺乳期妇女接受中等剂量、中程治疗方案的糖皮质激素时不应哺乳，以避免经乳汁分泌的糖皮质激素对婴儿造成不良影响。

三、分级管理办法

（一）冲击疗法需具有主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定。

（二）短、中程糖皮质激素治疗时，由具备医师职务任职资格的医师开具，且严格掌握适应症，品种选择上使用国家基本药物目录内药品。

（三）长程糖皮质激素治疗方案，需由相应学科主治医师以上专业技术职务任职资格的医师制定。

（四）先天性肾上腺皮质增生症的长程治疗方案制订需内分泌专业主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定。随访和剂量调整可由内分泌专业主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定。

（五）紧急情况下临床医师可以高于上条所列权限使用糖皮质激素，但仅限于 3 天内用量，并严格记录救治过程。

四、监督管理

（一）严格限制没有明确适应证的糖皮质激素的使用，如不能单纯以退热和止痛为目的使用糖皮质激素。

（二）医院将糖皮质激素合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

（三）药事管理与药物治疗学委员会同医务科每季度对临床科室的糖皮质激素类药物使用情况进行 1 次专项点评，并对不合理用药情况进行干预，进行持续质量改进。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-023	文件名称	肠外营养疗法管理规范	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2019.11.01

肠外营养疗法管理规范

为保障肠外营养疗法使用的安全性和合理性，根据《《肠外肠内营养学临床指南（中华医学会肠外肠内营养学分会 2006）》、《临床肠内及肠外营养操作指南（中华外科学会临床营养支持学组 2004）》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》、《静脉用药集中调配质量管理规范》等有关规范性文件，结合本院实际，制定本规范。

一、组织领导：肠外营养疗法规范化使用由医务科统一管理，药剂科负责具体工作，包括处方审核、监督和检查相关管理制度的实施。

二、肠外营养疗法的适应症

（一）肠外营养疗效显著的强适应症

1.胃肠道梗阻

2.胃肠道吸收功能障碍：①短肠综合征：广泛小肠切除>70%-80%；②小肠疾病：免疫系统疾病、肠缺血、多发肠瘘；③放射性肠炎；④严重腹泻、顽固性呕吐>7 天。

3.重症胰腺炎：先输液抢救休克或多器官衰竭综合征（MODS），待生命体征平稳后，若肠麻痹未消除、无法完全耐受肠内营养，则属肠外营养适应症。

4.高分解代谢状态：大面积烧伤、严重复合伤、感染等。

5.严重营养不良：蛋白质-热量缺乏型营养不良常伴胃肠功能障碍，无法耐受肠内营养。

（二）肠外营养支持有效的适应症

1.大手术、创伤的围手术期：营养支持对营养状态良好者无显著作用，相反可能使感染并发症增加，但对于严重营养不良病人可减少术后并发症。严重营养不良者需在术前进行营养支持 7-10 天；预计大手术后 5-7 天胃肠功能不能恢复者，应于术后 48h 内开始肠外营养支持，直至病人能有充足的肠内营养或进食量。

2.肠外瘘：在控制感染、充分和恰当的引流情况下，营养支持能促进肠外瘘自愈。肠外营养支持可减少胃肠液分泌及瘘的流量，有利于控制感染，改善营养状况、提高治愈率、降低手术并发症和死亡率。

3.炎性肠道疾病：Crohn 氏病、溃疡性结肠炎、肠结核等处于病变活动期病人，或并发腹腔脓肿、肠瘘、肠道梗阻及出血等，肠外营养师重要的治疗手段。可缓解症状、改善营养，使肠道休息，有利于肠黏膜修复。

4.严重营养不良的肿瘤病人：对于体重丢≥10%（平时体重）的病人，应于术前 7-10 天进行肠外或肠内营养支持，直至术后改用肠内营养或恢复进食为止。

5.重要脏器功能不全：①肝功能不全：肝硬化病人因进食量不足致营养负平衡，肝硬化或肝肿瘤围手术期、肝性脑病、肝移植后 1-2 周，不能进食或接受肠内营养者应给予肠外营养支持。②肾功能不全：急性分解代谢性疾病（感染、创伤或多器官功能衰竭）合并急性肾衰竭、慢性肾衰透析病人合并营养不良，因不能进食或接受肠内营养而需肠外营养支持。慢性肾衰透析期间可由静脉回输血时输注肠外营养混合液。③心、肺功能不全：常合并蛋白质-能量混合型营养不良。肠内营养能改善慢性阻塞性肺疾病（COPD）临床状况和胃肠功能，可能有利于心衰病人（尚缺乏证据）。COPD 病人理想的葡萄糖与脂肪比例尚未定论，但应提高脂肪比例、控制葡萄糖总量及输注速率、提供蛋白质或氨基酸，对于危重肺疾病病人应用足量谷氨酰胺，有利于保护肺泡内皮及肠道相关淋巴组织、减少肺部并发症。④炎性粘连性肠梗阻：围手术期肠外营养支持 4-6 周，有利于肠道功能恢复、缓解梗阻。

三、肠外营养疗法禁忌症

（一）胃肠功能正常、适应肠内营养或 5 天内可恢复胃肠功能者。

（二）不可治愈、无存活希望、临终或不可逆昏迷病人。

（三）需急诊手术、术前不可能实施营养支持者。

（四）心血管功能或严重代谢紊乱需要控制者。

四、肠外营养疗法的分级管理

（一）肠外营养处方需由 3 年以上工作经历的执业医师制定。

（二）由具有 2 年以上调剂工作经验的药师负责肠外营养处方适宜性审核。

（三）由注册护士配置肠外营养药物。

以上人员均需经过医院肠外营养疗法培训并考核合格。

五、肠外营养疗法的临床使用

（一）营养支持应有适宜的适应证。

（二）应针对患者的疾病与营养状态，选择合适的营养治疗方案。

（三）根据肠外营养药物的临床治疗效果调整治疗方案，同时及时发现、预防和处理可能的并发症，根据不同的原因，采取相应的措施。

（四）肠外营养疗法的临床使用程序

1.下医嘱：临床医师依据对病人的诊断或治疗需要，遵循安全、有效、经济的合理用药原则，开具处方或用药医嘱。

2.处方审核并调配：按照肠外营养疗法的分级管理进行审方、调配。

3.药物配置：由病区经专业培训合格的护理人员进行配置。肠外营养药物的配制的操作规程应按照规范的操作规程配制，保障静脉用药安全。

4.贮存：暂不用的肠外营养药品应在合理的贮存温度、湿度等环境下贮存，注意不同药品的贮存条件不同。

5.临床使用：使用前要核对病人和成品所贴标签是否一致，按医嘱或处方规定临床路径输注，并按时监护病人反应。

六、肠外营养疗法的管理

（一）定期组织相关药学、护理人员进行肠外营养制剂合理应用的培训和学习。

（二）医务科、药剂科定期对各临床科室肠外营养制剂的使用进行规范化监督和管理，发现问题，及时督促整改。

（三）医务科、药剂科组织对各临床科室的肠外营养制剂使用情况进行专项点评，每季度 1 次。医院将肠外营养制剂合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

（四）定期对临床科室上报的关于肠外营养药物的不良反应进行分析。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-024	文件名称	患方自备（自购）药品使用管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2023.06.13

患方自备（自购）药品使用管理制度

为加强医院药品管理，确保患者用药安全，根据《医疗机构药事管理规定》，特制定患方自备药品使用管理制度。

一、原则上不允许使用患者在院内使用自备药品。

二、仅在某些特殊情况下，医院按照有关政策无法供应的或患者异地就诊带回的药品，才能在本院使用。

三、门急诊使用患方自备药品的要求：

（一）门急诊使用自备药品的情形主要为患方异地就诊带回的注射剂需到本院注射或输液。需要皮试的药物和中成药注射剂必须在首诊医疗机构使用过。

（二）病人挂专科急诊号后，专科医生认真核对药品及原病历（或处方），确认药品使用是否符合医疗原则，如经核对不符合医疗原则的不得使用。

（三）专科医生必须书写电子病历，做好相关记录并请患者（家属）签署患方自备药品

使用知情同意书（见附件 1）。

（四）护理使用前必须按照查对制度核对药品信息和药品质量，确认无误后方可使用。使用期间应密切观察药物使用后的反应，及时处理药品过敏和输液反应。

（五）门诊患者的自备药品使用知情同意书由注射室或输液室集中保管一年。

（六）患者要求使用自备药品必须交纳相应的治疗费用。

四、病区使用患方自备药品的要求：

（一）使用本院惠仁药店和医保定点特药药店购买的药品，患者出具惠仁药店的购药发票或收据（复印件），医保定点特药药店的购药发票（复印件）；慈善赠药使用时，必须提供加盖指定赠药药店公章的慈善赠药纸质证明。床位医生做好医患沟通记录，充分告知患者风险和受益，签署《自备药品使用知情同意书》，经科主任审批和护士长复核后，医生开具自备药医嘱，相关票据及自备药品使用知情同意书留存在病历中。具体的医保定点药店（见附件 2）。

（二）特殊情况下使用非本院惠仁药店和医保定点药店购买的药品，由患者提供该药品的采购发票（复印件）、血液制品还需提供药品检验报告单及生物制品批签发证，其他流程同（一）。

（三）人血白蛋白注射液参照本院《人血白蛋白注射液使用管理制度》执行。

（四）本院门诊药房自费购买的药品至病区使用，需在住院病历中留存相关购药票据，无需签署《自备药品使用知情同意书》。

（五）护理使用前必须按照查对制度核对药品信息和药品质量，确认无误后方可使用。

五、禁止任何医务人员为获取个人利益私自售药给患者或向患者推荐、推销药品，违者暂停执业资质，并按相关法律规定进一步追究责任；引发医疗纠纷的由个人承担全部责任。

六、医务科、监察科、药剂科、护理部应加强对患方自备药品使用管理的监管和督查，每季度进行一次专项检查，发现不规范使用现象及时处理并追究相关责任人的责任。

附件：1、患方自备药品使用知情同意书

2、无锡市社会保险基金管理中心公布的定点药店

附件 1：

无锡市惠山区人民医院患方自备药品使用知情同意书

患者姓名：　　性别：　　年龄：　　门诊号/住院号：

初步诊断：

自备药品名称及使用理由：

医师签名：

年　　月　　日

患者使用自备药品需要承担责任

本人从自身疾病治疗需要的角度出发要求使用自备药品，但任何药品皆有风险，在患者病情需要、医生切实按用药操作规范使用自备药品的情况下，仍有可能发生用药意外及并发症：

1、患者因个体差异发生对药品过敏、休克等不良反应；

2、未按照药品说明书要求运输、储存，药品变质失效；

3、自备药品为假药、劣药等；

4、其他难以预料的并发症和意外。

5、患者因私自使用自备药品发生意外情况，医务人员应积极履行抢救义务，但相关费用后果由患方承担。

上述情况医生均已告知，并对本人提出的问题给予详细地解答。经慎重考虑，本人（家属）对所使用自备药品可能出现的风险表示理解，对所供药品的质量负责，保证药品质量符合法定质量标准，自行承担可能因药品质量问题造成的一切不良后果。

患者或家属签名：　　年　　月　　日

科主任审签：　　年　　月　　日

护士长复核：　　年　　月　　日

附件 2

无锡市社会保险基金管理中心公布的定点药店

1、无锡汇华强盛医药连锁有限公司小木桥药店

2、无锡天润医药连锁有限公司同德堂药店

3、无锡市山禾健康参药连锁有限公司健康新药房

4、无锡市山禾健康参药连锁有限公司健民参药店

5、无锡汇华强盛连锁药店广瑞路门市店

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-025	文件名称	中药注射剂临床应用管理规范	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	新增	制定时间	2023.12.12	生效时间	2024.01.01

中药注射剂临床应用管理规范

为规范中药注射剂临床应用管理，保障医疗安全和患者用药安全，特制定本制度。

一、中药注射剂在院内凭医师处方和医嘱使用，医院制定对过敏性休克等紧急情况进行抢救的规程。

二、药剂科严格执行药品进货检查验收制度，建立真实、完整的购进记录，保证药品来源可追溯， 坚决杜绝不合格药品进入临床。严格按照药品说明书中规定的药品储存条件储存药品。在发放药品时严格按照《药品管理法》、《处方管理办法》进行审核。

三、临床医师按照卫生部《中药注射剂临床使用基本原则》、药品说明书使用，严格掌握功能主治和禁忌证；临床加强用药监测， 使用中药注射剂前，严格执行用药查对制度，发现异常，立即停止使用，并按规定报告。临床药师加强中药注射剂临床使用的指导，确保用药安全。

四、中药注射剂应单独使用，禁忌与其他药物混合配伍使用。中药注射剂与西药注射剂两步输液间应使用 5%GS 或 0.9%NS 冲管（根据中药注射剂的适宜溶媒选用），冲管液由医生开具处方。每位患者每天限使用一种中药注射剂。

五、合理选择活血化瘀类药物的给药途径，能口服的尽量选择口服制剂。使用肾康注射液的科室应请肾内科专科会诊后方可使用。

六、加强中药注射剂不良反应/事件的监测和报告工作。要准确掌握使用中药注射剂患者

的情况，做好临床观察和病历记录，发现可疑不良事件要及时采取应对措施，对出现损害的患者应及时救治，并按照规定报告。妥善保留相关药品、患者使用后的残存药液及输液器等，以备检验。

七、药剂科每季度对中药注射剂临床使用情况进行专项点评，点评结果反馈至临床进行整改。

八、医院药事管理与药物治疗学委员会指导全院做好中药注射剂相关不良事件的监测和报告工作，医师、护师、药师密切配合，及时通报和沟通相关信息，发现不良事件果断采取措施进行处理。

九、医院质加强对中药注射剂的质量监督检查，加强对中药注射剂不良反应监测工作，保障患者用药安全。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-026	文件名称	终止妊娠药品管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.08.01

终止妊娠药品管理制度

为认真贯彻落实国家卫生部、人口计生委、药品食品监督管理局《关于禁止非医学需要胎儿性别鉴定和选择性别人工终止妊娠的规定》和《江苏省人大常委会关于禁止非医学需要胎儿性别鉴定和选择性别人工终止妊娠的决定》等法规、规定，严禁相关专业技术人员利用相关设备与技术手段开展非医学需要的胎儿性别鉴定，特制定本制度。

一、终止妊娠药品必须在医院内使用。

二、临床应用终止妊娠药品时，应首先查明用药原因，审验相关证明，在排除选择性人工终止妊娠的前提下，由医生指导并监护使用。禁止非妇产科医生开具用于终止妊娠目的的终止妊娠药品处方。

三、终止妊娠药品必须凭单独处方使用，处方所列项目必须填写齐全，不得简化或缩写。

四、处方调配人员应对使用终止妊娠药品处方应进行专册登记。

五、终止妊娠药品和处方应单独保管、装订，处方留存 3 年备查。

六、终止妊娠药品应从具备药品经营许可证的医药公司购进。

七、购进终止妊娠药品，应建立真实、完整的购进、验收、出库记录。

八、严禁自行配制终止妊娠药品。严禁转借、转让、交换、滥用终止妊娠药品。

九、定期进行检查，对违规开展终止妊娠手术、违规销售、购买、使用终止妊娠药品的个人，一经查实，严肃处理。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-027	文件名称	静脉用药分散调配管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2019.10.10	生效时间	2020.01.01

静脉用药分散调配管理制度

为加强静脉用药在病区分散调配的管理，保障患者用药安全。根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》和《静脉用药集中调配管理质量管理规范》，结合本院实际，制定本制度。

一、医院静脉用药集中调配中心未开展之前，可在病区治疗室内调配静脉用药，其他场所不能用于静脉用药的调配。

二、静脉用药调配必须由注册护士完成。

三、治疗室内布局合理，清洁区、污染区分区明确。进入治疗室必须穿工作服，戴工作帽及口罩。

四、保持室内清洁，每完成一批配置，要及时清理。治疗台每天消毒一次。

五、各种药品分类放置，标识清晰。特殊药品应加锁专人保管，严格交接班。

六、严格执行无菌技术操作，配置前应严格执行查对制度及配置操作规程，注意配伍禁忌，严防差错事故发生。

七、根据医嘱用药时间配置药物，静脉用药配置抽出的药液超过两小时不得使用，启封抽吸的各种溶媒超过 24 小时不得使用。对于“即配即用”的药物在使用前临时配置。

八、治疗室物品应放在固定位置，无菌物品须注明灭菌日期，超过有效期须重新灭菌。

九、清洁用具应专用，治疗室内地面每天消毒。

十、正确处理医疗废物，分类收集，锐器盒使用规范，有明显标识，并有交接记录。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-028	文件名称	肠外营养液和细胞毒药物配置管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2019.11.01	生效时间	2020.02.01

肠外营养液和细胞毒药物配置管理制度

为规范肠外营养液和细胞毒药物的配置与使用，根据《静脉用药集中调配管理质量管理规范》，结合本院实际，制定本制度。

一、定义

（一）肠外营养（PN）是经静脉途径供应病人所需要的营养要素，包括热量（碳水化合物、脂肪乳剂）、必需和非必需氨基酸、维生素、电解质及微量元素。目的是使病人在无法正常进食的状况下仍可以维持营养状况、体重增加和创伤愈合，帮助机体渡过危险的病程。它是微生物良好营养剂，其混合配置需一定的规程，并严格遵循无菌操作的要求。

（二）细胞毒药物是指具有致癌、致畸、生殖毒性、低剂量致系列器官损伤的药物。抗肿瘤药物基本属于细胞毒药物。

二、肠外营养液的配置

（一）配置前的准备

1.配置前将所用物品准备齐全，避免因多次走动而增加污染的机会。

2.严格检查静脉输液袋的有效期、外包装、输液袋、输液管是否密闭，有无破损。

（二）配置顺序

1.将不含磷酸盐的电解质和微量元素加入到葡萄糖、糖盐水中，充分混匀，避免局部浓度过高。

2.将磷酸盐、胰岛素加入到其他葡萄糖溶液中，并充分振荡混匀。

3.关闭静脉营养输液袋的所有输液管夹，然后分别将输液管连接到葡萄糖溶液和氨基酸溶液中，倒转这两种输液容器，悬挂在挂钩上，打开这两根输液管夹，待葡萄糖输液和氨基酸溶液全部注入到静脉营养输液袋后，关闭输液管夹。

4.翻转静脉营养输液袋使这两种溶液充分混匀。

5.将水溶性维生素溶解到脂溶性维生素中，充分混匀后加入到脂肪乳中混匀。若静脉营养输液袋内不加脂肪乳的，则不能使用脂溶性维生素。水溶性维生素溶解后加入葡萄糖输液中，但此过程需注意避光。

6.最后将脂肪乳中入静脉营养输液袋后，充分混匀，将袋子中多余的空气排出后关闭输液管夹，套上无菌帽。

7.挤压静脉营养输液袋，观察是否有液体渗出。

8.所有这些操作均应在严格按照无菌操作。

9.配好的 PN 口袋上应贴上注明病区、床号、姓名及配制时间的标签。

10.签名后，由核对护士检查核对。

11.核对护士应仔细检查有无发黄、变色、浑浊、沉淀等现象出现，如有则须丢弃，核对结束后即可使用，如不马上使用，则应放入冰箱冷藏保存。

三、细胞毒药物的配置

（一）配置细胞毒药物的区域应为相对独立的空间，操作台面应垫以防渗透吸水垫（下层铺设塑料台布，上层铺设一次性无纺布无菌巾），污染或操作结束时应及时更换。建议有条件的科室集中配置化疗药，或在垂直气流生物安全柜下配置。

（二）个人防护器材的准备：应佩戴好圆帽、防护口罩（2 层外科口罩），戴双层手套（内层为 PVC 手套，外层为乳胶手套）；宜穿防水、无絮状物材料制成、前部完全封闭的防护服；宜佩戴护目镜。

（三）细胞毒性药物的配置操作

1.安瓿的操作：轻轻拍打安瓿将颈部和顶端的药物落于其底部，以保证没有药物或粉末留于该处，防止安瓿折断时药物在空气中传播和雾化。用乙醇擦拭安瓿的颈部，打开安瓿时要用一块灭菌的纱布包绕着安瓶。如果安瓿内是需要再溶解的干燥物质，应将溶媒沿安瓿慢慢加入以避免药物粉末的散出，最好使用带有过滤网膜的针筒。

2.操作西林瓶：由于西林瓶中的气压会升高，操作时应尽量小心，避免产生药物的汽雾。只需相当的气压即可轻易的抽取药物。当针头抽出时，如果瓶中压力太高会使药物溢出。

3.开瓶装置：不正当使用开瓶装置会增加受污染的机会。

4.带有标签的容器：所有装有细胞毒药物的容器都必须带具有警告性质的标签。容器外表面应当用织物擦过以除去可能的污染。容器内表面必须用乙醇擦过，最好使用适当的封口。

5.根据化疗药性质或说明书选择合适的溶媒，铂类配制和输液过程中不能使用含铝的针头、注射器、导管或静脉输注装置。紫杉醇配制和输液过程中使用非聚氯乙烯 PVC 容器和输液器。

6.配制过程中避免不必要的人员走动，配制完毕，应彻底清场，先抹布清洁，待干后再用 75%酒精擦拭消毒，及时开窗通风。

7.配制注射器、输液器、针头等均为一次性使用，用后放入专用损伤性利器盒中，并标识“药物性废物”密闭处理，所有污物包括用过的防护服、帽等需放入“药物性废物”集中处理。

（四）细胞毒性药物溢出与暴露

1.可能接触细胞毒药物的主要途径：吸入药物的气雾和小液滴；药物直接接触皮肤和眼睛吸收（包括外伤，如针刺）；通过受污染的物品或器具的接触。

2.可以导致细胞毒药物接触的四个步骤：药物的准备，传递和使用药物，废弃物丢置，清除飞溅、溢出药滴。

3.准备和使用过程中可能发生药物接触环节有：打开安瓿、从药瓶中拔出针头、使用针头、针筒转移药物、从针筒、管子中排出空气、连接物、瓶子或袋子的渗漏和破裂、更换袋子、瓶子和管子、针筒中药物过多（注意：决不能超过容积 3/4）、丢置在准备、使用细胞毒药物过程中用过的材料、丢弃使用过的空安瓿，西林瓶。

4.废弃物丢弃过程中可能发生药物接触的事件：丢置在准备、使用细胞毒性药物过程中用过的材料，处理体液，处置污染有接受过细胞毒性药物的患者体液的材料和布织物。

（五）溅洒（溢出）的处理原则

1.在细胞毒药物配制和贮存的区域应有处理溢出的工具。员工必须熟悉它们的使用方法。

2.在细胞毒药物的配制中，可用无菌的塑料包裹的有吸收力的无纺布来吸收少量溢出物。

3.清除溢出物的人员必须穿戴好防护服、双层手套和护目镜，当处理量大时要戴呼吸器。

4.涉及少量药物轻微溢出的，可用有吸收力强的拖把来清除。较严重的溢出可由吸收力强的垫布或有吸附能力的材料来清除，而该区域最后用清洁剂来清洗。

5.所有被溅出物污染的物料和废弃物必须丢弃并按照相关部分列出的处理方法来处理。

6.被溅出药物污染的人员必须脱去被污染的衣服，受到污染的部位必须用肥皂清洗或用水冲刷。若被针刺更应谨慎处理。

（六）细胞毒性药物溢出的处理

1.溢出包：在所有细胞毒药物准备、配制、使用、运输和丢弃的地方都应准备有溢出包。包中的物件应有：1 件由无渗透性纤维织成的有袖的工作服；一双鞋套；两双乳胶手套；一双备用乳胶手套；一副化学防溅眼镜；一个再呼吸面罩；一个一次性灰尘盘（收集碎玻璃）；一个塑料小笤帚（将碎物或其他物质扫入盘中）；两块塑料背面的吸收手巾；两块一次性海绵（一块擦出溢出液体，一块擦洗溢出物清除后的地板等）；1 个装尖锐物的容器；两个大，厚的一次性垃圾袋。

2.小量溢出的处理：小量溢出是指在安全生物柜以外体积≤5ml 或剂量≤5mg 的溢出。当发生小量溢出时，首先正确评估暴露在有溢出环境中的每一个人。如果有人的皮肤或衣服直接接触到药物，必须立即用肥皂和清水清洗被污染的皮肤。受训人员应立即清除掉溢出的小量药物，操作程序如下：

（1）穿好工作服，戴上两付无粉末的乳胶手套，戴上护目镜；

（2）如果溢出药物会产生汽化，则需戴上呼吸面罩；

（3）液体用吸收性的织物布块吸干并擦去，固体用湿的吸收性织物布块擦去；

（4）用小铲子将玻璃碎片拾起并放入防刺容器中；

（5）防刺容器、擦布、吸收垫子和其他被污染的物品都应丢置于专门放置细胞毒药物的垃圾袋中；

（6）药物溢出的地方应用清洁剂反复清洗 3 遍，再用清水洗干净；

（7）凡要反复使用的物品应当由受训人员在穿戴好个人防护用品的条件下用清洁剂清洗两遍，再用清水清洗；

（8）所有细胞毒药物污染物的垃圾袋应封口，再放入另一个放置细胞毒废物的垃圾袋中。所有参加清除溢出物员工的防护工作服应丢置在外面的垃圾袋中；

（9）外面的垃圾袋也应封口并放置于细胞毒废物专用一次性防刺容器中；

（10）记录一下信息：药物名称，大概的溢出量；溢出如何发生；处理溢出的过程；暴露于溢出环境中的员工及其他人员；

（11）通知相关人员注意药物溢出。

（七）大量溢出的处理 大量溢出是指在安全生物柜以外体积>5ml 或剂量>5mg 的溢出。当出现细胞毒药物的大量溢出时，首先正确评估暴露在有溢出环境中的每一个人。如果有人的皮肤或衣服直接接触到药物，其必须立即用肥皂和清水清洗被污染的皮肤。溢出地点应被隔离出来，应有明确的标记提醒该处有药物溢出。大量细胞毒药物的溢出必须由受训人员清除，处理程序如下：

1.必须穿戴好个人防护用品，包括里层的防护手套、鞋套、外层操作手套、护目镜；

2.如果是可能产生气雾或汽化的细胞毒药物的溢出，必须佩带呼吸面罩；

3.轻轻将吸收药物织物布块或防止药物扩散的垫子覆盖在溢出的药物液体之上，液体药物则必须使用吸收性的织物吸收掉；

4.轻轻将湿的吸收性垫子或湿毛巾覆盖在粉状药物之上，防止药物进入空气中去，然后用湿垫子或毛巾将药物除去；

5.将所有的被污染的物品放入溢出包中备有的密封的细胞毒废物垃圾袋中；

6.当药物完全被除去以后，被污染的地方必须先用清水冲洗，再用清洁剂清洗三遍，清洗范围应由小到大的进行；

7.清洁剂必须彻底用水清洗干净；

8.所有用来清洁药物的物品必须放置在一次性密封细胞毒废物垃圾袋中；

9.所有细胞毒药物污染物的垃圾袋应封口，再放入另一个放置细胞毒废物的垃圾袋中。所有参加清除溢出物员工的个人防护用品应丢置在外面的垃圾袋中；

10.外面的垃圾袋也应封口并放置于细胞毒废物专用一次性防刺容器中；

11.记录以下信息：药物名称；大概溢出量；溢出如何发生；处理溢出的过程；暴露于溢出环境中的员工及其他人员；

12.通知相关人员注意药物溢出。

（八）生物安全柜内的溢出 在生物安全柜内体积≤150ml 的溢出的清除过程同小量和大量的溢出。在生物安全柜内的药物溢出>150ml 时，在清除掉溢出药物和清洗完药物溢出的地方后，应该对整个安全柜的内表面进行另外的清洁。处理过程如下：

1.使用工作手套将任何碎玻璃放入位于安全柜内的防刺容器中；

2.安全柜的内表面，包括各种凹槽之内，都必须用清洁剂彻底清洗；

3.当溢出的药物不在一个小范围或凹槽中时，需要进行额外的清洗（用特殊 pH 的肥皂来清除不锈钢上的化学物质）；

4.如果溢出药物污染了高效过滤器，则整个安全柜都要封在塑料袋中，直到高效过滤器被更换。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-029	文件名称	静脉用药调配操作规范	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.07.11

静脉用药调配操作规范

一、静脉用药的调配在医院静脉用药调配中心未开展之前，可在病区治疗室内调配，但需参考《静脉用药集中调配管理规范》有关要求严格管理，其他场所不能用于静脉用药的调配。

二、进行静脉用药调配工作的人员需接受岗位专业知识培训并经考核合格，否则，不能进行此项工作。

三、静脉用药调配操作程序：

（一）按输液贴核对摆放的药品名称、规格、数量、有效期等的准确性和药品完好性，检查输液袋（瓶）有无裂纹，瓶口有无松动、裂缝，输液袋（瓶）内有无沉淀、絮状物等，确认无误后，方能进行调配。

（二）用安尔碘消毒输液袋（瓶）口，待干。

（三）除去西林瓶盖，用安尔碘消毒西林瓶胶塞；安瓿用砂轮切割后，需用安尔碘仔细擦拭消毒，去除微粒。

（四）选用适宜的一次性注射器，拆除外包装，旋转针头连接注射器，确保针尖斜面与注射器刻度处于同一方向。

（五）抽取药液时，注射器针尖斜面应当朝下，紧靠安瓿瓶颈口抽取药液，然后注入输液袋（瓶）中，轻轻摇匀。

（六）溶解粉针剂，用注射器抽取适量静脉注射用溶媒，注入于粉针剂的西林瓶内，必要时可轻轻摇动（或置震荡器上）助溶，全部溶解混匀后，用同一注射器抽出药液，注入输液袋（瓶）内，轻轻摇匀。

（七）调配结束后，进行检查及核对：

1.再次检查已配药液有无沉淀、变色、异物等；

2.进行挤压试验，观察输液袋有无渗漏现象，尤其是加药处；

3.按医嘱执行单内容逐项核对所用输液和空西林瓶与安瓿的药名、规格、用量等是否相符；

4.核检非整瓶（支）用量的患者的用药剂量和标识是否相符；

5.操作人员和核对人员应当分别签名，签名需清晰可辨；

6.核查完成后，空安瓿等废弃物按规定进行处理。

（八）输液调配操作完成后，应立即清场，用清水擦拭台面，除去残留药液，不得留有与下批输液调配无关的药物、余液、注射器等。

四、静脉用药混合调配注意事项：

（一）不得采用交叉调配流程。

（二）静脉用药调配所用的药物，如果不是整瓶（支）用量，则必须将实际所用剂量在输液贴上明显标识，以便校对。

（三）若有两种以上粉针剂或注射液需加入同一输液时，应当严格按药品说明书要求和药品性质顺序加入，并注意配伍禁忌；对肠外营养液、高危药品和某些特殊药品的调配，应当制定相关的加药顺序调配操作规程。

（四）调配过程中，输液出现异常或对药品配伍、操作程序有疑点时应当停止调配，保留相关药品及用具，报告护士长或与处方医师协商调整用药医嘱，上述情况应做好详细记录，防止再次发生。

（五）调配操作危害药品注意事项：

1.危害药品调配应当重视操作者的职业防护，严格按照有关规程操作；

2.危害药品调配完成后，必须将留有危害药品的西林瓶、安瓿等单独置于适宜的包装中，以供核查；

3.调配危害药品用过的一次性注射器、手套、口罩及检查后的西林瓶、安瓿等废弃物，按规定统一处理；

4.危害药品溢出处理按照相关规定执行。

五、静脉用药调配所用药品、医用耗材和物料由药学及有关部门统一采购，应当符合有关规定。静脉用药调配所使用的注射器等器具，应当采用符合国家标准的一次性使用产品，临用前应检查包装，如有损坏或超过有效期的不得使用。

六、每日对操作台、治疗室进行清洁消毒处理。酌情检测治疗室空气中的菌落数，并有记录。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-030	文件名称	安全给药管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2018.08.01

安全给药管理制度

为加强患者安全给药管理，使患者能得到正确的药物治疗，保障患者用药安全，根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》，结合本院实际，制定本制度。

一、经过资格认定及相关培训的护理人员方可执行给药医嘱。

二、用药医嘱抄（转）录须经核对，确保准确无误。

三、护士根据处方或医嘱给药时应先核对以下内容：

（一）药物名称是否与医嘱相符。

（二）给药时间和次数是否与医嘱相符。

（三）药物剂量是否与医嘱相符。

（四）给药途径是否与医嘱相符。

（五）药品效期与外观是否合格。

（六）询问病人姓名及核对 ID 号以确认身份。

（七）病人是否对该药物过敏。

四、给药应做好记录：

（一）医师给予病人的所有用药必须做好记录。病人用药可记录于门急诊病人的病历及住院病人病历或病历中的给药记录单。

（二）门急诊病历用药记录包括就诊日期，病人的疾病描述、诊断；药品的名称、规格、数量、用法、用量等。

（三）病历中应存有给药记录单。给药记录单记录病人的每日用药情况，包括病人姓名、住院号、床号、药物名称、给药时间、用法用量、给药途径等。

（四）护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应并记录。

（五）医师、护士和其他相关医务人员应向病人宣教用药知识，同时观察疗效及不良反应，必要时调整给药方案。

五、凡住院患者治疗需要的药品均由药剂科供应，一般不得使用患者自带药品。确需使用应符合本院《患方自备（自购）药品使用管理制度》的规定与要求。

六、病人给药时间管理细则

（一）长期医嘱的给药应在规定时间前后 2 小时内完成，后一次给药时间按相应时间间隔调整，不能按时给药的以给药错误处理。如特殊情况（手术、检查等）延误给药，待医师评估后，方可用药；如不能使用，应由医师在临时医嘱单上开具停用医嘱。

（二）根据医嘱需准点给药（如每 4 小时给药、每 6 小时给药、每 8 小时给药等）的应在规定的时间内给药。

（三）特殊用药遵具体医嘱执行。

（四）紧急抢救医嘱给药：开医嘱后即刻给药。

（五）口服给药

1.原则上当天常规医嘱，下午给药。如有特殊情况，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱（st）。

2.每日一次给药（qd）给药时间为：8：00。相同药物与次日的给药时间应间隔 12-24 小时。

3.每日二次给药（bid）给药时间为：8：00-16：00。相同药物每日每次给药时间应间隔 6-12 小时。

4.每日三次给药（tid）给药时间为：8：00-12：00-16：00。相同药物每日每次给药时间应间隔 4-6 小时。

5.每日四次给药（qid）给药时间为：8：00-12：00-16：00-20：00。相同药物每日每次给药时间应间隔 3-6 小时。

6.一般临时医嘱（st）：在医师开具医嘱后 2 小时内执行。

（六）静脉给药

1.首次给药时间：原则上在医师开具医嘱后 2 小时内执行。特殊情况可酌情处理。 如有多组静脉输液，根据轻重缓急，按序使用。

2.每日一次给药（qd）给药时间为 8：00：相同药物与次日给药时间应间隔在 12-24 小时。

3.每日二次给药（bid）给药时间为 8：00-16：00。相同药物每日每次给药时间应间隔在 6-12 小时。下午三点后开具的 bid 医嘱当天默认为给药一次，如需两次给药，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱（st）。

4.特殊药物如甘露醇等需准点使用的药物，给药时间不超过 30 分钟。

5.一般临时医嘱：在医师开具医嘱后 2 小时内执行。特殊情况可酌情处理。如有多组静脉输液，根据轻重缓急，按序使用。

（七）肌内、皮下给药

1.原则上当天常规医嘱，下午给药。如有特殊情况，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱（st）。

2.每日一次给药（qd）给药时间为 8：00。相同药物与次日给药时间应间隔在 12-24 小时。

3.每日二次给药（bid）给药时间为 8：00-16：00。相同药物每日每次给药时间应间隔在 6-12 小时。

4.一般临时医嘱（st）：在医师开具医嘱后 2 小时内执行。

（八）其他给药

1.膀胱冲洗

（1）每日一次给药（qd）给药时间为 8：00。相同的药物与次日的给药时间间隔在 12-24 小时。

（2）每日二次给药（bid）给药时间为 8：00-16：00。相同的药物每日每次的给药时间间隔在 6-12 小时。

2.雾化吸入

（1）每日一次给药（qd）给药时间为 8：00。相同的药物与次日的给药时间间隔在 12-24 小时。

（2）每日二次给药（bid）给药时间为 8：00-16：00。相同的药物每日每次的给药时间间隔在 6-12 小时。

3.其它途径给药时间按医嘱执行。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-031	文件名称	用药错误报告处理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.07.11

用药错误报告处理制度

为加强药品整个使用过程中用药错误管理，及时有效控制药品风险，保障患者用药安全。根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》和《中国用药错误管理专家共识》，结合本院实际，制定本制度。

一、用药错误的范畴

用药错误是指药物使用过程中出现的任何可预防事件，导致用药不当或患者受损。主要表现为：

（一）处方错误

在处方书写、选药、剂量、剂型、途径、用药时间、用药频次、溶媒选择等方面发生错误。

（二）转抄错误

护士在抄写医嘱时发生的各种错误。

（三）配方错误

配发错误的药物、剂量、剂型，不适当的配制、标签、包装，配发、储存不当或变质、过期失效的药品。

（四）给药错误

1.投药错误：将药物误给于其他患者。

2.未经处方的用药错误：指未经医师处方而给患者用药，包括继续使用已停用的药物。

3.剂量错误：剂量大于或小于规定剂量或重复用药。

4.途径错误：用药途径不是处方规定的途径，或是途径正确而部位错误，如滴左眼误滴右眼。

5.速率错误：常见于静脉滴注。

6.剂型错误：包括不经处方者同意而将片剂粉碎。

7.配制错误：药物在溶解或稀释时发生错误，或发生配伍变化。

8.技术错误：操作技术不当，如输液泵操作错误，注射部位未消毒等。

9.应用变质药品的错误：使用保存不当的药品，或变质、过期失效的药品。

10.时间错误：不按规定间隔时间给药或给药时间发生明显偏差。以下的给药时间偏差被认为是在正常范围内：

（1）规定每 4 小时给药或给药次数更多时，药物应在规定时间前/后半小时内给予；

（2）规定每 12 小时给药或给药次数更多（如每 6 小时，每 8 小时等）时，药物应在规定时间前/后 1 小时内给予；

（3）规定大于 12 小时（如每 18 小时，每天一次）给药时，药物应在规定时间前/后 3 小时内给予；

（4）规定每周一次给药或给药次数更少时，药物应在规定时间前/后 1 天内给予；

（5）规定每月一次给药或给药次数更少时，药物应在规定时间前/后 1 周内给予。

超出上述规定时间之外给药的，视为给药时间错误。

（五）监测错误

未对药物治疗方案或临床、实验室数据作出评价。

二、用药错误按其严重程度可分为

（一）一般用药错误：指发生了错误，但未造成伤害，或造成轻度或暂时性伤害。

（二）严重用药错误：指造成患者永久性损害或危及生命，如过敏性休克、心律不齐，或造成患者死亡。

三、报告及处理程序

（一）医务人员在发生用药错误时，需立即采取救治措施，同时报告科室负责人，必要时可越级上报。

（二）按规定上报医务科、护理部、药剂科；严重用药错误需立即上报，并形成书面报告，内容包括：

1.用药错误情况：对用药错误进行描述，损害严重程序，事件发生顺序，所涉及人员及工作环境。

2.情况调查：

（1）患者治疗经过，是否已用药；

（2）最初的错误是由哪类医务人员所致；

（3）错误导致的后果(例如：死亡、损害程序)；

（4）采用何种干预使患者未发生用药错误；

（5）错误发生于何时及如何被发现的；

（6）错误发生在什么场合；

（7）错误是否涉及其他工作人员；

（8）是否向患者提供了咨询。

3.药品情况：药品的通用名、商品名、剂型、批号、含量或浓度、制药公司、包装形式或大小。

4.患者情况：年龄、性别、诊断等。

（三）医务科、护理部接到严重用药错误报告后，立即组织救治，上报分管院长，并按规定向卫生行政部门报告。

1.制订急救措施程序：医务科应立即组织相关科室专家对用药严重错误进行会诊抢救。

（1）了解所用药物剂量、给药途径。

（2）判断患者发生的损害为功能性还是病理性的，以及损害严重程度。

（3）根据临床表现积极进行对因、对症以及使药物尽快清除（排泄/滤过）的治疗。

2.现场勘察程序：对疑似用药错误导致严重不良后果的药品，由医患双方共同对现场实物进行封存和启封，封存的现场实物由医疗机构保管；需要检验的，应当由双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验；双方无法共同指定时，由医疗行政部门指定。

四、用药错误的责任认定

发生用药错误后，应检查用药涉及的诊断、处方、配方、给药、监测、评价等的各个环节，以确定责任人。

（一）医师是疾病诊治的主要责任者。因诊断、处方错误造成的药物性损害，医师应负主要责任。

（二）药师是药品的提供者和药物安全监测者。药师因审方、配发错误等造成的患者受损，药师应承担责任。

（三）护士是用药过程的最后环节。护士因不正确执行医嘱，给药操作错误，临床观察、报告不力等使患者受损，护士应承担责任。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-032	文件名称	剩余药品管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.07.11

剩余药品管理制度

一、全院医务人员应加强规范管理医院剩余药品的思想认识，通过坚持合理用药，加强制度建设，强化内部管理，明确管理流程，严格责任追究，确保患者用药安全，保护病人的

合理用药权利。

二、加强药剂科和临床科室的共同沟通协调，定期组织临床医师合理用药的培训，积极探索实施临床路径，根据患者病情提供安全、有效、经济的治疗方案，严格控制用药剂量，坚决杜绝无指征的预防及治疗用药、开具大处方以及变相克扣患者药品等损害群众利益的行为，采取一切有效措施，防止产生剩余药品。

三、加强临床用药过程中的动态监测，及时预警超常用药动向，定期或不定期对病房药品使用情况进行检查，监控病房剩余药品情况。认真分析临床剩余药品产生原因，及时发现并解决用药具体环节中存在的问题，不断规范医护人员用药行为。

四、按照临床实际使用规格需要，统一采购符合要求的药品，并根据临床用量的变化及时调整。避免采购规格剂量过大的药品，从源头上控制剩余药品的出现。

五、注重医患沟通，及时告知患者在治疗过程中的用药情况，对因不可避免因素所造成的药品损耗或剩余的情况做好耐心细致的解释工作，争取患者理解，努力构建和谐诊疗环境。

六、规范处理剩余药品。因包装规格超过实际用量且不宜于保存或无法退还使用的剩余药品，由临床护理部门及时收回、核对批号和数量并作记录后，统一交药剂科作废品处理。因各种原因产生的质量合格剩余药品，且又无法确定具体退还病人的，各临床科室必须及时上交，不得私自留存，由药剂科统一验收清点入库，并报当地卫生行政部门备案。对于临床合理医嘱更改、患者病情转归较快及因药物不良反应等原因引起的住院患者退药的，由病区及时清点、统计，交药剂科按有关规定验收合格后作退药处理，并及时将退款金额返还病人个人帐户。

七、规范配置给药。护理人员应严格按照护理操作规范配置药品，做到及时、足量给药，对因不可避免因素所造成的剩余药品，要及时向护士长汇报，按医院有关规定规范处理剩余药品。

八、严肃查处违法违规行为。禁止私自将剩余药品到药剂科换药；禁止将科室上交剩余药品数量、金额与相关人员的奖金或劳务津贴挂钩。对于克扣病人药品，个人私自销售或再次销售并以各种形式发放奖金的，根据有关法律法规追究相关当事人的法律责任。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-033	文件名称	废弃药品包装处置管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.07.11

废弃药品包装处置管理制度

为加强医疗机构废弃药品包装处置管理，规范医疗机构废弃药品包装处置行为，根据卫生部办公厅《关于加强医疗机构废弃药品包装处置管理工作的通知》（卫办医政函〔2012〕681号）、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》（卫医发〔2005〕438号）、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》（卫生部令36号）等文件精神，根据本院实际，特制定此制度。

一、废弃药品包装定义：

废弃药品包装是指医院内废弃的药品内外包装盒、标签、说明书、直接接触药品的包装材料和容器等。

二、建立废弃药品包装处置管理小组，专门负责我院废弃药品包装处置管理工作。废弃药品包装处置管理小组组长由医务科长担任，副组长由药剂科及护理部主任担任，组员由药剂科各部门及各临床科室指定的废弃药品包装临时收集人员组成。各人员职责为：

（一）医务科负责临床医护人员、相关管理人员和废弃药品包装临时收集人员开展教育培训工作。

（二）药剂科主任负责药剂科各部门临时收集人员的指定和管理。

（三）护理部主任负责各临床科室临时收集人员的指定和管理。

（四）药剂科各部门临时收集人员负责本科废弃药品包装处置管理工作。

（五）各临床科室临时收集人员负责本科废弃药品包装处置管理工作。

三、麻醉药品和第一类精神药品的废弃包装的处置管理

（一）药剂科各药房应严格按照《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》要求做好麻醉药品、第一类精神药品废弃空安瓿回收、核对和记录。

（二）药剂科各药房负责人每月统计麻醉药品、第一类精神药品空安瓿数量，报药剂科主任批准后，双人销毁，并做记录。

（三）药剂科各部门每年定期将上一年度麻醉药品、第一类精神药品失效、破损情况汇总，报院科领导审核批准后，会同区卫生局专管人员共同销毁。

四、其它废弃药品包装的处置管理

（一）各临床科室废弃药品包装按医疗废物处理的废弃药品包装处置方法 ：

被病人血液、体液、排泄物污染的各种玻璃（一次性塑料输液瓶（袋）、空安瓿（注射药小瓶）等废弃药品包装，各临床科室应严格按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、《关于明确医疗废物分类有关问题的通知》等有关规定进行规范处置。

（二）其他废弃药品包装，特别是贵重药品、含兴奋剂药品、高危药品的包装应先进行损形处理，统一收集后交由总务科处理。

1.药房在发药时，口服药品外包装上注明患者姓名、用法等文字；注射剂中包装原则上留药房，特殊情况下应撕掉顶部包装纸。

2.药房废弃药品包装（包括大、中、小包装）应先进行损形处理，统一收集后交由总务科处理。

五、医院应加强相关责任人员的培训与管理，使内部医护、护工、保洁、保安等人员了解私自回收药品包装盒的危害性及违法性，防止药品废弃包装流入非法渠道。

六、医院应指定专人定期对院内废弃药品包装的处置管理工作进行检查，发现院内废弃药品包装的处置违规行为应及时纠正，严重的应进行严肃处理。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-034	文件名称	国家集中采购、江苏省带量采购药品采购、使用管理规定	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订	制定时间	2020.02.15	修订时间	2021.04.01

国家集中采购、江苏省带量采购药品采购、使用管理规定

为推进国家组织集中采购、江苏省带量采购中选药品在我院的临床配备使用，切实降低群众药费负担，依据国家、江苏省、无锡市等集中采购工作方案，结合我院实际情况，制定本规定。

一、采购使用原则

（一）独家中选品种为必选。

（二）非独家中选品种中若有院内目录内品规则首选院内目录内品规（注射用药物除外）。注射用药物首选与独家中选品种一致的品种，其次选择院内目录内品规。

（三）非独家中选品种中若无院内目录内品规则优先选择与独家中选品种一致的品种，其次选择中选品种中价格最低的品种（若有多种规格则优先选择与院内目前在用规格一致的）。

（四）原则上医院内原先使用的未中选品种予以停用，同品种原研品种根据临床使用需

求以及药事管理委员会意见决定是否予以保留。

（五）若出现我院使用的集采品种供应不及时的情况，由综合保障科药品采购及时向相关主管部门反馈情况后启动紧急替代流程，协调采购相关替代品种，保证临床使用。

二、采购使用数量：集采药品的采购使用量必须完成周期内医院签约考核量。

三、药品不良反应监测上报：集采药品在临床使用过程中出现的可以药品不良反应，使用科室应如实、及时、规范上报，药剂科及时上报至国家药品不良反应监测中心，加强对于集采药品临床使用安全监测管理。

四、使用监管与考核

（一）每批次集采药品目录以及周期内临床科室考核指标由药剂科制定后反馈至分管院长同意后，下发至各临床科室。

（二）每月综合保障科、药剂科统计集采药品采购数量。

（三）每月药剂科统计并反馈临床科室集采药品使用情况以及指标完成进度。

（四）根据集采药品使用监测结果，药事管理与药物治疗学委员会酌情采取相应药品原研品种控量、停用，同类药品控量、停用等管控措施。同时医务科、监察科、药剂科协同对集采药品指标完成不理想的临床科室主任进行谈话教育，多种举措以保证我院集采药品考核周期内圆满完成指标任务。

（五）对于考核周期内未完成签约考核量的药品，医院与临床科室年度考核挂钩。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-035	文件名称	规范住院患者静脉输液使用率管理规定	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	新增	制定时间	2023.03.10	生效时间	2023.06.11

规范住院患者静脉输液使用率管理规定

加强医疗质量安全管理， 提升医疗质量安全水平，降低住院患者静脉输液使用率，结合我院实际情况，制定本规定。

一、静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用， 规范、合理使用住院患者静脉输液可以改善患者治疗效果，维护医疗安全和患者权益。

二、我院重点关注并评价以下几个维度的指标：住院患者静脉输液使用率、每床日静脉输液使用频次、液体总量（毫升）和药品品种数量等指标。

三、医院成立由医务科、临床科室、药剂科、信息科组成的专项工作小组，制定临床科室住院患者静脉输液使用率考核指标并落实考核，不断完善医院规范住院患者静脉输液使用率管理规定。

四、药剂科、综合保障科优化药品供应机制，保障常用药品口服、外用等剂型的合理配备供应。

五、医务科、药剂科、临床科室共同确定临床无需静脉输液治疗的病种清单，关注重点药物、科室、疾病的静脉药物使用情况。

六、定期进行临床诊疗指南的培训，加强循证理念的教育，促进临床医师科学选择给药方式。

七、制定静脉输液治疗监测指标，明确相关质控数据采集方法与数据内部验证程序，每月统计临床科室住院患者静脉输液使用率等指标并反馈。

八、药剂科加强对于静脉输液使用率高的临床科室进行静脉输液使用规范性点评，强化点评结果考核、反馈。

九、运用质量管理工具，查找、分析影响该指标的因素，提出改进措施并落实。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-036	文件名称	用药安全与风险防范监测管理规定和相关措施	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	新增	制定时间	2023.09.01	生效时间	2023.12.01

用药安全与风险防范监测管理规定和相关措施

为规范药物合理使用，及时、有效控制药品风险，保障公众用药安全。结合我院实际情况，制定本规定。

一、医院建立并执行药品质量管理，包括药品购进、验收、储存、拆零、调剂、特殊药品管理、质量事故处理和报告、药品不良反应监测、人员培训、体检等，并定期检查制度的执行情况。

二、临床医师、药师、护理等专业技术人员应遵循安全、有效、经济的原则，加强协作，知识互补，共同确保患者的用药安全。临床医师严格执行临床查对制度、医嘱制度。对违反规定，乱开处方，滥用药品的情况，药品调配人员有权拒绝调配，情节严重的应及时报告药剂科、医务科。药品调配人员须严格执行“四查十对”操作规程，认真审核每一张处方，合理用药，发药时给予患者用药指导。临床护理人员执行医嘱时必须严格进行“三查七对”，

抢救病人执行口头医嘱时，执行者必须口头复诵一遍，核对无误后方可执行， 并将使用后的空安瓿、药瓶或者相关包装等物品保留备查。发现患者用药后出现异常情况，临床医护人员应立即对患者进行相应处理，并积极查找原因，并将有关情况及时通知医务部和药剂科。

三、用药安全监测包括药品不良反应/事件、用药错误和药品质量事件。

（一）药品不良反应/事件和药品质量事件的监测管理， 根据药品不良反应与药害事件监测报告警戒制度执行。

（二）用药错误监测管理

1.用药错误是指合格药品在临床使用全过程中出现的、可以防范的用药不当，可出现在处方、医嘱、药物标签与包装、药物名称、配方、发药、给药、用药指导、监测及应用等过程。

2.错误按照严重性分为以下四级：

（1）Ⅰ级事件：发生错误，造成患者死亡（包括损害程度Ⅰ级）。

（2）Ⅱ级事件： 发生错误，且造成患者伤害（包括损害程度E、F、G、H级）。

（3）Ⅲ级事件：发生错误，但未造成患者伤害（包括损害程度B、C、D级）。

（4）Ⅳ级事件：错误未发生（包括损害程度A级）。

3.临床医护人员发现用药错误，应立即进行相应处理，做好记录， 上报护士长或者科主任，并且上报至医疗安全（不良）事件管理系统中。

4.临床科室定期组织对出现的用药错误及时分析、总结，落实改进措施，防止类似事件再次发生。

5.医务科及药剂科定期将院内发生的用药错误进行汇总分析、总结，制定防范措施，便于临床医护人员及时改进用药环节和培训员工预防此类错误。

6.药事管理与药物治疗学委员会定期（每年不少于一次）召开会议对我院用药安全情况进行总结，从制度上、管理上查找漏洞，及时总结经验、吸取教训。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-037	文件名称	短缺药品分类分级及替代使用技术指南	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2022.01.01	生效时间	2022.04.01

短缺药品分类分级及替代使用技术指南

为指导对发生或预计可能发生短缺的药品开展信息评估、替代药品遴选，并规范替代药

品使用，结合本院实际情况，建立短缺药品分类分级与替代使用技术指南。

一、组织管理与人员职责

药事管理与药物治疗学委员会下设短缺药品管理工作组， 负责组织本机构药学、临床医学和医疗管理等相关人员， 采用多学科、跨部门合作的方式，开展本机构短缺药品分类分级评估、替代遴选使用的工作。

二、短缺药品分类分级工作原则：以评估短缺药品的临床必需性、可替代性和药品短缺的严重性为主要目标，统筹考虑循证医学证据、多学科专家意见和本机构实际情况，开展分类分级评估和应对工作。

三、短缺药品分类分级标准

（一）分类标准：短缺药品分为临床必需不可替代、临床必需且可替代(或不可完全替代)两个类别。

1.临床必需性分类标准：临床必需的药品应当具有以下属性之一：①用于诊疗危及生命或严重损害生存质量的疾病；②可挽救生命、治愈疾病或显著延缓疾病进展，包括用于上述疾病的诊断； ③使用中断对临床诊疗工作和患者健康结局影响显著。

2.可替代性分类标准：可替代的药品应当具有以下属性之一：①有与该药品通 用名相同、但生产企业不同的其他药品；②有与该药品化学成分相同的其他药品； ③有与该药品药理学作用分类相同的其他药品；④有与该药品临床诊疗效果相似的其他药品。若短缺药品与具有上述属性的药品相比，因剂型、规格或给药途径等原因在临床应用、诊疗效果或特殊人群治疗应用等方面存在明显差异，应当视为不可完全替代的药品。凡不具有上述属性的药品均为不可替代的药品。

（二）分级标准：在短缺药品恢复供应前，根据本机构现有库存和恢复供应的预期时间，将短缺程度分为三级： ①一级短缺，指连续六个月及以上不能正常供应；②二级短缺，指连续三个月及以上不能正常供应；③三级短缺，指连续一个月及以上不能正常供应。如供应商无法预期恢复供应时间，则以一级短缺处理。

四、分类分级评估方法：根据《管理指南》“公立医疗卫生机构短缺药品信息收集”要求，收集的短缺药品信息应当充分考虑药品不同剂型规格和给药途径在临床应用和诊疗效果方面的差异，综合材关临床专家意见，从疾病、药品临床诊疗价值、药品短缺对临床诊疗和患者健康结局的影响以及药品其他属性等多方面，进行短缺药品分类分级评估。

五、分类分级应对措施：根据分类分级评估结果，有针对性采取应对措施，对于分类评估结果为临床必需且可替代或不可完全替代的，启动替代药品遴选。

六、替代药品遴选

（一）递选原则：遵循安全有效、价格合理、保障供应的原则。

（二）评价方法

1. 明确评价问题　推荐以"PICOS"形式明确评价问题

P(patient/population)为目标人群和目标疾病；

I(intervention)为潜在的、可作为替代的药品及其规格、剂型、给药方式等；

C (comparison)为对照药品，即短缺或即将发生短缺的药品以及不同的潜在替代药品；

O(outcome)为结局指标；

S(study)为拟纳入的文献类型。

2.检索、筛选文献与提取资料 检索临床指南、处方集、卫生技术评估、系统评价或 Meta 分析、原始研究等相关文献，根据纳入与排除标准筛选文献并提取资料。文献检索、筛选与资料提取方法可参考相关方法学手册。

3.评价与合成证据　根据证据类型，使用适合的质量评价工具评价证据质量。证据合成方法包括定性描述和定量合成。优先推荐定量合成方法， 快速评估时可采用定性描述。

4.形成遴选意见　依据备选药品的有效性、安全性、经济性评价结果，综合考虑药品的可及性、可负担性等因素，结合专家意见，并考虑患者价值观，形成替代药品遴选意见。

5.证据缺乏时的评价方法　当证据缺乏时，可根据专家意见，并考虑患者价值观及意愿，评价替代药品。

（三）信息通报 短缺药品管理工作组负责替代药品信息的上报与内部通报。

七、替代药品使用管理

（一）使用原则：遵循用前评价，用中监测、充分知情、用后评价的原则。

（二）采购管理：根据临床需求制订采购计划。若替代药品不在本机构供应目录内，药事管理与药物治疗学委员会根据相关规定启动应急采购。

（三）使用监测：应当关注患者使用替代药品期间的疗效和安全性，并按国家药品不良反应监测要求上报不良反应信息。

（四）短缺药品恢复供应后替代药品处置：根据临床需求、药品短缺风险、替代药品评价结果，短缺药品管理工作组提出替代药品处置方案，同时进行内部通报并按规定上报，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。

（五）患者知情同意：使用替代药品或短缺药品恢复使用时，医务人员应当告知患者，必要时取得书面知情同意。告知和知情同意内容包括但不限于： 更换原因和依据，更换方案、风险和获益、需监测的指标等。

八、按照相关法律、法规和《管理指南》的规定和要求，结合本机构相关制度和流程，管理相关工作文档。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-001	文件名称	抗菌药物临床应用管理办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2012.03.05	修订时间	2017.05.07

抗菌药物临床应用管理办法

为保证抗菌药物临床应用的规范进行，根据卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版，结合医院实际，制定本办法。

一、抗菌药物临床应用管理是指以促进抗菌药物安全、有效、经济使用为目的，对医院抗菌药物的采购供应、处方开具、药品调剂、临床应用和监测等全过程所开展的各种监督管理、教育培训、技术支持与持续改进工作。

二、抗菌药物临床应用应当遵循安全、有效、经济的原则。

三、制定抗菌药物临床应用管理实施细则，对临床应用的抗菌药物实行分级管理，建立抗菌药物临床应用评估与持续改进制度。临床医师应严格执行《惠山区人民医院抗菌药物分级管理制度》，根据处方权限应用抗菌药物。

四、抓好抗菌药物临床应用相关学科的建设，建立专业人才培养和考核制度，充分发挥相关专业技术人员在抗菌药物临床应用管理工作中的作用。

五、建立并完善抗菌药物管理组织。在药事管理与药物治疗学委员会下设立抗菌药物临床应用管理工作小组，由医务、药学、感染性疾病、临床微生物、护理、医院感染管理等部门负责人和具有高级专业技术职务任职资格的人员组成。日常工作由医务科负责。

六、临床医师应严格按照本院《抗菌药物临床应用基本原则》、《抗菌药物临床应用实施细则》、《围手术期预防用抗菌药物管理规定》等有关规定，合理应用抗菌药物。

七、开展抗菌药物临床应用监测工作，分析本院及临床各专科抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性。对本院抗菌药物使用的趋势进行分析研究，对抗菌药物不合理使用现象应当及时采取有效的干预措施。

八、按照卫计委及省级细菌耐药监测网有关要求，开展细菌耐药监测工作，对主要目标细菌耐药率超过 75%的抗菌药物，暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

九、按照本院《药品用量动态监测和超常预警机制》对抗菌药物用量进行动态监测及超常预警及干预，对符合停用条件的抗菌药物进行停用。

十、充分发挥医院药事管理与药物治疗学委员会、抗菌药物临床应用管理工作小组的作用，对全院抗菌药物的合理应用进行管理与督查；组织抗菌药物合理应用的培训、教育与考

核；每季度对医院抗菌药物的应用情况进行分析、研究、总结，对抗菌药物的合理应用及停用提出建议。

十一、建立抗菌药物临床应用监测、公示和诫勉谈话制度。对医院、科室和医务人员抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行统计，并按照统计结果分别召集执行力度不强的科室负责人和医师进行诫勉谈话，对统计情况和相关数据进行公示。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-002	文件名称	抗菌药物临床应用基本原则	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2012.03.05	修订时间	2015.12.01

抗菌药物临床应用基本原则

为保证抗菌药物临床应用的规范进行，根据《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版，结合医院实际，制定本基本原则。

一、诊断为细菌性感染者方有指征应用抗菌药物

根据患者的症状、体征、实验室检查或放射、超声等影像学结果，诊断为细菌、真菌感染者方有指征应用抗菌药物；由结核分枝杆菌、非结核分枝杆菌、支原体、衣原体、螺旋体、立克次体及部分原虫等病原微生物所致的感染亦有指征应用抗菌药物。缺乏细菌及上述病原微生物感染的临床或实验室证据，诊断不能成立者，以及病毒性感染者，均无应用抗菌药物指征。

二、尽早查明感染病原，根据病原种类及药物敏感试验结果选用抗菌药物

抗菌药物品种的选用，原则上应根据病原菌种类及病原菌对抗菌药物敏感性，即细菌药物敏感试验（以下简称药敏试验）的结果而定。因此有条件的医疗机构，对临床诊断为细菌性感染的患者应在开始抗菌治疗前，及时留取相应合格标本（尤其血液等无菌部位标本）送病原学检测，以尽早明确病原菌和药敏结果，并据此调整抗菌药物治疗方案。

三、抗菌药物的经验治疗

对于临床诊断为细菌性感染的患者， 在未获知细菌培养及药敏结果前， 或无法获取培养标本时，可根据患者的感染部位、基础疾病、发病情况、发病场所、既往抗菌药物用药史及其治疗反应等推测可能的病原体，并结合当地细菌耐药性监测数据，先给予抗菌药物经验治疗。待获知病原学检测及药敏结果后，结合先前的治疗反应调整用药方案；对培养结果阴性的患者，应根据经验治疗的效果和患者情况采取进一步诊疗措施。

四、按照药物的抗菌作用及其体内过程特点选择用药

各种抗菌药物的药效学和人体药动学特点不同，因此各有不同的临床适应证。临床医师应根据各种抗菌药物的药学特点，按临床适应证（参见“各类抗菌药物适应证和注意事项”）正确选用抗菌药物。

五、综合患者病情、病原菌种类及抗菌药物特点制订抗菌治疗方案

根据病原菌、感染部位、感染严重程度和患者的生理、病理情况及抗菌药物药效学和药动学证据制订抗菌治疗方案，包括抗菌药物的选用品种、剂量、给药次数、给药途径、疗程及联合用药等。在制订治疗方案时应遵循下列原则。

（一）品种选择

根据病原菌种类及药敏试验结果尽可能选择针对性强、窄谱、安全、价格适当的抗菌药物。进行经验治疗者可根据可能的病原菌及当地耐药状况选用抗菌药物。

（二）给药剂量

一般按各种抗菌药物的治疗剂量范围给药。治疗重症感染（如血流感染、感染性心内膜炎等）和抗菌药物不易达到的部位的感染（如中枢神经系统感染等），抗菌药物剂量宜较大（治疗剂量范围高限）；而治疗单纯性下尿路感染时， 由于多数药物尿药浓度远高于血药浓度，则可应用较小剂量（治疗剂量范围低限）。

（三）给药途径

对于轻、中度感染的大多数患者，应予口服治疗，选取口服吸收良好的抗菌药物品种，不必采用静脉或肌内注射给药。仅在下列情况下可先予以注射给药：①不能口服或不能耐受口服给药的患者（如吞咽困难者）；②患者存在明显可能影响口服药物吸收的情况（如呕吐、严重腹泻、胃肠道病变或肠道吸收功能障碍等）；③所选药物有合适抗菌谱，但无口服剂型；④需在感染组织或体液中迅速达到高药物浓度以达杀菌作用者（如感染性心内膜炎、化脓性脑膜炎等）；⑤感染严重、病情进展迅速，需给予紧急治疗的情况（如血流感染、重症肺炎患者等）；⑥患者对口服治疗的依从性差。肌内注射给药时难以使用较大剂量，其吸收也受药动学等众多因素影响，因此只适用于不能口服给药的轻、中度感染者，不宜用于重症感染者。

接受注射用药的感染患者经初始注射治疗病情好转并能口服时，应及早转为口服给药。

抗菌药物的局部应用宜尽量避免：皮肤黏膜局部应用抗菌药物后，很少被吸收，在感染部位不能达到有效浓度，反而易导致耐药菌产生，因此治疗全身性感染或脏器感染时应避免局部应用抗菌药物。抗菌药物的局部应用只限于少数情况：①全身给药后在感染部位难以达到有效治疗浓度时加用局部给药作为辅助治疗（如治疗中枢神经系统感染时某些药物可同时

鞘内给药，包裹性厚壁脓肿脓腔内注入抗菌药物等）；②眼部及耳部感染的局部用药等；③某些皮肤表层及口腔、阴道等黏膜表面的感染可采用抗菌药物局部应用或外用，但应避免将主要供全身应用的品种作局部用药。局部用药宜采用刺激性小、不易吸收、不易导致耐药性和过敏反应的抗菌药物。青霉素类、头孢菌素类等较易产生过敏反应的药物不可局部应用。氨基糖苷类等耳毒性药不可局部滴耳。

（四）给药次数

为保证药物在体内能发挥最大药效，杀灭感染灶病原菌，应根据药动学和药效学相结合的原则给药。青霉素类、头孢菌素类和其他β-内酰胺类、红霉素、克林霉素等时间依赖性抗菌药，应一日多次给药。氟喹诺酮类和氨基糖苷类等浓度依赖性抗菌药可一日给药一次。

（五）疗程

抗菌药物疗程因感染不同而异，一般宜用至体温正常、症状消退后 72～96 小时，有局部病灶者需用药至感染灶控制或完全消散。但血流感染、感染性心内膜炎、化脓性脑膜炎、伤寒、布鲁菌病、骨髓炎、B 组链球菌咽炎和扁桃体炎、侵袭性真菌病、结核病等需较长的疗程方能彻底治愈，并减少或防止复发。

（六）抗菌药物的联合应用

单一药物可有效治疗的感染不需联合用药，仅在下列情况时有指征联合用药。

1.病原菌尚未查明的严重感染，包括免疫缺陷者的严重感染。

2.单一抗菌药物不能控制的严重感染，需氧菌及厌氧菌混合感染，2 种及 2 种以上复数菌感染，以及多重耐药菌或泛耐药菌感染。

3.需长疗程治疗，但病原菌易对某些抗菌药物产生耐药性的感染，如某些侵袭性真菌病；或病原菌含有不同生长特点的菌群， 需要应用不同抗菌机制的药物联合使用， 如结核和非结核分枝杆菌。

4.毒性较大的抗菌药物，联合用药时剂量可适当减少，但需有临床资料证明其同样有效。如两性霉素 B 与氟胞嘧啶联合治疗隐球菌脑膜炎时，前者的剂量可适当减少，以减少其毒性反应。

联合用药时宜选用具有协同或相加作用的药物联合，如青霉素类、头孢菌素类或其他β-内酰胺类与氨基糖苷类联合。联合用药通常采用 2 种药物联合，3 种及 3 种以上药物联合仅适用于个别情况，如结核病的治疗。此外必须注意联合用药后药物不良反应亦可能增多。

抗菌药物预防性应用的基本原则

一、非手术患者抗菌药物的预防性应用

（一）预防用药目的

预防特定病原菌所致的或特定人群可能发生的感染。

（二）预防用药基本原则

1.用于尚无细菌感染征象但暴露于致病菌感染的高危人群。

2.预防用药适应证和抗菌药物选择应基于循证医学证据。

3.应针对一种或二种最可能细菌的感染进行预防用药，不宜盲目地选用广谱抗菌药或多药联合预防多种细菌多部位感染。

4.应限于针对某一段特定时间内可能发生的感染，而非任何时间可能发生的感染。

5.应积极纠正导致感染风险增加的原发疾病或基础状况。可以治愈或纠正者，预防用药价值较大；原发疾病不能治愈或纠正者，药物预防效果有限，应权衡利弊决定是否预防用药。

6.以下情况原则上不应预防使用抗菌药物：普通感冒、麻疹、水痘等病毒性疾病；昏迷、休克、中毒、心力衰竭、肿瘤、应用肾上腺皮质激素等患者；留置导尿管、留置深静脉导管以及建立人工气道（包括气管插管或气管切口）患者。

（三）对某些细菌性感染的预防用药指征与方案

在某些细菌性感染的高危人群中，有指征的预防性使用抗菌药物，预防对象和推荐预防方案，见附录 1：抗菌药物在预防非手术患者某些特定感染中的应用。此外，严重中性粒细胞缺乏（ANC≤0.1×10^{9}/L）持续时间超过 7 天的高危患者和实体器官移植及造血干细胞移植的患者，在某些情况下也有预防用抗菌药物的指征，但由于涉及患者基础疾病、免疫功能状态、免疫抑制剂等药物治疗史等诸多复杂因素，其预防用药指征及方案需参阅相关专题文献。

二、围手术期抗菌药物的预防性应用

（一）预防用药目的

主要是预防手术部位感染，包括浅表切口感染、深部切口感染和手术所涉及的器官/腔隙感染，但不包括与手术无直接关系的、术后可能发生的其他部位感染。

（二）预防用药原则围手术期抗菌药物预防用药，应根据手术切口类别（表 1-1）、手术创伤程度、可能的污染细菌种类、手术持续时间、感染发生机会和后果严重程度、抗菌药物预防效果的循证医学证据、对细菌耐药性的影响和经济学评估等因素，综合考虑决定是否预防用抗菌药物。但抗菌药物的预防性应用并不能代替严格的消毒、灭菌技术和精细的无菌操作，也不能代替术中保温和血糖控制等其他预防措施。

1.清洁手术（Ⅰ类切口）：手术脏器为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。手术部位无污染，通常不需预防用

抗菌药物。但在下列情况时可考虑预防用药：①手术范围大、手术时间长、污染机会增加；②手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术等；③异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等；④有感染高危因素如高龄、糖尿病、免疫功能低下（尤其是接受器官移植者） 、营养不良等患者。

2.清洁-污染手术（Ⅱ类切口） ：手术部位存在大量人体寄殖菌群，手术时可能污染手术部位引致感染，故此类手术通常需预防用抗菌药物。

3.污染手术（Ⅲ类切口） ：已造成手术部位严重污染的手术。此类手术需预防用抗菌药物。

4.污秽-感染手术（Ⅳ类切口） ：在手术前即已开始治疗性应用抗菌药物，术中、术后继续，此不属预防应用范畴。

（三）抗菌药物品种选择

1.根据手术切口类别、可能的污染菌种类及其对抗菌药物敏感性、药物能否在手术部位达到有效浓度等综合考虑。

2.选用对可能的污染菌针对性强、有充分的预防有效的循证医学证据、安全、使用方便及价格适当的品种。

3.应尽量选择单一抗菌药物预防用药，避免不必要的联合使用。预防用药应针对手术路径中可能存在的污染菌。如心血管、头颈、胸腹壁、四肢软组织手术和骨科手术等经皮肤的手术，通常选择针对金黄色葡萄球菌的抗菌药物。结肠、直肠和盆腔手术，应选用针对肠道革兰阴性菌和脆弱拟杆菌等厌氧菌的抗菌药物。

4.头孢菌素过敏者，针对革兰阳性菌可用万古霉素、去甲万古霉素、克林霉素；针对革兰阴性杆菌可用氨曲南、磷霉素或氨基糖苷类。

5.对某些手术部位感染会引起严重后果者，如心脏人工瓣膜置换术、人工关节置换术等，若术前发现有耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）定植的可能或者该机构 MRSA 发生率高，可选用万古霉素、去甲万古霉素预防感染，但应严格控制用药持续时间。

6.不应随意选用广谱抗菌药物作为围手术期预防用药。鉴于国内大肠埃希菌对氟喹诺酮类药物耐药率高，应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。

7.常见围手术期预防用抗菌药物的品种选择，见 2015 版《抗菌药物临床应用指导原则》附录 2：抗菌药物在围手术期预防应用的品种选择。

（四）给药方案

1.给药方法：给药途径大部分为静脉输注，仅有少数为口服给药。

静脉输注应在皮肤、黏膜切开前 0.5～1 小时内或麻醉开始时给药，在输注完毕后开始手术，保证手术部位暴露时局部组织中抗菌药物已达到足以杀灭手术过程中沾染细菌的药物浓度。万古霉素或氟喹诺酮类等由于需输注较长时间，应在手术前 1～2 小时开始给药。

2.预防用药维持时间：抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程。手术时间较短（＜2 小时）的清洁手术术前给药一次即可。如手术时间超过 3 小时或超过所用药物半衰期的 2 倍以上，或成人出血量超过 1500ml，术中应追加一次。清洁手术的预防用药时间不超过 24 小时，心脏手术可视情况延长至 48 小时。清洁-污染手术和污染手术的预防用药时间亦为 24 小时，污染手术必要时延长至 48 小时。过度延长用药时间并不能进一步提高预防效果，且预防用药时间超过 48 小时，耐药菌感染机会增加。

三、侵入性诊疗操作患者的抗菌药物的预防应用

随着放射介入和内镜诊疗等微创技术的快速发展和普及，我国亟待规范诊疗操作患者的抗菌药物预防应用。根据现有的循证医学证据、国际有关指南推荐和国内专家的意见，对部分常见特殊诊疗操作的预防用药提出了建议，见附录 3：特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议。

抗菌药物在特殊病理、生理状况患者中应用的基本原则

一、肾功能减退患者抗菌药物的应用

（一）基本原则

许多抗菌药物在人体内主要经肾排出，某些抗菌药物具有肾毒性，肾功能减退的感染患者应用抗菌药物的原则如下：

1.尽量避免使用肾毒性抗菌药物，确有应用指征时，严密监测肾功能情况。

2.根据感染的严重程度、病原菌种类及药敏试验结果等选用无肾毒性或肾毒性较低的抗菌药物。

3.使用主要经肾排泄的药物，须根据患者肾功能减退程度以及抗菌药物在人体内清除途径调整给药剂量及方法。

（二）抗菌药物的选用及给药方案调整

根据抗菌药物体内过程特点及其肾毒性，肾功能减退时抗菌药物的选用有以下几种情况。

1.主要由肝胆系统排泄，或经肾脏和肝胆系统同时排出的抗菌药物用于肾功能减退者，维持原治疗量或剂量略减。

2.主要经肾排泄，药物本身并无肾毒性，或仅有轻度肾毒性的抗菌药物，肾功能减退者可应用，可按照肾功能减退程度（以内生肌酐清除率为准）调整给药方案。

3.肾毒性抗菌药物避免用于肾功能减退者， 如确有指征使用该类药物时， 宜进行血药浓度监测，据以调整给药方案，达到个体化给药，疗程中需严密监测患者肾功能。

4.接受肾脏替代治疗患者应根据腹膜透析、血液透析和血液滤过对药物的清除情况调整给药方案。

二、肝功能减退患者抗菌药物的应用

肝功能减退时，抗菌药物的选用及剂量调整需要考虑肝功能减退对该类药物体内过程的影响程度，以及肝功能减退时该类药物及其代谢物发生毒性反应的可能性。由于药物在肝脏代谢过程复杂，不少药物的体内代谢过程尚未完全阐明，根据现有资料，肝功能减退时抗菌药物的应用有以下几种情况。

（一）药物主要经肝脏或有相当量经肝脏清除或代谢，肝功能减退时清除减少，并可导致毒性反应的发生，肝功能减退患者应避免使用此类药物，如氯霉素、利福平、红霉素酯化物等。

（二）药物主要由肝脏清除，肝功能减退时清除明显减少，但并无明显毒性反应发生，肝病时仍可正常应用，但需谨慎，必要时减量给药，治疗过程中需严密监测肝功能。红霉素等大环内酯类（不包括酯化物）、克林霉素、林可霉素等属于此类。

（三）药物经肝、肾两途径清除，肝功能减退者药物清除减少，血药浓度升高，同时伴有肾功能减退的患者血药浓度升高尤为明显，但药物本身的毒性不大。严重肝病患者，尤其肝、肾功能同时减退的患者在使用此类药物时需减量应用。经肾、肝两途径排出的青霉素类、头孢菌素类等均属此种情况。

（四）药物主要由肾排泄，肝功能减退者不需调整剂量。氨基糖苷类、糖肽类抗菌药物等属此类。

三、老年患者抗菌药物的应用

由于老年人组织器官呈生理性退行性变，免疫功能下降，一旦罹患感染，在应用抗菌药物时需注意以下事项。

（一）老年人肾功能呈生理性减退，按一般常用量接受主要经肾排出的抗菌药物时，由于药物自肾排出减少，可导致药物在体内积蓄，血药浓度增高，易发生药物不良反应。因此老年患者，尤其是高龄患者接受主要自肾排出的抗菌药物时，可按轻度肾功能减退减量给药。青霉素类、头孢菌素类和其他β-内酰胺类的大多数品种即属此类情况。

（二）老年患者宜选用毒性低并具杀菌作用的抗菌药物，无用药禁忌者可首选青霉素类、头孢菌素类等β-内酰胺类抗菌药物。氨基糖苷类具有肾、耳毒性，应尽可能避免应用。万古

霉素、去甲万古霉素、替考拉宁等药物应在有明确应用指征时慎用，必要时进行血药浓度监测，并据此调整剂量，使给药方案个体化，以达到用药安全、有效的目的。

四、新生儿患者抗菌药物的应用

新生儿期一些重要器官尚未完全发育成熟，在此期间其生长发育随日龄增加而迅速变化，因此新生儿感染使用抗菌药物时需注意以下事项。

（一）新生儿期肝、肾均未发育成熟，肝代谢酶的产生不足或缺乏，肾清除功能较差，因此新生儿感染时应避免应用毒性大的抗菌药物，包括主要经肾排泄的氨基糖苷类、万古霉素、去甲万古霉素等，以及主要经肝代谢的氯霉素等。确有应用指征时，需进行血药浓度监测，据此调整给药方案，个体化给药，以使治疗安全有效。

（二）新生儿期避免应用可能发生严重不良反应的抗菌药物。

可影响新生儿生长发育的四环素类、喹诺酮类应避免应用，可导致脑性核黄疸及溶血性贫血的磺胺类药和呋喃类药应避免应用。

（三）新生儿期由于肾功能尚不完善，主要经肾排出的青霉素类、头孢菌素类等β-内酰胺类药物需减量应用，以防止药物在体内蓄积导致严重中枢神经系统毒性反应的发生。

（四）新生儿的组织器官日益成熟，抗菌药物在新生儿的药动学亦随日龄增长而变化，因此使用抗菌药物时应按日龄调整给药方案。

五、小儿患者抗菌药物的应用

小儿患者在应用抗菌药物时应注意以下几点。

（一）氨基糖苷类：该类药物有明显耳、肾毒性，小儿患者应避免应用。临床有明确应用指征且又无其他毒性低的抗菌药物可供选用时， 方可选用该类药物， 并在治疗过程中严密观察不良反应。有条件者应进行血药浓度监测，根据结果个体化给药。

（二）糖肽类：该类药有一定肾、耳毒性，小儿患者仅在有明确指征时方可选用。在治疗过程中应严密观察不良反应，有条件者应进行血药浓度监测，个体化给药。

（三）四环素类：可导致牙齿黄染及牙釉质发育不良，不可用于 8 岁以下小儿。

（四）喹诺酮类：由于对骨骼发育可能产生不良影响，该类药物避免用于 18 岁以下未成年人。

六、妊娠期和哺乳期患者抗菌药物的应用

（一）妊娠期患者抗菌药物的应用

妊娠期抗菌药物的应用需考虑药物对母体和胎儿两方面的影响。

1.对胎儿有致畸或明显毒性作用者，如利巴韦林，妊娠期禁用。

2.对母体和胎儿均有毒性作用者，如氨基糖苷类、四环素类等，妊娠期避免应用；但在有明确应用指征，经权衡利弊，用药时患者的受益大于可能的风险时，也可在严密观察下慎用。氨基糖苷类等抗菌药物有条件时应进行血药浓度监测。

3.药物毒性低，对胎儿及母体均无明显影响，也无致畸作用者，妊娠期感染时可选用。如青霉素类、头孢菌素类等β-内酰胺类抗菌药物。

美国食品和药物管理局（FDA）按照药物在妊娠期应用时的危险性分为 A、B、C、D 及 X 类，可供药物选用时参考。

（二）哺乳期患者抗菌药物的应用

哺乳期患者接受抗菌药物后，某些药物可自乳汁分泌，通常母乳中药物含量不高，不超过哺乳期患者每日用药量的 1%；少数药物乳汁中分泌量较高，如氟喹诺酮类、四环素类、大环内酯类、氯霉素、磺胺甲噁唑、甲氧苄啶、甲硝唑等。青霉素类、头孢菌素类等β-内酰胺类和氨基糖苷类等在乳汁中含量低。然而无论乳汁中药物浓度如何，均存在对乳儿潜在的影响，并可能出现不良反应，如氨基糖苷类可导致乳儿听力减退，氯霉素可致乳儿骨髓抑制，磺胺甲噁唑等可致核黄疸和溶血性贫血，四环素类可致乳齿黄染，青霉素类可致过敏反应等。因此治疗哺乳期患者时应避免用氨基糖苷类、喹诺酮类、四环素类、氯霉素、磺胺药等。哺乳期患者应用任何抗菌药物时，均宜暂停哺乳。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-003	文件名称	抗菌药物临床应用管理实施细则	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.03.05	修订时间	2023.06.20

抗菌药物临床应用管理实施细则

为进一步落实抗菌药物相关制度，促进临床合理使用抗菌药物，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》，制定本实施细则。

一、抗菌药物临床应用管理是指以促进抗菌药物安全、有效、经济使用为目的，对医疗机构抗菌药物的采购供应、处方开具、药品调剂、临床应用和监测等全过程所开展的各种监督管理、教育培训、技术支持与持续改进工作。

二、组织机构及职责

为加强抗菌药物临床应用管理，在药事管理与药物治疗学委员会下设立抗菌药物临床应用管理工作组，院长为第一责任人，由医务、药学、感染性疾病、临床微生物、护理、医院感染管理、质量控制、信息等部门负责人和具有高级专业技术职务任职资格的人员组成，日常工作由医务科负责。医院抗菌药物临床应用管理办公室设在医务科。下设特殊使用级抗菌药物会诊专家组、抗菌药物临床应用管理专业技术团队。

抗菌药物临床应用管理工作组职责

1.贯彻执行抗菌药物使用管理相关的法律、法规、规章。负责制定我院抗菌药物临床应用管理制度、规范及相关技术性文件，并监督实施。

2.根据临床治疗需要审议我院抗菌药物供应目录，讨论抗菌药物品种引进或淘汰事宜，以保证抗菌药物品种结构合理。

3.对我院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估监测数据，提出干预和改进措施。

4.对医务人员进行有关抗菌药物管理法律、法规、规章制度和技术规范的教育培训，组织合理使用抗菌药物知识的公众宣传教育工作。

5.对违规使用抗菌药物的科室和个人进行诫勉谈话并提出整改意见。

6.抗菌药物临床应用管理工作组每年至少召开 4 次会议，研究与抗菌药物使用管理有关的事宜。

三、抗菌药物管理各部门职责

（一）医务科

1.主管我院抗菌药物临床应用管理工作，负责组织实施、协调各部门与抗菌药物使用管理有关的各项事宜。

2.负责并组织专家对抗菌药物合理应用的会诊指导与监督管理工作。

3.组织全院医务人员抗菌药物合理应用相关知识的学习、培训和考核。

4.组织落实临床抗菌药物合理应用监控、点评、干预和整改。

（二）药剂科

1.积极配合临床和各职能科室做好抗菌药物临床应用和管理工作。

2.协助医务科、院感科进行抗菌药物合理应用知识的宣传和培训，及时为临床提供抗菌药物临床应用和管理的有关信息。

3.负责统计抗菌药物管理监测指标完成情况，并进行对比分析，评估干预效果。提供医院单品种用药总量监控公示情况、医师用药情况、医师合理用药评价的相关数据及分析报告。

4.设置抗感染专业临床药师，指导患者合理使用抗菌药物，参与抗菌药物临床应用管理

工作。开展专项处方点评，对抗菌药物临床应用情况提出书面反馈意见，为我院抗菌药物临床应用与管理提供技术支持。

5.负责江苏省抗菌药物监测网网报工作。

（三）临床微生物室

临床微生物室开展微生物培养、分离、鉴定和药物敏感试验等工作，提供病原学诊断和细菌耐药技术支持。

1.每季度将各临床科室标本送检情况、病原菌分布及药敏情况进行统计分析报送院感科。

2.每季度对住院病人的细菌培养及耐药情况进行分析，并将常见致病菌的耐药情况及时报告院感科。

3.检出多重耐药菌及时通知院感科和临床科室，以采取控制措施防止多重耐药菌的蔓延。

（四）院感科

1.联合医务科、药剂科进行抗菌药物临床应用与管理有关的法律法规及抗菌药物合理使用有关知识的培训。

2.联合医务科、临床微生物室、药剂科根据我院每季度细菌耐药监测情况写出分析与对策报告，为抗菌药物临床应用提出合理建议及有效的干预措施。

3.联合医务科、药剂科对围手术期抗菌药物预防使用，重点对Ⅰ类切手术进行管理，对存在问题与缺陷进行有效干预。

（五）护理部

协助组织培训，督促、指导护理人员严格执行相关制度。

（六）临床科室

各临床科室成立由科主任负责的抗菌药物管理小组，科主任及质控员定期检查本科、本组使用抗菌药物的医嘱，及时发现抗菌药物使用不合理之处，予以指导和组织整改。

四、抗菌药物处方权与调剂权的获得

（一）医师经培训并考核合格后，由医务科授予相应级别的抗菌药物处方权。

1.具有初级专业技术职务任职资格的医师，授予非限制级使用抗菌药物处方权。

2.具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，授予非限制、限制使用级抗菌药物处方权。

3.具有高级专业技术职务任职资格的医师，授予非限制、限制、特殊使用级抗菌药物处方权。

4.紧急情况下，医师可以越级使用抗菌药物，但仅限于1日用量，并做好相关病历记录。

（二）药师经培训并考核合格后，方可获得抗菌药物调剂资格

五、加强抗菌药物遴选、购用的管理

（一）医院对抗菌药物供应目录进行动态管理，清退存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差和违规促销的抗菌药物品种。清退或者更换的抗菌药物品种或品规原则上12个月内不得重新进入抗菌药物供应目录。

（二）建立抗菌药物遴选及定期评估制度

1.根据临床需要，需变更已列入医院采购目录以内抗菌药物品种、品规和生产企业者，由临床科室提交申请报告，经药剂科提出意见后，报医院抗菌药物临床应用管理工作小组审议。抗菌药物临床应用管理工作小组2/3以上成员审议同意后，并经药事管理与药物治疗学委员会实到委员的1/2以上同意后方可列入采购供应目录。但要保持采购供应目录内的抗菌药物总品种数不变。

2.因临床特殊需要，需长期应用的抗菌药物品种、规格超出医院抗菌药物采购供应目录者，由抗菌药物管理工作组进行论证、报药事管理与药物治疗学委员会审核同意，并向市卫生局提出申请，经卫生局核准同意后，按遴选程序引进。

3.因特殊感染患者治疗需要而临时使用医院采购目录以外抗菌药物的，启动临时采购程序。临时采购由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物的名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，经医院抗菌药物临床应用管理工作小组讨论通过后，由药剂科临时一次性购入使用。同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序次数不超过5次。如果超过5次，要讨论是否列入医院抗菌药物采购目录内。但要保持调整后的抗菌药物供应目录总品种数不得增加。

六、严格落实抗菌药物分级管理制度

医院对抗菌药物实行三级管理：非限制使用抗菌药物、限制使用抗菌药物、特殊使用抗菌药物。根据《江苏省抗菌药物分级管理目录》，制定我院的抗菌药物分级目录，对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定，制定限制使用级抗菌药物和特殊使用抗菌药物临床应用程序。

全院临床医师经过抗菌药物使用知识和规范化管理培训并考核合格后，医务科根据其职称和工作需要授予相应级别的抗菌药物处方权。

门诊处方不得开具特殊使用级抗菌药物。紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，并应做好相关记录。

七、加强氟喹诺酮类药物的临床应用管理

（一）须严格掌握氟喹诺酮类药物的临床应用指征。氟喹诺酮类药物的经验性治疗可用于肠道感染、社区获得性呼吸道感染和社区获得性泌尿系统感染，其他感染性疾病治疗要在

病情和条件许可的情况下，逐步实现参照致病菌药敏试验结果或本地区细菌耐药监测结果选用该类药物。

（二）外科围手术期预防用药应严格控制使用。

（三）对已有严重不良反应报告的氟喹诺酮类药物要慎重遴选，使用中密切关注安全性问题。

八、加强对执业医师和药师进行规范化管理相关文件要求内容和抗菌药物使用知识的培训。

执业医师经考核合格后方能取得抗菌药物处方权，药师经考核合格后方能取得抗菌药物调剂资格。抗菌药物使用知识和规范化管理培训和考核内容包括：《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》等相关法律、法规、规章和规范性文件；抗菌药物临床使用及管理制度；抗菌药物临床应用指导原则；细菌耐药与抗菌药物相互作用；抗菌药物不良反应的防治。

九、严格控制抗菌药物使用率和使用强度

住院患者的抗菌药物使用率不超过 60%，门诊患者的抗菌药物处方比例不超过 20%，急诊患者的抗菌药物处方比例不超过 40%；抗菌药物使用强度力争控制在每百人天 40DDDs 以下；I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过 30%。

十、定期开展抗菌药物临床应用监测与评估工作

根据医院工作实际，每季度进行一次抗菌药物临床应用监测。分析我院及临床各专科抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用的适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，对使用量异常增长、使用量排名半年以上居于前列且频繁超适应症超剂量使用、以及频繁发生药物严重不良反应的抗菌药物，医院采取通报、停用、清理等措施进行干预。

十一、加强临床微生物标本检测和细菌耐药监测工作

采取有效措施，提高病原微生物监测和细菌药敏试验的水平，确保准确、快捷出具药敏试验结果。临床医师要根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于 30%。其中接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 50%；接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。

积极开展细菌耐药监测工作，每季度发布细菌耐药信息，建立细菌耐药预警机制，针对不同的细菌耐药水平，采取不同应对措施。

（一）对主要目标细菌耐药率超过 30%的抗菌药物，及时将预警信息通报相应科室医务人员。

（二）对主要目标细菌耐药率超过 40%的抗菌药物，临床医师应慎重经验用药。

（三）对主要目标细菌耐药率超过 50%的抗菌药物，临床医师应参照药敏试验结果选用。

（四）对主要目标细菌耐药率超过 75%的抗菌药物，医院暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

十二、做好卫生部抗菌药物临床应用和细菌耐药监测网要求的信息上报工作

按照《卫生部抗菌药物临床应用监测网工作方案》的要求，认真做好合理用药和细菌耐药监测工作，及时、准确地做好数据收集、上报、分析和结果上报等工作。

十三、落实抗菌药物处方点评制度

医院组织感染、药学等相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱进行专项点评工作。每月选择全院部分具有抗菌药物处方权医师（数量不低于 25%）重点进行检查。每名医师的处方或医嘱不少于 50 份，重点抽查呼吸内科、重症医学科、手术科室 I 类切口手术医师处方。

根据处方点评结果，对不合理使用抗菌药物前 10 名的医师，在全院范围内进行通报、问责，对其所在科室的科主任提出警告，并将点评结果纳入科室医疗质量、绩效考核以及职称晋升、评优选先体系中。

对出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；限制处方权后，仍连续出现 2 次以上超常处方且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。

药师连续 3 次以上未按照规定审核抗菌药物处方与用药医嘱，造成严重后果的，或发现处方不适宜、超常处方等情况未进行干预且无正当理由的，取消其药师调剂资格。

十四、加强临床药师制工作

逐步培养抗感染专业临床药师。临床药师要根据卫生部相关文件要求参加临床科室日常性医疗查房和会诊工作，参与临床药物治疗和围手术期的抗菌药物预防性应用指导，审核用药医嘱或处方，协助临床医师做好药物遴选工作。

十五、利用医院信息化建设平台，加强抗菌药物应用信息化管理

利用我院电子病历和 HIS 系统电子医嘱，促进我院抗菌药物合理使用的信息化管理。

十六、建立抗菌药物临床应用情况通报和诫勉谈话制度

根据卫生部相关文件要求，对临床科室抗菌药物的使用量、使用率和使用强度进行监控，对于未达到相关目标要求并存在严重问题的，召集科室负责人进行诫勉谈话，并将有关结果予以通报。

十七、加强对临床合理使用抗菌药物的督查及考核监管

（一）药剂科安排临床药师查房，对抗菌药物的合理使用情况抽查、评估。

（二）医务科组织病历抽查，检查抗菌药物分级管理及抗菌药物的使用是否符合“三合理”诊疗规范的要求。建立抗菌药物用量动态监测及超常预警制度，监管药物异常波动情况。

（三）院感科检查联合用药 3 种及以上抗菌药物有无药敏监测报告，感染性疾病使用抗菌药物是否符合抗菌药物的选用原则。

（四）每月对发现的超范围、超权限及不合理使用抗菌药物的情况进行汇总，并纳入科室质量管理考核及综合目标任务管理考核，逐月累计考核。

1.各科门急诊抗菌药物使用率、住院抗菌药物使用率、I 类切口预防用抗菌药物使用率每增加 1%，按抗菌药物销售金额的 1%扣奖励性绩效工资；

2.各科抗菌药物使用强度每超或减 1DDDs，各扣/奖奖励性绩效工资 500 元；

3.使用抗菌药物患者的微生物标本送检每少 1 例，扣除当月奖励性绩效工资 50.00 元 ；

4.每张不合理用药处方及每份不合理用药病历扣奖励性绩效工资 100 元。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-004	文件名称	抗菌药物分级管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2011.12.06	修订时间	2016.03.01

抗菌药物分级管理制度

为加强抗菌药物临床应用管理，促进抗菌药物合理使用，有效控制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全。根据《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版，结合本院实际，制定本制度。

一、基本要求

（一）根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。

（二）严格按照有关规定建立本机构抗菌药物分级管理目录和医师抗菌药物处方权限，并定期调整。

（三）医疗机构应当建立全院特殊使用级抗菌药物会诊专家库，按照规定规范特殊使用级抗菌药物使用流程。

（四）按照抗菌药物分级管理原则，建立抗菌药物遴选、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。

二、内容

（一）抗菌药物分级原则：根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应以及本地社会经济状况、药品价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用和特殊使用三级。

1.非限制使用抗菌药物：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

2.限制使用抗菌药物：经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

3.特殊使用抗菌药物：具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用；抗菌作用较强、抗菌谱广，经常或过度使用会使病原菌过快产生耐药的；疗效、安全性方面的临床资料较少，不优于现用药物的；新上市的，在适应证、疗效或安全性方面尚需进一步考证的、价格昂贵的抗菌药物。

（二）抗菌药物分级授权：医院按年度对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训，按专业技术职称授予医师相应处方权和药师抗菌药物处方调剂资格。

1.具有初级职称的医师，授予非限制使用抗菌药物处方权。

2.具有中级职称的医师，授予非限制使用、限制使用级抗菌药物处方权。

3.具有高级职称的医师，授予非限制使用、限制使用、特殊使用级抗菌药物处方权。

4.因抢救生命垂危的患者等紧急情况，临床医生可以越级使用高于权限的抗菌药物，处方量仅限 1 天使用。越级使用抗菌药物应当详细记录用药指证，并应于 24 小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。

（三）抗菌药物分级使用：抗菌药物的选用应遵循《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》中第一部分“抗菌药物临床应用的基本原则”。

1.轻度及局部感染首选非限制使用抗菌药物。

2.严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用级或特殊使用级抗菌药物敏感时，可选用限制使用级或特殊使用级抗菌药物治疗。

3.特殊使用级抗菌药物的选用应从严控制。使用时应严格掌握临床应用指征，原则上应根据病原菌种类及药敏试验结果而定。使用前需经院特殊级抗菌药物会诊专家会诊同意后，由高级职称的医师开具医嘱。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

4.围手术期用抗菌药：

按《医院围手术期预防用抗菌药物管理规定》执行。

（四）监管

1.药事管理与药物治疗学委员会、药剂科及医务科定期开展合理用药培训与教育，督导本院临床合理用药工作；定期与不定期对各科室应用抗菌药物进行监督检查，对不合理用药

情况提出纠正与改进意见。

2.将抗菌药物合理使用纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

（五）抗菌药物分级管理目录见 OA

1.目录中标注“*”的药物，需要加强管理，仅限住院患者使用，门诊不得使用；急诊、ICU 病房视同普通病房管理。

2.阿奇霉素干混悬剂 0.1g*6 袋、注射用哌拉西林他唑巴坦 0.625 仅限儿科使用；其他科室如小儿患者需要使用，经药剂科抗感染临床药师审核通过后，临时开放权限。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-005	文件名称	限制使用抗菌药物与特殊使用抗菌药物临床应用管理程序	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2017.04.10	修订时间	2019.06.01

限制使用抗菌药物与特殊使用抗菌药物临床应用管理程序

为严格执行抗菌药物分级管理制度，规范医师抗菌药物的使用，确保患者用药安全，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《抗菌药物分级管理制度》，结合医院工作实际，制定本制度。

一、严重感染、免疫功能低下合并感染或者病原菌只对限制使用级抗菌药物敏感时，方可选用限制使用级抗菌药物。

二、患者病情需要应用限制使用抗菌药物时，应由中级及以上专业技术任职资格的医师同意并开具处方或医嘱。

三、严格控制特殊使用级抗菌药物使用。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

四、临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指征，原则上应根据病原菌种类及药敏试验结果而定。特殊使用级抗菌药物使用前需经院特殊级抗菌药物会诊专家会诊同意后，由副高及以上专业技术任职资格的医师开具医嘱。

五、医院成立特殊使用级抗菌药物会诊专家组。会诊人员应由医疗机构内部授权，具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科、微生物检验科、药学部门等具有高级专业技术职务任职资格的医师和抗菌药物等相关专业临床药师担任。

六、特殊使用抗菌药物临床应用流程

需要使用特殊使用级抗菌药物的病例，由副高及以上专业技术任职资格的医师开具医嘱并填写特殊使用级抗菌药物会诊单→经特殊使用级抗菌药物会诊专家组任一成员会诊同意并

签名→提交医嘱→护士复核执行医嘱。停药超过三天后再次使用必须按前流程再会诊。会诊单留存病历。

七、因抢救生命垂危的患者等紧急情况，医师可以越级使用抗菌药物，授权方式可以为上级医生电话授权，但仅限 1 天用量，越级使用抗菌药物应详细记录用药指征，并于 24 小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。

八、监督管理

（一）药剂科负责每月进行限制使用级、特殊使用级抗菌药物的合理性使用评价，并上报抗菌药物临床应用管理小组审核。对不合理应用限制使用级、特殊使用级抗菌药物的科室及医生，予以通报公示并限期整改。

（二）对违反特殊使用级抗菌药物使用管理规定的处罚：

1.未按规定审批、报告、使用者，首次查到要求责任人全额承担相关药物费用；经教育再次查到违规者，加倍处罚并诫勉谈话。

2.其他处理参照有关法律法规和医院规章制度执行。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-006	文件名称	特殊使用抗菌药物临床应用评价标准	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.10	生效时间	2017.08.01

特殊使用抗菌药物临床应用评价标准

为严格执行抗菌药物分级管理制度，规范医师抗菌药物的使用，确保患者用药安全，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《抗菌药物分级管理制度》，结合医院工作实际，制定本标准。

一、患者病情需要应用特殊使用抗菌药物时，应具有严格临床用药指征或确凿依据。特殊使用抗菌药物不能作为预防性用药，门诊不得开具特殊使用级抗菌药物。

二、特殊使用抗菌药物的选用，原则上应根据病原学检查和药敏试验结果而定。如结果中有对非限制或限制类抗菌药物敏感，则不建议选用特殊使用抗菌药物。

三、危重患者在未获知病原菌及药敏结果前，在经会诊专家组专家审核通过后，可以使用上述药物，但经验性用药不得超过 5 天。

四、患者曾使用限制级抗菌治疗无效，或者治疗效果不明显。

五、使用指征必须满足如下之一：

（一）感染病情严重者：

1.有败血症、脓毒症等血行感染；

2.有休克、呼吸衰竭、DIC 等合并症；

3.脏器穿孔引起的急性腹膜炎、急性盆腔炎等；

4.感染性心内膜炎、化脓性心包炎等；

5.严重的肺炎、骨关节感染、肝胆系统感染、蜂窝组织炎、重度烧伤、严重复合伤、多发伤及合并重症感染者；

6.混合感染的患者。

（二）免疫功能低下患者发生感染时：

1.接受免疫抑制剂治疗；

2.接受抗肿瘤化学疗法；接受大剂量肾上腺皮质激素治疗者；

3.血 WBC<1×109/L 或中性粒细胞<0.5×109/L；

4.脾切除后不明原因的发热者；

5.艾滋病或先天性免疫功能缺陷者。

（三）病原菌只对特殊管理抗菌药物敏感的感染。

六、满足上述条件，需要使用特殊使用抗菌药物的患者，病历中应体现出以下临床指征及实验室依据的描述：

（一）体温：（ ℃），寒战（有 / 无）

（二）白细胞计数（WBC）：（ 109/L），中性粒细胞（NEUT%）：（ %）

（三）院内获得性肺炎（是 / 否）

（四）留置静脉导管大于 48 小时（是 / 否）

（五）病原学检测：1.未做 2.做：标本-(未检出/检出-菌)

（六）药敏试验：1.未做 2.做：(相符/不相符)

（七）高龄、有影响感染治疗的基础疾病、90 天内用过抗菌药物（是 / 否）

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-007	文件名称	抗菌药物处方权限及调剂资格管理制度与程序	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2012.03.05	修订时间	2015.12.10

抗菌药物处方权限及调剂资格管理制度与程序

为严格执行抗菌药物分级管理制度，规范医师抗菌药物的使用，确保患者用药安全，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《抗菌药物分级管理制度》，结合医院工作实际，制定本制度。

一、医院对抗菌药物实行三级管理：非限制使用抗菌药物、限制使用抗菌药物、特殊使用抗菌药物。根据《江苏省抗菌药物分级管理目录》，制定我院的抗菌药物分级目录，对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定。

二、医务科对全院临床医师和药师进行抗菌药物使用知识和规范化管理的培训与考核。内容包括：《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》等相关法律、法规、规章和规范性文件；抗菌药物临床使用及管理制度；抗菌药物临床应用指导原则；细菌耐药与抗菌药物相互作用；抗菌药物不良反应的防治等。

三、医师经培训并考核合格后，由医务科授予相应级别的抗菌药物处方权。

（一）具有初级专业技术职务任职资格的医师，授予非限制级使用抗菌药物处方权。

（二）具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，授予非限制、限制使用级抗菌药物处方权。

（三）具有高级专业技术职务任职资格的医师，授予非限制、限制、特殊使用级抗菌药物处方权。

（四）紧急情况下，医师可以越级使用抗菌药物，但仅限于 1 日用量，并做好相关病历记录。

四、药师经培训并考核合格后，方可获得抗菌药物调剂资格。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-008	文件名称	围手术期预防用抗菌药物管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2012.03.05	修订时间	2015.12.10

围手术期预防用抗菌药物管理制度

为加强医院抗菌药物的临床使用管理，提升感染的治疗效果与效益，避免耐药菌的产生，保障患者用药安全。根据《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《医院处方点评管理规范（试行）》，结合本院实际，制定本制度。

一、围手术期预防用药目的：预防手术后切口感染，以及清洁-污染或污染手术后手术部位感染及术后可能发生的全身性感染。

二、围手术期预防用药基本原则：根据手术切口类别、手术创伤程度、可能的污染细菌种类、手术持续时间、感染发生机会和后果严重程度、抗菌药物预防效果的循证医学证据、对细菌耐药性的影响和经济学评估等因素，综合考虑决定是否预防用抗菌药物。但抗菌药物的预防性应用并不能代替严格的消毒、灭菌技术和精细的无菌操作，也不能代替术中保温和血糖控制等其他预防措施。

（一）清洁手术（Ⅰ类切口）：手术脏器为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。手术部位无污染，通常不需预防用抗菌药物。但在下列情况时可考虑预防用药：①手术范围大、手术时间长、污染机会增加；②手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术等；③异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等；④有感染高危因素如高龄、糖尿病、免疫功能低下（尤其是接受器官移植者）、营养不良等患者。

（二）清洁-污染手术（Ⅱ类切口）：手术部位存在大量人体寄殖菌群，手术时可能污染手术部位引致感染，故此类手术通常需预防用抗菌药物。

（三）污染手术（Ⅲ类切口）：已造成手术部位严重污染的手术。此类手术需预防用抗菌药物。

（四）污秽-感染手术（Ⅳ类切口）：在手术前即已开始治疗性应用抗菌药物，术中、术后继续，此不属预防应用范畴。

三、围手术期预防用抗菌药物的选择及给药方法

（一）抗菌药物的选择

1.根据手术切口类别、可能的污染菌种类及其对抗菌药物敏感性、药物能否在手术部位

达到有效浓度等综合考虑。

2.选用对可能的污染菌针对性强、有充分的预防有效的循证医学证据、安全、使用方便及价格适当的品种。

3.应尽量选择单一抗菌药物预防用药，避免不必要的联合使用。预防用药应针对手术路径中可能存在的污染菌。如心血管、头颈、胸腹壁、四肢软组织手术和骨科手术等经皮肤的手术，通常选择针对金黄色葡萄球菌的抗菌药物。结肠、直肠和盆腔手术，应选用针对肠道革兰阴性菌和脆弱拟杆菌等厌氧菌的抗菌药物。

4.头孢菌素过敏者，针对革兰阳性菌可用万古霉素、去甲万古霉素、克林霉素；针对革兰阴性杆菌可用氨曲南、磷霉素或氨基糖苷类。

5.对某些手术部位感染会引起严重后果者，如心脏人工瓣膜置换术、人工关节置换术等，若术前发现有耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）定植的可能或者该机构 MRSA 发生率高，可选用万古霉素、去甲万古霉素预防感染，但应严格控制用药持续时间。

6.不应随意选用广谱抗菌药物作为围手术期预防用药。鉴于国内大肠埃希菌对氟喹诺酮类药物耐药率高，应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。

7.常见围手术期预防用抗菌药物的品种选择，见附录 2：抗菌药物在围手术期预防应用的品种

（二）给药方法

接受清洁手术者，静脉输注应在皮肤、黏膜切开前 0.5～1 小时内或麻醉开始时给药，在输注完毕后开始手术，保证手术部位暴露时局部组织中抗菌药物已达到足以杀灭手术过程中沾染细菌的药物浓度。万古霉素或氟喹诺酮类等由于需输注较长时间，应在手术前 1～2 小时开始给药。手术时间较短(<2 小时)的清洁手术，术前用药一次即可。如果手术时间超过 3 小时或超过使用药物半衰期的 2 倍以上，或成人出血量大超过 1500ml，术中应追加 1 次。清洁手术的预防用药时间不超过 24 小时,清洁-污染手术和污染手术的预防用药时间亦为 24 小时，污染手术必要时可延长至 48 小时。对手术前已形成感染者，抗菌药物使用时间应按治疗性应用而定。

（三）结直肠手术可于术前 24h 分次口服庆大霉素或甲硝唑做肠道准备。

（四）病区护士根据医嘱备好所用抗菌药物及相关稀释液后，与待手术病人及其医嘱单一同送到手术室。

四、围术期抗菌药物预防性应用的注意事项

（一）必须重视无菌技术，不能期望以预防使用抗菌药物替代严格的无菌操作。做好消毒隔离、患者营养支持、环境消毒等。

（二）严格控制术前预防用药：术前预防用药原则上仅适用于术前有感染病灶的手术病人及结直肠术前肠道准备。术前肠道准备应选择口服吸收少、肠道内药物浓度高、受肠内容物影响小、对致病菌及易移位的革兰阳性菌、革兰阴性菌、真菌等有较强杀菌作用，同时对肠道微生态影响较小的药物，如新霉素、红霉素和制霉菌素等。

五、围手术期预防用抗菌药物合理性评价

（一）抽查方法：每月抽查所有Ⅰ类切口手术、部分Ⅱ切口手术出院病历，对围手术期抗菌药物的使用情况进行点评。

（二）检查项目：预防用抗菌药物有无指征、抗菌药物种类的选择、用药时间、用药疗程、给药剂量和给药途径是否恰当、药物更换有无依据，联合应用有无明确指征等项目进行检查。

（三）评价标准：参照 2015 版《抗菌药物临床应用指导原则》附录 2：抗菌药物在围手术期预防应用的品种。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-009	文件名称	抗菌药物处方专项点评制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2012.03.05	修订时间	2015.12.15

抗菌药物处方专项点评制度

为加强医院抗菌药物的临床使用管理，提升感染的治疗效果与效益，避免耐药菌的产生，保障患者用药安全。根据《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《医院处方点评管理规范（试行）》，结合本院实际，制定本制度。

一、医院组织感染、药学、临床等相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱进行专项点评工作。

二、专项处方或医嘱检查包括：

（一）每月选择全院 25%具有抗菌药物处方权医师的处方或医嘱重点进行检查。每名医师的处方或医嘱不少于 50 份（医师处方数量不足者按实际数量点评）。

（二）重点专科使用抗菌药物的病历（重点抽查呼吸内科、重症医学科）、特殊使用级抗菌药物病历、碳青酶烯类抗菌药物病历、Ⅰ类切口预防用抗菌药物病历（含血管介入病历）、Ⅱ类切口预防用抗菌药物病历、万古霉素病历、抗菌药物排名前十位药品病历、三联抗菌药

物的所有病历等。

三、监督管理

（一）每月将处方点评结果在全院医疗质量考核通报上进行通报、问责，并将点评结果纳入科室医疗质量、绩效考核以及评优选先体系中。

（二）对出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；限制处方权后，仍连续出现 2 次以上超常处方且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。

（三）药师连续 3 次以上未按照规定审核抗菌药物处方与用药医嘱，造成严重后果的，或发现处方不适宜、超常处方等情况未进行干预且无正当理由的，取消其药师调剂资格。

（四）抗菌药物处方专项点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录，并反馈至临床科室和当事人。

（五）处方点评小组将每月专项点评结果上报医院抗菌药物临床应用管理工作小组，由其审核后向分管院长汇报。定期公示处方点评结果，通报不合理处方并予经济处罚；根据处方点评结果，对医院在药事管理、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，提出改进建议，并向医院药事管理与药物治疗学委员会报告。医院药事管理与药物治疗学委员会根据处方、医嘱专项点评结果制定相应干预措施并组织实施。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-010	文件名称	Ⅰ类切口手术预防性应用抗菌药物考核办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2012.03.05	修订时间	2015.12.10

Ⅰ类切口手术预防性应用抗菌药物考核办法

根据《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版（以下简称《指导原则》），为加强我院Ⅰ类切口手术预防性应用抗菌药物使用的管理，特制定我院《Ⅰ类切口手术预防性应用抗菌药物考核办法》，请遵照执行。

一、考核原则

（一）依据《指导原则》和本考核办法进行考核。

（二）对照医院列出的 “部分Ⅰ类切口预防性应用抗菌药物指导意见”进行评价。

（三）考核对象：各相关手术科室。

二、考核办法

抽查手术科室Ⅰ类切口手术出院病历（医院所列Ⅰ类切口手术范围）。

三、部分Ⅰ类切口手术预防性应用抗菌药物指导意见

科 室	手术病种	常见病原菌	首选药物	用法	次选药物
普外科	腹股沟斜疝修补术	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 加入 0.9％NaCl 100ml 中静滴，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+ 菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	腹股沟疝补片修补术（单侧）	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 加入 0.9％NaCl 100ml 中静滴，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+ 菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	改良根治性乳房切除术	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 加入 0.9％NaCl 100ml 中静滴，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+ 菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	甲状腺次全切除术	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 加入 0.9％NaCl 100ml 中静滴，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+ 菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	腘窝囊肿	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 加入 0.9％NaCl 100ml 中静滴，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+ 菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	大隐静脉高位结扎+剥脱术	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，如存在“高危因素”	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 加入 0.9％NaCl 100ml 中静滴，预防用药时间不	头孢菌素过敏者，针对 G^+ 菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所

			则使用第一代头孢菌素	超过 24h。	用万古霉素或去甲万古霉素
骨科	骨折内固定器取出术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	骨折切开复位内固定术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	关节置换术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	椎间盘突出摘除术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	椎体骨水泥填充术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素

				超过 24h。	
	脊柱钛棒内固定术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	关节镜下膝半月板部分切除术	G^+葡萄球菌	原则上不预防用抗菌药物，患者存在“高危因素”，则使用第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
神经外科	颅（脑）内血肿清除术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	脑脊液分流术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
妇科	腹腔镜下卵巢病灶清除术	G^-杆菌、肠球菌、B 族链球菌、厌氧菌	第一、二代头孢菌素±甲硝唑，或头霉素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，针对 G^-杆菌可选氨曲南、氨基糖苷类、磷霉素，MRSA 发生率高的场所用万古

				超过 24h。	霉素或去甲万古霉素
	腹腔镜下子宫肌瘤切除术	G^-杆菌、肠球菌、B 族链球菌、厌氧菌	第一、二代头孢菌素±甲硝唑，或头霉素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，针对 G^-杆菌可选氨曲南、氨基糖苷类、磷霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
泌尿外科	腹腔镜下肾囊肿去顶减压术	G^-杆菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，针对 G^-杆菌可选氨曲南、氨基糖苷类、磷霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术	G^-杆菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，针对 G^-杆菌可选氨曲南、氨基糖苷类、磷霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	腹腔镜下精索静脉结扎术	G^-杆菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9%NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+菌可选克林霉素，针对 G^-杆菌可选氨曲南、氨基糖苷类、磷霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
眼科	白内障手术	G^+葡萄球菌	局部应用妥布霉素或左氧氟沙星等，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素。		

	青光眼手术	G^+葡萄球菌	局部应用妥布霉素或左氧氟沙星等，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素。		
	翼状胬肉切除术	G^+葡萄球菌	局部应用妥布霉素或左氧氟沙星等，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素。		
	睑内翻矫正术	G^+葡萄球菌	局部应用妥布霉素或左氧氟沙星等，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素。		
心内科	永久性心脏起搏器安装术	G^+葡萄球菌	第一、二代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 或头孢呋辛 1.5g 加入 0.9％NaCl 100ml 中静滴，手术时间长者，术中应追加一次，预防用药时间不超过 24h，特殊情况可延长至 48h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+ 菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
	冠状动脉介入治疗（PCI）	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，如存在“高危因素”则使用第一代头孢菌素	术前 0.5-1h 头孢唑啉 1～2g 加入 0.9％NaCl 100ml 中静滴，预防用药时间不超过 24h。	头孢菌素过敏者，针对 G^+ 菌可选克林霉素，MRSA 发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素

	冠状动脉造影术	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，对于7天内再次行血管介入手术者、需要留置导管超过24h者，应预防用药，或者患者存在“高危因素”，则使用第一代头孢菌素	术前0.5-1h头孢唑啉1～2g加入0.9％NaCl 100ml中静滴，预防用药时间不超过24h。	头孢菌素过敏者，针对G^+菌可选克林霉素，MRSA发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素
肿瘤介入科	肝动脉化疗栓塞术	G^+葡萄球菌、G^-杆菌、厌氧菌	第一、二代头孢菌素±甲硝唑	术前半小时头孢唑啉1～2g或头孢呋辛1.5g加入0.9％NaCl 100ml中静滴，用药时间不超过24h。	
	动脉插管化疗术	G^+葡萄球菌	不推荐常规预防用药，患者存在“高危因素”，则使用第一代头孢菌素	术前0.5-1h头孢唑啉1～2g加入0.9％NaCl 100ml中静滴，预防用药时间不超过24h。	头孢菌素过敏者，针对G^+菌可选克林霉素，MRSA发生率高的场所用万古霉素或去甲万古霉素

高危因素：①手术范围大、手术时间长、污染机会增加；②手术涉及重要器官；③有异物植入手术；④有感染高危因素如高龄（年龄>70岁）、糖尿病控制不佳、免疫功能低下（尤其是接受器官移植者）、营养不良等患者。

附件：

Ⅰ类切口手术预防性应用抗菌药物使用原则

一、Ⅰ类切口手术一般不预防使用抗菌药物，仅在下列情况时可考虑预防用药：（1）手术范围大、时间长、污染机会增加；（2）手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术、眼内手术等；（3）异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起博器放置、人工关节置换等；（4）高龄或免疫缺陷者等高危人群。

确需使用时（高危因素），要严格掌握适应证、药物选择、用药起始与持续时间。针对不同的手术部位，按照《指导原则》的要求，结合院内感染及耐药菌的情况选择适宜的抗菌药物。

二、给药方法要按照《指导原则》的有关规定，术前 0.5-1 小时内，或麻醉开始时首次给药；选择抗菌药物常用剂量和适宜溶媒（成人以 100ml 为宜）静脉滴注给药，有些手术可以选择局部给药的方式。

三、手术时间较短(<2 小时)的清洁手术，术前用药一次即可。如果手术时间超过 3 小时或超过使用药物半衰期的 2 倍以上，或成人出血量大超过 1500ml，术中应追加 1 次。总预防用药时间一般不超过 24 小时。

四、Ⅰ类切口手术预防性应用抗菌药物医嘱开具时注明“术前 1 小时内使用”；择期手术建议带手术室给予预防用抗菌药物的使用，手术室护士记录医嘱执行时间；连台手术建议在病区内给予预防用抗菌药物的使用，病区护士记录医嘱执行时间。用于手术病人术前使用的抗菌药物，注明“术前 X 小时内使用” 并将抗菌药物和溶媒带手术室，考虑因手术时间长需要术中使用时注明“术中使用”，不要使用“带手术室”等含混不清的概念。

五、病区、手术室应做好手术病人手术执行时间的衔接，防止发生预防用抗菌药物使用超时；连台手术时，手术室护士应提前 1 小时通知病区护士做好病人预防性应用抗菌药物的准备。

六、急诊手术应视确定手术到进行手术的时间，根据《指导原则》附录 2：抗菌药物在围手术期预防应用的品种，选择适宜的抗菌药物。

七、手术中发生药物过敏，按照药物过敏的诊疗措施予以治疗。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-011	文件名称	临床微生物检测与细菌耐药性监测管理办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2012.05.06	修订时间	2015.12.10

临床微生物检测与细菌耐药性监测管理办法

为加强医院抗菌药物的临床使用管理，提升感染的治疗效果与效益，避免耐药菌的产生，保障患者用药安全。根据《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版，结合本院实际，制定本办法。

一、各临床科室要重视病原微生物检测和药敏试验的送检工作。严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》要求，根据药敏试验结果和细菌耐药情况，选用抗菌药物。使用抗菌药物的住院患者标本送检率应≥30%，其中接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 50%；接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。

二、检验科要对患感染性疾病患者的标本进行病原菌的分离、鉴定及药敏试验，并及时报告细菌培养、药敏试验结果，作为临床医师正确选用抗菌药物的依据。

三、加强对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、产超广谱β-内酰胺酶（ESBLs）的细菌和多重耐药的鲍曼不动杆菌等实施目标性监测，发现 1 例，及时通知医院感染科和医务科。发生多重耐药菌感染的暴发时，医院感染科应当按照《医院感染管理办法》的规定进行报告。

四、每季度组织人员对抗菌药物临床应用情况、全院微生物监测情况及医院感染情况进行总结、分析和通报；及时为临床提供抗菌药物信息及临床经验用药方案，指导临床抗菌药物使用。

五、医院药事管理与药物治疗学委员会及抗菌药物临床应用管理工作小组根据细菌耐药情况对相关抗菌药物品种进行重点监控，必要时对医院抗菌药物分级目录进行调整，保证患者用药安全、有效、经济。

六、明确抗菌药物临床应用过程中发生预警的条件及相应的干预措施：

（一）对主要目标细菌耐药率超过 30%的抗菌药物，及时将预警信息通报本院医务人员。

（二）对主要目标细菌耐药率超过 40%的抗菌药物，应慎重经验用药。

（三）对主要目标细菌耐药率超过 50%的抗菌药物，应参照药敏试验结果选用。

（四）对主要目标细菌耐药率超过 75%的抗菌药物，应暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-012	文件名称	抗菌药物新药遴选和定期评估制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.01.15	修订时间	2022.02.20

抗菌药物新药遴选和定期评估制度

为了保证抗菌药物遴选规范进行，及时干预和改进抗菌药物使用，提高抗菌药物合理使用，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版，制定本制度。

一、严格控制抗菌药物品规数量

抗菌药物品种原则上不超过 50 种，同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过 2 种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购；头霉素类抗菌药物不超过 2 个品规；三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过 5 个品规，注射剂型不超过 8 个品规；碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过 3 个品规；氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过 4 个品规；深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品规。抗菌药物品种可增加 1 个儿童使用剂型规格。医院抗菌药物采购目录应向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。

二、遴选原则

（一）抗菌药物遴选应优先选择安全、有效、经济、临床需要的抗菌药物品种。

（二）抗菌药物遴选应优先选择《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的品种。

三、遴选程序

（一）根据临床需要，需变更已列入医院采购目录以内抗菌药物品种、品规和生产企业者，由临床科室提交申请报告，报医院抗菌药物临床应用管理工作小组审议。抗菌药物临床应用管理工作小组 2/3 以上成员审议同意后，提交药事管理与药物治疗学委员会审核，经药事管理与药物治疗学委员会 2/3 以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。但要保持采购供应目录内的抗菌药物总品种数不变。

（二）因临床特殊需要，需长期应用的抗菌药物品种、规格超出医院抗菌药物采购供应目录者，由抗菌药物临床应用管理工作小组进行论证、报药事管理与药物治疗学委员会审核同意，并向卫计委提出申请，经卫计委核准同意后，按遴选程序引进。

（三）因特殊感染患者治疗需要而临时使用医院采购目录以外抗菌药物的，启动临时采购程序。临时采购由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物的名称、剂型、规格、数量、

使用对象和使用理由，经医院抗菌药物临床应用管理工作小组讨论通过后，由药剂科临时一次性购入使用。同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序次数不超过 5 次。如果超过 5 次，要讨论是否列入医院抗菌药物采购目录内。但要保持采购供应目录内的抗菌药物总品种数不变。

四、监测与评估

（一）抗菌药物管理工作组负责对医院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期统计、分析、评估数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。

（二）抗菌药物管理工作组对纳入《抗菌药物采购目录》的品种进行临床评价，内容包括药物不良反应监测结果、临床疗效评价结果、临床用量等情况。

（三）结合处方点评，每季度分析我院及临床各专科抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现下列情况之一时，临床科室、药剂科、抗菌药物临床应用管理工作小组和药事管理与药物治疗学委员会可以提出清退或者更换意见：

1.使用量异常增长且存在不合理使用的品种；

2.使用量排名半年以上居于前列且频繁超适应证超剂量使用的品种；

3.企业违规销售的品种；

4.频繁发生药物严重不良反应的品种；

5.对主要目标细菌耐药率超过 75%的抗菌药物；

6.存在安全隐患、疗效不确定、性价比差或抗菌药物临床应用管理工作小组认定需要清退的品种。

（四）清退或者更换抗菌药物品种、品规、生产企业，需经抗菌药物临床应用管理工作小组 1/2 以上成员审核同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。清退或者更换的抗菌药物 12 个月内不得进入我院抗菌药物供应目录。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-013	文件名称	抗菌药物采购管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 3 次）	制定时间	2012.01.15	修订时间	2022.02.20

抗菌药物采购管理制度

为加强抗菌药物采购管理，满足临床特殊感染病人治疗需求，促进抗菌药物合理使用，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版，制定本制度。

一、抗菌药物由药剂科统一采购供应，按照药品通用名购进抗菌药物，优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

二、严格控制抗菌药物购用品规数量，二级医院抗菌药物品种原则上不超过 50 种，同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过 2 种，处方组成类同的复方制剂 1-2 种；三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过 5 个品规，注射剂型不超过 8 个品规，碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过 3 个品规，氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过 4 个品规，深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品规。抗菌药物品种可增加 1 个儿童使用剂型规格。

三、抗菌药物采购目录（包括采购抗菌药物的品种、剂型和规格）要向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。

四、确因临床工作需要，需采购的抗菌药物品种、规格超过上述规定，经备案的卫生行政部门审核同意后，向省级卫生行政部门提出申请，并详细说明理由。由省级卫生行政部门核准其申请抗菌药物的品种、规格的数量和种类。

五、因特殊感染患者治疗需求，需使用本机构采购目录以外抗菌药物的，可以启动临时采购程序。临时采购由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，经本机构药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组讨论通过后，由药学部门临时一次性购入使用。同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序不得超过 5 次。如果超过 5 次，要讨论是否列入本机构抗菌药物采购目录。调整后的采购目录抗菌药物总品种数不得增加。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-014	文件名称	目录外抗菌药物临时采购管理制度与程序	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2012.01.15	修订时间	2017.04.01

目录外抗菌药物临时采购管理制度与程序

为加强抗菌药物采购管理，满足临床特殊感染病人治疗需求，促进抗菌药物合理使用，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版，制定本制度。

一、因特殊感染患者的治疗需求，未列入本机构药品处方集和基本药品供应目录的抗菌药物，医院可以启动临时采购程序。

二、由临床科室提出书面申请，填写《抗菌药物临时采购审核表》，说明申请购入抗菌药物的名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，由临床科主任审核同意。

三、需要院内特殊使用级抗菌药物会诊专家和抗感染临床药师会诊同意意见，并将申购药物与本院现有同类品种进行比较，评估申购理由，提出会诊意见和建议。

四、药剂科主任审批后，经医院药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组讨论通过后，报分管院长审批同意后，药剂科根据审批意见制定药品计划交药品采购一次性购入，到货后通知临床科室使用，并及时记录采购次数。

五、抗感染临床药师对临时申购使用的抗菌药物临床疗效进行评价，适时将评价结果反馈给临床科室及医院药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组。

六、医院应当严格控制临时采购抗菌药物的品种和数量，同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序不得超过 5 次，如果超过 5 次，抗菌药物临床应用管理工作小组应当进行调查，决定是否同意继续临时采购或者列入常规药品采购程序。

七、抗菌药物临时采购审核程序：临床科室提交会诊单→科主任签字并填写《抗菌药物临时采购审核表》→由药剂科确定院内已采购次数并初步审批→由医院药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组讨论同意→抗菌药物管理工作组组长签署审批意见→交由药品采购采购→药库通知临床使用，并记录临时采购次数→抗感染临床药师对临时申购使用的抗菌药物进行临床疗效评价并反馈。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-015	文件名称	抗菌药物规范化培训和考核制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2011.05.06	修订时间	2023.03.10

抗菌药物规范化培训和考核制度

为了促进抗菌药物培训与考核规范进行，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版，制定本制度。

一、医院应制定抗菌药物培训计划，对本机构执业医师和药师进行抗菌药物知识和规范化管理的培训，由医务科组织实施，每年至少一次。

二、抗菌药物使用知识和规范化管理的培训与考核内容至少包括：

（一）《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》等相关法律、法规、规章和规范性文件；

（二）抗菌药物临床使用及管理制度；

（三）抗菌药物临床应用指导原则；

（四）细菌耐药与抗菌药物相互作用；

（五）抗菌药物不良反应的防治等；

（六）感染性疾病规范化诊疗；

（七）医院感染防控。

三、培训考核

考核合格的由医务科根据人员职称级别授予相应级别的抗菌药物使用、调配及管理权限，授权情况向上级行政备案。不合格的，暂停相应处方及调配权限，并责令其在岗学习，再次考核。考核仍不合格者取消其相应处方或调配资格 3 个月，直至考核合格为止。

四、培训推荐书目

（一）《临床药物治疗学》丛书（国家卫计委医院管理研究所药事管理研究部和中国医院协会药事管理专业委员会组织编写，人民卫生出版社出版）

（二）美国第十版《实用临床药物治疗学》中文翻译版(国家卫计委医院管理 研究所药事管理研究部和中国医院协会药事管理专业委员会组织编写，人民卫生出版社出版)

（三）热病

（四）临床微生物学

（五）感染病学

（六）抗菌药物临床应用指导原则

（七）常见感染性疾病诊疗指南等

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-016	文件名称	抗菌药物联合使用管理规定	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.09.01	生效时间	2017.12.01

抗菌药物联合使用管理规定

为了保证抗菌药物的合理应用，根据《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》及《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版制定本管理制度。

一、单一药物可有效治疗的感染不需联合用药，仅在下列情况时有指征联合用药。

（一）病原菌尚未查明的严重感染，包括免疫缺陷者的严重感染。

（二）单一抗菌药物不能控制的严重感染，需氧菌及厌氧菌混合感染，2 种及 2 种以上复数菌感染，以及多重耐药菌或泛耐药菌感染。

（三）需长疗程治疗，但病原菌易对某些抗菌药物产生耐药性的感染，如某些侵袭性真菌病；或病原菌含有不同生长特点的菌群， 需要应用不同抗菌机制的药物联合使用， 如结核和非结核分枝杆菌。

（四）毒性较大的抗菌药物，联合用药时剂量可适当减少，但需有临床资料证明其同样有效。如两性霉素 B 与氟胞嘧啶联合治疗隐球菌脑膜炎时，前者的剂量可适当减少，以减少其毒性反应。

二、联合用药时宜选用具有协同或相加作用的药物联合，如青霉素类、头孢菌素类或其他β-内酰胺类与氨基糖苷类联合。联合用药通常采用 2 种药物联合，3 种及 3 种以上药物联合仅适用于个别情况，如结核病的治疗。此外必须注意联合用药后药物不良反应亦可能增多。

（一）用一种抗感染药可控制的感染，无须联合用药。

（二）有明确联合用药指证者，一般限于两药联合，并在病程中详细记录。

（三）少数情况需三联及以上抗菌药物联合使用时（除外分支杆菌感染），需结合药敏结果用药；院感科负责检查联合用药 3 种及以上抗菌药物有无药敏监测报告。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-017	文件名称	静脉输注抗菌药物管理规定	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2016.06.20	生效时间	2016.10.01

静脉输注抗菌药物管理规定

为了保证抗菌药物的合理应用，根据《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》及《抗菌药物临床应用管理办法》制定本管理制度。

一、对于轻、中度感染的大多数患者，应予口服治疗，选取口服吸收良好的抗菌药物品种，不必采用静脉或肌内注射给药。

二、仅在下列情况下可先予以注射给药：

（一）不能口服或不能耐受口服给药的患者（如吞咽困难者）；

（二）患者存在明显可能影响口服药物吸收的情况（如呕吐、严重腹泻、胃肠道病 变或肠道吸收功能障碍等）；

（三）所选药物有合适抗菌谱，但无口服剂型；

（四）需在感染组织或体液中迅 速达到高药物浓度以达杀菌作用者（如感染性心内膜炎、化脓性脑膜炎等）；

（五）感染严重、病情进展 迅速，需给予紧急治疗的情况（如血流感染、重症肺炎患者等）；

（六）患者对口服治疗的依从性差。

三、接受注射用药的感染患者经初始注射治疗病情好转并能口服时，应及早转为口服给药。

四、门诊不得开具静脉用抗菌药物（儿科除外）。

五、静脉输注药物开方流程：

（一）患者病情确需静脉输注抗菌药物而无其它治疗方案替代者，首先选择住院治疗。

（二）若病房无床位者，确实无法住院或转急诊观察的极少数患者，可免费转急诊专科号，由首诊专科拟定治疗方案，开具静脉输注电子处方。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-018	文件名称	抗菌药物动态监测及超常预警制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.06.20	修订时间	2023.07.01

抗菌药物动态监测及超常预警制度

建立抗菌药物临床应用监测工作，规范抗菌药物的使用，对该类药物的不合理使用及时采取干预政策，降低药物不良反应的发生，加强抗菌药物用药安全。根据《抗菌药物临床应用指导原则》2015 版、《抗菌药物临床应用管理办法》，制定本管理制度。

一、医院按规定开展抗菌药物临床应用监测与评价工作，分析本机构及临床各专科抗菌药物使用情况，评价抗菌药物使用的适宜性，对抗菌药物使用趋势进行分析，对抗菌药物不合理使用情况应当及时采取有效干预措施。

二、抗菌药物临床应用监测的重点

（一）重点监测疾病：I 类切口围手术期抗菌药物的预防使用；II 类切口围手术期抗菌药物的预防使用。

（二）重点监测药物：特殊使用级抗菌药物、β内酰胺酶抑制剂复方制剂、使用排名靠前的抗菌药物及使用量异常增长的抗菌药物。

（三）重点监测科室：普外科、骨科、泌尿外科等手术科室、感染性疾病科、呼吸内科、儿科、重症医学科等抗菌药物临床应用频繁的科室。

（四）重点监测医师：抗菌药物使用量排名靠前的医师；检查中发现存在抗菌药物不合理应用现象较多的医师。

三、监测的内容应包括：抗菌药物使用的合理性、抗菌药物使用率、抗菌药物使用强度病原学送检率、特殊使用级抗菌药物使用情况和抗菌药物不良反应监测报告等。

四、开展细菌耐药监测工作，定期发布细菌耐药信息，建立细菌耐药预警机制，采取相应措施。

（一）对主要目标细菌耐药率超过30%的抗菌药物，应当及时将预警信息通报本机构医务人员。

（二）对主要目标细菌耐药率超过40%的抗菌药物，应当慎重经验用药。

（三）对主要目标细菌耐药率超过50%的抗菌药物，应当参照药敏试验结果选用。

（四）对主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物，应根据追踪细菌耐药监测结果，参考细菌耐药率合理用药。

五、做好卫生部抗菌药物临床应用和细菌耐药监测网要求的信息上报工作

按照《卫生部抗菌药物临床应用监测网工作方案》的要求，认真做好合理用药和细菌耐药监测工作，及时、准确地做好数据收集、上报、分析和结果上报等工作。

六、医院抗菌药物管理工作组按规定对以下抗菌药物临床应用异常情况开展调查，并根据不同情况作出处理：

（一）使用量异常增长的抗菌药物；

（二）半年内使用量始终居于前列的抗菌药物；

（三）经常超适应证、超剂量使用的抗菌药物；

（四）企业违规销售的抗菌药物；

（五）频繁发生严重不良反应的抗菌药物。

七、药剂科每月负责对抗菌药物使用数量进行统计，列出全院使用数量前十名的抗菌药物。

八、抗菌药物临床应用监测与分析评价，实行每月点评。

九、评价内容应包括如下几方面

（一）门急诊处方：抗菌药物使用率、抗菌药物使用的合理性。

（二）住院病历：抗菌药物使用率、使用强度、病原学送检率、特殊使用级抗菌药物使用情况、抗菌药物使用的合理性。

（三）I、II 类切口手术病历：预防使用抗菌药物使用率，用药时机合理率，预防用药疗程合理率、预防用药品种选择合理率。

十、评价标准

（一）外科手术预防使用抗菌药物应当在术前 30 分钟至 1 小时内或麻醉开始时给药，清洁手术用药时间不得超过 24 小时，心脏手术可视情况延长至 48 小时。清洁-污染手术和污染手术的预防用药时间亦为 24 小时，污染手术必要时延长至 48 小时。

（二）I 类切口手术预防使用抗菌药物比例不超过 30%，住院抗菌药物使用率不超过 60%，门诊抗菌药物使用率不超过 20%，急诊抗菌药物使用率不超过 40%，全院抗菌药物使用强度不超过 40DDD 值。

（三）对接受抗菌药物治疗患者，微生物检验样本送检率不得低于 30%；接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 50%；接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。

十一、医院药事管理与药物治疗学委员会定期对抗菌药物管理工作组上报的情况进行专项研究，对临床使用监测异常的抗菌药物药物，约谈或者暂停采购，必要时停止该药在医院的临床使用；对严重违反抗菌药物使用规定的行为要及时予以纠正，并与所在科室及个人的考核挂钩。

十二、对抗菌药物使用情况实行超常预警、公示制度。对不合理或异常使用抗菌药物的科室或个人进行公示。把合理用药作为全院医师考核的重要指标，对违反处方管理办法，收受回扣，无正当理由使用非医保抗菌药物的科室及个人，要按照有关规定进行处罚、通报。

十三、医院按规定加强对抗菌药物生产、经营企业在本机构促销活动的监管，对违规促销的企业和抗菌药物，应当及时采取警告、暂停进药、清退等措施。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-038-019	文件名称	碳青霉烯类抗菌药物和替加环素使用管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2021.03.01	生效时间	2021.06.01

碳青霉烯类抗菌药物和替加环素使用管理制度

为规范碳青霉烯类抗菌药物和替加环素使用管理，根据本院实际情况，制定本制度。

一、严格控制碳青霉烯类抗菌药物和替加环素的使用指征

（一）碳青霉烯类抗菌药物和替加环素使用条件：碳青霉烯类抗菌药物和替加环素选用应从严控制，患者病情需要应用碳青霉烯类抗菌药物和替加环素，应具备严格临床用药指征或确凿依据。

1.有药敏支持。

2.经科室讨论和有关专家会诊同意。

3.处方需经具有副高及以上专业技术职务任职资格并被授权的医师开具。

4.门诊不得开具碳青霉烯类抗菌药物和替加环素。

（二）使用程序

1.临床应用碳青霉烯类抗菌药物和替加环素应当严格掌握用药指征，经医院药事管理与药物治疗学委员会指定的专家组专家会诊同意后，由具有相应处方权医师开具处方。

2.碳青霉烯类抗菌药物和替加环素会诊人员由具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科、微生物检验科、药学部门等具有高级专业技术职务任职资格的医师、药师或具有高级专业技术职务任职资格的抗菌药物专业临床药师担任。

3.碳青霉烯类抗菌药物和替加环素不得在门诊使用。

二、临床科室使用碳青霉烯类抗菌药物和替加环素相关规定

（一）需要使用碳青霉烯类抗菌药物和替加环素的病例，由副高及以上专业技术任职资格的医师开具医嘱并填写特殊使用级抗菌药物会诊单→经特殊使用级抗菌药物会诊专家组任一成员会诊同意并签名→提交医嘱→护士复核执行医嘱。停药超过三天后再次使用必须按前流程再会诊。会诊单留存病历。

（二）紧急情况下未经会诊同意或需越级使用的，处方量不得超过 1 日用量，并做好相关病历记录。

（三）使用过程中，严密观察患者用药反应，对于出现严重不良反应的，立即停药，并积极救治。

（四）临床按月填写《医疗机构碳青霉烯类抗菌药物及替加环素使用情况信息表》，报临床药学办汇总，每季度进行碳青霉烯类抗菌药物及替加环素使用情况分析。

三、管理责任

（一）医院抗菌药物管理工作组负责监督管理，并由医务科、药剂科、感染管理科、护理部、检验科各负其责，具体实施。严格控制碳青霉烯类抗菌药物和替加环素的临床应用。

（二）医院抗菌药物管理工作组定期检查，总结反馈。

（三）临床医务人员违反本程序，按抗菌药物相关管理制度执行。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-039	文件名称	特殊药品管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 6 次）	制定时间	2007.05.06	修订时间	2023.12.15

特殊药品管理制度

为加强特殊药品的管理，保证特殊药品的合法、合理使用，保障患者用药安全。根据《药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗用毒性药品的管理办法》、《放射性药品管理办法》、《药品类易制毒化学品管理办法》及《处方管理办法》，结合本院实际，制定本制度。

本管理制度所述特殊药品指麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品及药品类易制毒化学品。以下简称特殊药品。

第一章　　特殊药品管理组织及人员职责

一、成立有院长、医务科、药剂科、护理部、保卫科、医疗专家组成的特殊药品管理领导小组，院长为特殊药品管理的第一责任人。指定专职人员（药剂科科质控员）负责特殊药品日常管理工作。

二、特殊药品管理办公室常设机构：药剂科；协作科室： 医务科、护理部、保卫科。

三、建立临床特殊药品管理网络，科主任、护士长是本部门特殊药品管理的第一责任人。

四、特殊药品管理领导小组工作职责

（一）负责全院特殊药品管理工作的领导和督查，结合实际情况，负责制定我院特殊药品各项管理制度及标准操作规程。

（二）监督和指导临床规范、合理使用特殊药品。

（三）定期对涉及特殊药品工作的管理、药学、医护人员进行有关法律、法规、专业知识、职业道德的教育和培训与考核。

（四）建立专项检查制度，每季组织医疗管理、药学、护理、保卫联合对全院特殊药品作专项安全检查，及时纠正问题，消除隐患。

五、特殊药品管理办公室工作职责

（一）负责对临床管理网络成员进行有关特殊药品管理工作的培训和具体指导，督促其完成各自的工作职责。

（二）每月对院内特殊药品管理情况进行检查，发现问题，提出整改意见，督促纠正解决。必要时对临床用药情况进行科学评估。

（三）负责向上级卫生行政部门提出销毁过期及患者上交特殊药品的申请，并执行销毁，

做好记录。

（四）及时向全院通报最新的有关法律、法规、政策，介绍国内、外特殊药品管理工作及用药情况的最新进展。

六、医务科

（一）督促、指导医务人员严格执行特殊药品合理应用的相关制度及操作规程，协助组织医务人员的相关培训，参与检查与考核；

（二）审查医生的麻醉、第一类精神药品处方权，定期将全院具有麻醉、第一类精神药品处方资格的医生名单及其变更情况报送市卫生局；及时向各药房通报医生麻醉、第一类精神药品处方权的变更情况，并将医生签名留样下发到各药房；

（三）建立随诊记录，掌握患者的麻醉药品使用情况；

（四）麻醉药品非注射剂型和第一类精神药品需要院外使用时，负责审核患者的诊断证明、身份证明、代办人员身份证明，并留存代办人员身份证明复印件。

（五）会同管理办公室、总务科、保卫科，对麻醉、第一类精神药品空白专用病历保管、领取、使用、退回过程进行检查。

七、护理部：督促、指导护理人员严格执行相关制度及操作规程，协助组织护理人员的相关培训，参与检查与考核，检查科室有关台帐记录。

八、保卫科：负责特殊药品保管过程中的安全管理，指导和督查全院特殊药品的防盗工作，参与空白专用病历保管过程中的安全检查。

九、特殊药品管理网络成员工作职责

（一）负责人：负责所在部门的特殊药品管理工作，督促临床管理员按照我院特殊药品各项管理制度及操作规程进行药品保管、使用、销毁等各个环节的管理工作；负责本科室空白专用处方的领用、发放及记录。

（二）部门管理员：负责所在部门特殊药品的日常管理工作，负责药品的储存保管、领取使用、空安瓿、空贴剂的回收及记录，发现可疑情况，立即通知管理办公室。

第二章　　麻醉药品、第一类精神药品管理制度

一、组织管理与培训

（一）成立由分管院长、医务科、药剂科、护理部、保卫科等相关人员组成的特殊药品管理领导小组，制订各岗位人员职责。药剂科负责全院麻醉药品、第一类精神药品日常管理工作。各部门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。

（二）将麻醉药品、第一类精神药品管理列入年度目标责任制考核，建立麻醉药品、第

一类精神药品使用专项检查制度，并定期组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。

（三）定期组织对涉及麻醉药品、第一类精神药品的管理、药学、医护人员的培训，学习有关法律、法规、规章制度及麻醉药品、第一类精神药品临床合理使用等知识，熟悉麻醉药品、第一类精神药品使用和安全管理工作。经培训和考核合格后，医师和药师分别取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权及调剂权。医院应当将具有麻醉药品和第一类精神药品处方资格的执业医师名单及其变更情况，定期报送所在地设区的市级人民政府卫生主管部门，并抄送同级药品监督管理部门。

二、麻醉药品、第一类精神药品专用病历管理办法

（一）麻醉药品、第一类精神药品专用病历由医院统一编号后予以保管，专用于麻醉药品、第一类精神药品的配用，不能用于其它疾病的诊疗和药品的配用。

（二）门（急）诊癌症疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首次调配限挂肿瘤科门诊。中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，限挂疼痛科门诊；小儿多动症患者限挂儿科。首诊医师应当亲自诊查患者，并为其建立麻醉药品、第一类精神药品专用病历，要求其签署《知情同意书》。

（三）建立麻醉药品、第一类精神药品专用病历时，病历中应当留存下列材料复印件：

1.二级以上医院开具的诊断证明；

2.患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；

3.为患者代办人员身份证明文件。

（四）首次调配结束后，专用病历由门诊药房负责保存。门诊药房负责新建麻醉药品、第一类精神药品专用病历的病人作相关登记。再次调配时至门诊药房领取专用病历。

（五）要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每 3 个月复诊或者随诊一次。

三、麻醉药品、第一类精神药品“五专”管理制度与程序

（一）专人管理

麻醉药品、第一类精神药品管理各环节实行专人管理，责任到人。药剂科主任为本科室麻醉药品、第一类精神药品负责人，各药房负责人为本部门麻醉药品、第一类精神药品管理负责人，并设管理员 1 名；手术室的麻醉药品、第一类精神药品管理由麻醉科主任负责，设一名中级职称医师为本部门麻醉药品、第一类精神药品管理员；各病区的麻醉药品、第一类精神药品管理由科主任负责，护士长为本部门麻醉药品、第一类精神药品管理员。

（二）专柜加锁

1.药库、各药房、手术室、病区储存麻醉药品、第一类精神药品必须配备双锁保险柜，并贴有白底蓝字的“麻”的识别标志；药库、药房安装有防盗门（窗），并安装报警装置；各病区存放麻醉药品、第一类精神药品应当配备必要的防盗设施。

2.保险柜的使用应做到双人双锁，做到钥匙、密码双人保管。

（三）专用账册

对进出专柜的麻醉药品、第一类精神药品建立专用账册，逐笔记录。

1.药库入库验收记录内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位及送货人、质量情况、验收结论、验收人及保管人员签名。

2.药库及药房专用账册记录内容包括：品名、剂型、规格、单位、生产厂家、日期、凭证号、领用/供应部门、数量（收入、支出、结存）、批号、有效期、发药人、领用人、复核人签名，做到帐、物、批号相符。专用账册的保存期限应当自药品有效期期满之日起不少于5年。

（四）专用处方

1.麻醉药品、第一类精神药品处方印刷用纸为淡红色，右上角标注“麻、精一”。处方前记包括：医疗机构名称、费别、患者姓名、性别、年龄、住址、门诊或住院病历号、科别或病区和床位号、临床诊断、开具日期等。还包括患者身份证明编号，代办人姓名、身份证明编号。

2.药师应当对麻醉药品和第一类精神药品处方，按调配年月日编制顺序号。

3.“麻、精”空白处方实行编号管理，总务库房有专人管理，负责发放登记，临床各使用部门有专人领用，专人发放、专簿登记。

（五）专册登记

各药房对麻醉药品、第一类精神药品处方分品种、规格对其消耗量进行专册登记。登记内容包括患者（代办人）姓名、性别、年龄、身份证明编号、病历号、疾病名称、药品名称、规格、数量、处方医师、处方编号、处方日期、发药人、复核人。专册保存期限为3年。

四、麻醉药品、第一类精神药品三级管理制度与程序

（一）药库的麻醉药品、第一类精神药品管理：

1.麻醉药品、第一类精神药品的采购、运输、验收

（1）本院麻醉药品、一类精神药品的采购由《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》中注明的药品采购员负责。药品采购应根据本院医疗需要按有关规定购进，保持合理库存。

（2）购买麻醉药品、第一类精神药品时必须办理《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》（如印鉴卡中内容有变更应重新注册）；在麻醉药品、第一类精神药品采购平台上向指

定的麻醉药品、第一类精神药品经营公司点击购买。一次采购量以临床三个月使用消耗量为基础。

（3）购买麻醉药品、第一类精神药品付款应采取银行转账方式，不得以现金购买。

（4）购买麻醉药品、第一类精神药品由供货公司派专人、专车负责押运到医院，采购员不得自行提货。

（5）麻醉药品、第一类精神药品入库验收必须货到即验，在公司押送人员在场的情况下，由特殊药品管理人员开箱验收、验收到最小包装，确保购入麻醉药品、第一类精神药品品种、数量、质量、规格、剂型无误，验收记录双人签字。

（6）在验收中发现缺少、破损的麻醉药品、第一类精神药品应当与公司押送人员当场清点登记并签名，同时报医疗机构负责人批准并加盖公章后向供货单位查询、处理。

（7）验收完成后的麻醉药品和第一类精神药品应立即储存于专用保险柜内，保险柜的密码和钥匙由麻醉药品和第一类精神药品的保管员和采购员分别保管，做到双人负责，双人双锁。同时药剂科主任应在麻醉药品、第一类精神药品采购平台上确认收货。

2.药库麻醉药品、第一类精神药品的储存、保管、领用、发放

（1）药库安装有防盗门（窗），并安装报警装置；麻醉药品、第一类精神药品必须储存于专用保险柜内，并贴有白底篮字的“麻” 的识别标志。保险柜的使用应做到双人双锁，管理员负责钥匙的保管，负责人应注意密码的保管。完成发放，立即关闭保险柜。

（2）麻醉药品、第一类精神药品进出库应双人复核，做到帐物相符。建立麻醉药品、第一类精神药品进出库专用账册，做到帐、物、批号相符。药库专用账册的保存期限应当自药品有效期期满之日起不少于 5 年。

（3）药库保管员按照门急诊药房和中心药房的麻醉药品、第一类精神药品领用记录单及处方出库，出库时认真核对药品名称、规格、数量、有效期等，逐笔登记出库记录；药库保管员与各药房领药人做好药品实物的交接工作，双方确认无误签字。

（4）药库保管员定期对麻醉药品、第一类精神药品盘点，做到帐物相符。

（5）定期检查麻醉药品、第一类精神药品的质量和有效期。对过期、损坏的麻醉药品、第一类精神药品进行销毁时，应向卫生行政部门提出申请，在卫生行政部门监督下进行销毁，并对销毁情况进行登记。

（二）各药房的麻醉药品、第一类精神药品的调配、使用管理：

1.各药房负责人为本部门麻醉药品、第一类精神药品管理的负责人（钥匙），并设管理员 1 名（密码）；特殊情况下可再设两个钥匙班，一个密码班，专人负责麻醉药品、第一类精神药品调配管理。

2.门急诊药房有固定发药窗口，有明显标识，并由专人负责麻醉药品、一类精神药品的调配。各药房应安装有防盗门（窗），麻醉药品、第一类精神药品必须储存于专用保险柜内，并贴有白底篮字的“麻” 的识别标志。保险柜的使用应做到双人双锁，当天钥匙班人员负责钥匙的保管，密码班人员应注意密码的保管。完成发放，立即关闭保险柜。

3.除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医院内使用；院外使用的麻醉药品、第一类精神药品处方不得在急诊药房调配；癌症疼痛住院患者可以在出院时开具麻醉药品、第一类精神药品口服制剂。

4.各药房实行基数管理。向药库领用麻醉药品、第一类精神药品时，应凭麻醉药品、第一类精神药品领用记录单及处方领用。领用数量与药库发出数量相符，不得超过本药房领用的上限控制量。

5.医院因抢救病人急需麻醉药品，如手续不完善时，可先发放该病例一次使用剂量，事后 24 小时内补办手续。科室内部门之间调拨须经科主任批准方可执行。

6.药师经麻醉药品、精神药品使用知识和规范化培训并考核合格后取得麻醉药品、第一类精神药品调配资格。

7.药师调配麻醉药品、第一类精神药品处方时，应审核麻醉药品、第一类精神药品专用病历中留存材料是否符合要求；核查处方是否是否为麻醉药品、精神药品专用处方；处方内容是否完整；处方医生是否取得麻醉药品、第一类精神药品处方权，医生签名与留样手笔签字是否一致；处方用法用量是否符合要求；开具的麻醉药品、一类精神药品是否与病历相符；若处方开具有误，开方医生是否在修改处签名。对不符合规定的麻醉药品、一类精神药品处方应拒绝调配。

8.调配麻醉药品、第一类精神药品时，调配人员、发药人员必须严格核对病人姓名、药品名称、规格、数量、有效期，认真交代用药方法及注意事项，交代病人下次配药时将原批号的空安瓿带回，双方在处方上签全名。如遇特殊情况，病人上次所配的药品尚未用完，调配人员必须在麻醉药品、第一类精神药品处方专册登记上注明所欠空安瓿数量，在下次配药时补齐。发放麻醉药品注射剂时要做到药师与护士直接交接。

9.药师应对麻醉药品、第一类精神药品专用处方按年月日逐日编制顺序号，并对使用的麻醉药品、第一类精神药品专用处方进行专册登记。处方登记专册保存期限为 3 年。

10.各药房麻醉药品、第一类精神药品管理员建立“麻醉药品、第一类精神药品专用账册”，对每天领入、发出的麻醉药品、第一类精神药品做好登记，做到帐物相符。专册保存期限应当在药品有效期满后不少于 5 年。

11.麻醉药品、第一类精神药品处方单独存放，按月汇总。处方保存期限为3年。

12.药师按规定进行麻醉药品、第一类精神药品空安瓿回收、销毁并做好记录。

13.门诊药房不得为患者办理麻醉药品、第一类精神药品退药。患者不再使用麻醉药品、第一类精神药品时，应将剩余麻醉药品、第一类精神药品无偿交回医疗机构，由医疗机构按规定销毁。

14.各药房设置的麻醉、一类精神药品调配基数，应每天清点，班班交接，并做好记录。

15.各药房麻醉药品、第一类精神药品管理员应定期检查本部门麻醉药品、第一类精神药品的质量和有效期。

（三）手术室、病区的麻醉药品、第一类精神药品管理：

1.储存：手术室、产房、肿瘤病房、全科医学科（老年医学科）、心内科病房、重症ICU存放麻醉药品、第一类精神药品应配备保险柜，并贴有白底篮字的“麻” 的识别标志；麻醉药品、第一类精神药品不得与其他药品混放。保险箱上应有药品目录清单。

2.专人管理：手术室及备用麻醉药品、第一类精神药品注射剂的病区应指定专人负责麻醉药品、第一类精神药品的账物管理，钥匙、密码由专人保管。设立麻醉药品、第一类精神药品交接班记录本，交班时账与物须核准并双签名，确保账与物相符。

3.麻醉药品、第一类精神药品的备用：各病区及手术室应根据医疗实际需要申报备用麻醉药品、第一类精神药品品种、数量，经医务科、护理部等讨论同意并上报院麻醉药品、第一类精神药品管理机构分管院长批准，到药库办理相关手续备案，由药库发给备用量，作为各科备用药品，并实行基数管理。

4.麻醉药品、第一类精神药品的日常领用：有备用针剂的科室凭电子处方（医嘱单）、专用处方和空安瓿领取，及时补充基数；无备用针剂的科室凭电子处方（医嘱单）、专用处方领取，用后立即交还经登记过的空安瓿。

5.麻醉药品、第一类精神药品的使用、剩余剂量及空安瓿废贴的处理：手术室麻醉师及病区护士使用麻醉药品、第一类精神药品药品时，严格核对患者的姓名、床号、药品品名、规格、使用剂量。如麻醉药品、第一类精神药品注射剂有剩余剂量时，必须有两人在场立即销毁处置；麻醉药品、第一类精神药品使用后的空安瓿及废贴必须交回住院药房统一销毁处理，并认真填写《麻醉药品、第一类精神药品使用、剩余剂量处置、空安瓿废贴上交记录》。

6.使用过程中的特殊情况处理：病人拒绝使用已经剖开的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，除按残余液处理外，还应在 “麻醉药品、第一类精神药品使用记录”上写明“病人拒绝使用”；病人拒绝使用未经剖开的麻醉药品、第一类精神药品注射剂或医生开错，应在当日内无偿退还病区药房。

7.各临床使用科室备用数量过多需要退库时，药库人员应填写部门麻醉药品、第一类精神药品退库记录单，办理入库手续后重新使用。

8.使用麻醉药品、第一类精神药品后，应对病人严密观察，了解治疗效果及反应情况，并及时记录在案。当病人发生除治疗目的以外的不良反应时，应采取积极的治疗措施，同时执行药品不良反应处理制度。

9.效期管理：药剂科每月 1 次定期检查，各病区及手术室应遵循先进先出，近期先出的原则，不用应及时退库或调换，严防过期。

五、麻醉药品、第一类精神药品处方开具管理办法

（一）经注册后具有执业医师资格的医师经过有关麻醉药品和精神药品使用知识的培训和考核合格后，取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权，并建立“麻醉药品、第一类精神药品处方医师签名式样备案表”。留样备案表一式三份，分别由医务科、门诊药房、中心药房备案保存。

（二）麻醉药品和第一类精神药品应开具电子打印并手工签字的专用处方。处方格式及单张处方最大限量按照《处方管理办法》执行。医师开具麻醉药品和第一类精神药品时，应在病历中记录。医师不得为他人开具不符合规定的处方或为自己开具麻醉药品、精神药品处方。

（三）麻醉药品、第一类精神药品处方用量规定

1.除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者，如需院外使用麻醉药品注射剂，由医疗机构派医务人员出诊至患者家中使用。

2.为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 30 日常用量。

3.为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

4.为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。癌症疼痛住院患者出院时开具麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7

日常用量。领取麻醉药品出院带药时，护士必须凭麻醉专用病历及麻醉处方到中心药房取药。

5.对于需要特别加强管制的麻醉药品盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。

六、麻醉药品、第一类精神药品交接班制度

（一）麻醉药品、一类精神药品管理应有专人负责、专柜加锁、专用帐册、专用处方、专册登记、专用病历。

（二）麻醉药品、一类精神药品管理人员下班时，须向接班人交班。交班时应向接班人员交待清楚柜内麻醉药品、一类精神药品的品名、规格、数量及发出的麻醉药品、一类精神药品处方及根据处方的销账情况，接班人员必须核对柜内药品是否和账上记载相符。

（三）交接双方应在交接记录本上签字。

七、麻醉药品、第一类精神药品批号管理制度与程序

（一）运用 HIS 系统，对全院药品实行信息化管理，药库和各药房实行药品信息共享。随时查询药库、药房包括批号在内的药品信息。

（二）麻醉药品、第一类精神药品在购入验收时必须认真仔细逐一查验核对至最小包装。

（三）麻醉药品、第一类精神药品入库时必须严格按照批号入库，有专人复核并记录。入库验收记录内容包括：日期、发票号、品名、剂型、规格、单位、批准文号、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位及送货员签名、质量状况、验收结论、验收和保管人员签字，同时将药品信息录入电脑。

（四）麻醉药品、第一类精神药品出库时必须严格按照批号出库，有专人复核并记录。内容包括：品名、剂型、规格、单位、生产厂家、日期、领用部门、领用数量、领用批号、有效期、保管人（发药人）、复核人和领用人签字。

（五）各药房领用麻醉药品、第一类精神药品时，领用人需填写“麻醉药品、第一类精神药品”领用记录单，与药库进行麻醉药品、第一类精神药品的品种、领用数量、药品批号的交接，并及时填写入库记录。

（六）药品发出后应当逐日进行处方编号并专册登记，内容包括：发药日期、品名、规格、剂型、处方编号、患者姓名、用药数量、药品批号等。发出麻醉药品、第一类精神药品，须在专用处方上详细如实填写所发药品的批号。

（七）各药房回收的空安瓿、废贴应立即销毁，及时登记回收销毁记录，登记内容包括回收日期、品名、规格、剂型、批号、数量、接收人（销毁人）、销毁时间、销毁方式和监督人。

八、麻醉药品、第一类精神药品报损、销毁制度

（一）在验收中发现缺少、破损的麻醉药品、第一类精神药品应当与公司押送人员当场清点登记并签名，同时报医疗机构负责人批准并加盖公章后向供货单位查询、处理。

（二）采购员、保管员在保管麻醉、一类精神药品过程中发现短缺、破损的，应立即查找原因并登记，填写麻醉药品、第一类精神药品报损、销毁申请单，书面上报管理办公室备案。

（三）调配过程中破损的麻醉、一类精神药品应由调配人填报特殊药品报损、销毁申请单，部门负责人签字确认，保留破损安瓿，上报管理办公室，批准后作报损处理。

（四）各病区过期麻醉药品、第一类精神药品不得自行销毁，必须退还药剂科，由药剂科根据有关规定集中销毁。交接双方应建立详细的交接记录，包括：品名、规格、数量、生产厂家、批号、有效期、交接日期及双方专管员签字等。

（五）销毁过期或患者上交的麻醉、第一类精神药品，应向区卫生行政部门提出申请，在区卫生行政部门监督下进行销毁，并对销毁情况进行登记。

（六）销毁过期麻醉、一类精神药品，应建立销毁档案，包括销毁时间、地点、品名、规格、数量、方法等，销毁人员、监督人员均应签字。档案由特殊药品管理办公室保存。

（七）销毁其他过期特殊药品，应建立销毁档案，包括销毁日期、时间、地点、品名、数量、方法等，销毁人员、监督人员均应签字。

（八）销毁方法：注射剂每支分别敲碎；片剂拆包装溶于自来水，并经稀释后倒入下水道；贴剂每片分别剪碎。

九、麻醉药品、第一类精神药品安全管理制度

（一）药库、药房、麻醉科、病区储存麻醉药品、第一类精神药品必须配备保险柜。药库安装有防盗门（窗），并安装报警装置；药房安装有防盗门（窗）；各病区存放麻醉药品、第一类精神药品应当配备必要的防盗设施（探头、保险箱）。保险柜的使用应做到双人双锁。

（二）麻醉药品、第一类精神药品储存各环节（包括药库、药房、病区及手术室等）必须指定专人负责，明确责任，交接班应当有记录。

（三）对麻醉药品、第一类精神药品的购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或者追回。

（四）药剂科对麻醉药品、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。

（五）门诊患者使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂或贴剂，再次调配时，应当要求患者将原批号的空安瓿或废贴交回，并记录收回的空安瓿或废贴数量。如遇特殊情况，上次所配药品尚未用完，调配人员必须在麻醉药品、第一类精神药品处方专册登记上注明所欠空

安瓿数量，在下次配药时补齐。

（六）各病区、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂或贴剂时应收回空安瓿或废贴，核对批号和数量，并作记录。剩余的麻醉药品、第一类精神药品应办理退库手续。

（七）收回的麻醉药品、第一类精神药品空安瓿或者废贴由药剂科安排专人负责计数、监督销毁，并作记录。销毁办法：空安瓿每支分别敲碎、废贴剪碎。

（八）患者不再使用麻醉药品、第一类精神药品时，医疗机构应当要求患者将剩余的麻醉药品、第一类精神药品无偿交回医疗机构，由医疗机构按照规定销毁处理。具体参见《麻醉药品、第一类精神药品报损、销毁制度》。

（九）发现下列情况，应当立即向所在地卫生行政部门、公安机关、药品监督管理部门报告：

（1）在储存、保管过程中发生麻醉药品、第一类精神药品丢失或者被盗、被抢的；

（2）发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品的。

十、麻醉药品、第一类精神药品空安瓿、废贴回收、销毁制度

（一）患者使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂或贴剂的，再次取药时，窗口药房管理员须将原批号的空安瓿或用过的贴剂收回，并记录收回的空安瓿或废贴数量，定期销毁。

（二）各病区、手术室等调配麻醉药品、第一类精神药品注射剂或贴剂时，需收回空安瓿，由部门管理员核对批号和数量，将当天收回的空空瓿、废贴交至中心药房。中心药房管理员负责空安瓿、废贴的计数，定期销毁。

（三）回收的空安瓿或废贴定期销毁。销毁时应有部门负责人和药剂科主任双人在场，并作记录，销毁人、监督人均应在记录上签名。

（四）销毁办法：空安瓿每支分别敲碎；废贴每片分别剪碎。

十一、患者上交麻醉、第一类精神药品处理制度

（一）持《麻醉药品专用病历》的患者死亡后不再使用麻醉、一类精神药品时，其代理取药人应将剩余药品无偿交回药剂科。门诊药房不得为患者办理麻醉、一类精神药品退药。

（二）接到退药时，门诊药房经办人应对上交药品情况进行登记，内容包括：日期、患者姓名、麻醉药品专用病历号、最近一次取药时间、退药原因、药品名称、规格、数量、批号、生产厂家、上交人签名、经办人及复核人签名等。

（三）药库应立即派专人到门诊药房进行复核，将相应药品带到药库，由药库管理员核对无误后接收并立即放于保险柜里，独立包装，有明显标识，不与其他药品混摆，防止误发。

（四）麻醉药品、第一类精神药品管理办公室向区药监部门提出申请，由其于 5 个工作

日内安排专人到场监督销毁工作。具体销毁办法参见《麻醉、一类精神药品报残损、销毁操作规程》。

十二、麻醉、第一类精神药品丢失及被盗案件报告制度

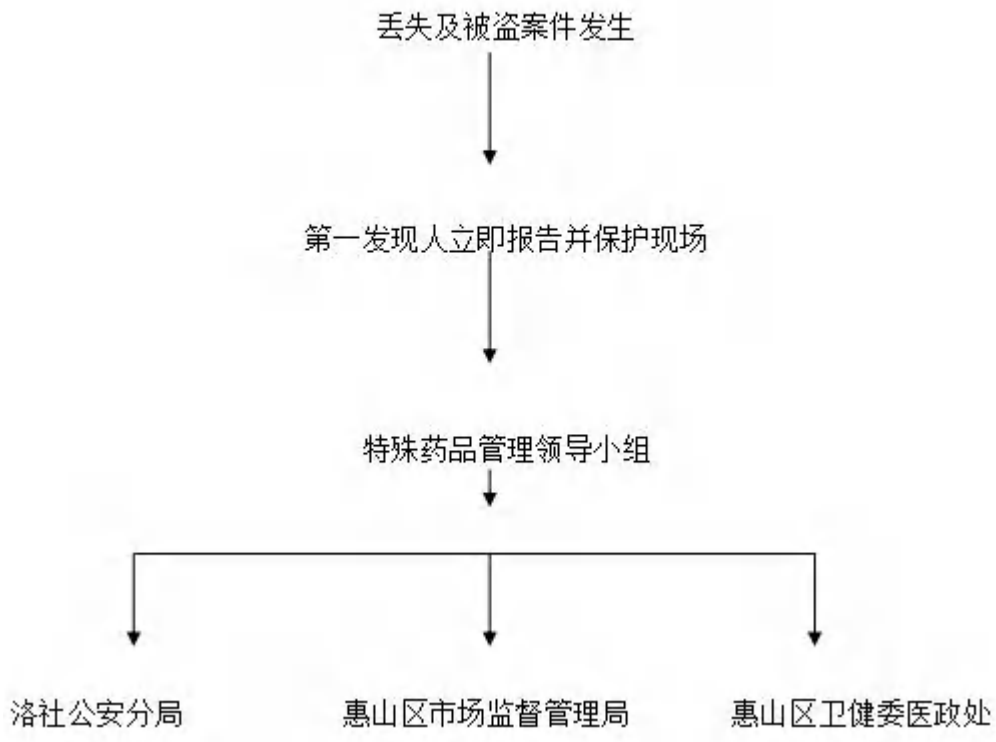
（一）麻醉、一类精神药品在运输、储存、保管过程中发现丢失、被盗情况的，第一发现人及相关管理人员应立即保护现场，并上报特殊药品管理领导小组。

（二）特殊药品管理领导小组接到案件报告后，立即上报上级卫生行政部门报告，保卫科立即向公安部门报告。

（三）特殊药品管理领导小组、保卫科立即派人到实地保护现场，协助公安部门研究，寻找原因，并将结果向特殊药品管理领导小组组长报告。

（四）其他特殊药品发生丢失及被盗案，同麻醉、第一类精神药品丢失及被盗处理。

特殊药品丢失及被盗案件报告流程



十三、麻醉、第一类精神药品使用专项检查制度

（一）特殊药品管理组织每季度对麻醉、一类精神药品使用进行专项检查，并认真做好检查记录，提出存在问题和隐患，并及时纠正。

（二）药库储存条件检查：专用设备、双人双锁、防盗设施。

（三）采购管理检查：麻醉、一类精神药品购用印鉴卡是否合格，是否定点采购，是否保持合理库存。

（四）药库验收、保管、发放管理检查：是否严格做好入库验收记录及进出库专用账册，

做到分批验收、分批发放、帐物相符、批号相符；出入库手工帐及时记录，电脑账及时登账。对领用部门检查：领用部门应由专人领用，出入库手工帐及时记录，电脑账及时登账。

（五）临床科室的麻醉、一类精神药品的使用管理检查：专人专锁，查质量与效期，查帐物相符，查《麻醉、一类精神药品交接班记录本》，《麻醉、一类精神药品使用记录》登记是否完整。

（六）门诊药房、中心药房的麻醉、一类精神药品的使用管理检查：专人专锁、专用处方书写、帐物相符、麻醉、一类精神药品处方医师签名式样备案表、麻醉、一类精神药品处方登记专册、麻醉、一类精神药品专用账册、麻醉、一类精神药品空安瓿及废贴回收销毁记录、部门麻醉、一类精神药品退库记录表等记录是否完整。

（七）麻醉、精神药品的过期、损坏、回收和销毁的相关手续是否完整。

（八）麻醉、精神药品的病历管理规定和处方领用规定进行检查。

（九）麻醉、精神药品处方检查：是否使用专用处方、处方格式是否符合要求、书写是否完整、用量是否合理、医师和药师签名完整、处方按年月日编制装订保存。

（十）麻醉、精神药品质量管理、失窃报告和药品不良反应报告情况检查。

十四、麻醉、第一类精神药品值班巡查制度

（一）根据卫生部《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》的要求，确保麻醉药品、第一类精神药品的储藏安全，制定本制度。

（二）麻醉药品、第一类精神药品的储存要有人值班。值班人员要有交接班记录。记录包括：日期、值班情况（有事或无事及其他需要交接的事情）、交接人、接班人。

（三）医院保卫科值班人员，要定时查岗，特别是晚 12 点以后。每天 17：00 打开报警器。

（四）保卫科值班人员遇情况或接到药库、药房、各有关科室值班人员的报告，急报保卫科长。

（五）值班人员会同保卫科长、药剂科主任向主管院长、院长汇报有关情况。药剂科及保卫科作好记录。记录内容包括：日期、时间、事件、现场情况、到现场的人员、药库值班人员签字、保卫科值班人员签字、保卫科长签字、药剂科长签字。

十五、麻醉、第一类精神药品管理人员轮转管理制度

（一）麻醉药品和第一类精神药品管理人员要认真学习并贯彻落实《中华人民共和国药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》、《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡管理规定》等，严格执行麻精药品管理各岗位人员职责，全面加强麻精药品的采购、储存、调配、使用以及安全

管理。

（二）门急诊药房、中心药房、药库、手术室、肿瘤内科等配备麻精药品基数的重点管理部门，要采用双锁保险柜储存，储存区域设有防盗设施和安全监控系统。设置双人进行麻精药品的管理，严格执行全程双人双签操作制度，参与麻精药品管理、使用环节的核对和双人双签工作避免长期由固定人员担任，科室应当根据临床工作需要，每年进行主要管理人员轮换，完善人员交接记录。药师参与手术室麻精药品管理，麻醉护士相对固定，药师由中心药房麻醉药品专管药师承担，每两周轮换 1 次，并做好人员交接记录。

第三章　　第二类精神药品管理制度

一、精神药品是指直接作用于中枢神经系统，使之兴奋或抑制，连续使用能产生依赖性的药品。依据使人体产生的依赖性和危害人体健康的程度，分为第一类精神药品和第二类精神药品。其中使人体产生依赖性和危害人体健康程度较轻的为第二类精神药品。第一类精神药品按麻醉药品相关规定管理。

二、组织管理与培训

（一）在医院特殊药品管理领导小组带领下，药剂科负责全院第二类精神药品日常管理工作。各部门指定专职人员负责第二类精神药品日常管理工作。

（二）将第二类精神药品管理列入年度目标责任制考核，建立第二类精神药品使用专项检查制度，定期组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。

（三）医疗机构每年应至少组织一次第二类精神药品专项培训及考核。培训考核内容包括相关法律法规、医疗机构管理规章制度及临床合理用药知识等。同时医疗机构应对涉及第二类精神药品管理的药学、医护人员等进行职业道德教育与培训，培训考核记录应保存完整。

三、药品采购供应

（一）采购管理：医疗机构购进第二类精神药品必须有真实、完整的药品购进记录。医疗机构须向通过药品监督管理部门批准的、具有第二类精神药品经营资质的供应企业购进第二类精神药品。购买药品付款应当采取银行转账方式，禁止使用现金支付。购进药品的配送清单、入库记录应单独存放，保存时间至 少 2 年。

（二）入库验收：根据临床用药需求制定采购计划，执行双人验收，对购进药品逐批验收并记录，做到票、账、货相符。入库验收记录至少保存 3 年。在验收中发现缺少、破损的第二类精神药品应当与公司押送人员当场清点登记并签名，同时报医疗机构负责人批准并加盖公章后向供货单位查询、处理。

四、药品储存、保管、领用、发放

（一）药库、药房第二类精神药品应设专（库）柜加锁储存，并贴有专用标识；储存区域有安全监控系统及自动报警装置。药品的储存量应与诊疗范围和用药规模相适应。

（二）第二类精神药品进出库应双人复核，做到帐物相符。建立第二类精神药品进出库专用账册，做到帐、物、批号相符。药库保管员与各药房领药人做好药品实物的交接工作。专用账册的保存期限应当自药品有效期期满之日起不少于 5 年。

（三）药房建立第二类精神药品信息化专册登记。

（四）手术室及各病区对第二类精神药品注射剂实行基数管理，由护士长指派专人管理、专用抽屉加锁管理。做到标签标识明显、帐物相符、注意检查效期、班班交接；药剂科应定期进行备药检查。

（五）对过期、损坏的药品要及时登记造册，向卫生行政部门申报销毁，保证在用药品的账物相符和药品质量完好。

五、处方开具

（一）处方权限管理

医院定期对经注册的执业医师进行第二类精神药品使用知识和规范化管理的培训，并授予相应的处方权。执业医师不得为本人开具第二类精神药品处方。医院应当将具有第二类精神药品处方资格的执业医师名单及其执业证书变更情况定期报送所在地卫生健康主管部门。医师处方签名或签章式样，分别在医务部门、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。

（二）处方格式

开具第二类精神药品应使用专用处方，处方颜色为白色，右上角标注“精二”。

（三）处方用量及疗程

门急诊患者开具非注射剂型第二类精神药品，急诊处方每张不得超过 3 日常用量；普通门诊处方每张不得超过 7 日常用量；为慢性病或特殊情况患者开具非注射剂型第二类精神药品处方，经主诊医师双签名确认后可开具 14 日常用量；为精神心理疾病患者或癫痫患者开具非注射剂型第二类精神药品，经主诊医师双签名确认后可延长至 4 周常用量。门急诊患者开具注射剂型第二类精神药品，每张处方不超过 3 日常用量。住院患者使用第二类精神药品，医嘱应逐日开具。镇痛泵给药时，每张处方为 1 次装量，用法应注明给药剂量和持续时间。同一患者同一种第二类精神药品只能开具一张处方。急诊患者可以在处方药量使用完毕前 24h 内续方，门诊患者在处方药量使用完毕前 48 h 内续方，注射剂型第二类精神药品在处方最后一次量使用前续方。患者因诊疗需要确需增加使用剂量的，经执业医师评估、注明理由、患者填写知情同意书后方可提前续方，满足患者正常诊疗用药需求。

（四）处方流转

执业医师为患者开具的第二类精神药品处方仅限于在本医疗机构进行调剂，不得流转至本机构的互联网医院。

六、处方审核调剂

（一）取得调配资格的药学专业技术人员应对处方、用药医嘱的合法性、规范性、适宜性进行逐一审核。调剂处方时，应遵照“四查十对”执行，确保发出药品的准确、无误。药师对处方所列药品，不得擅自更改或代用。对有配伍禁忌、超剂量的处方，药学专业技术人员应拒绝调配。必要时，经处方医师更正或重新签字，方可调配。

（二）拆零药品按照医院内拆零药品管理规定，不得混批包装，做好拆零记录，保存原包装至拆零药品用完为止。

（三）处方保存及销毁

第二类精神药品处方保存期限为 2 年。期满后予以销毁。

七、监督检查

特殊药品管理领导小组及药学部门定期开展第二类精神药品现场检查指导，频次分别为每季度、每月一次。药学部门开展专项处方点评，对出现的不合理用药情况，有干预措施。

八、有第二类精神药品被盗、被抢、丢失或者其他流入非法渠道的情形的控制措施。在使用中发现骗取或冒领等可疑情况，立即向上级部门报告。

第四章　　放射性药品管理制度

一、放射性药品系指用于临床诊断或治疗的放射性元素制剂或其标记药品。

二、使用放射性药品必须配备与其医疗任务相适应的并经放射培训及核医学技术培训的技术人员。非专业技术人员或未经培训、批准，不得从事放射性药品使用工作。

三、使用放射性药品，必须符合国家放射性同位素卫生防护管理的有关规定。

四、医院必须获得《放射性药品使用许可证》并按期申请审核换证。

五、使用单位必须严格执行放射性药品登记管理制度如：药品入库、出库、使用、剩余等要严格准确记录，要做到账物相符，并由专人管理。

六、药品使用前要进行药品活度监测，使用单位要配备放射性药品活度监测仪。

七、放射性药品使用后的废物(包括病人排泄物)，必须按国家有关规定进行处置。

八、放射性药品存放地点必须根据其放射性剂量，置于相适应的防护装置内，以确保对人和环境无影响。

九、放射性药品的销毁，必须按国家有关规定妥善处理，使其放射性比度达到国家允许

标准。

十、对违反《放射性药品管理办法》的单位和个人，由上级主管部门按照《药品管理法》和有关法规的规定处罚。

第五章　　医疗用毒性药品管理制度

为加强医疗用毒性药品的管理，防止中毒或死亡事件的发生，根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗用毒性药品管理办法》的规定，特制定本制度。

一、医疗用毒性药品（以下简称毒性药品）是指毒性剧烈、治疗剂量与中毒剂量相近、使用不当会致人中毒或死亡的药品。

二、毒性药品由药剂科采购，其他科室或个人均不得采购毒性药品。

三、药剂科健全毒性药品的保管、验收、领发、核对等制度；严防发错、严禁与其他药品混杂，做到专柜加锁、专人保管、专用账册、专册登记、专用处方。出现问题时，必须迅速追查，并报主管部门。

四、医师应当根据诊疗指南和规范、药品说明书中的适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项开具处方。

五、药房凭医生签名的正式处方方可调配毒性药品，每次处方剂量不得超过二日极量。

六、药剂人员对使用毒性药品的处方要加强核对，审查剂量，对不清楚的处方拒绝调配，严禁估计发药。

七、药房调配处方时，必须认真负责，计量准确，按医嘱注明要求，并由配方人员及具有药师以上技术职称的复核人员签名后方可发出。对处方未注明“生用”的毒性中药，应当付炮制品。如发现处方有疑问时，须经原处方医生重新审定后再行调配。

八、临床科室需做好毒性药品使用、剩余处置记录。

九、处方一次有效，取药后处方保存 2 年备查。

十、需报损的毒性药品须经药剂科主任、主管院长批准交上级主管部门集中销毁，销毁前要有记录，包括销毁日期、时间、地点、品名、数量、方法等，必要时拍照。

十一、由医务科组织全院医务人员学习《医疗用毒性药品管理办法》及本院毒性药品的管理规定，做到相关人员知晓并遵循。

十二、对违反本办法的规定，情节严重、致人伤残或死亡，构成犯罪的，由司法机关依法追究其刑事责任。

第六章　　药品类易制毒化学品使用管理制度

根据《中华人民共和国禁毒法》、《易制毒化学品的管理条例》（国务院令（第 445 号）），国家对易制毒化学品的生产、经营、购买、运输实行许可制度，禁止非法生产、买卖、运输、储存、提供、持有、使用易制毒化学品。为了加强我院易制毒化学品的管理，规范行为，在保证我院医疗科研需要的同时，防止易制毒化学品流入非法渠道，结合我院实际，特制定本制度。

一、由医务科组织全体员工学习《中华人民共和国禁毒法》、《易制毒化学品的管理条例》及我院麻醉药品、精神药品、易制毒化学品管理制度等有关规章制度，参加人员包括全体医药技人员及有关行政职能部门，做到全员知晓。

二、要严格按照《中华人民共和国禁毒法》和《易制毒化学品的管理条例》的规定进行采购。

三、药品类易制毒化学品由药剂科药库指派专人持证统一购买，采购人员应全面掌握易制毒化学品的有关知识，任何部门及个人不得擅自购买。

四、对易制毒化学品的供货方要查验供货方资质，并向供货方出具我院购买证明。

五、禁止使用现金或实物进行药品类易制毒化学品的购买结算。

六、应在温度、条件适宜的仓库内妥善储存、保管易制毒化学品。

七、保管员要全面掌握易制毒化学品的有关知识，了解易制毒化学品的物理性质和化学性质及安全保管要求。

八、要随时了解易制毒化学品库的库存、实物的情况；物品摆放要符合规定，做到分类安全合理、摆放整齐，并配备消防器材。

九、药品类易制毒化学品的出入库情况，应在电脑内备案，并能随时调阅。

十、人员进出仓库必须严格，禁止领用人单独进入易制毒化学品库，库门要随开随锁。

十一、发现药品类易制毒化学品丢失、被盗、被抢或者其他流入非法渠道的情形，要立即向上级和保卫科汇报，采取必要的控制措制，由保卫科立即向当地公安机关报告，同时由院办向本区药监局和卫健委报告。

十二、领用人须熟知药品类易制毒化学品的有关知识。

十三、药品类易制毒化学品的领用量应不超过每周使用量，不应大批量领取积压。

十四、领用人应按照保管人员的要求在相关的领用凭证上做好记录。

十五、该类药品原则上不允许在门诊使用，因治疗疾病需要，必须在门诊使用的患者，由患者、患者近亲属或者患者的委托人凭医疗机构出具的医疗诊断书和本人的身份证明，可以购买药品类易制毒化学品药品制剂，但是不得超过医用单张处方的最大剂量。

十六、使用易制毒化学品的科室，应有专人保管，建立使用台账，如实记录品种、数量、日期、使用人、使用原因、保管人等情况。

十七、易制毒化学品的废弃处理，必须制订周密的安全保障措施，并经有关部门批准后方可处理。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-001	文件名称	抗肿瘤药物临床应用管理办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.02.01	修订时间	2023.07.07

抗肿瘤药物临床应用管理办法

为加强医院抗肿瘤药物临床应用管理，提高抗肿瘤药物临床应用水平，保障医疗质量和医疗安全，根据《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《中华人民共和国药典（临床须知 2010 版）》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，《国家卫生健康委员会 国家中医药管理局关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号），结合本院实际，制定本办法。

一、定义

本办法所称抗肿瘤药物，是指通过细胞杀伤、免疫调控、内分泌调节等途径，在细胞、分子水平进行作用，达到抑制肿瘤生长或消除肿瘤的药物，一般包括化学治疗药物、分子靶向治疗药物、免疫治疗药物、内分泌治疗药物等。

二、组织机构及职责

（一）医院主要负责人是本机构抗肿瘤药物临床应用管理的第一责任人。下设立抗肿瘤药物临床应用管理工作组，负责本机构抗肿瘤药物管理工作。抗肿瘤药物临床应用管理工作组由医务、药学、临床科室、医学影像、病理、护理、检验、信息管理、质控等部门负责人或具有相关专业高级技术职务任职资格的人员组成，共同管理抗肿瘤药物临床应用。

办公室设在药剂科，医务、药学等部门共同负责日常管理工作。

工作组职责为：

1.贯彻执行抗肿瘤药物管理相关的法律、法规、规章，制订本机构抗肿瘤药物管理制度并组织实施；

2.审议本机构抗肿瘤药物分级管理目录，制订抗肿瘤药物临床应用相关技术性文件，并组织实施；

3.对本机构抗肿瘤药物临床应用情况进行监测，定期分析、评估、上报监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施；

4.对医务人员进行抗肿瘤药物管理相关法律、法规、规章制度和技术规范培训，组织对患者合理使用抗肿瘤药物的宣传教育。

（二）各部门职责为：

1.医务科：负责并组织专家对肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药合理应用的会诊指导与监督管理工作组织对全院医务人员肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药合理应用相关知识的学习、培训和考核。组织落实临床肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药合理应用监控、点评、干预和整改。

2.药剂科：配合临床和各职能科室做好肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床应用和管理工作；及时为临床医务人员提供肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床应用和管理的有关信息；提供医院单品种用药总量监控公示情况、医师用药情况、医师合理用药评价的相关数据及分析报告。组织临床药师开展抗肿瘤药物专项点评工作，对肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床应用情况提出书面反馈意见。

3.院感科：负责医疗废物管理。

4.护理部：协助组织培训，督促、指导护理人员严格执行相关制度。

5.信息科：负责处方权限设置；提供医院单品种用药总量监控公示情况、医师用药情况相关数据。

6.临床科室：各临床科室成立由科主任负责的抗肿瘤药物管理小组，科主任及质控员定期检查本科、本组使用抗肿瘤药物的医嘱，及时发现抗肿瘤药物使用不合理之处，予以指导和组织整改。

7.影像科：提供与肿瘤相关的影像学诊断依据。

8.病理科：提供组织或细胞学病理诊断结果；或特殊分子病理诊断结果。

9.检验科：提供并解读与肿瘤相关的各项检验报告。

（三）医院应将肿瘤科、药学、病理、影像、检验等相关专业人员纳入多学科诊疗团队，落实抗肿瘤药物管理要求，保障合理用药，提高肿瘤综合管理水平。

（四）加强药学人员配备，培养临床药师，参与患者抗肿瘤药物治疗方案的制订与调整，开展抗肿瘤药物处方和用药医嘱的审核与干预，提供药学监护与用药教育等。

（五）医院加强抗肿瘤药物临床应用管理的相关学科建设，建立专业人才培养和考核制度，充分发挥相关专业技术人员在抗肿瘤药物临床应用管理工作中的作用。

三、加强抗肿瘤药物临床应用管理

医院应严格执行《药品管理法》及其实施条例、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《医疗机构处方审核规范》等相关规定及技术规范，加强抗肿瘤药物遴选、采购、储存、处方调配、临床应用和药物评价的全过程管理。

（一）加强抗肿瘤药物的购用管理

1.建立抗肿瘤药物管理目录。医院抗肿瘤药物品种遴选应以临床需求为目标，优先选用国家基本药物目录、国家基本医疗保险药品目录中收录、国家集中谈判或招标采购，以及国家卫生健康委公布的诊疗规范临床诊疗指南、临床路径涉及的药品。

2.严格控制本机构肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药目录的品种数量，同一通用名称肿瘤治疗药品种，注射剂型和口服剂型不得超过 2 种。

3.医院应建立抗肿瘤药物遴选和评估制度，根据本机构肿瘤疾病诊疗需求制订抗肿瘤药物供应目录，定期调整，并向市卫生行政部门备案。

（二）完善抗肿瘤药物的临时采购管理

1.医院抗肿瘤药物应当由药学部门统一采购供应，其他科室或部门不得从事抗肿瘤药物的采购、调剂活动。患者也可在指定药品经营企业购买双通道管理的抗肿瘤药物。

2.因特殊治疗需要，医院确需使用本机构抗肿瘤药物供应目录以外抗肿瘤药物的，可以启动临时采购程序，由临床科室提出申请，经本机构抗肿瘤药物临床应用管理工作组审核同意后，由药学部门临时一次性购入使用，并由药品使用科室将使用的疗效和药品的不良反应情况在疗程结束后 7 天内向药学部门反馈。

（三）医院遴选和新引进抗肿瘤药物品种，应当由临床科室提交申请报告，由抗肿瘤药物临床应用管理工作组出具初步意见，经药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后执行。

对于临床优势明显、安全性高或临床急需、无可替代的创新药物，医院应当在充分评估的基础上，简化引进流程，及时纳入抗肿瘤药物供应目录。

对于存在重大安全隐患、疗效不确定、成本一效果比差或者严重违规使用等情况的抗肿瘤药物，临床科室、药学部门、抗肿瘤药物临床应用管理工作组应当提出清退或者更换意见，经药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后执行。清退或者更换的抗肿瘤药物品种或者品规原则上 12 个月内不得重新进入抗肿瘤药物供应目录。

四、建立完善肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理的技术支撑体系

开发抗肿瘤治疗药物临床使用监测信息系统，实现与 HIS 系统、电子病历系统、临床路径管理的衔接，应包括用药权限设定和用药品种、规格、剂型、配伍、用药数量、用药金额

等管理、审核、监测、统计和不良反应报告、毒副作用预警等功能，逐步实现肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理的信息化。

五、严格落实抗肿瘤药物临床应用分级管理制度

（一）根据抗肿瘤药物的安全性、可及性、经济性等因素，将抗肿瘤药物分为限制使用级和普通使用级。制定抗肿瘤药物分级目录，对不同管理级别的药物处方权进行严格限定，明确各级医师处方权限。抗肿瘤药物分级管理目录制定后，可结合药品评价工作进行动态调整。

1.限制使用级抗肿瘤药物是指具有下列特点之一的抗肿瘤药物：

（1）药物毒副作用大，纳入毒性药品管理，适应证严格，禁忌证多，须由具有丰富临床经验的医务人员使用，使用不当可能对人体造成严重损害的抗肿瘤药物。

（2）上市时间短、用药经验少的新型抗肿瘤药物；

（3）价格昂贵、经济负担沉重的抗肿瘤药物。

2.普通使用级抗肿瘤药物是指除限制使用级抗肿瘤药物外的其他抗肿瘤药物。

（二）抗肿瘤药物分级授权

1.医院每年组织不少于 1 次针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和考核。经培训考核合格的，方可分别授予抗肿瘤药物处方权、调剂权和给药权。

2.具有高级专业技术职称的医师，可授予开具普通使用级和限制使用级抗肿瘤药物的处方权；具有中级及以下专业技术职称的医师，可授予开具普通使用级抗肿瘤药物的处方权。

（三）对于限制使用级抗肿瘤药物中的毒性药品，应严格遵循《医疗用毒性药品管理办法》等有关规定要求，设专柜（或区）管理，做到专人保管、标识明显、每日清点、账物相符；保存条件应严格按照药品说明书要求执行；每次处方剂量不得超过 2 日极量。

六、规范抗肿瘤药物的临床应用

（一）医师应根据病理诊断结果、基因靶点检测结果等，在遵循诊疗规范、临床诊疗指南、临床路径和药品说明书的前提下开具抗肿瘤药物。原则上不得超说明书使用抗肿瘤药物。对使用药品说明书未明确但有循证医学证据的药品，应按照医院《超说明书用药管理规定》进行管理。

（二）根据国家卫生计生委《临床技术操作规范》、《临床诊疗指南》、《临床路径管理指导原则（试行）》和各病种诊疗规范、临床路径，遵循循证医学原则，结合实际筛选病种，制定本院的诊疗指南、操作规范等相关治疗管理方案。用药前应根据患者年龄、性别、机体状况、耐受性、既往治疗情况、个人治疗意愿、经济承受能力以及肿瘤的病理类型、分

期、分子生物学特征等因素综合制定个体化的肿瘤治疗方案。严格控制抗肿瘤药物的使用，务必与患者及其家属充分沟通，说明抗肿瘤治疗目的、疗效、替代性治疗方案、给药方法以及可能出现的毒性反应和并发症的情况，医患双方应达成共识，并签署知情同意书。原则上不得超说明书使用抗肿瘤治疗药物，确实需要超说明书使用的，应按照医院制定的超说明书用药管理的规定与程序进行管理。要实施肿瘤专业临床药师制度，为本院开展临床肿瘤治疗提供技术支持。

特殊年龄（新生儿、儿童、老年）及妊娠期、哺乳期妇女患者和有严重基础疾病的患者需使用抗肿瘤药物时，应充分考虑上述人群的特殊性，从严掌握适应症，制定合理可行的治疗方案。

加强联合用药管理，联合使用药物中的每一药物应该在单独应用时疗效确切，所用药物应具有不完全相同的药理作用和毒性，数药同用时应不致减效或拮抗，并力求协同或增效。新入院或转入病人住院期间每一个规范治疗疗程使用的抗肿瘤药物，原则上同种类或具有相同药理作用的只能使用 1 种。如确实需要使用同种类或具有相同药理作用的抗肿瘤药物，应向药学部门和医务部门提交病例讨论及相关会诊记录，审核通过后方可使用。

七、加强对抗肿瘤药物临床应用的安全管理

1.在选择和使用抗肿瘤药物时，应注意与其他药物之间的配伍禁忌。用药过程中，应注意肿瘤治疗药的保存条件、给药方式、溶媒选择、输注顺序、输注速度、时间、渗漏处理及用药后监测等各个环节，严格执行查对制度。重视用药教育，提高患者对医嘱的依从性，确保用药安全。建立常见抗肿瘤药物不良反应和药液渗漏等问题的应急处置预案。在药物使用过程中要密切观察，一旦发生不良反应或药液渗漏等问题，要及时启动应急预案。

2.静脉使用抗肿瘤药物的调配，应当在相应病区生物安全柜集中调配，并做好医务人员职业防护。依据原卫生部《静脉用药集中调配质量管理规范》要求，应逐步实现集中调配。静脉用药调配人员应当经过相应培训并考核合格。

3.加强抗肿瘤药物不良反应、不良事件监测工作，并按国家有关规定向相关部门报告。

4.抗肿瘤治疗相关的医疗废物管理应遵守《固体废物污染环境防治法》、《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等法律法规规定，做好分类收集、运送、暂存及机构内处置工作，并做好相关工作人员的职业卫生安全防护。

八、定期开展抗肿瘤药物临床应用监测与评估

（一）定期分析本院及临床各专业科室抗肿瘤药物的使用情况，评估抗肿瘤药物使用适宜性；对抗肿瘤药物使用趋势进行分析，对抗肿瘤药物不合理使用情况应当及时采取有效干预措施。医院应利用信息化手段加强抗肿瘤药物临床应用全过程管理。每季度开展 1 次抗肿

瘤药物临床应用评价。将抗肿瘤药物临床应用情况作为各科室合理用药评价考核重要内容，不断强化抗肿瘤药物分级管理制度的落实。

（二）医院应根据各临床科室专业特点，科学设定抗肿瘤药物临床合理应用管理指标，定期评估抗肿瘤药物合理应用管理情况。包括：抗肿瘤药物分级管理制度执行情况；限制使用级和普通使用级抗肿瘤药物的使用率；抗肿瘤药物使用金额占比；抗肿瘤药物处方合理率与干预率；抗肿瘤药物不良反应报告数量及报告率；抗肿瘤药物临床应用监测及相关数据上报情况。

九、落实抗肿瘤药物处方点评及公示制度

组织每月点评开具抗肿瘤药物的所有门诊处方；点评不少于总出院病历数 1%的开具抗肿瘤药物的出院病历。重点对用药适应证不适宜的；用法、用量不适宜的；联合用药不适宜的；用药顺序错误的；有配伍禁忌或者不良相互作用的进行点评，点评结果上传 OA 公示，并作为绩效考核的依据。

医师必须严格按照药品说明书使用抗肿瘤药物，未经批准，违反适应证、用法、用量、疗程天数、间隔时间和在相应住院日内使用品规数量和疗程数要求的，均视为违规用药，对出现抗肿瘤药物不合理处方 3 次以上且无正当理由的医师给予警告，限制其处方权；警告后，仍出现 2 次以上不合理处方且无正当理由的，取消其抗肿瘤药物处方权。

十、强化监督考核

（一）医院将抗肿瘤药物临床合理应用管理指标纳入对各相关临床科室的监测评价指标，不断强化抗肿瘤药物分级管理制度、不良反应报告、数据监测上报等制度的落实。要将抗肿瘤药物处方点评和用药医嘱审核结果纳入医师定期考核、临床科室和医务人员业务考核范围，对临床医师不合理使用行为，应视情形采取点评干预、限制处方权、取消处方权等措施督促整改。

（二）医院药事管理与药物治疗学委员会、抗肿瘤药物临床应用管理工作组、临床药师应定期开展抗肿瘤药物合理用药培训与教育，督促抗肿瘤药物合理应用。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-002	文件名称	抗肿瘤药物临床应用分级管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.02.01	修订时间	2021.02.18

抗肿瘤药物临床应用分级管理制度

为加强医院抗肿瘤药物临床应用管理，提高抗肿瘤药物临床应用水平，保障医疗质量和医疗安全，根据《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，《国家卫生健康委员会 国家中医药管理局关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号），结合我院具体情况，特制定本分级管理制度。

一、抗肿瘤药物分级原则

根据抗肿瘤药物的安全性、可及性、经济性等因素，将抗肿瘤药物分为限制使用级和普通使用级。

（一）限制使用级抗肿瘤药物是指具有下列特点之一的抗肿瘤药物：

1.药物毒副作用大，纳入毒性药品管理，适应证严格，禁忌证多，须由具有丰富临床经验的医务人员使用，使用不当可能对人体造成严重损害的抗肿瘤药物；

2.上市时间短、用药经验少的新型抗肿瘤药物；

3.价格昂贵、经济负担沉重的抗肿瘤药物。

（二）普通使用级抗肿瘤药物是指除限制使用级抗肿瘤药物外的其他抗肿瘤药物。

（三）医院“抗肿瘤药物分级管理目录”见附件，新品种引进时应同时明确其分级管理级别。

二、抗肿瘤药物分级授权

（一）医院每年组织不少于 1 次针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和考核。经培训考核合格的，方可分别授予抗肿瘤药物处方权、调剂权和给药权。

（二）具有高级专业技术职称的医师，可授予开具普通使用级和限制使用级抗肿瘤药物的处方权；具有中级及以下专业技术职称的医师，可授予开具普通使用级抗肿瘤药物的处方权。

三、对于限制使用级抗肿瘤药物中的毒性药品，应严格遵循《医疗用毒性药品管理办法》等有关规定要求，设专柜（或区）管理，做到专人保管、标识明显、每日清点、账物相符；保存条件应严格按照药品说明书要求执行；每次处方剂量不得超过 2 日极量。

四、监督管理

（一）医院开展抗肿瘤药物监测与评价工作，将抗肿瘤药物临床应用情况作为各科室合理用药评价考核重要内容，不断强化抗肿瘤药物分级管理制度的落实。将抗肿瘤药物处方点评和用药医嘱审核结果纳入医师定期考核、临床科室和医务人员业务考核范围。对临床医师不合理使用行为，应视情形采取点评干预、限制处方权、取消处方权等措施督促整改。

（二）医院药事管理与药物治疗学委员会、抗肿瘤药物临床应用管理工作组、临床药师应定期开展抗肿瘤药物合理用药培训与教育，督促抗肿瘤药物合理应用。

附：抗肿瘤药物分级管理目录见 OA

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-003	文件名称	抗肿瘤药物特殊人群以及联合用药的管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.02.01	修订时间	2021.02.18

抗肿瘤药物特殊人群以及联合用药的管理制度

为加强抗肿瘤药物临床使用的管理，严格特殊人群（新生儿、儿童、老年）、特殊人群（妊娠期、哺乳期妇女、有严重基础疾病的患者）及联合用药的管理，促进临床合理用药，提高用药质量。根据《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，《国家卫生健康委员会 国家中医药管理局关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号），结合我院具体情况，制定本制度。

一、标准

特殊年龄、特殊人群禁用的，包括孕妇或哺乳期妇女、儿童或婴幼儿、老年患者、肝肾功能异常者、有此类药物过敏史者、药品选择与患者性别、年龄不符的情况。

表 1 常用抗肿瘤药禁用人群

抗肿瘤药	禁用人群
环磷酰胺	妊娠及哺乳期妇女禁用。
异环磷酰胺	严重骨髓抑制者、对本品过敏者、妊娠及哺乳期妇女禁用。

苯丁酸氮芥	早孕妇女禁用。
卡铂	对本药或其他含铂类化合物有过敏史者、重度骨髓抑制、重度肝肾功能损害、有严重并发症、出血性肿瘤患者、儿童、妊娠期、哺乳期妇女禁用。
奈达铂	对本药或其他铂类药过敏者、明显骨髓抑制、严重肝肾功能不全、有严重并发症患者、妊娠期或可能妊娠的妇女禁用。
达卡巴嗪	严重过敏史者、水痘或带状疱疹患者、妊娠期妇女禁用。
甲氨蝶呤	肾功能已受损伤、孕妇、哺乳期妇女、营养不良、全身极度衰竭、恶液质或并发感染、心肺肝肾功能不全或伴有血液疾病者禁用。
氟尿嘧啶	孕妇、哺乳期妇女、衰弱、伴发水痘或带状疱疹时禁用。
阿糖胞苷	孕妇及哺乳期妇女禁用。
吉西他滨	严重肝肾功能不全的患者禁止联合应用吉西他滨和顺铂。
卡培他滨	妊娠妇女服用可引起胎儿损伤，哺乳妇女服用应停止授乳。严重肾功能损害者禁用。
替吉奥	重度骨髓抑制、重度肝肾功能异常、妊娠或可能妊娠妇女禁用。
羟基脲	水痘、带状疱疹或严重感染患者、妊娠期、哺乳期妇女禁用。
培美曲塞二钠	妊娠妇女接受本品治疗时可能对胎儿有害。接受本品治疗的母亲应停止授乳。
雷替曲塞	重度肾功能损害者、妊娠期、哺乳期妇女禁用。
伊立替康	血胆红素超过 3 倍 ULN 的患者、慢性炎症肠病和（或）肠梗阻患者、严重骨髓抑制患者、WHO 体力状态评分大于 2 的患者、妊娠期和计划妊娠、哺乳期妇女禁用。
柔红霉素	对本药或蒽环类过敏者、心脏病或有心脏病史患者、持续性骨髓抑制患者、严重感染患者、严重肝功能损害（Child-Pugh 分级 C 级）、严重肾功能损害（肾小球滤过率＜10ml/min 或血清肌酐＞7.9mg/dl）、既往使用蒽环类药（包括本药）已达最大累积剂量者、妊娠或可能妊娠妇女、哺乳期妇女禁用。
伊达比星	对本药或其他蒽环类药、蒽二酮类药过敏者，严重肝肾功能损害者、严重心肌功能不全者、近期发生过心肌梗死的患者、严重心律失常、持续性骨髓抑制、曾使用本药和（或）其他蒽环类药、蒽二酮类药达最大累积治疗剂量的患者。
表柔比星	禁用于因用化疗或放疗而造成明显骨髓抑制的患者、已用过大剂量蒽环类药物（如阿霉素和柔红霉素）的患者，近期或既往有心脏受损病史的患者，妊娠及哺乳期妇女。

吡柔比星	严重器质性心脏病和心功能异常者及对本品过敏者、妊娠期、哺乳期及育龄期妇女禁用。
长春新碱	孕妇、Charcot-Marie-Tooth 综合征引起的脱髓鞘患者禁用。
长春瑞滨	对本药或其他长春花生物碱类药物过敏者、中性粒细胞计数＜1.5×10^9/L 者、目前或最近（2 周内）发生严重感染者、血小板计数＜100×10^9、可明显影响本药吸收的疾病患者禁用本药软胶囊、有胃部或小肠切除的重大手术史者禁用本药软胶囊、需长期氧疗的患者、重度肝功能损害者、妊娠期、哺乳期妇女禁用。
长春地辛	对本药或其他长春花生物碱过敏者、骨髓功能地下者、严重感染患者、妊娠期妇女禁用。
依托泊苷	骨髓机能障碍、心肝肾功能有严重障碍者，孕妇及哺乳期妇女，儿童肌内注射禁用。
紫杉醇	禁用于中性粒细胞低于 1.5×10^9/L 的实体瘤患者或中性粒细胞计数＜1.0×10^9/L 的 AIDS 相关性卡氏肉瘤患者。
多西他赛	妊娠及哺乳期妇女禁用。
安罗替尼	中央型肺鳞癌或有大咯血发生风险者、重度肝肾功能不全者、妊娠期、哺乳期妇女禁用。
他莫西芬	有眼底疾病、妊娠、哺乳期妇女禁用。
托瑞米芬	预先患有子宫内膜增生症或严重肝衰竭患者禁止长期服用枸橼酸托瑞米芬。妊娠、哺乳期妇女及对本品过敏者禁用。
来曲唑	绝经期、妊娠、哺乳期禁用。来曲唑不能应用儿童或青少年。
阿那曲唑	绝经期、妊娠、哺乳、严重肾损害（肌酐清除率＜20ml/min）、中重度肝损害及对本品过敏者禁用。
依西美坦	儿童、绝经前妇女，妊娠，哺乳期妇女及对本品过敏者禁用。
戈舍瑞林	妊娠及哺乳期禁用。
曲普瑞林	哺乳期不应使用。
曲妥珠单抗	不用于孕期妇女，除非对孕妇的潜在好处远大于对胎儿的潜在危险，治疗期间应避免母乳喂养。
利妥昔单抗	妊娠及哺乳期妇女禁用。
贝伐珠单抗	对本药、中国仓鼠卵巢细胞产物或其他重组人源化抗体过敏者。
氟他胺	对本药过敏者禁用。

比卡鲁胺	对本药过敏者、儿童、女性禁用。
顺铂	肾损害患者及孕妇禁用。
奥沙利铂	哺乳期妇女；在第一疗程开始前已有骨髓抑制或周围感觉神经病变伴功能障碍者；有严重肝肾功能不全者。
甲地孕酮	严重肝肾功能不全、血栓栓塞性疾病（包括严重血栓性静脉炎）患者、因肿瘤骨转移而产生的高钙血症患者、有乳房肿块患者禁用。
沙利度胺	儿童、妊娠期妇女或未采取可靠避孕措施的具有生育能力的女性、哺乳期禁用。

注：有用药禁忌的患者如必须用药且无更好的替代药品时，医生可权衡利弊，在与患者充分沟通、知情同意的情况下谨慎使用该药，力求使患者获得最大益处。

二、抗肿瘤药物的联合应用原则

联合化疗是目前肿瘤化疗广泛应用的方法，在临床上单一应用某种化疗药物治疗肿瘤的方法已极少见。联合用药方案时应考虑以下几个方面的问题：

（一）从细胞增殖动力学考虑：①增殖缓慢、生长比率较低的实体瘤，G0 期（静止期）细胞较多，可先用周期非特异性药物，杀灭增殖期和部分 G0 期细胞，使肿瘤变小，驱使 G0 期细胞进入增殖期，继而使用周期特异性药物杀灭之。②对生长快、生长比率较高的肿瘤，处于增殖期的细胞较多，应先使用周期特异性药物，使大量处于增殖周期的瘤细胞被杀灭，以后再用周期非特异性药物杀伤其它各期细胞。待 G0 期细胞进入周期时，再重复上述疗法。③同步化疗：是一种特殊的序贯疗法。先使用对 S 期（DNA 合成期）细胞有作用的药物，使肿瘤细胞齐集于 G1 期（DNA 合成前期），然后应用作用于 G1 期的药物，可使疗效提高。

（二）从药物作用原理考虑：联合应用作用于不同环节的抗肿瘤药物，可使疗效增加。如烷化剂加抗代谢药物等。

（三）从药物毒性考虑：不同毒性的药物联合使用，可望降低毒性，避免不良反应的叠加，提高疗效。例如：泼尼松、长春新碱的骨髓抑制作用较小，将它们与其它药物联合使用，可减少对骨髓的抑制作用。

（四）从药物的抗瘤谱考虑：例如

1.胃肠道癌：5-FU，还可选用喜树碱、塞替派、环磷酰胺等。

2.鳞癌：宜用消瘤芥、甲氨蝶呤等。

3.肉瘤：宜用环磷酰胺、顺铂、多柔比星等。

（五）抗肿瘤药联用时，药理作用叠加，毒副作用亦叠加，具有相同毒性作用的药物不宜配伍使用，避免毒性叠加对机体造成更加严重的损害。下列情况不宜联用：产生拮抗作用

的药物；联用后加重药物不良反应的；联用后减弱药物治疗作用的；不需联合用药而采用联合用药的情况。举例：

1.蒽环类药物具有心脏毒性，在与其他具有心脏毒性的药联合应用时应慎重，如多柔比星与米托蒽醌或丝裂霉素合用会加重心脏毒性，应降低多柔比星的总剂量。

2.顺铂与多柔比星合用可能导致白血病；与异环磷酰胺合用会加重蛋白尿，也可能增加耳毒性。

3.丝裂霉素与他莫昔芬合用有增加导致溶血性尿毒症的风险；与长春碱、长春瑞滨合用可致突发性肺毒性，合用时应监测病人是否有支气管痉挛现象。

4.门冬酰胺酶与甲氨蝶呤同用时，可通过抑制细胞复制的作用而阻断甲氨蝶呤的抗肿瘤作用。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-004	文件名称	抗肿瘤药物采购管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.02.01	修订时间	2023.07.07

抗肿瘤药物采购管理制度

为规范抗肿瘤药物的采购流程，根据《医疗机构药事管理规定》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，《国家卫生健康委员会 国家中医药管理局关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号），结合我院具体情况，制定本制度。

一、严格控制抗肿瘤药物品规数量

同一通用名称抗肿瘤药物品种，注射剂型和口服剂型不得超过 2 种。

二、遴选原则

优先选用《国家基本药物目录》、《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗肿瘤药物品种。

三、遴选程序

（一）根据临床需要，需变更已列入医院采购目录以内抗肿瘤药物品种、品规和生产企业者，由临床科室提交申请报告，提交药事管理与药物治疗学委员会审核，经药事管理与药物治疗学委员会 2/3 以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。

（二）抗肿瘤药物目录每年项市卫健委备案，因临床特殊需要，需长期应用的抗肿瘤药

物品种、规格超出医院抗肿瘤药物采购供应目录者，由药事管理与药物治疗学委员会审核同意，按遴选程序引进。同时目录递交市卫健委备案。

（三）因特殊治疗需要，医院需使用目录以外的抗肿瘤药物，可以启动临时采购程序。临时采购必须由肿瘤科提出申请，说明申请购入抗肿瘤药物的药品通用名、剂型、规格、用法、数量、患者姓名和使用理由，经本院药事管理与药物治疗学委员会审核同意后，由药学部门临时一次性购入使用，并由药品使用科室将使用的疗效和药品的不良反应情况在疗程结束后 7 天内向药学部门反馈。

四、监测与评估

定期评价本院抗肿瘤药物目录中药品使用情况，适时调整目录，确保对抗肿瘤药物的动态管理，并向市卫生行政部门备案。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-005	文件名称	抗肿瘤药物临时采购管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.02.01	修订时间	2021.03.01

抗肿瘤药物临时采购管理制度

为规范抗肿瘤药物的采购流程，根据《医疗机构药事管理规定》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，《国家卫生健康委员会 国家中医药管理局关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号），结合我院具体情况，制定本制度。

一、因特殊治疗需要，医院需使用目录以外的抗肿瘤药物，可以启动临时采购程序。

二、临时采购必须由肿瘤科提出申请，说明申请购入抗肿瘤药物的药品通用名、剂型、规格、用法、数量、患者姓名和使用理由，经本院药事管理与药物治疗学委员会审核同意后，由药剂科临时一次性购入使用，并由药品使用科室将使用的疗效和药品的不良反应情况在疗程结束后 7 天内向药剂科反馈，资料留存在药剂科。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-006	文件名称	抗肿瘤药物临床合理使用及告知制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.02.01	修订时间	2021.02.18

抗肿瘤药物临床合理使用及告知制度

一、为加强抗肿瘤药物临床使用的管理，促进临床合理用药，提高用药质量，保证用药安全。根据《医疗机构药事管理规定》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，《国家卫生健康委员会 国家中医药管理局关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号），结合我院具体情况，制定本制度。

二、用药前应根据患者年龄、性别、机体状况、耐受性、既往治疗情况、个人治疗意愿、经济承受能力以及肿瘤的病理类型、分期、分子生物学特征等因素综合制定个体化的肿瘤治疗方案。

三、严格控制抗肿瘤药物的使用，特别是辅助性治疗的中成药和免疫调节制剂，务必与患者及其家属充分沟通，说明抗肿瘤治疗目的、疗效、替代性治疗方案、给药方法以及可能出现的毒性反应和并发症的情况，医患双方应达成共识，并签署知情同意书。

四、原则上不得超说明书使用抗肿瘤药物，确实需要超说明书使用的，应按照医院制定的超说明书用药管理的规定与程序进行管理。

五、要实施肿瘤专业临床药师制度，为本院开展临床肿瘤治疗提供技术支持。

六、特殊年龄（新生儿、儿童、老年）及妊娠期、哺乳期妇女患者和有严重基础疾病的患者需使用抗肿瘤药物时，应充分考虑上述人群的特殊性，从严掌握适应症，制定合理可行的治疗方案。

七、加强联合用药管理，联合使用药物中的每一药物应该在单独应用时疗效确切，所用药物应具有不完全相同的药理作用和毒性，数药同用时应不致减效或拮抗，并力求协同或增效。新入院或转入病人住院期间每一个规范治疗疗程使用的抗肿瘤药物，原则上同种类或具有相同药理作用的只能使用 1 种。如确实需要使用同种类或具有相同药理作用的抗肿瘤药物，应向药学部门和医务部门提交病例讨论及相关会诊记录，审核通过后方可使用。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-007	文件名称	抗肿瘤药物处方点评及公示制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2016.02.01	修订时间	2021.02.18

抗肿瘤药物处方点评及公示制度

为加强抗肿瘤药物临床使用的管理，促进临床合理用药，提高用药质量，保证用药安全。根据《医疗机构药事管理规定》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，《处方点评管理办法》、《处方点评规范》，《国家卫生健康委员会 国家中医药管理局关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号），制定本制度。

一、组织每月点评开具抗肿瘤药物的所有门诊处方，或不少于 25%处方权医师开具的处方；点评不少于总出院病历数 1%的开具抗肿瘤药物的出院病历。

二、重点对用药适应证不适宜的；用法、用量不适宜的；联合用药不适宜的；用药顺序错误的；有配伍禁忌或者不良相互作用的进行点评，

三、点评结果上传 OA 公示，并应作为相关科室及医师绩效考核依据；纳入医师定期考核、临床科室和医务人员业务考核范围。

四、医师必须严格按照药品说明书使用抗肿瘤药物，未经批准，违反适应证、用法、用量、疗程天数、间隔时间和在相应住院日内使用品规数量和疗程数要求的，均视为违规用药，对出现抗肿瘤药物不合理处方 3 次以上且无正当理由的医师给予警告，限制其处方权；警告后，仍出现 2 次以上不合理处方且无正当理由的，取消其抗肿瘤药物处方权。

五、医院药事管理与药物治疗学委员会、抗肿瘤药物临床应用管理工作组、临床药师应定期开展抗肿瘤药物合理用药培训与教育，督促抗肿瘤药物合理应用。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-008	文件名称	抗肿瘤药物临床应用管理、监测与评价制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	制定	制定时间	2023.02.01	生效时间	2023.05.01

抗肿瘤药物临床应用管理、监测与评价制度

为加强抗肿瘤药物临床使用的管理，促进临床合理用药，提高用药质量，保证用药安全。根据《医疗机构药事管理规定》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅

助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，《处方点评管理办法》、《处方点评规范》，《国家卫生健康委员会 国家中医药管理局关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号），制定本制度。

一、开展抗肿瘤药物临床应用监测工作，分析本机构和各临床科室抗肿瘤药物使用情况，评估抗肿瘤药物使用适宜性；对抗肿瘤药物使用趋势进行分析，对抗肿瘤药物不合理使用情况应当及时采取有效干预措施。

二、充分利用信息化手段，加强抗肿瘤药物临床应用的全过程管理，促进合理应用。建立完善抗肿瘤药物临床使用管理的技术支撑体系，实现与 HIS 系统、电子病历系统、临床路径管理的衔接，包括用药权限设定和用药品种、规格、剂型、配伍、用药数量、用药金额等管理，审核、监测、统计药品不良反应报告、毒副作用预警等功能，逐步实现抗肿瘤药物临床使用管理的信息化。

三、通过治疗效果评估、处方点评等方式加强抗肿瘤药物临床应用的日常管理，每月对抗肿瘤药物处方、医嘱点评，评价抗肿瘤药物处方的适宜性、合理性。

四、根据各临床科室专业特点，科学设定抗肿瘤药物临床合理应用管理指标，定期评估抗肿瘤药物合理应用管理情况。抗肿瘤药物临床合理应用管理指标包括：

（一）抗肿瘤药物分级管理制度执行情况。

（二）限制使用级和普通使用级抗肿瘤药物的使用率。

（三）抗肿瘤药物使用金额占比。

（四）抗肿瘤药物处方合理率与干预率。

（五）抗肿瘤药物不良反应报告数量及报告率。

（六）抗肿瘤药物临床应用监测及相关数据上报情况。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-040-009	文件名称	肿瘤化学治疗临床应用管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.02.01	修订时间	2021.02.18

肿瘤化学治疗临床应用管理制度

为加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用的管理，促进临床合理用药，提高用药质量，保证用药安全。根据《医疗机构药事管理规定》、《江苏省卫计委关于进一步加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床使用管理工作的通知》、《抗肿瘤药物临床应用指导原则》，

结合本院实际，制定本制度。

一、遵循规范化、个体化的治疗原则，严格掌握化疗适应症以及化疗药物的使用规范。

（一）严格按照肿瘤的诊治规范来进行化学治疗：正确的诊断、准确的分期、系统的患者状态评估、认真的治疗前沟通。

（二）遵循规范化、个体化的治疗原则，严格掌握化疗适应症以及化疗药物的使用规范，由科室内部在主任医师的主持下统一讨论化疗方案，具体化疗方案的制定以及化疗药物的使用参照 CSCO、NCCN、ESMO 指南。

二、根据化疗工作特点，建立健全并落实各项医疗质量管理制度。

（一）查房制度：对肿瘤化疗患者，各级化疗从业医师应严格遵循医院相关规定进行三级医师查房。

（二）疑难、危重及死亡病例讨论制度：严格依照医院相关规定进行疑难、危重及死亡病例讨论，肿瘤化疗的疑难、危重及死亡病例的讨论应有化疗专科或化疗专业组负责人参加，并提出讨论意见。

（三）病历书写制度：根据化疗工作特点，在严格按照病历书写规范要求完成各项病案书写的同时，须及时、详细记录化疗方案的制定和具体的执行情况，以及不良反应的出现时间、程度、处置措施和转归等；出院医嘱中注明如何观察和发现骨髓抑制等常见不良反应的方法、如何应对常见问题、复查或再次治疗时间以及紧急联络方式等主要注意事项。

（四）化疗知情同意制度：化疗、免疫治疗、靶向治疗前应向患者或患者授权的被委托人全面告知病情、治疗方案、化疗可能导致的副作用和风险以及经济负担等，并签署《化疗知情同意书》《免疫治疗知情同意书》。

（五）严格执行查对制度：化疗从业医师和护士在开具和执行化疗医嘱或处方时，严格执行“三查七对”，核对药品配伍，注意化疗药物超敏反应、消化道反应和溶解综合征等不良反应的防治，以及水化、解毒和解救等处理措施的落实。

（六）化疗药物配制制度：所有化疗药物相对集中配制，并做好工作人员的防护。

三、严格遵医嘱应用化疗药物，对肿瘤化学治疗药物的超常规、超剂量、新途径的用药方案，应由临床医师和临床药师通过病例讨论确定，必须在主任医师的主持下统一讨论后才可使用，并提供 CSCO、NCCN、ESMO 指南进行备案。

四、规范、正确地使用肿瘤化学治疗药物，对可能发生的不良反应有处置预案。

（一）科室具有开展化疗业务所需的所有基本条件：氧气供应系统和消毒隔离等基本医疗条件，配置有心电监护仪、吸痰器和抢救车等预防及救治严重化疗不良反应的相关设备。

（二）做好化疗前的预处理，化疗前各重要器官功能和身体状态是否调整到适宜状态，

对常见严重化疗毒副反应（如抗过敏、呕吐、水化和崩解综合症等）进行预防处理的防治。

（三）所有医生、护士对各种化疗药物可能发生的不良反应，包括药物过敏、药物外渗、化疗后骨髓抑制和恶心、呕吐等有清楚的认识，并能及时准确地执行各种对症处理。

（四）化疗期间不良反应监测：化疗期间，每周查血常规 2-3 次，每周期至少查肝肾功能 1 次，心脏等检查按需进行。

（五）化疗药外漏的应急预案：立即停止化疗药液的注入，通知值班医生及护士长。避免局部受压，外渗局部肿胀严重的遵医嘱处理，外渗 24 小时内可有冰袋局部冷敷。疼痛剧烈者可用 2%利多卡因 100mg 或 2%普鲁卡因 2ml+地塞米松 5mg 局部封闭。

（六）化疗后恶心、呕吐的应急预案：按化疗相关性呕吐（CINV）严重度进行分级。根据 CSCO、NCCN、ESMO 指南进行处理。重度 CINV 推荐：5-HT3 拮抗剂+NK-1 受体拮抗剂+激素三联。中度 CINV 推荐：5-HT3 拮抗剂+激素二联。轻度 CINV 推荐：激素为主。

（七）化疗后骨髓抑制的应急预案：暂停化疗或化疗减量，G-CSF 等刺激造血，必要时预防或治疗感染；

（八）护士执行用药观察制度并观察病人用药后的反应。

五、对肿瘤化学治疗药物使用实施分级管理。

根据抗肿瘤药物的特点、价格等因素，明确抗肿瘤药物目录，对不同管理级别的药物处方权进行严格限定，明确各级医师处方权限。将抗肿瘤药物分为限制使用级和普通使用级。

（一）医院每年组织不少于 1 次针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和考核。经培训考核合格的，方可分别授予抗肿瘤药物处方权、调剂权和给药权。具有高级专业技术职称的医师，可授予开具普通使用级和限制使用级抗肿瘤药物的处方权；具有中级及以下专业技术职称的医师，可授予开具普通使用级抗肿瘤药物的处方权。

（二）对于限制使用级抗肿瘤药物中的毒性药品，医疗机构应严格遵循《医疗用毒性药品管理办法》等有关规定要求，设专柜(或区)管理，做到专人保管、标识明显、每日清点、账物相符；保存条件应严格按照药品说明书要求执行；每次处方剂量不得超过 2 日极量。

六、职能部门定期进行检查和督促，发现肿瘤化学治疗药物在使用过程中不符合本规范要求，追究相关人员及科室责任，按医院管理制度扣罚。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-001	文件名称	药品不良反应/事件监测组织机构及人员岗位职责	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第2次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2019.12.01

药品不良反应/事件监测组织机构及人员岗位职责

一、成立由分管院长、药剂科、医务科、护理部、临床专家组成的药品不良反应/事件监测领导小组。

二、药品不良反应/事件监测办公室常设机构：药剂科

三、建立临床药品不良反应监测网络，临床各部门设立药品不良反应监测员，负责本部门药品不良反应监测工作。

四、药品不良反应/事件监测领导小组工作职责：

（一）贯彻落实《药品不良反应/事件报告和监测管理办法》，负责本院药品不良反应收集、报告和管理工作；

（二）组织落实上级药监和卫生行政部门有关药品不良反应监测的工作任务；负责配合上级有关部门对相关不良反应/事件临床资料的调查，并执行处理决定；

（三）负责制定本院有关药品不良反应报告和监测的工作制度、考核办法、操作规程；

（四）每年召开工作会议，研究、协调、解决存在的问题。

（五）组织对医院发生的严重的和新的药品不良反应的病例进行讨论，研究评价不良反应因素和程度，报告并配合药事管理与药物治疗委员会提出合理用药方案，减少不良反应的发生；

（六）组织全院医护人员药品不良反应知识的培训；及时向医护人员通报有关药品不良反应信息，以保障用药安全。

五、药品不良反应监测网络成员工作职责：

（一）监测点责任人：是该项工作达标的责任人，负责所在部门的药品不良反应监测工作，督促药品不良反应监测员按照我院各项规章制度和考核管理办法进行药品不良反应情报的收集及上报工作。

（二）临床监测员：

1.临床监测员：应协助监测点负责人完成科室ADR工作目标，主动收集在本科室发现的药品不良反应信息；

2.协助发现药品不良反应/事件的相关医护人员真实、完整、准确填写《药品不良反应/事件报告表》，按规定上报本部门的药品不良反应。

3.必要时负责与药品不良反应监测办公室联系，获知可疑的药品不良反应相关信息资料，通报给本部门负责人和医护人员。

（三）药剂科联络员：负责与对应科室监测员联系，做好不良反应监测的宣传解释工作，了解临床药品的质量，收取 ADR 报告表，监督并协助《药品不良反应/事件报告表》内容的完整、准确填写。

六、药品不良反应监测办公室职责：

（一）收集、核实、评价、统计和按规定上报本单位的各类药品不良反应/事件，建立并管理本单位药品不良反应档案；

（二）对本单位的药品不良反应监测员提供监测技术指导和咨询，指导临床医护人员正确填写药品不良反应/事件报告表；

（三）密切关注药品不良反应和药品安全的相关信息，及时向药品不良反应/事件监测领导小组报告并向临床通报；

（四）对各科药品不良反应监测工作进行监督检查，负责每季度以《药讯》、《药品不良反应信息通报》的形式公布各部门药品不良反应上报例数和质量，总结分析我院药品不良反应监测工作情况。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-002	文件名称	药品不良反应/事件监测报告与警戒管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2019.12.8

药品不良反应/事件监测报告与警戒管理制度

一、我院药品不良反应/事件的监测管理工作严格执行《中华人民共和国药品管理法》和《药品不良反应报告和监测管理办法》。医疗机构应当按照规定所发现的药品不良反应/事件。

二、医院设立药品不良反应/事件监测领导小组，全面负责医院药品不良反应/事件监测管理工作。下设药品不良反应/事件监测办公室，负责药品不良反应/事件报告的收集、上报、汇总、分析及通报，各部门药品不良反应/事件监测工作负责人和监测员负责督促本科室药品不良反应/事件监测上报工作。药品不良反应监测办公室设在药剂科临床药学室。

三、医院配备专（兼）职人员，承担本单位的药品不良反应/事件报告和监测工作。该人员具有医学、药学知识，具备科学分析评价药品不良反应的能力。

四、临床获知或者发现可能与用药有关的不良反应/事件，应当按《院内不良反应/事件

报告办法》报告，临床科室不良反应监测员通过 HIS 系统不良事件上报模块上报，由院不良反应监测员负责审核，并通过国家药品不良反应监测信息网络进行报告。

五、药品不良反应监测工作纳入到各科室医疗质量管理考核体系，具体考核办法见《药品不良反应/事件监测工作考核办法》。

六、严格执行国家《药品不良反应报告和监测管理办法》规定报告范围：

（一）新药监测期内的国产药品应当报告该药品的所有不良反应；其他国产药品，报告新的和严重的不良反应。

（二）进口药品自首次获准进口之日起 5 年内，报告该进口药品的所有不良反应；满 5 年的，报告新的和严重的不良反应。

七、我院实行可疑必报原则，即所有药品出现可疑不良反应/事件即上报，符合以下情形也应报告：

（一）某种已知药品 ADR 的发生率呈现上升时。

（二）所有可疑的药品-药品相互作用、药品-食物或药品-食物添加剂(包括草药与辅料)的相互作用。特殊的有意义的 ADR 和药品滥用、妊娠与哺乳期的用药；

（三）撤药或换药伴有可疑的 ADR/时间出现；

（四）用药过量或用药差错时出现的 ADR/事件；

（五）药品缺乏疗效或观察到该药品出现了存在缺陷的疑点。

八、填报《国家药品不良反应/事件报告表》时限：

（一）一般病例逐级报告，临床医护人员应在一周内完成填报，ADR 监测室应在发现之日起 30 天内完成电子上报工作；

（二）新的或严重的药品不良反应/事件，临床医护人员应及时完成填报，ADR 监测室应在发现之日起 15 日内报告；

（三）死亡病例须立即报告，必要时可越级报告；

（四）群体不良反应/事件应立即以有效方式报告。报告方式根据以上情况以书面、电子文本、传真等，必要时可越级。

九、发生群体性不良反应或严重不良反应时立即启动“药害事件紧急控制与应急处理流程”。积极救治患者，迅速开展临床调查，分析事件发生的原因，停用发生群体不良事件的可疑药品，同时按报告程序进行报告。停药后，加强临床观察直至症状减轻或缓解，并将致病药物告知病人防止日后再度发生。

十、建立并保存药品不良反应和监测档案。报告内容应当真实、完整、准确。药品不良反应报告的内容和统计资料是加强药品监督管理，指导合理用药的依据。

十一、药品不良反应知识的培训应纳入医院继续教育计划，临床医护人员每年必须接受药品不良反应知识的培训并考核合格。

十二、医护人员不得私自将未经国家药品监督管理局公布的药品不良反应监测统计资料或信息提供给国内外机构、组织、学术团体或个人。

十三、药品不良反应的内容和统计资料是加强药品监督管理、指导合理用药的依据，不作为医疗事故、医疗诉讼和处理药品质量事故的依据。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-003	文件名称	严重药品不良反应监测管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2017.04.10

严重药品不良反应监测管理制度

我院药品不良反应监测工作严格执行国家《药品管理法》和国家食品药品监督管理局《药品不良反应报告和监测管理办法》所规定的强制性报告制度。

一、本机构指定专（兼）职人员负责本单位使用药品的不良反应报告和监测工作，发现可能与用药有关的严重不良反应应详细记录、调查、分析、评价、处理，并填写《药品不良反应/事件报告表》，并于发现之日起 15 日内报告，死亡病例立即报告。

二、严重的药品不良反应报告程序按“药品不良反应监测报告程序”执行。

三、接报临床严重的药品不良反应/事件后，药品不良反应监测员分情况进行处理。首先，对于偶发、罕见或新的严重药品不良反应/事件，应尽快进行跟踪调查，与临床医生共同分析不良反应/事件发生的原因，监测不良反应/事件的发展、处理及转归情况，做好监测记录。此外，对于临床常见且已有标准化防治措施的严重药品不良反应/事件（如：化疗药物引起的骨髓抑制），可在每季度的药品不良反应预警通报中汇总、分析。

四、发生群体性不良反应或严重药害事件时立即启动“ADR 紧急控制与应急处理程序”。

五、启动药品不良反应干预措施：Ⅱ级干预——限制使用的情况如下：

对于国家食品药品监督管理局《药品不良反应通报》中涉及的药品，并在我院发生第 5 种情形严重不良反应，3 个月内达 2 例及以上的药品；

药品发生第 5 种情形严重不良反应，3 个月内达 3 例以上的药品，但疗效确切、临床必需的药品；

药品发生第 2、3、4 种情形严重不良反应，3 个月内达 2 例及以上的药品，但疗效确切、

临床必需并且无替代的药品；

中药注射剂发生第 2、3、4 种情形严重药品不良反应，6 个月内达 2 例及以上的药品；

上市五年之内的药品，发生第 5 种情形的严重不良反应，一年内达 3 例及以上的药品。

六、启动药品不良反应干预措施：Ⅲ级干预——暂停使用的情况如下：

对国家食品药品监督管理局《药品不良反应通报》涉及的药品，并在我院发生第 2、3、4 种情形严重不良反应，3 个月内达 2 例及以上的药品；

在我院发生药品严重不良反应第 1 种情形的药品， 3 个月内达 1 例及以上的药品；

药品发生第 2、3、4 种情形严重不良反应，3 个月内达 2 例及以上，有同类药品可替代的药品；

中药注射剂发生第 2、3、4 种情形严重药品不良反应，6 个月内达 3 例及以上的药品；

上市五年之内的药品，发生第 2、3、4 种情形的严重不良反应，6 个月内达 3 例及以上的药品。

七、医务人员有责任对发现的严重不良反应/事件按时间规定进行上报，并在病程中详细记录严重不良反应/事件发生的经过及处理。匿而不报者，依照“药品不良反应/事件监测工作考核办法”和“惠山区人民医院员工奖罚条例”对科室和当事人进行处罚。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-004	文件名称	药品不良反应/事件监测工作考核办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2020.11.04

药品不良反应/事件监测工作考核办法

根据国家食品药品监督管理局令第七号《药品不良反应报告和监测管理办法》，确保我院药品不良反应监测工作的正常开展，制定本考核办法。

一、临床科室要严格遵守药品不良反应“可疑即报”的原则。

二、发现药品不良反应及时上报和处理，填写药品不良反应电子报表并通过 OA 系统发送至医院药品不良反应监测员处。输液大厅一旦发生药品不良反应，由护士汇报相关临床科室处理后，药品不良反应报表一律由输液大厅护士上报。一般药品不良反应在一周内上报，新的和严重的药品不良反应及时上报；群体性药物不良反应/事件应立即上报。

三、报表信息应填写完整，具体包括：患者个人信息、不良反应过程及描述、临床生命体征监测数据及相关实验室检查数据、因果关系评价等。

四、药品不良反应监测办公室每季度以《药讯》、《药品不良反应监测情况通报》的形式公布各部门药品不良反应上报例数和质量，总结分析我院药品不良反应监测工作情况。

五、临床各科主任、护士长要重视药品不良反应监测工作，严格执行医院药品不良反应监测管理制度，认真履行各级各类人员职责。临床药师将不定期地组织人员抽查病历，检查药品不良反应的病历记录情况及药品不良反应报告表的填写情况。

六、药品不良反应监测工作作为科室医疗质量考核依据。

（一）月考核：要求报表真实，在病历中可溯源有记录，报表填写合格；考核应达到本专科出院病人数的 1%，50 人≤出院人数＜100 人的，按 100 人计算。

每上报 1 例新的、严重的不良反应，奖励 200 元；每上报 1 例一般的不良反应，奖励 100 元；每少报 1 例扣 500 元；每漏报 1 例不良反应扣 200 元。发现病历中未记录药品不良反应发生及处理过程的按虚假报告处理，每份扣 200 元。

（三）药剂科每上报 1 例，奖 20 元。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-005	文件名称	药品不良反应/事件预警机制	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2018.07.01

药品不良反应/事件预警机制

为了进一步完善医院药品不良反应监测体系，加强医院在用药品的安全使用，保障公众用药安全，根据《药品管理法》、《药品不良反应报告和监测管理办法》制定医院药品不良反应干预措施。临床药学室根据药品不良反应在我院发生的频次、严重程度以及国家食品药品监督管理局《药品不良反应信息通报》等情况，经药品不良反应监测领导小组会议讨论，提出修改建议，将本药品不良反应/事件分级预警干预机制设置四个等级：

一、Ⅰ级干预——告知警示

（一）国家食品药品监督管理局《药品不良反应信息通报》中涉及我院在用的药品。

（二）药品发生一般药品不良反应，3 个月内达 3 例及以上药品。

（三）药品发生第 2、5 种情形严重不良反应，3 个月内达 1 例及以上药品。

列入药品不良反应Ⅰ级干预的药品，由医院药品不良反应监测办公室以适当形式予以告知警示。临床医生在开具医嘱和处方时应谨慎使用，护士在执行医嘱时应密切关注。

二、Ⅱ级干预——限制使用

对于国家食品药品监督管理局《药品不良反应通报》中涉及的药品，并在我院发生第 5 种情形严重不良反应，3 个月内达 2 例及以上的药品。

药品发生第 2、3、4 种情形严重不良反应，3 个月内达 2 例及以上的药品，但疗效确切、临床必需并且无替代的药品。

中药注射剂发生第 2、3、4 种情形严重药品不良反应，6 个月内达 2 例及以上的药品；或 3 个月内发生一般不良反应达 5 例，且发生第 2、3、4、5 种情形严重不良反应达 1 例的。

上市五年之内的药品，发生第 5 种情形的严重不良反应，一年内达 3 例及以上的药品。

符合“限制使用”情形的药品由不良反应监测办公室根据监测结果提出并报医院药事管理委员会负责人审核同意后执行。药品仅限于在住院患者或专科范围内使用，药品使用时应有相应的抢救措施。

列入药品不良反应Ⅱ级干预的药品，药品不良反应监测办公室对“限制使用”药品进行 3 个月跟踪监测评估，并根据监测结果上报处理意见。如“Ⅱ级干预”的药品在连续 3 个月内无严重药品不良反应发生，可调整预警干预等级为“Ⅰ级干预”。

三、Ⅲ级干预——暂停使用

对国家食品药品监督管理局《药品不良反应通报》涉及的药品，并在我院发生第 2、3、4 种情形严重不良反应，3 个月内达 2 例及以上的药品。

在我院发生药品严重不良反应第 1 种情形的药品， 3 个月内达 1 例及以上的药品。

药品发生第 2、3、4 种情形严重不良反应，3 个月内达 2 例及以上，有同类药品可替代的药品。

中药注射剂发生第 2、3、4 种情形严重药品不良反应，6 个月内达 3 例及以上的药品。

上市五年之内的药品，发生第 2、3、4 种情形的严重不良反应，6 个月内达 3 例及以上的药品。

因怀疑药品质量问题导致临床发生药品不良反应的药品。

列入药品不良反应Ⅲ级干预的药品，立即暂停使用。药品不良反应监测办公室对此药进行调查论证提交医院药事管理委员会讨论。

医院药事管理委员会讨论恢复使用者，药品不良反应监测办公室对恢复使用药品进行 3 个月跟踪监测评估，并根据监测结果上报处理意见。如列入“Ⅲ级干预”恢复使用的药品在连续 3 个月内无严重药品不良反应发生，可调整预警干预等级为“Ⅱ级干预”。对“Ⅱ级干预”的药品继续由不良反应监测办公室跟踪监测评估，如连续 3 个月内无药品不良反应发生，可调整预警干预等级为“Ⅰ级干预”。

四、Ⅳ级干预——停止使用

（一）国家食品药品监督管理局正式发布通告停止使用的药品。

（二）药品生产企业撤市的药品。

（三）在我院发生群体不良反应/事件的药品。

（四）某种药品近阶段出现严重不良反应频率较高（大于 3 例以上）的药品。

（五）因药品质量问题引起的严重不良事件。

列入药品不良反应Ⅳ级干预的药品立即停止使用并报医院药事管理委员会备案。

五、附则

（一）本文术语的含义是：

1.药品不良反应 是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的或意外的有害反应。

2.新的药品不良反应 是指药品说明书中未载明的不良反应。

3.药品严重不良反应 是指因服用药品引起以下损害情形之一的反应：

①导致死亡；

② 危及生命；

③致癌、致畸、致出生缺陷；

④导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤；

⑤导致住院或者住院时间延长；

⑥导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

4.群体不良反应/事件 是指在同一地区，同一时间段内，使用同一种药品对健康人群或特定人群进行预防、诊断、治疗过程中出现的多人药品不良反应/事件。

（二）本预警机制由医院药品不良反应监测办公室负责解释。

（三）本预警机制自发布之日起执行。原《药品不良反应预警机制》同时废止。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-006	文件名称	药品不良反应/事件观察制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2017.04.10

药品不良反应/事件观察制度

为加强药品不良反应/事件监测，积极应对药品不良反应/事件的发生，采取有效措施预防和减少药品不良反应/事件，根据《中华人民共和国药品管理法》、《药品不良反应报告和

监测管理办法》，制订本制度：

一、各病区、抢救室、输液室的医生、护士要熟悉所使用药品的注意事项和不良反应，对可能发生/药害事件的药品积极采取相应措施，特别是抗肿瘤药物、抗菌药物、中药注射剂等药物。

二、护士在可能发生药品不良反应/事件的药品使用后，要观察相应的时间方可离开，观察期间要对患者的生命体征进行监测。

三、药物使用后出现不良反应/事件，应及时向医生汇报，医护人员针对病情及时采取措施作相应处理，如发生严重不良反应立即向科室主任汇报处理。

四、医护人员在药物不良反应/事件发生后，应做好药品不良反应/事件发生及处理的观察与记录，及时按“院内不良反应/事件报告办法”进行呈报，并配合药师做好相关工作。

五、在临床药物治疗过程中发生药物不良反应时，应向患者做好相应的解释工作。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-007	文件名称	药品不良反应/事件监测人员培训管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2017.04.10

药品不良反应/事件监测人员培训管理制度

一、医院每年开展有关药品不良反应报告和监测的专题培训或讲座 1-2 次，并组织考核，以提高医、药、护人员对药品不良反应的认知水平，促进临床合理用药。

培训主要内容：

（一）举办 ADR 知识答卷活动，重点了解掌握 ADR 基础知识和报告方法。

（二） 组织学习并认识新的、严重的药品不良反应。

二、把 ADR 监测培训列入继续教育计划中，保证这项工作的连续性。鼓励和支持药品不良反应监测人员参加院外的相关学术交流会，不断提高监测人员的业务水平。

三、药品不良反应监测办公室负责编辑药品不良反应学习资料并在内网公布，各部门应组织学习、讨论。

四、开展典型 ADR 病例的专题研讨，在学习过程中，提高监测人员的实践经验。

五、每季度出一期药物不良反应监测情况汇报及药讯，通报各部门 ADR 上报数量，传递最新药品不良反应信息，使临床医护人员及时掌握新政策和新知识。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-008	文件名称	药品不良反应/事件在线呈报管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	卢峰
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2023.11.25

药品不良反应/事件在线呈报管理制度

一、药品不良反应/事件表通过网上在线呈报的方式上报，在线呈报的用户名和密码由药品不良反应监测室专职人员负责保管，其他人未经允许不得擅自登录查询。

二、在线呈报具体要求及注意事项详见《药品不良反应报告和监测工作手册》第四章，如遇到特殊问题或需要向省不良反应监测中心说明的问题应在备注栏里注明。

三、药品不良反应监测室专职人员每周上报一次收集的手工填写的药品不良反应/事件表，特殊、严重、新的 ADR，特别是死亡病例需要立即上报。

四、每季度定期汇总上报的药品不良反应/事件表，并将汇总分析的结果以“药品不良反应信息通报”形式向临床反馈，对安全合理用药起到警示作用。

五、上报药品不良反应报告操作过程如下：

（一）登录“国家药品不良反应监测系统”（https：//haers.adrs.org.cn/）；

（二）填入“单位代码”和“登录密码”，点击“登录”；

（三）点击“首次报告”，将内容填写完整后，点击“提交”；

（四）用户可在“已报告列表”页面内查看到已上报的数据。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-009	文件名称	药品不良反应/事件监测文件、档案管理制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2017.04.10

药品不良反应/事件监测文件、档案管理制度

一、建立药品不良反应监测室的报表、文献、图书、资料等档案，由专人进行管理。

二、《药品不良反应/事件报告表》是上市后药品安全性监测工作的重要档案，表格发布在医院内网，临床自行下载，报表填写要求完整、准确、字迹清楚，便于电子系统上报，原始资料未经同意不得随意外借。

三、做好相关文献情报的整理、摘录、分类、索引等工作，便于日常工作中资料的查阅。

四、ADR 调查记录、培训考核记录、投诉处理记录按要求用专用记录本随时记录。

五、药品生产企业和经营企业如果需要查询某药品在本院的药品不良反应/事件发生情况，应获得药品不良反应监测办公室负责人批准并做相关登记。

六、未经国家药品监督管理局公布的药品不良反应监测统计资料，不得向国内外机构、组织、学术团体或个人提供和引用。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-010	文件名称	院内药品不良反应/事件报告办法	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2019.11.01

院内药品不良反应/事件报告办法

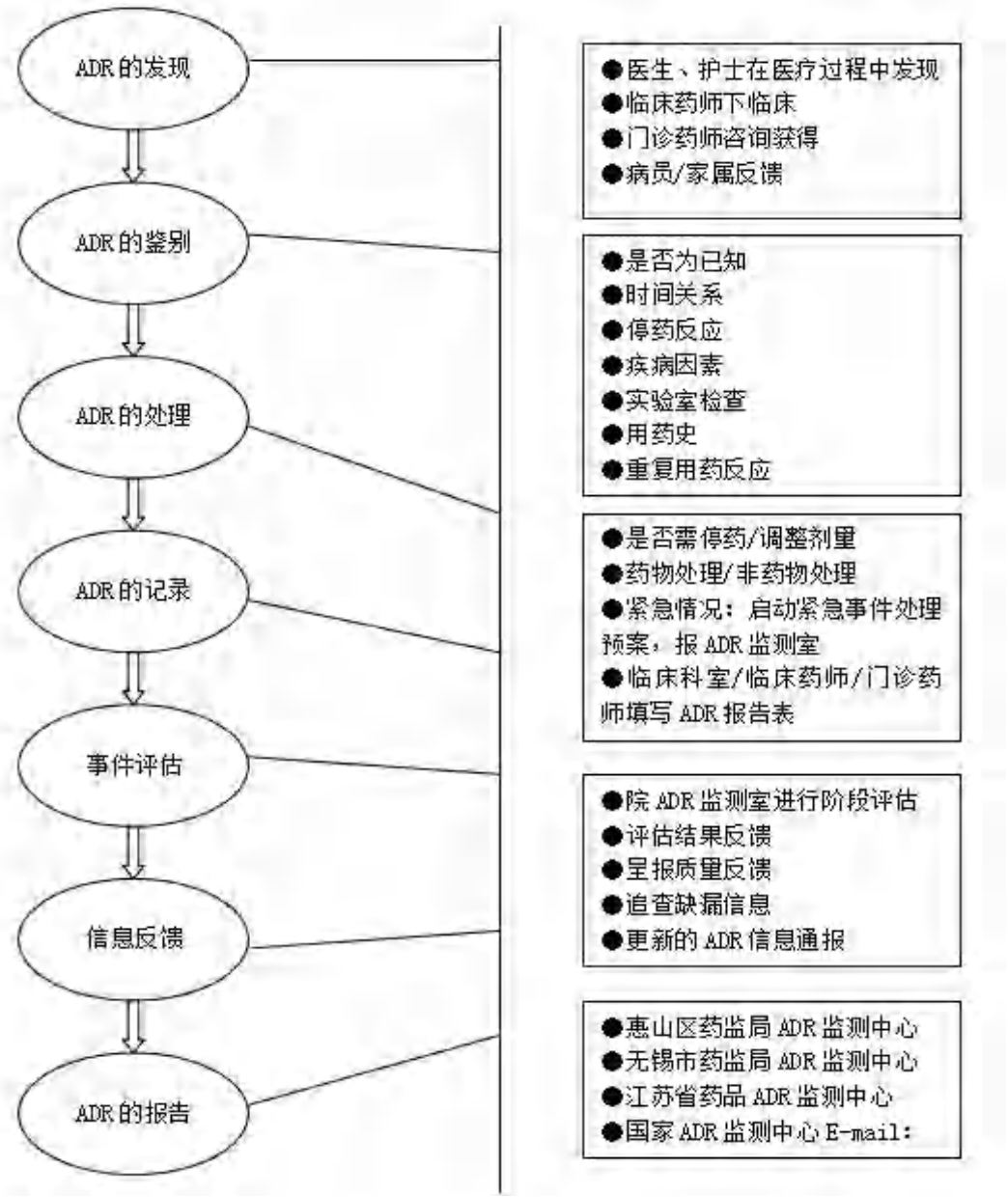
一、医生登录住院医生工作站，选择要填写药品不良反应的患者，点击不良事件反应菜单，选择药品不良事件进行填写，填写完成后提交。药品不良反应监测办公室负责报表的审核及上报国家药品不良反应监测中心。

二、电话报告：8317（药品不良反应监测办公室室），8312（门诊药房），8023（急诊药房），8315（中心药房），8311（药剂科办公室）。

三、报告时限：死亡病例---立即报告；严重的或新的 ADR--一周内报告；群体药物不良事件---立即报告；一般的 ADR--15 日内报告。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-011	文件名称	药品不良反应/事件监测报告程序	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	修订（第 1 次）	制定时间	2011.07.01	修订时间	2017.04.10

药品不良反应/事件监测报告程序



惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-012	文件名称	药害事件紧急控制与应急处理流程	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.04.01	生效时间	2017.07.01

药害事件紧急控制与应急处理流程

为加强药品不良反应/事件监测，积极应对药品不良反应/事件的发生，采取有效措施预防和减少药品不良反应/事件，根据《中华人民共和国药品管理法》、《药品不良反应报告和监测管理办法》，制订本制度。

一、药害事件是由药品使用导致的患者生命或身体健康损害的事件，包括药品不良反应以及其他一切非预期药物作用导致的意外事件。药害既包括非人为过失的不良反应，也包括人为过失导致的其他负面药物作用。

二、药害事件主要有三种类型：

（一）由于药品质量缺陷(假药、劣药)导致损害的事件；

（二）由于合格药品使用过错(超剂量中毒、用错药和不合理用药等)导致损害的事件；

（三）合格药品在按说明书正常使用的情况下发生的不良反应损害，即药品不良反应。

三、药品不良反应/事件监测出现以下几种情况时，应启动紧急控制与应急处理程序：

（一）某药品近阶段出现严重不良反应的频率较高；

（二）可能是药品质量问题引起的严重药品不良反应/事件；

（三）在本院内发生了疑似药品群体不良反应；

（四）因所用药物而发生死亡病例。

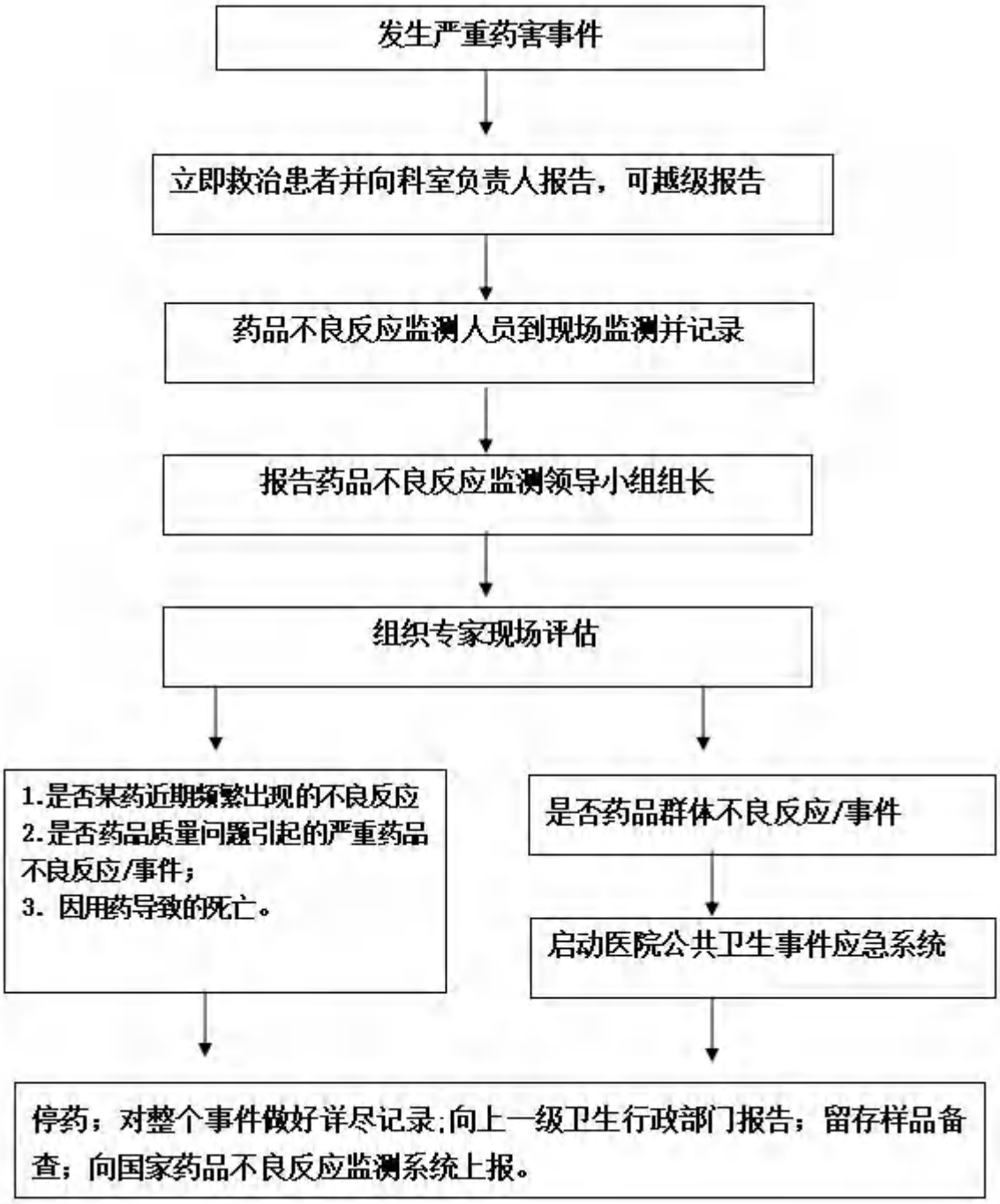
四、无论发生上述何种情况，首先应针对病情采取积极的救治。如果是病情严重的群体不良反应需要启动医院公共卫生事件应急系统，应急处理领导小组现场指挥控制，调度应急设备、设施、救治药品、医疗器械及其它物资，同时召开院专家委员会讨论制订救治方案。

五、在全院范围内停止使用可疑药品，并提醒临床医护人员密切关注已经使用过该药的病人，以确保其他病人的用药安全。药剂科应联系生产企业提供该批次药品的质检报告等。

六、发生上述情况应及时向区市场监督管理局、区卫生行政部门汇报，并准备好详细资料配合上级主管部门的调查。

七、详细、完整地填写药品不良反应/事件调查表，并按照要求通过网络及时上报国家药品不良反应监测中心。

药害事件紧急控制与应急处理流程



惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-013	文件名称	输液质量问题和输液严重不良反应报告制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2020.02.01	生效时间	2020.05.01

输液质量问题和输液严重不良反应报告制度

为进一步完善药品不良反应监测制度，落实报告责任，保障用药安全，根据《药品不良反应报告和监测管理办法》、《医疗机构药事管理规定》，国家药品监督管理局《关于药品上市许可持有人直接报告不良反应事宜的公告》，结合本院实际，制定本制度。

一、在本院范围内发生输液质量问题和输液严重不良反应，应立即停止输液或保留静脉道路，改换其他液体和输液器。

二、发生输液严重不良反应时，各护理单元应准备好抢救的药品及物品，立即报告医生，并遵医嘱给药。情况严重者就地抢救，必要时进行心肺复苏。建立护理记录，记录患者生命体征，一般情况和抢救过程，动态观察病情变化，并做好交接班。

三、发生输液质量问题和输液严重不良反应时，应及时报告医务科、护理部和药剂科。并将保留药液、输液器的生产厂家、批准文号等信息分别报药剂科和器械科核查。

四、患者家属有异议或发生纠纷时，应立即按标本封存要求对输液器和药液进行封存。需要进行检验的标本，应当至医患双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验。双方无法共同决定检验机构时，由上一级卫生行政部门指定。 对封存标本进行启封时，应由双方当事人共同在场。

五、立即调查严重不良反应发生的原因

（一）如怀疑为药物所致严重不良反应，由经治医师填写《药品不良反应报告表》，上报本院药品不良反应监测小组。药品不良反应监测小组进行必要的调查、分析、评价、处理，通过国家药品不良反应监测信息网络进行报告，并将该输液药品发生的严重不良反应及时通报全院临床科室，引起警惕。

（二）如为操作不当引起，临床科室应高度重视，并有相应的整改措施。同时填写《医疗不良事件报告表》上报医务科。

（三）如怀疑为输液质量问题，应立即上报药剂科，对该批次输液药品进行控制，迅速开展临床调查，必要时可采取暂停药品的使用等紧急措施。同时填写《药品不良反应报告表》上报药剂科。

（四）如怀疑为输液器质量问题，应立即上报器械科，对该批次输液器进行控制，迅速开展临床调查，必要时可采取暂停该批次输液器的使用等紧急措施。同时填写《医疗器械不良事件报告表》上报器械科。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-014	文件名称	药品不良反应/事件报告病例分析评价制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2019.11.01	修订时间	2020.02.01

药品不良反应/事件报告病例分析评价制度

为加强药品不良反应/事件监测，积极应对药品不良反应/事件的发生，采取有效措施预防和减少药品不良反应/事件，根据《中华人民共和国药品管理法》、《药品不良反应报告和监测管理办法》，制订本制度。

一、药品不良反应/事件报告关系到患者安全，药品不良反应监测办公室负责对收集到的药品不良反应/事件报告进行整理，对关联性强、出现频率高或严重的 ADR 进行调查，查看病例、搜集资料对相关 ADR 分析评价，及时反馈给临床，尽可能避免一些无必要的 ADR 发生。

二、药品不良反应监测办公室需及时关注 ADR 上报终端，及时查看收集到的 ADR 报表，如发现发生频率较高的一般 ADR，可在每季度预警中进行统一汇总分析。如发现严重 ADR，及时上报国家网，调取病例查看该患者病情及用药情况，做出客观的关联性评价，对某些有干预价值的严重 ADR，查阅资料书写《严重不良反应监测及调查分析》，内容包括患者基本信息、ADR 监测过程、处理记录及分析评价。由药品不良反应监测办公室留存备案。

三、分析、评价及反馈的时效性要求

一般 ADR、新的一般 ADR 分析、评价，每季度一次。

有干预价值的严重 ADR，分析、评价及反馈须在收集到严重 ADR 报表后一周内完成。

惠山区人民医院	文件编码	YJK-ZD-YS-041-015	文件名称	中药不良反应事件报告制度	适用范围	全院
	制定部门	药剂科	制定人	石慧	内审人	戴智勇
	制度内容	制定	制定时间	2017.07.01	生效时间	2017.10.01

中药不良反应事件报告制度

为加强本院中药的安全监管，规范中药不良反应报告和监测，及时、有效控制中药风险，保障公众用药安全，依据《中华人民共和国药品管理法》、《药品不良反应报告和监测管理办法》等有关法律法规，制定本制度。

一、中药不良反应系指中药在临床应用中引起的不良反应，属于药品不良反应的一部分。我国卫生部、国家食品药品监督管理局发布的《药品不良反应报告和监测管理办法》规定：“药品不良反应是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的或意外的有害反应。” 如果上述药品不良反应是中药引起的，就是中药不良反应。中药不良反应的病历报告资料不得作为医疗纠纷、医疗诉讼的依据。在中药不良反应报告和监测过程中获取的商业秘密、个人隐私、患者和报告者信息应当予以保密。

二、中药不良反应的报告范围：新药监测期内的中药品种应当报告该药的所有不良反应；其他中药品种，报告新的和严重的不良反应。医院发现或者获知新的、严重的中药不良反应应当在 15 日内报告，其中死亡病例须立即报告；其他中药不良反应应当在 30 日内报告。有随访信息的，应当及时报告。

三、本院实行中药不良反应报告制度。各药品使用部门应对临床所使用的中药实行不良反应监控。

四、医院药事管理与药物治疗学委员会负责中药不良反应报告和监测工作，具体工作由药剂科临床药师组负责，临床各科室主任、护士长负责本科室的中药不良反应报告报告工作，并纳入科室日常绩效考核。

五、医院各科室应主动收集中药不良反应，获知或者发现中药不良反应后应当详细记录、分析和处理，并立即上报药剂科临床药师组，按国家规定填写《药品不良反应/事件报告表》、《药品群体不良反应/事件报告表》。

六、药剂科临床药师组负责中药临床使用安全性和合理性方面信息的搜集和整理，为本院的临床药事管理工作提供决策信息和依据，并定期向领导小组报告全院中药不良反应监测工作情况及存在的问题。对上报的不良反应及时通过国家药品不良反应监测信息网络报告；报告内容应当真实、完整、准确。建立并保存中药不良反应报告和监测档案。