

目 录

十四、医保科

1、医院医保管理制度·····	507
2、居民医保患者转诊（院）制度·····	508
3、医保医生管理制度·····	511
4、医保门诊特殊病种申请制度·····	512
5、医保基金使用监管制度·····	514
6、医保费用管理制度·····	515
7、医保信息管理制度·····	516
8、“三目录”维护制度·····	517
9、医保双通道药品申请制度·····	518
10、医保门诊慢性病申请制度·····	520

十五、公卫科

1、传染病疫情报告管理制度·····	522
2、传染病预检分诊制度·····	525
3、感染性疾病科工作制度·····	528
4、临床观察病区工作制度·····	530
5、发热门诊工作制度·····	532
6、发热门诊值班制度·····	534
7、肠道门诊工作制度·····	535
8、食源性疾病监测、报告工作制度·····	537
9、传染病消毒隔离制度·····	539
10、发热门诊消毒隔离制度·····	541
11、传染病消毒隔离制度·····	544
12、检验科诊治疑似/传染病病人时工作制度·····	546
13、影像科诊治疑似/传染病病人时工作制度·····	548
14、超声科诊治疑似/传染病病人时工作制度·····	550
15、预防接种用生物制品（疫苗）管理制度·····	552
16、冷链设备与温度监测管理制度·····	555
17、疫苗安全接种制度·····	557
18、狂犬病暴露处置门诊工作制度·····	560

19、狂犬病暴露预防处置门诊冷链管理制度·····	562
20、新生儿预防接种工作制度·····	564
21、新生儿疫苗和冷链管理制度·····	566
22、35 周岁以上首诊病人测血压制度·····	568
23、慢性非传染病性疾病报告制度·····	569
24、慢性非传染病性疾病报告自查制度·····	572
25、死亡登记报告制度·····	573
26、公共卫生管理工作奖惩制度·····	576
27、健康教育与科普宣传工作制度·····	578

十六、信息中心

1、信息中心工作制度·····	580
2、医院信息化网络安全管理制度·····	581
3、医院信息化用户数据服务管理制度·····	590
4、信息系统用户权限管理制度·····	596
5、患者隐私保护制度·····	598
6、信息中心值班制度·····	602
7、医院信息化机房管理制度·····	610
8、医院信息系统数据备份管理制度·····	616
9、第三方厂商运维管理制度·····	621
10、医院信息化建设项目立项管理制度·····	623
11、医院信息化建设项目实施管理制度·····	628
12、医院信息化建设项目验收管理制度·····	633
13、医院信息化用户服务管理制度·····	640
14、医院信息化资产管理制度·····	647
15、医院信息化文档管理制度·····	653
16、医院信息安全漏洞管理制度·····	658
17、跨机构数据使用审批与保密管理制度·····	662
18、院外使用患者信息管理制度·····	663

十七、总务部

1、务部工作制度·····	664
2、医院基建管理制度·····	665
3、基本建设代建制度·····	666

4、医院建筑施工安全管理制度	667
5、总务物品报废制度	668
6、维修工作制度	669
7、变电所工作制度	670
8、变电所值班制度	671
9、变电所交接班制度	672
10、发电机房管理制度	674
11、电工工作制度	675
12、特种设备安全管理制度	676
13、中央空调工作制度	681
14、中央空调通风系统卫生管理制度	682
15、电梯安全管理制度	683
16、电梯日常检查制度	684
17、锅炉房工作制度	686
18、锅炉房安全管理制度	687
19、氧气供应站管理制度	688
20、二次供水卫生管理制度	689
21、二次供水泵房管理制度	690
22、水、电、气故障报修、排查处理制度	691
23、食堂管理工作制度	692
24、污水站工作制度	699
25、医用织物周转库房工作制度	700
26、集体宿舍管理制度	701
27、病区保洁工作制度	702
28、总务部外包业务管理制度	703
29、无烟医院管理制度	704
30、绿化维护制度	705
31、爱国卫生制度	706
32、种作业持证上岗管理制度	707
33、安全用电管理制度	708
34、UPS（不间断电源系统）运行管理制度	709
35、医院节能管理制度	710
36、竣工验收制度	712
37、工程项目及后勤第三方代表接待日制度	714

38、电工安全操作规程·····	715
39、变电所工作票制度·····	717
40、变电所倒闸操作制度·····	718
41、二次供水管理制度·····	720
42、中央空调系统管理制度·····	721
43、责任区包干制度·····	722

十八、医学工程部

1、医学工程部工作制度·····	723
2、医学装备管理委员会工作制度·····	724
3、医学装备三级管理制度·····	726
4、医学装备安全管理制度·····	728
5、科室医疗设备质量与安全工作制度·····	730
6、医疗器械不良事件监测与报告制度·····	732
7、医疗器械临床使用安全控制与风险管理制度·····	736
8、突发设备事件应急管理制度·····	738
9、医疗设备风险评估管理制度·····	741
10、医学工程技术人员及设备使用人员培训考核制度·····	742
11、医疗设备管理制度·····	743
12、医疗设备配置原则制度·····	746
13、医疗设备计划购置审批制度·····	747
14、医疗设备购置论证制度·····	749
15、医疗设备采购招标管理制度·····	751
16、医学装备采购管理制度·····	752
17、医疗设备安装验收制度·····	755
18、医学工程部出入库制度·····	757
19、医疗设备档案管理制度·····	758
20、医疗设备使用保管制度·····	759
21、医疗设备质量控制管理制度·····	761
22、医疗设备维修与预防性维护管理制度·····	765
23、医疗设备维护和三级保养制度·····	766
24、医疗设备调剂调拨制度·····	768
25、医疗设备试用管理制度·····	769
26、大型医疗设备管理制度·····	770

27、大型医疗设备维修配件管理制度·····	771
28、辐射安全和防护管理制度·····	772
29、特种设备监督管理制度·····	774
30、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检测与报告制度·····	775
31、急救类、生命支持类医疗设备应急处置工作制度·····	778
32、医学装备应急调配工作制度·····	780
33、医疗设备损坏遗失处理制度·····	783
34、医疗设备报废管理制度·····	784
35、医疗设备使用评价制度·····	787
36、医学装备安全监管制度·····	788
37、计量器具管理制度·····	789
38、医疗器械、物资库房工作制度·····	792
39、冷链管理制度·····	793
40、应急物资和设备管理制度·····	794
41、医用耗材管理制度·····	796
42、医用耗材新品遴选、准入管理制度·····	801
43、医用耗材采购管理制度·····	804
44、高值耗材采购制度·····	809
45、急特需医用耗材临时采购制度·····	811
46、医用耗材储存与养护管理制度·····	812
47、高值医用耗材临床使用管理制度·····	814
48、植入性材料管理制度·····	816
49、植入类医疗器械临床使用安全监测与报告制度·····	817
50、一次性使用无菌器械管理制度·····	819
51、医用耗材使用点评制度·····	821
52、医用耗材档案管理制度·····	822
53、医疗器械不良事件风险预警管理制·····	824
54、医学工程部值班与交接班制度·····	825
55、医疗器械供应商接待日制度·····	826
56、供应商考核评价管理制度·····	827
57、医用耗材用量动态监测和超常预警制度·····	828
58、医用耗材使用后处置管理制度·····	829

十九、招标办

1、医院采购管理办法·····	832
2、采购实施细则·····	836
3、招标管理规定（试行）·····	841
4、采购项目市场调研与需求论证管理办法（试行）·····	847

二十、保卫科

1、保卫科工作制度·····	850
2、安全保卫管理制度·····	851
3、消防安全管理制度·····	853
4、消防工作制度·····	856
5、医务人员人身安全管理制度·····	857
6、兼职消防队组织管理制度·····	859
7、防火检查、巡查制度·····	860
8、火灾隐患整改制度·····	862
9、新、改建装修工程消防制度·····	863
10、灭火和应急疏散预案演练制度·····	864
11、消防安全教育培训制度·····	865
12、消防设施器材维护保养管理制度·····	866
13、消防水泵房管理制度·····	868
14、监控室管理制度·····	869
15、消防控制室管理制度·····	870
16、消控中心值班制度·····	871
17、监控录像管理制度·····	872
18、集体宿舍管理制度·····	873
19、停车管理制度·····	874
20、危险品管理制度·····	877
21、药品类易制毒化学品管理制度·····	878

二十一、病案科

1、病历书写基本规范·····	880
2、病历管理制度·····	900
3、病案（病历）复印制度·····	905
4、病案（病历）封存、启封制度·····	907

5、病历（案）安全管理制度·····	908
6、病历（案）借阅查阅制度·····	911

二十二、互联网医院

1、互联网医院管理制度·····	914
2、互联网医院电子病历管理制度·····	919
3、互联网医院电子处方管理制度·····	921
4、互联网医院在线会诊管理制度·····	924
5、风险评估与突发状况预防处置工作制度·····	926
6、互联网医院医生管理制度·····	927

	制度编码	YBK-ZD-001	制度名称	医院医保管理制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	修订（第4次）	制定时间	2020.01.01	生效时间	2025.08.20

医院医保管理制度

一、医院专设医保科，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、建立医保管理领导小组，定期对医保管理工作进行总结分析和信息反馈。

四、以患者为中心，为基本医疗保险参保人员服务，不得推诿、拒诊参保人员。

五、严格执行卫生行政部门规定的各项医疗技术操作规范和相关业务政策规定。

六、根据市级基本医疗保险定点医药机构服务协议，落实各项管理工作。

七、根据市级医保结算方案，合理控制医疗费用过快增长，杜绝欺诈骗保行为的发生。

八、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。

九、及时做好协调工作，加强与上级部门的联系和沟通。

十、加强医疗保险的宣传、解释，公布监督电话。正确及时处理参保患者的投诉，努力化解矛盾，保证医疗保险各项工作的正常开展。

十一、医保管理人员做好全院职工各项医保政策、制度、规定执行情况的监督和检查工作。

	制度编码	YBK-ZD-002	制度名称	居民医保患者转诊（院）管理制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	修订（第4次）	制定时间	2023.01.01	生效时间	2025.08.20

居民医保患者转诊（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、医疗能力等因素限制或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、不得推诿患者）

患患者挂号就诊→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→转诊患者的转诊（院）单应一式三份（其中一份留底）→患者持转诊（院）单至本院医保结算窗口划卡转出患者。

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具有转诊（院）单权利的医生开具转诊（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（患者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、用量等。

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），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）；

如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、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）人次及总金额原则上纳入科室管理考核。

八、具有开具转诊（院）单权利的医生及相对应的疾病：

妇科：陈 晔、张莉燕、沈国珍

产科：程维良、苏静、钱艺美

儿科：强 立、阳宛真、狄云霏、凌建丰、邱贵泉、吴兆俊、李国庆

急诊科：柏广富、邹静蓉、刘 剑、伏 平、刘占成、房权银、钱佳丽

ICU：张 巍、周 婷、陈 彬、李文健、张冠军

耳鼻喉科：孟祥明、王洋洋

骨科：许 斌、钱华钧、陈 斌、詹德平、孙海涛、张 鹏

呼吸与危重症医学科：应站专、赵 振、禹海燕

甲状腺乳腺外科：张冠新、吴 昊

康复医学科：杨述鸣、杨浩然

口腔科：孙 闯、杨新强、王 莉、谢友群

泌尿外科：诸 伟、万恩明、张 强、陆 进、石昌龙

内分泌科：龚 莉、赵 晶、崔焕焕、刘 靖、吕晓双

胃肠疝外科：尹志斌、董兴隆

肝胆胰外科：田宇剑

神经内科：潘晓帆、钱明月

神经外科：陈 磊、张春雷、刘 俊

肾内科：赵鸿飞、李建军

消化内科：朱智勇、张国强、蒋星晔、许静亚、王亚平、魏 刚、李 翠

心内科：尚正录、杨博文、顾遵才、惠静姣、王 斌

胸外科：王 昊、赵 铭

血管外科：潘俊峰、吴晓东

眼科：关立鹏、龚文婷、李剑波、丁彦钧、李明殊

中医外科：牛秀德、蒋晓梦

中医内科：吴朗杰、丁 一、李少白

肿瘤血液科：丁 宁、赵丽丽、丁胜军

老年-全科医学科：王开成、唐 莉、张炳山

风湿免疫科：冯秀媛、张彩凤

麻醉科、疼痛科：蒋 伟、李 丹

皮肤科：郭 华、施林林

整形外科：刘明刚

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、本管理制度自发布之日起执行，如遇市级医保政策调整，将适时修订。

	制度编码	YBK-ZD-003	制度名称	医保医生管理制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.08.20	生效时间	2025.08.20

医保医生管理制度

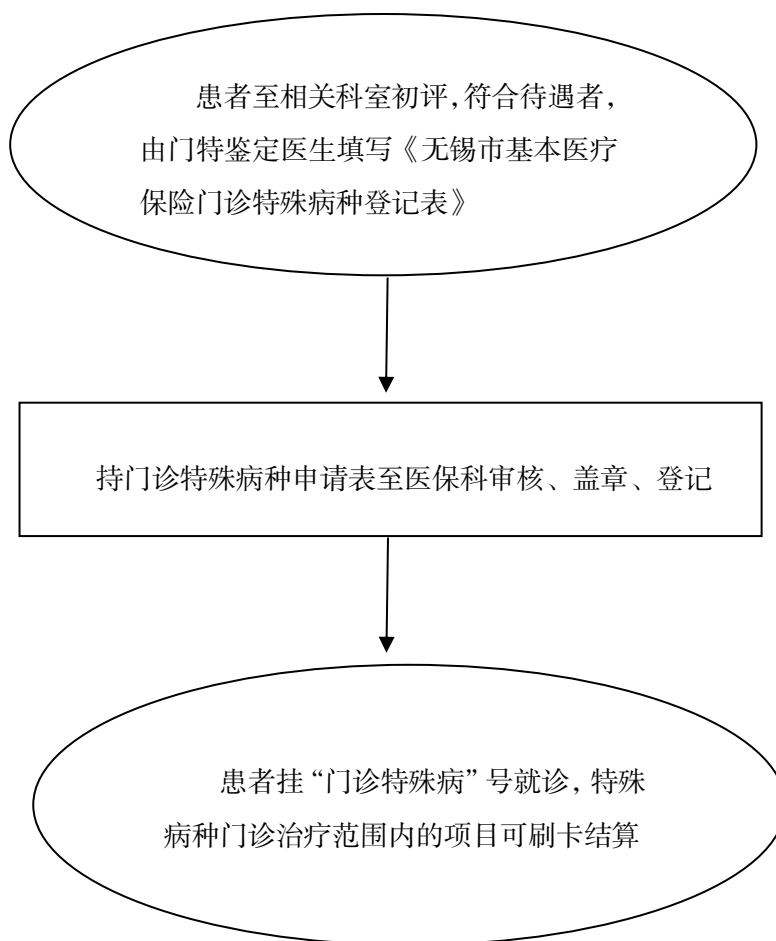
- 一、医保医生在诊疗过程中，应严格执行首诊负责制，做到因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，落实医保服务协议，不得违反医疗常规及医疗保险有关规定，不得拒收、推诿参保患者，不断提高医疗服务质量。
- 二、核验参保患者身份，做到人卡（证）相符。如发现无效证卡就诊或人证不符，医保医生应当拒绝其使用社保卡开具项目，并及时上报主管领导。
- 三、医保医生在开具处方时应严格遵循《处方管理办法》有关规定，按照《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》要求选择药物。
- 四、处方用药量按照上级行政管理部门的相关政策文件精神及患者病情诊疗情况合理开具，药品目录内同类药品有若干选择时，应选择疗效好、价格低的品种。
- 五、医保医生在诊疗过程中，应做到因病施治，保障基本医疗水平，满足参保患者基本医疗需求，不得超量、超范围用药，按医保限制支付条件使用药品，使用不符合医保支付条件的药品和目录外药品需事先告知参保患者，征得同意后方可为其开具。
- 六、对违反管理规定者，将按医保服务协议及《医疗保障基金使用监督管理条例》等条款，采取通告、公示、经济处罚、暂停医保服务等措施，直至取消医保医生资格。

	制度编码	YBK-ZD-004	制度名称	医保门诊特殊病种 申请制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.08.20	生效时间	2025.08.20

医保门诊特殊病种申请制度

- 一、我院可认定的门诊特殊病种包括：恶性肿瘤（化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗）慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析、非透析治疗）器官移植术后抗排异治疗、系统性红斑狼疮。
- 二、患者医疗保险类别：城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险。
- 三、门诊特殊病种只能在选定的一家定点医院享受特殊病种待遇。
- 四、办理门诊特殊病种审批程序：
 - （一）患者提出申请后，由副主任或主任职称的诊疗医师负责填写《无锡市基本医疗保险门诊特殊病种登记表》并签字。
 - （二）医保科审核通过后盖章，并进行系统登记。
 - （三）患者门诊挂“门诊特殊病”号就诊，特殊病种门诊治疗范围内的项目刷卡直接结算。
- 五、门诊特殊病种一年度申请一次。

附医保门诊特殊病种申请流程图



	制度编码	YBK-ZD-005	制度名称	医保基金使用 监管制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.08.20	生效时间	2025.08.20

医保基金使用监管制度

- 一、加强医院对医保基金使用的内部监督，保障医保基金的安全，维护参保患者的合法权益，基金类别包括基本医疗保险基金、生育保险基金、工伤保险基金等。
- 二、医院根据基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准等规定以及服务协议，为参保患者提供必要合理的医疗服务，并做好监管工作。
- 三、依据医疗服务协议进行医疗服务过程的监管，做到身份确认、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费等。
- 四、全院各科室不定期开展防止套取医保基金等违法行为自查工作。医保、财务、运营、医工、药剂、医务、护理、纪检监察等部门按照医保局要求落实监管工作，对监管发现的违规问题，明确责任科室和责任人，积极整改，并对整改结果做出建议，持续改进基金使用监管工作。
- 五、院内医保检查发现的违规情况、医保上级部门各项检查扣款(如省监管平台等)，落实到相关科室。
- 六、充分利用医保智能审核等信息化手段，对医疗服务行为和医疗费用进行监管，对异常行为及时发现、记录、分析和处理，实现对医疗服务行为的事前预警、事中监控和事后追溯的全流程管理。

	制度编码	YBK-ZD-006	制度名称	医保费用管理制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.08.20	生效时间	2025.08.20

医保费用管理制度

- 一、严格贯彻执行国家物价政策及各项物价标准，规范医疗收费行为，严禁分解收费、重复收费等。充分利用医院信息系统对医疗费用进行合理控制。
- 二、医院成立医保管理领导小组、价格管理委员会，明确各科室医保专管员为各临床及医技科室主任和主任助理、各病区护士长和护士长助理，确定各科室兼职物价员名单，密切动态监控异常收费，发现异常费用情况立即进行严格审核，并将问题及时反馈给相关科室和部门，限期整改。
- 三、医院实行多层协调的管理机制。联合医务部、药学部、护理部、医学工程部、财务部等相关管理部门综合管控，合理控制医疗费用。
- 四、每月向临床科室通报医保基金额度运行情况。制定严格的费用管理制度，每月考核。
- 五、医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查，合理治疗，合理用药、合理收费。禁止过度服务，严禁超量用药，超限用药，重复用药；严禁实施与病情不符的检查、治疗、用药；严禁分解处方，分解检查，不合理住院。严格遵循处方管理规定，杜绝不合理的退费、退药。
- 六、加快床位周转，缩短平均住院日，控制药品比例，实施临床路径，严格控制高额医用材料使用，减少医保基金支出，减轻参保人员负担。
- 七、对于不符合医保支付范围的费用，主管医师及相关科室责任人应做好患者或其家属的知情同意工作，并签署知情同意书。

	制度编码	YBK-ZD-007	制度名称	医保信息管理制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.08.20	生效时间	2025.08.20

医保信息管理制度

- 一、医院法人是本院医保信息系统安全运行的第一负责人，要严格按照相关规定，落实管理责任，确保医疗保险信息系统平衡运行。信息科负责妥善管理和使用医疗保险代理服务器，做好病毒防范、操作系统安全漏洞补丁升级、应用软件更新等具体工作，制定切实可行的医保信息管理系统应急预案，保证网络故障时有序应对。
- 二、信息管理人员要认真学习医保相关政策及流程，根据上级行政管理部门政策文件精神及时完成相关信息系统接口改造，确保政策的落地执行。
- 三、严格操作规程，确保医保信息管理系统的安全性、可靠性和准确性，上传信息应真实、准确、完整，与HIS系统及病案内容一致。
- 四、严禁私自篡改代理服务器IP地址、违规链接网络及其他硬件存储等设备、擅自修改服务器配置或安装无关软件等违规行为。非管理人员和操作人员在未经允许的情况下，不得访问医保信息系统或数据库。
- 五、在医院医保信息运行中，应认真负责医院医保网络及数据资源库的维护、数据备份、安全保障管理、设置权限，并保留数据更改记录痕迹，做好数据备份与安全保障。
- 六、高效利用医保信息管理系统，筛查不合理诊疗行为，将管理规则嵌入系统，切实保障医保基金使用安全。
- 七、严格执行《中华人民共和国医疗保障法》的有关保密规定，保证参保患者就医、结算等信息的安全和个人隐私，不得擅自提供、出售或变相交易透露个人资料的内容。

	制度编码	YBK-ZD-008	制度名称	三目录维护制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.08.20	生效时间	2025.08.20

“三目录”维护制度

一、严格按照国家及省、市医疗保障局下发的基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、诊疗项目及服务设施目录有关政策和规定，认真做好医疗保险“三目录”管理与信息系统维护工作。医保“三目录”即为纳入医保支付范围的药品目录、医用耗材目录和医疗服务项目目录。

二、严格按照国家及省、市下发的药品、诊疗、耗材目录中包含目录信息进行比对及“三目录”库的维护。药品目录通过项目名称、规格、剂型、生产厂家等关键字段与本单位HIS数据进行对照比对；诊疗、耗材及服务设施目录通过项目名称、项目编码、收费类别等关键字段与本单位HIS数据进行对照比对，实现对应关系的维护。已经做好的医保编码比对工作，不得擅自修改已审核通过的“三目录”项目名称与编码的对应关系，不得自定义或提高收费标准，不得分解项目。

三、加强“三目录”维护对照管理工作，专人负责，突出时效性、及时性、准确性。药品目录由药学部负责维护，医用耗材目录由医学工程部负责维护，医疗服务项目目录由运营管理部负责维护。

四、“三目录”维护人员应参加有关“三目录”维护的操作培训，熟练掌握医疗保险服务管理相关政策规定及“三目录”维护应用程序的操作，做到认真细致、杜绝差错。

五、对调整及新增的诊疗项目应在政策实施前完成目录维护对照工作。

	制度编码	YBK-ZD-009	制度名称	医保双通道药品 申请制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.08.20	生效时间	2025.08.20

医保双通道药品申请制度

一、严格执行对国谈药定点医疗机构、定点零售药店和医保责任医师的“三定”管理，对符合用药指征的患者进行实名制管理，实行责任医师负责制、负责对参保患者全疗程的医疗服务。

二、落实责任医师服务监管责任。医保科负责国谈药责任医师的备案报送及内部管理工作，责任医师应严格执行基本医疗保险服务医师管理制度。

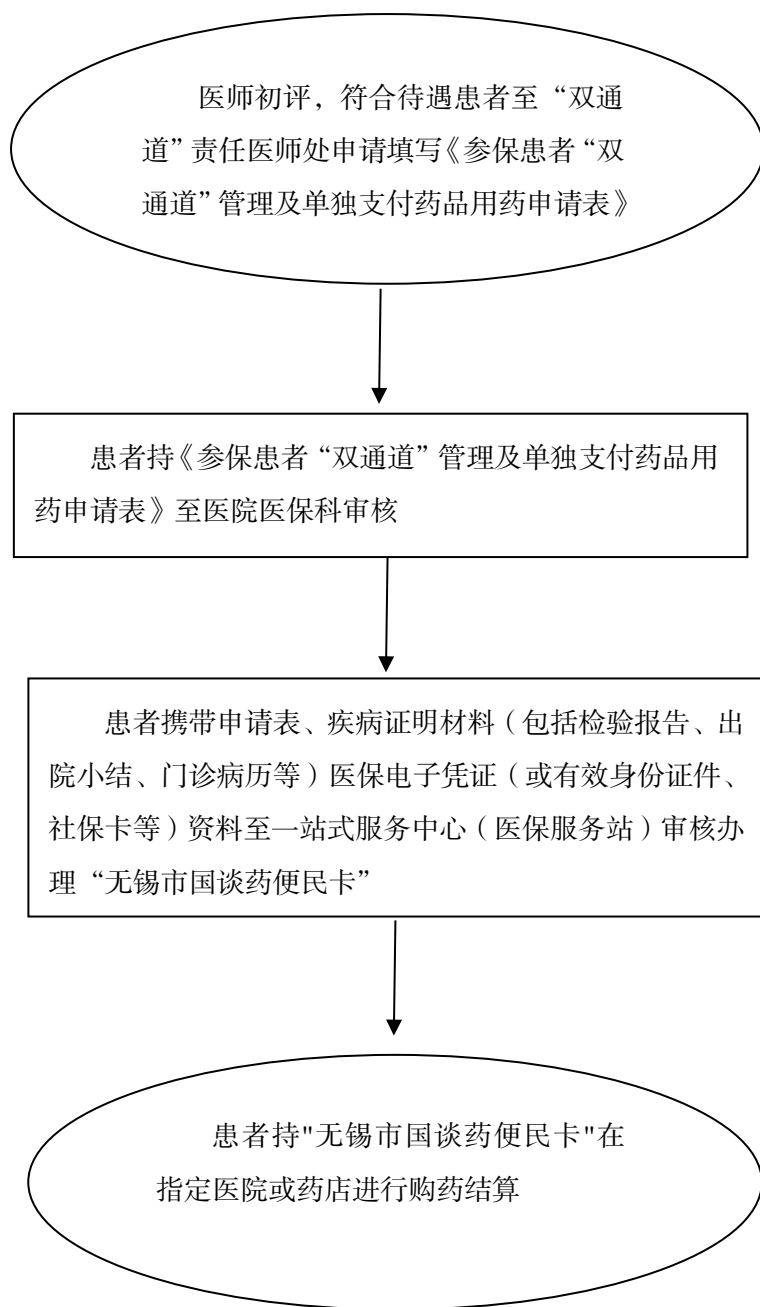
三、责任医师协助符合条件的参保患者办理门特专药待遇申请，承担资格审核、全过程治疗和定期评估责任。

四、责任医师被查实存在虚假诊断和虚构用量等违规行为的，暂停其特药处方权，情节严重的取消特药责任医师资格。

五、双通道药品申请程序如下：

1. 医师初评：符合待遇条件的患者由"双通道"责任医师进行初步评估，并填写《参保患者"双通道"管理及单独支付药品用药申请表》。
2. 医保科审核：患者持申请表至医院医保科进行审核。
3. 办理便民卡：审核通过后，患者携带申请表、疾病证明材料（包括检验报告、出院小结、门诊病历等）及医保电子凭证（或有效身份证件、社保卡），至一站式服务中心（医保服务站）办理"无锡市国谈药便民卡"。
4. 购药结算：患者持"无锡市国谈药便民卡"在指定医院或药店进行购药结算。

附医保双通道药品申请流程图



	制度编码	YBK-ZD-010	制度名称	医保门诊慢性病申请制度	级别	院级
	制定科室	医保科	制定人	赵曼莉	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.08.20	生效时间	2025.08.20

医保门诊慢性病申请制度

一、门诊慢性病病种：高血压、糖尿病（简称“两病”）。

二、保障对象：参加无锡市居民医保并符合“两病”诊断标准确需采取药物治疗的“两病”患者。

三、用药范围：对“两病”患者门诊降血压或降血糖的药物，适用的药品范围为最新版国家基本医疗保险药品目录内直接用于降血压、降血糖的治疗性药品。医疗机构和临床医师根据相关诊疗规范优先选用目录甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中采购中选药品。

四、保障水平：在普通门诊待遇用完后，对“两病”患者发生的合规药品费用，不设起付线，在定点的基层机构就医的，基金支付比例为60%，经定点的基层机构转诊至其他医院的，基金支付比例为50%。年度内居民医保基金最高支付限额为800元（含居民医保普通门诊基金支付部分），同时患有“两病”的参保人员，年度内居民医保基金最高支付限额为1000元（含居民医保普通门诊基金支付部分）。

五、办理门诊慢性病审批程序：

（一）定点本院的居民医保患者至心血管内科门诊或内分泌科门诊，专科高级职称医师评判后，为符合申请条件的患者填写《无锡市城乡居民医保门诊慢性病诊断证明》并签名。

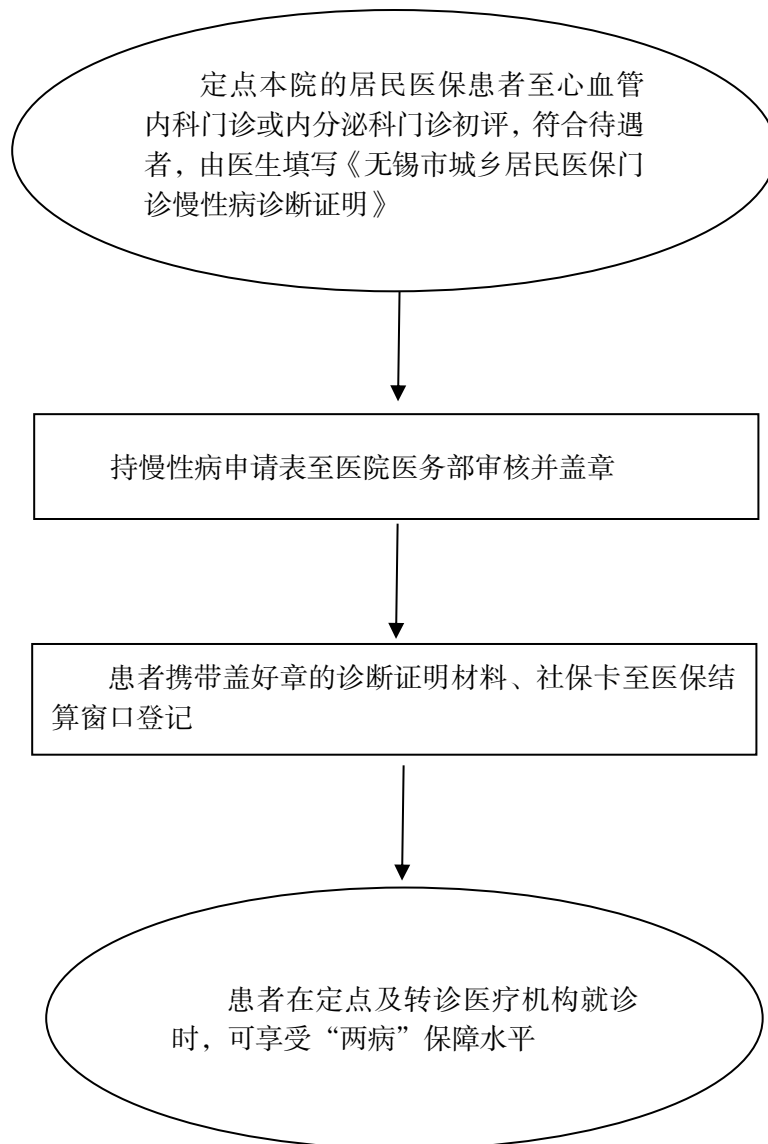
（二）医务部审核并盖章。

（三）患者携带盖好章的诊断证明材料、社保卡至我院医保结算窗口登记。

（四）患者在定点医疗机构或经定点医疗机构转诊的其他医疗机构就诊时，可享受“两病”的保障水平。

（五）门诊慢性病一病申请一次即可。

附医保门诊慢性病申请流程图



	制度编码	GW-ZD-001	文件名称	传染病疫情报告管理制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第6次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2025.12.01

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账号及密码，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国家传染病智能监测预警前置软件“待确认”中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）定时查看前置软件信息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检查，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。

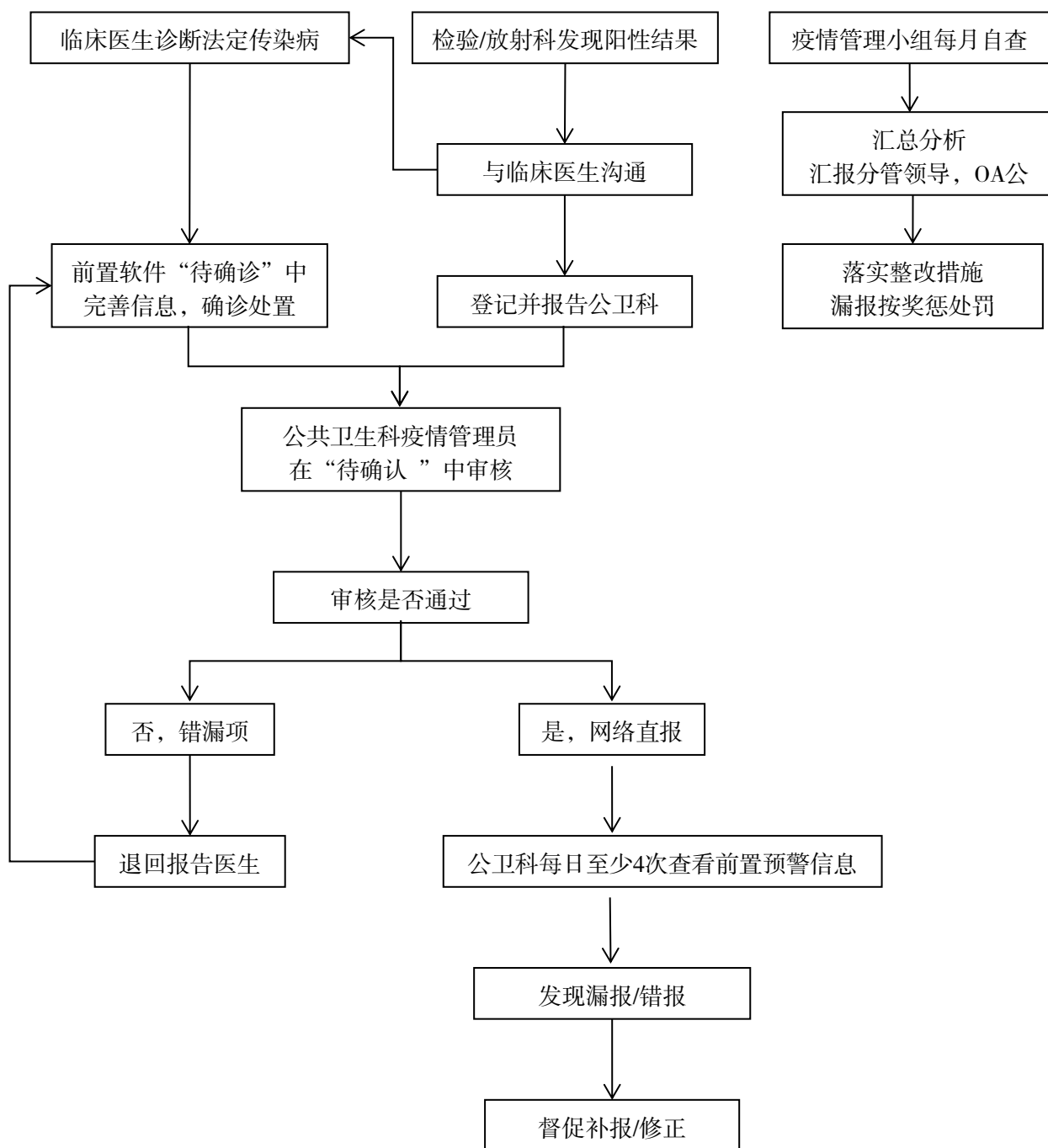
9、落实奖惩制度，对不按规定报告者按医院传染病管理奖惩措施扣发个人奖励性绩效工资，并由医院传染病自查小组检查督促整改到位。杜绝院内传染病的漏报、迟报、错报现象。

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公卫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。

附传染病上报流程图：



	制度编码	GW-ZD-002	文件名称	传染病预检分诊制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第5次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

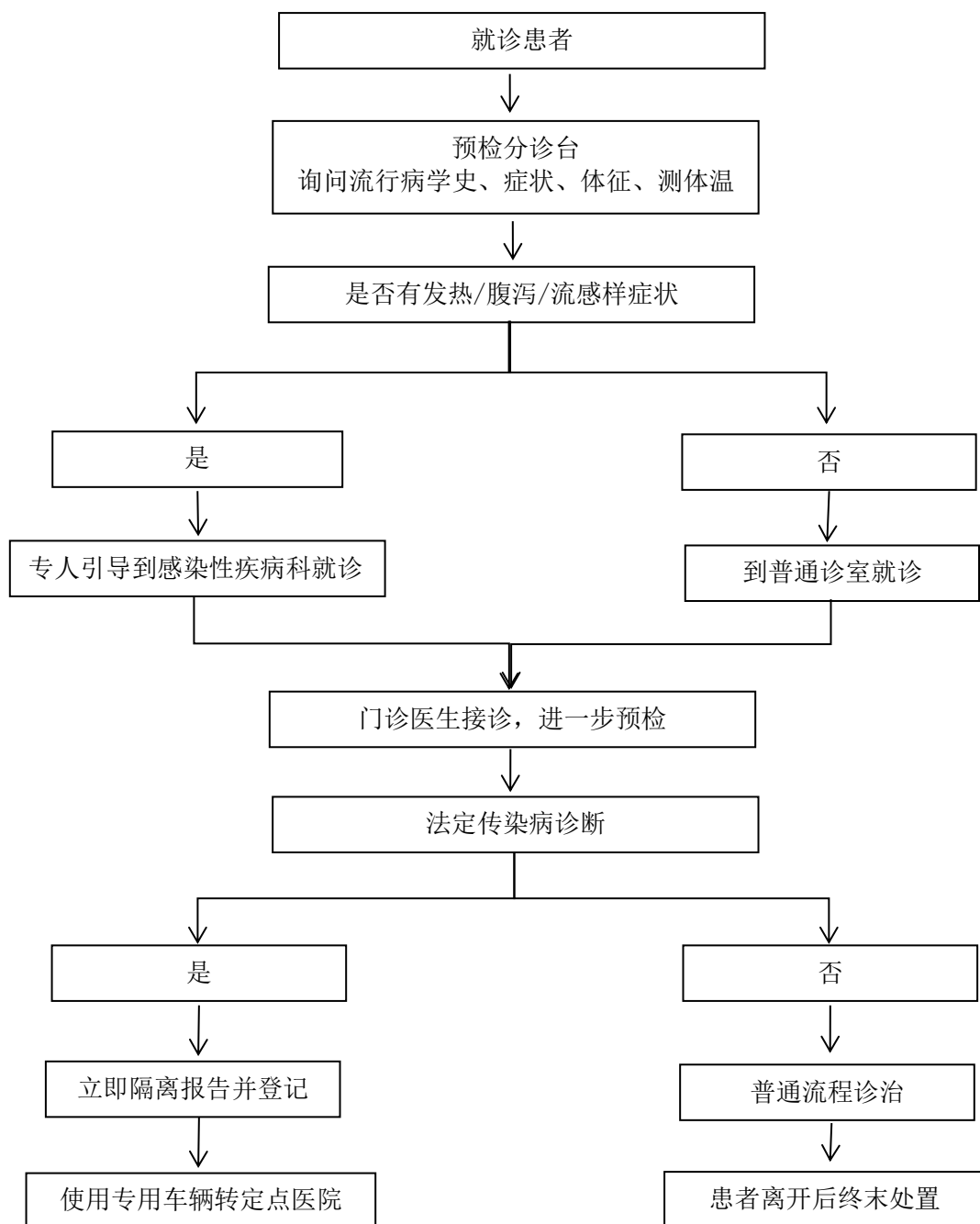
传染病预检分诊制度

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。

附传染病预检分诊流程图：

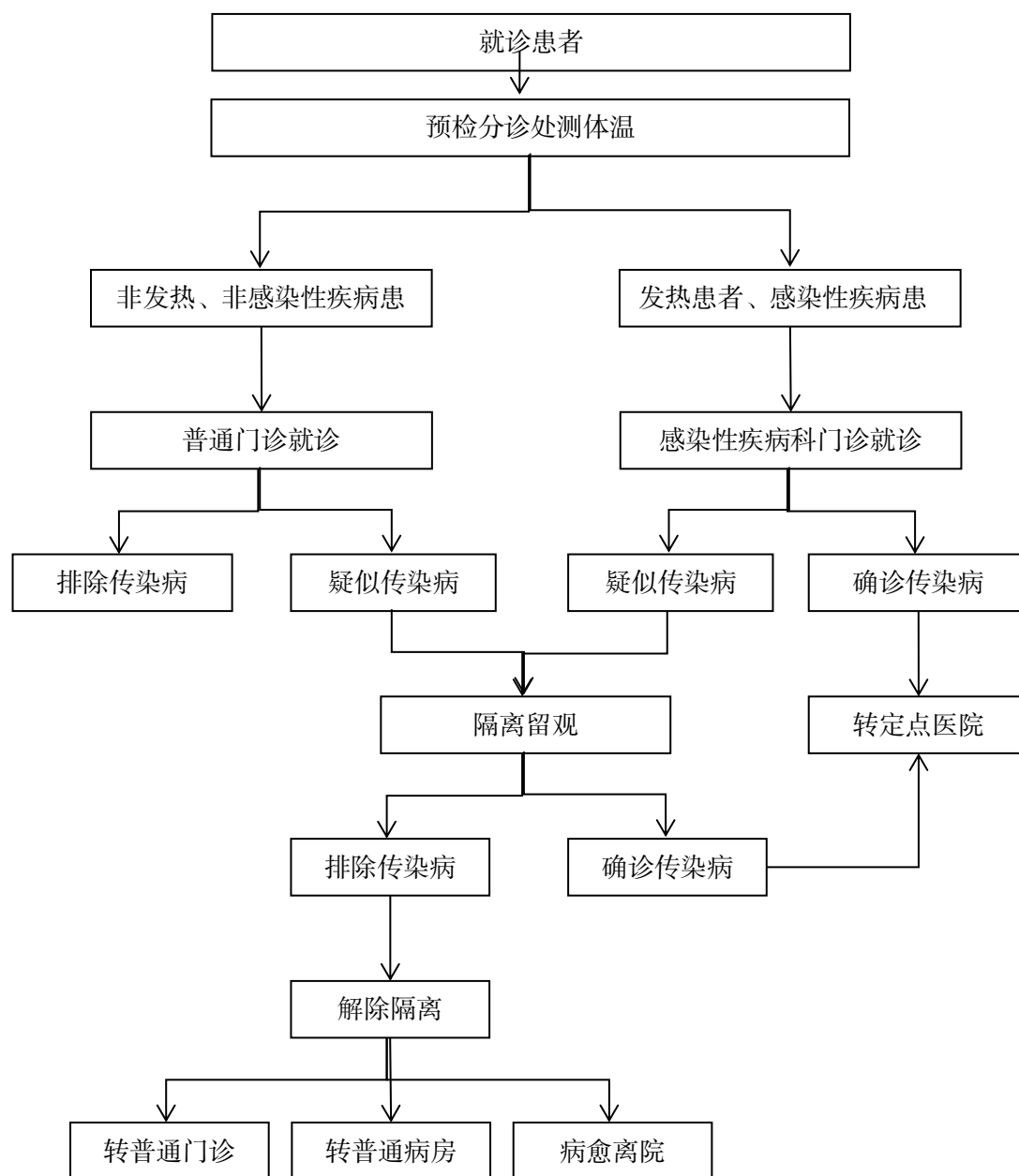


	制度编码	GW-ZD-003	文件名称	感染性疾病科工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2025.12.01

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，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。要及时在传染病前置软件中填写传染病报告卡，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。

附感染性疾病科患者就诊流程图



	制度编码	GWK-ZD-004	文件名称	临床观察病区工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第2次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.12.01

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三楼）。

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、由医院医务部制定接诊处置预案，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。

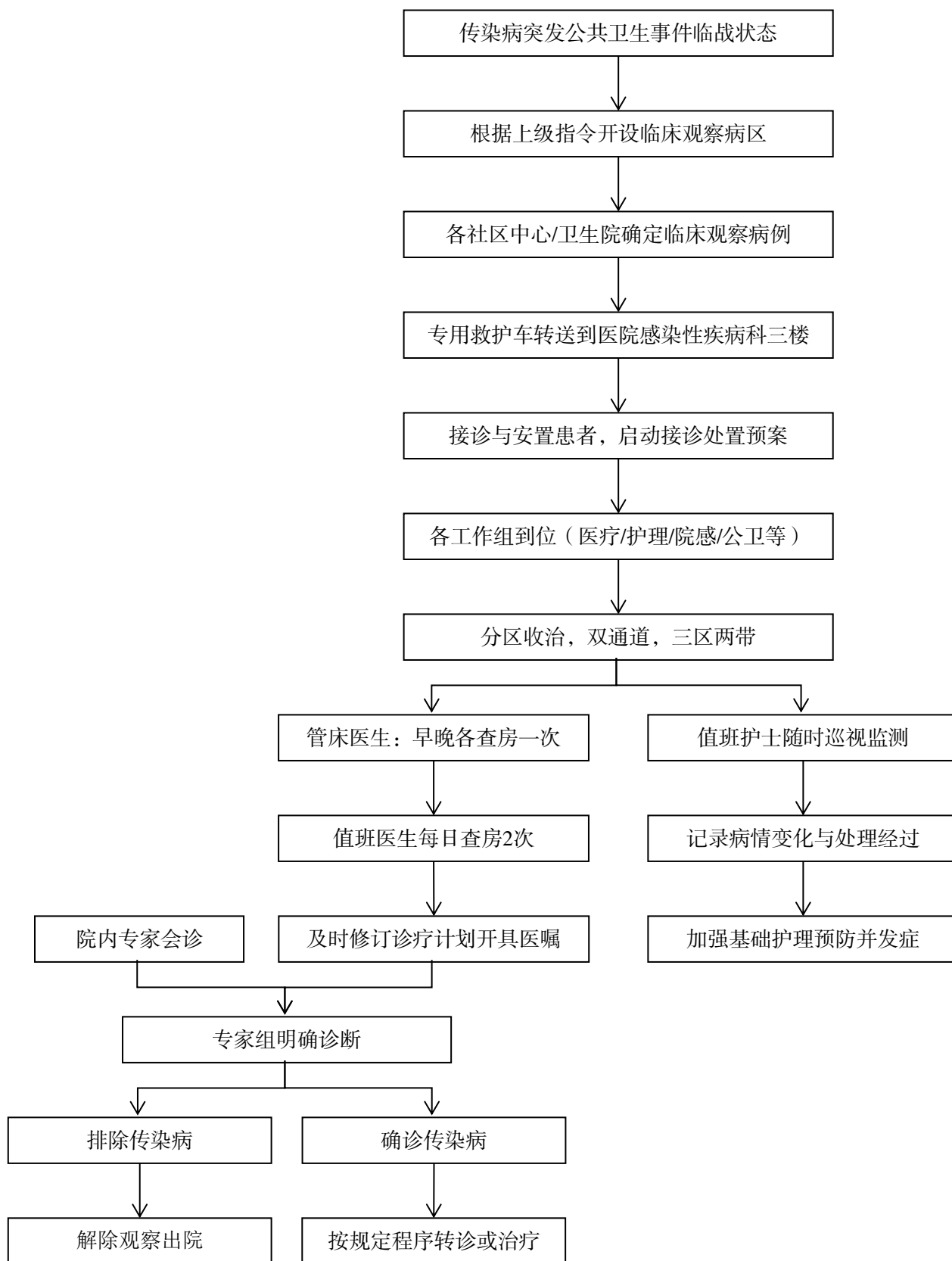
6、值班医师要严密观察病情变化，及时开具医嘱、填写观察病历，随时记录病情变化和处理经过，认真做好交接班。

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。

附临床观察病区工作流程图：



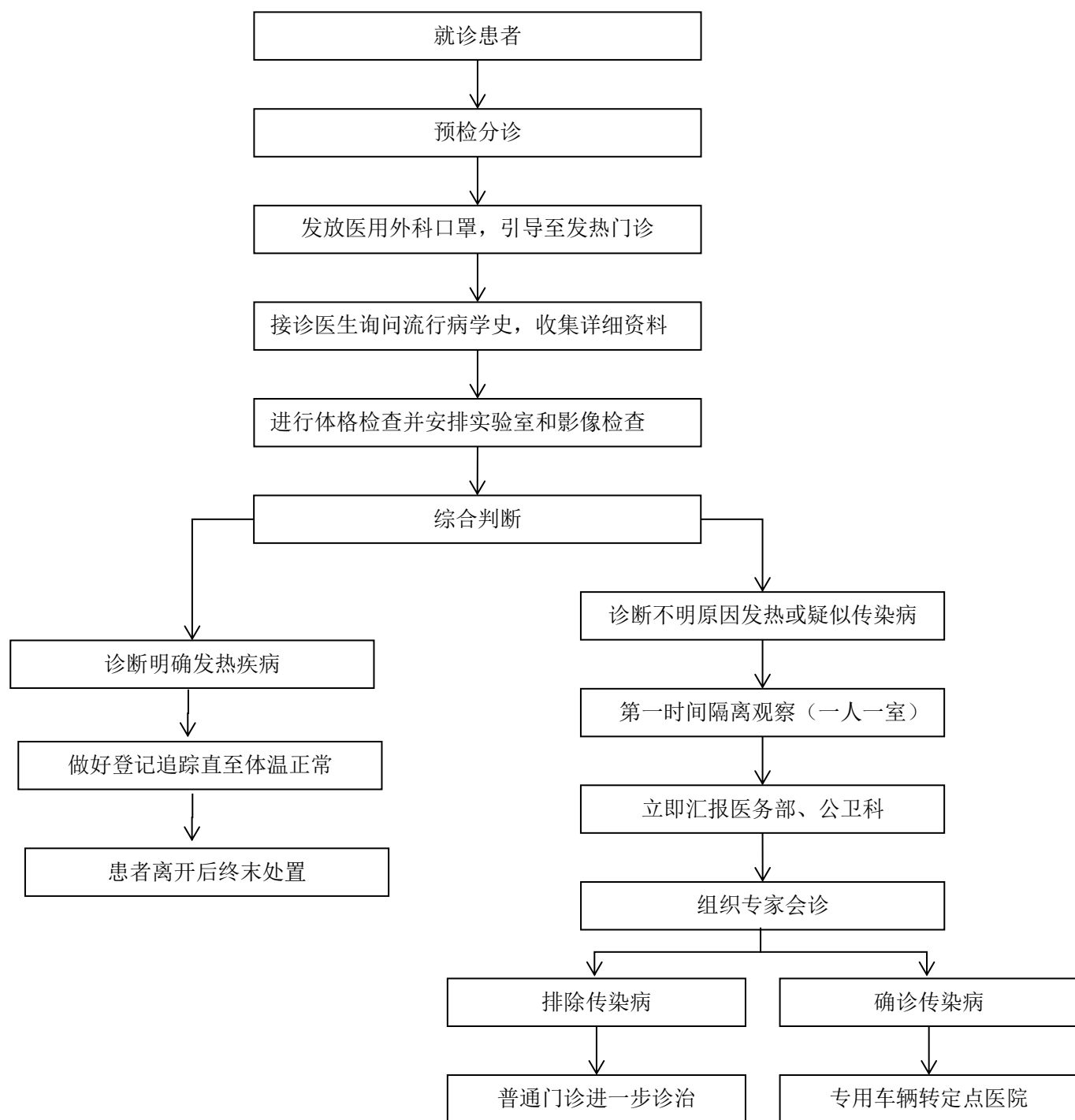
	制度编码	GWK-ZD-005	文件名称	发热门诊工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第6次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2025.12.01

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”、“手足口病”、“人感染新亚型流感”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），并立即向医务部和疾控中心报告，及时会诊，以免延误病情。
- 10、严格执行交接班制度。

附发热门诊工作流程图：



	制度编码	GWK-ZD-006	文件名称	发热门诊值班制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订(第6次)	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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。

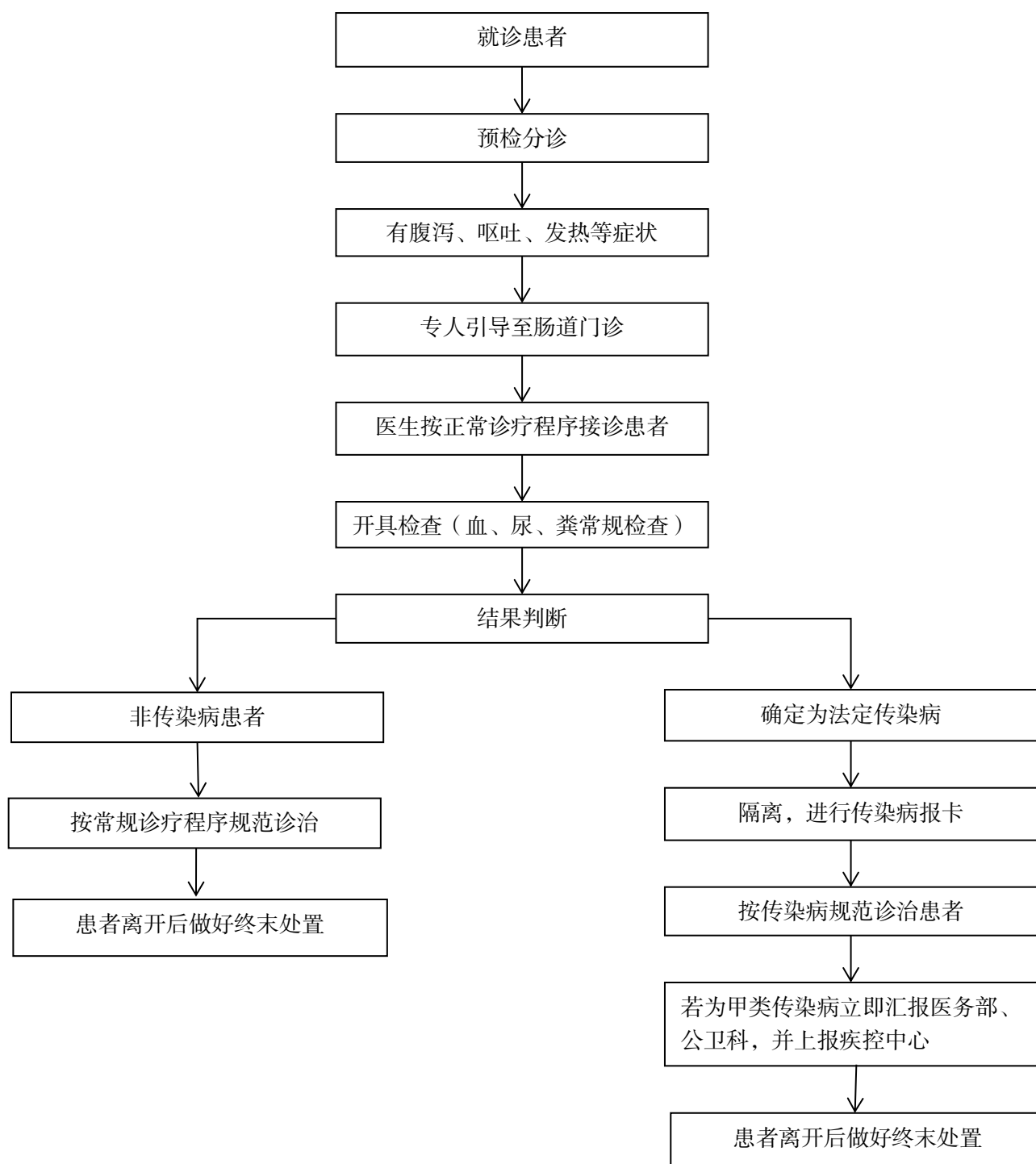
	制度编码	GWK-ZD-007	文件名称	肠道门诊工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第5次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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，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信息收集工作，要求详细记录姓名、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监护人姓名，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检测数上报疾控中心。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%在肠道门诊就诊治疗。

附肠道门诊工作流程图：

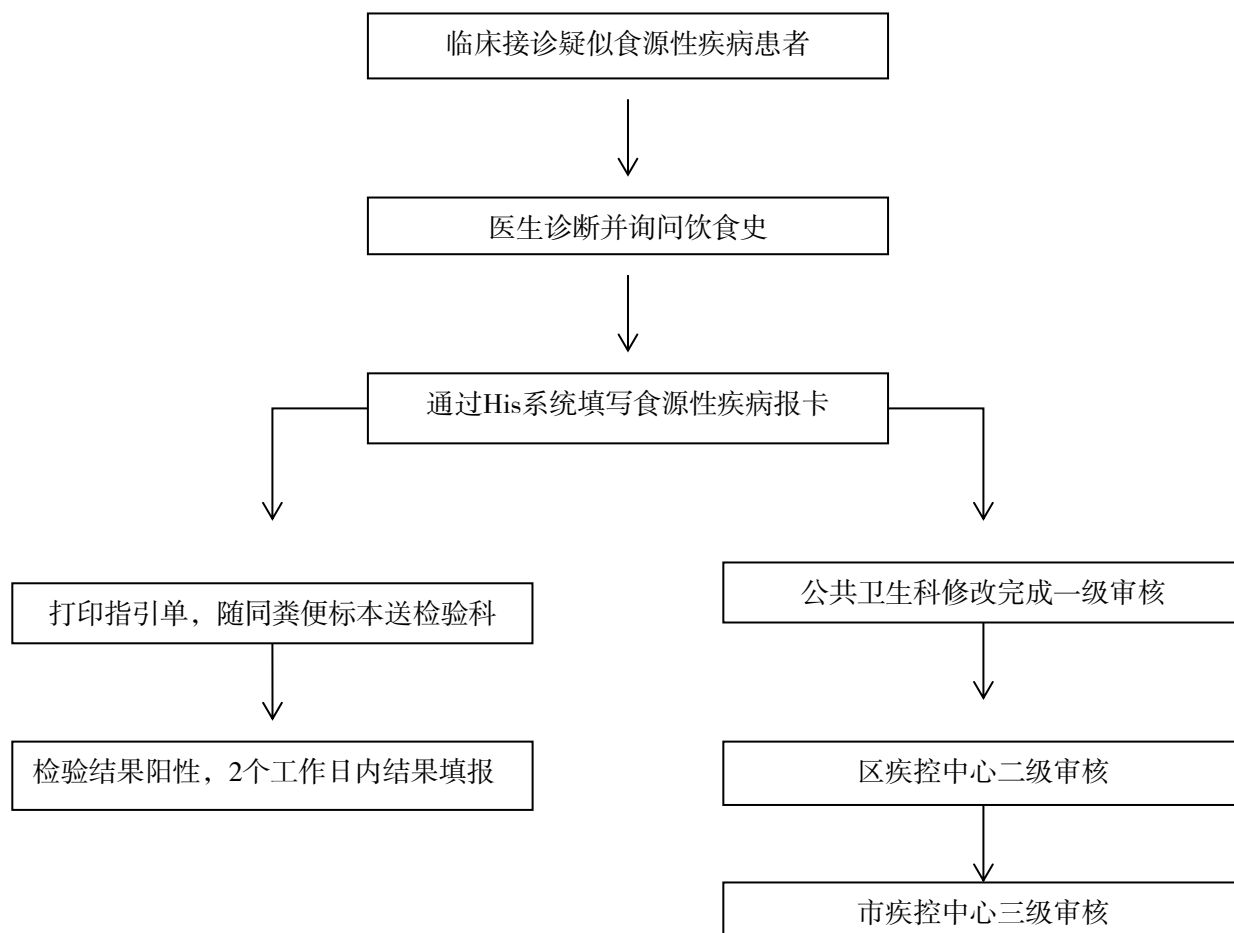


	制度编码	GWK-ZD-008	文件名称	食源性疾病监测、报告工作管理制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第5次）	制定时间	2014.04.01	修订时间	2024.12.01

食源性疾病监测、报告工作管理制度

- 1.分管院长唐李丽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24小时内通过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1个工作日内完成审核程序。
- 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2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。

附食源性疾病预防报告流程图：（聚集性病例流程见应急预案流程图）

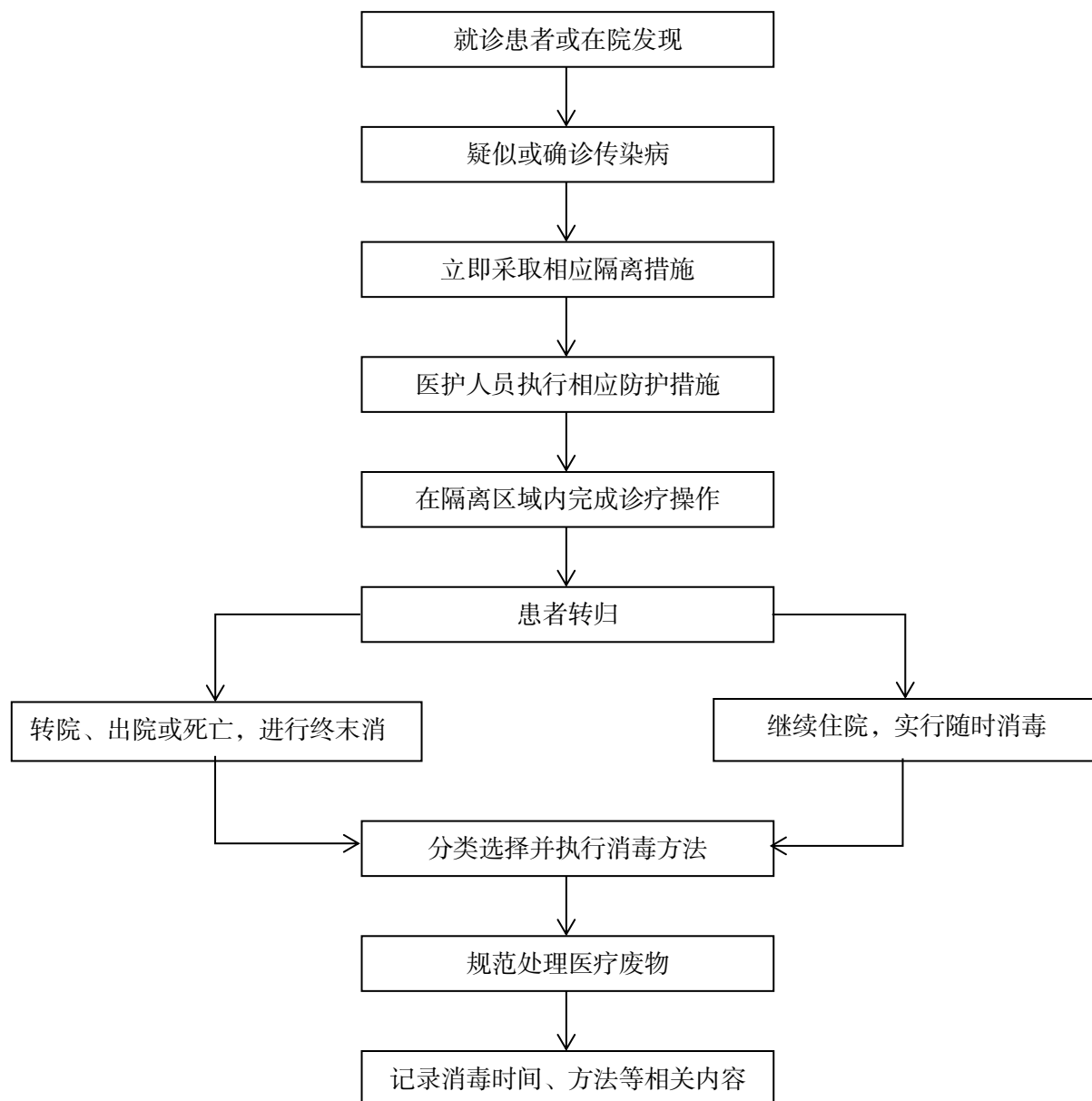


	制度编码	GWK-ZD-009	文件名称	传染病消毒隔离制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第 4次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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入清洁区、潜在污染区。
- 2、医务人员进入污染区应戴工作帽、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。

附传染病消毒隔离工作流程图：



	制度编码	GWK-ZD-010	文件名称	发热门诊消毒隔离制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第 4次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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。

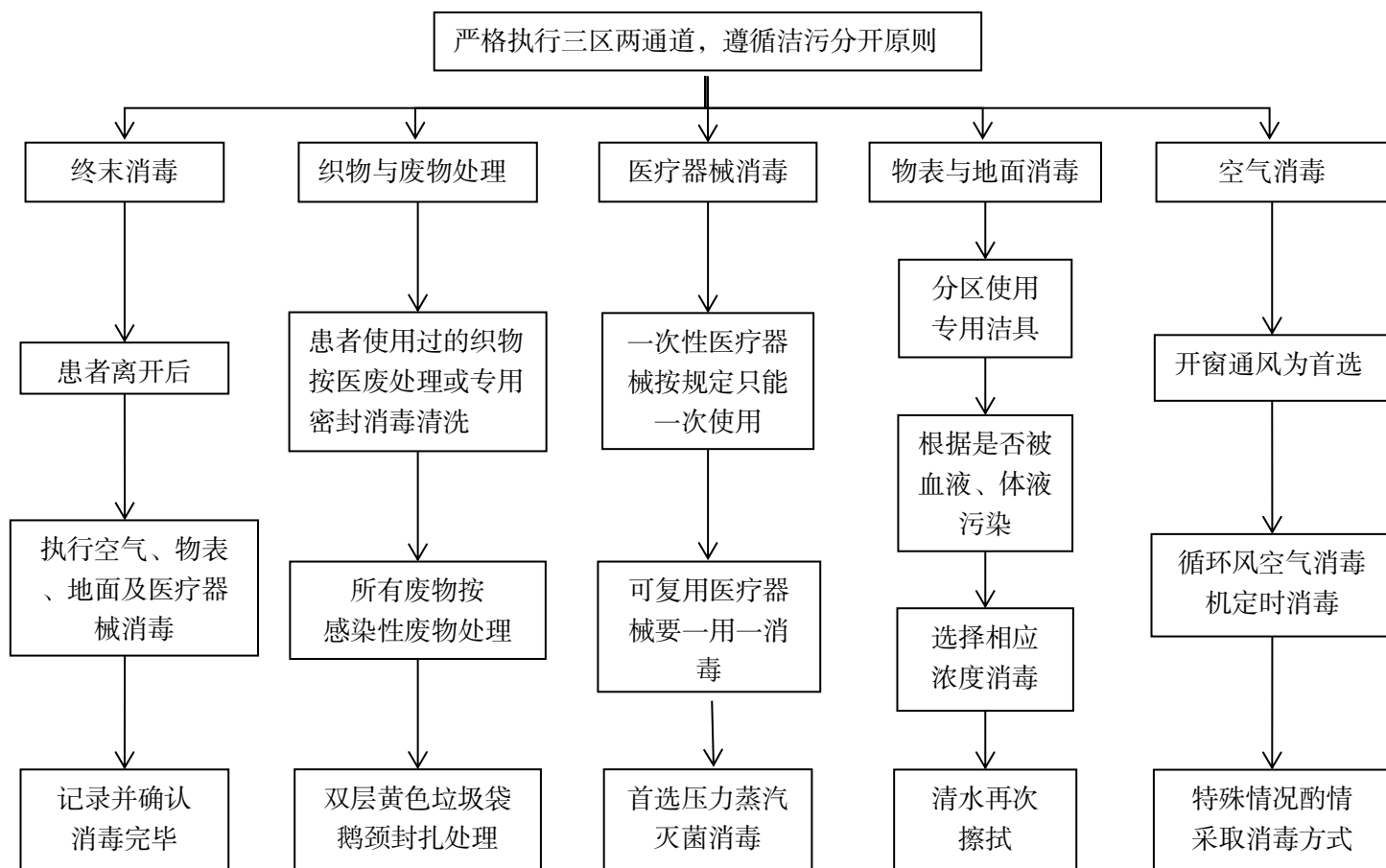
7、使用后的一次性隔离衣、口罩、帽子、手套及其他生活垃圾立即放入医疗垃圾桶内，并加盖，避免污染其他环境。医疗废物包装袋应为双层，达3/4满时应规范封口，并与专职运送工人做好交接、签名工作；使用后脏污医用织物用桔红色专用医用织物垃圾袋（双层）密封后送脏污织物暂存间。

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。

附发热门诊消毒流程图



	制度编码	GWK-ZD-011	文件名称	肠道门诊消毒隔离制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第4次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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、食源性疾病预防相关要求。
- 2、医务人员进、出肠道门诊时，必须严格按照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，在规定时间内（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分钟后清洗干净，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。

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。

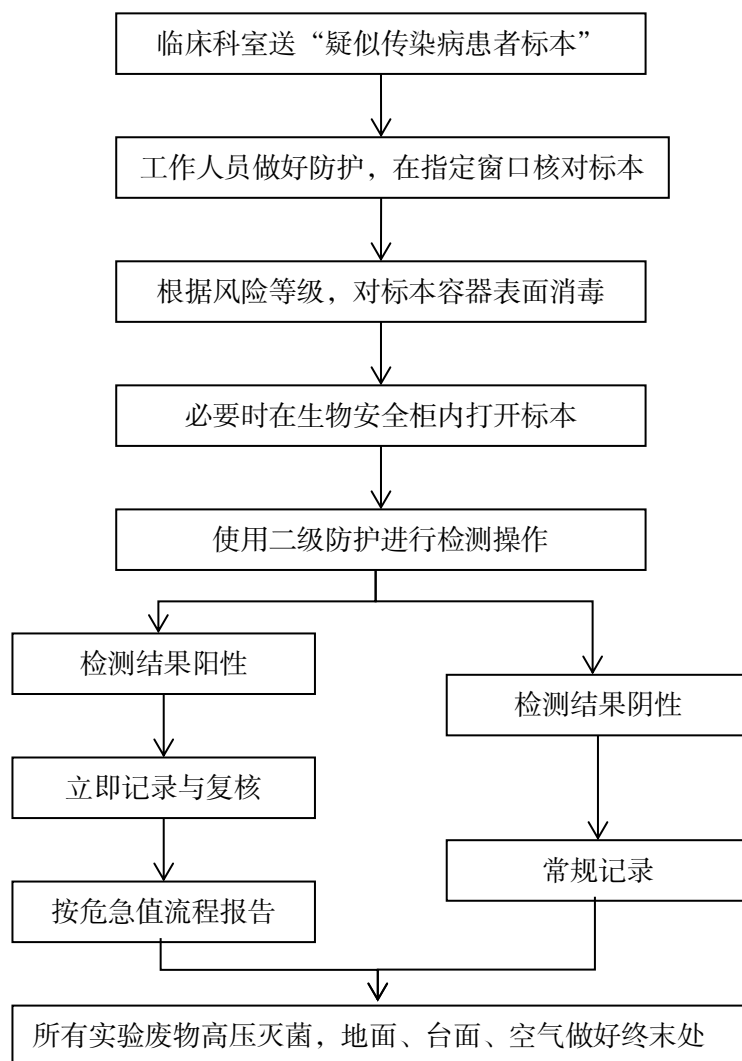
（附肠道门诊消毒流程图：参照发热门诊消毒流程图）

	制度编码	GWK-ZD-012	文件名称	检验科诊治疑似/传染病病人时工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第 2次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.12.01

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。

附检验科诊治疑似/传染病工作流程图

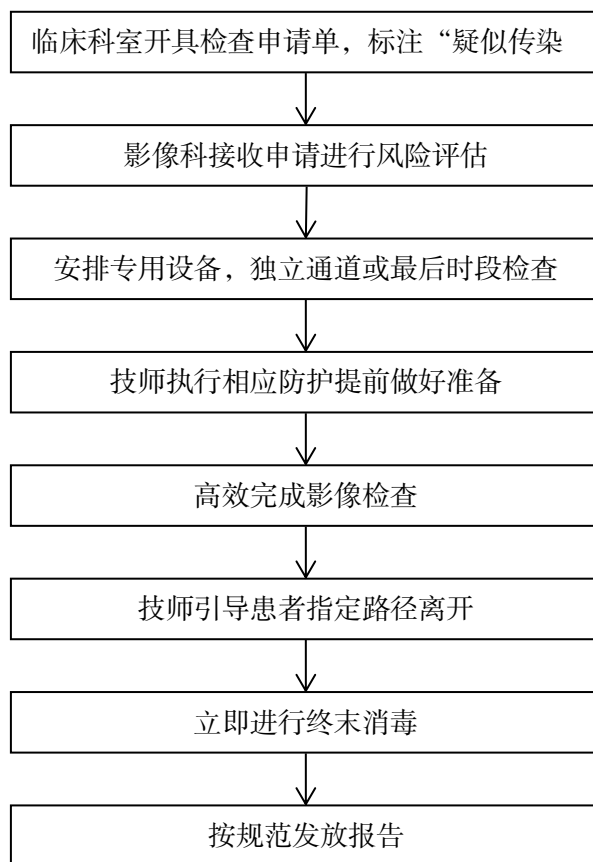


	制度编码	GWK-ZD-013	文件名称	影像科诊治疑似/传染病病人时工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.12.01

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。

附影像科诊治疑似/传染病工作流程图



	制度编码	GWK-ZD-014	文件名称	超声科诊治疑似/传染病病人时工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第 2 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.12.01

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。

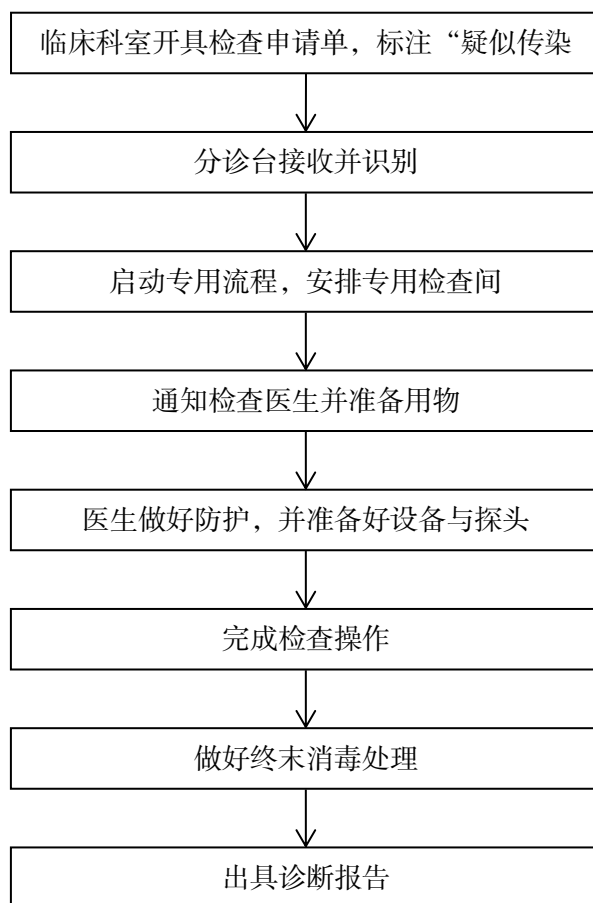
3、各项超声检查必须由临床医师详细填写申请单，包括病史、体征及阳性的实验室检查资料，并说明检查目的、要求及部位。

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；工作人员手卫生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。

附超声科诊治疑似/传染病工作流程



	制度编码	GWK-ZD-015	文件名称	预防接种用生物制品（疫苗）管理制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第 4 次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

预防接种用生物制品（疫苗）管理制度

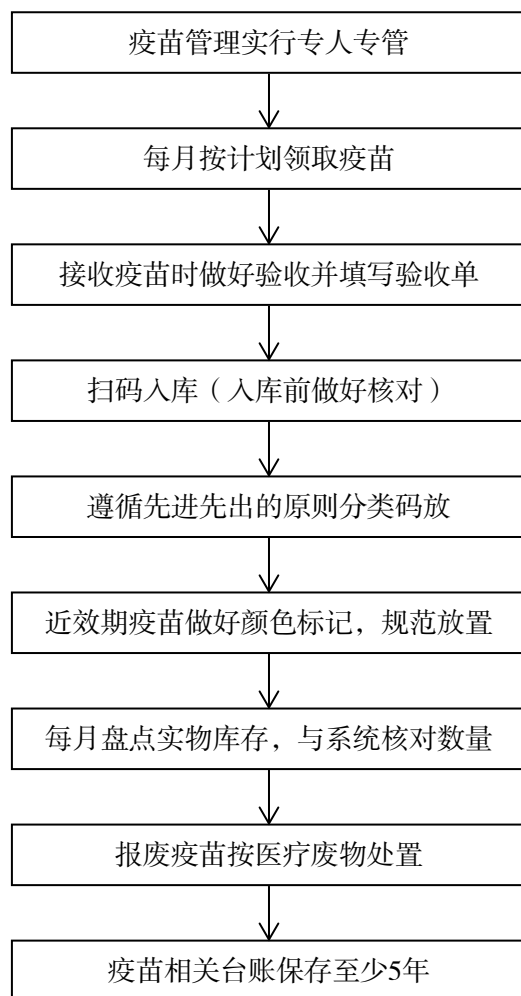
- 1、疫苗等生物制品实行专人专账管理，从事生物制品管理的人员须经培训，熟悉和掌握生物制品的管理要求。
- 2、按要求制定生物制品年度和月使用计划并及时报告，确保预防接种服务的需要。
- 3、按要求建立完整的出入库登记台账和领发等手续，记录完整、手续齐全。
- 4、疫苗采购、进货、领发、存储和使用严格执行《疫苗流通和预防接种管理条例》和《疫苗储存和运输管理规范》等要求，做到渠道合规、质量保证。
- 5、购进和接收疫苗时，要检查和收存生物制品批签发检验报告书，同时核实和收存生物制品在途运输温度记录和“疫苗运输温度记录表”。
- 6、生物制品出入库前要核对、登记“预防接种单位生物制品和接种器材出入库登记表”。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“报废疫苗登记表”，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、将需报废疫苗按医疗废物处理，填写“预防接种单位生物制品报废登记表”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。

附疫苗管理工作流程图

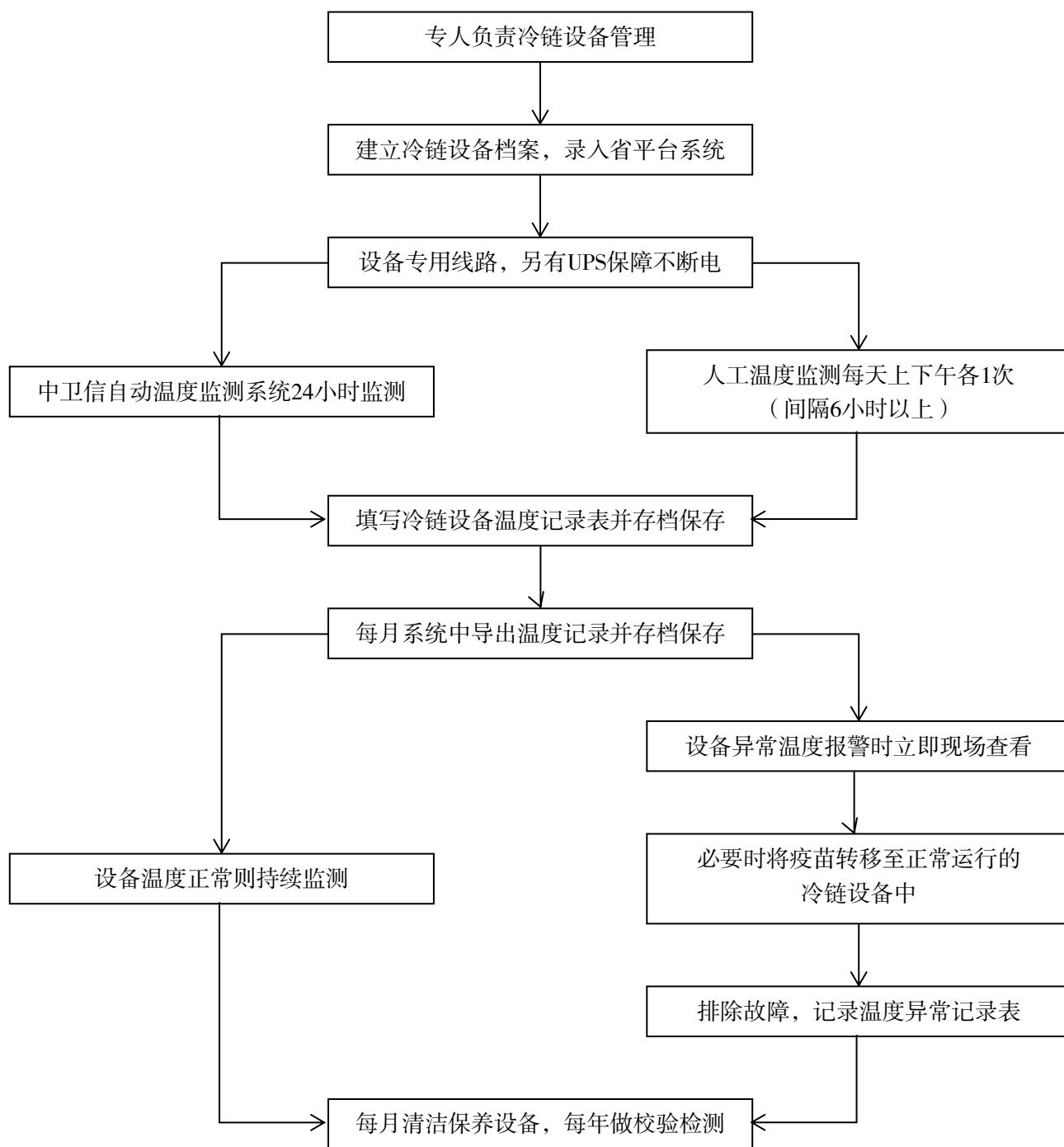


	制度编码	GWK-ZD-016	文件名称	冷链设备与温度监测管理制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第5次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.11.01

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。

附冷链设备与温度监测工作流程图



	制度编码	GWK-ZD-017	文件名称	疫苗安全接种制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第5次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.11.01

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（如卡介苗）开启后超过半小时、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。

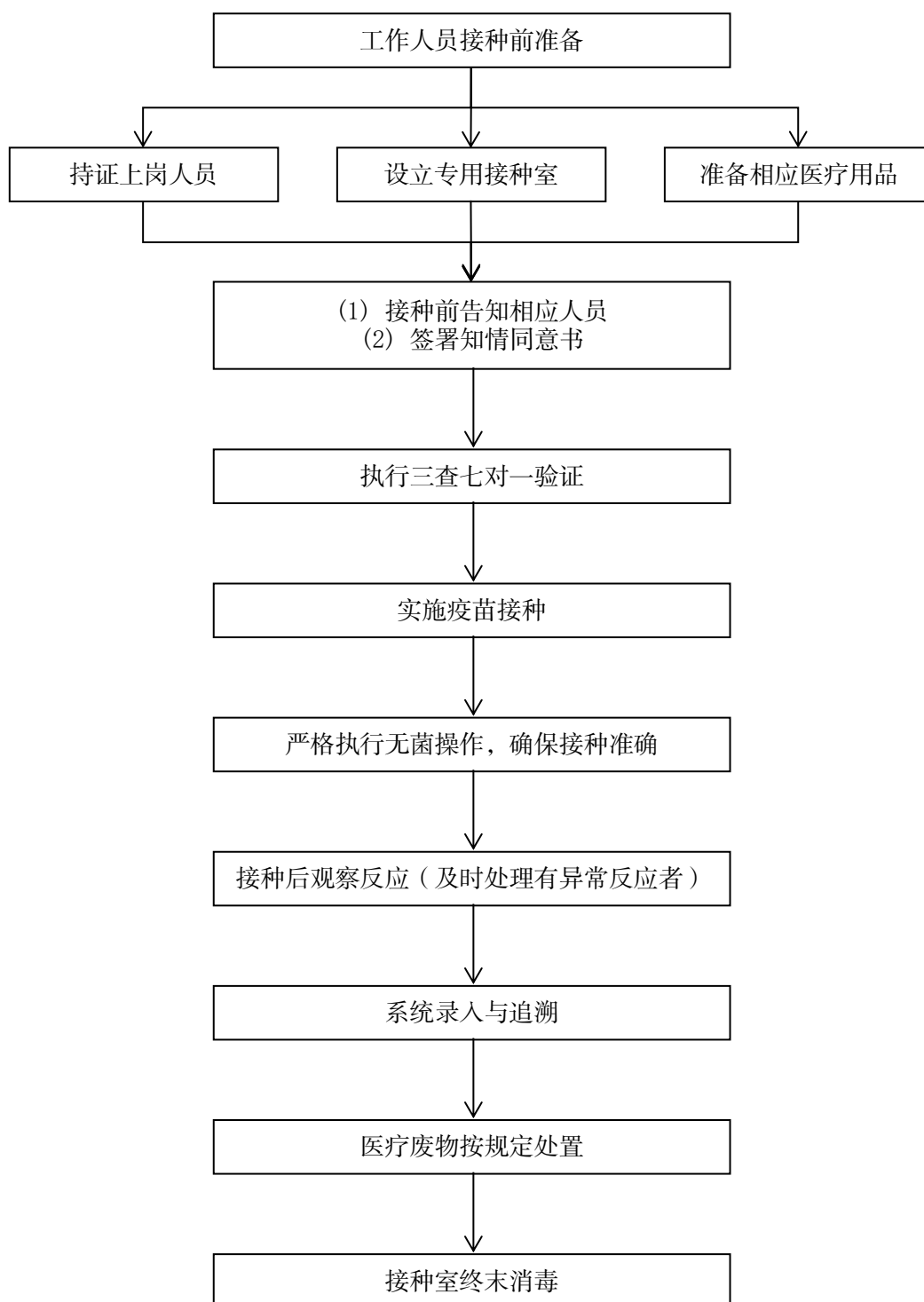
12、在注射过程中防止接种者和受种者被针头误伤。如被污染的注射针头刺伤，应立即清洗刺伤部位，并采取其他处置措施。注射器等锐器和其它医疗废弃物应放于受种者不能触及位置。

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。

附疫苗安全接种工作流程图：

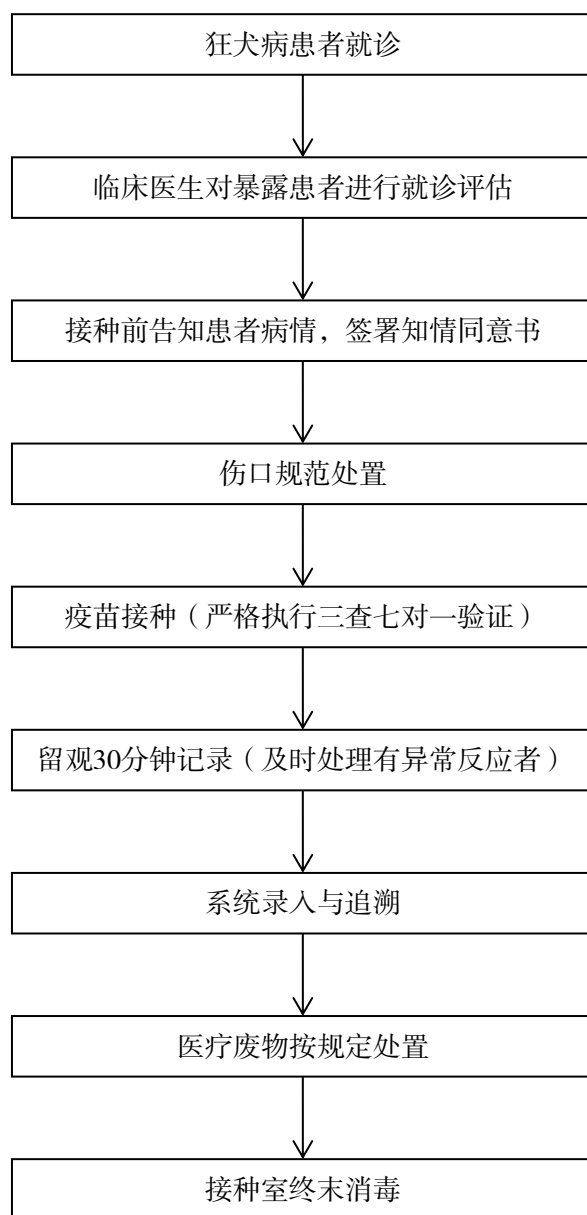


	制度编码	GWK-ZD-018	文件名称	狂犬病暴露 处置门诊工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第5次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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”，保存存档。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。

附狂犬病暴露处置工作流程图：

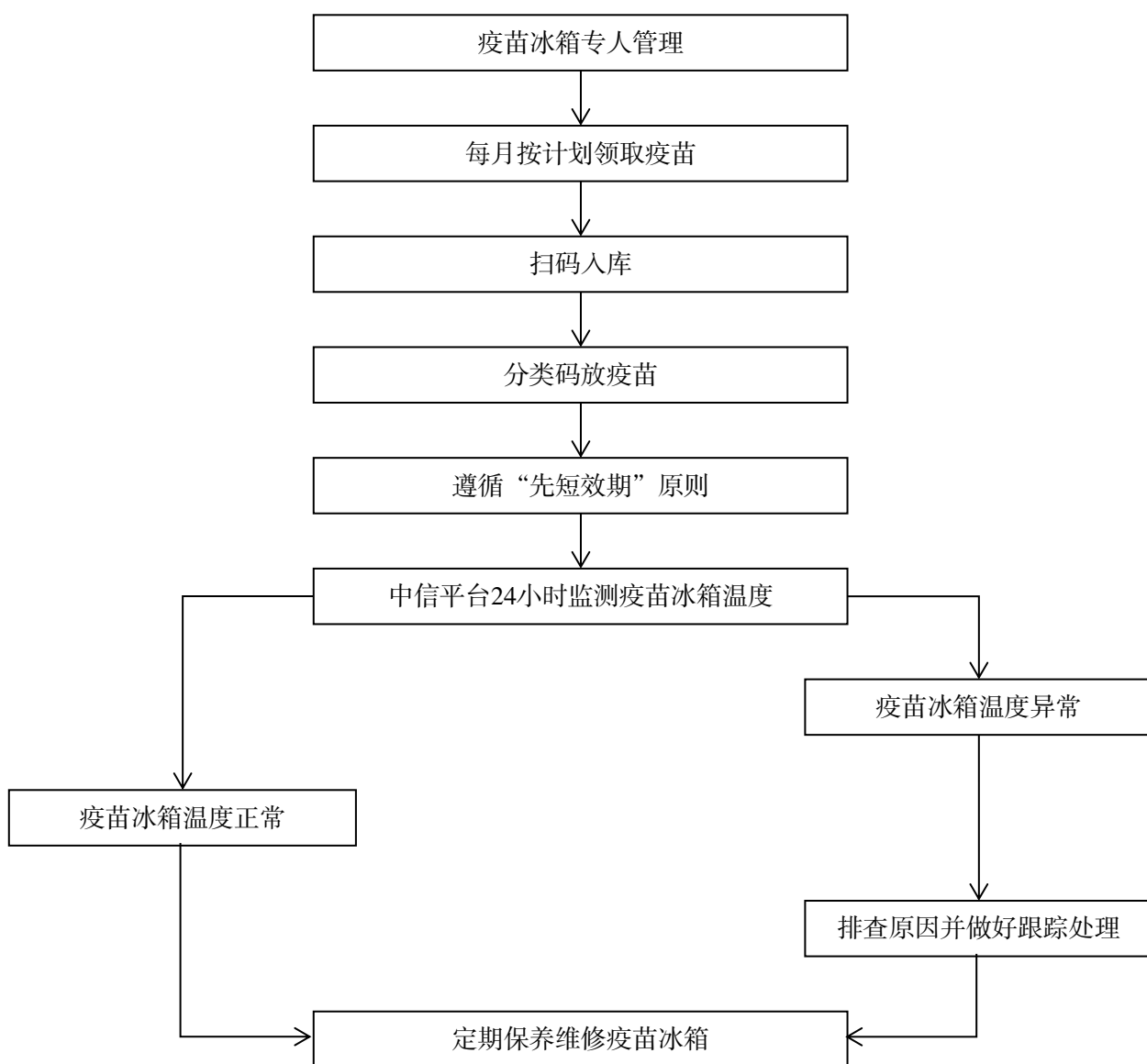


	制度编码	GWK-ZD-019	文件名称	狂犬病暴露预防 处置门诊冷链管理制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第4次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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。

附狂犬病暴露预防处置冷链管理工作流程图：

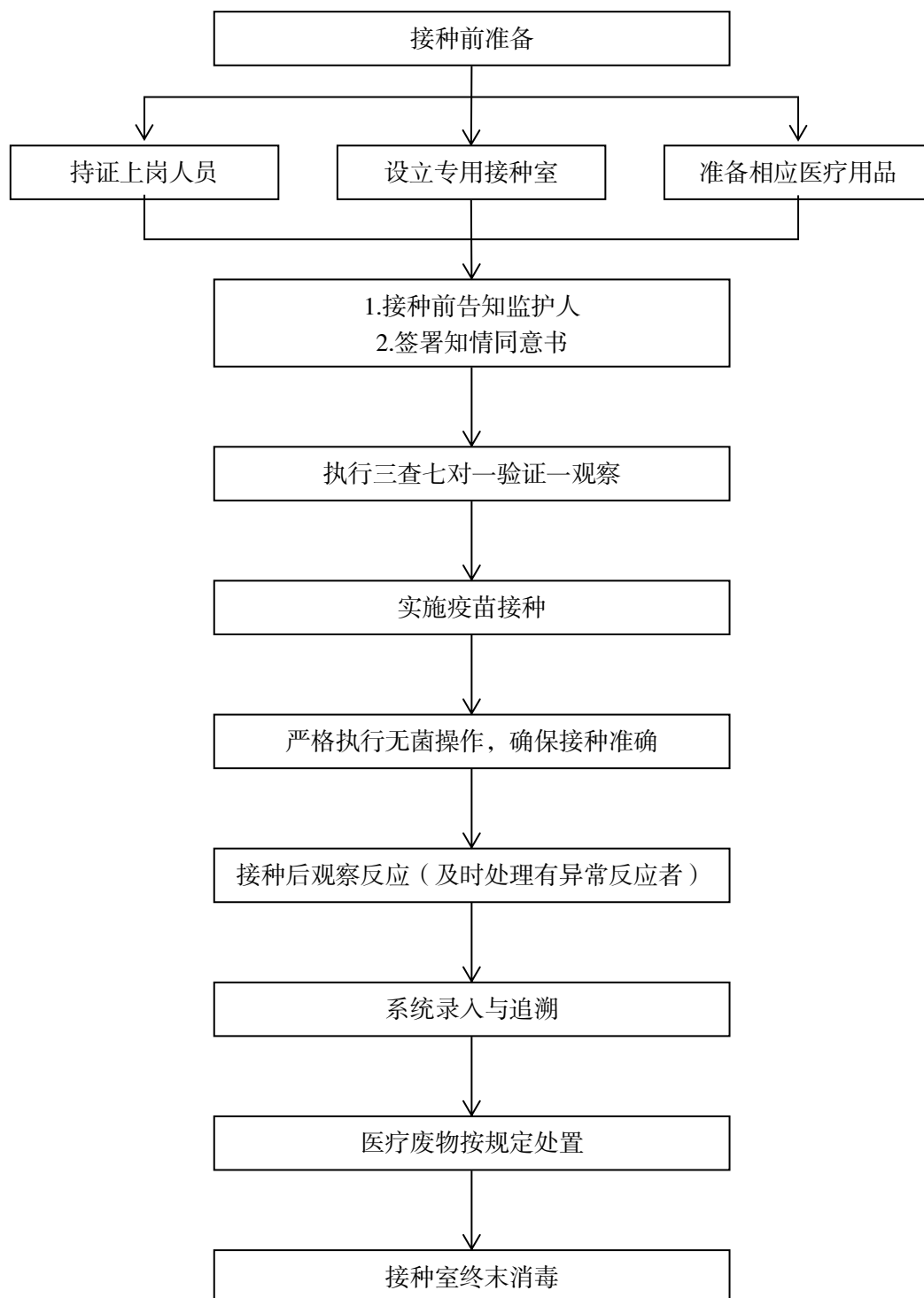


	制度编码	GWK-ZD-020	文件名称	新生儿预防接种工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第4次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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，签署知情同意书。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。

附新生儿预防接种工作流程图：

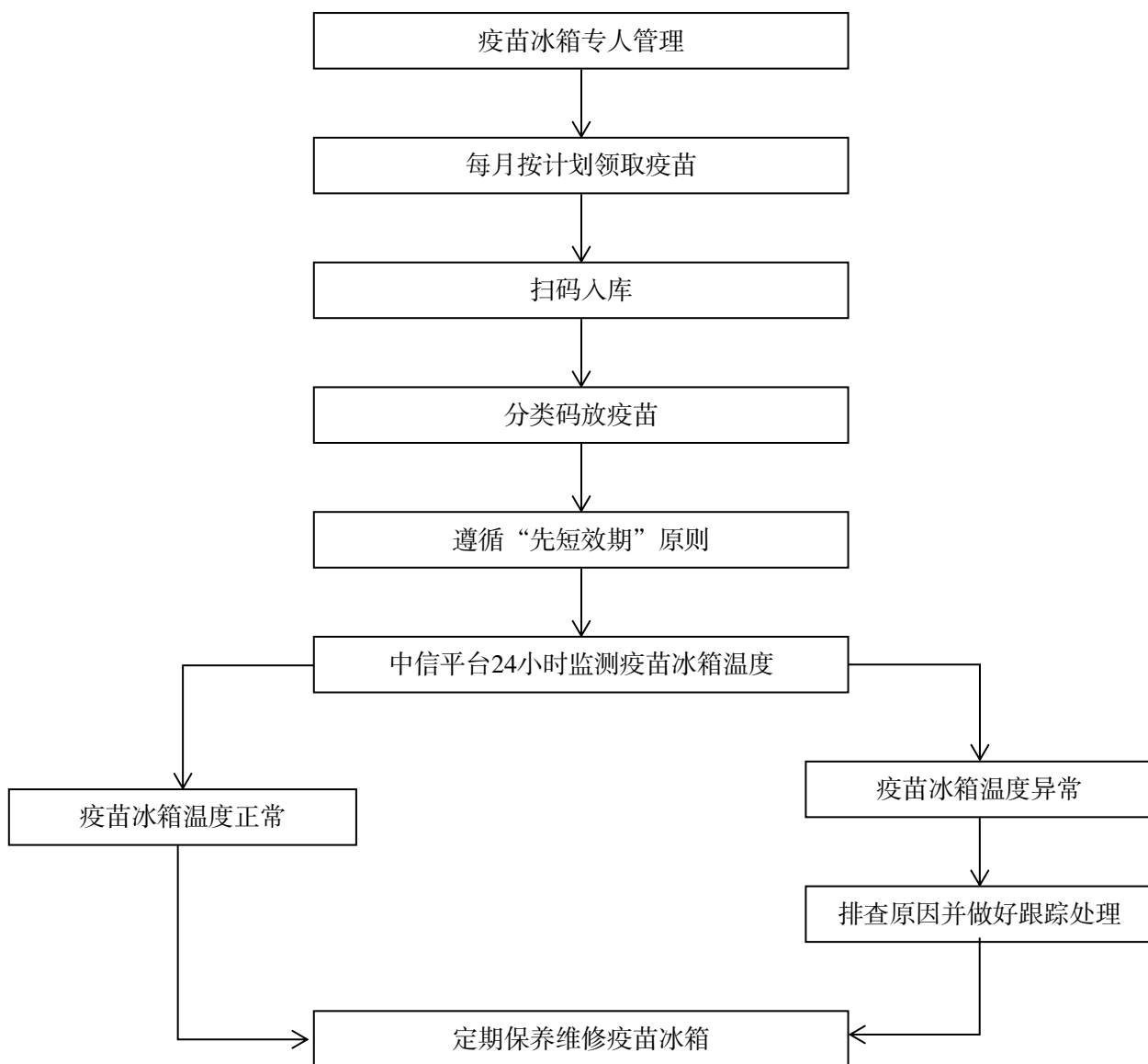


	制度编码	GWK-ZD-021	文件名称	新生儿疫苗和冷链管理制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第3次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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。

附新生儿疫苗和冷链管理流程图：



	制度编码	GWK-ZD-022	文件名称	35周岁以上首诊病人测血压制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第3次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，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、医务部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考核。
- 7、公共卫生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。

	制度编码	GWK-ZD-023	文件名称	慢性非传染性疾病报告制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第5次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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、区疾病预防控制中心的核查，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：唐李丽

副组长：张玉芳 郑 雄

组 员：应站专 李建军 潘晓帆 朱智勇 丁 宁 田宇剑 陈 晔 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 陈 磊 华立新 钱华钧 袁荣琴 牛秀德
王 昊 王开成 张冠新 杨述鸣 潘俊峰 冯秀媛

慢性病报告管理部门：公共卫生科

三、慢性病报告管理专职人员：张悦、陶小波

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1年内新诊断的下列疾病，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（常住人口）：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（常住人口）：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（江苏户籍常住人口）：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（常住人口）：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”。

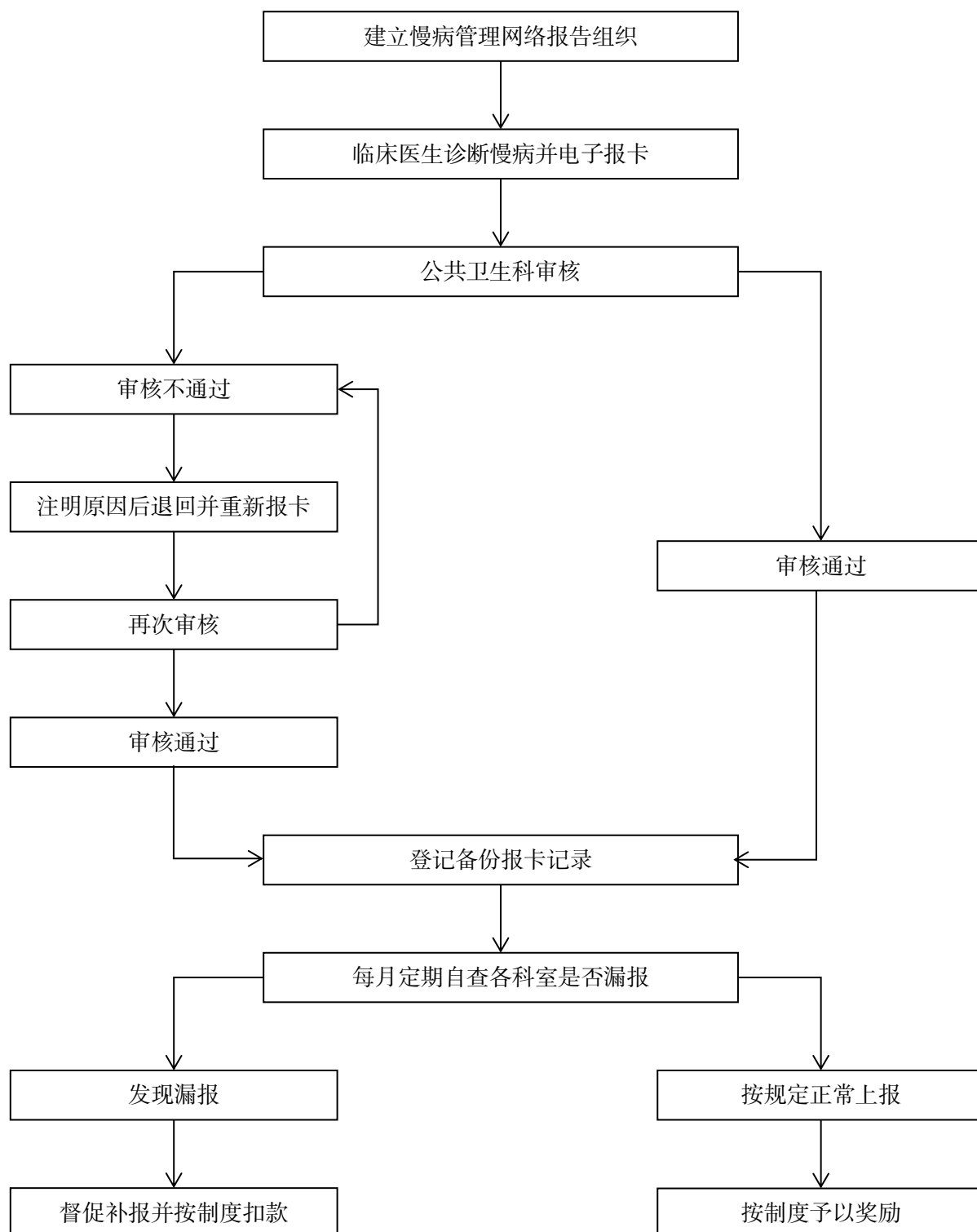
3、急性心肌梗死、脑卒中发病以28天为期，按发病例次计算，28天内如有第二次急性发作则不作登记；发病28天以后，又有急性发作则按又一新病例登记报卡。如发现为陈旧性梗死，则不作发病报告。

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。

附慢性非传染性疾病报告工作流程图：



	制度编码	GWK-ZD-024	文件名称	慢性非传染性疾病报告 自查制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第4次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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（常住人口）：（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（常住人口）：（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（江苏户籍常住人口）：（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（常住人口）：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。

	制度编码	GWK-ZD-025	文件名称	慢性非传染性疾病 报告自查制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第7次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2025.12.01

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，纸质字迹清晰易辨认，页面保持整洁，交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，电子报卡及时完成修改及审核。
- 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

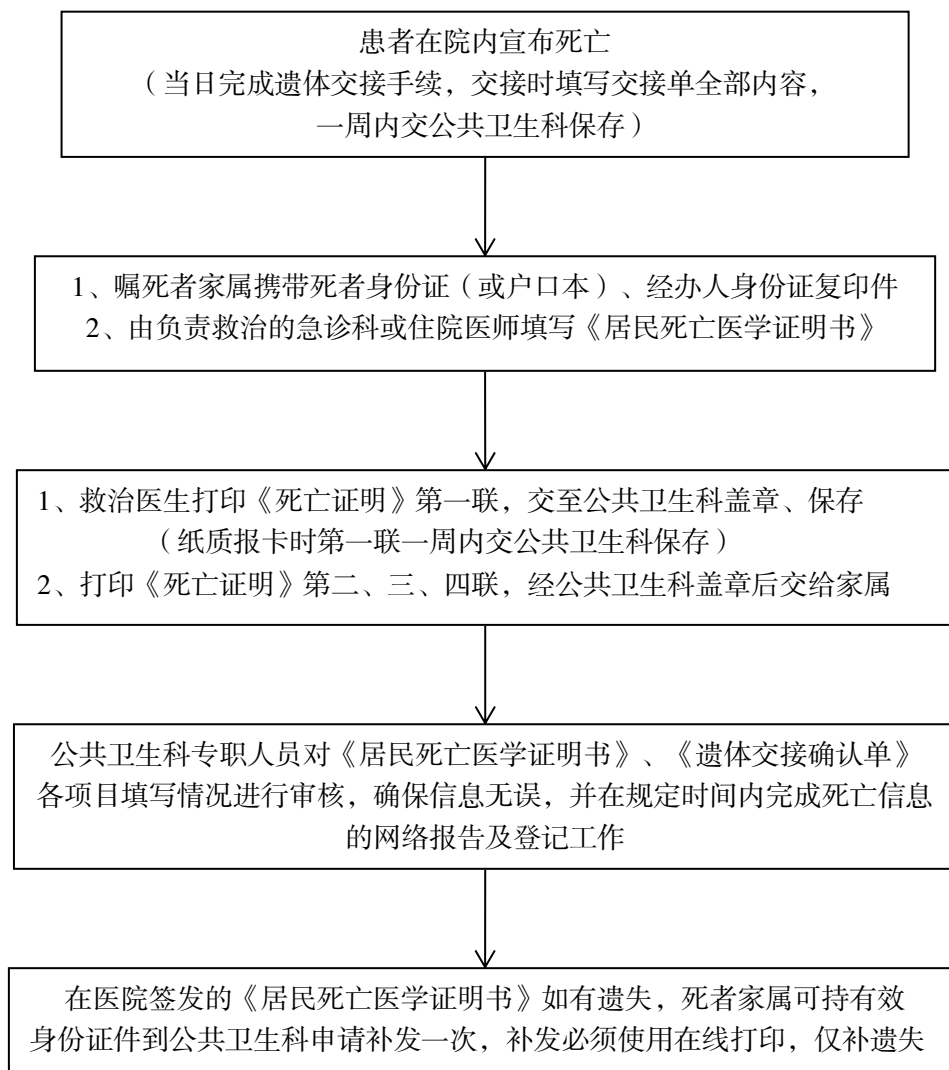
- 一、死亡报告管理领导和诊断小组：

组 长：唐李丽

副组长：郑 雄 张玉芳

组 员：应站专 李建军 潘晓帆 朱智勇 丁 宁 田宇剑 陈 晔 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 陈 磊 华立新 钱华钧 袁荣琴 牛秀德
 王 昊 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：张悦 陶小波

附2：死亡信息上报、死亡证明出具流程图



附3： 遗体交接确认单

一、基本信息

遗体姓名：	身份证号：
死亡时间：__年__月__日__时__分	死亡原因：
死亡地点： ☐ 病房 ☐ 急诊 ☐ ICU ☐ 其他	门诊（住院）号：
移交时间：__年__月__日__时__分	
遗体状态： ☐ 完好 ☐ 异常（说明：_____）	
是否传染病： ☐ 是（类型：_____） ☐ 否	

二、接收方信息（请勾选接收方类型并填写相应信息）

☐ 家属接收

接收人姓名		与死者关系：
身份证号		联系电话：

☐ 殡仪馆接收

殡仪馆名称		殡葬服务许可证号：_____
经办人姓名		联系电话：
转运车辆车牌号登记：		

三、交接确认声明

- 1.移交方已确认遗体信息准确无误。
- 2.接收方已核对遗体身份及状态，确认无异议。
- 3.如有医疗纠纷、司法鉴定或传染病等特殊情况，需另行备注说明。

移交方签字：_____

接收方签字：_____

交接日期：____年__月__日

注意事项

- 1.本确认单需由移交人、接收人及监督方（如适用）三方签字生效。
- 2.涉及传染病遗体时，需额外附《传染病遗体处理告知书》。
- 3.交接单与死亡证明医院联共同由公共卫生科存档。

	制度编码	GWK-ZD-026	文件名称	公共卫生管理工作 奖惩制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第7次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2025.12.01

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1000元、儿科500元、发热门诊护理单元500元。
- 2、每周监测送样：儿科护理500元、呼吸科护理1500元、神经外科护理奖300元等。
- 3、上报慢病按40元/例予以奖励。外出进行健康教育讲座：奖200元/次。
- 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）食源性疾病预防:奖40元/例、疑似麻风病例上报：奖200元/例；疑似麻疹上报：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、个人50元。

（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聚集性食源性事件、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。

（四）其他

1、死亡病例应在死亡后7天内报告。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。

	制度编码	GWK-ZD-027	文件名称	健康教育与科普宣传 工作制度	级别	院级
	制定部门	公共卫生科	制定人	张玉芳	内审人	唐李丽
	制度内容	修订（第4次）	制定时间	2012.04.28	修订时间	2024.12.01

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、医务部组织临床专家、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、医务部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。

	制度编码	XXK-ZD-001	制度名称	信息中心工作制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	李相宗
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024-09-01	生效时间	2024-09-17

信息中心工作制度

- 一、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。
- 二、信息中心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。
- 三、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。
- 四、信息中心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。
- 五、鼓励信息中心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。
- 六、信息中心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。
- 七、认真做好上级部门和院领导交办的其他各项工作。

	制度编码	XXK-ZD-002	制度名称	医院信息化网络安全管理制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025-09-17	生效时间	2025-11-01

医院信息化网络安全管理制度

第一章 总则

第一条 为规范医院网络安全管理工作，保障医院信息系统安全稳定运行，保护患者隐私和医疗数据安全，防范网络安全风险，根据《中华人民共和国网络安全法》、GB/T 28827.8-2022《信息技术服务 运行维护 第8部分：医院信息系统管理要求》等法律法规，结合医院实际情况，制定本制度。

第二条 本制度所称网络安全管理是指为保障医院网络系统的安全运行，保护网络系统中的数据安全，防止和减少因各种因素对网络的破坏、干扰和非法入侵等危害而采取的各种技术和管理措施。本制度适用于医院所有信息系统、网络设备、终端设备及相关人员。

第三条 医院成立医院信息质量与安全委员会，由院长担任组长，分管信息化副院长担任副组长，信息中心、医务部、护理部、医保科等相关科室负责人为成员，负责医院网络安全管理工作的组织和协调。委员会下设办公室，办公室设在信息中心，由信息中心主任负责日常工作。

第二章 岗位职责

第四条 信息中心设置网络安全管理员负责医院网络信息安全技术防护和安全管理，设置网络安全审计员负责对医院网络安全防护体系运行情况进行监督。网络安全管理员、网络安全审计员与网络管理员、数据库管理员岗位独立，网络管理员、数据库管理员对网络安全管理员和网络安全审计员工作提供协助配合。

第五条 网络安全管理员职责包括但不限于：

- 1、负责医院网络安全防护体系的日常运行维护；
- 2、负责网络安全设备和安全软件的配置管理和更新维护；
- 3、定期开展网络安全风险评估和漏洞扫描；
- 4、制定并实施网络安全事件应急预案；
- 5、负责各类系统软件安全补丁的收集、测试和安装；

- 6、负责病毒库的更新与维护；
- 7、协助开展网络安全培训和宣传工作；
- 8、按照网络安全等级保护要求，定期进行网络安全自查。

第六条 网络安全审计员职责包括但不限于：

- 1、定期审查网络安全防护体系运行情况；
- 2、检查网络安全管理制度执行情况；
- 3、对网络设备、服务器、数据库等安全日志进行分析；
- 4、监控并记录网络安全异常事件；
- 5、定期出具网络安全审计报告；
- 6、监督网络安全整改措施的落实情况。

第七条 网络管理员职责包括但不限于：

- 1、负责医院网络基础设施的日常维护与管理；
- 2、协助网络安全管理员进行网络安全配置与优化；
- 3、负责网络设备的增删改配置变更；
- 4、保障网络系统的稳定运行。

第八条 数据库管理员职责包括但不限于：

- 1、负责医院数据库的日常维护与管理；
- 2、协助网络安全管理员进行数据库安全配置；
- 3、负责数据库备份与恢复；
- 4、监控数据库运行状态。

第三章 安全防护

第九条 信息中心主任负责组织开展医院网络信息安全风险分析评估，内部技术骨干参与，必要时邀请外部技术专家参加。针对安全风险，结合网络安全等级保护相关标准要求，组织制定医院网络信息安全技术防护方案，并按方案实施技术防护。每年度组织一次网络信息安全风险复评，根据情况变化提出安全防护改进措施。

风险评估应包括但不限于以下内容：

- 1、网络拓扑结构安全评估；
- 2、网络设备安全评估；
- 3、服务器安全评估；
- 4、应用系统安全评估；
- 5、数据安全评估；
- 6、终端安全评估；
- 7、物理环境安全评估。

第十条 凡需接入医院网络的工作终端设备，要按照终端防护要求，统一安装杀毒和管理软件、关闭风险端口。要采取技术手段对接入医院网络的终端设备进行自动识别和准入控制。未经注册允许和未经规范防护的终端设备禁止和自动拒绝接入医院网络。

终端防护具体要求如下：

- 1、所有终端必须安装医院统一配置的杀毒软件，并保持实时防护功能开启；
- 2、所有终端必须安装终端管理软件，接受统一监控管理；
- 3、关闭不必要的网络服务和端口；
- 4、及时安装操作系统及应用软件安全补丁；
- 5、禁止安装未经授权的软件；
- 6、按医院统一要求设置屏幕保护和自动锁定功能；
- 7、按医院统一要求设置自动关机策略；
- 8、终端设备用户密码必须符合复杂度要求。
- 9、未经授权许可，数据不得跨境传输。

第十一条 用户端未用网络接入端口应处于空置状态，不得联接网络交换机。用户终端撤除或调整网络连接端口时，应将终端接入的交换机端口连线断开。

网络连接管理具体要求如下：

- 1、网络管理员应定期检查网络接入点使用情况，及时断开未使用的网络端口；
- 2、禁止私自安装无线路由器、交换机等网络设备；
- 3、禁止私自改变网络物理连接；

第十二条 医院网络应按照安全要求划分为不同安全域，包括：

内部业务网：用于医院内部业务系统运行；

专线网：用于与外部机构的数据交换；

互联网出口区：用于访问互联网资源；

互联网入口区：用于面向公众提供服务；

不同安全域之间应采用防火墙进行隔离，并实施严格的访问控制策略。

第十三条 对面向公众服务的互联网进口区，须采取技术措施与医院业务网络进行安全隔离，限制公众终端只可访问公众服务网络节点和应用服务。

公众服务网络安全管理要求：

- 1、在物理上或逻辑上与医院业务网络完全隔离；
- 2、部署防火墙、入侵检测系统等安全防护设备；
- 3、限制公众终端只能访问指定的应用服务；
- 4、禁止公众终端访问医院内部业务系统和医疗数据；
- 5、对公众终端进行上网行为监控；
- 6、定期清理公众终端的临时文件和浏览记录。

第四章 用户管理

第十四条 医院工作人员需要使用信息系统的，经所在部门提出申请，信息中心严格按照人员角色和其工作职责进行用户授权。工作人员离职时需及时注销其用户名。

用户管理流程如下：

1、新增用户：新员工凭人力资源部《新员工入职通知书》，由信息中心在相应系统创建初始账号，医务部、护理部负责分别对新入职医生、护士进行系统授权，医技科室对其所属新入职人员进行系统授权，信息中心对职能科室新入职人员进行系统授权；

2、权限变更：科室负责人向系统授权部门提交权限变更申请，由系统授权部门进行权限变更；

3、账号注销：信息中心依据人力资源部离职、退休人员凭证，注销用户系统账号；

第十五条 网络交换机、服务器、数据库系统等关键设备设施管理员用户不得使用默认口令和弱口令，管理员用户名和口令不得泄露给他人。

口令管理具体要求：

1、口令长度不少于8位，由大写字母、小写字母、数字和特殊字符中的至少三种组成；

2、禁止使用与个人信息相关的简单口令；

3、关键系统的管理员口令至少每3个月更换一次；

4、普通用户口令至少每6个月更换一次；

5、口令不得明文记录或存储；

6、初始口令必须在首次登录时更改；

7、连续5次口令验证失败，账号将被锁定，需向网络安全管理员申请解锁；

8、管理员口令由网络安全管理员生成并妥善保管，必要时采用分段保管方式。

第五章 运维安全

第十六条 所有信息系统合作厂商应签署《信息安全保密承诺书》（见附件1）。远程运维人员对服务器、网络设备的运维应通过运维安全审计系统（堡垒机）进行操作，对操作过程追踪审计。特殊情况需要直接连接设备的，需在机房本地工作站操作，运维全程有信息中心工作人员陪同。

外来运维人员管理流程：

1、外来运维人员必须在信息中心工作人员陪同下进行操作；

2、运维工作结束后，信息中心工作人员应检查设备状态并记录运维结果；

3、外来运维人员离开机房前，登记运维工作记录。

第十七条 网络安全审计员对网络安全运行情况进行日常监测和分析，定期对网络安全防护设备设施的工作日志、数据库访问审计日志进行检查分析，对检查结果进

行记录，发现异常及时报告和处置。

日志审查内容包括但不限于：

- 1、防火墙、入侵检测/防御系统日志；
- 2、服务器操作系统日志；
- 3、数据库访问日志；
- 4、应用系统访问日志；
- 5、运维审计系统日志；
- 6、终端安全管理系统日志。

日志审查要求：

- 1、网络安全审计员每周至少进行一次日志检查和分析；
- 2、检查后填写《安全日志审查记录表》；
- 3、发现异常情况，应立即向信息中心主任报告并采取应对措施；
- 4、重大安全事件应按照安全事件处置流程进行处理；
- 5、日志保存期限不少于6个月。

第十八条 网络安全管理员每季度进行一次网络安全全面检查，重点检查系统漏洞、安全规则配置、终端及服务器防护等，对发现的网络安全隐患及时进行整改加固。

安全检查内容包括但不限于：

- 1、网络设备安全配置检查；
- 2、服务器操作系统安全配置检查；
- 3、数据库安全配置检查；
- 4、应用系统安全配置检查；
- 5、终端安全防护检查；
- 6、漏洞扫描；
- 7、弱口令检测；
- 8、安全防护设备规则配置检查。

安全检查流程：

- 1、网络安全管理员制定季度安全检查计划；
- 2、按计划实施检查工作；
- 3、检查完成后填写《网络安全检查报告》（见附件2）；
- 4、对发现的安全隐患提出整改建议并跟踪整改落实情况；
- 5、整改完成后进行复查确认。

第十九条 当信息系统部署发生变更时，系统负责人应及时报告网络安全管理员。网络安全管理员应根据信息系统和设备部署的变化情况，按照最小授权原则，动态调整安全防护设备的配置策略，保持安全防护体系的有效性。

安全策略配置管理要求：

- 1、信息系统部署变更前，系统负责人记录变更内容、影响范围、安全风险等；
- 2、系统变更经信息中心主任确认后实施；
- 3、网络安全管理员根据变更内容调整相关安全策略；
- 4、变更完成后，网络安全管理员对安全策略进行验证；
- 5、所有安全策略配置变更应详细记录并存档；
- 6、重要安全策略变更前应进行风险评估。

第二十条 网络安全管理员负责各类系统软件安全补丁的收集、安装和病毒库升级。当补丁安装涉及生产系统运行时，应与相关系统负责人先行测试，稳妥无误后再正式安装。

补丁升级管理要求：

- 1、网络安全管理员定期收集操作系统、数据库、中间件等系统补丁信息；
- 2、对补丁进行安全性和兼容性评估；
- 3、在测试环境进行补丁安装测试；
- 4、测试无误后，填写《补丁安装申请表》（见附件3）；
- 5、经信息中心主任审批后，按照预定计划在生产环境安装补丁；
- 6、补丁安装后进行系统功能验证；
- 7、安装完成后填写《补丁安装记录表》。

第六章 人员与介质安全

第二十一条 信息中心应对内部工作人员、外包服务人员、厂商远程、驻场工程师进行网络安全教育，组织学习网络安全管理相关制度。对离职或转岗人员要及时收回其网络、设备、系统、数据操作权限。

人员安全管理要求：

- 1、新入职信息中心人员必须签署《网络信息安全承诺书》（见附件4）；
- 2、外包服务人员、厂商远程、驻场工程师必须提供公安机关出具的无犯罪记录证明；
- 3、每年至少组织一次网络安全培训；
- 4、培训内容包括但不限于：网络安全法律法规、网络安全管理制度、常见网络安全威胁及防范措施等；
- 5、培训后进行考核，考核结果记入个人业绩考核；
- 6、人员离职或转岗时，及时收回其系统权限；

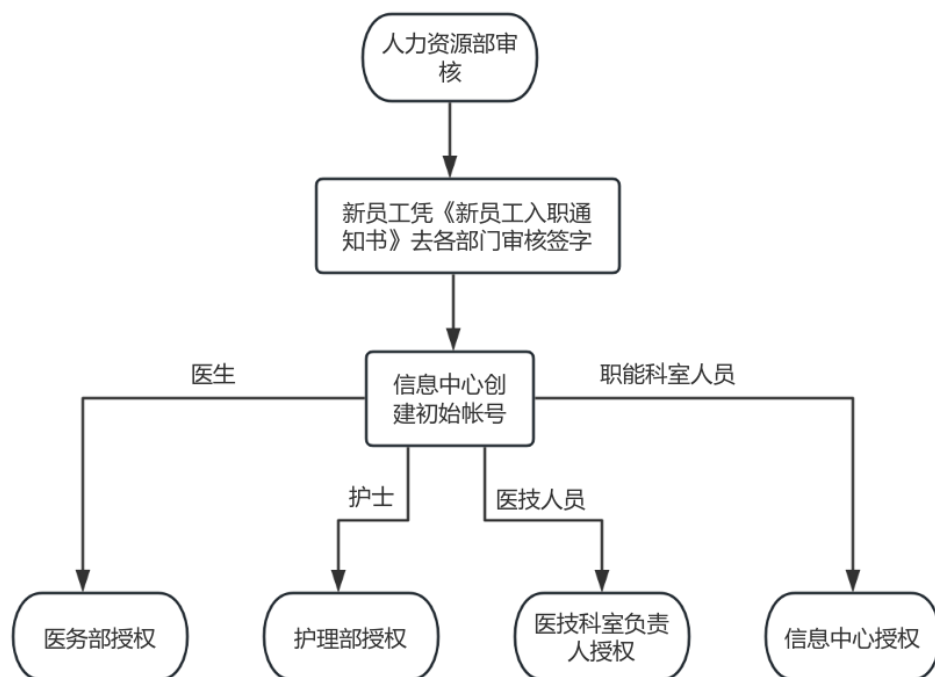
第二十二条 对于报废的计算机、服务器及存储设备，应先进行数据销毁。

第七章 附则

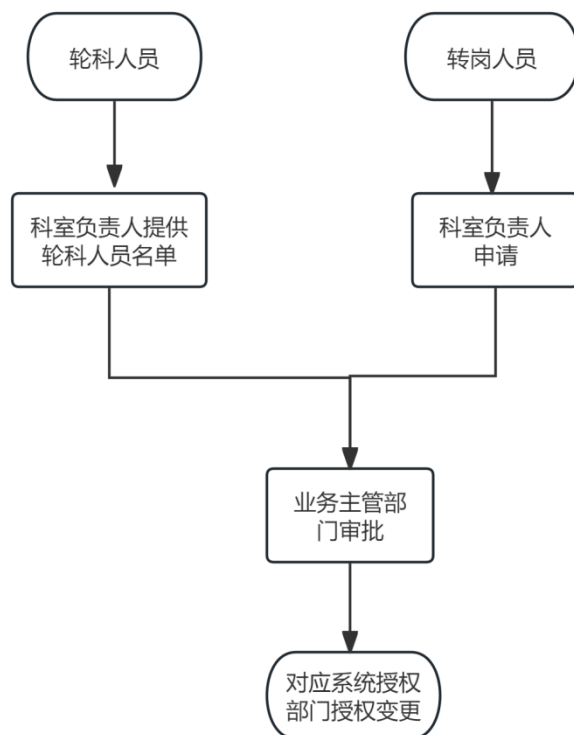
第二十三条 本制度由信息中心负责解释。

第二十四条 本制度自发布之日起实施。

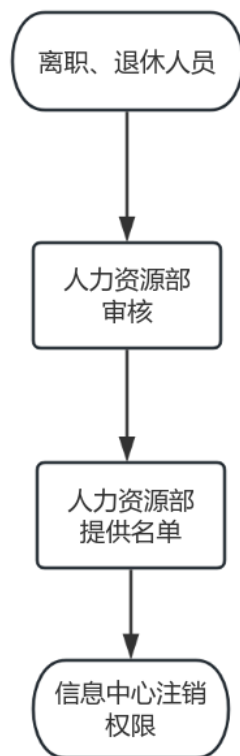
员工授权管理流程图：



权限变更流程图：



权限注销流程图



	制度编码	XXK-ZD-003	制度名称	医院信息化用户数据服务管理制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	徐太静
	制度版次	新增	制定时间	2025-09-17	生效时间	2025-12-17

医院信息化用户数据服务管理制度

第一章 总则

第一条 为规范医院数据服务管理流程，保障数据安全与服务质量，根据《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国数据安全法》《医疗机构病历管理规定》等法规，结合本院实际，制定本制度。

第二条 本制度适用于信息中心面向医院管理、医疗、科研、数据上报等需求提供的医院信息系统相关数据服务，包括以下内容：

- 数据查询：基于用户需求，从医院信息系统（HIS、LIS、PACS等）中调取数据；
- 数据统计：按业务需求生成统计报表（如门诊量、住院人次、手术量等）；
- 数据处理：根据用户特定需求对原始数据进行筛选、转换、清洗和格式化等处理；
- 数据报表开发：针对经常性、固定化的数据需求开发专用报表工具；
- 数据接口对接：为院内外系统间的数据传输提供技术支持。
- 数据分析：提供趋势分析、关联性分析等深度数据应用服务。

第三条 本制度适用于医院内部所有申请数据服务的部门和个人，以及提供数据服务的信息中心相关工作人员。

第二章 组织架构与职责

第四条 信息中心设立数据服务岗（可兼职），职责包括：

- 1、对接用户需求，评估服务可行性；
- 2、执行数据提取、处理及分析任务；
- 3、落实数据脱敏与保密要求；
- 4、配合完成服务质量的交叉核对。

第四条 数据服务人员需满足以下要求：

- 1、熟悉医院信息系统（HIS、EMR、LIS、PACS等）的数据结构及接口规范；
- 2、掌握SQL、Python等数据处理工具，具备统计分析能力；
- 3、了解医院业务流程和数据安全规范；
- 4、严格遵守数据服务流程及保密协议；

5、定期参加数据安全及隐私保护培训。

第三章 服务流程

第五条 用户在OA上填写数据需求流转单，明确说明：

- 1、申请部门与申请人信息；
- 2、数据服务需求描述与用途；
- 3、所需数据范围（时间段、科室范围等）；
- 4、预期完成时间；
- 5、统计口径；
- 6、数据输出格式要求。

申请表需经所在部门负责人（科主任/部门负责人）签字确认，主管部门审批。

对于教学科研用途的数据申请，还需附上相关科研或教学项目证明材料。

第六条 用户服务申请统一由信息中心用户服务台受理，服务台工作时间为工作日7：45-17：00。

服务台接收申请后，应在1个工作日内完成初步审核并分配工单编号。

特殊数据申请审批要求：

- 1、敏感数据查询（包括但不限于药品耗材使用统计、医生处方量、医疗收入明细等）需报医院财务部审批；
- 2、需提取下载患者病例明细数据的，需报医务部和护理部审批；
- 3、涉及员工个人绩效数据的，需报人力资源部审批。

审批通过后，由信息中心主任或分管副主任最终审定并批准实施。

对于紧急数据需求（如应对突发公共卫生事件、上级检查等），可由用户填写《紧急数据服务申请表》（见附件2），经医院分管领导签字后，优先安排处理。

第七条 数据服务人员在接受任务后，应在2个工作日内与申请用户进行需求沟通，明确：

- 1、数据需求的具体内容和边界；
- 2、数据源系统和数据项定义；
- 3、数据提取的条件和逻辑关系；
- 4、数据处理的方法和呈现形式。

如需求过于复杂或模糊，数据服务人员应组织相关业务部门和技术人员共同讨论，形成可执行的方案。

第八条 数据服务人员在接受服务任务时，应当对任务的完成时限进行估计并告知用户。时限估计应考虑：

- 1、数据量大小；

- 2、查询复杂度；
- 3、处理难度；
- 4、当前工作负荷。

数据服务任务完成时限标准：

- 1、简单查询类（单表、少量数据）：1-3个工作日内；
- 2、一般复杂度的数据服务任务：3-5个工作日内；
- 3、高复杂度任务（多系统、大数据量、复杂逻辑）：10个工作日内；
- 4、特殊分析类任务：根据具体情况协商确定，但不超过15个工作日。

如遇特殊情况需延长服务时限的，服务人员应提前向用户说明原因并重新约定完成时间。

服务台应建立数据服务任务跟踪机制，定期（每周）检查任务进度，对逾期未完成的任务进行督办。

第四章 质量管理

第九条 数据服务实行"双人双核"制度：

第一责任人：负责数据处理的服务人员；

第二责任人：负责数据质量检查的审核人员。

数据服务过程质量控制要点：

- 1、数据源确认：明确数据来源系统及数据表；
- 2、数据条件核实：验证筛选条件的准确性和完整性；
- 3、关联逻辑检查：确保多表关联的正确性；
- 4、计算公式审核：验证统计计算的逻辑和算法；
- 5、数据抽样检验：抽取部分数据与源系统进行比对。

数据服务人员应建立《数据处理工作日志》（见附件4），详细记录：

- 1、数据处理的SQL语句或处理脚本；
- 2、主要处理步骤和方法；
- 3、数据异常情况及处理方式；
- 4、结果验证方法和结论。

数据处理完成后，审核人员应至少抽取5%的数据结果进行核对，确保结果数据的准确性和一致性。

第十条 数据服务结果交付应包含以下内容：

- 1、数据文件（Excel、CSV等格式）；
- 2、《数据服务结果说明书》（见附件5），包含数据来源、统计口径、处理方法、使用注意事项等；

3、必要的图表和分析结论（如有需要）。

数据交付前应进行最终质量检查：

- 4、数据完整性检查；
- 5、格式一致性检查；
- 6、异常值检查；
- 7、合计数验证。

用户接收数据后，应在3个工作日内反馈使用情况，如有疑问或发现问题，服务人员应及时解答和修正。

第五章 安全管理

第十一条 对于非患者医疗直接相关的用户需求，交付的结果数据中应进行以下脱敏处理：

- 去除患者姓名、身份证号、电话、地址等个人标识信息；
- 对患者ID进行加密或替换为临时编码；
- 对出生日期仅保留年龄或年龄段；
- 对住址信息仅保留区县级行政区划。

临床医疗直接相关的数据需求（如病历质控、医疗安全分析等），可保留患者基本信息，但申请人须签署《数据安全保密承诺书》（见附件6）。

特殊科研需求确需包含患者个人信息的，除签署数据保密承诺外，还需提供伦理委员会审批文件。

第十二条 数据服务人员应严格遵守以下数据安全保密要求：

- 1、不得对无关人员泄露医院和患者个人信息；
- 2、不在工作终端上长期保存业务数据；
- 3、不将数据文件存储在非授权设备上；
- 4、不通过非官方渠道传输数据；
- 5、不在公共场所处理敏感数据。

数据处理环境安全管理：

- 1、数据处理工作站须安装最新安全软件；
- 2、设置复杂密码并定期更换；
- 3、离开工位时锁定计算机屏幕；
- 4、禁止在非授权电脑上处理医院数据。

在每项服务任务完成后，服务人员应在7日内将工作终端上该任务所使用的原始数据和中间处理文件彻底删除，并在《数据处理工作日志》中记录删除操作。

信息中心应建立数据服务档案库，对所有数据服务申请、处理过程和结果进行归档保存，保存期限不少于2年。

第六章 禁止与罚则

第十三条 未经用户所在部门领导签字和信息中心主任或分管副主任批准，任何工作人员不得私自提供数据服务。

- 1、严禁超出用户申请范围提供数据。
- 2、严禁将医院数据用于商业目的或个人利益。
- 3、严禁为非医院工作人员提供医院内部数据。
- 4、严禁利用数据进行药品耗材统方等违规活动。
- 5、严禁篡改、伪造数据结果。
- 6、严禁在未经授权的情况下复制、保存和传播医院数据。

第十四条 违反本制度的，根据情节轻重，给予以下处理：

- 1、第一次违规：书面警告；
- 2、第二次违规：通报批评，暂停数据服务权限1-3个月；
- 3、严重违规：调离工作岗位，并按医院相关规定处理。

造成医院或患者信息泄露的，将根据《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》等法律法规追究相关责任。

违反医疗卫生行业相关法规的，将移交相关部门处理。

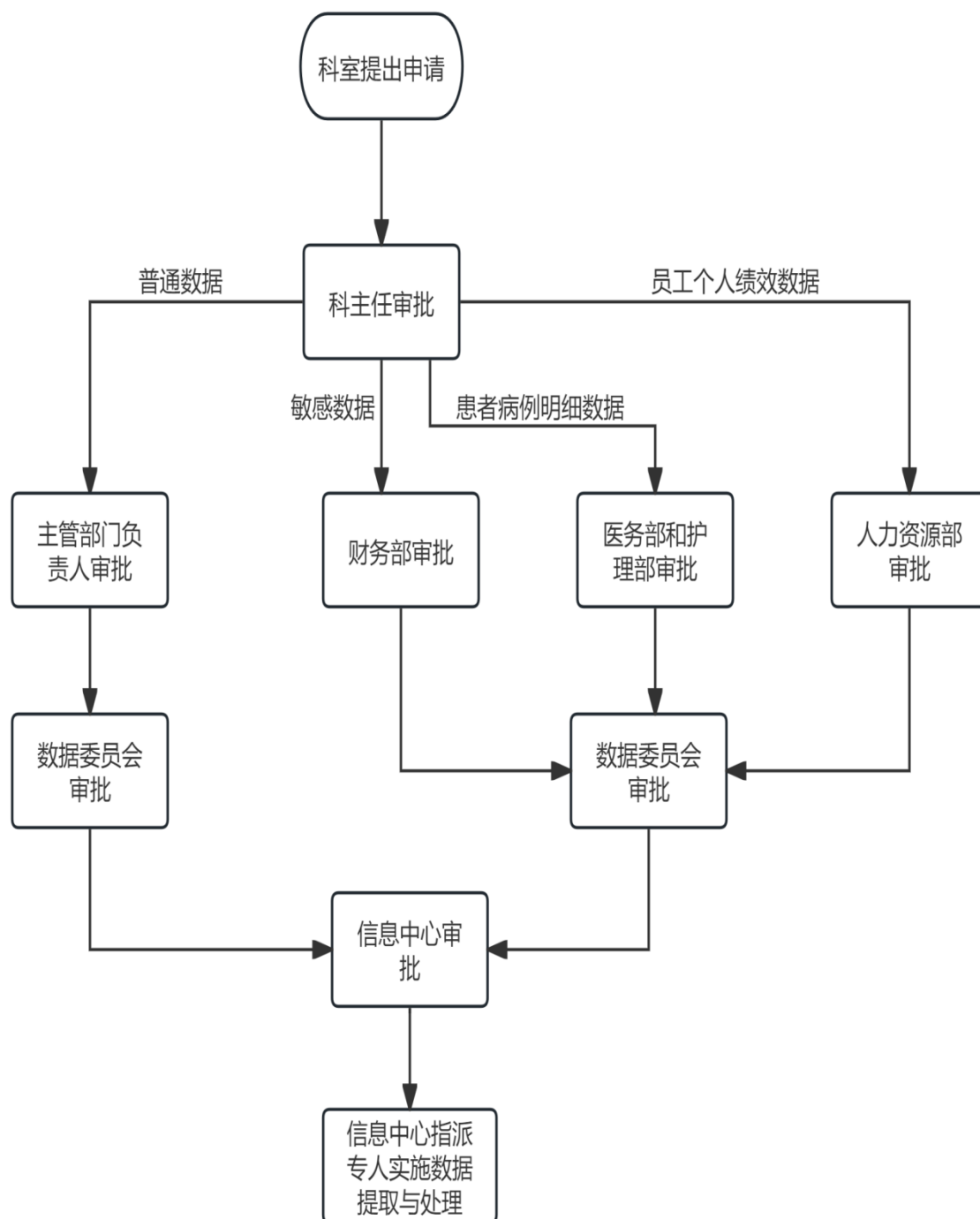
第七章 附则

第十五条 遇到特殊情况或紧急需求，需临时调整本制度执行标准的，应报医院分管信息化工作的领导批准。

第十六条 本制度由信息管理中心负责解释。

第十七条 本制度自发布之日起实施。

数据服务流程图



	制度编码	XXK-ZD-004	制度名称	信息系统用户权限管理制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	徐太静
	制度版次	修订 (第3次)	修订时间	2025-09-10	生效时间	2025-09-17

信息系统用户权限管理制度

一、目的

为规范医院信息系统用户权限的申请、创建、变更、注销等管理流程，保障医疗数据安全、患者隐私及信息系统稳定运行，防范未授权访问、数据泄露等风险，结合我院实际，制定本制度。

二、适用范围

本制度适用于我院所有使用信息系统的在职人员、离退休人员、进修人员、实习人员及临时工作人员（以下统称“用户”），涵盖行政、后勤、临床、医技等所有涉及信息系统操作的部门。

三、管理原则

- 1、最小权限原则：用户权限仅授予完成其岗位职责必需的范围，不额外赋予无关权限；
- 2、权责对应原则：用户权限与职务、职称、岗位职能严格匹配，做到“人岗一致、权责清晰”；
- 3、动态管理原则：根据用户岗位变动、职称调整、离职离岗等情况，及时更新或注销权限，避免权限冗余；
- 4、安全自主原则：用户对个人账号及密码安全负直接责任，严禁违规使用账号。

四、信息系统使用权限归口

信息管理中心负责维护各信息系统用户账号和密码、人力资源部负责人员档案信息录入、医务部负责维护日常医疗工作相关权限授权、护理部负责护理质量管理相关权限授权、医保办负责医保类相关权限授权、财务部负责日常医疗收费项配置、药学管理部负责用药安全类配置、其他职能部门各自对本科室管理项授权和配置。

五、权限申请与创建

新员工凭《新员工入职通知书》，由医务部、护理部和其他职能科室分别对医生、护士和其他人员创建初始帐号并进行系统授权；医技科室由科主任进行系统授权。

六、权限更改

已入职员工因岗位调整、职称晋升、职责新增（如兼任科室负责人）权限不足或超

范围等需做信息系统权限变更，由申请人所属部门主任、护士长核对其申请权限是否与其岗位一致，确保权限分配的合理性、必要性和符合职责分工的要求，并对该申请进行审批；职能科室核对申请人是否具备相关资质和授权，对该申请进行审批，并进行系统权限变更操作。

七、权限注销

人力资源部定期向信息管理中心提供离职、退休工作人员的停用账号记录，由信息管理中心相应系统管理员对账号做停用操作。

八、密码管理

1、用户首次登录信息系统后，必须立即修改初始密码，密码需满足“8 位及以上长度，包含大小写字母、数字、特殊符号（如！@#%）”，不得使用与账号、姓名、工号相关的简单密码；

2、用户密码遗忘时，需到信息中心办理重置，重置后需立即修改密码；

3、严禁用户将账号密码告知他人、张贴在工位附近或存储在未加密设备中，若发现密码泄露，需立即修改并向信息中心报备。

	制度编码	XXK-ZD-005	制度名称	患者隐私保护制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	徐太静
	制度版次	修订 (第2次)	修订时间	2025-09-10	生效时间	2025-09-17

患者隐私保护制度

第一章 总则

第一条 制定目的

为规范患者隐私信息（含个人身份信息、诊疗记录、费用数据、生物样本信息等）的收集、存储、使用、传输、共享、销毁等全流程管理，保障患者合法权益，依据《中华人民共和国个人信息保护法》《医疗机构管理条例》等法律法规，结合本院实际，制定本制度。

第二条 适用范围

本制度适用于本院所有部门（临床科室、行政后勤、信息中心、病案室等）及全体员工（医护、医技、行政、保洁、安保等），涵盖诊疗服务、科研教学、运营管理、对外合作等所有涉及患者隐私信息的活动。

第三条 核心原则

- 1、合法正当原则：仅在诊疗、科研等合法场景处理患者隐私信息，严禁超出必要范围滥用；
- 2、知情同意原则：除紧急救治外，处理患者隐私信息前须明确告知用途、范围、保存期限等，获得患者或其法定代理人书面同意；
- 3、最小必要原则：仅收集、使用与诊疗或管理相关的最小信息，敏感信息（如精神病史、遗传信息、传染病史等）单独获取专项同意；
- 4、全程可控原则：对隐私信息全生命周期实施安全管控，确保信息不泄露、不篡改、不丢失；
- 5、动态优化原则：依据法规更新、技术迭代、风险评估结果，定期修订制度及保护措施。

第四条 责任划分

- 1、院长为全院隐私保护第一责任人，统筹制度制定、资源调配及重大问题决策；
- 2、科主任为本科室直接责任人，监督员工规范操作，及时上报隐私保护隐患及违规行为；

3、职能部门职责：

信息中心：负责隐私信息技术防护（系统加密、权限管理、日志审计等）；

医务部：负责诊疗场景隐私保护规范执行、患者咨询及异议处理；

医务部：负责制度合规性检查、风险评估及违规行为调查；

病案室：负责纸质 / 电子病历的存储、借阅、销毁管理；

4、全体员工：严格遵守本制度，妥善保管个人操作账号及涉密资料，发现安全隐患立即上报。

第二章 患者隐私信息全周期管理规范

第五条 信息收集

1、就诊时向患者或其法定代理人明确信息收集范围、用途、保存期限、共享权限等；

2、紧急救治（如昏迷、休克等）无法及时获取同意的，可先行处理，但需在 24 小时内补录流程，经科主任审核确认，并在病历中详细记录；

3、严禁通过非正规渠道（如私人微信、无资质第三方平台）间接收集患者隐私信息，对外合作获取信息需签订保密协议。

第六条 信息存储

1、纸质资料（病历、同意书、费用清单等）：存入病案室，实行双人双锁管理，配备防火、防潮、防蛀设施，保存期限不少于 30 年；

2、电子信息（电子病历、费用系统数据、影像资料等）：存储于符合三级等保要求的加密服务器，采用 AES-256 加密算法；

3、离线存储设备（U 盘、移动硬盘等）：仅限信息中心专人保管，使用前需审批登记，接入医院系统时强制杀毒，严禁私自拷贝患者隐私信息；

第七条 信息使用

1、内部使用：仅限诊疗、护理、质控、医保结算等合规场景，严格按岗位分级授权，不得越权查询；

2、科研使用：需对信息进行去标识化处理（删除姓名、身份证号、联系方式等可识别信息），经数据委员会审批后使用，严禁还原患者真实身份；

3、教学使用：仅在本院授权教学场所内使用，需隐去患者可识别信息，教学资料不得外传、复制或用于非教学目的；

4、禁止行为：严禁在公共场合（走廊、电梯、食堂等）谈论患者病情隐私，严禁用私人手机拍摄患者病历、身体隐私部位或诊疗场景。

第八条 信息查询

1、在院患者电子病历：仅限患者所属科室医护人员、质控部门按权限查询，其他科室需查询的，须经医务部审批并记录；

2、出院患者电子病历：仅限病案室、质控部门、医保部门按业务需求查询，临床科室因复诊、科研需借阅的，经科主任签字 + 医务部批准，由病案室授权临时查询权限；

3、患者本人或其法定代理人查询：

费用清单：门诊患者凭收费收据直接查询；住院患者出院后凭身份证、住院收据查询，无收据的需提供身份证 + 关系证明（法定代理人），经医务部核实后查询；

病历资料：凭身份证 + 查询申请表，经病案室核验身份后，提供复印 / 查阅服务，敏感信息查询需额外签署《敏感信息查询同意书》；

信息查询日志：系统自动记录查询账号、时间、内容、用途，日志保存不少于 5 年。

第九条 信息传输与共享

1、内部传输：通过医院专用内网传输，严禁使用微信、QQ、邮箱等私人工具或公共 Wi-Fi 传输患者隐私信息；

2、外部传输：需向第三方（如保险公司、转诊医院、公检法机关）提供信息的，按以下要求执行：

保险公司：查验对方营业执照、介绍信及患者授权委托书，经医务部审批后，仅提供与报销相关的必要信息，签订《信息共享保密协议》；

转诊医院：仅传输与诊疗相关的病历摘要，敏感信息需经患者书面同意，通过加密通道传输；

公检法机关：查验执法文书（如调查令、协查函），经法律顾问审核 + 院长授权后，提供指定信息，做好交接记录；

3、共享限制：严禁向无关第三方出售、提供患者隐私信息，严禁将去标识化信息还原后用于非法用途。

第三章 场景化隐私保护细则

第十条 诊疗场景保护

1、门诊诊室、检查室、病房配备隔帘、屏风，诊疗操作时关闭房门，减少患者身体暴露；

2、医护人员进行体格检查、穿刺、手术等操作时，仅允许必要人员在场（如家属、助手），避免无关人员围观；

3、病历本、检查报告等纸质资料需妥善放置，避免患者隐私信息被他人翻阅；

4、影像学检查（如 X 光、CT 片）需标注患者隐私标识，仅提供给患者本人或授权医护人员。

第十一条 特殊患者隐私保护

- 1、传染病患者、精神障碍患者、艾滋病患者等，其病历资料单独存放，诊疗区域相对隔离，避免信息泄露引发歧视；
- 2、未成年人患者隐私信息，仅向其法定代理人告知，未经同意不得向他人泄露；
- 3、死亡患者隐私信息，按本制度规定管理，家属查询需提供身份证 + 关系证明，经医务部审批。

第四章 应急处置与违规追责

第十二条 隐私泄露应急处置

- 1、发现泄露（如系统漏洞、员工违规泄露、存储介质丢失）后，当事人立即上报科主任及医务部，2 小时内启动应急响应；
- 2、信息中心迅速阻断泄露渠道（如关闭违规账号、修复系统漏洞、找回丢失介质），排查受影响信息范围及泄露途径；
- 3、医务部牵头调查，评估泄露造成的危害，在 24 小时内告知受影响患者，采取补救措施（如修改密码、更换诊疗编号等）；
- 4、按规定向卫生健康行政部门、网信部门上报泄露事件，形成书面处置报告存档。

第十三条 违规行为追责

- 1、轻微违规（如在公共场合谈论患者病情、未及时关闭病历本）：给予通报批评、扣罚当月绩效 5%-10%；
- 2、一般违规（如越权查询患者信息、私自拷贝病历、使用私人工具传输信息）：给予记过处分、扣罚绩效 20%-50%，取消年度评优资格；
- 3、严重违规（如泄露敏感信息、出售患者信息、造成重大隐私泄露事件）：解除劳动合同，纳入行业黑名单；
- 4、涉嫌违法犯罪（如非法获取、贩卖患者信息）：直接移交司法机关，追究刑事责任；
- 5、科室管理失职导致隐私泄露的，追究科主任连带责任，扣罚科室年度考核分数。

	制度编码	XXK-ZD-006	制度名称	信息中心值班制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	陈一君
	制度版次	修订 (第3次)	修订时间	2025-09-10	生效时间	2025-09-17

信息中心值班制度

第一章 总则

第一条 为加强医院信息系统运行维护管理，确保信息系统安全稳定运行，提升信息服务水平，特制定本制度。

第二条 本制度依据《医疗机构信息系统安全管理规范》《医院信息系统运行维护规范》等相关规定制定。

第三条 本制度适用于医院信息科全体工作人员。

第二章 基本要求

第四条 为保障医院信息系统稳定可靠运行，为用户提供连续性支持服务，信息中心实行7×24小时值班制。

- 1. 值班目标：确保医院信息系统全天候稳定运行，及时处理系统故障和用户问题。
- 2. 值班原则：坚持"安全第一、预防为主、快速响应、及时处理"的原则。
- 3. 职责落实：明确值班人员的工作责任，确保值班工作规范有序进行。
- 4. 服务意识：树立"以用户为中心"的服务理念，提高服务质量和用户满意度。

第三章 值班时间与安排

第五条 值班时间为正常工作时间段以外的时间，包括工作日午间、夜间以及节假日全天。

第六条 工作日安排1名值班员负责午间和夜间值班，节假日每天安排1名值班员负责24小时值班。

一、工作日值班：

- 1、午间值班：1名值班员，负责11：30-13：30的值班工作
- 2、夜间值班：由午间值班员继续负责17：00-次日7：45的值班工作

二、节假日值班：

- 1、 每日安排1名值班员负责全天24小时值班工作

2、连续节假日超过3天的，每人每次值班时间原则上不超过24小时

三、轮值安排：

1、值班人员按轮值表依次排班，确保公平合理

四、特殊情况：

1、重大活动期间或系统升级维护期间，根据实际需要可调整值班时间。

2、医院发生突发事件或灾难时，可启动应急值班机制，全员待命。

第七条 参加值班人员应具备信息系统软硬件和用户常见问题的处理能力，参加值班人员范围由信息中心主任审定。

一、基本条件：

1、熟悉医院信息系统架构及运行特点

2、掌握常见软硬件故障排除方法

3、具备良好的沟通协调能力

4、身体健康，能够承担值班工作

二、技能要求：

1、掌握医院主要应用系统的操作和基本维护

2、熟悉网络设备、服务器及存储设备的基本维护

3、了解医院业务流程，能够判断系统问题对业务的影响程度

4、具备基本的安全防护知识和应急处置能力

三、培训要求：

1、新入职人员须经过系统培训并通过考核后方可独立值班

2、定期组织技能培训和应急演练，提高值班人员处理突发事件的能力

第八条 信息中心1部手机作为值班电话，值班手机由值班员随身携带，值班电话号码对全院公布。

第四章 值班职责

第九条 值班员工作职责包括：接听用户报修电话，回答用户咨询，处理用户硬件、软件、数据等问题，巡视机房和检查系统工作状态，巡查办公环境，接收和传达上级通知，以及处理其它紧急事项。

一、用户服务类：

1、接听用户报修电话，记录问题详情

2、解答用户系统使用咨询

3、指导用户操作，远程协助解决问题

4、必要时到现场处理问题

二、系统维护类：

- 1、定时巡视机房，检查设备运行状态
- 2、监控核心系统运行状态，关注系统告警信息
- 3、检查系统备份执行情况
- 4、处理系统日常运维工作

三、安全保障类：

- 1、巡查办公环境，检查门窗、电源等安全状况
- 2、监控系统安全日志，发现异常及时处理
- 3、检查防病毒系统更新和运行状态
- 4、关注网络安全动态，预防网络攻击

四、信息传递类：

- 1、接收和传达上级通知
- 2、向相关人员通报系统运行状况
- 3、记录并传递值班期间发生的重要事项
- 4、及时向上级报告突发事件

第五章 工作要求

第十条 值班员应按职责要求及时响应和处理各类问题，包括现场问题处理。当遇到不能独立处理或值班期间不能解决的问题时，区分以下情况处置：

一、问题分类与处理原则：

- 1、根据问题紧急程度和影响范围进行分类处理
- 2、优先处理影响临床业务的紧急问题
- 3、做好记录，及时沟通，确保问题处理可追踪

二、一般问题处理：

1、对于不影响当时业务工作的，给用户做好解释工作，可延后到工作时间转交相关人员跟进处理

- 2、在值班记录中详细记录问题内容和处理建议
- 3、向用户说明处理时限和后续跟进方式

三、紧急问题处理：

1、对于影响当时业务工作的，应联系相关人员提供支持，必要时向信息中心主任或分管副主任报告申请支援

- 2、明确联系人员的优先顺序和联系方式
- 3、在问题解决前保持与用户的沟通，告知处理进展

四、突发事件处理：

1、对于突发信息系统故障、机房停电、机房空调故障、火灾等紧急情况的，应向医院值班室和信息中心主任报告，对突发信息系统故障按《信息系统应急管理制度》处置

2、立即启动相应应急预案

3、及时通知相关人员到岗处理

4、保持与医院应急指挥系统的联系

五、响应时限要求：

1、电话咨询：即时响应

2、一般问题：30分钟内响应

3、紧急问题：15分钟内响应，1小时内到达现场

4、突发事件：5分钟内响应并报告，30分钟内到达现场

第六章 值班记录

第十一条 值班员要做好值班记录，对于接收并处理的问题、处理过程以及未处理的问题及原因要完整记录。

一、记录内容：

1、值班人员姓名、值班时间、接班人员姓名

2、接收的问题（时间、报告人、联系方式、问题描述）

3、处理过程（处理措施、处理结果）

4、未处理问题及原因

5、系统运行状况

6、机房巡检情况

7、突发事件及处理情况

二、记录方式：

1、使用统一格式的《信息中心值班记录表》

2、记录内容要客观、真实、详细

3、重要事项需附图片或其他证明材料

三、记录管理：

1、值班记录由信息中心专人负责保管

2、电子记录定期备份，纸质记录装订成册

3、保存期限不少于2年

4、定期分析值班记录，总结经验教训

第七章 在岗要求

第十二条 值班员要按时到岗，值班期间须坚守工作岗位，不得空岗、串岗、脱岗。

就餐不出院，夜间在值班室休息。到现场处理问题、就餐和休息时应随身携带值班手机并保持畅通。

一、到岗时间：

- 1、工作日午间值班：11：30前到岗
- 2、工作日夜间值班：17：00前到岗
- 3、节假日值班：07：45前到岗

二、在岗规定：

- 1、值班期间不得擅自离开医院
- 2、不得空岗、串岗、脱岗
- 3、因特殊情况需临时离开岗位的，须向信息中心主任报备

三、就餐与休息：

- 1、就餐不出院，提前半小时在医院食堂就餐
- 2、夜间在值班室休息，保持通讯畅通
- 3、到现场处理问题、就餐和休息时应随身携带值班手机并保持畅通

第八章 交接班

第十三条 值班员要进行交接班，重点报告值班情况和遗留问题。值班结束为工作日时，值班员参加早交班；值班结束为节假日时，值班员与接班值班员交接班。

一、交接内容：

- 1、值班期间发生的重要事件
- 2、已处理的问题及处理结果
- 3、未处理完成的问题及进展情况
- 4、需要后续跟进的事项
- 5、系统运行状况
- 6、值班设备和工具的交接

二、交接方式：

- 1、工作日值班结束：参加信息中心早交班会议
- 2、节假日值班结束：直接与接班值班员进行面对面交接
- 3、特殊情况下，可通过电话、微信等方式进行交接

第九章 听班要求

第十四条 未参加当日值班的人员，应保持通讯畅通，对于值班员遇到不能独立解决的问题，接到求助后应及时提供支援。

一、通讯保障：

- 1、保持手机24小时开机
- 2、定期更新并公布个人联系方式
- 3、如临时更换联系方式，应及时通知信息中心

二、支援响应：

- 1、接到值班员求助后，应在30分钟内作出响应
- 2、根据问题性质提供远程指导或现场支援
- 3、对于复杂问题，提供专业技术支持

三、主动沟通：

- 1、定期关注医院信息系统运行状况
- 2、主动了解值班情况，提供必要帮助
- 3、分享处理经验，协助值班员解决问题

四、专业分工：

- 1、建立专业技术支持联系表，明确不同系统的支持人员
- 2、各系统管理员为本系统提供专业技术支持
- 3、网络管理员负责网络问题的技术支持

第十章 值班排班

第十五条 信息中心科室行政负责值班排班和值班提醒。排班按既定规则执行，排班工作提前1个月完成，值班表张贴到指定位置。

一、排班原则：

- 1、公平公正，轮流值班
- 2、考虑专业特长，兼顾工作强度
- 3、合理安排女性员工值班
- 4、避免同一人员连续值班

二、特殊情况安排：

- 1、节假日前公布节假日值班安排
- 2、重大活动期间提前安排专人值班
- 3、系统升级维护期间根据需要调整值班人员

第十一章 换班替班

第十六条 排班后因故需要换班替班的，需提前3天向科室行政报备并修改值班安排，特殊情况下变更值班需向信息中心分管副主任报请批准。

一、换班程序：

- 1、提前3天向科室行政提出申请并说明换班原因

2、自行联系替班人员并获得同意

二、紧急替班：

1、因突发疾病等特殊情况需紧急替班的

2、立即向信息中心分管副主任报告

3、由分管副主任协调安排替班人员

4、事后补办相关手续

三、责任划分：

1、换班后值班责任由替班人员承担

2、未经批准擅自换班导致问题的，由原值班人员负责

3、替班人员应全面了解值班情况，确保工作衔接

四、记录管理：

1、换班情况记入值班记录

2、修改公示的值班表

3、通知相关人员值班安排变更情况

第十二章 讲评考核

第十七条 信息中心主任不定期对值班情况进行讲评，对值班中存在的问题督促整改。员工值班考勤和问题处理情况纳入个人考核。

一、讲评内容：

1、值班制度执行情况

2、值班期间问题处理情况

3、值班记录完成质量

4、用户反馈情况

5、存在问题及改进措施

二、讲评方式：

1、月度工作例会进行常规讲评

2、重大问题专题讲评

3、季度值班工作总结会

三、考核指标：

1、值班出勤率：按时到岗，不空岗脱岗

2、问题处理及时率：按规定时限响应和处理问题

3、用户满意度：用户对值班服务的评价

4、值班记录完整性：记录内容详实准确

5、应急处置能力：突发事件处理效果

四、考核结果应用：

- 1、考核结果纳入员工月度绩效考核
- 2、年度评优评先的重要依据
- 3、与年终奖金分配挂钩
- 4、连续三次考核不合格者，调整工作岗位

第十三章 附则

第十八条 本制度由信息中心负责解释。

第十九条 本制度根据实际情况需要进行修订时，由信息中心提出修订意见，经医院批准后实施。

第二十条 本制度自发布之日起实施。

	制度编码	XXK-ZD-007	制度名称	医院信息化 机房管理制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	陈一君
	制度版次	修订 (第2次)	制定时间	2025-09-10	生效时间	2025-09-17

医院信息化机房管理制度

第一章 总则

第一条 为规范我院信息系统机房管理，确保信息系统安全稳定运行，保障医院信息化建设和应用的顺利进行，依据《中华人民共和国网络安全法》、《医疗卫生机构信息安全等级保护基本要求》、《医院信息化建设应用技术指南》等法律法规及行业规范，特制定本制度。

第二条 本制度旨在通过规范化、标准化的机房管理，确保机房环境安全可靠、设备运行稳定、管理有序规范，为医院信息系统持续可靠运行提供基础保障。

第三条 本制度所称机房除特别指明外为信息中心服务器机房，包括主机房及备用机房。具体包括：

- 医院主数据中心机房
- 灾备数据中心机房
- 网络配线间
- 相关配套设施（如UPS室、空调机房等）

第二章 组织管理

第四条 信息中心设置专职机房管理员负责机房日常管理工作，管理内容包括：机房门禁、机房环境、设备安置、设施标识、消防设施、空调保障、电源保障等。

机房管理员具体职责如下：

- 1、制定并维护机房管理各项规章制度和操作规程
- 2、负责机房环境监控系统的管理与维护
- 3、定期检查机房环境、设备运行状态
- 4、维护机房整体安全、整洁、有序
- 5、负责机房出入人员管理与登记
- 6、协调设备安装、搬迁和报废
- 7、指导机房内设备线缆布置和标识

8、组织开展机房应急演练

9、处理机房日常突发事件

信息中心主任全面负责机房管理工作，信息中心分管副主任负责日常监督管理，维护管理员具体实施机房管理工作。

机房管理员实行岗位责任制，明确责任分工，定期轮换值班，确保机房24小时有人值守或远程监控。

第三章 安全管理

第五条 机房设置门禁、视频监控、温湿度报警、烟雾报警等防控装置。具体要求如下：

- 1、门禁系统：采用电子门禁卡或生物识别技术（如指纹、人脸识别）控制机房进出
- 2、视频监控：机房入口和内部重要区域安装监控摄像头，监控录像保存不少于180天
- 3、温湿度监控：机房内安装了1个温湿度传感器，实时监测机房温湿度变化
- 4、烟雾报警：安装烟雾探测器，与医院消防系统联动
- 5、漏水报警：在机房地板下设置漏水检测装置

第六条 机房内严禁带入和存放易燃、易爆、有毒、腐蚀性物品，严禁带入饮料、食品，严禁在机房内吸烟。

第七条 保持机房环境清洁，每月至少对机房进行一次清洁打扫，每年至少对设备进行一次除尘。

第八条 信息中心对出入机房人员实施严格管控：

- 1、内部工作人员进入机房时需通过门禁认证并进行记录
- 2、外部人员因工作需要或参观进入机房需经信息中心主任或分管副主任同意，并有工作人员全程陪同
- 3、外部人员进入机房需填写《机房外来人员登记表》（见附件4）
- 4、最后离开机房的人员须关好机房所有门窗，关闭照明电源

机房门禁卡管理：

- 1、门禁卡实行实名制管理，禁止转借他人
- 2、工作人员调离岗位时，应及时收回门禁卡

第四章 设备管理

第九条 机房内机柜和设备安置应按照内外网、核心与一般类设备进行归类布局。

第十条 设备进入机房安装须经信息中心主任或分管副主任同意，设备安装位置应服从机房管理员统一安排。

新设备安装前需完成以下工作：

- 1、提交《机房设备安装申请表》（见附件5）
- 2、准备设备详细参数说明（包括功耗、散热量、尺寸规格等）
- 3、评估电力负载和散热能力是否满足要求
- 4、规划设备安装位置和线缆布线方案

设备安装过程中应注意以下事项：

1、设备安装应由专业技术人员或供应商工程师在信息科人员监督下进行，严格按照机房布局设计和设备安装规范实施，确保散热、承重、布线等符合要求。

2、安装完成后进行测试，确认设备运行正常

设备安装完成后，机房管理员应更新《机房设备台账》（见附件6）和机柜设备一览卡。

第十一条 机房设备、线路应明确标识用途、径向：

- 1、每台设备应贴有标签，标明设备名称、编号、IP地址、管理人员
- 2、网络线缆应使用不同颜色区分网络类型，如内网、外网、专线网、管理网等
- 3、电源线应明确标识电源来源（市电、UPS、备用电源等）
- 4、各种线缆两端均应标识，确保可追溯性

每个机柜应设置设备一览卡，每台设备标注名称、用途、启用时间、网络地址等。当设备、线路变更时，应保持标识同步更新。

在电源、配电开关、空调、灭火器等重要位置张贴操作流程，确保紧急情况下能够正确操作：

《UPS紧急操作流程》

《空调控制面板操作指南》

《消防设备使用说明》

《机房紧急疏散路线图》

第十二条 设备移出机房须经信息中心主任或分管副主任同意，需提前填写《机房设备移出申请表》（见附件7）。

移出前按照数据安全保护要求对设备存储的数据及文件进行清除：

- 1、重要数据应先进行备份
- 2、对存储介质进行安全擦除或物理销毁
- 3、设备移出前关闭所有服务并断电
- 4、拆除线缆时做好标记，便于日后恢复

设备移出后应及时更新《机房设备台账》和机柜设备一览卡。

涉及敏感数据的设备报废处理，应符合医院信息安全管理规定，保留设备报废处理记录。

第五章 运行维护

第十三条 机房内不得私拉乱接和随意更改设备电源。未经网络管理员同意，不得私自调整网络端口和线缆。

除工作任务需要操作的设备外，不操作、触碰与工作任务无关的设备。

进入机房工作应遵守以下规定：

- 1、禁止在机房内进食或饮水
- 2、禁止在机房内大声喧哗
- 3、工作完成后清理现场，保持整洁
- 4、妥善处理包装材料和废弃物

机房内严禁进行以下活动：

- 1、存放个人物品
- 2、进行与工作无关的活动
- 3、使用明火或产生火花的工具
- 4、堵塞通道和安全出口

第十四条 每天由机房管理员或值班员对机房进行巡视，重点检查空调、供电和设备工作状态，做好巡视登记，发现问题及时向信息中心主任报告。

机房巡视内容包括：

- 1、机房环境：温湿度、清洁度、异味、异响等
- 2、供电系统：市电供电、UPS运行状态、电池组状态
- 3、空调系统：运行状态、温湿度控制情况
- 4、安防系统：门禁、监控、报警系统工作状态
- 5、消防系统：灭火设备状态、烟感探测器状态
- 6、网络设备：指示灯状态、运行状态
- 7、服务器设备：指示灯状态、告警信息、风扇运转
- 8、存储设备：指示灯状态、告警信息
- 9、线缆状态：有无松动、老化、破损情况

巡视结果应记录在《机房日常巡检记录表》（见附件8）中。

非工作日机房巡视由值班人员负责，按照同样标准执行并记录。

第十五条 机房管理员和值班员收到机房报警，须及时处置：

- 1、接到报警后，应在15分钟内响应
- 2、根据报警级别和类型采取相应措施
- 3、记录报警事件和处理过程
- 4、分析报警原因并采取预防措施

工作人员发现机房异常，应立即报告机房管理员，必要时先行处置：

- 1、发现紧急情况可先行采取必要措施，如紧急断电、灭火等
- 2、及时通知机房管理员和相关负责人
- 3、保护现场，避免二次损失
- 4、协助分析原因，提供相关信息

处置过程和结果应记录在《机房异常事件处理记录表》（见附件9）中。

第十六条 当机房发生火灾、停电、空调故障等紧急情况时，应按照机房张贴的紧急操作流程进行处置，并根据事件类型报医院相关部门，同时将事件及处置情况报告信息中心主任。

紧急情况分级和响应：

- 1、一级（重大事件）：可能导致全院系统瘫痪或数据中心严重损坏的事件，如火灾、水灾、重大电力故障等。应立即启动应急预案，报告院领导，组织应急处置。
- 2、二级（严重事件）：可能导致关键系统中断的事件，如UPS故障、核心设备故障等。应立即组织技术力量处置，报告信息中心主任。
- 3、三级（一般事件）：可能影响个别系统正常运行的事件，如单台设备故障、局部温度异常等。由机房管理员组织处理。

建立紧急联系网络：

紧急情况处理完毕后，应编写《机房紧急事件处理报告》（见附件10），分析事件原因，总结经验教训，提出改进措施。

第十七条 放置有网络设备的网络配线间（含网络设备机房），由网络管理员负责管理。

配线间网络线缆应做到标识清楚、整洁有序：

- 线缆应使用线缆槽或线缆架整齐布放
- 网络跳线使用不同颜色区分不同用途
- 每条线缆两端均应有标签，标明用途和目的地
- 不同类型的线缆（如网络线、电话线、电源线）应分开布放

网络管理员每周对网络配线间巡检一次，检查内容包括：

- 设备运行状态
- 线缆连接可靠性
- 配线间环境整洁度
- 门禁安全性
- 线缆标识完整性

依赖专门空调控温的网络设备机房按服务器机房巡检管理。

配线间检查结果应记录在《网络配线间巡检记录表》（见附件11）中。

第六章 附则

第十八条 对于严格遵守机房管理制度，在机房管理工作中表现突出的人员，给予表扬和奖励。

对于违反机房管理制度，造成设备损坏或数据丢失的人员，视情节轻重给予批评教育或行政处分。造成严重后果的，依法追究相关责任。

第十九条 信息中心每年至少组织一次机房应急演练，模拟火灾、断电等紧急情况，检验应急预案的可行性和有效性，提高应急处置能力。

第二十条 本制度由信息中心负责解释，根据实际情况可进行修订和完善。

第二十一条 本制度自发布之日起实施。

	制度编码	XXK-ZD-008	制度名称	医院信息系统数据备份管理制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	陈一君
	制度版次	修订 (第1次)	修订时间	2025-09-10	生效时间	2025-09-17

医院信息系统数据备份管理制度

第一章 总则

第一条 为规范我院信息系统数据备份管理工作,确保数据安全,实现业务连续性,依据《中华人民共和国网络安全法》、《医疗卫生机构信息安全等级保护基本要求》、《医院信息系统运行管理规范》等法律法规及行业规范,特制定本制度。

第二条 本制度旨在通过规范化、制度化的数据备份管理,防范系统故障或人为操作失误导致的数据丢失风险,保障医院信息系统安全稳定运行,提高医院信息化水平。

第三条 本制度所称数据备份是指为应对系统故障或操作失误可能导致的数据丢失,定期或实时将信息中心管理的医院信息系统数据(含结构化数据库、非结构化文件数据、配置文件等)复制到生产系统之外的存储介质保存。备份范围包括但不限于:

- 1、HIS系统数据库
- 2、EMR系统数据库
- 3、RIS系统数据库
- 4、PACS医学影像数据
- 5、LIS检验信息系统数据
- 6、医院管理系统数据
- 7、系统配置文件和日志文件
- 8、其他经评估需要备份的重要数据资产

第二章 组织管理

第四条 信息中心设置数据库管理员岗位,负责信息系统数据备份方案的设计、数据备份与数据恢复操作的实施工作。具体职责包括:

- 1、制定并维护数据备份计划
- 2、执行数据备份操作或监督自动备份执行情况
- 3、维护备份设备和介质
- 4、执行数据恢复并校验可用性

- 5、记录备份与恢复操作日志
- 6、处理备份过程中的异常情况

信息中心分管副主任负责对数据备份实施情况进行监督检查，具体职责包括：

- 1、审核数据备份方案
- 2、每周检查数据备份记录
- 3、处理备份异常情况报告
- 4、协调解决备份工作中的资源需求

信息中心主任负责数据备份工作的整体领导，具体职责包括：

- 1、审批数据备份方案
- 2、每季度组织对数据备份工作的讲评
- 3、对备份工作中的重大问题进行决策

第三章 备份策略

第五条 按照数据丢失的可容忍程度，将信息系统划分为核心系统和一般系统：

核心系统：医院HIS系统、PACS系统、RIS系统、LIS系统、EMR系统、门急诊系统等直接关系患者安全和医院核心业务的系统

一般系统：OA系统、人事系统、资产管理系统等不直接关系医疗业务的管理信息系统

具体系统分级方案由信息中心内部讨论确定，形成《医院信息系统分级清单》，经信息中心主任审批后执行。系统分级清单每年评审一次，必要时进行调整。

敏感数据（如患者诊疗记录）需加密备份，加密算法应符合《医疗卫生数据安全指南》要求。

高可用数据（如HIS门急诊数据）需实现跨机房实时同步。

第六条 核心系统的数据备份方案应满足以下要求：

数据可恢复到断点以及断点前任意时间点

- 1、RPO（恢复点目标）不超过15分钟
- 2、RTO（恢复时间目标）不超过4小时

一般系统的数据备份方案应满足以下要求：

- 1、数据可恢复到最近一次备份点
- 2、RPO不超过24小时
- 3、RTO不超过8小时

第七条 根据不同系统的重要程度和数据特点，采用以下备份方式：

- 1、实时镜像：通过数据库镜像或存储设备镜像功能，实时复制数据
- 2、在线热备份：在系统运行状态下进行备份

- 3、离线冷备份：在系统停止服务的状态下进行备份
- 4、数据库日志备份：记录数据库事务日志，用于恢复到任意时间点

第八条 数据备份分为全数据备份和增量数据备份：

1、全数据备份：对系统所有数据进行完整备份，原则上每周一次（医学影像数据除外）

2、增量数据备份：仅备份上次备份后变化的数据，除实时方式外每天一次
具体备份周期和时间安排：

- 1、核心系统全备份：每周日凌晨0：00-4：00进行
- 2、核心系统增量备份：每天凌晨1：00-3：00进行
- 3、核心系统日志备份：每小时执行一次
- 4、一般系统全备份：每周六凌晨2：00-6：00进行
- 5、一般系统增量备份：每天凌晨3：00-5：00进行
- 6、医学影像数据：采用实时同步方式，每月末进行一次验证

第九条 备份数据存储应遵循"321 原则"：至少 3 份备份数据，存储在 2 种不同的存储介质上，至少 1 份备份数据异地存储。

备份存储介质包括但不限于：

- 1、备份服务器存储
- 2、网络存储设备（NAS/SAN）
- 3、磁带库
- 4、云存储服务

核心系统备份数据保留期不少于3个月，一般系统备份数据保留期不少于1个月。

存储介质管理：

- 1、备份介质应贴有清晰标签，标明系统名称、备份类型、备份日期
- 2、可移动存储介质应存放在防火、防潮、防磁的安全环境中
- 3、定期检查存储介质状态，发现老化或损坏及时更换

云备份管理要求：

使用公有云备份时，需选择通过等保三级认证的服务商。

云备份数据需启用客户端加密，密钥由医院独立管理。

第四章 备份实施

第十条 数据库管理员按照第五、六、七、八、九条规定的原则牵头拟定《信息系统数据备份方案》，方案内容应包括：

- 1、各系统备份范围和优先级
- 2、备份方式和周期

- 3、备份存储位置和介质
- 4、备份程序和脚本
- 5、备份验证方法
- 6、数据恢复流程
- 7、应急预案

备份方案制定流程：

- 1、数据库管理员提出初步方案
- 2、信息中心组织技术人员对方案进行技术论证
- 3、信息中心分管副主任审核
- 4、信息中心主任批准
- 5、执行方案并定期评估

备份方案修改后，需要重新组织技术论证并履行相应审批流程。

第十一条 数据备份操作由数据库管理员按时执行或由系统自动进行。

数据库管理员每天应完成以下工作：

- 1、查看备份执行情况和备份日志
- 2、检查备份数据的完整性
- 3、对备份数据及介质做好标识
- 4、填写《数据备份记录表》（见附件1）

备份过程监控：

- 1、建立备份监控系统，对备份任务执行情况进行实时监控
- 2、设置备份失败告警机制，通过短信或邮件通知相关人员
- 3、发现备份异常立即处理并重新执行备份任务

第十二条 为检查数据备份的有效性，数据库管理员每季度至少进行一次数据备份恢复测试，并做好测试记录。

恢复测试内容包括：

- 1、从备份数据恢复系统到测试环境
- 2、验证数据的完整性和一致性
- 3、验证应用系统功能是否正常
- 4、记录恢复过程耗时和问题

测试完成后，数据库管理员应填写《数据恢复测试记录表》（见附件2），评估备份恢复策略的有效性，必要时提出改进方案。

核心系统每季度应进行一次全面的灾难恢复演练，模拟生产系统故障场景下的数据恢复过程。

第五章 监督管理

第十三条 数据备份和恢复测试中发现异常情况，应及时向信息中心分管副主任报告，并采取补救措施。报告内容包括：

- 1、异常发生的时间和系统
- 2、异常现象描述
- 3、可能的原因分析
- 4、已采取的应对措施
- 5、建议的解决方案

对于影响业务连续性的严重异常，应立即启动《信息系统应急预案》，并向医院分管领导报告。备份数据遭篡改或加密时，1小时内上报医院网络安全领导小组，并启动数据溯源调查。

信息中心分管副主任每周对数据备份记录检查一次，检查内容包括：

- 1、备份任务执行情况
- 2、备份数据完整性
- 3、异常情况处理
- 4、备份记录填写规范性

检查结果应形成《数据备份检查报告》（见附件3），发现问题及时处理。

第十四条 信息中心主任每季度在科室内对数据备份工作讲评一次，内容包括：

- 1、备份工作执行情况
- 2、存在的问题和不足
- 3、改进措施和建议
- 4、下一阶段工作重点

讲评会应形成会议纪要，明确责任分工和整改时限。对云备份服务商的服务质量（如备份成功率、恢复速度）进行年度评估。

数据备份工作纳入信息中心绩效考核范围，作为相关人员年度考核的重要依据。

第六章 附则

第十五条 因未按本制度规定执行数据备份工作或因工作疏忽导致数据无法恢复的，视情节轻重对相关责任人进行批评教育或行政处分。造成严重后果的，依法追究相关责任。

第十六条 本制度由信息中心负责解释。

第十七条 本制度自发布之日起实施。

	制度编码	XXK-ZD-009	制度名称	第三方厂商运维管理制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	李相宗
	制度版次	修订 (第1次)	修订时间	2024-03-10	生效时间	2024-03-28

第三方厂商运维管理制度

为规范医院各信息系统厂商的服务工作,确保医院网络与信息系统安全、稳定运行,保护患者的个人信息和医疗数据安全,降低信息安全服务外包引发的风险,提高第三方厂商的运维效率和质量,确保运维工作的及时性和安全性。特制定本制度。

一、第三方服务合同管理要求：在外包合同或协议中应当明确以下内容,包括但不限于：

（一）服务范围：

- 1、软件维护：包括操作系统,数据库,应用程序等软件的安装,更新,补丁管理和故障排除。
- 2、系统监控：实时监控医院信息系统的运行状态,及时发现并处理异常情况。
- 3、用户支持：提供技术支持和用户培训,解答用户在使用系统过程中遇到的问题。
- 4、安全管理：包括入侵检测,漏洞扫描和安全事件响应。

（二）服务时间：

- 1、工作时间：第三方厂商在工作日的标准时间内提供服务。
- 2、非工作时间：在非工作时间提供紧急支持服务,紧急支持内容包括入侵检测与安全事件响应

（三）响应时间：

- 1、紧急故障响应时间：指系统某个模块或全部不可用时,第三方厂商应在接到故障通知后的 5 分钟内开始响应,并在 10 分钟内开始远程处理。
- 2、一般故障响应时间：指与外部厂商发生对接问题时,第三方厂商应在接到故障通知后的 15 分钟内开始响应,并在 30 分钟内开始远程处理。
- 3、小故障响应时间：指系统发生小问题不影响总体运行,第三方应在接到故障通知后的 30 分钟内开始响应,并在 1 小时内开始远程处理。

二、第三方厂商运维流程

（一）服务请求流程：

- 1、提交请求：医院内部人员通过微信工作群提交服务请求。

2、请求信息：请求信息必须包括请求人的姓名，部门，联系方式，问题描述，影响范围，紧急程度。

（二）服务分配：

1、指派人员：第三方厂商在接收到我院的请求信息后，应在规定时间内指派适当的技术人员进行初步诊断，确定问题原因和解决方案。

2、确认接收：技术人员查看后应在微信群里发出确认接收消息，并通知请求人。

（三）请求处理：

1、诊断问题：技术支持人员或厂商进行初步诊断，确定问题原因和解决方案。

2、解决问题：按照既定的解决方案处理问题。

3、沟通反馈：在处理过程中，保持与请求人的沟通，定期更新进展。

（四）请求关闭：

确认解决：处理完成后，技术支持人员或厂商与请求人确认问题已解决。

三、安全管理

（一）数据处理：

1、数据最小化：厂商只收集和处理必要的最小数据集，避免不必要的的数据暴露。

2、数据脱敏：在测试和开发环境中，使用脱敏数据以保护患者隐私。

（二）数据销毁：

1、数据销毁：规定在合同结束或数据不再需要的时候，第三方厂商必须告知以何种安全的手段进行销毁数据。

2、销毁证明：提供数据销毁证明，确认数据已经被安全销毁。

（三）访问控制：

访问途径：第三方厂商在提供远程支持的时候必须使用我院提供的堡垒机地址和账号进行登录，第一次登录没有账号时需要联系我院信息中心进行分配与授权。

（四）监控和审计：

1、实时监控：第三方厂商通过堡垒机远程支持时，所有操作和命令都会被录像监控，

2、日志审计：定期访问审计日志，识别风险项。

（五）访问撤销：

及时撤销权限：第三方厂商人员离职/终止合作时撤销访问权限。

	制度编码	XXK-ZD-010	制度名称	医院信息化建设项目立项管理制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	陈一君	内审人	徐太静
	制度版次	新增	制定时间	2025-08-17	生效时间	2025-11-17

医院信息化建设项目立项管理制度

第一章 总则

第一条 为规范医院信息化建设项目立项管理流程，明确职责分工与执行标准，提高项目建设质量和投资效益，特制定本制度。

第二条 适用范围：

- 全院范围内新建信息系统项目
- 既有系统的重大升级改造项目

注：对既有系统的日常维护和功能改造不适用本制度，应按照日常运维管理规定执行。

第三条 立项管理依据《无锡市惠山区政务信息化项目建设管理办法（试行）》要求，遵循 "统筹规划、需求导向、效益优先、合规可控" 原则，实行全生命周期闭环管理。

第二章 组织管理

第四条 信息中心作为医院信息化建设项目的归口管理部门，具体职责包括：

- 信息中心每年依据医院信息化建设发展规划，政策或内部需要，自主提出年度项目建设需求；每年定期组织全院业务部门进行年度信息化项目需求申报。（附件 1《信息化建设项目申报表》）
- 对申报项目组织开展项目需求调研和技术评估。（附件 2《项目技术评估表》）
- 编制立项建议和需求规格说明书。（附件 3 《立项建议书》）
- 跟踪项目立项审批进展。
- 协调解决立项过程中的问题。

第五条 业务科室作为医院信息化建设项目的需求部门，职责如下：

- 项目需求申报：明确业务场景、现状痛点及预期业务目标（如门诊流程优化目标为患者等候时间缩短 30%）
- 需求确认：配合信息中心开展需求调研及需求评审，参与需求规格说明书会签。

（附件4《需求确认单》）

- 用户测试：提供真实业务场景测试用例

第六条 信息化质量与安全管理委员会作为医院信息化建设项目的决策部门，具体职责包括：

- 审议年度信息化项目立项建议及预算分配方案。
- 审批重大项目的立项及实施方案。（预算≥50 万元）
- 监督项目执行情况。

第三章 需求征集

第七条 常规需求征集

各部门可在每年7月底前，依据医院发展战略，随时通过《信息化项目需求申报表》申报下一年度信息化项目需求。

申报表内容应包含：

- 项目建设必要性分析
- 具体业务痛点描述
- 功能需求清单
- 预期实施效果
- 建议实施时间

第八条 紧急需求处理

各部门可随时提交紧急信息化需求

紧急需求须经提交部门分管院领导签字确认并说明紧急原因和时间要求

信息中心应及时组织医院信息质量与安全管理委员会审议报医院院长办公会决议。

第四章 需求调研

第九条 调研准备

信息中心对业务部门提出的重大项目需求，及《医院信息化发展战略规划》计划建设的项目应指定专人负责项目调研。

第十条 调研内容

业务现状分析

- 现有业务流程
- 存在的问题
- 改进建议

技术可行性评估

- 系统架构设计

- 与现有系统接口

- 数据整合方案

市场调研

- 主要供应商情况

- 产品成熟度评估

- 预算成本估算

第十一条 调研报告

调研人员应在完成调研后5个工作日内提交调研报告

调研报告应包含完整的调研记录和初步建议

第五章 项目评估

第十二条 评估会议

信息中心根据项目需求申报与调研情况组织召开项目评估会议

参会人员包括：

- 分管院领导

- 信息中心技术骨干

- 相关业务部门代表

- 必要时邀请外部专家

第十三条 评估内容

建设必要性

- 与医院发展战略的符合度

- 业务效率提升程度

- 投资回报分析

技术与安全可行性

- 技术方案的成熟度、与医院技术架构的适配度、信创符合度

- 安全方案的可行性

- 实施难度评估

- 系统整合可行性

实施条件

- 人力资源保障

- IT 基础设施资源要求

- 资金预算情况

- 时间进度安排

第十四条 评估结论

评估会议应形成书面评估报告

评估结论分为：建议立项、暂缓立项、不建议立项

评估报告应说明具体理由和建议

第六章 立项申报

第十五条 立项申报材料内容

按照《无锡市惠山区政务信息化项目建设管理办法（试行）》要求进行立项申报材料准备。项目申报材料包括编报项目建议书、可行性研究报告、初步设计方案和投资概算等材料。项目金额在200万元以下的项目报审项目建议书。200万元及以上500万元以下项目的报审可行性研究报告。500万元及以上的项目报审项目初步设计方案及投资概算。具体要求参见《无锡市惠山区政务信息化项目建设管理办法（试行）》

第十六条 审批流程

信息中心根据项目评估结果，汇总起草立项申报材料。

信息中心组织院信息化质量与安全管理委员会召开会议对立项建议书进行审议。

院长办公会对信息化质量与安全管理委员会立项审议结果进行最终决策

信息中心根据院长办公会最终决议向上级主管部门进行立项申报，跟踪协调项目审批过程中的问题。

第七章 需求规格说明（招标参数）

第十七条 需求规格说明书编制

项目获准立项后信息中心指定专人30日内完成编制。需求规格说明书需明确项目建设范围和目标，确定信息化业务流程，详细描述功能性需求，规定非功能性需求，制定系统接口要求，确定验收标准等，形成项目招标参数。

第十八条 需求确认与招标

需求规格说明书须经用户部门和信息中心共同签字确认

必要时可组织需求评审会议进行确认

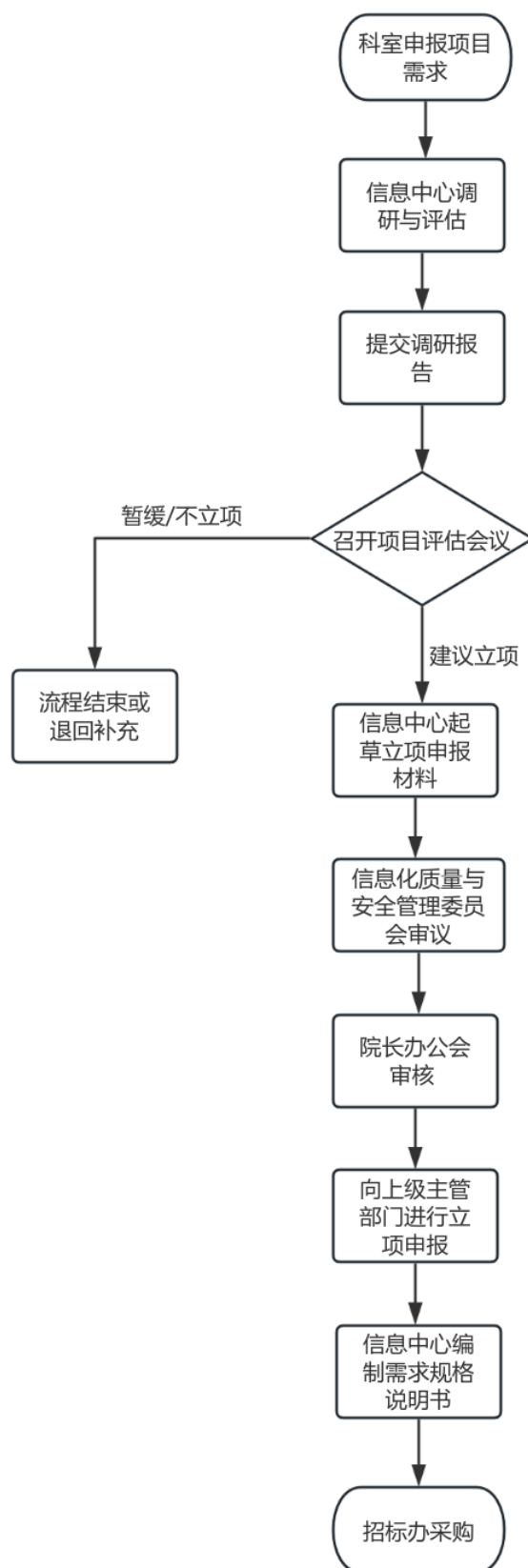
信息中心依据双方确认后的需求规格说明书拟制项目招标需求，提交招标办采购。

第八章 附则

第十九条 本制度自发布之日起施行。

第二十条 本制度由信息中心负责解释。

信息化建设项目立项流程图：



	制度编码	XXK-ZD-011	制度名称	医院信息化 建设项目实施 管理制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	陈一君	内审人	徐太静
	制度版次	新增	制定时间	2025-08-17	生效时间	2025-11-17

医院信息化建设项目实施管理制度

第一章 总则

第一条 制度范围

本制度适用于由信息中心管理的医院各类业务信息系统建设项目，包括但不限于临床信息系统、运营管理系统、患者服务等系统。IT 基础设施建设、信息中心自研系统、定制类开发系统等项目的实施管理参照本制度执行。

第二章 实施组织与职责

第二条 项目管理小组构成

信息中心为每个项目指派专职项目负责人，联合用户部门代表、承建方项目负责人共同组成项目管理小组，全面负责项目全周期管理。视项目业务范围、技术复杂度及跨部门协作需求，可由信息中心项目负责人、医院职能部门或用户部门指定人员担任小组组长（项目实施总协调人）。

第三条 项目负责人职责

需求管理：负责与用户部门沟通，收集、整理用户对信息系统的功能需求、性能需求、界面需求、数据需求等，形成准确的需求规格说明书。在项目实施过程中，持续跟踪用户需求的变化，及时更新需求文档，确保项目始终围绕用户实际需求开展；

系统集成：依据医院信息系统集成框架，制定项目级集成方案，协调第三方厂商完成接口联调，必要时提请信息中心主任决策支持；

进度控制：制定项目实施计划，监控里程碑节点，协调资源确保按时交付；遇进度延误或重大风险时，需及时向总协调人及信息中心主任汇报，并启动合同周期变更协商程序；

工作协调：作为用户部门与承建方之间的桥梁，及时传达双方的意见和需求，协调解决项目实施过程中出现的矛盾和问题。组织用户部门参与项目的关键节点评审、测试等工作，确保用户对项目进展和质量有充分的了解和认可。同时，督促承建方履行合同义务，保证项目质量和服务水平。

文档管理：规范归档实施计划、周进度报告、例会记录、立项报告、需求规格说明书、需求变更说明、集成方案、设计文档、用户手册、培训记录等关键文档，确保可追溯性。

第三章 实施流程规范

第四条 项目启动

项目实施前需召开启动会，由项目管理小组全体成员及相关部门负责人参加；会议需明确项目目标、实施计划、责任分工及沟通机制，形成会议纪要并全员签署确认。

第五条 例会制度

例会频率：根据项目复杂度和实施进度情况，项目负责人定期组织召开项目例会。对于复杂度较高、实施周期较长的项目，每周召开一次项目例会；对于相对简单、实施周期较短的项目，每两周召开一次项目例会。如遇特殊情况（如项目关键节点、重大问题需紧急协调等），可临时增加例会次数。

参会人员：项目管理小组成员必须参加项目例会，同时根据会议议题需要，邀请用户部门相关人员、承建方项目团队成员等参加。确保参会人员能够全面了解项目进展情况，共同讨论解决项目实施过程中遇到的问题。

会议内容：项目例会上，各参会人员汇报项目进展情况，包括已完成的任务、正在进行的工作、遇到的问题及解决方案等。项目负责人对项目进展进行总结和评估，对下一步工作进行安排和部署，明确责任人和时间节点。针对项目实施过程中出现的问题，组织各方共同讨论，制定解决方案，并明确责任人和解决期限。例会讨论情况由专人负责记录，形成详细的会议纪要，在会后 24 小时内发送给参会人员及相关部门存档，确保会议决策和任务安排得到有效落实。

第六条 需求把控

需求督导依据：项目负责人以需求规格说明书和项目合同为依据，对项目实施过程进行全程督导。确保项目承建方严格按照用户需求和合同约定进行系统设计、开发和实施，避免出现偏离需求或超出合同范围的情况。

需求变更管理：在项目实施过程中，如用户提出新的需求或对现有需求进行变更、提出需求异议，项目负责人需及时对需求的合理性、可行性进行分析把控。组织用户部门、承建方等相关人员召开需求变更评估会议，共同讨论需求变更对项目进度、成本、质量等方面的影响，形成需求变更方案。对于较小的需求变更，经项目管理小组审批后，由项目负责人与承建方协商一致，对需求规格说明书进行补充修改，并更新项目实施计划。对于较大的需求变更，需按照需求变更流程执行。

第七条 系统集成

集成要求提出：项目负责人依据医院信息系统总体集成原则和框架，结合项目实际情况，详细提出项目的集成要求。包括但不限于系统与医院现有核心系统的数据交互接口规范、业务流程衔接规则、用户权限统一管理要求、数据安全与备份策略等内容，确保新系统能够与医院整体信息化架构深度融合，实现信息的高效流通和业务的协同运作。

集成方案制定与协调：项目负责人与承建方共同讨论形成具体集成方案，明确系统集成技术路线、实施步骤、测试方法等。如系统集成需要其他厂商（如 HIS 系统厂商、检验信息系统厂商等）配合，项目负责人应主动与相关厂商联系协调，沟通集成需求和方案细节，争取厂商的支持与配合。对于协调过程中遇到的困难和问题，及时报告信息中心主任进行协调解决，确保系统集成工作顺利推进。

第八条 研发过程管控

开发过程管理：对于定制开发类信息化建设项目，项目负责人需加强对开发过程的精细化管理。建立开发过程监控机制，定期检查开发团队的工作进展和技术文档编写情况，确保开发工作按照项目计划和质量标准进行。

阶段性评审：在需求分析、概要设计、详细设计等关键开发阶段结束时，组织用户部门、承建方、信息中心技术专家等相关人员对阶段性产出成果进行评审。评审内容包括但不限于需求分析报告的完整性、准确性，概要设计文档的架构合理性、技术可行性，详细设计文档的代码规范性、功能实现逻辑等。评审通过后，方可进入下一阶段工作，确保开发过程的每个环节都经过严格把关，提高系统开发质量。

第九条 进度管理

进度督导与协调：项目负责人实时跟踪项目实施进度，运用项目管理工具对项目进度进行可视化管理，及时发现进度偏差。对于进度滞后的任务，分析原因，协调各方资源，采取增加人力投入、调整工作顺序、优化工作方法等措施进行追赶，确保项目整体进度不受影响。

进度报告与沟通：项目负责人每周向项目总协调人和信息中心主任提交项目进度报告，报告内容包括项目实际进度与计划进度对比、已完成任务清单、未完成任务清单及预计完成时间、遇到的问题及解决方案等。同时，定期与用户部门沟通项目进度情况，及时回应用户对项目进度的关切和疑问，确保各方对项目进度有清晰的了解和共识。当项目进度延误或实施受阻，可能影响项目整体交付时间时，项目负责人需第一时间向项目总协调人和信息中心主任报告，详细说明情况，并与承建方协商，区分责任，根据实际情况对项目合同周期进行合理变更，签订补充协议，确保项目合同的严肃性和可执行性。

第十条 用户培训与系统上线

培训计划：在信息系统上线前，项目负责人协调承建方和使用部门共同制定详细的用户培训计划。培训计划应根据用户的不同角色和使用权限，分层次、分模块设计培训课程，明确培训目标、培训内容、培训时间、培训地点、培训师资等，确保培训的针对性和有效性。

培训组织实施：承建方负责按照培训计划组织实施用户培训工作，培训方式可采用集中授课、现场操作演示、线上视频教程等多种形式相结合。项目负责人和用户部门负责人共同参与培训过程，监督培训质量，及时收集用户对培训的反馈意见，对培训内容和方式及时进行调整优化。培训结束后，组织用户进行培训考核，确保用户能够熟练掌握信息系统的操作技能，为系统上线后的正常使用奠定基础。

联调测试：信息系统上线前，项目负责人组织承建方、用户部门、信息中心技术团队等共同开展全面的应用测试以及与相关系统的联调联试工作。测试内容包括但不限于系统功能测试、性能测试、数据准确性测试、兼容性测试、安全测试，以及与关联系统的接口测试及业务场景验证等，确保系统在上线前各项功能正常、业务互联互通、流程完整、性能稳定、数据准确、安全可靠。

试运行与上线：通过测试后，由项目负责人报经信息中心主任及业务主管部门批准，进入试运行期，期间需记录提交运行日志，协调解决试运行中存在的问题，评估试运行效果。试用平稳后，经项目管理小组评估确认，项目进入正式应用阶段。

第四章 变更与风险控制

第十一条 需求变更管理

用户部门提出的需求变更需提交书面申请，项目管理小组需及时完成技术可行性、工期及成本影响评估。重大变更（如涉及合同金额调整或工期延长超 10%等）需报医院院长办公会同意，签署补充协议后执行。

第十二条 风险预警机制

项目负责人需每周更新风险登记册，对高风险项（如关键资源短缺、合规性冲突）制定应急预案，并每季度向信息中心提交专项汇报。

第五章 附则

第十三条 文档归档标准

项目结项后 30 日内，项目负责人需移交完整文档至信息中心档案库，包括但不限于：

- 立项文件、招标采购文件、投标文件、合同及补充协议
- 需求规格说明书及需求变更记录
- 数据结构手册、系统集成规范、系统设计文档（自研、定制类开发项目）测试报

告及验收报告

- 用户手册、系统运维手册
- 项目计划、培训记录、会议纪要等

第十四条 本制度自发布之日起执行，由信息中心负责解释及修订。

	制度编码	XXK-ZD-012	制度名称	医院信息化建设项目验收管理制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	陈一君	内审人	徐太静
	制度版次	新增	制定时间	2025-08-17	生效时间	2025-11-17

医院信息化建设项目验收管理制度

第一章 总则

第一条 为规范医院信息化建设项目验收管理，提高信息化建设项目质量和效益，确保项目建设成果满足医院业务需求，特制定本制度。

第二条 本制度依据《中华人民共和国政府采购法》《信息技术服务 运行维护 第8部分：医院信息系统管理要求》（GB/T 28827.8-2023）《医院信息系统基本功能规范》等法律法规和相关技术标准制定。

第三条 本制度所称信息化建设项目是指由信息中心牵头或归口管理的各类信息化建设项目，包括信息系统建设、硬件设备和商品软件采购、网络建设项目等。本制度所称验收是指由信息中心承担的验收工作，根据不同类型项目管理要求，其它层级的验收按相应制度规定执行。

第二章 验收条件

- 第四条** 信息化建设项目验收前应具备以下条件：
- 完成情况要求：系统或设备已完成安装、测试并无重大故障试运行一个月以上；
 - 文档资料要求：项目文档（用户手册、数据结构手册、系统运维手册、实施过程资料等）完整准确，其中系统运维手册要求包涵系统部署架构、系统配置管理、备份应急措施、故障排除与应急处置方案等；
 - 培训与服务要求：

用户培训已完成 -- 提交培训记录，含签到表、培训课件、考核结果等，并附用户代表签字确认的培训满意度报告；

售后服务措施已落实 -- 提供服务承诺书，含响应时间、服务内容、联系方式，并明确质保期（质保期需符合区卫健委信息系统管理规范要求，即信息系统3年，硬件5年）及续保条款；
 - 使用状态要求：系统投入正式运行并有用户代表签署的《系统使用报告》（附件1）（对信息系统类项目），确认业务流程无阻断。

第五条 项目验收前应准备以下材料：

1. 合同文件：项目招投标文件、合同及补充协议、信息安全保密承诺书、售后服务承诺书；
2. 项目文档：用户手册、数据结构手册、系统运维手册
3. 实施文档：项目实施方案、计划、变更记录等；
4. 测试资料：系统测试报告、试运行记录等；
5. 培训资料：用户培训计划、培训记录及考核结果；
6. 验收申请：用户使用报告、验收申请表；
7. 验收清单：按项目类型提供的设备、软件或系统功能清单；
8. 其他材料：项目过程中形成的其他相关资料。

第三章 验收受理

第六条 项目完成并具备验收条件后，按以下要求提交验收申请：

1. 信息中心负责的项目：
 - 承建方填写《信息化项目验收申请表》（附件2）；
 - 附项目验收前应准备的材料；
2. 其他部门负责的项目：
 - 项目负责部门填写《信息化项目验收申请表》；
 - 附部门负责人签字确认的《信息化项目预验收报告》（附件3）；
 - 附项目验收前应准备的材料。

第七条 信息中心对验收申请按以下要求进行受理：

1. 信息中心需在收到完整申请材料后 3-5 个工作日内完成申请材料审核并安排验收；
2. 验收计划需提前 2 个工作日通知承建方及相关部门；
3. 不符合验收条件的，书面通知申请方说明原因，待条件满足后重新申请。

第四章 验收组织

第八条 信息中心为待验收项目指派2-3名技术人员组成验收组，其中1人为组长，负责项目验收工作。项目技术负责人配合项目验收工作，但不作为验收组成员参与验收。

1. 人员构成：
 - 验收组长：由信息中心指定的具有相关专业背景的技术负责人担任；
 - 验收组员：由具备相应专业知识的技术人员担任；
 - 必要时可邀请用户部门代表或外部专家参与验收；
2. 人员回避：与项目有利益关系的人员应回避验收工作；

3. 职责分工：

- 验收组长：负责组织验收工作，协调解决验收过程中的问题，撰写、审核验收报告；
- 验收组员：负责具体验收工作，编写验收意见；
- 项目技术负责人：提供项目信息，解答验收组提出的问题，但不参与验收结论的形成。

第八条 验收组在开展验收工作前应做好以下准备：

1. 根据项目类型及合同条款，制定验收方案（如测试用例、检查清单）；
2. 准备必要的测试环境及设备。

第五章 验收步骤与重点

第九条 验收组以项目招标书、项目合同、实施变更记录等作为验收依据，对项目完成情况进行核验。根据以下不同项目类型或项目不同组成部分的特点，按步骤分重点进行检查验收。

（一）信息系统类项目：

1. 功能验证：逐项查看系统功能，检查功能一致性；
 - 核对系统功能清单与合同约定的一致性；
 - 验证各功能模块的实现效果与需求一致性；
 - 检查系统界面友好性和易用性；
 - 评估功能操作的便捷性和流畅性。
2. 性能验证：实地查看用户使用情况，检查业务流程顺畅性和系统运行平稳性；
 - 测试系统响应时间是否满足要求；
 - 评估系统并发处理能力是否达标；
 - 检查系统在高负载情况下的稳定性；
 - 验证各业务流程是否顺畅执行。
3. 集成验证：模拟与外部系统的数据共享，检查系统集成性；
 - 测试与现有系统的接口连通性；
 - 验证数据交换的准确性和完整性；
 - 检查异常情况下的错误处理机制；
 - 评估集成后系统整体协同效果。
4. 文档验证：查看项目文档资料，检查文档完整性。
 - 核对文档资料是否完整齐全；
 - 检查使用手册的详细程度和准确性；
 - 评估技术文档对系统维护的支持程度；

- 验证文档更新是否与系统实际状态一致。

（二）硬件设备类项目：

1. 设备核验：清点设备和序列号，查看设备型号与配置，检查设备品牌、规格、数量与采购清单的一致性；

- 逐一核对设备清单与实际设备；
- 检查设备型号、规格与合同约定；
- 验证设备配置与技术要求；
- 测试设备基本功能和性能。

2. 保修验证：查验设备保修期证明，检查保修承诺符合性；

- 核对保修期限与合同约定；
- 检查保修凭证的有效性；
- 确认保修服务内容和响应时间；
- 验证保修服务联系方式和程序。

3. 附件验证：查看设备文档资料及随机软件，检查文档资料完整性。

- 核对设备附件是否齐全，安全类设备销售许可证；
- 检查随机软件是否可用；
- 验证设备使用手册的完整性；
- 确认技术文档的准确性和实用性。

（三）商品软件类项目：

1. 授权验证：查验软件名称与原厂商授权证明，检查与采购清单的一致性；

- 核对软件名称、版本与合同约定；
- 验证软件授权证书的真实性；
- 检查软件许可数量是否符合要求；
- 确认软件注册信息的准确性。

2. 服务验证：查验软件保修期证明，检查保修承诺符合性；

- 核对技术支持期限与合同约定；
- 验证升级服务内容和方式；
- 检查问题响应时间承诺；
- 确认技术支持联系方式和程序。

3. 文档验证：查看软件文档资料，检查文档资料完整性。

- 核对软件使用手册是否完整；
- 检查安装部署文档的详细程度；
- 验证管理员手册的实用性；
- 确认故障排除指南的有效性。

(四) 综合布线网络建设类项目：

1. 施工验证：清点网络布点数量，查验施工材料，检查与合同及设计方案一致性；
 - 核对网络节点数量与分布位置；
 - 验证线缆型号和敷设方式；
 - 检查施工材料质量和品牌；
 - 确认网络设备安装位置和方式。
2. 性能验证：抽查检测网络端口性能，检查建设施工质量；
 - 测试网络传输速率；
 - 验证网络连通性和稳定性；
 - 检查网络配置参数；
 - 评估网络负载能力。
3. 文档验证：查看施工图纸等文档，检查文档资料完整性。
 - 核对网络拓扑图与实际布局；
 - 验证设备IP地址分配表的准确性；
 - 检查网络配置文档的详细程度；
 - 确认维护手册的实用性。

第六章 验收结论

第十条 验收组应在验收工作完成后，按以下程序形成验收意见：

1. 验收记录：验收过程中，验收组成员应详细记录验收情况；
2. 内部讨论：验收完成后，验收组内部讨论，汇总各项验收结果；
3. 意见形成：根据验收标准和验收结果，形成验收意见；
4. 意见确认：验收组成员对验收意见进行确认并签字。

第十一条 对项目完成情况检查核验后，验收组内部讨论形成验收意见和结论。验收结论分为以下三类：

1. 验收通过：
 - 项目全部达到验收标准；
 - 功能、性能完全符合合同要求；
 - 文档资料完整准确。
2. 延期验收：
 - 存在少量缺陷但不影响系统主要功能使用；
 - 缺陷可在短期内（一般不超过15个工作日）完成整改；
 - 经整改完善后再次复查。

3. 不通过验收：

- 存在较大差距，未能满足基本需求；
- 主要功能不可用或严重缺陷；
- 由承建方进行整改，并报分管院领导。

第十二条 对于需要整改的项目，应明确提出以下要求：

1. 整改内容：明确指出需要整改的具体项目和内容；
2. 整改时限：根据整改内容确定合理的整改时间；
3. 整改责任：明确整改责任主体和联系人；
4. 复查安排：明确整改后的复查时间和方式。

第七章 验收结果处理

第十三条 验收工作完成后，验收组应在5个工作日内编制《信息化项目验收报告》见附件4，报告内容包括：

1. 项目概况：项目名称、建设内容、完成情况等；
2. 验收依据：项目合同、技术标准等；
3. 验收过程：验收时间、地点、参与人员、验收方法等；
4. 验收结果：各项验收内容的检查结果；
5. 验收结论：综合验收意见和建议；
6. 签字确认：验收组成员签字。

第十四条 验收意见和结论经验收组签字后，按以下方式通知：

1. 通知时间：验收报告完成后3个工作日内；
2. 通知方式：书面通知，必要时可召开验收结果通报会；
3. 通知对象：
 - 属于信息中心负责的项目，书面通知项目承建方；
 - 非信息中心负责的项目，书面通知项目负责部门。

第十五条 验收工作完成后，相关资料应按以下要求归档：

1. 归档内容：
 - 验收申请材料；
 - 验收报告及附件；
 - 验收过程中形成的其他资料；
 - 整改报告和复查资料（如有）。
2. 归档时间：验收结束后10个工作日内；
3. 归档责任：由信息中心指定专人负责归档；
4. 归档管理：归档资料应按规定保存，便于查阅和追溯。

第八章 附则

第十六条 在验收过程中出现下列情况的，应追究相关责任：

1. 弄虚作假：故意隐瞒项目缺陷或提供虚假验收材料的；
2. 徇私舞弊：验收人员不按规定程序 and 标准进行验收的；
3. 失职渎职：未严格履行验收职责，导致不合格项目通过验收的。

第十七条 本制度由信息中心负责解释。

	制度编码	XKK-ZD-013	制度名称	医院信息化 用户服务管理 制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	陈一君
	制度版次	新增	制定时间	2025-09-17	生效时间	2025-12-17

医院信息化用户服务管理制度

第一章 总则

第一条 为规范医院信息系统用户服务管理工作，提高服务质量和效率，确保医院信息系统稳定运行，特制定本制度。

第二条 本制度所称用户服务是指为信息中心管理的信息系统用户提供的维护支持服务，服务内容包括：

- 1、故障维修：包括但不限于包括服务器、工作站、网络设备等硬件故障，以及各类软件系统运行故障的排查与修复。
- 2、软硬件安装：医院信息系统所需各类软件、硬件设备的安装部署工作，确保其正常运行。
- 3、网络连接：协助用户进行网络接入配置，包括有线网络连接、无线网络配置等，保障用户设备能够正常访问医院内部网络及互联网资源（如适用）。
- 4、问题解答：为用户提供服务台、在线服务岗和现场服务岗解决用户在使用信息系统过程中遇到的各种操作疑问、功能咨询等问题，提供专业的指导和解答。
- 5、数据查询：依据医院信息安全管理规定，协助用户查询其业务范围内相关的系统数据，确保数据查询的合法性、准确性和及时性。
- 6、数据维护：根据用户申请及业务流程要求，对信息系统中的数据进行必要的维护操作，如数据更新、修正、备份等，确保数据的完整性和有效性。

第二章 服务体系与职责

第三条 信息中心设置用户服务台、在线服务岗和现场服务岗为全院用户提供一线支持服务，具体职责如下：

用户服务台：负责接收用户报修申请，根据报修事件类型分派调度服务人员。服务台实行7×24小时值班制，工作日白班至少配备2名服务人员，夜间及节假日至少配备1名值班人员。

在线服务岗：负责在线处理用户问题，服务内容包括：

- 1、信息系统使用功能咨询；
- 2、用户账号创建、权限分配、密码重置等权限管理；
- 3、系统数据查询与维护；
- 4、系统故障初步判断与处理；
- 5、远程桌面协助。

现场服务岗：按部门或楼宇分工负责用户终端软硬件问题现场或远程维护，服务内容包括：

- 1、终端设备（计算机、打印机、扫描仪等）故障处理
- 2、设备安装与调试
- 3、网络连接配置与故障排除
- 4、系统软件安装与更新
- 5、病毒查杀与安全防护

二线服务岗：由各信息系统相关工程师组成，根据一线服务请求，为用户提供专业技术支持，负责：

- 1、疑难问题分析与解决
- 2、系统功能优化与调整
- 3、数据库维护与管理
- 4、系统性能监控与调优
- 5、系统接口维护与管理

第四条 用户服务人员应定期接受本岗位相关的应用软件、基础软硬件、网络知识培训，掌握本岗位常见问题处置方法，不断提升服务能力。信息中心每季度至少组织一次技术培训。

信息中心建立信息系统和用户常见问题处理知识库，供服务人员处理问题时查阅参考。知识库由信息中心分管副主任组织各系统相关人员编写和维护，每月更新一次；

每位服务人员需掌握至少一个核心业务系统的基本操作和常见问题处理方法，并熟悉基础软硬件故障排除技能；

服务人员每年应参加不少于40学时的专业培训，并通过岗位技能考核。

第三章 服务流程

第五条 信息中心设置统一的用户报修电话（内线：惠山区人民医院惠山区人民医院，移动短号：6635）和网上报修系统（<http://惠山区人民医院X>）接收用户报修申请。

用户服务台受理用户报修电话后，应在5分钟内填写《用户服务工单》（见附件1）并进行任务分派。

通过网上报修系统提交的服务申请，用户服务台应在15分钟内受理，生成服务工单并进行任务分派。

用户直接联系服务人员的，由服务人员在30分钟内生成服务工单，并录人工单管理系统。

每个工单必须包含以下信息：

- 1、报修时间
- 2、报修人姓名、科室、联系方式
- 3、报修事项类型与详细描述
- 4、紧急程度
- 5、受理人
- 6、处理人
- 7、处理过程记录
- 8、处理结果
- 9、完成时间
- 10、用户确认

第六条 用户报修事件涉及修改业务数据的，用户应填写《数据修改申请表》（见附件2），经用户所在部门负责人签字后，服务人员方可受理。

报修事件涉及收费、医嘱、诊断等敏感数据修改的，除部门负责人签字外，还需报经相关业务管理部门（医务部/财务处等）负责人签字同意。

数据修改完成后，应由操作人、审核人双人复核确认，并在《数据变更记录表》（见附件3）中详细记录变更内容。

数据修改申请和变更记录应至少保存5年，以备追溯查询。

第七条 按照用户业务时效性要求和报修事件对业务影响程度，将报修事件划分为以下级别：

（一）特急事件：影响医疗安全或直接影响大量患者就医的系统故障，如：

- 1、HIS系统整体崩溃
- 2、急诊、手术等关键科室的系统全面瘫痪
- 3、网络完全中断等

（二）紧急事件：影响科室正常业务流程但尚无安全隐患的故障，如：

- 1、门诊挂号、收费系统故障
- 2、住院系统医嘱无法开立
- 3、检验、影像等辅助科室系统故障
- 4、局部网络故障等

（三）一般事件：对业务有影响但不妨碍核心业务开展的问题，如：

- 1、单个终端设备故障
- 2、非关键功能异常
- 3、数据查询需求等

（四）计划性事件：可预约时间处理的需求，如：

- 1、设备安装与升级
- 2、系统培训
- 3、数据统计分析等

对于特急和紧急事件，应立即启动应急预案，优先调配资源处理。

第八条 服务人员接受服务工单后，应按照以下时限做出响应（电话联系或现场处置）：

- 1、特急事件：5分钟内
- 2、紧急事件：15分钟内
- 3、一般事件：30分钟内
- 4、计划性事件：2小时内

属于窗口业务终端报修或紧急事件需要现场处理的，应在以下时限内到达现场：

- 1、特急事件：10分钟内
- 2、紧急事件：15分钟内
- 3、一般事件：1小时内
- 4、计划性事件：按约定时间

响应时间计算起点为工单创建时间，截止点为服务人员首次联系用户或到达现场的时间。

第九条 服务人员应按照以下时限完成问题处理：

- 1、特急事件：1小时内
- 2、紧急事件：2小时内
- 3、一般事件：当日完成
- 4、计划性事件：3个工作日内或按约定时间

对于不能在规定时间内完成的服务，服务人员应：

- 1、向用户做好解释沟通，明确预计解决时间
- 2、向信息中心分管副主任报告，说明原因及解决方案
- 3、每2小时向用户通报一次处理进展
- 4、必要时启动应急预案或采取临时替代方案

发生服务异议的，应立即报告信息中心分管副主任协调解决。

第十条 用户服务实行服务首接制，首接服务人员或服务全过程负责，直至问题解决。

对不属于服务人员职责范围的工单，由首接服务人员在15分钟内转接给相应服务人员处置，并在工单管理系统中进行工单转移记录。

需要二线服务提供支持的，由首接服务人员联系二线服务工程师升级处置，并持续跟踪处理进展。

对涉及多环节或反复出现的报修事件，首接服务人员应在发现此类情况后2小时内报告信息中心分管副主任协调解决。

首接服务人员应在问题解决后24小时内回访用户，确认问题是否彻底解决。

第十一条 服务人员完成用户请求处置后，应在1小时内完成以下记录工作：

在工单管理系统中详细记录处理过程、处理方法及处理结果；

对特殊或典型案例，整理形成案例并提交至知识库；

对发现的系统缺陷或改进点，提交《系统改进建议表》（见附件4）

服务记录应包含以下要素：

- 1、问题的具体表现及影响范围
- 2、问题原因分析
- 3、处理步骤及方法
- 4、解决结果
- 5、预防措施或建议

第四章 服务保障

第十二条 现场服务人员每月对所分管区域的终端设备进行一次巡检，内容包括：

- 1、硬件运行状态检查
- 2、操作系统及应用软件性能检查
- 3、安全防护软件更新检查
- 4、网络连接状态检查
- 5、打印设备耗材状态检查

巡检应按照《终端设备巡检表》（见附件5）进行记录，对发现的问题及时处理。

对重点科室（急诊、ICU、手术室等）的关键终端设备，每周进行一次巡检。

巡检结果应于每月5日前提交信息中心分管副主任审阅。

第十三条 服务人员在接听用户报修电话和提供服务过程中，应做到：

- 1、语言礼貌：使用"您好"、"请"、"谢谢"等礼貌用语
- 2、态度友善：耐心倾听，不打断用户描述
- 3、热情主动：积极解答疑问，主动提供帮助
- 4、专业规范：使用专业术语准确描述问题

服务人员应着装整洁，佩戴工作证，主动出示服务工单。

信息中心定期组织服务礼仪培训，并将服务态度纳入绩效考核。

第十四条 信息中心应保有充足的维修备件和备机，包括但不限于：

- 1、常用型号计算机硬盘、内存、电源等备件，数量不少于在用设备的5%
- 2、各型号打印机耗材及常见易损件，满足一个月的使用需求
- 3、网络设备备件（交换机、路由器、网线等）
- 4、应急用计算机整机，不少于在用设备的3%

备件管理应建立《备件管理台账》（见附件6），做到账物相符，定期盘点。

信息中心应与关键设备供应商建立应急服务协议，确保重大故障能够得到及时支持。

第五章 服务管理

第十五条 信息中心分管用户服务的副主任应：

- 1、每天审阅当日服务工单，掌握用户报修和服务完成动态
- 2、发现超时限未完成的服务，督促相关人员加快处置
- 3、发现频繁共性报修事件，组织相关人员分析原因，制定解决方案
- 4、每周抽查不少于10%的服务工单，对报修记录的填写质量进行监督检查

信息中心主任每月组织一次服务质量分析会，讨论存在的问题及改进措施。

第十六条 信息中心每月对用户服务记录进行统计分析，形成《月度服务质量分析报告》，内容包括：

- 1、服务工单数量及分类统计
- 2、服务响应时间和处理时间统计
- 3、服务及时率、解决率统计
- 4、用户投诉情况分析
- 5、共性问题分析及改进建议

每季度组织一次服务质量讲评会，就服务及时性、服务质量、用户投诉等方面进行讲评。

每半年开展一次用户服务满意度调查，采用问卷、访谈等形式，了解用户对服务的评价和建议。

对调查发现的问题进行总结分析，制定改进措施并落实到人，在下一周期检查改进效果。

第十七条 外包人员参与用户服务的，应：

- 1、严格遵守本制度各项规定
- 2、接受信息中心统一管理和调度
- 3、遵守医院保密制度，签署《保密协议》
- 4、按照服务质量标准接受考核评价

信息中心应明确外包服务范围、服务标准、考核方式和奖惩措施，并在外包合同中予以明确。

外包人员提供服务时，应佩戴标识并主动向用户说明身份。

第六章 附则

第十八条 本制度由信息中心负责解释。

第十九条 本制度每年评审一次，根据医院信息化建设需要及时修订。

第二十条 本制度自发布之日起30天后实施。

	制度编码	XXK-ZD-014	制度名称	医院信息化 资产管理制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	陈一君
	制度版次	修订 (第3次)	修订时间	2025-09-10	生效时间	2025-09-17

医院信息化资产管理制度

第一章 总则

第一条 为规范我院信息化资产管理，提高资产使用效率，保障医院信息系统安全稳定运行，保护医院资产安全，特制定本制度。

第二条 依据《医疗机构信息化建设指南》《国有资产管理法》《医院财务资产管理制度》等相关法律法规和医院规章制度制定本制度。

第三条 本制度所称资产为归属于信息中心的医院资产，包括IT类资产（服务器、网络设备、安全设备、存储设备、终端设备等）和办公设备（打印机、复印机、扫描仪等）。归属于其它部门但由信息中心统一归口管理的IT类资产不适用于本制度，其管理办法另行制定。

第二章 管理组织与职责

第四条 信息中心成立资产管理小组，由信息中心主任担任组长，各科室负责人为成员。资产管理小组下设资产管理员，负责资产台账日常管理工作。

第五条 资产管理职责：

- 1、信息中心主任：全面负责信息中心资产管理工作，定期组织资产盘点，审批资产调配和报废处置计划；
- 2、资产管理员：负责资产台账建立与维护，资产的登记、出入库管理，资产标签管理，资产状态更新，协助组织资产盘点等；
- 3、各科室负责人：负责本科室使用的资产日常管理，定期检查资产状态，协助资产管理员进行资产盘点；
- 4、维修人员：负责资产维修与保养，负责备用设备管理，做好维修与替换记录；
- 5、网络安全负责人：负责资产报废处置前的数据安全处理。

第三章 资产台账管理

第六条 信息中心建立资产台账并指定专人对资产台账进行管理。资产台账应当采用电子化管理系统，确保数据准确、完整、及时更新。

第七条 资产台账登记内容应当包括但不限于：

基本信息：医院资产编号、资产类型、资产名称、资产型号、资产配置、产品序列号、MAC地址（网络设备）IP地址（网络设备）；

归属信息：使用部门、使用人、使用位置、责任人；

采购信息：购入日期、供应商、采购合同编号、价格、保修期限；

状态信息：运行状态、维修记录、报废信息。

第八条 资产管理应当及时更新资产台账信息，做到台账信息与实际资产状态一致；

每季度进行一次台账数据检查，确保数据准确性；

每年与财务资产账目核对一次，做到账账、账物相符；

资产状态发生变化时（如调拨、维修、报废等），应在3个工作日内更新台账记录。

第四章 资产采购与入库

第九条 信息中心应当根据医院信息化建设规划和各部门需求，制定年度资产采购计划，报医院批准后实施。

第十条 设备到货或安装部署后，依据采购合同约定对设备进行验收：

验收小组组成：应由信息中心、财务部、使用部门等相关人员组成，不少于3人；

验收内容：应严格对照采购清单，对设备的型号、配置、数量、保修期、附件资料等进行审核把关；

验收流程：

- 1、开箱清点设备数量、型号、附件、资料等；
- 2、对设备进行功能测试，确保设备正常工作；
- 3、检查保修卡、合格证等相关文件；
- 4、填写《设备验收单》（见附件1）；
- 5、验收合格后，由验收小组成员签字确认。

第十一条 通过验收的资产，由资产管理在5个工作日内完成以下工作：

- 1、根据医院财务管理制度，填写《固定资产入账单》，提交财务部门登记财务资产；
- 2、在信息中心资产管理系统中录入资产信息，生成资产台账；
- 3、制作并粘贴资产标签（标签内容包括资产编号、名称、责任部门、购入日期等）；
- 4、建立资产档案，归档保存验收单、说明书、保修卡等资料。

第十二条 由上级配发或外部赠送的设备，按照以下流程进行管理：

- 1、接收人填写《非采购资产接收单》（见附件2），详细记录设备来源、型号、配置等信息；
- 2、信息中心主任审核签字；

- 3、按照医院财务管理制度的规定，向财务部门报备并登记入账；
- 4、录入信息中心资产台账，贴好资产标签；
- 5、建立资产档案。

第五章 资产使用与维护

第十三条 资产领用：

- 1、领用流程：使用人填写《资产领用单》（见附件3），经部门负责人和资产管理
员审核后，方可领用；
- 2、责任明确：领用人应当在《资产领用单》上签字确认，承担资产使用和保管责任；
- 3、台账更新：资产管理应当及时在资产台账中更新使用人和使用位置信息。

第十四条 使用管理：

- 4、使用人负责资产的日常保管和合理使用，不得擅自拆卸、改装或挪作他用；
- 5、使用人调离、离职前，应当办理资产移交手续；
- 6、终端设备使用人应当遵守信息安全管理规定，不得安装未经授权的软件或进行
其他违规操作。

第十五条 维修保养：

- 1、日常维护：使用人应当做好设备的日常清洁和保养工作；
- 2、故障报修：设备发生故障时，使用人应当及时填写《设备维修申请单》（见附件
4），报信息中心维修人员处理；
- 3、维修记录：维修人员应当填写《设备维修记录单》（见附件5），详细记录故障
现象、维修过程和结果，并在资产台账中更新维修记录；
- 4、保修服务：对于在保修期内的设备，应当优先联系供应商进行保修服务，保修记
录应当归档保存。

第十六条 对用户终端类备用设备，因用户设备故障需要临时替换使用的：

- 1、由维修人员填写《设备临时替换单》（见附件6），详细记录原设备和替换设备
的资产编号、型号等信息；
- 2、使用人在替换单上签字确认；
- 3、维修人员在资产台账中标记设备状态为"临时替换"；
- 4、原设备维修完成后，维修人员填写《设备归还单》（见附件7），换回备用设备；
- 5、在资产台账中恢复设备状态记录。

第六章 资产调配与盘点

第十七条 资产调配

调配原则：根据信息化建设需要，信息中心可对所属资产统一调配使用，实现资产

的合理配置和有效利用；

调配程序：

1、提出需求：需求部门填写《资产调配申请单》（见附件8），说明调配原因和需求；

2、审批：由信息中心主任审批；

3、执行调配：资产管理员组织实施资产调配，并填写《资产调配单》（见附件9）；

4、更新记录：由资产管理员在3个工作日内变更资产台账记录；

5、财务变更：对于需要变更财务资产账目的，应当填写《固定资产调拨单》，申请对财务资产账目进行变更。

第十八条 资产盘点

1、盘点周期：每年进行一次全面盘点，每半年进行一次重点资产盘点；

2、盘点组织：由信息中心主任组织，资产管理员具体实施，各部门配合；

3、盘点内容：核对资产数量、位置、使用状况、负责人等信息，检查资产标签是否完好；

盘点流程：

1、制定盘点计划，明确盘点范围、时间和人员分工；

2、打印《资产盘点表》（见附件10）；

3、现场盘点，填写盘点结果；

4、汇总盘点结果，编制《资产盘点报告》（见附件11）；

5、对账物不符的情况进行分析，查明原因；

6、报告盘点结果，提出处理建议。

盘点处理：对盘点中发现的问题，应当及时处理：

1、账实相符：正常记录；

2、实存数量多于账面数量：查明原因，补办入账手续；

4、实存数量少于账面数量：查明原因，按照资产损失处理程序处理；

5、资产状态异常：安排维修或评估是否需要报废。

第七章 资产报废与处置

第十九条 符合以下条件之一的资产，可以申请报废：

1、达到规定使用年限，且性能明显下降、无法满足使用需求；

2、发生严重故障，维修费用超过资产残值或维修后无法恢复正常功能；

3、技术落后，不能满足医院信息化建设需要，且无法通过升级改造满足需求；

4、因系统升级、业务调整等原因，资产闲置且无法调配使用；

5、因不可抗力因素导致的严重损坏，无法修复。

第二十条 各类资产的参考报废年限：

- 1、服务器：5-8年；
- 2、网络设备：5-8年；
- 3、存储设备：5-8年；
- 4、安全设备：5-8年；
- 5、终端设备（台式机、笔记本）：4-6年；
- 6、打印设备：5-7年；
- 7他设备：按照设备特性确定。

第二十一条 报废程序

1、申请：使用部门或资产管理员填写《资产报废申请单》（见附件12），说明报废原因，附设备状况说明；

2、评估：信息中心组织技术人员对拟报废设备进行评估，出具《资产报废评估意见》（见附件13）；

3、审批：根据医院资产管理规定，按照资产价值权限逐级审批：

单价5万元以下的资产：由信息中心主任审批；

单价5万元以上的资产：提交医院资产管理部门审批；

4、制定报废计划：对需要报废的资产列入报废计划，报医院批准后实施；

5、数据处理：在资产报废处置前，由网络安全负责人组织对资产中所储存的数据、软件等资源及时备份、迁移和清除，并填写《数据清除确认单》（见附件14）；

6、报废执行：按照医院资产处置流程执行报废；

7、账目处理：资产管理员根据报废批复，在资产台账中进行销账处理，并向财务部门提交《固定资产报废单》，办理财务销账手续。

第二十二条 报废处置

处置原则：本着物尽其用和综合成本节约的原则进行评估，资产报废处置应当遵循公开、公平、公正的原则；

处置方式：

1、转让：对于具有一定使用价值的设备，可以采取转让方式处置；

2、拆解利用：对于可以拆解利用部分配件的设备，可以进行拆解后分类处置；

3、报废销毁：对于无使用价值且无法利用的设备，按照环保要求进行销毁；

4、处置记录：填写《资产处置记录单》（见附件15），详细记录处置方式、处置结果等信息；

其它处置要求按医院资产管理相关规定执行。

第八章 附则

第二十三条 有下列情形之一的，按照医院相关规定追究责任：

- 1、擅自处置医院资产的；

- 2、私自将医院资产挪作他用或据为己有的；
- 3、故意损坏医院资产的；
- 4、因管理不善导致资产损失的；
- 5、未按规定进行资产登记、盘点的；
- 6、其他违反本制度规定的行为。

第二十四条 本制度由信息中心负责解释。

第二十五条 本制度自发布之日起实施。

	制度编码	XXK-ZD-015	制度名称	医院信息化文档管理制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	陈一君
	制度版次	新增	制定时间	2025-09-10	生效时间	2025-09-17

医院信息化文档管理制度

第一章 总则

第一条 为规范医院信息化文档管理工作，提高信息化建设与管理水平，保障信息系统安全稳定运行，特制定本制度。本制度所称文档为与信息化建设管理和信息系统运维密切相关的文档资料，信息中心对此类文档资料实行集成统一管理。信息化文档是医院重要的信息资产，对医院信息系统的建设、维护和持续改进具有重要参考价值。

第二条 本制度适用于医院信息中心及各科室在信息化建设、应用和管理过程中产生的各类文档的收集、整理、归档、保存和使用管理。

第二章 文档分类与编码

第三条 纳入信息中心统一管理的文档包括：

- 1、所购买软硬件产品的配套文档：包括但不限于产品使用手册、维护手册、技术白皮书、产品规格书、授权证书、保修卡、许可证书等；
- 2、信息化项目文档：包括但不限于项目立项申请报告、可行性研究报告、招标文件、投标文件、评标报告、中标通知书、项目合同、需求分析报告、系统设计说明书、测试报告、实施过程文档、用户培训材料、操作手册、维护手册、验收测试报告、验收证书、自研项目设计文档等；
- 3、网络布线及点位图：包括但不限于医院网络拓扑图、各楼层网络布线图、弱电间分布图、设备安装点位图、IP地址分配表等；
- 4、信息化发展规划、年度工作计划和预算、年度总结报告：包括但不限于医院信息化中长期发展规划、年度实施计划、预算申请报告、年度工作总结、工作分析报告等；
- 5、呈批件：包括但不限于信息化项目立项呈批件、重大事项决策呈批件、信息化设备采购呈批件、系统需求变更呈批件等；
- 6、上级重要发文：包括但不限于国家、卫健委、省市卫健委及其他相关主管部门关于医院信息化建设的政策文件、标准规范、通知等；
- 7、其它具有重要保留价值的文档：包括但不限于信息系统应急预案、重大事件处理

记录、信息安全事件记录、重要会议纪要等。

以上文档可以是纸质或电子形式。

第四条 文档分类代码：

A类：软硬件产品配套文档

B类：信息化项目文档

C类：网络布线及点位图

D类：信息化规划计划预算报告

E类：呈批件

F类：上级重要发文

G类：其他重要文档

文档编号规则：采用"类别代码-年份-序号"的形式，如：B-2025-001，表示2025年第1号信息化项目文档。

第三章 组织与职责

第五条 信息中心设置文档管理员（可兼职）负责文档统一管理工作。文档管理员由信息中心主任指定，应具备文档管理基础知识，熟悉医院信息化业务。

第六条 文档管理员具体职责如下：

- 1、负责制定文档管理工作计划并组织实施；
- 2、负责接收、登记和保管各类文档；
- 3、负责建立和维护文档目录，对文档进行分类编码；
- 4、负责文档的借阅、归还管理；
- 5、负责文档的定期检查和维护；
- 6、定期对文档进行备份和归档；
- 7、协助开展文档的安全保密工作；
- 8、负责编制文档管理工作报告。

第七条 部门职责：

- 1、信息中心负责建立文档管理制度，提供必要的管理条件和资源；
- 2、信息中心各业务小组负责及时向文档管理员提交相关文档；
- 3、医院各科室在信息化项目中产生的相关文档，应及时提交信息中心统一管理。

第四章 文档管理流程

第八条 列入统一管理的文档应及时归档。

归档时间要求：

- 1、软硬件产品文档：产品验收后3个工作日内提交归档；

2、信息化项目文档：项目阶段性成果完成或项目验收后5个工作日内提交归档；
3、网络布线及点位图：网络工程完工验收后5个工作日内提交归档，如有变更应在变更实施后3个工作日内更新归档；

- 1、规划计划预算报告：文件形成后5个工作日内归档；
- 2、呈批件：批复后3个工作日内归档；
- 3、上级发文：收到后3个工作日内归档；
- 4、其他文档：形成后5个工作日内归档。

归档责任人：

- 1、软硬件产品和信息化项目文档由项目负责人负责提交归档；
- 2、由信息中心起草的文件和上级发文由信息中心主任指定专人及时提交归档；
- 3、网络布线及点位图由网络管理员负责提交归档。

归档程序：

- 1、归档责任人填写《文档归档登记表》（见附件1）；
- 2、文档管理员审核文档的完整性和规范性；
- 3、文档管理员办理签收手续，填写《文档接收签收单》（见附件2）；
- 4、文档管理员对文档进行分类编号，录入文档管理系统。

第九条 文档管理员负责为归档文档统一编号，并编制文档目录（电子版）供查阅。

目录内容：文档目录应包含文档编号、文档名称、文档类别、形成日期、保存形式、保密级别、保存位置、责任人等信息；

目录更新：文档目录应当实时更新，至少每季度核对一次；

目录发布：文档目录在信息中心内部共享，可查询级别的目录可在医院内网发布。

第十条 文档应做到有序保管。

纸质文档保存：

- 1、存放应做到外观整齐、按编号有序排列；
- 2、采用防尘、防潮、防光、防热、防虫措施；
- 3、配备适当的档案柜和存储设备；
- 4、重要文档应配备防火、防盗设施。

电子文档保存：

- 1、应建立在可靠的共享存储服务器上，设置访问权限；
- 2、按文档类别、编号区间分层级建立目录保存；
- 3、采用标准文件格式，如PDF、DOC、XLS等；
- 4、建立文件备份机制，重要文档至少保存三份备份，分别存储在不同位置；
- 5、定期（至少每季度一次）对电子文档进行完整性和可读性检查。

保密文档保存：

- 1、对于不宜公开的文档应单独封闭保管；
- 2、保密文档应明确标注保密级别；
- 3、电子形式的保密文档应采取加密措施，限定访问权限。

第十一条 因工作需要查阅文档的，应按规定程序办理借阅手续。

借阅程序：

- 1、借阅人填写《文档借阅申请表》（见附件3）；
- 2、一般文档由文档管理员审批，保密文档由信息中心主任审批；
- 3、电子文档由文档管理员授予查阅权限，纸质文档办理借阅登记后可借阅；
- 4、借阅人在《文档借阅登记簿》（见附件4）上签字确认。

借阅期限：

- 1、借阅文档的，应当在借阅一周之内归还或取消电子文档查阅权限；
- 2、如需延长借阅期限，应在借阅期满前办理续借手续；
- 3、特殊情况下，经信息中心主任批准可适当延长借阅期限，但最长不超过一个月。

借阅规定：

- 1、借阅文档不得擅自复制、传阅、外借；
- 2、借阅人对借阅文档的保密性和完整性负责；
- 3、借阅归还时，文档管理员应当检查文档的完整性；
- 4、借阅人应在归还时办理《文档归还登记表》（见附件5）。

第五章 文档安全与保密

第十二条 文档按保密级别分为：

- 1、公开级：可全院共享的通用性文档（如设备基础操作手册）。
- 2、内部级：仅限信息中心及关联科室查阅（如网络拓扑图）。
- 3、机密级：需院长审批的敏感文档（如源代码、等保测评报告）。

第十三条 保密措施：

- 1、各级保密文档应明确标注保密级别和保密期限；
- 2、保密文档的复制、传递、销毁等活动应严格履行审批手续；
- 3、电子形式的保密文档应采取加密存储、权限控制等措施；
- 4、涉及患者信息的文档应遵循患者隐私保护原则。

第十四条 安全责任：

- 1、信息中心主任是文档安全管理的第一责任人；
- 2、文档管理员对日常文档安全管理负直接责任；
- 3、借阅人在借阅期间对文档的安全负责；
- 4、所有接触文档的人员应遵循“最小必要”原则。

第六章 附则

第十七条 违反本制度规定，造成文档丢失、泄密或损坏的，视情节轻重，按照医院相关规定追究相关人员责任。

第十八条 本制度由医院信息中心负责解释。

第十九条 本制度自发布之日起实施。

	制度编码	XXK-ZD-016	制度名称	医院信息安全漏洞管理制度	级别	科级
	制定科室	信息中心	制定人	严斐	内审人	陈一君
	制度版次	新增	制定时间	2025-09-17	生效时间	2025-09-17

医院信息安全漏洞管理制度

一、目的

为全面规范惠山区人民医院信息系统安全漏洞从发现、评估到处置的全生命周期管理流程，构建“识别 - 评估 - 处置 - 验证 - 闭环”的漏洞管理体系，实现漏洞闭环管控，有效防范因漏洞引发的患者隐私数据泄露、医疗业务中断、监管部门通报等安全事件，及时消除信息系统安全隐患，缩短安全事件响应时长，保障医疗业务持续稳定运行与核心数据安全，特制定本制度。

二、适用范围

本制度明确网络安全漏洞管理各核心阶段（含漏洞发现与报告、接收登记、技术验证、风险处置、信息发布、进度跟踪等）的标准化流程、执行要求及效果证实方法，适用于为本院提供网络产品与服务的供应商、本院内部网络运营团队、第三方漏洞收录组织、漏洞应急响应机构等参与的网络安全漏洞管理相关活动。本制度中的信息系统描述适用于惠山区人民医院信息系统：

应用系统：所有与医疗业务直接相关的应用系统，包括本院自主研发的定制化系统（如院内特殊业务管理系统）外购的标准化商业产品（如正版医疗管理软件）；

操作系统：覆盖全院服务器、终端设备所使用的各类操作系统，包括 Windows Server 系列、Linux（CentOS、Ubuntu 等）Unix 及麒麟、统信等国产化操作系统；

数据库系统：包含 Oracle、MySQL、SQL Server 等主流商业数据库，以及达梦、人大金仓等国产化数据库，涵盖生产库、测试库、备份库等全场景数据库；

中间件：包括 Tomcat、Apache、Nginx 等 Web 中间件，以及各类消息中间件、缓存中间件等支撑应用系统运行的基础组件；

网络设备：全院用于数据传输与网络架构支撑的设备，如核心交换机、接入交换机、路由器、无线 AP、负载均衡设备等；

安全设备：用于网络安全防护与监控的专用设备，如防火墙、入侵防御系统（IPS）Web 应用防火墙（WAF）终端检测与响应系统（EDR）安全审计设备、漏洞扫描设备等。

本制度覆盖全院所有内外网业务系统，包括但不限于以下核心业务场景及配套设备：

核心医疗业务系统：医院信息系统（HIS）医学影像存档与通信系统（PACS）实验

室信息系统（LIS）电子病历系统（EMR）移动护理系统、手术麻醉管理系统、门诊 / 住院收费系统；

新兴技术应用设备：物联网（IoT）医疗设备（如智能输液泵、远程监护设备、医疗物联网网关）医疗机器人控制系统、智能药房管理系统；

第三方关联系统：第三方厂商提供的外挂系统（如医保接口对接系统、体检报告生成系统）部署于公有云 / 私有云的云端业务系统（如互联网挂号系统、云存储系统）；

互联网医疗平台：互联网医院系统（含在线问诊、处方流转、远程会诊模块）患者服务小程序 / APP 后台系统；

支撑类设备：上述业务系统运行所依赖的网络设备（如业务区域交换机、跨区域路由器）安全设备（如业务专属 WAF、终端安全防护设备）。

三、组织与职责

角色	职责
信息安全领导小组	审批重大漏洞处置方案、接受风险决策
信息中心（安全组）	漏洞归口管理，负责扫描、派单、验证、闭环
业务科室/厂商	按时整改或提供修复计划，回传结果
安全托管服务	7×24远程监测，提供技术方案与复测
审计科	每季度抽查漏洞台账，对超期整改科室出具黄牌

四、漏洞管理流程（PDCA 循环）

识别阶段（P）

自动：MSS 平台每日凌晨扫描+实时云威胁情报

手动：上级通报、渗透测试、攻防演练、厂商公告、白帽子报告

评估阶段（D）

分级：按 CVSS≥9.0 为“高危”、7.0–8.9 为“中危”、<7.0 为“低危”

业务影响：是否包含患者隐私、是否互联网暴露、是否医保结算关键区

处置阶段（D）

优先顺序：缓解闭环→根本闭环→接受风险

3.1缓解闭环（4h内完成）

规则防护：

IPS/WAF 启用对应规则 ID，验证“检测后拦截”

访问控制：

a、互联网非必须端口→防火墙应用控制策略立即“拒绝”

b、敏感 URL→WAF 权限控制模板一键封锁

c、虚拟补丁：EDR 在线终端 3 分钟内点击“防御”，无需重启

d、网络隔离：无法立即修复的内网设备，当日划入“漏洞 VLAN”，禁止跨区访问。

3.2 根本闭环（72h内完成）

端口关闭：

非业务端口直接关闭，Windows 防火墙或 Linux iptables 一键封锁

官方补丁：

有快照→先备份→凌晨窗口期升级→次日业务验证

无快照→禁止直接打补丁，必须先做虚拟机快照或异地备份

厂商修复：

联系软件开发商提供脚本，测试环境验证通过后上生产

3.3 接受风险（≤30日）

同时满足以下条件方可申请：

漏洞 CVSS<7.0 且院内无利用路径

业务不能停（如手术麻醉系统）

科主任+信息科主任+分管院长三方签字

制定替代监控方案（增加白名单、审计策略）

验证（C）

针对不同处置方式，采取差异化验证措施，确保漏洞处置有效性：

缓解类：MSS 平台次日复测，确认“已防护”

根本类：业务验证+复测，出具《漏洞修复报告》

接受风险：每两周重新评估，风险升高立即升级处置

闭环（Act）

完成漏洞处置后，及时更新管理状态与台账：

状态同步：在 MSSP（托管安全服务提供商）平台中，将漏洞状态标记为“已修复”“已防护”或“接受风险”；

台账更新：根据处置结果，详细填写《漏洞处置跟踪表》，确保每一个漏洞的全流程信息可追溯。

考核

建立漏洞处置考核制度，督促相关责任主体按时完成处置：

高危漏洞超 24 小时未响应的，扣减对应科室绩效 2 分；

中危漏洞超 1 周末完成闭环的，对相关科室进行黄牌通报；

低危漏洞超 1 个月未完成闭环的，在月度质控会议上进行点名批评

五、时间要求（SLA）

级别	首次响应	缓解闭环	根本闭环	复测
严重	30分钟	2小时	48小时	≤24小时
高危	60分钟	4小时	72小时	≤24小时
中危	2小时	24小时	7天	≤48小时
低危	2天	5天	30天	≤7天

六、常用操作速查表

WAF规则开启：防火墙→对象→安全防护规则→输入漏洞ID→启用“检测后拦截”

应用控制：策略→访问控制→新增→源=Untrust，目的=漏洞IP，服务=端口，动作=拒绝

EDR虚拟补丁：EDR控制台→漏洞编号→搜索→点击“防御”→观察业务10分钟

端口关闭：Windows高级防火墙→入站规则→阻止连接→填写远程IP范围

七、备份与回退

为保障漏洞处置过程中业务系统安全，需严格执行以下备份与回退要求：

前置备份：在进行任何补丁安装或系统配置变更前，必须完成“虚拟机快照创建 + 数据库离线备份”，确保数据可恢复；

异常回退：若处置过程中出现业务异常，需在 10 分钟内回退至之前创建的系统快照，并第一时间上报信息中心主任，同步启动异常处置流程。

八、宣教与演练

通过常态化宣教与实战演练，提升全院漏洞管理能力：

定期宣教：每季度组织“漏洞闭环夜校”培训，结合实际案例讲解漏洞风险，现场开展 WAF 规则配置、虚拟补丁启用等实操教学；

年度演练：在年度网络安全攻防演练中，专门设置“漏洞利用”科目，对未在 SLA（服务等级协议）规定时间内完成漏洞闭环的科室，在演练总结会上进行现场曝光，督促整改。

九、附则

- 1、本制度由惠山区人民医院信息中心负责解释与修订；
- 2、本制度自发布之日起正式执行。

	制度编码	XXK-ZD-017	制度名称	跨机构数据使用审批与保密管理制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	徐太静
	制度版次	修订 (第1次)	制定时间	2024-10-20	生效时间	2024-11-20

跨机构数据使用审批与保密管理制度

为进一步推进惠山区人民医院与院外相关机构信息互联互通达到规范院外数据使用流程、保障数据安全的目标，特制定本制度。

跨机构的数据使用主要指根据我院医共体业务协同要求及国家电子病历功能应用水平分级评价、医院智慧服务分级评估标准体系等政策要求，我院使用惠山区区域卫生信息平台部分数据及其他其他基层医疗机构部分实时交互数据。

一、跨机构数据使用审批

我院使用院外其他机构数据，必须经过数据使用方提出申请经外部机构审批同意并签订保密协议方可执行。一般情况下，院内需由使用数据部门提交申请（可附相关政策文件），经由分管院领导同意，再提交数据提供机构审批，如涉及敏感数据或重要的财务等数据必要时由双方主要领导审批。惠山区人民医院使用惠山区区域卫生信息平台数据申请表（见附件1），使用基层医疗机构数据申请表（见附件2）。

二、跨机构数据使用保密协议

凡是涉及跨机构数据使用，双方机构原则上都必须签订保密协议，以保障数据交互的安全性。保密协议核心内容见（附件3）。

	制度编码	XXK-ZD-018	制度名称	院外使用患者 信息管理制度	级别	院级
	制定科室	信息中心	制定人	马丽敏	内审人	徐太静
	制度版次	修订 (第1次)	制定时间	2024-10-20	生效时间	2024-11-20

院外使用患者信息管理制度

医师院外使用患者数据的应用场景范围主要指医师因医疗业务需要利用互联网医院为患者提供服务时使用患者信息。互联网诊疗过程中任何访问、获取患者诊疗数据的人员，均应当通过严格的实名身份鉴别和授权控制，为患者提供服务产生的数据应当全程留痕，做到其行为可管理、可控制、可追溯，满足行业监管需求。

1.互联网医院必须满足国家《互联网医院管理办法（试行）》要求且经过省监管平台备案后方可进行互联网诊疗。

2.开展互联网诊疗活动的医师、护士应当在江苏省人力资源系统中注册，经医院人力资源部审批后上传。符合条件的医生和护士必须在“无锡市惠山区人民医院互联网医院”通过人脸识别实名认证申领电子执照后方可进行互联网诊疗。

3.医生在互联网医院诊疗过程中，只能调阅其挂号或者会诊的患者信息，包括本院患者信息和基层医院会诊、查房及转诊的患者信息，如既往病历、检查检验报告及本次就诊患者填写的病情描述等内容。

4.互联网医院系统建立痕迹日志管理,医护人员在调阅患者信息时应记录操作时间、操作者、调用类型等主要的调用日志。

	制度编码	ZWB-ZD-001	制度名称	总务部工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

总务部工作制度

- 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，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。
- 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、负责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。

参考文件：

1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-002	制度名称	医院基建管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

医院基建管理制度

- 一、总务部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各科室提交总务部，总务部负责审核汇总并制定维修计划，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，根据项目规模按不同程序推进。投资金额超过 100 万元的项目，按代建项目流程执行报建、招投标、设计等工作后方可施工。代建项目竣工后，由代建单位收集项目档案资料，于工程竣工验收完成后三个月内移交总务部存档。
- 四、投资金额在 100 万元以内的项目，按自管项目流程执行招投标、设计等工作后方可施工。项目完工后，由承包单位收集项目档案资料，于工程竣工验收完成后三个月内移交总务部存档。
- 五、自管项目的工程材料质量、施工质量由总务部专人负责进行监督，发现质量、安全不符合规范要求的，坚决制止，并根据合同约定对承包人做相应处罚。
- 六、总务部、招标办、监察科、审计科共同参与，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。
- 七、总务部、保卫科、安全生产办负责施工现场安全管理，动火作业，消防安全培训，施工安全检查等安全工作，确保安全文明施工。
- 八、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。
- 九、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。

	制度编码	ZWB-ZD-003	制度名称	基本建设代建制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

基本建设代建制度

- 一、惠山区人民医院基本建设项目超过一定规模的应委托第三方代建。
- 二、医院总务部负责对代建单位的项目方案、招投标、合同签订等前期工作实施监督。
- 三、医院对项目的设计方案有决策权，对项目施工总承包、监理、设计、招标代理等单位有否决权。
- 四、总务部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，及时反馈给代建方。
- 五、代建项目所有的承包合同在签订前，应由总务部审核。如有需要修改的，及时要求代建方进行修改，审核无误后进入签章流程。
- 六、总务部在项目实施过程中应要求代建方、监理、跟踪审计根据实际需要，定时以书面或电子文档的形式汇报项目现状，对于需要医院配合解决的问题，及时反馈。
- 七、代建项目实施工程中，要求监理单位每月提交监理月报，在月报中应对项目工期、质量、安全文明等做详细汇报。要求跟踪审计每月提交跟审月报，在月报中应对项目形象进度、产值、总投、变更签证等做详细汇报。要求代建方月报应对项目计划进度与实际进度对比分析，有变更签证的，应及时提出事项说明，变更签证必须由医院书面同意方可执行。
- 八、对于代建方提出的变更签证，医院负责审核，并有决定权。九、总务部参与工程各项验收，待项目竣工完成后，应组织各使用科室对项目进行使用前验收，验收通过后，方接受项目移交。

	制度编码	ZWB-ZD-004	制度名称	医院建筑施工安全管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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”，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，一经发现即对施工单位做经济处罚，人员退场处理。

五、施工中的临水、临电由医院总务部提供接驳点，施工单位深化铺设路径报总务部审核，审核通过后方可铺设，线路铺设完成后需经总务部验收合格后方可使用。

六、施工方如有明火作业，应提前向保卫科开具动火作业许可，并将动火许可交给总务部存档，方可明火作业。

七、施工过程中如涉及易燃易爆、有毒、有害物品时应到医院总务部办理申请，并做好相应的安全措施。

八、施工人员应持有效证件，持证上岗，禁止无证施工。

	制度编码	ZWB-ZD-005	制度名称	总务物品报废制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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总务部，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，报废科室将报废单与报废物品交由总务部处理。总务部尽可能修旧利废，做到物尽其用，厉行节约。
- 五、报废后需购置新的物品，按照医院采购制度走流程购买。

	制度编码	ZWB-ZD-006	制度名称	维修工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

维修工作制度

- 一、总务部负责全院机电、水暖、电气线路等的维修保养工作。
- 二、报修工单实行“谁接单、谁负责”。
 - （一）第一个接到报修的为第一责任人，负责到维修工作完成。
 - （二）无法独立完成或需要安排其他人负责的，需跟进维修进度或结果。
 - （三）维修工作未完成，第一责任人未跟进或汇报，对责任人进行处罚。
- 三、维修组无法修理，需外修的项目，由相关负责人询价后，经总务部负责人审批后联系外修。
- 四、在接到科室维修通知，需尽快到场维修；对不能立即修复的，应向科室说明情况，采取措施，尽快修复；修复后做好维修记录并由所在科室负责人验收签字。
- 五、维修组组长每日按包干区进行巡视，对各类隐患、问题主动发现、主动处置，并责任到人，全心全意服务临床，对本职工作不推诿、不拖延。
- 六、严格执行各种维修技术规范，注意安全，防止意外。节约使用材料，修旧利废，节约开支。
- 七、维修工具、物资库房按医院 9S 规范管理，工具一般不外借，确实需要，须经负责人批准。
- 八、维修人员保持良好工作形象与服务态度，维修完毕及时清理维修现场。

	制度编码	ZWB-ZD-007	制度名称	变电所工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2015.12.10	生效时间	2026.03.11

变电所工作制度

- 一、变电所工作人员负责医院变电所内所有电力柜的正常运行，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，发现异常及时上报、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变电所，不准随意触摸任何用电设备。
- 四、检修操作时必须双人操作，并严格执行操作票制度，按规范填写操作票，经负责人同意后，方可进行操作。
- 五、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。
- 六、爱护工具和设备，按期进行检测工作并做好记录。
- 七、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。

参考文献：

- 1.《卫生健康系统实施用电安全标准化管理》。
- 2.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-008	制度名称	变电所值班制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2015.07.15	生效时间	2025.10.22

变电所值班制度

- 一、值班人员必须严格遵守劳动纪律，按时上下班，不得迟到、早退、擅离职守。
- 二、值班人员要熟悉本变电所设备的线路、结构、作用和操作及维护方法。
- 三、值班人员应按规定在总变内值守，每 3 小时一次对分变进行巡视，保证设备安全运行，做好记录。
- 四、严格执行登记管理，外来人员必须登记，在值班时间内不准酗酒。
- 五、值班室内禁止吸烟，禁止使用盘香等明火，严禁将易燃易爆物品带入值班室，做好室内清洁卫生。

参考文献：

- 1.《卫生健康系统实施用电安全标准化管理》。
- 2.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-009	制度名称	变电所交接班制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

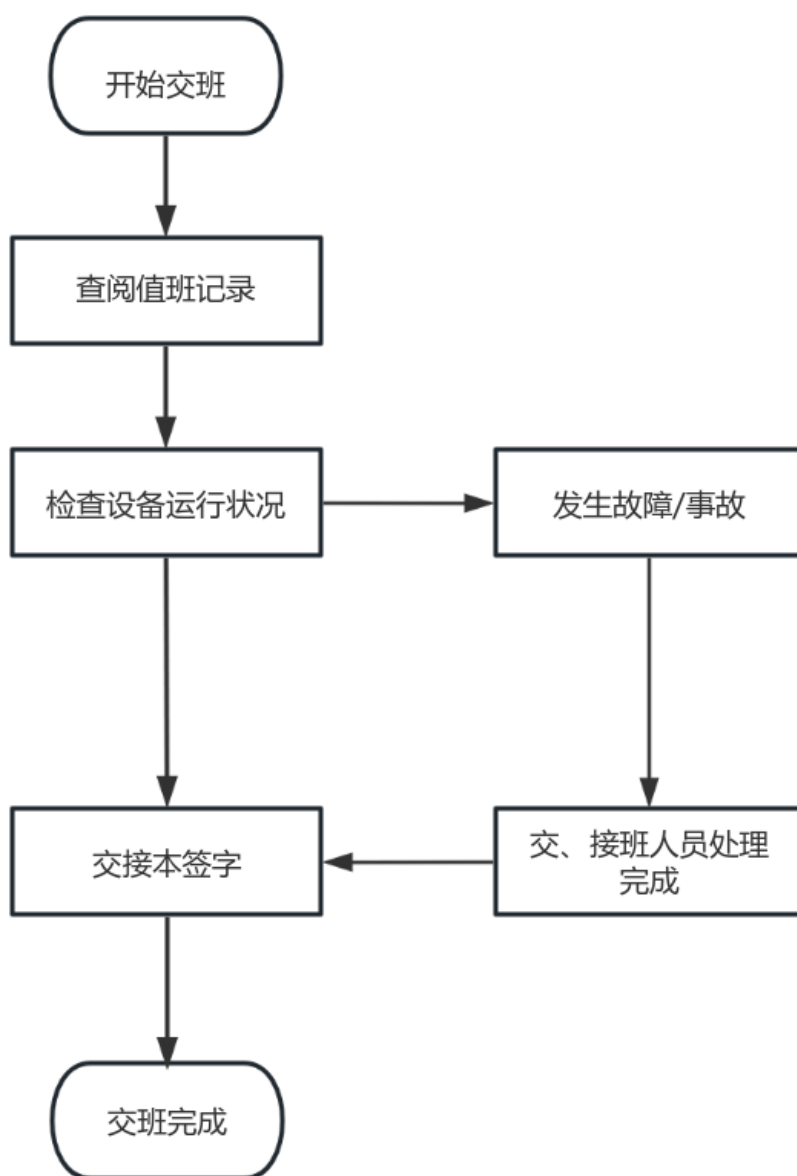
变电所交接班制度

- 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。

参考文献：

- 1.《卫生健康系统实施用电安全标准化管理》。
- 2.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

无锡市惠山区人民医院变电所交接班流程图



	制度编码	ZWB-ZD-010	制度名称	发电机房管理制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

发电机房管理制度

- 一、发电机由电工组负责日常管理、维护、保养及在停电时的发电、供电工作。
- 二、掌握发电设备的各项技术指标，熟悉操作程序，严格按照柴油发电机发电、供电操作规程进行操作，并做好记录工作。
- 三、发电机房门平时应上锁，钥匙由电工组班长管理，未经部门领导批准，非工作人员严禁入内。
- 四、在发电机应急供电期间，操作人员应严格在岗在位，严密监测，及时发现问题并及时处理。
- 五、加强对发电机的保养，定期查看柴油油量、蓄电池电量，在正常供电时期，每月进行试发电 2 次，每年进行一次带负荷运行实验，发现故障及时排除，保证其正常工作。
- 六、严格做好消防安全工作，无关人员严禁进入机房，离开时确保机房门上锁。
- 七、保持机房内环境的整洁卫生。

参考文献：

- 1、《卫生健康系统实施用电安全标准化管理》。
- 2、《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-011	制度名称	电工工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2015.07.15	生效时间	2025.10.22

电工工作制度

- 一、负责全院供电、照明工作，保障正常用电。
- 二、严格执行供电局和医院的各项规章制度，持证上岗，按时参加岗位培训和考核，及时完成上级交办的任务。
- 三、加强配电管理，按规定巡视设备的运行情况并做好详细记录。照明线路、医疗线路、动力线路应分路输送，避免互相干扰。
- 四、熟悉医院变电所开关切换，熟悉医院各个区域开关，知晓发电机等应急供电措施。备用发电机要定期保养，保持完好待用状态，做到随时停电，随时供电，保证全院正常用电。每 2 周试运行半小时，发现问题及时汇报，并及时采取措施。
- 五、做好线路、照明设备、动力设备的安装、改装、维修以及其他电器的维修工作，一般维修任务要做到及时、迅速、牢固、美观并注意节约用料，如遇维修任务多，要区别轻重缓急合理安排维修工作。
- 六、服务上门，每日深入科室巡视检查，发现问题及时处理，认真填写《维修记录》。
- 七、认真负责的做好医院用电安全保障工作，发现不规范、存在隐患的用电行为及时制止并上报，做好公共区域的用电节能，避免不必要的浪费。

参考文献：

- 1、《卫生健康系统实施用电安全标准化管理》。
- 2、《医疗和疾控机构后勤安全生产管理工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-012	制度名称	特种设备安全管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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，妥善保管。

（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）检测前应当备齐以下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）特种设备发生故障或者发生异常情况，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）定期组织实施安全检查。

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。

（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；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。

（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，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。

（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）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。

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，方可上岗作业。

（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。

参考文件：

- 1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。
- 2.《中华人民共和国特种设备安全法》2013年。
- 3.《特种设备安全监察条例》。

	制度编码	ZWB-ZD-013	制度名称	中央空调工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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、监督维保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、空调设备的操作应严格遵守操作规程，坚守岗位，不得擅自离职守，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，应立即妥善处理并上报主管领导，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。
- 保持空调机房整洁，不堆放杂物，维修配件、工具按医院 9S 规范管理，做好机房安全工作，保持所有设备的清洁。

参考文件：

- 1、《卫生健康系统大型空调系统安全标准化管理》。
- 2、《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-014	制度名称	中央空调通风系统 卫生管理制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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，空调系统卫生管理制度、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、空调系统的过滤网应保证每 3-6 个月清洗一次，重点部门每月度清洗一次，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。

参考文件：

- 1.《卫生健康系统大型空调系统安全标准化管理》。
- 2.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-015	制度名称	电梯安全管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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、监督维保单位完成电梯的日常维护保养工作，现场确认签字。
- 四、每年按规定进行电梯安全定期检验的报验工作，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。

参考文件：

- 1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。
- 2.《中华人民共和国特种设备安全法》2013年。
- 3.《特种设备安全监察条例》。

	制度编码	ZWB-ZD-016	制度名称	电梯日常检查制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2019.08.10	生效时间	2025.10.22

电梯日常检查制度

- 一、电梯的日常检查工作由电梯责任人负责实施，安全管理员负责监督。
- 二、电梯责任人应每日对本单位在用电梯进行日常巡视，发现问题及时处理，处理不了的问题及时上报主管人员，由主管人员组织人员解决。
- 三、安全管理员应当每月至少一次组织人员对电梯进行自行检查，确保电梯正常使用并满足标准要求。
- 四、电梯自行检查工作主要项目及要求：
- （一）电源锁应完好。
 - （二）层轿门地坎清洁无异物、脏物堵塞。
 - （三）层轿门地坎槽无影响层轿门正常运行的变形。
 - （四）紧急报警装置能随时与值班人员进行有效联系，紧急报警号码清晰易见；轿厢内紧急照明有效。
 - （五）安全检验合格标志完好，没有超期未检。
 - （六）召唤、指令外观完好、登记有效、显示正确。
 - （七）关门防夹人保护装置是否完好。
 - （八）轿厢不在本层，在层门外徒手不能把门打开。
 - （九）自动关闭层门装置有效。
 - （十）层门无影响正常运行的变形。
 - （十一）机房门警示标志齐全清晰；机房照明、消防设施完好。
 - （十二）紧急救援装置有效、紧急救援操作说明清晰易见。
 - （十三）限速器未超期运行。
 - （十四）主机运行、电气装置工作无明显异常声响、异味。
 - （十五）电梯运行无明显异常声响、异味。
 - （十六）维保合同在有效期限内。
 - （十七）特种设备作业人员资格证在有效期内。
- 五、检查中发现异常情况、安全隐患应做好记录并及时报告安全管理人员和有关领导。

六、及时、完整、正确、正确的填写电梯使用和管理自行检查记录表。

参考文件：

- 1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。
- 2.《中华人民共和国特种设备安全法》2013年。
- 3.《特种设备安全监察条例》。

	制度编码	ZWB-ZD-017	制度名称	锅炉房工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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。
- 三、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。
- 四、每班运行期间至少进行一次水质检测，检测合格方可点火。
- 五、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。
- 六、配合外包单位做好锅炉的检修、保养，严防事故发生。
- 七、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。
- 八、摸索规律，总结经验，有效节能。

参考文件：

- 1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。
- 2.《中华人民共和国特种设备安全法》2013年。
- 3.《特种设备安全监察条例》。

	制度编码	ZWB-ZD-018	制度名称	锅炉房安全管理制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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，不得擅自离岗，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。

参考文件：

- 1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。
- 2.《中华人民共和国特种设备安全法》2013年。
- 3.《特种设备安全监察条例》。

	制度编码	ZWB-ZD-019	制度名称	氧气供应站管理制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2017.09.15	生效时间	2025.10.22

氧气供应站管理制度

- 一、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。
- 二、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。
- 三、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。
- 四、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。
- 五、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。

参考文件：

- 1.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。
- 2.《中华人民共和国特种设备安全法》2013年。
- 3.《特种设备安全监察条例》。

	制度编码	ZWB-ZD-020	制度名称	二次供水卫生管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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、由总务部专人负责饮水卫生管理工作，负责设施的日常巡检、监管、消毒工作，并做好记录。

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，并及时向本院感科和供水部门报告。

参考文件：

- 1.《生活饮用水水质卫生规定》（GB 5749-2022）。
- 2.《卫生健康系统实施给排水系统安全标准化管理》。

	制度编码	ZWB-ZD-021	制度名称	二次供水泵房管理制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2018.09.01	生效时间	2025.10.22

二次供水泵房管理制度

为了保证全院用水正常、安全，特制定以下管理制度：

- 一、泵房内严禁存放有毒、有害物品。
- 二、泵房内不允许存放与供水无关的杂品。
- 三、泵房内禁止吸烟。
- 四、非工作人员不准进入泵房。
- 五、每周清洁一次设备设施及泵房为卫生，确保泵房地面和设备外表的清洁。
- 六、保证泵房的照明齐全。
- 七、水泵房应随时上锁，钥匙由专人保管，不得私自配钥匙。

参考文件：

- 1.《卫生健康系统实施给排水系统安全标准化管理》。

	制度编码	ZWB-ZD-022	制度名称	水、电、气故障报修、排查处理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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、明确医院基础保障重点设备和机房，制定巡查频率。

（一）供水保障系统每日巡查不少于2次。

（二）变电所每2小时巡查1次，24小时值班

（三）液氧站每日巡查不少于两次。

二、接到科室故障报修或巡查发现故障隐患，应立即赶到现场进行处置。断电故障到场时间不得超过5分钟。

三、当电器线路发生故障或疑似故障。

（一）优先隔离故障线路，恢复其他区域供电。

（二）排查故障原因、维修故障线路。

（三）故障排除后，进行试送电，确认正常后恢复供电。

（四）电器线路故障排查工作不得单人操作。

（五）故障无法立即排除或需要停电检修，由组长向总务部负责人汇报，经分管院长同意后，制定停电检修计划。

四、当供水系统发生故障。

（一）优先关闭爆管前端的闸阀，切断爆管处水源，及时通知受影响用水重要科室。

（二）维修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）维修期间做好作业场地设备、家具的保护，防止造成二次损失。

（四）故障无法及时排除需停水维修的，由组长向总务部负责人汇报，经分管院长同意后，协调重要用水科室后制定停水计划。

五、锅炉、燃气应定期检查，每日当班结束后关闭设备和阀门，并做好记录。

六、要对相应故障点进行停电、停水、停气时，必须充分考虑重症医学科、血透室、外科监护室、血库及手术室等重点科室需求。必须确保科室医疗救治工作的正常开展。

	制度编码	ZWB-ZD-023	制度名称	食堂管理工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	陶金莲	内审人	朱启贵
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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）食堂食品经营从业人员，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，负责人对从业人员应进行岗前及在职培训。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）食堂应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、盒饭、面点等制品等应戴口罩和穿戴白色工作衣帽。

（三）上岗前、便后，应洗净双手，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、无漏水；确保墙面与门窗无破损、无霉斑；屋顶与天花板无霉变、无脱落。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、干手设施和洗手方法标识。

（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。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

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、处置单位处理或个人。餐饮单位应与处置单位签订或协议，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，不得将餐厨废弃物交给未经相关部门许可或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）食品、食品添加剂及食品相关产品采购入库前，食堂工作人员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）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。

（四）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。

（五）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。

（六）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 $\geq 100^{\circ}\text{C}$ ，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。
6. 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厨师长和负责人实施、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、防鼠患等安全工作。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）专人负责每半月对库房物品进行盘点，账目清楚。

（五）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。

（六）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。

（七）油烟机及排烟管道每季度由专业公司进行清洗，总务部验收并做好记录。

（八）食堂专人负责消防栓、灭火毯、燃气报警器和门窗落锁、关闭检查。

（九）总务部每季度分别对职工、患者进行就餐满意度调查，有详细的奖惩细则。

参考文件：

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》。

	制度编码	ZWB-ZD-024	制度名称	污水站工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2015.07.15	生效时间	2025.10.22

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。
- 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。

参考文件：

- 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）》。

	制度编码	ZWB-ZD-025	制度名称	医用织物周转库房工作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	陶金莲	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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、坚持下收下送，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、下发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、医用织物库房工作人员每日下班前做好工作间清洁、消毒工作。
- 七、禁止将医用织物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。

	制度编码	ZWB-ZD-026	制度名称	集体宿舍管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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、总务部统一分配房间，住宿人员需按照住宿管理流程办理入住登记。
- 二、住宿人员必须按照指定的房间、床位住宿，严禁擅自调换房间与床位，严禁留宿外来人员。
- 三、住宿人员妥善保管房间钥匙和电梯卡，不得外借。
- 四、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。严禁一切易燃易爆等危险物品带入宿舍。一经发现将给予 500 元罚款，并通报所在科室及学校。
- 五、按规定合理使用宿舍内的开关、插座、电器，，发现故障、隐患应立即向宿管人员反映，宿管人员及时向总务部报修。严禁私拉、私装电线、插座等危险行为。
- 六、宿管人员主动做好与临床（医疗、护理、进修等）班主任的联系，做好住宿人员实时情况的管理、反馈和共享。
- 七、集体宿舍内行为秩序要求：
 - （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）宿舍内所有区域严禁吸烟，和焚烧物品。
 - （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）退宿时交还钥匙和电梯卡，办理退宿手续后限两天内搬离。

	制度编码	ZWB-ZD-027	制度名称	病区保洁工作制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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，保持清洁。
- 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、各色毛巾严格按照相关规定分开操作。
- 七、每天对电梯等候区、配餐间、污洗间及垃圾桶进行清洁、消毒，定时巡视，保持清洁。
- 八、及时清扫各楼梯烟灰、烟蒂。

	制度编码	ZWB-ZD-028	制度名称	总务部外包业务管理制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

总务部外包业务管理制度

为了加强总务部外包业务的管理，规范外包行为，防范外包风险，提升外包服务项目质量与安全，有效节约医院的管理支出，特根据相关的法律法规制定本制度：

一、积极主动参与院部审计科主持的总务部相关外包公司的遴选、能力评估、资质审核、合同的制、签订，并做好合同归档。。

二、明确合同的权利、义务、服务内容与标准，要求外包公司严格遵照合同内容执行，正确履行合同义务并承担相应质量和安全生产责任。

三、外包公司将工作人员名单交与总务部一份存档，并做好人员日常管理和动态信息共享。

四、总务部分管负责人为对外包公司考核的管理人，依据合同规定定期对外包公司的管理进行监督和考核，并有外包项目服务质量的年度分析报告。

五、总务部定期将监督和考核结果，反馈给外包公司负责人，并将结果交与财务科作为支、扣外包费用的依据，同时督促外包公司做好服务项目质量的持续改进及提升工作。

六、外包公司如遇到需要与其他科室协调的事宜，及时与总务部分管负责人沟通，由总务部负责人与医院其他科室联系。

七、总务部如发现外包公司未按规定执行合同，可先提出警告，限期整改，如违约情况严重，可汇报院分管领导，由医院办公会决定是否重新招标、更换外包公司。

	制度编码	ZWB-ZD-029	制度名称	无烟医院管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2026.03.11

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、在禁控烟领导小组的领导下，积极做好禁控烟工作，做好本制度的实施。
- 二、做好本院职工、患者及家属的禁控烟宣教工作，做好院内诊疗区域、办公室、公共场所等为非吸烟区，做好禁控烟巡视工作
- 三、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。
- 四、积极引导吸烟者到有吸烟标志的固定场所吸烟。多种形式进行“吸烟有害健康”的宣传。
- 五、劝阻医务人员穿工作服吸烟（无论是否上班时间），做好医务人员不得接受来访者的敬烟宣传、人人有责。
- 六、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。
- 七、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。
- 八、在办公室、会议室、工作场所有设明显的禁止吸烟标志，不得设有烟具及与烟草有关的物品。院内小卖部不准销售香烟。
- 九、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。

	制度编码	ZWB-ZD-030	制度名称	绿化维护制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2015.07.15	生效时间	2025.10.22

绿化维护制度

- 一、总务部负责院内绿化管理，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。

	制度编码	ZWB-ZD-031	制度名称	爱国卫生制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2015.07.15	生效时间	2025.12.09

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，全面负责医院爱国卫生工作的实施、督促、检查。

二、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。

三、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。

四、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。

五、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。

六、严格执行《食品安全法》，做好食品卫生工作。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。

七、按照《医疗废物管理条例》做好医疗废物和污水的处理。

八、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，全院员工做到：

- （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。

九、抓好卫生检查评比，定期公布结果。

	制度编码	ZWB-ZD-032	制度名称	特种作业持证上岗管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贵	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2020.03.04	生效时间	2025.10.22

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。

	制度编码	ZWB-ZD-033	制度名称	安全用电管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2019.12.01	生效时间	2024.10.22

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、各科室根据安全生产网格化管理，每月进行一次科室用电安全自查，填写用电安全自查表汇总至总务部。
- 三、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总务部报修。
- 四、床头设备带，禁止医疗抢救用电以外的其他用电（属专用）。
- 五、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。
- 六、下班前，用电设备应处于断开状况。
- 七、对配电盘、箱，前和下方禁止摆放物品，便于紧急情况下使用。
- 八、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。
- 九、禁止科室和个人私接、乱拉导线或安装用电设备。
- 十、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。
- 十一、各科室要将电源插板远离地面和水源。
- 十二、改变原房屋使用设计的应向总务部申请使用安全用电。
- 十三、 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。

	制度编码	ZWB-ZD-034	制度名称	UPS (不间断电源系统)	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订(第2次)	修订时间	2023.07.10	生效时间	2025.10.22

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，并通知总务部。
 - 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、有否异响、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 的操作应先得到总务部及领导同意。
 - （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。

	制度编码	ZWB-ZD-035	制度名称	医院节能管理制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2023.07.10	生效时间	2025.10.22

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、总务部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和统计工作；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，减少待机能耗。

（四）禁止使用电炉、电取暖器、热得快大功率用电器（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。

	制度编码	ZWB-ZD-036	制度名称	竣工验收制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2023.07.10	生效时间	2025.10.22

竣工验收制度

一、工程竣工验收应在施工单位自查、代建单位与监理单位预验收合格的基础上，由代建单位或医院组织正式竣工验收。

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行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、根据验收意见组织整改，整改完成后由监理单位组织验收。

6、五方责任主体签字盖章形成正式的竣工验收证明书。

	制度编码	ZWB-ZD-037	制度名称	工程项目及后勤第三方代表接待日制度	级别	院级
	制定科室	总务部	制定人	朱启贯	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.10.22	生效时间	2026.1.23

工程项目及后勤第三方代表接待日制度

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，制定工程项目及后勤第三方代表接待日制度。

一、接待时间：每周两天（星期一、星期四）为代表接待日。

二、接待地点：第五会议室。

三、严禁任何科室及个人私自接待工程、后勤三方服务代表，亦不允许工程、后勤三方代表私自进入科室进行有关项目沟通、推荐活动。一经发现，情况属实：

（一）相关科室及个人视作违规行为处理。

（二）立即停止采购该代表、公司服务。

四、接待日工作主要是收集工程、后勤三方服务代表提供的资料，听取服务介绍、新工程技术材料、设备介绍。

五、接待日由总务部组织，涉及消防、弱电、智能化的，总务部组织保卫科、信息科共同参与，实行集体接待，由接待人员将资料信息分门别类汇总。

六、工程、后勤三方服务可在接待日时介绍其产品、服务的性能、用途等，非接待日时间恕不接待。

	制度编码	ZWB-ZD-038	制度名称	电工安全操作规程	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.10.22	生效时间	2026.01.23

电工安全操作规程

- 一、工作前必须检查工具，测量仪表和防护用具是否完好。
- 二、任何电气设备未经验电，一律视为有电，不能用手触及。
- 三、电气设备不能在运转中拆卸修理，必须在停车后，切断设备电源，取下熔断器，挂上有人操作，禁止合闸的警示牌，并验明无电后方可工作。
- 四、在配电总盘和母线上进行工作时，应慎用工作票，在验明无电后，应挂接地线，装拆地线，必须至少由 2 名值班电工进行。
- 五、临时工作中断或每班开始工作前，都必须重新检查，确认电源已断电，方可工作。
- 六、每次维修结束后，必须清点所带工具零件，以免遗失或留在设备里造成事故。
- 七、由专门检修人员修理电气设备时，值班电工要进行登记，完工后，要做好交接，并共同检查，然后方可送电。
- 八、低压设备上必须进行带电作业时，要经电工班负责人批准，并要有专人进行监护，工作时戴工作帽，穿长袖衣服，戴绝缘手套，并使用带绝缘柄的工具，站在绝缘垫上进行工作，邻近带电部分和接电金属部分，应用绝缘板隔开，严禁使用锉刀、钢尺等进行工作。
- 九、动力配电箱的闸刀开关，禁止带负荷拉开。
- 十、带电装卸熔断器时，要戴防护眼镜和绝缘手套，必要时使用绝缘夹钳，站在绝缘垫上，严禁带电操作。
- 十一、熔断器的容量与设备和线路的安装容量相适应。
- 十二、电器设备的金属外壳必须接地，接地线要符合标准，有电设备不准断开接地。
- 十三、电器和线路拆除后要能来电的线头，必须及时用绝缘布包好。
- 十四、临时架设的电器设备，必须将金属外壳接地，严禁将电动工具的外壳接地线和工作零线拧在一起插入插座，必须使用两线带地或三线带地插座，或者将外壳接地线单独接到杆线上，以免接触不良外壳带电，用橡胶套软电缆连接移动设备时，专供保护接零的地线上，不许有工作电流通过。

十五、动力配电盘，配电箱、开关、变压器等各种电器设备附近不准放各种易燃、易爆和其它影响操作的物件。

十六、使用梯子时，梯子与地面的角度以 60°为宜，在水泥地面上使用梯子时，要有防滑措施，使用人字梯时，拉绳必须牢固。

十七、使用电动工具时，要戴绝缘手套、穿好绝缘靴，并站在绝缘垫上工作。

十八、电器设备发生火灾，要立即切断电源，并使用四氯化碳或二氧化碳灭火器灭火。

参考文献：

- 1.《卫生健康系统实施用电安全标准化管理》。
- 2.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-039	制度名称	变电所工作票制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.10.22	生效时间	2026.01.23

变电所工作票制度

一、在变电所全部停电或部分停电设备上做检修工作（包括一、二次设备）必须填写工作票。

二、在未停电设备上抄录铭牌，变压器放油，二次回路测电压，继电器调整定值等工作可以不用工作票，但必须有电气负责人口头命令。

三、工作票必须一式二份，填写清楚不得涂改，须经工作票签发人签名方可有效。

四、工作票必须经工作许可人与工作负责人办理好现场安全措施，双方共同在工作票上签名后方可进行工作。

五、工作票办理后，一份由工作许可人执行，一份交工作负责人执收，工作终结双方办理工作终结手续，工作间断转移应办理间断转移手续。

六、工作许可人应交待清楚，工作现场的安全措施和安全内容，有不安全处，应向上一级汇报，确保工作现场安全。

七、工作负责人应了解工作现场的安全措施情况，并将现场情况向工作人员交待清楚，工作中对工作人员作不间断地监护，发现不符合安全情况可向上一级汇报，保证工作中的安全。

八、工作班的人员应了解工作中的现场安全措施，不得擅自变动安全措施内容，发现不符之处可向上一级领导汇报。

参考文献：

- 1.《卫生健康系统实施用电安全标准化管理》。
- 2.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-040	制度名称	变电所倒闸操作制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贵
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.10.22	生效时间	2026.01.23

变电所倒闸操作制度

一、倒闸操作必须根据电器负责人或值班负责人命令，受令人复诵无误后执行。发布命令应准确、清晰，使用正规操作术语和设备双重名称，即设备名称和编号。发令全过程和听令报告时都要做好记录。

二、停电拉闸操作必须按照开关负荷侧刀闸母线侧刀闸顺序依次操作，送电合闸的顺序与此相反。如变压器需要停电时，应先停低压、后停高压；送电时先送高压，后送低压。严防带负荷拉合隔离开关（刀闸）。为防止误操作，高压电气设备都应加装防止误操作的闭锁装置。

三、倒闸操作人填写操作票，每张操作票只能填写一个操作任务，下列项目应填入操作票内：

- （一）应拉合的开关和刀闸；
- （二）检查开关和刀闸的位置；
- （三）检查接地线是否拆除；
- （四）检查负荷分配；
- （五）装拆接地线；
- （六）安装或拆除控制回路、电压互感器回路的保险器；
- （七）切换保护回路和检验是否确无电压等；

（八）操作票应用钢笔或圆珠笔填写，票面应清楚整洁，不得任意涂改。操作人和监护人应根据模拟图板或接线图核对所填写的操作项目并分别签名，然后经值班负责人审核签名；

（九）操作前应核对设备名称、编号和位置，操作中应认真执行监护复诵制。按操作顺序操作，每操作完一项，做一个记号“√”全部操作完毕进行复查；

- （十）倒闸操作应由两执行，其中一人对设备较为熟悉者作监护。

四、操作中发生疑问时，不准擅自更改操作票，不准随意解除闭锁装置，应立即向值班负责人或主管负责报告，弄清楚后再操作。

五、电气设备停电后，即使是事故停电，在未拉开有关刀闸和做好安全措施以前，

不得触及设备或进入遮拦，以防突然来电。

六、下列各项工作可以不用操作票：

- （一）事故处理；
- （二）拉合开关的单一操作；
- （三）拉开接地刀闸或拆除全电房仅有的一组接地线。但上述操作均应记入操作记录簿内。

七、操作票应先编号，按照编号顺序使用。作废的操作票应注明“作废”字样，已操作的要注明（或盖章）“已执行”字样。

八、上述操作票保存 3 个月。

参考文献：

- 1.《卫生健康系统实施用电安全标准化管理》。
- 2.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-041	制度名称	二次供水管理制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.10.22	生效时间	2026.01.23

二次供水管理制度

- 一、管理部门应采取安全防范措施，加强对泵房、水池（箱）等二次供水设施重要部位的安全管理。
- 二、运行操作人员应定期巡检设施运行情况严禁在泵房、水池（箱）周围堆放杂物，不得在管线上压、埋、围、占，及时制止和消除影响供水安全的因素。
- 三、运行操作人员应定期检查泵房内的排水设施、水池（箱）的液位控制系统、消毒设施、各类仪表、阀门井等，以保证阀门井盖不缺失、阀门不漏水，自动排气阀、倒流防止器运行正常。
- 四、运行操作人员应定期进行二次供水设备安全检查，及时排除影响供水安全的各种故障隐患。
- 五、运行操作人员应定期检查并及时维护室内管道，保持室内管道无漏水和渗水。及时调整并记录减压阀工作情况，包括水压、流量以及管道的承压情况。
- 六、运行管理人员不得随意更改已设定的运行控制参数。
- 七、二次供水设施出现故障应及时抢修，尽快恢复供水。
- 八、泵房内应整洁，严禁存放易燃、易爆、易腐蚀及可能造成环境污染的物品。泵房应保持清洁、通风，确保设备运行环境处于符合规定的湿度和温度范围。

参考文件：

- 1.《生活饮用水水质卫生规定》（GB 5749-2022）。
- 2.《卫生健康系统实施给排水系统安全标准化管理》。

	制度编码	ZWB-ZD-042	制度名称	中央空调系统 管理制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.10.22	生效时间	2026.01.23

中央空调系统管理制度

- 一、系统日常运行中，设备、阀门和管道的表面应保持整洁，无明显锈蚀，绝热层无脱落和破损，无跑、冒、滴、漏、堵现象。设备、管道及附件的绝热外表面不应结露、腐蚀或虫蛀。
- 二、空调自控设备和控制系统应定期检查、维护和检修，定期校验传感器和控制设备，按照工况变化调整控制模式和设定参数。
- 三、制冷机组、空调机组、风机、水泵和冷却塔等设备应定期维护和保养。
- 四、安全防护装置的工作状态应定期检查，并应对各种化学危险物品和油料等存放情况进行定期检查。
- 五、冬季前，新风机组或新风加热盘管、冷却塔的防冻设施应在进入冬季之前进行检查。
- 六、空调通风系统的设备机房内严禁放置易燃、易爆和有毒危险物品。
- 七、空调通风系统的压力容器应定期检查。
- 八、各种安全和自控装置应按安全和经济运行的要求正常工作，如有异常应及时做好记录并报告。
- 九、制定中央空调设备的巡检时间、路线、检查内容，安排人员进行巡视检查，发现故障和隐患及时处理，并如实填写相关记录。
- 对中央空调系统进行安全检验，包括安全阀、压力表、温度计、集水器、分水器、空调主机蒸发器、冷凝器等安全附件。安全检验应由具有国家认可资质的机构进行。

参考文献：

- 1.《卫生健康系统大型空调系统安全标准化管理》。
- 2.《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南》（2023年版）。

	制度编码	ZWB-ZD-043	制度名称	责任区包干制度	级别	科级
	制定科室	总务部	制定人	黄洋	内审人	朱启贯
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.10.22	生效时间	2026.01.23

责任区包干制度

- 一、将医院各个楼层、病区进行划分，维修组人员每人负责 2-3 个包干区。
- 二、工作日期间，责任人每日到包干区内进行巡查并签字。
- 三、责任人要主动发现问题，及时解决问题并和科室做好沟通。
- 四、包干区内的维修工作由责任人首先负责，无法独立完成的汇报班组长，班组内协调解决。
- 五、班组长每月制定后勤设备专项巡视计划，责任人对责任区内进行专项巡查，发现故障汇总给班组长。

	制度编码	YXGC-ZD-001	制度名称	医学工程部工作制度	级别	科级
	制定科室	医学工程部	制定人	傅培宁	内审人	许蓝
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.01.01

医学工程部工作制度

- 一、医学工程部是在院长领导下，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，均由医学工程部统一负责制定购置计划和工程技术方案，根据职责权限批复或报上级分管领导批复，并组织实施、监督和管理。如：论证、调研、供应、调配、处置等资产和物流管理；仪器设备安装、集成、调试、临床验收、维修、计量、预防性维护和应用分析等工程管理与技术支持。
- 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，制定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，使设备处于完好与待用状态。
- 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，提升维修和管理水平，建立临床工程师梯队。
- 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。
- 九、做好设备采购及维护的合同管理工作，特别是优惠条款的执行。

	制度编码	YXGC-ZD-002	制度名称	医学装备管理委员会工作制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

医学装备管理委员会工作制度

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，对本机构医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动等重大事项进行评估、论证和咨询，确保科学决策和民主决策，指导医疗器械临床安全管理和监测工作，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》、《医疗器械使用质量监督管理办法》等，成立医学装备管理委员会，并制定本制度。

一、本制度所称医学装备，是指我院用于医疗、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、医疗器械及医用耗材等的总称。

二、医学装备管理委员会由院领导、相关职能部门负责人、各学科专家和医学工程人员组成。设主任委员 1 名，由院长担任；设副主任委员 5 名，由分管设备、耗材的分管院长、东院区执行院长、医务部及医学工程部负责人担任；设委员若干人，由护理部、院感科、纪检监察科、审计科、财务部、医保科等相关职能科室和临床医技科负责人和医学工程人员组成；设秘书一人，由医学工程部选派人员担任。委员会办公室设在医学工程部，负责日常工作。

三、医学装备管理委员会一般每年召开二次全体委员会，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。

- 四、工作职责：
- （一）贯彻执行医疗卫生及医学装备等有关法律、法规、规章，以及卫生行政部门相关政策文件精神，审核制定本机构医学装备相关管理工作规章制度，并监督实施。
 - （二）对我院医学装备的发展规划、计划、购置、验收、质控、维修、保养、应用分析和处置等全程组织实施监督与管理。
 - （三）负责确定并建立本院医学装备管理体系，制定相关工作制度细则，对其进行审核及评价，监督纠正措施的执行。
 - （四）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。
 - （五）对大型贵重医疗设备进行报废鉴定。

(六) 加强我院医学装备管理, 加快临床医学工程学科建设, 注重医学装备管理人才培养, 建设专业化、职业化人才队伍, 提高医学装备管理能力和应用技术水平。

(七) 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、党委会批准后方可实施。

(1) 医学装备质量与安全管理小组

组 长: 许 蓝

组 员: 朱文帆 蔡 佳 傅培宁 盛佳奇 慕润鹏 沈晨帆

陈京京 李 倩 邓红娟

医学装备质量与安全管理小组职责:

1、本小组具体落实医学装备管理委员会相关意见及决议, 负责全院医学装备的质量和安全管理。

2、为更好的保证服务质量, 制定医学装备的管理、使用、维修、安全防护、医学装备应急管理等相关制度。

3、按照医学装备管理委员会的工作规划, 认真贯彻相关工作指示, 坚决执行委员会制定的相关工作计划, 对各项规章、制度、规范等管理文件的落实情况进行监管与分析。

4、根据监管分析情况, 同时结合医院实际情况的变化, 及时组织推动修订相应的制度, 及制度的培训、试用、再完善的程序。

5、根据装备管理委员会的工作规划, 制定医学装备部门明确的质量与安全指标并推动执行。

6、对从事医疗设备质量与安全管理人员的质量管理基本知识和基本技能进行培训与教育。

7、推动科室开展定期评价活动, 解读评价结果。

8、组织制定质量与安全指标, 定期通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果, 对存在问题的改进措施及落实情况。

参考文件

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》国务院令2024第163号(2024)

	制度编码	YXGC-ZD-003	制度名称	医学装备三级管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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、医学工程部、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。负责贯彻执行医疗卫生及医学装备等有关法律、法规、规章，以及卫生行政部门相关政策文件精神，审核制定本机构医学装备相关管理工作规章制度，并监督实施；对我院医学装备的发展规划、计划、购置、验收、质控、维修、保养、应用分析和处置等全程组织实施监督与管理。

二、医学工程部

医学工程部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。

- （一）建立并完善我院医学装备管理各项工作制度并监督执行。
- （二）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。
- （三）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。
- （四）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。
- （五）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。
- （六）负责全院医用材料、化学试剂的采购管控。
- （七）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。

（八）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。

（九）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。

（一）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。

（二）新进仪器设备在使用前要参与医学工程部组织的验收、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。

（三）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。

（四）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，发现仪器设备运转异常时，应立即通知医学工程部技术人员查找原因，及时排除故障，严禁设备带故障、超负荷使用和运转。仪器设备损坏需修理者，要向医学工程部及时报修。

（五）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，未经医学工程部检验亦不得任意丢弃。

（六）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，设备管理人员要办理交接手续，用毕及时归还，验收后放回原处。

（七）仪器设备用完后，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，如系违规操作所致，要立即报告医学工程部，视情节轻重进行赔偿或进一步追究责任。

（八）在医学工程部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。

（九）为医学装备使用的综合评价提供必要数据。

参考文件

- 1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号

	制度编码	YXGC-ZD-004	制度名称	医学装备安全管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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《医疗器械临床使用管理办法》的规定和要求，结合我院实际，制定本制度。

一、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。

二、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。

三、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》、《医用耗材管理制度》、《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。

四、对医疗设备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，保存期限为医疗设备使用寿命周期结束后5年以上。

五、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。

六、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。

七、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。

八、医疗器械出现故障时，使用科室应当立即停止使用，并通知医学工程部按规定进行检修。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。

九、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，不良事件管理部门按规定进行上报。

十、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。

十一、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。

十二、医学工程部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。

十三、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。

十四、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。

参考文件

- 1.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 2.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号

	制度编码	YXGC-ZD-005	制度名称	科室医疗设备质量与 安全工作制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

科室医疗设备质量与安全工作制度

按照《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，全面负责科室医疗设备质量与安全工作。

一、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：

- （一）负责本科室医疗设备的质量与安全管理。
- （二）对从事本科室医疗设备质量与安全管理员员工的质量管理基本知识和基本技能进行培训与教育。
- （三）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。
- （四）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 and 规定与记录；
- （五）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。

二、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、计量设备清单；
 - 2、计量器具、计量设备 100%有计量检测合格标志；

3、计量器具、计量设备检测合格标志 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、说明书电子版存放于设备管理系统中或操作电脑桌面上，方便查阅；

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。

参考文献

1.《中华人民共和国计量法》人大修订（2018）

2.《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》国家市场监督管理总局令第1号（2018）

	制度编码	YXGC-ZD-006	制度名称	医疗器械不良事件监测与报告制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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、医务部、护理部、院感科及医学工程部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：

- （一）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；
- （二）组织对医疗器械不良事件相关知识的宣传、培训、咨询工作；
- （三）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；
- （四）组织督查我院医疗器械不良事件监测工作开展情况；
- （五）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、医学工程部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：

- （一）负责本科室与医疗器械不良事件相关事宜的联络工作；
- （二）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；
- （三）指导上报人员填写《可疑医疗器械不良事件报告表》；
- （四）协助对不良事件的调查、确认工作；
- （五）开展对本科室不良事件报告的分析、整理、总结工作；
- （六）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；
- （七）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。

（一）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。

（二）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。

（三）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、医学工程部应按规定将不良事件相关情况告知医疗器械供货商。

（四）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医学工程部；一般医疗器械不良事件每月集中上报至医学工程部。

（五）医学工程部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，医学工程部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，医学工程部应主动采取措施，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使用或停用。

5、医学工程部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，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、医学工程部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。

（六）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。

（七）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。

（八）医学工程部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。

（九）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，医学工程部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。

医疗器械不良事件上报流程



参考文件

- 1.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）
- 2.《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》国家市场监督管理总局令第1号(2018)

	制度编码	YXGC-ZD-007	制度名称	医疗器械临床使用安全控制与风险管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

医疗器械临床使用安全控制与风险管理制度

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《医疗器械临床使用管理办法》、《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，并通知医学工程部按规定进行检修，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》、《一次性使用无菌器械管理制度》、《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医学工程部。

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、医学工程部应对各类医疗器械在使用过程中可能出现的安全风险因素进行评估分析，制定相应措施，对生命支持的医疗器械应定期巡检，并根据反馈的情况，及时整改。

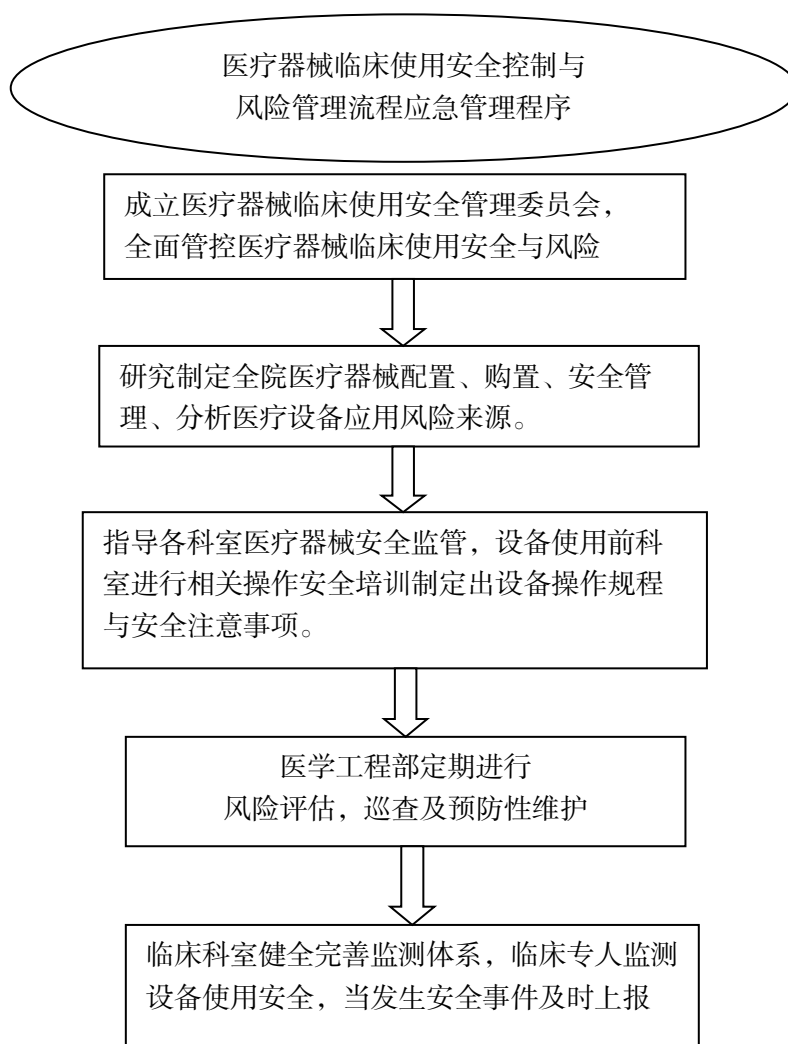
九、临床科室健全完善监测体系。设专人监测设备使用安全情况，发生安全事件及

时上报。

十、医学工程部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



参考文件

- 1.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 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（2015）

	制度编码	YXGC-ZD-008	制度名称	突发设备事件应急管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

突发设备事件应急管理制度

一、总则：

（一）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，医学工程部制定相应制度，同时在各个方面（包括思想上物质上）要有充分的准备。

（二）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。

（三）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。

（四）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：

（一）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。

（二）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。

（三）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：

- （一）组织协调有关部门负责人、专家和应急队伍参与应急抢修；
- （二）制定并组织实施抢修和替代方案；
- （三）协调有关单位和部门提供应急保障，调度各方应急资源等；
- （四）部署做好维护现场治安秩序和其他部门的稳定工作；
- （五）及时向医院报告应急处置工作进展情况；
- （六）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：

医学工程部会同事发部门，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。

（一）日常工作状态下应做好一定数量的应急保障器械、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。

（二）应急状态下，设备、耗材、物资可采取先调拨、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。

（三）应急状态下，设备的维修保障采取先维修、后报告的方式，以满足应急保障需求。

（四）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。

参考文件

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

	制度编码	YXGC-ZD-009	制度名称	医疗设备风险评估管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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：
- （一）医疗设备在使用中设备出现故障时对病人的伤害；
 - （二）由于使用者操作不熟练或操作不当造成对病人的伤害；
 - （三）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；
 - （四）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；
 - （五）因机械、光学、化学等有害物质污染出现的安全问题；
 - （六）由于各设备的组合相互之间产生影响造成的人员的伤害。
 - （七）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。

参考文件

1. 《医疗设备风险管理行业标准》YY/T 0316-2016/ISO14971-1：2007

	制度编码	YXGC-ZD-010	制度名称	医学工程技术人员及设备使用人员培训考	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

医学工程技术人员及设备使用人员培训考核制度

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）对卫健委规定的大型设备，临床医师、操作技术人员、维修工程技术人员必须经专业部门培训考核取得上岗证后方能上岗。

（二）对国家有特殊要求的医疗设备、压力容器、特种设备，操作人员须参加国家指定部门组织的培训，取得合格证后方可进行上机操作。

（三）操作人员资证有效期满后须及时进行再次培训，复证合格后方可进行上机操作。

（四）在医疗设备使用前，须由厂家工程技术人员或临床医学工程技术人员对医院操作人员进行现场培训，完全掌握设备性能、日常保养和操作技术后方能使用。

（五）操作人员要严格按照医疗设备操作规程进行操作，违反操作规程引发的医疗事故责任自负。

（六）使用科室应定期组织对本科室医疗设备操作人员进行医疗设备操作再培训与考核，并做好培训与考核记录。

（七）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。

（八）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。

（九）培训形式有网络资料学习、集中培训、学术会议、院级讲座、科室内部培训、装机培训等。

（十）考核形式有现场操作考核、网上答题考核、上岗证考试、培训结业考试等。

参考文件

1. 《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号

	制度编码	YXGC-ZD-011	制度名称	医疗设备管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

医疗设备管理制度

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

主任由院长担任，副主任由分管设备、耗材的分管院长、东院区执行院长、医务部及医学工程部负责人担任；设委员若干人，由护理部、院感科、纪检监察科、审计科、财务部、医保科等相关职能科室和临床医技科负责人和医学工程人员组成（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，会议应在有2/3以上委员出席的情况下召开。

（三）医学装备管理委员会职责

- 1、贯彻执行医疗卫生及医学装备等有关法律、法规、规章，以及卫生行政部门相关政策文件精神，审核制定本机构医学装备相关管理工作规章制度，并监督实施。
- 2、对我院医学装备的发展规划、计划、购置、验收、质控、维修、保养、应用分析和处置等全程组织实施监督与管理。
- 3、负责确定并建立本院医学装备管理体系，制定相关工作制度细则，对其进行审核及评价，监督纠正措施的执行。
- 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、加强我院医学装备管理，加快临床医学工程学科建设，注重医学装备管理人才培养，建设专业化、职业化人才队伍，提高医学装备管理能力和应用技术水平。
- 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、党委会批准后方可实施。

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）护士长在OA填写医学装备采购申请表按流程完成审批。

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《医疗设备年度需求计划申报表》递交医学工程部。医学工程部对各科申报计划进行汇总后组织医务部、财务部、总务部、医工部等职能科室对单价十万以上的设备根据实际情况进行初步打分，单价十万以上且得分 ≥ 50 分及单价十万以下的设备汇总后形成全院设备购置论证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，经医学工程部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医学工程部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、医学工程部负责配合招标办完成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或协议书，由医学工程部会同招标办根据招标要求或与供应商谈判结果拟定合同或协议书经院长审核同意后，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、安装时必须由医学工程部、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、医学工程部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

（一）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。

（二）对伍万元以上及生命支持类医疗设备（输液泵、注射泵除外）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。

（三）科室使用人员做好设备的日常一级保养工作，医学工程部做好设备的二级维修保养，医学工程部联系厂家工程技术人员做好设备的三级维修保养。

（四）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

（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疗设备。

（二）各设备使用科室应积极配合医学工程部，对须计量检定的设备严格按照要求检定，计量不合格的不得使用。

（三）医疗设备可在院内跨科借用，由医学工程部或总值班统一调配、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。

（四）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。

（五）各设备使用科室应积极配合医学工程部对大型设备进行效益分析。

（六）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》报送医学工程部。

（七）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。

参考文件

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》中华人民共和国主席令第14号（2014）

	制度编码	YXGC-ZD-012	制度名称	医疗设备配置原则制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

医疗设备配置原则制度

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。

一、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、院办公会及党委会审议通过，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。

二、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。

三、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。

四、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。

五、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。

六、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。

参考文献

- 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

	制度编码	YXGC-ZD-013	制度名称	医疗设备计划购置审批制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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 万元以上设备由科主任或护士长填写《医疗设备年度需求计划申报表》递交医学工程部。医学工程部对各科申报计划进行汇总后组织医务部、财务部、总务部、医工部等职能科室对单价十万以上的设备根据实际情况进行初步打分，单价十万以上且得分 ≥ 50 分及单价十万以下的设备汇总后形成全院设备购置论证表并报请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。医学工程部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，报上级主管部门论证通过后，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，由医学工程部负责人根据实际情况填写意见后报请院领导审批并同意后，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，由医学工程部审核，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，报医学工程部审核后报请院领导批准后，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。

参考文献

- 1.《三级医院评审标准（2025）版》国卫医政发[2025]4号
- 2.《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
- 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

	制度编码	YXGC-ZD-014	制度名称	医疗设备购置 论证制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

医疗设备购置论证制度

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

- （一）必要性和重要性；
- （二）可行性；
- （三）技术先进性；
- （四）可靠性和稳定性；
- （五）环保性；
- （六）适应性；
- （七）安全性；
- （八）维修性；
- （九）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。
- （十）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。
- （十一）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

- （一）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。
- （二）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）家的产品进行调研、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

（一）医学工程部在分管院长领导下，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。

（二）医学工程部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，组织相关职能科室进行初评后提交医学装备管理委员会进行论证。

（三）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。

（四）医学工程部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、党委会审议后确定年度设备采购计划。

（五）科室申请金额 1 万元及以上医疗设备，医学工程部组织申请科室负责人、财务、纪检监察部门等相关科室，邀请相关产品厂家专业工程师进行产品介绍。

（六）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，以医学装备采购申请表形式提交医学工程部及院领导审批。

（七）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。

（八）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。

七、医学工程部负责拟购医疗设备的技术审核。由专业人员负责参与采购、安装和验收工作。

参考文件

- 1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24 号
- 2.《三级医院评审标准（2025）版》国卫医政发[2025]4 号
- 3.《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

	制度编码	YXGC-ZD-015	制度名称	医疗设备采购招标管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

医疗设备采购招标管理制度

- 一、医学工程部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》、经营许可证、生产许可证和营业执照等证件，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，由医学工程部负责人根据实际情况填写意见后报请院领导审批同意后，方可采购。1万元以上设备按院内相关制度落实采购。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，由医学工程部会同招标办根据招标要求或与供应商谈判结果拟定合同或协议书经主管院长审核同意后，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。

参考文件

- 1.《中华人民共和国招标投标法》人大修订（2018）
- 2.《中华人民共和国进出口商品检验法》中华人民共和国主席令第6号（2018）
- 3.《中华人民共和国政府采购法》中华人民共和国主席令第14号（2014）
- 4.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）
- 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（2018）

	制度编码	YXGC-ZD-016	制度名称	医学装备采购管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

医学装备采购管理制度

为加强医院医疗设备采购管理，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、护士长OA填写医学装备采购申请表按流程完成审批。

（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《医疗设备年度需求计划申报表》递交医学工程部。医学工程部对各科申报计划进行汇总后组织医务部、财务部、总务部等职能科室对单价十万以上的设备根据实际情况进行初步打分，单价十万以上且得分≥50分及单价十万以下的设备汇总后形成全院设备购置论证表并报请医学装备管理委员会讨论。

二、项目立项论证

（一）医学工程部对各科室提出的申请进行汇总后，组织医务部、财务部、总务部等职能科室，依据预算金额、科室现状和发展需要进行初步打分，单价十万以上且得分≥50分及单价十万以下的设备汇总后形成全院设备购置论证表并报请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，由医学工程部组织询价确定，经医学工程部负责人同意并报请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参会委员以实名投票方式进行审批，超过半数以上同意视为通过审批。医学工程部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财政局购置审批后实施招标采购。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可实施招标；
- 2、医学工程部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相应调整。

（二）市场调研、现场考察

1、发布信息。医学工程部会同招标办发布项目采购信息，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医学工程部组织产品介绍、咨询和答疑。院方参加人员原则上由医学工程部人员、各相关临床科室负责人和护士长、财务部、纪检监察科等参加，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。医学工程部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。考察由医学工程部组织，一般由医学工程部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。医学工程部牵头根据产品介绍、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。医学工程部联合招标办、财务部、分管院领导等相关人员进行项目价格调研。

6、撰写报告。医学工程部组织撰写相关调研报告。

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）医学工程部会同招标办制定招标文件。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，由医学工程部确认相关合同内容后交由招标办按流程完成合同签订。

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) 由财务部设立专人负责医学装备专款使用；
- (二) 医学工程部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。

万元以上设备采购流程图



参考文献

- 1.《中华人民共和国招标投标法》人大修订（2018）
- 2.《中华人民共和国进出口商品检验法》中华人民共和国主席令第6号（2018）
- 3.《中华人民共和国政府采购法》中华人民共和国主席令第14号（2014）
- 4.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）
- 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（2018）
- 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

	制度编码	YXGC-ZD-017	制度名称	医疗设备安装验收制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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、医学工程部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，但必须由医学工程部科长签字同意。
- 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。

新购医学装备验收流程图



参考文件

- 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（2015）

	制度编码	YXGC-ZD-018	制度名称	医学工程部 出入库制度	级别	科级
	制定科室	医学工程部	制定人	傅培宁	内审人	许蓝
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.01.01

医学工程部出入库制度

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

（一）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。

（二）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。

（三）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。

（四）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

（一）医疗设备由库房管理人员打印出库单并经领用科室管理人员确认后登账出库，并在使用科室建立分账户。

（二）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。

（三）低值易耗品应遵循先进先出、发陈存新的原则。

（四）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。

（五）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。

参考文件

- 1.《中华人民共和国计量法》人大修订（2018）
- 2.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）

	制度编码	YXGC-ZD-019	制度名称	医疗设备档案 管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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》、《医疗器械临床使用管理办法》等相关法律法规要求，结合本院实际，制订本制度。

一、建立健全我院仪器设备全生命周期的档案管理制度。原则上，1万元以上医疗设备及生命支持类、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。

二、医疗设备档案内容包括科室设备购置申请表、可行性认证报告（50万元以上）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。

三、医疗设备档案由医学工程部负责收集整理。

四、使用科室须建立医疗设备的使用档案，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。

五、依据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类及代码，由固定资产管理部门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。

六、医疗设备档案的原件一般不外借，如因特殊需要，必须借用时，应经医学工程部科长同意，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。

参考文件

- 1.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 2.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）
- 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》

	制度编码	YXGC-ZD-020	制度名称	医疗设备使用 保管制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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,对开机情况、使用情况、出现的问题进行详细登记。

三、价值 10 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国家卫健委规定的《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可继续使用。

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医学工程部,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。

参考文献

- 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(2015)
- 2.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令(2021)

	制度编码	YXGC-ZD-021	制度名称	医疗设备质量控制管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

医疗设备质量控制管理制度

一、医疗设备质量控制制度

- （一）医学工程部应根据相关法律法规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。
- （二）医学工程部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。
- （三）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。
- （四）医学工程部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。
- （五）医学工程部应定期或不定期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。
- （六）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。
- （七）对在用的医疗设备的应用质量进行定期的检查，在安全性和有效性方面达不到要求的又无法修复的设备应予以淘汰或报废。

二、医疗设备质量控制规范

（一）质控小组成员

组长：许 蓝
 组员：朱文帆 蔡佳 傅培宁 盛佳奇 慕润鹏 沈晨帆

（二）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。

（三）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
（输注泵）FLUK电气安全分析仪

（四）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。

（五）质控发生条件

验收前、维修后、定期质控、科室诉求。

（六）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

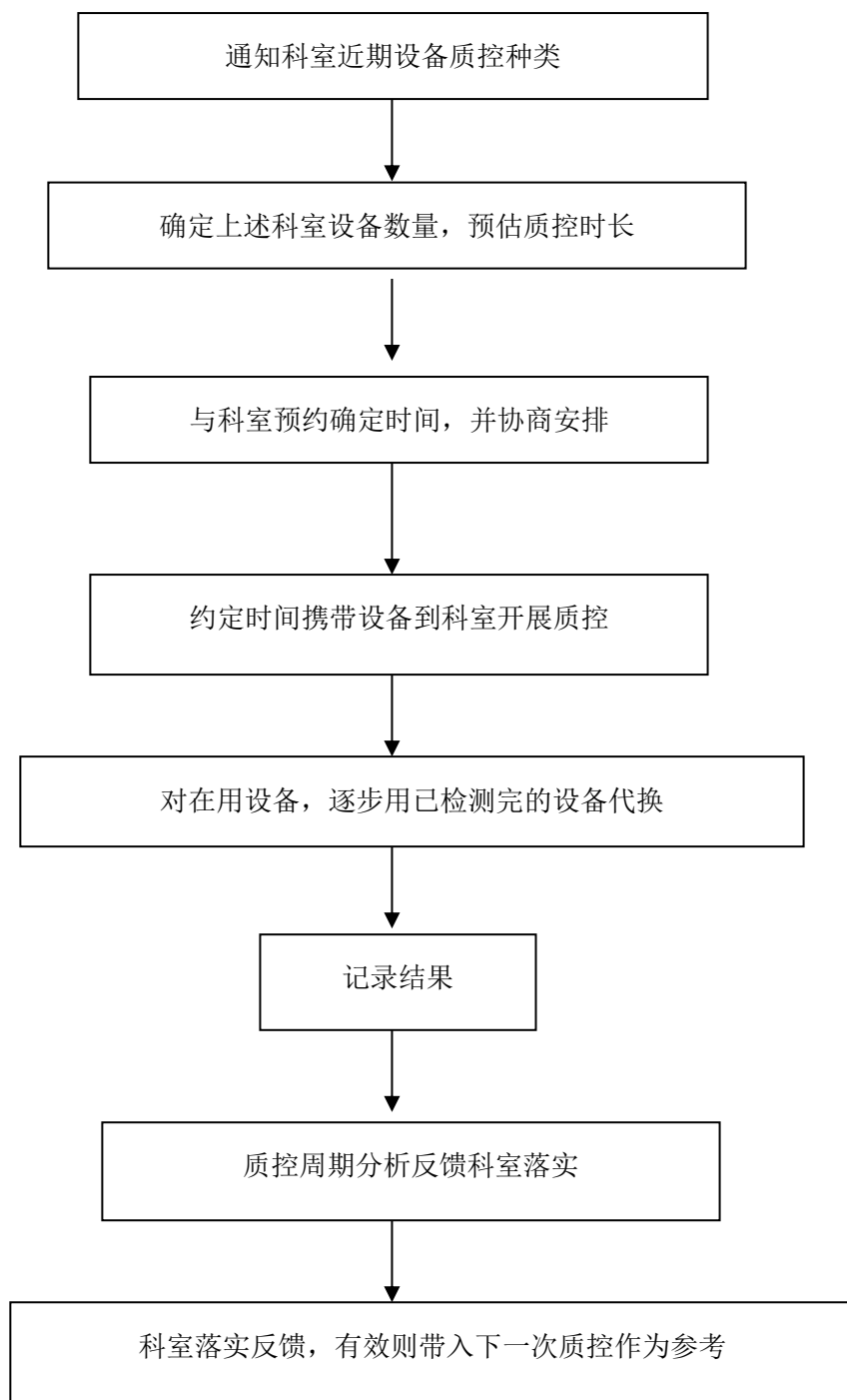
接触电阻检测等

（七）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：





参考文件

1. 《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）

	制度编码	YXGC-ZD-022	制度名称	医疗设备维修与预防性维护管理制度	级别	科级
	制定科室	医学工程部	制定人	傅培宁	内审人	许蓝
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.01.01

医疗设备维修与预防性维护管理制度

- 一、对使用科室提出的设备维修申请，维修人员应及时予以响应和处理。维修完毕后，对配件超过 1000 元的维修项目，维修人员应详细填写维修记录，并通知使用科室恢复使用。
- 二、使用科室对设备的维修、改装及正常业务工作外的设备使用应事先征得医学工程部的同意。
- 三、对急救、生命支持类设备应积极抢修，维修人员不得以任何理由拖延扯皮，保证临床第一线需要，对无法解决的或疑难的问题应及时上报上级领导。
- 四、协助使用科室制订好设备操作规程，指导使用科室做好医疗设备的日常保养工作，并检查执行落实情况。
- 五、定期深入科室对所负责的仪器设备进行安全巡查，及时发现问题及时处理，防止发生意外事故。
- 六、积极创造条件开展预防性维修（PM），针对每类设备的特点，科学制定预防性维护计划和程序，并做好数据记录，必要时对预防性维护后的设备进行重新校准，降低设备故障发生的概率。
- 七、对保修期内或购置保修合同的设备，要主动掌握其使用情况。出现问题时，及时与保修厂方联系，对维修结果做好相应的维修记录，并检查保修合同的执行情况。
- 八、应做好休息期间和节假日的维修值班，确保节假日和休息时间均能处理突发的维修要求。
- 九、保持工作区域的安全与整洁，按医院 9S 规范管理。保管好各种维修工具、仪器，防止丢失损坏。
- 十、定期召开业务碰头会，每季度至少组织一次业务学习，研究、分析疑难问题，交流维修心得，积极参加各类医疗设备的维修培训，提高业务水平。

参考文件

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（2015）

	制度编码	YXGC-ZD-023	制度名称	医疗设备维护和三级保养制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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》、《医疗器械临床使用管理办法》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：

（一）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，如有问题报医学工程部工程师，做好设备的使用记录。

（二）二级保养：由医学工程部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，同时工程师做好维修保养的记录表格。

（三）三级保养：是一种预防性的维护，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：

（一）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。

（二）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。

参考文献

- 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(2015)

	制度编码	YXGC-ZD-024	制度名称	医疗设备调剂 调拨制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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：
- （一）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；
 - （二）因工作变更不再使用的设备；
 - （三）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；
 - （四）重复购置的同种仪器设备；
 - （五）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，均应按照医学工程部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。

参考文件

1. 《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号

	制度编码	YXGC-ZD-025	制度名称	医疗设备试用管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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。

- 一、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。
- 二、科室提出医疗设备的试用申请，由医学工程部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，并经医务部等相关部门审核，报分管院长审批后，签订试用协议。
- 三、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，由医学工程部通知使用科室试用，签订试用协议。
- 四、签订医疗设备试用协议须遵循以下三个原则
 - （一）试用的医疗设备所有权归供应商所有；
 - （二）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；
 - （三）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。
- 五、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。
- 六、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》。
- 七、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。

参考文件

- 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》国务院令2024第163号（2024）

	制度编码	YXGC-ZD-026	制度名称	大型医疗设备 管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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 and 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》后方可投入运行。
- 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，医学工程部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，提交医学装备管理委员会、院长办公会及党委会逐级审核。
- 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，医学工程部应积极配合财务部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。

参考文献

- 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（2018）
- 2.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）

	制度编码	YXGC-ZD-027	制度名称	大型医疗设备维修配件管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

大型医疗设备维修配件管理制度

为加强大型医疗设备维修，降低设备使用过程中的故障率，提高设备使用率制定本制度。本制度涉及配件指大型医疗设备高值配件。

一、大型医疗设备发生故障时医学工程部工程师应会同维修厂商确认故障原因，并确认维修方案。如发生重大故障需更换高值配件应报告医学工程部科长，经院领导同意后按流程进行采购。

二、维修配件更换医院工程师应全程参与，从配件来源确认、损坏配件情况确认、设备修复运行性能确认并进行详细记录。

（一）配件应从正规厂商进货，配件到院后应进行外观验收，确认无破损的情况。

（二）开箱验收应有医学工程部、厂商或代理商、使用科室人员共同参加，如配件为进口设备有必要时可有商检部门及院领导、相关科主任共同参与。对照合同要求逐条核对并签字确认。

（三）损坏配件应有厂商或代理商与医学工程部工程师进行分析，确认配件损坏程度，初步分析损坏原因并记录签字。

（四）经修复的设备应进行开机试运行。对设备的各项功能进行测试，检查设备各项功能是否达到使用要求，记录调试数据并签字。

三、维修资料归档。

参考文件

- 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（2018）
- 2.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）

	制度编码	YXGC-ZD-028	制度名称	辐射安全和防护管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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。

一、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。

二、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。

三、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。

四、辐射工作人员接受专业技术、放射防护和有关法律知识的培训，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。

五、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部、医学工程部、公共卫生

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。

六、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。

七、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内容。

八、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、卫生主管部门报告；辐射事故发生后由医务部、医学工程部、公共卫生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。

参考文件

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》

	制度编码	YXGC-ZD-029	制度名称	特种设备监督管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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。

一、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、氧气储罐）负压容器，以及氧气管道、负压管道。

二、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。

三、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》。

四、在压力容器投入使用前，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。

五、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。

六、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。

七、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。

八、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。

九、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。

十、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。

参考文件

- 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

	制度编码	YXGC-ZD-030	制度名称	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	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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检测与报告制度

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

（一）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%。

（二）医学工程部必须掌握全院急救设备的分布情况，能基本保障使用。

（三）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。

（四）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。

（五）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。

（六）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。

（七）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

（一）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；

（二）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。

(三) 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;

(四) 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;

(五) 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;

(六) 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,如参与手术跟台等,则必须由供应商出具授权其从事跟台工作的资格授权文件并加盖公章;

(七) 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。

(八) 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》。

(九) 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。

(十) 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。

(十一) 临床科室发现可疑医疗器械不良事件时应立刻报告医学工程部,不得瞒报、缓报医疗器械使用安全事故。再由医学工程部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;同时由医学工程部按流程上报。

(十二) 医学工程部在收到临床科室的报告后,应进行调查核实,并按要求及时上报。

三、辐射类医疗设备临床使用安全监测与报告制度

(一) 辐射类医疗设备的工作必须符合辐射安全相关制度。

(二) 放射医疗设备的使用由使用科室专人管理。

(三) 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。

(四) 辐射类医疗设备的临床使用须定期由有关部门进行监测。

(五) 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。

(六) 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。

(七) 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

(一) 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。

(二) 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。

(三) 大型设备的使用要有相关的使用和维护记录。

(四) 设备的监测须符合卫生监督和辐射防护的要求。

(五) 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。

(六) 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。

参考文献

1. 《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令(2021)
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(2015)
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(2018)
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(2018)
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

	制度编码	YXGC-ZD-031	制度名称	急救类、生命支持类 医疗设备应急处置 工作制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

急救类、生命支持类医疗设备应急处置工作制度

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《医疗器械临床使用管理办法》，结合我院的实际情况，特制定本制度。

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、心脏除颤仪、输注泵等。

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

- （一）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。
- （二）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。
- （三）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，应立即向医学工程部报修。
- （四）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。
- （五）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

- （一）成立急救及生命支持类医疗设备应急小组：

组 长：储旭东（分管院长）

副组长：许 蓝（医学工程部副科长）

成 员：朱文帆 蔡佳 傅培宁 盛佳奇 慕润鹏 沈晨帆
- （二）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。

（三）急救及生命支持类医疗设备应急小组委派医学工程部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。

（四）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使用的急救及生命支持类医疗设备。

（五）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。

（六）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。

（七）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，院外借用的设备由医学工程部归还。

（八）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。

参考文件

- 1.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 2.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）

	制度编码	YXGC-ZD-032	制度名称	医学装备应急调配工作制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

医学装备应急调配工作制度

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。

- 一、急救设备应急调配应包括：除颤仪、呼吸机、监护仪、输液泵等。
 - 二、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。
 - 三、建立多级有效的应急调配流程与方案
 - （一）建立急救装备储备仓库，并储存必要的急救装备
 - （二）建立急救设备的科室分布表
 - （三）明确各个时段调配联系人，联系方式
 - （四）制定有效的应急调配流程
 - （五）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
 - 四、医学工程部负责急救设备的维护保养，应保证处于完好待用状态。
 - 五、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。
 - 六、应急保障
- 在医院统一领导下，医学装备分管副院长、各相关科室如医务部、医学工程部、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。

（一）日常工作状态下应做好一定数量的应急保障物资的储备，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。

（二）应急状态下，医学工程部采取先调拨、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。

（三）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。

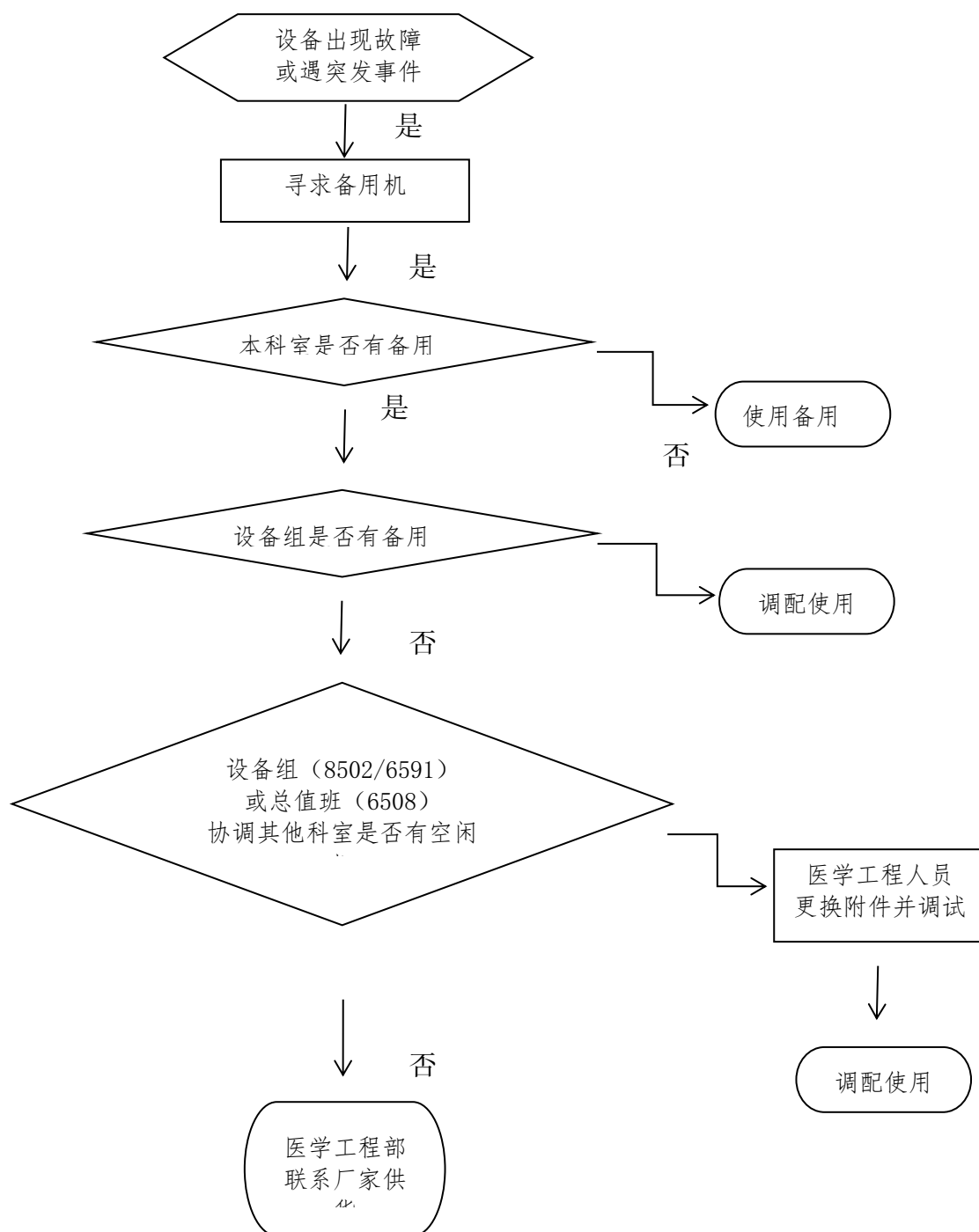
（四）应急状态下，医学装备应急保障组可临时调配临床科室闲置设备，供应急保障使用。

七、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。

参考文件

- 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》国务院令2024第163号（2024）

医学装备应急调配流程



	制度编码	YXGC-ZD-033	制度名称	医疗设备损坏遗失处理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

医疗设备损坏遗失处理制度

- 一、各类医疗设备、器械发生人为损坏后，有关人员应立即报告医学工程部，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。

参考文件

1. 《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

	制度编码	YXGC-ZD-034	制度名称	医疗设备报废管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	储旭东
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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

医学工程部负责日常报废工作。

二、报废条件

凡符合以下报废条件的不能用于临床使用的医疗设备，应予以报废。

- （一）严重损坏无法修复，主要零部件无法补充无法修复的。
- （二）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。
- （三）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。
- （四）国家强制淘汰的机型。
- （五）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。
- （六）原设计不合理，工艺不过关，又无改造利用可能的。
- （七）严重污染环境，危害患者或工作人员安全及健康，改造费用昂贵的。
- （八）计量器具，维修后计量检定仍不合格的。

三、报废程序

- （一）由使用科室提出报废申请并填写《医学装备调拨、报废审批表》。
- （二）医学工程部的工程技术人员对设备进行技术鉴定并提出鉴定意见，经医学工程部、财务部、院长签字确认。库房管理员及会计负责办理账户调整等。
- （三）审批权限

- 1、万元以下仪器设备，由医学工程部、财务部、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。

（四）对于可供家用的设备报废处理，应加强审核，严格控制。

（五）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。

（六）经批准报废的医疗设备，使用单位和个人不得自行处理，一律交回医学工程部统一处理，如有违反者应予追查责任。

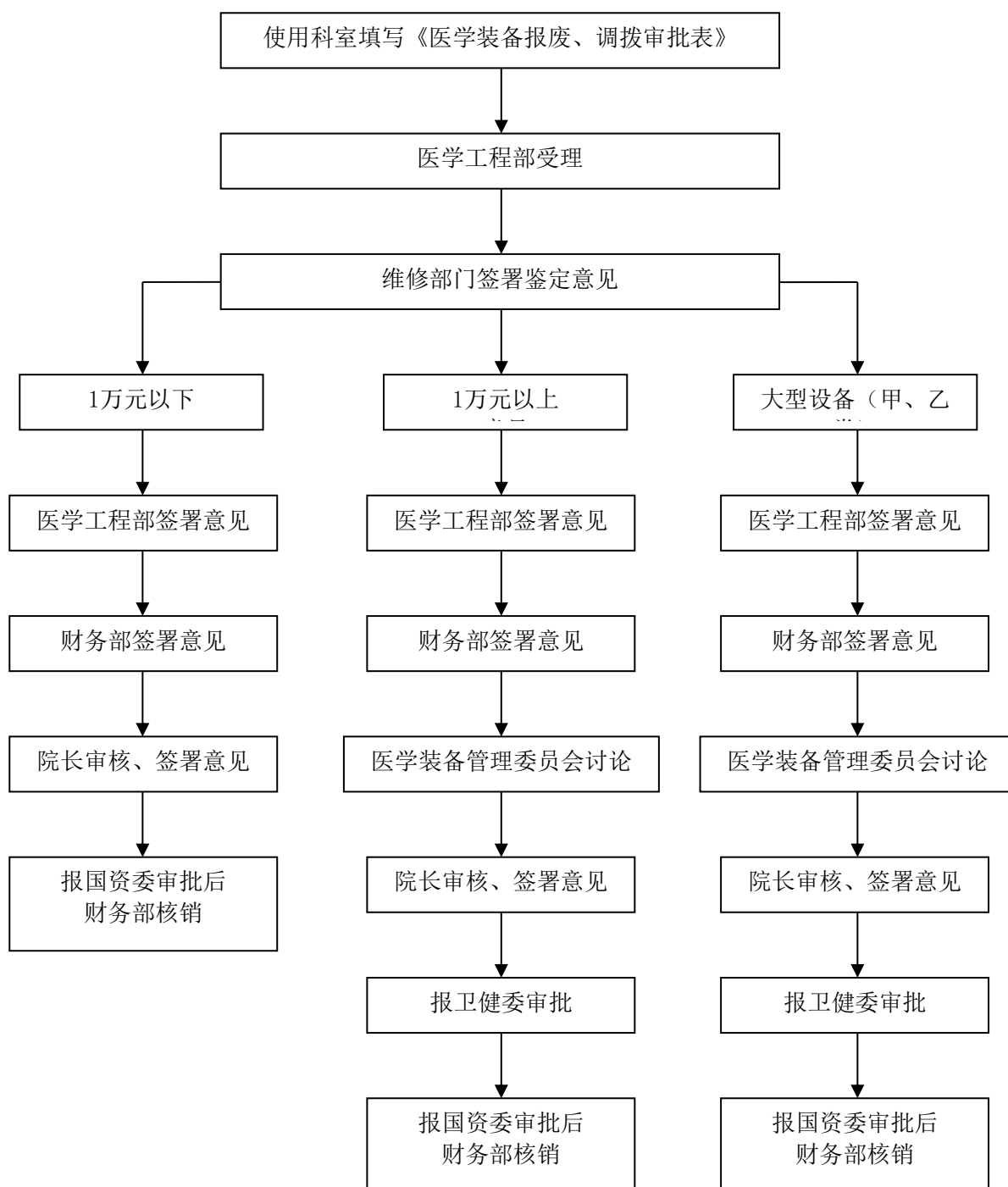
（七）已批准报废的医疗设备在处理后，应及时办理财务销账手续，其残值收益应列入医疗设备更新、改造基金项目专项使用。

（八）报废的计量器具应由医学工程部集中统一处理，严禁擅自使用已报废的计量器具。

参考文件

- 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



	制度编码	YXGC-ZD-035	制度名称	医疗设备使用评价制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

医疗设备使用评价制度

- 一、医学工程部对临床科室医疗设备使用情况进行评价，以指导使用科室合理、正确地使用设备，充分发挥设备的效能，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、医学工程部定期对贵重、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。
- 五、设备的使用评价应向医学装备管理委员会报告，并在设备购置论证时作为参考。
- 六、医学装备管理委员会根据设备使用分析结果提出改进意见，并督促相关科室落实。

参考文件

- 1.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号

	制度编码	YXGC-ZD-036	制度名称	医学装备安全监管制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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。

一、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。

二、医学工程部负责医疗设备采购，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。

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，应建档和妥善保存，保存期限为医疗设备使用寿命周期结束后5年以上。

四、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，并通知医学工程部按规定进行检修；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。

五、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。

参考文件

- 1.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 2.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号

	制度编码	YXGC-ZD-037	制度名称	计量器具管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

计量器具管理制度

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，特制定本制度。

一、在上级计量部门的监督和指导下，医院计量管理工作由分管院长领导，医学工程部负责，医学工程部指定专人（计量管理员），统一管理全院的计量工作，各科设计量管理员（兼职），建立计量管理网络。

- 二、做好计量器具的管理工作。
- （一）使用计量器具的科室应由专人（计量管理员）负责管理和协调。
 - （二）在上级计量行政部门的监督和指导下，医学工程部按照《中华人民共和国计量法》的要求和有关规定统一管理全院的计量工作。
 - （三）统一建立全院强制检定计量器具台账，妥善保管相关的技术档案和检定证书。
 - （四）加强与计量检定机构的业务联系，做好全年强制检定计量器具的周期检定工作。

- （五）随机抽检在用的计量器具，停止使用超期或不合格的计量器具。
- （六）对于违反计量工作制度造成不良后果的，按医院相关奖惩制度予以处理。

- 三、做好计量器具的采购、入库、流转和报废工作。
- （一）医院医用计量器具由医学工程部和招标办按各自分工进行采购。
 - （二）计量器具必须具有“CMC”标志或国家承认的合格证，无证不得购入。
 - （三）验收合格后的计量器具方可入库，同时由计量管理员建立台账并编制该计量器具的周期检定计划。
 - （四）验收不合格的计量器具，由原采购科室办理退货。计量不合格又无法修复的计量器具，须由维修技术人员报计量管理员清档后方可报废。

- 四、做好计量器具周期检定工作。
- （一）医院医用计量器具的周期检定工作由质量技术监督管理部门管辖，每年按照规定定期进行检定。
 - （二）医用计量器具周期检定一般采用现场检定的形式进行。由医学工程部组织现场检定，各科室计量管理员负责收集本科室的待检计量器具并配合医学工程部工作。

（三）新购置的强制性医用计量器具经检定合格后方可投入使用。

五、做好计量器具的使用、维护和保养工作。

（一）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。

（二）计量器具必须经检定合格后方可使用。

（三）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。

（四）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。

（五）使用时必须注意爱护，经常保持清洁，小心轻放。

（六）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，合格后方能继续使用。

（七）计量器具的维护，保养落实到个人，不用时应保持清洁干净。

（八）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。

（九）切勿将计量器具暴晒于日光中或置于尘埃污垢、潮湿之中。

六、在医疗过程中，可能因医用计量器具的准确度或其他计量问题引起医疗纠纷和医疗事故。如出现上述情形，可按照以下方法进行处理。

（一）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。

（二）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。

（三）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。

（四）对隐瞒事故不报的，一旦查出应加倍处罚。

（五）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。

计量器具检测工作流程图



参考文件

1. 《中华人民共和国计量法》人大修订（2018）

	制度编码	YXGC-ZD-038	制度名称	医疗器械、物资库房 工作制度	级别	科级
	制定科室	医学工程部	制定人	傅培宁	内审人	许蓝
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.30	生效时间	2025.01.01

医疗器械、物资库房工作制度

- 一、仓库保管员必须忠于职守，爱岗敬业，在医疗器械、物资等入库时，要认真细致地逐一验收，发现问题及时汇报，质量不合格、过有效期及数量与票据不符者一律拒绝入库。
- 二、对于一次性卫生材料，必须对照生产批号，索取卫生测试合格报告，并认真登记，凡无报告的一律不得入库。
- 三、严格出库手续，按使用科室在医院资源管理系统中的物资申请单发货；属于固定资产的，要按规定在财产总账及分户账上进行记录。
- 四、对有有效期的物品，应按先发有效期近的物品为原则进行发放，消耗性材料的领用要根据实际工作需要，本着节约的原则发放。
- 五、物品存放于阴凉干燥，通风良好，合适的物架上，不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。
- 六、库房保管人员一律凭使用科室医院资源管理系统中的物资申请单发货，原则上不得以借条替代申请单领货（特殊情况可先借，以后补办申请单）。
- 七、库房发货应贯彻领陈存新的原则，凡是临床科室申请购买的物品购回后要及时通知使用部门领用，防止造成库房积压和浪费。
- 八、兄弟医疗单位临时急用物品需借用时，应经院领导或科长同意后方可凭借条由库房发货，对营业性单位一律不予借给实物。
- 九、库房保管人员每月必须对库存物资进行清点盘库，发现账物不相符者应及时向领导汇报，并找出原因，及时解决。
- 十、做好清洁卫生、防火、防盗窃等安全工作，非库房人员不得随便入内。

	制度编码	YXGC-ZD-039	制度名称	冷链管理制度	级别	科级
	制定科室	医学工程部	制定人	傅培宁	内审人	许蓝
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.30	生效时间	2025.01.01

冷链管理制度

为了加强我院医疗器械、医疗耗材的冷链管理，根据《冷链物流技术与管理规范》DB33/T 713-2008、《保温车、冷藏车技术条件》QC/T 450-2000（2005）等规范要求，结合本院实际，制定冷链管理制度。

一、冷链到货时必须当场打印出运输过程温度记录单。打印装置机器统一由各供应商自带，随货同行。严格检查温度记录单上的实时记录，温度是否符合其说明书的规定，自动监控的温湿度记录不得超过5分钟记录一次。符合规定的，将医疗器械放置在符合温度要求的待验区域待验；不符合规定的应该拒收，将医疗器械隔离存放于符合温度要求的环境中，并报医学工程部。同时做好收货实时温度记录，并签字确定。有多个交接环节，每个交接环节的都要签收交接单。

二、验收应在阴凉处，不得置于阳光直射、热源设备附近或其他可能会提升周围环境温度的位置。储存条件在2℃-8℃的产品可以在待验区验收，储存条件在2℃以下的产品需在冷库验收。验收合格的医疗器械，应迅速将其转到说明书规定的贮藏环境中，必须在1小时内完成入库。

三、填写《冷链验收记录表》。收货、验收记录应保存至超过冷藏医疗器械有效期1年以备查，记录至少保留3年。

参考文件

- 1.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）

	制度编码	YXGC-ZD-040	制度名称	应急物资和设备管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2024.11.30	生效时间	2025.02.15

应急物资和设备管理制度

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、应急物资由招标办采购，并经医学工程部验收后统一入库。应急物资管理要建立专账，由相关职能科室专人管理。

三、应急物资的储备管理

（一）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。

（二）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。

（三）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

（一）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、医务部、院感科等）确认后提交医学工程部。

（二）医学工程部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。

（三）招标办、医学工程部按各自职能及相关制度和要求进行集中采购、验收入库等工作。

（四）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

（一）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。

（二）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。

参考文献

- 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

	制度编码	YXGC-ZD-041	制度名称	医用耗材管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

医用耗材管理制度

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，根据有关法律、法规制定本制度。

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：

主任委员由院长担任，副主任委员由分管设备、耗材的分管院长、东院区执行院长、医务部及医学工程部负责人担任，委员由护理部、院感科、财务部、医学工程部、医保科、纪检监察科、审计科等职能科室负责人、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），设秘书一人，由医学工程部选派人员担任。委员会办公室设在医学工程部，负责日常工作。

（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，并监督实施。
- 2、建立医用耗材遴选制度，审核临床或部门提出的新增医用耗材或调整医用耗材品种等申请，制订本院的医用耗材供应目录。
- 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、监督、指导医用耗材的临床使用与规范化管理；
- 5、负责对医用耗材的临床使用进行监测，对重点医用耗材进行监控；
- 6、与医用耗材管理相关的其他重要事项
- 7、医学装备管理委员会会议每年不少于两次，会议应在有2/3以上委员出席的情况下召开。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。

（三）医用耗材范围：

医用耗材分为普通医用耗材和高值医用耗材。

普通医用耗材指单价在2000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<2000元的医用耗材。

高值医用耗材指单价在2000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、补片等植入类、介入类以及其它单价>2000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、病区根据科室业务开展、技术提升、新技术项目等实际情况由科室行政主任、病区护士长填写《医用耗材（试剂）使用申请表》并在科内完成引进前论证后经医务部或护理部等相关职能部门同意后报医学工程部，医学工程部组织相关职能部门进行初筛评分，评分超50分的品种经分管院长、院长同意后确定上会数量，医学工程部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委员采用实名投票方式，且超过2/3以上参会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，替换耗材需较现有同类型医用耗材有明显的优越性和可替代性，价格尽可能不提高。严格控制高价耗材入院，更利于控制医疗费用，降低耗占比。讨论未通过的品种，一年内不得再申请。

4、经审批同意后，医学工程部耗材采购员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、医学工程部将医用耗材品名、规格型号、实际进货价格等报财务部备案，由财务部负责设置收费项目，财务部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（试剂）试用申请表》，经医务部或护理部同意、医学工程部验收合格方能试用，试用耗材不得收费。

7、因政策调整、厂家停产、工艺升级、设备匹配等特殊原因，或关税调整、耗材退网等不可控因素导致的原品种无法正常供应，院内又无同类可替代品种，为避免影响诊疗工作的开展，经遴选后医学工程部提交议题，经院长办公会审议通过的品种，立即开通临时采购，后按耗材正常审批流程进行审批。

8、各级行政主管部门推动的医工融合项目或生物医药创新产品目录内的品种，经院长办公会及党委会审议通过可直接入院。

（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采购计划。

（2）科室保存的医用耗材，由科室负责制定采购计划。

(3) 采购计划根据医用耗材实际使用量确定。

(4) 物资库房、科室采购计划报医学工程部审核并经分管院长审批后,由耗材采购员负责采购。

(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、规格型号等报医学工程部。

2、采购实施

(1) 医学工程部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采购员应及时与物资库房、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。物资库房保存的由物资库房人员验收合格后方可入库;由科室保存的由物资库房和科室双方同场验收合格后办理入库手续。

(2) 验收人员需严格把关,查看供货数量与采购计划是否一致,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，同时报医学工程部负责人知晓，督促供货商及时洽谈办理相关手续。

（三）外请专家手术所使用的自带医用耗材必须三证齐全，并经医务部同意报医学工程部备案、由医学工程部确认价格、办理入出库手续后方能使用。

（四）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。

（五）对临床科室医用耗材使用情况进行动态监控，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。

（六）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。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。

（七）医学装备管理委员会半年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。

（八）医学工程部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。

（九）特殊耗材需核查、确认已结账后方可进行结算支付。

（十）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。

（十一）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。

参考文献

- 1.《中华人民共和国招标投标法》人大修订（2018）
- 2.《中华人民共和国政府采购法》中华人民共和国主席令第14号（2014）
- 3.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号
- 4.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 5.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43号

	制度编码	YXGC-ZD-042	制度名称	医用耗材新品遴选、准入管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

医用耗材新品遴选、准入管理制度

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，满足临床工作需要，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

（一）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，具体评审工作由医学工程部牵头组织，医务部、护理部等部门密切配合；

（二）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、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医学工程部、医务部、护理部、财务部等职能部门负责人。

二、准入遴选原则

- （一）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；
- （二）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；
- （三）较现有同类型医用耗材有明显的优越性和可替代性；
- （四）开展临床诊疗新技术项目需由医务部准入；医学研究所需的医用耗材需先经科教部审核；
- （五）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；
- （六）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；
- （七）带量采购按相关要求执行。

三、资格筛查

- （一）医学工程部对医用耗材、生产（经营）企业、授权等资质进行审核；

(二) 财务部、医保办对医用耗材的价格、收费状况进行审核;

(三) 医务部、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) 院感科负责审核医用耗材是否符合院感相关规定。

四、准入流程

(一) 科室申请医用耗材新品准入, 由科室行政主任、病区护士长填写《医用耗材(试剂)使用申请表》, 并在科内完成引进前论证后经医务部或护理部等相关职能部门同意后报医学工程部, 医学工程部组织相关职能部门进行初筛, 耗材按科室推荐品牌(需三种)进行量化评分, 无特殊理由未达推荐品牌数以及临床有公开遴选需求的品种在医院官网挂遴选公告并进行量化评分, 量化评分超 50 分的品种经分管院长、院长同意后确定上会数量, 汇总后提交医学装备管理委员会审批。医用耗材新品准入的评审工作原则上每 6 个月进行一次。

(二) 上会耗材由医学装备管理委员会参会委员采用实名投票方式进行审批, 且超过 2/3 以上参会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。医学工程部汇总后提交院长办公会及党委会审议。

(三) 讨论审批原则: 原有同类产品的, 替换耗材需较现有同类型医用耗材有明显的优越性和可替代性, 价格尽可能不提高。严格控制高价耗材入院, 更利于控制医疗费用, 降低耗占比。讨论未通过的品种, 一年内不得再申请。

(四) 经审批同意后, 医学工程部采购人员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。

(五) 医学工程部将医用耗材品名、规格型号、实际进货价格等报财务部备案, 由财务部负责设置收费项目, 财务部在给付货款时负责审核。

(六) 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》, 经医务部或护理部同意、医学工程部验收合格方能试用, 试用耗材不得收费。

医用耗材新品引入流程



参考文件

- 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

	制度编码	YXGC-ZD-043	制度名称	医用耗材采购管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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，特制定本制度。

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。主任委员由院长担任，副主任委员由分管设备、耗材的分管院长、东院区执行院长、医务部及医学工程部负责人担任，委员由护理部、院感科、财务部、医学工程部、医保科、纪检监察科、审计科等职能科室负责人、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），设秘书一人，由医学工程部选派人员担任。委员会办公室设在医学工程部，负责日常工作。

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。

二、采购管理

全院医疗、科研所用的医用耗材统一由医学工程部审核证件、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，医学工程部不得办理入库手续，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

医学工程部负责下列物品采购：(1)各种医用耗材、低值易耗品 (2)化学试剂 (3)消毒产品。

（二）申请

1、经院医学装备管理委员会及医学工程部确认的常规使用的医用耗材使用科室在医院资源管理系统中提出物资领用申请，物资库房按科室申领及库存情况报计划给医学工程部采购人员。

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(医务部、护理部、感染科等)审核同意后报医学工程部。

(三) 审批

1、常规使用的医用耗材由物资库房按各科室提出的采购要求、使用情况、库存情况等生成科学合理的采购计划,报医学工程部科长审核并经分管院长批准后,由医学工程部采购人员按计划采购。

2、首次进入医院的新增或替换品种,医学工程部接到科室申请后,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、院长办公会及党委会审议通过后方可采购。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,由临床在 OA 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,医务部、财务部对申请合理性、收费情况等审核后,经分管院长审批同意后提交至医学工程部。医学工程部接报后完成资质审核、基础信息维护等工作后交给医学工程部采购人员处进行一次性采购。

(四) 采购

1、采取集中采购、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、医学工程部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,确定专人领取并经医学工程部确认,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,由医学工程部根据科室需要发放,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月进行盘点,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、腔镜器械等经医学工程部确认需报损后,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,未经医学工程部审核的赠送产品,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,应先填写《急特需医用耗材临时采购审批表》,经医务部备案、医学工程部审核、分管院长审批同意后方可使用。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、起搏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》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,由医学工程部与相应供货商商谈,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医学工程部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 在手术室用的骨科类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材料计划表》,报科负责人签字确认后,由医学工程部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材料计划表》一起交至医学工程部审核后办理出入库手续。

②其他常用目录内的植入物由使用部门耗材管理人员按临床需求在 HRP 系统中提出备货申请，经审核后，由耗材采购员通知具备供货资格的供货商备货并验收，待用完后将发票、耗材清单一起交至医学工程部审核后办理出入库手续。

③临采品种由临床医生在 OA 填写《急特需医用耗材临时采购审批表》报科负责人签字确认后，各相关职能部门审核完成并经分管院长审批同意后，由耗材采购员通知具备供货资格的供货商备货并验收，待用完后将发票、耗材清单一起交至医学工程部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消毒供应中心进行消毒，并按消毒供应中心的有关规定执行。

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。医学工程部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，经培训合格后由供应商出具授权其从事技术支持工作的资格授权文件并加盖公章，授权文件由医学工程部审核并留档，方可进入手术室，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立完成；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。

参考文献

- 1.《中华人民共和国招标投标法》人大修订（2018）
- 2.《中华人民共和国政府采购法》中华人民共和国主席令第14号（2014）
- 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

	制度编码	YXGC-ZD-044	制度名称	高值采购采购制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

高值耗材采购制度

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

（一）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；

（二）类别：血管介入类、非血管介入类、骨科材料、神经外科材料、心脏外科类材料、口腔材料、眼科材料、体外循环材料、吻合器及附件等类别的植入、介入类高值医用耗材类别。

二、产品的选择

（一）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。

（二）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。

（三）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，由临床在 OA 填写《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，医务部、财务部对申请合理性、收费情况等审核，经分管院长审批同意后提交至医学工程部。医学工程部接报后完成资质审核、基础信息维护等工作后交给医学工程部采购员处进行一次性采购。

（四）对于应对急诊用的高值耗材，由医学工程部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，由护士长通知医学工程部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

（一）在手术室用的骨科类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材料计划表》，报科负责人签字确认后，由医学工程部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材料计划表》一起交至医学工程部审核后办理出入库手续。

（二）其他常用目录内的植入物由使用部门耗材管理人员按临床需求在 HRP 系统中提出备货申请，经审核后，由耗材采购员通知具备供货资格的供货商备货并验收，待用完后将发票、耗材清单一起交至医学工程部审核后办理出入库手续。

（三）临采品种由临床医生在 OA 填写《急特需医用耗材临时采购审批表》，报科负责人签字确认后，各相关职能部门审核完成并经分管院长审批同意后，由耗材采购员通知具备供货资格的供货商备货并验收，待用完后将发票、耗材清单一起交至医学工程部审核后办理出入库手续。

四、产品的管理

（一）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。

（二）需消毒的植入物及相关产品的消毒一律在消毒供应中心进行，并按消毒供应中心的有关规定执行。

五、医用耗材供应商的管理

（一）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。

（二）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，经培训合格后由供应商出具授权其从事技术支持工作的资格授权文件并加盖公章，授权文件由医学工程部审核并留档，方可进入手术室，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。

参考文献

1. 《中华人民共和国招标投标法》人大修订（2018）
2. 《中华人民共和国政府采购法》中华人民共和国主席令第14号（2014）
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

	制度编码	YXGC-ZD-045	制度名称	急特需医用耗材临时采购制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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，临床医生在 OA 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。

二、接到《急特需医用耗材临时采购审批表》后，各相关职能部门按各自职能分别完成审核，医务部针对该申请相关的技术资质、申请合理性等内容进行审核；财务部对耗材收费信息进行审核；医学工程部对耗材相关信息及三证情况进行审核。

三、职能部门审核完成并经分管院长审批同意后，医学工程部完成基础信息维护等工作后交给医学工程部采购员处进行一次性采购。

四、医学工程部做好《急特需医用耗材临时采购审批表》汇总工作。

参考文件

- 1.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43号

	制度编码	YXGC-ZD-046	制度名称	医用耗材储存与养护管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2024.11.23	生效时间	2025.02.15

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：医学工程部一级仓库和科室（病区）二级仓库。

二、一级仓库内应按医院 9S 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 20℃、冷藏库（柜）温度为 2℃~8℃，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。

参考文件

- 1.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 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》国务院令2024第163号（2024）
- 4.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43号

	制度编码	YXGC-ZD-047	制度名称	高值医用耗材临床使用管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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。

一、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。医学工程部联合医务部履行好医用耗材临床合理使用的监管和指导职责。

二、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。

三、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。

四、使用科室严格按照《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械临床使用管理办法》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。

五、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。

六、医务部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。

七、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。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、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。

九、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。

十、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。

参考文件

- 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（2015）
- 2.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 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》中华人民共和国国务院令第588号（2011）
- 5.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43号

	制度编码	YXGC-ZD-048	制度名称	植入性材料管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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，应由医务部根据其医疗技术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，如参与手术跟台等，则必须由供应商出具授权其从事跟台工作的资格授权文件并加盖公章；

参考文件

- 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（2015）
- 2.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 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

	制度编码	YXGC-ZD-049	制度名称	植入类医疗器械临床使用安全监测与报告	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

植入类医疗器械临床使用安全监测与报告制度

一、医学工程部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、规格型号、生产厂家、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规范使用产品。医学工程部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医学工程部及有关职能部门，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，医务部、财务部对申请合理性、收费情况等审核，经分管院长审批同意后提交至医学工程部。医学工程部接报后完成资质审核、基础信息维护等工作后交给医学工程部采购员处进行一次性采购。

五、医务部、护理部、院感科及医学工程部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部、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医学工程部。

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。

参考文献

- 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(2015)
- 2.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令(2021)
- 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(2018)
- 5.《医疗机构医用耗材管理办法(试行)》国卫医发[2019]43号

	制度编码	YXGC-ZD-050	制度名称	一次性使用无菌器械管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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》、《医疗器械临床使用管理办法》、《一次性使用无菌医疗器械监督管理办法》等相关法律法规、制度要求，结合本院实际，制订本制度。

一、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。

二、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、生产厂家等。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。

三、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损，不得进入临床使用环节。

四、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，及时上报医学工程部，由医学工程部按程序及时处理。

五、使用部门若发现不合格无菌器械，应立即停止使用、封存，并及时报告医学工程部，护理部、院感科，不得擅自处理。经验证为不合格的无菌器械，医学工程部应按程序及时报告院领导予以处理。

六、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，每日由总务部指定专人收集处理，登记并双方签名。严禁转让和买卖。

七、使用一次性使用无菌器械发生可疑不良事件时，应按流程及时上报。

参考文件

- 1.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）
- 2.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 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》中华人民共和国国务院令第588号（2011）
- 5.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43号

	制度编码	YXGC-ZD-051	制度名称	医用耗材使用 点评制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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，每季度对耗材开展点评工作。

二、每月月初，医学工程部汇总耗材使用数据，列出上月使用 TOP20 的非带量高值耗材明细通过 OA 进行全院通报；每季度医务部联合医学工程部、医保科等相关部门抽取部分高值病历进行点评，必要时邀请临床专家一起参与点评，异常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。

参考文件

- 1.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43号

	制度编码	YXGC-ZD-052	制度名称	医用耗材档案管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

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》、《医疗器械临床使用管理办法》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：

- （一）经营企业的《营业执照》、《医疗器械经营企业许可证》等复印件；
- （二）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；
- （三）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；
- （四）《消毒产品生产企业卫生许可证》、消毒产品卫生安全评价报告、检验报告等复印件；
- （五）原厂最新的编码报价单复印件；
- （六）生产企业或进口代理商开具的授权委托书复印件；
- （七）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。
- （八）上述资质材料需生产（或经营）厂商加盖公章。

三、医用耗材档案由医学工程部相关人员负责收集整理。

四、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，应经医学工程部领导同意，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。

参考文件

- 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》国务院令2024第163号（2024）
- 4.《医疗器械临床使用管理办法》国家卫健委令第8号令（2021）
- 5.《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发[2011]24号

	制度编码	YXGC-ZD-053	制度名称	医疗器械不良事件 风险预警管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2024.11.30	生效时间	2025.02.15

医疗器械不良事件风险预警管理制度

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，制定本制度。

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、医学工程部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、医学工程部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：
（一）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。

（二）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。

（三）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、医学工程部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。

参考文件

- 1.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）
- 2.《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》国家市场监督管理总局令第1号(2018)

	制度编码	YXGC-ZD-054	制度名称	医学工程部值班与交接班制度	级别	科级
	制定科室	医学工程部	制定人	傅培宁	内审人	许蓝
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2024.11.30	生效时间	2025.01.01

医学工程部值班与交接班制度

- 一、为保障全院设备的正常运行，满足全院医学装备应急调配需求，医学工程部设备维修组实行医学工程人员24小时值班制。
- 二、值班人员必须确保通讯畅通，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，将追究值班人员责任。
- 三、值班人员在值班期间应遵守各项规章制度，密切关注重点区域设备的运行情况，做好值班记录。
- 四、值班人员要全面了解各种设备的工作原理、技术标准、应急处理方法。对有异常的事项要及时处理，无法及时修复的视情况采取调拨、请求组内其他工程师支援等处理方式。如发生重大问题，值班人员无力解决，要立即向有关领导汇报。
- 五、认真填写值班记录，并于部门晨会上汇报值班情况如设备的运行情况、设备异常情况处理及处理经过等。未处理完毕的事项或重要事宜要当面向区域工程师交班，值班记录需交班人员和接班人员共同签字确认。

	制度编码	YXGC-ZD-055	制度名称	医疗器械供应商接待日制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第3次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

医疗器械供应商接待日制度

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，制定医疗器械供应商接待日制度。

- 一、接待时间：每周两天（星期二、星期四）为代表接待日。
- 二、接待地点：第五会议室
- 三、严禁任何科室及个人私自接待医疗器械供应商，亦不允许医疗器械供应商私自进入科室进行有关产品推介和促销活动，任何人不得私自提供用耗信息给医疗器械供应商。一经发现，情况属实，给予以下处理：
 - （一）相关科室及个人视作违规行为处理；
 - （二）立即停止采购该医疗器械供应商的产品。
- 四、接待日工作主要是收集耗材、设备供应商提供的资料，听取供应商关于新耗材、新仪器、新设备等信息介绍。
- 五、接待日由医学工程部组织，并实行集体接待，由接待人员将资料信息分门别类汇总后交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。
- 六、医疗器械供应商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。

	制度编码	YXGC-ZD-056	制度名称	供应商考核评价管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2025.05.30	生效时间	2025.08.01

供应商考核评价管理制度

为促进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。

一、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。

二、医学工程部采购人员会同库房管理人员、医学工程师根据日常工作中发现、记录的问题，每年集中对供应商进行一次综合考核。耗材供应商考核包括产品质量、配送服务、售后服务、信誉度、奖励四大项共17条考核内容；设备供应商考核包括产品质量、安装培训、售后服务、信誉度、奖励四大项16条考核内容。

三、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。医学工程部依据考核细则对供应商作出最后评分，得分可高于100分。

四、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，医学工程部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。

五、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。

六、存在送货不及时或招采系统未响应、乱响应等情况，经提醒仍未妥善处理，进而影响医院运行或对医院网采率造成影响的，酌情进行处罚。

	制度编码	YXGC-ZD-057	制度名称	医用耗材用量动态监测和超常预警制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	制定	制定时间	2025.04.30	生效时间	2025.08.01

医用耗材用量动态监测和超常预警制度

为构建医院耗材使用管理的长效机制，进一步加强临床耗材使用监控，及时发现和控制耗材的异常波动，有效防范耗材在使用过程中不规范医疗行为的发生，为医学装备管理委员会遴选、淘汰耗材提供参考意见，根据国家卫健委《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等规定，结合我院实际，制定本制度。

一、纪检监察科、医学工程部对全院耗材使用（数量和金额）实行动态监控。每月月初，医学工程部汇总耗材使用数据，列出上月使用 TOP20 的非带量高值耗材明细通过 OA 进行全院通报。

二、每季度医务部联合医学工程部、医保科等相关部门抽取部分高值病历进行点评，必要时邀请临床专家一起参与点评，异常情况报至点评专家领导小组。

三、对用量连续 2 个月超同期使用量 30% 的异动品种，对使用科室给予警示，并结合点评情况进行综合分析，采取通报、停用等干预措施。

四、一旦发现医生过度用耗，如该医生诊治的大量病人在一定时期内大量使用某品种，则停止该品种在医院的使用，由纪检监察科、医务部对该医生进行诫勉谈话。

五、对用量异常波动的药品供应商进行约谈和处理，经纪检监察科调查后，若有违规销售情况，将禁止该品种在本院的使用。

	制度编码	YXGC-ZD-058	制度名称	医用耗材使用后处置管理制度	级别	院级
	制定科室	医学工程部	制定人	许蓝	内审人	徐太静
	制度版次	制定	制定时间	2025.04.30	生效时间	2025.08.01

医用耗材使用后处置管理制度

为贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》、《医疗废物管理条例》、《医疗器械监督管理条例》、《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》等有关法律法规，加强医疗机构医用耗材使用后的处置管理，有效防范使用后的医用耗材对人体健康和环境产生的危害，确保人民健康与安全，特制订本管理制度。

一、适用范围

本管理制度适用于医疗机构所有使用后的医用耗材的处置管理工作，包括一次性使用和可复用产品的处置。按照《关于印发医疗废物分类目录（2021年版）的通知》文件规定，使用后的医用耗材均属于感染性医疗废物，均须按感染性医疗废物进行处置。

二、组织机构和职责

医疗机构成立医用耗材使用后处置管理领导小组，由医院感染委员会主任任组长，感染管理部门、医务部门、护理部门、后勤保障部门、临床医技科室的负责人和物业公司总经理任组员。

组长为第一责任人，切实履行职责，确保医疗废物的安全管理。感染管理部门负责各项相关规章制度落实的全程监督、技术指导和全员培训。医务部门负责临床医务人员、护理部门负责护理人员医用耗材使用后处置的监督工作。后勤保障部门负责监督使用后医用耗材的安全处置和日常管理。各临床医技科室行政科主任为科室医用耗材使用后处置的直接责任人，护士长具体负责督促所有医务人员做好医用耗材使用后处置的分类与管理。医务人员对本岗位产生的使用后的医用耗材的安全处置履行相应职责。物业公司应做好工勤人员监督工作，杜绝使用后的医用耗材流向社会，造成危害。

三、处置流程

（一）分类

1、锐器物：各种注射针头、输液针、缝合针、手术刀、锯、备皮刀和安瓿等易致锐器伤类产品，使用完毕即及时放入利器盒，至 3/4 容量时，密封利器盒。

2、金属类内植物：“钢板钢钉”类金属内植物取出后，进行简单的清洗即存入专用的黄色医疗垃圾袋。

3、纱胶棉及高分子材料:使用后即放入黄色医疗垃圾袋。盛放达到包装物的 3/4 时,应当有效封口(鹅颈式密封)。

上述所有使用到的黄色医疗垃圾袋在使用前须进行严格的检查,不得有渗漏、划痕、破裂、穿孔等现象,外部应粘贴标签,标明部门名称和产生日期、重量和种类。凡已放入袋的医用耗材不得再取出。

(二) 收集与暂存

1、由专业收集人员进行收集,收集时须清点黄色包装袋和利器盒的数量,检查包装袋完好和密闭性,确认包装容器没有超量盛装(不得超过包装袋封装线或包装袋容量的 3/4)后进行封装。严禁使用没有医疗废物标识的包装容器。

2、专人负责对上述封装完好的各种医疗废物称重,扫码入库、出库。严禁将使用后的医用耗材与生活垃圾混放,不得紧邻生活垃圾存放处。

3、医疗废物及时处置,在暂存地不得超过 48 小时。

(三) 转运与交接

1、指定专人负责用医疗废物收集车收集、转运,运送人员应当穿戴防护用品,做好职业安全防护。

2、与医护人员当面清点医疗废物数量,进行交接。

3、转运人员有权拒绝接受没有密封包装的医疗废物。

4、运送时间和路线必须相对固定。运送应当密闭,运送车辆需防渗漏,易于清洁、消毒。运送结束,应当及时清洁消毒运送工具。

(四) 处置

1、总务部将使用后的医材类“医疗废物”委托由医疗废物集中处置资质的单位处置,签订委托协议书。

2、与处置单位交接时,扫描二维码,记录医疗废物容器数量、重量、外运日期等信息。

3、将装有金属内植物类产品的医材类废物,特别提醒处置单位在毁形消毒后,可以按可回金属处理。

4、总务部应当加强对医疗废物集中处置单位处置的监督管理。

5、发生医疗废物流失、泄漏、扩散等意外情况时应当采取应急处置措施。

①对于发现医废物流失的,应当首先确定流失范围及严重程度,并积极采取补救措施。

②发生医疗废物泄漏等情况,应当立即采取措施,防止泄漏继续发生,同时采用合理的消毒方法对现场进行处理。

③对于出现医疗废物流失等不良事件的医疗卫生机构应当尽快组织评估,并上报主管部门。

四、培训与职业防护

（一）医疗机构应定期对全体工作人员进行培训和考核，提高其对医疗废物管理工作的认识。对具体从事医疗废物分类收集、运送、暂存、处置等工作的人员进行相关知识培训（包括职业安全防护知识）。

（二）具体从事医疗废物分类收集、运送、贮存、处置等工作的人员应当配备必要的防护用品并及时更换，定期进行健康检查，应有利器伤处理及报告程序，发生利器伤应及时报告和处置。

五、管理部门负责医疗废物的全程监督管理，将医疗废物管理纳入医院感染管理常规检查内容，并与科室综合目标考评挂钩，对于存在的问题及时提出整改意见，督促整改。

参考文件

- 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47号（2025）
- 2.《医疗废物管理条例》中华人民共和国国务院令第588号（2011）
- 3.《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》人大常委会修订（2020）
- 4.《医疗器械监督管理条例》国务院令2024第163号（2024）
- 5.《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发[2019]43号

	制度编码	ZBB-ZD-001	制度名称	医院采购管理办法	级别	院级
	制定科室	招标办	制定人	张颖卓	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第2次）	修订时间	2025.11.20	生效时间	2026.01.01

医院采购管理办法

为进一步规范医院采购管理工作，健全采购管理制度，促进廉政建设。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集中采购目录以内的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（不属于政府采购的其他采购项目为非政府采购项目）。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。

药品、医用耗材、检验检测试剂等纳入阳光挂网范围的，应通过江苏省医用耗材阳光采购和综合监管平台，以阳光挂网议价采购为基础，公开交易。

政府采购方式的使用范围和组织程序按照有关法律法规的规定执行。

非政府采购方式的组织程序应符合医院内部管理规定。

一、组织机构

医院成立招标管理领导小组，全面领导医院的采购管理工作。医学工程部、招标办作为采购归口部门按照职能分工负责相应采购项目的组织实施。

采购归口部门负责医院采购活动的组织实施，负责相应职权内采购工作的管理。包括但不限于：采购制度的制定；采购信息的公开；采购项目的组织实施；受理、答复采购询问和质疑；整理、归集采购档案等。

二、采购限额标准及采购方式

（一）采购限额在100万元（含）以上的货物类（含医疗设备）服务类、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100万元（不含）以下的货物类、服务类、工程类，具体操作如下：

1、货物类：

（1）集采目录内的货物类采购项目，采购预算在100万元（不含）以下的，采购计划经流转审批完成后登录苏采云（政府采购一体化平台）（<http://jszfcg.jscz.gov.cn/jszc/login>）进行采购。

(2) 苏采云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10万元(不含)之内的,经审批流转后,组织询价确定;单个(批)采购预算在10万元(含)至100万元(不含)之内的,采用在单位网站上公开发布采购信息后,通过比价、比选、遴选、院内磋商、院内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[2024]62号)执行,执行期间如有规定更新,按新规定执行。

通过卫健委审批的医疗设备单台(批)预算在10万元(不含)以下的采购申请,医学工程部形成采购需求文件,交由招标办组织院内询价确定成交供应商;通过卫健委审批的,单台(批)10万元以上(含)至100万元(不含)之内的医疗设备,在医院网站公开发布采购信息,通过比价、比选、遴选、院内磋商、院内谈判等方法确定成交供应商。

医用耗材(包括检测试剂):应当从已纳入国家或省市医用耗材集中采购目录中遴选,确保耗材网采;未中标的品种原则上不得采购,如为临床必需品种,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20万元(不含)之内的,直接进行院内询价采购;采购预算在20万元(含)至100万元(不含)之内的,采用在医院网站上公开发布采购信息后,通过比价、比选、遴选、院内磋商、院内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30万元(不含)之内的,采用询价、议价、磋商方式进行采购。采购预算在30万元(含)至100万元(不含)之内的工程类项目,采用在医院网站上公开发布采购信息后,通过比价、比选、遴选、院内磋商、院内谈判等方法进行采购。100万元以上的项目,执行代建。

项目询价原则上不得少于三家单位。

三、各部门职责

(一) 项目主管职能部门(需求部门)是采购项目的直接管理人,主要负责:

1、结合本科室年度工作任务和实际需求编制项目预算,填写采购项目申请表,交院部审核,审核通过后向采购归口科室提出采购申请;

2、组织项目前期调研论证等工作;

3、配合采购归口部门做好项目的组织实施和询问质疑答复;

4、组织采购合同的签订。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；

5、开展采购项目的履约验收和评价；

6、按照合同约定向财务部提出资金支付申请。

7、各主管职能部门负责项目分类，包括但不限于：

①医院办公室负责印刷、制作、出版、租车、第三方满意度调查、车辆加油、车辆保险、车辆维修保养等服务类项目；

②宣传办负责医院宣传类的项目，如标识标牌、文化类物料设计及制作；

③总务部负责全院后勤类物资、保洁服务、食堂配送、饮水服务、电梯维保、工程类（装修、修缮、新建、扩建等）等项目；

④信息科负责全院信息类物资、信息技术服务、维保、信息类维修、打印外包等项目；

⑤医学工程部负责全院医疗设备、医疗设备维保等项目；

⑥医务部负责涉及临床、医技科室的项目，如医疗责任保险、心电服务、外送检测服务等；

⑦护理部负责护士鞋、护工服务等项目；

⑧保卫科负责安保服务、消防维保服务、停车服务等项目；

⑨病案与统计管理科负责病案托管服务项目；

⑩其他。

2、采购归口管理部门，负责所有采购档案的保管；医院办公室、财务部、监察科、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）采购归口部门：医学工程部、招标办

医学工程部：负责医用耗材、检验检测试剂等采购。

招标办：负责除医学工程部负责采购内容以外的项目。

贯彻执行相关法律法规，协助采购科室完成前期调研论证工作。

②会同监察科、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、财务部等相关人员，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协助项目主管职能科室处理网上公布信息的采购项目质疑。

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）财务部

①严格预算管理，除区政府、上级部门明确要求外，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会同招标办组织项目评审小组；

②监督检查内控制度、项目采购法律法规执行情况；

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）由审计科牵头，联合财务部、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《关于印发江苏省2026年政府集中采购目录及标准的通知》（苏财购〔2025〕106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。

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2026年1月1日起生效。之前相关制度与之有冲突的，在本文件为准。

参考文件

1.《关于印发江苏省2026年政府集中采购目录及标准的通知》（苏财购〔2025〕106号）

2.《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）

3.《关于政府采购工程项目有关法律适用问题的复函》财库便函〔2020〕385号

4.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）

	制度编码	ZBB-ZD-002	制度名称	采购实施细则	级别	院级
	制定科室	招标办	制定人	张颖卓	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.11.19	生效时间	2026.01.01

采购实施细则

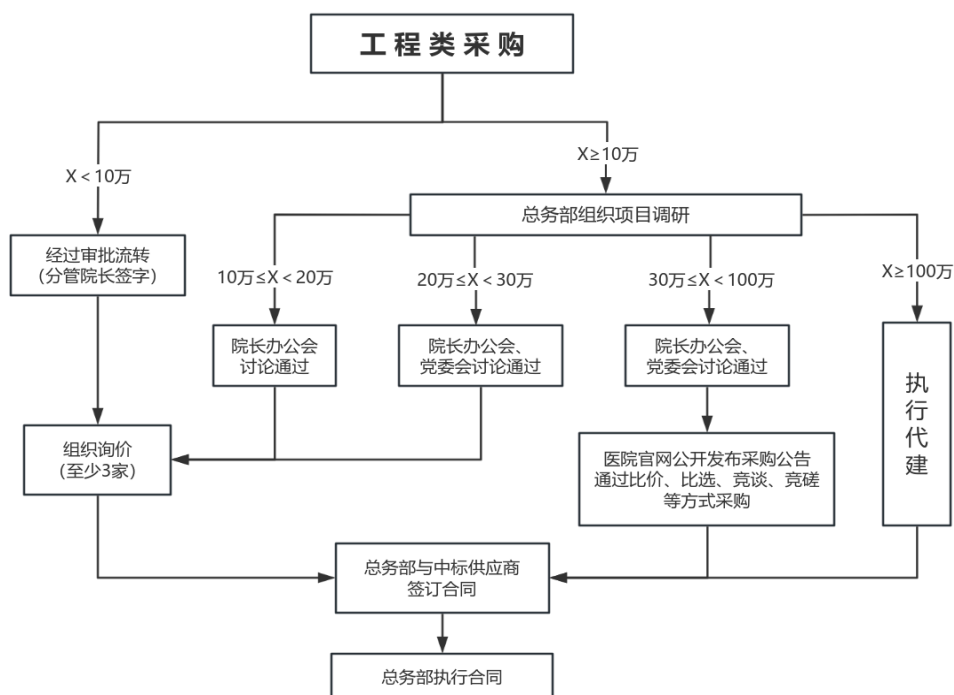
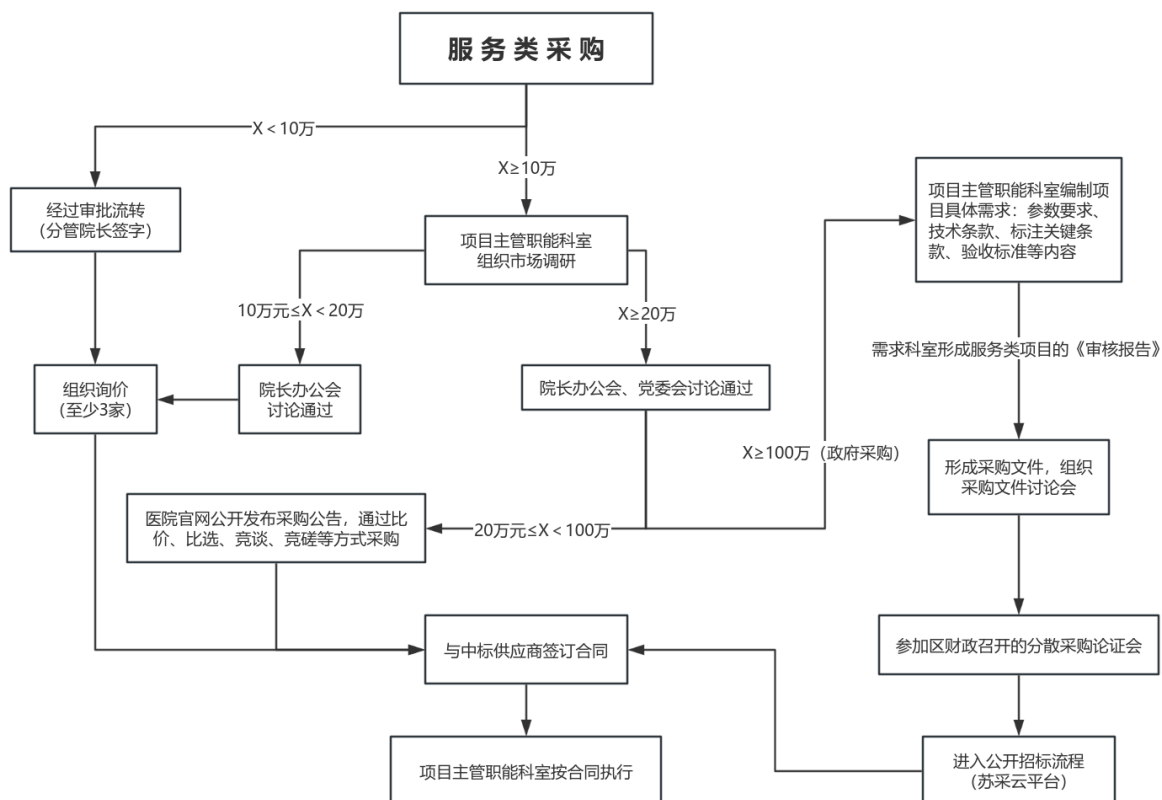
本细则所称的采购，不包括药品、医用耗材、检验检测试剂等被纳入阳光挂网范围的采购活动。

药品、医用耗材、检验检测试剂等纳入阳光挂网范围的，应通过江苏省药品（医用耗材）阳光采购和综合监管平台，以阳光挂网议价采购为基础，公开交易。

一、采购执行标准及采购方式（附流程图）

内容 分类	X：项目 预算	采购流程及方式	备 注
集采 目录内	0 < X < 100万	限额以下： 1.采用集采目录标注的具体采购方式：框架协议； 2.未实行“框架协议”的项目：电梯、视频会议系统设备、软件开发服务，限额以下也必须委托集采中心并且发布采购意向。	1.无论金额大小，都应打印五联单至财政备案； 2.具体参见《江苏省2026年政府集中采购目录及标准》中标明的30项采购内容：服务器、台式计算机、便携式计算机、复印机、投影仪、多功能一体机、触控一体机、打印机、LED显示屏、液晶显示器、扫描机、碎纸机、乘用车、多用途货车、电梯、不间断电源、空调机、视频会议系统设备、复印纸、基础软件、其他计算机软件、软件开发服务、云计算服务、测试评估认证服务、网络接入服务、机动车辆保险服务、物业管理服务、一般会议服务、车辆维修和保养、车辆加油等30项。
	X ≥ 100万元	达到限额：委托区采购中心公开招标。	
货 物	1万 ≤ X < 10万	经审批流转后组织询价，与中标供应商签订合同。	1.X ≥ 10万，需打印五联单至财政备案； 2.“货物”包括但不限于：防火门、灭火器、消防用具、微型消防站、违禁品探测门、护士节物资、医师节物资、陪护椅、电视机、工作服、工会福利等。
	10万 ≤ X < 100万	医院官网公开发布采购公告，通过比价、比选、竞谈、竞磋等方式采购。	
	X ≥ 100万	经财政论证会审批通过方可进入采购流程；政府平台公开招标。	

服 务	$X < 20$ 万	经审批流转后组织询价，与中标供应商签订合同。	1. $X \geq 3$ 万，需打印五联单至财政备案； 2.“服务”包括但不限于：各类维保、医疗设备维保、消防检测、外送检测、射线类机器环评预评控评、病案储存、被服洗涤、保安、打印外包、医疗责任险、饮水服务、食材配送、接送车服务、电梯维保等。
	$20\text{万} \leq X < 100\text{万}$	医院官网公开发布采购公告，通过比价、比选、竞谈、竞磋等方式采购。	
	$X \geq 100$ 万元	经财政论证会审批通过方可进入采购流程；政府平台公开招标。	
信息项目	货物类	参照采购货物流程执行	1.有预算的信息化项目都需经过城运中心论证、数据局、保密局、财政局盖章后方可进行采购； 2.集采目录内的信息项目，必须交由政府集中采购。无论金额大小，目录内未实行框架协议的，100万以下也必须委托集采中心并且发布采购意向，比如视频会议系统设备、软件开发服务。
	服务类	参照采购服务流程执行	
工程	$X < 30$ 万	经审批流转后组织询价，询价后采购。	1.“工程”包括但不限于：新建、改扩建、装修、装饰、修缮、外墙修复、屋顶防水、室内外装修翻新、管道改造、配套基础设施工程、停车场建设等。
	$30\text{万} \leq X < 100\text{万}$	医院官网公开发布采购公告，通过比价、比选、竞谈、竞磋等方式采购。	
	$X \geq 100$ 万元	执行代建	
医疗设备	$X < 10$ 万	区财政备案后，方可组织询价，与中标供应商签订合同。	1. $X \geq 1$ 万，均需上报区卫健委：其中 $1\text{万} \leq X < 10\text{万}$ ，卫健委备案制； $X \geq 10\text{万元}$ 区卫健委组织专家论证，并出具红头文件批复。 2. $X \geq 1$ 万，均需打印五联单至财政备案。（具体流程参见《医疗设备采购流程图》）
	$10\text{万} \leq X < 100\text{万}$	医院官网公开发布采购公告，通过比价、比选、竞谈、竞磋等方式采购。	
	$X \geq 100$ 万元	限额以上的，报区财政分散采购论证会，通过方可进入采购流程；政府平台公开招标。	



二、医疗设备招采责任划分

（一）医学工程部：技术核心职责

1、审核临床需求的合理性，进行医疗设备采购的可行性论证，为领导决策提供专业性意见；

2、确保申请资料数据合理，参数无倾向性。

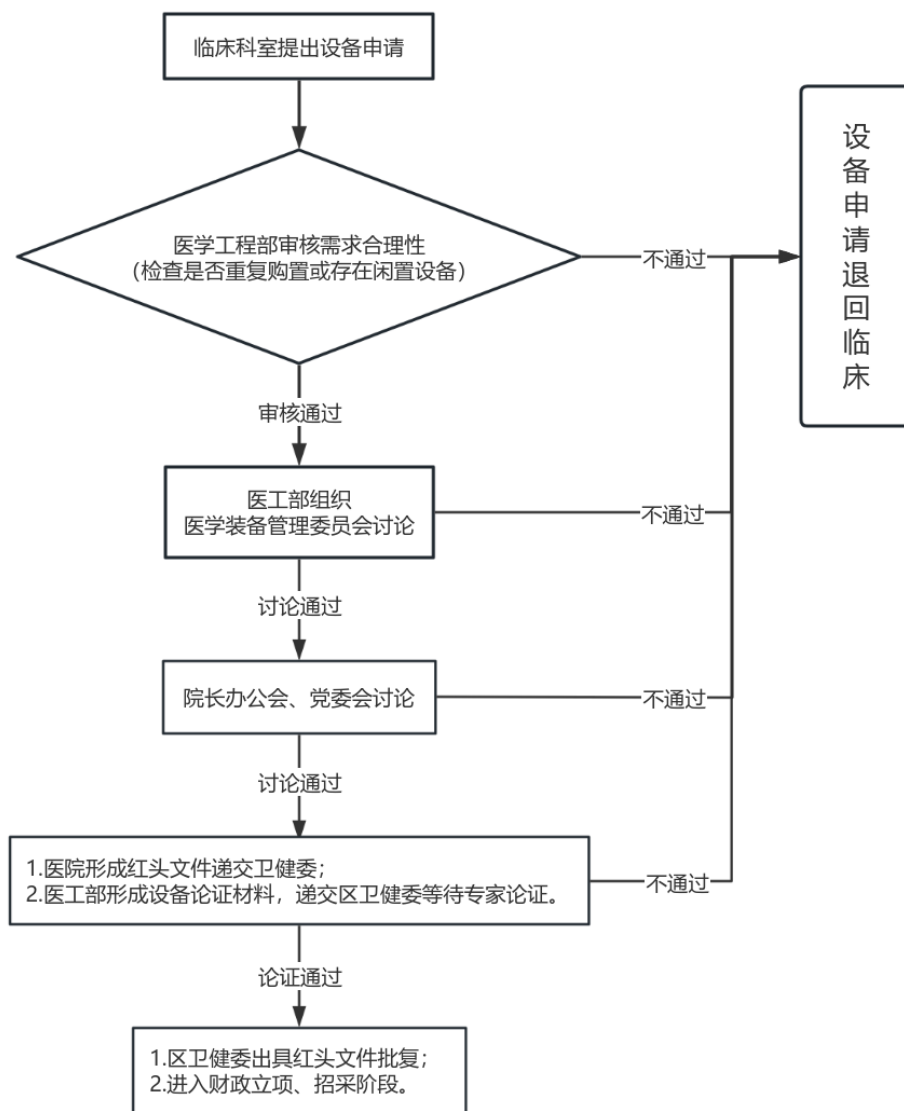
（二）招标办：流程核心职责

1、查询需求产品近期成交价格，和参与调研供应商的报价进行比对；

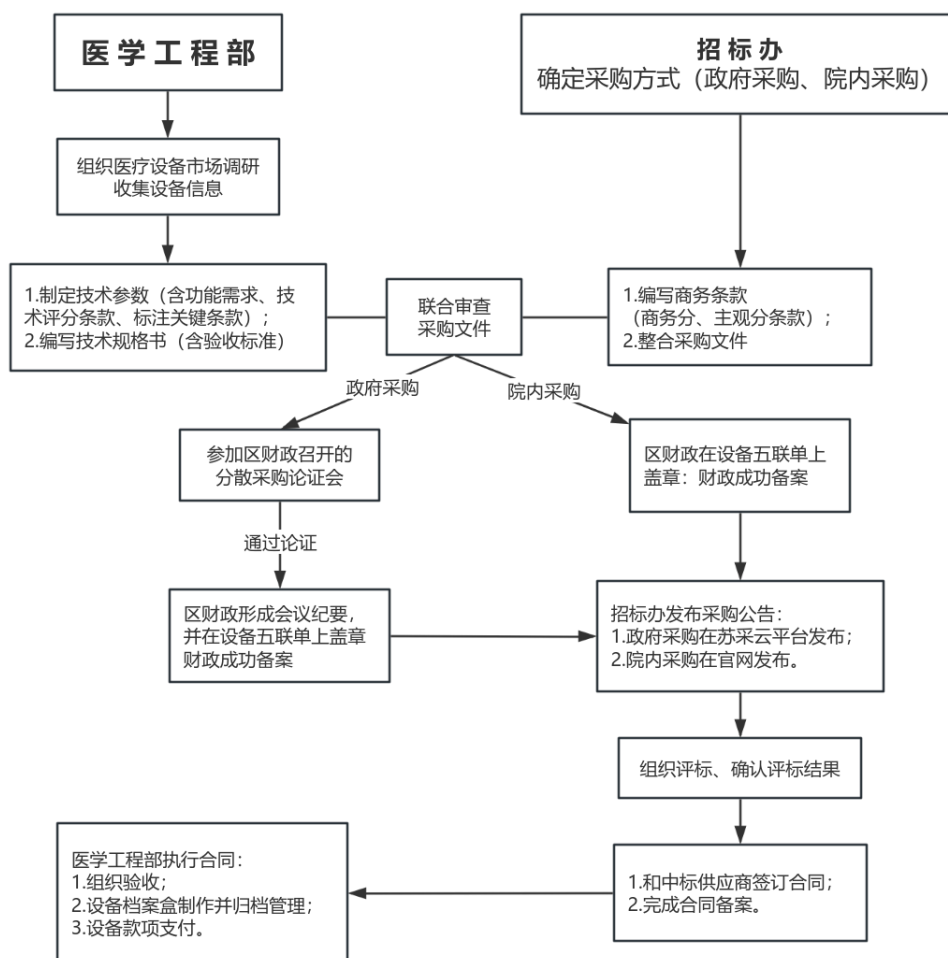
2、确保合法合规、高效执行。

三、医疗设备采购流程图

（一）卫健委立项



（二）财政立项、招标



四、其他注意事项：

（一）医疗设备的论证材料：临床科室填报后交由医学工程部定稿（含审核、院内领导签字敲章、制作“红头文件”、制作外壳）；

（二）走招采流程的设备合同、维保合同，由招标办负责签订，签订后移交医学工程部，医学工程部按照合同要求进行项目管理；

（三）医疗设备采购发票、医疗设备维保发票：由医学工程部准备相应材料走支付审批流程；

（四）医疗设备档案盒：医学工程部制作、归档管理。

	制度编码	ZBB-ZD-003	制度名称	无锡市惠山区人民医院 招标管理规定 (试行)	级别	院级
	制定科室	招标办	制定人	张颖卓	内审人	戴智勇
	制度版次	第1次	制订时间	2025.12.03	生效时间	2026.01.01

招标管理规定（试行）

第一章 总则

一、目的与依据

为规范医院招标采购活动，提高资金使用效益，保障采购质量，促进廉政建设，依据《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》《国家卫生健康委员会政府采购管理暂行办法》等法律法规，结合医院实际，制定本规定。

二、适用范围

医院范围内进行的，以招标、谈判、磋商、询价、遴选等方式确定货物、工程、服务供应商的活动，均适用本规定。涉及药品、特殊医疗器械等，还须遵守其专项管理规定。

三、管理原则

（一）预算管理原则：所有采购项目均须纳入医院年度预算管理，未经批准预算的项目不得进入招标程序。

（二）需求与履约归口管理原则：各类物资与服务实行归口管理，由主管职能部门负责所辖领域的规划、需求提出、合同签订、订单下达、履约验收、供应商管理及付款申请等采购与履约全周期管理工作。

1、医学工程部：作为医疗器械、医用耗材、检验检测试剂的主管职能部门。

2、总务部：作为全院后勤物资、工程与服务、保洁服务、食堂配送等项目的主管职能部门。

3、信息中心：作为全院信息类软硬件及服务的主管职能部门。

（三）招标执行与采购履约分离原则：招标活动的组织执行与后续的采购下单、合同履行管理职责严格分离，形成有效制衡。

1、招标办：是医院招标活动的组织与执行部门，负责除医用耗材、检验检测试剂由医学工程部自行组织采购外的所有招标项目的流程操作，包括发布公告、编制文件、组织评审、确定成交候选人、发出中标/成交通知书等。其核心职责是依法依规、公平公正地完成供应商的确定程序。

2、招标结果的应用：招标办通过招标程序确定的是具备资格的供应商及其价格、服务等框架性条件。招标程序结束、发出成交通知书后，招标办的组织职责即告完成。

3、各主管职能部门是采购履约的绝对责任主体，必须在招标结果的基础上，负责与选定的供应商签订具体合同，并在合同有效期内（如一年服务期），根据合同内容及实际业务需要，自行、一次或多次地向中标供应商下达订单、组织收货/验收、管理履约质量、办理付款申请。

4.公开公平公正原则：招标活动应遵循公开透明、公平竞争、公正和诚实信用原则。

四、采购分类

根据项目预算金额及属性，医院采购分为以下两类，分别适用不同管理规定：

（一）政府采购项目：指单项或批量采购预算金额达到政府规定限额标准以上，或属于政府集中采购目录范围内的项目，必须执行政府采购程序。

（二）院内招标项目：指未达到政府采购限额标准，且不属于政府集中采购目录范围的项目，由医院自行组织招标。

第二章 政府采购项目管理

五、适用范围

符合以下条件之一的，必须执行政府采购：

（一）单项或批量采购预算金额达到无锡市政府当年公布的政府采购限额标准及以上。

（二）采购项目属于政府集中采购目录范围内。

六、组织实施流程

政府采购项目应依法委托集中采购机构或具备资质的采购代理机构组织实施。院内工作流程如下：

（一）前期工作：由主管职能部门负责完成项目立项、需求论证、参数制定等前期工作，履行院内审批手续，并将审批后的完整采购需求资料提交至招标办。

（二）委托办理：招标办根据项目属性，会同主管职能部门，按规定办理委托采购手续，并负责与代理机构的对接协调。

（三）过程参与：主管职能部门应派员参与代理机构组织的采购活动，负责技术答疑、需求确认等。

（四）文件管理：招标办负责保管所办理的委托采购项目相关招标资料档案。

（五）后续履约：代理机构发布中标通知书后，招标办协助完成资料移交。自此，全部后续工作，包括合同签订、订单管理、履约验收、付款申请等，均由主管职能部门全权负责并执行。

七、特殊要求

（一）属于江苏省阳光挂网采购范围的药品、医用耗材、检验检测试剂等，必须通过“江苏省医用耗材阳光采购和综合监管平台”进行交易，由招标办（设药品采购员，负责采购药品）及医学工程部（设耗材采购员，负责采购医用耗材、检验检测试剂）按职责组织实施。

（二）由社会代理机构组织的项目，如需对采购文件作实质性修改或变更采购方式，须参照院内规定履行会签审批流程，重大变更需经院长办公会审议。

第三章 院内招标管理

八、适用范围与定义

（一）本规定所称的“院内招标”，是指单项或批量预算金额在1万元以上（含）且未达到政府采购限额标准、不属于政府集中采购目录的货物、工程、服务项目。此类招标由医院自行组织：

1、货物类：单个（批）采购预算在10万元（不含）之内的，经审批流转后，组织询价确定；单个（批）采购预算在10万元（含）至政府采购限额之内的，采用在单位网站上公开发布采购信息后，通过比价、比选、遴选、院内磋商、院内谈判等方法进行采购。

2、服务类：采购预算在 20万元（不含）之内的，直接进行院内询价采购；采购预算在20万元（含）至政府采购限额之内的，通过在医院官方网站公开发布招标信息，采用比价、比选、遴选、竞争性谈判、竞争性磋商等方式确定成交供应商。

3、新建、改扩建、装修、修缮等工程类项目：采购预算在30万元（不含）之内的，采用询价、议价、磋商方式进行采购；采购预算在 30 万元（含）至100万元（不含）之内的工程类项目，采用在医院网站上公开发布采购信息后，通过比价、比选、遴选、院内磋商、院内谈判等方法进行采购；100万元（含）以上的项目，执行代建。

（二）为优化采购流程、提高效率，单次或批量预算金额在1万元以下的小额物资采购，由申请科室向市场询价，并通过医院OA系统直接提交采购申请，按权限审批通过后，由申请科室自行购买。采购完成后，申请科室依据医院财务规定，凭合规票据及审批材料办理报销手续。

九、招标方式及适用情形

院内招标根据项目特点，可选用以下方式确定供应商：

（一）比价：适用于规格、标准统一，市场货源充足，价格变化幅度小的通用货物。向不少于3家供应商发出询价单，供应商一次性报出不得更改的价格，原则上以符合采购需求且报价最低者成交。

（二）比选/遴选：适用于服务标准较统一或对供应商综合能力有要求的项目。招标组织部门公开发布招标信息，对报名的供应商进行资格审查后，由评审小组根据预先公

布的评选标准（如资质、业绩、方案、报价等）进行综合比较或投票，择优确定成交供应商。

（三）院内谈判：适用于技术复杂或性质特殊，不能确定详细规格或具体要求的；或采用其他方式所需时间无法满足紧急需要的项目。谈判小组与符合资格条件的供应商分别进行谈判，并允许供应商在谈判结束后提交最终报价，原则上以符合采购需求且最终报价最低者成交。

（四）院内磋商：适用于技术或服务要求复杂，需与供应商就技术方案、服务细节及合同条款进行充分磋商的项目。磋商小组与供应商进行多轮磋商，供应商可修改其响应文件，最终采用综合评分法，得分最高者成交。

（五）单一来源采购：适用于只能从唯一供应商处获得；或发生了不可预见的紧急情况；或必须保证原有项目一致性需从原供应商添购，且添购金额不超过原合同金额10%的项目。必须严格履行论证、公示和审批程序。

（六）紧急采购：适用于应对自然灾害、事故灾难、公共卫生事件、社会安全事件等不可预见的紧急任务。可简化程序，经院领导批准后，采用院内谈判、院内磋商或单一来源等方式快速确定供应商，事后完善手续和资料。

十、院内招标组织实施程序

（一）采购需求提出与审批

各使用科室向对应的主管职能部门提出采购需求。主管职能部门负责组织市场调研技术论证，制定详细采购需求，并报分管院长审批。“三重一大”及以上项目需经院长办公会、党委会审议。

（二）招标文件编制与发布

招标办作为招标组织部门，负责招标文件编制与发布。主管职能部门需提供详细技术参数与需求。招标文件经招标办及主管职能部门双方确认后，由招标办在医院官网等平台发布招标公告。公告期按规定执行，报名时间应不少于五个工作日。

（三）组织评审与定标

1、由负责该项目的招标组织部门按文件约定，组织评审会议。

2、评审小组由招标办或代理机构负责组建，成员一般为3人及以上单数，应包括需求部门（主管职能部门）代表和相关领域人员。

3、评审小组按照招标文件规定的程序、方法和标准进行评审、谈判或磋商，推荐或确定成交候选人。

4、招标组织部门将评审结果（成交公告）在医院官网公示（不少于1个工作日），无异议后向成交供应商发出成交通知书。

（四）结果通知与职责交接

1、招标办将评审结果在医院官网公示，无异议后向成交供应商发出成交通知书。

2、成交通知书发出，标志本次招标组织工作完成。招标办的职责终止。此后，所有基于此次招标结果产生的具体采购行为，均由主管职能部门独立实施。

（五）合同签订与后续履约

1、合同签订：主管职能部门根据采购文件和成交供应商的相应文件组织签订书面合同。

2、订单执行：在合同有效期内，所有具体采购订单的下达、进度跟踪，均由主管职能部门根据实际业务需要，直接向成交供应商发出，无需再经过招标程序。

3、验收与付款：主管职能部门负责组织验收，并根据合同约定及验收合格单据，按医院财务流程直接办理付款申请。

4、供应商履约管理：主管职能部门负责对供应商在合同期内的服务质量、供货及时性等方面进行全程管理、考核与评价。

（六）资料归档

招标办负责所组织招标项目招标环节全过程资料的整理与归档。主管职能部门负责合同、订单、验收报告、付款凭证等履约环节资料的归档。

十一、质疑和投诉

（一）质疑：投标人认为招标采购活动使自身权益收到损害的，应在知道或者应知权益受损之日起七个工作日内，以书面形式向招标办提出质疑。招标办应当在收到投标人书面质疑后7个工作日内作出答复。

（二）投诉：投标人对质疑的答复不满的，或者招标办未在规定时间内做出答复的，可以在答复期满后15个工作日内向医院纪委办公室提出投诉。

第四章 监督管理与责任

十二、监督管理

纪检监察科、审计科、行风办公室等部门根据各部门职责对招标采购活动及其当事人依法实施监督，同时接受社会各界和院内职工的民主监督。

十三、工作纪律与责任追究

参与招标活动的所有部门及人员必须遵守以下纪律：

- （一）不得将必须招标的项目化整为零或以其他方式规避招标。
- （二）不得以不合理条件限制、排斥潜在供应商。
- （三）不得泄露标底、评审情况等保密信息。
- （四）评标人员应客观公正，存在利益关联须主动回避。
- （五）不得在招标结果确定后擅自更改标的、数量、价格等实质性内容。
- （六）不得与未中标或未参与招标的单位签订合同。
- （七）严禁收受回扣、索贿受贿等违法违规行为。

（八）主管职能部门无正当理由，不得拒绝或拖延履行合同签订、订单下达、组织验收、付款申请等采购履约管理。

（九）招标办不得超越招标组织职责，不得干涉或替代主管职能部门进行订单下达、验收等具体采购履约工作的。

（十）任何部门或个人，不得在招标确定的供应商和合同框架之外，擅自向其他供应商进行采购或变相采购。

违反本规定的，视情节轻重给予处理；涉嫌构成犯罪的，移送司法机关处理。

第五章 附则

十四、解释与修订

本规定由招标办负责解释。医院可根据国家法律法规变化及实际工作需要修订本规定。

十五、施行日期

本规定自发布之日起施行。此前医院发布的有关招标采购的规定与本规定不一致的，以本规定为准。本规定未尽事宜或与上级新规定冲突的，按上级规定执行。

参考文件

- 1.《关于印发江苏省2026年政府集中采购目录及标准的通知》（苏财购〔2025〕106号）

	制度编码	ZBB-ZD-004	制度名称	采购项目市场调研与需求论证管理办法（试行）	级别	院级
	制定科室	招标办	制定人	张颖卓	内审人	戴智勇
	制度版次	第1次	制订时间	2025.12.03	生效时间	2026.01.01

采购项目市场调研与需求论证管理办法（试行）

为规范医院采购项目前期的市场调研与需求论证工作，提高采购决策的科学性、合规性与透明度，从源头防范采购风险，根据国家相关法律法规及医院内部控制制度，制定本办法。

一、医院预算金额超过10万元人民币的货物、服务和工程采购项目，在确定实施采购项目前，必须按本办法进行市场调研与论证。

- 二、为确保能采购到质优价廉的需求项目，需遵循以下要求：
- 1、非特殊情况，一般应不少于三家潜在供应商。
 - 2、为所有参与调研的供应商提供完全一致的技术需求介绍和公平的展示机会。
 - 3、本办法规定的“调研论证”与后续正式的“采购程序”严格分离。调研人员不得在调研阶段做出任何采购承诺，供应商报价仅为需求论证参考，不作为最终采购依据。
 - 4、调研工作由多部门组成的小组完成，并依据预算规模，引入不同层级领导监督，实现决策分权。

三、市场调研小组是执行具体项目调研论证工作的主体，组长由项目主管职能部门负责人担任，成员一般由使用科室、招标办、财务部、审计科、纪检监察科、行风办代表组成。

项目主管职能部门主要职责：提前编制项目调研需求书；组织供应商接洽、产品介绍会；收集、整理供应商资料与报价；形成《XXXX项目报告》。

- 四、为强化监督，根据项目预算规模，市场调研需安排相关领导参加：
- 1.预算 ≥ 10万元：总会计师参加；
 - 2.预算 ≥ 50万元：院长参加；
 - 3.预算 ≥ 100万元：党委书记参加。

- 五、调研论证程序
- 1.使用科室提出采购申请,经审批同意后,由项目主管职能部门牵头成立调研小组。
 - 2.项目主管职能部门编制项目调研需求书（应包含项目概况、初步技术需求、服务要求等）。

3.调研邀请：项目主管职能部门提供邀请供应商名单，或通过医院官网公开发布调研。一般情况下，调研单位不少于三家供应商。

4.组织供应商集中接洽会。流程如下：调研小组统一介绍项目背景与初步需求；各供应商依次进行产品/服务介绍；调研小组成员可就技术、市场应用、案例等通用问题进行询问。

5.供应商提交第一次书面报价及详细方案。调研小组对报价和方案进行初步分析。

6.经调研小组充分讨论后，一致认可的供应商可进行第二次报价，第二次报价不得高于第一次报价，供应商提交最终书面澄清说明及最终参考报价。

7.项目主管职能部门根据收集的信息，编制《XXXX项目报告》，内容应包括：项目概述（含采购需求：技术需求标准、配置建议等）市场价格水平分析（供应商报价、无锡市三级医院成交价格）各供应商产品/服务横向对比分析（技术、性能、成交案例、优缺点）。

8.提交报告给院长办公会审批，审批通过该项目方可进行正式采购程序。

9.所有调研过程资料（邀请记录、会议纪要、供应商提交文件、报价单、报告底稿）由项目主管职能部门归档，作为项目立项材料，长期保存，接受审计与纪检监察部门随时核查。

10.本办法由招标管理领导小组负责解释，自2026年1月1日起施行。

11.附件1：《XXXX项目报告》

附件1:

XXXX 项目报告

一、基本情况			
项目主管职能部门		市场调研日期	
项目名称及数量			
拟定预算金额	若是服务类项目：标明每年的预算金额、几年服务期		
二、项目概述（需求必填：技术需求标准、配置建议等；该项目我院近年支出情况）			
三、市场调研			
无锡市三级医院、同类型项目、近2年成交价格（注明成交时间、成交项目名称）	案例 1：XX 医院，XX 年 XX 月，XXXX 项目中标价 XXXXX 案例 2：XX 医院，XX 年 XX 月，XXXX 项目中标价 XXXXX 案例 3：XX 医院，XX 年 XX 月，XXXX 项目中标价 XXXXX		
参与本次市场调研各家供应商情况： 1. 报价（包含品牌，型号及报价） 2. 成交案例 3. 优点 4. 缺点	供应商 1：		
	供应商 2：		
	供应商 3：		

	文件编码	BWK-ZD-001	文件名称	保卫科工作制度	级别	科级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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（2023.10 修改）。
- 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（2023.10 修改）。
- 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、麻醉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（2023.10 修改）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（2023.10 增加）。

参考文献：

- 1、企业事业单位内部治安保卫条例，国务院颁布，2004-12-01 实施。

	文件编码	BWK-ZD-002	文件名称	安全保卫管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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。

一、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领导各科室实施。医院各科室应自觉维护本单位的治安秩序，保障安全。

二、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。

三、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。

四、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：

（一）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。

（二）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。

（三）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。

（四）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。

（五）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。

（六）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。

（七）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。

（八）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。

（九）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。

（十）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。

（十一）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（2023.10 增加）。

（十二）认真贯彻落实《医院消防管理规定》，落实本单位防火工作。

五、医院保卫科的主要职责

（一）监督各科室贯彻执行医院有关治安保卫工作的规定。

（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）指导各科室治安保卫工作，并对各科室成员作相关培训。

（四）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。

（五）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。

（六）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。

（七）总结和推广各科室治安消防保卫工作先进经验。

（八）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。

（九）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。

（十）协助维持医院各科室正常的工作秩序。

（十一）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。

（十二）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（2023.10 增加）。

六、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。

七、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：

1、《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施。

	文件编码	BWK-ZD-003	文件名称	消防安全管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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。

（一）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。

（二）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。

（三）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：

- （一）消防安全制度落实情况；
- （二）日常防火巡查工作落实情况；
- （三）重点工种人员及医护人员消防知识掌握情况；
- （四）消防控制室和消防安全重点部位的管理情况；
- （五）消防设施设备运行和完好有效情况；
- （六）电气线路、燃气管道定期检查情况；
- （七）消防设施维护保养情况；
- （八）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:

- (一)用火用电用油用气有无违章情况;
- (二)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;
- (三)消防设施、器材和消防安全标志是否在位、完整;
- (四)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;
- (五)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;
- (六)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(2023.10 增加);
- (七)其他消防安全情况(2023.10 增加)。

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:

- （一）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；
- （二）违规新建、扩建、改建（含室内外装修、建筑保温、用途变更）；
- （三）采用易燃、可燃夹心彩钢板作室内分隔或搭建临时建筑；
- （四）擅自停用、关闭消防设施设备；
- （五）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；
- （六）违规储存、使用易燃易爆危险品，病房楼内使用液化石油气；
- （七）私拉乱接电气线路，使用非医疗大功率用电设备；
- （八）室内吸烟和违章使用明火。
- （九）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）。

	文件编码	BWK-ZD-004	文件名称	消防工作制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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）。

	文件编码	BWK-ZD-005	文件名称	医务人员人身 安全管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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（2023.10 修改）。

六、在有发生人身伤害事件苗头时，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。

	文件编码	BWK-ZD-006	文件名称	兼职消防队组织管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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、培训主要包括:

- (一)防火、灭火常识,消防器材的性能及适用范围。
- (二)消防设施、器材的操作及使用方法。
- (三)火灾扑救、组织人员疏散及逃生方法。
- (四)火灾现场的保护。
- (五)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。

	文件编码	BWK-ZD-007	文件名称	防火检查、巡查制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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：

- （一）用火、用电有无违章情况；
- （二）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；
- （三）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
- （四）常闭式防护门是否关闭严密；
- （五）消防设施管理、值班人员是否在岗在位；
- （六）作业结束或下班后，清除烟头、发热源等杂物情况；
- （七）其它需巡查的情况。

六、防火检查应包括以下内容：

- （一）火灾隐患整改及纠正、预防措施落实情况；
- （二）安全疏散通道、疏散标志、应急照明和安全出口情况；
- （三）消防水源状况；
- （四）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；
- （五）重点工种人员及其它员工消防知识掌握情况；
- （六）消防安全重点部位的管理情况；
- （七）消防控制室值班情况和设施运行情况；
- （八）防火巡查开展情况；

（九）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）。

	文件编码	BWK-ZD-008	文件名称	火灾隐患整改制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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：

- （一）违章进入生产、储存易燃易爆危险物品场所的；
- （二）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；
- （三）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；
- （四）消火栓、灭火器材被遮挡影响使用或者被挪作他用的；
- （五）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；
- （六）消防设施管理、值班人员和防火巡查人员脱岗的；
- （七）违章关闭消防设施、切断消防电源的；
- （八）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）。

	文件编码	BWK-ZD-009	文件名称	新、改建装修工程消防制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	制订内容	修订（第1次）	制定时间	2025.08.29	修订时间	2025.10.22

新、改建装修工程消防制度

- 一、装修单位必须按规定办理装修施工审批手续，向医院总务部、保卫科，提供施工单位资质、施工人员名单、安全责任书。
- 二、安装要严格按照批准设计方案、图纸进行施工，不得随意改变。电气装置必须设置额定容量的漏电保护及分路空开关，以保障线路的安全运行。
- 三、装修材料的选用，内部装修各部位材料的燃烧性能等级，应符合建筑等级要求。
- 四、所有消防设施不得私自变动而影响其功能发挥，如需变动应报医院保卫科批准。
- 五、施工中如需电焊及其它动火作业应按规定报请医院保卫科办理动火许可证，施工时必须要有专人监护及防火灭火措施。
- 六、施工现场的所有建筑材料要堆放整齐，放置得当，保持消防通道畅通。
- 七、现场施工人员必须遵守医院有关规章制度，接受总务部、保卫科对施工技术、消防安全的指导和监督。
- 八、装修不按规定采用阻燃材料，未经批准私自取消，移动消防设施、影响其功能发挥，医院总务部、保卫科有权责令其停工整改。
- 九、施工现场发现吸烟、私拉乱接电线，施工材料乱堆、乱放，影响营业和消防通道畅通，医院总务部、保卫科应责令其停工整改。

参考文献：

- 1、《中华人民共和国消防法》，2021-07-01 实施。
- 2、《建筑防火通用规范》（GB55037-2022），2023-06-01 实施。
- 3、《重大火灾隐患判定规则》（GB35181-2025），2015-11 月实施。

	文件编码	BWK-ZD-010	文件名称	灭火和应急疏散预案演练制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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。

一、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。

二、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。

三、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。

四、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。

五、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。

六、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（2023.10 修改）。

七、演练结束，总结经验，做好演练小结和评价工作（2023.10 修改）

八、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：

1.《江苏省消防条例》，2011-05-01 实施。

	文件编码	BWK-ZD-011	文件名称	消防安全教育培训制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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（2023.10 增加）。
- 四、下列人员应接受消防安全专门培训。
 - （一）单位的消防安全责任人、消防安全管理人；
 - （二）兼职消防队管理人员；
 - （三）消防控制室的值班、操作人员；
 - （四）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：
 - （一）有关消防法规、消防安全制度和保障消防安全的操作规程；
 - （二）各部门、各岗位的火灾危险性和防火措施；
 - （三）有关消防设施的性能、灭火器材的使用方法；
 - （四）报火警、扑救初起火灾以及自救逃生的知识和技能；
 - （五）组织、引导在场人员疏散的知识和技能。
- 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：
 - （一）由保卫科组织召集对全体员工的培训；
 - （一）邀请消防部门专业人员授课；
 - （一）结合本年度消防演练，组织培训；
 - （一）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）。

	文件编码	BWK-ZD-012	文件名称	消防设施器材维护保养管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	制订内容	制订	制定时间	2015.05.01	生效时间	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）。

	文件编码	BWK-ZD-013	文件名称	消防水泵房管理制度	级别	科级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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，同时每周应进行一次模拟自动控制条件下的启动。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）。

	文件编码	BWK-ZD-014	文件名称	监控室管理制度	级别	科级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	制订内容	制订	制定时间	2015.05.01	生效时间	2015.08.01

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（2023.10 增加）。

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：

- 1、《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施。

	文件编码	BWK-ZD-015	文件名称	消防控制室管理制度	级别	科级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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 2h 的防火隔墙和 1.5h 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 24h 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。（2023.10 增加）

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）。

	文件编码	BWK-ZD-016	文件名称	消控中心值班制度	级别	科级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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（2023.10修改）。

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）。

	文件编码	BWK-ZD-017	文件名称	监控录像管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	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

一、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。

二、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。

三、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。

四、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。

五、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。

六、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：

- 1、《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施。

	文件编码	BWK-ZD-018	文件名称	集体宿舍管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	制订内容	修订（第1次）	制定时间	2015.05.01	修订时间	2023.10.20

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（包括本院职工、进修、实习人员）应严格遵守医院集体宿舍管理制度。

- 1、服从集体宿舍管理人员的管理（2023.10 增加）。
- 2、集体宿舍严禁使用明火和大功率（如热得快、电炉、电饭锅、取暖器等）电器，以免造成火灾。
- 3、一切易燃易爆等危险物品严禁带入集体宿舍。
- 4、集体宿舍内所有的开关、插座、电器必须合理使用，发现故障或隐患应立即向综合保障科报修。严禁私自拉装电线，安装插座等危险行为。
- 5、集体宿舍内外应保持清洁有序，晾晒衣物应按照指定地点，被服衣鞋应妥善放入柜内。注意节约能源，安全用水用电，不开无人灯、无人扇、无人空调、不得乱扔垃圾。不得在宿舍内大声喧哗、聚餐、喝酒、赌博、打麻将等。
- 6、严禁在宿舍内、走廊、楼梯间、阳台、卫生间等室内区域吸烟（2023.10 增加）。
- 7、爱护集体宿舍内外公共设施和家具，如有损坏或者遗失，按原价赔偿。不准私自搬移。不准私自调换床位，不准私自留宿外来人员。现金及贵重物品自行妥善保管，做好进出宿舍与睡觉前门窗安全关锁工作。
- 8、就住人员应遵守交通规则，注意出入交通安全。掌握消防器材的使用方法和防火灭火知识。

	文件编码	BWK-ZD-19	文件名称	停车管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	制订内容	新增	制定时间	2023.10.20	修订时间	2024.01.20

停车管理制度

为维护医院内部交通与停车秩序，保障急救通道、消防通道畅通及院内交通安全，规范车辆管理，特制定本制度。

一、停车场管理

- 1、医院职工车辆一律停放在一、二期地下汽车停车场、医院西侧停车场、医院东侧停车场白线框内，禁止停放在院内路面停车位。其余停车位全部腾出供就诊患者来院使用。
- 2、摩托车一律停放在二期地下车库指定地点。
- 3、医院汽车停车场仅供职工上下班时停放，不得作为停车场库停放。
- 4、各类车辆进入规定区域停放后，须关好门窗，上好车锁，带走贵重物品。
- 5、职工自备车应自觉维护停车场的卫生，禁止乱抛乱洒。车辆行驶中，乘车人不准站立，驾驶员和车内所有乘车人必须系安全带，不准向车外抛洒物品等。
- 6、禁止职工自备车运载剧毒物品或易燃易爆等危险品进入停车场。
- 7、职工自备车在院内行驶时，应当遵守限速规定，最高时速不得高于二十公里。
- 8、职工二轮及三轮电动车按指定地点停放，不得进入室内及地下车库。

二、通行管理

本院在职职工、服务外包人员及科科长审核过的规培人员、进修人员、实习人员、凡符合下列条件者，可至保卫科根据实际情况申请开通免费通行权限：

- 1、已购买自备车，取得合法驾驶证、行驶证并按期年审；
- 2、车辆能定期保养，车况良好；
- 3、车辆限载人员七座（含）以下；
- 4、本人必须持有驾驶证，行使证原则上为本人或配偶；
- 5、符合上述条件者本院职工，提供本人行驶证、驾驶证复印件或相关证明该车辆为本人行驶的可申请开通一个长期免费通行名额；
- 6、变更车辆或号牌的，应按上述要求携带相关证件至保卫科更改通行权限。
- 7、所有职工（含服务外包人员、规培人员、进修人员、实习人员），禁止骑行共享单车进出医院。

8、退休人员，保留停车权限3个月，返聘人员，由返聘科室出具证明，开放当年度停车权限。由人事科及时提供名单。

9、除保洁公司、保安公司、送货车辆外，第三方施工、维修人员不得开通免费通行权限。

三、职工违规处罚

1、职工（含服务外包人员、规培人员、进修人员、实习人员）自备汽车停放在院内地面停车位的。

2、停放在一、二期地下汽车停车场、医院西侧停车场、医院东侧停车场的车辆未停放在划线框内的。

3、堵塞消防通道，占用转运病人专用通道，停放在消防卷帘门下，堵塞人员进出通道；停放在妨碍他人车辆进出的通道、道口的。

4、将职工停车场作为车库长期停放（10天以上）。

5、职工（含合同制、服务外包人员以及进修生、实习生等），骑行共享单车进出医院。

6、职工（含合同制、服务外包人员以及进修生、实习生等）骑二轮及三轮电动车进入室内及地下车库或未按指定地点停放的。

7、摩托车未按指定地点停放的。

8、以上1—4条款，如有违反，第一次通报批评，第二次取消免费停车资格，再次开通须分管领导审批。

9、以上第5—7条，如有违反，第一次100元的经济处罚，第二次200元经济处罚，以此类推。

10、禁止职工自备车运载剧毒物品或易燃易爆等危险品进入停车场，一旦发现，立即取消停车资格，情节恶劣的，加重处罚。

11、凡因违反本规定，造成人员伤亡或财产损失的，由当事人承担相应的交通事故责任 and 法律责任。

12、保卫科将不定期检查院内停车情况，并将检查结果通报。

四、违规处理措施

所有进入院区的车辆（包括但不限于职工自备车、社会来访车辆、业务合作单位车辆等。）必须按规定停放。对于违反本规定的行为，医院保卫科有权根据情节轻重，采取以下处理措施：

1、对违规停放车辆，一律张贴《违规停车警示告知单》，予以书面警告。

2、对堵塞消防通道、急救通道、人员及车辆通行要道，或严重妨碍医院正常秩序的车辆：对于无法联系到车主或经通知后拒不驶离的，医院将立即报请公安交通管理部门或消防救援机构依法处置。在紧急情况下，为排除重大现实安全危险（如完全阻塞急救

生命通道），医院有权采取必要、合理的临时紧急措施（包括但不限于委托专业机构对车辆进行拖移），事后及时通知车主。由此产生的合理费用由车主承担。

3、对多次违规或情节恶劣的车辆，医院有权暂停或取消其进入院区的权限，并将相关情况记录在案。

五、责任划分与承担

凡因违反本规定，造成人员伤亡、财产损失或引发安全事故的，由违规当事人依法承担相应的民事赔偿、行政责任乃至刑事责任。

医院采取本规定所述措施旨在维护公共安全与秩序，对车辆及其车内物品不承担保管责任。请车主自行做好安全防范。

保卫科负责本规定的具体执行与监督检查，定期汇总违规情况并向相关科室通报，处理结果作为后续管理依据。

	文件编码	BWK-ZD-20	文件名称	危险品管理制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	制订内容	新增	制定时间	2023.10.20	生效时间	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：

1、《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施。

	文件编码	BWK-ZD-21	文件名称	药品类易制毒 化学品管理 制度	级别	院级
	制定科室	保卫科	制定人	陈剑波	内审人	唐李丽
	制订内容	新增	制定时间	2023.10.20	生效时间	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《药品类易制毒化学品管理办法》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，做到账物相符。
- 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：

- 1、《江苏省企业事业单位内部治安保卫条例》，2015-03-01 实施。

	制度编码	BAK-ZD-001	制度名称	病历书写基本规范	级别	院级
	制定科室	病案科	制定人	龙琦	内审人	顾晓红
	制度版次	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

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、毕业第一年住院医师书写的住院病历，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，并发症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估后，对满足诊断明确，没有严重的合并症，能够按照医疗机构临床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)同级医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观检查结果(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,包括放射造影检查当前查(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盖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）手术经过包括以下内容

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、治疗及预后有帮助的，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。

	制度编码	YWB-ZD-002	制度名称	病历管理制度	级别	院级
	制定科室	医务部	制定人	郑雄	内审人	顾晓红
	制度版次	修订（第2次）	制定时间	2014.01.01	修订时间	2024.12.03

病历管理制度

为加强我院病历管理，保障医疗质量与安全，维护医患双方的合法权益，依据《医疗机构病历管理规定》、《病历书写规范》、《江苏省三级综合医院评审标准实施细则》等，制定本制度。

一、适用范围

本制度适用于全院。

二、定义

（一）病历：医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历归档以后形成病案。按照病历记录形式不同，可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。

（二）病历管理制度：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。

三、具体规定

（一）病历的建立与书写

- 1.医院为每位患者创建病历，并对门（急）诊病历和住院病历进行编号。将病历号与患者身份证明编号相关联，可使用身份证明编号检索病历。
- 2.病历书写基本要求：客观、真实、准确、及时、完整、规范。
- 3.医务人员应当按照原卫生部《病历书写基本规范2010版》、《电子病历应用管理规范（试行）2017版》和江苏省《病历书写规范（第二版）》要求书写病历。
- 4.病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。
- 5.病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。
- 6.各项记录应注明年、月、日，急诊、抢救等记录应注明至时、分，日期和时间一律使用阿拉伯数字，采用24h制和国际记录方式。
- 7.具有执业资格的医师和护士，并在本院注册，方可书写病历。病历应当按照规定

的内容书写，并由相应医务人员签名。规培生、进修生、研究生、实习生等医务人员书写的病历，应当经过本院注册的医务人员审阅、修改并签名。

8.病历内容的记录应规范、准确，尽量避免修改。纸质病历在书写中若出现错字、错句，应在错字、错句上用双横线标示，并注明修改人及修改时间，不得采用刀刮、胶贴、涂黑、剪贴等方法抹去原来的字迹。

9.病案应当按照以下顺序装订保存：住院病案首页、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料、体温单、医嘱单、病重（病危）患者护理记录。

10.病历随患者出院经上级医师审核确认后归档，归档后原则上不得修改，住院电子病历在患者出院后7天自动锁定。特殊情况下需修改的，需在医生工作站提交撤销归档申请，经科主任、医务部负责人同意后予以解锁。申请人应在当晚24点之前完成修改，超过当晚24时系统重新锁定。电子病历系统中应当进行身份识别，保存历次修改痕迹、标记准确的修改时间和修改人信息等内容。

11.对于已交到病案管理科但尚有检验、检查项目报告未完成的病历，可延缓归档，但出院小结中必须注明检查结果未出。等检查结果出来，如需要修改出院诊断可以到病案管理科修改首页诊断，并将检查结果放入病历。

12.因篡改病历造成的医疗纠纷、医保经济纠纷等由当事人承担全部责任。

（二）病历的保管与保存

1.门（急）诊病历原则上打印后由患者负责保管（包括但不限于检查检验结果），门（急）诊死亡病历由急诊科负责保管，住院病历由病案管理科负责保管。门（急）诊电子病历和住院电子病历由信息科负责电子存档。

2.患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。

3.医务人员在收到住院患者检查检验结果和相关资料后24小时内归入或者录入住院病历。

4.患者出院后，经由各科室质控医师和质控护士审核无误，再由专人送到病案管理科统一保存、管理。

5.病案管理科对出院病案进行疾病分类，编码符合国家要求。疾病分类编码人员有培训及资质。信息系统支持疾病分类与手术操作分类功能。

6.任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历，未授权人员不得翻阅查看病历。

7.门（急）诊病历保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于15年；住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于30年。门（急）诊电子病历和住院电子病历保存时间同纸质病历。

8.门（急）诊病历应在结束诊疗活动后的首个工作日内归档。住院病历最迟在患者出院后3个工作日（72小时）内送至病案管理科。一般要求2个工作日内归档率 $\geq 95\%$ ，3个工作日归档率达到100%。

9.病历存放场所需满足防火、防盗、防光、防尘、防虫、防霉、防潮等要求，温度控制在14-26℃，相对湿度控制在45%-60%。严禁将易燃、易爆物品带入库房，严禁在库房内吸烟，非病案管理科工作人员不得擅自进入库房。

10.库房内档案资料应分类存放，排列整齐，编号有序。

11.所有含患者信息（包括姓名、身份证号、出生日期等）的资料不得随地丢弃，需妥善保管，定期统一收集、销毁。

12.建立病案信息查询系统，可根据病案首页内容的任意项目，单一条件查询住院患者的病案信息或根据病案首页内容的两个或两个以上的项目，复合查询住院患者的病案信息。

（三）病历的借阅与复制

1.除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

2.院内医务人员（包括规培生、进修生、实习生、研究生）因科研、教学、职称晋升等原因需要查阅归档病历的，需凭工号牌到病案管理科申请查阅，仅限查阅本诊疗组的病历。查阅的病所资料不得带离病案管理科，不得电话查询患者病历资料。

3.院内医务人员（包括规培生、进修生、实习生、研究生）因检查评审、病例讨论、病历质控、处理纠纷等原因需要借阅归档病历的，需在医生工作站中提交申请，经医务部批准后方可从病案管理科借阅病历。所借病历不得擅自篡改、拆订、复印和转借，并及时归还。

4.医院受理下列人员和机构复制或者查阅病历资料的申请，并依规定提供病历复制或者查阅服务：

- （1）患者本人或者其委托代理人；
- （2）死亡患者法定继承人或者其代理人。

5.受理申请时，申请人提供有关证明材料，并对申请材料的形式进行审核。

- （1）申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；
- （2）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，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；

(3) 申请人为死亡患者法定继承人的, 应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明, 死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料;

(4) 申请人为死亡患者法定继承人代理人的, 应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明, 死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料, 代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

6.公安、司法、人力资源和社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门, 因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要, 提出审核、查阅或者复制病所资料要求的, 经办人员提供以下证明材料后, 医疗机构可以根据需要提供患者部分或全部病历:

(1) 该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明;

(2) 经办人本人有效身份证明;

(3) 经办人本人有效工作证明(需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致)。

7.保险机构因商业保险审核等需要, 提出审核、查阅或者复制病历资料要求的, 还应当提供保险合同复印件、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、死亡患者法定继承人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。

8.可为申请人复制的病历资料, 包括门(急)诊病历, 住院病历的体温单、医嘱单、住院志(入院记录)手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重(病危)患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料、医疗费用清单等病历资料。

9.按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求, 病历尚未完成, 申请人要求复制病历时, 可以对已完成病历先行复制, 在医务人员按照规定完成病历后, 再对新完成部分进行复制。

10.申请复印在院运行病历, 应在医务人员按规定时限完成病历后予以提供, 由病区指定医务人员携带所需现病历内容到病案管理科复印, 复印完毕后由病区医务人员及时将病历带回病区。

11.病案管理科负责受理复制病历资料的申请。受理复制病历资料申请后, 在规定时间内将需要复制的病历资料送至指定地点, 加盖医院病历复印专用章。

12.复制的病所资料, 可以按照规定收取工本费。

13.有完整的病案服务登记信息, 包括借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复印或复制的内容, 保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。

(四) 病历的封存与启封

1.依法需要封存病历时，应当在医务部工作人员或总值班人员、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，封存的病历可以是原件（一般为患者已出院），也可以是复印件（一般为在院患者）。

2.医院申请封存病历时，应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医院可以在公证机构公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

3.病案管理科负责封存病历复制件的保管，任何人不得私自拆封。

4.封存后病历的原件可以继续记录和使用。

5.病历尚未完成，但需要封存病历时，可以对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

6.开启封存病历应当由医务部工作人员和患者在场的情况下实施。病历资料封存后医疗纠纷已经解决，或者患者在病历资料封存满3年未再提出解决医疗纠纷要求，医务部可以自行启封。

（五）病历的销毁

1.病历超过法定保存年限可予以销毁。

2.销毁前应当列册，由病案管理科提交申请，经病案管理委员会审核后，上报院长办公会，由院长办公会通过后方可执行。

3.销毁时必须委托专业厂商，由医院专人负责确保销毁。

（六）病历的评估和质控

按照《无锡市惠山区人民医院病历质量评定标准》执行。

四、管理与监督

（一）全院工作人员严格保护患者隐私，禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

（二）医务人员按规范书写病历，及时打印病历和签字，查阅、借阅本诊疗组病历。

（三）临床科室病历质控员对运行病历和出院病历进行质控，提出改进措施。

（四）临床科室负责人督促本科室医务人员严格落实病历有关制度。

（五）临床科室保管、整理住院运行病历及归档前出院病历。

（六）病案管理科负责出院病历的收集、整理、编码、归档、保管、查阅、借阅、复印等工作。

（七）医务部按照上级部门有关病历管理的要求，起草医院病历管理相关制度，对医院病历质量进行管理，对病案管理科工作进行监督和管理。

（八）病案管理委员会定期召开病案管理委员会工作会议，总结、分析、讨论和审定病案管理中存在的问题，提出整改措施并监督落实。

	制度编码	BAK-ZD-003	制度名称	病案（病历）复印 管理管理制度	级别	院级
	制定科室	病案科	制定人	龙琦	内审人	顾晓红
	制度版次	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。

	制度编码	BAK-ZD-004	制度名称	病案（病历）封存、启封管理制度	级别	院级
	制定科室	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025.10.20	生效时间	2025.12.01

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：本院技术条件无法满足电子病历封存，故不实施电子病历封存工作。

（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。

	制度编码	BAK-ZD-005	制度名称	病历（案） 安全管理制度	级别	院级
	制定科室	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2025.10.20	生效时间	2025.12.01

病历（案）安全管理制度

一、总则

- 1.为加强医院病案管理，确保病案的安全，特制定本制度。
- 2.病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历归档以后形成病案。病历（案）是具有法律效用和研究价值的重要病人就诊记录，病历（案）的安全分为信息安全和纸质资料的保管安全。
- 3.病案室是负责保管病案资料及信息的专门部门，保管的病案资料数量大、存放集中，是需安全保障的重点部门。

二、各类病（历）案信息保密管理

- 1.病案的复印、借阅应当按照国家卫生计生委颁布的《医疗机构病案管理规定》的具体内容办理，严禁向未经批准及未通过授权的人员或机构泄露病案及各类数据信息。
- 2.全院工作人员均有保护每份病历（案）信息及各类数据统计信息安全保密的责任和义务，禁止他人未经授权、审核批准翻阅、抄录信息，并保证病案的完整性。
- 3.病（历）案信息相关系统内需设置用户权限及密码，通过医务部授权的工作人员可以查看相关信息，工作人员离开电脑时，应当关闭系统。
- 4.病案室信息录入人员定期对数据库进行备份。
- 5.指定专人对各项病案管理软件进行维护管理，出现问题及时解决（包括与开发商联系）。

三、病历（案）保管安全管理

- 1.门诊病历由病人保管，医务人员应当及时将检查检验结果交由病人自行保管。
 - 2.急诊病历由急诊科保管，医务人员应当按照相关规定及时书写病历，并在收到检查检验结果后24小时内，将检查检验结果归入或者录入急诊病历，并在每次诊疗活动结束后首个工作日内将急诊病历归档。
 - 3.病人住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，需要将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。
- 医务人员应当按照相关规定及时书写病历，并在收到住院病人检查检验结果和相关

资料后24小时内归入或者录入住院病历。

4.病人出院后，临床科室主管医生和主管护士及时完成病历的书写和整理，移交科室质控医生和质控护士完成质量检查，在7个工作日内将病人的整份住院病历移交病案室统一保存、管理。在此期间，接收人应当在每一次移交病历时签名、登记，并负责保管打印病历。

5.严格病历管理，任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

6.病案室工作人员应当格遵守各项安全操作规程。

7.严格遵守防火安全规定，严禁在病案办公区域内用火、吸烟等。

8.病案室办公区域，尤其库房应当配备灭火器材，每位工作人员应掌握一般消防器材的使用方法，并经常维护保养。

9.病案室库房应当防盗、防尘、防虫、防潮、灭鼠等，库房的布置和病案的排放应当按照规定。

10.病案办公区域电器设备和供电线路应当定期由专人检查，破损设备和电线应当及时维修或更换。

11.病案室办公室及库房的清洁由病案室工作人员负责，不得将可燃、易燃物品与病案资料混存。

12.工作人员上班时应当检查病案室是否发生突发事件；下班前，应当进行防火、防盗等安全检查，应当切断电源，关好门、窗，才能离开。

四、病案室防火管理

1. 病案库房由库房管理专人管理，负责核查库房的安全情况，并检查防火、防盗、防潮、防尘等设备是否在位，出现异常问题及时联系相关责任部门进行维修；在离开库房时关好门窗和切断电源，确保库房安全。

2.病案室工作人员在工作日随时注意安全核查，每日下班前做好清查工作，做到两清两关：垃圾清、烟蒂清；关电源、关门窗。

3.医院按消防要求在病案室固定位置配备消防器材，病案室每位工作人员学习一般消防灭火技能，每日做火灾隐患检查，及时报告存在的问题，并每周检查消防器材是否在位及每年进行2次消防演练。

4.严禁任何人员将易燃、易爆物品带入病案室办公区域，严禁在库房内吸烟及使用明火，电器设备远离纸张、病案等易燃物品。

五、病案室防盗管理

1.医院为病案室安装坚固的门窗及门锁，并为科室工作人员配备钥匙。

2.医院在病案室安装监控探头，由监控中心负责日常情况监控。

3.病案室的工作人员负责对进出病案室的人员进行把关，原则上只有库房管理员可

进入库房，严禁非本科工作人员进入库房。

六、病案室防潮管理

- 1.库房设置不设置在1楼。
- 2.科内所有病案及电脑等均需垫高摆放，不得直接放置在地面上。
- 3.在病案架内分散放置防霉药物，且每季度进行更换。
- 4.逢雨季等自然气候变化时，库房管理员需加强对房顶、墙体渗雨情况的检查，发现问题立刻报告后勤保障部。

七、病案室防虫、防尘管理

- 1.医院为病案室配备除尘、灭鼠设备，由库房管理员清洁库房及病案架，保持室内环境整洁。
- 2.在病案架内分散放置防尘、防虫药物，且每季度进行更换。

	制度编码	BAK-ZD-006	制度名称	病历（案）借阅查阅制度	级别	院级
	制定科室	病案科	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第5次）	修订时间	2025.10.20	生效时间	2025.12.01

病历（案）借阅查阅制度

一、医师、医技类人员资格准入管理制度

1、严格按照《中华人民共和国执业医师法》和国家中医药管理局制定的《中医师、士管理办法（试行）》执行医师注册执业管理。

2、医务部严格审查医师资质，未取得医师执业资格者及未经医师执业注册者不得独立从事医疗工作。

二、病历属于医院的特殊档案资料，实行封闭式管理模式。除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

三、患者无权借阅及携带本人病历（案）。其他机构无权借阅医院病历。

四、所有借出病历3天内必须归还，如需再次使用，应办理续借手续。其中医务部门、医保办、物价办调阅的病历应在检查完毕后当日归还。借出的病历不得随意转借他人。

五、借阅病历时需填写《住院病案借出登记》，所有表格内容及空项必须按要求如实填写、字迹工整、易于辨认。

六、对病人出院72小时内仍在原科室保留的病历，其他科室人员急需应用该病历时，可与病案室联系借用，由病案室提前回收后再办理借阅手续，用完归还病案室。

七、公安、司法机关、保险公司等第三方因办理案件，需查阅、复印或者复制病历资料的，必须经过医务部批准后，才能办理复印、查阅病历。且受理复印或复制病历（案）资料申请时，申请人应按如下要求提供有关证明材料：

1.申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；

2.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；

3.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；

4.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。

5.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，患者本人或其代理人同意的法定证明材料；患者死亡，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。

6.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，应当在公安、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。

7.病案室应设立病历（案）复印、查阅、借阅登记本。

八、病历在院内传递应由科室指定专人负责。

九、病历封闭式管理中根据特殊要求保留以下3个出口，原则为只能借阅归档后的病历，对于未归档的病历一律不得借出。

1.医院经治医师调阅再次入院患者病历时，借阅者必须为经治医师，如为非经治医师或实习（进修）医师，则须持有经治医师签字的借条，执行双方签字制后方可借阅。

2.进行临床教学或死亡（疑难）病例讨论时，借阅者必须为死亡（危重、疑难）患者所在科室医师，如为实习医师或进修医师则执行双签字制后方可借阅。

3.特殊情况需借阅病历的，需医务部审核授权后方可借阅。

十、除第六条规定的三种情况外所有病历不得流出病案室，包括以下情况：

1.病案的返回完善。

2.护理部及各病区护士（长）对护理记录进行质控检查。

3.药学部查阅相关资料。

4.医保办、物价办质控检查。

5.所有病历（案）复印工作。

6.研究生课题研究需持有导师（医院正式职工）签字的查阅申请，仅允许在病案室内查阅，且查阅人必须为参加课题者，每次查阅不得超过20份。有特殊需要者，应经医务部批准，并办理有关手续。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离医院。

7.本院医师从事科研课题研究需查阅病历时，仅允许在病案室内进行，且只能查阅本人经治患者的病历。

8.除此之外未说明的其他情况：

对借阅的病历应妥善保管，严令禁止涂改、拆散、丢失、转借他人、带离院外、复印或者复制，如出现此类情况，经核实后将依法追究当事人责任，并予以相应处罚。借阅特殊病历必须要经过医务部批准。

附件：

病案借阅流程图



	制度编码	HLWYY-ZD-001	制度名称	互联网医院管理制度	级别	互联网医院
	制定科室	互联网医院工作 办公室	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第2次）	制定时间	2023-12-01	修订时间	2026.01.10

互联网医院管理制度

第一章 总则

第一条 目的与依据

为规范互联网医院诊疗行为，保障医疗质量与安全，提升“互联网+医疗”服务效能，依据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《互联网诊疗管理办法（试行）》《医疗机构管理条例》《电子病历应用管理规范》等法规，结合三级公立医院功能定位及实际需求，制定本制度。

第二条 适用范围

本制度适用于无锡市惠山区人民医院互联网医院诊疗服务全流程，包括患者管理、医师资质与行为规范、药品处方管理、信息安全、质量监督及应急处置等环节，涵盖医务科、信息科、药剂科、护理部等相关部门职责。

第三条 基本原则

1. 合法合规：严格遵循国家及地方互联网诊疗政策法规，确保服务合法化、规范化。
2. 质量优先：以患者安全为核心，落实十八项核心制度，强化线上诊疗质量控制。
3. 数据安全：确保诊疗信息全程加密、可追溯、防篡改，保护患者隐私权。
4. 协同高效：建立多部门联动机制，优化资源配置，提升服务效率与患者满意度。

第二章 组织架构与职责分工

第四条 互联网医院领导小组

1. 组成

组长：戴智勇

副组长：顾晓红、徐太静

成员：郑 雄 邬幼萍 缪常伟 张 凯 石 慧 陈一君

2. 职责

- （1）审定互联网医院发展规划及重大决策；
- （2）协调跨部门资源，监督制度执行与改进；
- （3）审批应急预案及突发事件处置方案；

(4) 定期听取工作汇报，评估运营成效并提出优化建议。

第五条 互联网医院工作办公室

1. 组成

主任：张 凯

副主任：陈一君、邬幼萍

成员：郑 雄、潘辉娟、乔傲松、周 莹 、石 威

2. 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) 负责与互联网医院平台建设公司、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。

第六条 支持部门职责

1. 医务部

(1) 完善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。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. 信息科

(1) 按照国家和地区的相关要求,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。

3. 药学部

(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,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. 护理部

(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。

5. 宣传科

(1) 制作互联网医院操作指南,通过多渠道发布;

(2) 联合临床科室开展“名医直播”“健康科普周”等线上活动,提升品牌影响力。

第三章 诊疗服务管理

第七条 患者准入标准

1. 适用对象

在线下明确诊断为常见病、慢性病且病情稳定的复诊患者;需提供相关疾病病历资

料（诊断证明、检查检验报告、用药记录等）

2. 禁止情形

首诊患者、急危重症患者、需按规定隔离的传染病患者；

6周岁以下且无监护人陪同的儿童；

需进行侵入性操作或特殊治疗（如手术、化疗）的患者。

第八条 服务流程规范

1. 实名认证与知情同意

患者通过人脸识别+身份证绑定完成实名认证；

在线签署《互联网诊疗知情同意书》，明确服务范围与风险。

2. 线上问诊

医师调阅患者历史病历，通过图文/视频问诊

3. 检查检验管理

医师可在线开具必要检查项目，优先选择费用低、诊断价值高的项目；

患者凭电子申请单至本院线下完成检查，结果自动回传至平台。

4. 终止诊疗情形

患者病情变化（如血压骤升、血糖失控等）或需线下进一步检查；

发现疑似传染病，立即上报并指导患者至定点医院就诊。

第四章 医师管理

第九条 资质与培训

1. 准入条件

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，有三年以上的临床经验。

通过《互联网诊疗法规与伦理》线上考试（满分100分，≥80分合格）。

2. 服务要求

按排班出诊，挂号后12小时内响应患者；

电子病历书写符合《电子病历系统功能应用水平分级评价标准》，24小时内完成。

第五章 药品与处方管理

第十一条 处方开具规范

1. 适用范围

仅限复诊患者，且诊断与线下记录一致；

3. 禁止行为

开具毒、麻、精、放类药品；

严禁AI自动生成处方，处方须医师本人电子签名

为同一患者同日重复开具相同药品。

第十二条 处方审核与配送

1. 审方流程

药师人工审核（配伍禁忌、超量用药）→患者支付→药房配药；

审方时效≤30分钟，不合格处方需注明原因并通知医师修改。

2. 配送管理

合作物流公司需具备药品配送资质；

患者签收时需提供证明材料，并现场查验药品完整性。

第六章 信息安全与应急管理

第十三条 数据安全

1. 技术措施

实行分级权限管理（医师仅可查看本人接诊患者信息）。

2. 隐私保护

未经患者授权，不得向第三方透露诊疗信息（公共卫生事件、司法调查除外）；

第十四条 应急响应机制：结合最新的应急预案修改

1. 系统故障

一级故障（系统瘫痪>1小时）：启动备用服务器，人工登记患者信息并延后处理；

二级故障（部分功能异常）：通过短信/电话通知患者改约时间，退还费用。

2. 医疗纠纷

由互联网医院工作办公室接待，规定时间与患者协商解决方案；

争议较大时，请医院医患沟通办公室介入处理。

第七章 附则

第十五条 本制度由互联网医院领导小组负责解释，自发布之日起施行。

第十六条 原《互联网医院管理体系》、《互联网医院工作管理制度》、《互联网诊疗服务管理制度》、《互联网诊疗服务流程》、《在线医患信息管理制度》、《在线问诊与排班管理制度》同步废止。

	制度编码	HLWYY-ZD-002	制度名称	互联网医院电子病历管理制度	级别	互联网医院
	制定科室	互联网医院工作 办公室	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第2次）	制定时间	2023-12-01	修订时间	2026.01.10

互联网医院电子病历管理制度

第一章 总则

第一条 目的与依据

为规范互联网医院电子病历管理，保障医疗质量与患者隐私安全，依据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《电子病历基本规范》《网络安全法》《数据安全法》等法律法规，结合医院实际，制定本规范。

第二条 适用范围

本规范适用于互联网医院电子病历的建立、使用、保存、调阅、销毁及安全管理等全流程工作。

第二章 职责与流程

第三条 部门职责

1. 医务科：

- 负责电子病历的收集、保存、调阅、复制及销毁审批；
- 患者申请调阅病历需填写《电子病历调阅申请表》，2个工作日内完成审核；
- 电子病历保存期限≥15年

2. 信息科：

- 负责电子病历系统建设、维护及技术安全保障；
- 定期开展系统漏洞扫描，确保符合等保三级认证标准；

第四条 互联网医院电子病历定义

互联网医院电子病历是指医务人员通过互联网医院信息系统生成的文字、影像、图表等数字化医疗记录，包括但不限于：

- 文字记录（诊断、处方、处置）；
- 医学影像（在互联网医院开具，线下检查，回传至互联网医院的CT、MRI、超声等）；
- 音视频资料（心电图、会诊录音录像等）。

第三章 电子病历建立与使用

第五条 权限分级

1. 出诊医师：可新建、修改病历；
2. 管理员：仅限系统维护，无病历操作权限。

第六条 病历修改规则

1. 医务人员修改病历时，系统自动记录修改人、时间及内容；
2. 病历归档后需修改的，由科室主任提交申请，医务科审批后开放临时权限；
3. 归档病历不得删除，修改需注明原因并保留历次修改痕迹。

第四章 数据安全与患者权益

第七条 安全技术要求

1. 电子病历系统需通过等保三级认证；
2. 采用国密算法对病历数据加密存储；
3. 禁止篡改、伪造、隐匿、窃取或毁坏电子病历。

第八条 患者授权与调阅

1. 合法调阅情形：
 - 患者本人或其法定代理人书面授权；
 - 公检法部门出具正式调取函；
 - 医保审核或医疗纠纷处理需求（需医务部备案）。
2. 患者权利：
 - 可申请封存争议病历，医务科需配合完成操作；
 - 有权拒绝病历用于科研或商业用途。

第五章 质量监控与罚则

第九条 质量监控机制

1. 医务科每月抽查10%电子病历，检查内容：
 - 完整性：诊断、检查、用药记录缺一不可；
 - 规范性：术语符合《临床诊疗术语标准》。

第十条 违规处罚

1. 擅自泄露病历信息：详见《员工奖惩条例》；
2. 篡改病历数据：详见《员工奖惩条例》

第六章 附则

第十一条 本规范由互联网医院领导小组负责解释，自2024年12月01日起施行。

第十二条 原《在线电子病历管理制度》同时废止。

	制度编码	HLWYY-ZD-003	制度名称	互联网医院电子处方管理制度	级别	互联网医院
	制定科室	互联网医院工作 办公室	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第2次）	制定时间	2023-12-01	修订时间	2026.01.10

互联网医院电子处方管理制度

第一章 总则

第一条 目的与依据

为规范互联网医院电子处方管理，保障用药安全与服务质量，依据《中华人民共和国药品管理法》《处方管理办法》《互联网诊疗管理办法（试行）》《医疗机构处方审核规范》等法律法规，结合医院实际，制定本规范。

第二条 适用范围

本规范适用于互联网医院电子处方的开具、审核、调剂、保存、点评及监督管理全流程，涵盖医师、药师及药事管理相关部门的职责。

第二章 电子处方开具与审核

第三条 处方开具要求

1. 资质要求：

- 医师须取得有效执业资格，并在本院注册执业；

2. 患者范围：

（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）开药量严格执行急性病不超过 3 天用量，慢性病不超过 7 日用量；高血压、糖尿病、冠心病、慢性肝炎、肝硬化、结核病、精神病、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。

（四）不得在互联网上开具毒、麻、精、放类药品处方。以及其他用药风险较高、有其他特殊管理规定的药品处方。

（五）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。

3. 处方内容：

- 每张处方不得超过5种药品，中草药与西药/中成药分开开具；
- 使用药品通用名称，用法用量符合说明书。

第四条 药师审核规范

1. 审方流程：

人工复核：药师重点核查诊断相符性、给药途径合理性、重复用药等。

2. 审方时效：

- 普通处方≤30分钟。

3. 退回处理：

- 不合理处方需通知医师修改。

第三章 电子处方调剂与配送

第五条 调剂要求

1. 资质与操作：

- 取得药学专业技术资格的药师可参与调剂；
- 严格执行“四查十对”（查处方、药品、配伍禁忌、用药合理性）。

2. 标签与包装：

- 药袋或标签需注明患者姓名、药品名称、用法用量及注意事项。

第六条 药品配送

1. 合作方资质：

- 配送企业需具备药品运输资质，并签订安全协议。

2. 签收管理：

- 患者签收时需提供证明材料，现场查验药品完整性。

第四章 电子处方点评与改进

第七条 组织架构

1. 药事管理委员会：

负责制定处方点评标准，监督整改措施落实。

2. 处方点评工作小组：

- 由临床药师组成，负责日常处方抽查与评价。

第八条 点评内容

1. 规范性评价：

- 处方书写完整性（诊断、药品名称、用法用量缺一不可）；
- 电子签名与权限合规性。

2. 适宜性评价：

- 用药与诊断相符性、给药途径合理性、药物相互作用及禁忌。

第九条 整改与反馈

1. 问题分级：

- 一般问题：每月通报并限期整改；
- 严重问题（如超常处方3次以上）：暂停互联网医院医师处方权，重新培训考核。

2. 数据应用：

- 处方点评结果纳入绩效考核，与互联网医院绩效奖金挂钩。

第五章 监督管理与罚则

第十条 日常监督

1. 互联网医院办公室：

- 每月抽查10%电子处方，重点检查高风险药品及超量处方；
- 建立“红黄牌”预警机制（黄牌：警告；红牌：暂停权限）。

2. 信息科：

- 确保处方系统符合等保三级要求。

第十一条 违规处罚

1. 医师违规：

- 开具禁止类药品：暂停处方权1个月；
- 超量处方无正当理由：暂停处方权1个月。

2. 药师违规：

- 调剂错误导致不良事件：参照《员工奖惩条例》。

第六章 附则

第十二条 本规范由互联网医院领导小组负责解释，自2024年12月01日起施行。

第十三条 原《在线处方管理制度》《在线电子处方点评管理办法》同时废止。

	制度编码	HLWYY-ZD-004	制度名称	互联网医院在线会诊管理制度	级别	互联网医院
	制定科室	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第1次）	制定时间	2023-12-01	修订时间	2026.01.10

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（患者病情和当前治疗方案）、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，按规定履行备案程序。

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。

（2）互联网医院内部会诊无法解决患者问题，需要不同医院顶尖专科科室的权威专家给出指导建议。

	制度编码	HLWYY-ZD-005	制度名称	风险评估与突发情况预防处置制度	级别	互联网医院
	制定科室	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第2次）	制定时间	2023-12-01	修订时间	2026.01.10

风险评估与突发状况预防处置工作制度

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。

	制度编码	HLWYY-ZD-006	制度名称	互联网医院医生管理制度	级别	互联网医院
	制定科室	互联网医院工作办公室	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第2次）	制定时间	2023-12-01	修订时间	2026.01.10

互联网医院医生管理制度

第一章 总则

第一条 目的与依据

为规范互联网医院医生执业行为，保障医疗质量与患者安全，依据《中华人民共和国医师法》《互联网诊疗管理办法（试行）》《医疗机构管理条例》等法律法规，结合本院实际，制定本制度。

第二条 适用范围本制度适用于互联网医院医生的准入、退出等全流程管理。

第二章 医生准入管理

第三条 准入标准

1. 资质要求：
 - 取得《医师资格证书》《医师执业证书》，执业地点注册于本院；
 - 具有3年以上临床工作经验；
 - 通过互联网诊疗专项培训（含系统操作、线上沟通、病历书写规范等）。
2. 专业能力：
 - 诊疗项目需与执业范围及专业技术一致；
 - 熟练掌握计算机及智能设备操作，可配备助理协助技术操作。
3. 职业道德：
 - 无重大医疗事故或违规记录；
 - 签署《互联网诊疗服务承诺书》，承诺遵守诊疗规范及患者隐私保护要求。

第四条 准入流程

1. 科室推荐：科室负责人根据医生专业能力、服务意愿等向互联网医院工作办公室提交推荐名单；
2. 资质审核：办公室核查医师资质、培训记录及职业道德评价；
3. 面试考核：由专家团队进行线上诊疗模拟考核，重点评估问诊能力、应急处理及系统操作熟练度；

4. 授权上岗：通过考核者由医务科授予互联网诊疗权限，并公示排班信息。

第三章 医生退出管理

第五条 常规退出

1. 个人申请：
 - 医生提交书面退出申请，互联网医院办公室审核未完结诊疗并移交其他医师后，7个工作日内办结。
2. 末位淘汰：
 - 年度考核连续两年排名后10%者，经互联网医院领导小组审议后终止互联网执业资格。

第六条 强制退出

1. 重大过失：
 - 诊疗错误导致医疗事故；
 - 利用平台谋取不正当利益（如药品回扣、虚假处方）；
 - 泄露患者隐私或篡改诊疗数据。
2. 不当行为：
 - 一个月内超时回复问诊 > 50%；
 - 被患者投诉 ≥ 5次且未整改；
 - 使用不文明语言或散布违规信息。
3. 处理程序：
 - 互联网医院办公室调查核实后，上报互联网医院领导小组；
 - 永久取消互联网执业资格，全院通报。

第四章 附则

第九条 本制度由互联网医院工作办公室负责解释，自发布之日起施行。原《互联网医院医生管理办法》《互联网医院医生退出制度》、《互联网医院服务规范》同时废止。

第十条 医生对考核或退出决定有异议的，可向互联网医院工作办公室提交书面申诉，15个工作日内反馈复核结果。