

制度与职责

(2017年版)

枣庄市立医院

枣庄市立医院 《制度与职责》（2017年版）再版工作领导小组

组 长：张令刚

副组长：李体金 赵 晖 王 凌 周 波 王 涛
 张国辉 张新华 董文河

成 员：胡屹伟 蒋 超 张 磊 张 辉 李成旭
 张洪涛 韩建忠 朱文勇 李明艳 郑昌炼
 曹继艳 于建华 崔会清 王 煜 董 莉
 甘宜海 郝 魁 钟 伟 董 华 郭之泉
 尚 璇 张前卫 张 艳 孙 奇 刘卫东
 高裕慧 徐丽娟 朱 华

枣庄市立医院 《制度与职责》（2017年版）再版工作领导小组办公室

主 任：赵 晖（兼）

副主任：张 辉 李成旭

成 员：孙 奇 程传慧 刘 梅 赵 妍 宁廷美
 潘家玮 潘 雯 李 欣 董 焕 黄 辉
 张秀娟

目 录

上篇：医院规章制度

第一部分 党群管理制度

中共枣庄市立医院委员会工作规则····· 3	老干部工作制度····· 36
党的组织生活制度····· 8	首问负责制····· 36
谈心谈话制度····· 12	首诉负责制····· 36
党委理论学习中心组学习制度····· 14	群众来信来访工作制度····· 38
党员领导干部联系点工作制度····· 17	投诉举报管理制度····· 38
党费收缴管理规定····· 18	医院廉洁行医制度····· 40
工会委员会工作制度····· 19	医德医风考评制度····· 41
女职工委员会工作制度····· 19	廉政谈话制度····· 44
工会经费审查委员会工作制度····· 20	纪检监察函询工作暂行办法····· 46
工会会员管理制度····· 21	出院病人回访工作制度····· 47
职工代表大会条例····· 21	满意度调查工作制度····· 48
院务公开制度····· 23	关于严禁在医疗服务中私收费的暂行规定····· 48
院务公开监督检查制度····· 26	反“统方”管理规定····· 50
工会经费使用管理规定····· 27	招标采购工作管理制度····· 52
特殊困难职工爱心帮扶救助管理办法····· 29	医院服务承诺····· 53
团委工作制度····· 31	计划生育工作制度····· 53
团费收缴、使用和管理规定····· 31	计划生育管理规定····· 54
宣传工作制度····· 32	保密工作制度····· 55
《医院信息》报通讯员管理规定····· 33	职工行为规范····· 57
医院网站管理规定····· 34	

第二部分 行政管理制度

关于制定和修订医院规章制度的规定····· 61	医院行政总值班制度····· 63
院领导行政查房制度····· 61	落实“三重一大”制度实施办法····· 65
院长接待日制度····· 62	重大事项请示报告制度····· 68

催办督办工作制度·····	68	医院大事记记载规定·····	80
会议制度·····	70	档案管理暂行规定·····	80
会务管理规定·····	72	安全保卫工作制度·····	83
会议室管理办法·····	73	电视监控室管理制度·····	83
车辆管理规定·····	73	消防监控室工作制度·····	84
公务接待管理规定·····	75	重点部位（科室）防火安全管理制度·····	84
文件收发处理规定·····	77	危险品管理制度·····	84
印章使用管理规定·····	78		

第三部分 人力资源与医疗保险管理制度

岗前培训制度·····	86	医疗保险用药管理制度·····	100
关于报考研究生及其管理的有关规定·····	87	医疗保险住院病人管理制度·····	101
关于报考研究生及其管理的补充规定·····	87	新增医疗收费项目医疗保险审批制度·····	101
人事代理人员管理办法·····	88	医疗保险病历质控审核制度·····	101
返聘专业技术人员管理规定·····	92	医疗保险费用结算管理制度·····	102
博士研究生引进与管理暂行规定·····	93	医疗保险特殊治疗或检查审批制度·····	102
关于在职职工自费出国学习的暂行规定·····	95	医疗保险费用控制制度·····	103
关于在职职工自费出国攻读硕士、博士学位的暂行规定·····	95	医疗保险特慢病门诊管理制度·····	103
职工考勤管理制度·····	96	医疗保险转诊转院审批制度·····	104
医疗保险办公室工作制度·····	99	医疗保险考核奖惩制度·····	104
参保病人告知制度·····	99	医疗保险检查和抽查制度·····	105
参保患者身份核对制度·····	99	关于加强医疗保险管理的规定·····	105
医疗保险首问制度·····	100	关于加强市直离休人员医疗管理的规定·····	106

第四部分 医教研管理制度

首诊负责制度·····	108	手术分级管理制度·····	115
三级查房制度·····	109	术前讨论制度·····	116
疑难病例讨论制度·····	110	死亡病例讨论制度·····	117
会诊制度·····	110	病历管理制度·····	117
院内常规会诊医师资质管理规定·····	113	值班与交接班制度·····	122
院内多学科综合诊疗会诊制度·····	113	临床用血审核制度·····	124
急危重患者抢救制度·····	114	临床科室及医师临床用血评价及公示制度·····	127

三级医师负责制度·····	127	医学伦理委员会工作制度·····	176
医师处方权审批制度·····	130	关于严格禁止科室私设手术室的管理规定·····	177
卫生技术人员执业资格审核与执业准入管理制度·····	131	重大、疑难、特殊手术审批管理制度·····	178
听班制度·····	136	围手术期管理制度·····	180
患者出院、随访制度·····	137	手术风险评估制度·····	182
科室人员紧急替代制度·····	138	手术安全核查制度·····	183
患者病情评估制度·····	138	手术分级管理定期能力评价与再授权制度·····	184
关于开具医学证明的规定·····	139	手术部位识别标示制度·····	185
特需服务控制措施与动态管理机制·····	140	急症手术管理制度·····	186
医嘱制度·····	141	非计划再次手术上报及监管制度·····	186
口头医嘱的使用与执行制度·····	142	医患沟通制度·····	187
危急值报告制度·····	143	医疗安全奖惩办法·····	189
临床路径管理工作制度·····	146	医疗风险管理方案·····	191
临床路径多部门多学科协调机制·····	148	关于鼓励患者参与医疗安全管理的规定·····	192
单病种质量管理制度·····	148	关于尊重和维持患者合法权益的管理规定及措施·····	193
患者平均住院日管理规定·····	149	医疗纠纷预警方案·····	195
住院时间超过 30 天患者管理与评价制度·····	150	医疗纠纷、事故处理规定·····	196
麻醉科质量与安全管理制度·····	151	患者知情同意和医师履行告知义务制度·····	198
麻醉医师资格分级授权管理制度·····	151	医疗事故和重大医疗过失行为报告制度·····	200
麻醉术前病情评估制度·····	152	医疗质量安全事件报告制度·····	202
麻醉术前、术后访视制度·····	154	医疗质量安全告诫谈话制度·····	203
急诊管理制度·····	156	病案管理制度·····	204
重症医学科（ICU）管理制度·····	157	图书管理制度·····	208
重症医学科（ICU）收转患者管理制度·····	158	康复医学科管理规定·····	211
重症医学科（ICU）患者危重程度评分制度·····	158	院科两级诊疗质量监督管理制度·····	212
重症医学科统一管理制度·····	159	术后标本的病理学检查管理制度及流程·····	214
危重患者管理制度·····	160	植入性医疗器械使用管理办法·····	214
“三基三严”培训制度·····	161	高风险医疗器械风险告知及使用管理制度·····	216
制定与更新临床诊疗工作指南 / 规范的管理规定·····	162	急危重患者院内转运制度及流程·····	217
医师定期考核制度·····	162	急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿转诊救治制度·····	219
医疗技术临床应用管理制度·····	165	《出生医学证明》管理制度·····	219
新技术、新项目准入程序及管理制度·····	166	《出生医学证明》首次签发管理制度·····	220
介入技术临床应用管理制度·····	173	培训制度·····	220
人工关节技术临床应用管理制度·····	174	外出人员参加学术会议及论文版面费报销的规定·····	221
高风险诊疗操作资格许可与授权管理制度·····	175	学术委员会章程·····	222

科研管理办法	224	实习生考勤与请假制度	239
专利管理办法	227	教学查房制度	240
科技成果奖励办法	229	教学病例讨论制度	241
科研经费管理办法	231	临床科室实习小讲座制度	241
临床教学管理制度	233	临床见习规定	242
课堂教学规范	234	教学工作质量考核办法	242
教师试讲制度	235	教学先进评选办法	243
师资培养管理规定	236	进修医师管理制度	243
教学档案管理制度	236	医务人员外出进修管理规定(试行)	245
实习管理规定	237	重点学科管理办法(试行)	253
接收计划外实习生管理办法	237	继续医学教育管理规定	258
实习教学管理制度	238	院内(Ⅲ类)学分管理规定	260
实习医师入院教育制度	239	住院医师规范化培训管理办法(试行)	261

第五部分 护理管理制度

护理部工作制度	265	防范导管滑脱管理制度	286
护士长管理制度	265	应用保护性约束管理制度	286
护理人员会议制度	266	住院患者 VTE 风险评估与护理制度	286
护士长夜查房制度	266	住院患者疼痛评估与护理制度	290
护理档案管理制度	266	抢救车(盘)管理制度	297
护理人员紧急及弹性调配制度	267	医嘱执行制度	297
抢救及特殊事件报告处理制度	267	安全给药管理制度	298
抢救工作制度	268	用药后观察制度	300
护理人员值班与交接班制度	268	护理查房、病例讨论制度	300
分级护理制度	269	护理会诊制度	300
护理查对制度	272	首迎负责制	301
输血护理管理制度	273	病区管理制度	301
护理文书书写基本要求与管理制度	275	工休座谈会制度	302
护理质量管理制度	279	患者入院、出院、转科、转院管理制度	302
护理安全管理制度	280	住院患者管理制度	303
患者“腕带”身份识别制度及程序	280	健康教育制度	304
护理安全(不良)事件管理办法	281	各项护理操作告知制度	305
坠床与跌倒防范措施、评估、伤情认定制度	283	探视、陪伴管理制度	305
压疮风险评估、报告与管理制度	284	护理排班制度	305
		治疗室工作制度	306

换药室工作制度	306	护理人员培训与考核管理办法	311
冰箱管理制度	307	护理教学管理制度	314
物品使用管理制度	307	临床护理带教老师选拔任用规定	315
物品损坏、赔偿制度	308	护理实习生接收规定	315
临终患者和家属的人文关怀服务制度	308	护理实习生管理制度	316
死亡患者料理制度	308	进修护士管理规定	319
护士管理规定	309	护理人员外出进修、学习管理办法	319
护理专项技术操作资格准入管理办法	309	患者病情评估制度	320
各级护理人员专业资质、岗位技术能力审核制度与程序	310	关于鼓励患者参与医疗安全管理的规定	321
		危重患者管理制度	322

第六部分 医院感染管理制度

医院感染管理责任制	324	医务人员感染性职业暴露管理制度	336
医院感染管理责任追究制	330	医院医疗建筑设施卫生学审查制度	337
医院感染管理委员会工作制度	332	医院消毒管理制度	338
医院感染管理科工作制度	332	消毒药械监管制度	338
医院感染管理三级考核制度	333	一次性使用无菌医疗用品监管制度	339
医院感染管理及持续改进制度	333	消毒隔离制度	339
医务人员医院感染知识培训制度	334	医务人员手卫生制度	340
医院感染监测管理制度	334	多重耐药菌医院感染管理制度	341
医院感染散发、流行、暴发报告及控制制度	335	医疗废物管理制度	343

第七部分 门诊医技管理制度

门诊工作制度	345	预约诊疗服务工作制度	350
门诊管理制度	346	志愿者管理制度	350
专家、专科门诊工作制度	346	控烟管理制度	351
门诊医疗资源调配制度	347	多学科综合门诊工作制度	352
腹泻病门诊管理制度	347	急诊绿色通道管理制度	352
门诊病历书写管理制度	348	急诊重点病种紧急会诊和优先入院抢救的相关规定	354
检查申请(报告)单书写管理制度	348	急危重症优先抢救制度	355
门诊就诊卡使用管理制度	349	急诊会诊制度	355
患者服务中心工作制度	349		

急诊预检分诊工作制度	356	医院临床输血管理实施细则	362
合作医疗机构急诊、急救转接服务制度	356	病理标本送检制度	364
影像科综合阅片制度	357	放射治疗的质量保证和质量控制工作制度	366
影像诊断报告书写及审核制度	357	放射介入科工作制度	366
医学影像科限时报告制度	358	超声科工作制度	367
放射安全防护制度	358	高压氧科工作制度	367
检验限时报告制度	359	功能检查科质量控制工作制度	368
实验室生物安全管理制度	359	核医学科工作制度	368
临床检验标本采集、储存、运送制度	360	临床营养科的工作制度	369
临床输血感染疾病登记报告调查制度	361	理疗科工作制度	369

第八部分 公共卫生与应急管理制度

公共卫生工作制度	370	死亡病例报告管理制度	377
传染病疫情管理制度	370	死因监测与报告培训工作制度	378
传染病疫情报告制度	371	死因监测档案管理制度	378
传染病疫情信息网络直报制度	372	死亡病例报告自查与奖惩制度	378
传染病疫情自查制度	373	死亡病例网络直报管理制度	379
传染病漏报检查制度	373	肿瘤登记报告管理制度	379
违反传染病防治法责任追究制度	373	肿瘤监测工作培训制度	380
传染病疫情报告奖惩制度	374	肿瘤监测工作的档案管理制度	380
重大传染病误报责任追究制度	374	心脑血管疾病报告管理制度	381
传染病法规知识培训制度	374	心脑血管疾病监测培训制度	381
门诊医生传染病疫情报告制度	375	食源性疾病预防工作管理制度	381
住院病人传染病疫情报告制度	375	应急管理制度	382
检验科传染病登记反馈制度	375	应急物资管理制度	383
传染病病例登记和转诊制度	376	突发公共卫生事件管理制度	384
传染病预检分诊制度	376	突发事件报告及信息发布制度	384
疾病报告管理信息系统安全管理规定	376	新闻发言人制度	385
结核病登记报告、转诊管理制度	377		

第九部分 药事管理部分

药事管理与药物治疗学委员会章程	387	药品质量监督管理制度	391
基本药物优先合理使用实施办法	390	用药管理制度	392

药品遴选办法	394	肠外营养药物临床使用管理办法	436
处方资格认定制度	395	高危药品管理规定	437
处方管理办法实施细则	396	病区备用药品管理办法	438
处方点评制度	400	患者退药管理制度	440
药品发放管理制度	402	患方自购药品使用规定	441
临床用药监测评价体系	402	借药管理规定	441
临床合理用药管理规定	403	静脉用药调配操作规范	442
关于进一步加强辅助用药管理的通知	405	静脉用药临床使用规范	443
抗菌药物临床应用管理办法	408	麻醉药品、第一类精神药品管理制度	446
抗菌药物临床应用管理实施细则	409	麻醉药品、第一类精神药品病历管理制度	449
抗菌药物分级管理制度	414	麻醉药品、第一类精神药品长期使用随诊制度	449
围手术期预防用抗菌药物管理规定	417	麻醉药品、第一类精神药品安全管理、值班巡查及丢失报告制度	450
细菌耐药性监测管理办法	423	精神药品管理制度	450
抗菌药物临床应用预警机制	423	放射性药品管理制度	451
抗菌药物处方专项点评制度	424	医疗用毒性药品管理制度	452
特殊使用抗菌药物合理使用评价标准	426	医用氧管理制度	452
抗菌药物临床应用监测与评价制度	426	中药饮片管理规范实施细则	453
抗菌药物长效管理（AMS）制度	427	用药错误报告制度	456
抗菌药物新药遴选和临时采购程序	429	药品不良反应与药品损害事件监测报告管理制度	457
抗菌药物采购供应目录调整办法	430	药物过敏试验管理制度	459
抗菌药物定期评估制度	431	药品召回制度	462
药品用量动态监测和超常规预警制度	431	临床药师试点工作实施方案	463
超说明书用药管理规定	432	临床药师培训基地管理制度	464
抗肿瘤药物临床使用管理办法	432		
抗肿瘤药物分级管理制度	433		
生物制剂临床使用管理办法	435		
糖皮质激素类药物临床使用管理办法	435		

第十部分 器械管理制度

器械管理委员会工作制度	467	医疗器械不良反应事件监测报告管理制度	470
医疗器械临床质量使用安全管理工作制度	467	医疗器械管理委员会之医疗器械不良反应监测管理职责	472
器械仓库储存管理工作制度	468	医疗器械风险评估管理制度	472
医疗器械、卫生材料出入库管理制度	469	医疗设备信息技术档案管理制度	473
计量器具管理制度	469	医疗设备装备原则、更新及分级管理制度	474
计量器具的使用、维护、保养制度	470		

医疗器械采购管理制度·····	474	库存物资核对管理制度·····	490
医疗设备购置审批制度·····	475	三类医疗仪器、器械、材料的管理制度·····	490
采购论证及技术评估制度·····	476	植入性医疗器械管理程序·····	490
大型医疗设备使用评价制度·····	477	植入性材料安全事故应急方案及产品追溯制 度·····	491
医疗设备验收管理制度·····	478	医院关于规范高值医用耗材使用的管理规定 (暂行)·····	492
医疗设备日常管理监测制度·····	478	器械设备故障应急预案·····	492
医疗设备操作使用管理制度·····	479	医用特种设备安全管理制度·····	494
医疗设备培训考核制度·····	479	器械科特种设备安全隐患排查制度·····	494
临床技术支持与咨询制度·····	480	压力容器管理制度·····	495
医疗设备调拨管理制度·····	482	辐射安全与防护管理制度·····	496
医疗设备巡检、保养、维修制度·····	482	辐射安全监测方案·····	497
重点科室急救设备维护保障制度·····	484	易燃易爆物品管理制度·····	498
医疗设备报废报损制度·····	485	(五万元以上)大型医疗设备的采购流程·····	498
医疗器械赔偿制度·····	485	(五万元以下)医疗设备院级招标、采购流程 ·····	499
医疗仪器设备资源共享、调配制度·····	486	器械科卫生材料及医用耗材采购工作流程·····	499
医用耗材采购管理制度·····	486	固定资产处置管理流程·····	500
医疗器械、卫生耗材验收、入库管理制度·····	487		
医疗器械使用前质量检查制度·····	488		
库存物资报废、报损制度·····	489		
一次性使用医疗器械的用后处理制度·····	489		

第十一部分 财务与价格管理制度

关于加强医院财务管理的规定·····	501	财产清查制度·····	514
差旅费管理办法·····	502	内部稽核制度·····	516
报销流程·····	507	内部牵制制度·····	516
关于加强医院收费、退费的管理规定·····	507	财务分析制度·····	517
禁止设置“账外账、小金库”的财务管理规定 ·····	508	会计工作交接制度·····	518
关于加强医院财产物资管理的规定·····	509	会计监督规定·····	519
夜班费发放管理规定·····	510	财务、收款印鉴管理规定·····	520
内部财务管理体制·····	510	收款票据管理制度·····	520
计划财务部工作制度·····	511	会计档案管理制度·····	522
现金管理制度·····	511	会计电算化管理制度·····	522
银行存款管理制度·····	512	预算管理辦法·····	523
固定资产管理制度·····	512	往来账款管理办法·····	527
		收支结余管理制度·····	528

收入管理制度·····	529	委托外部审计管理办法·····	563
门诊收费管理制度·····	530	内部审计工作实施细则·····	564
住院结算管理制度·····	530	物价管理制度·····	567
财务安全保卫工作制度·····	531	物价办公室工作制度·····	569
会计工作岗位设置及上岗条件·····	532	兼职物价管理员考核制度·····	569
计划财务部保密制度·····	532	收费复核制度及监管措施·····	571
计划财务部业务学习制度·····	533	医疗费用查询公示制度·····	571
会计人员继续教育管理办法·····	534	患者投诉接待处理制度·····	572
财务会计内部控制制度·····	534	医疗服务价格投诉处理流程·····	573
经济责任制度·····	552	绩效管理科工作制度·····	574
经济活动决策机制和程序·····	553	绩效工资管理制度·····	575
收款员使用银联卡收费管理规定·····	556	医院绩效考核实施办法·····	576
合同管理办法·····	556	成本管理制度·····	578
内部审计制度·····	559	成本控制实施措施·····	580
关于对中层干部实行离任审计的暂行规定·····	561	关于对办公费用实行定额管理的规定·····	581

第十二部分 后勤保障与信息管理制度

后勤服务部工作制度·····	582	锅炉房水质管理制度·····	590
后勤值班制度·····	582	锅炉房巡回检查制度·····	591
后勤设备管理制度·····	583	锅炉设备保养制度·····	591
后勤物资采购制度·····	583	空调机房工作制度·····	592
后勤仓库物资管理制度·····	584	木工班工作制度·····	592
后勤仓库物品安全管理制度·····	584	食堂工作制度·····	592
后勤仓库领物制度·····	585	食堂库房保管制度·····	593
物资领用“五定一签名”管理规定·····	585	食堂原材料购进索证规程、采购制度·····	593
仓库物资下送制度·····	586	食堂卫生工作制度·····	594
后勤物品报废处理制度·····	586	食堂卫生监督检查考核办法·····	594
厉行节约反对浪费制度·····	586	食品留样制度·····	596
电工房工作制度·····	588	职工食堂送餐管理办法·····	596
配电室安全管理制度·····	588	污水处理制度·····	597
电工值班制度·····	589	污水处理站设备管理及场地卫生清扫制度·····	597
医院配置到各科电器设备管理规定·····	589	污水处理站设备维护保养管理制度·····	598
锅炉房工作制度·····	589	污水处理站交接班制度·····	598
锅炉房安全管理制度·····	590	电梯管理使用工作制度·····	599
锅炉房交接班制度·····	590	维修组工作制度·····	599

维修组值班制度·····	600	基建工作制度·····	606
爱卫会办公室工作制度·····	600	基建办公室档案管理制度·····	607
卫生保洁管理办法·····	601	基建工程材料管理规定·····	608
消杀工作管理制度·····	602	基建工程项目设计变更及现场签证管理办法	
“除四害”工作制度·····	603	·····	609
医疗废物管理制度·····	604	土建设施巡视、维修制度·····	611
医疗废弃物回收站工作制度·····	605	信息系统管理制度·····	612
医疗废物回收人员培训和职业安全防护工作		网络及硬件设备管理制度·····	613
要求·····	605	网络维护管理制度·····	614
医疗废物转移联单管理制度·····	606	中心机房管理制度·····	614
医疗废弃物回收工作处罚制度·····	606		

第十三部分 质量与安全管理制度

委员会工作制度·····	616	医院质量与安全监控指标管理制度·····	617
医院质量与安全管理工作制度·····	616	安全（不良）事件报告制度·····	618
科室质量与安全管理工作制度·····	617	安全（不良）事件根因分析管理规程·····	618
多部门质量管理协调制度·····	617	质管办工作制度·····	619

下篇：人员岗位职责

第一部分 行政管理岗位和人员职责

院长职责·····	623	护理部人员职责·····	634
行政副院长职责·····	623	感染管理科工作职责·····	635
业务副院长职责·····	624	医院感染管理专职人员职责·····	636
办公室工作职责·····	624	医院感染管理职责·····	637
办公室人员职责·····	625	门诊部工作职责·····	642
人力资源部工作职责·····	627	门诊部人员职责·····	642
人力资源部人员职责·····	627	患者服务中心工作职责·····	643
医务部工作职责·····	628	公共卫生科工作职责·····	644
医疗质量控制职责·····	629	公共卫生科人员职责·····	644
科研教学职责·····	629	应急办公室工作职责·····	645
医务部人员职责·····	629	应急办公室工作人员职责·····	646
护理部工作职责·····	633	医改办工作职责·····	646

医改办人员职责·····	646	医疗保险管理科人员职责·····	653
器械科工作职责·····	647	质管办工作职责·····	655
器械科人员职责·····	649	质管办人员职责·····	656
医疗保险管理科工作职责·····	652	信息科工作职责·····	657
医疗保险领导小组职责·····	653	信息科人员职责·····	657

第二部分 党群系统岗位和人员职责

党委书记职责·····	659	计划生育办公室工作职责·····	665
党群工作部工作职责·····	659	计划生育办公室人员职责·····	665
党群工作部人员职责·····	660	团委工作职责·····	665
纪检监察室工作职责·····	661	共青团干部工作职责·····	666
纪委书记职责·····	661	红十字会办公室工作职责·····	668
纪委监察室人员职责·····	662	红十字会办公室人员职责·····	669
工会工作职责·····	663	宣传科工作职责·····	669
工会主席职责·····	663	宣传科人员职责·····	669
工会人员职责·····	664	老干部科工作职责·····	670
工会女工委员会工作职责·····	664	老干部科人员职责·····	670
工会女工委员会主任职责·····	664		

第三部分 医疗系统岗位和人员职责

医疗行政管理人员职责·····	672	疼痛科人员职责·····	676
医疗技术人员职责·····	673	血液透析室主任工作职责·····	678
疼痛科工作职责·····	675	血液透析室医师职责·····	679
疼痛科诊疗职责·····	675	《出生医学证明》管理人员职责·····	679

第四部分 医技系统岗位和人员职责

急诊科人员职责·····	680	核磁共振室工作职责·····	686
影像中心主任职责·····	683	核磁共振室人员职责·····	686
放射科工作职责·····	683	CT室工作职责·····	688
放射科人员职责·····	684	CT室人员职责·····	689

高压氧科工作职责·····	691	介入科工作职责·····	707
高压氧科人员职责·····	692	介入科人员职责·····	707
理疗科人员职责·····	695	核医学科工作职责·····	709
检验科工作职责·····	696	核医学科人员职责·····	709
检验科人员职责·····	696	功能检查科工作职责·····	711
输血科工作职责·····	698	功能检查科人员职责·····	712
输血科人员职责·····	698	超声科工作职责·····	713
病理科人员职责·····	700	超声科人员职责·····	713
放疗科工作职责·····	703	营养科人员职责·····	716
放疗科人员职责·····	704		

第五部分 护理系统人员职责

护理行政管理职责·····	717	中心治疗室护理人员职责·····	753
护理技术人员职责·····	720	抽血处护理人员职责·····	755
病房护理人员职责·····	722	社区卫生服务中心护理人员职责·····	756
手术室护理人员职责·····	725	内镜中心护理人员职责·····	757
产房护理人员职责·····	729	影像中心护理人员职责·····	759
重症监护室护理人员职责·····	731	放射介入科护理人员职责·····	759
血透室护理人员职责·····	734	消毒供应室护理人员职责·····	760
感染疾病科护理人员职责·····	737	静配中心护理人员工作职责·····	765
门诊部护理人员职责·····	740	营养科护理人员职责·····	766
急诊科护理人员职责·····	746	护理质量管理委员会职责·····	767

第六部分 药学系统岗位和人员职责

药学部工作职责·····	768	药学部专业技术人员岗位职责·····	771
药学部人员职责·····	768	各级药学专业技术人员职责·····	778

第七部分 后勤、安保系统岗位和人员职责

后勤服务部工作职责·····	781	基建科工作职责·····	789
后勤服务部人员职责·····	781	基建科人员职责·····	790

保卫科工作职责·····	791	急诊警务室工作职责·····	791
保安执勤工作职责·····	791	保卫科人员职责·····	792

第八部分 经济、财务、审计岗位和人员职责

计划财务部工作职责·····	795	收款处主任岗位职责·····	801
计划财务部主任岗位职责·····	795	门诊收款人员岗位职责·····	801
主管会计岗位职责·····	796	基建会计岗位职责·····	802
现金出纳岗位职责·····	796	物价办公室工作职责·····	802
银行出纳岗位职责·····	796	物价员岗位职责·····	802
稽核会计岗位职责·····	797	兼职物价管理员岗位职责·····	803
工资核算会计岗位职责·····	797	绩效管理科工作职责·····	803
票据管理、复核岗位职责·····	797	绩效管理科负责人岗位职责·····	804
药品会计岗位职责·····	798	绩效管理科科员岗位职责·····	804
材料核算会计岗位职责·····	798	成本核算员岗位职责·····	804
固定资产管理会计岗位职责·····	799	审计负责人岗位职责·····	805
住院处主任岗位职责·····	800	审计人员岗位职责·····	805
住院处收款人员岗位职责·····	800		

第九部分 各类委员会和管理小组职责

各类委员会工作职责·····	806	各类管理小组工作职责·····	812
----------------	-----	-----------------	-----

上 篇

医 院 规 章 制 度



第一部分 党群管理制度

中共枣庄市立医院委员会工作规则 (试行)

第一章 总 则

第一条 为进一步规范党委工作，加强和改善党的领导，提高党的执政能力，更好发挥党总揽全局、协调各方的领导核心作用，根据《中国共产党章程》和《中国共产党党组工作条例（试行）》，制定本规则。

第二条 党委工作应当遵循以下原则：

- (一) 坚持党的领导，保证党的理论和路线方针政策贯彻落实；
- (二) 坚持全面从严治党，依据党章和其他党内法规开展工作，落实党委管党治党责任；
- (三) 坚持民主集中制，确保党委的活力和党的团结统一；

(四) 坚持党委发挥领导核心作用与本单位领导班子依法依规履行职责相统一，把党的主张通过法定、民主程序转化为本单位领导班子的决定。

第二章 职 责

第三条 党委应当认真履行政治领导责任，做好理论武装和思想政治工作，负责学习、宣传、贯彻执行党的理论和路线方针政策，贯彻落实党中央和上级党组织的决策部署，发挥好把方向、管大局、保落实的重要作用。

第四条 党委讨论和决定本单位下列重大问题：

- (一) 需要向上级党组织请示报告的重要事项，基层党总支、支部等请示报告的重要事项；
- (二) 内部机构设置、职责、人员编制等事项；
- (三) 重大决策、重要人事任免、重大项目安排、大额资金使用等事项；
- (四) 基层党组织和党员队伍建设方面的重要事项；
- (五) 意识形态工作、思想政治工作和精神文明建设方面的重要事项；
- (六) 党风廉政建设和反腐败工作方面的重要事项；
- (七) 其他应当由党委讨论和决定的重大问题。

第五条 党委应当贯彻党管干部原则，按照信念坚定、为民服务、勤政务实、敢于担当、清正廉洁的好干部标准，加强干部队伍建设，完善干部培养选拔机制，加强干部教育培训，从严管理监督干部。

党委应当贯彻党管人才原则，按照党中央和上级党组织关于人才工作重要决策部署，加强人才队伍建设。

第六条 党委应当加强对本单位统战工作和工会、共青团、妇联等群团工作的领导，重视对党外干部、人才的培养使用，更好团结带领党外干部和群众，凝聚各方面智慧力量，完成党中央和上级党组织交给的任务。

第七条 党委应当认真履行党要管党、从严治党责任，加强对本单位党的建设的领导，落实党建工作责任制。党委书记应当履行抓党建第一责任人的职责，其他党委成员根据分工抓好职责范围内党的建设的工作。

党委应加强对本单位基层党组织工作的指导，履行对基层党组织工作的领导职责。

党委应当认真履行党风廉政建设主体责任，支持纪检监察机构履行监督责任。

第八条 党委及其成员应当加强思想政治建设，坚定理想信念，严守政治纪律和政治规矩。严肃党内政治生活，按照规定召开民主生活会，开展严肃认真的批评和自我批评。严格落实中央关于改进工作作风、密切联系群众的各项规定，坚决反对形式主义、官僚主义、享乐主义和奢靡之风。切实增强践行“三严三实”要求的思想自觉和行动自觉。严格遵守《中国共产党廉洁自律准则》和《中国共产党纪律处分条例》，遵守党员领导干部廉洁从政有关规定，自觉接受党组织和党员群众的监督。

第九条 党委书记主持党委全面工作，负责召集和主持党委会议，组织党委活动，签发党委文件。党委副书记协助党委书记工作，受党委书记委托履行相关职责。

党委书记空缺时，由上级党组织指定的党委副书记或者其他党委成员主持党委日常工作。

党委成员根据党委决定，按照授权负责有关工作，行使相关职权。

第三章 组织原则

第十条 党委必须坚决执行党中央和上级党组织的指示和决定，坚决维护党中央权威，确保中央政令畅通。

第十一条 建立健全党委向上级党组织请示报告工作制度。党委每年至少作1次全面报告，遇有重大问题应当及时请示报告。

执行党中央和上级党组织某项重要指示和决定的情况，应当进行专题报告。

第十二条 党委对有关重要问题作出决定时，应当根据需要充分征求本单位基层党组织及党员群众的意见。重要情况应当及时进行通报。

第十三条 党委实行集体领导制度。凡属党委职责范围内的事项，应当按照少数服从多数原则，由党委成员集体讨论决定。

党委书记应当带头执行民主集中制，不得凌驾于组织之上，不得独断专行。党委成员应当认真执行党委集体决定，勇于担当、敢于负责，切实履行职责。

第十四条 以党委名义发布或者上报的文件、发表的文章，党委成员代表党委的讲话和报告，应当事先经党委集体讨论或者传批审定。党委成员署名发表的与工作有关的文章，应当事先经党委审定或者经党委书记批准。

党委成员在调查研究、检查指导工作或者参加其他活动时发表的个人意见，应当符合党委决定精神。

第四章 议事决策

第十五条 党委议事决策应当坚持集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定，重大决策应当充分协商，实行科学决策、民主决策、依法决策。

党委结合本单位实际，明确议事内容目录，实行清单管理（附后）。议事内容目录可以根据工作需要适时进行调整。

第十六条 党委作出重大决策，一般应当在调查研究基础上提出方案，充分听取各方面意见，进行风险评估和合法合规性审查，经过集体讨论决定。

党委讨论决定人事任免事项，应当严格按照《党政领导干部选拔任用工作条例》执行。

第十七条 党委议事决策一般采用党委会议形式。党委会议一般每月召开1次，遇有重要情况可以随时召开。

党委会议议题由党委书记提出，或者由其他党委成员提出建议、党委书记综合考虑后确定。

第十八条 党委会议应当有半数以上党委成员到会方可召开，讨论决定干部任免事项必须有三分之二以上党委成员到会。党委成员因故不能参加会议的应当在会前请假，对会议议题的重要意见可以用书面形式表达。党委会议议题涉及本人或者其亲属以及存在其他需要回避情形的，有关党委成员应当回避。

根据工作需要，召开党委会议可以请不是党委成员的领导班子成员列席。会议召集人可以根据议题指定有关人员列席会议。

第十九条 党委会议议题提交表决前，应当进行充分讨论。

表决可以采用口头、举手、无记名投票或者记名投票等方式进行，赞成票超过应到会党委成员半数为通过。未到会党委成员的书面意见不得计入票数。表决实行主持人末位表态制。会议研究决定多个事项的，应当逐项进行表决。

党委会议由专门人员如实记录，并按照规定存档备查。

第二十条 党委决策一经作出，应当坚决执行。党委成员对党委决策有不同意见的，可以保留或者向上级党组织反映，但在党委决策改变前应当坚决执行。党委应当建立有效的督查和反馈机制，确保党委决策落实。

第五章 责任追究

第二十一条 建立党委书记述职制度、党委及其成员履职考核制度，考核由上级党组织负责，一般每年开展1次，可以与党委工作报告和领导班子年度考核、民主生活会结合开展。

党委及其成员执行本规则情况，应当自觉接受纪律检查机关、本单位基层党组织和党员群众的监督，纳入党员定期评议内容。

第二十二条 有下列情形之一的，应当追究有关党委成员的责任：

（一）贯彻执行党的理论和路线方针政策、上级党组织指示和决定不及时不得力的；

（二）因违反决策程序或者决策失误造成重大损失或者恶劣影响的；

（三）干部选拔任用方面出现重大问题的；

（四）不认真履行从严治党责任，造成本单位组织软弱涣散、党建工作削弱的；

（五）不履行党风廉政建设主体责任，造成严重后果的；

（六）擅自公开发表或者出版同中央精神、党委决定不符的讲话、报告、文章、著作的，或者在互联网上发表同中央精神、党委决定不符的言论的；

（七）泄露应当保密的会议内容和讨论情况的；

（八）对其他造成严重后果或者恶劣社会影响的行为负有责任的。

对发生集体违反本规则行为的，或者在其他党委成员出现严重违反本规则行为上存在重大过失的，还应当追究党委书记的相关责任。

党委重大决策失误的，对参与决策的党委成员实行终身责任追究。

党委成员在讨论决定有关事项时，对重大失误决策明确持不赞成态度或者保留意见的，应当免除或者减轻责任。

第二十三条 对违反本规则的党委成员，根据情节轻重，给予批评教育、责令作出检查、诫勉谈话、通报批评或者调离岗位、责令辞职、免职、降职等处理。

应当追究党纪政纪责任的，依照《中国共产党纪律处分条例》等有关规定给予相应的纪律处分。涉嫌违法犯罪的，按照国家有关法律规定处理。

第六章 附 则

第二十四条 参照《中国共产党党内法规和规范性文件备案规定》，本规则报送市卫生局党委和市委组织部备案。

第二十五条 本规则由院党群工作部负责解释。

第二十六条 本规则自发文之日起施行。其他有关党委规定，凡与本规则不一致的，按照本规则执行。

附件：枣庄市立医院党委议事内容目录

附件：

枣庄市立医院党委议事内容目录

序号	类别	议事内容	
1	请示报告事项	研究决定向上级党组织请示报告的重要事项；	
2		研究决定基层党总支、支部向党委请示报告的重要事项；	
3	人事管理事项	研究决定本单位机构设置与职责、人员编制、职工招聘计划、岗位设置及聘用、专业技术职务评聘等事项；	
4		研究决定院级重大奖惩事项及上级表彰人选推荐；	
5		研究决定本单位人员提前退休和辞职、辞退有关事宜；	
6		研究决定本单位工作人员年度考核结果认定；	
7		研究决定老干部管理服务事宜；	
8	“三重一大”事项	研究决定贯彻落实党的路线方针政策，上级重要指示、决定、重要会议和文件精神有关方案和措施；	
9		研究决定医院安全稳定工作中的重要问题；	
10		审议医院发展规划、建设规划、学科与人才队伍建设规划；	
11		研究审议、决定医院党委和行政年度工作计划；	
12		审议医院年度财务预算、决算方案；	
13		研究审议、决定全院性重要规章制度的建立、修订和废止；	
14		审议医院重大无形资产的授权使用；	
15		重要干部任免事项	研究决定医院各科室正副主任（科长）、正副护士长及部门负责人的任免；
16		重要干部任免事项	研究决定各级人大代表、政协委员候选人的推荐；
17		重大项目安排	审议建设、修缮、改造等基本建设项目立项；
18	审议不动产的购买及重要资产的使用安排、出租和转让；		
19	审议院内外合资、合作的重大项目以及对外投资项目；		
20	审议大宗物品采购和对外重大合同审批等事项；		
21	大额资金使用	审议未列入医院年度财务预算，金额在 10 万元及以上的临时性支出预算的追加；	
22	基层党组织和党员队伍建设方面的重要事项	听取党建情况汇报，并作出相应决定；	
23		研究决定党建工作方案；	
24		研究决定各党总支、支部组成人员改选有关事宜；	
25		讨论决定党委班子自身建设方面的事项；	
26		研究决定班子成员分工及调整；	
27		研究决定党员述职考评、民主评议事项；	
28		研究决定基层党组织、党务干部及党员评先评优工作；	
29	意识形态工作、思想政治工作和精神文明建设方面的重要事项	研究决定党员、干部学习教育培训有关事宜；	
30		研究决定理论中心组年度学习计划；	
31		听取工会、共青团、女工委等工作情况汇报，并作出相应决定；	
32		研究决定院工会、团委、女工委等年度工作计划和相关工作方案；	
33		研究决定文明单位创建和文化建设等工作方案；	
34	党风廉政建设和反腐败工作的重要事项	研究决定落实党风廉政建设和反腐败工作党委主体责任的重要事项；	
35		研究决定加强党风廉政建设和反腐败工作，深入推进惩防体系建设的重要事项；	
36		研究决定信访举报、案件查办以及党员违纪行为处理意见；	
37		其他	应当由党委研究决定、审议的其他重要事项。

党的组织生活制度

第一章 总 则

第一条 党的组织生活是党组织对党员进行教育和党员进行自我批评教育的主要形式。旨在提高党员思想觉悟和政治素质，密切党员与党组织的联系。从而保证党组织政治上的先进性和组织上的严密性。增强组织的凝聚力和战斗力。

第二条 党组织生活的主要内容应包括学习政治、学习党的基础知识，在党内开展批评与自我批评；党的组织生活应围绕医院的医疗卫生工作和上级党委的要求，结合本单位的工作实际，分析、研究党员的思想状况。组织党员认真贯彻党组织有关会议的决议和部署。

第三条 根据医院工作实际，党组织生活主要有：支部党员大会、支部委员会会议、党小组会、党课、民主生活会和组织生活会、谈心谈话、民主评议党员、处置不合格党员、党员汇报和党员活动日等。

第二章 支部党员大会

第四条 支部党员大会是支部全体成员共同讨论决定重要问题的会议，它是支部的最高权利机构，决定支部的一切重要问题，有权修改或否决支部委员会作出的决定。如果支部委员会作出的决定不符合党的有关方针、政策和上级党组织的决议，可以请示上级党组织裁决或重新召开支部党员大会讨论决定。

第五条 由支部委员会召集，党支部书记主持，全体党员参加，必要时上级党组织可派人参加，原则上每季度至少召开一次。支部委员会每季度至少召开一次，必要时可随时召开。

第六条 支部党员的大会的主要任务：

- 1、传达学习党的路线、方针、政策和上级党组织的决议、指示，研究制定贯彻落实的具体计划和措施；
- 2、听取和审查支部委员会的报告；
- 3、选举支部委员会及出席上级党代会代表，增补党支部委员；
- 4、讨论接收新党员和预备党员转正；
- 5、讨论并决定党支部的重大问题等。

第七条 召开支部党员大会的要求：

1、确定议题。开会前，应确定好会议的中心议题，每次会议的议题不宜过多，以便集中精力解决主要问题。

2、充分准备。开会前，支部委员会要根据确定的中心议题，提前研究，确定会议程序，提出供会议讨论的初步意见，并通知到全体党员，使之做好思想工作。

3、贯彻民主集中制和少数服从多数的原则。会议主持人要引导大家围绕中心议题畅所欲言，充分发挥民主，允许发表不同意见。用平等讨论、积极引导的方式达到思想的统一，然后对各种意见进行分析，归纳、集中。形成会议的意见。并按少数服从多数的原则，在应到会有表决权的党员半数以上赞同的情况下作出决议。

4、支部党员大会必须在应到会党员达到半数以上时才能形成决议。

5、认真做好会议记录。

第三章 支部委员会会议

第八条 支部委员会是支部党员大会闭会期间的领导机构和执行机构，按照党的上级组织和支部党员大会的决议，负责支部的日常工作，是支部的核心。在对党组织负责的同时，对支部党员大会负责，处理支部的日常工作。

第九条 支部委员会会议由党支部书记召集、主持，支部委员参加，原则上每月召开一次，必要时可随时召开。每次会议应作好记录。

第十条 支部委员会的主要内容：

- 1、传达学习党的路线 方针政策和上级党组织的决议、指示和精神，结合实际制定本支部贯彻意见，并检查贯彻执行的情况；
- 2、讨论并决定本支部重大问题；
- 3、研究党支部自身建设情况；
- 4、研究本支部群团工作的重大事项等。

第十一条 支部委员不超过半数时不能开会，三人支部缺席一人也不能开会。如工作需要，可召开支部委员扩大会议，但委员要超过半数。列席会议的同志，只有发言权，没有表决权。

第四章 党小组会

第十二条 党小组是党支部的组成部分。不是独立的基础组织，它在支部委员会的领导下。以自己的积极活动实现支部的决议和任务。

第十三条 党小组会由党小组长召集、主持，全体党员参加，原则上每月至少召开一次。

第十四条 党小组会讨论的内容要集中，每次会的议题不宜过多，会前要通知党员作好准备，便于发表意见。

第十五条 党小组会的主要内容：

- 1、学习党的方针政策和党的基本知识，学习业务、技术、文化理论知识。
- 2、贯彻支部党员大会的决议。讨论落实支部布置的工作任务、办法和措施。
- 3、党员个人汇报思想、工作、学习等方面的情况，开展批评与自我批评。
- 4、研究对要求入党的积极分子的培养和教育工作。
- 5、讨论对党员的奖励和处分。

第五章 党 课

第十六条 党课是对党员实施思想政治教育的主要形式，支部要把党课教育列入议事日程，书记要亲自抓党课教育。

第十七条 由党支部根据不同时期的形势和任务，结合工作实际和党员思想状况有针对性地组织进行，每年不少于四次，原则上每季度举行一次。

第十八条 坚持党员领导干部讲党课，鼓励普通党员轮流上台讲党课。

第十九条 党课教育应抓好四个环节：课前要做好调查研究。有的放矢地准备教学内容；内容要结合实际，有针对性，深入浅出，循序渐进，重点突出，中心明确，语言简练，易听易懂；课后要组织讨论进一步消化，收集意见；部分党课，可以吸收要求入党的积极分子参加，以利于党的后备

力量的培养。

第二十条 党课的主要内容：

- 1、结合党员的思想实际，进行共产主义理想传统和信念、中国特色社会主义理论及道德教育。
- 2、进行党章、党规、党风党纪和马列主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观教育，学习习近平总书记系列重要讲话精神。
- 3、结合医院工作实际和国际、国内形势，进行形势任务及职业道德教育。
- 4、进行“有理想、有道德、有文化、有纪律”教育和“爱党、爱国、爱院、爱岗”教育。

第六章 民主生活会和组织生活会

第二十一条 院党委民主生活会和基层党支部组织生活会一般于每年12月或次年1月集中进行，或根据上级安排进行。

第二十二条 党员领导干部民主生活会一般应包括学习研讨、征求意见、谈心谈话、撰写班子对照检查材料和个人发言提纲、开展批评和自我批评、整改落实6个环节。

第二十三条 基层党支部组织生活会一般包括组织集中学习、开展谈心谈话、广泛征求意见、查找突出问题、开展批评和自我批评、抓好问题整改6个环节。

第二十四条 党员领导干部要落实双重组织生活制度，以普通党员身份参加所在党支部的组织生活会。

第七章 谈心谈话

第二十五条 党组织领导班子成员之间、班子成员和党员之间、党员和党员之间要开展经常性的谈心谈话，坦诚相见，交流思想，交换意见。领导干部要带头谈，也要接受党员、干部约谈。

第二十六条 要做到“五个谈透”，即班子的问题谈透、个人的问题谈透、双方的问题谈透、相互批评意见谈透、改进的措施谈透。

第二十七条 对存在问题又缺乏认识的党员要反复谈，帮助提高认识、正视问题；对平时有分歧的党员要通过谈心消除隔阂、增进了解；对外出流动党员要通过电话、网络等方式了解思想和工作情况；对困难党员、年老体弱党员要上门谈心，主动关怀、听取意见；上级党组织对存在突出问题的党支部班子成员，要有针对性地谈话提醒。

第二十八条 谈心谈话活动可结合组织生活会集中安排，也可根据需要随时进行。

第八章 民主评议党员

第二十九条 党支部要按照《党章》规定的党员标准，每年对本党支部的全体党员至少组织1次民主评议党员工作。

第三十条 要召开党员大会，按照个人自评、党员互评、民主测评的程序对党员进行评议；会上，党支部书记要通报支部班子查摆问题、开展批评和自我批评情况，并组织全体党员对支部班子的工作、作风等进行评议；党支部结合评议情况综合分析党员日常表现，给每名党员评定等次并向本人反馈。

第三十一条 对评为优秀的党员要予以表扬，对评为合格的党员要肯定优点、提出希望和要求，对评为基本合格的党员要指出差距、帮助改进，对评为不合格的党员要立足教育帮助，促进转化提高。

第三十二条 各级党员领导干部要以普通党员身份参加所在党支部的民主评议党员工作。党员人

数较多的党支部，个人自评和党员互评可分党小组进行。

第三十三条 民主评议党员不下指标、不定比例、不唯票数。

第九章 处置不合格党员

第三十四条 要准确认定不合格党员，稳妥慎重做好处置工作。

第三十五条 对理想信念动摇、思想观念落后、党性意识淡薄、原则立场不强、组织纪律松弛、道德品质败坏、廉洁自律松懈，以及其他违反国家法规政策但不构成纪律处分和违法犯罪的，或其他丧失共产主义信念并且在民主评议中被评为“差”的党员，一般认定为不合格党员。对没有正当理由，连续6个月不参加党的组织生活，或不交纳党费，或不做党所分配的工作的党员，一般认定为不合格党员，按自行脱党予以除名。

第三十六条 不合格党员的处置程序主要包括支委会根据民主评议党员结果初步认定、调查核实提出初步处置意见、基层党委预审、支部大会讨论处置意见并进行表决、基层党委集体研究审批、上一级党委组织部门审查批准、通知被处置党员并以适当方式宣布7个环节。

第三十七条 对受到限期改正处置的党员，要通过谈心谈话、教育培训、结对帮扶等措施促其改正；对被劝退、除名的，要认真做好思想政治工作。

第十章 党员汇报和党员活动日

第三十八条 党员汇报是党员向党组织汇报思想工作等情况，是健全和完善党支部生活制度的重要内容。党员应主动向党组织汇报自己的思想和工作，以使组织上对自己有所了解，争取组织的帮助。党组织要督促并认真听取党员的汇报，掌握党员的情况。要教育党员讲真话，针对党员的思想实际，及时给予帮助和指导。党员至少每季度向党组织汇报一次自己思想情况。

第三十九条 党员活动日是新形势下坚持党的组织生活制度，提高党的组织生活质量的有效形式，是党支部开展工作、党员参加党的活动的制度保证。

第四十条 党员活动日要落实“四定两挂一戴”（定时间、定主题、定内容、定人员，挂党旗、挂入党誓词，戴党徽）要求，进一步增强党员党性观念，激发党组织活力，不断提升基层党组织党内政治生活常态化制度化规范化水平。

1、定时间。以党支部为基本单位，除固定每月28日为党员活动日外，各支部还要再固定一天作为主题党日，组织党员开展主题党日活动。主题党日活动可结合“三会一课”等组织生活开展，党小组会和支部委员会会议原则上每月28日召开，党员大会和党课原则上每季度最后一月28日进行。如遇节假日等特殊情况下，活动日顺延，原则上一周内完成。

2、定主题。年初，党支部在深入调查研究和广泛征求意见的基础上，根据上级安排结合各自实际，制定全年主题党日活动计划，具体到每个月。每次活动确定一个主题，主题要突出党内政治生活的政治性、时代性、原则性、战斗性，围绕增强党性、提高素质，结合党员思想工作实际设定，防止表面化、形式化、娱乐化、庸俗化。

3、定内容。采取“规定内容+自选动作”的模式，按照计划确定的主题，结合实际情况，确定活动内容，务求取得实效。规定内容就是要围绕强化党性观念、提高宗旨意识，突出政治学习和教育，落实好按时交纳党费、重温入党誓词、传达上级精神、集中学习研讨、开展组织生活和开展志愿服务等6项规定内容。自选动作就是要结合各支部科室情况特点，确定符合实际的自选内容，可通过

开展创新竞赛、“亮身份、比奉献”等活动，深化党员示范岗、党员责任区建设等。

4、定人员。参加活动人员原则上为党支部全体党员。各级党员领导干部要以普通党员身份带头参加活动。根据需要也可吸收部分入党积极分子参加。

5、有氛围。要结合基层党组织活动场所建设，在党员活动室统一标准悬挂党旗和入党誓词，党旗和入党誓词应悬挂于党员活动室醒目位置，营造庄重氛围，增强仪式感。党员要在参加活动时统一佩戴党徽，主动亮出身份、接受监督，强化责任意识和宗旨观念，激发归属感、荣誉感和自豪感。

第四十一条 党员领导干部要以普通党员身份带头参加活动。各支部要对主题党日活动开展情况进行写实性记录，安排专人做好文字、照片和视频资料留存，实行全程记录、留痕管理。

第十一章 附 则

第四十二条 参加党组织生活是对党员的基本要求，组织党员过好党的组织生活，是支部的重要职责。支部要按照《党章》的有关规定，认真抓好检查、考核，使组织生活制度真正落到实处。

第四十三条 党的组织生活要本着“可申不可占”的原则，认真组织实施。医院党政领导应给予积极指导和大力支持，在不影响医疗、工作任务完成的情况下，也可适当占用一些时间，以保证党组织生活的效果。

第四十四条 本制度的检查、考核、修订、完善和解释权属院党委。

谈心谈话制度

为进一步发扬党的优良传统，加强和改进医院党委思想政治建设，巩固党的群众路线教育实践活动成果，现制订谈心谈话制度如下：

一、谈心谈话范围

- 1、医院党委书记与其他党委成员谈心谈话。
- 2、医院党委成员之间谈心谈话。
- 3、医院党委书记与各党总支、党支部及医院各部、科室主要负责同志谈心谈话。
- 4、医院党委成员与联系点党总支、党支部及分管的各部、科室负责同志谈心谈话。
- 5、党总支、党支部主要负责同志与党员谈心谈话。
- 6、根据工作需要，医院党委书记、成员与上述范围以外的党员干部谈心谈话。

二、谈心谈话内容

7、加强理论武装，打牢思想政治基础，自觉用中国特色社会主义理论体系武装头脑，坚决贯彻党的基本理论和基本路线，全心全意为人民服务的情况。

8、坚持集体领导制度，认真贯彻民主集中制，在重大问题、重大决策、大额度资金使用等方面，做到科学决策、民主决策、依法决策的情况。

9、严明组织纪律，强化程序意识，严格依法办院，坚决按照党的组织原则和党内政治生活准则办事的情况。

10、密切与群众的血肉联系，积极深入基层、深入群众，广泛听取群众的意见和呼声，认真解决群众反映的突出问题的情况。

11、坚决反对形式主义、官僚主义、享乐主义、奢靡之风等“四风”问题的情况。

12、认真贯彻落实中央和省委、市委、局党委各项决策部署，积极推动各项工作落实，加快医院发展的情况。

13、在工作中把保障和改善民生作为根本出发点，切实体察民情，充分反映民意，注重集中民智，广泛凝聚民力，让发展成果更多地惠及群众的情况。

14、个人思想、工作、学习和生活情况。特别是工作岗位或分工变化、工作推进中遇到困难、个人生活出现重大变故等情形，必须及时开展谈心谈话。

15、切实履行党风廉政建设 and 反腐败职责，自觉遵守廉洁自律各项规定，努力维护清正廉洁形象的情况。

16、需要进行谈心谈话交流的其他情况。

三、谈心谈话方式

17、谈心谈话采取约谈方式，以双方面对面直接交流为主，必要时也可采取集体谈心谈话等其他形式。

18、党委书记、党委成员之间可根据需要互相约谈。

19、党委书记可根据情况，委托党委副书记与其他党委成员谈心谈话。

20、党委成员根据需要，约谈分管或联系基层党组织主要负责同志或其他党员干部。

21、院党委民主生活会召开之前，院党委成员之间应开展谈心谈话。

22、党委成员与分管或联系部门的主要负责同志每年谈心谈话1次。

23、根据工作需要可适当增加谈心谈话次数。

四、谈心谈话原则

24、弘扬整风精神，坚持“团结—批评—团结”的方针，开展“正确的而不是扭曲的，认真的而不是敷衍的”批评与自我批评，真正触及问题，挖到思想深处。

25、坚持开门见山、敞开心扉、畅所欲言，开诚布公地指出在遵守党的政治纪律、反对“四风”等方面存在的问题，并征求对自己的意见，真正达到“红红脸、出出汗、排排毒”的效果，达到帮助同志、增进团结、促进工作的目的。

26、做到“五个谈透”：班子的问题谈透、个人的问题谈透、对方的问题谈透、拟在会上批评的意见谈透、改进的措施谈透，保证谈话取得实实在在的效果。

27、注重统筹兼顾，搞好结合，围绕医院重点工作部署情况深入开展谈心谈话。

28、注重谈心谈话技巧，营造轻松、和谐的谈话氛围，在“拉家常”式的谈话过程中把心打开、把事摆开、把话说开，树立团结统一、步调一致的良好形象。

五、谈心谈话要求

29、党委成员谈心谈话的协调服务工作，由党群工作部负责。每次谈心谈话前，应提前1周将时间、地点、内容、要求通知被谈对象，提前做好准备，确定谈话重点内容，确保谈心谈话的针对性和有效性。

30、党委成员要及时向党委书记汇报个人谈心谈话情况。谈心谈话中反映的重要情况、重要意见、重大事项，要及时向党委成员通报或提交院党委会议讨论。

31、巩固谈心谈话成果，针对突出问题，健全和完善党内激励、关怀、帮扶机制，形成持续深入开展谈心谈话的长效机制。

党委理论学习中心组学习制度

为进一步推进党委理论学习中心组学习制度化、规范化，推动理论武装工作深入开展，提高领导干部的理论水平和工作能力，加强领导班子思想政治建设，根据《中国共产党章程》、《中国共产党党委（党组）理论学习中心组学习规则》、《中共山东省委办公厅关于印发〈贯彻《中国共产党党委（党组）、理论学习中心组学习规则》实施办法〉的通知》、《中共枣庄市委办公室关于印发〈贯彻《中国共产党党委（党组）、理论学习中心组学习规则》实施细则〉的通知》和其他有关党内法规，结合我院实际，制定本制度。

一、指导思想和原则

第一条 党委理论学习中心组学习，是院党委领导班子和领导干部在职理论学习的重要组织形式，是严肃党内政治生活、强化党性修养的重要内容，是加强领导班子思想政治建设的重要制度，是建设学习型服务型创新型的马克思主义执政党、提高党的执政能力和领导水平的重要途径。

第二条 党委理论学习中心组学习要列入党委重要议事日程，纳入党建工作责任制，纳入意识形态工作责任制。

第三条 党委理论学习中心组要牢固树立政治意识、大局意识、核心意识、看齐意识，坚持以政治学习为根本，以深入学习中国特色社会主义理论体系为首要任务，以深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神和治国理政新理念新思想新战略为重点，以掌握和运用马克思主义立场、观点、方法为目的，坚持围绕中心、服务大局，坚持知行合一、学以致用，坚持问题导向、注重实效，坚持依规管理、从严治学。

二、学习组织

第四条 党委理论学习中心组主要由党委领导班子成员组成，根据学习需要可以适当吸收有关人员参加。

第五条 院党委对本级理论学习中心组学习负主体责任，对本单位的理论学习中心组学习负领导责任。

第六条 党委书记任理论学习中心组组长，是理论学习中心组学习第一责任人。党委负责宣传思想工作的成员是理论学习中心组学习直接责任人。

第七条 党委理论学习中心组配备学习秘书。学习秘书由党群工作部负责人担任。

第八条 党委理论学习中心组组长、成员和学习秘书名单应报市委组织部、市卫计委党委备案。成员发生变动应当及时按照规定重新备案。

三、学习职责

第九条 党委理论学习中心组组长主要职责是审定学习计划、确定学习主题和研讨专题、提出学习要求、主持集体学习研讨、指导和督促理论学习中心组成员学习、完善学习制度等。党委书记不能参加学习时，由主持党委日常工作的负责人代行职责。理论学习中心组学习直接责任人主要职责是配合党委书记做好学习的组织工作。党委理论学习中心组其他成员按照学习安排或者受委派承担相应职责。

第十条 党委理论学习中心组学习秘书所属科室（党群工作部）主要职责是草拟学习计划和方案、选请讲课专家、准备学习资料、印发学习通知、协调学习事务、负责学习考勤和记录、撰写

情况报告、管理学习档案等。

四、学习内容

第十一条 党委理论学习中心组学习内容包括：

（一）马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观，习近平总书记系列重要讲话和治国理政新理念新思想新战略；

（二）党章党规党纪和党的基本知识；

（三）党的路线、方针、政策和决议；

（四）国家法律法规；

（五）社会主义核心价值观；

（六）党的历史、中国历史、世界历史和科学社会主义发展史；

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

（八）省委、省政府重大决策部署，改革发展实践和经济文化强省建设中的重点、难点问题；

（九）市委、市政府重大决策部署，改革发展实践和自然生态宜居宜业新枣庄建设中的重点、难点问题；

（十）市卫计委党委重大决策部署，改革发展实践和卫生计生事业改革发展中的重点、难点问题；

（十一）党中央和上级党组织要求学习的其他重要内容。

五、学习形式

第十二条 党委理论学习中心组学习可以通过以下适当形式，开展切实有效的学习活动：

（一）集体学习研讨。党委理论学习中心组将集体学习研讨作为学习的主要形式，认真确定学习主题，精心设计学习方案，统筹安排重点发言，把重点发言和集体研讨、专题学习和系统学习、研究理论和指导工作结合起来，深入开展学习讨论和互动交流。

集体学习研讨应当保证学习时间和质量，每年应当集中一定时间学习，原则上每月不少于1次，可以按照有利于增强学习深度和成效的原则合理确定每次集体学习研讨的时间。理论学习中心组学习以中心组成员自己学、自己讲为主。

（二）个人自学。理论学习中心组成员应根据形势任务的要求，结合工作需要和本人实际，确定个人自学计划和内容，明确学习重点，认真学习指定书目，做好学习笔记，撰写学习心得。

（三）专题调研。理论学习中心组成员应坚持学思研贯通，将理论学习与专题调研结合起来，深入基层、深入群众、深入一线，扎实开展调查研究。党委理论学习中心组应把调查研究作为深化理论学习、分析解决问题的手段贯穿学习的全过程，推进学习调研的制度化、经常化。中心组成员应结合工作实际，撰写调研报告或理论文章，每年不少于1篇。

（四）辅导报告会。理论学习中心组适当组织专题讲座、辅导报告，原则上每年组织4-6次。学习辅导专家的遴选应当依据对口推荐原则，根据学习主题，协调有关部门单位确定。

理论学习中心组成员应积极参加学习讲坛、读书会、报告会、现场教学等学习活动，充分利用网络讲堂、网上培训等网络学习平台开展学习，拓宽学习渠道，提升学习效果。

党委理论学习中心组应在坚持过去行之有效学习方法的基础上，深入研究新形势下领导干部学习的特点和规律，结合本院实际，创新学习方式，改进学习方法，注重运用新兴媒体平台，增强学习的吸引力、针对性和实效性。

六、学习要求

第十三条 党委理论学习中心组应当坚持学习的理论性、系统性，把学习马克思主义理论作为做好一切工作的看家本领，把学习党的基本理论与学习党的理论创新成果结合起来，把握精神实质，掌握精髓要义，注重融会贯通，做到真学真懂真信真用。

坚持学以立德、学以修身、学以益智、学以增才，把提高理论素养与增强党性修养、贯彻决策部署、提升工作本领结合起来，坚定理想信念，加强党性锻炼，提高精神境界。

坚持原原本本学、全面系统学、及时跟进学，推动理论学习中心组学习向深化个人自学延伸、向相关领域系统延伸、向基层延伸，做到自觉学习、主动学习、深入学习，带动全院大兴学习之风。

坚持联系实际学，大力弘扬理论联系实际的马克思主义学风，紧密结合改革开放和社会主义现代化建设的实际，紧密结合自然生态宜居宜业新枣庄建设实际，紧密结合医院改革发展实际，紧密结合思想和工作实际，努力掌握马克思主义立场、观点、方法，学以致用、用以促学、学用相长，把学习成果转化为推动经济社会发展的有效政策举措。

坚持问题导向学，把准理论与实践的结合点，围绕关系经济文化社会发展大局的重点问题、影响和制约科学发展的突出问题、群众反映强烈的热点难点问题、党的建设面临的紧迫问题，开展讨论、理清思路、研究对策，提高运用党的基本理论解决实际问题的能力。

第十四条 理论学习中心组成员应当发挥“关键少数”的示范和表率作用，以身作则、以上率下，带头学习、带动学习，努力成为建设学习型党组织和学习型领导班子的精心组织者、积极促进者、自觉实践者，形成一级抓一级、一级带一级、层层抓学习的良好局面。

理论学习中心组成员应当带头到联系点讲党课、作形势政策报告，每年不少于1次。

七、学习管理

第十五条 将中心组学习情况作为领导班子年度述职述廉和领导班子民主生活会的重要内容。理论学习中心组成员应当把个人学习情况作为年度述职述廉和民主生活会的重要内容。

第十六条 党委理论学习中心组每年年初按照党中央和上级党组织部署要求，结合工作实际，制定年度学习计划。

年度学习计划由院党委审定后施行，并于每年年初报送市卫计委党委备案。

第十七条 党委理论学习中心组应坚持“一学一报”制度，及时向市卫计委党委及时报送学习情况。

第十八条 理论学习中心组成员应自觉遵守理论学习中心组学习制度，按时参加学习。因特殊情况确需请假的，应当严格履行请假手续，并及时补学。

第十九条 党委理论学习中心组应建立学习档案，包括学习制度、成员名单、学习计划、学习记录、学习成果、考勤记录、学习笔记等内容。

第二十条 院党委应运用报刊、网络或者内部通报等方式，及时报道、通报理论学习中心组学习的情况和成果。

第二十一条 党委理论学习中心组应当持之以恒贯彻落实中央八项规定精神、省委实施办法和市委实施意见，一般在单位驻地举行集中学习，不得到风景名胜区举行。

党员领导干部联系点工作制度

为贯彻落实党的十八大以及十八届三中、四中、五中、六中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，进一步加强党的基层组织建设，提升基层党建工作水平，充分发挥党员领导干部先锋模范作用，强化医院党委对各基层党支部党建工作的领导和指导，加大院领导深入基层调研的工作力度，加强院党委与各党支部的沟通与联系，特制定本制度。

一、联系点分工

院党员领导干部结合各自分工和本院实际，建立基层党建工作联系点，联系点将根据各成员分工变动及时进行调整。

1、张令刚、李体金、赵晖等同志联系机关党总支，张令刚同志联系机关党支部，李体金同志联系后勤党支部和老干部党支部，赵晖同志联系药械党支部；

2、周波同志联系外科党总支及所属的外科第一党支部和外科第二党支部；

3、张国辉同志联系新城分院党总支及所属的新城分院机关党支部、新城分院医技党支部、新城分院内科党支部和新城分院外科党支部；

4、张新华同志联系内科党总支及所属的内科第一党支部和内科第二党支部；

5、董文河同志联系门诊党总支及所属的门诊第一党支部和门诊第二党支部。

二、联系人职责

1、抓好联系点思想政治建设。宣传贯彻党和政府的路线、方针、政策，督促落实上级党委、政府和市委、市政府以及局党委制定的各项政策措施，围绕医院中心工作，抓好督办落实。指导、推动各党支部认真开展党的主题教育活动。深入开展领导干部调查研究，了解真实情况，掌握第一手资料，及时总结和推广经验，发现典型，以点带面，指导全院工作。参加联系点的民主生活会，指导基层党组织认真开展批评和自我批评，找准存在问题，明确发展方向。

2、抓好联系点组织建设。深入调研联系点在医改中出现的新情况、新问题，为正确决策提供依据。抓好党支部队伍建设，及时挖掘联系点在队伍建设方面的成功经验及好的做法，查找存在的影响团结和发展的突出问题并认真加以解决。积极发展党内民主，凡各党支部干部任用、换届选举、评优评先等重大工作事项，均事先征求对应联系党支部组织负责人的意见。指导联系点在加强组织建设、干部队伍和人才队伍建设方面积极探索、实践。

3、抓好联系点党支部党风廉政建设。深入联系点开展党性党风党纪教育，把党风廉政教育与谈心工作、调研工作和指导中心工作相结合，及时发现联系点党员干部的倾向性和苗头性问题，做好警示教育。

4、指导和帮助联系点解决实际问题 and 困难。结合开展民情走访活动，广泛听取群众的意见和建议，协调解决群众反映强烈的热点、难点问题。对于联系点工作中存在的突出问题，要认真帮助解决。指导和协助联系点处理重大突发事件，维护社会和谐稳定。

三、联系点工作要求

1、坚持做到每季度深入联系点开展工作不少于1次，每年到联系点支部与支部书记谈心不少于1次。听取联系点工作汇报，了解联系点工作进展情况和存在的问题，做到了解实情，心中有数。指导联系点党支部按照党委工作目标要求，进一步完善措施，组织贯彻实施，推动基层党支部开展工作。

2、与联系点党员干部开展谈心活动，交流思想、沟通情况、化解矛盾、促进和谐。对了解发现的问题，指导、组织基层支部开展调查研究，及时、妥善加以解决。指导、帮助联系点解决群众急、难、愁、盼的具体困难和其他实际问题。

3、按照“支部班子过硬、党员队伍过硬、党内生活过硬、基础保障过硬、功能发挥过硬”过硬党支部建设标准，注重培养先进典型，总结推广先进经验，指导帮助联系点党支部建设，不断提高基层党支部的凝聚力、战斗力。

4、要认真遵守党风廉政建设的规定，自觉接受群众监督，为联系点的党员干部树立好榜样。

5、党员领导干部要将党建联系点工作与日常工作统筹兼顾，按照“不干预、多支持、重服务、常指导”的原则，认真做好联系点工作，努力把联系点建成示范点，以点带面，全面推进。各联系点要经常、主动向联系点对口的院班子成员汇报工作情况。

6、院党委将结合党员领导干部民主生活会，检查领导班子成员执行本制度的情况。对抓基层党建成绩突出的党员领导干部予以表扬，对思想不重视、工作不得力的提出批评，限期整改，确保联系点工作领导到位、责任到位、落实到位。

党费收缴管理规定

按时缴纳党费是每位党员应尽的义务；党费的收缴、管理和使用，是党的基层组织建设和党员队伍建设中的一项重要工作。为了适应新形势的要求，进一步加强、改进党费的收缴、管理和使用工作，按照中组部《关于中国共产党党费收缴、管理和使用的规定》等，现制定如下规定：

一、收缴标准

1、凡有工资收入的党员，每月以国家规定的工资总额中相对固定的经常性的工资收入为计算基数，按规定比例缴纳党费。具体基数计算方法以上级组织部门要求为准。

2、缴纳党费的比例为：每月工资收入（税后）在 3000 元以下（含 3000 元）者，交纳月工资收入的 0.5%；3000 元以上至 5000 元（含 5000 元）者，交纳 1%；5000 元以上至 10000 元（含 10000 元）者，交纳 1.5%；10000 元以上者，交纳 2%。

3、离退休干部、职工党员，以国家规定的离退休费为缴纳党费计算基数，领取养老金的党员，以养老金为基数，5000 元以下（含 5000 元）的按 0.5% 缴纳党费，5000 元以上者按 1% 缴纳党费。

4、没有经济收入或缴纳党费有困难的党员，由本人提出申请，经党支部委员会同意，并报上级党组织批准，可以少交或免交。

5、预备党员从支部大会通过其为预备党员之日起缴纳党费。

6、每年一月份按照党员当月工资核定月缴纳党费数额，年内一般不再做出调整。年内工资晋档、职务晋升、岗位变动以及普调工资的，待下一年度一月份重新核定。

二、收缴管理办法

1、党员要严格按照规定标准每月一次向所在党支部缴纳党费。党员可结合组织生活会、主题党日活动等，每月自觉、及时、足额缴纳党费，增强缴纳党费的仪式感，不得预交党费；无特殊情况，不得委托亲属或者其他党员代为缴纳党费。

2、各党支部每月 5 日前将上月党费上交医院党委（党群工作部代收），并及时将每位党员缴纳

党费情况采取适当方式进行公示。

3、院党委要于每季度第一个月 10 日前向市卫计委党委缴纳上季度党费。

4、党支部收取党员缴纳的党费、院党委收到各党支部上缴的党费，都要开具带有存根的党费收据或凭证，做到有据可查。

5、对不按照规定缴纳党费的党员，其所在的党组织应对其进行批评教育。对无正当理由连续 6 个月不缴纳党费的按自行脱党处理。

工会委员会工作制度

一、工会委员会应在局医务工会和医院党委的领导下，围绕党的中心任务和医院工作重点，结合群众工作的特点，制定年度工作计划。召集工作会议，负责召开会员代表大会、会员大会，按期换届改选、布置工作、研究问题、总结经验、表彰先进等，并指导、帮助工会小组开展活动。

二、定期向院党委汇报群众工作情况和存在的问题，及时向上级工会请示报告有关重大事宜。

三、积极主动地同行政有关部门密切配合，争取党、政重视和支持，依靠和发挥各兼职委员、积极分子的作用，共建“职工之家”。

四、各兼职委员按各自岗位职责应定期深入工会小组、职工群众中进行调查研究，了解广大职工群众的意见、诉求、困难（应有书面调查报告），做到为广大职工说话、办事，做职工的贴心人。

五、每季度组织一次工会积极分子学习工会理论知识，时间不少于两小时，努力提高他们的工作能力和业务水平。

六、工会作为职工代表大会的工作机构，负责职工代表大会的日常工作。协同行政做好职工代表的选举、代表提案征集、大会的筹备、会议组织工作、落实大会决议、督促检查提案落实情况等民主管理的其他工作。

七、按《工会章程》和《工会法》规定，按季向上级工会解交工会经费。及时做好接纳新会员的审批、建档和会员关系转移工作。会员档案按工会小组管理。

八、工会文件按文件管理办法执行并妥善保管。按上级要求，保质保量上报季度、年度各类统计报表。

九、每年至少检查一次“女职工劳动保护条例”的贯彻落实情况。

十、重大节日、纪念日组织文艺、体育活动。

女职工委员会工作制度

医院工会女职工委员会，由院工会委员会推荐产生，是维护女职工特殊利益和合法权益的具有民主性、代表性的女职工组织。同时履行医院妇联工作职能，接受院工会的领导和上级工会女职工委员会的指导，现依据《中华人民共和国工会法》和《中国工会章程》等有关规定，结合我院工作实际，特制定女职工委员会工作制度。

一、按照工会法和工会章程规定，积极表达和维护女职工在政治、经济、文化、生活、家庭等

方面的特殊利益和合法权益。定期监督检查各科室有关“女职工劳动保护”规定的落实情况，提出改进意见。

二、积极引导和教育女职工树立自尊、自信、自立、自强精神，做有理想、有道德、有文化、有纪律的劳动者。

三、做好女职工政治思想工作，鼓励她们关心时事政治，参政议政，积极投身于医院改革与发展事业，创造机会，让她们建功立业。

四、结合医院工作特点，对女职工进行科学文化技术知识的教育和培训。

五、接受上级妇联的业务指导，积极配合妇联组织，开展适合女职工特点的健康有益的活动。每年“三·八”节期间开展评选先进活动，大力表彰好人好事，促进医院两个文明建设全面发展，并积极向上级有关部门推荐先进人物。

六、做女职工的贴心人，关心女职工的生活和工作，负责女职工信息资料的统计与管理。对女职工实行登记注册，详细了解女职工的工作、家庭、生活、爱好及特长。及时掌握调出调入的女职工情况。

工会经费审查委员会工作制度

一、工会经费审查委员会（以下简称经审会）是代表会员群众对工会经费收支和财产管理情况进行审查监督的组织。工会经审会工作的基本职责是对工会经费收支和财产管理情况进行审查监督。

二、通过建立健全以审计为基础的经费审查监督机制，维护国家财经法纪，促进收好、管好、用好工会经费，促进工会财产管理，促进工会经济活动规范运作，促进工会党风廉政建设。

三、加强工会经审工作，是依法治会、贯彻工会经费独立原则的客观要求，是对工会经费收支和财产管理实行民主监督和审计监督的有效途径，是健全工会监督制约机制的重要措施。

四、与工会经费和财产相关的经济活动应接受经审会的审查监督。更好地发挥经审工作在工会全局工作中的积极作用。

五、经审会对会员（代表）大会负责，依法独立履行职责，有权直接处理职责范围内的事务。接受上级经审会的督促检查。

六、健全工会经费预算、预算执行情况（决算）审查监督制度。工会年度经费收支预算方案须经经审会审查通过，上年度工会经费预算执行情况（决算），应接受经审会审计。

七、经审会负责对工会基本建设、专项资金、财务收支以及财产管理情况等进行审计。

八、经审会坚持依法审计，健全审计程序，提高审计质量。不断促进提高工会经费和财产管理水平。

九、经审会与医院工会委员会同时选举产生，并报局工会审批。经审会委员应由政治素质高、办事能力强、有专业知识和一定代表性的工会干部经民主选举产生。经审会设主任1人，委员若干人。经审会主任纳入工会干部序列。

十、经审会成员要加强培训，提高经审业务素质和工作能力。忠于职守，坚持原则，扎实工作，勤政廉洁，依法规范自身行为。

十一、经审会依法对工会独立实施审查、审计。对审查、审计中发现的问题和提出的意见、建议，工会应认真研究处理。

工会会员管理制度

一、医院职工加入工会，须由本人自愿申请，经基层工会委员会讨论通过，院工会委员会批准后，接纳为会员。

二、工会会员每月应向工会组织交纳本人月基本工资收入0.5%的会费。会费自愿交纳，不强扣，不坐支。

三、工会会员出国进修、参加援外医疗队者，可保留会籍，保留会籍期间免交会费。

四、工会会员有退会自由。会员退会应由本人向工会小组提出，由基层委员会宣布除名，并收回会员证。

五、工会会员没有正当理由连续六个月不交纳会费，不参加工会组织生活，经教育拒不改正，应视为自动退会。

六、工会会员调动工作时，会员组织关系的转移手续，由院工会委员会直接办理。

职工代表大会条例

第一章 总 则

第一条 为了进一步完善我院的民主管理和民主监督机制，充分发挥职工的积极性和创造性，提高参政议政能力，促进医院的改革与发展，依据《中华人民共和国工会法》、《中国工会章程》等有关规定，特制定本条例。

第二条 枣庄市立医院职工代表大会（以下简称职代会）以医护人员为主体，是医院职工行使民主权利，参与医院民主管理和监督的基本形式，是医院管理体制的重要组成部分。

第三条 职代会在医院党委领导下开展工作，按相应程序行使职权。职代会应坚持党的基本路线，贯彻和执行党和国家的方针政策，坚持中国特色社会主义理论，保障职工在参与医院重大决策、维护合法权益，监督医院工作等方面的权利和作用，推进医院民主建设，团结和动员职工以主人翁姿态投身到医院的改革与事业发展中去。

第四条 职代会的组织原则是民主集中制。

第二章 职 权

第五条 职代会行使下列职权：

（一）听取和讨论院长工作报告，对医院的办院指导思想、发展规划、重大改革方案、财务工作、人力资源的储备和人才培养等职工队伍建设及其它有关医院发展的重大问题提出意见和建议。

（二）讨论通过医院医疗体制改革、奖惩、分配制度改革的原则、办法及其他与职工权益有关的重要规章制度，提交医院党委研究或院长颁布实施。

（三）监督医院各级领导干部，参与民主评议或推荐医院行政领导人选的工作。并对医院各方面的工作提出批评和建议。

第六条 职代会行使权利的民主程序及议事规则

（一）凡提交职代会审议、决定的政策、方案、制度、办法等，均应由职代会或职代会主席团进行讨论，广泛听取意见，提交大会审议。

（二）需要通过或表决的议案，根据大会审议意见对草案进行修改和补充，经职代会、专门委员会负责人联席会议审议后，提交大会进行表决。

（三）在院党委的统一领导下，安排进行民主评议医院领导干部工作。具体可采用领导干部个人向职代会述职、职工代表民主评议或进行无记名书面测评等方法。

（四）职代会闭会期间，凡遇急需提交职代会、专门委员会会议审议的事项，由院行政提出意见并准备有关材料交院工会，院工会组织召集职代会相关人员或代表讨论。必要时可按规定程序，召集临时代表会议。

第七条 职代会要尊重和支持院长及行政系统依法行使行政管理的职权，配合院长及行政系统开展，教育职工严格遵守各项规章制度，以主人翁的责任感努力完成各项工作任务。

第三章 职工代表

第八条 凡我院依法享有政治权利的在编职工，均有当选为职工代表的资格。

第九条 职工代表应以工会分会或工会小组为单位按一定比例由职工直接选举产生，代表须获得所在分会或工会小组半数以上职工的同意才能当选。代表的构成应具有广泛的代表性，要照顾到医院各方面人员，要充分体现医院以医疗、教学、科研为主的特点，其中医护人员、工会干部和工会积极分子应占代表总数一半以上。女性代表应占一定比例。

第十条 职工代表实行任期制，每届任期三至五年，到期改选，可以连选连任。职工代表接受选举单位职工的监督，必要时选举单位可以依照规定的程序撤换、更换或补选本单位的代表。代表在任期内如在本院范围内调动，其代表资格仍然有效，可编入调入的单位活动，若调离医院或因其它原因长期离院不能履行代表职责，或任期未满退休的，其代表资格自行终止。

第十一条 职工代表的条件及义务

（一）坚持四项基本原则，努力学习马列主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观和习近平同志的系列重要讲话精神，拥护和执行党的各项方针政策，不断提高思想政治素质和参与民主管理的能力。

（二）忠诚党的医疗卫生事业，关心医院的改革和发展。

（三）坚持原则，办事公道，不谋私利，作风正派，团结同志。

（四）关心集体，热心为群众服务，能正确反映群众的意见和要求。维护群众的合法权益，协助各级党组织做好群众工作。

（五）积极主动地参加职代会活动，认真宣传、贯彻职代会的决议，努力完成职代会的各项任务。

（六）模范遵守职业道德规范和医院的各项规章制度，做好本职工作，不断提高业务水平，在医院两个文明建设中起表率作用。

第十二条 职工代表的权利

（一）有选举权、被选举权和表决权。

（二）按职代会规定的程序提出提案，充分发表意见。

（三）向医院领导和有关部门反映职工的意见和要求，参与对职代会决议的提案落实情况的检查和督促。

（四）对职代会的工作和议程发表意见，提出批评和建议。

（五）因依法行使民主权利受到压制、阻挠和打击报复时，有权向有关部门提出申诉和控告。

第十三条 职代会可以根据需要邀请有关领导干部、民主党派代表和其他人员作为特邀代表和列席代表参加会议。他们可参加除选举和提案程序以外的正式会议的各项活动。

第四章 组织制度

第十四条 职代会开会期间设立主席团。主席团在代表中产生，并在职代会预备会议上通过。主席团应由医院各方面代表组成。主席团的职责是：主持召开大会，领导大会期间的各项活动；听取各代表团对各项议案审议的意见；审议提交职代会讨论、通过和决定的事项；起草大会决议；主持大会选举；处理大会期间其他相关的重大问题。

第十五条 职代会每三至五年为一届，每年至少召开一次全体会议，大会的表决必须有半数以上的代表通过才能有效。

如因特殊原因不能按期开会，应向代表说明，取得多数代表的同意。遇有重大事项，根据三分之一以上代表的要求，或经院党委同意，可以召开临时代表会议。

第十六条 职代会的议题，应根据医院的中心工作，在广泛听取职工意见的基础上，由工会提出。报院党委讨论批准，提请代表大会预备会议通过。

第十七条 职代会可根据需要设立相应的专门工作委员会。

第十八条 职代会闭会期间，遇有急需解决的重大问题，可由职代会主席团或职工代表团团长、专门委员会负责人协商处理，但须向下一次职代会报告，并予以确认。

第五章 职工代表大会与工会

第十九条 医院工会委员会作为职工代表大会的工作机构，负责职工代表大会闭会期间的日常工作并承担下列工作任务：

（一）组织职工代表选举。

（二）提出职代会的中心议题，提出大会方案和主席团成员的提议名单。

（三）主持职代会的筹备和组织工作。

（四）主持职代会主席团、专门工作委员会联席会议。

（五）检查、督促、落实职代会决议的执行。

第二十条 院工会会员代表大会与职工代表大会届期统一，同时换届。代表基本合一，同时召开。选举新一届院工会委员时，非会员职代会代表作为列席人员，没有选举权和被选举权。

院务公开制度

为进一步加强医院的民主管理和民主监督工作，根据《卫生部关于全面推行医院院务公开的指导意见》和《山东省厂务公开条例》，结合我院工作实际，制定本制度。

一、医院院务公开的指导思想和工作目标

推行医院院务公开要以中国特色社会主义理论为指导，深入贯彻党和国家的卫生工作方针、政

策,维护人民群众的健康权益。通过推进院务公开工作,加强社会公众和广大职工对医院的民主监督,促进医院牢固树立“以病人为中心,以质量为核心”的理念,提高医疗服务质量和服务水平,推动医院持续健康发展,为人民群众提供更好的医疗卫生保健服务。

二、院务公开的主要内容

除涉及国家秘密、公共安全、依法受到保护的商业秘密和个人隐私以外,按照规定的制度和程序,院务公开原则上应予全部公开。

(一) 向社会公开的院务信息主要内容

1、医院基本信息

(1) 医院依法执业登记的主要事项,包括医疗机构执业许可证及有效期限、医院名称、等级、执业地点、法定代表人姓名、所有制形式、诊疗科目、床位、联系电话、网址和公众微信号。

(2) 职能和业务科室设置、业务项目、内容、负责人、技术人员资质及组成。

(3) 门诊、急诊就医流程图,挂号、就诊、取药、交费、住院等事项的流程与服务地点。

(4) 预约挂号方式,节假日、法定假日普通门诊、急诊、专家门诊的开诊时间,出诊专家的专业特长及各项检查治疗项目。

(5) 工作人员在岗时佩戴注有本人姓名、职务或职称的标牌;

(6) 医院布局图、指示标牌、路标等,紧急情况应急避难流程图。

2、行业作风建设情况

(1) 加强医德医风建设的有关规定和监督途径;

(2) 行风廉政建设情况;

(3) 医疗服务投诉方式和向上级主管部门投诉方式。

(二) 向患者公开的医院院务信息主要内容

1、收费信息

(1) 住院病人实行费用“一日清单”制度,医院每天通过适当方式向患者提供包括药品、医用耗材和医疗服务的名称、数量、单价、金额等使用情况,或提供费用查询服务,出院时提供总费用清单。

(2) 为门诊患者提供费用清单。

2、服务信息

(1) 有效的与患者家属沟通进行病情告知;

(2) 向患者告知主要检查项目的预约及报告等有关服务内容,告知辅助检查前的注意事项;

(3) 向患者和家属告知特殊诊疗服务的流程、费用及有关事项;

(4) 向患者公开投诉管理部门及其办公地点、联系方式;

(5) 向患者提供复印病历的服务流程和地点及有关注意事项;

(6) 为患者提供收费查询服务;

(7) 公开医疗服务项目价格、药品价格、医用耗材价格;

(8) 公开医疗保险、城镇居民医保和新农合病人的就医程序,获取医疗费用补助的方法、费用及获得补助情况。

(三) 向内部职工公开的院务信息主要内容

1、“三重一大”制度的信息

(1) 重大事项决策。有关医院改革与发展的重大决策,至少应包括医院中长期发展规划、基础

设施建设、学科建设等方面的发展规划、医院综合改革计划、年度计划及完成情况。

(2) 重要人事任免。院、科两级干部的任免情况。

(3) 重大项目安排。按规定的项目,如重大建设、修缮项目以及大型医用设备购置等的决策和执行情况。

(4) 大额度资金使用情况。按规定属于大额度资金的使用情况。

2、业务管理

(1) 医疗质量管理方案:实施医疗质量管理的制度和具体措施。

(2) 质量与安全信息:医疗质量主要指标,如甲级病案率、入出院诊断符合率、手术前后诊断符合率、医院感染率、无菌手术切口甲级愈合率等;重大医疗事故的处理结果。

(3) 医院管理制度:医院行政、医疗护理管理制度。

(4) 诊疗护理常规:各临床、医技科室的诊疗护理常规。

(5) 重点部门工作流程:如急诊、ICU、手术室、产房、消毒供应中心等重点部门工作流程。

(6) 应急管理:应急管理方案(应包括突发医疗、公共事件与自然灾害等的应急方案)。

(7) 药事管理:医院药事管理委员会组成及工作开展情况、药事管理规定等;对违法违规药品供应商停止采购其药品情况。

(8) 药物、耗材使用监控结果:主要药物如抗菌药物等临床应用的监控结果;主要高值耗材使用监控结果;处方点评结果。

(9) 财务管理:年度财务预、决算情况;业务收入、经济效益情况;招待费、出差费支出情况。

(10) 院感管理:医疗器械的消毒情况、医院环境的消毒情况;发热门诊的设置情况、预检分诊情况;医疗废物的处理途径及方式。

(11) 医院食堂的食品安全情况。

(12) 医院用血的来源及安全管理情况。

3、廉政建设

(1) 行风建设:纠正行业不正之风投诉信箱、电话。

(2) 廉政建设:领导班子建设和党风廉政建设情况。

4、职工关注事项

(1) 职工权益:职工的工资、福利、劳动保护、带薪年假制度的执行等涉及职工切身利益等情况;养老金、医疗保险和其他社会保障基金的缴纳情况;重大科研课题的立项及经费使用情况,科研开发、科研成果的转化及社会效益等情况;专业技术职务评聘标准、名额、条件、程序和结果;职工教育和学科建设经费的提取、使用,卫生技术人员培训、进修计划等。

(2) 人事管理:人事管理和人事分配制度改革方案;工作岗位设置、岗位职责、岗位条件;新聘用工作人员的招聘计划、招聘标准、程序和招聘结果;工作人员辞职、辞退、聘用、解聘的政策;内部绩效工资分配方案等。

(3) 职工劳动保护措施,安全事故发生情况及其处理结果。

三、院务公开的时限

1、向社会公开的医院基本信息和行业作风建设情况要长期公开;

2、向患者公开的医院院务信息

(1) 收费信息:住院病人费用要每天按时给予公开;门诊病人费用要即时给予公开;

(2) 服务信息：主要检查项目的预约及报告、特殊诊疗服务的流程、费用及有关事项应及时告知患者和家属；投诉管理信息、病历复印信息、收费查询服务、医疗服务项目价格、药品价格、医用耗材价格、医保服务信息等要长期公开。

3、向内部职工公开的院务信息

“三重一大”事项、业务管理、廉政建设、职工关注事项等信息要随时给予公开。

4、向职工代表大会公开的事项，应当将会议的议程和有关事项于召开会议七日前向职工公开，会议审议、通过、决定的事项应于闭会后的三日内公示。

四、医院院务公开的形式

1、向社会和患者公开的形式

- (1) 在门诊、病房以及对公众服务窗口等明显位置设立公开专栏、宣传橱窗、电子大屏幕公告栏。
- (2) 打印住院收费每日清单、门诊收费清单，编印、发放各类资料。
- (3) 通过自有非商业性网站发布。
- (4) 设立电子触摸查询装置、查询电话。
- (5) 建立院领导接待日制度、设立院务公开投诉信箱等。

2、向内部职工公开的形式

(1) 除采取定期召开职工代表大会等基本形式外，可以采用院务公开栏、院情发布会、行政办公例会、院务会、科主任护士长例会、党政班子联席会、职工座谈会等形式公开。

(2) 编印、发放各类资料。

(3) 通过医院网站、微信、院报、办公局域网等发布。

院务公开监督检查制度

为进一步搞好医院的民主管理和民主监督工作，加强对院务公开情况的监督检查，保证医院院务公开各项工作制度落到实处，结合我院工作实际，制定本制度。

一、监督组织

成立由院纪委书记、监察室主任任组长，纪委副书记、监察室副主任任副组长，院工会委员会委员任成员的枣庄市立医院院务公开工作监督小组，负责对全院院务公开工作执行情况进行监督检查。

二、监督职责

1、听取院务公开领导小组办公室关于院务公开工作情况的汇报；对院务公开制度执行情况实施监督。

2、对公开的内容、形式、范围向领导小组提出意见和建议。

3、对已公开的事项，注意听取、收集群众意见，向院务公开领导小组反馈。

4、对群众普遍关注并希望公开的重大事项，向领导小组提出意见和建议。

5、对院务公开工作定期检查考核，并将检查考核结果纳入相关部门、科室的绩效考核和年度工作目标考核之中。

6、定期测评本院职工及患者对我院院务公开工作的满意度。

三、监督方法

将院务公开工作列入科室的绩效考核内容，制定考核标准，定期对公开内容、程序、形式进行监督检查，并将检查结果及时通报。

实行每季度定期检查和日常随时抽查相结合，采取查看院务公开栏、公示栏、浏览网站、查看资料、组织医院职工和病人座谈、测评、个别了解等方式进行，检查院务公开的内容是否真实、全面、及时、准确，形式是否合法有效，程序是否符合规范，资料是否齐全，群众、患者、职工是否满意。

四、考核与奖惩

对院务公开工作中任务落实不到位、公开内容不真实、程序不规范、更新不及时等行为，按照有关规定，责成有关责任部门限期整改。

有下列情形之一的，追究相关人员的领导责任和直接责任。并根据情节轻重，给予限期改正、通报批评和效能告诫等处理：

- 1、不按照规定的时间、程序和内容进行院务公开的
- 2、不按照院务公开工作要求，半公开、虚假公开或隐瞒应当公开的信息的；
- 3、违反院务公开工作要求，造成泄密事件或侵犯他人个人隐私的；
- 4、阻碍、压制监督、投诉的；
- 5、公开工作不落实，给医院造成社会影响的；
- 6、经民主评议，职工或病陪人对院务公开工作满意率不足 80% 的（分段调查，按责任范围落实到科）；
- 7、其他违反院务公开工作有关规定的。

工会经费使用管理规定

为管好、用好工会经费，做到“以法获取、专款专用、民主管理、服务职工、群众满意”，更好地为职工群众服务，为医院的改革与发展服务，根据《中华人民共和国工会法》、《中国工会章程》和全国总工会《关于加强基层工会经费收支管理的通知》等有关规定制定本办法。

一、工会经费使用管理原则

1、坚持经费独立核算原则。单独建立银行帐户，实行独立核算。根据审定的预算合理开支，由工会主席“一支笔”审批。

2、坚持遵纪守法原则。严格执行国家工会经费财务管理政策、规定和开支范围、标准，认真执行工会财务制度，遵守财务纪律。

3、坚持“统筹兼顾、保证重点、量入为出、收支平衡”的原则。医院工会经费应重点用于维护职工权益、开展职工教育和职工群众活动方面。

4、坚持预算管理原则。一切费用支出均应纳入预算管理，并按上级工会要求，认真编报和执行。

5、坚持勤俭节约原则。做到少花钱，多办事，办好事，节约开支，依靠职工管好用好经费，提高经费使用效益。

6、坚持民主管理原则。要定期公布帐目，每年度的工会经费收支管理使用情况要向职工代表大会报告，接受广大会员的监督 and 经审委的审查。

7、坚持为职工服务原则。工会经费不得用于非工会活动的开支；不得支付社会摊派或变相摊派的费用；不得为单位和个人提供资金拆借、经济担保和抵押。

二、工会经费开支范围

1、会员活动费。用会费组织会员开展集体活动及会员特殊困难补助的费用。如会员活动日、郊游活动、联欢会、参观、电影、舞会、游园以及其他集体活动的费用等。

2、职工活动费。用于开展职工教育、文娱、体育、宣传活动以及其他活动等方面的开支。

职工教育方面。用于工会举办的职工教育、业余文化、技术、技能教育所需的教材、教学、消耗用品；职工教育所需资料、教师酬金；优秀教师、学员（包括自学）奖励；工会为职工举办政治、科技、业务、再就业等各种知识培训等。

文体活动方面。用于工会举办职工业余文艺活动、节日联欢、文艺创作、美术、书法、摄影、展览；文体活动所需设备、器材、用品购置费与维修；文体汇演、比赛奖励；以及按规定开支的伙食补助费、误餐费、夜餐费等。

宣传活动方面。用于工会组织政治、时事、政策、科技讲座、报告会的酬金；工会组织技术交流、职工读书活动以及举办展览、宣传栏等所消耗的用品；重大节日工会组织活动的宣传费；工会举办职工之家、阅览室所需图书、报刊以及消耗用品费等。

其他活动方面。除上述支出以外，用于工会开展的其他活动的费用。如：职工集体福利事业补助等。

3、工会业务费。用于履行工会职能、加强自身建设和开展业务工作等方面的费用。如：工会干部和积极分子学习政治、业务所需费用；培训工会干部和积极分子所需教材、参考资料和讲课酬金；评选、表彰优秀工会干部和工会积极分子的奖励；工会会员（代表）大会的费用；建家活动费用；工会维护职工合法权益开展的法律咨询服务、劳动争议协调等各项工作活动费用；慰问困难职工的费用；基层工会办公、差旅、维修等方面的费用。

4、其他支出。用于以上支出以外的，由工会组织的活动费用。

5、上解经费支出。按规定比例上解上级工会的经费。

医院工会在保证正常工作活动且经费有结余的前提下，可用部分结余经费或实物开办为职工服务的“三产”或作投资经营。但必须进行可行性经济分析论证。经经费审查委员会审查同意，工会委员会讨论决定后编列预算，并严格按照规定的程序，履行必要的法律手续，确保投资项目的保值增值。

医院工会应根据实际需要和经费可能以及本规定的开支原则、范围，编列预算，掌握使用。如果工会经费确有不足，影响工会工作正常开展时，可按《工会法》和《中国工会章程》的规定，商请行政给予补助。

三、国家规定由行政承担的费用开支根据《工会法》、全总、财政部及国家的有关规定，下列费用应由行政列支：

- 1、医院工会办公用房、文艺、体育、教育和服务等活动场地设施、设备及其维修取暖等费用。
- 2、医院工会专职人员的工资、奖金、医疗、补贴、劳动保护费用及其他福利待遇。
- 3、医院工会专职人员的离退休费及退职生活费。
- 4、医院工会兼职干部短期学习工资及差旅费。
- 5、工会组织的劳动竞赛、技术交流、技术革新活动所需的奖励费用。
- 6、科室、班组订阅的报刊费。

7、由行政方面或委托工会配置的庆祝“五一”节、“国庆”节及其他重大节日所需的宣传活动费。

8、行政方面委托工会举办的劳模、积极分子及先进生产（工作）者等方面的会议费和奖励费。

9、医院工会为搞好劳动保护工作所需的费用以及劳动保护宣传教育费。

10、工会组织劳模、先进生产（工作）者休养活动的往返差旅费、宿费、伙食补助。

11、工会组织职工疗（休）养活动的费用。

特殊困难职工爱心帮扶救助管理办法

第一章 总则

第一条 为帮助职工解决生活中的特殊困难，充分发挥职工之间团结友爱、互助互济的光荣传统，促进我院快速和谐发展，针对我院职工在日常生活中遇到的特殊困难，建立特殊困难职工爱心帮扶救助资金（以下简称“帮扶救助资金”），对受困职工实行爱心帮扶救助，并制定本管理办法。

第二条 “爱心帮扶救助”是具有互助互济性质、解决职工特殊困难的一种补助形式。凡符合条件的我院职工均可享受本管理办法所规定的待遇。特殊困难是指职工本人或家庭主要成员患有重大疾病、遭遇重大人身伤害及突发事件，在享受国家规定的有关待遇后，个人或家庭仍然存在的较大困难。

第三条 “帮扶救助资金”是在院党委的领导下，在全院职工的大力支持下，为帮助职工解决临时遇到的特殊困难，由工会组织具体运作的公益性资金。“帮扶救助资金”主要用于救济职工的特殊困难和开展应急性的职工帮扶救助工作。

第二章 资金来源

第四条 “帮扶救助资金”采取多渠道、多形式筹集的方式，其主要来源由以下几个方面组成：

- 1、医院提取或结余分配的职工福利基金拨付；
- 2、院工会拨款；
- 3、职工个人爱心捐款。

第五条 “帮扶救助资金”的管理和使用坚持“公平、公正、严格管理、专款专用”的原则，其财务核算业务由医院计划财务部负责，资金发放管理由院工会委员会负责。并严格按审批程序办理，接受全院职工的监督及医院工会经费审查委员会的审计。

第三章 帮扶救助对象

第六条 凡在枣庄市立医院工作的在编在岗职工、提前离岗职工、离退休职工和与医院签订聘用合同的人事代理人员，因本人或家庭主要成员患重大疾病、重大人身伤害或突发事件造成较大困难者。

第七条 有下列情况之一者，不在帮扶救助之列：

- 1、患病当年购房、家庭购买汽车及因私出国（境）旅游等的人员。
- 2、因私在国外和港、澳、台地区就医的人员。
- 3、违犯法纪导致伤病的人员。

第四章 帮扶救助条件

第八条 凡符合下列情况之一者，可根据特殊困难职工的生活困难程度给予适当“帮扶救助资金”的补助。

1. 职工本人因患重大疾病或人身伤害，在享受医疗保险或商业保险理赔待遇之后（下同）个人承担医药费超过 3 万元，造成家庭经济困难的。
2. 职工家庭主要成员因患重大疾病或人身伤害，个人承担医药费超过 10 万元，造成家庭经济困难的。
3. 职工家庭遭受重大灾害，扣除保险理赔，经济损失超过 10 万元，造成家庭经济困难的。

第五章 帮扶救助金额

第九条 根据申请人的特殊困难情况，确定帮扶救助额度，给予一次性救济，原则上按照个人自付金额的 5% 左右掌握（最高限额 1 万元）。对符合条件的劳模家庭，优先给予救助。

第六章 审批程序

第十条 “帮扶救助资金”的申请及审批程序。

1. 由特殊困难职工向院工会提出申请，填写《特殊困难职工爱心帮扶救助资金申请表》，说明困难原因，同时提供各种相关证明材料原件或复印件。申请材料包括：申请书、医院诊疗证明（附病历复印件）、个人工资收入及家庭经济状况证明等家庭突发事故的各种相关凭证材料。
2. 由院工会委员会组织相关人员对申请人的生活困难情况进行考察核实，并根据申请人的特殊困难程度确定帮扶救助对象，提出其“帮扶救助资金”的补助额度。
3. 经院领导班子集体研究同意，并在一定范围内向医院职工公示无异议后，由院工会一次性支付“帮扶救助资金”。
4. 除应急救助外，院工会委员会原则上于每年 12 月份集中受理当年度特殊困难职工的帮扶救助申请审核工作，研究确定帮扶救助对象和帮扶救助额度。

第十一条 “帮扶救助资金”的发放须填写院由工会统一制定的“特殊困难职工爱心帮扶救助资金发放审批表”，由帮扶救助对象本人或家属持身份证原件，到院工会领取。

第七章 附则

第十二条 对因患危重疾病或重大突发事故造成生活特别困难的职工，在使用本办法救助帮扶的同时，由院工会申请上级工会或社会救助团体实施救助。

第十三条 本管理办法解释权属院工会委员会。

第十四条 本管理办法自公布之日起实行。

团委工作制度

- 一、团委在医院党委和上级团委的正确领导下，围绕医院中心工作，开展共青团工作。
- 二、建立健全团内民主生活制度，团委工作实行集体领导和个人分工负责相结合，坚持民主集中制原则。
- 三、认真执行组织生活制度和工作例会制度，经常性开展团的组织生活，落实“三会两制一课”（支部大会、支部委员会、团小组会，团员教育评议制度、团员年度团籍注册制度，团课）制度。
- 四、严格组织管理，明确职责分工，认真落实团委各委员职责。
- 五、健全基层团组织并督查指导各团总支、团支部工作，加强共青团工作目标管理考核。
- 六、切实加强了对团干部、团员的管理和教育评议。
- 七、落实“推优入党”工作，推荐优秀团员作为党的发展对象，发挥党的助手和后备军作用。
- 八、按照上级部署要求和团委工作计划有序开展活动，并紧跟时事，密切配合党政工作重点，号召广大团员青年积极参加各种有益活动。
- 九、进一步加强和改进团费收缴、使用和管理的工作。
- 十、认真执行团委民主选举制度。

团费收缴、使用和管理规定

按照团章规定向团组织交纳团费，是共青团员必须具备的起码条件，是团员对团组织应尽的义务。团费的收缴、使用和管理，是团的基层组织建设和团员队伍建设的一项重要工作。根据《共青团中央关于印发〈关于中国共产主义青年团团费收缴、使用和管理的规定〉的通知》（中青发〔2016〕13号）精神，为进一步加强和改进我院团费收缴、使用和管理的工作，现作如下规定：

一、团费收缴

1. 按月领取工资的团员，每月以工资总额中相对固定的、经常性的工资收入（税后）为计算基数，分档交纳团费。工资总额中相对固定的、经常性的工资收入包括：岗位工资、薪级工资、绩效工资、津贴补贴。
2. 各收入档次的团员每月交纳的团费为：每月工资收入（税后）在 2000 元以下（不含 2000 元）者，交纳 3 元；2000 元以上（含 2000 元）者，交纳数为收入数乘以 2‰ 后按去尾法取整（即直接去掉小数点后的数值）。最高交纳 20 元。
3. 交纳团费确有困难的团员，经团支部研究，报上一级团委批准后，可以少交或免交团费。
4. 团员从支部大会通过其为团员之日起交纳团费。保留团籍的共产党员，从取得预备党员资格起，应交纳党费，可不交纳团费，自愿交纳团费者不限。
5. 团员一般应当向其正式组织关系所在的团支部交纳团费。流动团员外出期间可向流入地团组织交纳团费，流入地团组织出具收据。
6. 团员应当增强团员意识，主动按月交纳团费，不得预交团费。对不按照规定交纳团费的团员，其所在团组织应及时对其进行批评教育，限期改正。对无正当理由，连续 6 个月不交纳团费的团员，

按自行脱团处理。

7. 各团支部将团员实交团费的 100% 上缴医院团委。院团委按规定标准上缴上级团委。

二、团费使用

1. 使用团费应当坚持统筹安排、量入为出、收支平衡、略有结余的原则。

2. 团费只能用于团的事业和团的活动的必要开支，不得变相或超范围使用团费。

3. 使用和下拨团费，必须集体讨论决定，不得个人或者少数人说了算。

4. 请求下拨团费的请示，应当向上一级团组织提出，不得越级申请。上级团组织下拨的团费，必须专款专用，不得挪作他用。

三、团费管理

1. 团费由团委指定专门人员统一管理，建立收缴、使用台账。团费利息是团费收入的一部分，不得挪作他用。

2. 加强对团费管理工作人员的培训，提高其政治素质和业务水平。团费管理人员变动时，要严格按照团委管理的有关规定和财务制度办好交接手续。

3. 团费的收缴、管理和使用情况要作为团务公开的一项重要内容，应当在团员大会或者团的代表大会上，向大会报告（或书面报告）团费收缴、管理和使用情况，接受审议和监督。

四、附则

1. 本规定自印发之日起施行，原《枣庄市立医院团费收缴管理规定》同时废止。

2. 本规定由医院团委负责解释。

宣传工作制度

为了进一步规范医院宣传工作，内聚人心，外塑形象，为医院的发展营造一个良好的舆论氛围。同时，为了充分调动全院职工搞好宣传工作的积极性，根据有关文件和规定的精神，结合我院实际，特制定本制度。

1、宣传工作必须坚持正确的舆论导向，紧紧围绕医院的中心任务展开，通过全面、准确、适度、及时的宣传报道，对内充分发挥凝聚队伍、振奋精神的作用，对外提高医院知名度、增进医患沟通，更好地展示和树立医院良好的社会形象，促各项工作的顺利进行。为实现医院发展战略目标服务。

2、宣传工作范围包括策划与实施对内、对外的宣传报道，信息发布；各类宣传资料的编辑制作，摄影摄像，资料保存；随时了解各医院各类相关信息等。

3、 宣传材料实行分类、逐级审核统一把关。涉及重要宣传内容，须向主管领导及时汇报，经审核签字后方可报道。宣传稿件应做到真实、客观、及时、有效。凡涉及医院保密事项的，不得宣传报道。

4、 鼓励各科室大力宣传报道本科室的新技术、新成果、名专家、专业特色等，相关宣传材料需先经科室主要负责人审核签字，经有关智能科室签字后，由宣传科负责向有关新闻媒体推荐。

5、 新闻记者直接到医院具体科室采访时，被采访科室要及时通知记者到医院宣传科办理相关采访手续，宣传科审核同意后将安排专人陪同记者方可接受采访，各科室不得自行邀请新闻单位采访与医院有关的任何信息。

6、 全院职工都有义务撰写宣传稿件，各科室的通讯员要及时向医院宣传科提供线索，并按规定

完成稿件撰写任务。宣传科将对对内、对外发表的稿件进行收集、登记、存档、备案。

7、 坚持新闻宣传工作可持续发展的方针，宣传科应适当统筹全院新闻资源。发展与新闻媒体及记者长期良好的协作关系，及时了解媒体的报道方针和阶段宣传重点，广开新闻出口渠道。

8、 条幅、张贴物、展板、宣传栏等宣传品由宣传科统一管理。需要在院内悬挂条幅、张贴海报、摆放展板、张贴宣传栏的科室，应向宣传科提出书面申请，经审核签字批准后方可使用。各科室、病区内宣传栏的制作需由医院统一批准制作，并审核宣传材料的内容与宣传栏的版式。

9、 宣传科所有宣传器材的保管分工到人，责任到人。所有器材，不得随便借给任何单位和个人。因公务在宣传器材使用过程中，造成损伤的，修理费由医院承担；因个人借用宣传器材，造成损伤的，修理费由当事人承担，不能修复的，由当事人予以赔偿。

10、 对违反本制度并造成不良后果的科室或个人，将视情节轻重给予警告、通报批评等相应处理。

《医院信息》报通讯员管理规定

为更好地推进和加快医院文化建设，加大医院宣传工作力度，及时准确宣传报道医院和对外交流等方面的信息，加强医院网站和院报《医院信息》通讯员队伍建设，提高广大通讯员的业务素质和工作积极性，特制定本规定。

一、通讯员条件：

1、 热心医院的通信报道和宣传工作，有较强的事业心和责任感。

2、 熟悉医院及本单位（专指：院内，尤其是本科室等）。

3、 有一定的文化修养、文字表达能力和较强的新闻敏锐感，具备一定的摄影技能，具有基本的微机和网络知识。

二、通讯员职责：

1、 围绕医院宣传工作要求，宣传本单位开展的各项活动、成效及员工中出现的好人好事，报道内容必须真实、准确。

2、 收集整理新闻线索和稿件，并及时报送。

3、 每月提供不少于 1 篇稿件。

4、 按照医院宣传报道组的要求，完成专项采访报道任务。

5、 按要求参加通讯员业务知识技能培训活动。

6、 收集和报送对医院网站和院报等宣传工作的意见和建议，协助做好医院网站和院报的宣传工作。

三、通讯员权利：

1、 为建立健全通讯员信息网络，确保通讯员队伍的稳定，在不影响正常工作的情况下，应为通讯员开展工作给予大力支持。

2、 通讯员可以应邀参加本单位组织召开的会议或组织开展的相关活动。

3、 每年底对通讯员进行考核评比，颁发优秀通讯员证书，并给予奖励。

四、通讯员聘任办法：

1、 通讯员由各科室推荐，经院统一审定、颁发通讯员聘书。

- 2、各科室通讯员人数原则上不少于1名。
- 3、医院将定期通报通讯员的采稿发稿数量，一年内不采稿、投稿的通讯员将自动解聘。

五、稿件的投送：

通讯员的稿件需经所在科室领导审核、签字后，投送编辑部，以电子邮件和它的电子版本报送为主，因特殊原因的可报送文字稿。

医院网站管理规定

第一章 总 则

第一条 为加强医院网站的建设、使用与管理，保证其安全有效可靠运行，充分发挥互联网在树立医院良好形象、拓展医疗业务、方便患者就医、加强对外交流、推进文化建设方面的积极作用，更好地为医院、职工和人民群众服务，根据国家、省、市相关法律法规，结合医院实际，制定本规定。

第二条 本规定适用范围为医院网站建设以及相关 workflows 的管理。

第三条 枣庄市立医院官方网站在互联网上的注册域名为 www.zzslyy.com，主要用于医院新闻宣传、医疗服务指南、党务政务公开、信息发布等。

第二章 网站管理机构

第四条 医院网站管理由医院宣传工作领导小组统一领导和指挥，决策网站的规划建设、安全管理、上网信息审查等方面的工作，由办公室牵头负责。

第五条 网站建设、维护、升级与安全保障由第三方负责技术支持，医院办公室、信息科协助。

第六条 网站管理相关科室人员职责：

- 1、遵守有关法律法规及上级关于网络信息管理的制度和要求。
- 2、负责网站建设、规划与页面设计制作，定期对网站进行升级、维护。
- 3、做好上网信息的编辑，按照信息发布流程和相关保密规定，及时更新网站上的信息资料，做好消息发布。
- 4、负责网站安全管理及维护，对出现的问题及时向上级汇报并向同级公安机关报告，及时解决相关问题。
- 5、加强医院信息通讯员、网络评论员队伍建设。
- 6、协调好与上级有关部门、单位的工作关系。
- 7、承办医院交办的其它工作任务。

第三章 网站信息发布

第七条 医院网站分为首页、医院概况、新闻动态、就医指南、临床医疗、护理天地、专家介绍、健康园地、网站公告、信息查询等板块及专题栏目，上网信息主要介绍医院新闻动态、专业人才、专科学技术、科研成果、健康知识等。

第八条 网站发布信息由专人负责。需要发布信息的科室填写《信息发布审批单》，科室负责人、分管院领导对信息的真实性和可行性进行审核并签字同意后发布。涉及重大事件、热点敏感问题的

特殊信息，须经医院党委或宣传工作领导小组审核同意后，方可发布。

第九条 各科室原则上每月提供一份信息资料上网，有图片的提供图片并附文字说明。

第四章 网站安全保密

第十条 严格遵守国家保密法及《计算机信息网络国际联网管理暂行规定》《计算机信息系统安全保护条例》《互联网信息服务管理办法》和《互联网医疗卫生信息服务管理办法》等法律法规的规定，不得利用互联网从事危害国家安全、泄露国家秘密等活动。凡涉及国家秘密的相关资料及文件、内部办公信息或暂时不宜向公众公开的事项，不得上网。

第十一条 网站安全保密工作在医院党委的领导下，实行归口管理、分级负责制。网站信息保密由办公室负责，严格发布审批程序，未经审批或未予批准的不得上网发布。网站安全由第三方和医院信息科共同提供技术支持。

第十二条 严禁任何科室任何人利用网站从事危害国家和医院安全、泄露国家和医院秘密的活动。

第十三条 严格遵守保密纪律，做到不该看的秘密信息不看，不该传的秘密信息不传。实行安全等级保护和用户权限划分制度，严格用户口令、登陆密码的管理。网站管理人员必须严格遵守计算机安全使用规则以及相应的软硬件操作规程和规章制度，严禁利用网站进行与工作无关的操作，严禁发布任何可能产生不良影响的言论。

第五章 应急处置

第十四条 发现网上出现非法信息时，网站管理人员应立即向办公室负责人通报情况；情况紧急的应先及时采取删除等处理措施，再按程序报告相关情况。如情况严重，应及时向有关上级机关报告并向公安部门报警。

第十五条 如遇黑客入侵、篡改网页、网页挂马等导致网站无法正常运行，应由网站管理人员及时联系第三方网站运行单位进行及时修复，并立即向办公室负责人通报情况，并按程序报告。如情况严重，应立即将相关情况向医院宣传工作领导小组直至院党委汇报，必要时组织召开应急处置会议，同时向公安部门报警。

第六章 附 则

第十六条 医院鼓励工作人员就网站建设与管理提出意见和建议，在适当情况下组织评比、表彰。

第十七条 对于造成泄密事故，破坏网站系统、设备、资源及造成其他不良影响的科室和个人，根据情节轻重，分别给予批评教育、经济处罚、纪律处分，或根据有关保密规定进行处理，对违反国家法律法规的要追究相关法律责任。

第十八条 本规定由医院宣传工作领导小组负责解释。

老干部工作制度

- 一、认真组织离退休人员学习传达有关文件精神 and 党员学习及其组织生活，及时通报医院建改情况。
- 二、执行中央、市、区、局关于老干部工作的政策，做到要及时、准确地把各种相应的待遇落实到位。
- 三、积极做好离退休人员的思想工作，认真做好老干部的服务性工作，坚持走访慰问制度。
- 四、做好老干部的医疗保健工作。
- 五、创造条件积极发挥老干部的作用。
- 六、丰富老干部生活，根据医院实际情况，组织适宜活动，使他们老年生活更充实、美满。
- 七、积极做好离退休人员病故后的善后相关抚恤工作。
- 八、完成上级交办的其它各项老干部工作。

首问负责制

为改进工作作风，提高办事效率，搞好优质服务，树立医院良好形象，特制定本制度。

一、首问责任人

医院职工第一位接受病人、家属或其他办事人来医院咨询工作、反映问题或办理事项者，即为首问责任人。

二、适用范围

群众个人或单位向本院职工咨询医疗服务项目、办事程序、有关政策，以及寻医问药、反映问题和办理事务等。

三、办理程序

- 1、受理：来访人向医院任何一位工作人员提出询问或办理事项，该工作人员应立即受理。对于工作职责范围内或可以回答的问题要立即予以答复解决。
- 2、移交：对不属于自己职责范围内的事项或解决不了的问题，要介绍到有关科室处理。对职责范围以外的事项，首问责任人应当耐心解释，并尽自己所知给予指引和帮助。
- 3、登记：对于受理的重大事项，由首问责任人做好首问记录，首问记录的内容包括：来访人基本情况（姓名、性别、年龄、住址、工作单位、联系电话）、询问事由等。
- 4、协调：对属多科室办理或办理科室不清的事项一般由首问责任人负责查询了解，或由所在科室与其他科室协调解决。
- 5、请示：受理事项需院领导核准后答复的，由首问责任人或主办科室向院领导请示，根据院领导意见予以答复。
- 6、答复：首问责任人对受理的问题当场确实不能答复的，要把有关情况向来访人说明，记录联络方式，在规定时限内予以答复；对在一段时间内不能答复的，要将进度情况及时向来访人说明。
- 7、办结：重大事项的办理情况要及时做好记录，答复意见要形成书面材料存档备查。

四、工作要求

- 1、首问责任人必须热情为群众服务，态度和蔼，礼仪周到。
- 2、首问责任人必须千方百计为群众排忧解难，不得推诿扯皮、敷衍了事，也不得推说不知、置之不理，更不能刁难和训斥来访人。
- 3、首问责任人所受理事项属自己职责范围的可以直接答复；对不属职责范围内的事项，应耐心做好解释工作，并立即指引到有关责任科室。
- 4、答复询问、办理事项，要热情、准确，重要事项要在规定的期限内及时办理。
- 5、确因当时公务繁忙，无法履行首问责任人职责的，应移交给其他工作人员代行首问责任人职责。
- 6、医院各科室负责人是执行首问责任制的主要责任人，要支持和指导本科室工作人员执行首问责任制，同时要参与有关问题的处理和协调工作。
- 7、医院全体职工不仅要熟悉本科室、本岗位的工作职责和办事程序，而且要大致了解其他科室的职能。

五、工作纪律

违反本制度的，造成工作失误或不良影响者，医院将根据情节轻重给予首问责任人通报批评或行政处分，还要追究相关科室负责人的责任。

六、本制度适用于医院所有职工。

首诉负责制

为了强化医院对患者的责任意识，体现医院人性化管理，有效缓解医患之间的矛盾，进一步增强服务意识和服务质量，在医患之间建立起诚信机制，根据《医院投诉管理》有关要求，特制定医院首诉负责制：

- 一、全院各科室和职能部门均有责任受理病人和群众（以下简称投诉人）来信、来访、来电和其他邮件等反映我院医德医风、医疗服务质量、医疗服务收费、服务态度、院务公开、医患关系、医院环境等方面问题的投诉。
- 二、投诉人向有关科室和职能部门投诉的，受理投诉的科室、部门工作人员应当予以热情接待，耐心细致地做好解释工作，稳定投诉人的情绪，避免矛盾激化。
- 三、受理投诉的科室和接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《医院投诉登记表》，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字（或盖章）确认。
- 四、对于能够当场协调处理的投诉，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，受理投诉的科室应当主动报告有关职能科室，并引导投诉人到职能管理部门投诉。
- 五、科室或职能部门受理投诉后，应当及时向当事科室和相关人员了解、核实情况，在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并向投诉人反馈。当事科室和相关人员应当予以积极配合。
- 六、各科室之间要做好内部的投诉移交、沟通和协调工作。对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，受理科室应当及时向分管领导汇报，并立即采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。对重要投诉事件院长应当批阅，分管领导应对分管工作的投诉信件作出批示，研究处理投诉工作中的突出问题。

群众来信来访工作制度

一、依照宪法、法律和法规的规定，认真处理群众来信和热情接待群众来访，倾听群众意见、建议和要求，接受群众的监督。

二、对来访者应热情接待，礼貌用语，认真听取意见，超前做好工作，及时处理问题；对群众用书信、电话等形式反映的情况，要逐件（次）做好登记、记录，能当场解释或答复的问题当场解决，暂时不能解决的，要作好耐心细致的解释，并呈分管领导阅批，按要求及时处理。

三、对上级党委、政府和主管部门交办、转办的重要信访事项，要在收到之日起，按要求时限及时调查回复。并将书面处理办结结果交分管领导阅后签字，按程序上报。

四、按照分级负责、归口办理的原则，对需要转交有关职能部门、临床科室办理的信件由纪委监察室登记后，填写“转办单”转请有关部门、科室办理。

五、实行限时办结制，一般信访事项 30 日内办理完毕，最多不超过 60 天；上级交办的信访事项 90 日内办结。承办单位应在规定的时限内办理完毕，情况复杂的，可待分管领导批准后适当延长。根据办结时限要求，要将处理结果回复信访人，一般信件回复率应达 100%，年终办结率为 100%。

六、接待人员实行挂牌上岗，公开接受监督。不得接受来访者的馈赠和宴请，更不得要求来信来访人员为自己办私事。

七、纪委监察室要定期催办转办的信访件，每月对群众来信来访进行定量、定性综合分析，及时为领导反馈社情民意，服务于领导决策。

八、对所有的来信来访资料，每年底要作好整理立卷归档工作。

投诉举报管理制度

为进一步增强全心全意为人民服务的宗旨观念和以病人为中心、以质量为核心的服务理念，切实加强医德医风建设，及时处理各种投诉，保障公民的合法权益，促进医院改进服务，提高服务质量，树立医院良好形象，根据有关法律法规和医疗规章制度，结合医院实际，制定本制度。

一、投诉举报途径与渠道

1、医院设投诉举报监督电话，医院网站设院长信箱、投诉信箱，医院门诊和临床科室等公众场所公示举报投诉电话。投诉举报人也可通过信函或直接到监察室、院总值班室、医务部、患者服务中心、护理部、物价办等部门投诉。

2、建立院总值班制度，实行中午、晚上、周末、节假日等非工作时间值班，接听电话、接待来访、受理投诉。值班人员能当时解决的问题不回避、不推诿，解决不了的耐心解释，做好记录，及时转交相关职能科室处理答复。

3、医院监察室为医院投诉举报管理部门，并承担市长热线、卫计委等上级机关转来的投诉信函的受理、协调调查和处理等工作。

二、受理投诉举报的范围

1、受理对本院医疗、护理质量、行风、服务、收费、劳动纪律、安全事务与管理方面的投诉和

对工作人员的批评、建议和要求。

2、受理检举收受红包、回扣、私收费、乱收费、炒转病人及服务态度方面存在的生、冷、硬、顶、推现象和医德医风方面的投诉。

3、受理职工违规违纪方面的投诉；受理医疗收费记账，医疗物价、药品质量、价格及药事管理方面的投诉；受理医院安全、后勤保障、设备管理方面的投诉。

4、投诉举报人认为需要投诉、举报的其他事项。

三、受理投诉举报条件

1、投诉者必须是在我院治疗或工作关系过程中，因自己的合法权益直接受到侵害的患者和合法代理人。

2、投诉者应当遵守国家法律及医院有关规定，不影响医院工作秩序，不得损害接待场所的公私财物，不得纠缠、侮辱、殴打、威胁接待人员，不得携带危险品及管制器械进入接待场所。

3、投诉者应有文字材料，或本人口诉由受理部门笔录投诉人签字后作为投诉材料。电话方式投诉的，投诉人应报出真实姓名、联系地址、通讯方式等，受理部门应做好记录。

4、投诉者应如实反映情况，投诉、举报内容要详实、具体，以便查实、处结。不得捏造或者歪曲事实进行诬告陷害，服从组织处理，不得提出违反法律、法规和政策规定的要求。

四、投诉举报处理

1、医院投诉举报接待实行“首诉负责制”，投诉人向有关部门、科室投诉举报的，受理部门、科室的工作人员要热情接待，细心倾听，认真做好记录，对于能够当场协调处理的，尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，受理投诉的科室应当主动报告有关职能科室，并引导投诉人到职能部门投诉。

2、按照职能管理要求，对投诉实行对口受理、处理。投诉临床科室问题由医务部受理；投诉门诊医技科室问题由患者服务中心受理；投诉护理方面问题由护理部受理；投诉价格与收费问题由物价办受理；投诉中层干部廉洁问题和职能部门不作为问题由纪委监察室受理。纪委监察室受理的医疗服务范围内的投诉举报，分类登记并填写《医院投诉举报受理登记表》和《投诉举报受理转办/督办登记表》，转职能部门调查处理，对重大、疑难问题，由社会工作部协助相关职能部门解决。对投诉举报线索清晰、事实清楚的事项，能当场答复的就当场答复；较为复杂的事项，一般在 3—7 个工作日内给予答复（特殊情况除外）。

3、投诉举报内容涉及多个职能部门的，由医院监察室牵头，其余部门必须无条件地配合处理，不得互相推诿扯皮，影响投诉举报事件的办理。

4、受理投诉举报的部门和办理人员要认真做好投诉举报处理工作，及时处理投诉举报，热情接待来访，虚心倾听患者的意见、建议和要求，自觉接受患者的监督。调查时要以事实为依据，以法律法规为准则，公正处理投诉举报，保护医患双方合法权益。

5、对需转交有关科室答复和处理的事件，纪委监察室要及时催办，作为相关科室绩效考核评比依据。

6、纪委监察室每月对投诉举报受理情况进行统计、汇总，每季度进行分析，总结投诉举报的原因，针对医院管理的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。并建立健全投诉举报档案，立卷归档，留档备查。

7、受理投诉举报时，对投诉举报人及所反映的问题，严格保密，妥善保管投诉举报材料，不得

将材料转交或泄漏给被投诉举报的科室和个人。

医院廉洁行医制度

一、医务人员必须严格遵守医疗卫生行风建设“九不准”，加强政治学习，提高思想觉悟，遵守医德规范，救死扶伤，实行社会主义人道主义，全心全意为病人服务。

二、必须根据患者病情的实际需要，合理用药，合理检查，严格执行医疗、护理常规，按病情选用恰当药物和检查。

三、坚持原则，不以医谋私，不开人情处方、人情假或与病情不相符合的诊断书或假报告。

四、医务人员在医疗服务活动中不准接受患者及其亲友的“红包”、物品和宴请，对病人及家属所送的“红包”应主动退回。一时难以拒绝的“红包”、“回扣”等，必须在 24 小时内上缴院纪委监察室或枣庄市廉政账户（510）。

五、不准接受医疗器械、药品、试剂、物资购销和基建等生产、销售企业或人员以各种名义、形式给予的回扣、提成和其他不正当利益；严禁参加企业安排、组织或支付费用的营业性娱乐场所的活动和捐赠资助出国（境）旅游或者变相旅游。

六、遵守药品管理法和医院规章制度，严禁违反规定私自采购、销售、使用药品、医疗器械、医用卫生材料等医药产品；不私自向病人销售药物；严格执行各项收费标准和物价政策，任何科室和个人均不得私自设立收费项目、收费标准，巧立名目，分解收费，严禁擅自提高标准加收费用、重复收费或收取病人现金。

七、不准通过介绍病人到其他单位检查、治疗或购买药品、医疗器械等收取回扣或提成；凡属病情需要而本院又未开展的检查项目需转外院检查者，须报科主任批准。

八、严格规范医疗行为，医务人员不得在外私设（合伙开设）诊所，挂牌行医和销售药品，未经批准不得私自离岗在外兼职行医、从事医疗保健品传销和其它有关的有偿服务活动。

九、爱护医院仪器设备、药品及其它公共财物，不浪费、不侵吞、不损坏、不以公物做人情。

十、把廉洁行医制度的落实纳入医德医风考评中，由院纪委监察室协调有关职能部门组成督查小组，进行定期的检查考评，了解职工对廉洁行医工作的意见，听取社会监督员和患者的意见，接受群众和社会监督。在门诊、病房等醒目位置设置标牌、电子屏幕等，向群众宣传行业纪律和规定，公布举报电话，设立投诉箱，受理患者和群众的举报和投诉。

十一、医务人员违反以上规定之一的，根据国家法律法规和党纪政纪规定，视其情节，按以下原则予以处理：

- （一）给予批评、通报批评；
- （二）取消当年评优，年度考核评为不合格，解职待聘，直至解聘；
- （三）执业医师给予警告，责令暂停 1 个月以上 3 个月以下执业活动；
- （四）依照有关法律、法规，给予医务人员党纪政纪处分；
- （五）构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

医德医风考评制度

为加强我院医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，建立对医务人员规范有效的激励、约束和考评机制，根据有关法律、法规、规章和省、市有关要求，结合我院实际，特制定医德医风考评制度：

一、指导思想

为加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质，更好地考核医务人员的医德医风状况，以规范医疗服务行为、提高医疗服务质量、改善医疗服务态度、优化医疗环境为重点，强化教育，完善制度，加强监督，严肃纪律，树立行业新风，构建和谐医患关系，为人民群众的健康服务。

二、考评范围

医院在编在职、人事代理职工和返聘人员均参加考评。包括：医疗、医技、护理人员，行政管理人员、工勤人员。

三、考评标准

（一）基本标准（100 分）

1、救死扶伤，全心全意为人民服务（15 分）。加强政治理论和职业道德学习，树立救死扶伤、以病人为中心、全心全意为人民服务的宗旨意识和服务意识，增强工作责任心，热爱本职工作，坚守岗位，尽职尽责，千方百计为病人解除病痛，献身医疗卫生事业。

2、尊重患者，关爱生命（10 分）。遵守医学伦理道德，尊重患者的知情同意权、选择权和隐私权，为患者保守医疗秘密和健康隐私，维护患者合法权益；尊重患者被救治的权利，对患者不分民族、性别、职业、地位、贫富都平等对待，不得歧视。

3、优质服务，医患和谐（15 分）。对病人语言文明，态度诚恳，举止稳重，仪表端庄，同情、关心和体贴病人，认真践行医疗服务承诺，服务用语文明规范，服务态度好，加强与患者的交流与沟通，做到检查细心、治疗精心、解释耐心、听取意见虚心、让病人及家属放心，不发生冷、硬、顶、推、拖现象。

4、遵纪守法，廉洁自律（30 分）。自觉遵守国家法律法规，遵守医疗卫生行业规章和纪律，严格执行医院的各项制度规定，坚持依法执业，保证医疗质量和安全。在医疗服务活动中，不利用执业之便谋取不正当利益。不收受、不索要患者及其亲友的财物，不接受病人的吃请、馈赠；不收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员给予的财物、回扣以及其他不正当利益；不以介绍患者到其他单位检查、治疗和购买药品、医疗器械等为由，从中牟取不正当利益；不开具虚假医学证明，不隐匿、伪造或违反规定涂改、销毁医学文书及有关资料；不违反规定外出行医，不违反规定鉴定胎儿性别。

5、因病施治，规范医疗服务行为（10 分）。严格执行诊疗规范和用药指南，坚持合理检查、合理治疗、合理用药，合理收费。认真落实有关控制医药费用的制度和措施。严格执行医疗服务和药品价格政策，不多收、乱收和私自收取费用。

6、严谨求实，精益求精（10 分）。积极参加在职培训，刻苦钻研业务技术，努力学习新知识、新技术，吸收国内外先进经验，更新知识，开展新技术、新项目，运用新的医学模式，发展医学科学，努力提高专业素养和专业技术水平，诚实守信，抵制学术不端行为。增强责任意识，防范医疗差错、

医疗事故的发生。

7、顾全大局，团结协作，和谐共事（10分）。积极参加上级安排的指令性医疗任务和社会公益性的扶贫、义诊、助残、支农、援外等医疗活动。正确处理同行同事间关系，互相尊重，互相配合，和谐共事，不讲不利于团结的话，不搞亲疏有别，不做嫉贤妒能和影响团结的事，认真履行岗位职责，共同完成各项工作任务，无闹纠纷现象。

（二）加分、扣分标准

1、加分标准

- （1）被评为医院的先进工作者加1分，科室获集体荣誉每人加0.5分。
- （2）被评为市级卫生主管部门先进工作者加2分；被评为市级先进工作者加5分；省级先进工作者加10分；国家级先进工作者加20分。
- （3）被评为市级劳模加10分；省级劳模加15分；国家级劳模加20分。
- （4）医德伦理和业务知识考试95分以上者加1分，100分者加2分。
- （5）对在工作岗位上无端受到病人及家属谩骂、殴打仍忍辱负重，继续履行职责的，视情况加10-20分。
- （6）受到来信表扬或病人赠送锦旗、镜匾给个人的每次加2分，给集体的科内有关人员各加1分。
- （7）受到市级官方报刊点名表扬个人的加2分，省级加5分，国家级加10分；受到集体奖励的，科内有关人员按总分的50%得分。
- （8）同违法违纪行为作斗争，检举他人有收受回扣、开单提成或收受病人财物不上缴或乱收费等腐败行为和不正之风，且检举情况属实的加10分。
- （9）拒收或者上交红包、回扣、财物、有价证券、不接受病人吃请或按规定把难以拒收的财物全部及时上缴有关部门的，并有登记为依据的每次加2分。
- （10）责任心强，工作负责，及时指出、纠正医疗隐患而避免他人出现医疗差错或责任事故的加3分。
- （11）积极参加各种突发事件的抢救和上级安排的指令性医疗任务、社会公益性的扶贫、义诊、助残、支农、援外等医疗活动，表现突出，受同级卫生主管部门表彰的加2分；获市级表彰的加5分；获省级以上表彰的加10分。
- （12）有发明创造或开展新项目新技术填补医院空白的加3分；填补本市空白的加5分；填补本省空白的加10分；填补国内空白的加20分。
- （13）凡获科技成果奖且为课题完成者：市级奖第1位加5分；省级奖第1位加10分；国家奖第1位加20分，其他位次人员按排名递减1分。
- （14）论文或译文在杂志刊登或会议发表者：省级第1位加5分；国家级第1位加10分；其他位次人员按排名递减1分。
- （15）累计加分最多不超过50分。

2、扣分标准

- （1）无故不参加医院安排的政治理论和业务知识学习的，不接受职业道德教育的，每次扣2分。
- （2）无故迟到早退每次扣2分，旷工每次扣10分。上班时擅自离岗、串岗每次扣5分。
- （3）未能按时上交医德医风考评表者扣2分。
- （4）对待病人有厚此薄彼现象，语言不文明，被投诉经核查属实的每次扣5分。

（5）泄露病人的医疗秘密，造成不良影响，情节较轻的扣5分；情节严重的扣10分。

（6）被投诉服务态度差，有冷、硬、顶、推、拖现象，属首次且经教育认识态度好的扣10分；造成较坏影响的扣15分；性质恶劣、严重影响医院形象的扣30分。

（7）上班着装不整洁、不佩戴胸卡上岗每次扣2分。

（8）未履行好告知义务和服务承诺，造成不良后果的扣5分；与服务对象发生争吵，且引发争吵的主要原因在医院工作人员本身的扣15分；主要原因在服务对象的，根据情节轻重扣5-10分。

（9）以工作之便收受红包、回扣或在临床诊疗活动中，收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员以各种名义给予的财物或提成的发现一次扣30分。

（10）利用工作之便，向服务对象推销药品、保健品、器械等物品谋取私利的扣30分。

（11）以介绍患者到其他单位检查、治疗和购买药品、医疗器械等为由，从中牟取不正当利益的扣30分；违规私自外出行医的扣10分。

（12）严格遵守合理检查、合理治疗、合理用药的诊疗原则，违反医疗服务和药品价格政策，多记费、多收费，发现查实一次扣5分，情节严重造成不良影响的，每次扣10分；私自收取费用经调查属实的，其考评结果直接认定为“不合格”。

（13）工作不负责任，不认真履行职责，导致发生医疗事故或严重医疗差错，造成群众上访控告，经查证属责任事故的扣10分；给医院造成重大损失或严重社会影响的，视情节轻重扣20-30分。

（14）不服从组织安排，拒绝参加基层卫生帮扶、卫生对口支援、卫生援外工作的，每次扣10分；发生自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故以及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时，不服从医院调遣的，每次扣20分。

（15）科室之间或同事间闹不团结，工作受到影响的扣当事人10分；造成严重影响的扣20分；工作中出现一般差错、未造成不良影响的扣3分；发生较大差错、造成不良影响的扣15分；发生医疗事故负有完全或主要责任的扣30分。

（16）有恶劣违纪行为，如出具虚假医学证明文件或隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料的；有意捏造或歪曲事实，诬告陷害他人，抵毁同行，严重损害单位形象的；非医学需要，选择性别人工妊娠或终止妊娠和利用B超等手段对胎儿作性别鉴定的；因与职务行为有关的错误而受党纪和行政纪律处分的，直接认定为“较差”等级。

四、考评办法

医德医风考评要坚持实事求是、客观公正的原则，坚持定性考评与量化考核相结合，与参评人员的年度考核、定期考核等工作相结合，纳入医院管理体系，每年度为一个考评周期，一般在次年的第一季度集中进行。考评工作分为三个步骤：

（一）自我评价。参评人员各自根据考评标准，结合自己的实际工作表现，实事求是地进行自评打分。

（二）科室评价。在参评人员自评打分的基础上，以科室为单位，由科室考评小组根据每个人日常的医德医风行为、工作表现进行科室评价打分，提出考评建议等次。

（三）单位评价。召开医院医德医风考评领导小组会议，根据自我评价和科室评价的结果，将个人参加医德医风培训情况，日常检查，出院病人、门诊病人回访、调查反馈情况，病人投诉情况等记录反映出来的具体情况作为重要参考依据，对每个参评人员进行总评，同时根据医院登记的表扬奖励、上交钱物、纪律检查、信访投诉等情况给予加分、减分，确定考评等次。

五、考评结果及其应用

(一) 医德医风考评评分按“基本标准”、“加分标准”、“扣分标准”计算得分后累加, 累计得分高于 100 分的按满分 100 分计算, 扣分后低于 0 分的, 按 0 分计算。考评结果分为四个等级: 优秀、良好、一般、较差。总分达 90 分及以上为优秀, 80 分—89 分为良好, 70 分—79 分为一般, 69 分及以下为较差, 全院排名倒数后 10 名者, 谈话诫勉。

(二) 考评结果在本院内进行公示, 记入个人医德医风档案, 并与职工的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。

(三) 对职工进行年度考核时, 医德医风考评应作为一项重要内容, 医德医风考评结果为优秀或良好的, 年度考核方有资格评选优秀; 医德医风考评结果为较差的, 年度考核为不称职或不合格。

(四) 执业医师的医德考评结果, 按照《医师定期考核管理办法》的规定报送执业医师定期考核机构, 同时报送医师执业注册的卫生行政部门, 作为医务人员定期考核中的职业道德评定。考核周期内, 连续两年医德考评结果为“一般”或一次医德考评结果为“较差”的, 认定为执业医师定期考核结果为不合格, 按照有关法律、法规和规章的规定处理。医师当年不得申报晋升专业技术职务任职资格和晋升薪级工资, 专业技术职务任职年限延迟 2 年。

(五) 对医德医风考评“较差”等级的人员进行批评教育, 对连续两年被评为“较差”等级的人员, 可作缓聘、低聘或解聘处理; 有行政职务的医务人员, 按干部管理权限, 报请有关部门免除其行政职务。

六、组织实施

(一) 医德医风考评工作在医院党委统一领导下, 建立医院医德医风考评领导小组。领导小组由医院领导班子成员、相关职能科室负责人组成, 纪委监察室具体组织实施。

(二) 有关职能科室和考评小组要加强日常考评, 切实履责, 对日常考评情况要作好记录, 为年度考评提供真实、客观的考评依据。如因职能科室工作人员不负责任, 造成年终无法提供本应该提供的日常检查结果和资料或提供虚假检查结果和资料的, 视情节轻重, 给予职能科室负责人和相关责任人员经济处罚、组织处理或纪律处分。

(三) 各科室要建立由科主任、护士长、职工代表等 3—5 人组成的考评组, 严格掌握标准, 认真做好科室考评工作, 及时将考评结果在科室内公示。

(四) 将医德医风考评纳入医院管理体系, 每年进行一次全体员工的医德医风考评工作, 为每位工作人员建立医德医风档案, 在医德医风考评制度试行阶段先使用纸质档案, 等条件成熟后开发电子档案, 医德医风档案由纪委监察室负责保管。

廉政谈话制度

为认真贯彻从严治党方针, 进一步加强医院党风廉政建设和反腐败工作, 加大党内监督力度, 增强党员领导干部廉洁自律的自觉性, 全面推进党风廉政建设主体责任和监督责任的落实, 根据《中国共产党党内监督条例》, 结合我院的实际情况, 制定领导干部廉政谈话制度。

一、谈话目的

开展廉政谈话, 是按照《中国共产党章程》要求, 对党员领导干部实施严格教育、管理、监督的重要措施, 其目的是通过廉政谈话, 了解全院各级、各部门、科室落实党风廉政建设责任制、执

行党的方针政策、坚持民主集中制、实施党内监督和领导班子及其成员廉政勤政的情况, 针对所存在的问题及时通报情况、指出不足、提出要求, 做到见微知著、关口前移、防微杜渐, 提高领导干部廉洁从政、廉洁从医的自律意识和抓党风廉政建设的责任意识, 促进反腐败各项工作的开展。

二、谈话范围和对象

廉政谈话按照干部管理权限和领导分工, 由各级党政领导干部或纪检监察部门分别组织实施, 下管一级, 逐级负责。

廉政谈话的对象:

- (一) 医院科级以上领导干部;
- (二) 新提拔任职的中层领导干部;
- (三) 有信访投诉举报问题、苗头性问题或违纪行为但情节较轻的干部;
- (四) 其他需要进行廉政谈话的干部。

三、谈话形式和内容

谈话主要分为日常谈话、任职谈话、诫勉(警示)谈话三种类型。谈话内容涉及谈话对象贯彻党的路线方针政策、坚持民主集中制、落实党风廉政建设责任制、遵守《廉政准则》和改进工作作风等多方面情况; 谈话采取集中谈话和个别约谈两种方式进行。

(一) 日常谈话。每年集中进行一次。主要了解部门、科室及个人贯彻落实党风廉政建设责任制、执行民主集中制、遵守党的政治纪律的情况; 遵守国家法律和有关规定、贯彻落实中央“八项规定”和国家卫计委“九不准”等廉洁自律各项规定的情况; 团结协作、遵守职业道德和廉洁从业的情况; 科室内部存在的较为突出的问题、财务制度执行、绩效奖金分配及公开情况; 对医院党风廉政建设、医德医风建设和反腐败工作意见建议, 共同研究做好反腐倡廉工作的对策措施。

(二) 任职谈话。每年竞争上岗后对新提拔任职的中层干部进行谈话。谈话重点进行理想信念和党的宗旨教育, 进行遵纪守法和贯彻民主集中制的教育, 增强新任职干部法制观念和纪律意识, 正确对待和使用权力, 改进和转变工作作风, 带头廉洁自律, 落实“一岗双责”, 加强科室政治业务建设, 防止违纪违法问题的发生。谈话可以采取在中层干部聘任大会上集体谈话, 也可以采取个别单独谈话进行。

(三) 诫勉(警示)谈话。针对科室或部门出现的苗头性、倾向性问题, 或者是群众、患者有强烈反映的问题, 视情况随机进行。谈话时应要求谈话对象就反映的问题作出实事求是的说明, 并根据问题性质和情节进行提醒、警示或诫勉谈话, 提醒谈话对象有则改之, 无则加勉, 针对反映属实的问题, 指出群众反映或举报的主要问题, 说明其违反党纪政纪规定的程度、后果及危害, 并提出处理和纠正的具体意见, 对今后的工作重点或方向提出具体建议、希望和要求。

四、谈话的组织实施

廉政谈话工作在医院党委的领导下, 根据具体职责和分工分别组织进行。

(一) 日常谈话, 每年在医院党委的领导下, 由院纪委组织实施一次, 主要采取个别谈话的形式, 除对党员领导干部进行谈话外, 对非党员领导干部和职能部门、科室主要负责人也进行廉政谈话, 院党政领导班子成员结合分工情况, 分别组织进行。

(二) 任职谈话, 与中层干部竞争上岗任职谈话一并进行, 具体由人力资源部负责组织实施。谈话方式可视情况而定, 采取集体谈话或个别谈话的方式进行。

(三) 诫勉(警示)谈话, 要在对群众反映或举报的问题进行调查核实、弄清情况后随时进行,

具体由纪委监察室组织实施。谈话应以个别谈话方式进行。

五、谈话的要求

(一) 廉政谈话要坚持实事求是、客观公正、坦诚相待的原则。谈话时要坚持以人为本的思想,采取既严格要求、又与人为善的态度和同志式的平等方式进行。

(二) 谈话前要认真作出计划安排,提前通知谈话对象按

照有关要求,就廉政谈话内容需要了解和说明的问题,认真准备书面汇报材料,接受谈话时提交书面材料。

(三) 谈话人要有高度的政治责任心,对涉及到提醒谈话内容的问题要出于公心,遵守保密纪律,不得向谈话对象泄露信访举报人的任何信息,或向外泄露谈话内容。对涉及领导班子和谈话对象本人比较敏感的重要问题,不要随意表态。

(四) 谈话人既要向谈话对象提出有关建议、希望和要求,又要认真倾听谈话对象的解释、说明和意见。谈话对象应正确对待组织谈话,实事求是地回答或说明问题。对谈话对象提出的意见和建议,要如实反馈,提出整改建议。

(五) 谈话时须两人参加,记录人做好谈话记录。谈话

结束后要形成书面材料,填写《廉政谈话登记表》,报谈话领导审阅后,交纪委监察室汇总、存档。纪委监察室要对谈话中发现的问题和形成的意见,及时转交有关职能部门落实并认真抓好督办。

六、本制度由纪委监察室负责解释,自发布之日起施行。

纪检监察函询工作暂行办法

第一条 为落实全面从严治党要求,坚持抓早抓小,把纪律和规矩挺在前面,认真践行监督执纪“四种形态”第一种形态,加强对中层干部的监督管理,对群众反映的苗头性、隐患性问题做到超前预警,防微杜渐,依据《中国共产党党内监督条例》和《市纪委关于市管干部谈话函询工作办法(试行)》等有关规定,结合我院工作实际,制定本暂行办法。

第二条 实施纪检监察函询工作,遵循立足教育、着眼防范、预防为主、实事求是的原则,从关心和爱护干部出发,抓早抓小、抓苗头,对问题及时提醒,澄清事实,防微杜渐。

第三条 函询是纪委监察室根据院党委的要求,针对群众反映的中层干部在思想道德、工作作风、廉政勤政、履行职责、医德医风等方面存在的问题,以书面形式向被反映的中层干部了解情况、进行核实的一种方式。

第四条 纪检监察函询的对象为:全院各职能部门、临床医技科室正副主任、正副护士长、亚专业分组组长。

第五条 纪检监察函询的范围为:群众信访举报反映本科室或干部个人存在下列情况之一的,视情况对其进行函询:

(一) 反映问题比较笼统、模糊,或简单、明确,可查性不强,但有必要进行提醒或函询了解的问题;

(二) 在履行党风廉政建设与医德医风建设责任方面,存在苗头性、倾向性问题,适合函询核实的问题;

(三) 在履行职责,工作作风等方面存在一般性问题的,或者对本科室内发生的违规违纪问题

负有领导责任,需要函询的问题;

(四) 在执行民主集中制中,不严格遵守议事决策制度,不执行科室班子集体决定,作风专断,或者在院内、科内闹无原则纠纷的;

(五) 综合考虑被反映的实际情况,运用函询处置方式更合适,效果更好的;

(六) 其他需要引起重视并加以整改的苗头性、倾向性问题。

第六条 纪检监察函询的要求及审批程序:

(一) 纪检监察函询,由纪委监察室根据信访举报内容或其它线索摘要草拟纪检监察函询通知书,明确需要回复的问题,提出要求,经纪委书记审核签发后,盖章送达函询对象。

(二) 摘要信访举报和线索内容,不得暴露信访举报人的单位、姓名、身份,更不得原信照转。

第七条 书面说明材料的要求:

(一) 函询对象应当在收到纪检监察函询通知书(见附件)之日起3至15个工作日内递交书面说明。如有特殊情况不能如期递交书面说明的,应当在规定期限内向纪委监察室做出说明。

(二) 函询对象收到纪检监察函询通知书后,应当主动接受组织监督,正确对待并配合组织的函询,实事求是、认真负责地对函询事项逐一作出书面说明,不得隐瞒、编造、歪曲事实和回避问题,不得无故不递交书面说明,不得对反映问题的人进行追查、打击报复。对违反者,进行批评教育,情节严重的给予组织处理或者纪律处分。

(三) 对所说明的问题,函询对象要作出负责任的承诺并手写签名,对函询的具体问题需按规定附相关证明材料。

第八条 纪委监察室收到函询说明后,要进行认真审核,区别不同情况作出处理:

(一) 经审核认为事实清楚,所反映问题不能成立的,提出了结建议,按审批程序报纪委书记审定,同意后可予了结,并将全套材料归入档案;

(二) 对问题属实或者部分属实的,提出办理建议,按审批程序经纪委书记审定后,报院党委书记批示办理;

(三) 对函询问题未讲清楚的,可再次对其进行函询,函询对象应作补充说明。需要对有关问题进一步调查核实的,经院党委批准后,由纪委监察室深入调查了解。

(四) 对函询说明的问题涉嫌构成违纪的,按有关立案程序进行立案调查。

第九条 本办法由中共枣庄市立医院纪律检查委员会、监察室负责解释。

第十条 本办法自印发之日起施行。

出院病人回访工作制度

为进一步提高医疗服务质量,加强医患沟通,不断完善服务流程,构建和谐医患关系,我院在住院病人满意度调查、病陪人座谈会等措施的基础上,实施出院病人回访制度,具体规定如下:

1、医院成立出院病人回访办公室,严格执行出院病人回访制度,一般出院病人在两周内进行回访,出院病人回访率不低于90%。

2、由专职人员对出院后的病人进行电话回访,特殊病人上门进行回访,对所有回访内容必须详实登记、分类处理,填写回访记录。

3、回访工作人员对回访中所了解的情况、患者或家属的意见建议，应及时汇总，向医院有关职能部门和相关科室或个人反馈，报请院领导批示，建立回访档案。

4、回访内容：主要了解患者出院后的一些基本情况、疾病恢复情况，征询患者对本次住院医疗服务质量及医院管理等方面的意见和建议，了解住院期间医务人员的服务态度、技术水平、后勤服务以及有无收受“红包”及违纪等问题，对出院患者进行满意度调查。

5、医院相关部门及科室对回访对象反映的情况要认真分析，针对不足之处及时予以整改，切实提高服务水平。医院对不作为的部门或科室负责人实行责任追究制。

满意度调查工作制度

为进一步加强医疗服务质量的监管力度，认真听取职工和患者对我院管理和诊疗服务过程的满意程度及改进意见，不断提高职能部门的责任意识，强化临床医技科室及护理单元的服务意识和质量意识，特制订本制度。

一、满意度调查方式：

1、设立举报箱或意见簿，对门诊或住院病人进行满意度调查，每月查看一次，对其内容进行分析处理，并做好记录。

2、设计《枣庄市立医院职工满意度调查表》《枣庄市立医院门诊、住院患者满意度调查表》，定期发放给职工和住院患者及家属，征求职工对医院管理和患者住院期间对医疗服务和质量的意见建议。

二、满意度调查内容：重点包括职工对医院人事管理、院务公开、财务绩效、人文关怀、民主管理、员工文化、安全保卫及整体工作评价；患者对医务人员的服务态度、工作效率、廉洁行医、医疗技术、医疗质量、病房管理等，以及对我院的意见和建议。相关职能部门根据医院发展需要，不定期对《枣庄市立医院门诊、住院患者满意度调查表》内容进行修订。

三、满意度调查分析、落实反馈：每年对职工、每季度对患者提出的意见和建议进行统计、汇总、分析，及时反馈给相关职能部门及科室，相关科室对反馈的问题进行核实，并提交整改措施。对于严重违反医院规章制度或影响医院形象的科室或个人，由相关职能部门提出处罚措施，并对整改效果进行督查，纳入绩效考核。

四、满意度抽查：医院不定期组织开展门诊、住院患者满意度抽查工作，以进一步提高医护人员的质量意识和服务水平，实现质量持续改进。

关于严禁在医疗服务中私收费的暂行规定

为进一步加强医德医风建设，着力解决群众反映的突出问题，规范医院医疗服务收费管理工作，坚决杜绝医院工作人员在医疗服务中私收费行为，经院党委研究决定，就严禁在医疗服务中私收费问题制定本规定。

一、私收费的界定

1、根据有关法律法规和医院财务管理规定，医院的收费由计划财务部、住院处、挂号收款处进

行收取，其他科室和个人一律不得私自收取。

2、凡本院工作人员在医疗服务过程中，利用医院的设备设施及其他条件私自诊疗病人、私自销售药械获利和未经医院批准的个人或集体在工作中收取患者钱物的行为，即为私收费。

3、对于任何个人或集体替病人交费收取现金或押金等，不能出具医院统一收费票据，医院不予认可，视为私收费。

4、因工作需要科室需邀请院外专家会诊或手术时，科室应填写《会诊邀请函》等，报医务部审批备案，会诊费用按医院会诊有关规定执行，否则，按私收费处理。

二、私收费的处理办法

凡投诉举报经调查属实或医院有关部门在检查过程中发现查实的，符合上述规定的私收费行为按以下办法处理。

（一）对个人行为的处理：

1、凡查实私收费 100 元以内的，没收其非法所得，按非法所得的 10 倍罚款，扣发一个季度绩效奖金；私收费 101 元至 200 元的，除按上述经济处罚外，待岗 1 个月；私收费 201 元以上的，除按上述经济处罚外，待岗 3 个月。

2、1 年内被查实 2 次私收费者，属在编在岗人员的，除按第 1 条进行经济处罚外，对当事人给予待岗 6 个月的处理，同时给予降职处理，2 年内不予晋职和评聘专业技术职务；属返聘人员的，对当事人立即解聘；属人事代理人员的，对当事人立即辞退。

3、待岗期间，每月发生活费 500 元，不享受其它一切待遇。待岗期满后，由本人提出书面申请，经组织考察，视待岗期间的表现给予安置或恢复工作。

4、因私收费诊治病人引发的医疗纠纷、事故，所造成的一切后果由当事人负责。对医院造成严重后果者，报请主管部门批准，视情节分别给予行政处分、吊销执业证书。

5、凡查实私收费者，无论数额多少，当年度考核视为“不合格”，不予晋职晋级。科主任、护士长等管理干部私收费，除按以上规定处理外，立即免职。违反党纪政纪的，追究其党纪政纪责任。情节严重构成犯罪的，移送司法机关处理。

6、科室出现一例私收费行为，该科室当年度考核不得评为先进集体，科主任、护士长要承担主体责任，连带扣除一季度绩效奖金，当年度不评优、不评先。由科主任、护士长发现并向医院举报的则不负连带责任。

7、对本院工作人员介绍、引荐、参与私收费的，与私收费当事人同等处理。

（二）对集体行为的处理：

1、凡查实科室集体私收费者将严肃处理。除没收其非法所得外，并按非法所得的 10 倍处罚科室，科室其他获利人员按实际所得数额双倍处罚。扣除科室所有人员当月绩效工资。

2、对科主任、护士长及执行者当年考核视为“不合格”，并扣除一季度绩效奖金，科主任、护士长立即免职，给予待岗 6 个月处理，待岗期间，每月发生活费 500 元，不享受其它一切待遇。待岗期满后，由本人提出书面申请，经组织考察，视待岗期间的表现给予安置或恢复工作。被免职人员 2 年内不得参加中层干部竞争上岗，不予提拔重用和评聘专业技术职务。

3、因私收费诊治病人引发的医疗纠纷、事故，所造成的一切后果由科主任、护士长负责。对医院造成严重不良影响者，报请主管部门批准，视情节轻重分别给予科主任、护士长行政处分、吊销执业证书。

(三)对于医院查实处理的个人、集体私收费问题,在医院处理决定形成后,在全院点名通报。

三、有奖举报

1、医院在各诊室及大厅张贴宣传标语及投诉举报电话,鼓励院内外群众举报工作人员的私收费行为。

2、凡举报经查实可退还其举报相应费用的,一律退还,另给予举报人员查实金额5倍的奖励,最高不超过2万元。退还及奖励费用均由私收费者承担。医院为举报者保密。

四、监督检查与处理

1、医院纪委、监察室、计划财务部、审计科、物价办、质管办等职能部门是医院收费管理的监督检查部门,负责联合检查、调查和处理私收费问题,应定期、不定期对科室和个人私收费行为进行明查暗访监督检查。

2、患者服务中心、医务部、护理部、出院病人回访办公室通过患者问卷调查、电话回访等形式,对科室和个人是否存在私收费行为进行随时了解、登记、上报。

3、发挥政风行风监督员的作用,对私收费进行明查暗访监督。

4、对于投诉、信访、检查反映和发现违反本规定行为的,由医院纪委监察室牵头、相关职能部门参加,组成联合调查组,必要时,可协调有关方面专家参与有关问题的调查工作。调查结果视情节轻重,由医院党政联席会议决定给予组织处理、行政处罚。需要追究党纪、政纪责任的,由纪检监察部门按照党纪政纪案件的调查处理程序、依据有关法律法规和《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》办理、处理;涉嫌犯罪的,移送司法机关依法处理。

五、本规定自正式发布之日起执行。

反“统方”管理规定

为认真落实国家卫计委《加强医疗卫生行风建设“九不准”》和山东省卫生厅《关于加强医院信息系统药品、高值耗材统计功能管理办法(试行)》(鲁卫监发[2013]2号)的通知要求,对统方行为进行监控示警,科学、有效预防为商业目的统方,避免工作人员为不正当商业目的统计医生个人和临床科室有关药品、耗材用量信息,建立防控医药购销领域商业贿赂长效机制,结合我院实际,特制定反“统方”管理规定。

一、概念

“统方”是指医院中个人或科室为医药、器械营销人员提供医生或科室一定时期内临床用药量信息和医用耗材使用信息,供其发放药械回扣的行为,“统方”是医药代表向开处方的医生支付回扣的前提。“反统方”软件将对在利用医院网络系统进行统计药械的明细、数量、金额、统计人、统计时间等信息时的操作进行实时记录并发出警示信息。违反规定,未经批准擅自“统方”,或者为商业目的“统方”,属医药购销领域的商业贿赂行为。

二、严禁医院工作人员参与以下“统方”行为

- 1、利用工作之便,为医药营销人员进行“统方”,提供用药量、耗材使用量等相关的信息。
- 2、利用工作之便或个人关系,为医药营销人员与本院有关人员或科室牵线搭桥,提供“统方”便利。
- 3、担任企业的医药代表,或充当医药营销人员在本院的代理人,进行私下“统方”活动。

4、未经医院批准或授权的其他“统方”行为。

5、严禁对外泄露医院内部有关医药耗材监控管理的公示信息。医院内任何个人和科室不得在执行医生用药动态检测管理时,超出公示范围,泄露医生或用药的有关信息。

6、严禁医院信息部门工作人员参与“统方”活动。医院将采取有效的技术手段,对“统方”实施监控和拦截。

三、加强医院信息系统管理

1、对医院各个部门、科室通过计算机网络查询医院信息的权限实行分级管理;对医院信息系统有关药品、高值耗材使用等信息实行专人负责、加密管理,通过用户名和密码登录使用。

2、信息中心采取对计算机网络共享信息严格授权、加密、控制终端信息采集范围等有效措施,防止个别工作人员利用统计、报告、分析等方式,取得医生或科室用药的有关信息,透露给医药营销人员。

3、加强对信息系统备份数据信息的管理。对备份数据加密管理,防止利用备份数据统方。

4、加强对软件信息公司人员行为的规范。信息中心通过与软件信息公司人员签订廉洁协议等方式,加强对软件信息公司及其工作人员管理,明确其法律责任,防止其利用工作之便进行统方或为医药营销人员统方提供信息数据便利。

四、实行统计审批备案制

因工作需要确需进行医药耗材统计查询的,必须有两人进行查询,并填写《信息统计查询备案登记表》,经科室主要负责人和分管院领导审批签字同意后方可进行统计操作,且只能在授权范围内查询本职责范围的相关信息。《信息统计查询备案登记表》一式两份,分别由医院纪委监察室和查询科室留存,以备上级卫生主管部门和纪检部门核查。信息中心要在信息系统中设置重要(敏感)信息查询留痕功能,有效地控制药品、高值耗材信息的传播范围。

五、“反统方”软件的使用规则

医院纪委监察室指定专人配置专用的“反统方”软件终端,负责日常监察工作;医院信息中心计算机维护人员配置个人专用账户,负责日常数据查询或维护;开发人员配置一个专用账户,负责开发代码的修改或版本更新;药剂科主任配置专用账户,负责药品使用的正常分析、监督工作。

六、罚则

对违反规定、查实有“统方”行为的人员,将根据情节轻重给予处罚:

- 1、没收非法所得,加倍罚款。
- 2、年度医德考评、年度考核不合格。
- 3、取消当年评优、评职称资格或缓聘、待聘直至解聘。
- 4、报上级有关部门吊销其执业证书。
- 5、退休返聘、留用人员违反本规定者,立即停止返聘或留用。
- 6、给予相应的党纪政纪处分。
- 7、涉嫌犯罪的,移送司法机关依法追究其刑事责任。

同时,除追究当事人的责任外,还要追究当事人所在科室负责人的责任。

七、每位职工都有反商业贿赂的责任,及时反对、阻止、举报“统方”行为,医院对举报人员予以保密。

八、本规定自印发之日起执行。

招标采购工作管理制度

为规范医院招标采购行为，加强对医院医疗设备、医用耗材、药品、后勤物资招标采购工作的监督管理，根据《中华人民共和国招标投标法》、《中华人民共和国药品管理法》、《政府采购管理条例》和国家、省、市卫计委的有关规定，结合医院实际，特制定招标采购工作管理制度：

第一条 招标采购工作应遵循的原则

- （一）引入竞争机制，节约医院开支，提高资金使用效益。
- （二）促进公开、公平、公正和有效竞争，维护医院权益。
- （三）综合信用、服务、质量、价格等因素，用于基础建设、维修、采购设备、器械、消耗性材料等。
- （四）质优价廉、信守合同和保守秘密的原则。

第二条 招标采购的管理范围

- （一）医疗设备；
- （二）医用耗材；
- （三）药品；
- （四）后勤物资；
- （五）医院认为应当采用招标采购的其他项目。

第三条 招标采购的管理职责

医院招标采购工作按照职责要求，由器械科、药学部、后勤服务中心分别负责组织实施。招标采购方式一般采用公开招标（含国际招标）、邀请招标、竞争性谈判、公开议标、询价、单一来源法等进行采购。相关职能部门要按照国家、省、市有关法律法规，结合医院实际，制定相应的管理制度，切实加强对医疗设备、医用耗材、药品、后勤物资招标采购工作的监督管理。

第四条 招标采购的监督职责

对医院各项招标采购工作的总监督，由医院纪委监察室和审计科、物价办联合监督。其职责是监督各职能部门根据分工依照有关法律法规监管医疗设备、耗材、药品、后勤物资集中采购行为，对集中采购的全过程依法进行监督，受理当事人的投诉，纠正和查处集中采购中的各种违法违纪行为。

监督部门要依据有关法律法规履行以下职责：

- （一）监督有关职能部门制定招标采购的监督管理办法，加强对招标采购工作的监督；
- （二）受理有关招标采购的检举和控告；
- （三）负责对职能部门及其工作人员在招标采购中履行职责、执行法律法规和政策的情况进行监督，依法对其不作为、违规执法、包庇纵容和参与违法活动，违规干预或参与招标采购过程、谋取个人利益，以及贪污、受贿等行为进行查处，依法作出组织处理和纪律处分；构成犯罪的，移送司法机关。

第五条 纪律及惩处

各招标采购领导小组、工作小组成员和职能部门要严格遵守有关法律法规和工作纪律，严守秘密，不得向投标人透露其他投标人的任何信息，不得擅自接触和拆阅密封的投标文件，凡泄露与招投标活动有关的情况和资料的，或者与投标人串通损害医院利益的，视其情节，可给予扣薪、通报批评、

降级、免职、辞退处理；构成犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

第六条 本制度自印发之日起执行。

医院服务承诺

枣庄市立医院是国家三级甲等综合性医院，承担着全市医疗、科研、教学、急救、预防保健和康复工作。现承诺如下：

- 1、救死扶伤，实行社会主义的人道主义。依法行医，遵守各项卫生法律，严格执行各项规章制度，廉洁行医，保障医疗质量和医疗安全。
- 2、执行首诊、首问负责制，优化就诊服务流程，简化诊疗手续。
- 3、不断改善医院诊疗环境，为急、危、重患者开通绿色通道。
- 4、执行院务公开，严格执行物价标准，积极落实价格收费公示制度，实行门诊费用清单和住院病人费用一日清单制度。
- 5、严格执行全省药品集中采购和全市医用耗材等集中采购政策，严格执行中标品种价格。
- 6、门诊和住院部大厅设置专职导诊服务台，文明礼貌服务关心体贴病人，同时为患者提供各种便民服务。
- 7、公开医师资质信息，设置“荐医栏”、“医护值班公示栏”，开通电话 114 网上预约诊疗，患者可自行选择医生就诊。
- 8、实行无节假日医院，做到 24 小时为患者服务。
- 9、根据患者病情，合理检查，合理用药，合理治疗。
- 10、急诊一般项目检验检查结果 30 分钟内出具，大型设备检查出具结果不超过 48 小时。
- 11、医生护士要尊重患者及家属的知情权和决定权，对患者及家属提出有关病情和诊疗问题有告知义务，并严格保守患者的私密。
- 12、实行出院患者回访制度，定期发放调查问卷，设立意见箱，广泛接受社会监督，认真接受群众意见，及时解决投诉问题，完善患者投诉服务。

计划生育工作制度

一、行政执法制度

- 1、认真学习贯彻执行国家计划生育政策法规及有关文件规定，严格依法行使职权。
- 2、建立计划生育奖惩情况公开制度。认真落实《山东省人口与计划生育条例》有关规定，对实行晚婚晚育的职工兑现奖励政策；对违反计划生育政策的给予行政、经济处罚。
- 3、实行政务公开制度，公开计划生育政策和有关规定。
- 4、坚持三胎申报工作“三公开一监督”制度。公开三胎申报指标、程序、审批结果，坚持张榜公布，接受群众监督。

5、加强廉政建设，规范计划生育行政行为，禁止出现违法行为。

二、保密工作制度

- 1、在计划生育工作中，认真履行保密职责，遵守保密法规、制度。
- 2、计划生育月报、季报、年报，注意妥善保管，不得擅自扩散。
- 3、每年年初对上年度计划生育各类报表分类归档立卷。
- 4、有关计划生育规定，指示文件注意保管。
- 5、对有关人员计划生育情况的隐私注意保密。

计划生育管理规定

为认真贯彻执行《中华人民共和国人口与计划生育法》和《山东省人口与计划生育条例》，确保计划生育管理工作规范化、制度化，现结合我院工作实际，制定以下规定：

一、提倡一对夫妇生育两个子女。凡符合条例规定申请再生育子女的夫妻，应当在妊娠前到一方户籍所在地或居住证申领地的乡镇人民政府或街道办事处申请办理准生证。对于违反条例规定生育的，除依法追究当事人的法律责任外，还将给予相应的行政处分，情节严重者开除公职，并扣除所在科室绩效工资，取消所在科室主要负责人的评先评优资格。对违反条例规定收养子女的，依法追究相应的法律责任。

二、严格婚假、产假及护理假审批程序。婚育假期：婚假3天；女职工生育假为158天；难产侧切持产科证明加15天，剖腹产持产科证明增加15天；多胎生育的，每多生育一个婴儿，增加产假15天；女方生育孩子时，男方可享受7天护理假。

三、严禁工作人员利用工作之便非法为他人放置或摘除宫内节育器，对领取独生子女证后又生育的职工，停止享受各种独生子女待遇。非法施行输精管、输卵管复通、终止妊娠等计划生育手术，严禁工作人员进行假医学鉴定或出具假计划生育证明；严禁利用超声技术和其他技术手段进行非医学需要的胎儿性别鉴定；严禁非医学需要的选择性别的终止妊娠。违者将严格依法依规处理，情节严重者开除公职。

四、休婚育假：休婚假者须持结婚证原件、复印件、请假审批单；休产假及护理假者：需持婴儿出生证原件、复印件，产科病假证明及请假审批单（侧切、剖腹产需持产科证明），经科室负责人签字（护士由护理部及所在科室护士长签字）同意后到计生办备案，请假审批加盖计划生育委员会公章，方可到有关科室办理休假手续。否则，不享受婚育的一切福利待遇。育龄女职工（49周岁以下）连续休假一个月及以上者应经院计生办履行相关手续，否则按旷工处理。

五、流产假及请假程序。对孕期4个月以下的流产女职工，给予15天假期，孕期4个月以上的流产女职工，给予42天假期，休假者需持结婚证原件、门诊病历或住院病历复印件、门诊诊断证明或住院诊断证明、请假审批单经科室负责人签字（护士由护理部及所在科室护士长签字）同意后到计划生育办公室备案，请假审批加盖计划生育委员会公章，方可到有关科室办理休假手续。否则，不享受休假福利待遇。

六、对怀孕7个月以上（含7个月）科室不得安排夜班工作。有不满1周岁婴儿的不安排夜班劳动，每班劳动时间给予两次哺乳（含人工喂养）时间，每次哺乳时间为1小时，多胞胎生育者，每多哺

育一个婴儿增加30分钟。

七、节育措施：二胎平产后应在42天（剖腹产60天）采取放环措施，节（绝）育证明复印件交院计生办存档，否则，出现后果由个人承担。已婚育龄女职工及男职工家属（49周岁以下）要定期参加街道居委会组织的查体，查体结果交计生办存档。

八、杜绝计划外生育：全院职工必须遵守计划生育规定，坚决杜绝计划外三胎生育、抱养、寄养子女等违反计划生育现象，一旦发现，经查实将按照《山东省人口与计划生育条例》规定，给予严肃处理，情节严重者开除公职。

九、聘用制人员管理：医院所有聘用制人员，必须服从所在科室计划生育工作管理，一旦发现违反计划生育现象，给予立即辞退。

保密工作制度

一、总则

- 1、为保守医院秘密，维护医院权益，特制定本制度。
- 2、医院秘密是关系医院发展和利益，依照特定程序确定，在一定时间内只限一定范围的人员知悉的事项。
- 3、医院各科室和全体职工都有保守医院秘密的义务。
- 4、医院保密工作，实行既确保秘密又便利工作的方针。

二、保密范围

医院秘密包括下列秘密事项：

- 1、医院重大决策中的秘密事项。
- 2、医院尚未付诸实施的发展战略、发展方向、发展规划等。
- 3、医院内部掌握的合同、协议、意见书及可行性报告、主要会议记录。
- 4、医院财务预决算报告及各类财务报表、统计报表。
- 5、医院所掌握的尚未进入社会或尚未公开的各类信息。
- 6、医院职工的人事档案，工资性、劳务性收入及家庭地址、家庭成员、通讯方式等职工基本情况。
- 7、其他经医院确定应当保密的事项。一般性决定、决议、通告、通知、行政管理资料等内部文件不属于保密范围。

三、密级确定

1、医院秘密的密级分为“绝密”、“机密”、“秘密”三级。

（1）医院经营发展中，直接影响医院权益和利益的重要决策文件资料为绝密级。绝密是最重要的医院秘密，泄露会使医院利益遭受特别严重的损害。

（2）医院的规划、财务报表、统计资料、重要会议记录、医院经营情况为机密级。机密是重要的医院秘密，泄露会使医院权益和利益遭受到严重的损害。

（3）医院人事档案、合同、协议、职员工资性收入、尚未进入市场或尚未公开的各类信息为秘密级。秘密是一般的医院秘密，泄露会使医院的权益和利益遭受损害。

2、属于医院秘密的文件、资料，应当依据本制度的规定标明密级，并确定保密期限。保密期限

届满，自行解密。

四、保密措施

1、属于医院秘密的文件、资料和其它物品的制作、收发、传递、使用、复制、摘抄、保存和销毁，由医院保密委员会委托专人执行；采用电脑技术存取、处理、传递的医院秘密由信息中心负责保密。

2、对于密级文件、资料和其他物品，必须采取以下保密措施：

(1) 非经院长或分管院长批准，不得复制和摘抄。

(2) 收发、传递和外出携带，由指定人员担任，并采取必要的安全措施。

3、不准在私人交往和通信中泄露医院秘密，不准在公共场所谈论医院秘密，不准通过其他方式传递医院秘密。

4、医院工作人员发现医院秘密已经泄露或者可能泄露时，应当立即采取补救措施并及时报告保密委员会办公室；保密委员会办公室接到报告，应立即作出处理。

五、责任与处罚

1、凡与涉密事项有接触机会的科室和职工都有自觉保守医院秘密的责任与义务。

(1) 不该说的医院秘密绝对不说，不该知道的秘密绝对不问，不该看的秘密绝对不看，不该记录的秘密绝对不记录。

(2) 不准私自或者在无保密保障的情况下制作、收发、传递、复制、使用、存放、销毁属于秘密的文件、资料 and 物品。

(3) 不准携带机密文件、资料逛市场、参观、游览、探亲访友及进入其他公共场所或者进入私宅，不准在公共场所谈论医院秘密。

(4) 未经批准不准擅自翻印、复印、全文抄录机密文件。

(5) 不准长期私自存放或者私自销毁机密文件、资料。

(6) 不准横传阅办或者在没有保密条件的家中阅办秘密文件、资料，不准任意扩大知密范围。

(7) 不准在私人交往和通信中涉及秘密。

(8) 不准使用无线话筒和在无保密措施的电话、电报、传真等设备中传输秘密。

(9) 不得向医院隐瞒自己或者他人泄密（包括失密、泄密、窃密）行为。

2、出现下列情况之一者，医院给予警告，并扣发一定数额的效益工资：

(1) 泄露医院秘密，尚未造成严重后果或经济损失的。

(2) 违反本制度规定的秘密内容的。

(3) 已泄露医院秘密但采取补救措施的。

3、出现下列情况之一的，医院予以辞退并酌情要求赔偿经济损失，并保留付诸法律的权力：

(1) 故意或过失泄露医院秘密，造成严重后果或重大经济损失的。

(2) 违反本保密制度规定，为他人窃取、刺探、收买或违章提供医院秘密的。

(3) 利用职权强制他人违反保密规定的。

职工行为规范

第一章 总 则

第一条 医院员工的规范，是保障医院管理层及其职工的行为，遵循和体现医院文化的主要手段。在完善医院行为规范体系中充分体现医院文化，是加强医院文化建设的基本内容。

第二条 人作为医院的构成主体，其行为蕴含着丰富的文化信息，是医院文化的重要载体，也是医院文化最真实的表现。医院员工的行为文化包含两个方面：即医院的经营管理行为和员工的日常行为表现与行为习惯。为加强医院精神文明建设，提高医务人员职业道德素质，推进以病人为中心、创优服务工作，制定本行为规范。

第三条 本规范是各类工作人员进行医疗活动的思想行为和服务工作的准则。

第二章 各类工作人员行为规范

第四条 忠于职守，爱岗敬业。以救死扶伤，实行社会主义人道主义为已任，把病人利益放在首位，为解除病人疾苦而尽心尽责。严格执行各项规章制度和操作规程。工作认真，检查及时准确，操作周密细致。

第五条 患者至上，热情服务。对待病人一视同仁。想病人所想，急病人所急，兑现服务承诺，落实便民措施，为病人排忧解难。

第六条 文明行医，礼貌用语，仪表端庄，举止大方，对病人有爱心，对工作有责任心。

第七条 廉洁奉公，遵纪守法，乐于奉献，不谋私利。加强修养，严于律己，在医疗活动中坚持实事求是。合理收费，自觉维护国家、集体和病人的利益。

第八条 尊重病人的人格和权利，为病人保守医密，实行保护性医疗。

第九条 同行同事之间，互尊互学，团结协作，互相支持，维护集体荣誉，维护行业形象。

第十条 开拓进取，钻研技术，博采众长，精益求精。严谨求实，奋发进取，不断汲取新的科学知识，不断提高医疗技术水平。

第十一条 恪尽职守，遵时守责。严格遵守医院作息时间，培养提前上班习惯，准时应诊办公，不迟到早退，不擅离职守，不串岗脱岗。严格请假制度。严格执行交接班制度。

第十二条 上班前不吃异味较大的食物，不在工作岗位上用餐。上班时间不吃零食，不干私活，不陪岗闲聊，不看文艺类书刊。不从事与本岗位无关的活动，不在诊室内吸烟。

第十三条 自行车、摩托车、汽车按规定整齐停放，不在院内道路行驶。

第十四条 爱护国家财产、爱护仪器设备及一切医院公物，妥善保管使用，厉行节约。爱护院内绿化，主动劝阻不文明行为。

第十五条 严守医院档案、医疗、科研机密。

第十六条 医技科室想方设法缩短各种检查预约日期，力争快速检查，准确及时报告，减少病员等候时间。

第十七条 病区科室尽最大可能提高诊疗质量，缩短病人住院床日，降低病人住院费用。

第十八条 行政、职能科室要努力做好协调、保障、服务工作。

第十九条 后勤、设备部门要通力协作，主动配合临床、医技科室，确保院内设备、器械的完好

状态，及时修复故障。定期保养检查，保证全院气、电、水按时供应。

第二十条 职工上班应精神饱满，衣冠端庄，仪表大方。工作衣帽穿戴整洁，醒目佩挂胸牌。

第二十一条 上班不穿拖鞋，不穿有钉皮鞋，不戴戒指、耳环，不蓄指甲、长发、不涂指甲油，不浓妆艳抹。

第二十二条 不穿工作衣逛街，不穿白大衣进食堂。

第二十三条 举止有度，动作轻柔，不应行为不端，作风鲁莽，庸俗不检。不在医疗场所高声喧哗、嬉笑打闹。接诊病人时禁止接电话。

第二十四条 尊重他人人格，谦恭礼让，作风严谨，自尊自爱。

第二十五条 语言文明，尊重对方，称呼准确，用词贴切，善于运用“请”、“您”、“对不起”、“谢谢配合”等文明用语。禁止使用让人感觉不尊重的命令式和无称谓的语句。接听电话文明用语，铃响三遍应及时接听。接电话时应说“您好，自报科室、请说、再见”等。电话交谈时间不宜过长。工作时，不允许电话唠家常。

第二十六条 接待病人主动热情，和蔼宽容。语言亲切文明，称呼得体大方。理解、体谅对方，讲究医用语言艺术，不刺激对方，不激化矛盾。善意启发对方，消除病人的心理压力和不安情绪，禁止使用侮辱人格、讽刺挖苦等可能让人羞涩的语句。

第二十七条 一切为病人或家属着想，解释问题耐心，语气和缓，尽量消除对方忧虑，禁止使用不耐烦、生硬的语句。回答病人及家属的询问要耐心诚恳，答话语言要通俗易懂。

第二十八条 理解、同情病人及家属的就医心理，细心周到，认真负责，不冷推硬顶，避免争吵、纠纷。设身处地从对方需要出发去考虑问题，尽量能提供方便，帮助解决困难，不敷衍了事，不拒诊推诿。

第三章 医师行为规范

第二十九条 坚持以病人为中心，认真履行医师职责，尽职尽责为病人服务，耐心解答病人提出的问题，方便病人就医。

第三十条 关心、爱护、尊重病人，不泄露病人的隐私，自觉维护病人的合法权利。

第三十一条 严格依法执业，遵守各项技术规范，积极预防医疗差错事故的发生，对已经发生的医疗差错事故，按规定程序及时报告。

第三十二条 认真执行首诊负责制，及时抢救急、危重病人。落实三级医师负责制，各负其责，把好医疗服务质量关，做到及时准确地记录病历等医疗文件。因病施治，合理检查，合理用药，合理治疗。

第三十三条 在诊疗过程中，使用国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械。除正当诊断治疗外，不使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品。

第三十四条 在避免对病人产生不利后果的前提下，如实向病人及其家属介绍病情。未经医院批准并征得病人或者家属同意，不对病人进行实验性临床医疗。

第三十五条 发现传染病疫情或者病人涉嫌伤害以及非正常死亡时，应按照规定向有关部门报告，并实事求是地出具医学证明文件。

第三十六条 遵守医师职业道德，不利用职务之便，索取、非法收受病人财物或者牟取其它不正当利益。

第四章 护理人员行为规范

第三十七条 忠于护理事业，尽心尽责地履行护理职责，热情、细心护理每一位病人，为病人排忧解难，按照整体护理的要求，切实做好基础护理、心理护理和分级护理。

第三十八条 尊重病人的信仰和风俗习惯，对病人一视同仁，维护病人的合法权益。

第三十九条 刻苦钻研业务，对技术精益求精，不断更新护理知识，学习新技术，提高护理业务水平。

第四十条 医护密切合作，认真执行医嘱，按时巡视病人，细致观察病情。协助医师向病人作必要的解释、说明工作，消除病人顾虑，使病人配合治疗。

第四十一条 遵守各项护理操作规程，严格执行“三查七对”制度，防止护理差错事故发生。一旦发生差错事故，要按规定及时报告。

第四十二条 主动向病人宣传卫生保健科普知识，对病人进行健康教育，帮助病人树立战胜疾病的信心。积极维护良好的医疗秩序，为病人创造整洁、宁静、温馨的诊疗环境。

第四十三条 在护理活动中，坚持做到仪表端庄，举止稳重，语言文明，热情耐心。

第五章 医技人员行为规范

第四十四条 树立为临床服务的观念，面向临床，主动配合临床各科室，为临床诊疗提供科学依据。

第四十五条 热情服务，病人至上，尊重科学，实事求是，及时出具检查报告，缩短病人诊疗时间。

第四十六条 作风严谨，一丝不苟，认真履行职责。检查前向病人详细交待检查注意事项；检查时细心检查可疑部位，避免差错；检查后认真登记检查结果，及时发送检查报告。

第四十七条 努力钻研业务，积极开展技术创新，开发诊断、治疗新项目，满足临床医疗发展的需要。

第四十八条 建立技术档案，管好医疗设备，认真做好医疗器械的供应、保养和检修工作。

第四十九条 严格执行药品管理法律法规，严格执行药品采购、保管、销售制度和制剂操作规程，保证药品和制剂质量，管好麻醉、剧毒和贵重药品。

第六章 后勤人员行为规范

第五十条 热爱后勤工作，努力学习有关业务知识，熟练掌握本职业务技能，主动为临床第一线及医院各部门提供优质、高效服务。做到下收、下送、下修，保证水、电、气正常供应。

第五十一条 厉行节约，堵塞漏洞，严防浪费。认真做好设备和物资的计划、审核、采购、验收、入库、保管、发放、报废、清点、回收等工作，为医疗机构当好家、理好财。

第五十二条 爱护公物，搞好环境卫生，严格执行污水污物处理规定，保持医院环境清洁整齐优美。

第五十三条 做好防火、防盗、防毒等安全保卫工作。

第七章 行政管理人员行为规范

第五十四条 认真贯彻执行党的卫生工作方针、政策，带头遵纪守法和执行各项规章制度。牢

固树立以病人为中心，为医疗第一线服务的思想，带领职工做好各项工作。

第五十五条 作风正派，廉洁奉公，以身作则，吃苦在前，享受在后，办事公道，带头抵制和纠正不正之风。

第五十六条 尊重知识，尊重人才，任人唯贤。平等待人，团结同志，密切联系群众，倾听群众意见，注意调动群众的积极性。

第五十七条 工作认真负责，尽心尽责，真抓实干，密切配合。熟练掌握本职业务，经常深入实际调查研究，了解和分析各种信息，做到情况心中有数，决策科学正确，解决问题及时，工作讲究实效。

第五十八条 开拓创新，锐意进取。努力学习，更新思想观念，积极探索，深化改革，加强科学管理，不断提高医院工作水平。

第五十九条 遵守会议时间，参加各种会议应准时或提前五分钟到会。未经请假不得提前离场；手机调静音状态。不可随意走动和交头接耳，杜绝打瞌睡、抠鼻子、掏耳朵、剪指甲、剔牙等不雅行为；领导讲话应言简意赅，与会者思想集中，不应不时看表；开会、听讲座须携带笔记本，认真记录并将会议内容及时传达到科室。

第六十条 待人礼貌，服务热情。凡来办理公务、联系事务的同志都视为客人，以礼相待；上班期间不准打扑克、打麻将、看小说杂志等，或在电脑上做与工作无关的事情。对来访者和患者及家属要热情、礼貌，按医院文明用语规定执行；办公区域内保证宁静整洁，不准抽烟、喝酒或吃有异味的食品；语言文明、态度和蔼，不准在办公和医疗区吹口哨、哼小曲、说笑和大声喧哗；公务交往中，递送名片时将正面朝向对方，双手递上。对方送名片时，应双手接过名片，并说“谢谢”。

第八章 服务用语

1、您好！2、请！3、请进！4、请坐！5、请稍候！6、您需要帮助吗？7、对不起。8、不客气。9、谢谢！10、请配合一下。11、谢谢合作。12、您很快就会好起来的。13、祝您早日康复！14、您走好。15、欢迎您检查指导工作。16、请多提宝贵意见。17、您提的意见很好，我们一定会认真改进的。18、感谢您对我们工作的理解与支持。

第九章 服务禁语

1、喂；2、喂，**号床。3、不知道；我不管这事；你问别人。4、有说明书，自己看吧；你没长眼，那不是吗？5、快点；没看见我正忙着，等一会。6、和你说不清楚。7、有意见，找领导去。8、我就这样，你去告好了。9、没有钱，你来看什么病。10、这么晚才来，下班了，不办了。

第二部分 行政管理体制

关于制定和修订医院规章制度的规定

为规范医院规章制度的制定和修订，建立和完善医院的规章制度体系，保障医院各项工作有序进行，特制订本规定。

一、全院性规章制度的制定或修订应遵循以下程序：

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

2、分管院领导对送审稿进行审核把关，必要时报送相关委员会或召集会议审议，责任部门根据会议意见进行修改、完善；

3、提交党政联席会议或院长办公会讨论；

4、党政联席会议或院长办公会讨论通过后，由分管院领导和党政主要领导批准生效，生效日期一般为签发日期。

二、各部门、科室在遵循医院规章制度及有关文件的基础上，制定适用于本科室的规章制度和工作规程，经过科室负责人审批后在内部实施。科室负责人负责本科室制度和规程的定期修订和落实。

三、规章制度制定或修订的原则：

1、符合医院宗旨、愿景与目标及功能任务等；

2、适应当前和今后医院改革发展的需要，符合医院评价标准；

3、每三至五年根据需要对规章制度进行全面复审和修订；凡注明“试行”或“暂行”的，一般在试用一年后及时修订形成正式制度。

4、院、科两级均应将有关规章制度应汇编成册，存放在综合档案室及各相关科室内，以便于职工查看；

5、过期、修改或删除的规章制度必须按规定归档，并保存15年。

四、各委员会及科室负责人之间应加强交流，确保医院与科室、科室与科室之间的制度相互协调，避免冲突。

院领导行政查房制度

一、查房目的

院领导行政查房是医院院级领导深入临床、门诊、医技、职能部门及有关部位督导检查工作、听取意见和建议、开展调查研究、加强医院管理的重要途径。

二、查房内容

1、进行调查研究。了解医院医疗、护理、科研、教学、管理、服务、后勤保障、安全保卫等工作的实际情况及干部职工的思想状况及行为规范，听取意见和建议。

2、实施管理职能。督导检查各科室对国家法律法规和医院规章制度的落实情况，对医院整体工作的执行情况，科室工作职责的履行情况，总结推广先进经验。

3、解决实际问题。了解被查科室近期工作开展情况和存在的问题和困难，听取医务人员对医院工作的意见和建议，征求病人及职工的意见和建议，采取措施为科室排忧解难，改进医院工作。

三、查房时间

院领导行政查房每月一次，特殊情况下可临时安排。

四、查房要求

1、院领导行政查房由院长或其他院级领导带队，查房前应根据医院当前中心工作和院领导分工情况，确定本次查房的主题，围绕查房主题提出问题和解决办法，确定牵头职能部门、记录人员、参加部门和被查科室（部位）。

2、查房前，可由牵头部门提前通知参加部门、被查科室的主要负责人，被查科室负责人在院长行政查房时应到位，并提前做好科室近期工作情况及存在主要问题的简要汇报准备。也可不提前通知被查科室。

3、行政查房要和现场办公结合起来，凡能立即解决的就地解决；对暂不能解决的要讲明原因或责成有关部门、科室限期解决，必要时经院长办公会研究讨论；对在查房中发现的缺陷、违规等问题，要按医院绩效考核办法及有关规定进行处理，并限期整改。

4、带队院领导和牵头部门要对在查房中提出需要解决的事项进行责任分解、加强督办催办，并将承办进展、处理结果在医院行政办公例会或院周会上进行通报。

5、责任部门要积极办理查房中需解决的有关事项，及时将完成情况反馈至本次查房的带队院领导、牵头部门，牵头部门将材料汇总后交院办公室归档。

6、院办公室负责做好查房责任分解表、督办表等材料的归档工作。

院长接待日制度

为进一步强化医院管理，推进院务公开，提高工作效率，拉近医院与社会的距离，提高职工及社会对医院的满意度和美誉度，促进医院和谐、健康发展，特制定本制度。

一、接待时间

周三为院长接待日，接待时间为上午 9:00—11:00、下午 3:00—5:00，其余时间随机接待。遇节假日顺延至下一周进行。如遇特殊情况，由院办公室另行安排。

二、接待地点

院长接待室。

三、接待人员

医院领导班子成员轮流主持院长接待日。

四、接待对象

1、医院患者及家属；

2、关心医院发展的社会各界人士；

3、医院职工。

五、接待内容

1、接待患者及家属的投诉举报以及答复患者咨询；

2、听取患者、家属以及社会各界人士对医院发展建设、日常工作、行政、医疗及医德医风方面的意见建议；

3、协调解决各业务科室与职能部室之间工作衔接及其存在的问题；

4、归口协调处理医患沟通中遇到的困难及问题。

六、接待规程

1、院办公室负责院长接待日组织工作；职能部室主要负责人陪同接待，做好接访登记，并牵头办理有关来访事项。

2、值班表由院办公室每季度排定一次，并将值班表送交院领导和各职能部室。

3、参加接待日的院领导若不能如期执行当日接待工作，应事先通知院办公室，并作好相应的调班安排。

4、值班时要认真负责、妥善处理有关问题。对能够当场答复和解决的，当场予以解决和处理；对不能解决的，应向来访者说明原因，做好解释工作；对需要集体研究的问题，待研究后及时予以解决和处理；需要向上级机关请示的问题，要及时向上级机关请示，待上级明确后及时予以解决和处理。

5、交办。在来访接待中不能当时处理的，由参加接待的院领导在《枣庄市立医院院长接待日来访登记表》中批示，提出意见，再由陪同职能部室向有关承办部室交办，并下达《枣庄市立医院院长接待日来访事项交办单》，限期报结。交办单一式两份，一份留存，一份交承办部室。

6、督办。院长接待日交办的事项，由陪同职能部室负责跟踪督办。

7、反馈。承办部室应根据院领导的批示要求限期完成承办事宜，不得推诿、拖延、敷衍，一般要求在一周内将办理情况以书面形式报交职能部室。来访者需要反馈办理结果的，须经参加接待日的院领导和分管院领导审阅同意并签字后，方能将办理情况反馈给来访者。

8、建档。陪同职能部室原则上应于接待日下周前将《枣庄市立医院院长接待日来访登记表》、《枣庄市立医院院长接待日来访事项交办单》、承办部室书面报告等有关材料交由院办保管，年终统一归档。

9、院长接待日交办事项的督办承办情况纳入绩效考核。

医院行政总值班制度

为切实做好医院行政总值班工作，规范工作程序，提高工作效率，进一步增强值班人员的责任意识、安全意识和纪律观念，确保医院安全稳定，特制定本制度。

一、医院行政总值班制度是指医院职能部室相关人员在非正常工作时间内代表院领导行使行政指挥权，以保证医院正常运行而设立的一种管理制度。

二、院行政总值班人员为院领导班子成员、职能部室有关人员和驾驶员等。其中，医院领导班

子成员轮流听班，职能部室有关人员轮流值上中下午班和夜班，公务用车驾驶员轮流值班。每月值班表由院办公室于上月底排好并下发。

以下职能部室人员可免于值班：

- 1、年满 52 周岁以上人员；
- 2、实习、临时人员；
- 3、在哺乳期的女同志；
- 4、长期病休或因身体欠佳需长期休养的人员；
- 5、有其他特殊原因、经医院研究批准的人员。

三、院行政总值班时间：中午班为 12 时至 14 时；夜班为当日 17 时至次日早 8 时；双休日及节假日分为上、下午班，上午班为早 8 时至 12 时，下午班为 12 时至 17 时；院领导带班、驾驶员值班为当日早 8 时至次日早 8 时。

四、院行政总值班的主要职责：

认真做好医院行政总值班工作是列入行政总值班范围人员的重要职责和义务，值班人员必须高度重视，切实树立责任意识、大局意识和主人翁意识，严格遵守制度，认真履行职责。

- 1、来访接待，来电记录，回复及与医院业务、行政管理有关的咨询工作。
- 2、负责传达上级的重要指示和通知精神，并负责处理有关事宜。
- 3、组织、协调全院性的重大抢救，紧急的院内外会诊等突发性重大紧急医疗工作。
- 4、协调处理临床、医技、门诊科室的请示报告，解决紧迫的行政后勤保障及安全保卫问题。
- 5、协调处理弃婴、病人退款及其他事宜。
- 6、值班人员应注意言行文明、礼貌，处理事宜及时、认真，按规定程序向有关科室或领导协调、报告，不得推诿、拖延。
- 7、认真做好值班记录，书写工整、事项清楚、内容明确；保持值班记录本的整洁、完整，不得撕扯和涂写。
- 8、严格执行交接班制度。值班人员向院办公室或下一班接班人员交班时，简要通报值班情况，本班特殊情况和未处理完的事项，如分管科室明确可直接通知到该科室，并在值班记录中写明；如不明确应移交给办公室或下一班。

五、院行政总值班应急处置：

1、对于在值班时间内发生的重大工伤、交通事故、大批中毒或特定传染病、紧急伤病等突发公共事件情况，在妥善组织、协调处理的同时，应按规定程序及时向有关科室和领导汇报；对重大医疗纠纷及事故、重大安全事故、紧急的重大手术以及高级干部、外宾（包括港、澳、台同胞）的入院、死亡等，应及时报告院领导，并通知有关部门作出相应安排。

2、值班人员有权组织人员集中力量解决值班时发生的问题，因公务有权调用医院值班用车接送医院有关人员。

3、遇到难以解决的紧急、重大问题，应及时向带班院领导报告请示，根据领导意见负责组织处理。

六、院行政总值班纪律：

1、每班值班人员应遵守值班时间，按时接班、交班。值班人员如遇特殊情况不能值班时，可自行联系其他值班人员换班或替班，并提前告知院办公室。不参与院行政总值班的人员不得替班。

2、值班人员要坚守岗位，尽职尽责，不得擅自离开总值班室，不得擅自在总值班室之外的地点

值班；实行面对面交接班，严防发生脱岗、空岗现象。

3、值班人员要遵守工作纪律和有关规定，严禁出现饮酒、打牌等违规行为；注意防火和电器安全等。

4、不得将值班室通讯设备（电话机、小灵通、传真机）随意切断或改变设置，爱惜值班室物品，维护室内卫生，做好物品交接。

5、值班人员要严格遵守各项保密规定，不得向无关人员透露泄密信息，不得擅自披露重大突发事件信息。

6、值班人员如违反有关规章制度及值班纪律，医院将予以通报批评，并与其个人绩效考核、评先评优相挂钩；造成恶劣影响和严重后果的，按照有关规定进行严肃处理，并追究相关责任。

七、医院为行政总值班室捆绑配备小灵通一部（号码为 3288020），值班人员如确需离开值班室到现场协调有关事宜，须随身携带小灵通，其他电话转移到移动通讯工具上，并将去向告知急诊值班室，确保联系及时通畅。

八、因节假日或其他工作需要特殊要求时，另行通知。

九、医院将加强对值班制度落实和值班情况的监督检查，不定期明查暗访和调度，并对有关情况予以通报。由院办公室负责组织实施。

落实“三重一大”制度实施办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实党的民主集中制原则，进一步推动和监督医院领导班子民主、规范、科学决策，增强领导集体的凝聚力、执行力、廉洁力和公信力，促使医院工作民主化、规范化、制度化，根据中央纪委关于“重大事项决策、重要干部任免、重大项目投资和大额度资金使用，必须经集体讨论作出决定”（即“三重一大”制度）的统一部署及上级有关规定，结合医院实际，制定本实施办法。

第二条 医院党政领导集体研究决定“三重一大”事项，必须严格遵守“集体领导、民主集中、会议决定”的原则，召开由医院领导班子成员集体参加的议事会议，实行集体议事，会议表决，记录在案，并在一定范围内公之于众。不得以传阅会签或个别征求意见等形式代替集体议事和会议表决。

第三条 议事会议由院长、党委书记或受院长、党委书记委托的其他院级领导召集并主持。非领导班子成员根据需要列席。

第二章 议事范围

第四条 “三重一大”事项的主要内容是：

一、重大决策

- 1、贯彻落实党的路线方针政策，上级重要指示、决定、重要会议和文件精神有关方案和措施；
- 2、党建与思想政治、意识形态、文化建设、党风廉政建设、安全稳定等工作中的重要问题；
- 3、医院发展规划、院区建设规划、学科与人才队伍建设规划，医院党委、行政年度工作计划，医院年度财务预算、决算方案；
- 4、医院机构设置、人员编制、职工招聘计划、岗位设置及聘用、专业技术职务评聘等涉及医疗、

教学、科研、人事方面的重大事项及改革方案；

- 5、全院性重要规章制度；
- 6、医院重大无形资产的授权使用；
- 7、院级以上重大奖惩事项；
- 8、须集体决策的其他重要事项。

二、重要人事任免

- 1、医院职能部门及临床、门诊医技科室中层副职以上干部任免；
- 2、区以上人大代表、政协委员候选人的推荐；
- 3、须集体讨论决策的其他重要人事任免。

三、重大项目投资

- 1、建设、修缮、改造等基本建设项目立项；
- 2、不动产的购买及医院重要资产的使用安排、出租和转让；
- 3、院内外合资、合作的重大项目以及对外投资项目；
- 4、大宗物品采购，医院对外重大合同的审批。

四、大额资金使用

- 1、未列入医院年度财务预算，金额在 10 万元及以上的临时性支出预算的追加；
- 2、须集体讨论决定的其他开支项目。

第五条 提交会议的议题必须是涉及全院、需要院领导集体研究决策的重大事项。在民主集中制的前提下，按照院领导集体决策、分工负责的要求，各部、科室在职责范围内能够研究确定的事项，不列入重大事项范围，由分管院领导组织安排部署，不再提交议事会议讨论。

第三章 决策程序

第六条 议事会议根据需要不定期召开。

第七条 召开议事会议须有三分之二以上领导班子成员到会，分管此项工作的领导必须到会，其中讨论人事事项的会议须全部领导成员到会方可举行。

第八条 重大事项决策议事前，要进行充分沟通，注意听取多方面的意见和建议，必要时可组织专家、专业机构进行评估论证，做到有备而议，慎重决策。

第九条 领导集体研究决定重大事项，按下列程序进行：

一、**确定议题。**研究决定重大事项的会议，议题应在班子成员之间事先沟通、形成共识，由主要负责人确定上会与否。

二、**会议准备。**会议应提前 1-2 天通知领导成员，一般在会前送达会议材料。班子成员会前要熟悉材料，认真酝酿。

三、**充分讨论。**会议先由分管领导或有关部、科室介绍上会材料，然后安排足够的时间对议题进行充分讨论。班子成员听取议题情况介绍后，应充分发表意见，表明态度。主要负责人应在其他班子成员充分发表意见后，表明自己的态度。班子个别成员因故未到会的，可用书面等形式表达意见。对会议的议题如有意见或建议，可在会议召开之前提出。

四、**逐项表决。**会议由主持人视讨论情况决定可否进入表决程序。意见比较一致时，可进行表决；持赞成与反对意见（含未到会领导班子成员书面意见）的人数接近时，可暂缓表决，留待下次会

议讨论。

会议实行逐项表决。表决一般采取记名形式（含口头和书面等形式），须将每位成员的表决意见记录在案，以示负责。人事等个别敏感事项，可进行无记名表决。未到会领导班子成员书面意见不计入票数，政策法规另有规定的除外，非领导班子成员不参加表决。

五、作出决策。院党委会议实行少数服从多数决策形式，赞成票数超过应到会领导班子成员半数为通过；行政领导班子会议实行民主集中制原则指导下院长负责制决策形式，由院长在集中班子成员意见的基础上作出最后决定。对决策事项意见分歧较大的，可暂缓表决（决策）。

第十条 每次会议应指定专人使用专用记录本做好记录。会议召开的时间、地点、议题和内容，出席和缺席的班子成员及列席人员姓名，班子成员对每个议题的意见、态度以及表决、决定等情况，必须如实记录，完整准确地反映议事决策的内容和过程。院长否定多数人的意见做出最后决定的，须在纪要中说明理由。有特殊保密需要的议题，内容可以从简。会议结束时，由会议主持人、记录人签名。必要时可形成会议纪要。

第四章 议事纪律

第十一条 院主要负责人要充分发扬民主，科学议事决策，带头执行重大事项集体决策议事制度，并对制度执行情况负总责。

第十二条 会议议事决策情况未经批准公开时，班子成员及列席会议人员必须严格保密，不得以任何形式泄露。

第十三条 班子成员要牢固树立全局观念，维护领导集体的团结和威信，对集体做出的决定必须坚决执行，个人不得擅自改变，保证决策事项的贯彻落实。对集体作出的决定，班子成员要按照分工负责、或由会议明确的负责人组织实施，实施结果应及时向主要负责人和领导班子集体通报。未完成事项如需领导班子重新作出决策的，经再次决策后，按新的决策执行。主要负责人要支持班子成员在职责范围内独立负责地开展工作。

第十四条 实行责任追究制度。凡违反“三重一大”制度决策程序或不执行集体决定的，根据事实、性质、情节，追究相关人员责任。

第五章 附 则

第十五条 发生重大突发事件和紧急情况，来不及集体议事及会议表决的，医院领导班子成员可临机处置，事后应及时向领导集体报告。

第十六条 本制度所涉及的内容，凡党和国家政策法规及上级文件中另有规定的，从其规定。

第十七条 “三重一大”事项决策情况，除应依法保密的事项外，应采取适当方式在相应范围内公开。职代会和医院全体职工有权对“三重一大”制度落实情况进行民主监督。

第十八条 本办法自公布之日起施行。

重大事项请示报告制度

一、科室负责人因公出差、外出会诊时，应向人力资源部、医务部提出书面申请，并向分管院领导请示，经批准后方可外出；科室班组长及职工在工作日离开本院的，应事先向科主任请示，经同意后方可外出。

二、严重工伤、重大交通事故、大批中毒、法定传染病及需要医院协调组织抢救的病员时，工作时间向医务部报告，夜间及节假日向医院总值班报告，医务部或院总值班及时向分管院领导和院长报告。

三、全国及省级领导干部、人大代表、政协委员（民主党派副主任委员及以上人员），处级以上领导以及外宾来院进行手术及其他特殊治疗时，患者所在科室要及时向院办公室或医务部报告，必要时向分管院领导和院长报告。

四、凡重大手术、重要脏器切除、截肢、首次开展的新手术、新疗法、新技术和自制药品首次临床应用时，应及时向医务部报告，由医务部向分管院领导汇报。

五、紧急手术而病员无家属时，工作时间向医务部报告，夜间及节假日向院总值班报告，医务部或院总值班及时向分管院领导或院长报告。

六、病员死亡需要进行尸体解剖时，及时向医务部报告，医务部向分管院领导报告。

七、发生医疗事故、纠纷或严重差错时，须及时向医务部、门诊部、护理部、保卫科汇报，并视情况向分管院领导、院长逐级汇报。

八、损坏或丢失贵重器材、贵重药品、毒麻药品时，须及时向医务部、门诊部、护理部、保卫科汇报，并向公安部门报告。

九、收治涉及法律和政治问题以及有自杀迹象的病员时，须立即向保卫科和医务部、门诊部报告，同时向公安部门报告。

十、重大决策、重要干部任免、重要项目投资、大额资金使用“三重一大”项目，须提交党政联席会议或院长办公会等讨论。

十一、外事接待工作，须向分管院领导、院长汇报。

十二、工作人员有重大违法乱纪现象时，及时向相关职能部门报告，必要时向保卫科报告，职能部门向分管院领导、院长汇报。

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

催办督办工作制度

为切实抓好医院各项工作的落实，进一步提高办事效率，加大医院管理力度，推动工作持续改进，特制定本催办督办工作制度。

一、主要内容

1、医院党、政会议及其他重要会议要求交办、催办事项的落实情况；

- 2、医院及上级有关部门重要文件、重要工作部署的完成落实情况；
- 3、院领导行政查房、院行政总值班等发现的有关问题或意见的整改落实情况；
- 4、医院领导批示或者口头交代的其他要求交办、催办的重要事项的落实情况；
- 5、需要催办督办的其他事项。

二、工作要求

- 1、坚持实事求是、认真仔细的原则，按时完成催办督办工作；
- 2、坚持保密原则，对催办督办中的涉密事项严格保密；
- 3、催办督办过程中，催办督办工作人员要加强与被催办督办科室的沟通与联系；
- 4、催办督办事项要有明确的办结结论。

三、工作方式

1、催办督办工作一般由党群工作部、办公室、质量与安全管理委员会办公室（简称质管办）负责组织，具体安排人员进行催办督办工作。党建群团工作由党群工作部催办督办，业务相关工作及专业委员会工作由质管办催办督办，行政等其他工作由办公室催办督办。

2、对重要会议要求交办的事项、院领导要求交办的事项，党群工作部、办公室、质管办要及时了解情况，明确事项的具体内容、责任人以及办结时间。

3、采取发放催办督办单、电话催询、当面催询等形式开展催办督办工作。

4、每月汇总催办督办工作情况，报院领导或在相关会议上进行通报。对时限性很强的工作要及时汇报，以免贻误工作。

四、工作程序和办结标准

1、各科室主要负责人是完成催办督办任务的第一责任人，负责催办督办本科室的来文来电、领导批示以及其他交办事项的办理。

2、各科室在接到催办督办通知后，要认真研究，积极采取相应措施，保证按时按质完成任务。各科室在执行过程中，遇到困难和问题，要主动、妥善解决，并及时沟通情况。完成任务后要及时进行反馈，以催办督办单形式交办的事项，要有书面材料反馈至党群工作部、办公室或质管办备案；以电话或当面催询方式交办的事项，应及时对办理情况进行口头反馈。不能按时完成的，要主动向布置工作的院领导以及党群工作部、办公室或质管办说明情况。

3、催办督办办结标准：属于布置工作类的事项，以印发了有关文件、召开了有关会议等为办结标准；属于工作汇报、调查研究和情况说明类的事项，以形成并上报有关文字材料、有关报表等为办结标准；属于资金审核、指标类的工作事项，以确定是否下达了指标文、拨付了资金为办结标准；其他工作事项根据其具体情况，确定办结标准。

五、考核

认真做好催办督办记录，在每年年终或次年初，对各科室完成督办工作的情况进行统计，以作为考核各科室工作及科室负责人的依据之一。对于没有理由、无故拖延办理督办事项者，一经查实，视情节轻重给予相应处理。

会议制度

一、党委会议

1、党委会议由党委书记召集并主持，党委委员为党委会议固定成员，其他院领导及党群工作部主任列席会议。

2、会议内容：及时研究解决医院党的建设、改革发展和稳定工作中的重要问题。主要事项有：研究贯彻执行党的路线方针政策，上级重要指示、决定，并提出实施方案和具体措施；审议医院发展规划、人事分配制度和内部管理体制改革等涉及“三重一大”的事项；研究加强和改进党的思想、组织、作风、制度建设和党风廉政建设、宣传思想政治工作、精神文明与医院文化建设等方面的重要问题，讨论党员发展工作和对党员的奖励、处分问题；按照干部管理权限，研究干部队伍建设等重要问题；党委年度工作计划、总结、重要规章制度等；工会、老干部、共青团等群团组织工作中的重大问题；重大突发事件的处理及其它应当提交党委会议讨论决定的重要问题。

3、党委会议决定的事项，由分管院领导负责落实，并及时向党委书记报告。

二、党政联席会议、院长办公会

1、党政联席会议由党委书记或院长召集并主持，院长办公会由院长召集并主持，院领导班子成员参加。

2、参加人员：院领导班子成员、相关职能部门负责人参加，院党群工作部主任或办公室主任负责记录。

3、会议内容：由院领导班子成员商定，一般讨论研究医院重要工作和重大活动。

4、党政联席会议、院长办公会决定的事项，由分管院领导与有关职能部门负责落实，并及时向院长、党委书记报告。

三、行政办公例会

1、行政办公例会由院长主持，一般每月召开一次，会议召开时间为每月初。

2、参加人员：院领导班子成员及职能部门负责人参加，院办公室指定人员负责会议记录。

3、会议内容：职能部门负责人汇报上月工作总结和当月工作计划及合理建议；院长安排当月重点工作内容，提出工作要求。

4、各职能部门根据当月工作计划内容严格组织实施。

5、会前，办公室负责汇总各职能部门月度工作总结并报至各位院领导；会后，办公室根据会议要求，汇总各职能部门月度工作计划并及时下发。

四、院务会

1、院务会由院长或副院长主持，各职能部门负责人，各临床、门诊、医技科室主任（负责人）、护士长参加，也可根据工作需要增加科室副主任、副护士长参加。一般每月召开一次。

2、会议内容：主要是传达上级有关精神，反馈周考核情况，总结前期工作，安排近期工作等。

3、院周会由院办公室协助院长或其他院领导做好各项准备工作。

4、办公室负责会议考勤工作，并定期公布参会人员到会情况，并依据有关规定考核奖惩。

五、多部门联席会议（跨部门工作会议）

1、由院领导或会议组织部门召集并主持，相关职能部门、临床门诊医技科室或相关委员会同志

参加。根据工作需要不定期召开。

2、会议内容：协调部门间事务，调查了解情况，研究布置工作任务，论证工作方案、措施；对日常工作中需要职能部门间、职能部门—业务科室间相互沟通的难点、重点问题进行协调、解决等。

3、会议组织部门或与院领导指定的部门负责会议记录。

六、委员会会议

1、由各委员会主任召集并主持，委员会全体委员参加，不能参加者须请假，三次以上无故不参加例会者委员会讨论调整该部门参会人员。根据工作需要定期或不定期召开。

2、会议内容：学习传达上级相关文件精神，讨论医院相关规章制度的建立、修订、完善及重点工作等。

3、经委员会讨论通过的决议，相应职能部门负责落实；对于委员会之间交叉的事务，提交医院质量与安全管理委员会会议讨论。

4、委员会由专人整理会议纪要，纪要包括会议时间、地点、参加人员及会议内容等，并交委员会主任委员审核，按要求归档。

七、科主任例会

1、科主任例会一般每月举行一次，具体时间为每月第一个星期三。

2、参加人员：院长或分管医疗工作的副院长，医务部主任，相关职能部门负责人，临床、医技科室正副科主任。

3、会议内容：布置和总结医院阶段性医疗工作、及时研究医疗管理中出现的新情况，协调处理新问题，推动医疗工作落实，对医院拟出台的医疗政策和医疗管理制度征求科主任意见、通报医院近期医疗工作情况、听取和研究科主任临床工作中遇到的问题、病例讨论等。

4、会议组织：科主任例会由院长或院长委托的副院长召集并主持，医务部负责科主任例会的组织和准备工作。严格执行会议签到和考勤制度，对会议签到情况定期进行公示。会议上通报、宣布的内容、发放的文字性材料等由相关职能部门提出，征得分管领导的同意，提前一天送交医务部。

八、护士长例会

1、由护理部主任或副主任主持，正、副护士长参加。每月召开一次，特殊情况下可临时召开会议。

2、会议内容：总结护理工作，公布检查评比情况，交流先进经验，指出存在问题，研究解决办法，布置新的工作任务。

3、护理部负责护士长例会的组织和准备工作。

4、护士长例会执行会议签到和考勤制度，到会情况依据院有关规定与绩效考核挂钩。

九、科务会

1、各职能、临床、门诊医技科室均应召开科务会，由科室主任召集并主持，科室全体人员参加。每月一至两次或根据工作需要召开。

2、会议内容：向科室人员传达医院有关会议精神、决议、通知，学习有关文件，总结、安排科室近期工作，检查各项规章制度和工作人员职责的执行情况等。

3、科室建立专门会议记录本，指定专人做好记录。

十、晨会

1、由科主任或护士长召集并主持，本科室人员参加。每天早晨上班 15 分钟内召开。

2、会议内容：进行交接班，听取值班人员汇报，解决医疗、护理以及管理工作中存在的主要问题，

布置当日工作等。

会务管理规定

一、会议种类及承办科室

- 1、党委会由党群工作部承办。
- 2、党政联席会议、院长办公会、行政办公例会、院周会由院办公室承办。
- 3、职工代表大会由工会承办。
- 4、委员会会议、科主任例会、护士长例会及其他业务性、学术性会议或培训班由质管办、医务部、护理部、门诊部等有关科室承办。
- 5、院领导委托承办的其他各类会议，根据会议内容由有关科室承办。

二、会前管理

- 1、加强会议统筹管理，严格会议申报审批，院办公室（或党群工作部）按申报审批时间顺次安排会议室。
- 2、会议承办者最迟于会议前一天通知院办公室（或党群工作部）以便安排会议室。同时召开的会议较多时，会议承办者与院办公室、党群工作部做好协调工作。
- 3、会议需要时，会议承办者准备会议议程、议题、主持词、讲话稿及有关文件材料等。
- 4、会议承办者负责布置会场、制作会标、打扫卫生、准备会议所需物品及会场服务等事宜。院办公室（或党群工作部）负责会场音响、投影仪的调试。会议承办者应提前到达会议室（会场），检查会议准备情况，做到万无一失。
- 5、会议承办者负责通知参会人员，必要时应在临近会议召开时间时加催。
- 6、按时清点到会人数，必要时应组织参会人员签到或进行点名。
- 7、严格执行请假制度。因故不能参加会议的人员，必须于会前向会议承办者请假，经同意后找人代会。

三、会中管理

- 1、参会人员要提前入场，不得无故迟到、早退、缺席、代会。因特殊情况在会议中途请假的，经会议主持人或会议承办者同意后方可离开，否则按早退处理。
- 2、参会人员应严格遵守会场纪律，认真听会，做好记录，不得做与会议无关的事情或扰乱会场秩序的行为。
- 3、会议期间，参会人员应将通信工具关闭或设为“静音（振动）”状态，不准在会场接听或拨打电话。确需对外联系的，应离开会场接打电话。
- 4、保持会场清洁，不随地吐痰，不乱扔废弃物。
- 5、会议承办者指定专人做好会议记录。
- 6、会议承办者协调做好会场服务和其他临时性工作。

四、会后管理

- 1、会议承办者负责撤掉标语、打扫卫生、关闭门窗、关闭电源、将有关物品恢复原位，并与院办公室或党群工作部做好全面交接。

- 2、及时整理会议记录（纪要）。

3、会议精神需传达的，参会人员要及时准确地做好会议精神的传达和贯彻，抓好承办工作的开展和落实。

- 4、会议内容需保密的，参会人员须妥善保管会议记录或会议材料，不得向无关人员泄露会议内容。

5、会议承办者定期公布参会人员到会及遵守会场纪律情况，并依据有关规定报绩效管理办公室考核奖惩。

五、精简会议，改进会风

要本着精简、务实、高效、节约的原则，严格控制会议数量，能不开的不开，能合并的合并；严格控制会议时间和参会人员规模；改进会议形式，突出主题，简化程序，提倡讲短话、开短会；实行会前预算，压缩会议开支。

会议室管理办法

一、本办法适用范围：学术报告厅、门诊楼五楼会议室、放射楼四楼会议室。

二、学术报告厅、门诊楼五楼会议室为院办公室管理，放射楼四楼会议室由党群工作部管理。

三、会议室的使用实行预约制度。各部门使用会议室需提前1天向会议室管理部门预约，告知会议名称、使用时间、人数等相关信息，并做好登记。会议室管理部门及时将每月会议情况及临时性会议情况汇总。

四、管理人员遵照谁先预约谁优先的原则，根据各使用部门的具体情况作出合理安排。各部门使用会议室如与医院使用发生冲突，应服从医院安排；如会议取消，使用部门应及时告知管理人员。

五、会议前，使用部门应与会议室管理部门联系，进行会场布置。

六、各使用部门要保持会议室整洁，爱护会议室物品，使用结束及时通知管理部门并整理会场，与管理部门做好全面交接。

七、管理部门每周六及每次会议结束后对会议室巡视，进行物品补充、维护、清洁等。

八、外单位使用会议室，须经院领导批准。

九、如果违反本条例规定，管理部门有权拒绝或停止会议室使用。

车辆管理规定

第一章 总 则

第一条 为加强和规范车辆管理，提高用车效率、节约经费、确保安全、保障医院工作顺利开展，制定本规定。

第二条 车辆分公务用车及医疗急救用车两大类。公务用车主要满足院领导日常公务活动以及各科室的公务活动，由办公室或院总值班室调度使用，其驾驶员由办公室管理。医疗急救用车主要用于“120”急诊急救，由急诊科调度使用，其驾驶员由急诊科负责管理。

第三条 全院车辆由院办公室统一管理，负责车辆的税费购置、保险、维修、事故处理等事务。

驾驶员的聘用及解聘由办公室和有关职能部门办理。

第二章 车辆调度

第四条 院领导以及各科室公务用车均需经办公室或院总值班室安排调度。无特殊情况，应按照国家领导、职能部门、临床医技科室的顺序安排用车。

第五条 实行派车单制度，驾驶员凭派车单出车。

第六条 根据申请用车人所办理公务的时间、地点及重要程度，采取合并安排或捎带办理的办法，科学调度车辆，尽量减少出车次数、时间和里程。用车人及驾驶员回院后，应及时通知办公室或院总值班室，以便统计用车时间及重新调度车辆。

第七条 工作时间公务用车由办公室干事负责安排；非工作时间由院总值班当班人员安排；特殊情况用车由办公室主任安排。

第八条 未经院长批准同意，所有车辆一律不准出市。其他院领导外出参加会议或出差，经院长同意后方可带车外出。其他人员外出参加会议或出差原则上不派车，特殊情况须经院长批准。

第三章 驾驶员管理

第九条 驾驶员要严格遵守交通法规和规则，服从交管人员指挥。不开英雄车，不开斗气车，严禁违章驾驶和酒后开车。否则，由此造成的一切责任后果由驾驶员个人承担并予以辞退。

第十条 要严格遵守医院的各项规章制度，上班或值班时间应坚守岗位，不得擅自离职守，24小时保持通信工具畅通。服从派车人员的管理和调度，认真完成出车任务，严禁私自出车。非正常工作时间公务用车，值班驾驶员应及时到位，不得延误，出车任务完成后，须及时报告院总值班人员，否则造成的一切后果由驾驶员负责。

第十一条 要经常加强学习，不断提高业务水平和驾驶技术。出车时要精心操作，安全行驶。

第十二条 要遵守劳动纪律，严格请销假制度。有事要提前请假，病、事假或3天以上节假日期间，驾驶员要将车钥匙交办公室干事保管。

第十三条 设司机班班长一名，协助搞好驾驶员的管理。

第四章 车辆日常管理

第十四条 建立车辆使用管理档案。给每部车辆分别建立出车、用油、维修台帐，由办公室干事负责管理。车辆的行驶里程、耗油及维修费用每月统计并公布一次。

第十五条 上班期间，车辆停放在指定位置待命。下班后，除值班公务用车、急救用车外，其余车辆一律入库，不得露天存放。不按规定随意停放，车辆发生损坏或丢失，由驾驶员承担一切责任。

第十六条 爱护车辆，经常保养，保持车辆完好整洁。车况不好或发现故障应及时向办公室报告处理，确保车辆各项性能处于良好状态，严禁有不安全因素的车辆行驶。

第十七条 用车人员不得纵容驾驶员酒后、疲劳、带病开车，不得要求驾驶员擅自改变行车路线，不得从事与工作无关的其他活动。驾驶员对用车人提出的不合理用车要求有权拒绝执行。否则，发生事故的，一切责任后果全部由用车人员和驾驶员负责。

第十八条 未经办公室主任同意，不许将公车交给他人驾驶，不许将车辆上配备的设备及物品（急救设备、警报器、免费证、通行证、牌照等）私自借给他人使用。否则，造成事故的，一切责任由

驾驶员本人承担。

第五章 车辆保养维修

第十九条 所有车辆加油、维修及养护时，采取定点加油和定点维修。

第二十条 车辆出车200公里内，必须由办公室开具油票，到指定加油站凭卡加油。周六、周日用车必须提前加油。驾驶员不得私自向加油站打欠条借油，否则办公室不予认可。长途用车和因特殊情况确需在外加油时，须先报办公室同意，凭增值税发票经用车人认可后方可报销。

第二十一条 车辆需维修时，小修以驾驶员自修为主，需进厂维修或新增、更换设备和零件的，由驾驶员填写维修申请单，经办公室核实认可报分管院长批准后，到指定维修厂家进行维修及养护。车辆维修申请单内容不得涂改。

第二十二条 车辆在厂修理期间，发现申请单未登记而确需非修不可的器件，驾驶员应及时报办公室同意并补填申请单。不得擅自增加修车内容及更换机件，否则费用自理。

第二十三条 车辆发生故障，需通知办公室带专业人员前往鉴定处理，严禁驾驶员私自修车或在外私自购件。特殊情况（长途出车）修车，必须具备完整手续，如更换机件，需将旧件带回，经办公室确认后，方可报销费用。

第二十四条 车辆维修厂家如需结算，需持车辆维修申请单、正规发票、修车清单等凭据，经办公室认可无误并经分管院长、院长签字后，方可到计划财务部办理。

第二十五条 任何人不准在车辆保养及维修时谋取私利，一经发现，严肃处理。

第六章 交通事故处理

第二十六条 办公室和急诊科负责人是交通安全的第一责任人，应按要求对其负责管理的驾驶员进行安全教育和培训。

第二十七条 本院公务用车和医疗急救用车均由办公室办理车辆保险。

第二十八条 车辆一旦发生交通事故，由办公室负责协助交警部门进行事故处理工作，并及时向分管院长汇报。

第二十九条 驾驶员驾驶本院车辆发生交通事故后，应积极抢救伤者，保护现场，主动拨打报警电话，及时向办公室汇报，并通知承保公司，不隐瞒、不躲避、不逃逸。

第三十条 医院参考交警部门认定驾驶员所负责任大小，对发生事故的驾驶员给予扣发工资、停职检查、辞退开除处理。造成重大交通事故的按有关法律规定的处理。

公务接待管理规定

为认真贯彻落实中央八项规定，加强党风廉政建设，进一步规范医院公务接待管理，厉行勤俭节约、反对铺张浪费，根据《党政机关厉行节约反对浪费条例》、《党政机关国内公务接待管理规定》和山东省、枣庄市有关实施办法，特制定本规定。

一、接待原则

公务接待坚持有利公务、务实节俭、严格标准、简化礼仪、高效透明、尊重少数民族风俗习惯

的原则，坚决杜绝讲排场、比阔气、铺张浪费等现象。

二、接待范围

来院检查指导工作的上级领导及其随行人员；应邀来院帮助开展工作的专家；外省市兄弟单位或友好单位来院参观、学习交流、考察调研的人员；其他因工作需要接待的人员。

三、接待程序

1、有关科室接到公务活动通知后，要根据来宾姓名、职务、性别、民族、人数、到达时间、所乘交通工具、公务活动安排等情况，提出接待方案，报分管领导及院主要领导批示。

2、接待方案包括：汇报或交流等有关材料准备、日程安排、食宿、陪同人员等。方案经分管领导及院主要领导同意后，由对口科室具体负责安排接待，院办公室协助。

3、严格接待审批控制。对口接待科室应当根据规定的接待范围，填写审批单，经分管领导及院主要领导批准后方可安排，对能够合并的公务接待统筹安排。未经批准不得安排公务接待，否则一切费用自理。

四、用餐安排

1、公务活动中，接待对象应按规定标准自行用餐，确因工作需要，可安排工作餐。用餐地点原则上在医院食堂，用餐标准按上级公务接待标准执行。严禁班前及中午饮酒。

2、工作餐应当注意节俭，供应家常菜，不得提供鱼翅、燕窝等高档菜肴和用野生保护动物制作的菜肴，不得提供香烟和高档酒水，不得使用私人会所、高消费餐饮场所。

3、严格控制陪餐人数，接待对象在10人以内的，陪餐人数不得超过3人；超过10人的，不得超过接待对象人数的三分之一。

五、住宿安排

1、接待住宿应当严格执行差旅、会议管理的有关规定。

2、住宿用房以标准间为主，接待省部级干部可以安排普通套间。不得超标准安排接待住房，不得额外配发洗漱用品。

六、其他安排

1、安排活动场所、活动项目和活动方式应当有利于公务活动开展。公务接待应当简化礼仪，不得在机场、车站组织迎送活动，不得张贴悬挂标语横幅，不得铺设迎宾地毯，不得献花插彩旗。严格控制陪同人数，严禁干扰医院正常工作秩序。

2、各类活动场所布置要简朴，不得制作背景板、欢迎牌，不得摆放花草、香烟、水果。

3、公务接待的出行活动应当根据人员情况尽量集中乘车，严格控制随车车辆。车辆一般只在全市内活动，确需长途用车，须经院主要领导批准。

4、不得超范围、超标准接待，不得组织旅游和与公务活动无关的参观，不得组织到营业性娱乐、健身场所活动，不得安排专场文艺演出，不得以任何名义赠送礼金、有价证券、纪念品和土特产品等。

七、本规定由办公室负责解释。未尽事宜，由医院根据上级有关规定办理。以往有关规定与本规定不符的，按本规定执行。

文件收发处理规定

一、收文处理规定

上级来文按照签收——登记编号——批办——院领导阅示——处理——反馈——存档的程序办理。

1、党群工作部、办公室等收到的文件、材料，由各自机要员签收、登记编号，附上文件传阅单，送科室主要负责人批办。机要员对一般来文从签收到送批，最迟不得超过三个工作日。

2、需送院领导阅示的文件，由机要员送党群工作部、办公室等科室主要负责人批办后，及时送院主要领导阅示。根据阅示意见，及时转交分管院领导及相关科室传阅、承办。

3、领导重要批件的办理情况，由承办科室负责查办。重要批、办件须将办理结果、办理时间填写在办文单上退机要员。

4、阅件人阅后应签名退机要员，不得横传。借阅文件需履行借阅手续，并注意妥善保管，用后及时归还。有密级规定的文件，未经院领导同意，不得复印，不得擅自扩大传阅范围，不得向其他人泄露，不得将文件乱丢乱放。

5、承办科室要严格按照工作分工和有关要求，在规定的时限内办文，提高办文效率。

6、有明确时限要求的文件，机要员须跟踪办理到底，领导未及时阅示的加以提醒，科室阅办的跟踪督促，办理结束即报告有关领导。

7、机要员对各类文件、材料要及时整理归档，保证随用随调。每年初对上年的文件进行清理后，交综合档案室立卷归档。须销毁的文件、材料，应经院领导批准后统一监销处理。

二、发文处理规定

发文要按照拟稿——分管院领导签字——院主要领导签发——编号、打印样稿——校对——付印——盖章——存档——分发——催办——反馈的程序办理。

1、树立精简发文意识，减少发文数量，可发可不发的文件一律不发。

2、文件拟稿一般由相关职能科室人员负责，重点把好行文、审签、内容、文字、体例格式“五关”，切实提高文件质量，要求观点鲜明、正确，文字简明、扼要，内容客观、条理，措施切实可行，正确反映领导意图等。

3、成稿后，拟稿人填写文件拟稿处理单，注明发放范围、份数等，并附必要的参阅件，先报分管领导审阅并签字，然后报主要领导签发。要尽量压缩发放范围，减少印制份数。

4、院主要领导签字同意发文、经核定手续完备的文件，由党群工作部、办公室、工会等相关科室编文号，交文印室打印、排版。打印材料要做到及时、准确，努力减少差错，不得积压、拖延。

5、文稿的初校由拟稿人负责，如拟稿人不在，由所在科室的同志代校。校稿人要在校对稿上签字。

6、经校对无误，文件方可付印、盖章、存档。印制文件应按文件规定或领导批示的份数进行，不得随意增加或减少。有密级规定的文件，严格执行保密制度。发出的公文如发现差错，要及时收回更正，同时要认真检查分析造成差错的原因，分清责任，及时处理。

6、文件的分发、催办、反馈由相关职能科室负责，承办科室要提高办文效率。

印章使用管理规定

一、印章的刻制和启用

1、医院所有印章必须经医院审批同意，由党群工作部、院办公室（以下统称“党政办”）统一刻制和发放，任何部门和个人不得擅自刻制。

2、医院及各部门、科室印章和公务中需使用的有关医院领导印章，因更改名称、印章磨损等原因需要更换印章时，需提出书面申请，经医院审批同意后，凭医院介绍信到有关定点单位刻制。在领取新印章时，有关部门应将停止使用或磨损作废的原印章统一上缴至党政办封存或销毁。

3、新印章启用前，应先盖上印模，由党政办行文通知后方可启用。

二、印章的保管

1、医院党委、行政印章由党政办作为机密件指定专人保管，医院所属部门、科室的印章由各部门、科室指定专人保管。印章管理人员外出时，由各部门、科室主要负责人指定人员代管。

2、保管印章要专柜专锁，防止被盗；用完印章要随手锁好，不得随意放在办公桌上。

3、印章不得带离办公室。如因特殊情况需在办公室以外的地点使用印章，医院党政印章必须经医院党政主要领导（或主持工作的领导）批准，部门、科室印章经其主要负责人批准，由印章管理人员在用印现场监章，或两人以上共同携带使用。

4、印章管理人员要注意保养印章，及时清洗，以确保用印清晰。

三、印章的使用

（一）用印流程及要求：

1、医院党政红头文件：职能部门拟稿、医院分管领导和主要领导（或主持工作的领导）双签字、党政办编号、文印室打印、党政办用印。

2、以医院名义上报、外送的请示、报告等材料：职能部门拟稿并审核、医院主要领导（或主持工作的领导）或分管领导审批、党政办用印。

3、医院各类报表：相关职能部门负责人签字、医院主要领导（或主持工作的领导）或分管领导审批后用印。

4、各类证书、证件、奖状、职务（职称）聘书、职称晋升材料、离退休手续等：承办职能部门根据文件造册、分管院领导审批后用印。

5、集体或个人表彰奖励申请（审批）、社会兼职申请（推荐）材料：相关职能部门审核、医院主要领导（或主持工作的领导）或分管领导审批后用印。

6、职工出国、出境申请（审批）材料：人力资源部审核、医院主要领导（或主持工作的领导）或分管领导批准签字后用印。

7、职工执业资格变更注册、专业技术考试报名、毕业实习鉴定、论文论著发表等相关材料：主管职能部门审核签字（章）后用印。

8、以医院名义签订的协议书（合同）、订购单：主管职能部门负责人签字、医院分管领导签字后用印；属“三重一大”事项的，须经医院主要领导（或主持工作的领导）签字。

9、法人代表委托书：院长授权并签署法人代表委托书后用印。

10、建筑工程、设备的验收材料：相关科室及职能部门负责人验收签字后用印。

11、科研项目申请表、鉴定证书等：医务部（科教科）负责人审核并签字、分管院领导审定签字后用印。

12、向外刊登广告、公告、声明：相关职能部门负责人签字、宣传科审核备案、医院主要领导（或主持工作的领导）或分管领导审批后用印。

13、向本院职工开具的在职、收入、户口迁移、发票开具、车辆年审等一般证明：由相关职能部门开具或签字后用印。

14、各种介绍信：因公出差、联系工作等，经本部门负责人和医院分管领导同意签字后，可开具介绍信；申请外出进修、学习、培训的人员，经相关职能部门、人力资源部同意，可开具介绍信；凡购买用于医教研的易燃、易爆、麻醉、剧毒等危险化学品需出具介绍信的，经本科室、相关职能部门负责人同意，医院分管领导审批签字后，可开具介绍信。

15、院领导工作用章（私章）：须经本人同意后方可用章。

16、外文材料用印应同时出具中文翻译方予用印。

17、其他特殊情况经院领导或党政办主任签发后用印。

18、除院领导签字（章）的文件、材料外，使用医院印章一律要填写用印申请表，经本科室及相关职能部门负责人或院领导签字同意。印章管理人员要仔细核对各级用印负责人及院领导签字、成文日期、用印份数，经核对无误的方可用印，坚持用印有据、前后统一、事实相符。

19、建立印章使用登记制度，党政办统一登记、经办人签字。重要事项用印要有存档件。印章使用登记簿及相关用印材料，须妥善保管留存，每年移交档案室归档，以供查考。

20、各部门、科室印章应参照本规定制定使用办法，严格审批和登记手续。

（二）下列情况不得用印：

- 1、涉及个人财务、经济、法律纠纷等方面的文件、材料；
- 2、未经单位或部门领导签字批准的文件、材料；
- 3、非本院职工或与本院工作、业务无关的文件、材料；
- 4、空白介绍信、空白证件、空白奖状、空白表格、空白纸张等。

（三）用印纪律：

- 1、任何人员必须严格依照本规定使用印章，不符合本规定的，印章管理人员有权不予用印。
- 2、凡私盖印章或利用印章舞弊者，视情节给予行政处分直至依法惩办。

四、印章的停用、作废和销毁

1、印章如需停止使用时，须由党政办封存或销毁。

2、印章的作废包括不适用作废、磨损作废、遗失作废等。作废的印章须及时销毁。

3、需销毁的印章，必须经医院主要领导（或主持工作的领导）同意后方可销毁。销毁前应留下印模。销毁时应有两名工作人员具体负责，并在销毁印章的文件上签字。

五、附则

- 1、本规定自印发之日起生效。以往有关规定凡与本规定不符的，按本规定执行。
- 2、本规定由院办公室负责解释。

医院大事记记载规定

一、为便于系统地查考医院在各个历史阶段的发展情况，需要结合日常工作，记载和保存医院各方面大的活动和重要事项的资料，做好医院大事记记载工作。

二、医院大事记的记载内容：

- (1) 党委和医院行政的命令、指示、决议、措施、会议及科以上干部的任免和调动。
- (2) 医疗工作方面的重大改革和重要医疗措施制订，重要会议活动，重大差错事故以及其他重要事项。
- (3) 科学研究工作的重大进展、发明、创造及重大技术革新成果。
- (4) 医院基本建设较大工程的施工、竣工日期及其建筑面积和经费使用情况。
- (5) 购置重要仪器设备和物资器材及总务工作方面的重大事项。
- (6) 领导体制与组织机构的变动及重要管理制度的改革。
- (7) 参加全国、全省、全市性集会、活动（包括业务性集会和活动），以及参与发表各种声明等活动。
- (8) 外宾或其他院外单位来院参观和本院外出参观的有关事项。
- (9) 党、团、工会的重要活动。
- (10) 其他重要事项。

三、医院大事记记载由院办公室主持，指定专人负责，坚持日常整理记载，定期立卷归档。

四、各职能部门积极配合办公室做好医院大事记记载，每月的工作总结应包含本科室工作范围内的大事记内容，供办公室从中筛选整理。

档案管理暂行规定

第一章 总 则

第一条 为进一步强化医院档案管理，加强档案工作的业务建设，逐步实现档案工作的规范化，提高档案利用效率，有效地为医院各项工作服务，根据《中华人民共和国档案法》、《中华人民共和国档案法实施办法》、《卫生档案管理规定》，结合我院工作实际，制定本规定。

第二章 档案管理

第二条 我院档案实行集中与分级管理相结合的原则，档案室在院办公室领导下，负责全院主体档案的管理，并对各科室档案管理工作进行指导、监督和检查。

第三条 档案室履行下列职责：

- (一) 贯彻执行《档案法》等有关法律、法规和方针政策，制定本院文件材料归档和档案保管、利用、鉴定、销毁、移交等有关规章制度；
- (二) 统筹规划并负责本院档案的收集、整理、保管、鉴定、统计和提供利用工作；
- (三) 指导各科室文件材料的形成、积累、整理和归档工作；

(四) 监督、指导本院各科室的档案工作。

第四条 各科室确定人员负责归档文件材料的收集和整理，按各种档案归档时间定期交档案室集中管理。

第五条 档案工作人员应当忠于职守，遵纪守法，具有相应的档案专业知识和业务能力。

第三章 档案的归档

第六条 归档的范围是我院在筹备、成立、运营、管理及产权变动过程中形成的具有保存价值的文件材料。

- 一、本院内部形成的文件材料；
- 二、本院应报的文件材料；
- 三、本院引进项目、外购设备等带来的文件材料；
- 四、本院投资的全资、控股、参股单位应向本院提交的文件材料；
- 五、本院参与的合作项目，合作单位按要求应向本院提交的文件材料；
- 六、本院执行、办理的外来文件材料。

第七条 归档的时间：

- 一、管理性文件材料一般应在办理完毕后的第二年上半年归档。
- 二、科研课题、基建项目文件材料在其项目鉴定、竣工后或财务决算后三个月内归档，周期长的可分阶段、单项归档。
- 三、外购设备仪器或引进项目的文件材料在开箱验收或接收后即时登记，安装调试后归档。
- 四、外出参加公务活动形成的文件材料应在活动结束后及时归档。
- 五、会计、审计文件材料在会计年度终了后由会计、审计科室整理归档，保管一年后向档案科室移交。

- 六、电子文件逻辑归档实时进行，物理归档应与纸质文件归档时间一致。
- 七、磁带、照片及底片、胶片、实物等形式的文件材料应在工作结束后及时归档。

第八条 下列文件材料应随时归档：

- 一、变更、修改、补充的文件材料；
- 二、内部机构变动和职工调动、离岗时留在科室或个人手中的文件材料；
- 三、固定资产处置变动过程中形成的文件材料；
- 四、其他临时活动中形成的文件材料。

第四章 档案的鉴定

第九条 每年应对档案进行一次清理，从档案的内容、来源、时间、可靠程度、名称等方面鉴别，确定各类档案的保管期限。

我院档案保管期限分永久、定期两种，定期分为 10 年和 30 年。

第五章 档案的销毁

第十条 档案销毁的具体工作由档案室承办，对已失效的档案，认真鉴定，编制销毁清册，立卷归档，永久保存。

第十一条 送交档案形成科室对拟销毁案卷的清册进行初审，经科室负责人签字同意后，连同销毁档案的书面报告送分管院长签字批准。

第十二条 销毁时要有档案人员二人以上，并由主管科室派人监销，共同在销毁清册上签字。

第六章 档案的保密

第十三条 档案管理人员和借阅档案人员必须严格遵守国家保密法及我院各项保密制度，认真做好保密工作。

档案管理人员必须严格执行档案查阅借阅制度，履行借阅登记手续，认真审查审批权限是否符合规定的要求。

第十四条 借出的档案材料务必定期归还。借出使用期间，不许转借他人，不许带入公共场所。

第十五条 任何人不许将档案内容泄露给无关人员，如有泄露和公布档案内容者，应视情节轻重，按《档案法》要求严肃处理。

第十六条 档案管理人员向借阅档案者提供、出具有关证明时，一定要以档案材料原始记载为依据，不得弄虚作假出假证。涉及医院机密的档案材料，必须院长同意后再作决定，严防泄密。

第十七条 档案室禁止吸烟，严禁将易燃易爆物品和私人物品带入库房，明显处要有安全防火设备。

第十八条 非档案管理人员，未经批准不准进入档案室。

第十九条 档案管理人员下班必须对档案室进行检查，锁好门窗、档案柜，切断电源后方可离开。

第七章 档案的利用

第二十条 凡需利用档案者，均须填写文件查阅单，依据调阅权限和档案密级，经分管领导签批后方能凭单阅档。

第二十一条 案卷一般仅供在档案室阅看，利用档案人员必须爱护档案，不得涂改、损坏、私自抄录、复印、圈点、批注等。

第二十二条 查阅文书、财务、科技档案，分别由行政、党务、财务、科研等主管科室负责人签批。摘抄档案内容，须主管科室同意才能带出档案室。如需复印档案资料，应有主管科室批准并在查阅单中注明复印内容，由院办公室安排。

第二十三条 本单位借阅档案应由本科室负责人签字，外单位借阅档案，应持有单位介绍信，我院主管科室签署意见后，经院长或分管院长批准。

第二十四条 借阅期限不得超过 15 天，到期归还。如需再借，应办理续借手续。

第二十五条 借阅档案应严格履行手续，办理借阅登记，当面点交清楚。归还时严格检查，并在借用登记予以注销。借阅者要爱护档案，确保档案的完整性，不得擅自涂改、勾画、剪裁、抽取、拆散或损毁。借阅档案交还时，须当面查看清楚，如发现遗失或损坏，应及时报告主管领导。

第二十六条 档案管理人员对查阅借阅档案及归还档案，均应在档案查阅登记簿上进行登记。对重大或重要项目的查阅，要做好利用效果的反馈工作。

第八章 附 则

第二十七条 我院制定的其他专项档案管理办法及保管期限，为本规定的补充。

第二十八条 本规定从印发之日起执行。

安全保卫工作制度

为了贯彻执行《中共中央、国务院关于加强综合治理工作的意见》，落实《中华人民共和国消防法》，加强依法管理，搞好医院治安、消防等安全工作，消除各种不安全隐患；维护医院正常的医疗秩序，保卫医院全体患者及医护人员的生命财产安全，特制定安全保卫工作制度：

一、医院安全保卫工作在院长和安全领导小组领导下，由保卫科具体负责。

二、牢固树立“安全第一”的思想，坚持“谁主管谁负责”的原则，各科室负责人为本科室安全保卫工作的第一责任人。要充分认识治安综合治理的重要性，把综合治理工作摆到重要位置。经常对职工进行安全教育，广泛地开展群众性安全保卫工作。

三、高度重视消防工作，及时排除医院的消防隐患。全院消防设备要定期检查和维修，保证消防设备的有效作用。

四、保卫人员要增强责任心，坚守岗位，忠于职守，对医院内的安全保卫工作负总责。要注意检查重点要害部位安全情况，遇事妥善处理，遇有特殊情况要及时向领导汇报。

五、医院实行保安工作制度，警务室工作制度，发现问题，及时处理，防患于未然，保卫科负责监督管理。

六、对全院职工进行防火、防盗、防事故教育；加强危险品使用管理并监督各种安全制度的执行和落实。

七、对医院发生的刑事案件和重大治安案件要及时报告院领导、上级主管领导及公安机关。

八、重点要害部门要制定具体的安全保卫措施和严格的岗位责任制，确保医院安全。

电视监控室管理制度

一、电视监控人员必须具有高度的工作责任心，及时掌握各种监控信息，对发现的情况及时进行处理和上报，为后续检查监督提供真实依据。

二、电视监控室设备应按规范要求操作、保养。发生故障，应及时报请维修。

三、值班人员必须遵守劳动纪律，不准随意离岗离位，个人需处理事务时，必须征得部门领导的同意并在有人替岗时方可离开。

四、当日值班人员对电视监控室存在的隐患及设备故障要及时报告本部门领导。

五、爱护监控室内设备，设备资料、系统软件等物件要妥善保管。

六、对监控到的违规违纪和犯罪作案嫌疑人时，应立即汇报给保卫科并及时报警，确保医院的安全。

七、认真做好电视监控室内各类记录的保管工作，防止丢失或失效。资料外借必须经部门领导批准并履行手续；

八、电视监控室内应保持整洁，严禁吸烟、吃喝、聊天、会客、睡觉。

九、外来人员参观监控室或查看监控资料，必须由保卫科同意，且须有医院指定人员陪同。

消防监控室工作制度

一、严格遵守国家的法律法规和医院的各项规章制度，熟悉相关专业理论知识和安全操作规程，持证上岗。

二、坚守岗位，监视火灾报警控制和监控设备设施，严格按程序操作。

三、定期做好各系统功能试验、维护等工作，确保消防设施运行状况良好。

四、保持室内清洁卫生，室内物品摆放整齐、墙面、地面洁净。

五、当火警发生时，按规定的报警程序及时的通知有关部门及负责人；火灾确认后，按要求正确的启动和关停有关消防设备设施，配合组织灭火工作。

六、发现设备设施故障时，及时通知保卫科和维保技术人员进行维修，配合相关人员进行设备设施检修和维护并如实登记。

七、无关人员禁止进入消防控制室内，因工作需要进入监控室的，需经保卫科同意后方可进入，并做好登记。

九、认真填写值班期间相关设施设备运行记录、发生的情况和处理结果，并做好交接工作。

重点部位（科室）防火安全管理制度

一、科室负责人为第一责任人，指定专人负责防火安全工作。

二、认真贯彻预防为主、防消结合的方针。

三、组织本科室职工认真学习消防知识，掌握消防设备操作，提高消防技能。

四、切实做到“三不走”：检查不完不走；外来人员不离开不走；电源不切断不走。

五、切实做到“四不准”：不准停放车辆和带入火种；不许无事人员随便进出；不准违反操作规程；不准吸烟动火。

六、消防器材应存在明显、易取的地方及易燃易爆物品附近。

七、积极排除火险隐患，对所发生的大小事故，必须做到立即向院保卫科、总值班室等有关科室报告。

危险品管理制度

一、各科室凡存有易燃、易爆、放射性、剧毒及腐蚀性试剂，均属医院危险品管理之列。

二、凡购买上述危险品，须填写专购申请单，经科主任签字，并报院长批准后，由指定专人采购。

三、剧毒及放射性试剂，设专帐，专人负责，专柜加锁保管，腐蚀性、易燃、易爆化学试剂，应与一般化学试剂分开保管。以上各类化学试剂不得放在实验室内。

四、易燃、易爆气体的高压钢瓶，按规定涂上颜色，钢瓶要固定。操作人员应经常对接头、阀门、管道进行检漏，以保证安全。

五、存放与使用易燃、易爆试剂的场所附近，应设置消防器材和安全防护设备，并定期检查，如发现失效，过期的消防器材，应立即报告保卫科更换。

六、剧毒试剂、危险品领取、发放与使用，应详细记录和使用人员签名，用剩部分应立即退还保管员，要做到物帐相符。

第三部分 人力资源与医疗保险管理制度

岗前培训制度

一、岗前培训是为了新进人员能尽快适应新工作，新环境，将自己的价值取向融入医院文化，特制定本制度。

二、凡新进人员必须参加本院举办的新进人员岗前培训。

三、时间及安排：岗前集中培训不少于 40 学时，具体时间、课程由人力资源部组织安排实施。

四、授课人员：医院党政领导、纪委监察室、人力资源部、医务部、护理部、门诊部、药学部、感染办、公共卫生科、应急办、医保办、质管办、计划生育办公室、保卫科及相关科室。

五、岗前培训的内容包括以下几个方面：

（一）医院文化。包括医院概况、组织机构、医院的业务或特色、医院发展前景、医院精神、劳动纪律、医院行为准则与道德规范等。

（二）医院管理制度。内容是人事制度，包括作息时间、休假、请假制度、晋升制度、培训制度等其他管理制度。

（三）薪酬。包括工资结构、支薪方式、社会保险的代扣、个人税收代扣等。

（四）医院福利。包括养老保险金、医疗保险金、失业保险金，以及医院为员工提供的其他福利。

（五）相关科室工作制度。专业知识、技能培训、操作常规、医疗安全措施传染病防治、院内感染防控、健康教育、工作礼仪规范及各类人员岗位职责等。

（六）安全防护教育。

1、医院根据国家现行法律、法规的要求，制定了防止与处理感染（包括化学、放射等）与职业损伤意外事件的管理文件，提供员工以遵循。

2、认真贯彻《中华人民共和国职业病防治法》，预防、控制和消除职业病危害，保护职工的健康及其相关权益，改善工作环境，搞好职业卫生工作。

3、依法履行向职工职业病危害告知义务。将工作过程中可能产生的职业病危害因素及其后果、职业病防护措施和待遇如实告知职工，并以标志、公告、宣传栏等形式进行广泛宣传，提高职工对职业病危害的防范意识。

4、依法组织对职工的职业卫生教育与培训。

（七）计划生育教育。

（八）观看医院专题片。

（九）其他。

六、结业考试。

培训结束要进行考试。考试合格者，安排上岗。

关于报考研究生及其管理的有关规定

为了进一步提高我院的医疗、教学、科研水平，提高我院在省内外的学术地位，医院鼓励医疗专业技术人员在岗攻读定向、委培硕士以上研究生和在职申请硕士以上学位。结合医院实际情况，经院研究决定，制订本规定：

一、各科室要大力支持在职人员继续学习，制订研究生培养计划，要把政治思想进步、医德医风端正，事业心强，专业技术水平、学识水平等方面有发展后劲的专业技术人员作为人才培养的主要条件，科室要加强对申报硕士或博士研究生的审议，注重德、能、勤、绩的综合考评。

1、凡报考全国统招研究生者，要求本院毕业工作满 2 年，必须书面申请，经科主任同意后，报业务主管科室登记，人力资源部备案，提交院长办公会研究同意后，方可办理报考手续。

2、为了强化竞争机制，每人允许报考两次，报考费用全部自理。如被录取，必须与医院签订协议书，确保毕业后按时回院工作并履行服务年限。

3、研究生在校学习期间，必须努力学习，遵纪守法，自学遵守学校的各项规章制度，接受学校管理，按时完成学习任务并获得毕业证书和学位证书。

4、研究生在校学习期间，医院每月预支生活费 1000 元，继续缴纳“三金”，工作年限连续计算，正常参加晋升、晋级、职称评聘。

5、研究生毕业后一周内必须返院报到上班。医院一次性报销读研期间的学费、按规定享受的寒暑假往返交通费，补发工资差额，参照上级有关规定兑现优惠政策。

6、研究生在校学习期间，由人力资源部负责管理，每半年向医院详细汇报一次本人的思想、学习、生活等情况，寒暑假假期按时到人力资源部报到，并听从人力资源部的工作安排。

7、研究生因个人原因终止学业或未按时获得毕业证、学位证的，须退还赔偿医院已支付的各种费用和损失。毕业后一周内未按时回院上班或未履行五年服务工作年限的，须赔偿违约金贰拾万元整（服务年限每减少一年赔偿肆万元，不足一年的按一年计算）。

二、凡报考在职研究生（研究生课程进修班），申报者必须经科主任同意并与科室达成协议，报业务主管科室登记，人力资源部备案，待获得学位证书后，医院报销学费总额的 70%，其他费用自理。

本规定下发前参加在职研究生班学习并获得学位证书的，学费报销办法可参照本规定执行。

三、本规定下发前已在读的定向培养研究生的管理可参照本规定执行。

四、本规定自公布之日起执行，以前的有关规定同时废止。

关于报考研究生及其管理的补充规定

医院工作人员在职申请硕士以上学位业务学习者，需要短期脱产学习问题，医院《关于报考研究生及其管理的有关规定》中，对此没有明确规定。根据工作需要，针对医院工作人员在职申请硕士以上学位短期脱产学习问题，结合医院实际情况，经院研究决定，制订本补充规定：

1、医院工作人员在职申请硕士以上学位，需要短期脱产学习，凭学习通知或证明，要提前 1 个

月提交书面申请，经科主任同意后，报业务主管科室登记，人力资源部备案。

2、脱产学习必须与医院签订协议书，确保获得学位证书后在院工作并履行服务年限。

3、脱产学习期间，必须努力学习，遵纪守法，自学遵守学校的各项规章制度，接受学校管理，按时完成学习任务。

4、脱产学习期间，医院每月预支生活费 1000 元，继续缴纳社会保险金。

5、脱产学习结束一周内必须返院报到上班。

6、待获得学位证书后，医院报销学费总额的 70%，往返一次交通费，补发工资差额。

7、脱产学习结束一周内未回院上班或取得学位证书未履行 5 年服务工作年限的，须赔偿违约金贰拾万元整（服务年限每减少一年赔偿肆万元，不足一年的按一年计算）。

本补充规定自公布之日起执行。

人事代理人员管理办法

第一章 总则

第一条 为适应公立医院人事分配制度改革的需要，进一步规范人事管理，维护医院和临时聘用人员的双方权益，保持医院职工队伍的稳定，促进医院持续、健康地发展，根据《中华人民共和国劳动法》和各级人力资源和社会保障部门对人事代理人员管理的有关规定精神，结合我院实际，经研究决定，制定本办法。

第二条 本文所指的人事代理人员，系指人事关系在人才交流服务中心实行人事代理，不占用单位编制，而由医院予以聘用的人员。

第三条 人事代理人员的聘用原则

1、岗位需求原则。

即按照功能、职责任务和工作需要进行岗位设置，确定所需各类岗位的数量、职责、任职条件、目标任务、岗位等级。

2、双方平等自愿原则。

即医院与应聘者双方在完全平等自愿的基础上办理聘用手续。

3、逢进必考原则。

即人事代理新进人员都要实行公开招聘，必须经过严格的考试、考核程序。

4、公开、公正、公平、择优原则。

公开即任何的相关信息必须真实、准确、完整地予以公布；

公平即是参与聘用的人员地位平等，合法权益受到公平保护；

公正即医院对一切聘用人员予以公正待遇；

择优即按照确定的准则进行考核，择取最佳者。

5、德才兼备、量才使用原则。

德才兼备即既有好的思想品质，又有工作的才干和能力；

量才使用即根据聘用人员的专业特长，科学合理地配备相应岗位施展其才能。

第二章 行政管理

第四条 人力资源部负责对全院人事代理人员的总体管理。新城分院和医务部、护理部、门诊部、后勤服务中心等职能部门及各科室应参照在职工管理体制，根据医院规章制度和有关规定，对聘用人事代理人员实施具体管理。

第五条 根据国家有关政策法规，人力资源部应负责：

1、审核人事代理人员的聘用资格。

2、建立健全人事代理人员管理制度。

3、制定并落实人事代理人员工资标准及有关待遇。

4、负责与人事代理人员签订劳动合同。

5、办理人事代理人员社会保险。

6、委托办理人事代理人员人事代理及档案转递。

7、牵头组织针对人事代理人员的岗前培训、工作考核等日常工作。

8、人员规划、工作分析及工作设计。

第六条 各科室对聘用人员实行日常工作的直接管理和考核。

第三章 招聘及录用

第七条 由人力资源部根据医院发展规划及职工年度减员和专业人员现状情况，制定年度需要人事代理人员计划。经医院研究并报请上级主管部门批准后，按照有关程序进行招聘。

第八条 被聘用人员须符合以下基本条件：

1、坚持党的路线、方针、政策。

2、遵纪守法，无党纪、行政处分及刑事处罚的记录。

3、品行端正，具有良好的职业道德。

4、身体健康，能坚持正常工作。

5、具有履行所应聘岗位职责的业务能力。

6、应聘各类专业技术人员职位的必须具备应聘职位要求的国家正规全日制院校学历和相应专业执业资格证书或上岗证书。

7、遇特殊情况，由医院党政领导联席会议研究决定。

凡符合应聘条件者，均可按规定报名。人力资源部负责组织相关专家对资格审查合格的应聘者进行笔试、操作考试和面试。

第九条 根据招聘计划，按照考试合格成绩，等额确定进入考察和体检人员。经考察、体检合格者，报医院党政领导联席会议研究同意后，进行公示，公示期无异议的拟予聘用。

拟聘用人员实行试用期制度。试用期一般为硕士研究生、具备中级及以上专业技术职务任职资格的人员 3 个月，本科和专科毕业生、具备助理级专业技术职务任职资格的人员 6 个月，中专及以下学历 12 个月，坚持谁使用谁试用的原则。

试用期满后，由本人撰写试用期工作总结，试用科室写出试用期鉴定，经主管部门签署意见后，由人力资源部审核汇总，报医院党政领导联席会议研究确定合格者，签订劳动合同。报上级主管部门审批后，办理人事代理手续、组织关系和社会保险，并加入医院工会组织。

第四章 劳动合同

第十条 签订劳动合同应该遵循平等自愿、协商一致的原则。劳动合同的主要内容应包括：从事工作的岗位、合同期限、劳动时间、工资福利、劳动保护、社会保险、遵纪守法及双方应承担的责任等。人事代理人员试用期满正式聘用后，按照人才交流服务部门的有关规定，办理人事代理手续。每期劳动合同期限原则上为三年。聘用合同期满，经考核合格，双方同意可续签劳动合同。

第十一条 如人事代理人员有下列情况之一的，医院可以解除劳动合同：

- 1、在院受聘满三年未取得各级各类相应专业或岗位任职资格证书的。
- 2、由于个人原因（故意或过失）造成重大医疗安全事件，导致医院经济损失或造成不良社会影响或引发医疗纠纷的。
- 3、违反医院规章制度，造成一定影响的。
- 4、不服从医院合理的工作安排的，经批评教育仍不服从的。
- 5、不能适应医院发展需要，经培训或调整工作岗位仍不能胜任工作的。
- 6、患病或非因工负伤，在规定的医疗期满后仍不能从事原工作，或另行安排工作仍不能胜任的。
- 7、工作态度、技术水平达不到岗位要求，年度考核被评为不合格等次的。
- 8、因违法被追究刑事责任的。
- 9、无故旷班连续达到 10 日或者一年内累计旷班超过 20 个工作日的。
- 10、按照国家有关规定达到退休年龄的。

第十二条 如有下列情形之一，医院应提前向工会或职工代表说明，在充分听取工会或职工代表的意见后，可酌情裁减人员：

- 1、因单位整合、工作内容发生变化的。
- 2、单位经营发生严重困难的。
- 3、因劳动合同订立时所依据的客观经济情况发生重大变化，致使劳动合同无法履行的。

第十三条 有下列情形之一的，医院不得解除劳动合同：

- 1、因工负伤被确认丧失或部分丧失劳动能力的，按国家工伤保险的规定执行，处理劳动合同的终止手续。
- 2、患病或非因工负伤，在规定的医疗期内的（医疗期时间按有关政策规定执行）。
- 3、女职工在孕期、产期、哺乳期的。
- 4、在本单位连续工作满十五年，且距法定退休年龄不足五年的。

第十四条 医院与人事代理人员协商一致，可以解除劳动合同。

如人事代理人员在试用期内向医院辞聘，医院可以解除试用期；在合同期限内，人事代理人员违反合同规定要求解除合同，应承担违约责任。合同期满，如本人不再续签，由医院办理合同终止手续。在解除合同过程中，如双方发生争议，可由双方协商解决，协商无效的由劳动仲裁部门裁定或经诉讼解决。

第五章 工资和劳动保障

第十五条 人事代理人员有关工资福利按以下标准执行：

- 1、试用期工资标准

专科及以下学历的，试用期月工资标准不低于本市政府部门规定的最低工资标准；本科学历或具备助理专业技术职务任职资格的提高 10%；硕士研究生学历或具备中级及以上专业技术职务任职资格的提高 50%。

2、拟聘用人员试用期满办理人事代理手续后，月发放工资由基本工资和绩效工资两部分组成。

（1）基本工资：

基本工资包括岗位工资、薪级工资、津贴补贴（包括基础性绩效工资和奖励性绩效工资，下同），按照《枣庄市立医院人事代理人员工资标准》执行，与在编人员工资同步调整。

（2）绩效工资（即院内奖金）：按院绩效管理有关规定执行。

（3）晋升薪级工资：年度考核等次合格及以上者，可正常晋升薪级工资，于每年一月正常晋升薪级工资 1 级。

3、保健津贴、夜班费、节日福利等按相应人员的标准执行。

第十六条 社会保险和住房公积金

1、医院按照国家有关法律法规和枣庄市关于人事代理人员有关规定保护聘用人员切身利益，参加社会保险，缴存住房公积金，并按有关政策办理相应手续。

2、人事代理人员社会保险项目包括：养老保险、失业保险、医疗保险（含大病统筹）、工伤保险和生育保险。

3、人事代理人员各项社会保险费用和住房公积金按枣庄市有关规定缴纳，费用依法由单位和个人分担。其中个人缴纳部分，由医院计划财务部按月从个人工资中代为扣纳，医院统一办理相关手续。

第十七条 医院负责为人事代理人员提供必要的工作条件、安全保护设施和劳动保护用品。

第十八条 医院负责对人事代理人员进行专业知识培训，按上级有关规定办理专业技术职务晋升事宜。

第十九条 医院按照有关法律法规和政策对人事代理人员实行日常工作管理、年度考核、专业技能考核、奖惩等。

第二十条 建立人事代理人员档案，委托人才交流服务中心管理。

第二十一条 人事代理人员应服从医院管理，认真履行岗位职责，服从医院的工作安排和工作岗位调整（包括非本专业岗位）。

第二十二条 人事代理人员应参加医院组织的各项进修学习，积极参加各项集体活动和社会公益活动。

第二十三条 人事代理人员在设岗范围内每年集中进行一次职称聘任。凡签订合同满一年及以上且取得与工作岗位相应的专业技术职务任职资格的人事代理人员，经医院相关部门审核后均可参与职称聘任。

第二十四条 工作中如因个人原因（或负主要责任）发生的事故、伤害或纠纷，医院视具体情况或情节轻重给予相应的处罚和处分。

第二十五条 人事代理人员未经许可擅自离岗者，虽合同期未满医院有权予以解聘，并保留对其追究违约责任的权利。

第六章 附 则

第二十六条 本办法由院人力资源部负责解释。

第二十七条 本办法从二〇一五年一月一日起执行。

返聘专业技术人员管理规定

为规范返聘专业技术人员的管理,充分发挥退休专家的技术专长,促进我院专业技术水平的提高,经医院研究决定,对退休专业技术人员返聘作如下规定。

一、返聘条件

1、能够认真贯彻执行党的路线、方针、政策,自觉遵守法律、法规和技术操作规范,思想作风正派,职业道德良好。

2、返聘人员应具有主任医(技)师、副主任医(技)师专业技术职务任职资格。

3、返聘人员必须具备所聘岗位要求的身體条件,能坚持正常工作。

二、返聘程序

1、本人提出申请,填写《枣庄市立医院返聘人员审批表》。

2、返聘科室同意后上报相关职能科室。

3、职能科室审核同意并报分管院领导。

4、分管院领导同意后由返聘科室提交人力资源部。

5、医院研究审批。特别急需的专业技术人员,医院可直接研究决定。

6、人力资源部代表医院与批准的返聘专家签订《返聘协议书》。

三、返聘时间

聘期均为1年,特别岗位聘期由医院研究决定。

四、返聘待遇

1、返聘专家均实行日工资,标准为:正高级职称50元/日;副高级职称40元/日。每月按22个工作日计算。

2、返聘专家工资从科室绩效工资中列支。专家门诊诊疗费提成按有关规定执行。

3、其他待遇按医院有关规定执行。

五、返聘管理

1、聘用科室负责对返聘人员管理,按医院规定对返聘人员进行考勤,每月一次,按时上报。

2、对返聘人员实行年度考核(即任期考核)。考核由所在科室和相应职能科室负责,考核结果作为是否续聘的依据,报人力资源部备案。

3、返聘人员必须遵守《执业医师法》等各项法律法规和医院的各项规章制度,服从科室的领导和管理。

4、返聘人员原则上不得在其他医疗机构兼职。如有特殊需要,经医院领导研究批准并办理兼职医院注册手续后方可兼职。

5、返聘人员要严格执行技术操作规范,保证医疗质量和安全,以良好的医德医风服务病人,规范书写医疗文书,自觉维护医院利益。

6、门诊专家如遇特殊情况(病事假或公差外出)不能出诊,应提前一天报告门诊部,以便及时公示告知。

7、返聘人员应按本专业范围诊疗病人,不得跨专业执业。如出现医疗纠纷,按医院有关规定处理。

8、聘期内医院与返聘人员双方都不可随意中断聘期,如确需中止,须提前30天提出并经双方

协商后确定。

9、返聘人员如出现下列情况之一者,经所在科室提出,院方可予随时解聘:

(1)不适应岗位要求、不能完成岗位工作任务的;

(2)无故旷工连续5个工作日的,或累计旷工10个工作日的;

(3)病假连续满三个月仍不能坚持正常工作的;

(4)严重违反医院规章制度造成不良影响的;

(5)因工作失职,给医院造成较大损失的;

(6)被依法追究刑事责任的;

(7)其他因素给医院造成不良影响的。

六、本规定自2016年10月执行。

博士研究生引进与管理暂行规定

为进一步贯彻落实人才强院战略,切实加强人才队伍建设,着力推进医院内涵发展,不断提高医疗、教学和科研水平,根据市委、市政府《关于加强人才工作的意见》(枣发[2010]11号)和《关于引进、培养、使用和激励人才的暂行规定》(枣委[2010]83号)文件精神,结合我院实际,特制定医院博士研究生引进与管理暂行规定如下:

一、引进人员条件

引进人员必须具备国家规定的事业单位招聘人员的基本条件,同时具备下列条件:

(一)具有博士毕业证书和学位证书。

(二)引进人员在本科和硕士研究生阶段所学专业与博士研究生阶段所学专业一致或相近。

(三)身心健康,年龄一般不超过40周岁。特别优秀的学科带头人,年龄要求可以适当放宽。

二、引进人员待遇

(一)基本待遇:

引进人员享受与医院在编在岗同类人员同等待遇。

(二)特殊待遇:

1、按照每月1000元的标准发放生活津贴,自签订合同起发放5年。

2、在我市购置住房的,提供住房补贴10万元,自签订合同起分5年发放。

3、提供科研经费10万元,5年内有效,按医院科研经费管理规定执行。

4、医院协助解决配偶工作。配偶具有全日制本科及以上学历的,参加枣庄市公开招聘考试进行落编或以人事代理方式在院内安排工作。医院协助解决子女就读问题。

5、新引进人员须经过医院考评合格并签订协议后兑现相应待遇。在院工作不满5年申请调离的,须退回医院提供的特殊待遇。

三、工作任务

(一)从事本专业临床工作,完成主治医师临床工作任务,5年内开展新技术、新项目至少两项,并取得实效。

(二)发挥科研工作优势,5年内获批1项以上省部级科研课题,发表2篇以上被SCI收录的科

研论文。

(三) 积极参与临床教学工作, 完成临床带教工作任务, 取得较好的教学评估成绩。

医院制定引进博士研究生年度和任期考核细则, 并严格组织实施。

四、引进程序

(一) 由人力资源部提出引进博士研究生年度计划, 报医院批准。

(二) 由人力资源部按医院确定的引进博士研究生计划通过网络、媒介等方式向社会公开招聘。

(三) 应聘个人向医院提出书面申请, 填写《引进人才情况登记表》, 同时须提供下列材料:

1、个人基本情况;

2、学历证书、学位证书和职业资格证书原件及复印件;

3、反映本人水平和成果的论著(论文目录应包括作者排名、题目、杂志或会议录名称;著作目录应包括作者、书名、出版社、出版日期和本人执笔内容及发表在SCI杂志上的文章)原件;

4、重要获奖情况, 包括奖项名称、级别、年度、本人排名和获奖证书原件及复印件;

5、近5年主持或参与完成科研项目, 包括项目名称、来源、经费情况、本人作用及研究意义。

(四) 医院成立高层次人才引进考评小组, 对应聘人员进行综合考评(采取面试与临床实际操作相结合的方式), 考评小组提出意见, 报医院审批。

(五) 新引进博士研究生一律实行试用期制, 期限为半年, 试用期满考核合格后正式聘用。在试用期内, 如发生或发现有严重违纪违规、证件虚假、严重疾病和试用期考核不合格等情况, 则不予聘用。

五、在职有关人员待遇

(一) 医院鼓励在职职工攻读博士研究生。凡在职职工取得博士毕业证书和学位证书的, 医院全额报销学费; 按照每月1000元的标准发放生活津贴, 连续发放5年; 提供科研经费10万元, 5年内有效, 按医院科研经费管理规定执行。

(二) 医院鼓励职工在职攻读博士学位, 相关待遇按照院《报考研究生及其管理的有关规定》及其补充规定执行。取得博士学位的, 按照每月500元的标准发放生活津贴, 连续发放5年; 提供科研经费10万元, 5年内有效, 按医院科研经费管理规定执行。

(三) 医院现有博士研究生, 具有博士毕业证书和学位证书的, 按照每月1000元的标准发放生活津贴, 连续发放5年; 提供科研经费10万元, 5年内有效, 按医院科研经费管理规定执行。

(四) 医院现有博士研究生均必须经过个人申请、医院考评合格并签订协议后兑现相应待遇。在医院工作不满5年申请调离的, 须退回医院提供的学费和以上各项待遇。

六、附则

(一) 给予个人的货币待遇均为税前标准。

(二) 本规定自公布之日起执行。以往规定与本规定不一致的, 以本规定为准。

(三) 本规定由院人力资源部负责解释。如发生劳动纠纷, 通过协商、仲裁或诉讼等途径解决。

关于在职职工自费出国学习的暂行规定

为规范医院在职职工自费出国攻读学历、学位等学习, 经医院研究, 制订在职职工自费出国学习暂行规定如下:

1、医院在职职工自费出国学习, 必须个人提出书面申请, 经过医院研究批准后方可报名, 离出国时间不低于3个月。

2、医院在职职工申请自费出国学习必须与医院签订协议书, 确保回国后在院工作并履行8年服务年限。

3、自费出国学习期间, 必须努力学习, 遵纪守法, 自觉遵守所在学校的各项规章制度, 接受学校管理, 按时完成学习任务, 发生涉及人身安全、法律、经济纠纷等问题均由个人自负。

4、自费出国学习人员的一切费用, 包括生活费、学费、往返旅费等, 均由本人自理。

5、自费出国学习期间, 医院每月预支生活费为国内学习标准的2-3倍, 但最高不得超过个人出国前实发工资的50%; 继续缴纳社会保险金。

6、自费出国学习结束回国15天内必须返院报到上班。

7、自费出国攻读学历、学位等学习待获得学位证书后, 医院补发工资差额; 如果未能取得学位, 医院不再补发学习期间工资差额。

8、自费出国学习结束回国15天内未回院上班或取得学位证书未履行8年服务工作年限的, 须赔偿违约金32万元整(服务年限每减少1年赔偿4万元, 不足1年的按1年计算)。

本暂行规定自公布之日起执行。

关于在职职工自费出国攻读硕士、博士学位的暂行规定

为规范医院在职职工自费出国攻读硕士、博士学位, 经医院研究, 制订暂行规定如下:

1、医院在职职工申请自费出国攻读硕士、博士学位者, 应符合国家出国学习规定条件; 在院工作满5年; 与现从事工作专业对口; 攻读硕士学位年龄在40周岁以下, 攻读博士学位年龄在45周岁以下; 身体健康, 具备出国完成学业的身体条件。

2、自费出国学习必须个人提出书面申请, 填写《在职职工自费出国攻读硕士、博士学位申报表》, 并提交招生简章等相关资料, 经过医院研究批准后方可报名。距离出国时间不低于3个月。

3、自费出国学习必须凭国外学校录取通知书、国内有关部门任务批件、护照和出国签证等材料, 与医院签订协议书, 确保回国后在院工作并履行8年服务年限。

4、自费出国学习期间必须努力学习, 遵纪守法, 自觉遵守所在学校的各项规章制度, 接受学校管理, 按时完成学习任务, 发生涉及政治、经济、法律、人身安全等问题责任均由个人自负。

5、自费出国学习人员的一切费用, 包括生活费、学费、往返旅费、各种手续费等, 均由本人自理。

6、自费出国学习期间, 医院每月预支部分工资为生活补助, 最高不得超过个人出国前实发工资的50%; 继续缴纳社会保险金、计算连续工龄; 在职称评聘方面享有与医院在职职工同等的权利。

7、自费出国学习结束回国15天内必须返院报到上班。

8、自费出国学习待获得学位证书并经国家教育部认证者，医院一次性补发工资差额；如果未能取得国家教育部认证的学位证书，医院将收回学习期间预支的工资，不予补发学习期间工资差额。

9、自费出国学习结束回国 15 天内未回院上班者，超过天数按旷工处理；未履行 8 年服务工作年限的，须赔偿违约金：服务年限每减少 1 年赔偿 4 万元，不足 1 年的按 1 年计算，最多赔偿 32 万元。

本暂行规定自公布之日起试行。

职工考勤管理制度

为加强医院内部管理，规范职工行为，严肃劳动纪律，维护正常的医疗秩序，根据国家相关法规和政策，特制定本制度。

一、遵守党和国家的各项方针、政策、法律、法规、法令，严格遵守劳动纪律，执行上级统一规定的工作与作息制度，按时上下班，坚守工作岗位，服从分配，听从指挥，努力做好本职工作，按质按量完成各项工作任务。工作时间内不得迟到、早退、脱岗、串岗和干私事，未经安排和批准不得从事其他社会活动。

二、医院依法执行每周 5 天工作日作息时间，不得自行更改相关规定。实行晚夜班的科室按排班表按时交接班，接班人未到时，交班人员应及时与科主任（护士长）或接班人员取得联系，不得擅自离职守。

三、上班时间不按时到岗的，视为迟到，提前离开工作岗位的视为早退，迟到、早退 1 小时以上视为旷工，迟到或早退每次扣工资 50 元，因迟到、早退造成的其他损失，按相关责任追究制执行。脱岗、串岗和干私事者，发现一次扣工资 50 元。工作时间职工不得私自换班或顶替，否则按旷工处理。

四、为保证医疗安全和保护儿童的身心健康，除哺乳期女职工每天安排 1 小时哺乳时间（女职工生育多胞胎的，每多哺乳 1 个婴儿，每天增加 1 小时哺乳时间），职工上班期间一律不准携带儿童到工作岗位，发现一次扣工资 50 元。

五、各种休假审批程序

凡职工因病、丧、婚、探亲、生育、年休假需要离开岗位的，必须按有关规定办理请假手续并报人力资源部备案后方可离岗。确有特殊原因不能及时办理请假手续的，应于 3 日内补办。凡经批准休假的职工，离院前要到考勤员处进行登记，交验休假审批资料，回单位后及时办理销假手续，并通知考勤员，作为考勤依据，否则按旷工处理。所有假期均不享受绩效工资。

1、事假：员工因个人或家庭原因需要请假的可以请事假。一般工作人员三天以内，由科主任批准；十天以内由分管领导批准；十天以上由院长批准。科室正、副主任请事假三天以内由分管领导批准，三天以上由院长批准。上述人员的事假需经科室负责人批准后，由所属职能科室、分管领导或院长审批，到人力资源部办理登记手续。

2、病假：本院职工休病假必须持有本院或上级医院（本院无专业专科设置的应有相关专科医院专业证明）相关专业专家出具的病假证明，经科主任同意后方可休假，科主任休病假及一般工作人员病假十天以上者，需持病假证明由分管领导审批。上述人员的病假需经科室负责人批准后，由所属职能科室、分管领导审批，到人力资源部办理登记手续。

3、婚假、探亲假、年休假、放射假等休假，一般工作人员经科主任同意后，由所属职能科室审批，

到人力资源部办理登记手续；科主任休假由分管领导审批，审批后到人力资源部登记。

4、各种休假期满后，须在 3 日内到人力资源部登记，办理销假手续。

5、院领导班子成员休假审批按市卫计委有关规定执行。

六、各种休假待遇

（一）事假：

1、事假为无薪假，以天或小时为计算单位。每天的扣薪标准是：月实发工资 /21.75 天；每小时的扣薪标准是：月实发工资 /21.75 天 /8 小时。

2、职工请事假一年内累计原则上最多不得超过 15 天，其中工作年限满 1 年不到 5 年的，假期不得超过 7 天；工作年限满 5 年的，假期不得超过 15 天。一年内事假累计超过规定期限的，年终考核不得评为优秀；超过 30 天的，3 年内不得晋升高一级专业技术职务。

（二）病假：

1、职工因病或非因工受伤（外出人员除外）应在本院就诊，并持医院副主任医师以上执业医师出具的病休证明请病假，凡自行到其他医院开据的病休证明一律无效。

2、确需住院或转外院治疗的，必须经批准后，按相关规定执行。在市外临时发生急诊，确实不能按时返回单位就地医疗的，须持有当地县以上医院的急诊证明、辅检报告和医药费收据，回单位后经分管院长批准，可按病假处理。急诊住院须向医院报告并补办相关手续。

3、职工病假期间只计发基本工资。病假累计在两个月以内的，基本工资（岗位工资 + 薪级工资，含护理人员提高 10% 部分，下同）全额发给；病假累计超过两个月不满六个月的，从第三个月起，按下列标准发给病假期间的工资：工作年限不满十年的，发给本人基本工资的 90%；工作年限满十年的，基本工资全额发给；病假累计超过六个月的，从第七个月起按下列标准发给病假期间的工资：工作年限不满十年的，发给本人基本工资的 70%；工作年限满十年不满二十年的，发给本人基本工资的 80%；工作年限满二十年及二十年以上的，发给本人基本工资的 90%。

4、上述人员中，获得省、自治区、直辖市人民政府和由人事部与国务院工作部门授予的劳动模范、先进工作者称号的人员，仍然保持荣誉的，病假期间工资可提高 10%；省、地、市、州政府（行署）名义给予综合性奖励的人员，省直各部门与人事厅联合给予综合性表彰奖励的人员，曾在部队荣立二等功以上非战斗英雄称号的人员，仍然保持荣誉的，病假期间工资可提高 5%。被评为优秀共产党员的按同级别对待。

5、职工在休病假期间不得从事经济收入的活动，否则，应停止享受病假期间的一切工资福利待遇。

6、工作人员病愈身体恢复后在两个月内能够坚持正常工作，以后再休病假的，其病假时间可以重新计算；两个月内不能坚持正常工作且又休病假的，应将恢复工作前后的病假时间累计计算。

7、因病确实不能坚持正常工作，须经人社部门进行劳动能力鉴定，确属完全丧失工作能力的，按有关规定及时办理退休或退職手续。

（三）婚、丧假：

凡职工本人结婚或父母（包括配偶的父母）、配偶、子女等直系亲属丧葬时，可以请婚假或丧假（遇有星期日、法定节假日，探亲假日不另外补假），如必须到外地办理的可给予路程假。职工婚假为三天。直系亲属死亡者，市内给假三天，市外给假五天。婚、丧假在国家规定的期限内，原工资照发。婚、丧假超期应事先告知，回院后补齐事假请假手续。

（四）产假：

符合国家和省计划生育政策规定的夫妻，女职工顺产休假 158 天，难产休假增加 15 天（生育多胎的，每增加一胎增加产假 15 天），并给予男方护理假 7 天；四个月以上流产休 42 天，四个月（含四个月）以内流产休 15 天，产假期间工资照发。

（五）探亲假

1、享受探亲假的条件：（1）时间条件。工作满一年。（2）事由条件。一是与配偶不住在一起，又不能在公休日团聚的，可以享受探望配偶的待遇；二是与父亲、母亲都不住在一起，又不能在公休日团聚的，可以享受探望父母的待遇。职工与父亲或与母亲一方能够在公休日团聚的，不能享受本规定探望父母的待遇（探亲假不包括探望岳父母、公婆和兄弟姐妹）。新婚后与配偶分居两地的从第二年开始享受探亲假。

2、探亲假的期限：（1）探望配偶，每年给予一方探亲假一次，30 天。（2）未婚员工探望父母，每年给假一次，20 天，也可根据实际情况，2 年给假一次，45 天。（3）已婚员工探望父母，每 4 年给假一次，20 天。探亲假期是指职工与配偶、父母团聚的时间，另外，根据实际需要给予路程假。上述假期均包括公休假日和法定节日在内。

3、探亲假的待遇：职工在规定的探亲假期和路程假期内，工资照发。

（六）年休假：

1、《职工带薪年休假条例》规定：“职工累计工作已满 1 年不满 10 年的，年休假 5 天；已满 10 年不满 20 年的，年休假 10 天；已满 20 年的，年休假 15 天。国家法定休假日、休息日不计入年休假的假期。”职工在规定的休假期内休假，工资照发；

2、职工一年内病假时间累计超过 20 天的，或已在其他单位享受了休假待遇的，本年度内均不再享受休假待遇，一年内事假累计超过 15 天的，每超过一天抵减一天休假期；

3、职工休假，要在保证完成各项工作的前提下，由各部、科室负责人根据实际情况统筹安排，假期原则上当年使用，一次休完。

（七）工伤假：

1、职工因工负伤后，科室应在三天内将工伤事故相关材料报人力资源部备案。经医院确认后办理工伤认定，按工伤休假，否则视为病假。工伤休假期间，原工资照发。

2、工伤假期一般不超过 12 个月。伤情严重或者情况特殊，经市级劳动能力鉴定委员会确认，可以适当延长，但延长不得超过 12 个月。

3、工伤职工评定伤残等级后，停发原待遇，按照国家相关政策规定享受伤残待遇。

七、有下列情形之一者，按旷工处理：

- 1、未经批准擅自休假或捏造事实，出据虚假证明休假者；
- 2、休假期满未续假或未经批准而超假者（交通、天气等意外事故除外）；
- 3、不服从工作调动和工作安排或调动工作后而未按规定时间报到上班者；
- 4、迟到、早退超过 1 小时以上者。

八、旷工的处理：1 日内，每天扣发本人二倍的日工资，并扣除当月绩效工资。3 日内，每天扣发本人三倍的日工资，并扣除当季度绩效工资。3 日以上者扣发当月工资，并扣除半年绩效工资。因旷工造成的其他损失，按责任追究执行。

九、加班：因工作的特殊需要，职工在 8 小时正常工作时间以外延长工作时间长达 4 小时以上时，视为加班。加班可安排补休和冲减事假天数。

十、本考勤制度自 2017 年 1 月 1 日起执行。

十一、本考勤制度如有与上级有关法律法规不符的，以上级有关法律法规为准。

医疗保险办公室工作制度

1、贯彻落实国家、省、市基本医疗保险政策及规定，并认真组织实施。

2、根据国家、省、市基本医疗保险政策规定，制定及完善医院医保制度、职责、考核标准和工作流程。

3、做好医保的监督管理，督导临床科室落实医保政策及规定，按照医保考核标准认真考核。

4、做好医保工作的上传下达及与院内各有关科室、各级医保经办机构的协调工作。

5、做好医保知识的宣传培训及热情接待参保人员的来信、来访、咨询等工作。

6、严格执行医保《三个目录》管理，做好医保药品目录及诊疗服务项目的维护对应和监督执行。

7、做好每月医保相关数据的统计汇总分析，及时向医保经办机构报送，并进行费用结算。

8、按照医保服务协议内容，做好各项指标的监督控制。

9、按时完成医保经办管理部门和医院安排的其它工作。

参保病人告知制度

1、参保病人就诊，接诊医护人员要告知病人出示医疗保险社会保障卡或个人身份证明，告知 3 日内到院住院处医保窗口办理医保联网登记手续，异地医保需先办理医保转诊备案手续。

2、参保病人使用医保自费药品、自费诊疗服务项目及限适应症的药物时，须征求病人或家属同意并签自费项目协议书。

3、大型检查或治疗、体内置放材料、超标准床位费等须告知病人个人首先负担比例。

4、住院期间需在门诊发生费用的，告知病人不予报销。

5、住院期间转外检查或市外转院须按程序办理转诊手续，告知市外转院患者结清本市住院费用，以免住院时间重复。

6、出院带药及特保门诊开药，告知病人只能开与病情相关的药物及限制开药天数。

参保患者身份核对制度

1、参保患者办理住院，接诊医师要核对参保患者社保卡或身份证，按照身份证上姓名等信息填写入院信息，确认病人与身份证相符。

2、住院处依据入院通知书内容，认真录入参保患者各项信息。

3、住院科室医护人员接诊时，仔细核对参保患者的信息、身份证，做到人证相符，并在《参保患者身份核定表》双签字（无身份证的，可由当地派出所出具户籍证明，贴近期照片同时照片上加

盖派出所公章；小儿无户籍的，核对出生证明及其父母双方身份证）。

4、市医保管理部门及院医保科查出的冒名住院问题，按医保医师管理办法及相关规定处理（对因工作人员不认真或与病人串通，出现冒名诊疗、冒名住院，导致医保基金冒领或流失的，由科室及责任人承担所有医疗费用，并处扣罚半年绩效工资，科室及责任人年内取消评优评先资格，性质严重的，暂停或吊销相关责任人执业资格或移交司法机关处理）。

医疗保险首问制度

- 1、参保人员来院时，第一个被问及的工作人员即首问责任人。
- 2、首问责任人对来院就诊的参保病人要热情接待，认真解答及办理各项医保手续，对本人、本部门不能解答和办理的事项，要说明原因，取得理解。
- 3、本人不清楚的问题应请示科室负责人或医保主管部门予以答复，对不属于本部门职责范围内的问题，需要协调的尽可能给予帮助协调联系，不推诿病人。
- 4、接听电话或接待参保人员时，首问责任人要使用文明用语，礼貌待人，微笑服务。回答病人问题时，态度要和蔼、全面、准确、详细，避免用生、冷、硬、顶、推等语言，不得责备呵斥病人，严禁与病人争吵，耐心回答及倾听患者咨询及意见。
- 5、对违反本制度，造成不良影响的，按有关规定给予相应的处罚。

医疗保险用药管理制度

- 1、严格执行国家及山东省基本医疗保险用药规定及药物目录。
- 2、为参保病人选择疗效好，价格合理的普通药，严格掌握使用贵重药、进口药，不得滥用辅助药，优先推荐基本药物。
- 3、严格掌握药量：门诊急性病不超过3日量，慢性病不超过7日量，最长不超过10日量；特慢病一次处方量控制在两周内（特殊情况不超过四周），住院患者出院带药仅限与病情有关的口服或外用药物，一般不超过7日量，如因病情需要，最长不超过10日量。出院带药须下医嘱并在出院记录上记录。
- 4、按照因病施治的原则，做到人与病、病与药、药与量、量与价相符，使用《药品目录》外药物时，需征求患者或家属同意并签自费同意书。
- 5、对“限二线用药”的药品，应有使用《药品目录》一线药品无效或不能耐受的依据。
- 6、对限“适应症”的药品，应有相应的临床体征、实验室检查和辅助检查证据，以及相应的临床诊断依据。
- 7、同次门诊不得开两张以及两张以上相类似药物处方或开非治疗性药品。不得将自费药品与可报销药品混计价或将药品及治疗交换成保健品、生活用品等非治疗性物品，不得搭车开药，损害参保人利益，否则，按有关规定给予处罚。

医疗保险住院病人管理制度

- 1、参保病人住院时，接诊人员告知病人三日内办理医保联网登记，超时未办，影响报销。
- 2、接诊人员严格掌握入出院标准，不得将可门诊治疗的病人收住院；不得推诿病人。严格审核病人的人证相符情况，杜绝冒名住院，住院期间不得挂床住院，不得分解住院。
- 3、接诊人员要及时告知参保病人诊疗过程中医保相关政策规定，严格执行首诊负责制和因病施治的原则，严格按照“三个目录”规定范围，合理检查、合理治疗、合理用药，合理收取患者费用。使用自费药品、医用耗材、诊疗项目时，应征得患者或其家属同意，并签署《自费协议书》。住院期间每日给患者提供医疗费用明细清单。
- 4、病历书写规范，不得涂改、伪造病志，意外伤害病历按要求记录详细清楚。各种诊疗与检查处置等必须与所患疾病诊疗方案相一致，并做到费用清单与病情、医嘱、检查报告单等相符。严格执行参保病人市外转诊转院规定及审批制度。
- 5、参保病人出院只能带与病情有关需继续治疗的口服或外用药品，一般不超过7日量，如因病情需要最长不超过10日量，并在医嘱及病程记录中记录，出院不能带各种检查及治疗项目。
- 6、单位欠费的市直医保、区县职工、省内外异地医保及离休住院病人须全额交押金。实施即时结报的参保病人，出院时凭出院通知书到住院处结算个人应承担的费用，押金多退少补。

新增医疗收费项目医疗保险审批制度

- 1、医院诊疗项目、服务设施、一次性材料等收费，严格执行省市医疗物价收费标准及医保规定，标准上未有的收费项目，科室及时上报有关部门审批，未经申报批准的项目，不得纳入医保收费范围。
- 2、新增收费项目市物价部门批准收费的，科室及时将批复上报院医保办，医保办认真审核是否属于统筹报销范围，并及时报送市医保审批，未经市医保经办部门批准的项目不得纳入报销范围。
- 3、认真执行医保“三个目录”规定要求，严禁未经物价及医保部门批准自立项目收费或比照收费，严禁弄虚作假，变相收费、笼统收费、分解收费等违反医保规定的不良行为。
- 4、医保药物目录内药品须使用通用名，使用商品名或剂型变化时，科室使用时要认真核对通用名，并上报医保科及时进行核对信息维护。

医疗保险病历质控审核制度

医保科有专人负责医保出院病历的终末质控，科室有医保质控员或主管医生对医保住院病历进行环节质控，病历质控做到：

- 1、医保出院病历科室有医保质控表。
- 2、各项纪录要做到清晰、准确、完整。意外伤害病历要有时间、地点，受伤的原因及结果，不得出现“不慎摔伤”或“因外伤所致”等含糊记录。

- 3、自费药物及诊疗项目有自费同意书。
- 4、病人的用药、检查、治疗要与诊断、医嘱、病程记录相符。
- 5、医嘱用药量及出院带药不可超量。
- 6、使用《药品目录》中限适应症的药品按规定使用，使用限制用药要在病程记录用药理由。
- 7、各种检查及化验报告单贴在黏贴单上。
- 8、各种检查和治疗、用药合理，无搭车开药情况。
- 9、会诊治疗方案有医嘱。
- 10、收费符合规定，无多收、漏收、重复收，变通收费现象。
- 11、住院天数与病情、诊疗相符，无挂床住院情况。

医疗保险费用结算管理制度

- 1、严格执行国家、省、市职工医保、居民医保、离休等费用结算有关规定。医疗费用报销、结算准确，各项报表正确。
- 2、严格执行省市物价部门制定的医疗收费标准，不得擅自自立项目或提高医疗收费标准，不得分解收费及变相收费，各类收费项目记录及时、准确、清晰。
- 3、认真做好参保病人门诊及出院费用结算工作。市直职工医保病人单位按时交纳医保金者及各区居民医保病人，住院按比例交纳部分押金，出院只须结算个人负担的费用；市直门诊特慢病及部分区市职工、居民医保慢性病结算只交个人负担部分；属统筹金支付的医疗费，由市医保处及各区医保处（慢性病）同医院直接结算。单位欠交医保金者需全额交费结账，待单位补交医保金后，到医保处报销。
- 4、在本院定点的市直离休人员，门诊及住院均须个人交纳现金，于下季度初到医院住院处医保窗口按有关规定办理审核报销手续。
- 5、区县职工医保，办理转诊手续的省内、外异地医保，住院时须全额交押金，出院只须结算个人负担的费用。
- 6、住院坚持一日清单制度，及时向参保患者提供费用清单，病人有疑问时，应积极协助查账，耐心解答，有错必纠。

医疗保险特殊治疗或检查审批制度

- 1、参保病人做特殊治疗或特殊检查，严格执行省市职工、居民医保、离休关于不予支付费用和支付部分费用的诊疗项目范围及支付标准。
- 2、参保人员需做特殊治疗或检查，须由经治医师提出建议，填写特殊医疗审批表，报院医保科审核，院医保科及时将审批单报市医保经办机构备案。
- 3、遇有抢救病人等紧急情况，需特殊医疗的可先行医疗，事后三日内补办特殊医疗审批手续并报市医保经办机构备案。

- 4、严格掌握特检及特殊治疗指征，防止不按规定做特殊检查或滥做其他不必要的特殊检查或特殊治疗。
- 5、参保病人做特殊检查或特殊治疗前，科室分管医师要告知病人或家属按规定个人要先负担一定比例费用并签同意书。
- 6、医保病人做心脑支架、起搏器等，科室应事先通知医保科。

医疗保险费用控制制度

- 1、各科室医保指标，医院每年以责任书的形式与科主任签订。
- 2、各科室认真执行国家省市职工及居民医保有关规定及《三大目录》，严格掌握各类诊疗项目适应症及用药指征，避免重复检查，严格控制使用贵重药及辅助药。
- 3、认真执行医院制定的各项医保规定及制度。
- 4、认真执行物价收费标准及医保收费项目标准，不得变相收费及分解收费，不得将个人负担部分变通纳入统筹金支付。
- 5、严格掌握市外转诊转院、入、出院标准，不得将不符合住院标准的参保人员收入院，不得有冒名住院及挂床住院，不得将医保支付范围外的病种纳入支付范围。
- 6、科室新开展的诊疗项目，须办理纳入医保申请，经市医保管理部门同意后，方可纳入报销。
- 7、科室要合理使用医保统筹金，严格控制统筹金费用指标、人次均费用、平均住院床日、大型仪器检查阳性率、平均总自付率、药占比、耗占比。根据考核标准，超标兑现绩效工资。医保统筹金指标年底通算，超标科室按规定承担一定比例。

医疗保险特慢病门诊管理制度

- 1、取得医保特慢病医疗的病人就诊，须持社保卡和就诊卡就诊，接诊医师应认真核对病人身份及就诊卡上规定病种，做到人证相符。根据病情进行合理检查、治疗、用药，做到“人与病、病与药、药与量、量与价”相符。并将治疗过程详细记录于电子病历。
- 2、对纳入统筹管理的门诊慢性病，慢病门诊医师首先确定诊疗计划（如需更改要有相关检查报告），并记录门诊病历。患者应严格按照诊疗计划用药，超出特慢病病种的用药及检查治疗等不予报销。
- 3、医生须按医保用药范围开具处方，一次处方量一般控制在两周内，特殊情况可适当延长，但最长不能超过四周量。
- 4、门诊慢性病人员长期外出带药超过一个月量者，严格按照市医保处出台的《关于规范市直门诊慢性病人员外出带药的通知》要求执行。
- 5、门诊慢性病患者应亲自就诊取药，医生将病情、检查、诊断、治疗、用药等情况详细记录于门诊病历。对行动不便、不能自理的病人，可指定亲属取药，但需签字留样。
- 6、市医保等部门查到的慢性病门诊处方违规问题，由处方医师承担责任及金额。并按照《枣庄市基本医疗保险定点医疗机构医保医师管理办法》及我院相关规定给予处方医师处罚。

医疗保险转诊转院审批制度

1、参保病人转诊转院，需先经院内专家会诊，符合以下条件方可办理转诊转院手续：

- (1) 限于本市技术和设备条件，不能诊治的危重疑难病症。
- (2) 专家会诊仍未确诊的疑难病症。
- (3) 需做特殊检查治疗，本市未开展此项业务的。
- (4) 接诊医院相关疾病诊疗水平必需高于本市水平。

2、转诊转院程序：经会诊符合上述转诊转院条件的，由所在科室科主任申请填写《转诊转院审批表》，医保办主任审核，分管院长签字，由病人家属到医保经办机构办理转诊备案手续。

3、转院前住院医保病人需先办理出院结账，转诊转院实行逐级转诊和转院会诊制度，先市内后市外，先省内后省外。市外转院就医人员可在省确定的定点医疗机构范围内选择一家定点医疗机构异地就医；如需再转第二家医院，必须有第一家医院的转诊转院证明。转诊转院时间最长为2个月，超过2个月的，必须持转诊转院审批表到经办机构办理延期手续。

4、异地（省内、省外）就医参保人员在我院办理住院手续时，需持异地就医备案表、社会保障卡、身份证，经接诊医生核对无误后办理住院及医保联网手续，出院时只结算个人自付部分，属统筹部分由医院与经办机构结算；未走定点医疗机构联网结算程序的，所发生的医疗费用定点医院统筹金不予支付。

医疗保险考核奖惩制度

1、医保科定期及不定期对科室执行医保政策规定情况，根据考核标准进行考核，每月兑现绩效工资，年终全面平衡。对执行医保工作制度成绩突出的科室，医院给予表彰和奖励；对管理不规范，存在医保金流失或浪费的科室，给予通报批评和降低年度指标。

2、科室或个人违反医保规定或失职造成的医保金损失及未履行自费告知义务产生的纠纷费用，视情节轻重，对其通报批评，由此产生的费用，由当事人承担。扣科室考核分3分，并按涉及金额给予科室1~2倍的罚款。

3、医保主管部门查到的违规费用及扣款，属科室行为的由科室承担，属个人行为的由责任人承担，同时，医院扣所在科室考核分5分，视情节轻重给予500~3000元的罚款。

4、严格执行《枣庄市基本医疗保险监督管理办法》、《枣庄市基本医疗保险定点医疗机构医保医师管理办法》管理规定。性质严重的违规行为有关责任人，按照上述管理办法和《中华人民共和国执业医师法》和国务院《医疗机构管理条例》等及我院有关规定处理。

5、对监管中发现违规行为视情节轻重，采取通报批评等措施，情节严重构成犯罪的，按照《枣庄市人力资源和社会保障局 枣庄市公安局关于印发〈枣庄市社会保险欺诈案件移送暂行办法〉的通知》（枣人社办发[2016]71号）规定处理。

医疗保险检查和抽查制度

1、科室值班医生及护士接诊时，负责核对病人的医疗证、身份证等是否人证相符，核对无误并在参保患者核对表中双签字。

2、病人住院期间，科室医护人员加强医保病人管理，科主任及护士长做好督导检查，做好环节质控，严格执行医保制度及规定。

3、医保科工作人员不定期到病房抽查参保病人人证相符情况以及医疗保险政策制度等落实情况。

3、医保病人出院时，科室医保质控员对病历进行核对后，方可进行医保出院申请。

5、科室提交出院申请后，系统自动进入医保审核程序，医保科审核参保患者的医嘱与费用及病情相符情况，发现问题及时向科室反馈整改。

6、医保科设有出院病历质控员，负责质控出院医保病历。

7、医保科做好督导检查医保各项政策规定及《枣庄市基本医疗保险定点医疗机构医保医师管理办法》的落实，发现违规，严格考核，按相关规定，兑现奖惩。

8、对医疗保险经办机构发现的可疑病历、发票等，积极协助调查，必要时调阅原始病历、发票存根等，确保医疗保险基金不被套用。

关于加强医疗保险管理的规定

为进一步加强医保管理，优化服务措施，简化就医手续，更好的为广大参保患者提供优质、便捷、安全、低耗的医疗服务，根据基本医疗保险政策及规定和协议有关内容，结合我院实际，特作如下管理规定：

1、参保患者就医，科室接诊人员要主动询问患者是否参加医疗保险；核对人、证是否相符；所患疾病是否属于报销范围。符合住院条件的，要告知病人住院3日内到到住院处医保窗口办理医保联网手续。因科室未告知，超过三日未办理登记备案手续的，科室承担责任及相关费用。

2、参保病人入院后，科室值班医护人员应对病人医保卡或身份证，并在住院病人核对表上双签名，确保人证相符。病人一览表卡片和床头牌根据参保类别使用不同颜色标识。

3、治疗时原则上应使用“三大目录”范围内的药品、诊疗项目和服务设施。对确需使用目录范围外的，管床医生应事先征求参保人员或家属的同意，并签署《医保自费项目（药品）同意书》，否则参保人员有权拒绝支付相关费用。由此产生的费用，由管床医生承担。患者在住院期间，不能在门诊就医取药，否则费用自理。

4、接诊医师严格执行诊疗常规及医疗文书书写规范。门诊及住院病历做到清晰、准确、完整、真实，各种诊疗与检查处置等必须与所患疾病诊疗方案相一致，并做到费用清单与病情、医嘱、检查报告单等相符；与本次住院诊断不同的检查、治疗、用药等，病程记录应有相应的临床体征、实验室检查和辅助检查证据以及相应的诊断依据；外伤等意外伤害病历要及时详细记录受伤的时间、地点、原因经过和结果等，不得出现“不慎受伤”等叙述不清的病历。出院带药只能带与病情有关需继续治疗的口服或外用药品，一般不超过7日量，如因病情需要最长不超过10日量，并在病程记

录中记录。出院不能带各种检查及治疗。病人办理出院结算前一天，管床医生或科室医保质控员要对出院病历进行整理并自查，填写《医保质控检查表》。

5、科室要严格掌握病人出、入院标准，严禁重复做大型设备检查；严禁挂床、冒名、分解住院。否则，由此而发生的费用由科室承担。

6、严格执行参保病人市外转诊转院规定及审批制度。

7、科室要把人次均总费用、平均住院床日、大型仪器检查阳性率、平均总自付率、药品费用占医疗总费用比例作为重要管理指标。合理有效使用医保统筹金费用指标，年底超支部分，医院和科室各按比例承担，从科室管理（绩效）工资中扣除，其它指标按相关规定考核兑现。

8、科室要认真执行医保各项制度及规定，医保主管部门查到的违规费用及扣款，属科室行为的由科室承担，属个人行为的由责任人承担，同时，医院扣所在科室考核分5分，视情节轻重给予500～3000元的罚款。

以上规定望各科室认真遵照执行。院医保科将定期、不定期组织检查，检查情况作为科室绩效考核成绩，医保经办部门检查的违规问题一律与违规科室挂钩。各科室执行医保政策情况和平时考核成绩作为各科室负责人年终考评、聘任和科室评先树优的重要内容。

关于加强市直离休人员医疗管理的规定

根据《枣庄市市直离休人员医药费统筹暂行办法》及《补充规定》文件精神，为进一步做好市直离休人员医疗保健服务工作，确保离休人员医疗保健管理规范性，结合我院实际，特做如下规定：

1、医护人员应以高度的责任心为离休人员提供全方面服务，营造一个温馨、舒适的就医环境，在缴费、取药、治疗、检查中实行优先服务。

2、定点我院市直离休人员门诊就诊，由便民门诊接诊（急诊除外），免收挂号费。

3、诊治中严格执行国家和省市基本医疗保险三大目录。尽可能选择疗效好、价格合理的普通药；严格掌握使用贵重药、进口药、不得滥用辅助药；门诊严禁开两张或两张以上相类似的药物处方；使用自费药物（项目）须经患者或家属同意并签字。凡因药物使用不当发生的经济纠纷由当事人负责，并扣科室考核分2分。

4、门诊及住院接诊人员，认真核对《离休人员医疗证》、身份证，做到人证相符，未经诊视病人不得开处方用药，凡不认真核对患者身份，造成冒名门诊、冒名住院的，一经查实，对当事人及当事科室，给予涉及金额五倍罚款，并扣科室考核分2分。

5、接诊医生必须按《病历书写基本规范》要求，在离休人员住院电子病历上详细记录病人病史、检查、诊断、治疗方案、处方药品等。各种诊疗与检查处理等必须与所患疾病诊疗方案相一致，并做到费用清单与处方、医嘱、病程记录等相符。严格执行“门诊处方一般不超过5日量，慢性病不超过30日量，中药一般不超过3剂，复诊不超过6剂；出院带药仅限于与病情有关的口服或外用药物，一般不超过7日量，最长不超过10日量，住院期间，不能发生门诊费用”的规定。凡费用与病情、医嘱、处方等不相符，出院带药超量等，门诊由当事人，住院由所在科室承担其违规费用，并扣科室考核分2分；住院期间发生的门诊费用，由患者本人承担，不予报销。

6、严格掌握出、入院标准，不得将不符合住院标准的病人收入院；不得分解住院；不得故意拖

延住院日期；不得空挂病床住院。否则其病人医药费在医院报销时，从其科室收入中扣除，并扣科室考核分5分。

7、严格掌握特殊检查及治疗指征，严禁滥做不必要的检查及重复检查，违者扣科室考核分2分，门诊由当事人，住院由所在科室承担其违规费用。

8、严禁以医谋私，发现有协助病人弄虚作假、伪造病历、搭车开药、搭车检查、滥用昂贵药品、乱收费或将其他病人的费用列入离休人员医药费内等违规行为的，一经查实，对个人违规的，按涉及金额给予责任人10倍罚款，年度考核为不及格，并追究所在科室负责人责任；科室集体违规，追究科主任、护士长责任，并按医院相关规定给予处罚。

第四部分 医教研管理制度

首诊负责制度

为加强医师管理，切实提高我院医疗服务质量，提高患者满意度，为患者提供安全、便捷、细致、周到的医疗服务，现修订我院首诊医师负责制。

一、首诊医师负责制是指首诊科室和首诊医师应当及时接诊患者，进行相应的检查和处置，并按规定书写病历，其核心是保证患者安全。

首诊科室是指患者在本院当次就诊的第一个接诊科室。首诊医师是指患者在本院当次就诊的第一个接诊医师。首诊医师不得以任何理由拒诊患者，而应热情接待，详细询问病史并进行体格检查，认真书写病历，提出诊断和诊疗意见，并对患者进行施救。

二、诊断为非本科疾病，及时转至其他科室诊疗。若属危重抢救患者，首诊医师必须及时抢救，同时向上级医师汇报，杜绝科室间、医师间推诿患者。

三、首诊医师请其它科室会诊，必须先经本科上级医师查看患者并同意，不得擅自更改分诊科别。被邀科室须安排有会诊资质医师参加会诊，被邀请的医师应按《枣庄市立医院会诊制度》要求到达现场，形成书面会诊意见交申请科室医师。若属危重抢救患者，与首诊医师共同投入救治，在未确定接收科室之前，首诊科室和首诊医师要对患者全面负责。

四、两个科室的医师会诊意见不一致时，须分别请示本科上级医师，直至本科主任。若双方仍不能达成一致意见，由首诊医师负责处理并上报主管院长或医务部、行政总值班协调解决。

五、复合伤或涉及多科室的急、危、重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，各有关科室须执行危重病人抢救制度，协同抢救，不得推诿，各科室分别进行相应的处理并及时做病历记录。

六、首诊医师对需要紧急抢救的患者，须先抢救，同时由患者陪同人员办理挂号和交费等手续，不得因挂号、交费等手续延误抢救时机。

七、首诊医师抢救急、危、重症患者，在患者病情稳定之前不得转院，因医院病床、设备和技术条件所限，患者需转外院治疗，首诊医师须向本科室主任汇报，经同意后，与患者或家人沟通。

八、首诊医师应对患者的去向或转归进行登记备查，下班前，按《枣庄市立医院医师交接班制度》，做好患者交接。

九、凡在接诊、诊治、抢救患者或转院过程中未执行上述规定、推诿患者者，要追究首诊医师、当事人和科室的责任。

三级查房制度

一、三级医师是指科主任或主任（副主任）医师、主治医师、经治医师。

二、科主任、主任（副主任）医师查房每周1~2次，对急、危、重、疑难患者及新入院患者，必要时随时查房；应有主治医师、住院医师或进修医师、实习医师和有关人员参加。

查房内容：解决疑难病例；审查新入院、危重患者的诊疗计划；决定重大手术及特殊检查治疗；决定邀请院外会诊；抽查医嘱、病历和其他医疗文书书写质量；听取医师、护士对诊疗护理的意见；结合临床病例考核住院医师、实习医师对“三基”掌握情况，进行必要的示教工作；

三、主治医师查房每周至少2次，对急、危、重、新入院患者，必要时随时查房。应有住院医师或进修医师、实习医师参加。

查房内容：对所管的患者分组进行系统查房，系统了解主管住院患者的病情变化，进行全面体格检查，检查医嘱执行情况及其治疗效果，尤其对新入院、危重、诊断未明、治疗效果不好的患者进行重点检查与讨论；听取指导住院医师及其他主治医师对诊断、治疗的分析及计划；倾听患者的陈述；有计划的检查住院医师病历书写质量及医嘱，并纠正其中错误的记录和不准确记录；检查医嘱执行情况及其治疗效果；决定一般手术和必要的检查及治疗；决定出、转院、会诊问题；听取患者对医护人员意见。

四、住院医师查房每日2次，晨间、午后各查房1次。节假日、双休日必须做巡视性查房。对急、危、重、新入院患者，应随时观察病情变化并及时处理，必要时请主治医师、科主任随时查房。

1、科室内无主任/副主任医师的，由科主任查房内容：要先重点巡视危重、疑难、待诊断、新入院、手术后的患者，同时检查所管患者的全面情况；检查化验报告单，分析检查结果，提出进一步检查或治疗意见；随时观察病情变化并及时处理，随时记录，必要时请上级医师诊查患者；检查当天医嘱执行情况；给予必要的临时医嘱，开写次晨特殊检查的医嘱；向患者及家属征求对医疗、护理、生活等方面的意见，履行告知义务。

五、管理要求：

代行相应职责；

2、对于危重患者，住院医师应随时观察病情变化并及时处理，必要时可请上级医师协助诊治患者；

3、上级医师查房时，下级医师要做好准备工作，如病历、影像学资料等各项检查报告及所需的检查器材。经治的住院医师报告简要病历、目前病情并提出需要解决的问题。主任/副主任或主治医师根据情况做必要的诊查和病情分析，并做出明确的指示。下级医师查房后应及时详细将上级医师查房情况记录于病程记录中，请上级医师审核并签名；

4、节假日查房：节假日期间病房应安排值班人员。各医疗组每天至少保证一名医师查房，值班医师每天要进行病房巡视，主任/副主任医师每天注意观察危重患者的病情变化；

5、查房时，各级人员应合理站位，查房医师在患者右侧，以便体检；主管医师（主治或住院医师、进修医师、实习医师）站在查房医师对面，医嘱记录者位于查房医师的外侧，其他人员围床而立。各级医师应呈直立站位，不得乱倚乱靠；

6、查房时，出入病房应根据年资或职称依次出入，严肃认真，全部参加人员应关闭手机或调为静音，并不得接听。任何人不得相互私语或做小动作，以保证查房的质量。

疑难病例讨论制度

凡遇疑难病例（入院三天以上确诊困难、疗效不佳、病情复杂、临床少见病例、病危病重、手术难度较大或者需要多科协作抢救的病例等），各科室应及时组织有关人员认真进行讨论，尽早明确诊断，确定治疗方案。

二、讨论程序：讨论前经治医师应做好准备工作，如病历、影像资料、检查报告及所需用的检查器材等。经治医师简要报告病史、诊疗经过、当前病情，并提出需要解决的主要问题，全面地综合分析患者的病史、体检和辅助检查结果、入院以来的病程演变、诊疗过程中的困难，参加人员根据情况做必要的诊查和病情分析，独立发表意见并提出相应的建议，提出下一步的诊疗措施和注意事项。讨论内容在规定的时间内在病程记录中专项记录。具体内容包括讨论时间、地点、内容、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见及记录人姓名等。记录者签名，主持人总结并审签。

三、讨论范围：

1、科内病例讨论：由科室主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持病例讨论，及时召集科室全体医务人员及相关人员（包括一名临床药师、护士长或副护士长）参加；

2、多学科病例讨论或邀请外院专家参加的病例讨论：由经治科室主任提出，报医务部通知相关学科专家或邀请外院专家，经治科室在讨论前应做好各项资料准备工作，可将病情摘要提前发给相关医师，必要时邀请医务部、院领导参加。

四、讨论要求：参加讨论人员应认真准备，从专业的角度出发，实事求是充分发表意见和建议。同时遵循保护性医疗制度，讨论后不得将专业意见上的分歧等内容外泄。病例讨论结束后，由主持人根据讨论意见，对于诊断、治疗和必要的检查作概括总结，由主持人或管床医师将讨论内容及时告知患者家属。

会诊制度

为提高临床诊治水平，提升医疗质量，确保医疗安全，各科室凡涉及疑难病例的，应当及时申请相关科室会诊，以协助诊断与治疗。

一、会诊包括院内会诊、院际会诊。

二、院内会诊

1、院内会诊包括院内常规会诊、院内多学科综合会诊及急会诊。

2、组织院内多学科综合会诊的科室，必须提前一天向医务部递交《院内多学科综合会诊申请表》（紧急会诊除外）并明确会诊主持人（主持人须副高或副高以上医师）。医务部根据申请确定会诊专家后，将会诊专家名单反馈给申请科室。申请科室须提前将医务部核定后的《院内多学科综合会诊申请表》送交各受邀专家，以便受邀专家了解病情。受邀会诊专家须按时到达会诊地点，认真负责地完成会诊工作。

3、凡遇下列情况，应及时申请会诊：疑难危重病例需要有关科室协助诊治；急、危患者需要及时抢救；重大手术前因病情复杂或恶性肿瘤患者涉及多学科知识，需要协助诊治；医疗纠纷需要分

析判断；以专业基础性疾病收入院后经诊断有其他专业情况或存在合并症；家属或患者有会诊要求；需要转科治疗等。

4、出现以下情况时，科室必须向医务部提出申请，组织院内多学科综合会诊。

- （1）临床确诊困难（一般入院后超过3天不能确诊）或疗效不满意的疑难、危重病例；
- （2）拟邀请院外专家会诊或院内多科室会诊（超过3个专业）的病例；
- （3）出现严重并发症的病例；
- （4）已发生医疗纠纷、医疗投诉或可能出现纠纷的病例。

5、院内会诊管理实行科主任负责制，必须保证随时能找到会诊人员。常规会诊，会诊医师应由主任（副主任）医师、3年以上主治医师担任；院内多学科综合会诊，会诊医师应由主任（副主任）医师或科主任指派的医师担任；点名会诊被点名会诊医师应及时参加会诊，不能安排其他人员顶替；被邀请参与第二次会诊的专业，应安排主任、副主任医师担任；紧急会诊可由值班医师先行处理，根据实际情况请示上级医师指导或由上级医师随后到达现场处理。

6、常规会诊一般须经主管医师提出，科主任同意后方可实施。

7、邀请会诊前应先将患者各项资料准备齐全，填写《会诊记录单》，并及时将《会诊记录单》送达被邀请科室，被邀请科室应安排专人接收，并及时通知会诊医师。

8、常规会诊应在24小时内完成；紧急会诊应在10分钟内到达现场；院内多学科综合会诊应在指定时间内到达。点名会诊按照邀请科室时间尽早到达。

9、应邀参加会诊的医师应本着对患者负责的严肃态度全力配合，必要时带上本专科所必须的抢救治疗及检查器械设备，认真检诊，积极提供有助于诊断和救治的意见和建议，并在会诊单上做详细记录。

10、会诊时，申请科室要主动介绍病情，必须有同级医师陪同会诊。会诊医师应根据常规诊查患者，并按照规定书写会诊意见，并标明完成会诊的具体时间。会诊后，应将会诊意见以及执行情况在病程记录中详细记录。

11、会诊科室可根据病情，直接申请高级职称医师会诊或点名申请某医师会诊。邀请科室必须要有同资质医师提出申请，被邀请会诊科室应根据病情或申请会诊科室的要求派相应医师前往会诊。

12、各科室应高度重视院内会诊工作，安排符合本制度规定的人员在规定时间内参加会诊，医院将院内会诊制度落实情况纳入医疗质量管理体系中，并与科室绩效工资挂钩。

（1）各科室有互相监督院内会诊落实情况的义务，对违反本制度的科室和相关人员需及时报医务部备案。

（2）医务部负责每月月底检查汇总全院会诊落实情况，对科室安排不具备会诊资质、不在规定时间内完成会诊、未安排相同资质人员进行陪同会诊以及参加院内大会诊迟到者，扣科室医疗质量考核分数，院内通报批评。

（3）对于因会诊不及时触发的医疗纠纷，按照《枣庄市立医院医疗纠纷（事故）防范处理规定》处理。

13、对于疑难危重及恶性肿瘤患者涉及多学科知识的，必要时请临床药师参加。

三、院际会诊

1、邀请院外专家会诊

遇本院不能解决的疑难病例、本院无相应学科不能解决诊治或患者及其家属要求院外会诊的，

可邀请院外专家会诊。由经治科室向患者及家人说明会诊原因、会诊费用等情况，征得患者（或其家属）同意并签署知情同意书，科室填写《会诊邀请函》，内容包括拟会诊患者病历摘要、拟邀请医师或专业、职称、会诊的目的、时间和费用、交通方式等，由科主任签字后，报医务部审批备案后，由医务部与有关医院联系会诊，会诊由申请科主任主持，并安排好陪同会诊人员，主管医师报告病史和做好会诊记录工作。必要时，分管院长和医务部主任参加。

2、受邀外出参加会诊

（1）严格执行卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》。

（2）外院拟邀请我院医师会诊时，应向我院医务部发出书面会诊邀请函（或传真）。医务部在接到邀请函（或传真）后应及时与拟邀请科室科主任联系，由科主任在不影响本科室正常工作的前提下合理安排并办理外出会诊手续，填写《枣庄市立医院专家外出会诊派出单》，经所在科室科主任签字后，到医务部备案。

（3）外院直接与我院医师联系会诊时，被邀请医师应主动告知联系人与医务部联系。

（4）用电话或者电子邮件等方式提出急症会诊邀请的，应当在会诊结束后2个工作日内补办书面手续。

（5）节假日及夜间外出会诊的，应报医院总值班人员同意并登记备案。特殊情况下医务部可直接安排各科室人员外出执行医疗任务。

（6）专业科室科主任或主持工作的副主任外出会诊时，须安排好科室内工作，应经医务部主任报分管院长批准后方可外出，紧急会诊可经科主任医务部同意，会诊结束后补办手续。

（7）本院医师外出会诊的范围仅限于二级及以上医院，严禁到个体诊所、私立医院、工矿企业医院及乡镇卫生院会诊。特殊情况需经分管领导批准。

（8）医师在会诊过程中发现邀请医院的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或者难以保障会诊质量和安全的，应当建议将该患者转往其他具备收治条件的医院诊治。

（9）会诊结束后，医师应当在返回我院2个工作日内将外出会诊的有关情况报告所在科室负责人，并将《枣庄市立医院专家外出会诊派出单》下联送交医务部。

（10）医师在外会诊过程中应当严格执行有关的卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规，发生医疗事故争议时，由邀请医疗机构按照《医疗事故处理条例》的规定进行处理，必要时，我院给予协助。医师外出会诊不得携带我院的设备和器械，擅自携带者，经查实后在全院通报，同时停发当月绩效工资。

（11）会诊收费标准为：每人次200元，邀请医疗机构在会诊前应向我院收款处缴付会诊费用，特殊情况时可由会诊医师带回后代缴。外出会诊医师应在外出会诊结束后一周内完成代缴会诊费。差旅费由邀请单位承担。会诊专家每月将会诊申请单及发票副联报计划财务部兑现科室和个人提成。

（12）任何科室和个人（包括返聘人员）未经过允许不得擅自外出会诊（包括节假日），不得以会诊名义外出择期手术，不得私收费、漏收费，不得私自在院外设点进行诊疗活动。未经医务部批准备案自行外出会诊的，一经查实，一律按私自非法行医处理，出现的一切纠纷均由当事人全部负责，医院不负任何责任。同时医院将记入医师考核档案，经教育仍不改正者，给予行政或纪律处分，构成犯罪的，移交司法机关处理。

院内常规会诊医师资质管理规定

会诊制度是医疗核心制度，为保障医疗质量和医疗安全，科室间会诊在帮助临床科室解决学科交叉之间的医疗诊治问题上发挥了重要作用，为维护医院医疗秩序继续落实好这一核心制度，进一步规范我院院内常规会诊工作，明确常规会诊医师资质及流程，提高会诊效率和质量，结合我院实际情况，特制定此管理规定。

一、常规会诊管理实行科主任负责制，必须保证随时能找到会诊人员；

二、常规会诊医师应由主任（副主任）医师、科室正（副）主任、3年以上主治医师（晋后）担任，目前名单见附表；

三、常规会诊一般须经主管医师提出，科主任同意后方可实施；

四、邀请会诊前应将患者各项资料准备齐全，填写《会诊记录单》和会诊计费通知单，并及时将《会诊记录单》和会诊计费通知单送达被邀请科室，被邀请科室应安排专人接收，并及时通知会诊医师；

五、常规会诊应在24小时内完成；

六、应邀参加会诊的医师应本着对患者负责的严肃态度全力配合，认真检诊，积极提供有助于诊断和救治的意见和建议，并在会诊单上做详细记录；

七、会诊时，申请科室要主动介绍病情，必须有医师陪同会诊。会诊后，应将会诊意见以及执行情况在病程记录中详细记录；

八、各科室应高度重视常规会诊工作，安排符合本规定的人员在规定时间内参加会诊并认真完成；

九、医务部将本规定落实情况纳入到医疗质量日常监管中，对科室安排不具备会诊资质、不在规定时间内完成会诊，每次扣罚科主任200元，扣科室相应医疗质量考核分数，并院内通报批评；

十、医务部将定期进行具常规会诊资质人员审核并公布。

院内多学科综合诊疗会诊制度

院内多学科综合诊疗会诊制度是明确诊断和治疗的重要医疗活动，为进一步规范我院院内多学科综合诊疗会诊活动，制定本制度，请各科室遵照执行。

一、下列情况必须申请医务部组织院内多学科综合会诊：

1、临床确诊困难（一般入院后超过3天不能确诊）或疗效不满意的疑难、危重患者；

2、恶性肿瘤患者；

3、拟邀请院外专家会诊或院内多科室会诊（超过3个专业）的病例；

4、出现严重并发症的病例；

5、已发生医疗纠纷、医疗投诉或可能出现纠纷的病例。

二、院内多学科综合会诊管理实行科主任或医疗组长负责制，必须保证随时能找到会诊人员。

三、院内多学科综合会诊，会诊医师应由主任（副主任）医师或医疗组长或科主任担任。

四、院内多学科综合会诊时，申请会诊科室必须提前一天向医务部递交《枣庄市立医院院内多学科综合诊疗会诊申请表》（紧急会诊除外），并明确会诊主持人（主持人须副高或副高以上医师

或科主任)。医务部根据申请确定会诊专家后,将会诊专家名单反馈给申请科室。申请科室须提前将医务部核定后的“枣庄市立医院院内多学科综合诊疗会诊申请表”送达各受邀专家,以便受邀专家了解病情。

五、组织会诊科室须提前做好会诊准备;受邀会诊专家需按时到达会诊地点,认真负责地完成会诊工作。会诊后,应及时书写院内会诊记录,并登记。应将会诊意见以及执行情况在病程记录中详细记录。

六、申请科室应做好院内多学科综合会诊评价分析工作,每年至少进行2次评价分析(半年一次)。

七、医务部将不定期对多学科会诊执行情况进行抽查,每季度或半年检查汇总全院会诊落实情况,并与绩效考核挂钩。

八、其他事宜参照医院会诊制度中的院内会诊部分执行。

急危重患者抢救制度

一、危重患者抢救工作一般由高级职称医师负责,特殊情况下由在场的本科室最高职称医护人员组织抢救,且必须及时通知科主任。参加抢救工作的医师和护士应具备相应资质和执业资格。对重大、成批危重患者的抢救应启动相应预案,并立即报告医务部和院领导。凡涉及法律事务、传染病防治、职业中毒、领导干部、知名人士、重大事故所致伤员、外宾、台胞、涉外单位人员、医疗纠纷以及不能缴纳费用等,均应及时报告医务部及相关职能科室,必要时院领导要亲临现场组织抢救。

二、医护人员发现患者病情危重,第一发现人应立即采取急救措施,如心脏按压、人工呼吸、建立输液通道等,同时通知其他医护人员协助抢救,必须全力以赴,分秒必争,不得以任何借口推迟抢救。

三、医护人员必须坚守岗位,熟悉抢救措施,遵照抢救流程,分工明确,紧密配合,无条件服从抢救负责人的指示,争分夺秒,及时、准确、有序实施抢救。护士在执行口头医嘱时,必须重述一次,指定专人负责记录具体的抢救实施办法及患者的病情。所有使用过的药物安瓶暂时保留,抢救结束后经两人与记录核对无误后方可丢弃。

四、危重患者抢救时,应随时记录抢救过程。根据病情变化,及时组织讨论,制定相应的医疗及护理计划,重大抢救要成立抢救组,并报告医务部。

五、做好医患沟通工作。病危通知单应逐项填写,发放时由抢救工作负责人或值班医师详细向家属告知病情、预后及抢救措施,做好沟通工作,争取患方的理解与合作,医患双方签字,若患方拒绝签字的,可争取无利害关系的其他患者及家属作证。在抢救过程中患者的病情、抢救经过、治疗效果、主持抢救医师的意见、向家属所交待的情况及抢救在场人员等均应及时记入病历中。

六、为保证抢救工作的顺利进行,各病房(包括麻醉科、手术室)的常用抢救器械和药品等要保证齐全完好,指定专人保管,保持固定位置,并有明显标记,定期检查及时补充。值班人员必须熟练掌握各种抢救器械、仪器等的性能及使用方法。抢救室物品一般不外借,以保证应急使用。

七、严格执行首诊医师负责制、三级医师查房制度、医师值班交接班制度,保证危重患者的规范诊治。接诊、收治危重患者后,首诊医师应注意监测其各项生命体征,按照具体的病情,实行优先抢救生命的原则。先做紧急的对症处理,使病情稳定,然后进行病因治疗,随时巡视患者,严密

观察病情变化,并及时向上级医师汇报;生命体征未稳定的患者,如需离开抢救场所做辅助检查,医护人员必须陪同、监护。病情趋于稳定后,经治医师在交接班时,应向接班医师详细交待抢救经过,实行床旁交接,并在交接班记录本中详细记录,晨会时报告,以便科主任和科内医护人员及时了解患者病情,重点加强观察。严禁值班医师以不是本组患者、病情不熟悉等各种理由推诿。

八、抢救结束后,在6小时内将抢救记录详细书写在病历中,各项处置按实际执行时间补充医嘱,时间应精确到分钟。总结经验教训,以便提高工作质量。

九、简明扼要地将抢救经过记录于《危重患者抢救记录本》中。

手术分级管理制度

为进一步加强我院手术及有创操作分级授权管理工作,有效预防不良事件和医疗事故的发生,保证我院医疗质量和安全。现根据《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》和《医疗事故处理条例》等法律法规的要求,结合我院实际情况,制定本制度。

一、手术分级

手术及有创操作指各种开放性手术、腔镜手术及介入治疗(以下统称手术)。根据其技术难度、复杂性和风险度,将手术分为四级:

- 1、一级手术:技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。
- 2、二级手术:技术难度一般、手术过程不复杂、风险度中等的各种手术。
- 3、三级手术:技术难度较大、手术过程较复杂、风险度较大的各种手术。
- 4、四级手术:技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

二、各级医师手术级别及手术权限

所有手术医师均应依法取得执业医师资格。并依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等,合理授予相应的手术级别和权限。

1、一级手术:由住院医师担任,按“各专业手术分类”可主持一级手术,但应侧重一级手术质量、水平的提高。在上级医师指导下,可参与二级手术,做助手。

2、二级手术:由主治医师担任,按“各专业手术分类”可主持一、二级手术,但应侧重二级手术质量、水平的提高。可在上级医师指导下,参与三级手术,做助手。

3、三级手术:由副主任医师担任,按“各专业手术分类”可主持一、二、三级手术,但应侧重三级手术质量、水平的提高。根据实际情况,可在上级医师指导下,参与完成四级手术、新技术、新项目手术,做助手。

4、四级手术:由主任医师担任,按“各专业手术分类”可主持一、二、三、四级手术,但应侧重四级手术质量、水平的提高,可主持四级手术及新技术、新项目手术。

5. 助理医师(医士),按“各专业手术分类”仅能在上级医师指导下,参与一级手术,做助手。

6、考虑到人才梯队建设和后备力量培养问题,高年资医师(取得现有职称3年以上)可在上级医师的指导下完成高一级别手术。具体级别及授权情况如下:

高年资住院医师:取得住院医师职称满3年及3年以上者,经科室内医疗质量与安全小组考评合格后,可授予二级手术(部分)权限。

高年资主治医师：取得主治医师职称满3年及3年以上者，经科室医疗质量与安全管理小组考评合格后，可授予三级手术（部分）权限。

高年资副主任医师：取得副主任医师职称满3年及3年以上者，经科室医疗质量与安全管理小组考评合格后，可授予四级手术（部分）权限。

7、对无主任医师的专业，科室可根据副主任医师技术水平状况，选择一位可以完成主任医师手术范围的副主任医师承担主任医师工作；若选择不出，不可超范围开展此类手术。

三、手术权限审批和调整

1、各科室要认真组织全科人员，以科室医疗质量与安全管理小组会议的形式，对科室内各级医师手术授权级别及手术范围进行集中讨论和科学界定。

2、科室医疗质量与安全管理小组，应根据科内医师职称晋升及个人技术水平提高状况，定期调整其手术级别权限及手术范围，并上报医务部，由医务部组织院医疗质量与安全管理委员会进行核准和授权。所称“手术范围”，系指卫生行政部门核准的诊疗科目内开展的手术诊疗行为。

3、各科室必须严格落实《枣庄市立医院手术分级管理定期能力评价与再授权制度》的规定和要求，坚决杜绝越级超范围开展手术诊疗行为的出现。

4、若遇特殊情况、特殊手术、高度风险手术：经科内讨论，科室大主任签字同意，报主管院长审批。

5、急诊手术：夜间、节假日，预期手术级别在值班医师手术权限级别内时，可施行手术；若属高风险手术或超出自己手术权限级别时，应报科主任审批，并由符合资质的上级医师实施手术；需紧急抢救生命的情况下，且上级医师暂时不能及时到场主持手术时，值班医师在不违背上级医师口头指示的前提下，在汇报医院总值班和医务部后，根据情况主持合理的抢救手术，等待上级医师到来，不得延误抢救时机。

6、新技术、新项目、科研、致残手术：经科内讨论，科室大主任在重大手术审批报告表》上签署意见后，报主管院长审批，医务部备案。

术前讨论制度

一、病例讨论范围：按《枣庄市立医院手术分级管理制度》，三级、四级和《重大、疑难、特殊手术审批管理制度》中规定的特殊手术均应进行术前病例讨论。

二、参加人员及讨论程序：讨论前管床医师应做好准备工作，如病历、影像资料，各项有关检查报告等。由管床医师提出申请，由科主任或主任（副主任）医师主持，全科医师、护士长、麻醉医师参加。重大手术、疑难病例、新开展的手术、开展少的手术，根据病情也可邀请相关专科人员参加，必要时主管院长、医务部派人参加。

三、讨论内容：管床医师报告简要病史、患者术前病情评估的重点范围、手术风险评估、术前准备、临床诊断、手术指征、拟施行的手术方式、明确是否需要分次完成手术、术中可能出现的风险及防范措施、术后处理等，参加人员针对以上内容分别进行讨论，主持人总结并明确手术方案。

四、讨论要求：参加讨论人员应认真准备，从专业角度出发，实事求是。讨论后管床医师应及时将讨论结果、手术风险与利弊与患者或其委托人进行沟通并履行签字手续。记录者应将讨论者的姓名、专业技术职务、讨论时间、地点和讨论内容如实记录在病历和术前讨论记录本中并签字。主

持者应有总结并审核签字。讨论结束后应按照《手术分级管理制度》的要求办理审批、备案手续。急诊手术在条件允许的情况下进行讨论。

五、内科介入治疗的高危、复杂、疑难病例，须由病房主治医师以上职称的人员主持，进行术前病例讨论，介入医师必须参加，必要时可邀请相关科室人员参加讨论，按规定做好记录。如果在介入过程中发现患者属于高危、复杂、疑难病例，由所有参与介入治疗的人员进行现场讨论，决定治疗方案，术后助手要做好记录，请主治医师签字。

六、术前病例讨论应在术前72小时内完成并及时记录，存入病历中。

死亡病例讨论制度

一、参加人员：讨论时由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，本科室医师和一名护士长/副护士长参加。必要时，邀请其他科室或外院专家、医务部人员等参加。

二、讨论程序：讨论前经治人员应做好准备工作，如完整的病历、影像资料，各项有关检查报告等。由主管医师详细介绍死者的诊断、治疗、抢救过程并提出自己的分析意见，参加人员对死者的病情、治疗措施、死因、可能存在的问题等作出分析，指出有无不足之处或应吸取的教训。死亡病例讨论记录要求由本院医师书写，记录者应将发言人的意见如实详细记录在《死亡病例讨论记录本》和病历中并签名，内容包括讨论时间、地点、讨论内容、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等，主持者应归纳总结并审签。

三、讨论要求：

1、各科室对每例死亡病例均应及时进行详细讨论；

2、死亡病例应在患者死亡后7个工作日内完成。尸检病例，待病理报告做出后及时进行；

3、特殊及意外死亡病例，不论是否属于医疗事故，均应及时单独讨论（当日完成），并报医务部和院领导；

4、参加讨论人员应认真准备，从专业角度出发，遵循科学、实事求是、不偏袒、不护短、不走过程的原则，参加人员应充分发表意见，重点内容为诊断、治疗及死亡原因的分析、医患沟通，以及应吸取的经验教训。会后禁止发表不负责任的言论。

病历管理制度

一、书写基本要求

1、严禁涂改、伪造病历内容。

2、计算机打印的病历符合病历书写要求；

3、标准模板可以使用，不同患者之间不能拷贝复制病历记录；

4、同一患者的相同信息可以复制，复制内容必须校对，严禁拷贝错误；

5、病历内容客观，不得矛盾；

6、各种记录应有书写医师的亲笔签名，不得摹仿或代替他人签名；

7、修改时用双线划在错字上，保留原记录清楚可辨，注明修改时间，修改人签名；

8、用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录，急诊病历、病危患者的病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间记录至分钟；

9、规范使用医学术语，字迹清晰，语句通顺，标点正确，格式规范。标注页码，页面整洁，每页有患者姓名、病案号。排序正确，内容齐全，不缺页、少页；

10、使用蓝黑、碳素墨水，需复写的可用蓝或黑色圆珠笔。取消医嘱用红色墨水笔。

二、入院记录

入院记录 / 再入院记录 / 24小时内入院出院记录 / 24小时内入院死亡记录由执业医师在患者入院后24小时内完成。书写形式符合要求。

1、一般项目：填写齐全、准确。

2、主诉：

(1) 不超过20个字，能导出第一诊断；

(2) 症状及持续时间，原则上不用诊断名称代替。

3、现病史：

(1) 与主诉相符；

(2) 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因等；

(3) 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况；

(4) 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系；

(5) 发病后诊疗经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别；

(6) 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况；

(7) 与本次疾病虽无紧密关系、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。

4、既往史：

记录一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

5、个人史、婚育史、月经史：

(1) 记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史；

(2) 婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄）、月经量、痛经及生育等情况。

6、家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

7、体格检查：

(1) 项目齐全，填写完整。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等；

(2) 与主诉、现病史相关的查体项目有重点描述，且与鉴别诊断有关的体检项目记录要充分；

(3) 专科检查情况全面、正确。与鉴别诊断有关的体征记录详细（一般小儿内科、成人内科不需要书写）。

8、辅助检查：记录入院前所作的与本次疾病相关的主要检查项目及其结果。外院检查注明检查医院名称及检查号。

9、初步诊断：诊断合理，疾病名称规范，主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

10、医师签名：由本院执业医师签名。

三、病程记录

1、首次病程记录：

(1) 由经治医师或值班医师在患者入院8小时内完成；

(2) 病例特点：对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。要求重点突出，逻辑性强，不得完全拷贝自入院记录；

(3) 诊断依据及鉴别诊断（拟诊讨论）：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据（不得完全拷贝自病历特点）。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；

(4) 诊疗计划：提出具体的检查及治疗措施安排。

2、上级医师首次查房记录：

(1) 患者入院48小时内完成；

(2) 记录上级医师姓名、专业技术职称、补充的病史和体征，分析其原因（不得与入院记录、首程雷同）；

(3) 记录上级医师对诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。（不得与入院记录、首程雷同）

3、上级医师日常查房记录：记录查房医师的姓名、专业技术职称、对病情的分析和诊疗意见等。

4、日常病程记录：

(1) 病危患者根据病情变化随时书写，每天至少1次，时间记录到分钟。病重患者至少2天记录一次。病情稳定的患者，至少3天记录一次；

(2) 记录患者的病情变化情况，包括患者自觉症状、体征，分析其原因；

(3) 记录重要的辅助检查结果及临床意义；

(4) 记录所采取的诊疗措施、医嘱更改内容及理由；

(5) 记录向患者及其近亲属告知的重要事项及其意愿，必要时请患方签名；

(6) 输血当天病程中记录输血适应征、输血种类及量，有无输血反应及输血后疗效评价情况等。

5、有创诊疗操作记录：在操作完成后即刻书写。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，记录过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项，向患者说明的情况，操作医师签名。

6、会诊记录：

(1) 常规会诊24小时内完成，急会诊10分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录；

(2) 申请会诊记录：应当简要载明患者病情及诊疗情况，申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等；

(3) 会诊记录：包括会诊意见（会诊意见包括病史、查体、诊断、诊疗意见）、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等；

(4) 申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

7、疑难病例讨论记录：对确诊困难或疗效不确切的病例及时进行讨论。内容包括讨论日期、地点、

内容、主持人（科主任或副高以上医师）、参加人员姓名及专业技术职称、具体讨论意见、主持人小结意见、记录者及主持人签名等。

8、抢救记录：在抢救结束后6小时内完成。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。时间应记录到分钟。

9、转科记录、阶段小结：在规定的时间内完成，书写符合要求。

10、出院（死亡）记录、死亡病例讨论记录：

（1）出院（死亡）记录在患者出院（死亡）后24小时内完成。死亡病例讨论记录应在患者死亡后一周内完成；

（2）出院（死亡）记录内容包括入院日期、出院（死亡）时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院（死亡）诊断、出院情况、出院医嘱（死亡原因）等；

（3）出院诊断依据充分，诊断全面、明确，出院医嘱合理规范；

（4）住院期间诊断、治疗方案合理，符合诊疗规范；

（5）死亡病例讨论记录由科主任或具有副高以上医师主持，内容包括讨论日期、地点、内容、主持人及参加人员姓名、专业技术职称、具体讨论意见、主持人小结意见、记录者及主持人签名等。

手术病程记录

11、术前小结：指在患者手术前24小时内，由经治医师对患者病情所作的总结。包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，记录手术者术前查看患者相关情况，并由手术者签名。

12、术前讨论记录：

（1）病情较重或手术难度较大的手术应有术前讨论记录，要有手术者参与；

（2）内容包括参加讨论者的姓名及专业技术职务、讨论日期、主持人小结意见、术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、记录者及主持人签名等。

13、手术记录：

（1）由手术者书写，术后24小时内完成；特殊情况下由第一助手书写时，必须有手术者签名；

（2）包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、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、手术经过、术中出现的情况及处理等。

14、术后首次病程记录：

（1）由参加手术的医师在患者术后即时完成；

（2）内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

15、重大手术审批：按本院《重大、疑难、特殊手术审批管理制度》履行审批手续。

16、手术安全核查记录：

由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方共同在患者麻醉实施前、手术开始前和离开手术室前按《手术安全核查制度》要求进行核对、确认并签字，完成手术安全检查记录单。

四、单项考核——麻醉

1、麻醉术前访视记录：

（1）由麻醉医师术前完成；

（2）包括姓名、性别、年龄、科别、病案号、患者一般情况、简要病史、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、麻醉医师签字并填写日期。

2、麻醉记录：

（1）由麻醉医师完成；

（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。

3、麻醉术后访视记录：

（1）由麻醉医师术后48小时内完成；

（2）包括姓名、性别、年龄、科别、病案号、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，麻醉医师签字并填写日期。

4、手术安全核查记录：

由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方共同在患者麻醉实施前、手术开始前和离开手术室前按《手术安全核查制度》要求进行核对、确认并签字，完成《手术安全核查表》。

五、知情同意书

（1）手术、麻醉、输血、特殊检查（治疗）、病危（重）等医疗质量安全规范中要求的各种知情同意，需取得患者书面同意方可进行医疗活动，应有患方意见并签名；

（2）各种知情同意书记录规范，内容齐全，应有患方意见和签名及医师签名等；

（3）知情同意书上医、患双方签名符合规定；

（4）授权委托书上医、患双方签名符合规定；

（5）使用人体植入物者病历中应有所使用产品的合格证（识别码）内容。

六、医嘱、辅助检查报告单

1、医嘱单：

（1）医嘱内容应当准确、清楚、规范，每项医嘱应当只包含一个内容，禁止有非医嘱内容；

（2）每项医嘱有明确的开具、执行时间。有医师、护士签名；

（3）如须更改或撤销医嘱时，在未审核前，可直接删除；不能直接删除时，及时在电子病历医嘱系统中停嘱或取消（红笔填“取消”字样并签名），并向护士交代清楚。

2、辅助检查报告单：

（1）辅助检查报告单项目与医嘱内容相符，报告单完整无遗漏，粘贴规范；患者检验、检查结果在收到报告后24小时内归入病历，同时做好病历记录。

（2）认可的其他医院的辅助检查结果，病历中应有报告单原件或复印件；

（3）拟输血病例应有输血前检查项目：血常规、肝功、血型、乙肝六项、感染四项（乙肝表面抗原、丙肝抗体、HIV抗体、梅毒抗体）；

（4）手术病例手术前完成常规辅助检查项目：血尿大便常规、凝血功能、血型、乙肝五项、感染四项、肝功、肾功、心电图、胸片等；

（5）辅助检查报告单项目齐全，内容规范；

（6）应有支持诊断的相关辅助检查报告单。

七、病案首页及附页

各项目填写完整、正确、规范，尤其是主要诊断、主要操作与手术要填写正确。

八、病案管理

1、不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

2、运行病历，无医疗操作时，病历放在病历车里保管；因工作须将病历带离科室时，应当由值班医生指定专人负责携带和保管。

3、保护患者隐私。因治疗需要，履行借阅手续后可查阅患者以往住院病历；因教学、科研需要，经病案室负责人批准后方可查阅。

4、患者出院后，医务人员要认真、完整、及时填写病案首页信息，及时定义出院；编码员及时、准确编码。

5、病案应在患者出院后 5 个工作日内完成所有内容并归档到病案室，死亡病历归档时间一般不超过 7 个工作日；

6、各临床、医技科室不得擅自增减、更改归档病历内容；

7、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，由医护人员带病历原件和患者或近亲属同时到病案室，在医患双方共同在场的情况下封存并按规定复印。

8、门（急）诊病历、急诊留观病历交由患者自行保管；住院病历由病案室设专人每日到各科室收回，进行登记、整理、装订形成病案，保存 30 年。

值班与交接班制度

一、医师值班、交接班制度

1、值班制度

（1）各科室实行 24 小时医师值班制。

（2）由依法取得《医师资格证书》，并经我院申请注册，取得《医师执业证书》的医师任一线值班，未取得执业资格的人员不得单独值班。指定听班医师任科室二线听班，根据科室具体情况，科主任可参加值班或听班。

（3）接班医师如未能按时到岗，上一班值班医师不得离开，并应及时向科主任报告。

（4）值班医师每日应按时到岗，坚守岗位，不得擅自离岗。医师值班期间严禁会客、聊天、玩电脑游戏等。

（5）值班医师在值班期间尽职尽责，负责所分管病区内各项临时性医疗工作和患者的临时处理、急症会诊及危重患者的观察治疗，做好病历记录，遇有疑难问题应及时向上级医师汇报。患者病情发生变化时应立即前往诊治。若有事需暂时离开，在保证科内有其他医师在岗的情况下，须向值班护士说明去向、时间及联系方式，当护理人员请叫时立即前往诊视。

（6）值班期间急诊入院患者，原则上要及时完成病历书写，如需急救处理或急诊手术未能及时书写病历时，应完成首次病程记录，在规定时间内补写其他病历文书。

（7）值班医师不得私自调班，不得随便找人顶替，确有特殊情况时经科主任批准并交待工作后方可调换。

（8）值班医师负责值班室的卫生清扫工作。

（9）值班医师值班期间，如遇重大抢救或特殊患者应及时向科主任汇报，并向医务部或院总值班汇报。

2、交接班制度

（1）交班医师必须在交班前将需交班病人的情况和观察注意事项重点扼要地记入医师交接班本，对危重患者或有特殊情况的患者，应于床前交接。接班者如有疑问，应立即提出，以免延误治疗或发生差错。接班医师办理完毕交接班事宜后，应及时主动巡视病房。

（2）接班医师接班后，所辖区域的医疗工作即由接班医师全面负责。遇有医疗疑难问题时，应及时报告并请上级医师协助处理。其他方面的问题可请院总值班、医务部、保卫科或有关科室协助处理。同时接班医师应将所接班患者在班情况及诊治处理结果及时扼要地记入医师交接班本。

（3）原则上医师交接班记录主要侧重于白班与夜班值班医师之间的交接。

（4）科室交接班每天早晨由科主任主持，交班医师应熟练地报告患者情况及尚待处理的工作，科主任、护士长负责布置科室当日工作或注意事项；晨会中可适当安排小讲座、提问及示教等，一般不超过半小时。

（5）交接班范围：所有危重患者，依据病情需要交班的新入院患者、手术患者及手术后三天之内的患者、对医疗服务有争议的患者和其他特殊患者等。对于尚未回报的辅助检查结果应交待给接班医师注意查收，避免因未及时发现异常结果而延误了急、危、重患的诊治。

（6）医务部组织有关人员医师交接班的质量进行检查评估，检查结果在院内进行通报，并纳入科室综合目标管理。

（7）如因未交接班引发延误患者诊治及其他严重后果，由当事人负责。

二、护理值班、交接班制度

1、各科室由护士长安排护理人员 24 小时值班，值班人员应坚守工作岗位，有效履行职责。

2、根据科室情况排班，在此基础上实施弹性排班，根据各时段工作量变动情况合理调配本科室护理人员。

3、各科室需设立一线、二线听班，听班人员必须保证电话 24 小时畅通，一线听班在接到电话后 30 分钟内到位，二线听班 1 小时内到位。在突遇护理工作量骤增，本班护理人员难以应对时，当班护士应及时向护士长汇报，护士长立即启动一、二线听班，协助完成相应工作，保证护理质量。

4、每班必须按时交接班，接班者应提前 15 分钟进入病区，阅读交班记录及相关护理文书。在接班者未到之前，交班者不得离开岗位。

5、值班者必须在交班前完成本班的各项工作，遇有特殊情况，必须做详细交代，与接班者共同做好交接后方可离去。各班必须写好交班记录，白班为夜班做好用物准备，如消毒敷料、试管、标本瓶、注射器、常备器械、被服等，以便于夜班工作。

6、实行床边交接班，交接不清不得下班。交班中发现病情、治疗器械、物品交代不清，应立即查问。接班时发现问题，应由交班者负责；接班后如因交班不清，发生的问题或物品遗失，应由接班者负责。

7、交班内容：

（1）患者总数、出入院、转科、转院、分娩、手术、死亡人数以及新入院、危重患者、抢救患者、大手术后或有特殊检查处理、病情变化及思想情绪波动的患者。

（2）医嘱执行情况、各项护理记录、各种检查标本采集、各种处置完成情况及后续工作。

（3）查看昏迷、瘫痪等危重患者皮肤情况，基础护理完成情况，各种导管固定和通畅情况。

(4) 备用、贵重、麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品(毒麻、精神药品)及抢救药品的数量,器械、仪器的数量、功能状态等。

(5) 交接班者共同巡视检查病房是否达到清洁、整齐、安静的要求,查看各项工作的落实情况。

8、晨会集体交班由护士长主持,当日当班护理人员均应准时到会,认真听取夜班交班报告,交接内容及要求如下:

(1) 夜班护士汇报患者情况,对危重患者要重点交接,汇报内容简明扼要、重点突出。

(2) 护士长布置当日重点工作,传达各项会议精神。

(3) 在保证交班质量的基础上,晨会交班应于 15 分钟内结束,小讲课日时间可适当延长,但不影响正常护理工作。

9、遇有下列情况时,不得进行交接班:

(1) 遇紧急情况或抢救时(可在紧急情况或抢救结束后进行交接班)。

(2) 交班或接班人员任何一方因特殊情况不能参加交接班时。

临床用血审核制度

为加强和规范医院临床用血管理,确保临床输血安全和输血质量,根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等法律法规,并参照《三级综合医院评审标准》及《山东省医院临床输血规程》,修订本制度。

一、首次输血患者必须进行输血前检查,间隔三个月输血应重新进行肝功能测定和感染性疾病筛查(乙肝表面抗原、丙肝抗体、梅毒抗体、艾滋病毒抗体等)。有输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血者,每次输血前都应进行不规则抗体筛查(抗体筛选)。麻醉医师在术前访视患者时,应认真核查《输血治疗同意书》、输血前检查等备血情况,对于符合规定的应当提前请患者主管医师及时备血。对术前备血进行核查,对输血患者的血型、用量进行核对、确认,并在《手术安全核查表》上签名。

二、输血申请

决定输血治疗前,经治医师应向患者或其家属告知输血目的、可能发生的输血反应和经血液途径感染疾病的可能,征得同意后,医患双方在《输血治疗同意书》上签字,并载入病历。无家属签名的无自主意识患者的紧急输血,应报行政总值班或医务部或主管领导同意、备案,并记入病历。

1、建立临床用血申请管理制度。经治医师逐项填写《临床输血申请单》上的各项内容,原则上:同一患者一天申请备血量少于 800 毫升的,由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请,上级医师核准签发后,方可备血;同一患者一天申请备血量在 800 毫升至 1600 毫升的,由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请,经上级医师审核,科室主任核准签发后,方可备血;同一患者一天申请备血量达到或超过 1600 毫升的,由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请,科室主任核准签发后,报医务部门批准,方可备血;急诊抢救用血由值班医生申请,在场最高职称医师审核签字,并在病历中详细记录,必须履行补办报批手续。

2、择期手术患者,由医务人员将《临床输血申请单》和受血者血样至少于预定输血日期前一天送输血科备血,交接双方核对后签名。《临床输血申请单》填写不符合规范要求时,输血科人员有

权拒收,并通知主管医师。

三、受血者血样采集与送检

1、规范标本的采集、保存、登记、送检等流程,有效防止标本发生差错。建立标本采集手册,指导住院患者的标本采集,并明确相关责任。患者信息应当具有唯一性。确定输血后,医护人员应当面核对患者姓名、性别、年龄、住院号、科别、床号、血型、诊断和输血史,核对无误后方可采集血样。采集血样时禁止直接从输液管或正在输液的一侧肢体采集血液。

输血患者血型鉴定和交叉配血不得同时使用一个血液标本。应先进行血型鉴定,需要输血时再另外采集血样。紧急输血患者采集血样时医护人员要双人核对相关信息。择期手术患者血样采集后,由医护人员或专门人员将受血者血样和临床输血申请单在输血前一天的 10:30 之前(紧急输血除外)送交输血科,双方核对无误后交接双方签名,严禁病人陪人送血样。

2、交叉配血 输血科根据临床输血申请情况可提前进行配血。配血标本必须是在输血前 2 天之内采集的,超过 2 天必须重新采集,同时进行不规则抗体筛查。逐项核对输血申请单、受血者和供血者血样,复查受血者和供血者 ABO 血型(正反定型)和受血者 RhD 血型,正确无误后方可进行交叉配血。(申请单核查率要达到 100%,受血者和供血者血型的复检率要达到 100%)。两人值班时,配血试验由两人互相核对,双查双签名;一人值班时,操作完毕后,自己复核并签名,填写配血试验结果。逐项完整填写交叉配血报告单。

四、血液发放

1、配血合格后,输血科人员应及时通知临床用血科室,临床用血科室派专人(本院具有相关资质的)持输血申请单到输血科取血。取血单应当详细注明患者姓名、科别、住院号、ABO 和 RhD 血型、不规则抗体筛查结果、血液信息、医师签名、日期等。取血与发血的双方必须同时核查取血单、交叉配血报告单上的患者信息和血袋上的血液信息,核对无误后,双方签名发出。严禁不合格的血液出库,严禁病人陪人取血。

(1) 血液发出前,必须核对用于输血的血液,其标签标记的血型与受血者的血型无误。

(2) 按规定检查领取的血液必须与输血记录单相符,确认受血者是否正确。

(3) 血液发出时必须附相容性检测的记录。

(4) 血液发出前,还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹象,以及其他肉眼可见的任何异常现象。

五、血液输注

1、血液制品放在室温下不得超过 30 分钟,取回的血液应尽快输用。临床用血科室不得自行贮血。输血前由两名医护人员在患者的床旁,核对输血记录单(交叉配血报告单)及血袋标签各项内容,执行双核对、双签名制度。输血时,由两名医护人员核对患者姓名、性别、年龄、住院号或门急诊号、病室、床号、血型等,确认与输血记录单(交叉配血报告单)相符,并再次核对血液后进行输注。

输血前用静脉注射生理盐水冲洗输血管道,确认静脉通路通畅。输血前将血袋内的成分轻轻混匀,避免剧烈震荡。血液内不得加入其他药物,如需稀释只能用静脉注射生理盐水。输用不同供血者的血液时,前一袋血输尽后,用静脉注射生理盐水冲洗输血器,再接下一袋继续输注。患者无输血不良反应等特殊情况下,一般不得在输血中途拔掉输血器,以免造成血液人为污染。

2、输血过程中应先慢后快,根据病情和年龄调整输注速度,并严密观察患者有无输血不良反应。重点监测以下几个阶段:开始输血前;开始输血后 15 分钟以内;输血过程中至少每小时一次;输血

结束后 4 小时一次。及时发现输血不良反应，及时抢救。输血记录单（交叉配血报告单）上应注明输血开始和结束的时间，并有两位核对者的签名。血液输注完毕，废血袋在科室内保存 24 小时后按医疗废物处理，并记录。

3、从血液发放到输血结束的最长时限不超过 4 小时。

4、输血不良反应 血液输注到患者体内之前发现血液质量问题应及时通知市中心血站的血液质量控制科，并按照血站质量管理的相关规定处理。临床输注过程中由于违反操作规程而发生的不良事件应通知输血科，并报告医院医务部，经调查核实，按照相关规定处理。

5、疑为溶血性或细菌污染性输血不良反应时，应立即停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路，立即通知值班医师和输血科值班人员，按照《临床输血技术规范》要求及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录，将剩余血液返还输血科保存。输血不良反应发生后，临床医师应逐项填写《患者输血不良反应回报单》相关项目，并及时送输血科查找原因。输血科需进行相关实验室检查，填写《患者输血不良反应回报单》相关项目，并向临床反馈意见，输血科每月统计上报医务部备案。对怀疑输入了可能有传染性疾病的血液的患者应有随访，并记录，具体由主管职能部门监管。需要对血液进行封存保留的，输血科应当通知市中心血站，由其派专人到场，封存的血液由医疗机构保管。

6、手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致，输血量与发放的血量一致。

六、临床用血管理

1、临床医师应当严格掌握输血适应证，根据患者病情和实验室检测指标进行输血指征综合评估，合理进行成分输血和自身输血等，提倡互助献血。定期评价与分析用血趋势。全血和成份输血适应证合格率要达到 100%。

（1）内科患者 Hb <60g/L、外科患者 Hb <70g/L，可以输注红细胞。

（2）内科患者 Hb 在 60–100g/L、外科患者 Hb 在 70–100g/L 之间，可以根据患者临床症状决定是否输血。

2、建立临床用血评价及公示制度，制定临床医师合理输血的评价机制和奖惩办法。临床科室和输血科应每月对医师合理用血情况进行评价，评价结果纳入科室和医师绩效考核管理，并作为医师用血权限认定的必需内容。经治医师应积极向输血患者宣传无偿献血、自身输血和亲友互助献血相关知识。亲友互助献血由经治医师对患者家属进行动员，填写《枣庄市互助献血登记表》后，到市中心血站或指定的采血点献血，由血站进行血液的初、复检，并负责调配合格的血液。输血科每季度对各临床科室及医师合理用血情况进行评价及公示，并用于科室质量管理评定和医师个人用血权限的认定。

3、建立临床用血医学文书管理制度。临床医师在患者输血当天应将相关内容，包括患者输血适应证的评估、输血原因、输注种类、血型 and 数量，输注过程观察情况，有无输血不良反应以及输血后疗效评价情况等完整详细地记录在病程中；临床输血治疗知情同意书、输血记录单（交叉配血单）等随病历保存。

4、建立临床用血培训制度。每年对医务人员进行临床用血和无偿献血知识的培训，将临床用血相关知识培训纳入继续教育内容。对新上岗医务人员进行岗前临床用血相关知识培训及考核。

七、血液报废

超过保质期的血液由输血科按照血液报废相关规定进行报废。血液发出后一律不得退回。各种

原因导致的没有输注的血液一律作为报废血液，按照相关规定处理，以确保输血质量和输血安全。

临床科室及医师临床用血评价及公示制度

为了进一步加强医院临床用血的管理，促进科学、安全、合理的临床用血，按照《医疗机构临床用血管理办法》的相关规定，特制订本制度。

一、临床用血评价制度

临床用血的评价主要包括用血合理性的评价和输血后疗效的评价。

1、用血合理性的评价：主要是观察是否严格按照输血适应证进行输血。输血适应证应严格按照《临床输血技术规范》的要求制定。

2、输血后疗效的评价：主要是指在输血后，医师要进行输血治疗后疗效评价，观察患者输血后较输血前有无疗效或有无输血不良反应的发生。如有输血不良反应发生，应严格按照输血不良反应处理程序进行。

3、医师应当将患者输血适应证的评估、输血过程和输血后疗效评价情况记入病历；《输血治疗同意书》、输血记录单（交叉配血报告单）随病历保存。

二、临床用血公示制度

制定临床用血专项检查制度，每季度将检查结果在全院通报，并由医院制定相应的奖惩措施，以严格加强临床用血的管理、促进临床科学、合理、安全的用血。

1、检查人员：

成立临床用血专项检查小组，成员由分管院长、门诊部、医务部、护理部、输血科等相关部门人员组成；

2、检查方法：每季度检查一次，抽取输血病历检查；

3、检查内容包括以下几方面：

（1）《临床输血申请单》的填写是否规范；

（2）输血前是否有输血前相关检查，是否有临床输血指征；

（3）输血前患者是否签写《输血治疗同意书》；

（4）大量用血是否有审批；

（5）是否有患者输血适应证的评估、输血过程和输血后疗效评价情况。

三级医师负责制度

一、在科室的全程医疗活动中，必须履行三级医师负责制，逐级负责，逐级请示。即主治医师应对住院医师的诊疗工作负责，主任 / 副主任医师应该对主治医师的诊疗工作负责。

二、三级医师负责制体现在查房、急诊、值班、手术、抢救、解决疑难问题、医疗文书书写、质量管理、抗菌药物应用、教学科研等方面。

三、主任 / 副主任医师在科主任领导下，对本科的医疗质量负责，具体指导下级医师，解决疑难

病例,审查新入院和急危重患者的诊疗计划,决定重大手术及特殊检查治疗,组织急危重患者的抢救,检查医疗护理工作,听取诊疗护理意见,改进和提高医疗质量,开展教学、科研工作,完成医院交给的相关工作。

四、主治医师在主任/副主任医师领导下,负责本科患者的诊治和指导下级医师工作,具体对本科患者定期进行系统查房,对新入院、急危重症、诊断未明、治疗效果不好的患者进行重点检查与讨论,听取医护汇报,倾听患者意见,审核病历记录,应邀参加会诊,决定出院计划,检查医疗工作,制订持续改进措施,不断提高医疗质量,开展教学、科研工作,完成各级交给的相关工作。

五、住院医师在主任/副主任医师及主治医师领导下,负责分管患者的诊疗工作,认真执行查房制度,及时接管新入院患者,按时完成住院病历,制定初步诊疗计划,征询上级医师意见,接受上级医师指导,实施各项诊疗措施,监督医嘱执行情况,分析各项检查报告,观察处理病情变化,据实做好病程记录,主动征求患者意见,不断提高医疗质量。同时担负指导实习、见习和进修医师工作的职责,完成科室交给的教学、科研任务和各级交办的相关工作。

六、在各种诊疗活动中,下级医师应及时全面向上级医师汇报,上级医师应提出诊疗意见。下级医师听取上级医师的指导意见。上级医师具有查询下级医师工作的职责。上通下达,形成一个完整的诊疗体系。

七、下级医师必须认真执行上级医师的指示,若下级医师不请教上级医师,主观臆断,对患者做出不正确的诊断和处理,由下级医师负责;若下级医师向上级医师汇报,上级医师未能亲自察看患者即做出不切实际的处理意见,所造成的不良后果,由上级医师负责。若下级医师不执行上级医师的指示,擅自更改或拖延而贻误诊治,甚至造成不良后果,由下级医师负责。

八、若下级医师对上级医师的处理意见持有不同见解时,仍应执行上级医师的决定,事后再与上级医师进行学术探讨。

附:三级医师负责制质量考核标准

1、住院医师负责质量考核标准

考核标准	分值	扣分标准
对所分管患者进行系统全面查房,一天不少于2次,重危术后未确诊及新入院患者随时重点巡视。	10	查看记录处理,了解患者,一项做不到扣1分
准确掌握病史、体征、资料数据和检查结果,做到胸中有数,提出诊断和处理意见,拟定治疗方案。	10	由主治医师负责提问,查看资料、记录,一例不掌握扣1分
医疗文件按要求书写(项目齐全、格式正规、内容充实、字迹清楚,在24小时完成)。	10	上级医师及科主任每日检查新入院病人。一例不按要求书写扣0.5分,丙级病历扣10分并重写
病程记录:术后患者连记三日,一般患者三天记一次,重危患者随时记录。各种记录按要求及时齐全。	10	随时查看病程,一项一次不按要求扣0.2分
上级医师查房意见及时记在病程上,并有执行情况记载,体现三级医师查房制。	6	查看病程记录,未记录不行分,一例不记录扣0.5分
对患者热情,态度和蔼,体贴患者,不训斥人,具备基本人文素养。	12	实地查看,了解患者反映,一次做不到扣12分

不迟到、不早退,工作时不擅离职守,不干私活,不带孩子,不串科室,衣帽整齐,操作时戴口罩。	20	随时检查,一次一项做不到扣0.5分
值夜班时要了解重患者情况,随时巡视妥善处理,详细记载病情,做好交接班记录。	10	了解执行情况,查看记录,一次做不到扣1分
工作认真负责、减少差错,杜绝事故,出院患者要如实填写病例缺陷记录。	12	全面检查病例,随时记缺陷记录,不按要求一次轻度扣1分,中度扣2分,重度扣5分

2、主治医师负责质量考核标准

考核标准	分值	扣分标准
主治医师对所分管患者分组进行系统查房,并随同主任(医师)每周全面查房一次,并能掌握分组患者病情。	15	查看值班记录,提问病例,一项做不到扣1分
对新入院、重危、疑难诊断未定、疗效不佳患者随时查房,进行认真讨论,决定手术,特殊检查和治疗。	8	查看记录,了解执行情况,一次一项做不到扣1分
对住院医师提出的诊治意见进行补充,并提出修正诊治意见,负责检查、修改病历,各种记录,检查医嘱执行情况,并做好记录。	6	抽查病例、查看记录,了解执行情况,一次做不到扣1分。
主持死亡病例讨论,不得超过一周。	16	不按规定时间执行,超一天扣0.2分,查看讨论记录,无记录扣2分,记录不详扣0.5分
对疑难患者,重危患者积极主持讨论,每周不少于一次,必要时向主任汇报,提出扩大会诊,尽快做出诊断及治疗方案,做好登记和讨论记录。	18	查看登记和讨论记录,一次做不到扣2分
认真检查下级医师、进修医师、抢救、治疗、诊断、辅助检查、合理用药等内容,发现缺陷及事故苗头及时纠正,做好缺陷记录。	15	抽查病例、了解情况,检查缺陷登记,一项未执行扣2分,一次执行不好扣0.5分
对患者热情、态度和蔼,体贴患者、不训斥患者,不与患者及家属吵架。	12	实地查看、了解患者反映,一次做不到扣12分
不迟到、不早退,工作时不擅离职守,不干私活、不带孩子、不串科室,衣帽整齐、操作时戴口罩。	10	实地查看,一次做不到扣1分

3、主任(副主任)医师负责质量考核标准

考核标准	分值	扣分标准
每周全面查房一次,并做好重点查房,重点解决疑难病例,审查新入院重危患者的诊疗计划,决定重在手术、特殊检查和治疗	10	查看查房记录,审查记录一次做不到扣1分
抓好急重患者的诊断、治疗和抢救工作,对疑难重症,组织全科会诊、院内、院外会诊	10	检查执行情况,了解效果一次一项做不到扣2分

对科内的医疗、护理、教学及管理全面负责，严格考核落实到人，随时抽查病历，医嘱，服务态度，劳动纪律，对本科填写的缺陷登记审核签字	20	检查各科执行情况，考核不细（质量）每季扣4分，无审核签字每次扣0.2分
负责制定周计划、月计划、年计划和总结，保证完成医院下达的各项工作指标	16	查看计划、总结、了解执行情况，计划总结，缺一次扣2分，完不成指标扣2分
检查贯彻各项规章制度，随时掌握医疗质量（质控），经常检查计划完成情况，对存在的缺陷，每月一次总结分析、制定改进措施，做好记录	12	检查记录、查看各种制度落实，管理不好一项未能落实扣1分，缺陷分析记录少一次扣1分
对患者热情、态度和蔼、体贴患者、不训斥患者，不与患者及家属吵架	12	实地查看，了解患者反映，一次做不到扣12分
工作时着装整齐，操作时要戴口罩	5	发现一次扣0.5分
主任（医师）需离院时、经医务部同意方可离岗，值班时间坚守工作岗位。	15	不按规定一次扣0.5分

医师处方权审批制度

为加强我院处方权的管理，提高处方质量、促进合理用药、保障安全用药，依据《执业医师法》、卫生部《医疗机构处方管理办法》等有关法律、法规，制定此制度。

一、依法取得执业医师资格证书，并经我院申请注册，取得医师执业证书的医务人员，方能在我院按执业范围从事医疗活动。

二、本制度中的“处方权”指的是医师从事医疗工作的各种权利。除开具处方和各类检查单外，还包括施行手术、进行各种检查操作、收治患者、开具各种证明等多种权利。只有具有本院处方权的在岗执业医师方可在本院从事医疗工作，执业地点仅限于本院。未经医院批准私自外出执业者，属非法行医，后果自负。

三、医师本人向医务部提出申请并填写《医师处方权审批表》，科室主任同意并签字，经医务部审核、分管院长审批后授予处方权。

四、医师获得处方权后，应在医务部医师签名留样单上签字留样备查。并持处方权审批表副联依次在药学部、门诊部、各药房签字留样后，存留信息中心并获取处方权医师工号。

五、中草药处方权须由具备专业知识的医师提出申请。获得中医执业医师资格证书，或经中医培训的西医人员经考核审批后，具有中药处方权。除享有中药处方权的医师，其余人员均不得开中药处方（中成药除外）。麻醉药品和抗菌药物处方权须经麻醉药品精神药品及抗菌药物使用培训考核合格后，方可获得此类处方权，应在医务部、药学部登记备案签字留样。

六、在医技科室工作的执业医师，应按执业范围从事执业活动，并授予相应专业的报告权。对涉及本专业检查、治疗项目的用药、授予处方权（影像科、功能检查科、核医学科等）。

七、凡违反《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》中麻醉药品、第一类精神药品相关规定的，医疗质量与安全管理委员会将依据卫生部《处方管理办法》第六章第四十六条的相关规定，予以取消处方权。情节严重者，由医务部上报市卫生局，依据第七章第五十四条、第五十五条、

五十六条、五十七条、五十八条的相关规定处罚。

八、医师出现下列情形之一的，处方权由医院予以取消：

- 1、被责令暂停执业的；
- 2、考核不合格离岗培训期间的；
- 3、被注销、吊销执业证书的；
- 4、不按照规定开具处方，造成严重后果的；
- 5、不按照规定使用药品，造成严重后果的；
- 6、因开具处方牟取私利的。

九、凡因工作调动，退休、辞职等各种原因离院，办理离院手续时医务部均应注销其处方权，以书面形式通知相关科室。医务部、药学部应分别在麻醉药品、第一类精神药品等处方权及〈医师签名留样单〉上备案。

卫生技术人员执业资格审核与执业准入管理制度

一、医师、医技类人员资格准入管理制度

（一）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。

（二）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。

（三）严格遵守医师执业范围，严禁超范围执业；严格执行医疗技术准入与手术分级管理制度，严禁越级开展手术。

（四）对取得医师资格证的人员，须将相关资料及时报医务部，医务部审核通过后，为其办理注册手续。《医师资格证书》交人力资源部保存、《医师执业证书》由医务部保存。授予处方权事宜执行《处方权审批制度》。

（五）对新入我院有执业资格的人员，经岗前培训，试用期3个月后合格者到医务部办理执业变更手续的相关材料，经变更执业后，通知个人办理处方权审批手续后，方能独立执业。

（六）已取得执业助理医师资格的人员，必须在执业医师指导下从事各项诊疗活动，不能独立执业。

（七）医技人员取得相应专业技术职务任职资格，须经执业注册、科室考核合格、办理处方权审批或持卫生行政管理部门核发的上岗证后，方可独立执业和出具相关检查报告。

（八）急诊科、麻醉科、重症医学科、感染疾病科、疼痛科、中医科、血液透析室、输血科、病理科等特殊岗位医疗人员须符合相关准入条件。

1、急诊科医疗人员须符合相关准入条件：

（1）急诊科主任必须由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的，有丰富的急诊临床工作经验并具备一定管理能力的医师担任。

（2）急诊医师必须经过急诊专业理论和技能培训与考核，合格后方可上岗。

（3）急诊医师必须持医师执业证书并按规定注册工作满3年，经过急诊急救专业技术、技能培

训与考核，合格后方可上岗，独立从事临床工作。

(4) 急诊医师应具备的知识与技能：

- ①抢救常见急危重症患者的能力；
- ②熟练掌握高级心肺复苏术；
- ③熟练掌握气管插管操作技术；
- ④熟练掌握深静脉、动脉穿刺技术；
- ⑤熟练掌握电复律技术；
- ⑥熟练掌握呼吸机的使用；
- ⑦熟练掌握血液净化技术；
- ⑧熟练掌握创伤急救技术。

(5) 对急诊轮转医师进行上岗前质量与安全工作培训。

(6) 参加科室及医院组织的培训与考核，年度考核合格，继续医学教育合格。

(7) 急诊医师每两年进行技能评价与再培训一次。

2、麻醉科医疗人员须符合相关准入条件：

(1) 麻醉科主任必须由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的，有丰富的麻醉临床工作经验并具备一定管理能力的医师担任。

(2) 麻醉医师必须经过严格的专业理论和技能培训与考核，合格后方可上岗。

(3) 独立实施麻醉的医师必须具备中级以上专业技术职务任职资格。

(4) 麻醉医师必须经过高级心肺复苏的知识与技能的培训。

(5) 对急诊轮转医师进行上岗前质量与安全工作培训。

(6) 参加科室及医院组织的培训与考核，年度考核合格，继续医学教育合格。

3、重症医学科医疗人员须符合相关准入条件：

(1) 重症医学科主任必须由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的，有丰富的重症医学专业临床工作经验并具备一定管理能力的医师担任。

(2) 重症医学科医师必须经过 ICU 专业理论和技能培训与考核，合格后方可上岗。

(3) 重症医学科医师应定期考核与培训并实行授权管理。

(4) 重症医学科医师应每两年进行技能评价与再培训一次，并实行再授权管理。

(5) 重症医学科医师应具备的知识与技能：

- ①抢救常见急危重症患者的能力；
- ②熟练掌握高级心肺复苏术；
- ③熟练掌握气管插管操作技术；
- ④熟练掌握深静脉、动脉穿刺技术；
- ⑤熟练掌握电复律技术；
- ⑥熟练掌握呼吸机的使用；
- ⑦熟练掌握血液净化技术；
- ⑧熟练掌握创伤急救技术。

(6) 参加科室及医院组织的培训与考核，年度考核合格，继续医学教育合格。

4、感染疾病科医疗人员须符合相关准入条件：

(1) 感染疾病科主任必须由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的，有丰富的感染疾病专业临床工作经验并具备一定管理能力的医师担任。

(2) 感染疾病科医师必须经过岗前培训与考核，合格后方可上岗。内容至少包括：

- ①有关传染病防治的法律、法规、部门规章、工作制度；
- ②感染性疾病的流行病学、预防、诊断、治疗、职业暴露处理和防护等；
- ③感染疾病科医师具有感染性疾病的诊断能力，具有临床微生物学、抗菌药物应用、传染病学、流行病学等专业知识。

(3) 感染疾病科医师应进行定期考核与再培训。

(4) 参加科室及医院组织的培训与考核，年度考核合格，继续医学教育合格。

5、疼痛科医疗人员须符合相关准入条件：

(1) 疼痛科主任必须由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的，从事临床疼痛工作 5 年以上，并具备一定管理能力的医师担任。

(2) 执业医师经过相关专业培训，具备相应资格，执业范围与执业资格相符。

6、中医科医疗人员须符合相关准入条件：

(1) 中医科主任必须由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的，从事中医临床专业 10 年以上，并具备一定管理能力的医师担任。

(2) 中医医师必须具备中医类别任职资格。

7、血液透析室医疗人员须符合相关准入条件：

(1) 血液透析室主任必须由具备肾脏病学副主任医师及以上专业技术职务任职资格的，并具备一定管理能力的医师担任。

(2) 血液透析室医师应具有 3 个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历。

8、输血科医疗人员须符合相关准入条件：

(1) 输血科主任应有高级专业技术职务任职资格的，从事输血技术工作 5 年以上，有丰富的输血相关知识管理能力。

(2) 输血科人员应具备输血、检验、医疗、护理等专业知识，并接受输血相关理论和实践技能的培训和考核。

9、病理科医疗、技术人员须符合相关准入条件：

(1) 病理科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格的，并具备一定管理能力的医师担任。

(2) 出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习 1-3 年。

(3) 快速病理诊断医师应当具有中级以上病理学专业技术职务任职资格，并有 5 年以上病理阅片诊断经历。

(4) 病理技术人员应当具有相应的专业学历，并接受教育与技能培训。

(5) 细胞学涂片、冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片及各种分子检测均是由具备病理专业资质的技术人员自作。

二、护理类人员资格准入制度

(一) 新入院护理人员须经严格岗前培训与考核，合格后方可上岗。

(二) 护理人员必须持护士执业证书并按规定注册，具备专业护理能力，方可独立从事临床护

理工作。

(三) 参加科室及医院组织的培训与考核, 年度考核合格, 继续医学教育合格。

(四) 护理人员的资质(包括技术能力、服务品质、职业道德等)至少每3年重新认定一次。

(五) 急诊、手术室、重症医学科、血液透析等特殊岗位护理人员须符合相关准入条件。

1、急诊专业护士准入条件

(1) 急诊专业护士长必须具备中级以上专业技术职务任职资格和5年以上急诊临床护理工作经验, 具备一定的管理能力。

(2) 急诊专业护士必须为接受院内岗前培训并考核合格的注册护士。

(3) 在急诊指定带教老师的指导下, 经过3个月培训, 经考核合格后方可独立工作。

(4) 急诊专业护士应具备的知识和技能:

- ① 急诊护理工作内涵及流程, 急诊分诊;
- ② 急诊科内的医院感染预防与控制原则;
- ③ 常见危重症的急救护理;
- ④ 创伤患者的急救护理;
- ⑤ 急诊危重症患者的监护技术及急救护理操作技术;
- ⑥ 急诊各种抢救设备、物品及药品的应用和管理;
- ⑦ 急诊患者心理护理要点及沟通技巧;
- ⑧ 突发事件和群伤的急诊急救配合、协调和管理。

2、手术室专业护士准入条件

(1) 手术室专业护士长必须具备中级以上专业技术职务任职资格和5年以上手术室工作经验, 具备一定的管理能力。

(2) 手术室护士应当为接受院内岗位培训并考核合格的注册护士。定期接受手术室相关知识、技能的再培训与考核, 再培训间隔时间原则上不超过2年。

(3) 手术室护士应具备的知识和技能

- ① 熟悉手术室环境、布局及基本设备、物品的定位, 特别是急救物品的定位和使用。
- ② 掌握手术室各种专科仪器设备的使用、调试和保养。
- ③ 掌握无菌、消毒和隔离的知识并熟悉操作规程, 掌握感染手术器械的处理。
- ④ 熟练掌握基础器械的名称、用途、使用方法及器械的清洗和保养; 熟知各专科敷料单的名称和折叠方法。
- ⑤ 熟练掌握手术室的各项基本操作(包括铺无菌台、穿脱无菌手术衣和手套、洗手方法和患者手术体位的摆放等)及各专科手术的配合。

⑥ 掌握手术标本的固定、登记及固定液的配制; 按要求进行护理文书书写(手术患者交接护理记录单、手术清点记录单)。

3、重症医学专业护士准入条件

(1) 重症医学专业护士长必须具备中级以上专业技术职务任职资格, 且在重症监护领域工作3年以上, 具备一定的管理能力。

(2) 重症医学专业护士必须为接受院内岗前培训并考核合格的注册护士。

(3) 在ICU指定带教老师的指导下, 经过3个月培训, 经考核合格后方可独立负责危重症患者的

监护工作。

(4) 重症医学专业护士应具备的知识和技能

① 掌握重症医学专业相应的医学基础理论知识、病理生理学知识及多专科护理知识和实践经验, 具有较强的评判性思维能力。

② 掌握重症监护的专业技术: 输液泵的临床应用和护理, 外科各类导管的护理, 给氧治疗、气道管理和人工呼吸机监护技术, 循环系统血液动力学监测, 心电监测及除颤技术, 血液净化技术, 水、电解质及酸碱平衡监测技术, 胸部物理治疗技术, 重症患者营养支持技术, 危重症患者抢救配合技术等。

③ 除掌握重症监护的专业技术外, 应具备以下能力: 各系统疾病重症患者的护理、重症医学科的医院感染预防与控制、重症患者的疼痛管理、重症监护的心理护理等。

4、血液透析专业护士准入条件

(1) 血液透析室护士长必须具备中级以上专业技术职务任职资格和2年以上血液透析临床护理工作经验, 具备一定的管理能力。

(2) 血液透析专业护士必须为经过血液净化基本治疗操作培训并考核合格的注册护士。定期接受血液透析相关知识、技能的再培训与考核, 再培训间隔时间原则上不超过2年。

(3) 血液透析护士应具备的知识和技能

- ① 掌握护理专业的基本知识、基本理论和基本技能。
- ② 掌握肾病及血液透析理论知识。
- ③ 掌握血液透析机的基本性能及操作方法。
- ④ 熟练掌握透析治疗流程及应急措施。

5、肿瘤专业护士准入条件

(1) 肿瘤专业护士长应当具备中级以上专业技术职务任职资格和2年以上肿瘤专业临床护理经验, 具备一定的管理能力。

(2) 肿瘤专业护士必须为接受过严格的专业理论和技术培训并考核合格的注册护士。定期接受肿瘤专业相关知识、技能的再培训与考核, 再培训间隔时间原则上不超过2年。

(3) 肿瘤专业护士应具备的知识和技能

- ① 掌握护理专业的基本知识、基本理论和基本技能。
- ② 掌握肿瘤护理工作的标准、流程与方法。
- ③ 熟练掌握肿瘤患者的护理常规及常见并发症的护理。
- ④ 熟练掌握肿瘤专业患者急救专业知识。

6、新生儿专业护士准入条件

(1) 新生儿病室护理组负责人应当具备中级以上专业技术职务任职资格和2年以上新生儿临床护理经验, 具备一定的管理能力。

(2) 新生儿专业护士应为经过新生儿专业培训并考核合格的注册护士。定期接受新生儿专业相关知识、技能的再培训与考核, 再培训间隔时间原则上不超过2年。

(3) 新生儿专业护士应具备的知识和技能

- ① 掌握护理专业的基本知识、基本理论和基本技能。
- ② 熟悉新生儿室环境、布局及基本设备、物品的定位, 特别是急救物品的定位和使用。

- ③掌握新生儿常见疾病的护理技能。
- ④熟练掌握新生儿急救操作技术。
- ⑤掌握新生儿病室医院感染控制技术。

(六) 准入程序

- 1、护士根据其条件向病区护理质控小组提出岗位准入资质申请。
- 2、病区护理质控小组对其评价，提出审核意见，报护理部审批。
- 3、护理部审批通过后通知病区及本人，方可独立值班。

三、药师资格准入管理制度

1、严格按照《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》等法规管理医院药学专业技术人员（以下称药师）。

2、药学部严格审查药师资质，未取得(中、西药学)药师资格者，不得独立从事药学专业技术工作。确因医院工作需要需独立执业，对取得药士而未达药师职称的药剂人员，应从事药学专业技术工作满2年，并对其人文素质、基础理论、专业技能、相关知识与技能进行必要的考试与考核，合格者，药学部报主管院长同意，人力资源部备案后，可以独立从事药学专业技术工作。

3、对新调入有药师以上专业技术任职资格人员，先试用1个月，试用期满后，药学部应进行必要的综合考试与考核，合格者，药学部报主管院长同意，人力资源部备案后，可以独立从事药学专业技术工作。

4、新到的院校毕业生，见习期为1年，不能独立执业，只能从事药士级别的工作，在上级药师指导下从事普通处方调配工作，并在药房、药库间轮转培训。见习期满后，如取得专业技术任职资格，由本人将资格证书报人力资源部备案，按专业技术任职资格管理；如未取得专业技术任职资格，同见习期管理。确因医院工作需要需独立执业，应对其人文素质、基础理论、专业技能、相关知识与技能进行必要的考试与考核，合格者，药学部报主管院长同意，人力资源部备案后，可以独立从事药学专业技术工作。

听班制度

为满足目前全院临床工作需要，保障医疗质量与安全，特修订听班制度。

一、全院临床科室必须安排二线、三线听班（要求在每次的排班表上注明），以协助值班人员处理紧急和临时性医疗工作。

二、听班人员资质：二线听班由具有主治医师任职资格的人员担任，三线听班由具有副主任医师及以上任职资格的人员担任。

三、听班时间：正常工作日：中午 12:00 ~ 14:00，夜 17:30 ~ 次晨 8:00；节假日期间全天候听班。

四、二线听班人员要求在医院听班，要坚守岗位，尽职尽责，不得无故离岗，如有听班请求，须在 10 分钟内到位，听班专用电话不得拨打与工作无关的电话；三线听班人员不必在医院听班，但联系电话务必 24 小时保持畅通。

五、听班职责：二线听班医师负责协助相关专业紧急情况的处理及临时性医疗工作（如科室值班医师有急会诊，由二线听班人员到该科室听班）；三线听班负责本科室重大紧急情况的协调、指

导和处理。

六、听班范围：外科二线听班负责外一科~外七科、肿瘤科、中心 ICU；内科二线听班负责内一科~内八科、风湿免疫科、全科医学科、感染肝病科、感染疾病科、急诊科、中医科、内科 ICU。

七、外科二线听班电话号码 3288092；内科二线听班电话号码 3288091。

患者出院、随访制度

一、出院制度

1、患者出院应由主治医师以上（包括主治医师）人员在评估患者健康状况、治疗情况、家庭支持能力及当地卫生资源等基础上，按照本科的具体要求决定。主管医师在评估患者需求的基础上，根据患者的需要制定相应的出院计划。如果患者有特殊治疗需求，应及早制定出院计划，必要时鼓励患者及家属一起参与。

2、制定出院计划后，主管医师应提前向患者或家属告知，包括拟定出院时间、出院带药、合适的交通工具、出院后去向等。

3、医师、护士、临床药师应根据病情为出院患者提供必要的服药指导、饮食指导、康复训练指导、生活或工作中的注意事项等。

4、医师应依患者需要，向出院患者提供出院记录的副本及开具诊断证明等医疗文书。

5、患者出院当天，医师下达出院医嘱，并与护士协调出院过程，联系提供必需的服务，根据患者病情帮助其选择合适的交通工具，让患者安全地出院。

6、病情不宜出院而患者或家属要求自动出院者，医师应加以劝阻，充分说明继续治疗的重要性及自动出院可能造成的不良后果，如劝阻无效，应报请副主任医师以上（含副主任医师）批准，由患者或其委托代理人签署相关知情同意文书后办理出院手续，方可离院。如患方拒绝签名，医师在病程记录中写明知情同意告知情况及患方拒绝签字的情况，请在场的第三方证人（如另外的患者或陪人）签名并留下联系方式，书写者签名。

7、医师通知出院而拒绝出院者，应由科主任组织科内医护人员积极劝导，必要时报相关部门和患者所在单位等部门，共同协助做好出院工作。

二、随访制度

1、随访对象：出院后需院外继续治疗、康复和定期复诊的患者均在随访范围内。

2、随访方式：包括电话随访、接受咨询、书面、上门随诊、复诊等。

3、随访时间：应根据患者病情和治疗需要具体制定。原则上首次随访一般在患者出院一周之内完成。

4、随访内容：包括了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导患者如何用药、如何康复、何时回院复诊、病情变化后的处置意见等专业技术性指导等。

5、负责随访的医护人员由科主任、护士长和患者住院期间的主管医师负责。首次随访由副主任医师以上人员进行，其后由主管医师或护士负责，并根据随访情况决定是否与上级医师、科主任一起随访。随访情况由随访者按要求填写在《出院患者随访登记本》上。

6、科主任应对出院患者随访情况至少每月检查一次，对没有按要求进行随访的医护人员进行督

促。医务部、护理部对各临床科室的出院患者随访情况定期检查督导，并将检查情况及时反馈，促进随访管理工作持续改进。

三、本制度自 2017 年 9 月 20 日始生效，以往有关出院随访相关的管理制度同时废止。

科室人员紧急替代制度

为解决临床科室的人员因意外情况不能继续完成其工作，需安排人员紧急替代，为不影响正常工作的开展，确保医疗质量与安全，特修订此制度。

一、正常工作日：如科室因工作繁忙而人员不足，或值班医务人员因意外情况不能坚持完成工作时，则需向科主任报告，由其下一级医师替代完成；若后者没有能力完成该诊疗操作，由科主任协助完成相应工作或派相应有能力的人员替代，如有必要，可报告医务部或院领导，予以协调解决。

二、夜间及节假日：当遇到人员不足，或值班人员因故不能坚持完成工作时，由值班人员报告科主任联系科内其他人员接替。

三、外科系统手术中若发生手术人员尤其是术者因某些意外情况不能坚持完成手术时，由具有相应资质的助手替代其完成手术；若后者没有能力完成该手术，则应及时向科主任请示，安排相应的人员接替。

患者病情评估制度

一、住院患者在住院期间由有资质的医师、护士及相关人员对患者进行病情评估。

二、通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段，明确患者病情严重程度、心理和生理状况、营养状况、治疗依从情况、家庭支持情况、医患沟通情况及自理能力等，以此为依据，制定适宜有效的诊疗方案，保证医疗质量和患者安全。

三、患者病情评估的范围是所有住院患者，尤其是新入院患者、手术患者、危重患者、转科患者、住院时间 ≥ 30 天的患者、15天内再次住院患者、非计划再次手术患者。

四、应在规定的时限内完成对患者的评估。

五、执行患者病情评估人员的职责

1、在科主任指导下，对患者进行检查、诊断、治疗，开具医嘱和书写病历。

2、随时掌握患者的病情变化，并根据病情变化及疾病诊疗流程，适时的对患者进行病情评估。

3、在对患者进行病情评估的过程中，应采取有效措施，保护患者隐私。

4、评估结果应告知患者或其委托人，患者不能知晓或无法知晓的，必须告知患者委托的家属或其直系亲属，必要时取得其知情签字。

5、积极参加患者病情评估专业教育、培训工作，掌握专门的病情评估知识和技能，定期参与考核，持续改进评估质量。

六、医师对患者病情评估

1、医师对患者的病情评估主要通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段进行。

2、按照相关制度，在规定时限内完成首次病程记录、入院记录等病历文书书写。新入院患者还应在入院 24 小时内填写《患者病情评估表》。

3、手术（或介入诊疗）患者还应在术前依照《手术风险评估制度》进行术前评估。手术后根据术中情况再次进行病情评估。

4、患者在入院后发生病重、病危等特殊情况的，主管医师应及时向上级医师汇报请示，科内应组织再次评估。必要时申请全院会诊，进行集体评估。

5、住院时间 ≥ 30 天的患者、15天内再次住院患者、非计划再次手术患者，主管医师应按照相应的评估要求进行病情评估，重点针对患者长期住院、再次入院的原因、再次手术原因进行评估。

6、患者入院经评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通、协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。

7、对出院患者要进行出院前评估，完成出院记录，评估内容包括：患者现状、治疗效果、随访事项、饮食注意事项、康复注意事项及尚未解决的问题等。

七、护理对患者的病情评估

1、初次评估：

（1）责任护士在患者入院后 2 小时内完成初次评估并记录，主要内容包括：①生命体征；②心理状态；③营养状况；④自理能力和活动耐受力；⑤患者安全；⑥家庭支持；⑦健康教育需求；⑧疼痛和症状管理；⑨出院后照顾者和居住情况等。

（2）鼓励患者 / 家属参与治疗护理计划的制定和实施，并提供必要的教育及帮助。

2、再次评估

（1）护士至少每班对危重、手术前一天、手术当天患者进行评估、记录，主要内容：①按医嘱测量生命体征；②心理状态；③营养状况；④自理能力和活动耐受力；⑤患者安全；⑥家庭支持；⑦教育需求；⑧疼痛和症状管理；⑨治疗依从性。

（2）下列情况下，需对患者及时评估并记录；评估重点内容按医嘱及病情需要决定。①判断患者对药物、治疗及护理的反应；②病情变化；③创伤性检查。

八、教育监督考核机制

1、对于具备患者病情评估资质的临床医师及其他岗位卫生技术人员，由医务部、护理部每年组织 1-2 次患者病情评估培训和教育，提高评估工作质量。

2、本制度执行情况将纳入到医院医疗质量管理考核体系中，与评优选先、职称晋升和奖金挂钩。

3、医务部、护理部等职能部门对患者病情评估工作开展情况进行不定期监督检查，检查过程中发现的问题及时反馈给相关科室，并限期整改。

4、对于在执行患者病情评估过程中存在重大失误，造成恶劣影响者，相关职能部门将根据医院相关规定严肃处理。

关于开具医学证明的规定

为进一步规范各级各类医务人员的执业行为，加强医学证明的管理，减少不必要的纠纷及隐患，现修订本规定：

一、医学证明包括各种医疗证明、门诊病假证明单和居民死亡证明书。

二、在我院工作并已取得执业医师证书的临床医师有责任对所分管、治疗的患者开具诊断和病休证明；医技科室各级医师、技师、进修、实习、轮转医师（无执业医师证）不得开具医学证明，特殊情况下需开具证明的须报医务部、门诊部及院分管领导审批。

三、各科医师仅限开具本专业的医学证明，所诊断的疾病应明确，书写规范。病情比较复杂，不能确诊或需其他科会诊者，待诊断明确后再行填写。

四、医学证明所填写的内容应具体、真实、合理、清楚。开具证明人员应对所填写的内容负责。

五、所有医学证明须当日持门诊病历（周末、节假日除外）、住院病历到患者服务中心盖章，要求过期补开或盖章的患者须持单位或执法部门的正式介绍信方可办理。

六、原则上医学证明限于被证明人本人前来办理。特殊情况可由被证明人直系亲属持双方身份证、关系证明（如户口本）及授权委托书代办。

七、各级医师据疾病诊断性质严格掌握病休时间，门诊开具病假须在门诊病历上做相关记录。原则上急性病不超过3天，慢性病不超过15天，需延长的应再次开具证明。住院病员检查治疗证明原则上不超过1个月（肿瘤除外），宜标明起止日期。如需一次开具病假超过上述范围者，须加科主任签字方可盖章。

八、开具医学证明应使用专用的门诊病员检查证明书及住院病员检查治疗证明书，到患者服务中心审核盖章后生效，不规范开具的证明不予盖章。

九、涉及刑事案件、交通事故、医疗保险等方面的诊断证明，必须持相关部门出具的介绍信；开具计划生育证明的，须持县级以上医疗单位转诊单或乡级以上计划生育办公室介绍信或单位（街道居委会）介绍信，由本院指定的专业医师两人以上签名方可盖章。

十、居民死亡医学证明（推断）书：居民死亡医学证明书必须患者死亡后由患者的主管医师负责填写死亡医学（推断）书（四联单），包括居民死亡证明书填写单位存根联、公安机关保存联（交户籍登记机关联）、死者家属保存联、交殡葬管理部门保存联。由家属持死亡医学证明（推断）书后三联到患者服务中心盖章备案。本证明只允许一次性开具，不得补开。

十一、以上规定如有违反，开具的医学证明无效并罚款50-100元。对开具假医学证明引起医疗纠纷或破坏计划生育者，罚款1000元，并视情节轻重予以行政处分。

十二、本规定2017年9月20日始生效，之前的规定同时废止。

特需服务控制措施与动态管理机制

随着市场经济的发展，为更好的体现全心全意为人民服务的宗旨，医院拟准备采取多种形式开展特需医疗服务。为把握正确导向，做好特需医疗服务工作，以满足社会不同层次对医院医疗服务的需求，特制定本制度。

一、特需服务对象

上级领导、劳动模范、高级人才、侨胞、港澳台同胞、外宾等需要提供特需服务的患者。

二、特需服务规范

1、救死扶伤，实行社会主义的人道主义。时刻为患者着想，千方百计为患者解除病痛。

2、尊重患者的人格与权利，对待患者不分民族、性别、职业、地位、财产状况，都应一视同仁。

3、文明礼貌服务。举止端庄，语言文明，态度和蔼，同情、关心和体贴患者。

4、廉洁奉公，自觉遵纪守法，不以医谋私。

5、为患者保守医密，实行保护性医疗，不泄露患者隐私与秘密。

6、互学互助，团结协作，正确处理同行同事间的关系。

7、严谨求实，奋发进取，钻研医术，精益求精。不断更新知识，提高技术水平。

三、特需服务管理规定

1、基本原则

（1）必须摆正基本服务与特需服务的关系，坚持社会效益第一、患者利益第一、医疗质量第一的医疗服务宗旨。在确保基本医疗服务，不冲击公费医疗、社保医疗和干部保健的前提下，满足社会对医院医疗服务不同层次的需求，解决好医疗与服务的供需矛盾。

（2）特需服务必须要突出“特”字，强化优质服务。参与特需服务的医、护、技人员必须是在职的副高职称以上人员。

（3）凡属于急、危、重患者的临床抢救及必须的医疗服务，一律不得列入特需医疗服务项目之内。

（4）特需医疗服务必须以病情需要为基础，患者自愿为前提，费用由患者自费负担，并采用现金结算，不纳入公费和社保医疗的支出。

2、限制开展“特需医疗”的数量与资金运用，特需服务规模占全院服务规模≤5%。

3、切实控制其优质医疗资源的使用方向和比例，特需门诊总量占医院总门诊量≤5%，住院特需床位数量占医院开放床位数≤5%。

医嘱制度

一、下达与执行医嘱的人员，必须是在我院注册的执业医师和执业护士，其他人员不得下达与执行医嘱。

二、医师下达医嘱要认真负责，严禁未诊查患者下医嘱。

三、主管医师（或值班医师）对新入院患者查体完毕或每天上午查房时，应对新入院患者及所分管患者开具或更改医嘱（包括长期医嘱和临时医嘱）。

四、长期医嘱内容及顺序：护理常规类别、护理级别、病危与否、饮食、体位、药物（名称、剂量、给药途径及用法）、各种治疗措施等，检查无误后医师签名。

五、执行电子医嘱，医嘱单须由医师手写签全名或电子签名。

六、医嘱可用汉字、拉丁文或英文书写，后者仅限于国际通用的缩写名称，如tid（每日三次）、q4h（每4小时一次）、im（肌肉注射）、iv（静脉注射）等。

七、药物应写通用名，不得简写，不得书写化学分子式如ALOH₃，FeSO₄，要注明剂量、浓度、用法，对未标明剂量的药物应写明××片、××丸、××毫升。

八、医师开出医嘱后要仔细复查，无误后交护理人员执行。护士应认真依据电子医嘱执行，对有疑问的医嘱应查清后再执行；非抢救患者状态下不得执行口头医嘱。在抢救和手术中，如需下达口头医嘱时，由经治医师下达，护士复诵一遍，医师核实无误方可执行，事后经治医师须及时补记

医嘱。

九、医嘱中包含两种及以上的药物时，如需停用其中一种，应将此项医嘱全停后重新下达，更改时应先停止原医嘱再下达。

十、医嘱不能涂改，如须更改或撤销时，在未审核医嘱前，直接删除；不能直接删除时，及时在电子病历医嘱系统中停嘱或取消（红笔填“取消”字样并签名），并向护士交代清楚。

十一、开具、执行和停止医嘱必须签全名并注明时间（精确到分）。

十二、护士每班要查对医嘱，凡需下一班护士执行的临时医嘱，要交代清楚。

十三、手术后和分娩后要停止术前和产前医嘱，重新开具医嘱。

十四、一般情况下，如无医嘱，护士不得对患者做任何处理。但遇抢救急危重症患者的紧急情况下，如医师不在场，护士可针对病情临时给予必要处理，但应做好记录并及时向经治医师报告。

十五、由医师操作执行的医嘱要在医嘱单执行栏中签名并签署时间。

十六、如果执行者对医师开具的医嘱感到模糊不清或有疑问时，应立即通知开具医嘱的医师，双方澄清、审核、确认无误后方可执行。

十七、每周由病区护士长组织对医嘱总查对一次。医务部、护理部等相关职能部门对常规医嘱下达时间与执行时间的一致性、方式、签字情况、病历记录情况等内容不定期进行督查，并提出改进意见，保证医嘱质量持续改进。

口头医嘱的使用与执行制度

一、在非抢救及非手术情况下，护士不执行口头医嘱及电话通知的医嘱。

二、在对急危重症患者进行抢救的过程中，医师下达口头医嘱后，护士需要重复一遍，得到医师确认后方可执行。

三、在执行口头医嘱时，需请下达医嘱者再次核对药物名称、剂量及给药途径，以确保用药安全。

四、抢救结束后经治医师需及时补记所下达的口头医嘱。

五、在接获电话医嘱时，接听护士需对医嘱内容进行复述，确认无误后方可记录和执行。

六、擅自执行口头医嘱视为违规，一经查实给予相应处理。

附：口头医嘱处理原则与程序

适用范围：特殊、紧急情况时。

口头医嘱之医师条件设定：

一、电话医嘱：需为值班医师，且该医师曾于当班内亲自诊察过该患者始可开具，并应有确认机制。与护理人员共同复诵二次或双重核查，确认对方接受医嘱内容为正确，才予以交付。

二、现场医嘱：为该患者之主管医师，或急救现场中最资深之医师方可开具。

三、口头医嘱通报流程：

医师开具口头医嘱，未能解决患者的问题时；当再次接获护理人员通知应立即亲自诊视病人，如处理后还是未能改善患者的问题，应向上级医师汇报。

四、书面医嘱完成期限：

交付口头医嘱处置后，医师应立即或最迟当班补记书面医嘱，若超过8小时以上未补齐书面医嘱，护理人员应立即汇报上一级医师处理，并记录时间。

危急值报告制度

危急值被称之为“Critical Value”，当这种检查结果出现时，表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态，临床医师需要及时得到检查信息。此时如果给予患者及时有效的干预措施或治疗，患者生命可以得到挽救，否则就有可能出现不良后果，失去对患者抢救的最佳时机。为提高医疗质量，保障医疗安全，使临床能够及时掌握患者情况，并提出处理意见。根据相关文件要求，特制订此制度。

目前我院提供的“危急值”项目和范围

项目名称	单位	低值	高值	备注
白细胞计数	× 10 ⁹ /L	2.0	30	
白细胞计数	× 10 ⁹ /L	1.0	50	血液科、肿瘤科、ICU
血红蛋白含量	g/L	50	200	
血红蛋白含量	g/L	50	220	新生儿
血小板计数	× 10 ⁹ /L	40	999	
血小板计数	× 10 ⁹ /L	20	999	血液科、肿瘤科、ICU
PT	秒	8	30	
APTT	秒	20	75	
血钾	mmol/L	2.6	6.2	
血钠	mmol/L	120	160	
血钙	mmol/L	1.5	3.5	
血糖	mmol/L	2.5	22.2	
肌钙蛋白 I	pg/mL		500	首次检出
肌钙蛋白 T	pg/mL		200	首次检出
淀粉酶（血、尿）	U/L			血超过参考值 10 倍、尿超 5 倍
血培养			阳性	
脑脊液涂片和培养			阳性	
无菌体液革兰氏染色			阳性	
分支杆菌涂片和培养			阳性	首次检出
疟原虫涂片			阳性	首次检出
涂片幼稚细胞			阳性	首次检出

1、检验科“危急值”项目及范围：

2、心电图“危急值”项目及范围：

- (1) 心脏停搏；
- (2) 急性心肌缺血；
- (3) 急性心肌梗死；
- (4) 致命性心律失常：

- ①室性心动过速；
- ②多源性、RonT型室性早搏；
- ③大于2秒的心室停搏；
- ④预激伴快速房颤（心室率大于180次/分）。

3、医学影像科“危急值”项目及报告范围：

(1) 中枢神经系统：

- ①严重的颅内血肿，小脑半球 $\geq 10\text{ML}$ 、大脑半球 $\geq 40\text{ML}$ 、挫裂伤中线移位 $\geq 1.0\text{CM}$ ；
- ②硬膜下/外血肿急性期合并脑疝；
- ③颅脑CT或MRI扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）。

(2) 严重骨关节创伤：

①X线或CT检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊致椎管狭窄、脊髓受压，膝关节脱位；

- ②多发肋骨骨折伴肺挫裂伤及或液气胸（肺压缩比例大于50%以上）；
- ③骨盆环骨折。

(3) 呼吸系统：

- ①气管、支气管异物；
- ②气胸及液气胸，尤其是张力性气胸（压缩比例大于50%以上）；
- ③肺栓塞、肺梗死；
- ④一侧肺不张；
- ⑤急性肺水肿。

(4) 循环系统：

- ①心包填塞、纵隔摆动；
- ②急性主动脉夹层动脉瘤；
- ③心脏破裂；
- ④纵膈血管破裂及出血；
- ⑤急性肺栓塞。

(5) 消化系统：

- ①食道异物；
- ②急性消化道穿孔、急性肠梗阻；
- ③急性出血性坏死性胰腺炎；
- ④肝、脾、胰、肾等腹腔脏器挫裂伤；出血；
- ⑤肠套叠。

(6) 颌面五官急症：

- ①眼眶或眼球内异物；
- ②眼球破裂。

(7) 超声发现：

- ①急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重患者；
- ②急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔的患者；
- ③考虑急性坏死性胰腺炎；
- ④怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血；
- ⑤晚期妊娠出现羊水过少并胎儿呼吸、心率过快；
- ⑥心脏普大合并急性心衰；
- ⑦大面积心肌梗死；
- ⑧大量心包积液合并心包填塞；
- ⑨胎盘早剥。

4、病理科“危急值”项目及报告范围：

送检标本与送检单不符。

二、检验科室“危急值”报告流程

1、确认检查仪器设备和检验过程是否正常，操作是否正常，仪器传输是否有误；

2、在确认检查（验）过程各环节无异常的情况下，核实标本信息（包括患者姓名，科室、床位、诊断、检查项目等）；

3、在确认检测系统正常情况下，立即复检，有必要时需重新采样；

4、复检结果无误后，操作者应即刻电话通知相应诊室或临床科室医护人员，同时报告本科室负责人或相关人员；

5、检验科按“危急值”登记要求在危急值结果登记本上详细记录患者姓名，门诊号/住院号、科室、床号、收样时间、出报告时间、检验结果（包括记录复检结果）、向临床科室报告时间、该报告接收人员姓名、检验人员姓名等；

6、尽快将书面报告通过信息系统传输至相应诊室或科室、病区，必要时通知临床重新采样；

7、必要时检验科应保留标本备查。

三、影像科及特检科“危急值”报告流程

1、对于首次出现“危急值”的患者，操作者应即刻电话通知相应诊室或临床科室医护人员，同时报告本科室负责人或相关人员；

2、影像科及特检科按“危急值”登记要求在危急值结果登记本上详细记录患者姓名、年龄、门诊号/住院号、科室、床号、患者检查时间、出报告时间、检验结果、向临床报告时间、该报告接收人员姓名、检验人员姓名等。

四、临床科室对于“危急值”按以下流程操作处理

1、临床护士或医师接到“危急值”报告电话时，应具备有电话记录。在危急值结果登记本上详细记录患者姓名、年龄、门诊号/住院号、科室、床号、检查或检验结果（包括记录重复检测结果）、报告医师时间、传报人姓名、报告接收时间和接报人姓名、接报医师、医师处置情况、处置人签名等；

2、临床护士或医师接到“危急值”报告电话后，如果认为该结果和患者的临床病情不相符或标

本的采集有问题时，应重新留取标本送检进行复查。如结果与上次一致或误差在许可范围内，应在报告单上注明“已复查”；

3、接收报告者应及时将报告结果交该患者的主管医师，若主管医师不在病房，立即通知值班医师，医师接获“危急值”报告后，应立即结合临床情况对“危急值”报告进行分析和评估，并将疑难情况汇报上级医师或科主任，做出进一步抢救治疗措施（如药物、手术、会诊、转诊或转院等决定）；并在病程记录中详细记录报告结果、分析、处理情况及处理时间（记录到时与分）；

4、门、急诊医护人员接到“危急值”电话时，应即刻通知患者或家属取报告并及时就诊；一时无法通知患者时，可请分诊护士协助寻找（通过电子滚动屏和声音提示等方式）；

5、接到“危急值”报告后15分钟以内主管医师对危急值报告的应答，应体现在医嘱及病程记录中。接收人负责做好相应记录。

五、系统辅助提醒

如患者检查、检验结果进入“危急值”提醒范围：医生工作站，患者列表界面患者床号前，化验报告的条目前，以及报告单内的异常指标前都会显示一个红色的“危”字。

六、“危急值”定义的不定期维护

1、临床科室如对“危急值”标准有修改要求，或申请新增危急值项目，请将要求书面成文，科主任签字后报医务部，由医务部通知相关科室修订并备案；一般情况下根据医疗工作实际，每年对各项数值进行一次调整，特殊情况随时调整。

2、检查科室按临床要求进行危急值修改，并将临床递交的申请存档保留；

3、如遇科室间标准、要求不统一，提交医务部、门诊部协商解决；

4、流程中涉及医技科室的内容由门诊部负责监管，涉及临床科室的内容由医务部负责监管。

七、登记制度

“危急值”报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”的原则，检验科，各临床科室应建立检验（查）“危急值”报告登记本，各临床科室“危急值”报告登记本应放置在护士站，以便对“危急值”处理的过程和相关信息做详细记录。

八、质控与考核

1、临床、医技科室要认真组织学习“危急值”报告项目与“危急值”范围和报告程序，科室要有专人负责本科室“危急值”报告制度实施情况的督查，确保制度落实到位；

2、“危急值”报告制度的执行情况，纳入科室质量考核内容，涉及医技科室的内容由门诊部负责监管，涉及临床科室的内容由医务部负责监管。门诊部、医务部等职能部门将对各临床医技科室“危急值”报告制度的执行情况和来自急诊科、重症监护病房、手术室等危重患者集中科室的“危急值”报告进行检查，提出“危急值”报告制度持续改进的具体措施。

临床路径管理工作制度

建立临床路径管理工作体系，负责临床路径管理工作。临床路径管理工作体系包括临床路径管理委员会、临床路径指导评价小组和临床路径实施小组。

管理委员会负责审定开展临床路径管理的实施方案；临床路径管理中长期规划、年度计划和总结；

开展临床路径管理的各项相关制度；审议指导评价小组提交的有关意见建议；协调解决临床路径管理过程中遇到的问题；审定临床路径管理所需的关键数据、监测指标、考核指标及其他需要管理委员会承担的职责。

管理委员会每半年组织召开相关部门参加的联席会议，定期组织专家组相关专家，对科室临床路径实施效果进行监管评估并将结果及时反馈给临床路径实施科室。

指导评价小组负责落实管理委员会的各项决议；向管理委员会提交临床路径管理有关意见、建议，制度草案，规划、计划草案，评价结果或报告；对各实施小组的临床路径管理工作进行技术指导；审定各实施小组上报的开展临床路径管理的病种及文本，涉及伦理学问题的，按相关文件规定执行；组织开展临床路径相关培训工作；组织开展临床路径管理评价工作，并负责评价结果运用；临床路径管理过程中关键数据统计与汇总等数据和档案管理及其他需要指导评价小组承担的职责。

科室临床路径管理工作实施小组应定期召开临床路径总结评估会议。根据本科室临床路径执行情况及时进行相应调整和改进，对入临床路径疾病的质量、费用及成本进行分析评估，总结影响试点疾病质量监控的问题，对指导评价小组的反馈意见及时落实，采取措施，持续改进。

临床路径管理表单应根据国家卫生计生委、国家中医药局印发的临床路径病种、文本为框架，遵循循证医学原则，根据最新诊疗指南、临床技术操作规范及基本药物目录，结合本院实际情况，对其进行细化完善，形成符合我院实际、具有可操作性的本地化临床路径，对于符合准入标准的，按照临床路径确定的诊疗流程实施诊疗。

尊重患者知情同意权，在患者入院时向其详细介绍临床路径的目的、意义以及相应的诊疗项目等，沟通情况记录于病历中，并将患者评估结果和实施方案通知相关护理组。

经治医师应根据当天诊疗项目完成情况以及病情的变化，对当日的变异情况进行分析、处理，并做好记录。

诊治过程中出现变异的，应当及时将变异情况记录在电子病历中，并对变异情况定期进行总结。对于较普通的变异，可通过科内讨论或查阅相关文献资料探索解决或修正变异的方法，找出变异的原因，提出处理意见，讨论情况应写入病程记录中；对于较复杂而特殊的变异，应上报专家组，由其组织相关专家进行重点讨论。

对于因各种原因必须退出临床路径管理的患者，应进行告知，根据患者情况，按相关诊疗常规实施治疗，患者退出情况应有记录并定期分析总结。

实施临床路径试点的科室，有专人负责临床路径管理，每月详细记录患者进入路径例数、变异例数、退出路径例数、平均住院日、住院费用、药品费用、诊疗效果、30日内再住院率、非预期再手术率、死亡率、并发症与合并症管理及退出、发生变异的原因等统计指标，每季度对统计指标进行汇总与分析，并提出改进措施。

进入临床路径管理的患者，出院时应填写《枣庄市立医院住院患者临床路径管理满意度调查表》，科内存档。

医务人员每月填写《枣庄市立医院临床路径试点医院临床路径实施情况开放问卷》，填写的份数不少于科室医师人数的50%，科内存档。

奖惩

（一）对临床路径开展比较好的科室进行奖励：

（1）实施并完成临床路径管理的患者的住院费用不再纳入科室药品比例控制范围；

(2) 医院每半年组织一次评估, 根据科室完成临床路径管理的患者数量进行奖励; 每一年组织一次院内评估, 评选临床路径管理工作开展比较好的科室和个人进行奖励。

(二) 对临床路径管理实施过程中, 未按照要求开展相关工作的个人和科室, 将进行院内通报批评; 医院将临床路径实施质量考评结果纳入医院医疗质量绩效考核体系, 并与相关责任人的职称晋升、评优选先、绩效考核等挂钩。

临床路径多部门多学科协调机制

为更好地协调临床路径执行中出现的问题, 在临床路径管理委员会领导下, 由医务部、护理部、药学部、感染管理科、临床检验科、影像中心、信息科等部门负责人组成协调专家组成员, 解决临床路径管理运行中遇到的需要多学科、多部门协作的工作。

一、由主任委员主持会议, 如主任委员不能参会, 可由主任委员指定副主任委员主持, 会前各副主任委员根据所在医院分管的工作范围, 布置安排相应委员收集资料, 归纳分析后做出议题。

二、要求参会委员按时参加, 若部分议题范围确实局限, 可按专业选择参会人员。

三、医务部负责审核通过各科临床路径的病种及医师版表单, 定期检查临床科室临床路径执行情况, 对在执行过程中存在的问题, 分析原因, 提出改进意见。

四、护理部负责审核通过各科临床路径护理表单, 定期检查临床路径护理质量。

五、药学部负责各科临床路径用药指导。

六、临床检验科、影像学科等医技科室确保临床路径患者按表单完成各项检查。

七、信息科负责临床路径质控指标统计, 负责临床路径信息日常维护, 优化系统。

凡临床路径执行中遇到需要多学科协调的问题, 报请临床路径管理委员会讨论, 院办公会形成决议后执行, 由医务部、护理部具体安排落实, 各部门服从安排。

单病种质量管理制度

一、严格按照国家卫计委发布的“关于开展单病种质量管理控制工作的通知”要求, 对公布的单病种质量控制指标开展单病种质量监控。

二、医院成立单病种质量管理领导小组, 组长由业务副院长担任, 成员由医务管理、护理管理、药事管理、信息统计、临床医技、病案管理等人员组成。主要负责定期检查全院单病种质量控制的实施情况, 并进行效果评价和考评奖惩。

三、单病种质量管理工作在医院单病种质量管理领导小组指导下, 由科室单病种质量管理实施小组具体实施, 科室单病种质量管理实施小组由科主任、护士长任组长, 组员包括科内医疗人员、护理人员、临床药师和其他相关责任人。

四、单病种质量管理实施小组要组织科室相关人员学习单病种质量管理相关知识, 并进行考核, 考核合格后上岗。

五、各实施小组设定专人负责网上信息上报, 使用国家卫计委统一分配的用户名和密码, 登录“特

定(单)病种质量监测系统”(http://q.ncis.cn)上报相应病种信息, 并由本小组副高以上的专职人员最后对网上直报的信息进行审核确认。

六、临床科室的单病种质量管理实施小组每季度根据科室存档资料和系统导出的上报信息进行分析评价, 分析结果上报医院单病种质量管理领导小组。医院单病种质量管理领导小组对达标情况进行监督, 并将结果及时反馈给各单病种质量管理实施小组, 督促整改落实, 保证质量持续改进。

七、单病种质量控制指标:

1、效率指标: 平均住院日、术前平均住院日;

2、经济指标: 平均住院费用、手术费用、药品费用、耗材费用。

3、各病种单项标准(见三级综合医院评审标准实施细则)

八、实施单病种质量管理的科室建立单病种管理登记, 详细记录患者单病种管理的相关信息。

九、奖罚

医院根据科室完成单病种管理的患者数量进行适当奖励; 将单病种质量考评结果纳入医院医疗质量绩效考核体系, 并与相关责任人的职称晋升、评优选先、绩效考核等挂钩。

患者平均住院日管理规定

一、建立以缩短平均住院日为中心的综合目标管理责任制

1、加强对临床科室医务人员的教育和监管, 提高其缩短平均住院日的积极性和自觉性。在医院统一组织领导下, 医务部直接负责对平均住院日的管理工作。各级管理者及医护人员必须明确缩短平均住院日是提高医院效率、提升医院形象、维护患者切身利益的重要手段;

2、通过科学方法制订院、科、病种平均住院日标准。在我院平均住院日的基础上, 根据科室临床工作实际, 通过科学方法, 制订各科室、代表性单病种、手术前的平均住院日标准, 建立以科室为中心、以病种为重点的逐级控制目标责任制。制定标准应以保障医疗质量和医疗安全为前提;

3、将平均住院日列入医院综合目标考核体系。平均住院日作为一项单独考核、奖惩指标, 纳入各科室各部门的岗位职责、医疗质量考核、绩效考核体系;

4、定期召开临床、医技科室沟通会, 科室平均住院日情况与科主任考核挂钩等, 进一步研讨相关对策, 建立起缩短平均住院日的长效机制。

二、落实医院质量管理和持续改进方案, 提高诊疗质量, 缩短平均住院日

1、完善和落实医疗工作制度, 强化医疗质量管理, 保障医疗质量和医疗安全, 提高对患者诊治的及时性及效果;

2、加大“三基三严”培训力度, 提高医务人员整体素质;

3、鼓励开展新技术、新业务, 尤其是微创技术;

4、加强对护士的培养、教育和训练考核, 提高业务水平;

5、加强医患沟通, 尊重患者知情同意权, 保障医疗安全, 减少医疗纠纷。

三、开展单病种质量管理和临床路径工作

单病种和临床路径工作的开展, 有利于规范临床诊疗行为, 保障医疗质量和医疗安全, 有利于缩短患者平均住院时间。根据卫生部相关规定, 在保证医疗质量的前提下, 严格执行我院制定的《单

病种质量管理制度》和《临床路径管理工作制度》。

四、落实双向转诊制度

普通病例、慢性病患者及需要康复治疗的患者分流到社区卫生服务中心等下级医疗机构。建立长期的社区帮扶机制，通过医院回访办回访出院患者，建立医院出院患者信息追踪。

五、重点加强影响患者平均住院日关键环节的控制

1、加强手术室、各手术科室、麻醉科的配合。手术室应合理安排手术，对手术患者接、送及接台手术制定规范的流程；设立麻醉恢复室，加速手术室的周转；手术医师必须提前进入手术室，与麻醉医师、手术室护士共同进行安全核查，保证第一台手术及时进行；

2、加强各临床科室间的配合。强调首诊负责制，严格会诊医师资格和时效管理，保证会诊质量和会诊时效性。疑难危重病例及时向医务部报告，由医务部组织相关科室、专家会诊，提出全面有效的诊疗方案，缩短疾病诊治时间；

3、确立医技科室质量时限目标。加强检验科、影像科、病理科、心电图室等医技科室的时效性管理，优化流程，缩短辅助检查的等待时间，减少无效就诊时间。各科室应按照规定检查时限出具报告，周末常规检查项目均应正常开展。积极推行同级医院检验结果互认制度；

4、制订日间手术临床路径，整合服务流程体系，积极创造条件开展日间手术；

5、医护人员应严格执行消毒隔离制度和无菌操作规范，预防院内感染发生。通过院内感染监控管理网络，对重点科室定期检查；

6、强化质量效益观念和规章制度的执行，尽量减少并发症发生。

六、本制度自下发之日起执行。

住院时间超过 30 天患者管理与评价制度

为了进一步加强住院患者的管理，使患者得到及时有效地诊治，避免过度诊疗及服务流程不合理现象，保障医疗安全，促进医疗质量的持续改进，结合本院实际，特制定本制度。

一、医务人员必须严格执行各项诊疗护理指南、技术操作规范、医疗护理制度及住院患者管理方面的各项相关规定。

二、患者住院时间超过 30 天以上，科室应作为大查房重点，对其长时间住院的原因进行讨论，分析明确目前诊断、是否存在诊治疑难问题及过度诊疗现象、下一步诊治计划及干预措施，由科主任签字。电子病历系统中填写《住院时间超过 30 天的患者上报表》报医务部备案，内容包括住院号、患者姓名、入院时间、住院天数、长时间住院的原因分析、存在的问题、上报时间、主管医师签名、科主任签名等，必要时医务部组织病例讨论。

三、经科室讨论分析，对存在医疗、护理缺陷的患者，按照我院《医疗安全（不良）事件与医疗缺陷报告制度》的规定主动上报。

四、医务部负责对上报的住院时间超过 30 天患者病例的监控、调查、干预、督导整改等工作。

五、每半年组织开展一次“住院时间超过 30 天患者”的讨论分析会，查找原因、总结经验、汲取教训，提出整改措施或工作流程再造，实现医疗质量的持续改进。分析结果将做为科室年度考核的指标之一。

麻醉科质量与安全管理制度

一、麻醉科质量与安全管理实行医院医疗质量与安全管理委员会与麻醉科医疗质量与安全管理小组两级管理，医务部、护理部、感染管理科等职能部门对麻醉科有实时监管职责。

二、麻醉质量管理

1、建立健全麻醉质量标准化、规范化管理，坚持以患者为中心，以医疗质量为核心的质量管理体系。

2、强化质量意识，定期开展基础质量、环节质量和终末质量的分析、评价，保证质量持续改进。

3、科室成立质量与安全管理小组，科主任任组长，为科室质量与安全第一责任人。

4、按照麻醉质量与安全管理要求，每月召开一次麻醉手术质量与安全会议，对麻醉手术存在问题进行总结整改。对麻醉质量存在的突出问题，要及时调查、处理，制定整改方案，认真落实，持续改进。

5、提高麻醉记录单的书写质量，保证麻醉记录单的准确性、及时性、完整性、整洁性和一致性。

6、对住院医师按照医院要求，做好住院医师规范化培训。对进修医师、轮转医师和新上岗医师，必须进行岗前教育和培训，重点是医德医风、规章制度、操作规范和流程等。

三、医疗安全管理

1、定期或不定期开展医疗安全教育，牢固树立安全意识。

2、按照麻醉医师资格分级授权管理制度，安排手术患者的麻醉工作。

3、充分做好麻醉前准备，严格检查各种麻醉器械设备，确保抢救设备完好和抢救药品齐全。

4、严格遵守各项操作规程和消毒隔离制度，定期检查实施情况，防止差错事故。

5、严格执行查对制度。麻醉期间所用药物及输血输液要做到“三查七对”，对药品名称、剂量、配制日期、用法、给药途经等须经两人查对，特别要注意易混淆的药物。用过的安瓿等物品应保留到患者出手术室后丢弃，以备复查。

6、新技术的开展和新方法的使用，应按照医院新技术准入及管理制度进行管理，经医院批准后实施。

7、严格执行值班、交接班制度，坚持岗位交班、手术台旁交班，病情不稳定和疑难病例的手术时一律不准交班。交班内容应包括患者情况、麻醉经过、特殊用药、输血输液等。

8、围麻醉期出现并发症或意外，应及时采取有效措施处理，并向上级麻醉医师汇报，必要时请示科主任。各种医疗安全不良事件应及时按照医院要求上报，必要时应进行全科讨论，认真整改落实。

麻醉医师资格分级授权管理制度

一、麻醉医师资格分级授权原则上按职称和业务能力划分，必要时可根据具体情况统筹安排。

一级：住院医师和部分主治医师。在上级医师指导下从事神经阻滞、低位椎管内麻醉、ASA 分级 1-2 级的全身麻醉及疼痛治疗，掌握基本心肺脑复苏知识，掌握急救气管插管、中心静脉置管及有创血压监测技术，不独立值班，必要时可根据具体情况统筹安排。

二级：主治医师。独立从事椎管内麻醉、一般全身麻醉、疼痛治疗及简单的心肺脑手术麻醉，掌握心肺脑复苏知识，独立值班，负责麻醉恢复室的工作，完成急会诊，必要时可根据具体情况统筹安排。

三级：主治医师 5 年以上、副主任医师。独立从事椎管内麻醉、一般全身麻醉，特别是 ASA 分级 3 级以上的复杂疑难麻醉，独立并指导下级医师从事各种体外循环麻醉，掌握心肺脑复苏知识，从事疼痛治疗工作，负责学生和年轻医师的带教工作，完成各种会诊工作，独立值班，并担任麻醉巡回医师。必要时可根据具体情况统筹安排。

四级：主任医师。巡视指导科室业务工作，亲自完成复杂疑难手术的麻醉及特殊手术麻醉，指导解决工作中的疑难问题，主持新开展的新技术新业务，必要时可根据具体情况统筹安排。

二、授权与再授权：麻醉医师个人提交申请，交麻醉科质量与安全管理小组进行讨论，将讨论意见上报医务部，医务部组织医疗质量与安全管理委员会对麻醉医师资格进行分级授权。每年根据其工作情况进行评价与再授权。

三、责任制度

- 1、工作安排应按照麻醉医师资格分级授权要求确定。
- 2、下级医师遇到超出自己判断和处理能力的情况，必须及时请示上级医师或巡回医师，严格按照医院三级医师负责制执行。
- 3、下级医师请示上级医师一般按照就近原则，即首先请示离所在手术间较近的上级医师。

麻醉术前病情评估制度

一、对住院择期手术患者，司理麻醉者在麻醉前必须访视患者评估病情，向患者及家属交待麻醉风险及麻醉中可能出现的意外与并发症、签署麻醉知情同意书与麻醉精神药品使用知情同意书。责任医师在麻醉前必须熟悉患者的病情，指导下级医师进行麻醉访视、麻醉前评估与麻醉准备工作。访视一般在手术前日进行，对一些病情复杂或新开展的手术则宜在术前数日进行会诊，以便有时间完善麻醉前必要的准备。对急症手术也应尽可能在麻醉前抓紧时间访视患者。

二、麻醉医师访视患者时应注意仪表端正、衣着整洁、态度和蔼、言行得体。

三、应明确麻醉前访视的目的性。

1、根据患者病史、体格检查、实验室检查、特殊检查、患者精神状态、拟施手术等各种资料 and 情况，进行分析和判断，以完善术前准备并制定合适的麻醉方案（包括术后镇痛方案）。

2、指导患者配合麻醉，回答有关问题，解除患者的焦虑和恐惧，取得患者的同意和信任。签署麻醉知情同意书。

3、根据患者的具体情况，就麻醉和手术的风险以及如何配合与手术医师取得共识。（主要指危重患者，重大手术或新开展的手术）

四、访视时进行下列工作

- 1、仔细全面阅读病历，获得对病情、诊断和手术麻醉风险的整体了解。
- 2、了解手术方案和对麻醉的特殊要求，必要时应与手术医师沟通。
- 3、对麻醉前准备不足者应作必要的调整与补充，对准备不当者应予纠正。例如对漏检的必须检

查的项目需补充进行检查；如因准备不足或复核时发现情况，需取消预定的手术，需说明理由并与术者取得共识，以减少风险而维护患者的安全。

4、探视患者时应注意：

- (1) 自我介绍，说明来意，鼓励患者提问、提出要求、并热情予以解答或解释；
- (2) 追询某些认为重要而病历上无记载的病史，特别注意手术麻醉史、用药史及过敏史。注意对并存症的用药情况，是否应用了抗凝药；
- (3) 重复一些重要的体格检查（如心血管系统、呼吸系统、脊柱及肢体活动等）；
- (4) 注意观察患者的全身情况和精神状态，判断病情的轻重；
- (5) 考虑是否需作进一步的检诊；
- (6) 根据所获资料进行麻醉前评估、分析，制定切合实际的麻醉方案。在评估中除注意其 ASA 分级、重要脏器功能、有无并存症及其严重程度和药物治疗情况、水电解质和酸碱平衡状态等外，应评估有无困难气道和椎管内麻醉及神经阻滞的可行性；
- (7) 认真和完整地填写麻醉前访视相关内容（见麻醉术前访视记录单）。

5、麻醉前谈话时应注意：

- (1) 除与患者谈话外，必要时与患者家属或其委托人谈话；
- (2) 告知麻醉方法和注意事项，说明有可能根据情况的变化改变麻醉方法。并交待麻醉前禁食、禁饮、麻醉前用药、更衣、排空小便等，提醒其预防感冒；
- (3) 说明麻醉可能出现的并发症及危险性，对 ASA 分级在 III ~ IV 级以上者更应提醒家属重视；
- (4) 患者或患者家属（或委托人）必须在麻醉知情同意书上签字；
- (5) 询问需否作术后镇痛（自费）并回答有关问题，如同意作术后镇痛，患者或家属（或委托人）需在同意书上签字（见麻醉知情同意书）。

6、对危重、疑难病例，必须按级请示上级医师，制定麻醉预案和应急预案。必要时应在科内进行术前讨论。

五、关于手术患者术前必须进行的实验室和特殊检查（最低标准），一般应根据病史及体格检查结果来选取必须的项目，以节省时间和费用，减少不必要的浪费。结合我院实际情况，作如下的要求：

1、必须的检查项目：血常规、心电图、肝肾功能、血糖、凝血机制、感染性疾病筛查，急诊时常不能看到结果，麻醉科医师应做好个人防护。

2、其他应特别注意的事项：

- (1) 硬膜外麻醉必须是凝血指标正常，脊柱外伤、畸形不宜做硬膜外麻醉；
- (2) 未治疗的高血压、心绞痛、心功能不全等患者或本身有房颤者应作超声心动图的检查，必要时须经心内科的评估和治疗；
- (3) 骨科大于 65 岁的卧床老年人原则上应作深静脉超声明确有无血栓；
- (4) 大于 65 岁的老年人作胸腹腔的手术应作肺功能（或血气）检查，肺功能（或血气）异常须经呼吸内科的评估和治疗；肺大泡或肺脓肿要考虑气胸或使用双腔支气管；
- (5) 小儿有上感时，不宜实施择期麻醉或基础麻醉；
- (6) 多发性创伤或在兄弟科室做深静脉穿刺的患者应常规检查有无气胸、血胸、静脉导管是否通畅、有无出血与血栓，有特殊情况应请求会诊，保留原管，术中需深静脉导管的患者，须另选部

位穿刺；

(7) 颈部巨大包块的患者须有气道是否被压的 X 线片；小颌畸颈短粗、喉结高、头后仰受限、张口受限、气道肿瘤或受伤或狭窄等术前应做好困难气道的准备；

(8) 低蛋白血症、严重贫血、水电解质紊乱术前应适当纠正；

(9) 既往服用抗凝药的患者要注意凝血指标并按有关要求处理；对既往不规则服用抗凝药的患者（换瓣、冠脉支架）应作超声心动图和凝血指标检查；

(10) 放置冠脉支架的患者要了解放置时间与类型；

(11) 安装心脏起搏器的患者要了解起搏器功能与类型；

(12) 长骨骨折或关节置换患者要告之脂肪栓塞风险；

(13) 合并多脏器囊性变的患者要警惕脑血管畸形或颅内动脉瘤；

(14) 有争议的手术。

麻醉术前、术后访视制度

一、对住院择期手术患者，麻醉医师在麻醉前必须访视患者评估病情，向患者及家属交待麻醉风险及麻醉中可能出现的意外与并发症、签署麻醉知情同意书与麻醉精神药品使用知情同意书。有资质或授权的麻醉医师在麻醉前必须熟悉患者的病情，进行麻醉访视、麻醉前评估与麻醉准备工作。访视一般在手术前一日 16-18 点进行，对一些病情复杂或新开展的手术则宜在术前数日进行会诊，以便有时间完善麻醉前必要的准备。对急症手术也应尽可能在麻醉前抓紧时间访视患者。

二、麻醉医师访视患者时应注意仪表端正、衣着整洁、态度和蔼、言行得体。

三、应明确麻醉前访视的目的性。

1、根据患者病史、体格检查、实验室检查、特殊检查、患者精神状态、拟施手术等各种资料 and 情况，进行分析和判断，以完善术前准备并制定合适的麻醉方案（包括术后镇痛方案）。

2、指导患者配合麻醉，回答有关问题，解除患者的焦虑和恐惧，取得患者的同意和信任。签署麻醉知情同意书。

3、根据患者的具体情况，就麻醉和手术的风险以及如何配合与手术医师取得共识。（主要指危重患者，重大手术或新开展的手术）

四、访视时进行下列工作

1、仔细全面阅读病历，获得对病情、诊断和手术麻醉风险的整体了解。

2、了解手术方案和对麻醉的特殊要求，必要时应与手术医师沟通。

3、对麻醉前准备不足者应作必要的调整与补充，对准备不当者应予纠正。例如对漏检的必须检查的项目需补充进行检查；如因准备不足或复核时发现情况，需取消预定的手术，需说明理由并与术者取得共识，以减少风险而维护患者的安全。

4、探视患者时应注意：

(1) 自我介绍，说明来意，鼓励患者提问、提出要求、并热情予以解答或解释；

(2) 追询某些认为重要而病历上无记载的病史，特别注意手术麻醉史、用药史及过敏史。注意对并存症的用药情况，是否应用了抗凝药；

(3) 重复一些重要的体格检查（如心血管系统、呼吸系统、脊柱及肢体活动等）；

(4) 注意观察患者的全身情况和精神状态，判断病情的轻重；

(5) 考虑是否需作进一步的检诊；

(6) 根据所获资料进行麻醉前评估、分析，制定切合实际的麻醉方案。在评估中除注意其 ASA 分级、重要脏器功能、有无并存症及其严重程度和药物治疗情况、水电解质和酸碱平衡状态等外，应评估有无困难气道和椎管内麻醉及神经阻滞的可行性；

(7) 认真和完整地填写麻醉前访视相关内容（见麻醉术前访视记录单）。

5、麻醉前谈话时应注意：

(1) 除与患者谈话外，必要时与患者家属或其委托人谈话；

(2) 告知麻醉方法和注意事项，说明有可能根据情况的变化改变麻醉方法。并交待麻醉前禁食、禁饮、麻醉前用药、更衣、排空小便等，提醒其预防感冒；

(3) 说明麻醉可能出现的并发症及危险性，对 ASA 分级在 III ~ IV 级以上者更应提醒家属重视；

(4) 患者或患者家属（或委托人）必须在麻醉知情同意书上签字；

(5) 询问需否作术后镇痛（自费）并回答有关问题，如同意作术后镇痛，患者或家属（或委托人）需在同意书上签字（见麻醉知情同意书）。

6、对危重、疑难病例，必须按级请示上级医师，制定麻醉预案和应急预案。必要时应在科内进行术前讨论。

五、关于手术患者术前必须进行的实验室和特殊检查（最低标准），一般应根据病史及体格检查结果来选取必须的项目，以节省时间和费用，减少不必要的浪费。结合我院实际情况，作如下的要求：

1、必须检查项目：血常规、心电图、肝肾功能、血糖、凝血机制、感染性疾病筛查，急诊时常不能看到结果，麻醉医师应做好个人防护。

2、其他应特别注意的事项：

(1) 硬膜外麻醉必须是凝血指标正常，脊柱外伤、畸形不宜做硬膜外麻醉；

(2) 未治疗的高血压、心绞痛、心功能不全等患者或本身有房颤者应作超声心动图的检查，必要时须经心内科的评估和治疗；

(3) 骨科大于 65 岁的卧床老年人原则上应作深静脉超声明确有无血栓；

(4) 大于 65 岁的老年人作胸腹腔的手术应作肺功能（或血气）检查，肺功能（或血气）异常须经呼吸内科的评估和治疗；肺大泡或肺脓肿要考虑气胸或使用双腔支气管；

(5) 小儿有上感时，不宜实施择期麻醉或基础麻醉；

(6) 多发性创伤或在兄弟科室做深静脉穿刺的患者应常规检查有无气胸、血胸、静脉导管是否通畅、有无出血与血栓，有特殊情况应请求会诊，保留原管，术中需深静脉导管的患者，须另选部位穿刺；

(7) 颈部巨大包块的患者须有气道是否被压的 X 线片；小颌畸颈短粗、喉结高、头后仰受限、张口受限、气道肿瘤或受伤或狭窄等术前应做好困难气道的准备；

(8) 低蛋白血症、严重贫血、水电解质紊乱术前应适当纠正；

(9) 既往服用抗凝药的患者要注意凝血指标并按有关要求处理；对既往不规则服用抗凝药的患者（换瓣、冠脉支架）应作超声心动图和凝血指标检查；

- (10) 放置冠脉支架的患者要了解放置时间与类型；
- (11) 安装心脏起搏器的患者要了解起搏器功能与类型；
- (12) 长骨骨折或关节置换患者要告之脂肪栓塞风险；
- (13) 合并多脏器囊性变的患者要警惕脑血管畸形或颅内动脉瘤；
- (14) 有争议的手术。

六、术后访视

麻醉后随访记录，术中或术后发生任何与麻醉有关的问题或病情不稳定或有特殊情况者必须随访。术后 48 小时内，对神经，呼吸，循环，消化和泌尿系统进行逐项观察，如发现并发症，应继续随访，并记录：1、神经系统：头痛，感觉异常，意识状态 2、呼吸系统：气管插管后并发症，呼吸系统感染 3、循环系统：有无术后休克，心律失常，心绞痛等 4、消化系统：恶心，呕吐，腹胀等 5、泌尿系统：有无少尿，尿闭，血色尿或尿潴留，原因多与低血压，血型不合输血和药物损害有关，均需记录，并观察其治疗效果。

急诊管理制度

一、急诊科是医院医疗前沿和面对患者的重要窗口之一，急诊科医务人员必须具有高度的责任感和事业心，主动热情、及时迅速、力求准确无误的处理每一位急诊患者。

二、急诊科值班医师资质应符合医院规定即由三年以上临床工作经验的本院医师担任，具备独立处理常见急诊病症的基本能力，必须服从急诊科的统一管理。

三、急诊科必备的急救设备(如供氧设施、抢救车、呼吸机、吸引器、除颤器、心电监护仪、洗胃机)及药品配备齐全，每日查对，使之处于完好备用状态，保证正常使用，摆放合理。急诊科的急救器材、设备和药品等一律不得外借。

四、加强急诊科医护人员三基三严培训，定期和不定期进行操作技能培训，使其熟练掌握心肺复苏等急救技能及呼吸机、除颤器、洗胃机等设备的使用，达到急诊医师、护士技术和技能要求。

五、凡遇有下列情况急救时，急诊值班医师应向急诊科主任汇报，并向上级(门诊部、医务部、医院总值班或院领导)报告：

- 1、接诊突发事件患者，大批外伤、中毒或传染病患者；
- 2、重大抢救，需前往现场实施；
- 3、被抢救的患者为高级干部、英雄模范人物、社会知名人士、两院院士等；
- 4、有涉及法律问题或存在医疗纠纷隐患的患者；
- 5、经费不足但需要立即抢救、住院或手术的患者。

六、急诊科工作人员衣着要整洁、规范，必须坚守岗位，严格执行医院各项规章制度和技术操作规程。医护之间、各科室之间要团结一致、密切配合、相互支援，发出会诊邀请后必须在 10 分钟内到位。急诊科有权指定患者归属科室，严防互相推诿，延误治疗。

七、急诊科设有若干观察床，病员由急诊科医师和急诊科护士诊治，医师要写好病历、开好医嘱、密切观察病人病情变化，及时有效地采取诊治措施。各级护理人员要严格执行工作职责，随时密切配合抢救工作，做好急救后勤供应，做到用者即有、有者能用，使工作忙而不乱，紧张有序，严防

差错事故的发生。不能明确诊断者，及时组织有关科室会诊，不得延误。

重症医学科（ICU）管理制度

一、建立健全规章制度并严格执行

1、在已有院级规章制度的基础上，ICU 应进一步制定本科室相应的制度及细则，不断改进及完善本科室的诊疗常规，所有医务人员均应熟练掌握。

2、严格执行三级查房制度、病历书写基本规范、病历讨论制度、危重患者抢救及会诊制度等规章制度。

二、质量目标与指标

定期讨论在贯彻医院（ICU 部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录材料。

三、加强医疗质量关键环节的管理，包括：

- 1、诊疗方案的讨论与制定
- 2、院内感染监控
- 3、抗菌药物及胃肠外营养的合理应用
- 4、患者（或家属）知情同意等

四、诊疗管理

1、ICU 的患者由 ICU 医师负责管理，患者的诊疗活动须由主治医师以上（含主治医师）负责。ICU 医师应与原发疾病所属的专科医师保持密切联系与沟通。

2、ICU 医师主要承担脏器功能监护和支持救治，患者原发疾病的相关专科情况，应及时邀请专科医师协助诊疗，各专科医师应随时提供会诊及其他诊疗服务，不得延误。

3、对重点高危患者，建立并实行 ICU 医师与协助原发疾病诊疗相关医师联合查房的机制。

4、医院检验科、影像科、药学部门、输血科应随时（24 小时 × 7 天）为 ICU 提供服务。

五、高风险操作实行许可授权制

对危重患者进行高风险诊疗操作，实行许可授权制，参照我院《高风险诊疗操作的资格许可授权制度》执行。

六、优先原则

严格执行危重患者出、入 ICU 病房优先原则，所有出、入 ICU 的患者均应经 ICU 专科医师对其病情评估后再决定。

七、入住 ICU 病房的患者需进行 APACHE II 评分，医务部定期对此项工作进行督导、分析、总结。

八、ICU 病房医疗仪器、设备应保持性能状态良好。各仪器、设备的管理、消毒及维护记录应有专人管理负责。

重症医学科（ICU）收转患者管理制度

为进一步规范我院重症医学科的管理，保证重症医学医疗服务质量，提高医疗技术水平，合理使用医疗资源，按照原卫生部《重症医学科建设与管理指南（试行）》（卫办医政发[2009]23号）及山东省发布相关规定，结合我院实际，修订本制度。

一、各重症医学科病区收治范围：

- 1、急性、可逆、危急生命的器官或系统功能不全，经过重症医学科的严密监护和加强治疗短期内可能得到康复的患者；
- 2、存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过重症医学科严密的监护和有效治疗可能减少死亡风险的患者；
- 3、在慢性器官或系统功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过重症医学科的严密监护和治疗可能恢复到或接近原来状态的患者；
- 4、慢性消耗性疾病及肿瘤的终末状态、不可逆性疾病和不符合以上三种情况的患者，原则上不是重症医学科病区的收治范围。

二、在各重症医学科住院的患者，经治疗达到以下状态的应当转出：

- 1、急性器官或系统功能衰竭已基本纠正，需要其他专科进一步诊治；
- 2、病情转入慢性状态；
- 3、患者无需加强监护和治疗。

三、各重症医学科病区收治程序：

- 1、重症患者需经重症医学科医师会诊，对患者进行疾病严重度评估后，对符合收治范围的患者，可收入重症医学科病区；
- 2、需急诊手术的重症患者，应先由手术科室收入住院，手术后如符合条件可转入重症医学科病区监护；
- 3、重症医学科收入患者由病房医务人员护送，转出患者由重症医学科病区的医务人员护送。

四、各重症医学科病区重症患者的管理：

- 1、患者入住重症医学科病区后由本科医师负责管理。外伤和专业性很强的患者，经治的专科医师每天要到重症医学科病区查房，与重症医学科病区的医师共同商讨处理意见，相互配合；
- 2、需会诊的患者，由重症医学科病区医师向相关科室提出申请，如涉及到多学科疑难危重患者的会诊，需报医务部，由医务部组织；
- 3、病情通报由重症医学科病区医师实施，涉及到专科的病情需与专科医师沟通后通报。经治专科医师不得以任何理由拒绝去重症医学科病区处理病情；
- 4、患者病情稳定后，应及时转回相关科室继续治疗。相关科室不得以任何理由拖延转科。

重症医学科（ICU）患者危重程度评分制度

- 一、对入住 ICU 病房的患者实施危重程度评分的目的是用于评价 ICU 治疗效能、护理质量、预

测死亡风险的状况，指导合理利用 ICU 资源。

二、入住 ICU 病房的患者在接受监测和治疗前应进行危重程度评分。

三、评分方法：APACHE II 评分系统（包含 Glasgow 昏迷评分）

评分采用“实时”评分，应严格遵循其规定的评分方法与程序，以确保科间、院际的评价信息具有可信度。

四、评分工作在科主任领导下实施，科室质量与安全管理小组定期对评分结果进行分析讨论，用于 ICU 资源利用状况及对危重症治疗质量的持续改进。

五、要求入住 ICU 的患者疾病严重程度评估率 100%。

重症医学科统一管理制度

重症医学科统一管理有利于保证重症医学医疗服务质量，提高医疗技术水平，为进一步规范我院重症医学科（外科 ICU）、内科 ICU、儿科 ICU、急诊 ICU 的统一管理，保证重症医学医疗服务质量，提高医疗技术水平，按照三级综合医院评审标准实施细则要求，制定本制度。

一、进一步健全规章制度并严格执行

严格执行落实枣庄市立医院《重症医学(ICU)管理制度》、《重症医学科(ICU)收转患者管理制度》、《重症医学科（ICU）患者实施危重程度评分制度》，各重症医学科应根据科室实际工作情况进一步健全科室规章制度并严格落实。

二、日常工作中统一管理项目

- 1、重症医学科统一管理全院各 ICU 科室床位，根据患者特点及病情组织协调并落实各 ICU 科室之间的转科工作。
- 2、各 ICU 科室的布局、设备设施均应符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求，科室之间的设备借调协调应由重症医学科科主任统一管理。
- 3、各 ICU 科室的床位设置与人力资源配置应符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求，科室之间的医护人员调动应由重症医学科主任、护士长统一管理。
- 4、各 ICU 科室应根据科室情况制定本科室的工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程，由重症医学科统一管理审核。
- 5、各 ICU 科室患者入住、出科符合指征，必须全部实行“危重程度评分（APACHE II 评分）”。
- 6、各 ICU 科室医护人员实行资格、技术能力准入及授权、日常重症医学科培训学习由重症医学科科主任、护士长进行统一管理协调。
- 7、各 ICU 科室严格执行医疗核心制度，通过重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持由重症医学科统一管理。
- 8、各 ICU 科室严格执行医院感染管理相关规定，对呼吸机相关性肺炎、导管相关血流感染、留置导尿管所致泌尿系感染有预防与监控方案、质量控制指标，并能切实执行。

9、各 ICU 科室应建立由科主任、护士长与具备资质的人员的质量与安全管理小组，负责各 ICU 科室医疗质量和安全管理，由重症医学科主任、护士长负责各 ICU 科室医疗质量和安全管理定期督导、协调。

10、各ICU科室严格执行质量与安全管理相关预案、制度与质量与安全指标，能定期评价，提出持续改进的具体措施，由重症医学科主任、护士长定期督导。

危重患者管理制度

一、危重患者协调管理制度

1、认真执行首诊医师负责制、三级医师负责制、病例讨论制度、会诊制度等核心制度，建立完善各专业急危重症患者的救治预案。

2、危重患者的抢救，见《急危重患者抢救制度》。

3、危重患者收治原则上应以主要病情责任科室为主，出现两个及以上重要脏器衰竭或损伤，危及患者生命的，原则上转入重症医学科（ICU）进行进一步救治。

4、患者入院后病情发生变化，出现危及生命的病情超出所在科室诊治范围的，应及时联系相关科室会诊，参与会诊医师应及时向科主任汇报会诊意见，意见一致后尽快转入相应科室。确因病情复杂，难以确定转诊科室时，由医务部组织相关科室讨论确定。确定原则：

（1）首先考虑危及患者生命首要病症所属专业；

（2）内科危重患者需要手术时，如病情允许则转入相应手术科室进行手术治疗，如涉及多个手术科室，原则上应首先考虑危及患者生命首要病症所属专业。如病情危重不允许转科的，仍在内科科室保守治疗；

（3）经会诊讨论仍难以确定转入科室的，由医务部根据专家会诊意见决定收治科室，任何科室不得推诿、拒绝。

5、转诊科室一经确定，转入科室会诊医师应立即向科主任汇报，协调确定床位，转出科室迅速完善本科工作，保证患者及时、安全转科。

6、确定转诊科室后，如转入科室以各种理由拒绝收治患者，延误患者治疗，对医院造成不良影响的，将视情节严重程度，予以当事人及科主任通报批评或扣除科主任半年到一年津贴的处罚；如因此引发医疗纠纷，则拒绝转入科室为纠纷责任科室，当事人为医疗纠纷责任人，根据《医疗纠纷、事故处理规定》对科室进行加倍处罚。

7、经积极救治，转入患者病情缓解，无危及生命征象者，根据病情需要应及时转出，具体参照《转院转科制度》。

8、各有关科室遇有危重患者的检查、治疗、取药、住院等均应及时处理，不得过分强调手续，以免延误抢救。不得因抢救而忽视正规操作和传染病患者的消毒隔离以免造成事故和交叉感染。

9、凡遇重大抢救、群死群伤、集体中毒、涉外抢救、特殊人物的抢救及传染病疫情暴发或市卫生局的紧急通知时，医院全体职工应服从医院统一组织安排，准备待命，随叫随到。院内急诊接收的突发群体损害危重患者，科室应严格按照医院临时安排进行收治，不得以任何理由拒绝参与抢救和收治患者。

二、危重患者护理管理制度

1、护理人员根据医嘱及患者病情做好患者的各项护理工作。

2、严密观察病情变化，必要时设专人护理，备齐急救药品、器材，随时准备抢救。

3、严格执行医嘱，及时落实各项治疗护理措施。

4、认真、细致做好各项生活护理及基础护理，严防并发症，确保患者安全。

5、严格执行床边交接班制度，对病情变化及各种用药要详细交待，并作相应记录。

6、做好危重患者的风险评估，根据评估情况采取相应护理措施。

7、对需要他科提供护理帮助的危重患者，由所在科室向护理会诊专家库成员或护理部提出申请，组织会诊。

8、危重患者病情变化需要抢救时，参加抢救工作的护理人员必须遵守《抢救工作制度》，正确及时执行医嘱，严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况和病情变化报告主持抢救者。

9、当危重患者需院内检查或转运时，要做好以下工作：

（1）评估患者，备齐相应药品及物品，做好人力准备，有效应对意外发生。

（2）根据患者病情选择合适的搬运方式，保持患者体位舒适，做好保暖。

（3）途中保持呼吸道通畅，密切观察病情变化，发现问题及时处理。

（4）保持输液及各种管道的通畅，妥善固定，防止脱出、扭曲、返流。

（5）在转运过程中，应与患者进行有效的沟通。

（6）与接收科室医护人员认真交接患者病情、注意事项等，填写转科患者交接记录单。

三、危重患者转交接制度

1、凡危重、大手术患者的转科必须由护理人员全程陪伴。

2、根据转科医嘱，评估患者，填写转科交接单，电话通知转入科室。

3、保证转运工具功能完好，确保患者在转运过程中的安全，酌情准备应急物品及药品。

4、转入科室在接到患者转科通知后，立即备好病床及必须物品。

5、患者入科时，护士应主动迎接并妥善安置患者。

6、认真评估患者病情，转出、转入双方必须做到六交清：患者治疗要交清，患者病历资料要交清，患者生命体征要交清，患者身上各种导管要交清，患者使用各种仪器要交清，患者皮肤情况要交清。据实填写转科交接单，并通知医师诊查患者。

“三基三严”培训制度

根据原卫生部、国家中医药管理局颁布的《医院管理评价指南》的要求，为进一步加强我院医务人员基础理论、基本知识、基本技能的学习，进一步加强严密组织、严谨态度、严格作风的建设，特制订我院“三基三严”培训制度。

一、医院要把“三基、三严”培训作为医院管理的一项重要工作列入议事日程，由分管院长牵头，医务部组织，定期研究、安排布置“三基、三严”培训、考核工作并督促有关职能科室认真贯彻落实。

二、“三基、三严”培训、考核工作涉及到多个职能科室，有关部门应根据各自职责范围做好工作，在工作中相互协调、相互配合，不定期对各级各类医务人员进行“三基三严”培训及考核。

三、“三基三严”的培训教材由各专业指定，报医务部审核。培训形式包括自学、专题讲座、操作技能培训等。

四、基础理论、基本知识、基本技能的培训。

1、各科室根据本专业的特点，每年年初制定外出进修学习、培训计划，申报科教科审批并备案；各科室负责人和质量安全管理小组负责组织实施对本科室医护人员的分级培训及考核。

2、凡外出短期进修学习培训的人员，学习结束后应举办不同层次的汇报讲座；

3、每年定期举行“三基”培训及考试，每位医师的培训情况、培训成绩记入医师档案；

4、每月举行教学查房和业务学习讲座；

5、医务部应督促各临床科室制定本科室的“三基”培训计划，定期进行考核反馈。

6、医务部等职能科室定期搜集各科室的学习要求，结合全院情况，有针对性地邀请专家作继续教育讲座，对每次讲座应有书面记录，并对参与听课的人员签到，给予相应学分；

7、医务部每年进行心肺复苏与病历书写基本规范全员培训及考核，达到人人过关；

8、“三基三严”培训考核情况纳入科室综合目标考核并与年终评优挂钩；

9、急诊科、重症医学科等重点专业应制定本专业培训计划并实施；

制定与更新临床诊疗工作指南 / 规范的管理规定

一、各临床科室依据中华医学会编著、人民卫生出版社出版的《临床诊疗规范 xx 分册》制定适合本专业特点的临床诊疗工作指南 / 规范。

二、各临床科室应定期进行临床诊疗工作指南 / 规范的培训。

三、临床医疗人员应严格按照科室制定的临床诊疗工作指南 / 规范为患者提供诊疗服务。

四、各临床科室根据医学进展与循证医学的原则，结合医院实际情况及时更新临床诊疗工作指南 / 规范，并上报医院医疗质量与安全管理委员会。经审核批准后，各临床科室再次对更新后的临床诊疗工作指南 / 规范进行培训，然后在科内试行。

五、医务部定期对临床科室掌握及执行临床诊疗工作指南 / 规范的情况进行检查，科室对存在的问题必须进行整改，做到持续改进。

六、本规定自下发之日起执行。

医师定期考核制度

为加强医师执业管理，提高医师素质，保证医疗质量和医疗安全，根据卫生部《医师定期考核管理办法》、卫生厅《山东省医师定期考核管理办法实施细则》及市局相关要求，以客观、科学、公平、公正、公开为原则，结合我院实际，修订本制度。

一、组织机构

1、医师定期考核委员会：负责拟定医师考核工作制度，对医师定期考核工作进行检查、指导和考核结果的评定，保证考核工作规范进行；

2、医师定期考核办公室：设在医务部，负责医师定期考核的组织和实施工作。按规定向卫生行政部门提交申请、报告考核工作情况及医师考核结果。

二、考核对象类别

1、考核对象：我院注册的执业医师或执业助理医师；

2、考核类别：主要为执业医师考核和执业助理医师考核。考核类别分为临床、中医（包括中医、中西医结合）和口腔。

三、考核周期

每两年为一个周期。每年的医师考核工作在本考核年度下一年的 2 月底前完成。新进医师自进入我院满两年开始考核。在考核周期内，拟变更执业地点的或者违反《中华人民共和国执业医师法》规定，有下列情形之一者，由县级以上人民政府卫生行政部门给予行政处罚，但未被吊销执业证书的医师，应当提前进行考核。

1、违反卫生行政法规、规章制度或技术规范，造成严重后果的；

2、由于不负责任延误急危病重患者的抢救和诊治，造成严重后果的；

3、在发生的医疗事故中负有完全或主要责任的；

4、未经亲自诊查、调查，签署诊断、治疗、流行病学等证明文件或者有关出生、死亡等证明文件的；

5、隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料的；

6、使用未经批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械的；

7、未按照规定使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品的；

8、未经患者或其家属同意，对患者进行实验性临床医疗的；

9、泄露患者隐私，造成严重后果的；

10、利用职务之便，索取、非法收受患者财物或者牟取其他不正当利益的；

11、发生自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故以及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时，不服从卫生行政部门调遣的；

12、发生医疗事故或者发现传染病疫情，患者涉嫌伤害事件或者非正常死亡，不按照规定报告的。

四、考核内容：包括业务水平测评、工作成绩和职业道德评定。

1、业务水平测评包括医师掌握医疗卫生管理相关法律、法规、部门规章和应用本专业的基本理论、基础知识、基本技能解决实际问题的能力以及学习和掌握新理论、新知识、新技术和新方法的能力。执业医师应具有独立处理本专业常见病、多发病、一般急症的能力，掌握常用专业技术问题；执业助理医师在执业医师的指导下能处理上述问题。业务水平测评可以采用以下一种或几种形式：

(1) 个人述职；

(2) 有关法律、法规、专业知识的考核或考试以及技术操作的考核或考试；

(3) 对其本人书写的医学文书的检查；

(4) 患者评价和同行评议。

2、工作成绩考核：基本内容包括医师执业过程中，遵守有关规定和要求，一定阶段完成工作的数量、质量和服从卫生行政部门的调遣和本机构的安排，及时完成相关任务的情况。

3、职业道德考核：基本内容包括医师恪守职业道德、遵守医德规范情况以及工作作风、医患关系、团结协作情况等，并按照纪检委的相关考核标准执行，严格实行一票否决制。

五、考核程序：分为简易程序与一般程序。

1、简易程序：为本人书写述职报告，医院考核委员会签署意见，报卫生行政部门审核备案。医院建立医师行为记录，医师行为记录分为良好行为记录和不良行为记录。良好行为记录包括医师在

执业过程中受到的奖励、表彰、完成政府指令性任务、取得的技术成果等；不良行为记录包括因违反医疗卫生管理法规和诊疗规范受到的行政处罚、处分以及发生的医疗事故等。医师行为记录作为对医师工作成绩、职业道德进行评定的重要依据。

符合下列条件的医师定期考核执行简易程序：

- (1) 具有 5 年以上执业经历，考核周期内有良好行为记录的；
- (2) 具有 12 年以上执业经历，在考核周期内无不良行为记录的。

2、一般程序：除按简易程序考核的医师外，其他医师定期考核按照一般程序进行。一般程序按照第四部分规定的考核内容进行考核。

六、考核结果：分为合格和不合格。

1、医师在考核周期内按规定通过住院医师规范化培训或通过晋升上一级专业技术职务考试，可视为业务水平测评合格，考核时仅考核工作成绩和职业道德。

2、工作成绩、职业道德和业务水平中任何一项不能通过评定或测评的，即为不合格。

3、医师在考核周期内有下列情形之一的，应当认定为考核不合格：

- (1) 在发生的医疗事故中负有完全或主要责任的；
- (2) 未经医院批准，擅自在注册地点以外的医疗、预防、保健机构进行执业活动的；
- (3) 跨执业类别进行执业活动的；
- (4) 代他人参加医师资格考试的；
- (5) 医疗卫生服务活动中索要患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的；
- (6) 索要或者收受医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或其工作人员给予的回扣、提成或者谋取其他不正当利益的；
- (7) 通过介绍患者到其他单位检查、治疗或者购买药品、医疗器械等收取回扣或者提成的；
- (8) 出具虚假医学证明文件，参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销的；
- (9) 未按照规定执行医院感染控制任务，未有效实施消毒或者无害化处置，造成疾病传播、流行的；
- (10) 故意泄漏传染病患者、病原携带者、疑似传染病患者、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的；
- (11) 未依法履行传染病监测、报告、调查、处理职责，造成严重后果的；
- (12) 考核周期内，有一次以上医德考评结果为医德较差的；
- (13) 无正当理由不参加考核，或者扰乱考核秩序的；
- (14) 违反《执业医师法》有关规定，被行政处罚的。

七、监督管理

1、医师不配合进行考核的，将进行通报批评，严重者判定为该考核周期考核不合格。医师以贿赂或欺骗手段取得考核结果的，将取消其考核结果，并判定为该考核周期考核不合格。

2、医院考核工作人员违反有关规定，弄虚作假、玩忽职守、滥用职权、循私舞弊的，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究其刑事责任。

3、对考核不合格的医师，医院责令其暂停执业活动 3 个月至 6 个月，并接受培训和继续医学教育；暂停执业活动期满，由医院再次进行考核。对考核合格者，允许其继续执业，但该医师在本考核周期内不得评优和晋升；对再次考核仍不合格的，由卫生行政部门注销注册，收回医师执业证书。

同时将考核结果记入《医师执业证书》的“执业记录”栏，并录入医师执业注册信息库。

4、医师定期考核情况纳入科室、个人综合目标考核。

八、《医师执业证书》的管理

1、我院所有医师的《医师执业证书》原件及复印件存放在医务部，由医院统一保存管理。

2、我院退休人员的《医师执业证书》原件及复印件原则上仍放在医务部统一管理。如果确实情况特殊，个人提出申请需变更到外地执业的，应先到人力资源部办理审批手续，经医院同意后，方可办理相关手续，交由个人保管。

九、本制度自 2017 年 9 月 20 日始生效，以往有关医师定期考核管理的制度同时废止。

医疗技术临床应用管理制度

医疗技术是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断、治疗措施。为加强医疗技术临床应用管理，促进医学科学发展和医疗技术进步，提高医疗质量，保障医疗安全，根据卫生部《医疗技术临床应用管理办法》并结合医院实际，制定本制度。

一、医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

二、医院开展医疗技术应当与其功能任务相适应，具有符合资质的专业技术人员、相应的设备、设施和质量控制体系，并遵守技术管理规范。

三、医院建立医疗技术临床应用准入和管理制度，对医疗技术实行分类、分级管理。医疗技术分为三类：

第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。

第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术（目录附后）。

第三类医疗技术是指具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术

- 1、涉及重大伦理问题；
- 2、高风险；
- 3、安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；
- 4、需要使用稀缺资源；
- 5、卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

四、医疗技术临床应用管理实行医院医疗质量与安全管理委员会与科室质量与安全管理小组两级管理。医务部负责监督各种医疗技术相关规章制度的落实。

五、医院依法对第一类医疗技术的临床应用能力进行审核。第二类、第三类医疗技术临床应用前需由医务部负责向卫生部、卫生厅提出申请，在卫生行政部门审核通过后方可实施。

六、医院建立保障医疗技术临床应用质量、安全的规章制度，建立医疗技术档案，对医疗技术定期进行安全性、有效性和合理应用情况的评估。

七、在上级卫生行政部门或本院对相应类别医疗技术临床应用能力审核通过的基础上，由医院

医疗质量与安全管理委员会组织对手术、介入、麻醉等高风险技术项目操作人员进行资格的许可授权、考评复评及再评估的动态管理。

1、资格授权依照以下流程：首先医务人员向本科室质量与安全管理小组申报个人的资质能力，科室质量与安全管理小组进行初步考评，考评结果提交医院医疗质量与安全管理委员会进行最终认定，必要时还应同时提交上级卫生行政部门审定。

2、两级组织根据医疗技术的类别及要求，定期对操作人员的资质能力进行复评，对不符合资质能力要求的人员，取消或降低其相应项目操作资格。

3、对取消或降低操作资格的人员，医院医疗质量与安全管理委员会将责成科室质量与安全管理小组对其进行为期1个月到1年不等的考察。考察期满后，对其进行再评估，考评通过则可恢复其操作资格。

4、医院建立医疗技术人员资质能力数据库，并根据考评、复评、再评估结果实时更新。

八、各专业开展医疗新技术，必须保障应用的安全性、有效性、效益性和合理性，并严格按照有关制度申报（具体参见《临床新技术新项目准入管理制度》）。

九、医院实行手术准入制，将手术分为四个等级，只允许具有相应等级或以上资格的手术者独立操作（具体参见《手术分级管理制度》）。

十、各专业所开展的各种诊疗技术必须符合诊疗技术规范，不得将不成熟的技术应用于临床诊疗工作中。从事医疗诊疗活动的医务人员，必须是经过注册的卫生技术人员，不允许非卫生技术人员从事诊疗活动。各种有创的操作技术项目在独立操作之前必须经过培训，经科室质量与安全管理小组考核批准后，才能单独操作。

十一、临床开展的相关有创操作类医疗技术（包括手术、介入、腔镜及其他有创操作等）在实施前，必须按照有关规定进行术前讨论，严格掌握适应症、禁忌症，明确其他替代疗法实施的可行性。做好充分的术前准备，包括医患沟通、患方的知情同意、术前病情评估、术中术后可能出现的意外及防范措施等。

十二、凡发生医疗技术损害的，操作人要立即报告科主任，在积极迅速进行补救的同时须上报医务部，如需要，医务部组织相关科室力量进行全力补救，将损害降到最低程度。

十三、临床已开展的医疗技术，当技术力量、设备和设施等发生改变，可能会影响到医疗技术的安全和质量时，经医疗质量与安全管理委员会讨论后，医院下达中止此项技术开展的指令，有关科室必须服从，不得违反。

十四、医务人员在医疗技术临床应用过程中应用未经医院批准的新技术，有违反《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《人体器官移植条例》等法律、法规行为的，按照有关法律、法规处罚，所造成的经济损失由医务人员承担。

十五、临床科研项目中使用医疗技术的，也须按照本制度要求严格管理。

新技术、新项目准入程序及管理制度

医疗新技术是指近年来在国内外医学领域具有发展趋势的新项目（即通过新手段取得的成果），在本院尚未开展过的项目和尚未使用的临床医疗新手段（以下简称为新技术）。

一、医疗新技术准入及临床应用管理组织

医院医疗质量与安全管理委员会全面负责新技术的准入及临床应用管理工作；科室医疗质量与安全管理小组负责科室拟开展新技术的初审及新技术开展的日常监督工作；医务部具体负责新技术的申报登记及新技术临床应用情况的动态管理。

二、新技术准入管理

1、医疗新技术准入管理按照卫生部《医疗技术临床应用管理办法》的要求实行分类管理。具体分为：

第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。

第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术。

第三类医疗技术是指具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：涉及重大伦理问题；高风险；安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；需要使用稀缺资源；卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

2、新技术准入必备条件

（1）拟开展新技术应符合相应国家的法律法规和各项规章制度；

（2）有卫生行政部门批准的相应诊疗科目；

（3）拟开展新技术的主要人员为具有执业资格并在本院注册、能够胜任该项医疗技术临床应用的专业人员；

（4）有与开展该项新技术相适应的设备、设施和其他辅助条件，并具有相应的资质证明；

（5）医院伦理委员会审查通过；

（6）新技术承担科室及主要人员近3年相关业务无不良记录；

（7）有拟开展新技术相关的管理制度和质量保障措施；

（8）符合卫生行政部门规定的其他条件。

3、新技术准入审批流程

凡引进本院尚未开展的新技术、新项目，首先需由所在科室进行可行性研究，在确认其安全性、有效性及具备相应的技术条件、人员和设施的基础上，经科室集中讨论和科主任同意后，填写《枣庄市立医院拟开展医疗新技术申报审批表》（以下简称“审批表”）交医务部，并由医务部组织医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、学术管理委员会相关专家集体进行审核和评估。

（1）拟开展新技术属一类技术的，科室填写“审批表”向医务部申请，由医务部组织审核和集体评估，经分管院长批准后开展。

（2）拟开展新技术属二类技术的，由医务部委托临床科室质量与安全管理小组依据相关技术规范 and 准入标准进行初步评估，形成可行性研究报告；提交医务部后15个工作日内由医务部组织医院质量管理委员会及医学伦理委员会专家评审；评审通过后由医务部向省卫生厅申报，由卫生厅或省医学会组织审核。审批通过后开展。

（3）拟开展新技术属三类技术，按照卫生部《第三类技术临床应用能力技术审核申请及审核流程》进行申报审批。

4、所需提交材料

开展二类、三类医疗技术时，应当提交医疗技术临床应用可行性研究报告。报告内容包括：

- (1) 医疗机构名称、级别、类别、相应诊疗科目登记情况、相应科室设置情况；
- (2) 开展该项医疗技术的目的、意义和实施方案；
- (3) 该项医疗技术的基本概况，包括国内外应用情况、适应征、禁忌征、不良反应、技术路线、质量控制措施、疗效判定标准、评估方法，与其他医疗技术诊疗同种疾病的风险、疗效、费用及疗程比较等；
- (4) 开展该项医疗技术具备的条件，包括主要技术人员的执业注册情况、资质、相关履历，医疗机构的设备、设施、其他辅助条件、风险评估及应急预案；
- (5) 医学伦理审查报告；
- (6) 其他需要说明的问题。

三、新技术临床应用管理

1、新技术分级评估

(1) 新技术审批通过后，由医院质量管理委员会组织并邀请部分院外专家（至少包括同级别医院相关专业专家3名）对新技术进行分级评估。

(2) 根据新技术的科学性、先进性、实用性等分为四个等级。

- ① 特级新技术是指国际领先、国内首例，在国际医学领域产生重大影响的技术；
- ② 国家级新技术是指国内领先，在国内医学领域产生重大影响的技术；
- ③ 省级新技术是指省内领先，在省内医学领域产生重大影响的技术；
- ④ 院级新技术是指在我院首次开展的技术。

(3) 凡申请特级和国家级新技术的科室需提供正式查新检索机构的查新证明。

2、新技术临床试用期质量管理

(1) 新技术临床试用期间（根据拟申请开展的医疗技术分级不同，试用期为1-3年），实行医院医疗质量与安全管理委员会、科室质量与安全管理小组及项目负责人三级管理体系。

(2) 医院医疗质量与安全管理委员会全面负责新技术的临床应用管理，由医务部负责具体工作，组织专家进行跟踪评估，并建立技术档案；

科室医疗质量与安全管理小组督促医疗技术按计划实施，定期与医务部联系，确保医疗新技术顺利开展；

新技术负责人应对新技术的开展情况的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，并及时记录，及时发现开展过程的安全隐患或技术风险，及时总结评估和提高。

(3) 医院对新技术实行档案管理，新技术均应建立技术档案。其内容包括新技术审批表、相关证明材料、中期总结材料、结题总结材料与发表的相关论文等。

(4) 新技术必须按计划实施，凡中止或撤销新技术需由医院医疗质量委员会批准并报医务部备案。对不能按期完成的新技术，负责人必须向医疗质量与安全管理委员会提供详细的书面材料说明原因，医疗质量与安全管理委员会有权力根据具体情况，对项目申请人提出质疑批评或处罚意见。

(5) 中期评估

新技术实施过程中每年进行一次总体评价。评价内容应包括：

- ① 新技术开展总体进展情况，包括已开展的例数、完成的效果及完成预定目标的情况等；
- ② 新技术开展过程中的管理情况，包括实施人员资质、设备与药品、技术损害、告知义务履行情况，

是否存在违规行为及采取的措施等；

③ 提出下一阶段工作重点及应注意的问题。

(6) 结题总结

新技术试用期结束后1个月内由医务部组织医院质量管理委员会针对新技术开展情况进行总结。评价内容基本同中期评估，但以评价新技术的社会效益为主。书写结题报告并报医务部存档。

(7) 开展新技术的科室和人员不得将获准试用的新技术在其他医疗机构应用，经过相关部门批准或者紧急救援、急诊抢救的情形除外。

3、暂停新技术临床试用的情况

新技术临床试用期间，发生下列情形之一的，应当立即暂停新技术临床试用，由医务部组织专家进行调查，调查情况报医院质量管理委员会讨论，以决定是否恢复临床试用。

- (1) 发生重大医疗意外事件的；
- (2) 可能引起严重不良后果的；
- (3) 技术支撑条件发生变化或者消失的。

4、新技术临床试用期间鼓励政策

(1) 新技术临床试用期间，对于按计划顺利开展、产生良好经济和社会效益的新技术，按照一定比例给予资金扶持和奖励。

新技术、新项目奖励由院学术管理委员会组织专家，按照相关规定和要求，综合各方面情况对其进行考评，并根据考评情况设立一、二、三等奖，奖励标准如下：院级一等奖5000元，二等奖3000元，三等奖1000元；对于经济效益、社会效益显著、特别优秀的项目，可增设特等奖，奖励1万元。奖励总数不超过10项，其中特等奖不超过1项，一等奖不超过2项，二、三等奖总数不超过8项，具体名额根据上报情况待定。

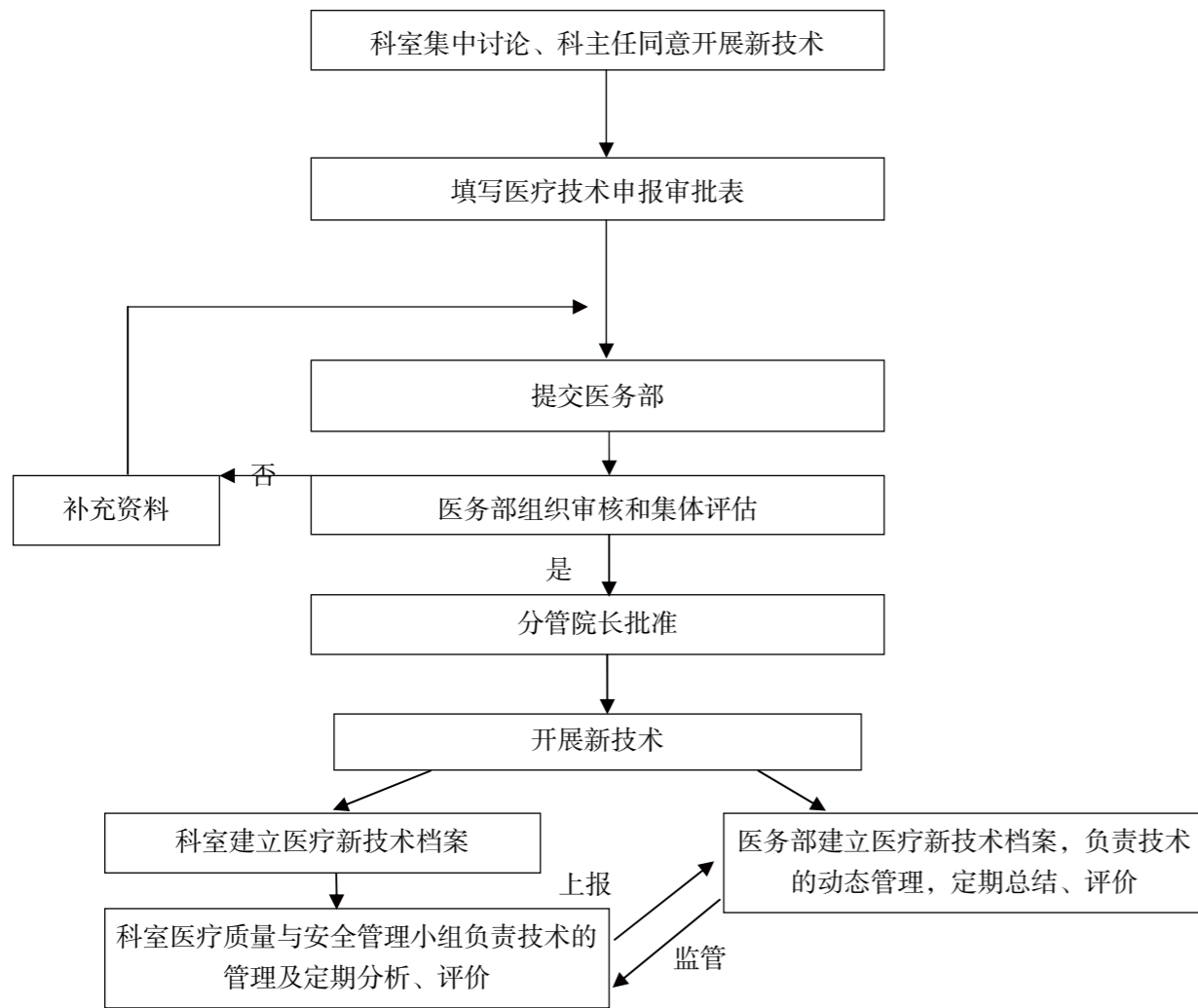
(2) 新技术奖评选。申报科室于年底将所开展的新技术进行自评并形成总结，填写新技术评选申请表，上报医务部参加医院年度评比。医务部每年组织一次由医院医疗质量与安全管理委员会、学术委员会、伦理委员会相关专家组成的评审小组，采取公平、高效、合理的程序，对已经开展并取得成果的医疗新技术进行评审，对其中非常有价值的项目授予奖励，与职称晋升挂钩，并向上级部门推介。

5、新技术在规定的临床试用期结束，经医院医疗质量与安全管理委员会、学术委员会、伦理委员会进行科学评估后，对于确实不涉及伦理问题、安全无风险，且具备提升我院诊疗能力和医疗质量的新技术。由医务部负责按照国家卫计委或省、市卫计委等部门相关程序和制度的要求，并经卫生行政主管部门备案允许后，方可纳入常规技术管理范畴。

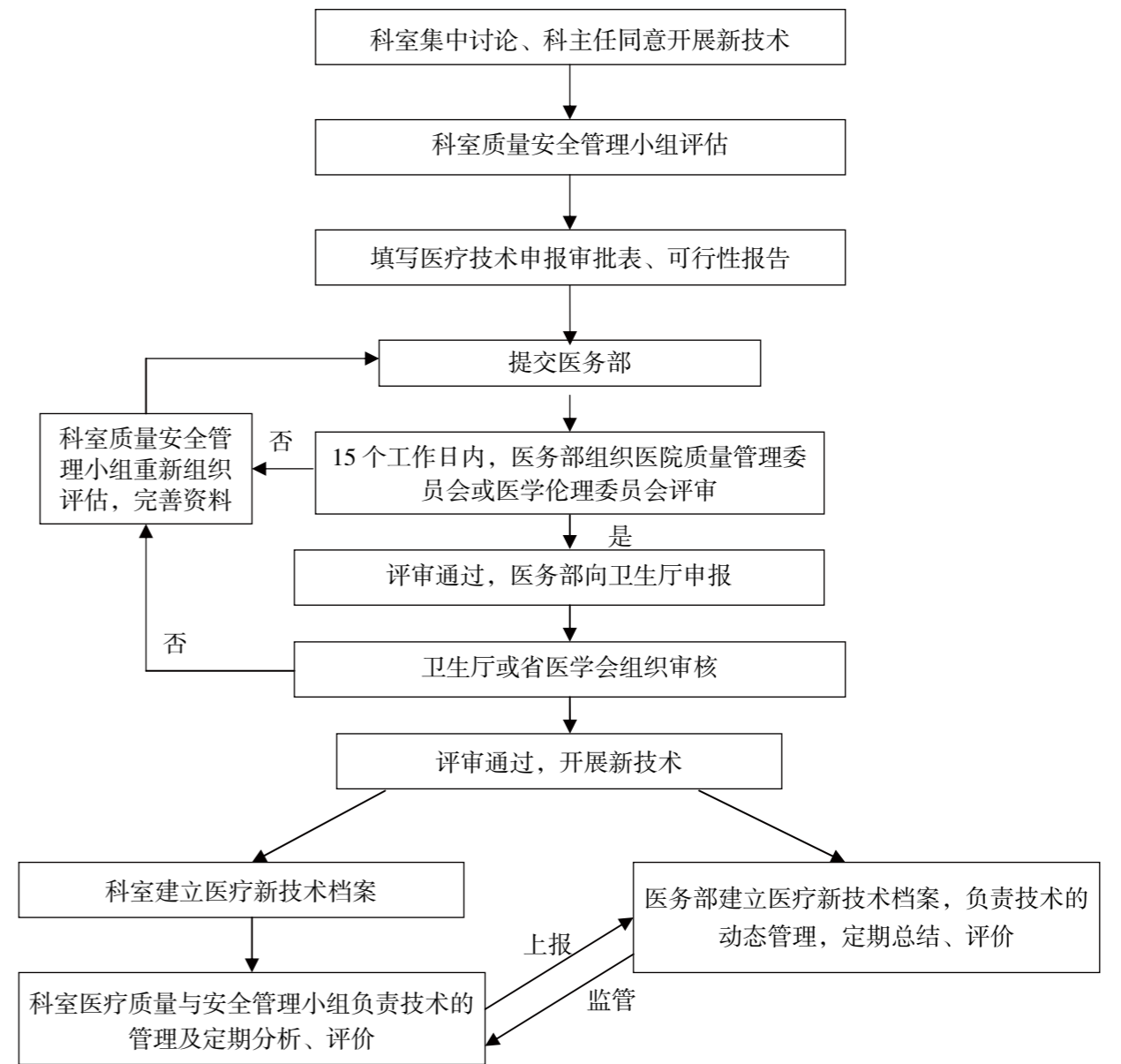
任何未经准入管理批准擅自开展的，及违反本制度和相关规定的医疗技术项目或诊疗行为等，将按照《中华人民共和国卫生法》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》等相关法律法规进行处罚，并追究参与人员相应法律责任。

附：《枣庄市立医院医疗技术审批流程》

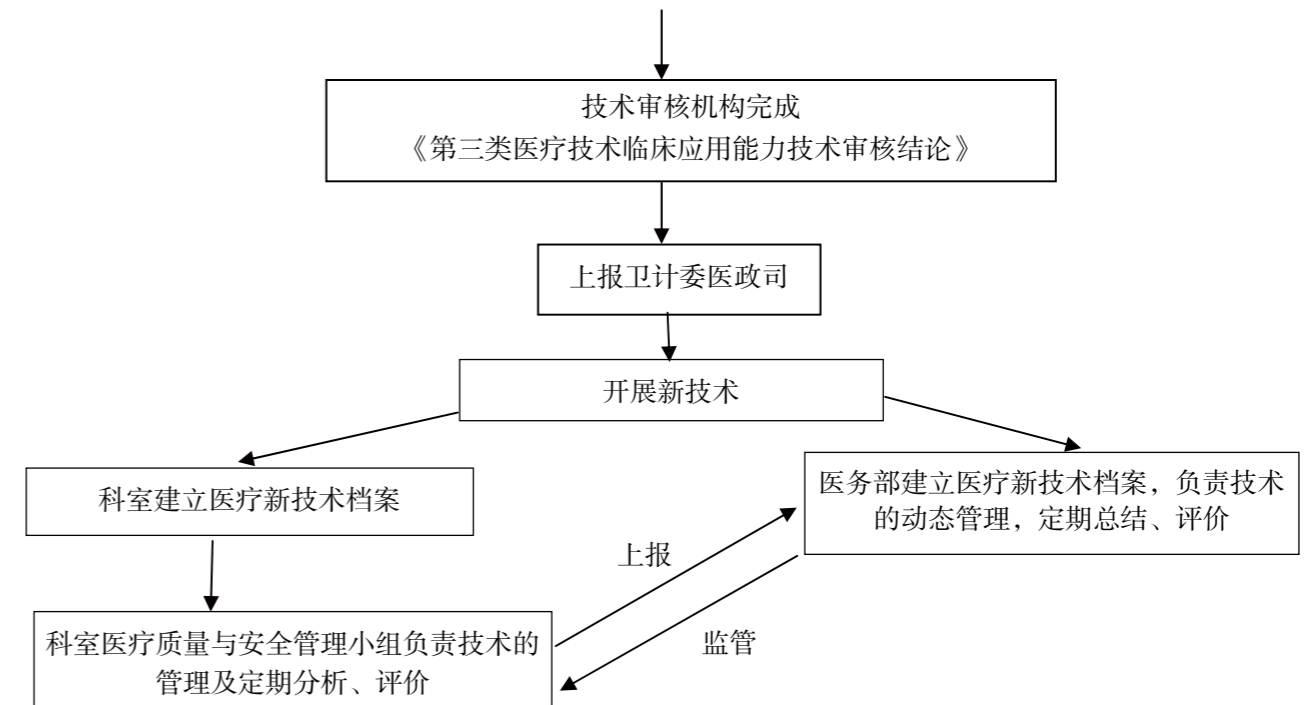
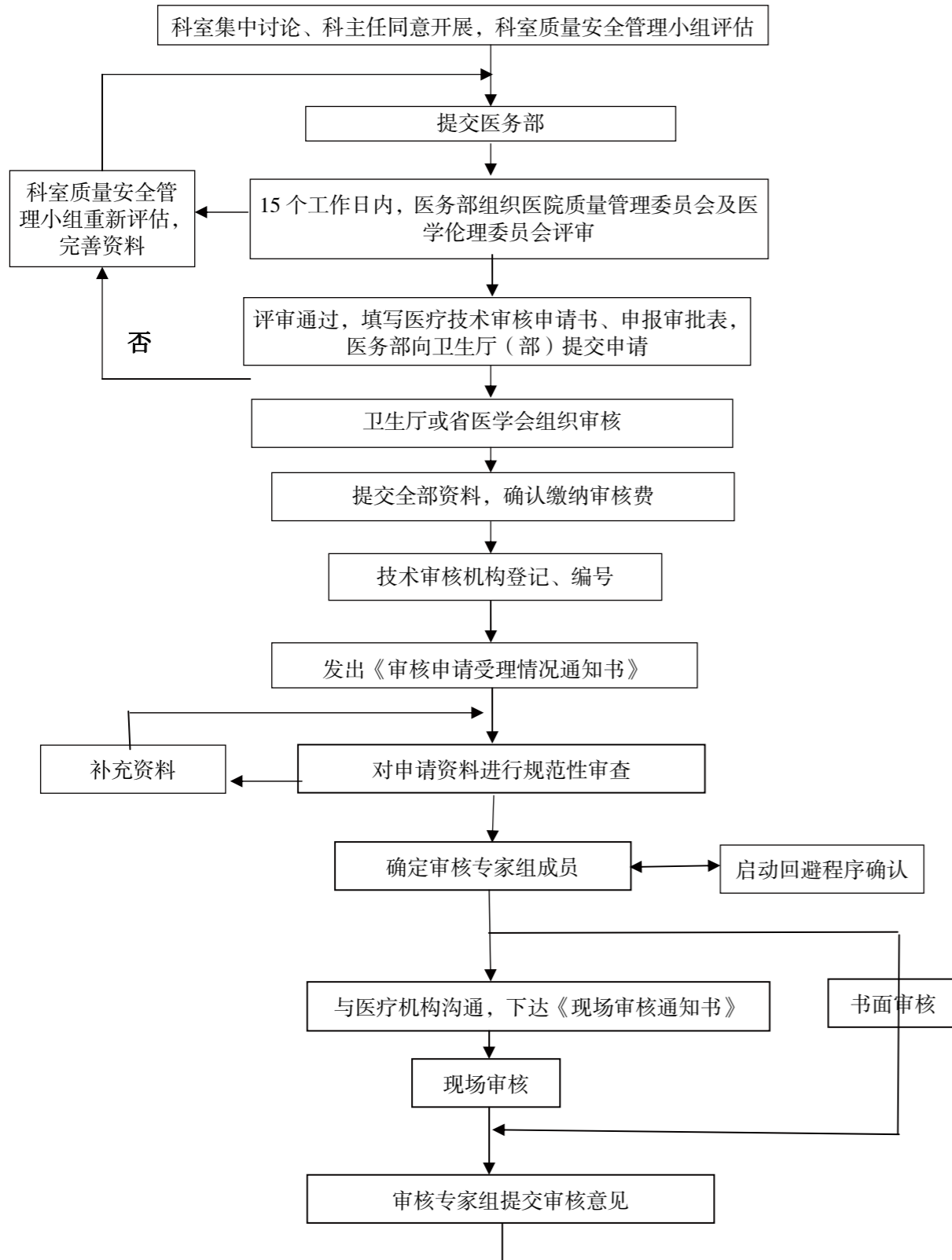
第一类医疗技术 临床应用能力技术审核管理流程图



第二类医疗技术 临床应用能力技术审核管理流程图



第三类医疗技术 临床应用能力技术审核管理流程图



介入技术临床应用管理制度

为加强我院介入诊疗技术的临床应用管理，规范各相关科室介入诊疗行为，保证医疗质量和医疗安全，特修订此制度。

- 一、开展介入诊疗技术的科室必须具备其相关资质及条件。
- 二、科室提出开展介入诊疗技术申请，上交医院医疗质量管理委员会研究，委员讨论通过后，科室方可开展。
- 三、介入诊疗医师应取得《医师执业证书》，执业范围为内科专业或者外科专业，并具有3年以上相关科室临床诊疗工作经验，具有主治医师以上专业技术职务任职资格。心脏介入诊疗医师还要经过卫生部认定的心血管疾病介入诊疗培训基地系统培训并考核合格。
- 四、严格遵守各种疾病介入诊疗技术操作规范和诊疗指南，根据患者病情、可选择的治疗方案、患者经济承受能力等因素综合判断治疗措施，因病施治，合理治疗，严格掌握各种疾病介入诊疗技术的适应症。
- 五、介入诊疗方案应由2名以上具有各疾病介入诊疗技术临床应用能力的、具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的执业医师决定，术者由具有相关疾病介入诊疗技术临床应用能力的执业医师担任，术后制定合理的治疗与管理方案。
- 六、实施介入诊疗前，应当向患者及其家属告知手术目的、手术风险、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施等，签署知情同意书。
- 七、所有涉及介入的科室（心血管介入、脑血管介入、ERCP、肝脾血管介入等），要求介入操作除一律按手术操作管理外，需按照《2010版山东省病历书写基本规范》要求书写术前小结、手术记录、术后首次病程记录；不要求一律书写连续三天的术后病程记录，可根据患者实际情况酌情书写。

介入手术需按规定填写手术安全核查表，不要求一律填写手术风险评估表，可根据情况酌情填写。

八、建立健全各相关疾病介入诊疗后随访制度，并按规定进行随访、记录。

九、各相关科室应定期对本科室介入诊疗技术临床应用做出评价，包括病例选择、手术成功率、严重并发症、死亡病例、医疗事故发生情况等。

十、严格使用经药品监督管理部门审批的一次性使用介入诊疗器材，不得通过器材谋取不正当利益。

十一、相关科室应建立介入诊疗器材使用登记制度，保证器材来源可追溯。在介入诊疗患者住院病历中手术记录部分留存介入诊疗器材条形码或者其他合格证明文件。

十二、不得违规重复使用一次性介入诊疗器材。

十三、介入诊疗人员在介入诊疗过程中，要严格遵守《放射诊疗管理规定》做好本人及患者的各项防护工作。

十四、严格执行国家物价、财务政策，按照规定收费。

十五、本规定自修订之日起执行。

人工关节技术临床应用管理制度

本制度所称人工关节技术是指对已完全或大部分丧失功能的关节，采用人工关节植入手术以恢复其关节功能的外科技术。

一、人员基本要求

具有人工关节植入技术资质的医师应当具备下列条件：

1、取得《医师执业证书》，执业范围为外科。

2、有10年以上骨科临床工作经验，参与人工关节植入临床工作5年以上，并具有副主任医师以上专业技术职务任职资格。

3、职业道德高尚，同行专家评议专业技术水平较高，并获得2名以上本专业副主任医师以上人员推荐，其中至少1名为外院医师。

4、拟从事人工关节技术的医师需经过院内或高等级医院接受至少12个月的系统培训并考核合格。

二、设备及设施符合国家相关要求。

三、技术管理

1、认真遵守有关诊疗指南和技术操作规范，制定人工关节植入技术的诊疗流程，根据患者病情、可选择的治疗方案等因素综合判断，因病施治，合理治疗，科学、严格掌握人工关节植入手术适应征。

2、必须使用经药品监督管理部门批准的、经医院统一采购的人工关节植入器材，不得通过人工关节植入器材谋取不正当的利益。

3、人工关节植入手术必须经2名以上相关专业、具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师决定，有明确的适应征，无禁忌征。

4、术者应当由本院具有人工关节植入技术资质的副主任医师以上人员担任，术后应当制定合理的治疗与功能康复方案。

5、实施人工关节植入术前，应当由手术者或者第一助手用能理解的方式向患者或其法定监护人、

代理人充分告知手术目的、手术风险、使用高值耗材、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施等，并签署知情同意书。

6、术前科室应认真组织讨论并上报医务部审批后方可实施。

7、建立人工关节植入假体来源的登记制度，并建立档案，保证假体来源可追溯。档案的保存期限按照《医疗机构管理条例》的规定执行。应将用于手术的人工关节假体合格条形码（或者其它证明合格文件）置于住院病历的手术记录中。

8、建立健全人工关节植入手术后随访制度，并定期进行随访、记录。

9、医院及科室应定期对人工关节植入技术临床应用能力进行评价包括手术成功率、严重并发症、死亡病例，医疗事故发生情况，术后病人管理，病人生存质量，随访情况和病历质量等。

10、严格执行国家物价政策，按规定收费。

高风险诊疗操作资格许可与授权管理制度

为加强对高风险诊疗操作的管理，保障高风险诊疗操作的质量和安 全，培养和提高医务人员高风险诊疗操作能力和水平，制定高风险诊疗操作的资格许可与授权制度，经申请、评估后方可获得资格，被授权后方可进行相应的高风险诊疗操作。

一、高风险诊疗操作的资格许可制度

（一）适用于本制度的高风险诊疗操作项目：

1、经皮动脉置管术；2、各种途径的中央静脉置管术；3、肺动脉置管术；4、经静脉临时起搏器安置术；5、心律转复/除颤术；6、气管内插管术；7、纤维支气管镜检查术；8、三腔管气囊止血术；9、人工肝与血浆置换等血液净化技术；10、心包穿刺术；11、经皮气管切开置管术；12、腹腔置管透析术；13、机械通气；14、持续动静脉血滤和透析；15、主动脉球囊反搏术；16、卫生行政部门和医院规定需要授权的其它操作项目等。

（二）高风险诊疗操作资格考评程序与机制。

1、根据各科室专业特点，规定相关专业岗位的医务人员需掌握的高风险诊疗操作项目（附录1）。

2、由科室相关专业人员联合组成高风险诊疗操作资格考评小组（必须包括科主任及护士长），定期或根据实际情况，按照《高风险诊疗操作规范》，负责对相关人员进行高风险诊疗操作的培训与教育。

3、高风险诊疗操作资格考评小组按照《高风险诊疗操作考评标准》（附录2），根据附录1所规定的高风险诊疗操作项目与相关专业的关系，对相关人员的理论水平和实际操作技能实施资格考评，并填写《高风险技术操作考评表》（附录3）。

4、考评小组成员掌握从严原则，严格把关，所有资格评价资料都应当真实、完整并存档备查。确保取得资格许可的高风险诊疗操作人员能胜任相关实际工作。

二、高风险诊疗操作的授权制度

（一）授权程序与要求

1、与高风险诊疗操作有关的专业科室人员，先由个人填写《高风险技术操作资质授权申请表》，经高风险诊疗操作资格考评小组进行资格评估后，取得相关高风险诊疗操作许可后，由医务部组织

院医疗质量与安全管理委员会对其进行相关操作授权。获得授权后方可进行相应的高风险诊疗操作。

2、附录1中规定的相关专业岗位的医务人员需掌握的高风险诊疗操作项目，原则上要求在岗人员全员通过相关高风险诊疗操作资格考评并获授权。

3、进入与高风险诊疗操作有关的专业科室的新人，未通过相关培训、资格考评，未获授权不得进行高风险诊疗操作。

(二) 关于资格复评和撤销授权的规定

1、高风险诊疗操作的资格许可与授权实行动态管理，对已获得授权的高风险诊疗操作人员至少每两年复评一次，复评标准参照本制度中第一条、第(二)项执行，并对其两年中实际完成的高风险诊疗操作进行质量评价。通过复评者，保留其相应高风险诊疗操作项目的授权。

2、复评中未达到相应高风险诊疗操作资格考评标准，但在实际操作过程中没有明显或屡次违反操作规程、未引发严重后果者，暂时撤销其相应高风险诊疗操作授权。通过复评后，恢复授权。

3、复评中未达到相应高风险诊疗操作资格考评标准，且在实际操作过程中明显或屡次违反操作规程或/和造成严重后果者，撤销其相应高风险诊疗操作授权，调离所在专业科室。涉及违反其他制度和规定的，按相应要求进行处理。

医学伦理委员会工作制度

一、医院医学伦理委员会是以规范医务部技行为，保护受试者、研究者及应用者的合法权益、强化法制意识和医德观念为主要任务的委员会。

二、委员会以《纽伦堡法典》、《赫尔辛基宣言》、医学国际组织理事会及世界卫生组织的有关规定为指导原则，并受中国有关法律法规、制度政策及道德规范的约束。

三、委员会成员由11人组成，设主任委员1名、副主任委员1名、秘书1名，委员8名。

四、主要职责：

1、审核涉及人体的药品临床试验，医疗新技术、器官移植、医疗辅助生育、安乐死、克隆技术与基因工程以及其他涉及医疗科技行为的项目，是否符合医学伦理道德要求。

2、审核临床科研、教学医疗或其成果的医学伦理道德问题。

3、定期审查监视上述项目的医疗科技行为，审查上述情况/条件下出现的严重不良事件等安全问题，并监督缺陷整改。

4、进行有关医德国际原则、政策法规、道德规范的咨询，组织专题培训班或研讨会。

五、委员会的组织和应是独立的，委员会的员工对本人直系亲属的相关项目审批回避，不受任何参与试验的申办者、研究者的影响，避免受到利益关系的影响。

六、审批程序：

1、申请者提出申请并提供必要的资料。申请报告：临床前和临床有关资料，知情同意书样本，试验研究/治疗方案等；主管部门的有关批件，技术质量检查或药品检查报告。

2、委员会应在接到申请后召开会议、审阅讨论。每次会议参会人数不应少于总人数的2/3，对申报方案的审查意见应在讨论后，以投票方式做出决定，必要时，可邀请非委员专家出席会议、但非委员专家不参加投票。

3、审议后，主任委员签发书面意见，并附上出席会议人员的名单、其专业情况及签名。伦理委员会的意见可以是：Ⅰ、同意。Ⅱ、作必要修改后同意。Ⅲ、不同意。Ⅳ、终止或暂停先前批准的试验。

七、委员会对临床试验方案的审查，主要是看是否符合《赫尔辛基宣言》等伦理道德标准。其内容主要包括：

1、研究人员的资历、能力，人员配备及设备条件是否符合要求。

2、试验/治疗方案是否适当。受试对象的选择是否合理，并且受试者在试验中可能获得的治疗利益大于承受的风险。方案中应事先确定在什么条件下必须终止试验，以保护受试者不受严重损害。试验设计前应充分掌握情报资料，了解药物、技术、仪器、设备等的安全性和有效性，力求提高疗效、减少不良反应。

3、受试者入选的方法和向受试者及其家属或监护人或法定代理人提供有关信息资料是否完整、易懂，获取知情同意书的方法是否适当。

4、受试者因参加临床试验而受到损害，甚至发生死亡时如何给以治疗或补偿以及相应的保险措施。

5、临床试验的最终结果要对病人有利，试验全过程，自始至终要充分考虑到受试者获得的利益应大于承受的风险。

6、对试验方案提出的修正意见是否可接受。

7、审查受试者所承受风险的程度。

八、任何受试者在参加试验前必须获得知情同意书，经仔细阅读，充分考虑后做出自愿参加试验的决定，并签署姓名和日期。

九、委员会所有会议及其决议均应书面记录。讨论情况记载入相关病历，记录保存及申报审核资料应保存到试验结束后5年。

十、本制度自公布之日起实施，由医院医学伦理委员会负责解释。

关于严格禁止科室私设手术室的管理规定

为进一步规范医疗行为，严格依法执业，保证医疗安全，将医疗纠纷降低到最低限度，针对我院少数医务人员和个别科室受经济利益驱使，违反国家有关法律、法规的行为，在科室内私开手术室并私自给患者手术，损害了医院集体利益，增加了医疗纠纷隐患，为保障患者安全及医院利益，特修订本制度：

一、所有医务人员必须严格遵守《执业医师法》、《医疗事故管理条例》等相关法律法规，在医疗活动中，严禁以任何理由、任何方式私自诊疗。

二、手术室为本院规定的手术场所，任何科室和个人不得在本院手术室以外的场所私自为患者实行手术治疗。

三、各临床手术科室，要严格遵守医院各项规章制度及诊疗常规，严禁截流患者私下手术，凡因私下交易而发生的医疗纠纷或医疗事故，一切责任由当事人自负，不得上交，院内不负任何协调事宜。同时，视情节轻重，院内还将给予当事人党政处分，对触犯刑律的，将移交司法机关追究其刑事责任。

四、对违反本规定的人员，一经查实，视情节轻重对当事人给予待岗、下岗、辞退或开除处理。

五、医院对举报人员予以保护，并给予相应奖励。

六、本制度自 2017 年 9 月 20 日始生效，以往有关关于严格禁止科室私设手术室的管理规定同时废止。

重大、疑难、特殊手术审批管理制度

为进一步规范医疗行为、确保医疗安全、提高医疗质量，按照国家卫计委《医疗质量管理办法》等相关法规文件要求，特修订本制度。

一、审批手术范围：

1. 重大手术：我院《重大手术审批目录》中规定的手术。
2. 疑难手术：术前诊断不明，需手术明确诊断的手术；涉及多专业学科的手术。
3. 特殊手术：
 - (1) 预知预后不良或风险极大的手术(包括患者超高龄、基础疾病较多、病情严重、特殊体质等)；
 - (2) 被手术者系外宾、华侨、港、澳、台同胞的手术；
 - (3) 被手术者系特殊保健对象,如高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人的手术；
 - (4) 可能导致毁容或致残的手术；
 - (5) 存在医疗纠纷隐患的手术或有医疗纠纷的再次手术；
 - (6) 被手术者系自伤或被伤害等涉及法律问题的患者的手术；
 - (7) 新开展的手术，临床试验，研究性手术；
 - (8) 器官切除及大器官移植。

二、程序及要求：

1. 科主任或亚专业负责人主持，按《术前病例讨论制度》要求，组织全科进行术前讨论（特殊情况下可请院内外专家会诊）。由手术者按《医患沟通制度》、《患者知情同意和医师履行告知义务制度》的要求，严格履行告知义务，认真与患方沟通，取得患方的充分理解和同意后，及时完善各项知情同意书的填写和签字工作。主管医师负责填写《枣庄市立医院重大手术审批报告表》，患方签署意见，科主任审核签字，在手术前三天上报医务部和分管院长，审查批准后方可施行；
2. 审批单必须填写齐全，字迹清楚，手续完备，审批单中严禁涂改、擦拭，否则一律不予审批；
3. 术中发现患者病情与术前评估不一致或出现意外情况时，除及时请会诊外，应及时向患者的亲属说明并签署知情同意书，应立即报告科主任或亚专业负责人，组织相关人员或科室台上紧急会诊，确定新的手术方案后，及时与患者家属沟通并签署相关知情同意书，必要时上报医务部或分管院长；
4. 在无资质情况下，严禁开展任何形式的人体器官移植手术及法律规定以外的人体器官捐献手术；
5. 急诊情况下，为确保患者生命安全，可先行手术，术后按以上要求完善手术审批程序。

附件：枣庄市立医院重大手术审批目录

附件：

枣庄市立医院重大手术审批目录

科 室	手 术 名 称	手 术 级 别	是 否 新 开 展
小儿外科	Nuss 手术	四级	否
小儿外科	髌白成形术	四级	否
普通外科	腹腔镜肝叶切除术	四级	否
普通外科	腹腔镜胰体尾切除术	四级	否
泌尿外科	孤立肾多发结石切开取石术	四级	否
泌尿外科	孤立肾肿瘤手术	四级	否
泌尿外科	孤立肾输尿管结石手术	四级	否
心胸外科	胸腔镜下全肺切除术	四级	拟开展
心胸外科	冠状动脉搭桥术	四级	否
心胸外科	联合袖式肺叶切除术	四级	否
心胸外科	隆突切除成形术	四级	否
心胸外科	胸动脉瘤破裂支架修补术	四级	拟开展
心胸外科	肺移植术	四级	拟开展
神经外科	蝶骨嵴内 1/3 脑膜瘤切除术	四级	新开展
神经外科	鞍结节区肿瘤切除术	四级	新开展
神经外科	海绵窦区脑膜瘤切除术	四级	拟开展
神经外科	小脑幕区脑膜瘤切除术	四级	否
神经外科	窦旁脑膜瘤切除术	四级	否
神经外科	桥小脑角肿瘤切除术	四级	否
神经外科	脑血管畸形栓塞术	四级	新开展
神经外科	动脉瘤夹闭术	四级	新开展
骨 外 科	脊髓肿瘤切除术	四级	否
骨 外 科	上颈椎手术 C1、C2	四级	否
骨 外 科	四肢截肢术	三级	否
烧伤整形美容科	烧伤后高位截肢术	四级	否
烧伤整形美容科	吻合血管、游离皮瓣移植术	四级	否
烧伤整形美容科	异体大网膜移植术	四级	否
烧伤整形美容科	阴茎再造术	四级	拟开展
烧伤整形美容科	全乳缩小整形术	三级	否
烧伤整形美容科	全耳廓再造术	四级	拟开展
烧伤整形美容科	全鼻再造术	四级	拟开展
烧伤整形美容科	乳房再造术	四级	拟开展
眼 科	角膜移植术	四级	拟开展
眼 科	眼外侧壁切开术	四级	拟开展
眼 科	眼球摘除术（或+义眼台植入）	三级	否
眼 科	眼内容物剜除术	二级	否
眼 科	独眼相关内眼手术	---	否
眼 科	角膜全层移植术	四级	拟开展
眼 科	角膜自体全层移植术	三级	拟开展
眼 科	角膜曲度矫正术	三级	拟开展
耳鼻咽喉科	全喉切除术	四级	否
耳鼻咽喉科	外耳切除术	四级	否

口腔颌面外科	上颌骨 LeFort I 型截骨前移术	四级	是
口腔颌面外科	下颌骨矢状劈开（BSSRO）、颞部整复术	四级	是
口腔颌面外科	恶性肿瘤扩大切除 + 血管化游离皮瓣制备术	四级	否
口腔颌面外科	颌面多发陈旧性骨折切开复位内固定术	四级	否
妇产科	膀胱阴道瘘修补术	四级	否
妇产科	阴道再建术	四级	否
妇产科	乙状结肠代阴道术	四级	否
妇产科	结肠阴道瘘修补术	四级	否
妇产科	阴道成形术	四级	否
妇产科	经耻骨后经阴道无张力尿道悬吊术	四级	新开展
妇产科	腹腔镜下阴道骶棘韧带固定术	四级	拟开展
妇产科	全盆底重建术（prolift）	四级	新开展
妇产科	经闭孔经阴道无张力尿道悬吊术	四级	新开展
妇产科	经阴道阴道骶棘韧带固定术	四级	拟开展
妇产科	直肠阴道瘘修补术	四级	拟开展

围手术期管理制度

一、手术分级及审批：

各手术科室应根据我院《重大、疑难、特殊手术审批管理制度》、《手术分级管理制度》、《手术分级管理定期能力评价与再授权制度》严格执行手术审批及权限审批，安排相应级别医师手术。

二、术前医师准备工作：

1、主管医师应熟悉并评估患者病情，完善术前必需检查，完成相关医疗文书书写，手术者术前应亲自查看患者。

2、三级以上手术以及新开展的手术，均应进行术前讨论。急诊手术如时间不允许进行术前讨论，二级手术应由主治医师以上（含主治医师）确定手术方案，三级及四级手术由副主任医师以上（含副主任医师）确定手术方案。

3、术前了解患者及家属社会、心理状况；应请上级医师或科主任查房，共同商讨患者病情，进行体格检查；应积极完成术前各项常规检查及某些特殊检查，尽可能在术前得出正确诊断。

4、手术者应亲自与患者及家属术前谈话，介绍拟进行手术的风险和预期的治疗效果，可能发生的并发症及替代治疗方案等，取得患方同意，并与患方共同完成各项手术同意书的签署。

5、手术部位标示，见《手术部位识别标示制度》。

6、麻醉医师应于手术前一日亲自访视患者，了解患者病情及术前准备情况，以决定麻醉方式。麻醉医师应向患者及家属介绍麻醉方法、麻醉风险、注意事项等，在保证患者及家属能正确理解的前提下，完成《麻醉同意书》的签署。如发现手术准备不充分有权暂停手术并在病历中写出麻醉评估意见。

7、需要备血的患者，手术医师应于术前开具备血医嘱、填写《临床输血申请单》和《输血（或血液制品）治疗同意书》，必要时通知血库备一定数量的红细胞、血浆或全血等。术中拟用药品有需要做过敏试验的，术前均应按要求做好过敏试验。

8、择期手术，手术通知单需于手术前一天送至手术室，急诊手术需提前电话通知手术室，随后送手术通知单，并标明“急”字。择期手术不得按照急诊手术通知手术室，否则手术室护士长有权拒绝安排并上报医务部。特殊感染患者递交手术通知单时应特别注明，以便手术室采取相应的防范措施。

三、术前护理准备工作：

1、护理人员应全面了解患者的生理、心理等情况，向患者作术前宣教。

2、遵医嘱做好术前准备工作，包括皮肤及胃肠道准备、抽取交叉配血血样、药物过敏试验等手术前和手术当日的各项准备。

3、患者入手术间前，病房护士应为患者脱去自身衣服，换上病员服，不得将患者衣物及污染物带入手术间。

四、手术患者交接

1、术前交接

手术室人员接患者时，与病区护士共同核对并确认患者身份、用药、物品、病历等，核对无误后，共同签署手术患者交接记录单，巡回护士将患者送入指定手术间。

2、术后交接

（1）手术室提前电话通知病区责任护士做好接手术准备。

（2）由手术室人员（麻醉医师和护理人员）护送患者至病区，与病区责任护士共同核对患者的所有信息并签字。

五、手术中医疗、护理工作要求

1、参加当日手术的每一个手术组，至少有一位成员应在 8:30（上午手术）或 14:30（下午手术）以前进入手术室，协同手术室人员做好术前的各项准备工作。麻醉前由手术医师讲述手术重要步骤、可能发生意外的对策，检查手术所需的各类器械和用品。严格按照术前讨论制定的手术方案执行。

2、严格执行《手术操作规范》、《手术风险评估制度》及《手术安全核查制度》。

3、术中若遇到疑难或意外情况时，术者无法解决，应及时请示上级医师，必要时进行术中会诊，并向医务部报告。手术中若需变更原手术方案或临时决定使用高值耗材等情况时，须再次征得患者或家属同意并签字后实施。

4、手术期间应坚守工作岗位，加强麻醉期间的观察与处理，不得随意离开手术间，对出现的异常生命参数及时分析处理，并通知手术者，保证手术顺利进行。如手术麻醉效果不好，不能达到手术要求时，麻醉医师应向其上级医师报告，由上级麻醉医师及时处理。麻醉方式更改要有明确的理由，必须与手术医师协商，征得上级麻醉医师的指导和同意，并记录在病历 / 麻醉单中。

5、由手术医师自行实施的局麻手术，术者应掌握所用麻药的药理特性、使用剂量、浓度及可能出现的不良反应，并注意患者反应，发现问题及时处理。

6、巡回护士和器械护士应在手术开始前、手术结束缝合前、手术结束缝合后共同清点核对手术所用的无菌包及各种器械、敷料的名称、数量，确认数量无误后如实记录。对术中追加的器械、敷料应即时记录。如部分手术无需安排器械护士，应由巡回护士配合术者清点手术器械和敷料，保证数量准确无误。

7、巡回护士术前应准备好所有物品，应充分考虑手术需要及意外情况，术中不得离开手术室。特殊情况需要离开者，需由同级别护士接替巡回。

8、术中如需输血时，严格执行《临床用血管理制度》。由巡回护士负责督促各环节在最短时间内将血送到手术间，输血科必须以最快的速度合血。

9、术中须核查植入的假体材料、器材标识上的有效期等信息，合格证及条形码应贴在手术清点记录单的背面。

10、所有手术切除的组织标本均须适时进行病理检查。原则上，手术切除标本由手术者或第一助手向患者授权人展示、讲解。由手术室安排专人送至病理科，做好交接登记，防止标本污损、差错或遗失。需在术中做快速冰冻切片检查者，手术医师应于术前通知病理科做好准备，术中切除的标本应有专人送至病理科，并将结果带回告知手术医师。

11、凡参加手术的工作人员，要严肃认真地执行各项医疗技术操作常规，注意执行保护性医疗制度，术中不谈论与手术无关的事情。

六、术后医疗、护理工作

1、手术结束后，由麻醉医师决定是否送患者到麻醉恢复室，严格把握拔管指征，不得随意带管回病房。患者出麻醉恢复室或手术室后的流向由手术医师决定。

2、手术医师应在术后及时下达术后医嘱，并向科内值班医护人员交班，内容包括：手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术中输液、出血、输血、用药情况、术后应特别注意观察的事项等。

3、术后应加强护理，护士应详细了解患者病情，根据手术情况按常规监测生命体征、伤口和各种引流情况，并详细记录；协助患者翻身、鼓励患者排痰；指导和协助患者做好相关护理（如肢体活动预防下肢静脉血栓形成等），进行术后康复教育。

4、手术医师应严格按照《山东省病历书写基本规范（2010年版）》要求书写手术记录、术后首次病程记录等医疗文书。

5、手术当晚值班医师要主动巡视手术患者，对于危重或出现并发症的患者必要时及时联系手术医师、请示上级医师或请有关科室会诊协助处理。

6、注意手术并发症的预防，如出血、发热、低体温、感染、切口裂开、下肢静脉血栓形成、肺栓塞等。加强术后感染预防和处理。

7、术后麻醉医师应在术后48小时内至少随访患者一次，并书写访视记录，特殊情况下应及时、多次随访。

8、术后主管医师应向家属交待病情及注意事项（包括术后禁食、禁水时间等），并做好术后病程记录。

七、围手术期抗菌药物应用严格按照《围手术期预防用抗菌药物管理规定》。

八、对病理报告与术中快速冰冻切片检查结果与术后诊断不一致时，术后主管医师应向科主任汇报，并及时与病理科报告医师联系，组织相关人员进行病例讨论。

手术风险评估制度

为了保证医疗质量，保障患者生命安全，使患者手术得到客观评估，诊治医生应根据患者病情及个体差异的不同制定出适应每个患者详细、科学的手术方案，当患者病情变化的时候能够及时调

整修改手术方案，使患者得到及时、科学有效地治疗，我院特制定患者手术风险评估制度。

一、手术医师及麻醉医师在术前应对手术患者在手术切口清洁程度、麻醉分级以及手术持续时间等方面进行风险评估，制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式。

二、手术患者均应进行手术风险评估。

三、手术医师、麻醉医师对患者进行手术风险评估时要严格根据病史、体格检查、影像与实验室资料、临床诊断、拟施手术风险与利弊等进行综合评估。

四、手术医师、麻醉医师应根据评估的结果与术前讨论制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式。必须做好必要的术前知情告知，以患者易于理解的方式告知患者或者其委托人手术方案、手术可能面临和发生的风险、替代医疗方案等，并嘱患者或委托人签字。

五、手术风险评估表填写说明：

1、手术医师术前发送患者手术通知单时，填写手术切口清洁程度及手术类别。

2、麻醉医师术前探视患者时，填写麻醉分级（ASA分级）。

3、手术医师填写手术切口类别。

4、手术医师填写手术持续时间。

5、手术医师填写切口愈合与感染情况

六、对于高风险患者，应及时向上级医师和科主任请示，请上级医师和科主任再次评估，必要时可报告医务部申请院内大会诊，再进行评估。

七、患者经评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通，协商下一步处理意见或者转院治疗，并做好必要的知情告知。

八、本制度自2017年9月20日始生效，以往关于手术风险评估的管理规定同时废止。

手术安全核查制度

手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位、术前准备等内容进行核查的工作。是保障手术安全进行、防止医疗差错发生的有效措施。

一、手术安全核查的内容及流程：

1、麻醉实施前：由麻醉医师提问按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、住院号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容；手术医师逐一回答，巡回护士对照病历逐项核对并回答；

2、手术开始前：三方按上述方式再次核查患者身份（姓名、性别、年龄、住院号）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告；

3、患者离开手术室前：三方按上述方式共同核查患者身份（姓名、性别、年龄、住院号）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容；

4、手术安全核查三方均应为本院医务人员，三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

二、手术安全核查的要求

1、本制度适用于各级各类手术，包括介入手术。其他有创操作可参照执行。

2、手术患者均应配戴腕带标识以便核查。

3、手术安全核查由麻醉医师主持，三方共同执行并逐项填写《手术安全核查表》。

4、手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，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。

5、术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查后应用。

6、住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

7、手术科室、麻醉科与手术室的负责人是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人。

8、手术科室病房与手术室之间要建立交接制度，并严格按照查对制度的要求进行逐项交接。

9、医务部、护理部等相关职能部门应加强对我院《手术安全核查制度》实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

手术分级管理定期能力评价与再授权制度

实施手术操作权限化管理，是确保手术安全的有效措施，是手术分级管理的最终目的。建立按细化种类取得手术权限的申报制度，实施动态化管理，结合本院《手术分级管理制度》，制定具体实施内容如下：

一、手术医师定期能力评价

1、考评要求：

(1) 各级手术医师在取得相应手术权限授权后，应定期对主持及参与的手术进行总结和自我评价。

(2) 各手术科室在科主任主持下，由科室质量与安全管理小组定期对各级手术医师进行考评。一般情况下为每年一次，特殊情况下随时进行考评。

2、考评内容：

(1) 各级手术医师的总结内容应包括：获得相应资格、职称的年限，主持及参与手术的名称、级别和例数，对手术适应症、手术步骤的认识等。

(2) 科室质量与安全管理小组根据手术医师自我总结内容和出现特殊情况时，对其实际工作能力条件等进行考评。

二、医师手术权限申报条件及再授权审批程序：

1、医师手术权限申报条件：

(1) 各级医师手术权限及手术分类标准：见本院《手术分级管理制度》。

(2) 申请人任现职满三年后，主持完成本专业相应级别规定手术种类的80%、且担任高一级手术助手满5例，经考评合格后，可申报主持高一级别的手术权限。

(3) 对资格准入手术，除必须符合相关法律、法规外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者。

(4) 新技术、新项目手术和经主管部门批准的高风险科研项目手术，仅限于具有主任医师任职资格的四级医师申报。

(5) 出现影响手术医师工作和手术能力的情况时，不得申报主持高一级别的手术权限。

2、再授权审批程序

(1) 符合以上申报条件者，个人提出申请并按要求填写《手术资质授权申请表》，由科主任组织科室质量与安全管理小组对其进行考评后，签署《授权手术考评表》和《手术分级授权审批表》报医务部。医务部组织院医疗质量与安全管理委员会予以审核，对符合条件者再授予其新的手术权限。

(2) 新进入医院的手术医师或手术医师专业变动时，根据其职称和能力情况，按照任职3年内的手术医师资格，由医务部授予其相应手术权限。符合再授权条件后，按本制度执行。

(3) 出现影响手术医师工作和手术能力的情况时，随时由科主任组织科室质量与安全管理小组对其进行考评，将结果上报医务部，经院医疗质量与安全管理委员会审查后，可作出：保留其现有手术权限、再授予其低一级别手术权限或撤销其所有手术授权的决定。

手术部位识别标示制度

本制度主要适用于双侧、多重结构（手指、脚趾等）、多平面部位（如脊柱等）的手术侧和部位及其它需要标示的手术。其他有创操作参照执行。

一、标识要求及确认程序

1、择期及限期手术，主管医师应在术前一日或手术医嘱开出后对患者手术部位进行体表标识，并与患者和（或）家属共同确认和核对。急诊手术，应在手术医师确定手术方案后于术前由主管医师，并与患者和（或）家属共同确认后标记。

2、标识需由主管医师进行，手术医师进行确认。如患者意识不清且无家属在场的情况下，须有至少2名医师共同确认标识。

3、接患者时，手术室人员与病房护士共同核对患者床号、姓名、性别、年龄、疾病诊断、手术名称、手术部位体表标识，确认无误后双方签字，将患者送到手术室。

4、在麻醉开始前，手术医师、麻醉医师、手术室护士、患者，应进行四方核对，特别是涉及左右侧别，再次确认手术部位体表标识并签字。

5、手术医师与麻醉医师、手术室护士在手术切皮前再次核对患者的姓名、性别、年龄、手术部位及体表标识（尤其是左右侧），确认无误后签字。

二、标识方法

1、在手术部位标以手术切开线或“十”字，并标明左右侧（眼科手术左右分别以OS/OD表示，余以L/R表示）。如左眼手术，则在左侧额部皮肤上划“十”字形标志，并标明“OS”；右前臂手术，则在右前臂划手术切开线，并标明“R”。用龙胆紫或专用标记笔。如为双侧病变，则均需标记。

2、手术部位已有纱布、石膏、牵引架等时，统一标记在包扎物上方5厘米左右（约2-3横指）处，以“十”字标识并标明左右侧。

急症手术管理制度

一、急症手术范围：

- 1、急诊科收治的患者需手术治疗并应紧急施行的手术；
- 2、住院患者因病情变化可能在短时间内危及生命，需手术治疗并应紧急施行的手术；
- 3、急症介入治疗按照急症手术进行管理。

二、急症手术的管理

1、急诊科收治患者的急症手术

（1）急诊科医师接诊患者，评估患者病情，需急诊手术者，应立即请相关专业科室会诊，受邀会诊人员应在规定时间内到达。

（2）病情危重的患者由急诊科医师先行抢救，专科医师到达后，共同救治患者。病情允许后，专科医师填写《住院病人入院登记》，与急诊科医师交接，由医护人员护送患者至病房或手术室；

（3）尽快完善诊断和手术必需的辅助检查，无法在床旁完成的，应在患者进入病房或手术室前，有专人陪同在辅检科室完成。

（4）尽快完善各项术前准备：①专科医师开具手术医嘱，电话通知手术室护士、麻醉科值班医师做好术前准备；②按相关制度和规定要求履行告知义务，充分与患方沟通，完成各项知情同意书的签署。

（5）急症手术应严格按照《手术安全核查制度》、《围手术期管理制度》、《重大、疑难、特殊手术审批管理制度》等有关制度要求进行。必要时，应在术后补办有关手续。

2、住院患者的急症手术

（1）住院患者发生病情变化时，主管医师或值班医师应立即诊视患者，并进行必要的救治。经病情评估后需急诊手术者，立即通知具备相关手术资质的医师到场，制定手术方案，必要时组织术前讨论。

（2）急症手术前，完成必需的辅助检查；由主管医师开具手术医嘱，电话通知手术室护士、麻醉科值班医师做好术前准备；按相关制度和规定要求履行告知义务，充分与患方沟通，完成各项知情同意书的签署。

（3）严格按照《手术安全核查制度》、《围手术期管理制度》、《重大、疑难、特殊手术审批管理制度》等有关制度进行急症手术管理。

非计划再次手术上报及监管制度

一、非计划再次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术。

二、医务部负责，手术科室及手术室、病案室共同参与构建我院上报、监管、反馈、改进的质量管理体系。

（一）各临床手术科室负责严格执行《围手术期管理制度》及《手术分级管理办法》，监控各类各级手术，对各种原因导致的非计划再次手术均进行登记和上报。在再次手术之前由主管医师按

照要求在电子病历系统填写《非计划再次手术申报表》（下称“申报表”），电话通知医务部接收确认，打印一份科室存档。对急症再次手术可先电话上报医务部，术后24小时内填写申报表。申报表内容包括：患者基本信息、病情摘要、第一次手术情况及并发症原因分析、再次手术目的、再次手术术前准备情况、术中及术后可能出现的问题及防范措施等，要求项目填写齐全。再次手术后，科室应对患者施行非计划再次手术的原因及术后情况进行讨论和分析，填写非计划再次手术反馈表（下称“反馈表”），一式两份，一份科室留存，一份报送医务部。科室每半年对非计划再次手术情况进行汇总分析，制订整改措施，促进医疗质量持续改进。

手术室负责配合各临床科室开展双渠道上报。常规手术在手术前一天手术通知单送达后，检查确定是否为一次住院期间施行多于一次手术，一旦发现立即进行登记，实时上报医务部；急症手术在手术结束后24小时内完成检查、上报工作。

（二）病案室负责全院病历的质控工作，每月月底检索并总结当月出院患者中一次住院施行多于一次手术的病例，排检出其中属于非计划再次手术的病例进行重点检查。将质控结果通过质量检查以书面反馈的形式下发到主管医师，督导其进行改正。同时将结果上报医务部。

（三）医务部通过运行病历管理系统实时监控非计划再次手术的发生，配合每月月底病案总结工作，完善主动上报监控措施，防止任何非计划再次手术上报遗漏情况的发生。同时，医务部负责监管整个实施过程，保证制度的落实；设置专人收集整理临床科室和手术室上报的再次手术病例；必要时组织有关专家进行调查评估，将存在的问题以意见书的形式反馈至科室，督导科室认真查找原因，持续改进。每月月底根据病案室的总结报告查对各手术科室及手术室的非计划再次手术上报情况。发现科室未按规定上报时，仔细调查原因及责任人，对未按规定上报的科室进行记录。发现手术室未按规定上报，也需进行记录。根据相关规定、质控指标及监管内容进行全面汇总评定。

三、在医疗质量监管中增加非计划再次手术管理权重。如科室未按规定上报，每漏报、迟报一例，扣罚科室当月医疗质量考核分0.5分，并院内通报；对因科室、病区工作人员过错或差错造成再次手术的，责令科室限期整改，并上交整改报告，医务部负责监督；对因再次手术造成医疗纠纷、医疗事故，将按照《医疗纠纷、事故处理规定》等有关规定严肃处理。

四、本制度自下发之日始生效。

医患沟通制度

为进一步维护患者的合法权益，强化医患沟通，增进医患理解，构建和谐的医患关系，从更深层次上稳步提升医疗质量，根据《执业医师法》、《侵权责任法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等规定，在原有《医患沟通制度》的基础上，进一步完善我院医患沟通制度。

一、沟通对象

1、当患者本人为完全民事行为能力人时，沟通的对象首先是患者本人；当患者本人为未成年人、限制民事行为能力人以及不能辨认自己行为或后果的精神病患者时，应与患者的法定监护人沟通；

2、在医疗活动中，部分患者由于疾病导致无法行使知情选择权（患者年满18周岁，处于昏迷、休克、麻醉等意识丧失状态）或是因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应与其具有完全民事行为能力的近亲属或法定监护人沟通；

3、沟通时应按照我院《患者知情同意和医师履行告知义务制度》中要求填写相应的知情同意书，并取得书面同意；在医疗服务过程中，医务人员应注意保护患者隐私。

二、沟通的时间、地点、内容

1、门诊沟通：门诊医师在接诊患者时，应根据患者的既往病史、现病史、体格检查、辅助检查等对疾病作出初步诊断，并安排在门诊治疗，对符合入院指征的可收入院治疗。在此期间门诊医师应与患者沟通，征求患者的意见，争取患者对各种医疗处置的理解。必要时，应将沟通内容记录在门诊病历上；

2、首次床旁沟通：患者进入病房后，要求经治医师询问病史后，根据疾病严重程度、综合客观检查对疾病作出诊断，在患者入院后2小时内及时将病情、初步诊断、治疗方案、医疗风险、替代治疗方案以及可以预见的后果、进一步诊治检查方案等与患者及其家属进行沟通交流，并详细记录在首次病程记录后；患者进入病房后，责任护士应及时与患者或家属进行沟通。沟通内容包括护理评估、医院及科室概况、医院规章制度、卫生宣教等；

3、住院期间沟通：患者住院期间，要求主管医师对患者所患疾病的诊断情况、主要治疗手段、重要检查目的及结果、某些治疗可能引起的严重后果、药物不良反应、手术方式、手术或有创操作并发症及防范措施等内容进行经常性的沟通，并将沟通情况记录在知情同意书中；急、危、重症患者随疾病的转归及时沟通，麻醉前沟通（应由麻醉医师完成），输血前沟通以及医保目录以外的诊疗项目或药品使用前的沟通等，病情变化时随时沟通，并将沟通内容随时记录在病程记录中；责任护士必须对患者心理状况、饮食、休息活动、常规和特殊检查、药物进行指导；有创操作或手术患者还应进行操作或术前、术后健康宣教，并回答患者提出的有关问题；

4、有创操作或术后沟通：要求有创操作或术后24小时内操作医师或手术主刀医师将有创操作或手术的大体情况、特殊状况，有创操作或术后治疗手段、用药、可能出现的并发症及需要患者注意的事项等详细告知患者及其家属，并将沟通内容记录在有创操作病程记录中或术后首次病程记录中；

5、出院前沟通：要求在患者出院前一天，床位医师将患者本次住院的治疗情况、恢复情况、出院医嘱、出院后注意事项及定期随诊等内容详细与患者沟通，并及时解答患者的疑问；责任护士应向患者或家属进行饮食、用药及自我保健知识的指导；沟通后医护人员要及时将沟通内容记录在病历中。

三、沟通技巧与方法

1、基本要求

- （1）一个根本：诚信、尊重、同情、耐心；
- （2）两个技巧：倾听，就是多听患者或家属说几句话；介绍，就是多对患者或家属说几句话；
- （3）三个掌握：掌握患者的病情、治疗情况和检查结果；掌握患者医疗费用的使用情况；掌握患者及家属的社会心理状况；
- （4）四个留意：留意对方的情绪状态；留意受教育程度及对沟通的感受；留意对方对病情的认知程度和对交流的期望值；留意自身的情绪反应，学会自我控制；

（5）五个避免：避免强求对方及时接受事实；避免使用易刺激对方情绪的词语和语气；避免过多使用对方不易听懂的专业词汇；避免刻意改变对方的观点；避免压抑对方的情绪。

2、沟通方法

（1）预防为主沟通：在医疗活动过程中，如发现可能出现问题苗头的患者，应立即将其作为重点沟通对象，针对性的进行沟通。还应在早交班时将值班中发现的可能出现问题的患者和事件作为重要内容进行交班，使下一班护理人员做到心中有数、有的放矢地做好沟通与交流工作；

（2）变换沟通者：如医护人员与患者或家属沟通有困难或有障碍时，应另换其他医护人员与其进行沟通；

（3）书面沟通：对丧失语言能力或需进行某些特殊检查、治疗的患者，患者或家属不配合或不理解医疗行为的、或一些特殊的患者，应当采用书面形式进行沟通；

（4）集体沟通：当下级医师对某种疾病的解释不肯定时，应当先请示上级医师或与上级医师一同集体沟通；

（5）协调统一后沟通：诊断不明或疾病病情恶化时，在沟通前，医一医之间，医一护之间，护一护之间要相互讨论，统一认识后由上级医师对家属进行解释，避免使患者和家属产生不信任和疑虑的心理；

（6）实物对照讲解沟通：医护人员可以利用人体解剖图谱或实物标本对照讲解沟通，增加患者或家属的感官认识，便于患者或家属对诊疗过程的理解与支持。

四、沟通记录格式及要求

每次沟通的内容都应在医患沟通记录单及病历中有详细的记录。记录的内容包括沟通的时间、沟通的实际内容、沟通结果、参加人员及患者或家属姓名，必要时在记录的结尾处应要求患者或家属签署意见并签名，参加沟通的医师及护理人员签名。

五、沟通的监督检查

将《医患沟通制度》纳入医院质量管理体系，医务部、护理部将定期抽查，查病历了解“医患沟通”记录情况，还将不定期进行督查，了解医患沟通的实施情况，听取患者意见。通报实施效果，并加以评价，提出改进措施或意见，向全院通报。对拒不执行《医患沟通制度》和在执行过程中仍有患者投诉、不满的，则按相关规定予以处理。

医疗安全奖惩办法

为进一步提高医疗质量，增强全院医务人员的医疗安全意识和工作责任心，牢固树立“以人为本，安全第一，预防为主”的指导思想，充分体现“以病人为中心，以质量为核心”的服务宗旨，减少医疗缺陷、差错，杜绝医疗事故的发生，切实维护医患双方的合法权益，现参照我国《执业医师法》、《医疗事故处理条例》及相关法律法规，结合我院实际，制定本办法。

一、基本原则：

全员参与、预防为主、全程监控、奖惩结合。院长和科主任为院科两级医疗安全的总责任人。

二、奖励：

医院对在医疗安全工作中做出贡献的科室及个人给予表彰奖励。表彰奖励工作每年度进行一次。

1、对年度内无医疗纠纷发生的，返还科室预留资金。

2、对年度内有医疗纠纷发生，由科室出面积极处理并在科内及时平息，未给医院造成影响及经济损失的，返还科室预留资金。

3、对年度内有医疗纠纷发生，科室全力处理并在科内解决，未给医院造成较大损失（5000元以下）的，按照处罚第2（1）条执行。

4、非当事人积极参与帮助本科室或协助其他科室解决医疗纠纷，在科内及时平息未给医院造成损失的，给予表彰，作为晋升、聘任、评优的优先条件。

5、投诉情况以各职能部门登记本为依据，医疗安全管理委员会调查核实后为准。

6、医院设立“委屈奖”：医务人员在诊疗、医疗纠纷处理过程中无服务缺陷及过错，为顾全大局，切实维护医务人员及患者合法权益而遭到围攻、谩骂、殴打等人身攻击的，酌情给予表彰和一定的经济奖励。

三、处罚：

1、对年度内发生医疗事故的：

（1）经鉴定机构鉴定为一级医疗事故负主要责任以上者，扣留科室预留资金，罚款损失金额的30%；

（2）经鉴定机构鉴定为二级医疗事故负主要责任以上者，扣留科室预留资金，罚款损失金额的25%；

（3）经鉴定机构鉴定为三级以下医疗事故负主要责任以上者，扣留科室预留资金，罚款损失金额的15%。

对以上处罚，科室承担罚款总额的60-70%，科室正副主任，正副护士长年终考核不得评为优秀；负有责任的医务人员承担罚款总额的30-40%，并取消当事医务人员当年评优晋升和参与科主任、护士长的竞争上岗资格，年终考核不得评为合格。

2、对年度内发生医疗纠纷未构成医疗事故，医患双方协商解决，但经司法鉴定或医院相应组织认定有责任，并给医院造成损失的：

（1）损失金额在5000元以下的，从科室预留资金中扣除，预留资金不够的，差额从科室收入中扣除；

（2）损失金额在5001-50000元之间的，扣留科室预留资金，罚款损失金额的10%；

（3）损失金额在50001-100000元之间的，扣留科室预留资金，罚款损失金额的15%；

（4）损失金额在100001-200000元之间的，扣留科室预留资金，罚款损失金额的20%；

（5）损失金额在200001元以上的，扣留科室预留资金，罚款损失金额的25%。

对以上处罚，科室承担罚款总额的70-80%，负有责任的医务人员承担罚款总额的20-30%，并取消当年评优晋升资格。

3、发生医疗纠纷经司法诉讼解决的，按照处罚第2条执行。

4、对年度内发生医疗纠纷、未构成医疗事故，经医院医疗质量与安全管理委员会认定确无责任，但有服务缺陷，科室内部未能解决上交医院，给予患者安慰性补偿的（10000元以上），扣留科室预留资金，罚款损失金额的1%。

5、医疗纠纷发生后，科室负责人、责任人能在第一时间积极、主动出面协调解决，但由于患方原因未能在科室解决而交医院处理的，在医院处理过程中能积极配合，由院医疗安全管理委员会讨论，并根据过错大小、纠纷处理过程中科室负责人、责任人所采取的态度是否积极，酌情调整经济处罚的比例。纠纷发生后，由于科室负责人、责任人未能积极、主动出面协调解决或隐瞒事实，导致事态扩大，并对医院造成负面影响及经济损失者，给予科室及责任人通报批评，取消当年评优、晋升

资格，并加大经济处罚的比例1-5%。

6、对年度内发生2次以上（含2次）重大纠纷（一次性赔偿十万元以上，或科室发生医疗纠纷后未积极处理而致矛盾激化引起患者及家属不满而直接上访或家属围攻科室及医院，影响医院正常医疗秩序，造成恶劣影响者视为重大纠纷）的，科室及科室正副主任、正副护士长年终考核不得评为优秀；发生1次重大纠纷的当事人年终考核不得评为优秀；发生2次以上（含2次）重大纠纷的当事人年终考核不得评为合格，严重者按规定程序申请吊销其行医资格（行政处罚）。

7、对当事人进行处罚的同时，根据《枣庄市立医院医疗安全积分管理办法》扣除相应分数。

四、如有弄虚作假骗取奖励或逃避处罚者，由院纪委监察室调查处理。

五、本办法自2015年1月1日起试行。2015年1月1日以后发生的纠纷和事故照此办法处罚。本办法如与上级文件相抵触，按上级文件执行；与院以往制订的文件相抵触，以本办法为准。

六、本办法由医务部负责解释。

医疗风险管理方案

医疗风险是指卫生技术人员在从事医疗活动中存在的对患者或医方造成伤害的危险因素。对患者是指存在于整个医疗服务过程中，可能会导致损害或伤残事件的不确定性，以及可能发生的所有不安全因素；对医院是指在医疗服务过程中发生医疗失误或过失导致不安全事件的风险。因其存在不确定性且与医疗质量有密切关系，为最大限度规避医疗风险，特制定本制度。

一、医疗管理

1、医院统一医疗、护理流程，制定各项诊疗操作规范，强化环节控制；

2、医院明确界定有关专业疾病收治规范，进行专业准入规范，各临床科室均须严格按照收治范围诊疗患者；

3、对科室手术级别和人员资质进行规范，并由医院统一按照规划分配名额，各临床科室要严格执行手术分级管理制度，并落实手术准入制度。特别在ICU、门急诊等关键科室的人力和设备配置上也要按照医院部署开展诊疗工作，避免出现漏洞或制度缺陷；

4、保障医疗信息畅通，强化问题报告机制，杜绝出现医疗问题后隐瞒不报的现象，加强不良事件和医疗缺陷防范力度，规避同一问题重犯的风险。

二、医务人员能力和道德培养

医务人员是医疗活动的主题，是降低医疗风险的基本因素，提高医务人员的综合素质，规范医疗行为以及强化全员安全意识，对于降低医疗风险和提高医疗质量有着举足轻重的意义。医院定期组织医务人员业务培训和医德教育，通过分析讨论、批评教育和学习培训，以提高全院职工风险防范和持续质量改进的意识和能力。

三、设施问题

1、抢救设备必须定期检查、维修，使其永远处于备用正常运行状态。一旦抢救病人过程中设备出现故障，尤其是呼吸机、麻醉机、喉镜、吸痰器等，容易造成严重后果。

2、实验室设备故障导致检查报告有误，错误的报告可能会引导医生判断错误。

四、医疗风险防范管理的监控

1、医疗风险识别

医疗风险识别是发现、认可并记录医疗风险的过程。目的是确定可能影响系统或组织目标得以实现的事件或情况。一旦医疗风险得以识别，组织应对现有的控制措施（人员、过程和系统等）进行识别。医疗风险识别过程包括那些可能对目标产生重大影响的医疗风险源、影响范围、事件及其原因和潜在的后果，及组织因素也应被纳入医疗风险识别的过程中。

2、医疗风险分析

医疗风险分析是确定医疗风险是否需要处理以及最适当的处理策略和方法的分析。医疗风险分析要考虑导致医疗风险的原因和医疗风险源、医疗风险后果及其发生的可能性，识别影响后果和可能性的因素，还要考虑现有的医疗风险控制措施及其有效性。然后结合医疗风险发生的可能性及后果来确定医疗风险水平。一个医疗风险事件可能产生多个后果，从而影响多重目标。医疗风险分析通常涉及对医疗风险事件潜在后果及相关概率的估计，以便确定医疗风险等级。

3、后果分析

后果分析可确定医疗风险影响的性质和类型。某个时间可能会产生一系列不同严重程度的影响，也可能影响到一系列目标和不同利益相关者。在明确环境信息时，就应当确定想要分析的后果的类型和受影响的利益相关者。后果分析可以有包括从结果的简单描述到制定详细的数量模型等多种形式。应包括：考虑现有的后果控制措施，并关注可能影响后果的相关因素；将医疗风险后果与最初目标联系起来；对马上出现的后果和那些经过一段时间后可能出现的后果两种情况要同等重视；不能忽视次要后果，例如那些影响附属系统、活动、设备或组织的次要后果。

4、不确定性和敏感性因素

在医疗风险分析过程中经常会涉及到相当多的不确定性因素。认识这些不确定因素对于有效地理解并说明医疗风险分析结果是必要的。应尽可能充分阐述医疗风险分析的完整性及准确度。如有可能，应识别不确定性因素的起因。

五、医疗风险发生后监控和管理流程

- 1、首先确认发生的事实；
- 2、重点发现体制上、流程上、制度上的缺陷或漏洞；
- 3、投入人、财、物力解决问题并在事后采取有针对性的培训；
- 4、涉及管理程序，修订完善医疗缺陷管理并坚持落实；
- 5、制定质量检查标准项目并选项检查。

六、监督和检查

职能部门定期对医疗风险与控制进行监督和检查，以确保医疗风险评估的结果符合实际，医疗风险评估技术被正确使用，医疗风险应对有效，持续质量改进。

关于鼓励患者参与医疗安全管理的规定

一、加强对患者的健康知识教育

医务工作者在诊疗过程中，应有意识的为患者及其家属提供与患者疾病诊疗相关的健康知识教育，以协助患方对诊疗方案做出正确理解与选择，从而更积极的配合治疗。为患者提供健康知识教

育的方式可以多种多样。

1、在诊疗过程中运用患者可以理解的语言至少在以下方面对患者进行教育：患者参与知情同意和医疗护理工作的重要性，如实提供患者信息的重要性，基本病情和推荐诊疗方案，临床路径，特殊诊疗方法和操作的告知（必要性、成功率、风险性等），安全用药（包括药物不良反应、药物和饮食之间潜在的相互作用等），安全有效的使用医疗机构提供的医疗器械和材料，康复技术等。医护人员应鼓励患者对不理解不明白的问题多问，对于患者的提问要耐心认真的解答。

2、鼓励临床科室根据自身情况开展健康知识普及活动，加强前期宣传，并为患者提供咨询和反馈的途径（固定电话、电子邮箱等）。

3、在医院网站上创建健康教育模块，为患者提供有关健康和疾病的知识，增加患者对疾病的认识；在门诊、病区等处张贴宣传页，向患者介绍疾病常识、手术或特殊治疗措施等。制作健康教育小册子，内容由各科室自行拟定，可包括对特定疾病的简单解释、特殊医疗护理检查操作过程、面对疾病的正确心态、正当用药指导等。

二、认真落实《关于尊重和维护患者合法权益的管理规定及措施》、《医患沟通制度》、《患者知情同意和医师履行告知义务制度》、《健康教育制度》《患者身份识别制度》，加强医患沟通、护患沟通，保障患者的合法权益。

三、鼓励患者通过认真填写《满意度调查表》反馈住院期间对医疗服务的意见和建议；在醒目位置公布医院投诉主管部门的电话等投诉途径。

四、主动邀请患者参与医疗安全活动

1、患者身份识别

在给药、输血、输液、采集血样或其他临床检验所需样本或提供其他治疗之前，应主动邀请患者（或家属）参与身份确认。鼓励患者及其家属主动提供身份信息，如姓名、身份证号、住院号等，以便与医护人员进行信息核对。

2、手术部位标示

医师向患者和（或）家属解释手术部位识别标示的意义和方法，取得患者及家属同意，在患者家属或监护人在场参与标示认定的情况下进行手术部位标示。麻醉开始前应再次邀请患者提供身份信息、指认手术部位。

3、药物使用

患者使用药物前，尤其是高风险药物前，医护人员应详细向患者讲解药物的使用方法和不良反应，并提供不同的治疗方案，方便患者及其家属自主选择；鼓励患者主动报告药物应用中的不良反应。

关于尊重和维护患者合法权益的管理规定及措施

根据《侵权责任法》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》等法律法规的规定，患者就医时享有知情权和同意权等合法权益。为切实维护医患双方的合法权益，尊重保护患者的合法权益，构建和谐医患关系，特制订本制度。

一、患者的合法权益主要包括患者的人格尊重权、知情同意权、选择权、参与权、保密权和隐私权等。患者在就诊过程中，基于对医生的信赖及医患之间的合作关系，必须提供真实的疾病或健

康状况。

二、维护和尊重患者人格尊重权的具体措施：

1、患者的人格尊重权是指患者在接受医疗服务时，不能因年龄、民族、病种、社会地位、经济状况等因素受到歧视或不公正待遇，患者享有受到尊重的权利；

2、医务人员应当着装整洁、仪表端正、文明用语，热情接待每一位患者；

3、医务人员在为患者进行诊疗操作时，动作要轻柔，态度要和蔼；

4、医务人员应当合理检查、合理治疗、合理用药，尽量减少患者不必要的经济负担，同时要恪守医德，严禁对患者吃、拿、卡、要。

三、维护和尊重患者知情同意权的具体措施：

1、患者的知情同意权包括了解权、被告知权、选择权、拒绝权和同意权等；

2、医务人员应自觉履行医疗告知义务，按照法律法规指定的范围，向患者提供与其疾病有关的医疗信息和资料，以保障患者的知情同意权和其他合法权益的实现；患者有权知道并了解自己的病情、治疗方案、医疗风险、替代治疗方案以及可以预见的后果，并有权作出选择，不宜向患者说明的，应当向患者近亲属或其法定代理人说明，说明内容应有记录，并取得书面同意。详见《患者知情同意和医师履行告知义务制度》。

四、维护和尊重患者选择权和参与权的具体措施

1、患者的选择权包括根据医疗条件或自己的经济条件选择医院、医护人员、医疗及护理方案等权利，在患者不能行使这些权利的时候，医务人员应当征求家属的意见；

2、患者在法律允许的范围内（精神病、传染病患者等某些情况属不允许范围）可拒绝治疗，也有权拒绝某些实验性治疗。但医师应说明拒绝治疗的危害；

3、患者有权根据自己对疾病的认知理解，比较诊疗方案的优劣，权衡诊治效果的利弊，自主决定是否接受某项医学决策；

4、医务人员应当向患者宣传医学科学知识，做好健康宣教；

5、在不违反法律规定的范围内，患者有权自动出院，但必须向医院和医师做出对其出院及后果不负任何责任的声明与签字。

五、维护和尊重患者保密权和隐私权的具体措施：

1、患者的隐私权是指患者享有不公开自己病情、家族史、接触史、身体隐蔽部位、异常生理特征等隐私，不受任何形式外来侵犯的权利。医务人员进行接诊、治疗、护理、检查等医疗活动中，同时也是患者隐私权的保护者；

2、患者在医疗过程中，对由于医疗需要而提供的个人的各种秘密或隐私，有要求保密的权利。医务人员应严守私密，不随意向外人泄漏。严禁任何意义工作人员将患者个人资料泄露以牟利，情节严重者按相关法律法规处理；

3、患者有权对接受检查的环境要求具有合理的声音、形象方面的隐蔽性。由异性医务人员进行某些部位的体检治疗时，有权要求第三者在场；

4、在进行涉及床边会诊、讨论时，可要求不让不涉及其医疗的人参加；有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读；

5、门诊落实“一医一患”，检查科室、处置室设置隔帘或隔断，杜绝无关人员逗留在诊室内；

6、住院病历资料是患者隐私的记载内容之一，加强病案管理，减少患者信息对外泄露的可能；

需复印或复制者，按《医疗机构病历管理规定》执行；

7、因科研教学、宣传需要对患者医疗过程进行文字采访、摄影、录像的，应事先告知目的、用途、可能出现的影响，并取得患者的同意签字。需要向团体介绍或在公共媒体刊载播放的，应注意采取化名并遮挡眼部等重要位置；

8、在教学过程中，带教人员应当事先告知患者，在征得其同意后方可进行教学活动。实习、见习人员在教学过程中应严肃认真、尊重患者，禁止随意泄露患者信息。

六、维护和尊重患者民族习惯和宗教信仰的具体措施：

1、医务人员应主动了解患者的民族和有无宗教信仰，凡属国家法律允许的宗教信仰和民族习惯，在不影响医院工作和秩序的情况下，都应受到尊重和保护，不得以任何方式议论、嘲笑、歧视和干涉；

2、在食堂设立少数民族的专门窗口；

3、对患者提出的关于民族风俗习惯和宗教信仰的要求，在客观条件允许和不影响治疗的前提下，应充分配合，尽量满足。

医疗纠纷预警方案

为及时发现和解决医疗纠纷隐患，确保我院医疗质量及医疗安全，参照《执业医师法》、《医疗事故处理条例》等有关法律法规，结合我院的实际情况制定如下预警方案：

一、医疗纠纷预警分级：据医疗纠纷隐患的可能性及可能造成后果的严重程度，将此预警分为四个级别：

1、四级预警：医疗纠纷隐患的严重程度轻，演变成纠纷有一定的可能性，科室做解释工作可解决问题，若演变成医疗纠纷则对医院造成负面影响。属于四级预警的情况：病人出现轻度并发症，病情发生变化、病情无好转、病人及家属对治疗效果不满意、不理解，对医疗服务质量、态度、后勤服务等有不满的预兆。

2、三级预警：医疗纠纷隐患的严重程度较轻，有演变成纠纷的可能性，预计经科室解释协调问题可以解决，若演变成医疗纠纷有可能造成不良后果。属于三级预警的情况：病人正常死亡、出现并发症、病情发生变化、病危、重大手术、创新技术、重大抢救；医疗活动中无过错，但病人及家属对医院的工作有不理解或对医疗服务质量、服务态度以及后勤、检验、收费等方面有不满征兆，有演变为纠纷可能性的其它情况。

3、二级预警：医疗纠纷隐患的严重程度较重，预计经科室解释协调有可能得到解决，若演变成医疗纠纷将造成一定的不良后果。属于二级预警的情况：病人死亡原因不明（猝死）、出现较重的并发症、病情突然恶化；医护工作中存在一定缺陷、病人及家属有不满表现；演变为纠纷的可能性较大，一旦演变为纠纷则处理难度较大。

4、一级预警：医疗纠纷隐患严重，极有可能演变成严重的医疗纠纷，即使经科室全力解释协调，问题仍难以解决，隐患所涉及的医疗缺陷明显，将造成严重的不良后果。属于一级预警的情况：医疗活动中有明显缺陷导致病人死亡、残疾、严重并发症；病人及家属有极度不满表现甚至威胁，极有可能演变为医疗纠纷。

二、医疗纠纷预警处理程序及要点：

1、四级预警：医务人员发现预警情况后，应立即报告科主任及护士长，科主任及护士长尽快了解情况，加强医患沟通，在科内解决问题，并及时在科内通报预防要点，避免类似情况发生。

2、三级预警：医务人员发现预警情况后，立即报告科主任及护士长，科主任及护士长了解情况后，尽快制定、实施调解方案，并加强医患沟通，化解纠纷隐患，在科内进行通报。

3、二级预警：医务人员发现预警情况后，立即报告科主任及护士长，科主任及护士长及时了解情况，在 12 小时内上报主管部门备案（门诊科室上报门诊部，护理问题上报护理部，住院病人上报医务部），并在科室立即制定化解纠纷隐患的方案、实施办法并确定责任人，力争化解医疗纠纷隐患，并及时将处理情况上报相应主管部门。

4、一级预警：科室发现预警情况后，科主任、护士长应立即上报相应主管部门（节假日及休息时间上报院行政值班室），相应主管部门立即派人与科主任、护士长及相关人员共同讨论制定消除隐患的方案，同时上报分管院长，争取把握一旦转为医疗纠纷时处理的主动权。特殊情况时，应及时与保卫科联系以协助处理。

三、每个科室应建立医疗纠纷预警登记本并每日交接班，内容：患者姓名、年龄、住院号、住址、工作单位、电话、本院联系人、诊断、主要诊疗方案、主管医护人员、预警内容、与隐患相关的医护人员、上报人、处理经过、结果。

四、一、二级预警须向主管部门交书面材料。内容包括患者的一般情况，诊断治疗经过，纠纷原因，处理结果等。

五、未发出预警，科室不积极处理隐患，演变为医疗纠纷的科室，医院将通报批评，科室所承担的经济损失将在院相应规定的基础上增加 10%。涉及责任者，按医院医疗事故、纠纷处理规定条款执行。

科室负责人应高度重视医疗纠纷预警工作，做到认真、负责，及时发现问题，并按规定做好相应的环节调解工作，防患于未然。

医疗纠纷、事故处理规定

为提高医疗质量、保证医疗安全、减轻医疗风险、减少医疗纠纷和医疗事故的发生，妥善处理医疗纠纷和医疗事故，根据《执业医师法》《侵权责任法》《医疗事故处理条例》等法律法规和国务院关于医疗环境治理的有关规定，结合本院实际情况，特修订本制度。

一、定义及分类

（一）定义

医疗纠纷是指因患者或其家属对医务人员或医院的医疗服务不满意，与院方发生的争执。投诉是指患者及其家属等有关人员对医院及其工作人员所提供的医疗、护理等服务不满意，以来信、来电、来访等各种方式向医院反映问题，提出意见、建议和要求的行为。医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

（二）医疗纠纷归类：

（1）医源性医疗纠纷

1、在与患者及家属交谈的过程中，服务态度生硬，解释不全面，不耐烦，用命令或训斥语言对待患者或家属；

2、说话不严谨，对患者解释病情时过于轻率、不留余地，在医患之间、科室之间故意挑拨是非或在患者面前“说三道四”；

3、所写医疗文书不能客观、真实、准确、及时、完整的反映诊疗经过，甚至涂改、隐匿、伪造或销毁医学文书等有关资料；

4、未经本人亲自诊查、调查，出具诊断、治疗、出生、死亡等医学证明文书，或出具与本人执业范围、执业类别不相符的医学证明文件；

5、未按照国家有关部门规定使用药品、消毒药剂、医疗器械；

6、违反医院规定跨专业收治非急症患者；

7、不坚守工作岗位，擅离职守，延误患者救治；

8、私自外出非法行医、私自收费所进行的各种医疗操作和辅助检查造成的纠纷；

9、在院内非法手术场所进行手术造成的纠纷；

10、泄露患者隐私造成的纠纷；

11、病史采集不全面，查体不认真，敷衍了事，漏掉重要体征，或该做的检查不做，发生的误诊、漏诊现象；

12、对医学资料保管不善，造成如患者的标本、检查报告、影像检查等资料丢失，给患者就诊带来不便而引发纠纷；

13、术前谈话交待不详，不忠实履行观察、注意、告知义务；

14、违反技术操作规程制度和操作规程；

15、其他医源性医疗纠纷。

（三）非医源性医疗纠纷

1、患者道德品质低下，故意挑剔、刁难，无理取闹；

2、交通事故、工伤事故、伤害案件等因素转嫁成医疗纠纷；

3、受经济利益的驱动，患方单纯以医疗为借口无理谋求经济赔偿；

4、不廉洁行医，收受病人钱物等医德医风败坏行为；

5、“医闹”参与引起的医疗纠纷；

6、其他非医源性医疗纠纷。

二、医疗纠纷处理程序

（一）纠纷预警

发现纠纷苗头后，当事人应立即向科主任、护士长汇报，科室应在 12 小时内填写《医疗纠纷预警上报表》上报相应主管部门备案（住院病人上报医务部、门诊科室上报门诊部、护理问题上报护理部）。并积极采取补救措施，避免或减轻对患者身体健康的进一步损害，科主任应指派专人保管与纠纷有关的全部病历资料，严禁涂改、伪造、隐匿和销毁。一、二级预警须向主管部门交书面材料，内容包括患者的一般情况，诊断治疗经过，纠纷原因，科室讨论意见等。

（二）科室内部处理

按照院科两级负责制的规定，凡是发生的一切纠纷，首先由所在科室的负责人全权处理，科主任应立即组织科室内部调查处理，尽最大可能将纠纷化解在科室内部，科室应在纠纷处理结束后上

交书面事情处理经过及科室讨论意见。对于玩忽职守、盲目推卸责任而导致纠纷或事故扩大者，追究当事人及当事科室的责任。属于医源性纠纷中第 1—10 的情形，由当事人自行处理，不得上交矛盾；处理后上报主管部门。

（三）院内协商处理

科室负责人及当事人积极介入仍不解决时，科主任、护士长立即上报相应主管部门（节假日及休息时间上报行政值班室），并上报分管院长。由主管部门组织院内专家、律师进行讨论，对院方的医疗行为进行自查，提出院内处理意见，由主管部门、当事科室等相关人员共同与患者及其家属沟通、协商，院方存在过错或责任的，可院内协商解决，并签署协议书，院内协商赔偿最高限额不得超过 1 万元。科主任及当事人全程参与调解、处理纠纷的过程。医患双方未能协商解决的，及时告知患方医患纠纷人民调解程序、医疗事故鉴定、司法鉴定或诉讼程序。

（四）医患纠纷人民调解

患方索赔金额在 1 万元以上的，医院主管部门应及时向医患纠纷人民调解委员会及相关成员单位报告，按照医患纠纷人民调解委员会的工作流程进行调解，医院相关人员全力配合，当事科室应安排专人全程参与调解、处理纠纷的过程。

（五）诉讼解决

凡与诉讼案件有关的科室，自收到传票后应积极主动协助主管部门和律师做好开庭前资料准备和案件沟通工作，由科室负责人安排专人参与案件的医疗事故鉴定、司法鉴定及法律诉讼的全过程，任何科室和个人不得推诿。

三、奖惩措施

（一）造成重大医疗过失或医疗事故者，根据责任者所承担的责任大小给予批评、经济处罚、包赔损失、停职检查、降低技术职务、院内待岗直至吊销医师执业证书。情节严重的根据事故等级及责任程度给予警告、记过、记大过、降级、降职、撤职、开除留用察看或开除等相应的行政处分。构成犯罪的移交司法机关追究其刑事责任。

（二）具体处罚及奖惩措施见《枣庄市立医院医疗安全奖惩办法》。

四、监管及整改

职能部门对职责范围内的医疗纠纷、事故定期进行原因分析、总结，落实责任、提出改进措施并监督实施。

患者知情同意和医师履行告知义务制度

根据《执业医师法》、《侵权责任法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等规定，患者就医时享有知情权和同意权。为了做好医疗行为的告知义务，维护患者的合法权益，特制定本制度。

一、患者知情同意是患者对病情、诊疗（手术）方案、风险益处、费用开支、临床实验等真实情况有了解与被告知的权利，患者在知情的情况下有选择、接受与拒绝的权利。医院全体医务人员应充分尊重患者的知情同意权，自觉履行医疗告知义务，按照法律法规指定的范围，向患者提供与其疾病有关的医疗信息和资料，以保障患者的知情同意权和其他合法权益的实现；患者有权知道并

了解自己的病情、治疗方案、医疗风险、替代治疗方案以及可以预见的后果，并有权作出选择，不宜向患者说明的，应当向患者近亲属或其法定代理人说明，说明内容应有记录，并取得书面同意；在医疗服务过程中，医务人员应注意保护患者隐私。

知情同意书中条款要完善，意思表达要正确、真实、精确；字迹要工整，形式要合法。内容可包括：项目名称、目的、适应症、替代医疗方案、风险（可能发生的意外、并发症及不良后果）、防范措施、患者陈述、患者及相关人签名、日期时间、医师签名等内容。

二、告知的对象

（一）当患者本人为完全民事行为能力人时，告知的对象首先是患者本人；当患者本人为未成年人、无民事行为能力人以及不能辨认自己行为或后果的精神病患者时，应告知患者的法定监护人；

（二）在医疗活动中，部分患者由于疾病导致无法行使知情选择权（患者年满 18 周岁，处于昏迷、休克、麻醉等意识丧失状态）或是因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，其知情同意权由具有完全民事行为能力的近亲属或法定监护人代为行使；

（三）完全民事行为能力人因各种原因授权他人行使其知情同意权时，患者必须签署《患者授权委托书》。被授权人只能在授权权限范围内签署意见，非被授权人不得在相关医疗知情同意书上签署有关意见。

三、告知的内容：

（一）常规告知：即医院常规问题的告知。自患者入院起，科室根据入院流程及医疗行为中涉及的相关需求进行告知。如住院患者须知、患者授权委托书、病情告知书、病重病危通知书、出院通知书、死亡通知书、欠费通知书等；

（二）实施手术、麻醉、输血、介入及特殊治疗、检查、操作（包括侵入性诊治项目）前，医务人员应当及时向患者告知患者病情、医疗风险、治疗方案、替代治疗方案等情况，以及可以预见的后果，医师应同时填写《手术知情同意书》、《麻醉知情同意书》、《输血及血液、生物制品知情同意书》、《有创伤性诊断、治疗操作同意书》、《特殊检查、特殊治疗、自费项目 / 药品同意书》、《化疗知情同意书》、《放疗知情同意书》、《住院医疗意外知情同意书》等，并应取得患者本人和 / 或患者法定代理人的亲笔签名；

任何手术或有创检查操作之前，均应征得患者或家属、授权委托人同意，由术者与患者及家属进行详细的术前谈话，内容包括手术或有创检查的手术指征、必要性、预期效果、可能的风险及并发症，预计的费用（常规下或发生意外时）、高值耗材的使用与选择及其他可供选择的诊疗方法等，并签署知情同意书。术中患者出现危急情况时，如果术者不能下台交待病情，应由一助或参加手术的高年资医师用通俗易懂的语言全面准确地向患者直系亲属告知病情及改变手术方式的原因，在征得患者家属理解同意签字后方可改变手术方式，术后术者应及时在知情同意书中补签字。手术或有创检查后，医师应将术后或有创检查后可能发生的情况及注意事项，详细向患者或家属告知。肿瘤手术应以病理诊断为决定手术方式的依据。根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者、近亲属、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署知情同意书。

术前履行知情同意有明确的时限要求，规定手术知情同意书应在术前 24 小时内完成。

（三）高危或特殊状态的知情同意：病情危重或突发变化时，医师应及时向患者家属（患者的法定代理人）告知，并发出《病危通知书》，由家属（法定代理人）签收。《病危通知书》的“医院保存联”粘贴在病历体温单背面。患者或家属提出放弃抢救治疗（包括不使用贵重药物或高新设

医疗质量安全事件报告制度

为建立健全医疗质量安全事件报告制度，指导我院妥善处置医疗质量安全事件，推动持续医疗质量改进，保障医疗安全，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗事故处理条例》《医疗机构管理条例》及我院相关规章制度制定本制度。

一、医疗质量安全事件是指医疗机构及其医务人员在医疗过程中，由于诊疗过错、医药产品缺陷等原因，造成患者死亡、残疾、器官组织损伤及功能障碍等明显人身损害的事件。本制度所称医疗质量安全事件不包括药品不良反应及预防接种异常反应事件。根据对患者造成的损害程度及损害人数，分为三级：

- 1、一般医疗质量安全事件：造成2人以下轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍或其他人身损害后果；
- 2、重大医疗质量安全事件：
 - (1) 造成2人以下死亡或中度以上残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍；
 - (2) 造成3人以上中度以下残疾、器官组织损伤或其他人身损害后果；
- 3、特大医疗质量安全事件：造成3人以上死亡或重度残疾。

二、医疗质量安全事件实行逢疑必报的原则，各职能部门及临床医技科室通过以下途径获知医疗质量安全事件时，应当按照本规定报告：

- 1、日常生活中发现医疗质量安全事件的；
- 2、患者以医疗损害为由直接向法院起诉的；
- 3、患者申请医疗事故技术鉴定或者其他法定鉴定的；
- 4、患者以医疗损害为由申请人民调解或其他第三方调解的；
- 5、患者投诉医疗损害或其他提示存在医疗安全事件的情况。

三、医疗机构应当向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政主管部门网络直报医疗质量安全事件或者疑似医疗质量安全事件。尚不具备网络直报条件的医疗机构应当通过电话、传真等形式，向有关卫生行政部门报告医疗质量安全事件。医疗质量安全事件的报告时限如下：

- 1、一般医疗质量安全事件：医疗机构应当自事件发现之日起15日内，上报有关信息；
- 2、重大医疗质量安全事件：医疗机构应当自事件发现之日起12小时内，上报有关信息；
- 3、特大医疗质量安全事件：医疗机构应当自事件发现之日起2小时内，上报有关信息。

四、上报流程同《枣庄市立医院医疗安全（不良）事件与医疗缺陷报告制度及流程》。

五、医疗质量安全事件报告的内容包括：

- 1、患者姓名、性别、年龄、民族、主要诊断；
- 2、医疗安全事件发生的时间、经过；
- 3、采取的医疗救治措施，患者目前的状况；
- 4、省级以上卫生行政部门规定的其他内容。

六、发生医疗质量安全事件或者疑似医疗质量安全事件的科室应当积极采取措施，避免、减少医疗质量安全事件可能引起的不良后果，同时做好事件的调查处理工作，认真查找事件的性质、原因，制定并落实有针对性的改进措施。对于涉及医疗事争议的医疗质量安全事件，按照《医疗事故处

理条例》的相关规定处理。

七、医院积极鼓励医疗质量安全事件报告，各科室和职能部门各级人员发现医疗质量安全事件时均有义务和责任向有关部门报告。报告行为不作为对报告人或他人处罚的依据，医务人员积极主动报告医疗质量安全事件，并积极采取有效措施减少患者的损害，避免医疗纠纷的发生，医院根据医疗纠纷处理的相关文件要求将给予奖励；如果医务人员瞒报、漏报、谎报、缓报，造成患者损害加重或引发医疗纠纷，医院将从重处理。

八、本规定自2011年4月1日起施行。

医疗质量安全告诫谈话制度

一、为加强医疗质量安全管理，有效防范和规范处理医疗质量安全事件，根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等法律法规制定本办法。

二、医疗质量安全告诫谈话（以下简称告诫谈话）的对象是发生重大、特大医疗质量安全事件或者存在严重医疗质量安全隐患的各临床医技科室的负责人（以下简称谈话对象）。

三、告诫谈话由相关职能部门组织实施，可根据需要，对发生重大影响的医疗质量安全事件的临床医技科室负责人进行告诫谈话。

四、告诫谈话应当一事一告诫。告诫谈话以个别进行为主，对普遍性问题也可采取会议告诫谈话或集体告诫谈话。

五、出现下列情形之一的，相关职能部门应当在30个工作日内组织告诫谈话：

- 1、医疗机构发生重大、特大医疗质量安全事件的；
- 2、发现医疗机构存在严重医疗质量安全隐患的。
- 3、组织告诫谈话应当经医院主要负责人批准。

七、谈话对象接到告诫谈话通知后，应当按照规定和要求接受告诫谈话，不得借故拖延；接受告诫谈话时，应当如实陈述事件经过及调查处理情况，不得捏造或隐瞒事实真相。

八、相关职能部门应当按照以下要求开展告诫谈话工作：

1、组织相关专家进行必要的调查核实及讨论分析，对医疗质量安全事件进行归因分析，提出医疗质量安全管理改进建议，做好告诫谈话计划安排；

2、提前5个工作日将告诫谈话时间、地点及拟告诫谈话的主要内容通知谈话对象，并要求谈话对象准备书面说明材料；

3、相关职能部门告诫谈话人员（以下简称谈话人）不得少于2人，其中1人为职能部门主要负责人或分管负责人；

4、参与告诫谈话的工作人员应当认真填写《医疗质量安全告诫谈话登记表》，做好谈话记录，并由谈话对象签字。谈话资料应存档保管。

九、告诫谈话按照以下程序进行：

- 1、介绍参加告诫谈话的工作人员；
- 2、向谈话对象说明谈话原因，指出相关临床医技科室存在的主要问题及其严重性和危害性；
- 3、听取谈话对象对有关问题的解释说明、已经采取的整改措施及其效果；

4、对进一步加强医疗质量安全管理提出具体要求，明确整改期限。整改期限一般不超过3个月。

5、现场填写《医疗质量安全告诫谈话登记表》并签字。

十、告诫谈话结束后，谈话对象应当立即组织落实整改意见，并在整改期限届满后5个工作日内向负责谈话的相关职能部门提交书面整改报告，相关职能部门应当对整改措施的落实情况及其效果进行监督检查。

十一、相关职能部门应当在本系统相关科室内通报告诫谈话的对象和主要内容，并在告诫谈话结束后10个工作日内上报医院。

十二、谈话对象无故不参加告诫谈话的，院内予以通报批评，且3年内不受理其个人及所在科室各项评优申请。

十三临床医技科室经告诫谈话后未及时进行整改或整改措施不到位的，负责告诫谈话的相关职能部门应当予以批评教育并督促改正。

十四、负责告诫谈话的相关职能部门未按照本办法及时进行的，医院应当责令其限期改正；造成严重后果的，应当依法追究相关人员的责任。

十五、本办法自发布之日起实行。

病案管理制度

一、病案（病历）封存、启封制度

1、当患方要求封存病历时，由主管医师报科主任、医务部、社会工作部和病案室，医护人员携带病历原件，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、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。

3、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历号、患者姓名、科室、封存日期，在封口处盖章，主管医师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。

4、封存的病历由社会工作部专人保管。任何人不得私自拆封。

5、非正常工作时间封存病历时，需行政值班人员通知相关部门人员到场，封存的病历由相关部门保管。

6、当患方要求启封封存病历时，先到医务部或社会工作部提交书面启封申请（须有申请人签字或手印），医务部或社会工作部负责人同意签字后，携申请与主管医师一起到病案室启封病案（病历）。社会工作部保留书面申请书。

二、病案出入库登记制度

1、医院病案室负责全院住院病案的收集、检查、登记、索引、编目、装订和保管，同时配合临床、教学、科研有计划的做好各项资料的收集、整理和服务工作。

2、住院患者应有完整的病案，患者出院（死亡）时，科室质控员应检查病案的完整性，按顺序装订成册，24小时内送病案室。

3、病案室收取病案后，检查首页各项是否完整，把好病案书写的初查关，将有关信息输入病案管理系统。病案质控医师检查病案质量，促进病案书写的不断提高。检查整改无误后，根据病案首

页之记载填写姓名、索引、疾病分类编目，按号排列，上架存档。

4、在院医师借阅病案必须登记，办理借阅手续，按期归还。对借用的病案应妥善保管和爱护，不得涂改、转借、拆散和丢失。院外单位和个人一律不借，必要时持介绍信经医务部批准可以摘录病史。

5、在院病历因医疗活动或其它原因复印、复制等需要带离病区时，应当经医务部批准，由相应科室指定专门人员负责携带和保管，并在医务部登记，方能带离病区。

6、因医疗、科研、教学需要查阅病历的，需经医务部负责病案管理人员同意后就地查阅。阅后应当立即归还。若需借回查阅，需填写“病案借阅登记本”，注明归还时间，然后借阅，按期归还。不得泄露患者隐私。

三、病案服务管理制度

1、热情文明周到，创造良好环境，为不同层次病案使用者服务。

2、严格落实借阅制度，发挥窗口服务作用。

3、遵守保护患者隐私，杜绝医患矛盾的发生。

4、对借阅出去的病案，要登记签字，及时归还，如有损坏，丢失，要追究借阅人的责任。

5、对借阅，复印者进行服务时，操作区与等候区分离，等候区要设有报刊，纯净水等，有利于使用者耐心等待。

6、履行告知义务，有问必答。

四、病案借阅管理制度

1、除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病案（病历）。

2、再入院患者需参阅既往的住院病案时，由本院医师携带再入院病案首页到病案室查看，无特殊情况不得将病案带出病案室。

3、因科研需借阅病案时，科主任或医师到病案室填写借阅登记并签字，该科医师带科主任或医师签字借条方可借阅。大批量借阅者分批提供，阅览一律在病案室内，严禁带出。

4、下列情况可提供病案，但须凭科主任签字借条，三日内送还。

（1）医疗事故、纠纷病案讨论。

（2）示教、尸解病案。

（3）教学、会诊病案讨论。

5、因晋升需要借病案时，该医师签字方可借用，借用时每份病历须交200元押金，晋升结束后三日内归还，以人力资源部收到返还晋升资料的日期为准。逾期的由病案室给予1分/天考核。因病案未及时归还而引发的系列问题由借阅病案的医师负责。

6、出院病案资料为临床医、教、研工作服务，非本院临床人员不得借阅。

7、借阅者不得修改病案任何内容，不得毁损、转借、拆散和丢失，不得擅自转抄、复制病案，按期归还。不得泄露患者隐私。

8、病案室应建立病案借阅登记，定期对病案借阅情况进行汇总。及时追回未归档病案。

五、病案信息安全管理

1、各专业科室、医疗组、护理单元应高度重视住院病历的安全管理工作，科主任或医疗组长及护士长对住院病历安全管理工作负有领导责任；病区值班护士和主管医师负责保管住院病历，是住院病历安全管理工作的直接责任人。

2、住院期间患者的各种资料应当及时归入住院病历，按要求粘贴放置妥当并保持病历的清洁、整齐、完整，记录和使用后及时放回病历车内。为防止病历丢失，病历车应当及时上锁，严禁患者及家属或外来人员进入护士站私自查看病历。

3、护士应严格执行病历交接班制度，如发现病历不在病历车内应及时寻找，以防丢失。

4、严格住院病历管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料，严格杜绝他人抢夺、窃取病历资料。

5、除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医院医疗服务质量监控人员外，其他人员不得查阅病历，不得将病历带出病区；确需带离病区时，征得主管医师和护士长同意并安排专人负责。

6、患者转科时，由值班护士按规定整理好病历，安排专人送往转入科室。

7、患者出院或死亡后，病历由值班护士按规定排列装订整齐，并放置在专门的抽屉内加锁保管，严格执行交接手续，由护士长审核后由病案室专人接收。

8、如病历不慎丢失，值班护士应在第一时间内报科主任（或医疗组长）、护士长，科室应于12小时内上报医务部和护理部，医务部和护理部在同时上报分管院领导同时，积极协助科室采取适当补救措施。

9、因责任心不强导致病历丢失或有违规行为的，凡丢失1份病历者，当事人（责任人）赔偿人民币2000元，同时根据有关规定追究当事人的责任。

10、病案室人员应严格遵守各项安全操作规程，熟悉异常情况作业指导书。对计算机程序加设密码。

（1）严格遵守防火、防水、防鼠、防盗措施，严禁在病案库内使用明火，严禁在存放有病案的房间内吸烟。

（2）电气设备和供电线路必须经常检查，破损设备和电线应及时报请维修和更换。

（3）每日查看病案库，做好防尘、防虫、防光、防辐射、防水等工作。

（4）保持科室内环境清洁，不得将可燃、易燃物品与病案资料混存。

（5）科室人员下班前，须关闭所有电源，关好门窗后方可离开。

六、病案管理规定

根据《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定》的有关规定，结合我院病案管理工作的实际情况，为确保病历资料的客观、真实、完整，特制定本规定。

1、患者出院或死亡后，病历由值班护士按规定顺序排列整齐，并放置在专门的抽屉或橱柜加锁保管，医护人员严格按照《枣庄市立医院病历书写基本规范及管理制度》及时完成病历文书内容，最后由护士长审核后病案室派专人收取，严格执行交接手续，并在《医院出院病人登记簿》及《病历下收登记本》上逐项登记。

2、患者出院五个工作日内，病历必须完整归档，由病案室负责保管。

3、除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病历。

4、在患者住院期间，其住院病历由所在病区负责保管，住院病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时，应当经医务部批准，由病区指定专门人员负责携带和保管，并在《出院病历科内流向登记本》上逐项登记。

5、未经允许带病历出病案室、或平时工作中私藏病历者，按每份病历处以100元罚款，当事人

承担由此发生的一切后果。

6、为了避免不必要的纠纷发生，本院职工一律不准替代他人外借病历。

7使用病历必须严格履行借阅手续。借到的病历要妥善保管，不得拆散、涂改、勾画、玷污、毁坏、缺页少张或丢失。违者视情节轻重处以50—200元罚款，并承担由此引起的法律责任。

8、本院职工因论文书写，科研课题需要查阅病历的，须经医务部批准，所要查找的资料必须提前一周通知病案室，以备查找，并在病案室查阅。不得泄露患者隐私。科室进行病例讨论需借阅病历的，由科主任签字，医务部批准方能借出，3日内必须归还。诊疗门诊、急诊患者需病历作参考时，可由本院医护人员到病案室签字借阅，当日归还。实习、进修、轮转生需带教人员带领方可使用病历。

9、如需复印、复制封存病历，需持有效证件，并填写病历复印、复制封存登记、申请表，经医务部批准后及时进行。申请人为患者的，需持本人身份证；申请人为代理人的需持患者、代理人身份证、二者关系的法定证明材料及授权委托书；保险机构申请复印、复制病历的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者或其代理人同意的法定证明材料；公安、司法机关因办案需要复印或复制病历资料的，应出具采集证据的法定证明及两名执行公务人员的有效身份证明。

10、医院可以为申请人复印或复制的病历资料包括：住院病历中的入院记录、体温单、医嘱单、化验单、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

病案室受理复印或复制申请后，在申请人在场的情况下复印或复制病历。复印或复制的病历资料经双方审核无误，由病案室加盖证明公章方可生效。复印或复制的病历资料，按规定收取工本费0.5元/页。

11、发生医疗事故争议时，由医务部在患者或代理人及科室人员在场的情况下，复制并封存病历。封存的病历内容为：病程记录、上级医师查房记录、会诊记录、疑难病例讨论记录、死亡病例讨论记录等。

封存的病历由医务部负责保管。封存的病历可以是原件或复印件。

12、病案室及有关科室人员若违反病案管理规定，视情节轻重及造成的后果给予当事人行政处分，并处以100—200元的经济处罚和承担由此产生的一切后果。

七、病历传递安全制度

为了充分发挥病历效用，消除病历传递管理工作中的隐患，确保患者的就医信息、隐私不泄露，使病历传递迅速、准确、有序，特制定本制度：

1、对于每天从各个病区收来的病历，认真清点、签收，做好登记与分类工作。

2、严格控制传递范围。传递的范围局限在临床医生、护理部、科主任、业务分管领导、院领导、病案管理人员、科室医师间，确保传递的范围合理，宽严适度，不允许随意扩大传递范围。

3、按照合理的传递顺序组织传递。传递顺序为：临床医师——护理——科主任——病案室。对于特殊的病历，采取专人传送的方法，防止横传问题的出现。

4、提高传递周转速度，防止积压。在传递病历过程中，病案管理人员要注意做到“勤取、勤催”，加快病历传递速度，防止传递断线。

5、严格登记手续。病历的传递，要进行严格的登记。病历在传递的过程中，每一个环节都要有交接登记，确保病历的行踪，以备查询。无论何人、何时、何故借阅病历都必须在借阅簿上登记，杜绝病历失控或下落不明的情况发生。

6、切实做好传递过程中的保密工作。在传递过程中，要严格履行《保护患者隐私的制度》，对患者做好保密工作，确保患者就医安全。

八、运行病历安全管理规定

1、各科室、护理单元应高度重视运行病历的安全管理工作，科主任及护士长对运行病历安全管理工作负有领导责任；病区值班护士和主管医师负责保管运行病历，是运行病历安全管理工作的直接责任人。

2、住院期间患者的各种资料应当及时归入运行病历，按要求粘贴放置妥当并保持病历的清洁、整齐、完整，记录和使用后及时放回病历车内。为防止病历丢失，严禁患者及家属或外来人员进入护士站或办公区域私自查看病历。

3、护士应严格执行病历交接班制度，如发现病历不在病历车内应及时寻找，以防丢失。

4、严格运行病历管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料，严格杜绝他人抢夺、窃取病历资料。

5、如病历不慎丢失，值班护士应立即向科主任、护士长汇报，科室应于12小时内上报医务部和护理部，医务部和护理部在上报分管院领导同时，积极协助科室采取适当补救措施。

6、因责任心不强导致病历丢失或有违规行为的责任人将根据医院相关规定给予相应的处罚。

图书管理制度

一、图书馆工作管理制度

坚持“读者第一”的宗旨，全心全意为读者服务，不断拓宽服务途径、改进服务态度、提高服务质量，遵守国家法规及医院和本馆的各项规章制度。

1、热爱图书馆事业，热情为广大读者服务，积极完成本馆各项工作，树立为医疗、教学、科研服务的思想。

2、遵守工作纪律，不迟到，不早退，不擅自离岗，岗上不得聊天，干私活，办事要认真，提高工作效率。

3、努力提高职务学习意识，不断增长专业知识。熟悉馆藏，熟悉本岗业务。

4、文明服务，礼貌待人，做到语言美，着装得体，典雅大方，积极创造良好的氛围。

5、加强安全保卫工作，提高防范意识，并相互检查，督促。

二、图书期刊阅览室管理制度

重视阅览室管理，加强书刊管理工作是充分发挥书刊作用，使读者尽快得到最新医学科技信息的重要一环。

1、现刊到馆后即日登记、分类、盖章、编号、上架，即日与读者见面。

2、阅览室要求保持安静、清洁和应有的照明度，时刻为读者创造良好环境。

3、严肃认真督促读者遵守阅览室规则，管理员要以身作则，严守规则。

4、读者要爱护期刊，查阅后放回原处，不得在图书、期刊上批画、撕剪，不得损坏或丢失，否则按照规定赔偿。

5、图书馆工作人员要不断更新知识，加强责任心，分工合作，坚持读者第一，服务至上的办馆

宗旨，全心全意为读者服务，为医院的临床、科研、教学、管理发展做贡献。

三、图书期刊借阅管理制度

中外文图书及期刊进馆后要求尽快登记、盖章、贴条形码、分类、建目、加工，然后投入流通，与读者见面，未经盖章和加工的书刊严禁外借。

1、借书册数：本院人员借图书3册，中文期刊合订本3册，外文期刊2册。

2、借书期限：本院人员借阅图书期限30天，期刊合订本借阅期限15天，可续借一次，但必须办理续借手续。图书续借限期15天。杂志（当年现刊）不外借。

3、预约借书：读者所需图书已被它人借走时，可填写“预约借书单”或网上预约。书到后即通知预约人来馆办理借书手续，读者应在一周内到借书处办理借书手续，逾期不予保留。

4、学生在我院借阅书刊时须凭本人证件借阅，不得转借他人。

5、进修人员借阅办法：由科室领导介绍到图书馆交押金500元，领取借书证，借阅办法参照本馆制度，进修期满回单位时退还押金，无故将书带走者，由科室介绍人负责催讨或赔偿。

四、图书期刊遗失损坏赔偿制度

1、图书馆藏书是医院的公共财产，读者对图书、报刊应爱护，不得批点、折角、涂改、污损、剪裁、撕毁或遗失。如发现上述情况，应按本规定赔偿。

2、凡遗失图书应购买原书赔偿，买不到原书时，按下列规定赔偿：

（1）一般图书按原价3-5倍赔偿，贵重书、孤本书按原价20倍赔偿。

（2）成套书、期刊遗失其中一册者，书按照整套价格，期刊按照全年价格赔偿。

3、凡损毁图书、报刊，按其损坏程度轻重，不影响内容完整者，按定价10%-30%赔偿。损坏书刊严重者，按遗失处理。发现有撕页、剪裁者，按盗窃图书处理。

4、对盗窃图书或谎报图书遗失，抵赖不肯归还者，按原书5-10倍价格罚款。并通报给保卫科、人力资源部、医务部，建议给予处分，同时停止借阅半年。

五、电子阅览室规章制度

1、电子阅览室开放时间：周一至周五，上午8:30-11:30，下午14:30-17:00

2、凡阅览人员均须凭证上机，一切服从图书馆工作人员的管理。上机前请先登记，下机后按规定付费，进修生、研究生、实习生上机每小时1.00元，本院职工上机暂不收费。

3、阅览人员须在管理员的指导下，进行文献、著作检索和下载。

4、为了大多数读者的阅览方便，禁止在阅览室的电脑上写论文、制作幻灯片等。

5、不得在电脑和网络上聊天、玩游戏、炒股及作与工作无关的事。

6、禁止浏览反动、色情网站和违反国家法律、法规、政策的网站，严禁在网络上发表反动言论及违反国家法律、法规、政策，违反社会公德和不文明的言论。

7、阅览人员要爱护机器设备，严禁私自接插电源线和网线，严禁自行拆卸机器，如损坏机器设备，按照原价赔偿。遇到机器故障或技术问题不得自行处理，应通知工作人员，由工作人员解决。

8、注意保持电子阅览室的安静和环境卫生。

六、书库管理制度

1、管理员在新书刊进馆后，要尽快做好拆包、计数、盖章、贴条形码、编目、分类、加工上架、投入流通等工作。

2、管理员要经常整理书架，发现错架要及时归架，书架要保持卫生、清洁，经常除尘防蛀，书

库要保持通风透气防湿。

- 3、读者要在办理查阅手续后，才能进入书库，不准提包进入书库。
- 4、读者要爱护书籍，查阅后将书放回原处，不得拿出书库外。
- 5、室内书籍必须办完借阅手续方可带出，借阅册数和期限要遵守“图书期刊管理制度”。

七、图书馆信息服务制度

进入信息时代，图书馆面临着新世纪的挑战和新的发展机遇。为了使图书馆的信息服务能够为我院的科研、管理、教学工作提供全方位、高质量的信息服，更是为了拓展图书馆信息服务的范围，发挥图书馆的能力。特制定了图书馆信息服务的相关制度：

- 1、图书馆使用图书馆管理软件，图书馆计算机及管理软件只允许图书管理员使用，管理软件用户名和密码不得泄露给他人。
- 2、图书馆软件数据需定时备份，并且把数据进行异地存储。未经同意，不准将馆内所有的软件和数据复制给外单位人员。
- 3、图书馆的计算机设备要实行专人负责管理，责任到人。
- 4、禁止馆外人员操作计算机，非职责内人员未经许可不得上机操作。
- 5、工作人员必须严格执行各项操作规程，不得随意设置各种终端参数。
- 6、图书馆提供网络在线查询及下载服务，不得利用本网络系统制作、传播、复制有害信息。
- 7、本图书馆提供万余本电子图书的下载和拷贝，如有需要请自备存储设备自行拷贝。
- 8、使用外接设备前（如U盘、光盘、移动硬盘等）必须等待杀毒软件进行杀毒处理，然后才能操作设备。

八、学生阅览制度

- 1、阅览室是查阅医学文献资料的场所，不得进行复习功课等无关活动。
- 2、学生须凭本人证件方可进入阅览室进行查询，不得转借他人。
- 3、入室阅览时不得携带本人书刊和其他物品。
- 4、阅览前应向图书管理员出示胸牌，并在“阅览登记本”上详细登记。
- 5、每次阅览书刊一本，阅览完毕后须放回原处，再更换另一本。
- 6、请阅读者自觉爱护各种书刊，不得乱画、折页、撕页，如有损坏，按照本院规定的“图书期刊遗失损坏赔偿制度”赔偿。
- 7、在阅读学习时，请保持室内安静和卫生，不准大声喧哗、乱丢废纸等废物。
- 8、阅览时间：周一至周五：上午 8:30-11:30 下午 14:30-17:00。

九、图书馆入馆须知

- 1、内部图书馆，不对外人开放
- 2、读者凭本人借阅证方可进入图书馆阅读书籍。
- 3、读者凭本人借阅证办理借还图书，任何人不得私自将图书出出本图书馆；读者应在借阅期限内办理还书或续借手续。
- 4、请勿将书刊带出图书馆阅读，阅后请将图书放回阅览架上。
- 5、读者需要复印、文献检索应与管理员联系。
- 6、请勿在图书馆内吸烟；请勿将食物、饮料等带入馆内；请勿随地吐痰、乱扔纸屑杂物等；请勿随意挪动图书馆桌椅。

7、保持室内安静，勿在室内大声喧哗，以免影响他人阅读。

8、爱护书刊资料及一切公共财物，不涂抹、撕毁、私藏书刊。

9、自觉遵守图书馆各项规章制度，爱护文献资料，对违章或污损、盗窃文献资料者，视情节轻重进行批评教育、做出书面检查、通报批评、按章赔偿以及行政处分等。

康复医学科管理规定

一、为规范本院康复医学科建设和管理，提高康复医疗服务能力和水平，满足人民群众日益增长的康复医疗服务需求，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律法规，制定本规定。

二、康复医学科应在康复医学理论指导下，应用功能评定和物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理康复、传统康复治疗、康复工程等康复医学诊断和治疗技术，为患者提供全面、系统的康复医学专业诊疗服务。

三、康复医学科应制定相应的工作制度，以保障康复医疗工作的有效开展。

四、康复医学科应以疾病、损伤的急性期临床康复为重点，与其他临床科室建立密切协作的团队工作模式，选派康复医师和治疗师深入其他临床科室，提供早期、专业的康复医疗服务，提高患者整体治疗效果，为患者转入专业康复机构或回归社区、家庭做好准备。

五、康复医学科应当采取适宜技术开展以下康复诊疗活动：

1、疾病诊断与康复评定：包括伤病诊断，肢体运动功能评定、活动和参与能力评定、生存质量评定、运动及步态分析、平衡测试、作业分析评定、言语及吞咽功能评定、心肺功能评定、心理测验、认知感知觉评定、肌电图与临床神经电生理学检查等。

2、临床治疗：针对功能障碍以及其他临床问题，由康复医师实施的医疗技术和药物治疗等。

3、康复治疗：在康复医师组织下，由康复治疗师、康复护士等专业人员实施的康复专业技术服务。包括：

- （1）物理治疗（含运动治疗和物理因子治疗）；
- （2）作业治疗；
- （3）言语吞咽治疗；
- （4）认知治疗；
- （5）传统康复治疗；
- （6）康复工程；
- （7）心理治疗。

六、康复医学科应当加强运用中医药技术和方法开展康复服务。

七、康复医学科应当不断提高康复医疗服务能力，保证医疗质量和安全，满足患者康复医疗服务需求。

八、康复医学科应当保证康复专业技术人员层次、结构合理，岗位责任分工明确，团队协作特征鲜明，服务流程科学、规范，病历书写符合要求，信息资料保存完整。

九、康复医学科应当科学制订康复医学人才培养目标以及岗位培训计划，不断提高康复医学专

业人员的业务素质水平。

十、康复医学科应当重视和加强住院患者的医疗安全管理，有效控制医院感染和预防并发症，防止发生二次残疾。

十一、康复医学科需保证就医环境便利、舒适、整洁、温馨。医务人员应当善于了解和体察患者心理，服务热情、礼貌、耐心、细致。

十二、康复医学科诊疗活动应当达到以下指标：

- 1、康复治疗有效率 $\geq 90\%$ ；
- 2、年技术差错率 $\leq 1\%$ ；
- 3、病历和诊疗记录书写合格率 $\geq 90\%$ ；
- 4、住院患者康复功能评定率 $>98\%$ ；

5、三级综合医院康复医学科的平均住院日不超过 30 天，二级综合医院康复医学科的平均住院日不超过 40 天。

十三、康复医学科应当每 3 个月检查 1 次，并有相关记录，设备完好率 $> 90\%$ 。

十四、康复医学专业人员和康复医疗专业设备应由康复医学科归口管理，避免资源浪费，保证康复医疗质量和患者安全。

院科两级诊疗质量监督管理制度

为进一步提高我院的诊疗质量，持续改进诊疗工作，落实院科两级质量管理与质量控制，确保医疗质量与安全，特制定本制度。

一、健全院科两级质管理组织。

1、医院成立医疗质量与安全管理委员会，由院领导、相关职能科室及临床、医技科室负责人组成，其职责为：

(1) 在院长领导下，对全院医疗质量管理进行监督、检查、指导。

(2) 委员会依据有关法律、法规、标准，结合本院实际，修订和完善医院质量标准，并对全院医疗质量进行全面监督、检查、评价，促进医疗质量持续提高。

(3) 检查和指导各科医疗质管理小组制定切实可行的质量管理方案，落实医疗质量管理目标、计划、效果评价及奖惩措施。

(4) 开展医务人员质量与安全意识教育，对新职工和进修、实习人员进行岗前培训，进行质量与安全管理教育。

(5) 定期对医疗质量问题进行分析研讨，及时向院领导及有关部门反馈，提出提高医疗质量的具体措施和建议，提出修订和完善管理规定的意见。

(6) 委员会全体会议，每半年召开一次，遇有特殊殊情况随时召开，研究问题，总结工作。

(7) 委员会办公室设在医务部，负责执行委员会议定事项，承办委员会日常事务工作。

2、成立科室质量与安全管理小组，由科主任、副主任、护士长及负责科内质控的医师、护师组成，其职责为：

(1) 在医疗质量管理委员会指导下，对本科室医疗质量进行经常性检查。

(2) 检查本科室质量上的薄弱环节、不安全因素以及诊疗常规、操作规范、医院规章制度、各级各类人员岗位职责的落实情况。

(3) 依据检查情况提出奖惩意见，与个人绩效挂钩。

(4) 定期向医院质量管理委员会报告本科室医疗质量与安全管理工作情况以及对加强医疗质量与安全管理控制工作的意见和建议。

(5) 每月至少召开一次科室质量与安全管理小组活动会议，分析探讨科内医疗质量状况、存在问题以及改进措施，做好活动记录。

二、诊疗质量监督管理的主式

1、科级监控：即定点监控，每月进行一次，由各科室自我进行检查监控，发现问题及时改进。

2、院级监控

(1) 每月监控：每月 1 次，由医务部、护理部、门诊部、院感办等科室进行监控，监控目标主要为病案质量、单病种与临床路径、住院超 30 天病例、非计划再手术病例、临床用血评价、各种统计指标、院内感染、传染病报告等；对科级监控情况进行汇总、评价；同时对运行病历进行抽查，对全院所有终末病历进行质控；对医疗安全不良事件与医疗缺陷进行监控；不定期对重点问题进行督查。

(2) 每半年监控：每半年进行一次，由院长对全院医疗质量进行考核与综合评价，提出处理意见；并对科级监控情况进行评价；同时由医务部组织临床专家对终末病案质量进行检查评定。

(3) 环节监控：各项医疗活动中的医疗质量进行动态监控。

(4) 终末监控：每个病人诊疗活动完毕的医疗质量总评监控。

三、诊疗质量监督管理的具体措施

针对医院制定的各项制度进行医疗质量管理的科级监控及院级监控，持续落实、检查、考核、评价、反馈、监督、改进。

1、落实和检查《首诊负责制》、《三级医师查房制度》、《病例讨论制度》、《会诊制度》、《危重病人抢救制度》、《医师值班、交接班制度》、《病人入、出院制度》、《病人转科、转院制度》、《临床用血管理制度》、《分级护理制度》、《查对制度》、《围手术期管理制度》、《手术安全核查制度》、《手术风险评估制度》、《临床“危急值”报告管理制度》等。

2、对病历进行环节监控和终末监控，落实和检查有关病案管理的各项制度：如《病历书写基本规范》、《住院病历质量评价标准》等。

3、监控合理用药情况：《抗菌素临床应用指导原则》、《抗菌药物的分级使用制度》及有关抗菌药物临床应用整治的各项相关指标的落实情况等。

4、落实和检查单病种质控与临床路径管理相关制度。

5、落实和检查《医患沟通制度》和《知情同意告知制度》的执行情况。

6、有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患，落实《医疗纠纷处理程序》和《医疗纠纷防范处置预案》等。

7、加强院感指标的达标，落实和检查《突发医院感染事件应急预案》、《医院感染监测制度》、《医院感染报告制度》等。

8、加强传染病的及时报告，落实和检查《传染病疫情报告制度》。

四、建立完善的诊疗质量评价和反馈机制

- 1、现场反馈和处理：在平时的院科两级监控中，及时对发现的诊疗缺陷、错误进行指出并纠正。
- 2、院周会及科主任 / 护士长例会通报：对在绩效考核检查中发现的重点及普遍存在的诊疗质量问题，在院周会及科主任 / 护士长例会上进行通报，要求各科室及时改进。
- 3、每半年院质量管理委员会对综合绩效考核的总结评价：医院质量管理委员会对每半年的综合绩效考核进行汇总、评价，根据汇总结果一方面在院周会上公布，另一方面与各科的绩效工资发放情况进行挂钩。
- 4、建立个人医疗质量档案，与个人的业务档案相结合，将医疗质量管理中的各项考核结果纳入个人的质量管理档案，进行终身保存。

术后标本的病理学检查管理制度及流程

为避免各类差错事故的发生，保证准确及时发出病理报告，根据我院实际情况特制定以下规定。

- 一、手术中取下的标本，都必须送做病理检查，不得随意丢弃。
- 二、凡需术后做病理检查的病员，术前由管床医生填写“病理申请单”，于手术当天随病历一起送入手术室。手术中切下的标本由巡回护士放入容器内，按规定用固定液固定，并贴好标码（姓名、住院号），送交手术室专职人员登记签收。
- 三、送检的病理标本、病理申请单连同“病理标本签收簿”由手术室专职人员送到病理科，病理科工作人员核对无误签收后，方能留下标本。
- 四、凡需送冰冻检查，临床医师应提前一天通知病理科，并按要求填写冰冻病理申请单，术中由手术者或一助（特殊情况下可由手术室专职人员），将手术标本给病人家属或委托人确认后，由手术室专职人员将冰冻标本，病理申请单一同送到病理科。
- 五、病理科收到标本后应及时操作检查，按时限要求签发报告。
- 六、术后石蜡病理结果与术中快速冰冻病理结果及术后诊断不一致时，手术科室应及时与病理科联系，结合临床诊断与病理科进行科间讨论，必要时邀请相关科室共同参加，并记录讨论结果。如不能做最终判定，请上级医院病理科会诊。
- 七、凡违反上述规定者，按性质、后果，责任到人。

植入性医疗器械使用管理办法

为加强我院植入性医疗器械使用、管理，保障人民群众身体健康和使用医疗器械安全，根据国务院《医疗器械监督管理条例》及《植入性医疗器械监督管理暂行规定》结合我院实际情况，制定使用管理办法。

- 一、植入性医疗器械是指任何借助外科手术，器械全部或者部分进入人体或自然腔道中，在手术过程结束后长期留在体内，或者留在体内至少 30 日以上的医疗器械。
- 二、我院使用植入性医疗器械应从具有植入性医疗器械生产、经营合法资质的企业购进具有《医疗器械注册证》的植入性医疗器械。

- 三、医院通过医务部、护理部、器械科及各相关科室主任负责对医疗器械的全过程进行管理。
- 四、我院器械科、护理部、医务部、感染管理科应当建立相关的采购、验收、入库、销售、储存养护、使用管理、用户登记、随访、质量跟踪、销毁、不合格产品处理、不良事件报告等管理制度。
- 五、从事医疗器械管理的人员应熟悉医疗器械相关法律法规，参加医疗器械监督管理部门组织的培训，并负责对医院其他与使用医疗器械有关的科室、人员进行医疗器械法律、法规培训，指导临床科室规范临床科室规范医疗器械的使用管理。
- 六、器械科购进植入性医疗器械，应当查验供货方的《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》、产品合格证、产品注册证等证明文件。储存植入性医疗器械应当符合产品储存条件，分类存放，明确标识。
- 七、产品入库验收及出库销售或使用必须有详细的可追溯性的记录并妥善保存。记录包括购销（使用）日期、产品名称、规格型号、数量、生产商或经销商、销往单位（使用部门）、生产批号或单个产品序列号、灭菌批号、有效期、产品合格证明、包装标识、包装情况、验收（发货）、保管、复核（领用）人签字等内容。
- 八、植入性医疗器械临床使用前，各科医务人员必须将病情、医疗措施、使用器械、医疗风险如实告知患者或其家属，并让患者或其家属签署知情同意书。内容包括：患者的基本情况、产品名称、生产单位、植入医疗器械可能发生的风险以及可能产生的后果、应对措施、患者或其家属签字等。
- 九、医院各使用科室应仔细核对产品名称、规格型号、有效期。对骨科内固定器材、心脏起搏器、血管内导管、支架等植入性或介入性医疗器械，手术医生应严格按照产品的设计和使用要求进行安装。
- 十、医院是患者使用合法合格产品的责任主体。全院各科室不得使用患者或其家属提供的医疗器械。提供给患者使用的医疗器械，应当由我院统一采购和管理，并纳入患者的整体医疗服务中。
- 十一、各科室应建立植入性医疗器械用户登记制度。植入性医疗器械临床使用后必须对使用情况进行登记，保证产品质量信息跟踪。使用记录包括：患者姓名、手术名称、手术者、患者病案号、住址、联系电话等；产品使用日期（手术日期）、品名、规格、型号、数量、生产批号、灭菌批号、有效期、生产商、供应商、产品包装、单一产品序号等。使用记录应当与病历一同保存。
- 十二、医院在使用高风险医疗器械时发现不合格产品的，应立即停止使用，进行封存，并及时报告所在地药品监督管理部门，不得擅自处理。
- 十三、对骨科内固定器材等植入性或介入性医疗器械，科室应建立随访制度，定期开展对使用者的随访。
- 十四、各科室使用植入性医疗器械时应按照产品的设计和使用要求进行植入安装。无相应资格的医疗工作者不得从事植入性医疗器械植入安装工作。
- 十五、严禁重复使用植入性医疗器械，使用过的植入医疗器械，感染管理科应按照有关规定进行销毁，并记录产品的名称、数量，销毁的时间、方式、执行人员等。
- 十六、各科室应建立不良事件报告制度。若发生因植入性医疗器械或可能因植入性医疗器械导致严重伤害事件或患者死亡的，应及时报医务科，在 24 小时内由医务部上报枣庄市卫计委和枣庄市食品药品监督管理局。使用科室应当对不良事件发生原因进行初步分析，填写《医疗器械不良事件报告表》。

高风险医疗器械风险告知及使用管理制度

为了确实有效维护好患者的身心健康以及合法权益，协调好医患关系，融洽好医患情感，构建和谐社会，特制订本制度。

一、在使用高风险医疗器械前，主管医师应详细向患者及家属说明禁忌症、可能的并发症及注意事项；

二、耐心解答患者及家属的相关咨询，如实告知使用植入医疗器械的益处和可能发生的风险及发生风险后的处理内容等；

三、签署知情同意书等；

四、对用于支持或维持生命的高风险医疗器械，严格执行使用前审批程序；

五、手术室记录应保存植入医疗器械产品的基本信息：产品名称、规格型号、生产企业、生产批号、灭菌批号（灭菌产品）、产品有效期、领用日期、领用科室及领用人、手术日期、手术医师姓名、患者姓名（患者联系地址、联系电话）等；

六、在使用高风险医疗器械前，应仔细核对产品名称、规格型号、产品注册证编号、有效期，并建立使用台帐；

七、在使用高风险医疗器械时的原始记录保存期限，必须至少超过产品有效期后一年；

八、在使用高风险医疗器械时，发现不合格产品，应立即停止使用，进行封存，并及时报告食品药品监督管理局，不得擅自处理；

九、对严重威胁生命健康的高风险医疗器械应实行召回制度，经验证为不合格的高风险医疗器械，在食品药品监督管理局的监督下予以处理；

十、发现在使用高风险医疗器械出现不良事件或因产品质量引起的医疗事故时，作好记录，查明原因，及时报告有关部门；

十一、使用过的一次性使用高风险医疗器械应按规定销毁，并做好记录，不得重复使用一次性使用医疗器械；

十二、高风险医疗器械验收台账内容应有：产品名称、购入日期、购入数量、生产企业、供货企业、型号规格、生产批号、灭菌批号、产品有效期、产品注册证编号、检验合格报告以及验收人、负责人签名等；

十三、高风险医疗器械领用台账内容应有：产品名称、领用日期、生产企业、型号规格、生产批号、灭菌批号（灭菌产品）、产品有效期、产品注册证编号、领用科室及领用人、发货人签名等；

十四、高风险医疗器械的进、出库应作验收、验发登记，并做到帐、卡、物相符；

十五、防范高风险医疗器械的积压、霉烂、生锈、失效，一旦发现问题及时报告并及时处理，以免造成严重的经济损失及医疗事故。

急危重患者院内转运制度及流程

为确保急危重患者在院内转运过程中得到妥善的医疗救治和护理，处置、杜绝不安全隐患的发生，特制定本制度。

一、对于急危重症患者是否必须转运，主管医生必须认真评估与权衡患者情况。在患者生命体征不平稳而又必须转运的情况下，应有主管医师和护士同往，并做好充分准备（包括人员、设备、药品等）。充分告知患者家属转运风险与利益，征求同意后方能转运。

二、在转运患者前，应与接收科室做好充分沟通，确保接收科室获知病情并做好准备。避免患者等待时间延长，延误病情，引发医疗纠纷。

三、接受科室在接到电话通知后，应迅速做好各项准备工作。

四、离开科室前由转运护士测量生命体征（包括 T、P、R、BP、SpO₂）并记录，做好患者的详细交接，会同医师再次核查患者的身份。

五、所有急危重患者转运前应建立静脉通道，必须进行气道评估并做好准备，检查各种管道是否通畅，并注意各种管道是否连接紧密，防止管道扭曲、滑脱，清空尿袋。

六、妥善约束躁动患者，适当应用镇静剂，输液时做好使用留置针。

七、搬运患者时应采取正确有效的方法，根据不同的病种及病情轻重，选择合适的转运工具，避免因转运造成管道脱出，甚至加重病情。

八、患者在转运过程中，根据病情选择合适体位，转运护士守候在患者身旁，以便发现病情变化及时处理。负责转运的护士应有较强的责任心、准确的判断力，并具有独立工作和应急处理问题的能力。

九、保证氧气的正常供给，在转运过程中采取便携式氧气瓶供氧，并检查氧气装置是否通畅，尽量避免氧枕供氧。需要使用转运呼吸机的，应有专科医生陪同，负责呼吸机管理工作。

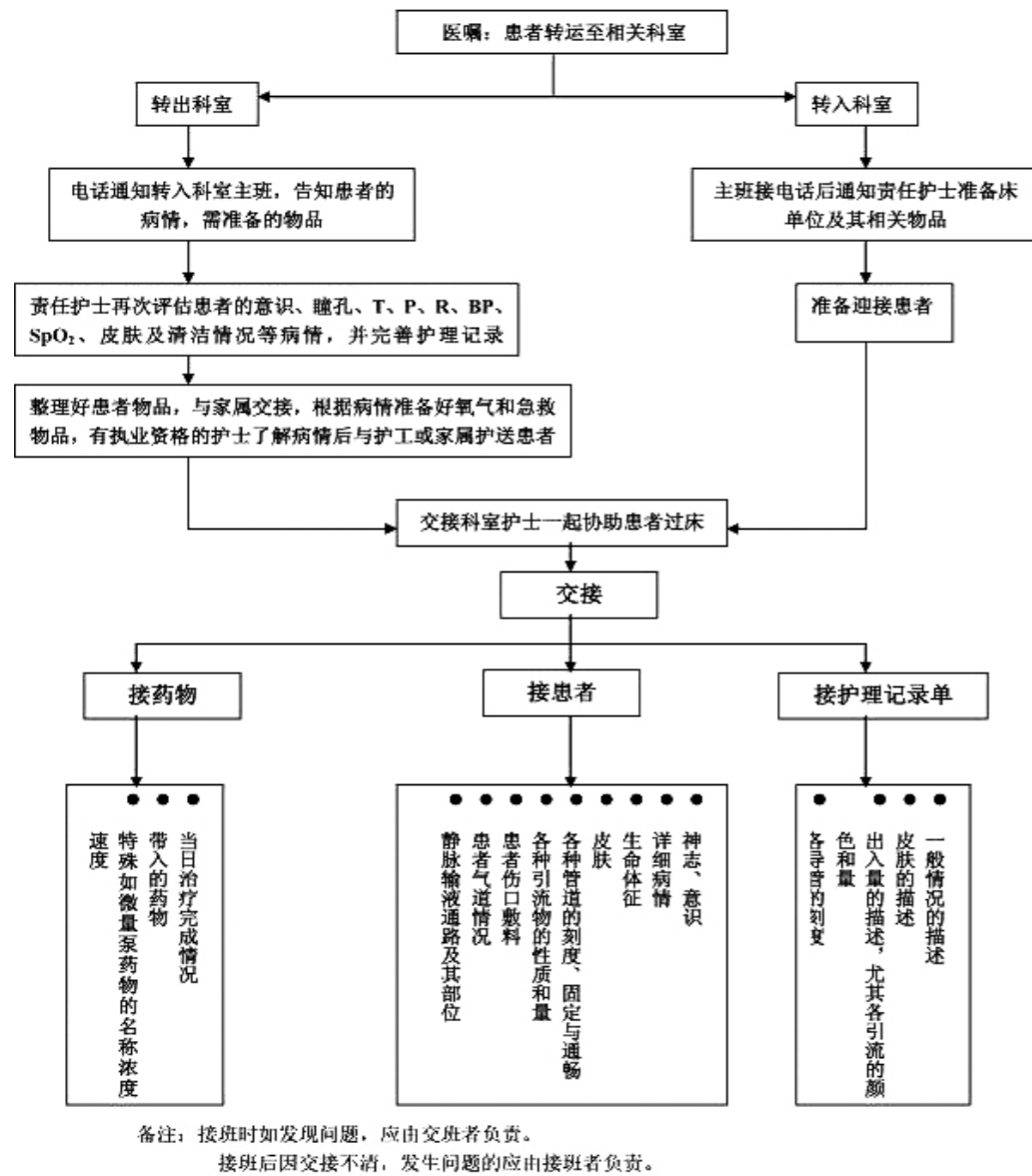
十、转运中应严密监测患者的生命体征、血氧饱和度、患者的意识状态、呼吸频率和呼吸形态，必要时使用便携式监护仪，对转运途中的各项监测指标数值、意识活动状态、抢救和治疗经过等做必要记录。

十一、若为外伤及骨折出血患者要注意伤口包扎敷料有无渗透情况，骨折固定肢体的血运情况。内出血患者注意有无休克的发生，重点观察患者神志、皮肤湿度等。

十二、患者到达科室时，应与转入科室医务人员一同将病人搬至病床并做好交接，交接内容包括：基本信息、病情、检查项目、化验项目、过敏试验结果、输入药物情况、各种导管在位情况、伤口情况、应用止血情况、皮肤情况及各种术前准备，并实行移交接收双方签名。

附：急危重患者院内转运流程

急危重患者院内转运科室间交接流程



急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿转诊救治制度

根据《山东省 2015 年度重大公共卫生服务妇幼项目绩效考核工作方案》，经枣庄市卫计委研究决定，现将全市急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿救治中心设在我院，同时，负责并承担全市急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿的会诊、转诊抢救、业务培训和指导等任务。为了进一步提高我市急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿的抢救成活率，切实保障母婴安全，依据《中华人民共和国母婴保健法》及相关规定等，结合我院现有实际，特制订本制度。

一、建立健全抢救制度，明确各成员职责

- 1、成立由分管副院长为组长的，全院多学科、多专业、多专家组成急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿救治小组。
- 2、建立急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿急救绿色通道，凡有急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿急救应予以优先安排。
- 3、妇产科医务人员应严密观察病情，详细记录病情变化、治疗经过及效果，并及时提请医务部或院总值班，开展院内多学科会诊。对于病情中出现的新问题难以处理而病人又不宜转送时，应及时申请院外会诊，同时继续采用各种有效措施进一步诊治。

二、转、接诊流程

- 1、转诊医院必须提前通知接收医院的妇科、产科或重症医学科，并简要叙述病情；同时要有熟悉病情的医生或护士护送，携带转院记录等相关资料；护送人员应在介绍完病情并办理好相关转诊手续后方可离开。
- 2、应由主治医师及以上职称的医务人员接诊，转诊医院医务人员在交接完病人后，应将基本病情及相关情况告知我院接诊医师。同时，双方医务人员现在如实填写我院转诊反馈单，经双方核对并签字确认后，转诊医院医务人员和车辆方可撤离。（转、接诊双方各留一份反馈单）

三、管理与监督

- 1、严格执行本制度，对下级医院转来的急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿必须优先予以安排、及时救治，并保障人员、车辆、通讯等需求，不得推诿。
- 2、对于既不掌握病情，又不申请会诊、转诊；或推诿急、危、重症孕产妇及危、重症围产儿；或不具备救治能力，耽误了抢救时间，导致孕产妇、围产儿死亡或发生严重并发症者，经我市孕产妇、围产儿死亡评审小组或医疗事故鉴定小组确认后，对责任人按规定严肃处理。

《出生医学证明》管理制度

为进一步加强《出生医学证明》管理，规范《出生医学证明》的发放，根据枣庄市卫计委、枣庄市公安局及相关部门要求，特定此制度。

- 1、加强《出生医学证明》管理，建立健全管理及签发的各项管理制度。
- 2、由责任心强的工作人员分别管理《出生医学证明》及专用章，并落实其职责。
- 3、《出生医学证明》入库、领发、签发、换发工作程序合法，妥善保管，严格防盗。

4、《出生医学证明》签发录入信息准确，控制废证产生。

5、《出生医学证明》专用章按要求使用，妥善保管并做好登记。严格废证管理，按相关要求妥善处置废证。

6、做好《出生医学证明》保密工作，任何人不得泄露相关信息。

7、加强《出生医学证明》档案管理，分类后及时归档。

8、对于私自乱开、买卖《出生医学证明》，一经发现严格按照规定查处。

9、库房防盗、防火、防潮、防虫、防尘等设施必须健全。

《出生医学证明》首次签发管理制度

一、本制度适用于在我院出生且首次签发《出生医学证明》的新生儿。

二、首次签发申请表由接生人员准确填写相关信息后发放。

三、新生儿监护人持首次签发表填写确认无误后申请发放。

四、《出生医学证明》由新生儿父、母凭《出生医学证明》首次签发表、出院结算单、父母双方第二代身份证原件领取。

五、签发人员严格审核确认信息无误，详细登记后由领证人签字后方可发放。

六、《出生医学证明》专用章管理人员再次核对出生信息，准确无误，由领证人签字存档后签发。

七、如遇单亲等其他特殊情况时，按省卫生计生委、公安厅《关于启用和规范管理新版〈出生医学证明〉的通知》（鲁卫妇社发〔2014〕2号）等有关规定的要求进行处理。

培训制度

为了加强医务人员的职业道德，全面提升我院医师队伍的整体素质和业务水平，保证医疗安全，更好地为患者服务，特修定本制度。

一、医务部每年年初制定年度培训计划；

二、医务部按培训计划组织全院医务人员进行国家政策、法律、法规、“三基三严”的培训，住院医师规范化培训，医院制度、职责、服务流程及相关业务知识的培训和考核、对新入人员进行岗前培训与考核；

三、科主任必须加强自身的业务学习，参加国内、省级以及市级的培训及学术研讨会，并邀请上级医院专家来院讲课，不断更新知识。不定期有针对性地组织科内业务学习或专题讲座，探讨当前医学发展的新动向；

四、全院医务人员必须积极参加院内组织的各种培训、相关知识的继续教育课程和学术交流活动；

五、临床科室每月进行“三基三严”培训及业务学习；

六、每年对医务人员进行临床用血和无偿献血知识的培训，将临床用血相关知识培训纳入继续教育内容。对新上岗医务人员进行岗前临床用血相关知识培训及考核；

七、医务部不定期对全院医务人员法律、法规等知识的掌握及执行情况进行检查考核，及时发

现问题，针对薄弱环节再进行有针对性地培训；

八、积极开展新技术、新项目的相关学术培训活动，鼓励全体医务人员撰写学术论文，加强我院与国内外的学术交流。

外出人员参加学术会议及论文版面费报销的规定

一、外出参加学术会议

1、学术会议：

（1）所参加的各种学术活动原则上应由市级、省级及全国的中华医学会、管理学会、中国中西医结合学会、药学会、检验学会、护理学会等组织，社会民间学术团体组织的原则上不允参加。国家或省级继续教育项目优先考虑。

（2）省级以上新技术、新项目推广会。

（3）行政指令性会议。

（4）外出参加学术会议应专业对口、论文录用的第一作者。专业不对口或不明确的学术会议原则上不允参加。

（5）参加会议时间按公差处理，回院后不能补休。

（6）科室每年派出学习人员支出的费用总和不得超出科室更新费用，剩余可累加，超出部分由科室负担。科室每年更新费用分配见附表。担任全国、省市学会（或学组）领导职务需参与组织或主持会议者，省各专业学会委员参加委员改选会议者，经医务部及分管院长批准可适当放宽，支出费用不占科室更新费。

2、进修学习（培训班、研修班）：

（1）原则上每个高年资住院医师或低年资主治医师（三至五年）均应派出专业进修半年至一年。

（2）选派参加各种学习班，研修班，培训班应以世界医学科学技术发展中有关的新理论、新知识、新技术、新方法为重点，注重针对性、实用性、科学性、先进性，所学内容应在我院专科建设之内，或社会效益、技术效益非常显著，或科室已具备近期开展的条件，学习后即能开展之项目。此类活动由医务部从严掌握。

3、呈报手续：

（1）参加会议者持会议通知书，向科主任申报。

（2）科主任根据会议内容及科内工作情况审批后，报医务部审批。科主任参加会议可由科副主任提出建议再报医务部审批。

（3）医务部审批后再呈报分管院长审批，同意后方可参加会议。

（4）会议时间1天以内的可由医务部直接审批。

（5）同一专题会议，一个科室原则上只派一人参加。

4、经费报销：

（1）差旅费按《枣庄市立医院差旅费报销管理规定》报销。

（2）会议结束后，应按时返院，超时返院或延长回院路线超出的时间及超过的交通自理。

（3）外出开会学习各项费用的报销，需经医务部审核后报主管院领导审批后方可报销。

5、外出参加会议、学习回院后，必须在科内讲课传达，必要时在院内讲课。

二、发表论文要求及版面费报销：

1、正高级专业技术人员：每2年度应在国家级刊物上发表论文或译文一篇（前三位作者）；一项经专家委员会认可的科研成果或专利（前五位作者）、或两项经专家委员会认可的技术革新、新技术引进（级别不限，前三位作者）。

2、副高级专业技术人员：每年度应在省级以上刊物发表论文一篇（前三位作者）；一项经专家委员会认可的科研成果或专利（前五位作者）、或一项经专家委员会认可的技术革新、新技术引进（级别不限，前三位作者）。

3、中级专业技术人员：每年度应在地市级以上刊物发表论文一篇（前三位作者）或一项经专家委员会认可的科研成果或专利（前五位作者）、技术革新或新技术引进（级别不限，前三位作者）。

4、撰写论文投稿应一式两份（一份存入个人技术档案），必要时经医务部审查盖章后投稿。

5、报销范围：SCI收录论文、中华医学会系列杂志、国外医学、由卫生部或中华医学会主办的各类杂志、山东医药、齐鲁护理杂志；准予报销版面费（其他费用不属报销范畴），除此以外的各级各类杂志及所有杂志的增刊、专刊均不属报销范围。

6、论文奖励参照《枣庄市立医院科技成果奖励办法》执行。

学术委员会章程

第一章 总 则

第一条 为进一步加强我院学术管理，完善学术工作规章制度，不断提高我院医疗、教学、科研水平和服务社会能力，特制定本章程。

第二条 枣庄市立医院学术委员会是专家学者代表组成的学术评议、审议和学术决策咨询机构，是加强专家学者在医院学术工作中的主体地位，发扬学术民主，保障医院学术决策规范化、科学化的组织。

第三条 枣庄市立医院学术工作的重要决策一般须经医院学术委员会审议通过后，由医院发布实施。

第二章 组 织

第四条 枣庄市立医院学术委员会由学术造诣高、学风端正、坚持原则的主任医师或其他高年资副主任医师组成。

第五条 枣庄市立医院学术委员会设主任1名，副主任2-3名。

第六条 院学术委员会一般由15人组成。院长或主管副院长是本院学术委员会的主任委员。其他委员人选由主任委员在充分酝酿并考虑到学科代表性的基础上提名，经院委会研究产生。

第七条 枣庄市立医院学术委员会每届任期4年，可以连选连任，但连任人数不得超过上届总人数的2/3。委员在任职期间离开岗位一年以上者，经医院学术委员会研究，可予以替换。

第八条 院学术委员会下设办公室（设在医务部），负责处理日常事务。

第三章 职责权限

第九条 院学术委员会的职责权限是：

（一）审议学科/专业建设与发展规划；审议教学、科技工作计划；审议医院人才梯队建设规划；审议医院专业技术岗位设置方案，审议医院其他学术工作的重要决策。

（二）评议推荐省、市内重要学术组织的任职人选、各级政府部门组织的各种人才选拔造就计划人选；评审推荐各类限额申报的教学、科研项目和成果奖励；审定医院设立各类教学、科研项目和奖项等。

（三）负责枣庄市立医院学风维护和学术道德建设有关工作。

（四）受院长委托对涉及学术问题的其它重要事项进行论证和咨询。

（五）听取院长关于年度工作计划、年终总结、年度财务预算和决算等工作的报告。

第四章 议事规程

第十条 院学术委员会一般每年举行1-2次全体会议。根据工作需要，可以随时举行院学术委员会全体会议。

第十一条 院学术委员会决议事项采取民主集中制的原则，学术委员会会议由主任或主任委托的副主任主持。

第十二条 学术委员会全体会议必须有2/3以上（含2/3）委员出席才能举行。学术委员会需以投票方式作出决定时，须经与会委员2/3以上（含2/3）同意方可通过。学术评议事宜一般须采用无记名投票方式表决。

第十三条 提交学术委员会讨论的议案，学术委员会主任认为有必要时，可指定一名或几名委员提出初审意见后交全体会议审议。

第十四条 一般情况下，职能部门负责人应列席与本部门工作相关的学术委员会会议并参与讨论，但不参加表决。

第十五条 学术委员会作出的决定，在异议期内如有人提出复议，须征得半数以上委员同意，方可召开全体会议复议，经复议通过的决定不再复议。

第十六条 学术委员会委员一般不得缺席学术委员会会议，因故不能出席的必须向学术委员会办公室申请批准。

第十七条 学术委员会委员不遵守枣庄市立医院学术道德规范，或违背学术委员会有关规定，情节严重的，要免去其学术委员会委员职务。

第十八条 学术委员会在讨论、评定、审议与委员或其亲属有关的事项时，该委员应回避。

第十九条 学术委员会委员须对学术委员会会议上讨论的保密事项严格保密。

第五章 附 则

第二十条 本章程由医院学术委员会办公室负责解释。

第二十一条 本章程自发布之日起实施。

科研管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强我院科研课题的管理,促进医、教、研的发展。根据省科技厅、省卫生厅、市科技局、市卫生局的有关规定,结合我院实际情况,特制定本办法。

第二条 本办法所称的科研课题是指以我院为完成单位、由我院职工主持研究取得的并通过技术鉴定科技成果。

第三条 枣庄市立医院的科技成果工作的管理机构是医务部。

第二章 科技成果的立项与资助

第四条 医院每年划拨 15 万元左右作为院科研基金,每年通过科研评审制度评出 20—30 项优秀课题给予支持,支持基金为 3000—5000 元/项,待项目全部完成后一次性补给。重点支持以下课题:

- (一) 有一定基础、评估成果水平较高的临床、应用或开发研究;
- (二) 临床急需的“短、平、快”的应用及开发研究;
- (三) 前瞻性、创新性强的临床基础研究和应用研究;
- (四) 符合国家及省市科技发展方向,创新性、先进性强,可望获得高层次立项的前期研究;
- (五) 研究周期一般为 1—3 年。

第五条 科研项目的审批程序:

1、所有医务人员,均可申请研究项目,项目提出者要征得课题组所有参加者的同意,认真填写《科学研究项目申请书》后报医务部。

2、为保证项目的顺利开展,提高计划完成率,凡已承担上级计划项目尚未完成的,如不能保证在规定时间内完成,则其课题负责人不得另外申请新的项目;凡已承担本院立项课题尚未完成的,一律不得申请本院新项目。

3、各科室应于每年第四季度着手准备申报下一年度的研究项目。

4、协作项目尤其是与外单位的协作项目,应先征得协作人员和协作单位的同意,分工要明确,项目落实后必须签订协议书,且协作单位人员在课题组中不得超过 2 人。

5、医务部根据研究项目的立题条件对申报的项目逐一进行审查,并提出初审意见。最后提交医院学术委员会讨论,经过半数以上委员表决通过的项目,方可列入医院科研计划。

第六条 科研计划的实施:

1、项目一经列入计划并下达后,其内容与指标不得随意改动,课题组成员不得随意更换,完成时间不得随意延期,否则不予鉴定、报奖,并取消该项目科研经费补助;确有特殊原因需要延期结题的必须向医务部提交延期申请。

2、无正当理由迟迟未执行合同和计划的课题负责人或课题组成员应承担未执行计划的责任。除对其严肃批评教育外,扣发全部科研项目立题资金补助,经批评教育无效的应终止项目,并撤消计划,并在全院范围内进行通报。

3、科研计划项目完成后,无论是上级课题还是院级课题均应整理全部资料,写出研究报告、技术报告,有关的测试报告、应用推广报告、查新检索等材料,并发表相关系列学术论文,以办理

结题手续或申请鉴定。

第三章 科技成果的鉴定

第七条 科技成果鉴定是指有关科技行政管理机关聘请同行专家,按照规定的形式和程序,对科技成果进行审查和评价,并做出相应的结论。

第八条 科技成果鉴定工作应当坚持实事求是、科学民主、客观公正、注重质量、讲求实效的原则,确保科技成果鉴定的严肃性和科学性。

第九条 上级计划项目的鉴定由计划下达部门审批并组织,也可委托有关部门或单位组织主持。

第十条 鉴定范围:凡列入国家、省及市有关部门科研计划内的应用研究或应用理论研究项目,完成后并具备鉴定条件者,均可申请鉴定。

第十一条 科技成果的鉴定形式。成果鉴定的形式分为:会议鉴定和函审鉴定。

(一)会议鉴定:指科技成果的鉴定采用会议形式,由同行专家对科技成果做出评价、现场考察、测试,并需课题负责人现场答辩的鉴定形式。会议鉴定要根据被鉴定科技成果的技术内容聘请 7—15 名同行专家组成鉴定委员会。鉴定委员会的实际到会专家不得少于 7 人。被聘专家不得以书面意见或委托代表出席会议。下列情况必须会议鉴定:①国家、部和省的重大攻关项目;②多学科或跨地区、跨行业协作完成的项目;③需要现场考察、测试、演示和答辩的项目;④函审鉴定意见存在较大分歧的项目;⑤其他要求必须会议鉴定的项目。下列情况建议会议鉴定:①省科技厅、卫生厅、市科技局、卫生局立项的科研项目;②其他任务来源的预期成果水平较高、有可能授奖的项目。

(二)函审鉴定:不需要进行现场考察、测试和答辩即可作出评价的科技成果,可采用函审鉴定。函审鉴定时,由组织鉴定单位或主持鉴定单位聘请同行专家 7—9 人组成函审组,通过书面审查有关技术资料对科技成果作出评价。鉴定结论必须依据函审专家四分之三以上的意见形成,鉴定证书必须附上所有函审专家的意见。不同意见应在函审结论中明确记载。

第十二条 同行专家必须具备的条件:

- (一) 具有高级技术职务;
- (二) 对被鉴定科技成果所属专业有较丰富的理论知识和实践经验,熟悉国内外该领域技术发展的现状;
- (三) 具有良好的科学道德和职业道德;
- (四) 被鉴定科技成果的完成单位、任务下达单位或委托单位的人员和党政机关管理人员,不得作为同行专家参加对该成果的鉴定。软科学成果的被聘专家可以有少数党政、机关管理人员参加。聘请同一单位的专家人数最多 2 人。

第十三条 申请鉴定程序和条件:

(一)申请鉴定前,要先将查新结果送交医务部,待医务部审阅,且符合申请鉴定条件者,填写科技成果鉴定申请表(一式三份);申请函审鉴定时应填写《科技成果鉴定函审表》(一式 11 份);连同鉴定材料(包括工作报告、技术报告、查新报告和论文复印件)一同交医务部,再由医务部根据任务来源和隶属关系,向主管部门申请鉴定。

(二)申请科技成果鉴定,应当符合本办法第八条的规定,并具备下列条件:

1. 已完成合同的约定或者计划任务书规定的任务要求;
2. 不存在科技成果完成单位或者人员名次排列异议和权属方面的争议;

3. 技术资料齐全，并符合档案管理的要求；
4. 具有经有关部门认定的科技信息机构出具的查新结论报告；
5. 凡科研工作过程中，使用动物的必须具有动物合格证书的复印件。

第十四条 鉴定所用各种表格及材料一律用 A4 纸打印。鉴定内容包括：

- （一）技术资料是否齐全、完整；
- （二）课题设计是否科学、先进；
- （三）实验数据是否准确可信，推理及结论是否正确、合乎逻辑；
- （四）是否完成合同或计划任务书要求的指标；
- （五）起草的《科技成果鉴定证书》与提交鉴定的技术资料是否相符；
- （六）应用技术成果的创造性、先进性和成熟程度；
- （七）应用技术成果的应用价值及推广的条件和前景；
- （八）存在的问题及改进意见。

第十五条 鉴定证书的整理：鉴定证书所填内容要完整、准确；专家签字处要求手写体签名；鉴定证书盖章时必须出示鉴定委员会形成的主任委员签字的原始鉴定意见，以便核查，课题组成员应在鉴定日后 10 天内用 A4 纸打印整理初稿送医务部审查，并于 15 日内整理 15—20 份送医务部；经上级有关部门核实盖章。课题负责人须报送一份鉴定证书，一份申报书，一份会议通知，一份全套材料及研究过程中形成的原始资料到医务部存档。

第十六条 科研经费应本着节约、有效使用的原则，充分利用，合理分配，严格管理。

第四章 科技成果的登记、申报与奖励

第十七条 凡已通过鉴定的科技成果，课题组填写鉴定证书，由医务部按隶属关系报送有关部门，盖章、存档。

第十八条 根据科技成果的性质申报不同渠道的奖励。申报奖励前，各科室应对申报的项目进行认真审核，审核合格的项目填报奖励推荐书，经医务部签署意见后统一申报。由多个单位联合完成的科技成果，由第一完成单位申报；第一完成单位负责协调参研单位和参研人员的排序。

第十九条 以我院为主完成的科技成果，申报国家、部省、厅局级奖励者，按照国家、部省、厅局的有关规定办理。

第五章 科技成果获奖后的管理

第二十条 奖励批准后，由各级成果评审委员会分别授予主要完成单位和主要研究人员奖励证书和奖金。

第二十一条 获奖成果主要研究人员的成绩，应记入本人档案，作为考核、晋级、晋职以及评选先进依据之一。

第六章 附 则

第二十二条 本办法自下发之日起执行，原管理办法同时废止。

专利管理办法

第一章 总 则

第一条 根据《中华人民共和国专利法》和《中华人民共和国专利法实施细则》之规定，为了加强医院专利工作的管理，鼓励全院职工发明创造的积极性，保护权利人、发明人(设计人)的合法权益，结合我院实际，特制定本办法。

第二条 枣庄市立医院专利工作的管理机构是医务部。医务部的管理工作从组织申请专利之日起至专利权终止之时止。

第三条 凡我院或我院职工申请的专利或已获得专利权的发明创造，均按本办法及有关专利方面的法规进行管理。

第二章 专利类型与授权条件

第四条 专利申请分发明、实用新型和外观设计三种类型。

（一）发明，是指对产品、方法或者其改进所提出的新的技术方案；

（二）实用新型，是指对产品的形状、构造或者与其结合所提出的适于实用的新的技术方案；

（三）外观设计，是指对产品的形状、图案或者与其结合以及色彩与形状、图案的结合所作出的富有美感并适于工业应用的新设计。

第五条 授予专利权的发明和实用新型，应当具备新颖性、创造性和实用性。

（一）新颖性，是指该发明或者实用新型不属于现有技术；也没有任何单位或者个人就同样的发明或者实用新型在申请日以前向专利行政部门提出过申请，并记载在申请日以后公布的专利申请文件或者公告的专利文件中；

（二）创造性，是指与现有技术相比，该发明具有突出的实质性特点和显著的进步，该实用新型具有实质性特点和进步；

（三）实用性，是指该发明或者实用新型能够制造或者使用，并且能够产生积极效果。

第六条 授予专利权的外观设计，应当同申请日以前在国内外出版物上公开发表过或者国内公开使用过的外观设计不相同和不相近似，并不得与他在先取得的合法权利相冲突，应当具备新颖性。

第三章 专利权的归属

第七条 医院职工及非在职人员，凡申请专利的发明创造者符合下列条件之一者均为职务发明创造：

1. 在本人的职务范围内作出的创造；

2. 履行医院交付的本职工作以外的任务所作出的发明创造；

3. 利用医院物质技术等条件（如资金、设备、零部件、原材料、实验条件、场地或者不对外公开的技术资料等）作出的发明创造；

4. 离、退休、停薪留职、辞职、或调离我院一年内作出的与其承担本职工作或医院分配的任务有关的发明创造。

第八条 我院职工完成的职务发明，申请专利的权利属于医院，申请被批准后，专利权归医院持

有，发明人或设计人享有署名权。

第九条 凡不属职务发明范围内的，为非职务发明。申请专利的权利属于发明人或者设计人，申请批准后专利权归个人所有，但医院提倡将个人发明作为职务发明申请专利。

第十条 专利成果系指专利权人为本院、属于职务发明且已转让的专利，奖励只给予发明人。

第十一条 医院的专利管理工作归口医务部，负责专利的实施和许可贸易，组织专利知识的宣传和培训，协调医院与有关单位及专利发明人的关系，负责专利申请咨询、专利成果登记和专利奖励。

第四章 专利的申报

第十二条 发明创造的专利申请必须符合《中华人民共和国专利法》、《中华人民共和国专利法实施细则》的规定。

第十三条 为了确保其技术内容的新颖性，申请专利前不要轻易发表论文、鉴定和技术交流等形式公开技术内容，任何单位、部门和个人不得以任何形式泄漏发明人或设计人发明创造的内容。

第十四条 申请专利按以下程序办理：

（一）进行必要的国内外专利文献和非专利文献资料的查新工作，保证发明创造的新颖性、创造性和实用性；

（二）发明人或设计人向院医务部提出申请，提供申请专利所需要的原始材料，报医务部预审，预审通过后，向专利机构办理专利申请；

（三）凡涉及国家安全问题需要保密的发明创造，由医务部负责审查，申请国防保密专利；

（四）国际专利申请，应首先向国家知识产权局专利局申请专利，再委托国务院指定的涉外专利代理机构办理；

（五）转让专利申请权或者专利权的，须经医务部批准，与当事人签订书面合同，并按照《专利法》和《实施细则》有关规定登记备案；

（六）经专利代理人撰写的专利申请文件，以及在专利申请过程中与专利局往来的各种文件，专利发明人应全部交医务部归档；

（七）发明人或设计人在收到专利局授予专利权的通知后，应及时到医务部登记备案，其成果方可作为考核、奖励、晋职、晋级的科研业绩；

（八）在专利权有效期内，如果发明人或设计人放弃专利权，需报医务部审查，医务部根据放弃原因提出处理意见，并报分管领导批准；

（九）在专利权有效期内，遇有他人请求对该专利权宣告无效、起诉侵权或发现他人有侵权行为时，发明人应及时与医务部一起研究对策和相应处理方案。

第十五条 专利申请费、审查费、证书费及年费等，一般由发明人或设计人支付。

第五章 专利的奖惩

第十六条 医院鼓励院内科技人员采取多种方式实施专利权人的专利技术。

第十七条 凡我院为专利权人的专利技术，其有关专利技术的实施由医务部归口管理。发明者有实施专利技术的义务，应积极联系用户，落实实施单位。

第十八条 职务发明专利被批准后经医院持有并实施的，医院将根据《专利法》和《专利法实施细则》的规定，对专利发明人（设计人）实施奖励。发明专利每项奖励 5000 元，实用新型专利每

项奖励 2000 元，外观设计专利每项奖励 1000 元。同一项目分获两项以上专利的按最高一项奖励。

第十九条 医院持有的专利许可证在外单位实施后，在收取的使用费中纳税后提取报酬发给发明人。具体办法参照《专利法》执行或按《专利法实施细则》办理。

第二十条 医院有权对未经批准擅自将职务发明当作非职务发明申报专利的在职职工进行处理，并请求中国专利局更换专利权人。

第二十一条 为保护本院对自主知识产权做出贡献的人员，在科技项目申报、科技成果评奖（推荐）、职称聘任、专家选拔、推先进等方面在同等条件下予以优先考虑。

第二十二条 对知识产权管理各环节中的不诚信行为予以处罚。对在科研、开发工作中，采取欺骗手段获得优惠待遇或者奖励者，应退还所得，并取消获得的优惠待遇和奖励。侵犯本院及部门知识产权者应承担赔偿损失和其他民事责任，并承担被侵害本院或部门因调查该项侵害其合法权益行为所支付的合理费用。同时可采取赔偿、降薪、降级、降职（包括行政职务和技术职称）、缓聘、解聘、开除公职和承担法律责任等处理方式。

第二十三条 鼓励广大职工参与知识产权的监督管理工作，积极举报盗用、泄露、擅自许可或转让等侵犯知识产权的行为。对于举报或提供侵权线索者，经查实后，视情况给予 500—1000 元的奖励，并对举报者的身份严格保密。任何部门和个人均不得以任何借口阻拦、压制、打击报复举报者。

第二十四条 知识产权争议，属部门内的争议，应由所在部门协商解决，可向本院医务部申请调解处理，如调解无效，可交由本院学术委员会组织调解。当事人对调解达成的意见或结果仍不服，可向知识产权局申请行政调解，行政调解无效的，可通过仲裁、法律诉讼等形式进行处理。

第六章 附 则

第二十五条 本办法如与上级有关文件相抵触的，按上级有关规定执行。

第二十六条 本办法自下发之日起执行，原管理办法同时废止。

科技成果奖励办法

为促进医院科技工作的持续发展，调动广大医务人员的积极性与创造性，积极开展创新性研究，加快医院学科建设，提高服务能力和竞争力，现制定本办法。

一、基本原则

1、各级各类科研项目、成果、论文、新技术、学术年会及继续教育项目如无特别说明系指以本院为第一单位。

2、科研成果的奖金发放给课题负责人，由课题负责人进行二次分配。课题负责人所得奖金不低于 60%，其余奖金由课题负责人按贡献大小进行分配。

3、学术论文奖励如无特别说明只给予第一作者。

4、专利成果系指专利权人为本院、属于职务发明且已转让的专利，奖励只给予发明人。

5、同一科研项目成果、新技术新项目成果获多部门奖励者，按最高等级给予一次性奖励（包括同一项目隔年度的评奖），不重复计奖。

6、发表于两种或两种以上刊物的同一内容论文以最高级别刊物发表的论文为奖金核发依据，不

重复计奖。

7、举办的学术活动（继续医学教育项目或学术年会）每年仅限报一项，按最高级别给予一次性资助，不重复资助；应提前以书面形式到医务部申请备案，未经备案审批的学术活动不予资助。

8、未经备案审批的新技术、新项目不予评奖。

9、课题负责人或论文、专著作者长期出国学习、进修、工作，暂停发放奖金，待回院工作后一次性补发。

10、坚持实事求是的原则，如发现提供虚假材料、剽窃他人成果，经查证属实，撤销其奖励并追回奖金及证书，视情节轻重予以相应处罚。

二、奖励范围

1、国家级、省部级科技进步奖及市级科技进步一等奖（系指国家科技部、省科技厅、市科技局所评奖项）；

2、在国际著名杂志，如《Cell》、《Nature》、《Science》上全文以英文形式发表的论著，或被SCI收录、摘引的论文，以及在国家新闻出版总署认定的正规刊物上（有ISSN和CN刊号）公开发表的省级及以上论文；

3、举办国家级、省级、市级学会学术年会的科室（含二级分会）；

4、主办国家级、省级继续医学教育项目的科室；

5、院级新技术、新项目奖的获奖科室。

6、国家发明、实用新型和外观设计专利的发明人。

三、奖励标准

1、各级科技进步奖奖励标准如下：

奖励等级	奖励标准（元/项）	
国家级	一等奖	20万
	二等奖	15万
省部级	一等奖	10万
	二等奖	5万
	三等奖	3万
市厅级	一等奖	5000

2、各级论文奖励标准：

①在国际著名杂志，如《Cell》、《Nature》、《Science》上全文以英文形式发表的论著，或被SCI收录、摘引的论著，每篇奖励10000元×影响因子f，最高奖励30000元/篇；其他类型文章奖金减半；

②在国家级杂志上发表的论著奖励3000元/篇，其他类型文章奖金减半；

③在部级杂志上发表的论著奖励1000元/篇，其他类型文章奖金减半；

④在省级杂志上发表的论文奖励100元/篇。

3、举办国家级、省级、市级学会学术年会资助标准：

资助等级	资助标准（元/次）	
国家级学会	中华医学会	5万
	其他国家级学会	3万
省级学会	省医学会	3万
	其他省级学会	1万
市级学会	市医学会	1万
	其他市级学会	3000

4、主办国家级、省级继续医学教育项目的科室分别资助5万元/项、3万元/项。

5、新技术、新项目奖励标准：院级一等奖5000元，二等奖3000元，三等奖1000元；对于经济效益、社会效益显著、特别优秀的项目，可增设特等奖，奖励1万元。奖励总数不超过10项，其中特等奖不超过1项，一等奖不超过2项，二、三等奖总数不超过8项，具体名额根据上报情况待定。

6、发明专利每项奖励5000元，实用新型专利每项奖励2000元，外观设计专利每项奖励1000元。

四、奖励申报及评审程序

1、每年5月初医务部开始接收各类科技成果的奖励申报，由本人提交相关材料，经医务部审核、院学术委员会组织专家组进行评审量化、报院领导班子审批后确定；

2、申报的科研成果、论文、新技术、专利等均以上一年度1月1日至12月31日的为准，每年评选奖励一次；

3、科研成果需提交获奖证书原件及复印件；论文需提交原件及复印件（A4尺寸、封面、目录、论文页），如被权威检索系统收录，则需同时提交正规科技查新机构出具的收录证明；新技术、新项目需提交两份相关病例并进行幻灯汇报；专利需提交证书原件及复印件（A4尺寸、封面、说明书页）；学术年会、继续教育项目需提交申报表、加盖批复单位公章的红头文件通知、会议通知、纸质课件及签到表原件。

五、附则

1、本办法自下发之日起执行，由医务部负责解释，原奖励办法同时废止。

2、2012年1月1日至2012年12月31日期间发表的论文均未报销版面费，可参照本办法补发奖励。

3、表中未尽事宜或难以把握的条款由医务部提出建议，报院学术委员会审批后执行。

科研经费管理办法

第一条 为规范科研经费管理，提高科研经费使用效益，根据国家、地方政府有关科研经费管理规定，结合我院实际，制订本办法。

第二条 科研经费按经费来源分为纵向科研经费和横向科研经费。对于拨入我院的省级及以上纵向科研经费，医院给予1:1配套。配套对象均应以本院为第一完成单位，本院职工为第一完成人。

（一）纵向科研经费包括：国家自然科学基金委员会、国家发展和改革委员会、科技部、教育部、国家社科规划办、信息产业部、卫生部等各部、委（局）批准立项的各类科研经费；省科技厅、卫

生厅、省社科规划办、信息产业厅、省发改委等各厅、局批准立项的科研经费；各市、地等各级政府部门批准立项的科研经费。

（二）横向科研经费包括：以医院名义与自然人、法人、其他组织签订的技术开发、技术服务、技术咨询、技术转让等技术合同所涉及的经费；国际科技合作项目中与境外机构（企业）、个人合作经费及科技捐赠项目经费。

第三条 凡拨入我院的各类科研经费，必须由医院财务部统一核算，设立独立账户，专项管理，专款专用。

第四条 科研经费报销必需按项目预算计划执行。项目负责人应当严格执行支出预算控制数，不得超预算、超范围开支。

第五条 科研经费支出范围包括：

（一）设备费：是指在项目研究过程中购置或试制专用仪器设备、对现有仪器设备进行升级改造以及租赁外单位仪器设备而发生的费用。

（二）试剂、材料费：是指在项目研究过程中消耗的各种试剂、原材料。大宗发票后须附清单。

（三）测试化验加工费：是指在项目研究过程中支付给院外及院内独立核算单位的检验、测试、化验及加工等费用。

（四）差旅费：是指在项目研究过程中开展科学实验（试验）、科学考察、业务调研、学术交流等所发生的外埠差旅费、市内交通费用等。

（五）会议费：是指在项目研究过程中为组织开展学术研讨、咨询以及协调项目或课题等活动而发生的会议费用。

（六）国际合作与交流费：是指在项目研究过程中课题研究人员赴国外、港澳台地区及外国专家来华工作的费用，包括交通费、住宿费及其他费用。国际合作与交流费用开支严格执行国家及地方外事经费管理的有关规定，经医院医务部、财务部审核、签章后，方能报销。

（七）出版/文献/信息传播/知识产权事务费：是指在项目研究过程中，需要支付的出版费、资料费、印刷费、数据采集费、专用软件购买费、文献检索费、邮电费、专利申请及其他知识产权事务等费用。其中，资料费是指项目研究过程中发生的资料收集、录入、复印、翻拍、翻译、图书资料购置等费用；数据采集费是指在项目研究过程中发生的问卷调查、数据跟踪采集、案例分析等费用。

（八）人工费：包括劳务费、专家咨询费及其他人员费用。开支范围、开支标准应按照拨款单位项目管理方法和批准的预算额度据实列支，拨款单位没有管理办法或规定比例的，可按照 20% 的比例执行，并按照国家规定缴纳个人所得税。

（九）其他科研业务费

车辆维持费：项目研究需要开支的汽油费、过路过桥费、停车费可从科研经费中支出，但维修费、保险费、年检费及养路费等不能从科研经费中报销。

第六条 外协费转拨管理

（一）科研经费转拨严格按预算管理，即只对预算中列示的协作单位和金额范围内办理经费转拨，否则需报经上级主管部门批准后才能办理。

（二）申请转拨经费需提供科研项目批复预算书、项目合同和其他必要的资料（如协作单位出具的合法有效财务凭证等）。项目转拨一般应先由对方单位提前开具发票或正式收据；确需办理借

款者，科研人员必须及时向对方单位索要发票（收据）销账。

第七条 科研经费不得开支科研人员的工资、奖金、各类津贴及补贴、各类保险、修缮费、代购设备费等，不得用于旅游、劳保福利、娱乐、家庭消费性和个人生活性支出，严禁使用科研经费支付各种捐款、赞助、投资、罚款、赔偿费、违约金、滞纳金等，严禁以任何方式变相谋取私利。项目负责人不得换开发票或取得假发票，虚报冒领、套取科研经费。

第八条 结题结账管理

（一）课题验收结束后，项目负责人全面清理经费收支和应收应付等款项，办理财务结算手续。有暂付款尚未结清的，应在财务结算之前全部报销或归还；有应付未付账款的，要全部处理完毕。

（二）遵循结题即结账的原则。严禁结题后不及时进行财务结算，长期挂账报销费用，课题组不得以任何理由继续占用结余经费。纵向经费项目一般要求项目验收结题后一个月内办理结账手续，特殊情况下不得超过一年。

（三）科研经费的结余资金，执行上级有关结余资金管理办法，按项目主管部门或资金提供方的规定，原则上要全额或部分上缴，如“863 计划”、“973 计划”、国家科技支撑计划、国家社科基金等项目需将全部净结余按原拨款渠道上缴。不上缴的科研结余经费，转入医院“科研管理专项基金”。

第九条 科研项目负责人正常调动工作，其以枣庄市立医院名义申请的项目经费原则上仍留在院内，转由项目组中继续执行该项目的院内人员负责；对无法在院内执行的项目，经项目主管部门批准，允许进行单位变更。非正常脱离医院工作岗位的，其科研项目经费一律冻结。

第十条 本管理办法自下发之日起执行，由医务部、科教科、计划财务部负责解释，原管理办法同时废止。

临床教学管理制度

一、教学管理工作程序

1、科教科接到医学院下达的教学、实习、见习计划后，应及时与有关教研室联系安排，确定所承担的教学计划任务，将教学计划下发给有关教研室。

2、各教研室接到计划后，应抓紧时间编制教学日历和或教学人员安排表，并于一周内交科教科。

3、科教科审查后交分管院长审批，通过后送医学院有关部门审批。

4、医学院对教学日历审查无异议，科教科将教学日历正式发布给教研室。

5、新任课老师，由医院教研室安排试讲。试讲时，教研室负责人（或老师）及科教科人员共同参加。

二、临床教研室工作制度

教研室是按照学科划分建立的负责教学及相关研究工作的基层单位，组织完成教学和科研任务，并参与有关教学决策过程。其职责是：

1、进行教学研究并提出制定教学计划的建议，组织制定本学科各专业的教学大纲。

2、根据医院下达的教学任务，制定本学科教学日历，落实课程的授课教师及辅导教师，落实好临床见习、实习带教教师。

3、组织新进教师试讲，检查指导新开课教师的教案、课件，协助青年教师提高授课水平。

4、组织对本教研室教师的教学质量监控，定期抽查讲课、见习实习带教情况，并向教学管理部门汇报相关情况。

5、组织安排本学科的命题、考试、考核、阅卷和试题录分工作。

6、组织本教研室教师进行业务学习，协助医院做好教师的业务考核工作，在其使用、晋级、奖励提出建议。

7、协助做好学术（科）带头人、中青年骨干教师、优秀青年教师的培养、选拔和考核工作、制定落实本教研室教师队伍的建议方案。

8、组织本教研室教师开展教学科研活动，对本教研室教师外出参加教研、学术活动提出批示和意见。

9、督导本教研室教师对学生进行整治思想教育和专业思想教育。做好“教书育人”工作。

10、完成医院下达的其他教学、科研任务。

课堂教学规范

课堂教学是教师传授专业知识的主要形式，按照规律和预先设计的程序进行。在传授知识的过程中，应注意课程实施的整体教学意识和教学艺术创新，启发学生思维，培养敬业精神和职业道德。

一、课前准备

1、备课是教学环节的起始步骤，是上好每一节课的前提。每位教师都应在备课上下功夫，按照教学大纲的要求认真钻研教材，全面熟悉教材，明确各章节的基本要求，划定讲课内容的深度和广度，精选讲授内容。

2、任课教师提前熟悉教材和教学大纲。提前要阅读较多的教学参考书和有关资料，适当充实教学内容，尤以国内外的新进展应在讲授中得到反映。

3、授课教师认真书写教案和讲稿。再次讲授同样内容时应根据前次授课效果及反馈意见，并结合学科专业进展变化作局部调整和修订。

二、课堂讲授

1、基本过程：

①课前应做好充分的课堂授课心理和技术准备，针对不同专业的学生，了解和熟悉各种教室的条件，应用多媒体等技术手段演示辅助讲授，保证课堂教学效果。

②授课教师应提前 10 分钟进入教室。

③任课教师首次在课堂上与学生见面，应先作自我介绍，扼要说明本课程的教学安排、课程主要内容与目标。

④每次上课教师要注意维持课堂秩序，应注意学生到课，教育和督促学生遵守课堂纪律，发现问题要及时处理。

⑤除课堂提问外，一个单元结束时应有适当时间供学生提问，或以问题启发学生，并对本单元内容作简要小结，布置复习思考题。

2、授课要求：

①教学过程要贯彻精讲多练、理论联系实际和注重能力培养的原则。反映本学科的新成果、新

进展，要突出重点，讲明难点和疑点。通过启发式教学、互动式教学，注重培养学生分析问题、解决问题等能力。

②课堂讲授一律使用普通话，语言文字规范文明。

③讲授内容要求理论阐述准确，概念简洁、清晰，难点突出，条理分明，详略得当。体现“掌握”、“熟悉”、“了解”等不同层次的教学要求。

④板书应字迹清楚，用字规范，整洁有序。

⑤鼓励教师在授课中充分运用英语数学，特别是关键词语或是课程中经常出现的专业字词应使用英语表达。

⑥教师必须注意和调节教学效果，加强师生间的沟通交流避免“满堂灌”，在讲课中应有机的结合专业特点和工作实际，培养学生良好的职业道德和爱岗敬业精神。

⑦授课教师应合理把握课堂时间，不得迟到、拖堂和提前下课，更不允许旷、脱课。

⑧不允许擅自调课，若确需调课请及时与教研室、科教科联系。

3、课后反馈

①授课教师在课间及课后应了解学生对教学的反映，对普遍性的问题应及时给予解释。

②授课教师应主动了解听课教师对自己授课情况的评价和建议，发现问题及时改进。

教师试讲制度

新开课教师试讲是了解新开课教师教学能力与水平的重要途径，也是教学质量监控的重要手段，及时促进新进教师教学能力与水平的提高。

一、新开课教师在开课前必须进行试讲，试讲合格后，经教研室和科教科批准，方可正式授课。

二、试讲由教研室主任主持，教研室教师和科教科参加评议。

三、对新开课教师试讲，要认真对待、客观评价，要做好听课记录和评分记录，不能走过场，流于形式。

四、试讲具体要求：

1、教师携带规定教材、教案及有关教具至少提前 5 分钟到达试讲地点。

2、按既定的教案进行试讲，整个课程的教学目的要明确。

3、讲授要保证科学性，做到理论阐述准确、概念清晰、条理分明、逻辑行强。

4、讲授要有系统性，做到重点突出，循序渐进，深入浅出。

5、讲授要理论联系实际，引导学生应用理论去解决实际问题。

6、讲授要有较高的思想性，能达到教书育人的教学目的。

7、讲授要有一定的艺术性。包括：①教师授课必须讲普通话；②板书、板图、多媒体课件设计合理，标题突出，书写工整，制作科学；③能适当的利用各种教学工具和教学手段。

8、教师应穿着正装，仪表端庄，举止文明，行为得体。

9、听课者根据教师授课质量评价标准给试讲教师评分。

每位教师试讲结束后，由有关专家给予点评和指导（3—5 分钟内）。

师资培养管理规定

一、全院教师要树立不间断学习新理论、新知识、新技术和新方法、跟踪学科最新进展的终生教育理念。

二、各科室要加强对师资的政治思想、职业道德、卫生法律法规和医学伦理学教育，树立良好医德医风，培养高素质的卫生技术人员。

三、不断加强对师资系列各层次人员创造力的开发和创造性思维的培养，扎实理论基础、增强实践能力，适应医学科学技术和卫生事业发展的需要。

四、引入竞争机制，打破论资排辈观念，不拘一格选拔、培养优秀人才。建设一支梯队结构合理、有发展潜力、人才辈出的师资队伍。

五、新分配来院从事医疗工作的医学专业毕业生（博士生、硕士生、本科生）均须按照国家规范完成住院医师规范化培训。

六、各级职称系列的教师有责任和义务认真参加医院组织的各类培训教育活动，并积极做好临床教学工作。

七、科教科负责医院的师资培养管理，制定宏观的师资培养与考核规划。各科室主任要将师资培养作为科室一项重要的长期性工作来抓，并负责具体管理与考核。

八、各科室要制定本学科初、中和高级职称师资系列的3—5年培养规划。培养规划包括科室师资现状、拟达到的师资年龄结构、职称结构、知识结构（学位和学历百分比）和学术状况目标、师资的政治思想、业务能力（医疗、教学、科研）、外语水平五大方面。

九、各科室要充分重视师资队伍建设，有计划安排教师参加学历（位）教育和国内外进修学习。

十、各科室要建立师资档案，每名教师都要制定3—5年个人发展规划，由科室统一保管。

十一、各科室每年年底要组织进行科室师资规划个人计划完成情况的评定与总结。对需要修改的部分应及时调整。

教学档案管理制度

为了进一步规范教学档案管理工作，充分发挥教学档案在教学管理、教学改革与建设中的作用，特制订教学档案管理制度。

一、凡在教学管理和教学实践活动中直接形成的具有保存价值的文件、图表、声像载体等材料，以及反映教学运行、教学管理和教学建设的重要标志性材料，均属教学档案。

二、科教科和各教研室要将教学档案管理工作列入年度及日常工作。

三、教学档案实行集中统一管理，以确保完整、准确、系统和安全，便于开发利用。教学档案由科教科负责管理和保存。各教研室、科室的教学档案集中保存在教研室或科室办公室中。

四、建立严格的教学档案管理制度，并由专人负责教学档案管理工作，统一管理本部门的教学文件材料。

五、每学年结束时，需将当年的档案材料整理装订，并做好新一年材料归档案工作的准备工作。

实习管理规定

一、为进一步加强我院临床教学工作，完善实习管理，不断提高临床教学水平，依照有关文件制定本章程。

二、科教科是我院临床教学的主管部门，负责受理医学院校的临床带教事宜申请。协商并签订有关协议。未经科教科审核批准，任何部门和科室不得私自接受实习生。

三、科教科负责审核各院校的实习生质量，合理控制实习生数量；协商实习生进院时间。

四、实习生入院时，应持科教科统一出具的缴款通知单到医院财务处缴纳实习费，除济宁医学院临床专业安排住宿外，其他均不安排食宿。

五、实习费收费标准。

1、计划内实习生（同我院签订实习协议院校的实习生）：实习培养费50元/人·月。

2、计划外实习生（除计划内实习生以外的其他院校实习生）：实习培养费80元/人·月，每年按10个月计算。

六、科教科在完成实习生入院教育后出具《实习轮转表》，实习生须持《实习轮转表》到对应科室报到；各有关科室须收到《实习轮转表》方可接受实习生，并根据实习大纲要求做好入科教育及实习生带教工作。

七、科教科负责实习生的教学管理：负责按实习大纲规定的教学内容，教学计划组织实施实习教学及考试、考核等；负责对各相关教学科室的带教工作进行考核评估。

接收计划外实习生管理办法

医院未计划在内的实习人员，均属计划外实习人员。医院每年根据济宁医学院教学计划，安排计划外学生实习。为加强对实习人员的管理，保证正常的实习工作秩序，特制订本暂行管理办法。

一、计划外实习人员，因特殊情况来我院实习，须提前持所在学院的介绍信，到我院科教科联系登记，有科教科统一审查后，报由分管院长批准。

二、根据上级有关规定和我院实际情况，来我院实习的计划外实习人员，须按规定交实习培养费和实习管理押金，来我院报到时一次性交齐。

三、实习人员开始实习后，不论何种原因停止实习，其实习培养费不予退还，实习管理押金视实习人员表现进行扣罚，认真执行我院规章制度，学习努力认真者，实习结束时如数退还押金。

四、为保证枣庄市立医院实习计划的贯彻执行，计划外实习生须进行限额限制，具体专业、人数、由科教科根据实际情况与有关科室提出计划，报分管院长核批。

实习教学管理制度

一、接收实习教学的临床科室应努力使本科室形成具有临床实习教学能力和教学经验的人才，有满足实习教学需要的医疗设备、良好的医德医风、较好的学习环境和浓厚的学术氛围。

二、实习工作由各专业科室主任负责落实，保证实习质量和完成实习大纲规定的实习内容，科主任可安排教学主任和教学秘书具体组织实施，包括接收、分配实习医师，组织安排教学，专题讲座，检验实习质量等。各级医师必须熟悉实习大纲和实习计划，科室主任定期检查实习计划落实情况。

三、负责实习教学的高年资住院医师或主治医师在科主任领导下，按照实习计划，结合本科室床位及患者情况分配实习岗位，组织轮转，尽量为实习医师提供诊疗和手术机会，上级医师要定期检查住院医师带教情况和实习医师实习情况，并及时向科主任汇报，采取相应措施落实计划实习。

四、各科室主任及各级医师应对实习医师严格要求，培养优良的医德医风，言传身教，以身作则。

五、各级医师对实习医师应严格要求，按时完成实习计划，重视病历书写和临床基本技能操作训练。培养独立处理问题的能力，认真审查和修改实习医师书写的病历和医疗文书，及时签字，实习医师书写的医疗文件和处方须经上级医师签字方能生效，各项诊疗技术操作应在上级医师指导下进行，经上级医师允许时才能进行独立操作，学生参加手术前应经上级医师认可后才能参加手术。

六、各级带教医师根据实习医师实际情况，及时采取必要措施，保证实习计划的完成。

七、实习医生工作职责：

1、学生在实习期间必须严格执行医院各种规章制度，严格履行职责，树立高尚的医德医风，积极参加医院各项政治学习和业务学习，必须根据实习轮转表，在规定科室和规定时间实习，实习期满时科室要进行考核鉴定，努力完成实习大纲所规定的全部内容。

2、刻苦学习，努力钻研业务，发挥主观能动性，实习中注意理论联系实际，掌握专业基础知识和临床诊疗技能，提高分析问题与解决问题的能力。

3、尊敬老师及病房工作人员，谦虚谨慎，团结协作，仪表端正，对病人一视同仁。

4、严格执行保护性医疗制度。患者医疗情况属于保密范围的不得向患者及家属泄密。在对患者和家属解释病情时，需要先征得上级医师的同意。不得单独对患者做任何处理和谈话。

5、严格工作岗位、履行岗位责任制，严格执行各种操作规程，避免差错事故的发生，不隐瞒过程，一旦发生应立即报告老师，采取应急措施。

6、实习期间必须加强组织纪律性，坚守工作岗位，上班不迟到、不早退。

7、积极参加医院安排的学术活动，如教学查房，科室及院内讲座、病例讨论等。

8、每天跟随上级医师查房，认真听取上级医师的指导，回答上级医师的提问，参与阅读各种影像图片、分析心电图和各种检验报告，有问题及时请教。

9、在上级医师指导下负责管理病床的医疗工作，应密切观察所管病人的病情变化，积极参加病房、门诊、急诊的夜班工作。

10、新病人入院后，应立即随同上级医师，对病人进行全面检查，较熟练地掌握病史采集、系统体格检查、书写完整病历。

11、学会书写医嘱、处方、特殊检查申请单、病假单及入院单等各种医疗文件，但均需上级医师复核、签字后生效。书写医疗文件须字迹清晰。

12、参与所管病人的各种诊疗、手术检查等工作。操作前，必须得到上级医师的批准和现场指导。

13、实行 24 小时负责制和轮流值班制，值班期间不得擅离职守。

14、在完成医疗工作的同时，应认真学习护理知识，协同护士作包括抽血、补液、灌肠以及手术前皮肤准备等工作。

15、男同学检查女病人时，必须有女护士或第三者在场，不得单独处理病人。

16、实习医师应遵守医院的劳动纪律、考勤制度。实习医师因事或病假耽误实习时间，原则上不再延长实习时间，可利用周日及节假日休息时间补齐，实习期满按时办理离院手续。

17、实习医师要爱护医院各种仪器设备和财产，如有损坏应按医院工作人员损坏赔偿办法处理，重要仪器、诊疗用具未经上级医师同意，不得擅自动用。

八、所在科室实习结束后，应认真实行实习医师出科考核，并组织好实习医师出科鉴定工作。

九、各级带教医师要求认真完成带教任务，根据带教教师的教学质量，带教水平，完成教学任务等情况作为科室评选先进的条件之一。

实习医师入院教育制度

入院教育目的是帮助实习医生在短时间内了解和熟悉医院的基本特点、基本制度、基本要求。掌握实习医生必备的实习技能，为正式实习奠定基础。

入院教育的基本内容与要求包括：

一、**医院院史教育**：包括医院发展史、特色项目、重点学科、教师队伍、职称学历结构、科研成果、大型仪器设备等。使实习医生了解医院的基本概况，熟悉实习环境，树立实习信心。

二、**医院规章制度教育**：主要介绍与医疗工作有关的医院制度，医疗操作规范、病历书写制度、病例讨论制度、护理工作制度、消毒隔离制度、传染病报告制度、医务人员行为规范、文明礼貌用语、医疗安全，实习要求等。注意结合现实的事例或经验教训。

三、**医疗安全教育**：对实习医生惊醒有关法律知识教育，使实习医生自觉提高法律知识，增强自我保护意识，严格遵守医疗操作规程及医德规范，避免一些不必要的医疗纠纷，保证实习工作顺利进行。

四、**医德医风教育**：可通过老专家或医德医风专题讲座等形式，对实习医生进行医德医风教育。

五、**实习纪律教育**：包括劳动纪律、岗位纪律、卫生纪律等，自觉树立医院的形象。

六、**临床基本技能培训**：

1、**内科基本技能**：主要包括正确的采集病史、系统查体、常用诊疗技术等。

2、**外科基本技能**：主要包括无菌术、外科基本功（如打编、刷手、穿脱“无菌手术衣和手套等”）。

实习生考勤与请假制度

为加强对实习生的管理，实习生考勤及请假应按以下规定进行办理。

一、实习生在医院实习期间原则上不准请假，如有特殊情况，本人需先到医务部领取请假条，

填写完毕后,由教学秘书或科主任签字,再到科教科签章方可生效。请假条由科教科和科室分别保存。

二、请假 1 天之内由科主任或带教老师批准;2—7 天经科室及医院科教科批准后方可休息;7 天以上由学校管理部门批准并经医院科教科批准后方可休息;不得口头、电话请假、销假、补假及任意延假;病假须持相关医生出具的疾病诊断证明,否则不能病休。以上情况如有违反,严肃处理。

三、实习生请假期满,应及时到科教科销假,否则按旷课处理。如需续假,须提前通知科教科,批准后,可回来补假。

四、实习生在医院实习期间,应严格遵守考勤制度与劳动纪律。实习生不享受寒暑假,每天应提前 30 分钟进病房,不得迟到和早退。

五、凡迟到、早退、脱岗者给予批评教育,写书面检查;凡未经批准擅自离院,屡次违反实习纪律者给予书面检查并通报批评;凡违反实习纪律,经教育不知悔改者,通知学校管理部门,取消其实习资格。

教学查房制度

一、教学查房的目的

临床教学查房是实践教学的重要环节,是培养实习医师临床思维能力和临床实践能力的有效途径,通过教师对典型病例的系统讲解、示范操作、讨论分析、归纳总结,不仅能促进实习医师掌握临床工作基本规范与程序,也有利于提高临床医师的教学水平和临床工作能力,达到教学相长的目的。

二、教学查房的基本要求

- 1、各临床科室应制定学期教学查房计划和安排表,并按照计划认真执行。
- 2、教学查房由主治医师以上职称教师主持,也可根据病区情况由教学经验丰富的高年住院医师或具有高级职称的教师主持,下级医师和实习医师全部参加,并指定专人认真做好教学查房记录。
- 3、病区的教学查房一般每周至少 1 次。
- 4、教学查房前教师应选择典型病例或利于对某一症候进行鉴别分析的病例。
- 5、教学查房前教师应事先告知实习医师所查的病例,实习医师应提前做好准备。
- 6、主持教学查房的教师应根据科室安排,事先做好准备,并写出教学查房教案。
- 7、教学查房时间应与医疗查房时间错开,以尽量减少对日常医疗工作的影响。
- 8、注意保护性医疗制度,为病人保守医密,要有爱伤观念,查体部位不应暴露太多,时间不宜太长。
- 9、教学查房应以实习医师为授课对象,按教材规范进行授课。查房时间均要求适当的应用英语关键词和对话。

三、教学查房对医师的要求

为提高临床教学查房质量,查房者应做到:

- 1、教学查房前应认真准备,明确查房任务并达到查房的预期目的。
- 2、查房中认真听取实习医师或住院医师作的病例报告。
- 3、认真检查下级医师的病例记录和有关检诊报告。
- 4、检查下级医师工作质量,包括诊断及诊断措施、治疗措施与治疗效果等,及时做出评价及修正。
- 5、主治医师应积极组织教学查房,指导下级医师进行临床教学、系统分析病情、检查和治疗。

6、结合临床实际介绍医学新进展。

7、注意培养下级医师医德医风、业务素质 and 临床教学意识。

教学病例讨论制度

教学病例讨论是实习阶段培养学生临床诊断、治疗、预后估计等决策思维的重要教学活动之一。其目的在于培养学生通过学习理解医学前辈、上级医师的知识经验,构建分析和解决临床问题的能力,特别是培养自学和口头表达能力。

一、病区的教学病例讨论一般每两周举行 1 次。

二、主持医师一般应为主治医师以上职称,并有较丰富的教学经验和临床经验。

三、教学病例讨论应以学生为主体,选择典型或虽不典型但有助于掌握基础理论、基本知识的病例。主持医师可以安排学生事先分工准备,查阅教材和参考书,在讨论中积极主动地发表意见。

四、主管实习医师汇报病历。

五、主持医师应事先作好备课,在讨论中按教学意图,引导和组织学生就病史的完整性,必要的辅助检查、诊断和鉴别诊断及其依据、治疗方案的选择等展开充分讨论。

六、讨论结束时由主持人做归纳和总结,认真记录。

临床科室实习小讲座制度

实习小讲座是结合临床,特别是学科的专业实际展开理论教学为主的一项重要教学活动。不是理论大课的重复而应着重于指导医学生运用理论知识解决临床实际问题,也是培养年轻医师授课教学能力的有效方法。

一、实习小讲座以实习病区或专业为单位组织,每周 1 次,每次 1 小时左右。

二、讲课教师以资深住院医师以上职称者担任为宜,应有讲稿或课件。

三、科室应根据教学大纲和实习手册要求确定讲课内容,并将其列入实习教学计划。

四、实习小讲座不应简单重复理论内容,应从临床实际工作的角度对理论知识进行综合归纳,以求融会贯通,特别要突出知识的横向联系。可以症状或症候群为题目,把相关疾病的知识串联起来,开阔学生思维,以利于培养学生临床分析能力。也可以本病区特有的业务内容作为讲座题目,以补充教材与理论课的不足。

五、在讲座中,讲课医师应启发学生积极思考,鼓励提问,培养主动探索精神,改善教学效果。

六、讲座后应做好详细记录,内容包括时间、地点、主讲医师情况、参加学生人数及讲课内容提要等。

临床见习规定

为了使学生在学习有关临床课程中，加深和巩固所学理论知识，贯彻理论联系实际的原则，为临床实习打下良好的基础，特制定见习规定如下：

一、科教科根据临床理论课进度和临床见习计划要求，及时向有关科室布置、落实见习内容及要求，经常督促检查。

二、各科室在接到见习计划后，必须认真安排带教人员，指定 1 ~ 2 名高年住院医师以上的人员具体负责进行见习带教（有条件者，教师与学生比应小于 1:10）。

三、见习一般根据教学进度作安排。

四、见习带教老师要有高度的事业心和责任心，具有良好的职业形象，为人师表、热心教学、关心学生。带教老师应全面了解讲课内容和本专业收住病人情况，尽量让每一位见习医生见到典型的病人，典型的体征和常规诊疗方法。在带教过程中，带教老师应根据临床教学内容和教学大纲向见习学生提问，做必要的解答和指导。

五、科室要做好见习带教记录，内容包括见习带教时间、带教人员、见习病种及床位、见习学生年级。带教结束后将见习带教记录及时交归档保管。

六、见习医生进入临床，必须在带教老师指导下进行学习，要服从带教老师的指导，遵守医院各项规章制度和临床科室的规定。保持病区等医疗场所的工作秩序，严禁打闹。不准迟到、早退或随意离开，如有特殊情况，须事先向带教老师报告，待批准后方可离去。

七、见习医生进入病房，要衣帽整洁，注意仪表，认真听讲并记录。要爱护公务，注意节约，物品用后放回原处。

八、要树立高度的爱伤观，关心、体贴病人，不因见习而增加病人的痛苦。

教学工作质量考核办法

每月由科教科定期进行教学工作质量考核评分，对各科室在实习带教、见习带教、理论课教学、教学记录几个方面根据考核指标进行考核。考核结果与科室奖金、评教学先进挂钩。

一、实习带教

1、教学查房：按照医院规定的教学查房要求认真安排及落实。科室应每周安排 1 次教学查房，查房老师应为主治以上职称人员，要求实习学生汇报病历，并做好教学查房记录。教学查房无安排、未落实者、教学查房不规范者扣分。

2、临床操作带教：实习医生要在老师指导下进行各项操作，完成实习大纲规定的各项操作项目，手术科室每台手术（不包括复杂疑难手术）均要求安排一实习医生上台，在老师指导下学习外科基本操作技术。

3、实习病历：要求实习医生在病人入院 24 小时内完成实习住院病历及首次病程记录，上级医生 48 小时内认真修改实习病历及病程记录。考核查看学生病历及上级医生修改情况。

4、实习讲座：各科室根据实习大纲要求，每周安排一次实习讲座。考核查看实习讲座安排表及

记录无安排或落实不好、无记录扣分。

5、实习出科考试：要求各科实习结束均应进行出科考试。考核查看出科考试试卷，出科考试落实不好扣分。

6、实习管理：科室对学生要严格管理，要有专人负责。检查发现有违反规定现象扣分。

二、见习带教

科室要认真按照医务部见习计划要求安排学生见习带教，根据医院临床见习带教有关规定，见习有专人带教，带教教师应为高年住院医师以上职称人员，每次见习带教时间应按要求 2 ~ 3 学时，并认真做好带教准备。考核查看科室见习带教人员安排、落实情况。不符合要求扣分。

三、理论课教学

授课老师要认真备课按有关规定要求认真书写教案，制作多媒体课件。讲课认真按照教学日历安排内容按时完成，上课不迟到、不早退、不缺课，不能擅自调换讲课人员或讲课时间。考核检查理论课完成情况。不符合要求扣分。

教学先进评选办法

一、教学先进集体评选办法

- 1、科室团结，积极承担教学任务，教学工作名列前茅。
- 2、教研室教学资料完整、齐全，教案书写认真及时。
- 3、科室医疗工作成绩质量高，名列前茅。
- 4、实习评议 ≥ 90 分。

二、教学先进个人评选办法

1、在教学工作中树立“以人为本，以学生为中心，以教学质量为核心”的理念，医德医风端正，思想作风正派，为人师表，主动承担并认真完成教学工作。全年无违纪现象及医德医风、医疗纠纷、无投诉、无差错事故。

2、理论课教学本年度超过（或等于）本专业授课人员平均学时，理论课评议 ≥ 85 分。

3、实习带教认真，主动认真完成科室安排的带教任务，带教效果好。

4、积极投身教学改革和教学研究，采用教学新方法，并被推广，取得良好效果。

注：推荐人选应符合第 1 和第 2、3 条其中一条，第 4 条为加分因素。

进修医师管理制度

一、我院接收进修人员条件：依法取得执业医师资格，经注册在医疗、预防、保健机构中执业的专业医务人员；正规医学院（校）毕业，基层医院工作本科毕业工作 3 年以上，大专、中专毕业后工作 5 年以上具有专业实践经验者。对患有传染病、慢性疾病、结婚、怀孕、哺乳期、照顾病人的医师以及在进修期间有晋升、调动、考试、上学等特殊情况者，拒绝当年来我院联系进修学习。

二、进修申请流程

(一) 采取单位推荐、我院考核相结合的方法,择优录取。凡拟来我院进修人员,必须填写进修申请表,由选派单位签署意见盖章后返回我院科教科,经审查合格后择优录取。

(二) 进修医师收到我院进修同意公函后,在规定时间内来科教科报到。

(三) 科教科为来我院进修人员安排岗前培训,并介绍进修科室的一般情况和进修期间的指导老师。

三、进修人员监督和管理

(一) 进修前必须接受岗前培训:包括医院规章制度、医院病历书写指导和管理规范等内容。

(二) 进修期间应遵守我院各项规章制度,坚守工作岗位,服从科室工作安排,规范服务,不得利用工作之便收受钱物,一经发现按医院有关规定处理并通知原单位。学习期间无探亲假、寒暑假、教学假,不得在工作时间内到院外参加各种会议。平时不准攒假休息和私自换班,有特殊情况可请事假。进修人员不能相互开假条,因病、事假耽误的学习时间,在进修期满后不顺延。请假超时不归者按终止进修处理。

(三) 进修人员的进修科目和时间按照进修计划执行,不得任意变更进修专业和延长进修时间,如中途调回本单位或根据本单位工作需要变更专业、缩短或延长进修时间者,需经原单位来函说明情况,根据接收科室工作安排协调后办理手续。

(四) 进修人员报到时各种费用一次性交清,对中途自动终止学习者,不做书面鉴定,不发结业证书,不退还所交的一切费用。

(五) 进修医师无论在原单位任何职称,在我院进修期间均按低年住院医师管理,遵照三级医师负责制,诊疗工作中遇到疑难问题,应及时请上级医师指导,以防止差错事故发生。进修医师不独立值班及独立进行各种医疗活动。

(六) 所有进修人员均不安排住宿。

(七) 进修人员产生医患矛盾时的处理

1、因服务态度不好,病人投诉情况属实者,第一次给予警告;第二次记录在本人鉴定上,留院查看2周;第三次退回原单位。

2、无论何种原因引发医患矛盾或产生纠纷,患方要求解决问题的,进修医师要参与处理,直至解决。

3、工作期间在本院上级医师带教指导的情况下出现的医疗差错、纠纷,视情节轻重给予相应处理。在没有请示和上级医师指导的情况下,违反医院制度私自处理病人出现的医疗差错和医患纠纷由当事人负直接责任,违犯法律的承担法律责任。

4、凡患方投诉或出现医患纠纷有赔偿情况的,视当事人引起纠纷的原由、事态程度及认识态度,根据医院医患纠纷处理制度承担相应经济责任。

四、进修医师职责

(一) 病人入院后,进修医师应对病人作自我介绍,及时询问病情、查体并向上级医师报告病人情况;在上级医师指导下严格按医疗规章制度和技术操作规程完成各项诊疗措施及日常医疗工作。

(二) 一般病人在2小时内、危重病人应立即在上级医师指导下完成相关的诊断治疗医嘱。第二天查房前,完成入院记录、首次病程记录等医疗文书的书写。

(三) 进修医师须分管3-5张床位,并书写入院记录、病程记录,书写质量作为结业考核标准之一。若出现丙级病历一次者或出现乙级病历二次者,不发结业证和结业鉴定。

(四) 进修医师不得独立值班和独立进行医疗活动。应在上级医师指导下负责主管住院病员的有关诊疗事宜。如出现危重、疑难问题应及时向上级医师汇报。

(五) 进修医师应每天至少巡视病房3次以上,下午下班前必须跟随上级医师进行下班前的“晚间查房”。

(六) 进修医师下班时,应向有关值班医师交班,交班时应与值班医师一起巡视病房,对危重病员要进行床前交班,并填写交班记录。

(七) 进修医师值班时,应提前到达科室,接受各级医师交班,接班后及时巡视病人,对危重病员要重点观察,并做好病程记录及接班记录。

(八) 医技科室按相关专业完成学习计划。

(九) 进修期间必须参加医院学术讲座及医务部组织的大病例讨论,并将听课题目及主讲人填写在结业鉴定上,作为结业鉴定内容之一。

(十) 进修期间做好传染病疫情报告的填写工作,必要时参加公共突发事件的抢救工作。

五、进修医师请假规定

(一) 进修学习期间不得迟到、早退、无故旷工。未经批准缺岗者按旷工处理,退回原单位。

(二) 凡来电报、电话请假一概无效,否则按旷工处理。

(三) 患病的进修医师须持我院主治医师以上人员开具的病假证明、病历到医务部领取进修医师请假条。

(四) 进修人员请假1天,由科主任批准;2天及以上报科教科批准,请假超过5天者需持原单位准许意见,到科教科填写请假条,科主任签字后由科教科审批后方可离院。期满后到科教科销假;对逾期不归者按旷工处理,全年病事假超过30天者不发给结业证书;

六、进修结束期满后填写学习小结,由科主任、带教老师、讨论后作出评语,鉴定、考试考核合格者发给结业证书。

七、进修人员在我院进修期间接触X线、传染病、值夜班等,科室负责人开具证明,进修期满后同个人鉴定加盖公章后发放原单位。

八、科教科统一管理进修医师的教学工作。各科室由分管主任、带教老师专人负责,并派有临床经验的医师进行教学指导。各科室应做好进修人员轮转工作,不定期开展业务讲座,并做好记录。

九、进修期满应于一周内办好离院手续,否则,不予进修鉴定及退还管理押金。

十、任何科室或个人不得私自安排进修医师进修学习,一旦发现,扣罚该科室绩效考核分,并全院通报批评。

医务人员外出进修管理规定(试行)

为进一步加强人才培养力度,加快推进学科亚专业建设工作,提高我院整体业务能力和学术水平,完善人才梯队,实施人才兴院、科技兴院,合理、有序地安排医务人员外出进修学习,特制定本管理规定:

一、医院鼓励和支持医务人员外出进修学习,凡符合下述规定者,均可申请外出进修学习:

1、爱岗敬业,工作积极,团结同事,思想进步,业务素质较高,安心本职工作,遵守医院的规

章制度，服从科室及医院的工作安排，且有一定的可塑性；

2、具有执业医师资格及执业证（技师类除外）、具备中级技术职称，具有良好的医德医风，有一定的专业理论和临床实践经验；

3、从事本专业工作以来未发生过重大医疗事故，在历次院内医疗文书质量检查中无严重违反医疗文书质量标准的情况；

4、工作年限：分配考入或调入我院工作满3年以上。

二、进修类型及审批流程

（一）初次外出进修：

1、进修时间一般为6-12个月。

2、各科室于每年11月初将下一年度医务人员初次外出进修计划(填写初次进修申请表)整理汇总，并对申请人员进行资格审查后，提交科教科，经院领导会议讨论通过确定下一年度医院初次外出进修计划。

3、对计划外的人员申请初次外出进修，医院原则上当年度不给予批准。

4、初次外出进修申请每年度审批一次。

（二）亚专业方向进修：

1、进修时间3-6个月。

2、初次外出进修后确定亚专业方向并明确亚专业分组的人员，可以申请进行第二次亚专业方向进修。

3、申请亚专业方向进修至少应在初次外出进修2年后，根据科室亚专业发展由个人提出申请，亚专业组组长签字同意后，报医务部审核汇总后提交院领导会议研究。

4、亚专业方向进修申请每季度审批一次。

（三）出国研修：

1、出国研修时间根据国家、省卫计委及其他相关派出文件确定，一般3-6个月。

2、医院科教科接到国家、省卫计委相关部门出国研修项目通知，汇报院领导同意后，组织院内符合条件人员报名。汇总全部个人申请，根据要求组织进行外语笔试及或口语遴选，按照考核成绩及文件要求遴选，报经院领导会议研究确定出国研修人员名单，出国研修专业方向应与个人在本科室已明确的亚专业方向一致。

3、按照出国研修项目通知要求，组织相关通过审批人员参加省级考核遴选，通过省级考核遴选人员需再次汇报院领导审批后确定。

三、外出进修审批程序

1、已获批准初次、亚专业进修或出国研修人员，接到进修或出国研修通知后填写外出进修审批表，经科主任或亚专业组组长、职能部门及院领导签字同意，持进修通知书或出国研修通知文件、外出审批表（复印件）到科教科登记备案、签订外出进修或出国研修协议（一式三份）及办理其它相关外出手续。

2、已获批准的进修计划当年（截止12月份）有效，超过时间未外出进修的需重新进行下一年度申请。

3、外出进修人员的进修费及来回交通费由医院报销，按枣医政发〔2014〕88号《枣庄市立医院差旅费管理办法》中相关规定执行，未经院领导批准者，一切费用自理。

4、出国研修按照项目文件要求，在院领导会议确定后报人力资源部，按照出国研修项目通知内容办理相关出国研修准备手续（政审、护照、相关外事资料及研修资金支出手续等）。

四、外出进修学习或出国研修期间，医务人员必须遵守进修医院或研修所在国的相关管理规定。由于不能遵守进修医院或研修所在国的相关规章制度，出现医疗过失、纠纷、医疗事故并被退回或不能完成进修研修任务的，医院将对其全院通报批评，所产生的一切费用医院不予承担，五年内不再享有各种形式的进修、培训机会。

五、外出进修或出国研修结束后，在返院一月内由科室安排进修汇报，并携汇报材料、进修证、结业鉴定及其他相关手续、发票到科教科办理报销手续，逾期不予报销。出国研修结束后逾期不归的人员，按照国家相关法律法规条款执行处罚。

六、外出进修或出国研修期间，在晋升、晋级、职称评聘、工龄计算等方面享受与在职职工同等的待遇，其他权利与义务详见枣庄市立医院外出进修或出国研修协议书。

七、本规定自下发之日起执行，既往与本规定不同之处，以本规定为准。

八、本规定最终解释权属医务部、科教科。

附件：

- 1、枣庄市立医院初次外出进修申请表
- 2、枣庄市立医院亚专业方向进修申请表
- 3、枣庄市立医院初次外出进修协议书
- 4、枣庄市立医院亚专业方向进修协议书
- 5、枣庄市立医院出国研修协议书

附件 1:

枣庄市立医院初次外出进修申请表

姓名		性别		年龄	岁	照片
毕业学校		学历		职称		
所在科室		工作年限（我院）		年		
进修医院		进修专业				
进修期限	月	联系电话				
进修起止日期：201 年 月 日至 201 年 月 日						
取得（执业、助理）医、技师资格时间： 省 市 年 月						
曾 进 修 经 历	曾经进修医院	曾经进修专业		起止时间		
工 作 简 历	申请人签名： _____ 年 月 日					
科主任审批： _____ 年 月 日						

附件 2:

枣庄市立医院亚专业方向进修申请表

姓名		性别		年龄	岁	照片
毕业学校		学历		职称		
所在科室及亚专业		工作年限（我院）		年		
进修医院		进修亚专业方向				
进修期限	月	联系电话				
亚专业方向进修起止日期：201 年 月 日至 201 年 月 日						
曾 进 修 经 历	曾经进修医院	曾经进修专业		起止时间		
工 作 简 历	申请人签名： _____ 201 年 月 日					
拟开展亚专业业务说明						
亚专业组长意见： _____ 年 月 日						
医务部意见： _____ 年 月 日				院领导意见： _____ 年 月 日		

附件 3:

枣庄市立医院初次外出进修协议书

甲方：枣庄市立医院

乙方：

枣庄市立医院职工（乙方） 同志被选送到 医院进修，专业 ，时间 年，（自 年 月 日至 年 月 日）。为维护双方的利益，经双方协商同意达成以下协议：

一、乙方进修期间，晋升、晋级、职称评聘、工龄计算，享受在职职工待遇。

二、乙方在进修期间，甲方支付工资（包括基本工资、津贴补贴等）及各种保险金。

三、按院规定，乙方在进修期间报销进修费 元，住宿费： 元（按每天 50 元标准凭据内报销）。进修一年者，报销两次往返车票（不足一年者报销一次）。其它费用如伙食管理费、工作服费、材料费、保健费、暂住证及人身保险费等不予报销。

四、凭进修单位证明发放夜班费（按本院夜班费标准执行，每月不超过 5 次，一年最高 60 次）。

五、乙方进修结业后，返院工作不足五年者，不得提出调离或辞职，否则甲方将依法追回进修期间所支付的工资（包括基本工资、津贴补贴等）、各种保险金、保健费及所报销的各种进修费用，并向甲方交纳违约金 5 万元。

六、乙方进修期间要认真学习，努力工作，遵纪守法，接受所在医院管理，在上级医生指导下进行工作学习，防止各类医疗差错、事故的发生，否则责任自负，医院不负连带责任。

七、乙方学习期满后，应在一周内回医院上班，超过时间按旷班处理。

八、乙方回院上班一月内应将所借款项归还完毕。

九、乙方回院后要要进行新业务、项目开展及进修业务汇报会。

本协议一式三份，甲方分管部门科教科、人力资源部及乙方各执一份，经甲、乙双方签字盖章后生效，不得违约，违约者后果自负。

甲方：枣庄市立医院

乙方：

年 月 日

年 月 日

附件 4:

枣庄市立医院亚专业方向进修协议书

甲方：枣庄市立医院

乙方：

枣庄市立医院职工（乙方） 同志被选送到 医院进修，亚专业方向 ，时间 月，（自 年 月 日至 年 月 日）。为维护双方的利益，经双方协商同意达成以下协议：

一、乙方进修期间，晋升、晋级、职称评聘、工龄计算及住房，享受在职职工待遇。

二、乙方在进修期间，甲方支付工资（包括基本工资、津贴补贴等）及各种保险金。

三、按院规定，乙方在进修期间报销进修费 元，住宿费： 元（按每天 50 元标准凭据内报销）。进修半年者，报销两次往返车票（不足半年者报销一次）。其它费用如伙食管理费、工作服费、材料费、保健费、暂住证及人身保险费等不予报销。

四、凭进修单位证明发放夜班费（按本院夜班费标准执行，每月不超过 5 次，一年最高 60 次）。

五、乙方进修结业后，返院工作不足五年者，不得提出调离或辞职，否则甲方将依法追回进修期间所支付的工资（包括基本工资、津贴补贴等）、各种保险金、保健费及所报销的各种进修费用，并向甲方交纳违约金 5 万元。

六、乙方进修期间要认真学习，努力工作，遵纪守法，接受所在医院管理，在上级医生指导下进行工作学习，防止各类医疗差错、事故的发生，否则责任自负，医院不负连带责任。

七、乙方学习期满后，应在一周内回医院上班，超过时间按旷班处理。

八、乙方回院上班一月内应将所借款项归还完毕。

九、乙方回院后要要进行新业务、项目开展及进修业务汇报会。

本协议一式三份，甲方分管部门科教科、人力资源部及乙方各执一份，经甲、乙双方签字盖章后生效，不得违约，违约者后果自负。

甲方：枣庄市立医院

乙方：

年 月 日

年 月 日

附件 5:

枣庄市立医院出国研修协议书

甲方：枣庄市立医院

乙方：

枣庄市立医院职工（乙方同志被选送到 国 医院出国研修，专业 ，时间 月，（自 年 月 日至 年 月 日）。为维护双方的利益，经双方协商同意达成以下协议：

一、乙方出国研修期间，晋升、晋级、职称评聘、工龄计算及住房，享受在职职工待遇。

二、乙方在出国研修期间，甲方支付工资（包括基本工资、津贴补贴等）及各种保险金。

三、按院规定，乙方在出国研修期间按照研修项目通知要求报销相关出国研修费用元，项目通知要求之外其它费用不予报销。

四、乙方出国研修结束后，返院工作不足五年者，不得提出调离或辞职，否则甲方将依法追回出国研修期间所支付的工资（包括基本工资、津贴补贴等）、各种保险金、保健费及所报销的各种费用，并向甲方交纳违约金 10 万元。

五、乙方出国研修期间要认真学习，努力工作，遵纪守法，接受研修所在国家医院相关部门管理，在上级医生指导下进行工作学习，防止各类医疗差错、事故的发生，否则责任自负，医院不负连带责任。

六、乙方出国研修学习期满，应在一周内或项目规定时间回医院上班，逾期不归的按照国家相关法律法规条款执行处罚。

七、乙方回院上班一月内应将所借款项归还完毕。

八、乙方回院后要要进行新业务、项目开展及研修业务汇报会。

本协议一式三份，甲方分管部门科教科、人力资源部及乙方各执一份，经甲、乙双方签字盖章后生效，不得违约，违约者后果自负。

甲方： 枣庄市立医院

乙方：

年 月 日

年 月 日

重点学科管理办法（试行）

第一章 总则

第一条 为建立重点学科科学化、规范化管理机制，促进我院重点学科健康发展，充分发挥重点学科在医学科技创新和人才培养等方面的优势作用，根据《枣庄市医学重点学科管理办法（试行）》文件精神，结合我院实际情况，特制订本办法。

第二条 重点学科建设是医院发展的一项长期的、根本的战略任务，是充分发挥临床学科优势、提高技术水平、增强科研能力、锤炼专业队伍的基础工作，也是扩大医院内涵实力，加快医院发展的重要措施。

第三条 重点学科分为国家级、省级、市级和院级重点学科。凡被评为国家级、省级和市级的重点学科同时列为院级重点学科进行管理。

第二章 组织管理

第四条 医院成立重点学科建设领导小组，下设办公室（设在医务部），成员由院领导、学科负责人及各有关职能部门负责人组成。

领导小组的职责任务：负责重点学科管理工作，落实解决在学科建设和管理过程中产生的人、财、物等方面的重大问题，负责人力、后勤、医疗、护理、药剂、器械等方面工作的组织、领导、督查，保障重点学科各项工作有序开展。

领导小组办公室的职责任务：

1、负责重点学科有关管理办法的制定、实施及督导；

2、执行重点学科建设领导小组的决议，落实交办的工作任务；

3、负责重点学科的日常管理工作，协调重点学科建设中的具体问题和事项，全面掌握各重点学科建设发展情况；

4、收集、整理、归档各重点学科建设的有关资料；

5、负责重点学科经费使用的管理和监督；

6、检查、监督重点学科建设规划执行情况。每半年督导各重点学科进行自查，总结自查结果报院学术委员会会议审阅；年终协助上级管理部门做好省、市级重点学科建设工作的评估和验收，同时组织院级重点学科的年度考核。

第五条 重点学科建设实行院、科两级管理，以学科管理为主。重点学科带头人为第一责任人，负责涉及本专业学科建设的全面工作。重点学科所在科室设立专业组，具体制定该学科发展及工作计划、经费使用计划、开题论证及组织学术活动，完成重点学科建设任务。专业组成员由学科带头人、正副主任、学科秘书、学科骨干等相关人员组成，组长由学科带头人担任，学科秘书负责重点学科建设的日常事务工作。

第六条 重点学科设学科秘书一人，接受学科带头人的领导，主要承担以下职责：

1、负责重点学科有关设备、材料的申购及日常保管、维护、使用。

2、负责各种文件、资料及学科档案的收集与管理。

3、协助学科带头人做好科研项目申报、成果验收上报、学术活动组织、有关检查汇报等工作。

- 4、协助学科带头人做好专项经费的申请、报批及使用管理工作。
- 5、协助学科带头人做好内部协调、对外联络及宣传、网络建设等管理工作。
- 6、完成学科带头人交办的其他工作。

第三章 建设目标和任务

第七条 实施重点学科培育工程，根据医疗技术能力、科研学术水平等选取院级重点学科，作为申报更高层次重点学科的后备队，在资金、人力和物力方面给予扶持，使之逐步形成自身特色和优势，达到市级、省级乃至更高层次重点学科水平。

第八条 提高科研水平和创新能力，推动医院科研工作全面发展。重点学科要根据医学科技和医院的发展需求，明确方向，重点突破，力争取得标志性科研成果，使学科科研水平和创新能力有较大的提高。

第九条 根据学科建设方向，选准重点诊疗病种及优化方案，积极参与医疗市场竞争，加强国内外临床合作和交流，引进和推广新技术，进一步培养和发展学科优势。

第十条 以人为本，培养人才，锻炼队伍。通过重点学科建设，培养一批高素质、高水平的学科带头人及学术骨干。形成一批德才兼备、结构合理、特色鲜明、具有较高水平和能力的学科队伍。

第十一条 通过重点学科建设，优化科研与临床的紧密结合，使科研能力的提高和临床医疗水平的提高相互推动，进一步形成医疗特色和优势。

第十二条 通过重点学科建设，优化科研平台，使科研和教学更好地相结合，以科研促教学，进一步提高教学质量和水平。

第四章 申报范围和条件

第十三条 重点学科申报范围：全院各专业学科。

第十四条 重点学科申报条件：具有一定的学科优势，医、教、研综合水平较高，已形成科学合理的人才梯队，有较高的专业影响力和发展潜力。

1、学科发展方向。有重点学科建设三年发展规划和年度计划；已形成两个以上明确、稳定且具有优势的研究方向，至少有一个研究方向处于国内领先水平，能够对本学科的发展起较大推动作用。

2、学术队伍及人才培养。学科带头人应具有高级职称，担任市级专业委员会副主任委员以上职务。学术梯队结构合理，专业技术队伍中学历及职称结构达到国家级、省级、市级重点学科相应创建要求，所有成员从事专业必须与学科研究方向一致。综合实力相同情况下，拥有国务院特殊津贴人员和市级以上有突出贡献的中青年专家的优先考虑。

3、质量指标。技术精湛，服务优良，临床科室疑难病人诊断符合率 $\geq 90\%$ ，危重病人抢救成功率 $\geq 90\%$ ，出入院诊断符合率 $\geq 95\%$ ；病床使用率 $\geq 90\%$ ，病人平均住院天数符合医院制定的学科标准，病床周转次数 ≥ 19 次/年；甲级病案率 $\geq 95\%$ ，无丙级病案；近三年未发生过医疗事故和重大医疗纠纷。

4、科研与学术水平。近三年承担市级以上科研项目 ≥ 2 项，获市级科技进步二等奖以上奖励 ≥ 2 项，所承担科研项目及获奖课题必须符合专业研究方向。发表的学术论文被SCI收录，或在中国中文核心期刊发表论文 ≥ 2 篇，其中论著 ≥ 1 篇。

5、学术交流。近三年承担市级以上继续医学教育项目 ≥ 1 项。

- 6、学科建设。已列入医院重点建设计划，近3年为医院的重点扶持对象。

第五章 申报与评审

第十五条 重点学科以学科专业为单位申报，按申报条件填写重点学科申报表，并对所申报学科专业的现状及发展方向进行科学分析，与省内或市内外同类学科专业进行比较，材料报送医院重点学科建设领导小组办公室。

第十六条 重点学科评审工作，由医院重点学科建设领导小组办公室组织实施，医院学术委员会专家评审，并报请院党政联席会议研究确定。院级评审通过者逐级推荐至上级评审机构进行评审。

第十七条 评审合格者，由各级评审机构认定为各级重点学科，并与医院及评审机构签订为期三年的重点学科建设责任书。

第十八条 重点学科每三年为一个评审周期，期满参加医院及评审机构组织的验收，与下一批重点学科评审同期进行。

第六章 重点学科管理

第十九条 重点学科由医院或评审机构颁发证书，学科带头人由院长聘任。医院对重点学科带头人的任务目标以责任书的形式下达确定。

第二十条 重点学科每年接受医院及评审机构组织的年度考核，重点考核建设任务完成及经费落实、使用情况。

第二十一条 重点学科每三年接受医院及评审机构组织的周期验收，重点验收三年目标责任书完成及经费落实使用情况。

第二十二条 重点学科的主要职责：

1、做好学科规划。兼顾近期和远期，体现科学性、先进性和可操作性。规范目标发展方向，在一定时间内保持相对稳定，努力形成特色优势学科，在区域内保持明显的领先地位。

2、抓好队伍建设。加快培养创新型学科带头人及结构合理的人才梯队。注重引进高学历、高职称人才，对特色学科、特殊专业人才可破格引进。

3、加强学科建设。主要是实验室工作环境、技术装备和技术队伍建设，合理有效地使用重点学科建设经费。

4、建好学科档案。重点学科应建立专业档案，包括科学研究档案、参加国际和国内学术会议资料档案（包括会议通知、程序、总结等）、专项仪器设备配置档案、技术档案（含审批手续、开展情况统计、经验总结、技术损害事件处理情况等）、图书期刊资料档案、人才培养档案、参加国内外培训和研修档案等。

5、搞好对外交流。重点学科应积极组织本学科人员参加国内外学术研讨活动，定期向国内外派送研修人员，积极学习和引进国内外先进技术。

6、按时完成任务目标。重点学科必须严格遵守医院有关规定，建立健全内部管理制度，规范业务范围，完善操作规程，确保专业质量并按时完成学科建设目标。

第二十三条 保障措施：

1、医院对重点学科人员编制、人才引进、职称晋升、进修培养和参加国内外学术活动给予优惠政策，同等条件下优先安排。

2、医院对重点学科带头人及后备人员给予重点推荐和宣传。

3、优先支持重点学科科研立项、报奖和新技术、新项目推广运用，支持申报高级别科研项目，对于限额申报的市级项目给予政策倾斜。

4、优先考虑重点学科设备配置，对于使用重点学科经费所购置的医疗设备不计提折旧费。

5、对评为省级及以上的重点学科，在建设资金投入方面实行倾斜政策，强化支持条件做大做强，在新设备购置，新技术、新项目引进及实验室建立等方面予以优先、优惠支持。

第二十四条 对符合申报市级以上重点学科标准要求的院级重点学科，医院积极创造条件申报。

第七章 经费管理

第二十五条 前期申报经费。为鼓励各学科积极参加各级重点学科评审工作，医院按照参评级别给予前期申报经费支持。对成功推荐到市级、省级、国家级重点学科评审机构参加评审的学科，分别给予3000元、1万元、3万元经费补助，用于评审材料印刷费、差旅费、劳务费等。

第二十六条 医院按照先考核、后拨款的补助原则，对各级重点学科给予年度学科专项经费支持。

对被评为国家、省、市、院级重点学科的，每年度分别给予20万元、10万元、3万元、1万元经费，连续三年。

认定当年度直接给予专项经费资金支持，第二、三年度视考核情况决定资金支持力度。当年考核合格的继续拨付下一年度建设经费50%经费，考核不合格的予以警告并限期整改，整改仍不合格者取消当年经费。三年管理期满后，根据周期验收结果，合格者补发剩余经费，不合格者取消补发。

专项经费支持按最高级别不重叠资助，各级别合计最长资助三年。

现已评为市级、省级重点学科的，给予相应级别年度专项经费，连续三年，同时纳入以上考核管理及经费管理。

第二十七条 医院鼓励重点学科在院外争取资助经费。对争取到省级及以上重点资助的资金，医院按1:1的比例给予配套补助。

第二十八条 重点学科建设资金投入原则上不少于医院上年业务收入的1%，并进行专项记录管理。重点学科带头人根据年度学科建设计划及经费使用范围制定合理的经费预算计划，统筹安排涉及本专业学科的经费使用比例，经医院重点学科建设领导小组办公室会同计划财务部审核，报分管领导和领导班子办公会议审批，同意后方可拨款使用。

第二十九条 各类学科经费要确保专款专用，纳入医院财务统一管理。计划财务部要建立重点学科专项帐户和收支明细帐。主管部门和学科带头人也要建立账务副本，掌握和监督经费使用情况。重点学科带头人负责本学科专项经费合理使用管理，严格执行使用审批程序，接受财务、审计科室的监督。

第三十条 经费的基本使用范围：

1、院级以上科研课题的配套费用。

2、购置本科室基本配置以外，用于开展新技术、新项目、科研所急需的医疗、科研设备、仪器、试剂、书籍、工具软件及订阅外文期刊（购置前须经医疗器械管理委员会及相关人员论证，以免重复购置及浪费）。

3、用于本学科业务骨干的培训，包括国内外短期进修、学术交流及参加短期学习班等。

4、开展继续教育项目和学术交流所需费用，如请相关专家讲课、技术指导及示范手术等。

5、引进新技术、新项目和新方法临床准入的研究。

6、用于补贴科内已获准立项的科研项目的经费缺口及用于本学科自选科研课题的启动、维持经费。

7、科研查新、论文发表费用。

第八章 考核与奖惩

第三十一条 重点学科考核分年度考核和周期验收。

1、年度考核：每年12月底，由医院重点学科建设领导小组办公室根据《重点学科建设责任书》的内容对重点学科进行年度目标考核，出现1项不达标者给予警告，2项不达标者视为年度考核不合格。

2、周期验收：三年管理期满，由院学术委员会组织专家评审组对重点学科三年发展情况进行验收，具体考核指标见《重点学科发展量化评估表》。

第三十二条 奖励。凡被评为国家级、省级、市级、院级重点学科的，一次性给予该学科带头人10万元、3万元、1万元、3000元的奖励，用于学科带头人的技术交流提高。

第三十三条 处罚。对两次年度考核不合格或周期验收不合格者，撤销重点学科资格，并依照《枣庄市名优学科及学科带头人管理办法》及《枣庄市重点学科管理办法》给予相应处罚。

1、评选先进时对学科带头人实行一票否决。

2、在管理期内取消对学科及学科带头人申报科研课题的优先立项支持。

3、在管理期内取消对学科及学科带头人优先参加业务进修、学习及参与国内外学术交流、合作研究等支持。

4、医院将全额追回对学科在管理期内用于科研、人才培养及学术交流等已投入的经费，并从科室绩效工资中逐月扣除。

5、三年管理期结束后，取消申报下一周期重点学科的资格。

第三十四条 在年度考核及周期验收中出现下列情况之一者，由院学术委员会讨论，将根据具体情况，给予限期整改、停止资助、撤销重点学科资格、追究学科带头人责任、追扣全部或部分资助处罚。

1、阶段性规划目标未完成；

2、连续三年未获得枣庄科技进步奖二等奖及以上科技成果奖和无成熟的新技术开展；

3、科室整体水平和重点学科与基线水平相比没有明显提高；

4、经费管理不善、挪用专项资金、损害学科利益，造成不良影响或后果的。

5、违反法律被追究刑事责任的；

6、发生违规、违纪行为，受到党纪、政纪处分的；

7、发生由医方承担主要责任的二级及以上医疗事故的；

8、对群众举报有收受红包、回扣、开单提成、炒转病人及私收费等行为，经调查属实的；

9、因个人过失给国家、集体、他人造成重大损失或严重后果的。

第九章 附 则

第三十五条 本办法适用于各级重点学科，未尽事宜或有抵触者，按上级有关规定执行。本办法自下发之日起执行，原管理办法同时废止

继续医学教育管理规定

第一章 继续医学教育实施及管理

一、继续医学教育的指导思想

继续医学教育是卫生队伍建设的重要内容，必须坚持以邓小平理论为指导，适应医学科学技术的发展和社会的实际需要，面向现代化，面向世界，面向未来。

二、继续医学教育的目的

继续医学教育是毕业后医学教育之后，以学习新理论、新知识、新技术、新方法为主的一种终生教育。其目的是使卫生技术人员在整个职业生涯中，保持高尚的职业道德，不断提高专业工作能力和业务水平，提高服务质量以适应医学科学技术和卫生事业的发展。

三、继续医学教育的对象

- (一) 完成毕业后医学教育或具有中级及以上专业技术职务的本院卫生技术人员；
- (二) 未参加住院医师规范化培训各类初级卫生技术人员，包括：药剂、检验、医技、护理等；

四、组织管理

医院继续医学教育的管理归属医务部：在分管院长的领导下，负责全院继续医学教育的日常工作。主要职能是：

- 1、组织实施全院的继续医学教育规划和年度计划；
- 2、组织申报并协助举办各级继续医学教育项目，安排组织全院性继续医学教育活动并考核及登记学分；
- 3、负责年度及任期继续医学教育学分的审核验证及全院继续医学教育工作的督查。

五、内容和形式

(一) 继续医学教育的内容：以医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为重点，注意先进性、针对性和实用性、并结合不同层次、不同专业卫生技术人员的实际工作需要，加强对卫生技术人员创造力的开发和创造性思维的培养。

在继续医学教育活动中要注意加强政治思想、职业道德、卫生法律法规和医学伦理学等有关内容的教育，其中有些内容经继续医学教育委员会审查认可后，可作为各级卫生技术人员的必修项目。

(二) 继续医学教育的形式：继续医学教育可采取灵活多样的形式，以短期培训、业余学习和自学为主。主要有：培训班、进修班、研修班、学术讲座、学术会议、业务考察、远程教育、临床进修、有计划和有考核的自学、科室内组织的各种业务学习活动，为继续医学教育提供教材、学术报告、发表论文、出版专著、获科研立项、奖励等亦视为参加继续医学教育。

继续医学教育项目分为国家级、省级及市级，是继续医学教育的重要形式之一。鼓励本院国家级、省级、院级重点学科申报并举办国家、省级继续医学教育项目，支持卫生技术人员参加经全国、省、市继续医学教育委员会认可且专业对口的继续医学教育项目的学习。

六、考核登记与评估

继续医学教育实行学分制。继续医学教育对象任职期限内学分可以累积计算，任职期内平均每年取得的继续医学教育学分不得少于 25 学分，当年所获学分不得少于 20 学分。

继续医学教育实行考核登记制度，继续医学教育活动主办单位负责考核并授予学分，医院继续

医学教育办公室按规定进行学分审核登记。

继续医学教育考核实行年度验证和任期合格证制度。继续医学教育办公室负责对卫生技术人员进行年度考核验证；任职期满由省继续医学教育委员会进行任期考核，合格者发放全省统一印制的继续医学教育任期合格证书。

继续医学教育合格作为卫生技术人员年度考核合格、技术职务评审、聘任、年终考核和执业再注册的必备条件之一。科室继续医学教育工作考核结果与科主任年终考核及奖金直接挂钩并作为科室年终考核领导干部任期内政绩考核的重要内容。

七、奖惩

设立继续医学教育基金，给予国家、省级继续医学教育项目的举办人相应支持并对在继续医学教育工作中成绩突出的科室与个人给予奖励。

对在继续医学教育中有下列情形之一者，视情节轻重分别给予年度考核不合格或缓聘、低聘、解聘卫生技术职务和不准参加相应技术职务资格考试、不予执业再注册的处理：

- (一) 不服从本单位继续医学教育工作安排的；
- (二) 未达到学习目标的基本要求，修业不合格的；
- (三) 学习期间违反办学单位有关规定和制度，造成不良影响的；
- (四) 未获得规定学分数的；
- (五) 在学分登记、年度和任期考核中弄虚作假的。

八、经费

继续医学教育的经费，采取国家、集体、个人等多渠道筹集的办法解决。提倡通过其他途径筹集资金，卫生技术人员也应承担一定的费用。将继续医学教育经费纳入全院预算管理。

继续医学教育经费，主要用于人才培养、奖励继续医学教育先进科室、个人及继续医学教育工作的开支等。经费使用由医务部、科教科统筹安排。

第二章 继续医学教育活动举办

一、凡获准举办的国家、省级继续医学教育项目，必须按继续医学教育项目举办要求进行，当年项目当年有效，当年未举办或未按规定举办及各案的项目，该项目自动取消，拟第二年举办则需重新申报。

二、省级以上继续医学教育项目的举办由项目负责人负责，由科教科进行统筹安排，组织实施。

三、凡获准举办的院级继续医学教育活动，由医务部统一安排时间、地点，主办科室具体组织，医务部考核并登记学分。如因故不能举办，应提前一周报告医务部。

四、科室组织的继续医学教育活动，应按照科室继续医学教育计划进行，科室继续医学教育学分管理员组织、登记，开展继续医学教育活动时间应使用专用的记录本认真记录，参加人员本人签名，以备检查。

五、举办国家、省级继续医学教育项目，应有印制的教材，正式学员人手一册。全院性继续医学教育活动，应保证授课质量，主讲人认真备课，采取多媒体教学形式，讲课后将软盘及讲稿交科教科存档。

六、卫生技术人员参加医院医学教育活动，应遵守纪律，服从安排，完成全程培训内容。

七、举办医学教育项目时，应严格考勤制度。参加学术讲座或其他一次性活动，迟到或早退 15 分钟以上者不能登记学分。

八、举办各类学习班、培训班、研修班要逐日考勤，缺勤超过总学时三分之一者或考核不合格者，不能获得学分证书，只能获得实际学习学时证明。

九、卫生技术人员参加医院继续医学教育活动时，按规定及时登记学分，过期不补记。

院内（Ⅲ类）学分管理规定

根据《山东省专业技术人员继续教育条例》、《山东省继续医学教育实施细则》等文件和枣庄市卫计委、市继续教育委员会的相关要求，并结合医院实际情况，为进一步推进我院医疗技术的整体发展及活跃医院的学术氛围，修定本管理办法：

一、院内医学继续教育是山东省卫计委、人事厅《山东省继续医学教育实施细则》中所要求的重要组成部分。

二、院内医学继续教育是指由院人力资源部、医务部、护理部、门诊部、药剂科、感染管理科等部门组织实施，要求全体卫生专业人员参加并达到规定学分的继续医学教育。

三、院内医学继续教育实行学分登记制度，所有医学继续教育对象每人一个学分登记号（四位数字），通过参加院内医学继续教育获得院内（Ⅲ类）相应学分。

四、院内继续教育学分授予办法和要求：

1、院内继续教育每一学时（50 分钟）计 1 学分；医、药、护、技组织的医学继续教育均列入院内管理；

2、每年院内医学继续教育学分可通过参加院内继续教育项目获得，每年统计至 12 月 30 日为止，不累计入下年度；

3、各级卫生专业技术人员通过参加国家及省、市级继续教育项目或论文写作等获得相应的医学继续教育 I、II 类学分，通过院内继续教育获 III 类学分；其中 I、II 类学分不能替代 III 类学分，III 类学分也不能替代 I、II 类学分；医学继续教育 I、II 类学分的授予按照《山东省继续医学教育学分授予办法》执行（见附件）。

4、各级卫生专业技术人员，初级职称中医师需参加住院医师规范化培训，护士需参加枣庄市初级护士规范化培训人员，在取得《住院医师规范化培训合格证书》，《枣庄市初级护士规范化培训合格证》前，每年需完成院内继续教育 III 类学分 50 学分；其他人员每年最低需完成院内继续教育 III 类学分 30 学分；中级职称每年需完成院内继续教育 III 类学分 20 学分；高级职称每年需完成院内继续教育 III 类学分 15 学分；完不成者视当年继续教育不合格；

5、各科住培教学主任、各教研室主任、秘书及护理总带教，经考查合格者每年可获得院内继续教育 III 类学分 4 学分；院内各级培训授课老师每学时授课可获得院内继续教育 III 类学分 2 学分；

6、院外进修半年及以上和脱产接受学历教育期间，视为当年度完成院内继续教育 III 类学分；进修三个月者获 10 学分（护理院内进修三个月及以上者可获院内继续教育 5 学分）；护理人员参加护理部组织的院级理论及操作考试，成绩合格每次获 3 学分；

7、休产假三个月及以上者根据休假时间按比例免相应学分。

五、参加院内继续教育需本人签到，迟到或早退 15 分钟及以上者不予计分，以签到信息统计为准，每次培训后自动生成记录并汇总统计。

六、每年年终时由医务部、护理部、药学部协同信息中心统计院内继续教育学分完成情况，上报人力资源部存档，未完成者视当年继续教育不合格，当年不给予医学专业继续教育学分登记认证。

七、国家人社部、卫计委规定医学继续教育制度是卫生专业技术人员年度考核和晋升、聘任、执业注册的重要依据，并将继续医学教育合格作为卫生技术人员聘任、专业技术职务晋升和执业再注册的必备条件之一。我院参照以上规定，根据卫生技术人员院内继续教育学分的完成情况作为院内考核评优及晋升聘任的重要依据。

八、院内 III 类学分获取范围：

1、医院主办及承办的国家级、省级及市级继续医学教育及学术活动；

2、医院组织的各项应急、突发事件培训；

2、门诊部、医务部、护理部、科教科、药学部、感染办等职能科室组织的各种院内学术活动；

3、医务部组织的病例大讨论；

4、护理部组织的院级理论及操作考试；

5、药学部组织的院级技能培训。

6、以上各项活动或培训均须在相应职能管理部门备案方有效。

九、本管理规定由人力资源部、医务部、科教科负责解释。

住院医师规范化培训管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 根据国家卫计委等 7 部委《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》（国卫办科教发〔2013〕56 号）、国家卫计委《关于印发住院医师规范化培训基地认定标准（试行）和住院医师规范化培训内容与标准（试行）的通知》（国卫办科教发〔2014〕48 号）、《关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知》（国卫办科教发〔2014〕49 号）精神，以及《山东省住院医师规范化培训实施办法》（鲁卫科教国合发〔2013〕6 号）等有关规定，为进一步规范住院医师规范化培训实施工作，培养高素质的临床医师队伍，结合医院工作实际，特制定本办法。

第二条 住院医师规范化培训是毕业后医学教育的重要组成部分，目的是为各级医疗机构培养具有良好的职业道德、扎实的医学理论知识和临床技能，能独立、规范地承担常见、多发疾病诊疗工作的临床医师。

第三条 住院医师规范化培训对象为：

（一）拟从事临床医疗工作的高等院校医学类相应专业（指临床医学类、口腔医学类）本科及以上学历毕业生；

（二）已从事临床医疗工作并获得执业医师资格，需要接受住院医师规范化培训的人员；

（三）其他需要接受培训的人员。

第二章 组织管理

第四条 培训基地（医院）对住院医师规范化培训实行分级管理，上下联动，各负其责，充分发挥住院医师规范化培训委员会、住院医师规范化培训办公室、专业基地和有关轮转科室三级管理架构的作用。

第五条 成立医院住院医师规范化培训委员会（以下简称“住培委员会”），由院领导、相关职能部门负责人、专业基地主任组成，主要负责审定医院住院医师规范化培训相关政策、培训考核实施细则，对培训实施情况进行监督指导，对培训效果进行评价。

第六条 住培委员会下设住院医师规范化培训办公室（以下简称“住培办”），具体负责住院医师规范化培训的日常管理和监督工作。

第七条 各专业基地成立住院医师规范化培训管理指导小组，基地负责人为组长，下属三级业务科室主任或负责人、部分副主任或副高级职称专家为组员，并指派一名带教老师为教学秘书。

第八条 有住培任务的三级业务科室成立住院医师规范化培训管理指导小组。科室主任为组长，副主任为副组长，部分带教老师为组员，设教学秘书一名，负责协助组长完成住培管理、考核等工作。

第三章 培训对象和招收

第九条 医院依据本地医疗卫生工作对临床医师的培养需求和住院医师规范化培训能力，制订年度培训计划，向培训基地下达培训任务，并在培训名额分配方面向全科以及儿科、精神科等紧缺专业以及县级及以下基层医疗卫生机构倾斜。

第十条 按照国家和省卫计委的要求，培训基地（医院）对申请培训人员的申请材料进行审核，对审核合格者组织招收考核，依照公开公平、择优录取、双向选择的原则确定培训对象。

第十一条 医院要及时向山东省卫生计生行政部门报送招收录取信息，重点补充有名额空缺的全科以及儿科、精神科等紧缺专业，积极响应和做好国家支援欠发达地区省（区、市）的住院医师规范化培训工作。

第四章 培训年限

第十二条 根据国家和山东省住院医师规范化培训有关要求，培训年限一般为3年，已具有医学类相应专业学位研究生学历的人员参照山东省卫计委相关要求执行。在规定时间内未按照要求完成培训或考核不合格者，培训时间可顺延，顺延时间一般不超过3年。顺延期间费用由个人承担。

第五章 培训内容和方式

第十三条 住院医师规范化培训以培育岗位胜任能力为核心，依据住院医师规范化培训内容与标准分专业实施。培训内容包括医德医风、政策法规、临床实践能力、专业理论知识、人际沟通交流等，重点提高临床规范诊疗能力，适当兼顾临床教学和科研素养。

（一）专业理论学习：以临床实际需求为导向，贯穿于临床实践技能培训过程中，主要包括以下内容：

1、公共理论：包括医德医风、政策法规等。重点学习卫生法律法规、规章制度和标准，医学伦理学，医患沟通，公共卫生和预防医学，社区卫生，循证医学等临床科研、医学人文等知识。

2、临床专业理论：主要学习本专业及相关专业的临床医学基础理论和基本知识，应融会贯通于临床实践培训的全过程。

（二）临床实践培训：住培学员在上级医师的指导下，学习本专业和相关专业的常见病和多发病的病因、发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、处理方法和临床路径，危急重症的识别和紧急处理，基本药物和常用药物的合理使用，达到本专业培训标准细则的要求。

掌握临床通科常用的基本知识和技能，包括临床合理用药原则，心肺复苏术、突发性疾病院前急救、姑息治疗、重点和区域性传染防治知识与诊治流程。

熟练并规范书写临床病历，在轮转每个必选科室时至少手写完成住院病历每月1份。

第十四条 公共理论主要采取集中面授、远程教学和有计划的自学等方式进行。专业理论学习和临床实践培训，主要采取在本专业和相关专业科室轮转的方式进行。

第十五条 在积极进行基本理论、临床技能培训的同时，本基地要求、鼓励和支持学员使用培训基地图书馆和信息检索系统，阅读、查询专业中外文献资料，以利于住培学员扩大知识面、拓展临床思维，培养基本的临床研究和论文撰写能力。图书管理部门要为住培学员提供图书借读、杂志阅览、电子图书和在线信息检索系统等便利条件，办理相关手续，为学员的学习提供条件。

第六章 培训目标

第十六条 经过系统规范的培训，使住院医师成长为具有良好的职业道德、扎实的医学理论知识和临床技能，能够独立、规范地承担本专业的常见病、多发病诊疗工作的临床医师。主要体现在以下四个方面：

（一）职业道德：热爱祖国，热爱医学事业，遵守国家有关法律法规。弘扬人道主义的职业精神，坚守医学伦理，恪守为人民健康服务的宗旨和救死扶伤的社会责任。

（二）专业能力：掌握本学科及相关学科的临床医学基本理论、基本知识和基本技能，能够了解和运用循证医学的基本方法，具有疾病预防的观念和整体临床思维能力，解决临床实际问题的能力、自主学习和提升的能力。

（三）人际沟通和团队合作能力：具有良好的人际沟通能力和团队合作精神，善于协调和利用卫生系统的资源，提供合理的健康指导和医疗保健服务。

（四）教学与科研：能够参与实习医生的临床带教工作，具备基本的临床研究和临床应用性论文的撰写能力，能够阅读本专业外文文献资料。

第七章 培训考核

第十七条 培训考核包括过程考核和结业考核，以过程考核为重点。过程考核合格和通过医师资格考试是参加结业考核的必备条件。

第十八条 过程考核是对住院医师轮转培训过程的动态综合评价，分为日常考核、临床轮转出科考核、年度考核。日常考核、出科考核内容包括医德医风、出勤情况、临床实践能力、培训指标完成情况和参加业务学习情况等方面。年度考核由医院住培办组织、住培考核专家组成员组成考核小组进行考核，考核结果上报医院住培委员会并记录在个人培训登记手册。

第十九条 结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。国家卫生计生行政部门或其指定的有关行业组织、单位制订结业考核要求，建立理论考核题库，制订临床实践能力考核标准，提供考核指导；

省级卫生计生行政部门负责组织实施结业考核，从国家建立的理论考核题库抽取年度理论考核试题组织理论考核，安排实施临床实践能力考核。

第二十条 住培学员取得执业医师资格并通过过程考核是参加结业考核的必备条件。

第二十一条 对通过住院医师规范化培训结业考核的培训对象，颁发统一制式的《住院医师规范化培训合格证书》。

第八章 培训管理

第二十二条 住培办于每年九月前确定培训对象，并将住培学员的相关信息上报到山东省住院医师规范化培训中心备案。

第二十三条 单位委派的住培学员需由医院、委派单位和培训对象三方签订培训协议。社会化住培学员需与医院签订培训协议。

第二十四条 住培基地、各专业基地、各轮转科室要高度重视住培工作，定期召开住培学员和带教老师会议，督查培训计划落实情况，并做好相关记录。在临床带教中将医德医风、医患沟通和职业素养等内容贯穿全过程。形成院级、专业基地定期督导、科室自查督导，及时发现问题和整改落实。

第二十五条 培训过程实施专业基地主任为第一负责人，轮转科室主任负主要责任，并实行带教老师负责制。

第二十六条 建立住院医师规范化培训考核考评制度，定期组织督导专家组进行督导检查，将住院医师规范化培训作为师资教学绩效考核的重要指标，与个人绩效、晋升、聘用挂钩。

第九章 经费保障

第二十七条 培训基地建立健全住院医师规范化培训经费管理办法，设立专项管理账户，专款专用，严格依法依规使用。

第十章 附 则

第二十八条 本办法由医院住院医师规范化培训委员会负责解释。

第二十九条 本办法自印发之日起施行。

第五部分 护理管理制度

护理部工作制度

1、根据院工作计划，结合临床医疗和护理工作实际，定期拟定医院护理工作计划，经院批准后，具体组织实施。

2、经常督促检查工作制度和护理技术操作规程及护理人员工作职责的贯彻执行，提高基础护理、危重患者的护理和整体护理质量。

3、合理计划和调配使用护理人员，做到护理任务和力量的基本平衡，加强对护士长工作的具体指导，充分发挥护士长的作用，组织护士长查房和各科之间定期交叉检查和不定期抽查。

4、负责全院护理人员的业务培训。开展业务知识的学习和操作技术的训练，统一常规技术的操作规程和定期考核。开展业余教育和举办短期学习班，加强护理工作的技术管理，开展护理工作的科研和技术革新活动，不断提高护理技术水平。

5、做好病房管理，达到环境整洁、安静、舒适、安全工作有序的要求。对患者进行健康指导和生活管理，搞好基础护理，合理控制陪伴，积极创造条件，达到病房设置规范化。

6、定期对各科（病房）常备药品、器械、物品的领取、保管和使用情况进行检查。

7、了解或参加各病房开展的新业务、新技术及危重患者的抢救。

8、经常深入科室了解实际情况，督促检查各项工作的落实，杜绝护理事故差错的发生，分析护理工作质量，发现问题及时解决，并做好记录，定期向院长汇报工作，提出改进工作措施。

9、掌握全院护理人员的工作、学习、思想情况，做好思想政治工作，关心护士生活。

10、本部有健全的各项制度。

11、建立本部大事记录。

护士长管理制度

1、科护士长在护理部领导下，护士长在护理部及科护士长的领导下进行工作。服从医院及护理部各项工作安排，按时完成各项工作任务。

2、护士长要带领护理人员严格遵守医院及护理部各项规章制度，认真履行岗位职责。

3、按时出席医院及护理部召开的会议，准确、及时传达会议精神，按时落实工作任务，做到令行禁止。

4、及时与上级部门通报情况，保证信息通畅。

5、护士长、科护士长非节假日休息、参加学术会议及其它原因离开本市时必须按医院相关请假制度执行。护士长正常工作日休息要做好科室工作安排，并电话或当面通知护理部。

6、护士长必须熟练掌握各项管理职能，具备扎实的专科理论知识和娴熟的操作技能。

护理人员会议制度

- 1、护理部科务会：根据医院及科室工作安排，每月至少召开一次，由护理部主任主持，总结近期工作，研究部署下一步工作和上级交办的各项任务。
- 2、护士长会议：每月召开一次，由护理部主任或副主任主持，总结护理工作，公布检查评比情况，交流先进经验，指出存在问题，研究解决办法，布置新的工作任务。特殊情况下，可临时召开会议。
- 3、全院护士会议：每年召开1~2次。由分管领导或护理部主任主持，请院领导参加。进行半年或全年工作总结，弘扬成绩，表彰先进，指出存在的问题、制订改进措施，布置今后的护理工作任务和要求。
- 4、各科护士会议：每月一次，由护士长或副护士长主持，传达上级会议精神，总结上月护理工作，公布量化、评比情况，交流工作经验，提出存在问题，讨论解决办法，布置当月工作任务。
- 5、护理晨会：正常工作日每日一次，由护士长或副护士长及替代护士长主持工作的护理人员主持，夜班护士汇报前一日（日间、夜间）护理工作情况，主持会议人员传达上级会议精神、总结和安排护理工作，进行护理业务及教学提问等，时间不超过半小时。
- 6、建立各会记录本，将会议主要内容及时做好记录。

护士长夜查房制度

- 1、护理部工作人员、科护士长、护士长均参加护理夜查房。
- 2、夜查房时要求护士长态度和蔼，工作认真、负责，及时处理各科室出现的紧急、疑难问题。
- 3、针对护士仪表、在岗在位、护理安全、病房管理、患者情况及操作常规、各项制度的执行情况等进行检查。
- 4、夜查房可采取普查和抽查的方式进行，护士长每周查夜一次，护理部不定期进行抽查。
- 5、每月夜查房人员名单由护理部负责统一拟定，科护士长具体安排，并将查夜的时间提前一天通知护理部。
- 6、查夜后对夜查房内容、检查方式及存在的问题与建议及时写出小结，次日晨上报护理部。
- 7、夜查房发现问题及时反馈，违规者按院有关规定处理。

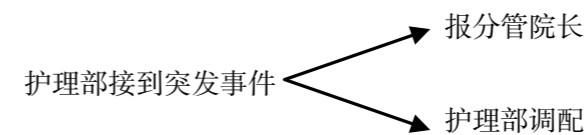
护理档案管理制度

- 1、护理部设专人负责，在护理部主任领导下，负责本科室各类文件的收发、登记、催办及平时归卷。保证归档资料完整、齐全。
- 2、对医院及各职能科室、临床各科室下发或送交的文件，按类别整理存放。
- 3、对各种文件办理完毕后，系统整理归档。
- 4、做好保密工作，防止档案遗失、泄露。

- 5、定期向主任汇报工作情况，遇到困难及重大问题，及时请示报告。

护理人员紧急及弹性调配制度

- 1、医院按照上级有关配备标准并结合护理单元实际工作量及专业技术要求等要素，为护理单元配置相应的护理人员。
- 2、医院抽调部分理论扎实、操作熟练且具有临床护理经验的青年护士作为机动护士，以备医院应对突发事件、接受临时性的工作任务等紧急调配使用。
- 3、各护士长应将下周护士排班表于周五下班前上报护理部，便于护理部根据各护理单元的实际情况及时调配人员。
- 4、调配流程
 - (1) 动态临时调配
科室护理人力资源相对短缺影响正常工作时→病区内人力资源调配→病区内调配仍不能满足人力资源需要时→护理单元上报→护理部调配
 - (2) 紧急任务调配



- 5、要求：

护士长及护理人员应积极配合、服从医院的调配。对于无故不配合调配的护士长，医院将视情节严重程度给予警告或停职；对于无故不服从调配的护理人员，医院将根据情节严重程度给予警告或待岗6个月~1年。

抢救及特殊事件报告处理制度

- 1、对于各病房进行的重大抢救活动及特殊病例的抢救治疗应及时向医院有关部门及院领导报告，以便使医院能掌握情况，协调各方面的工作，更好地组织力量进行及时有效的抢救和治疗。
- 2、需报告的重大抢救及特殊病例包括
 - (1) 涉及灾害事故、突发事件所致死亡3人及以上或同时伤亡6人及以上的抢救。
 - (2) 知名人士、保健对象、外籍及境外人士的抢救。
 - (3) 本院职工的住院及抢救。
 - (4) 涉及有医疗纠纷或严重并发症患者的治疗及抢救。
 - (5) 特殊及危重病例的医疗及抢救。
 - (6) 大型活动和其他特殊情况中出现的患者。
- 3、应报告的内容
 - (1) 灾害事故、突发事件的发生时间、地点、伤亡人数及分类，伤病亡人员的姓名、年龄、性别、

致伤病亡的原因、伤病员的病情、预后、采取的抢救措施等。

(2)大型活动和特殊情况中出现的患者姓名、年龄、性别、诊断、病情、预后及采取的抢救措施等。

(3)特殊病例患者姓名、性别、年龄、诊断、治疗抢救措施、目前情况、预后等。

4、报告程序及时限

(1)参加抢救的医务人员应立即向科室负责人及院有关部门报告：参加院前、急诊及住院患者抢救的医务人员向医务部、护理部报告；参加门诊抢救的医务人员向门诊部报告；节假日、夜间向院总值班报告。

(2)医务部、护理部、门诊部、院总值班接到报告后应在10分钟内向院领导报告。

抢救工作制度

1、抢救工作必须有周密、健全的组织分工。

2、参加抢救人员应严格遵守相关法律法规，执行各项规章制度和各种技术操作规程。

3、抢救器材及药品齐全完备，定人保管、定位放置、定量储存，并有明显标记。抢救物品受医院统一调配管理。

4、参加抢救人员，必须坚守岗位，听从指挥，遵照各种疾病的抢救常规程序进行工作。医师未到前，护理人员应根据病情给予必要的抢救措施，如吸氧、吸痰、测血压、建立静脉通道、人工呼吸、胸外心脏按压、配血、止血等，并及时向医师提供诊断依据。

5、严密观察病情变化，及时、准确实施抢救措施，详细做好抢救记录。

6、严格执行查对制度，抢救患者时医师下达的口头医嘱，护士需当场复诵一遍，经医师复核无误后方可执行，并保留用过的空安瓿，经两人核对后方可弃去，医师应及时据实补全医嘱。

7、严格执行交接班制度，对病情抢救经过及各种用药要详细交接，各种抢救物品、器械用后应及时清理、消毒、补充、物归原处，各种抢救药品用后及时补充，以备再用。

8、抢救过程中未能及时记录的，护理人员应于抢救结束后6小时内完成记录。

护理人员值班与交接班制度

1、各科室由护士长安排护理人员24小时值班，值班人员应坚守工作岗位，有效履行职责。

2、根据科室情况排班，在此基础上实施弹性排班，根据各时段工作量变动情况合理调配本科室护理人员。

3、各科室需设立一线、二线听班，听班人员必须保证电话24小时畅通，一线听班在接到电话后30分钟内到位，二线听班1小时内到位。在突遇护理工作量骤增，本班护理人员难以应对时，当班护士应及时向护士长汇报，护士长立即启动一、二线听班，协助完成相应工作，保证护理质量。

4、每班必须按时交接班，接班者应提前15分钟进入病区，阅读交班记录及相关护理文书。在接班者未到之前，交班者不得离开岗位。

5、值班者必须在交班前完成本班的各项工作，遇有特殊情况，必须做详细交代，与接班者共同做好交接后方可离去。各班必须写好交班记录，白班为夜班做好用物准备，如消毒敷料、试管、标本瓶、

注射器、常备器械、被服等，以便于夜班工作。

6、实行床边交接班，交接不清不得下班。交班中发现病情、治疗器械、物品交代不清，应立即查问。接班时发现问题，应由交班者负责；接班后如因交班不清，发生的问题或物品遗失，应由接班者负责。

7、交班内容：

(1)患者总数、出入院、转科、转院、分娩、手术、死亡人数以及新入院、危重患者、抢救患者、大手术后或有特殊检查处理、病情变化及思想情绪波动的患者。

(2)医嘱执行情况、各项护理记录、各种检查标本采集、各种处置完成情况及后续工作。

(3)查看昏迷、瘫痪等危重患者皮肤情况，基础护理完成情况，各种导管固定和通畅情况。

(4)备用、贵重、麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品(毒麻、精神药品)及抢救药品的数量，器械、仪器的数量、功能状态等。

(5)交接班者共同巡视检查病房是否达到清洁、整齐、安静的要求，查看各项工作的落实情况。

8、晨会集体交班由护士长主持，当日当班护理人员均应准时到会，认真听取夜班交班报告，交接内容及要求如下：

(1)夜班护士汇报患者情况，对危重患者要重点交接，汇报内容简明扼要、重点突出。

(2)护士长布置当日重点工作，传达各项会议精神。

(3)在保证交班质量的基础上，晨会交班应于15分钟内结束，小讲课日时间可适当延长，但不应影响正常护理工作。

9、遇有下列情况时，不得进行交接班：

(1)遇紧急情况或抢救时(可在紧急情况或抢救结束后进行交接班)。

(2)交班或接班人员任何一方因特殊情况不能参加交接班时。

分级护理制度

分级护理是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和(或)自理能力，确定并实施不同级别的护理。护理分级分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。

一、护理分级方法

(一)患者入院后医师根据其病情严重程度确定病情等级。

(二)护士根据患者Barthel指数评分，确定自理能力的等级。

(三)依据病情等级和(或)自理能力等级，确定患者护理分级。

(四)临床医护人员根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

二、护理分级依据和护理要点

(一)特级护理

1.分级依据：符合以下情况之一，可确定为特级护理：

(1)维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；

(2)病情危重，随时可能发生病情变化，需要进行监护、抢救的患者；

(3)各种复杂或大手术后，严重创伤或大面积烧伤的患者。

2.护理要点：

- (1) 严密观察患者病情变化，监测生命体征；
- (2) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
- (3) 根据医嘱，准确测量出入量；
- (4) 根据患者病情和自理能力，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；
- (5) 保持患者的舒适和功能体位；
- (6) 实施床旁交接班。

(二) 一级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一，可确定为一级护理：

- (1) 病情趋向稳定的重症患者；
- (2) 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；
- (3) 手术后或治疗期间需严格卧床的患者；
- (4) 自理能力重度依赖的患者。

2. 护理要点：

- (1) 每小时巡视患者，观察患者病情变化；
- (2) 根据患者病情，测量生命体征；
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
- (4) 根据患者病情和自理能力，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；
- (5) 提供护理相关的健康指导。

(三) 二级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一，可确定为二级护理：

- (1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；
- (2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；
- (3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

2. 护理要点：

- (1) 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化；
- (2) 根据患者病情，测量生命体征；
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
- (4) 根据患者病情和自理能力，正确实施护理措施和安全措施；
- (5) 提供护理相关的健康指导。

(四) 三级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一，可确定为三级护理：

病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者。

2. 护理要点：

- (1) 每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化；
- (2) 根据患者病情，测量生命体征；
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

- (4) 提供护理相关的健康指导。

附表：

- 1、Barthel 指数 (BI) 评定量表
- 2、自理能力等级

附表 1：

Barthel 指数 (BI) 评定量表

序号	项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1	进食	10	5	0	/
2	洗澡	5	0	/	/
3	修饰	5	0	/	/
4	穿衣	10	5	0	/
5	控制大便	10	5	0	/
6	控制小便	10	5	0	/
7	如厕	10	5	0	/
8	床椅转移	15	10	5	0
9	平地行走	15	10	5	0
10	上下楼梯	10	5	0	/

Barthel 指数总分：____ 分

注：根据患者的实际情况，在每个项目的对应的得分上划“√”

附表 2：

自理能力等级

自理能力等级	等级划分标准	需要照护程度
重度依赖	总分 ≤ 40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分 41 ~ 60 分	大部分需要他人照护
轻度依赖	总分 61 ~ 99 分	少部分需要他人照护
无需依赖	总分 100 分	无需他人照护

注：依据 Barthel 指数 (BI) 评定量表对患者日常生活活动进行评定，根据 Barthel 指数总分，确定自理能力等级。

护理查对制度

一、医嘱查对制度

- 1、处理医嘱，应做到班班查对。
- 2、处理医嘱及查对者，均须签全名。
- 3、临时医嘱执行后，要记录执行时间并签全名。
- 4、长期医嘱执行后，要在执行单上签名并保留执行单。
- 5、对有疑问的医嘱，必须向医师核对无误后方可执行。
- 6、抢救患者时，医师下达的口头医嘱，执行者需完整复述一遍，经医师复核无误后方可执行，并保留用过的空安瓿，经两人核对后方可弃去。抢救结束后及时补全医嘱，执行者签全名，执行时间为抢救当时时间。

二、服药、注射、处置查对制度

- 1、服药、注射、处置必须严格执行“三查九对”制度，操作前核对时让患者或其家属陈述患者姓名，或使用PDA电子扫描。至少同时使用两种患者身份识别方法（如床号、姓名、住院号、出生年月等），以确认患者身份，禁止仅以房间号或床号作为识别的唯一依据。对新生儿及因意识不清、语言交流障碍等无法向医务人员陈述自己姓名的患者，有陪同人员时由陪同人员陈述患者姓名。

三查：操作前查、操作中查、操作后查。

九对：对床号、姓名、药名、剂量、用药时间、用法、浓度、有效期、过敏史。

- 2、清点药品时和使用药品前要检查药品外观、标签、有效期和批号，如不符合要求不得使用。静脉给药要注意有无变质、瓶口松动、裂缝。同时使用多种药物时，要注意配伍禁忌。水剂、片剂注意有无变质。

3、摆药后需经第二人核对无误后方可执行。

- 4、易致过敏药物，给药前应询问有无过敏史，使用麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用需经过双人核对，用后保留空瓶。

5、发药、注射时，患者如提出疑问，应及时查对，无误时方可执行。

- 6、观察用药后反应，对因各种原因患者未能及时用药者应及时报告医生，根据医嘱做好处理，并做好记录。

三、饮食查对制度

- 1、每日处理医嘱后，按护理单查对床头饮食卡、一览牌饮食标记。
- 2、发放特殊饮食时，应准确核对患者身份，让患者或其家属陈述患者姓名，以确认为正确的患者发放特殊饮食。
- 3、患者进食时，查对饮食种类与患者的医嘱及病情是否相符。

四、输血查对制度

- 1、输血前须两人核对，确保医嘱单、配血检验报告单、血型单、血袋标签上的信息完全一致。严格执行“三查八对”：

三查：查血液有效期、血液质量（血液有无凝血块和溶血、血袋有无破损）、输血装置是否完好。

八对：对床号、姓名、住院号、血袋号、血剂量、血液种类、血型及交叉配血的各项内容。

- 2、两人核对无误后于配血检验报告单上签字。

- 3、床边再次由两名护士进行“三查八对”，核对患者床头牌及腕带，让患者或其家属陈述患者姓名及血型，确认无误后方可输入。

五、手术查对制度

- 1、进行术前准备及手术室接患者手术时，应查对科别、床号、姓名、性别、住院号、诊断、拟施手术名称、手术部位（左、右）、所带的术前、术中用药以及病历与资料等。

- 2、所有手术患者应使用“腕带”作为核对信息依据，让患者或其家属陈述患者姓名，以确认患者身份。

3、查对手术名称及配血报告、药物过敏试验结果等。

4、查对无菌包外、包内无菌指示卡是否符合要求，手术器械是否齐全。

- 5、三方核查：手术麻醉实施前、切皮前及患者离开手术室前，实行“暂停核对”，由手术医师、麻醉师、护士三方核对患者姓名、诊断、手术部位、手术方式等。

- 6、器械物品核对：手术开始前、体腔和深部组织手术关闭前后、手术结束后，均须核对纱布垫、纱布、缝针、器械数目与术前数目相符。

7、对使用各种手术体内植入物之前，必须详细核对各种标示内容及有效期。

- 8、手术取下的标本，应由洗手护士与手术者核对后交由巡回护士，再次核对患者姓名、住院号、诊断、手术名称、切除组织，填写病理标本袋标签待检。

六、供应室查对制度

1、准备器械包时，要查对名称、数量、质量及清洁度。

- 2、器械、敷料消毒灭菌完毕，要查验化学指示卡是否达标，包外标签内容是否齐全完整，并分类放置。

3、发放各类无菌用品时，要查对名称、数量、消毒日期、包装完好性。

4、收回器械及代消包时，查对名称、数量、质量及清洁处理情况。

输血护理管理制度

一、标本采集与送检

（一）患者输血种类及剂量由医师根据病情决定。

（二）根据医嘱打印血型鉴定及抗体筛查条形码，采血前须向患者本人或患者家属核对患者信息（至少包括患者姓名、年龄及住院号）与试管条码信息是否一致，核对无误后按要求采集标本；标本采集完毕，再次核对患者信息。

（三）采集时每次只抽取一位患者的标本，严禁同时采集两名患者的血标本。需采集两人以上的血标本时，要严格查对，逐一分别采集血标本，标示清楚，明确区分。

（四）标本由医护人员或专门人员送交输血科，双方对试管信息及相关申请项目进行逐项核对，准确无误后双方在登记本上签字。

二、取血

（一）患者需要用血时，由主管医师开具临床用血科室取血单，由医护人员或专门人员携带临

床用血科室取血单及取血专用箱到输血科取血。

(二)取、发血双方必须认真核对：

1、核对配血检验报告单及血袋标签，包括患者姓名、住院号、性别、血型、科室、床号、供血者血型、血液成分类别、血袋号、血量及配血结果。任何一项不符不交不接。

2、核对血袋及血液外观，凡血袋有下列情况之一的，一律不交不接。

(1)标签破损、字迹不清。

(2)血袋有破损、漏血。

(3)血液中有明显凝块。

(4)血浆呈乳糜状或暗灰色。

(5)血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒。

(6)未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交界面上出现溶血。

(7)红细胞层呈紫红色。

(8)过期或其他需要查证的情况。

3、血液发回后不得退回。

三、输血

(一)取回的血制品必须在规定的时限内完成输注，不得自行贮存。

(二)严格执行输血查对制度，输血前需两人核对，确保医嘱单、配血检验报告单、血型单、血袋标签上的信息完全一致。严格执行“三查八对”，准确无误后方可输血。

三查：查血有效期、查血液质量、查输血装置是否完好。

八对：对床号、姓名、住院号、血袋号、血剂量、血液种类、血型及交叉配血的各项内容。

(三)输血时，由两名医护人员（携带病历及配血检验报告）共同到患者床旁核对床头牌、腕带，由患者陈述患者姓名、血型以确认受血者身份，再次进行“三查八对”后，用符合国家标准输血器进行输血，并于医嘱执行单上签名（有条件的可用PDA直接扫描输血条码）。如果患者处于昏迷、意识模糊或语言障碍时，不能确认患者，须通过询问患者家属及核对腕带进行确认。

(四)除生理盐水外，输血前和输血过程中，不得向血液内加任何药品。

(五)输血时必须使用符合国家标准的一次性输血器，严格执行输血的无菌操作程序，冷藏血不可随意加温，若确需加温，只能使用专用加温装置。

(六)严格控制输血的速度，按照“先慢后快”的原则，开始输入速度宜慢，观察15分钟无不良反应，再根据病情及血液种类调节滴速。

(七)输血过程中严密观察患者病情变化，并做好记录。对婴幼儿、意识不清、全麻、用大量镇静剂等不能表达自我感受的受血者，尤其应注意有无输血不良反应发生。

(八)若发现输血严重危害（指在输血中或输血后发生的与输血有关的不良反应，包括输血不良反应及经血传播疾病）时，应按照医院控制输血严重危害预案执行，并及时规范记录。

(九)输入两袋以上血液时，两袋血液之间需输入少量生理盐水冲洗输血器，防止发生血液凝集现象。调换每袋血液时，必须坚持二人查对制度。输血器连续使用4小时以上，必须更换新的输血器。

(十)输血完毕将配血检验报告单粘贴在病历中，血袋在输血完毕，血袋在2~6℃冰箱至少保存24小时后，按医疗废物处理并有记录。将《输血观察记录单》存入病历。

护理文书书写基本要求与管理制度

护士需要填写或书写的护理文书包括体温单、医嘱单、手术清点记录和病危(病重)患者护理记录、护理交接班记录及治疗护理项目执行单等。书写要求和格式如下：

一、体温单

体温单用于记录患者体温、脉搏、呼吸及其他情况，内容包括患者姓名、科室、入院日期、住院病历号(或病案号)、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院天数、住院周数等。主要由护士填写，住院期间体温单排列在病历最前面。

(一)体温单的书写要求

1、体温单的眉栏项目、日期及页数均统一用蓝黑或碳素墨水笔填写；各眉栏项目应填写齐全，字迹清晰，均使用正楷字体书写；数字除特殊说明外，均使用阿拉伯数字表述，不书写计量单位。

2、在体温单40~42℃之间的相应格内用红色笔纵式填写入院、分娩、手术、转入、出院、死亡等项目。除手术不写具体时间外，其余均按24小时制，精确到分钟。转入时间由转入科室填写，死亡时间应当以“死亡于x时x分”的方式表述。

3、体温单的每页第1日应填写年、月、日，其余6天不填年、月，只填日。如在本页当中跨越月或年度，则应填写月、日或年、月、日。

4、体温单34℃以下各栏目，统一用蓝黑或碳素墨水笔填写。

5、住院天数：自入院当日开始计数，直至出院。

6、手术后日数自手术次日开始计数，连续填写14天，如在14天内又做手术，则第二次手术日数作为分子，第一次手术日数作为分母填写。例：第一次手术1天又做第二次手术即写1(2)，1/2，2/3，3/4……14/15，连续写至末次手术的第14天。

7、患者因做特殊检查或其他原因而未测量体温、脉搏、呼吸时，应补试并填入体温单相应栏内。患者如特殊情况必须外出者，须经医师批准书写医嘱并做好记录，其外出期间，护士不测试和绘制体温、脉搏、呼吸，返院后的体温、脉搏与外出前不相连。

8、体温在35℃(含35℃)以下者，可在35℃横线下用蓝黑或碳素墨水笔竖写“不升”两字，不与下次测试的体温相连。

9、手术后天数以手术当天时间为术后0天。

(二)体温、脉搏、呼吸、大便等的记录

1、体温的记录

(1)体温曲线用蓝黑或碳素墨水笔绘制，以“×”表示腋温，以“○”表示肛温，以“●”表示口温。

(2)降温30分钟后测量的体温是以红圈“○”表示，再用红色笔画虚线连接降温前体温，下次所试体温应与降温前体温相连。

(3)如患者高热经多次采取降温措施后仍持续不降，受体温单记录空间的限制，需将体温变化情况记在体温记录本中。

(4)体温骤然上升(≥1.5℃)或突然下降(≥2.0℃)者要进行复试，在该次体温右上角用红笔划复试标号“√”。

(5)常规体温每日15:00测试1次。当日手术患者7:00、19:00各加试1次；手术后3天

内每天常规测试2次(7:00、15:00)。新入院患者,即时测量体温1次,记录在相应的时间栏内。

(6)发热患者(体温 $\geq 37.50\text{C}$)每4小时测试1次。如患者体温在 380C 以下者,23:00和3:00酌情免试。体温正常后连测3次,再改常规测试。凡 $\geq 39\text{C}$ 的体温,要有降温标识。

2、脉搏的记录

(1)脉搏以红点“●”表示,连接曲线用红色笔绘制。

(2)脉搏如与体温相遇时,在体温标志外画一红圈。如“○×”、“◎”、“○●”。

(3)短绌脉的测试为二人同时进行,一人用听诊器听心率,一人测脉搏。心率以红圈“○”表示,脉搏以红点“●”表示,并以红线分别将“○”与“●”连接。在心率和脉搏两曲线之间用红色笔画斜线构成图像(斜线向左下倾斜)。

(4)3岁(不包括3岁)以下婴幼儿如无特殊要求不测量脉搏。

3、呼吸的记录

(1)呼吸的绘制以数字表示,相邻的两次呼吸数用蓝黑或碳素墨水笔,上下错开填写在“呼吸数”项的相应时间纵列内,第1次呼吸应当记录在上方。

(2)使用呼吸机患者的呼吸以○R表示,在“呼吸数”项的相应时间纵列内上下错开用蓝黑或碳素笔画,不写次数。

4、大便的记录

(1)应在15:00测试体温时询问患者24小时(前一天15:00~当天15:00)内大便次数,并用蓝黑或碳素墨水笔填写。

(2)用“*”表示大便失禁,用“☆”表示人工肛门。

(3)3天以内无大便者,结合临床酌情处理。处理后大便次数记录于体温单内。

(4)灌肠1次后大便1次,应在当日大便次数栏内写1/E,大便2次2/E,无大便写0/E。11/E表示自行排便1次,灌肠后又排便1次。

(三)其他内容记录

1、出量(尿量、痰量、引流量、呕吐量)、入量记录按医嘱及病情需要,用蓝黑或碳素墨水笔如实填写24小时总量。引流量项目栏中记录总量,各引流管引流量记录在出入量记录单中。

2、血压、体重的记录:血压、体重应当按医嘱或者护理常规测量并用蓝黑或碳素墨水笔记录,每周至少1次。入院当天应有血压、体重的记录。手术当日应在术前常规测试血压1次,并记录于体温单相应栏内。如为下肢血压应当标注。3岁(不包括3岁)以下婴幼儿如无特殊要求不测量血压。血压每天测量 ≤ 2 次时,血压值直接记录于血压项目栏中,如血压每天测量 ≥ 3 次时,记录于一般患者生命体征及心电监护记录单上。入院时或住院期间因病情不能测体重时,分别用“平车”、“轮椅”或“卧床”表示。

(四)保存:入病历保存。

二、病危(病重)患者评估与护理记录

(一)书写要求:

1、用蓝黑或碳素墨水笔记录,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。

2、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。病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间,采用24小时制记录。

3、病历书写过程中出现错字时,应当用双线划在错字上,保留原记录清楚、可辨,并注明修改日期、时间,修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

4、病危(病重)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。

5、眉栏内容包括患者科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号、页码等。

6、详细记录出入量

(1)食物含水量和每次饮水量应及时准确记录实入量。

(2)输液及输血:准确记录相应时间内液体、血液输入量。

(3)出量:包括尿量、呕吐量、大便、各种引流量等,除记录液量外,还需将颜色、性质记录于病情栏内。

(4)根据排班情况每班小结出入量,7:00总结24小时出入量(不足24小时注明小时数),并记录在体温单的相应栏内(出院、死亡、转科或停病危、病重时 ≥ 12 小时的出入液量填到体温单相应栏内)。小结和总结的出入量需用红双线标识。

7、详细记录体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征,记录时间应具体到分钟,一般情况下至少每4小时记录1次,其中体温若无特殊变化时至少每日测量4次。病情变化随时记录。

8、病情栏内客观记录患者病情观察、护理措施和效果等。记录时间应当具体到分钟。手术患者还应记录麻醉方式、手术名称、患者返回病室时间、伤口情况、引流情况等。

9、签名栏内护士签全名。

10、根据患者情况决定记录频次,病情变化随时记录,病情稳定后每班至少记录1次。出院、转科、死亡均要有护理小结。护理小结为总结主要护理措施效果如何,最后康复情况、健康教育内容等。

11、保存:入病历保存。

三、手术清点记录

手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用器械、敷料等的记录,应当在手术结束后即时完成。

1、用蓝黑或碳素墨水笔填写,字迹清楚、整齐,不漏项。

2、眉栏内容包括患者姓名、住院号、手术日期、手术名称等。

3、物品的清点要求与记录

(1)手术开始前,器械护士和巡回护士须清点、核对手术包中各种器械及敷料的名称、数量,并逐项准确填写。

(2)手术中追加的器械、敷料应及时记录。

(3)手术中需交接班时,器械护士、巡回护士要共同交接手术进展及该台手术所用器械、敷料清点情况,并由巡回护士如实记录。

(4)手术结束前,器械护士和巡回护士共同清点台上、台下的器械、敷料,确认数量核对无误,告知医师。

(5)清点时,如发现器械、敷料的数量与术前不符,护士应当及时要求手术医师共同查找,如手术医师拒绝,护士应记录清楚,并由医师签名。

4、器械护士、巡回护士在清点记录单上签全名。

5、术毕,巡回护士将手术清点记录单放于患者病历中,一同送回病房。

6、保存:入病历保存。

四、护理交接班记录

护理交接班记录用于护士值班期间记录患者的病情动态及处理措施，以便于接班护士全面了解掌握病房、患者情况及注意事项，及时做好准备工作。

（一）护理交接班报告

- 1、白班用蓝黑、碳素墨水笔填写，夜间用红色笔填写。内容全面、真实、简明扼要、重点突出。
- 2、眉栏项目包括当日住院患者总数、出院、入院、手术、分娩、病危、病重、抢救、死亡等患者数。
- 3、书写顺序：出科（出院、转出、死亡）、入科（入院、转入）、病重（病危）、当日手术患者、病情变化患者、次日手术及特殊治疗检查患者、外出请假及其他有特殊情况的患者。

4、书写要求

- （1）出科患者：记录床号、姓名、诊断、转归。
- （2）入科患者及转入患者：记录床号、姓名、诊断及重点交接内容。其重点内容为主要病情、护理要点（管道情况、皮肤完整性、异常心理及其护理安全隐患等）、后续治疗及观察。

（3）病重（病危）患者：记录床号、姓名、诊断。病情变化等记录在病重（病危）患者评估与护理记录单上。

（4）手术患者：记录手术名称、回病房的时间、当班实施的护理措施、术后观察要点及延续的治疗等。

（5）病情变化的患者：记录本班主要病情变化、护理措施及下一班次护理观察要点和后续治疗。

（6）次日手术的患者：记录术前准备，交待下一班次观察要点及相关术前准备情况等。

（7）特殊治疗检查的患者：记录所做治疗的名称、护理观察要点及注意事项。

（8）特殊检查的患者：记录检查项目、时间、检查前准备及观察要点等。

（9）外出请假的患者：记录去向、请假时间、医生意见、告知内容等。

（10）其他：患者有其他特殊及异常情况时要注意严格交接班，如情绪或行为异常、跌倒、摔伤等不良事件等。

5、护理日夜交接班报告至少在科室保存1年，不纳入病案保存。

（二）表格式护理交接记录单

- 1、各科室根据专科特点自行设计表格式记录单，记录内容要体现专科特点。
- 2、护理交接班记录汇总表眉栏项目包括当日住院患者总数、出院、入院、手术、分娩、病危、病重、抢救、死亡等患者数及特殊情况交接重点等。
- 3、责任护士负责填写护理交接班记录汇总表，值班护士装订24小时交接记录单。
- 4、装订顺序：护理交接班记录汇总表、新入院（转入）患者评估与护理记录单、术前患者评估与护理记录单、术后患者评估与护理记录单等。

5、护理交接班记录单每月集中装订一次，在科室定位保存1年。

五、医嘱单

1、长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、护士签名、执行时间、执行者签名等。

2、医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色笔标注“取

消”字样并签名。

3、一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

4、医嘱处理用蓝黑或碳素笔书写，执行者签全名，字迹清晰。分清医嘱性质，按要求执行医嘱，执行时间与事实相符。执行时间与签名不得涂改，不得有漏项、空白处，无刮痕。不得模仿或代替他人签字。取消医嘱后面不得有执行护士签字。医嘱执行时间与护理记录时间相符。

5、保存：医嘱单（长期医嘱单、临时医嘱单）入病历保存。

六、治疗护理项目执行单

治疗护理项目执行单是临床护理人员为患者实施的当日所有长期医嘱及临时医嘱的汇总单据，护士应严格按照项目单所列项目为患者进行治疗、护理，并遵循“谁执行、谁签字、谁负责”的原则。

1、治疗护理项目执行单挂于床尾，方便记录。

2、治疗护理项目执行后，需要由护士签字。

3、责任护士接班前认真检查此单，了解患者治疗、护理项目执行情况，并作为重点交接班内容。

4、使用后的治疗护理项目执行单应及时回收，由病区保留1周，不纳入病历保存。

七、其他护理记录单

《一般患者生命体征及心电监护记录单》、《输血观察记录单》入病历保存。

《转科交接记录单》、《压疮护理记录单》、《新入院（转入）患者评估与护理记录单》、《术前患者评估与护理记录单》、《术后患者评估与护理记录单》等定期装订保存，至少每季度装订一次。

《跌倒/坠床评估监控表》、《压疮评估监控表》患者出院后弃去，《转科交接记录单》保存一年，《压疮护理记录单》同压疮申报表一起保存。

注：实行电子病历的按照电子病历要求填写及打印。

护理质量管理制度

1、护理部设有护理质量管理委员会，根据护理学科的发展要求和临床实际情况，不断修订和完善各项护理规章制度及质量控制标准。

2、建立三级护理质量控制体系。对全院护理质量进行检查、监督和指导。并定期召开护理质量会议，及时反馈信息，对在检查中发现的问题提出整改措施。

3、建立护士长夜查房制度，不定时进行抽查，每周一次，以了解夜间护理质量的真实情况，并详细记录。

4、定期召开全院护士长大会，及时传达和学习上级部门对护理质量的要求标准，强化护士长的质量管理意识；同时加强对各级护理管理职能的督导。

5、定期进行患者满意度调查，征求患者对护理人员工作的意见或建议，改进护理工作质量。

6、定期提供护理质量管理最新动向，临床护理质量检查反馈情况等。

7、定期组织护理业务讲座、查房及护理技能的培训、考试、考核。

8、提高全员管理意识，树立“以患者为中心”的服务理念，加强各护理单元的规范化管理。

9、使护理质量各项指标达到上级卫生行政部门的要求。

10、在护士长例会上，对质控检查中表现突出的病房或单元给予表扬，对存在问题的病房或单元给予批评。对检查优秀的病房或单元在医院年终工作总结大会上进行表扬或奖励。每年组织全院护理技术操作比武，对优秀者给予表扬或奖励。

护理安全管理制度

1、病房设施安全

(1) 病室地面清洁干燥，必要时放置“防滑”警示标志，以防患者摔伤。
(2) 确保病室内整洁、安静、舒适、安全。
(3) 加强安全管理及消防知识的宣传，随时查除安全隐患，熟练掌握各种护理应急预案。掌握消防灭火知识，熟练灭火器的使用方法（火警电话 119）。

2、严格执行各项规章制度

(1) 严格遵守查对制度。
(2) 严格执行无菌操作规程。各类消毒剂应标签明显，定点放置。
(3) 严格执行各项技术操作规程，熟知差错、事故的防范措施，防止差错、事故发生。
(4) 严格探视、陪伴制度，探视时注意来历不明或可疑的探视者，发现问题，劝出病房，必要时报保卫科。
(5) 患者住院期间不允许随意离院，特殊情况需经主管医生批准后方可离开。

3、患者安全

(1) 护理人员应全面了解患者病情及思想动态，对不治之症及精神病患者，加强心理治疗，及时发现安全隐患并采取积极有效的防范措施。
(2) 严格执行分级护理制度，经常巡视患者，做好交接班，防止患者随意外出、坠床或其他意外发生。
(3) 无陪伴的小儿、老人、危重、昏迷患者应加强安全措施，必要时使用床档或保护工具。
(4) 长期卧床患者，按时翻身，必要时设翻身卡，严格交接皮肤情况，以免发生压疮。搬运患者要轻稳，随车护送，避免摔伤及碰伤。
(5) 患者身边及床旁无锐器，使用的仪器及热水瓶应合理放置，保证安全。

患者“腕带”身份识别制度及程序

1、所有住院患者，急诊科留观室及输液室患者必须使用“腕带”，作为手术、操作、用药、输血等诊疗活动时医务人员辨识患者身份的一种必备手段。对于腕带过敏患者，可将腕带系于病员服第二个扣眼处，以便于核对。并告之患者使用目的，防止自行取下。

2、在进行与患者相关的一切诊疗活动、交接等处置时，必须使用两种方法确认患者身份，禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据，采用请患者说出自己名字的核对方法。无名氏患者住院时，需在“腕带”上注明“无名氏+住院号”作为身份识别信息。

3、腕带填写完毕核对无误后，于非手术患者入院时，手术患者术前，门诊患者留观及输液时佩戴，出院、转院、死亡时剪断、取下。

4、打印或用圆珠笔认真、清晰、完整填写“腕带”内容（姓名、性别、床号、住院号、年龄、过敏史等信息），便于患者身份的准确识别。

5、有效识别患者身份的程序：

方式一：当患者意识清、在病床上操作时：患者自报姓名，与床头牌、操作物核对。

方式二：当患者意识不清、在病床上操作时：看腕带，与床头牌、操作物核对。

方式三：患者意识清、不在病床操作时：患者自报姓名，与腕带、操作物核对。

方式四：患者意识不清、不在病床操作时：让患者家属报患者姓名，与腕带、操作物核对。

操作物包括：患者的各种治疗单、检查单及手术通知单等。

护理安全（不良）事件管理办法

一、安全（不良）事件的定义及范围

安全（不良）事件是指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中，任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。包括：

- 1、可能损害患者健康或延长患者住院时间的事件；
- 2、可能导致患者残疾或死亡的事件；
- 3、不符合临床诊疗规范的操作；
- 4、增加患者痛苦可能引起患者额外经济损失的事件；
- 5、可能给医务人员带来人身损害或经济损失的事件；
- 6、各类可能引发医疗纠纷的事件；
- 7、可能影响医疗工作正常运行的事件；
- 8、其他可能导致不良后果的事件或隐患。

二、护理安全（不良）事件分类

- 1、护理缺陷：给药错误、医嘱处理及执行缺陷、标本采集缺陷、病情观察或记录缺陷；
- 2、严重护理并发症：非难免压疮；冻伤/烫伤；其他；
- 3、意外事件：跌倒/坠床、走失、自杀；
- 4、导管滑脱；
- 5、严重输液反应、严重输血反应；
- 6、其他护理缺陷。

三、安全（不良）事件分级

- 1、Ⅰ级事件（警告事件）——非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。
- 2、Ⅱ级事件（不良后果事件）——在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的患者机体与功能损害。
- 3、Ⅲ级事件（未造成后果事件）——虽然发生的错误事实，但未给患者机体与功能造成任何损

害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

4、Ⅳ级事件（隐患事件）——由于及时发现并修正错误，未形成事实。

四、科室安全（不良）事件报告的原则

1、Ⅰ级和Ⅱ级事件属于强制性报告范畴。

按照《医疗事故处理条例》、《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》及《医疗质量安全事件报告暂行规定》要求，Ⅰ级和Ⅱ级事件属于强制性报告范畴。

2、Ⅲ级和Ⅳ级事件遵照自愿性、保密性、非惩罚性、公开性原则，鼓励报告。

五、报告流程

1、网络报告：非紧急事件可利用我院安全（不良）事件上报系统 48 小时内进行网络报告。

2、紧急电话报告：重大的或紧急的事件可能迅速引发严重后果的紧急情况下使用，正常工作时间上报相应职能部门，夜间及节假日统一上报医院总值班人员（电话 3288020，3288021），并随后 48 小时内履行网络补报。

六、处理过程

1、发生或者发现科室安全（不良）事件时，当班医护人员按事件类别、级别除立即采取有效措施，防止损害扩大外，应立即向所在科室主任或护士长报告，同时进行网络报告到质管办。

2、质管办根据不良事件的类别进行审核，审核后将护理不良事件信息分派给护理部。

3、护理部针对护理安全（不良）事件应及时调查核实，给出处理意见，必要时上报分管院领导，并督导科室整改、落实；每季度将安全（不良）事件及处理落实情况汇总，并将总结分析内容呈现在季度分析报告中于次月 5 日前报至质管办。

4、质管办每季度对全院的安全（不良）事件进行汇总，形成统计分析报告。部分不良事件提交医院质量与安全委员会。

七、监管

1、质管办对科室安全（不良）事件上报进行统一核实、反馈、统计、追踪、分析和绩效。

2、护理部负责对科室上报的护理安全（不良）事件进行审核、提出整改意见，督导改进措施的落实并定期汇总、分析，形成书面报告。

3、科室质量与安全小组具体负责该科室安全（不良）事件的上报管理工作，并积极主动上报安全（不良）事件，特别是未造成后果事件、隐患事件。对于上报的安全（不良）事件科室应及时分析原因，提出科室质量与安全改进措施，对整改效果进行评价。

八、奖惩

1、医院鼓励医务人员主动上报安全（不良）事件，对于主动报告安全（不良）事件的个人，给予每例 20 元奖励。根据安全（不良）事件年终上报汇总结果，上报改进工作执行好的前三名科室给予 500 元奖励，发现不良事件后处理及时，为医院挽救重大损失的科室，给予 1000 元奖励，并在评先树优等方面予以政策倾斜。

2、当事人或科室在安全（不良）事件发生后漏报、未及时上报或未及时处理导致事件进一步发展造成患者人身损害，或给患者造成一定痛苦、或延长了治疗时间或增加了病人不必要的经济负担等，对当事人和科室负责人给予批评教育、遵照主管部门处罚规定。

3、已构成医疗事故和差错的安全（不良）事件，按照我院相关规定执行。

坠床与跌倒防范措施、评估、伤情认定制度

为了更好地落实患者安全目标，最大限度地减少坠床与跌倒的发生，或将患者坠床与跌倒后的伤害减少到最低，特制定本制度。

一、防范措施

（一）跌倒防范措施

1、提供安全环境

- （1）保持病室、浴室内灯光明亮、地面干燥。
- （2）清除病室床旁过道障碍。
- （3）病床刹车固定，将床降至适宜的高度。
- （4）将床头柜、垃圾袋、便盆及生活用品放置于患者伸手可及之处。

2、加强危险人群的重点防范

- （1）确认危险人群并放置“预防跌倒”警示牌。
- （2）尽可能将有跌倒倾向的高危患者床位安排靠近护士站。
- （3）放置床栏。
- （4）必要时使用保护性约束工具。
- （5）每班床边交班。

3、加强患者及家属宣教

- （1）陪伴者应随时陪伴患者，若暂时离开病房时需告知责任护士，夜间陪伴床应紧靠病床。
- （2）应注意轮椅及便盆座椅的固定。
- （3）当患者步行活动时穿防滑鞋。
- （4）指导呼叫铃的使用。
- （5）指导正确执行移位及上下床。
- （6）提供患者呼叫及寻求协助的方法。
- （7）指导患者采取渐进下床方式。
- （8）指导床上使用便盆或尿壶的方法。

（二）坠床防范措施

- 1、对于有意识不清或躁动不安患者，应加床档，并有家属陪伴。
- 2、对于极度躁动的患者，可应用约束带实施保护性约束，但要注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，避免对患者造成损伤。
- 3、在床上活动的患者，嘱其活动时要小心，做力所能及的事情，如有需要可以让护士帮助。
- 4、对于有可能发生病情变化的患者，要认真做好健康教育，告诉患者不做体位突然变化的动作，以免引起血压快速变化，造成一过性脑供血不足，引起晕厥等症状，易于发生危险。
- 5、教会患者一旦出现不适症状，最好先不要活动，应用呼叫铃告诉医护人员，给予必要的处理措施。

二、患者坠床与跌倒的评估

1、针对引起坠床与跌倒的高危因素，对患者进行坠床与跌倒的危险评估，并根据患者的病情变

化,实施动态评估,分值 ≥ 10 分者纳入重点监护。

2、根据评估情况,有风险者及时放置防坠床跌倒标识,并采取适当的防范措施,术后或长期卧床的患者第一次下床活动需由责任护士协助。

3、将评估情况与预防措施进行详细记录。

三、伤情认定及处理

1、伤情认定:

无:患者未因跌倒而受伤(无体征或症状),X线、CT或其它跌倒后评估未发现受伤情况。

轻度(严重程度Ⅰ级):患者跌倒后需要敷料、冰块、伤口清理、抬起上肢、局部药物来缓解症状,或导致瘀伤或擦伤。

中度(严重程度级Ⅱ):患者跌倒后需要伤口缝合,局部需要皮肤胶来帮助伤口愈合,或夹板治疗及局部肌肉/关节拉伤。

重度(严重程度级Ⅲ):跌倒导致手术、石膏治疗、需要神经科会诊(颅底骨折,硬膜下小血肿)或内伤(肋骨骨折,肝脏小裂伤)或患凝血疾病的患者需要接受输血治疗。

死亡:患者因为跌倒产生的持续性损伤而最终致死(而非因为导致跌倒的生理事件本身而致死)

2、处理:

患者发生坠床或跌倒时,护士立即到患者身边,同时通知医师,测量患者的生命体征及检查受伤情况,注意病情变化,及时告知家属留陪伴。根据患者受伤情况,给予不同处理:

无:及时将患者移至病床,嘱其卧床休息,安慰患者,并测量血压、脉搏,根据病情做进一步的检查和治疗,进一步加强健康宣教。

轻度(严重程度Ⅰ级):根据伤情为患者实施冰敷、包扎、抬起上肢等医疗、护理处置,加强病情观察,发现异常及时报告医师并协助处理。

中度(严重程度级Ⅱ):根据伤情协助医师为患者实施缝合、夹板固定、抬起上肢等医疗、护理处置,加强病情观察,发现异常及时报告医师并协助处理。

重度(严重程度级Ⅲ):对疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患者,根据受伤的部位和伤情采取适当的搬运方法,并协助医师进行医疗处置。对于摔伤头部,出现意识障碍等危及生命的情况时,应立即采取正确的搬运方法将患者移至病床,严格观察病情变化,注意瞳孔、意识、呼吸、血压等生命体征的变化,遵医嘱迅速采取相应的急救措施。

死亡:安慰家属,协助家属将患者遗体安置妥当,及时记录时间发生及治疗、抢救经过。保管好相关物品、医疗文书,通知科室负责人。

压疮风险评估、报告与管理制度

1、防范措施

(1)接收新入院、转入、大手术后患者,应认真检查皮肤情况,当面交清,并做好记录。

(2)年老、体弱、消瘦、瘫痪、长期卧床等不能自行翻身的患者,一般每2小时翻身一次,必要时30分钟翻身一次。酌情给予气垫床,骨、关节突出处垫软枕。

(3)协助患者翻身时,避免拖、拉、推等动作,并防止挤压臀部。放置便器时应轻放、轻取,

时间不宜过长,以防止因时间过长阻碍血流而导致组织损伤。

(4)保持床单干燥、平整,及时更换潮湿的尿布及被褥。经常用温水给患者擦身,保持皮肤清洁干燥,同时增加全身营养的摄入。

(5)有压疮高危因素的患者,应进行压疮评分,填写患者压疮评估监控表,并进行随访记录;加强各班皮肤护理。

(6)对于病情不允许翻身或经过反复说服而拒绝翻身的患者,医生护士应分别做好医护记录,并向患者及家属告知发生压疮的可能性和预防压疮的重要性,由家属签字。

(7)院外带入的压疮,应在压疮护理记录上详细记录压疮的部位、范围、创面情况等,并请家属签字确认。

2、压疮评估

(1)评估流程:对入院时已发生压疮或住院期间有发生皮肤压疮危险因素的患者进行皮肤压疮评估。

(2)评估频次:初次评估后,若压疮风险评估分值 < 10 分的患者每周评估一次; ≥ 10 分的患者至少3天评估一次;病情变化时随时进行评估。根据不同的风险采取适当的防治措施。

(3)难免压疮的界定

由于病情所致,护理人员对患者做了大量护理工作,患者仍发生压疮称为“难免压疮”,经评估确认为“难免压疮”,可不定护理不良事件,但仍需积极护理。

以下情况可确定为难免压疮:

符合强迫体位或绝对制动、脏器衰竭、生命体征不稳定且严格限制翻身、白蛋白 $< 30\text{g/L}$ 、极度消瘦、高度水肿、大小便失禁、拒绝使用气垫床、拒绝翻身等条件中的两项或2项以上者可申报难免压疮,科室采取预防措施并报护理部备案。

3、压疮上报与督导

病区发现压疮(含院外压疮),责任护士填写压疮评估监控表、压疮申报表或难免压疮申报表、压疮护理记录单,应于24h内逐级上报。同时病区加强压疮申报患者的基础护理,并纳入重点护理和监控,每班护士认真落实防治措施。护理部接到报告后,质控人员现场督导。科室填写压疮转归情况栏后压疮申报表或难免压疮申报表原件于患者压疮治愈或出院后报护理部,压疮申报表或难免压疮申报表复印件及压疮护理记录单留科室保存。

4、压疮护理质量管理办法

(1)院外压疮管理

患者入院带入压疮,病区责任护士对压疮进行评估并填写《压疮评估监控表》、《压疮申报表》及《压疮护理记录单》,采取积极的处理措施,护理部质控人员定期督导。

(2)院内难免压疮的管理

因病情原因,虽经积极有效的护理干预仍旧发生压疮的病例,符合难免压疮申报条件并及时上报者,不扣罚病区护理质控分。

(3)院内皮肤压疮的管理

患者住院期间因护理不当出现压疮,扣除病区本月相应护理质控分,取消护士长年终评先评优资格。

防范导管滑脱管理制度

- 1、对置入管道的患者及时放置防止管道滑脱标识，科室制定并落实护理措施，跟踪监控。
- 2、各种管道均应妥善固定，连接处连接紧密，固定带松紧适宜。
- 3、向患者及家属说明留置导管的目的和重要性，指导患者保护导管的方法，防止意外脱出。
- 4、全面评估患者病情，对意识不清、躁动患者，可酌情给予约束措施。
- 5、患者在活动或护理人员为患者翻身、移动时，活动幅度不宜过大，避免导管受牵拉。
- 6、按要求进行巡视，严格交接班，检查导管位置、深度、固定方法及引流情况。
- 7、各类导管一旦脱出，按应急预案处理，根据病情采取相应措施并及时上报，事后及时填写《护理不良事件上报表》。

应用保护性约束管理制度

- 1、保护性约束是指在医疗过程中，医护人员针对患者病情对其紧急实施的一种强制性的最大限度限制其行为活动的医疗保护措施。
- 2、为患者实施保护性约束前，必须进行充分评估，严格掌握保护性约束的指征，如有创通气、各类插管、引流管、精神或意识障碍，治疗不配合等情况时。
- 3、对清醒患者需实施保护性约束时，应向患者告知约束的必要性，取得患者的配合。
- 4、对昏迷或精神障碍患者，先向家属告知必要性，取得家属的理解和配合后实施约束，防止坠床，保证患者安全。
- 5、为患者实施保护性约束时，应注意严格做好约束处皮肤的护理，防止不必要的损伤。
- 6、对昏迷或精神障碍患者，若家属不同意保护性约束则需要签字，医护人员须加强巡视。

住院患者 VTE 风险评估与护理制度

静脉血栓栓塞症（VTE）因其高发病率、高致残率、高漏诊率和高病死率，越来越引起临床广泛关注。现已成为继缺血性心脏病和卒中之后位列第三的心血管疾病，给人类健康带来了严重的威胁。规范 VTE 的风险评估、处理流程、预防及护理措施等标准对 VTE 的诊断、防治及转归起着关键的作用。依据山东省护理质控中心对 VTE 的风险评估及预防护理指导意见，制定我院住院患者 VTE 风险评估与护理。

一、定义及相关概念

（一）静脉血栓栓塞症是指血液在静脉内不正常的凝结，使血管完全或不完全阻塞，属静脉回流障碍性疾病。VTE 包括深静脉血栓形成（DVT）和肺动脉血栓栓塞症（PTE），两者相互关联，是 VTE 在不同部位和不同阶段的两种临床表现形式。

（二）深静脉血栓形成是指血液在深静脉内不正常凝结引起的静脉回流障碍性疾病，可发生于

全身各部位，多见于下肢深静脉。

（三）肺动脉血栓栓塞症指来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉主干或其分支导致的肺循环和呼吸功能障碍，是导致住院患者死亡的重要原因之一。

二、评估工具及风险分级

（一）Caprini 风险评估量表

2005 版 Caprini 风险评估量表（见附件一）应用于所有住院患者，包含一般情况、体质指数、VTE 病史等 40 个危险因素，按不同因素对 VTE 风险的影响不同，危险因素分别赋值，每个危险因素的评分 1 ~ 5 分。按总得分情况分为 4 组，低度危险（低危）1 分，中度危险（中危）2 分，高度危险（高危）3 ~ 4 分，极高度危险（极高危）≥ 5 分。其中，如存在 5 分项危险因素，建议直接定为极高危，无需再进一步评估。

（二）RAPT 血栓形成危险度评分量表

该量表（见附件二）主要用于评估创伤患者的血栓形成危险度，评分包括四方面因素：年龄因素、潜在因素、医源性因素、损伤相关因素。每个危险因素 2 ~ 4 分，按总得分情况分为 3 组，≤ 5 分为低危，5 ~ 14 分为中危，> 14 分为高危。

备注：Caprini 风险评估量表通用于所有成人住院患者，统一使用此量表可以保证 VTE 风险评估的同质性；RAPT 血栓形成危险度评分量表适合创伤骨科患者，分别对各专科患者进行有效预警，有利于对风险患者采取预见措施，降低患者 VTE 的发生率。

三、评估与记录

（一）评估时机

1. 新入院患者 2h 内完成评估与记录，入院行急诊手术患者返回后完成评估，遇抢救等情况可延长至 6 小时内完成记录。
2. 低风险及中度风险患者至少每周评估 1 次。
3. 高风险及以上患者至少每 3 天评估 1 次。
4. 患者出现病情变化，如手术、分娩、病情恶化等随时评估。
5. 出院时评估。

（二）记录

评估低危患者不挂评估单，评估后只做健康宣教。中危及以上患者挂评估单，将评估分数记录于评估栏内，填写日期、时间并签名。

四、VTE 的护理管理流程

完成患者 VTE 风险评估后，护士依据护理管理流程对不同风险等级患者采取针对性的处理措施。

（一）低危患者：尽早活动，健康宣教，可以进行物理预防。

（二）中危及以上患者：向医生汇报评估情况，关注患者 D-二聚体、深静脉彩超，遵医嘱给予基础预防、物理预防、药物预防。

（三）发生血栓：如患者发生血栓遵医嘱给予相应处理。

五、预防护理措施

（一）警示标识：评估高危或极高危患者在床边或其它醒目位置放置 VTE 高风险警示标识。

（二）环境：保持病室安静、整洁，空气清新，使患者保持良好的精神状态。

（三）基础预防

- 1、术中和术后适度补液、饮水、避免脱水；
- 2、抬高患肢：抬高下肢 20 ~ 30°（略高于心脏水平），禁止腘窝及小腿下单独垫枕；
- 3、改善生活方式，戒烟戒酒，控制血糖、血脂；
- 4、规范静脉穿刺技术，尽量避免深静脉穿刺和下肢静脉穿刺输液；
- 5、早期活动，尽早下床；

（1）被动运动 对于因疾病原因或手术要求等双下肢不能自主活动的患者给予按摩比目鱼肌、腓肠肌并予以踝关节被动运动。人工挤压腓肠肌，应避免伤口，从足部到大腿由远到近被动按摩，10 ~ 30 分钟 / 次，6 ~ 8 次 / 日；足踝关节屈伸运动，10 秒 * 10 ~ 30 次 / 组，至少 8 组 / 日。

（2）主动运动 卧床、清醒后或麻醉作用消失后，指导患者主动踝泵运动（用力、最大限度、反复地屈伸踝关节），10 秒 * 10 ~ 30 次 / 组，至少 8 组 / 日；如病情允许可做膝关节屈伸运动；指导术后患者行深呼吸，每小时 10 ~ 20 次，增加膈肌运动，促进血液回流。

（四）物理预防

遵医嘱为患者使用梯度压力袜、间歇性充气加压装置、足底静脉泵，以加速血液回流，防止血液瘀滞。

1、梯度压力袜

（1）准确测量腿部尺寸。步骤如下：脚后跟到臀弯的长度、小腿肚围长、脚后跟到膝盖弯的长度（膝长型）、大腿根围长。

（2）根据尺寸选择对应型号的梯度压力袜。

（3）可以 24 小时连续使用，能有效增加静脉回流，减少血流在小腿的瘀滞，是一种非常安全、方便、非侵入性的预防方案。护士应注意根据患者情况注意查看梯度压力袜穿戴是否正确，肢体血运情况。

2、间歇性充气加压装置

从足、小腿、大腿序贯加压，使血流增加 200%~240%，临床多为足底、小腿联合气囊加压泵，频率为 30 分钟 / 次，2 ~ 4 次 / 日。

物理预防的禁忌症：充血性心力衰竭、肺水肿、下肢严重水肿、下肢深静脉血栓症、血栓（性）静脉炎、肺栓塞、下肢局部情况异常（如皮炎、坏疽、近期接受皮肤移植手术）、下肢血管严重动脉硬化、其他缺血性血管病变及下肢严重畸形。

（五）药物预防

遵医嘱给予抗凝药物，加强用药护理。对有出血风险的患者应权衡预防下肢深静脉血栓形成与增加出血风险的利弊。

六、健康宣教

（一）基本宣教：戒烟戒酒，适当饮茶，保证充足的液体入量；每周泡澡 1 次，每次 20 分钟，水温以舒适为宜；衣服、鞋袜不要太紧，防止患者血栓凝聚。

（二）饮食指导：饮食宜清淡，忌食油腻、肥甘、辛辣等食物。指导患者多食富含膳食纤维的新鲜蔬菜和水果，保持大便通畅。

（三）活动指导：加强肢体被动活动，对偏瘫和自主活动不便的病人，被动按摩病人患肢比目鱼肌及腓肠肌，并做足踝关节屈伸被动运动。手术病人术前充分评估，做好患者的健康宣教，术后按照基础预防内容指导患者进行预防锻炼。

（四）用药指导：用药前了解患者有无反出血性疾病，指导患者正确服药；服用抗血栓药物的患者，

指导其刷牙时动作要轻柔，避免抠鼻，防止跌倒等，以避免出血情况的发生。告知遵医嘱服药的重要性，不要擅自增加或停用药物，以免形成血栓或继发出血。

（五）心理指导：潜在的 VTE 风险使患者焦虑，物理预防、药物预防产生的治疗费用使其急躁，针对不同患者的心理需求，采用心理疏导等方法，消除其不良心理，详细介绍 DVT 病因、治疗方案、预后及注意事项，有条件时组织病友会提供现场交流，减轻患者心理压力。

（六）出院指导：告知患者出院后 3 ~ 6 个月门诊复查，若出现下肢肿胀、疼痛或出血现象，请尽快就医。

附件：

- 1、Caprini 风险评估量表（2005 中文版）
- 2、RAPT 血栓形成危险度评分量表

附件 1：

Caprini 风险评估量表（2005 中文版）

1 分	2 分	5 分
年龄 41 ~ 60 岁	年龄 61 ~ 74 岁	脑卒中（1 个月内）
计划小手术	石膏固定（1 个月内）	急性脊髓损伤（1 个月内）
肥胖（BMI>25 kg/m ² ）	卧床（>72h）	择期下肢关节置换术
异常妊娠	恶性肿瘤（既往或现患）	髋关节、骨盆或下肢骨折
妊娠期或产后（1 个月）	中央静脉置管	多发性创伤（1 个月内）
口服避孕药或使用雌激素	腹腔镜手术（>45min）	
需要卧床休息的患者	大手术（>45min）	
肠炎病史	3 分	
下肢水肿	年龄 ≥ 75 岁	
静脉曲张	VTE 病史、家族史	
严重肺部疾病（1 个月内）	肝素诱导的血小板减少症	
肺功能异常，COPD	其他先天性或获得性血栓症	
急性心肌梗塞	抗心磷脂抗体阳性	
充血性心力衰竭（1 个月内）	凝血酶原 20210A 阳性	
败血症（1 个月内）	因子 V Leiden 阳性	
大手术史（1 个月内）	狼疮抗凝物阳性	
其他高危因素	血清同型半胱氨酸升高	

备注：权衡抗凝与出血风险后采取个性化预防。对中危伴出血患者，首选物理预防，待出血风险降低后加用药物预防。对有争议，疑难，特殊病例或未尽事宜请 VTE 管理委员会会诊。

- 0 ~ 1 分：低危；尽早活动，物理预防；
- 2 分：中危，无出血风险者给予药物预防加物理预防；有出血风险者给予物理预防；
- 3 ~ 4 分：高危，给予药物预防加物理预防；
- ≥ 5 分：极高危，措施同高危。

附件 2:

2016. 12. 26 制定（根据省指导意见）

潜在因素	得分	损伤性因素	得分
肥胖 (BMI>25 kg/m ²)	2	胸部 AIS > 2	2
恶性肿瘤	2	腹部 AIS > 2	2
凝血异常	2	头部 AIS > 2	2
VTE 病史	3	脊柱骨折	3
医源性因素	得分	GCS < 8 分持续 4h 以上	3
中心静脉导管 > 24h	2	下肢复杂骨折	4
24h 内输血 > 4 单位	2	骨盆骨折	4
手术时间 > 2h	2	脊髓损伤 (截瘫、四肢瘫等)	4
修复或结扎大血管	3	年龄因素	得分
		40-60 岁	2
		61-74 岁	3
		≥ 75 岁	4

1. ≤ 5 分: 为低危, DVT 发生率为 3. 6%;
2. 5-14 分: 为中危, DVT 发生率为 16. 1%;
3. > 14 分: 为高危, DVT 发生率为 40. 7%;
注: RAPT: 静脉血栓形成危险度评分; AIS: 简明损伤定级; GCS: 格拉斯哥昏迷评分。

住院患者疼痛评估与护理制度

疼痛是医学界长期关注的重要课题, 全美保健机构评审联合委员 (JCAHO) 于 1995 年正式将疼痛确定为继体温、脉搏、呼吸、血压以后的第五生命体征。调查研究表明, 在生理舒适中患者将无痛放在了需求首位。疼痛评估是规范性疼痛处理的第一步, 也是最关键的一步, 为进一步规范疼痛护理评估与管理, 依据山东省护理质控中心对住院患者疼痛护理评估规范工作提出的指导意见, 制定我院住院患者疼痛评估与护理制度。

一、定义及相关概念

- (一) 疼痛指组织损伤或潜在组织损伤而引起的不愉快的主观感受和情感体验。
- (二) 简易评估 使用疼痛评估工具, 准确评估患者的疼痛程度。
- (三) 综合评估 评估患者的疼痛程度、部位、性质、持续时间、发生频率、加重或缓解因素、伴随症状、疼痛对日常工作生活的影响、对睡眠的影响、既往疼痛病史、药物治疗史、治疗效果和治理相关不良反应等。

二、评估原则

护理人员应当尊重患者有得到合适的疼痛评价和止痛的权利, 应遵循患者的主诉是诊断患者有

无疼痛及疼痛程度的主要依据的评估原则, 全面、动态的评估患者疼痛的发作、治疗效果及转归, 并进行实时记录。

- (一) 应选择合适的评估工具进行简易评估。
- (二) 根据患者疼痛程度、镇痛措施实施情况, 进行综合评估。
- (三) 评估应贯穿治疗的全过程。

三、评估工具选择

评估工具分为疼痛程度自评工具和疼痛程度他评工具。自评工具推荐使用数字评分 (NRS)、改良面部表情疼痛评估 (FPS-R); 他评工具推荐使用成人疼痛行为评估量表或小儿疼痛行为评估量表。

疼痛程度评估首选自评工具

1、NRS (数字疼痛分级法): 可用于理解数字并能表达疼痛的患者, 将疼痛程度用 0-10 共 11 个数字表示, 0 表示无疼痛, 10 表示最剧烈的疼痛; 0-10 之间, 数字越大, 疼痛程度越重。由患者根据其疼痛程度选择相应的数字。NRS 简单实用, 易于记录, 在临床和科研中使用较为广泛;

2、FPS-R (面部表情图画评分法): 可用于不能理解数字和文字的患者。疼痛评估时由患者选择一张最能表达其疼痛的面部表情, 以代表其疼痛程度。FPS-R 在儿童和老年患者的疼痛评估中使用较为广泛, 也适用于能交流的 ICU 患者的疼痛评估。

(二) 对不能使用自评工具评估疼痛程度的患者, 选择疼痛程度他评工具

1、成人疼痛行为评估量表: 评估项目包括面部表情、休息状态、肌张力、安抚效果、通气依从性 (气管插管患者) 或发声 (非气管插管患者)。每一项按 0-2 评分, 总分为 10 分, 分值越高说明疼痛程度越重 (见附件一)。

2、小儿疼痛行为评估量表: 评估项目包括面部表情、下肢状态、活动、安抚效果、通气依从性 (气管插管患儿) 或哭闹 (非气管插管患儿), 可用于出生 > 28 天的小儿。每一项按 0-2 评分, 总分为 10 分, 分值越高说明疼痛程度越重 (见附件二)。

3、重症监护患者疼痛观察工具 (Critical-care pain observation tool, CPOT): CPOT 是一个针对危重、有或无气管插管病人的有效的疼痛评估工具, 它对疼痛的 4 个方面进行评估, 包括面部表情、身体运动、肌肉张力、病人对机械通气的顺应性 (针对气管插管病人) 或发声 (针对无气管插管病人)。每个方面从 0 分到 2 评分, 总分为 0 分 (无痛) 到 8 分 (最痛)。分值越高说明疼痛程度越重 (见附件三)。

四、评估时机 (作为第五生命体征评估)

(一) 疼痛评估分定时评估、实时评估

1、定时评估:

- (1) 入院时或转入时;
- (2) 轻度疼痛 (1-3 分) 每日评估 1 次;
- (3) 中、重度疼痛 (≥ 4 分): 每 4 小时评估 1 次至 < 4 分。

2、实时评估:

- (1) 当患者报告疼痛, 或出现新的疼痛时进行评估;
- (2) 镇痛治疗方案更改后;
- (3) 给予疼痛干预治疗后, 追踪评估, 如: 非消化道途径给予镇痛药物后 30min (皮下

30min)；消化道给予镇痛药物后 1h；贴剂：4h(或遵说明书)。如果疼痛评估结果理想，恢复常规评估。遵循“评估-干预-再评估”循环，直至达到疼痛评分 <4 分。

(4) 当患者正常入睡时，不需要进行疼痛评估，记录“入睡”。

(二) 疼痛评估对象

- 1、新入院或转入患者；
- 2、采取镇痛干预措施前后；
- 3、外科手术患者；
- 4、肿瘤患者；
- 5、因其他情况(如创伤、有创操作、疾病等)处于疼痛状态的患者。

(三) 备注

- 1、每日应对住院患者进行至少一次简易评估。
- 2、以下情况，需要进行简易评估：
 - (1) 入院时(除癌性疼痛)；
 - (2) 由他科转入时；
 - (3) 手术患者返回病房时；
 - (4) 接受可能引起中度及以上疼痛的诊疗操作后；
 - (5) 机械通气的患者拔除人工气道后。
- 3、以下情况，应进行综合评估：
 - (1) 疼痛评分 ≥ 4 或中度及以上疼痛时；
 - (2) 给予镇痛措施后；
 - (3) 对于癌性疼痛患者，入院时应全面、全方位(社会文化)评估。
- 4、综合评估后，疼痛评分 <4 或轻度及以下疼痛，且可耐受治疗相关不良反应时，恢复简易评估。

五、评估内容

(一) 疼痛程度分级

0 为无痛，1-3 为轻度疼痛，4-6 为中度疼痛，7-10 为重度疼痛。

(二) 疼痛部位

评估疼痛发生的主要部位和发生放射性疼痛的部位。

- 1、让患者确定自己疼痛的部位。
- 2、可能的情况下，让患者指出自己疼痛的位置。
- 3、让患者在人体图中画出疼痛的位置。
- 4、用图片形式方便患者指出疼痛的位置。
- 5、询问患者疼痛是否辐射到周围，若有则让患者指出自身疼痛辐射的位置。

记录：根据患者指出疼痛部位，采用文字描述(医学术语)的方式或在人形图上做标记的方式记录。

如果患者身体多处发生疼痛，可以分别用不同的字母，如 A、B、C 在人形图的不同部位上标出。

(三) 疼痛性质：评估有助于判断疼痛的病因及确定治疗方案。

- 1、请患者描述疼痛性质。
- 2、如果患者不能够描述疼痛性质，护士可以列举一些词语以给患者启发，如：①刀割样痛②绞痛③烧灼样痛④刺痛⑤压痛⑥胀痛⑦钝痛⑧其他：如搏动性痛、枪击样痛、刺痛、锐痛、抽筋样痛、

咬痛、热辣辣的痛、酸痛、一触即痛、爆裂样痛、跳痛、坠痛、钻顶样痛、撕裂样痛、牵拉样痛、压榨样痛、放电样痛、电击样痛、麻木样痛、束带样痛、轻触痛等。

(四) 疼痛持续时间

- 1、评估疼痛开始发生和持续的时间。判断是间断性疼痛、间隙性疼痛或持续性疼痛。
- 2、持续性疼痛指连续发作时间超过 30s，阵发性疼痛指连续发作时间不到 30s，间隙性疼痛指疼痛与不疼痛交替出现。
- 3、评估间断性疼痛发生的频度。

(五) 其他

- 1、疼痛的加重及缓解因素；
- 2、疼痛对睡眠、休息、活动等功能状态的影响；
- 3、疼痛引起的生理行为反应如心率快、出汗、烦躁不安等；
- 4、患者对疼痛的认知反应如焦虑、恐惧、疼痛危害性、自我应对方法等；
- 5、疼痛治疗相关并发症；
- 6、患者对疼痛治疗的反应。

六、评估注意事项

- (一) 生理和行为不是反映疼痛的最敏感或特定指标；
- (二) 不能交流的患者，采用客观疼痛评估法；
- (三) 具备交流能力的患者，采用主观疼痛评估法；
- (四) 整个住院过程中，对同一位患者应使用同一种主观或客观疼痛评估工具。

七、记录

(一) 不同评估工具间记录方法的转换：采用 VAS 时直接记录对应的数字；采用脸谱标尺时，分别用“0、2、4、6、8、10”六个数字对应 6 张脸谱。

(二) 将评估的分值记录于体温单相应时间点的疼痛栏内，同时详细记录于“疼痛评估单”。

八、疼痛管理目标

- (一) 患者疼痛评分 ≤ 3 分。
- (二) 24 小时内爆发性疼痛频率 ≤ 3 次。
- (三) 24 小时内需要解救药物频率 ≤ 3 次。

九、相关文件

- (一) 《美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准(第五版)》
- (二) 《三级综合医院评审标准(2011 版)》

附件：

- 1、成人疼痛行为评估量表
- 2、小儿疼痛行为评估量表
- 3、重症监护患者疼痛观察工具(CPOT)
- 4、疼痛评分标准

附件 1:

成人疼痛行为评估量表

项目	分值		
	0	1	2
面部表情	放松	皱眉、紧张或淡漠	经常或一直皱眉，扭曲，紧咬
休息状态	安静	有时休息不好，变换体位	长时间休息不好，频繁变换体位
肌张力	放松	增加	僵硬，手指或脚趾屈曲
安抚效果	不需安抚	通过分散注意力能安抚	通过分散注意力很难安抚
通气依从性（气管插管患者）	完全忍受	呛咳，但能忍受	对抗呼吸机
发声（非气管插管患者）	无异常发声	有时呻吟、哭泣	频繁或持续呻吟、哭泣

附件 2:

小儿疼痛行为评估量表

项目	分值		
	0	1	2
面部表情	放松	皱眉、紧张或淡漠	扭曲、下颌颤抖或紧咬牙关
下肢状态	放松	紧张、不安静	腿踢动或腿部蜷曲
活动	静卧或活动自如	躁动	身体屈曲、僵直或急扭
安抚效果	不需安抚	可安抚	很难安抚
通气依从性（气管插管患儿）	完全忍受	呛咳，但能忍受	对抗呼吸机
哭闹（非气管插管患儿）	无	呻吟、呜咽、偶哭	持续哭、哭声大

附件 3:

重症监护患者疼痛观察工具（CPOT）

指标	描述	分值	
面部表情	无肌肉紧张表现	放松	0
	皱眉，眼轮匝肌紧固	紧张	1
	皱眉，眼轮匝肌紧固，眼睑紧闭	痛苦	2
身体运动	完全无运动	无运动	0
	缓慢谨慎的运动，触摸或摩擦痛点，通过运动寻求关注	保护性运动	1
	拽管，试图坐起，捶打，不遵嘱，撞击床柱，试图下床	烦躁不安	2
肌张力 (对上肢被动伸曲评估)	对被动运动无抵抗	放松	0
	对被动运动有抵抗	紧张，僵硬	1
	对被动运动有抵抗并不能停止	非常紧张，僵硬	2
机械通气的 顺应性	未报警，机械通气顺畅	可耐受机械通气或移动	0
	自主呼吸报警	呛咳，但可耐受	1
	与呼吸机不同步，抵抗呼吸机，频繁报警	抵抗机械通气	2
发声 (拔管患者)	言语正常或不发声	言语正常或不发声	0
	叹气呻吟	叹气呻吟	1
	喊叫，啜泣	喊叫，啜泣	2

附件 4:

疼痛评分标准

疼痛等级	评分	评分说明
无痛	0分	
轻度疼痛	1-3分: 安静平卧时基本不疼, 不影响睡眠	1分: 被动活动时疼痛
		2分: 主动活动或变换体位时疼痛
		3分: 平卧时会疼痛, 有被动体位
中度疼痛	4-6分: 安静平卧时疼痛, 影响睡眠	4分: 间歇疼痛, 对日常生活有影响, 偶尔会有皱眉、咧嘴或咬牙等表情。
		5分: 持续疼痛, 入睡困难, 食欲减退, 心情烦躁。
		6分: 疼痛较重, 容易被疼醒或根本不能入睡, 呻吟或呼叫
重度疼痛	7-10分: 疼痛难以忍受 0	7分: 疼痛严重, 翻转不安, 焦虑, 有冷汗, 无法入睡, 注意力无法从疼痛部位分散
		8分: 疼痛持续难忍, 全身大汗
		9分: 剧烈疼痛不能忍受
		10分: 最疼痛, 痛不欲生

抢救车(盘)管理制度

1、抢救车建立急救药品、物品放置结构图和急救药品、物品交接记录本; 抢救盘建立急救药品、物品一览卡和急救药品、物品交接记录本。

2、抢救车内各种药品、物品种类及数量按抢救需要进行配置, 建立帐目, 定位放置, 专人管理。

3、保持抢救车(抢救盘)清洁, 急救物品、药品、仪器齐全适用, 及时领取补充, 及时消毒、无过期。

4、各值班人员要熟练掌握抢救车(盘)内备用药品、物品情况并熟练应用。

5、对于抢救任务重, 抢救车使用频次较多的护理单元, 采用“每班交接”的方法进行管理, 护士长每周检查一次抢救车的管理落实情况, 并做好记录。

6、对于抢救任务相对较轻, 抢救车使用频次较少的护理单元, 采用封条管理办法:

(1) 在不改变抢救车结构、内容的情况下, 用“封条”将抢救车的上盖、抽屉等相关位置进行粘贴, 封条上注明封存时间、有效期, 责任人签字。

(2) 抢救急、危患者时, 撕下封条取用物品。抢救结束后, 及时清理用物, 做好补充。如夜间使用, 须做好交接和记录, 次日立即补充, 白班使用需在 2 小时内补充, 由两人核对后贴上封条, 注明封存时间并签字。

(3) 在未使用的情况下, 由管理抢救车的护士与护士长至少每月对抢救车内的药品、物品进行检查、整理并按需增补, 然后重新封存并注明检查人员及封存时间。

(1) 封存的抢救车需每班交接封条完整情况并做好记录。

7、对于抢救任务时多时少, 抢救车使用频次时高时低的护理单元, 护士长可以根据实际情况采取两种方式相结合的方式进行管理, 并做好转换管理时间的记录。

8、抢救车内药品要求在失效期前 3 ~ 6 个月与药房联系更换, 距失效期小于 3 个月的, 由护理单元承担药品成本, 以确保药品质量。

9、不按照本办法执行者, 按照质量控制检查标准加倍扣分。

医嘱执行制度

1、医师在计算机上下达医嘱后, 护士应立即执行, 原则是先临时后长期, 先急后缓。执行医嘱前, 护士应先对医嘱进行认真复查, 并经第二人逐一核对。确认患者床号、姓名、住院号、药名、浓度、剂量、用法、时间后再执行。对可疑医嘱, 护士必须遵照流程复核, 查清后方可执行, 临时医嘱需通知并督促有关人员及时执行, 然后打印出医嘱单及各项治疗单。

2、除抢救或手术中, 其他时间一律不执行口头医嘱。如急危重症抢救过程中, 医师下达口头医嘱时, 护士应复述一遍, 在得到医师确认后执行, 并保留安瓿, 事后请医师及时补充下达医嘱, 护士应当据实补记执行时间。

3、长期医嘱下达后按要求执行、签字并注明执行时间。临时医嘱须由下一班护士执行的, 应向有关人员交待清楚。做好标本容器、特殊检查或治疗要求(如禁食、术前用药等)的各项准备工作,

并记录。

4、患者手术、分娩或转科后，术前医嘱或原科医嘱一律停止，在医嘱单上划一红色横线，以示截止，重新下达术后医嘱和转科后医嘱。

5、不得转抄或转录医嘱。

6、长期医嘱执行后在长期医嘱执行单上签全名，临时医嘱执行后在临时医嘱执行单上签全名并注明执行时间。

7、作废的医嘱用红笔写明“取消”字样以示停用，并由医师签全名。

8、必要时（Prn）医嘱按长期医嘱处理，每执行一次在医嘱单上按临时医嘱记录一次。

安全给药管理制度

一、经过资格认定及相关培训的护理人员方可执行给药医嘱。

二、护士根据处方或医嘱给药时应先核对以下内容：

（一）药物名称是否与医嘱相符。

（二）给药时间和次数是否与医嘱相符。

（三）药物剂量、浓度是否与医嘱相符。

（四）给药途径是否与医嘱相符。

（五）询问患者姓名及核对住院号以确认身份。

（六）患者是否对该药物过敏。

三、给药应做好记录

（一）医师给予患者的所有用药必须做好记录。患者用药可记录于门急诊患者的病历及住院患者病历中。

（二）门急诊病历用药记录包括就诊日期，患者的疾病描述、诊断；药品的名称、规格、数量、用法、用量等。

（三）护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应。

（四）医师、护士和其他相关医务人员应向患者宣教用药知识，同时观察疗效及不良反应，必要时调整给药方案。

四、凡住院患者治疗需要的药品均由药学部门供应，一般不得使用患者自带药品。确需使用应符合规定。

五、患者给药时间管理细则

（一）长期医嘱的给药应在规定时间前后 2 小时内完成，后一次给药时间按相应时间间隔调整，不能按时给药的以给药错误处理。如特殊情况（手术、检查等）延误给药，待医师评估后，方可用药；如不能使用，应由医师在临时医嘱单上开具停用医嘱。

（二）根据医嘱需准点给药（如每 4 小时给药、每 6 小时给药、每 8 小时给药等）的应在规定的时间内给药。

（三）特殊用药遵具体医嘱执行。

（四）紧急抢救医嘱给药：开医嘱后即刻给药。

（五）口服给药

1、原则上当天常规医嘱，下午给药。如有特殊情况，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱（st）。

2、每日一次给药（qd）：时间为 8：00，相同药物与次日的给药时间应间隔 12 ~ 24 小时。

3、每日二次给药（bid）：时间为 8：00 ~ 16：00，相同药物每日每次给药时间应间隔 6 ~ 12 小时。

4、每日三次给药（tid）：时间为 8：00 ~ 12：00 ~ 16：00，相同药物每日每次给药时间应间隔 4 ~ 8 小时。

5、每日四次给药（qid）：时间为 8：00 ~ 12：00 ~ 16：00 ~ 20：00，相同药物每日每次给药时间应间隔 3 ~ 6 小时。

6、一般临时医嘱（st）：在医师开具医嘱后 2 小时内执行。

（六）静脉给药

1、首次给药时间：原则上在医师开具医嘱后 2 小时内执行。特殊情况可酌情处理。如有多组静脉输液，根据轻重缓急，按序使用。

2、每日一次给药（qd）：时间为 8：00，相同药物与次日给药时间应间隔在 12 ~ 24 小时。

3、每日二次给药（bid）：时间为 8：00 ~ 16：00，相同药物每日每次给药时间应间隔 6 ~ 12 小时。下午三点后开具的 bid 医嘱当天默认为给药一次，如需两次给药，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱。

4、特殊药物如甘露醇等需准点使用的药物，给药时间不超过 30 分钟。

5、一般临时医嘱：在医师开具医嘱后 2 小时内执行，特殊情况可酌情处理。如有多组静脉输液，根据轻重缓急，按序使用。

（七）肌内、皮下给药

1、原则上当天常规医嘱，下午给药。如有特殊情况，应由医师在医嘱单上加开临时医嘱（st）。

2、每日一次给药（qd）：时间为 8：00，相同药物与次日给药时间应间隔 12 ~ 24 小时。

3、每日二次给药（bid）：时间为 8：00 ~ 16：00，相同药物每日每次给药时间应间隔 6 ~ 12 小时。

4、一般临时医嘱（st）：在医师开具医嘱后 2 小时内执行。

（八）其他给药

1、膀胱冲洗

（1）每日一次给药（qd）：时间为 8：00，相同药物与次日给药时间应间隔 12 ~ 24 小时。

（2）每日二次给药（bid）：时间为 8：00 ~ 16：00，相同药物每日每次给药时间应间隔 6 ~ 12 小时。

2、雾化吸入

（1）每日一次给药（qd）：时间为 8：00，相同药物与次日给药时间应间隔 12 ~ 24 小时。

（2）每日二次给药（bid）：时间为 8：00 ~ 16：00，相同药物每日每次给药时间应间隔 6 ~ 12 小时。

3、其它途径给时间按医嘱执行。

用药后观察制度

- 1、护士应了解用药的目的、药物性质及相关药物不良反应，严格掌握用药剂量、给药途径、给药时间、疗程长短等用药方案，观察患者不良反应、症状及体征。
- 2、告知患者及家属药物使用的必要性，可能发生的不良后果，如有不适及时告知当班医护人员。
- 3、在患者实施药物治疗过程中，护士应根据合理用药原则严密监测不良反应，及时发现并遵医嘱妥善处置，认真执行药品不良反应报告制度。
- 4、对可能产生迟发反应的药物，严密连续观察用药后的反应情况以达到安全有效使用。
- 5、当出现不良反应时应及时通知值班医生，对症处置，妥善保存所用药物，填写《药品不良反应报告表》，并将处置过程如实记录。

护理查房、病例讨论制度

- 1、护理查房、病例讨论范围包括：病情危重病例、特殊病例、大手术和新开展的手术以及死亡病例等。
- 2、病区护理查房或病例讨论每月 1 次；需多专业协作讨论的病例，上报护理部，由护理部组织、协调。护理部定期组织全院护理查房或病例讨论，每季度 1 次。
- 3、病区护理查房、病例讨论由护士长主持；全院护理查房、病例讨论由护理部主任或副主任主持。
- 4、讨论时由责任护士汇报病历，介绍患者病情、目前存在的护理问题、采取的护理措施等，并提出问题。与会的护理人员根据患者的病情并结合患者的护理情况，进行综合分析，找出护理上存在的不足，并提出改进措施。
- 5、由责任护士做好护理查房、病例讨论记录。

护理会诊制度

- 1、对于本病区不能解决的护理问题，应及时申请会诊。
- 2、申请科室按要求填写护理会诊申请单，注明患者一般资料，护理会诊的目的等内容后，送到被邀科室。
- 3、会诊形式及要求：
 - (1) 病区间护理会诊：由申请会诊病区提出，当班护士填写《护理会诊申请单》，应邀病区应派护师以上职称或具备相应能力的护士前往，一般会诊应在 24 小时内完成；急会诊应在 10 分钟内到达，并将会诊意见和建议记录于《护理会诊申请单》，护理会诊单由申请科室保存。
 - (2) 全院护理会诊：疑难病例或病情需要多科会诊讨论时，病区护士长上报护理部，护理部通知具备相应能力的人员参加。会诊时，由申请病区的护士长主持，护理部及应邀人员参加，责任护士做病例报告和会诊记录，护理会诊单由申请科室保存。

(3) 院外护理会诊：疑难或病情需要院外专家进行护理会诊时，病区护士长报护理部，由护理部确定并联系相关医院选派专家进行会诊。会诊时，由护理部主持，责任护士汇报病历并做好相关记录，护理会诊单由护理部保存。

首迎负责制

- 1、首迎责任人是指在门诊或病房第一个接诊门诊或住院患者的本院在岗护理人员。
- 2、首迎责任人应面带微笑，起立迎接门诊就诊或住院患者，规范服务流程、服务用语，为患者提供各种便利，满足患者合理的需要。
- 3、门诊护士要主动询问就诊患者需要，并尽力帮其解决；分诊护士应及时、准确分诊，引导患者至就诊诊室，并维持就诊秩序。
- 4、病房值班护士迎接新患者入院时，应主动引导患者至床前，责任护士及时至床前进行入院介绍；对急危重症入院患者，病房值班护士应立即前迎，责任护士认真进行评估，及时、准确地实施治疗和护理措施，选择适当时机做好入院介绍。
- 5、患者、家属、来访人员及探视人员到门诊或病房护士站，护士应面带微笑、主动询问，并提供适当帮助。
- 6、如违反本制度，造成投诉或引起医疗纠纷的，将根据情节轻重和相关规定给予相应的处理。

病区管理制度

- 1、病区由护士长负责管理，科主任及病区工作人员积极协助。
- 2、护士长全面负责病区财物管理，分别指派专人保管，建立帐目，定期清点。如有遗失，及时查明原因，按规定处理。管理人员变动时，应做好交接手续。
- 3、病区床单位的陈设和其他物品规范放置，整齐划一，未经护士长同意，不得随意搬动。保持床单位清洁卫生。
- 4、病区保持安静、整洁、安全、舒适，避免噪音，工作人员要做到“四轻”（走路轻、说话轻、开关门轻、操作轻）。
- 5、当班医护人员必须着装整洁，穿工作服，佩戴胸牌，戴工作帽，穿工作鞋。进行无菌操作时必须戴口罩。
- 6、医护人员当班期间应坚守岗位，认真履行职责，不得在办公室聊天、打闹、会友等。
- 7、定期向患者宣传卫生科普知识，做好患者心理护理、生活护理，指导患者及家属遵守住院制度。
- 8、严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。做好病区探视、陪伴人员的管理工作，严格控制陪伴人数。
- 9、定期召开工休座谈会，听取患者意见及建议，相互沟通交流，改进工作。
- 10、患者出院后，及时做好床单位的终末处理。
- 11、每天按时进行卫生清扫，注意通风。节约水电，按时熄灯，病区内禁止吸烟。

工休座谈会制度

- 1、临床科室每月召开一次，由护士长主持。分管护士、患者或陪伴代表参加。
- 2、内容：学习住院有关制度（住院须知、住院患者管理制度、探视陪伴制度等），宣传保健知识，征求对医护质量、服务态度等意见。
- 3、做好座谈会记录，对提出的意见及时做出处理和反馈，难以解决的问题书面上报有关科室。

患者入院、出院、转科、转院管理制度

一、入院管理制度

- 1、各临床科室应根据各专业疾病的特点收治患者入院。在患者入院、转科或转院前，需有与病史和体格检查所提示的辅助于诊断的各类化验和影像学检查结果。
- 2、对符合收治标准的患者，由具有本院执业医师证的医师开具入院证。入院证内容应填写完整，如患者姓名、性别、门（急）诊诊断、医师签名及时间等。患者基本信息应由患者或家属填写完整，经治医师应对患者及家属就住院事宜进行充分告知。
- 3、患者住院须持本院门诊或急诊医师签发的入院证件办理入院手续。
- 4、危重患者入院前由接诊科室电话通知病房或手术室，由医护人员护送，并与病房或手术室护士做好交接工作。
- 5、护送危重患者时应保证安全，必要时注意保暖，输液患者或用氧者要防止途中中断，对外伤骨折患者注意保持体位，尽量减少患者痛苦。
- 6、接通知后病房护士应准备床位及用物，并通知值班医生，对急诊手术或危重患者须立即做好手术及抢救的一切准备工作。
- 7、患者进入病房，医护人员应主动热情接待患者，向患者进行入院宣教，做自我介绍，讲解住院须知和有关事项，协助患者熟悉环境，主动了解病情和患者的心理状态，生活习惯等，及时测体温、脉搏、呼吸、血压、体重等。
- 8、及时、准确执行医嘱，进行护理评估、健康指导，做好记录。

二、出院管理制度

- 1、护理人员根据医嘱整理出院患者病历、药品，填写代出院通知书，通知患者或家属办理出院手续。
- 2、患者出院前由责任护士做好出院指导工作。
- 3、征求患者对科室工作的意见和建议。
- 4、协助患者整理物品，清点医院用物，进行床单位终末消毒处理。

三、转科管理制度

- 1、住院患者转科需经转入科室会诊同意并有记录。
- 2、转科前，转出科室经治医师开转科医嘱，写好转科记录，及时办理转科手续；值班护士根据医嘱终止本科一切治疗，结清账目，并电话通知转入科室做好接收患者准备。

3、转出科室由当班护士及时完成相关护理记录，携带病历及所用药物等，按时、安全护送患者至所转入科室（家属最好同行），与该科室护士严格交接，并在转科护理记录单上签名。转出科室值班医师向转入科室值班医师交待交接有关情况，转入科室医师书写转入记录。

- 4、住院患者需转科，但界限不清的，会诊后由相关科室科主任协商决定，特殊情况由医务部界定。
- 5、如搬运或途中患者出现病情加重，应就地组织抢救，将病情充分告知家人并签字。

四、转院管理制度

- 1、限于专业技术和设备条件，对本院不能诊治需转院的患者，由转出科室讨论或科主任提出，经医务部（医保患者经医保办，特殊情况患者由相应主管部门，非正常工作日由院总值班）审批后，报请分管院领导批准，提前与转入医院联系，征得同意后方可转院。
- 2、急性传染病、麻风病等按规定转入相关医院治疗。
- 3、患者转院应当向患者本人或家属充分告知，如估计途中可能加重病情或死亡者，应当留院处置，待病情稳定后，再行转院。
- 4、如搬运或途中患者出现病情加重，应就地组织抢救，将病情充分告知家人并签字。

住院患者管理制度

- 1、合理安排作息时间，每日安排患者适当午睡，保证充足的睡眠和休息时间，夜间灯光不宜过强，21：00后改开壁灯或地灯。
- 2、关心慢性病患者的学习，提供健康宣教资料。
- 3、危重患者应安排在单人房间，如无条件的可用围帘遮挡，要做好家属的思想安慰工作。患者死亡予以尸体料理后方可送往太平间。
- 4、患者住院须知
 - （1）患者应自觉遵守医院各项规章制度，听从医护人员的指导，密切配合，服从治疗与护理。
 - （2）住院患者可以携带必需的生活用品，其他物品不带入病房，贵重物品自行保管，以防丢失。
 - （3）未经许可不要进入治疗场所，不随意翻阅病历或有关记录。如有疑问，可向主管医师咨询。
 - （4）住院患者应遵守病房作息时间，保持病室清洁、整齐、安静，不得随地吐痰，不在病室内吸烟与喧哗。
 - （5）患者不可乱串病房或自行调换床位，非探视时间不会客，以防止交叉感染，确保患者安全。
 - （6）未经医护人员同意，不应擅自离开病房，如有特殊情况需经主管医师批准后方可离开，并按时返回。
 - （7）爱护公物，节约水电，如有人为损坏，应按有关规定处理。
 - （8）住院患者可随时对医院工作提出意见，帮助医院改进工作。
 - （9）如有不遵守住院规则者，医护人员应给予劝阻教育。

健康教育制度

一、健康教育方式：个别指导、集体讲解、文字宣传与图片及影视资料等。

二、健康教育内容：

（一）门诊患者教育

- 1、门诊诊疗环境、就诊流程。
- 2、传授相关疾病与健康知识。
- 3、合理用药指导。

（二）住院患者教育

1、入院教育

- （1）告知患者住院期间应享有的权利义务。
- （2）告知患者分管医师和责任护士。
- （3）指导患者熟悉病区的生活环境：病床、床头呼叫器及其他常用设施的使用。
- （4）告知患者医院规章制度，住院期间不得擅自离院，不得使用自购药品等。
- （5）指导患者掌握标本留取、常规检查要点及用药常识等。

2、住院期间教育

- （1）评估患者及家属对健康教育的接受程度，采取适当的教育方式。
- （2）讲解诊疗活动的一般常识及配合要点。
- （3）讲解疾病的一般常识、药物指导。
- （4）心理卫生教育。
- （5）介绍住院费用的查询与告知。

3、特殊检查治疗前的教育：告知检查的目的、注意事项及检查时配合要点。

4、手术前后教育

（1）术前教育：

- ①给患者讲解手术的流程及术前、术后需患者配合的注意事项。
- ②讲解术前准备的内容及意义。
- ③加强与患者的沟通交流，安慰鼓励患者，减少恐惧心理，增强信心。

（2）术后教育：

①给患者及家属讲解术后的注意事项：情绪的调节、卧位要求、引流管的保护、减轻疼痛和不适的方法、进食的时间和饮食种类、活动时间及注意事项、用药的相关知识等。

②指导早期康复、功能锻炼。

5、出院教育

（1）出院后继续用药方法；（2）饮食、活动、休息的要求及注意事项；（3）心理调节方法和重要性；（4）复诊时间安排及重要性。

各项护理操作告知制度

- 1、遵医嘱落实各项护理操作，向患者讲解该项操作的目的、必要性及需要配合的事项。
- 2、操作前使患者了解该项操作的程序及由此带来的不适，取得患者配合。
- 3、严格遵守各项操作规程，操作中注意行为语言文明规范。
- 4、操作中不得训斥、命令患者，做到耐心、细心、诚心地对待患者，护士应熟练掌握各项操作技能，尽可能减轻由操作带来的不适及痛苦。
- 5、无论何种原因导致操作失败时，应真诚地道歉，取得患者谅解。
- 6、操作结束后告知患者需注意的事项，并告知患者若有问题与护士联系。

探视、陪伴管理制度

1、探视制度

- （1）探视者要按医院规定的时间探视（一般为 10:00 ~ 12:00，15:30 ~ 20:00）。
- （2）探视危重患者，可持病危通知单随时给予探视。
- （3）探视者每次不超过 2 人，学龄前儿童不得入内。
- （4）重症监护室原则上谢绝探视或根据实际情况定点短时探视。
- （5）传染病、流感患者禁止探视。
- （6）医院职工进入病房时须佩戴胸牌，任何人均不得介绍或带探视人员进入病房，违者保安、值班人员有权拒绝进入。

2、陪伴制度

- （1）住院患者因病情需要陪伴者，经分管医师下达医嘱，护理人员根据医嘱发放陪伴证，每张陪伴证只允许一人陪伴，患者病情稳定后若取消陪伴，收回陪伴证。
- （2）陪伴每床只限 1 人，特殊情况（如小儿、产妇、手术、抢救等）可留 2 人。
- （3）当陪伴人员有事外出时，要告知值班人员，取得同意后方可离开病房。
- （4）陪伴人员应遵守医院相关制度，听从医护人员的指导，保持病房安静、整洁。

护理排班制度

1、原则

- （1）适应护理工作连续性，体现 24 小时不间断的工作特点，实行日夜班轮流值班制。
- （2）在了解和掌握各班工作规律、工作量和特点前提下进行科学分工，工作忙时加强班次。
- （3）各班相对稳定，避免轮换过频，以保证对患者及时、连续的治疗与护理。
- （4）遇有抢救，及时调配人员，确保护理工作正常运转。

2、方法和要求

(1) 护士长值白班, 保证病房日间护理工作的督促、检查、协调。但如果病房护士少或工作繁忙, 可值夜班。

(2) 每周休息 2 天, 欠休息者根据工作需要补休, 无特殊情况原则上不得累计欠休, 欠休者应在排班表上注明。

(3) 对于护士长已安排好的班次, 护士无权擅自更改。

治疗室工作制度

- 1、室内布局合理, 严格区分清洁区和污染区。
- 2、严格执行无菌技术操作规程及查对制度, 进入治疗室必须穿工作服、戴工作帽及口罩。
- 3、保持室内整洁, 每日湿式清扫, 重点科室定期进行治疗室空气和无菌物品的细菌培养, 每日用紫外线消毒, 并有登记签名。
- 4、冰箱内只存放需冷存的药品、物品, 每月除霜一次, 以保证正常使用。
- 5、治疗室的各种物品定点放置, 专人保管, 及时请领, 损耗上报, 严格交接手续。用后归还原处, 随时补充, 以保证正常使用。
- 6、药品管理有序, 清洁整齐, 内用药和外用药按有效期分类放置、标签清楚, 高危药品应安全单独放置并有醒目标识。安瓿药不离盒。麻醉和精神药品双人双锁管理, 钥匙随身携带, 每班清点并及时记录使用情况。贵重药品、自备药有清点记录本。
- 7、高压无菌物品与一次性物品及其他物品应分别放在固定位置, 按灭菌日期顺序存放, 并在有效期内使用。
- 8、治疗后用品随时清理, 处置符合消毒技术规范要求。

换药室工作制度

- 1、室内布局合理, 严格区分清洁区和污染区。
- 2、进入换药室必须衣帽整齐, 严格执行无菌技术操作, 非换药人员不得入内。
- 3、换药室每日用紫外线照射消毒一次, 记录累计消毒时间并签名, 每周彻底扫除一次。
- 4、换药室由专人负责管理, 保持室内清洁整齐。
- 5、除固定敷料外(绷带等), 一切换药物品均需保持无菌, 并注明灭菌有效日期, 无菌溶液定期检查, 无过期。
- 6、无菌与非无菌物品应分别放在固定位置, 不得混放。
- 7、无菌物品必须在灭菌有效期内使用。
- 8、换药时, 先处理清洁伤口, 后处理感染伤口, 再处理隔离伤口。
- 9、特殊感染用物不得在换药室处理。
- 10、用后物品按《医疗废物条例》规范执行, 由专职人员定时回收并双签字。

冰箱管理制度

- 1、冰箱应放置于通风干燥的位置, 避免阳光直射。
- 2、设专人管理, 每天检测记录冰箱温度, 每月检查、维修, 定期清洁、除霜并有记录。
- 2、建立贵重药品登记本, 各班交接清点登记并签名。
- 3、冰箱只存放需低温保存的药物及其他医疗用品, 保存物品有标记。
- 4、患者用药需写明床号、姓名、开启日期时间等, 并在有效期内使用。
- 5、冰箱内禁止存放食品及其他私人物品, 严禁放置痰标本、便标本和易燃易爆危险品。
- 6、患者自带药品一律不保管。
- 7、护士长按计划每周检查一次。

物品使用管理制度

1、一般管理制度

- (1) 各科室对家具、被服等的领取、保管、报废, 应建立帐目, 分类保管、定期检查, 做到帐物相符。
- (2) 护士长指定专人负责管理, 每周核对, 每月清点, 每年总核对帐物一次, 如有不符, 应查明原因。
- (3) 每月 18 日前做出下月的请领申请, 一式三份, 一份科室保存, 一份交护理部, 一份交后勤服务中心; 请领物品时, 需精打细算, 做到物尽其用。
- (4) 因不負責任或违反操作规程造成损坏、丢失等, 应根据医院赔偿制度执行。
- (5) 注意各类物品性能, 分类保管, 及时消毒, 注意保养维修, 防止生锈、霉烂、虫蛀等现象发生, 提高使用率。
- (6) 护士长及分管人员调换工作时, 必须做好移交手续, 交接双方共同清点签字。
- (7) 借出物品必须有登记手续, 经手人签名, 重要物品须经护士长同意方可借出, 抢救器械一般不外借。
- (8) 任何人不得将医院的任何物资私自带出院外。

2、被服管理制度

- (1) 护士长指定专人负责管理, 兑换时认真清点, 每月总查对一次, 做到帐物相符。如有数量不符, 须立即追查原因。
- (2) 患者入院时, 责任护士应向患者介绍被服管理制度, 以取得患者的合作。
- (3) 患者出院时, 责任护士应将被服清点收回。
- (4) 使用过的被服放于指定地点, 与洗衣房人员当面点清, 换领干净被服备用。

物品损坏、赔偿制度

1、凡在本院工作的一切工作人员包括各类学生及临时工，对公共财物均有爱护、使用和保养的责任，如有丢失、损坏，除赔偿外还要根据情节轻重及当事人平常表现及对问题的认识程度，给予不同程度的处理。

2、偶因工作不慎，致使仪器丢失或损坏，如当事人平常工作细心、谨慎、爱护公物确属表现好者，可酌情减少赔偿费，但要进行教育。

3、因工作不慎而丢失或损坏仪器、器材、耗材，可根据情况赔偿。

4、对使用仪器、器械时，毫不爱护、漫不经心或保管不善，工作粗心大意，违反操作规程致使仪器设备丢失或损坏者，应加倍赔偿。

5、凡因使用年久和已有破痕者或因质量太差确实不耐用之物品，虽精心爱护、小心使用，但仍免不了破损者，可免于赔偿。

6、损坏仪器、器材经修理尚能正常使用者，当事人要负责修理费的全部或部分，原则同上。

7、凡丢失或损坏仪器、器材，当事人均应主动报告病房负责人并及时书面报告主管部门，如隐瞒不报，一经查出，除应全部赔偿外，并根据情节轻重给予不同程度的处分。

8、不论赔偿价值的全部或部分，均按新旧程度折价计算。

9、患者及非本院工作人员，无论在何种情况下使用仪器、器材造成损坏，一律按规定赔偿。

临终患者和家属的人文关怀服务制度

1、护理人员表情应温柔而自然，严肃而亲切，语言要诚挚，动作要轻巧、稳健。

2、加强观察患者感觉不舒适的征兆：恶心、呼吸困难等，同时避免做无益的检查。

3、做好口腔和皮肤护理，预防压疮的发生。

4、重视患者的心理护理，耐心倾听患者内心的痛苦。

5、当患者处于病痛时，要以各种方式减轻其内心的痛苦和病痛的折磨，必要时可给予镇痛剂。

6、在对亡者进行护理时，要严肃认真，立即进行，尽量不惊扰其他患者。

7、无论有无亲人在场，要以强烈的责任感和同情心，做好必要的尸体料理。

8、对患者家属进行必要的安抚，帮助他们适应患者病情的变化和死亡，缩短悲伤过程，减轻悲伤程度。

死亡患者料理制度

1、经医生检查证实患者确已死亡，填写死亡患者卡片，进行尸体料理。

2、填写死亡通知单，及时结清费用，通知住院处。如患者无亲属在场，及时通知家属或单位。

3、如无亲属在场，需由两人在场检查患者遗物，如钱、证件、衣物等，并做好记录，转交死者

家属或单位。如无家属交护士长代为保管。

4、值班护士进行尸体料理：用棉球塞好死者口、鼻、耳、肛门、阴道等。如有伤口或排泄物，应擦洗干净，使双眼闭合，用大单包裹，系上死亡卡片，通知太平间。

5、整理病床单位，撤走床单、被褥等物，房间通风换气，床铺、床头桌柜按终末消毒处理。如疑似传染病患者，应按传染病消毒制度处理。

6、整理患者病历，在6小时内完善各种记录。

护士管理规定

1、本规定是依据2008年1月23日国务院第206次常务会议通过，自2008年5月12日起施行的《护士条例》制定。

2、本规定所称护士，是指经执业注册取得《中华人民共和国护士执业证书》，依照《护士条例》规定从事护理活动，履行保护生命、减轻痛苦、增进健康职责的本院护理专业技术人员。

3、凡在本院工作的护士，必须通过卫生部统一执业考试，取得《中华人民共和国护士执业证书》。未经护士执业注册者不得从事护士工作。

4、从业护士必须按期注册，护士执业注册有效期为5年。

5、进修护士、实习生必须在本院护理人员指导下从事护理工作，护理员必须在护士的指导下协助护士从事临床生活护理和部分基础护理工作。

6、护士在执业中应当正确执行医嘱，观察患者的身心状态，对患者进行科学的管理，遇紧急情况应及时通知医生并配合抢救，医生不在场时，护士应当采取力所能及的急救措施。

7、护士有承担预防保健工作、宣传防病治病知识、进行康复指导、开展健康教育、提供卫生咨询的义务。

8、护士执业必须遵守职业道德和医疗护理工作的规章制度及技术规范。

9、护士在执业中不得泄露就医者的隐私，但法律另有规定者除外。

10、遇有自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故及其他严重威胁人群生命健康的紧急情况，护士必须服从护理部及卫生行政部门的调遣，参加医疗救护和预防保健工作。

11、护士依法履行职责的权利受法律保护，任何单位和个人不得侵犯。

12、护士执业违反医疗护理规章制度及技术规范的，由护理部视情节予以警告、责令改正、中止在本院执业，并上报卫生行政部门中止其注册直至取消其注册。

护理专项技术操作资格准入管理办法

一、护理专项技术是指具有一定技术难度及风险，需要经过专项培训、考核合格授权后，才能进行的临床操作的护理技术，如PICC等。

二、专项技术操作准入条件：

(一) 护师或工作5年以上，从事相关专业≥2年的注册护士。

(二) 院内、外培训, 具备专项技术操作的理论知识与技能:

1、院内培训

- (1) 参加专项技术操作理论培训, 不少于 10 学时。
- (2) 在培训师指导下进行临床实践操作 ≥ 3 例。
- (3) 理论、操作考核合格。

2、院外培训: 通过院外专项技术操作培训并获得相关专项技术操作资格证书。

(三) 定期接受专项技术知识、技能的再培训与考核, 再培训间隔时间原则上不超过 2 年。

三、授权与管理

护理专项技术操作者向相关学术小组提出申请, 护理学术小组组长组织对其进行评价, 提出审核意见, 提交医院护理质量管理委员会审核批准。批准后, 护理部为操作者发放相应专项技术操作资格证书。

护理部对护理专项技术操作者实行动态管理, 对再考核不合格者或发生与本技术操作相关的医疗事故者, 则取消其相应专项技术操作资格。

各级护理人员专业资质、岗位技术能力审核制度与程序

一、审核依据: 中华人民共和国《护士条例》和卫生部《卫生技术人员职称及晋升条例》。

二、各级护理人员资质要求

(一) 护士

1、经过正规医学院校护理专业脱产学习, 并取得中专以上学历证书和有效护士执业证的人员方可在本院从事护理工作。

2、新招聘护士(含外单位调入人员), 必须经岗前培训并考核合格后到临床进行六个月试用, 试用期满经考核合格后方可单独值班。

3、低年资护士(工作时间 ≤ 3 年) 以从事临床基础护理工作为主, 一般不独立从事复杂专科护理技术操作, 可在上级护师指导下完成一般性专科护理技术操作。

4、高年资护士(工作时间 > 3 年) 主要担任辅助护士或责任护士, 具备一定教学能力且经过带教老师培训考核合格者可承担中专护生临床实习带教任务, 并按有关规定参加护理查房, 可独立进行一般性专科护理操作。

(二) 护师

1、护士中专学历任职满 5 年、大专学历任职满 3 年、本科学历见习期满按照有关规定学分考核达标并通过全国晋升技术职务考试者方具备晋升护师的资格。

2、主要担任责任护士, 可独立进行护理评估, 制订并组织实施护理计划, 落实各项护理措施。

3、具备一定教学能力且经过带教老师培训考核合格者, 可承担中专以上护生及进修生的临床教学工作和专科理论讲课任务。

4、按照有关规定组织护理查房和教学查房。

5、高年资护师可进行难度较大的专科护理技术操作。

(三) 主管护师

1、护师中专学历任职满 7 年, 大专学历任职满 6 年, 本科学历任职满 4 年, 研究生学历任职满 2 年, 任职期间学分考核达标, 且经过有关专业培训, 通过全国晋升技术职务考试者方具备晋升主管护师资格。

2、主要担任责任护士, 负责危重患者的评估、护理计划的制订及护理措施的落实。

3、具备一定教学能力且经过带教老师培训考核合格者可担任临床教师, 制订科室教学计划, 并负责教学质量评价、检查教学计划落实情况。承担进修生、护生的临床教学及专科理论讲课, 并承担部分院内继续教育讲座授课任务。

4、按照有关规定组织护理查房和教学查房。

5、可进行特殊疑难专科护理技术操作及护理新技术、新业务的临床推广、应用。

6、具备参加科间护理会诊资格, 提出会诊意见。

(四) 副主任护师、主任护师

1、符合“山东省副主任(主任)护师资格条件”, 学分考核达标者, 具备晋升副主任(主任)护师资格, 且经山东省高评委评审通过资格认定。

2、高级专业技术职务护理人员主要负责指导临床护理、教学、科研工作。

3、按照护理部安排, 参加院内护理会诊, 对特殊疑难护理问题提出会诊意见, 并指导落实。

4、承担院内、外护理教学任务。

5、对护理差错及事故提出鉴定意见。

6、参加讨论、制定各项护理操作规范、护理规章制度等。

三、审核程序

1、新上岗护理人员的资质审核: 新上岗人员持学历证书、护士执业证书、职称证书原件由人力资源部、护理部共同审核确认, 经专业技术考核合格将执业证书原件、学历及职称证书复印件交护理部存于技术档案。

2、在岗护理人员资质审核: 凡符合晋升上一级技术职称者经过国家职称考试合格或经山东省高评委评审通过资格认定获得相应资格证, 将相应资格证书复印件交护理部存于技术档案。

护理人员培训与考核管理办法

一、新护士岗前培训

使护士了解医院护理工作概况, 熟悉医院的相关工作制度及服务规范, 进一步加强基础护理技能培训, 达到角色的转换。

(一) 培训时间、内容及方法:

1、培训时间: 7 ~ 15 天

2、医院情况介绍: 采用集中授课的方式, 对医院基本情况介绍。使护士对医院的基本情况、各病区的职能作用和医院各病区的设置及专业开展情况有所了解。

3、规章制度和法律法规的培训: 采取自学与讲座的方式, 学习医院及护理相关规章制度、《护士条例》、《医疗事故处理条例》、《侵权责任法》等, 增强护士的法律意识。

4、护士素质及行为规范培训: 采用集中授课方式培训《护理人员语言行为服务规范》; 观看《护

患沟通情景演示》DVD 教学片；进行护士礼仪培训。

5、院感知识、应急预案培训及演练：采用集中授课方式组织学习消毒隔离制度、讲解在护理工作中如何做好个人防护的方法、对各类消毒物品如何做到消毒合格，医疗垃圾如何处理及用紫外线灯照射消毒时应该注意的事项等。

6、护理文书培训：学习护理文书书写基本规范。

7、护理技能培训：采用在医学教育培训中心现场演示的方式培训常用护理技术操作。

(二) 考核方式：

1、理论考核：针对培训内容出题，统一进行笔试考核。

2、操作考核：针对培训项目进行考核。

(三) 聘用：理论与操作考核均达到要求者，可试用，试用期六个月。试用合格者方可聘为护士。

二、在职护士培训

护士业务能力的高低对提高医院护理质量有直接的影响，根据《枣庄市立医院护理人员规范化培训实施细则》，对护士进行分层次培训与考核。

(一) N0 (试用期) 护理人员的培训方案

1、培训目标

(1) 熟知护士职业素质要求、职业道德规范、护理规章制度、职业安全与护理风险防范、护理文书书写规范；

(2) 熟知各班岗位职责、工作流程并能胜任单独值班工作；

(3) 基本掌握护患沟通技巧与方法、正确的护理礼仪，团队合作意识；

(4) 基本掌握并能正确演示各项应急预案；

(5) 基本掌握基础及专科护理操作程序及相关理论知识和本专科常见疾病护理常规。

2、考核

护理部统一下发《新入护士培训考核手册》，由科室按计划进行基础护理和专科护理培训，并给予培训后的评价。科室及护理部每月考核至试用期满，考核合格后组织考评，合格后经护理部批准发放电子签章方可独立值班。

(二) N1-1 (工作一年内护士) 阶段护理人员的培训方案 (与枣庄市初级护士规范化培训同步进行)

1、培训目标

(1) 巩固上一阶段的培训目标；

(2) 掌握护理核心制度、法律法规、护理质量控制标准、护理文书书写规范、护士礼仪规范；岗位职责和工作流程；

(3) 掌握本学科及相关学科的基本理论知识、基础护理操作技能和专科护理技术操作技能；能够进行基本的专科护理宣教活动；

(4) 掌握临床常见护理风险，熟知并能正确演示各项应急预案；

2、考核

按照以上学习内容，护理部负责每月组织考试。理论得分在 80 (含) 分以上者合格，对不合格者安排补考。每个月组织一次基础护理技术和专科护理技术操作的培训和考核，考核成绩在 85 (含) 分以上者合格，对不合格者安排补考，考核合格人员参加全市规范化培训考试。

备注：不参加全市规范化培训的 N1-1 护士，继续参加我院组织的规范化培训理论考试，操作

抽考两项。

(三) N1-2 阶段护理人员的培训方案

1、培训目标

(1) 熟练掌握护理核心制度、护理质量控制标准、护理文书书写规范、岗位职责和工作流程；

(2) 掌握本专科疾病知识及护理常规；

(3) 掌握各专科治疗仪器的操作规程；

(4) 掌握本科常用、抢救药物、特殊检查方法、常规化验的相关知识及危急值；

(5) 掌握护理文书书写规范，熟练正确处理医嘱；

(6) 病情观察和评估能力，掌握临床常见护理风险并能有效预防和处理；

(7) 掌握熟练的护患沟通技巧；

(8) 特殊护理岗位人员应具备的能力。特殊护理岗位 (急诊、ICU、NICU、手术室、血透室、肿瘤科) 的人员培训按照特殊岗位人员培训内容由科室完成培训和考核。

2、考核：结合以上内容，护理部每年度组织 2 次理论考核，考核成绩在 80 (含) 分以上者合格，对不合格者安排补考、扣科室相应考核分。每年度组织 2 次操作考核，CPR 为必考项目，其余项目抽考一项。考核成绩在 85 (含) 分以上者合格，对不合格者安排补考，

(四) N2 阶段 (护师职称、专科护士) 护理人员的培训方案

1、培训目标

(1) 巩固上一阶段培训目标。

(2) 具备较强的专科护理能力，并能够进行专科护理带教。

(3) 掌握危重病人的护理理论和技能、能够熟练配合抢救，考核合格。

(4) 具备基本的行政管理能力；能够协助并参与科室护理质量控制工作；

(5) 具备较强的风险防范意识，具有干预潜在护理问题发生的能力。

(6) 参与实施本科室的护理科研、技术革新计划。

(7) 参加护理部组织安排的院内、外继续教育项目。

2、考核：护理部每年度组织 2 次 N2 阶段护理人员的理论考核，内容包括专科护理知识、危重病人护理理论、专科护理技术的应用知识、护理质控标准、护理规章制度、各种风险防范措施和应急预案、医院制定的新制度等。考核成绩在 80 (含) 分以上者合格，对不合格者安排补考。每年度组织 1 次 CPR 考核，抽考一项基础护理操作，考核成绩在 85 (含) 分以上者合格，对不合格者安排补考、扣科室相应考核分。

(五) N3 阶段 (主管护师、专业护士) 护理人员的培训方案

1、培训目标

(1) 巩固上一阶段培训目标。

(2) 具备较强的专科护理能力，并能够进行专科护理带教；

(3) 具备行政管理能力；

(4) 能够负责科室护理质量控制工作、组织本科室业务学习和护理查房。

(5) 了解国内外本专业护理发展动态，协助护士长根据本院具体条件引进先进技术，提高护理质量，发展护理学科。

2、考核：护理部每年度组织 1 次 N3 阶段护理人员的理论考核，内容包括专科护理知识、护理

质控标准、护理管理理论、护理研究方法、护理规章制度、各种风险防范措施和应急预案等。考核成绩在 80（含）分以上者合格，对不合格者安排补考、扣科室相应考核分。每年度组织 1 次 CPR 考核，抽考一项专科护理操作或护理查房、病历讨论。考核成绩在 85（含）分以上者合格，对不合格者安排补考、扣科室相应考核分。

（六）N4 阶段（副主任护师）护理人员的培训方案

1、培训目标

（1）巩固上一阶段培训目标。

（2）熟练掌握护理操作技能以及专科护理新技术；

（3）具备较强的护理管理能力，善于接纳新知识，革新管理理念，在护理管理中承担重要的工作，能够培训并建立所在团队的合作精神和凝聚力；

（4）可以承担科室或院内 N2-3 阶段护理人员的培训工作，为科室、医院储备管理人才；

（5）具备较强的临床研究能力，能够承担院内、市级或省级的科研项目。

2、考核：护理部每年度组织 1 次 CPR 考核和护理查房考核。考核成绩在 85（含）分以上者合格，对不合格者安排补考。

（七）门诊护理人员培训方案

1. 培训目标

（1）熟知门诊护士职业素质要求、职业道德规范、护理规章制度。

（2）熟知门诊各班岗位职责、工作流程。

（3）掌握门诊护患沟通技巧与方法、正确的护理礼仪；

（4）掌握常见疾病的症状和体征，做到正确分诊；

（5）掌握基础护理操作程序及相关理论知识；

（6）掌握常见疾病护理常规、健康教育；

（7）掌握并能正确演示应急预案

2. 考核：主管护师及以上职称理论和操作每年考核 1 次。护师及以下职称考核内容与考核频次与 N1-2 护士相同。

护理教学管理制度

1、护理部设分管教学的副主任或科员专人负责临床教学实习、进修护士培养和日常管理工作，负责选拔、培训临床带教老师及检查临床带教情况。

2、定期召开教学会议，经常与学校老师沟通，互通信息。

3、根据教学工作与临床实际情况，各科室由一名副护士长或高年资主管护师负责护理教学，全面安排科内临床教学、实习护士的培养等工作。按照教学大纲要求及教学计划，认真组织实施完成不同层次、不同阶段的实习护生及进修人员的教学任务，并结合临床完成入科教育、业务讲座、操作示范、教学查房等。

4、加强医德医风的培养，严格组织纪律，做好学生的实习管理。

5、各病房对实习护生、进修护士应严格管理，发现违反医院规章制度要及时向主管部门报告，

进行处理。

6、各科负责实习护生、进修生的教学评价，平时抽查提问，进行出科考试。及时征求各级实习、进修人员的意见，不断改进教学工作。

7、实习、进修结束前，认真填写实习护生及进修护士的实习进修鉴定评语，组织好业务及技术操作考试、考核。

8、每年度评选优秀带教老师、优秀实习生、优秀带教科室。

临床护理带教老师选拔任用规定

1、护理部负责组织带教老师的选拔和任用工作。

2、带教老师需热爱护理事业，具备良好的职业素质，能够独立主持护理业务查房和护理业务讲座，具有奉献精神。

3、带教老师条件：大专以上学历、护师及以上职称、有扎实的理论基础和熟练的技能操作能力。

4、为人师表，以身作则，尊重、爱护护生，师生关系融洽，教学氛围好。

5、掌握教学大纲要求，能够按照教学计划进行带教。

6、及时征求实习、进修人员的意见。

7、教学过程中针对实习、进修人员的反馈意见综合上述标准，对病房带教老师进行评价，年终给予奖励。任期中出现教学管理事故、发生技术事故者；教学工作中出现重大失误，对护理教学造成严重不良影响的或连续两次被评为最差带教老师者，取消带教老师资格。

护理实习生接收规定

为了提高临床带教质量，规范临床护生的管理，本着“双方自愿，择优选择”的原则，对我院的护生接收做以下规定：

1、接收原则：

（1）护生应具有较高的政治素质，热爱祖国，拥护中国共产党的领导，热爱护理事业，作风正派，品行端正，遵纪守法。

（2）护生应具有较为扎实的临床理论基础。

（3）护生身体健康，仪表端正，具有较强的语言表达能力和良好的人际关系沟通能力。

（4）护生在校期间学习成绩优异，无违规违纪等处分记录。

2、接收条件：

（1）全日制中专、普通高等学校的大专（含高职专科）、本科护理实习生；

（2）所有护理实习学生，须经我院考核合格研究同意后方可接收。

护理实习生管理制度

一、思想道德

(一) 拥护中国共产党的领导, 坚持四项基本原则, 遵守社会公德, 具有高尚的医德医风, 树立高度的责任心和同情心。

(二) 遵纪守法, 严格遵守医院规章制度, 切实履行职责。

(三) 尊敬老师及病房工作人员, 讲文明礼貌, 懂礼节礼仪。

(四) 注重医德修养, 关爱患者, 全心全意为患者服务, 不做损害患者经济利益和社会利益的事情。

(五) 爱护公物, 不损坏公共财产, 对损坏公物者须按价赔偿, 故意破坏者经教育无效, 通知学校根据有关规定进行处罚。

二、工作职责

(一) 根据护理部安排, 护生在病区带教老师的指导下, 按照实习大纲的要求认真完成实习任务。

(二) 注重仪表, 上班时间按照医院要求着装整洁, 发不过肩, 不佩戴首饰, 不化浓妆, 不涂抹指甲, 穿软底浅色鞋, 无菌技术操作时戴口罩。

(三) 端正实习思想, 培养一丝不苟、有条不紊的工作作风和沉着冷静的工作态度, 形成勤动脑、善思考、常提问、多总结的实习习惯。

(四) 尊重患者, 加强与患者的交流与沟通, 保护患者隐私, 对患者服务要做到细心、耐心。

(五) 严格按照带教老师的排班上班, 不私自调班、迟到、早退或旷工(若未办理请假手续不上班者视为旷工)。如有特殊情况需提前向带教老师说明, 须征得带教老师同意, 否则视为违规违纪行为。

(六) 严格执行交接班制度, 接班者提前 15 分钟进入病房, 根据个人班次的安排跟随带教老师进行早交班和床头交班, 接班护生未到岗之前, 交班护生不得离开工作岗位。

(七) 在岗期间, 严格遵守岗位职责, 深入病房, 及时巡视, 密切观察患者的病情变化及心理状态, 发现问题及时向带教老师反映。

(八) 上班时间不得接待亲友, 不得脱离工作岗位, 不得互串病房, 工作期间不打闹、聊天, 不看与工作无关的书籍, 不携带手机、不接打私人电话。若未经带教老师批准擅离岗位者, 按违规违纪处理。

(九) 在带教老师的指导下进行操作, 不得擅自独自执行各项护理操作和医嘱; 进行各项护理操作时, 严格遵守护理操作规程并严格执行“三查七对”制度, 对有疑问的操作要先核实后确认无误再进行操作, 防止差错事故发生。

(十) 严格遵守保护性医疗制度, 不私自向患者或家属解释不确定或不正确的问题, 遇到不确定的问题, 应及时向带教老师反映或请教, 以免引起护患纠纷。

(十一) 在带教老师的指导下, 认真学习护理文书书写规范, 不得私自处理医嘱和执行口头医嘱, 查看住院病历时保持病历完整、整洁、有序。

(十二) 值夜班护生可在本护理单元休息室休息, 不准到其他护理单元休息, 更不能留亲友在护理单元休息或住宿。

(十三) 不接受患者礼物, 不得向患者及家属借任何物品, 不得借工作之便谋取个人利益, 一

经发现, 除全额退赔外, 根据情节严重程度给予处理。

(十四) 实习期间出现差错应及时上报, 不可隐瞒, 并主动检讨自己的错误, 接受相关部门的处理。隐瞒不报、态度不好者取消实习资格。

三、业务学习

(一) 加强自身业务学习, 利用业余时间查阅临床护理工作中遇到的问题, 从而为临床实践作指导。

(二) 按时参加病区组织的讲座及护理查房, 做好学习记录, 遇到不明白的问题随时向带班老师或带教老师请教, 做到理论与实践相结合。

(三) 每位实习护生须按时参加护理部组织的各类讲座, 认真听讲, 保证良好的课堂秩序。

(四) 填写实习鉴定表客观、及时、真实。如存在弄虚作假, 予以通报批评, 实习鉴定表不予盖章。

四、请假制度

为了保证护生实习期间的安全, 实习期间一般不允许请假, 如有特殊情况确需请假者需要严格遵守请假制度, 否则视为违规违纪行为, 根据情节严重程度进行警告直至通报学校勒令停止实习。

(一) 凡属法定假日, 均按医院各病区排班规定放假(若医院统一放假由护理部另行通知)。

(二) 请假规定

1、事假, 至少提前一天由本人写出书面申请报带教老师, 请假时间在三天之内需经科室护士长批准, 四天至七天的由护理部批准。超过七天由学校出具有效书面证明并由监护人(父母)在其请假条上签字, 报护理部备案, 严禁短信、电话、他人代请等方式请假。

2、病假, 至少提前 2 小时与带教老师联系, 带教老师根据病情决定是否准假及请假天数, 严禁短信请假或他人代请。如请假时无法提交病历及病假证明, 事后应当补交给带教老师。

3、专升本、考研假(≥ 7 天)者应当至少提前 1 天出示加盖学校公章的请假证明, 由病区带教老师审核并上报护理部批准后方予准假。

4、特殊说明: 因提前终止实习或各种假期致实习时间不满八个月者, 医院将不予出示八个月实习证明。

5、缺勤的认定: 在实习期间, 凡未经本人办理请假手续或未获批准而擅自离岗者, 均视为缺勤。

6、销假办法

(1) 请假获准后, 应将假条交给所在实习病区或护理部后, 方可离院。

(2) 返院后, 应及时向带教老师或护理部销假, 不得过期而归, 过期或未及时销假者均按旷工处理。

五、终止实习规定

1、提前终止实习时, 由本人提出书面申请, 家长或监护人签字。

2、所在学校出具有效证明, 经医院批准。

3、办理相关手续: 完成所在科室的实习鉴定, 上交胸牌, 退办风险押金, 填写实习医院意见, 完成个人实习鉴定表后离院。

4、提前终止实习者实习费一律不予退回。

六、违规违纪

护生在实习期间必须遵守医院的各项规章制度, 若出现违规违纪行为, 首先进行批评教育, 并责令本人写出书面检查, 若经批评教育无效者, 通报学校, 据情节轻重给予相应处理。

(一) 出现下列情形者属违规违纪行为:

- 1、无故或未办理请假手续不按时上班者;
- 2、上班期间, 未经带教老师批准擅离岗位者;
- 3、未经带教老师批准私自调班者;
- 4、不尊重带教老师或与患者争吵者;
- 5、经查实, 请假内容虚假者;
- 6、凡是违反医院规章制度或上述相关制度者。

(二) 对违规违纪者给予以下处理:

- 1、违犯一次但情节较轻者给予警告;
- 2、违犯两次或违反一次情节严重者通报学校;
- 3、违犯三次或违反两次情节严重者勒令停止实习并退回学校;
- 4、因违反操作规程或相关制度, 出现纠纷或事故, 给医院造成不良影响者, 根据情节严重程度给予通报学校或停止实习, 并承担相关责任。

七、实习考核

(一) 考核方式: 临床护生实习考核分三部分进行。

1、入院培训 由护理部统一组织对参加本院实习的护生进行实习前培训, 培训结束进行统一考核, 考核合格者, 进入各护理单元进行临床护理实习。

2、实习期间的轮转出科考核, 由各护理单元护士长和带教老师组织进行。各位同学应按时参加、认真对待, 不作弊。每个病区实习结束, 书写实习总结, 由带教老师填写意见。

3、护理部每年度组织两次业务考核, 同时结合双向考评分数、参加讲座及护理部活动情况、纪律出勤等情况进行两次优秀实习生评选。

(二) 优秀实习生评选条件:

1、有强烈的事业心和良好的医德修养, 热爱护理专业, 积极参加医院的各项活动, 关心爱护患者, 服务热情, 不怕脏、不怕累, 举止文明, 尊敬老师, 团结同学, 谦虚好学, 实事求是。

2、工作积极主动, 认真负责, 刻苦学习各科护理知识及操作技能, 表现突出, 无事故、差错、纠纷发生, 如出现一票否决。

3、遵守医院及科室的各项规章制度, 服从科室的领导, 坚守工作岗位, 不迟到、不早退, 不擅自调班, 有事先请假。按时参加护理专题讲座, 认真做好记录。爱护公物, 注意节约, 凡无故迟到或早退二次、旷班(课)一次, 无故损坏丢失公物者, 不能参与优秀实习生评选。

4、优秀实习生人数按实习人数的 20% 评选, 其中双向考评分占 80 分, 护理部理论考试成绩占 10 分, 业务讲座及护理部活动占 10 分。

八、《毕业实习生鉴定表》的管理

护生在各护理单元轮转期间, 《毕业实习生鉴定表》由各护理单元带教老师统一进行保管, 本护理单元实习结束时, 由护生本人进行自我鉴定及相关项目的填写, 交由本单元带教老师填写出科鉴定意见并由组长负责交至下一科室。护生结束在本院实习时, 《毕业实习生鉴定表》由各校实习队长负责收齐并上交护理部, 由护理部作出鉴定意见并盖章。

进修护士管理规定

1、凡来我院进修者, 须填写进修人员审批表, 提交单位介绍信及个人毕业证、有效执业证书的原件和复印件, 一个专业进修半年(一般不得少于 3 个月)。

2、进修人员应自觉遵守院内各项规章制度, 不得自行调换进修科目, 不得中途退学, 不得随意延长进修时间。

3、按医院要求着装, 仪表端庄, 整洁大方, 正确佩戴胸牌。服从护士长对工作、学习的安排, 遇有疑难问题, 须向医生及护士长请示, 工作严谨细致, 严防差错事故发生。进修期间不安排探亲假和婚假。

4、遵守劳动纪律和请假制度, 不迟到、不早退, 不无故缺勤, 有事请假, 病房护士长只有一天的权限, 超过一天者应到护理部办理请假手续, 病假应开具病假证明, 病事假累计超过一个月者, 按自动放弃进修对待。

5、进修期满, 科内组织结业考试、考核。内容包括: 业务技术、政治思想、服务态度、出勤等。进修结束前一周写好小结, 护士长对进修人员进行鉴定, 结合考试、考核成绩写出评语, 护理部加盖公章后寄给原单位。

6、进修结束后到护理部办理离院手续。

护理人员外出进修、学习管理办法

1、各科室根据本专业发展规划, 制定人才培养计划, 报护理部统一管理。

2、副主任护师及以上人员一般不安排长期进修, 可采取短期学习、参观、考察等形式提高业务水平。选派外出进修学习者, 原则上应有 3 年以上临床工作经验。主任护师、主管护师根据各专业的的发展和工作计划逐年派出参加学术活动。

3、外出学习、参观、考察、进修者, 必须经科主任(或护士长)及护理部批准方可办理手续。

4、学习期间一律不安排探亲假和婚假, 不得随意缺课, 影响学习。

5、外出进修、学习、考察人员应遵守所在单位的规章制度, 虚心学习, 严以律己, 圆满完成学习任务。一旦出现差错事故或重大问题, 及时向护理部领导汇报。

6、学习期间, 必须中途返回者, 需经领导批准。未经领导同意本人不得中途停止学习, 违者后果自负。

7、学习结束后立即返院, 及时向护理部及科室主任(或护士长)汇报学习情况, 并提出本专业开展工作的计划。

患者病情评估制度

一、住院患者在住院期间由有资质的医师、护士及相关人员对患者进行病情评估。

二、通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段，明确患者病情严重程度、心理和生理状况、营养状况、治疗依从情况、家庭支持情况、医患沟通情况及自理能力等，以此为依据，制定适宜有效的诊疗方案，保证医疗质量和患者安全。

三、患者病情评估的范围是所有住院患者，尤其是新入院患者、手术患者、危重患者、住院时间 ≥ 30 天的患者、15天内再次住院患者、非计划再次手术患者。

四、应在规定的时限内完成对患者的评估。

五、执行患者病情评估人员的职责

（一）在科主任指导下，对患者进行检查、诊断、治疗，开具医嘱和书写病历。

（二）随时掌握患者的病情变化，并根据病情变化及疾病诊疗流程，适时的对患者进行病情评估。

（三）在对患者进行病情评估的过程中，应采取有效措施，保护患者隐私。

（四）评估结果应告知患者或其委托人，患者不能知晓或无法知晓的，必须告知患者委托的家属或其直系亲属，必要时取得其知情签字。

（五）积极参加患者病情评估专业教育、培训工作，掌握专门的病情评估知识和技能，定期参与考核，持续改进评估质量。

六、医师对患者病情评估

（一）医师对患者的病情评估主要通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段进行。

（二）按照相关制度，在规定时限内完成首次病程记录、入院记录等病历文书书写。新入院患者还应在入院24小时内填写《患者病情评估表》。

（三）手术（或介入诊疗）患者还应在术前依照《手术风险评估制度》进行术前评估。

（四）患者在入院后发生病重、病危等特殊情况的，主管医师应及时向上级医师汇报请示，科内应组织再次评估。必要时申请全院会诊，进行集体评估。

（五）住院时间 ≥ 30 天的患者、15天内再次住院患者、非计划再次手术患者，主管医师应按照相应的评估要求进行病情评估，重点针对患者长期住院、再次入院的原因、再次手术原因进行评估。

（六）患者入院经评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通、协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。

（七）对出院患者要进行出院前评估，完成出院记录，评估内容包括：患者现状、治疗效果、随访事项、饮食注意事项、康复注意事项及尚未解决的问题等。

七、护理对患者的病情评估

（一）初次评估：

1. 责任护士在患者入院后2小时内完成初次评估并记录，主要内容包括：①生命体征；②心理状态；③营养状况；④自理能力和活动耐受力；⑤患者安全；⑥家庭支持；⑦健康教育需求；⑧疼痛和症状管理；⑨出院后照顾者和居住情况等。

2. 鼓励患者/家属参与治疗护理计划的制定和实施，并提供必要的教育及帮助。

（二）再次评估

1. 护士至少每班对危重、手术前一天、手术当天患者进行评估、记录，主要内容：①按医嘱测量生命体征；②心理状态；③营养状况；④自理能力和活动耐受力；⑤患者安全；⑥家庭支持；⑦教育需求；⑧疼痛和症状管理；⑨治疗依从性。

2. 下列情况下，需对患者及时评估并记录；评估重点内容按医嘱及病情需要决定。

①判断患者对药物、治疗及护理的反应；②病情变化；③创伤性检查。

八、教育监督考核机制

（一）对于具备患者病情评估资质的临床医师及其他岗位卫生技术人员，由医务部、护理部每年组织1-2次患者病情评估培训和教育，提高评估工作质量。

（二）本制度执行情况将纳入到医院医疗质量管理考核体系中，与评优选先、职称晋升和奖金挂钩。

（三）医务部、护理部等职能部门对患者病情评估工作开展情况进行不定期监督检查，检查过程中发现的问题及时反馈给相关科室，并限期整改。

（四）对于在执行患者病情评估过程中存在重大失误，造成恶劣影响者，相关职能部门将根据医院相关规定严肃处理。

（五）本制度自2012年3月2日始生效。

关于鼓励患者参与医疗安全管理的规定

1、加强对患者的健康知识教育

医务工作者在诊疗过程中，应为患者及家属提供与患者疾病诊疗相关的健康知识教育，以协助患方对诊疗方案做出正确理解与选择，从而更积极的配合治疗。

（1）在诊疗过程中运用患者可以理解的语言至少在以下方面对患者进行教育：患者参与知情同意和医疗护理工作的重要性，如实提供患者信息的重要性，基本病情和推荐诊疗方案，临床路径，特殊诊疗方法和操作的告知（必要性、成功率、风险性等），安全用药（包括药物的不良反应、药物和饮食之间潜在的相互作用等），安全有效的使用医疗机构提供的医疗器械和材料，康复技术等。医护人员应鼓励患者对不理解不明白的问题多问，对于患者的提问要耐心认真的解答。

（2）鼓励临床科室根据自身情况开展健康知识普及活动，加强前期宣传，并为患者提供咨询和反馈的途径（固定电话、电子邮箱等）。

（3）在医院网站上创建健康教育模块，为患者提供有关健康和疾病的知识，增加患者对疾病的认识；在门诊、病区等处张贴宣传页，向患者介绍疾病常识、手术或特殊治疗措施等。制作健康教育小册子，内容由各科室自行拟定，可包括对特定疾病的简单解释、特殊医疗护理检查操作过程、面对疾病的正确心态、正当用药指导等。

2、认真落实《关于尊重和维护患者合法权益的制度及措施》、《医患沟通制度》、《患者知情同意和医师履行告知义务制度》、《健康教育制度》《患者身份识别制度》，加强医患沟通、护患沟通，保障患者的合法权益。

3、鼓励患者通过认真填写《满意度调查表》反馈住院期间对医疗服务的意见和建议；在醒目位置公布医院投诉主管部门的电话等投诉途径。

4、主动邀请患者参与医疗安全活动

(1) 患者身份识别

在给药、输血、输液、采集血样或其他临床检验所需样本或提供其他治疗之前，应主动邀请患者（或家属）参与身份确认。鼓励患者及其家属主动提供身份信息，如姓名、身份证号、住院号等，以便与医护人员进行信息核对。

(2) 手术部位标示

医师向患者和（或）家属解释手术部位识别标示的意义和方法，取得患者及家属同意，在患者家属或监护人在场参与标示认定的情况下进行手术部位标示。麻醉开始前应再次邀请患者提供身份信息、指认手术部位。

(3) 药物使用

患者使用药物前，尤其是高风险药物前，医护人员应详细向患者讲解药物的使用方法和不良反应，并提供不同的治疗方案，方便患者及其家属自主选择；鼓励患者主动报告药物应用中的不良反应。

危重患者管理制度

一、危重患者协调管理制度

(一) 认真执行首诊医师负责制、三级医师负责制、病例讨论制度、会诊制度等核心制度，建立完善各专业急危重症患者的救治预案。

(二) 危重患者的抢救，见《危重患者抢救制度》。

(三) 危重患者收治原则上应以主要病情责任科室为主，出现两个及以上重要脏器衰竭或损伤，危及患者生命的，原则上转入重症医学科（ICU）进行进一步救治。

(四) 患者入院后病情发生变化，出现危及生命的病情超出所在科室诊治范围的，应及时联系相关科室会诊，参与会诊医师应及时向科主任汇报会诊意见，意见一致后尽快转入相应科室。确因病情复杂，难以确定转诊科室时，由医务部组织相关科室讨论确定。确定原则：

1、首先考虑危及患者生命首要病症所属专业；

2、内科危重患者需要手术时，如病情允许则转入相应手术科室进行手术治疗，如涉及多个手术科室，原则上应首先考虑危及患者生命首要病症所属专业。如病情危重不允许转科的，仍在内科科室保守治疗；

3、经会诊讨论仍难以确定转入科室的，由医务部根据专家会诊意见决定收治科室，任何科室不得推诿、拒绝。

(五) 转诊科室一经确定，转入科室会诊医师应立即向科主任汇报，协调确定床位，转出科室迅速完善本科工作，保证患者及时、安全转科。

(六) 确定转诊科室后，如转入科室以各种理由拒绝收治患者，延误患者治疗，对医院造成不良影响的，将视情节严重程度，予以当事人及科主任通报批评或扣除科主任半年到一年津贴的处罚；如因此引发医疗纠纷，则拒绝转入科室为纠纷责任科室，当事人为医疗纠纷责任人，根据《医疗纠纷、事故处理规定》对科室进行加倍处罚。

(七) 经积极救治，转入患者病情缓解，无危及生命征象者，根据病情需要应及时转出，具体

参照《转院转科制度》。

(八) 各有关科室遇有危重患者的检查、治疗、取药、住院等均应及时处理，不得过分强调手续，以免延误抢救。不得因抢救而忽视正规操作和传染病患者的消毒隔离以免造成事故和交叉感染。

(九) 凡遇重大抢救、群死群伤、集体中毒、涉外抢救、特殊人物的抢救及传染病疫情暴发或市卫生局的紧急通知时，医院全体职工应服从医院统一安排，准备待命，随叫随到。院内急诊接收的突发群体损害危重患者，科室应严格按照医院临时安排进行收治，不得以任何理由拒绝参与抢救和收治患者。

二、危重患者护理管理制度

(一) 护理人员根据医嘱及患者病情做好患者的各项护理工作。

(二) 严密观察病情变化，必要时设专人护理，备齐急救药品、器材，随时准备抢救。

(三) 严格执行医嘱，及时落实各项治疗护理措施。

(四) 认真、细致做好各项生活护理及基础护理，严防并发症，确保患者安全。

(五) 严格执行床边交接班制度，对病情变化及各种用药要详细交待，并作相应记录。

(六) 做好危重患者的风险评估，根据评估情况采取相应护理措施。

(七) 对需要他科提供护理帮助的危重患者，由所在科室向护理会诊专家库成员或护理部提出申请，组织会诊。

(八) 危重患者病情变化需要抢救时，参加抢救工作的护理人员必须遵守《抢救工作制度》，正确及时执行医嘱，严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况和病情变化报告主持抢救者。

(九) 当危重患者需院内检查或转运时，要做好以下工作：

1、评估患者，备齐相应药品及物品，做好人力准备，有效应对意外发生。

2、根据患者病情选择合适的搬运方式，保持患者体位舒适，做好保暖。

3、途中保持呼吸道通畅，密切观察病情变化，发现问题及时处理。

4、保持输液及各种管道的通畅，妥善固定，防止脱出、扭曲、返流。

5、在转运过程中，应与患者进行有效的沟通。

6、与接收科室医护人员认真交接患者病情、注意事项等，填写转科患者交接记录单。

三、危重患者转交接制度

(一) 凡危重、大手术患者的转科必须由护理人员全程陪伴。

(二) 根据转科医嘱，评估患者，填写转科交接单，电话通知转入科室。

(三) 保证转运工具功能完好，酌情准备应急物品及药品，确保患者在转运过程中的安全。

(四) 转入科室在接到患者转科通知后，立即备好病床及必须物品。

(五) 患者入科时，护士应主动迎接并妥善安置患者。

(六) 认真评估患者病情，转出、转入双方必须做到六交清：患者病情、各种导管、皮肤、治疗、病历资料、使用中各种仪器要交清。据实填写转科交接单，并通知医师诊查患者。

第六部分 医院感染管理制度

医院感染管理责任制

为提高医疗质量，保障医疗安全，加强医院感染管理，切实落实各项规章制度，增强责任心，预防和控制医院感染事件的发生，制定本制度。

第一条 建立健全医院感染管理委员会、感染管理科、各临床医技科室医院感染管理小组的三级管理体系，实行院、科医院感染管理责任制，医院法人为医院感染管理第一责任人，分管院长及各相关职能科室、业务科室负责人按职责分工承担直接管理责任和有关管理责任。

第二条 全院职工依据各自岗位职责是本岗位职责的直接责任人。

第三条 不同部门的感染管理及防控职责：

（一）医院感染管理委员会职责

1、认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施。

2、根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。

3、研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。

4、研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。

5、研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性病例或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。

6、建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。

7、根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

8、其他有关医院感染管理的重要事宜。

（二）医院感染管理科职责

1、对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导。

2、对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。

3、对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告。

4、对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导。

5、对传染病的医院感染控制工作提供指导。

6、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。

7、对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调有关部门进行处理。

8、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作。

9、参与抗菌药物临床应用的管理工作。

10、对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核，对其储存、使用及用后处

理进行监督。

11、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

12、完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

（三）医务部医院感染管理职责

1、将医院感染管理纳入医疗质量与安全管理，组织临床科室落实我院的医院感染管理规章制度、规范等。

2、协助组织医师预防、控制医院感染知识的培训。

3、监督、指导医师严格执行无菌技术操作规程、消毒隔离技术规范、正确使用医用物品、合理应用抗感染药物，及时诊断、报告、控制医院感染病例。

4、发生医院感染流行或暴发趋势时，统筹协调组织相关科室、部门开展感染调查与控制的工作；根据需要进行医师人力调配；组织对病人的治疗和善后处理。

（四）护理部医院感染管理职责

1、将医院感染管理纳入护理质量与安全管理，组织各护理单元落实我院的医院感染管理规章制度、规范等。

2、协助组织全院护理人员参加预防、控制医院感染知识的培训。

3、督导护理人员严格执行无菌技术、消毒、灭菌与隔离技术规范、合理处置医疗废物。

4、发生医院感染流行或暴发趋势时，参与感染调查与控制工作，根据需要进行护士人力调配。

5、加强对消毒供应中心、手术室、产房、介入室、成人重症监护病房、新生儿重症监护病房、小儿重症监护病房、中心治疗室等重点护理单元的管理。

（五）门诊部医院感染管理职责

1、将医院感染管理纳入门诊医技科室医疗质量与安全管理，组织临床科室落实我院的医院感染管理规章制度、规范等。

2、协助组织门诊医技科室医务人员预防、控制医院感染知识的培训。

3、监督、指导门诊各部门医务人员严格执行无菌技术操作规程、消毒隔离技术规范、合理应用抗感染药物，及时诊断、报告、控制医院感染病例。

4、落实传染病的院内感染预防与控制措施。

5、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行门诊人员的人力调配。

6、加强对急诊科、发热门诊、腹泻门诊、内镜中心、口腔科门诊、检验科、介入科、B超室、抽血处、中心治疗室等重点部门的管理。

（六）后勤服务中心医院感染管理职责

1、组织后勤各班组落实我院的医院感染管理规章制度、规范等。

2、负责购入符合国家相关规范、标准要求的医疗废物包装物品、消毒药械，需按照国家相关规定进行证件审核，不得采购证件不全或证件不合格的产品。不得使用、发放不符合相关规范要求的产品。

3、负责医院内医疗废物的收集、运送及无害化处理工作，符合国家相关规范要求。发生医疗废物的流失、散落等情况时，应协同相关科室或部门，启动应急预案，立即处理。

4、负责组织污水的处理、排放工作，符合国家相关规范及标准要求。

5、负责医院内环境的保洁工作，并全程监督保洁用品质量及保洁消毒质量，保障医院内环境清洁、

防止交叉感染。

6、负责医院中央空调的清洗消毒工作，符合卫计委相关规范要求，保障医院内环境的空气质量，防止交叉感染。

7、对医院织物进行规范化回收、发送，监督外送织物的清洗消毒质量并进行清洗消毒效果的监测，保障医院织物清洗消毒质量，防止交叉感染。

8、监督医院食堂的卫生管理工作，符合《中华人民共和国食品卫生法》要求，防止食源性感染。

9、根据《综合医院建筑标准》有关卫生学标准及预防医院感染的要求，在新建、改建、扩建医院建筑时，与医院感染共同审评建筑设计方案。在施工期间采取有效措施，降低施工引发的医院感染风险。

10、负责组织后勤工作人员及保洁人员的感染知识培训、考核，合格后方可上岗。

（七）器械科医院感染管理职责

1、根据相关法律法规对医院的消毒药械及一次性医疗用品进行管理。

2、根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒灭菌器械选购的审定意见进行采购，监督进货产品的质量，并按有关要求要求进行登记。

3、医院采购消毒药械及一次性医疗用品，需按照国家相关规定进行证件审核，不得采购证件不全或证件不合格的产品。

4、查验购入每箱（包）产品的检验合格证、生产日期、消毒或灭菌日期及产品标识和失效期等，进口的无菌医疗用品必须具有灭菌日期和失效期等中文标识。

4、保管部门专人负责建立登记帐册，记录相关内容，对其使用能进行追溯。

5、物品存放于阴凉干燥、通风良好的置物架上，距地面 $\geq 20\text{cm}$ ，距墙壁 $\geq 5\text{cm}$ ，距天花板 $\geq 50\text{cm}$ ；不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。

6、指导医务人员掌握消毒药械及一次性医疗用品的正确使用方法。

7、负责对临床使用的大型消毒器械定期进行维护、保养，并记录备查。

8、临床使用一次性无菌医疗器械若发生感染相关不良反应时，应立即停止使用同批次产品并留取样本送验，及时通报感染管理科。

（八）药剂科医院感染管理职责

1、组织科室人员落实医院感染管理的规章制度。

2、负责本院抗感染药物应用管理，定期总结、分析和通报应用情况。

3、及时为临床提供抗感染药物信息。

4、督促临床人员抗感染药物的合理应用。

5、负责对我院发生感染性职业暴露的医务人员采购药品，协助对突发性公共卫生应急处理的药品采购和贮备。

（九）科教科医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、将医院感染预防与控制知识纳入医院的培训计划内，分层次分岗位进行培训及考核，考核不合格者不能上岗及进一步晋升。

3、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

（十）质量与安全管理办公室医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、将医院感染管理指标纳入医院质量与安全管理指标内。

3、督导存在医院质量与安全隐患的院感防控缺陷，并协调落实。

（十一）应急办公室医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案并组织演练。督导医院感染暴发应急预案的制定及演练。

3、指导构成突发公共卫生事件的医院感染暴发及疑似暴发处置，并按照相关规定进行上报。

（十二）公共卫生科医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、负责本院的传染病管理工作。

3、研究并制定本医院新发传染病的防控方案。

4、指导传染病相关医院感染暴发及疑似暴发处置，并按照相关规定进行上报。

（十三）保卫科

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、在传染病流行期间或疑似院感暴发、院感暴发事件期间维持院内秩序，防止交叉感染。

3、参加医院的应急预案演练，协助医疗废物流失事件的调查。

（十四）检验科微生物实验室医院感染管理职责

1、负责医院感染常规微生物学监测。

2、开展医院感染病原微生物的培养、分离鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析，向有关部门反馈，并向全院公布。

3、发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。

4、参加预防、控制医院感染知识的培训。

5、掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤。

（十五）临床医技科室医院管理职责

1、落实本院的医院感染管理规章制度。

2、成立科室医院感染管理小组，将医院管理质量纳入科室内的质量与安全管理中。

3、结合本科室本专业特点，进行本科室内的医院感染风险评估，确定本科室的院感防控重点，制定并落实本科室的院感防控措施，定期对防控效果进行评价，持续改进本科室的院感防控质量。

4、提供合格的足量的手卫生用品及个人防护用品，保障医务人员安全，防止感染性职业暴露；对发生感染性职业暴露的纳入医院不良事件管理进行无责上报。

5、负责本科室内工作人员的院感知识和技能的培训。

第四条 不同岗位医院感染管理职责

（一）医院感染管理委员会主任职责

1、是医院感染管理、医院感染暴发的第一管理责任人。

2、定期召开医院感染管理委员会会议，研究、解决有关医院感染管理方面的问题。

3、审核本院医院感染管理规章制度、规范，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。

4、根据预防医院感染和卫生学的要求审核本院的建筑设计、科室建设、基本设施和工作流程。

(二) 医院感染管理委员会副主任职责

- 1、是医院感染管理、医院感染暴发的第二管理责任人。
- 2、定期组织召开医院感染管理委员会会议,研究、解决有关医院感染管理方面的问题。
- 3、审核本院的医院感染管理工作计划,并对计划的实施进行考核和评价。
- 4、确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施。
- 5、组织制定本院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性病例或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案,定期演练。有暴发或疑似暴发时组织各项控制活动。
- 6、其他有关医院感染管理的重要事宜。

(三) 医院感染管理委员会委员职责

- 1、是医院感染管理、医院感染暴发的相关管理责任人。
- 2、定期参加医院感染管理委员会会议,研究、解决有关医院感染管理方面的问题。
- 3、参照各部门的职责,制定各自职责范围内的医院感染管理工作计划并组织实施落实,每年至少两次对各自职责范围内的医院感染管理工作的落实情况进行总结并向医院感染管理委员会汇报。
- 4、完成医院感染管理委员会布置的事宜。

(四) 医院感染管理专职人员

- 1、是医院感染管理、医院感染暴发的相关管理责任人。
- 2、根据《医院感染管理办法》等相关的法律法规,拟定全院医院感染控制规划、工作计划,组织制定医院及各科医院感染管理规章制度,经批准后,对制度的落实情况进行检查指导。
- 3、对全院各级各类人员进行预防和控制医院感染的培训工作。
- 4、进行医院感染发病情况的监测(综合性监测、目标性监测),定期汇总、分析、报告发病情况,并向全院反馈。
- 5、对医院感染相关危险因素进行监测、分析和反馈,针对问题提出控制措施并指导实施。
- 6、定期对医院环境卫生学及消毒、灭菌效果进行监督、监测,及时汇总、分析监测结果,发现问题后查找原因制定控制措施,并督导实施。
- 7、对医院发生的医院感染流行、暴发进行调查分析,提出控制措施并协调相关部门进行处理。
- 8、对医院的消毒隔离工作提供指导。
- 9、对传染病的院内感染控制工作提供指导。
- 10、对医疗废物的管理工作提供指导。
- 11、对医院新建、改建项目,从医院感染控制角度提出建设性意见。
- 12、对器械科、药剂科、后勤服务中心等部门购入的消毒药械、一次性使用医疗用品、卫生用品进行审核,对其储存、使用情况进行监督。
- 13、参与抗感染药物管理。
- 14、按照相关规范要求参加院感管理知识培训,不断提升业务水平和管理水平。
- 15、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。
- 16、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。
- 17、完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

(五) 各科室主任、护士长

- 1、是本科室内医院感染管理质量、医院感染暴发的直接管理责任人。
- 2、负责本科室医院感染管理的各项工作,根据本科室医院感染的特点,制定管理制度,并组织实施。
- 3、结合本科室本专业特点,进行本科室内的医院感染风险评估,确定本科室的院感防控重点,制定并落实本科室的院感防控措施,定期对防控效果进行评价,持续改进本科室的院感防控质量。
- 4、提供合格的足量的手卫生用品及个人防护用品,保障医务人员安全,防止感染性职业暴露;对发生感染性职业暴露的纳入医院不良事件管理进行无责上报。
- 5、对医院感染病例及高危因素进行监测,采取有效措施,降低本科室医院感染发病率;发现有医院感染流行趋势时,及时报告医院感染管理科及医务部,并积极协助调查并对采取积极救治措施。
- 6、监督检查本科室合理应用抗感染药物。
- 7、将手卫生、无菌技术、消毒隔离技术、医疗废物处置等纳入到医疗护理工作规范中并具体落实,组织科室内对落实情况进行自查并持续改进。
- 8、组织本科室预防、控制医院感染知识的培训。
- 9、做好本病区的区域管理,能达到病区卫生学及医院感染控制要求。
- 10、做好对工勤人员、陪住者、探视者等的卫生学管理。

(六) 医师、技师

- 1、严格执行医院及科室的医院感染管理规章制度及技术规范。
- 2、参加预防、控制医院感染知识的培训,掌握医院感染基本知识。
- 3、执行标准预防,正确使用个人防护用品、预防感染性职业暴露,发生感染性职业暴露时能正确进行局部处置并及时报告科室负责人和感染管理科,按照本院的相关规定进行后续处置。
- 4、掌握抗感染药物临床合理应用原则,做到合理使用。
- 5、掌握医院感染诊断标准能及时诊断医院感染并进行救治。
- 6、对医院感染病例能及时送病原学检验及药敏试验,查找感染源、感染途径,控制蔓延,积极治疗病人,如实报告;发现有医院感染流行趋势时,及时报告感染管理科及医务部,并协助调查。发现法定传染病,按《传染病防治法》的规定向公共卫生科报告。
- 7、定期对本科室的医院感染发病情况、高危因素进行统计汇总分析,确定本科室本专业的医院感染防控重点、防控措施并具体落实,定期评价。

(七) 护理人员

- 1、严格执行医院及科室的医院感染管理规章制度及技术规范。
- 2、参加预防、控制医院感染知识的培训,掌握医院感染基本知识。
- 3、执行标准预防,正确使用个人防护用品、预防感染性职业暴露,发生感染性职业暴露时能正确进行局部处置并及时报告科室负责人和感染管理科,按照本院的相关规定进行后续处置。
- 4、负责本科室环境卫生学及消毒灭菌效果的监测。
- 5、正确、合理使用消毒剂与消毒器械,并记录。
- 6、做好医疗废物的分类与管理工作。
- 7、协助医生上报医院感染病例和送检标本。
- 8、做好对本病区陪住者、探视者、工勤人员的卫生学管理。

(八) 工勤人员

- 1、严格执行医院及科室的医院感染管理规章制度及技术规范。
- 2、参加预防、控制医院感染知识的培训，掌握医院感染基本知识。
- 3、执行标准预防，正确使用个人防护用品、预防感染性职业暴露，发生感染性职业暴露时能正确进行局部处置并及时报告科室负责人和感染管理科，按照本院的相关规定进行后续处置。
- 4、负责按照国家相关规范要求要求进行医院保洁、医疗废物的回收、转运及交接、污水无害化处置等工作。发生医疗废物的流失、散落、污水外溢等情况时，应及时向科室负责人汇报，启动应急预案，立即处理。
- 5、正确使用消毒剂及消毒器械，保障消毒效果。
- 6、使用符合要求的保洁工具及消毒相关产品。
- 7、负责医院中央空调的清洗消毒工作，符合卫计委相关规范要求，保障医院内环境的空气质量，防止交叉感染。
- 8、对医院织物进行规范化回收、发送，监督外送织物的清洗消毒质量并进行清洗消毒效果的监测，保障医院织物清洗消毒质量，防止交叉感染。
- 9、根据《综合医院建筑标准》有关卫生学标准及预防医院感染的要求，在新建、改建、扩建医院建筑时，与医院感染共同审评建筑设计方案。在施工期间采取有效措施，降低施工引发的医院感染风险。

第五条 医院感染管理责任追究

各级各部门人员参照各自职责，对违反各项规章制度导致的责任事件，依据各自职责实行责任追究。

第六条 本制度从颁布之日起执行。

医院感染管理责任追究制

为强化责任意识，规范全院工作人员行为，切实落实医院感染的各项规章制度，根据有关法律、法规和政策的规定，制定本制度。

第一条 责任追究制是指对医院工作人员违反我院的各项规章制度、不履行或者不正确履行职责，以致影响执行力和公信力，怠误医院管理工作或者损害医院管理相对人合法权益等行为予以责任追究的制度。

第二条 感染管理责任追究是对本院工作人员由于不负责任、不履行或不正常履行自己的工作职责，致使医院、集体和人民群众的利益遭受损失等失职行为实施责任追究。

第三条 实行感染管理岗位责任制。医院法人负全面领导责任，分管院长及感染管理委员会其他成员根据职责，对责任范围内的感染管理工作负直接领导责任。各科办主任、护士长对本科室负直接管理责任。全体工作人员根据岗位职责是本岗位职责的直接责任人。

第四条 本制度所称直接责任是指在职责范围内，不履行或不正确履行自己的职责，对造成的损失起决定性作用的人员；主要领导责任指在职责范围内，对直接主管的工作不负责任，不履行或不正确履行自己的职责，对造成的损失负有直接领导责任的人员；相关责任是指在职责范围内，对对应管的工作或参与的工作，不履行或不正确履行自己的职责，对造成的损失负相关责任的人员。

第五条 责任追究遵循制度面前人人平等的原则，根据“谁主管，谁负责”的原则实施责任追究，分清领导与个人责任。属于领导责任的要分清主要领导责任和主管领导责任。属于工作人员个人职责的，追究工作人员的责任。

第六条 实施责任追究要实事求是，应当坚持实事求是、客观公正、有错必究、有责必问、惩处与责任相适应、教育与惩处相结合的原则。

第七条 医务人员有下列行为之一的，由相关职能部门责令改正，逾期不改的，给予警告并通报批评；情节严重的，对主要负责人和直接责任人给予降级或者撤职的行政处分：

- (一) 未建立或者未落实医院感染管理的规章制度、工作规范。
- (二) 未设立医院感染管理部门、分管部门以及指定专(兼)职人员负责医院感染预防与控制工作。
- (三) 违反对医疗器械、器具的消毒工作技术规范。
- (四) 违反无菌操作技术规范和隔离技术规范。
- (五) 未对消毒药械和一次性医疗器械、器具的相关证明进行审核。
- (六) 未对医务人员职业暴露提供职业卫生防护。

第八条 医务人员违反规定，未采取预防和控制措施或者发生医院感染未及时采取控制措施，造成医院感染暴发、传染病传播或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和直接责任人员给予降级、撤职、开除的行政处分；情节严重的，依照《传染病防治法》第六十九条规定，可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第九条 发生医院感染暴发事件未按规定报告的，给予通报批评；造成严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员给予降级、撤职、开除的处分。

第十条 医院工作人员责任追究的形式为科室内谈话，书面检查；取消评优评先资格；通报批评；低聘；待聘；调离工作岗位；责令辞职；解聘；辞退等，以上方式可追究单独追究，亦可并列追究。同时根据院内的相关规定给予一定的扣发绩效工资的经济惩罚。

第十一条 责任追究时，有下列情形之一者，可以从轻、减轻或免于责任追究：

- (一) 主动采取有效措施，有效阻止不良后果发生。
- (二) 主动与患者或家属沟通，取得其谅解，未造成不良社会影响。
- (三) 主动纠正和挽回全部或者大部分损失。
- (四) 其他可以从轻、减轻或是免于处理的情形。

第十二条 在进行责任追究时，遇到下列情况之一的，可以从重或加重处理：

- (一) 明知故犯、反复谈话拒不改正错误的。
- (二) 院内工作人员反应较大的。
- (三) 个人或科室被新闻媒体点名曝光或主动直接通知媒体导致医院点名曝光、损害医院声誉的。
- (四) 打击、报复、陷害检举人、调查人的。
- (五) 不执行上级部门作出的处理决定。

第十三条 责任认定时由院党委指定专人（两人或两人以上）进行调查，在调查过程中，应听取被调查人及所在科室意见，调查结束后，调查人应写出调查报告，提交院党委会议审议后作出最后决定。

第十四条 对责任追究不服的，可以以书面形式通过正常途径进行申辩。

第十五条 本制度适用于本院的所有工作人员，本院聘用人员、借调人员、借用人员参照执行。

第十六条 本制度从发布之日起执行。

医院感染管理委员会工作制度

一、认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施。

二、根据《综合医院建筑标准》和有关卫生学要求，对本院的建筑设计、改建、扩建和新建的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。

三、研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。

四、研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、重点部位、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。

五、研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。

六、根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

七、其他有关医院感染管理的重要事宜。

八、每年至少召开两次会议，讨论研究医院感染管理上存在的问题，并着重落实解决 2-3 项重点或难点问题及有关医院感染管理方面的重大事项，遇到紧急情况随时组织召开；会议由感染管理委员会主任或副主任主持；参加会议的委员需签到，如有特殊情况不能参加的须提前向感染管理委员会主任请假，参加会议的人员不得少于委员总人数的 3/4；感染管理科负责会议记录，会后编写会议纪要并向有关部门通报。

医院感染管理科工作制度

一、感染管理科在医院感染管理委员会及分管院长的领导下，开展医院感染管理的各项工作。

二、负责拟定医院感染管理工作计划，提交医院感染管理委员会审定后组织实施；负责拟定科室医院感染管理工作制度并督促执行。

三、制定医院感染管理科工作制度，对医院感染管理的资料进行汇总、分析、统计，并定期向委员会和有关部门报告。

四、定期讨论在贯彻医院（医院感染部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。

五、对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导。

六、对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。

七、对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导。

八、对传染病的医院感染控制工作提供指导。

九、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。

十、对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理。

十一、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作。

十二、参与抗菌药物临床应用的管理工作。

十三、对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核。

十四、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

十五、完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

医院感染管理三级考核制度

一、医院感染管理委员会对医院感染管理科的工作进行监督、检查，由分管副院长负责。医院根据感染管理目标考核完成情况给予感染管理科相应的奖惩。

二、医院感染管理科根据科室工作特点及性质，制定科室的院感控制指标并报人力资源部公布，完成情况纳入科主任、护士长考核。

三、感染管理科根据不同科室工作特点制订切实可行的医院感染质量考核标准，提出预防与控制措施并组织实施，定期考核，评价，考核结果报医院绩效办公室；对科室医院感染管理工作认真，各项医院控制措施落实到位，积极参与医院各项感染管理相关活动的科室，根据医院具体规定给予相应的奖励；对科室感染管理小组不能发挥监督管理控制作用，发生医院感染暴发又未及时上报未采取有效措施造成不良后果，接受上级检查出现问题并给医院造成不良后果的按照医院相关规定给予相应的处罚。

四、各临床医技科室护理单元等的负责人为本科室医院感染管理的责任人，每个科室设置感染管理小组，按计划对科室内的医院感染监测、消毒隔离、无菌技术、一次性无菌物品使用、医疗废物管理、业务学习、专业培训等进行监督、检查并做好记录。检查结果向科室负责人汇报，并纳入本科室内的考核。

医院感染管理及持续改进制度

一、认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施细则》及《医院感染管理办法》《医疗质量管理办法》的有关规定，建立健全医院感染管理三级网络，明确各级人员医院感染管理职责，制定完善各项规章制度、规范、应急预案及医院感染预防控制措施。

二、将医院感染管理纳入医院医疗质量与安全管理与考核体系中，制定医院感染管理质量指标，定期讨论在贯彻医院医院感染管理质量指标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件，不断提升医院感染管理水平，持续改进医院感染管理质量。

三、建立健全医院感染监控网，制定和实施医院感染管理监控方案，根据监控结果进行风险分析，确定医院感染的重点科室、重点人群、重点环节，制定预防与控制计划、措施及方法，并通过监控结果进行评价和改进。

四、建立医院感染管理知识培训制度，院科两级进行院感知识的培训。

五、开展医院感染病例的综合性监测、目标下监测及现患率调查，及时诊断、上报、治疗医院

感染病例；分析评价医院感染病例资料，及时采取有效措施，减少各种感染的危险因素，降低医院感染率。

六、出现医院感染流行或暴发趋势时，组织人员进行现场采样和流行病学调查分析原因，迅速采取切实可行的控制措施，并组织实施。

七、为全院提供院内感染预防与控制的业务技术指导和咨询，对医院消毒、灭菌、隔离及感染性职业暴露工作提供指导。

八、参与抗菌药物管理，开展多重耐药菌监测。

九、按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的规定建立医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故的应急方案，并监督落实。

医务人员医院感染知识培训制度

一、医院感染管理委员会负责对感染管理相关人员进行培训。

二、医院感染管理专职人员上岗前需取得感染管理上岗证，需参加全国、省、市内专业培训，每人每年不少于 15 学时，以具备感染管理专业水平，以利开展工作。

三、感染管理科负责全院各级各类人员的医院感染管理知识培训。

四、各临床医技科室、护理单元科空根据各科室的医院感染发生情况和特点，制定培训计划，每月进行院感知识培训并进行评价。

五、感染管理科定期对对全院医务人员医院感染知识的掌握情况进行检查考核，及时发现问题，针对薄弱环节再进行有针对性的培训。

医院感染监测管理制度

一、医院感染管理科负责制订医院感染监测计划、监测方法，具体组织实施，协调各科室的医院感染监测工作。并定期将监测结果向医院感染管理委员会汇报，向相关职能部门通报，向临床医技科室反馈。

二、列入监测计划的科室按照计划及方法要求具体执行落实，感染管理科定期或不定期进行抽检。

三、医院感染病例监测

(1) 开展全面综合性监测以掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制提供科学依据。监测方法采取前瞻性监测法，感染管理科每月对监测资料进行汇总、分析，并及时反馈。

(2) 各感染管理小组必须对本科室住院病人开展医院感染病例监测，以掌握本科室医院感染发病特点。

(3) 医院感染病例由临床医生按照《医院感染诊断标准》进行初步诊断，及时进行病原微生物检测，按照微生物检测及药敏结果指导临床用药。

(4) 明确诊断后，由经治医生于 24 小时内报告医院感染管理科。

(5) 确诊为传染病的医院感染病例，尚需按《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定报告公共卫生科。

(6) 对疑似医院感染的诊断，经治医生报告科主任，会同该科医院感染管理小组讨论，并作进一步的分析及检查，作好讨论记录。

(7) 感染管理科根据相关规范要求及本院感染病例发病特点、高危因素等开展目标性监测工作，对重点部位医院感染（呼吸机相关性肺炎、留置导尿管所致尿路感染、血管内导管所致血行感染、手术部位感染）制定监控指标，由相关临床科室共同进行。

(8) 感染管理科及各科室感染管理小组每年联合进行一次医院感染现患率调查，实查率 $\geq 96\%$ ，感染率 $< 10\%$ 。

四、消毒灭菌效果监测要求

(1) 对需要灭菌的器械、内镜及物品定期进行监测，灭菌合格率必须达到 100%，不合格物品不得进入临床使用部门。

(2) 各种灭菌器（包括高压蒸汽灭菌器、环氧乙烷灭菌器、低温等离子体灭菌器等）在使用前、大修后需进行生物监测，联系三次合格后方可使用，在使用过程中每包进行化学监测、每锅进行工艺监测、每周进行生物监测，预真空及脉动真空高压蒸汽灭菌器每日使用前需空锅进行 B-D 监测，所有监测合格后方能使用，并做好记录。

(3) 使用中的消毒剂及灭菌剂应进行生物和化学监测。生物监测：消毒剂每季度一次，不得检出致病性微生物；灭菌剂每月监测一次，不得检出任何微生物。化学监测：应根据消毒、灭菌剂的性能定期监测，含氯消毒剂、过氧乙酸等应每日监测，戊二醛及邻苯二甲醛的监测应每周不少于一次（用于内镜消毒的戊二醛及邻苯二甲醛应每天监测），使用中的消毒液如发现浑浊、变质应立即更换。

(4) 种消毒后的内窥镜（如胃镜、肠镜、喉镜、气管镜等）及其它消毒物品应每季度进行监测，不得检出致病微生物

(5) 每半年对紫外线灯管强度进行监测，使用中的紫外线灯管强度若达不到 $70 \mu\text{w}/\text{cm}^2$ 为不合格，新的紫外线灯管强度若达不到 $90 \mu\text{w}/\text{cm}^2$ 为不合格应及时更换，监测后应有记录。

(6) 血液透析室须每月对透析液、透析用水进行细菌监测，细菌菌落数必须 $\leq 20\text{cfu}/\text{ml}$ ，每季进行内毒素监测需 $< 2\text{FU}/\text{ml}$ ，每台透析机至少每年监测 1 次。当疑有透析液污染或严重感染病例时，应增加采样点，如原水口、软化水出口、反渗水出口、透析液配液口等。当检查结果超过规定标准值时须再复查。

五、环境卫生学监测

包括对空气、物体表面和医护人员手的监测。各科室按照我院的环境卫生学监测计划及频次定期进行，当有医院感染流行、怀疑与医院环境卫生学因素有关时，应及时进行监测。各科室建立环境卫生学监测登记本，保留原始监测结果并进行分析。

医院感染散发、流行、暴发报告及控制制度

一、当出现医院感染散发病例时，经治医师应及时向本科室医院感染管理小组负责人报告，并于 24 小时内报告医院感染管理科。并及时组织经治医师、护士查找感染原因，采取有效控制措施。

二、出现医院感染流行趋势时，科室医院感染管理小组负责人应立即报告医院感染管理科，医院感染管理科初步核实后于 24 小时内报告主管院长，并通报医务部护理部等相关职能部门。主管院长接到报告，应及时组织相关部门开展流行病学调查与控制工作，并从人力、物力和财力方面予以保证。

三、医院经调查证实以下情形，应当于 12 小时内向枣庄市中区卫生局及枣庄市中区疾病预防控制中心报告，枣庄市中区卫生局确认后，应当 24 小时内逐级上报至省级人民政府卫生行政部门。省级人民政府卫生行政部门审核后，应当在 24 小时内上报至卫生部。

- (1) 5 例以上医院感染暴发；
- (2) 由于医院感染暴发直接导致患者死亡；
- (3) 由于医院感染暴发导致 3 人以上人身损害后果。

四、发生以下情形时，应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告：

- (1) 10 例以上的医院感染暴发事件；
- (2) 发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；
- (3) 可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

上级卫生行政部门在接到报告后及时排出专家组指导感染病例的诊断、流行病学调查及控制。

五、发生的医院感染属于法定传染病的，按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》的规定向公共卫生科进行报告和处理。

医务人员感染性职业暴露管理制度

根据《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》及《医院隔离技术规范》，加强医务人员的院内感染预防与控制制定本制度。

- 一、本制度适用于全院各科室。
- 二、各科室组织感染性职业暴露知识培训，制定感染性职业暴露应急预案并定期组织演练；配备合格、足量的防护用品供医务人员使用。
- 三、医院工作人员参加感染性职业暴露知识培训，掌握感染性职业暴露的预防与控制措施。
- 四、工作人员在诊疗工作中要遵循标准预防和根据不同传播途径的额外预防措施，熟练使用各种防护用品，预防职业暴露的发生。
- 五、落实我院的预检分诊制定及传染病管理制定，疑似传染病患者到感染疾病科诊疗。
- 六、医务人员及工勤人员遵循各自岗位工作规范及流程，禁止违规操作。
- 七、医务人员发生血源性职业暴露后，应立即采取相应的局部处置措施，清洗、消毒清创等处理后并向感染管理科上报。
- 八、医院感染管理科接到报告后指导血源性职业暴露人员进行后续处理，进行详细记录，分析事故发生的原因、进行感染风险评估，指导后续处置并进行追踪。

九、未违反诊疗操作流程的本院工作人员的血源性职业暴露的检查、追踪费用由医院承担，在本院检验科进行检验，本院检验科确实不能检测的项目报分管院长同意后可到外院进行检测。需要

进行预防用药者，需在本院药房购买，本院药房缺货者报分管院长同意后可到指定地点购买，本院及院外的购药发票交感染管理科，经感染管理科审核符合相关规定后统一保管，每年度汇总统计并经院领导审核同意后交计划财务部报销。不需预防用药者强行用药及私自外购用药者不予报销。

- 十、明确的医院执业暴露相关的艾滋病，纳入工伤管理。
- 十一、经空气传播等的感染性职业暴露与医院执业明显相关者，报医院感染管理委员会审议。
- 十二、不能提供明确执业相关感染性职业暴露暴露者，不适用本制度。

医院医疗建筑设施卫生学审查制度

一、医院感染管理委员会对医院新建、改建、扩建项目应根据医院感染管理要求和卫生学标准，提出审定意见并签字同意，各科室不得私自改建或改变原有建筑布局。

二、医院新建、改建、扩建项目应符合《综合医院建筑标准》《医院隔离技术规范》等的要求，建筑设计及室内装修应符合医院感染预防与控制的基本原则。

三、医院建筑布局及流程合理，医疗区与生活区严格分开，门诊与病区相对分离，传染病区与一般病区应有一定距离的绿化带，并有单独的出入路线。

四、医院医疗用房和设施医院感染防控要求：采光、通风良好，有取暖制冷设备（不宜用电风扇），备用防蚊灭蝇设施；建筑应力求弧形角度，有利于卫生清洁；地面、天花板应光滑，建筑材料应选用不脱粉屑、不潮湿霉变的材料；室内地面材料以易清洁消毒的材料为宜，保证上下水道通畅；医疗用房洗手设备应齐全，流动水装置应为肘式、脚踏式或其它自动开关，医疗用房应设有卫生工具的清洁、晾晒存放间；病区应按病人接触的环境，分为清洁区、潜在污染区、污染区，以利于消毒隔离制度的执行，预防医院感染的发生。

五、医院感染重点监控部门应符合相关规范要求。

- 1、层流手术室的建筑布局及区域划分符合《医院洁净手术部建筑技术规范》及《医院手术部（室）管理规范（试行）》。
- 2、普通手术室及产房、人流室等的建筑布局及区域划分符合《医院手术部（室）管理规范（试行）》。
- 3、重症监护病房的建筑布局及区域划分符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》。
- 4、新生儿病室的建筑布局及区域划分符合《新生儿病室建设与管理指南（试行）》。
- 5、急诊科的建筑布局及区域划分符合《山东省医院急诊科（室）基本标准（试行）》。
- 6、血透室的建筑布局及区域划分符合《医疗机构血液透析室管理规范》、《血液净化标准操作规程》。
- 7、内镜室的建筑布局及区域划分符合《内镜清洗消毒技术操作规范》。
- 8、口腔科的建筑布局及区域划分符合《口腔诊疗器械消毒技术操作规范》。
- 9、实验室的建筑布局及区域划分符合《病原微生物实验室生物安全管理条例》、《医疗机构临床实验室管理办法》）、《微生物和生物医学实验室生物安全通用准则》。
- 10、感染疾病科的建筑布局及区域划分符合《中华人民共和国传染病防治法》、《二级以上综合医院感染性疾病科工作制度和工作岗位职责》和《感染性疾病病人就诊流程》。

医院消毒管理制度

为加强医院感染和消毒管理,预防和控制感染性疾病的传播,确保医疗质量和病人安全,根据《消毒管理办法》及有关法律法规,制定我院消毒管理制度。

一、成立消毒管理委员会,具体进行本院的消毒管理。

二、消毒产品及器械由市卫生行政主管部门招标,器械科、药剂科、后勤服务中心等部门统一采购。感染管理科应根据相关规定对产品的相关证明进行审核。

三、医务人员应按照国家有关规定,定期接受医院消毒技术培训、掌握消毒相关知识。

四、严格按照《消毒管理办法》,医疗用品进行分类管理,并达到以下要求:

1、进入人体组织、无菌器官的医疗器械、器具和物品或与破损的皮肤、粘膜密切接触的器材和用品必须达到无菌水平,如穿刺针、注射器、导尿管、腹腔镜、宫腔镜、活检钳等)必须采用灭菌疗法。

2、接触皮肤、粘膜的医疗器械、器具和物品必须达到消毒水平。

3、各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具必须一人一用一灭菌一更换(一抛弃)。

五、一次性使用的医疗器械、器具不得重复使用。用后必须按《医疗机构医疗废物管理办法》进行分类收集,无害化处理,禁止重复使用或回流市场。

六、使用过的可复用医疗器材和用品统一送消毒供应中心集中处置,不得私自处置;应先去污染,彻底清洗干净,再消毒或灭菌,特殊感染病人用过的医疗器材和用品,应先消毒,彻底清洗干净,再消毒或灭菌。

七、配备合格的手卫生设施,严格按照《医务人员手卫生规范》的要求进行手清洗与消毒。

八、按照《医疗机构消毒技术规范》的要求,定期开展消毒与灭菌效果监测,对使用中的消毒剂、灭菌剂定期进行生物学检测,对消毒灭菌效果进行监测。

九、环境、物品应当符合国家有关规范、标准和规定。排放废弃的污水、污物应当按照国家有关规定进行无害化处理。运送传染病病人及其污染物品的车辆、工具必须随时进行消毒处理。

十、使用消毒灭菌药械应掌握使用范围、方法、注意事项、消毒灭菌液的使用浓度、配制方法、更换时间、影响消毒灭菌效果的因素等。

十一、医院感染性疾病暴发、流行时,科室负责人应当及时报告医务科、护理部、感染管理科等相关职能部门,并采取有效的消毒隔离措施。

消毒药械监管制度

一、医院感染管理委员会负责全院使用的消毒、灭菌药械的监督管理。

二、医院感染管理科按照国家有关规定,对拟购入的消毒、灭菌药械的资质进行审核,并具体负责医院消毒、灭菌药械的购入、存储和使用进行监督、检查和指导,对存在的问题及时向医院感染管理委员会汇报。

三、医院感染管理科负责对消毒、灭菌药械使用效果进行抽查,对存在的问题及时汇报医院感染管理委员会并提出改进措施。

四、药学部、器械科等采购部门应根据临床需要和医院感染管理委员会的对审核意见进行采购,按国家规定查验所需证件,监督进货质量。

五、须建立消毒、灭菌药械的采购和出入库登记制度并由专人负责。

六、医院自配消毒液时,应建立消毒剂使用登记册,登记配制浓度、配制日期、有效日期、操作人姓名等内容,并严格按照无菌技术操作程序和所需浓度配制。

七、医院使用消毒器械时应建立使用登记册,登记消毒对象、消毒时间、操作者和定期消毒效果的监测结果以备查验。

八、使用部门应严格按照消毒、灭菌药械的使用范围、方法、注意事项;掌握消毒、灭菌药械的使用浓度、配制方法、消毒对象、更换时间、影响因素等,发现问题及时报告医院感染管理科。

九、禁止医院使用过期、淘汰、无合格证明的消毒、灭菌药械。

一次性使用无菌医疗用品监管制度

一、医院所用一次性使用无菌医疗用品须统一采购,临床科室不得自行购入和使用。

二、医院感染管理科履行对一次性使用无菌医疗用品的采购、临床应用和回收处理的监督检查职责。

三、建立一次性使用无菌医疗用品的采购登记制度、验货制度。

四、设置一次性使用无菌医疗用品库房,建立出入库登记制度,按失效期的先后存放于阴凉干燥、通风良好的物架上,距地面 $\geq 20\text{cm}$,距墙壁 $\geq 5\text{cm}$,禁止与其它物品混放,不得将标识不清、包装破损、失效、霉变的产品发放到临床使用。

五、使用一次性无菌医疗用品前应认真检查,若发现包装标识不符合标准,包装有破损、过效期和产品有无不洁等不得使用;若使用中发生热原反应、感染或其它异常情况时,应立即停止使用,并按规定详细记录现场情况,必须及时留取样本送检,均应及时报告器械科、医院感染管理科。

六、医院发现不合格产品或质量可疑产品时,应立即停止使用,并及时报告食品药品监督管理局,不得自行作退、换货处理。

七、一次性使用无菌医疗用品使用后,按国务院《医疗废物管理条例》规定进行无害化处置,不得复用。

八、未灭菌的植入物使用前需在本院消毒供应中心进行清洗消毒灭菌处理,并在生物监测合格后方能发放到临床使用。若急诊手术可放入第六类指示卡,合格后可提前放行,并继续进行生物监测,并将生物监测结果报告给使用者。

消毒隔离制度

一、各科室应结合本科室诊疗工作特点,组织医务人员学习相关清洁、消毒灭菌制度等,掌握并认真落实。

二、医务人员工作时衣帽整齐,遵循标准预防原则,执行手卫生制度。

三、科室执行医疗器械、器具的消毒工作技术规范，使用的物品应符合以下要求：

进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌。

接触完整皮肤、完整黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒。

各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具应一用一灭菌。

使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应符合国家有关规定。

一次性使用的医疗器械、器具应一次性使用。

四、诊疗用品的清洁与消毒

治疗车上物品摆放有序，上层为清洁区，下层为污染区，利器盒放置于治疗车的侧面，治疗车应配备速干手消毒剂。

所有注射、穿刺、采血实行一人一针一管一带，门诊输液、采血另配一人一巾。

医用设备、器械物品一人一用一消毒，禁止未经消毒的医用设备、器械、物品交叉使用。

无菌物品和非无菌物品分开放置，无菌物品应按照灭菌日期依次放入专柜，有效期内使用。接触无菌物品前应做手卫生，检查包装有无破损、失效、产品有无不洁等。消毒后直接使用的物品应干燥、密闭存放。

保持诊疗环境及物体表面清洁与干燥，应湿式清洁消毒。

七、各种治疗、护理及换药操作应按清洁伤口、感染伤口、隔离伤口依次进行，特殊感染伤口如炭疽、气性坏疽、破伤风等应就地（诊室或病室）严格隔离，处置后进行严格终末消毒；接触患者伤口的纱布等敷料、一次性医疗用品等双层密闭封装，按感染性医疗废物处理。

八、在标准预防的基础上，根据不同情况，对感染患者采取相应隔离措施。患者的安置原则：感染患者与非感染患者分开，同类感染患者相对集中，特殊感染患者单独安置。

九、对传染病患者及其用物按传染病管理的有关规定采取相应的消毒隔离和处理措施。

十、医疗废物遵循《医疗废物管理条例》的要求进行处置。

医务人员手卫生制度

一、本制度适用于全院各科室。

二、手卫生为洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。

三、全院各科室必须配备合格的洗手与卫生手消毒设施。设置流动水洗手，重点部门如 ICU、血液病病房、血透室、手术室、产房、导管室、急诊室、消毒供应室、口腔科、内镜室、临床检验室必须安装非手触式水龙头开关，提倡用洗手液洗手，盛放皂液的容器为一次性使用，禁止将洗手液或自来水等直接添加到未使用完的容器中，应配备干手物品或设施，避免二次污染，同时应配备洗手示意图、计时器及合格的速干手消毒剂。

四、医务人员应遵循洗手、卫生手消毒、外科手消毒的原则及方法（具体参见我院的《手卫生规范》），保证手卫生效果。

五、医务人员应参加手卫生知识培训，掌握手卫生基本知识。

六、各职能部门依据各自的职责对医疗人员、护理人员、医技人员、工勤人员的手卫生落实情况

况进行监管，各医疗医技科室及护理单元进行科室内的监管。

七、感染管理科制定手卫生效果监测计划，组织各科室进行手卫生效果监测，当怀疑流行爆发与医务人员手有关时，及时进行监测，并进行相应致病性微生物的检测。

八、将六步洗手法正确率、外科手消毒正确率纳入科室的绩效考核，不合格者每人扣科室绩效分 0.5 分。

多重耐药菌医院感染管理制度

一、明确职责，加强管理

1、临床科室 加强多重耐药菌防控知识的培训，落实各项防控措施，在接诊感染性疾病患者或重症患者后，应送检相应的病原学标本，并追踪检验结果，及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者和定植患者。对病区内的特殊病原菌感染患者，严格执行各项预防控制措施。

2、检验科 微生物实验室进行细菌培养、鉴定、药敏后，对多重耐药菌应在检验报告上标注，并提前电话通知所在科室，同时报医院感染管理科。

3、医院感染管理科 负责制订各种消毒措施、隔离标识，主动通过院内感染管理信息系统进行监测或接到微生物实验室报告后，到科室检查指导接触隔离落实情况，并对科室多重耐药菌感染防控措施的落实情况进行汇总，定期反馈。

4、药学部 定期公布耐药菌资料，指导临床各科室抗菌药物的合理应用，并根据监测结果调整全院的抗菌药物应用，必要时停用所有可促进特殊病原体选择性生长的用药物。

5、医务部、护理部、门诊部、后勤服务中心 负责所属医技人员、护理人员、保洁人员的管理，切实落实各项规章制度。

二、多重耐药菌监测

1、逐步开展多重耐药菌的目标性监测

逐步开展耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、产超广谱 β -内酰胺酶（ESBLs）细菌、多重耐药鲍曼不动杆菌、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌等的监测。

2、早期检出带菌者、严密监测高危人群

加强对从其他医院转入者及易感者的检查，尤其是对年老体弱、有严重基础疾病的免疫力低下患者、接受侵入性检查治疗如气切患者、住院时间长及近期使用广谱、高档抗菌药物治疗的患者等高危人群要主动筛查、严密监测。

三、诊断与报告

1、临床微生物实验室发现时及时电话报告临床科室及医院感染管理科。

2、医院感染管理科专职人员通过主动监测及时发现。

3、确诊为医院感染的必须在 24 小时内上报；发生医院感染暴发、特殊病原体或者新发病原体的医院感染、可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染，则按照《枣庄市立医院医院感染突发事件应急预案》的要求报告。

四、预防和控制措施

1、遵守无菌技术操作规程

在诊疗护理操作过程中必须严格遵守无菌技术操作规程，特别是实施中心静脉置管、气管切开、气管插管、留置尿管、放置引流管等操作时，应当避免污染，减少感染的危险因素。加强各项侵入性操作的评估，尽早撤除各项侵入性诊疗措施。

2、加强医院环境卫生管理

收治多重耐药菌感染患者和定植患者的病房，应当使用专用的物品进行清洁和消毒，对患者经常接触的物体表面、医疗设施表面，须用含氯消毒剂每天进行清洁和擦拭消毒。使用过的抹布、拖布必须消毒处理。出现或者疑似有多重耐药菌感染暴发时，应增加清洁和消毒频次。

3、加强抗菌药物合理使用管理

严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》和《卫生部办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知》要求，严格执行抗菌药物分级使用管理制度和抗菌药物临床应用预警机制。合理使用的前提是要依据病原学药敏结果，同时严格按照权限开处方，联合用药以及使用万古霉素、广谱头孢菌素、碳青霉烯类等必须严格掌握用药指征。避免由于抗菌药物的滥用而导致耐药菌的产生。

4、严格遵循手卫生规范

在直接接触多重耐药菌患者前后、实施诊疗护理操作前后、接触患者体液或者分泌物后、摘掉手套后、接触患者使用过的物品后以及从患者的污染部位转到清洁部位实施操作时，都应当实施手卫生。手上有明显污染时，应当洗手；无明显污染时，可以使用速干手消毒剂进行手部消毒。

5、严格实施消毒隔离措施

(1) 实施接触隔离措施，在床牌和病历卡上贴接触隔离标识。

(2) 首选单间隔离（如 VRE），也可同种病原同室隔离，不可与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能抑制患者安置同一房间。隔离病房确实不足时考虑床边隔离，当感染较多时，应保护性隔离未感染者。

(3) 尽量限制、减少人员出入，如 VRE 应严格限制，医护人员相对固定，专人诊疗护理，所有诊疗尽可能由他们完成，包括标本的采集。

(4) 实施诊疗护理操作中，有可能接触多重耐药菌感染患者或者定植患者的伤口、溃烂面、粘膜、血液和体液、引流液、分泌物、痰液、粪便时，应戴手套，可能污染工作服时穿隔离衣。当可能产生气溶胶的操作（如吸痰或雾化治疗等）时，应戴标准外科口罩和防护眼镜。

(5) 完成诊疗护理操作，离开房间前必须及时脱去手套和隔离衣至黄色垃圾袋中。

(6) 严格执行手卫生规范，医疗护理前后、脱去手套后及接触病人前后必须洗手和或手消毒。

(7) 对于非急诊用仪器如血压计、听诊器等不能共用。其他不能专用的物品如轮椅、担架等，在每次使用后必须经过清洗及消毒处理（1000mg/L 含氯消毒剂擦拭）。

(8) 进行床旁诊断如拍片、心电图的仪器必须在检查完成后用 1000mg/L 含氯消毒剂进行擦拭。

(9) 离开隔离室进行诊疗时，应先通知该诊疗科室，以便及时作好感染控制措施。转科时必须由工作人员陪同，向接收方说明对该病人应使用接触传播预防措施。

(10) 对患者及家属进行健康宣教，提高患者及家属对防控措施落实的依从性。

(11) 临床症状好转或治愈、连续两次培养阴性（每次间隔 >24 小时）方可解除隔离。

6、医疗废物管理及被服处置

(1) 医务人员应严格按照医疗废物管理制度对医疗废物进行合理分类收集、锐器置入锐器盒，其余医疗废物均放置在黄色垃圾袋中，3/4 满进行有效封口，密闭运出。集中收集后送枣庄市医疗废

物处置中心无害化处理。处理医疗废物的人员应该戴手套、洗手并对每一次意外事故进行报告。

(2) 用过的被服应清洁面朝外在原地打包，不能在病区进行分拣。污染严重的被服应该使用防渗漏包装袋，被服收集人员应该使用个人防护用具，如手套、口罩等。

7、器械管理

(1) 多重耐药菌感染患者尽量使用一次性医疗用品，用后按医疗废物处理，严禁复用。

(2) 可循环使用的器械密闭保存，由消毒供应中心统一回收集中处置。

六、培训

将多重耐药菌感染防控措施的培训纳入感染管理科及各科室的培训计划，培训完成情况及培训效果纳入医院的绩效考核，各科室医院感染监控小组应定期组织医务人员学习多重耐药菌的诊断、治疗、隔离知识，提高医务人员对多重耐药菌感染危险因素、流行病学、预防控制等观念的认识，并根据各岗位特点进行专项培训。

(1) 医务人员：如医院感染病例的诊断与上报、手卫生、多重耐药菌医院感染的预防与控制知识等。

(2) 保洁人员：主要是手卫生、消毒隔离、医疗废物分类及处置知识。

(3) 病人与家属：进行耐心的说明，并告知洗手等消毒隔离措施的重要性，提供洗手设施或手消毒剂提高病人及家属对防控措施的依从性。

五、监督、处罚

参照我院下发的《医院感染管理责任制及责任追究制》实行责任制及责任追究制，根据各科室职责开展各项工作，各科室负责人为责任人。感染管理科按照检验科微生物实验室的检测结果显示到科室检查指导 MDRO 控制措施的落实情况，对发现的问题进行反馈、指导，对 MDRO 的患者进行追踪，查看 MDRO 控制措施的落实情况，直至解除隔离。科室不执行 MDRO 控制措施的，由感染管理科按照《枣庄市立医院感染管理考核细则》相关条款纳入科室的绩效考核，没有认真落实 MDRO 控制措施造成医院感染暴发，由科室承担相应的责任。

医疗废物管理制度

一、认真贯彻执行《医疗废物管理条例》、《医院废物管理行政处罚办法》、《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》、《医院感染管理办法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施细则》等法律法规。

二、成立医院医疗废物管理领导小组，切实加强医疗废物的管理领导工作。

三、制定与医疗废物安全处置有关的规章制度和发生意外事故时的应急方案并定期进行演练。

四、建立医院医疗废物的在职教育制度，定期对从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作的人员和管理人员，进行相关法律和专业技术、安全防护以及紧急处理等知识的培训。

五、各临室应对医疗废物进行分类处置，容器满 3/4 时封口，确保无渗漏后，与医疗废物回收人员进行交接，交接记录保存 3 年。由医疗废物回收人员送医疗废物暂存间暂存。

六、设置合格的医疗废物暂存间，设专人管理，建立管理制定，落实各项规定。

七、医疗废物暂存间的工作人员每天与永进医疗废物处置公司的回收人员进行交接，交接记录

保存3年。

八、严禁转让、买卖医疗废物或在非收集、非暂时贮存地点倾倒、堆放医疗废物或将医疗废物混入其它废物和生活垃圾。

九、各相关部门各司其责，分别对医疗废物的分类、收集、运送、贮存及各交接环节进行督导检查并有记录。

十、对有失职行为部门和个人，参照各种职责按照我院的《医院感染管理责任追究制》进行责任追究；造成恶劣影响的按照我院相关规定进行处罚；造成刑事责任的按照相关规定进行处理。

第七部分 门诊医技管理制度

门诊工作制度

一、医院有一名副院长分管门诊工作，门诊部主任具体管理门诊工作，各科主任应加强对本科门诊的考勤及业务技术指导。

二、各科室应根据专家门诊排班表，双休日门诊排班表，安排专家按时到诊室坐诊，不得随意调换专家人员及工作时间，如因工作需要人员进行人员调换时，应事先通知门诊部同意及审批。各科普通门诊由科室自行排班（外科普通门诊由急诊外科组组长负责排班）。

三、门诊各科室和医师都要严格执行首诊负责制，对病人进行认真检查，及时治疗，不得推诿病人贻误病情。坐诊专家不得拒看普通号病人。

四、门诊工作人员应穿戴工作服、工作帽，佩带胸牌，提供优质服务，对病人要有尊称，要主动、热情、周到。严格执行各项规章制度，做到四不（不冷、不硬、不顶、不推诿）。以人为本，诚实守信。

五、医护人员不得自行限制挂号，门诊量由门诊部负责统计。

六、为保证门诊正常工作，一般不抽调门诊医师外出，如因必须参加会诊、讲课或执行其它任务，科室应提前通知门诊部协商并安排相应医师替班。

七、进修生和实习医生不得单独门诊值班，以确保门诊医疗质量和提高临床教学水平。

八、各科室科主任应经常深入门诊检查，督促本科门诊值班医师的工作，了解门诊医疗质量、服务态度、劳动纪律及完成工作情况等。

九、门诊各诊室应保持室内整洁，监督检查卫生清理工作。室内空气流通，严格消毒，防止交叉感染。相关科室认真填写门诊日志及传染病报告卡，发现传染病，认真执行传染病管理制度，防止传染病疫情扩散。

十、负责门诊的安全管理工作，把医疗安全、公共安全，财产安全等放在重要位置，完善措施，营造良好的安全管理和运行机制。

十一、负责门诊各科室的监督考核工作，加强对门诊处方、门诊病历、门诊日志及劳动纪律等内容的管理，定期发放门诊病人满意度调查表，征求病人意见，认真解决病人反映的问题，定期召开门诊联系会，共同切磋门诊各项工作措施。

十二、负责健康体检及门诊病人健康宣教工作。

十三、开展电话预约、现场预约、网络预约、诊间预约等多种形式的预约诊疗，指导患者预约就诊，减少候诊时间，方便患者就医。

十四、负责对病假证明、门诊诊断证明、计划生育证明、死亡证明、慢性病审批表、病人退款的审批、盖章工作。

门诊管理制度

- 一、在分管副院长领导下，负责做好门诊行政管理工作。
- 二、经常检查督导门诊各科室工作制度和工作职责的执行情况，加强信息反馈，提高服务质量。
- 三、做好门诊环境管理和秩序管理工作，做到环境整洁、舒适、安全、工作有序。
- 四、经常深入科室调查了解各项工作落实情况，进行分析，发现问题及时解决，并及时向主管院长汇报工作，提出改进工作措施。
- 五、对门诊流量实时监测，合理调配医疗资源，做好门诊和辅助科室的协调配合工作。
- 六、加强预检分诊制度的落实，督导落实急危重患者优先处置，保障急诊绿色通道畅通。
- 七、建立、健全和落实好本部门各项规章制度。
- 八、每日检查开诊情况并全面掌握各科门诊医疗、护理及宣教工作的情况，负责组织检查门诊患者的就诊情况，组织好各专业专家门诊，方便病人就医。
- 九、做好导医培训，正确指导患者就诊，落实“首问负责制”。
- 十、开展便民服务，不断增加便民措施项目，督促检查便民门诊开诊情况。
- 十一、总体规划门诊各科室布局，简化就医流程。
- 十二、加强医德、医风建设，搞好门诊患者满意度调查，并进行分析、总结、改进，提高服务水平。
- 十三、领导和组织门诊服务质量的考评工作，定期召开门诊工作会议，及时总结经验，发现问题，提出整改，不断提高。

专家、专科门诊工作制度

- 一、参加专家门诊工作的医师应为副主任医师及以上人员，专家门诊排班经科主任、医务部同意后，报门诊部统一安排出诊时间并予以公示。
- 二、参加专家、专科门诊医师必须按排班表准时出诊，应预先安排好其它工作，保证准时上岗，不得无故停诊。如有特殊情况（如出差、开会、外出会诊、休假等），由所在专业科室安排其他专家代为出诊，并提前两天报门诊部审核。预约挂号专家原则上不得变更出诊时间。
- 三、专家门诊排班必须相对固定，每期至少三个月以上，以保证病人诊治的连续性。
- 四、参加专家、专科门诊医师必须严格遵守门诊各项规章制度，廉洁行医、着装整洁、佩带胸卡。
- 五、坚决执行首诊负责制，对病人要认真诊治，详细询问病史，耐心解释。
- 六、必须认真填写门诊病历、处方及门诊日志等。对病情复杂需会诊者，按有关会诊制度执行，确保医疗安全。
- 七、参加专家门诊人员应负责指导门诊年轻医师并帮助其解决疑难问题。
- 八、经专家、专科两次诊断不能确诊者，必须及时请上级医师或科、院及院外会诊，以确保医疗质量。
- 九、对查实一个月内连续二次被投诉或一个季度连续三次被投诉者，对经常不能保证专家门诊时间及误时、脱岗等情况，将严格按照医院相关规定处理。

门诊医疗资源调配制度

为改善门诊就诊环境，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验，特制定门诊医疗资源调配制度。

一、人力资源调配

- 1、科室应根据本科室门诊工作的特点，对门诊实施人力资源调配，如上午门诊就诊量多，在高峰时段，科室应重点做好该时段的人力配置工作。
- 2、分诊处负责做好门诊就诊患者流量统计工作，上午高峰时段内同一诊室出现 20 位以上候诊人员时，分诊处在第一时间与对应科室主任联系，由科主任负责做好人力增援工作，保障门诊工作有序有效进行。
- 3、门诊服务窗口出现排长队现象时，对应窗口负责人及时开启备用窗口，缩短患者排队等候时间。
- 4、鼓励患者采取预约的方式就诊。

二、设备调配

- 1、辅助科室做好门诊工作量的分类统计工作，当病人需求量超过本科室每台仪器规定的工作量时，要及时通知科室负责人开启备用设备，必要时延长工作时间，缩短病人排队等候时间，杜绝推诿，做到当日申请单当日完成。
- 2、辅助科室开展的各项辅助检查要有明确的适应症与禁忌症，并定期在院内进行培训，避免有些检查项目闲置，有些检查项目过度使用的现象，在保障患者有效就诊的同时，做到医院医疗资源合理化利用，同时保障了患者的权益。

三、时间调配

- 1、辅助科室为满足门诊工作的需要，当八小时工作不能满足临床需求时，科室负责人安排工作人员提前上班或延长下班时间。
- 2、临床科室在规定上班时间没能完成的诊疗项目，要以病人为中心，适当延长工作时间满足患者需求。

腹泻病门诊管理制度

- 一、腹泻病门诊要分别独立设置，应设有挂号处、候诊处、治疗室、诊查室、观察室、化验室、取药处、工作人员更衣室、病员专用厕所、工作人员专用厕所和纱门、纱窗。配备专用医疗设备、抢救药品、消毒器械，严格执行传染病管理制度和隔离制度。
- 二、腹泻病门诊，接诊范围以急性腹泻（病期在一周内）为主的各种急性肠道传染病，慢性腹泻近一周内有急性发作者以及这些病种的复诊者。凡腹泻病门诊接诊的病人一律按急诊病人处理。
- 三、腹泻病门诊，每年五月一日至十月三十日，实行昼夜二十四小时开诊。
- 四、腹泻门诊分别由感染疾病科、检验科、药剂科等科室抽调人员组成，做到人员相对固定、业务熟练。
- 五、腹泻门诊使用“腹泻病门诊登记簿”，就诊病人要逐个登记。处方、化验单要有“腹泻”

字样标记。

六、到腹泻门诊就诊的病人，要做细菌培养。

七、腹泻病门诊发现法定传染病的疑似病人或已确诊病人，必须立即填写传染病报告卡，报公共卫生科，非正常上班时间报院总值班室，并做好传染病登记。

八、病人的病历、化验单，必须经过消毒后再行保存或发给病员，呕吐物、排泄物要经过消毒处理后再倾倒。

九、腹泻门诊需有健康宣传材料，介绍常见传染病的防治知识。

门诊病历书写管理制度

门诊病历是医疗工作的原始记录，是重要的医疗文献。医师必须做到：

一、患者的姓名、性别、生日（年龄）、工作单位或住址等由挂号人员填写或者由身份证导出。

二、书写内容要简明扼要。病人主诉、现病史、既往史、过敏史各种阳性体征和必要的阴性体征，诊断或初步诊断、处理意见等均需记载于病历上，由医师书写签名。

三、复诊病历重点记录上次就诊后的病情变化、疗效、有否新的症状出现等，重要检查化验结果应记入病历。

四、请求他科会诊，应将请求会诊目的及本科初步意见在病历上写清。被邀请的会诊医师应在请求会诊的病历上填写检查所见，诊断和处理意见并签字。

五、根据病情给病人开诊断证明、病假证明，病历上要记载主要内容，医师签全名，未经诊治病人，医师不得开据证明。

六、门诊患者需住院检查治疗时，由医师签写住院证，并在病历上写明住院的原因和初步诊断，记录力求详尽。

七、急诊病历书写原则上与门诊病历相同，但应突出以下几点：

（一）应记录就诊时间和每项诊疗处理时间，记录时详至时、分。

（二）必须记录体温、脉搏、呼吸和血压等有关生命指征。

（三）危重疑难的病历应体现首诊负责制，应记录有关专业医师的会诊或转接等内容。

（四）对需要即刻抢救的病人，应先抢救后补写病历，或边抢救边观察记录，以不延误抢救为前提。

检查申请（报告）单书写管理制度

一、辅助检查申请单除填写患者的姓名、年龄、性别、科室、门诊或住院号等内容外，主要应写明需做检查项目名称与检查部位（必要时注明用什么方法），主要病史、主要体征、临床诊断、简要病情以及申请检查日期（急危重病人应写明时间），年龄要写实足年龄，不准写“成”字。申请医师签全名。

二、辅助检查报告单是患者做检验、检查结果的记录。患者的姓名、性别、年龄、科室、门诊或住院号、检查项目、检查结果、报告日期要逐项填写，报告人员及核对人员签全名。X线、超声

等医学影像学检查报告单应详细描述检查所见情况，书写具体数据、结论意见及检查编号（如X线号、CT号、病理切片号）等。

三、各种检查申请（报告）单必须由具有执业医师资格的人员填写。检查申请（报告）单应书写规范、正确、字迹不得潦草。报告单实行复核制度。

四、需病理检查时，注明标本取材部位、大小、份数、固定方法，并写好标签。

五、腹腔检查注明是否需病人禁食、肠道准备等。

六、急症检查，开通绿色通道，电话通知相应检查科室或有科室工作人员陪同。

门诊就诊卡使用管理制度

一、初诊患者凭有效身份证件到我院自助发卡终端办理实名就诊卡，或到收费窗口人工办卡。未带身份证及小儿患者则填写病人信息登记表后到收费窗口人工办卡。

二、本卡仅限我院使用，只限本人使用，借给他人使用所造成的后果由患者承担。儿童就诊同样需办理就诊卡，不能使用父母的就诊卡。

三、门诊医生不得借用他人卡号为熟人开药、开检查等项目，违反规定，造成不良后果的，由当事医生负责。

四、检查、治疗科室及收款处，严格查对制度，对不符合要求的有权拒绝。不认真核对，违反规定进行检查、治疗、收费造成不良后果的，由当事人负责。

五、妥善保管本卡，注意防磁、折断、损坏、遗失、涂写等。

六、丢失或忘记携带就诊卡，需及时补办新卡。

七、如果就诊卡在两台自助机上都无法识别，需到收费处重新写磁或者换卡。

患者服务中心工作制度

1、在门诊部领导下开展工作。

2、患者服务中心工作人员应着装整洁，佩带胸牌，提供优质服务，对待患者及家属要主动、热情。严格执行各项工作制度，做到四不（不冷、不硬、不顶、不推诿）。

3、患者服务中心工作人员严格执行首问负责制，提供快捷、优质的服务，方便患者，文明礼貌，表情自然，塑造温柔、热心、优雅的服务形象。

4、接待来信、来访及来电等不同形式的投诉，受理员热情接待和妥善处理患者或家属对医院各部门、服务窗口、工作人员的投诉。

5、门诊各诊室分诊人员应维持就诊秩序，保持诊室内清洁，监督检查卫生清结工作。室内空气流通，严格消毒，防止交叉感染。

6、导医导诊人员正确引导患者及家属就诊，负责指导就医；并协助办理住院手续。

7、负责印章的工作人员要认真做好门诊病员检查证明、慢性病鉴定审批表及其复核鉴定审批表、病人退款审批单、麻醉卡、居民死亡医学证明（推断）书、劳动能力鉴定、病员请假证明信以及强

制戒毒表、机动车查体表、健康体检表等手续的审核和登记盖章工作。

8、负责开展电话预约、现场预约、诊间预约、网络预约、出院复诊预约、社区转诊预约等各种形式的预约工作。

9、做好志愿者服务及各项便民措施的管理工作。

10、定期对科室各项工作进行自查、点评，对发现的问题及时反馈整改。

预约诊疗服务工作制度

为进一步提高服务质量，构建和谐医患关系，规范我院预约挂号服务，推进文明有序挂号就诊，根据上级有关文件精神和我院实际情况现制定预约诊疗制度如下：

1、门诊部全面协调医院门诊预约诊疗工作，负责预约挂号服务的监督和管理，本着公开、公平的原则加强门诊预约挂号管理，与相关部门密切协作，全面做好预约门诊工作。

2、为方便患者，预约窗口具体办理预约挂号手续、登记联络、领取预约就诊号、提供咨询等服务。

3、预约挂号适用于初诊、复诊患者，预约挂号方式包括现场预约、电话预约、网络预约，需提前1天预约。预约挂号范围包括专家门诊、普通门诊。

4、预约挂号采取实名制，患者预约、就诊均应提供真实、有效的身份信息和证件，接待人员必须做好预约就诊人员相关信息和就诊需求登记，安排好预约就诊相关工作。

5、预约患者就诊当天到预约窗口通报本人有关信息和就诊需求，工作人员核对无误后，提供相应科室（专家）预约号，指导患者就诊。过时未到的预约患者，预约作废，请患者按正常秩序就诊或另行预约，如爽约将取消预约挂号资格。

6、医生接诊时，要认真做好解释工作，按顺序优先安排预约患者就诊，妥善处理好预约诊疗与正常诊疗的关系，预约诊疗患者与正常诊疗患者交叉接诊。

7、医院通过医院网站、门诊公示牌等方式公示专家门诊和专科门诊信息，预约挂号须知、预约流程及预约方式。

8、为保障预约门诊工作的有序开展，各科室医生严格按门诊排班表出诊，不得随意停诊和替诊。因公参加会议、培训而不能坐诊时，必须于坐诊前三天提供会议通知，由科室主任审核，门诊部审批后，方可请假。

9、专家请假不能坐诊时，预约管理员要立即在预约诊疗平台上取消该专家的预约安排，对已预约的患者要立即进行电话通知取消预约，或另推荐1名专家接诊。

10、医院将各诊室医生到岗、在岗情况，预约诊疗工作的落实情况作为年度考核重要依据之一，并兑现奖惩。

志愿者管理制度

为推动我院志愿医疗服务深入发展，努力构建和谐医患关系，加强医院志愿者的管理，大力弘扬奉献、友爱、互助、进步的志愿者精神，牢固树立为人民服务的宗旨，特制定如下管理规定：

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

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

3、上下班途中遵守交通法规，保证人身和财产安全。

4、遵守工作时间，不迟到，不早退。上岗前做好必要的工作准备，如遇特殊情况，按规定请假。

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

6、珍惜志愿者的公众形象，挂牌上岗，统一志愿者着装，并保持仪表整洁、举止文明、态度亲和，面对他人时，主动微笑示意。

7、对所有的服务对象保持尊重、平等、热情的态度，按照职责规定提供志愿服务。

8、不可利用工作之便为自己或他人谋求不当利益，不得向服务对象索要签名、礼品或小费，不得擅自接受服务对象的馈赠。工作时间不主动与服务对象合影。

9、如遇突发事件，在确保自身安全的前提下，按照规范的应急预案流程果断处置，遇到无法处理时，第一时间向科室值班人员汇报，注意维持正常秩序，避免事态扩大。

10、遵守医院和所在服务岗位的其他相关规定。

控烟管理制度

为贯彻《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》，保障人民身体健康，根据创建无烟医院指南，结合本院实际，特制定本制度。

一、在医院控烟领导小组的领导下，由医院控烟办公室具体负责相关制度的实施。

二、医院将控烟工作纳入医院发展规划和健康教育工作中。

三、凡进入医院区域人员（本院职工、患者以及家属等人员）一律不得在医院内所有诊疗区域、办公室、公共场所等非吸烟区吸烟。不能放置烟具和附烟草广告标志的物品。

四、吸烟者只能在设有吸烟标志的固定场所（吸烟区）吸烟。医务人员不得穿工作服在吸烟区吸烟。

五、院内张贴醒目的禁烟标识。医院不能接受烟草广告商赞助和标明烟草广告的物品，院内不刊登、张贴、播放、散发烟草广告；医院小卖部不得出售香烟。

六、医生和护士对吸烟患者进行诊治和护理时应对其进行戒烟的劝导。

七、全院职工应大力宣传吸烟有害健康，对在院内非吸烟区吸烟的人，全院工作人员均有责任进行劝阻并指导其到吸烟区吸烟，劝阻无效时请控烟巡查人员协助处理。

八、医务人员应定期接受培训，掌握控烟的科学知识，如吸烟的危害与戒烟的益处、指导戒烟的方法、劝导患者戒烟的技巧等，能指导患者戒烟并正确使用戒烟药物和控烟用品。

九、建立控烟督察机制，并将控烟信息、督察结果及时反馈领导和全院职工。并将“遵守医院控烟制度”作为员工年度考核的一项内容，将控烟专项工作纳入科室精神文明考核、评优内容之一。

十、全院职工应起戒烟表率作用，积极参与戒烟行动。医院职工、患者有检举、投诉医务人员非吸烟区吸烟行为的权利，有权要求非吸烟区吸烟的人停止吸烟。

十一、各科室行政主任（科长）为本科室控烟工作第一责任人，负责本科室控烟工作。

十二、医院设立控烟奖。将根据检查考核情况进行发放。对不履行职责的，给予批评教育或者相应处罚；对在控烟工作中做出显著成绩的部门和个人，给予表彰奖励。

十三、本制度由医院控烟工作领导小组负责解释。

多学科综合门诊工作制度

为进一步落实“以患者为中心”的服务理念，改善就诊流程，简化就诊环节，对疑难杂症提供全方位、多学科综合诊疗，特制订本制度。

一、多学科综合门诊在分管院长领导下，门诊部负责多学科综合门诊日常管理，医务部负责指导协调。各临床科主任、副主任应加强对多学科综合门诊的业务技术指导，并积极参与多学科门诊工作。

二、多学科综合门诊由门诊部牵头，各主要学科的专家参与，对需要会诊的疑难病例进行讨论，共同拟定患者的诊断，为其制定最佳的综合治疗方案。

三、多学科综合门诊实行首诊医师负责制。对不能确诊的疑难重患者或经复诊仍不能确诊者，首诊科室对患者诊治全面负责，严禁推诿，互相扯皮，贻误病情。

四、对科室之间“临界病人”应由首诊科室负责诊治。

五、门诊医师在门诊出诊期间，对不能确诊的疑难患者或经复诊仍不能确诊的者，可按要求认真填写《多学科综合门诊会诊表》，必须提前一天向门诊部递交（急诊会诊除外）。门诊部核定后根据申请医师的要求和患者病情决定参与多学科综合门诊会诊的科室。

六、被通知参加多学科综合门诊的科室负责人要委派主治及以上医师出诊。

七、为了满足特殊或病情较重的患者需要，门诊部有权根据实际情况临时组织增加会诊，各临床科室要积极配合。

八、《多学科综合门诊会诊表》中的“会诊结果”一栏由申请科室负责完成。

九、不能按时委派人员参加会诊的，按《门诊质量考核细则》兑现奖惩。

急诊绿色通道管理制度

一、管理范畴

需要进入急诊绿色通道的患者是指在短时间内发病，所患疾病可能在短时间内（<6小时）危及生命的急危重症患者。这些疾病包括但不限于：

1、急性创伤引起的体表开裂出血、开放性骨折、内脏破裂出血、颅脑出血、高压性气胸等及其他可能危及生命的创伤；急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种。

2、气道异物或梗阻、急性中毒、电击伤、溺水等；

3、急性冠脉综合症、急性肺水肿、急性肺栓塞、大咯血、休克、严重哮喘持续状态、消化道大出血、急性脑血管意外、昏迷、重症酮症酸中毒、甲亢危象等；

4、宫外孕大出血、产科大出血等；

5、消化性溃疡穿孔、急性肠梗阻等急腹症；

就诊时无姓名（不知姓名）、无家属、无治疗经费的“三无”人员也在绿色通道管理范畴内。

二、原则

1、先抢救生命，后办理相关手续。

2、全程陪护，优先畅通。

三、急诊绿色通道流程

（一）急诊抢救

1. 患者到达急诊科，分诊护士将患者送入抢救室，并迅速摆放成患者合适的体位，给予吸氧、生命体征监护、建立静脉通道、建立患者急诊病历。

2. 首诊医师询问病史、查体、迅速判断影响生命的主要因素，下达抢救医嘱、急会诊医嘱、检查医嘱等。

3. 专科医师在到达急诊科进行急会诊时，急诊医师需陪同并介绍病情，专科医师应对患者进行快捷有效的查体，并向急诊科医师说明专科处理意见。确定收入院患者，应优先入院抢救，由专科医师负责将患者转送到指定场所，如手术室、ICU或病区。

4. 经急诊科医师评估，患者病情危重需要紧急施行抢救手术的，参照我院《急症手术管理制度》规定施行。

5. 多发性损伤或多器官病变的患者，由医务部负责人或院总值班（夜间、节假日）召集相关专业科室人员并主持会诊，根据会诊意见，由可能威胁到患者生命最主要的疾病所属专业科室接收患者，并负责组织抢救。会诊记录书写在急诊病历上，符合进入ICU标准的患者应收入ICU。

6. 所有急危重症患者的诊断、检查、治疗、转运必须在医师的监护下进行。

（二）门诊抢救绿色通道

1. 门诊发现需要抢救患者，由接诊医师和门诊护士负责现场抢救，组织专科医师进行会诊，如诊断明确，可由专科医师接诊，决定进一步治疗，如不能快速明确诊断，由接诊医师继续抢救，情况允许后护送急诊科。

2. 接诊医师在交接患者时要完成门诊抢救病历，与接收医师进行交接。

四、急诊绿色通道的要求

（一）进入急诊绿色通道的患者必须符合本制度所规定的情况。

（二）在确定患者进入绿色通道后，凡不属于本专业授权范围的抢救要尽快请相应专业医师紧急会诊。接到会诊通知，在医院医疗岗位的医师10分钟内到达现场，如有医疗工作暂不能离开者，要指派本专业有相应资质的医师前往。

（三）进入绿色通道的患者医学检查结果报告时限

1. 患者到达医学影像科后，X线平片、CT检查30分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）。

2. 超声医师在接到患者后，30分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）。

3. 检验科接受到标本后，30分钟内出具常规检查结果报告（血常规、尿常规等，可电话报告），60分钟内出具生化、凝血结果报告，配血申请30分钟内完成（如无库存血，则60分钟内完成）。

4. 执行危急值报告制度

（四）药学部门在接到处方后优先配药发药。

（五）手术室在接到手术通知后，10分钟内准备好手术室及相关物品，并立即通知手术相关人员到场，麻醉医师进行麻醉评估和选择麻醉方案。

（六）患者的病情、各种检查和治疗方案等均应根据医院《患者知情同意告知制度》的规定完成对患者或家属的知情同意告知，并签署相应的《知情同意书》。

（七）进入急诊绿色通道患者接受救治时在各医技科室发生的所有费用，均由收款结算处工作人员记录在专用的“患者暂记账本”上，并有相关记录，上报院领导。

急诊重点病种紧急会诊和优先入院抢救的相关规定

为了确保急诊重点病种危重病人得到及时、有效的医疗救治，最大限度争取抢救的时间，进一步提重点病种高危患者的抢救成功率，特制定重点病种患者紧急会诊和优先入院抢救的相关规定，进一步规范重点病种患者的急诊服务流程。

一、结合我院急诊患者病种结构及我院专科优势特点，以下为重点病种：急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性主动脉夹层、恶性心律失常、急性肺栓塞、脑卒中、急性创伤、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等。

二、以抢救生命为原则，一律实行优先抢救、优先检查和优先住院，与医疗相关的手续后补办的原则，先救治，后交费。

三、实行首诊负责制，实施抢救科室及检验、输血、放射、药剂、手术等相关辅助科室的医护人员必须全力抢救，无条件为患者提供方便，不得以任何理由推诿患者，延误患者的最佳诊疗时机。

四、在抢救过程中，如需相关科室会诊，抢救科室呼叫院内抢救会诊原则上相关科室医生在10分钟内到达。

五、实行上报制度，在进行危重病人和急诊抢救时，如遇到值班医生无法解决的问题，必须向科主任、医务部或院值班汇报患者病情、抢救情况及需要解决的问题，正常工作日报医务部，夜间或休息日报院总值班，由医务部或院总值班协调相关科室协助抢救，并在必要时组织抢救会诊。

六、急诊科、手术室、ICU、药房、血库、检验科和功能影像检查等科室必须对重点病种患者救治的病人提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务。

七、各辅助检查科室须及时接受标本和患者。检验常规项目自检查开始到出具结果≤30分钟。心电图、影像常规检查开始到出具结果≤30分钟。超声检查开始到出具结果时间≤30分钟。有关科室在完成上述检查结果之后，须及时电话告知患者所在的科室。

八、相关科室医务人员必须熟悉本科室重点病种急诊抢救流程和职责。凡需多个科室协同抢救的患者，原则上由对患者生命威胁最大的疾病的专科科室收治。如有争议，急诊科医师有权裁决，或由医务科（或总值班）决定。急诊科医师收住病人，科室不得以任何借口推诿拒收。以上重点病种绿色通道停留时间要少于60分钟。

九、对突发公共事件（如交通事故），有3名以上伤病员的重大抢救时，应在紧急救治的同时，立即报告医务科或总值班，启动相关的应急预案。

十、对重点病种要及时登记，定期总结、分析、质量评价、反馈，并提出持续改进措施，上报医务部。

急危重症优先抢救制度

为了使急诊抢救病人及时治疗，以挽救病人的生命为目的而建立急危重症抢救绿色通道，特作如下规定：

一、急危重症抢救绿色通道是保证病人在不受病情以外因素影响下，及时得到检查、诊断及救治。

二、病情危急的患者，应由分诊台护士立即直接送入抢救室先进行抢救，然后再补办挂号手续。外伤后有活动性出血的患者，分诊台护士应立即送达清创室，并通知外科医师前来处置，由家属或陪人补办挂号手续并缴纳有关医疗费用。

三、心跳、呼吸骤停的患者，分诊台护士应立即开始心肺复苏，同时送抢救室抢救，家属或陪送人员应补办挂号手续。凡心衰、呼衰、肾衰等脏器功能衰竭，休克，多发伤，急性大出血，急性中毒，电击伤、溺水，需心肺复苏或紧急手术挽救生命的急危重病人，凭医院总值班签字可直接进入急诊绿色通道进行救治。

四、急诊绿色通道严格执行首诊负责制，使患者顺利进入急诊绿色通道。

五、来本院就医的急危重患者按病情的急缓、重轻享受优先服务。检查、转诊、住院和手术由本院人员陪送。

六、急诊药房、收费处、各检查室、手术室须优先处置急危重患者的就诊事宜。急诊医护人员对进入急诊绿色通道的病人应遵循方便、快捷、安全的原则进行急诊处置。

七、病情需要会诊时，会诊医师必须在接到通知后10分钟内到位。若有必要，医院总值班有权传呼院内有关人员参与抢救。

八、如需紧急抢救或紧急手术，但经费一时确有困难者，由急诊科请示总值班，经总值班签字同意后给予临时记账，事后由患者家属及时补交诊疗或住院费用，相应专科协助催交。

九、遇大批伤病员、中毒或传染病、严重多发伤、复合伤、外籍伤病员、高级领导干部应及时向科主任汇报，同时向医务科或总值班报告，以便组织抢救。

十、必须确保急诊绿色通道的医疗药物、仪器、设备及其它用品的充足、完好。

急诊会诊制度

一、如遇需处理的急、危、重症病人，首诊医务人员不得推诿、应争分夺秒采取最基本的抢救措施，然后告知相应科室参与处理，并作交接班记录，书写抢救记录。

二、紧急情况下，急诊科人员可先电话告知要求急会诊，被邀科室在岗医师须于10分钟内到达会诊科室，不在岗被邀会诊医师须在20分钟内到达会诊科室，同时要带上本专科所必须的抢救治疗及检查器械设备。特别是遇到涉及多科的危重病人和多发伤病人的抢救，需及时请多科急会诊，要求尽早赶到配合抢救。待病情有所缓解后在会诊单上补写应邀科室的处理意见。

三、不超过24小时的留观病人需会诊时，可在急诊病历上注明“已请xx科急会诊”字样，并有观察室值班护士与会诊科室电话联系，接受会诊科室不得推诿，并及时前来会诊。超过24小时的留观病人需会诊时，除应写留观病历，还应填写急会诊单，由观察值班护士与会诊科室电话联系，

被邀会诊科室应尽快确定会诊医师并及时到达急诊科。

四、会诊时，急诊医师应为会诊准备好必要的临床资料，并陪同检查、介绍病情，应邀医师认真填写会诊记录。

五、会诊后需入院治疗者，接诊或会诊医师开出入院证，值班护士电话联系住院床位，由医生或护士护送入院。

六、应邀参加急诊会诊的医师，应在安排好本科室工作后前去参加会诊；如遇特殊原因不能参加急诊会诊时，应及时委派相应专科资质的医师参加。

急诊预检分诊工作制度

一、急诊科预检分诊必须由熟悉业务知识、责任心强、临床经验丰富、服务态度好的护士担任。

二、预检护士必须坚守岗位，不得擅自离岗，如有事离开时必须由能力相当的护士替代。

三、预检护士应主动热情接待每一位前来就诊的患者，扼要了解病情，并进行必要的检查（T、P、R、BP），根据病情确定就诊科室，办理手续，并通知相关科室急诊值班医师。

四、对危重病患者应先通知值班医师作紧急处理，然后办挂号手续。

五、注意传染病的预检分诊，以防交叉感染，做好传染病登记工作。

六、多发伤的患者或多种（两种以上）疾病共存的患者就诊时，应由病情最危重的科室首先负责诊治，其他科室密切配合。

七、遇突发事件、大批患者来院应立即通知科领导、医务部、医院总值班，以便组织抢救。有涉及法律问题的应及时向有关部门报告。

八、预检护士应准确记录患者到达时间、患者送入病区时间。

九、在预检分诊过程中遇有困难时，及时向护士长汇报，或与有关医师共同商议解决，以提高预检分诊质量。

合作医疗机构急诊、急救转接服务制度

根据上级部门的有关规定及我院的实际情况，我院现已与区域内各级医院建立了双向转诊服务。为了加强双向转诊管理，把转接服务工作真正落到实处，特制订本制度。

一、转接程序

接上转单后在办公室进行登记，门诊就诊者免收挂号费，实行优先就诊、检查、交费、取药；提供预约门诊检查；组织会诊；需住院者优先安排、由办公室协调处理住院事宜，安排专人送至病区。

二、转接条件

①各种损伤（工伤、交通事故、房屋倒塌、烧、烫伤等）、急性中毒（毒物、毒气、毒品等）伤情严重或较重者；

②各种原因致大出血、咯血者；

③急慢性疾病，病情较危、重者或社区卫生服务机构难以实施有效救治的病例；

④诊断不明确或常规治疗无效的病例，疑难复杂病例；

⑤患恶性肿瘤需要手术、化疗者；

⑥疾病诊治超出本机构核准诊疗登记科目的病例，因技术、设备限制或其他原因不能处理的病例。

三、加强管理与监督

1、宣传：加大宣传教育力度，使医务人员充分认识转接服务工作的重大意义，明确自己应当承担的责任和义务，增强自觉性、主动性和积极性。

2、加强沟通协调：全院各部门互相配合、沟通协调，做好转诊衔接工作，确保转入方及被转者满意。

3、开展督促检查：采取定期检查与随机抽查相结合的办法，加强转接工作的督促指导，及时总结经验，发现和解决问题，并将检查考核情况通报全院。

影像科综合阅片制度

根据医院有关文件精神，结合医疗相关核心制度、放射诊疗工作的质量控制制度及科室工作流程建立本制度。

一、科室实行集体阅片会诊制。

二、阅片由科主任或高年资主治医师以上人员主持，报告医师将当日疑难病例和典型病例进行登记、整理，值班医师负责收集、汇总有关资料，第二天早上进行讨论和示教，以便集思广益，提高诊断质量。

三、读片应密切结合病史、体检及其他必要检查资料进行充分讨论，遇有疑难问题时，可协同超声、核医学和各有关科室会诊解决。

四、阅片期间不得谈论与其无关话题。

五、阅片要求全科人员集体参加，实行签到制度。

六、科室安排专人对阅片过程进行记录并建立规范的记录本。

影像诊断报告书写及审核制度

诊断报告书能反映医学影像的诊断质量，在逐步完善医学影像质量保证和质量控制的进程中，诊断报告书写、签字及审核的规范化、制度化是极其重要的内容。

一、有 PACS 系统能为影像诊断提供图像保存和浏览、诊断报告书写格式和流程以及审核、质量监管支持。

二、在书写诊断报告前，首先要确定检查技术和照片质量是否符合诊断要求，对于不符合质量要求的，不予书写报告。

三、在图像质量保证的前提下，核对病人的姓名、性别、年龄、检查号、检查的部位、项目是否与病人申请单相符。申请单所填写的内容及附带的相关临床资料是否详细和充分，其中包括其它影像学检查结果。若为随诊复查病例，需有既往影像学检查照片及诊断报告书以备对比。确定以上项目无误后，方可进行报告书写。

四、从质量保证与控制的角度出发，医学影像学的诊断报告书的格式应包括以下 5 项：①一般资料，包括患者姓名、性别、年龄、科别、住院号、病区、病床、门诊号、X 线号、CT 号、检查日期、报告日期等等；②检查名称与检查方法或技术；③医学影像学表现；④医学影像学诊断或意见；⑤书写报告与审核报告医师签名。

五、诊断报告书写时严格按照《影像科影像报告书写规范》的要求书写，要使用专业术语，要描述全面、重点突出、语句通顺、逻辑性强。

六、诊断报告书写完毕后，书写医师要复审报告书各项内容，并需再次核对申请单所示病人姓名、性别、年龄和检查项目的一致性，确认无误后方可将其保存。

七、科室实行影像报告复核、审核制度。审核医师须为主治医师以上影像诊断专业医师，对诊断报告书进行复审，依次检查报告书的各项内容，确认无任何差错后，准发报告。签名医师即是此份医学影像诊断报告书的负责人。

八、医学影像科每月组织专业人员对诊断报告质量进行检查，总结分析，发现问题后，落实改进措施，并定期检查改进情况。

医学影像科限时报告制度

一、CT 诊断报告的时限要求：急症 CT 报告在检查完半小时取急诊结果和胶片；常规 CT 检查在检查完 24 小时内取结果；少见及需要专家会诊报告 < 48 小时，并向病人家属说明情况；个别特殊检查（如 CT 血管造影、CT 灌注成像、CT 仿真内窥镜成像等）因受检查项目技术限制，检查完成后 2 个工作日完成诊断报告。

二、磁共振诊断报告的时限要求：磁共振报告在检查完半小时取急诊结果，通常情况下，检查完成后将于 24 小时内出具正式报告。但因病情、病变复杂或特殊，须集体或多层次会诊者最长将延长至三天（72 小时）之内出报告。

三、放射诊断报告时限要求：急诊患者一般检查完半小时取急诊结果，普通患者在检查完 4 小时取结果；钡剂、碘剂造影在检查完 24 小时内取结果；疑难病例需经会诊发报告者，向患者或其家属说明取报告时间。

放射安全防护制度

一、机房设计合理，面积应满足防辐射要求，墙壁、门窗施工安装后经检测合格后方可正式投入使用。

二、机房外安装醒目的防辐射警示标志及工作灯，提醒周围人员。

三、医务人员和患者的各种防辐射屏蔽隔离设备应齐全、充足，并保持完好、清洁，随时可以使用。

四、操作人员在机房内曝光时应穿戴防护衣、帽、手套、面罩，积极采取措施，防止射线损伤。

五、对患者注意防护，尽量缩小照射野，减少曝光量和曝光次数，对敏感部位应做屏蔽防护。

六、注意周围人员的防护，曝光前注意关好门窗，防止泄漏射线对他人的损伤。

七、使用移动式 X 线机摄片时技术人员应作好个人防护，尽可能远离辐射源并注意周围人员的防护保护。

八、严格执行一人一室检查，无关人员不得随意进入机房内，确有必要者应作好周密的防护并尽可能远离辐射源。

九、操作技术人员发现机器有异常辐射应立即关机、切断电源，并立即向科主任汇报。

十、科室医技人员应带个人剂量片监测辐射剂量；定期体检，及时了解辐射损伤情况。

十一、按有关规定轮流安排工作人员休假或疗养。

十二、科室设防护监督员，定期检查监督防护措施的落实。

检验限时报告制度

一、抽血时间：

1、急诊抽血：24 小时随时可抽；

2、非急诊抽血：空腹于当天早晨 8：00 至 12：00 点前抽。

3、病毒四项：24 小时随时可抽。

二、检验报告时间：

1、急诊项目检验报告：血常规、小便常规、大便常规：30 分钟内出报告；其它项目 60 分钟内出报告。

2、非急诊项目检验报告：当天下午 3：00 前自助取单处取检验报告。

3、非急诊检验项目：肝功能、肾功能、血脂、心肌酶谱等，9：30 分之前抽血，于下午 2：00 出报告，9：30 以后抽血，当天下午 3：00 出报告；

4、免疫项目：丙肝抗体、HIV、乙肝五项、梅毒、抗精子抗体、抗子宫内膜抗体，抗 O、类风湿、CRP 等项目，9：30 前抽血，于抽血当日下午 2：30 出报告，自身免疫类抗体、HLA-B27 于周一、三、五下午 2：30 出报告，9:30 后抽血，需要到本项目的下一循环时间取报告。

5、其它检验项目：细菌培养、骨髓细胞学检查等，出报告时间请与检验科联系。

6、周日检测项目有：门诊所有项目、生化所有项目和免疫室乙肝、梅毒、抗精子抗体、抗子宫内膜抗体，抗 O、类风湿、CRP。

实验室生物安全管理制度

一、实验室的工作人员必须遵守实验室的安全管理制度、各项规定和安全操作规程。

二、实验室的设置划分清洁区、污染区；非实验室工作人员未得同意，不得擅自进入实验室。

三、在实验室内，任何人不得进食、饮水、吸烟；实验室内不得存放食物。

四、实验室工作人员必须了解实验室工作潜在危险性，自觉接受安全培训。

五、实验室必须装备有防护设备及个人防护用具，实验室工作人员必须了解消毒、灭菌、安全防护设备和防护用具的正确使用。

六、实验室废弃物必须严格按照规定处理。

七、菌株、毒株、剧毒试剂及贵重仪器专人保管，单独建立帐本，有防盗措施。

八、静脉采血严格执行一人一针、一人一管制度。

九、工作人员应熟悉电路总开关、消防器材应熟悉电路总开关、消防器材放置位置及使用方法；知晓强酸、强碱、易燃、易爆、具放射性试剂的正确使用和处理，防止意外事故发生，一旦发生意外事故，熟悉紧急处理方法，并上报实验室负责人。

临床检验标本采集、储存、运送制度

一、标本采集前应做好告知工作，严格查对，按照正确的标本采集途经、规范的操作方法、采集合格的标本。

二、采集到的标本配有唯一的条形码标签用于识别。

三、临床检验标本的采集和送检规范

（一）检验标本由护士、医师及检验技术人员采集。常规检验标本，由检验科工作人员收取；急症和夜间检验标本由工作人员送达检验科。

（二）病区标本采集和送检程序

1. 医师开具检验医嘱。

2. 护士核对后打印检验项目条形码。

3. 选择正确的标本容器，将条形码贴于标本容器上。

4. 采集者在标本采集前仔细核对病人姓名、床号、住院号、检验项目、标本类型及特殊要求；采集完毕后，再次核对上述信息，无误后在检验医嘱上签字；

5. 尽量第一时间将标本送往检验科，因特殊原因不能立即送走的，一定将标本放入合适的盛器内，并且放置环境要符合要求。

6. 检验科或其他工作人员收取标本时，认真核对标本相关信息，在病区做好登记后送至检验科签收。

（三）门急诊标本采集和送检程序

1. 医师在门诊 HIS 系统工作站中开具检验医嘱。

2. 指导患者持门诊一卡通前往门诊化验室或抽血处。

3. 门诊化验室、抽血处工作人员根据检验医嘱核对，确定患者身份，无误后打印标签并将一联贴于标本盒或试管上。

4. 留取标本时，血标本由采血员根据相应操作程序进行采集，并根据送检地不同进行分类。尿和大便标本将标本盒交给患者，并告知标本留取注意事项；指示患者留好标本后将标本盒放在指定地点。

四、标本应在规定的时限内及时送达检测，避免因送检不及时或存储环境不当等因素，而影响标本检测结果的真实性。

五、检验科、分子生物学实验室建立标本验收、登记、处理的工作程序，对不合格标本应及时通报送检医师或其它相关人员明确处理意见，不得上机检测，更不得将明知是“失真的”检验结果签发报送临床，危及救治质量与患者安全。

（一）不符合要求的标本具体包括：

1. 试管的标签不恰当，无标签或标签错误。

2. 标本量不足。

3. 试管或容器不符合相应的检验项目的要求。

4. 采取的血标本溶血。

5. 在绝对要求空腹抽血的情况下未做到空腹。

6. 抗凝不恰当：如未充分将血与抗凝剂混合，使用不正确的或不合适的抗凝剂，血与抗凝剂比例不当（血过多），抗凝剂剂量不够等。

7. 其他不符合临床检验要求的情况。

（二）检验部门对不符合要求标本的处理方法

1. 第一时间联系临床科室医师或病区护士，告知具体原因。

2. 退回标本要求更正或重新采集标本。

3. 标本容器外的标签只能由标本采集者更正，在错误未被纠正之前不得再次送检。

4. 检验科记录不符合要求的标本，定期对存在的问题进行分析并协商改进。

六、为确保生物安全性与严防医院感染，须使用密闭容器收集标本，开放型容器收集标本应当使用加盖的标本运送箱，加盖封闭放置标本及运送，符合生物安全性要求。根据不同的检查项目将标本分开放置于标本箱内，避免混淆，血、尿标本分开放置。

七、具有高危传染性的标本以及急诊抢救病人的标本，在采集后应由专人用专门盛具及时送检。

八、标本运送人员在拿取标本时必须佩带防护手套，接触标本后，按要求彻底清洗双手，防止污染。

临床输血感染疾病登记报告调查制度

一、当出现输血后感染病例时，经治医师应立即填写输血后感染报告单，上报输血科。

二、输血科在接到报告后应深入临床科室，记录发生输血后感染患者的姓名，血型，住院号，科室，所输血液制品的名称，血液编码，输入量，感染症状，处理方法，结果等，对疑为输血后感染病人进行评估，并详细做好记录，必要时请市中心血站专家会诊评估。

三、因输血发生感染性疾病，经治医生必须认真按照要求填写感染疾病报告卡，24 小时内报医院感染管理办公室。

四、因输血所发生的感染性疾病，输血科必须将受供血者血样，送血站检验科重新进行实验室检查，并及时做好调查处理工作。

五、医院感染管理科在接到报告后应及时进行流行病学调查处理，查找感染源及追踪感染原因并做好相应登记，写出调查报告，同时要及时上报市中心血站处理。认真总结经验教训，制定相应防范措施。

六、科室质量小组负责人应在医院感染管理科的指导下，及时组织经治医师、护士查找、追踪感染原因，采取有效控制措施。

七、患者在接受输血治疗一段时期内出现输血传染病症状，如病毒性肝炎、艾滋病、丙肝、梅毒等，除向疾病控制中心报告外，应向供血机构书面报告。

医院临床输血管理实施细则

为加强和规范医院临床用血管理,确保临床输血安全和输血质量,根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等法律法规,并参照《三级综合医院评审标准》及《山东省医院临床输血规程》制定本细则。

一、首次输血患者必须进行输血前检查,间隔三个月输血应重新进行肝功能测定和感染性疾病筛查(乙肝表面抗原、丙肝抗体、梅毒抗体、艾滋病毒抗体等)。有输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血者,每次输血前都应进行不规则抗体筛查(抗体筛选)。麻醉医师在术前访视患者时,应认真核查《输血治疗同意书》、输血前检查等备血情况,对于符合规定的应当提前请患者主管医师及时备血。对术前备血进行核查,对输血患者的血型、用量进行核对、确认,并在《手术安全核查表》上签名。

二、输血申请决定输血治疗前,经治医师应向患者或其家属告知输血目的、可能发生的输血反应和经血液途径感染疾病的可能,征得同意后,医患双方在《输血治疗同意书》上签字,并载入病历。无家属签名的无自主意识患者的紧急输血,应报医务部或主管领导同意、备案,并记入病历(输血治疗同意书签署率要达到100%)。

1、严格执行临床用血审核制度。经治医师逐项填写《临床输血申请单》上的各项内容,由上级医师核准签名。患者在24小时内备血量或用血量超过1600毫升要履行报批手续,需科室主任审核签名,经输血科负责人同意,报医务部批准。

2、择期手术患者,由医护人员或专门人员将《临床输血申请单》和受血者血样至少于预定输血日期前一天送输血科备血,交接双方核对后签名。《临床输血申请单》填写不符合规范要求时,输血科人员有权拒收,并通知主管医师。

3、临床医师应当严格掌握输血适应证,根据患者病情和实验室检测指标进行输血指证综合评估,合理进行成分输血和自身输血等,提倡互助献血。定期评价与分析用血趋势。

4、建立临床输血前评估和输血后效果评价机制,制定临床医师合理输血的评价机制和奖惩办法。临床科室和输血科应每月对医师合理用血情况进行评价,评价结果纳入科室和医师绩效考核管理,并作为医师用血权限认定的必需内容。经治医师应积极向输血患者宣传无偿献血、自身输血和亲友互助献血相关知识。亲友互助献血由经治医师对患者家属进行动员,填写《枣庄市互助献血登记表》后,到市中心血站或指定的采血点献血,由血站进行血液的初、复检,并负责调配合格的血液。

三、受血者血样采集与送检

1、规范标本的采集、保存、登记、送检等流程,有效防止标本发生差错。建立标本采集手册,指导住院患者的标本采集,并明确相关责任。患者信息应当具有唯一性。确定输血后,医护人员应当面核对患者姓名、性别、年龄、住院号、科别、床号、血型、诊断和输血史,核对无误后方可采集血样。采集血样时禁止直接从输液管或正在输液的一侧肢体采集血液。

2、输血患者血型鉴定和交叉配血不得同时使用一个血液标本。应先进行血型鉴定,需要输血时再另外采集血样。紧急输血患者采集血样时医护人员要双人核对相关信息。择期手术患者血样采集后,由医护人员或专门人员将受血者血样和临床输血申请单在输血前一天的10:30之前(紧急输血除外)送交输血科,双方核对无误后交接双方签名,严禁病陪人送血样。

3、交叉配血 输血科根据临床输血申请情况可提前进行配血。配血标本必须是在输血前3天之内采集的,超过3天必须重新采集,同时进行不规则抗体筛查。逐项核对输血申请单、受血者和供血者血样,复查受血者和供血者ABO血型(正反定型)和受血者Rh(D)血型,正确无误后方可进行交叉配血。(申请单核查率要达到100%,受血者和供血者血型的复检率要达到100%)。两人值班时,配血试验由两人互相核对,双查双签名;一人值班时,操作完毕后,自己复核并签名,填写配血试验结果。逐项完整填写交叉配血报告单。

四、血液发放

配血合格后,输血科人员应及时通知临床用血科室,由用血科室持输血、取血单来输血科取血。取血单应当详细注明患者姓名、科别、住院号、ABO和Rh(D)血型、不规则抗体筛查结果、血液信息、医师签名、日期等。取血与发血的双方必须同时核查取血单、交叉配血报告单上的患者信息和血袋上的血液信息,核对无误后,双方签名发出。严禁不合格的血液出库,严禁病陪人取血。

(1)血液发出前,必须核对用于输血的血液,其标签标记的血型与受血者的血型无误。

(2)按规定检查领取的血液必须与输血记录单相符,确认受血者是否正确。

(3)血液发出时必须附相容性检测的记录。

(4)血液发出前,还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹象,以及其他肉眼可见的任何异常现象。

五、血液输注

1、血液制品放在室温下不得超过30分钟,取回的血液应尽快输用。临床用血科室不得自行贮血。输血前由两名医护人员在患者的床旁,核对输血记录单(交叉配血报告单)及血袋标签各项内容,执行双核对、双签名制度。输血时,由两名医护人员核对患者姓名、性别、年龄、住院号或门急诊号、病室、床号、血型等,确认与输血记录单(交叉配血报告单)相符,并再次核对血液后进行输注。输血前用静脉注射生理盐水冲洗输血管道,确认静脉通路通畅。输血前将血袋内的成分轻轻混匀,避免剧烈震荡。血液内不得加入其他药物,如需稀释只能用静脉注射生理盐水。输用不同供血者的血液时,前一袋血输尽后,用静脉注射生理盐水冲洗输血器,再接下一袋继续输注。患者无输血(不良)反应等特殊情况,一般不得在输血中途拔掉输血器,以免造成血液人为污染。

2、输血过程中应先慢后快,根据病情和年龄调整输注速度,并严密观察患者有无输血不良反应。重点监测以下几个阶段:开始输血前;开始输血后15分钟以内;输血过程中至少每小时一次;输血结束后4小时一次。及时发现输血不良反应,及时抢救。输血当天相关病程记录内容应完整详细,至少包括输血原因、输注种类、血型和数量,输注过程观察情况,有无输血(不良)反应以及输血后疗效评价情况等。输血记录单(交叉配血报告单)上应注明输血开始和结束的时间,并有两位输注核对者的签名。血液输注完毕,废血袋用后送回输血科至少保存24小时以上,然后按医疗废物处理,并记录。

3、从血液发放到输血结束的最长时限不超过4小时。

4、血液输注到患者体内之前发现血液质量问题应及时通知市中心血站的血液质量控制科,并按照血站质量管理的相关规定处理。临床输注过程中由于违反操作规程而发生的不良事件应通知输血科,并报告医院医务部,经调查核实,按照相关规定处理。

5、疑为溶血性或细菌污染性输血(不良)反应时,应立即停止输血,用静脉注射生理盐水维持静脉通路,立即通知值班医师和输血科值班人员,按照《临床输血技术规范》要求及时检查、治疗

和抢救，并查找原因，做好记录。输血（不良）反应发生后，临床医师应逐项填写《患者输血不良反应回报单》相关项目，并及时送输血科查找原因。输血科需进行相关实验室检查，填写《患者输血不良反应回报单》相关项目，并向临床反馈意见。对怀疑输入了可能有传染性疾病的血液的患者应有随访，并记录，具体由主管职能部门监管。需要对血液进行封存保留的，输血科应当通知市中心血站派员到场，封存的血液由医疗机构保管。

6、手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致，输血量与发放的血量一致。

六、血液报废

超过保质期的血液由输血科按照血液报废相关规定进行废。血液发出后一律不得退回。各种原因导致的没有输注的血液一律作为报废血液，按照相关规定处理，以确保输血质量和输血安全。

七、医务部每季度对各临床科室及医师合理用血情况进行评价，并用于科室质量管理评定和医师个人用血权限的认定。

病理标本送检制度

（一）常规标本送检制度

1. 采取标本时，注意勿用有齿镊或钳夹取，勿挤压，以免发生人为变形。手术标本送检前请勿自行剖开，应保持原形全部送检。必须剖开时，最好邀请病理医师在场；或在病理检查申请单中详细描述剖开前后情况。临床对手术标本有特殊要求时（如照相等），应提前通知病理科，以免在病理科取材时破坏其完整性。

2. 检材标本应置于敞口容器内，固定液不少于标本体积的 5 — 10 倍。

3. 送检科室应建立送检标本登记本，每次送检标本应由病理科人员签收，以避免丢失标本。

4. 标本切取、固定后应尽快送往病理科，以便于及时取材、制片和诊断，及时发出病理报告。

（二）填写送检病理申请单：

1. 病理申请单上各项内容均应填写并由申请医师签字确认，以便诊断时参阅和存档保留。

2. 为加强收费管理，请填写送检单位，科室，住院号，病床号等。

3. 请在标签上注明患者姓名及医嘱号，贴在送检标本容器上，便于核对并避免发生错号。

4. 病理科验收标本人员须认真核对标本与送检单，无误后与送检人签字确认。病理科验收标本人员不得对申请单中由临床医师填写的各项内容进行改动。

5. 病理医师在取材时，遇送检标本与临床医师填写的申请单有疑问邀请临床医师解疑时，临床医师最好应邀到场。

6. 病理医师只对病理科实际验收标本的病理学诊断负责。

7. 病理科不接待病人或病人亲属自行到病理科查看手术切除标本，以免发生不必要的误会。

8. 临床医师对病理报告有疑问时应及时与病理科医师取得联系，因为病理标本在病理报告发出后要按规定进行处理，不再保留。

以上事项请各科室医护人员严格遵守，以利于及时、准确发出病理报告，如因违反上述规定出现的差错，应由送检科室及有关人员负责。

（三）冷冻切片

1. 冷冻切片诊断只限于临床住院病人手术须要器官切除或确定手术范围的一种快速病理诊断方法。由于组织未得到充分有效的固定、脱水以及切片较厚等等，与石蜡切片病理诊断的准确率有一定的差距，一般仅限于良、恶性的鉴别。

2. 冷冻切片预约：须在手术的前日，与患者签署知情同意书，准备完毕后进行预约，以便病理科工作人员在手术当日提前开机等候。一般不接受电话预约。

3. 冷冻切片申请单的填写：除病人一般情况外，并提供相应的影像学检查（如 B 超、X 线、CT 等），同位素及胃、肠镜、支气管镜检查等相关结果，以便病理医师在诊断时参考。

4. 冷冻切片的手术标本在切除后应立即送到病理科，并注明手术的部位，重点部位应做标记或加以说明。同时手术标本应保持新鲜，不要加用固定液或用含水溶液清洗，以免影响制片和诊断。

5. 冷冻切片诊断报告一般在手术标本送达病理科后 30~40 分钟内做出，并以书面文字形式通知临床手术科室。但疑为恶性淋巴瘤，送检组织过小（检材长径 ≤ 0.2cm 者）或为脂肪、骨组织和钙化组织，需要依据核分裂象计数判断良、恶性的软组织肿瘤，已知具有传染性的标本，一般不亦作冷冻切片的诊断，以待石蜡切片确诊。

6. 等候时间：冷冻切片的等候时间为 8：00~17：00。下午 17：00 时以后冷冻切片机要进入自动除霜系统，以便工作人员进行维护和保养。因此，手术科室的重要手术应尽量安排在上。如遇手术延时，应在当日下午 4 时前追加通知病理科，否则，病理科不再等候。

7. 胸、腹水、心包液及术中的冲洗液等不做“冷冻”诊断，请做常规细胞学检查。

8. 冷冻标本送达病理科时，请提供相应的手术间及电话，以便病理科与手术医师取得联系。

9. 手术科室医师应在手术后及时到病理科补写手术情况，以便病理科及时发出常规病理报告。

（四）细胞学检查

1. 细胞学检查指主要是通过人体病变部位脱落、刮取及穿刺抽取的细胞形态和性质的观察，对某些疾病进行诊断。细胞学检查目前主要应用于肿瘤的诊断，也可用于某些疾病的检查与诊断，如对各种内脏器官的炎症疾病的诊断及激素水平的判断等。

2. 痰液细胞学检查：标本必须新鲜，应是从呼吸道深部咯出，咯痰前应先漱口，痰中不应含食物碎渣和唾液，一般连续送检三天。

3. 胸、腹水等体液细胞学检查：保持新鲜，及时送检。

4. 宫颈刮 / 涂片及穿刺液应及时做成涂片送检。

5. 上述检查申请单填写请参照病理检查申请单的要求，并在“标本来源”一项中注明标本的类别：“痰”、“胸水”、“涂片”等。

（五）特殊染色和免疫组化检查

1. 特殊染色是一种传统的病理诊断和鉴别诊断手段，是病理科医师根据个案的诊断需要而实施的特殊染色方法，一般不作为临床医师的申请检查项目。

2. 免疫组化染色：是二十世纪八、九十年代普遍用于病理诊断和鉴别诊断的手段。由于免疫组化基于免疫学的理论和技术，具有特异性强，敏感性高，定位准确、形态与功能相结合等优点，已成为病理科日常病理诊断中重要的手段。免疫组化检测一般由病理科医师根据对该病例的诊断需要而实施，但临床医师也可申请其中相关的检测项目。目前，病理科已开展近百种单 / 多克隆抗体的检测项目，基本满足临床工作需要。

（六）尸体剖检

1. 临床科室需要做尸体剖检的标本，应填写《尸体剖检委托申请单》、《尸体剖检同意书》及《尸检知情同意书》，并由科主任及病人亲属签字，医务处盖章后送至病理科。
2. 尸体剖检申请单应详细填写临床诊断、病史摘要、治疗情况及死亡经过等，并提出注意事项及临床要求，以便病理科有目的、有重点地进行检查。传染病尸检，原则上不得进行。
3. 尸体剖检时，其他人员未经病理科或医院领导同意，不得参观。参观者必须严格遵守尸检室规则，未经许可不得随意取用尸检器材及标本。在未得出尸检病理书面报告时，不得对尸检所见随意外传。
4. 涉及医疗纠纷或医疗事故的尸检，按相关规定及法规执行。
5. 遇有自杀、他杀以及其他涉及刑事案件者，应同时报告法律部门。

放射治疗的质量保证和质量控制工作制度

- 1、实施放射治疗前必须经病理学、细胞学明确诊断并经医生诊断确属可以行放疗的疾患。
- 2、放疗医生提出治疗方案，由放疗医生和物理剂量人员共同制订有效的放射治疗计划，准确确定靶区位置和范围，照射剂量和时间。
- 3、对患者实施首次治疗前，必须经放射治疗医师临场指导摆位和实施其他有关的检查处理。实施两名技术员摆位的制度，科主任不定期抽查摆位和治疗情况。
- 4、放射治疗应当对准靶区部位，确保靶区剂量达到预定的治疗剂量，同时最大限度减少周围正常组织和器官受量，做到剂量准确，保证靶区剂量偏离最佳剂量 $< \pm 5\%$ 。
- 5、治疗机器参数变化造成的射野偏移 $< 5\text{mm}$ ，因患者体内器官运动和摆位带来的误差小于 8mm ，注意保持摆位的重复性。
- 6、对治疗机和模拟机的机械性和几何性能作定期的检查和调整，包括机架、等中心、源皮距指示、灯野射野重合性、床的垂直下垂度、激光定位灯等，控制在允许精度内。
- 7、定期对射线能量、输出剂量、射野的平坦度和对称性进行检测。
- 8、对剂量仪按照国家规定送指定或法定的标准实验室检定，注意仪器工作的稳定性。
- 9、做好检测记录，并保存备查。

放射介入科工作制度

- 一、放射介入科实行院长领导下，科主任负责制的工作制度；
- 二、科室护士长在院护理部的指导下，负责科内护理工作并协助科主任工作；
- 三、科主任在院长领导下，除完成日常放射介入工作外，应及时完成医院布置的各项临时性、应急性、指令性工作；
- 四、在科主任指导下，各级医师按时完成职责范围内的各项工作；
- 五、护理人员及技师在科主任护士长指导下完成职责范围内各项工作；

- 六、全科工作人员要完全遵守院内及科内各项规章制度；
- 七、具体工作事宜按照制度细则执行。

超声科工作制度

- 一、严禁非医学需要进行胎儿性别鉴定和选择性终止妊娠。
- 二、需做检查的病员，由临床医师详细填写申请单，不得缺项，对危重病员和外地病员，尽早予以安排检查。
- 三、使用仪器的人员必须熟悉仪器性能，严格执行操作规程，按规定程序进行工作，保质保量完成任务。
- 四、建立健全随访和资料借阅制度，设立资料登记、存档、阅读权限。
- 五、及时准确报告检查结果，遇有疑难问题应与临床医师共同研究解决。
- 六、危急值报告制度和不良事件报告制度。
- 七、各室仪器均属贵重精密设备，应妥善保管，认真执行仪器管理制度，注意防尘防污，定期对仪器保养维护。
- 八、认真钻研业务，不断提高技术水平，做好教学科研工作，按时给进修人员进行讲座辅导，做好住培医师带教工作。
- 九、保持室内安静整洁，不准在室内吸烟，不准随地吐痰和乱扔纸屑。
- 十、各室所有精密仪器一律不外借。
- 十一、下班前应关闭仪器开关，门窗加锁，切断电源和水源。

高压氧科工作制度

- 1、在院领导和门诊部领导下开展各项科室管理工作。
- 2、科室设氧舱设备管理员，由专职技术人员负责设备管理和维护，科主任与院器械科分管人员负责氧舱设备安全管理的监督检查。进入科室人员均应爱护氧舱设备，不随意搬动、拆卸或外借仪器设备。
- 3、科室设有消防安全员由专职技术人员担任，由消防安全员负责定期检查消防器材和安全状况，及时消除隐患，确保氧舱安全运行。
- 4、高压氧科工作场所，如治疗室、操作室、机房、氧舱等，配备足够消防器材。并在醒目位置设立“禁止吸烟、严禁烟火”等警示标志。
- 5、高压氧科从业人员应严格按照氧舱安全使用的制度与流程开展工作。
- 6、严格掌握高压氧治疗的适应症、禁忌症，坚决杜绝差错、事故的发生，确保高压氧治疗安全有效。
- 7、保持氧舱厅室整洁安静，禁止无关人员入内，维持良好的工作环境。非本科室人员未经许可，不得擅自进入本科室参观。参观者必须由指定人员陪同，并严格遵守有关规章制度。

功能检查科质量控制工作制度

1. 科主任负责成立各专业质控小组，结合本科室业务特点、制度、具体项目的要求，严格自查，进行质量控制。
2. 使用文明用语接待需要检查的每位检查者。
3. 检查前认真阅读检查申请单，核对患者相关信息，进行必要的病史询问。
4. 向被检查者介绍将要进行的检查过程及注意事项，耐心回答候诊者的提问。
5. 按照规范要求进行检查，及时准确的出具诊断报告，除动态心电图外的其他检查均为检查后即给检查者诊断报告。
6. 对急、危、重患者要及时进行检查，密切观察患者的生命体征等变化情况，如有需要，及时联系相关医师进行紧急救治。
7. 科主任全面负责科室的质量管理和规章制度的落实，分组指定专人负责一些具体事项的检查，督促和掌握持续改进情况。

核医学科工作制度

1. 着装整洁，仪表端庄，举止文明，佩戴胸牌上岗。接待病人，及时热情，说话和气，解释耐心，尽可能为病人提供方便。尽可能为病人提供温馨优质的服务。值班者禁止喝酒。
2. 在科主任及组长的领导下，在各自的岗位上，按岗位职责从事本岗位范围内的工作，既要分工负责又要相互配合，共同搞好科室工作。不允许各自为政相互推诿。
3. 各室各岗建立值班制度，各岗值班人员要恪尽职守、履行职责、遵守纪律，坚守工岗位，确因有事需外出要请假。
4. 积极配合医疗、教学、科研工作开展新的检验项目和技术革新。
5. 工作勤奋严谨，认真负责，严格操作规程，严格各种核对制度，及时认真做好各种记录，确保检验质量，避免差错事故的发生。
6. 建立健全检验结果及其他各种登记制度，记录要规范，以便事后复核、查询、积累资料、统计及总结经验。
7. 认真核对结果，检验结果与临床不符或有疑问时，要主动复查或与临床取得联系。工作中如发生差错、事故，要及时采取保存好标本、保护现场等补救措施，并按制度登记、处理、逐级上报。
8. 为方便病人和临床，常规检验项目随时检验随时报告；急危重病人检验项目，要随到随做，优先及时报告，保证半小时内发出报告，必要时电话通知临床结果，不得延误。
9. 各室每日坚持做好室内质控，保证检验程序规范，分析数据准确。认真按时做好室内质评工作力争取得好成绩。
10. 严格仪器使用管理制度，履行仪器使用保养程序，确保仪器正常运转，最大限度发挥仪器设备效益。每月及时做好设备效益分析。
11. 试剂及贵重仪器应指定专人严加保管，定期检查。

12. 根据各室特点，每日坚持消毒卫生清理工作，室内物品摆放整齐有序，实验室内禁止会客、吸烟、吃东西、禁止大声喧哗，禁止携带孩子上班，班上不得干私活或看与专业无关的报章杂志。
13. 每日下班前各室、各岗做好善后处理工作，关好门窗水电，打开各室紫外线灯消毒方可离去。紫外线照射消毒一小时后由值中、夜班者负责关闭。
14. 各专业科室工作人员轮换模式：以相对固定和定期轮换相互交叉进行。

临床营养科的工作制度

- 一、从多数病人的经济情况出发，计划与制订符合治病原则及卫生要求的各种治疗膳食。
- 二、除因特殊需要限制某些营养素外，应根据供应情况，调配符合营养的膳食，定期计算营养价值。如有营养成分和热量不足，必须及时解决，以促进病人体力恢复。
- 三、制定医院膳食种类，如普通饭、半流质、流质以及各种治疗膳食，并将各种膳食治疗原则和内容明文规定，使医护人员了解。
- 四、积极配合临床，开展临床营养科研工作，随时观察疗效，不断总结经验。
- 五、制定各类膳食的菜谱，应考虑下列各点：营养价值、治疗原则、伙食标准、样别调剂、季节性食物以及病人饮食习惯等。
- 六、做好营养知识的宣传，使患者了解营养与健康的关系、治疗膳食的临床意义。向炊事、配餐人员进行营养卫生常识的教育。
- 七、监督各种膳食按规定时间发出。开餐前，营养人员重点检查尝检，确认符合治疗原则和卫生要求时，才能发出。
- 八、严格监督有关食品的制备、分发、配膳和保管等，根据医院条件制定具体的监督要求。

理疗科工作制度

- 一、严格遵守医院各项规章制度和各项操作规程，执行医院休、请假、奖金发放等制度，工作时间不准擅自离岗、吸烟、打闹、喧哗。
- 二、对伤残病人，行动困难或卧床患者，应坚持床边会诊及治疗，急病人之所急，帮病人所需，以极大的爱心，最大限度的帮助他们恢复身心健康。
- 三、坚持周会制度，贯彻医院工作方针。科室工作，每月有总结、有计划。加强精神文明建设，拒收红包，不开大处方，不期瞒病人，加强科室各室间的协作，同志间的团结，以大局为重，不搞小团体。
- 四、坚持专业学习制度，每日组织业务交流，专人主讲，提出新问题，总结新方法，制定新的操作方案，以患者为本，不断提高科室医技人员业务水平。
- 五、加强安全生产意识，消除火、电隐患，各治疗室明确责任人，出现意外事故，按医院奖惩条例追究当事人和责任人的责任。

第八部分 公共卫生与应急管理制度

公共卫生工作制度

- 一、坚持“预防为主，防治结合”的工作方针，全面履行医院公共卫生职能。
- 二、根据相关法律法规，结合实际，制定公共卫生管理各项工作制度和 workflows，落实相关制度，确保工作效率、工作质量。
- 三、做好医院传染病防治工作。严格按照《中华人民共和国传染病防治法》《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》等相关要求开展疫情监测信息及突发公共卫生事件的登记与报告工作，确保网络直报系统畅通。
- 四、做好医院传染病疫情管理和报告工作，负责全院传染病报告卡及流感样病例的接收、审核、上报、订正（查重）工作，定期检查、指导和督促各科室做好医院疫情管理和报告以及死亡病例报告工作。
- 五、对甲类和按甲类管理的传染病以及某些特殊病例及时对病人进行调查，在不能排除的情况下，及时向疾病预防控制机构和本院领导报告疫情。
- 六、每月在全院通报上月疫情报告情况（包括疫情动态，迟报、漏报的检查结果，并做出惩罚通告）。
- 七、认真配合疾病预防控制部门流行病学调查和标本采集工作。
- 八、每年组织传染病防治法律法规、传染病防治知识和技能的培训。
- 九、做好医院慢性病就诊病人的监测和报告工作，分析慢性病变化趋势。
- 十、做好食源性疾病病例监测与报告工作，并配合开展食品安全事故流行病学调查、样本采集等工作。
- 十一、做好门诊、住院病人的健康教育工作，培养健康的行为和生活方式。
- 十二、承担新生儿计划免疫工作。不断完善产科接种室建设与管理，按照《预防接种工作规范》等相关要求做好乙肝疫苗、卡介苗的预防接种及信息数据报告工作。
- 十三、做好本单位妇幼保健、爱国卫生、放射防护及实验室生物安全管理等工作。
- 十四、认真完成上级卫生行政部门下达的公共卫生工作任务。

传染病疫情管理制度

- 一、疫情管理人员收到传染病卡片并进行审核，对有疑问的卡片或填写不规范的卡片要及时向填写人员查询、核对，准确无误后及时将疫情信息进行网络直报，并做好登记。
- 二、对已报告的传染病卡片当诊断变更、死亡或误报时要及时做出订正报告，并重新填写传染病报告卡，卡片类别订正项，并注明原报告病名。
- 三、发现本年度内漏报的传染病病例，应及时补报。

四、对甲类传染病和按照甲类管理的乙类传染病病人、疑似病人和病原携带者，其他传染病和不明原因的疾病暴发、少见传染病和本地已消除的传染病的报告信息，立即上报院领导和疾病预防控制机构，经疾病预防控制机构确认后，按照法定时限通过网络报告信息。

五、疫情分析资料要及时向主管领导报告，使主管领导及时掌握动态。

六、传染病报告记录资料要保存3年，网络直报的疫情信息和相关资料定期导出，制成电子文档双重备份。

七、传染病疫情管理相关资料分类归档保存。

八、疫情管理人员未经许可，不得转让或泄露信息报告系统操作账号和密码，密码要一个月更换一次。

九、对疫情信息资料做好保密工作，不得泄密。

传染病疫情报告制度

为了进一步加强传染病疫情报告管理，提高报告的效率和质量，为疾病预防控制提供及时、准确的监测信息，依据《中华人民共和国传染病防治法》等相关法律法规和规章，制定本制度。

一、本院为法定传染病责任报告单位，本院执行职务的医务人员均为责任报告人。

二、本院执行职务的医务人员，在诊疗过程中发现法定传染病，按要求规范填写传染病报告卡，传染病登记簿，并及时通知疫情报告人员。

三、报告病种：

（一）法定传染病

甲类传染病：鼠疫、霍乱。

乙类传染病：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、人感染 H7N9 禽流感。

丙类传染病：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性痢疾和阿米巴痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病、手足口病。

（二）其它传染病。省级人民政府决定按照乙类、丙类管理的其他地方性传染病和其他暴发、流行或原因不明的传染病。

（三）不明原因肺炎病例和不明原因死亡病例等重点监测疾病。

四、由公共卫生科负责全院传染病的接收、审核、上报、订正和查重工作，并定期进行疫情资料分析。

五、责任报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎的病人，发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，应于2小时内以最快的方式向市中区疾病预防控制中心报告。对其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和病原携带者在诊断后，应于24小时内进行网络报告。其他符合突发公共卫生事件报告标准的传染病暴发疫情，应于2小时内以最快的方式向市中

区疾病预防控制中心报告。

六、医院各门诊分别建立传染病登记簿，肠道门诊设立腹泻病门诊登记簿，临床医生在首诊过程中发现传染病或疑似传染病病人，认真登记传染病登记簿，填写传染病报告卡，及时报送公共卫生科。

临床各科室要建立出入院登记簿、传染病登记簿，对本科室所有入院传染病病人进行详细登记，按照规定及时填卡上报。

七、对报告病人诊断变更、病人死亡或填卡错误时，应及时进行订正报告，卡片类别选择订正项，并注明原报告病名。发现漏报的传染病，应及时补报。

八、传染病报告卡应使用钢笔或签字笔填写，内容完整、准确、规范，字迹清楚。

九、本院任何人员不得瞒报、漏报、谎报或授意他人隐瞒、谎报疫情。

传染病疫情信息网络直报制度

为了进一步加强传染病疫情信息报告管理，确保报告系统的有效运行，充分发挥网络直报的优势，规范本院的传染病疫情报告管理工作，提高报告的效率与质量，为疾病预防控制提供及时、准确的监测信息，依据《中华人民共和国传染病防治法》《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《传染病信息报告管理规范》等相关法律法规，结合本院实际情况，制定工作制度如下：

一、医疗机构为法定传染病疫情责任报告单位，执行职务的医务人员为责任报告人。

二、传染病报告实行首诊医生负责制。

三、责任报告人在发现法定传染病病例后，根据诊断结果，按照规定时限及时填写传染病报告卡进行报告。发现漏报的应及时补报。

四、疫情管理人员应及时审核传染病报告卡，进行错项、漏项、逻辑错误等检查，如发现上述问题，立即向报告人进行核实、补充或订正。

五、网络直报人员收集到传染病报告卡片后，应该按照规定的时限和程序通过网络直报系统进行实时报告，以便上级疾病预防控制部门对信息进行审核、监测、统计分析和预测、预警。

六、已报告病例如果诊断发生变更、死亡时，责任报告人应及时进行订正报告，并重新填写传染病报告卡，卡片类别选择订正项，并注明原报告病名。

七、疫情管理人员应每月对上月报告的传染病疫情进行监测、分析，并上报分管院长。

八、责任报告人和疫情管理人员应严格保护传染病病人、病原携带者、疑似病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料。

九、传染病报告卡应按编号装订，《传染病报告卡》及传染病报告记录应按有关规定保存，保存期限三年。

十、网络直报人员应保障网络直报系统有关设备和运行环境的安全，保障计算机功能正常发挥。经常检查直报系统安全状况，发现问题及时处理。

十一、网络直报人员应对网络直报系统的帐户、密码等资料妥善保管，密码每月至少更改一次，一般应在六位以上，应有数字与英文字母组合，并严格保密。

传染病疫情自查制度

一、传染病疫情报告工作的督查由“传染病疫情管理领导小组”负责。

二、责任报告人发现传染病时，在抢救处置患者的同时应及时、规范填写“传染病报告卡”。

三、责任报告人发现甲类传染病和按甲类传染病管理的传染病时，要立即电话报告公共卫生科。

四、疫情管理人员每日对临床科室上报传染病报告卡进行登记。

五、疫情管理人员将传染病报告卡和网络直报中存在的问题进行登记，汇总定期与疾控机构沟通。

六、疫情管理人员每日开展传染病漏报、迟报检查。

七、院领导小组根据各科的漏报和传染病报告卡，以及网络直报中存在的问题，按传染病疫情管理奖惩制度和责任追究制度进行处置。

传染病漏报检查制度

为加强传染病疫情管理，杜绝漏报、迟报现象发生，制定本制度。

一、门诊医生及住院医生应认真填写病人临床诊断，诊断为传染病时，应及时填写传染病报告卡。

二、各科室必须建立传染病报告登记簿，根据疫情报告时限及时填卡上报，各科室主任负责本科室的自查管理工作，要有记录、有结果、有汇报。检查和督导每月一次。

三、公共卫生科负责传染病疫情报告的督导检查，检查各临床科室的传染病疫情报告情况。

四、疫情管理员必须根据规范要求对科室上报传染病报告卡，及时进行网络直报，并负责检查传染病报告落实情况，对发现的问题要及时反馈、责令改正。

五、必须对检查情况进行每月一次总结，每季度汇总一次，年终进行全面检查。对发现漏报者根据规定兑现绩效奖惩。

违反传染病防治法责任追究制度

为进一步贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》，使我院的传染病疫情报告工作真正科学化、制度化、规范化，提高医院传染病报告质量，制定本制度。

一、传染病防治管理实行医院、科室、责任人三级管理制度，有分管院长负责传染病疫情管理工作。

二、根据传染病报告程序落实疫情报告责任，各科室必须明确职责，落实责任。根据规定认真做好传染病疫情报告工作，不得漏报、迟报、谎报、瞒报。

三、公共卫生科负责监督检查传染病疫情报告工作，每月定时进行总结下发。

四、对检查中发现的问题必须责令及时更正并根据情况实施处罚。

五、凡漏报、迟报，未造成传染病疫情播散、暴发、流行者，按照相应标准兑现绩效考核处罚，情节严重者，根据传染病防治法有关规定处理，科室主任负连带责任。

六、责任报告人、疫情管理人员、网络直报人员由于工作不负责任，出现重大传染病误报事故，

情节严重，造成严重后果者，依法处理。

传染病疫情报告奖惩制度

为了有效预防、控制和消除传染病的发生与流行，保障人体健康，促进传染病的疫情报告管理，特制定本制度。

一、按照医院、科室、责任人三级管理制度落实奖惩制度。

二、全年度传染病疫情报告管理先进科室应给予奖励。

三、根据传染病检查上报情况对工作突出的先进个人应给予奖励。

四、对发现传染病未能及时填卡上报或漏报者根据情节，依据院部指定的责任追究制度进行处理。

（一）凡漏报、迟报，未造成传染病疫情播散、暴发、流行者给予绩效考核处罚，情节严重者，造成疫情播散，根据传染病防治法规定处理。科主任负连带责任。

（二）对累计漏报、迟报超过 3 例者通报全院，科主任负连带责任。

五、凡违反《中华人民共和国传染病防治法》规定，未能及时上报传染病疫情，造成传染病暴发、流行且后果严重者，根据《中华人民共和国传染病防治法》规定处理。

重大传染病误报责任追究制度

一、重大传染病包括三类 16 种法定传染病：

（一）甲类及按甲类管理的乙类传染病：鼠疫、霍乱；SARS、肺炭疽；

（二）已经基本消灭的疾病：白喉、丝虫病、脊髓灰质炎；

（三）多年未发生的或罕见的疾病：狂犬病、登革热、炭疽（除肺炭疽）、新生儿破伤风、钩端螺旋体病、麻风病、血吸虫病、黑热病、包虫病。

二、责任报告人接诊重大传染病疑似病人后，要立即电话报告疫情管理人员；疫情管理人员接到报告后，应立即报告医院分管领导，同时上报市中区疾病预防控制中心；待上级组织专家组鉴定后，责任报告人方可填写传染病报告卡片，然后由网络直报员按规定时限进行网络直报。

三、责任报告人未按规定程序直接填写重大传染病病例报告卡者，在全院进行通报批评。

传染病法规知识培训制度

一、疫情管理人员、网络直报人员要积极参加上级各种有关传染病知识培训，全面了解有关法律法规及其规章制度。

二、对全院医务人员每年进行两次传染病相关知识培训。

三、新入院的医生和实习生必须进行传染病相关知识培训，经考试合格后，方可上岗。

四、培训内容主要包括：传染病防治法、突发公共卫生管理条例、传染病监测信息工作指南、

传染病诊断标准等。

五、疫情管理人员和网络直报人员必须接受上级疾控部门的培训，经考试合格后方可上岗。

门诊医生传染病疫情报告制度

一、门诊医生发现传染病疑似和确诊病例时，要在传染病登记簿上认真登记，填写内容必须真实、准确、详细（包括姓名、性别、年龄、身份证号、职业、详细地址、疾病名称、发病日期、诊断日期、14 岁以下儿童家长姓名、电话等），同时填写传染病报告卡并上报公共卫生科。

二、疫情管理人员对漏报和误报的传染病要及时补报和订正传染病报告卡，避免漏报和错报现象的发生。

三、对传染病疑似或确诊病人，门诊医生要询问病人流行病学史，疑似病人确诊后，要及时填写传染病报告订正卡上报公共卫生科。

四、严格执行传染病报告制度，造成严重后果按有关法规依法处理。

住院病人传染病疫情报告制度

一、住院病房医生对入院病例应认真填写入院登记且各项内容填写完整。需报告的传染病要认真填写传染病报告卡，填写内容要真实、详细，同时填写传染病报告卡并上报公共卫生科，疫情管理人员收到传染病报告卡后，及时通过中国疾病预防控制中心信息系统进行网络录入。

二、疫情管理人员每天要认真筛查出入院诊断，避免漏报和错报现象发生，对漏报和误报的传染病要及时给予补报和订正。

三、疑似传染病病人确诊后要及时填写传染病报告卡上报公共卫生科。

四、病人出院时，如果与入院诊断病名不符，需订正的传染病要及时填写订正传染病报告卡，并上报公共卫生科。

五、严格执行传染病报告制度，造成严重后果按有关法规依法处理。

检验科传染病登记反馈制度

一、检验标本的检测结果为阳性，能够确定为传染病者，检测结果必须有专人保管。或者由检验科指派专人每日将检测结果分送开具化验单的医生，填写传染病报告卡。

二、对传染病阳性检测结果要用专用阳性结果登记本登记，并及时反馈给相关科室开具化验单的医生。

三、检验科工作人员发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎的病原携带者时，应立即电话通知开具化验单的医生。

四、医务人员对传染病病例阳性检验结果及其病人相关资料有保密的义务。

五、检查发现漏报按有关规定进行处理。

传染病病例登记和转诊制度

一、门诊日志和登记本，包括门（急）诊、检验科、放射科等，对传染病病例，要详细记录就诊病人的基本情况，项目齐全，书写规范，14岁以下儿童必须注明家长姓名。初诊病人，注明“传染病卡已报”，复诊病人注明“复诊”字样，首诊发现传染病病人立即转往相应的门诊或其它定点医院。

二、临床科室、检验科、放射科等必须建立传染病阳性结果登记本，记录项目和内容与门诊日志及出入院登记本相一致。

三、公共卫生科应建立全院传染病登记簿，对各科室报告的传染病病例信息，详细登记，并定期进行汇总分析。

四、不具备传染病诊疗条件的科室，在发现传染病病人或疑似病例时，要认真、详细地做好登记，填写传染病报告卡报送至公共卫生科，并及时转诊到相关科室或其它定点医院。

传染病预检分诊制度

一、医院设立感染性疾病科或传染病分诊点，具备消毒隔离条件和必要的防护用品，严格按照规范进行消毒和处理医疗废物。

二、从事预检、分诊的医务人员应当严格遵守传染病法律、法规和有关规定，认真执行临床技术规范、常规以及有关工作制度。

三、各科室临床医师在接诊过程中，应当按要求对病人进行传染病预检，发现为传染病病人或者疑似传染病病人时，应当将病人引导至发热门诊或相关科室就诊，同时对接诊处采取必要的消毒措施。

四、根据传染病流行季节、周期、流行趋势和上级部门的要求，做好特定传染病的预检、分诊工作。初步排除特定传染病后，再到相应的普通科室就诊。

五、对呼吸道等特殊传染病病人或者疑似病人，应当依法采取隔离或者控制传播措施，并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及其他必要的预防措施。

疾病报告管理信息系统安全管理规定

一、公共卫生科承担传染病疫情报告、本单位的传染病预防、控制工作。

二、科室配备专用微机（带宽带上网功能和有效杀毒软件）、疫情专用电话和移动硬盘，保证网络直报工作的正常运行和信息安全。

三、疫情报告专管人员要定时对疫情专用电脑进行杀毒和软件维护，确保电脑正常运行。

四、要对本单位疫情资料定期备份到移动硬盘，防止信息资料的丢失。

五、疫情审核：传染病报告卡由专人进行录入，录入人员在录入前须对收到的传染病报告卡进行错项、漏项、逻辑错误等检查，对有疑问的报告卡必须及时向填卡人核实。

六、疫情补报：责任报告单位和报告人发现本年度内本单位漏报的传染病病例要及时进行补报。

七、信息报告系统使用人员未经许可，不得转让或泄露信息报告系统操作账号和密码。发现账号、密码已泄露或被盗用时，应立即采取措施，更改密码，同时向市中区疾病预防控制中心报告。

八、要建立健全传染病疫情信息查询、使用制度。

九、疫情信息报告管理员应保持相对稳定。因故需要变动工作岗位或调动时，必需由具备疫情信息报告管理能力的人员到岗并进行工作交接后，方能变动工作岗位或调动工作。人员变更后，所在单位必需更改疾病监测网络直报系统账户密码。

十、对因报告系统管理不善，造成传染病疫情信息泄露等不良影响的，按照相关规定追究当事人和单位责任。

结核病登记报告、转诊管理制度

为控制肺结核的传染与流行，保障人体健康，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《结核病防治管理办法》及《山东省疫情报告和管理工作的若干规定》制定本规定。

一、各科室发现肺结核或可疑肺结核病人，要及时通过电话报告公共卫生科，同时要认真填写传染病报告卡送至公共卫生科（非正常上班时间报院总值班室，由总值班室通知公共卫生科），由公共卫生科进行登记、网络直报。不得漏报、迟报、谎报、不报。

二、发现肺结核或可疑肺结核病人，要认真填写“结核病人转诊单”，让病人携带转诊单到其住址县级结核病防治机构进行确诊、登记、治疗、管理，对危、急、重症肺结核病人应先积极抢救治疗，待病情稳定后再转诊。

三、科室不得截留、收治非急、危、重症肺结核病人。

死亡病例报告管理制度

为了加强死亡病例报告管理工作，确保死亡病例的及时准确上报特制定本制度。

一、临床医生填写死亡医学证明书要求

临床医生要求清楚完整准确的填写死亡医学证明书，内容包括姓名、性别、年龄、证件号码、民族、职业、婚姻、文化程度、住址、死亡地点、直接死亡原因、根本死亡原因、死亡日期、诊断单位、诊断依据等。

二、急诊、住院死亡病例登记的管理

急诊及住院医师要做好死亡病例的登记。登记簿包括姓名、性别、年龄、文化程度、出生日期、死亡日期、死亡地点、死亡原因、常住户口地址、就诊日期、等基本内容。

三、死因编码和网络直报的要求

临床医生在确认病人死亡后，应立即填写死亡病例报告卡。2日内报送医务部、患者服务中心盖章、备案，医务部、患者服务中心审核合格后留取“居民死亡医学证明书”第一联，并将第一联“居民死亡医学证明书”于24小时内移交公共卫生科。网络直报员收到死亡病例报告卡，在核实确认后，应在规定时限内将卡片通过计算机进行网络直报。

四、死亡病例责任科室的管理

按要求对临床医生填写死亡医学证明书进行培训，对资料收集和报告人员进行培训，负责死亡病例报告工作的监督执行，接受上级部门的监督检查。

死因监测与报告培训工作制度

为了认真贯彻落实《全国死因登记信息网络报告工作规范（试行）》等法律法规及文件，认真做好全院死亡病例监测网络直报工作，特制定此制度。

- 一、及时举办新知识新技术培训班，有承担新知识新技术培训工作的义务。
- 二、每年进行死亡报告相关知识培训不少于一次。
- 三、培训的对象主要是各科室临床医师。
- 四、对于新进院医务人员的岗前培训内容要有死因报告相关内容。
- 五、公共卫生科工作人员有接受上级单位培训的权利和义务。
- 六、各科室要针对专科特点开展死因讨论，提高科室医师的死因报告水平。

死因监测档案管理制度

为了认真贯彻落实《全国死因登记信息网络报告工作规范（试行）》等法律法规及文件，为了做好全院死亡病例监测网络直报工作，特制定此制度。

- 一、《居民死亡证明书》至少保存5年，尽可能长期保存。
- 二、各种纸质数据报表、分析长期保存。
- 三、电子数据（个案、报表、分析等）长期保存，并至少有两处备份。
- 四、有指定的安全可靠的地方保存文档和电子数据。
- 五、未经单位领导同意，不得私自向外提供数据。
- 六、涉及国家另有规定的内容时，按保密法执行管理。
- 七、管理做到科学、分类化管理。
- 八、实行分级指导，上级抽查指导制度。

死亡病例报告自查与奖惩制度

- 一、当班诊治医师为死亡病例报告责任人，不得因任何原因漏报、缓报、瞒报死亡病例。

二、各科室建立死亡病例登记本、自查登记本，各科室负责人每月自查一次，医务部、门诊部每月自查一次，自查情况要有记录。

三、对查出有漏报、缓报、瞒报死亡病例要责令有关人员立即进行补报。

四、对查出的漏报、缓报、瞒报传染病病例要查找原因，追究责任，并按质量安全管理考核标准予以扣分，触犯法律的承担法律责任。

五、对新参加工作的医务人员进行死亡病例报告的岗位培训。

六、对死亡病例报告有突出成绩的人员予以表彰。

死亡病例网络直报管理制度

一、严格按照《全国死因登记信息网络报告工作规范（试行）》方案落实死亡病例的报告工作。患者服务中心、医务部负责对本院门、急诊及住院患者死亡病例的“居民死亡医学证明书”盖章并对填写内容进行审核，医务部、门诊部每月对死亡病例漏报情况进行漏报调查，统计分析“科室死亡病例漏报情况”，并反馈给相关科室及院领导，并督促相应科室及时补报“居民死亡医学证明书”，公共卫生科负责本院死亡病例的“居民死亡医学证明书”登记及网络直报。

二、凡在本院门诊、急诊、住院的所有死亡病例，包括到急诊室就诊尚未治疗发生死亡的病例、在本院产房出生的活产新生儿发生死亡、意外死亡病例（如中毒、自杀、车祸、工伤等），均要填报“居民死亡医学证明书”。

三、“居民死亡医学证明书”由诊断医生负责填写，临床医生诊断患者死亡后，于2日内及时报送医务部、患者服务中心盖章、备案。医生填写“居民死亡医学证明书”时要字迹清晰，不得勾划涂改，项目齐全，不可缺项、错项，并注意填写的逻辑性。

四、医务部、患者服务中心接到“居民死亡医学证明书”后，须认真审核填写项目及内容，特别要注意审查“致死亡的主要疾病诊断”，以便于网络直报员能够正确进行ICD国际疾病编码；并注意审查死者的住址必须具体到省、市、区（县）、办事处（乡镇）、街道门牌号（村）。医务部、患者服务中心审核合格后留取“居民死亡医学证明书”第一联，并将第一联于24小时内移交公共卫生科进行网络直报。

五、公共卫生科接到第一联“居民死亡医学证明书”后在24小时内完成死亡病例的网络直报工作。医务部、门诊部每月根据漏报调查情况对死亡病例迟报、漏报的科室和责任报告人给予一定的经济处罚。

肿瘤登记报告管理制度

为进一步加强肿瘤监测，提高肿瘤监测系统的预警能力，及时发现诊断不明、可能死于肿瘤的病例，分析其动态变化趋势，加强对可能发生的肿瘤的防范工作，特制定本制度。

一、填报病种

包括按国际疾病分类第十版（ICD-10）规定的全部恶性肿瘤（ICD-10:C00-C97）和中枢神经系

统良性肿瘤（D32.0–D33.9）。

二、填报范围

本市辖区内的常住人口（本市居住6个月以上），符合下述条件的，均需填写“肿瘤病例报告卡”：

（一）在门诊、住院诊治时，经临床诊断及病理组织学、细胞学、手术及其他检查（CT/MRI、彩超、内窥镜）诊断确诊的恶性肿瘤病例和中枢神经系统的良性肿瘤患者。

（二）既往已确诊或在外地诊断后首次来本院复诊和治疗的恶性肿瘤和中枢神经系统的良性肿瘤病例。

（三）原发肿瘤漏报的复发、转移病例。

登记报告时，复发和转移病例应注明原发部位及首次诊断日期，对同一患者先后出现的原发肿瘤，应分别填报。已在外院确诊为肿瘤（包括已经治疗）而来我院治疗，不论原发或继发，仍须填写《报告卡》，并在诊断一项内要求填写清楚（如××癌手术后或放疗后，××癌术后复发或转移，须注明何时手术或何时放疗），并需填写外院首次诊断的日期及原发部位。

三、填报方法

（一）门诊各科室在发现新诊断的肿瘤病例时，负责诊治的医师应立即通过HIS系统填写《居民肿瘤病例报告卡》。

（二）科室诊治医师在检查入院患者病史时应注意在门诊已确诊的肿瘤患者是否已经报告，对未报告者应立即补报。对住院后才确诊的肿瘤病例及时通过HIS系统填写《居民肿瘤病例报告卡》。

（三）若发现过去报告有误，需要更正时，应按新的诊断另行报告。

肿瘤监测工作培训制度

一、接受上级培训后，要及时在本院组织培训会，给工作人员填充新知识。

二、有接受上级单位培训的权利和义务。

三、对新上岗人员及时进行培训或辅导，所有新参加工作的人员必须接受辅导或培训方可上岗。

四、鼓励以会代训，常抓不懈。

五、各种培训会要做好会议记录和登记以备查。

肿瘤监测工作的档案管理制度

一、肿瘤卡片至少保留5年，尽可能长期保存。

二、各种纸质数据报表长期保存备档。

三、电子数据长期保存，并且有移动备份。

四、所有需要上交的资料，一定要备档一份。

五、需要保密的内容严禁外泄。

六、资料及时完善，分类管理。

七、实行定期考核制度。

心脑血管疾病报告管理制度

一、报告内容

（一）报告对象

凡是本市户籍居民，经本院诊断，符合报告范围的新发病人。

（二）报告人

所有首诊医师为责任报告人。

（三）报告病种：冠心病（急性心肌梗死、冠心病猝死）、脑卒中（蛛网膜下腔出血、脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、腔隙性脑梗死、分水岭脑梗死、未分类脑卒中）。

二、医疗机构报告

门诊、急诊、病房等就诊发现的首次确诊的新发病例，或在其他医疗机构已经确诊，但在本院为初次就诊的病例。

三、报告要求

（一）急性心肌梗死、脑卒中以发病28天为期，按发病例次计算；发病28天以后，若再次急性发作，应按又一新发病例填报卡片。

（二）如果患者同时患有脑卒中和冠心病，应按所患之病种分别予以填报。

（三）首诊医生在接诊过程中诊断急性心肌梗死、脑卒中时，须在3日内通过HIS系统及时填写报告卡。

心脑血管疾病监测培训制度

一、每年至少培训一次，要求医务人员熟练掌握心脑血管疾病的上报程序和报告时限，正确填写报告卡片，做到不迟报、不漏报、不错报。

二、根据本辖区的心脑血管疾病的发病情况，做好对医务人员心脑血管疾病知识的培训。

三、根据心脑血管疾病好发季节的规律进行培训。

四、做好对新入院医生和实习生的心脑血管疾病信息报告知识培训，培训后要进行考核，考核合格后才允许上岗。

五、每次培训要有签到表，培训记录，相关照片。

六、培训后要对所有资料整理入档，并写出小结。

七、公共卫生科工作人员积极参加上级疾病预防控制机构培训会议，回单位后再将有关内容对全院医务人员进行二次培训。

食源性疾病监测工作管理制度

严格执行《中华人民共和国食品安全法》及其实施条例，规范做好食源性疾病的登记和报

告工作。

一、成立食源性疾病监测工作领导小组。领导小组由院长任组长，分管院长任副组长，相关科室负责人任成员，办公室设在公共卫生科；公共卫生科负责监测工作的综合协调，并设置专职管理员负责具体组织实施；急诊、腹泻病门诊、消化内科、儿科等重点科室要设立兼职管理员，负责本科室内部的组织协调。根据工作需要成立由本院专家组成的诊疗专家组。

二、病例报告实行首诊医生负责制。任何科室和个人不得瞒报、谎报、缓报，或者授意他人瞒报、迟报、谎报。

三、临床医生在全年接诊过程中对发现的所有食源性疾病病例或疑似病例都要及时登记并报告。临床医生发现主诉由食品或怀疑由食品引起的感染性或中毒性的就诊病例，必须按规定做好门诊或住院日志的登记工作，并手工填写或通过 HIS 填报《食源性疾病病例监测信息表》，不得有缺项、漏项。公共卫生科专管人员负责《食源性疾病病例监测信息表》的审核、网络上报和资料存档等工作。

四、临床医生在日常诊疗中一旦发现疑似食源性疾病暴发事件（每起出现 2 例及以上发病，或 1 例及以上死亡），应当及时报告医院公共卫生科，并及时联系检验科等相关科室，留存相关生物样本。公共卫生科在确认属实后做好登记，并及时上报市中区卫生计生局或疾病预防控制中心。

五、公共卫生科负责每日对本院的门诊和住院登记进行一次检查核对。对食源性疾病病例或疑似病例未按要求及时上报，构成瞒报、缓报或谎报的，一经查实要给予批评教育或一定的经济处罚，并及时补报；对情节严重者要按规定追究其行政、法律责任。

六、公共卫生科负责组织医院临床医生开展全员培训，每年至少培训一次。对重点科室，要适当增加培训频次。新员工入职培训要有食源性疾病监测方面的相关内容。

七、公共卫生科要配合市中区疾病预防控制中心开展相关食源性疾病病例的流行病学调查和样本采集等工作，并提供相应的诊疗记录。

应急管理制度

为有效应对突发公共卫生事件，控制和减轻突发公共卫生事件造成的危害，特制定本制度。

一、建立并完善应急管理体系，并纳入整个医院管理体系中。

二、制定各类突发事件应急预案（包括公共卫生事件、灾害与事故事件等），并定期对全体职工进行系统的应急培训，开展针对性演练。

三、建立统一的应急指挥体系，保证突发公共卫生事件应急期间医院内部的指挥协调和与外部的沟通协调，制定完善的梯队人员紧急召集、物资器材调配流程以及夜间、休息日、节假日期间的应急流程。

四、建立健全突发公共卫生事件应急和灾害事故的紧急医疗救援应急管理体系，根据功能、任务、规模，贮备相应的食物、药品等应急物资。

五、各相关部门制定针对住院患者、门诊患者、患者家属、本院员工、其他来院人员等各类人员突发紧急意外事件的应急预案，并落实防控措施。

六、医院应急管理体系中，院长是医院灾害与突发公共卫生事件应急管理责任人，医院突发公共卫生事件应急工作领导小组是组织决策层，中层干部承担贯彻实施的职责。

应急物资管理制度

为做好突发事件应急处置工作，建立健全应急物资保障体系，及时、有序、高效、妥善地处置突发公共卫生事件，最大限度地减少人员伤亡、财产损失，维护社会稳定，根据有关法律、法规制定本制度。

一、应急物资定义

医院应急储备物资是在应对自然灾害、事故灾难、公共卫生和社会安全等突发事件时，进行卫生应急处置所需要的物质，主要是药品、疫苗、医疗器械及相关辅助设备。

二、应急物资的采购入库

应急物资由医院药学部、器械科、后勤服务中心负责采购，验收后入库，统一保管，并建立专账，由专人管理。

三、应急物资的储备管理

1、经检验合格的应急物资，必须实行分区、分类存放和定位管理。根据库房条件、将库房分成若干个区域。按照物资的不同属性，将储存物资分成若干大类。对每一类物资，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。应急物资应妥善保管，以保障质量。为方便物资存放，减少人为差错，要对应急物资进行编号定位，建立物资存放保管目录。把库房、货架、层次、货位四者统一编号，并附上标签，做到见单就知货物存放地点，提高工作效率。

2、加强对应急物资的日常管理，防止应急物资被盗用、挪用、流失和失效，对各类物资及时补充和更新。检查人员每月要定期检查应急物资的储存情况，发现缺少、不能使用时，及时补充、更新，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、应急物资储备种类

1、医院应急储备物资按专业划分为 5 类：医疗救援类、传染病控制类、中毒处置类、核与放射处置类和队伍保障类装备或物资。

2、药学部、器械科、后勤服务中心分别根据各自职能，完成各自应急物资储备任务，明确仓库负责人并统计应急物资储备的品种、数量、金额、场所；协同计划财务部核定应急物资储备各项费用开支；配合应急办公室检查应急物资储备情况，及时、准确为应急工作领导小组提供应急物资储备情况。

五、应急物资的调拨

1、应急物资由医院应急工作领导小组统一调度、使用。

2、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。

3、建立与供应商或其它地区、部门物资调剂供应渠道，签订协议，以备物资紧缺时，迅速调入。

六、奖惩措施

1、应急物资保管不当或挪作他用，造成影响或经济损失的，当事人应作相应赔偿；情节严重者，加重处罚；构成犯罪的，移交司法机关处理。

2、保管人员尽职尽责，在物资的保管、养护方面提出合理建议或挽回医院损失的，给予一定的精神、物质奖励。

突发公共卫生事件管理制度

为加强对突发公共卫生事件的应对管理，为防治决策提供及时、科学的信息，有效预防、及时控制突发公共卫生事件的危害，保障公众健康与生命安全，现根据《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规的规定，制定本制度。

1、各部门要遵循预防为主、常备不懈的方针，贯彻分级负责、反应及时、措施果断的应急工作原则，加强对突发事件的管理，建立应急管理网络。各部门要树立法制观念，依法应对突发事件，积极履行相应的职责和义务。一旦突发事件发生，要立即启动应急系统，各有关科室和有关人员应通力合作，保证各项应急工作的顺利执行。

2、突发事件发生时，各有关物资储备部门应首先保证应急处置所需的通讯设备、医疗救护设备、救治药品、医疗器械、防护物品等物资的调配和储备，做好后勤保障工作，服从卫生主管部门应急处理指挥部的统一调度。

3、按照法律要求，应急处置时实行首诊医生负责制，发现疑似的突发公共卫生事件疫情时，应立即用电话报告疫情管理人员，疫情管理人员要立即报告院长，同时向辖区疾病预防控制机构进行报告。任何单位和个人不得隐瞒、缓报、谎报或授意他人隐瞒、缓报、谎报。

4、医院对因突发事件致病的人员提供医疗救护和现场救援，对就诊病人进行治疗，并书写详细、完整的病历记录；对需要转送的病人，应当按照规定将病人及其病历记录的复印件转送至指定的医疗机构。在突发事件中，医院有权要求接受隔离治疗、医学观察的病人、疑似病人和传染病病人密切接触者配合医院采取相应的医学措施，同时配合卫生行政主管部门进入突发事件现场进行调查、采样、技术分析和检验；拒绝配合的，报公安机关依法协助强制执行，任何人不得以任何理由予以拒绝。

5、要按《传染病防治法》等相关的法律法律要求，对传染病疫情做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。严格执行各项消毒隔离、医院感染控制的制度和措施，做好人员防护，防止交叉感染和院内感染的发生，做好污物、污水的无害化处理。

6、医院承担责任范围内突发公共卫生事件和传染病疫情监测信息报告任务，建立突发公共卫生事件疫情信息监测报告制度，定期对医务人员开展有关突发公共卫生事件和传染病疫情监测信息报告的培训。

7、发现瞒报、缓报、谎报或授意他人不报告突发性公共卫生事件或传染病疫情，拒绝接诊病人，拒不服从突发事件应急处理指挥部调度的情况，对其主要领导、主管人员和直接责任人给予行政处分，造成疫情播散或事态恶化等严重后果的要依法处理。

突发事件报告及信息发布制度

一、当紧急事件发生时，所在部门、科室的当事人应在第一时间向科主任或班组负责人报告，同时向相关职能部门、医院总值班、医院办公室、保卫科等部门报告，利于医院在最短时间内组织开展应急处置工作。

二、医院任何科室的工作人员均有责任，在开展救灾或紧急救援的同时，向医院有关部门报告，不得延误。

三、有关部门接收到事件报告后，在组织相关人员启动应急处置工作的同时，应立即对现场进行勘察并详细记录。

四、突发事件报告应包括以下内容：

- 1、事件发生的名称、部门、联系人及电话；
- 2、发生地点、时间；
- 3、主要内容及经过。

五、各部门、科室遇到报社、电台、电视台等新闻媒体来院采访时，应向医院宣传科报告。由医院领导或指定人员接待新闻采访人员，并告知采访人员实事求是报道。

六、在维护病人隐私权，尊重病人习俗，遵守医院规章制度和国家法律、法规的前提下，医院根据工作需要，由新闻发言人定期发布消息。任何人不得私自散布不负责任和未经证实的消息。否则，医院追究相关人员责任。

新闻发言人制度

为进一步加强与患者的联系和沟通，有效实行院务公开，改进和规范医院重大新闻的发布行为，保障人民群众对医院工作的知情权，接受社会各界对医院工作的监督，特制定本制度。

一、新闻发言人的职责

在医院党委的领导下，新闻发言人代表医院向新闻媒体，并通过新闻媒体向公众发布信息，通过介绍政策、通报情况、说明立场和回答新闻媒体记者提问等方式，实现医院与公众之间顺畅高效的沟通，为医院工作营造一个良好的舆论环境。

二、新闻发布的内容

- (一) 医院的重大决策、重点工作、重要项目等。
- (二) 医院当前的建设与发展情况。
- (三) 医疗、护理工作中的重大事项。
- (四) 医院的政风行风建设、医德医风教育情况。
- (五) 社会关注的与医院相关的热点问题。
- (六) 重要活动和重大突发性事件。
- (七) 对新闻媒体有关报道的回应和事实说明。
- (八) 其它应予新闻发布的事项。

三、新闻发布的形式

- (一) 举办新闻发布会、记者招待会、新闻通气会、媒体集中采写等发布新闻信息。
- (二) 通过书面形式发送新闻通稿。
- (三) 通过互联网发布新闻信息。
- (四) 邀请新闻媒体参加医院有关工作、活动会议。
- (五) 通过接受记者采访、向新闻界发表谈话发布新闻信息。

四、新闻发布会的组织

新闻发布具有其权威性，须经医院党政联席会讨论研究决定。

（一）一般由医院新闻发言人在新闻发布会中发布新闻信息。

（二）网上发布新闻信息一般由医院新闻发言人审核后网传，重要新闻信息由主管领导审核后网传。

（三）新闻发布会由医院相关部门组织，任何部门及科室不得自行组织。

五、新闻发布的纪律

（一）新闻发布应坚持正确的舆论导向，坚持新闻真实性原则，遵守新闻宣传纪律和有关保密规定，维护国家安全，维护社会稳定。

（二）举办新闻发布会应严格按照批准的内容进行，所发布的内容要按照医院确定的口径统一对外发布，如需变动，应重新审批。

（三）未经授权，任何人不得以单位名义和公职身份擅自发布新闻信息。

第九部分 药事管理部分

药事管理与药物治疗学委员会章程

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国药品管理法》和《医疗机构药事管理规定》等药政法规和管理条例的有关规定，成立枣庄市立医院药事管理与药物治疗学委员会。为规范药事管理与药物治疗学委员会的工作，特制定本章程。

第二条 医院药事管理是指以患者为中心，以临床药学为基础，对临床用药全过程进行有效的组织实施与管理，促进临床科学、合理用药的药学技术服务和相关的药品管理工作。

第三条 医院药事管理与药物治疗学委员会是医院药事管理的监督权力机构，也是对医院药事各项重要问题做出决定的专业技术组织。

第二章 组织机构和运行机制

第四条 根据《医疗机构药事管理规定》的要求，我院药事管理与药物治疗学委员会由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、医院感染管理和医疗行政管理等方面的专家组成，其中：

1. 设主任委员一名，由院长担任。
2. 设常务副主任委员一名，由主管院长担任。
3. 设副主任委员二名，由药学部和医务部主任担任。
4. 设秘书一人，由药学部选派人员担任。

第五条 药事管理与药物治疗学委员会下设“抗菌药物管理工作组”、“药品质量监督领导组”、“合理用药与处方点评专家组”、“药品不良反应与药品损害事故监测管理组”、“临床药师工作领导小组”、“麻醉药品与精神药品管理组”和“基本药物优先合理使用领导小组”七个工作组，组长由药事管理与药物治疗学委员会委员兼任。

第六条 药事管理与药物治疗学委员会需建立健全相应工作制度，日常工作由药学部门负责。医务部指定专人，负责与医院药物治疗相关的行政事务管理工作。

第七条 药学部具体负责药品管理、药学专业技术服务和药事管理工作，开展以患者为中心，以合理用药为核心的临床药学工作，组织药师参与临床药物治疗，提供药学专业技术服务。医务部负责组织对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识的培训、医院药事管理规定的贯彻落实、药物使用的监督管理及干预。

第八条 药事管理与药物治疗学委员会建立新药引进评审专家库，由具有高级专业技术职务任职资格的临床医学、护理等专业技术人员和具有中级以上专业技术职务任职资格的药学人员组成。

第九条 药事管理与药物治疗学委员会的委员实行兼职聘任制，由主管院长提名，院长办公会讨论通过，每届任期2年，每届调整约三分之一的人员，委员在任职期间离开岗位的，经院长办公会研究，可予以替换。

第三章 职责

第十条 药事管理与药物治疗学委员会的职责是：

- 1、贯彻执行医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章。审核制定本院药事管理和药学工作规章制度，并监督实施；
- 2、制定本院药品处方集和基本用药供应目录；
- 3、推动药物治疗相关临床诊疗指南和药物临床应用指导原则的制定与实施，监测、评估本院药物使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理用药；
- 4、分析、评估用药风险和药品不良反应、药品损害事件，并提供咨询与指导；
- 5、建立药品遴选制度，审核本院临床科室申请的新购入药品、调整药品品种或者供应企业和申报医院制剂等事宜；
- 6、监督、指导麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品的临床使用与规范化管理；
- 7、对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识教育培训；向公众宣传安全用药知识。

第十一条 各工作组职责：

- 1、抗菌药物管理工作组：贯彻执行药事管理和抗菌药物使用管理相关的法律、法规、规章；制定本院抗菌药物管理制度，并监督实施；制订本院抗菌药物供应目录，推动抗菌药物临床应用相关技术性文件的制定与实施；对本院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施；对医务人员进行有关抗菌药物管理法律、法规、规章制度和技术规范的教育培训，组织合理使用抗菌药物知识的公众宣传教育工作。
- 2、药品质量监督领导组：协助药事管理与药物治疗学委员会，对全院使用的药品质量监督、检查，处理涉及药品质量严重事件，组织检查医用毒性药品、麻醉药品、精神药品、医用放射性药品、高危药品及病区、诊室备用药品的使用和管理情况。
- 3、合理用药与处方点评专家组：对全院临床科室正确、合理使用药品进行指导，制定我院合理用药指导原则，运用药物经济学理论和方法监督、检查、分析我院药品使用动态，防止药物滥用和不合理使用。由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成，为处方点评工作提供技术支持。药学部成立处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作。
- 4、药品不良反应与药品损害事件监测管理组，负责协助药事管理与药物治疗学委员会指导我院药品不良反应 / 药品不良事件工作。监督药品不良反应 / 药品不良事件监测中心日常工作。对严重、特殊或疑难病例进行讨论并给予评价。
- 5、临床药师工作领导小组：负责制定本院临床药师工作制度及实施方案，加强临床药师培训基地的培训工作的监督管理，不断完善和修订各项管理制度，逐步规范临床药师的各项工作；每年至少2次对临床药师及培训工作进行总结，不断修订改进，保证各项工作顺利开展。
- 6、麻醉药品与精神药品管理组：根据国家关于麻醉药品和精神药品管理的相关法律法规，负责全院麻醉药品和精神药品供应、保管、使用、安全的管理工作。结合本院医疗需要，确定麻醉药品和精神药品供应品种范围和新品种的引进审批。组织全院医、药、护、技等相关人员进行有关麻醉药品和精神药品的法律、法规、专业知识、职业道德的教育、培训工作。
- 7、基本药物优先合理使用领导小组：负责建立健全基本药物的引进、使用、评价及监管等各项

制度；组织基本药物优先合理使用的宣传、培训及监管。

第四章 工作制度

第十二条 药事管理与药物治疗学委员会工作制度：

- 1、主任委员负责召集委员会成员开会研究医院药事管理的有关问题。
- 2、原则上每季度召开一次药事管理与药物治疗学委员会会议，总结和检查工作，安排下阶段工作，审核新药的报批材料。遇特殊情况由主任委员决定召开临时会议。药事管理与药物治疗学委员会下设的工作组定期召开会议，并将会议形成的决议向药事管理与药物治疗学委员会报告；也可根据实际情况，与药事管理与药物治疗学委员会合并进行会议。
- 3、药事管理与药物治疗学委员会会议应在有 2/3 及以上委员出席的情况下召开。药事管理与药物治疗学委员会会议的决议应经参加会议的 2/3 以上有投票权的委员的同意方可通过。
- 4、药学部是药事管理与药物治疗学委员会的执行机构，负责落实药事管理与药物治疗学委员会的决议，处理药事管理与药物治疗学委员会的日常工作。
- 5、药学部是药事管理与药物治疗学委员会的常设机关。在药事管理与药物治疗学委员会闭会期间，药学部可以在其权限范围内，履行其药事管理职能，做出临时性决定。在此期间遇不能自行处理的事项，应及时向主任委员请示，提议召开临时会议。药学部的所有临时性决定均应在下次药事管理与药物治疗学委员会会议上进行通报，并经会议通过方可成为正式决议。
- 6、药事管理与药物治疗学委员会秘书协助主任委员收集议案，准备会议议题、资料 and 文件，负责做会议记录，整理记录，编制会议纪要，并向全体委员通报。秘书应负责建立《枣庄市立医院药事管理与药物治疗学委员会会议档案》，整理、保存药事管理与药物治疗学委员会的文件和档案。
- 7、主任委员不能履行其职责时，可由常务副主任委员临时主持药事管理与药物治疗学委员会的工作。

第五章 委员的权利和义务

第十三条 委员的权利：

- 1、按有关法律法规，独立履行职责并对药事管理与药物治疗学委员会负责，不受任何单位和个人的干涉。
- 2、对医院药事管理问题进行评议，提出意见和建议。
- 3、对医院各科用药进行监督检查。
- 4、参加药事管理与药物治疗学委员会会议，发表意见，参与讨论和表决。
- 5、在药事管理与药物治疗学委员会闭会期间，监督药学部的药事管理工作。

第十四条 委员的义务：

- 1、应按时参加会议，并本着认真负责和科学公正的态度参与议题的讨论和决议的表决。
- 2、对药事管理与药物治疗学委员会的有关议题和决议应保守秘密，特别是对新药讨论情况、评审意见及其它有关情况须予以保密。
- 3、若委员与药事管理与药物治疗学委员会讨论的议题有直接利害关系，该委员应主动向主任委员申明并在评议表决时回避。

4、委员不得接受与新药申请有关的单位和个人的馈赠，不得私下与新药生产、供货单位、人员进行可能影响到公务的接触。

5、委员有义务向药事管理与药物治疗学委员会举报任何单位和个人的不公正、不廉洁行为。

6、收集药事管理信息，征集有关意见和建议，经过整理后提交给药事管理与药物治疗学委员会参考。

7、学习有关法规和药学知识，参加有关培训，不断提高药事管理水平和能力。

8、委员应积极宣传并带头落实药事管理与药物治疗学委员会各项决议。

第六章 附 则

第十五条 国家相关的药政法律、法规、条例变化时，由药学部负责对本章程提出修改意见和修改说明，报请医院药事管理与药物治疗学委员会审核批准。

第十六条 本章程由医院药学部负责解释，自公布之日起执行。

基本药物优先合理使用实施办法

一、基本药物指的是能够满足基本医疗卫生需求，剂型适宜、保证供应、基层能够配备，国民能够公平获得的药品，主要特征是安全、必需、有效、价廉。本实施办法中所指基本药物包括国家基本药物和省增补药物。

二、组织领导及职责

（一）医院成立基本药物优先合理使用领导小组，设在药事管理与药物治疗学委员会下面的工作组，人员由药事管理与药物治疗学委员会部分委员兼任。

（二）职责

1、基本药物优先合理使用领导小组负责建立健全基本药物的引进、使用、评价及监管等各项制度；

2、负责组织基本药物优先合理使用的宣传、培训及监管；

3、提供技术支持，负责基本药物的供应、处方专项点评及《基本药物临床应用指南》、《基本药物处方集》等相关知识的资料收集。

三、基本药物的配备及引进

（一）新品种的引进：药学部根据临床需求、国家基本药物政策等相关要求拟定需要增补的基本药物品种、品规目录，报药事管理与药物治疗学委员会审核，然后按照山东省药品集中采购平台基本药物中标厂家进行引进。

（二）现有品种的调整：我院现有基本药物品种予以保留，未中标的品规由药学部整理后交药事管理与药物治疗学委员会讨论后执行。

（三）药学部每年将基本药物的调整情况报药事管理与药物治疗学委员会备案。

四、基本药物优先合理使用相关措施

（一）加强基本药物优先合理使用的培训。药学部收集国家及省增补基本药物目录、基本药物处方集及基本药物临床应用指南等相关材料，采用 OA 挂网学习或集中培训等方式，对全院医师进行培训并考核。

（二）临床科室基本药物使用实行科主任责任制，亚专业负责人和临床小组组长负直接责任，各科制定本科室常用基本药物目录，报药学部备案，临床用药需将基本药物作为首选。

（三）医院将基本药物使用金额的比例分解到每个临床科室，原则上每个临床科室基本药物使用金额占全部药品总金额不低于规定的比例，特殊情况下无法达到此比例的科室应书面向药学部说明理由，经基本药物优先合理使用领导小组论证后确定其基本药物使用金额比例。

五、监督管理

（一）医院每月对各临床科室基本药物使用指标的执行情况进行追踪检查及统计分析，对基本药物使用不达标的科室扣科室绩效考核分。

（二）药学部按规定对基本药物的使用进行专项处方点评，并将点评结果进行公示，并进行有效干预。

（三）建立基本药物优先合理使用的长效机制，将基本药物合理使用情况与医师定期考核、职称晋升、绩效工资发放、年终评奖评优等工作挂钩，推动医师优先、合理使用基本药物。

药品质量监督管理制度

一、医院药品质量监督管理工作是医院医疗质量管理体系的重要组成部分，是保证医院用药安全、有效的基础。

二、医院药品质量管理体系由医院药品质量监督领导小组——药学部药品质量管理小组——各岗位药品质量管理员三级组成。

三、医院药品质量监督领导小组是全院药品质量监督管理的领导机构，对药事管理与药物治疗学委员会负责。

（一）医院药品质量监督领导小组的职责：

1、建立医院药品质量管理体系，组织实施药品质量管理相关规定。

2、保证药品质量管理人员依照相关规定行使药品质量管理职权。

3、协助药事管理与药物治疗学委员会，对全院范围内使用的药品质量进行监督检查，发现问题及时向药事管理与药物治疗学委员会报告，并做出相应的处理决定，确保患者用药安全。

（二）医院药品质量监督领导小组半年召开一次会议，听取药学部的工作报告，研究、解决药品质量问题，安排质量保证和质量改进工作并进行检查，做出与药品质量监督管理工作有关的决定。

（三）医院药品质量监督领导小组每年对医院药品质量管理体系进行评审，发现问题，持续改进，并做出有关的奖惩决定。

四、药学部药品质量管理小组是药学部药品质量监督管理的领导机构，负责药学部药品及药事质量工作的领导和决策，受药品质量监督领导小组领导，对药品监督领导小组负责。

（一）药学部药品质量管理小组的职责：

1、制订药学部药品质量管理性、技术性、规范性文件。

2、具体实施药品质量管理，指导、监督药学部药品质量管理体系的有效运行。

3、全过程监控药品质量，负责药学部的药品质量管理、监督、检查和指导。

4、参与药学部药品质量管理体系质量持续改进和药事质量事件的处理工作。

(二)药学部药品质量管理小组应每月召开会议,听取各部门药品质量管理员的工作汇报,研究、解决工作中存在的质量安全问题。

(三)药学部药品质量管理小组解决不了的质量问题,提交药品质量监督领导组会议决议。

五、药学部药品质量管理员负责药学部药品及药事质量工作的检查、监督和指导。药品质量管理员工作具有独立性,在药学部内享有对质量的裁决权。

六、医院与药品流通、使用、管理有关的各岗位工作人员,均应承担自己所负有的质量责任,并接受上级药品质量监督管理人员的监督、检查和指导。

用药管理制度

一、总则

(一)医院用药管理必须遵守《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《麻醉药品和精神药品管理条例》等法律法规和相关规章制度。

(二)本院药事管理组织为药事管理与药物治疗学委员会,按其章程、职责和工作制度行使职能。

(三)本制度包括医院基本用药供应目录管理、新药申请程序、药品供应管理和药品价格管理。

二、基本用药供应目录管理

(一)按照国家有关法律法规及本院用药实际,药事管理与药物治疗学委员会制定、批准本院基本用药供应目录,并按照新药引进和药品淘汰定期增减目录。

(二)药学部负责医院基本用药供应目录的编制,并根据药事管理与药物治疗学委员会的决定及时增减基本用药供应目录中的药物品种。

(三)药学部采购和配备的药品应与医院基本用药供应目录中药品相一致。

(四)如果医疗急救、突发事件或特殊需要使用基本用药供应目录以外的一次性购入的药品,临床医师申请填写《临时用药申请表》,经临床科主任签字,药学部主任同意,经主管院长批准,由药库按申请表的申请量购买。每季度报药事管理与药物治疗学委员会备案。

(五)药学部负责编写医院药品处方集,药事管理与药物治疗学委员会审核通过后,在医院内使用。

(六)药事管理与药物治疗学委员会负责对医院基本用药供应目录和全院药物使用情况进行监督。

三、新药申请程序

(一)新药是指本院基本用药供应目录以外的药品。

(二)医院基本用药供应目录每年增减调整药品率 $\leq 5\%$ 。

(三)新药加入医院基本用药供应目录之前,按以下程序提出申请:

1、申请由具有高级职称的临床专业医师提出,并按规定格式填写《新药审批表》,经科室3人讨论同意签字后,交临床专业科室主任初审并签字后,递交药学部。

2、药学部进行资料审查,汇总所有新药相关资料,由临床药学专业人员初审后,提交药事管理与药物治疗学委员会。

(四)药事管理与药物治疗学委员会进行终审,终审为专家投票表决形式,以2/3以上多数票通过后,列入本院基本用药供应目录,准许药品在全院范围内使用。

(五)经药事管理与药物治疗学委员会同意批准的新药,由药库采购入库,保证临床使用。

(六)药事管理与药物治疗学委员会对批准购入的新药,由临床药学将药品说明书及时进行在线维护,方便临床在线查询资料。

(七)药事管理与药物治疗学委员会批准购入的新药,在开始使用的半年内由提出申请的临床专业科室及时反馈药品的临床疗效、不良反应等,报药事管理与药物治疗学委员会。

(八)被否决的新药申请,须隔6个月后方可再次提出申请。

四、药品供应管理

(一)药库采购药品以药事管理与药物治疗学委员会审核制定的《医院基本用药供应目录》为依据,按药品采购管理制度执行。

(二)新药的引进和采购由药事管理与药物治疗学委员会统一管理,并按医院有关规定执行。

(三)麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品和易燃易爆等危险性药品,严格按照国家有关法律法规采购、验收、储存保管、调剂和使用。

(四)药库应建立药品入库验收管理制度,凭实物和原始单据登记入帐,做到收发有据,账物相符。

(五)库存药品应建电脑流水账册,实库存管理,每季度进行一次盘点。

(六)药品的储存按药品储存管理制度的有关规定执行。

(七)药品出库以先产先出、先进先出、易变先出、近效期先出为原则,建立效期药品管理制度。

(八)对质量合格但长期不用的药品,整理资料定期向临床科室征求意见,将结果提交药事管理与药物治疗学委员会讨论是否淘汰。

(九)药学部调剂部门按药品库存并结合临床用量情况填写领药申请单,药库按领药申请单核对实物,确认无误后发出。

(十)药学部调剂部门按国家处方管理办法规定、按本部门调剂有关制度和操作程序审核、调配、核对、发放药品。

(十一)药学部必须保障各临床科室的治疗用药,各临床科室和护理单元可根据各自用药特点和实际需要制定备用药品清单(原则上以抢救药品为主),由护士长和值班护士负责保管,并由药学部人员监管,每月检查效期、核对数量和检查质量。

五、药品价格管理

(一)药品价格必须严格按照有关规定执行,不得擅自更改和无依据作价。

(二)新药引进时,药库做帐人员和药品会计必须确认价格来源,准确无误后验收入库。

(三)遇到山东省药品集中采购平台挂网药品价格下调,不需要申请,进价直接下调,遇到价格上调,应有书面申请,并经分管领导签字同意后,方可进行价格调整。

六、处方和医嘱管理

(一)处方必须是由本院经注册的执业医师开具,由取得药学专业技术职务任职资格的人员审核。

(二)处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的,由开具处方的医师注明有效期限,但有效期最长不得超过3天。

(三)处方一般不得超过7日用量;急诊处方一般不得超过3日用量;对于某些慢性病、老年病或特殊情况,处方用量可适当延长,但医师应当注明理由。医疗用毒性药品、放射性药品的处方

用量应当严格按照国家有关规定执行。药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

（四）处方书写规则遵照国家处方管理办法要求。

（五）麻醉药品和精神药品处方和医嘱管理遵照国家处方管理办法及相关规定执行。

（六）处方应妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。处方保存期满后，经医疗机构主要负责人批准、登记备案，方可销毁。

七、给药管理

（一）给药权：具备执业资格的专业人员由医院医务部、护理部根据相关法律和法规确立给药权。

（二）给患者用药前，应核对患者姓名（住院患者尚需核对住院号）、药物名称、给药时间、剂量、途径，了解患者对该药物过敏史，需做皮试的药物必须查看皮试结果。

（三）给药应做好就诊日期、患者疾病描述、诊断、药品名称、规格、数量、用法用量等的记录。

八、用药监测

（一）新增药品应由申请该新药的临床专家或临床科室提供该药的新药评价小结，客观评价其疗效和不良反应。药学部负责提供该新药的质量报告。

（二）医务部会同药学部负责全院抗菌药物的监督管理和疗效评价工作。

（三）药品不良反应监测小组负责全院药品不良反应监测工作。

（四）药物使用过程中出现处方、医嘱、医嘱转录、配发、给药等错误时，应填写《医疗安全（不良）事件、医疗缺陷报告表》，上报质管办。

（五）药学部每月监测全院药品使用动态，对用药情况异常的品种进行专项点评，上报分管领导，并进行干预，提高全院合理用药水平。

（六）药学部开展处方点评和医嘱专项点评工作，每季度将不合理处方（医嘱）情况编印在《药事管理质量简报》，提高全院合理处方水平。

（七）医院每年一次开展全院药物使用情况年度评审，通过评审发现药品使用和管理中存在的问题，分析原因、提出整改措施和建议，报药事管理与药物治疗学委员会以供医院做药事决策时参考，提高全院药事管理水平。

药品遴选办法

根据卫生部《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》及国家基本药物政策相关要求，为保证我院药品遴选工作的公平、公正、公开，遴选结果的科学、合理，确保药品质量，结合我院临床用药实际，制定本办法。

一、药品遴选原则：首先选择山东省药品集中采购平台挂网品种，其次应遵循安全、有效、经济且基本药物优先的原则，同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种，处方组成类同的复方制剂1~2种；因特殊诊疗需要使用其他剂型或规格的药品，需由相关科室提出申请，经药事管理与药物治疗学委员会审核同意。相同剂型的品种，不同规格的，根据药物经济学原则选用临床常用规格；同一规格的，基本药物及专利药品优先；同一质量层次的，价格便宜的优先。

二、药品遴选的方式：药学部会同纪检部门从药事管理与药物治疗学委员会专家库随机抽取相关专业3~5名临床专家，与药事管理与药物治疗学委员会委员组成遴选专家组。药学部整理备选药品相关资料，填写《枣庄市立医院新药审批表》。专家根据《枣庄市立医院新药审批表》，在纪检部门的监督下，按遴选原则采用投票方式进行遴选，得票2/3的品种入选。

三、药学部根据遴选的药品制定医院基本用药供应目录，医院用药品种西药不超过1200种，中成药不超过300种。按照供应目录采购药品，每年增减调整药品率≤5%。

四、药事管理与药物治疗学委员会闭会期间，对于临床急需、特需品种，按临时用药相关规定及审批流程一次性购入。

五、医院将对下列品种予以清退或停用：

1、国家食品药品监督管理局或卫计委通报淘汰或停用的品种。

2、经省、市药检所抽检质量不合格的品种，或经国家药品质量管理部门公布为质量不合格的品种。

3、临床使用过程中出现质量问题的品种。

4、6个月内临床未用的品种。

5、对主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物。

6、按《药品用量动态监测及超常规预警制度》规定，需要停用的品种。

7、其他原因经医院药事管理与药物治疗学委员会讨论需要清退或停用的品种。

六、本办法适用于我院新品种的引进及原有品种的调整。基本药物的增补及调整简化流程，由药学部按照《国家基本药物优先合理使用实施办法》执行。抗菌药物的引进及调整参照《抗菌药物新药遴选和定期评估制度》执行。

七、本办法未尽事宜，由药事管理与药物治疗学委员会讨论决定。

处方资格认定制度

一、医务部根据相关法律法规对临床医师的药品处方权进行认定，并将本人签名式样和专用签章药房留样。

二、凡具有执业医师资格的进修学习人员的药品处方权及有效期限由医务部认定，并将本人签名式样和专用签章药房留样。

三、经市级以上卫生主管部门或授权的医院医务部门考核合格的本院执业医师具有麻醉药品、第一精神药品处方权。

四、通过本院医务部培训并考核合格的执业医师均具有第二类精神药品处方权。

五、抗菌药物处方权

医师经过抗菌药物临床应用培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权。特殊使用级抗菌药物处方权由副主任及以上医师开具，限制使用抗菌药物由主治医师及以上开具。

处方管理办法实施细则

第一章 总 则

第一条 为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据卫生部《处方管理办法》，制定本细则。

第二条 本细则所称处方，是指由注册的执业医师和执业助理医师（以下简称医师）在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员（以下简称药师）审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医院病区用药医嘱单。

本细则适用于本院与处方开具、调剂、保管相关的部门及人员。

第三条 医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则。

第二章 处方管理的一般规定

第四条 处方由医院按照卫计委规定的标准和山东省卫生厅制定的格式印制。

第五条 处方书写应当符合下列规则：

（一）患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

（二）每张处方限于一名患者的用药。

（三）字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。

（四）药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；任何单位或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

（五）患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时注明体重。

（六）西药、中成药、中药饮片应当分别单独开具处方。

（七）开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。

（八）中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。

（九）药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当在超剂量开具的药品旁边注明原因并再次签名。

（十）除特殊情况外，应当注明临床诊断。

（十一）开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

（十二）处方医师的签名式样和专用签章应当与药学部留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。由医务部建立专门的医师签名（签章）式样留样备案表，内容包括医师的姓名、工号、科别、职称、签名式样、签章形式和备注栏，在备注栏中记录变更的情况（如处方权注销情况、职称变动、取得处方权的日期等）。

医师签名（签章）式样留样备案表管理要求：

（1）留样备案表一式二份，分别由药学部与医务部备案保存。

（2）医务部应当及时更新留样备案表内容。

（3）留样备案表须保存3年以上（与处方的最长保存期限同步）。

第六条 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克（g）、毫克（mg）、微克（ μg ）、纳克（ng）为单位；容量以升（L）、毫升（ml）为单位；国际单位（IU）、单位（U）；中药饮片以克（g）为单位。片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

第三章 处方权的获得

第七条 在本院注册的执业医师取得相应的院内处方权。

在本院注册的执业助理医师开具的处方，应当经本院执业医师签名或加盖专用签章后方有效。

第八条 医师应当在医务部签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

第九条 由医务部按照有关规定，对全院执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权，药师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后，方可在院内开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格后，方可在院内调剂麻醉药品和第一类精神药品。

第十条 试用期人员开具处方，应当经本院有处方权的执业医师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

第十一条 进修医师由医务部对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

第四章 处方的开具

第十二条 医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

第十三条 由药学部根据本院的性质、功能、任务，制定药品处方集。处方集应分总论、各论、附录三部分，内容应当简要概括本院现有药品的药理作用、适应证、不良反应、注意事项、药物相互作用等。处方集应每两年修订出版一次。

第十四条 药学部应当按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种，处方组成类同的复方制剂1~2种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的，按《药品遴选办法》引进。

第十五条 医师开具处方应当使用《基本用药目录》中的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称、复方制剂药品名称和院内制剂名称。为方便医师开具处方，《基本用药目录》的药品信息项在括号内附加商品名、商标名、习惯用名等。

第十六条 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过3天。

第十七条 处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老

年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按照国家有关规定执行。

第十八条 医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

第十九条 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。

病历中应当留存下列材料复印件：

- （一）二级以上医院开具的诊断证明；
- （二）患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；
- （三）为患者代办人员身份证明文件。

上述病历、《知情同意书》及证明材料由门诊分诊处妥善保存，保存期限为三年。

第二十条 除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于院内使用。对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡、盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于院内使用。

第二十一条 为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

第二十二条 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。

第二十三条 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为1日常用量。

第二十四条 接诊医师应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每3个月复诊或者随诊一次。

第二十五条 医师利用计算机开具、传递普通处方时，应当同时打印出纸质处方，其格式与手写处方一致；打印的纸质处方经签名或者加盖签章后有效。药师核发药品时，应当核对打印的纸质处方，无误后发给药品，并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。

第五章 处方的调剂

第二十六条 取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

第二十七条 药师在本院取得相应的处方调剂资格。药师签名或者专用签章式样应当在药学部留样备查。

第二十八条 具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

第二十九条 药师应当凭医师处方调剂处方药品，非经医师处方不得调剂。

第三十条 药师应当按照操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

第三十一条 药师应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。

第三十二条 药师应当对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

- （一）规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
- （二）处方用药与临床诊断的相符性；
- （三）剂量、用法的正确性；
- （四）选用剂型与给药途径的合理性；
- （五）是否有重复给药现象；
- （六）是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；
- （七）其它用药不适宜情况。

第三十三条 药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请其确认或者重新开具处方。

药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师修改处方，并应当记录，按季度汇总后后上报药事管理与药物治疗学委员会。

第三十四条 药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

第三十五条 药师在完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用签章。

第三十六条 药师应当对麻醉药品和第一类精神药品处方，按年月日逐日编制顺序号。

第三十七条 药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

第三十八条 医院应当将本院基本用药供应目录内同类药品相关信息告知患者。

第三十九条 除麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和儿科处方外，任何部门或个人不得限制门诊就诊人员持处方到药品零售企业购药。

第六章 监督管理

第四十条 药事管理与药物治疗学委员会应当加强对本院处方开具、调剂和保管的管理。

第四十一条 药事管理与药物治疗学委员会应当建立处方点评制度，每季度填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并在院内办公网上通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。

第四十二条 药事管理与药物治疗学委员会应当对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

第四十三条 医师出现下列情形之一的，医院取消其处方权：

- （一）被责令暂停执业；
- （二）考核不合格离岗培训期间；
- （三）被注销、吊销执业证书；
- （四）不按照规定开具处方，造成严重后果的；

(五) 不按照规定使用药品,造成严重后果的;

(六) 因开具处方牟取私利。

第四十四条 未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

第四十五条 除治疗需要外,医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

第四十六条 未取得药学专业技术职务任职资格的人员不得从事处方调剂工作。

第四十七条 处方由药学部妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年,医疗用毒性药品、第二类精神药品处方及医保处方保存期限为2年,麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。

处方保存期满后,由药学部提出申请,经主管院长批准、登记备案,方可销毁。

第四十八条 药学部应当根据麻醉药品和精神药品处方开具情况,按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记,登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为3年。

第七章 法律责任

第四十九条 相关的法律责任及处罚措施按卫生部《处方管理办法》执行。

处方点评制度

一、组织领导

医院处方点评工作是在“药事管理与药物治疗学委员会”的具体领导下,由医务部、门诊部和药学部共同组织实施。

(一) 成立医院合理用药与处方点评专家组

在药事管理与药物治疗学委员会组织下成立由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成的合理用药与处方点评专家组,为处方点评工作提供专业技术咨询与指导。

(二) 成立处方点评工作小组

药学部成立处方点评工作小组,负责处方点评的具体工作。处方点评工作小组成员应当具备以下条件:

1. 具有较丰富的临床用药经验和合理用药知识;
2. 具有获得新药和临床正确、适宜使用药物新知识的能力;
3. 熟悉相关的药事法律法规;
4. 具有中级以上药学专业技术职务任职资格。

二、处方点评方法、内容及标准

(一) 点评处方的抽样方法和抽样率

1. 抽样方法

处方点评工作小组按电脑程序每月随机抽取100张门急诊处方,30份出院病历,进行点评。

2. 抽样率

门急诊处方的抽样率不少于总处方量的1‰,且每月点评处方绝对数不少于100张;病房(区)

医嘱单的抽样率(按出院病历数计)不少于1%,且每月点评出院病历绝对数不少于30份。

(二) 点评内容

1. 门急诊处方

按照《医院处方点评管理规范(试行)》的要求,对抽查处方的书写规范性与药物临床使用适宜性进行评价。点评结果填写《处方点评工作表》。

2. 病房(区)用药医嘱

以患者病历为依据,对用药医嘱实施综合点评,点评表格和内容根据每次点评目的合理设计。

3. 专项处方点评

根据医院药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题,每年进行2-3次特定药物或特定疾病的药物(如血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、辅助治疗药物、激素、质子泵抑制剂等)临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围手术期用药)使用情况进行点评。

(三) 评价标准

依据《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《医院处方点评管理规范(试行)》、药品说明书等。

(四) 点评方法

先由处方点评工作小组按照上述处方点评方法、内容及标准进行初步点评,将不合理处方及医嘱挑选出来,然后再交合理用药与处方点评专家组进行评价,并做出最终评判。

(五) 点评结果

1. 处方点评结果分为合理处方和不合理处方。
2. 不合理处方包括:不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

三、处方点评结果处置程序与质量持续改进

(一) 药学部会同医务部、门诊部对处方点评结果进行汇总分析,并提出质量改进建议,向医院药事管理与药物治疗学委员会报告。

(二) 医院药事管理与药物治疗学委员会根据三部门提交的质量持续改进建议,研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施,提高合理用药水平,保证患者用药安全。医务部负责将改进措施及时通知到个人及其所在的科室并监督其落实。

(三) 每季度将不合理处方(医嘱)汇总公布在《药事管理质量简报》上,对不合理用药进行公示、干预、改进及超常预警措施。

四、监督管理

(一) 医院对一个考核周期内(一年)五次以上开具不合理处方的医师,认定为医师定期考核不合格,离岗参加培训。

(二) 对连续开具超常处方三次以上且无正当理由的医师,提出警告并限制其处方权;限制其处方权后,仍连续两次以上出现超常处方且无正当理由的,取消其处方权。

(三) 未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交待或未对不合理处方进行有效干预的药师,医院对其批评教育、离岗培训。

(四) 处方点评结果作为重要指标纳入医院医疗质量考核体系、医师定期考核体系,扣医师所在科室贯效考核分,并与科室、医务人员年度考核和评优选先挂钩。

药品发放管理制度

为加强药品管理，保证药品质量，确保患者用药安全，依据《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》等有关规定，制定本制度。

1. 临床使用的药品由药学部统一采购供应。经药事管理与药物治疗学委员会审核同意，核医学科可以购用、调剂本专业所需的放射性药品。其他科室或者部门不得从事药品的采购、调剂活动，不得在临床使用非药学部采购供应的药品。
2. 药学部药库负责全院药品采购供应工作，采购药品以药事管理与药物治疗学委员会审核制定的《医院基本用药供应目录》为依据，按药品采购管理制度执行。
3. 药学部各药房按《药品出入库制度》，统一从药库请领药品。
4. 门诊药房按照《处方管理办法》要求，负责门诊患者的药品调剂、发放工作。
5. 院外门诊所使用药品统一由药学部发放，不得私自采购销售药品。
6. 病房药房负责住院患者的药品调剂、发放工作，并负责将长期医嘱药品送到病房。
7. 各病区有专人负责从病房药房请领临时医嘱药品工作。
8. 经过资格认定及相关培训的护理人员方可从事住院患者药品发放工作。
9. 护理人员根据处方或医嘱给药时须对药品、用法用量、给药途径、药品效期、外观质量等进行核对与检查，并签字确认。
10. 凡住院患者治疗需要的药品均由药学部门供应，一般不得使用患者自带药品。
11. 病区备用药品按有关规定从药库领取，病区从病房药房、门诊诊室从门诊药房更换近效期备用药品。
12. 特殊管理药品执行三级管理制度，实行批号管理，开具的药品可追溯到患者。
13. 患者退药按《患者退药管理制度》执行，确保药品质量，报损、销毁药品按有关规定执行。
14. 医院药品质量监督领导组每月对全院药品使用各环节及药品质量进行检查，发现问题，予以通报，并进行处罚。

临床用药监测评价体系

为规范临床用药行为，促进合理用药，确保患者用药安全，特制定临床用药监测评价体系。

1. 医院药事管理与药物治疗学委员会负责临床用药的监测、评价及监管。
2. 严格控制药品收入占业务总收入的比例，医院确定各临床专业的药品比例，每月统计相关数据，对用药比例超标的，按规定扣罚科室相应奖金。
3. 定期对抗菌药物专项评价，充分利用省抗菌药物监测网的作用，每月对抗菌药物临床应用情况分析总结，对不合理用药情况及不合理用药医师进行公示，并按规定进行处罚。
4. 实施临床用药动态监测及超常预警制度，对当月使用量前三位、连续两个月用量前三位和用量增幅较大的药品进行重点监测，对符合上述条件之一的或其它可疑药品，上报药事管理与药物治疗学委员会，药事管理与药物治疗学委员会结合疾病流行状态、科室用量走势、按病种用量走势等

进行综合分析，对于使用明显不合理的品种给予停用。

5. 坚持“三项公示”制度，每月公示不合理处方、销售金额和使用数量排序前十位药品及销售金额和使用量（DDDs）排序前十位的抗菌药物。
6. 实施处方点评制度。每月对门急诊处方进行点评，对不合理处方、超常处方进行干预。对特定的药物或特定疾病的药物使用情况（如血液制品、质子泵抑制剂、中药注射剂、肠外营养、抗菌药物、激素、辅助治疗药物的临床使用，超说明书用药、肿瘤患者用药、围手术期用药等）进行专项点评，制定改进措施。
7. 实施用药错误监测报告制度，建立确定和报告用药错误的登记、报告、分析和处理的程序，通过了解院内外发生的用药错误类型来预防用药错误，避免用药错误的再次发生，确保患者安全。
8. 实施药品不良反应监测报告制度，及时记录、报告药品不良反应，对严重不良反应建立处理程序及应急预案。药学部每季度对收集的药品不良反应进行因果分析、上报药事管理与药物治疗学委员会并通报，以降低患者用药风险。
9. 制定病区备用药品管理制度，确定各病区急救、备用基数药品的种类和数量，药学部每月对病区备用药品进行检查、分析，每季度将结果汇总上报药事管理与药物治疗学委员会并进行通报。
10. 严格执行退药管理制度，每月对临床退药进行汇总、整理，对退药原因进行分析，并将结果进行通报。
11. 建立药品召回制度，当发生、发现或高度怀疑药品质量与药事工作质量的问题、事件可能影响患者安全与诊疗质量时，按照既定的原则、程序和方法，收回药品。
12. 严格监督考核，把合理用药作为考核医师的重要标准，定期公示不合理用药情况，记入个人技术档案，并作为个人晋升、评聘职称的参考。

临床合理用药管理规定

为加强医院药事管理工作，促进临床合理用药，保障临床用药的安全性、有效性、经济性，减少药物的不良反应及细菌耐药性的产生，全面提高医疗质量，依据《药品管理法》、《执业医师法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《关于规范诊疗行为降低医疗费用提高服务能力的通知》、《关于进一步加强党风廉政建设治理医药购销领域商业贿赂的意见》等相关法律、法规、规章和规范性文件，制定本规定。

一、临床合理用药基本原则

1. 医师在诊疗过程中必须按照药品说明书所列的适应症、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等制定合理的用药方案，使用或更改、停用药物必须在病历上作出分析记录，执行用药方案时医师、护士要密切观察疗效，注意不良反应。
2. 医师不得随意扩大药品说明书规定的适应症等范围，因临床需要确需扩展药品使用规定的，由科室向医院药事管理与药物治疗学委员会提出申报、专家委员会讨论审批、医务部与药学部备案，并签署患者知情同意书。
3. 医师制定用药方案时应根据药物作用特点，结合患者病情和药敏情况个体化用药，充分考虑剂量、疗程、给药时间、给药途径，同时考虑药物成本与疗效比，降低药品费用，争取用最少的药物

达到预期的目的。

4、规范药物使用，加强合理用药行为的监管。各临床科室制定本科室常见病、多发病的药物目录，其中基础用药是指通用教科书或权威机构发布的临床指南规定的必须使用的有明确医学依据疗效确切的药物，辅助用药是指其他依据可以使用的药物。基础用药和辅助用药由医院药事管理委员会专家审定，逐步降低辅助用药比例。每月统计科室基础用药和辅助用药的价值、数量、处方医师，认真进行药物使用合理性分析并报医院纪委监察室。

5、药学部积极开展以合理用药为核心的临床药学工作；及时收集药物安全性和疗效等信息，为临床用药提供服务，提出合理用药建议。

二、合理使用抗菌药物

1、抗菌药物实行分级管理制度，严格医师和药师资质管理。应用抗菌药物应严格执行《枣庄市立医院抗菌药物临床应用和管理实施细则》。

2、各病区严格控制抗菌药物临床应用相关指标（见科主任目标责任书）。

三、严格执行国家基本药物制度

1、医师制定用药方案时应根据药物作用特点，结合患者病情优先选用基本药物，严格执行《基本药物优先合理使用实施办法》。

2、制订各病区基本药物使用比例，药学部每月统计各病区基本药物使用比例。

四、规范中成药的使用和管理

1、加强中成药临床应用管理，保证临床用药安全，在医疗工作中，临床医师应遵循中医基础理论，依据《中成药临床应用指导原则》，根据患者实际情况，选用适宜的药物，辨证辨病施治。

2、列入科室诊疗《基础用药目录》与《辅助用药目录》的中成药，临床医师要根据中医辩证施治的原则，注意配伍禁忌，合理选药。对于需要辩证的中成药必须由具有中医药处方资格的医师处方，未取得中医药处方资格的西医医师不得开具。确需中成药治疗的，应当中医医师会诊，并请具有中医药处方资格的中医医师辨证施治开具处方。

五、严格临床合理用药监督管理

医院成立临床合理用药管理领导小组，下设办公室及督导检查组、绩效考核组、监督组、新城分院工作组4个工作组，强化组织领导。并通过以下措施，切实加强临床合理用药监督管理。

1、落实处方、病历点评制度。成立合理用药专家库，成员由临床科室正、副主任及临床药师组成。督导检查组每月从合理用药专家库随机抽取专家，对全院临床药物使用情况组织检查，依据我院《处方点评制度》和《处方点评管理规范（试行）实施细则》，通过处方、病历专项点评等形式对临床用药进行适宜性和合理性审核，发现不合理用药情况进行汇总分析后报绩效考核组。

2、落实用药公示制度。药品销售数量、金额居前十位的药品公示制度、医师用药前十名监控情况、医师合理用药评价通报制度，定期在本院公布以上监控情况。

3、落实药品用量动态监测与超常预警制度。药学部每月统计药品销售数量、金额居前十位的药品，并对使用情况进行分析，对于销售异常、企业违规销售等情况的药品进行及时干预。

六、严格奖惩

1、各临床科室主任为本科室临床合理用药的第一责任人，对本科室临床合理用药全面负责，及时纠正本科室临床用药中存在的问题。

2、合理用药督查结果纳入医疗质量考核内容，并与科主任考核挂钩。

3、每月份对临床不合理用药情况通过《药事管理质量简报》进行公示。

4、对存在不合理用药的个人视情节轻重分别给与警告、通报批评、停止处方权一至三个月等处理。

5、因不合理用药而导致的医疗纠纷及事故等，按相关规定处理。

七、本规定自2016年9月起执行。

关于进一步加强辅助用药管理的通知

为认真贯彻落实国家卫计委《关于印发2015年纠正医药购销和医疗服务中不正之风专项治理工作要点的通知》（国卫医发【2015】64号）、枣庄市卫计委《关于加强辅助药物临床使用管理的通知》（枣卫字【2017】146号）文件精神，为进一步提高我院合理用药水平，降低不合理费用，保证群众用药安全，制定本规定：

一、强化措施，提高辅药临床合理使用水平。

（一）明确辅助用药属性

临床辅助用药是指有助于增加主要治疗药物的作用或通过影响主要治疗药物的吸收、作用机理、代谢以增加其疗效、降低毒副作用的药品；或有助于疾病或机体功能紊乱的预防和治疗药品。主要分为增强组织代谢类、活血类、神经营养类、维生素类、电解质类、自由基清除剂、免疫调节剂、新型糖类输液类、肠内外营养类、其他类等十类。

（二）制定临床使用目录。医院根据临床各专业用药情况进行梳理、分析，结合就诊患者疾病谱特点，优先选择临床常用剂型和剂量规格，经药事管理与药物治疗学委员会讨论最终确定80个品种作为我院辅助用药，并制定辅药目录（见附件），于8月底报市卫计委备案。辅药目录原则上一年调整一次，因临床、科研、新药上市等情况，确需修改调整辅药目录的，应经药事管理与药物治疗学委员会讨论形成统一意见后重新制定辅药目录，并报卫生计生行政部门备案。

二、加强监督，规范临床用药行为。

（一）完善药事管理体系。

医院应当严格落实《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》、《医院处方点评管理规范（试行）》等法律法规及规定，完善并落实相关药事管理制度。明确辅助用药使用原则，要求医师严格按照药品说明书上记载的适用症和用法用量开具药品，禁止超说明书用药。加强临床药师处方审核、发药、核对与用药交待等工作，对药品调剂中发现不适宜用药的，要告知开具处方医师，并请其确认或重新开具处方；对严重不合理用药或用药错误的，拒绝调剂，并履行告知、记录和报告等规定。强医务人员合理用药知识培训和考核，加强临床监督检查，逐步降低辅助用药使用比例。加把处方合格率作为检验合理用药知识培训效果的重要依据，建立处方点评与用药培训相互促进的长效机制，不断提高临床合理用药水平。临床药师应当积极参与临床科室查房、会诊、病历讨论和用药点评，为医师临床用药提供技术支持，及时干预和纠正不合理用药行为。

（二）实施专项处方点评。药学部应当对消耗金额排名进入前二十位的辅助用药及辅助用药中排名第一的药品全部纳入处方点评范围。每月对纳入专项点评的辅助用药随机抽取门急诊处方不少于30张，出院病历不少于30份实施点评，对终末病历实施专项点评的同时，加强对运行期病历的巡查，重点对正在使用进入目录药品的运行期病历进行抽查，及时发现、制止和纠正不合理用药行为。

(三) 强化点评结果运用。对在点评中发现的不合理用药行为进行公示和通报批评,对相关责任人及科室予以诫勉及相应处罚,对连续出现不合理用药行为的责任人应按照《处方管理办法》的规定停止其处方权。同时点评结果与责任人的评优评先、晋职晋级、绩效考核等事项挂钩。

三、加强领导,强化监督管理力度。

(一) 建立健全辅药管理体系。明确规定院长是辅药临床合理使用的第一责任人,分管领导是具体责任人,科主任是临床科室的主要责任人,亚专业负责人和临床小组组长是直接责任人,处方医师是当事人。同时明确药学部为辅助药物临床应用管理的责任部门,通过层层落实责任制,推进辅药临床使用管理工作持续开展,确保取得实效。

(二) 严格落实奖惩。医院将加大辅药使用的考核奖惩力度,做到有错必纠、严格奖惩,维护制度的严肃性。我院将辅助药品使用管理纳入医院标准化建设、年终综合目标考核,并进行绩效考核管理,对辅药管理不力的科室,将采取约谈、通报批评、责令整改等措施;对管理混乱,辅药使用无序的,经多次整改仍不到位的并造成严重影响或后果的科室,对科室主任和其他直接责任人员,进行责任追究,给予相应的处分。

四、本规定自 2017 年 9 月起执行。

附件:

枣庄市立医院辅助用药目录(2017 版)

分类	序号	药品名称	药品规格	药品产地
电解质类	1	钠钾镁钙葡萄糖	500ml	江苏恒瑞医药
	2	小儿电解质补给注射液	100ml	江苏恒瑞医药公司
	3	小儿电解质补给注射液	250ml	江苏恒瑞医药公司
	4	复合磷酸氢钾注射液	2ml	苏州天马医药
维生素类	5	多种微量元素注射液	2ml	四川美大康佳
	6	脂溶性维生素	复方制剂	山西普德药业
	7	脂溶性维生素(II)/水溶性	复方制剂	成都天台山制药
活血类	8	注射胰激肽原酶	40 单位	常州千红生化
	9	马来酸桂哌齐特	10ml*320mg	北京四环制药
	10	马来酸桂哌齐特	2ml:80mg	北京四环制药
	11	前列地尔注射液	2ml:10ug	西安力邦制药
	12	法舒地尔注射液	30mg:2ml	天津红日
免疫调节剂	13	薄芝糖肽注射液	2ml	北京赛生药业
	14	注射用胸腺法新	1.6mg	苏州天马医药
	15	注射用胸腺五肽	10mg	国药一心制药有限
	16	重组人白介素-2	200 万 IU	山东泉港药业
	17	注射用核糖核酸 II	50mg	吉林敖东药业
	18	注射用核糖核酸 II	100mg	吉林敖东药业
神经营养类	19	a- 硫辛酸注射液	12ml:300mg	德国
	20	注射用奥拉西坦	1g	石药集团欧意药业
	21	奥拉西坦注射液	5ml:1.0g	广东世信药业
	22	单唾液酸神经节苷脂	20mg/2ml	齐鲁制药厂
	23	脑蛋白水解物	30.5mg	广州市隆赋药业

神经营养类	24	注射用脑蛋白水解物	60mg	山西普德药业
	25	鼠神经生长因子	18ug	厦门北大之路生物工程
	26	鼠神经生长因子	30ug	丽珠集团制药厂
	27	甲钴胺	0.5mg/1ml	卫材(中国)药业
增强组织代谢类	28	脱氧核苷酸钠注射液	50mg*2ml	北京赛生药业
	29	丁苯酞氯化钠注射液	100ml:25mg	石药集团恩必普药业
	30	依达拉奉注射液	20ml:30mg	西安利君制药
	31	三磷酸胞苷二钠	40mg	山东北大高科华泰制药
	32	二丁酰环磷腺苷钙	20mg	上海第一生化
	33	环磷腺苷葡胺	90mg	无锡凯夫制药
	34	注射用腺苷钴胺	1.0mg	华北制药
	35	多烯磷脂酰胆碱针	5ml*232.5mg	成都天台山制药
	36	门冬氨酸鸟氨酸	2.5g	武汉启瑞药业
	37	门冬氨酸鸟氨酸	5g:10ml	德国
	38	左卡尼汀注射液	1g:5ml	哈尔滨誉衡制药有限公司
	39	果糖二磷酸钠针	5g	山东新华制药
自由基清除剂	40	还原型谷胱甘肽	1.2g	昆明积大制药
	41	硫普罗宁	0.1g	山东罗欣药业有限公司
	42	腺苷蛋氨酸	0.5g	意大利雅培制药
肠内外营养类药	43	丙氨酰谷氨酰胺注射液	50ml:10g	四川科伦医药公司
	44	丙氨酰谷氨酰胺注射液	20g:100ml	华瑞制药
	45	复方氨基酸注射液(18AA- II)	250ml/21.25g	华瑞制药
	46	复方氨基酸注射液(18AA-V)	250ml:8.06g	湖北航天杜勒制药
	47	复方氨基酸注射液(18AA- VII)	200ml:20.6	辽宁海思科制药
	48	复方氨基酸注射液(18AA-IV)	250ml:8.7g	广东利泰制药
	49	小儿复方氨基酸注射液(18AA-I)	20ml	山东鲁抗辰欣药业
	50	小儿复方氨基酸注射液	50ml	上海长征富民金山制药
	51	脂肪乳氨基酸(17)葡萄糖(11%)注射液	1440ml	华瑞制药
	52	脂肪乳注射液	20%*250ml	华瑞制药
	53	结构脂肪乳注射液	20%250ml	华瑞制药
	54	脂肪乳注射液(C14-24)	250ml:50g	广东大冢制药
	55	肠内营养乳剂 TPF-D	500ml	华瑞制药
	56	肠内营养混悬液(SP)	500ml	纽迪希亚制药
其他类	57	注射用门冬氨酸钾镁	2g	山西普德药业
	58	甘油果糖氯化钠	250ml	山东华信制药
	59	天麻素注射液	0.5g:5ml	西南药业
	60	阿魏酸钠	0.3g	山东罗欣药业
	61	蔗糖铁注射液	5ml:100mg	南京恒生制药厂
	62	注射用复方甘草酸苷	40mg	哈尔滨三联药业
	63	复方甘草酸苷针	40mg/20ml	卫材(中国)药业
	64	异甘草酸镁注射液	50mg:10ml	正大天晴药业集团
	65	乌司他丁	10 万 u	广东天普生化
	66	生长抑素	3mg	扬子江药业集团
	67	奥曲肽	0.1mg:1ml	诺华制药
	68	奥曲肽注射液	0.2mg:1ml	国药一心制药

抗菌药物临床应用管理办法

一、抗菌药物临床应用管理是指以促进抗菌药物安全、有效、经济使用为目的，对医院抗菌药物的采购供应、处方开具、药品调剂、临床应用和监测等全过程所开展的各种监督管理、教育培训、技术支持与持续改进工作。

二、抗菌药物临床应用应当遵循安全、有效、经济的原则。

三、制定抗菌药物临床应用管理实施细则，对临床应用的抗菌药物实行分级管理，建立抗菌药物临床应用评估与持续改进制度。临床医师应用抗菌药物时需按《抗菌药物分级管理办法》有关规定，严格按照处方权限应用抗菌药物。

四、抓好抗菌药物临床应用相关学科的建设，建立专业人才培养和考核制度，充分发挥相关专业技术人员在抗菌药物临床应用管理工作中的作用。

五、建立并完善抗菌药物管理组织。在药事管理与药物治疗学委员会下设立抗菌药物管理工作组，由医务、药学、感染性疾病、临床微生物、护理、医院感染管理等部门负责人和具有高级专业技术职务任职资格的人员组成。日常工作由药学部负责。

六、临床医师应严格按照《抗菌药物临床应用管理实施细则》、《围手术期预防用抗菌药物管理规定》有关规定，合理应用抗菌药物。

七、按照国家卫计委抗菌药物临床应用监测网有关要求，开展抗菌药物临床应用监测工作，分析本院及临床各专科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性。对本院抗菌药物使用的趋势进行分析研究，对抗菌药物不合理使用现象应当及时采取有效的干预措施。

八、按照山东省细菌耐药监测网有关要求，开展细菌耐药监测工作，根据《抗菌药物临床应用预警机制》，对主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物，暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

九、按照《药物使用动态监测与超常预警制度》对抗菌药物用量进行动态监测及超常预警，对符合停用条件的抗菌药物进行限量或停用。

十、为了加强我院抗菌药物管理，提高合理用药水平，遏制细菌耐药性产生，巩固抗菌药物临床应用管理成效，医院建立抗菌药物长效管理（AMS）制度，针对感染性疾病，建立MDT诊疗模式。

十一、充分发挥医院药事管理与药物治疗学委员会、抗菌药物管理工作组的作用，对全院抗菌药物的合理应用进行管理与督查；组织抗菌药物合理应用的培训、教育与考核；每季度对医院抗菌药物的应用情况进行分析、研究、总结，对抗菌药物的合理应用及停用提出建议。

十二、建立抗菌药物临床应用逐级排序、公示和诫勉谈话制度。对医院、科室和医务人员抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行排序，并按照排序结果分别召集排名靠前的科室负责人和医师进行诫勉谈话，对排名情况和相关数据进行公示。

抗菌药物临床应用管理实施细则

为切实加强我院抗菌药物临床应用管理，进一步规范我院抗菌药物合理使用，根据国家卫计委制定的《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》、《关于加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药工作的通知》及全省抗菌（鲁卫医字[2017]26号）及国家抗菌药物临床应用专项整治活动精神，制定本实施细则。

一、组织机构及职责

为加强抗菌药物临床应用管理，在药事管理与药物治疗学委员会下设立抗菌药物管理工作组，由医务、药学、感染性疾病、临床检验、护理、感染管理等部门负责人和具有高级专业技术职务任职资格的人员组成，日常工作由医务部和药学部负责。

抗菌药物管理工作组职责：

（一）贯彻执行抗菌药物使用管理相关的法律、法规、规章。制定我院抗菌药物管理制度，并监督实施；

（二）制订我院抗菌药物供应目录、抗菌药物临床应用相关文件并组织实施；

（三）对本院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估监测数据，提出干预和改进措施；

（四）对医务人员进行有关抗菌药物管理法律、法规、规章制度和技术规范的教育培训，组织合理使用抗菌药物知识的公众宣传教育工作。

各部门职责：

（一）医务部

1. 负责并组织专家对抗菌药物合理应用的会诊指导与监督管理工作；

2. 组织对全院医务人员抗菌药物合理应用相关知识的学习、培训和考核。

（二）药学部

1. 负责并组织临床和各职能科室做好抗菌药物临床应用和管理工作；

2. 及时为临床医务人员提供抗菌药物临床应用和管理的有关信息；

3. 组织检查和评价临床抗菌药物的使用情况，提供医院单品种用药总量监控公示情况、医师用药情况、医师合理用药评价的相关数据及分析报告；

4. 设置抗感染专业临床药师，组织临床药师参与临床合理使用抗菌药物的相关工作，对抗菌药物临床应用情况提出书面反馈意见。

5. 每月（季）负责对以下工作内容上报工作：

（1）全院抗菌药物临床使用情况分析；

（2）门急诊处方使用抗菌药物的点评及情况分析；

（3）住院用药医嘱中使用抗菌药物的点评及情况分析。

（三）检验科

1. 每月将各临床科室标本送检率、院内感染的病原菌分布及药敏情况报送医务部、感染管理科、药学部；

2. 对住院患者的细菌培养及耐药情况按季度做详细监测分析，并将常见致病菌（如：革兰阴性

杆菌中包括大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌、肺炎克雷伯杆菌、阴沟肠杆菌等，革兰阳性球菌包括金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、粪肠球菌、屎肠球菌等)的耐药情况及时报告给医务部、医院感染管理科。

(四) 感染管理科

1. 定期到检验科了解细菌培养情况，及时了解医院感染动向，并将耐药菌情况及时向临床医师反馈；

2. 每季度将医院病原学监测和耐药情况进行分类、统计、分析，并根据病原菌变迁、耐药现象与抗菌药物应用情况，提出对抗菌药物应用品种的干预措施。

(五) 临床科室

各临床科室科主任及医疗组长定期检查本科、本组使用抗菌药物的医嘱，及时发现抗菌药物使用不合理之处，予以指导和组织整改。临床科室抗菌药物使用情况联络员要对药学部每月药事检查反馈表进行分析、提出整改意见，每季度进行汇总分析。

二、加强抗菌药物遴选、购用的管理

(一) 严格执行《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)》、《中国国家处方集》临床诊疗指南、临床路径等规章、规范性文件与技术规范，加强对抗菌药物遴选、采购的管理。

(二) 抗菌药物由药学部统一采购供应，其他科室或者部门不得从事抗菌药物的采购、调剂活动，不得在临床使用非药学部采购供应的抗菌药物。

(三) 按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

(四) 医院对抗菌药物供应目录进行动态管理，清退存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差和违规使用的抗菌药物品种或品规。清退或者更换的抗菌药物品种或品规原则上12个月内不得重新进入抗菌药物供应目录。

严格控制抗菌药物购用品种、品规数量，保障抗菌药物购用品种、品规结构合理。抗菌药物品种不超过50种，同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购。头霉素类抗菌药物不超过2个品规；三代及四代头孢菌素(含复方制剂)类抗菌药物口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规；碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过3个品规；氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过4个品规；深部抗真菌类抗菌药物不超过5个品种。

(五) 建立抗菌药物遴选制度。

1. 根据临床需要，需变更已列入医院采购目录以内抗菌药物品种、品规和生产企业者，由临床科室提交申请报告，经药学部提出意见后，报医院抗菌药物管理工作组审议。抗菌药物管理工作组2/3以上成员审议同意后，提交药事管理与药物治疗学委员会审核，经药事管理与药物治疗学委员会2/3以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。但要保持采购供应目录内的抗菌药物总品种数不变；

2. 因临床特殊需要，需长期应用的抗菌药物品种、规格超出医院抗菌药物采购供应目录者，由抗菌药物管理工作组进行论证、报药事管理与药物治疗学委员会审核同意，并向上级卫生行政部门提出申请，经核准同意后，按遴选程序引进；

3. 因特殊感染患者治疗需要而临时使用医院采购目录以外抗菌药物的，启动临时采购程序。临

时采购由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物的名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，经医院药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组讨论通过后，由药学部临时一次性购入使用。同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序次数不超过5次。如果超过5次，要讨论是否列入医院抗菌药物采购目录内。但要保持采购供应目录内的抗菌药物总品种数不变。

严格控制申请临时采购抗菌药物的品种和数量，对同一临床科室在1个月内连续2次以上申请临时采购同一品种抗菌药物时，抗菌药物管理工作组应当进行调查，决定是否同意继续临时采购或者列入常规药品采购程序。

三、严格执行抗菌药物分级管理制度

医院按上级有关文件的规定，实行抗菌药物分级管理，并明确各级医师开具抗菌药物处方的权限，强化药剂调配人员对抗菌药物处方的审核和监督权力。

1、抗菌药物分级原则

非限制性使用：经临床长期应用证明安全、有效、价格相对较低的抗菌药物。

限制性使用：鉴于此类药物的抗菌特点、安全性和对细菌耐药性的影响，需对药物临床适应症或适用人群加以限制，价格相对较非限制类略高。

特殊使用：包括某些用以治疗高度耐药菌感染的药物，一旦细菌对其出现耐药，后果严重，需严格掌握其适应症者，以及新上市的抗菌药物，后者的疗效或安全性方面的临床资料不多，或并不优于现用药物者；药品价格相对较高。

2、医师抗菌药物处方权限 非限制使用抗菌药物由住院医师及以上专业技术职务任职资格的人员根据诊断和患者病情开具处方；限制使用抗菌药物由主治医师及以上专业技术职务任职资格的人员开具并有相关医疗文书记录和签名；特殊使用抗菌药物临床应用应具有严格临床用药指征或确凿依据，经医院药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组认定的会诊人员会诊同意并签署特殊使用抗菌药物会诊单后，由具有高级专业技术职务任职资格的医师开具处方。紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，并应做好相关记录。特殊使用级抗菌药物会诊人员由具有丰富抗菌药物临床应用经验的感染科、呼吸内科、重症医学科等专业具有高级专业技术职务任职资格的医师和临床药师担任。

3、处方审核和监督 药学专业技术人员按要求调配处方，并予审核监督，发现不符合要求的抗菌药物处方拒绝调剂，并通知医师本人或医务部。

四、门急诊处方抗菌药物管理

门诊普通处方不得超过7日用量，急诊处方不得超过3日用量，门急诊医师不得开具特殊使用抗菌药物处方，药师有权拒绝调配不合理使用抗菌药物处方。

五、围手术期抗菌药物预防性应用的管理

严格按照国家卫计委《抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)》及《围手术期预防用抗菌药物管理规定》中围手术期抗菌药物预防性应用的有关规定，加强围手术期抗菌药物预防性应用的管理，改变过度依赖抗菌药物预防手术感染的状况。

六、严格控制氟喹诺酮类药物临床应用

各临床科室必须严格掌握氟喹诺酮类药物的临床应用指征，加强管理，控制临床应用品种数量。氟喹诺酮类药物的经验性治疗可用于肠道感染、社区获得性呼吸道感染和社区获得性泌尿系统感染，其他感染性疾病治疗要在病情和条件许可的情况下，逐步实现参照致病菌药敏试验结果或本地区细

菌耐药监测结果选用该类药物。应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药，必须使用病例，需经科主任签字同意。对已有严重不良反应报告的氟喹诺酮类药物要慎重遴选，使用中密切关注安全性问题。

七、严格控制抗菌药物使用率和使用强度

住院患者抗菌药物使用率不超过 60%，门诊患者抗菌药物处方比例不超过 20%，急诊患者抗菌药物处方比例不超过 30%，住院患者抗菌药物使用强度控制在每百人天 40DDD 以下。

住院患者手术预防使用抗菌药物首次时间控制在术前 30 分钟至 1 小时，抗菌药物品种选择和使用疗程合理。I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过 30%，其中，腹股沟疝修补术（包括补片修补术）、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术、关节镜检查手术、颈动脉内膜剥脱手术、颅骨肿物切除手术和经血管途径介入诊断手术患者原则上不预防使用抗菌药物；I 类切口手术患者预防使用抗菌药物时间不超过 24 小时。

八、加强临床微生物检测与细菌耐药监测工作，建立抗菌药物临床应用预警机制

按照国家卫计委《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》要求，加强临床微生物检测与细菌耐药监测工作。根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 50%；接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。临床微生物实验室要提高病原学诊断水平，定期发布细菌耐药信息；根据全国和本地区细菌耐药监测结果，并结合实际情况，认真执行我院《抗菌药物临床应用预警机制》，针对不同的细菌耐药水平采取相应应对措施，以保证抗菌药物的合理、有效使用。

九、定期开展抗菌药物临床应用监测与评估工作

充分利用信息化手段定期开展抗菌药物临床应用监测，对院、科两级抗菌药物临床应用情况开展调查：抗菌药物品种、剂型、规格、使用量、使用金额，使用量和使用金额分别排名前 10 位的抗菌药物品种，住院患者抗菌药物使用率、使用强度、I 类切口手术和介入诊疗抗菌药物预防使用率，特殊使用级抗菌药物使用率、使用强度，门诊抗菌药物处方比例、急诊抗菌药物处方比例，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现使用量异常增长、使用量排名居于前列且频繁超适应证超剂量使用、企业违规销售以及频繁发生药物严重不良事件等情况，及时调查并采取有效干预措施。

1、药事管理与药物治疗学委员会严格审查引进的抗菌药物品种，对不良反应大或疗效不明显的，应慎重选择不选择；根据医院工作实际，每季度进行一次抗菌药物临床应用监测。分析医院及临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用的适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，对使用量异常增长、连续 2 个月金额排名前 3 位的抗菌药物，通过分析存在不合理现象的品种将采取限量采购政策；若发现促销品种，将终止该品种在医院的使用；

2、对抗菌药物，实行用量监督，即每月统计排名前十位抗菌药物的金额和使用量，对排名前 10 位的医师，报院纪委及院领导审查，并采取一定的形式院内公布。

十、加强对执业医师和药师进行规范化管理相关文件要求内容和抗菌药物使用知识的培训

执业医师经考核合格后方能取得抗菌药物处方权，药师经考核合格后方能取得抗菌药物调剂资格。抗菌药物使用知识和规范化管理培训和考核内容应至少包括：

（一）《药品管理法》、《执业医师法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、

《医疗机构药事管理规定》、《中国国家处方集》等相关法律、法规、规章和规范性文件；

（二）抗菌药物临床使用及管理制度；

（三）抗菌药物临床应用指导原则；

（四）细菌耐药与抗菌药物相互作用；

（五）抗菌药物不良反应的防治。

十一、做好国家卫计委抗菌药物临床应用和细菌耐药监测网要求的信息上报工作

按照国家卫计委《抗菌药物临床应用监测网工作方案》的要求，认真做好合理用药和细菌耐药监测工作，及时、准确地做好数据收集、上报、分析和结果上报等工作，并根据全国抗菌药物监测反馈结果，指导我院临床合理用药；相关部门及时向山东省细菌耐药监测网报送耐药菌分布和耐药情况等相关信息。

十二、落实抗菌药物处方专项点评制度

我院抗菌药物处方、医嘱点评工作由抗菌药物管理工作组和临床科室抗菌药物使用情况联络员联合对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。日常操作由药学会会同医务部、感染管理科及处方点评工作小组负责执行。每月随机抽查门急诊处方 100 张和所有抗菌药物出院病历进行评估。每名医师的处方或医嘱不少于 50 份，重点评价感染性疾病科、呼吸内科、重症医学科、外科等临床科室以及 I 类切口手术和心内科施行介入手术医师处方和医嘱。

根据点评结果中的不合理病例，每月以书面形式向相关科室反馈，各科室应针对相关问题讨论并整改。对点评不合理医嘱扣绩效考核分，并进行公示。

十三、强化临床药师岗位职责

临床药师要根据国家卫计委相关文件要求参加临床科室日常性医疗查房和会诊工作，参与临床药物治疗和围手术期的抗菌药物预防性应用指导，审核用药医嘱或处方，协助临床医师做好药物鉴别遴选工作。

十四、利用医院信息化建设平台，加强抗菌药物应用信息化管理

积极利用医院电子病历和 HIS 系统电子医嘱，促进医院抗菌药物合理使用的信息化管理。实施特殊使用级抗菌药物在线申请、处方或医嘱在线审核监测、抗菌药物用药医嘱自动停止时限控制系统等手段，加强对抗菌药物应用的监管。

十五、建立抗菌药物临床应用情况通报和诫勉谈话制度

根据国家卫计委相关文件要求，定期对临床科室和医务人员抗菌药物临床应用情况进行汇总，并向市卫计委报告。对非限制使用级抗菌药物临床应用情况，每年报告一次；对限制使用级和特殊使用级抗菌药物临床应用情况，半年报告一次。对临床科室抗菌药物的使用量、使用率和使用强度进行排序，对于未达到相关目标要求并存在严重问题的，召集科室负责人进行诫勉谈话，并将有关结果予以通报。

十六、加强对抗菌药物临床应用的指导和监管

严格执行国家卫计委《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》，相关职能部门切实履行对医务人员合理应用抗菌药物进行培训、指导、评价和监督检查的管理职责，抗菌药物管理工作组每月进行抗菌药物使用情况进行考核，对未按规定使用抗菌药物的科室扣科室相应的绩效考核分。

十七、加强特殊使用级抗菌药物管理，遏制细菌耐药

根据国家卫计委《进一步加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药的通知》，对碳青霉烯类抗

菌药物及替加环素等特殊使用级抗菌药物先行实施专档管理。各临床科室使用碳青霉烯类抗菌药物及替加环素时，要按照要求及时填报有关信息。医务部负责定期收集、汇总本单位碳青霉烯类抗菌药物及替加环素使用情况信息表，并进行分析，采取针对性措施，有效控制碳青霉烯类抗菌药物和替加环素耐药。对抗菌药物临床使用量大、使用级别高、容易产生问题的重症监护病房（ICU）、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房、烧伤病房等科室，要重点加强抗菌药物管理

十八、本实施细则自公布之日起执行

抗菌药物分级管理制度

为进一步加强抗菌药物的临床应用管理，明确各级医师使用抗菌药物的处方权限，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》和《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（卫办医发〔2015〕42号），山东省抗菌药物临床应用分级管理目录（2017年版）等法规文件精神，结合我院实际，制定抗菌药物分级管理制度。

一、分级原则

（一）非限制使用药物（即首选药物、一线用药）：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

（二）限制使用药物（即次选药物、二线用药）：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。

（三）特殊使用药物（即三线用药）：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。

（四）本院《抗菌药物分级管理目录2017》（见附件1）由医院药事管理与药物治疗学委员会根据《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》和《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2015〕42号）的规定及《山东省抗菌药物临床应用分级管理目录（2017年版）》制定，该目录涵盖全部抗菌药物，临时用药按特殊使用药物管理。

二、使用原则与方法

（一）总体原则：严格使用指针、坚持合理用药、分级使用、严禁滥用。

（二）具体使用方法

1、非限制使用抗菌药物所有医师均可以根据病情需要选用。

2、限制使用抗菌药物应根据病情需要，由主治医师及以上医师签名方可使用。

3、特殊使用抗菌药物的使用必须严格掌握用药指征，经抗菌药物管理工作组指定人员（见附件2）会诊同意并签署特殊使用抗菌药物会诊单（见附件3）后，由具有相应处方权医师开具处方。门诊医师不得开具特殊使用级抗菌药物处方。使用“特殊使用”抗菌药物会诊人员由具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科等具有高级专业技术职务任职资格的医师和临床药师担任。处方量不得超过1日用量，并做好相关病历记录。

4、紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量。

5、医师经考核合格后获得抗菌药物处方权，药师经考核合格后获得抗菌药物调剂资格。具有中

级以上专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予限制使用级抗菌药物处方权。

具有高级专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予特殊使用级抗菌药物处方权。

三、督导、考核办法

（一）由药学部会同医务部对本院医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训与教育，督导本院临床合理用药工作；依据《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》和医院《抗菌药物临床应用管理实施细则》，定期与不定期对各科室应用抗菌药物进行监督检查，对不合理用药情况提出纠正与改进意见。

（二）将抗菌药物合理使用纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

（三）检查、考核办法：每月对门、急诊处方、住院病历使用抗菌药物情况进行随机抽查。

1、门诊、急诊抗菌药物检查考核要点：

患者基本情况书写，包括年龄、性别、诊断；

抗菌药物使用情况，包括名称、规格、用法、用量、给药途径、是否按抗菌药物分级管理规定用药等。

2、住院患者抗菌药物检查考核要点：

（1）抗菌药物开始使用、停止使用、更换品种和超越说明书范围使用时是否分析说明理由，并在病程记录上有所记录；

（2）抗菌药物使用必须符合抗菌药物分级管理规定，当越级使用时，是否按照规定时间使用或履行相应的手续，并在病程记录上有所反映；

（3）抗菌药物联用或局部应用是否有指征，是否有分析，并在病程记录上有所记录；

（4）使用或更改抗菌药物前是否做病原学检测及药敏试验，并在病程记录上有所反映；对于无法送检的病例，是否已在病程记录上说明理由。

（四）对违规滥用抗菌药物的科室及个人，医院将进行通报批评，情节严重者，将降低抗菌药物使用权限，直至停止处方权。

附件：抗菌药物临床应用分级管理目录（2017）

附件：

抗菌药物临床应用分级管理目录（2017）

分 类	非限制使用级	限制使用级	特殊使用级
广谱青霉素	阿莫西林	阿洛西林	
	美洛西林		
对青霉素酶不稳定的青霉素类	青霉素		
	苜星青霉素		
青霉素类复方制剂（β-内酰胺酶抑制剂）	阿莫西林 / 克拉维酸	哌拉西林 / 他唑巴坦	
		美洛西林 / 舒巴坦	
第一代头孢菌素类	头孢氨苄	头孢硫脒	
	头孢唑林		
第二代头孢菌素类	头孢呋辛（酯）	头孢替安	
	头孢克洛		
第三、四代头孢菌素类	头孢曲松	头孢地尼	头孢吡肟
	头孢噻肟	头孢他啶	
头孢菌素类复方制剂		头孢哌酮 / 舒巴坦	
头霉素类		头孢米诺	
碳青霉烯类			美罗培南
			亚胺培南 / 西司他丁
			比阿培南
大环内酯类	红霉素	阿奇霉素（注射）	
	阿奇霉素（口服）		
	罗红霉素		
	克拉霉素		
林可酰胺类	克林霉素		
氨基糖苷类	庆大霉素	奈替米星	
	阿米卡星		
四环素类		多西环素	替加环素
喹诺酮类	吡哌酸		
	左氧氟沙星		
糖肽类			万古霉素
咪唑衍生物	甲硝唑	奥硝唑	
其他抗菌药物	磷霉素		利奈唑胺
抗真菌药	伊曲康唑（胶囊）	氟康唑（注射）	卡泊芬净
		伏立康唑（口服）	伏立康唑（注射）

围手术期预防用抗菌药物管理规定

为加强我院围手术期抗菌药物预防应用的监督和管理，规范外科手术预防应用抗菌药物，根据国家卫计委《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》及《外科手术部位感染预防与控制技术指南（试行）》等有关要求，结合医院的实际情况，制定本管理规定。

一、外科手术切口的分类

根据外科手术切口微生物污染情况，外科手术切口分为清洁切口、清洁-污染切口、污染切口、污秽-感染切口。

（一）清洁切口（Ⅰ类切口）。手术不涉及炎症区，不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。

（二）清洁-污染切口（Ⅱ类切口）。上、下呼吸道，上、下消化道，泌尿生殖道手术，或经以上器官的手术，如经口咽部手术、胆道手术、子宫全切除术、经直肠前列腺手术，以及开放性骨折或创伤手术等

（三）污染切口（Ⅲ类切口）。造成手术部位严重污染的手术，包括：手术涉及急性炎症但未化脓区域；胃肠道内容物有明显溢出污染；新鲜开放性创伤但未经及时扩创；无菌技术有明显缺陷如开胸、心脏按压者。

（四）感染切口（Ⅳ类切口）。有失活组织的陈旧创伤手术；已有临床感染或脏器穿孔的手术。

二、外科手术预防用药的目的

主要是预防手术部位感染，包括浅表切口感染、深部切口感染和手术所涉及的器官/腔隙感染，但不包括与手术无直接关系的、术后可能发生的其他部位感染。

三、外科手术预防用药基本原则

围手术期抗菌药物预防用药，应根据手术切口类别、手术创伤程度、可能的污染细菌种类、手术持续时间、感染发生机会和后果严重程度、抗菌药物预防效果的循证医学证据、对细菌耐药性的影响和经济学评估等因素，综合考虑决定是否预防用抗菌药物。但抗菌药物的预防性应用并不能代替严格的消毒、灭菌技术和精细的无菌操作，也不能代替术中保温和血糖控制等其他预防措施。

1. 清洁手术（Ⅰ类切口）：手术脏器为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。手术部位无污染，通常不需预防用抗菌药物。但在下列情况时可考虑预防用药：①手术范围大、手术时间长、污染机会增加；②手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术等；③异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等；④有感染高危因素如高龄、糖尿病、免疫功能低下（尤其是接受器官移植者）、营养不良等患者。

2. 清洁-污染手术（Ⅱ类切口）：手术部位存在大量人体寄殖菌群，手术时可能污染手术部位引致感染，故此类手术通常需预防用抗菌药物。

3. 污染手术（Ⅲ类切口）：已造成手术部位严重污染的手术。此类手术需预防用抗菌药物。

4. 污秽-感染手术（Ⅳ类切口）：在手术前即已开始治疗性应用抗菌药物，术中、术后继续，此不属预防应用范畴。

四、外科预防应用抗菌药物的选择

1. 根据手术切口类别、可能的污染菌种类及其对抗菌药物敏感性、药物能否在手术部位达到有效浓度等综合考虑。

2. 选用对可能的污染菌针对性强、有充分的预防有效的循证医学证据、安全、使用方便及价格适当的品种。

3. 应尽量选择单一抗菌药物预防用药，避免不必要的联合使用。预防用药应针对手术路径中可能存在的污染菌。如心血管、头颈、胸腹壁、四肢软组织手术和骨科手术等经皮肤的手术，通常选择针对金黄色葡萄球菌的抗菌药物。结肠、直肠和盆腔手术，应选用针对肠道革兰阴性菌和脆弱拟杆菌等厌氧菌的抗菌药物。

4. 头孢菌素过敏者，针对革兰阳性菌可用万古霉素、去甲万古霉素、克林霉素；针对革兰阴性杆菌可用氨曲南、磷霉素或氨基糖苷类。

5. 对某些手术部位感染会引起严重后果者，如心脏人工瓣膜置换术、人工关节置换术等，若术前发现有耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）定植的可能或者该机构 MRSA 发生率高，可选用万古霉素、去甲万古霉素预防感染，但应严格控制用药持续时间。

6. 不应随意选用广谱抗菌药物作为围手术期预防用药。鉴于国内大肠埃希菌对氟喹诺酮类药物耐药率高，应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。

7. 常见围手术期预防用抗菌药物的品种选择（附件 1：抗菌药物在围手术期预防应用的品种选择）

8. 特殊诊疗操作预防用抗菌药物的使用级品质选择（附件 2：特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议）

五、外科预防用抗菌药物的用药时机与给药方法

1. 给药方法：给药途径大部分为静脉输注，仅有少数为口服给药。

静脉输注应在皮肤、黏膜切开前 0.5 ~ 1 小时内或麻醉开始时给药，在输注完毕后开始手术，保证手术部位暴露时局部组织中抗菌药物已达到足以杀灭手术过程中沾染细菌的药物浓度。万古霉素或氟喹诺酮类等由于需输注较长时间，应在手术前 1 ~ 2 小时开始给药。

2. 预防用药维持时间：抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程。手术时间较短（< 2 小时）的清洁手术术前给药一次即可。如手术时间超过 3 小时或超过所用药物半衰期的 2 倍以上，或成人出血量超过 1500ml，术中应追加一次。清洁手术的预防用药时间不超过 24 小时，心脏手术可视情况延长至 48 小时。清洁 - 污染手术和污染手术的预防用药时间亦为 24 小时，污染手术必要时延长至 48 小时。过度延长用药时间并不能进一步提高预防效果，且预防用药时间超过 48 小时，耐药菌感染机会增加。

六、关于围手术期预防用抗菌药物带药进手术室的有关规定

1、用药地点

围手术期预防用抗菌药物用药地点设在手术室，术前交接患者时同时交接手术用药。皮试于术前 24 小时内原病区内完成并在病历上注明皮试结果，阴性者方能带入手术室，不需皮试的抗菌药物直接带入手术室。

2、人员职责

1、手术医师：负责选择合适的药物、用药时机，并下医嘱。

2、病区护士：完成药物皮试，并在医嘱上注明皮试结果。遵医嘱准备患者所需药物、溶媒及配药所需物品并打包标记科室、床号、姓名等内容。

3、手术室护士：将手术患者连同预防用药及相关物品核对无误后接入手术室，遵手术医师医嘱，开单独的静脉通道在合适的时机用药，并控制用药时间。

4、药物不良反应观察及处理：由本台手术的麻醉师、手术室护士、手术医师共同完成。属药物不良反应的依据我院有关规定填写报告表上报药学部。

七、围手术期预防用抗菌药物合理性评价

（一）评价方法

药学部临床药师每月按科室对所有手术病历进行抽查，并填写《围手术期预防用抗菌药物使用情况登记表》和《心内科介入诊疗抗菌药物使用情况登记表》，并每季度将评价结果报抗菌药物管理工作组。

（二）评价项目

预防用抗菌药物有无指征、抗菌药物种类的选择、用药时间、用药疗程、给药剂量和给药途径是否恰当、药物更换有无依据，联合应用有无明确指征等项目进行检查，按照国家卫计委《抗菌药物临床应用指导原则》判定合理性。

（三）持续改进

抗菌药物管理工作组每月 25 日前将围手术期预防用抗菌药物使用情况分析评价结果与改进意见反馈至各临床科室，并作为抗菌药物合理应用指标进行考核，以不断促进各临床科室围手术期预防用抗菌药物的合理使用。

附件：

- 1、抗菌药物在围手术期预防应用的品种选择
- 2、特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议

附件 1：

抗菌药物在围手术期预防应用的品种选择^[1, 2]

手术名称	切口类别	可能的污染菌	抗菌药物选择
脑外科手术（清洁，无植入物）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ，MRSA 感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素
脑外科手术（经鼻窦、鼻腔、口咽部手术）	II	金黄色葡萄球菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑，或克林霉素 + 庆大霉素
脑脊液分流术	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ，MRSA 感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素
脊髓手术	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 ^[3]
眼科手术（如白内障、青光眼或角膜移植、泪囊手术、眼穿通伤）	I、II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	局部应用妥布霉素或左氧氟沙星等
头颈部手术（恶性肿瘤，不经口咽部黏膜）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 ^[3]

头颈部手术（经口咽部黏膜）	II	金黄色葡萄球菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑，或克林霉素 + 庆大霉素
颌面外科（下颌骨折切开复位或内固定，面部整形术有移植术，正颌手术）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 ^[3]
耳鼻喉科（复杂性鼻中隔鼻成形术，包括移植）	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 ^[3]
乳腺手术（乳腺癌、乳房成形术，有植入物如乳房重建术）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属	第一、二代头孢菌素 ^[3]
胸外科手术（食管、肺）	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，肺炎链球菌，革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素 ^[3]
心血管手术（腹主动脉重建、下肢手术切口涉及腹股沟、任何血管手术植入人工假体或异物，心脏手术、安装永久性心脏起搏器）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ，MRSA 感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素
肝、胆系统及胰腺手术	II、III	革兰阴性杆菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素或头孢曲松 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑，或头霉素类
胃、十二指肠、小肠手术	II、III	革兰阴性杆菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素 ^[3] ，或头霉素类
结肠、直肠、阑尾手术	II、III	革兰阴性杆菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑，或头霉素类，或头孢曲松 ± ^[5] 甲硝唑
经直肠前列腺活检	II	革兰阴性杆菌	氟喹诺酮类 ^[4]
泌尿外科手术：进入泌尿道或经阴道的手术（经尿道膀胱肿瘤或前列腺切除术、异物植入及取出，切开造口、支架的植入及取出）及经皮肾镜手术	II	革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ，或氟喹诺酮类 ^[4]
泌尿外科手术：涉及肠道的手术	II	革兰阴性杆菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ，或氨基糖苷类 + 甲硝唑
有假体植入的泌尿系统手术	II	葡萄球菌属，革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] + 氨基糖苷类，或万古霉素
经阴道或经腹腔镜子宫切除术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B 组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素（经阴道手术加用甲硝唑） ^[3] ，或头霉素类
腹腔镜子宫肌瘤剔除术（使用举宫器）	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B 组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑，或头霉素类
羊膜早破或剖宫产术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B 组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑
人工流产 - 刮宫术引产术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，链球菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑，或多西环素

会阴撕裂修补术	II、III	革兰阴性杆菌，肠球菌属，链球菌属，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑
皮瓣转移术（游离或带蒂）或植皮术	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属，革兰阴性菌	第一、二代头孢菌素 ^[3]
关节置换成形术、截骨、骨内固定术、腔隙植骨术、脊柱术（应用或不用植入物、内固定物）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属	第一、二代头孢菌素 ^[3] ，MRSA 感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素
外固定架植入术	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属	第一、二代头孢菌素 ^[3]
截肢术	I、II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属，革兰阴性菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑
开放骨折内固定术	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属，革兰阴性菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素 ^[3] ± ^[5] 甲硝唑

注：

[1] 所有清洁手术通常不需要预防用药，仅在在前述特定指征时使用。

[2] 胃十二指肠手术、肝胆系统手术、结肠和直肠手术、阑尾手术、II 或 III 类切口的妇产科手术，如果患者对 β - 内酰胺类抗菌药物过敏，可用克林霉素 + 氨基糖苷类，或氨基糖苷类 + 甲硝唑。

[3] 有循证医学证据的第一代头孢菌素主要为头孢唑啉，第二代头孢菌素主要为头孢呋辛。

[4] 我国大肠埃希菌对氟喹诺酮类耐药率高，预防应用需严加限制。

[5] 表中“±”是指两种及两种以上药物可联合应用，或可不联合应用。

附件 2：

特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议

诊疗操作名称	预防用药建议	推荐药物
血管（包括冠状动脉）造影术、成形术、支架植入术及导管内溶栓术	不推荐常规预防用药。对于 7 天内再次行血管介入手术者、需要留置导管或导管鞘超过 24 小时者，则应预防用药	第一代头孢菌素
主动脉内支架植入术高危患者	建议使用 1 次	第一代头孢菌素
下腔静脉滤器植入术	不推荐预防用药	
先天性心脏病封堵术	建议使用 1 次	第一代头孢菌素
心脏射频消融术	建议使用 1 次	第一代头孢菌素
血管畸形、动脉瘤、血管栓塞术	通常不推荐，除非存在皮肤坏死	第一代头孢菌素
脾动脉、肾动脉栓塞术	建议使用，用药时间不超过 24 小时	第一代头孢菌素
肝动脉化疗栓塞（TACE）	建议使用，用药时间不超过 24 小时	第一、二代头孢菌素 ± 甲硝唑

肾、肺或其他（除肝外）肿瘤化疗栓塞	不推荐预防用药	
子宫肌瘤 - 子宫动脉栓塞术	不推荐预防用药	
食管静脉曲张硬化治疗	建议使用，用药时间不超过 24 小时	第一、二代头孢菌素
头孢菌素过敏患者可考虑氟喹诺酮类		
经颈静脉肝内门腔静脉分流术（TIPS）	建议使用，用药时间不超过 24 小时	氨苄西林 / 舒巴坦或阿莫西林 / 克拉维酸
肿瘤的物理消融术（包括射频、微波和冷冻等）	不推荐预防用药	
经皮椎间盘摘除术及臭氧、激光消融术	建议使用	第一、二代头孢菌素
经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）	建议使用 1 次	第二代头孢菌素或头孢曲松
经皮肝穿刺胆道引流或支架植入术	建议使用	第一、二代头孢菌素，或头霉素类
内镜黏膜下剥离术（ESD）	一般不推荐预防用药；如为感染高危切除（大面积切除，术中穿孔等）	第一、二代头孢菌素 建议用药时间不超过 24 小时
经皮内镜胃造瘘置管	建议使用，用药时间不超过 24 小时	第一、二代头孢菌素
输尿管镜和膀胱镜检查，尿动力学检查；震波碎石术	术前尿液检查无菌者，通常不需预防用药。但对于高龄、免疫缺陷状态、存在解剖异常等高危因素者，可予预防用药	氟喹诺酮类，或 SMZ/TMP，或第一、二代头孢菌素，或氨基糖苷类
腹膜透析管植入术	建议使用 1 次	第一代头孢菌素
隧道式血管导管或药盒置入术	不推荐预防用药	
淋巴管造影术	建议使用 1 次	第一代头孢菌素

注：

1. 操作前半小时静脉给药。
2. 手术部位感染预防用药有循证医学证据的第一代头孢菌素主要为头孢唑啉，第二代头孢菌素主要为头孢呋辛。
3. 我国大肠埃希菌对氟喹诺酮类耐药率高，预防应用应严加限制。

细菌耐药性监测管理办法

一、各临床科室要重视病原微生物检测和药敏试验的送检工作。严格按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》要求根据药敏试验结果和细菌耐药情况，选用抗菌药物。各临床科室标本送检率不低于 30%，

二、检验科要对患感染性疾病患者的标本进行病原菌的分离、鉴定及药敏试验，并及时报告细菌培养、药敏试验结果，作为临床医师正确选用抗菌药物的依据。

三、加强对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、产超广谱 D 一内酰胺酶（ESBLs）的细菌和多重耐药的鲍曼不动杆菌等实施目标性监测，发现 1 例，及时书面通知医院感染疾病科和医务部。发生多重耐药菌感染的暴发时，感染疾病科应当按照《医院感染管理办法》的规定进行报告

四、医院药事管理与药物治疗学委员会、抗菌药物管理小组根据细菌耐药情况对相关抗菌药品品种进行重点监控，必要时对医院抗菌药物分级目录进行调整，保证患者用药安全、有效、经济。

五、逐步建立抗菌药物临床应用预警机制，并按照《抗菌药物临床应用预警机制》规定采取相应的干预措施。

六、违反本规定的科室和当事人，将根据医院有关规定处理。

抗菌药物临床应用预警机制

为切实加强我院抗菌药物临床应用管理工作，现按照《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》及《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2015〕42 号）要求，建立我院抗菌药物临床应用与细菌耐药预警机制，并采取相应的干预措施。

（一）对主要目标细菌耐药率超过 30% 的抗菌药物，应及时将预警信息通报我院医务人员。

（二）对主要目标细菌耐药率超过 40% 的抗菌药物，应慎重经验用药。

（三）对主要目标细菌耐药率超过 50% 的抗菌药物，应参照药敏试验结果选用。

（四）对主要目标细菌耐药率超过 75% 的抗菌药物，应暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

为保证我院细菌耐药监测结果的可靠性，各科室应严格按照抗菌药物使用送检要求进行药敏实验，加强临床微生物检测与细菌耐药监测工作，规范临床微生物实验室，提高病原学诊断水平，每季度分析报告我院细菌耐药情况，并将结果通报全院医务人员。同时根据全国和我院细菌耐药监测结果，各科室制定相应的抗菌药物轮换使用品种，以保证抗菌药物的合理、有效使用。

抗菌药物处方专项点评制度

为了认真贯彻落实《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》及《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2015〕42号）、卫生部办公厅《关于继续深入开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》卫办医政发〔2012〕32号要求，促进抗菌药物临床合理应用，根据《处方管理办法》和《医院处方点评管理规范》（试行），制定抗菌药物处方专项点评制度。

抗菌药物处方专项点评是根据相关法规、技术规范，对方剂、医嘱书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。处方、医嘱点评是医院持续医疗质量改进和药品临床应用管理的重要组成部分，是提高临床药物治疗学水平的重要手段。

一、组织管理

我院抗菌药物处方、医嘱点评工作由抗菌药物管理工作组对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。日常操作由药学部会同医务部、感染管理科及处方点评工作小组负责执行。

二、抗菌药物门诊处方、住院医嘱点评的实施

1、点评周期：每月一次。

2、抽样量与抽样方法：

依据1：《医院处方点评管理规范》（试行）要求“医院药学部门应当会同医疗管理部门，根据医院诊疗科目、科室设置、技术水平、诊疗量等实际情况，确定具体抽样方法和抽样率，其中门急诊处方的抽样率不应少于总处方量的1‰，且每月点评处方绝对数不应少于100张；病房（区）医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不应少于1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于30份。”

依据2：卫生部办公厅《关于继续深入开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》卫办医政发〔2012〕32号“落实抗菌药物处方点评制度。医疗机构组织感染、药学等相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。每个月组织对25%的具有抗菌药物处方权医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于50份处方、医嘱，重点抽查感染科、外科、呼吸科、重症医学科等临床科室以及I类切口手术和介入诊疗病例。”

（1）抽样量：

门急诊处方：每月逐周从我院处方点评软件调取一周门急诊药房所有抗菌药物处方。

住院医嘱：每月所有应用抗菌药物的出院病历中的抗菌药物医嘱。

（2）抽样方法：门急诊处方随机抽取每名医师50份抗菌药物处方，不足50份的按照实际抗菌药物处方数进行点评；住院医嘱由临床科室抗菌药物使用情况联络员完成所有出院病历中的抗菌药物医嘱的抽取

3、点评方法：

（1）门急诊处方抗菌药物专项点评

处方点评工作小组对随机抽取的门急诊抗菌药物处方进行点评，填写《门急诊处方抗菌药物合理性评价表》（附件一），统计相关医师的抗菌药物不合理使用情况。

（2）住院医嘱抗菌药物专项点评

药学部指定临床药师每月要对各临床科室应用抗菌药物的病历进行专项点评，重点抽查感染科、

外科、呼吸科、重症医学科等临床科室以及I类切口手术和介入诊疗病历，并填写《非手术病人抗菌药物使用情况登记表》、《围手术期预防用抗菌药物使用情况登记表》、《心内科介入诊疗抗菌药物使用情况登记表》、《特殊使用抗菌药物使用情况登记表》，汇总结果，每季度报抗菌药物管理工作组。

4、点评要求：抗菌药物处方专项点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录。处方点评工作小组各临床科室抗菌药物使用情况联络员在点评工作过程中发现不合理处方、医嘱，应当及时报告药学部和医务部，并在每月形成点评结果报告。

5、逐步利用信息技术建立处方点评系统，逐步实现与医院信息系统的联网与信息共享。

三、抗菌药物处方专项点评的结果

抗菌药物不合理处方、医嘱包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

1、不规范处方的判定：有下列情况之一的：

（1）新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；（2）开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；（3）无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；（4）未经抗菌药物管理工作组认定的会诊人员会诊同意，有相应的会诊记录，未完整填写《特殊使用抗菌药物会诊单》使用特殊使用抗菌药物的。

2、不适宜处方的判定：有下列情况之一的

（1）适应证不适宜的；（2）遴选的药品不适宜的；（3）药品剂型或给药途径不适宜的；（4）无正当理由不首选国家基本药物的；（5）用法、用量不适宜的；（6）联合用药不适宜的；（7）重复给药的；（8）有配伍禁忌或者不良相互作用的；（9）其它用药不适宜情况的。

3、超常处方判定：有下列情况之一的

（1）无适应证用药；（2）无正当理由开具高价药的；（3）无正当理由超说明书用药的；（4）无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的。

四、点评结果的应用与持续改进

1、每月25日前由药学部组织处方点评工作小组对点评结果进行讨论，并报分管领导，对不合理病历签发《药事检查反馈表》，科主任例会发给科主任。

2、每季度药学部将专项点评结果向抗菌药物管理工作组通报，根据点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，并向医院药事管理与药物治疗学委员会报告，并印发《药事管理质量简报》，不合理医嘱给予公示。

3、在处方、医嘱点评过程中，点评工作小组和联络员发现可能造成患者损害的，应当及时上报并采取相应措施，防止损害重复发生。

4、药事管理与药物治疗学委员会根据抗菌药物管理工作组提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高抗菌药物合理用药水平，保证患者用药安全。

5、抗菌药物处方专项点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，建立健全相关的奖惩制度。

五、监督管理

医院应当加强抗菌药物处方质量和临床应用管理，规范医师处方行为，落实处方审核、发药、核对与用药交待等相关规定。

1、定期对医务人员进行抗菌药物合理用药知识培训与教育。

2、奖惩：

根据点评结果，对不合理使用抗菌药物的病历进行通报。点评结果作为科室和医务人员绩效考核重要依据。

对出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；限制处方权后，仍出现超常处方且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。药师未按照规定审核抗菌药物处方与用药医嘱，造成严重后果的，或者发现处方不适宜、超常处方等情况未进行干预且无正当理由的，取消其药物调剂资格。医师处方权和药师药物调剂资格取消后，在 6 个月内不得恢复。

特殊使用抗菌药物合理使用评价标准

为严格落实抗菌药物分级管理制度，加强特殊使用抗菌药物的临床用药管理，根据《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》及《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2015〕42 号）要求，制定特殊使用抗菌药物合理使用评价标准。

一、临床应用特殊使用抗菌药物必须同时具备以下三项标准：

1、门诊患者不允许应用特殊使用抗菌药物；住院患者在预防或治疗应用特殊使用抗菌药物时应有明确指征，并在病历中体现。

2、需由被授予特殊使用级抗菌药物处方权的副主任医师以上的医师开具医嘱和处方，处方留住院药房备查，并在病历中做好记录。紧急情况下临床医师可越级使用特殊使用抗菌药物，仅限于 1 天用量，并在病历中做好记录。

3、开具医嘱的科室，已完整填写《特殊使用抗菌药物会诊单》，经抗菌药物管理工作组认定的会诊人员会诊同意，并有相应的会诊记录。

二、有关说明：

不符合标准 1，将视为无适应证用药；不符合标准 2，将视为越级使用特殊使用抗菌药物；不符合标准 3，将视为不规范用药。

抗菌药物临床应用监测与评价制度

为加强抗菌药物安全、规范、合理使用特制定本制度：

一、抗菌药物管理工作组负责对医院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。

二、抗菌药物管理工作组对纳入《抗菌药物采购供应目录》的采购品种要进行临床评价，定期发布抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告，反馈意见。内容包括该药物的不良反应监测结果，临床疗效评价结果，临床用量等情况。

三、对不良反应发生频率高、安全性低、效价低的品种，根据临床医护人员或药师填写药品不

良反应监测报告和抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告，经抗菌药物管理工作组、药事管理和药物治疗学委员会调查评估后，决定是否继续使用。

四、定期发布细菌耐药信息，建立细菌耐药预警机制，对耐药率较高的抗菌药物，根据《抗菌药物临床应用预警机制》，进行效价评估，采取相应措施。

五、违规使用抗菌药物，如超适应证、超剂量使用抗菌药物等，除按规定处理外，还应在全院通报警示，以防止再次发生。

六、医院应定期组织感染专业医师、临床药师、临床微生物技术人员对全院抗菌药物使用情况进行分析、汇总、评估，同时结合国内外先进的抗菌药物临床应用及管理经验，提出适合本院的抗菌药物临床应用持续改进意见，并在全院推广实施。

七、定期发布抗菌药物临床应用情报、信息。共享抗菌药物临床应用理论知识。

八、利用信息化手段，HIS 系统及合理用药软件，不断地促进和提高抗菌药物合理应用水平。

抗菌药物长效管理（AMS）制度

抗菌药物管理及临床合理使用已成为广泛关注的公共卫生问题，为贯彻国家卫计委《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药的通知》（国卫办医发〔2017〕10 号）和山东省卫计委《关于加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药工作的通知》（鲁卫医字〔2017〕26 号），加强我院抗菌药物管理，提高合理用药水平，遏制细菌耐药性产生，根据山东省卫生计生委医政医管处《山东省抗菌药物科学化（AMS）专家共识》制订我院抗菌药物长效管理制度。

一、AMS 工作目标

1. 建立抗菌药物科学化管理体系，营造抗菌药物合理使用氛围，规范抗菌药物合理应用流程。
2. 提高医疗机构合理应用抗菌药物水平，最大限度降低耐药菌感染的发生率。
3. 促进医疗机构建立专业化抗菌药物临床应用管理团队。

二、AMS 工作组主要成员

AMS 工作组成员应有院领导、医务部、药学部、感染管理科、信息中心等职能部门负责人，感染疾病科、重症医学等临床专家，微生物检验、临床药学等专业人员组成。

三、AMS 工作组成员职责

1. 组长职责

负责抗菌药物临床应用管理领导责任，建立并持续优化抗菌药物科学化（AMS）管理方法，支持必要的抗菌药物管理及使用相关软、硬件设施建设。

2. 副组长职责

牵头落实抗菌药物临床应用管理工作任务，负责抗菌药物临床应用管理监督、协调责任。

3. 临床专业人员

（1）感染性疾病科（有抗菌药物临床应用经验的医师）、呼吸科、重症医学科、血液科等临床专家组成多学科诊疗协作（MDT）团队，为临床细菌、真菌感染提供技术支持。

（2）示范、引领、提升医疗机构临床医生对细菌、真菌感染的诊疗水平。

（3）建立抗细菌、真菌感染的诊疗团队。

(4) 依据相关诊治指南、专家共识,结合全国和省、市病原流行病学和耐药监测数据指导临床合理用药。

4. 微生物学专业

(1) 指导临床规范采集、送检微生物检验标本,提高标本合格率和送检率。

(2) 严格按照相关技术规范和行业标准开展病原学检查,确保检验结果的准确性。

(3) 密切与临床科室合作,及时正确报告、解读病原学检验结果,定期发布本机构病原菌分布和细菌耐药信息,推动基于药敏检测结果的临床诊疗决策。

(4) 定期公布本医疗机构的耐药监测数据。

(5) 开展细菌耐药机制的基础研究。

5. 临床药学专业

(1) 开展临床抗菌药物应用指标监测与评价。

(2) 实施抗菌药物处方点评和医嘱审核。

(3) 落实抗菌药物遴选和评估制度。

(4) 建立抗菌药物临床应用预警机制。

6. 医院感染管理专业

(1) 建立医院感染防控的标准化流程,并组织实施。

(2) 定期向 AMS 小组和临床科室通报管控数据。

(3) 督导相关部门和科室落实院感防控措施,为有效降低抗菌药物使用率和使用量提供保障。

(4) 定期分析本医疗机构感染患者的耐药监测数据。

7. 信息管理专业

充分利用信息化手段和技术,为抗菌药物信息化管理提供技术支持。

四、AMS 主要工作内容

1. 认真落实抗菌药物分级管理制度及会诊制度,针对不合理处方及医嘱行为开展教育培训,并实施干预。采用结果为导向或以过程为导向的方法评估抗菌药物管理成效。

2. 积极建立基于循证医学和本机构病原微生物学和耐药模式基础上的抗感染诊疗规范及路径,促进提高抗菌药物使用合理性。鼓励根据患者个体特点、病原微生物种类、感染部位,以及药物本身的药代动力学和药效动力学特征,优化抗菌药物给药方案,包括剂量(负荷量、维持量)、给药方法、疗程等。鼓励实施基于微生物学检验结果结合患者病情的降阶梯治疗,以减少抗菌药物的使用,节约药品费用。

3. 严格掌握联合用药指征;联合治疗只推荐用于一些特定的临床环境中,包括:对存在多耐药菌感染风险的危重患者,在初始经验性治疗时增加抗菌谱覆盖的广度。

4. 持续推进抗菌药物序贯治疗方面策略的实施,指导医师在抗菌药物使用过程中,及时由静脉给药转化为口服给药,以缩短患者住院天数和治疗费用。

5. 大力实施基于信息化的抗菌药物使用及细菌耐药监测、以及医院感染和药品不良反应监测及干预。

6. 努力推动建立临床微生物实验室,通过提供微生物学培养和药敏数据,帮助优化个体抗菌药物使用、协助细菌耐药监测、医院感染控制等。

五、AMS 工作模式

1. 年度计划:组长每年组织召集 AMS 工作组工作会议,制定医院抗菌药物科学化管理年度目标。

2. 季度计划:副组长每季度召集 AMS 工作组工作会议,根据 PDCA 质量管理理念,对 AMS 工作组各专业工作进行检查督导落实,进行阶段性总结、反馈,持续改进提高。

3. 针对感染性疾病,建立 MDT 诊疗模式。

(1) MDT 小组由感染性疾病专业人员牵头负责,定期举办抗感染病例讨论,并对抗感染治疗及合理用药情况进行分析评价。

MDT 小组成员组成:呼吸、血液、重症医学、药学、检验、影像等 6 个核心科室(专业),可按实际工作需求增加病理科、院感科、信息中心等专业。

(2) MDT 小组每季度举办一次抗感染病例讨论。

(3) MDT 小组工作目标:加强学科间的交流合作,建立适合本医疗机构的感染性疾病诊疗路径,提高院内重大感染性疾病的诊疗水平,培养建立抗感染领域人才梯队,科学管理感染性疾病,提高医院感染性疾病的诊疗水平。

(4) 通过 MDT 建立长效机制,提高协作能力,规范抗菌药物临床应用,提高抗菌药物临床合理应用水平,有效遏制细菌耐药,保证用药安全。

六、本制度自 2017 年 8 月 30 日起执行。

抗菌药物新药遴选和临时采购程序

一、遴选原则

(一) 抗菌药物遴选应优先选择安全、有效、经济、临床需要的抗菌药物品种。

(二) 抗菌药物遴选应优先选择《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的品种。

二、遴选程序

(一) 根据临床需要,需变更已列入医院采购目录以内抗菌药物品种、品规和生产企业的,由临床科室提交申请报告,经药学部提出意见后,报医院抗菌药物管理工作组审议。抗菌药物管理工作组 2/3 以上成员审议同意后,提交药事管理与药物治疗学委员会审核,经药事管理与药物治疗学委员会 2/3 以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。但要保持采购供应目录内的抗菌药物总品种数不变。

(二) 因临床特殊需要,需长期应用的抗菌药物品种、规格超出医院抗菌药物采购供应目录者,由抗菌药物管理工作组进行论证、报药事管理与药物治疗学委员会审核同意,并向上级卫生行政部门提出申请,经核准同意后,按遴选程序引进。

(三) 因特殊感染患者治疗需要而临时使用医院采购目录以外抗菌药物的,启动临时采购程序。临时采购由临床科室提出申请,说明申请购入抗菌药物的名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由,经药学部主任和分管院长审批后由药学部临时一次性购入使用。药学部应定期将临时采购抗菌药物情况向抗菌药物管理工作组汇报。同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序次数不超过 5 次。如果超过 5 次,要讨论是否列入医院抗菌药物采购目录内。但要保持采购供应目录内的抗菌药物总品种数不变。

抗菌药物采购供应目录调整办法

一、严格控制抗菌药物品种数量

抗菌药物品种须符合《山东省抗菌药物临床应用分级管理目录》（2017版）规定，原则上不超过50种，同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购。头霉素类抗菌药物不超过2个品规；三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规；碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过3个品规；氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过4个品规；深部抗真菌类抗菌药物不超过5个品种。

二、抗菌药物品种清退原则

- （一）存在安全隐患、疗效不确定、性价比差和违规使用的抗菌药物品种。
- （二）主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物品种。
- （三）纳入基本药物使用和管理但未中标的抗菌药物品种。
- （四）临床上用量较少的抗菌药物品种。

清退或者更换的抗菌药物品种或品规原则上12个月内不得重新进入抗菌药物供应目录。

三、抗菌药物品种遴选原则

- （一）优先选用安全、有效、经济、临床需要且广泛应用的抗菌药物品种。
- （二）优先选用《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》关于外科围手术期推荐使用的抗菌药物品种。
- （三）优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

四、抗菌药物遴选程序

（一）抗菌药物品种的遴选

1. 选择临床应用抗菌药物较广的科室（呼吸科、重症医学科、普外科、胸外科、小儿内科）的相关专家组成专家组，根据抗菌药物清退、遴选原则及国家卫计委规定的品种分布要求，结合医院临床用药实际，初步拟定入围抗菌药物品种。

2. 药事管理与药物治疗学委员会委员及抗菌药物管理工作组成员对临床专家初步拟定的抗菌药物品种进行讨论，进行必要的增减，确定50个抗菌药物品种，列入我院抗菌药物采购供应目录。

（二）抗菌药物品规的选择

1. 列入我院抗菌药物采购供应目录的品种且符合“一品两规”者，原有生产厂家自然保留。
2. 列入我院抗菌药物采购供应目录的品种，超出“一品两规”者，由药事管理与药物治疗学委员会委员及抗菌药物管理工作组对不同生产厂家的品规逐个审核，综合考虑质量层次、规格及临床用量等因素，在医院纪检部门的监督下，对不同厂家的品规进行投票确定我院继续保留的品规。

（三）定期调整抗菌药物供应目录，调整周期原则上为2年，最短不少于1年，并在调整后15个工作日内向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生计生行政部门备案

抗菌药物定期评估制度

一、充分利用医院网络系统、抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网，加强抗菌药物临床应用监测。

二、结合抗菌药物处方、医嘱点评，每季度分析我院及临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现下列情况之一时，临床科室、药学部、抗菌药物管理工作组和药事管理与药物治疗学委员会可以提出清退或者更换意见：

1. 使用量异常增长且存在不合理使用的品种；
2. 使用量排名半年以上居于前列且频繁超适应证超剂量使用的品种；
3. 企业违规销售的品种；
4. 频繁发生药物严重不良反应的品种；
5. 对主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物；
6. 存在安全隐患、疗效不确定、性价比差或其他抗菌药物管理工作组认定需要清退的品种。

三、清退或者更换抗菌药物品种、品规、生产企业，需经抗菌药物管理工作组1/2以上成员审核同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。清退或者更换的抗菌药物原则上12个月内不得重新进入我院基本用药供应目录。

药品用量动态监测和超常规预警制度

为规范临床医师合理用药，遏制不正当的药品促销活动，按照“医院管理年”和“抗菌药物专项整治活动方案”的要求修订本制度。

一、药学部指定专人负责药品使用动态监测分析，实行药房、药库、科主任三级汇报制度，对可疑的药品使用予以通报。情况严重的，上报药事管理与药物治疗学委员会讨论处理。

二、药学部每月对药品销售金额进行统计，包括：销售金额前10位的药品、使用量前10位的抗菌药物、销售金额前10位的抗菌药物予以公示，并通告销售金额排序进入前3位的抗菌药物经销商。

三、药学部对以下药品进行重点监测：

- （一）月销售金额前3位的药品
- （二）月销售金额前3位的抗菌药物
- （三）与上月相比增幅达50%以上的药品（包括销售金额或使用量）
- （四）与上月相比增幅达50%以上的抗菌药物（包括销售金额或使用量）
- （五）进入销售金额前20位的重点监控品种及辅助用药
- （六）月销售金额前3位的辅助用药

四、药学部对具有上述条件之一的药品或其它可疑药品，进行处方（医嘱）专项点评，对于不合理处方（医嘱）>20%的品种，上报药事管理与药物治疗学委员会，药事管理与药物治疗学委员会结合疾病流行状态、科室用量走势、按病种用量走势等进行综合分析，对没有合理解释而超常使用的视为不正当药品促销，给予限量或停用处理。

超说明书用药管理规定

一、超说明书用药的定义

超说明书用药，是指药品使用的适应证、给药方法或剂量不在药品监督管理部门批准的说明书之内的用法。

二、超说明书用药应具备以下条件

（一）在影响患者生活质量或危及生命的情况下，无合理的可替代药品。但必须充分考虑药品不良反应、禁忌证、注意事项，权衡患者获得的利益大于可能出现的危险，保证该用法是最佳方案。

（二）用药目的不是试验研究。用药目的必须仅仅是为了患者的利益，而不是试验研究，这体现医疗人员的基本职业权利。

（三）有合理的医学实践证据。有充分的文献报道、循证医学研究结果、多年临床实践证明及申请扩大药品适应证的研究结果等。

（四）经医院药事管理与药物治疗学委员会和伦理委员会批准。在超说明书用药前，应向医院药事管理与药物治疗学委员会及伦理会提出申请，由药事管理与药物治疗学委员会研究批准，但紧急抢救情形下不受此条限制。

（五）对患者要实行告知并签署知情同意书。在超说明书用药时，医师应充分告知患者用药方案、治疗步骤、预后情况及可能出现的危险。

（六）当患者超说明书用药时，应签署《超说明书用药知情同意书》，交药房后方可取药。

抗肿瘤药物临床使用管理办法

一、抗肿瘤药物的使用

（一）应严格按照 NCCN 指南推荐的抗肿瘤药物的用法用量合理应用。

（二）应高度重视、注意观察抗肿瘤药物可能出现不良反应的情况。

（三）抗肿瘤药物的配置和使用需要由受过相关培训的人员，按照标准操作规程和相关规定配制抗肿瘤药物，配置和使用时应有防护措施。

（四）配置和使用人员应根据情况选用一定的防护措施。

（五）孕妇或疑已怀孕者，应避免处理抗肿瘤药物。

二、抗肿瘤药物的贮存

（一）医院各药房细胞毒药物的存放应与药品储存要求相符，专柜集中存放并有明显标识，不得与其他药品混合存放，药名和外包装相似药品应有标志区分。

（二）病房不存放抗肿瘤药物，现用现领。

三、抗肿瘤药物的应用流程

1、主管医师对患者进行全面评估，决定患者的化疗治疗，并与患者或者委托人谈话后签署《化疗知情同意书》。

2、严格按照抗肿瘤药物分级管理制度使用抗肿瘤药物。

3、由有资质的护士进行化疗操作，包括配制和使用。

4、医护人员对化疗患者及家属做好宣教，包括个人卫生，食物和环境等方面的教育，以及患者如何做好自我保护工作。

5、观察病情，有无恶心、呕吐等反应，如有出现，应做好处理和记录。

（五）抗肿瘤药物出现外渗应及时按规定处理。

四、抗肿瘤药物溢出后的处理

使用抗肿瘤药物的护理单元应配备危险化学品个人防护设备，一旦出现溢出应按要求清理溢出物，凡接触溢出物的物品按化疗废弃物处理。

五、化疗废弃物处理

（一）化疗废弃物是指化疗过程中用过的物品、化疗溢出后的处理用物及用剩后要丢弃的化疗药。

（二）化疗废弃物放在指定的红色塑料袋中，双层包装，并标上“化疗废弃物”。由工人送到专门的地方处理。

六、抗肿瘤药物的监督管理

（一）医院应定期组织专家对抗肿瘤药物的临床使用情况进行统计分析和专项点评，分析结果向临床通报。

（二）医务部、药学部对抗肿瘤药物的规范化应用，每季度进行一次督导检查，对违反分级管理制度的情况在科主任例会上通报。

（三）医院定期组织抗肿瘤药物合理应用规范的培训和学习，并进行相关知识的考核。

（四）加强对抗肿瘤药物安全性监测，按照“可疑即报”的原则进行监测和报告。

抗肿瘤药物分级管理制度

为规范抗肿瘤药物的合理应用，保障患者用药安全，根据抗肿瘤药物的作用机制、临床疗效、药物不良反应及药品价格等因素，将抗肿瘤药物分为一、二、三级，并制定抗肿瘤药物的分级管理制度。

一、分级原则

1、一级药物：经临床长期应用证实安全、不良反应轻微、用药方法简单、价格低廉的普通药物，包括一般化疗药物及内分泌治疗药物。

2、二级药物：与一级药物相比较，在安全性、价格方面有一定的局限性，有一定的不良反应，且使用过程较复杂或有特殊要求的药物。

3、三级药物：安全性存在较大局限性，不良反应明显、用药过程复杂、价格较高，以及临床用药需特殊申请的药物，一般为三线方案药物。

二、常用抗肿瘤药物分级表。（见附件）

三、分级管理：

1、临床医师根据诊断、患者分期及既往治疗情况选择抗肿瘤药物。依据抗肿瘤药物分级原则，一级药物由住院医师及以上医师使用，二级药物由主治医师及以上医师使用，三级药物由副主任医师及以上医师使用。各科室按上述原则具体制定每位临床医师所能使用抗肿瘤药物的级别。

生物制剂临床使用管理办法

一、生物制剂的范畴

生物制剂是应用普通的或以基因工程、细胞工程、蛋白质工程、发酵工程等生物技术获得的微生物、细胞及各种动物和人源的组织和液体等生物材料制备的，用于人类疾病预防、治疗和诊断的药品。种类有疫苗、菌苗、类毒素、免疫血清、血液制剂、诊断用品、噬菌体、生物技术制剂等。

二、生物制剂的使用

- (一) 应严格按照药品说明书的适应证和医疗保险的有关规定合理应用。
- (二) 应严格按照药品说明书规定的用法用量，并结合患者的实际情况拟订给药方案。
- (三) 生物制剂应单独使用，严禁与其他药品混合、配伍使用。
- (四) 应高度重视、注意观察生物制剂可能出现不良反应的情况。
- (五) 生物制剂的安瓿有裂纹、标签不清、药液变色、有摇不散的异物和絮状物者均不可使用。

三、生物制剂的贮存

- (一) 生物制剂对温度、光照等非常敏感，必须严格按照药品说明书规定的环境条件贮存。
- (二) 属于高危药品的生物制剂有专门的存放位置，并设警示标识。

四、生物制剂的监督管理

- (一) 医院每季度组织专家对生物制剂的临床使用情况进行统计分析，并组织医嘱专项点评，并将点评结果向临床通报。
- (二) 医院不定期组织生物制剂合理应用规范的培训，并进行相关知识的考核。
- (三) 加强对生物制剂安全性监测，对其不良反应/事件按照“可疑即报”的原则进行监测和报告。
- (四) 药学部每年应组织专家对生物制剂的安全性、有效性和质量等进行评估。

糖皮质激素类药物临床使用管理办法

为规范糖皮质激素的临床应用，避免或减少不良反应，保障患者的用药安全，提高疗效及降低医药费用，根据卫生部办公厅关于《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》(卫办医政发〔2011〕23号)的有关规定，制定本办法。

一、糖皮质激素的临床应用

在临床诊疗工作中应参考和遵循《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》的有关规定，结合患者具体情况，制定个体化给药方案。

(一) 严格掌握适应证

1、治疗内分泌功能低下性疾病：治疗原则是补充激素的不足，以维持正常功能。须准确掌握剂量防止过量。内分泌功能有所改善或恢复时，要适当减少用药剂量。

2、治疗内分泌亢进性疾病：治疗原则是抑制或拮抗所指激素超过正常需要的作用。选用抗激素药，剂量要准确，防止过量造成功能低下。

3、干扰内分泌调节以达到预期目标，如口服避孕药可以干预性激素调节，达到避孕目的。

2、抗肿瘤治疗方案的制定或更换，必须由主治医师及以上医师确定，并在病程记录内容中体现。

3、对肿瘤化学治疗药物的超常规、超剂量、新途径的用药方案，应由临床医师（副主任医师及以上医师）和临床药师通过病例讨论确定。

4、规范、正确地使用肿瘤化学治疗药物，对可能发生的不良反应启动应急处置预案，药学部门提供必要的信息支持。

附件：常用抗肿瘤药物分级表（2017年）

附件：

常用抗肿瘤药物分级表（2017年）

使用医师职称	住院医师及以上	主治医师及以上	副主任医师及以上
药物分类	一般药物	限制级药物	特殊药物
细胞毒类	作用于DNA化学结构的药物	环磷酰胺、顺铂、卡铂、异环磷酰胺、奥沙利铂、表柔比星、洛铂、奈达铂	伊达比星
	影响核酸合成的药物	氟尿嘧啶、替加氟、甲氨蝶呤、卡莫氟、羟基脲	培美曲塞、氟达拉滨
	作用于核酸转录的药物	平阳霉素	放线菌素D、博来霉素
	作用于DNA复制的拓扑异构酶I抑制剂		伊立替康
	作用于微管蛋白合成的药物	依托泊苷、长春新碱	高三尖杉酯碱、长春瑞滨、紫杉醇、多西他赛、羟基喜树碱
激素类	他莫昔芬、来曲唑、氟他胺	比卡鲁胺、阿那曲唑、依西美坦、亮丙瑞林	
其他	米托蒽醌、三氧化二砷、达卡巴嗪	替莫唑胺	

注：临时申请用药均按特殊药物分级管理

4、治疗非内分泌性疾病，如糖皮质激素用于抗炎、抗休克、抗过敏、抗免疫等。

（二）糖皮质激素使用注意事项

1、根据患者疾病情况选择合适的药品及用法用量。

2、长期或大剂量应用应逐渐减量停药，不可突然停药，以免引起原病复发或恶化；或出现肾上腺皮质机能不足症状。

3、严重感染者必须与有效而足量的抗菌药物合用，以免造成感染病灶扩散。

4、严密观察和记录用药后不良反应及并发症，并及时进行相关的化验检查。

二、糖皮质激素临床应用分级管理制度

1、严格限制没有明确适应证的糖皮质激素的使用，如不能单纯以退热和止痛为目的使用糖皮质激素。

2、短、中程糖皮质激素治疗时，需具备医师资格任职资格开具，且严格掌握适应症，品种选择原则上优先选用国家基本药物目录内品种。

3、冲击疗法需具有主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定。

4、长程糖皮质激素治疗方案，需由相应学科主治医师以上专业技术职务任职资格的医师制定。

5、先天性肾上腺皮质增生症的长程治疗方案制订需内分泌专业主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定，随访和剂量调整也需要内分泌专业主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定。

6、紧急情况下临床医师可以高于上条所列权限使用糖皮质激素，但仅限于3天内用量，并严格记录救治过程。

三、糖皮质激素类药物的监督管理

1、药事管理与药物治疗学委员会负责开展合理用药培训与教育，督导临床科室合理使用糖皮质激素类药物。

2、医务部、药学部每季度组织对糖皮质激素的临床使用情况进行医嘱专项点评。

3、医院将糖皮质激素分级管理和合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

4、药学部同医务部对不合理用药或越级使用糖皮质激素类药物情况进行干预，进行持续质量改进。

肠外营养药物临床使用管理办法

为加强临床合理应用肠外营养药物，保证医疗质量和医疗安全，制定本办法。

一、肠外营养药物的使用

1、营养支持应有适宜的适应证。

2、应针对患者的疾病与营养状态，选择合适的营养治疗方案。

3、根据肠外营养药物的临床治疗效果调整治疗方案，同时及时发现、预防和处理可能的并发症，根据不同的原因，采取相应的措施。

4、肠外营养脂肪乳类药物应由主治及以上医师开具，住院医师不得开具此类药物。

二、肠外营养药物的配制

肠外营养药物的配制的操作规程应按照规范的操作规程配制，保障静脉用药安全。

三、肠外营养药物的管理

1、医务部应组织胃肠外营养药物合理应用规范的培训和学习。

2、药学部会同医务部对各临床科室的胃肠外营养药物使用情况进行专项点评，并通报检查结果。

3、药学部对临床科室上报的关于胃肠外营养药物的不良反应进行分析，提出改进措施。

高危药品管理规定

为加强高危药品管理，保证患者用药安全，特制定医院高危药品管理规定，凡存放或使用高危药品的科室均需执行本规定。

一、高危药品定义

高危药品是指若使用不当会对患者造成严重伤害或死亡的药物，此类药物出现的差错可能不常见，但一旦发生后果非常严重，导致患者死亡或严重脏器损伤。临床上一指指药理作用显著且迅速、易危害人体的药品，包括高浓度电解质、肌松药及细胞毒药品等。

二、高危药品的贮存与保管

（一）药库和调剂室高危药品需设置专门的存放货架，不得与其他药品混合存放。病区（含门诊区）需设专柜放置高危药品，且远离其他普通药品。

（二）高危药品存放药架（药柜）应标识醒目，设置全院统一的警示标识。

（三）高危药品实行专人管理。药库和调剂室负责人负责本部门高危药品的管理，指定专人负责上架高危药品的养护、清点等工作。护士长负责本病区高危药品的管理，保证用药安全；高危药品实行定量管理，每日核对，严格交接，由治疗护士负责。

（四）各科室需加强高危药品的效期管理，严格按照药品说明书进行贮存、保养，做到“先进先出”、“近效期先用”，确保药品质量。

三、高危药品的调剂与使用

（一）高危药品使用前要进行充分安全性论证，有确切适应证时才能使用。

（二）高危药品的调剂实行双人复核制度，并做到“四查十对”，确保调剂准确无误。

（三）病区需严格限定使用人员资格，实习护士、进修护士、试用期护士、助理护士、有执业资格的新入院三个月以内的护士、有执业资格的新入院三个月以上但不具备独立值班能力的护士不得独立进行该类药品的配制与使用。

（四）护理人员进行该类药品的配制与使用时，须严格执行查对制度，并且行双人复核，确保配制与使用准确无误。

四、高危药品的监管

（一）病区原则上不存放高危药品（抢救药除外），如确有需要，可提出申请，报药学部备案，定量存放，严格管理。

（二）调剂室、病区需排查与高危药品外观相似、发音相似的药品，并采取相应的防范措施。

（三）临床药师应与临床医护人员沟通，重点加强高危药品的不良反应监测，并及时反馈给临床医护人员。

(四) 药学部应根据医院品种调整及时对高危药品目录进行更新,并将新引进高危药品信息及告知相关科室。

(五) 护理部、药学部每月对各科室的高危药品管理及使用情况进行督导检查,检查结果与护理质量绩效考核挂钩。各护理单元对检查中发现的问题及时分析、反馈、整改。

五、高危药品管理目录(2017版)

- 1、高浓度电解质: 10% 氯化钾、10% 氯化钠、25% 硫酸镁
- 2、肌松药: 阿曲库铵
- 3、胰岛素制剂: 中性胰岛素
- 4、止血类: 凝血酶
- 5、细胞毒类药物(注射剂型): 环磷酰胺、异环磷酰胺、顺铂、卡铂、洛铂、奈达铂、奥沙利铂、多柔比星、吡柔比星、表柔比星、丝裂霉素、氟尿嘧啶、替加氟、甲氨蝶呤、平阳霉素、依托泊苷、阿糖胞苷、放线菌素 D、博来霉素、伊立替康、高三尖杉酯碱、紫杉醇、多西他赛、羟基喜树碱、伊达比星、培美曲塞、长春新碱、长春瑞滨、吉西他滨、氟达拉滨

病区备用药品管理办法

一、病区(含诊疗区)备用药品品种范围

是指急救药品及部分临床常用药品,贵重药品一般不作为备用药品。

二、备用药品的管理

(一) 药学部每月对各病区备用药品的管理与使用进行一次检查,并定期会同护理部组织检查,以保证患者用药安全。

(二) 检查结果及时反馈各病区护士长,采取有效措施,及时整改。病区药品管理纳入药事管理及护理质量考核内容。

(三) 各病区备用药品管理由护士长总负责,建立备用药品交接班本,包括品名、规格、数量等,并指定专人管理,责任到人,定时清点药品数量,护士长每月全面检查一次,包括药品数量、效期、外观、性状、包装等,并认真填写《病区备用药品自查表》。

(四) 病区备用药品实行动态管理,病区备用药品的目录、基数、交接班、检查、使用、补充、退回及销毁各环节均应记录,相关人员签全名。

(五) 病区备用急救药品根据各护理单元使用频次的不同,采取不同的办法进行管理。急救药品分为医院统一药品和科室专科用药。医院统一药品摆放于抢救车内规定的统一位置。

(六) 各相关病区有急救等备用药品目录及数量清单,有专人负责管理急救药品,并在使用后及时补充,损坏或近效期药品及时报损或更换。

(七) 各病区急救等备用药品定点存放、规范管理、统一清单格式,保障抢救时及时获取。

三、药品基数

(一) 各病区应根据自身特点,以满足抢救和一般应急治疗为目的,制定药品目录及基数。

(二) 备用药品目录包括麻醉药品及一类精神药品目录、急救药品目录及普通药品目录,一式二份,分别留护理部、药学部备案。

(三) 备用药品的品种及基数不宜过多,且一经确定,将相对固定;若需调整,由护士长提出,护理部主任签字后,送药学部备案。

四、病区备用急救药品领取流程

(一) 病区备用急救药品根据临床需要,新建科室或新增品种由科室填写《领取备用急救药品审批表》,经护理部、药学部主任签字后,交分管院长审批,到药库领取。

(二) 病区更换有效期1个月内的急救药品,填写《病区报损销毁药品登记表》及《更换备用急救药品审批表》,经药学部质量管理员、药学部主任签字后,交分管院长审批,到药库领取,同时将报损的急救药品交药库定期集中销毁。

(三) 药品补充

药品使用后,各病区按照使用的数量记账后,到相应的药房领取药品后补充进抢救车(箱),使抢救车(箱)中的药品数量保持基数。

(四) 摆放药品

各病区领药后,将急救药品放入抢救车(箱),注意要将药品按照效期摆放,保证在取用时先进先出、近期先用。

五、药品储存

(一) 根据药品种类、性质分别放置,定数量、定位置,标签清晰。注射药、内服药与外用药应严格分开放置。

(二) 高危药品实行专柜储存,全院设置统一警示标志。

(三) 药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置,全院设置统一警示标志。

(四) 根据药品说明书上的储存条件进行存储。

(五) 急救药品必须在抢救车(箱)内定位摆放,便于取放与应急使用。

六、效期管理

(一) 药品有效期标记明显,如有沉淀、变色、过期、药品标签与瓶内药品不符、标签模糊或涂改等情况不得使用。

(二) 对于开启包装多次使用的药品(如胰岛素、消毒药品),应在容器外部注明开启日期,对于开启时间不详或超过保存期限的药品不得使用。

(三) 药品使用遵循“先进先出、近期先用”的原则;距有效期6个月以上的药品及时到药房调换。

七、病区备用毒性药品、麻醉药品及一类精神药品的管理

(一) 麻醉药品及第一类精神药品原则上由药学部统一存放管理,科室不得存放。

(二) 根据患者需求需留备用的科室,应提出书面申请,经药学部主任、护理部主任签字后方可保留。

(三) 备用特殊管理药品的科室药品管理要求

1、麻醉药品、第一类精神药品设专柜储存,专人保管,专册登记,并有防盗设施。

2、药品使用后应将空安瓿或废贴及时交回药房。

3、每班严格交接,交接班时核对药品名称、数量、安瓿及处方,并签全名。

4、建立病房麻醉药品及第一类精神药品使用登记表,包括:日期、住院号、患者姓名、诊断、药品名称、规格、用量剂量、弃去剩余剂量、用药批号、执行者,核对者、领取药品批号等,记录表至少保存三年。

5、患者使用剩余的麻醉药品及第一类精神药品应及时上交药学部，在上级部门的监督下药学部定期组织集中销毁。

患者退药管理制度

为加强药品管理，保证患者用药安全，根据《药品管理法》及《医疗机构药事管理规定》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》等规定：药品一经发出，一律不准退药。综合本院实际，对于下述特殊情况制订本制度。

一、本院发出的药品，确因医方责任、药品质量或出现严重的药品不良反应等因素，患者可按相关规定办理退药。

二、患者申请退回的药品必须符合以下条件：

1. 确属本院药房发出的药品，品名、剂型、规格、产地、批号等与本院药品一致；
2. 药品是完整的最小包装，无破损、无污染，封口密闭完好；
3. 药品发出7日以内；
4. 保留原始发票；

三、患者退回药品属下列情况的，一律不予退药：

1. 无原始凭证的；
2. 口服药品；
3. 包装和贮存有特殊要求的药品：
 - (1) 未密闭包装的外用药品、吸入剂；
 - (2) 冷藏药品；
 - (3) 中药饮片；
 - (4) 其它特殊要求药品；
4. 外包装污染或涂写字样的；
5. 传染患者保管使用的；
6. 住院患者出院带药，一经发出，概不退换；
7. 患者保管过期的；
8. 麻醉药品、第一类精神药品；

四、退药手续：

1. 由开方医师填写退药登记表及退药处方；
2. 科室负责人签字；
3. 药房按退药品种、数量核对后签字；
4. 门诊患者到患者服务中心盖章；住院患者到医务部盖章；医保患者需先到医保办公室签字后方可办理；
5. 携带原始发票，按财务有关规定办理退费手续；

五、药学人员对退回药品质量负责，应查看发票与申请单、补交药品、所退药品是否相符；查看药品产地、规格、批号、效期是否与药房发出药品相符，查看外包装是否完整、无污染，不影响

第二次销售。及时填写《退药登记表》；收款处对财务帐目负责。

六、因药品引起不良反应退药者，医师需详细填写《药品不良反应报告表》方可办理退药。

七、门诊药房中午班及夜班概不退药，符合退药条件的患者可于次日办理退药手续，退药时间可以顺延1日。

八、每月统计退药情况，退药品种及换药品种，以退药谋私利者，经查实，报院纪委按有关规定处理；退药次数位于前三位的医师给予通报，同时扣科室绩效考核分。

患方自购药品使用规定

为确保患者用药安全、有效，凡住院患者均应使用由药学部统一采购的药品。如因病情需要，使用我院《常用药品目录》以外的药品，科主任应填写《临时申请单》，药学部组织采购；若药学部暂时无法采购，由患方少量自购。自购药品应按以下规定购进、使用并填写《患方自购药品知情同意书》：

1. 自购药品应从合法的经营企业或正规的医疗机构购进。
2. 自购药品应有正式发票，并附有所购药品明细。
3. 所购药品患方应按说明书要求转运、贮存，且药品质量由患方负责。在使用过程中如因药品质量出现不良后果，与医院无关。
4. 自购药品仅限该患者使用，如有剩余应由患方自行处理。
5. 本规定自患方（或经办人）同意签字后生效。

借药管理规定

为进一步规范药房药品管理，保证药品质量，为患者和临床提供安全、有效、及时的药学服务，特制定本规定。

1、药房原则上不得擅自向临床科室及患者借出任何药品。

2、因抢救、计算机系统故障、操作失误等特殊原因，药房可临时向临床科室和患者借药，原则上每次每品种只能借一次使用量（口服药以整盒包装计算）。

3、本院职工因特殊原因借药时，应填写《借药登记表》。项目包括：借药部门及原因、药品名称、规格、数量、金额、借药人、发药人、日期等事项，经药房负责人签字批准后，由药房借出药品。

4、特殊情况下用药（如会议、义诊等）需由分管领导签字，并由院领导授权的经办人到药房办理后方可借出。

5、药品归还时原则上不得接受药品实物，只接受已记帐或缴款的处方，临床科室借药可以用记账的医嘱执行单抵偿。如用药单位确需用药品归还的必须检查药品是否完整，确定是本院批号药品才能抵偿。

6、借出药品的药房人员有义务督促借药单位和个人归还记帐处方或医嘱执行单，归还后应在《借药登记表》上注销该笔借药。

7、借药人和药品使用单位必须在 10 日内归还所借药品或记帐冲抵，如 10 日内不能归还的，药房将报财务科作统一扣款处理。

8、对于违反本规定的当事人及经办人，一经查实严肃处理。

9、本规定自 2013 年 12 月起执行。

静脉用药调配操作规范

一、静脉用药的调配在医院静脉用药调配中心未开展之前，可在病区治疗室内调配，但需参考《静脉用药集中调配管理规范》有关要求严格管理，其他场所不能用于静脉用药的调配。

二、进行静脉用药调配工作的人员需接受岗位专业知识培训并经考核合格，否则，不能进行此项工作。

三、静脉用药调配操作程序：

（一）按输液贴核对摆放的药品名称、规格、数量、有效期等的准确性和药品完好性，检查输液袋（瓶）有无裂纹，瓶口有无松动、裂缝，输液袋（瓶）内有无沉淀、絮状物等，确认无误后，方能进行调配；

（二）用 75% 乙醇消毒输液袋（瓶）口，待干；

（三）除去西林瓶盖，用 75% 乙醇消毒西林瓶胶塞；安瓿用砂轮切割后，需用 75% 乙醇仔细擦拭消毒，去除微粒；

（四）选用适宜的一次性注射器，拆除外包装，旋转针头连接注射器，确保针尖斜面与注射器刻度处于同一方向；

（五）抽取药液时，注射器针尖斜面应当朝上，紧靠安瓿瓶颈口抽取药液，然后注入输液袋（瓶）中，轻轻摇匀；

（六）溶解粉针剂，用注射器抽取适量静脉注射用溶媒，注入于粉针剂的西林瓶内，必要时可轻轻摇动（或置震荡器上）助溶，全部溶解混匀后，用同一注射器抽出药液，注入输液袋（瓶）内，轻轻摇匀；

（七）调配结束后，进行检查及核对：

1、再次检查已配药液有无沉淀、变色、异物等；

2、进行挤压试验，观察输液袋有无渗漏现象，尤其是加药处；

3、按医嘱执行单内容逐项核对所用输液和空西林瓶与安瓿的药名、规格、用量等是否相符；

4、核检非整瓶（支）用量的患者的用药剂量和标识是否相符；

5、操作人员和核对人员应当分别签名，签名需清晰可辨；

6、核查完成后，空安瓿等废弃物按规定进行处理。

（八）输液调配操作完成后，应立即清场，用清水或 75% 乙醇擦拭台面，除去残留药液，不得留有与下批输液调配无关的药物、余液、注射器等。

四、静脉用药混合调配注意事项：

（一）不得采用交叉调配流程；

（二）静脉用药调配所用的药物，如果不是整瓶（支）用量，则必须将实际所用剂量在输液贴

上明显标识，以便校对；

（三）若有两种以上粉针剂或注射液需加入同一输液时，应当严格按药品说明书要求和药品性质顺序加入，并注意配伍禁忌；对肠外营养液、高危药品和某些特殊药品的调配，应当制定相关的加药顺序调配操作规程；

（四）调配过程中，输液出现异常或对药品配伍、操作程序有疑点时应当停止调配，保留相关药品及用具，报告护士长或与处方医师协商调整用药医嘱，上述情况应做好详细记录，防止再次发生；

（五）调配操作危害药品注意事项：

1、危害药品调配应当重视操作者的职业防护，严格按照有关规程操作；

2、危害药品调配完成后，必须将留有危害药品的西林瓶、安瓿等单独置于适宜的包装中，以供核查；

3、调配危害药品用过的一次性注射器、手套、口罩及检查后的西林瓶、安瓿等废弃物，按规定统一处理；

4、危害药品溢出处理按照相关规定执行。

五、静脉用药调配所用药品、医用耗材和物料由药学及有关部门统一采购，应当符合有关规定。静脉用药调配所使用的注射器等器具，应当采用符合国家标准的一次性使用产品，临用前应检查包装，如有损坏或超过有效期的不得使用。

六、每日对操作台、治疗室进行清洁消毒处理。定期检测治疗室空气中的菌落数，并有记录。

静脉用药临床使用规范

一、总则

（一）静脉药物治疗是将有治疗和营养支持作用的药物，如：电解质液、抗菌药物、细胞毒药物、血液、血液制品、代血浆制剂、中药注射剂、营养物质等通过静脉注射方式或加入于载体输液中静脉滴注，使疾病得以治疗，达到缓解、好转或痊愈，它是临床药物治疗的重要方式之一。通常把静脉药物滴注治疗的方法，称为输液治疗。

（二）静脉药物治疗按给药途径分为静脉滴注和静脉推注两种主要方式。静脉滴注时，常将一种或数种药物稀释于适当体积载体输液中给予；静脉推注时，药物通过注射器给予。混合在一起的药品种越多、浓度越高其发生配伍禁忌或相互作用的概率就越大。

（三）静脉药物治疗按药物的种类分为全静脉营养治疗、细胞毒药物治疗、抗菌药物治疗、普通输液药物治疗和中药注射剂静脉输液治疗等。

二、静脉用药的适应证

（一）补充血容量，改善微循环，维持血压，用于治疗烧伤、失血、休克等。

（二）补充水和电解质，以调节或维持酸碱平衡，用于各种原因的脱水、严重呕吐、腹泻、大手术后、代谢性或呼吸性酸中毒等。

（三）补充营养，维持热量，促进组织修复，获得正氮平衡。用于慢性消耗性疾病、禁食、不能经口摄取食物、鼻饲不能得到足够营养等。

（四）输入药物，达到解毒、脱水利尿、维持血液渗透压、治疗疾病的目的。用于食物中毒、

药物或农药中毒、脑水肿、强心升压、抗癌等。

- (五) 严重或急性感染需要静脉途径给予抗菌药物。
- (六) 经口服或肌注给药治疗无效的疾病。
- (七) 各种原因所致不适合口服途径给药者。
- (八) 治疗所需，只有静脉给药剂型的药物。

三、静脉用药原则

- (一) 严格掌握静脉用药适应证，尽量采用口服给药途径。原则上能口服不注射，能肌注不静注。
- (二) 尽量采用序贯疗法。病情危急时采用静脉给药方法，病情缓解后立即换用口服药物序贯疗法。
- (三) 加强无菌观念，规范操作规程。减少由于处置和操作不当引起的药物不良事件。
- (四) 合理控制滴注速度，防治各种药物不良反应的发生。
- (五) 加强输液监护，注意观察患者对输液治疗的反应，做好发生输液反应的应急准备。

四、各类药物临床使用原则

(一) 抗菌药物临床使用原则

根据《抗菌药物临床应用指导原则》合理使用抗菌药物。轻症感染可接受口服给药者，应选用口服吸收完全的抗菌药物，不必采用静脉或肌肉注射给药。重症感染、全身性感染患者初始治疗应予静脉给药，以确保药效；病情好转能口服时应及早转为口服给药。

(二) 肠外营养药物临床使用原则

根据相关的临床诊疗指南及《肠外营养药物临床使用管理办法》合理使用肠外营养药物。临床营养支持应有适宜的适应证；应针对患者的疾病与营养状态，选择合适的营养治疗方案；根据肠外营养药物的临床治疗效果调整治疗方案，同时及时发现、预防和处理可能的并发症，根据不同的原因，采取相应的措施。

(三) 细胞毒药物临床使用原则

- 1、应严格按照美国国立综合癌症网络（NCCN）指南推荐的细胞毒药物的用法用量合理应用。
- 2、应高度重视、注意观察细胞毒药物可能出现不良反应的情况。
- 3、细胞毒药物的配置和使用需要由受过相关培训的人员，按照标准操作规程和相关规定配制细胞毒药物，配置和使用时应应有防护措施。

4、孕妇或疑已怀孕者，应避免处理细胞毒药物。

(四) 生物制剂临床使用原则

- 1、应严格按照药品说明书的适应证和医疗保险的有关规定合理应用。
- 2、应严格按照药品说明书规定的用法用量，并结合患者的实际情况拟订给药方案。
- 3、生物制剂应单独使用，严禁与其他药品混合、配伍使用。
- 4、应高度重视、注意观察生物制剂可能出现不良反应的情况。
- 5、生物制剂的安瓿有裂纹、标签不清、药液变色、有摇不散的异物和絮状物者均不可使用。过期失效的严禁使用。

(五) 中药注射剂临床使用原则

- 1、选用中药注射剂应严格掌握适应症，合理选择给药途径。能口服给药的，不选用注射给药；能肌肉注射给药的，不选用静脉注射或滴注给药。必须选用静脉注射或滴注给药的应加强监测。

2、辨证施药，严格掌握功能主治。临床使用应辨证用药，严格按照药品说明书规定的功能主治使用，禁止超功能主治用药。

3、严格掌握用法用量及疗程。按照药品说明书推荐剂量、调配要求、给药速度、疗程使用药品。不超剂量、过快滴注和长期连续用药。

4、严禁混合配伍，谨慎联合用药。中药注射剂应单独使用，禁忌与其他药品混合配伍使用。谨慎联合用药，如确需联合使用其他药品时，应谨慎考虑与中药注射剂的间隔时间以及药物相互作用等问题。

5、用药前应仔细询问过敏史，对过敏体质者应慎用。

6、对老人、儿童、肝肾功能异常患者等特殊人群和初次使用中药注射剂的患者应慎重使用，加强监测。对长期使用的在每疗程间要有一定的时间间隔。

7、加强用药监护。用药过程中，应密切观察用药反应，特别是开始30分钟。发现异常，立即停药，采用积极救治措施，救治患者。

五、静脉用药配伍注意事项

(一) 新药使用前应认真阅读使用说明书，全面了解新药的特性，避免盲目配伍。

(二) 在不了解其他药液对某药的影响时，应单独使用该药。

(三) 两种浓度不同的药物配伍时，应先加浓度高的药物至输液瓶中摇匀后，再加浓度低的药物，以减慢发生反应的速度。两种药物混合时，一次只加一种药物到输液瓶，待混合均匀后液体外观无异常变化再加另一种药物。

(四) 有色药液应最后加入输液瓶中，以避免瓶中有细小沉淀不易被发现。

(五) 严格执行输液器单用制度，以避免注射器内残留药液与所配制药物之间产生配伍反应。

(六) 根据药物性质选择溶媒，避免发生理化反应。

(七) 根据药物的药理性质合理安排输液顺序，对存在配伍禁忌的两组药液，在使用时应间隔给药，如需序贯给药，则在两组药液之间，应以葡萄糖注射液或生理盐水冲洗输液管过渡。

(八) 在更换补液时如发现输液管内出现配伍反应时，应立即夹管，重新更换输液器，再次检查输液瓶及输液管内有无异常，在输入液体时勤加巡视，观察患者的反应，有无不适表现。

六、静脉给药注意事项

(一) 护士给药时严格执行医院安全给药管理制度及查对制度。

1、注射、处置前必须严格执行“三查七对”制度（“三查”：操作前查、操作中查、操作后查；“七对”：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、）。

2、备药前要检查药品质量，注意安瓿、针剂有无裂痕，注意有效期和批号，溶液有无沉淀、浑浊、絮状物等（须在振动后观察）。如质量不符合要求、有疑问、标签不清者，一律不得使用。

3、摆药后必须经第二人核对后方可执行。

4、易致过敏药物，如青霉素、头孢类等，给药前必须询问有无过敏史，检查皮试结果，皮试阴性方可应用；如皮试阳性，禁止应用，并在病历牌、腕带予以标识。对于存在个体差异，易引起过敏反应的药物，也必须在用药前询问患者有无过敏史。使用毒麻、精神类及高危药品时，要经过双人核对，用后保留安瓿。

5、多种药物同时应用时，必须注意药物配伍禁忌。

6、发药、注射时，如患者提出疑问，应及时查对，无误方可执行。

（二）输液反应的预防及处理

1、输液不良反应系指因输液而引起或与输液相关的不良反应的总称，习称“输液反应”。最常见的输液反应为相关药物的不良反应及热原反应，其他尚有热原样反应、过敏反应、药物被微生物污染而造成的全身感染等。

热原反应是指输液过程中由于“热原”进入人体后，作用于体温调节中枢而引起的发热或寒战反应。多于输液 20 分钟后发生，常见症状：高热、寒战、怕冷、头痛、恶心、呕吐等。

2、输液热原反应的预防

（1）把好药品和输液器质量关。使用前严格检查药品及输液器包装，发现过期或破损以及其他质量问题时，坚决不用；连续输液超过 24 小时应更换输液器。

（2）正确使用输液。严格掌握输液适应证和禁忌证，根据患者病情和药物性质选择合理给药途径，能选用其他给药途径的尽量不用输液治疗，调配好的药液不可放置时间过长。

（3）密切观察特殊人群。对老人、儿童、肝肾功能异常的患者应加强监测。

（4）改善静脉输液混合调配环境条件。静脉用药应严格按照卫生部《静脉用药集中调配质量管理规范》及《静脉用药调配操作规范》所要求的条件、环境及操作规程进行调配。

3、输液反应的处理

患者出现输液反应时应立即停止输液、检查发生原因，并进行处理。

七、静脉用药的监测及监管

（一）在合理使用静脉输液的同时，应加强不良反应（尤其是中药注射剂）的监测工作。一旦出现不良反应立即停药，并采取相应治疗措施。

（二）临床药师应参与临床药物治疗，监测患者用药全过程，对药物治疗做出综合评价，发现和报告药物不良反应，最大限度地降低药物不良反应及有害的药物相互作用的发生，减少和避免药源性伤害。

（三）医院每季度对静脉输液、尤其是中药注射剂、肠外营养药物及血液制剂的临床使用进行专项点评，对不合理用药情况进行公示并采取干预措施。

麻醉药品、第一类精神药品管理制度

一、组织管理

（一）建立麻醉药品、第一类精神药品管理小组，由主管院长负责，包括医务部、药学部、护理部、保卫部等相关人员。各病区及手术室麻醉药品、第一类精神药品的管理实行护士长负责制，并指定专人管理。药学部负责全院麻醉药品、第一类精神药品日常管理工作。

（二）将麻醉药品、第一类精神药品管理列入年度目标责任制考核，建立麻醉药品、第一类精神药品使用专项检查制度，每月组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。

（三）建立并严格执行麻醉药品、第一类精神药品的采购、运输、验收、储存、保管、发放、调配、使用、报残损、销毁、丢失及被盗案件报告、值班巡查等制度，制订各岗位人员职责。

（四）麻醉药品、第一类精神药品管理人员必须掌握与麻醉药品、精神药品相关的法律、法规、规定，熟悉麻醉药品、第一类精神药品使用和安全管理工作的。

（五）配备工作责任心强、业务熟悉的药学专业技术人员负责麻醉药品、第一类精神药品的采购、储存保管、调配使用及管理工作，且人员保持相对稳定。

（六）每年对涉及麻醉药品、第一类精神药品的管理、药学、医护人员进行有关法律、法规、规定、专业知识、职业道德的教育和培训。

二、麻醉药品、第一类精神药品的采购、储存

（一）根据本院医疗需要，按照有关规定购进麻醉药品、第一类精神药品，保持合理库存。购买药品付款应当采取银行转账方式。

（二）麻醉药品、第一类精神药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。入库验收应当采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。

（三）在验收中发现缺少、缺损的麻醉药品、第一类精神药品应当双人清点登记，报分管院长批准并加盖公章后向供货单位查询、处理。

（四）储存麻醉药品、第一类精神药品实行专人负责、专库（柜）加锁。对进出专库（柜）的麻醉药品、第一类精神药品建立专用账册，进出逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字，做到帐、物、批号相符。

（五）对过期、损坏、剩余交回的麻醉药品、第一类精神药品进行销毁时，应向卫生行政部门提出申请，在卫生行政部门监督下进行销毁，并对销毁情况进行登记。

三、麻醉药品、第一类精神药品的调配和使用

（一）根据管理需要在门诊、急诊、住院等药房设置麻醉药品、第一类精神药品专柜，库存数量由药学部根据日常消耗确定。专柜必须每天结算。

（二）门诊、急诊、住院等药房设置麻醉药品、第一类精神药品周转柜，基数由各药房根据本药房日常消耗确定，不超过两天用量，每日交接班并记录。

（三）门诊药房固定发药窗口，有明显标识，并由专人负责麻醉药品、第一类精神药品调配。

（四）执业医师经培训、考核合格后，取得麻醉药品、第一类精神药品处方资格，并在药学部各药房签名留样。

（五）开具麻醉药品、第一类精神药品必须使用专用处方。麻醉药品和第一类精神药品处方的印刷用纸为淡红色，处方右上角标注“麻、精一”。

麻醉药品、第一类精神药品处方格式由三部分组成：

1、前记：医疗机构名称、日期、费别、患者姓名、性别、年龄、门诊或住院病历号、科别或病区和床位号、身份证明编号、代办人姓名、代办人身份证明编号、临床诊断等，并可添列特殊要求的项目。

2、正文：；以 Rp 或者 R 标示，分列药品名称、规格、数量、用法用量。

3、后记：医师签名或者加盖专用签章、药品金额及审核、调配、核对、发药的药师签名或者加盖专用签章。

医师开具麻醉药品、第一类精神药品处方时，应当在病历中记录。医师不得为他人开具不符合规定的处方或者为自己开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

（六）门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处

方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。

为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

为住院患者开具的麻醉药品、第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。

对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医院内使用。

（七）处方的调配人、核对人应当仔细核对麻醉药品、第一类精神药品处方，签名并进行登记；对不符合规定的麻醉药品、第一类精神药品处方，拒绝发药。

（八）必须对麻醉药品、第一类精神药品处方进行专册登记，内容包括：日期、药品名称、规格、单位、数量、批号、处方编号、姓名、登记人等。

专用账册的保存在药品有效期满后不少于 2 年。

（九）必须为使用麻醉药品、第一类精神药品的患者建立相应的病历。为使用麻醉药品、第一类精神药品的患者建立随诊或者复诊制度，并将随诊或者复诊情况记入病历。为院外使用麻醉药品、第一类精神药品非注射剂型患者开具的处方不得在急诊药房配药。

（十）各药房对麻醉药品、第一类精神药品做逐日消耗统计，处方单独存放，按月汇总。麻醉药品、第一类精神药品处方至少保存 3 年。

（十一）各病区、手术室根据需要可以配备少量麻醉药品、第一类精神药品注射剂，但必须在药学部备案。

（十二）我院购买的麻醉药品、第一类精神药品只限于在本院内临床使用。

四、麻醉药品、第一类精神药品的安全管理

（一）麻醉药品、第一类精神药品设专用库，配备保险柜，实行双人双锁管理，具有相应的防火设施。门、窗装有防盗设施及报警装置。

门诊、急诊、住院等药房设麻醉药品、第一类精神药品保险柜。各药房、病区、手术室存放麻醉药品、第一类精神药品均配备必要的防盗设施。

（二）麻醉药品、第一类精神药品储存各环节（包括药库、药房、病区及手术室等）必须指定专人负责，明确责任，交接班应当有记录。

（三）对麻醉药品、第一类精神药品的购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或者追回。

（四）患者使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂或者贴剂的，再次调配时，应当要求患者将原批号的空安瓿或者用过的贴剂交回，并记录收回的空安瓿或者废贴数量。

（五）各病区、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂时必须收回空安瓿，核对批号和数量，并作记录。剩余的麻醉药品、第一类精神药品必须办理退库手续。

（六）收回的麻醉药品、第一类精神药品注射剂空安瓿、废贴由专人负责计数、监督销毁，并作记录。

五、门诊药房不得为患者办理麻醉药品、第一类精神药品退药。患者不再使用麻醉药品、第一类精神药品时，应将剩余麻醉药品、第一类精神药品无偿交回医疗机构，由医疗机构按规定销毁。

六、发现下列情况，应当立即向所在地卫生行政部门、公安机关、药品监督管理部门报告：

（一）在储存、保管过程中发生麻醉药品、第一类精神药品丢失或者被盗、被抢的；

（二）发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品的。

七、医院存有麻醉药品、第一类精神药品的部门或病区必须根据本制度的相关规定制订各自的麻醉药品、第一类精神药品管理制度或规定，明确责任人，建立专册登记表，内容包括：患者姓名、性别、年龄、身份证号、病历号、疾病名称、药品名称、规格、数量、处方医师、处方日期，建立日消耗记录、交接班记录、处方医师记录、空安瓿或用贴剂退回药房记录及检查记录等，完善防盗措施。

各病区过期麻醉药品、第一类精神药品不得自行销毁，必须退还药学部，由药学部根据有关规定集中销毁。交接双方应建立详细的交接记录，包括：品名、规格、数量、生产厂家、生产日期、效期、交接日期及科主任、交接人签字等，退还记录一式二份，交接双方各一份。

麻醉药品、第一类精神药品病历管理制度

1. 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品、第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。

2. 麻醉药品、第一类精神药品专用病历中应当留存下列材料复印件：

2.1 二级以上医院开具的诊断证明、住院病历复印件或出院记录，CT 或 X 片号或报告，病理号或报告，辅助检查单等；

2.2 患者户籍簿、身份证或者其他有效身份证明；

2.3 为患者代办人员身份证明、与患者关系证明。

3. 麻醉药品、第一类精神药品专用病历由门诊部分诊人员保存，待患者二个月不来院取药后整理交药房保管，保管时间不少于 3 年。

麻醉药品、第一类精神药品长期使用随诊制度

1. 门（急）诊癌症疼痛患者和中重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，接诊医师必须亲自认真诊查患者，建立专用病历，作好详细的病情记载后，要求其签署知情同意书，方能开始使用麻醉药品。

2. 医师应视患者的病情，根据麻醉药品和第一类精神药品使用的有关规定，严格控制麻醉药品每次开出的数量、每次使用剂量及每日使用次数。

3. 药房为门（急）诊癌症疼痛患者和中重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的患者提供麻醉药品和第一类精神药品时，应严格审查患者相应手续，手续不全者一律不得发药。

3.1 首次使用麻醉药品、第一类精神药品时，应要求患者提供下列材料复印件

（1）二级以上医院开具的诊断证明、住院病历复印件或出院记录，CT 或 X 片号或报告，病理号或报告，辅助检查单等；

（2）患者户籍簿、身份证或其他相关有效身份证明；

(3) 为患者代办人员身份证明、与患者关系证明。

并将专用病历、知情同意书及证明材料妥善保存于药房。

3.2 患者需继续使用麻醉药品、第一类精神药品时，到药房将相关材料取走，接诊医师填写专用病历，药房工作人员再次审核相关材料。

4. 药房工作人员如发现患者长期使用麻醉药品和第一类精神药品满三个月的，应与门诊部联系，由门诊部协调相关专业科主任、指派本专业医师复诊或随诊，认真做好详细的病情记录，一旦患者治愈或死亡，不得再为患者开麻醉药品、第一类精神药品，并于专用病历上记录随诊情况。

5. 对于患者使用麻醉药品、第一类精神药品满3个月后无复诊或随诊纪录的，药房工作人员不得发药。

6. 医师如发现患者使用麻醉药品、第一类精神药品满3个月后无复诊或随诊纪录的，不得再次为患者开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

麻醉药品、第一类精神药品安全管理、值班巡查及丢失报告制度

1. 库房应当设立专库或者专柜储存麻醉药品、第一类精神药品，门窗有防盗设施。专库应当设有防盗设施并安装报警装置；专柜应当使用保险柜。专库和专柜应当实行双人双锁管理。

2. 门诊、急诊和住院等药房设麻醉药品、第一类精神药品专柜的，应配备保险柜并安装必要的防盗设施。

3. 各病区存放麻醉药品、第一类精神药品，也应配备保险柜，确保安全。

4. 保卫人员值班期间要加强对重点部位、重点环节进行巡查，发现异常情况要及时报告和处理，确保麻醉药品、第一类精神药品管理安全。

5. 麻醉药品、第一类精神药品储存各环节应当指定专人负责，明确责任，交接班有记录。

6. 对麻醉药品、第一类精神药品购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或追回。

7. 麻醉药品、第一类精神药品须实时库存管理，做到帐物相符，如有误差应及时查实，遇失窃应保留现场，迅速向分管院长、院保卫科汇报，并向所在地卫生行政管理部门、公安机关、药品监督管理部门报告。

8. 麻醉药品、第一类精神药品在发放和使用过程中必须按照国家有关法律法规严格管理。发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品的应当立即向所在地卫生行政管理部门、公安机关、药品监督管理部门报告。

9. 凡因管理失职造成麻醉药品失窃者，追究当事人的责任。

精神药品管理制度

一、精神药品，是指直接作用于中枢神经系统，使之兴奋或抑制，具有依赖性潜力，滥用或不合理使用能产生药物依赖性的药品。连续使用能产生依赖性的药品。精神药品适用于治疗或改善异

常精神活动，使紊乱的思维、情绪和行为转归常态。

二、除特殊需要外，第一类精神药品的处方，每次不得超过三日常用量；第二类精神药品的处方，每次不得超过七日常用量。精神药品处方留存2年备查。

三、精神药品处方原则

(一) 严格掌握药物的适应证。

(二) 注意使用时限，避免长期反复使用。

(三) 医师开写的处方对于患者姓名、年龄、性别、药品名称、剂量、用法等都书写清楚。对于处方模糊不清或有疑问的，药学部拒绝调配。

(四) 精神药品的购买证明、处方不得涂改。

四、第一类精神药品按麻醉药品管理办法管理，第二类精神药品应严加管理，单独保管，专柜存放。

五、建立精神药品收支账，做到定期盘点、账物相符，发现问题立即报告上级主管部门，以便及时查处。

六、本院购入的精神药品，只限本院使用，不得转售。

七、医师应合理使用精神药品，满足患者医疗需求，作为其业务考核的重要内容。

八、医务人员利用职权之便，违反精神药品管理规定，为自己或他人开具处方，滥用精神药品者，对其直接责任人员，由医院给予行政处分。

九、非法购买精神药品，为成瘾者提供精神药品，从中牟取暴利，构成犯罪的，提交司法机关，追究刑事责任。

放射性药品管理制度

为加强我院放射性药品的管理，保证医务人员和患者的安全，根据国务院颁布的《放射性药品管理办法》及有关规定，特制订本制度。

1. 放射性药品系指用于临床诊断或者治疗的放射性元素制剂或其标记药物。

2. 使用放射性药品必须配备与其医疗任务相适应的并经核医学技术培训的技术人员。非专业技术人员或未经培训、批准，不得从事放射性药品使用工作。

3. 使用放射性药品，必须符合国家放射性同位素卫生防护管理的有关、规定。

4. 必须获得《放射性药品使用许可证》并按期申请审核换证。

5. 使用单位必须对使用的放射性药品进行临床质量检验，收集不良反应等，并定期向市药监局和卫计委报告。

6. 放射性药品使用后的废物（包括患者排泄物），必须按国家有关规定妥善处理。

7. 放射性药品存放地点必须根据其放射性剂量，置于相适应的防护装置内，以确保对人和环境无影响。

8. 放射性药品的销毁，必须按国家有关规定妥善处理，使其放射性比度达到国家允许标准。

9. 对违反《放射性药品管理办法》的单位和个人，由市药品监督管理、卫计委按照《药品管理法》和有关规定处罚。

医疗用毒性药品管理制度

为严格我院医疗用毒性药品的管理,根据国务院颁布的《医疗用毒性药品管理办法》及有关规定,特制订本制度。

1. 毒性药品系指毒性剧烈、治疗剂量与中毒剂量相近,使用不当会致人中毒或死亡的药品。
2. 毒性药品分为西药、中药两大类。西药品种系指原料药,中药品种系指原药材和饮片,不含制剂。
3. 药学部供应和调配毒性药品,必须凭医师签名的正式处方,医师使用毒性药品的处方,应准确清楚地写明处方全部内容。每次处方剂量不得超过2日极量。
4. 药剂人员或使用毒性药品的处方要加强核对,审查剂量,对不清楚的处方拒绝调配,严禁估计发药。
5. 调配处方时,必须认真负责,计量准确,按医嘱注明要求,并由配方人员及药师以上技术职称的复核人员签名盖章后才可发出。处方一次有效,取药后处方保存2年备查。
6. 毒性药品必须专柜加锁,并由专人保管,严防混药。
7. 建立专门的收支帐目,日清月结,做到帐物相符。出现问题时,必须迅速追查,并报主管部门。
8. 建立健全保管、验收、领发、核对等制度,毒性药品的包装容器上必须印有规定的毒药标志。
9. 需报损的毒性药品须经科主任、主管院长批准交上级主管部门集中销毁,销毁前要有记录,包括销毁日期、时间、地点、品名、数量、方法等,必要时拍照。
10. 因配方错误造成损失或不良后果者,应迅速追查原因,及时上报主管部门,情节严重构成犯罪的由司法部门依法追究直接责任人员刑事责任。

医用氧管理制度

为进一步规范医用氧管理,确保医用氧使用安全、有效,根据《药品管理法》《气瓶安全监察规程》、《医用氧气》等法律、法规及规章,制定本制度。

- 1、医用氧为急救用药品,由药学部负责管理,并有专人负责,专职管理人员应熟悉相关法律法规,定期参加药监、卫生和安监等相关部门培训。
- 2、医用氧按规定实行统一配送,与医用氧配送企业签订医用氧供货合同,明确各方的责任、权利和义务。
- 3、购进医用氧必须做到票、帐、物相符,严格执行检查验收制度,验明合格证明和其它标识,并及时做好购进验收记录。验收记录内容应包括验收日期、品名、生产企业、配送企业、批号、有效期、数量、有无合格证明、验收结论、验收人签名等内容。凡不符合规定的,不得购进和使用。
- 4、应专门设立医用瓶装氧气库,备用氧气瓶和空瓶要分开放置,不得与药品等其他物品混放。存放区外应设禁火标识,严禁烟火,并有安全消防设施。在贮藏、使用、搬运、存放过程中严禁撞击,以免发生爆炸。
- 5、氧气为强烈的助燃性气体,严禁与油脂、烟火及其他易燃、易爆品接触。各用氧科室对本科室医用氧的安全负责,严格按照医用氧(中心供氧及瓶装氧)操作规程使用,必须远离火源,并有

安全消防设施。

6、各科室作好瓶装氧用氧计划,用空瓶向瓶装氧气库换取医用瓶装氧。医用瓶装氧的质量标准符合《药典》及相关规定,充装压力为12.5kpa/m²。在临床使用过程中,若发现质量问题,及时报药学部妥善处理解决。

7、医用氧气瓶为我院的固定资产,各用瓶装氧科室,根据情况给予一定数量的氧瓶基数,药学部将对氧气瓶不定期清查,发现遗失,由其科室负责赔偿。

8、中心供氧系统液态氧灌、供氧管道及氧气表的维护属器械科专人管理。各使用中心供氧的科室,发现氧气管道及氧气表漏气等不安全隐患,应及时向器械科报告。

9、医用氧气瓶为高压容器,各使用科室应妥善保管,器械科应定期组织检查,发现不合格气瓶,应及时向使用科室下达书面通知书,瓶装氧气库应及时予以更换,防止不良事件发生。

10、一旦中心供氧装置出现故障,不能保证临床正常使用,应启动医院《中心供氧装置故障紧急处理预案》,紧急调集瓶装氧以保证临床使用。

中药饮片管理规范实施细则

第一章 总 则

第一条 为加强医院中药饮片管理,保障人体用药安全、有效,根据中医药管理局《中药饮片管理规范》规定,特制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于本院中药饮片的采购、验收、保管、调剂、临方炮制、煎煮等管理。

第三条 按照麻醉药品管理的中药饮片和毒性中药饮片的采购、存放、保管、调剂等,必须符合《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗用毒性药品管理办法》和《处方管理办法》等的有关规定。

第四条 医院的中药饮片管理由分管院长全面负责。

第五条 中药饮片管理应当以质量管理为核心,制定严格的规章制度,实行岗位责任制。

第二章 人员要求

第六条 医院的中药饮片管理由医院的药事管理与药物治疗学委员会监督指导,药学部领导主管,草药房组长具体负责。药事管理与药物治疗学委员会的人员组成和职责必须符合《医疗机构药事管理办法》的规定。

第七条 直接从事中药饮片技术工作的,应当是中药学专业技术人员。医院至少配备一名副主任中药师以上专业技术人员。

第八条 负责中药饮片验收的,必须具有中级以上专业技术职称和饮片鉴别经验的人员。

第九条 负责中药饮片临方炮制工作的,必须具有三年以上炮制经验的中药学专业技术人员。

第十条 中药饮片煎煮工作应当由中药学专业技术人员负责,具体操作人员必须经过相应的专业技术培训。

第三章 采 购

第十一条 建立健全中药饮片采购制度。

根据医院具体情况采购中药饮片，由草药房管理人员依据临床用药情况提出计划，经主管中药饮片工作的负责人审批签字后，由药库采购人员依照药品监督管理部门有关规定从医院指定的合法的供应单位购进中药饮片。

第十二条 医院坚持公开、公平、公正的原则，考察、选择合法中药饮片供应单位。

第十三条 医院选择采购中药饮片单位，必须验证生产经营企业的《药品生产许可证》或《药品经营许可证》、《企业法人营业执照》和销售人员的授权委托书、资格证明、身份证，并将复印件存档备查。

购进国家实行批准文号管理的中药饮片，还应当验证注册证书并将复印件存档备查。

第十四条 医院与中药饮片供应单位应当签订“质量保证协议书”。

第十五条 医院定期对供应单位供应的中药饮片质量进行评估，并根据评估结果及时调整供应单位和供应方案。

第四章 验收

第十六条 草药房主管人员协同药库保管人员对所购的中药饮片，按照国家药品标准和省、自治区、直辖市药品监督管理部门制定的标准和规范进行验收，验收不合格的不得进入药房。

第十七条 对购入的中药饮片质量有疑义需要鉴定的，应当委托药检部门进行鉴定。

第十八条 购进中药饮片时，验收人员应当对品名、产地、生产企业、产品批号、生产日期、合格标识、质量检验报告书、数量、验收结果及验收日期逐一登记并签字。购进国家实行批准文号管理的中药饮片，还应当检查核对批准文号。发现假冒、劣质中药饮片，应当及时封存并报告当地药品监督管理部门。

第五章 保管

第十九条 根据医院的使用量的需求，中药饮片在草药房存放，药房必须具备通风、调温、调湿、防潮、防虫、防鼠等条件及设施。

第二十条 中药饮片出入药房应当有完整记录。中药饮片售出前，应当严格进行检查核对，不合格的不得使用。

第二十一条 应当定期进行中药饮片养护检查并记录检查结果。养护中发现质量问题，应当及时上报单位领导处理并采取相应措施。

第二十二条 湿温度登记专人负责，每日纪录。室内温度保持在14~30℃，适度保持在45%~75%；冷藏药品的最佳温度保持在2~8℃，最佳适度保持在45%~75%。温湿度超出以上范围，应及时采取措施进行处理。

第二十三条 根据饮片的特性进行管理和保养。含挥发油类的药品要做到通风，并在干燥处储存。含鞣质类、糖类药品，应定期检查，以防糖化、霉变。含淀粉类药品，应定期晾晒，防止虫蛀。全草类、花类、动物类药品及储存时间不宜过长的饮片应做到勤进、勤出，以防储存时间过长而造成药品变质，影响药效。

第二十四条 保养药品由专人管理、定期保养，并做好养护纪录。

第六章 调剂与临方炮制

第二十五条 中药饮片调剂室应当有与调剂量相适应的面积，配备通风、调温、调湿、防潮、防虫、防鼠、除尘设施，工作场地、操作台面应当保持清洁卫生。

第二十六条 中药饮片调剂室的药斗等储存中药饮片的容器应当排列合理，有品名标签。药品名称应当符合《中华人民共和国药典》或省、自治区、直辖市药品监督管理部门制定的规范名称。标签和药品要相符。

第二十七条 中药饮片装斗时要清斗，认真核对，装量适当，不得错斗、串斗。

第二十八条 对易霉变、虫蛀、糖化的中药装斗应勤检查，如发现以上情况应立即倒斗换药并做好记录。

第二十九条 粉末状中药如蛤粉、龙骨、牡蛎等应带原包装进行装斗。

第三十条 医院调剂用计量器具应当按照质量技术监督部门的规定定期校验，不合格的不得使用。

第三十一条 中药饮片调剂人员在调配处方时，应当按照《处方管理办法》和中药饮片调剂规程的有关规定进行审方和调剂。对存在“十八反”、“十九畏”、妊娠禁忌、超过常用剂量等可能引起用药安全问题的处方，应当由处方医生确认（“双签字”）或重新开具处方后方可调配。

第三十二条 中药饮片调配后，必须经主管中药师以上专业技术人员复核后方可发出，复核率应当达到100%。

第三十三条 医院应当定期对中药饮片调剂质量进行抽查并记录检查结果。中药饮片调配每剂重量误差应当在±5%以内。

第三十四条 调配含有毒性中药饮片的处方，每次处方剂量不得超过二日极量。对方未注明“生用”的，应给付炮制品。如在审方时对处方有疑问，必须经处方医生重新审定后方可调配。处方保存两年备查。

第三十五条 罂粟壳不得单方发药，必须凭有麻醉药处方权的执业医师签名的淡红色处方方可调配，每张处方不得超过三日用量，连续使用不得超过七天，成人一次的常用量为每天3~6克。处方保存三年备查。

第三十六条 贵重药材进行专人负责、专卡登记、专用帐册、专柜加锁保管。

第三十七条 医院进行临方炮制，应当具备与之相适应的条件和设施，严格遵照国家药品标准和省药品监督管理部门制定的炮制规范炮制，并填写“饮片炮制加工及验收记录”，经医院质量检验合格后方可投入临床使用。

第七章 煎煮

第三十八条 医院开展中药饮片煎煮服务，应当有与之相适应的场地及设备，卫生状况良好，具有通风、调温、冷藏等设施。

第三十九条 医院应当建立健全中药饮片煎煮的工作制度、操作规程和质量控制措施并严格执行。

第四十条 中药饮片煎煮液的包装材料和容器应当无毒、卫生、不易破损，并符合有关规定。

第八章 罚则

第四十一条 对违反本规范规定的直接负责的主管人员和其他直接责任人，根据情节轻重，由医

院给以行政处分；情节严重，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十二条 违反《中华人民共和国药品管理法》及其《实施条例》、《医疗机构管理条例》及其《实施细则》等法律、行政法规规章的，按照有关规定予以处罚。

用药错误报告制度

一、用药错误的范畴

用药错误是指药物使用过程中出现的任何可预防事件，导致用药不当或患者受损。主要表现为：

（一）处方错误

在处方书写、选药、剂量、剂型、途径、用药时间、用药频次、溶媒选择等方面发生错误。

（二）转抄错误

护士在抄写医嘱时发生的各种错误。

（三）配方错误

配发错误的药物、剂量、剂型，不适当的配制、标签、包装，配发、储存不当或变质、过期失效的药品。

（四）给药错误

- 1、投药错误：将药物误给于其他患者。
- 2、未经处方的用药错误：指未经医师处方而给患者用药，包括继续使用已停用的药物。
- 3、剂量错误：剂量大于或小于规定剂量或重复用药。
- 4、途径错误：用药途径不是处方规定的途径，或是途径正确而部位错误，如滴左眼误滴右眼。
- 5、速率错误：常见于静脉滴注。
- 6、剂型错误：包括不经处方者同意而将片剂粉碎。
- 7、配制错误：药物在溶解或稀释时发生错误，或发生配伍变化。
- 8、技术错误：操作技术不当，如输液泵操作错误，注射部位未消毒等。
- 9、应用变质药品的错误：使用保存不当的药品，或变质、过期失效的药品。
- 10、时间错误：不按规定间隔时间给药或给药时间发生明显偏差。以下的给药时间偏差被认为是在正常范围内：

- （1）规定每4小时给药或给药次数更多时，药物应在规定时间前/后半小时内给予；
- （2）规定每12小时给药或给药次数更多（如每6小时，每8小时等）时，药物应在规定时间前/后1小时内给予；
- （3）规定大于12小时（如每18小时，每天一次）给药时，药物应在规定时间前/后3小时内给予；
- （4）规定每周一次给药或给药次数更少时，药物应在规定时间前/后1天内给予；
- （5）规定每月一次给药或给药次数更少时，药物应在规定时间前/后1周内给予；

超出上述规定时间之外给药的，视为给药时间错误。

（五）监测错误

未对药物治疗方案或临床、实验室数据作出评价。

二、用药错误按其严重程度可分为：

（一）一般用药错误

指发生了错误，但未造成伤害，或造成轻度或暂时性伤害。

（二）严重用药错误

指造成患者永久性损害或危及生命，如过敏性休克、心律不齐，或造成患者死亡。

三、报告及处理程序：

（一）医务人员在发生用药错误时，需立即采取救治措施，同时报告科室负责人，必要时可越级上报。

（二）按规定向质管办上报《医疗安全(不良)事件报告表》，严重用药错误需立即上报，内容包括：

- 1、用药错误情况：对用药错误进行描述，损害严重程度，事件发生顺序，所涉及人员及工作环境。
- 2、情况调查：
 - （1）患者治疗经过，是否已用药；
 - （2）最初的错误是由哪类医务人员所致；
 - （3）错误导致的后果（例如：死亡、损害程序）；
 - （4）采用何种干预使患者未发生用药错误；
 - （5）错误发生于何时及如何被发现的；
 - （6）错误发生在什么场合；
 - （7）错误是否涉及其他工作人员；
 - （8）是否向患者提供了咨询。
- 3、药品情况：药品的通用名、商品名、剂型、批号、含量或浓度、制药公司、包装形式或大小。
- 4、患者情况：年龄、性别、诊断等。

（三）医务部、护理部接到严重用药错误报告后，立即组织救治，上报分管院长，并按规定向枣庄市卫生行政部门报告。

1、制订急救措施程序：医务部应立即组织相关科室专家对用药严重错误进行会诊抢救。

- （1）了解所用药物剂量、给药途径。
- （2）判断患者发生的损害为功能性还是病理性的，以及损害严重程度。
- （3）根据临床表现积极进行对因、对症以及使药物尽快清除（排泄/滤过）的治疗。

2、现场勘察程序：对疑似用药错误导致严重不良后果的药品，由医患双方共同对现场实物进行封存和启封，封存的现场实物由医疗机构保管；需要检验的，应当由双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验；双方无法共同指定时，由医疗行政部门指定。

药品不良反应与药品损害事件监测报告管理制度

为规范医院药品不良反应报告和监测，及时、有效控制药品风险，保障公众用药安全，根据《药品不良反应报告和监测管理办法》（卫生部令第81号）的有关规定，制定本制度。

一、组织领导及职责

1、药品不良反应与药品损害事件监测管理组负责全院药品不良反应与药品损害事件工作的有关事宜。

2、主要职责：

(1) 认真学习国家食品药品监督管理局及卫计委相关法规及管理辦法，贯彻实施《药品不良反应报告和监测管理办法》。

(2) 组织落实山东省食品药品监督管理局有关药品不良反应监测工作任务。

(3) 组织药品不良反应的宣传、教育与培训工作，督促临床医师、护师、药师在线上报或填写药品不良反应报告表，指导合理用药。

(4) 制订相应的考核措施，确保药品不良反应、药品损害事件报告和监测工作的落实。

(5) 协调全院药品不良反应与药品损害事件工作的其他重要事宜。

3、医院有专职联络员承担本院的药品不良反应报告和监测工作。

二、药品不良反应报告和监测

(一) 药品不良反应报告和监测，是指药品不良反应的发现、报告、评价和控制的过程。

(二) 药品不良反应的报告范围：药品引起的所有可疑不良反应。

(三) 药品不良反应的报告程序

门诊医技科室：医师、护师、技师在接诊时遇到可能与用药有关的药品不良反应，根据患者情况准确、客观的填写《药品不良反应/事件报告表》。

病房：医师、护师、技师、药师发现可能与用药有关的药品不良反应，当班医师应在病程中如实记录，同时报给本科室的药品不良反应联络员。药品不良反应联络员协助发现药品不良反应的有关人员采取网上直报（《药品不良反应/事件报告表》已嵌入医院内网）或填写纸质《药品不良反应/事件报告表》，及时报院药品不良反应联络员。

药学部：各部门在工作或与患者接触时，发现可能与用药有关的药品不良反应，可直接填写《药品不良反应/事件报告表》，及时报院药品不良反应联络员。

医院联络员负责收集、整理院内网上在线报表和各科室纸质报表，并按规定日期完成网络上报工作。

(四) 药品不良反应的报告时限

死亡病例须立即报告医院联络员，其他报告须在不良反应发生后7日内上报。

三、药品群体不良事件报告和监测

(一) 药品群体不良事件，是指同一药品在使用过程中，在相对集中的时间、区域内，对一定数量人群的身体健康或者生命安全造成损害或者威胁，需要予以紧急处置的事件。

同一药品：指同一生产企业生产的同一药品名称、同一剂型、同一规格的药品。

(二) 医院发现药品群体不良事件后应当积极救治患者，迅速开展临床调查，分析事件发生的原因，必要时暂停药品的使用等紧急措施。

(三) 医院发现药品群体不良事件后，医院联络员应当立即通过电话或者传真等方式报枣庄市药品监督管理部门、卫计委和药品不良反应监测中心，必要时可以越级报告；同时填写《药品群体不良事件基本信息表》，对每一病例还应当及时填写《药品不良反应/事件报告表》，通过国家药品不良反应监测信息网络报告。

四、药品损害事件的报告和监测

(一) 药品损害，是指由于药品质量不符合国家药品标准造成的对患者的损害。

(二) 临床科室发现药品损害事件后，应当积极救治患者，立即向本科联络员和医院联络员报告，

并做好观察与记录。

(三) 医院联络员应当立即向枣庄市卫计委报告药品损害事件。

五、药品不良反应与药品损害事件预防再发生信息反馈的途径与时间

1、药品损害事件、严重的不良反应、死亡病例及时（24h-48h）反馈给科室联络员，其他的药品不良反应医院联络员每月一次以邮件或书面的形式反馈给科室联络员。科室联络员应向科主任汇报。

2、各临床科室收到反馈信息后，应制定整改措施，预防药品不良反应与药品损害事件再次发生。

3、药学部每季度对本院药品不良反应上报情况进行汇总、分析、评价、总结，提出改进建议，并将有关情况在药讯上公示。

六、监督管理

(一) 为提高医务人员药品不良反应上报工作积极性，鼓励上报人员，给予上报者20元/例的奖励。

(二) 发现了可疑严重药品不良反应或药品损害事件，应报告而未能在规定时间内报告者、未按规定报送者、隐瞒可疑药品不良反应资料者，由医院药事管理与药物治疗学委员会确定责任人，按相关规定处理；造成严重后果的，要依据法规追究相关人员的责任。

(三) 为完成不良反应监测任务，手术科室每月上报可疑不良反应例数不低于（1例/30张使用床位）标准，非手术科室每月上报可疑不良反应例数不低于（1例/20张使用床位）标准（不足1例的多月累积计算）。低于规定最低上报例数的医疗科室按规定扣除相应绩效考核分。

七、持续改进

(一) 药学部每季度将各科室的药品不良反应和药品损害事件报告、考核情况及不良反应的因果分析在《药讯》上公布。对不良反应报告多或引起严重不良反应的药品，上报药事管理与药物治疗学委员会。

(二) 医院对收集到的药品不良反应报告和监测资料进行分析和评价，定期向全院反馈医院所发生的药品不良反应。并根据具体情况针对性采取有效措施减少和防止药品不良反应的重复发生。

药物过敏试验管理制度

一、总则

(一) 医护人员在使用药品前，应详细询问既往用药史，应用后有无过敏症状，个人及家属有无药物过敏史或变态反应性疾病史，并明示记载于病历（包括电子病历）或医嘱处方上。

(二) 根据药物说明书，对于使用前要求做过敏试验的药物，必须做药物过敏试验，试验结果记入病历（包括电子病历），并于医嘱处方上显示；过敏试验阳性者，开具电子处方时自动拦截。

(三) 不同药物过敏试验的方法由药学部按药品说明书具体制定，报药事管理与药物治疗学委员会审核。

(四) 在使用药物过程中，如发现皮疹、瘙痒、胸闷等过敏症状，应立即停药并严密观察，对症治疗，同时填写“药物不良反应/事件报告表”报药学部。

(五) 凡证实患者对某药物过敏，应及时告知患者和家属，并在病历上明显标记该药物过敏。

二、医院内注射 β 一内酰胺类抗生素皮试原则

(一) 凡使用青霉素类抗生素的患者均须作青霉素皮试:

- 1、皮试阴性者: 可以应用所有青霉素类抗生素;
- 2、皮试阳性者: 禁用青霉素类药物。

(二) 凡使用除青霉素类外的其它 β 一内酰胺类抗生素, 应询问有无以下两种情况:

- 1、青霉素类及以外药物过敏史;
- 2、高敏体质。

若有以上两种情况之一者, 应慎用或不用头孢菌素及其它 β 一内酰胺类抗生素。若因临床治疗需要必须使用头孢菌素或其它 β 一内酰胺类抗生素, 那么在接受头孢菌素或其它 β 一内酰胺类抗生素治疗前, 均应作原液皮试(说明书上注明无须做药物过敏试验者除外), 并密切观察。

(三) 凡停用青霉素类药物 24h 以上者, 均应重做药物过敏试验。

三、青霉素皮试液配制方法及保存:

(一) 注射用青霉素 160 万单位加生理盐水 4ml 溶解后(40 万 U/ml), 抽取 0.5ml 加生理盐水至 1ml(20 万 U/ml), 抽取 0.1ml 加生理盐水至 1ml(2 万 U/ml), 抽取 0.1ml 加生理盐水至 1ml(2000U/ml), 抽取 0.25ml 加生理盐水至 1ml(500U/ml), 每次配置时均需将溶液摇匀。抽取皮试液 0.1ml(含青霉素 50U), 作皮内注射成一皮丘(儿童注射 0.02 ~ 0.03ml)。20min 后观察并判断皮试结果: 阳性者皮丘隆起增大, 出现红晕, 直径大于 1cm, 周围有伪足伴局部痒感, 严重时可有头晕、心慌、恶心, 甚至发生过敏性休克。对可疑阳性者, 应在对侧前臂内侧皮内注射 NS 0.1ml, 以作对照, 确认青霉素皮试结果为阴性方可用药。

(二) 青霉素类抗生素的皮试液必须新鲜配制, 制成后宜放在 2 ~ 8℃ 冰箱中保存, 保存时间暂定(4h)。

四、头孢菌素皮试液的配制方法:

头孢菌素注射剂皮试液浓度为 500ug/ml。

头孢菌素规格(每瓶)为 0.5、0.75、1g 的先依次用 0.9% 氯化钠注射液 10、15、20ml 稀释原药后, 抽取 0.1ml, 再用 0.9% 氯化钠注射液稀释至 10ml, 抽取 0.1ml 做皮试。皮试方法及结果的判定参照青霉素的有关规定。

五、医院内注射破伤风抗毒素的皮试液配制:

(一) 用 0.9% 氯化钠注射液将抗毒素稀释 10 倍(0.1ml 抗毒素加 0.9% 氯化钠注射液 0.9ml), 在前掌侧皮内注射 0.05ml, 观察 30 分钟, 注射部位无明显反应者, 即为阴性, 可在严密观察下直接注射抗毒素。如注射部位出现皮丘增大、红肿、浸润, 特别是形似伪足或有痒感者即为阳性反应, 必须用脱敏法进行注射。如注射局部反应特别严重或伴有全身症状, 如荨麻疹、鼻咽刺痒、喷嚏等, 则为强阳性反应, 应避免使用抗毒素。如必须使用时, 则应采用脱敏注射, 并做好抢救准备, 一旦发生过敏休克, 立即抢救。无过敏史或过敏反应阴性者, 也并非没有发生过敏性休克的可能。为慎重起见, 可先注射小量于皮下进行试验, 观察 30 分钟, 无异常反应, 再将全量注射于皮下或肌内。

(二) 脱敏注射法: 用 0.9% 氯化钠注射液将抗毒素稀释 10 倍, 分小量数次作皮下注射, 每次注射后观察 30 分钟。第 1 次可注射 10 倍稀释的抗毒素 0.2ml, 观察无紫绀、气喘或显著呼吸短促、脉搏加速时, 即可注射第 2 次 0.4ml, 如仍无反应则可注射第 3 次 0.8ml, 如仍无反应即可将安瓿中未稀释的抗毒素全量作皮下或肌内注射。有过敏史或过敏试验强阳性者, 应将第 1 次注射量和以后

的递增量适当减少, 分多次注射, 以免发生剧烈反应。

(三) 门诊患者注射抗毒素后, 须观察 30 分钟后方可离开。

六、门冬酰胺酶

凡首次使用本品或已用过本品但已停药一周或一周以上的患者, 在注射本品前须做皮试。

皮试方法: 加 5ml 的灭菌注射用水或 0.9% 氯化钠注射液入小瓶内摇动, 使小瓶内 10000 单位的门冬酰胺酶溶解, 抽取 0.1ml(每 ml 含 2000 单位), 注入另一含 9.9ml 稀释液的小瓶内, 制成浓度约为 1 ml 含 20 单位的皮试药液。用 0.1ml 皮试液(约为 2.0 单位)做皮试, 至少观察 1 小时, 如有红斑或风团即为皮试阳性反应。患者必须皮试阴性才能接受本品。

七、糜蛋白酶

(一) 皮试溶液的配制: 取注射用糜蛋白酶(4000u), 用 0.9% 氯化钠注射液 5ml 溶解, 摇匀即: 1mg/ml; 取上述稀释溶液 0.5ml, 用 0.9% 氯化钠注射液稀释至 1ml, 摇匀, 即得: 0.5mg/ml 糜蛋白酶皮试溶液。

(二) 试验方法: 取上述糜蛋白酶皮试溶液(0.5mg/ml), 皮内注射 0.1 ml, 皮试阴性者方能使用。

(三) 注意事项:

- 1、对于可疑阳性反应者, 应在另一侧前臂用生理盐水做对照试验。
- 2、注射用糜蛋白酶不能用于静脉给药。

八、蛙降钙素

每支(100 单位/支)加灭菌注射用水 1ml 溶解后, 用 T.B 针筒取 0.1ml(50 单位/支的取 0.2ml), 用 0.9% 氯化钠注射液稀释至 1ml, 皮下注射 0.1ml(约 1 单位), 观察 15 分钟, 注射部位不超过中度红色为阴性, 超过中度红色为阳性。

九、纤溶酶

本品是一种蛋白酶制剂, 有一定的抗原性, 临床使用前应用 0.9% 氯化钠注射液稀释成 1IU/ml 进行皮试, 15 分钟观察结果, 红晕直径不超过 1cm 或伪足不超过 3 个为阴性。皮试阳性反应者应禁用。

十、胸腺肽

对于过敏体质者, 注射前或治疗终止后再用药时, 需做皮内敏感试验(配成 25 μg/ml 的溶液, 皮内注射 0.1ml), 阳性反应者禁用。

十一、荧光素钠

少数病人对本品可发生过敏反应。说明书推荐在静脉给药前 10 ~ 15 分钟先用 1% 的本品溶液 5ml 注入静脉做过敏试验, 若无反应再全量推入。在推注本品和给药后数小时内应严密观察病人反应。现场备有急救药品和器材。

十二、蔗糖铁注射液

在新病人第一次治疗前, 应按照推荐的方法先给予一个小剂量进行测试, 成人用 1 ~ 2.5ml(20 ~ 50mg 铁), 体重 > 14 公斤的儿童用 1ml(20mg 铁), 体重 < 14 公斤的儿童用日剂量的一半(1.5mg/kg)。应备有心肺复苏设备。如果在给药 15 分钟后未出现任何不良反应, 继续给予余下的药液。

十三、其他须做过敏试验的药物及其给药浓度、给药方法与剂量参见《中国国家处方集(化学药品与生物制品卷, 2010 年版)》。

药品召回制度

一、药品召回是指当发生、发现或高度怀疑药品质量问题、事件，或由于发生、发现、高度怀疑工作质量的问题、事件，可能导致影响患者安全与诊疗质量时，药学部应当立即报告主管院领导及医务部等相关部门，按照既定的原则、程序和方法，收回药品。

二、有下列情况发生的，必须召回药品：

- (一) 调剂、发放错误。
- (二) 有证据证实或高度怀疑药品被污染。
- (三) 制剂、分装不合格，或制剂、分装差错。
- (四) 在验收、保管、养护、发放、使用过程中发现的不合格药品。
- (五) 药品使用者投诉并得到证实的不合格药品。
- (六) 药品监督管理部门公告的质量不合格药品、假药、劣药、召回药品。
- (七) 临床发现有严重不良反应的药品按有关规定应召回的。
- (八) 已过失效期的药品。
- (九) 生产商、供应商主动召回的药品。

三、根据药品安全隐患的严重程度，药品召回分为三级：

- (一) 一级召回：使用该药品可能引起严重健康危害的；
- (二) 二级召回：使用该药品可能引起暂时的或者可逆的健康危害的；
- (三) 三级召回：使用该药品一般不会引起健康危害，但由于其他原因需要召回的。

四、当需召回的情形发生时，药品质量管理员对情况进行分析、总结，汇报质量管理小组，填写《药品召回品种确认表》，由药学部药品质量管理小组决定召回药品的名称、规格、生产商、召回范围、召回级别、药品替换、主要执行人员等，根据召回分级与药品销售和使用情况，科学设计药品召回计划并组织实施。

五、药品质量管理员负责药品召回工作的组织、协调、检查和监督。布置实施召回方案，监督各部门的执行，决定或请示决定紧急事项的处理，保持与医疗部门、药品行政监督管理部门、药品质量检验部门、生产商、供应商的联系，调查导致召回的原因。

六、药库接到召回通知后，立即通知药学部各部门，迅速封存待召回药品，停止发放。一级召回在 24 小时内、二级召回在 48 小时内，召回医院内所有应召回的药品，查找处方、病历，找到用药患者，通知其停止服用并取回药品；三级召回在 72 小时内召回医院内所有应召回的药品，有患者要求退回药品且符合规定时，收回药品。

七、药房负责接收患者退回的药品，统一、专人妥善保管，填写《药品召回登记表》，报质量管理员。患者处召回的药品按退、换药处理。登记项目包括：报主管部门、召回级别、药品名称、规格、生产批号、有效期至、生产商、召回原因、替换药品和数量。

八、药库负责接收各药房退回的药品，填写《药品召回登记表》，专人妥善保管。

九、药品质量管理小组将召回结果报医院药品质量监督领导小组。

十、医院对发生、发现或高度怀疑的药品质量问题，按规定上报上级卫生行政主管部门和药品监督管理部门。

临床药师制试点工作实施方案

一、组织领导

(一) 医院成立由主管业务院长任组长，由人事管理、医疗管理、药学部门、护理管理、试点专业科室主任组成的试点工作领导小组。

(二) 临床药师工作领导小组工作职责

1. 认真贯彻落实《医疗机构药事管理规定》，积极完成关于开展医疗机构临床药师制的试点工作任务。
2. 负责制定本院临床药师制工作制度及实施方案，并组织实施，不断完善和修订各项管理制度，逐步规范临床药师的各项工作。
3. 负责对各试点专业科室所建立的医疗小组（由医、药、护组成）进行相关试点工作文件的学习培训。
4. 定期对试点工作进行总结，不断修订改进，保证试点工作顺利开展。

二、临床药师岗位设置

根据国家卫计委的要求及医院的实际情况，现选取抗感染药物应用专业（中心 ICU、呼吸科）、心内科、肿瘤科、小儿内科、肾内科等临床科室，设立各临床专业医、药、护组成医疗小组，开展工作。

三、临床药师工作模式

- (一) 临床药师的工作地点在其参加的临床专业科室，专职、专科参与临床药物治疗以及与其相关的工作；
- (二) 参加查房、会诊和相关病例讨论；
- (三) 进行治疗药物监测及个体化用药设计；
- (四) 药品和药物治疗信息咨询与应用；
- (五) 进行药物安全性、新药安全和有效性观察、评估和反馈；
- (六) 结合临床实践，开展合理用药研究；
- (七) 对患者安全用药指导；
- (八) 对医务人员及公众宣传合理用药；
- (九) 提供咨询服务；
- (十) 指导护士做好药品请领、保管和正确使用工作。

四、临床药师工作指标

- (一) 临床药师全职参加临床药物治疗查房、会诊、急救及病例讨论，每项工作要有记录；
- (二) 每周至少进行 2 次独立药师查房，负责 2 张床位住院患者的重点药学监护（用药分析与药物评价工作），做好工作记录，建立药历，每月至少写出 2 份重点监护患者的药历；
- (三) 每位临床药师均提供每月 2 份以上对特殊需要患者进行用药教育的记录，体现个体化；
- (四) 每位临床药师提供 2 份以上病历证明其对疑难用药或重症患者用药，改善临床治疗结果的作用，体现对患者实施持续药学监护；
- (五) 每周进行工作小结，每月组织工作例会，准备典型药历 1 份参加专业讨论，沟通信息、讨论疑难药历；

(六) 收集、整理、分析、反馈药物安全信息, 做好药物不良反应监测工作, 主动关心和监护发生不良反应的患者, 帮助其提高用药依从性。

(七) 每年在药学专业杂志上发表论文 1 篇以上;

(八) 为医师、护士和患者提供正确的药品信息, 开展药学咨询服务, 对重点咨询或典型问题应有详细记录, 年终有总结;

(九) 临床药师对所在临床科室的合理用药水平有分析, 有整改措施, 并有取得成效的记录;

(十) 临床治疗团队中的医师、护士和患者对临床药师工作的满意度 $\geq 90\%$ 。

五、临床药师工作考核

(一) 临床药师的考勤在所在专业科室;

(二) 临床药师的业务学习、问题讨论等, 由药学部考核;

(三) 临床药师工作领导小组每年组织对临床药师任职情况的考核, 考核结果记入年终考评结果;

(四) 按工作职责与指标项下的条款逐条考核, 有记录、完成各项指标为优秀; 记录不全、各项指标基本完成为良好; 各项指标完成不佳为不合格。

临床药师培训基地管理制度

为规范我院临床药师培训基地建设, 提高培训质量, 促进临床药师制体系建设的发展, 根据《医疗机构药事管理规定》、《卫计委临床药师培训基地管理办法(试行)》等规定, 制定本管理制度。

一、临床药师培训基地的管理

(一) 组织机构

1、成立临床药师培训工作领导小组, 由院长担任组长, 由药学部、医务部、科教科、相关临床科室等部门负责人为主要成员。培训工作领导小组下设临床药师培训办公室, 由药学部、医务部、科教科、呼吸内科、心内科、肾内科、内科 ICU、普外科、检验科等科室人员组成, 负责实施临床药师培训、教学、考核和培训质量监督。

2、药学部主任担任培训基地办公室主任, 培训基地办公室秘书负责协助主任做好培训基地的日常培训和管理工作的。

3、设置 3 个培训专业: 抗感染药物专业和通科专业(心血管内科、肾内科), 由抗感染药物专业临床药师、心血管内科专业临床药师、肾内科专业临床药师与呼吸内科、心内科临床医师、肾内科专业临床医师组成带教小组, 负责指导学员培训和参与临床药物治疗实践。

4、培训基地建立健全基地管理、学员管理和考试考核规章制度。

(二) 基本教学条件

1、药学部设有临床药学科, 设有临床药师办公室、示教室、信息室等工作场所。

2、配备有临床药师学员办公室, 内网电脑可查询电子病历系统及数字图书馆系统, 外网电脑可接入互联网。

3、能为学员提供合适的学习生活条件, 保障学员必要的食宿条件。

(三) 带教药师的基本条件

1、高等医药院校临床药学专业或药学专业全日制本科以上学历, 具有药学专业中级技术职务任

职资格。

2、从事专科全职临床药师工作 2 年以上。

3、经国家卫计委临床药师培训基地培训, 取得“临床药师岗位培训证书”; 并经师资培训基地学习, 取得“临床药师带教师资岗位培训证书”。

4、热爱临床药师工作, 具有良好职业道德, 身体健康, 能胜任教学工作。

(四) 带教医师的基本条件

1、高等学校医学专业本科以上学历, 具有医学专业中级技术职务任职资格。

2、具体参加患者的住院诊断、治疗工作, 以及特殊诊疗操作, 并掌握患者的病情变化, 能及时应对和处理患者病危、死亡、医疗事故、医院感染、传染病疫情等重要问题。

3、能够主持病房的临床病例讨论及会诊, 能够对重点疾病的发病机制、病情特点、感染病原体的特点, 以及各项理化检验结果等进行系统讲解。

4、热爱临床药师教学工作, 具有良好职业道德; 身体健康, 能胜任教学工作。

二、培训模式

在临床药师和临床医师指导下, 以直接参与临床用药实践为主, 适当课程教育为辅, 紧密结合临床工作实际, 培养临床药物应用型人才, 提升参与临床药物治疗工作能力。

培训基地根据培养工作需要成立带教组, 每个带教组由一名临床药师和一名临床医师组成。培训带教组以临床药师带教为主, 临床医师为辅的带教模式。每个带教组带 2 名学员参与临床用药实践。培养时间为 1 年, 全脱产学习, 全年实际工作日不少于 48 周 1920 小时。

三、招生与考核管理

(一) 招收学员条件

1、高等医药院校临床药学专业或西药药学专业全日制本科以上学历, 在医疗机构药学部门工作 2 年以上。

2、具有良好的职业道德和业务素质, 热爱临床药师工作, 年龄在 40 岁以下, 身心健康, 能坚持正常的学习和工作。

3、招收县及县级以下医疗机构的药师, 应具有高等医药院校西药药学专业专科毕业以上学历, 年龄不超过 45 岁, 身心健康, 能坚持正常的学习和临床实践工作。

(二) 招生人数及入学时间

1、每个带教组招 2 名学员, 经临床药师工作专家委员会审核同意可以增至 3 名。

2、不得招收本院药师作为学员参加培训。

3、提前公示招生信息, 包括培训基地名称、培训专业、带教师资、招生学员名额等, 在卫计委医院管理研究所药事管理研究部和中国医院协会药事管理专业委员会网站上公示。

4、应当在开学前 2 周完成招生工作, 并填写“201 年度临床药师培训基地招生统计表”, 招收的每位学员填写“国家卫计委临床药师培训基地招生学员登记表”, 两表一起上报中国医院协会药事管理专业委员会备案。未经备案的学员不能取得临床药师岗位培训证书。

(三) 学员培训结业证书的授予

学员按规定完成临床药师岗位培训计划, 并经结业考试、考核及作业评估合格者, 由中国医院协会和培训基地医院联合颁发由国家卫生和计划生育委员会医政医管局监制的“临床药师岗位培训证书”。

四、学员管理

- 1、参加培训的药师应认真学习和执行专业培训计划，明确学习目的，保质保量地完成培训任务。
- 2、树立科学的培训态度，尊重带教老师，虚心好学，严格遵守培训基地医院及相关科室的规章制度和操作规程，严防发生差错事故。
- 3、培养良好职业道德，确立严肃认真的医疗作风。
- 4、认真书写《学员培训手册》，重视总结实践经验，做到勤学、勤记、勤看、勤问、勤实践。
- 5、药师应坚持处置好病人后才能休息的原则，早上必须提前半小时进入病房，做好准备工作，认真参加查房；主动参加救治危重患者；积极参加病例讨论等相关学术活动。
- 6、参加培训的药师应完成专业培训计划。
- 7、培训期间无寒暑假。严格请假制度，一般不准事假。特殊情况请假需经批准后，缺课时间利用周末及节假日弥补，以确保时间。

五、带教药师与带教医师管理

- 1、定期进行教学能力的培训，培训内容包含床边教学能力、医疗文书写作能力、点评修改学员作业能力、主持病例讨论能力和设计考试题目能力等五大方面。
- 2、带教药师与带教医师共同参加医疗查房、药学查房、病例讨论、文献阅读报告等，在临床实践中引导学员主动发现问题，并协助其通过阅读文献充分论证而解决这一问题，并提高学员获取、分析、筛选文献的能力。
- 3、带教药师应独立完成教学药历、病例分析、个体化用药指导、理论考核试卷设计、临床实践考核案例设计等。
- 4、带教药师定期组织并主持完成以下教学活动：病例讨论教学、学员文献阅读报告、点评学员药历和病例分析、模拟实践考核等。

第十部分 器械管理制度

器械管理委员会工作制度

- 1、医疗器械管理委员会是在院长领导下的对医院医疗设备、器械、卫生材料等工作起指导、监督、参谋、咨询作用的管理组织。
- 2、医疗器械管理委员会由医院院长及有关职能科室、业务科室负责人组成，组成成员：分管院长、器械科、医务科、护理部、财务部、院纪委及主要业务科室、大型设备使用科室等有关负责人。
- 3、医疗器械管理委员会的成员要以严谨的工作作风，认真负责的态度开展工作。
- 4、医疗器械管理委员会办事机构设在器械科，下设医疗器械临床使用安全管理委员会。每次会议不得少于总人数的80%，特殊情况另行通知。委员没有特殊情况不得缺席，活动要有记录。

医疗器械临床质量使用安全管理工作制度

- 1、为加强医疗器械临床使用安全管理工作，降低医疗器械临床使用风险，提高医疗质量，保障医患双方合法权益，根据《医疗器械临床使用安全管理规范》的规定和要求，由医院医疗器械临床使用安全管理委员会制定本制度。
- 2、医疗器械临床使用安全管理是指医疗机构医疗服务中涉及的医疗器械产品安全，人员，制度，技术规范，设施，环境等的安全管理。
- 3、为确保进入临床使用的医疗器械合法，安全，有效，对首次进入我院使用的医疗器械严格按照《卫生耗材首次进入我院的申购程序》及《医疗设备购置及引进制度》中的要求准入；对器械的采购严格按照相关法律法规采购规范、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；对在用设备及耗材每年要进行评价论证，提出意见及时更新。
- 4、对设备及耗材依据《大型设备出入库制度》、《医疗设备维修制度》、《医疗设备报废制度》及《一般医疗器材管理工作制度》的要求，作好安装验收、出入库、维护保养及报废的管理工作。
- 5、对医疗器械采购，评价，验收等过程中形成的报告，合同，评价记录等文件进行建档和妥善保存，保存期限为医疗器械使用寿命周期结束后5年以上。
- 6、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。
- 7、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，定期检查评价。
- 8、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。
- 9、医疗器械出现故障，使用科室应当立即停止使用，并通知器械科按规定进行检修；经检修达不

到临床使用安全标准的医疗器械，不得再用于临床。

10、发生医疗器械临床使用安全事件及不良反应，临床科室应及时处理并上报医疗器械临床使用安全管理委员及不良反应监测工作站，并上报上级卫生行政部门及药品监督管理局。

11、严格执行《医院感染管理办法》、《一次性使用无菌医疗器械管理制度》、《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、消毒或者有效日期等，并进行登记及处理。

12、临床使用的大型医用设备，植入与介入类医疗器械名称，关键性技术参数及唯一性标识信息应当记录到病历中。

制定医疗器械安装、验收（包括商务，技术，临床）使用中的管理制度与技术规范。

13、对在用设备类医疗器械的预防性维护，检测与校准，临床应用效果等信息进行分析与风险评估，以保证在用设备类医疗器械处于完好与待用状态，保障所获临床信息的质量。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，应按照相关规范和医疗机构实际情况制订。

14、在大型医用设备使用科室的明显位置，公示有关医用设备的主要信息，包括医疗器械名称，注册证号，规格，生产厂商，启用日期和设备管理人员等内容。

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。

15、对于生命支持设备和重要的相关设备，制订相应应急备用方案。

16、医疗器械保障技术服务全过程及其结果均应当真实记录并存入医疗器械信息档案。

器械仓库储存管理工作制度

1、坚持验收入库原则，凭入库票（或发票）验收入库，器械物资均须办理入库验收、登帐手续。对不符合要求、质量有问题、不按要求采购的器材物资拒绝验收入库。

2、入库器材物资应按要求分类存放、定位放置，细心保管。物尽其用，尽量发挥现有器材物资的使用效能，防止积压浪费。

3、保持库房干净、整洁，非库房人员不得入内，根据库存物资的储存要求，选择不同的储存方式。冷库温度为2—8℃；阴凉库温度不高于20℃；常温库温度为0—30℃，各库房相对湿度应保持在45%—75%之间。每日查验库房储存条件，填写养护记录。超出范围应采取调节措施，填写养护记录。定期查验设备运转情况，及时维修，填写设备养护记录。

4、仪器设备、器械、卫生材料要设帐，并按器械性质分类保管，做到帐物相符。库存物资每季度要盘点一次，每月核对帐目一次。

5、对科室请领单要按月装订保存，并做好记录存查。库房管理人员要及时了解各科室保管、使用低值易耗和卫生材料的数量和状态，对保管不善的要提出改进意见。

6、根据临床工作需要，科学合理地编制和设置低值易耗品、一次性耗材等卫生材料库存量，确保供应，加快周转，减少库存。

7、体外试剂、放射性材料、易燃易爆等危险品，在采购及入库前要掌握使用要求和保管说明，

按照温度、有效期等特殊要求严格核对保管，并对运输的条件进行监督，详细登记，保证质量。

8、库房内禁止吸烟，注意通风、防潮、防锈、防火、防盗，配有消防设施，离库要锁门关窗。

9、器械科真实、完整、准确地记录进货查验情况，查验记录保存至医疗器械规定使用期限届满后2年或者使用终止后2年。大型医疗器械进货查验记录应当保存至医疗器械规定使用期限届满后5年或者使用终止后5年；植入性医疗器械进货查验记录应永久保存。

10、第三类医疗器械的原始资料应妥善保存，有专人负责保管，确保信息具有可追溯性。

医疗器械、卫生材料出入库管理制度

1、医疗器械、医用耗材凭各方签字的验收报告与进货发票办理入库手续。各科室不得自行采购物品，特殊情况购前须经分管院长、器械科主任签字，携所购物品及发票到器械科方可入库。

2、对医用材料、低值易耗品，由仓库保管员对物资型号、数量、有效期等进行确认，凭发票登记入库，并建立库存帐。

3、入库信息需包含：供货单位、经办人、物资名称、品牌、规格型号、设备出厂序列号、生产厂家、产地、单位、生产批号、生产日期、灭菌日期、有效期、注册证号、单价、数量、金额、进价、合计、记账人、记账日期等。

4、仓库会计严格按采购计划入库，如有计划内数量变动，请示分管主任，计划外采购请示主管主任或由分管院长签字并有合同方可进行入库。

5、对医用材料、低值易耗品，按先进先出、发陈存新的原则，由库房管理人员核对入库单上各项内容后，填写领用单，双方签字登帐出库，库房建立出库流水明细。

6、医用计量器具，必须检查核对《计量合格证》后才能发放使用。

7、计算机出库管理的有关信息必须与入库的相关信息保持一致。

8、各科室应指定专人领取物品，按每月科室计划领取，如有更改应请示仓库负责人，否则造成仓库积压或浪费，由领取科室及仓库保管承担。

9、各科领取的医疗器械、卫生材料一般情况不允许退库，如确实存在质量问题由采购员与供销商达成协议后方可退库处理。

10、保管人员变换必须办妥移交手续，造具清册，由交接双方签字。

11、本制度未涉及内容依照相关法律法规照章执行。

计量器具管理制度

1、属于强制检定的计量器具应由专人（器具管理员）负责管理协调。

2、统一建立全院强制检定计量器具的台账，分户账、分类帐，保管好有关的技术档案和检定证书。

3、加强与计量鉴定部门的业务联系，做好年度强制检定计量器具的周期鉴定工作。

4、计量器具的采购应有CMC或CPA标志（并附有许可证编号）不得采购未取得制造计量器具许可证的企业生产的计量器具。

5、使用计量器具的部门必须做好计量器具的使用与保养工作，制定相应的使用操作规程，由专人负责，并严格按照说明书及操作规程进行操作。

6、在医疗过程中，可能会因医疗计量器具的准确度或其他计量问题引起医疗纠纷或医疗事故，故计量器具发生故障时，应及时报计量维修人员处理。各科室无权擅自修理，否则后果自负。

计量器具的使用、维护、保养制度

1、使用计量器具的部门，必须做好计量器具的使用与保养工作，制定出相应的使用操作规程，由专人负责，并严格按照说明书及操作规程进行操作。未经主管人员同意，不得擅自运用计量仪器。

2、所有计量器具应建立使用记录并定期维护保养，常用计量器具每次用后应擦净保养，不常用者应定期做通电试验。

3、存放计量器具的场所，要求清洁卫生。温度、湿度要符合鉴定规程的规定，并保持相对稳定。对易变形的计量器具，要分类存放，妥善保管。计量器具严禁与酸、碱等腐蚀性物资及磨料混放。

4、在用计量器具必须有计量检定证书或合格标记，发现合格证书丢失或超期，要及时查找原因，办理补证手续。对无合格证标记及超期使用的计量器具，操作者有权拒绝使用。

5、计量器具发生故障时，应及时与计量鉴定部门联系处理。精密贵重仪器经主管领导批准后，方可送修，并做好记录。

医疗器械不良反应事件监测报告管理制度

为加强我院医疗器械安全监测和管理，规范我院医疗器械不良反应事件报告和管理制度，根据国家食品药品监督管理局《医疗器械不良反应报告和监测管理办法》及国家相关法规及管理办法，制订制度如下。

一、组织领导

由医疗器械管理委员会领导和组织全院医疗器械不良反应事件的处理。统一归口部门为医务部，日常具体工作由器械科负责。

二、报告范围

发生以下医疗器械不良反应事件必须报告监测管理小组：

- （一）医疗器械不良反应（合格医疗器械正常用法的意外有害后果）。
- （二）医疗器械质量缺陷（假、劣）导致的不良反应事件。
- （三）使用不当导致的不良反应事件。

三、医疗器械不良反应的报告程序

（一）医疗器械不良反应事件实行逐级、定期报告制度。必要时，可采取越级报告制度。临床科室发现医疗器械不良反应必须及时报告。

（二）医院建立医疗器械不良反应监控网络，由各临床科室指定专人负责医疗器械不良反应联络工作（科室联络员），负责本科室的医疗器械不良反应的搜集、汇总、监督协调并通过院质控管

理系统进行上报，且保留样本。

（三）发现严重、罕见的不良反应病例，应先经医护人员诊治和处理，并做好医疗器械的留样、保存和记录工作，在 24 小时内报告给本科不良反应联络员和医院医疗器械不良反应监测管理小组，其中死亡病例必须在 8 小时内报告。

（四）发现医疗器械严重不良反应或群体不良事件或死亡病例须在 8 小时内报告给本科不良反应联络员和医院医疗器械不良反应监测管理小组。

（五）发生医疗器械使用不当，发生不良反应的相关人员应及时报告差错情况、患者情况，由医疗器械事故监测管理小组，鉴定和记录使用差错，通过院质控管理系统进行上报，并保留样本，并对收集数据的可靠性报道进行评估，制定医疗器械质量改进和安全使用的计划。

（六）对于重大临床使用医疗器械差错的不良反应，监测管理小组应马上进行事实记录和调查，核查和保留适当的器械证据（例如包装和标签），核查临床重大使用错误报告及相关的改正措施，并上报医院医疗设备管理委员会。

（七）医院医疗器械不良反应事件监测管理小组安排专门人员及时收集、整理，并按规定日期向枣庄市医疗器械不良反应监测中心报告。一般医疗器械不良反应每月集中上报，新的或严重的医疗器械不良反应于 48 小时内上报，可疑死亡病例 12 小时内上报，群体不良反应应立即上报。

四、医疗器械不良反应事件的改进管理

（一）医院医疗器械不良反应监测管理小组必须及时将各科室报告的医疗器械不良反应事件调查、分析、评价、处理。并将结果及时反馈到科室，做好科室的改进和整治工作。

（二）医疗器械不良反应监测中心必须定期向各科室或者原报告人反馈枣庄市不良反应监测中心医疗器械不良反应评价信息。根据不良反应的评价信息改进科室工作、消除隐患。

五、奖惩

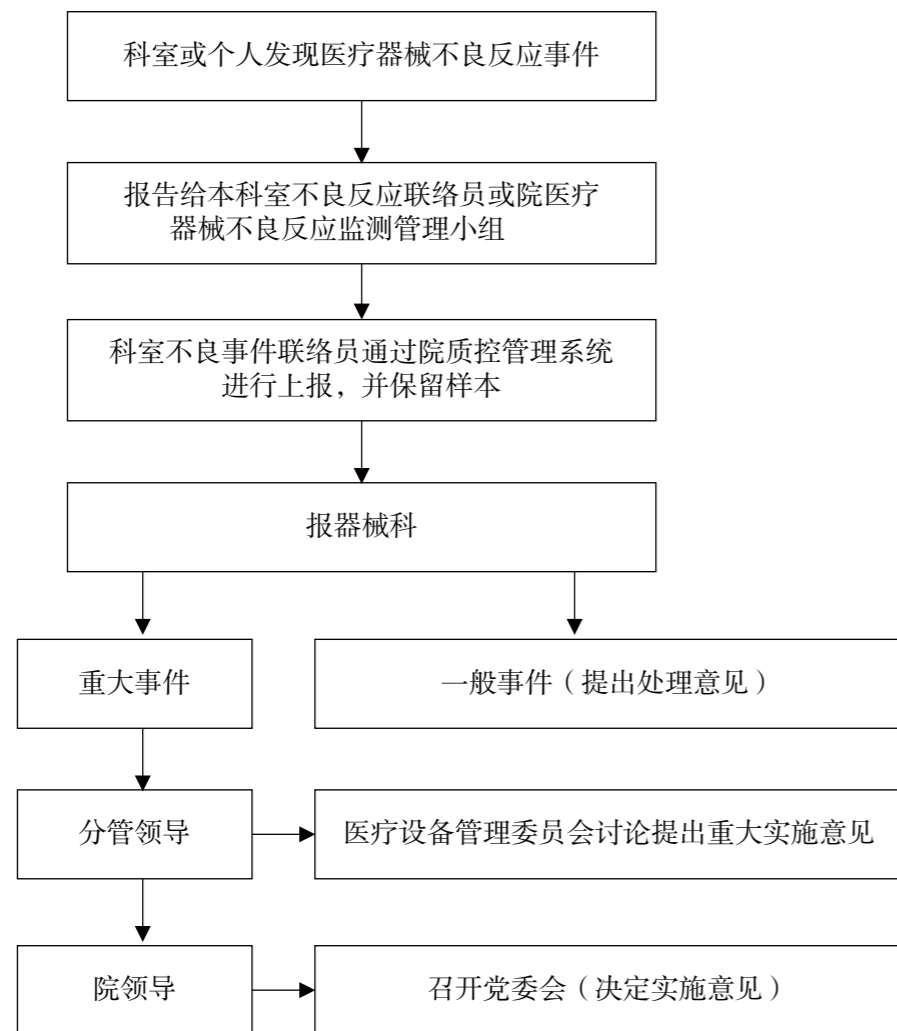
（一）医院鼓励本院工作人员主动上报医疗器械不良事件，每据实上报 1 例奖励 20 元。

（二）医院将上报医疗器械不良事件纳入绩效考核，发现医务人员瞒报、漏报、谎报、缓报，造成患者损害加重或引发医疗纠纷、投诉的，医院根据《枣庄市立医院绩效考核实施办法》文件要求给予相应的处罚。

附件：医疗器械不良事件上报流程图

附件：

医疗器械不良事件上报流程图



医疗器械管理委员会之医疗器械不良反应监测管理职责

1. 贯彻落实上级有关医疗器械不良反应监测工作的各项任务；
2. 指导、检查和督促临床科室开展医疗器械不良事件监测工作；
3. 对临床科室医疗器械不良事件组织调查、确认、处理和上报；
4. 对临床科室医疗器械不良事件监测工作进行检查、考核和总结；
5. 完成上级交办的涉及医疗器械不良事件监测的其它各项工作。

医疗器械风险评估管理制度

为了有效预防、及时控制和消除医疗器械不良反应的危害，保障公众身体健康与生命安全，根据国家食品药品监督管理局、卫生部制定的《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》的要求，制定本制度。

1、组织机构：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。

2、器械科为一次性使用医疗卫生用品及一次性医疗器械的采购科室，负责日常对其质量审核把关，确保安全使用，对使用后发生的安全事件及时上报并反馈。

2、风险评估标准：以医疗设备风险管理行业标准《YY/T0316-200、ISO14971-1:1998》，制定本单位医疗设备风险管理和评估制度，以确保对病人和使用人员不造成危害，保证患者的生命安全。

3、医疗设备应用安全风险来源：1）医疗设备在使用中设备出现故障时对病人的伤害；2）由于使用者操作不当造成对病人的伤害；3）由于带有放射源或电离辐射、电磁辐射的医疗设备造成的人员的伤害；4）由电气安全引起的问题：医疗设备绝缘程度下降、保护接地不当等因素造成的人员的伤害；5）因机械、光学、化学等有害物质污染出现的安全问题；6）由于各设备的组合相互之间产生影响造成的人员的伤害。7）其他可能对病人和工作人员造成伤害的风险。

4、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。

5、风险管理应有风险分析、风险评估、风险控制三部分组成，应对一些生命支持和功能支持的医疗设备制定巡诊计划，（如呼吸机、监护仪、高频手术设备、各类光学内窥镜、体外循环设备、X线诊断设备等）根据反馈的情况，及时整改。

6、应对在用的医疗设备进行安全风险评估，并进行监测和建档，以保证医疗设备应用的安全、有效，以避免给病人和使用人员带来各种风险和隐患。

医疗设备信息技术档案管理制度

1、技术档案建立标准：万元以上医疗设备有档案员统一建立专件档案并按照购入时间排序，设备名称、规格型号，生产厂家、品牌、使用科室以便于管理。十万元以上设备由档案员整理资料，存放一年后转入院档案室。

2、技术档案内容：中标通知书、购置审批单、设备论证书（十万元以上）、企业资质（包括：营业执照、医疗器械生产许可证及经营许可证、器械注册证）、订货合同、产品合格证、验收报告、（使用说明书、技术说明书随科室保存）等其他相关资料。

3、设备一经验收应马上建立专件档案。

4、档案管理员在使用档案管理系统建立电子档案时，应认真输入设备名称、使用科室、建立时间、规格型号、生产厂家、安装日期等详细内容。为今后档案的编制查询工作创造方便。

5、技术档案要严格执行借用手续。大型精密设备的技术资料不能外借。特殊情况下，请示科主任同意后方可借出，使用科室应使用复印件。

6、档案管理员由专人任职，必要时也可兼任。管理人员工作发生变动时，要严格办理档案移交手续。

医疗设备装备原则、更新及分级管理制度

（一）装备原则

- 1、总原则“需要、可能、实用”。
- 2、根据医院的经济情况分轻、重、缓、急统筹规划，分批分期逐步装备。
- 3、优先更新经济效益高，社会效益好的设备。
- 4、首先保证急诊、保健、门诊、病房正常医疗工作所需仪器。
- 5、医院重点开展的项目和科室，应由院领导和有关专家对科室所需仪器进行论证后提出计划，由器械科执行。论证的内容：资金来源，效益预测，合理布局，房屋维修条件等。

（二）更新的原则：为了提高仪器设备的精确度，满足临床与教学科研的需要，提高设备的性能，提高效率，降低成本，提高自动化程度，对耗能大的进行改造，节约动能。

（三）更新的方法：

- 1、根据设备的自然寿命、技术寿命、经济寿命综合考虑，重点依据设备的使用费，决定是否更新。
- 2、根据设备的使用年限、性能及质量情况分析对医疗、科研教学工作带来的影响以及历次维修费用、折旧费提取情况等方面考虑是否更新。
- 3、对原来的型号和性能相同的设备进行替换，此方法不应占重要的地位。

（四）更新的程序：

先由使用科室填写“固定资产报废申请表”，再由主管部门组织进行技术鉴定和效益测算，经院领导批准后，办理原设备的报废手续。按定购仪器程序进行更新。

（五）固定资产分级管理制度：

我院固定资产在院长的统一领导下，由固定资产管理职能部门和使用部门共同管理，其中，器械科负责专用设备的购置和管理。

医疗设备具体管理工作由器械科、计财部及使用科室负责：计财部负责财务计划，金额监督、账簿核算；器械科主要负责固定资产的数量增减，金额预算，主办采购、验收、编号、调配、出入库手续为各使用单位登记明细账，每月与计财部对账和年终清查盘点；使用科室负责固定资产的使用、管理、保管，报损、报废时填写申请单，及时清查盘点，保障固定资产的安全完整，对大型仪器设备要制定专人管理，并做好使用、维修、事故情况记录，定期评估使用效益。

医疗器械采购管理制度

- 1、器械科应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。
- 2、购置医疗器械前，必须查验供应商提供的《医疗器械注册证》、《医疗器械经营企业许可证》、《医疗器械生产企业许可证》等证件。复印件必须加盖经销单位公章，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。
- 3、凡列入《检验检疫机构商品目录》的进口医疗器械，需提供国家检验检疫局的商检证明。

- 4、凡列入《实施强制性产品认证的产品目录》的医疗器械，必须提供3C认证书、3C认证标志。
- 5、凡国产医用消毒产品，需提供卫生部颁发《卫生许可证》或《卫生许可批件》。
- 6、凡国产医用计量器具，需提供《制造计量器具许可证》；凡进口计量器具，需提供国家质量技术监督局颁发的《中华人民共和国计量器具型式批准证书》。
- 7、医疗设备采购以政府采购办批准的方式进行。属于政府采购目录或集中采购招标范围的医疗设备应按规定委托招标采购。对于自行招标的，应做到公开、公平、公正。
- 8、对于急需和因特殊情况不适合招标采购的设备，可采用询价或定向单一来源采购，但须报院领导批准。属政府采购范围的应报当地政府采购部门批准。
- 9、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。
- 10、使用科室不得擅自采购或以先试用后付款的方式采购医疗设备。
- 11、对违反规定造成的后果，将追查有关人员的责任。
- 12、医疗器械采购实行各院区统一管理，明确由器械科统一采购医疗器械，其他部门或者人员不得自行采购。采购员严格执行器械科负责人和分管院长审批后的采购计划，按照招标选中的供应商进行采购活动。

医疗设备购置审批制度

- 1、各临床医技科室根据医疗、科研教学工作需要，按年度编报设备购置计划，并填写《医疗仪器设备申购单》及《医疗仪器设备申购论证表》，医务部进行技术准入及使用效率分析，由器械科汇总后，提交医疗器械管理委员会讨论，形成年度采购计划，报院务会或党政联席会确定购置计划。
- 2、购置大型医疗设备必须先写出可行性报告，填写大型医疗设备配置申请表，报省卫生厅批准后执行。
- 3、根据市纠风办及市卫计委有关文件规定，单价在五万元以上或多台同类产品总价在五万元以上的医疗设备，由器械科相关人员负责询价，审计部负责监督询价全过程，器械科组织计财部、审计科、使用科室及器械管理委员会共同参加确定供应商，并进行政府招标。五万元以下固定资产，由器械科组织竞争性谈判确定供应商。确定供应商后由器械科和使用科室拟定购买合同，审计科、计财部审核，分管院长、院长审批签字
- 4、合同书一律使用由医院制定的格式化合同。
- 5、对紧急情况或临床急需的医疗设备，由使用科室提出申请，交院领导批准后优先办理。单价5万元以上的，事后形成文字材料报市卫计委备案。
- 6、各临床医技科室不得对外签订订购合同或向厂商承诺购置意向，各类会议上厂商介绍的相关产品若科室适用，参会人员可将资料带回医院交器械科备案。
- 7、对各类设备所需的耗材、配件，使用科室必须与化试耗材采购中心等部门协商，形成统一意见的书面报告，报分管院领导批准后执行。
- 8、科研项目所需的医疗设备，根据科研经费和批准的项目，由使用科室与科教部门共同提出购置计划，报器械科审核，再报分管院领导批准后执行。
- 9、对于赠送、科研合作、临床试用或验证的医疗设备，必须按规定程序办理，并报院领导批准

后执行。对违反规定造成矛盾的，由当事人承担有关责任。

采购论证及技术评估制度

为科学有效地购置医疗设备，提高仪器设备的装备水平，减少浪费，提高投资效益，各临床科室在购置仪器设备之前，必须按程序进行充分论证及技术评估。

一、论证及技术评估项目

凡属下列情况之一的，必须按程序进行充分论证及技术评估，并写出论证报告。

- 1、购置大型精密贵重仪器设备（指单价或全套设备费在5万元以上的仪器设备）。
- 2、首次使用、单价（含配套）在万元以上的设备。

二、论证原则

在仪器设备购置论证过程中，必须把握和坚持以下三条基本原则：

1、适用原则

首先，根据临床教学、科研需求，有针对性地选购仪器设备。其次，对仪器设备的使用效率进行预测，为采购提供科学详实的参考数据，避免低效使用。再次，应当考虑专业和学科发展的需要，适当留有余地，同时避免脱离医院实际，盲目地追求高档设备。

2、技术原则

选择仪器设备要符合下列技术要求：

- ① 可靠和稳定。仪器设备的可靠性、稳定性应达到所要求的指标。
- ② 便于维修。在功能和费用相同的情况下应当选择维修性好的仪器设备，选择售后服务好的供货厂商。
- ③ 耐用。尽量选择自然寿命长、技术寿命也长的仪器设备。防止购买时或即将淘汰的仪器设备。
- ④ 可互换。选择的新仪器设备的规格型号尽可能与现有仪器设备相衔接。
- ⑤ 仪器设备要配套，防止购入后因无配套设备而闲置浪费现象的出现。

3、经济原则

坚持以最少的投入取得最大效益的原则。在选购仪器设备时，要对各种方案进行经济分析和综合效益分析，综合考虑当前购置费及运行维护的消耗费用。购置数量，既要保证满足教学的实际需要量，又能充分提高设备的利用率。

三、论证及技术评估内容

仪器设备购置可行性论证报告应包括以下主要内容：

- 1、购置理由，必要时附论据复印件。
- 2、拟购置仪器设备的规格、数量、功能及用途范围，应配的零配件等
- 3、主要技术指标。
- 4、安装及使用条件，包括使用科室的桌椅、地面、空调等设施建设要求并提供设计图纸。
- 5、损益预测（含利用率、经济技术效果和旧仪器设备处理、经济损失情况）。
- 6、仪器设备安装调试、配套设施建设等各种费用预算。
- 7、目前仪器设备管理人员素质、配备状况，今后人员培训提高的方法、途径、要求。

四、论证及技术评价程序

仪器设备购置可行性论证工作必须加强领导，规范管理，严格按以下程序进行：

- 1、各业务科室应根据临床、科研、教学工作的需要按年度申报仪器设备采购计划，医务部进行技术准入及使用效率分析后，器械科汇总，经器械科管理委员会讨论并形成年度计划上报院党委批准后执行。
- 2、使用科室申请购置5万元以上仪器设备的，要对申请的项目初步造型，了解性能及相关情况，做好初步论证，同时按照要求填写大型设备论证书后报器械科。
- 3、新开展业务须配备的各种仪器器械，须经医疗器械管理委员会研究论证，批准后再申请购置。
- 4、按本规定应论证而未进行论证的采购设备，不准进行采购。
- 5、小型设备购置由各临床科室参照本规定制定论证办法。

大型医疗设备使用评价制度

大型医疗设备正式使用时使用科室应将设备使用次数、时间、人数记录在案，每季度将收入费用上报院有关职能部门，会同计财部、医务部、器械科每年对所购置的大型精密贵重仪器设备进行绩效评价，内容包括：

（一）成本效益分析：

- 1、器械科对全院的医疗设备的效益情况进行监控，以便合理配置和充分利用医疗设备，并为院领导决策提供依据。
- 2、凡价值在50万元以上并可做收费项目的医疗设备必须进行经济效益分析。
- 3、医院各临床科室负责人每月填写医疗设备经济效益数据采集表，如实填写当月医疗设备的工作量、月收入、材料消耗、维护费用、人员费用，并于当月月底前交器械科。
- 4、器械科计算出当月各项医疗设备的设备折旧、月利润、月利润率、上年同期对比，做出全院医疗设备经济效益分析月报表和当月医疗设备经济效益分析评价并送院领导审阅。
- 5、器械科定期对贵重、大型医疗设备的使用情况进行评估，对能够充分利用、效益明显的给予表扬；对长期闲置、开展工作不利、保护保养不当的给予批评。（附表见办法）

（1）投资回收期评价：投资回收期是长是短，投资效果是好是差，计算方法如下：

$$\text{投资回收期（年）} = \frac{\text{设备投资额}}{\text{年工作日} \times \text{日工作次数} \times \text{每次收费数}}$$

（2）使用评价：仪器设备使用率是否达到90%。计算方法如下：

$$\text{使用率} = \frac{\text{本月实际使用人次（或时数）}}{\text{日诊治人（次）数（或时数）} \times \text{月工作日}} \times 100\%$$

（3）年度盈亏评价：按合理的收费和支出标准，核算年度盈亏。方法如下：

经济效益 = (年工作日 * 日工作次数 * 每次收费标准) - (设备价格 / 使用年限 + 消耗材料 + 维修支出 + 房屋水电费 + 人员工资 + 投资保值利率)

(二) 临床使用效果及质量分析:

1、设备购置评价: 性能质量是否达到预期目的; 设备功能配置、项目、用途、图像质量等方面是否能满足当前临床工作开展需求; 价格是否合理; 是否有助于提高全院医疗技术服务质量; 获得的经济效益及社会效益等。

2、维修保养评价: 制度是否健全、人员是否落实、执行是否严格、设备实际状况是否符合要求。

医疗设备验收管理制度

1、购进的各种医疗设备、消耗材料必须严格按照验收手续、程序进行, 严格把关, 器械科组织工程技术人员和使用部门进行验收, 审计部、监察室根据合同监督验收过程。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、质量验收。

2. 验收工作必须及时, 尤其是进口设备, 必须在合同验收与索赔期限内进行, 以免因验收不及时造成损失。

3. 医疗设备验收应有使用科室、器械科及厂商代表共同参加, 需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参加验收各方共同签字。

4. 验收时应查验质量合格证明, 对验收情况必须详细记录并出具验收报告, 严格按合同品名、规格、型号、数量逐项验收, 如发现型号规格不符、性能不良、数量短少、质量不符合要求或缺损坏、短少附件、资料等情况, 器械科应立即向供货单位联系解决, 并暂拒付货款, 并对所有与合同发票不符的情况, 做好记录, 以便及时与厂商交涉或报商检部门索赔。

5. 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。验收结果应作详细记录, 并作为技术档案保存。

6. 对于紧急或急救购置的不能按常规程序验收的设备, 可以简化手续, 或按先使用事后补办验收程序的程序进行, 但必须由器械科负责人签字同意。

7. 验收合格的设备应由经手人办理入库手续。

8. 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。

医疗设备日常管理监测制度

(一) 准入: 严格按照《医疗设备购置及引进制度》中程序提出可行性报告、填写《医疗设备购置申请表》、按相关法律法规进行采购。

(二) 安装与培训: 由生产厂家进行组织具有本设备安装资质及一定安装经历人员进行安装及使用培训, 培训人员包括: 使用科室主任、使用科室人员 2 名、设备维修保养人员。

(三) 建立有效的维护保养策略: 1、科室使用人员进行日常保养; 2、医院维保人员进行月、

季保养; 3、与厂家签订保养、保修合同, 由使用科室及医院维保人员监督保修合同的执行情况; 4、提高自修能力、警惕厂家对维修密码的控制; 5、各科室应有大型仪器运转情况及交接班记录。

(四) 使用管理: 1、制定设备操作规程, 严格按照规程操作; 2、用前检查, 只有确认设备功能正常, 才能投入临床使用; 3、定期检测, 定期检测是对医疗设备定期进行的维护、保养以及理化性能或功能的测试验证, 需要借助于专门的检测仪器, 由相关资质人员完成并保存检测记录和粘贴检测标识;

4 计量检定, 对须进行计量检定设备严格按照要求检定。

(五) 档案管理: 按照《医院设备档案管理制度》建立设备档案。

医疗设备操作使用管理制度

1、医疗设备使用前必须制定操作规程, 使用时必须按操作规程操作, 不熟悉仪器性能和没有掌握操作规程者不得开机。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器械科, 并按规定对使用科室及责任人作相应的处理。

2. 建立使用登记本(卡), 对开机情况、使用情况、出现的问题进行详细登记。

3. 价值 20 万元以上的设备, 须经培训合格后方可操作, 无关人员不能上机。大型仪器设备须取得卫生部规定的《大型医用设备配置许可证》方能投入使用, 使用人员须持有《大型医疗设备上岗人员技术合格证》方能进行操作。

4. 医疗设备使用科室, 应指定设备管理员负责设备的管理, 包括科室设备台帐、各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, 应办理交接手续。

5. 操作人员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。检修由检修技术人员负责, 操作人员不得擅自拆卸或者检修; 设备须在故障排除以后方能继续使用。

6. 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。

7. 使用人员在下班前应按规定顺序关机, 并切断电源、水源, 以免发生意外事故。需连续工作的设备, 应做好交接班工作。

8. 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分管院领导, 通知医务部门、临床科室停止开单, 以免给病人带来不必要的麻烦。

9. 未经院领导和器械科同意, 禁止科室擅自将设备带出院外使用, 更严禁科室擅自将设备借给其他单位或个人使用。违反此规定者, 应予追究, 并按擅自挪用国有资产之相关规定严肃处理。

医疗设备培训考核制度

为了不断地提高设备使用人员的业务水平, 规范操作流程, 延长医疗设备的使用周期。通过有计划地组织员工医疗设备培训考核, 保证医院的医疗设备完好、安全、可靠、正常运行, 确保医患人身安全。

医疗设备调拨管理制度

医疗设备使用科室必须指定专门的设备管理员，实行专人负责制。医疗设备的调拨和转移必须通知器械科，由器械科办理相关手续，并报计划财务部确认。如未办理固定资产管理移交手续而产生责任纠纷或造成不良后果的，科室负责人应承担相应责任。

一、跨科借用：由于医疗需要，经双方科室负责人同意，医疗设备固定资产可以跨科借用。医院内部调拨固定资产，应当填制固定资产内部调拨单，由调入、调出部门、固定资产管理部门的负责人及有关管理人员签字后，报器械科同意方可办理固定资产交接手续，调拨单须注明设备名称、固定资产编号、设备完好状况、设备归还日期等。如未办理借用手续或因借条丢失所造成账物不符等结果，将由借出方设备管理员承担相关责任。

二、资产转科：医疗设备固定资产因临床业务需要进行转科使用，相关科室需向器械科提出书面申请，经器械科审核，器械科主任签字批准，报计划财务部办理固定资产账目变更后，方可移交相关医疗设备资产。

三、调拨手续的办理作为各使用单位固定资产使用卡增减的依据，大型贵重专业仪器设备还须报分管院长和院长同意，由国有资产管理部门负责调拨，各使用单位之间不得擅自相互调拨。

四、资产出院：医院医疗设备固定资产因支援或捐赠转移出院外，器械科必须根据院长的亲笔批准相关文件，凭接受方接受文件及时的报计财部办理固定资产账目变更手续。

五、医院固定资产一般不得对外出租、出借，确需出租、出借的，应由借出单位提出申请，器械科及资产管理处进行审核。收回出租、出借的固定资产，应认真勘验，出租、出借固定资产取得的收入，应及时、足额上缴计财部，按有关规定统一管理使用。

医疗设备巡检、保养、维修制度

医疗设备是医院开展医、研、教的重要工具，是医院生存、发展的物质基础，是医院固定资产的重要组成部分。随着各种先进医疗设备在医疗、科研、教学中的运用，维修维护工作变得日趋重要。为提高医疗设备的使用率、提高医院的经济效益、降低医院运行成本、优化经费结构、保证临床医疗的正常进行，本着以病人为中心的原则，提高医疗质量为目的，制定制度如下：

巡检要求：

一、巡检保养周期：设备维修人员每季度定期对全院在用医疗设备进行全面巡检保养。维修人员每月对重点科室（急诊科、手术室、重症医学科、产房、血液净化）进行科室巡检，从氧气口到麻醉机、呼吸机，无论大小设备逐一检查，发现隐患及时解决。

二、维修人员定期对设备进行全面检查，做到眼见、耳听、鼻闻、手摸。对所有医疗设备的运行环境（防静电、防尘、防潮、防蚀、防霉等问题），水电气路进行巡查，对设备的运行情况、磨损程度进行检查校验，及时发现潜在问题，提出改进维护措施，有针对性的做好维修前的各项准备工作，以提高修理质量，缩短修理时间。

三、医疗设备保管人员或操作人员有义务对医疗设备基本状况进行日检查，每日下班前或交班

时如发现问题，及时记录反馈。维修人员立即响应，单独重点巡检。

实行分级保养：

一、一级保养（日常保养）：医疗设备使用人员或责任人每班进行设备状态交接，并进行设备外观检查、表面清洁；每月对设备进行维护保养，进行废液清除、紧固松动部件、加注润滑和过滤网检查；整理设备的各类连接线（电源线、导联线、地线等）及安全附件，保持设备的整洁；检查设备的运转是否正常；对暂不使用或较长时间停用的设备通电测试（建议两周）；定期检查设备的接地端子是否良好；经常检查设备的各项关键技术指标、发现异常立即停用检查保修；。

二、二级保养：由使用科室的医疗设备管理员或责任人和器械科工程技术人员按计划共同完成，每季度主要是对设备主体部件进行检查调整，擦拭光学部件，清理机内灰尘，更换易损部件等；必要时利用质控工具对设备的关键参数进行校对，检查设备的接地是否符合要求。

三、三级保养：属预防性修理，由厂家专业工程师根据厂家提供的资料进行维保并记录，由器械科归档。

四、重点科室（急诊科、手术室、麻醉科、内、外、小儿科ICU、血透室、感染疾病科、输血科、产科）所有设备必须实行二级保养措施（属预防性维修，对设备的主体部分或主要组件进行检查，调整精度，必要时应更换易损件）。对抢救设备必须进行插电测试，保证该类设备处于正常运转状态。

五、按照设备要求，定期对不同设备进行保养。以不影响科室正常工作为原则，手术室主要集中在周末定期对设备进行保养，重症医学科、急诊室及产房以设备空闲时轮流对设备进行保养，并记录在案。

六、对一些维修保养要求较高、技术难度大、备件来源困难的设备由厂家提供维修和零配件服务，并通过签订的保修合同来降低费用。科室设备管理人员监督保养过程，并登记。

维修要求：

一、医疗设备、器械的维修由器械科维修组负责。保修期内设备出现问题，要及时通知维修厂家，如未按维修协议及时处理，要按协议条款追究对方相应责任。放射科、检验科等专科设备可由聘请专业维修人员协助维修。

二、维修组人员应经常深入临床科室检修医疗设备并协助医务人员了解医疗设备及器械性能，提高使用水平和维护保养水平，以减少医疗设备及器械的损坏。科室设备维修，须登记维修记录，维修原因，分析并反馈到临床，及时修改不正确操作。

三、报修设备、仪器、器械一律由器械维修组安排人员进行维修。不得无故拖延或拒修。发生紧急情况时，如需外部维修，可实行先维修后论证。

四、维修人员发现属责任性损坏的设备、仪器、器械（尤其贵重或大型设备）时，应及时向有关领导报告，查明情况再予修理，不得先修后报。

五、重点科室关键设备发生故障，维修人员必须及时维修，不能对临床医疗质量造成影响。如果设备故障严重，不能及时维修必须通知科室和器械科，必须及时找到可替代设备。巡检人员进出重点科室，必须服从重点科室着装要求。

六、坚持检修登记制度，做到接受时登记，修理内容详细记录，维修人员签名负责，修复后领取人签收认可。

七、提倡修旧利废，节约原材料。确定医疗设备以器械的报废要慎重，须报请组长，必要时由院领导组织有关人员进行鉴定，成批或大中型设备报废须按医院规定的审批权限发不合理用料。

八、加强设备维修材料保管，做到进料登账，发料登记，领用人签收。保管人员有权拒发不合理用料。设备维修购置一部分科室常用配件，同时每种设备有两个以上的院外维修公司的联系方式，以备发生紧急故障而维修部门不能及时联系公司。

九、维修工作各专业工种分工负责，团结协作。保证临床医疗设备的正常运转。每月底统计工作量。维修人员须不断提高技术水平，遵守操作规程。

十、非本院维修人员，未经设备部主任批准不得私自维修本院设备。设备出院维修也必须经设备部主任批准。

操作规程：

一、仪器通电检修之前必须了解、掌握操作规程、性能和使用方法。

二、必须在电源断开状态下，进行拆卸机器，插拔线路板，更换元器件及保险丝等操作。

三、更换仪器配件、电子元件必须满足原电路参数要求并留有一定余量，同类品代换必须进行一定时间的实验运行。

四、检修仪器电源部分故障，如更换变压器、开关电源电路等原件，修复后应测量绝缘电阻（外壳）要求大于 10 兆欧以上。

五、使用电烙铁必须有可靠的固定支架并接有可靠地线，不得随意放置，电烙铁用完要及时关闭电源，搁置冷却。

六、仪器通电检修时，注意保持单手操作习惯，身体与地面保持良好绝缘。

七、仪器电源线应按国际规范连接，在确认正确无误后方可使用。

八、仪器使用结束离开时，随时关闭所有用电器开关和总电源开关。

九、设备维修办公室要区分用，废旧期间分类收集，分类处理。水银要专人专管。

重点科室急救设备维护保障制度

1、重点科室，如：急诊科、ICU、手术室、产房等的重点急救设备应有专人管理。

2、设备管理人员应每天检查设备是否运转良好，确保设备时刻处于完好状态，随时都能保持待用状态，并认真填写设备交接班记录。

3、科室设备管理人员应认真做好设备的日常保养维护工作，清洁润滑坚固，检查外观及在使用过程中工作是否正常，零件是否完整。由操作人员每日进行一次。

4、器械科维修人员每月对重点科室设备进行巡查、每季度根据机器情况对仪器设备主体部分进行解体检查和调整，更换达到磨损限度的零件。

5、发现故障及时报修。器械科维修人员应立即响应，不得推诿、拖延。

6、如遇不能及时修好的故障设备，应及时向科主任护士长反应，启动医院重要设备资源共享及调配机制，做好故障设备的紧急替代工作。同等情况下，优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。

医疗设备报废报损制度

1. 凡符合以下医疗设备报废条件并已不能用于临床工作的医疗设备，应予以报废。

a、经检测、维修后技术性能仍无法达到临床应用基本要求。

b、仪器设备老化，技术性能落后，超过使用年限。

c、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。

d、虽可以修复，但维修费用过大，已不值得修理的。

e、计量器具按“计量器具管理制度”规定，已无法满足计量基本标准的要求。

f、凡是国家明文禁止使用的医疗器械及相关的设备。

2. 大型仪器报废时，由使用科室填写固定资产处置申请单写出该仪器使用后产生的经济效益和社会效益及报废原因，经工程技术人员进行技术鉴定，资产管理部审核，经器械科负责人、计财部负责人、分管院领导、院长或经院务会或党政联席会审批才能办理报废手续。国有资产管理部门负责根据批复处置固定资产，器械会计根据处置的申请报告作相应的会计处理。

3. 万元以上医疗设备的报废，按各级政府国有资产管理局《行政事业单位国有资产处置管理实施办法》的规定程序申报。

4. 免税进口的医疗设备，除按以上规定外还应按海关有关规定办理。对于可供家用的设备报废处理，应加强审核，严格控制。

5. 待报废医疗设备在未批复前应妥善保管，已批准报废的大型医疗设备应将其可利用部分拆下，折价入帐，入库保管，合理利用。

6. 经批准报废的医疗设备，使用单位和个人不得自行处理，一律交回设备主管部门统一处理。如有违反者应予追查，并交主管部门处理。

7. 已批准报废的医疗设备在处理时，应及时办理财务销帐手续，其残值收益应列入医疗设备更新费、改造基金项目专项使用。

医疗器械赔偿制度

1、由于未按操作规程操作，造成万元以下仪器损坏，尚能修复，不影响使用，按照一般事故处理。

2、由于未按操作规程操作，造成万元以下仪器损坏，不能修复者，按责任事故处理。

3、由于工作责任心不强，玩忽职守造成万元以上仪器损坏，不能修复者，按重大责任事故处理。

4、其他小型设备，由于操作不当发生损坏，不能修复，按一般事故处理；能够修复，不影响使用的安差错处理。低值易耗品，由于管理不善丢失者，赔偿原价，造成损坏的，根据损坏程度确定赔偿比例。

5、小型器械发生丢失应按原价赔偿，旧品按使用年限折旧后确定赔偿价格。

6、由于责任心不强，未按规程操作造成仪器损坏，损坏仪器的价值按使用年限折旧后确定价格。

7、万元以上仪器由医疗器械管理委员会研究后提出处理意见，报院领导审批。

8、各类仪器发生损坏后，有关人员应立即报告维修人员，并如实反映情况，如果推诿扯皮，隐

瞒不报，维修人员有权拒修。

9、仪器发生损坏后，一律由维修人员维修，其他人员擅自维修造成损坏，由损坏人按仪器原值折旧后赔偿。

医疗仪器设备资源共享、调配制度

为保障医院急救工作的顺利进行，有效降低医疗风险，特建立此项制度

1、凡属我院的医疗设备，统一实行资源共享的原则，由重点使用科室专人管理，器械科应熟知生命支持设备在院内的科室分布，并合理安排、设计设备调配梯队，其他科室需要使用时需提出申请由器械科协调，监督。暂借使用的，必要时设备保管人随机操作，用完立即归还原科室。

2、凡属资源共享的设备，器械科可根据各科室使用率和使用要求随时调入或调出，并办好移交手续。对视设备为本科私有的科室或借出院外使用的经说服仍拒不执行该制度的，器械科有权将该设备调出或回收。

3、设备借出时，必须教会对方正确使用，使用人必须遵守操作规程，遇有因操作不当或其他人为损坏的，应追查当事人的责任。

4、坚持互助协作、相互支持的原则。器械科应根据各使用科室的使用情况合理配备医疗设备，避免重复引进，促进资源共享，提高设备使用率。

医用耗材采购管理制度

为进一步规范我院医用耗材管理，根据卫生部有关规定结合我院实际，制定本制度。

一、器械管理委员会负责全院医用耗材计划的审核，监督医用耗材采购过程，下设办公室，设在器械科。其职责主要为：

（一）贯彻执行国家和山东省有关医用耗材集中采购工作的方针、政策及相关规定，结合医院实际，制定有关规范性措施。

（二）审定医院医用耗材集中采购工作计划、方案。

（三）明确招标、采购过程中各部门的工作职责，督促各参与部门认真履行职责，促进招标工作规范、有序进行。

（四）规范并监督医用耗材谈判招标以及日常采购过程中的各项活动。

二、医用耗材采购管理

医疗器械实行各院区统一管理，明确由器械科统一采购医疗器械，其他部门或者人员不得自行采购。

（一）常规医用耗材采购

由临床科室按照科室业务需求在规定时间内向器械库递交申请，仓库保管员根据各科室计划及库存量编制库存物资的采购计划，经器械科负责人审核报分管院长审批后，由采购人员按照既定招标结果进行采购。

（二）新增医用耗材采购

1、科室由于业务需要或者其他原因，需要使用医院医用耗材数据库目录之外的医用耗材，须临床科室负责人填写《枣庄市立医院医用耗材申请表》，医务部进行技术准入及使用效率分析后，交由器械科汇总，器械科根据提供的计划，初步审核相关供应商的资质、证件、产品证书。

2、器械科对临床科室所提起所需新增医用耗材采购条目进行诸如：技术准入情况、产品是否符合医院感染管理要求、是否符合有关收费规定等情况的调研、论证。分管院长审核通过后，根据调研论证结果制定本月新增医用耗材采购目录，进入招标采购程序。

3、本着购置性价比最优产品的原则，组织科室负责人、审计、财务等相关部门，进行询价和招标谈判，根据医院有关规定，对产品进行议价审核，确定供货价格以及优惠条件，如有可能，同类产品应超过三家（品牌、供应商），以满足临床需要，性价比高为确定采购原则，资料建册存档。

4、谈判结果由谈判小组成员签字认可后，以书面的形式通知物价办公室，由物价办公室按照相关手续，输入医院物价系统，按照常规医用耗材进行采购。

三、库存管理

采购员、库管员必须认真履行各自的职责，严格把关，严格按照医院物流管理制度，根据库存物资的用量和性质，加强安全库存量与储备定额管理，根据供应情况及业务需求确定批量采购或零星采购：确定安全存量，实行储备定额计划控制，卫生材料、其他材料库存量定为半个月，对部分高值耗材，实行零库存管理，加速资金的周转率，防止物品库存过期或产品积压造成损失或浪费现象。

四、供应厂商管理

要求供应商提供以下有关企业或公司及产品质量的资料：供方的营业执照、医疗器械经营许可证（要有年检记录）、生产许可证、产品注册及注册附表、产品合格证书，进口产品要有国家药品监督管理局的产品注册证书及注册副表等。

五、再评价管理

1、临床使用科室和器械科需不定期对产品资质、质量、使用效果、服务满意度等进行再评价管理。对产品质量存在缺陷、证件失效、资质不全的的供应商，予以告知，符合要求后方可再使用；对产品质量没有改进，资质仍不完善的供应商予以取缔。

2、临床使用科室和器械科不定期对供应商的信用、履约情况、售后服务等进行有效的管理，定期核查、评估，根据评估情况择优选用。

医疗器械、卫生耗材验收、入库管理制度

（一）医疗器械、卫生耗材由保管员负责验收，所有库存物资不经验收不得办理入库。

（二）验收时应查验医疗器械、卫生耗材的质量合格证明，根据其购销合同，采购计划，发票核对库存物资的数量。

（三）验收时应查验医疗器械、卫生耗材的包装及标示。主要检查以下内容：

1. 外包装是否完好。

2. 所购医疗器械、卫生耗材标签和所附说明书上，应有生产企业名称、地址、物资通用名称、规格、包装、批准文号、产品批号、生产日期、有效期、注意事项、储藏要求等内容。仓库保管员

应严格执行并做好记录，采购验收记录包括购进产品的企业名称、产品名称、型号规格、产品数量、国产一次性无菌医用耗材，要查验每箱，每包的检验合格证、生产批号、生产日期、灭菌日期、时效日期以及灭菌方法。进口产品应有灭菌日期和失效日期等中文标示。

3. 特殊库存物资包装的标签或说明书上应有规定的标示和警示说明。

4. 验收进口医疗器械：需查验其《进口产品注册证》，其包装的标签应以中文注明医疗器械名称及注册证号，并有中文说明书。

5. 所有医疗器械、卫生耗材必须经过验收入库才能领用；不经验收入库，一律不准办理资金结算。对验收过程中发现的异常情况，应立即停止发放、使用，并及时报告器械科，不得自行作退、换或处理，器械科应当及时查明原因，并作出相应处理。

医疗器械使用前质量检查制度

一、医疗器械使用前质量检查，是指医务人员在医疗服务中涉及的医疗器械在使用前对产品的包装、标签、说明书、合格证、批号、效期、质量等进行检查。本制度所包括的医疗器械是指依照相关法律法规依法取得市场准入，与医院中医疗活动相关的无菌和植入性医疗器械。

二、医疗器械使用应当建立医疗器械使用前质量检查制度。在使用医疗器械前，应当按照产品说明书的有关要求进行检查。

三、医疗器械使用前应严格检查每包的检验合格证、生产批号、生产日期、灭菌日期、时效日期以及灭菌方法。超过有效期的医疗器械严禁使用。

四、若发现小包装已破损、标识不清、不合格的医疗器械，应立即停止使用、封存，医疗器械管理部门在接收到使用科室相关报告时应及时通知供应商或厂家按规定进行处理，必要时报本地食品药品监督管理部门，经验证为不合格的医疗器械，在药品食品监督管理部门的监督下予以处理并做好记录及处理意见。

五、严格按照医院感染科相应规定，做好一次性物品的全程管理，严格一次性无菌医用耗材注射器、输液器、输血器一对一更换。

六、供应室对每批号一次性无菌医用耗材等进行无菌检验、热源监测，检验合格后方可发放使用，同时应有监测记录。

七、对介入和植入性医疗器械在使用前需告知患者或其家属并签订知情同意书，使用人员必须检查其合格证或条形码是否符合规定，否则不能使用；建立使用记录，填写植入耗材质量跟踪记录单，需要仓库保管员、临床科室、手术科室三方确认、填写术者及患者信息，并黏贴产品条形码及唯一标识码，使用后介入类医疗器械应将合格证或条形码粘贴在住院病历的介入手术记录中，植入性医疗器械应将合格证或条形码粘贴在《植入性医疗器械使用登记表》中，保证产品具有可追溯性。该记录单由医学装备科、手术科室、临床科室三方存档，并跟随病历归档，永久保存。

八、医疗器械的相关资料，上传至管理软件，纳入信息化管理系统，确保信息的可追溯性。

库存物资报废、报损制度

（一）需报废的库存物资：在入库验收、在库养护、销后退回等业务流程中发现的破损、变质且无法退换的；国家有关部门公布质量不合格的、禁止销售且无法退回的；丢失的库存物资。

（二）器械仓库应于每月初统计本部门上月库存物资的报损情况，逐品种填写《库存物资报损表》，包括以下项目：名称、规格、包装、生产商、批准文号、批号、有效期、数量、金额、报损原因、报损部门、日期等，因丢失而报损的库存物资必须详细描述丢失经过和原因，能明确责任人的必须认定责任人。

（三）《库存物资报损表》经器械科负责人、计财部主任、分管院长、院长审批后，报计财部作账务处理。

（四）经批准报损的库存物资可以销毁。易燃、易爆及特殊库存物资按照国家有关规定销毁；不允许按常规方法销毁或需在特殊条件下销毁的库存物资，应通知供应商回收，并监督销毁；经批准报废的普通库存物资，必须由两人监督销毁，不得流失或丢弃。仓库保管员做好《物资销毁记录》。

（五）库存物资的报损、销毁属责任事故的，按违反规章制度处理。情节严重的，由器械科管理领导小组决定处罚。

（六）责任追究制度

1. 库存物资各环节责任

库存物资流经关键环节都应明确责任，对事后造成的损失明确责任的，按规定追究责任，未明确责任的，部门负责人承担主要责任。

2. 库存物资的效期管理

仓库保管员应重视库存物资的效期管理，因人为原因造成库存物资过期的，查明原因，追究当事人责任，不能明确责任人的追究部门负责人责任。

3. 库存物资的报损

严格控制并减少库存物资的报损数量。报损额度超过规定的，查明原因，追究当事人责任，不能明确责任人的追究部门负责人责任。

一次性使用医疗器械的用后处理制度

1、不得重复使用一次性医疗器械。

2、使用过的器械必须经消毒无害化处理并按规定销毁。

3、销毁后的物品必须保证不再具有使用功能。

4、不得使用过期、已淘汰的器械。

5、不得使用小包装已破损、标签不清的器械。

6、发现并经验正不合格的器械，应立即停止使用，封存，并于24小时内报当地药品监督部门，不得擅自处理。

7、使用无菌器械发生不良事件时，应在事件发生24小时内报告当地药品监督管理部门。

库存物资核对管理制度

(一) 材料会计每月将购销合同、采购计划、发票、入库单交由计财部做账务处理。

(二) 材料会计每月底将出库汇总表交计财部作账务处理。仓库应当设置实物明细账，详细登记经验收合格入库的存货的类别、编号、名称、规格、型号、计量单位、数量、单价等内容，并定期与财会部门核对。

(三) 保管员每月对仓库进行盘点，盘点账目与计财部核对，做到账账相符、账物相符。

1. 贵重物品盘点：高值耗材由专人负责，每周盘点一次，做到账物相符。

2. 器械仓库每月末、每季度末及年终对库存物资进行盘点，盘点结果交科室负责人及计财部。年终盘点时计财部、审计部监督盘点。

3. 库存物资的盘亏：能查明原因的，由当事人承担主要责任，负责人承担连带责任；无法查明原因的，负责人承担主要责任，相关工作人员承担连带责任。

4. 库存物资的盘盈：应查明原因，分清责任，并及时报告院领导。经院领导批准后，作出相应处理。

三类医疗仪器、器械、材料的管理制度

1、三类医疗仪器、器械、材料是指：诸如植入人体，用于生命支持，技术结构复杂，对人体可能具有潜在危险，安全性、有效性必须严格控制的医疗器械、材料。

2、购置三类产品时，供方要提供该产品的《注册证》、《生产许可证》、《卫生消毒许可证》、《产品合格证》、《经营许可证》《营业执照》及合法销售授权书。以上四条的批准机关是国家药品监督局。

3、购入的三类产品应当对品名、规格、型号、厂家、经销单位、出厂日期、消毒日期、有效期、外包装情况进行详细登记，以备待查。

4、对操作技术要求高、价格贵、危险性大的三类产品，科室在具备使用条件的情况下，随用随购，避免造成库存积压及经济损失。

5、对尚未取得《生产许可证》及使用（试字）号的三类产品原则上禁止使用，如在有其它产品代替、病人又急需使用时，必须办理（三类产品）使用申请，由上级有关领导批准后方可购置。

6、各科室对使用三类产品的病人，必须严格记录姓名、性别、年龄、单位、家庭住址、电话号码、使用产品的名称、规格、型号、出厂日期、有效期及病人使用日期。

植入性医疗器械管理程序

1. 凡国家列入植入性医疗器械目录的医疗器械，必须按照本制度要求进行管理。

2. 购置时，必须先查验产品注册证、生产企业许可证、经营许可证、营业执照、产品合格证，以及生产商（直接或间接）合法销售授权书。

3. 合同中产品的质量保证金条款（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，并将质量保证金条款以适当形式告知病人、质量保证金条款的签章可采取以下3种形式：

①由生产者签章。②由生产者在我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。

4. 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的植入性医疗器械的基本信息，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码，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。

5. 对紧急使用或必须在手术现场选择型号、规格的植入性医疗器械，可以临时由经器械科确认有资格的厂商直接提供使用，但在手术后使用部门必须及时填写《一次性使用无菌医疗器械登记簿》，并将企业确认的可追溯的唯一性标识如条形码或统一编码（即追踪随访卡），作为病人病历档案一起完整保存。

6. 外来手术器械、植入性耗材须经我院供应室打包消毒后才能使用。

7. 有些贵重或技术难度较高的植入性医疗器械，需请厂家派专业人员进行现场技术指导，如上台参与手术等，但必须核准其从事医生工作的资格，并有双方签字的安装记录。

8. 对介入和植入性医疗器械在使用前需告知患者或其家属并签订知情同意书，使用人员必须检查其合格证或条形码是否符合规定，否则不能使用；建立使用记录，填写植入耗材质量跟踪记录单，需要仓库保管员、临床科室、手术科室三方确认、填写术者及患者信息，并黏贴产品条形码及唯一标识码，使用后介入类医疗器械应将合格证或条形码粘贴在住院病历的介入手术记录中，植入性医疗器械应将合格证或条形码粘贴在《植入性医疗器械使用登记表》中，保证产品具有可追溯性。该记录单由医学装备科、手术科室、临床科室三方存档，并跟随病历归档，永久保存。

9. 对植入性医疗器械正常使用中发生的可疑不良事件，应按规定及时报器械科，并由器械科汇总、整理上报省、市医疗器械不良事件监测中心。

植入性材料安全事故应急预案及产品追溯制度

1、手术时严格执行操作规程，手术室对厂家所提供的配套工具、设备的清洁度严格进行把关，并随机抽样做热源监测。

2、在使用器械的过程中应密切观察患者情况，如果发生异常反应时，立即停止使用，并及时报告物供中心和医院上级有关部门，同时做好现场保护和样本留取工作，以便调查和处理。

3、当事人应如实汇报和记录事件发生的各种情况，并及时报告上一级医师，尽最大能力做好补救工作。

4、根据所用产品合格证中的信息及时通知供应商进行妥善处理。

5、完整填写枣庄市立医院《植入性医疗器械管理制度》中规定的各项记录，以便查阅。

医院关于规范高值医用耗材使用的管理规定（暂行）

为严格落实《山东省卫生计生委关于执行高值医用耗材集中采购中标结果的通知》（鲁卫药政字〔2017〕4号）要求，响应国家关于医改的有关政策，加强我院高值医用耗材采购、使用和管理，规定如下：

1、凡纳入省集中采购的高值医用耗材，必须严格执行网上采购政策，在省平台上采购中标产品，进行网上交易。

2、各使用科室根据临床需要在我院确定的高值耗材采购目录中规范选用适宜的产品，鼓励使用国产高值医用耗材。器械科及时组织货源，确保临床供应。

3、原则上不得采购已纳入集中采购范围的非中标产品。因临床诊疗开展确有特殊需要的，根据临床科室提出的购置申请，组织手术医生、使用科室负责人和审计、财务、纪检监察按高值耗材采购遵循原则进行议价谈判，执行谈判结果。

4、首次使用非中标产品，使用科室负责人需准确完整填写《医疗机构高值医用耗材非中标产品使用申请表》，经本单位负责人签字加盖公章后，由器械科通过省平台“非中标产品使用信息管理系统”上报，审核通过后纳入医院医用耗材采购目录。

5、急症手术需用非我院目录内的高值耗材时，使用科室负责人需第一时间报业务主管部门负责人，业务主管部门第一时间向业务分管院长汇报，业务分管院长审批后，业务主管部门联系器械科，器械科汇报分管器械的院长，分管院长审批后，器械科第一时间联系供货商购进使用，使用科室应于收到耗材三天之内完成相关的申请、审批手续；

6、所有产品实行统一配送，严格落实同一中标产品只能选定一家配送企业。

7、购销双方需一并签署《医疗卫生机构医药产品廉洁购销合同》，明确各方权利义务，确保高值医用耗材足额及时供应。

8、在耗材采购过程中，采购部门须及时确认订单到货情况，认真落实配送服务综合评价，熟练掌握网上操作流程，实现我院原有采购模式与省平台网上采购的顺利对接。

9 按照山东省卫生计生委《关于落实医药购销领域商业贿赂不良记录规定有关工作的通知》（鲁卫药政发【2014】3号）要求，在使用过程中对符合应当列入商业贿赂不良记录的情形，查处核实后按照规定及时逐级上报不良记录及相关材料。

器械设备故障应急预案

为完善突发性紧急事件的应急机制，快速、高效地处理突发性紧急事件，维护医院的正常医疗秩序，特制订本应急备用方案。

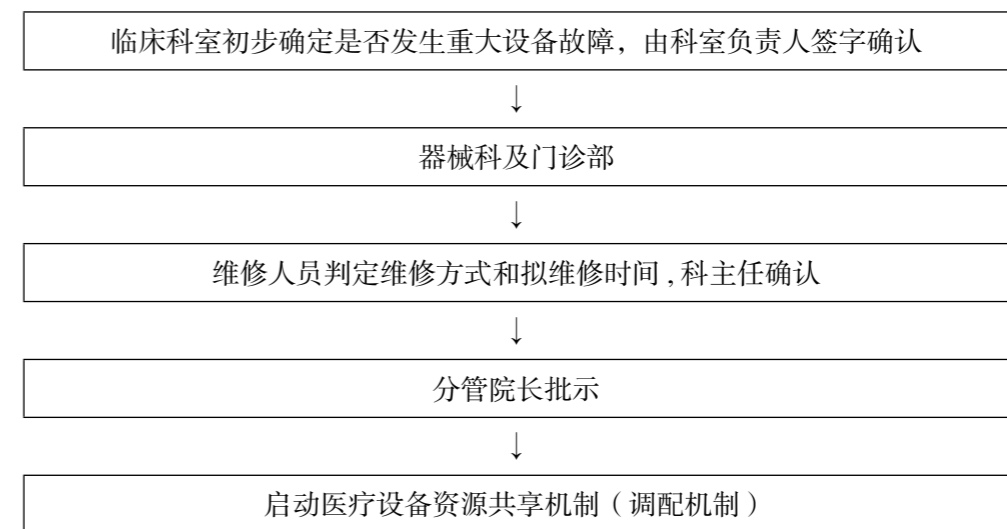
成立应急指挥中心：由分管院长、门诊部、器械科、相关使用科室及维修管理人员组成。主要负责协调、组织和行使裁决的权利。

应急指挥中心要贯彻“统一领导、分级负责、反应及时、措施果断、依靠科学、加强合作”的原则。

（一）应急抢救类设备应急预案

1. 使用科室应急抢救类设备出现故障，立即向器械科报修，工程师第一时间赶到现场。
2. 能应急处理的故障马上解决，保证临床使用。
3. 若故障不能马上解决处理，立即撤机启动本科室备用机。
4. 若科室无备用机，立即启动调用医院应急设备。器械科应熟知科室应急抢救类设备的数量，一旦某一科室告急，在不影响各科室抢救病人的原则下，器械科有权调动全院相关科室的应急抢救资源。
- 5、如遇医院其他科室无同类设备，院内无法进行调配，迅速联系供应商提供同类设备备用机器。
- 6、若供应商无法提供备用机，可以联系其他医院进行相关设备的租借。
- 7、对于急救设备，要进行实时检查，保证急救设备始终处于完好和待用状态。

重要设备的应急备用流程



（二）大型设备故障应急预案

1. 当大型设备出现故障后，科室第一时间应及时通知器械科，由工程技术人员、本科技术人员和操作人员共同会诊，确定故障范围，制定维修计划。
2. 当需要更换贵重零部件时，应及时向主管院长汇报，有必要时应向院长汇报，筹措经费，购买零部件。
3. 当工程技术人员由于技术原因，无法判断故障范围，应及时联系厂商到场维修，或者在电话指导下进行维修。
4. 对于一些我院工程技术人员难于维修的大型设备，医院在设备故障高发期购买公司保修，保证临床使用。
5. 对于一些易损的贵重配件（如CT管球），有计划的和公司预定，以免在损坏时无货供应。
6. 对于我院大型设备公司维修的联系方式，器械科进行备案，应在第一时间进行联系，尽快解决故障，使设备保持较高的完好率。
7. 每年有计划的对大型设备进行保养，采取自行保养和请厂商保养相结合的方式。

医用特种设备安全管理制度

为落实安全生产的主体责任，加强对特种设备的安全管理，确保特种设备安全运行，使特种设备安全管理工作步入系统化、规范化、制度化、科学化的轨道，坚持安全第一、预防为主、节能环保、综合治理的原则，依据《中华人民共和国安全生产法》、《中华人民共和国特种设备安全法》等法律法规、规范的要求，结合医院对特种设备的使用实际，特制定本制度。

- 一、医院特种设备定义，是指对人身和财产安全有较大危险性的设备。器械科管理特种设备有：脉动真空蒸汽灭菌器、电热蒸汽发生器、医用氧舱、液氧站设施设备、气瓶。
- 二、使用取得许可生产并经检验合格的特种设备，禁止使用国家明令淘汰和已经报废的特种设备。
- 三、持证上岗，严格按照特种设备操作规程操作有关设备，不违章作业。
- 四、建立岗位责任、隐患治理、应急救援等安全管理制度，制定操作规程，保证特种设备安全运行。
- 五、对其使用的特种设备进行经常性维护保养和定期自行检查，并作出记录；对其使用的特种设备的安全附件、安全保护装置进行定期校验、检修，并作出记录。
- 六、出现故障或者发生异常情况，应当对其进行全面检查，消除事故隐患，方可继续使用。
- 七、建立完整的特种设备安全技术档案。
- 八、作业人员每季度至少进行一次例行的安全技术教育，每年至少进行一次特种设备应急预案演练。
- 九、特种设备管理执行分级负责制。部门或科室负责人为安全管理责任人，使用部门对特种设备安全管理具体负责；职能部门负责对特种设备使用部门进行督促、检查、指导等安全工作，定期分析医院特种设备运行情况。

器械科特种设备安全隐患排查制度

- 1、特种设备隐患排查是指本单位特种设备安全管理负责人、安全管理机构、现场作业人员自行对特种设备安全使用状况进行检查，以发现并消除事故隐患的行为。
- 2、器械科作为医疗特种设备安全管理机构之一，每季度组织一次事故隐患集中排查；特种设备现场作业人员每天对所操作特种设备进行一次事故隐患排查。
- 3、安全隐患排查内容：重点对特种设备是否进行使用登记、使用科室安全管理制度和操作规程是否建立并有效实施、人员持证和培训是否符合要求、设备档案是否完备、设备是否在检验有效期内、经常性维护保养和定期自行检查是否到位、安全附件和安全保护装置是否在有效期内等进行检查，并列出问题清单，建立《特种设备隐患管理台账》，逐一落实整改。
- 4、器械科在对特种设备进行安全检查时，发现重大违法行为或者严重事故隐患时，应当立即采取必要措施，同时要及时向院领导报告，并通知质监部门。
- 5、对于已经发现的每项特种设备事故隐患，器械科应当配合使用科室负责隐患治理工作，必要时邀请厂家工程师协同进行，做到隐患治理及时、有效。经过整治消除隐患后，器械科及使用科室要进行检查确认，并在有关书面检查材料上签字。

- 6、在检查中，应严格按照特种设备法律法规以及安全技术规范的要求逐项进行事故隐患排查，及时发现存在的隐患和不安全因素，并如实填写《特种设备隐患管理台账》。严格做到发现一处登记一处，整改一处注销一处，确保事故隐患能够得到全过程跟踪。

压力容器管理制度

一、压力容器常规管理：

- 压力容器的界定：依据 99 版压力容器安全技术监察规程对压力容器范围的界定，容积大于 60L 属于压力容器，需要进行定期检测
- 1、压力容器购置应履行设备申购审批手续，经批准后由器械科实施。
 - 2、医用压力容器购置应贯彻执行有关法规、规范、技术规定或条例。必须选购具备设计制造资质的单位的产品。选购的设备安全状况等级应达到 1 级。
 - 3、容器的安装要选择具有安装能力和安装资质的安装单位，开工前需到技术监督部门办理《开工批准书》。
 - 4、新容器投入使用前，应填写《压力容器设备使用登记》并携带相关资料和技术文件向技术监督部门压力容器安全监察机构办理使用登记申报手续，须进行检验检测并出具检测合格报告，按照《特种设备安全监察条例》的规定，办理特种设备使用登记证，经批准取得使用证后方可使用。
 - 5、在用压力容器均需依据《压力容器定期检验规则》的规定定期对压力容器进行检测，超出有效期限或检测不合格的高压容器禁止使用
 - 6、各类检验检测报告原件存设备部备查，设备使用科室留存复印件
 - 7、压力容器设备现场周围应保持整洁。严禁超温、超压运行。设备管理部门应组织人员定期对设备进行维护和保养。
 - 8、在用压力容器的大修或改造须由经技术监督部门批准的施工资质的单位承担并由持证焊工操作。修理改造后应经相关部门检验，重新核定安全状况等级并办理相关手续后方可投入使用。
 - 9、在用压力容器经检定安全状况等级为 5 级的设备应作报废处理。报废的压力容器应将资料汇总向技术监督部门办理报废注销手续。
 - 10、压力容器随机的技术资料及购置、安装、使用、维修、保养、检测和报废的相关原始资料应存放设备档案内妥善保存。

二、压力容器操作人员资格认证

- 1、压力容器操作人员均须经过国家相应机构培训考核合格的具有相应特种设备操作资格的专业人员。无资格认证人员不得操作压力容器设备。
- 2、压力容器操作人员的特种设备操作资格证需定期核查，及时备案登记。证件出有效期的人员不得操作压力容器设备。
- 3、特种设备作业人员证原件存设备使用科室备查，器械科留存复印件。

三、压力容器规范操作

- 1、压力容器操作人员熟知设备性能及操作要求，严格的按照操作规程使用压力容器设备。
- 2、压力容器开机前，检查密封圈、前封板、门板、直线导轨有无杂物和损坏；检查障碍开关及

锁紧有无异常；用干净的棉布进行擦洗。

3、打开压力容器连接的蒸汽源及水源开关时，首先检查其压力是否达到核定标准，水源压力是否达到规定值。

4、压力容器设备运行中，操作人员不得远离设备，应密切观察设备的运行状况，如有异常，及时处理，防止意外事故发生。

5、压力容器运行结束后，待室内压力回零后，方可打开后门取出物品。

6、压力容器使用结束后，打开仓门，切断设备控制电源和动力电源或空气压缩机电源。关闭蒸汽源，供水阀门及压缩空气阀门。

四、压力容器日常保养

每日工作完毕，压力容器内外及其操作间应保持清洁，应将舱内污物清洗干净，每周一次小保养，每月一次大保养。进汽与进水管路上的过滤器，应半年清理一次，以防杂质堵塞。

辐射安全与防护管理制度

根据《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》和《放射性同位素与射线装置安全许可管理办法》的规定，结合我院辐射工作实际，制定本制度。

一、操作规程

- 1、每天上岗前做好摄片机保洁工作，保持机器良好的工作环境。
- 2、开机后应注意电源电压是否正常，并检查其他功能键是否选择正确。
- 3、操作机器时应该小心仔细，尤其注意电源电压，不得超过标识的标准电压。
- 4、对于随时出现的液体应立即清理，防止流入仪器设备内部。
- 5、严格按照使用说明书进行操作，杜绝一切非法操作。
- 6、根据人体大小，摄片部位，合理选择参数。
- 7、随时观察照片质量，出现异常应检查摄片机是否正常，如果异常应立即报告维修人员。
- 8、工作结束后应关闭摄片机并将电源关闭。

二、岗位职责

- 1、使用射线装置工作人员必须经过岗前体检，并经过辐射安全防护培训，持证上岗。
- 2、要正确使用射线装置，作到专人专管专用。
- 3、工作时，每一名工作人员必须佩戴个人剂量笔和个人剂量报警仪。
- 4、从事射线装置岗位人员，要严格按照操作规程和规章制度，杜绝非法操作。
- 5、发生放射事故，立即上报有关部门，采取有效措施，不得拖延或者隐瞒不报。

三、辐射防护制度

- 1、使用射线装置工作人员必须经过岗前体检，并经过辐射安全防护培训，持证上岗。
- 2、从事辐射工作人员应该配备个人剂量笔，建立个人剂量档案，并定期进行身体检查。
- 3、射线装置应设有专门工作室，工作室设立专人管理，非相关人员不得入内。
- 4 作好辐射安全防护工作，设立辐射标志、声光报警等防止无关人员意外照射。
- 5 严格检查玻璃破损情况，使门窗经常处于关闭状态。

四、台帐管理制度

- 1、建立射线装置台帐管理制度，设有仪器名称、型号、管电压、输出电流、用途等。
- 2、严格射线装置进出管理，坚决杜绝外借现象发生。
- 3、对退役的射线装置应该选择有资质单位或厂家回收，杜绝私自销毁或处于无人管理状态。

五、设备检修维护制度

1、操作人员坚持每天检查一次射线装置，加强卫生清洁和管理，使射线装置处于良好的运行状态，放射防护领导小组定期进行督导检查。

2、严格检修注意事项，对设备出现故障要及时上报并立即防止使用。

3、设备出现事故应请专业人员或设备生产厂家进行维修、建立设备检修及维修记录，并专人专管。

六、 人员培训制度

- 1、新进射线装置操作人员上岗前首先应接受安全教育。
- 2、新进射线装置操作人员应按规定接受辐射安全与防护基本知识教育，并考核合格后方可从事射线装置操作工作。
- 3、射线装置操作人员每2年复训一次，未复训或复训不合格的不得继续从事放射工作。
- 4、射线装置操作人员和负责辐射安全和防护的相关管理人员必须经过辐射安全和防护专业知识及相关法律法规的培训和考核，并取得放射工作人员证。方可从事射线检测工作和辐射安全和防护管理工作。

5、射线装置所在科室应坚持组织学习，并针对实际操作过程中发生的问题及时整改，切实提高操作人员使用、检查仪器设备的水平，杜绝事故的发生。

七、 监测方案

在今后的日常工作中单位必须加强医务人员的个人剂量监测，定期或不定期进行放射防护检测，并委托环保部门监督监测。

辐射安全监测方案

一、我院辐射环境监测工作由放射防护领导小组组织，并负责具体实施。

二、监测内容包括：

1、使用前环境辐射水平调查：

对医用 X 射线机、放疗设备、螺旋 CT 及核医学相关设备使用前的环境辐射水平进行辐射环境监测，在半径 30 米以内。主要检测工作环境和临近小范围环境中的 X 射线照射量（率）。

2、运行期间环境检测：

医用 X 射线机、放疗设备、螺旋 CT 及核医学相关设备运行期间对机房室内外四周布点检测，检测频次 1 次 / 年。

3、个人剂量检测：

我院工作人员从事放射诊断操作时必须穿防护服，带铅眼镜和防护手套，配戴个人计量仪。对放射工作人员进行外照射剂量检测，在工作中必须携带个人 X 线计量测试个人计量仪定期送达市疾控中心或环境监测部门进行剂量监测仪。

4、各相关设备进行重大维修后，应当进行全面的检测，查明周围辐射场分布情况。

5、各相关设备在位置或防护条件改变后，应当进行全面的检测。

三、放射防护领导小组每季度应对放射防护装置个人防护监测结果进行一次检查和总结，确保空气吸收剂量率等指标达到《电离国徽防护与国徽源安全基本标准》GB18871-2002 和《医院 X 射线诊断卫生防护标准》GBZ130-2002 要求。

四、自觉接受卫生行政主管部门和环保行政主管部门对我院进行的辐射环境监测。当防护装置发生变化时，主动邀请卫生、环保部门对新装置的效果进行监测。

易燃易爆物品管理制度

为严格易燃易爆物品的管理，根据《中华人民共和国消防条例》、《化学危险物品安全管理条例》的规定，制定本制度。

1、易燃易爆物品是指：易燃烧爆炸为主要特征的压缩气体和液化气体；易爆液体；易燃固体、自燃物品和遇湿易燃物品；氧化剂和有机过氧化物；毒害品、腐蚀品中部分易燃易爆物品。

2、易燃易爆物品存放在安全并有防盗设施的独立房间，符合专业防火规范。

3、易燃易爆物品存放间由专人管理，库中的易燃易爆物品应做到按品种按性质分类码放，禁止混放。

4、易燃易爆物品的使用，必须根据业务需要向科主任提出申请，并呈得批准后，才能领用。

5、易燃易爆物品的发放，由经过消防安全培训合格的专管人员负责，并切实做好保管、验收、领发、核对等工作。

6、易燃易爆物品的领用必须做好完整的登记。

7、易燃易爆物品的专管人员，需定期进行存放检查。

8、需报损的易燃易爆物品须经仓库保管员、器械科主任、保卫科、主管院长批准交上级主管部门集中销毁，销毁前要有记录。

（五万元以上）大型医疗设备的采购流程

（一）使用科室认真填写《大型医用设备购置论证书》，科室内进行充分论证；

（二）医务部进行技术准入及使用效率分析；

（三）器械科组织医疗器械管理委员会进行论证；

（四）院务会或党政联席会组织审批；

（五）器械科、申请科室进行充分调研后经逐级审核进入招标程序，必要时进行院内询价，审计科监督其过程；

（六）器械科根据招标结果拟定合同，审计科、计财部、分管院长、院长负责审核；

（七）器械科、使用科室、分管院长、院长签订合同；

（九）器械科组织专家和使用部门验收，审计部、监察室根据合同监督；

（十）器械科办理出、入库，并登记固定资产明细账，建立固定资产卡片；

（十一）计财部按合同付款，并根据入库单登记固定资产总账及明细账；

（五万元以下）医疗设备院级招标、采购流程

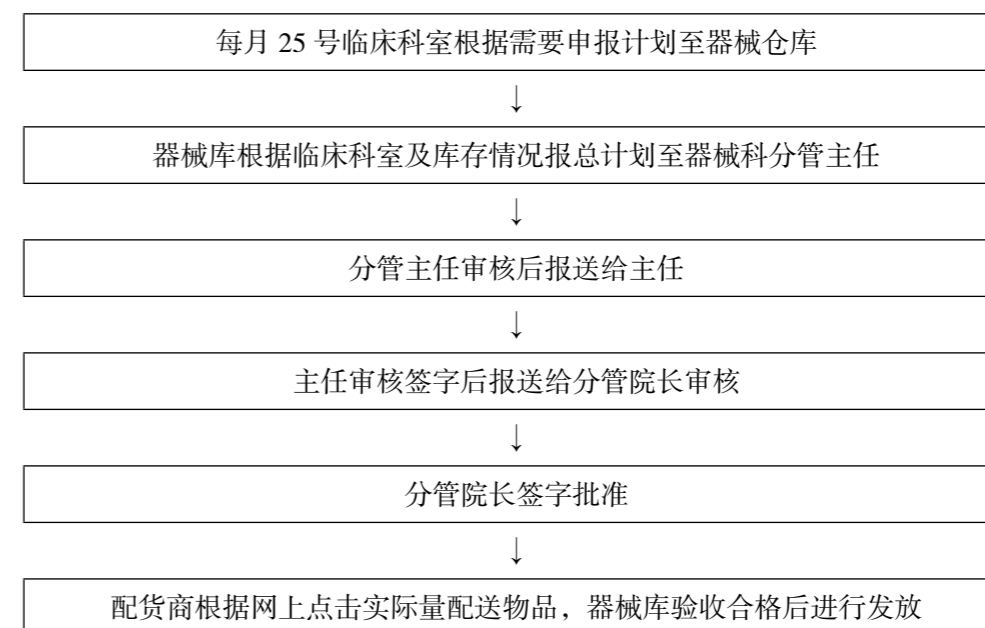
1、使用科室根据工作需要填写申请购置计划，经业务部门审核、医疗器械管理委员会论证、党政联席会审批通过后列入年度采购计划。

2、根据科室提供的基本参数、配置意见，器械科对该设备进行市场调研后，组织由器械科、使用科室、审计科、计财部、监察室组成的谈判小组进行谈判。

3、严格查验供应商提供的《医疗器械注册证》、《医疗器械经营企业许可证》、《医疗器械生产企业许可证》等证件份复印件必须加盖经销单位公章，严把质量关。

4、器械科根据中标结果签订合同，使用科主任（护士长）须在合同上签字认可后方可执行。

器械科卫生材料及医用耗材采购工作流程



固定资产处置管理流程

固定资产处置，包括出售、出让、转让、对外捐赠、报损、报废等应按照管理权限逐级审核报批后执行，处置固定资产要符合以下程序：

- （一）使用科室提出申请并填写固定资产处置申请单；
- （二）器械科组织技术鉴定；
- （三）国有资产管理部门审核；
- （四）经器械科负责人、工程技术人员、计财部负责人、分管院领导、院长或经院务会或党政联席会审批；
- （五）价值在 20 万元以上的，上报财政局审批，20 万元以下的，上报市卫计委审批；
- （六）国有资产管理部门负责根据批复处置固定资产。

第十一部分 财务与价格管理制度

关于加强医院财务管理的规定

为加强财务管理，提高经济效益，促进医院稳定持续发展，根据《会计法》及《医院财务制度》，特制定本规定。

一、医院实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制。在院长的领导下，医院的各项财务管理、会计核算工作，由计财部统一管理。

二、计财部各项财务管理和会计核算工作，必须严格执行财政部、卫生部颁发的《医院财务制度》、《医院会计制度》和有关医院财务管理规定。合理设置会计工作岗位，建立会计账簿，填制和审核会计凭证，处理各种会计事项。必须全面为医院的医疗、教学、科研事业服务，保证医院建设和发展的需要。

三、根据国家对医院实行“核定收支、定项补助、超支不补、结余按规定使用”的预算管理办法，医院各项收入均纳入预算管理，由计划财务部统一核算，任何部门或个人，不得以任何借口将医院的收入截留或分留。

四、预算编制，采取院领导、计划财务部、职能部门相结合的办法，由计划财务部根据各职能科室的预算及年度事业计划提出预算建议数，经院长办公会审议通过后，报卫生主管部门、财政部门审核批准，由计划财务部统一掌握执行。

五、医院预算要参考以前年度预算执行情况，根据预算年度收入的增减因素和措施，测算编制收入预算；根据事业发展需要、业务活动需要和财力可能，编制支出预算。编制收支预算要坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则。不得编制赤字预算。

六、严格执行预算，年度预算不得突破。超计划或计划外开支需追加预算，必须由有关科室提出预算报告，经院长批准后方可实施。

七、严格执行国家物价政策，建立健全各项收费管理制度。医院门诊、住院收费必须使用财政部门统一监制的收费票据，并切实加强收费票据的管理。医药费用当日发生当日入账，并及时结算。门诊、住院收取的现金及时存入银行，不得坐支。

八、医院的支出应当严格执行国家有关财务规章制度规定的开支范围及开支标准。按批准的预算和计划所规定的用途，建立健全支出管理制度和手续，提高资金使用效果。

九、严格物资管理制度：（1）固定资产，实行三级核算制。即计划财务部负责总账和一级明细分类账，物资管理部门负责二级明细分类账，使用部门负责台账（建卡）。（2）低值易耗品、材料的支出，实行内部控制的办法，结合医院目标管理，将支出直接记入各科室成本。

十、对大型固定资产的投资，要事先进行可行性论证和评议，提出可行性方案，经院长办公会通过，方可购买和实施。大型固定资产投资以及各种修缮项目、大型设备维修、设备购置和工程建设项目均有审计科进行审计并签署意见后，再由院领导签字付款。

十一、对固定资产、办公用品、药品、卫生材料、其他材料等财产物资的购买，必须由物资管

理部门办理，任何人不得以任何借口自行购买或以购列支。

十二、在院长统一领导下，各项支出实行双院长签字的办法，由计划财务部统一安排掌握使用，根据批准的预算，由职能科室按制度规定及定额标准，实行指标控制。

十三、专项资金的管理，专项资金包括财政部门 and 主管部门拨入专项资金和医院内部形成的专用资金。专项资金支出，要遵循先提后用，量入为出，专款专用的原则，按照规定的用途和开支范围以及开支标准办理。

十四、对外投资的管理。对外投资是医院资金使用的组成部分，其投资规模的大小、期限的长短及风险程度，直接影响到医院的利益和发展，医院在进行投资决策前，要对投资风险、投资收益进行可行性论证，在全面评价和反复论证的基础上作出正确的决策。

十五、债权债务的管理。加强对债权债务的管理，及时清理往来账。对医院债权要及时清理、及时催收、及时结算，防止拖欠，严格控制呆账。对债务也要及时清理，并按规定办理结算。

十六、重视财务分析。每月末要对业务收支、结余情况进行分析对比，用相关的资料与上月比较，与去年同期比较，与年度预算比较。通过对比分析反映出本月是否增收增支，还是增收节支。年终按卫生部要求对医院各项财务指标进行分析，真实反映医院财务状况。通过财务分析，找出管理中存在的问题，为院领导决策提供重要依据。

十七、加强财务监督、检查、建立健全医院内部监督机制，确保医院正常运行发展。

差旅费管理办法

为进一步规范我院差旅费管理，严肃财经纪律，现根据《枣庄市市直机关差旅费管理办法》（枣财行[2014]6号），结合我院实际，对差旅费管理办法修订如下。

第一章 总 则

第一条 差旅费是指我院工作人员临时到枣庄市区以外地区公务出差所发生的城市间交通费、住宿费、伙食补助费和市内交通费。

枣庄市区是指市中区、峰城区、薛城区、高新区。

第二条 建立健全公务出差审批制度。出差必须按规定报经医院有关领导批准，院分管领导和职能部门要严格把关，从严控制出差人数和天数，严格控制差旅费支出规模。严禁无实际内容、无明确公务目的的差旅活动，严禁以任何名义和方式变相旅游，严禁异地部门间无实质内容的学习交流和考察调研。

第二章 城市间交通费

第三条 城市间交通费是指工作人员因公到枣庄市区以外地区出差乘坐火车、轮船、飞机等交通工具所发生的费用。

第四条 出差人员应当按规定乘坐交通工具：

1、火车（含高铁、动车、全列软席列车）：硬座（硬座、硬卧），高铁/动车二等座，全列软席列车二等软座。

2、轮船（不包括旅游船）：三等舱。

3、飞机：经济舱。

4、其他交通工具（不包括出租小汽车）：凭据报销。

未按规定乘坐交通工具的，超支部分由个人自理。

第五条 到出差目的地有多种交通工具可选择时，出差人员在不影响公务、确保安全的前提下，应当选乘经济便捷的交通工具。

第六条 如确因时间或工作关系，需要乘坐飞机的，应提前报主要领导或分管财务领导审批。如果购买打折机票并且价格与火车票价格相当，可选择乘坐飞机。

第七条 乘坐飞机、火车、轮船等交通工具的，每人每次可以购买交通意外保险一份。乘坐飞机的，民航发展基金、燃油附加费可以凭据报销。

第三章 住宿费

第八条 住宿费是指工作人员因公出差期间入住宾馆（包括饭店、招待所，下同）发生的房租费用。

第九条 出差住宿费实行限额标准控制。市内出差住宿费限额标准为：每人每天 300 元。

市外省内出差按照省财政厅发布的相关地区出差住宿限额标准执行（见附件 1）。

省外出差按照财政部发布的相关地区出差住宿限额标准执行（见附件 2）。

第十条 出差人员应当在住宿费限额标准内，选择安全、经济、便捷的宾馆住宿。未按规定限额标准住宿的，超支部分由个人自理。

第四章 伙食补助费

第十一条 伙食补助费是指对工作人员在因公出差期间给予的伙食补助费用。

第十二条 伙食补助费按照出差自然（日历）天数实行定额包干使用。

市内出差每人每天 80 元。是指到山亭、台儿庄、滕州出差满一天，并确需在出差目的地自行用餐的。

市外省内出差按照省财政厅发布的相关地区出差伙食补助费标准执行（见附件 1）。

省外出差按照财政部发布的相关地区出差伙食补助费标准执行（见附件 2）。

第十三条 出差人员应当自行用餐。凡由接待单位统一安排用餐的，应当向接待单位交纳伙食费。

第五章 市内交通费

第十四条 市内交通费是指工作人员因公出差期间发生的市内交通费用。

第十五条 市内交通费用按出差自然（日历）天数实行定额包干使用。市内出差每人每天 40 元；市外出差每人每天 80 元。

第十六条 出差人员由接待单位或者其他单位提供交通工具的，应当向接待单位或者其他单位交纳相关费用。出差人员由医院安排交通工具的，不再报销市内交通费用。

第六章 参加会议、学习、支援工作等差旅费

第十七条 工作人员外出参加指令性会议、各类学术性会议、论坛、学习班、研讨（习）班、培训班等，会议规定食宿自理又不交纳会务费的，会议期间的食宿，按本办法有关条款执行；会议规

定交纳会务费的，伙食补助费不再发放，住宿按本办法有关条款执行。公杂费只发放往返两天的补助。在途期间的交通、食宿，按本办法有关条款执行；会议规定的会务费、资料费凭据报销。

第十八条 凡经医院批准脱产参加枣庄市外各类非学历学习（不含继续教育培训及各类学术性培训班）、进修的人员，培训、进修一年报销两次往返交通费，不足一年报销一次。在培训、进修期间，住宿费按每天 50 元标准凭据内报销。

对于上级主管部门强制性参加的岗位执业资格培训班，培训（会务）费和资料费按培训班规定凭证报销；交通、食宿按本办法有关条款执行。

第十九条 到枣庄市区以外基层单位工作锻炼、支援工作以及参加各种工作队等，在途期间（仅指首次前往和期满返回）按本办法有关条款执行。在外工作期间，每人每天发给伙食补助费 30 元。工作单位免费安排伙食的，不再发给伙食补助。工作期间不报销住宿费。在当地工作期间的差旅费执行驻地规定，费用由驻地单位承担。

执行援外、援藏、援疆及上级指令性参加的大型救灾救援任务，有专项政策的，按专项政策规定执行；无专项政策的，按本办法有关条款执行。

第二十条 外出调研、考察市场、购置物料或机器设备，代表医院外出参赛、评审、检查工作或遣（护）送病员、执行保健任务、招聘任务等，经分管院长和院长批准，相应差旅费用按第二至第五章规定执行。

第七章 出差申请、借款、报销管理办法

第二十一条 工作人员因公出差必须填写《因公出差审批表》，表内项目必须填写齐全，经科室负责人、职能科室负责人签字同意后报分管院领导批准。院领导出差应由主要领导或主持工作的领导审批。

第二十二条 因公出差需借公款的，应持《因公出差审批表》填写借款单，由主要领导或分管财务院领导签批后，到计划财务部借款。外出进修或参加各种会议者，借款金额原则上控制在进修费、会务费标准内。

第二十三条 工作人员出差返回后，务必于一周内凭《因公出差审批表》、会议通知及合法票据至计划财务部、相关职能科室审核签字，由分管财务院领导和院长双签字后，财务给予结算报销。

第二十四条 出差人员如有出差借款，返回后逾月不结算，其所借款从工资中全部扣回。

第八章 其他规定

第二十五条 工作人员出差，就近回家探亲或就近异地办事，其绕道交通、住宿费由个人自理，不享受伙食补助费。因临时增加公务事项绕道发生的差旅费用，需书面说明并按原渠道审批，可合并计算。符合探亲条件的工作人员，出差前申请并经批准顺路探亲的，探亲途间交通费可根据探亲待遇的相关规定折合计算。

第二十六条 工作人员出差期间，因游览或非工作需要的参观、考察费用，均由个人自理。出差人员不准接受违反规定用公款支付的宴请、礼品、游览。对弄虚作假，虚报冒领，违反规定的，除通报批评外，一律不予报销，两年内不得外出参加学术性会议和学习。

第二十七条 中长期出国培训人员及临时出国人员费用开支范围及标准执行国家、省、市有关规定。

第二十八条 经审批使用科研经费等项目经费参加的各类学术会议、业务培训等，按规定报销的差旅费用一律由项目经费列支。其它差旅项目报销的差旅费用由正常业务经费列支。

第二十九条 本办法由计划财务部负责解释，自 2014 年 9 月 1 日起执行。我院原有关差旅费的规定同时废止。

附件：

1. 枣庄市立医院市外省内差旅住宿费和伙食补助费限额标准表
2. 枣庄市立医院省外差旅住宿费和伙食补助费限额标准表

附件 1：

市外省内差旅住宿费和伙食补助费限额标准表

地市	住宿费限额标准（元/每间每天）		伙食补助费标准（元/天）
	市（厅）级（单间或标准间）	其他人员（单间或标准间）	
济南	480	330	100
青岛	490	340	100
淄博	480	330	100
东营	480	330	100
烟台	480	330	100
潍坊	480	330	100
济宁	480	330	100
泰安	480	330	100
威海	480	330	100
日照	480	330	100
莱芜	460	310	100
临沂	460	310	100
德州	460	310	100
聊城	460	310	100
滨州	460	310	100
菏泽	460	310	100

附件 2:

省外差旅住宿费和伙食补助费限额标准表

地市	住宿费限额标准（元 / 每间每天）		伙食补助费标准 （元 / 天）
	市（厅）级 （单间或标准间）	其他人员 （单间或标准间）	
北京	500	350	100
天津	450	320	100
河北	450	310	100
山西	480	310	100
内蒙古	460	320	100
辽宁	480	330	100
大连	490	340	100
吉林	450	310	100
黑龙江	450	310	100
上海	500	350	100
江苏	490	340	100
浙江	490	340	100
宁波	450	330	100
安徽	460	310	100
福建	480	330	100
厦门	490	340	100
江西	470	320	100
河南	480	330	100
湖北	480	320	100
湖南	450	330	100
广东	490	340	100
深圳	500	350	100
广西	470	330	100
海南	500	350	100
重庆	480	330	100
四川	470	320	100
贵州	470	320	100
云南	480	330	100
西藏	500	350	120
陕西	460	320	100
甘肃	470	330	100
青海	500	350	120
宁夏	470	330	100
新疆	480	340	120

报 销 流 程

1、借款

经办人填写借据——职能科室负责人审核——分管院领导审批——计划财务部付款

2、差旅费报销

经办人持“因公出差审批单”填写“差旅费报销单”——计划财务部审核——职能科室负责人审核——分管院领导审批——院长审批——计划财务部付款

3、会议、培训、进修费用报销

经办人持“因公出差审批单”填写“会议、培训、进修费报销单”——计划财务部审核——职能科室负责人审核——分管院领导审批——院长审批——计划财务部付款

4、基建用款

基建会计凭用款计划开具收据——基建科长审核——分管院领导审批——院长审批——计划财务部付款

5、其他费用报销

经办人持报销票据——职能科室负责人审核——分管院领导审批——院长审批——计划财务部审核付款

6、采购药品、器械、材料、物资

仓库保管员凭“随货同行单”验收货物——仓库会计持相关发票、合同填写“药品、器械、材料验收入库单”——采购员审核——物资采购部主任审核——分管院领导审批——院长审批——计划财务部审核付款

7、新城分院各项报销

由分院职能科室审核——分院分管院领导审批——分院院长审批——院长审批——计划财务部付款

需要说明：差旅费报销、会议培训进修费用报销、其他费用报销需要由职能科室负责人审核后，统一送分管院领导、院长审批签字。

关于加强医院收费、退费的管理规定

一、收费制度

1、医院的收费由计划财务部、住院处、收款处进行收取，其他科室一律不得自行收费。
2、收费人员要认真履行岗位职责，熟练掌握本单位电脑收费系统操作及医疗收费标准，务必做到快而准，减少病人的排队交费时间。

3、收费员必须严格遵守财经纪律，不得任意多收或少收更不得漏收。凡收款员因工作疏忽而发生漏收、错收，造成医院经济损失，由当事人按错、漏收金额的大小分别承担 20%—50% 的赔偿。因收款人员、出纳人员工作疏忽而造成现金差错，原则上由当事人全额赔偿，特殊情况请示领导商定。

4、收付现金要做到唱收、唱付，当面点清。对每日收到的现金，要按规定时间及时存入银行或交给出纳，不得积压、拖欠。若因此造成的损失，由本人负责，任何人不得挪借公款。保险柜不准存放私人财物，一经发现作公款处理。

5、收费员每天要进行日结，收到的款项与收入日报表及医疗收费收据核对是否相符，如发现长、短款要及时反映，待查明原因后处理，不得自行隐瞒或以长补短。并将收入日报表、医疗收费收据、POS 结算单等单据交复核人员复核后给出纳收款。复核人员签名或盖章确认后的收入日报表和医疗收费收据存根联再由票据稽核员进行稽核、销号处理。

6、收费员要对自己使用的印章、医疗收费收据、账单以及现金负责，必须妥善保管，严加防范，防止失窃。

二、退费制度

（一）门诊退费制度

1、门诊患者因故办理退款，须持有门诊收据、科室副联、检查或治疗申请单或门诊处方笺，经医师或药师填写“退款审批单”，并由经办医师或药师及所涉及检查科室或药房的负责人签字后，到门诊部签字盖章。然后由领款人在发票上签字，到收款处办理退款。

2、经办医师或药师必须认真填写退款申请单，注明退款原因并签字，以示负责。

3、收款员对手续完备、姓名、项目、金额相符的退款，当日发生的由原收款员退款，其余时间只要手续完备，任何收款窗口都应给予办理，不得推委。对不符合退款手续者，收款员要向其说明原委。

4、收款员要将当天的退款单证及作废收据核对后单独装订，随收入日报表、票据存根上报，做到日清日结。

5、收款处负责人要做好科室的管理工作，对违反制度、不符合退款手续或符合退款手续不予按时办理退款及私留患者收据的应及时向门诊部及财务部报告。

6、有关检查、治疗科室要密切配合、协作，对收费情况进行监督。严格保管好科室副联。

（二）住院退费制度

住院病人如需冲减医疗费用，必须要有病区医生填写“退款审批单”，注明退款原因、项目、金额，科室负责人签名，经医务部审批后，到住院处办理冲账。如果是退药款，须持医务部审批过的“退款审批单”以及所退药品，到药房进行冲账。退款手续不全，任何人不得冲账，如果弄虚作假，一经查处，严肃处理。

禁止设置“账外账、小金库”的财务管理规定

1、为进一步规范和强化医院财务管理，严肃财经纪律，任何科室和个人不得侵占、截留医院收入。

2、计划财务部应当负责银行账户的开设和管理，做好财务会计管理的各项基础工作，根据实际发生的经济业务事项进行会计核算，做到原始记录准确、完整，禁止以虚假的经济业务事项和资料进行会计核算。

3、凡属医院业务范围内的各项收入，应当在依法设置的会计账簿上统一登记核算，禁止违反《会计法》和《医院会计制度》的规定，设置会计账簿登记、核算。无论是医疗收入还是一些其他收入，都应当按照形成原因纳入对应账户核算，包括盘盈清理固定资产净收入、罚款罚没收入、出纳长款

收入、捐赠收入等等，禁止隐匿或者转移、私存私放、私自用于个人福利。

4、医院的各项支出，包括人员支出、公用支出以及对个人和家庭的补助支出等，应当严格按照财务会计制度规定，据实列入对应账户核算，禁止虚列、多列或者作其他处理。

5、严格执行国家有关现金管理制度，加强现金管理，控制现金使用，做到库存现金账面余额与库存金额相符。禁止用不符合财务会计制度规定的凭证顶替库存现金、使用转账凭证套换现金、利用账户套取现金，将资金转移到账外。

6、医院财会部门应当严格遵守财经法律法规和财务会计管理制度，将各项财务收支纳入账内管理和核算，做到账账、账证、账款、账实相符，严禁在医院财务部门之外设立账外账、小金库。

关于加强医院财产物资管理的规定

为提高医院物资管理水平，合理利用资源，盘活资源存量，对仓库物资管理规定如下：

1、我院仓库物资（包括卫生材料、其他材料、低值易耗品、药品、在加工材料）已实行微机化管理。根据要求，各物资部门要严格按医院规定的业务流程进行操作，责任到人。

2、对于需要采购的物资，保管员根据库存储备情况做出采购计划后，必须经科主任、分管院长审批，采购员方可进行采购。以免多部门、多人采购，造成库存量过大。并把采购计划报计划财务部一份。

3、各仓库保管员在办理物资入库前必须由院长、分管院长、有关科室主任审批签字后，方可办理入库手续。

4、物资入库前保管员要检查货物在数量、品种、规格上是否与清单、发票及合同规定相符，同时在质量方面，能检验的由仓库保管员检验，凡需由技术部门协助检验的，应由技术部门检验。验收时如发现短缺、型号规格不符或有质量问题等，及时通知采购人员，要求更换、补缺或退货。只有当单据、数量和质量验收无误后，物资管理部门才能办理入库、登账，并将入库单连同发票、合同、清单等一起送交财务部门。

5、物资出库由会计人员办理出库手续，打印出库单后，保管员根据出库单进行配货、发放，确保临床科室的物资供应。会计、保管要责任分明，对财产物资做到层层把关、层层控制。不得擅自外借一切医院物资。对低值易耗品的领用实行一次性摊销，同时建立辅助账，反映在用低值易耗品的分布、使用以及消耗情况。

6、为避免人为因素而导致资产长期不用失效、积压而造成浪费，物资出库应采取先进先出法。还要做好防火、防盗、防潮、防暴工作。凡因管理不善造成物资积压报废者，将按积压报废金额 50% 罚款处理。

7、计划财务部要定期对总账、明细账进行核对，做到账账相符，账实相符。每季度进行一次盘点，物资会计要参加监点。审计、财务将定期对盘点情况进行抽查。

8、盘盈盘亏的物资要及时调账，对盘亏物资要追究责任。对非特殊原因盘亏而造成损失的会同仓库保管员奖金挂钩，按盘亏金额的 50% 进行扣罚。

夜班费发放管理规定

一、全院大、小夜班费实行定量、定额、定时发放的管理办法。

二、定量：每月每科大、小夜班固定。每年元月份由各职能科室对有关科室当年度夜班费进行审查核定一次，经院领导审批后交计划财务部执行。年度期间如有变动，需增加的，由科室提出申请交职能管理科室核定后报院领导批准，交计划财务部执行。减少的由职能科室随时书面通知财务部执行。

三、定额：由计划财务部按照规定标准计算大、小夜班费金额。

四、定时：每月 28 号由计划财务部按时发放当月夜班费。

五、对外进修人员在外单位所值夜班，进修结束后，根据对方医院开具的夜班证明，由医务部（护理部）审查签章后交计划财务部，由计划财务部汇总做表报院领导审签后发放。

内部财务管理体制

1、院长对会计工作的领导职责：领导本院的会计机构、会计人员和其他人员执行《会计法》，保证会计资料合法、真实、准确和完整，保障会计人员的职权不受侵犯。

2、计划财务部的工作职责：合理编制医院预算，如实反映财务状况；依法组织收入，努力节约支出；建立健全内部财务管理制度，加强经济核算，提高资金使用效益；加强国有资产管理，防止国有资产流失；对医院经济活动进行财务控制和监督。

3、财务负责人的职责与权限：财务负责人具体负责医院的财务管理和会计核算工作。组织制订内部财务制度，并督促贯彻执行；编制财务收支计划，并组织实施；拟订财会人员岗位责任制度，组织全科人员认真办理会计核算工作，并对所提供的会计信息真实性负责；运用会计资料，进行经济分析和预测，为领导决策当好参谋；对全院财务收支和经济活动的合法性、合理性、有效性进行监督，发现问题及时纠正，如发现重大问题，有权及时向单位负责人或上级主管部门报告。

4、计划财务部与其他职能部门的关系：计划财务部是医院管理职能部门之一，财务工作是一项综合性的管理工作，与各个职能部门有着密切的联系。各个职能部门所发生的与价值有关的经济业务需要通过会计来反映和监督，会计核算上的部分原始资料要通过各个职能部门提供，而且计划财务部和各个职能部门均肩负着互相及时反馈信息的职责，因此计划财务部与医院其他职能部门之间相互影响、相互制约、相互促进。

5、会计核算的组织形式：医院实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制。医院的会计工作集中在财会部门。医院内部各部门对所发生的经济业务，只负责取得或填制原始凭证，并对原始凭证根据需要作必要的汇总，定期将原始凭证和原始凭证汇总表送交医院财会部门，由财会部门进行审核，并据以编制记帐凭证，然后根据原始凭证和记帐凭证登记总账和明细账，再定期编制会计报表。

计划财务部工作制度

1、严格贯彻执行国家有关方针、政策、法令，遵守财经纪律，保护医院财产物资安全。财会人员要忠于职守、廉洁公正，实事求是，坚持原则，按规章制度办事，要同违反财务制度的行为作斗争。

2、医院各项会计事项均按国家统一规定的医院会计制度办理。对一切收入、支出会计事项均取得完整的合法凭证。一切空白纸条均不能作为正式凭证。出差或因公借款，须经院长批准，完成任务后及时办理结账报销手续。

3、认真编制和执行财务预决算，加强经济核算和经济责任制，推进目标管理，不断完善综合目标管理方案，认真做好财务监督、检查和经济活动分析。

4、合理组织收入，严格控制支出。应收的应做到不漏收、不少收，应开支的坚决按计划执行，坚决杜绝无计划开支，对确属临时必要的开支，应按审批手续办理。

5、财会部门应积极与物资管理部门配合，定期对医院的各类财产物资进行检查、监督，及时清查库存物质，防止浪费和积压。

6、严格执行银行结算制度和现金管理制度。每日收入的现金要当日送存银行，库存现金不得超过银行核定的限额。现金出纳和收费人员工作中出现的长短款，应及时向领导汇报，待查明原因后进行处理，个人不得隐瞒和以长补短。

7、及时清理债权、债务，防止拖欠，减少呆帐。

8、医院财务管理应随时接受主管部门的领导和监督；财政、审计等部门的指导监督。

现金管理制度

1、为加强现金管理，医院应严格按照《现金管理暂行条例》的规定办理现金收支业务。

2、现金的使用应按照规定的使用范围进行使用，凡不属于现金开支范围或超出现金支出限额（1000元）的业务应当通过银行办理转账结算。

3、出纳人员必须根据审核无误的付款凭证支付现金，并要求经办人员在付款凭证上签字。支付现金后，出纳员要在付款凭证上加盖现金付讫章，并及时处理有关账务。

4、任何人不得私自挪用现金，不准用账户替其他单位和个人套取现金。

5、严格执行开户银行批准的库存现金限额，超出限额的现金应及时送存银行并及时入账。

6、每天收入的现金要当日送存银行，不许坐支，不得以白条抵现金。

7、每日结存的现金在下班前存在有人看管的保险柜内，将保险柜锁好后，打乱密码。注意保守保险柜密码，保管好钥匙，不得任意转交他人代管。会计室的保险柜内不准存放过夜现金，以防发生被盗事件。

8、提取或送存现金，应按规定根据数量的多少，由二人同行或由专车送行和保卫人员陪同。

9、计财部和审计办定期组织监盘库存现金，确保账账相符、账实相符。发现溢余或缺，及时查明原因，按规定程序报批处理。由于出纳员自身责任造成的现金短缺，出纳员负全额赔偿责任，造成重大损失的，应依法追究责任人的法律责任。

银行存款管理制度

- 1、严格遵守《银行结算制度》，根据稽核人员审核签章的凭证，复核办理款项收付。
- 2、及时登记银行存款日记账，做到日清月结、。
- 3、银行出纳要及时进行银行存款对账工作，并配合科室有关人员定期编制银行存款余额调节表，并及时清理未达账项。
- 4、严格加强支票管理。不得签发空白、空头、远期支票。如因特殊情况而签发不填写金额的转账支票时，支票上应写明收款单位、款项用途、签发日期等，并且领用人要在登记簿中签字。作废支票要妥善保管。
- 5、签发支票，办理汇票及各种汇款需经院长批准（计划内除外），按用途使用。使用支票应在五日内附完整手续归还注销。个人不得私自存放、积压和转借他人。如五日内其支票没进行使用，也未办理归还注销手续，下次不予签发，在此期间出现的问题及不良后果均由本人承担全部经济责任。
- 6、如签发错误或更换支票，不得将作废支票撕毁，应加盖作废戳记，并将支票头与作废支票粘好后妥善保管。
- 7、所管印章必须妥善保管，严格按照规定用途使用。但签发银行结算凭证使用的各印章，不得由出纳一人保管。
- 8、对空白支票必须严格管理，专设登记簿登记，并认真按规定办理领用、注销手续。
- 9、严禁出租、出借银行账户，严禁任何单位或个人利用本单位银行账户套取现金。
- 10、计财部和审计办定期组织检查支票使用情况。

固定资产管理制度

一、固定资产的确认标准、分类和计价

1、确认标准

- (1) 单位价值在 1000 元以上（其中：专业设备单位价值在 1500 元以上），使用时间在一一年以上（不含一年），并在使用过程中基本保持原有物资形态。
- (2) 单价值虽未达到规定标准，但使用时间在一年以上（不含一年）的大批同类物资设备，也属于固定资产范围，应作为固定资产管理。

2、范围和分类

- (1) 房屋及建筑物：凡产权属于本单位的一切房屋建筑物及各种附属设施；
 - (2) 专业设备：指用于业务的各种医疗仪器、设备等；
 - (3) 一般设备：指办公与事务用的设备、家具、用具、交通工具等；
 - (4) 其他固定资产：指不属于以上各类范围的固定资产。
- 图书参照固定资产管理办法，加强实物管理，不计提折旧。

3、计价

- (1) 购入的固定资产，按购入价格，包括运输装卸、包装费用、安装调试费用和进口税金等计价；

- (2) 新建的房屋建筑物，按固定资产交付使用前发生的实际支出计价；

(3) 为增加固定资产的使用效能或延长其寿命而发生的改扩建或大型修缮等后续支出，应当计入固定资产。为维护固定资产的正常使用而发生的修理费等后续支出，应当计入当期支出。

- (4) 自制的固定资产，按制造过程中发生的实际成本计价。

(5) 接受捐赠或无偿调入的固定资产，其成本比照同类资产的市场价格或有关凭据注明的金额加上相关税费确定。

- (6) 无偿调拨或由于医院撤并转入的固定资产，按原单位账面原值计价。

- (7) 盘盈的固定资产，按重置完全价值计价。

二、固定资产管理原则

医院固定资产实行统一领导、归口管理、分级负责的管理原则。我院由器械科和后勤服务中心为专门的财产管理部门。使用部门指定专人负责管理，并建立健全相应的管理制度。

1、建立健全三账一卡制度

计划财务部负责固定资产总账和一级明细分类账，进行金额核算；财产管理部门负责二级明细分类账，按类别、品名、规格、型号，进行数量金额核算；使用科室负责建卡（台账），进行数量管理。做到财会部门有账，财产管理部门有账有卡，使用科室有卡，便于清查核对，互相制约。

2、财产管理部门职责

器械科主要负责医疗设备的计划、采购、验收、建账、安装调试、科学论证、内部调剂、维修保养、清查盘点及办理调拨、变价、报损、报废等有关报批手续，按档案管理要求建立设备仪器技术档案和运转日志，对大型贵重设备、仪器实行责任制，指定专人管理。后勤服务中心主要负责一般设备、房屋建筑物、其他固定资产的采购、验收、保管、办理出入库手续、健全账目、清查盘点、对报废资产核实后提出申请，定期与计划财务部核对，做到账账、账实、账卡相符。图书由医务部（图书室）采购、验收、保管、办理出入库手续、健全账目、清查盘点。

3、使用部门的职责

负责本科室固定资产的管理保养、登记账卡、清理盘点工作，做好设备使用、维修、故障、事故等情况记录。遇有丢失、损坏、报废或因故障需修理的情况及时向财产管理部门反映。按照“谁使用、谁负责”的原则，科室财产要指定专人管理，做到定期清点实物，账（卡）实相符。

三、固定资产购置、领用的管理

1、购置的管理

(1) 应本着勤俭节约的精神，在充分考虑工作需要与实际可能的基础上，按批准的计划和预算办理。

(2) 购置设备要按规定申报，大型仪器设备要进行可行性论证，申报中要详细说明仪器设备的价格、性能、适用范围，预测产生的社会效益和经济效益等，并通过组织专家咨询等方法，对安装条件、配装能力、资金来源、技术力量和利用率情况进行综合论证。

(3) 对于购入、调入设备，必须按发票、调拨单、合同等组织验收，根据订货合同和发票内容及时认真地验质验量。如发现型号规格不符、性能不良、数量短少、质量不符合要求或缺损坏、缺附件资料等情况，应立即与供货单位联系，尽快解决。

(4) 及时办理财产建账、入库、分配等有关手续。对验收合格的固定资产，要按财产类别填写“验收入库单”，财务和财产管理部门根据发票（或调拨单）、入库验收单，登记固定资产总账、明细

账和台账。

2、领用的管理

(1) 领用固定资产必须严格手续,由使用部门填写“财产物资出库单”一式三份,一联仓库保管留底,一联财产管理部门会计登账,一联领用部门存查。

(2) 及时建立台账,仓库保管和使用部门各一份,做到责任明确,手续完备。

四、固定资产处置的管理

医院对固定资产的处置,使用科室须提出书面申请,院领导签字审批,财产物资管理部门依据申请组织技术鉴定,出具鉴定意见,固定资产会计填报《行政事业单位国有资产处置申报表》,价格在20万元以上的单件资产,经主管部门审核同意后,报市国有资产管理局审批;医院对国有资产管理局规定标准20万元以下的资产处置,由财产物资管理部门组织论证及技术鉴定后,报主管部门审批。

处置国有资产的收入应及时、足额上缴计财部,按财务制度管理和使用,任何单位和个人不得截留和挪用。

五、固定资产的清查盘点

医院定期或不定期地对固定资产进行清查盘点,年度终了前进行一次全面清查盘点。固定资产的清查盘点工作,由财产管理部门统一组织并实施,使用科室共同清理,财会部门负责指导和监督。清查工作人员要深入到使用科室逐一盘点核对,发现余缺及时记录,查明原因后按规定程序办理报批手续,待批准后调整账卡,保证账账、账物、账卡三相符。盘盈的固定资产,查明原因后,按重置完全价值入账,并及时调整账卡。

六、固定资产计提折旧

医院应当根据固定资产性质,在预计使用年限内,采用平均年限法计提折旧。计提折旧不考虑残值。当月增加的固定资产,当月不提折旧,从下月起计提折旧;当月减少的固定资产,当月仍计提折旧,从下月起不提折旧;已提足折旧仍继续使用的固定资产,不再计提折旧。

七、固定资产管理工作考核

固定资产的管理应纳入年终考核内容之一,目的是管好设备、用好设备、充分发挥设备应有的效能。对管理制度健全、使用合理、注意保养、保证安全、延长使用年限、提高使用效益、取得较好社会效益和经济效益的科室和个人,应给予表扬、奖励;对管理不善、玩忽职守或违反操作规程,造成损失的,应追究当事人的责任,并按有关赔偿规定处理。

财产清查制度

为了正确掌握各项财产的真实情况,保证财产物资、货币资金以及债权、债务实存数额和账面数额相符,有必要建立财产清查制度。根据《会计法》和《会计基础工作规范》的要求,结合我院的实际情况,对财产清查制度的主要内容规定如下:

一、财产清查的范围

- 1、房屋建筑物、仪器设备等所有固定资产;
- 2、低值易耗品、药品、卫生材料、其他材料等流动资产;

3、现金、银行存款、各种借款;

4、各项往来结算款项、缴拨款项。

二、财产清查的组织形式

1、全面清查一般在年终进行,由分管院长组织,清查小组有财务人员、器械科人员、后勤服务中心人员、药学部人员、仓库管理人员等组成,对医院所有的财产物资、往来款项进行全面盘点和核实。

2、局部清查由各财产管理科室根据管理的需要定期或不定期地进行。对流动性较大的物资,如药品、卫生材料、其他材料等,可按季或按月进行清查;对于各种贵重物品,每月应清查盘点一次;对于现金,每日终了时进行清查;银行存款、银行借款每月与银行核对一次;各种往来结算款项,一年中至少核对一至两次。

三、财产清查的方法

1、清查前的准备工作

(1) 会计部门和会计人员在财产清查前,须将有关账簿登记齐全,结出余额,核对清楚,做到账簿记录正确、完整、及时。对于银行存款和结算款项,须及时取得核对凭据。

(2) 财产管理部门和保管人员,须将截至清查日止的所有经济业务,办理好凭证手续,全部登记入账,并结出余额,对所保管的各种财产物资,应整理、排列清楚,挂上标签,标明编号、品种、规格和结存数量,以便盘点核对。

(3) 清查人员根据需要,准备好各种必要的计量器具和有关清查用的登记表册。

2、对固定资产、药品、材料等实物的清查,可采用实地盘点法。须做到:

- (1) 盘点时实物保管人员须在场;
- (2) 要注意逐一盘点,不要遗漏或重复盘点;
- (3) 要注意实物质量是否完好,有无短缺、霉烂、变质等情况;
- (4) 对盘点的结果,如实记录,并由盘点人员和实物保管人员签章;
- (5) 查明盘点结果与账面余额是否一致,确定盘盈或盘亏情况,填制“实存账存对比表”。

3、现金的清查通过实地盘点进行。盘点现金时要注意有无违反现金管理规定,以白条抵库和库存现金超过规定限额等现象。

4、对银行存款的清查,采用与开户银行对账单相核对的方法来进行,如有未达账项,则通过编制银行存款余额调节表来进行调节,要注意检查未达账项是否正常。

5、各种往来款项的清查,主要采取与对方核对账目的方法。

四、财产清查结果的处理

对财产清查中发现的盘盈、盘亏、毁坏或其他各种损失,应核实情况,调查分析产生的原因,明确经济责任,依据会计制度规定,按照审批权限和程序予以处理。个人造成的损失应由个人赔偿,因自然灾害等原因造成的损失则作为其他支出入账。

五、财产管理人员的奖惩

财产管理人员对自己所保管的财产在数量和质量上负有重要责任。因财产管理人员的责任而引起的财产短缺或损坏,年终考核时应做出相应处理,按其性质承担一定的经济赔偿责任,而对财产管理人员工作成绩突出的,应在年终给予精神上和物质上的奖励。

内部稽核制度

建立内部稽核制度，是为了防止会计核算工作上的差错和有关人员的舞弊。通过稽核，对日常会计核算工作中出现的疏忽、错误等及时加以纠正或制止，从而提高会计核算工作的质量，规范会计行为，确保会计资料的完整和准确。内部稽核具体工作由稽核员负责，按照以下稽核内容实施稽核。

1、审核财务预算、计划指标项目是否齐全，编制依据是否可靠，计算是否正确，审核后如发现不足应提出建议，以便完善计划与预算。

2、审核实际发生的经济业务或财务收支是否符合现行法律法规和财务制度规定，监督岗位责任制及各项操作规程的执行情况，发现问题应及时反映、制止或纠正。

3、审核会计凭证其经济内容是否真实合法，凭证附件是否有效或符合相关手续，凭证各项要素是否完整，印鉴及有关签章是否齐全，数字（包括大小写、金额、日期）是否准确有效，会计科目分录使用是否正确等。

4、审核会计账簿、会计报表和其他会计资料的数字与内容是否真实准确，相互之间的勾稽关系是否一致，上下期数字与内容是否衔接，具体格式和内容是否符合有关法律法规及财务制度规定。

5、审核各项财产物资的增减变动和结存情况，并与有关部门的账簿记录核对，确定账账、账实是否相符。如不相符应及时查明原因，提出整改措施。

6、审核往来款项和其它应收应付票据的内容是否真实，数字是否准确，手续是否齐全。督促往来款项定期清理核对，如发现问题及时查明原因予以纠正。

7、根据稽核工作中掌握的情况，结合有关制度、操作规程和办法，对会计核算中经常出现的问题提出合理化建议，不断增强自我约束和风险防范的能力。

内部牵制制度

根据《会计法》等法律法规的要求，为了加强会计人员之间相互制约、相互监督、相互核对，提高会计核算工作质量，保护资产的安全和完整，防止会计事务处理中发生失误和差错以及营私舞弊等行为，特建立适合本院业务特点和管理要求的内部牵制制度，具体事项规定如下：

1、出纳人员不得兼管稽核、会计档案的保管和收入、费用、债权债务账目的登记工作；签发票据所使用的各种印章，不得由出纳一人保管；银行出纳不得兼任银行存款余额调节表的编制工作。出纳支付各项款项均须按院有关规定，有经办人、责任人的签字或盖章，方可办理付款，否则不得办理一切付款业务。

2、采购人员不得兼任物资保管，保管人员不得兼管物资明细账。药品、材料、设备等物资的购进，由采购人员按批准的采购计划办理，所购材料物资，须经保管人员验收无误后，出具入库证明单，连同单据经院长双签字后，送交计划财务部，由出纳人员办理付款。

3、不得由同一部门或个人办理采购与付款业务的全过程。确保办理采购与付款业务的不相容岗位相互分离、制约和监督。

4、票据使用人不得兼任票管员。门诊收款处、住院处使用的收费票据由专人管理，负责领取、

发放、审核、注销，并设立个人明细账，随时进行登记注销。

5、门诊收款处、住院处收退款业务实行双重复核，每天收款员按规定时间打出当天日报，连同收费存根、现金一并交科室负责人进行复核，无误后，由科室负责人汇总送交计划财务部，票据管理人员对其再行复核，复核无误后，由复核人员在交款单上签字，交出纳收款，并开出收据。

6、门诊、住院退款业务由科室负责人在退款单上签字，再由门诊部审查盖章后方可退款。

7、工资发放由人力资源部提供工资增减变动通知，工资核算人员编制工资单，复核人员审核后，出纳办理付款手续。

8、差旅费、进修费须经医务部（大夫）主任、护理部（护士）主任审核签字，经院长双签字后，方可办理付款。

9、临时工工资由人力资源部审核盖章后，出纳付款。

10、夜班费实行定额、定员、定时发放，由会计人员做表，计划财务部主任审核，院长双签字后，出纳付款。

11、会计核算和会计事项的全过程，须由两人以上办理。

12、经济往来按规定的审批权限进行审批，审批人对所审批的经济往来事项负责。无审批人签名，财务部门拒绝办理。如：购置设备的预留保证金，应按合同约定的时间付款，并且要有使用科室负责人签字的设备使用正常证明，财产管理部门的负责人要在证明上签字盖章，然后交财务部门付款。

13、对各种经济活动的原始记录、会计凭证建立严格的流转程序和手续，出纳、制单员、复核员、财务负责人要依据分担的责任分别在有关凭证上签章。

14、健全稽核制度，稽核人员对各项财务收支内容要进行严格的事前审查，对会计资料要加强事后审核。

15、对财产物资和往来结算须定期对账。

16、财务负责人须组织人员对库存现金进行不定期的抽查盘点。财产物资管理部门应定期或不定期地实行财产清查。

财务分析制度

1、计划财务部必须做好、管好、用好资金，严格执行预算、定额指标，并对实施情况和资金活动情况每月进行一次综合分析，不定期进行专项分析。

2、对影响预算指标、定额指标及其他指标完成的问题要深入实际调查研究，找出存在问题的原因，分清环节、明确责任，提出改进建议。

3、财务分析要做到数据精确、观点明确、资料完整、综合性强，满足经济管理需要。

4、针对分析中找到的问题，提出得力的改进措施，并在执行中逐步完善，使之取得明显效果。

5、根据综合分析和专项分析资料和有关经济信息，进行财务预测，对往来项目进行清查核对，向领导到提供经济决策资料。

6、财务分析要以书面形式，于月末、季末、年终报上级主管部门及院有关领导。

会计工作交接制度

会计人员工作交接是会计工作中的一项重要内容。会计人员调动工作或者离职时，与接管人员办清交接手续，是会计人员应尽的职责。办理好会计工作交接，有利于保持会计工作的连续性，有利于明确责任。对会计工作交接的具体要求如下：

一、需要办理会计工作交接的情形

- 1、会计人员在调动工作或离职时必须办理会计工作交接，没有办清交接手续不得调动或者离职。
- 2、会计人员临时离职或因病不能工作，需要接替或代理的，财务负责人或单位负责人须指定专人接替或者代理，并办理会计工作交接手续。
- 3、临时离职或因病不能工作的会计人员恢复工作时，应当与接替或代理人员办理交接手续。
- 4、移交人员因病或其他特殊原因不能亲自办理移交手续的，经单位负责人批准，可由移交人委托他人代办交接，但委托人应当对所移交的会计凭证、会计账簿、财务会计报告和其他有关资料的真实性、完整性承担法律责任。

二、办理会计工作交接的基本程序

(一)会计人员在办理会计工作交接前，必须做好以下准备工作

- 1、已经受理的经济业务尚未填制会计凭证的应当填制完毕；
- 2、尚未登记的账目应当登记完毕，并在最后一笔余额后加盖经办人员印章；
- 3、整理好应该移交的各项资料，对未了事项和遗留问题要写出书面说明材料。
- 4、编制移交清册，列明应该移交的会计凭证、会计账簿、财务会计报表、印章、现金、支票簿、发票、文件、其他会计资料和物品等内容；从事会计电算化工作的移交人员应在移交清册上列明会计软件及密码、会计软件数据盘及有关资料、实物等内容。
- 5、财务负责人移交时，应将全部财务会计工作、重大的财务收支和会计人员的情况等向接替人员介绍清楚，对需要移交的遗留问题应写出书面材料。

(二)交接双方在规定的期限内，按照移交清册列明的内容逐项进行交接

- 1、现金要根据会计账簿记录余额进行点交，不得短缺。接替人员如发现不一致或“白条抵库”现象时，移交人员在规定期限内负责查清处理。
- 2、会计凭证、会计账簿、财务会计报告和其他会计资料必须完整无缺，不得遗漏。如有短缺，必须查清原因，并在移交清册中加以说明，由移交人负责。
- 3、银行存款账户余额要与银行对账单核对相符，如有未达账项，应编制银行存款余额调节表调节相符。
- 4、各种财产物资和债权债务的明细账户余额，要与总账有关账户的余额核对相符。对重要实物要实地盘点，对余额较大的往来账户要与往来单位、个人核对。
- 5、移交人员经管的印章、票据及其他会计用品等必须交接清楚。
- 6、从事会计电算化工作的交接双方应在电子计算机上对有关数据进行实际操作，检查电子核算数据是否能正常运行，确认有关数字是否正确无误。

(三)办理会计工作交接时，必须有专人负责监交，以保证交接工作的顺利进行。

- 1、一般会计人员办理交接手续，由财务负责人监交。

- 2、财务负责人办理交接手续，由单位负责人监交，必要时主管局可以派人会同监交。

(四)会计工作交接完毕后，交接双方和监交人在移交清册上签名或盖章，并在移交清册上注明：医院名称、交接日期、交接双方和监交人的职务、姓名，移交清册页数以及需要说明的问题和意见等。移交清册一式三份，交接双方各执一份，存档一份。接管人员应继续使用移交前的账簿，不得擅自另立账簿，以保证会计记录前后衔接，内容完整。

三、移交后的责任

移交人对自己经办且已经移交的会计资料的合法性、真实性、完整性负责，即便接替人员在交接时因疏忽没有发现所接会计资料在合法性、真实性、完整性方面的问题，如事后发现仍应由原移交人员负责，原移交人员不应以会计资料已移交而推脱责任。

会计监督规定

会计人员要依据财经法律、法规、规章、会计法律、法规和国家统一会计制度以及《会计法》对本单位的经济活动进行会计监督。

1、要对原始凭证进行审核和监督，对不真实和不合法的原始凭证不予受理。对弄虚作假、严重违法的原始凭证在不予受理的同时，应予以扣留，并及时向院领导报告，请求查明原因，追究当事人的责任。对记载不准确、不完整的原始凭证，予以退回，要求经办人员更正补充。

2、对伪造、变造、故意毁灭会计账簿或者账外账行为，应当制止和纠正；制止和纠正无效的应当向上级主管单位报告，请求作出处理。

3、对实物、款项进行监督，督促建立并严格执行财产清查管理制度，发现账簿记录与实物不符时，应当按照制度和有关规定进行处理。

4、对财务收支进行监督。

(1)对审批手续不全的财务收支应当退回。

(2)对违反规定不纳入单位统一会计核算的财务收支，应当制止和纠正。

(3)对违反国家统一的财政、财务、会计制度的收支不予处理，并应当制止和纠正，制止无效的应当向院领导提出书面意见请求处理，院领导应在接到书面意见起10日内作出书面决定并对决定承担责任。

(4)对严重违反国家利益和社会公众利益的财务收支，应当向主管单位或者财政、审计、税务机关报告。

(5)对违反医院内部会计管理制度的财务活动，应当制止和纠正，制止和纠正无效的，向院领导报告，请求处理。

(6)对医院制定的预算、财务计划、业务计划的执行情况进行监督。

(7)医院必须按规定接受财务、税收、审计等机关的监督检查，并如实地提供会计凭证、账簿、报表等会计资料，不得拒绝、隐瞒、谎报。

财务、收款印鉴管理规定

- 1、财务、收款专用印鉴的刻制应根据工作需要，经院领导批准，由办公室具体负责办理。
- 2、对新刻制的财务、收款专用印鉴，启用前应交院计划财务部备案，并留取印模。
- 3、财务专用章应由专人保管，个人名章必须由本人或其授权人保管。门诊、住院收费专用章应固定到人（一人一章），并由院计划财务部负责其专用印鉴使用、注销的登记管理工作。
- 4、财务、收款专用章应严格按规定的业务范围使用，不得乱用、错用，不得擅自将自己保管的印章交他人使用，也不得私自接受他人保管使用的印章。
- 5、收款专用章平时不用时，应放在上锁的抽屉内，做到“人在章在，人走章收”。财务专用章和法人名章应放入保险柜保管。
- 6、如因工作调整、调动离开原工作岗位，应将所使用的印鉴交计划财务部登记、注销，个人不得私自转让使用。
- 7、对闲置不用的财务、收款专用印鉴，由计划财务部负责交院档案室保管。

收款票据管理制度

为了加强收款票据的管理和监督，保障医院各项收入纳入财务统一管理的轨道，维护医院经济秩序，对医院的收款票据管理规定如下：

一、收款票据的种类及使用范围

- 1、财政部门统一监制的收款票据：包括统一票据和专用票据两大类。统一票据有“山东省资金往来结算票据”，由出纳从票据管理处领取后保管使用。专用票据有“山东省医院门诊收费专用票据”（机打与手工）、“山东省医院住院收费专用票据”，主要由挂号人员、门诊收费人员、住院收费人员从票据管理处领取后保管使用。
- 2、医院计划财务部监制的收款票据：主要是医院内部收据，由出纳从票据管理处领取后保管使用。

二、收款票据的购置

- 1、医院使用的统一票据和专用票据，由票据管理员持物价《收费许可证》、单位介绍信及有关文件，向财政部门申请办理《收费票据准购证》。医院每次凭《收费票据准购证》核准的种类、数量及购票方式，向市财政局票据管理中心领购票据。
- 2、医院内部收款票据，由计划财务部根据业务需要，提供票据种类、格式、数量等内容的印刷计划，经院领导批准，由后勤服务中心具体办理。

三、收款票据的领用登记

- 1、医院购入票据后，由计划财务部组织验收入库，并由票据管理员登记收费票据的购入日期、名称、起止号码、数量等。
- 2、收款员领取收费票据时要注明领用时间、起止号码、数量、名称等内容，并在领用登记簿上签字。
- 3、统一票据只能由出纳领用。

四、收款票据退费、作废、重制的规定

1、收费票据退费的规定

- (1)收回原收款收据、相关科室出具退费凭证、盖有“收费章”的交款凭证，作为退费凭证附件。
- (2)退费前先检查原收款收据、相关科室出具的同意退费凭证和盖有“收费章”的交款凭证等，要求病人姓名、收费项目、金额相符，并把附件粘附于退费票据后。
- (3)若出现部分退费的情况，操作规程如上，把原收据作全额退费处理，并重开实收收据。

2、收费票据作废的规定

作废票据要求一式几联均齐全，并且必须是当天结账前发生的事项。作废后应在票据上简单说明作废原因。

3、重制票据的规定

重制票据要求一式几联均齐全，并且必须是当天结账前发生的事项，紧接着下一票据序号上的病人姓名等项目须与重制票据有关联。

五、收款票据的核销

- 1、交回的收款收据存根联，票据管理员必须及时办理注销登记。销号时以存根联及日报表为依据。
 - (1)门诊收款收据：以审核后的门诊收费员已缴款的收款收据区间号码及日报表为依据。
 - (2)住院收费收据：以经审核后的住院收费日报表中的收款收据区间号码及日报表为依据。
 - (3)统一收款收据：以领用人交回的存根联为依据，并与记账联金额逐张核对。
- 2、领用收款票据未核销的，除特殊原因外，不得再予领取。对领用人未销号完毕又开始启用新的收款票据，票据管理员要查明原因。
- 3、对发生退费、作废、重制票据等情况，票据管理员要逐张审查、核对，确保收款的正确性。

六、收款票据的管理

- 1、收款票据由计划财务部指定票据管理员负责验收、登记保管和核销结报。出纳不得兼任票据管理员。
- 2、医疗收费票据只限于在医院进行医疗服务时使用，不得用于非医疗商业活动，不得向外单位转让、借用、代开，不得伪造收费票据，不得私刻监制章，未经财政部门批准不得自行销毁收款票据和存根。
- 3、票据管理员对收款票据的库存数和尚在使用人员手中的未使用票据要定期核对。保管好票据的领、发、存登记簿。
- 4、如发票票据丢失应及时向票据管理员及部门领导汇报，提交详细书面汇报资料，并逐级上报，经各级领导签字后票据管理员及时做好票据核销手续，且单独存档备案。由此给医院造成的损失，应追究责任人责任。
- 5、医院计财部票据管理人员应当按照财政部门的规定存放和保管票据，定期进行检查、通风，以防霉烂、虫蛀等现象发生不得私自损毁。已开具的票据存根联和票据领用登记簿，作为会计档案保管3-5年，保存期满，登记造册，报经财政部门查验后销毁。

七、票据的监督与检查

医院计财部票据管理员定期抽检住院部、门诊收款处票据使用情况。被检查单位要如实反映情况，提供有关资料。

八、处罚

对于违反票据管理办法规定使用票据的科室和个人，医院将按照财政部门规定的处罚规定执行，并视情节给予科室负责人和直接责任人处罚。

会计档案管理制度

1、医院会计档案包括会计凭证、会计账簿、会计报表等会计专业核算资料。必须按财政部门和国家档案局制定的《会计档案管理办法》的规定，进行科学管理，妥善保管，存放有序，方便查找。

2、医院会计档案管理工作，应接受卫生主管部门和同级档案部门的业务指导和监督、检查。

3、医院每年形成的会计档案，由财务部门按照档案管理要求，整理装订成册，在会计年度终了由财务部门管理一年，一年以后交本院档案部门保管。

4、除特殊情况，会计档案原则上不得借给外单位和个人使用。如因工作需要调阅会计档案时，本单位人员要办理调阅手续，外单位人员要有正式介绍信，经会计主管人员和单位领导人批准。调阅人员不得将会计档案借出，需要复制的要经本单位同意。

5、各种会计档案的保管期限，按国家有关规定执行。对需销毁的会计档案，要填写“会计档案销毁清册”，报经主管部门批准后，由主管部门会同本单位档案、财会部门共同派员监销，并在销毁清册上签名或盖章。“会计档案销毁清册”要长期保存，以便备查。

6、档案存放地点应干燥、通风，橱内应放干燥剂，以防虫咬、鼠咬，使档案管理工作真正做到安全、完整无损。

会计电算化管理制度

建立一套完善的内部管理制度，是会计电算化长期安全运行的重要保证。根据《中华人民共和国会计法》、《会计电算化管理办法》和《会计基础工作规范》等有关法规的规定，结合本院的实际情况制定以下会计电算化管理制度。

一、会计电算化岗位设置

根据电算化的要求，本院计划财务部设置如下电算化会计岗位：财会负责人岗位（即电算主管岗位）、制单岗位、记账岗位、稽核岗位、报表编制岗位和系统管理岗位。

二、会计电算化操作规定

1、所有上机操作人员需经过培训，经电算主管认可后方可按上机操作权限上机操作。

2、电算主管按岗位责任制要求设置各操作人员的上机操作权限和工作内容，每个操作员根据主管分配的权限，设定自己的密码口令，并注意安全保密。

3、操作人员需遵守计算机的开关程序规定，开机后不得擅自离开工作现场，如需离开应退出会计软件，以防他人越权操作。

4、未经审核的原始凭证和记账凭证，不能据以登记机内账簿。

5、如发现已入账的内容有误，必须按照系统提供的功能编制补充登记或负数冲正的凭证加以改正，不得使用非会计核算软件提供的方法处理会计数据。

6、各类报表的数据来自各类账册账本，除辅助数据外，任何人不得直接从键盘输入数据形成或修改报表。

7、操作人员未经电算主管批准，不得擅自向任何人提供任何资料、账册及各种数据。

三、硬件、软件、数据管理

1、做好计算机硬件设备的日常保养维护工作，保持设备整洁，定期清洁，确保系统正常运行。

2、会计软件的使用、升级、更新以及硬件设施的调整必须征得电算主管的同意，需上级有关部门审批的，必须获得批准后方可执行。

3、任何操作人员不得打开数据库直接进行操作，未经同意不得修改电脑设置及各种程序。

4、随时做好数据的备份工作，定期打印输出会计数据。记账凭证、报表及时输出，账簿至少一年输出一次。

5、定期检查计算机病毒，各工作站均安装防病毒软件。对于情况不明、来历不清的软盘，严禁使用。

6、运行会计软件的计算机不得上网。在运行会计核算软件的计算机上，禁止玩游戏。

四、电算化档案管理

1、存储在硬盘、磁盘、光盘等介质中的会计数据和打印输出的会计数据作为电算化会计档案管理。

2、计算机输出的会计凭证、账簿、报表等纸质会计档案的管理按《会计档案管理制度》执行。

3、对电算化会计档案要保存在防磁、防尘、防火、防潮的场所，重要数据应保存双份并存放在不同的地点。

4、对磁性介质存放的会计档案要定期检查，每年用光盘刻录一次。

5、整套会计电算化文档资料及会计软件等档案，保管期截止该软件停止使用或有重大更改后五年。

预算管理办法

为加强财务管理，提高经济效益，根据《会计法》及《医院财务制度》《医院会计制度》，结合我院实际，特制定本办法。

预算编制管理

一、预算管理机构

1、我院设立预算管理委员会。预算管理委员会主任由院长担任，副主任由各分管副院长担任，委员会成员由计划财务部、院办、人力资源部、器械科、后勤服务中心、医务部、护理部、药学部等相关职能科室负责人共同组成。对医院的预算控制管理情况进行集体领导决策。

2、预算编制工作由计财部统一组织，预算执行部门共同参与，分工协作，密切配合。

3、为了确保预算控制工作落到实处，单位负责人对本单位预算内部控制制度的建立健全和有效实施负责。

二、预算编制的原则

1、完整性原则。各项收支必须全部纳入统一预算管理。

2、量入为出的原则。编制预算应依据上年度的预算执行情况，结合当年事业发展规划，合理预

测本年度的收支，坚持以收定支，略有结余，不得编制赤字预算。

3、保证重点的原则。支出中必须优先保证医疗业务正常运转的支出。

4、归口管理的原则。内部各个职能管理部门为预算执行部门，其直接费用在预算批准范围内实施控制。

三、预算编制的基本要求

1、全面分析上年度预算执行情况。通过分析、研究上年度及以前年度的预算执行情况，掌握医院财务收支和业务规律的变化情况，总结经验，汲取教训，预测预算年度的收支增减趋势，为编制年度预算奠定基础。

2、准确掌握相关基础数据。通过核实医院人员、资产、业务量等基础数据，如在职和离退休职工人数、门急诊人次、床位编制和实有病床数，计划年度政策性增支因素的标准或定额等，提高预算编制质量。

3、正确测算各种因素对收支的影响。一是分析测算预算年度内国家有关政策对医疗机构收支的影响，如医疗保险制度改革、发展社区卫生、增设收费项目、提高收费标准对收入的影响，增加工资补贴。二是分析单位事业发展计划对医疗机构收支的要求，如新增病床、新进大型医疗设备和计划进行的大型修缮等对资金的需求和对收入的影响等。

4、准确掌握财政部门 and 主管部门对我院收支预算的编制要求。熟悉相关预算科目及其内涵，熟悉预算表格的内在联系和申报流程及时间要求。做好充分准备，确保预算编制切合实际，具有可操作性。

四、预算编制的内容

1、收入预算的编制。根据财政、物价、税务等有关部门规定，属于有明确收费标准的项目，结合业务量编制。没有明确收费标准的项目，则要根据以前年度收入水平，结合本年的相关影响因素编列。

2、支出预算的编制。根据国家有关政策规定，医院事业发展计划、工作任务、人员编制，有关开支范围和开支定额（或标准），物资供应及价格变化等因素编制。没有支出定额的，要根据实际情况测算编列。

3、专用基金收支预算的编制。医疗机构专用基金包括职工福利基金、医疗风险基金等，根据有关规定按提取比例编制预算。

4、事业发展项目预算编制。单位的购置设备、改造医疗环境、修缮房屋、自筹基本建设资金等项目，根据业务发展需要，进行可行性论证，本着保证重点、兼顾一般、先急后缓、先重后轻的原则编制预算。

五、预算编制的程序

由计财部对各预算执行部门上报的预算进行收集、分类、汇总，根据审批权限范围报相关领导、机构进行审批。计财部根据审核调整意见下达需调整部门进行调整，再次上报审批，直至预算方案确定。计财部在整个预算编制过程中做好协调、沟通工作。具体工作流程如下：

1、预算编制委员会于每年九月初，根据医院的发展战略和事业重点的要求，提出下年度总体预算目标，确定预算编制政策。

2、计财部结合财政部门 and 上级卫生行政主管部门的编制规定，提出预算编制要求，下达给各预算执行部门。

3、各预算执行部门根据上年度预算完成情况和本年度工作安排，编制本部门下年度预算，经分

管院领导签署意见后报计财部。所有非正常性支出项目需进行可行性分析论证后方可申报预算。

4、计财部对各预算执行部门申报的预算进行收集、分类、汇总，初步审核后，报分管财务工作的院领导审查后形成预算草案。

5、计财部向预算编制委员会提交预算草案，预算编制委员会对所申报预算逐项审核、讨论，综合平衡，全盘考虑，提出修改意见，确定预算草案。

6、计财部将确定的预算草案报党政联席会讨论后通过单位年度预算方案，预算方案需经职工代表大会通过后，报上级主管部门审批。

7、计财部将审批通过后的年度预算以书面形式下发各相关预算执行部门。

预算审批管理

1、医院年度预算必须经过集体讨论通过后，才能向上级部门报送审批。

2、预算编制（或调整）与预算审批、预算审批与预算执行、预算执行与预算考核等预算业务不相容岗位相互分离。

3、对事业发展项目和重大项目必须经过单位组织的可行性分析论证程序，领导集体决策或职工代表大会通过。

4、职工代表大会应在每年年初审议财务部门关于上年度预算执行情况的报告；审议单位本年度预算方案、事业发展规划等；监督检查预算的执行情况。

5、由财务部门按照预算申报规定程序逐级上报上级预算管理部门进行审批。

6、若需要对审批后的预算进行调整，应将预算调整方案按规定权限逐级上报审批。

7、财务部门应严格执行已批准的预算。

8、审计监察部门有权对预算的真实性、合法性和可靠性进行监督。

预算执行管理

一、预算执行的原则

1、年度预算指标下达以后，预算执行部门应严格遵守预算，不准突破预算指标，特殊情况需调整的，需遵照相应的预算调整程序后方可调整预算；调整预算未经批准，不得执行。

2、预算执行部门负责人对本部门的预算执行负责，根据年度实际工作需要，本着节约原则安排和使用预算资金，严格执行财务支出审批制度和程序，积极配合预算执行的监督和检查。

二、预算执行的程序

1、计财部应认真执行已审批的预算，严格控制无预算支出。

2、建立预算执行责任制，分管院领导对所分管部门预算的执行进行监督，预算执行部门负责人为本部门预算执行的第一责任人。

预算调整管理

预算调整是指预算执行过程中由于政策的变动、临时事项的发生和预算差异分析等原因，需要对后期的预算数据、支出范围及内容进行调整或增减，以提高预算的可操作性，合理配置资源。

一、预算调整的程序。预算调整需要经过申请、审议和批准三个主要程序。

1、首先应由预算执行部门提出书面预算调整申请，说明理由及调整方案。

2、财务部门根据预算执行情况提供调整前后的预算指标对比，对提出的预算调整申请进行审核，并提出审核意见。

3、预算的调整由相关院领导在审批权限内逐级审批：10万元以下的调整，由分管院长、财务分管院长审核批准；10万元（含10万元）以上的，需集体讨论审批。批准人应提出同意或不同意调整的书面意见，然后下发给申请部门遵照执行。

二、财政性支出须报财政部门审批才能调整。

预算分析管理

在预算执行过程中应定期将执行情况与预算进行对比分析，及时发现偏差、查找原因，采取必要措施，保证预算整体目标的顺利完成。

附件：预算定额归口管理规定

附件：

预算定额归口管理规定

一、招待费

招待费由办公室统一管理。各部门需要招待费开支的，须先根据办公室对招待费审查管理办法，报送办公室主任，由办公室统一办理费用报销手续。

在院内职工食堂的用餐招待费也由办公室统一管理。

二、交通费

交通费包括汽油费、汽车维修费、汽车保险费、汽车租用费、过路过桥费等，由院办公室审核签字，分管院长、院长签字后，到计划财务部报销。

三、差旅费、会议费、进修培训费

由各职能部门根据年初确定的预算额度，各科室内部根据工作需要，在科室预算额度内统一调配使用，相关职能科室登记、审核、签字，分管院长、院长签字后，到计划财务部报销。

四、办公用品、其他材料、被服等物资由后勤服务中心负责控制管理。并制定办公用品等物品领取使用管理办法和各科室的具体控制额度。各科室所需办公用品等物品，统一从后勤服务中心领取。

五、卫生材料等业务用品由器械科负责控制管理。并制定卫生材料等业务用品领取使用管理办法和各科室的具体控制额度。各科室所需卫生材料、业务用品等物品，统一从器械科领取。

六、印刷费用

除宣传科印制的院报及医院宣传手册外，由后勤服务中心统一印制并控制管理全院的印刷用品的印刷费用。

七、办公家具、办公设施、一般设备的购置、维修等费用支出，由后勤服务中心负责管理控制。

八、医疗专用设备的购置及维修等费用支出由器械科负责管理控制。

九、图书的购置保管由医务部负责管理控制

十、工资福利支出及对个人和家庭的支出

我院职工的工资福利支出及医院对个人和家庭的支出，统一作为人力资源部预算支出范围。

十一、网络信息费用

我院用于医院信息系统、网络软件信息的建立、维护以及相关费用由信息中心管理控制。

十二、会议费、进修培训费预算额度可以跨年度累计使用，但不可跨用途使用。其他各类费用不可跨年度累计使用，亦不可跨用途使用。

十三、各预算执行部门须做好预算执行登记工作。

十四、各归口管理的职能部门根据医院审批的年度部门预算，做出本科室预算执行控制管理办法，以确保预算执行。

十五、为保证工作需要各预算执行部门应合理调配使用部门预算经费，坚持核定定额，超额不补原则。如确需调整增加预算额度，需根据医院的有关规定办理调整审批手续。

十六、本规定由计财部负责解释。

往来账款管理办法

为规范财务操作，提高资金利用效率，加强往来账款的核算和管理，保证往来账款的准确性和有序支付，防止医院资金流失，根据国家相关财会法律法规要求，结合医院实际，制定本制度。本制度所涉及的往来款项包括应付账款、预付账款、其他应收款。

一、应付账款管理

应付账款是核算因医院购买库存物资、固定资产和接受劳务等应付而付给供应单位的款项。

1、账务处理

各物资采购部门对于购入的设备、材料应根据物资管理办法等相关规定及时办理入库、发票报销手续，计财部将物资部门送来的发票和入库单根据供应商名称挂账，以正确反映医院的应付账款。

2、付款执行

每月计财部对到期应付的药品、材料款采取压一批货款的方式和按照合同规定应付的设备款，办理结算与支付业务。

计财部在办理付款业务时，应严格审核票据、结算凭证、验收证明等相关原始凭证的真实性、完整性、合法性及合规性，审核通过后，由出纳人员办理付款业务。

3、对账清理

计财部负责应付账款定期与不定期对账清理工作。每半应定期与供应商对账，如供应商出现公司更名、注销等特殊情况，应及时与其核对往来账款，以便做到账账相符，保证付款的准确性与安全性，避免造成医院资金流失。

二、预付账款管理

预付账款是指医院预付给商品供应单位或者服务提供单位的款项。由于预付款额度一般较大，且需要一定时间才能结束业务，因此，在支付货款时，应采取谨慎、稳健的原则，并根据《合同法》规定，与供货方签订有效合同，将风险降到最小限度。严格按合同约定支付价款。明确价款支付审批权限、支付条件、支付方式和会计核算程序。

1、付款审批

各物资采购部门购买设备、材料等需支付预付款的，应按规定向计财部提供相关的合同、协议、

对方收据或填写《借款单》，由经办人、部门负责人、分管院长、院长审批签字后，计财部据此付款。

2、付款执行

计财部办理付款业务时，应当对合同、票据、结算凭证等相关凭证的真实性、完整性、合法性及合规性进行严格审核，审核通过后，由出纳人员办理付款业务。

3、账务处理

付款后，计财部根据签字完备的收据或借款单按付款单位名称挂账。

4、款项催收

为加强预付账款的管理，计财部每季度通过电话等方式催款，年终及时催缴发票，结清往来账款，以保证款项的真实性和完整性。

三、其他应收款管理

其他应收款是指除财政应返还额度、应收在院病人医疗款、应收医疗款、预付账款以外的其他各项应收、暂付款项，包括职工预借的差旅费、拨付的备用金、应向职工收取的各种垫付款项等。

1、借款审批

各部门、职工在办理暂借款时，须填写《借款单》，由经办人、部门负责人、分管院长、院长审批签字后，计财部据此借款。

2、会计核算

借款后，计财部根据手续完备的借款单单位名称或个人设置明细账进行挂账。

3、款项催收

建立其他应收款定期清理制度，至少要每季度清理一次。对职工差旅费、临时采购借款等要做到及时对账、催收、结算，防止拖欠，严格控制呆账，防范资金不必要的损失。年终对于仍不办理结算的单位和个人，计财部将不再办理新的借款。

其他类往来账款管理办法参照以上要求及相关管理制度执行。

收支结余管理制度

为加强医院结余资金的管理，依据财政部、卫生部颁发的财社（2010）306号文件的相关规定，结合本院实际情况，现制定本制度。

一、收支结余是指医院收入与支出相抵后的余额。包括：业务收支结余、财政项目补助收支结转（余）、科教项目收支结转（余）。

二、当期各类收支结余计算公式如下：

（一）业务收支结余 = 医疗收支结余 + 其他收入 - 其他支出

其中：医疗收支结余 = 医疗收入 + 财政基本支出补助收入 - 医疗支出 - 管理费用

（二）财政项目补助收支结转（余）= 财政项目支出补助收入 - 财政项目补助支出

（三）科教项目收支结转（余）= 科教项目收入 - 科教项目支出

三、收支结余的管理

（一）业务收支结余应于期末扣除按规定结转下年继续使用的资金后，结转至结余分配，为正数的，可以按照国家有关规定提取专用基金，转入事业基金；为负数的，应由事业基金弥补，不得

进行其他分配，事业基金不足以弥补的，转入未弥补亏损。

（二）财政项目补助收支结转（余）、科教项目收支结转（余）结转下年继续使用。

（三）国家另有规定的，从其规定。

（四）医院应按照国家规定正确计算与分配结余，医院结余资金应按规定纳入单位预算，在编制年度预算和执行中需追加预算时，按照财政部门的规定安排使用。医院动用财政项目补助收支结转（余），应严格执行财政部门有关规定和报批程序。

收入管理制度

为加强我院收入的日常管理，健全收入内部控制制度，规范收入结算行为，确保收入的安全及完整，保证收入账实相符，制定本管理制度。

一、收入确认

医院收入是指医院开展医疗服务及其他活动依法取得的非偿还性资金。收入包括：医疗收入、财政补助收入、科教项目收入和其他收入。

（一）医疗收入，即医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门诊收入和住院收入。

1. 门诊收入是指为门诊病人提供医疗服务所取得的收入，包括挂号收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、卫生材料收入、药品收入、药事服务费收入、其他门诊收入等。

2. 住院收入是指为住院病人提供医疗服务所取得的收入，包括床位收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、护理收入、卫生材料收入、药品收入、药事服务费收入、其他住院收入等。

（二）财政补助收入，即医院按部门预算隶属关系从同级财政部门取得的各类财政补助收入，包括基本支出补助收入和项目支出补助收入。

（三）科教项目收入，即医院取得的除财政补助收入外专门用于科研、教学项目的补助收入。

（四）其他收入，即医院开展医疗业务、科教项目之外的活动所取得的收入。

二、收入管理

（一）医院的全部收入要纳入计财部统一核算和管理。其他部门和个人都不得私自收取任何费用。严禁私设“小金库”和账外账。

（二）医院的各项收入要认真执行国家的物价政策，严格执行国家制定的收费标准，依法组织收入。

（三）医院取得各项收入必须开具按规定统一印制的票据。

（四）各项收入按财务规定及时入账。

（五）定期对收入进行分析。

（六）建立收入岗位责任制。

门诊收费管理制度

- 一、门诊收费工作由门诊收款处的收费人员来完成。
- 二、医院计财部要合理设置门诊收费岗位，并建立相应岗位责任制度。
- 三、门诊收费应按照物价管理部门制定的收费标准和相关规定执行，做到不漏收、不重收和不多收。
- 四、门诊收费应严格遵守国家的有关货币资金管理规定，做到当日清点全部所收款项，当日结账，当日送存银行。
- 五、门诊收入要实现管理系统内部双重核对，即收费系统内部至少提供两种以不同方式提取数据的报表，实现两种报表之间核对一致。
- 六、门诊收入实行三级审核控制，即收费员、收款处主任和计财部审核责任人三个层次。
 - (一)收费员负责准确收取费用，按时结账，并按照收费系统内显示的金额，将收入及时上交银行，收款处主任依据收费管理系统内显示的金额对现金缴款单逐一核对，核对一致后，将 POS 单、现金缴款单及收入日报表及时上交计财部。月底再将门诊收入月报表报送给计财部。
 - (二)计财部审核责任人负责将 POS 单、现金缴款单、收入日报表等资料核对一致后，与门诊收款处报送人员签字确认并及时准确入账确认收入。
 - (三)计财部负责每月核对门诊收入月报表与当月所有日报表的收入总和是否一致。发现不一致的，需及时查明原因，予以纠正，并报告上级主管人员。
 - (四)各环节经办人员及审核人员均应签字确认。
 - (五)建立登记簿，做好交接环节的相关记录。
- 七、门诊收费员在收费过程中应严格履行岗位职责，收付现金做到唱收唱付，钱款当面点清，并开具正式票据。
- 八、财务和审计部门应对每位门诊收费员进行不定期的库存现金检查，并做好相关检查记录的留存备案工作。
- 九、计财部要加强对门诊收费印章的统一管理。

住院结算管理制度

- 一、住院收入是指为住院病人提供医疗服务所取得的收入，是医院收入的主要组成部分。
- 二、住院结算工作由住院处的结算人员来完成。
- 三、医院计财部要合理设置住院结算岗位，并建立相应岗位责任制度。
- 四、结算人员依据医院 HIS 系统中的相关结算程序办理住院费用结算。
- 五、办理结算时，住院患者必须出示住院期间全部预交金收据，若预交金收据遗失，应按医院规定办理相关手续。
- 六、住院患者账目结清后，原则上不允许撤销结算。如有特殊情况确需撤销结算的，应按医院有关规定处理。

- 七、住院收入应实现管理系统内部双重核对，即收款人员、结算人员与 HIS 系统内账目核对一致；住院处主任将当天所收款项与日报表核对一致。核对后方可确认收入。
- 八、住院结算岗位实行三级审核控制，即结算员、住院处主任和计财部审核责任人三个层次。
 - (一)结算员负责准确核算费用，按时结账，并出具报表，将现金及有关票据缴存银行，并将日报表及时上交住院处主任审核。
 - (二)住院处主任审核 POS 单、现金缴款单、发票、日报表等相关资料核对无误后报送计财部，月底再将住院收入月报表报送给计财部。
 - (三)计财部审核责任人负责将 POS 单、现金缴款单、发票、收入日报表等核对一致后，与住院处报送人员签字确认并及时准确入账确认收入。
 - (四)计财部负责每月核对住院收入月报表与当月所有日报表的收入总和是否一致。发现不一致的，需及时查明原因，予以纠正，并报上级主管人员。
 - (五)各环节经办人及审核人均应签字确认。
 - (六)建立登记簿，做好交接环节的相关记录。
- 九、财务和审计部门应对结算人员库存现金进行不定期盘查，防止截留、挪用、侵占，并做好相关记录的留存备案工作。

财务安全保卫工作制度

- 一、严格执行库存现金限额，财务部办公室每天的现金，不得超过银行规定的库存限额，超过部分当天必须送存银行。严禁将公款携带家中存放保管。
- 二、妥善保管空白支票及印鉴，支票与印鉴必须分开保管；印鉴与收费专用章，结算章必须做到专章专用，妥善保管，不得为他人盖章，不得乱用，错用。
- 三、门诊收款处及住院处收入当日必须送存银行。
- 四、对自己或医院的工作情况严格保密，不得告知他人。
- 五、医院大额提款必须派专用车辆并跟随保卫人员，非有关人员不得进入工作区。
- 六、下班后库存现金必须锁入有人值班的保险柜内。
- 七、严禁任何无关人员进入收款处、住院处；本科室人员进入后，随手关门上锁。
- 八、夜班值班人员值班时，要提高警惕，不得会客，不得随意开门，如有情况，及时报警。
- 九、注意安全用电和防火，非工作时关闭一切电源。办公室内严禁吸烟。
- 十、做好防盗工作，随时检查各种安全措施，发现各种安全隐患，及时处理。
- 十一、各部门人身、资金、财产发生意外时，及时向领导汇报。
- 十二、违反本制度造成资金和财产损失的，有责任人全额赔偿，并按医院及财务人员违规违纪规定处理。

会计工作岗位设置及上岗条件

为保证医院会计核算的顺利进行，明确各岗位的工作职责，按照《会计基础工作规范》的要求，结合医院工作实际，对于会计工作岗位的设置，提出了如下示范性要求：

一、会计岗位设置原则

1、根据本单位会计业务的需要设置会计工作岗位。
2、符合内部牵制制度的要求。根据规定，会计工作岗位可以一人一岗、一人多岗或者一岗多人，但出纳人员不得兼管稽核、会计档案保管和收入、费用、债权债务账目的登记工作。

3、要建立岗位责任制。设置的每项会计岗位都要有明确的岗位责任制度，实际工作中严格执行。

二、会计岗位分类及条件

（一）按照医院的工作需要，会计岗位一般设为计划财务部主任、副主任、主管会计、稽核会计、工资核算会计、往来会计、银行出纳、现金出纳、药品会计、固定资产会计、材料会计、绩效核算会计、成本核算会计、基建会计、工会会计、住院处主任、收款处主任、住院处收款处核算会计等。

医院门诊收费员、住院处收费员所从事的工作未涉及会计核算内容，原则上不属于会计岗位。

（二）上岗条件

1. 具备较好的政治素质。即应能坚持原则，做到廉洁奉公。
2. 所有会计岗位人员必须取得会计从业资格证书。
3. 担任财务部门负责人的人员除具备上述基本条件外，还应当具备中级会计师以上（含中级会计师）专业技术职务资格或者从事会计工作三年以上经历。

计划财务部保密制度

计划财务部负责全院的资金和账务，是全院最需要加强安全和保密的部门之一，为切实保证医院资金安全，保守财务机密，进一步增强计划财务部人员的保密意识，根据国家有关财经法规及保密要求，结合我院实际工作特制定本制度。

一、增强保密观念，严守财务机密，有关全院各项经济业务和资金活动情况，个人无权向外泄密。各种记账凭证和有关账务、文件，应及时处理，未及时处理的应妥善保管。属于保密性较强的文件、资料、凭单等应及时处理，及时保存，不应随意放置。一般会计资料的处理，也应按照保密要求，根据具体情况妥善处理。

二、保管好各种账簿、账册、会计凭证和各种报表等，不得私自借出。确因工作需要借出的，必须办理借用手续。

三、外单位及院内其他部门的人员，原则上不能查阅医院的会计档案，更不能复印。如确因工作需要必须查阅、复印，院内其他部门人员查阅时必须经主管财务的院长同意。凡经同意借阅会计档案（包括凭证、账簿、报表等）的均需及时登记、及时清点，查阅后随时归类，避免丢失或乱放。查档时需有院财务人员或档案保管人一同在场并按规定办理登记手续。

四、凡有关部门提前向本部门提供的有关文件、方案等，在未公布实施之前，不得泄密。

五、涉及经济案件，需要向有关部门提供有关财务档案的，计划财务部人员应积极配合，由院领导签字后，方能提供相关数据，并且不得向当事人泄露所提供的事项。

六、如个人需要核对账目，必须经计划财务部主任同意后，由会计人员予以核对查实。

七、对已作废的凭证、票据（含制错的凭证、票据等）、报表、资料等要及时予以销毁。属财务机密的文件资料或重要的票据，要用粉碎销毁法销毁。

八、财务人员应遵守以下保密守则。

- ①不该说的财务机密，绝对不说；
- ②不该问的财务机密，绝对不问；
- ③不该看的财务档案、资料，绝对不看；
- ④不该记录的秘密，绝对不记录；
- ⑤不在私人通讯中涉及院内财务机密；
- ⑥不在公共场所和家属、子女、亲友面前谈论财务机密；
- ⑦不在不利于保密的地方存放重要的财务档案、文件、资料；
- ⑧不携带财务重要、机密材料游览、参观、探亲、访友和出入公共场所。

九、财务微机操作人员使用的口令，不得告知他人。同时，应不定期修改用户密码。新的会计年度或更换操作人员时必须更换新的口令。每台计算机由使用人负责开、关和日常维护。系统管理员每天必须做好各类财务电子数据的外部备份工作，确保财务数据的安全。

十、对外来光盘、优盘必须进行病毒检查，保证财务用微机的系统和网络安全。

十一、对会计软件升级和硬件设备升级、更换，必须经计划财务部主任同意，同时必须保证会计数据的连续性和安全性，并在有关人员的监督下进行。

十二、本保密制度自发下之日起执行，由计划财务部负责解释。

计划财务部业务学习制度

为进一步提高科室工作人员的综合业务技能，加强各项业务学习，使业务学习工作落到实处，结合本科室工作实际，制定如下制度。

一、组织形式：

科室人员以全科或以各班组为单位组织学习，可以采取课件讲解、专题座谈、理论辅导、经验介绍、院内外交流、书面学习、集体讨论等多种形式。

二、学习时间：

原则上一月一次，每次学习应不少于45分钟。学习时间的考勤，需本人亲笔签到，由考勤人员专门负责登记。

三、学习内容：

主要包括党的各项教育方针政策、与财务相关的方针政策和有关规定、医院财务规章制度、各会计岗位具体操作及流程、新的政策、法律法规的学习、窗口收款服务的规范要求等多项内容。

四、学习要求：

（一）讲课人员要认真备课，鼓励制作课件，如因故不能讲课，应提前一周向科领导请假，优

秀讲课者年终评选先进优先考虑。

(二) 学习时间除急需处理的工作外,一律不安排工作,任何人不得以工作名义为理由不参加学习,不得请假,学习过程中不得中途退出,否则按旷工处理,同时做好学习记录。

五、评价考核:

针对业务培训学习内容进行考核评价,原则上每季度进行一次,对本季度所学内容组织全科人员考核,并把考核结果纳入年度考核内容之一。

六、本制度自下发之日起执行。

会计人员继续教育管理办法

一、继续教育制度的内容和形式

会计人员继续教育应坚持联系实际、讲求实效和学以致用原则。其主要内容包括:

- (一) 会计理论与实务;
- (二) 财务、会计法规制度;
- (三) 会计职业道德规范;
- (四) 其他相关知识;
- (五) 其他相关法规制度。

会计人员继续教育按每年固定培训和医院根据会计工作需要制定培训计划两种形式完成。会计人员继续教育由计财部负责组织实施。计财部根据工作需要拟定培训计划,选择培训内容。

二、继续教育的组织与实施

(一) 会计人员必须接受每年由财政部门会计管理机构或财政部门会计管理机构委托认可的部门组织实施的继续教育培训。

(二) 保证会计人员参加继续教育的时间和其他必要条件。

(三) 根据单位实际工作需要,开展业务学习和岗位培训。

(四) 会计人员应遵守继续教育的有关规定,积极参加继续教育活动,按规定完成年度学习任务。

三、继续教育制度的检查与考核

按照教育、考核和使用相结合的原则,建立会计人员继续教育档案。对未参加每年固定继续教育培训或未通过会计证年检的会计人员不得上岗。

财务会计内部控制制度

第一章 总 则

第一条 为贯彻执行国家财经法律法规和规章制度,维护国有资产的安全与完整,堵塞管理漏洞,提高医院财务管理水平保证会计信息质量,依据《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、财政部颁发的《内部会计控制规范》、《事业单位财务规则》、《事业单位国有资产管理暂行办法》、《医院财务制度》、《医院会计制度》及卫生部颁发的《医院财务会计内部控制规定》等法规制度,

结合我院的实际情况制定本规定。

第二条 医院负责人对本单位财务会计内部控制的建立和有效实施负责,计财部具体组织本单位财务会计内部控制制度的落实。

第二章 预算控制

第三条 建立健全预算编制、审批、执行、调整、分析、考核等管理制度。单位一切收入、支出必须全部纳入预算管理。

第四条 建立严格的预算编制制度。根据我院发展规划和年度事业发展规划,科学合理地编制年度预算。建立由院领导负责,计财部牵头,相关部门参与,分工合作的预算管理工作机制。

计财部主要负责组织编制、审议、平衡预算草案并报院领导审批,组织下达预算,协调预算编制分析执行中的问题,考核预算执行情况,督促完成预算目标。

编制预算的有关部门具体负责本部门业务预算的编制、执行、控制、分析等工作,并配合计财部做好单位总预算的综合平衡、控制、分析、考核等工作。

第五条 编制医院收支预算,以上一年度的收支实际状况为基础,综合考虑预算期内卫生政策变动、市场竞争状况等因素对医疗服务、药品采购、卫生材料、物资采购等业务可能造成的影响,严格控制经济风险。

第六条 编制项目预算时,应对投资项目进行可行性研究、论证和集体决策的基础上,合理安排资金,严格控制投资风险。

第七条 编制筹资预算时,应当以筹资计划和资金需求决策为基础,合理安排筹资规模和筹资结构,审慎选择筹资方式,保持最佳资金成本,严格控制财务风险。

第八条 审议批准。计财部在各部门上报的基础上,进行汇总编制全院总预算的初步方案,提交党政联席会审议通过,最后形成年度预算方案。

第九条 预算按规定程序逐级上报,由财政局预算管理部门审批。

第十条 下达执行。医院年度预算经批准后,由计财部下达各预算执行单位。

第十一条 我院要按照批准的年度预算组织收入、安排支出,严格控制无预算支出。

第十二条 年度预算一经批复,一般不予调整。因政策变化、突发事件等客观原因影响预算执行的,按规定程序报批。

第十三条 调整预算。预算执行部门向计财部提交书面报告,阐述预算执行的具体情况、客观因素变化情况及对预算执行造成影响的程度,提出预算的调整幅度。

第十四条 计财部对预算单位提交的预算调整报告进行审核分析,集中编制医院年度预算调整方案,提交党政联席会审议批准,然后下达执行。

第十五条 定期召开党政联席会分析预算执行情况,及时研究预算执行中的问题,采取改进措施,确保年度预算的顺利完成。

第十六条 建立预算执行情况考核制度。医院设立专门机构负责考核工作。

第三章 收入控制

第十七条 建立健全收入、价格、医疗预收款、票据、退费管理制度及岗位责任制。明确相关岗位的职责、权限,确保提供服务与收取费用、价格管理与价格执行、收入票据保管与使用、办理退

费与退费审批、收入稽核与收入经办等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

第十八条 不相容职务相互分离

- (一) 医务人员提供医疗服务，计财部收费人员收取费用；
- (二) 计财部物价人员负责医疗价格的管理，医务人员执行价格标准；
- (三) 计财部负责收入票据的管理，收款处、住院处负责票据的领用和使用，票据用完后，存根交计财部保管；
- (四) 门诊收款处、住院处办理退费业务，退费的审批由门诊部和医务部办理，相关科室的主任和经办人两人签字；
- (五) 门诊收款处、住院处负责收费，计财部负责审核。

第十九条 制定收入管理业务流程。明确收入、价格、票据、退费管理等环节的控制要求，重点控制门诊收入、住院结算收入。加强流程控制，防范收入流失，确保收入的全过程得到有效控制。

第二十条 门诊收入业务流程。

- (一) 门诊医务人员开具医疗服务处方或检查单，由病人交收款处，收款处或有关检查治疗的临床医技科室，根据市物价局的收费标准由收款处统一收费。
- (二) 药品收入由医务人员开具处方，收款人员按国家药品价格标准办理收费。
- (三) 门诊收款处将当天实际收入交存银行，同时填制门诊收入日报表，将收入日报表和银行交款单一并报计财部。由计财部根据收入日报表做收入账务处理。
- (四) 化验、检查、治疗等项目退款时，必须有门诊收费专用收据、原处方、检查申请单、附单、门诊退款审批单，有关科室退款时必须填写退款申请单，并有退款科室的主任及经办人两人以上签字，方可退款。填写退款申请书要一式两联，第一联门诊部存留，第二联作为退款依据。
- (五) 药品退款，必须有药房填写药品退款单，药房负责人、发药人签字，方可退款。
- (六) 打印出的门诊收费专用票据，因患者带钱不够，或不愿检查，取药拒绝交款时，须由经办人和收款处负责人签字并注明原因后予以冲销。
- (七) 收款员打出门诊收费专用收据，如须部分退款的，收款员须按以上有关人员签字后冲销原票据，再打印一张应交款门诊收费专用收据，按此票金额收款盖章。
- (八) 收款处所用票据从计财部登记领用。

第二十一条 住院收入业务流程

- (一) 住院处办理入院的会计人员按照医务人员开具住院票办理住院并收取住院押金开具医疗收款收据，同时认真填写病案首页，并将预交金收据其中一联和病案首页等一并交病人。
- (二) 办理记账业务，由各临床科室根据收费标准记账，住院处收款。
- (三) 办理退费业务，由临床科室开具退费单，住院处收款人员严格按我院退费办法要求认真审查，审查无误后办理退款。
- (四) 办理打印结算业务时，必须把患者所交押金收据收回，并核对其与电脑中所记金额是否一致。对于医保患者等所需的其他审核手续一定要齐全后再结账。
- (五) 办理出院结算业务。住院处根据病房所下的出院通知给病人办理出院结算，住院费多退少补，如果是用银行卡交的押金，退费时要将退款打入该银行卡中，核对无误后打出住院发票结算票据。
- (六) 住院处将当天收取的住院费用交银行并填报收入日报表，将收入日报表和预交款收据、

病人出院发票存根一并报计财部，计财部根据收入日报表作收入账务处理。

(七) 住院处所用票据从计财部领用，打印的押金收据跟出院发票记账联与存根联当天随日报表一并报送计财部。

第二十二条 各项收入的取得应符合国家有关法律法规和政策规定。取得的各项收入必须开具统一规定的票据。严格按照医院财务会计制度规定确认、核算收入。

第二十三条 各项收入由财务部门统一核算，统一管理。其他任何部门、科室和个人不得收取款项。严禁设立账外账和“小金库”。

第二十四条 各类收入票据由财务部门统一管理。计财部负责票据的购买、印制、保管、领用、核销、遗失处理、清查、归档，并设立票据登记簿进行详细记录，防止空白票据遗失、盗用。

第二十五条 加强结算起止时间控制。住院处、门诊收款处要将当日收入当日结算，以便及时结出医院收入，使收入的资金置于安全管理之下。

第二十六条 建立退费管理制度。各项退费必须提供交费凭据及相关证明，核对原始凭证和原始记录，严格审批权限，完备审批手续，做好相关凭证的保存和归档工作。

第二十七条 建立各项收入与票据存根的审查核对制度。计财部负责对各项收入与票据的存根审查核对工作，票据管理员与具体做收入凭证的会计人员负责对门诊收款处、住院处每日上交的收入日报表的收入银行存款与票据存根审查核对。如有不符，及时查找原因，确保收入真实完整。

第四章 支出控制

第二十八条 建立健全支出管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责、权限，确保支出的申请与审批、审批与执行、执行与审核、审核与付款结算等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

第二十九条 有关部门提交支出申请，分管院领导、院长审批，有关部门根据审批意见执行，不同岗位会计人员负责支出的审核和付款业务。

第三十条 各项支出要符合国家有关财经法规制度。严格按照医院财务会计制度的规定确认、核算支出。

第三十一条 健全支出的申请、审批、审核、支付等管理制度，明确支出审批权限、责任和 Related 控制措施。各项支出严格按照货币资金支付规定程序办理。审批人必须在授权范围内审批，严禁无审批支出。

第三十二条 建立重大支出集体决策制度。重大项目支出集体讨论决策，50 万以上的支出，党政联席会讨论决定，严格控制无预算支出。

第三十三条 建立责任追究制度。有关部门在执行中造成重大损失的，要追究直接责任人、相关科室负责人、分管院领导的责任。

第三十四条 加强支出的审核控制。完善支出凭证控制手续和核算控制制度，及时编制支出凭证，保证核算的及时性、真实性和完整性。

第三十五条 计财部在办理付款业务时，应当对票据、结算凭证、验收证明等相关凭证的真实性、完整性、合法性及合规性进行严格审核。

第三十六条 应当加强应付账款的管理，由专人严格按照付款规定管理应付款项，固定资产合同已到期的应付款项，须经资产使用科室负责人签字及器械科或后勤服务部负责人签字方可办理结算

与支付。

第三十七条 应当定期与供应商核对应付账款、应付票据、预付账款等往来款项。如有不符，应查明原因，及时处理。

第三十八条 加强成本核算与管理。严格控制成本费用支出，降低运行成本，提高效益。

第五章 货币资金控制

第三十九条 建立健全货币资金管理制度和岗位责任制。明确岗位的职责、权限，确保不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

出纳不得兼任稽核、票据管理、会计档案保管和收入、支出、债权、债务账目的登记工作。

医院不得由一人办理货币资金业务的全过程。

第四十条 办理货币资金业务的人员，要有计划地进行岗位轮换。严禁未经授权的机构或人员办理货币资金业务或直接接触货币资金。

第四十一条 建立严格的货币资金业务授权批准制度。明确被授权人的审批权限、审批程序、责任和相关控制措施，审批人员按照规定在授权范围内进行审批，不得超越权限。

经办人应当在职责范围内，按照审批人的批准意见办理货币资金业务。

对于审批人超越授权范围审批的货币资金业务，经办人员有权拒绝办理，并及时向审批人的上级领导报告。

第四十二条 按照规定的程序办理货币资金收入业务。货币资金收入必须开具收款票据，保证货币资金及时、完整入账。不得私设“小金库”，不得设置账外设账，严禁收款不入账。

第四十三条 货币资金支付必须按规定程序办理。

(一) 支付申请。用款时应当提交支付申请，注明款项的用途、金额、预算、支付方式等内容，并附有有效经济合同或相关证明及计算依据。

(二) 支付审批。审批人根据其职责、权限和相应程序对支付申请进行审批。对不符合规定的货币资金支付申请，审批人应当拒绝批准。

(三) 支付审核。财务审核人员负责对批准的货币资金支付申请进行审核，审核批准范围、权限、程序是否合规；手续及相关单证是否齐备；金额计算是否准确；支付方式、收款单位是否妥当等，经审核无误后签章。

(四) 支付结算。出纳人员根据签章齐全的申请，按规定办理货币资金支付手续，并及时登记现金日记账和银行存款日记账。签发的支票应进行备查登记。

第四十四条 按照《现金管理暂行条例》的规定办理现金的收支业务。不属于现金开支范围的业务应当通过银行办理转账结算。实行现金库存限额管理，超过限额的部分，必须当日送存银行并及时入账，不得坐支。

第四十五条 按照《支付结算办法》等有关规定加强银行账户的管理。严格按照规定开立账户，办理存款、取款和结算。

不准违反规定开立和使用银行账。定期检查、清理银行账户的开立及使用情况。

加强对银行结算凭证的填制、传递及保管等环节的管理与控制。严禁出借银行账户。

第四十六条 加强银行存款对账控制。由出纳和编制收付款凭证以外的财会人员每月必须核对一次银行账户，并编制银行存款余额调节表，使银行存款账面余额与银行对账单调节相符，对调节不符、

应查明原因，及时处理，对长期未达的账项应及时向有关负责人报告。

第四十七条 加强银行预留印鉴的管理。医院财务专用章必须由专人保管；个人印章要由本人或其授权人员保管；因特殊原因需他人暂时保管的必须有登记记录。

严禁一人保管支付款项所需的全部印章。

第四十八条 加强与货币资金相关的票据的管理，计财部负责票据的购买、保管、领用、背书转让、注销等。

第四十九条 加强对现金业务的管理与控制。出纳人员每日要登记日记账、核对库存现金，做到日清月结。

第五十条 建立货币资金盘点核查制度。货币资金是医院资金的重要组成部分，货币资金又是流动性最强，控制风险最高的资产。货币资金包括现金和银行存款，应定期不定期的进行盘点和核对工作，库存现金进行盘点和核对，银行存款进行对账并调节余额。计财部负责人随机抽查银行对账单、银行日记账及银行存款余额调节表，核对是否相符。不定期抽查库存现金、门诊和住院备用金，保证货币资金账账、账款相符。

第六章 药品及库存物资控制

第五十一条 建立健全药品及库存物资管理制度和岗位责任制。明确岗位职责、权限，确保请购与审批、询价与确定供应商、合同订立与审核、采购与验收、采购验收与会计记录、付款审批与付款执行等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

医院不得由同一部门或一人办理药品及库存物资业务的全过程。

第五十二条 不相容职务相互分离

(一) 使用科室提出申请，保管员负责计划的制定，归口管理部门负责人、分管院长负责计划的审批；

(二) 询价员负责药品及库存物资的询价，审计部负责监督询价全过程，归口管理部门组织计财部、审计科及专业管理委员会共同参加确定供应商；

(三) 归口管理部门负责订立合同，审计科、计财部、分管院长、院长负责合同的审核；采购员负责采购，保管员负责验收；

(四) 采购员负责采购并制作入库单，由保管员负责验收并发放物品，由制单员制作出库单，计财部财务人员负责会计记录；

(五) 归口管理部门负责人、分管院长、院长负责审批，计财部根据审批签字的票据，办理付款。

第五十三条 制定科学规范的药品及库存物资管理流程。

(一) 药品及库存物资保管员依据我院医疗工作实际需求，结合我院历史每月药品及库存物资的实际消耗量并结合库存量制定相应的采购计划，经归口管理部门负责人审核后报分管院长审批、签字。采购员分别依据我院药学部《药品购销合同》、《药品采购管理制度》，后勤服务部的《物品购销合同》、《后勤物资采购制度》以及器械科的《购销合同》、《医用耗材采购管理制度》执行，按照采购计划进行采购。

(二) 药品及库存物资保管员按照我院药学部的《药品出入库制度》，后勤服务部的《后勤仓库物资管理制度》，器械科的《医疗器械、卫生材料出入库管理制度》进行验收入库。

(三) 药品及库存物资会计每月按时将发票报归口管理部门科室负责人审核签字或盖章后会同

入库单、采购清单报计财部审核入账。计财部负责向药品及库存物资供应商付款。

(四) 药品或库存物资保管员按照我院的相关规定对在库药品或库存物资进行养护。药品和库存物资保管员每月对库存药品和物品进行盘点,每季度将盘点表交归口管理部门负责人、计财部。

(五) 药品和库存物资制单员根据各药房和各使用科室请领计划单,按时制作出库单,一式三联。各药房、科室设指定的请领人在规定时间根据出库单领药品、库存物资并签字。急需药品、库存物资随到随出。

(六) 药品及库存物资会计将本月出库汇总表交计财部入账。并与计财部对账,做到账物相符,账账相符。

第五十四条 药学部、器械科、后勤服务部负责全院药品和库存物资的采购,各归口管理部门根据临床的实际需要作出预算,并经分管院领导批准报计财部,严禁未经授权部门或个人办理药品及库存物资的相关业务。

第五十五条 建立药品及库存物资请购审批制度。仓库保管员根据医院药品及库存物资使用情况及库存量编制药品、库存物资的采购计划,经归口管理部门负责人审核报分管院长审批后,由采购人员执行。

第五十六条 加强药品及库存物资采购业务的预算管理。药学部、器械科、后勤服务部按照预算执行度办理请购手续。

第五十七条 健全药品及库存物资采购管理制度。药品和库存物资由单位统一采购。药学部负责全院药品的采购,器械科负责全院医用耗材的采购,后勤服务部负责办公印刷清洁品、五金电器、管件及家具的采购,其他科室不得私自采购。各采购员严格执行归口管理部门负责人和分管院长审批后的采购计划,按照招标选中的供应商进行采购活动。

第五十八条 根据药品及库存物资的用量和性质,加强安全库存量与储备定额管理,根据供应情况及业务需求确定批量采购或零星采购:确定安全存量,实行储备定额计划控制,药品库存量定为一个月,卫生材料、其他材料库存量定为半个月。

第五十九条 加强药品及库存物资验收入库管理。

(一) 药品及库存物资由保管员负责验收,药品及库存物资不经验收不得办理入库。

(二) 验收时应查验药品及库存物资的质量合格证明,根据药品及库存物资的购销合同,采购计划,发票核对药品及库存物资的数量。

(三) 验收时应查验药品及库存物资的包装及标示。主要检查以下内容:

1. 药品及库存物资的外包装是否完好。
2. 药品或库存物资包装的标签和所附说明书上,应有生产企业名称、地址、药品或库存物资的通用名称、规格、包装、批准文号、产品批号、生产日期、有效期、注意事项、储藏要求以及药品的成份、适应症或功能主治、用法用量、禁忌、不良反应等内容。
3. 特殊管理药品和库存物资包装的标签或说明书上应有规定的标示和警示说明。
4. 验收进口药品或库存物资:药品需查验其《进口药品注册证》、《进口药品检验报告书》或《进口药品通关单》;库存物资需查验其《进口产品注册证》,其包装的标签应以中文注明药品的名称及注册证号,并有中文说明书。

所有药品及库存物资必须经过验收入库才能领用;不经验收入库,一律不准办理资金结算。对验收过程中发现的异常情况,负责验收的部门和人员应当立即向有关部门报告,有关部门应当及时

查明原因,视存货的不同取得方式作出相应处理。

第六十条 加强药品及库存物资核对管理。

(一) 药品、材料会计每月将购销合同、采购计划、发票、入库单交由计财部做账务处理。财务部门要根据审核无误的验收入库手续、采购计划、合同协议、发票等相关证明及时记账。

(二) 药品、材料会计每月底将出库汇总表交计财部作账务处理。仓库应当设置实物明细账,详细登记经验收合格入库的存货的类别、编号、名称、规格、型号、计量单位、数量、单价等内容,并定期与财会部门核对。

(三) 保管员每月对仓库进行盘点,盘点账目与计财部核对,做到账账相符、账物相符。

1. 贵重药品及物品盘点:麻醉药品、毒性药品、I类精神药品及贵重药品由专人负责、逐日盘点,做到账物相符;高值耗材每周盘点一次,做到账物相符。

2. 归口管理部门每月末、每季度末及年终对药品及库存物资进行盘点,盘点结果交归口管理部门负责人及计财部。年终盘点时计财部、审计部监督盘点。

3. 药品及库存物资的盘亏:能查明原因的,由当事人承担主要责任,负责人承担连带责任;无法查明原因的,负责人承担主要责任,相关工作人员承担连带责任。

4. 药品及库存物资的盘盈:应查明原因,分清责任,并及时报告院领导。经院领导批准后,作出相应处理。

第六十一条 药品及库存物资的储存与保管要实行限制接触控制。药品及库存物资要分类排列,定位放置。药品及库存物资保管员负责在库药品及库存物资的养护工作。根据药品及库存物资的储存要求,选择不同的储存方式。冷库温度为2—8℃;阴凉库温度不高于20℃;常温库温度为0—30℃,各库房相对湿度应保持在45%—75%之间。每日查验库房储存条件,填写养护记录。超出范围应采取调节措施,填写养护记录。定期查验设备运转情况,及时维修,填写设备养护记录。

药品及库存物资发放由保管员负责。领药人应是药房负责人或由负责人指定的药师。库存物资的领物人是使用科室制定的专人负责。

第六十二条 健全药品及库存物资缺损、报废、失效的控制制度和责任追究制度。

(一) 需报废的药品、库存物资:在入库验收、在库养护、销后退回等业务流程中发现的破损、变质且无法退换的;国家有关部门公布质量不合格的、禁止销售且无法退回的;丢失的药品和库存物资。

(二) 各归口管理部门应于每月初统计本部门上月药品及库存物资的报损情况,逐品种填写《药品/库存物资报损表》,包括以下项目:名称、剂型、规格、包装、生产商、批准文号、批号、有效期、数量、金额、报损原因、报损部门、日期等,因丢失而报损的药品及库存物资必须详细陈述丢失经过和原因,能明确责任人的必须认定责任人。

(三) 《药品/库存物资报损表》经归口管理部门负责人、计财部主任、分管院长、院长审批后,报计财部作账务处理。

(四) 经批准报损的药品和库存物资可以销毁。易燃、易爆及特殊管理药品及库存物资按照国家有关规定销毁;不允许按常规方法销毁或需在特殊条件下销毁的药品及库存物资,应通知供应商回收,并监督销毁;经批准报废的普通药品及库存物资,必须由两人监督销毁,不得流失或丢弃。各部门负责人做好《药品/物资销毁记录》。

(五) 药品及库存物资的报损、销毁属责任事故的,按违反规章制度处理。情节严重的,由归

口管理部门管理领导小组决定处罚。

（六）责任追究制度

1. 药品及库存物资的各环节责任

药品及库存物资流经环节的负责人应建立健全相关的制度和合理的操作规范，在每个关键环节都应明确责任，对事后造成的损失明确责任的，按规定追究责任，未明确责任的，部门负责人承担主要责任。

2. 药品及库存物资的效期管理

药品及库存物资管理部门应重视药品及库存物资的效期管理，因人为原因造成药品及库存物资过期的，查明原因，追究当事人责任，不能明确责任人的追究部门负责人责任。

3. 药品及库存物资的报损

严格控制并减少药品及库存物资的报损数量。报损额度超过规定的，查明原因，追究当事人责任，不能明确责任人的追究部门负责人责任。

第七章 固定资产控制

第六十三条 建立健全固定资产管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责、权限，购建计划编制与审批、验收取得与款项支付、处置的申请与审批、审批与执行、执行与相关会计记录等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

医院不得由同一部门或一人办理固定资产业务的全过程。

第六十四条 不相容职务相互分离

（一）使用科室提出采购申请，医务部进行技术准入及使用效率分析，器械科组织设备管理委员会进行论证，报院务会或党政联席会确定购置计划。

（二）器械科、后勤服务部组织招标，根据购置计划负责组织归口管理部门、计财部、审计科、使用科室共同确定供应商；采购员负责采购；归口管理部门组织专家和使用部门进行验收，审计部、监察室根据合同监督验收过程；计财部根据合同支付款项。

（三）使用部门填写固定资产处置申请单，归口管理部门组织专家鉴定。资产管理部门审核，经归口管理部门负责人、专家、计财部负责人、分管院领导、院长或经院务会或党政联席会审批。

（四）国有资产管理部门负责根据批复处置固定资产。

（五）财务、器械、后勤根据处置的申请报告作相应的会计处理。

第六十五条 制定固定资产管理业务流程。明确取得、验收、使用、保管、处置等环节的控制要求，设置相应账卡，如实记录。

固定资产管理业务流程：

（一）使用科室提出购置申请；

（二）医务部进行技术准入及使用效率分析；

（三）器械科或后勤服务部组织设备管理委员会进行论证；

（四）院务会或党政联席会组织审批；

（五）询价员负责询价，审计部监督其过程；

（六）招标组织部门、计财部、审计科、设备专家以及使用部门共同确定供应商；

（七）器械科或后勤服务部拟定合同，审计部、计财部负责审核；

（八）器械科或后勤服务部签订合同并组织采购；

（九）器械科或后勤服务部组织专家和使用部门验收，审计部、监察室根据合同监督；

（十）器械科或后勤服务部办理出、入库，并登记固定资产明细账；

（十一）使用部门根据出库单登记账（卡）；

（十二）计财部按合同付款，并根据入库单登记固定资产总账及明细账；

第六十六条 编制固定资产投资预算，医院根据事业发展规划和经费预算，综合考虑固定资产投资方向、规模、资金占用成本、预计经营效益和风险程度等因素，研究编制年度购建计划，结合医院实际确定审批权限和程序，在对固定资产投资项进行可行性研究和论证的基础上，合理安排投资进度和资金投放量，避免重复、盲目购建。归口管理部门会同财务、审计、设备专家及使用单位共同参与论证、招标等环节的工作。

第六十七条 建立固定资产购建论证制度。固定资产采购之前，器械科或后勤服务部要进行投资风险分析，医务部进行技术准入及使用效率分析，并报设备管理委员会论证。由院务会或党政联席会审批，确定采购计划。

第六十八条 加强固定资产购建控制。对5万元以上固定资产，要进行政府招标确定供应商；对5万元以下的固定资产，由归口管理部门组织竞争性谈判确定供应商。确定供应商后由归口管理部门和使用部门拟定购买合同，审计科、计财部审核，分管院长、院长审批签字。

第六十九条 加强固定资产验收控制。应当区别固定资产的不同取得方式，对外购、自行建造、投资者投入、接受捐赠、外单位调入以及通过其他方式获取的固定资产进行验收，办理验收手续，出具验收报告（验收单），并与购货合同、供应商的发货单及投资方、捐赠方等提供的有关凭据、资料进行核对。

第七十条 固定资产购入后，器械科或后勤服务部组织专家和使用部门根据发票和随货同行单组织验收，审计科、监察室根据合同监督其过程。验收必须认真及时，根据订货合同和发票内容验质量，如发现型号规格不符、性能不良、数量短少、质量不符合要求或缺损坏、短少附件、资料等情况，器械科、后勤服务部应立即向供货单位联系解决，并暂拒付货款。确认合格后，填制固定资产入库单一式三联，一联存根器械、后勤分别留存，一联连同发票一起转到计财部入账办理付款和统计；一联交保管员留存，并据此登记随物卡片。

第七十一条 应当建立固定资产归口分级管理制度。我院固定资产在院长的统一领导下，由固定资产管理职能部门和使用部门共同管理。我院固定资产归属三个部门管理：即器械科、后勤服务部、图书馆。后勤服务部负责房屋及建筑物、一般设备及家具的购置和管理；器械科负责专用设备的购置和管理，图书馆负责各种专业图书和重要专业杂志。

固定资产具体管理工作由器械科、后勤服务部、计财部及使用科室负责：计财部负责财务计划，金额监督、账簿核算；器械科、后勤服务部主要负责固定资产的数量增减，金额预算，主办采购、验收、编号、调配、出入库手续为各使用单位登记明细账，每月与计财部对账和年终清查盘点；使用单位负责固定资产的使用、管理、保管，报损、报废时填写申请单，及时清查盘点，保障固定资产的安全完整，对大型仪器设备要制定专人管理，并做好使用、维修、事故情况记录，定期评估使用效益。

第七十二条 建立固定资产维修保养制度。归口管理部门应当对固定资产进行定期检查、维修和保养，并作好详细记录。保证固定资产正常进行，提高固定资产的使用效率，严格控制固定资产维修保养费用。

第七十三条 应当建立固定资产投保制度，防范和控制固定资产的意外风险。

应当明确应投保固定资产的范围和标准，由固定资产管理部门会同财务部门等拟订投保方案，经单位负责人或其授权人员批准后办理投保手续。

第七十四条 加强固定资产使用变动控制。固定资产的对外投资、出租、出借必须按照国有资产管理的规定进行可行性论证，按照管理权限逐级审核报批后执行。

医院固定资产一般不得对外出租、出借，确需出租、出借的，应由借出单位提出申请，归口管理部门审核，资产管理处审批。收回出租、出借的固定资产，应认真勘验。出租、出借固定资产取得的收入，应及时、足额上缴计财部，按有关规定统一管理使用。

第七十五条 加强固定资产处置管理制度。明确固定资产处置（包括出售、出让、转让、对外捐赠、报损、报废等）的标准和程序，按照管理权限逐级审核报批后执行。

处置固定资产要符合以下程序：

（一）使用部门提出申请并填写固定资产处置申请单；

（二）归口管理部门组织技术鉴定；

（三）国有资产管理部审核；

（四）经归口管理部门负责人、专家、计财部负责人、分管院领导、院长或经院务会或党政联席会审批；

（五）价值在 20 万元以上的，上报财政局审批，20 万元以下的，上报市卫计委审批；

（六）国有资产管理部负责根据批复处置固定资产。

第七十六条 应当根据固定资产的实际使用情况和不同类别在处置环节采取相应的控制程序和措施。

对使用期满正常报废的固定资产，应由固定资产管理部门填制固定资产报废单，经分管院长、院长或院务会、党政联席会批准后进行报废清理。

对于医院使用的闲置的或者不适用的固定资产进行产权转让，一般经有关人员和专家评估，分管院长、院长审批，或经院长办公室、党政联席会审批后办理。20 万元以上的大型、精密、贵重的设备、仪器的转让，要报财政局批准办理。

对拟出售或投资转出的固定资产，应由有关部门或人员填制固定资产清理单，经分管院长、院长或院务会、党政联席会批准后予以出售或转作投资。

第七十七条 组织固定资产报废小组人员对固定资产的处置依据、处置方式、处置价格等进行审核，重点审核处置依据是否充分，处置方式是否适当，处置价格是否合理。

医院处置房屋、构筑物及大型、精密、贵重仪器设备，应由资产管理部门会同有关部门组织专家进行论证和技术鉴定，并按国有资产管理规定评估确认处置价格，处置价格一般不得低于评估价格。

处置固定资产的收入应及时、足额上缴计财部，按财务制度规定管理和使用。任何科室和个人不得截留挪用。

第七十八条 医院内部调拨固定资产，应当填制固定资产内部调拨单，由调入、调出部门、固定资产管理部门的负责人及有关管理人员签字后，方可办理固定资产交接手续。

各使用单位之间相互调拨固定资产，必须报器械科、后勤服务部同意，办理调拨手续作为各使用单位固定资产使用卡增减的依据，大型贵重专业仪器设备还须报分管院长和院长同意，由国有资产管理部负责调拨，各使用单位之间不得擅自相互调拨。

第七十九条 建立固定资产清查盘点制度。明确清查盘点的范围、组织程序和期限，定期进行盘点。

器械、后勤要定期或不定期地对在用和在库的固定资产进行清查盘点，以确保账实相符。年终对在用和在库的固定资产进行一次全面清查盘点。并与计财部总账核对，做到账账相符、账卡相符、账实相符。如发现盘盈、盘亏，登记盘点明细表，由归口管理部门查找原因；由国有资产管理部上报分管院长、院长审批，或经院务会、党政联席会审批，进行有关账务处理。

第八章 工程项目控制

第八十条 建立健全工程项目管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责权限，确保项目建议和可行性研究与项目决策、概预算编制与审核、项目实施与价款支付、竣工决算与竣工审计等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

医院不得由同一部门或一人办理工程项目业务的全过程。

第八十一条 不相容职务相分离

（一）项目建议和可行性研究由基建科工程技术人员或委托的相应咨询公司完成。项目的最终决策由院领导集体讨论确定或报送上级主管部门审批确定。

（二）项目概预算工作由工程项目负责人和预算人员共同编制，编制完成的工程概预算由审计部门审核。

（三）项目的实施由项目负责人组织工程技术人员共同完成，工程价款的支付由基建科按照工程合同报计财部执行。

（四）施工单位提供竣工决算相关资料，经项目部（基建、监理、咨询）审核后报送审计科进行竣工审计工作。

第八十二条 建立工程项目相关业务授权批准制度。

基建工程项目研究决定后，由基建确定项目负责人（即被授权人）报院领导审批。项目负责人根据工程项目的大小，拟定工程项目组成人员，包括技术质量，材料采购，安全管理，基建资金管理，合同资料管理，施工手续办理等人员组成项目部，经基建科审核后报院领导审定。项目负责人在基建科领导下代表医院对工程项目负主要责任，即从工程项目可行性研究开始，到工程完工全过程的组织管理，包括可行性研究报告的编制，工程项目方案的拟定，施工队伍的管理，大宗材料大型设备的采购，工程质量，现场安全管理，经费使用管理，合同资料管理，施工手续办理等内容，都应严密组织，科学论证。特别是可行性研究报告的编制，建设方案，工程施工队伍，材料设备采购，经费使用等内容，须经院领导批准后方可实施。

第八十三条 制定工程项目业务流程。

（一）根据医院的发展规划和项目的可行性研究报告，经医院党政联席会议上报上级主管部门批准项目立项。

（二）由基建项目部根据项目立项书，到当地规划及建筑管理部门办理工程开工的各种手续；编制科学可行的预算，控制工程造价并为医院预算提供依据。

（三）通过招标方式确定各种队伍（施工、监理、咨询），依据招标文件的内容按照基建合同签定流程，签定合同，并严格履行合同及时支付工程价款。

（四）工程进入施工阶段，由项目部按照基建工程的有关规定组织施工，工程通过相关部门组织验收后，由施工方编制工程决算书报监理、咨询，基建审核后报医院审计。

(五) 依据审计部的审核结果由计财部支付工程决算。

第八十四条 加强工程项目决策控制。要按照决策科学化、民主化要求,采取专家评审、民主评议、结果公示等多种方式,广泛征求有关各方意见,实行集体决策。决策过程要有完整的书面记录。对工程项目的立项、可行性研究、项目决策程序等做出明确规定,确保项目决策科学、合理。

严禁任何个人单独决策工程项目或者擅自改变集体决策意见。

第八十五条 建立工程项目概预算控制制度。

(一) 根据项目建设的实际情况,严格按照当地建筑管理部门出具的图纸审查报告和当地最新的定额标准,由基建科组织编制预算,并报审计审核预算编制是否科学、合理、准确。

(二) 按照工程建设情况,核对预算内容与设计方案及审核后的施工图纸的内容是否符合,如有漏项或其他需要变更的内容,应按照医院基建变更签证管理流程办理追加预算手续。

(三) 工程量的计算应委托具备相应资质的造价咨询公司,按照山东省最新的工程量计算办法进行编制。

(四) 预算编制应当以当地新的《清单计价办法》为准,确保预算的真实性、完整性和准确性,使编制的预算具有较高的可操作性。

第八十六条 加强工程项目质量控制。为确保工程项目建设质量,应着重做到以下几点:

(一) 基建工程实行项目负责人负责制,项目负责人在职责范围内对工程质量负全责,严把施工质量关,严格按图纸、规范、标准施工,严把材料(设备)关,确保工程材料符合国家标准(或行业标准),严禁使用不合格材料(设备)。

(二) 工程项目通过招标确定优良的施工队伍、资质较高设计单位、经验丰富的监理公司。实行项目招投标制。

(三) 严格遵守工程施工合同,实行合同管理。依据施工合同、监理合同严格管理施工队伍、监理公司,按合同规定的质量等级组织施工,实行工程合同管理制。

(四) 工程项目实行工程建设监理制,通过招标的方式,选择经验丰富的监理公司,选择的总监工程师,应责任心强,业务水平高,专业工程师应精通本专业业务,具有相应的工程监理经验。遇有重大技术问题,应会同建设方、施工方、设计方及有关单位研究解决办法,及时向院领导汇报,经批准后实施。

(五) 严格按照当地质量监督部门施工前的质量监督技术交底,施工中阶段性的质监意见及验收前的质量整改意见,组织施工中全过程的质量管理与控制。

第八十七条 建立工程价款支付控制制度。

工程价款支付,是指我院建设工程与承包合同价款进行约定和依据合同约定进行的工程预付款、工程进度款、工程竣工价款的支付活动。工程价款支付活动,应当遵循合法、平等、诚信的原则,并符合国家有关法律、法规和政策。

第八十八条 明确价款支付的审批权限、支付条件、支付方式和会计核算程序。

(一) 工程价款支付应由项目负责人、基建负责人、分管院长、院长审批签字,计财部方可办理付款业务。

(二) 工程价款支付时,基建科要严格认真审核形象进度工程结算书,跟踪审计审核金额,监理提交的工程款支付证书,审核无误后办理付款手续,付款按不高于工程价款的75%向承包人支付工程进度款。

(三) 工程价款支付方式。计财部严格按照合同约定方式执行,建设工程的预付款按合同约定拨付,原则上预付不高于合同金额的30%。预付款从支付第一笔形象进度款开始分次扣除。

(四) 基建财务人员严格按基建财务制度办理会计核算,竣工决算。

(五) 对工程变更等原因造成价款支付方式和金额发生变动的,相关部门必须提供工程变更完整的书面文件和资料,经计财部、审计科、基建科审核,报分管院长、院长签字同意后计财部办理价款支付。

(六) 工程竣工价款的支付。根据审核确认的竣工结算报告向承包人支付工程竣工决算价款,根据施工合同约定保留的质量保证金,待工程质保期到期后按合同约定清算,质保期内因质量问题所发生的费用由承包方负责。

第八十九条 建立竣工决算控制制度。严格执行竣工清理、竣工决算、竣工审计、竣工验收的规定,确保竣工决算真实、完整、及时。

(一) 项目竣工清理工作的主要内容有:

1. 组织有关人员逐层、逐段、逐部位、逐房地检查施工中有无漏项。一旦发现,必须立即确定专人定期解决,并在事后按期进行检查;

2. 对已经完成的部位要立即组织清理,保护好成品,如果有可能,应该按房间或层段锁门封闭,严禁无关人员进入,防止损坏成品或丢失零件;

3. 有步骤地组织材料、施工机具以及各种物资的回收、退库,向其他施工现场转移和进行处理工作;

4. 有计划地拆除施工现场的各种临时设施和暂设工程,拆除各种临时管线,清扫施工现场,组织清运垃圾和杂物;

5. 做好电气线路和各种管线的交工前的检查,进行电气工程和其他设备的全负荷试验。未经竣工决算审计的工程项目,不得办理资产验收和移交。验收合格的工程项目,应当及时编制财产清单,办理资产移交手续,并加强对资产的管理。

(二) 竣工决算

“工程竣工验收报告”完成后,承包人应在规定的时间内向发包人递交工程竣工决算报告及完整的决算资料。

1. 编制竣工决算应依据下列资料:

(1) 施工合同;

(2) 中标投标书的报价单;

(3) 施工图及设计变更通知单、施工变更记录及技术经济签证;

(4) 工程预算定额、取费定额及调价规定;

(5) 有关施工技术资料;

(6) 工程竣工验收报告;

(7) 工程质量保修书;

(8) 其他有关资料。

2. 项目经理部应做好竣工决算基础工作,指定专人对竣工决算书的内容进行检查。

在编制竣工决算报告和决算资料时,应遵循下列原则:

(1) 以单位工程或合同约定的专业项目为基础,应对原报价单的主要内容进行检查和核对。

(2) 发现有漏算、多算或计算误差的,应及时进行调整。

(3) 多个单位工程构成的施工项目,应将各单位工程竣工决算书汇总,编制单项工程竣工综合决算书。

(4) 多个单项工程构成的建设项目,应将各单项工程综合决算书汇总编制建设项目总决算书,并撰写编制说明。

工程竣工决算报告和决算资料,应按规定报企业主管部门审定,加盖专用章,在竣工验收报告认可后,在规定的期限内递交发包人或其委托的咨询单位审查。由基建科审核后交外部审计进行竣工审计,承发包双方应按约定的工程款及调价内容进行竣工决算。未经竣工决算审计的工程项目,不得办理资产验收和移交。

工程竣工决算后,承包人应将工程竣工决算报告及完整的决算资料纳入工程竣工资料,及时归档保存。

(三) 装饰装修工程项目的竣工验收

1. 装饰装修工程项目竣工验收的依据

- (1) 上级主管部门有关工程竣工的文件和内容;
- (2) 工程承包合同;
- (3) 工程设计文件;
- (4) 国家现行的装饰装修工程施工及验收规范;
- (5) 国家相关现行施工验收规范;

2. 装饰装修工程项目竣工验收的程序

装饰装修工程项目的竣工验收一般分为竣工自检和正式验收两个步骤进行。其过程为:施工单位在装饰装修工程项目完成,具备使用条件后,进行竣工自检,然后向建设单位发出交工通知。建设单位接到施工单位的交工通知后,在做好验收准备的基础上,组织施工、设计等单位共同进行交工验收。

(1) 竣工自检

竣工自检也称为竣工预检,是施工单位先进行内部的自我检查,为正式验收做好准备。一方面检查工程质量,发现问题及时补救;另一方面检查竣工图及技术资料是否齐全,并汇总、整理有关技术资料。

①竣工自检的标准

竣工自检的主要依据是:工程完成情况是否符合施工图纸和设计的使用要求;工程质量是否符合国家和地方政府规定的标准和要求;工程是否达到合同规定要求和标准。

②竣工自检的方法竣工自检应该分层分段、分房间的由竣工自检人员按各自主管的内容逐一进行检查。在检查中要做好记录,对不符合要求的部位和项目要确定修补措施和标准,并指定专人负责,定期完工。

③竣工自检人员的组成

参加竣工自检的人员,应由施工单位项目经理组织生产、技术、质量、合同、预算以及有关的施工工长等共同参加。

(2) 复检

在基层施工单位自我检查的基础上,并对查出的问题全部解决以后,通过上级部门的复检,解

决全部遗留问题,为正式验收做好充分准备。

(3) 正式验收

在竣工自检的基础上,确认工程全部符合竣工验收标准,具备了交付使用的条件即可进行装饰装修工程的正式验收工作。

①发出《竣工验收通知书》

施工单位应于正式竣工验收之日的前10天,向建设单位发送《竣工验收通知书》。

②递交竣工验收资料

竣工验收资料应当包括以下内容:竣工工程概况;图纸会审记录;材料代用核定单;施工组织方案和技术交底资料;材料、构配件、成品出厂证明和检验报告;施工纪录;装饰装修施工试验报告;竣工自检记录;隐检记录;装饰装修工程质量检验评定资料;变更记录;竣工图;施工日记。

③组织验收工作

工程竣工验收工作由建设单位邀请设计单位及有关方面参加,同监理单位、施工单位、使用单位一起进行检查验收,如无明确的使用单位,基建代表医院进行验收。集中会议,介绍工程概况及施工的有关情况;分组分专业进行检查;集中分组汇报检查境况;提出验收意见,评定质量等级,明确具体交接时间、交接人员。

④签发《竣工验收证明书》

在建设单位验收完毕并确认工程符合竣工标准和合同条款规定要求以后,即应向施工单位签发《竣工验收证明书》。建设单位、设计单位、质量监督单位、监理单位、施工单位及其他有关单位在《竣工验收证明书》上签字。

⑤进行工程质量核定

承监工程的监督单位在受理了竣工工程质量核定任务后,按照国家有关标准进行核定。核定合格或优良的工程发给《合格证书》,并说明其质量等级,否则不准投入使用。

⑥办理工程档案资料移交

工程档案是项目的永久性技术文件,是建设单位使用、维护、改造的重要依据,也是对项目进行复查的依据。在施工项目竣工后,项目经理必须按规定向建设单位移交档案资料。移交的工程档案和技术资料必须真实、完整、有代表性,能如实反映工程和施工中的情况。

⑦办理工程移交手续

在对工程检查验收完成以后,施工单位要向建设单位办理工程移交手续,并签订交接验收证书,办理工程决算手续。

⑧办理工程决算

整个工程项目完工验收,并办理了工程决算手续后,要由建设单位编制工程决算,上报有关部门。至此,整个装饰装修工程的全部过程即告结束。

应当建立对工程项目内部控制的监督检查制度,明确监督检查机构或人员的职责权限,定期或不定期地进行检查。对监督检查过程中发现的工程内部控制中的问题和薄弱环节,医院相关部门应当采取措施,及时加以纠正和完善。

第九章 对外投资控制

第九十条 建立健全对外投资业务的管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责、权限,

确保项目可行性研究与评估、决策与执行、处置的审批与执行等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

医院不得由同一部门或一人办理对外投资业务的全过程。

第九十一条 建立对外投资决策控制制度。加强投资项目立项、评估、决策环节的有效控制，防止国有资产流失。所有对外投资项目必须事先立项，组织由财务、审计、纪检等职能部门和有关专家或由有资质的中介机构进行风险性、收益性论证评估，经领导集体决策，按规定程序逐级上报批准。决策过程应有完整的书面记录及决策人员签字。严禁个人自行决定对外投资或者擅自改变集体决策意见。

第九十二条 加强无形资产的对外投资管理。医院以无形资产对外投资的，必须按照国家有关规定进行资产评估、确认，以确认的价值进行对外投资。

第九十三条 严格对外投资授权审批权限控制，不得超越权限审批。建立对外投资责任追究制度。对出现重大决策失误、未履行集体审批程序和不按规定执行的部门及人员，应当追究相应的责任。

第九十四条 加强对外投资会计核算控制。建立账务控制系统，加强对外投资会计核算核对控制，对其增减变动及投资收益的实现情况进行相关会计核算。

第九十五条 建立对外投资项目的追踪管理制度。对出现的问题和风险及时采取应对措施，保证资产的安全与完整。

第九十六条 加强对外投资的收回、转让和核销等处置控制。对外投资的收回、转让、核销，应当实行集体决策，须履行评估、报批手续，经授权批准机构批准后方可办理。

应当加强投资收益的控制，对外投资获取的利息、股利以及其他收益，均应纳入单位会计核算体系，严禁设置账外账。

第十章 债权和债务控制

第九十七条 建立健全债权和债务管理制度和岗位责任制。明确相关岗位的职责和权限，确保业务经办与会计记录、出纳与会计记录、业务经办与审批、总账与明细账核算、审查与记录等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

医院不得由一人办理债权或债务业务的全过程。

第九十八条 不相容职务相互分离

(一)有关部门根据院领导的批件，办理债权债务业务；财务部门根据合法的票据做好账务处理。

(二)出纳负责办理收付款业务；会计人员进行相应的账务处理。

(三)院领导负责相关业务的审批；有关科室具体办理相关业务。

(四)计财部负责明细账的会计人员及时登记明细账，负责总账的会计人员及时记账并核对明细账。

(五)计财部会计审核人员负责审查相关单证是否齐全，金额是否准确，收款单位是否准确；记录人员根据审核无误的单证登记账簿。

第九十九条 加强债权控制。明确债权审批权限，健全审批手续，实行责任追究制度，对发生的大额债权必须要有保全措施，造成重大损失的，追究审批人的相关责任。建立清欠核对报告制度，定期清理，并进行债权账龄分析，采取函证、对账等形式加强催收管理和会计核算，定期将债权情况编制报表向单位领导报告。

第一百条 建立健全应收款项、预付款项和备用金的催收、清理制度。对到期的应收款项、预付款项，严格审批，及时催收、清理。对备用金年终计财部要求各有关部门科室及时上交，下年初申请领用。

第一百零一条 建立健全病人预交住院金、应收在院病人医药费、医疗欠费管理控制制度。

(一)每日进行住院结算凭证、住院结算日报表和在院病人医药费明细账卡的核对；

(二)每月核对预收医疗款的结算情况；

(三)加强应收医疗款的控制与管理，健全催收款机制，欠费核销按规定报批。

第一百零二条 加强债务控制。要充分考虑资产总额及构成、还款能力、对医院可持续发展的影响等因素，严格控制借债规模。大额债务发生必须经领导集体决策，审批人必须在职责权限范围内审批。

第一百零三条 建立债务授权审批、合同、付款和清理结算的控制制度。定期进行债务清理，编制债务账龄分析报告，及时清偿债务，防范和控制财务风险。

第十一章 财务电子化信息化控制

第一百零四条 建立健全财务电子信息化管理制度和岗位责任制。应用专门的授权模块，明确相关部门和岗位的职责、权限，确保软件开发与系统操作、系统操作与维护、档案保管等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

第一百零五条 不相容职务相互分离

(一)软件开发要由专业人员开发，或直接购买成品，有各临床科室、计财部、收款处、住院处、后勤服务部、器械科操作。

(二)以上系统操作科室、部门设专人维护。

(三)系统档案要由专门人员保管，定期送交档案室，系统操作人员不得参与系统档案管理。

第一百零六条 财务电子信息系统凡涉及到资金管理、物资管理、收入、成本费用等部分，其功能、业务流程、操作授权、数据结构和数据校验等方面必须符合财务会计内部控制的要求。

第一百零七条 门诊收费和住院收费系统必须符合卫生部《医院信息系统基本功能规范》的要求：

(一)实时监控收款人员收款、交款情况；

(二)提供至少两种不同的方式统计数据；

(三)系统自动生成的日报表不得手工修改；

(四)预交款结算校验；

(五)票据稽核管理；

(六)欠费管理；

(七)价格管理；

(八)退款管理。

第一百零八条 加强财务电子信息系统的应用控制。建立用户操作管理、上机守则、操作规程及上机记录制度。加强对操作员的控制，实行操作授权，严禁未经授权操作数据库。监控数据处理过程中各项操作的次序控制，数据防错、纠错有效性控制，修改权限和修改痕迹控制，确保数据输入、处理、输出的真实性、完整性、准确性和安全性。

第一百零九条 加强数据、程序及网络安全控制。设置和使用等级口令密码控制，健全加密操作

日志管理，操作员口令和操作日志加密存储，加强数据存储、备份与处理等环节的有效控制，做到任何情况下数据不丢失、不损坏、不泄漏、不被非法侵入；加强接触控制，定期监测病毒，保证程序不被修改、损坏，不被病毒感染；采用数据保密、访问控制、认证及网络接入 E1 保密等方法，确保信息在内部网络和外部网络传输的安全。

第一百一十条 建立财务电子信息档案管理制度，加强文件储存与保管控制。数据要及时双备份，专人保管，并存放在安全可靠的不同地点。

第十二章 监督检查

第一百一十一条 建立财务会计内部控制监督检查制度。由内部审计机构或者指定专职人员具体负责财务会计内部控制制度执行情况的监督检查，确保财务会计内部控制制度的有效执行。

第一百一十二条 医院可聘请中介机构相关专业人员对本单位财务会计内部控制制度的建立健全及实施进行评价，并对财务会计内部控制中的重大缺陷提出书面报告。对发现的问题和薄弱环节，要采取有效措施，改进和完善内部控制制度。

第一百一十三条 医院行政主管部门要对医院财务会计内部控制制度的建立和执行情况进行监督检查。

第一百一十四条 建立财务会计内部控制制度的问责制度和责任追究制度。

（一）医院不按本规定要求制定本单位财务会计内部控制制度的，要限期整改；

（二）医院违反财务会计内部控制制度规定，未造成严重后果的，要限期纠正，并对相关责任人予以通报批评；

（三）医院违反财务会计内部控制制度规定，造成严重后果的，追究单位负责人的行政责任；对违反财经法规的，按照《财政违法行为处罚处分条例》给予处理、处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十三章 附 则

第一百一十五条 医院各科室要结合本科室、部门的特点和实际情况，建立健全本科室、部门的财务会计内部控制制度，并报计财部备案。

经济责任制度

为保障国有资产的安全，提高资金的使用效率，加强干部廉洁从政，维护医院的经济权益，促进医疗、教学、科研的持续发展，根据国家《会计法》、《招投标法》等有关规定，结合我院实际情况，制定本制度。

一、经济责任制的宗旨

本制度旨在明确医院各级部门及领导、有关人员的经济责任，使各级领导、各有关部门在经济工作中既能按规定行使权力，又必须按规定履行责任。

二、适用范围

本制度适用于医院各类经济活动中的所有事项，经济责任制的内容贯穿于医院经济活动的全过

程。

三、经济责任具体要求

1、医院财务工作实行院长负责制，实行两支笔审批制度；分管财务工作的副院长协助院长全面负责医院财经工作；计划财务部组织科室人员具体执行并落实各项有关经济工作，其他各级部门和人员配合、协助完成医院各项经济工作，各级领导和人员根据工作职责分别行使相应权力和承担相应责任。

2、医院制订与调整经济政策和财务制度必须遵守国家财经法规和制度，由医院财务部门制订并报院领导或院办公会通过后再据以实施，此类工作责任人是审批同意制订与调整经济政策、财务制度的医院院领导。

3、财务部门负责人是医院财务工作的直接负责人，对医院财务工作负有直接责任，应严格按照国家财经法规、制度和医院有关规定开展财务工作，并按照各项经济责任制规定科学、合理的工作程序，对医院各项支出项目审核把关，确保国有资产的安全、完整。

4、为培养一支高素质的财会队伍，计划财务部有责任对全院财务人员进行继续教育，定期组织学习国家财经政策和财务规章制度，提高业务水平。财会人员由于工作失误，按造成经济损失的大小，给予不同的经济处罚，直至调离会计工作岗位；由于违纪或犯罪造成的经济损失，按有关法律处理。

5、医院各科室负责人应对本部门所占用的各项财产物资的安全、完整及使用效率、效益负责，对于使用不当、管理不善造成的医院经济损失负直接责任。

四、责任落实

对于违反国家财经纪律和医院财务管理规定，在经济活动中滥用职权、谋私权利，造成医院经济损失的部门、领导和个人，医院将根据具体情况，给予相应的经济处罚、党纪政纪处分。违反法律的，要承担法律责任。

五、附则

本制度由医院财务部门负责解释，并于发布之日起施行。

经济活动决策机制和程序

为加强医院管理，建立科学和规范的经济活动决策机制，特制订本制度。

一、经济活动决策机制和程序制定原则

1、遵循法律、法规的原则：即按法律行规和按单位规章制度、程序办事的原则。

2、科学、民主、集体决策的原则：重大事项必须集体讨论后按规定程序报批，坚决禁止领导独断专行决策行为。

3、专家咨询和评估的原则：对专业性、技术性较强的重大事项，必须进行专家论证、技术咨询、决策评估。

4、听证和公示原则：坚持院务公开、透明，特别是涉及职工切身利益问题的决策，必须进行听证和公示，广泛听取职工意见。

5、遵循社会效益优先原则：即医院职责是救死扶伤，不以获取经济效益为主要目的，应体现社会效益优先的原则。

6. 遵循成本效益原则：即医院具有公益性性质，为解决群众看病贵问题，医院要加强成本核算，以低廉的服务价格提供比较优质的医疗服务，减轻患者的负担。

7. 谁决策、谁负责的原则：实行重大经济事项领导负责制和责任追究制，项目集体讨论后按规定程序报批，分清级次，责任到人，建立事后审计评价和责任追究制度，形成决策失误的纠错改正机制，对违反决策程序、滥用职权造成损失的要追究责任。

二、经济活动决策机构

1. 预算管理委员会
2. 医疗器械管理委员会
3. 药事管理委员会
4. 后勤物资管理委员会

三、重大经济事项决策内容

重大经济事项是预算支出在 50 万元（含）以上的项目、涉及医院长远发展和职工切身利益等经济事项。其包括的项目如下：

1. 经济目标制定
2. 基本建设项目
3. 大型设备的购置
4. 大型修缮工程
5. 大额存货、固定资产等资产的处置
6. 大额卫生材料、低值易耗品等招标采购
7. 大额医院办公设备、办公用品的招标采购
8. 药品招标采购
9. 效益工资制度审定、职工福利政策制定
10. 国家政策、法规规定应纳入重大经济事项管理的事项
11. 根据医院发展需要纳入重大经济事项管理的其他事项

四、经济活动决策程序

1. 一般经济活动决策程序

临床、医技、科研、教学等科室分管人员提出方案——→该科室管理小组组织讨论通过——→报告职能科室——→职能科室组织相关招标事宜——→按医院相应规章制度办理。

2. 重大经济事项实行集体决策制度

建立重大经济事项领导负责制，实行责任追究制，重大项目集体讨论后按规定程序报批，做到分清级次，责任到人。

（1）集体决策采取院党政联席会或党委会、院长办公会的形式，由党政主要领导分别负责主持，办公室负责人参加，必要时有关职能部门负责人列席参加。

（2）对重大事项的决策，在会前 3~5 天，办公室应将决策内容及可行性论证依据，提交参与决策人调查思考，不得盲目表决。

（3）讨论决策时，由主管工作的领导作专题汇报并提供可行性证据。其他领导均作发言表态，一事一议不能混合表决，由党政主要领导作出结论。在集体决策中，如遇意见不统一，分歧较大的问题，按民主集中制原则办理，也可采取投票方式表决。

重大经济事项的具体程序。临床、医技、科研、教学等科室分管人员提出方案——→该科室管理小组组织讨论全员通过——→重大经济事项组织科室全体员工讨论，经 2/3 票数同意通过——→报告职能科室——→按医院管理级次处理——→达到医院管理的重大经济事项标准的按相应集体决策程序执行。

五、重大经济事项的管理

（一）大型设备购置的管理

1、各需求部门根据业务需要提出申请，提交申请报告及可行性论证报告，医院需组织临床科室相关人员、专家等召开可行性方案专题讨论会议，会将讨论结果形成论证报告上报。院领导根据论证报告进行集体讨论，讨论结果报院办公室备案，并在院中层干部会议上给予宣布。

2、采购必须通过招、询、比、议价确定供货商，严格遵守招标的有关规定，属政府采购的，必须按照政府采购规定办理。

3、采购必须和供货商签订合同。

4、所有采购合同或合同复印件应交计财部一份。

5、供货商必须提供与固定资产相匹配的发票、采购合同、及固定资产验收交付使用单等凭据。对于未办理验收手续、无发票或未达到合同要求的采购，未经相关部门、医院法定代表人审批的，一律不予付款。属政府采购的，必须按照政府采购规定办理付款手续。

（二）医院基建、修缮工程的管理

1、所有工程项目必须有可行性方案报基建科，集体论证同意后方可开展立项工作。讨论结果报院办公室备案，并在院周会给予宣布。

2、重大工程应报市有关部门办妥基建计划、规划、立项、报建等手续。

3、与中标单位洽谈签约。

4、计划财务部根据已批准的工程计划，设立专项工程账目核算。

5、资金管理

（1）对于上级拨款的工程，基建会计应根据批准的工程计划、资金来源，设立专项工程账务核算，专款专用。

（2）自筹资金的工程要纳入医院资金预算，基建会计应设立明细分类工程账，根据计划掌握开支，合理使用资金。

（3）资金的划付必须附有合同、发票，经相关部门、院领导审批后才能办理付款。

（4）工程总结算时除附有工程合同、协议和结算清单外，还需要经后勤服务中心等质监部门签章的验收报告书。

（三）关于医院职工绩效工资、福利的重大变动方案

1、涉及职工切身利益问题的决策，需由人力资源部组织召开专项讨论会，领导班子成员、工会负责人、人力资源部主任、计划财务部主任、绩效管理科主任、医护代表、职工代表等参加会议，会议结果在院内给予公示。

2、公示期间需由院工会收集职工意见。

3、由院工会将职工意见进行集中汇总，形成报告。

4、根据职工意见再次召开专项讨论会、进行讨论、修改。

（四）存货、固定资产等资产的处置

各物资管理部门必须规范存货、固定资产管理，资产分定期、不定期进行盘点，盘点结果报计财部，

由各物资管理部门根据盘点结果进行汇总、盘盈分析、盘亏分析、调查，提出处理建议，最后出具资产盘点报告交院领导办公会议集体讨论。会议结果交计财部备案、执行。

（五）相关职能科室要做好有关决策讨论的会议记录并贯彻执行。

六、建立相应监督机制，确保医院经济活动决策机制能有效运行医院经济活动决策接受医院职工代表大会、医院审计科、医院纪检监察室、上级主管部门及法律、法规规定的政府职能部门的监督。对经济活动决策的日常监督工作由医院纪检监察室、审计办负责。

七、实行责任追究制

1. 处罚的制定原则：责任到人原则。重大经济事项实行领导负责制、责任追究制原则。
2. 对未按规定程序办理经济活动决策，造成一般经济损失的，按医院相关规定处理，同时全额追究赔偿责任。发现情节恶劣的故意违规行为，追究全额赔偿责任，并撤销其职务；造成重大经济损失的，追究全额赔偿责任，撤销职务，涉及违法犯罪的，移交司法机关。

收款员使用银联卡收费管理规定

为加强收费管理，规范银联卡的使用，制订以下规定：

- 1、病人使用银联卡交费，刷卡记录要明确到收款员。
- 2、收款科室每日到计划财务部交款、报账时，要把银联卡存根与收款票据存根对应黏贴在一起。
- 3、任何人不得把病人交付的现金利用信用卡进行套现。
- 4、此项工作纳入综合目标考核。
- 5、由计划财务部票据复核人员和收款科室负责人，不定期到病区询问并核实交款方式是否与押金条、票据存根相符，如有套现行为，将扣综合目标考核分值2分。如果数额较大，将全额扣发绩效工资，并停岗检查，通报批评。

合同管理办法

一、总则

（一）为了加强和规范我院的合同管理，维护医院合法权益，促进医院健康发展，根据《中华人民共和国合同法》、《中华人民共和国审计法》等有关法律法规，结合我院工作实际，特制定本管理办法。

（二）本管理办法的适用范围：医院各职能部门、临床医技科室与外单位以枣庄市立医院名义签订的经济、技术、医疗、科学研究等合作的所有合同。

（三）本办法所涉及的合同主要为买卖、借款、维修、保险、租赁、合作、医疗纠纷、基建工程、服务外包等方面的合同或协议。

（四）订立合同应使用国家规定的标准（示范）合同文本，没有规定标准（示范）文本的，各有关职能科室要制定合同模板，合同格式应符合有关法律、法规和规章制度的规定。

二、职责划分

医院根据业务类型对合同进行分类，授权相关部门对合同实行归口管理，即授权各相关职能部门负责对其业务范围内的合同进行管理。

各职能部门具体负责的合同业务为：

- 1、人力资源部负责医院人事合同、劳动合同的管理；
 - 2、器械科负责医疗设备及医用耗材的采购及维护等合同的管理；
 - 3、后勤服务部处负责基建、修缮、房屋租赁、设备、物资采购、物业管理等合同的管理；
 - 4、药学部负责药品、氧气采购等合同的管理；
 - 5、医务部负责各类专业培训、科研、技术开发、技术咨询、技术服务及科技成果转化等合同的管理；
 - 6、计划财务部负责金融业务往来合同的管理；
 - 7、信息科负责医院信息化建设方面有关业务合同的管理；
 - 8、办公室负责对外合作项目合同的管理及全院合同的协调工作；
 - 9、保卫科负责安全保卫、消防管理等有关合同的管理。
- 其它未列明的合同原则上按管理职能归属相关科室管理。

三、合同的签订

（一）医院所有对外合同必须依据《中华人民共和国合同法》及国家相关法律、法规和政策，并遵照医院的有关规定进行签订，确保医院的合法权益。

（二）各职能部门对所管理的合同的真实性、合法性、合理性负责，并在合同签订过程中履行以下职责：

1、负责审查合同他方的主体资格及资信状况。具体包括：

- （1）营业执照。重点审查拟定的合同标的是否与营业执照核定的业务（经营）范围一致，营业执照的年限及年检情况等；
 - （2）从事合同项目的资质证明等；
 - （3）合同他方的法人代表身份或法人代表授权委托书；
 - （4）必要时要求合同他方提供主要的财务报表及其从事相关业务的业绩证明材料。
- 2、负责起草或审核合同草案，组织相关人员与合同他方进行合同谈判；
- 3、负责对合同基本条款的完备情况进行审查。一般包括合同他方当事人的名称或姓名、注册地址或住址、合同标的、数量、质量、价款或酬金、合同期限、履约地点和方式、合同变更和解除、违约和违约责任以及合同的仲裁和诉讼等；
- 4、负责或协助处理合同纠纷；
- 5、负责签订补充合同或变更合同。

（三）合同初稿由职能部门起草，必要时经法律顾问审核把关。定稿后的合同，由主管部门报院长审批并组织签订。属于重大经济事项（指合同金额在50万人民币以上或合同期限在5年以上的合作项目），应当经医院领导班子集体讨论并形成一致意见后，由法定代表人签订合同或法定代表人书面授权人员代为签订合同；

（四）对外合同一经签订，主管部门负责跟踪落实合同的执行情况，并监督合同他方履行合同义务，及时向分管院领导书面报告异常情况，确保合同条款的履行。重大合作项目须每年检查合同履行情况并将书面总结呈交分管院领导。

四、合同的履行

(一) 合同订立后, 承办部门应严格依照合同约定, 全面履行合同, 维护医院的合法权益和信誉。

1、对标的物的数量和质量应当先验收, 后付款。

2、在合同履行中遇履约困难或违约、对方要求变更或解除合同等情况应在 3 个工作日内向分管院长书面汇报并通知法律顾问。

3、合同变更或解除应当由承办部门提出并经财务部门、法律顾问及原审批领导审批同意后方可执行。变更、解除合同的建议或答复, 一律采用书面形式, 并将能证明双方函电往来及内容的凭证归档存查。

4、我方接到对方当事人提出的变更或解除合同建议后, 应在 15 日以内答复(法律、法规及合同另有约定的除外), 逾期答复, 造成本单位利益损害的, 具体责任人应承担相应的责任。

(二) 合同的款项收付

1、所有合同的收付款按照合同规定履行, 严格控制定金和预付款的支付, 并严格按照国家有关规定执行。对形成医院收入的经济合同应当加强业务部门与财务部门的核定工作。

2、在合同履行过程中, 合同他方所开具的发票必须先由具体经办人员审核签字认可, 按医院规定程序进行审批, 再转财务审核付款。

3、因特殊原因(如合同对方当事人更名、分立、合并等)付款单位与合同对方当事人名称不一致的, 财务部门应当督促收款单位出具代付款及相关变更证明。

4、财务部门依据合同, 履行收付款工作。对于应当订立书面合同而未订立的或收款单位与合同文本中当事人名称不一致的, 应当拒绝付款。

五、合同的保管

(一) 各职能科室按照合同的分工管理指定专人负责合同原件及《合同审查会签意见表》、《院长授权委托书》等合同相关资料的分类、整理、立卷、归档工作。

(二) 变更或解除合同的文本作为原合同的组成部分或更新部分与原合同具有同样法律效力, 纳入本办法规定的管理范围。

六、其它

(一) 各职能科室每半年汇总各自工作范围内的合同订立或履行情况, 并随时将履行完毕或不再履行的合同有关资料(包括与合同有关的文书、图表、传真件等)经整理后移交档案管理人员存档, 不得随意处置、销毁、遗失。

(二) 违反国家法律、法规和有关合同管理制度, 在签订、履行合同中失职、渎职或以权谋私, 损害国家和医院利益的, 及未按规定处理合同事宜、未及时汇报情况和遗失合同有关资料而给医院造成损失的, 应视情节轻重, 依据有关规定追究责任人的行政、经济责任。构成犯罪的, 移交司法机关依法追究刑事责任。

(三) 医院审计部门和财务部门对各职能科室合同的签订、履行、管理等全过程予以监督, 对于存在的问题有权按照有关规定提出处置意见。

(四) 本办法中未尽事宜, 依据《合同法》相关条款执行。

(五) 本办法自公布之日起执行。以前所签合同尚未履毕者, 按本办法执行。

内部审计制度

第一章 总 则

第一条 为加强枣庄市立医院内部审计工作, 建立健全的内部审计制度, 完善内部监督制约机制, 规范收支管理, 促进我院各项工作健康发展, 根据《中华人民共和国审计法》、《卫生系统内部审计工作规定》和《山东省内部审计工作规定》及《枣庄市卫生系统内部审计实施办法》结合我院实际情况, 制定本制度。

第二条 枣庄市立医院内部审计是指枣庄市立医院内部审计机构和审计人员, 对本单位及所属机构的财务收支、经济活动的真实、合法性进行独立监督的行为, 是医院改革与发展的需要, 是医院健全内部管理体制与约束机制的重要环节。

第三条 本制度适用于枣庄市立医院各部门。

第二章 内部审计机构及审计人员

第四条 内部审计机构及审计人员在本单位主要负责人领导下, 依照国家法律、法规以及本制度规定开展审计工作。

本单位主要负责人应加强对内部审计工作的领导, 定期听取汇报, 研究部署工作, 及时批复年度内部审计工作计划、审计报告, 并督促有关部门落实审计意见, 保证内部审计人员依法行使职权。

第五条 我院依照国家法律、法规设立内部审计机构, 根据工作需要配备专职的内部审计人员, 开展审计工作。内部审计人员应当具有审计、会计、经济管理、工程技术等相关专业知识和业务能力。内部审计人员实行岗位资格准入和后续教育制度, 本单位应当予以支持和保障。

第六条 内部审计机构负责人必须具备中级以上相关专业技术职称或 3 年以上审计、会计工作经历。

第七条 内部审计人员办理审计事项, 应当严格遵守内部审计准则和内部审计人员职业道德规范, 依法审计, 忠于职守, 做到独立、客观、公正、保密。

第八条 内部审计人员与被审计单位或者审计事项有利害关系的, 应当回避。任何组织和个人不得干预内部审计工作。

第九条 本单位应当支持内部审计工作, 及时解决工作中存在的问题, 保护内部审计人员依法履行职责, 保障和支持内部审计开展工作和审计人员实施岗位培训和继续教育制度。

第三章 内部审计职责与任务

第十条 内部审计机构按照上级主管部门内部审计机构和本单位领导班子的要求, 履行下列职责:

(一) 拟定本单位内部审计规章制度;

(二) 审计预算的执行和决算;

(三) 审计财务收支及有关经济活动;

(四) 审计基本建设投资、修缮工程、大型设备项目;

(五) 开展固定资产购置和使用、药品和医用耗材、其他材料购销、对外投资、工资分配等专项审计调查工作;

- (六) 开展医疗服务价格执行情况专项审计；
- (七) 审计经济管理和效益情况；
- (八) 审计内部有关管理制度的落实；
- (九) 对本单位内部控制制度的健全性、有效性进行审计；
- (十) 对中层干部离任进行审计；
- (十一) 对政府采购过程进行监督审计；
- (十三) 其他审计事项。

第十一条 内部审计机构根据审计业务的需要，报经所在部门、单位主要负责人批准，可委托具有相应资质的社会中介机构进行审计，并检查监督审计业务质量。

第十二条 内审机构对医院财务收支及其有关经济活动中的重大事项组织或进行审计调查，向医院领导和上级审计部门反映情况，提出加强宏观管理和宏观调控的意见和建议。内部审计机构及人员，每季度向市卫生局及医院主要负责人提交内部审计工作报告。

第十三条 全面开展审计工作，结合具体情况开展事前、事中、事后审计。

第十四条 内部审计机构在审计工作中应加强与外部审计的沟通与合作。

第四章 内部审计机构权限

第十五条 内部审计机构在履行审计职责时，具有下列权限：

- (一) 宣传审计法规，增强审计意识；
- (二) 参加医院有关会议，召开与审计事项有关的会议；
- (三) 参与研究制定有关的规章制度，提出内部审计管理制度，由医院领导批准后公布实施；
- (四) 根据审计工作的需要，要求有关科室按时报送财务计划、预算、决算、报表和有关文件、资料等；
- (五) 审核会计凭证、会计账簿、会计报表和决算，检查资金和财产，检查有关计算机系统及其电子数据和资料；抽查有关经济活动的资料文件和进行现场核查实物；查阅有关的资料；
- (六) 对审计中涉及的有关事项，向有关单位（科室）和人员进行调查并索取有关文件、资料及其他有关证明材料；
- (七) 对正在进行的严重违反财经法纪、严重损失浪费的行为，经医院主管领导同意，做出临时制止决定；
- (八) 对阻挠、妨碍审计工作以及拒绝提供有关资料的，经医院主管领导批准，采取封存账册等临时措施，并提出追究有关人员责任的建议；
- (九) 提出改进管理、提高经济效益的建议和纠正、处理违反财经法规行为的意见，对严重违反财经法纪和造成严重损失浪费的直接责任人员提出经济处罚或移交纪检、监察或司法部门处理的建议；
- (十) 对审计工作的重大事项，按照有关规定向医院领导及上级主管部门、上级审计部门反映。

第五章 内部审计工作程序

第十六条 内部审计工作的主要程序：

- (一) 根据本单位的具体情况，拟定审计项目计划，报经单位主要负责人批准后实施；

(二) 内部审计机构实施审计前，应编制审计工作方案，组成审计组，并提前3日以书面形式通知被审计科室；被审计科室应配合审计工作，提供必要的工作条件；

(三) 审计组对审计事项实施审计，应取得审计证据，编制审计工作底稿，由被审计科室相关人员签字确认；

(四) 审计人员在审计中发现的一般情况与问题，可以随时向有关科室和人员交换意见和提出建议；对违反相关法规的行为给予阻止；对重大问题可直接向院领导和上级部门汇报。

(五) 审计终结时，由内审机构提出审计报告，征求被审计科室的意见，并报送医院主管领导审批。经批准的审计意见和审计决定，应及时送达被审计科室，被审计科室必须执行，相关科室亦应予以执行。

(六) 被审计科室对审计意见书和审计决定如有异议，可以以书面形式向内审机构提出，有重大分歧的可以向医院主管领导申请复议。在复议决定下达前，不影响审计决定的效力。

(七) 审计事项结束后，要建立审计档案，并按照有关规定保存。

第六章 奖励与处罚

第十七条 对内部审计工作履行职责、忠于职守、坚持原则、做出突出成绩的内审人员，本单位应给予精神或者物质奖励；对不履行审计职责的内部审计人员，本单位应给予批评；对滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守、泄露秘密的内部审计人员，本单位依照有关规定严肃处理。

第十八条 对拒绝或者不配合内部审计工作、拒绝提供或者提供虚假资料、拒不执行审计意见以及打击报复内部审计人员的部门和人员，本单位主要负责人应当及时做出严肃处理。

第七章 附 则

第十九条 本制度由枣庄市立医院负责解释。

第二十条 本制度由发文之日开始执行。2007年10月9日制定的《枣庄市立医院内部审计实施细则》同时废止。

关于对中层干部实行离任审计的暂行规定

为规范我院中层干部离任审计工作，健全和完善干部监督机制，督促干部正确行使职权，增强干部的事业心和责任感，促进干部队伍建设，按照上级有关规定，结合我院实际，制定本暂行规定。

第一条 中层干部离任审计，是指医院中层干部离任时，由医院离任审计办公室对其任职期间履行职责情况进行的审计，并确认其应承担的责任。

第二条 本暂行规定所称中层干部是指医院中层党政正职干部或主持工作的副职干部。

第三条 中层干部离任审计的主要内容是：

- 1、在任期内履行职责和完成上级安排的各项工作任务情况；
- 2、任职期间与医院目标责任制相关的各项指标的完成情况，本部门（科室）社会效益和经济效益及事业发展情况；
- 3、遵守医院各项规章制度以及廉政规定的情况；

4、科室职业道德建设及行业作风建设情况；

5、科室国有资产管理、债权债务情况（本人在任职期间所管、所用公物是否帐物相符；个人有无拖欠公款、公物）；有无重大经济损失、浪费、私收费等违纪违法行为；

6、个人所保管的资料、文件、档案等是否做到全部移交；

7、按照有关规定需要审计的其它内容。

第四条 中层干部离任审计按以下程序进行：

1、凡需要进行审计的，由院领导班子党政联席会研究决定，由人力资源部向院中层干部离任审计办公室出具离任审计通知，由院中层干部离任审计领导小组按照审计程序组织实施；特殊岗位中层干部的离任审计，经院中层干部离任审计领导小组批准，可委托社会审计组织予以审计。

2、院中层干部离任审计办公室根据审计对象、要求，制定审计方案，组成审计组，在实施审计三日前向被审计科室和被审计人送达审计通知书；被审计人应在收到审计通知书后，按照审计组的要求提交书面材料。

被审计人向审计组提交的书面材料内容主要包括：

（1）职责范围；

（2）任职期间与医院目标责任制相关的各项指标的完成情况；本部门（科室）社会效益和经济效益及事业发展情况；

（3）遵守医院各项制度以及廉政规定的情况；

（4）科室职业道德建设及行业作风建设情况；

（5）科室国有资产管理、债权债务情况（在任期内科室物品的清理移交、借欠公款公物的归还情况）；

（6）科室工作交接情况；

（7）其他应向审计组说明的情况。

3、审计组进入被审计科室后，要依法进行审计，并广泛听取各方面的意见和反映，对审计中发现的问题，随时核实取证。

4、实施中层干部离任审计，院中层干部离任审计办公室只向院中层干部离任审计领导小组提出审计报告，不出具审计意见书和作出审计决定。被审计人收到审计报告征求意见稿三日内应反馈意见。院中层干部离任审计办公室收到被审计人对审计报告的意见后，进一步核实情况，作出是否对审计报告作修改的意见，并通知被审计人。

5、被审计人如对审计结果有异议，可在收到正式审计报告三日内向院中层干部离任审计领导小组申请复议，院中层干部离任审计领导小组在收到复议申请十五日内作出复议结论。

第五条 审计时限一般仅限于被审计人的任职期限。

第六条 对中层干部进行离任审计时，被审计科室、被审计人员和有关部门必须如实提供必要的业务、财务等有关资料和工作条件，不得弄虚作假、隐匿不报或设置障碍，违者按有关规定作出处理。

第七条 审计人员办理审计事项必须客观公正、实事求是、廉洁奉公、保守秘密。审计人员与被审科室、被审计人或审计事项有利害关系，应当回避；审计人员徇私舞弊、玩忽职守的，应严肃处理。

第八条 人事、纪检监察、审计、财务和有关职能科室要密切配合，相互协作，共同搞好离任干部的审计。

1、医院成立中层干部离任审计领导小组（以下简称领导小组）。

2、离任审计时，领导小组责成办公室根据需要抽调办公室成员组成审计组开展审计。

第九条 本暂行规定由院中层干部离任审计领导小组负责解释。

第十条 本暂行规定自下发之日起执行。

委托外部审计管理办法

为规范医院基建、维修工程委托社会审计的管理工作，确保审计结果的客观性、真实性和合法性，根据《枣庄市立医院内部审计制度》制定本办法。

本办法所称的社会中介机构是指经国家有关部门批准成立的具有独立法人资格、能够独立承办相关审计业务、具有相应资质的会计师事务所、工程造价咨询公司等单位。

一、委托程序：

1、提出委托审计意见。医院对所有的基建、维修工程项目均实行对外委托审计。由审计办公室根据审计项目的具体情况提出委托审计意见，报院领导批准后实施。

2、选择社会中介机构。对具有资质的多家社会中介机构进行选择，确定受托的社会中介机构，并与其签订委托书或协议书。

3、出具审计报告。社会中介机构出具具有法律效力的审计结算定案书并出具审计报告。

二、对社会中介机构选择的方式、内容与原则

审计办公室在办理对外委托审计业务时，应对多家社会中介机构充分考察比较后选择确定。对中介机构的考核比较主要包括，对其资质情况、业务能力情况、信誉情况、业绩情况、审计收费等情况进行考察、认定与咨询。通过比较，选择资质具备、能力较强、信誉较好、业绩质量较好且真实可靠、收费较为合理的社会中介机构进行委托。

三、对委托社会中介机构工作的要求

1、对基建维修工程的质量、工程进度、资金的使用、材料的采购价格事项，进行全程跟踪监督审计。

2、新工程报建开工前，外部审计人员应与医院基建工作人员共同参与新工程的报建手续等工作，直至工程竣工验收，并进行工程结算审计。

3、委托的外部审计人员应以工程项目第三方身份，本着对建筑工程负责、对建设方和施工方负责的原则，参与工程建筑材料的采购、材料质量和价格的审定、隐蔽工程量的验收等工作。

4、材料采购价格的确定由医院内审方、委托审计方、建设方、施工方、供货商和监理方进行实地考察，并参照当时市场价格协商确定材料采购价格。

5、委托外部审计人员对医院内的零星建筑工程和安装工程进行审计时所行使的职责应与以上新建工程项目行使的职责相同。

四、对社会中介机构工作情况的监督和管理由审计办公室负责，主要监督其按时、独立、依法公正的完成受托的审计业务。

医院内审人员参与全程跟踪审计，受托的社会中介机构在实施审计工作中有下列情形之一的，由审计办公室报请院领导批准，解除委托。情节严重的将依法追究法律责任：

1、违反国家财经法规和医院有关规定与约定；

2、未经允许中途转让所承担的审计业务；

3、串通被审计人或单位，泄漏与被审计项目有关的秘密，给医院造成经济损失。

五、本办法自发布之日起施行。

内部审计工作实施细则

第一章 总 则

第一条 为了进一步规范内部审计工作,提高内部审计工作效率,充分发挥内部审计职能,根据《枣庄市立医院内部审计制度》制定本实施细则。

第二条 医院内部审计制度是根据《中华人民共和国审计法》、《卫生系统内部审计工作规定》和《山东省内部审计工作规定》及《枣庄市卫生系统内部审计实施办法》等相关法律法规文件并结合我院实际情况制定。

第三条 本细则所指内部审计工作程序适用于医院审计办公室职责范围内的所有审计工作。

第四条 内部审计工作的依据:国家相关的法律法规,医院内部财务管理制度、预算管理制度、采购管理制度、业务控制流程、及医院内部控制制度等。

第五条 开展审计工作的相关资料有:会计业务核算记录、各种报表、方案、合同、协议、电子计算机处理的信息资料等相关的经济数据资料。

第二章 审计计划

第六条 内部审计工作应编制年度审计计划。结合医院中心工作,编制年度审计计划。

第七条 审计办公室主任负责年度审计计划的编制工作。

第八条 审计办公室主任根据年度审计计划选定审计项目,并确定审计项目负责人及审计组成员。审计项目实行项目负责人负责制。

第三章 审计准备

第九条 在具体开展审计前,应制定审计方案,具体安排审计工作事项。

第十条 审计方案应当包括以下基本内容:

- (一) 审计目的和审计范围;
- (二) 重要问题及重点审计领域;
- (三) 审计小组构成及人员分工;
- (四) 审计工作进度及时间安排。

第十一条 审计方案制定后,由审计组人员进行讨论完善。报分管院长批准实施。审计实施前,审计人员应做必要的准备工作。

第十二条 审计办公室在实施审计前,提前三天向被审计单位送达审计通知书。特殊审计业务可在实施审计时送达。审计通知书应留一份存档。

第十三条 审计通知书应包括以下基本内容:

- (一) 被审计单位及审计项目名称;
- (二) 审计目的及审计范围;

(三) 审计时间;

(四) 被审计单位应提供的具体资料和其他必要的协助。

第四章 审计实施

第十四条 实施审计时,审计人员可以采用下列方法获取审计证据:

- (一) 审核;
- (二) 观察;
- (三) 监盘;
- (四) 询问;
- (五) 函证;
- (六) 计算;
- (七) 分析性复核。

第十五条 审计人员获取的审计证据应当具备充分性、相关性和可靠性。

(一) 充分性是指证据数量足以证实审计事项,做出审计结论和建议;

(二) 相关性是指证据和审计目标相关联,所反映的内容能够支持审计结论和建议;

(三) 可靠性是指证据能够反映审计事项的客观事实。

第十六条 审计项目的各级复核人应在各自责任范围内对审计证据的充分性、相关性和可靠性予以复核。

第十七条 审计人员应将获取审计证据的名称、来源、内容、时间等清晰、完整地记录在工作底稿中。审计人员应对审计结论负责。审计证据要经过被审计单位有关人员确认。

第十八条 审计工作底稿应内容完整、记录清晰、结论明确,客观反映项目审计方案的制定及实施情况,并包括与形成审计结论和建议有关的所有重要事项。

第十九条 审计工作底稿的形式可以是纸质、磁带、磁盘、胶片或其他有效的信息载体。无纸化的工作底稿应制作备份。

第二十条 审计工作底稿主要包括以下记录:

- (一) 审计通知书、审计方案及其调整的记录;
- (二) 审计程序执行过程和结果的记录;
- (三) 获取的各种类型审计证据的记录;
- (四) 其他与审计事项有关的记录。

第二十一条 审计工作底稿实行分级复核制度。审计项目负责人对审计组成员的审计工作底稿进行复核。审计办公室主任对审计工作底稿进行审定。

第二十二条 审计工作底稿应载明下列事项:

- (一) 被审计单位名称;
- (二) 审计事项及截止日期;
- (三) 审计程序的执行过程和执行结果记录;
- (四) 审计结论;
- (五) 执行人员姓名和执行日期;
- (六) 复核人员姓名、复核日期和复核意见。

第五章 审计终结

第二十三条 审计实施结束后，审计组人员应及时对审计工作底稿进行分类整理，对审计中发现的问题进行小结，连同审计建议形成书面材料交给审计项目负责人。

第二十四条 项目负责人根据审计工作底稿撰写审计报告。审计报告必须以审计结果为依据，应当客观、准确、清晰、及时、具有建设性，并体现重要性原则。做到要素齐全、格式规范。

第二十五条 审计报告应当包括以下基本要素：

- （一）标题；
- （二）收件人；
- （三）正文；
- （四）附件；
- （五）签章；
- （六）报告日期。

第二十六条 审计报告的正文应包括以下主要内容：

（一）基本情况：说明审计依据、审计目的和范围、审计重点和审计标准，被审计单位基本情况等内容。

（二）主要经济指标完成情况；

（三）内部控制情况：根据已查明的事实，对被审计单位内部控制作出评价；

（四）需要说明的事项：对一些审计发现的需要披露的问题作必要的说明；对一些因时间、人力或其他特殊原因而无法审查清楚的问题加以说明；

（五）审计发现的问题；

（六）审计评价；

（七）审计决定及建议：针对发现的主要问题，提出的处理、处罚意见及改善经营活动和内部控制的建议。

第二十七条 被审计单位对审计报告（征求意见稿）持有异议的，审计组经研究、核实并进行必要修改后，出具审计报告。

第二十八条 审计办公室应将审计报告报送医院主要负责人、被审计单位。审计办公室应要求被审计单位在规定的期限内落实整改措施。

第二十九条 审计项目负责人应当及时的将审计报告和审计工作底稿整理归档，妥善保管。

第三十条 审计办公室应根据需要进行后续审计，以确保审计报告所提出的审计意见和建议得到有效实施。

第三十一条 对于已采取纠正措施的事项，审计人员应判断是否需要深入检查，必要时可提出应在下次审计中予以关注的事项。

第三十二条 必要时需后续审计的事项，审计办公室根据后续审计的情况，可出具后续审计报告，报告应报医院主管领导、抄送被审计单位。

第六章 审计督导

第三十三条 审计工作实行内部监督与指导，简称督导。

第三十四条 审计办公室对督导工作负主要责任。审计项目负责人负责审计现场的督导工作。

第三十五条 督导应当贯穿于审计项目的全过程，包括审计准备、审计实施和审计终结。

第七章 附 则

第三十六条 本规定由审计办公室负责解释。

第三十七条 本规定自发布之日起实施。

物价管理制度

为加强医院物价管理，建立健全内部价格管理制度，强化内部约束机制，建立院科两级物价管理体系，严格按照物价管理权限，搞好我院医疗服务项目价格和药品价格的审核、管理及监督，进一步树立以病人为中心，以质量为核心的思想，坚持因病施治，合理检查，合理用药，杜绝巧立名目乱收费以及损公肥私不收费、私收费等行业不正之风，切实维护医院及患者利益，特制定本规定：

一、医院物价领导小组负责对全院物价工作的领导，下设办公室负责物价日常管理工作。

二、科室工作人员应认真学习并严格执行枣庄市物价局有关医疗收费和药品价格管理的规定，熟悉本科室业务开展涉及的收费项目、标准及相关的政策法规。

三、各科室兼职物价管理员是本科室收费管理的第一监管人，具有新增收费项目申请权、收费标准建议权、对已有收费项目及标准执行的监督检查权。严格执行价格规定，合理、准确收费，禁止在国家规定之外设立新的收费项目、分解项目、比照项目收费、重复收费和私自调整收费标准。

四、科室记账员应熟练掌握与收费有关的操作规程，严禁为增加本科室收入而重复记账、多记账或徇私情少记账、不记账。如有上述情形，一经查实，将严肃处理。

五、各科室在执行收费过程中，应准确使用项目编码，不得篡改使用。

六、新增医疗收费项目申报程序流程和方法。

1、新增医疗服务项目，是指未列入《全国医疗服务价格项目规范》，经临床验证和专家论证确有诊疗价值，拟在医疗机构开展的医疗服务项目。新增医疗服务价格项目应坚持鼓励创新和使用适宜技术相结合的原则，须符合社会需求，有利于基本医疗服务开展，体现医疗技术的先进性和经济合理性。

2、新增医疗服务价格项目由申请科室协助物价办公室向卫生计生、价格、人力资源社会保障部门进行立项申报并提出书面申请。申请材料应当载明以下内容：

（一）申请报告。包括新增医疗服务价格项目申报理由，项目名称、服务内容、内涵、计价单位，项目技术要求，操作规程等，按要求填写《新增医疗服务价格项目立项评审表》；

（二）国家有关部门审批或临床准入证明材料。申报项目涉及仪器、器械、检验试剂和一次性医用耗材的须提供医疗器械产品注册证，生产、经营许可证、产品使用说明书；

申报检验价格项目的，需提供其属于《医疗机构临床检验项目目录》证明；申报治疗价格项目的，需提供医疗技术准入证明；

（三）其他相关材料。

3、新增医疗服务价格项目批准立项后，申请科室协同物价办公室在30日内按有关规定拟定临

时价格。临时价格试用期为两年。试用期满后，对已纳入医保支付范围的，由市物价局会同市卫计委、市人社局根据社会平均成本、市场供求情况、医保基金和社会承受能力等，通过成本监审、价格调查等程序，制定正式价格；未纳入医保支付范围的，实行市场调节价。

4、纳入医保支付范围的新增医疗服务价格项目制定正式价格时，应提供以下资料：

- （一）申请报告。包括项目使用数量、收入情况、效果评价等；
- （二）成本测算资料。填写成本测算表；
- （三）涉及仪器、器械、试剂和一次性医用耗材的应提供进货票据；
- （四）外省（市、自治区）或毗邻地区相关价格资料；
- （五）其他有关材料。

5、新增医疗服务价格项目试行期间，遇下列情况将撤销临时价格：

- （一）相关职能部门撤销对该项目的批准；
- （二）实际执行中在服务内容、服务规范方面难以明确界定、歧义较大，造成投诉、纠纷较多；
- （三）临床证明达不到预期的诊疗效果，或通过实践验证该项目已逐步被淘汰。

6、在服务场所的显著位置公示新增医疗服务项目名称和价格，自觉接受社会监督。

七、药品价格管理。医院的药品价格应严格执行物价部门的有关规定。药品价格的日常管理工作由药学部负责。

八、医用材料收费管理流程和维护方法。

1、科室新增的医用材料，属于允许另收费的一次性材料，由器械科会计报物价办公室审核，审核无误后，器械科会计进行材料字典维护，然后信息中心按入库价格加相应的加价维护 HIS 收费系统，不属于允许另收费的一次性材料不予维护收费。

2、对于医院已经不再采购、更换品牌或需调整价格的医用材料，注明材料的 HIS 编码、名称、品牌、规格、价格并经器械科主任签字后，以书面形式报给物价办公室，物价办公室工作人员根据报送材料明细进行审核后，通知信息中心进行相应的调整维护。

3、病人确实需要的特殊材料，由科室提出申请，器械科按医院招标管理流程办理，物价办公室按照《山东省新增医疗服务价格项目管理办法》的规定进行申报，批准后进行采购及收费。科室提供申报资料参照“新增医疗服务收费项目申报程序和维护方法”。

4、器械科应将需维护信息及时报物价办，物价办审核后及时通知信息中心进行维护，以保证临床正常收费。

九、医疗、药品价格公示制度。为规范医疗服务价格行为，提高药品、医用材料和医疗服务价格的透明度，医院通过银医一卡通自助机、公示牌、医院网站、医院公示栏、住院费用结算清单等方式对药品、医用材料和医疗服务项目进行公示，方便病人查询。

十、收费项目清理。科室应及时把过时的、长期不用的收费项目书面报院物价管理办公室。院物价管理办公室将会同医务部、护理部、门诊部、计划财务部、信息中心进行定期清理，优化网络资源，提高网络运行速度。

十一、收费项目检查。院物价管理办公室将依据绩效考核标准定期或不定期对全院收费项目进行检查。对违反收费规定的科室，将依据检查结果与科室绩效考核挂钩。

十二、违规收费处罚。对各科室的违规收费、超额收费，一经查处，除全部没收外，视情节轻重，另按违规收费总额或超额收费总额的 1—5 倍给予处罚。对由物价部门查处的违规收费，违规收费处

罚金额由被查处科室负担。

十三、本规定自发布之日起执行。

物价办公室工作制度

一、在分管院领导的领导下，做好医疗服务价格管理工作，强化价格管理意识。检查监督全院医疗收费价格的执行情况。

二、认真贯彻国家的价格法律、法规和政策，严格执行枣庄市物价局制定的医疗服务项目收费标准，禁止自立项目、分解收费和乱收费，规范医疗收费行为。

三、努力使医疗服务价格不断适应医学新技术快速发展的需要，及时完成医院新增医疗服务项目的成本测算和收费价格的申报工作。

四、与信息中心配合及时更新、调整、维护医药价格计算机管理系统收费信息，新增项目严格执行“新增（调整）收费项目审批表”程序。

五、实行价格公示制度，通过银医一卡通自助机、公示牌、医院网站、住院费用结算清单等方式对药品、医用材料和医疗服务项目进行公示，方便病人查询。

六、制定物价考核标准，每月开展医院内部价格执行情况监督检查。

七、开展价格调研，采集价格信息，向价格主管部门提供价格运行动态和价格管理信息，反馈价格管理的意见和要求。

8、设立举报电话、信箱，与回访办公室配合认真做好信访投诉接待工作，做到事事有反馈，件件有落实。

兼职物价管理员考核制度

物价办公室每月对各科室兼职物价管理员的工作情况进行检查考核，核对收费明细与病历记录是否相符，检查有无违反物价政策的收费行为。考核结果报绩效管理科，并与绩效工资挂钩。

一、未告知新入院病人关于医药费用公示方式的，经查实扣 1 分。

二、擅自增加收费项目、重复收费、分解收费、提高收费标准、多收乱收、少收漏收费的，经查实扣 1 分。

三、多次错收费并受到病人投诉，经查证属实的，一人次扣 1 分。

四、患者向科室询问物价问题时，不认真解答，推诿患者的一次扣 1 分。

五、配合物价办接受上级部门医药价格检查和院内定期自查，不配合一次扣 1 分。

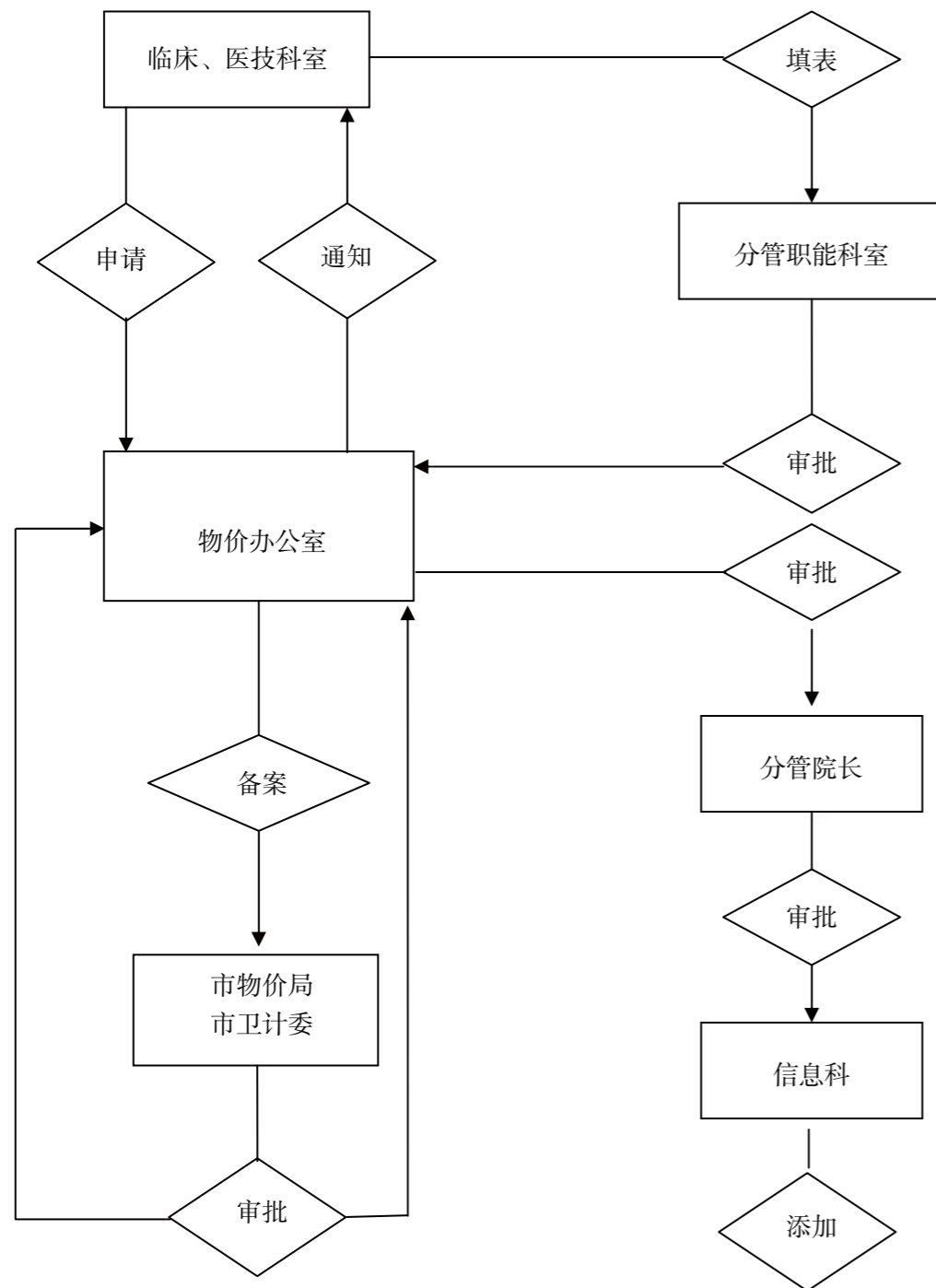
六、对科室新开展的新项目及时向物价办申请，并配合提供相关资料，不配合一次扣 1 分。

七、每日将病人发生的费用明细清单，及时复核无误后打印并交给患者核对，接受患者监督，不按时打印的一人次扣 1 分；不认真复核查出错误的一人次扣 1 分。

八、患者向院回访办、物价、物价局、卫计委等有关部门投诉乱收费问题，经查证属实的，一人次扣 1 分。

九、因价格和收费引起纠纷对医院造成严重不良影响或严重后果的，酌情加重扣分。

价格管理工作流程图



收费复核制度及监管措施

- 一、各临床科室向患者提供住院费用清单查询服务，逐项记录医疗患者每日发生的医疗费用，包括医疗服务、药品及另行收费的医用耗材的名称、单价、数量、金额等。
- 二、各临床科室护士站护士和兼职物价员负责满足患者查询要求并每天免费向患者提供每日发生费用的明细清单。
- 三、患者出院时，各临床科室兼职物价管理员要对患者住院期间发生的每一笔费用进行复核，费用核实无误后，再通知患者到住院处办理费用结算手续。
- 四、患者到住院处办理费用结算手续，住院处向患者提供费用结算发票和总费用清单。
- 五、向患者收取的医疗服务费用，要符合病历中记载的医嘱及与之相对应的收费标准。
- 六、对于病历中未记载的医疗服务以及未允许的医疗服务不得收费，禁止分解医疗费用项目收费，禁止同一时点相同检查、治疗、监测功能医疗服务项目的累加收费，禁止违反价格政策规定超范围超标准收费。
- 七、各临床科室要完善内部监督机制，物价办公室每月对各科室收费工作进行监督检查，考核结果于绩效工资挂钩。

医疗费用查询公示制度

- 为增加医疗服务价格和收费管理的透明度，主动接受患者及社会的监督，消除患者对医疗费用的疑虑，根据省、市价格主管部门有关医药价格公示和明码标价的相关规定精神，特制定如下价格公示制度。
- 一、医院查询系统的工作时间为全天 24 小时。
 - 二、全面公示医疗服务（包括所有诊疗服务项目、药品和卫生材料等）价格，采取多种形式进行公示，如：公示栏、公示牌、电子触摸屏、医院网站等。公示主要医疗服务项目的项目编码、名称、计价单位等内容。
 - 三、在门诊楼设立多台银医一卡通自助机，患者可在上查询了解医疗服务价格和药品、检查、治疗等项的费用，并随时掌握预交金的使用情况。
 - 四、银医一卡通自助机的物价基础信息和调价信息由物价办、药学部提供数据由信息中心及时维护，使患者能够查询到最新的物价信息。
 - 五、建立住院患者“一日清单”公开制度。各病区兼职物价管理员将每日发生费用的明细清单及时交给患者核对，接受患者监督，解答收费疑问，如非本科室收费疑问，应协调院内相关科室予以解决。
 - 六、患者出院前由科室兼职物价管理员对费用进行逐一审核，确认无误后到住院处办理出院结算，出院结算后到相应窗口打印总费用清单接收患者监督，并告知患者务必保管好其发票和费用清单。
 - 七、病人在入院时，由科室兼职物价管理员告知住院患者医药费用查询方式。
 - 八、门诊服务中心、住院处同时为查询的患者提供帮助、指导。

- 九、在医院显著位置公示枣庄市物价监督局价格举报电话和医院价格服务监督电话。
- 十、本办法由物价办公室负责解释。
- 十一、本办法自公布之日起执行。

患者投诉接待处理制度

为依法维护医患双方合法权益，妥善处理医疗服务价格收费纠纷，畅通患者投诉的渠道，和谐医患关系，根据有关法律和文件规定，特制定本制度。

一、接待投诉的部门

医院投诉部门是纪委监察室，在物价办公室也设有专门人员负责接待患者来访和投诉工作。负责同志不在时，物价办其他人员承担起接待的责任。

二、接待处理的程序

- 1、由纪委监察室分转或患者家属通过电话投诉的，由物价办做好投诉记录，对到物价办当面投诉的，由患者或家属写出投诉信，不会写或不愿写的由接待人员代写。
 - 2、接待部门认真填写“投诉记录”，拿出处理意见和完成时限。遇情况复杂，当时不能及时答复的，要告知患者具体答复时间，没有特殊情况应五个告知日内答复患者。
 - 3、处理结果迅速转达投诉者。
 - 4、对确有问题的科室，除按有关规定办理外，还需科室提出整改意见，并通报全院。
- 三、物价办要把投诉的所有资料处理完后，进行归纳存档予以备查。
- 四、对于上级部门转交的投诉，应认真对待，按照接待处理的程序及时处理，同时将结果报上级部门。

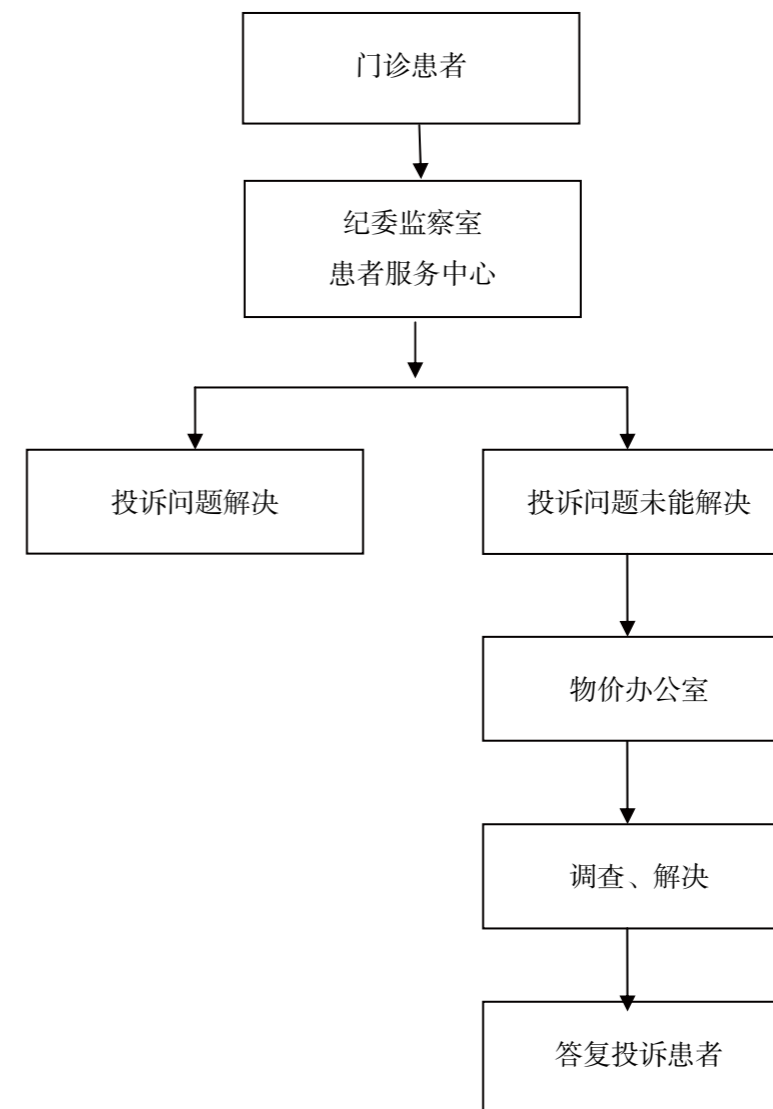
- 五、在医院显著位置公布举报电话，在门诊设置意见箱。
 - 六、接待部门认真对待投诉，不能延误处理，不得推诿。
- 本规定由物价办负责解释。本办法由公布之日起实施。

医疗服务价格投诉处理流程

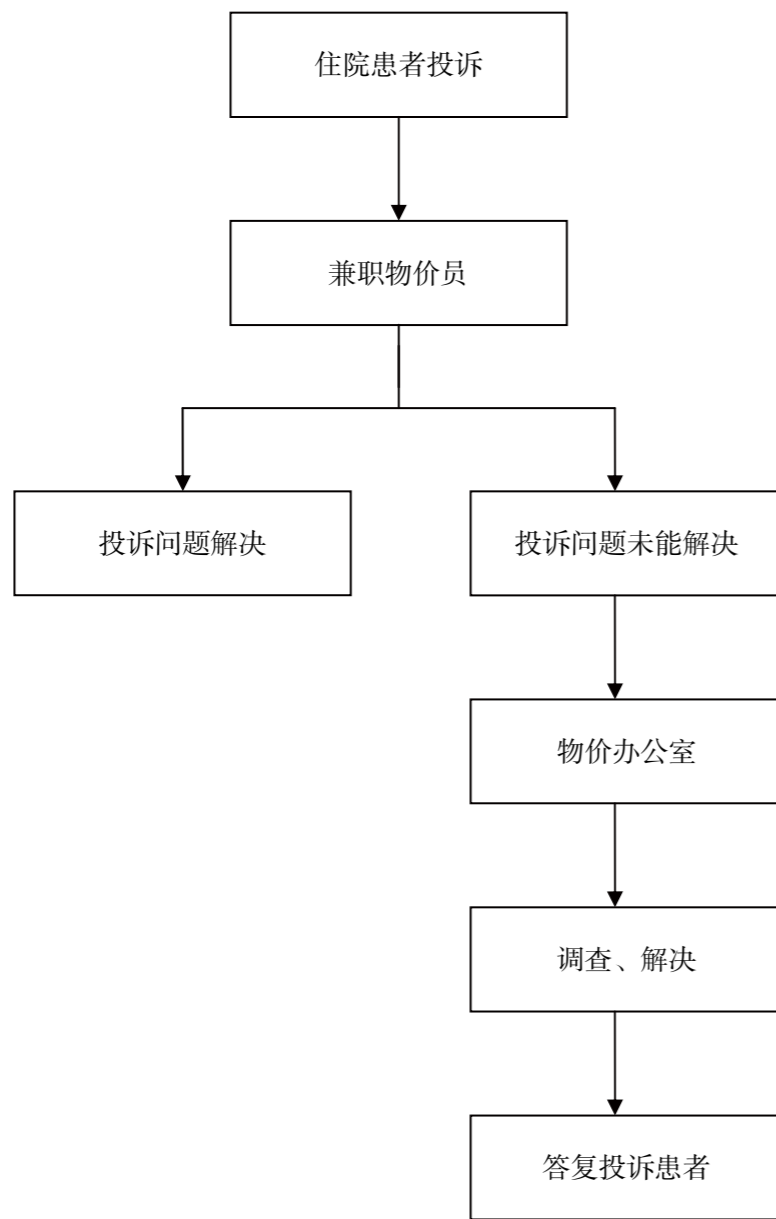
为提高医院收费透明度，增强医患双方费用意识，接受社会监督，有效控制和降低不合理的医药费用，制定我院患者医疗服务价格投诉处理流程和制度。

一、患者医疗服务价格投诉接待流程

1. 门诊患者医疗服务价格投诉接待流程



2. 住院患者医疗服务价格投诉接待流程



绩效管理科工作制度

- 1、认真遵守国家财经法律法规和医院规章制度。
- 2、在院党委的领导下参加医院分配制度改革，负责医院的绩效管理工作。
- 3、负责制定全院的绩效工资管理方案，以及与之相配套的各项措施，本着“按劳分配、效率效益优先、兼顾公平”的原则，积极探索医院、科室、个人之间的利益关系，进一步打破分配中的平均主义，激发全院职工的活力和创造力，并督促方案贯彻执行。
- 4、参加医院有关绩效管理的会议，研究医院分配方案、措施，分析实施情况及存在的问题。不断完善医院绩效考核内容。

- 5、定期深入到科室，了解科室人员对绩效工资发放的意见和建议，及时汇总上报，提出整改意见。
- 6、建立全院各独立核算科室的收支账目，认真落实管理方案条例，做到坚持原则、秉公办事、严格方案、一视同仁。
- 7、及时准确地核算医疗成本，实行成本控制，提高经济效益。负责全院临床医技科室的工作量、成本核算工作，准确及时编制科室绩效工资发放表、工作量统计表、科室支出汇总表、收支明细表等报表。
- 8、严格执行医院绩效工资分配制度、成本管理制度、财务制度等相关制度，认真审核各科室上报的原始凭证，做好科室核算工作。
- 9、有工作计划和总结，不断改进工作。

绩效工资管理制度

- 1、为进一步贯彻按劳分配的原则，强化激励机制，调动积极性，结合医院实际情况，根据不同科室，不同岗位的工作性质和要求，制定合理的绩效工资分配方案，从而促进医院事业可持续发展。
- 2、各经济核算科室绩效工资的制定在考虑到医院总体利益、总体发展的基础上，根据优劳优酬的原则，建立高技术、高责任、高风险、高报酬的分配机制，打破“大锅饭”和平均主义，突出业务人才和管理骨干的报酬，对重点科室及开展新项目，新技术的科室，从管理费及提成比例上适当倾斜，以风险补贴的形式，体现全院统一统筹，兼顾公平的原则。
- 3、实行以降低科室运行成本为重点的院科两级核算，完善成本核算制度，实行成本控制，增收节支。制定成本额和人员定额，并根据科室实际情况，在上一年的基础上进行调整。
- 4、扶持科室发展给予支持，及时收集了解绩效工资分配制度执行中出现的问题，及时分析解决，充分发挥绩效工资分配的激励作用。随着医院的发展，每年调整、修改、完善医院的绩效工资分配方案，以适应发展的需要。
- 5、根据绩效考核制度和考核标准，各职能科室结合行政、业务查房，以定期不定期形式对下属业务科室进行考核。
- 6、绩效工资以多项考核指标作为核算条件，对科室的各个方面进行全面评价，统一核算，实行量化考核，根据每月各职能科室考核结果奖优罚劣，保证绩效工资分配与工作业绩挂钩。
- 7、各科室实行绩效工资二次分配细则，须经科内全体人员讨论通过后执行，本着“按劳分配、效率优先、兼顾公平”的原则，打破二次分配中的“小锅饭”，注重向医疗人才、高职称人员，学科带头人倾斜，体现绩效工资的激励作用。
- 8、行政后勤科室绩效工资分配根据工作任务完成情况和不同岗位级别拉开档次，采用以岗位分级、以级分档、以档分系数的原则及综合量化确定个人绩效工资标准。绩效工资实行按月操作发放，每人每月的绩效工资额随临床医技科室的增减情况进行动态调整。

医院绩效考核实施办法

根据国家和省医药卫生体制改革精神和我市《关于进一步深化医药卫生体制改革的实施意见》(枣办发【2016】15号)、《关于城市公立医院综合改革的实施意见》(枣卫字【2016】15号)、《枣庄市公立医院综合改革绩效考评办法》(枣卫字【2016】26号),结合我院实际,对原绩效考核方案进行了修订。

一、绩效考核的指导思想

探索制定绩效工资核定办法,合理确定医务人员收入水平,着力体现医务人员技术劳务价值,重点向临床一线、关键岗位、业务骨干和突出贡献人员倾斜。通过考核进行收入分配,多劳多得、优绩优酬,建立动态调整机制。

二、绩效考核的原则

1、坚持岗位管理、分级分类原则。按岗位职责要求既考核科室又考核个人。科室按临床、医技、机关、后勤分类,个人按专业技术、管理和工勤岗位,各岗位人员又按不同层次进行考核。

2、坚持效率优先、兼顾公平原则。绩效考核坚持质量第一,突出各项工作质量、数量指标的完成情况,效率效益优先,兼顾公。

3、坚持科学规范、客观公正原则。科学制定绩效考核办法,规范考核程序,实事求是,确保考核过程民主公开,和考核结果的客观公正,建立以公益性为核心的公立医院绩效评价体系。

4、坚持全面考核、综合评价原则。坚持定期考核与不定期督查相结合,综合考虑服务数量、服务质量和效率效益等因素,合理量化考核标准和细则,对全院各岗位和各级各类人员进行多层次、全方位的综合考核。

5、坚持优绩优酬、有利发展原则。加大考核力度,坚持考核结果与绩效工资紧密挂钩,切实做到奖优罚劣,优绩优酬,并向关键岗位、高风险岗位和急难险重的岗位倾斜。

三、绩效考核的内容

绩效考核以《三级综合医院评审标准实施细则》为依据,充分体现依法执业、履职尽责、服务数量、服务质量、效率效益、服务对象满意度和各项重要任务完成情况、重大活动组织开展情况等。

1、对各科室考核主要在以下几个方面:

(1) 综合管理。具体考核依法执业、遵章守纪、管理成效、队伍建设、团结协作、行风建设、民主管理、安全生产、计划生育、综合治理、设备设施管理、重大活动开展、重要任务完成、决议(决定)贯彻执行情况等。

(2) 业务指标。主要考核各科室医疗护理服务数量、质量和安全、科研教学、服务效率以及药占比、耗占比、次均费用等目标责任指标完成情况。

(3) 经济效益。具体考核各科室医疗费用控制情况、收入结构、成本控制、费用结算、资产管理等,倡导以最少的投入或最少的资产占用获得最大的效益,确保国有资产保值、增值。

(4) 满意度评价。具体考核各业务科室对行管后勤科室的满意度、患者对业务科室的满意度、临床对医技科室的满意度和职工对管理人员的满意度等。

2、对各级各类工作人员的考核要根据各类、各等级岗位的不同特点和要求,依据岗位职责,考核其工作数量、工作质量、工作效率、劳动纪律、职业道德、服务对象满意度等岗位业绩及贡献情况。

四、绩效考核的方法

1、成立绩效考核领导小组。医院成立由院领导班子成员、工会、纪检、人事、财务、审计和职工代表组成的绩效考核工作领导小组,负责全院的绩效考核工作。领导小组下设绩效考核办公室,具体负责绩效考核工作的协调和落实,办公室设在绩效管理科。各科室成立由科主任、护士长和职工代表组成的考核小组,负责对本科室各级各类工作人员的绩效考核。

2、实行全面绩效考核评价体系。

(1) 职能科室对业务科室的考核:各职能科室根据应考核的内容,按照本科室职责范围,科学制定各业务科室绩效考核评价细则,对考核标准进行细化和量化,并确定考核指标的权重。全院各科室根据本科室的工作任务、工作性质、岗位设置等情况,制定本科室工作人员绩效考核实施办法。

职能科室负责对业务科室考核,实行1000分制,考核分值分配为:

医务部 200分	护理部 180分
门诊部 80分	感染管理科 80分
医管理科 80分	药学部 70分
公共卫生科 50分	应急办公室 50分
器械科 50分	党群工作部(计生办) 20分
纪委、监察室 20分	人力资源部 20分
办公室 20分	信息中心 20分
计划财务部、审计科 20分	保卫科 20分
后勤服务部 20分	

(2) 质量与安全管理办公室(医院标准化办公室)对职能科室的考核:

医院标准化建设办公室按照枣医政发〔2014〕70号《枣庄市立医院标准化建设工作实施方案(试行)》精神,根据枣医政发〔2014〕90号《枣庄市立医院标准化建设工作考核办法(试行)》中职责要求,每月有一位院领导带队,相关职能部门负责人参加,按照“枣庄市立医院标准化建设月督导台账”和“枣庄市立医院标准化建设考核标准”对职能科室进行考核。

3、绩效考核时间。绩效考核每月一次。可采取综合考核与专项考核相结合、日常考核与定期考核相结合、职能部门考核与服务对象评议相结合的方式进行。各科室的月考核结果应于次月5日前通过绩效考核程序上报院绩效考核办公室;绩效办应于每月15日前将全院绩效考核情况汇总报院绩效考核领导小组审批,然后通过院内网进行公示;每月25日之前兑现绩效工资。

五、绩效考核结果的运用

每人每月从奖励性绩效工资中预留30%纳入绩效考核。通过服务数量、服务质量、控制成本、效率效益等指标核算确定各科室的应发绩效工资额,各科室的绩效考核结果,直接决定绩效工资的实际发放,并作为科室半年总结、年终总评的依据。考核实行1000分制,每减1分扣发科室绩效工资的2‰,对反复出现的问题从第三个月起每减1分扣发科室绩效工资的1%。如科室绩效工资被全部扣除,则扣发随工资发放的剩余70%奖励性绩效工资部分。

各级各类工作人员的考核结果除直接影响绩效工资的发放外,还应作为本人年度考核、表彰奖励、岗位聘任、职称(职务)晋升等工作的重要依据。应建立相应的绩效考核档案。

工作人员的绩效工资分配,应坚持多劳多得、优绩优酬,重点向关键岗位、风险大的岗位和做出突出成绩的工作人员倾斜,向承担公共卫生服务和重大急难险任务的岗位倾斜。

成本管理制度

为了加强医院内部经济管理,优化各项资源配置,提高经济效益,打造节约型医院。在保证医疗服务质量的前提下,严格控制成本支出,努力强化医院成本管理,通过成本核算管理提高劳动效率、病床使用率、设备利用率等各种工作效率,从而提高诊疗人次及减少病人费用负担,使医院的经济效益和社会效益达到最大化。

一、建立健全医院成本管理、核算组织体系

医院成立成本管理领导小组,全面负责对全院成本管理工作 and 核算工作的组织、领导、协调和落实。医院绩效办配备专职的成本核算人员负责具体的成本核算、审核工作。各职能科室对成本费用实行归口管理。各业务科室、信息部门、物资管理部门应配合做好基础资料的统计编报工作。

二、完善成本核算的基础工作

- 1、建立健全医院固定资产、药品、材料、低值易耗品等各项物资财产的计量、计价、验收、领退、内部转移、报废、清查、盘点等制度。
- 2、制定必要的消耗定额和人员定额,加强定额定员管理。
- 3、建立和健全有关成本核算的原始记录和凭证,并建立合理的凭证传递程序。
- 4、制定合理的内部结算价格和内部结算方法。
- 5、进一步加强信息化管理,提高医院成本核算效率和效果。

三、医院成本核算遵循的原则

- 1、合法性原则。即计入成本的费用都必须符合法律、法令、制度等的规定,不符合规定的费用不能计入成本。
- 2、配比原则。即要求严格遵守权责发生制原则,按受益期分配确认成本。
- 3、一贯性原则。即成本核算所采用的方法前后各期须保持一致,使各期的成本资料有统一的口径,前后连贯,互相可比。
- 4、按实际成本计价的原则。
- 5、重要性原则。即对成本有重大影响的项目,应作重点核算,力求精确;对其他内容,则可在综合性项目中合并反映。

四、医院成本核算的对象和目的

- 1、医院总成本。按照会计核算分期归集医院各期的成本。主要通过对医院开展业务活动过程中的各项活劳动和物化劳动消耗进行计量和计算,从而获得可靠的数字依据。目的是在保证医疗业务质量的前提下,努力降低费用消耗,节约使用人、财、物,以减少病人经济负担,使医院在竞争中能立于不败之地。
- 2、科室成本。以科室或班组为具体核算单位,对业务活动中的各项消耗,通过记录、计算、对比、分析,力求用较少的劳动和物资消耗,换取较大的经济效果,达到明确经济责任、开源节流的目的。
- 3、项目成本。根据医院管理需要,对医院开展服务活动中的各种手术、检查、化验、治疗等具体项目进行成本核算,达到较为全面、较为有效地控制成本的目的。

五、成本费用实行归口管理

- 1、计划财务部和人力资源部负责分管与人员经费有关的成本费用,控制各科室劳动生产率、职

工人数、工资总额等指标,用好、管好人力资源。

- 2、院办、医教、护理等行政管理部门负责分管与医院日常公用经费有关的成本费用,控制办公费、差旅费、业务招待费、邮电费、会务费等项指标,合理控制相关支出,避免损失浪费。

- 3、物资管理部门负责分管与物资消耗等有关的成本费用,控制物资消耗费用、物资储备等指标,做好节约采购费用、改进物资采购、降低保管费用等工作。

- 4、后勤服务中心负责分管与动力能源消耗、后勤保障、服务供给相关的有关成本费用,控制水、电、气费等消耗指标,指导和考核各科室节约使用水、电、气。做好统计数据、考核包干质量等工作。

- 5、维修保养部门负责分管与设备维修保养有关的成本费用,控制修理费用等指标,指导和考核科室正确使用设备仪器。

六、建立成本分析制度

成本分析是成本管理工作的一项重要内容,它是利用成本计划、成本核算资料及其他有关资料,运用一定的技术方法,研究成本的形成和变化情况,分析成本计划完成情况,寻求降低成本途径的一种成本管理活动。

(一) 成本分析的内容

- 1、分析成本计划完成情况;
- 2、分析产生差异的原因;
- 3、制定降低成本的措施;
- 4、根据需要撰写成本分析报告。

(二) 成本分析的方法

- 1、比较分析法。是将不同的成本指标进行数据比较以确定其差异的方法。比较分析的内容有:计划与实际对比,说明成本计划完成情况;本期与上期对比,了解成本升降的动态及趋势;本院与同类型医院对比,以促使医院进一步挖掘潜力,赶超先进水平;本期与历史最好水平对比,找出差距,明确方向。
- 2、标准成本分析法。比较分析法的一种特殊形式,是以预定的服务项目标准成本为基础,将实际成本与其相比较,揭示各种成本差异,找出原因,为成本控制和成本考核提供资料。
- 3、因素分析法,是从数量上确定一个经济指标所包含的各个因素的变动对该指标影响程度的一种分析方法。

七、落实成本考核制度

为了正确地评价医院及各科室成本管理工作的成效,要进行成本的考核工作,把成本的考核与建立院科二级负责制结合起来,通过每月的全成本绩效核算体系,让科室对自己的各项指标有一个横向的对比,通过这种与科室绩效挂钩的形式进一步调动全员职工的积极性,打造节约型医院。

每年年底根据科室在成本核算中做出突出成绩,并产生好的效益的科室,医院根据具体情况给予奖励。

成本控制实施措施

通过对医院开展业务活动过程中的各项消耗进行计量和计算，在保证医疗业务质量的前提下，努力降低费用消耗，节约使用人、财、物，以减少病人的经济负担，使医院的经济效益和社会效益达到最大化。

一、医院绩效管理科负责具体的成本核算与费用审核工作。

二、计划财务部和人力资源部负责分管与人员经费有关的成本费用，控制各科室劳动生产率、职工人数、工资总额等指标，用好、管好人力资源。

三、院办、医务部、护理部等行政管理部门负责分管与医院日常公用经费有关的成本费用，控制办公费、差旅费、业务招待费、邮电费、会务费等项指标，合理控制相关支出，避免损失浪费。

四、物资管理部门负责分管与物资消耗等有关的成本费用，控制物资消耗费用、物资储备等指标，做好节约采购费用、改进物资采购、降低保管费用等工作。

五、各职能科室对成本费用实行归口管理。各核算科室领取的所有物品须按月报计划，经归口职能科室及分管院长审批后方可领取。计划外物品需特批。

六、科室领取物品必需由科主任或护士长签字，其他人员不得代理，物品清点入库，专人保管。领物单按月归类，保留至少一年。

七、各业务科室、信息中心、物资管理部门应配合做好基础资料的统计编报工作。

八、要求各临床科室每年的消耗收支比教上年有所下降。

九、医技检查科室制定年消耗定额，节奖超罚 50%。

十、及时收集、保管、核算有关成本核算的原始记录、凭证。

十一、各临床科室及医技检查科室具体计入支出项目：

人员工资（包括医院负担的“三金”）；保健费；夜班费；固定资产折旧；水电消耗；各类物品消耗；材料消耗；专家门诊提成；病人欠款；保洁用品、药品等。

十二、基建维修中心负责分管与动力能源消耗有关的成本费用，控制水、电、气费等消耗指标，指导和考核各科室节约使用水、电、气。

十三、后勤服务中心负责分管与后勤保障、服务供给相关的有关成本费用，做好统计数据、考核包干质量等工作。

十四、维修保养部门负责分管与设备维修保养有关的成本费用，控制修理费用等指标，指导和考核科室正确使用设备仪器。

十五、物资管理部门负责分管与物资消耗等有关的成本费用，控制物资消耗费用、物资储备等指标，做好节约采购费用、改进物资采购、降低保管费用等工作。

关于对办公费用实行定额管理的规定

为进一步加强办公费用管理，控制办公用品消耗及领用，增强职工的节约意识，做到既满足工作需要，又杜绝浪费，现对我院办公用品的定额管理做如下规定。

一、本规定所包含的办公用品包括文具事务用品类，如书写用品、办公本簿、文具档案等；办公耗材类，如打印耗材、装订耗材、办公用纸、电脑耗材等；日杂百货类，如一次性用品、清洁用品、劳保用品、五金工具等。

二、办公用品实行定额管理，按照科室人数每人每月 8 元标准，科室人数依据人力资源部提供数据为准。

三、如遇大型活动，如会议、培训等，集中采购、领用办公用品，由科室提出书面申请，相关职能科室进行审核，报院领导审批后，不纳入定额管理。

四、为加强办公用品定额管理工作的监督、落实，对办公用品定额进行考核，对于考核结果每月进行汇总，每半年从绩效工资中进行集中兑现，按照节约部分 50% 予以奖励，超出部分 50% 予以处罚。

五、医院定期对定额标准进行审定，以确保定额标准的合理性。修改意见由绩效办在充分调查、总结和分析的基础上提出建议，报院领导审定，必要时报院长办公会批准。

第十二部分 后勤保障与信息管理制度

后勤服务部工作制度

一、后勤工作坚持为临床、教学、科研、职工和病人服务的宗旨，树立良好的职业道德，为医教研提供全方位的后勤保障工作。

二、坚持例会制度，总结布署工作，传达领导指示。

三、坚持查房巡视，征求意见，发现维修、供应及后勤管理中的问题，按照优质、及时、节约的原则为科室解决问题。

四、坚持首接电话人员负责制，坚持下收、下送、下修制度。

五、水、电、空调等实行 24 小时值班制度，出现故障及时处理。

六、对全院房产、家俱、设备等固定资产设专人管理，并坚持建帐、立档制度。

七、建立健全规章制度，分清责任，有章可循，严明纪律。

八、开展修旧利废、增收节支活动。

九、配合保卫科定期进行安全检查，搞好防火、防盗等措施的落实。

十、做好本科室设备技术档案管理等资料的登记、保管、使用、整理、归档的管理工作。

后勤值班制度

一、值班人员应按时值班，提前到岗做好各种后勤作业器械工具的准备工作。

二、值班期间必须严格遵守劳动纪律，按时上下班，不迟到、早退、擅离职守，并保证值班电话 24 小时畅通。

三、若水、电、暖等发生故障时，值班人员应在 10 分钟内到达现场，及时维修。如遇自身处理不了的故障时，应迅速报告上一级领导，以组织力量修复。

四、值班人员必须掌握正确实施应急处理方案，遇突发性事件应保持冷静，果断，及时妥善处理值班中遇到的情况和问题。

五、值班期间的工作量、用料等应认真、如实记入值班记录簿。

六、对夜间一时完不成或无法完成的工作，次日应及时向主任汇报。

七、值班人员要认真执行各项规章制度，不脱岗，值班期间不做与工作无关的事情，不饮酒等。

八、值班人员有事（包括公事、私事）或因病不能值班时，报经带班领导批准后，由本人自行调换班次，并登记，严禁擅自不值班或值班脱岗。如有特殊情况，应向总值班说明去向。

九、值班人员要有高度的责任心，严格执行值班、交接班制度，安全工作规程等。做好科室安全保卫工作，防火防盗。

后勤设备管理制度

医院设备是保障医、教、研活动正常运转的基本条件，也是构成医院基础质量的基本要素，它不仅具有为医疗活动提供条件保障的一面，而且还有为病人和医院职工提供生活服务的一面，因此搞好医院设备的管理，发挥设备的功能和作用，使之更好的医、教、研服务，为病人和医院职工服务，是医院管理的一个重要内容。设备保障性高，要能满足医院随机性、时限性、应急性特点的客观要求，在医院设备管理要做到：

（1）医院各项设备的配置应与医院的任务、规模、科室设置和诊疗需要相适应；

（2）医院设备的配置除考虑保证正常需要外，尚应考虑应急储备条件，如应备有备用发电机组，备用上水、储水设施、备用锅炉等；

（3）建立一支训练有素、既能保证设备的正常维修，又能做出快速反应投入急修的工程技术队伍；

（4）建立和健全值班制度，严格岗位责任制，做到坚守岗位，随叫随到；

（5）要重视设备的更新和改造，保证设备技术的先进性，以适应医院业务发展的需要；

（6）必须树立安全第一的观念，制定安全操作规范，对新进人员要进行安全操作教育；

（7）各项设备的设计、安装、运行和维修，均应制定必要的安全标准；

（8）要建立定期维修、检查制度，以保证各项设备的完好性。如建立设备的保养制度和“四定”制度（定岗位职责、定操作规程、定专人负责、定期检修）；

（9）要加强设备的计划配置和合理配置，避免由于配置不当而造成大机小用或闲置不用；

（10）要充分发挥设备的潜力，通过对设备的技术改造或增加必要的附属装置后，做到一机多用，挖掘设备潜在功能；

（11）要重视设备的维护保养，定期检修，提高设备的自然寿命，使设备始终处于良好的技术状态；

（12）要重视节约能源，节约燃料和原材料，节约业务费支出，尽可能的减少投入，降低医疗成本。

后勤物资采购制度

一、采购员必须充分掌握市场信息，收集市场物资情况，预测市场供应变化，为医院物资采购提出合理化建议。

二、严把质量关，认真检查物资质量，在保证质量的前提下，力求价格低廉。

三、采购的物资要适用，避免盲目采购造成积压浪费。

四、严格按采购计划办事，执行物资预算，遵守财经纪律。

五、外加工订货，要对生产厂家及物资的性能、规格、型号等进行考察，将结果与使用单位协商，择优订货。

六、签订合同，必须注明供货品种、规格、质量、价格、交货时间、货款交付方式、供货方式、违约责任等，否则，造成的损失由采购人员负责。

七、及时与仓库联系，做到购货迅速，减少运输中转环节，降低库存量。

后勤仓库物资管理制度

一、认真贯彻执行国家的经济政策和各项规章制度，遵守财经纪律，任何人不能以权谋私，假公济私，损害医院利益。

二、加强计划管理，通过会计核算及时正确地反映计划执行情况。每月报计划，经院领导批准，方可采购。库存物资定额控制在 10 万元以内，保证全院供应工作，防止积压。

三、一切物资入库时，必须在规定时间内办理入库手续。入库前必须检验数量、质量、规格、型号，合格后方可入库。入库的物资设备，说明书资料不齐全或质量、数量、规格不符时，不得入库，由采购人员负责与供货单位联系处理。

四、仓库管理要做到三清、两齐、四号定位和九不。即：

1、三清：规格清、材质清、数量清。

2、两齐：库容整齐、摆放整齐。

3、四号定位：按物类或设备的库号、架号、格号、位号存放。

4、九不：不锈、不潮、不冻、不腐、不霉、不变质、不坏、不漏、不爆。

五、定期编制仓库库存情况报表，一切报表应符合规定，帐物相符。

六、物资发放须按计划执行，并且有一定批准手续，经后勤服务中心核对后，方可由会计开具出库单，领取人签字。维修物品，执行后勤务中心领料单，科室签字，当日由库房会计开具出库单，领取人签名。

七、各科室使用的一切物资要有专人领取和专人管理，严格物资领用制度，物资入库要有一定手续，建立台帐，做到合理使用，杜绝浪费。所有购入物品，首先由保管员验收，核对合格，后勤分管主任核对并签字后，方可办理入库手续。

八、库存物资必须按国家规定合理损耗。低值易耗物、仓库报废物资必须每月或每季度一报。经后勤、财务、审计等部门查看、审核，报分管院长审批后报废，由财务科处理帐务，如有损耗，查明原因，写出报告，经院长审批后做帐务处理。

九、严格执行仓库岗位责任制，无关人员不准进入库内，库内禁止烟火。

十、物资出入库必须点数，做到帐卡物相符。物资不得出现损坏、变质、短缺等现象。

后勤仓库物品安全管理制度

一、库房内严禁烟火，注意防潮防盗。

二、物品堆放要整齐，间距要适当，使用的灯泡不超过 60 瓦，并保持上下左右不低于 60 公分。

三、（夜晚）在停电时，使用的蜡烛不准靠在物品上。

四、严格管理好门窗，上下班各检查一遍，不给坏人造成有利条件，以防物品丢失。

五、杜绝在仓库内留人过夜。

六、要做到人走灯灭，保证安全。仓库保管员掌握消防器材的使用方法。

后勤仓库领物制度

一、到库房领取各种物品一律凭后勤服务部签发的“领物单”。无“领物单”，一律不受理。

二、器具、器皿按标准配备后一般不能增加。因报损减少的，经后勤主任批准，方可补发。

三、领取相对固定的物品，如脸盆、暖瓶、隔离衣、各种工具等，交旧发新。

四、每周一、三、五为领物时间（特殊情况例外：如手术及临床应急物品领取）。

五、库房应坚持物品下送制度。

六、科室使用的物品质量、规格不合格者，可在当天内到库房退换。

物资领用“五定一签名”管理规定

一、物资领用限定类别

各科室必须按分科专业领取物资，不得申请领取与本科业务无关的物品。物资管理各个环节要严格把关。

二、物资领用限定数量

科室必须根据已报计划和业务需求分批领用库存物资。领用物品必须由各科室物资管理员进行登记备查，说明物品消耗去向，当月领出物品的数量要与当月的工作量、收入同步。

三、物资领用限定金额

健全资金内部控制制度，领用物资必须严格执行计划资金领出。无计划、超预算资金一律不得发放。

四、物资领用限定人员

医院规定科室指定 1-2 人签领物资，其他人不得签领。一般限定只有护士长、科主任或兼职物资管理员签名才可领物，并将签领的物资交科室物资管理员进行登记备查，以保证物资的安全。

五、领出物资限定专人保管

科室的备用物资管理实行“领管分离”原则，科室设置兼职的物资管理员。物资管理员对本科的物资使用、消耗，特别是对一些价值较高的物资及部分直接使用到病人，可以收费的材料是否已经记账收费等，都必须进行认真的登记和核销。

六、领用物资专人签名

物资领出实行专人签名。各核算单元将本科室物资领出限定的 1-2 人签名名单原件，经后勤审核后，存放设备仓库。发放物资时，必须由核定的专人签名才有效，其余人员签名领物一律不许发放。仓库将专人签名的出库单存放好，以备后勤相关人员定期检查。

仓库物资下送制度

为进一步加强医院后勤物资管理，使后勤服务工作变被动为主动，变后勤为前勤，更加人性化、科学化，更好地服务临床，从 2012 年 3 月起，我院后勤库房推出物资下送制度。

后勤服务中心根据计划内物资采购清单备货下送到申领科室，在原则上每月集中下送一次，应急物品随时下送。

物资下送制度的实行，有利于库房物资有计划地管理，以保证临床物资供应。同时确保后勤支持系统到位，免去了临床科室以往为领用物资而往返消耗在路上的时间，把时间还给病人，真正体现“以病人为中心”的服务宗旨。

后勤物品报废处理制度

一、物资、设备使用到一定年限或特殊原因不能继续使用可申请报废，5000 元以上重大设备报废必须按医院领导集体重大问题议事规则规定办理后方可报废。

二、低值易耗品的报废交旧，使用科室填报废单，后勤主任签字，业务仓库办理，超过 200 元以上单件物品，填报废单，后勤主任签字，主管院长签字后后勤仓库办理。

三、报废后低值易耗品不能废旧利用者，后勤报主管院长签字后，方可处理。

四、报废后的固定资产帐卡，要同时冲帐，以免帐物不符。

五、废旧物资的处理要报请主管院长审批方可处理，残值收入全部交财务科入帐，不得私自赠送和占为己有。

厉行节约反对浪费制度

一、指导思想

为进一步加强医院管理，提高医院干部职工“艰苦奋斗、勤俭节约、廉洁自律”的意识，培养员工勤俭节约的良好习惯，堵漏节支，形成坚持厉行节约，反对铺张浪费的良好风尚，结合工作实际，特制定本制度。

二、主要内容

1、倡导艰苦奋斗，增强节约意识

要求全体干部职工要认真学习关于厉行节约的八项规定，崇尚节约，杜绝奢侈浪费行为，努力从自己做起、从一点一滴的小事做起，自觉养成节约每一度电、每一杯水、每一张纸的良好习惯。恪守制度、互相监督，努力在全院营造“以艰苦奋斗为荣、以骄奢淫逸为耻”的浓厚氛围。

2、领导重视，强化责任

要把开展厉行节约反对铺张浪费工作列入党政议事日程，加强领导，强化责任，狠抓落实。领导干部要立说立行，以自身的表率作用推动专项活动的深入开展。

3、建立健全财务管理制度

医院财务科、总务科及相关科室要进一步完善财务、物资管理制度，严格报销审批制度，完善公务接待制度、车辆管理使用制度、外出参加学术活动制度、基建修缮管理制度、水电管理制度、医疗设备管理制度、材料药品设备采购制度等等。

4、节约用电、用水

各科室，当室温高于 25 摄氏度时方可使用空调。空调设定温度不得低于 26 摄氏度，并注意关闭门窗。人员离开科室较长时间的须关闭空调。提倡下班前 30 分钟先关空调；各科室根据需要开启照明灯，尽量采用自然光照，坚决杜绝“白昼灯”和“长明灯”现象，离开科室时要随手关灯，下班后应关闭电脑；加强用水设备的日常维护管理，及时维修、更换漏泄的供水管、水龙头和卫生洁具，防止跑冒滴漏，水龙头尽量开小，用完随手关闭，避免“长流水”现象。

5、加强公务用车管理

严格执行我院《车辆管理使用制度》，鼓励出差、下乡乘坐公共汽车，特殊情况需用车时应向办公室预约，长途用车需经本院主要领导批准；科学核定油耗定额，尽可能节约用油；驾驶员必须精心操作，保护车辆，减少维修费用；严格控制公车私用，严格执行车辆更换、购置报审制度；

6、规范办公用品采购

各科室需要的物品必须按规定由后勤进行集中采购，采购中应坚持货比三家，物美价廉，择优选购。

7、严格办公经费管理

加强办公经费预算管理，严格办公经费支出审批程序，从紧控制办公经费支出；办公经费管理使用应公开、透明，严禁以办公用品名义列支其他费用。

8、节约办公用品

充分利用网络办公自动化系统，加快推进无纸化办公，减少纸张文件的印制，应双面用纸，减少重复打、复印次数；打、复印纸张的厚度、纸质以适用为标准，控制采用高价高品质的纸张；打印机的油墨、墨粉用完后要重新灌装，再次使用；钢笔书写，减少圆珠笔或一次性签字笔的使用量；严格控制通讯费用支出，根据工作需要，正确选择电子邮件、电话、挂号、普通邮件等通信方式，提倡言简意赅，缩短通话时间。大宗印刷要通过协议供货形式，择优选择印刷厂家。

9、从严控制旅差费用

公务出差应注意节约，从严控制搭乘飞机，尽量减少各项旅差开支。住宿、交通等旅差费用标准，必须严格遵守有关规定。

10、严格出国（境）管理

不组织、不参加各类公款出国（境）旅游，从严掌握因公出国（境）任务安排，减少出国团组，控制出国（境）人数和在外停留的时间。因公出国（境）经费支出掌握在公务接待总费的 5%。

11、明确公务接待标准

公务接待实行对口接待，从严控制接待标准和陪餐人数，一般不安排盒烟，一律不安排各类娱乐性消费活动。医院会餐一律安排在医院食堂。同等级接待用工作餐，一般安排在医院附近普通餐馆，特殊情况须经主要领导批准。上级接待安排在政府指定宾馆。严格控制接待用餐标准，不搞超标接待。公务接待原则上谁分管谁陪餐。严格执行先审批后接待制度，接待来客来宾提倡土菜、土酒，严禁午餐饮酒。严格控制公务接待香烟，申领香烟必须办理审批手续。严格控制用公款组织娱乐消

费活动。建立公务接待支出公示制度，招待费支出情况要接受干部职工监督。

12、严格控制会议、庆典、节会，确需召开的会议，须报主要领导批准，并从严控制规模和经费支出。

13、注意爱护公物

对配发给工作人员的办公用品，总务要登记造册，落实管护责任；全体工作人员应珍爱公物，合理使用，妥善保管，保持用具的使用性能，严禁侵占公物行为。

三、奖惩措施

1、因管理不力、使用不善而造成公物灭失或损坏的由其责任人依据现行同类物件标准给予赔偿。

2、把厉行节约工作纳入科室评优活动督查考核的重要内容。要求各科室加强对该工作制度的督促检查，及时制止浪费行为。

3、对贯彻执行本制度做得好的科室和个人，要给予表彰奖励，对浪费现象严重的将予以通报批评。

厉行节约、反对浪费工作实行一把手负责制，医院主要领导、各科室主任对该工作要亲自抓，带头执行，并采取有效措施，严格管理。同时，医院办公室、财务科、后勤服务中心、药械科等职能科室要进行定期或不定期检查，对发现的问题及早解决，对执行不力、造成浪费等不良后果，将追究科室主要负责人的责任，并进行通报批评，确保各项规定落实到位。

电工房工作制度

一、负责全院办公医疗、用电线路、照明设施的维修及负压吸引和后勤临时性任务。

二、电工人员必须具备电学的基本知识，持有证书。熟练掌握《电业安全工作规程》，对医院各主要线路、设施应基本掌握，有计划地定期修缮及保养，保障线路通畅。

三、实行24小时值班制，有维修任务值班人员应随叫随到，在10分钟内到达现场，并加班加点，保证用电安全及用电设备的正常运转及其它故障的及时排除。若遇疑难问题，应及时上报有关领导组织抢修。值班期间的工作量、用料等要记入值班记录簿。值班人员不得脱岗，如有特殊情况，应向总值班说明去向。

四、电工人员要经常到各科室巡视（每周不少于3次）维护线路通畅，检查安全用电情况，对于违章用电予以坚决制止。发现盗电没收盗电用器，并上报领导，办理罚款手续，对发现者给予奖励。

五、每个电工要熟练掌握使用消防器材，发现情况应及时处理。

配电室安全管理制度

一、加强对电的管理，进行上岗前培训，持证上岗，提高业务素质，做好安全防范工作。

二、经常定期检查我院各科用电设备和各条线路的畅通安全，特别是对要害部门要做到心中有数，发现隐患要及时向主管部门上报，并督促整改。

三、正确使用和维护电气设备，两者要很好地结合，互为监督，建立健全各种用电制度，对重要的医疗器材、设备要分类编码、立档建卡。

四、配合保卫科经常不断对职工进行安全教育，做到不私自安装电线，并做到节约用电，人走灯灭。

五、每个电工要熟练掌握使用消防器材，发现问题及时处理。

电工值班制度

一、值班人员要坚持严谨细致的工作作风，密切搞好协作、配合，确保配电系统的正常运行。

二、值班人员应按时值班，提前到岗做好各种器械工具的准备工作。

三、若用电发生故障时，接到通知应在10分钟内到达现场，及时维修。

四、值班时要时刻注意安全，严格遵守操作规程，按照电操作规范进行故障排除和维修。

五、没有接到上级指令，不得随意停电。若遇紧急故障非得停电时，应在抢险的同时立即报告领导。

六、值班期间的工作量、用料等记入值班记录簿。

七、对夜间一时完不成或无法完成的工作，要与下一班详细交接，并于次日及时向后勤主任汇报。

八、值班期间，不饮酒，不做与值班无关的事。

九、值班人员不得脱岗，如有特殊情况，应向总值班说明去向

十、值班人员认真执行医院的有关制度和规定，按时交接班，做好交接班记录。

医院配置到各科电器设备管理规定

一、各种需配置的电器设备必须报院领导批准，后勤服务部购置并登记造册，保卫科备案，并给予定期检查。

二、对医院配置各科的电器设备，在使用时必须保证完好无损，如发现打火、漏电现象，及时通知电工进行维修，方可使用。

三、各病区患者或陪护人员，不准私自使用电器设备做饭、取暖，各科护士长要经常进行检查，一经发现要进行规劝或给予没收。

四、使用电器一定按照防火安全制度执行，不得私自乱拉乱接，并做到节约用电，及时关闭电流。

五、各科义务消防员有责任监督用电安全，发现问题及时报告有关部门。

六、配电室定期（每周不少于3次）对病房电器使用及安全情况进行检查，对违规现象及时提出整改意见，并与各科目标考核挂钩。

锅炉房工作制度

一、锅炉房负责全院取暖、供汽等基础性工作。

二、锅炉房工作人员要严格执行安全操作规程和有关部门的规定，做到安全第一。锅炉运行期间，注意掌握水准、炉温、压力、阀门等情况。经常监视炉温和各设备、仪表的运转情况，确保锅炉正常运行，严防事故发生。对违章造成事故者，视情节轻重严肃处理。

三、认真做好锅炉的定期检修和保养，随时了解机器的运转情况，发现问题及时修理并上报。

虚心听取各采暖用气部门提出的有关意见和建议，根据气温随时调整炉温，做到节约，牢固树立为医疗服务的思想。

四、坚守工作岗位，锅炉运行时不准睡觉和外出。注意保持操作间的清洁卫生，做到机器、设备、地面、门窗整洁，各种物品排放有序。

五、在锅炉房内严禁吸烟，严禁使用电炉烧水做饭，提高安全意识。要保护好消防器材，熟练掌握和正确使用消防器材。

锅炉房安全管理制度

一、锅炉房是医院冬季供暖的主要部门，要保证全院各科的取暖。

二、锅炉是周围应注意防火，严禁吸烟和明火作业。保持周围干净、整洁，提高安全意识，严防事故发生。

三、工作人员必须坚守工作岗位，严格执行安全生产和操作规程。严格掌握油量、水位、炉温、压力、阀门等情况，保证锅炉的正常运转，如发生意外，直接追究当班人员的责任。

四、认真做好锅炉的检修和保养，随时掌握机器的运转情况，发现问题应及时修理并上报。

五、注意操作间的清洁卫生，做到机器、设备、地面、门窗的整洁，各种物品排放有序。

六、工作人员要掌握和正确使用消防器材，并保护好消防设施，每天按正常交接班交接。

锅炉房交接班制度

一、接班人员必须在规定的时间到达现场，并听取交班人员的汇报以下内容：（1）本班运行情况（2）注意事项（3）存在问题及处理意见（4）领导安排的工作意见

二、锅炉发生事故和正在处理时，禁止交接班，必要时，接班人员可在上班人员的指导下积极帮助处理事故，待将问题处理完毕后，再交接班，司炉人员班前不准备饮酒。

三、交班司炉工要做到：（1）锅炉蒸汽压力和水位正常（2）燃气压力稳定（3）机械设备运行正常（4）锅炉各附件安全灵敏可靠（5）每班按时排污（6）锅炉房清洁卫生

四、接班人员应认真检查锅炉及附属设备，包括：（1）冲洗水位检查是否完好，各种开关位置是否完好（2）所有给水设备是否正常运转（3）排污阀是否完好（4）所有维修化验及备件是否正常（5）燃烧机、排污阀、油箱、泊位、电机温度、电流、地脚板、螺丝等是否完好（6）气压、水位是否保持在规定的范围内（7）锅炉水质量是否合格。

锅炉房水质管理制度

一、锅炉用水必须处理，没有可靠处理措施，水质不合格，锅炉不准投入运行。

二、严格执行 GB1576-2001 标准，加强水质监督。

三、每班给水应每二小时测定一次硬度、PH 值、溶解氧，锅水应每二至四小时测定一次硬度、PH 值及磷酸根。

四、专职或兼职化验员，要经质量技术监督部门考核合格后，才能进行水处理。

五、对离子交换器的操作，要针对设备特点制定操作规程，并认真执行

六、水处理人员要熟练并掌握设备、仪器、药剂的性能、性质和使用方法。

七、分析化验用的药剂应妥善保管，易燃易爆有毒有害药品要严格按照规定保管使用，锅炉停炉检修时，首先要有水处理人员检查结垢的成分和厚度，腐蚀的面积和部位做好详细记录。

八、化验室和水处理间应保持清洁卫生，有防水措施。

九、水处理设备的运行和水质化验记录填写完整正确。

锅炉房巡回检查制度

一、为保证锅炉及其附件设备正常运转，以带班长为主，按下列顺序每班两个小时至少进行一次巡回检查。

二、检查燃烧机、燃气压力、新风机组是否正常。电动朵和轴承温度是否超限。

三、检查燃烧设备和燃烧工艺是否正常。

四、检查水箱水位，给水泵轴承和电动机温度、各阀门开关位置和给水压力是否正常。

五、检查安全附件和一次仪表、二次仪表是否正常，各指示信号有无异常情况。

六、巡回检查发现的问题要及时处理。并将检查结果记录锅炉及附件设备的运行记录。

锅炉设备保养制度

一、锅炉设备的维修保养是在不停炉的善状况下，进行经常性维修保养。

二、给合巡回检查发现的问题在不停炉能维修的维修。

三、维修保养的主要任务：（1）一只水位计玻璃管损坏、漏水、漏气，用另一只水位观察水位，及时维修损坏的水拉。（2）压力表损坏，表盘不清及时更换（3）转动机械润滑油保持畅通，油标保持一定油位（4）跑、冒、漏、滴的阀门能修理的及时检修。（5）检查维修二次仪表和保护装置（6）清除设备及附属设备上的灰尘

四、安全附件试验的要求：（1）全阀手动放气或放水度验每周至少一次，自动放气或放水试验每三个月至少一次（2）压力表正常运行是每周冲洗一次，存水弯管，每半年至少效验一次，并存储刻度盘上划共指示工作压力红线，检验后铅封（3）低水位报警器，低水连锁装置，每月至少做一次报警连锁试验。

五、设备维修保养和安全附件试验效验情况要仔细做好记录，锅炉房管理人员应定期抽查。

空调机房工作制度

- 一、冷冻机房为 24 小时不间断工作，每小时记录一次职责范围内的登记表读数，以确保提供持续的优质服务，严格按照规范操作，确保冷冻机运行正常。
- 二、巡查所有冷冻机和相关机器设备，做必要的调整和维护，对标准步骤的实行并达到最高标准的维护。
- 三、在规定时间内，对可能来自病人或上级的要求做出反应，所有此类要求及所采取措施应记录在册。
- 四、在尽量不影响病人和同事的基础上在规定的时间内完成分配的保养任务，如因为种种原因不能完成，应提交给部门负责人。
- 五、每周一次检查冷却塔，冷凝水系统，记录检查结果并提出修理和保养意见。
- 六、在下班前，保证填写好所有的记事本，工作记录和日志。
- 七、及时迅速地向部门负责人报告紧急或异常情况。

木工班工作制度

- 一、负责医院木制家具、门窗、天花板、油漆及玻璃镶补、维修。
- 二、严格执行安全生产规程，高空作业要做好防护措施，保障生产和工作的顺利进行，确保人身安全。
- 三、坚持下修制度，主动上门维修。遇有抢修和重要部门急需，接到通知后必须立即赶赴现场加班加点抢修。
- 四、凡新做家具，必须有使用科室申请，且附有图纸说明，经后勤报院批准后制做，不准私自制做或为私人做活。
- 五、原材料要专人管理，严格领取手续，有专门登记。用料要精打细算，厉行节约，杜绝浪费。
- 六、凡经领导批准，外加工木器家具粉刷、油漆时，应有专人进行全面核算，精确计算用料，严把质量关，防止货价不符现象。
- 七、料场及工作间严禁烟火，消防器材配备完善，性能良好，确保使用。
- 八、每年春季维修纱门、窗，春秋季检修门、窗、玻璃，定为常规制度执行。

食堂工作制度

- 一、本院职工及进修人员、实习学生、病号及家属均可在食堂就餐。
- 二、食堂应健全各项规章制度，加强管理，不断提高饭菜质量。
- 三、听取群众意见，不断改进工作，以促进提高工作水平和服务质量。
- 四、经常变换饭菜花样，进行食物品种调节，努力提高烹调质量，加强优质服务的观念，努力

提高门诊、病房病人对食堂的满意率。

- 五、保持食堂厨房、库房等环境卫生清洁，健全严格的清洗、消毒隔离卫生清洁制度，彻底清除苍蝇、老鼠等。餐具应经常消毒，垃圾要及时处理，确保食堂卫生符合规定的标准要求。
- 六、工作人员必须注意做好个人卫生，工作期间穿戴工作服、帽。坚持洗手后操作。操作的常规制度必须严格遵守。定期进行健康检查，发现有不符合从事炊事工作的带病者要立即停止其工作，待恢复健康后经批准方可上岗。
- 七、为防止传染病的发生，非食堂工作人员，不得进入食堂操作间，违反者按医院规定处罚。

食堂库房保管制度

- 一、所有物品应按不同种类、分架、隔墙、离地分别存放，每天定期进行打扫，保持整洁，要求离地面 15 公分，离墙 10 公分码放整齐；
- 二、食品库房要明亮通风，早开窗、晚关窗，缸有盖，定期检查、翻晒、防止霉变事故；
- 三、米面、食用油、食品、调料等物质入库要逐件进行质量验收，对过期或变质不符合质量的食物不得入库；
- 四、对入库后的食品，做到先进先出、尽量缩短存放的时间发现腐败变质、超过保质期的食品，采取措施及时处理。处理前必须与正常食品分开存放，并有明显标记，以防继续使用。
- 五、注意各库房清洁卫生，每周小扫除，每月大扫除，保持库房内、冰箱内无腥臭味。
- 六、冰箱、冰柜每两周必须化霜、彻底清理一次，冰箱、冰柜内存放的食物，严格做到生熟分开、肉类与水产品分开、成品与半成品分开存放。冰箱、冰柜内的各种食品要与冰箱、冰柜周边保持一定间隙，盛装食物的容器不能堆放。
- 七、做好防蝇、防鼠工作，采取有效措施消灭老鼠、苍蝇、蟑螂和有害昆虫及其孳生条件。禁止存放有毒有害物品及个人生活物品。

食堂原材料购进索证规程、采购制度

一、索证程序

采购的油类、肉类、面粉、调料、饮料等，必须去正规厂家或企业，做到采购渠道清楚，按规定索要卫生许可证、产品质量检验报告、食品卫生评价报告单、营业执照及健康证等证件。并认真查看索要证件的有效实限和年检情况。采购畜禽肉类原料时，必须以索要兽医卫生检验单位出具的检疫合格证明。

二、采购制度

- 1、为确保食物的饮食安全，把好食品采购关，预防食物中毒事故发生。各承包食堂必须选派懂业务、责任心强的同志作采购工作。
- 2、采购员要采买新鲜、干净符合食品卫生标准的食物确保原材料无毒无害，新鲜完好。
- 3、严禁采购腐败变质、油脂酸败、霉变、生虫、污浊不洁、混有异物或感官性状异常、含有有

毒有害物质或被有毒有害物污染，感官性状异常，可能对人体健康有害的食品。

4、严禁采购未经兽医卫生检验或检验不合格的肉类及其制品。

5、严禁采购超过保质期限或不符合标签规定的定型包装食品；及其他不符合食品卫生标准和要求的食品。

6、必须熟悉本单位所用的各种食品和原材料的品种及相关的卫生标准，卫生管理办法及相关法规。了解各种原材料可能存在的卫生问题。

食堂卫生工作制度

一、贯彻执行《食品卫生法》，实行卫生“五四”制。

二、不出售变质、不洁食品。

三、生熟食品及刀、案、容器分开，放入冰箱的熟食品要盖好，无交叉污染。

四、公用餐具用后消毒，保持厨房、操作间、餐厅清洁卫生。地面、餐桌整洁，无油污。

五、仓库整洁通风，无鼠。食品分类存放，离墙垫高，防止受潮霉变。六、炊事人员要养成良好的卫生习惯，做到勤洗澡、勤换衣服、勤理发、勤剪指甲，工作衣帽整洁，定期健康查体，无传染性疾病，不穿工作服上厕所。

七、分发、卖食品前要洗手，一律使用食品夹，卖饭（菜）时戴口罩。八、无食物中毒现象。

九、经常保持室内外清洁卫生，每日一小扫，每周一大清扫。

食堂卫生监督检查考核办法

一、卫生监督组织

后勤服务部负责食堂卫生监管工作，食堂承包人是执行各项卫生制度，使食堂卫生达标的直接责任者，职工餐厅各岗位炊管服务工作人员是各项卫生制度责任人和落实者。

组成卫生监督考核小组：

组长：后勤服务部主任。

组员：后勤服务部副主任、工会代表及食堂经营者，食堂管理人员

二、卫生检查制度

（一）监督考核组可根据需要组织小组成员，对各食堂进行卫生监督检查。

（二）食堂必须根据后勤服务中心的卫生管理标准和食堂的实际情况制订具体的卫生管理制度，要求把卫生分片包干，落实到人，食品卫生层层把关，个人卫生一丝不苟，杜绝食物中毒。

（三）根据情况，随时对炊事人员办健康证情况进行检查。对新工作的炊事人员，由小组成员对其进行《食品卫生法》、各项卫生管理制度等卫生知识学习，视情况组织聘请有关职能主管部门对全体炊事人员进行岗位培训。后勤服务中心每年组织一次以上卫生知识考试，对考试不合格的予以辞退。

（四）监督考核组要经常到各食堂进行巡视，发现问题及时妥善处理坚持每周五检查与不定期

检查相结合包括一日三餐的整个过程。

（五）凡检查出比较问题时，要严格按卫生监督考核处罚制度给予经济处罚。由卫生监督小组开罚款单，通知单一式两份，一份交给被罚食堂承包人，另一份交财务，在月底结帐时扣。

三、监督考核处罚制度

（一）卫生

1、食品卫生：（1）因原料问题或未按规程加工制作、存放、出售，造成食物中毒的，扣承包人 500 元，问题严重的要承担《中华人民共和国食品卫生法》及相关条例规定及合同规定的经济行政和法律责任。（2）各食堂库管员对入库原料和调料要逐件检查，不收过期变质的东西，如一经发现（能退回的立即退回）不能退回的要在监控小组的监督下销毁，并予以 10 元罚款，如在加工和售饭过程中发现过期变质食品要加倍处以 100 元罚款。（3）各食堂生熟食品、半成品、米面、肉蛋类、水产类、副食、蔬菜类，出现霉烂变质，虽未造成食物中毒，但未按规定采购、存放的，也要给予 30 元罚款。（4）黄瓜、茄子、西红柿、土豆、大小辣椒等各类硬菜，必须先洗后切，土豆要切去毒芽子，凡先切后洗或不洗就切及未洗上案，土豆不去毒芽，每一项罚款 50 元。（5）鱼肉类食品要洗净、烧透、蒸熟，决不加工腐烂变质及不洁净原料，一经发现罚款 30 元。（6）肉类、水产品、生熟品必须分开加工，防止交叉污染，违者罚款 50 — 100 元。（7）生蔬菜墩子必须标明。分开使用，干净无霉点，不合格者罚款 20 元。（8）半成品菜要日产日清，一般不过夜，力争做到每餐不剩菜或尽量少剩菜，如有剩菜注意倒盆存放，下次加工前注意检查，单独热透再卖，不允许掺到新菜中，一经发现罚款 30 — 50 元。（9）食品存放要生与熟隔离，食物与药物、杂物隔离、食物与天然冰隔离，并存放整洁，盛成品或半成品的容器不准叠套存放，违者罚款 30 元。（11）菜刀、铁铲、筐、盘、勺等炊具及其他售饭工具，每餐必须洗刷干净，并定点存放，专人管理，违者罚款 10 元。（12）冰箱、冰柜存放食品不准叠放，要定期消毒、化霜，如有违背罚款 10 元。（13）每餐所卖主、副食品（主食指带馅的食品），必须坚持留样，并保存 24 小时，违者罚款 20 元（13 条视情况执行）。（14）饭菜出现异味，被职工或病陪就餐人员提出意见罚款 50 元。（15）饭菜中出现异物，每次罚款 20 元。

2、环境卫生：

（1）门窗干净明亮、地面清洁无痕迹、无油污、无烟头、无卫生死角，违者罚款 10 元。

（2）操作间地面、锅台、电饼锅、下水沟、调理台等不干净、脏乱、存杂物、有臭气、墙壁有灰尘、蜘蛛网、垃圾不及时清楚罚款 10 元。

（3）主副食仓库地面不干净、食物摆放不整齐、墙壁有灰尘、蜘蛛网、地面有杂物、老鼠尿、烟头等罚款 10 元。

（4）操作间、餐厅不准停放自行车、摩托车，库房不许存放个人衣物、鞋子等，违者罚款 10 元。

（5）各种盖帘、容器、菜筐等必须干净，酱油、食用油容器必须加盖，外面和顶盖无灰尘、杂物、油污，违者罚款 10 元。

（6）扫地和刷锅的笤帚能区分开并且要分开使用，盛凉拌的盘子要定期消毒，要用专用布擦洗，违者罚款 10 元。

3、个人卫生：

（1）食堂工作人员必须执健康证上岗，违者罚款 100 元。

（2）食堂工作衣帽、鞋子等，不准乱放，统一挂放在固定位置，违者罚款 10 元。

（3）不准穿工作服、带围裙、套袖、帽子上厕所，违者罚款 10 元。

(4) 工作前,便后必须洗手,但不准在炊具、容器中洗手、洗脸,不准用棉被、盖帘擦手,违者罚款 10 元。

(5) 不准随地吐痰、拧鼻涕、不面对食品、炊具咳嗽、打喷嚏,违者罚款 10 元。

(6) 做好“四勤”工作,上岗不准带耳环、戒指等饰物;不准染指甲、化浓妆;不留长发、长指甲、长胡子,违者罚款 10 元。

(7) 工作服、工作帽要干净整洁,违者罚款 10 元。并不得以任何借口辩护。

食品留样制度

一、食堂提供的每样食品,由专人负责留样。

二、每餐留样的食品,按规定留足 100 克,分别盛放在已消毒的餐具中。

三、留样食品取样后,立即存放在完好的食品罩内,以免被污染。

四、留样食品冷却后,用保鲜膜密封好,并在其外部贴上标签,标明留样日期、时间、品名、餐次、留样人。

五、将贴好标签的留样食品按秩序存放在恒温冰箱内保存。

六、做好每餐每样留样食品的记录,包括食品来源、食品名称、留样时间、目测样状等,以备检查。

七、留样食品一般保存 48 小时,进餐者如无异常,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。

八、食品留样冰箱为专用设备,严禁存放与留样食品无关的物品。

九、卫生监督小组及监督管理员不定期检查留样工作,发现未按要求留样,将对责任人进行工作失职处罚。

职工食堂送餐管理办法

为了规范职工食堂送餐范围、标准、服务程序特制定送餐管理办法如下:

一、送餐范围

医院内所有要求指定送餐场所。医院其它区域不送餐。

二、送餐餐别

送餐只送午餐、晚餐,不送早餐。

三、送餐菜肴

送餐菜肴:炒菜、蒸菜、卤菜、凉菜,不送汤菜。

四、送餐时间

午餐: 11 : 30 ~ 13 : 00

晚餐: 05 : 30 ~ 06 : 30

其余时间不能保证送餐。接受院级领导订餐不受送餐时间限制。

五、订餐电话

0632-3227337

六、送餐秩序

先订先送,送餐时间内,30 分钟送到。

七、送餐标准

订餐可自主选择,亦可选择定价快餐。

八、送餐餐具

1. 送餐餐具原则上使用无毒、卫生、可降解的一次性餐具。

2. 盒饭外包装一律用白色无毒食品袋。

九、送餐人员要求

1. 符合餐饮行业、从业人员健康标准、个人卫生标准。

2. 仪容仪表符合餐饮行业、从业人员标准。

3. 文明服务、礼仪规范。

欢迎广大职工及病陪人员监督!! 投诉电话: 0632-3227322

污水处理制度

一、污水处理由后勤服务中心指定专人负责。严格按“三废”处理要求进行工作,保证被污染的废水不直接流入公共下水道。

二、工作人员要加强污水泵的维修保养,保证正常运转,按时开机抽污水,保证污水不外溢。

三、严格按照加氯池内污水容量,计算加氮量,保证氯、水充分接触一定时间后方能排放,使处理后的污水经防疫站化验合格,符合国家规定标准方可排放。

四、每日测定水质、水量,并做好记录。

五、服从环保,防疫部门管理指导,协助采样检验。

污水处理站设备管理及场地卫生清扫制度

一、值班人员对本岗位的下列设备、设施和用具负有管理保护责任。

1、场地的所有设备、材料和配备的消防、安全和其他用具等;

2、所有房屋构件,本岗位的各种装置设施和用具等;

3、本岗位的各种记录、表格等;

4、运行维护需用的材料、备件等;

值班人员有责任保证上述设备和物品不得遗失、损坏,并做到完备整洁。

二、本岗位设施应做到心中有数,逐班清点移交。

三、值班人员按分工保证环境、设备的整洁卫生,每天必须对设备做一次清洁工作,保持设备本体、台板、基础上无油渍和灰尘等。

四、值班人员对工作间、地面、门窗、桌椅等每班都要全面清扫、擦抹,并做好交班前的卫生工作,

接班人员发现卫生不符合要求时，可拒绝接班，直到交班人员清扫干净。

五、检修完毕后，检修人员必须把现场设备等清理干净。

六、要保持各种仪器、设备的清洁、卫生、整齐。

七、对日常工作所产生的固体废弃物，按规定要求定点分类放置，能回收利用的，送废品库以旧换新。

污水处理站设备维护保养管理制度

一、运行管理人员和维修人员应熟悉机电设备的维修规定。

二、应对构筑物的结构及各种闸阀、管道等定期进行检查、维修及防腐处理，并及时通知更换被损坏的照明设备。

三、应经常检查和紧固各种设备连接件，定期更换联轴器的易损件。

四、各种管道闸阀应定期做启闭试验。

五、应定期检查、清扫电器控制柜，并测试其各种技术性能。

六、应定期检查电动闸阀的限位开关、手动与电动的联锁装置。

七、在每次停泵后，应检查密封情况，进行必要的处理。并根据需要填加或更换填料。

八、各种机械设备除应做好日常维护保养外，还应按设计要求或制造厂的要求进行大、中、小修。

九、检修各类机械设备时，应根据设备的要求，必须保证其技术参数要求。

十、不得将维修设备更换出的垃圾、废水及其它杂物丢入污水处理设施内。

十一、维修机械设备时，不得随意搭接临时动力线。

十二、应定期检查和更换消防设施等防护用品。

污水处理站交接班制度

一、接班人应提前十五分钟到岗，做好接班前的准备工作，接班人未到交班人不准离开岗位。

二、交班人员应做好下列工作：

(1) 交班前应填好值班日志和工作表格；

(2) 记录好当班期间设备的运行情况 and 设备变更情况；

(3) 交代当班时有效的上级指示、命令；

(4) 交代当班出现的设备故障及处理措施和本班所发生的设备缺陷；

(5) 交代天气情况，整理工器具，仪表，备品，消防安全用具等；

(6) 做好值班地点和设备的清洁工作；

(7) 做好本班未完事项。

三、接班人应做好下列工作：

(1) 会同交班人全面检查所管辖设备情况，查阅交班记录的事项是否与实际相符；

(2) 详细了解曾发生事故情况和设备缺陷情况；

(3) 检查运行日志和各种记录内容是否完全正确，索取有效的上级指令、命令；

(4) 检查接受的工器具是否齐全，完好；

(5) 负责抄录交接班最后一次仪表指示读数；

(6) 检查值班地点和设备的卫生是否符合要求；

四、遇到下述情况不准进行交班：

(1) 接班人刚喝过酒；

(2) 发生事故或正在处理事故；

(3) 正在进行其他不宜交接班的工作。

五、正式办理交接班手续，双方认为无疑问时共同在交接班日志签字后交班人方可下班。因交接班手续不全或交接班不清而发生的问题由接班人负责。

电梯管理使用工作制度

一、负责医院病房接送危重病员和探视病员者。货梯负责医疗设备、办公用品、饮食饭菜等工作。

二、凡乘电梯者要遵守规定，服从司机安排，不得超载运行。

三、搞好电梯内的清洁卫生，经常消毒、擦洗，防止交叉感染。操作人员要衣着整齐，干净。

四、严禁在电梯内吸烟吐痰，乱丢果皮纸屑等，确保电梯安全卫生。

五、严格遵守操作规程，定期检查与维修，发现问题及时维修，保证电梯正常运行，确保安全。

六、坚守岗位，服务热情，说话和气。对老年体弱者要照顾，不准与职工、病人吵架。

七、非电梯操作人员不得随便操作、开动和替班。

八、发生电梯事故时，按《电梯事故应急预案》执行。

维修组工作制度

一、负责全院公共设施，水暖管道设备建设性设施的维修，小型安装服务与改装。

二、维修人员应熟悉掌握基本操作技术，验收操作规程，保证安全生产。

三、掌握全院各种管道，线路和有关设施运行情况，安全管道设施应用计划定期保养修善加强保养管理，做到不漏水，不跑水。

四、严格值班制度，坚守岗位，随叫随到，接到通知，应及时赶到现场进行修复，遇到抢修或急需，应加班加点完成。

五、严格领料手续，坚持凭耗料单领料制度，厉行节约，做到物尽其用，节约开支。

六、上班期间不经批准，不得脱岗，离岗，串岗，不准干私活，对擅自使用原材料造成浪费损毁着，应追究责任，严肃处理，发生安全事故者，由当事人承担一切责任。

七、爱护工具设施妥善保管，坚持记账记录，如有丢失按原价赔偿，更新工具要凭旧发新。

维修组值班制度

一、值班人员按时值班，不迟到，不早退，有事请假，严格考勤制度，提前十分钟到岗，做好各种班前准备工作，并换好工作服，及时维修，若发生事故，接到通知应 10 分钟内到达现场及时维修，并保证质量。

二、值班时时要时刻注意安全，严格遵守操作规程，按照水操作规程进行故障排除及维修，没有接到上级命令，不得随意停水，若遇紧急故障非得停水时，应在抢险的同时立即报告领导。

三、值班期间的工作量，用料等记入值班记录簿，对夜班一时完不成或者无法完成的工作，要与下一班详细交接，并于次日及时向领导汇报，认真执行医院的各项规章制度和规定，按时交接班，做好交接班记录。

四、值班期间防火，防盗，防安全事故发生，不饮酒，不做与值班无关的事，不得脱岗，离岗，串岗，如有特殊情况，应向院总值班室说明去向，否则，后果自负。

五、爱护公物，物品存放有序，使用设备得当，要妥善保管，保持室内工作间清洁卫生，随手关掉电源开关，节约用电，养成良好习惯。

爱卫会办公室工作制度

一、在医院分管院长领导下进行工作，成立以科室负责人为组长的爱卫会管理小组，分工明确，责任到人。

二、建立、健全本科室卫生制度，对各项保洁工作进行必要的检查和监督，使爱卫会管理工作更加富有成效。

三、组织清洁工对所属的卫生区域，按照医院卫生质量考核标准要求进行清洁、消毒、终末处理，对卫生管理工作范畴全面检查，并进行认真记录，并进行必要的量化考核记录。

四、把经常性的卫生工作与突击性活动结合起来，实行“四定一考核”（定科室、定岗位、定人员、定任务，随机考核）办法，将日常保洁及周、月定期保洁相结合，发动全体员工积极参加卫生保洁活动，始终保持本科室各处整齐、清洁。

五、认真执行爱卫会各项规章制度。

六、各科室要注意节约用电、节约用水。爱护使用水、电等设施，发现水、电、上下水管道等硬件设施有问题时应及时向分管科室报告更换。经常检查卫生清洁材料，发现破损缺少及时更换，确保正常运作。

七、参观学习先进科室在清洁、卫生等方面的做法和经验，取长补短，不断改进日常工作中的不足和缺陷，提高管理水平和清洁标准。

八、所有员工均有维护本科室卫生义务，对不卫生现象视而不见，见而不管的，视为失职，视情节轻重给予警告、罚款。

卫生保洁管理办法

第一章 总 则

第一条 为了加强、规范我院环境卫生保洁工作，提高全院员工及来院就医人员身心健康水平，营造良好文明、整洁、美观、舒适的就医与生活环境，结合本院实际情况，特制定本管理办法。

第二条 医院环境卫生保洁工作的任务主要以爱卫会为主，组织全院各科室卫生考核完小组共同完成，需全院员工积极配合和遵守，才能把此项工作做好。

第三条 所有科室和个人（包括就医人员）都应遵守本办法，都有享受良好卫生环境的权利；同时有维护和改善院容环境、卫生的义务，并接受院爱卫会的监督与检查。

第二章 组织机构

第四条 医院设立爱国卫生工作委员会，负责卫生监督管理工作。分管后勤工作的副院长担任爱卫会主任，常务副主任由后勤主任兼任，负责日常工作。职能科室及部分临床科室负责人等有关部门负责人任成员，定期研究、布置和检查卫生工作。同时，每一科室也成立以科室负责人为组长的卫生考核小组，严格按照按照卫生保洁范围和质量要求，负责做好本院各科的卫生保洁工作，保持环境整洁保持室内清洁，做到窗明几净，物品摆放整齐，消灭死角。对各项工作有必要进行检查和监督，使本科室管理工作更加富有成效。

第五条 院爱卫会下设办公室，办公室设在后勤。各科室都设有以科室负责认为组长的卫生考核小组，专人负责检查监督本科室卫生工作。

第六条 各科室负责人，都要重视卫生保洁工作，建立、健全本科室卫生制度，把经常性的卫生工作与突击性活动结合起来，日常保洁、周、月定期保洁相结合，发动全体员工积极参加卫生保洁活动。

第三章 清洁职责及注意事项

第七条 科室组织清洁工必须对所负责的卫生区域，按照卫生质量考核要求按时进行清扫、保洁消毒、终末处理，并进行必要的量化考核记录。

第八条 病房室内环境卫生每天早晨职工上班前倾倒垃圾，彻底打扫一遍，上午随时巡视保洁，一般不少于 3 次，中午再视卫生状况清扫一遍，下午职工上班前倾倒垃圾，彻底打扫一遍，保洁 3 次，要始终保持环境卫生整齐、清洁，随时清除、消毒各处血迹及呕吐物。垃圾需及时清除，不得过夜。

第九条 门诊楼、放射楼、ct、磁共振楼等，每天早晨职工上班前打扫一遍，上午保洁每半小时巡视 1 次，中午清扫一遍，下午职工上班前倾倒垃圾，彻底打扫一遍，保洁 3 次。特别对每层楼的厕所，要随时保洁，消除异味，达到卫生要求。如遇雨雪天气，楼道台阶要及时清洁，各处道路不得有积水。

第十条 各科室必须对所属的卫生责任区进行监督检查，始终保持本科室各处整齐、清洁。

第十一条 各科室要组织人员坚持周五卫生日制度，做好每日常规清扫，每周一大扫，检查卫生保洁工作，及时发现问题，对卫生管理工作范畴全面检查，并进行认真记录，每月对各项管理工作的实施情况进行评价，并填写相应表格，及时交至爱卫会。

第十二条 汇总后的量化分与保洁费用直接挂钩。爱卫会及科室应对出现的问题及时整改，不应出现脏、乱、差卫生死角。对各项工作有必要进行检查和监督，使本科室管理工作更加富有成效。

第十三条 各科室必须将垃圾倒入垃圾桶(箱)内,严禁随处乱倒,杜绝焚烧垃圾。垃圾要日产日清,及时清运,车辆不得沿途抛撒,经常保持垃圾台(箱)周围干净。垃圾箱和果皮箱要保持整洁

第十四条 各科室要注意节约用电、节约用水。白天视天气情况,尽量采用自然光,少开室内的照明灯和走廊的照明灯,为单位节约每一度电,节约每一滴水。保洁工作中要爱护使用水、电等设施,发现水、电、上下水管道等硬件设施有问题时应及时向分管科室报告。经常检查卫生设施,发现破损及时报修,确保正常运作。

第十五条 爱卫会与科室应对各项管理工作高标准、严要求,除每个月定期检查以外,还要采取不定期的抽查,突出重点,兼顾全面。在抽查过程中可走访部分就医人员,虚心听取他们意见和建议,增强与就医人员之间的良好关系,努力改进工作要求和提高质量标准,取得就医人员的理解、支持、配合与信赖。

第十六条 禁止随地吐痰、擤鼻涕,随地大小便、乱扔果皮纸屑、烟头和杂物,严禁向楼下泼水、乱扔垃圾杂物。

第十七条 所有员工均有维护本科室卫生义务,对不卫生现象视而不见,见而不管的,视为失职,视情节轻重给予警告、罚款。

第十八条 组织员工参观学习先进科室在清洁、卫生等方面的做法和经验,取长补短,不断改进日常工作中的不足和缺陷,提高管理水平和清洁标准。

第十九条 各处病房、门诊内不得乱停乱放自行车、电动车等交通工具。

第二十条 加强安全教育,组织保洁人员学习消防知识,共同做好防火警、防盗窃等工作,规范操作,杜绝责任事故的发生,确保安全。

消杀工作管理制度

一、目的

规范消杀工作流程,控制“四害”苍蝇、蚊子、老鼠、蟑螂的密度,营造良好就医环境。

二、适用范围

适用于医院的消杀工作的管理。

三、职责

1、消杀员负责完成消杀工作

2、爱卫会负责检查具体的消杀监管工作。

四、工作流程

1、灭蚊、蝇、蟑螂工作

(1) 每年的1—4、11—12月份中,每周应进行一次灭虫消杀工作

(2) 特殊时间,如春夏时节,应严密监视疾病及虫害情况、遇流行病高发或传染病爆发时期,应配合政府相关要求,视疫情发展情况,随时开展消杀,消毒工作。

2、消杀区域:

(1) 各楼宇的梯口、梯间及楼宇周围。

(2) 门诊病房区域。

(3) 公共卫生间、沙井、化粪池、垃圾箱、垃圾中转站等公共区域

(4) 食堂。

3、消杀药物一般用赛克宁、敌敌畏、灭害灵、敌百虫、菊脂类药喷洒剂等。

4、消杀方式以喷药触杀为主。

5、喷杀时应注意:

(1) 专职消杀人员必须对自己的消杀地段任务明确

(2) 掌握使用药物的特点、方法及注意事项。

(3) 坚持每天打药一次,认真做好打药记录,并有科室人员签字。

(4) 梯间喷杀时不要将药液喷在扶手或门板上。

(5) 病区喷杀时不要将药液喷在餐具及生活用品上。

(6) 食堂喷杀时不要将药液喷在食品和器具上。

(7) 不要在病区高峰期喷药。配套设施应在下班或治疗结束后进行:(8) 将药液喷在墙角、桌下或壁面上,禁止喷在桌面、食品和器具上。

(9) 加强对药物、器械的保管和维修。

(10) 工作时戴口罩、手套,做好个人防护,预防药物中毒

6、消杀工作的管理与检查:

(1) 医院爱卫会不定期对消杀地段进行检查,将工作情况详实记录。如发现一次未打药或打药记录无科室人员签字提出批评,二次未打药或蚊蝇密度高,每次扣发工资10元,如三次未打药扣发当月全部工资。

(2) 上述资料由管理中心归档保存一年。

“除四害”工作制度

一、灭鼠工作

1、把除四害工作列为本单位爱卫工作、创建文明机关工作的重要内容来抓,人人参与,个个动手,家家户户不留死角。

2、灭鼠工作坚持经常与突击相结合,防、灭相结合,药物与工具相结合,每季度开展一次药物突击灭鼠活动,常年有灭鼠工具,有切实可行的防鼠措施。

3、及时清理室内外杂草,经常检查仓库、墙角、墙缝、鼠洞,及时堵塞,对鼠笼、鼠夹应及时投放和清理。

二、灭蝇、灭蚊工作

1、彻底清除蚊、蝇孳生场所和卫生死角翻盆倒罐,清除积水,不乱倒乱丢垃圾。

2、定点、定人、定时对孳生场所进行药物喷洒消灭。

3、完善防蝇设施,垃圾箱有盖有门,密封存放垃圾,厕所定人打扫,定时喷洒药水。

三、灭蟑螂工作

1、每年每季开展药物消灭蟑螂突击活动。

2、饮食、食品存放处必须开展经常性的灭蟑螂活动。

3、职工家庭厨房要经常彻底清理蟑螂栖息场所，并搞好室内外卫生，清洗厨房每个角落，确保饮食卫生。

四、组织领导

为提高职工健康意识，预防传染病的发生，降低四害密度，加强对除四害的工作力度，决定成立领导小组。

除四害领导小组成员每季度各开一次会议，研究本单位除四害情况及方法，并制定除四害的工作制度。

医疗废物管理制度

医疗废物是指我院在医疗、预防、保健以及其他相关活动中产生的具有直接或者间接感染性、毒性以及其他危害性的废物。根据国家《医疗废物管理条例》、《我院医疗废物管理办法》和《医疗废物包装物、容器标准和标识》等相关文件，结合本院实际情况，修订本制度。

一、由医院总务科、护理部负责对从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作的人员和管理人员，进行相关法律和专业技术、安全防护以及紧急处理等知识的培训。

二、生活垃圾置黑色垃圾袋中，由清洁队派人定时收集，院内用密封容器按固定线路进行运送，不能污染环境。集中收集后的生活垃圾应请环保部门及时运走，如无法及时运走的生活垃圾，必须置密封容器中存放。

三、治疗室内的废物筒应加盖或置存放柜内，分生活垃圾、医疗垃圾、未被污染的针筒和输液器专用筒、利器盒等。未被污染的废弃物（如药品外包装、盐水瓶、青霉素瓶等）可以当作生活垃圾处置。敷料、棉签、玻璃安瓿、破碎玻璃器皿分别置于套有黄色垃圾袋的容器中，小心处理以免损伤。放射性与细胞毒的废物置红色垃圾袋中。

四、临床产生的医疗垃圾必须置黄色垃圾袋中，当装满 3/4 时扎紧袋口后放入专用医疗废物暂存容器中，盛装医疗废物的每个包装物应防渗漏，外表面粘贴有明显的警示标识和警示说明的标签。科室内的医院废物暂存地应粘贴医疗废物标志。

五、废弃后的注射器与输液器的针头等利器、被血液和体液污染的注射器与输血器等应放入利器盒内，由供应室专人进行统一调换，减少工作人员针刺伤的发生。

六、未被污染的除去针头的针筒、输液器应分别放入套有黄色垃圾袋的筒中，由供应室专人称重、记录，临床科室签名认可。由供应室专人收集、堆放，避免流失和减少环境污染。科室收集总量应与运出医院的总量进行核对，以免流失。

七、被血液、体液污染的口罩、帽子、鞋套、中单、尿布、便盆等按医疗废物处理。

八、病原体的培养基、菌种等高危废弃物，应先进行压力蒸汽灭菌后，再按医疗废物处理。

九、传染病病人产生的废物应当使用双层黄色垃圾包装袋，并及时密封。特殊感染垃圾，如发热门诊的废弃物按专项制度为标准。

十、放入包装物或者容器内的各类废物不得取出。包装物或者容器外表面被污染，应当对被污染处进行消毒处理或者增加一层包装。

十一、禁止将医疗废物与生活垃圾混合，如不慎将生活垃圾混入医疗废物中，那按照医疗废物

进行处理。

十二、医疗废物由医院专人、定时、固定线路、密封容器进行收集、运送，不能污染环境。每天运送工作结束后，应当对运送工具及时进行清洁和消毒。

十三、医疗垃圾收集人员负责登记各部门医疗垃圾的产生量（袋数），并请该部门人员确认。医疗废物装箱时，箱外要标明袋数，并加以登记。

十四、垃圾收集人员应做好必要的防护，如工作衣、手套等。应及时清运，按规定的时间和路线送至指定暂存地。

十五、医院集中存放医疗垃圾的房间必须上锁，避免流失。

十六、垃圾房应每天进行清洗、消毒，外墙粘贴有明显的医疗废弃物警示标识、“禁止吸烟、饮食”的警示标识和医疗垃圾管理制度和工作程序，有防渗漏、防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗以及预防儿童接触等安全措施。储存容器应绝对密闭，防止渗漏和雨水冲刷。有上下水、洗手等设施。

十七、废弃的麻醉、精神等药品及其相关的废物的管理，依照有关法律、行政法规和国家有关规定、标准执行；批量的废化学试剂、废消毒剂应当交由专门机构处置。

十八、任何人不得将医疗垃圾自行外运、外卖，医疗垃圾每天由杭州市大地维康公司回收、焚烧，必须做好详细记录，内容包括医疗废物的来源、种类、重量或者数量、交接时间、处置方法、最终去向以及经办人签名等项目。登记资料至少保存 3 年。

十九、发生医疗废物处理事故后，按照医院制定的应急预案、医疗废物安全处置有关的规章制度处置，在 48 小时内上报市卫生局和环保局 5；导致 1 人以上死亡或者 3 人以上健康损害的，应当在 24 小时内报告，并采取相应紧急处理措施；导致传染病传播或者可能传染病传播时，应当按照《传染病防治法》及有关规定报告，并采取相应措施。

医疗废弃物回收站工作制度

一、严格执行医疗废弃物回收操作规范及规章制度，注意安全，做好自我防护工作。

二、收集过程中必须穿隔离衣、戴口罩、帽子、手套。

三、每日定时下科室收集医疗废弃物，并进行运送暂存工作。

四、收集的医疗废弃物，包括使用过的一次性输液器、注射器，按规定时间，经科室供应室工作人员双方签字后，方可运送至暂存间。

五、每日收集后的周转箱，运送时用的密闭车子，应每日进行清洗消毒，医疗废弃物暂存间每日卫生清扫两次，紫外线照身一次，并做好记录。

医疗废物回收人员培训和职业安全防护工作要求

为了提高我院工作人员对医疗废弃物管理工作的认识，确保收集、运送、暂存等工作人员的安全，必须常握以下方面的要求：

1、掌握国家相关法律、法规、规章和有关规范性文件的规定，熟悉医院制定的医疗废弃物管理

的规章制度，工作流程和各项工作要求。

- 2、掌握医疗废弃物分类收集、运送、暂存的正确方法和操作程序。
- 3、掌握医疗废弃物分类中的安全知识、专业技术、职业卫生安全防护等知识。
- 4、掌握在医疗废弃物分类收集、运送、暂存及处置过程中预防被医疗废物刺伤，擦伤等伤害的措施及发生后的处理防护办法。
- 5、掌握医疗废弃物流失、泄漏、扩散和意外事故情况的紧急处理措施。

医疗废物转移联单管理制度

- 一、我院转移医疗废物必须填写《危险废物转移联单》（医疗废物专用）。
- 二、联单一式两份，由永进处置公司运送人员和我院废物管理人员交接时共同填写，
- 三、保存时间为5年。
- 四、每月5日前由医疗垃圾管理人员将上月的转移联单交办公室统一存档。
- 五、转移联单按年为单位统一装订。

医疗废弃物回收工作处罚制度

- 一、工作人员在操作时，必须戴口罩、帽子、手套、穿隔离衣。
 - 二、坚守工作岗位，不准迟到、早退、上班时间干私活。
 - 三、按规定时间进行下科室收集，不准遗漏收集科室。
 - 四、收集的医疗废弃物特别是一次性输液器、注射器不能进行买卖、流失、泄漏。
 - 五、收集的周转箱（箱）不清洗不消毒，室内卫生不干净。
- 以上情况，发现一项，扣工资5元。

基建工作制度

- 一、负责医院整体规划，根据本单位领导的决定，进行新建、扩建、改建计划的制订和修订。
- 二、严格执行工程招标承包制、工程建设监理制和合同管理等管理机制。做好基建施工前的一切准备工作，熟悉图纸，搞清工程的每一细节、数据及预算的审定（初审工作）。
- 三、在施工过程中，要经常深入工地现场，检查施工情况，做好记录，发现问题，及时解决和汇报。有关质量问题，应及时与施工单位交涉，监督工程质量。工程竣工后，必须及时收集好工程图纸、资料，确保资料、图纸齐全，做好决算的审定。
- 四、基建会计应遵照基本建设会计制度，正确运用会计科目，及时处理好帐务，核好基建支出与核算，并协助有关人员做好预、决算审核工作，及时上报会计报表，做到账账相符，账实相符，配合审计部门做好项目审计。

五、基建采购必须严格按材料计划、指标购货，若需计划外材料采购时，须经分管领导批准。保质保量，就近购货。

六、工程材料保管员要严格执行材料验收入库和发放制度，做到帐实相符，定时做好材料的盘点，发现问题及时向主管领导报告，经批准后，方可进行账务处理，同时做好防火、防盗等安全工作。

七、凡应归档基建资料，必须字迹清楚，资料齐全，及时归档保存，防止丢失。

基建办公室档案管理制度

为加强院基建办公室档案的科学管理，保证档案资料的系统性与完整性，现结合实际情况，制定本制度。

立卷、归档

- 一、各部门平时要做好文件的收集、整理，文件的整理、上缴工作是各部门的一项重要任务，必须认真做好。
- 二、各类文件材料由办公室负责整理立卷、归档。办公室对各部门文件立卷工作进行监督和指导，并做好应归档文件案卷的接收归档工作。
- 三、文件立卷归档范围。凡是工作活动中形成的、办理完毕、具有查考利用价值的各种文件（包括收、发电文，内部文件，各种会议文件，文件汇编，簿、册、图表，出版编辑物原稿、磁盘等），均属立卷归档范围。
- 四、立卷的原则。遵循文件的自然形成规律，保持文件之间的历史联系，区分文件的保存价值，便于保管和利用。

五、立卷方法。根据立卷原则、文件的分类，分年度、分级别、分问题、分保管期限的方法立卷。

- 1、分年度。将文件按其形成或针对的年度分开。
- 2、分级别。将文件按其重要性分成公文和一般文件。
- 3、分问题。将文件按其内容所反映的问题分开。
- 4、分期限。根据文件的不同保存价值，将文件按不同的保管期限分开。
- 5、保管期限分为永久、长期、短期三种。

（1）永久保存。凡是反映部门主要职能活动和历史面貌的（例如章程、申请批文等）有长远利用价值的文件，划为永久保存。

（2）长期保存。凡是在相当长时间内部门需要查考的文件，划为长期保存。长期保存为15年至50年。

（3）短期保存。凡是在较短时间内部门需要查考的各种文件，划为短期保存。短期保存为15年以下。

六、文件的组合。组合的基本作法如下：

- 1、法规性文件，如制度、办法、条例、规定等一般按单一问题组合。同一问题的请示与批复、转发件与原件，应组合在一起。
- 2、会议文件应单独组合。
- 3、统计、报表、名册等各类表格文件，应组合在一起。

4、工作计划、总结等文件，一般可按部门或社团名称组合。

5、特殊性文件材料，可根据具体情况进行组合。

七、档案袋内文件的排列。档案袋内文件应区分不同情况进行排列，密不可分的文件依序排列在一起，即章程、批文在前，计划、总结在后；正件在前，附件在后；印件在前，定稿在后；案件材料中结论性材料在前，依据性材料在后。其它文件按文件的重要程度或形成时间先后排列。

八、文件归档份数。一般归档1份，重要的和经常使用的文件归档2份或3份。对无保存价值和重份文件，需要办理销毁手续。

九、归档时间。部门应于活动后一周内，将应立卷归档的文件整理立卷，向办公室移交归档。

十、归档文件案卷的要求。部门移交归档文件案卷，应符合下列要求：

1、归档文件齐全、完整。

2、每个案卷必须填写案卷文件目录、编文号、页号、案卷封面，填写时用中性笔或钢笔书写，字迹工整、清晰。

3、档案袋的名称要注意内容准确，文字简练通顺，结构完整，必须揭示卷内文件的内容和成份。

十一、案卷文件一式两份，一份作为纸制文档保存，另一份电子文档保存在办公室。

档案的管理和利用

十二、办公室按照校研究生会对档案管理的要求，对存放的各类档案进行分类整理，分类保管，编制各类检索目录，搞好档案的借阅利用、统计等工作。

十三、经鉴定失去保存价值需要销毁的档案，应经分管主席审查批准后，按程序进行档案销毁。

十四、办公室的管理贯彻“以防为主，防治结合”的原则。经常检查防护设施和档案保管状况，对破损、字迹褪色、纸张变色的档案，要有计划的进行修补、复制，保护档案的安全与完整。

十五、档案的利用。利用档案人员，按规定办理档案利用审批手续与有关登记表，档案用完后应及时归还。

十六、借用档案人员必须爱护档案，要保证档案的安全与保密。不得擅自涂改、勾划、剪裁、拆散、翻印或转借。归还档案时，办公室人员要仔细检查，发现对档案有损坏或泄密者，应及时向分管主席报告，按有关规定处理。

十七、办公室工作人员，接待档案利用人员要热情，认真负责，按规定提供利用。填写好查阅档案登记表。

十八、平时汇集，按实际顺序或内容分类、收集、整理，应保持文件、材料之间的来源、时间、内容方面的联系。若遇有上级漏发文件，应及时请求补发或取得复印件，以便存档和查阅。

十九、确保文件、材料的安全，做好保密工作。

基建工程材料管理规定

一、各种材料、设备均由总承包方负责采购（伍万元以上设备须进行招投标），实行业主、审计、监理和施工单位认质、认价、封样管理。

二、总承包方应按施工进度提前做好准备，提供不少于三家的材料、设备供应商。业主、审计、监理和承包方对供应商进行考察，审定后写出考察报告，四方共同研究决定供应商厂家，并在报告

上签字后生效。

三、供应商对所供材料、设备应提供标准样品（大型设备为样本资料）、报价单及相关资质证明。

四、监理和院纪监审办公室应首先对材料设备的资质进行审查认证，并对价格进行咨询。业主应对样品的质量和价格进行确认，必要时应报设计单位认样。

五、对认定的样品进行共同封样管理，要求业主、审计单位、施工单位、监理和供应商五方签认，由业主指定地点统一保管。

六、供应商在供货时，监理、施工单位和业主要对比封存的标准样品进行共同验收，并写出验收报告。不合格者不准使用，否则由供应商和施工单位负责承担一切由此造成的损失责任。

七、不经认质、认价、封样的材料和设备，监理方应拒绝进场使用。已使用的，业主有权追究施工单位和监理的责任。

八、在材料和设备采购中，业主应委派两人以上参加，大宗材料、重要设备认价超出指导价的，须经处办公会集体讨论决定或报院工程招标领导小组研究。

九、严禁擅自指定材料或材料生产厂家。

十、严禁在建设工程中使用、夹杂旧材料（由甲方提供材料的临建工程除外）。

基建工程项目设计变更及现场签证管理办法

根据《中华人民共和国招标投标法》规定，必须进行施工招标的工程，原则上应实行无现场签证的管理制度，但发生特殊情况时，由于非施工单位原因造成的工程内容及工程量的增减，可以办理设计变更或现场签证。其中政府投资项目现场签证的办理还应当符合有关管理机构的程序规定。

按照以上规定，为了规范建设工程设计变更和现场签证行为，保证学校投资资金的使用效益，杜绝或减少因设计变更和现场签证随意性而引起的工程造价纠纷，特制订本办法。

第一条 建设工程设计变更及现场签证管理应遵守有关法律、法规的规定，必须遵循合法性、真实性、科学性、全面性和时效性的原则。

第二条 本办法所称“现场工程师”，是指学校派驻施工现场履行合同的代表、项目管理单位（以下简称代甲方）项目工程师和监理单位委派的总监理工程师。

第三条 工程开工前，基建处、代甲方和施工监理、投资监理单位必须明确“现场工程师”的具体人选、职权及行使职权的期限，代甲方以书面方式通知施工单位。更换“现场工程师”或者变更其职权时，代甲方及时书面通知施工单位。

第四条 设计变更，是指由于现场条件的变化或国家政策、法规的改变，或由于学校提出要求等原因，需要变更原有施工图等设计文件资料时，由设计单位做出的修改设计文件或补充设计文件的行为。

一、设计变更的确定

由代甲方负责组织，会同工程科、设计单位、施工监理、投资监理、施工单位进行论证后，出具变更意见书，并以书面报告附变更意见书（包括原因或依据、内容及范围、引起的工程量及投资预算的增减及工期影响）的形式报学校基建处按相关程序审批。

二、设计变更的实施

基建处按相关程序审核同意后，由代甲方交由原设计单位完成具体的设计变更工作，并发出正式的设计变更通知书（包括施工图纸）。施工监理和投资监理对设计变更通知书进行核实后，由施工监理对施工单位下达工程变更令，施工单位组织实施。

第五条 现场签证，是指由于施工现场的各种原因，出现了与合同规定不符的条件和事实情况，需要明确并作为继续工程其他有关程序的依据和前提条件时，由基建处与施工单位签字确认的备忘文件的行为。现场签证必须同时有基建处、代甲方、施工单位、施工监理和投资监理现场工程师签名并加盖公章。

一、工程现场签证文件的内容：

工程现场签证内容必须规范、齐全、具体。

- 1、签证应按统一格式填写、编号。
- 2、说明发生地点、事由、处理方案。
- 3、草图及尺寸、必要的照片资料（隐蔽工程必须附）。
- 4、工程量计算书、预算书。

二、签证方案的确定

代甲方组织方案的分析、论证工作，经施工单位上报、施工监理、投资监理、代甲方、基建处工程科逐级审核、签字、盖章。上报的方案需附工程费用预算。

三、计量与费用的确定（按照量价分离审核原则）

- 1、方案确定后，代甲方负责组织实施。
- 2、投资监理、施工监理根据合同的规定和项目管理程序负责工程计量的确认和审核工作。
- 3、计量完成后，施工单位根据合同规定的时效及时将签证单、工程量计算书、预算书上报施工监理、投资监理、代甲方、工程科审核。
- 4、根据审批权限基建处对审核后的工程签证进行审批。

四、无效签证

- 1、资料不全、不规范、不具体的签证。
- 2、方案未经许可的签证。
- 3、隐蔽前未经会签、认定的签证。
- 4、超过时效的签证（工程完成并检验合格后7日内及隐蔽工程覆盖前为有效）。
- 5、超出批复方案要求及因自身原因造成返工的签证。

五、操作流程：

各单位核认实际发生的工作量，并进行工程预算审核，提出初审意见流转时间：3个工作日（特殊情况事先向基建处说明各单位核认实际发生的工作量，并进行工程预算审核，提出初审意见流转时间：3个工作日（特殊情况事先向基建处说明）。

各有关单位职责：

- 1、施工单位：在实施前两周以工作联系单的形式报送变更签证申请。
- 2、施工监理：负责审核变更签证对工期、进度、质量、费用的影响，并将意见报送代甲方转投资监理审核。
- 3、投资监理：方案确定阶段对签证方案进行费用比选，提出建议；签证工程实施后，根据基建处认可的变更方案，协同施工监理、施工单位现场计量确认。

4、代甲方：签证工程实施前，专业工程师组织对变更签证方案进行分析，提出审核意见，按程序流转；根据基建处审批意见签发同意实施的工作联系单并及时反馈项目工程师；签证工程实施完成后，对经施工监理、投资监理核认的工程量进行审核，对工程质量进行确认，满足要求后根据投资监理的工程预算核认结果，签署意见后报基建处审批。

5、基建处：根据项目工程师提出的建议提出方案审批意见和核价意见。

第六条 设计变更与现场签证审批权限：

- 一、预算1万元以下：施工监理、投资监理单位初审，代甲方、基建处工程科长审核，基建处长审批。
- 二、预算1万元—10万元：施工监理、投资监理单位初审，代甲方、基建处工程科复核，基建处报主管校长审批。
- 三、预算10万元—50万元：施工监理、投资监理单位初审，代甲方、基建处工程科复核，基建处报基建修缮工作领导小组审批。
- 四、预算50万元以上：施工监理、投资监理单位初审，代甲方、基建处工程科复核，基建处报基建修缮工作小组审核后，提交校长办公会或党委办公会审批。
- 五、在上述基础上，基建处长审批累计金额原则上不超过合同价的5%（含，下同），主管校长审批累计金额原则上不超过合同价的10%，基建修缮工作领导小组审批累计金额原则上不超过合同价的15%。

第七条 所有设计变更、现场签证必须有文字记载，紧急情况下经主管校长或基建处长口头认可的，事后必须在7日内补齐有关手续。

第八条 在办理设计变更和现场签证程序中，基建处、代甲方、施工单位和设计、监理等单位之间的函件往来均须办理有关签收手续。基建处工程科和代甲方应保存完整的设计变更及现场签证单原件，及时收集整理、妥善保管并归档，作为工程结算的依据。

第九条 如非施工单位原因造成工程停工、窝工涉及工程价款索赔的，施工单位应按有关索赔程序申报、审批后提出现场签证要求，明确停工、窝工的时间、涉及的人员和费用计算办法。工程科、代甲方、施工监理和投资监理应按本办法规定的相关内容和时限办理现场签证手续。在停工、窝工事件发生当日起14天内，施工单位未提出现场签证的，视为该事件不涉及工程造价的变更。

土建设施巡视、维修制度

工作人员将对医院内土建设施进行定期和不定期的巡视检查，并设专人对存在问题进行及时修复，保证医院土建设施正常使用。巡视检查内容如下：

1、道路、小径的巡视内容：

- 1.1.1 路面是否有积水。
- 1.1.2 路面是否下沉、空鼓、凹坑。
- 1.1.3 道路两侧路沿石是否有损坏、下沉、断裂。
- 1.1.4 小径路面汀步石是否有损坏、缺角、下沉、裂缝。

1.2 病房、大厅及走廊的巡视内容：

- 1.2.1 检查顶棚装饰板和抹灰层是否脱落、空鼓、开裂。

- 1.2.2 检查地面砖是否有松动、裂缝、缺角。
- 1.2.3 检查墙面是否有浸水、空鼓、脱皮、凹坑。
- 1.2.4 检查楼梯扶手和栏杆是否脱落、松动、损伤。
- 1.2.5 检查门、锁具开启是否灵活，窗是否变形、玻璃是否损坏。

1.3 广场、地面车位的巡视内容：

- 1.3.1 广场地面是否积水，广场砖及花岗岩板是否空鼓、脱落、松动、裂缝、缺角。
- 1.3.2 地面车位挡车栏杆是否生锈、松脱，车位是否有沉陷。

1.4 围墙、外墙的巡视内容：

- 1.4.1 围墙砖是否有脱落、缺角、裂缝，栏杆是否损坏。
- 1.4.2 外墙墙面是否裂缝、脱皮。

在发现问题后，积极上报，并组织相关施工单位定制施工方案，要求切实可行，及时解决各科室苦难。施工过程中，要经常深入工地现场，检查施工情况，做好记录，发现问题，及时解决和汇报。有关质量问题，应及时与施工单位交涉，监督工程质量。工程竣工后，必须及时收集好工程图纸、资料，确保资料、图纸齐全，做好决算的审定。

信息系统管理制度

为使医院信息化管理系统管理进一步完善和规范。根据我院实际情况对我院信息系统管理制度进行修订，具体条款如下。

一、任何在信息网络设施附近实施的维修、改造及其它活动，不得危害信息网络系统的安全。如无法避免，须提前七日通知信息科，经信息科负责人同意并采取相应保护措施后，方可实施作业。

二、对于院内、楼层及科室布设的网络设施，由设备所处科室及保卫科共同维护其安全性和完好性，信息科将不定期巡查，如有损毁，将由责任科室承担全部责任。

三、各科室人员要保持计算机和相关设备周边环境的清洁，要摆放在防潮、防尘、防晒并且通风良好的地方。严禁在信息系统设备周围摆放水杯、鱼缸、杂物等，严禁在接入信息设备的电路上接入其它任何电器设备，由此造成的损失由责任人员负责。

四、各科室信息网络设施由科主任、护士长监督管理，不允许其它电子信息设备接入院内网络；不得未经信息科人员许可，随意移动、拆卸和外借任何院内信息网络设备。

五、各科室工作站计算机上，除了医院指定用系统和软件外不得安装、运行任何程序及游戏，不得私自修改、卸载任何文件或软件，不得任意外接任何设备（如 U 盘、移动硬盘、光驱、蓝牙、无线网卡、手机等），不得私自更改计算机或网络配置参数。如确实需要外接 U 盘进行相关数据拷贝，需提出书面申请经科主任及相关主管部门审批，交信息科并由本人签字确认，根据申请时限开通相应内网电脑使用 U 盘的权限，U 盘由申请人全权负责，出现问题责任到人。

六、各科室操作人员必须管理好自己的系统登陆账号和密码，离开岗位时须退出，以防他人盗用。如遇问题追究责任时均以登录系统登陆账号为准。

七、科室需要对信息数据进行查询或调整时，必须以书面形式向相关主管部门申请审批后由信息科进行处理。书面申请时必须注明原因、申请科室、主管意见、经办人及必要说明等内容，信息

科将对申请原件进行留存归档。

八、严禁非本科室工作人员操作计算机及院内网络设备，严禁携带亲友以任何理由使用院内信息系统设备。

九、计算机出现故障后，应及时与信息科联系，积极主动的配合维修技术人员，告知实际情况以便于根据情况确定问题原因，安排合适人员进行处理，尽快恢复正常工作状态，不得以工作繁忙为借口进行推诿延误维修时间。如技术人员检查出是人为原因引起故障后，将向设备所属科室主任如实汇报，并要求科主任提出处理意见。

十、各科室负责人要加强对本科室计算机的使用管理，如操作人员违反制度，造成不良后果的，除追究当事人责任外，还要追究科室负责人的责任。

网络及硬件设备管理制度

为了规范枣庄市立医院网络设备管理制度，保障信息网络安全，稳定运行，特制定本制度。

信息科负责全院网络设备管理工作，按照“定期维护、规范操作、科学使用、安全防范、确保运行”的原则完成网络设备的管理工作。

一、网络通讯设备管理

- 1、网络设备由信息科统一配置和安装，并做好文本记录；
- 2、禁止非信息人员擅自改动网络配置和网卡的参数设置。
- 3、路由器、交换机等网络设备由医院统一规划，使用部门不得随意挪动；严禁关闭、破坏网络设备的电源系统。

- 4、发现设备故障应及时报告信息科，由网络维护人员修理或更换。

二、网络安全设备管理

网络安全设备由网络管理员负责其参数的设置和管理，定期升级。

三、打印设备管理

- 1、打印设备应由各科室操作人员定期进行清洁。
- 2、操作人员发现设备故障应及时通告信息科进行维护，保证打印设备的正常使用。
- 3、各类打印设备保证专机专用。

四、其他设备管理

- 1、其他设备包括扫描枪、语音设备、显示设备、自助查询设备等。
- 2、设备操作人员应定期对设备进行检查和清洁，保证其正常使用。
- 3、禁止没有使用权的人员使用设备。

五、打印机耗材管理

- 1、消耗材料包括打印机色带、墨盒、硒鼓等。
- 2、操作人员应定期检查消耗材料使用情况，及时更换色带、墨盒、打印纸等消耗材料，保证设备正常使用。
- 3、各科室操作人员应熟悉基本的设备耗材更换步骤，针对具体问题及时咨询信息科工作人员予以解决。

六、设备安全管理

- 1、网络布线要尽量避免交叉，交叉处要注意防止短路。
- 2、网络线路、系统设备的停电等问题应提前通知信息科和相关部门，以便预先做好应对措施。
- 3、设备迁移、设备维修、系统升级等原因需要信息系统停止运行，应在预定停机前通知信息科和相关部门，并在采取有效应对措施后实施。

网络维护管理制度

为加强网络维护管理工作，保障各项工作有序进行，结合我院实际情况，特制定本办法。本办法适用于信息科和使用部门科室。

枣庄市立医院的网络维护机构为信息科，负责全院的网络维护，贯彻执行医院下达的各项规章制度，落实技术维护规程和网络安全运行措施，负责对维护作业计划执行情况、设备及网络运行情况方面的检查及考核工作。负责医院 IP 地址的管理、分配及网络安全。

- 一、计算机出现问题、故障及时各科室要及时通知网络维护员，由网络维护员及时处理和排除。
- 二、除网络维护人员外，其它部门或个人不得更改网络设备的各项系统设置。
- 三、各科室不得随意更改计算机系统设置及网络 IP 属性。
- 四、凡涉及局域网的施工及改动，须提前向信息科通知，征得同意后，由信息科人员在场的情况下方可进行。
- 五、网络维护以安全、稳定为第一责任。
- 六、网络设备要保持清洁卫生，由各使用人员负责定期清理。
- 七、网络维护人员要定期检查网络设备。
- 八、根据医院网络的实际情况，做好应急预案，容灾备份，做好事前管理工作，消除隐患，确保网络安全正常运行。

中心机房管理制度

- 一、中心机房由专人负责管理，未经管理员许可，外人严禁擅自进入。
- 二、服务器的各种技术参数不得擅自更动，确需调整的须经信息科科长同意后，并作相应的记录。
- 三、中心的工作人员必须每天检查机房一次，检查各台服务器的工作状况，检查数据备份情况，并作好记录，发现异常及时报告并作相应处理。
- 四、非工作人员因工作需要进入中心机房，必须经工作人员同意后，由工作人员陪同下方可进入，外来人员不得单独在机房内逗留。
- 五、中心机房内应保持清洁，禁止存放其他无关物品，禁止携带易燃、易爆物品及任何液体进入机房；严禁在机房内吸烟，严禁在机房内进行非工作需要的任何活动。
- 六、保证服务器 24 小时不间断正常工作，不得在服务器专用电路上加载其他用电设备。

七、服务器机房内温度应保持在 15℃ ~ 30℃之间，湿度应保持在 40 ~ 70%之间。

八、对服务器配件进行调整或更换，应经医院信息系统分管领导批准，管理人员应严格填写工作日志。

九、网络管理员做好院内一切事物的保密工作，对外不得泄露医院内有关的不该泄露的内容和情况，认真做好使用记录。

十、做好网络中心内的所有设备的维修、保养、维护工作，确保网络中心的所有设备始终保持正常运行，从而保障医院的信息网正常运行。

十一、定期做好对服务器、客户机进行系统升级和杀毒软件的升级工作。

十二、网络管理员做好服务器、客户机等终端设备的维护和维修工作，做好维护和维修记录。

十三、定期检查漏电保护装置、灭火器等安全防火设备，管理员离开机房，要随手关门。下班前注意检查用电总开关、各种设备运行情况是否有异常，方可关好门窗离开。

第十三部分 质量与安全管理

委员会工作制度

- 一、委员会对管理中的重大问题进行决策，起到上传下达的枢纽作用。
- 二、委员会应包括下列内容：
 - （一）名称：各委员会名称由医院正式审定；
 - （二）组成人员：由院长和（或）副院长、相关职能部门、临床科室负责人及业务骨干组成；
 - （三）工作职责：根据各委员会权限范围，委员会成员讨论确定。
- 三、会议纪要：
 - （一）每次会议都要有会议纪要，纪要包括会议时间、地点、参加人员及会议内容等；
 - （二）委员会由专人整理会议纪要，并交委员会主任委员审核，按要求归档。
- 四、委员会每年召开一至两次会议，每次会议前都须通知所有委员参加，参加的委员人数达到半数方可开会。出席会议者非特殊情况不得迟到、早退，不能参加者须请假，三次以上无故不参加会议者，委员会有权讨论调整该部门参会人员。
- 五、经委员会讨论通过的决议，相应职能部门负责落实；需提交院领导商议的，经讨论通过后执行。
- 六、对于委员会之间相交叉的事务，提交医院质量与安全管理委员会会议讨论。
- 七、对一些突发性事件，无法组织委员会开会讨论，可由医院领导先决定处理意见，事后提交委员会讨论备案。

医院质量与安全管理工作制度

- 一、在医院质量与安全管理委员会的领导下，做好医院的质量与安全管理工作。
- 二、医院质量与安全管理委员会统一领导和协调各相关委员会工作。各委员会定期召开相关质量与安全会议，及时向医院质量与安全管理委员会汇报。
- 三、各委员会按照本委员会的质量与安全管理年度计划、质量目标、质量标准积极开展工作。
- 四、各部、科室行使各自职责并按照“枣庄市立医院质量与安全管理工作实施方案（试行）”、“科室质量与安全管理小组管理办法”做好质量与安全管理工作。
- 五、质量与安全管理委员会办公室负责监督、协调职能部门质量与安全管理工作，并对各职能部门的监管情况进行不定期的抽查，纳入绩效考核。
- 六、各职能部门行使监管职能，将检查结果签字后以书面形式反馈到相应科室，并纳入绩效考核。
- 七、科室质量与安全管理小组针对职能部门检查中存在的问题，严抓整改，定期组织自查，全面提高科室质量与安全管理工作。
- 八、部门间、部门与科室间互相配合、互相帮助，共同做好医院质量与安全管理工作。

科室质量与安全管理小组工作制度

- 一、科室质量与安全管理小组除对科室的质量与安全日常工作管理外，每月组织科室质量与安全管理小组活动，每季度召开科室质量与安全管理小组会议。
- 二、运用管理工具采取现场评估、抽查追踪、访视病人、查阅病历等方式开展活动。
- 三、科室质量与安全管理小组认真记录活动情况，并对活动中存在问题的整改情况进行效果评价，充分体现所查项目质量与安全的持续改进（PDCA）。
- 四、科室内部解决不了的问题上报到相关职能部门。

多部门质量管理协调制度

- 为确保医院各项工作顺利开展，本着加强各部门间在部署医院质量与安全管理工作时的统筹运作和协调联动，促进各职能部门间密切配合的原则，特制定本制度：
- 一、会议召开时间：根据工作需要，职能部门不定期召开。
 - 二、会议参加人员：由为首的职能部门牵头，院长或牵头部门的分管副院长召集并主持，相关职能部门负责人参加。
 - 三、会议主要内容：主要协调、解决临床与护理之间、临床与医技之间、医技与护理之间、院科之间以及职能部门之间日常工作中的难点、重点及相互配合的问题。为首的职能部门应牵头与其它部门共同协办。
 - 四、会议的记录：由牵头的职能部门负责会议记录，做好会议的落实督办及反馈。

医院质量与安全监控指标管理制度

- 一、质量与安全监控指标的选择。符合法律法规、行业标准的要求，符合医院发展目标，符合以患者为中心的原则。以持续提升患者安全目标为目的，重点监控高风险领域、服务量大、易出问题的环节。
- 二、质量与安全监控指标的确定。每年12月中旬职能部门确定分管领域质量改进与安全管理工作计划及年度质量监控重点指标，报医院质量与安全管理委员会。每年12月底确定医院质量改进与安全管理工作计划及年度质量与安全监控重点指标。
- 三、质量与安全监控指标数据的汇总、审核、整理、分析、处理。
 - 1、质量与安全管理委员会办公室每月汇总、审核、整理、下发医院质量与安全监控指标数据，完成月通报。
 - 2、相关职能部门及临床科室每季度分析医院质量与安全监控指标，应用趋势图、控制图、直方图、柏拉图工具分析数据，形成分析报告。
 - 3、当数据出现非预期趋势时，或指标数据连续3次超出阈值，或未按预期进度达到目标值时，

质量与安全管理委员会办公室书面反馈相应职能部门，并协助职能部门提请开展 PDCA 项目。

四、质量与安全监控指标的变更。对于目标值实现并持续至少 4 个衡量周期的监控指标，可以提请指标负责部门降低指标监控频率或调整目标值后再进行检测，或选择新的监控指标。

五、质量与安全监控指标的绩效考核。职能部门将确定分管领域质量监控重点指标，根据绩效考核标准每月进行考核，将考核结果与绩效工资挂钩。

安全（不良）事件报告制度

一、报告形式

（一）紧急电话报告：重大的或紧急的事件可能迅速引发严重后果的紧急情况下使用，正常工作时间上报相应职能部门，夜间及节假日统一上报医院总值班人员（电话 3288020，3288021），并随后 48 小时内履行网络补报。

（二）网络报告：利用我院安全（不良）事件上报系统 48 小时内进行网络报告。

二、发生或者发现安全（不良）事件时，当班医护人员按事件类别、级别除立即采取有效措施，防止损害扩大外，应立即向所在科室主任或护士长报告，同时根据事件类别向相关职能部门进行网络报告。

三、枣庄市立医院质量与安全管理委员会办公室（以下简称质管办，下同）及相应职能部门根据不良事件的类别进行审核，对于错报、重报事件质管办分派给相关职能部门。

四、职能部门针对安全（不良）事件应及时调查核实，给出处理意见，必要时上报分管院领导，督导科室整改、落实；每季度将安全（不良）事件及处理落实情况汇总，并将总结分析内容呈现在季度分析报告中于次季度首月 5 日前报至质管办。部分不良事件提交相关专业委员会。

五、质管办每季度对全院的安全（不良）事件进行汇总，形成统计分析报告。部分不良事件提交医院质量与安全管理委员会。

六、各科室每天查看不良事件上报情况并及时处理。职能部门对接收的不良事件 5 日内必须审核，超过 5 日未审核的纳入绩效并通报；临床科室针对职能部门的反馈及时做出整改。

安全（不良）事件根因分析管理规程

一、目的：通过医院不良事件根本原因分析确认异常表现背后的基本因素或因果因素的过程，避免类似异常事件的再次发生。

二、范围：在医院范围内发生的 I 级事件（警告事件）及需要进行根因分析的不良事件进行根因分析。

三、根本原因分析是为系统过错与责任制定可预防措施的一种管理学方法。

四、内容：

（一）部门及人员职责：职能部门负责人将 I、II 级不良事件上报至分管院长。分管院长即时呈报事件至院长。院长指派分管副院长，在明确事件性质的 48 小时内，确定主管部门及负责人，启动

根因分析（RCA）。

（二）根因分析主管部门及负责人：成立根因分析小组，对事件进行调查，并对各种原因做出分析，就防止类似事故的发生提出改进建议，并追踪措施的落实及改进成效；收集并汇总相关材料，45 天内完成根因分析及报告并反馈医院质量与安全管理委员会办公室。

（三）医院质量与安全管理委员会办公室：督导事件的调查、分析及改进过程；每季度将警告事件根因分析报告呈报医院质量与安全管理委员会。

（四）根因分析步骤：

1、成立根因分析小组：根据事件性质，事件主管部门挑选根因分析小组成员，成立根因分析小组；小组的组成、规模、复杂程度取决于事件的严重程度。小组成员一般 5-8 名，最好不超过 10 人，必要时可多加人员，遵循利益回避原则，审慎考虑是否纳入与事件最直接的关系人；小组成员包括组长（为主管部门人员，且能主导团队运作）、事件相关流程且具有相关专业知识的临床一线人员、相关部门的人员、熟悉根因分析运用方法的管理人员。事件调查及资料收集：事件发生有关的人员的谈话、病历、事件经过材料、会议记录、事件相关的文件、相关的文献报告等，运用工具如流程图等对资料进行排列。

2、分析原因：主管部门将上述整理好的资料分发给小组成员、经根因分析小组集体找出相关的因素、运用鱼骨图等工具进行分析，找出事件发生的近端原因并确认根本原因。

3、行动计划：根因分析小组找出可改善的流程，制定改善行动规划。相关部门落实。

4、分析报告：根因分析主管部门追踪措施的落实及改进成效，并汇总相关材料，完成根因分析报告。根因分析报告书写要求如下，封面：报告封面须标识事件类别、发生科室、地点、时间、不良事件上报单据号等；摘要：简述事件发生的相关信息，内容包括导致事件发生情况的说明、调查组织、报告单位及日期；主要内容：包括事件经过、分析、结论、安全建议及改善计划及行动；根因分析完成时限：根据事件的复杂程度，自发生事件当天或明确事件发生那天起，不超过 45 天。

质管办工作制度

一、按照“枣庄市立医院质量与安全管理工作实施方案”做好管理工作。

二、自觉遵守医院各项规章制度，认真履行岗位职责，按计划完成本部门各项工作任务。

三、协调、督导职能部门质量与安全管理工作。

四、做好科室人员培训工作，不断积累管理知识。

五、及时做好科室文档资料的纸质版和电子版整理、归档。

六、做好增收节支，增强节能降耗意识。

下 篇

人 员 岗 位 职 责



第一部分 行政管理岗位和人员职责

院长职责

- 1、院长是医院的法人代表，在上级主管部门和上级党委领导下，根据党的方针政策全面领导医院的医疗、教学、科研、预防、人事、财务和后勤等各项工作。
- 2、领导制定医院发展规划、改革方案和工作计划，按期布置、检查、总结工作，并向上级机关汇报。
- 3、负责组织、检查医疗护理工作，定期深入门诊、病房，并采取积极有效措施，不断提高医疗质量。
- 4、负责组织、检查临床教学、人才培养和业务技术学习。
- 5、负责领导、检查医院重要科研计划的拟定和开展情况，采取积极措施，领导组织新技术新项目的引进和应用。
- 6、教育职工树立全心全意为人民服务的思想和良好的医德医风，加强职工思想政治工作，改进医疗作风和工作作风，改善服务态度，开展优质服务，促进医院精神文明建设。
- 7、督促检查以岗位责任制为中心的规章制度和技术操作规程的执行，严防差错事故的发生。
- 8、根据国家人事制度，加强对人事工作领导，组织对医院工作人员的考核、任免、奖惩、调配及提升等工作。
- 9、加强对后勤工作的领导，检查督促财务收入开支，审查预决算，对开支较大物资设备实施公开招标采购。关心职工生活，创造条件，改善生活和福利设施。
- 10、及时研究处理职工及人民群众对医院工作的意见。
- 11、因事外出或因故不能履行正常职责时，须指定一位副院长代替院长职务。

行政副院长职责

- 1、在院长领导下，分管全院的行政管理工作。
- 2、负责组织、拟定医院各项行政工作制度，并经常督促检查执行情况，不断的提高科学管理水平。
- 3、负责督促总务部门保证医疗所需后勤物资的供应工作。
- 4、负责督促检查本院治安、保卫工作。
- 5、负责检查基建、维修工程项目预决算，医院财产物资的管理工作。
- 6、负责督促、检查医院的基建、维修工程项目的进度、质量及管理工作。
- 7、负责督促、检查我院工作人员的生活福利工作。
- 8、负责督促检查全院的清洁卫生和环境绿化工作。

业务副院长职责

- 1、在院长领导下，分管全院的医疗、护理、医技等部门的工作。
- 2、督促检查医疗制度、医护常规和技术操作规程的执行落实。
- 3、深入科室，了解和检查诊断、治疗和护理情况。必要时领导重危患者的会诊、抢救工作。定期分析医疗指标，采取措施，不断提高医疗护理质量。
- 4、领导制定临床教学计划和人才培养计划，组织全院医务人员的业务技术学习、知识更新，经常检查教学工作的完成情况，组织对乡镇社区医疗机构的业务指导工作。
- 5、负责领导全院的医学科研工作，组织全院新技术和新项目的开展。
- 6、领导医疗业务、统计、并按、计量等项的工作。
- 7、负责领导新技术的引进和发展。
- 8、负责领导中西医综合研究工作。
- 9、负责组织检查门、急诊工作。
- 10、负责组织实施本院担负的临时性医疗工作。
- 11、组织检查本院门诊和住院患者的转诊、会诊、疫情报告及医疗预防和卫生宣教工作。

办公室工作职责

- 1、贯彻执行党和政府的方针、政策和上级部门的指示、决定等，做好行政类文件的收发、登记、传阅、收回及保管工作，对上级机关和有关单位的通知及时汇报有关领导，并请示办理意见。
- 2、负责组织安排医院行政办公例会、院周会等行政会议，做好会议记录、纪要，并督促检查会议决议、决定的贯彻执行。
- 3、做好文秘工作，负责医院工作总结、计划等综合性文字材料的起草和医院大事记的记录。
- 4、负责医院行政文件的审核把关、编号、打印等工作。
- 5、执行首问负责制，负责接待处理院内外有关行政方面的群众来信、来访及咨询事宜，做到不扯皮、不拖延、不积压，重大事项及时向领导报告。
- 6、负责接待上级机关、兄弟单位以及外宾来院参观、访问、交流等活动。
- 7、负责管理全院档案、文印、公务车辆、固定电话和移动公户电话、报刊征订和分发、行政总值班管理等工作，搞好对档案室、会议室、接待室、文印室、收发室、汽车班、行政总值班室的管理。
- 8、负责公共安全、消防控制、电子监控、院内车辆管理和秩序维护等工作，维护良好的治安环境和工作秩序。（详见保卫科工作职责）
- 9、协助院长、分管院长处理医院日常行政事务工作，搞好医院内外部工作的沟通协调，负责政务性信息的调研和反馈。
- 10、及时完成院领导交办的临时性、应急性工作任务。

办公室人员职责

一、办公室主任职责

- 1、协助院长、分管院长处理医院日常行政事务工作。
- 2、协助院长、分管院长协调医院与社会有关部门的关系。
- 3、与医院领导、职能部门及各临床医技科室人员保持工作上的联系与沟通，并建立良好的人际关系。
- 4、经常深入科室了解情况，做好信息调研工作，为领导决策提供科学依据。
- 5、负责行政会议安排、来客来访接待等工作。
- 6、负责档案、文印、公务车辆、电话通讯、报刊征订和分发、行政总值班管理等全面工作，搞好综合档案室的管理。
- 7、负责办公室各岗位工作职责制定，对具体工作给予跟进、控制。
- 8、加强办公室人员的学习培训和团队建设，不断改进思想作风和工作作风，搞好团结协作。
- 9、完成院领导交办的各项临时性工作。

二、办公室副主任（分管文字文秘）职责

- 1、协助办公室主任做好办公室日常事务性工作。
- 2、协助安排各种行政会议，做好会议记录，整理会议纪要。
- 3、按时完成医院工作总结、计划、领导讲话等材料的起草和医院大事记的记录。
- 4、对各职能部门起草的有关医院文件给予把关，并组织做好文件的编号、打印等工作。
- 5、负责医院行政公章的保管和使用工作。
- 6、搞好对院行政总值班室、文印室的管理。
- 7、负责办公室档案资料的整理、归档。
- 8、完成院领导、办公室主任安排的其它临时性工作。

三、办公室副主任（分管内勤）职责

- 1、协助办公室主任做好办公室日常事务性工作。
- 2、负责来客来访接待、会议服务及办公室所管辖接待室、会议室、学术报告厅的卫生督导工作。
- 3、负责办公室固定资产管理，办公用品的的领取、保管、发放及接待用品的采购。
- 4、负责公务车辆管理，严格公务派车、车辆维修保养、车载物品采购等的审批。
- 5、负责驾驶员、收发员及办公区保洁员的工资及补助的领取发放工作。
- 6、负责全院固定电话和移动公户电话的管理。
- 7、负责报纸、杂志征订，搞好对收发室的管理。
- 8、完成院领导、办公室主任安排的其它临时性工作。

四、办公室工作人员职责

- 1、做好电话接听和记录工作，对上级机关和有关单位电话通知及时汇报。
- 2、做好上级机关和有关单位来文的登记、传阅、督办、归档。
- 3、协助搞好来客来访接待、会议服务等工作。
- 4、负责院行政总值班的排班、日常管理、交接、检查，以及值班费的领取发放工作。

- 5、负责短信群发及平台管理工作。
- 6、完成院领导、办公室主任及副主任安排的其它临时性工作。

五、档案员职责

- 1、认真学习《档案法》及有关规定和档案业务知识，宣传、贯彻、执行有关档案法律法规，不断提高档案管理水平。
- 2、负责档案的收集、分类、归档、鉴定、开发利用等工作。
- 3、严格执行档案的鉴定与销毁、保密、管理、收集、立卷归档、统计、借阅等制度。
- 4、积极编制检索工具，及时、准确地提供档案利用。做好档案基本情况以及接收、移出、借阅、利用效果的登记、统计。
- 5、做好档案库房管理和安全防护工作，对损坏变质的档案资料要及时采取措施进行修补和复制。
- 6、加强档案工作的信息化建设。
- 7、工作调动时，负责将所管理的档案情况交待清楚，严格办理交接手续，离职后对所了解的机密情况不得泄露。
- 8、完成院领导、办公室主任及副主任安排的其它临时性工作。

六、文印员职责

- 1、及时准确、按时完成文字打印、复印工作。打复印稿件要有相关科室主要负责人签字和办公室批准的申请单；打印的文件做到字迹清楚、整齐、美观，格式正确；打复印完成后，及时通知交稿人校对并取回。
- 2、爱护计算机、打复印机等办公设备，及时保养维修，杜绝办公室以外人员私自操作设备。注意节约纸张、油墨等。
- 3、严格遵守有关保密制度，增强保密观念，妥善保管有关文件资料，防止泄密。
- 4、加强计算机维护和安全，妥善保存好电子版文件资料，重要文档进行备份。
- 5、积极配合医院的医疗、教学、科研等工作，热情地为各科室服务。
- 6、及时登记打复印张数，以便月底统计工作量。
- 7、做好院长室、接待室等的卫生保洁以及来客来访接待及会议的服务性工作。
- 8、完成院领导、办公室主任及副主任安排的其它临时性工作。

七、收发员职责

- 1、每天按时接收好各种报纸、杂志、信件等，认真清点登记、不出差错。如发生报纸、杂志短缺情况，应及时与邮政部门取得联系，并督促邮政部门补齐；对无法追补的，让邮政部门或邮递员出具证明。
- 2、每天的报纸、杂志、信件等应及时准确地分发到指定的科室或个人。
- 3、对汇款单、挂号件等重要信件，必须进行登记，送达本人，并让接收人签字。
- 4、节假日负责收存好报纸、杂志、信件，暂时没有送到科室和个人的要妥善保管。
- 5、服务热情周到，言行文明礼貌。报纸、杂志短缺时要向科室或个人耐心解释原因，不得与之发生争执。
- 6、负责清退投递错误的报纸、杂志、信件等。
- 7、保持收发室室内整洁、物品摆放有序，禁止闲杂人等随意出入收发室。
- 8、完成院领导、办公室主任及副主任安排的其它临时性工作。

八、驾驶员职责

- 1、严格遵守医院公务用车管理制度，坚持公务用车办公室统一调派、出市车辆审批，特殊情况出车驾驶员须向分管主任汇报。
- 2、严格遵守交通规则，注意行车安全。
- 3、坚守工作岗位，24小时保持通讯工具畅通，上班、听班期间严禁饮酒。
- 4、严格遵守车辆维修保养、车载物品配备事前审批制度，特殊情况需先电话汇报、后补办手续。
- 5、做好车辆及驾驶证的年审工作，妥善保管车辆证件；及时购买或缴纳车辆各种保险费用。
- 6、完成院领导、办公室主任及副主任安排的其它临时性工作。

人力资源部工作职责

- 1、制定和掌握全院各类人员的年度用人规划，做好人事调配工作。
- 2、负责检查、统计全院各类人员的梯队建设及人员使用工作。
- 3、负责全院职工的考核、鉴定和奖惩工作。
- 4、办理干部任免、考察工作。
- 5、负责全院职工的职称晋升的考试、评审工作。
- 6、负责全院职工的工资调整、养老、医疗、失业保险、困难补助等工作。
- 7、负责医院职工工伤认定的申报工作。
- 8、负责全院职工各种假期的管理及每月考勤工作。
- 9、办理全院职工的离休、退休工作。
- 10、负责上级要求援疆、援外、下乡、扶贫、救灾人员的审查、选派和管理工作。
- 11、负责人事部门组织的各种先进、人才、专家选拔材料的整理工作。
- 12、负责全院的机构设置、人员定编、人事报表统计工作。
- 13、负责办理聘用人员的招聘、岗前培训、试用、转正定级工作。
- 14、负责全院职工的政审和人事档案管理工作。
- 15、负责转业、退伍军人的安置和拥军优属工作。
- 16、承办职工死亡的病后处理及遗属的优抚工作。
- 17、及时完成上级领导交办的临时任务。

人力资源部人员职责

一、人力资源部主任职责

- 1、组织制定人事工作发展计划，制定全院人员编制和用人计划。
- 2、做好人员调配、使用和管理工作的。
- 3、制订、完善全院人事工作的规划、规章、制度。
- 4、负责全院人事制度改革方案的起草、完善和落实工作。
- 5、制定并落实全院人才队伍建设规划。

- 6、负责全院职工的考核、职称晋升、工资调整和奖惩工作。
- 7、负责制定并组织实施招聘人员的培训等工作。
- 8、负责全院岗位设置和职称评聘管理工作。
- 9、负责由人事部门组织的各类先进、人才、专家的选拔、推荐和申报工作。
- 10、负责全院奖惩制度制订和完善工作，督促奖惩兑现工作。
- 11、负责职工的离休、退休、养老、医疗、失业保险工作。
- 12、负责管理职工档案的收集、整理及全院人事统计、人员鉴定工作。
- 13、会同有关部门做好职工遗属的优抚工作。
- 14、做好转业、退伍军人的安置和拥军优属工作。
- 15、及时完成院领导交办的其他任务。

二、人力资源部工作人员职责

- 1、办理职工调整、调配等手续及人事综合统计报表工作。
- 2、做好聘用人员的招聘；转业、退伍军人的安置工作。
- 3、办理上级要求援疆、援外、下乡、支农、救灾人员及职工考勤、各种假期的登记工作。
- 4、办理职工的职称晋升的考核、评审、聘任工作。
- 5、负责职工的任免、奖惩、年度考核工作。
- 6、做好主任交办的其它工作。

医务部工作职责

- 1、每月对各临床科室进行医疗工作质量检查。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 4、认真组织重大抢救和疑难危重患者院内会诊，作好对急危重患者和大手术患者的管理。
- 5、建立本科办公记录本及工作日志与大事记录本，对各科反映的情况及时上报，及时答复。
- 6、及时处理各种医疗缺陷和医疗纠纷，对重大医疗差错及事故进行调查，及时向分管院长及院长提出处理意见。
- 7、组织各科开展新技术、新业务。
- 8、每月对全院业务工作开展情况进行督导。
- 9、做好本院各级医务人员的业务培训，学分制考核和技术档案管理，做好论文审查和学术活动的审批工作。
- 10、按时完成院领导交办的各项临时性工作任务。
- 11、每月将本月的工作小结及下月的工作计划书面报分管院长。

医疗质量控制职责

- 1、加强终末病历质量管理，每月按时完成上月病历检查，反馈评价及登记。写出本月医疗质量工作总结与存在的突出问题及建议报分管院长。
- 2、针对质量管理发现的问题，深入到科室具体指导，采取措施，限期纠正。
- 3、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 4、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 5、每年举行一次全院优秀病历、最差病历评展，并制定奖惩细则。
- 6、每月按三甲标准对临床医疗科室进行一次检查，并将检查结果报分管院长。

科研教学职责

- 1、每年要争取完成 1-2 项省级或 6 项以上市级科研项目。
- 2、对本年度已确定的科研项目要积极地指导督促按时完成，每季度将项目开展情况书面报分管院长。
- 3、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 4、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 5、对已鉴定获奖项目要积极协助推广应用。
- 6、每季度召开一次教研室主任会议，研究教学工作，并做好记录。
- 7、做好进修、实习医师的管理，并制定出具体管理细则。
- 8、抓好住院医师的规范化培训工作，负责组织住院医师规范化工作的考核及考试等工作。

医务部人员职责

一、医务部主任职责

- 1、在院长 / 分管院长的领导下，具体组织实施全院的医疗、教学、科研工作。负责医院“医疗质量管理方案”具体实施与反馈工作。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 4、负责实施医院的质量方针和质量目标、指标，制定医疗部分的具体落实措施，履行监控职能。
- 5、负责制定医务部及医疗发展的工作计划，并督查工作完成情况及做出阶段和年终工作总结。
- 6、拟定医疗质量管理方案等有关业务计划，经院长、分管院长批准后，组织实施。定期督导检查，按时汇报总结。
- 7、深入各科室，了解和掌握情况。组织重大抢救和院外会诊。督促各种制度和规章的执行，定期检查，采取措施，提高医疗质量，严防差错事故。

- 8、对医疗事故进行调查，组织讨论，及时向院长、分管院长提出处理意见。
- 9、负责实施、检查全院医务技术人员的业务训练和技术考核。不断提高业务技术水平。
- 10、负责组织实施临时性院外医疗任务和对基层的技术指导工作。
- 11、检查督促各科进修和教学科研计划的贯彻执行。组织科室之间的协作。
- 12、抓好病案质量控制及统计、图书资料管理工作。

13、副主任协助主任工作。

二、医务部工作人员职责

在医务部主任领导下，做好各项工作。

- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 4、协调组织医院内外会诊、义诊、扶贫、下乡等工作，并做好登记。
- 5、负责实施临时性院外医疗任务和基层技术指导工作。
- 6、做好医疗医技进修人员的日常管理工作。
- 7、负责重大手术、疑难病例讨论等的组织和登记工作。
- 8、负责医务部内部人员的考勤、内部会议记录，内部档案的整理归档工作。

9、医疗安全管理工作人员职责

- (1) 按照医院相关规定开展工作。
- (2) 做好医疗纠纷投诉人员的接待、登记、档案管理工作，并将投诉情况及时报告相关领导。
- (3) 对发生的医疗纠纷进行调查，书写调查报告，协助领导妥善进行处理，确保医疗秩序。
- (4) 做好医院医疗事故审查委员会会前准备工作，并做好会议记录。
- (5) 负责准备好医疗事故技术鉴定、行政处理、司法鉴定等所需材料。
- (6) 定期对医疗投诉情况进行统计分析、反馈通报。
- (7) 定期开展安全检查并对广大职工进行医疗安全教育培训。

10、医疗质量管理工作人员职责

- (1) 做好医院的医疗质量管理工作。
- (2) 深入临床科室开展全院医疗质量的检查监督，并将检查情况及时进行反馈。
- (3) 组织并准备医疗质量相关会议的材料。
- (4) 做好医疗质量相关指标数据统计整理检测工作。对所有统计数据及本科有关文件妥善保管，及时归档。

11、加强学习，不断提高管理水平和业务水平。

12、完成领导交办的其他工作。

三、社会工作部工作人员职责

在医务部主任的领导下，开展纠纷防范和处理工作；

- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 4、受理住院患者投诉，处理医疗纠纷，协调医患关系，维护医患权益。接受各临床科室医疗纠纷预警；
- 5、对医疗纠纷所涉及科室的科主任及相关医务人员进行事实调查、证据保全，会同相关科室主

任、责任人、法律顾问、医务部主任及医院相关领导，确定医院立场，拟定解决方案，参加纠纷处理、鉴定、诉讼等各项工作；

6、在已经进入鉴定或司法诉讼程序的医疗纠纷中，负责组织、协调医院各临床科室、职能部室的工作，负责与上级卫生行政部门、医学会、人民法院的联络，负责联系、配合法律顾问，依法组织有关人员完成相关法律程序，并及时向医务部主任及院领导汇报；

7、负责对医疗投诉进行分析，将整改措施反馈科室；每月对各临床科室的投诉进行考核；

8、配合法律顾问对医疗文件的法律效用有审阅、把关、提出修改意见及方案的责任；

9、负责重大医疗过失行为和医疗事故的上报工作；

10、负责收集医疗安全不良事件、医疗缺陷上报工作；

11、制定并落实全院医师法律、法规及防范医疗纠纷的培训计划。

四、医学教育培训中心管理人员职责

- 1、负责医学教育培训中心的管理工作。
- 2、负责医学教育培训中心各项培训及教学、考试任务的具体安排。
- 3、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 4、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 5、负责医学教育培训中心仪器、物品的保管、登记，以及出现问题时报请维修等。
- 6、负责督促培训及教学、考试计划的落实。
- 7、负责医学教育培训中心资料的建档。
- 8、负责督促检查医学教育培训中心安全及清洁卫生等工作。

五、医学教育培训中心辅导老师职责

在上级职能部门的领导下进行培训工作，认真遵守医学教育培训中心的各项规章制度。

- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 4、培训前认真备课，并做好培训前的各项准备工作。
- 5、培训前向学员说明培训的目的、内容、方法、重点、难点及考核方法，确保各项培训工作顺利进行。

6、示教步骤和操作要准确熟练，重点突出，难点明确。

7、培训过程中认真指导学员操作，耐心解答学员提出的疑问，以达到预期的目标及效果。

8、服从医学教育培训中心的管理，在培训过程中物品、仪器等出现异常及时汇报中心管理人员。

9、保证物品、仪器结构的完整性和性能的完好性。

10、保持室内清洁、整齐，动用的物品归还原处。

六、病案室负责人职责

在医务部主任领导下，全面负责病案室的各项工作。

- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。
- 4、制定病案管理制度和 workflow，并组织实施。
- 5、负责病历纸张和各种医疗记录表格的管理和审定。
- 6、征求科室、患者意见，不断提高病案管理服务质量，热情为临床及患者服务。

7、掌握国内外病案管理动态，积极开展经验交流，不断提高管理水平。

8、安排和统筹本科的科研和教学工作。

9、参加周会和其他相关会议，及时传达执行。

七、病案室工作人员职责

1、病案室编目员职责

(1) 在病案室负责人领导下开展工作，严格执行医院有关病案管理规定。

(2) 认真学习、熟练掌握《国际疾病分类法》，对疾病诊断、手术操作及病理诊断进行精确而完整的分类编码，并书写在病案首页上。遇到诊断不明、分类不清等问题时，应详细翻阅病案记录或及时与临床医师沟通、及时解决。

(3) 负责每日出院病案的签收、整理和登记。

(4) 遵守计算机操作规程，准确及时地把每份出院病历首页信息输入电脑系统。

(5) 熟练掌握本专业理论知识，了解国内外动态，加强学习，不断提高业务水平。

(6) 做好防火、防盗、防虫蛀、防霉变等安全工作。

(7) 完成领导交办的其他工作。

(8) 遵守医院各项规章制度和管理规定。

(9) 注意言行文明礼貌，举止规范，热情为临床服务，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。

2、病案室借阅员职责

(1) 在负责人领导下进行工作，严格执行医院有关病案管理规定。

(2) 遵守医院各项规章制度和管理规定。

(3) 注意言行文明礼貌，举止规范，热情为临床服务，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。

(4) 逐份核对上、下架病案，保证入库病案封面与病案住院号、姓名一致；归档病案排列整齐美观。

(5) 严把一人一号关，杜绝一人多号现象。及时归档每日新入病案，保证查找有序方便。

(6) 严格遵照卫生部《医疗机构病历管理规定》要求，热情接待并及时提供单位和个人对病案的复印需求，并作好来访人证件登记工作。

(7) 库房值班人员及时提供病案调阅服务。

(8) 做好病案室及病案库房管理工作，保持清洁、整齐、通风、干燥，防止病案霉烂，虫蛀和火灾。

(9) 熟练掌握本专业理论知识，了解国内外动态，加强学习，不断提高业务水平。

(10) 完成领导交办的临时性工作。

3、病案质量检查员职责

(1) 负责检查出院病案内容有无缺失，根据病案评分标准对病案进行质量评定，记录病案中存在的缺陷。

(2) 将病案中的缺陷及时电话通知临床医师进行检查。

(3) 遵守医院各项规章制度和管理规定。

(4) 注意言行文明礼貌，举止规范，热情为临床服务，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。

(5) 每月将病案检查情况进行汇总，并反馈给科室、医务部。

(6) 参加医务部对运行病历质量的检查。

(7) 定期对临床医师进行培训。必要时针对病案中存在的问题进行集中讲评。

(8) 熟练掌握本专业理论知识，了解国内外动态，加强学习，不断提高业务水平。

(9) 完成领导安排的其他工作。

八、图书馆工作人员职责

在医务部主任的行政领导下，图书馆的工作人员负责完成医院图书馆的各项日常业务管理和服务工作，负责制定并严格执行图书馆各项的规章制度、工作细则和工作流程，坚守岗位，按时开馆，以读者为中心开展各项服务。

2、遵守医院各项规章制度和管理规定。

3、注意言行文明礼貌，举止规范，处理事宜及时、认真，不得推诿、拖延。

4、负责对新到书籍进行采编工作，包括图书的收集、分类、组织、财产登记、交付验收、新书报道等；根据国家的相关规定，实现文献信息资源加工、组织和管理的标准化。

5、负责期刊工作，包括期刊预订、期刊记到、期刊加工、期刊陈列、期刊补缺、期刊装订、编制目录、期刊财产登记及分类上架等。

6、负责流通工作，包括掌握阅览、书库和借还制度，办理借还手续及催还，辅导读者、解答咨询，保证环境整洁肃静、书刊陈列整齐有序等。

7、负责情报工作，包括情报资料的收集、情报渠道的开辟、为读者检索资料等；广泛应用计算机技术和网络技术，提高现代管理手段，加强网络信息资源的开发和利用，加快数字医学图书馆的建设；开展信息素质教育，培养读者的信息意识和获取、利用文献信息的能力。

8、加强对外交流活动，积极参与全国图书馆的组织和活动、加强与兄弟医院的广泛联系，开展各方面的协作、协调活动；积极开展国内外学术交流。

9、加强图书馆队伍建设，有计划地开展多种形式的人员培训、教育工作，建设一支思想素质好、业务水平高的图书馆专业人员队伍。配合人事部门做好图书资料系列各级专业技术人员的职称评定、推荐、聘任和考核工作。

10、开展多种层次、多种方式的读者服务工作，提高各种文献的利用率。兼顾纸质文献、电子文献和其它载体文献的流通阅览，积极推广纸质文献开架借阅、电子资源上网服务。

11、积极参加业务学习和政治理论学习，提高自身素养。

12、发现问题及时解决，遇到重大问题向医务部汇报，完成医务部下发的有关工作。

护理部工作职责

1、制定全院护理工作计划，并具体组织实施；负责护理服务体系及服务项目的完善及改进工作。

2、组织制定和完善医院护理质量控制标准及实施细则，并严格督促落实；做好护理纠纷、差错、事故的处理工作。

3、负责制定在职护士培训计划及落实措施，定期进行业务技术和服务质量考核；指导做好护理科研工作，组织开展新业务、新技术及服务行为规范的培训与推广。

4、协助有关部门共同做好全院护理人员的聘任、考核、奖惩及合理使用等工作。

5、负责医院各项护理管理制度、疾病护理常规及护理人员岗位责任制的制定与实施工作。

6、负责审查各科室提出的有关护理人员、护理用品的申报计划，并做好使用情况的监督检查工作。

7、负责制定并贯彻落实大中专院校的护理教学及临床实习计划。

- 8、负责进修护士的培训及管理工作。
- 9、负责安排在突发事件中的应急服务，护士执业证书的注册、变更、管理等工作。
- 10、定期组织召开护理质量管理委员会及健康教育委员会会议，总结、布置相关工作。
- 11、贯彻落实医院部署的各项任务，接受并做好上级交办的其他工作。

护理部人员职责

一、护理部主任职责

- 1、在院长及分管副院长的领导下，全面负责医院的护理业务和行政管理工作。
- 2、负责制定护理工作的长远规划和年度计划，经分管副院长审批后组织实施，定期检查总结，不断改进护理工作。
- 3、负责制定全院护理规章制度、护理常规、技术操作规程和护理质量标准，并认真组织实施。
- 4、经常深入病房，组织参与指导病房做好分级护理工作，对危重患者的护理工作进行技术指导。
- 5、协同人事部门做好护理人员的奖罚、晋升、任免、调动等工作。
- 6、加强对全院护士长政治素质、业务素质、管理素质、才智素质的培养，提高自身管理能力。
- 7、组织实施全院护理教育（包括实习护生和进修护士）、科研工作及新技术的推广，负责各层次的实习护生、进修护士、新护士的上岗前培训。
- 8、组织领导在职护士的继续教育培训，督促检查实施，提高护士的业务素质。
- 9、主持召开护理工作会议，评估分析护理工作质量，研究解决护理工作存在的问题。
- 10、做好差错、事故防范工作，处理与护理有关的投诉、纠纷和差错、事故。
- 11、掌握全院护理人员工作、思想、学习情况，帮助护士解决生活上有关问题。
- 12、学习、掌握国内外护理发展动态，引进新业务、新技术，提高自身护理业务水平和管理能力。
- 13、负责对外交流工作。
- 14、完成领导交办的其他工作。

二、护理部副主任（护理质量）职责

- 1、在护理部主任的领导下，负责全院护理质量管理。
- 2、制定完善护理管理制度、护理常规、护理质量标准及检查考核细则。完善各种护理质量管理记录。
- 3、根据卫生部《三级综合医院评审标准实施细则》、《护理常规》、《山东省综合医院评价标准（试行）》和山东省综合医院评价标准实施细则（试行）》对医院护理质量进行定期检查和不定期抽查，进行满意度调查，征求并反馈患者意见（每月完成各种率的检查）。
- 4、处理、解决临床护理工作中发生的各种问题及患者投诉、纠纷。
- 5、深入科室进行检查、指导，参加交班。
- 6、每月对检查中存在的问题进行分析，提出改进方案；每季度召开一次质量分析会。
- 7、定期组织全院护理查房，定期对全院临床科室及护理单元进行护理操作技能、抢救技能、新技术、新业务配合能力考核（护理查房或护理病例讨论4次/年，随时业务考核）。
- 8、负责对急、危、重患者的护理工作进行检查指导。

- 9、负责组织夜查房护士长进行节假日、夜间护理工作抽查。
- 10、负责突发事件应急情况下的护理人员组织调配（大型抢救、自然灾害等）。
- 11、根据护士长目标管理要求，对护士长的管理能力进行考评（每年1-2次）。

三、护理部副主任（护理教育）职责

- 1、在护理部主任的领导下，负责临床护理教学的管理工作。
- 2、根据护理部总体工作目标、计划，负责实习护生、进修护士及在职护士教育计划的制定、考核、评价。
- 3、负责护理继续教育管理，设计、安排护理人员继续教育课程，要求每人每年完成院内学分要求。按时上报市级继续教育项目，并组织落实。
- 4、负责组织院内护理科研相关工作。
- 5、结合临床工作特点，定期进行新技术、新业务培训讲座。
- 6、根据年工作计划，负责全院不同年资护理人员技术操作培训、考核及理论考试。
- 7、负责新毕业护士、轮转护士的岗前培训、临床培训、督导及考核。
- 8、负责进修护士的日常管理及讲课安排。
- 9、负责临床护理教学工作管理，按照大纲要求，制定实习期间的教学计划及轮转表，定期组织护理教学查房或学术讲座。
- 10、深入科室检查临床教学管理情况，解决指导实习过程中的问题。定期召开带教老师会议，进行教学总结及意见反馈。
- 11、负责联系外出进修、参观工作，对参加学术活动的护理人员进行备案。
- 12、参加全院护理质量督导检查。

四、护理部工作人员职责

- 1、在护理部主任的直接领导下进行工作。
- 2、负责护理部日常行政事务工作。
- 3、了解院内护理工作信息，及时反馈，并提出改进意见。
- 4、对护士长手册相关内容每月进行统计、汇总、录入、存档。
- 5、负责护理部有关文件的打印、复印、分发工作等。
- 6、负责护理部有关会议、培训的通知和各种会议记录、整理工作。
- 7、根据护理部主任安排完成相应文件起草工作。
- 8、负责接待参观、来访及来电、来信的处理工作。
- 9、负责全院护士注册等具体工作。
- 10、完成领导交给的各项临时性工作。

感染管理科工作职责

- 1、对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导。
- 2、对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。
- 3、对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告。

- 4、对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导。
- 5、对传染病的医院感染控制工作提供指导。
- 6、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。
- 7、对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调有关部门进行处理。
- 8、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作。
- 9、参与抗菌药物临床应用的管理工作。
- 10、对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核，对其储存、使用及用后处理进行监督。
- 11、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。
- 12、完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

医院感染管理专职人员职责

- 1、是医院感染管理、医院感染暴发的相关管理责任人。
- 2、根据《医院感染管理办法》等相关法律法规，拟定全院医院感染控制规划、工作计划，组织制定医院及各科医院感染管理规章制度，经批准后，对制度的落实情况进行检查指导。
- 3、对全院各级各类人员进行预防和控制医院感染的培训工作。
- 4、进行医院感染发病情况的监测（综合性监测、目标性监测），定期汇总、分析、报告发病情况，并向全院反馈。
- 5、对医院感染相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。
- 6、定期对医院环境卫生学及消毒、灭菌效果进行监督、监测，及时汇总、分析监测结果，发现问题后查找原因制定控制措施，并督导实施。
- 7、对医院发生的医院感染流行、暴发进行调查分析，提出控制措施并协调相关部门进行处理。
- 8、对医院的消毒隔离工作提供指导。
- 9、对传染病的院内感染控制工作提供指导。
- 10、对医疗废物的管理工作提供指导。
- 11、对医院新建、改建项目，从医院感染控制角度提出建设性意见。
- 12、对器械科、药剂科、后勤服务中心等部门购入的消毒药械、一次性使用医疗用品、卫生用品进行审核，对其储存、使用情况进行监督。
- 13、参与抗感染药物管理。
- 14、按照相关规范要求参加院感管理知识培训，不断提升业务水平和管理水平。
- 15、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。
- 16、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。
- 17、完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

医院感染管理职责

一、医院感染管理委员会医院感染管理职责

- 1、认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施。
- 2、根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。
- 3、研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。
- 4、研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。
- 5、研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性病例或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。
- 6、建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。
- 7、根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。
- 8、其他有关医院感染管理的重要事宜。

二、医院感染管理委员会主任医院感染管理职责

- 1、是医院感染管理、医院感染暴发的第一管理责任人。
- 2、定期召开医院感染管理委员会会议，研究、解决有关医院感染管理方面的问题。
- 3、审核本院医院感染管理规章制度、规范，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。
- 4、根据预防医院感染和卫生学的要求审核本院的建筑设计、科室建设、基本设施和工作流程。

三、医院感染管理委员会副主任医院感染管理职责

- 1、是医院感染管理、医院感染暴发的第二管理责任人。
- 2、定期组织召开医院感染管理委员会会议，研究、解决有关医院感染管理方面的问题。
- 3、审核本院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。
- 4、确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施。
- 5、组织制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性病例或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案，定期演练。有暴发或疑似暴发时组织各项控制活动。
- 6、其他有关医院感染管理的重要事宜。

四、医院感染管理委员会委员医院感染管理职责

- 1、是医院感染管理、医院感染暴发的相关管理责任人。
- 2、定期参加医院感染管理委员会会议，研究、解决有关医院感染管理方面的问题。
- 3、参照各部门的职责，制定各自职责范围内的医院感染管理工作计划并组织落实，每年至少两次对各自职责范围内的医院感染管理工作的落实情况进行总结并向医院感染管理委员会汇报。
- 4、完成医院感染管理委员会布置的事宜。

五、医务部医院感染管理职责

- 1、将医院感染管理纳入医疗质量与安全管理，组织临床科室落实我院的医院感染管理规章制度、

规范等。

2、协助组织医师预防、控制医院感染知识的培训。

3、监督、指导医师严格执行无菌技术操作规程、消毒隔离技术规范、正确使用医用物品、合理应用抗感染药物，及时诊断、报告、控制医院感染病例。

4、发生医院感染流行或暴发趋势时，统筹协调组织相关科室、部门开展感染调查与控制的工作；根据需要进行医师人力调配；组织对病人的治疗和善后处理。

六、护理部医院感染管理职责

1、将医院感染管理纳入护理质量与安全管理，组织各护理单元落实我院的医院感染管理规章制度、规范等。

2、协助组织全院护理人员参加预防、控制医院感染知识的培训。

3、督导护理人员严格执行无菌技术、消毒、灭菌与隔离技术规范、合理处置医疗废物。

4、发生医院感染流行或暴发趋势时，参与感染调查与控制工作，根据需要进行护士人力调配。

5、加强对消毒供应中心、手术室、产房、介入室、成人重症监护病房、新生儿重症监护病房、小儿重症监护病房、中心治疗室等重点护理单元的管理。

七、门诊部医院感染管理职责

1、将医院感染管理纳入门诊医技科室医疗质量与安全管理，组织临床科室落实我院的医院感染管理规章制度、规范等。

2、协助组织门诊医技科室医务人员预防、控制医院感染知识的培训。

3、监督、指导门诊各部门医务人员严格执行无菌技术操作规程、消毒隔离技术规范、合理应用抗感染药物，及时诊断、报告、控制医院感染病例。

4、落实传染病的院内感染预防与控制措施。

5、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行门诊人员的人力调配。

6、加强对急诊科、发热门诊、腹泻门诊、内镜中心、口腔科门诊、检验科、介入科、B超室、抽血处、中心治疗室等重点部门的管理。

八、后勤服务中心医院感染管理职责

1、组织后勤各班组落实我院的医院感染管理规章制度、规范等。

2、负责购入符合国家相关规范、标准要求的医疗废物包装物品、消毒药械，需按照国家相关规定进行证件审核，不得采购证件不全或证件不合格的产品。不得使用、发放不符合相关规范要求的产品。

3、负责医院内医疗废物的收集、运送及无害化处理工作，符合国家相关规范要求。发生医疗废物的流失、散落等情况时，应协同相关科室或部门，启动应急预案，立即处理。

4、负责组织污水的处理、排放工作，符合国家相关规范及标准要求。

5、负责医院内环境的保洁工作，并全程监督保洁用品质量及保洁消毒质量，保障医院内环境清洁、防止交叉感染。

6、负责医院中央空调的清洗消毒工作，符合卫计委相关规范要求，保障医院内环境的空气质量，防止交叉感染。

7、对医院织物进行规范化回收、发送，监督外送织物的清洗消毒质量并进行清洗消毒效果的监测，保障医院织物清洗消毒质量，防止交叉感染。

8、监督医院食堂的卫生管理工作，符合《中华人民共和国食品卫生法》要求，防止食源性感染。

9、根据《综合医院建筑标准》有关卫生学标准及预防医院感染的要求，在新建、改建、扩建医院建筑时，与医院感染共同评审建筑设计方案。在施工期间采取有效措施，降低施工引发的医院感染风险。

10、负责组织后勤工作人员及保洁人员的感染知识培训、考核，合格后方可上岗。

九、器械科医院感染管理职责

1、根据相关法律法规对医院的消毒药械及一次性医疗用品进行管理。

2、根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒灭菌器械选购的审定意见进行采购，监督进货产品的质量，并按有关要求登记。

3、医院采购消毒药械及一次性医疗用品，需按照国家相关规定进行证件审核，不得采购证件不全或证件不合格的产品。

4、查验购入每箱（包）产品的检验合格证、生产日期、消毒或灭菌日期及产品标识和失效期等，进口的无菌医疗用品必须具有灭菌日期和失效期等中文标识。

4、保管部门专人负责建立登记帐册，记录相关内容，对其使用能进行追溯。

5、物品存放于阴凉干燥、通风良好的置物架上，距地面 $\geq 20\text{cm}$ ，距墙壁 $\geq 5\text{cm}$ ，距天花板 $\geq 50\text{cm}$ ；不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。

6、指导医务人员掌握消毒药械及一次性医疗用品的正确使用方法。

7、负责对临床使用的大型消毒器械定期进行维护、保养，并记录备查。

8、临床使用一次性无菌医疗器械若发生感染相关不良反应时，应立即停止使用同批次产品并留取样本送验，及时通报感染管理科。

十、药剂科医院感染管理职责

1、组织科室人员落实医院感染管理的规章制度。

2、负责本院抗感染药物应用管理，定期总结、分析和通报应用情况。

3、及时为临床提供抗感染药物信息。

4、督促临床人员抗感染药物的合理应用。

5、负责对我院发生感染性职业暴露的医务人员采购药品，协助对突发性公共卫生应急处理的药品采购和贮备。

十一、科教科医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、将医院感染预防与控制知识纳入医院的培训计划内，分层次分岗位进行培训及考核，考核不合格者不能上岗及进一步晋升。

3、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

十二、质量与安全管理办公室医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、将医院感染管理指标纳入医院质量与安全管理指标内。

3、督导存在医院质量与安全风险的院感防控缺陷，并协调落实。

十三、应急办公室医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案并组织演练。督导医院感染暴发应急预案的制定及演练。

3、指导构成突发公共卫生事件的医院感染暴发及疑似暴发处置，并按照相关规定进行上报。

十四、公共卫生科医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、负责本院的传染病管理工作。

3、研究并制定本医院新发传染病的防控方案。

4、指导传染病相关医院感染暴发及疑似暴发处置，并按照相关规定进行上报。

十五、保卫科医院感染管理职责

1、组织科室内人员落实医院感染管理相关规章制度。

2、在传染病流行期间或疑似院感暴发、院感暴发事件期间维持院内秩序，防止交叉感染。

3、参加医院的应急预案演练，协助医疗废物流失事件的调查。

十六、检验科微生物实验室医院感染管理职责

1、负责医院感染常规微生物学监测。

2、开展医院感染病原微生物的培养、分离鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析，向有关部门反馈，并向全院公布。

3、发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。

4、参加预防、控制医院感染知识的培训。

5、掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤。

十七、临床、医技科室医院管理职责

1、落实本院的医院感染管理规章制度。

2、成立科室医院感染管理小组，将医院管理质量纳入科室内的质量与安全管理中。

3、结合本科室本专业特点，进行本科室内的医院感染风险评估，确定本科室的院感防控重点，制定并落实本科室的院感防控措施，定期对防控效果进行评价，持续改进本科室的院感防控质量。

4、提供合格的足量的手卫生用品及个人防护用品，保障医务人员安全，防止感染性职业暴露；对发生感染性职业暴露的纳入医院不良事件管理进行无责上报。

5、负责本科室内工作人员的院感知识和技能的培训。

十八、各科室主任、护士长医院感染管理职责

1、是本科室内医院感染管理质量、医院感染暴发的直接管理责任人。

2、负责本科室医院感染管理的各项工作，根据本科室医院感染的特点，制定管理制度，并组织实施。

3、结合本科室本专业特点，进行本科室内的医院感染风险评估，确定本科室的院感防控重点，制定并落实本科室的院感防控措施，定期对防控效果进行评价，持续改进本科室的院感防控质量。

4、提供合格的足量的手卫生用品及个人防护用品，保障医务人员安全，防止感染性职业暴露；对发生感染性职业暴露的纳入医院不良事件管理进行无责上报。

5、对医院感染病例及高危因素进行监测，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率；发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理科及医务部，并积极协助调查并对采取积极救治措施。

6、监督检查本科室合理应用抗感染药物。

7、将手卫生、无菌技术、消毒隔离技术、医疗废物处置等纳入到医疗护理工作规范中并具体落实，组织科室内对落实情况进行自查并持续改进。

8、组织本科室预防、控制医院感染知识的培训。

9、做好本病区的区域管理，能达到病区卫生学及医院感染控制要求。

10、做好对工勤人员、陪住者、探视者等的卫生学管理。

十九、医师、技师医院感染管理职责

1、严格执行医院及科室的医院感染管理规章制度及技术规范。

2、参加预防、控制医院感染知识的培训，掌握医院感染基本知识。

3、执行标准预防，正确使用个人防护用品、预防感染性职业暴露，发生感染性职业暴露时能正确进行局部处置并及时报告科室负责人和感染管理科，按照本院的相关规定进行后续处置。

4、掌握抗感染药物临床合理应用原则，做到合理使用。

5、掌握医院感染诊断标准能及时诊断医院感染并进行救治。

6、对医院感染病例能及时送病原学检验及药敏试验，查找感染源、感染途径，控制蔓延，积极治疗病人，如实报告；发现有医院感染流行趋势时，及时报告感染管理科及医务部，并协助调查。发现法定传染病，按《传染病防治法》的规定向公共卫生科报告。

7、定期对本科室的医院感染发病情况、高危因素进行统计汇总分析，确定本科室本专业的医院感染防控重点、防控措施并具体落实，定期评价。

二十、护理人员医院感染管理职责

1、严格执行医院及科室的医院感染管理规章制度及技术规范。

2、参加预防、控制医院感染知识的培训，掌握医院感染基本知识。

3、执行标准预防，正确使用个人防护用品、预防感染性职业暴露，发生感染性职业暴露时能正确进行局部处置并及时报告科室负责人和感染管理科，按照本院的相关规定进行后续处置。

4、负责本科室环境卫生学及消毒灭菌效果的监测。

5、正确、合理使用消毒剂与消毒器械，并记录。

6、做好医疗废物的分类与管理工作。

7、协助医生上报医院感染病例和送检标本。

8、做好对本病区陪住者、探视者、工勤人员的卫生学管理。

二十一、工勤人员医院感染管理职责

1、严格执行医院及科室的医院感染管理规章制度及技术规范。

2、参加预防、控制医院感染知识的培训，掌握医院感染基本知识。

3、执行标准预防，正确使用个人防护用品、预防感染性职业暴露，发生感染性职业暴露时能正确进行局部处置并及时报告科室负责人和感染管理科，按照本院的相关规定进行后续处置。

4、负责按照国家相关规范要求进行医院保洁、医疗废物的回收、转运及交接、污水无害化处置等工作。发生医疗废物的流失、散落、污水外溢等情况时，应及时向科室负责人汇报，启动应急预案，立即处理。

5、正确使用消毒剂及消毒器械，保障消毒效果。

6、使用符合要求的保洁工具及消毒相关产品。

7、负责医院中央空调的清洗消毒工作，符合卫计委相关规范要求，保障医院内环境的空气质量，

防止交叉感染。

8、对医院织物进行规范化回收、发送,监督外送织物的清洗消毒质量并进行清洗消毒效果的监测,保障医院织物清洗消毒质量,防止交叉感染。

9、根据《综合医院建筑标准》有关卫生学标准及预防医院感染的要求,在新建、改建、扩建医院建筑时,与医院感染共同审评建筑设计方案。在施工期间采取有效措施,降低施工引发的医院感染风险。

门诊部工作职责

- 1、在分管副院长的领导下,负责门诊范围内的行政管理工作,制订年度工作计划并组织落实。
- 2、协调各科室之间的关系,确保门诊医疗服务工作的正常运转。
- 3、负责检查门诊各科室和各科室人员工作制度、职能的执行和落实情况,发现问题及时解决,确保门诊医疗服务质量。定期召开门诊系统会议,协调各科关系,督促检查医务人员贯彻各项规章制度、医护常规技术操作规程。
- 4、负责门诊环境管理和医疗秩序管理,达到环境整洁、舒适、安全、工作有序。
- 5、负责领导、组织、检查门诊病员的诊治和急诊、危重、疑难病员的会诊和抢救工作。接收大批外伤、中毒、传染病员时,要及时上报,并采取相应措施。
- 6、负责整顿门诊秩序,改进医疗作风,改善服务态度,简化手续,方便病员就诊,不断提高医疗护理质量,严防差错事故。
- 7、负责门诊咨询服务台、导医管理工作,落实门诊便民服务措施。
- 8、负责门诊医疗质量和门诊病历文书质量的考核、评比工作。
- 9、负责接待、受理门诊群众来信来访及开展门诊病人满意度调查,及时处理、汇总、分析和反馈,提出改进措施,强化服务意识和安全意识,不断提高服务水平。
- 10、完成上级部门和院领导交办的其它工作。

门诊部人员职责

一、门诊部主任职责

- 1、在院长领导下,负责门诊部的医疗、护理、教学、科研和行政的管理工作。
- 2、组织制定门诊部的工作计划。经院长、分管副院长批准后组织实施,经常督促检查,按期总结汇报。
- 3、负责领导组织、检查门诊病员的诊治和急诊、危重、疑难病员的会诊和抢救工作,接受大批外伤、中毒、传染病员时,要及时上报,并采取相应措施。
- 4、定期召开门诊系统会议,协调各科关系,督促检查医务人员贯彻各项规章制度、医护常规、技术操作规程;整顿门诊秩序,改进医疗作风,改善服务态度,简化各种手续,方便病员就医;做好门诊质量控制工作,不断提高门诊医疗护理质量,严防差错事故。

5、按照医院特点,制定门诊各项工作制度,采取有效措施,改善服务态度,提高医疗质量,缩短病人候诊时间。

6、负责安排“门诊大厅一站式服务站”的管理、值班主任安排;做好病人门诊诊断证明、病假条、退款单盖章和预约诊疗工作、健康咨询、电话咨询等工作。

7、监督门诊工作人员做好卫生宣教、清洁卫生,消毒隔离、疫情报告等工作。

8、组织所属人员的业务学习。

9、负责接待处理病人在就医过程中发生的矛盾及来访,接待和处理门诊的群众来访、来信工作。

10、副主任协助主任负责相应的工作。

二、门诊部科员职责

- 1.在门诊部主任和门诊部护士长领导下,负责门诊的日常事务性工作,参与门诊日常管理。
- 2.热情接待来访人员,耐心解答病员及病员家属提出的问题,严格执行门诊部盖章规定。
- 3、负责门诊各科专家教授及专科开诊、停诊工作的日常管理
- 4、每天到门诊各科室及服务窗口巡视,了解医疗、护理质量、服务态度,及时处理各种问题,维持门诊正常医疗秩序。
- 5.接待处理上级来问来电和群众来信,及时向门诊部主任汇报,并做好登记、分类、归档工作。
- 6、检查门诊各科医务人员执行各项规章制度的情况。
- 7.参加门诊系统会议,做好会议记录。
- 8.及时按月上报门诊各科室的工作量及医疗服务质量监控情况。
- 9.组织、落实便民服务的各项措施,督促、检查便民门诊开诊情况。
- 10.保持门诊办公环境的清洁。
- 11、协助有关部门在门诊开展的健康、卫生宣教工作。
- 12.完成门诊部主任交办的其他应急工作。

患者服务中心工作职责

- 1、在分管副院长和门诊部主任的领导下,负责患者服务工作。
- 2、为患者提供导医导诊服务、咨询服务、投诉接待、门诊病历化验单打印复印、寄送快递等便民服务。
- 3、预约诊疗服务,包括现场预约、电话预约、网上预约、诊间预约等处理。
- 4、负责维持门诊就诊秩序,做好院区转运、入住院协调、院前应急帮助等,方便病员就诊。
- 5、认真做好门诊病员检查证明、慢性病鉴定审批表及其复核鉴定审批表、病人退款审批单、麻醉卡、居民死亡医学证明(推断)书、劳动能力鉴定、病员请假证明信以及强制戒毒表、机动车查体表、健康体检表等手续的审核和印章的管理工作。
- 6、负责门诊预检分诊工作,护送及帮助急、危、重症及行动不便病人入住病房。
- 7、负责做好志愿者的管理和实习生的带教工作。
- 8、认真完成上级部门和院领导交办的其它工作。

公共卫生科工作职责

- 一、负责建立各类公共卫生管理制度,并对医院公共卫生工作落实情况进行检查、指导、总结评价。
- 二、承担《中华人民共和国传染病防治法》赋予的传染病防治管理职责。负责全院传染病预防工作计划及有关制度等文件的起草,并组织实施。
- 三、依法承担职责范围内的传染病疫情报告,信息收集与统计工作。负责统筹制定医院工作人员的传染病防治知识、技能的培训计划,提高整体队伍素质,指导全院工作开展疾病预防控制工作。
- 四、协助疾病预防控制机构开展流行病学调查、标本采集,以及对本单位疾病预防控制工作进行指导和考核。
- 五、组织做好慢病、死因监测、食源性疾病监测与报告工作。
- 六、按区域规划要求承担规划区域内的预防接种工作。
- 七、负责组织实施卫生部门下达的公共卫生工作任务。

公共卫生科人员职责

一、公共卫生科主任职责

- 1、负责公共卫生科的全面工作。
- 2、负责计划免疫、健康教育、传染病管理、流感监测、死因监测及慢性病监测管理工作。
- 3、认真贯彻“预防为主”的卫生工作方针,贯彻落实传染病防治法。
- 4、分配本科医务人员工作任务,根据实际情况,进行合理的人员调配,解决工作中存在的问题。
- 5、组织本科人员的政治、业务学习,提高工作人员的政治素质和业务素质,根据实际制定科研计划,并组织落实。
- 6、负责与上级疾控、卫生监督、上级卫生行政部门以及院内各有关科室的联系、协调关系,共同做好疾病预防工作。
- 7、夏季重点抓好肠道传染病的疫情报告工作,严格控制传染病的流行。
- 8、每年按计划对全员进行传染病防治知识培训。
- 9、在院内监督落实各项规章制度,遵守劳动纪律,认真做好绩效考核,严格兑现奖惩。

二、健康教育工作人员职责

- 1、设专人负责健康教育工作。
- 2、健康教育宣传员按上级要求进行各项健康教育宣传工作。
- 3、组织讲课及有关健康教育方面的会议并作好记录,以备考查。
- 4、各科室自编的健康教育宣传材料,留底备查。
- 5、积极参加各种疾病宣传日的活动,并作好记录和总结。

三、传染病疫情网络直报员职责

- 1、传染病网络直报人员应具备计算机基本操作技能且熟练掌握传染病疫情管理和网络直报业务,具备指导和培训医务人员开展传染病疫情报告的工作能力。

- 2、网络直报人员在接到传染病疫情报告后,应及时审核传染病报告卡信息并录入直报系统;每月应对本单位传染病监测信息进行汇总分析,呈报本单位分管领导并向有关科室通报。

- 3、网络直报人员在网络直报之前,需先对本单位填报的传染病报告卡进行审核。

- (1)发现错项、漏项、逻辑错误等情况时,及时通知报告人核对;对重复报告的卡片进行标注,不再进行网络直报。

- (2)发现以下情况时,建议立即对报告信息进一步核实:

- I发现甲类传染病和按照甲类管理的乙类传染病病人、疑似病人和病原携带者,卫生部规定按甲类传染病管理的其他乙类传染病和突发原因不明的传染病。

- II发现不明原因肺炎病例、不明原因死亡病例。

- III发现同一种急性传染病在同一自然村、街道、集体单位(场所)一日内出现3例及以上,或一周内出现5例及以上。

如以上任何一种情况属实,应立即电话报告市中区疾病预防控制中心,并按规定进行网络直报。

- 4、每日开展传染病漏报、迟报检查。认真执行传染病疫情管理奖惩制度和责任追究制度。

- 5、传染病报告卡应按编号装订,《中华人民共和国传染病报告卡》及传染病报告记录应按有关规定保存,保存期限三年。

- 6、网络直报用户帐号的正式使用密码,一般应在6位以上,并有数字与英文字母组合,每月至少更改一次。网络直报人员未经上级系统管理员许可,不得转让或泄露网络直报系统操作帐号和密码,并避免在公共场所公开使用网络直报系统。

- 7、组织全院医务人员学习传染病有关法律法规知识。

- 8、工作人员要认真履行岗位职责,由于工作不负责任造成重大影响,按有关法规追究责任。

四、传染病管理人员职责

- 1、在公共卫生科主任的带领下,作好传染病管理工作。
- 2、每日对各科上报的各种传染病报告卡,及时审核、登记,及时进行网络直报。
- 3、每日进行门诊日志和传染病漏报自查,对不合格的卡片和门诊日志,进行及时反馈。
- 4、认真学习传染病防治法的有关法律法规和上级有关传染病方面的各种文件精神。
- 5、积极参加上级部门的各种培训和例会,及时了解上级精神,为下一步工作打好基础。

应急办公室工作职责

- 1、在医院突发公共卫生事件应急工作领导小组的领导下,负责日常应急管理工作,督导各部门、科室开展应急工作的情况。

- 2、负责组织协调医院各部门、科室快速应对突发事件,在上级行政部门的领导下开展院外紧急医学救援。

- 3、加强与院内外有关部门、科室的协调与沟通,建立反应快速、运转高效的应急反应联动机制。

- 4、负责组织我院各类突发公共卫生事件应急预案的修订工作。

- 5、负责指导和检查各职能科室开展各类专项应急预案的培训和演练。

- 6、组建与完善突发公共卫生事件监测和预警系统,对突发公共卫生事件信息汇总、分析,适时

向领导小组提出应对建议和策略。

- 7、组织全院人员开展有关突发公共卫生事件应急知识和救治技术的培训、演练。
- 8、组织医院风险评估工作，查找职能部门、临床科室的风险隐患、薄弱环节。
- 9、负责指导和检查医院相关科室应急救援物资储备。
- 10、及时公布我院卫生应急工作信息。

应急办公室工作人员职责

- 1、督导各部门、科室开展应急工作。
- 2、在突发公共卫生事件应急处置和紧急医学救援过程中，积极协调医院各部门、科室快速应对。
- 3、指导和检查全院科室开展各类应急预案的修订、培训和演练。
- 4、组织全院人员开展有关突发公共卫生事件应急知识和救治技术的培训、演练。
- 5、指导和检查医院相关科室制定应急救援物资储备计划，保持医院应急物资充足、完好。
- 6、指导院内相关专业开展应急科学研究。

医改办工作职责

- 1、在分管院长的领导下承担本院医改日常工作。
- 2、根据国家医改工作的法规、方针、政策、指示、结合本院实际提出贯彻实施的意见、建议供院领导决策。
- 3、负责与上级医改办、本院医改各成员部门及临床、医技等科室进行医改工作的协调联系。
- 4、负责本院医改文件的起草和会议的组织工作。
- 5、负责对本院医改工作进行调研、督办、检查、指导、推进。
- 6、负责组织本院医改业务培训工作。
- 7、负责本院医改工作的对外宣传、信息发布工作。
- 8、负责承办上级医改部门及院领导交办的其他事项。

医改办人员职责

一、医改办主任职责

- 1、在院长领导下，负责全科的业务和行政管理工作。
- 2、组织制定医改办的工作计划。经院领导批准后组织实施，做好监督检查，按时总结汇报。
- 3、定期召开医改工作会议，协调各科关系，督促检查医改专员贯彻各项规章制度，落实医改指标，确保医改工作的正常运转。
- 4、负责全院医改数据的监测、总结、上报，发现问题及时与有关部门人员联系，提出改进措施。

- 5、负责组织工作人员做好医改宣传工作。
- 6、组织科室工作人员的政治、业务学习，提高工作人员的政治素质和业务素质。
- 7、监督落实院内各项规章制度，认真做好绩效考核，奖惩分明，秉公办事。
- 8、参加医改工作会议和学术交流。
- 9、经常保持与医联体单位的联系，维护好与医联体成员的关系。
- 10、完成上级领导交办的其他有关工作。

二、医改办工作人员职责

- 1、在医改办主任领导下，负责医改办日常事务性工作，参与医改办日常管理。
- 2、认真学习、领会医改文件精神，并将文件传达到相关科室。
- 3、积极做好医改的宣传工作，并对医改工作落实情况进行跟进。
- 4、定期检查、指导、督促各科室医改工作，及时、准确地向上级报送医改材料。
- 5、每月将各科室医改指标的完成情况整理成通报表并下发到各科室，做好材料的归档工作。
- 6、按时参加医改工作会议，并做好会议记录的整理工作。
- 7、保持医改办办公环境整洁。
- 8、完成医改办主任交办的其他各项临时性工作。

三、医改专员工作职责

- 1、在日常业务工作的基础上，协助科主任做好本科室医改工作的联络和协调。
- 2、在医改领导小组领导下，配合医改办工作，全面推进我院医改工作的开展和实施。
- 3、组织本科室人员对医改文件的学习，增强对医改重要指标的理解。对本科室医改重要指标进行实时监控，发现问题及时分析、上报并进行整改。
- 4、记录本科室医改工作的落实情况，积极配合医改办做好医改相关工作材料的归档、总结及上报。
- 5、按时参加医改办召开的工作会议，及时将医改相关信息反馈到本科室；并对本科室在医改工作中存在的问题和建议进行汇总，定期反馈给医改办。
- 6、积极做好医改的宣传工作，并对医改工作落实情况进行监督。
- 7、完成医改领导小组和医改办交办的其它工作。

器械科工作职责

一、医疗器械临床使用安全管理委员会主要职责

医疗器械临床使用安全管理活动宗旨：进行医疗机构医疗服务中涉及的医疗器械产品安全、人员、制度、技术规范、设施、环境等的安全管理。医疗器械临床使用安全管理委员会成员全面履行以下主要职责，做好医院医疗器械临床使用安全管理工作：

- 1、贯彻执行国家有关的各项法律、法规政策，加强医疗设备、卫生材料的科学化、规范化管理，充分发挥其三大效益。
- 2、加强医疗器械的宏观管理，结合我院实际，审议、制定年度采购计划，避免和减少医疗设备装备工作中的盲目性和失误。
- 3、切实做好医用新材料、高值耗材等卫生材料的临床论证及评价工作，为院领导当好参谋。

4、对引进大型医疗设备的重大决策和医疗设备管理工作进行评价或咨询。

5、对医疗设备、卫生材料的应用质量及使用效率进行监控，组织对不良事件的调查和报告，行使医疗器械不良事件监测管理小组职责。

6、受理各专业组的初步讨论意见，并着重进行二次评估和论证。

7、定期开展工作，督导本院医疗器械的采购和管理。

8、定期对本院医疗器械使用安全情况进行检查、考核并进行评估。

二、医疗器械管理委员会职责

1、认真贯彻执行国家有关的法律、法规、政策，修订、完善医院医疗器械以及医用耗材管理的相关工作制度，并对落实情况进行监督、评估。

2、推进医用设备、卫生材料的科学化、规范化管理，促进诊疗技术、医疗质量、科研水平的不断提高，不断满足医院业务发展、学科建设、科研创新及人民群众就医的需要。

3、加强医疗器械的宏观管理，结合医院学科建设发展规划，讨论制定与之相配套的医疗设备及医用耗材的中长期及当年度的采购计划。

4、负责对年度购置计划、大型设备的可行性论证、大型设备的报废等问题的讨论。

5、根据卫生局对年度医用耗材的招标情况，在中标范围内依法依规选择我院当年使用的医用耗材及价格，确保临床工作的正常开展，努力降低医疗成本，并对执行情况进行监督。

6、定期对医疗设备、卫生材料的应用质量及使用效率进行监控和效益分析，并提出改进措施。

7、行使医疗器械及医用耗材不良事件检测管理小组职责，对发生的不良事件开展调查和追溯，并提出合理化建议。

8、医疗器械管理委员会形成的意见和决议需经院长办公室批准方可实施。

9、承担本单位使用医疗器械的质量管理责任

附：医疗器械管理委员会之医疗器械不良反应监测管理职责

1. 贯彻落实上级有关医疗器械不良反应监测工作的各项任务；

2. 指导、检查和督促临床科室开展医疗器械不良事件监测工作；

3. 对临床科室医疗器械不良事件组织调查、确认、处理和上报；

4. 对临床科室医疗器械不良事件监测工作进行检查、考核和总结；

5. 完成上级交办的涉及医疗器械不良事件监测的其它各项工作。

三、器械科工作职责

（一）在院长、主管院长领导下，根据国家相关的政策和法规，制定本单位的医疗设备管理制度，并组织实施。

（二）积极收集国内外有关医疗设备的情报信息和动态，做好咨询服务，及时总结经验，不断提高管理水平。

（三）收集汇总各部门的设备需求申请，会同有关部门共同拟定医疗设备年度采购计划和工作计划，经医疗设备管理委员会批准后组织实施。

（四）严格按照政策规定程序进行年度预算内设备及耗材采购。急需设备按医院既定程序审批后及时采购。

（五）对医疗设备项目前期论证、招标采购、安装验收、日常维护保养、报废报损、立账建档等全程设备管理。

（六）建立设备操作规程和使用管理制度，确保医疗仪器安全有效运作。

（七）掌握大型仪器设备的管理、使用、维修情况，组织协作共用。建立全院设备应急调配机制，并组织演练实施，提高设备使用效益。

（八）负责全院仪器设备的维修保养工作。设备常年处于良好状态，满足医院工作需要。

（九）负责计量设备、压力容器的管理工作，定期检定。严格执行国家计量法，建立健全计量管理制度及档案。

（十）检查各部门对万元以上设备使用及记录情况，督促使用人员严格执行操作规程，发挥仪器应有效能。

（十一）组织开展贵重医疗设备效益分析工作，为合理配置医疗设备提供决策依据。

（十二）加强设备管理人员及维修工程人员的业务培训。

（十三）经常深入临床了解科室需要，及时解决医疗设备管理工作中存在的问题。

器械科人员职责

一、科主任职责

1、在分管院长领导下，负责领导本科各项工作及器械管理委员会的组织工作。

2、带领全科人员严格执行国家和卫生主管部门有关法律、法规及医院各项规章制度，主持科室的全面工作，完成年度目标责任书中所列各项工作任务。

3、负责实施全院医疗设备和医用耗材集中采购、供应、管理、维修及各项上级领导检查接待工作。保证医疗、教学、科研、预防工作的顺利进行。

5、审查各科室提出的医疗仪器、器械的申购计划，组织有关人员汇编并召开器械管理委员会进行论证，报请院领导审批后实施。

6、了解检查各科室对医疗器械的需要和使用管理情况，做好合理供应和调配，发现问题及时处理。

7、组织有关人员对购入、调出的国内外贵重仪器设备进行验收鉴定工作，组织建立贵重仪器管理和使用制度及大型医疗设备的技术档案工作。

8、负责本科业务学习，掌握科室人员的工作、思想情况，监督、检查科室其他工作的落实情况。有权向院领导提出对科室人员进行奖惩意见。

二、副主任职责

1、在分管院长领导下，协助科主任完成科室各项分管工作任务。

2、严格执行固定资产会计管理制度和器械仓库出入库管理制度；结合临床科室申请和库存情况审核月度耗材采购计划并对计划采购、招标采购执行情况加以监督；负责资产、物品的定期（季度、年度）清资盘点监督管理工作，做到帐物相符，严禁积压库存。

3、协助主任做好接待上级有关部门对我院特种设备、计量器具的检查、检测及管理工作，放射诊疗及辐射安全管理工作。并协助科主任做好上级部门各项检查工作。

4、严格执行医疗设备、医用耗材集中采购制度，不得擅自采购非中标器械和耗材；参与医疗设备及医用耗材的院级招标工作，严把质量关，保证无假冒伪劣产品及无“三证”产品进入我院并做好谈判记录。

5、协助科主任带领科室人员完成对临床科室医疗设备及医用耗材使用管理的督导检查工作。

6、负责设备维修的协调工作。

7、协助科主任搞好本科室业务学习，掌握科室人员的工作、思想情况，协调科室同事关系，做好科主任的助手。

8、完成院领导及科主任交办的各项临时性工作任务。

三、采购员职责

1、在科主任的领导下，做好医院的医疗器械、卫生材料、维修材料的采购供应工作。

2、严格执行医疗设备、医用耗材集中招标采购制度，不得擅自采购非中标器械和耗材；参与医疗设备及医用耗材的院级招标工作，做好谈判记录。

3、结合临床科室申请和库存情况实行计划采购、招标采购，严把质量关，保证无假冒伪劣产品及无“三证”产品进入我院。

4、根据各科室的需要，按仓库每月制造的采购计划，经主任、分管院长批准签字后及时进行采购，保证临床工作的顺利进行。

5、对采购前各供销商的资质，必须严格审查，对采购后的各供销商资质材料整理保存并有登记，如有到期者提前给予通知更换。

6、协助档案员对大型仪器设备的资料进行收集整理。

7、努力学习业务，掌握市场动态，提供可靠信息及时完成领导交办的临时性任务。

四、仓库保管员职责

1、在器械科主任的领导下，做好医院医疗器械、卫生材料、维修材料的验收、保管、发放工作。

2、严格执行医疗器械管理制度及出入库制度，建立每日逐日消耗账。对库存物资分类保管，防止积压浪费，定期进行盘点（每季度）做到帐物相符。

3、仓库保管应当设置实物明细账，详细登记经验收合格入库的存货的类别、编号、名称、规格、型号、计量单位、数量、单价等内容，并定期与财会部门核对。

4、三类产品及一次性无菌材料严格按制度进行登记。

5、负责临床各科每月申请计划的统计工作，如有新的情况或当月计划需要增补的应请示分管主任同意后再通知采购员进行采购。

6、临床科室领取物品须提供临床科主任（护士长）签字申请方可发放。杜绝借条，如有特殊情况应当月结清，私人或院外来借物品必须请示分管主任，否则后果自负。

五、固定资产会计、仓库会计职责

1、在器械科主任的领导下，在计划财务部的业务指导下进行工作。主要负责器械科医疗设备、医疗器械、卫生材料的入库建账、财务转账、出库、固定资产管理工作。

2、严格按财务制度的要求对每一项业务进行记账、算账、转账、报账等一系列严密的手续，数字准确无误。

3、招标品种严格按招标价格执行，未招标品种按一般合同价格，如有变动请示分管主任或主管主任得到答复后再执行新的价格。

4、每月转账应按每月计划执行，确实有特殊情况的应请示分管主任后再给予转账。

5、购进的固定资产通过安装、验收合格后，使用科室签字后，根据合同标准进行转账。未经临床科室出库手续，严禁走发票转账。

6、固定资产会计负责全院每年一次的医疗设备固定资产清资工作，并将清资情况、正常运转、待维修、待报废及已报废内容一并报财务、审计及分管院长。如发现盘盈、盘亏，登记盘点明细表，应查找原因；由国有资产管理部上报分管院长、院长审批，或经院务会、党政联席会审批，进行有关账务处理。

六、器械维修人员职责

1、在器械科主任的领导下，负责全院医疗器械、辅助设备的安装验收、学习培训、维修维护及临床安全使用的检查督导工作。

2、协助其他科室维修人员完成贵重仪器的维修，指导排除疑难故障，保证维修质量和工作安全。

3、做好检修仪器的接收查检工作，填写好修理单。认真听取送修人员介绍故障现象和修理要求，确定修理范围和施工方法。重大事故的维修必须报告科主任，经同意后方可实施。

4对临床各科室提供技术支持与咨询服务；定期对全院在用医疗设备进行全面巡检；定期对临床科室医疗设备安全使用情况进行督导检查，发现问题及时维修及纠正。

5、为保证临床科室工作的顺利进行，除一般维修外，做到电话通知维修、下科室现场维修、必要时随叫随到进行维修。

6、对中心吸引、中心供氧设备进行定期维护保养。

七、计量管理员职责

1、在科主任的领导下，分管主任的指导下进行工作。主要负责全院计量台具的总帐、分户账、检测及使用的管理工作。

2、协助科主任接待上级有关单位对我院计量工作的检查及检测。

3、配合市计量局每半年进行一次标准计量单位的检测工作。检测不合格的计量台具有权制止临床科室使用。

4、建立每次计量台具检测明细目录，保存检测报告，有待备查。

八、特种设备安全管理员职责

1、在科主任的领导下，分管主任的指导下进行工作。主要负责院内医疗特种设备压力容器的使用安全管理工作。

2、要树立高度的事业心、责任感和安全意识，切实把安全工作放到首位。

3、协助科主任接待上级单位对我院特种设备工作的检查及检测。监督压力容器操作人员进行周期性培训和上岗证的更换工作。

4、经常下科室对安全防范区域进行检查，发现问题及时处理或直接报告安全防范领导采取必要的措施。

九、设备技术档案管理员职责

1、在科主任的领导下进行工作，主要负责大型设备(万元以上)技术档案的整理、统计、保管工作。

2、准确完整地保存原始资料(电子档案和资料档案)做到书写规范、字迹清楚，分别编号登记，装订要符合档案要求，保持档案的清洁、整齐。

3、每年负责把十万元以上的设备档案向上级档案室完整移交。

4、协助科主任做好整理其他材料及上级文件的保管工作。

5、完成科主任交给的临时任务，做好科室文秘工作。

十、危险品仓库管理人员职责

- 1、管理人员须认真学习相应危险品管理知识，了解危险品特性。
 - 2、严格化学危险品存、出库手续，做到帐物相符，发现差错及时查明原因并予以纠正。
- 爆炸品、剧毒品严格执行五双制度（双人、双锁、双人收发、双人运输、双人使用）
- 存放易燃易爆品的库房，应有良好的通风条件，夏季应采取洒水降温措施、务使库房温度不超过 30℃

经常巡视化学危险品仓库以及周围环境，严禁明火，电气设备防爆，消除事故隐患。

对贮存的化学危险品，应定期检查，旋紧瓶盖，该加水的加水、该加煤油的加煤油，以防挥发、变质、自燃或爆炸

各种压缩气体钢瓶，应按规定每年检查一次，危险品按类分仓、按部门分格。

十一、临床科室设备管理人员职责

- 1、在所在科主任和护士长领导下，与工程技术人员共同制定医疗器械操作规程、安全维护规程，并根据科室专业特性制定相应的管理制度，交科主任或护士长审批后实施。
- 2、负责医疗器械、低值易耗品、维修零件等的申购、领用、管理、经济核算等工作。
- 3、配合医疗器械管理部门的设备安装、调试、验收、维护保养等管理工作，确保在用设备的有效、安全运行。
- 4、掌握在用设备性能和临床用途，与工程技术人员合作共同开发新功能。
- 5、负责医疗器械使用中不良事件的登记和报告工作。
- 6、负责为医疗器械管理部门作大型设备成本——效益分析，提供在用设备使用情况。

医疗保险管理科工作职责

- 1、负责医院基本医疗保险管理和协调工作。
- 2、制定并完善医院医保规章制度及本科室职责，并组织实施，持续改进。
- 3、根据医保协议服务要求及医院工作部署，制定医院医保工作计划。
- 3、负责宣传培训医保政策和规定，做好院内医护人员医保知识培训，做好各类参保人员来访、咨询等工作，及协调处理院内各临床科室医保管理中的问题。
- 4、负责监督医院各科室医保制度的执行情况，对违反医保制度的行为按规定通报和处罚。
- 5、协助院领导与各级医保经办机构签订协议及联系沟通工作。
- 6、负责各类医保数据的采集、汇总、分析、上报，检查和考核，及时总结改进。
- 7、负责与医保经办部门沟通协调，积极配合做好相关审核、稽核检查和年度考核等工作。
- 8、负责与各类医保经办机构统筹金结算工作。
- 9、着装规范，挂牌上岗，用语文明，坚持原则。

医疗保险领导小组职责

- 1、贯彻落实国家、省、市医保制度、方针政策及规定。
- 2、负责做好医保的宣传发动和教育工作的，不断提高医护人员及参保人员对医保知识的认识。
- 3、结合医院实际，研究并制定医保管理方案，建立和完善各项管理制度。
- 4、负责协调医疗、护理、门诊、药品、物价、信息、宣传、后勤等方面的管理工作，努力为参保人员提供优质方便的医疗服务。
- 5、负责监督管理医疗护理医保服务质量，对查出的医保违规行为制定处理办法。
- 6、负责协调与医保经办机构的关系，对医保运行中发生的争议、纠纷进行调解。
- 7、对医保医疗费补偿报销进行监督检查管理。
- 8、负责接待上级部门对医保工作的检查，以及对口业务交流等工作。

医疗保险管理科人员职责

一、医疗保险分管院长职责

- 1、根据国家、省、市医疗保险方针政策，全面领导医院医疗保险工作的实施。
- 2、负责医疗保险各项工作制度、职责、流程的拟定审核，并经常督促检查实施措施的执行情况。
- 3、负责督促医保科工作计划的实施及工作总结审核。
- 4、深入科室了解医疗保险各项制度、规定贯彻落实情况，及时采取有效措施不断提高医保服务质量。
- 5、指导医保科做好各项协调工作及医保协议的审核。
- 6、经常督促检查医保科工作质量，不断提高管理水平。

二、医疗保险管理科主任职责

- 1、在分管院长及医保主管部门的领导下，负责全院基本医疗保险及市直离休人员管理工作，组织、协调全院医保工作的有序开展。
- 2、拟定医院医保工作计划，经分管院长审批后，组织实施，按时总结汇报。
- 3、负责拟定和组织修改医院医保管理办法以及配套制度和规定，并严格督促执行，经常深入科室指导检查制度落实情况。
- 4、负责组织院内各类医保知识宣传、培训工作。
- 5、负责做好医院与各级医保经办部门的沟通与协调工作。
- 6、负责接待参保人员的来信、来访、咨询以及协调处理院内各临床科室医保管理中的问题。
- 7、负责接待各级医保经办机构的监督检查以及日常管理工作。

三、医疗保险管理科副主任职责

- 1、在分管院长、科主任及医保主管部门的领导下，协助科主任做好全院基本医疗保险及市直离休人员管理工作。
- 2、协助科主任拟定医院医保工作计划，做好组织实施，按时总结汇报。

- 3、做好医保政策及制度的落实，监督考核，经常深入科室检查医保工作，不断总结，持续改进。
- 4、负责组织院内各类医保知识宣传、培训工作。
- 5、协助科主任做好医院与各级医保经办部门的沟通与协调工作。
- 6、负责接待参保人员的来信、来访、咨询以及协调处理院内各临床科室医保管理中的问题。
- 7、负责接待各级医保经办机构的监督检查以及日常管理工作。
- 8、负责科室日常工作管理。

四、医疗保险管理科科员职责

- 1、在科主任、副主任领导下，分工负责医疗保险科管理工作。
- 2、熟练掌握医院基本医疗保险管理办法、规章制度，认真贯彻落实。
- 3、熟练掌握各类医保数据的录入、采集、汇总、上报等工作。
- 4、熟练掌握医保政策、规定、结算标准、用药范围、正确指导临床科室工作，发现问题或疑问，须认真核实。
- 5、定期、不定期检查临床科室，了解医保病人住院情况，做好各项稽查及核对，及时处理问题，化解医患矛盾。
- 6、热情接待参保人员的咨询来访，做好政策宣传、引导参保人员按政策有序就医。
- 7、举止端庄，语言文明，态度和蔼，热情服务。

五、医疗保险管理科会计职责

- 1、在科主任、副主任领导下，做好医保费用结算等工作。
- 2、认真执行医院财务管理、医疗保险费用结算管理等制度，配合医院财务科做到科目准确，数字真实，凭证完整，记载清晰，日清月结，报帐及时。
- 3、每月汇总医保报销资料，负责与各级医保经办机构按医保协议要求结算我院垫付统筹金。
- 4、每月统计全院各科室医保统筹金发生额及质量指标完成情况，按时完成数据分析图。
- 5、负责医保各种报表的统计及上报工作。
- 6、做好结报账目资料的整理归档，以备查验。
- 7、文明礼貌，热情服务，严守纪律，廉洁奉公。

六、临床科室医保质控管理员职责

- 1、熟练掌握基本医疗保险政策、规定、医院医保管理办法、规章制度，认真贯彻落实。
- 2、在医保科及科主任领导下，负责基本医疗保险管理方面的质控、协调工作，配合科主任做好医保各项指标的控制。
- 3、按时参加医保科组织的各种会议，保证文件、材料和会议精神的上传下达，并将会议精神贯彻落实到科室，及保证联系方式的畅通。
- 4、负责做好科室医保知识的宣传和培训工作，不断提高科室医护人员及参保患者对医保知识的认知。
- 5、负责协调科室医疗、护理关于医保管理方面的工作，努力为参保人员提供优质便捷的服务。
- 6、熟练掌握山东省医保支付项目标准及三大目录、正确指导科室工作，发现问题或疑问，须认真核实。
- 7、负责医保出院病历的质控，认真查阅审核医嘱单、病程记录、化验单、处方等，发现问题及时解决或上报医保科。

- 8、了解科室医保病人住院情况，做好各项稽查及核对，及时处理问题，化解医患矛盾。

七、医疗保险管理科病历质控员职责

- 1、在科主任、副主任领导下，负责全院医保出院病历的终末质控工作。
- 2、熟练掌握基本医疗保险政策、规定，医院医保管理办法、规章制度，认真贯彻落实。
- 4、熟练掌握医保用药范围及业务知识、正确指导临床科室工作，发现问题或疑问，须认真核实。
- 5、定期、不定期下到临床科室，检查医保病人住院情况及在床情况，做好各项稽查及核对，及时处理问题，化解医患矛盾。
- 6、每周总结汇总医保出院病历质控及临床科室检查情况，把存在问题反馈给相关科室并监督整改，持续改进医保工作质量。
- 7、举止端庄，语言文明，态度和蔼，热情服务。

质管办工作职责

一、枣庄市立医院质量与安全管理委员会职责

- 1、全面负责医院质量与安全管理工作，统一领导和协调相关专业委员会及各职能部门，审议各专业委员会人员调整、新委员会设立等事宜，督导各委员会开展工作。
- 2、根据医院发展需要，为制定全院性的质量与安全年度质量目标、计划和工作方案提供决策支持。
- 3、负责审议、决策医院质量与安全的监控指标、质量目标、质量标准。
- 4、对医院质量与安全管理工作方案的实施及各项制度的执行进行监督、考核。
- 5、定期召开工作会议，对医院质量与安全工作进行总结评价，对存在的问题进行分析、研究、决策，提出整改方案。

二、枣庄市立医院科室质量与安全管理小组工作职责

- 1、在医院质量与安全管理委员会、各专业委员会及职能部门的指导下，全面负责本科室的医疗、护理等质量与安全管理工作，对本科室医疗和护理质量等进行实时监控。
- 2、根据医院质量与安全管理要求，结合本科室的质量管理特点，制定本科室质量与安全管理小组年度活动计划，年终进行总结，制定并完善科室质量与安全管理相关制度并督促落实。
- 3、提高质量与安全管理意识，善于发现问题并及时解决，做好记录，并在召开相关会议时进行对话、讨论、分析，做到持续改进各项工作。
- 4、每月组织科室质量与安全管理小组活动，每季度召开科室质量与安全管理小组会议，全面排查和梳理科室质量与安全隐患，查找质量与安全管理漏洞、薄弱环节；检查本科室诊疗常规、操作规范、医院规章制度、各级人员岗位职责的落实等情况，对存在的问题提出整改意见，根据检查情况确定科室工作人员的奖惩，实现科室质量的持续改进，并做好活动记录。
- 5、根据医院下达的综合目标管理考核指标，收集、整理和分析科室质量与安全管理相关指标与数据，并能够熟练掌握和灵活运用相关质量管理方法与工具进行质量管理。
- 6、认真贯彻落实医院质量与安全工作的相关要求，及时通报医院质量管理信息，严格执行核心制度，提高医疗质量，保障医疗安全。
- 7、贯彻落实国家的法律、法规及医院的各项规章制度，对科室医护人员进行医疗质量与安全教育，

提高医护人员的风险、责任意识以及质量管理水平和实际操作能力。

三、枣庄市立医院质量与安全管理委员会办公室职责

- 1、在医院质量与安全管理委员会和分管院长的领导下，做好医院质量与安全管理工作。
- 2、建立医院质量与安全管理体系，协调、监管各专业委员会及相应职能部门落实质量与安全管理工作，规范、推进科室质量与安全管理小组工作。
- 3、按照质量与安全管理工作实施方案，建立健全科室各项规章制度，严格落实。
- 4、负责筹备质量与安全管理委员会会议，做好会议纪要和会议文件的保管。
- 5、按照三级综合医院标准，动态管理职能部门完善考核细则，做好考核工作。
- 6、每季度汇总、审核各职能部门质量与安全管理工作分析报告，监督完成情况。
- 7、每月汇总医院质量与安全指标，核对、通报科室质量与安全指标，每季度进行分析。
- 8、完成医院安全（不良）事件的审核、督导、汇总和绩效工作。
- 9、完成医院及质量与安全管理委员会交办的其他工作任务。

质管办人员职责

一、质量与安全管理委员会办公室主任职责

- 1、在医院质量与安全管理委员会和分管院长领导下，负责全院质量与安全管理工作协调、监管以及质管办的管理工作。
- 2、及时向分管领导汇报有关质量与安全管理工作情况，按时参加医院相关会议，认真传达到科室成员并落实。
- 3、根据医院总体目标，制定科室质量与安全管理工作计划，并组织实施。
- 4、根据医院质量与安全管理工作实施方案要求做好质量与安全管理工作定期、不定期抽查及汇总反馈。
- 5、筹备质量与安全管理委员会会议，收集、汇总、分析、汇报、反馈质量与安全管理资料，提交医院质量与安全管理委员会研究讨论，并提出改进意见。
- 6、完成医院领导交办的其他工作任务。

二、质量与安全管理委员会办公室干事职责

- 1、配合科主任完成医院质量与安全管理的各项工作。
- 2、协助科主任完成文件的起草，制定科室工作计划等并实施。
- 3、做好医院质量与安全管理委员会会议筹备和记录工作。
- 4、根据医院质量与安全管理实施方案要求做好质量与安全管理工作定期、不定期抽查及汇总反馈。
- 5、做好与部门、临床、医技科室和护理单元的沟通、协调工作。
- 6、负责办公室资料的收集、整理、归纳、分析及归档工作。
- 7、做好办公室其他日常工作和上级交办的各项工作。

信息科工作职责

信息科是医院主要职能科室之一，在分管院长领导下，负责医院信息系统的建设、运行与维护的管理与服务的部门，是医院的重要组成部分。其主要工作职责如下：

- 1、贯彻执行党和国家有关计算机、网络与信息安全等方面的方针、政策和法规，为医院的业务、科研、管理提供网络技术支持，网络服务。
- 2、负责制定医院信息化的发展建设规划，和分期建设计划，组织规划和计划的实施。
- 3、负责制定医院信息系统的各项规章制度，协调院网络配置，监督保证院内网的安全，正常运行。
- 4、负责医院中心机房、办公用计算机、院内网络设施和线路的运行、维护、管理等工作。
- 5、负责医院网络应用系统的规划、开发、管理、维护等技术支持工作。
- 6、负责医院各信息系统子系统的建设、管理与维护工作。
- 7、负责医院领导交办的其他工作。

信息科人员职责

一、信息科主任职责

信息科主任在医院院长、分管院长领导下，负责信息化建设、运行、维护、管理等工作，其工作职责：

- 1、贯彻落实国家及省、市卫计委、医院的信息化相关的方针、政策和文件精神，协助院领导做好医院信息化工作。
- 2、负责制定医院信息化建设战略规划、年度实施计划，并组织实施。提出新建、扩建、改建计划和实施方案并组织实施，按年度预算经费制定购置计划、维修计划、材料计划等。
- 3、负责制定信息科管理规章制度、信息化标准规范，建立医院信息化评价体系、制定院内信息化培训计划，定期检查执行情况，并向分管院领导汇报。
- 4、根据医院信息化建设战略规划，做好医院内外信息资源管理利用，组织建立包括：政策信息资源、供应商信息资源、其他医院信息化资源、本院信息化基础数据资源等内容的信息资源库。
- 5、做好卫计委及医院关于信息化方针政策的传达及指导工作，负责调度协调信息科日常工作和计划，全面负责医院信息系统安全稳定运行。
- 6、根据医院信息化总体规划，指导信息科工作人员做好院内信息设备日常运维工作；负责信息科的各项工程的监督和实施。
- 7、负责信息科工作人员的队伍建设和培养，组织开展业务学习，不断提高业务水平。
- 8、对信息科工作人员德、能、勤、绩进行全面考核，调动全科人员的工作积极性；为适应信息化建设的发展，组织对信息科人员进行业务培训和政治学习，不断提升全员业务和政治水平。
- 9、做好科室与院内各个部门的沟通，协调处理各科室与信息科相关业务中存在的问题。
- 10、制定年度工作计划和月工作计划，并检查完成情况、撰写年度工作总结。
- 11、不定期督导检查信息科管辖内的设备运行情况和设备安全情况，发现问题，及时解决。
- 12、完成医院领导交办的其他任务。

13、副主任协助主任负责相应工作。

二、信息科管理员职责

信息科工作人员在主任领导下，负责全院信息化建设、运行、维护、管理等工作，其工作职责：

1、协助信息科主任制定本院信息化建设及网络发展总体规划，组织并实施年度计划。

2、负责医院信息系统日常管理维护，保证网络畅通，配置服务器和网络设备，合理规划网段，做好用户管理。

3、负责服务器和网络软件的安装、维护、调整及更新。

4、负责网络账号管理、资源分配、数据安全和系统安全。

5、参与网络值班，监视网络运行，调整网络参数，调度网络资源，保持网络安全、稳定、畅通。

6、负责计算机系统备份和网络数据备份；负责计算机网络资料的整理和归档。

7、每年对本单位计算机网络的效能进行评价，提出网络结构、网络技术和网络管理的改进措施。

8、完成科主任交办的其他任务。

第二部分 党群系统岗位和人员职责

党委书记职责

1、在上级党委的领导下，全面主持医院党委的工作。

2、认真宣传贯彻执行党的路线、方针、政策和上级党委的决议，维护党章和其他党内法规的权威性。

3、按照从严治党的要求，加强医院党组织的思想、组织、作风建设，充分发挥院党委的政治核心作用、党支部的战斗堡垒作用和共产党员的先锋模范作用，组织党员参加医德医风和职业道德教育。

4、坚持民主集中制的组织原则和领导制度，加强政治文明建设、精神文明建设、行业作风建设，加强干部职工思想政治工作。

5、按照《党政干部选拔任用工作条例》的要求，推进干部工作的科学化、民主化、制度化，加强院党委班子和中基层以上干部队伍的思想建设和作风建设。

6、加强对工、青、妇等群众组织的领导，加强离退休干部的管理工作。

7、参与医院的医疗、教学、科研和行政管理等方面的工作。

8、副书记协助书记工作，书记不在时代表书记主持党委工作。

党群工作部工作职责

1、党群工作部是院党委日常工作的综合办事机构，在院党委书记的领导和指导下，负责党的组织、干部、宣传、统战和群众信访等工作。

2、贯彻执行党在各个时期的路线、方针、政策和国家的法律法规，掌握医疗卫生信息和动态，为党委开展工作提供政策依据。

3、按照医院党委的工作要求，深入科室开展调研、征求意见、掌握信息、总结经验，为党委及时、准确、全面地了解和掌握医院情况，驾驭大局，科学决策提供依据。

4、贯彻执行党的路线、方针、政策，深化干部制度改革，建立科学规范的干部选拔任用制度，抓好干部队伍建设。

5、协助医院党委抓好基层党组织建设，努力探索新时期加强基层党组织建设的新方法和新途径。加强与党（总）支部的联系和沟通，及时了解和掌握党员的思想动态；对各党（总）支部进行目标管理，对基层党建工作进行指导、协调、检查和考核；健全党内生活制度，做好民主评议，党内评先评优工作；对基层党务干部进行管理、教育和培训。

6、做好党员教育、管理和组织发展工作。制定年度组织生活计划，组织开展党员教育活动，并进行督促检查落实情况；提出发展党员工作的思路和建议，规范发展党员工作的程序和手续，对基层党支部党员发展工作进行指导、督促和检查。

7、组织安排党委中心组学习、党组织生活、党员教育和全院职工的政治理论学习、思想教育和精神文明建设工作。

8、负责医院党委各类文件和其他以党委名义发出的文件(包括工作计划、总结、决议、决定、报告、通知、通报、信函等)的起草工作;负责记录整理党委工作大事记;组织安排党委和党委领导主持召开的各种会议、学习和重要活动,负责会务工作以及会议文件资料的归纳、整理、编辑、归档。

9、督促检查医院党委的计划、决议、决定和党委安排部署的各项工作任务落实情况。

10、协同纪委抓好党风廉政建设、医德医风和职业道德建设和纠风工作。

11、认真做好上情下达,下情上报工作,及时做好信息传递;代表医院党委和协助党委书记接待受理群众来信来访,通过信访工作密切党群关系。

12、负责医院各类人员的政治审查工作。

13、贯彻落实我党有关统战工作的方针、政策,做好民主党派、党外知识分子、留学归国人员的工作。

14、与院长办公室配合,协调、处理党政之间、党委各部门之间、党(总)支部之间、党群组织之间的工作关系;支持、配合工会组织好全院性的文化娱乐和群体活动,加强医院文化建设,丰富职工文化生活;指导、协调团委开展共青团工作和青年工作。

15、掌管党委印章和党委介绍信的使用。负责党委系统机要文件和其他党内文件的收发、传递、传阅、传达、催办、清退、保管、归档工作。

16、完成上级党委系统和院党委、书记临时交办的其他工作。

党群工作部人员职责

一、党群工作部主任职责

1、在院党委的领导下,督促、检查、落实党的路线、方针、政策和院党委决议的贯彻执行情况。

2、草拟院党委的工作计划、工作总结和院党委上报下发的各种文件及有关文字材料,并负责按公文处理规范审核把关,做好党委文件立卷、归档和管理工作。

3、组织全院干部职工学习政治理论与医德医风和职业道德教育相结合。负责党的各种会议的通知和记录工作。

4、策划组织医院的文化建设活动,深入调查研究,认真总结经验,抓好先进典型。

5、做好积极分子入党前培训工作,把好发展新党员质量关。

6、检查"三会一课"、"创先争优"的活动情况和效果。

7、做好工、青、妇等群众组织的协调工作。

8、做好党费的收缴、管理、使用工作,认真办理党员组织关系的接、转手续,做好统计、年终上报工作。

纪检监察室工作职责

1、负责对党员干部进行遵纪守法、履行义务、发扬党的优良作风教育,增强党员干部反腐败能力。

2、负责受理医院基层党组织和党员干部的申诉,保护党员干部的权利不受侵犯。

3、负责接待有关来信来访,受理有关举报、投诉。

4、负责调查医院基层党组织和党员干部违反党的章程、党内纪律和法规的案件并提出处理意见。

5、负责监督医院基层党组织和中层以上干部执行党的路线、方针、政策、决议和贯彻民主集中制,遵守党的纪律、党内廉政建设的情况。

6、负责制订医院纪检监察工作要点、廉政建设规章制度,并监督执行。

7、负责协调督促党风廉政建设责任制的落实,并进行年度落实党风廉政建设责任制情况考核。

纪委书记职责

1、根据工作需要负责召集并主持纪委会议。对纪委的队伍建设、思想建设和作风建设负领导责任。

2、及时传达贯彻上级有关党风廉政建设和反腐败斗争的会议、文件,并结合医院的实际情况提出贯彻执行、落实的意见。

3、密切与各党总支、党支部联系,深入调查研究,组织协调各单位、部门党风廉政建设和反腐败斗争工作,发现重大问题及时向党委报告,监督、检查和保证党的路线、方针、政策的贯彻执行。

4、深入学习研究党的政策,会同有关单位、部门经常分析研究党风、党纪情况,并向党委提出建议和改正措施。

5、加强对党员干部、管理干部的教育、监督、保护,发现违纪违法行为严格按照规定和程序进行处理。

6、核定工作计划、总结报告和处分决定,对工作文稿负责审核把关。

7、接待并亲自处理重要的来信来访。

8、负责对下级党委、党总支及支部的工作指导和业务培训。及时提出加强纪检组织和纪检队伍建设的意见和措施。

9、抓好查处违纪案件工作,对已发现的问题根据犯罪事实,按政策规定及时处理。

10、根据工作情况及时向上级纪委和医院党政汇报工作。

11、加强对分管部门的领导、指导和监管工作。

12、承办上级纪委和院党委交办的其他事宜。

纪委副书记协助纪委书记做好医院纪检监察工作。

纪委监委室人员职责

一、监察室主任职责

- 1、主持监察室的日常工作，抓好医院行政监察工作。
- 2、根据医院的中心工作和监察工作的要求，制定工作计划，并组织实施。
- 3、深入调查研究，了解下级党委党风廉政建设情况和工作动态，了解职工对纪检监察工作的意见或建议，为纪委监委室领导决策提供依据。
- 4、负责纪检监察工作会议的筹备、组织工作，负责纪检监察工作部署实施情况的督查。
- 5、负责来信来访、调查核实和立案案件的查处工作，配合纪委查处违法违纪违规案件，接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。
- 6、负责医德医风管理与考核，定期召开会议，监督检查制度的执行落实情况，对发现的问题提出意见或建议，对医院的各项工作合法、有序开展发挥保驾护航的作用。
- 7、负责党风廉政建设和反腐败工作的宣传教育；发放学习资料，负责和各基层党组织协调、联系。
- 8、组织业务学习和理论研讨，提高监察干部的综合素质和业务水平。
- 9、参与并监督医院的招投标工作。
- 10、完成院领导、上级监察机关交办的其他工作任务。监察室副主任协助监察室主任做好医院监察工作。

二、回访办公室工作人员职责

- 1、树立“以病人为中心”的服务理念，积极、主动、热情地为患者提供人性化、个性化、优质化的高品质服务。
- 2、负责全院出院病人的电话回访，必要时信函回访、上门探望等。主要了解病人康复情况，指导病人康复锻炼、生活起居、饮食规律、用药指导、自我保健等常识。同时，接受健康咨询，向患者征求意见和建议，进行满意度调查，督促病人定期复诊，做好登记，建立回访档案。
- 3、回访病人时语言要亲切自然，态度诚恳，有耐心和爱心。对于有关咨询，工作人员要认真回答，详细解释，凡属专业性较强的问题，不能准确回答的，要很礼貌地告诉病人或家属找专业科室或专家咨询，并告知电话号码。有寻求帮助的病人，能做到的，应尽力去帮助，如做不到的服务，要向病人解释清楚，得到病人的理解，做到诚信服务。
- 4、工作人员要熟悉各科室的功能和所开展的医疗技术项目等，与各科室做好沟通，密切配合；熟悉各科专家的专长、出诊时间以及专科出诊时间；掌握各科常见病的分诊和防治知识；了解医院常做的检验报告的数值和临床意义。
- 5、认真登记好回访记录，及时将回访情况和回访结果汇总、分析、整理，每半月做出书面汇总供分管院领导和有关管理部门决策。
- 6、每月填写《电话回访工作汇总表》，定期出版《回访工作简报》，将病人对医院服务的意见、建议和需求，进行分类整理和汇总反馈，送交相关职能部门，以便采取相应措施。

工会工作职责

- 1、按期召开会员代表大会和职工代表大会，并组织贯彻执行代表大会的决议，发动职工积极参加医院民主管理。
- 2、传达上级有关指示和文件，组织工会干部学习党和国家有关方针、政策及工会的有关业务知识，不断提高工会干部的思想政策水平和工作水平。
- 3、组织工会干部、职工群众学习党和国家的方针政策，贯彻上级工会决议、精神。加强工会干部队伍思想组织建设，不断提高工会干部队伍素质。
- 4、开展健康向上，有益职工身心健康的多种文化娱乐体育活动，陶冶情操，增强体质。
- 5、积极引导，配合有关部门加强职工的医德医风和职业道德建设，廉政建设，开展有关活动，不断提高工会干部队伍素质。
- 6、女工委员会做好女职工工作和家属工作，配合有关部门搞好计划生育工作。
- 7、在维护国家、医院总体利益的同时，维护职工的合法利益反映他们的合理要求，为他们排忧解难。
- 8、组织开展评选先进、表扬先进的工作。
- 9、收、管、用好工会经费，保管于好工会财产。

工会主席职责

- 1、在院党委及上级工会的领导下，遵循《工会法》及相关章程，做好党委与职工之间的桥梁和纽带作用，全面负责医院的工会工作。
 - 2、按照《工会法》及上级有关规定，组织筹备召开医院工会委员会和职工代表大会，严格落实职工代表大会的各项职权。
 - 3、组织传达学习上级工会和院党委的有关文件和会议精神，配合有关部门做好职工思想政治工作。加强民主管理与民主监督，提高参政和议政能力。
 - 4、深入基层，了解职工呼声，依法维护职工的合法权益。
 - 5、发扬民主，搞好团结，充分调动办公室工作人员的积极性，搞好分工和协作，同心协力开展工作。
 - 6、开展职工业余文体活动，活跃职工业余文体生活。
 - 7、吸引和组织职工学习政治、文化、科学、技术和管理知识，争做“四有”新人，发现和挖掘医务人员中的好人好事，宣传先进典型。
 - 8、保障职工福利。关心职工劳动条件的改善，维护职工在劳动中的安全与健康。
 - 9、遵守财务制度，合理使用工会经费。
 - 10、完成上级工会和党委交给的其他有关工作。
- 工会副主席协助工会主席开展工作。

工会人员职责

一、工会工作人员职责

- 1、在工会主席、副主席的领导下，从事工会办公室的日常工作。
- 2、按照分工积极开展群众性文化娱乐活动和体育活动，增强职工身心健康。
- 3、根据党的方针、政策，结合我院实际，搞好宣传活动，把党的方针政策变成职工的实际行动，加速医院现代化建设。
- 4、兼做好工会财务出纳工作，协助做好工会重大活动的组织准备工作；协助做好职工生活福利的各项具体工作。
- 5、认真做好工会的档案工作和财产管理等工作。
- 6、完成主席、副主席交办的其他工作。

工会女工委员会工作职责

- 1、在医院工会的领导下，认真做好女职工工作，依法维护女职工的合法权益。
- 2、围绕医院中心任务和工会的重点工作，对女职工进行爱国主义、社会主义、集体主义教育、医德医风教育，努力提高女职工自身素质。
- 3、团结动员广大女职工在医院改革和发展中建功立业，开展“自尊、自信、自主、自强”教育。发现、总结和推广女职工在本职岗位中爱岗敬业的先进典型。
- 4、负责女工委员会工作计划及工作总结的起草，负责女工委文件资料的收集、整理、立档工作。
- 5、协助工会开展有益于女职工身心健康的各项活动；做好女职工妇科病普查工作。

工会女工委员会主任职责

- 1、在院党委和院工会的领导下，根据女职工的特点和要求认真做好医院女职工委员会的工作。
- 2、认真宣传贯彻执行党的路线、方针、政策和院党委、院工会的决议，维护女职工的合法权益和特殊利益。
- 3、团结和动员女职工发扬主人翁精神，积极投身于医院的改革、建设、发展，在医院的政治文明、精神文明、物质文明建设中建功立业。
- 4、教育女职工不断提高思想素质、技术素质，引导女职工树立自尊、自信、自立、自强精神，正确处理恋爱、婚姻、家庭问题，做有理想、有道德、有文化、有纪律、医德高尚的女职工。
- 5、调查了解女职工在工作、学习、生活中存在的实际困难和问题，认真落实女职工的福利待遇。
- 6、积极组织女职工开展科技、文化、劳动知识竞赛和文艺体育活动，提高身体素质。
- 7、积极发现、培养女干部，并向院党委和上级组织推荐女干部。

计划生育办公室工作职责

- 1、在医院计划生育领导小组的领导下，履行计生管理职责，负责全院的计划生育工作。
- 2、认真贯彻执行国家、省、市的计划生育方针、政策、法律、法规和规章。
- 3、自觉接受市、区、街道办事处计生领导、管理和监督，结合医院实际情况，制定有关计划生育管理办法和措施。
- 4、负责医院计划生育数据的统计，拟定年度计划并组织实施。
- 5、做好稳定低生育水平的各项工作。
- 6、负责办理生育指标的审核工作。
- 7、负责已婚育龄妇女的健康检查工作。
- 8、负责职工婚姻状况登记更新和证明的办理工作。
- 9、积极开展计划生育的宣传教育，普及避孕节育、优生优育、生殖健康的科学知识，做好计划生育的优质服务工作。

计划生育办公室工作人员职责

- 1、学习宣传党和国家的计划生育方针政策、法律法规，学习和掌握人口理论及有关计划生育科学知识，不断提高自身素质和工作水平。
- 2、及时反馈计划生育工作的信息，取得领导的支持，及时解决工作中的问题。
- 3、负责全院的育龄妇女和独生子女的管理工作，保证完成本单位的计划生育任务。
- 4、协助有关部门做好计划生育政策的落实，了解掌握未婚男、女青年，已婚妇女的状况，生育情况，以及节育措施情况。
- 5、为育龄女职工做好各项服务。
- 6、定期查询汇报，以及完成填写有关计划生育报表工作，保存好计划生育档案。
- 7、对医院计划生育工作做到年初有计划，年中有检查，年终有总结，使我院的计划生育工作不断向科学化、规范化、制度化的方向发展。

团委工作职责

- 一、在医院党委和上级团委领导下开展工作，发挥共青团组织联系青年的桥梁作用，做党的有力助手和后备军，及时向党组织汇报工作情况和工作思路，积极响应、踊跃参与党组织发起的各类活动。
- 二、加强团的自身建设，组织团员青年认真学习马列主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想，用先进理论指导团的工作、武装青年头脑，努力提高团员青年的思想政治素质。

三、做好“推优入党”工作，积极推荐优秀团员作为党的发展对象，及时向党组织输送新鲜血液。

四、严格组织管理，督查指导各团总支、团支部工作，做好团员年度登记、团费收缴管理等工作。

五、组织开展争创“青年文明号”、争当“青年岗位能手”及社会实践、青年志愿服务等活动，履行服务承诺，自觉维护青年志愿者形象。

六、关心团员青年的工作、学习和生活，结合青年特点，开展各种主题明确、形式活泼、寓教于乐、有益于身心健康的文体活动；了解、收集团员青年的意见建议和正当要求，并及时向党团组织和有关部、科室反映，维护团员青年的权益，帮助团员青年排忧解难。

七、通过多种途径培训团干部，提高团干部素质。

八、积极完成院党委和上级团委交办的其他工作任务。

共青团干部工作职责

一、团委书记（副书记）职责

1、在医院党委和上级团委的领导下，负责和主持医院团委的全面工作。

2、定期召开团委、支部书记会议，及时传达医院党委和上级团委的决议和指示，主持研究、规划医院共青团工作并督促检查其执行情况。

3、根据团委工作计划，积极指导并督促协调各团总支、支部开展工作，增强总支、支部工作的自转能力。

4、主动关心、及时了解团员青年的思想、工作和学习情况，维护他们的合法权益，关心他们的生活。

5、加强团的思想建设，结合社会主义核心价值观和“四德”（社会公德、职业道德、家庭美德、个人品德）教育，积极引导并有针对性地开展思想工作。

6、加强团的组织纪律建设，建立健全团的各项规章制度，做好团员信息采集、团费收缴管理、评先树优、纪律监督及团干部的选配、培养和使用等工作。

7、组织开展丰富多彩的文艺体育活动，做好青年文明号创建工作，组织团员青年志愿者积极参加社会公益服务活动。

8、抓好团委自身建设，维护团委的集体领导和团结，协调团委各委员的分工协作，有效组织实施团的各项工作。

9、经常向党党委和上级团委请示、汇报工作，反映情况，并且和有关方面取得联系，以争取各方面对共青团工作的支持。

10、完成院党委和上级团委交办的其他工作任务。

团委副书记协助书记做好团委日常工作。书记不在时，代理书记主持团委工作，承担书记的全部职责，保证团委工作正常进行。

二、支部书记（副书记）职责

1、在上级团组织和同级党组织的领导下，全面负责团总支委员会（或团支部委员会）的工作，做好支部的日常事务，及时传达和贯彻上级团组织和同级党组织的决议和指示精神。

2、主持制定支部的工作计划并认真组织实施，按时向支委会、团员大会和上级团组织报告工作。

3、主动关心、及时了解掌握团员青年的思想、工作和学习情况，做好经常性的思想工作，

及时发现问题并采取有效措施解决。

4、经常向党党委请示、汇报工作，反映情况，加强同有关部、科室的联系，随时交流情况，以争取各方面的帮助和支持，促进共青团工作的开展。

5、抓好支委会的自身建设，加强集体领导，充分发挥每个委员的作用，有效组织实施支部的各项工作。

6、及时认真完成上级团组织和同级党组织交办的工作任务。

支部副书记协助书记组织开展、协调指导有关工作。书记不在时，代替书记主持全面工作，承担书记的全部职责，保证支部工作正常进行。

三、组织委员职责

1、做好发展新团员、转接团的组织关系、超龄团员离团工作，做好团员信息采集和团员统计工作。

2、掌握团支部的组织状况，根据需要提出团小组的划分和调整意见，检查督促过好组织生活。

3、按时收缴团费，并向上级团组织上交，按照规定管理和使用好团费。

4、制订《优秀团员评选办法》、《优秀团干部评选办法》、《优秀团支部评选办法》，提出对团支部、团干部、团员的考核、评定意见。

5、做好优秀团员青年推优入党工作。

6、协助其他委员做好相关工作。

四、纪检委员职责

1、针对团员青年的思想工作状况和要求，组织各种形式的思想教育活动。

2、负责共青团工作目标管理考核，提出奖励或处罚意见。

3、记录团员遵章守纪的情况，对违反团的纪律的行为进行批评教育，提出处理意见。

4、对团委组织的各项活动出勤及表现情况进行考勤、记录，维持集会纪律。

5、做好团员青年的廉政教育工作。

6、协助其他委员做好相关工作。

五、学习委员职责

1、组织团员青年学习马列主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想和科学发展观，学习党的路线方针政策、团的基础知识，学习医疗卫生政策及相关业务知识。

2、制定团干部培训计划，对团干部实施团内培训。

3、制定学习计划，组织开展形式多样的学习活动。

4、对下级团组织的学习活动进行指导、监督和检查。

5、负责订购、发放报刊、书籍等学习资料。

6、协助其他委员做好相关工作。

六、宣传委员职责

1、按照党组织的指示和上级团组织的决议，搞好对团员青年的各项宣传发动工作。

2、结合不同时期的中心任务和实际需要，提出宣传工作的实施意见和计划，并负责组织实施。

3、加强共青团工作的宣传，探索新时期共青团宣传工作的新方法、新途径，积极撰写宣传稿件。

4、组织开展志愿服务、学雷锋活动等社会公益活动，加强社会主义精神文明建设。

5、协助其他委员做好相关工作。

七、文艺委员

- 1、发动和组织团员青年踊跃参加文艺娱乐活动，建立青年文化活动阵地，丰富团员青年生活。
- 2、发现和培养文艺活动的积极分子，建立文艺活动骨干队伍、兴趣小组等。
- 3、在重大节日或纪念日，如“五一”、“五四”、国庆、元旦、春节及院庆日等，组织联欢会、文艺演出等各种形式的庆祝活动。
- 4、协助其他委员做好相关工作。

八、体育委员职责

- 1、发动和组织团员青年踊跃参加体育竞赛、拓展训练等活动，丰富团员青年生活。
- 2、发现和培养体育活动的积极分子，建立体育活动骨干队伍。
- 3、在重大节日或纪念日，组织团员青年参加植树、登山等活动。
- 4、协助其他委员做好相关工作。

九、科技委员职责

- 1、了解掌握团员青年的业务技术水平以及学习业务知识、科学技术和岗位技能的情况。
- 2、向有关方面反映团员青年对学习业务知识、科学技术和岗位技能的要求。
- 3、组织开展业务讲座、技术练兵、技能比武、知识竞赛活动，引导团员青年树立掌握岗位技能，学习本职业务知识，勇于创新创业。
- 4、组织开展“争创青年文明号”、“争当青年岗位能手”等各种形式和内容的活动。
- 5、协助团委其他委员做好各项工作。

十、生活委员职责

- 1、了解和收集团员青年的意见建议和正当要求，并及时向党团组织和有关部、科室反映，维护他们的合法权益，关心他们的生活，帮助团员青年排忧解难。
- 2、做好团的各项活动的行政后勤服务工作。
- 3、结合团员青年实际需求，组织丰富多彩的联谊活动。
- 4、协助其他委员做好相关工作。

红十字会办公室工作职责

- 1、宣传贯彻执行《中华人民共和国红十字会法》。
- 2、宣传《献血法》，组织参与输血、献血工作，推动无偿献血。
- 3、院内发展红十字会员，组织学习红十字知识，开展红十字工作。
- 4、组织参与救护知识培训与卫生知识宣传；开展医疗下乡，备灾救灾的人道主义社区服务活动。
- 5、宣传红十字知识，进行涉外友好合作和经验交流。
- 6、认真做好红十字会的日常事务工作，完善各项管理制度，切实做好事业发展规划、财务管理、档案管理等具体行政事务工作。

红十字会办公室人员职责

一、红十字会办公室主任职责

- 1、认真学习贯彻执行《国家红十字会法》和省市《实施〈国家红十字会法〉办法》，严格依法办事。
- 2、积极宣传红十字会法律、法规和防病知识。
- 3、指导组织开展医院红十字会服务，为困难职工提供人道主义救助。
- 4、依法参与、推动无偿献血工作。
- 5、组织单位职工开展捐款、捐物救助灾区工作。
- 6、完成上级交办的其它工作。

宣传科工作职责

- 1、严格遵守有关法律法规和医院各项规章制度，在院党委的领导下，负责制定医院年度宣传工作计划，做好医院内、外各项宣传工作。
- 2、接待、协调、安排各级新闻媒体的采访，发展与新闻媒体及记者长期良好的协作关系，负责审定各科室（部门）、医护人员、患者及家属接受媒体采访事项。
- 3、负责医院重大活动、会议的摄影及新闻报送，做好各种媒体的联络工作，围绕医院中心工作策划相关宣传活动。
- 4、认真做好各新闻媒体的接待工作，对需采访的内容应主动与相关职能部门和科室沟通，并做好采访中的引导。
- 5、负责横幅、会标及自制展板、标识的制作、安装和维修；负责院外制作的展板、标识、标牌等的审定和校对工作。
- 6、加强院内宣传园地的规划、审查、监督管理等工作。
- 7、认真做好摄影、摄像器材管理，影像资料、文字资料的收集、管理工作。

宣传科人员职责

一、宣传科科长职责

1. 在院党委的领导下，负责制定医院年度宣传工作计划、做好医院内、外各项宣传工作。
2. 做好医院宣传工作的电子图片、文字资料的收集管理工作。完成院领导和上级宣传部门下达交办的其他工作。协助相关部门完成全院性的各种会议的宣传工作。
3. 加强院内宣传园地的规划、监督管理等工作。
4. 围绕医院中心宣传计划，利用院内橱窗及有效空间，利用各种形式做好院内宣传工作。
5. 加大医院对外宣传力度，提高医院知名度，加强与省、市主要宣传媒体的联系发展，与各级新闻媒体记者长期保持良好的协作关系。

二、宣传科工作人员职责

- 1、严格遵守有关法律法规和医院各项规章制度，服从领导，听从安排，尽职尽责，认真做好本职工作。
- 2、在科长领导下，加强业务学习，不断提高业务能力和水平。
- 3、负责医院各种活动、会议的照相、新闻报送、宣传策划、专题宣传等工作。
- 4、负责与媒体建立广泛联系，加强对外宣传报道工作。
- 5、认真做好各新闻媒体的接待工作，对需采访的内容应主动与相关职能部门和科室沟通，并做好采访中的引导。
- 6、负责横幅、会标及自制展板、标识的制作、负责院外制作的展板、标识、标牌等的审定和校对工作。
- 7、做好医院门诊楼、四楼会议室、学术报告厅电子大屏幕的内容更新和维护。
- 8、认真做好工作量统计及照片资料、文字资料的收集、管理和归档工作。
- 9、负责器材设备的使用、保养与管理。
- 10、及时完成科长交办的其他工作。

老干部科工作职责

- 1、宣传贯彻党的路线、方针、政策，坚持一个中心、两个基本点的基本路线，促进老干部在思想上、政治上同党中央保持一致。
- 2、宣传贯彻党的一系列老干部政策，宣扬中华民族尊老爱老的优良传统，协助有关部门开展为老干部送温暖办实事活动。
- 3、组织老干部积极参加各种文体活动，活跃老干部的精神文化生活。
- 4、抓好老干部政治学习制度，及时传达上级文件和党委决议，帮助老干部了解国内外和医院的形势。
- 5、深入家庭和病房，及时进行慰问和看望，做好思想政治工作。重大节日提出领导慰问活动计划并组织落实。
- 6、协助有关科室做好老干部的医疗保健工作，定期组织老干部体检。
- 7、掌握老干部基本情况，做好实力统计工作。

老干部科人员职责

一、老干部科科长职责

- 1、在院党委的领导下开展工作。负责向老干部传达贯彻党委的决议和院领导的指示精神。
- 2、参加上级老干部部门召开的会议，及时向院党委、院领导汇报上级有关老干部工作会议精神，提出贯彻落实的计划和建议。
- 3、利用各种形式宣传老干部政策，加强老干部的思想政治工作。

- 4、按照党和国家老干部政策，做好老干部的管理和服务工作，搞好工作计划和总结。
- 5、加强对本科室工作人员的教育和管理，搞好对各职能科室的协调，做好团结工作。

二、老干部科工作人员职责

- 1、在科长的领导下开展工作，认真贯彻落实老干部政治、生活待遇，及时贯彻党委的决议和领导的指示精神。
- 2、保证离退休人员思想政治工作的经常化，对行动不便的老同志要坚持宣传、服务到人，确保其切身利益。
- 3、坚持联系走访制度。工作人员要定期联系、走访老干部，对住院的老同志要及时探望，遇有困难要及时上报。
- 4、认真做好老同志病故后的善后工作。
- 5、遵守劳动纪律，发扬团结协作精神，努力完成本职工作。

第三部分 医疗系统岗位和人员职责

医疗行政管理人员职责

一、大科主任职责

- 1、在院长及分管院长领导下，负责协调大科范围内的医疗、科研、教学等工作。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、做好大科年度的工作总结及下年度工作计划，并组织实施、督促检查、总结汇报。
- 6、负责安排大科范围内的业务学习、病例讨论、会诊、讲座等。
- 7、协调安排大科范围内的门诊、急诊工作。
- 8、完成医院指定范围的晋升、考核等工作。
- 9、安排医院指定的大科范围内的临时和紧急任务以及上级检查工作。
- 10、按时参加院周会和相关会议，及时传达贯彻会议精神，并督促落实。
- 11、副主任协助主任开展工作。

二、专业科主任职责

- 1、在院领导及大科主任领导下，负责本科医疗、教学、科研及行政管理工作，定期主持召开科务会议。科主任是本科室诊疗质量与安全管理与持续改进的第一责任人。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、定期讨论本科在贯彻医院的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施。
- 6、做好本科室年度的工作总结及下一年度工作计划，并组织实施、督促检查、总结汇报。
- 7、组织落实卫生法律法规及各项规章制度、诊疗常规和临床技术操作规范，保证医疗安全。
- 8、领导本科室人员完成门诊、急诊、住院患者的诊治工作和院内外会诊工作。应用临床诊疗规范（常规）指导诊疗活动。
- 9、定期组织查房，解决危重、疑难、重大手术等患者的诊治问题，组织科内各种病例讨论。
- 10、组织安排本科门诊、急诊、会诊等工作及医师的进修、轮转、实习带教工作。
- 11、有计划地组织科内的教学、培训和继续医学教育工作，统一安排业务学习，开展基本功训练，做好科内业务考核工作。
- 12、保证医院的各项规章制度和技术操作常规在本科贯彻、执行。严防并及时处理医疗差错。
- 13、按时参加院周会和相关会议，及时传达贯彻会议精神，并督促落实。积极组织本科人员的政治学习，做好思想政治工作，提高职业道德修养。

- 14、完成医院各种临时指令性任务，组织各类突发事件的应急救治工作。

- 15、副主任协助主任工作。

三、医疗责任组主管医师职责

- 1、在专业科主任领导下，负责本组患者的医疗工作，完成医疗任务。
- 2、认真执行卫生法律法规，各项规章制度、诊疗常规和临床技术操作规范，保证医疗安全。遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、制定本组患者的诊疗方案，按时查房。遇有危重、疑难、重大手术、医疗纠纷等问题及时向科主任汇报。
- 6、按时参加门诊、会诊等工作。
- 7、保证病历质量，严格执行《病历书写基本规范与管理制度》，做好病历资料的审查。
- 8、有计划地开展基本功训练，做好进修、实习人员的培训工作。
- 9、完成科主任交办的其他工作。

医疗技术人员职责

一、主任（副主任）医师职责

- 1、在专业科主任领导下，参加指导本科医疗、教学、科研、新技术的应用和基本训练。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、定期查房，参加并指导急危重疑难患者的抢救及病例讨论，书写或修改下级医师书写的病历。
- 6、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
- 7、按时参加门（急）诊、院内会诊等工作。
- 8、运用国内外先进经验，开展新技术，参加并指导下级医师撰写论文。
- 9、认真执行卫生法律法规，各项规章制度、诊疗常规和临床技术操作规范。
- 10、完成科主任交办的其他任务。
- 11、副主任医师参照主任医师职责执行。

二、主治医师职责

- 1、在科主任领导和上级医师的指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、新技术应用和基本训练。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、按时查房，具体参加和指导下级医师进行诊断、治疗及操作。
- 6、及时掌握患者的病情变化，遇有急危重疑难、死亡及其他特殊情况时，应及时处理，并向上

级医师及科主任汇报。

7、认真执行卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规和临床技术规范，及时与患者沟通，保证医疗安全。

8、认真学习和开展新技术、新业务，积累资料，及时总结。

9、书写或修改下级医师书写的病历。

10、担任临床教学，指导进修医师、实习医师、住院医师规范化培训医师的工作。

11、按医院规定参加门（急）诊、院内会诊等工作。

12、完成科主任交办的其他工作任务。

三、住院医师职责

1、在科主任领导和上级医师的指导下，参加本科一定范围的医疗、教学、科研、新技术应用及基本功训练。

2、遵守医院各项规章制度和管理规定。

3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。

4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。

5、对患者进行检查、诊断、治疗，开具医嘱并检查其执行情况。按时参加科内查房，及时书写病历，并检查及修改进修、实习医师书写的病历。

6、掌握所管患者的病情，及时向上级医师报告诊断、治疗及患者病情的变化、积极参加危重患者的抢救。

7、认真执行卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规和临床技术规范，确保医疗安全。

8、随时征求患者对医疗工作的意见，做好与患者的沟通工作。

9、认真学习医学基本理论、基本知识、基本技能，努力提高业务水平。

10、按医院规定参加门（急）诊工作及科室轮转。协助上级医师完成进修、实习医师的带教工作。

11、完成科主任交办的其他工作。

四、总住院医师职责

1、在科主任领导下，协助科主任做好科内日常医疗及行政管理工作。

2、遵守医院各项规章制度和管理规定。

3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。

4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。

5、具体组织和参加科内疑难危重患者的会诊、抢救及出院、死亡患者的病例讨论。

6、执行并督促检查卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规及各项医疗规章制度和技术操作规程的贯彻执行，严防差错事故发生。

7、协助科主任和上级医师做好住院、进修、研究生、实习医师的培训和日常管理工作。

8、协助科主任做好质量控制工作。

9、负责科室排班。

10、完成科主任交办的工作任务。

五、进修医师职责

1、遵守医院各项规章制度和管理规定，按时参加岗前培训。

2、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。

3、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。

4、服从医务部和科室的管理，严格执行卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规和技术操作规范。

5、按时参加本科室或专业的业务讲座，积极参加院内组织的各种学术活动。

6、在上级医师指导下从事医疗工作，认真完成上级医师布置的临床工作和学习任务。

7、进修期满，按时参加科内组织的结业考试，并在规定时间内办理离院手续。

六、实习医师职责

1、遵守医院各项规章制度和管理规定，按时参加院前培训。

2、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。

3、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范。

4、服从医务部和科室的管理，严格执行卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规和技术操作规范。

5、按时参加本科室或专业的业务讲座，积极参加院内组织的各种学术活动。

6、在上级医师指导下进行医疗工作，认真完成上级医师布置的临床工作和学习任务。

7、实习期满，按时参加科内组织的出科考核。

疼痛科工作职责

一、独立从事疼痛诊疗的医师，应具有疼痛科、麻醉科、神经科、骨科、风湿科、肿瘤科或康复医学科等临床工作经历2年以上，须参加全国卫生专业技术资格考试成绩合格。

二、加强医德医风学习，认真履行岗位职责。

三、疼痛医师应在疼痛治疗前要常规进行疼痛筛查和病情评估。包括病史回顾、体格检查及实验室检查，应常规进行心电图检查，对合并有呼吸系统疾病的患者要进行胸部X线检查。

四、对疑难患者治疗前应进行全科病例讨论，确定详尽的诊断与治疗计划。治疗期间主管医生随时向上级医生汇报治疗过程。

五、实施疼痛诊疗前，应向患者家属及患者本人交待病情、治疗方案、治疗效果以及可能出现的并发症等，并由患者或家属签署疼痛治疗志愿书。

六、实施疼痛治疗过程中要符合疼痛诊疗常规和指南，要填写疼痛诊疗措施和疼痛治疗效果记录，患者合并有并发症应及时妥善处理。

疼痛科诊疗职责

一、独立从事疼痛诊疗的医师，应具有疼痛科、麻醉科、神经科、骨科、风湿科、肿瘤科或康复医学科等临床工作经历2年以上，须参加全国卫生专业技术资格考试成绩合格。

二、加强医德医风学习，认真履行岗位职责。

三、疼痛医师应在疼痛治疗前要常规进行疼痛筛查和病情评估。包括病史回顾、体格检查及实验室检查，应常规进行心电图检查，对合并有呼吸系统疾病的患者要进行胸部X线检查。

四、对疑难患者治疗前应进行全科病例讨论，确定详尽的诊断与治疗计划。治疗期间主管医生

随时向上级医生汇报治疗过程。

五、实施疼痛诊疗前，应向患者家属及患者本人交待病情、治疗方案、治疗效果以及可能出现的并发症等，并由患者或家属签署疼痛治疗志愿书。

六、实施疼痛治疗过程中要符合疼痛诊疗常规和指南，要填写疼痛诊疗措施和疼痛治疗效果记录，患者合并有并发症应及时妥善处理。

疼痛科人员职责

一、疼痛科主任

1、工作概况：在业务副院长的领导下，全面负责疼痛科的行政、业务、教学、科研工作。

2、工作职责：

（1）管理职责

①主持本科室各种会议，组织制定本科室计划及有效管理科室人力、物力和财力等方面的事项。

②参加医院规定的相关会议，负责传达、贯彻会议精神，并督促落实。

③认真贯彻落实医院各项规章制度及医疗操作规程，及时进行检查督促反馈。

④为常见的操作尤其是高风险的操作建立工作规范或临床路径，并组织实施。

⑤制订本科室工作计划和业务发展规划及年度计划并组织实施、监督检查。

⑥在行政、业务对外工作中全权代表科室。做好科内、科间各种关系的协调。

⑦负责科室的考勤和假期审批。统一安排专科门诊、急诊、会诊、值班工作和进修、轮转、实习生的工作。

⑧对科室新药使用、仪器设施添置等提出申请。

（2）业务职责

①定时查房，共同研究解决重危疑难病例诊断治疗上的问题。

②参加门诊、会诊、出诊，决定科内病员的转科、转院和组织临床病例讨论。

③运用国内、外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。

④与医院行政部门和病案室配合，督促本科室医生及时完成病历并保证质量。

（3）教研职责

①定期组织全科进行病例讨论、业务学习、继续教育、临床教学，并在日常工作和教学中起模范作用。

②组织协调科研和新技术、新方法的开展与应用。

③组织科研实施，审查科内人员论文投稿。

④妥善安排进修、实习人员的培训工作，组织并担任临床教学。

二、疼痛科副主任

1、工作概况：在科主任的领导下，负责指导并参与疼痛科的医疗、预防、教学和科研工作。

2、工作职责：

（1）管理职责

①认真贯彻落实各项规章制度及医疗操作规程，及时进行检查督促反馈。

②参与本科室主诊医生常规工作会议，讨论本科室计划及有效管理科室人力、物力和财力等方面的事项。

（2）业务职责

①定期参加门诊工作和必要的值班任务。

②定期查房并亲自参加指导急、重、疑、难病例的抢救处理与特殊疑难和死亡病例的讨论会诊。

③负责本组患者的日常诊断、治疗和处理，观察并及时听取本组下级医师关于患者每日的病情和体征变化，充分了解所管患者的医疗、护理记录和实验室检查结果。

④签署住院病历首页、大病历、首次病程录、重要的专科操作记录，重要的病程记录等。

⑤运用国内、外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。

（3）教研职责

①指导全科结合临床开展科学科学研究工作，在日常工作和教学中起模范作用。

②指导本科下级医师做好各项医疗工作，有计划的开展基本功训练。

③根据学院教学工作的需要，会利用各种机会如查房、上课和各类操作对下级医师和进修、实习人员进行教学和培训。

三、疼痛科主治医师

1、工作概况：在科主任的领导和上级医师的指导下，负责疼痛科的医疗、教学、科研、预防工作。

2、工作职责：

（1）管理职责

①带头执行并检查督促各项医疗规章制度和技术操作规程的贯彻执行，严防差错事故发生。

②协助科主任加强对住院、进修、实习医师的培训和日常管理工作。协助护士长搞好病房管理。

（2）业务职责

①参加值班、门诊、会诊、出诊工作。

②参加科内查房。对所管病员每天至少上、下午各巡诊一次。上级医师查房（巡诊）时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。

③对所管病员全面负责，掌握病员的病情变化。在下班以前，作好交班工作。对需要特殊观察的重症病员，用口头方式向值班医师交班。病员发生病危、死亡、医疗事故或其他重要问题时，应及时处理，并向科主任汇报。

④向上级医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病员病情变化，提出转科、转院或出院的意见。

（3）教研职责

①担任适量的临床教学，指导进修、实习医师工作。

②主持病房的临床病历讨论及会诊，检查、修改下级医师书写的医疗文件。

③组织本组医师学习和运用国内外先进医学科学技术，开展新技术、新疗法，进行科研工作，做好资料积累，及时总结经验。

四、疼痛科医师

1、工作概况：在科主任的领导和上级医师的指导下，负责疼痛科一定范围内的医疗、教学、科研、预防工作。

2、工作职责：

（1）管理职责

血液透析室医师职责

一、血液透析室医师应由肾脏病专业及具有血液净化从业资质的医师从事血液净化室的日常医疗工作。

二、由血液透析室主任全面负责血液净化室的日常医疗、教学、科研工作，严格执行透析中心的各种规章制度。

三、透析医师应熟悉本透析室各种型号机器性能、操作及常见故障的处置原则。

四、透析医师熟练掌握各种血液净化方式的适应征、禁忌症及其操作要领，掌握各种临时性、永久性血管通路的建立方法，掌握各种透析急慢性并发症的处理方法。

五、透析医师认真做好透析患者的病历档案登记、管理，及时了解诊断透析患者的病情，并制定个体化的透析及综合治疗方案。

六、经常巡视患者，随时记录透析患者的病情变化，每班进行小查房，及时评估透析效果，处理透析并发症，遇有疑难问题时，向上级医生汇报或组织全科进行病例讨论。

七、积极开展各种血液净化新技术、新疗法，并进行临床资料的搜集和整理，不断提高医疗质量和透析科研水平。

八、定期举办学术讲座，不断提高医护人员素质。为患者举办透析知识咨询和讲座，不断改进医疗服务，贯彻持续性质量改进。

《出生医学证明》管理人员职责

一、《出生医学证明》管理人员必须加强责任心，熟练掌握业务要求和标准。

二、切实做好《出生医学证明》申领、出入库、首次签发工作，认真交接、留档备查。

三、认真审核新生儿出生信息，确保录入信息准确无误，发证程序符合规定，严格控制废证率在1%以下。

四、规范《出生医学证明》使用登记本及档案管理工作，做好隐私保护，非本人同意不得泄露出生信息。

五、妥善保管，每日上下班严格认真查对《出生医学证明》数量级发放是否相符，及时归档并将空白《出生医学证明》放置在保险柜内存放。

六、每班检查《出生医学证明》存放及管理系统，遇丢失、被盗应立即启动应急预案，损毁情况及时报修。

七、不得利用《出生医学证明》发放搭售与其无关的物品。

认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故发生。

(2) 业务职责

①担任疼痛科门诊、病房的值班工作。

②书写病历。新入院病员的病历，一般应在病员入院后24小时内完成。并负责病员住院期间的病程记录，及时完成出院病员病案小结。

③参加科内查房。对所管病员进行检查、诊断、治疗开写医嘱并检查执行情况，每天至少上、下午各巡诊一次。上级医师查房（巡诊）时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。

④对所管病员全面负责，在下班以前，作好交班工作。对需要特殊观察的重症病员，用口头方式向值班医师交班。

⑤向上级医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病员病情变化，提出转科、转院或出院的意见。

⑥随时了解病员的思想、生活情况，征求病员对医疗护理工作的意见，做好病员的思想工作。

(3) 教研职责

①检查和改正实习医师的病历记录，指导护士对各种重要的检查治疗进行护理，严防差错事故。

②根据教学需要，承担适量相当于助教的教学工作。

③认真学习，运用国内外先进医学科学技术，积极开展新技术、新疗法，参加科研工作，及时总结经验。

血液透析室主任工作职责

一、血液透析室应当由副高以上职称（含副高在内）、有丰富临床工作经验的人员担任主任。

二、在院领导的领导下，全面负责本科室的医疗、教学、科研、护理及行政管理工作。

三、根据本科室任务和人员情况，进行科学分工，保证医疗护理工作的顺利进行，不断改善服务态度，提高医疗质量。

四、制订本科室工作计划，组织实施，经常督促检查，按时总结汇报。

五、每周查房不少于1次，随时巡视危重、疑难和大手术前后的患者，并及时组织下级医师共同检诊和抢救。

六、组织全科人员业务学习，开展新技术、新疗法，进行科研工作并及时总结经验。组织和担任临床教学，安排实施进修实习人员的培训。

七、加强行政和业务技术管理，督促本科人员认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常进行安全教育，严防事故差错。

八、确定医师值班、会诊和出诊工作，审查决定手术，安排手术人员。

九、参加会诊和疑难急重病例讨论。

十、依据血液透析规范化要求制定并实施透析室的管理规程，向当地血液净化质量控制中心提供透析登记相关资料。

第四部分 医技系统岗位和人员职责

急诊科人员职责

一、急诊科主任职责

- 1、在院长的领导下，负责本科医疗、教学、科研及行政管理工作，定期主持召开科务会议。科主任是本科室诊疗质量与安全管理和持续改进的第一责任人。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、定期讨论本科在贯彻医院的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施。
- 6、做好本科室年度的工作总结及下一年度工作计划，并组织实施、督促检查、总结汇报。
- 7、组织落实卫生法律法规及各项规章制度、诊疗常规和临床技术操作规范，保证医疗安全。
- 8、领导本科室人员完成门诊、急诊、住院患者的诊治工作和院内外会诊工作。应用临床诊疗规范（常规）指导诊疗活动。
- 9、定期组织查房，解决危重、疑难、重大手术等患者的诊治问题，组织科内各种病例讨论。
- 10、组织安排本科室医师的进修、轮转、实习带教工作。
- 11、有计划地组织科内的教学、培训和继续医学教育工作，统一安排业务学习，开展基本功训练，做好科内业务考核工作。
- 12、保证医院的各项规章制度和技术操作常规在本科贯彻、执行。严防并及时处理医疗差错。
- 13、按时参加院周会和相关会议，及时传达贯彻会议精神，并督促落实。积极组织本科人员的政治学习，做好思想政治工作，提高职业道德修养。
- 14、完成医院各种临时指令性任务，组织各类突发事件的应急救治工作。
- 15、副主任协助主任工作。

二、急诊科主任（副主任）医师职责

- 1、在专业科主任领导下，参加指导本科医疗、教学、科研、新技术的应用和基本训练。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、定期查房，参加并指导急危重疑难患者的抢救及病例讨论，书写或修改下级医师书写的病历。
- 6、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
- 7、按时参加门（急）诊、院内会诊等工作。
- 8、运用国内外先进经验，开展新技术，参加并指导下级医师撰写论文。
- 9、认真执行卫生法律法规，各项规章制度、诊疗常规和临床技术操作规范。

10、完成科主任交办的其他任务。

11、副主任医师参照主任医师职责执行。

三、医疗责任组主管医师职责

- 1、在专业科主任领导下，负责本组患者的医疗工作，完成医疗任务。
- 2、认真执行卫生法律法规，各项规章制度、诊疗常规和临床技术操作规范，保证医疗安全。遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、制定本组患者的诊疗方案，按时查房。遇有危重、疑难、重大手术、医疗纠纷等问题及时向科主任汇报。
- 6、按时参加门诊、会诊等工作。
- 7、保证病历质量，严格执行《病历书写基本规范与管理制度》，做好病历资料的审查。
- 8、有计划地开展基本功训练，做好进修、实习人员的培训工作。
- 9、完成科主任交办的其他工作。

四、急诊科主治医师职责

- 1、在科主任领导和上级医师的指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、新技术应用和基本训练。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、按时查房，具体参加和指导下级医师进行诊断、治疗及操作。
- 6、及时掌握患者的病情变化，遇有急危重疑难、死亡及其他特殊情况时，应及时处理，并向上级医师及科主任汇报。
- 7、认真执行卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规和临床技术操作规范，及时与患者沟通，保证医疗安全。
- 8、认真学习和开展新技术、新业务，积累资料，及时总结。
- 9、书写或修改下级医师书写的病历。
- 10、担任临床教学，指导进修医师、实习医师、住院医师规范化培训医师的工作。
- 11、按医院规定参加门（急）诊、院内会诊等工作。
- 12、完成科主任交办的其他工作任务。

五、急诊科总住院医师职责

- 1、在科主任领导下，协助科主任做好科内日常医疗及行政管理工作。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、具体组织和参加科内疑难危重患者的会诊、抢救及出院、死亡患者的病例讨论。
- 6、执行并督促检查卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规及各项医疗规章制度和技术操作规程的贯彻执行，严防差错事故发生。

- 7、协助科主任和上级医师做好住院、进修、研究生、实习医师的培训和日常管理工作。
- 8、协助科主任做好质量控制工作。
- 9、负责科室排班。
- 10、完成科主任交办的工作任务。

六、急诊科住院医师职责

- 1、在科主任领导和上级医师的指导下，参加本科一定范围的医疗、教学、科研、新技术应用及基本功训练。
- 2、遵守医院各项规章制度和管理规定。
- 3、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 4、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 5、对患者进行检查、诊断、治疗，开具医嘱并检查其执行情况。按时参加科内查房，及时书写病历，并检查及修改进修、实习医师书写的病历。
- 6、掌握所管患者的病情，及时向上级医师报告诊断、治疗及患者病情的变化、积极参加危重患者的抢救。
- 7、认真执行卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规和临床技术操作规范，确保医疗安全。
- 8、随时征求患者对医疗工作的意见，做好与患者的沟通工作。
- 9、认真学习医学基本理论、基本知识、基本技能，努力提高业务水平。
- 10、按医院规定参加门（急）诊工作及科室轮转。协助上级医师完成进修、实习生的带教工作。
- 11、完成科主任交办的其他工作。

七、急诊科进修医师职责

- 1、遵守医院各项规章制度和管理规定，按时参加岗前培训。
- 2、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 3、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范，严禁推诿、拒诊患者。
- 4、服从医务部和科室的管理，严格执行卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规和技术操作规范。
- 5、按时参加本科室或专业的业务讲座，积极参加院内组织的各种学术活动。
- 6、在上级医师指导下从事医疗工作，认真完成上级医师布置的临床工作和学习任务。
- 7、进修期满，按时参加科内组织的结业考试，并在规定时间内办理离院手续。

八、急诊科实习医师职责

- 1、遵守医院各项规章制度和管理规定，按时参加院前培训。
- 2、严格执行首诊负责制等核心制度，规范诊疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗。
- 3、廉洁行医、文明行医，注意言行文明礼貌，举止规范。
- 4、服从医务部和科室的管理，严格执行卫生法律法规、各项规章制度、诊疗常规和技术操作规范。
- 5、按时参加本科室或专业的业务讲座，积极参加院内组织的各种学术活动。
- 6、在上级医师指导下进行医疗工作，认真完成上级医师布置的临床工作和学习任务。
- 7、实习期满，按时参加科内组织的出科考核。

影像中心主任职责

- 1、在院长的领导下，负责影像中心的医疗、教学、科研和行政管理工作。
- 2、负责影像中心医疗质量与安全管理，抓好持续改进。
- 3、制订影像中心工作计划，并组织实施。经常督促检查，按期总结汇报。
- 4、根据影像中心任务及人员情况进行科学分工，保证对患者进行及时的诊断和治疗。
- 5、定期主持集体阅片，参加临床会诊和对疑难病例的诊断治疗。
- 6、经常与临床科室取得联系，征求意见，改进工作。
- 7、组织影像中心人员的业务训练和技术考核。学习、使用国内外的先进医学技术，开展科学研究，督促做好资料保存与登记、统计工作。
- 8、承担教学任务，搞好进修、实习人员的业务培训。
- 9、领导影像中心人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，检查工作人员防护情况，经常检查机器的使用与保管，严防差错事故。
- 10、不定期向院长、门诊部及全科汇报工作，接受群众监督。

放射科工作职责

- 1、在院长、分管院长及医务部、门诊部等职能科室的领导下，认真完成医院下达的放射医疗、放射教学、放射科研和行政管理等工作。
- 2、依据医院工作安排，科学制定工作计划，认真组织实施，按期总结汇报。
- 3、根据本科室的工作任务和人员结构情况进行科学分工，保证患者得到及时的诊断和治疗。
- 4、全科人员致力于放射诊断、治疗和投照质量的持续改进与提高；采取多种形式进行集体读片；参加临床会诊和对疑难病例的诊断治疗。
- 5、经常与临床科室取得联系，征求意见，改进工作。
- 6、积极参加医院组织的各种业务培训和技术考核，不断提高专业技能。
- 7、认真学习、使用国内外的先进医疗技术，开展科学研究。
- 8、做好放射影像资料的保管与登记、统计工作。
- 9、认真做好放射教学工作，做好进修、实习人员的放射学培训工作。
- 10、认真落实执行医院各项规章制度、相关法律法规和技术操作规程。
- 11、重视工作人员和患者的安全防护，严防差错事故和安全事故。
- 12、爱护公物、珍爱设备；妥善保管使用科室各种仪器设备和财产。
- 13、认真做好各种突发公共卫生事件的放射学应急准备工作，做到常备不懈，来者能战，战者能胜。

放射科人员职责

一、放射科主任职责

- 1、在院长、分管院长的领导下,负责放射科的医疗、教学、科研和行政管理工作。
- 2、制定放射科工作计划,并组织实施,监督检查,按期总结汇报。
- 3、根据本科室的工作任务和人员结构情况进行科学分工,保证患者得到及时的诊断和治疗。
- 4、负责放射影像诊断、治疗和投照的质量管理;定期主持集体读片,审签重要的诊断报告单;参加临床会诊和对疑难病例的诊断治疗。
- 5、经常与临床科室取得联系,征求意见,改进工作。
- 6、组织本科人员的业务学习和技术考核,提出升、调、奖、惩的意见。
- 7、组织学习、使用国内外的先进医疗技术,开展科学研究。
- 8、督促科内人员做好资料保管与登记、统计工作。
- 9、担任教学任务,做好进修、实习人员的培训工作。
- 10、领导本科室人员,认真落实执行各项规章制度、法律法规和技术操作规程。
- 11、督促本科室工作人员的安全防护,严防差错事故和安全事故。
- 12、安排本科室人员值班、调休和休假。
- 13、审签本科室药品、器材的签领与报销;检查科室仪器设备财产的使用与保管情况。
- 14、副主任协助主任负责相应的工作。

二、放射科主(副)任医师职责

- 1、在科主任领导下,负责指导科室各项技术、教学、科研工作。
- 2、担负疑难病例的诊断、治疗,参加院内会诊和疑难、死亡病例讨论。
- 3、定期主持集体读片,审签重要的诊断报告。
- 4、指导本科室各级医技人员做好综合影像诊断、治疗工作。
- 5、制定和主持开展新技术、新项目 and 科学研究,指导下级医师开展科研工作和论文撰写工作。
- 6、担任对下级医师和进修实习人员的培训、教学和指导工作,有计划地开展“三基”训练和技术讲座。
- 7、督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程。
- 8、对各级医师的理论水平、业务能力、工作实绩做出评定。

三、放射科主治医师职责

- 1、在科主任的领导和主(副)主任医师的指导下进行工作。
- 2、着重担负日常疑难病例的诊断、治疗,参加会诊和教学研究工作的。
- 3、主持每天的集体读片,审签诊断报告单。
- 4、负责放射诊断、治疗工作,按时完成诊断报告,遇有疑难问题及时请示上级医师。
- 5、担负一定的科学研究和教学任务,指导进修、实习人员的业务培训,开展医疗新技术工作。
- 6、掌握放射设备的原理、性能、使用及检查操作技术,遵守操作规程,做好防护工作,严防差错事故。
- 7、经常与临床科室联系,征求意见,提高诊断符合率。

- 8、参加科室的值班工作。

四、放射科医师(士)职责

- 1、在科主任领导和上级医师指导下负责科室日常诊断和治疗工作。
- 2、按时完成诊断报告,遇有疑难问题及时请示上级医师。
- 3、参加会诊和临床病历讨论会。
- 4、担负一定的科学研究和教学任务,做好进修、实习人员的培训。
- 5、掌握影像设备的一般原理、性能、使用及检查操作技术。
- 6、遵守操作规程,做好防护工作,严防差错事故。
- 7、主动加强与临床科室的密切联系,提高诊断符合率。
- 8、自觉加强学习,积极参加再教育和业务培训,努力提高技术水平。
- 9、在主治医师和医师的指导下担负相应的工作。

五、放射科技师职责

- 1、在科主任领导下和上级技师的指导下进行工作。
- 2、负责投照技术工作,参加较复杂的技术操作并帮助和指导技士、技术员工作。
- 3、协助本科室机器的安装、维修、检查、保养和管理,遵守技术操作规程和安全规则。
- 4、开展技术革新和科学研究;担任一定的教学工作,指导进修、实习人员的技术操作。
- 5、参加集体读片和讲评投照质量。
- 6、参加技术组各项值班工作。

六、放射科技士(技术员)岗位职责

- 1、在科主任领导及上级技师的指导下,担负日常各项技术工作。
- 2、按照医师的要求,进行X线投照工作。
- 3、配合上级技师进行本科室机器设备的安装、维修、保养和管理工作的。
- 4、积极参加技术革新及科研工作。
- 5、参加技术读片,积极参加业务学习和培训,努力提高技术水平。
- 6、经常与临床联系,提高摄影准确率。

七、放射科资料管理员职责

- 1、在科主任领导下负责科室各种资料整理、管理工作。
- 2、查找复诊病人的旧片号,保证档案资料不重号或少号,若经发现,及时纠正。
- 3、按照资料借阅制度,办理借阅放射影像资料手续,并定期向借阅人催还档案资料。
- 4、保管供教学、科研、临床经验总结等所需的档案资料管理并办理有关借阅手续。
- 5、经常检查归档的完整性,发现问题,及时向科主任反映,以便及时纠正。
- 6、做好档案室的管理工作,保持清洁、整齐、通风、干燥、防止档案资料霉烂、虫蛀和火灾。
- 7、负责资料室财产设备的管理并协助作好科室办公用品及耗材的保管。

八、放射科质量与安全管理小组职责

- 1、放射科成立以科主任为组长的质量管理小组,在医院及门诊部质量与安全管理委员会领导下开展工作。
- 2、落实医院医疗质量与安全管理委员会建立的操作规程、医疗质量标准及措施。
- 3、建立健全本科室医疗工作制度,制定切实可行的科室质量管理目标和工作计划并组织实施。

4、定期开展活动，每月对本科室医疗质量进行监督检查，发现问题及时解决，并将检查结果通报全科及上报医院医疗质量与安全委员会。

5、对职能科室督导检查中反馈的质量问题及时进行落实整改。

6、负责落实本科室医、技、护人员的再教育，不断提高医护人员的职业素质和业务水平。

7、负责制定本科室防止医疗差错事故的措施。

核磁共振室工作职责

1. 承担门诊、住院的 MR 检查；开展磁共振诊疗工作，满足临床请检要求并确保检查和诊疗的准确性。

2、承担保健、体检和抢救的影像检查任务。

3. 承担院内外临床诊断会诊和接受下级医院要求的技术检查和会诊。

4、充分利用现有设备开发新技术、新检查项目。

5、承担临床医学影像学的教学和进修、实习人员的带教培训工作，指导下级医院的业务开展和提高。

6. 开展新的影像技术和诊断的方法学研究及设备的技术革新。

7、引进国内外的最先进技术，配合临床进行专项研究。

核磁共振室人员职责

一、磁共振室主任职责

1、在院长领导下，负责本科室的医疗、教学、科研、预防、行政管理工作。

2、制定本科室工作计划、规章制度，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

3、根据本科任务和人员情况进行科学分工，保证对病员进行及时的诊断。

4、定期主持集体阅片，审阅重要的诊断报告单，亲自参加临床会诊和对疑难病历的诊疗，经常检查诊断和照片质量。

5、经常与临床科室取得联系，征求意见，改进工作。

6、组织本科人员的业务培训和考核，提出升、调、奖、惩的意见。学习使用国内外的先进技术，开展科学研究。督促科内人员做好资料积累与登记、统计工作。

7、担任教学任务，搞好进修实习人员的培训。

8、组织领导本科人员，认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。

9、安排本科人员轮换、值班和休假。

10、审签本科器材的请领与报销，经常检查机器的使用及保养情况。

11、负责科室的财产安全、防护。

二、磁共振室主任医师职责

1、在科主任的领导下，参加科室诊疗指导工作，完成医疗、教学及科研任务。

2、指导下级医师医疗、教学及科研工作。

3、参加院内外专家会诊，参加或主持科内读片会。

4、定期参加本科专家门诊。

三、磁共振室副主任医师职责

1、在科主任领导下、在主任医师指导下，完成医疗、教学、科研各项任务。

2、指导下级医务人员完成教学、科研各项任务。

3、参加或主持科内读片会，参加院内、外及科内会诊。

4、定期参加影像科专家门诊。

5、兼任业务负责人者，负责检查组内日常工作。

6、不定期向科主任汇报工作。

四、磁共振室主治医师职责

1、在科主任领导下，在上级医师指导下进行工作。

2、着重担负疑难病例的诊断、治疗，参加会议和教学科研工作。

3、主持每天的集体阅片，审签诊断报告单。

4、其他职责与 MR 室医师同。

五、磁共振室医师职责

1、在科主任领导和上级医师指导下进行工作。

2、负责 MR 诊断和治疗工作，按时完成诊断报告，遇有疑难问题，及时请示上级医师。

3、参加会诊和临床病历讨论会。

4、担负一定的科学研究和教学任务，做好进修、实习人员的培训。

5、掌握 MR 机的一般原理、性能、使用技术，遵守操作规程，严防差错事故。

6、加强与临床科室密切联系，不断提高诊断符合率。

六、磁共振室主任技师、副主任技师职责

1、在科主任领导下，负责和指导科室技术、教学、科研和预防工作。尤其是处理疑难技术问题和精密设备的技术工作。

2、制定和主持开展新技术、新项目和科学研究，指导下级技师开展科研。

3、定期主持技术读片，讲评投照质量，指导疑难问题的读片。

4、指导制定各种技术参数，做好质控，提高放射工作质量。指导并亲自参加全科机器的安装、调试、保养、检修、大修工作。

5、担任对下级技师和进修实习人员培训、教学和指导工作。

6、督促下级技师认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程。

7、加强与临床科室联系，不断提高技术质量。

七、磁共振室主管技师职责

1、在科主任领导，上级医师、上级技师指导下，负责科室一定范围的技术、教学、科研和预防工作。

2、定期主持技术读片，讲评投照质量。

3、学习和运用国内外先进医疗技术，开展新技术、新项目，参与科研。做好资料积累，及时总结经验。

4、认真执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查技术质量，严防差错事故。

- 5、担任对下级技师和进修实习人员的培训、教学和指导工作。
- 6、负责本科机器的检查、维护和管理。
- 7、参加制定各种技术参数，做好质控。
- 8、其它职责同技师。

八、磁共振室技师、技士职责

- 1、在科主任领导下，在上级医师、上级技师指导下进行工作。
- 2、负责 MR 扫描工作，参加较复杂的技术操作，并帮助和指导技士、技术员工作。
- 3、负责本科机器的安装、修配、检查、保养和管理，督促本科人员遵守技术操作规程和安全规则。
- 4、开展技术革新和科学研究，指导进修、实习人员的技术操作，并担任一定的教学工作。
- 5、参加集体阅片和讲评照片质量。

九、磁共振室登记人员职责

- 1、在科主任的领导下进行工作。
- 2、负责对病人进行登记，核对病人资料、编号、收费，了解检查部位，特别注意有无心脏起搏器及金属夹、发卡、硬币、钥匙、手机、磁卡等。
- 3、负责摆放病人体位，按不同要求对病人做检查前准备，对病人态度热情，做好解释工作，说明注意事项，特殊病人要予以特殊安排。
- 4、负责磁共振片的发放、整理、保管工作。发片时要进行核对即姓名、性别、年龄、片号及检查部位是否相符。
- 5、负责对各种消毒器械的管理。
- 6、负责送洗隔离衣及被服。
- 7、协助科主任领取物品，协助诊断医师进行扫描，协助维修人员进行维护。

CT 室工作职责

- 1、在院长领导下开展医疗、教学、科研和预防、保健工作。
- 2、承担门诊、住院患者的 CT 检查、诊疗工作，满足临床请检要求，并确保检查和诊疗的准确性。
- 3、承担保健、体检的影像检查任务。
- 4、承担院内外影像诊断会诊和接受下级医院要求的技术检查和会诊。
- 5、充分利用和发挥现有 CT 设备开发新技术、新项目。
- 6、承担临床医学影像学的教学和进修、实习人员的带教培训工作，指导下级医院的业务开展和提高。
- 7、开展新的影像技术和诊断的方法学研究及设备的技术革新。
- 8、引进国内外的最先进技术，配合临床进行专项研究。

CT 室人员职责

一、CT 室主任职责

- 1、在院长领导下，负责本科的医疗、教学、科研、保健、行政管理工作。
- 2、制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、根据本科任务和人员情况进行科学分工，保证对病员进行及时诊断和治疗。
- 4、定期主持集体阅片，审签重要的诊断报告单，亲自参加临床会诊和对疑难病例的诊断治疗，经常检查诊断、图像质量。
- 5、经常与临床科室联系，征求意见，改进工作。
- 6、组织本科人员的业务训练和技术考核，提出升、调、奖、惩的意见。学习、使用国内外的先进医学技术，开展科研工作，督促科内人员做好各种资料登记、保存与统计工作。
- 7、承担教学、科研任务，做好进修、实习人员的培训。
- 8、组织本科人员学习、执行各项规章制度和技术操作规程，检检查放射防护情况，严防差错事故。
- 9、安排本科人员轮换、值班和休假。
- 10、审签本科人员药品、器材的请领与报销，经常检查机器的使用与保管情况。
- 11、不定期向院长，院相关部门及全科汇报工作，接受群众监督。

二、CT 室副主任职责

- 1.在科主任的领导下负责分管有关工作。
- 2.完成科主任和院有关部门布置的具体任务。
- 3.完成本身的医疗、教学、科研工作，参加院内外会诊，参加或主持科内读片会。
- 4.不定期向科主任及院长或有关部门请示汇报。
- 5.在科主任外出或休假时全面负责科室工作。

三、CT 室主任、副主任医师职责

- 1.在科主任的领导下，参加科室诊疗指导工作，完成医疗、教学及科研任务。
- 2.指导下级医师医疗、教学及科研工作。
- 3.参加院内外专家会诊，参加或主持科内读片会。
- 4.定期参加本科专家门诊。
- 5.兼任业务负责人者，负责检查组内日常工作。
- 6.不定期向科主任汇报工作。

四、CT 室主治医师职责

- 1、在科主任领导下进行工作。
- 2、主持日常的集体阅片，审签诊断报告单。
- 3、着重担负疑难病例的诊断、治疗，参加院内会诊。
- 4、担负教学、科研工作。
- 5、在主任医师、副主任医师指导下开展特殊业务工作。
- 6、其他职责与 CT 室医师同。

五、CT 室医师职责

- 1、在科主任领导下，上级医师指导下进行工作。
- 2、负责日常诊疗工作，按时完成诊断报告，遇有疑难问题，及时请示上级医师。
- 3、参加急诊会诊和临床病历讨论会。
- 4、担负一定的科学研究和教学任务，做好进修、实习人员的培训。
- 5、掌握 CT 机的一般原理、性能、使用技术，遵守操作规程，严防差错事故，做好辐射防护工作。
- 6、进行病例随访，加强与临床科室密切联系，不断提高诊断符合率。

六、CT 室主任、副主任技师职责

1、在科主任领导下，负责和指导科室技术、教学、科研和预防工作。尤其是处理疑难技术问题和高精密设备的技术工作。

- 2、制定和主持开展新技术、新项目和科学研究，指导下级技师开展科研。
- 3、定期主持技术读片，讲评图像质量，指导疑难问题的读片。
- 4、指导制定各种技术参数，做好图像质控，提高放射工作质量。指导并亲自参加全科机器的安装、调试、保养、检修、大修工作。
- 5、担任对下级技师和进修实习人员培训、教学和指导工作。
- 6、督促下级技师认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程。
- 7、指导放射防护工作开展。
- 8、加强与临床科室联系，不断提高技术质量。

七、CT 室主管技师职责

1、在科主任领导下，上级医师和上级技师指导下，负责科室一定范围的技术、教学、科研和预防工作。

- 2、定期主持技术读片，讲评图像质量。
- 3、学习和运用国内外先进医疗技术，开展新技术、新项目，参与科研。做好资料积累，及时总结经验。
- 4、认真执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查技术质量，严防差错事故。
- 5、担任对下级技师和进修实习人员的培训、教学和指导工作。
- 6、负责本科机器的检查、维护和管理。
- 7、做好放射防护工作。
- 8、参加制定各种技术参数，做好图像质控。
- 9、其它职责同技师。

八、CT 室技师职责

- 1、在科主任领导下，在上级医师、上级技师指导下进行工作。
- 2、负责 CT 扫描工作，参加较复杂的技术操作，并帮助和指导技士、技术员工作。
- 3、负责本科机器的安装、修配、检查、保养和管理，督促本科人员遵守技术操作规程和安全规则。
- 4、开展技术革新和科学研究，指导进修、实习人员的技术操作，并担任一定的教学工作。
- 5、参加集体阅片和图像质量控制活动。
- 6、做好放射防护工作。
- 7、参加危重病人的现场救治工作。

九、CT 室技士、技术员职责

- 1、在技师、医师指导下，担负所分配的各项技术工作。
- 2、按照医师的要求，负责进行 CT 扫描、照片、治疗工作。
- 3、配合上级技师进行本科机器的安装、检修、保养、整理和清试工作。
- 4、负责机器附件、药品、胶片等物品的请领、保管及登记统计工作。
- 5、积极参加技术革新和科研工作。
- 6、做好放射防护工作。
- 7、参加危重病人的现场救治工作。
- 8、技术员的职责主要是协助技士进行以上工作。

十、CT 室登记人员职责

- 1、在科主任领导下工作。
- 2、办理病员检查登记、预约、划价的一切手续。
- 3、核对并发放影像片及报告。
- 4、负责办理图像拷贝、退款等手续。
- 5、做好每日和每月工作量、阳性率等统计工作。
- 6、负责日常各种资料归档、登记和保管。

高压氧科工作职责

1、按照医用高压氧舱管理与应用规范，办理《医用氧舱备案表》、《特种设备使用证》，严格执行依法行医的相关规定，所有从业人员必须持证上岗。

2、严格按照枣庄市立医院高压氧科“医用氧舱安全使用的流程”开展工作。

3、严格执行氧舱安全防火制度，认真做好进舱人员的安全教育，努力消除安全隐患，确保消防设施正常使用，杜绝火灾事故的发生。

4、严格把握高压氧治疗适应症、禁忌症，坚决杜绝差错、事故的发生。确保进入氧舱人员（病人、陪人、医护人员）的安全。

5、严格执行定期检验氧舱及其配套压力容器和附属设备（压力表、安全阀）的相关制度。确保患者得到安全、有效的高压氧治疗。

6、积极开展高压氧医学新业务，努力拓展业务领域，积极为更多的适应症人员提供优质的高压氧医疗服务。

7、充分发挥枣庄市高压氧医学学科带头作用的作用，认真、严谨的完成下级医院进修人员的带教工作。确保进修人员看得清、听得懂、学得会、用得上，进修结束后能够独立工作。

8、认真制定并严格执行氧舱紧急情况处置预案，并定期演练，确保发生氧舱紧急意外情况时能够得到及时、安全、有效的处理。

高压氧科人员职责

一、高压氧科主任职责

- 1、在分管院长和门诊部的领导下，负责本科室的医疗、教学、科研、安全及行政管理工作，并做好医德医风教育。
- 2、制定科室工作计划并组织实施、督促检查，按时总结汇报。
- 3、带领医护人员完成各项工作任务，分析研究疑难病例，组织抢救危重病人，不断提高医疗质量。参加院内外疑难危重病例会诊，制订各种治疗方案。
- 4、组织全科人员开展高压氧治疗的新业务、新技术和新方法的科学研究，及时总结经验，指导并撰写学术论文。
- 5、组织、领导本科室工作人员的业务学习和技术考核，提出奖、惩的意见，不断提高本科室人员的技术水平。
- 6、组织并担任临床教学，安排进修、实习人员的培训工作，搞好传、帮、带。
- 7、经常督促检查本科室各项制度的落实和检查各项操作规程执行的情况，抓好安全教育，严防差错事故。
- 8、组织、督促技术人员按照《特种设备法》、国标《医用高压氧舱》规定，山东省高压氧医学质量控制手册等法规和标准，对氧舱进行安全检查、定期检验、保养与维修等设备管理的督导工作，以保证高压氧治疗安全进行。

二、高压氧科医生职责

- 1、在科主任领导下，负责一定范围的医疗、教学、科研及行政管理工作。
- 2、负责本科室门诊及院内外常规会诊工作，掌握高压氧治疗的适应症和禁忌症。进行全面诊查和必要时辅助检查，认真书写病历，制定治疗方案，做好观察记录。
- 3、根据病情决定是否需要医务人员陪舱治疗，及时作出适当处理。每疗程结束后作出病情及疗效小结。
- 4、每次治疗前后均应巡视病人，注意病情变化。
- 5、坚守工作岗位，尤其有危重病人抢救时不得擅自离岗。
- 6、严格执行氧舱安全操作规程及各项规章制度，杜绝差错事故。
- 7、参加科内的业务学习和专业培训工作，指导进修、实习人员的培训学习。认真总结经验，撰写论文。
- 8、负责对患者进行高压氧治疗知识的宣传和安全教育。

三、高压氧科工程技术人员职责

- 1、在科主任领导下，负责高压氧舱设备的管理工作。根据本单位氧舱的结构和性能特点，制定安全操作、维修保养、定期检验和维修计划，保证设备安全运行。
- 2、熟悉各种仪器的原理、性能和使用方法，协助科主任制定技术操作规程和质量控制措施。
- 3、负责安全阀、仪器仪表的检测和维修保养，管理及定期校验。
- 4、参与氧舱的年度安全检查和审核工作，参与制定并监督氧舱的中修和大修工作。
- 5、负责空气压缩机操作，定时向储气罐加压充气，随时保证氧舱治疗供气。

- 6、负责器材、物料、工具的配备、登记和保管。
- 7、负责设备的使用登记，定期统计上报。
- 8、建立和保管技术档案。
- 9、参与做好氧舱操作等科室日常工作。

四、高压氧科操舱人员职责

- 1、原则上由护士操舱，也可以由氧舱专职医师及技术人员操舱。操作人员必须参加由山东省卫计委指定的山东省高压氧医学质量控制中心组织的高压氧医学从业人员培训班，进行严格的专业培训学习，并经考试取得合格证书后方可上岗操作。
- 2、熟练掌握高压氧舱和附属设备和装置的结构、性能及使用操作方法。
- 3、树立安全意识和责任感，熟悉高压氧对人体各系统的生理影响以及可能发生的不良反应及并发症。
- 4、开舱前认真检查各种设备、仪表、供氧系统，确保正常安全运转，并向患者介绍供氧装置和通讯设备的使用方法。
- 5、严格遵守各项规章制度和操作规程。每台氧舱由一人专门操作。操舱时，应坚守岗位、集中精力、严肃认真，一丝不苟。不得进行聊天、看书报、听广播和玩弄手机等影响操作安全的活动。治疗期间，禁止无关人员进入氧舱控制台工作间。
- 6、严格执行进舱须知各项要求。
- 7、严格执行治疗方案，不得擅自更改。
- 8、在开始加压前，应指导进舱人员做耳咽管调压动作，防止各种气压伤，并认真观察和了解病情，以便治疗中做出相应处理。
- 9、遇有病情变化和机械故障时，应立即报告，并协助妥善处理，以确保患者安全。
- 10、减压时，嘱舱内人员注意保暖，并严禁屏气以防止肺气压伤。
- 11、准确填写氧舱运行（操舱）记录。
- 12、治疗结束，进行舱内清扫工作，彻底通风、消毒，并保证各种设备仪器处于正常状态，以便随时使用。关闭操作台电源和所有阀门。
- 13、熟练掌握氧舱应急情况处理规则，并定期进行演练。
- 14、已配置计算机控制系统，按计算机控制系统的操作规程执行。

五、高压氧科陪舱人员职责

- 1、陪舱由氧舱专职医师根据病情决定，陪舱由两方面人员承担：
 - （1）年老体弱或婴幼儿不能自理，原则上有家属陪舱。
 - （2）危重病人，必须有家属陪舱，并根据具体情况由临床科室或高压氧科医护人员陪舱。
- 2、一般病人的陪舱人员应观察病情，做好舱内输液等治疗护理，并做好记录。
- 3、危重病人的陪舱人员应配合临床医生（准备）做好抢救工作，并做好记录。
- 4、备好必需药品及急救器材等。
- 5、教会病人耳咽管自行吹张动作，耳咽管吹张调压动作有困难的可用1% 呋麻液滴鼻。
- 6、昏迷病人在舱内做人工呼吸时，必须相应提高正压呼吸压力。对呼吸功能不全者需进行辅助呼吸。
- 7、对于气管插管（或切开）患者，需及时做好呼吸道清理，防止分泌物积聚，预防“吸入性肺

不张”等情况。减压时气管插管（切开）气套囊、胸腔引流管、胃肠减压管、导尿管等均应开放。

六、高压氧科危重昏迷病人陪舱人员职责

- 1、危重昏迷的患者进行高压氧治疗时必须有医护人员陪舱。
- 2、备好血压计、听诊器，熟练掌握氧舱递物筒、舱内吸痰器的使用方法，熟悉舱内减压阀、消防水喷淋装置的使用方法。
- 3、治疗过程中协助患者戴好面罩，经常检查面罩有无漏氧情况，确保患者吸氧效果。
- 4、治疗过程中密切观察患者的病情变化，重点观察危重患者的脉搏、呼吸、意识等生命体征的变化。如有特殊情况应及时处理并向舱外报告。
- 5、加减压时注意输液滴管内液面升降情况，调整至适当水平。
- 6、减压时应将患者留置的各种引流管开放。
- 7、气管插管的气囊在减压前应先适量放气，以免减压时因气囊膨胀而压迫气管粘膜造成损伤。
- 8、危重昏迷患者出舱后，应注意有无病情变化，及早发现并处理意外情况。
- 9、整理危重患者的高压氧治疗记录，把患者护送回病房。

七、高压氧科空气压缩机操作人员职责

- 1、空气压缩机的使用应设置专职操作人员。操作人员必须参加专门培训，有质量技术监督部门颁发的上岗证。
- 2、操作人员应具有一定的专业知识，熟悉所使用的空气压缩机的结构、性能，及其它附属设备的使用知识。
- 3、空气压缩机房属于重要的生产岗位，非操作人员一律不准入内，严格避免因错误操作而造成的设备及人身的安全事故。
- 4、空压机房应保持清洁，通风良好，冬季室温不得低于 10℃，夏季室温不准超过 40℃。
- 5、空压机房应有必要的工具，便于操作人员对空压机的检查及保养。
- 6、建立空压机运行记录。

八、高压氧科消防（设备）安全管理员职责

消防（设备）安全是高压氧治疗正常有效开展的基础，认真做好消防（设备）安全是进行高压氧治疗的重要环节。为此，高压氧科建立消防（设备）安全专人负责制，由科室专职技师负责科室消防（设备）安全日常工作。

- 1、制定高压氧科防火措施。包括在科室重要醒目位置张贴防火标识，摆放足够的消防器材（处于完好备用状态）。
- 2、对进入氧舱治疗及候诊区域的人员进行防火和安全宣教等。
- 3、制定高压氧科控制舱内氧浓度的制度并落实相关措施。
- 4、制定设备安全运行制度和日常保养、维护制度并认真执行。
- 5、建立氧舱及配套压力容器定期检验制度并认真执行。
- 6、制定氧舱事故（火灾）应急预案并定期演练。

理疗科人员职责

一、理疗科主任职责

- 1、在院长领导下，负责本科的医疗、教学、科研及行政管理工作。
- 2、制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、根据本科任务和人员情况进行合理分工，保证对病员进行及时检诊和治疗。
- 4、领导本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
- 5、参加诊疗工作，并解决疑难问题。
- 6、与临床科室联系，观察询问理疗效果，开展新项目新疗法。
- 7、组织本科人员的业务训练和技术考核，提出升、调、奖、惩意见。
- 8、担任临床教学任务，搞好进修、实习人员的培训。
- 9、安排本科人员的轮换、值班、出诊、会诊。
- 10、审签本科器材的请领和报销，并检查使用与保管情况。

二、理疗科副主任医师职责

- 1、在科主任领导下，指导本科的医疗、教学、科研、技术培养和理论提高工作。
- 2、定期参加急重疑难病例的理疗工作。
- 3、指导本科主治医师和医师的理疗工作，有计划地开展基本功训练。
- 4、定期深入病房，观察理疗效果，与临床科室交流治疗经验。
- 5、担任教学和进修、实习人员的培训工作。完成教学大纲和进修、实习计划。
- 6、运用国内外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。每年开展一项新技术或新项目。
- 7、督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。
- 8、指导全科结合临床开展科学研究工作。
- 9、其他职责同主治医师职责。

三、理疗科主治医师职责

- 1、在科主任领导和上级医师指导下，负责帮助和指导医师的工作。
- 2、掌握本专业基础理论，具有一定临床基础知识，能熟练操作理疗仪器并进行诊断治疗。
- 3、担负科研教学工作，指导进修、实习人员和本科技术人员的学习，不断提高诊断及治疗水平。
- 4、参加会诊、临床病例讨论。深入科室了解医嘱执行情况，发现问题及时解决。
- 5、了解国内外本专业发展趋势，开展新疗法，争取有所独到之处。
- 6、认真执行各项规章制度，安全操作，严防差错事故

四、理疗科医师职责

- 1、在科主任领导下和主治医师指导下，负责具体诊疗工作。
- 2、具有一定专业理论和技能，了解国内外专业的发展状况，积极引进新技术、开展新疗法。
- 3、负责病员检诊工作，确定理疗种类、剂量、疗程、书写理疗病历，做好理疗小结，并进行登记。与临床科室保持联系。
- 4、掌握理疗设备的一般原理、性能、使用及保管方法严格操作，严防事故差错。

- 负责本科药品、医疗仪器、被服请领、保管、报销及登记工作。
- 参加会诊、临床病例讨论，担任一定的科研教学，做好进修、实习医生的培训工作。

五、推拿技师工作职责

- 在科主任领导下开展日常医疗工作，保证医疗质量和医疗安全。
- 推拿科门诊保持整洁、安静、安全，工作时不谈论私人事宜，注意患者隐私，使病人有安全感。
- 在推拿基本诊疗技术的基础上，以中医理论为指导，应用药物和技术开展诊疗工作，注重中医特色，充分发挥中医药优势，继承、创新和发展中医药特色诊疗技术，不断提高中医诊疗水平。
- 开展推拿、针灸、理疗、中药熏治、耳穴埋豆、中药足浴、穴位注射、穴位贴服等中医护理。
- 积极开展优势中医病种的总结及评估，及时修订和落实。不断提高中医治疗率、非药物治疗率、草药饮片使用率。
- 规范核心制度的落实，严格执行门诊工作制度，无菌操作技术，保持床位的清洁整齐；做好医疗器械的日常维护保养，并保持性能良好，保证医疗安全。
- 严格执行查对制度，防止差错事故的发生。严密观察患者病情，定时巡视，依据病情变化及时处理。严格执行医保政策，合理检查，合理用药。严格抗生素使用管理。
- 加强继续教育，做好中医师承工作，积极学习国内外的先进知识及技术，开展科研及教学工作，提高中医理论水平、诊治水平。

检验科工作职责

- 热爱党、热爱社会主义、坚持四项基本原则、全心全意为人民服务。
- 努力学习政治、刻苦钻研业务、发扬救死扶伤、实行革命人道主义，对病人如亲人，态度和蔼，有问必答。
- 热爱本职工作，服从分配，遵守劳动纪律，做到不迟到、不早退、不擅自离开工作岗位，不干私活。
- 严格执行规章制度，及时做到做好各项检验结果记录，尽职尽责，自觉抵制不良之风。
- 识大体、顾大局，关心集体，团结友爱，不背后议论、搬弄是非。
- 讲究文明礼貌，积极参加爱国卫生运动，美化环境，保持医院科室整洁、安静、大方。

检验科人员职责

一、主任、副主任工作职责

- 在院长、院党委领导下，负责本科的业务、教学、科研及行政管理工作、
- 负责组织本科业务技术建设规划、年度工作计划和诊断质量监测控制方案的制定、实施、检查和总结。
- 负责解决本科复杂、疑难的检验、诊断及仪器设备的使用等技术问题。参加临床会诊、抢救和疑难病例的诊断。审签重要的诊断报告。

- 经常检查仪器、设备的使用、保管和维修的情况，指定人员负责登记、统计、资料积累及保管工作。
- 负责本科的业务训练、人才培养和技术考核工作。安排进修、实习人员的培训，并担任教学工作。
- 学习、运用国内外先进技术，组织开展新业务、新技术和科研工作。总结经验，撰写学术论文。
- 督促检查本科人员履行各自的职责，认真执行规章制度及技术操作常规。经常进行医疗安全教育，严防事故、差错。
- 负责本科医德医风建设。掌握所属人员的思想、业务能力和工作表现，提出考核、晋升、奖惩和培养使用的意见。
- 副主任在科主任领导下，按分工履行主任职责的相应部分。

二、主管检验师工作职责

- 在科主任领导和正（副）主任技师指导下进行工作。
- 熟悉各种仪器的原理、性能和使用方法，协同科主任制定技术操作规程和质量控制措施。负责仪器的调试、鉴定、操作和维修保养，解决较复杂、疑难的技术问题，参加相应的诊断工作。
- 担任教学工作，指导和培养技师解决较疑难技术问题的能力，担任进修、实习人员的培训，并负责其技术考核。
- 了解国内外本专业信息，应用先进技术，开展科研和引用新业务、新技术。总结经验，撰写学术论文。

三、检验师工作职责

- 参加科室值班。
- 负责疑难项目的检验及报告的审签，参加临床病例的讨论
- 在科主任领导和上级技师的指导下进行工作。
- 参加本专业仪器、设备的调试、鉴定、操作、建档和维修保养。负责仪器零配件或器材的请领、保管和建帐，并做好各种专业资料的积累、保管，以及登记和统计工作。
- 根据科室情况，参加相应的检验工作，指导和培养技士及进修人员，并负责其技术考核。
- 学习、应用国内外先进技术，参加科研和引用新业务、新技术。总结经验，撰写学术论文。
- 参加本科值班。
- 负责菌株、毒种、剧毒药品和检验器材的管理，担任各种检验项目的技术操作和特殊试剂的配制与鉴定。

四、检验士工作职责

- 在科主任领导和上级技师的指导下进行工作。
- 协同技师做好仪器、设备的安装、调试、操作、维修、保养、建档、建帐和使用登记。
- 协同技师做好物品、药品、器材的请领和保管，以及各种登记、统计工作。
- 钻研业务技术，引用新业务、新技术，指导进修、实习人员的工作。
- 参加本科值班。
- 负责收集、采取检验标本和进行一般检验工作，洗刷检验器材，做好消毒、灭菌工作

五、检验科临时卫生工工作职责

- 服从检验科管理，严格执行作息时间，不得迟到、早退、空岗。
- 负责全部临床科室的血液、尿液及其他标本收取，标本收取须作登记，作息时间内不得兼顾

其他科室工作。

- 3、负责科室玻璃器皿的洗刷工作，门诊化验室污物桶处理上、下午各 2 次。
- 4、负责科室蒸馏水供应。

输血科工作职责

- 1、按照枣庄市中心血站和血液管理办法的有关规定，根据本院的临床用血需要，定期向中心血站申报用血计划，确保临床医疗用血的需求。
- 2、为全院临床科室提供血型鉴定、不规则抗体检测及交叉配血试验。
- 3、根据临床用血申请，提供经输血前检查的血液和血液成分。
- 4、配合临床开展成分输血和输血治疗，向临床医生提供现代输血技术指导和技术咨询，协助某些相关疑难疾病的诊断。
- 5、结合临床开展输血医学科学研究，推广应用输血新技术。
- 6、接受省血液中心及枣庄市中心血站的专业技术指导。
- 7、做好各项记录、统计和总结工作。

输血科人员职责

一、输血科主任职责

- 1、在院长领导下，全面负责本科的业务、教学、科研及行政管理工作，提高全科人员的思想水平、业务素质。
- 2、负责组织本科业务技术及制定规划，合理设置科室机构，根据本科任务科学分工，保证各项工作顺利完成。
- 3、负责本科年度工作计划和诊疗质量监测控制方案的规定、实施、检查和总结。
- 4、负责解释本科复杂疑难的检查、诊断、治疗及仪器设备的使用等技术问题，参加临床会诊、抢救和疑难病例的诊断、治疗。
- 5、督促检查仪器设备的使用、保管、维修，指定人员负责登记、统计、资料积累和保管工作。
- 6、建立健全各项规章制度，督促检查本科人员履行职责，认真执行规章制度及技术操作规程，实行全面质量管理，不断提高工作效率和医疗质量，严防事故差错。
- 7、负责本科业务培训、人才培养及技术考核工作，安排进修、实习人员的培训，并担任教学。
- 8、学习运用国内外先进技术，组织开展新业务、新技术和科研工作，指导临床输血，组织全科人员撰写学术论文、经验总结等。
- 9、负责医德医风建设，掌握所属人员思想、业务能力和工作表现，提出考核、晋升、奖惩和培养使用意见。

二、输血科主任技师、副主任技师职责

- 1、在科主任的领导下，负责本专业的业务、教学、科研、仪器设备的管理工作。

2、负责解决复杂疑难或特殊血型鉴定、交叉配血和实验诊断，掌握先进精密仪器的使用，开展成分输血，参加有关临床会诊的抢救工作。

- 3、担任教学任务，帮助下级提高专业理论和专业技术水平。
- 4、掌握国内外本专业进展情况，指导下级开展新业务、新技术和科研工作、总结撰写论文。

三、输血科主管技师职责

- 1、在科主任领导和主任（副主任）技师指导下进行工作。
- 2、熟练掌握各种仪器的原理、性能和使用方法，协助主任制定技术操作规程和质量控制措施，负责仪器的调试、鉴定、操作和维修保养。
- 3、解决较复杂疑难技术，负责血液质量的检查，开展成分输血和血疗。
- 4、担任教学，指导和培养技师，解决较疑难的问题，担任进修、实习人员的培训，并负责其技术考核。

5、了解国内外专业信息，应用先进技术，开展科研和新业务、新技术，总结经验，撰写论文。

6、参加科室值班。

四、输血科技师职责

- 1、在输血科上级技师指导下进行工作。
- 2、指导输血科技士工作。
- 3、督促检查各项规章制度和技术操作规程的执行，严防差错事故。
- 4、经常检查血液质量，根据临床用血情况，做好血液的储备工作。
- 5、指导或参加血型的鉴定、交叉配血试验和发血工作。
- 6、负责药品器材的请领和管理，并及时向科主任反馈消耗状况，以便及时补充。
- 7、主动深入临床科室，了解输血情况，密切配合临床需要，开展科学研究工作。
- 8、组织输血科人员的业务学习，搞好进修、实习人员的培训。
- 9、检查或填写输血科各项登记、统计，每月上报不良输血反应并记录。

五、输血科技士职责

- 1、在输血科技师（检验技师）的领导下进行工作。
- 2、负责血型的鉴定、交叉配血试验和发血工作，严格遵守查对制度，严防差错事故。
- 3、负责冰箱的管理，每天观察并登记冰箱温度（每日 3 次）、血液的储备、血液质量的鉴定。
- 4、负责冰箱内的消毒工作，并定期对其进行环境监测。
- 5、严格执行血液的入、出库规范，每月统计一次出入库明细。
- 6、统计输血后不良反应回报，并上报上级技师。
- 7、做好输血前全套的送检及登记，并管理输血后的标本的存放。
- 8、严格执行入、出库规章，认真核对和仔细检查，核对种类、数量及质量。
- 9、参加输血科值班，负责填写输血科各项登记统计表。
- 10、大力推广成分输血，做好临床医师的参谋，合理利用血液资源，节省病人开支。

病理科人员职责

一、病理科主任（副主任）职责

- 1、在医院党委、院长领导下，负责本科业务、科研、教学和行政管理工作。
- 2、负责组织本科业务技术建设规划、年度工作计划和诊疗质量监测控制方案的制定，并组织实施，定期督促检查，总结汇报。对科内医、技人员进行科学分工。
- 3、加强科室管理，不断完善各项规章制度和技术操作规程，并认真实施。
- 4、督促检查本科人员履行各级岗位责任制，认真执行规章制度及技术操作常规。经常进行医疗安全教育，严防事故、差错。对工作中出现的问题及时处理解决。
- 5、负责本科医德医风建设。掌握所属人员思想、业务能力和工作表现，提出考核、晋升、奖惩和培养意见供领导参考。
- 6、定期主持集体读片，审核签发重要的病理诊断报告，参加临床病理会诊，并负责解决本科复杂、疑难病例的诊断工作。
- 7、经常检查仪器、设备的使用、保管、维修；指定人员负责登记、统计和资料积累、保管工作。
- 8、主持制定病理科的科研申报计划和学科发展规划，不断提高本科室在本市及国内学术地位。
- 9、不断学习专业理论，提高专业技术水平，组织学习开展新技术，妥善安排进修培训，提高专业技术水平。。
- 10、负责本科业务训练、人才培养和技术考核。安排进修、实习人员的培训，并担任教学。
- 11、密切与临床科室和相关医技科室的联系，定期征求有关医务人员的意见，不断改进工作，提高病理诊断水平。
- 12、鼓励本科室医、技人员积极参加本市及医院组织的有关专业学术报告、病理读片会、临床病理讨论会等继续医学教育学习，定期组织技术考核。
- 13、做好本科室各级医师、病理学专业研究生、进修医生和轮转医生、实习学生的带教任务。
- 14、主持外院疑难病理会诊，并签发报告。
- 15、每年度在国家级或核心期刊上发表专业论文1篇。
- 16、副主任在科主任领导下，按分工履行主任职责的相应部分。

二、病理科主任医师、副主任医师职责

- 1、在科主任领导下，参加本科室病理诊断、科研和教学工作，协助主任做好各项工作。
- 2、掌握先进精密仪器的使用。参加会诊、疑难病例诊断，解决本科复杂、疑难技术问题。
- 3、负责病理检查和诊断复查工作，解决下级医师的疑难病理诊断。负责疑难诊断报告的审签。
- 4、组织并担任教学，指导下级医师的业务学习和基本功的训练，培养主治医师解决复杂、疑难技术问题的能力。
- 5、掌握国内外本专业进展情况，开展并指导下级医师开展新业务、新技术和科研工作，总结经验，撰写学术论文。
- 6、负责疑难切片和疑难冷冻切片的病理诊断，以及免疫病理和超微病理诊断。
- 7、参加集体读片，参与签发重要的病理诊断报告，参加临床病理会诊和对疑难病例的诊断工作。
- 8、参与制定病理科的科研和学科发展规划及部分管理工作。

- 9、积极参加本市及医院组织的有关专业学术报告、病理读片会、临床病理讨论会等继续医学教育学习。
- 10、参与外院疑难病理会诊，并签发报告。
- 11、认真做好本科室下级医师、进修医生和轮转医生、实习学生的带教任务。
- 12、督促下级医师认真执行各项规章制度和医疗技术操作常规，严防差错事故的发生。
- 13、每年度在国家级或核心期刊上发表专业论文至少1篇。

三、病理科主治医师职责

- 1、在科主任领导和正（副）主任医师的指导下，分担本专业的诊疗、教学和科研工作。
- 2、负责病理科外检、细胞学检查、冷冻切片、免疫病理和尸检等项病理常规工作，参加会诊及临床病理讨论会，解决较复杂、疑难技术问题，审签下级医师的病理诊断报告。
- 3、担任教学，培养医师解决较复杂、疑难技术问题的能力，指导进修、实习医师的培训，并负责其技术考核。
- 4、应用国内外先进技术，开展科研和新业务、新技术，总结经验，撰写学术论文。
- 5、参加科室值班。

四、病理科医师职责

- 1、在科主任领导和上级医师指导下，按分工，参加本专业诊断、教学和科研工作。
- 2、负责病理科外检、细胞学检查、尸检等项病理常规工作。参加临床病理讨论会，并做好其准备工作。
- 3、参加教学，担任进修、实习医师的培训。
- 4、学习、应用国内外先进技术，参加科研并做好登记、资料积累、整理、保管和统计工作。
- 5、学习和钻研业务技术，开展新业务、新技术，总结经验。
- 6、参加科室值班。

五、病理科技术组长职责

- 1、在科主任领导下，负责本专业的业务、教学、科研和仪器、设备的管理工作。负责协调技术组与诊断组的日常工作。
- 2、协助科主任做好本科主要仪器、设备的购置论证、验收、安装、调试及建档等工作。并制定病理科各种仪器设备的使用和维修保养操作常规。定期检查和指导仪器、设备的使用和维修保养。解决本科复杂、疑难技术问题，并参加相应的技术工作。
- 3、负责病理科常规制片的质量检查。
- 4、负责病理科常用化学试剂、免疫组化试剂及辅助材料的订购。
- 5、负责和指导档案管理人员做好病理档案资料的归档工作。
- 6、负责制定各项技术的操作常规。
- 7、负责本科室业务技术训练和考核，担任教学，培养主管技师解决复杂技术问题的能力。
- 8、掌握本专业国内外信息，开展并指导下级技术人员开展科研和新业务、新技术，总结经验，撰写学术论文。
- 9、负责复杂、疑难病理切片和制片技术操作，指导下级技师尸检。

六、病理科主管技师职责

- 1、在科主任领导和正（副）主任、技术组长指导下进行工作。

2、按规程和质量控制措施,负责仪器调试、签订、操作和维修保养,解决较复杂、较疑难技术问题。

3、担任教学任务,指导和培养技师解决较疑难技术问题的能力,担任进修、实习人员的培训,并负责其技术考核。

4、了解国内外本专业信息,应用先进技术,开展科研和新业务、新技术,总结经验,撰写学术论文。

5、负责较疑难病理切片和尸检技术,指导标本制作。

6、参加科室值班。

七、病理科技师职责

1、在科主任领导和上级技师的指导下进行工作。

2、参加本专业仪器、设备的调试、签订、操作、建档和维修保养。负责仪器零配件或器材的请领、保管、建帐,并做好各种专业资料的积累、保管、以及登记和统计工作。

3、负责和担任制片、活检、细胞学及尸检等相应的技术常规工作。指导和培养技士及进修人员,并负责其技术考核。

4、学习、应用国内外先进技术,参加科研和开展新业务、新技术,总结经验,撰写学术论文。

5、参加科室值班。

八、病理科技士职责

1、科主任领导和上级技师的指导下进行工作。

2、协同技师做好仪器、设备的安装、调试、操作、维修、保养、建档、建帐,和使用登记工作。

3、参加制片、活检、细胞学及尸检等相应的技术常规工作。

4、协同技师做好物品、药品、器材的请领和保管,以及各种登记、统计工作。

5、学习和钻研业务技术,开展新业务、新技术,总结经验。

6、协同医师/技师进行尸检,并做好准备工作。

7、参加科室值班。

九、病理科档案管理员职责

1、病理科档案管理员由病理科医师或技师兼任,在病理科主任和病理科技术组长领导下进行档案管理工作。

2、负责病理科日常及尸解蜡块、切片、文字资料的收集、整理和归档。文字资料的装订。

3、负责科研课题和科研项目及研究生课题的登记、整理、资料收集和归档。

4、负责科内文字资料、病理切片借阅和管理。

5、负责病理科各种仪器设备说明书的整理和保管。

6、负责病理科各类申请单、检查单的请领。

7、负责病理科各种消耗器材的请领。

8、负责病理科各级人员科研、论文、会议文章的收集、登记和统计工作。

9、协助科主任做好科研课题的申报工作。

十、病理科物价(医保)员职责

1、病理科物价员受医院物价组和医保办的委托,负责病理科物价和医保工作。

2、根据山东省物价局关于病理收费规定(红本),核定和规范病理科收费标准,保证医院和患者双方的利益。

3、督促和检查病理科收费行为,发现问题及时整改。

4、负责制订医保收费明细单。

5、负责协调病理科与物价组、医保办及临床各科室的关系。

6、负责新开展检查项目的收费申请。

十一、病理科安全员职责

1、病理科安全员受医院保卫处和病理科主任委托负责病理科日常安全保卫工作。

2、负责制定病理科安全保卫预案及安全防范措施。

3、配合医院保卫处组织的安全检查,对检查发现的隐患和问题及时加以解决,对一时无法解决的问题以书面形式上报保卫处,并采取积极有效措施。

4、维护好本科预备的灭火器材,经常检查仪器设备的安全使用。

5、经常督促检查科室人员做好安全工作,做到防火、防盗;下班后关好门窗,水电,保管好室内仪器设备。

6、负责安全器材的请领。

7、负责病理科贵重仪器、物品的管理和保管。

十二、病理科卫生员职责

1、病理科卫生员在病理科技师指导下进行下列工作。

2、负责科室环境卫生及桌面卫生的打扫及保持工作。

3、负责病理报告的发送。

4、负责病理科医疗垃圾的清理。

5、负责病理科工作人员的工作衣、隔离衣换洗。

6、负责病理科玻璃器皿及玻片的清洗。

放疗科工作职责

1、负责放疗科的日常医疗、会诊、急诊、值班等工作;完成医院及门诊部下达的各项工作任务。

2、在院长及门诊部的领导下,完成肿瘤放射治疗专业的医疗、预防、保健及教学、科研等工作;负责拟定及实施放疗科医疗、教学、科研等工作计划;完成本科医疗工作任务。

3、认真执行各项规章制度、诊疗常规和技术操作规程;保证工作正常有序进行,防范医疗事故,减少放疗医疗缺陷;保障科室的医疗质量与安全管理。

4、加强科室管理,严格执行各项节能降耗的措施,加强科室医德医风建设,坚决杜绝各种推诿病人、吃拿卡要及私收费、乱收费等不良现象。

5、认真完成各项医疗文书的书写、登记,做到资料记载真实、完整;病历质量合格率达98%以上。

6、保质保量完成本专业的门诊、治疗、会诊、值班、急诊及病人的咨询、回访工作;严格遵守操作规程,认真维护、维修及检测机器,保证放疗设备的良好运转。

7、严格实行首诊医师负责制,确定肿瘤病人的放疗方案及计划及住院、转院治疗;负责门、急诊的急、危重放疗病人的抢救;解决本专业疑难技术问题;发现传染病按规定报告,并采取相应措施。

8、认真履行告知义务,对病人的检查、诊断、用药及放疗等应详细告知,放射治疗的方案及副作用应对病人、家属或法定代理人详细讲解并签署知情同意书,放疗中随时观察病人,需更改放疗

计划的亦应告知病人、家属或法定代理人并签字。

9、工作中衣着整洁，仪表端庄，语言文明，周到服务，保持良好的职业形象；进行良好的医患沟通，努力建设和谐医患关系，解决放疗病人就医中的问题。

10、负责科室的医疗质量、操作技能、医疗文书的定期检查，并有计划的开展三基、三严训练，做好本专业技术人员的业务培训和考核工作，提高科室医疗质量与安全。

11、负责安排本专业医疗技术人员继续医学教育，负责外来进修、实习人员和新员工教学和培训，承担院内外学术讲座及健康教育讲座等活动。

12、积极参加院内外学术活动，掌握本专业前沿学术动态，提高专业理论水平，完成继续教育学分。

13、积极开展临床研究工作，学习、引进国内外新技术、新业务，拓宽专业技术范围，提高诊疗水平。

14、负责收集和整理放疗科医疗、教学、科研、质量管理资料和数据，按要求立卷归档。

15、团结协作，服从医院工作调配，完成门诊部、院长及科室各种临时性、指令性的其他工作。

放疗科人员职责

一、放疗科主任岗位职责

1、医院实行院长领导下的科室主任负责制。科主任全面负责肿瘤放疗科的行政管理和医疗、教学、科研等各项工作。

2、负责制定本科室的岗位设置和人员结构，确定人员分工和工作职责，充分发挥各级各类人员的工作积极性，做到人尽其才，物尽其用。

3、负责建立健全本科的各项规章制度和管理措施，保证各项工作井然有序，协调发展。

4、制定本科的各项工作规划，并负责组织落实和监督检查。

5、严格控制放射治疗适应症，指导并监督医务人员制定放射治疗计划。随时检查放射治疗制度的落实情况，避免发生放疗事故。

6、经常监督检查各个工作岗位和工作人员的工作质量，随时协调解决工作中遇到的各种矛盾和实际问题，努力营造团结、和谐的工作局面。

7、定期组织业务学习；制定进修、实习人员的临床培训计划，为科室各类工作人员及进修实习人员提高专业技术水平创造各种条件，努力打造省内一流的肿瘤放疗团队。

8、组织制定本科室的科研规划，具体落实科研课题，做到医疗、教学、科研同步推进。

9、主管科室人员的考绩，考勤，可根据实际情况提出奖、惩意见，并上报落实。

10、主管本科室的经济核算工作，在保证社会效益的前提下，努力提高中心的业务收入和全体工作人员的经济效益。

11、加强医院内外的沟通与联系，不断扩大肿瘤放疗科在行业内和社会上的知名度与影响力。

12、贯彻落实上级领导安排布置的各种相关工作。

二、放射治疗医生岗位职责

1、放射治疗医生在科主任的领导下实行医疗工作三级负责制。

2、主任（副主任）医师、主治医师、住院医师必须逐级负责，严格执行国家和医院有关医疗工

作的规章制度，确保诊治规范和医疗安全。

3、要熟悉临床肿瘤学、放射生物学、放射物理学、放疗技术学的有关内容。熟练掌握肿瘤专业的基础理论及常见肿瘤的诊疗规范，严格掌握肿瘤放疗适应症。

4、对确定肿瘤放疗的病人，放疗医生要认真填写“放射治疗记录单”，并全面负责病人的模拟定位、勾画靶区、提出剂量分布要求、填写放疗处方、确认放射治疗计划，指导技术员首次摆位、放疗位置验证、修改放疗计划、随时对症处理放疗病人的各种症状、疗效总结评价等全部诊疗过程。

5、要不断学习与更新专业理论知识，全面了解国内外肿瘤放疗专业的新技术、新成果、新进展，努力提高肿瘤放疗的诊疗水平。

6、积极参加带教工作，认真做好进修、实习人员的业务指导与技术培训。

7、认真开展科研工作，积极申报科研课题，努力撰写和发表专业论文，全面提升与扩大社会影响力。

8、积极承担医院与科室交办的其它各项工作。

三、放射物理师岗位职责

1、放射治疗设备的测量校准与放射治疗计划的设计制定。

2、熟练掌握放射物理学的基本理论和基础知识、放射治疗设备、放疗辅助设备的结构原理与运行特点、辐射性能、技术指标。

3、熟悉各种辐射测量手段，操作相关的辐射测量仪器、准确分析各种测量结果、正确校准刻度、放射治疗设备的辐射性能。

4、熟练掌握放射治疗计划系统（TPS）的硬件配置与软件结构，TPS的应用操作方法，能正确计算常规放射治疗剂量、精确规划设计各种“适形”、“调强”放射治疗计划。

5、需要进行CT、X线模拟定位的病人，物理师都要现场参与，重点负责靶区坐标的设定和定位数据采集拷贝工作。

6、放射治疗计划的规划设计与剂量计算，是放射物理师的日常工作职责，必须以高度负责的精神，确保剂量计算和放射治疗计划准确无误。

7、新病人的放射治疗计划完成之后，物理师必须与放疗医生、放疗技师共同进行首次摆位指导。

8、精心做好放疗QA、QC工作，要通过剂量验证、位置验证、指导摆位等各种技术手段和管理措施，全面提高放疗工作的准确性。

9、放疗专用网络服务器的日常维护与病人放射治疗资料的备份保存工作。

10、全面负责辐射防护与放射安全工作，确保工作人员和放疗病人的辐射安全。

11、积极承担医院与科室交办的其它各项工作。

四、放疗技术员岗位职责

1、放疗技术员主要负责放疗操作及治疗室工作岗位。实行早班与晚班轮班制度。

2、必须全面掌握医科达医用电子直线加速器的基本操作规程与各种放射治疗操作技术。

3、要严格按照放射治疗计划的要求，准确熟练地进行各种技术的放射治疗摆位与出束治疗操作。

4、负责配备各种放射治疗辅助物品。需要添置时，要提前告知放疗物理定位组值班人员，进行实时补充，避免延误放射治疗工作。

5、负责医用电子直线加速器的“日检”工作。每天上班后，要按照要求认真检查加速器、水冷机及其它相关设备的技术参数与安全性能，确保摆位及放疗工作精确无误。

- 6、下班时，加速器必须按要求回归待机状态，其他物品摆放整齐、清洁。
- 7、协助工程师维护检修医用电子直线加速器及相关的辅助设备。
- 8、负责监督检查放疗区环境卫生工作，随时敦促工作人员和放疗病人保持公共卫生，监督卫生保洁人员清洁卫生。
- 9、负责随时监控检查水、电、暖和防火设施是否正常，发现问题或接到其他岗位报告时，要随时报修处理。
- 10、随时完成领导交办的其它任务。

五、放疗科护士岗位职责

- 1、做好预约、登记（包括电话预约登记）、治疗配合等工作。
- 2、为预约病人解释接受检查和治疗准备事宜。
- 3、负责领取、保管药品、器材和其他药品，并做好器械的清洁消毒工作。
- 4、严格执行各项规章制度和技术操作规程，认真做好基础护理和专科护理。
- 5、加强机房感染管理，控制进出机房人员数量，指导进出人员做好职业防护，保持机房内整洁、肃静，调节空气温度、湿度，定期做细菌培养。
- 6、做好候诊病人检查前的准备工作，评价受检者的病情、检查部位、配合程度等，科学安排就诊秩序，适时做好候诊病人相关健康教育。与医技人员密切配合完成检查治疗工作。
- 7、检查治疗过程中严密观察患者的病情变化。患者有异常情况时，配合意识做好急救处理并及时做好护理记录。
- 8、检查治疗结束后主动告知病人及家属注意事项。
- 9、指导进修生、实习生、卫生员的各项工作。
- 10、完成科室的各项指派任务。

六、维修工程师岗位职责

- 1、维修工程师全面负责放射治疗设备和放疗配套设施的保养维修工作。
- 2、负责保存管理各种设备的技术资料，并建立健全设备档案，做到帐物相符，查对应用方便。
- 3、按要求进行设备年检、月检、周检和定期维护保养工作，发现偏差或异常要及时维修处理，保证设备处于正常运行状态。
- 4、配合物理师做好放疗设备的剂量测量与机械精度测量等相关的 QA、QC 工作，发现偏差及时校准，要确保放射剂量误差与机械精度误差符合相关的技术标准。
- 5、负责放疗设备的故障应急检修工作，当设备发生故障时，要全面分析故障原因，仔细查找故障部位，及时恢复设备运行。
- 6、设备维护保养与故障应急检修之后，要随时做好维修记录，要做到资料完整准确。
- 7、负责与专业设备厂家进行长期技术合作及常规工作联系，并根据实际需要联系购买备品配件，最大限度减少设备的停机检修时间。
- 8、随时完成领导交办的其它任务。

介入科工作职责

根据上级及医院有关部门管理规定，特制定介入科工作职责如下：

- 1、在医院党政领导班子领导及主管部门的协调下，做好全院各科病人的介入诊疗工作；
- 2、介入科实行科主任负责制，分工明确，责任到人；
- 3、介入科应保障介入诊疗所需设备的正常运转及器材的准确及时到位，不能影响病人的诊疗工作；
- 4、介入科应做到介入诊疗中的护理和与医生的配合工作；做好相应器材及医用耗材的使用、登记及销毁记录；
- 5、介入科应在遵照有关规定的情况下做好病人的会诊讨论及相应的介入技术操作，并做好并发症的预防、病人的随访工作；
- 6、应做好介入诊疗中的教学培训、院内外会诊及科研工作；
- 7、在完成日常工作的前提下，随时做好医院布置的各项随机性工作；
- 8、做好由相关科室及上下级医院相关科室之间的学习与交流工作；
- 9、本制度未尽事宜按医院及主管部门相关规定执行。

介入科人员职责

一、介入科科长职责

- 1、在院长领导下，负责本科的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。
- 2、制定本科工作计划，组织实施，实行对 DSA 与各种介入放射治疗的统一领导和管理，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、根据本科任务和人员情况进行科学分工，保证对病员进行及时诊断和治疗。
- 4、定期主持集体会诊，实施介入治疗操作，亲自参加临床会诊和对疑难病例的诊断治疗。
- 5、经常和临床科室取得联系，征求意见，改进工作。
- 6、学习、引进国内外先进医疗技术，开展科学研究。担任教学，搞好进修、实习人员的培训。
- 7、组织领导本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查防护情况，和设备使用与保养情况。严防差错事故，及时处理医疗纠纷和医疗事故，保障医疗安全。
- 8、确定本科人员轮换、值班和休假及参加学术活动、外出进修。
- 9、组织本科人员的医德医风教育、业务培训和考核，提出升、调、奖、惩意见。
- 10、审签本科药品器材的请领与报销。

二、介入科主任医师、副主任医师职责

- 1、在科主任领导下，负责和指导科室医疗、教学、科研和预防工作。
- 2、担负疑难病例的诊断治疗，参加院内会诊和疑难、死亡病例讨论。
- 3、定期主持科内介入治疗方案讨论。
- 4、制定和主持开展新技术、新项目 and 科学研究，指导下级医师开展科研工作和论文撰写工作。

- 5、担任对下级医师和进修实习人员的培训、教学和指导工作。
- 6、督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程。
- 7、指导本科各级医师做好介入治疗工作，有计划开展基本功训练。
- 8、对各级医师的理论水平、业务能力、工作实绩做出评定。

三、介入科主治医师职责

- 1、在科主任领导和主任医师指导下，负责科室一定范围的医疗、教学、科研和预防工作。
- 2、负责日常介入治疗操作及术后处理。
- 3、认真执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查医疗质量，严防差错事故。
- 4、学习和运用国内外先进医疗技术，开展新技术、新项目，参与科研。做好资料积累，及时总结经验。

四、介入科医师职责

- 1、在科主任领导和主任医师指导下进行工作。参加常规 X 线、CT、MRI 和介入治疗等各项工作，定期轮训。
- 2、负责介入治疗日常工作，按时完成各项准备工作，遇有疑难问题及时请示上级医师。
- 3、掌握介入治疗的一般原理、操作及术后处理，遵守操作规程，做好防护工作，严防差错事故。
- 4、加强与临床科室联系，不断提高诊疗技术水平。
- 5、认真执行各项规章制度和技术操作规程。
- 6、认真学习和积极开展新技术、新项目，及时总结经验。
- 7、协助做好进修实习人员的带教工作。

五、介入科（主任、副主任）技师职责

- 1、在科主任领导下，负责和指导科室技术、教学、科研和预防工作。尤其是处理疑难技术问题和高精密设备的技术工作。
- 2、制定和主持开展新技术、新项目和科学研究，指导下级技师开展科研。
- 3、定期主持技术讨论会。
- 4、指导制定各种技术参数，做好质控，提高放射工作质量。指导并亲自参加全科机器的安装、调试、保养、检修、大修工作。
- 5、担任对下级技师和进修实习人员培训、教学和指导工作。
- 6、督促下级技师认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程。
- 7、加强与临床科室联系，不断提高技术质量。

六、介入科主任技师职责

- 1、在科主任领导，主任医师和主任技师指导下，负责科室一定范围的技术、教学、科研和预防工作。
- 2、定期进行机器的维护、保养和管理。
- 3、学习和运用国内外先进医疗技术，开展新技术、新项目，参与科研。做好资料积累，及时总结经验。
- 4、认真执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查技术质量，严防差错事故。
- 5、担任对下级技师和进修实习人员的培训、教学和指导工作。
- 6、参加制定各种技术参数，做好质控。

七、介入科技师、技士职责

- 1、在科室主任领导下、主治医师和主管技师指导下进行工作。
- 2、负责本科机器的检查、维护和操作。
- 3、认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
- 4、做好进修实习人员的带教工作。
- 5、开展技术革新和科学研究，担任一定的教学工作。

核医学科工作职责

- 1、在院长及分管副院长领导下，全面负责本科医疗、科研、教学、管理工作。
- 2、制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、领导和组织科内医务人员进行诊断、治疗工作，研究分析疑难病例，抢救危重病员，提高医疗质量。
- 4、组织全科人员开展核医学诊疗新技术、新项目和科学研究，及时总结经验。
- 5、负责组织领导本科医务人员的业务学习和技术考核。提出升、调、奖、惩的意见，培养提高本科人员的技术水平。
- 6、组织领导本科有关人员进行仪器设备的安装、检修及保养工作，审签请购、报销。
- 7、审定放射性核素的订货计划，督促检查放射性核素的贮存安全工作，组织本科有关医务人员做好放射性核素的开瓶、分装、送服、注射等工作。
- 8、经常督促检查全体人员执行放射性药物、试剂、设备等的操作规程，做好防护，严防差错事故。
- 9、组织并担任临床教学，安排进修、实习人员的培训。
- 10、安排本科人员轮换、值班和休假。

核医学科人员职责

一、核医学科科主任职责

- 1、在院长及分管副院长领导下，全面负责本科医疗、科研、教学、管理工作。
- 2、制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、领导和组织科内医务人员进行诊断、治疗工作，研究分析疑难病例，抢救危重病员，提高医疗质量。
- 4、组织全科人员开展核医学诊疗新技术、新项目和科学研究，及时总结经验。
- 5、负责组织领导本科医务人员的业务学习和技术考核。提出升、调、奖、惩的意见，培养提高本科人员的技术水平。
- 6、组织领导本科有关人员进行仪器设备的安装、检修及保养工作，审签请购、报销。
- 7、审定放射性核素的订货计划，督促检查放射性核素的贮存安全工作，组织本科有关医务人员做好放射性核素的开瓶、分装、送服、注射等工作。

- 8、经常督促检查全体人员执行放射性药物、试剂、设备等的操作规程，做好防护，严防差错事故。
- 9、组织并担任临床教学，安排进修、实习人员的培训。
- 10、安排本科人员轮换、值班和休假。
- 11、副主任协助科主任负责相应的工作。

二、核医学科主任（副主任）医师职责

- 1、在科主任领导下，负责领导本科的医疗、科研、教学工作。
- 2、指导本科主治医师、医师和技术人员、医务人员进行治疗、研究工作，研究分析疑难病例，抢救危重病员，提高医疗质量。
- 3、负责抢救本科危重病员，参加查房、门诊、会诊和出诊。
- 4、参与并指导全科人员开展核医学诊疗新技术、新项目和科学研究，及时总结经验。
- 5、督促检查放射性核素的贮存安全工作，组织和指导本科相关医务人员做好放射性核素的开瓶、分装、送服、注射等工作。
- 6、经常督促检查全体人员执行放射性核素的操作规程，做好防护工作，严防差错事故。
- 7、担任临床教学，安排进修、实习人员的培训。
- 8、积极开展业务学习、新技术、新项目和科学研究。

三、核医学科主治医师职责

- 1、在科主任领导下和上级医师的安排指导下进行工作。
- 2、指导本科医师、技术人员和其他医护人员进行诊断、治疗和各种技术操作，必要时亲自参加，提出诊断和治疗意见。
- 3、负责抢救本科危重病员，每日查房，参加门诊、会诊和出诊。
- 4、检查并带头执行规章制度和技术操作规程，做好防护，严防差错事故。
- 5、认真完成教学任务，并搞好进修和实习人员的培训。
- 6、积极开展业务学习、新技术和科学研究。

四、核医学科医师职责

- 1、在科主任领导下和上级医师指导下进行工作。
- 2、对病员进行仔细检查、诊治、开医嘱、书写病历，经常了解病员的思想、生活情况，做好思想工作。
- 3、参加门诊，担任或指导见习员进行技术操作，及时准确发出核医学检查报告单。
- 4、遵守各项规章制度和放射性核素操作规程，作好防护工作，严防差错事故。
- 5、参加技术革新和科学研究工作。
- 6、参加教学和进修人员的培训工作。

五、核医学科主任（副主任）技师及检验师职责

- 1、在科主任领导下，负责核医学有关技术工作，规划和安排好本组的各项工作。
- 2、负责并指导仪器的安装、使用、检查、保养和维修工作。
- 3、负责核医学各实验室的管理工作，督促检查各级人员遵守操作规程。
- 4、建立详细的仪器使用档案，随时记录使用设备发生的各种故障以及维修情况。
- 5、负责放射性药物、试剂等的贮存、保管、登记和放射线的监测防护工作，搞好工作场所的安全防护工作。

- 6、指导下级技术人员以及进修实习人员和见习人员的技术操作，解决技术上的疑难问题，必要时亲自参加。

- 7、安排好核医学实验教学工作，开展业务学习、技术革新和科学研究，不断提高技术水平。

六、核医学科主管技师及检验师职责

- 1、在科主任领导下，主任技师（检验师）具体安排下进行工作。
- 2、指导本科初级技术人员完成核医学各项诊疗中的有关技术操作，必要时亲自参加，提出诊断和治疗意见。
- 3、指导并参与仪器的安装、使用、检查、保养和维修工作。
- 4、指导并参与仪器使用档案记录整理工作，随时记录发生的各种故障及修理经过。
- 5、检查并带头执行规章制度和技术操作规程，做好防护工作，严防差错事故。
- 6、参加核医学实验教学工作，开展新技术和科学研究，不断提高技术水平。

七、核医学科技师及检验师职责

- 1、在科主任领导下和上级技师（检验师）指导下进行工作。
- 2、认真负责、正确规范地完成核医学各项诊疗中的有关技术操作。
- 3、在上级技师（检验师）的指导下，负责本科仪器设备的安装、使用、检查、保养和维修工作；实验室的清洁、管理；放射性药物试剂及医疗物品的领取、登记和保管工作。
- 4、认真做好仪器使用档案记录整理工作，随时记录发生的各种故障及修理经过。
- 5、严格执行各项规章制度和技术操作规程，做好防护工作，严防差错事故。
- 6、在上级技师（检验师）的指导下参加核医学实验教学工作，开展新技术和科学研究，不断提高技术水平。

功能检查科工作职责

- 1、根据上级规定及指示精神，坚决贯彻执行医院对功能检查科的质量方针和落实质量目标及质量指标等措施。遵纪守法，以各项法律法规为我们的行为准则。
- 2、制定各项规章制度及操作规程，以确保功能检查科的特殊检查包括心电图、运动心电图、动态心电图、脑电图、肌电图、乳腺检查和脑多谱勒等检查的顺利开展和正常工作。
- 3、严格要求科室工作人员在进行各种检查中，严格执行患者识别规范、查对程序和技术操作常规，并对所检查病人的病情有所了解。
- 4、按规定时限由执业医师按规范书写检查报告，密切结合临床，及时准确报告检查结果。遇疑难问题应与临床医师联系，共同研究解决。
- 5、严格遵守各项操作规程，认真执行医疗器械管理制度，注意安全，定期保养，并对机器进行检测，专人负责管理保养。
- 6、建立检查项目质量控制制度，成立质控小组，分专业定期培训、学习，对疑难图例要定期讨论，并形成制度执行，以确保诊断质量。经常研究诊断技术，解决疑难问题，不断提高工作质量。

功能检查科人员职责

一、功能检查室科主任职责

- 1、在院长领导下工作,在各职能科室的协助下工作,对院长负责,并负责科室的全部工作。
- 2、严密制定科室工作计划及奖罚细则,独立自主,积极主动,创造性地完成科室各项工作任务,凡职权范围内事务不上交。
- 3、科主任应积极做好本科人员的思想政治工作,进行必要的思想教育与批评帮助,以身作则,率先垂范。
- 4、行使业务管理权,积极组织科研教学工作,对不胜任工作者,要帮助其限期达标,否则,有权上交医院处理。
- 5、行使科室经济管理权,按多劳多得的分配原则决定科室人员的管理工资发放。对违反规定或出现差错事故者,酌情扣除当月的管理工资。以公平、公正的原则管理科室。
- 6、带领全科搞好医德医风与精神文明建设,负责安排进修、实习人员的学习;合理安排工作,定期派出人员外出进修学习。

二、功能检查科主治医师职责

- 1、在科主任领导下进行工作。
- 2、熟悉本专业理论,有较系统的专业知识,熟悉与本专业有关的基础知识,掌握国内、外先进技术并应用于实际工作,了解国内外技术新动向。
- 3、熟练掌握机器原理、性能及使用,熟练掌握本专业各项技术操作,独立解决本专业复杂问题。
- 4、参加科研、教学任务,对新技术、新项目及时总结经验并写出专业论文。
- 5、对本专业下级人员进行业务指导,培训进修人员,阅读一门外文专业书刊。
- 6、协助有关临床科室做出危重病人的诊断、会诊和出诊工作。
- 7、严格执行各项规章制度和操作规程,严防差错事故,维护机器的良好性能,避免损坏,延长使用时间,提高使用效率。

三、功能检查科医师职责

- 1、在科主任和主治医师指导下进行工作。
- 2、熟悉本专业理论、基础知识和机器操作规程,了解检查范围、用于临床的原理和注意事项。
- 3、掌握机器原理、性能及使用,识别、分析并结合临床书写检查报告,力求正确无误,有疑难处应向上级医师反映,不断提高诊断水平。
- 4、参加本科新技术、新项目,及时总结经验,写出心得体会和专业论文。
- 5、对本专业下级人员进行业务指导,培训进修人员,初步阅读一门外文专业书刊。
- 6、严格执行各项规章制度和操作规程,严防差错事故,维护机器的良好性能,避免损坏,延长使用时间,提高使用效率。

四、功能检查科主管技师职责

- 1、在科主任领导下进行工作。
- 2、负责心电图、动态心电图、动态血压及胃电图的技术操作,并指导和帮助下一级人员的工作。
- 3、负责本科室各种检查仪器的管理和保养,督促本科人员遵守技术操作规程和安全生产工作规则。

4、开展技术革新和科研工作,指导进修、实习人员的技术操作和理论指导,并担任一定的教学工作。

5、参加疑难心电图的讨论,不断提高业务水平和技术能力,不断总结经验、撰写论文和参加本专业的科研活动。

6、认真执行查对制度,杜绝各种差错的发生,维护各种检查仪器的良好性能,避免损伤,延长其使用寿命,提高工作效率。

超声科工作职责

- 1、认真贯彻执行各项规章制度。
- 2、严格执行操作规程,及时进行各项诊断、操作,签发报告,严防差错事故发生。
- 3、督促检查本科室下级技术人员,认真、热情对下级医师(技)进行业务技术指导,积极结合本专业理论进行教学。
- 4、积极完成或配合科研任务的完成。
- 5、认真总结经验,努力学习和开展新技术。
- 6、团结协作,讨论分析并解决本专业疑难复杂的技术和诊断问题。
- 7、积极随访,并做好科室资料的登记管理、保存工作。
- 8、每周对所负责设备进行过滤网除尘、表面清洁保养至少一次。

超声科人员职责

一、超声科检查人员职责

- 1、认真贯彻执行各项规章制度。
- 2、严格执行操作规程,及时进行各项诊断、操作,签发报告,严防差错事故发生。
- 3、督促检查本科室下级技术人员,认真、热情对下级医(技)师进行业务技术指导,积极结合本专业理论进行教学。
- 4、积极完成或配合科研任务的完成。
- 5、认真总结经验,努力学习和开展新技术。
- 6、团结协作,讨论分析并解决本专业疑难复杂的技术和诊断问题。
- 7、积极随访,并做好科室资料的登记管理、保存工作。
- 8、每周对所负责设备进行过滤网除尘、表面清洁保养至少一次。

二、超声科主任职责

- 1、在院长(分管院长)领导下,负责领导本科的医疗、教学、科研、行政管理工作。
- 2、制定本科工作计划,组织实施,经常督促检查,按期总结汇报。月有小结、季有检查、年终有总结。
- 3、根据本科任务和人员情况进行科学分工,保证对病人及时检查、及时报告。
- 4、领导本科人员认真执行各项规章制度。

- 5、领导本科人员制定各项技术规范，并付诸实施，严防差错事故发生。
- 6、参加某项技术操作，解决技术上的疑难问题。
- 7、定期深入科室，征求临床医师意见，不断改进工作。
- 8、有计划的组织本科人员业务训练和技术考核，每半年一次。
- 9、针对医德表现、技术熟练程度提出升、调、奖、惩意见。
- 10、学习运用国内外先进经验，每年开展一项新技术。
- 11、制定科研计划，做好资料积累与登记、统计工作，完成科研任务。
- 12、担任教学工作，搞好进修、实习人员的培训，努力完成教学大纲和实习进修计划。
- 13、确定本科人员的轮换、值班以及派出有关事宜。
- 14、审签本科器材的请领和报销，并检查使用和保管情况。
- 15、禁止非医学需要胎儿性别鉴定。

三、超声科副主任职责

- 1、在院长及分管院长的领导下，协助科主任开展工作。
- 2、协助科主任制定本科各项技术规范及工作计划，负责组织实施和督促检查。定期深入科室，征求临床医师意见，不断改进工作，按期写出总结汇报并提出整改措施。
- 3、带领本科人员认真执行各项规章制度。
- 4、根据本科任务和人员情况进行科学分工，合理安排值班，保证对病人及时检查、及时报告，并严防差错事故发生。
- 5、协助科主任制定科研计划，做好资料积累与登记、统计工作，完成科研任务，每年开展一项新技术。
- 6、积极承担教学工作，协助科主任搞好进修、实习人员的培训，努力完成教学大纲和实习进修计划。
- 7、协助科主任做好职工的计划生育工作。
- 8、协助科主任做好设备的管理工作。
- 9、科主任外出时全面负责科内工作，代行科主任职权。

四、超声科（副）主任医师职责

- 1、在科主任领导下，完成本职工作，指导本科下级技术人员的操作检查、教学、科研与理论提高。
- 2、具有系统的医用超声物理基础知识和超声医学专业理论知识，具有一定的临床知识，掌握国内外本专业现状和发展趋势，消化吸收最新科研成果。善于引进新技术应用于临床。
- 3、指导低年资医（技）师完成科研和论文撰写，并能将自己的经验予以总结汇总，个人每年完成至少1篇专业学术论文。
- 4、研究解决本科业务疑难问题，必要时参加临床会诊。
- 5、督促下级医（技）师认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。
- 6、每周均参与本科的上机操作，解决疑难问题、会诊病例。
- 7、参与制定业务技术培训计划，配合科主任工作，检查实施情况。

五、超声科主治（管）医（技）师职责

- 1、在科主任领导下和上级医师指导下进行工作。
- 2、系统掌握专业知识和具有一定的临床知识，了解国内外本专业先进技术并运用于临床实践。

- 3、承担课题研究和教学工作，指导下级医（技）师业务学习和工作。
- 4、具有解决复杂、疑难病和及时处理报告的能力，能审鉴重要的会诊检查报告，发现问题能及时与临床联系研究解决。
- 5、负责贵重仪器使用、保管，保持工作间的清洁卫生。
- 6、认真执行各项规章制度，安全操作，严防差错事故。
- 7、主管技师不得独自签发诊断报告。

六、超声科医（技）师职责

- 1、在科主任和主治医师（技）师领导下进行工作。
- 2、具有一定专业基础理论和技能，能独立解决本科本专业常见病的诊断，密切联系临床，准确、及时地签发报告。
- 3、积极参加科学研究和教学工作，指导下级技术人员的业务学习和工作。
- 4、参加本科值班，严格操作规程，定期做好仪器的维修保养工作，发现问题及时汇报解决。严防差错事故。
- 5、技师不得独自签发诊断报告。

七、超声科医（技）士职责

- 1、在科主任和上级医师指导下进行超声检查。
- 2、协助上级医师安排患者有序检查，对危重病人做好检查前后帮扶工作。
- 3、努力学习本专业基础理论，不断提高诊断检查技术和质量，做好各类资料的整理归档工作。
- 4、参加值班，严格执行各项规章制度和操作规程，严防差错事故。
- 5、医（技）士不得独自签发诊断报告。

八、超声科分诊人员工作职责

- 1、在超声科主任领导下的进行工作。
- 2、仔细阅读检查申请单，核对缴费单，交待清楚超声检查的准备及注意事项，指示引导患者按顺序预约取号，按顺序就诊；及时疏导患者，维持就医秩序，使患者及时到相应的诊室就诊，营造文明有序的候诊环境。
- 3、耐心解答患者提出的疑问，帮助患者解决困难，为患者提供安全便利的就医环境。
- 4、对急危重、高龄、残疾患者合理安排优先就诊，使患者感受到医院的关爱和温暖。
- 5、关注候诊环境的整洁安全，发现问题及时与科主任（或相关部门）联系解决；发现形迹可疑人员及时报告保卫科，努力维护医护人员良好的工作环境。

九、超声科助医人员工作职责

- 1、在超声科主任领导下的进行工作。
- 2、整理所在诊室卫生，充分准备诊室所需用品，下班后关电、关水、关门，注意诊室安全。
- 3、负责协助诊室医生确认患者信息及检查部位，指引患者摆放检查体位；观察就诊患者意识状态，对急重症、行动困难患者要给与必要的帮助，发现异常情况及时报告，积极主动协助相关人员应对突发事件。
- 4、能够熟练选择受检病人备用报告模板，准确记录测量数据、病变部位；对于常见疾病的描述用语要规范。
- 5、检查结束后，指引患者到候诊区等候报告

6、检查报告录入完成后，协助诊室医生审查报告的描述及结论的一致性，确认所录入的数值及单位无误后，由检查医生签名后发出报告。

营养科人员职责

一、营养科主任职责

1、负责本科室的医疗、教学、科研、预防和行政管理工作，是营养科诊疗质量和学科建设的第 一责任人。

2、负责制定各种规章制度，包括各类人员职责、工作制度、质量检查标准等，并监督执行。

3、负责组织开展营养诊疗工作。开设营养门诊，参与疑难病例的营养会诊，参加营养查房以及组织科室病例讨论等。

4、负责指导、检查营养医师的营养诊疗工作。

5、负责组织开展营养科学研究工作，带领全科学习和应用新知识、新技术，提高业务水平。

6、承担教学、指导实习和进修带教，组织在职人员业务培训与技术考核等专业教育工作。

二、营养科医师职责

1、在科主任和上级营养医师的指导下，负责营养诊治工作：对患者进行营养检测和评价、营养诊断，制定营养治疗方案，评估营养治疗效果，书写营养病历。

2、参加营养查房：初级医师每日营养查房 2 次，中级职称医师每日查房 1 次，副高级职称以上医师每周查房 2 ~ 3 次。

3、参与营养会诊：院内科间会诊须具备中级职称以上资格，院外会诊须具备副高级职称以上资格。

4、完成营养门诊工作：营养门诊开诊次数不少于 5 次 / 周。

5、参与教学、科研工作，完成继续教育和专业培训要求，组织开展患者和院内医务人员的营养宣教工作。

三、营养科技师职责

1、在营养医师的指导下，协助营养诊疗工作。

2、负责对患者进行营养检测和评价的具体操作，体格测量，营养素摄入量的计算，营养食谱编制等工作。

3、根据营养治疗医嘱编制治疗膳食食谱等，指导、监督专业操作人员完成对营养治疗产品及食材进行加工处理。

4、负责对本科室各种仪器设备进行日常维护保养和消毒，建立使用、维修档案，定期进行质量控制。

5、负责营养治疗制备部门的食品安全及卫生等相关制度的管理，做好开餐前检查工作。

6、参与科研工作，完成继续教育和专业培训要求。

第五部分 护理系统人员职责

护理行政管理人员职责

一、病房科护士长职责

1、在护理部主任领导下，根据护理部的护理工作计划，结合所分管病区情况，制定本科的护理工作计 划，按期督促、检查、组织实施并总结。

2、经常对护理人员进行职业道德教育，加强工作责任心，改进服务态度，认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错、事故。

3、负责督促检查各病房护理工作质量，发现问题及时解决，把好质量关。对科内发生的护理问题和差错、事故，及时了解原因，总结经验教训，采取防范措施，并及时上报护理部。

4、深入各病房参加晨会交接班，检查危重患者护理情况，并做具体指导，遇重大抢救及时上报。

5、解决护理业务上的疑难问题，指导危重、疑难患者护理计划的制定及实施。对复杂的护理技术或新开展的护理业务，要亲自参加实践。

6、参加科主任查房，以便了解护理工作中存在的问题，加强医护联系，主动协调好医护关系。有计划地组织科内护理查房，及时总结本科护理工作 中的经验和教训。

7、组织本科护理人员业务技术培训和考核，并注意护士素质的培养。

8、负责组织本科护理科研、护理革新计划的制定和实施，指导本科护士及时总结护理经验及撰写护理论文，督促检查计划的执行情况。

9、了解本科患者的病情、思想及生活状况。督促检查各病房护理工作，提出改进措施和意见。

10、根据教学目标，指导各病区安排护生的临床教学及实习工作。定期听取实习护生、进修护士意见，检查实习护生教学计划的实施情况。

11、协助护理部做好护士的轮转和临时调配工作。

12、加强与各部门的沟通联系及协调配合。

二、门诊科护士长职责

1、在护理部和门诊部主任的领导下，负责门诊各科室护理工作，督促检查护理人员履行岗位职责，落实各项管理制度。

2、制定门诊护理工作计划和科室护理工作规范，并组织实施。经常深入门诊各科室，督促、检查护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程情况，对复杂技术给予指导和示教，严防差错、事故。

3、检查、指导各诊室开诊前准备及健康宣教工作。

4、督促教育护理人员树立良好的医德医风，改善服务态度。加强巡视，及时发现候诊患者的病情变化，对较重患者应提前安排诊治或送急诊科处理。

5、规范、完善服务患者的各项措施，并经常检查、指导，保证落实。

6、负责组织门诊护理人员的业务技术培训，开展护理科研，总结经验。

- 7、定期召开门诊科室护士长会议，协调科室关系，总结经验，不断提高护理质量。
- 8、建立门诊部卫生管理制度，督促、检查护理人员做好消毒隔离和疫情报告工作，防止交叉感染。
- 9、随时听取和收集患者对门诊工作的意见和建议，及时改进工作中存在的问题，必要时向护理部汇报。

三、急诊科护士长职责

- 1、在护理部主任和急诊科主任领导下，负责急诊科的护理行政管理、护理业务技术管理工作，定期督促、检查、组织实施并总结。
- 2、负责急诊科护理人员工作安排，制定工作计划，检查护理质量和服务质量，总结经验。
- 3、督促检查护理人员配合医师做好急诊抢救工作及医嘱执行情况，加强急诊观察室的管理，做好各种护理记录和交接班工作。
- 4、督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，对成批和重大抢救要亲自参加并指导护理人员进行工作，严防差错、事故的发生。
- 5、加强对护理人员的业务技术培训，提高急诊抢救技术水平。
- 6、督促检查各种急救物品、药品、器材的准备工作，定量、定点、定位放置，并经常检查、补充、消毒、更换。
- 7、负责抢救器材和被服、用品的计划、请领工作。
- 8、督促医、护、工做好消毒隔离工作，防止交叉感染。保持诊室内外清洁、整齐、安静、有序。
- 9、定期向护理部汇报工作。

四、手术室科护士长职责

- 1、在护理部主任领导下，负责手术室行政管理、护理工作和手术安排，保持清洁、肃静，同时负责所辖科室护理质量检查及业务技术督导。
- 2、根据手术室任务和护理人员的情况，进行科学分工，密切配合医生完成手术，必要时亲自参加。
- 3、督促各级人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，并严格执行无菌操作。
- 4、组织护士、护工的业务学习，指导进修生、实习生工作。
- 5、督促所属人员做好消毒工作，按规定进行空气、医务人员手和物品表面的细菌培养，鉴定消毒效果。
- 6、认真执行查对和交接班制度，严防差错、事故。
- 7、负责手术室器材、敷料、卫生设备等请领工作，并随时检查急症手术用品的准备情况。
- 8、督促手术标本的保留和及时送检。
- 9、负责接待参观事宜。

五、消毒供应中心科护士长职责

- 1、在护理部主任领导下，负责组织医疗器材和敷料的消毒、保管、供应和行政管理工作。
- 2、督促本中心人员认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错、事故。
- 3、定期检查高压灭菌器的效能和各种消毒液的浓度，经常鉴定器材和敷料的消毒效果，发现异常，立即上报检修。
- 4、定期进行环境卫生学监测。
- 5、对所属人员进行勤俭节约教育，做好敷料回收和器材的修旧利废工作。
- 6、负责医疗器械、敷料、物资的请领工作。

- 7、组织所属人员深入临床科室，实行下送下收。检查所供应器材、敷料的使用情况。征求意见，不断改进工作。

- 8、组织开展技术革新，不断提高工作效率。

六、病房护士长职责

- 1、在科护士长和科主任的领导下，负责本病区护理质量、科研、教学、物品管理及病区内外联系等工作。
- 2、根据护理部总目标和要求，制定科室护理工作计划，并做到月有计划，周有重点，日有安排。
- 3、负责病区的护理管理，科学排班，合理分工。负责维护病房环境的整洁、安静、安全、舒适，患者和陪伴、探视人员的管理，各类仪器、设备、药品、被服和办公用品的管理。
- 4、督促各班、各岗护理人员履行职责，严格执行各项规章制度和技术操作规程。对病区护理质量进行检查，制定科室应急预案，预防差错事故，及时组织讨论护理不良事件，提出有效的整改措施。
- 5、参加科主任查房，大手术或新开展的手术前、疑难病例和死亡病例的讨论，了解医生对护理工作的要求。参加并指导危重、大手术及抢救患者的护理。
- 6、加强护理团队建设，协助解决护士在工作、学习中存在的问题或困难，发挥每个人的积极性和主观能动性，营造高效团队。
- 7、组织本病房护理查房和护理会诊，积极开展新技术、新业务及护理科研工作。
- 8、组织本病房护理人员的业务学习及技术培训。
- 9、负责指导和管理实习、进修人员，并指定副护士长或有经验、有教学能力的护士担任带教工作。
- 10、定期召开公休座谈会，听取对医疗、护理等方面的意见，改进病房管理工作，开展心理护理和健康教育。

七、病房副护士长职责

- 1、在护士长的领导下，协助和配合护士长完成病区行政和业务管理工作。
- 2、负责临床带教工作（负责指导、督促带教计划的实施）。
- 3、负责病区各类物品和器械的送检维修、保养与管理的工作，保证正常使用。
- 4、负责病区低值易耗品的领取、供应等事务。
- 5、负责各类数据、报表等资料的统计、登记和上报等管理工作。
- 6、协助护士长每月召开公休座谈会、护理查房、业务学习等。
- 7、协助护士长定期完成各级护理人员的培训和考核工作。
- 8、督促各级护理人员认真执行制度、常规、操作规范等。
- 9、深入病房，了解患者情况，密切护患关系。
- 10、负责督促检查护理员工作，做好清洁卫生和消毒隔离工作。
- 11、护士长不在岗时履行护士长职责。

八、夜查房护士长职责

- 1、在护理部主任的领导下进行工作，负责全院夜间护理工作的组织领导。
- 2、根据护理部检查要求对全院夜间护理工作进行检查，深入各病房了解情况，掌握全院危重抢救、重大手术等患者的病情、治疗及护理情况，解决夜间护理工作中的疑难问题。遇重大抢救及时启动应急预案。
- 3、检查、指导夜班护理人员技术操作。

4、在巡视病房时检查各种准备工作及操作规程的执行情况，并检查病房安全管理，如氧气、麻醉药品等。

5、检查护士劳动纪律、服务态度、病房环境及工作完成情况等。

6、对工作突出的护士应做好记录，及时向护理部汇报，予以表扬；对责任心不强、劳动纪律差、不坚守工作岗位的护士，予以批评教育，对发生纠纷者，及时给予帮助解决，并与护士长及护理部联系。

7、次日将查夜记录表交护理部。

九、终末护理病历质控人员职责

1、在护理部主任的领导下，负责终末住院护理病历的质量控制工作。

2、根据《枣庄市立医院护理文书质控标准》对各科室出院病历护理部分每月进行全面质量考核。

3、对护理文书书写中出现的问题及时与护士长沟通，必要时报护理部以便及时协商制定解决方案。

4、对检查结果写出反馈意见、考核扣分、问题汇总及各项统计工作，连续跟踪科室存在的问题。

5、每月 28 日前对护理病历质控结果归纳汇总报护理部。

6、接受并完成护理部主任交办的各项任务。

十、护理质控办人员职责

1、质控办在护理部直接领导下负责全院护理质量检查、管理、督导工作。

2、按照护理部《护理质量评价标准》及考核要求，质控办定期或不定期考核全院护理工作质量。

3、检查时间自行拟定并通知护理部。

4、将检查情况现场反馈到科室，书面汇报到护理部，并提出改进措施。

5、汇总每月护理质量考核情况，并报至绩效管理办。

6、将检查情况每月总结一次。

护理技术人员职责

一、主任（副主任）护师职责

1、在护理部主任、护士长的领导下，协助护士长做好病房管理及护理业务技术、科研、教学工作。

2、严格执行卫生法律法规、各项规章制度、护理常规及护理技术操作规程，规范护理行为。

3、解决本科室护理业务上的疑难问题，配合医师做好疑难、危重患者的抢救工作，指导护理计划的制定及实施。

4、了解国内、外护理专业发展动态，开展护理技术革新和科研工作，积极撰写论文。

5、负责组织本科室护理业务讲座、护理病例讨论和护理查房，参加全院性业务讲座及护理会诊，不断提高护理业务水平。

6、担任护理教学指导工作，承担下级护理人员的培养任务。

7、对全院的护理队伍建设，业务技术管理和组织管理提出意见，协助护理部加强对全院护理工作的指导。

二、主管护师职责

1、在本科室护士长领导下，完成各项护理工作，协助护士长做好病房管理工作。

2、执行卫生法律法规、各项规章制度、护理常规及护理技术操作规程。

3、解决本科室护理业务上的疑难问题，配合医师做好疑难、危重患者的抢救工作，检查、指导护理计划的制定及实施。

4、负责指导、主持本科室的护理查房，参加护理会诊，对护理业务给予具体指导。

5、负责督促检查本科室护理工作质量，发现问题及时解决，把好护理质量关。对本科室发生的护理差错、事故进行分析、鉴定，并提出防范措施。

6、做好临床护理教学工作，完成进修生、实习生的带教，指导本科室护师、护士进行业务培训，拟订培训计划并负责讲课。

7、制定本科室护理科研和技术革新计划，并协助护士长组织实施。写出具有一定水平的护理论文及科研文章。

8、协助本科室护士长做好行政管理和队伍建设工作。

三、护师职责

1、在科室护士长领导下，协助护士长做好病房管理工作。

2、执行卫生法律法规、各项规章制度、护理常规及护理技术操作规程。

3、参与科室危重、疑难患者的抢救工作及难度较大的护理技术操作。正确执行医嘱及各项护理技术操作规程。

4、参加本科室组织的护理查房、会诊和病例讨论。主持本病房的护理查房。

5、做好临床护理教学工作，负责进修生、实习生的带教，指导本科室护士进行业务培训，拟订培训计划并负责讲课。

6、加强护理理论学习，协助护士长制定本病房的科研、技术革新计划，提出科研课题，并组织实施。

7、负责督促检查本科室护理工作质量，发现问题及时解决，把好护理质量关。对病房出现的护理差错、事故进行分析，提出防范措施。

四、护士职责

1、在护士长的领导下进行工作。

2、认真执行卫生法律法规、规章制度、护理常规及护理技术操作规程，正确执行医嘱，准确及时地完成各项治疗、护理工作，严格执行查对制度，防止差错、事故发生。

3、协助医师进行各种诊疗工作，积极配合医师做好危重患者的抢救、护理工作，负责采集各种检验标本。

4、向患者宣传卫生保健知识、住院须知，征求患者及家属意见，改进护理工作。

5、做好患者的出、入院指导，负责办理入院、出院、转科、转院等手续，做好有关护理文件的书写和登记工作。

6、协助护士长做好病房管理、消毒隔离和物资、药品、材料的领取、保管、维修等工作。

7、参加护理教学和科研工作，工作中应不断总结经验，写出论文，以提高护理水平。

8、指导护理员和护生的工作。

五、护理员职责

1、在护士长领导和护士指导下进行工作。

2、担任患者生活护理和部分简单的基础护理工作（如整理床单元，做好患者的卫生处置等）。

3、随时巡视病房，协助生活不能自理的患者进食、起床活动、递送便器、修剪指（趾）甲、梳

理头发、洗脸、洗头、洗脚等。

4、做好患者入院前、手术前的床单元准备工作和出院后床单位的整理以及终末消毒工作。协助护士做好被服、家具等的管理。

5、及时收集送出临时化验标本和领取物品、维修器械及其它外送等工作。

病房护理人员职责

一、主班护士职责

- 1、在护士长领导下进行工作。
- 2、清点交接物品及毒麻药品，并签名。
- 3、参加晨会，听取夜班交班，进行床头交接。
- 4、负责处理、核对白班及夜班医嘱，及时通知责任护士执行有关医嘱，必要时亲自执行。
- 4、整理并妥善保管医疗文书，督促护士正确填写各种护理记录。
- 5、负责准备检验标本容器并督促各班及时留送。
- 6、联系会诊、特殊检查及办理出入院、转科、转院手续及登记工作。
- 7、每周按时整理一览表、治疗卡，协助护士长核对医嘱。
- 8、护士长不在时，代办理急需要处理的临时工作。
- 9、保持办公室整齐清洁，工作做到忙而不乱，有条不紊。

二、责任护士职责

- 1、在护士长领导下进行工作。
- 2、参加晨会，听取夜班交班，进行床头交接。
- 3、负责接待新患者，进行入院宣教和卫生处置。
- 4、班内完成新患者的入院评估和护理病历。
- 5、负责分管患者的各项治疗、基础护理、生活护理、心理护理及健康教育等。做到“六洁、四无、八知道”。按时巡视病房，观察用药后反应，发现问题，及时处理。

6、指导辅助护士准确实施护理措施并检查。书写护理病历，及时客观记录患者的病情变化及治疗、护理措施。

7、患者出院、转院、转科时，及时完成护理记录及出院指导。

三、辅助护士职责

- 1、在护士长领导和责任护士指导下进行工作。
- 2、参加晨会，听取夜班交班，进行床头交接。
- 3、协助责任护士完成常规治疗、护理以及各种特殊检查、术前准备及术后护理工作。
- 4、实施责任护士制定的危重患者护理计划，做好患者基础护理及心理护理。
- 5、协助责任护士管理病区，做好患者思想工作，介绍入院须知、规章制度，做好卫生宣教工作，对出院患者做好出院指导。

6、管理陪人及探视人员，维持病房秩序和安静。

四、总管护士职责

- 1、在护士长领导下进行工作。
- 2、负责领取医疗器械、办公用品，做到合理使用，妥善保管，定期检查，保证供应。
- 3、负责清点被服，每月大查一次，无丢失，做到帐物相符。
- 4、负责检查抢救物品、器材并保持清洁、性能完好。
- 5、负责检查治疗车及治疗包、引流瓶、换药车等的消毒灭菌，并做到及时消毒更换，无过期，保证供应。

6、负责领取药物，准确、及时。

7、预约各种检查单。

五、连班护士职责

- 1、在护士长领导下进行工作。
- 2、清点用物，及时更换消毒、灭菌物品。
- 3、负责注射、给药、输液及各项治疗工作准备。
- 4、与责任或辅助护士共同核对静脉及其他用药，并配置药物。
- 5、巡视病房，更换静脉液体，观察病情变化，发现异常及时与责任护士沟通，并遵医嘱给予对症处理。

6、与责任护士交接班。

7、接手术并做好下午手术患者的术前准备工作。

8、完成患者午间治疗、护理。

9、负责治疗室卫生。

六、小夜班护士职责

- 1、清点用物，阅读交班记录及相关护理文书，进行床头交接。
- 2、按分级护理要求，定时巡视病房，严密观察患者病情变化，必要时及时通知医生并做好记录。
- 3、按时测量体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征，按医嘱做好注射、治疗、给药等工作。
- 4、核对白班及小夜班医嘱，做好特殊检查及手术前准备工作。
- 5、督促探视者离开病房，按时熄灯，观察患者睡眠情况。
- 6、整理病室环境，保持病室安静。
- 7、消毒治疗室并记录。
- 8、书写护理记录，及时客观记录患者病情及出入量，为大夜班做好准备工作。
- 9、负责办公室、治疗室、换药室等的清洁工作，交班。

七、大夜班护士职责

- 1、清点用物，阅读交班记录及相关护理文书，进行床头交接。
- 2、核对小夜班及大夜班医嘱，做好特殊检查及手术前准备工作。
- 3、按时测量体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征，按医嘱做好注射、治疗、给药等工作。
- 4、按级别护理要求，定时巡视病房，严密观察患者病情变化及睡眠情况，进行必要的护理。
- 5、收集标本。
- 6、书写护理记录，及时客观记录患者病情，总结 24 小时出入量。
- 7、检查患者进食情况，协助喂饭。
- 8、消毒治疗室并记录。

手术室护理人员职责

一、手术室护士长职责

- 1、手术室护士长受护理部直接领导，负责手术室的全部管理工作，包括行政管理、业务管理、物品管理、手术安排等。
- 2、协调解决手术室相关问题，落实医院制度，最大限度保证手术病人安全。
- 3、根据手术室任务和护理人员的情况，进行科学分工，密切配合医生完成手术，随时督导检查。
- 4、负责不断完善手术室各项规章制度、技术操作规程，督促各级人员认真执行并评价效果。
- 5、组织护士及各级工作人员的业务学习，根据学习计划定期进行培训、考核，建立个人档案，指导新入科人员、返岗护士、进修实习护士工作。
- 6、督促检查护士做好消毒隔离工作，根据感染管理科要求及相关规定，定期进行医务人员手、物品表面、手术间空气、灭菌后物品、使用中消毒液等细菌培养并记录。
- 7、检查执行手术室查对制度，重点环节交接制度、交接班制度、消毒隔离制度、手术器械物品清点制度等，严防医疗差错事故的发生。
- 8、负责检查、督促手术室的器械、敷料、卫生设备、高值物品的请领、维修和报废工作。
- 9、随时检查急症急救物品、贵重仪器设备的使用准备状况。
- 10、负责每月对科室人员进行考勤并上报，负责科室绩效奖金的分配上报工作。
- 11、负责对外联系、科室协作及接待参观检查事宜。

二、副护士长（总务）职责

- 1、在护士长的领导下，负责手术室药品、物品的计划，请领及保管工作。
- 2、根据手术需要定期请领，分类，检查各种手术物品。
- 3、完成每日特殊耗材的准备，收费情况检查工作。
- 4、对各种物品的使用情况要及时汇报跟踪，填写医疗器械不良事件上报表，上报物资材料采购供应处。
- 5、对手术室各种仪器、设备、器械、敷料建立账目，报损及增购物资及时修改账目，每半年清点一次，账目相符。
- 6、每月月底核实各种手术相关数据的统计报表。

三、副护士长（辅助）职责

- 1、在护士长的领导下负责手术室护士的专业培训、教学，继续教育培训和科研工作。
- 2、根据各级护士的专业情况，负责制定手术室年业务培训计划及各专业组业务培训计划，并组织实施。
- 3、定期检查培训计划的落实并随时进行调整。
- 4、根据外科新技术新业务的开展，组织专业的业务培训。
- 5、根据教学大纲，制定手术室教学计划及继续教育培训计划，做好带教老师的管理监督检查工作，定期召开带教老师和学生会议，随时了解教学进程，完成教学计划。
- 6、负责安排手术室护士的继续教育工作和计划的实施。
- 7、负责手术室感染控制管理工作，每月监测检查环境微生物监测情况，发现问题随时解决。

- 9、负责办公室、治疗室、换药室等的清洁卫生工作，交班。

八、夜班护士职责

- 1、清点用物，阅读交班记录及相关护理文书，进行床头交接。
- 2、按分级护理要求，定时巡视病房，严密观察患者病情变化，必要时及时通知医生并做好记录。
- 3、热情、及时接待新入院患者，做好入院宣教及各种治疗、护理工作。
- 4、按时测量体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征，按医嘱做好注射、治疗、给药等工作，进行晚间护理。
- 5、整理病室环境，保持病室安静。
- 6、核对白班及夜班医嘱，做好特殊检查及手术前准备工作。
- 7、督促探视者离开病房，按时熄灯，观察患者睡眠情况，进行必要的护理。
- 8、书写护理记录，及时客观记录患者病情及出入量，总结 24 小时出入量。
- 9、收集标本。
- 10、检查患者进食情况，协助喂饭。
- 11、消毒治疗室并记录。
- 12、负责办公室、治疗室、换药室的清洁卫生工作，交班。

九、早晚班护士职责

- 1、在护士长领导下进行工作。
- 2、协助小夜班护士完成治疗及晚间护理工作。
- 3、巡视病房，观察病情，督促探视者按时离开病房，安排患者就寝。
- 4、准备次日晨特殊检查用物，做好术前准备工作，如禁食、灌肠、洗胃等。
- 5、协助大夜班护士观察病情，了解睡眠情况。做好晨间护理、治疗等工作。
- 6、参加晨会，进行床头交接。

十、护理带教老师职责

- 1、带教老师应为具有临床经验（专科及以上学历，临床工作 3 年以上）、政治思想好、工作作风正派、责任心强、热爱教学工作的护师以上人员担任，主要负责安排实习护生的临床实习工作。在护士长的领导下，负责病房护理教学工作的管理和实施。
- 2、负责制定和实施本病房内各类学生的实习计划，针对不同的实习护生，安排有带教资格的护士带教。定期检查教学计划的实施情况，及时发现实习中的问题并反馈到相关部门。
- 3、组织并参加病房的小讲课、操作示范、病例讨论、教学查房以及实习护生的临床带教、阶段考核、出科考试、总结评价等。
- 4、根据实习大纲和本科室具体实习细则，对实习护生进行业务指导，使其掌握本专业基础理论、基本知识和基本技能，抽查实习护生护理记录的书写情况。培养学生分析、解决问题的能力。
- 5、负责病房带教护士的培训，与护士长一起定期对带教护士进行考核。
- 6、按时参加教学会议，共同探讨教育工作的新情况、新问题和新方法。积极参加由病房组织的培养性讲课，不断提高授课水平。

- 8、负责手术室的科研工作。
- 9、负责科室设施、仪器设备、水电暖等维护、维修工作。

四、洗手护士职责

- 1、了解病人病情，熟悉手术方案，备齐手术所需物品器械并确定是否齐全适用。
- 2、清洁器械车并检查其性能，卫生手消毒，严格遵照无菌技术操作要求铺无菌器械台。
- 3、提前 15-30 分钟刷手上台，整理器械物品，检查性能及完好性，与巡回护士唱点物品器械。
- 4、术中严格遵守无菌技术操作原则，监督参与手术人员执行。随时保持器械车、器械托盘、手术区的无菌和整洁。
- 5、术中配合姿势端正，精力集中，密切观察手术进程，主动配合手术。
- 6、开胸、开腹、开颅或其他深部手术，手术前、关闭深部切开前、关闭体腔前、后及缝皮前与巡回护士认真清点器械、纱布、缝针等物品的数量及完整性。如有疑问，立即通知主刀医生停止手术共同查找，必要时借助 X 线协助检查。如仍未找到应由主刀医生检查确认手术切口内无遗留后签字确认。
- 7、术中临时添加的器械物品应与巡回护士认真清点，术中填塞深部切口、制作的纱布条、纱布球等应与巡回护士说明并记录于手术护理记录单上，手术开始后器械台上的器械物品只供本台手术使用，原则上不得外借，不得拿出手术间。
- 8、术中切下的病理标本妥善保管，与手术医师确认标本名称，不得随意丢弃及遗失。
- 9、手术结束后，协助医师包扎刀口及固定各种引流管。
- 10、清理器械表面血渍污渍，将器械整理规整确认正确后在器械交接单上签名放入周转箱内进行交接，布类敷料清点数目后放入垃圾袋内密封，本台手术所产生的医疗垃圾密封送至垃圾暂存处。
- 11、特殊感染手术应按照相关要求进行处理，器械敷料及病理标本上应有特殊感染标识。
- 12、不得私自更改器械数量配置，术中损坏的物品器械做好标记并确认完整性交护士长或器械间负责人进行更换。

五、巡回护士职责

- 1、手术前一天根据手术通知单对病人进行术前访视，查阅病人病历了解病人一般情况，与主刀医师交流熟悉术式及特殊用物。与病人交流了解其心理需求，解答病人提出的业务范围内问题，对病人进行心理疏导。
- 2、手术日核对病人床号、姓名、住院号、手术名称、手术部位、手术部位标识，麻醉方式、禁饮食情况，查阅病历，了解病情及各种化验单、检查、皮试结果、术前用药、检查手术区备皮情况，询问病人有无假牙、有无携带贵重物品及与手术无关物品，有无服用激素类药物、阿司匹林等。确定无误后将病人送入手术间。
- 3、对手术间进行常规卫生清扫，检查手术间内物品仪器设备是否齐全，性能是否良好。确定手术间内温湿度适中，检查特殊体位所需的各种体位垫是否适用，检查手术床性能并调节至备用舒适状态，协助病人躺在手术床上，进行适当约束。
- 4、对病人进行心理护理，安定病人情绪，询问病人有无不适，注意保暖，保护病人隐私，妥善固定好各种管路。
- 5、与手术医师、麻醉师做好三方核查，正确填写手术护理交接单相关内容。
- 6、根据手术需要建立静脉通道，注明穿刺时间，适当调节滴速。做好病人皮肤评估，根据手术

体位、估计手术时间、出血量、病人自身情况等，做好术中压疮的预防工作。

- 7、协助麻醉，与手术医师一同安置病人体位，注意安全、舒适、充分暴露手术野。
- 8、手术开始前与洗手护士共同清点器械物品并填写于手术护理记录单上，清点一项填写一项，并复述一遍无误后签全名。
- 9、协助手术人员穿好手术衣，连接好手术需要的设备仪器并调节至所需参数。用高频电刀时，严格操作规程，严防灼伤病人，随时检查设备运行状态。
- 10、主动供应台上所需用物，及时调节灯光，保证吸引通畅。
- 11、坚守岗位，密切观察病人病情及手术进程，遇有特殊情况及时配合抢救。
- 12、查看医嘱，根据用药安全制度正确执行术前、术中用药、输血等操作，在医嘱单相应位置签名。术中输血者，填写患者输血观察单，按要求在用过的血袋上注明输注时间并保留。
- 13、监督手术间各类人员，严格执行无菌操作，保持手术间安静、整齐、清洁、安全，控制参观人数。
- 14、按照病理标本送检保存要求做好标本的送检及保存工作，确保标本名称准确，病理标本登记本填写规范。
- 15、手术期间，认真客观填写各种护理，按要求粘贴无菌包灭菌指示卡、内固定植入材料标签等。对手术所需的物品进行检查，严禁使用非手术室提供的物品。
- 16、管理好手术间内物品，手术开始后，禁止将手术台上物品私自带离手术间，术中添加的物品清点后及时填写在手术护理记录单上，据实填写设备仪器运行登记本，对工作异常的仪器设备及时上报护士长。
- 17、开胸、开腹、开颅或其他深部手术，手术前、关闭深部切开前、关闭体腔前、后及缝皮前与器械护士认真清点器械、纱布、缝针等物品的数量及完整性。
- 18、手术结束，协助医师包扎刀口，固定各管路并标示引流管名称及放置时间，检查病人皮肤情况，带齐病人所有物品，送病人回病房途中严密观察病人病情，与病房护士严格交接相关内容，填写手术患者交接单双方签名。
- 19、与器械护士共同清点、处理填写术后器械交接单。
- 20、整理手术间物品，非手术间固定仪器设备及物品清洁整理后物归原处，待保洁人员清洁手术间后，补充齐全手术间物品，开启空气消毒装置。

六、夜班护士职责

- 1、提前 15 分钟到达科室，认真交接物品器械，查看急救物品仪器的数量及性能，填写交接物品本并签字确认。
- 2、查看各手术间物品及仪器设备，负责整个手术室夜间安全工作，做好水电、净化、空调、电脑、门窗的检查，待所有手术间手术结束并做完卫生保洁后，层流手术间开启净化设备运行 1 小时后及时关闭，未安装净化装置的普通手术间及走廊开启紫外线消毒机一小时后及时关闭。
- 3、查看次日各手术间手术安排，摆放体位垫及物品盒。
- 4、检查补充手刷、擦手纸、洗手液、消毒液等物品。
- 5、周日夜班人员负责第一手术间手术床的充电。
- 6、承担夜班期间急症手术的安排与配合。接急诊手术电话通知后，应积极准备。如急诊手术无法完成的，根据排班及时通知听班人员，遇有大批伤员及抢救危重病人时及时通知院值班护士长。
- 7、根据手术通知单提前半小时接择期手术病人，认真核对患者相关内容，妥善安置于病人等待区，

有特殊情况的病人与巡回护士做好交接，有术中带药的病人应做好登记。

- 8、夜班期间出现的特殊情况（仪器设备运行异常、手术间设施故障）应及时向护士长汇报。
- 9、认真书写交班内容，统计全天手术量。
- 10、每季度按要求进行手术间空气消毒采样工作。

七、连班护士职责

- 1、参加晨会，负责较大手术的巡回工作，并严格按照巡回护士的职责去做。
- 2、整理打包间、办公室卫生。
- 3、认真完成上午连台手术和十一点以后的器械与供应室交接并登记。
- 4、检查门窗、水、电、暖、氧气等注意安全。
- 5、坚守岗位，负责手术室的安全保卫，不得随意外出、会客、干私活，大门要随时关闭，必要时上锁，有急诊使用电铃或电话联系。
- 6、独立完成连班一切急诊手术的配合及危重病人的抢救，要沉着果断，敏捷细心，急诊手术要在十五分钟内准备好物品。
- 7、对留给连班的物品，使用后应及时向器械护士和敷料护士交班，以便及时补充，避免影响手术。
- 8、凡本班能完成的手术一律在本班完成，不宜交班。
- 9、下午上班前半小时，协助护工按手术通知单接病人入手术室，交待注意事项，并适当约束，接病人的顺序是先接轻病人，后接重病人，认真填写患者转科交接单并签字。
- 10、妥善保存连班手术通知单，以便于登记。

八、供应（耗材管理）护士职责

- 1、每日与夜班护士交接物品，及时添加补齐。
- 2、供应手术间消毒液，保证充足。每周一次进行更换并注明开启时间。
- 3、保持一次性物品间整齐、清洁。保证高值物品按要求发放并登记，每日与记账单核对，定期检查无菌物品的有效期，建立临期物品登记本，防止过期。
- 4、每日整理库房，统计物品耗材，协助护士长做好请领计划，需要补充的及时通知护士长，确保日常供应。
- 5、严格按照国家标准及科室要求，检查领入物品的数量、灭菌标示、有效期、质量、规格、外包装完好程度等，保证物品使用的安全性。
- 6、及时向护士长汇报物品的质量问题。
- 7、每日为手术间配备物品盒，检查记账单与物品盒物品是否一致。
- 8、每日将手术通知单相关内容正确输入电脑，统计每日手术量。

九、器械间护士职责

- 1、每日晨和夜班护士交接器械、体位垫数量，交接抢救物品并登记。定期检测除颤仪性能，定期给应急灯充电，确保其性能。
- 2、每日晨分发各手术间腔镜器械及特殊器械。
- 3、根据次日手术需要安排消毒供应室及时灭菌相关器械，保证手术如期顺利进行。
- 4、整理器械间，检查电池充电情况。
- 5、每日晨检查无菌间、无菌准备间温湿度并记录。
- 6、检查无菌间器械敷料包装及有效期，将不符合要求的物品及时送消毒供应中心重新灭菌，确

保每日手术顺利进行。

- 7、负责与消毒供应室沟通协调，检查器械及腔镜器械交接单，发现问题，及时解决。
- 8、每日检查卡匣式快速灭菌器的排水桶，注水情况，灭菌指示卡、3M 胶带是否齐全，每周进行卡匣式灭菌器的细菌培养并清洁保养。
- 9、整理无菌间及无菌准备间卫生，每日检查无菌间无菌物品的摆放，无菌橱的关闭情况，确保无菌物品按次序整齐摆放。

产房护理人员职责

一、产房护士长职责

- 1、在护理部主任、科护士长的领导及科主任的业务指导下，负责本专业护理技术、科研、教学和行政管理工作。
- 2、根据科室工作计划，合理安排工作并组织实施。
- 3、根据产房工作及护理人员情况，进行科学分工，合理安排助产士的工作。
- 4、负责检查、指导本专业疑难患者的护理，参加疑难、危重病例讨论和护理会诊及危重患者的抢救工作。
- 5、合理安排产房工作，各种物品、药品及贵重仪器有专人管理。
- 6、加强本科室的管理和基础护理，降低陪护率，使患者安全、舒适。
- 7、督促、检查产房的各项护理工作，每周检查两次以上并有记录。负责完善、修订和严格落实各项规章制度、护理常规、操作规程、各班护理工作流程、岗位职责等。
- 8、及时检查护理文书，发现问题及时整改。
- 9、做好产房护理人员的政治思想工作，加强工作责任心，改善服务态度，提高护理质量。
- 10、制定产房培训计划，每月组织 1 ~ 2 次业务讲座、一次理论考试或技术考核。
- 11、负责进修护士、实习护生的带教工作，和带教老师一起承担教学任务。
- 12、督促检查卫生保洁员的清洁工作。
- 13、了解国内外本专业护理发展的信息，并根据本科室具体情况进行学习、指导。

二、助产士职责

- 1、在护士长的领导和医生指导下进行工作。
- 2、负责正常产妇的接生工作，协助医生进行难产接生。注意产程进展和变化，异常情况及时汇报医师并记录，严格执行技术操作规程、查对制度和交接班制度，注意保护会阴，确保母婴安全，严防差错事故的发生。
- 3、负责晚期妊娠引产的观察、接生工作。
- 4、了解产妇分娩前后的情况，做好分娩过程、围产期保健和妇婴卫生的宣传教育及技术指导工作。
- 5、严格执行消毒隔离制度，保持产房整洁，定期进行消毒。做好妊娠合并症及异常产妇产前、产中、产后的观察处理，遇产妇发生并发症或新生儿窒息时，应立即采取紧急措施并报告医生。做好感染产妇的接生及消毒隔离工作。
- 6、负责管理产房的药品、医疗器械、各种敷料。熟练掌握各种急救设备的使用并保持性能完好。

- 7、做好实习、进修人员的带教工作。
- 8、做好各项统计工作，为幼保单位提供客观科学数据。
- 9、负责出生证的领取、填写、打印、发放工作。

三、上连班助产士职责

- 1、在护士长的领导下进行工作。
- 2、参加科室晨会交班，与值班共同床边交接产妇。
- 3、协助值班进行产房的消毒隔离工作，每月进行产房消毒标本采样，及时送检及粘贴。
- 4、协助值班完成白班产妇接产工作，并做好各项记录，完成 11: 30 ~ 14: 00 接产工作。
- 5、做好产妇的健康宣教工作，并进行技术指导。

四、下连班助产士职责

- 1、在护士长的领导下进行工作。
- 2、准时交接班，与值班共同床边交接产妇。
- 3、协助值班完成夜间物品准备。
- 4、协助值班完成白班产妇接产工作，并做好各项记录，协助上连班完成 11: 30 ~ 14: 00 接产工作。
- 5、做好产妇的健康宣教工作，并进行技术指导。

五、值班助产士职责

- 1、在科主任及护士长的领导下进行工作。
- 2、参加科室晨会交班，床边交接产妇。
- 3、负责清点物品（包括抢救车内物品、药品和贵重药品、医疗器械及性能）。保持器械橱的清洁，物归原处，保持治疗橱内物品齐全。
- 4、及时补充药品、液体及婴儿包。
- 5、严密观察产程，遇有异常或怀疑有异常情况应及时汇报值班医生并记录。按无菌操作接生，接生完毕清点器械，刷洗干净，擦干待打包，填写分娩记录，完善新生儿记录及各种登记本。
- 6、及时按相关要求处置各类医疗废物。
- 7、送产妇入病房后，与病房护士床边交接产妇并记录。将产床恢复至备用状态，更换一次性中单，擦干地面，清理、消毒吸引器瓶，以备下一个产妇分娩时使用。
- 8、负责高危妊娠的登记工作。
- 9、下班前对本班工作进行检查，并与夜班交接。

六、白班助产士职责

- 1、在护士长的领导下进行工作。
- 2、准时到岗，参加科室晨会。
- 3、参与产房交接，床边交接产妇。做好分娩产妇的巡回工作，与值班共同完成产妇及新生儿身份识别，系腕带，将新生儿右脚印及产妇右拇指印共同印于新生儿体温单，并做好新生儿护理工作及母乳喂养宣教工作。
- 4、保持产房整洁，与值班、连班共同完成产房消毒工作。
- 5、与夜班进行交接。

七、夜班助产士职责

- 1、在护士长的领导下进行工作。

- 2、按时到岗，与值班认真交接产妇，记录并签全名，负责夜班产妇管理及接产工作。遇有异常或怀疑有异常情况应及时汇报值班医生并记录。
- 3、及时按相关要求处置各类医疗废物。
- 4、做好夜班的产房物品、药品管理工作。
- 5、参加次日晨会交接班，与值班交接清楚后方可离岗。

重症监护室护理人员职责

一、重症监护室护士长职责

- 1、在护理部主任、科护士长的领导及科主任的业务指导下，负责本病房行政和业务管理工作。
- 2、根据护理部工作计划，制定本病房具体工作计划并组织实施，认真做好督促、检查、记录和统计工作。做到月有计划、周有重点、日有安排。
- 3、加强病房和护理安全管理。负责病房护理人员的政治思想工作，教育护理人员加强责任心，培养慎独精神。
- 4、根据患者病情和护士的工作能力，合理安排班次，实行分组护理和弹性排班，确保护理质量。
- 5、每日主持晨会交班和床头交接班，组织、参加并指导危重患者的抢救护理工作，及时帮助解决护理工作中的疑难问题。
- 6、参加科主任及医师查房，了解患者病情。参加科内会诊、大手术或新开展手术的术前病例讨论、疑难危重病例讨论、死亡病例讨论。
- 7、督促、检查各项护理工作质量，加强基础护理工作，确保达到“六洁、四无”。
- 8、督促护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规范，检查医嘱执行情况，危重患者护理及各项护理表格的填写情况。发现问题及时处理，防止医疗纠纷及事故的发生。
- 9、严格执行消毒隔离制度及手卫生规范，定期进行空气、物体表面和医务人员手的细菌培养，监测消毒效果。
- 10、加强毒麻药品、急救物品及各种仪器、设备的管理，定期检查各种急救物品和各类仪器、设备的性能，做到专人管理，定期进行维修和保养，保证抢救物品、药品的性能良好及抢救工作的顺利进行。
- 11、按计划做好护士培训工作。组织护理人员业务学习、护理查房及技术训练，并定期进行理论及操作考试。积极开展新技术、新业务及护理科研工作。
- 12、负责临床教学管理，做好实习护生、进修护士的实习安排，指定有经验、有教学能力的护士担任带教工作并定期检查。
- 13、负责患者和家属的组织管理，定期深入了解患者及家属对医疗、护理和生活等方面的意见和要求，并设法予以及时解决，不断提高服务质量。
- 14、定期征求医生对护理工作的意见及建议，加强医护合作，严防差错事故的发生。

二、A 班护士岗位职责

- 1、在护士长、主管护士或组长领导下进行工作。
- 2、提前 15 分钟入科，清点物品、药品及仪器，检查各仪器性能，填写各交接本，认真阅读分

管病人护理记录单。

3、参加晨会交接班。认真听取夜班报告，床头交接班。包括病人病情、心理状态、皮肤情况、各种管道通畅情况、治疗用药情况，核对特殊药物剂量、浓度以及呼吸机、监护仪使用情况等。

4、责任护士参与查房，医护人员对目前诊疗护理计划作出评价，根据管床医生查房情况，责任护士落实治疗方案及修正护理计划。

5、自觉遵守院、科室各项规章制度及技术操作规程，正确执行医嘱，准确及时的完成各项治疗、护理工作，严格执行查对制度，严防差错事故及纠纷的发生。

6、负责分管病人的各项治疗、基础护理、生活护理、健康教育、心理护理，做“六洁、四无、八知道”。

7、认真书写危重患者护理记录单，及时客观记录患者的病情变化及治疗和护理措施。按时巡视病房，观察用药后反应，发现问题及时处理。

8、负责接待新患者，进行入院宣教和卫生处置，完成入院评估和护理记录。

9、负责患者出院、转院、转科，及时完成护理记录及出院指导。

10、配合护士长做好病区管理工作。保持病房整洁、安静、舒适、安全，严格执行探视制度及消毒隔离制度，做好消毒隔离和终末消毒处理工作。

11、协助医师进行各种诊疗工作，积极配合医师做好危重病患者的抢救、护理工作。

12、认真做好与P班的交接班。

三、P班护士岗位职责

1、提前15分钟入科，清点物品、药品及仪器，检查仪器性能，认真填写各交接本。阅读分管病人护理记录单，床头交接病人，了解并掌握主要病情。

2、正确执行医嘱，准确及时的完成各项治疗、护理工作，严格执行查对制度，严防差错事故及纠纷的发生。

3、按时完成本班的各项治疗及护理，及时客观记录患者的病情变化、治疗和护理措施，认真书写危重患者护理记录单。负责新入院、出院病人的卫生处置及病历完善。

4、密切观察病情变化，如有病情变化，及时汇报医师，协助医师进行各种诊疗工作，积极配合医师做好危重病患者的抢救、护理工作，按时巡视病房，观察用药后反应，发现问题，及时处理。

5、做好各种管道护理及基础护理，保持病人床单位的清洁、干燥，每1~2小时翻身、拍背一次。做好晚间护理，确保护理质量。

6、保持病房环境整洁、舒适、安静、安全，关闭不必要的灯光，保证清醒患者的休息和睡眠。

7、核对本班医嘱并签字。

8、认真做好与夜班的交接班。

四、N班护士岗位职责

1、提前15分钟入科，清点物品、药品及仪器，检查仪器性能，认真填写各交接本。阅读分管病人危重护理记录单，床头交接病人，了解并掌握主要病情。

2、密切观察病情变化，如有病情变化，及时汇报医师，协助医师进行各种诊疗工作，积极配合医师做好危重病患者的抢救、护理工作，观察用药后反应，发现问题，及时处理。

3、及时准确执行医嘱、给药和其他治疗，完成23:00~次日8:00的各项治疗。认真书写危重患者护理记录单。负责新入院、出院病人的卫生处置及病历完善。

4、做好各种管道护理及基础护理，保持病人床单位的清洁、干燥，每1~2小时翻身一次，严防护理并发症的发生。

5、保持病房环境整洁、舒适、安静、安全，关闭不必要的灯光，保证清醒患者的休息和睡眠。记监护病房费。

6、做好晨间护理，保证病人身上无污渍、血渍，确保护理质量。与辅助班护士共同整理床单元，更换被服。

7、整理护士站及治疗室卫生，完成治疗室及病房的消毒隔离工作，填写消毒登记本。核对夜班医嘱并签名，打印前24小时护理记录，打印费用日清单。

8、参加晨会交班和床头交接班。

五、责辅护士岗位职责

1、在护士长领导和A班护士指导下进行工作。

2、责辅1护士负责(1-7床)，责辅2护士负责(8-15床)

3、协助A班护士及时更换被服，保持床单位清洁。

4、听取夜班交班，协助A班护士进行床头交接。

5、协助A班护士核对液体及执行单，加药并挂上第一步液体。

6、协助A班护士完成标本采集、各种特殊检查、术前准备及术后护理工作。

7、负责检查病人腕带、床头卡及各种标识。更换到期子母式集尿器、呼吸机管路及中心静脉敷料。

8、协助A班护士对生活不能自理的患者进食、递送便器、剃胡须、修剪指(趾)甲、洗脸、每周二和周五洗头。每天下午负责倾倒尿液。

9、协助A班护士做好床单元的准备、终末处置，消毒用物。准备备用床物品，保证及时接收病人。

10、A班护士转运病人时，负责护理A班护士管理的其他病人。

11、协助管床护士保持治疗车清洁，物品摆放有序，无杂物。

12、协助P班护士做好4pm常规治疗及下午常规血气标本采集。

六、值班护士职责

1、参加晨会交接班，听取夜班交班，进行床头交接。

2、负责毒麻药品保管登记工作，严格交接班，做到专人专管。

3、负责医嘱处理工作，及时通知责任护士执行医嘱，每日全面检查医嘱单的处理情况(包括夜间医嘱)，并监督医嘱的执行、签字情况。负责打印医嘱单。

4、负责入院病人住院手续的办理及床位的安置工作，及时安放床头牌、级别护理牌、饮食牌及过敏标识，及时通知分管医生及护士对新病人进行检查、评估、治疗、护理等工作。

5、负责出院、转科手续的办理，及时通知分管护士进行出院、转科指导；对于转科病人，及时通知原科室值班护士及家属，两者联系后方可转科，安排专人护送，完成病人及病历交接。出院病人及时通知家属出院信息并通知家属结账。

6、负责各种治疗、护理、换药、处置、材料等费用的微机输入、核对工作，做到不漏收，不多收。发放一日清单，做好欠费病人的催款工作。

7、负责各种检查、化验单的收集、整理、登记工作，对次日需抽空腹血的病人及时告知责任护士。

8、负责医保证的管理登记工作，对于医保转出、转入病人，及时通知医保办。及时告知参加医保和新农合病人办理相关手续。

- 9、整理并妥善保管医疗文书，督促护士正确填写各种护理记录。
- 10、做好感染目标性监测工作，并于每月月底上报到感染管理科。
- 11、负责病陪人的咨询、解释工作。
- 12、负责各种表格纸张的留取、整理、保管工作，监督表格的使用情况。
- 13、负责护士站内物品、台面、地面等的整理、清洁工作及用物管理工作。
- 14、负责病区日常水、电、家具等的报修工作及其他对外联系事宜（如检查、会诊、转科等）。
- 15、护士长不在时代替护士长工作，代办理急需要处理的临时工作。

七、总务护士职责

- 1、协助护士长做好病区管理工作，保持病房整体环境整洁。
- 2、做好仪器的清洁与保养。负责及时添加抢救车药品、补充用物，并保持抢救车清洁。保持血液滤过置换液充足，满足病人需要。
- 3、配制雾化液、湿化液、肝素盐水，更换吸痰用水和消毒用 84 水，做到标示清楚，注明时间；更换吸引器连接管及废液收集袋，及时更换利器盒，每日消毒听诊器及日间体温计的消毒。
- 4、更换洗手液、手消毒剂；放置擦手纸巾。
- 5、及时更换纤维支气管镜消毒用水及戊二醛液。
- 6、准备口腔护理、会阴护理、气管切开换药用物。
- 7、负责无创呼吸机管路的消毒，整套包装好（包括面罩及管路），备用。
- 8、每周一更换治疗盘的消毒液，并注明时间。
- 9、每周一便携式监护仪、转运呼吸机、电子喉镜、除颤器充电，并对除颤器做好检测。保持完好备用状态。
- 10、每周二清洁病历夹子、放药篮子。
- 11、周二、周五协助管床护士为病人洗头。
- 12、每周五对备用氧气瓶进行测压，保证及时更换。
- 13、每天下午负责贴输液条，到药房领取药物。摆放药品后及时更换执行单。
- 14、每周一、三、五通过 OA 系统发送供应室领物申请。
- 15、每月 1—10 日科室空气培养并取回报告单。
- 16、负责出院患者病例资料、现行病例及前一天护理记录单的质控。
- 17、保持护士站、治疗室、值班室及仓库环境清洁，物品摆放整齐、有序。
- 18、添加治疗室、治疗桌、床头橱内物品，为夜班做好物品准备。
- 19、清点并领取库存物品。

血透室护理人员职责

一、血液透析室护士长职责

- 1、在科主任及上级护理管理部门指导下工作，履行护士长职责，负责本科室的行政、业务管理及思想工作。根据医院护理部工作计划制定本科工作计划（含护理、教学、科研等），并组织实施。
- 2、了解国内外专科护理的进展，具体组织本科新技术、新业务的开展。参加科主任查房，组织

本科的护理查房。

- 3、分配透析护士的工作，检查工作质量，参加并指导特殊治疗、危重及抢救患者的护理。
- 4、协助医师制定和实施治疗方案，并根据诊断和透析患者所出现的反应进行研究，提出预防措施。
- 5、督促护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规程，负责对护士工作质量进行考核，严防差错事故发生。
- 6、组织科室护理业务学习、护理会诊，积极开展护理科研工作。
- 7、负责护理人员思想工作，培养教育护理人员热爱本职工作，加强责任心，改善服务态度，遵守劳动纪律，以积极乐观的态度去影响患者。建立有效的通讯联系。
- 8、负责指导和管理新进护理人员及进修人员，并指定护师或有教学能力的护理人员担任带教工作。
- 9、负责透析室一次性材料、药品、物品的领取，检查抢救器材及各类仪器、设备的管理。对各类物品、耗材、机器、设备要指定专人负责，建立账目、定期清点、维修。贵重、精密器械建立使用登记卡。
- 10、督促、检查保洁工的清洁卫生和消毒隔离工作，定期听取患者及家属对透析治疗、护理、健康宣教等方面的意见和建议，不断改进透析室的管理工作。
- 11、负责对本科护理工作及护理质量进行督导与检查，指导与考核，及时总结经验，不断提高护理质量。
- 12、定期与科主任、护理部联系解决工作中出现的问题。

二、血液透析室护士职责

- 1、在护士长领导下担任本科室透析护士的工作，能胜任各班次的护理工作，服从护士长工作安排。
 - 2、认真执行各项规章制度和护理技术操作规程，注意患者安全，防止差错事故的发生。
 - 3、负责 5-6 张透析床单元的患者血液透析和机器设备的护理操作工作。
 - 4、正确评估患者病情、干体重、血管通路等，准确执行医嘱。
 - 5、严格无菌操作，按照专科护理流程，有效建立血管通路。
 - 6、认真执行查对制度，核对机型、透析器及患者姓名等基本信息。
 - 7、检查机器运转情况，有故障及时判断及时处理，预防机器因素造成的患者伤害。
 - 8、护士在专科操作中思想集中，正确实施预冲、上机、下机等护理操作流程，规范操作行为，重视透析护理的操作安全性。
 - 9、血液透析治疗过程中密切观察病情变化、血管通路有效性、机器安全性等观察，能及时处理常见透析并发症。
 - 10、实施健康教育，学会与患者有效沟通，解决患者交费、取药、化验、检查的困难。
 - 11、透析治疗结束，注意检查单次透析治疗是否达标，检查机器治疗参数是否到位，正确实施透析废弃物的分类、包装、运输工作。
 - 12、详细交班并统计工作量。
- ### 三、上连护士职责
- 1、在护士长领导下，担任本科室透析单元责任护士的工作，能胜任各班次的护理工作，服从护士长工作安排。
 - 2、7 点之前进病房，打开水处理机电源开关。

3、打开血液透析机并自检,连接好透析液,将患者使用的透析管路及透析器安装到机器上,0.9%生理盐水 1000ml 冲管,按规范冲洗管路及透析器。

4、预冲结束评估透析患者内瘘情况,询问病情,确定透析方案,设定透析机各种参数。

5、严格无菌操作,为患者进行血管穿刺并连接机器开始透析。

6、上机后及时为透析患者测量血压记录体重。

7、责一检查抢救车药品、急救用物是否完好并交接记录。

8、每小时测量血压、脉搏一次,透析过程中密切观察病情变化,同时观察穿刺处有无渗血、血管路有无扭曲受压、透析器有无凝血、漏血,血透机治疗参数是否在正常范围内,并做好详细记录。与患者有效沟通,做好患者的健康教育,特别是饮食指导,使患者知晓率达到 90% 以上。

9、透析过程中病人用药、诊疗及记账,解决患者交付、取药、化验、检查的困难,补齐抢救所需药品。

10、透析治疗结束后,注意检查单次透析治疗是否达标,检查机器治疗参数是否到位。

11、透析结束给予透析的患者准备下机,0.9% 盐水 300ml 回血,严格按照规范操作,使管路管及透析器中的血液全部回到患者体内,穿刺处弹力绷带包扎,嘱患者 1—2 小时后解开并观察穿刺处有无渗血。

12、透析结束后,正确实施透析废弃物的分类、包装等工作。

13、消毒透析机,擦洗机器。

14、责一与下连责一交接班后下班。

四、下连护士职责

1、在护士长领导下,担任本科室透析单元责任护士的工作,能胜任各班次的护理工作,服从护士长工作安排。

2、10 点 50 之前进入病房与上连交接班。

3、配合上连准备上午透析的患者下机,0.9% 盐水 300ml 回血,严格按照规范操作,使管路管及透析器中的血液全部回到患者体内,穿刺处弹力绷带包扎,嘱患者 1—2 小时后解开并观察穿刺处有无渗血。

4、透析机消毒后打开机器并自检,连接好透析液,将患者使用的透析管路及透析器安装到机器上,0.9% 生理盐水 1000ml 冲管,按规范冲洗管路及透析器。

5、预冲结束后责一给 1 号至 5 号机透析患者评估内瘘情况,询问病情,确定透析方案,设定透析机各种参数。

6、严格无菌操作,为患者进行血管穿刺并连接机器开始透析。

7、上机后责一分别给 1 号至 5 号透析患者测量血压记录体重。

8、责一检查抢救车药品、急救用物是否完好并交接记录。

9、每小时测量血压、脉搏一次,同时观察穿刺处有无渗血、管路管有无扭曲受压、透析器有无凝血、漏血,血透机治疗参数是否在正常范围内,并做好详细记录。与患者交流,做好患者的健康教育,特别是饮食指导,使患者知晓率达到 90% 以上。

10、透析过程中病人用药、诊疗及记账,解决患者交付、取药、化验、检查的困难,补齐抢救所需药品。

11、透析治疗结束后,注意检查单次透析治疗是否达标,检查机器治疗参数是否到位。

12、下午透析的患者准备下机。0.9% 盐水 300ml 回血,严格按照规范操作,使管路管及透析其中的血液全部回到患者体内,穿刺处弹力绷带包扎,嘱患者 1—2 小时后解开并观察穿刺处有无渗血。

13、透析结束后,正确实施透析废弃物的分类、包装等工作。

14、消毒透析机,擦洗机器。

五、治疗辅班护理工作职责

1、在护士长领导下,担任本科室透析单元责任护士的工作,能胜任各班次的护理工作,服从护士长工作安排。

2、11 点之前进病房。

3、配置透析液,负责透析液桶清洁及消毒,保持治疗室的清洁,负责配液间、水处理间紫外线消毒,把擦机器的小抹布准备好放在机器侧面。

4、协助责任班观察患者穿刺处有无渗血、管路管有无扭曲受压、透析器有无凝血、漏血,血透机治疗参数是否在正常范围内,并做好详细记录。与患者交流,做好患者的健康教育,特别是饮食指导,是为患者知晓率达到 90% 以上。

5、协助下午透析的患者准备撤机,0.9% 盐水 300ml 回血,严格按照规范操作,使管路管及透析器中的血液全部回到患者体内,穿刺处弹力绷带包扎,嘱患者 1—2 小时后解开并观察穿刺处有无渗血。

6、消毒透析机,擦洗机器。

7、负责每周三次盐缸加盐并保持盐缸清洁,负责水处理机观察及红桶周末处置。

8、机器消毒后负责关闭水处理及透析机,检查科室所有电脑、电灯、饮水机及门窗等是否关闭后安全关门下班。

感染疾病科护理人员职责

一、护士长职责

1、在科护士长和科主任的领导下,负责本病区、门诊的护理质量、科研、教学、物品管理及病区、门诊内外联系等工作。

2、根据护理部总目标和要求,制定科室护理工作计划,并做到月有计划,周有重点,日有安排。

3、负责病区和门诊的护理管理,科学排班,合理分工。负责维护病房和门诊环境的整洁、安静、安全、舒适,患者和陪伴、探视人员的管理,各类仪器、设备、药品、被服和办公用品的管理。

4、督促各班、各岗护理人员履行职责,严格执行各项规章制度和技术操作规程。对病区和门诊护理质量进行检查,制定科室应急预案,预防差错事故,及时组织讨论护理不良事件,提出有效的整改措施。

5、参加科主任查房,大手术或新开展的手术前、疑难病例和死亡病例的讨论,了解医生对护理工作的要求。参加并指导危重、大手术及抢救患者的护理。

6、加强护理团队建设,协助解决护士在工作、学习中存在的问题或困难,发挥每个人的积极性和主观能动性,营造高效团队。

7、组织本病房和门诊的护理查房和护理会诊,积极开展新技术、新业务及护理科研工作。

8、组织本病房护理人员的业务学习及技术培训。

9、负责指导和管理实习、进修人员,并指定副护士长或有经验、有教学能力的护士担任带教工作。

10、定期召开公休座谈会,听取对医疗、护理等方面的意见,改进病房和门诊的管理工作,开展心理护理和健康教育。

二、副护士长职责

1、在护士长的领导下,协助和配合护士长完成病区和门诊的行政和业务管理工作。

2、负责临床带教工作(负责指导、督促带教计划的实施)。

3、负责病区、门诊各类物品和器械的送检维修、保养与管理的工作,保证正常使用。

4、负责病区、门诊低值易耗品的领取、供应等事务。

5、负责各类数据、报表等资料的统计、登记和上报等管理工作。

6、协助护士长每月召开公休座谈会、护理查房、业务学习等。

7、协助护士长定期完成各级护理人员的培训和考核工作。

8、督促各级护理人员认真执行制度、常规、操作规范等。

9、深入病房和门诊,了解患者情况,及时处理相关事宜,密切护患关系。

10、负责督促检查保洁人员工作,做好清洁卫生和消毒隔离工作。

11、护士长不在岗时履行护士长职责。

三、门诊治疗班岗位职责

1、在护士长领导下进行工作。

2、交接物品、药品、仪器,与门诊夜班交接。

3、负责接收并核对门诊输液病人的液体与药物的数量与质量;检查输液收费是否正确,打印输液签并粘帖。

4、严格执行无菌操作原则和技术操作规程,配制药液并签名。

5、严格执行查对制度,做到温馨穿刺。

6、根据病种的不同安排病人到不同的房间输液,根据病情、年龄、药物性质调节滴速,向病人交待注意事项。

7、巡视病室,更换液体,观察病情变化。

8、负责腹泻病人的登记并测量生命体征,认真及时观察病情。

9、负责更换治疗盘,注明消毒液名称、浓度及更换日期,严格进行医疗废物分类并登记。

10、负责门诊工作量的登记与统计。

11、负责治疗室物品准备及卫生,整理观察室被服。

12、严格执行消毒隔离制度,做好压脉带、一次性脉巾的处理工作。

13、负责空气消毒机的登记。

四、门诊早班岗位职责

1、在护士长领导下进行工作。

2、负责交接物品、药品、仪器,与门诊夜班交接。

3、负责接收并核对门诊输液病人的液体与药物的数量与质量;检查输液收费是否正确,打印输液签并粘帖。

4、严格执行无菌操作原则和技术操作规程,配制药液并签名。

5、严格执行查对制度,做到温馨穿刺。

6、根据病种的不同安排病人到不同的房间输液,根据病情、年龄、药物性质调节滴速,向病人交待注意事项。

7、巡视病室,更换液体,观察病情变化。

8、负责腹泻病人的登记并测量生命体征,认真及时观察病情。

9、负责更换治疗盘,注明消毒液名称、浓度及更换日期,严格进行医疗废物分类并登记。

10、严格执行消毒隔离制度,做好压脉带、一次性脉巾的处理工作。

11、负责治疗室物品准备及卫生,整理观察室被服。

12、负责含氯消毒液的更换,测试浓度并登记,负责空气消毒机的登记。

13、负责门诊工作量的登记与统计。

五、门诊中班岗位职责

1、负责交接物品、药品、仪器。

2、床头交接门诊观察病人,包括病情、管道、治疗等情况。

3、负责夜间门诊病人的治疗与病情观察。

4、严格执行无菌技术操作规程与查对制度,配制药液并核对签名。

5、负责夜间腹泻病人的登记、生命体征测量及病情观察,及时汇报值班医生。

6、负责各房间的紫外线消毒并记录。

7、严格执行消毒隔离制度,及时消毒处理本班用物,定位放置。

8、负责治疗室、注射室、观察室的卫生,做到地面、桌面及各车整洁,整理观察室被服。

9、统计本班工作量。

六、门诊夜班岗位职责

1、负责交接物品、药品、仪器。

2、床头交接门诊观察病人,包括病情、管道、治疗等情况。

3、负责夜间门诊病人的治疗与病情观察。

4、严格执行无菌技术操作规程与查对制度,配制药液并核对签名。

5、负责夜间腹泻病人的登记、生命体征测量及病情观察,及时汇报值班医生。

6、负责各房间的紫外线消毒并记录。

7、严格执行消毒隔离制度,及时消毒处理本班用物,定位放置。

8、负责治疗室、注射室、观察室的卫生,做到地面、桌面及各车整洁,整理观察室被服。

9、统计本班工作量。

七、门诊小班岗位职责

1、协助中班观察门诊输液病人治疗与病情观察。

2、严格执行无菌技术操作规程与查对制度,配制药液并核对签名。

3、协助中班进行夜间腹泻病人的登记、生命体征测量及病情观察,及时汇报值班医生。

4、协助中班进行各房间的紫外线消毒并记录。

5、严格执行消毒隔离制度,及时消毒处理本班用物,定位放置。

6、协助中班打扫治疗室、注射室、观察室的卫生,做到地面、桌面及各车整洁,整理观察室被服。

7、统计本班工作量。

门诊部护理人员职责

一、门诊科护士长职责

1、在护理部和门诊部主任的领导下,负责门诊各科室护理工作,督促检查护理人员履行岗位职责,落实各项管理制度。

2、制定门诊护理工作计划和科室护理工作规范,并组织实施。经常深入门诊各科室,督促、检查护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程情况,对复杂技术给予指导和示教,严防差错、事故。

3、检查、指导各诊室开诊前准备及健康宣教工作。

4、督促教育护理人员树立良好的医德医风,改善服务态度。加强巡视,及时发现候诊患者的病情变化,对较重患者应提前安排诊治或送急诊科处理。

5、规范、完善服务患者的各项措施,并经常检查、指导,保证落实。

6、负责组织门诊护理人员的业务技术培训,开展护理科研,总结经验。

7、定期召开门诊科室护士长会议,协调科室关系,总结经验,不断提高护理质量。

8、建立门诊部卫生管理制度,督促、检查护理人员做好消毒隔离和疫情报告工作,防止交叉感染。

9、随时听取和收集患者对门诊工作的意见和建议,及时改进工作中存在的问题,必要时向护理部汇报。

二、门诊换药室护士职责

1、在门诊部主任和科护士长领导下,负责本室的护理工作。

2、贯彻执行各项规章制度和护理技术操作规程,严格无菌操作和查对制度,严防差错事故发生。

3、参与、负责督促检查本科护理工作质量,及时提出存在问题,把好护理质量关。

4、根据工作职责,做好换药前的准备工作。

5、做好换药室的消毒隔离工作,严格遵守工作制度。

6、及时清扫各室卫生,保持清洁整齐。

7、协助医生做好治疗工作,配合医生搞好教学、科研工作。

8、做好换药室工作量的统计。

9、积极参加门诊业务学习和考试。

三、妇产科门诊宣教室护士职责

1 在门诊部主任和科护士长的领导下进行工作。

2、负责制定教学计划、课程及授课教师安排,针对孕妇不同时期,开展孕早期、孕中期、孕晚期和产后培训。

3 发放宣传资料,制订孕产期健康教育处方。

4、认真做好宣传教育工作:母乳喂养的好处;喂哺的技巧与方法;围产期保健知识;播放与孕产期保健有关的录像片;宣传优生优育知识;分娩方式的知识宣教等。根据情况采取适宜的健康教育方式,如集体讲解、讨论、答疑、角色扮演、模仿操作和游戏等,增强宣传效果。

5、负责孕产妇听课的登记、做好每天宣讲知识登记。与医院相关科室协调,保障本院门诊产检孕妇及时参加孕妇学校学习。

6、早孕检查,建立孕妇档案,办理孕产妇保健手册,并将手册有关内容填全,然后登记在孕产妇登记本上。

7、负责孕妇四微彩超预约和邀约。

8、负责病理产科、高危产科、艾梅乙孕妇登记工作。凡属于高危妊娠范畴者,必须填写高危妊娠卡,在母子保健手册第1页,注明高危及诊断结论,并填写在高危妊娠管理登记本上。每次复查时需要在卡片上记录复查时间。预约时间未到者,及时打电话通知,问明原因及去向。

9、负责母乳喂养咨询,做好登记,促进母乳喂养工作。

10、维护市立医院孕妇微信群,定期在群里发送孕期保健知识,随时在微信里和孕妇交流,及时解决孕妇的问题,维护枣阳市立快乐孕育中心订阅号,定期发发送孕产妇保健知识。

11、满意度调查分析,发放调查表,及时发现问题并落实整改。

12、负责孕妇学校日常设备的维护及管理。

13、负责孕妇学校的紫外线消毒和登记工作。

四、高压氧科护士职责

1、在科主任和护士长领导下进行工作,认真执行各项规章制度和技术操作规程,严格执行医嘱,按时完成治疗、护理工作。

2、认真做好进舱治疗的安全教育,严格检查进舱人员的安全措施,详细介绍进舱须知,指导正确使用氧气面罩。

3、负责氧舱操作,严格遵守操作规程和治疗方案。

4、认真填写各项护理、治疗和操作记录。

5、参加教学和科研工作,努力学习专业知识,不断提高护理技术水平。

6、做好清洁卫生和消毒隔离工作。

五、口腔科门诊护士职责

1、护士仪表规范,着装整洁,符合要求。

2、热情接待患者,做好就诊指导和咨询工作。

3、分诊准确,能有序引导患者就诊。

4、做好来诊患者的门诊登记工作。

5、做好物品、器械的保管、维护及准备,配合医生工作。

6、严格区分清洁区、污染区、无菌区。

7、无菌物品按灭菌日期依次排列,专柜放置,柜内清洁,标识清晰。

8、一次性物品集中定点放置,无过期。

9、对医疗垃圾进行分类处置。

10、每月进行空气、物体表面、医务人员手等细菌监测,有监测结果。

11、严格执行各项技术操作规程。

12、每周对牙椅、治疗台进行大清扫一次。

13、每日进行紫外线消毒一次。

六、耳鼻喉科门诊护士职责

- 1、在护士长领导下开展工作。
- 2、负责器械的清洗、消毒和诊断台物品的齐备，做好开诊前的准备工作。
- 3、协助医生进行检诊，严格按医嘱（或治疗单）完成患者处置。如需改变处置方式，必须征求诊治医师的同意后方可进行。
- 4、经常观察患者的病情变化，对病情较重的患者应请有关医师提前诊治。
- 5、负责诊室的整洁、安静，维持就诊秩序，做好门诊卫生宣教工作。
- 6、做好消毒隔离工作，防止交叉感染。
- 7、认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格查对制度，做好交接班，严防差错事故发生。
- 8、负责领取、保管器械等物品。
- 9、负责门诊常规和抢救设备、器械的维护、保养工作。
- 10、下班前整理好室内物品，关好水、电开关及门窗，防止意外事故的发生。

七、体检中心护士职责

- 1、负责体检手续的办理、体检登记、划价等工作。
- 2、负责安排合理的体检流程。
- 3、做好体检人员的导检咨询工作。
- 4、负责体检报告的录入、保存、发放。
- 5、配合体检医生完成体检工作。
- 6、做好消毒隔离，防止交叉感染及医源性感染。
- 7、做好体检物品的领取、保管工作，保证体检工作的顺利进行。
- 8、负责体检预约及查体医生的安排及协调工作。

八、体检中心导诊人员职责

- 1、负责受检者的导诊工作。
- 2、热情、主动引导受检者就诊，耐心解答受检者的咨询。
- 3、对老、弱、残人员用轮椅亲自护送到有关诊疗科室，提供便利。
- 5、站立服务，仪表端正，举止文雅。
- 6、切实提供人性化的服务。

九、核医学科注射护士岗位职责

- 1、负责科室患者各项检查所需的核素药物注射，坚持三查七对和无菌操作原则。
- 2、向患者交代相关检查的注意事项，安排患者候诊并经常观察候诊室及检查室中患者的病情变化，如发现问题应及时向医师汇报并协助处理。
- 3、做好各项相关登记。
- 4、核素药物注射过程中严格做好防护工作，预防放射性污染。
- 5、负责区域内的仪器卫生及工具整理工作，保持治疗车清洁。

十、核医学科预约登记岗位职责

- 1、认真做好病人的各项预约工作，做好登记，编号后交标记注射人员。
向患者交代预约后各种检查的注意事项、时间安排及检查要求。
- 2、负责科室送报表、保管、领物、管理库房等。

- 3、负责内务整理及其他工作人员无法完成的注射工作。

十一、核医学科病房护士岗位职责

- 1、认真做好患者入院前准备，预约入院且留取联系方式。
- 2、告知患者做好服碘药物治疗前的注意事项、住院日期，入院前一周电话确认患者能否如期入院，并嘱其携带好必备物品。
- 3、做好患者入院一切手续及工作，由责任护士根据医嘱安排患者入院检查，介绍病区环境、出入院路线并给予入院指导。
- 4、做好服碘前宣教、隔离期间护理，做好心理护理。
- 5、做好患者出院健康宣教，告知复查时间，定期配合医师对患者进行随访工作。

十二、患者服务中心护士长职责

- 1、在护理部、门诊部和科主任的领导下，负责科室护理工作，督促检查护理人员履行岗位职责，落实各项管理制度。
- 2、制订科室护理工作计划和科室护理工作规范，并组织实施。经常深入各个分诊区域，督促检查护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程情况，对复杂技术给予指导和示教，严防差错、事故的发生。
- 3、检查指导各个区域开诊前的准备及健康宣教工作。
- 4、督促检查服务台护士、导医护士、分诊护士及终端打印护士的日常工作完成情况。
- 5、督促检查门诊大厅、内、外、儿科分诊、候诊大厅及各个诊室的就诊秩序和环境卫生。
- 6、督促教育护理人员树立良好的医德医风，改善服务态度。加强巡视，及时发现候诊患者的病情变化，对较重患者应提前安排诊治或送急诊科处理。
- 7、规范并完善服务患者的各项措施，并经常检查、指导，确保落实。
- 8、负责组织护理人员的业务技术培训，开展护理科研，总结经验。
- 9、定期召开科室会议，协调同事间关系，总结经验，不断提高护理质量。
- 10、督促检查护理人员做好预检分诊、消毒隔离和疫情报告工作，防止交叉感染。
- 11、负责科室物品、器材领取，保证物品充足使用。
- 12、随时听取和收集患者对门诊工作的意见和建议，及时改进工作中存在的问题，必要时向护理部汇报。
- 13、根据教学计划目标，指导安排护生的临床教学及实习工作。定期听取实习护生意见，检查实习护生教学计划的实施情况。

- 14、完成医院、护理部交给的各项工作。
- 15、加强与各部门的沟通联系及协调工作。

十三、服务台导医护士职责

- 1、在科主任护士长的领导下进行工作。
- 2、执行首问负责制，负责预检分诊工作，做好发热病人的登记工作。
- 3、指导患者按流程就诊。
- 4、解答患者及家属的各种咨询。
- 5、观察候诊患者病情变化，发现急危重症及病情突然变化者，及时与急救中心联系并参与抢救。
- 6、维持门诊大厅就诊秩序，患者排队等候时间较长时，应主动疏导安抚患者，热情为患者进行

预检分诊。

- 7、维护门诊大厅的无烟环境，如有抽烟者应立即制止
- 8、为患者免费提供饮水、纸杯、担架、轮椅服务。
- 9、协助特殊患者（老、弱、残疾、行动不便者）的挂号、就诊、划价、取药、办理住院手续并护送至相应病房。
- 10、指导患者使用自助机挂号、缴费，节约等候时间
- 11、督促卫生员做好门诊卫生清洁工作，确保患者就医环境的洁净。
- 12、协调与各部门科室的各项工作。
- 13、负责患者的健康宣教工作。
- 14、主动帮助患者打印门诊就诊病历及化验单。
- 15、负责检查自助打印机性能并做好清洁卫生。
- 16、负责自助打印机故障的报修与记录，并与相关科室联系落实。

十四、门诊服务台巡视护士岗位职责

- 1、上午 7:50，下午 1:30（夏季 2:00）准时上岗，巡视门诊大厅的安全情况。负责宣传单的摆放收回工作。
- 2、督促保洁员工作，保证门诊就诊环境干净整洁，地面干净无水迹，各处灯光照明良好。
- 3、查看门诊大厅是否有广告宣传单，发现应立即清理。
- 4、维护门诊大厅的无烟环境，如有抽烟者应立即制止。
- 5、维持门诊正常就诊秩序，主动帮助患者，热情为患者进行预检分诊，为来访者答疑解惑，做好咨询及指引工作，遇有高龄患者应指引至电梯口。
- 6、对行动不便的患者主动提供帮助，并关注候诊病人情况，如遇有变症或急诊病人，应及时护送急救中心并做好相关记录。
- 7、指导患者使用自助缴费机挂号、缴费，节约排队等候时间。
- 8、为患者解释就诊流程；指引科室位置；指导患者缴费、取药及做相关检查等。
- 9、向患者介绍各临床科室专家、教授的医疗专长，并为就医者介绍医院概况，做好咨询服务工作。
- 10、积极主动帮助患者打印门诊就诊病历及化验单。
- 11、遇有突发事件（如急诊、病人病情变化、失窃或纠纷等）应第一时间向导诊台负责人汇报，并做好应急处理。

十五、门诊服务台早班护士岗位职责

- 1、上午 7:30，下午 1:30（夏季 2:00）准时上岗，巡视大厅，及时关闭大厅及门厅照明灯。
- 2、巡视查看地面是否干净无水迹，灯光照明情况是否良好。雨雪天及时督促保洁员取出防滑垫及警示牌放置于门诊大厅入口处，不需要时及时收回。
- 3、清点各类物品（如体温表轮椅等）并签名，保证物品齐全完备，下班与值班人员做好交接工作。
- 4、布置导诊台面（台面应整齐放置专家排班表、医院通讯录、价目表等），清洁导诊台面，保持台面整洁。
- 5、执行首问负责制，为患者进行预检分诊，热情为患者排忧解难，做好门诊患者的迎送工作，避免不必要的纠纷，保障就诊环境的安静、舒适。
- 6、指导患者使用自助缴费机挂号、缴费，节约等候时间。

- 7、指导患者正确使用就诊卡，保障患者正常就诊。
- 8、向患者介绍各科专家、教授的医疗专长，并为就医者介绍医院概况，做好咨询服务工作。
- 9、落实便民措施，为患者免费提供饮用水、纸杯、担架、轮椅等服务，方便患者就医。
- 10、对行动不便的患者主动提供帮助，并关注候诊病人的情况，如遇有病情变化或急诊病人，应及时护送前往急救中心并做好相关记录。

十六、门诊服务台值班护士岗位职责

- 1、上午 7:50：下午 1:30（夏季 2:00）准时上岗，维持正常的就诊秩序，保障就诊环境的安静、舒适。
- 2、执行首问负责制，负责预检分诊工作，做好发热病人登记工作。
- 3、指导患者使用自助缴费机挂号、缴费，节约等候时间。
- 4、主动帮助不识字的患者和高龄患者填写病人信息登记单。
- 5、为患者解释就诊流程；指引科室位置；指导患者缴费、取药、及做相关检查等。
- 6、督促保洁员工作，保证门诊就诊环境干净整洁。
- 7、查看门诊大厅是否有广告宣传单，发现后应立即清理。
- 8、维护门诊大厅的无烟环境，如有抽烟者应立即制止。
- 9、负责大厅各告示牌的摆放，活动结束后应立即撤换。保持地面干净无水迹，各处灯光照明良好。
- 10、维持正常就诊秩序，如台前患者聚集过多时，应主动上前疏导安抚患者，热情为患者进行预检分诊，做好门诊患者的迎送工作，避免不必要的纠纷。
- 11、负责担架车、轮椅的清洁，并检查担架车、轮椅的性能是否完好，如有损坏及时报修。
- 12、巡视门诊大厅的安全情况，遇有突发事件（如急诊、病人变症、失窃或纠纷等）应第一时间向导诊台负责人汇报，并做好应急处理。
- 13、对行动不便的患者主动提供帮助，关注候诊病人的情况，如遇有病情变化或急诊病人，应及时护送其前往急救中心并做好相关记录。
- 14、对当日特殊事件（如：咨询过程或预检分诊中遇到的疑难问题）进行书面记录，以利每周进行总结分析，完善门诊导诊资料。
- 15、下班前补充次日所需物品，保证物品齐全。

十七、导诊巡视护士岗位职责

- 1、上午 7:50，下午 1:30（夏季 2:00）准时到岗。
- 2、严格执行首问负责制，服务态度热情、主动，使用文明礼貌用语。
- 3、协助患者办理住院手续，第一时间为患者做好咨询引导工作。
- 4、将住院患者引领至住院楼的电梯口，同时做好楼层的指引并返回岗位。
- 5、热情主动搀扶高龄或行动不便的患者。
- 6、对于需要轮椅或担架车护送的患者，工作人员要将轮椅或担架车推至患者所在处，协助家属将患者送到病区，并负责把轮椅或担架车推回原处。
- 7、对需要协助办理住院手续的、或在指引就诊过程中的患者，导诊护士应负责观察病情变化，遇有突发事件如病人突然病情变化等，应立即向科主任及护士长汇报，并做好应急处理。
- 8、无上述工作时，导诊护士应在内外科候诊室做好患者的咨询及指引工作并协助分诊护士维持诊室的就诊秩序。

十八、分诊护士职责

- 1、在科主任护士长的领导下进行工作。
- 2、提前到岗，清洁、整理各诊室卫生（桌椅、窗台等）。
- 3、为各诊室准备饮用水。
- 4、检查各种处方、检查单等是否齐全并随时增补。
- 5、负责交接物品、准备体温计、口罩及预检分诊登记、毒麻药品开方登记工作。
- 6、负责扫描就诊卡按顺序和专业要求安排患者就诊，维持诊室和候诊室的秩序。
- 7、负责解答患者及家属的各种咨询。
- 8、观察候诊患者，如有病情变化及时安排就诊并参与突发危急症患者的抢救工作。
- 9、根据患者的需求及时协调相关专家或医生。
- 10、负责患者的健康宣教工作。
- 11、负责各诊室的紫外线消毒工作。
- 12、负责各诊室的空气培养工作。
- 13、每日下班前检查各诊室门窗、水、电、计算机是否关闭，诊室上锁。

十九、内外科分诊早班护士（内、外分1）职责

- 1、上午 7:30，下午 1:30（夏季 2:00）准时上岗，仪表着装规范。
- 2、打开各诊室电脑，补充各种处方、检查单等，保证按时开诊。
- 3、打开排号机，督促保洁员工作，维持候诊厅环境卫生，保持环境的清洁、地面干净无水迹，各处灯光照明良好。
- 4、负责交接物品、准备体温计、口罩及预检分诊登记工作。
- 5、为各诊室准备饮用水。
- 6、负责扫描就诊卡和分诊，按扫描卡顺序和专业要求安排患者就诊，维持诊室和候诊厅的秩序，观察候诊患者的病情变化，及时发现病情变化的病人并做好急、重病病人的安全转送工作。
- 7、负责解答患者及家属的各种咨询。
- 8、参与突发危急症患者的抢救工作。
- 9、根据患者的需求及时协调相关专家或医生。
- 10、负责患者的健康宣教工作。
- 11、负责各诊室的紫外线消毒及空气培养的登记工作。

急诊科护理人员职责

一、急诊科护士长职责

- 1、在护理部主任、科护士长的领导及科主任的业务指导下，负责急诊科护理管理工作。制定工作计划并具体组织实施。
- 2、负责急诊科护理人员工作排班。
- 3、组织安排急诊抢救工作，督促、检查护理人员配合医生做好急诊抢救工作及医嘱执行情况，加强急诊观察室的管理，经常了解留观患者的病情，指导护士严格按医嘱进行治疗、护理，做好各

种护理资料的记录和交接班工作。

- 4、督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，对成批和重大抢救要亲自参加并指导护理人员进行工作，严防差错事故的发生。
- 5、检查护理质量和服务质量，总结经验。
- 6、加强对护理人员的业务技术训练，提高急诊抢救技术水平。
- 7、指导临床教学工作，负责实习护生、进修护士的实习安排，指定有经验、有教学能力的护士担任带教工作，并定期检查护士的带教工作。
- 8、负责组织护理科研和技术革新。
- 9、负责督促检查抢救药品、器材、被服及各种所需物品的使用、保管情况，做到计划请领，及时维修和报损。
- 10、督促、检查各种急救药品、器材的准备工作，定量、定点、定位放置，并经常检查、补充、消毒、更换。
- 11、督促医、护、工做好消毒隔离工作，防止交叉感染，保持诊室内、外清洁、整齐、安静、有序的工作环境。
- 12、做好计划和总结工作，定期向护理部汇报工作。按要求定期上报各种统计表。

二、分诊早护士工作职责

- 1、在急诊科护士长的带领下工作，提前 15 分钟到岗，清点分诊台物品，做到帐物相符，各担架车清洁无血迹，性能良好。
- 2、参加晨会交接班，护士长不在时全面负责急诊门诊各项急救护理工作。
- 3、指导各单元的各项工，及时与各部门联系需维修的仪器等。
- 4、与抢上患者共同及时落实夜间未完成的各项工作。
- 5、对急诊就诊病人，按轻重缓急合理安排就诊、抢救，并认真登记，协助抢上护士做好抢救间病人的抢救工作。
- 6、检查整理前一天各种登记本，如留观登记本、押金登记本、死亡证明登记、六大病种等登记情况，留观登记本用完时分计出该本的留观人数。
- 7、负责追回夜间患者的欠费工作。
- 8、协助观察室及抢救室护士的治疗抢救工作，及时疏散抢救室、观察室内的病陪人。
- 9、保持分诊区的卫生，对怀疑患有传染性疾病的病人及时填写疫情报告卡并上报，做好发热病人的登记。

- 11、及时追要借出的物品，并落实费用收取情况。
- 12、下班前查看各种登记本是否登记完整，检查抢救间物品是否充足并补充，以备夜间使用。
- 13、整理分诊台，做交接班前的准备工作。
- 14、严格交接班制度。

三、分诊小护士工作职责

- 1、按时接班，清点分诊台物品，做到帐物相符。
- 2、准时交接班，负责协助抢上做好各项急救护理工作。
- 3、代替护士长协调各单元的各项工。
- 4、及时落实上班未完成的各项工作。

- 5、对急诊就诊病人，按轻重缓急合理安排就诊、抢救，并认真登记。
- 6、检查各种登记本，如留观登记本、押金登记本等登记是否完整。
- 7、巡视各诊区，督促并协助观察室护士及抢救室护士，及时疏散抢救室、观察室内的病陪人。
- 8、保持分诊区的卫生，对怀疑患有传染性疾病的病人及时填写疫情报告卡并上报，做好发热病人的登记。
- 9、追要借出的物品，并落实费用收取情况。
- 10、整理分诊台，做交接班前的准备工作。
- 11、与大夜班严格交接。

四、诊早班护士的职责

- 1、在急诊科护士长的带领下工作，按时接班，清点内外科诊室的物品及护理班物品，做到帐物相符，填写认真、无误，急救物品齐全，处于备用状态。
- 2、参加晨会交接班，交班中如发现病情、治疗、器械物品等交待不清，应立即查问，严格执行交接班制度，物品处于备用状态。
- 3、交接班后，认真、及时、有效即刻完成大夜班尚未完成的急需完成的工作。
- 4、掌握诊室、走廊内、处置室每位留观病人的病情，并保持管理区域床的整洁，保持整洁、有序，物品摆放安全，地面尽量无物品。
- 5、重点掌握诊室内病人的病情变化，治疗、转归情况，参加危重病人的抢救，做好心理护理、基础护理危重病人卧位正确、舒适，注意病人安全。
- 6、安排就诊秩序，及时疏散诊室病人，做好病区管理，按时通风，注意消毒隔离。
- 7、协助外科医生外科处理病人。
- 8、做好观察室、处置室内病人的基础护理及各项护理操作，使病人卧位舒适，护理措施得当，操作规程规范。
- 9、按护理文书要求，客观、据实、及时记录诊室内病人护理记录单。
- 10、及时、完整协助分诊护士追回带走物品。
- 11、对需留观、住院或会诊的病人及时与相关病区联系，负责病人用物的终末处理。
- 12、随时做好洗胃及抢救准备，及时观察病情、做好治疗及各护理工作。
- 13、保持诊室内卫生处置。
- 14、检查夜班用的物品是否充足。
- 15、严格执行交接制度。

五、诊小夜班护士职责

- 1、按时交接班，清点内外科诊室的物品及护理班物品，做到帐物相符，填写认真、无误，急救物品齐全，处于备用状态。
- 2、交班中如发现病情、治疗、器械物品等交待不清，应立即查问，严格执行交接班制度，物品处于备用状态。
- 3、交接班后，认真、及时、有效即刻完成上班尚未完成的急需完成的工作。
- 4、掌握诊室、走廊内、处置室每位留观病人的病情，并保持管理区域床的整洁，保持整洁、有序，物品摆放安全，地面尽量无物品。
- 5、重点掌握诊室内病人的病情变化，治疗、转归情况，参加危重病人的抢救，做好心理护理、

基础护理危重病人卧位正确、舒适，注意病人安全。

- 6、安排就诊秩序，及时疏散诊室病人，做好病区管理，按时通风，注意消毒隔离。
- 7、协助外科医生处理病人。
- 8、做好观察室、处置室内病人的基础护理及各项护理操作，使病人卧位舒适，护理措施得当，操作规程规范。
- 9、按护理文书要求，客观、据实、及时记录诊室内病人护理记录单。
- 10、及时、完整协助分诊护士追回带走物品。
- 11、对需留观、住院或会诊的病人及时与相关病区联系，负责病人用物的终末处理。
- 12、随时做好洗胃及抢救准备，及时观察病情、做好治疗及各护理工作。
- 13、保持诊室内卫生处置，严格执行交接制度。

六、诊大班护士工作职责

- 1、按时交接班，清点内外科诊室的物品及护理班物品，做到帐物相符，填写认真、无误，急救物品齐全，处于备用状态。
- 2、交班中如发现病情、治疗、器械物品等交待不清，应立即查问，严格执行交接班制度，物品处于备用状态。
- 3、交接班后，认真、及时、有效即刻完成上班尚未完成的急需完成的工作。
- 4、掌握诊室、走廊内、处置室每位留观病人的病情，并保持管理区域床的整洁，保持整洁、有序，物品摆放安全，地面尽量无物品。
- 5、重点掌握诊室内病人的病情变化，治疗、转归情况，参加危重病人的抢救，做好心理护理、基础护理危重病人卧位正确、舒适，注意病人安全。
- 6、安排就诊秩序，及时疏散诊室病人，做好病区管理，按时通风，注意消毒隔离。
- 7、做好抢救间、诊室室内病人的基础护理及各项护理操作，使病人卧位舒适，护理措施得当，操作规程规范。
- 8、按护理文书要求，客观、据实、及时记录诊室内病人护理记录。
- 9、及时、完整协助抢救间护士追回带走物品。
- 10、对需留观、住院或会诊的病人及时与相关病区联系，负责病人用物的终末处理。
- 11、随时做好洗胃及抢救准备，及时观察病情、做好治疗及各护理工作。
- 12、做好工作量的统计，保持诊室内卫生处置。
- 13、严格执行交接制度、参加晨会交接班。

七、抢上护士职责

- 1、在急诊科护士长的带领下工作，提前 15 分钟到岗，清点抢救室抢救车物品，做到帐物相符，填写认真、无误。
- 2、准点交接班，及护理班对物品的清点和配备，发现病情、治疗、器械物品等交待不清，应立即查问，严格执行交接班制度，物品处于备用状态。
- 3、交接班后，及时认真、有效完成大夜班尚未完成的急需完成的工作。
- 4、熟知抢救间病人的主管医生、诊断、病情、主要用药、皮肤等。
- 5、重点掌握抢救室病人的病情变化，治疗、转归情况，参加危重病人的抢救，做好心理护理、基础护理危重病人卧位正确、舒适，注意病人安全。保持各种管道通畅，皮肤完好。

- 6、检查各抢救仪器是否处于备用状态，发现问题及时向分诊护士汇报，以便及时维修。
- 7、及时、准确、认真督导、检查抢救室其他护理人员工作。
- 8、做好危重病人陪检及送住院，并做好各科室之间病情交接。
- 9、辅助分诊护士安排就诊秩序，及时疏散抢救室陪人，抢救室原则只留一位家属，抢救室床单元整洁、地面卫生清洁。
- 10、按时通风，注意消毒隔离，严格执行消毒隔离制度。
- 11、做好抢救室病人的基础护理及各项护理操作，病人卧位舒适，护理措施得当，操作规程规范。
- 12、客观、据实、及时记录并按护理文书要求书写危重病人护理记录。
- 13、下班前补充所有抢救物品，以备夜班使用。
- 14、整理床单元，巡视病人，做交接班前的准备工作。
- 15、严格执行交接制度。

八、抢小护士工作职责

- 1、在急诊科护士长的领导下工作，提前 15 分钟到岗，清点抢救室抢救车物品，做到帐物相符，填写认真、无误。
- 2、准点交接班，及护理班对物品的清点和配备，发现病情、治疗、器械物品等。交待不清，应立即查问，严格执行交接班制度，物品处于备用状态。
- 3、交接班后，及时认真、有效完成白班尚未完成的急需完成的工作。
- 4、熟知抢救间留观病人的主管医生、诊断、病情、主要用药、皮肤等。
- 5、重点掌握抢救室病人的病情变化，治疗、转归情况，参加危重病人的抢救，做好心理护理、基础护理危重病人卧位正确、舒适，注意病人安全。保持各种管道通畅，皮肤完好。
- 6、检查各抢救仪器是否处于备用状态，发现问题及时向分诊护士汇报，以便及时维修。
- 7、及时、准确、认真督导、检查抢救室其他护理人员工作。
- 8、辅助分诊护士安排就诊秩序，及时疏散抢救室陪人，原则上抢救室只留一位家属，床单元整洁、病人安排有序。
- 9、注意消毒隔离，严格执行消毒隔离制度。
- 10、做好抢救室病人的基础护理及各项护理操作，病人卧位舒适，护理措施得当，操作规程规范。
- 11、客观、据实、及时记录并按护理文书要求书写危重病人护理记录单。
- 12、认真交接班，发现问题及时询问。
- 13、整理床单元，巡视病人，做交接班前的准备工作。
- 14、严格执行交接制度。

九、抢大护士工作职责

- 1、清点抢救室抢救车物品，做到帐物相符，填写认真、无误。
- 2、准点交接班和辅助班对物品的清点和配备，发现病情、治疗、器械物品等交待不清，应立即查问，严格执行交接班制度，物品处于备用状态。
- 3、交接班后，及时认真、有效完成小夜班尚未完成的急需完成的工作。
- 4、熟知抢救病人的主管医生、诊断、病情、主要用药、皮肤等。
- 5、重点掌握抢救室病人的病情变化，治疗、转归情况，参加危重病人的抢救，做好心理护理、基础护理危重病人卧位正确、舒适，注意病人安全。保持各种管道通畅，皮肤完好。

- 6、检查各抢救仪器是否处于备用状态，发现问题及时及时报修。
- 7、辅助诊室护士安排就诊秩序，及时疏散诊室病人，加强抢救室的管理，抢救室原则只留一位家属，床单元整洁、病人安排有序。
- 8、按时通风，注意消毒隔离，严格执行消毒隔离制度。
- 9、做好抢救室病人的基础护理及各项护理操作，病人卧位舒适，护理措施得当，操作规程规范。
- 10、客观、据实、及时记录并按护理文书要求书写危重病人护理记录。
- 11、准确、及时统计工作量。
- 12、整理床单元，巡视病人，做交接班前的准备工作。
- 13、严格执行交接制度，参加晨会交接班。

十、观早护士工作职责

- 1、在急诊科护士长的带领下工作，提前 15 分钟到岗，清点观察室物品，做到帐物相符，填写认真、无误、查看交接班记录，了解观察室患者的病情。
- 2、床边交接班，掌握观察室病人的病情八知道，床单元清洁整齐。接班后对夜班未完成的工作，认真核对并及时完成。
- 3、认真交接 120 车的抢救药品及物品仪器，账物相符，性能良好，随时做好 120 出车准备，并认真完成出车后的记录书写工作。
- 4、做好观察室患者各项治疗护理工作，负责观察病人、门急诊患者的观察治疗输液工作。病人所用药液，须经两人核对后签名。病人带来的药品当面点清，并做好输液、药物等健康宣教。
- 5、注意用药安全，严格执行查对制度及各项操作规范，认真核对，医嘱签名规范。
- 6、严密观察患者病情变化，及时巡视观察、输液病人，发现病情变化，及时报告医生，并做好记录。根据患者病情严格掌握输液速度，注意注射皮肤局部有无红肿及渗出。
- 7、保持治疗室整洁，物品摆放合理有序，垃圾分类明确，按医疗垃圾分类处理。
- 8、按时完成各项治疗与护理，医嘱完成及时、准确。
- 9、认真准确统计工作量。
- 10、用消毒液擦拭桌面、治疗盘，保持清洁无污物。
- 11、为夜班做好物品准备，以保证夜班正常工作。
- 12、严格交接班制度，因特殊原因未完成的工作应向接班者交待清楚。

十一、观中护士工作职责

- 1、按时交接班，清点治疗室物品，做到帐物相符，填写认真、无误，查看交接班记录，了解观察室患者的病情。
- 2、床边交接班，掌握观察室病人的病情八知道，床单元清洁整齐。接班后对夜班未完成的工作，认真核对并及时完成。
- 3、患者液体摆放有序，医嘱认真核对执行后有签名。
- 4、负责观察、门急诊患者各项治疗与护理工作，病人带来的药品当面点清，并做好输液、药物等健康宣教。
- 5、严格执行查对制度及各项操作规范，保证用药安全。
- 6、及时巡视输液病人，严密观察病情变化，及时报告医生，做好记录。严格掌握患者的输液速度，注意注射部位的局部皮肤有无红肿及渗出。

- 7、床单元清洁整齐，无血迹及污迹，垃圾分类明确，按医疗垃圾分类处理。
- 8、按时完成各项治疗，医嘱执行及时、准确。
- 9、治疗室、护士站的地面卫生清洁，消毒液擦拭桌面，治疗盘，清洁无污物。
- 10、认真交接 120 车的抢救药品及物品仪器，账物相符，性能良好，处于备用状态，随时做好 120 出车准备，并认真完成出车后的记录书写工作。
- 11、严格交接班制度，对尚未完成的工作应向接班者交待清楚。

十二、观夜护士工作职责

- 1、按时交接班，清点治疗室物品，做到帐物相符，填写认真、无误。
- 2、床边交接班，掌握观察室病人的病情八知道，床单元清洁整齐。接班后对夜班未完成的工作，认真核对并及时完成。
- 3、患者液体摆放有序，医嘱认真核对执行后签名。
- 4、负责门急诊患者各项治疗护理工作。病人病人带来的药品当面点清，严格执行三查九对制度，并做好输液、药物等健康宣教。
- 5、注意用药安全，严格执行各项操作规范，医嘱签名规范。
- 6、及时巡视观察室病人，严密观察病情变化，及时报告医生，做好记录。严格掌握输液速度，注意用药安全，注意注射皮肤局部有无红肿及渗出等不良反应。
- 7、治疗室垃圾分类明确，按医疗垃圾分类处理。
- 8、认真交接 120 车的抢救药品及物品仪器，账物相符，性能良好，处于备用状态，随时做好 120 出车准备，并认真完成出车后的记录书写工作。
- 9、认真准确统计工作量。
- 10、病房、输液室开窗通风，消毒，治疗室、护士站地面、桌面、治疗盘整洁，物品放置规整。
- 11、严格交接班制度，对尚未完成的工作应向接班者交待清楚。
- 12、参加晨会交接班。

十三、消毒班工作职责

- 1、洗胃间：清洁仪器车及洗胃机卫生，运转洗胃机 5-10 分钟，清洁消毒洗胃机管道及吸痰器瓶，管道；清洁洗胃桶更换清水，检查并备齐洗胃间所有物品，保证均在有效期内。
- 2、抢救器械和物品：定位放置，清洁卫生，包括仪器各导联线等，无菌物品无过期，注意仪器的维护，更换袖袋并清洗，清洁消毒呼吸气囊，喉镜，面罩，剪刀，指甲刀，血压计，听诊器，手电筒，除颤器每月放电，充电维护一次并做好标记，保证各抢救仪器，器械处于备用完好状态。
- 3、抢救及备用药品，检查各抢救车及备用药数量相符，定位放置，无过期现象，标识清晰，预过期（提前三个月）与药房更换，无法更换的要贴有预过期标识。
- 4、空气培养：每月月初做空气培养及手，桌面的消毒培养，第二周消毒班取回并粘贴。
- 5、应急灯充电备用（每月一次），月初做满意度调查。
- 6、紫外线：各普通病房，办公室消毒通风，消毒网每月月初清洗。
- 7、基础护理：普通病房及危重病人床单元是否清洁整齐，是否做到三短，六洁，四无，各管道标识清晰。
- 8、担架车，治疗车：清洁各车轮，检查性能是否良好并油，轮胎充气良好。
- 9、记录在质控本及仪器检查记录本上。

中心治疗室护理人员职责

一、中心治疗室护士长职责

- 1、在护理部和科护士长的领导业务指导下，制订输液室具体工作计划，并付诸实施。
- 2、做好输液室管理工作。负责检查、督促护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规程；经常检查护理质量，三查九对执行情况；复杂的技术应亲自执行或指导护士操作，搞好传、帮、带，不断提高技术水平。
- 3、负责输液室护理人员排班工作，合理安排人力，加强护理人员工作配合，保证患者及时、准确得到治疗护理，严防差错及事故发生。
- 4、督促教育护理人员改善服务态度，经常巡视观察患者的病情变化。
- 5、组织领导科室内护理人员的业务学习、技术培训及考核。开展护理科研，及时总结经验。
- 6、督促检查卫生员做好清洁卫生。
- 7、经常深入病人，听取患者的意见和要求，鼓励患者与医护人员共同管理好病区。
- 8、教育患者遵守规则。向患者宣传卫生知识和各项规章制度。
- 9、按要求认真填写各种护理资料。
- 10、计划领取输液室所需的医疗办公用品，负责保管和维修，定期检查并记录。

二、治疗护士岗位职责

- 1、工作人员着装整洁，准时上岗，坚守岗位，规范服务。
- 2、关心患者，认真做好解释、咨询工作，主动提醒患者注意自己物品的保管。
- 3、严格执行查对制度，要求做到三查九对，严格无菌操作，准确及时无误，做到温馨静脉穿刺。
- 4、做好治疗室各种物品的清洁、消毒工作，严格遵守消毒隔离制度。
- 5、防止交叉感染，做好医用垃圾和生活垃圾的分类管理和初步清洁消毒工作。
- 6、负责更换治疗盘，并注明消毒液名称、浓度及更换时间。
- 7、中午下班前认真向连班交接：做好病人、瓶次记录，核对无误双方签字后方可离开。
- 8、整理治疗室，保持清洁卫生，为下一班做好准备。

三、注射护士岗位职责

- 1、工作人员着装整洁，准时上岗，坚守岗位，规范服务。
- 2、根据医嘱配制各种皮试液（并注明皮试药物配制名称、日期、时间。
- 3、熟练掌握本专业理论与专业技术知识，善于观察、分析、解决问题。熟悉常见病的应急抢救及处理。

- 4、严格执行操作规程，严格无菌技术操作原则和查对制度。
- 5、服务态度好，掌握儿童服务技巧，善于沟通，及时化解与患者的矛盾。
- 6、具有较强的团队意识，团结同事，服从科室安排。
- 7、负责协调注射室秩序。认真做好皮试、肌注工作。

四、巡回护士岗位职责

- 1、工作人员着装整洁，准时上岗，坚守岗位，规范服务。
- 2、病人穿刺完毕后及时护送到各病房，根据病情、药物调整好滴速，并向病人交待注意事项。

- 3、按时巡视输液情况，注意当天患儿病情变化、输液情况、有无液体外渗等，保证输液通畅。
- 4、加强巡视，随时处理输液过程中出现的情况，根据患者年龄、病种、药物观察并调节滴速，注意液体有无外渗，患者有无不适反应，发现异常立即通知医生及时处理，并做好记录。
- 5、为病人做好药物宣教，耐心解答病人疑问。及时更换液体并签名，输液完毕确认无下一部液体后再拔针。
- 6、下班前向接班者（连班）交清病人输液情况（有无渗出）及液体量、瓶次。
- 7、负责被服清点，每周二、五更换，随时整理病房坐椅、床单元。
- 8、下班前清洁工作区，整理床单位。
- 9、负责做好空气净化消毒工作。

五、上连、连班护士岗位职责

- 1、工作人员着装整洁，准时上岗，坚守岗位，规范服务。
- 2、按时打开治疗室、配药室门窗，开窗通风。
- 3、配药前严格三查九对，再次核对液体质量，加药剂量准确。无误后打红钩签字。
- 4、负责中午输液病人皮试、肌注、静脉治疗、更换液体、拔针等一切工作。
- 5、下班前整理好座椅、床单元，保持床铺清洁、平整，输液架放于床头。
- 6、负责配制配药室、穿刺室抹布消毒液，保持桌面、地面卫生清洁。
- 7、为下一班准备好用物准备。

六、晚班护士岗位职责

- 1、工作人员着装整洁，准时上岗，坚守岗位，规范服务。
- 2、认真交接各种物品、寄存药物。做好病人输液、病情交接后方可离开。
- 3、严格无菌操作及查对制度，做好病人皮试、肌注、穿刺等一切工作。
- 4、按时巡视输液情况，注意患儿病情变化、输液情况、有无液体外渗等，保证输液通畅，加强巡视，及时更换液体、拔针，随时处理输液过程中出现的情况。
- 5、下班前负责把未注射完的患者护送到急诊科，认真交接班，交清病人、病情、输血量、所用药物并签字。
- 6、下班前做好病房用物及床单元被服整理工作，做好体温表、刀架等消毒工作。
- 7、为下一班准备好用物准备。
- 8、下班前清洁工作区，整理床单位。
- 9、负责做好空气净化消毒工作。

七、总管护士岗位职责

- 1、工作人员着装整洁，准时上岗，坚守岗位，规范服务。
- 2、清点查对物品、药物，数量不符及时询问上一班，否则由接班者负责。
- 3、查对电子处方，严把质量关，认真检查液体质量、数量是否相符，负责与药房协调，耐心向病人做好解释工作。
- 4、告诉病人输液瓶次、牌号核对无误签字后交给配药者。寄存药物当面点清，负责收费。
- 5、协助上连加药，每天下班前负责工作量统计。
- 6、护士长不在时代替护士长工作。
- 7、下班之前准备好第二天用物。

抽血处护理人员职责

一、抽血处护士长职责

- 1、在护理部主任和门诊护士长的领导下，负责抽血处的护理工作。
- 2、负责制订护理工作计划并组织实施，经常督促、检查各项规章制度、各班岗位职责、各项操作规范的执行，确保护理质量，严防差错事故。
- 3、有计划地组织好本科室人员的业务学习和技术培训，定期考核、提问，提高护士专业水平，并注意护士素质的培养。
- 4、根据患者和护士的具体情况，进行合理调配和使用护理人员，合理排班。
- 5、负责检查、督促、管理消毒隔离工作，预防院内感染。
- 6、负责计划并组织抽血处患者的健康教育工作。
- 7、督促教育护理人员改善服务态度，加强责任心，为患者提供清洁、舒适环境。
- 8、计划领取抽血处医疗用品，负责保管和定期检查。
- 9、广泛听取患者的意见和建议，了解护理工作中存在的问题，加强沟通及合作。

二、抽血处护士职责

- 1、在护士长领导下进行工作。
- 2、认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格执行查对制度，做好交接班，严防差错事故的发生。
- 3、保持室内环境整洁、安静、舒适、安全，维持就诊秩序。
- 4、注意观察患者动态变化，加强巡视，发现急、危重患者及时处理，以免耽误病情。
- 5、负责科室内物品、电脑及各种仪器的保养和管理工作。
- 6、做好消毒隔离工作，防止交叉感染。
- 7、积极参加政治和业务学习，不断提高服务质量和业务技术水平。
- 8、为患者及家属提供护理咨询，进行健康教育。

三、辅班护士职责

- 1、护理人员着装整洁，佩带胸牌，准时上岗，不脱岗、不闲谈，热情主动接待患者，有问必答。
- 2、负责科内电脑的检查 and 保养工作，发现问题及时通知技术人员维修，保证系统正常工作。
- 3、按先后顺序，认真做好核对、贴码工作，维持患者秩序，同时做好宣教工作。
- 4、及时观察患者抽血后的反应，如有异常及时处理。
- 5、协助主班及时抽血。
- 6、负责抽血室物品的保管、补充、检查，保证各种药品无过期。
- 7、下午负责到打印终端处协助患者领取化验单，随时与相关科室保持联系，解答患者的疑问，达到患者满意。

四、早班护士职责

- 1、护理人员应衣着整洁，佩带胸牌，按时到岗，打开抽血室门窗，开窗通风。
- 2、清点备用物品并签全名。
- 3、做好抽血前各项准备工作，如准备抽血棉签并注明开包时间，备好无菌盘、垫枕、止血带等。

- 4、洗手，戴口罩、手套，加强个人防护。
- 5、按先后顺序进行抽血，并放置好血标本。
- 6、严格执行消毒隔离制度和无菌操作、查对制度，做好交接班，严防差错事故发生。
- 7、做好医用垃圾的分类处理，以便医疗废物的收集和处理。

五、主班护士职责

- 1、护理人员应衣着整洁，佩带胸牌，准时上岗，不脱岗、不闲谈，热情主动。
- 2、洗手，戴口罩、手套，加强个人防护。
- 3、按先后顺序进行抽血，并督促化验室取血标本。
- 4、严格执行消毒隔离制度和无菌操作、查对制度，做好交接班，严防差错事故发生。
- 5、负责止血带、被血液污染的台面及地面的清洁、消毒工作。
- 6、负责更换治疗盘，并注明消毒液名称、浓度及更换时间，每天更换治疗盘中治疗巾和补充脉垫上的脉巾。
- 7、负责一次性医疗用品及无菌物品的兑换、保管、使用及处理，严格按照要求存放，定期检查。
- 8、负责保持室内整洁、卫生。
- 9、负责每月1号用75%酒精擦拭紫外线灯管。

社区卫生服务中心护理人员职责

一、护士长职责

- 1、在护理部主任、门诊科护士长和东郊门诊部主任的领导下，负责东郊门诊部护理人员的岗位教育、培训，加强对护理业务管理，督促护理人员完成所承担的任务。
- 2、根据护理部的工作计划制定门诊工作计划，并组织实施，不断提高护理质量，改善服务态度。
- 3、认真执行岗位责任制，监督、检查护理人员执行各项规章制度、技术操作规程情况，严防差错事故和医院感染的发生，认真执行登记及上报制度，及时总结经验与教训。
- 4、组织本科护理人员业务技术培训和考核，并注意护士素质的培养。
- 5、负责组织护士做好协诊工作和等待服务。
- 6、负责计划、组织候诊教育和健康教育工作
- 7、负责组织专科业务和新技术的学习，不断提高门诊护理人员的业务技术水平。
- 8、负责督促检查抢救物品和仪器管理工作。
- 9、认真执行疫情报告、消毒隔离制度，预防交叉感染，保证门诊清洁及工作有序。
- 10、定期组织门诊护士业务学习、技术训练及考核。
- 11、指导门诊护士做好护理科研、教学工作。

二、护士职责

- 1、在护理部主任、科护士长和门诊护士长领导下进行工作。
- 2、负责各种器械消毒供应，保管好财产物品，保证治疗护理工作正常进行。
- 3、协助医生做好开诊前的准备工作，负责患者的就诊指导和健康宣教工作。
- 4、负责诊疗室的整洁、安静、维持就诊秩序，做好等待服务。

5、协助医师对患者进行检查诊治，按医嘱对患者进行处置，如有疑问，必须询问清楚方可执行，配合医师做好危重患者抢救和各种诊疗工作。

6、严格执行各项规章制度和技术操作规程，落实查对制度，严密观察患者用药后反应，发现异常及时报告，严防差错事故发生。

7、对输液患者，加强巡视，保证输液通畅，及时处理输液过程中出现的情况，根据患者年龄、病情、药物性质观察并调节滴速，注意液体有无外渗，患者有无不适反应，发现异常立即通知医生及时处理，并做好记录。

8、为患者做好药物宣教，耐心解答患者疑问。及时更换液体并签名，输液完毕确认无液体后再拔针。

9、定期检查各类无菌包等消毒日期，做好消毒隔离工作，防止交叉感染，保持治疗环境清洁、整齐并定期进行空气消毒。用后一次性物品和注射器、输液器按规定处理。

10、认真学习业务，提高理论水平，向患者做耐心、科学的解释工作，提高服务质量。

11、定期检查各种急救物品和各类仪器的效期和性能，保证抢救物品、药品的性能良好。

内镜中心护理人员职责

一、内镜中心护士长的职责

- 1、在护理部及门诊部的领导下，负责本科室的行政管理和医院感染的各项管理工作。
- 2、根据内镜中心任务和护理人员的情况，进行科学分工密切配合医生完成各项检查治疗工作。
- 3、督促各级人员认真执行各项规章制度，对内镜的清洗消毒严格按照卫生部《内镜清洗消毒技术规范》来作。
- 4、按照要求检测使用中的消毒液、消毒后的内镜及空气、医务人员的手。
- 5、使用的消毒液、器械必须符合《消毒管理办法》的规定，严格按感染管理科的要求去做。
- 6、指导本中心护理人员职业防护，督导医护人员手卫生。
- 7、负责本中心医疗废物的管理督导工作。
- 8、督导护理人员改善服务态度，做好各种镜检的健康宣教。
- 9、负责科室固定资产、药品、器械、敷料等消耗品的预算、申领、保管工作，毒麻、抢救药品及贵重器械的管理工作。

二、房间（1-3）职责

- 1、护士按时到岗，做好内镜诊查前的准备，备齐用物，物品缺少及时填补。
- 2、检查者进入诊室后，核对检查者姓名、性别、年龄，并为检查者准备好体位。
- 3、检查及治疗前后向病人及家属进行宣教及注意事项。
- 4、检查过程中，配合医生完成各项操作。
- 5、协助医生进行对危重病人的抢救工作。
- 6、负责检查特殊检查及治疗的病人交费情况及所用药品，并告知。
- 7、检查结束后，将病人用完的一次性用品弃于垃圾桶里，包括厅内垃圾桶，扎口封条后放置垃圾储存处。

8、当天工作结束后，整理用物，补充用品，将注水瓶、吸引瓶送消毒室浸泡消毒，做好房间的空气消毒工作。

9、每日工作结束后，检查本诊室电源、门锁确保安全后，方可离开。

10、每周五进行房间清洁一次，包括门窗、操作台、机器、电脑、桌椅、床。

三、分诊班职责

1、每日须提前 10 分钟到岗，衣帽整齐，戴胸牌上岗。

2、接收当日检查申请单，按检查项目分类放置，合理有秩序的安排病人做检查，传染病人或特殊病人做好标记，以便特殊处理。

3、详细交待检查、治疗病人注意事项、检查目的，解除患者的紧张情绪，保持良好的心理状态。

4、按物价标准正确记账收费。

5、检查治疗结束后，核对病理申请单，确定无误让家属送检。

6、发放报告单时核对姓名、年龄、检查项目、正确填写病理结果。

7、负责预约申请检查的病人，认真交待注意事项及解释工作。

8、负责下午支气管镜（内容同诊疗室护士职责）。

9、记录当日收费及各医生操作例数。

10、认真记录内镜维修保养登记本并督促清洗消毒 1 班对内镜进行保养。

四、清洗、消毒 1 职责

1、每天擦拭支气管组清洗设备及清洗槽保持清洁无尘。

2、掌握测漏仪的使用方法并每日对使用后的内镜进行侧漏。定期检查内镜、附件有无破损，做好保养

3、严格按照 2016 年清洗消毒技术规范对胃镜及附件进行清洗消毒及灭菌工作。

4、做好胃镜的消毒登记工作。登记内容包括：就诊病人姓名、使用内镜编号、清洗时间、消毒时间及操作人员的姓名。

5、掌握储镜柜使用及注意事项，储镜柜内要每日擦拭并保持清洁无尘，每周消毒一次，保持干燥。

6、掌握附件性能、清洗消毒、灭菌注意事项，并按时进行灭菌。

7、每日诊疗结束必须对注水瓶、吸引瓶、转运车用 500mg/L 含氯消毒液进行消毒。

8、消毒人员在工作中要做好个人防护，穿防渗透工作服、防护面罩、口罩、帽子、手套。

五、清洗、消毒 2 职责

1、每天擦拭胃肠组清洗设备及清洗槽保持清洁无尘。

2、按要求检测消毒液的浓度并认真记录消毒液检测本、消毒登记本、紫外线消毒登记本。

3、开诊前清洁各清洗槽对拟于使用的内镜进行 20 分钟消毒。

4、严格按照 2016 年清洗消毒技术规范对肠镜及附件进行清洗消毒及灭菌工作。

5、做好肠镜的消毒登记工作。登记内容包括：就诊病人姓名、使用内镜编号、清洗时间、消毒时间及操作人员的姓名。

6、检测每月空气、医务人员手的细菌培养，使用中的内经细菌培养。

7、每日诊疗结束必须内镜工作站用 500mg/L 含氯消毒液进行消毒。

8、消毒人员在工作中要做好个人防护，穿防渗透工作服、防护面罩、口罩、帽子、手套。

影像中心护理人员职责

一、磁共振室护士工作职责

1、在科主任及护士长的指导下工作。

2、认真执行查对制度，交接班制度，防止差错事故发生。

3、做好 MR 检查前的准备工作，协助签署患者知情同意书。

4、实施增强检查，观察用药反应，发现异常及时报告积极配合医生进行抢救。

5、做好抢救药品及器械的管理，定期检查，使其处于完好备用状态。

6、认真执行无菌技术操作规程，并监督检查者的无菌操作按规范执行。

7、保证工作场所的干净整齐，对增强场所定时消毒，做好监控工作。

二、放射科护士工作职责

1、为预约病人解释接受检查和治疗准备事宜。

2、负责领取，保管药品，器材和其他药品，并做好器械的清洁消毒工作。

3、严格执行各项规章制度和技术操作规程，认真做好基础护理和专科护理。

4、做好候诊病人检查前的准备工作，评价受检者的病情，检查部位，配合程度等，科学安排就诊秩序，适时做好候诊病人相关健康教育。与医技人员密切配合完成检查治疗工作。

5、检查治疗过程中严密观察患者的病情变化。患者有异常情况时，配合医生做好急救处理并及时做好护理记录。

6、检查结束后主动告知病人及家属注意事项及领取报告的时间和地点。

7、完成科室的各项指派任务。

三、CT 室护士工作职责

1、CT 室护士在科主任领导下及医师指导下进行工作，认真履行职责。

2、负责前来就诊病人的引导及检查前后事项的解释工作，维持候诊秩序。

3、认真执行各项工作制度和操作规程，严格无菌操作，严防差错事故发生。

4、负责病人检查前后的准备工作及护理，做好心肺复苏病人的抢救培训，密切配合医师病人的抢救。

5、对特殊检查，按要求准备好必备的药品，器械。协助医师做好各种检查。

6、负责 CT 室资料的保管，并做好病人登记，归档，统计等工作。

7、对传染病人做完检查后做好各种消毒工作，严防交叉感染。

8、定时领取科内办公用品。

9、负责科内的抢救药品及医疗器械的保管，定期检查和补充。

放射介入科护理人员职责

一、护士长职责

1、在护理部主任和科主任的领导下，负责本科室的管理工作。

- 2、根据放射介入科的任务和护理人员的情况，进行科学分工，密切配合医生完成手术。
- 3、督促各级人员认真执行各项规章制度和技术操作规程。
- 4、加强护士业务素质的培训，定期组织业务学习。
- 5、督促所属人员做好消毒工作，按规定进行空气、物体表面和医务人员手的细菌培养，监测消毒效果。
- 6、认真执行查对制度和交接班制度，严防差错事故。
- 7、经常听取各科室意见，协调好各科室的关系，了解患者术后情况，不断总结经验教训。
- 8、负责放射介入科固定资产、导管、药品、器械、敷料、消耗品的预算、申领，卫生设备等物品请领、保管工作，并随时检查急诊手术的物品情况，麻、毒、限剧毒药品及贵重器械的管理情况。
- 9、负责接待参观事宜。

二、治疗护士职责

- 1、做好每台手术药品使用的准备及患者各项登记工作。
- 2、核查病人，将患者安稳送至手术台上。并开放良好的静脉通道，静脉通道连接三通。
- 3、准确执行导管检查治疗及抢救中的各项口头医嘱，严格做到三查七对。
- 4、将常规使用各种仪器接通电源，放置于使用位置。
- 5、患者入室后将心电图接通，排除干扰，准备监护。
- 6、将动脉监测无菌换能器接通，备用。
- 7、将加压袋中放入生理盐水，准备加压冲洗。
- 8、负责术中心电图、动脉压力监测，随时向术者报告变化情况以便及时处理，防止意外发生。
- 9、遇到抢救患者时及时正确使用除颤器及临时起搏器。
- 10、根据手术准备好高压注射器，抽取造影剂。

三、器械护士职责

- 1、做好当日各台手术的无菌敷料及导管材料的准备工作。
- 2、核对介入包的效期，严格遵守无菌操作规程，负责铺设无菌台，整理台面，手术用品摆放整齐合理，协助手术医生穿手术衣。
- 3、与本台手术者核对本次手术用导管材料的规格、数量、生产日期、消毒日期，并依次递与台上。
- 4、及时补充手术台上的无菌纱布、注射器及冲洗盐水。
- 5、做好各项使用登记，并将材料条形码贴于原始记录单，封存备案。
- 6、填写收费单、医嘱单，做到准确无误，不漏费，不乱收费。
- 7、负责整理当日术中所用一切物品回位，准备下次手术所用物品。
- 8、及时提供抢救及急诊所用特殊导管材料。

消毒供应室护理人员职责

一、护士长工作职责

- 1、根据护理部工作计划及消毒供应中心的工作特点，制定本科室具体工作计划并组织实施。
- 2、科学安排人力资源，做到日有安排，周有重点，月有计划。

- 3、组织本科工作人员学习专科业务技术，加强业务培训，不断提高科室工作人员的业务水平。
- 4、指导和监督科室各岗位人员工作职责的履行及规章制度和技术操作规程的落实和执行。
- 5、负责科室各作业区的质量控制，并完成相关考核工作。
- 6、做好与上下级和相关科室的沟通，营造良好工作气氛，以保证工作质量和提高整体工作效率。
- 7、负责组织安排本科室的临床教学、实习、见习和参观接待工作。
- 8、主持科室护理科研工作，制订本专业学科发展的规划，促进学科的发展。

二、设备管理员职责

- 1、在护士长领导下工作，负责消毒供应中心仪器设备质量管理，参与消毒供应专业探讨和持续改进。
- 2、熟悉设备档案管理、设备日常维护保养、设备安全操作、设备故障应急预案的相关工作。
- 3、掌握重大设备的相关管理要求，督导厂家定期维护保养，做好维修记录，存档备查。
- 4、负责检查设备操作规程的执行情况、设备运行状况，确认设备运行中的技术参数，及时发现问题，及时处理隐患，确保安全。
- 5、协助制定新设备的操作流程，负责设备的操作培训。
- 6、督导重大设备年检校验工作的落实，并做好资料保管，存档备查。

三、去污区岗位职责

- 1、按去污区防护要求佩戴相应防护用品，与回收分类人员做好交接，根据器械物品材质、精密程度、污染程度分类处理，发现问题及时与科室沟通，反馈。
- 2、严格按照清洗工作流程规范操作，做好手工清洗与机械清洗，确保清洗质量。
- 3、对各种腔镜镜头、器械等结构精细、价格昂贵物品应轻拿轻放，清洗前后检查确认镜头的完好性。
- 4、每日工作结束后进行卫生清扫擦拭消毒工作，保持环境卫生清洁。
- 5、认真记录清洗消毒器每批次运行的物理参数及运转情况。
- 6、与检查包装区工作人员做好交接记录并签字。

四、检查包装区岗位职责

- 1、工作人员着装整齐，规范操作。
- 2、包装前必须进行器械的洁净度、功能完好性的检查，发现问题及时解决，以免影响使用。
- 3、手术器械包内放置包内化学指示卡，每次包装前双人核对无误后按要求进行包装。
- 4、应正确使用包内、包外灭菌效果监测用品，灭菌包外注明六项标识，建立质量追溯体系。
- 5、特殊物品应于灭菌人员做好交接工作。
- 6、每日工作结束后及时补充各种消耗品，以免延误工作。
- 7、每日工作结束后对工作环境进行清洁、消毒工作，保持整洁。

五、无菌区岗位职责

- 1、严格按照无菌区着装要求和工作流程规范操作。
- 2、一次性物品必须去除外包装后方可进入无菌区，专架存放。
- 3、与消毒员做好灭菌物品交接工作，并将消毒物品与灭菌物品分架存放、标识明显，避免发生错误。
- 4、做好物品发放记录，建立质量可追溯体系。

5、认真检查无菌包的包装完好性，有无湿包、胶带是否变色和包外六项标识的情况，发现问题及时反馈，重新灭菌。

6、物品分类摆放并按有效期顺序存放，先期先用，避免无菌物品过期。

7、每日工作结束后对工作环境进行清洁、消毒、保持环境卫生整洁。

六、包装班（整/下连）人员职责

1、按规定着装，洗手，必要时戴手套。

2、操作前湿抹工作台面，保证环境洁净。

3、负责器械清洗质量的检查与保养。

4、掌握高温、低温物品的包装技术操作，根据待灭菌物品的性质及灭菌方式选择合适的包装材料。

5、发现缺陷器械，应及时维修或报废更新。

6、严格执行查对制度，核对包内物品名称、规格、数量、型号、质量、放置状态，有无包内化学指示物等。

7、按要求填写包外标签信息（物品名称、灭菌日期、失效日期、操作者及核对姓名或代号、灭菌器锅号、锅次等）。

8、下班前做好本区清洁、消毒工作。

9、参加各项业务学习和岗位培训。

七、消毒供应中心消毒员岗位职责

1、在护士长领导、护士指导下完成消毒灭菌工作

2、消毒灭菌时不得擅自离开工作岗位，严格执行岗位责任制，执行安全操作规程和消毒工作制度，并持证上岗。

3、负责灭菌过程的生物，化学及工艺监测。做好各类监测结果的登记整理。

4、熟练掌握灭菌器的操作规程，灭菌原理，装锅要求，灭菌适用范围及使用注意事项。

5、负责各类灭菌器的日常维护和保养。

6、熟练掌握停水、停电、停气及无菌包出现质量问题的紧急应对措施。

7、参加各项业务学习和岗位培训。

八、低温班人员职责

1、在护士长指导下进行工作。

2、每日检查等离子灭菌器的性能，并做好日常维护保养工作。

3、负责低温灭菌过程的生物，化学及工艺监测。做好各类监测结果的登记。

4、熟练掌握低温灭菌器的操作规程，灭菌原理，装锅要求，灭菌适用范围及使用注意事项。

5、常规使用时，每天第一灭菌周期采用一个生物指示剂进行检测，并保存各种资料，包括运行记录表、化学指示剂、物品名称数量及所属科室等。

6、灭菌结束后，检查包内包外化学指示物是否变色，合格方可发放。

九、无菌物品发放员职责

1、进入无菌物品存放区时应换鞋、更衣。

2、每日检查无菌物品的数量、有效期，根据临床科室需要，随时调整物品种类和基数。

3、无菌物品分类放置，按有效期先后顺序摆放于无菌物品存放柜内。

4、无菌物品发放时应遵循先进先出的原则。

5、发放无菌物品时认真核对名称、数量、失效期并检查外包装有无破损、潮湿。

6、严格执行借物制度，填写借物记录单并督促及时归还。

7、每天对发放的物品进行登记并做好无菌物品存放区的清洁、消毒工作。

8、参加各项业务学习和岗位培训。

十、下送班人员职责

1、着装整齐，热情服务，文明用语，有效沟通。

2、使用专用下送车、清洁容器密闭盛装，按规定路线运送。运送过程中应保持无菌物品不破损、无污染。

3、接触无菌物品前应手消毒。按时到各科室下送所有一次性用品和可重复使用的灭菌物品。

4、严格查对制度，发放前查对包的名称、数量、灭菌日期、有效日期、包装的完整性，确认无误后方可发放，并做好记录。

5、工作结束后，下送车辆、容器做好清洁消毒处理，干燥定位放置。

十一、下收班人员职责

1、着装整齐，热情服务，礼貌用语，有效沟通。

2、按时到各科室回收所有可重复使用的污染器械、器具。

3、使用专用密闭容器，按规定路线运送，特殊感染物品应双层封闭包装并标明感染性疾病名称。

4、回收物品至供应室去污区进行清点分类，认真检查器械的规格、数量、性能、功能并记录。有疑问及不合格器械联系科室确认后处理。

5、使用后的一次性医疗用品不得带回进入供应室。

6、工作结束后，下收车辆及回收容器做好清洁消毒处理，干燥后定位放置。

7、参加各项业务学习和岗位培训。

十二、消毒供应中心保洁员职责

1、在护士长领导下及科室人员的指导下，负责供应室的卫生工作。

2、负责手术室器械、敷料的下送工作。

3、每日对污染区、清洁区地面进行擦拭，污染区用含氯消毒液进行擦拭。

4、每日对清洁区、污染区桌面、台面、门把手消毒处理，每周擦拭玻璃一次。

5、按要求处理生活垃圾、医用垃圾。

6、水池保持清洁，每日刷洗。

7、每周鞋柜消毒处理一次。

8、拖把、抹布一用一消毒，分别放置，保持清洁。

十三、器械刷洗班职责

1、按规定着装更衣、换鞋、洗手。按标准预防做好个人防护，禁止徒手操作。

2、对于回收的污染器械分类后进行刷洗，注意关节轴承、齿槽、缝隙、弯曲、盲端处的刷洗到位。

3、手工清洗时，遵循冲洗→多酶液浸泡→手工刷洗→漂洗→消毒→终末漂洗。手工刷洗时应打开关节轴承，液面下刷洗。

4、严格按照手工清洗流程认真刷洗，做到不碰撞、不损坏、不遗失。

5、下班前篮筐、洁具、毛刷、设备做好终末清洁消毒处理，干燥后备用，定位放置，专物专用。

6、工作完毕，脱防护装备，洗手或手消毒。

十四、消毒供应中心听班人员职责

- 1、在护士长的领导下，严格执行各班操作规程，自觉执行各项制度及有关规定。
- 2、树立为临床一线服务的思想，保证临床科室物品的需要。
- 3、对用户主动热情周到，不推诿，随叫随到。
- 4、实行 24 小时听班制，手机时刻为备用状态。

十五、消毒供应中心去污区组长职责

- 1、协调安排本区岗位工作，做好人力，物力的协调管理工作。
- 2、负责督促指导器械的回收及下收人员的工作。
- 3、检查各项规章制度及操作流程执行情况，并组织相关业务培训，提高工作质量。
- 4、随时抽查消毒液及清洗液的配制情况及有效浓度以确保清洗质量。
- 5、负责检查去污区的卫生清洁工作。
- 6、督促指导本区人员做好自我防护，预防交叉感染。
- 7、完成本区实习生及进修生的带教工作。

十六、消毒供应中心无菌物品存放区组长职责

- 1、负责督促指导灭菌物品的发放及下送人员的工作。
- 2、负责检查一次性使用无菌物品相关证件的验收，整理及规范存档。
- 3、组织本区人员业务培训，发现问题及时解决，把好质量关。
- 4、保持各类常规灭菌包有固定基数以满足临床需求，保证灭菌物品及时供给。
- 5、负责督促本区域的卫生清洁工作完成情况。
- 6、完成本区实习生及进修生的带教工作。

十七、消毒供应中心检查包装灭菌区组长职责

- 1、落实检查本区人员认真执行各项规章制度及技术操作流程情况，组织业务技术培训和考核，提高工作质量。
- 2、指导和检查本区人员完成高温，低温物品的包装并做好质量检查，发现问题及时解决。
- 3、协调处理各种急件包的包装灭菌工作。
- 4、随时抽查各类器械的清洁质量，发现问题及时解决。
- 5、负责督促检查包装区的清洁卫生工作。
- 6、完成实习生及进修生的带教工作。

十八、消毒供应中心物品清洗（上连）岗位职责

- 1、负责手术室器械的回收、清洗工作，熟悉各类物品的清洗流程。
- 2、根据物品的性质及污染程度选择合适的清洗方式和流程。
- 3、负责手术室精密器械的清洗。
- 4、严格执行个人防护和消毒隔离制度，防止交叉感染，避免针刺伤。
- 5、保持去污区整洁整齐。
- 6、参加各项业务学习和岗位培训。

十九、消毒供应中心物品回收岗位职责

- 1、负责全院再生物品的清点，分类和登记工作。
- 2、严格执行个人防护和消毒隔离制度。

- 3、掌握消毒液、清洗酶的正确配制方法，浸泡时间及影响因素。
- 4、和去污区人员共同处理各类再生物品的清洗工作。
- 5、按要求做好各类医疗废物的分类处理工作，预防交叉感染。
- 6、负责回收台面，清洗工具的清洗消毒处理工作。
- 7、参加各项业务学习和岗位培训。

静配中心护理人员工作职责**一、静配中心护士长职责**

- 1、在药学部、科主任及护理部的领导下，负责对静配中心护理人员的管理，及时完成输液的配置任务，保证临床使用。
- 2、协助科主任制定配置操作规程、无菌操作要求和规章制度，并检查执行情况。
- 3、协助输液配置的质量检查，保证用药安全，严防差错的发生。
- 4、制定一次性注射器、消毒用品、包装容器与消耗品的领用计划。
- 5、负责静配中心的卫生管理工作，检查配置操作环境，所有器具的消毒、处理情况，严格执行卫生技术标准，杜绝一切可能造成不卫生的工作隐患，做好菌落检查工作。
- 6、协助做好输液排药、核对、包装和检查工作。
- 7、做好配置中心与临床各病区的协调工作，发现问题及时解决或汇报主任解决。
- 8、协调做好护理人员与药剂人员的工作关系。
- 9、做好实习生、进修生的带教工作。
- 10、参加继续医学教育和业务学习。
- 11、做好下班前的安全保卫工作的检查。

二、早班护士岗位职责

- 1、配置前 30 分钟打开净化空调机、风机、紫外线灯开关。
- 2、打开电脑查看停嘱及打包申请医嘱，对照昨日交班本把新的停嘱及打包药找出，并做出标记，停嘱给予退药。
- 3、配置前记录各室压力及温湿度。
- 4、传递待配置的药筐（包括冰箱内的冷藏药品及胰岛素），并在舱外做好舱内的配合与两舱之间的协调工作，接听并处理外来电话。
- 5、扫码核对待配置的药品，0# 统计时再次核对科室是否装箱正确。
- 6、复核配置好的成品药，分科室按品种计数并填写在交单的相应栏内，装箱、系封条，8:00 送出第一批次的成品药，保证 8:30 全部科室交接完毕。第二批次 9:00 送出。
- 7、写交班报告，9:00 晨会交班。
- 8、打电话询问某些需要观察用药后反应的化疗药物是否能配置，接收临时化疗药及营养液的配置工作，复核包装 3# 成品药并送出，医疗垃圾分类放置、封口并交接，接听电话处理临时退药。
- 9、整理排药间的一切用物，保持排药间干净整洁、物品定位放置，注意查看扫码手机及蓝牙的电量情况，如电量较少，及时充电。

- 10、对审方后的医嘱批次安排进行质控，打印输液标签，贴并摆 2#、3#、4#、核对 0#。
- 11、查找不符药品及液体，处理停嘱、打包申请医嘱，详细做好交班记录。
- 12、检查保洁工作完成情况，巡视各室，关闭门窗、水电，确保科室安全。

三、配置班护士岗位职责

- 1、在护士长领导下进行工作，按护士长的安排，及时完成输液的配置，保证临床使用。
- 2、参加晨会，听取交班报告。
- 3、严格遵守各项管理制度，严格遵照医嘱配置药品。
- 4、配置前严格遵守核对制度，发现问题及时反馈和处理，杜绝差错。
- 5、做好无菌操作的各项准备工作，配置在 100 级的区域内进行，严格遵循操作规程；配置过程中不随意离开；配置中严格执行“三查九对”及“四查十对”制度，遇到质量问题及时汇报，以便及时得到妥善处理。

- 6、及时做好各项操作记录。
- 7、做好操作场所的卫生控制及所用器具及设备的消毒处理。
- 8、配 1 负责 2# 成品药的下送工作。
- 9、做好排药、核对、复核等工作。
- 10、做好实习生、进修生的带教工作。
- 11、参加继续医学教育和业务学习。

四、药班护士岗位职责

- 1、扫码核对 4# 药品，填写交接单，装箱，15:00 送出。
- 2、15:40 到药房拿药。
- 3、贴 0#，核对 1#。
- 4、核对需冰箱冷藏的药品，并按批次分筐放置。
- 5、打包、停嘱药品协助找出并给予标识，分别放置在指定位置。
- 6、根据 1# 配置量及药品的性质，合理分成两组。

五、替班护士岗位职责

- 1、摆药筐，洁净服放回二更。
- 2、到药房协助拿药。
- 3、液体脱包装，贴并摆 1#，核 2#、3#、4#。
- 4、再次到药房拿药，贴并摆 16:30 接收的药，如有打包、退药的给予找出并做出标识。
- 5、全部工作完成后，整理用物，做好排药间及拆包间地面的清洁工作。

营养科护理人员职责

- 1、在科主任领导下，协助营养治疗医嘱的有效执行。
- 2、负责汇总营养治疗医嘱，分发营养治疗医嘱至营养治疗各制备部门。
- 3、根据营养治疗核对制度，负责对配制好的治疗膳食和肠内营养制剂的质量、发放对象审核确认。
- 4、负责至各病区监督住院患者使用治疗膳食和肠内营养制剂的情况，确保营养治疗医嘱的有效

执行。

- 5、负责科室的医院感染预防与控制工作。
- 6、参与科研工作，完成继续教育和专业培训要求。

护理质量管理委员会职责

- 1、护理质量管理委员会在分管院长的直接指导下开展工作，每月向分管院长汇报工作一次。
- 2、建立医院护理质量管理体系，负责全院护理质量的监督、控制和管理。
- 3、开展全院护理质量教育，提高护理人员的质量意识，促进护理质量的不断提高。
- 4、依据有关政策法规，负责草拟、制定、修改和完善医院护理质量管理方案；负责检查护理质量管理的落实情况。
- 5、按护理质量标准及考核要求对各护理单元每季度进行全面质量考核，并写出检查总结。
- 6、针对临床护理质量存在的问题进行定期与不定期研究讨论，制定整改措施，促进护理质量的持续改进与提高。
- 7、定期组织护理人员临床理论知识及专科技能的培训，组织讲座及专题讨论，定期对护理人员进行专业知识及业务技能考核。
- 8、执行每季度召开一次护理质量分析会制度，研究、讨论和解决有关护理质量方面的管理难题；遇有应急问题及时召开会议。
- 9、每月召开一次全院护士长会议，及时反馈护理质量管理中存在的问题、整改措施及落实成效，不断改进工作。

第六部分 药学系统岗位和人员职责

药学部工作职责

1. 遵守国家法律、法规、行业技术规范和医院规章制度。
2. 负责医院的药事管理工作，承担医院药事管理和药物治疗学委员会的日常工作，负责建立健全与药事管理相关的各项工作制度和技术操作规程。
3. 负责全院临床用药和各项药学技术服务，协助制订用药指导原则和相关规定。
4. 建立健全本院药品质量保证体系及监督、检查制度，确保药品质量。检查和监督各医疗科室合理用药，确保安全有效。
5. 根据本院医疗和科研需要，负责全院药品的采购、保管、供应及调配工作。
6. 制订医院《基本用药目录》，编写《处方集》。
7. 积极开展临床药学工作，实施临床药师制，深入临床科室，做临床用药的参谋和助手。
8. 制订药学部工作人员岗位职责，完成人员考核工作。
9. 负责建立药学信息系统，提供用药咨询服务。
10. 开展药物不良反应监测工作，协助临床遴选药物。
11. 开展药物经济学研究，对医院药品资源利用状况和用药趋势进行分析。
12. 制定本院药学发展规划，有计划地培养人才，以适应医院及学科发展。
13. 接受有关的行政执法机关监督检查，提供抽验药品，报告药品使用情况。
14. 制订进修药师及实习药师教育培训计划，承担各类教学任务，提高教学能力。
15. 落实加强医德医风建设的措施，加强政治思想工作。
16. 协调本部门与各相关科室的关系。

药学部人员职责

一、药学部主任职责

1. 在院党委、院长及上级药政部门领导下，根据法律、法规、规章规范药学部门的建设与管理，推进药学学科的发展，提高药学服务质量和药物治疗水平，确保药品质量，保障医疗安全，组织实施对药学部门的全面管理。
2. 负责药事管理与药物治疗学委员会在闭会期间的日常工作，承担药事管理与监督、药学教育、科研工作，保障药品供应并促进药品在临床使用中发挥合适的疗效。组织制订并有效实施突发事件药事管理预案。贯彻相关的药政法规，组织监督、检查全院的法规执行情况。
3. 负责制订本科室的发展规划、工作目标、工作计划，组织实施，定期或不定期检查、总结和汇报。
4. 负责组织学习行业技术规范、医院各项工作制度、操作规程和服务规范，落实执行情况，并

进行监督检查。

5. 组织制订并实施药学部工作计划、各项规章制度、标准操作规程；督促、检查药学部门各科(室)布局 and 流程合理性。
6. 落实临床药师制，促进临床合理用药，督促检查各类药品的使用、管理情况。
7. 负责本科室人才培养与梯队建设计划，根据本学科的发展，有计划地培养和调整科室各类人员。
8. 负责制订科室各类人员岗位职责，组织实施每年度人员考核工作。
9. 负责医院、科室的业务学习、政治学习计划的实施。
10. 负责我院药品引进工作，负责组织、检查药品的采购、供应及保管工作，并进行监督检查。
11. 组织编写《基本用药目录》、《处方集》及《医院药学简讯》。
12. 负责本部门医德医风建设工作，注重精神文明和药学职业道德建设，掌握全科人员的思想动态、业务能力和工作表现。
13. 主持召开科例会，通报医院发布的信息，传达会议精神，就科室重大问题进行决策，并布置实施。
14. 负责接受有关行政执法机关的监督检查，提供抽检药品，向相关的检查人员报告药品使用情况等需说明的问题。
15. 负责落实消防、治安、保密、安全的有关规定。
16. 协调本科室与医院行政机关、相关科室的关系，协调有关工作。

二、药学部副主任职责

1. 在科主任领导下，按照科室行政管理分工开展工作。协助科主任完成科室日常业务、教学、科研等行政管理工作。
2. 承担分管部门的规划与管理。
3. 努力提高药学服务质量和合理用药水平，确保药品供应、药品质量、药品安全。
4. 贯彻落实药事管理法规，组织制定分管部门的规章制度、标准操作规程，规范业务管理工作，做到布局合理，流程科学，保障工作有效运行。
5. 组织实施和完成分管部门的业务工作，合理安排和调配人员，能有效应对突发事件。
6. 加强分管部门的药品质量控制、使用管理和经济管理工作，制定持续改进措施。
7. 组织并指导相关专业药学院校学生实习及医疗单位药学人员进修，完成分管部门的继续教育。
8. 协助科主任完成分管部门人员的技术考核及日常管理工作。
9. 承担科主任交办的其他工作。

三、药学部质量与安全管理员职责

1. 负责药学部全部质量与安全工作的检查、监督和指导，及时处理质量问题。
2. 在药学部内享有对质量与安全的裁决权。
3. 贯彻执行国家有关药品质量与安全管理的法律、法规和行政规章，督促药品质量与安全管理规章制度在药学部的执行。
4. 对药学部药品质量与安全管理网络的完善负有责任。
5. 贯彻药学部的质量与安全政策，具体实施质量与安全管理。
6. 参与药学部质量与安全管理的规范性文件、技术性、规范性文件的制订，提出文件的修改申请和方案。
7. 参与药学部质量与安全管理组织年度评价、质量持续改进和药事质量事件的处理工作。

8. 参加质量与安全领导小组会议，就质量问题提出意见和建议。
9. 召集、主持质量与安全管理小组会议。
10. 接受、处理质量投诉、查询。
11. 对不合格药品的审核、确认及处理过程进行监督。
12. 对违反质量与安全管理制度和工作程序的行为提出否决的建议。对不具备质量保证能力的供应商、质量存在严重问题的药品，有权向相应部门负责人建议暂停购进。对药学部内部质量事件的处罚有建议权。
13. 为质量与安全领导小组提供质量咨询，接受药学部各级人员的质量查询，向质量与安全领导小组提出质量建议。
14. 收集药品质量信息，并对收集的各种质量信息进行分析 and 处理、利用。
15. 做好会议记录、报告编制和质量档案的管理工作。

四、药房负责人职责

1. 在药学部主任的领导下，负责调剂室的日常行政及业务管理工作。
2. 认真落实各项药政法规和规章制度，做好检查监督工作。
3. 加强药品管理，确保药品质量，督促质量管理员每月检查药品的质量、有效期，按规定处理药品质量事件。
4. 加强药房管理，保证工作质量。
5. 负责本部门技术人员岗位流动，组织实施工作人员考核工作。
6. 负责制订药品清点计划，按要求正确清点，保证帐物相符率符合要求。
7. 负责对工作人员的岗位再培训，提高员工的业务素质和工作能力。
8. 根据本部门业务性质，密切联系临床，开展以患者为中心的药学服务工作，宣传新药知识，做好药品不良反应监测工作，使药品安全、有效地用于临床。
9. 强化服务意识，改善服务态度，解决医患纠纷。
10. 协调本部门各岗位工作，保证工作有序地进行。
11. 积极组织业务学习、更新专业知识，提高专业水平。
12. 加强本部门医德医风建设工作，强化服务意识，搞好窗口服务工作。
13. 负责本部门安全工作，检查督促各组安全工作落实情况，增强员工的防火、防盗等安全防范意识。
14. 负责安排医药院校学生实习及其他的药学人员进修、培训及教学任务。

五、药库负责人职责

1. 在药学部主任的领导下，负责中西药库的日常行政和业务管理工作。
2. 认真落实各项药政法规，组织实施各项规程，起到检查监督作用。
3. 执行新药、临时用药审批后购入药品的相关事宜。
4. 负责药库的全面质量管理，并按规定完成质量管理工作。
5. 负责监督药品采购计划的执行。
6. 负责组织特殊及抢救用药的供应工作。
7. 负责监督药品帐务管理工作及药品结算工作，每月按时向药学部主任上报各类相关报表。
8. 负责工作人员的管理及考勤工作。

9. 加强本部门医德医风建设，做好库房人员思想工作，杜绝商业贿赂。
10. 负责药库的各项安全保卫工作，检查落实情况。

六、临床药学室负责人职责

1. 积极参加相关专业的国内外学术会议或培训，参加人员需在科室内汇报学习内容，信息共享。
2. 开展临床药师制，逐步深入临床，参与查房、会诊、抢救、疑难病例讨论、药物治疗等工作。
3. 帮助临床医师选择治疗药物，促进合理用药；向临床推荐和介绍新药及药物信息，及时解答医护人员提出的有关药物治疗、相互作用、配伍禁忌以及药物不良反应等方面的问题。
4. 提供门诊咨询服务，对患者进行用药指导，建立药历，对疑难病例用药的全过程进行监护和处理。
5. 完成药物不良反应监测任务：每年按要求完成全院药物不良反应资料的收集、录入、在线上报告工作。组织对疑难、复杂的 ADR 病例进行讨论复审，并负责向地区 ADR 中心报告。
6. 每年以多种形式完成药物不良反应的宣传、培训、咨询工作。
7. 及时将 ADR 信息传递给临床科室，并组织开展药物不良反应监测方法的研究工作。
8. 每月开展处方点评工作，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全；掌握本单位或本地区的用药情况，了解药品的动态消耗规律；进行不同时期和不同单位之间的比较，评价药物使用的合理性，并发现和查找存在问题，为今后的合理用药提供依据。
9. 每季度出刊《医院药学简讯》，每月公布全院单品种消耗金额和使用数量前 10 位的品种，消耗金额和使用量前 10 位的抗菌药物。
10. 积极为临床提供合理用药宣传、咨询工作，承担院、科合理用药培训。

药学部专业技术人员岗位职责

一、审方人员职责

1. 在药房负责人领导下做好处方的审核工作。
2. 审方者应严格按照《处方管理办法》执行。审核内容有：
 - 2.1 规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定。
 - 2.2 处方用药与临床诊断的相符性。
 - 2.3 剂量、用法的正确性。
 - 2.4 选用剂型与给药途径的合理性。
 - 2.5 是否有重复给药现象。
 - 2.6 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌。
 - 2.7 有无其他用药不适宜情况。
3. 超剂量开药的须经医师注明原因并重签字。
4. 审核麻、一精药品处方时除按普通处方要求外，还应注意：
 - 4.1 是否使用专用处方，处方内容书写是否完整规范、字体是否与签字留样一致。
 - 4.2 检查取药人提供的材料是否完整。
 - 4.3 回收、检查空安瓿、废贴并登记。

4.4 非肿瘤患者取注射剂不得在院外使用。

4.5 数量不应超过规定的量。

5. 若发现处方存在问题如书写不清楚、用法或用量不当、有配伍禁忌、缺药等，应及时与开具处方的医师沟通联系更正，不得自行猜测、更改。

6. 非本医院处方及审核不合格的处方不得调配发药。

二、调配人员职责

1. 在药房负责人的领导下做好药品调配工作。

2. 调配人员接到处方时应认真审核处方，审核内容如下：规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；处方用药与临床诊断的相符性；剂量、用法的正确性；选用剂型与给药途径的合理性；是否有重复给药现象；是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌。不合格处方不予调配。

3. 快速、准确、规范地调配处方，应注意：先进先出、近效期先出，发现有近效期药品时提醒发药人员。发现破损药品时，放于破损药品区，及时登记并报告负责人。若标签模糊或药品变化等须查询清楚方可调配。

4. 调配麻醉、精神、毒性、贵重药品等特殊管理药品时，应仔细核对，做好相应的登记。

5. 自觉保持药房整洁，负责相应区域卫生（及各自责任区药品有效期查看、登记等工作）。

6. 负责实习学生带教及授课工作。

三、发药人员职责

1. 在药房负责人领导下做好处方的发药工作。

2. 按照处方管理办法，对门诊处方进行审核，保障患者用药安全。对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

2.1 规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；

2.2 处方用药与临床诊断的相符性；

2.3 剂量、用法的正确性；

2.4 选用剂型与给药途径的合理性；

2.5 是否有重复给药现象；

2.6 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；

2.7 其它用药不适宜情况。

3 向门诊患者发放药品，确保药品质量。

4 对患者进行用药指导，标注用法用量、特殊注意事项。

5 发现问题处方及时与医师沟通、更正，否则不予发药。

6 差错事故应按规定报告，妥善处理。

7 负责实习学生带教及授课工作。

四、麻醉药品、第一类精神药品管理人员职责

1. 入库及验收：每月做麻醉药品、第一类精神药品计划，报药库请领。库存不得超过规定的上限。验收时按出库单逐个最小包装检查批号、数量，建立出入库登记表，出入库登记，双人复核。

2. 储存及保管

2.1 对麻醉药品、第一类精神药品实行“五专”管理，贮存药品的保险柜双人双锁（麻醉、第一

类精神药品管理人员及其指定专人）管理。

2.2 按照相关制度保管麻醉药品、第一类精神药品处方、专用账册、专用登记本、患者病历档案等资料。

2.3 每日结算药房的麻醉药品、第一类精神药品。

2.4 麻醉药品、第一类精神药品处方逐日编号、装订，按月汇总，单独存放，保存3年。

2.5 按要求回收、保管、销毁麻醉药品、第一类精神药品的空安瓿或废贴，并做好记录。

2.6 对患者剩余无偿交回的麻醉药品、第一类精神药品按要求回收、保管，按规定上报销毁，并做好记录。

3. 调剂及使用

3.1 确定麻醉药品、第一类精神药品周转基数，每日对周转柜药品进行补充，每日交接班，查对批号、数量，填写交接班记录本。

3.2 固定麻醉药品、第一类精神药品发药窗口。

3.3 负责审核麻醉药品、第一类精神药品代办人应提供的材料。

3.4 按要求审核麻醉药品、第一类精神药品处方。

3.5 对麻醉药品、第一类精神药品处方医师的处方权进行确认、汇总。

3.6 按要求对麻醉药品、第一类精神药品进行专册登记，填写出入库登记本、处方登记表、逐日消耗登记本、空安瓿及废贴回收登记本等。

3.7 麻醉药品、第一类精神药品调剂发药、各项登记均实行批号管理，先入先出，并可溯源追踪。

3.7 发现超常用药、可疑情况拒绝调配，及时上报门诊部或相关部门。

4. 门诊药房不得办理麻醉药品和第一类精神药品的退药手续。患者停药后，患者（或患者家属）无偿交回剩余的麻醉药品和第一类精神药品，并办理患者剩余麻醉药品、第一类精神药品回收凭证，按照规定销毁处理，并填写麻醉药品、精神药品销毁记录表。

5. 每月自查，配合各项检查。

6. 负责麻醉药品、第一类精神药品的合理用药指导及用药咨询工作。

7. 负责麻醉药品、第一类精神药品的安全管理工作。

8. 及时传达医院及上级部门的相关管理规定。

五、麻醉药品、第一类精神药品智能柜管理人员职责

1. 入库及验收：每月做麻醉药品、第一类精神药品计划，报药库请领。库存不得超过规定的上限。验收时按出库单逐个最小包装检查药品名称、规格、批号、有效期、数量，入库药品信息录入智能麻醉药品柜系统，药品存储于相应的药盒中，建立出入库登记表，出入库登记，双人复核。

2. 储存及保管

2.1 对麻醉药品、第一类精神药品实行“五专”管理，贮存药品的智能麻醉药品柜双人（麻醉、第一类精神药品管理人员及其指定专人）双密码（指纹）管理。

2.2 按照相关制度保管麻醉药品、第一类精神药品处方、专用账册、专用登记本、患者病历档案等资料。

2.3 每日结算药房的麻醉药品、第一类精神药品。

2.4 麻醉药品、第一类精神药品处方逐日编号、装订，按月汇总，单独存放，保存3年。

2.5 按要求回收、保管、销毁麻醉药品、第一类精神药品的空安瓿或废贴，并做好记录。

2.6 对患者剩余无偿交回的麻醉药品、第一类精神药品按要求回收、保管，按规定上报销毁，并做好记录。

3. 调剂及使用

3.1 确定智能麻醉药品柜中麻醉药品、第一类精神药品各药盒基数，每日对各药盒药品查对数量，及时补充。

3.2 固定麻醉药品、第一类精神药品发药窗口。

3.3 负责审核麻醉药品、第一类精神药品代办人应提供的材料。

3.4 按要求审核麻醉药品、第一类精神药品处方。

3.5 对麻醉药品、第一类精神药品处方医师的处方权进行确认、汇总。

3.6 定期打印麻醉药品、第一类精神药品专册登记、出入库登记本、处方登记表、逐日消耗登记本、空安瓿及废贴回收登记本等。

3.7 麻醉药品、第一类精神药品调剂发药、各项登记均实行批号管理，先入先出，并可溯源追踪。

3.7 发现超常用药、可疑情况拒绝调配，及时上报门诊部或相关部门。

4. 门诊药房不得办理麻醉药品和第一类精神药品的退药手续。患者停药后，患者（或患者家属）无偿交回剩余的麻醉药品和第一类精神药品，并办理患者剩余麻醉药品、第一类精神药品回收凭证，按照规定销毁处理，并填写麻醉药品、精神药品销毁记录表。

5. 定期自查，配合各项检查。

6. 负责麻醉药品、第一类精神药品的合理用药指导及用药咨询工作。

7. 负责麻醉药品、第一类精神药品的安全管理工作。

8. 不定期对本室工作人员进行培训，及时传达医院及上级部门的相关管理规定，对新职工进行岗前培训。

六、麻醉药品、第一类精神药品管理人员岗位职责

1. 采购员的岗位职责：

1.1 根据《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡管理规定》做好印鉴卡的申领工作。

1.2 按有关规定到指定的医药公司采购麻醉药品和精神药品，采购的麻醉药品和第一类精神药品由指定医药公司用专车送到药库，协助保管人员核对品名、规格、数量、批号、有效期等并逐支逐盒检查麻醉药品、第一类精神药品的质量和完整性。

1.3 购买麻醉药品、第一类精神药品付款应当采取银行转帐方式。

1.4 根据本单位医疗需要，按照有关规定购进麻醉药品、第一类精神药品，保持合理库存。

1.5 在验收中发现麻醉药品、第一类精神药品存在缺少、缺损现象的，应与保管员双人清点登记，报院长批准并加盖公章后向供货单位查询、处理。

2. 药库保管员的岗位职责：

2.1 和采购员做好麻醉药品、第一类精神药品入库验收工作，核对品名、规格、数量、批号、有效期等并逐支逐盒检查麻醉药品、第一类精神药品的质量和完整性，认真填写“麻醉药品、第一类精神药品入库验收记录专簿及进出库专用帐册”。每次各药房领用麻醉药品、第一类精神药品时，保管员必须认真核对、检查，并请领用人员协助校对，数量当面点清，及时办理出库、入库手续。

2.2 做好麻醉药品、第一类精神药品的出入库统计及采购计划工作。

2.3 做好麻醉药品、第一类精神药品的日常养护工作。

3. 药房专职管理人员的岗位职责

3.1 麻醉药品、第一类精神药品智能柜实行双人双密码（指纹）管理，即用即开即关。

3.2 专人专锁，即用即锁。

3.3 做到班班交接，做好“麻醉药品、第一类精神药品处方登记专册”，“麻醉药品、第一类精神药品逐日消耗专用帐册”，“麻醉药品、第一类精神药品空安瓿及废贴回收、销毁记录表”，“患者剩余麻醉药品、第一类精神药品回收凭证”等表格的登记工作。

4. 各临床科室专职管理人员的职责

4.1 专人专锁，即用即锁。

4.2 做到班班交接，做好“麻醉药品、第一类精神药品交接班记录本”和“麻醉药品和一类精神药品临床使用登记表”等表格的登记工作。

七、草药房药品调剂药师职责

1. 严格按照处方管理办法“四查十对”的要求审查处方，不合格处方不予调剂。

2. 对有配伍禁忌及用量过大的处方及时与处方医师联系修改签字确认并做好记录。

3. 快速、准确按照处方顺序依次调剂药品，严格按照等量递减法等分药品。

4. 按处方要求对需另煎、包煎、先煎、后下等特殊药品单独等分包装。

5. 逐一检查调剂药品是否与处方相符。检查特殊药品是否单包，对贵重药品进行重量复核。

6. 向门诊患者发放药品，详细交代饮片用法，特殊用法的单包并在包装袋注明，确保药品质量和用药安全。

八、用药咨询药师职责

1. 热诚、耐心地听取咨询者的询问，不得推诿，并应填写完整的咨询记录；

2. 对于无法立即或准确回答的问题，可在查找文献获得依据或与其他药学人员共同磋商后，以电话、邮件等方式尽快予以回复；

3. 针对不同咨询对象（患者、医师、护士或公众），应从不同角度有侧重地为其提供药物信息，对特殊人群应提示其用药过程中需注意的问题；

4. 遵守职业道德，尊重咨询者，注意交流技巧，保护患者隐私；

5. 咨询内容必须实事求是、有据可查；

6. 每月对工作进行汇总分析，将咨询经验、患者诉求、药学部门需改进的问题等整理成书面材料，上报药学部主任审阅，并在办公网上公示。

7. 每半年对用药咨询工作进行一次总结，按 PDCA 模式进行持续质量改进。

九、病房药房调剂药师职责

1. 认真执行各项规定，保证发出药品正确无误。

2. 发药时注意药品质量及有效期，不合格者严禁发出。

3. 做好责任区药品养护保管工作，每日检查药架，及时上药拆零，保持药品充足，摆放整齐。做好责任区温度、湿度登记工作。

4. 发出药品原则上概不退换。遇特殊情况，按照医院退药制度执行。

5. 每月对责任区近效期药品进行检查并如实登记，每月 25 日前交与负责人，近效期药品做标识，做到“近效期先出”，最大限度防止浪费。

6. 遇有临床缺货时，及时与其它部门进行协调，保障临床用药，并填写缺货登记本。如药库有货，

及时领取并通知临床；如药库无货，其他药房有货，应及时借调满足临床用药；如都没货，做好记录，及时通知负责人，由他们与药库联系；当遇负责人不在时，及时与药库联系。每一位工作人员都有及时反馈药品短缺信息的责任和义务。

7. 参与病房药房每月小盘点，季度大盘点，准确清点药品认真填写盘点表。发现问题共同查找原因，做到帐物相符。

8. 下班前做好各项安全工作。

十、煎药员职责

1. 在分管主任直接领导下做好煎药工作。

2. 煎药人员收到煎剂后，应详细核查患者姓名、床号、剂数和煎法，遇有疑问应及时与医师及调剂室等有关人员联系。

3. 对所煎药物以煎出有效成分为度，对单包、先煎、后入、烩化药物应按规程合理操作。

4. 煎药不得过沸及途中加冷水，若将药液煎干，应另配重煎。

5. 使用自动煎药机时，应严格按照操作规程。

6. 应按服药日期先后顺序煎药。煎药后核对煎药和服药瓶上姓名、日期是否相符，确定无误后方可发药。急诊药物随到随煎。

7. 注意安全，下班前要将电源关闭。

十一、药品采购员职责

1. 在科主任的领导下，负责全院的药品采购工作。

2. 根据药品的使用情况，每月制定药品的采购计划，交科主任审查，经分管院长批准后执行。

3. 加强采购计划管理，在满足临床用药的前提下，尽量压缩库存，避免药品的积压和浪费。

4. 自觉遵守财务管理的有关规定，廉洁自律，把好药品质量关，严禁采购“三无”药品、伪劣药品或非药用品，坚持按药品主渠道购进药品。

5. 对购进、调换或退库药品，由药品采购人员会同药库管理人员，对品名、规格、数量、批准文号、生产批号、生产厂家、有效期限、外观质量、包装情况、进货价格等逐项验收核对，并由采购人员在原始单据上签字以示负责，发现问题及时解决。

6. 建立缺货登记簿。对抢救急需的药品，采购人员应立即组织进货，以保证抢救治疗的需要。

十二、药品保管员职责

1. 在科主任的领导下，负责全院的药品保管供应工作。

2. 要认真执行药政法规，对麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品、贵重药品，要按有关规定严格管理，不断提高专业知识和管理水平。

3. 库存药品应按药品性质、剂型分类定位保管，保持库内通风干燥，以防药品霉变失效，做好养护记录。

4. 对库存药品应详细盘点，发现差错及时查对。建立有效期药品登记簿、药品缺货登记本。

5. 危险药品应入危险品库，不得与其它药品同库存放，危险品库应配备灭火器等消防器材。

6. 会同财务每季度对库存药品清点一次，做到帐目、帐物相符。

7. 保管人员应严守药库管理规定，严禁带非药库人员进出药库。

十三、危险化学品管理人员岗位职责

1. 熟悉本单位储存和使用的危险化学品的性质、保管业务知识和有关消防安全规定。

2. 严格执行国家、省、市有关危险化学品管理的法律法规和政策，严格执行本单位的危险化学品储存管理制度。

3. 严格执行危险化学品出入库手续，做到数量准确，帐物相符，日清月结。发现差错，及时查明原因并予以纠正。

4. 对危险化学品按法律法规和行业标准的要求分垛储存、摆放，留出防火通道。

5. 按照消防的有关要求对仓库内的消防器材进行管理、每月检查、及时更换。

6. 在适宜的天气状况下，适时对库房进行通风，通风时不得远离仓库。做到防潮、防火、防腐、防盗。

7. 经常巡视危险化学品仓库以及周围环境，严禁明火，电气设备防爆、消除事故隐患。

8. 做好危险化学品仓库的清洁卫生工作。

十四、临床药师职责

临床药师是临床医疗治疗团队成员之一，应与临床医师一样，坚持通过临床实践，发挥药学专业技术人员在药物治疗过程中的作用，在临床用药实践中发现、解决、预防潜在的或实际存在的用药问题，促进药物合理使用。其主要工作职责为：

1. 深入临床了解药物应用情况，直接参与临床药物治疗工作，审核用药医嘱或处方，与临床医师共同进行药物治疗方案设计、实施与监护。

2. 参与日常性医疗查房和会诊，参加危重患者的救治和病案讨论，协助临床医师做好药物鉴别遴选工作。在用药实践中发现、解决、预防潜在的或实际存在的用药问题。对用药难度大的患者，应实施药学监护、查房和书写药历。

3. 根据临床药物治疗的需要进行治疗药物的监测，并依据其临床诊断和药动学、药效学的特点设计个体化给药方案。

4. 指导护士做好药品请领、保管和正确使用工作。

5. 掌握与临床用药有关的药物信息，为医务人员和患者提供及时、准确、完整的用药信息及咨询服务；开展合理用药教育，宣传用药知识，指导患者安全用药。

6. 协助临床医师共同做好各类药物临床观察，特别是新药上市后的安全性和有效性监测，并进行相关资料的收集、整理、分析、评估和反馈工作。

7. 每季度出刊《医院药学简讯》。

8. 结合临床药物治疗实践，进行用药调查，开展合理用药、药物评价和药物利用的研究。

十五、临床药师培训基地带教药师职责

一、按照《卫计委临床药师专业培训指南》相关要求带领学员按计划完成培训任务并通过考核。

二、每日带领学员准时参加临床交班和查房，不迟到、早退和无故缺勤。在医学查房中引导学员建立临床药物治疗思维模式，带领学员进一步强化临床药学知识，并做好查房记录。

三、每周带领学员进行两次药学查房，考核学员问诊、病例汇报、个体化给药方案、评估初始治疗方案、制定药学监护计划的能力。

四、按照拟定的培训计划组织学员按时完成理论学习，定期安排临床专家给学员讲授临床医学相关知识。

五、按照拟定的培训计划有针对性地训练学员书写药历、病历分析，及时批改、点评药历及病历分析。

六、每月主持学员完成文献阅读报告和病例汇报讨论，保证每个学员必须独立完成报告 5 次。负责提前设计病例汇报讨论的问题，鼓励学员、老师之间互相提问回答。

七、带领学员编写用药教育材料，及时回答反馈医患的用药咨询。带领学员学会在临床查房中监测和发现药物不良反应，及时上报并进行追踪。

八、对学员定期进行考核，日常考核贯穿于查房过程中，每 3 个月对学员进行阶段考核。培训结束时组织结业考核。

十六、临床药师培训基地带教医师职责

一、按照《卫计委临床药师专业培训指南》相关要求带领学员按计划完成培训任务并通过考核。

二、安排学员准时参加临床交班和查房，不迟到、早退和无故缺勤。在医学查房中给学员传授疾病病因、发病机制、临床表现、治疗方案、临床治疗指南与专家共识等相关知识。

三、带领学员学习病史采集、体格检查、影像学检查等专科疾病的诊疗方法和技术。

四、传授学员专科的临床检验或实验室检查的知识，使学员能够对检验或检查结果具有分析和应用能力。

五、带领学员在日常查房中重点学习 3 种疾病的临床表现、治疗原则及相关治疗指南。

六、带领学员参与危重患者的抢救，参与疑难重症患者的病例讨论。

七、参与批改、点评学员的药历、文献阅读报告及病例分析。

八、参与设计学员考核试卷中临床医学部分的试题。

各级药学专业技术人员职责

一、主任（中）药师职责

1. 在科主任领导下，负责指导本科各项业务技术工作。
2. 指导复杂的药剂调配工作，保证配发的药品质量合格，安全有效。
3. 督促检查毒性、麻醉、精神、贵重药品使用管理以及药品检查鉴定工作。
4. 经常深入临床科室，了解用药情况，征求用药意见，介绍新药，必要时参加院内疑难病例会诊及病例讨论。
5. 开展科学研究工作，配合临床开展新剂型、新技术研究。
6. 担负教学工作，指导进修生、实习生实习。
7. 做好科内各级人员业务培训提高工作。
8. 就技术问题向各级管理人员提供咨询意见和建议。

二、副主任（中）药师职责

1. 协助主任药师的工作，接受主任药师的技术指导。
2. 在没有主任药师的情况下，代理主任药师的职责。
3. 在各具体的重要技术岗位上，承担具体技术工作。
4. 主持本专业的业务学习。
5. 指导下级药学人员的技术、业务工作。
6. 指导下级药学人员撰写论文和技术报告。

7. 收集、整理、传播药学信息，介绍新药品、新技术动态。

8. 服从医院调剂，积极承担临时紧急医疗、公益任务。

三、主管（中）药师职责

1. 协助上级药师的工作，接受上级药师的技术指导。
2. 在审方、处方复核发药、复杂处方的调剂、首次购入和质量可疑药品的验收等重要岗位和工作中，承担具体的技术工作。

3. 检查临床科室药品使用、管理，发现问题及时处理。解答临床提出的药品有关问题，协助临床搞好合理用药。

4. 负责并指导毒性、麻醉、精神、贵重药品等特殊管理药品使用、管理工作，严格执行有关规定。

5. 参加本专业的学习，承担部分教学工作，负责进修、实习人员的带教工作。

6. 为患者和医护人员提供用药咨询。

7. 指导下级药学人员做好日常工作。

四、药师职责

1. 在上级药师指导下进行工作。
2. 协助上级药师的工作，接受上级药师的技术指导。
3. 按照技术操作规程进行审核处方、调剂、药品验收、保管、养护和发放等工作。
4. 负责毒性、麻醉、精神、贵重药品和其它药品的使用、管理工作，严格执行有关规定，做到帐物相符。

5. 为患者和医护人员提供用药咨询。

6. 参加本专业的业务学习，撰写学术论文。负责进修、实习人员的带教工作。

五、药士职责

1. 在上级药师指导下进行工作。
2. 协助上级药师的工作，接受上级药师的技术指导。
3. 按照技术操作规程进行处方调剂、药品验收、保管、养护和发放等工作。
4. 协同同级药学技术人员做好日常工作，参加教学、指导进修、实习人员的工作。
5. 服从医院调剂，积极承担临时紧急医疗、公益任务。。
6. 参加本专业的业务学习，撰写学术论文。

六、实习带教老师职责

1. 从德、智、体、美各个方面对学生进行指导，帮助学生树立崇高的人生观和价值观。
2. 引导学生尽快适应实习工作，培养其主人翁责任感，完成实习学生的角色转变。
3. 关心并了解学生的学习、生活情况和思想状态，进行针对性的教育与引导，培养学生树立刻苦学习的精神和严谨的工作态度，以“导师”的人格魅力感染学生。
4. 严格按照国家法律法规、科室规章制度及岗位操作规程带教，避免出现差错事故。
5. 按照学校实习计划和教研室实习大纲的要求，认真组织教学，不断提高带教质量。
6. 按实习大纲的要求加强对实习学生基础理论、基本知识和基本技能的“三基”训练。
7. 指导实习学生的整个实习过程并检查完成情况，掌握实习学生的纪律考勤、工作态度、专业技能情况。
8. 严格按照实习学生报表的评分标准对实习学生进行考核，及时填写学生的评语鉴定。

七、实习学生职责

1. 实习生除严格遵守医院和学校的各项规章制度外，还应遵守本规定。
2. 实习小组组长直接负责药学部布置的有关任务，在实习期间要成为同学的好榜样。实习组长应将本组实习同学的情况和要求及时向药学部汇报。实习结束前，督促实习同学填写实习总结并提交药学部。
3. 实习生应尊敬带教老师和全体医务工作人员，服从药学部主任、各部门负责人和上级药师的领导与安排。及时完成老师交给的任务和其他工作，互相友爱，团结兄弟院校实习生。
4. 实习生在实习期间无重要原因一概不准请假，如因事因病请假在一天以内者，须经实习部门负责人批准；请假在一日以上一周以内者，须经分管教学主任批准，填写请假条；请假一周以上者，须经派送学校及医院科教科批准。请假期满必须办理销假手续。在实习期间，如请假未批准，或未经请假而擅自离开医院者，将根据情节轻重给予批评或 / 与学校商议给予相应处分。
5. 实习生分配应按药学部制定的实习安排表有计划地进行，不得擅自更动。
6. 实习生要以病人为中心，以医疗质量为核心，树立良好的医德医风。在实习过程中如有疑问时，应随时请示上级药师。如果因不负责任，粗枝大叶的工作作风而导致发生医疗差错或事故，实习生应负相应的责任。
7. 实习生在药剂工作中应严格遵守上级药师的指示，不得自作主张，不得随意更改处方或不按照处方及规定之方法调剂药品；没有带教老师或其他药师在旁时，不得单独调配处方，不得自行换药。
8. 在与病人及家属的沟通咨询工作中，原则上由上级药师负责对病人和家属解释药学问题，实习同学不得单独解释，不得泄漏病人的隐私。
9. 实习生工作学习必须谦虚谨慎，细致耐心，循序渐进，养成理论联系实际与实事求是的科学态度。要始终如一、一丝不苟完成实习大纲任务，严禁先紧后松，单纯追求技术操作，忽视基本训练。
10. 实习生要爱护药学部设备及医院其它财产，如有损坏，要按医院工作人员损坏赔偿制度进行赔偿和处理。重要仪器设备和计算机系统工作站等未经上级药师同意，不得擅自自动用。
11. 对医院的科研成果及有关医疗统计数字等属于保密范围的，不得向外泄漏。
12. 实习生在实习期间禁止打工或以试工的名义打工，如有违反，取消实习资格。

第七部分 后勤、安保系统岗位和人员职责

后勤服务部工作职责

- 一、在院长领导下，负责全院的后勤工作，教育职工树立后勤工作为医疗第一线服务的思想，坚持下送、下收、下修，不断改善服务态度，提高服务质量。
- 二、负责组织领导物资供应，后勤设备维修，水、电、暖供应，房屋修缮，保证医疗、预防工作的顺利进行。
- 三、经常深入科室了解医疗及有关部门的需要，根据人力、物力和财力的可能，制定工作计划，检查督促执行情况，研究工作中存在的问题，改进工作，总结经验。
- 四、负责组织后勤人员学习后勤业务，提高业务水平。
- 五、负责本科室五万元以上的大型设备及文书档案的形成、收集、整理、立卷、归档及利用的管理工作。

后勤服务部人员职责

一、后勤服务部主任岗位职责

- 1、在院长领导下，负责全院的后勤工作，做好后勤服务部的行政管理、业务学习、政治学习和思想工作，不断提高管理水平、业务能力和政治素质。
- 2、负责全院后勤物资的供应，做好生活服务、设备安装与维修、院内绿化和环卫工作。坚持三下（下修、下收、下送），不断提高服务态度和服务质量，保证各项任务完成。
- 3、经常深入科室查房，征求意见，改进工作，协调与其它部门的关系。及时解决工作中的困难和问题，做到不推诿、不扯皮，保证医疗、教学、科研、预防工作的顺利进行。
- 4、制定全科工作计划，并组织实施，定期检查各班组责任制管理工作的完成情况，定期检查医疗、医技、各职能科室的后勤物资管理工作，做到奖罚分明。
- 5、认真检查各项规章制度及操作规程的落实，防止各类事故发生。
- 6、修旧利废，厉行节约。把好物资采购、供应关，避免浪费和违法违纪的现象发生。
- 7、负责本科室万元以上大型设备及文书档案的形成、收集、整理、立卷、归档及利用的管理工作。

二、后勤服务部副主任工作职责

- 1、协助后勤主任做好人员管理，奖惩考核等工作，使之适应医疗、教学、科研及管理的需要。
- 2、坚持以“病人为中心”的宗旨，配合后勤主任做好为临床服务的保障工作。
- 3、贯彻执行医院各项规章制度，建立健全全后勤操作规程和奖惩制度。
- 4、提高超前服务意识，强化维修预防检查和保养工作，及时处理应急任务。
- 5、配合主任督促检查卫生管理工作。

6、完成其它任何院领导或科主任所指派的工作。

7、保持工作场所干净整齐。

三、后勤服务部工作人员岗位职责

1、在科主任领导下负责全院财产、物资、家具等的管理工作,主动配合医疗,保证其任务顺利完成。

2、了解医疗、教学、科研的需要,听取意见,发动群众参加管理,不断改进工作。

3、组织人员绿化,做好劳动及清洁卫生工具的保管及供应工作。

4、积极做好配电及日常水、电、电梯维修等工作。

5、组织检查、登记医疗及生活垃圾的清运工作。

6、指导各科室物资设备的使用管理工作。组织废旧物资及国有资产的报批、变卖工作,修旧利废,防止损失浪费。

7、负责检查监督考核、后勤社会承包公司的工作等情况,及时反馈,保证后勤工作管理质量。

8、做好房屋修建,院容整顿等工作。

9、积极主动、及时完成领导交给的各项任务。

四、后勤服务部固定资产会计岗位职责

1、按制度规定,结合医院固定资产的配置情况,会同有关职能部门,建立健全固定资产、在建工程、无形资产、递延资产及其他资产的管理与核算办法;并依照经营管理的要求,制订固定资产目录。

2、依照制度规定,设置固定资产登记簿,组织填补固定资产卡片,按固定资产类别、使用部门和每项固定资产进行明细核算。应为融资租入的固定资产要单设明细科目核算;属于临时租入的固定资产设备查簿,登记租入、使用和交还等情况。

3、根据国家统一规定,按取得固定资产的不同来源,正确计算和确定固定资产的原始价值,及时计价入账;对已入账的固定资产,除发生有明确规定的情况外,不得任意变动。

4、会同有关职能部门完善固定资产管理的基础工作,建立严格的固定资产明细核算凭证传递手续,加强固定资产增减的日常核算与监督。

5、按国家的有关规定选择固定资产折旧方法,及时提取折旧;掌握固定资产折旧范围,做到不错、不漏。

6、负责对在建工程的预决算管理。对自营工程、在施工程要严格审查工程预算;施工中要正确处理试运转所发生的支出和收入;完工交付使用要按规定编制竣工决算,并参与办理竣工验收和交接手续;对出包工程,要参与审查工程承包合同,按规定审批预付工程款;完工交付使用时要认真审查工程决算,办理工程款清算。

7、负责核算各种无形资产的计价,正确处理无形资产的转让和投资,并按规定确定各种无形资产的摊销期。

8、负责对递延资产、其他资产的价值管理;掌握各种递延资产的分摊期,正确处理递延资产和待摊费用的划分;确保储备物资的专门用途,维护其安全与完整。

9、对被清理的固定资产,要分别按有偿转让、报废、毁损等不同情况进行账务处理。

10、会同有关部门定期组织固定资产清查盘点工作,汇总清查盘点结果,发现问题,查明原因,及时妥善处理;并按规定的报批程序,办理固定资产盘盈、盘亏的审批手续,经批准后办理转销的账务处理。

11、经常了解主要固定资产的使用情况,运用有关核算资料分析固定资产的利用效果,改善固

定资产的管理工作,并向医院提供有价值的会计信息或建议。

五、后勤服务部采购员岗位职责

1、在后勤主任领导下,负责对全院的家具设备、办公、劳保、生活用品、水、暖、电气、基建维修材料等物资的采购工作和后勤临时任务。

2、根据各科室需要和仓库的储存情况,制订各类物品月份和临时的采购计划,报请领导审批后及时采购。

3、计划采购,计划用款,货比三家,注重质量,注意节俭。

4、做好物资采购用款申请、报销工作,严格执行财经制度,履行验收入库手续,做到物、件、凭证三对口,并做到及时周到,做到脚勤、嘴勤、手勤,满足用户需要。

5、对医疗急需物品,必须全力以赴积极采购。

6、贵重物品,应会同有关部门看样品后采购。

7、了解市场行情,和有关人员进行货源调查,择优选购,做到物优价廉。

8、根据报告的批复,做好采购记录,应先急后缓,统筹安排,并及时结清帐目。

9、坚持原则,秉公办事,违法违纪者按医院有关规定处理。

六、后勤服务部仓库保管员岗位职责

1、在后勤主任领导下,负责仓库的物料保管、验收、入库、出库等工作。

2、提出仓库管理运行及维护改造计划、支出预算计划,在批准后贯彻执行。

3、严格执行公司仓库保管制度及其细则规定,防止收发货物差错出现。入库要及时登帐,手续检验不合要求不准入库;

4、出库时手续不全不发货,特殊情况须经后勤主任或分管院长签批。

5、负责仓库区域内的治安、防盗、消防工作,发现事故隐患及时上报,对意外事件及时处置。

6、合理安排物料在仓库内的存放次序,按物料种类、规格、等级分区堆码,不得混和乱堆,保持库区的整洁。

7、负责将物料的存贮环境调节到最适条件,经常关注温度、湿度、通风、鼠害、虫害、腐蚀等因素,并采取相应措施。

8、负责定期对仓库物料盘点清仓,做到帐、物、卡三者相符,协助物料主管做好盘点、盘亏的处理及调帐工作。

9、负责仓库管理中的入出库单、验收单等原始资料、帐册的收集、整理和建档工作,及时编制相关的统计报表,能应用计算机管理仓库工作。

10、做到以医院利益为重,爱护医院财产,不得监守自盗。

11、完成科领导临时交办的其他任务。

七、后勤服务部配电室电工岗位职责

1、负责全院供电、线路、设备的维修、应急发电、全院的医疗用氧和负压吸引用线路、照明设施的维修和后勤临时性任务。

2、每天按时到各科巡视检查一次,发现问题立即解决,并听取意见,改进工作。

3、坚守岗位,保证24小时连续供电,以满足全院医疗工作的需要。

4、积极配合医院做好节电工作,并负责监督、检查以及节电宣传。

5、严格执行安全操作规程,节约使用原材料,减少流失,并修旧利废。

- 6、每月 25 日按时查抄各用户电表，严格做到不漏抄、错抄，及时上报财务科。
- 7、严格按照工作程序办事，并严禁在配电站内吸烟，作好防火防爆工作。
- 8、工作人员应按时检查维修各科用电线路与电器设备，发现问题及时维修，设备完好率应在 100%。
- 9、认真执行交接班制度，每天工作要有记录，设备运行应有记录，建立完整的故障维修记录。
- 10、完成领导临时给的各项工作。

八、后勤服务部维修组管道工岗位职责

- 1、在后勤主任领导下负责全院供暖、上下水管道的维修工作，保证医疗生活用水、用暖和完成后勤临时任务。
- 2、每周不少于 3 次深入各科巡视检查一次，上下水管道不得有跑、冒、滴、漏现象，并听取意见，改进工作，发现问题及时解决。
- 3、按时检查各科供水、供暖管道和设备，发现故障及时排除，使其完好率在 98% 以上。
- 4、做好修旧利废工作，节约原材料。
- 5、做好节约用水工作，并配合领导做好监督检查工作和宣传工作。
- 6、按时查抄用户水表，并及时上报财务科。

九、后勤服务部木工班木工岗位职责

- 1、在后勤主任领导下，负责医院木制家具、铁合金、铝塑等门窗、油漆及玻璃的维修和后勤临时任务。
- 2、作好修旧利废工作，节约原材料，要精打细算，厉行节约，杜绝浪费。
- 3、执行下修制度，主动上门维修。遇有抢修和重要部门急需，接通知后 10 分钟内到达现场加班加点抢修。
- 4、每天下科室巡视，并有记录。

十、后勤服务部污水处理员工作职责

- 1、在后勤主任领导下，负责全院污水的无害化处理及排放及后勤临时任务。
- 2、按照环保防疫部门的要求，认真操作，按时加药、取样、化验，并作好记录，保证污水处理质量。
- 3、爱护机器设备，按要求对机器设备定期维修、保养，保证设备正常运行。
- 4、认真学习环境保护法，严格落实各项规章制度。
- 5、坚守岗位，服从分配，按时完成各项任务。

十一、后勤服务部维修焊工岗位职责

- 1、在后勤主任领导下负责全院铆焊、铝合金制做、用水计划和后勤临时任务。
- 2、随叫随到，服务态度端正，每天下科室巡视并有记录，发现问题立即汇报，并采取相应措施。
- 3、做好修旧利废工作，节约原材料。
- 4、认真学习业务技术，熟练掌握操作技能，不断提高铆焊质量，以保证任务的完成。

十二、后勤服务部电梯操作工岗位职责

- 1、热爱本职工作，待人主动热情，树立一切为“临床一线”服务的思想。
- 2、严格执行各项安全操作规程及管理制度，坚持文明操作，集中精力，做到安全卫生运行，维持好工作秩序，防止电梯撞坏。
- 3、运行中发现异常现象应立即停止使用，并报告维修人员避免发生事故。

- 4、定期对轿厢进行消毒。
- 5、坚守岗位，思想集中，操作中做到严、细、稳、准。
- 6、服从领导，团结同志，爱护公物，按时完成各项任务。

十三、后勤服务部太平间工作人员岗位职责

- 1、在后勤服务部主任领导下负责接收和暂时保管在本院医治无效死亡患者尸体。
- 2、确保尸体的防腐性，每具尸体都必须及时放入冰箱内，如发现冰箱故障或不够存放时，应及时向上级报告，并采取其他措施存放。
- 3、确保尸体存放的准确性，每次存放尸体时，必须认真填写尸体登记卡，写清死亡时间、姓名、性别、地址等。
- 4、保持太平间室内外整洁、通风，及时清洗消毒铺位，遇到有过期未火化或无主尸体，及时向主任汇报，严禁私自处置尸体。
- 5、家属领取尸体时给予密切配合，要核对登记卡，并在交接本上签字记录，及时向主任汇报。
- 6、保持尸体冷藏柜卫生，维护其正常运行效能，经常检查低温发现问题及时通知有关科室维修，同时采取应急，通知死者家属处理尸体。
- 7、严格执行太平间规章制度，宣传移风易俗，做好消防安全工作，不允许在太平间烧香、点蜡烛。
- 8、加强职业道德修养，禁止从事以营利性为目的的任何尸体处置行为。
- 9、及时完成主任交办的临时性工作任务。

十四、后勤服务部空调制冷工岗位职责

- 1、通过对冷冻机房及医院所有空调设备的经常性检查，提高对中央空调系统的全面实行标准步骤，以达到最高标准的保养，以达到最佳状态的运行。
- 2、在规定的时间内，对可能严自的病人、医院各部门及上级的要求做出反应，接到电话三分钟内做出应答，五分钟内到达维修现场，所有此类要求及所采取措施应一一记录在册，一般维修不超过 24 小时。
- 3、认真做好交接班工作，保证填写好所有的记事本、工作记录和设备运行记录，并检查前班的操作记录。
- 4、在尽量不影响病人和同事的基础上在规定时间内完成分配的保养任务，如因为特殊原因不能完成，应提交给班组长。
- 5、定期对全院所有风机盘管、空调箱、新见机的回、出风口进行清理。每周一次检查冷却塔，冷凝水系统，记录检查结果并提出修理和保养意见。
- 6、空调工作人员在操作中，严格按照安全规程进行作业。不得违章操作，在运行、维修和操作中，应确保工作的安全有效，并尽量把对病人的影响减少到最少。在任何情况下都不允许将任何人的健康和生命置于危险之中。

十五、后勤服务部锅炉工岗位职责

- 1、严格执行锅炉房各项管理制度、坚守岗位、树立安全第一的思想，精心操作，确保锅炉安全、经济运行。
- 2、严格执行安全操作规程，严格遵守劳动纪律，不做与本职工作无关的事。
- 3、当班时必须对锅炉及其附属设备经常进行巡回检查；认真填写各种记录、发现故障应及时处置，并报告班长。

- 4、认真做好锅炉及其附属设备的保养，协助做好维修工作。
- 5、做好燃气、气、水、电的计量记录，努力降低消耗。
- 6、保持锅炉及各项设备清洁，仪表显示清晰准确，工具摆放整齐。
- 7、配合锅炉年检，事前做好准备工作。
- 8、认真学习各项有关法规，努力钻研业务，提高技术水平。
- 9、必须确保生活供水、供气，不断提高服务质量。

十六、锅炉水质化验员岗位职责

- 1、每天必须对锅炉内水质提取化验，保证水质合格。
- 2、提取炉水用滴定管测定炉水碱度时，不准每天超过 20 滴。
- 3、测定软水硬度指标用试纸进行测试，标准以 PH 值不能超过 7，用比重计测量不能超过 0.3。
- 4、对测量出现超标的水质，更换盐对离子交换器进行反洗上盐，正洗达到合格后，才能正常使用。
- 5、试验后要清理好各种仪器，储备好试品、盐等，合理收藏。
- 6、每天测试后要作好记录。

十七、后勤服务部职工食堂承包人岗位职责

- 1、负责本食堂的全面工作，处理日常业务，带领本食堂职工办好食堂，力争使食堂成为文明食堂。
- 2、严格执行后勤服务中心制订的成本核算制度，把主要精力放在伙食管理，抓好伙食食堂、成本、卫生、服务态度上。保证饭菜质量，降低伙食成本。
- 3、为确保食品的饮食安全，把好食品采购关，预防食物中毒事故发生。各承包食堂必须选派懂业务、责任心强的同志做采购工作。
- 4、认真落实后勤服务中心各项规章制度。积极贯彻食品卫生法规，强化卫生意识，抓好食品、个人、餐厅、环境卫生、严防食物中毒和操作、安全事故的发生。尤其坚持做好所进食品索证制度，提高防投毒意识，做好防火、防盗工作，确保本食堂不发生安全事故。
- 5、抓好本食堂工作人员技术培训，不断提高炊事人员的烹调技术。坚持三服务两育人宗旨，抓好优质服务、精神文明建设和职业道德教育。
- 6、签订本食堂承包经费合同，认真贯彻同工同酬，按劳分配的原则。抓好粮、菜、油、水、点的节约工作，杜绝长明灯长流水，堵塞漏洞，提高经济效益。

十八、后勤服务部职工食堂采购员岗位职责

- 1、为确保食品的饮食安全，把好食品采购关，预防食物中毒事故发生。各承包食堂必须选派懂业务、责任心强的同志做采购工作。采购的油类、肉类、面粉、调料、饮料等，必须去正规厂家或企业，做到采购渠道清楚，按规定索要卫生许可证、产品资料检验报告。食品卫生评价报告单。营业执照及健康证等证件。并认真查看索要证件的有效实限和年检情况。采购畜禽肉类原料时，必须以索要兽医卫生检验单位出具的疫检合格证明。
- 2、采购员要采买新鲜、干净符合食品卫生标准的食品确保原材料无毒无害，新鲜完好。
- 3、严禁采购腐败变质、油脂酸败、霉变、生虫、污浊不洁、混有异物或感官性状异常，可能对人体健康有害的食品。
- 4、严禁采购未经兽医卫生检验或检验不合格的肉类及其制品。
- 5、严禁采购超过保质期或不符合标签规定的定型包装食品、及其它不符合食品卫生标准，准和要求的食品。

6、必须熟悉本单位所用的各种食品和原材料的品种及相关的卫生标准，卫生管理办法及相关法规。了解各种原材料可能存在的卫生问题。

十九、后勤服务部职工食堂库房保管员岗位职责

- 1、做到所有物品应按不同种类、分架、隔墙、离地分别存放，每天定期进行打扫，保持整洁，要求离地面 15 公分，离墙 10 公分码放整齐。
- 2、食品库房要明亮通风，早开窗、晚关窗，缸有盖，定期检查、翻晒、防止霉变事故。
- 3、米面、食用油、食品、调料等物质入库要逐件进行质量验收，对过期或变质不符合质量的商品不得入库。
- 4、对入库后的食品，做到先进先出、尽量缩短存放的时间，发现腐败变质、超过保质期的食品，采取措施及时处理。处理前必须与正常食品分开存放，并有明显标记，以防继续使用。
- 5、注意各库房清洁卫生，每周小扫除，每月大扫除，保持库房内、冰箱内无腥臭味。
- 6、冰箱、冰柜每两周必须化霜、彻底清理一次，冰箱、冰柜内存放的食品，严格做到生熟分开、肉类与水产品分开、成品与半成品分开存放。冰箱、冰柜内的各种食品要与冰箱、冰柜周边保持一定间隙，盛装食品的容器不能堆放。
- 7、做好防蝇、防鼠工作，采取有效措施消灭老鼠、苍蝇、蟑螂等有害昆虫及其孳生条件。禁止存放有毒有害物品及个人生活物品。

二十、后勤服务部职工食堂炊事员岗位职责

- 1、在本食堂承包人领导下，认真履行上级和后勤服务部各项规章制度。
- 2、热爱本职工作，服从分配听从指挥，出勤出力，圆满完成任务。
- 3、团结友爱，尊师爱徒，不赌博。不许醉酒、不打闹、树立良好的个人形象。
- 4、讲究职业道德，坚持优质服务，文明礼貌，态度和蔼。
- 5、严格执行饮食操作规程、防止安全事故的发生，做好防火、防盗工作，确保本食堂不发生安全事故。

二十一、枣庄市立医院爱卫会办公室职责

- 1、在上级爱卫会及医院分管院长领导下进行工作，分工明确，责任到人。
- 2、负责全院卫生清洁的管理工作，建立、健全医院卫生制度，组织全院各科室爱卫会管理小组共同完成卫生清洁任务，为就医人员及职工提供清洁的环境。
- 3、负责全院环境卫生区域的划分。
- 4、负责制订全院室内卫生、环境卫生、绿化检查标准。增添必要的卫生设施。
- 5、负责全院“除四害”的消杀工作。
- 6、认真执行爱卫会各项规章制度，负责检查督促医院卫生清洁工作，定期研究、布置和检查卫生工作。并进行总结、评比、表彰先进集体及先进个人，并落实奖惩措施。
- 7、爱卫会办公室应对各项清洁管理工作高标准、严要求，除每个周五定期检查以外，还要采取不定期的抽查，把经常性的卫生工作与突击性活动结合起来，突出重点，兼顾全面。努力改进工作要求和提高清洁质量，取得就医人员的理解、支持、配合与信赖。
- 8、定期召开会议并有记录。

二十二、后勤服务部保洁监督员岗位职责

- 1、对全院室内外卫生状况进行监督管理，保持整个医院清洁、优美、舒适的工作环境，辅助控

制病原传播速度工作，为临床提供优良的医疗环境。

2、负责督促医院环境的清洁工作，医院员工有义务保持环境的清洁。

3、对肉眼可见的积灰、斑点、污垢、油渍、垃圾，消毒剂对部分所清洁的物品进行消毒等予以督促；

4、在巡视工作的同时，发现室内建筑、家具、设施有所损坏，影响使用或有碍观瞻，应及时报告有关部门。

5、根据不同要求，督促处理生物垃圾、污染垃圾及其它垃圾。

6、对分管工作定时作出书面报告，及时提出合理有效的建议。

二十三、后勤服务部保洁员岗位职责（卫生间）

1、负责所分管卫生间的清洁工作。

2、提前十分钟上岗，统一着装，佩带标识，衣着整洁，精神饱满。

3、认真贯彻执行医院卫生管理规范，严格按照规定程序进行清洁，以符合卫生达标要求。

4、坚守工作岗位，做到公厕卫生一客一清扫，地面干净，保持通风，无异味；坚持每天进行一次废物消毒，按规定点香或放置除臭物品。

5、保证水池、龙头、便池、地漏、电灯、烘干机、防滑垫、门把手、窗户、窗纱等设备完好无损，发现损坏及时向护士长报修。

6、配备专用拖把清洗车，清洁工具存放整齐，按规定时间放于洗手间背面。

7、负责分管卫生区域内设施（垃圾桶等）的管理，对人为损坏、丢失物品等承担赔偿责任。

8、积极参加清洁业务培训和各项活动，不断提高卫生质量。

投诉电话：0632——3227322

二十四、后勤服务部消杀员岗位职责

在保洁主管的领导下，做好各保洁区的各类消杀工作，有效控制保洁区四害密度，其职责如下：

1、负责定期对保洁区下水沟、果皮箱、垃圾中转站、公共卫生间等公共设施和公共场所每周进行1次消毒、灭菌、杀虫工作。

2、负责楼宇消防楼梯、通道、平台、办公区域、下水口等公共区域每月进行1次消杀。

3、定期对保洁区内投放灭鼠药进行灭鼠工作，及时回收药物和清除死鼠，保持环境洁净。

4、定期或不定期对保洁区进行巡查，对容易孳生蚊虫和老鼠活动频繁的地方，立即采取有效消杀措施。

5、消杀时用药要分清，操作要规范，并戴好防护用具，作业完毕后，及时清洗双手和衣物等。

6、消杀作业完毕后，及时检查消杀效果，对漏杀或未达到消杀效果的部位立即采取补救措施。

7、负责保管好消杀用具和消杀机械，用后要清洗干净，摆放整齐。

8、严格控制好药物，药物要分类、分开摆放，防止混用或用错，严禁药物流失。

9、完成上级交办的其它工作。

二十五、医疗废弃物回收工岗位职责

1、负责全院医疗废弃物的收集、运送及周转站暂存工作。

2、严格执行焚烧操作规范及规章制度，注意安全，做好自我防护工作。

3、掌握自我防护知识、运送过程中、工作人员必须穿隔离、戴口罩、帽子、手套。

4、正确进行收集、运送操作，预防锐器刺伤。

5、严禁一次性输液器、注射器买卖、流失、泄漏。

6、每日按规定时间、流程收集、密闭、运送、暂存工作。

7、每日收集后周转箱（筒），应进行清洗消毒，医疗废弃物暂存间内应每日卫生清扫二次，紫外线照射一次。

8、严格执行操作规范，认真做好医疗废弃物回收工作。

9、及时完成临时分配的工作任务。

二十六、医疗废弃物管理人员岗位职责

1、严格按医疗废物管理分类，避免生活垃圾混入，以增加不必要的支出。

2、使用专用垃圾箱，医疗废物用黄色带标识的专用箱，包装袋标识清楚，材质耐用，利器盒达标，送暂存处前检查标签项目是否齐全。

3、运送过程中防止污染、渗漏、破损，日产日清；暂存处存放<2 d。

4、认真交接签字，档案留存备查。

5、做好防护，如发生刺伤，按针刺伤应急程序处理。

二十七、后勤物资下送人员岗位职责

1、在后勤主任的领导下进行工作，负责计划内采购物资保管、登记和分发工作，实行按时下送。

2、检查所送物品质量，如有损坏及时修补、登记，并向仓库班长汇报。

3、协助临床护士长请领各种后勤仓库物资，经常与临床科室联系，征求意见，改进工作。

4、认真执行各项规章制度和技术操作规程，积极争先创优服务活动，不断提高工作质量，严防差错事故。

5、指导临床科室对后勤仓库物品领取使用工作。

基建科工作职责

一、负责编制年度基本建设和维修工作计划。

二、负责建设项目的报批手续。

三、负责协助做好各类工程的招投标工作。

四、负责协助做好各类工程预算、决算的审核工作。

五、负责工程项目方案设计及各类施工图的设计。

六、负责组织工程图纸的审核和图纸会审工作。

七、负责基建工程的施工和管理。

八、负责工程项目的验收、计量、工程预决算方案的提报。

九、负责协助签定各类工程施工、设备、材料等合同文件。

十、负责监督各类工程建筑材料的质量。

十一、负责有关建设档案的收集、整理、归类、编目、成册、保管。

十二、完成上级交办的其他工作任务。

基建科人员职责

一、基建科技术人员职责

1、在后勤科主任领导下，遵守《基建工作制度》，严格执行基本建设和工程施工程序，接受领导交给的各项任务。

2、根据国家下达的基本建设计划，认真办事建筑定点、委托设计、申请施工执照等有关手续，并做好施工前的一切准备工作（包括临时设施、接水、接电等）

3、熟悉图纸，正确了解和掌握设计意图，以便组织设计、施工及有关单位进行施工图纸会审和技术交流，并根据使用要求，提出有关改进的意见与建议，负责会审记录的审查工作。

4、审查施工组织设计及各项技术措施的合理性，认真掌握好工程的各个细节，对现场情况要做到“三清楚，六有数”（即三通情况清楚，场地的地上地下情况清楚，对设计情况心中有数，形象进变心中有数，短线材料心中有数，施工人员活动情况心中有数，各施工单位交叉施工心中有数，存的问题心中有数）

5、贯彻“百年大计，质量第一”的方针，以国家现行规范和标准为依据，严把质理关，经常到施工现场检查施工质量，如发现问题，要分清是非，坚持原则，及时解决处理，不留隐患，并做好记录，参加工程初检和竣工验收工作。

6、认真整理工作日记，办理有关变更手续和技术经济签证，收集施工过程中的一切图纸和资料，并及时归档，为绘制竣工图提供准确依据。

7、努力学习，提高预算水平，认真审查概算、预算、年终结算和工程竣工决算，以及主要材料用量，为降低工程造价，进度拨款以及现实投资包干，提供可靠依据。及时做好竣工决算和固定资产的移交。

8、积极配合采购人员准确、经济、合理地采购所属的材料和设备，把好所购材料的和设备的质量关。

9、参加现场各单位共同召开的调度会，积极采取措施进现场为各单位协调施工，保证工程顺利进行。

10、及时向技术组和有关领导汇报工作进展情况。

二、基建科会计人员职责

1、熟悉基本建设的法律、法规和财务制度，结合医院基建工作的实际情况制定并具体实施有关基建财务的工作办法。

2、参与基建项目全过程的招、投标工作，审核合同协议，审核基建项目的所有付款凭证资料。

3、负责基建项目投资计划及资金的申请，使用并编制财务报表。

4、负责编制基建在建工程年度资金计划和月度资金用款计划报表。

5、负责向卫生局、财政局上报有关基建项目的财务预、决算的报表。

6、负责办理基建项目工程日常报账付款工作和基建项目工程竣工验收转账工作。

7、每月 25 号及时向计财部报送在建工程月报表。

8、完成领导交给的有关基建财务方面的其他工作。

保卫科工作职责

1. 负责制定并组织实施各项安全保卫措施，保护医院安全。

2. 负责组织与实施对全院职工进行安全教育，增强安全防范意识，提高警惕，做好“防火、防盗、防事故等培训工作。

3. 协助、配合公安机关对医院发生的破坏、盗窃事件进行调查和侦破。

4. 做好保安人员和车辆管理人员的管理工作。

5. 负责督促检查全院各科室的安全目标责任书的落实情况。

6. 负责组织检查各科安全情况，发现和清除安全隐患。

7. 认真执行《消防条例》和有关易燃易爆、放射源等危险物品的管理规定，定期监督、检查并记录。

8. 负责维护医院正常的工作秩序，及时劝解及处理各种纠纷。保护院内人员的安全。

9. 负责对突发事件进行处置，维护秩序，必要时与公安部门联系，共同解决。

9. 认真搞好和各部门间的通力协作，共同维护好我院各种安全工作。

10. 完成院领导交办的临时性工作。

保安执勤工作职责

1、保安执勤上岗前必须按照着装规定穿戴整齐、装备齐全后方能上岗执勤。

2、保安的仪容仪表必须容貌端庄、姿态端正、服装整洁，具有良好的精神面貌。

3、保安上岗执勤必须严格遵守定岗定人定时定任务岗位职责的工作要求。

4、保安在执勤服务时必须坚持文明用语、举止规范、礼貌热情待人，见危难必相助。

5、保安在执勤管理时，必须严格遵守岗位职责制，做到手勤、脚勤、嘴勤，指挥规范操作。

6、保安治安宣传与防范工作时，必须做到勤宣传、勤观察、勤巡查。

7、保安在处置突发事件与纠纷时，必须严格执行各类预案的处理。

8、保安必须熟悉本院各科室分布与消防、工程的布局，以便巡查与管理。

9、保安必须严格遵守公司与医院各项规章制度并自觉接受领导的工作指导与监督。

11、保安必须不断加强业务知识的学习与培训，提升业务能力，处置能力、应变能力和提高职业行为规范。

12、保安必须自觉遵守国家法律法规与社会公德及职业道德。

急诊警务室工作职责

1、坚守岗位，警容整齐。

2、负责全院的治安管理，及时接警，迅速出警，措施得力。

3、加大处理医疗纠纷的力度，措施果断。

- 4、维护急诊正常诊疗秩序。
- 5、保证医务人员安全。
- 6、遇紧急情况，及时请求上级公安机关帮助。
- 7、在急诊科严格执行 24 小时坐岗值班制。
- 8、保持室内卫生清洁，爱护公物。
- 9、认真填写工作记录。
- 10、完成院领导交办的临时性工作任务。

保卫科人员职责

一、保卫科科长职责

- 1、在院长及分管副院长领导下，团结和带领全科人员负责全院的安全保卫工作，保证医院的医疗、科研、教学的顺利开展。
- 2、根据领导的部署，组织全科人员的政治思想、业务技能的学习，加强全科人员的思想教育，并进行考勤、考绩、考德。
- 3、协助院领导抓好社会治安综合治理工作，负责检查医院社会治安综合治理责任制的达标和落实情况。
- 4、配合有关部门做好法制宣传教育工作，主动与公安机关取得联系，并配合公安机关对本院的治安、盗窃、刑事案件进行侦破和查处。
- 5、加强对医院保卫人员及安全保卫工作的监督和管理。
- 6、协助有关科室和部门处理医疗纠纷的保卫事宜。
- 7、和有关部门协助调解委员会，做好医院民事纠纷调解工作。
- 8、贯彻、落实好《消防法》，负责火灾的预防和消防器材的配备和管理。
- 9、负责全院的安全检查，做好节假日的安全保卫工作。
- 10、以预防为主，制定各种防范措施，协助有关部门做好保密工作，做好暂住、流动人口的管理工作，整顿医院的车辆停放秩序。
- 11、负责完成院领导临时交办的其他工作任务。

二、保卫科工作人员职责

- 1、按照院领导的指示，在保卫科科长领导下，按照保卫科的各种规章制度处理日常事务。
- 2、及时处理院内纠纷、维护院内的正常秩序，负责院内各类车辆的停放管理。
- 3、协助科长安排各方面工作，掌握工作进展，了解工作动态，收集意见、建议和问题，分析归纳供领导参考。
- 4、负责协调保卫科与医院各部门的关系，督促检查各制度职责的落实。
- 5、负责与当地公安机关及当地基层政府的联络，营造融洽的、良好的外部环境。
- 6、负责消防设施、器材的管理、维护和使用，安排人员值班，并检查督促履行职责。
- 7、协助做好法制宣教、治安防范和综合治理工作。
- 8、完成领导交办的其他工作任务。

三、消防控制人员职责

- 1、协助保卫科长做好医院安全保卫消防工作，主要负责消防控制室的管理工作。
- 2、负责对各种消防控制设备的监视和运用，不得擅自离职守，做好检查、操作等工作。
- 3、熟悉本系统所采用消防设施系统基本原理、功能，熟练掌握操作技术，协助技术人员进行修理、维护，不得擅自拆卸、挪用或停用，保证设备正常运行。
- 4、发生火灾要尽快确认，及时、准确启动有关消防设备，正确有效地组织扑救及人员疏散，并应直拨 119 向消防队报警，不得迟报或不报，消防队到场后，要如实报告情况，协助消防人员扑救火灾，保护火灾现场，调查火灾原因。
- 5、对消防控制室设备及通讯器材等要进行经常性的检查，定期做好各系统功能试验，以确保消防设施各系统运行状况良好。做好交接班工作，认真填写值班记录及系统运行登记表和控制器日常检查登记表。
- 6、宣传贯彻消防法规、遵守防火安全管理制度，以高度的责任感完成各项技术工作和日常管理工作。
- 7、积极参加消防专业培训，不断提高业务素质。
- 8、完成院领导及保卫科交办的各项临时性工作。

四、电视监控室人员职责

- 1、具有高度事业心和责任感，认真而熟练地处理值班期间的各项事务。
- 2、认真学习业务技能知识，熟练掌握监控设备使用规程，合理操作。
- 3、严格管理监控设施，严禁非值班人员随便操作。
- 4、熟悉各监控点位置、设备状态及操作内容。
- 5、值班人员如发现可疑情况，及时准确地向院保卫科及执勤人员报告嫌疑人的体貌特征、位置、时间。
- 6、值班期间严禁喝酒、吸烟、会客。严禁非值班人员随意进入电视监控室内。
- 7、值班期间不得离岗，如有事应请假，经领导批准后方可离开。
- 8、保持监控室内卫生清洁、物品整齐、环境安静。
- 9、完成院领导及保卫科长交办的各项临时性工作。

五、门卫工作职责

- 1、坚守本职岗位，文明规范执勤，礼貌热情待人，保持良好仪表仪容与精神状态。
- 2、维护好门口车辆，来院就诊人员的进出秩序，以及周边与传达室的环境整洁。
- 3、按照医院对物品出入管理的要求，做好询问检查，核对，发现问题及时上报保卫科处理。
- 4、严格执行交接班制度，认真填写当日值班情况记录，对值班发生处理的事件要移交清楚。
- 5、负责各类车辆管理，对摩托车、电瓶车、自行车禁止入内，做到院内车辆停放有序，保证院内道路畅通。
- 6、负责维护院内治安秩序，遇有蓄意扰乱工作秩序，侵犯工作人员人身安全行为时，应及时制止或通过公安机关予以处理。

六、急诊警务室工作职责

- 1、坚守岗位，警容整齐。
- 2、负责全院的治安管理工作，及时接警，迅速出警，措施得力。
- 3、加大处理医疗纠纷的力度，措施果断。

- 4、维护急诊正常诊疗秩序。
- 5、保证医务人员安全。
- 6、遇紧急情况，及时请求上级公安机关帮助。
- 7、在急诊科严格执行 24 小时坐岗值班制。
- 8、保持室内卫生清洁，爱护公物。
- 9、认真填写工作记录。
- 10、完成院领导交办的临时性工作任务。

第八部分 经济、财务、审计岗位和人员职责

计划财务部工作职责

- 一、在院长领导下，负责医院财务预、决算的编制，经院长批准后执行。
- 二、负责医院财务管理工作。严格执行国家财经纪律和财务规章制度，坚持增收节支，勤俭办事业的原则，积极组织各项收入，严格控制支出。
- 三、按照会计制度，做好会计核算工作，为经济管理和经济决策提供准确的会计资料和经济信息。
- 四、加强财产物资、货币资金、债权债务的核算与管理，参与经济合同的签订。
- 五、按时报送会计报表、财务计划、财务分析。对经济前景和经济活动进行科学预测，并参与经济决策。
- 六、对全院财务人员进行业务指导，实施财务监督检查。
- 七、负责财会人员的业务培训和考核，协同有关部门组织会计专业技术职务的申报考试及评审工作。
- 八、承担医院综合目标管理的日常工作，草拟修改并不断完善综合目标管理方案，做好经济核算的基础准备工作。
- 九、完成院领导及上级交办的各项临时工作。

计划财务部主任岗位职责

- 一、在院长的领导下，全面负责医院财务管理和会计核算工作。
- 二、根据《会计法》及国家有关法律法规及规章制度要求，制订各项内部财务会计制度，并督促贯彻执行，不断改进财务会计工作。
- 三、组织编制本单位财务收支计划、预算并组织实施。
- 四、定期进行财务分析，当好领导参谋。
- 五、依法实行会计监督。
- 六、加强对会计凭证、账簿、报表的审核，使会计报表准确、及时、全面地上报有关部门。
- 七、注重会计人员职业道德教育和业务水平的提高。
- 八、负责对本部门人员的业务培训、制定财会人员岗位考核办法，定期不定期地对各会计岗位进行检查，并做好年终考核。
- 九、协同有关部门做好会计专业技术职称考试及评审工作。
- 十、完成院领导交办的其他工作。

主管会计岗位职责

- 一、按照会计制度要求处理会计业务，进行会计核算。
- 二、按照会计制度规定，对本单位发生的一切经济事项逐笔审核。
- 三、负责对下属各岗位会计业务的培训、指导、监督。
- 四、负责各岗位会计报表、资料的收集、审核、整理、记账，发现问题及时反映或纠正。
- 五、负责往来款项的明细核算，及时进行清理。
- 六、正确使用微机记账，按时编制月报及年终决算报表，并做到准确、及时、无误。
- 七、协助编制年度预算。
- 八、参与对各会计岗位的监督检查工作。
- 九、负责对会计档案的管理。
- 十、完成领导交办的其他工作。

现金出纳岗位职责

- 一、力求又快又准确地办理现金收、付及现金结算业务，并在取得凭证后随时加盖“现金收、付戳记”。
- 二、对现金的支付，应根据仓库填制的附有原始凭证的入库单或审核人员填制的“现金付出单”复核后，再进行付款，对不符合手续的凭证及不合理开支应拒绝付款。
- 三、及时登记现金日记账。
- 四、每日进行现金盘点，做到日清月结、账款相符。如出现长短款现象，及时向领导汇报，待查明原因后进行处理，个人不得隐瞒或以长补短。
- 五、负责保管好库存现金和各种有价证券。
- 六、负责各银行的对账工作，编制银行余额调节表，督促及时清理未达账项。
- 七、完成领导交办的其他工作。

银行出纳岗位职责

- 一、力求又快又准确地办理银行收、付及银行结算业务并在取得凭证后随时加盖“银行收、付戳记”。
- 二、及时登记银行存款日记账，做到日清月结。
- 三、银行对账单应妥善保管，并配合财务部其他人员编制“银行存款余额调节表”，保证账面余额与银行对账单余额一致。对调节不符、长期未达的账项应及时向领导汇报。
- 四、坚持财务制度，对不符合手续的凭证及不合理开支应拒绝付款。
- 五、按规定保管好财务印章、空白支票。

- 六、及时办理有关银行借款的还贷、续贷工作，每年按时办理贷款卡年审手续。
- 七、完成领导交办的其他工作。

稽核会计岗位职责

- 一、按《会计法》和有关法规、财务制度、收支标准等规定，对本单位发生的一切经济事项逐笔审核。审核人员必须熟悉国家有关的方针、政策、法令、规定、制度及单位的有关规定，掌握费用开支标准，并做好宣传解释工作。
- 二、审核各类原始凭证的合法性、合理性、正确性、完整性。
- 三、审核各库房月末报送的各种报表。
- 四、根据医院会计制度复核记账凭证。
- 五、审核各种月度会计报表、年报及其他报表内容。
- 六、认真审查、复核、监督各种开支标准，分配比例是否符合国家规定。
- 七、完成领导交办的其他工作。

工资核算会计岗位职责

- 一、根据人力资源部工资变动通知，准确编制工资表及时发放工资。
- 二、向有关成本核算岗位提供工资资料。
- 三、根据人力资源部人员增加变动通知，做好新开工工资存折的领用登记和发放工作。
- 四、对应扣职工的各类款项（例如：煤气费、水费、暖气费、房租费）要事先与有关管理部门联系核对后再上表扣发。
- 五、按国家有关规定，准确计算并代扣代缴职工个人所得税、住房公积金、养老金、失业保险金和医疗保险金等款项。并做好职工养老保险手册、住房公积金明细账的登记与保管。
- 六、按医院有关规定，根据有关科室提供的资料做好夜班费、返聘人员补助费发放表的编制。
- 七、管理好工资发放凭证及与工资有关的各种凭证及资料、对职工增加或扣发工资要做到有凭有据，并每月装订成册妥善保管，年终随同会计档案一同存放。
- 八、完成领导交办的其他工作。

票据管理、复核岗位职责

- 一、负责各种空白凭证的领取、保管、发放、复核和注销工作。
- 二、对交款凭证的复核要做到：
 - （1）凭证是否齐全完整，注销号码与领用号码是否相符。
 - （2）复核凭证各项目的填写是否齐全，内容是否真实、大小写是否相符，各项目累计金额是否

正确，有无涂改、刮、挖、擦现象。

(3) 检查作废发票是否加盖“作废”戳记，三联是否俱全，对退款的发票手续是否齐全，数字是否准确。

(4) 复核现金缴款单、POS 结算单、交款日报及现金是否三相符。

三、对复核无误的收款凭证应随时加盖“复核”戳记，并在凭证领用登记簿上及时注销，不得拖延，同时在交款日报上复核项目内签章，转出纳据此收款。

四、建立差错登记簿，对复核出现的差错应及时通知差错人进行复核、查对，予以核实。对其多交或少交的款项应按规定及时办理补、退手续，对其应补交的款项须及时补交，不得以白条顶替。

五、负责对注销后凭证的整理、装箱，送存放地点妥善保管。定期向财政主管部门申请销毁，同时留存核销记录。

六、对存放凭证的仓库应经常进行检查、通风、以防霉烂等现象的发生。

七、完成领导交办的其他工作。

药品会计岗位职责

一、熟悉药品核算管理规定及相关法规和财务制度。

二、以进价正确核算药品的购进、发出业务，审核外购药品入库的原始凭证。

三、正确核算药房药品销售情况，月终向财务报送药品领用、销售汇总表。

四、负责院内试剂的会计核算、成本定价工作。

五、及时登记药品明细账。积极与药库配合进行月核对、季盘点，做到账账、账实相符。在每次盘点中对其盘盈、盘亏的药品材料应列出明细表，一式三份，报请领导审批后，再作账务处理。在未审批前，不得自行处理或调整账务。

六、按上级调价通知，及时办理药品调价、报废等会计事项，协助药库、药房进行清理，加强库存药品的管理，将库存药品降低到一个合理水平，节约医院流动资金。

七、对药库发出、药房领入的药品，应每月末核对一次，待无误后，双方再作账务处理。确保药库、药房药品核算的准确性。并遵循“先入先出法”的原则。

八、对各类出、入库等原始凭证，每月处理完账务后，按顺序装订成册。妥善保管，对其装订成册的凭证、账簿、报表及其他会计资料应按会计档案管理要求进行保管，不经批准，不得自行处理。

九、各类会计报表，应按要求及时准确上报各有关单位，报表各项的填写应做到项目齐全、书写工整、数字准确，各责任人签名齐全或加盖印章。

十、完成领导交办的其他工作任务。

材料核算会计岗位职责

一、熟悉财产物资管理规定，负责各种材料物资的管理及其数量金额的核算工作。

二、按照会计制度要求，按时记账、算账、对账、报账，做到手续严密，内容真实，数字准确。

三、材料物资的购进、发放，严格按照要求办理入库验收手续和出库发放手续。办理入库验收手续应货证相符无误，如不符应按实际收到的货物办理入库手续。对购货手续各项目填写不全、计算有误、多联发票未进行套写或有涂改、刮、挖、擦等现象的购货发票，不得办理入库及付款手续。出库单各项目要填写齐全，计算准确，签字完整，然后据其及时处理账务。逐笔逐日地登记账簿，做到日清月结。

四、对库存的材料物资应月核对、季盘点，做到账账、账实相符。对盘盈、盘亏的材料物资应列表一式三份，报请领导审批后，再作账务处理。在未审批前，不得自行调整。

五、对因损坏需报损的材料物资，应列明细表，注明报废原因，报请领导审批后方可作账务处理。

六、对出、入库等原始凭证，每月末处理完账务后，应按顺序装订成册。年终随同账簿、报表等会计资料妥善保管，不经领导批准，不得自行处理。

七、各类报表要准确、及时地上报院计划财务部，报表各项目要填写齐全、书写工整、数字准确，签字完整，不得以姓代名。

八、对库存的各类材料物资应做到心中有数，每月末应根据库存材料明细账，协同仓库保管人员做出下月采购计划，交领导审批。

九、完成领导交办的其他工作。

固定资产管理会计岗位职责

一、掌握医院财务制度、固定资产的管理办法及核算方法。

二、负责固定资产的明细核算。按照会计制度规定设置账簿，按时记账、算账、对账、报账，做到手续严密正规，内容真实完整，数字准确无误。

三、对购进的各类固定资产，根据购货发票、合同验收无误后，按规定办理入库手续。对无偿调拨以及捐赠的固定资产，其入库手续的办理视同购入的固定资产，在送交财务时应附有调拨及相关手续。

四、在办理入库验收手续时对购货发票应认真审查，对项目不全、计算有误、书写不清、多联发票未进行套写或有挖、刮、擦等涂改现象，应拒绝办理入库及付款手续。

五、对发出的固定资产，应按规定填写固定资产发放单，各项目要填写齐全、书写认真、字迹完整，并附有完整的审批手续。

六、对购进和发出的固定资产，在取得完整手续后应及时逐笔登记账簿和填写固定资产使用卡片。

七、对库存和使用的固定资产，应不定期核对，年终清理盘点。做到账账、账卡、账实三相符。对盘盈、盘亏及需报损的固定资产应查明原因或鉴定后，报请院领导审批，再报市卫生局和国资局审批，方可作账务处理，在未审批前，不得自行调整账务。对闲置多余的固定资产及盘点时发现的问题，要及时向领导报告，并提出改进意见。

八、对各类入库单、出库单等原始凭证，每月处理完账务应按顺序装订成册，妥善保管，年终随同各类计划、审批手续、有关合同、盘点表及账簿等会计资料按顺序整理分类，妥善保管，不经批准，不得自行处理或销毁。

九、按照财政局要求，做好国有资产信息统计填报工作。

十、完成领导交办的其他工作。

住院处主任岗位职责

一、负责本科室的日常工作，协调与临床科室、医技科室的关系，处理各种意外的事件。

二、根据科室工作特点，合理分工，做好日常、节假日工作的排班、调度。

三、每天将科室收款人员的收入日报表、医疗收费收据存根、银联卡结算单、现金缴款单或现金整理复核，审核无误后交到财务部。

四、每月 25 日结账后及时报送月报表，并与财务进行预收押金、在病费、医保病人欠费、出院病人欠费的对账，做到账账相符。

五、每半年一次把出院待算病人转入病欠，并将欠费名单报送清欠小组，将病人发票妥善保管，及时登记出院病人欠费明细账。

六、配合临床科室及清欠小组催交欠费。

七、为丢失费用清单的住院病人补打费用清单。

八、传达院会议精神、组织贯彻落实。

九、负责对病人遗失医药费发票开具证明。

十、保障资金安全，负责科室的防火、防盗工作。

十一、完成领导交办的其他工作。

住院处收款人员岗位职责

一、严格按照医院规章制度要求，办理患者入院手续、出院结算、预交金收取等有关工作。并仔细填写住院病人首页相关内容并按规定正确输入电脑。根据病情合理收取预交款，并开具预交款收据。

二、住院处执行 24 小时工作制度，实行三班制，严格交接班手续。

三、建立住院病人个人费用明细账，根据相关科室提供的费用记账单，正确、及时地输入电脑，并保管好记账资料。

四、认真领会和明确有关文件精神及各项结算规定，掌握各类病人的结算业务。

五、正确使用银联卡收费，任何人不得把病人交付的现金利用信用卡进行套现。

六、根据病人需要，提供病人收费清单，配合临床科室加大在院病人欠款的催讨力度，提供价格服务咨询。

七、将当日收取的现金、支票等及时存入银行。不得以白条抵库，不挪用公款，不得公款私存。

八、每日进行现金盘点，日清日结，做到账款相符。

九、认真执行住院病人退费制度，严格退费手续，避免少收，杜绝漏收。

十、严格遵守医院财务管理制度及票据管理的有关规定，妥善保管领取的票据，不得缺页少联、空号、跳号使用。

十一、妥善保管好收费专用章、记账专用章。

十二、提高综合业务水平，坚持“一切为了病人”，实行优质服务，做到唱收唱付。

十三、互学互尊，团结协作，维护集体荣誉，保持公共场所干净整洁。

十四、完成领导交办的其他工作。

收款处主任岗位职责

一、负责本科室的日常工作，协调与门诊医技等科室的关系，处理各种意外的事件。

二、根据科室工作特点，合理分工，做好日常、节假日工作的排班、调度。

三、每天将科室收款人员的收入日报表、医疗收费收据存根、银联卡结算单、现金缴款单或现金整理复核，审核无误后交到财务部。

四、每月 25 日结账后及时报送月报表，并与财务进行特殊医保病人欠费的对账，做到账账相符。

五、负责督促收费窗口消除排队等待时间长的现象。

六、熟悉及指导科内职工掌握收费标准及规定。

七、传达院会议精神、组织贯彻落实。

八、保障资金安全，负责科室的防火、防盗工作。

九、完成领导交办的其他工作。

门诊收款人员岗位职责

一、坚持以病人为中心，做好门诊挂号、收款服务工作。按规定填写初诊病人的病历首页，如姓名、性别、年龄、住址等项目，不得漏项。

二、根据就诊卡，利用门诊收费管理系统快捷、准确的收取各种医疗费用。

三、退费、作废业务须严格按照规定程序办理。

四、正确使用银联卡收费，任何人不得把病人交付的现金利用信用卡进行套现。

五、熟悉并掌握特殊医保有关规定，准确及时记账、收取自费部分医药费。

六、遵守医院的各项规章制度，做好准备工作提前 3-5 分钟开窗收费。

七、将当日收取的现金、支票等及时存入银行。不得以白条抵库，不挪用公款，不得公款私存。

八、每日进行现金盘点，日清日结，做到账款相符。

九、严格遵守医院财务管理制度及票据管理的有关规定，妥善保管领取的票据，不得缺页少联、空号、跳号使用。

十、妥善保管好收费专用章。

十一、在办理挂号、收款时，要态度热情，语言文明，唱收唱付，耐心细致不出差错。

十二、互学互尊，团结协作，维护集体荣誉，保持公共场所干净整洁。

十三、完成领导交办的其他工作。

基建会计岗位职责

- 一、熟悉基本建设的法律、法规和财务制度，结合医院基建工作的实际情况制定并具体实施有关基建财务的工作办法。
- 二、参与基建项目全过程的招、投标工作，审核合同协议，审核基建项目的所有付款凭证资料。
- 三、负责基建项目建设投资计划及资金的申请，使用并编制财务报表。
- 四、负责编制基建在建工程年度资金计划和月度资金用款计划报表。
- 五、负责向卫生局、财政局上报有关基建项目的财务预、决算的报表。
- 六、负责办理基建项目工程日常报账付款工作和基建项目工程竣工验收转账工作。
- 七、每月 25 号及时向计财部报送在建工程月报表。
- 八、完成领导交给的有关基建财务方面的其他工作。

物价办公室工作职责

- 一、在分管院领导的领导下，做好医疗服务价格管理工作，强化价格管理意识。检查监督全院医疗收费价格的执行情况。
- 二、认真贯彻国家的价格法律、法规和政策，严格执行山东省、枣庄市物价局制定的医疗服务项目收费标准，禁止自立项目、分解收费和乱收费，规范医疗收费行为。
- 三、努力使医疗服务价格不断适应医学新技术快速发展的需要，及时完成医院新增医疗服务项目的成本测算和收费价格的申报工作。
- 四、及时更新、调整医药价格计算机系统收费信息，新增项目严格执行“新增（调整）收费项目审批表”程序。
- 五、实行价格公示制定，采用触摸屏、公示牌、一日清单、医院网站等方式对收费项目实行明码标价。
- 六、制定物价考核标准，每月开展医院内部价格执行情况监督检查。
- 七、开展价格调研，采集价格信息，向价格主管部门提供价格运行动态和价格管理信息，反馈价格管理的意见和要求。
- 八、设立举报电话、信箱，与回访办公室配合认真做好信访投诉接待工作，做到事事有反馈，件件有落实。

物价员岗位职责

- 一、认真贯彻执行国家的物价方针、政策，树立政策和法制观念。积极宣传国家物价管理条例，努力学习物价政策法规和业务知识，不断提高业务水平，结合本单位实际，建立健全物价管理制度。
- 二、严格执行山东省、枣庄市物价局制定的医疗服务项目收费标准管理，及时更新、调整医药

价格计算机系统收费信息，对新增项目严格按照“新增（调整）收费项目审批表”程序执行。

- 三、协同物价主管部门及医院相关新项目申报科室，做好有关收费项目的成本测算和新增医疗服务价格项目申报、转正工作。
- 四、对本单位收费执行情况进行监督、检查、指导，定期进行下科室检查，对检查中发现问题提出整改意见，及时反馈。
- 五、认真处理病人对医院收费情况的咨询、投诉，并做好记录，态度积极、热情。
- 六、配合物价主管部门做好收费工作的监督检查。
- 七、完成领导交办的其他事项。

兼职物价管理员岗位职责

- 一、配合物价办公室接受上级部门医药价格的检查和院内定期自查。
- 二、对本科室新开展的医疗服务项目，及时向物价办公室申报，并提供填制“临时价格备案表”所需要的成本资料。
- 三、兼职物价管理员应对物价局批复的临时价格备案项目，做好登记动作，以备临时期满转为正式价格时，为成本监测提供数据资料。
- 四、负责本病区日常医药价格监督检查和管理工作。
 - 1、告知新入院患者，医院医药价格公示查询方式、方法。
 - 2、每日将病人发生的费用明细清单及时打印并交给患者核对，接受患者监督，解答关于收费的疑问。
 - 3、对出院患者费用进行逐一审核，确认无误后通知病人办理出院手续。
 - 5、协助价格管理部门处理本科室的医药价格咨询与投诉。
 - 六、有义务接受医药价格知识培训，熟悉有关医药价格政策法规。

绩效管理科工作职责

- 1、根据医院管理要求，制定并不断完善医院绩效工资核算及考核方案。
- 2、对各科室的工作量及考核结果汇总，核算各科室的绩效工资，针对运行情况，定期作出分析。
- 3、结合医院实际工作和管理需求，提出不断完善绩效核算分配方案的建议，促进各项工作效率的提高。
- 4、加强与各科室的沟通协调，监督科室做好绩效工资的二次分配工作。
- 5、负责做好医院成本测算工作，不断研究、完善成本测算方法。定期分析成本费用升降的原因，提出降低成本费用的办法和加强管理的建议。
- 6、完成其他领导交办的其他相关工作。

绩效管理科负责人岗位职责

在院长的领导下，全面负责科室绩效工资核算、绩效考核、成本经济核算等工作。

- 1、根据医院管理要求，负责制定并不断完善医院绩效工资核算及考核方案。
- 2、指导本科室人员对各科室的工作量及考核结果汇总，核算各科室的绩效工资，针对运行情况，定期作出分析。
- 3、加强与各科室的沟通协调，监督科室做好绩效工资的二次分配工作。
- 4、负责做好医院成本测算工作，不断研究、完善成本测算方法。定期分析成本费用升降的原因，提出降低成本费用的办法和加强管理的建议。
- 5、完成其他领导交办的其他相关工作。

绩效管理科科员岗位职责

- 1、按照医院绩效分配方案，及时准确统计各科室工作量和绩效考核分数，核算出科室绩效工资额。
- 2、负责对科室绩效工资二次分配情况进行监督。
- 3、结合医院实际工作和管理需求，提出不断完善绩效核算分配方案的建议，促进各项工作效率的提高。
- 4、负责收集科室工作量、支出等原始数据，每月编制各种工作量、工作效率、科室成本等对比分析报表，定期对科室运营情况进行总结、分析，针对存在的问题提出工作建议。
- 5、不断探索和完善全成本测算办法，开展科室成本的测算工作。
- 6、汇总各职能科室对临床、医技科室的考核，将考核结果与绩效工资挂钩。
- 7、按照规范要求做好有关材料的收集、保管、整理及利用工作。
- 8、完成领导交办的其他工作。

成本核算员岗位职责

1. 根据国家有关规定，本着公平、公正，效率优先的原则，测算医院绩效分配方案，按月完成绩效工资核算和发放。
2. 及时完成各部门提供的各种物资、耗材报表、供应室、洗衣房、药材、氧气等等成本明细数据的统计核算。
3. 制作各种表格，汇总各核算科室和单位的汇总表，录入各类人员支出、水、电支出、材料支出、手术支出、病人欠款、维修支出等消耗。
4. 认真核算各科室固定资产折旧，及时反映固定资产的新增、报损、调拨情况。
5. 接受科室对成本数据的查询和监督，核算数据出现差异时，及时与送单科室联系，共同复检后确认数据。

6. 按照考核规定对不同科室、不同专业采取量化的方法，每月进行考核，汇总统计全院考核分数，与绩效工资兑现。

7. 认真做好各科室支出的汇总工作，对职能后勤科室的办公用品、电话费、差旅费等实行定额管理，节奖超罚。

8. 认真核对可收费耗材领用数量，了解科室耗材收入与库存量、支出的情况，对新增收入项目、当月领用金额较大的耗材，事先征求科室意见，了解其成本现状、用预提、待摊的方法计算成本。加强与各科室的沟通协调，协助科室做好科内二次分配工作，积极完成各种临时性任务。

审计负责人岗位职责

- 一、在院长领导下，组织内审人员进行业务培训，支持审计人员依照国家的相关法律、法规及医院的规章制度行使其审计监督权。
- 二、负责拟定审计计划和审计范围。
- 三、协助政府审计部门和会计师事务所对医院的独立审计活动。
- 四、组织审计人员根据审计目标选择适当的审计方法有序地进行各项审计工作。
- 五、负责对所有涉及的审计事项编写内部审计报告，提出审计意见和建议。
- 六、负责就初步审计结果与被审计单位进行沟通。
- 七、负责对内部审计人员的工作进行监督、考核。
- 八、完成领导交办的其他工作。

审计人员岗位职责

- 一、根据审计计划和审计范围，选择适当的审计方法进行现场审计。
- 二、根据审计情况，收集相关的事实依据，编写审计工作底稿。
- 三、根据审计底稿，编写相关的审计报告及意见。
- 四、负责审计意见的具体处理，保证意见的及时处理及信息的及时反馈。
- 五、负责做好有关审计资料的原始调查的收集、整理、建档工作，按规定保守秘密和保护当事人合法权益。
- 六、完成领导交办的其他工作。

第九部分 各类委员会和管理小组职责

各类委员会工作职责

一、感染管理委员会职责

- 1、认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施。
- 2、根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。
- 3、研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。
- 4、研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。
- 5、研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性病例或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。
- 6、建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。
- 7、根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。
- 8、其他有关医院感染管理的重要事宜。

二、医疗器械管理委员会职责

- 1、贯彻执行国家有关的各项法律、法规政策，加强设备、卫生材料的科学化、规范化管理，充分发挥其三大效益。
- 2、加强医疗器械的宏观管理，结合我院实际，审计、制定年度采购计划，避免和减少医疗设备装备工作中的盲目性和失误。
- 3、切实做好医用新材料、高值耗材等卫生材料的临床论证及评价工作，为院领导当好参谋。
- 4、对引进大型医疗设备的重大决策和医疗设备管理工作进行评价或咨询。
- 5、受理各专业组的初步讨论意见，并着重进行二次评估和论证。
- 6、将论证结果提交院领导办公会审批。
- 7、对医疗设备、卫生材料的应用质量及使用效率进行监控，组织对不良事件的调查和报告，行使医疗器械不良事件监测管理小组职责。
- 8、定期开展工作，督导本院医疗器械的采购和管理。

三、医疗器械临床使用安全管理委员会职责

医疗器械临床使用安全管理活动宗旨：进行医疗机构医疗服务中涉及的医疗器械产品安全、人员、制度、技术规范、设施、环境等的安全管理。医疗器械临床使用安全管理委员会成员全面履行以下主要职责，做好医院医疗器械临床使用安全管理工作：

- 1、贯彻执行国家有关的各项法律、法规政策，加强医疗设备、卫生材料的科学化、规范化管理，充分发挥其三大效益。

- 2、加强医疗器械的宏观管理，结合我院实际，审议、制定年度采购计划，避免和减少医疗设备装备工作中的盲目性和失误。
- 3、切实做好医用新材料、高值耗材等卫生材料的临床论证及评价工作，为院领导当好参谋。
- 4、对引进大型医疗设备的重大决策和医疗设备管理工作进行评价或咨询。
- 5、对医疗设备、卫生材料的应用质量及使用效率进行监控，组织对不良事件的调查和报告，行使医疗器械不良事件监测管理小组职责。
- 6、受理各专业组的初步讨论意见，并着重进行二次评估和论证。
- 7、将论证结果提交院领导办公会审批。
- 8、定期开展工作，督导本院医疗器械的采购和管理。
- 9、定期对我院医疗器械使用安全情况进行检查、考核并进行评估。

四、病案管理委员会职责

病案管理委员会是医院医疗质量控制的机构之一，为了加强管理，提高病案质量，应认真履行职责。

- 1、病案管理委员会是在业务副院长领导下的全院性病历管理质量控制机构，其成员由富有临床经验的副主任医师、护师、技师以上人员组成。
- 2、病案管理委员会负责全院住院病历、门诊病历的质量监督、检查、评比。它的成员可以随时抽查病历，指出病历书写中的缺点、错误，并指导其改正。
- 3、病案管理委员会每年召开 1-2 次会议，分析讨论病案质量，及时通报全院，也可以根据情况随时召开会议，研究存在问题，提出改进意见。
- 4、病案管理委员会可以利用不同形式，进行病历展评，根据病历书写质量，提出奖励和批评。
- 5、病案管理委员会应对全院病案管理的总体情况进行研究，提出意见，改进工作，提高质量，使医院的病案管理逐步走向现代化、科学管理的轨道。

五、临床路径管理委员会职责

- 1、对临床路径的开发、实施进行技术指导。
- 2、确定实施临床路径的病种。
- 3、审核临床路径文本。
- 4、制订临床路径的评价指标和评价程序。
- 5、对临床路径的实施过程和效果进行评价和分析。
- 6、根据评价分析结果提出临床路径管理的改进建议。

六、医院输血管理委员会的功能和职责

（一）医院输血管理委员会的功能

客观分析医院用血和各种血液成分的情况。指导临床各种血液和血液成分的输注治疗，提高临床用血的疗效，保证临床用血的质量。

（二）医院输血管理委员会的职责

制定各种临床输血治疗用血的原则。分析全血和成分血的使用情况。估算输血科贮备血或输血的比例。评估输血反应及输血后感染症。

协助输血科动员献血者。

对院内有关输血人员进行教育培训，一年至少一次。

协调沟通输血科与各用血科室之间有关输血工作的事宜。

七、学术管理委员会职责

1、领导和组织全院科研的新技术，新项目开发、应用和推广。

2、审核已完成的科研技术成果，并协助指导各科室科研的开发工作。

3、对医院重大学术、技术问题做出评估。

4、负责院内科研立项的审核工作。

5、负责优秀论文的评选申报工作。

6、负责推荐和评定学术带头人、名医、专家和突出贡献奖。

7、负责对重点学科、重点专业的业务发展管理及定期督导检查。

8、对晋升、破格晋升、低职高聘人员的业务能力、技术水平进行评估。

9、制订并申报医院业务发展规划。

10、负责对进修回院人员技术考评工作。

八、医学伦理委员会职责

医学伦理委员会的工作必须遵守国家颁布的与药物临床试验、临床医学、实验研究以及动物福利相关的法律法规，遵守世界医学大会赫尔辛基宣言，即“公正，尊重人格，力求使受试者最大程度受益和尽可能避免伤害”，动物试验亦应符合试验动物福利原则。

1、审议批复：承担本院医疗护理实践、科研项目及用于临床的新技术、药物、医疗器械临床试验伦理问题的审议批复。从医学伦理角度保障人体健康、安全；保护人类研究受试者的权力和利益。

2、立范：根据世界公认的法规及我国相关法律法规，制定本院医学实践、科研的伦理管理规范；拟定服务受理范围；审查研究方案和知情同意书，使其符合生命伦理学的原则。

3、督导：督导及评估本院医务人员医德，人体临床试验的进行及成效。引导我院医学实践、生物医学研究的规范和健康发展；对受试者参加研究所承受的风险与受试者或社会的预期受益进行评估，确保研究不会将受试者暴露于不合理的危险之中；对已批准的研究，进行监督和检查，及时处理不良反应和不良事件。

4、咨询与培训：承担本院医学实践中有关伦理问题的咨询；承担本院医学伦理知识的培训及宣传工作。

5、秘书负责接收、初审项目的申请材料，并负责会议日程安排、会议结果、决议、通知、档案管理等工作。

九、医院质量管理委员会职责

1、接受主管院长的领导，认真贯彻执行医疗卫生法律法规、规章和医疗规范、常规。

2、负责全院的质量管理工作，协助监督、指导职能部门质量管理工作。

3、制订职能部门的综合质量管理标准，逐步完善医院质量管理责任体系。

4、建立全院性质量监控指标，负责全院性质量监控指标的数据收集和分析，建立医院质量管理数据库，收集质量管理的相关信息资料，为医院的质量管理决策提供依据。

5、负责医院综合质量管理方案实施情况监督、考核等工作。

6、对全院质量改进及患者安全工作进行分析评价，及时反馈质量信息。

7、定期汇总、分析、审核各职能部门质量考核结果，与绩效考核结合。

8、负责满意度调查工作，并将满意度调查结果纳入到综合质量考核中。

9、负责组织季度、半年、全年质量检查及抽查工作，定期召开质量管理工作会议，研究解决质量管理中发现的问题，促进医院质量管理的有效运行和持续改进。

10、完成医院交办的其他工作。

十、医疗质量与安全管理委员会职责

1、在分管院长和院长的领导下负责全院医疗工作的质量监督和管理，对医院医疗质量进行综合评估，对医院的业务发展提出切实可行的规划。

2、负责制定全院医疗工作质量管理年度工作计划，医疗质量与安全管理委员会每年召开1-2次会议，讨论和审核临床、医技中质量管理存在的问题，达到持续改进的目的，对各项医疗质量标准、各种诊断质量技术操作规程和各种医疗文件的书写进行规范。

3、审议医务科制定的有关医疗质量管理具体措施。负责组织和实施医疗质量的检查、评价、考核，对存在的安全隐患提出指导性的改进措施和反馈情况、落实等工作。

4、制定医院新技术、新项目准入管理制度和规定，对新技术、新项目的开展进行严格审核并按规定上报。

5、组织疑难病例、重大或罕见疾病（手术）、纠纷病案的讨论。

6、负责讨论、决定全院医疗、医技工作中的差错、过失和事故等事件的院内处理意见。

7、负责宣传贯彻质量方针、质量目标、质量管理的有关知识，开展对全院医务人员的质量意识和质量安全意识教育工作。制定全院医疗人员质量教育、培训的要求，并检查其落实情况。

8、定期组织有关人员临床、医技部门的医疗质量进行监督、检查评价，并提出整改意见。按医疗质量标准规范医疗环节，使质量水平不断提高。

十一、护理质量管理委员会职责

1、护理质量管理委员会在分管院长的直接指导下开展工作，每月向分管院长汇报工作一次。

2、建立医院护理质量管理体系，负责全院护理质量的监督、控制和管理。

3、开展全院护理质量教育，提高护理人员的质量意识，促进护理质量的不断提高。

4、依据有关政策法规，负责草拟、制定、修改和完善医院护理质量管理方案；负责检查护理质量管理的落实情况。

5、按护理质量标准及考核要求对各护理单元每季度进行全面质量考核，并写出检查总结。

6、针对临床护理质量存在的问题进行定期与不定期研究讨论，制定整改措施，促进护理质量的持续改进与提高。

7、定期组织护理人员临床理论知识及专科技能的培训，组织讲座及专题讨论，定期对护理人员进行专业知识及业务技能考核。

8、执行每季度召开一次护理质量分析会制度，研究、讨论和解决有关护理质量方面的管理难题；遇有应急问题及时召开会议。

9、每月召开一次全院护士长会议，及时反馈护理质量管理中存在的问题、整改措施及落实成效，不断改进工作。

十二、护理健康教育委员会职责

1、负责组织全院医护人员健康教育工作的开展及组织实施。

- 2、定期研究临床健康教育需求、健康教育工作中存在的问题，提出解决方案。
- 3、负责组织收集和编写健康教育处方、宣传资料、健康教育手册、卫生科普文章等。
- 4、负责全院健康教育工作的协调和具体业务指导及人员培训，组织经验交流、检查评比。
- 5、加强健康教育与健康促进政策研究，开展咨询服务。
- 6、组织开展学术活动、健康教育与健康促进科研成果鉴定。

十三、药事管理与药物治疗学委员会的职责

- 1、贯彻执行医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章。审核制定本院药事管理和药学工作规章制度，并监督实施；
- 2、制定本院药品处方集和基本用药供应目录；
- 3、推动药物治疗相关临床诊疗指南和药物临床应用指导原则的制定与实施，监测、评估本院药物使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理用药；
- 4、分析、评估用药风险和药品不良反应、药品损害事件，并提供咨询与指导；
- 5、建立药品遴选制度，审核本院临床科室申请的新购入药品、调整药品品种或者供应企业和申报医院制剂等事宜；
- 6、监督、指导麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品的临床使用与规范化管理；
- 7、对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识教育培训；向公众宣传安全用药知识。

十四、公共卫生管理委员会职责

- 一、建立健全传染病疫情、突发公共卫生事件信息监测报告和管理制度，协调、组织院内临床科室严格按照规定开展不明原因肺炎病例等疾病监测和不明原因死亡病例监测报告工作，及时规范报告传染病疫情和突发公共卫生事件信息，组织做好采样、检测、登记、调查与处置等工作。
- 二、做好重点传染病防治管理，开展传染病患者的诊断、救治或转诊，预防和控制院内感染，防止传染病医源性传播。
- 三、协调督促相关科室按照相关规定，做好心脑血管疾病、恶性肿瘤等疾病的监测报告。
- 四、指导并落实产科接种室做好新生儿乙肝疫苗和卡介苗的接种及数据信息报告工作。
- 五、协调做好妇幼健康服务管理工作。
- 六、组织协调做好食源性疾病病例信息报告，并配合开展食品安全事故流行病学调查、样本采集等工作。
- 七、制定并督促相关科室落实放射防护管理规章制度和放射防护责任制，配合开展医用辐射防护监测工作。
- 八、建立并落实实验室生物安全管理制度，预防生物安全和实验室安全事故的发生。
- 九、建立健全医院死亡登记报告管理制度，统筹协调做好死亡病例死因医学诊断和报告。
- 十、组织开展医院内环境卫生整洁行动、爱国卫生月活动和除“四害”等爱国卫生工作。
- 十一、开展各种健康教育与健康促进活动，普及卫生防病知识，为患者、家属及社区居民提供健康指导。
- 十二、建立健全卫生应急组织体系，做好应急管理制度建设、应急预案建设，根据卫生计生部门要求承担卫生应急医疗救治任务。
- 十三、建立会议制度，定期研究、协调和解决有关公共卫生管理方面的问题。

十四、协助疾病预防控制机构等相关单位开展医疗机构感染监测与报告、传染病流行病学调查、样本采集、隔离治疗及突发事件等处置工作。

十五、各职能科室严格按照公共卫生工作分工，各负其责，抓好相关工作落实。

十六、做好上级卫生计生行政部门交办的其他公共卫生工作。

十五、爱卫会办公室工作职责

- 1、在上级爱卫会及医院分管院长领导下进行工作，分工明确，责任到人。
- 2、负责全院卫生清洁的管理工作，建立、健全医院卫生制度，组织全院各科室爱卫会管理小组共同完成卫生清洁任务，为就医人员及职工提供清洁的环境。
- 3、负责全院环境卫生区域的划分。
- 4、负责制订全院室内卫生、环境卫生、绿化检查标准。增添必要的卫生设施。
- 5、负责全院“除四害”的消杀工作。
- 6、认真执行爱卫会各项规章制度，负责检查督促医院卫生清洁工作，定期研究、布置和检查卫生工作。并进行总结、评比、表彰先进集体及先进个人，并落实奖惩措施。
- 7、爱卫会办公室应对各项清洁管理工作高标准、严要求，除每个周五定期检查以外，还要采取不定期的抽查，把经常性的卫生工作与突击性活动结合起来，突出重点，兼顾全面。努力改进工作要求和提高清洁质量，取得就医人员的理解、支持、配合与信赖。

8、定期召开会议并有记录。

十六、爱卫会办公室人员职责

一、后勤服务中心保洁监督员职责

- 1、对全院室内外卫生状况进行监督管理，保持整个医院清洁、优美、舒适的工作环境，辅助控制病源传播速度工作，为临床提供优良的医疗环境。
- 2、负责督促医院环境的清洁工作，医院员工有义务保持环境的清洁。
- 3对肉眼可见的积灰、斑点、污垢、油渍、垃圾，消毒剂对部分所清洁的物品进行消毒等予以督促；
- 4在巡视工作的同时，发现室内建筑、家具、设施有所损坏，影响使用或有碍观瞻，应及时报告有关部门。
- 5根据不同要求，督促处理生物垃圾、污染垃圾及其它垃圾。
- 6、对分管工作定时作出书面报告，及时提出合理有效的建议。

二、后勤服务中心保洁员职责（卫生间）

- 1、负责所分管卫生间的清洁工作。
- 2、提前十分钟上岗，统一着装，佩带标识，衣着整洁，精神饱满。
- 3、认真贯彻执行医院卫生管理规范，严格按照规定程序进行清洁，以符合卫生达标要求。
- 4、坚守工作岗位，做到公厕卫生一客一清扫，地面干净，保持通风，无异味；坚持每天进行一次废物消毒，按规定点香或放置除臭物品。
- 5、保证水池、龙头、便池、地漏、电灯、烘干机、防滑垫、门把手、窗户、窗纱等设备完好无损，发现损坏及时向护士长报修。
- 6、配备专用拖把清洗车，清洁工具存放整齐，按规定时间放于洗手间背面。
- 7、负责分管卫生区域内设施（垃圾桶等）的管理，对人为损坏、丢失物品等承担赔偿责任。
- 8、积极参加清洁业务培训和各项活动，不断提高卫生质量。

三、后勤服务中心消杀员职责

在保洁主管的领导下，做好各保洁区的各类消杀工作，有效控制保洁区四害密度，其职责如下：

- 1、负责定期对保洁区下水沟、果皮箱、垃圾中转站、公共卫生间等公共设施和公共场所每周进行1次消毒、灭菌、杀虫工作。
- 2、负责楼宇消防楼梯、通道、平台、办公区域、下水口等公共区域每月进行1次消杀。
- 3、定期对保洁区内投放灭鼠药进行灭鼠工作，及时回收药物和清除死鼠，保持环境洁净。
- 4、定期或不定期对保洁区进行巡查，对容易孳生蚊虫和老鼠活动频繁的地方，立即采取有效消杀措施。
- 5、消杀时用药要分清，操作要规范，并戴好防护用具，作业完毕后，及时清洗双手和衣物等。
- 6、消杀作业完毕后，及时检查消杀效果，对漏杀或未达到消杀效果的部位立即采取补救措施。
- 7、负责保管好消杀用具和消杀机械，用后要清洗干净，摆放整齐。
- 8、严格控制好药物，药物要分类、分开摆放，防止混用或用错，严禁药物流失。
- 9、完成上级交办的其它工作。

四、医疗废弃物回收工职责

- 1、负责全院医疗废弃物的收集、运送及周转站暂存工作。
- 2、严格执行焚烧操作规范及规章制度，注意安全，做好自我防护工作。
- 3、掌握自我防护知识、运送过程中、工作人员必须穿隔离、戴口罩、帽子、手套。
- 4、正确进行收集、运送操作，预防锐器刺伤。
- 5、严禁一次性输液器、注射器买卖、流失、泄漏。
- 6、每日按规定时间、流程收集、密闭、运送、暂存工作。
- 7、每日收集后周转箱（筒），应进行清洗消毒，医疗废弃物暂存间内应每日卫生清扫二次，紫外线照射一次。
- 8、严格执行操作规范，认真做好医疗废弃物回收工作。
- 9、及时完成临时分配的工作任务。

五、医疗废弃物管理人员职责

- 1、严格按医疗废物管理分类，避免生活垃圾混入，以增加不必要的支出。
- 2、使用专用垃圾箱，医疗废物用黄色带标识的专用箱，包装袋标识清楚，材质耐用，利器盒达标，送暂存处前检查标签项目是否齐全。
- 3、运送过程中防止污染、渗漏、破损，日产日清；暂存处存放 <2d。
- 4、认真交接签字，档案留存备查。
- 5、做好防护，如发生刺伤，按针刺伤应急程序处理。

各类管理小组工作职责

一、临床科室医院感染管理小组职责

- 1、负责本科室医院感染管理的各项工作，根据本科室医院感染的特点，制定管理制度，并组织实施。

- 2、对医院感染病例及感染环节进行监测，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率；发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理科，并积极协助调查。

- 3、落实本科室耐药菌感染的预防和控制。
- 4、组织本科室预防、控制医院感染知识的培训。
- 5、督促本科室人员执行无菌操作技术、消毒隔离制度。
- 6、做好对卫生员、保洁员、陪住者、探视者的卫生学管理。

二、传染病疫情管理领导小组职责

- 1、负责对全院传染病管理工作进行监督，每半年对传染病管理工作进行一次检查，根据最新情况制定相应的制度。
- 2、贯彻执行上级指示，在上级主管部门指导下，按照《中华人民共和国传染病防治法》开展工作。
- 3、制定疫情报告的管理制度、人员职责、报告流程。
- 4、协调处理本医院在疫情报告中遇到的特殊问题。
- 5、对疫情报告管理各环节进行监督检查。
- 6、对违反《中华人民共和国传染病防治法》的部门和个人进行惩处。对在传染病疫情报告管理工作中做出贡献的人员，给予表彰和奖励。

三、临床科室医院感染管理小组医生职责

- 1、严格执行无菌技术操作规程等医院感染管理各项规章制度。
- 2、掌握抗感染药物临床合理应用原则，做到合理使用。
- 3、掌握医院感染诊断标准。
- 4、发现医院感染病例，及时送病原学检验及药敏试验，查找感染源、感染途径，控制蔓延，积极治疗病人，如实填表报告；发现有医院感染流行趋势时，及时报告感染管理科，并协助调查。发现法定传染病，按《传染病防治法》的规定报告。
- 5、参加预防、控制医院感染知识的培训。
- 6、掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器伤。

四、临床科室医院感染管理小组护士职责

- 1、负责本科室对医院感染监测和控制条例的贯彻执行。
- 2、负责本科室消毒隔离工作和环境卫生学效果的监测。
- 3、指导本科室正确、合理使用消毒剂与消毒器械，指导护士抗菌药物的正确配制。
- 4、协助和督促医生举报医院感染的病例和送检标本。
- 5、督促做好医疗废物的分类与管理工作。
- 6、做好对卫生员、保洁员、陪住者、探视者的卫生学管理。
- 7、负责本科室的医院感染管理和自我防护知识宣传和培训。
- 8、协助医院感染专职人员开展医院感染的预防、控制与管理工作。

五、医疗保险领导小组职责

- 1、贯彻落实国家省市医保及新农合制度方针政策及规定。
- 2、负责做好医保及新农合的宣传发动和教育工作，不断提高医护人员及参保（合）人员对医保及新农合的认识。
- 3、结合医院实际，研究并制定医保及新农合管理方案，建立和完善各项管理制度。

4、负责协调医疗、护理、药品、物价、宣传、后勤等方面的管理工作，努力为参保（合）人员提供优质方便的医疗服务。

5、负责监督管理医保及新农合医疗护理服务质量，对查出的各种违规行为制定处理办法。

6、负责协调与医保及各區新农合管理部门的关系，对医保及新农合运行中发生的争议、纠纷进行调解。

7、对医保及新农合医疗费补偿报销进行监督检查管理。

8、负责接待上级管理部门对医保及新农合工作的检查，以及对口业务交流等工作。

六、各药学部工作组职责：

1、药品质量监督领导组：协助药事管理与药物治疗学委员会，对全院使用的药品质量监督、检查，处理涉及药品质量严重事件，组织检查医用毒性药品、麻醉药品、精神药品、医用放射性药品、高危药品及病区、病房备用药品的使用和管理情况。

2、合理用药评价专家组：对全院临床科室正确、合理使用药品进行指导，制定我院合理用药指导原则，运用药物经济学理论和方法监督、检查、分析我院药品使用动态，防止药物滥用和不合理使用。

3、药品不良反应与药品损害事件监测领导组，负责协助药事管理与药物治疗学委员会指导我院药品不良反应 / 药品不良事件工作。监督药品不良反应 / 药品不良事件监测中心日常工作。对严重、特殊或疑难病例进行讨论并给予评价。

4、抗菌药物管理工作组：贯彻执行药事管理和抗菌药物使用管理相关的法律、法规、规章；制定本院抗菌药物管理制度，并监督实施；制订本院抗菌药物供应目录，推动抗菌药物临床应用相关技术性文件的制定与实施；对本院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施；对医务人员进行有关抗菌药物管理法律、法规、规章制度和技术规范的教育培训，组织合理使用抗菌药物知识的公众宣传教育工作。

5、临床药师制工作领导小组：负责制定本院临床药师制工作制度及实施方案，并组织实施，不断完善和修订各项管理制度，逐步规范临床药师的各项工作；负责对各试点专业科室所建立的医疗小组（由医、药、护组成）进行相关试点工作文件的学习培训；定期对试点工作进行总结，不断修订改进，保证试点工作顺利开展。

6、处方点评专家组：由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成，为处方点评工作提供技术支持。药学部成立处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作。

7、基本药物优先合理使用领导小组：负责建立健全基本药物的引进、使用、评价及监管等各项制度；组织基本药物优先合理使用的宣传、培训及监管。

七、CT室应急处理与安全管理小组职责

1、在医院应急处理领导小组的领导下工作。

2、组织制定并落实科室应急处理与安全管理制度。

3、定期组织对科室药品及抢救设备、CT检查设备、图像处理和感光材料、放射诊疗工作场所、日常安全进行安全检查。

4、定期安排应急安全知识讲座与培训。

5、建立相关应急安全管理档案与相关记录。

7、定期检查科室应急处理与安全防护用品及使用情况。

8、制定安全有关应急处理预案并组织演练。

9、记录科室发生的应急安全事件并及时上报告医院。

八、CT室医院感染管理小组职责

1、组织本科人员学习《医院感染管理办法》等法规法律文件，认真学习执行医院规章制度。

2、负责本科室医院感染管理工作，根据本科室医院感染的特点，制定本科室医院感染管理工作制度，并组织实施。

3、对医院感染病例进行监测，及时报告，及时进行相关检验检查，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率。

4、发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理办公室，并积极协助调查。

5、按计划进行本科室环境微生物监测工作，或协助配合进行。

6、组织本科室人员参加医院感染管理知识培训及考核。

7、督促检查本科室人员严格规范执行无菌操作技术规范及消毒隔离制度。

8、做好对保洁工、陪护者的卫生学管理及个人防护知识指导。

九、放射安全和防护小组职责

1、在医院放射安全和防护领导小组的领导下工作。

2、组织制定并落实放射防护管理制度。

3、定期组织对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测、监测和检查。

4、定期安排放射防护知识讲座与培训。

5、组织科室人员定期接受个人剂量检测。

6、建立工作人员健康档案与相关记录。

7、定期检查医务及病人个人防护用品及使用情况。

8、制定放射事件应急预案并组织演练。

9、记录本机构发生的放射事件并及时报告卫生行政部门。

十、放射科医疗质量与安全管理小组职责

1、放射科成立以科主任为组长的医疗质量管理小组，在院医疗质量与安全管理委员会领导下开展工作，并对其负责。

2、落实医院医疗质量与安全管理委员会建立的操作规程，医疗质量标准及措施。

3、建立健全本科室医疗工作制度，制定切实可行的科室医疗质量管理目标和工作计划并组织实施。

4、定期开展活动，每月对本科室医疗质量进行监督检查，发现问题及时解决，并将检查结果通报全科及上报医院医疗质量与安全管理委员会。

5、对职能科室督导检查中反馈的质量问题及时进行落实整改。

6、负责落实本科室医、技、护人员的再教育，不断提高医护人员的职业素质和业务水平。

7、负责制定本科室防止医疗差错事故的措施。