第一章　党群工作和医德医风建设制度

党委会议事规则

文件编号：YXPH-DQ-DZB-2026-001-03	制定时间：2019-12-04
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：2
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为加强公立医院党的领导，健全现代医院管理制度，进一步完善医院重大事项决策程序，提高科学决策、民主决策、依法决策水平，依据《中国共产党中央委员会办公厅关于加强公立医院党的建设工作的意见》《国家卫生健康委员会党组关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》《江苏省委办公厅关于加强新时代公立医院党的建设工作的实施意见》等相关规定，结合我院党建工作实际，特制定本议事规则。

二、内容

第一章　总则

第一条 医院党委作为医院的领导核心，时刻发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用，承担管党治党、治院兴院主体责任，并全面负责医院党建工作。党委书记全面主持医院党委工作，支持和监督院长依法、依规独立行使职权。

第二条 医院党委会议是研究和决定医院重大问题的会议；凡属“三重一大”事项，必须召集全体委员会议（以下简称“党委会”）研究决定，不得以其他任何形式替代。

第三条 党委会议事遵守集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定原则，确保各类事项在党的基本理论、基本路线、基本方略，党的纪律和现行法律规定范围内进行决策，保证决策程序和内容合法、合规。

第二章　议事范围

第四条 重大决策事项

（一）贯彻执行党的基本理论、基本路线、基本方略和规范性法律文件，贯彻落实党的卫生健康工作方针，积极响应国家深化医药卫生体制改革政策以及上级部门的重大决策和工作部署，结合实际，研讨措施并执行。

（二）讨论决定医院党的建设、意识形态、思想政治工作、精神文明建设、党风廉政建设、医德医风建设和医院文化建设；研究医院纪检监察工作中的重大问题、重大违纪事项处置。

（三）讨论决定医院重要改革、建设发展和学科建设等规划及年度工作计划，以及重大活动方案，审定医院章程、基本管理制度和重要规章制度。

（四）讨论决定医院内设机构（含党组织、行政部门、业务部门和其他医院党委明确的实体机构）、人员编制、岗位设置和重要调整、岗位聘任、人员招聘、人事调动、职级职称评聘、薪酬分配、福利待遇、人才工作规划等方案，以及申报院级以上的各类评优评先、重要表彰奖励和涉及职工权益保障等重要问题。

（五）研究决定医院党组织设置和工作机制，发展党员和党员教育管理监督服务等工作。

（六）讨论决定统一战线工作和工会、共青团、妇联等群团组织的重要工作。

（七）讨论决定医疗卫生结对帮扶、对口支援、援外等工作。

（八）听取院长贯彻执行党委会决定情况的报告，党政班子成员有关重要事项组织实施情况和履行“一岗双责”情况的报告。

（九）讨论决定其他重大决策事项，或院长办公会议提请党委会议决定的重大事项。

第五条 重要人事任免

（一）讨论决定医院管理的干部、内设机构负责人以及享受相应待遇的非领导职务人员的选拔任用。

（二）讨论决定推荐年轻干部、外派挂职干部，以及其他需要上报上级党委审批的重要人事事项。

（三）讨论决定各级党代会代表、人大代表、政协委员、学（协）会及专业委员会等人选或推荐人选。

（四）讨论决定对医院管理干部的考核和奖惩。

（五）讨论决定其他重要干部人事任免事项。

第六条 重要项目安排

（一）讨论决定各级各类重点建设项目安排。

（二）讨论决定国内国（境）外交流与合作重要项目。

（三）讨论决定医院基本建设和大额基建修缮项目。

（四）讨论决定大型医疗设备、大宗医用耗材、药品等物资采购和购买服务。

（五）讨论决定其他重大项目安排事项。

第七条 大额资金使用

（一）讨论决定医院年度经费预算安排、预算调整计划、预算审计、财务年度决算报告、医院重要资产处置、重要资源配置以及其他重大财务决策事项。

（二）讨论决定医院涉及金额在 5 万元以上的下列项目事项：基建、修缮项目的新增、调整与变更；大宗物资、设备、不动产和无形资产的购置和处置；大额资金的非预算性支出、预算调整及支出支付；日常公用支出（不含水、电、人员工资）。

（三）讨论决定其他大额资金使用事项。

第八条 如遇突发事件和紧急情况来不及提交党委会议进行集体讨论决定的重大事项，可由医院党委书记召集领导班子成员按应急预案临机处置，事后向党委会议报告。

第三章 会议组织

第九条 党委会由党委书记召集并主持，每月例会 1～2 次，遇重要情况随时召集。

第十条 会议时间和议题由主持人确定；会议须严格按照预定议题展开讨论，不得临时变更议题和（或）表决事项。

第十一条 党委会议须有半数以上委员到会方能召开。讨论决定干部任免等重大事项时，应有 2/3 以上的委员到会。委员因故不能参加会议的，应提前向党委书记履行请假手续。

第十二条 根据工作需要，不担任党委委员的院长、副院长及其他有关人员可列席会议。

第四章 议事程序

第十三条 党委会的议题由医院党政领导班子成员提出，党委书记综合考虑后确定。

（一）会议拟讨论的重要事项，议题提出人应提交书面材料，内容包括汇报要点、需讨论决定的事项。需提交会议讨论的文件及有关资料，一般应由党政办公室提前送达与会人员，做好议事准备。

（二）党委会议研究有关医疗、教学、科研、业务管理工作等重要议题，先由院长办公会议讨论通过后，再提交党委会议讨论决定。党委书记应在党委会前充分听取院长意见，意见不一致的议题暂缓上会，待取得共识后再提交会议讨论决定。

（三）遇突发事件或紧急情况确须上会研究讨论的，须事先征得党委书记的同意。

第十四条 强化议题的前期准备和前置审查。对干部任免事项的建议方案，在提交党委会讨论决定前，应在党委书记、院长、党委分管副书记（委员）、纪委书记等范围内进行充分酝酿。对事关职工切身利益的重要事项，应通过职工代表大会或其他方式，广泛听取职工意见建议。对专业性、技术性较强的重要事项，应发挥医院各专业委员会（领导小组、工作小组）的作用，开展专家评估及技术、政策、法律咨询，先由专业委员会（领导小组、工作小组）讨论，提出建议意见。

第十五条 会议讨论实行一事一议。讨论前，由分管领导或议题相关科室负责人介绍情况；会议讨论时，党委委员及与会人员充分发表意见，明确态度，按“少数服从多数”的原则作出决定，党委书记最后发表意见。视讨论事项的内容，可选取口头、举手或无记名投票的方式进行表决。如对决策事项有较大分歧意见，持不同意见人数接近一半时，应暂缓作出决定，待进一步调研论证后，提交下次讨论。

第十六条 党政办公室详细如实记录会议情况（会议议题、党委班子成员的发言、表决意见、表决结果），形成会议记录或会议纪要。讨论结果应向未到会的党委委员

通报。

第十七条 因重大突发事件和紧急情况，无法立即启动集体研究决策的，分管领导一般应向党委书记汇报后，采取临时处置，但事后应当及时向党委会报告，并形成书面记录。

第十八条 建立党委会决策回避制度。如涉及本人利益或亲属利害关系，或其他可能影响公正决策的情形，参与决策人员和列席人员应当回避。

第十九条 参会人员、记录人员、档案管理人员必须严格遵守保密纪律，对党委会讨论决定内容按规定做好保密工作。

第五章 决议落实和监督

第二十条 党委会议形成的决议、决定由党委书记审核签发，需要落实的事项，由党政办公室负责进行任务分解，并以书面形式通知相关部门。由党政领导班子成员按分工和职责组织实施，并负责督办；如有分工和职责交叉的，由党委明确一名班子成员牵头，并负责督办。党委书记、院长按照议事内容分工对组织实施工作负总责，分管领导负直接领导责任，相关科室主要负责人负具体责任。

第二十一条 党委班子成员对集体作出的决策有不同意见的，在坚决执行的前提下可以保留，也可以按照组织程序向上级党组织反映，但不得公开发表违背集体决定的意见，不得在行动上违背集体决定。

第二十二条 分管领导、责任科室应及时向党委报告决定事项的执行完成情况。在执行过程中，遇到新情况新问题以致决定事项需要调整或者变更的，应及时由分管领导向党委书记提出工作意见和建议，并再次召开党委会研究决定。

第二十三条 医院党政领导班子成员应切实履行职责，带头执行党委会形成的决定和决议，相互配合，相互支持，相互监督，形成合力，自觉维护党委班子的威信，增强党委班子的领导力。

第二十四条 党委重大事项决定按规定应当公开的，要按照党务、政务公开的要求予以公示，自觉接受党员、干部和职工的监督。

第六章 监督检查

第二十五条 党委会议应当自觉接受上级党组织领导和工作监督，接受上级和同级纪委监督，接受医院下级党组织和党员群众监督，接受民主党派和无党派人士民主监督。

第二十六条 实行党委会议决策失误责任追究制度，对违反决策程序造成重大失误或决策执行不力造成严重后果的，按有关规定追究责任。

三、参考文献

[1]中国共产党中央委员会办公厅.关于加强公立医院党的建设工作的意见（中办发〔2018〕36号）[EB/OL].(2018-06-25).https://www.gov.cn/zhengce/2018-06/

25/content_5301208.htm.

[2]国家卫生健康委员会党组.关于印发加强公立医院党的建设工作的意见实施办法的通知（国卫健党发〔2018〕29号）[Z].2018-08-31.

[3]中共江苏省委办公厅.关于加强新时代公立医院党的建设工作的实施意见[EB/OL].(2019-05-29).https://jsnews.jschina.com.cn/swwj/201905/t20190529_2318142.shtml.

[4]宜兴市人民医院.宜兴市人民医院章程[EB/OL].https://www.yxph-ujs.cn/ygb/yyzc/yyzc.aspx.

四、修订原因

根据以上参考文献进行修订。

五、修订记录

2021年01月第1次修订

2026年01月第2次修订

医院“三重一大”管理制度

文件编号：YXPH-DQ-DZB-2026-002-03	制定时间：2019-12-04
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：2
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为进一步规范医院决策行为，切实贯彻民主集中制，防范决策风险，推动医院科学发展,根据中国共产党中央委员会办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》、国务院办公厅《关于建立现代医院管理制度的指导意见》等有关文件精神，结合《宜兴市人民医院章程》，特制定本制度。

二、内容

第一章 “三重一大”原则

第一条 实行党委领导下的院长负责制。按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的原则执行。

第二章 “三重一大”决策的事项

第二条 重大事项决策包括但不限于：

（一）贯彻执行党的基本理论、基本路线、基本方略和规范性法律文件，贯彻落实党的卫生健康工作方针,积极响应国家深化医药卫生体制改革政策以及上级部门的重大决策和工作部署，结合实际，研讨措施并执行。

（二）讨论决定医院党的建设、意识形态、思想政治工作、精神文明建设、党风廉政建设、医德医风建设和医院文化建设；讨论医院纪检监察工作中的重大问题、重大违纪事项的处置。

（三）讨论决定医院重要改革、建设发展和学科建设等规划及年度工作计划，以及重大活动方案，审定医院章程、基本管理制度和重要规章制度。

（四）讨论决定医院内设机构（含党组织、行政部门、业务部门和其他医院党委明确的实体机构）、人员编制、岗位设置和重要调整、岗位聘任、人员招聘、人事调动、职级职称评聘、薪酬分配、福利待遇、人才工作规划等方案，以及申报院级以上的各类评优评先、重要表彰奖励和涉及职工权益保障等重要问题。

（五）研究决定医院党组织设置和工作机制，发展党员和党员教育管理监督服务等工作。

（六）讨论决定统一战线工作和工会、共青团、妇联等群团组织的重要工作。

（七）讨论决定医疗卫生结对帮扶、对口支援、援外等工作。

（八）听取院长贯彻执行党委会决定情况的报告，党政班子成员有关重要事项组织实施情况和履行“一岗双责”情况的报告。

（九）讨论决定其他重大决策事项，或院长办公会议提请党委会议决定的重大事项。

第三条 重要人事任免包括但不限于：

（一）讨论决定医院管理的干部、内设机构负责人以及享受相应待遇的非领导职务人员的选拔任用。

（二）讨论决定推荐年轻干部、外派挂职干部，以及其他需要上报上级党委审批的重要人事事项。

（三）讨论决定各级党代会代表、人大代表、政协委员、学（协）会及专业委员会等人选或推荐人选。

（四）讨论决定对医院管理干部的考核和奖惩。

（五）讨论决定其他重要干部人事任免事项。

第四条 重要项目安排包括但不限于：

（一）讨论决定各级各类重点建设项目安排。

（二）讨论决定国内国（境）外交流与合作重要项目。

（三）讨论决定医院基本建设和大额基建修缮项目。

（四）讨论决定大型医疗设备、大宗医用耗材、药品等物资采购和购买服务。

（五）讨论决定其他重大项目安排事项。

第五条 大额资金使用包括但不限于：

（一）讨论决定医院年度经费预算安排、预算调整计划、预算审计、财务年度决算报告、医院重要资产处置、重要资源配置以及其他重大财务决策事项。

（二）讨论决定医院涉及金额在5万元以上的下列项目事项：基建、修缮项目的新增、调整与变更；大宗物资、设备、不动产和无形资产的购置和处置；大额资金的非预算性支出、预算调整及支出支付；日常公用支出（不含水、电、人员工资）。

（三）讨论决定其他大额资金使用事项。

第三章 “三重一大”决策规程

第六条 决策的民主程序

（一）依照国家法律法规和医院有关规定，凡属“三重一大”事项，在提交会议决策之前，要经必要的民主程序进行论证。

（二）依照《中华人民共和国工会法》及国家卫生健康委员会的有关规定，应交职代会审议通过的重要事项在决策前，要提交职代会审议或通过。

（三）重大业务技术事项讨论决策前，要提交医院相关委员会审议。

（四）其他“三重一大”事项决策前，有关职能科室要深入调查研究，充分听取群众意见，进行科学论证，提交讨论决策。

第七条 决策的会议形式

医院领导班子集体决策形式有院党委会、院长办公会、行政办公会。医院发展规划、“三重一大”等涉及医务人员切身利益的重要问题，应当由医院党委会集体讨论决定。重要行政、业务工作应当先由院长办公会讨论通过，再由党委会研究决定，不得以党政联席会议代替党委会议。在召集会议讨论重大事项前，党委书记和院长要充分沟通，取得共识后提交会议讨论，会后要对因故未能参加会议的成员通报集体决定程序和会议决定。会议讨论中，涉及与某参会人员或其配偶、子女、其他亲属有关系的议题，应当实行回避制。党委会、院长办公会作出的决定，由有关负责人组织实施。

第四章 “三重一大”议事规则

（一）认真贯彻民主集中制原则，充分听取与会人员意见，确保决策的科学化、民主化、制度化。

（二）出席决策会议人数必须达到或超过应到会人数的2/3。

（三）决策会议在充分发扬民主的基础上，对讨论的问题，必须有参与讨论人员的半数以上同意，方可形成决议或决定。坚持少数服从多数的原则。重要问题有较大分歧时，暂缓做出决定，待酝酿成熟后再议。

（四）重大事项决策的情况，要做好会议记录，并存档备查。

第五章 监督考核

（一）对“三重一大”制度的落实，由医院党委统一领导。领导班子及其成员应将执行情况列为领导班子民主生活会和领导干部述职的重要内容。

（二）医院贯彻执行“三重一大”制度的情况，应列为党风廉政建设责任制落实情况和干部考核的重要内容。

（三）医院党委会和院长办公会、行政办公会决定的事项，由党政办公室负责督办检查，并及时汇报落实情况。

（四）职代会和全体职工有权监督“三重一大”制度的贯彻落实情况，有权向各级党组织和上级部门反映意见。

第六章　责任追究

凡属下列情况，要追究有关责任者的责任：

（一）不履行或不正确履行“三重一大”制度决策程序，不执行或擅自改变集体决定的。

（二）未经集体讨论而由个人决策、事后应通报而不通报的。

（三）未向领导班子提供真实情况而造成决策失误的。

（四）执行决策时发现可能造成损失，能够挽回而不采取措施挽回的。

（五）其他违反本规定的情节。

对不执行“三重一大”制度的责任人，给予诫勉谈话、通报批评直至警告处分；对不执行“三重一大”制度并给医院造成损失和严重影响的责任人，根据事实、性质和情节轻重，依法依纪追究责任。

三、参考文献

[1]中国共产党中央委员会办公厅.关于加强公立医院党的建设工作的意见（中办发〔2018〕36号）[EB/OL].(2018-06-25).https://www.gov.cn/zhengce/2018-06/25/content_5301208.htm.

[2]国务院办公厅.关于建立现代医院管理制度的指导意见（国办发〔2017〕67号）[EB/OL].(2017-07-14).https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5217735.htm.

[3]宜兴市人民医院.宜兴市人民医院章程[EB/OL].https://www.yxph-ujs.cn/ygb/yyzc/yyzc.aspx.

四、修订原因

根据以上参考文献进行修订。

五、修订记录

2021年01月第1次修订

2026年01月第2次修订

民主生活会制度

文件编号：YXPH-DQ-DZB-2025-003-02	制定时间：2021-01-20
适用范围：党委领导班子	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：1
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为深入贯彻落实全面从严治党要求，坚持和完善医院党员领导干部民主生活会制度，加强和规范党内政治生活，引导党员领导干部牢固树立政治意识、大局意识、核心意识、看齐意识，根据《中国共产党章程》《关于新形势下党内政治生活的若干准则》《中国共产党党内监督条例》及《县以上党和国家机关党员领导干部民主生活会若干规定》等党内法规，结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 民主生活会是党内政治生活的重要载体，是领导班子和党员领导干部进行党性分析、开展批评与自我批评的组织活动制度。本制度适用于医院党委领导班子。党员领导干部除参加民主生活会外，须以普通党员身份参加所在支部组织生活。

第二条 会议遵循“团结—批评—团结”方针，坚持实事求是、严肃认真的原则，达到统一思想、增进团结、互相监督、共同提高的目的。

第二章 会议召开与主题内容

第三条 民主生活会每年召开 1 次，通常安排在第四季度。必要时可按规定增开专题民主生活会。

第四条 会议主题由上级党组织确定，或由医院党委根据实际拟定并报上级同意。会议应围绕主题，重点就以下方面对照检查，对照检查重点内容：

（一）学习贯彻党的创新理论，严守政治纪律和政治规矩，落实中央决策部署的情况。

（二）贯彻执行民主集中制，维护班子团结，严肃组织生活的情况。

（三）履职尽责、担当作为，科学民主依法决策，廉洁用权的情况。

（四）践行社会主义核心价值观，改进作风，联系群众，管好亲属和身边人员的情况。

（五）履行全面从严治党“一岗双责”，落实意识形态和医德医风建设责任的情况。

（六）对个人有关事项、组织约谈函询等问题作出说明或检查。

第三章 会议组织与议事程序

第五条 民主生活会由党委书记召集并主持。到会人数必须达到应到会人数的

2/3 以上。

第六条 召开民主生活会应当制定会议方案，并扎实做好以下会前准备工作：

（一）深化学习研讨。领导班子成员采取个人自学与集中研讨相结合的方式，深入学习习近平新时代中国特色社会主义思想、党章党规以及上级有关文件和会议精神，为开好民主生活会打牢思想基础。

（二）广泛征求意见。通过召开座谈会、个别访谈、发放征求意见表、设置意见箱等多种形式，广泛征求党组织、党员、干部、群众以及部分患者代表的意见建议。

（三）深入谈心谈话。按照“三必谈”要求深入开展谈心谈话，谈心谈话要交流思想、交换意见，重点谈问题、谈不足。

（四）认真撰写材料。党委书记主持研究起草领导班子对照检查材料。撰写发言提纲，深入查摆问题，进行党性分析，提出整改措施，要按规定说明个人有关事项。党委书记要对班子成员发言提纲审核把关。

第七条 民主生活会一般按以下程序进行：

（一）通报上年度整改落实及本次征求意见情况。

（二）党委书记代表班子作对照检查。

（三）班子成员逐一对照检查，其他成员对其开展批评。

（四）到会指导的上级同志进行点评（如有）。

（五）党委书记作会议总结，提出整改要求。

第四章 整改落实与监督

第八条 民主生活会上检查和反映出来的问题，领导班子及其成员要制定整改措施，确定整改目标和完成时限，形成整改清单，实行“台账式管理”和“销号制”落实。

第九条 整改情况要通过适当方式在一定范围内公开，接受党员、群众监督。需要上级党组织帮助解决的，应当及时向上级党组织报告。

第十条 民主生活会结束后 15 日内，应当将会议情况报告、会议记录、领导班子对照检查材料和班子成员发言提纲等材料，报上级党组织，并抄送上级纪委和党委组织部门。报告主要内容包括征求意见情况、开展批评和自我批评情况、查摆出来的主要问题及整改措施。

第十一条 执行民主生活会制度情况，纳入领导班子及其成员履行全面从严治党责任考核内容。对不按规定召开、走过场的，要严肃指出、限期整改，必要时责令重新召开；情节严重的，要追究主要负责人责任。

三、参考文献

[1]中国共产党章程[M].北京：人民出版社，2017.

[2]中国共产党中央委员会.关于新形势下党内政治生活的若干准则[EB/OL].(20

16-10-27).https://news.12371.cn/2016/11/02/ARTI1478091665764299.shtml.

[3]中国共产党第十八届中央委员会.中国共产党党内监督条例（中发〔2016〕26号）[EB/OL].(2016-10-27).https://www.gov.cn/zhengce/201611/content_6965209.htm

[4]中国共产党中央委员会办公厅.县以上党和国家机关党员领导干部民主生活会若干规定[EB/OL].(2016-12-23).https://www.gov.cn/zhengce/202203/content_3635252.htm.

四、修订原因

根据以上参考文献进行修订。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

党务院务公开制度

文件编号：YXPH-DQ-DZB-2025-004-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：2
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，增强党务院务工作的透明度，保障患者、公众及职工知情权、参与权和监督权，提升医院治理现代化水平，推动民主管理和廉洁建设，依据国家最新法律法规及上级主管部门要求，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 医院党务及院务，除涉及国家秘密、公共安全、依法受到保护的商业秘密和个人隐私以外，原则上应予公开，并做到政策依据公开、程序规则公开、工作过程公开、实施结果公开。

第二条 党务院务公开工作在院党委的统一领导下进行，医院主要领导为党务院务公开工作的第一责任人。

第二章 公开内容

第三条 向社会和患者公开

（一）医院概况。单位基本信息；医院依法执业登记的主要事项；经批准开展的各项诊疗技术和特殊临床检验项目；大型医用设备的配置许可证；重点专科的人员组成以及承担的教学任务。

（二）医疗服务。包含工作人员挂牌上岗；临床和医技科室名称、服务内容等医

疗服务基本情况，专科、专业门诊、专科特色；服务时间，门诊、急诊、住院服务流程；预约挂号方式、门诊诊疗项目、医务人员的专业特长和出诊时间、节假日值班安排；日间手术类别及相关规定；主要检查项目的预约及报告等有关服务内容；辅助检查前的注意事项；医疗纠纷的处理途径、程序；健康教育咨询服务；向患者及家属告知特殊诊疗服务流程、费用及有关事宜等内容。

（三）服务价格及收费。包含为患者提供收费查询服务；经过物价部门批准的各种医疗服务、收费项目、收费标准和收费依据；列入各类医疗保险以及自费的药品和医用耗材目录；常用药品基本情况；医用高值、低值耗材基本情况；惠民门诊和惠民床位优惠条件、收治对象、程序和收费标准等内容。

（四）便民措施。向病人或家属告知提供病历的查询以及相关病历资料复印或者复制服务的部门；医院门急诊、住院部各病房的设置、位置格局以及指示标牌、紧急情况的疏散通道；便民服务项目、方式以及包括军人、老人、残障人员、急危重病人在内的特殊人群优先措施等内容。

（五）行风建设情况。包含医务人员职业行为规范（包括医德医风、医务人员行为准则；文明用语、服务规范、服务承诺）；职能科室、费用查询部门联系及查询方式；医疗服务咨询投诉电话和信箱；上一级领导机构的投诉电话和信箱。

（六）法律法规及临床诊疗规范规定的其他知情同意事项以及职责范围内确定的主动公开的其他信息。

第四条 向内部职工公开

（一）“三重一大”制度落实情况。包含医院改革发展重大事项的决策过程、具体措施、发展规划、年度工作计划；重要人事任免，干部选拔、任用、轮岗、考核；重要项目安排，重大投资、基建工程；大额资金使用，年度财务预决算等内容。

（二） 医院党的建设情况。包含年度党建工作计划、党的政策推进落实情况、党的组织建设情况、党员发展情况等。

（三）业务管理事项。包含医院各项管理制度、临床医技科室的诊疗护理常规；重点部门的工作流程；应急预案；医疗质量管理制度和具体措施，医疗质量与安全信息；药品、大宗物资、大型设备采购和招投标，药事委员会组成人员及工作开展，药品、医用耗材使用超标相关科室及主诊组名次排序情况；财务管理，业务收入、经济效益；科研成果的转化及社会经济效益等内容。

（四）职工关注事宜。包括绩效考核与分配制度，人才发展规划、专业技术人员的引进录用、专业技术人员职称评定、职务晋升、出国（境）进修、评优、奖惩；重大科研课题的立项及经费使用情况；职工的工资、福利、保险、劳动保护等内容。

（五）廉洁自律情况。应包括领导干部廉洁自律情况，职工对领导干部民主评议等内容。

（六）法律法规和政策规定必须公开或单位职工普遍关心的事项。

第三章 公开形式

第五条 多渠道公开

（一）利用医院网站、政府公众信息网、电视报刊等新闻媒体公开。

（二）设置多功能自助机以及电子屏、电子触摸屏、宣传栏（窗）、各种院内告示和宣传手册公开。

（三）利用入院宣教、医患沟通、费用清单等医患沟通形式公开。

（四）利用院周会、职代会、OA 网、各条线会议、内部文件、手册、院报、微信平台方式向职工公开。

（五）设立咨询电话、服务台等进行答疑。

（六）通过微信公众号或小程序等方式实现导诊、资讯发布、检验检查结果实时推送、专家互动以及在线支付等方式使患者获得所需医疗服务信息。

第四章 公开程序

第六条 各责任部门按院务公开目录及时、准确收集、汇总需公开的信息，并定期调整更新。

第七条 院务公开信息需经责任部门负责人审核签发后方可公开发布。涉及重大信息由责任部门报分管院长审核后公开。

第八条 按照分工负责和属地管理的原则，各扎口部门、责任科室和属地管理部门需建立定期巡视、及时更新的工作机制。

第九条 设立院务公开投诉信箱，公开信息后的反馈意见，由相关条线负责收集、汇报、解释，并建立定期考核机制。对公开后收集到的党员群众的意见建议要认真整改，并将整改情况及时公开，接受群众监督。

第五章 公开工作要求

第十条 成立领导小组。党委书记和院长任组长，其他院领导为副组长，相关职能科室的主要负责人为成员。具体院务公开工作由各分管院领导负责。

第十一条 建立分工负责制。对社会公开工作，由党政办扎口；对服务对象公开工作，由行风办扎口；对内部职工公开工作，由工会扎口。

第十二条 建立属地管理责任制。各属地部门对属地内利用各种途径、方式公开的信息承担管理责任，加强定期巡视和维护，确保院务公开内容准确，电子屏、公示栏、标牌标识等设施维护完好。发挥多部门协作的工作机制的作用，对公开的内容及时更新。

第十三条 要建立党务院务公开长效工作机制，充分听取党员群众的意见，根据党员群众的意见和建议，进行完善，并在此基础上以适当的方式例行公开。

三、参考文献

[1]中国共产党中央委员会.中国共产党党务公开条例（试行）[EB/OL].(2017-12-25).https://www.gov.cn/zhengce/2017-12/25/content_5250271.htm.

[2]中华人民共和国国务院令（第711号）.中华人民共和国政府信息公开条例（2019年修订）[EB/OL].(2017-12-20).https://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5386612.htm.

[3]国务院办公厅.关于印发《公共企事业单位信息公开规定制定办法》的通知(国办发〔2020〕50号）[EB/OL].(2020-12-07).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-12/21/content_5571847.htm.

[4]国家卫生健康委.关于印发医疗卫生机构信息公开管理办法的通知(国卫办发〔2021〕43号）[EB/OL].(2022-01-04).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/202201/ff9ccaeb120c4a5b81699eb5d77676a9.shtml.

四、修订原因

根据以上参考文献进行修订。

五、修订记录

2021年09月第1次修订

2026年01月第2次修订

医院内部重大紧急事项请示报告制度

文件编号：YXPH-DQ-DZB-2026-005-04	制定时间：2001-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：3
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为规范医院内部管理，确保在发生重大紧急事项时，信息能迅速、准确上传，领导层能及时掌握、科学决策、有效处置，最大限度降低风险与损失，保障医院安全稳定运行，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度是医院内部管理的基本规范，适用于医院所有科室、部门及全体工作人员。任何科室或个人在遇到本制度所规定的重大紧急事项时，均须无条件、第一时间按程序请示报告。

第二条 请示报告工作遵循以下原则：

即时性原则：第一时间发现，第一时间报告，不得延误。

准确性原则：报告内容必须客观真实，要素齐全，不得主观臆断或隐瞒。

逐级报告与越级紧急报告相结合原则：一般情况下逐级报告，情况特别紧急时，可越级直接向院领导或总值班报告，并尽快告知直属上级。

首接负责原则：首先接到报告的人员或部门，负有继续跟进、传递和初步协调的责任。

第二章 重大紧急事项的界定

第三条 本制度所称重大紧急事项，是指突然发生，可能或已经对医院医疗秩序、人员安全、财产安全、声誉形象造成或可能造成重大危害，需要医院层面立即协调处置的事件与情况。主要包括但不限于以下类别：

（一）医疗安全与纠纷类

1. 重大医疗纠纷、医疗事故或严重并发症导致患者生命垂危或死亡；
2. 重大院内感染暴发或传染病疫情；
3. 患者群体性（3 人及以上）或极端个体事件（如自杀、暴力伤医、在院失踪等）。

（二）安全生产与突发事件类

1. 火灾、爆炸、严重漏水、断电（影响关键区域）、信息系统大规模瘫痪；
2. 危险化学品、放射源泄漏或丢失；
3. 电梯困人、建筑物倒塌等安全事故；
4. 自然灾害（如地震、暴雨）影响医院运行。

（三）社会稳定与舆情类

1. 涉及医院的重大负面网络舆情、媒体不实报道或采访；
2. 群体性上访、围堵、医闹等影响正常秩序的事件；
3. 涉嫌刑事案件或涉恐涉暴事件。

（四）运行保障类

1. 水、电、气、氧等生命支持系统发生重大故障且短时间内无法恢复；
2. 批量（5 人以上）急危重症伤员需紧急收治的突发事件；
3. 核心骨干医务人员发生意外导致科室工作难以开展。

（五）廉政与纪律类：发现干部职工涉嫌严重违纪、违法或职务犯罪线索。

第三章 报告程序与路径

第四条 发生重大紧急事项，应遵循以下基本报告路径：

第一发现人/科室：立即采取必要应急措施，防止事态扩大，并即刻向本科室负责人报告。

科室负责人：在接报后 10 分钟内，初步核实情况，立即汇报医院总值班、医务部、护理部、保卫科等相关部门，同时向分管院领导报告。

分管院领导：接到报告后，立即研判，指挥处置，并认为事态重大的，立即向党

委书记和院长报告。

特殊路径（越级报告）：当事态极其危急、科室负责人无法联系或可能贻误最佳处置时机时，第一发现人可直接汇报医院总值班或相关职能部门，必要时可直接报告分管院领导。

第五条 医院行政总值班代表医院行使非工作时间的应急处置权，接到重大紧急事项报告后，须立即到场协调处理，并同步报告带班院领导及主要院领导。

第四章 报告时限与内容要求

第六条 报告须严格遵守时限，包含以下要素：事件发生的具体时间；事件发生的具体地点（精确到楼层、科室）；事件的性质、类型和简要经过；涉及的患者、家属、职工等人员情况；初步判断的原因；已实施的应急处置和人员到位情况；当前事态发展情况、需要医院协调解决的事项。

第五章 纪律与责任

第七条 重大紧急事项请示报告是严肃的政治纪律和组织纪律，严禁出现以下行为：迟报、漏报、瞒报、谎报；因处置不当或报告不及时导致事态扩大；拒绝执行或消极对待上级的应急处置指令。

第八条 对在应急处置和报告工作中表现突出的集体和个人，医院将给予表彰。对违反本制度，造成不良后果的，将依据医院规定严肃追究相关科室负责人和直接责任人的责任，视情节给予通报批评、诫勉谈话、行政处分等。

三、参考文献

[1]中国共产党中央委员会.中国共产党重大事项请示报告条例[EB/OL].(2019-01-31).http://www.scio.gov.cn/zdgz/jj/202308/t20230816_750582.html.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国突发事件应对法[EB/OL].（2024-06-29）.https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202406/content_6960130.htm.

[3]中华人民共和国国务院令第 76 号.突发公共卫生事件应急条例[EB/OL].(2011-01-08).https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1860801.htm.

四、修订原因

根据以上参考文献进行修订。

五、修订记录

2008 年 07 月第 1 次修订

2011 年 07 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

“双带头人、双培养”制度

文件编号：YXPH-DQ-DZB-2026-006-01	修订时间：2025-12-05
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：党政办公室	修订版本：/
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为深入贯彻落实新时代党的建设总要求和党的组织路线，推动党建工作与业务工作深度融合、相互促进，切实加强医院基层党支部建设，打造一支既精通党务又熟悉业务的复合型骨干队伍，根据上级关于加强公立医院党的建设及党管干部、党管人才原则，结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本办法旨在建立并规范两项核心机制：

“双带头人”机制：指医院内各临床、医技、科研等业务科室的党支部书记原则上应当由科室负责人、学科带头人、具有副高以上专业技术职称或者博士学位的业务骨干中的党员担任。实现党建带头人与业务带头人由同一人担任。

“双培养”机制：指有计划、有步骤地把业务骨干培养成党员，把党员培养成业务骨干，优化党员队伍结构，增强党组织凝聚力和战斗力。

第二条 工作目标是通过实施本办法，使医院基层党支部建设质量显著提升，党支部政治功能和组织功能持续强化，党支部书记“头雁效应”充分发挥，党建与业务“一融双高”（深度融合、高质量发展）格局基本形成。

第二章 组织与职责

第三条 医院党委对“双带头人”培育和“双培养”工作负主体责任，将其纳入党建工作和人才队伍建设总体规划。党委每年至少专题研究 1 次。

第四条 成立由党委书记任组长，其他党委委员任副组长，相关职能科室负责人为成员的工作领导小组，负责统筹规划、政策制定和督促落实。

第五条 各党支部及所在科室要积极协同落实，为“双带头人”支部书记履职和“双培养”对象成长创造有利条件。

第三章 “双带头人”机制实施

第六条 选拔标准及程序：

“双带头人”党支部书记人选应同时具备以下基本条件：政治素质强；党务能力强；业务能力强；奉献精神强。选任程序：推荐酝酿→组织考察→会议决定→任职与培训。

第七条 培养与支持措施：

将“双带头人”支部书记培训纳入干部和人才培训体系，定期举办专题培训班，内容涵盖党的创新理论、党建工作实务、医院管理、学科前沿等。明确支部书记参与科室重要事项决策的工作机制，在岗位聘任、绩效考核、评优评先中充分考虑其党务工作贡献。合理计算其承担党务工作的绩效工作量，鼓励开展党建与业务融合的课题研究、工作案例创新，优先选派参加学术交流、管理研修。定期评选表彰优秀“双带头人”党支部书记，宣传先进事迹，发挥示范引领作用。

第四章 “双培养”机制实施

第八条 对象确定：

将业务骨干培养成党员：重点瞄准非党员的中青年学科带头人、技术能手、科研骨干、优秀青年人才等，建立动态信息库，由党支部指定联系培养人。

将党员培养成业务骨干：重点针对有发展潜力的青年党员医师、护士、科研人员等，制定个性化专业成长扶持计划。

第九条 培养路径与责任：

业务骨干→党员：由所在党支部、培养联系人、党委办公室负责

1．加强政治引领，党支部主动关心，激发政治热情。

2．邀请参加党组织的重要学习、主题活动。

3．指定正式党员作为培养联系人，定期谈心谈话。

4．符合条件时，按规定程序及时发展入党。

党员→业务骨干：由所在科室、组织人事科、医务部/护理部/教学管理与学科建设科/科研与转化管理科等业务部门、党支部负责

1．在业务培训、进修深造、课题申报、临床轮岗等方面给予优先支持和指导。

2．压担子、交任务，安排在重要岗位、关键项目中锻炼。

3．鼓励党员在科研攻关、技术创新、服务提升中发挥先锋模范作用。

第十条 建立动态管理，由党支部推荐、党委审核后，确定“双培养”对象，党支部每半年对“双培养”对象进行一次分析评估，调整培养策略。党委每年对全院“双培养”工作成效进行评估。

第五章 考核与激励

第十一条 将“双带头人”作用发挥情况和“双培养”工作成效，纳入党支部年度党建考核、科室综合绩效考核以及干部述职评议的重要内容。

第十二条 对表现突出的“双带头人”党支部书记，在干部选拔、职称晋升、评优评先中予以优先考虑。对在“双培养”工作中做出显著成绩的党支部和责任人，给予表彰奖励。

三、参考文献

[1]中共教育部党组.关于高校教师党支部书记“双带头人”培育工程的实施意见（教党〔2018〕26号）[EB/OL].(2018-05-22).http://www.moe.gov.cn/srcsite/A12/moe_1416/s255/201805/t20180524_337021.html

[2]江苏省党建工作指导委员会办公室.公立医院基层党支部参与科室重大问题决策制度示范文本（试行）（苏医党指办〔2025〕1号）[Z].

医院党（总）支部规范化建设管理办法

文件编号：YXPH-DQ-DZB-2026-008-01	制定时间：2025-12-05
适用范围：各党（总）支部	修订时间：/
制定部门：党政办公室	修订版本：/
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为深入贯彻新时代党的建设总要求和党的组织路线，全面提升医院基层党（总）支部建设的标准化、规范化水平，切实增强党组织的政治功能和组织功能，依据《中国共产党章程》《中国共产党支部工作条例（试行）》《关于加强公立医院党的建设工作的意见》《关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》《公立医院基层党支部参与科室重大问题决策制度示范文本（试行）》等党内法规，结合医院实际，制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 本办法适用于医院所有党总支部、党支部（以下简称“党支部”）。规范化建设的目标是：通过系统化的标准和要求，使医院各党支部实现组织设置科学、班子坚强有力、阵地标准统一、制度健全落实、活动经常有效、作用发挥突出，成为宣传党的主张、贯彻党的决定、领导科室治理、团结动员群众、推动改革发展的坚强战斗堡垒。

第二条 党支部规范化建设坚持以下原则：

突出政治建设：把党的政治建设摆在首位，引领全体党员坚定拥护“两个确立”、坚决做到“两个维护”。

强化问题导向：聚焦支部建设中存在的薄弱环节和突出问题，精准施策，补齐短板。

注重分类指导：根据临床、医技、行政、后勤等不同类型党支部的特点，提出差异化建设要求。

坚持务实有效：形式服从内容，过程服从效果，力戒形式主义，务求工作实效。

第二章 组织设置与班子建设

第三条 组织设置：

科室凡有 3 名以上正式党员的，都应当成立党支部；正式党员不足 3 名的，按照学科关联、业务协同、便于管理的原则，成立联合党支部，联合党支部覆盖科室一般不超过 5 个。党员人数较多的党支部，可合理划分党小组。支部设置和调整由所在党总支或医院党委研究确定，报上级党委批准后发文。

第四条 班子配备与职责：

支部委员会（支委会）一般设委员 3—5 人，包括书记、组织委员、宣传委员、纪检委员等，任期一般为 3 年。严格执行按期换届规定。

全面推行“双带头人”培育工程，临床医技科室党支部书记原则上由具有副高以上职称或博士学位、政治强业务精的科室负责人或骨干担任。行政后勤党支部书记应由政治素质好、群众威信高、熟悉党务的部门负责人或骨干担任。

明确支委分工与职责清单，健全集体领导和个人分工负责相结合的工作机制。

第三章 组织生活制度

第五条 党支部必须严格执行党的组织生活制度，确保频次达标、程序规范、记录完整、效果实在。

支部党员大会：每季度至少 1 次，讨论决定支部重大事项。支部委员会：每月至少 1 次，研究部署支部具体工作。党小组会：每月至少 1 次，组织党员学习、交流。党课：每季度至少 1 次，可邀请联系点领导、先进典型等讲授。

组织生活会：每年至少召开 1 次，会前认真学习、谈心谈话、听取意见，会上严肃开展批评和自我批评，会后制定整改措施。

民主评议党员：结合组织生活会每年开展 1 次，按照个人自评、党员互评、民主测评、组织评定的程序进行。

谈心谈话：支部书记每年与支部党员普遍谈心谈话不少于 1 次，支委之间、党员之间应经常性开展谈心谈话。

主题党日：每月相对固定 1 天开展，突出政治性和庄重感，结合医疗业务、志愿服务等丰富内容与形式。

第四章 党员教育、管理与监督

第六条 党员教育：把用党的创新理论武装头脑作为首要任务，通过集中学习、专题研讨、在线学习等多种形式，确保学习教育全覆盖、常态化。加强医德医风、职业道德和法律法规教育，弘扬崇高职业精神。

第七条 党员管理：规范做好党员组织关系转接、党费收缴、使用和管理工作。优化党员队伍结构，严格执行《中国共产党发展党员工作细则》，把政治标准放在首位，重点在高知群体、青年骨干中发展党员。健全党内关怀帮扶机制，关心关爱生活

困难党员和老党员。

第八条 党员监督：督促党员模范遵守国家法律法规、行业规范和医院规章制度。稳妥有序处置不合格党员，保持党员队伍先进性和纯洁性。

第五章 作用发挥与服务中心

第九条 党支部要紧紧围绕医院中心工作和科室核心任务，找准党建工作与业务工作深度融合的切入点和着力点，切实发挥战斗堡垒作用。

党支部参与科室重大问题决策，推动和监督科室重大问题决策议定事项的落实，主要是发挥好政治功能，履行政治责任，把握好科室重大事项的政治原则、政治立场、政治方向，贯彻落实新时代党的卫生与健康工作方针，体现公立医院的公益属性，维护医务人员和患者的合法权益，推动医院和科室高质量发展。在干部人才队伍建设中严把政治关、廉洁关、医德医风关。

第十条 党支部参与决策范围

（一）传达学习党的路线方针政策、国家法律法规，上级决策部署和医院重要工作安排，结合科室实际，提出贯彻落实的方案和具体措施；

（二）科室发展规划、学科建设规划和在医疗、教学、科研、管理等方面的重要改革措施和工作举措，科室年度工作计划以及执行情况总结评估；

（三）科室重要规章制度的制定、修改和废除；

（四）科室重大科研项目和课题申报推荐，对外交流合作项目开展，新技术、新业务、新项目的引进和开展，重要学术活动组织等事项；

（五）科室安全稳定的重大问题，研究医疗纠纷、责任事故、重大突发事件的预防和处置；

（六）科室医德医风、师德师风、科研道德、学术作风、社会公德、职业操守等涉及职业道德的重要事项；

（七）科室人才引进、人才选拔、人才培养和人才梯队建设、人才激励保障等重要事项；

（八）向上级及医院推荐干部人选，各级各类人才计划申报推荐，学术任职、社会兼职人选推荐，因公出国（境）、国内外进修培训、对口支援、挂职锻炼以及各类支援外派人员推荐等重要事项；

（九）科室职工聘用、调动，岗位以及职级聘任、岗位调整，内部绩效考核和分配方案、职工待遇以及其他关系职工权益的重要事项；

（十）科室职工年度考核评价、科室表彰奖惩、上级重要表彰奖励人选推荐等事项；

（十一）科室年度预算申报与执行，其中涉及项目安排、资金使用的具体数额，可结合医院和科室实际情况确定；

（十二）科室重要设备、物资、耗材、药品购置，服务项目和重要工程采购，重

要资产处置，重要资源配置等事项；

（十三）需要党支部参与决策的其他重要事项。

第六章 工作保障与考核评价

第十一条 基础保障：

阵地保障：按照“有场所、有设施、有标志、有党旗、有书报、有制度”的“六有”标准，建设规范实用的党员活动室或党建角。

经费保障：医院党委按一定标准核定并拨付党支部工作经费，列入年度预算，确保支部活动正常开展。

时间保障：合理安排党务活动时间，确保党员参与组织生活。

第十二条 考核评价：建立党支部规范化建设考核评价指标体系，实行年度考核。考核结果作为评选先进基层党组织、评价支部班子工作业绩的重要依据。对规范化建设不达标、作用发挥不力的支部，由上级党组织进行提醒、约谈或整顿。医院党（总）支部规范化建设年度考核评价项目包括政治建设与思想引领、组织设置与班子建设、组织生活制度落实、党员教育管理监督、作用发挥与融合实效等。

三、参考文献

[1]中国共产党中央委员会.中国共产党支部工作条例（试行）[EB/OL].(2018-10-28).https://www.12371.cn/2018/11/25/ARTI1543146320637564.shtml.

[2]中国共产党章程[M].北京：人民出版社，2017.

[3]中国共产党中央委员会办公厅.关于加强公立医院党的建设工作的意见（中办发〔2018〕36号）[EB/OL].(2018-06-25).https://www.gov.cn/zhengce/2018-06/25/content_5301208.htm.

工会工作制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2022-001-03	制定时间：2016-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2022-12-01
制定部门：工会	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2022-12-31

一、目的

为更好地开展工会工作，为职工办实事，维护职工的合法权益，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

1. 认真贯彻执行《工会法》《劳动法》《女职工权益保障法》和上级工会组织的部署。

2．坚持党建引领作用，完善工会组织基础建设，认真履行维护、建设、教育、参与四项职能，当好党政联系职工群众的桥梁纽带。

3．依法维护职工的民主权利，健全职工代表大会制度，切实加强职工参政议政的民主管理工作。

4．组织职工开展争先创优劳动技能竞赛活动，开展喜闻乐见的文化体育活动，活跃职工生活。

5．积极维护职工的合法权益，关心职工生活，办好集体福利及送温暖工作，参与调解劳动争议。

6．规范做好工会财务管理工作，实行“一年两审一报告”制度，收好、管好、用好工会经费。

三、参考文献

[1]法规司.中华人民共和国工会法 [EB/OL].(2021-12-24).https://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgknr/zcfg/fl/202011/t20201102_394624.html.

[2]中华全国总工会.中国工会章程 [EB/OL].(2023-10-15).https://www.acftu.org/xwdt/ghyw/202310/t20231015_835895.html?dBuULwWO=08u8FAqlqEr0Xp0xtgDPLum35u.E0zaNlEm7vHeiyz5WiC0.pzdqGEmkYIy1fFZav16YckvCeye0erKdhRIMIGUieVdJg3TBr.

四、修订原因

根据《中国工会章程》内容修订。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2022 年 12 月第 2 次修订

职工代表大会制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2022-002-03	制定时间：2011-01-05
适用范围：全院员工	修订时间：2022-12-01
制定部门：工会	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2022-12-31

一、目的

为引导职工积极参与医院民主管理，提高医院管理民主化、规范化水平，特制定本制度。

二、内容

1. 本院实行职工代表大会和工会会员代表大会两会合一的制度。工会委员会是职代会的工作机构，负责职代会的日常工作。

2. 职工代表大会在法律规定的范围内行使职权,引导职工积极参与医院民主决策、民主管理、民主监督，共谋医院发展。

3. 职代会的组织原则是民主集中制。

4. 职代会行使以下职权：

（1）讨论审议权：讨论审议医院工作报告、财务报告、医院发展规划和重大改革方案等。

（2）讨论决定权：讨论决定职工绩效考核方案和其它有关职工切身利益的重大事项。

（3）讨论通过权：讨论通过医院有关重要的规章制度。

（4）民主评议权：评议医院各级领导干部，并提出任免建议。

（5）对医院工作提出合理化意见和建议。

5. 职工代表任期一般 3-5 年，到期改选，与工会会员代表选举同时进行，可以连选连任。

三、参考文献

[1]法规司.中华人民共和国工会法 [EB/OL].(2021-12-24).https://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgknr/zcfg/fl/202011/t20201102_394624.html.

[2]中华全国总工会.中国工会章程[EB/OL].(2023-10-15).https://www.acftu.org/xwdt/ghyw/202310/t20231015_835895.html?dBuULwWO=08u8FAqlqEr0Xp0xtgDPLum35u.E0zaNlEm7vHeiyz5WiC0.pzdqGEmkYIy1fFZav16YckvCeye0erKdhRIMIGUieVdJg3TBr.

四、修订原因

根据《中国工会章程》《中华人民共和国工会法》内容修订。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2022 年 12 月第 2 次修订

职工代表大会提议工作制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2022-003-03	制定时间：2016-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2022-12-01
制定部门：工会	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2022-12-31

一、目的

为进一步提高职工提议征集工作的质量，规范职工提议提交流程，提高职工提议办理效率，特制定本制度。

二、内容

1. 职工代表大会(以下简称为职代会)提议，是职工代表按照程序向代表大会提交的有关医院改革发展、质量管理、人才队伍建设、后勤保障和涉及职工切身利益等方面的建议。

2. 提议委员会负责提议工作。提议委员会的成员应为党委书记、工会委员及工会代表组组长。

3. 提议委员会的职责

（1）负责组织和征集提议。

（2）对提议审核，建议牵头部门。

（3）对提议的办理情况进行检查和督促，推动牵头部门认真办理、落实提议。

（4）向职代会报告提议的审核和落实情况等项工作。

4. 职工代表必须以严肃负责的态度行使提议权，拟定提议前应进行认真的调查研究，以提高提议质量，保证提议的严肃性、科学性、可行性。

5. 提议人为我院职代会正式代表，由 1 人主提者签名提出提议，由本科室科务会人员不少于 3 人附议。

6. 提议要符合党和国家的政策，法律法规，并限于职代会职权范围内和本院职权范围内能够解决的问题。诸如有关医院大政方针，对于医院全局工作影响较大的意见和建议；涉及众多职工切身利益，影响面较大的意见和建议等。

7. 提议必须包括以下三部分：

（1）提议题目，即要求解决什么问题。

（2）情况分析，即提出提议的理由、原因或根据。

（3）具体建议，即提出解决问题的主张和办法。

8. 在每次召开职代会后征集提议，征集的截止时间一般在职代会召开的当月底。一张提议表记录一条提议。

9. 工会代表组组长收集整理提议，对内容进行初审，对不规范的提议提出修改意见。

10. 召开提议委员会全体会议，分别对职工提议进行审核，并研究提议落实情况的相关意见，不予受理的提议及时反馈。

11. 提议委员会草拟《提议处理报告》，院领导审阅后交牵头部门落实。

12. 牵头部门必须重视职代会提议，有责任认真研究，努力做好承办工作，保证提议办理的质量。凡是有条件解决的，要集中力量及时落实；因条件所限一时不能实施的，要列入计划，创造条件、逐步落实；确实不可行的，要实事求是地说明缘由，解释清楚。

13. 提议委员会应及时了解提议落实情况，督促牵头部门抓紧办理，能落实的提

议在 3 个月内必须办结。

14. 牵头部门在提议表原件上记录提议处理情况，交分管领导审核，然后由提议人评价处理结果，实行提议办理全流程闭环管理。

15. 在下一次职代会上院领导对职工代表提议的处理情况进行答复。

16. 提议表原件由工会存档。

三、参考文献

[1]法规司.中华人民共和国工会法[EB/OL].(2021-12-24).https://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgknr/zcfg/fl/202011/t20201102_394624.html.

[2]中华全国总工会.中国工会章程[EB/OL].(2023-10-15).https://www.acftu.org/xwdt/ghyw/202310/t20231015_835895.html?dBuULwWO=08u8FAqlqEr0Xp0xtgDPLum35u.E0zaNlEm7vHeiyz5WiC0.pzdqGEmkYIy1fFZav16YckvCeye0erKdhRIMIGUieVdJg3TBr.

四、修订原因

根据《中国工会章程》《中华人民共和国工会法》内容修订。

五、修订记录

2020 年 07 月第 1 次修订

2022 年 12 月第 2 次修订

工会财务管理制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2022-006-04	制定时间：2011-01-05
适用范围：全院员工	修订时间：2022-12-01
制定部门：工会	修订版本：3
审核批准：职工代表大会	执行时间：2022-12-31

一、目的

为进一步收好、管好、用好工会经费，促进工会财务工作的规范管理，使工会经费更好地为工会工作服务、为职工群众服务，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）工会经费使用管理原则

1. 坚持遵纪守法原则。严格执行中央规定、国家法律法规、全国总工会和省市总工会的有关规定和开支范围、标准，认真执行工会财务制度，遵守财务纪律，工会经费不得用于非工会活动的开支。

2. 坚持依法获取原则。工会的各项收入要根据《中华人民共和国工会法》和《中国工会章程》的规定，依法获取。

3. 坚持经费独立管理原则。工会财务独立建账，实行工会经费独立核算。工会

主席行使法人权利和义务。

（1）经费报销时应明确经费使用原由，由工会主席审批后方可报销。

（2）报销的原始凭证，需由经办人签名、财务负责人、工会主席审批。

（3）原始凭证的内容完整；金额超过 1000 元的支出，原则上使用支票支付。

4．坚持预算管理原则。工会经费各项支出应当全部纳入预算管理，按照全国总工会《工会预算管理办法》执行。

5．坚持为职工服务原则。工会经费使用要突出重点，保证维护职工的合法权益、开展职工服务和工会活动。

6．坚持勤俭节约原则。经费使用要精打细算，力求少花钱多办事、办好事，节约开支，提高经费使用效益。

7．坚持民主管理原则。执行“一年两审一报告”制度，接受职工代表、工会会员监督以及经费审查委员会审查。坚持工会主席离任审计制度。

（二）工会经费收入范围

1．会费收入。会费收入是指工会会员依照全国总工会规定按本人工资收入的 5‰向所在工会缴纳的会费。即本院工会会员按岗位、薪级工资的 5‰缴纳会费。

2．拨缴经费收入。拨缴经费收入是指建立工会组织的单位按全部职工工资总额的 2%依法向工会拨缴的经费中的留成部分。即医院行政按工资总额的 2%计提工会经费。计提的工会经费中 40%上交上级工会，60%计入拨缴经费收入留存工会使用。

3．上级补助收入。上级工会的补助款项。

4．行政补助收入。医院行政依法依规对工会组织给予的各项经费补助。

5．其他收入。其他收入是指工会取得的资产盘盈、固定资产处置净收入、接受捐赠收入和利息收入等。

（三）工会经费支出范围

工会经费支出范围包括：职工活动支出、维权支出、业务支出、资本性支出、事业支出和其他支出。

1．第一类：职工活动支出。职工活动支出是指工会组织开展职工教育、文体、宣传等活动所发生的支出和工会组织的职工集体福利支出。

（1）职工教育费。用于工会举办政治、法律、科技、业务等专题培训和职工技能培训所需的教材资料、教学用品、场地租金等方面的支出，用于支付职工教育活动聘请授课人员的酬金，用于工会组织的职工素质提升补助和职工教育培训优秀学员的奖励。

①工会对优秀学员的奖励应以精神鼓励为主、物质奖励为辅。奖励范围不得超过参加培训人员的三分之一，奖品（奖金）人均标准不超过 300 元。

②工会开展职工教育活动需要聘请相关授课人员的，授课人员酬金标准参照当地

财政部门培训费管理相关规定执行。

（2）文体活动支出。用于工会开展或参加上级工会组织的职工业余文体活动所需器材、服装、用品等购置、租赁与维修方面的支出以及活动场地、交通工具的租金支出等，用于文体活动优胜者的奖励支出，用于文体活动中必要的伙食补助费。

①工会对文体活动优胜者的奖励应以精神鼓励为主、物质奖励为辅。设置奖励的文体活动，奖励范围不得超过参与人员的三分之二，奖品（奖金）标准为获奖人员人均不超过 500 元；不设置奖项的文体活动，可为参加人员发放人均不超过 100 元的纪念品。

②工会自行开展的职工文体活动所需服装的购置标准为人均不超过 500 元；参加上级工会组织的文体活动所需服装的购置标准为人均不超过 600 元。同一人员两年内参加同一类型活动不得重复购置。

③工会开展文体活动中开支的伙食补助费，不得超过当地财政部门规定的差旅费中的伙食补助标准。

④工会可以用会员会费组织会员观看电影、文艺演出和体育比赛等，开展春游秋游，为会员购买当地公园年票。会费不足部分可以用工会经费弥补，弥补部分不超过工会当年年费收入的三倍。

（3）宣传活动支出。用于工会开展重点工作、重大主题和重大节日宣传活动所需的材料消耗、场地租金、购买服务等方面的支出，用于培育和践行社会主义核心价值观，弘扬劳模精神和工匠精神等经常性宣传活动方面的支出，用于工会开展或参加上级工会举办的知识竞赛、宣讲、演讲比赛、展览等宣传活动支出。

（4）职工集体福利支出。用于工会逢年过节和会员生日、婚丧嫁娶、生病住院、退休离岗的慰问支出等。

①工会逢年过节可以向全体会员发放节日慰问品。“逢年过节”所指节日为国家规定的法定节日，即元旦、春节、清明节、劳动节、端午节、中秋节和国庆节。节日慰问品原则上为符合中国传统节日习惯的用品和职工群众必需的生活用品等。发放标准为每位会员每年不超过 1800 元。发放方式可以为实物或到指定地点限时领取确定物品的提货凭证，严禁发放现金、购物卡、代金券及各类有价证券。

②工会会员生日慰问可以发放生日蛋糕等实物慰问品，也可以发放指定蛋糕店的蛋糕券，标准为每人每年不超过 400 元。

③工会会员生病住院，工会应予看望，可给予不超过 2000 元的慰问金。

④工会会员去世时，工会可给予不超过 3000 元的慰问金。

⑤工会会员退休离岗，工会可以发放不超过 1000 元的纪念品，可组织座谈会予以欢送，座谈会可购买适当的干鲜水果等食品。

⑥凡工资未纳入拨缴工会经费工资总额或未缴纳会费的会员，不得享受集体福利。

借用、挂职等人员只能享受一处集体福利。

（5）其他活动支出。用于工会组织开展的劳动模范和先进职工疗休养补贴等其他活动支出。

2．第二类：职工维权支出。维权支出是指工会用于维护职工权益的支出。包括劳动关系协调费、劳动保护费、法律援助费、困难职工帮扶费、送温暖费和其他维权支出。

（1）劳动保护费。用于工会开展群众性安全生产和职业病防治活动、加强群监员队伍建设、开展职工心理健康维护等促进安全健康生产、保护职工生命安全为宗旨开展职工劳动保护发生的支出等。

（2）困难职工帮扶费。用于工会对困难职工提供资金和物质帮助等发生的支出。工会会员本人及家庭因大病、意外事故、子女就学等原因致困时，工会可给予一定金额的慰问：

①医疗救助标准，每人每年不超过医疗费个人自付部分。

②日常生活救助标准，每户每年不超过当地低保标准年度总和。

③助学标准，每生每年不超过工会所在地十个月低保标准总和。

工会应确保精准帮扶，建立并完善困难职工档案。

（3）送温暖费。用于工会开展春送岗位、夏送清凉、金秋助学和冬送温暖等活动发生的支出。工会可对在高温、寒冷和高污染环境等恶劣条件下坚持工作的一线职工进行慰问，购买防暑降温、防寒保暖、防污用品及食品饮料等，标准为每人每年不超过 100 元。

（4）其他维权支出。用于工会补助职工和会员参加互助互济保障活动等其他方面的维权支出。

3．第三类：业务支出。业务支出是指工会培训工会干部、加强自身建设以及开展业务工作发生的各项支出。包括：培训费、会议费、专项业务费、其他业务支出。

（1）培训费。用于工会开展工会干部和积极分子培训发生的支出。开支范围和标准以当地财政部门制定的培训费管理办法为准。

（2）会议费。用于工会会员大会或会员代表大会、委员会、常委会、经费审查委员会以及其他专业工作会议的各项支出。开支范围和标准以当地财政部门制定的会议费管理办法为准。

（3）专项业务费。用于工会开展组织建设、建家活动、劳模和工匠人才创新工作室、职工创新工作室等创建活动发生的支出，开办的图书馆、阅览室和职工书屋等职工文体活动阵地所发生的支出，开展专题调研所发生的支出，开展女职工工作性支出，开展外事活动方面的支出，组织开展合理化建议、技术革新、发明创造、岗位练兵、技术比武、技术培训等劳动和技能竞赛活动支出及其奖励支出。

工会组织开展劳动和技能竞赛活动，奖励范围不得超过参加活动人员的三分之一，标准为获奖人员人均不超过 1000 元。工会受单位行政委托承办劳动和技能竞赛活动，具体事项由单位行政根据国家有关规定确定。

（4）其他业务支出。用于经上级批准评选表彰的优秀工会干部和积极分子的奖励支出，用于工会必要的办公费、差旅费，用于工会支付代理记账、中介机构审计等购买服务方面的支出。

经上级批准，工会可评选表彰优秀工会干部和积极分子。表彰的优秀工会干部人数不得超过本单位工会干部总人数的三分之一，奖品（奖金）标准为每人不超过 500 元；表彰的工会积极分子的人数不得超过本单位会员总人数的 5%，奖品（奖金）标准为每人不超过 300 元。

4．第四类：资本性支出。资本性支出是指工会从事工会建设工程、设备工具购置、大型修缮和信息网络购建而发生的支出。

5．第五类：其他支出。其他支出是指工会除上述支出以外的其他各项支出。包括：资产盘亏、固定资产处置净损失、捐赠、赞助等。

根据《中华人民共和国工会法》的有关规定，工会专职工作人员的工资、奖励、补贴由所在单位承担，工会办公和开展活动必要的设施和活动场所等物质条件由所在单位提供。

（四）财务管理

1．工会主席对工会会计工作和会计资料的真实性、完整性负责。

2．工会应根据国家和全国总工会的有关政策规定以及上级工会的要求，制定年度工会工作计划，依法、真实、完整、合理地编制工会经费年度预算，依法履行必要程序后报上级工会批准。严禁无预算、超预算使用工会经费。年度预算原则上一年调整一次，调整预算的编制审批程序与预算编制审批程序一致。

3．工会应根据批准的年度预算，积极组织各项收入，合理安排各项支出，并严格按照《工会经费审查制度》的要求，科学设立和登记会计账簿，准确办理经费收支核算，定期向工会委员会和经费审查委员会报告预算执行情况。工会经费年度财务决算需报上级工会审批。

4．工会应加强财务管理制度建设，健全完善财务报销、资产管理、资金使用等内部管理制度。工会应依法组织工会经费收入，严格控制工会经费支出，各项收支实行工会委员会集体领导下的主席负责制，重大收支须集体研究决定。

5．工会应根据自身实际科学设置会计机构、合理配备会计人员，真实、完整、准确、及时反映工会经费收支情况和财务管理状况。

6．本实施细则规定的各项标准为上限标准，工会在执行过程中不得擅自突破。工会发放各类奖励、补助、慰问、补贴等，应制定相关制度，明确发放标准。制定的

制度，须经本级工会委员会和经费审查委员会讨论通过，并报上一级工会批准或备案。慰问标准应统一，不得搞特殊化慰问。各类发放应有详细清单，签收、审批手续应齐全。

7. 根据国家有关规定，职工和劳动模范疗休养、职工食堂运行、职工劳动保护、职工教育及行政方面的表彰等工作。工会受单位行政委托，可协助或承办上述工作，但费用应由单位行政承担。

（五）监督检查

1. 工会应加强对本单位工会经费使用情况的内部会计监督和工会预算执行情况的审查审计监督，依法接受并主动配合国家审计监督。

2. 认真贯彻落实《中华人民共和国工会法》《中国工会章程》，以及全国总工会《工会预算管理办法》《关于加强工会经费财务管理和审计监督切实管好用好工会经费的通知》精神。工会应严格执行中央八项规定及《实施细则》精神和省委《具体办法》。严格执行“八不准”规定。

3. 对监督检查中发现违反工会经费收支管理办法的问题，要及时督促纠正。违规问题情节较轻的，限期整改；涉及违纪的由纪检监察部门依照有关规定,追究直接责任人和相关领导责任；构成犯罪的，依法移交司法机关处理。

三、参考文献

[1]法规司.中华人民共和国工会法 [EB/OL].(2021-12-24).https://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgknr/zcfg/fl/202011/t20201102_394624.html.

[2]中华全国总工会.中国工会章程 [EB/OL].(2023-10-15).https://www.acftu.org/xwdt/ghyw/202310/t20231015_835895.html?dBuULwWO=08u8FAqlqEr0Xp0xtgDPLum35u.E0zaNlEm7vHeiyz5WiC0.pzdqGEmkYIy1fFZav16YckvCeye0erKdhRIMIGUieVdJg3TBr.

[3]中华全国总工会办公厅.《基层工会经费收支管理办法》（总工办发〔2017〕32号）[EB/OL].(2017-12-15).http://www.ale.gov.cn/publicity_gh/wjzc29/20856.

四、修订原因

根据《中华人民共和国工会法》《中国工会章程》《中华全国总工会办公厅关于印发〈工会经费收支管理办法〉的通知》等法律法规和文件要求修订。

五、修订记录

2016 年 07 月第 1 次修订

2020 年 07 月第 2 次修订

2022 年 12 月第 3 次修订

工会经费审查制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2022-007-03	制定时间：2011-01-05
适用范围：全院员工	修订时间：2022-12-01
制定部门：工会	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2022-12-31

一、目的

为规范医院工会经费使用审查监督，特制定本制度。

二、内容

1．工会经费审查委员会（以下简称工会经审委）依据国家的政策和财经法规以及工会有关规章制度，独立对本院工会经费预算、预算执行情况、经费决算等进行审计。

2．工会经审委受上级工会经费审查委员会领导，并向其汇报工作。工会经费审查委员会负责工会经费的收支和财产管理进行审查监督。

3．检查工会财务工作，贯彻执行党、政府和上级工会的有关方针、政策、指示和决议情况。

4．审查工会是否按规定向工会委员会（或会员代表大会）公布账目和报告财务收支情况。

5．审查工会预算、决算的编制是否正确合理，使用是否妥当，以及是否坚持执行各项财务制度。

6. 定期向职工代表大会报告审查工作，督促工会及时公布财务收支账目、报告财务收支情况。

7. 每年至少召开一次经审委年度工作会议，总结本年度工作情况，制定下年度计划；认真学习党的方针、政策和国家财经法规、工会财务、经审制度和经审业务知识。

8. 经审会与工会同时按规定换届选举，经审会负责人列席工会委员会会议。

9. 积极组织参加上级工会经审会举办的业务培训，并经常向上级工会经审会提供有关信息。

10. 每年按时参加上级经审会组织的工会经费审查工作和规范化建设考核并上报相关资料。

本办法由经费审查委员会负责解释，自发布之日起施行。

三、参考文献

[1]法规司.中华人民共和国工会法[EB/OL].(2021-12-24).https://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgknr/zcfg/fl/202011/t20201102_394624.html.

[2]中华全国总工会.中国工会章程[EB/OL].(2023-10-15).https://www.acftu.org/xwdt/ghyw/202310/t20231015_835895.html?dBuULwWO=08u8FAqlqEr0Xp0xtgDPL

um35u.E0zaNlEm7vHeiyz5WiC0.pzdqGEmkYIy1fFZav16YckvCeye0erKdhRIMIGUieVdJg3TBr.

[3]中华全国总工会办公厅.基层工会经费收支管理办法（总工办发〔2017〕32号）[EB/OL].(2017-12-15).http://www.ale.gov.cn/publicity_gh/wjzc29/20856.

四、修订原因

根据《中华人民共和国工会法》《中国工会章程》《中华全国总工会办公厅关于印发〈工会经费收支管理办法〉的通知》等法律法规和文件要求修订。

五、修订记录

2020 年 07 月第 1 次修订

2022 年 12 月第 2 次修订

职工关爱基金章程

文件编号：YXPH-DQ-GH-2025-001-02	制定时间：2021-01-05
适用范围：全院员工	修订时间：2025-02-28
制定部门：工会	修订版本：1
审核批准：职工代表大会	执行时间：2025-03-15

一、目的

为践行现代医院管理理念，本着关心职工生活，努力为职工办实事、办好事的工作原则，特制定本章程。

二、内容

总 则

第一条 根据上级精神，结合我院实际情况，经研究，医院设立职工关爱基金。

第二条 本章程适用于本院在职职工。

细 则

第三条 基金遵循多渠道、多形式的募集原则，其主要来源：

（一）职工自愿每月缴纳：高级职称职工每人每月从工资中提取 10 元，中级职称职工每人每月从工资中提取 6 元，初级职称职工每人每月从工资中提取 3 元；

（二）关爱基金补充经费；

（三）其他企事业单位、社会团体或个人爱心捐赠；

（四）医院组织的捐款活动。

第四条 职工关爱基金适用范围：

1．职工患重大疾病的慰问；

2．天灾人祸致重大经济损害以及意外伤害的慰问；

3．职工结婚慰问；

4．女职工生育（符合国家法律政策）的慰问；

5．职工子女考取大学的助学；

6．职工配偶去世的慰问；

7．其他特殊情况致职工经济困难的补助；

8．其他经商议适用关爱基金的事项。

第五条 为加强对基金的管理，医院成立职工关爱基金管理委员会，由院党委书记、院长、总会计师、工会、组织人事科、财务科等负责人和职工代表组成。其主要职责：

（一） 负责本章程的制定及根据实施情况修订和完善本章程；

（二）审核决定基金接受捐赠、收缴、使用等管理工作；

（三）商定慰问金及困难补助金额度。

第六条 基金管理委员会办公室设在工会，其主要职责是：

（一）负责收集、登记、核对相关材料；

（二）办理慰问金或补助发放的有关手续；

（三）负责基金的使用管理，并报告每年度基金收支情况；

（四）完成基金管理委员会交办的其他工作。

第七条 关爱基金由医院财务开设专用账户，单独核算，专款专用。

第八条 基金管委会每年向医院职代会公示基金收支情况，接受职工监督。

第九条 职工关爱基金发放标准：

1．职工子女录取全日制本科院校给予标准不超过800元（或等值慰问品）/人的特别助学金，对录取各类全日制本科医学院校给予1200元（或等值慰问品）/人的特别助学金，对录取清华大学、北京大学全日制本科的职工子女给予2000元（或等值慰问品）/人的特别助学金，对宜兴市级状元、无锡市级状元、江苏省级状元分别给予3000元、5000元、10000元/人的特别助学金，以上助学金以获取标准中高标准发放，不重复发放（持《录取通知书》报于工会办公室）。

2．职工结婚慰问标准800元（或等值慰问品）/人。（持《结婚证》报于工会办公室）。

3．女职工生育慰问标准800元（或等值慰问品）/人，生育二胎（双胞胎）慰问标准1000元（或等值慰问品）/人，生育三胎及以上慰问标准1500元（或等值慰问品）/人。（持《出生证》报于工会办公室）。

4.职工患重大疾病慰问标准5000元/人(重大疾病界定参照中国人民财产保险股份有限公司无锡市分公司宜兴支公司所列重大疾病范围执行)。

5．职工配偶、直系亲属去世给予1000元（含花圈等吊唁物品）慰问金。

6．天灾人祸致重大经济损害及意外伤害的慰问视情况商议确定。

7．职工困难的补助金视情况商议确定。

8．其他适用关爱基金使用的情况经商议确定。

附 则

第十条 因各种原因不再缴纳关爱基金的职工，其关爱基金待遇同时中止，已交金额不退还。

第十一条 根据资金积累情况，动态调整慰问金额。

第十二条 本章程自职工代表大会审议通过后，由工会颁布实施。

第十三条 本章程解释权归职工关爱基金管理委员会。

三、参考文献（无）

四、修订原因

根据职工代表提议修订。

五、修订记录

2025 年 02 月第 1 次修订

职工福利待遇规定

文件编号：YXPH-DQ-GH-2025-002-04	制定时间：2001-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-02-28
制定部门：工会	修订版本：3
审核批准：职工代表大会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步强化“以人为本”的管理理念，让广大职工感受医院大家庭的温暖和关爱，本着关心职工生活，努力为职工办实事、办好事的工作原则，特制定本规定。

二、内容

职工福利待遇包括：

1．健康体检：每年安排职工（含退休职工）一次健康体检，体检项目根据上级要求和本院实际情况适时调整。

2．退休纪念：职工退休时，医院赠送价值不高于 1000 元的纪念品。

3．困难补助：职工家庭生活特别困难或遭遇天灾人祸等紧急困难时，可向工会提出困难补助申请。困难补助标准应根据其家庭经济收入状况及困难程度，由院工会委员会讨论通过，给予一定范围内的补助。

4．住院慰问见《职工关爱基金章程》。

5．死亡吊唁：医院职工去世，在职职工慰问金 3000 元，退休职工慰问金 2000 元。原则上不统一组织职工参加遗体告别。特殊情况由工会与家属另行商定。职工死

亡后抚恤金、丧葬费、遗属补助，由组织人事科按规定办理申报手续。

6．离休干部生日慰问：由工会负责，以送蛋糕、水果等实物进行慰问，金额不超过 300 元。

7．春节慰问：春节前对部分离退休人员、老弱病残的职工、结对贫困学生等特殊人员进行慰问，慰问金一般 800 元。特殊情况，另行商定。

8．除夕夜慰问：对除夕夜夜间值班人员以送食品形式进行慰问，金额不超过 50 元。

9．高温季节慰问：高温季节对部分离退休人员进行上门慰问，慰问金根据上级要求作调整；慰问一线高温作业人员，发放金额不超过 100 元的慰问品。

10．独生子女费：家有 14 周岁以下的独生子女的职工凭独生子女证，每年以现金形式发放，单职工 20 元，双职工 40 元。

11．幼儿园费用报销：职工子女入幼儿园凭管理发票报销费用，500 元/学期，单职工报 3 学期，双职工报 6 学期（如上级育儿政策调整按上级政策执行）。

12．传统节日及生日福利：端午节、中秋节、春节分别发放 500 元、500 元、800 元的慰问品，生日发 400 元蛋糕券（对象只限于工会会员及当年度退休人员）。当年度下半年加入工会的职工享受春节福利待遇（如上级福利政策调整按上级政策执行）。

13．离退休职工福利：春节、重阳节分别发过节费 1000 元、500 元，职工离退休当年度不享受。离退休返聘人员享受重阳节过节费，春节与在职职工同等标准。离退休职工老年大学报销学费 50 元/学期。

14．职工节日休息：根据上级人事人社部门的职工休假规定执行。

本规定从 2026 年 1 月 1 日起执行，由组织人事科及工会负责解释。

三、参考文献（无）

四、修订原因

根据职工代表提议修订。

五、修订记录

2020 年 07 月第 1 次修订

2021 年 10 月第 2 次修订

2025 年 02 月第 3 次修订

医务人员心理疏导制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2020-009-02	制定时间：2019-07-31
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-31
制定部门：工会	修订版本：1
审核批准：职工代表大会	执行时间：2021-01-15

一、目的

为引导医务人员保持健康心理状态，提升医务人员职业幸福感与满意度，特制定本制度。

二、内容

1．医院高度重视医务人员心理疏导工作，并将关心医务人员身心健康、职业发展、个人幸福作为重要工作内容和途径，纳入医院日常管理。

2．通过各种形式，提升医务人员的职业自信和积极向上的心态。提升医务人员的职业素养，树立正确的人生观、价值观、世界观，以提升心理抗压能力。

3．每年组织一次心理健康的培训教育，使医务人员认识心理健康意义、心理问题识别、心理自助方法。

4．以问卷调查、座谈会等形式，了解医务人员的心理特点、心理需求，分析原因，提供应对策略。

5．鼓励医务人员使用合法、合理、合情的方式，释放心理压力。包括户外活动、娱乐活动、放松训练、心理倾诉、培养兴趣爱好等方式。

6．针对存在心理问题的医务人员，工会应及时开展有效心理干预，促进他们恢复心理健康状态，要保密，不歧视。同时对重点岗位、重点人群、重点事件中的医务人员，加强心理疏导的服务力度。

三、参考文献（无）

四、修订原因

根据职工代表提议修订

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

图书馆工作制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2025-002-03	制定时间：2011-01-05
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-30
制定部门：工会	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2025-12-31

一、目的

为明确图书馆工作职责与服务流程，保障医疗、教学、科研工作顺利开展，特制定本制度。

二、内容

1. 图书馆工作人员

（1）负责图书馆日常开放、秩序维护与读者服务工作。

（2）负责图书、期刊、电子资源的采购、分类、编目、上架、保管工作。

（3）负责读者借阅登记、逾期提醒、破损及遗失处理。

（4）负责文献检索、信息咨询、科研支撑等服务。

（5）负责馆内环境卫生、设备维护与安全管理。

（6）严格遵守医院及图书馆各项规章制度，文明服务。

2. 读者

（1）自觉遵守图书馆管理规定，爱护文献资料与公共设施。

（2）文明阅览，保持安静，不喧哗、不占座、不饮食。

（3）按规定办理借阅手续，按时归还，不得转借、涂改、撕毁。

3. 图书与文献管理

（1）采购与验收

①根据医院医疗、教学、科研需求，制定采购计划，按流程报批后统一采购。

②新书到馆后及时验收、登记、分类、编目、贴标、上架。

（2）保管与维护

①定期整理书架，做到图书排列整齐、分类清晰、查找方便。

②做好防潮、防尘、防虫、防晒、防火工作。

③及时修补破损书刊，减少资源损耗。

（3）清点与注销

①定期对馆藏图书进行盘点核对，做到账物相符。

②对破损严重、过时失效、无法修复的书刊，按规定履行注销手续。

4. 借阅管理

（1）借阅对象

本院职工、进修人员、实习人员等按医院规定可借阅人员。

（2）借阅期限

①普通图书借阅期限遵照医院统一规定执行。

②工具书、珍贵资料、现刊等原则上不外借，仅限馆内阅览。

（3）逾期、遗失与损坏

①图书逾期未还者，图书馆将按医院相关规定处理。

②遗失、严重损坏图书期刊，按规定予以赔偿。

③严禁勾画、涂改、撕页、污损文献资料，违者视情节处理。

5. 阅览管理

（1）进入阅览区须保持安静，将手机调至静音，不大声交谈。

（2）不得携带食品、有色饮料进入阅览区。

（3）阅览后书刊及时归位，不随意乱放。

（4）自觉维护环境卫生，不乱扔杂物。

6. 安全与卫生管理

（1）严禁在馆内吸烟、使用明火及违规电器。

（2）熟悉消防器材位置与使用方法，发现隐患及时上报。

（3）下班前关闭门窗、电源，做好安全检查。

（4）坚持每日清洁，保持阅览区、书库整洁有序。

7. 电子资源与信息服务

（1）提供数据库检索、文献下载、论文查重咨询等服务。

（2）指导读者合理使用电子资源，遵守知识产权规定。

（3）定期收集读者需求，优化资源配置。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国公共图书馆法[EB/OL].(2018-10-26 修正).https://www.gov.cn/xinwen/2018-10/27/content_5334907.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国著作权法[EB/OL].(2020-11-11 修正).https://www.gov.cn/guoqing/2021-10/29/content_5647633.htm.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知(国卫医研函〔2023〕166 号)[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/normal/detail/2402.

四、修订原因

根据相关法律法规、文件要求及医院内部管理与流程优化需求进行修订。

五、修订记录

2020 年 11 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

图书馆医学图书情报资料管理制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2025-003-03	制定时间：2011-01-05
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-30
制定部门：工会	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2025-12-15

一、目的

为规范医学图书、期刊、电子资源、情报资料的采购、编目、借阅、保管、利用与安全，并为医院医疗、教学、科研、住院医师规范化培训工作提供文献资源支撑，

特制定本制度。

二、内容

（一）管理机构与职责

1．分管领导牵头，科室管理人员、图书馆负责人及科室代表组成；审批采购计划、预算、资源建设规划，监督执行，协调问题。

2．图书馆（执行部门）：专职管理员负责采购、编目、借阅、保管、剔旧、数字化、数据库维护、情报服务、读者培训。

3．学科联络员：各科室推荐，反馈需求、推荐资源、协助推广。

（二）资源建设与采购

1．采购原则：以医学专业为核心，兼顾基础、前沿、实用；优先保障临床、科研、教学刚需；控制复本、优化结构。

2．采购流程：科室/联络员申报→图书馆汇总→委员会审批→招标/采购→验收登记→编目上架。

3．电子资源：统一采购 CNKI、万方、PubMed、维普等数据库；按权限开通，严禁私搭共享、批量下载。

（三）分类编目与典藏

1．按《中国图书馆分类法》（R 类为主）分类，规范著录，建立机读目录（OPAC）与检索系统。

2．纸质资源：贴条码、书标、馆藏章，分区排架；期刊合订、编号、单独典藏。

3．电子资源：统一平台、账号管理、权限分级、访问日志留存。

（四）借阅服务（核心）

1．借阅对象与权限：本院职工：凭工卡/借阅证；工具书、珍本、现刊、情报档案：仅限馆内阅览，不外借。

2．借还与预约：开架借阅，自助+人工办理；热门图书可预约，到书后通知；馆内急用可提前收回。

3．馆内阅览：遵守开放时间，保持安静、整洁，禁止吸烟、饮食、占座；复印/扫描须遵守版权，仅限个人研究使用。

（五）保管与保护

1．库房/阅览室：防潮、防火、防盗、防虫、防尘、恒温恒湿；定期巡查、清点账物。

2．读者爱护书刊：严禁批注、涂改、撕页、裁剪、污损；违者按原价 2—10 倍赔偿，恶意损坏停权并追责。

3．遗失赔偿：按原价 3－5 倍；绝版/珍本按评估价赔偿。

（六）情报服务与利用

1．开展文献检索、查新、引文分析、定题服务、情报汇编、科研支撑。

2．定期推送学科前沿、指南、期刊目次、新书通报。

3．提供馆际互借、文献传递，共建共享区域医学文献资源。

（七）剔旧与注销

1．每年定期开展剔旧工作，剔旧范围包括破损、过时、复本过多、利用率极低的书刊；按程序审批、登记、注销，残值处理。

2．电子资源：清理失效链接、停用数据库，更新备份。

（八）安全与保密

1．电子资源：强密码、权限管控、日志审计，防泄露、防恶意下载。

2．涉密资料：专人管理、专柜存放，仅限授权查阅，严禁外传。

3．数据备份：定期本地+异地备份，防丢失、防病毒。

（九）读者守则

1．凭有效证件入馆、借阅，不得转借、冒用证件。

2．爱护资源，按时归还，逾期、损坏、遗失按规定赔偿。

3．遵守馆规，文明阅览，服从管理。

4．尊重知识产权，合理使用电子资源。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国公共图书馆法[EB/OL].(2018-10-26 修正).https://www.gov.cn/xinwen/2018-10/27/content_5334907.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国著作权法[EB/OL].(2020-11-11 修正).https://www.gov.cn/guoqing/2021-10/29/content_5647633.htm.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知(国卫医研函〔2023〕166 号)[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/normal/detail/2402.

四、修订原因

根据相关法律法规、文件要求及医院内部管理与流程优化需求进行修订。

五、修订记录

2020 年 11 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

图书馆借书阅览制度

文件编号：YXPH-DQ-GH-2025-004-03	制定时间：2011-01-05
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-30
制定部门：工会	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2025-12-15

一、目的

为维护图书馆正常秩序，保障文献资源合理利用，更好地服务医院医疗、教学、科研工作，特制定本制度。

二、内容

（一）借阅管理

1．本院在职职工、进修人员、实习人员凭医院有效证件办理图书借阅手续，不得委托他人代办或转借借阅证。

2．借阅图书须遵守图书馆规定的册数与期限，按期归还，不得逾期。确因工作需要延长借阅时间的，应办理续借手续。

3．工具书、珍本、孤本、现刊、过刊合订本等仅限馆内阅览，原则上不予外借。

4．读者借阅时应当面检查图书是否有破损、缺页、勾画、污损等情况，如发现须及时告知工作人员登记备案，否则由借阅人承担相应责任。

5．图书如有遗失、严重污损、撕毁、划线、批注、剪裁等情况，借阅人须按医院图书馆相关规定进行赔偿。

6．图书逾期未归还者，图书馆将暂停其借阅权限，直至图书归还并按规定完成相应处理。

（二）阅览管理

1．进入阅览区域须保持安静，禁止大声喧哗、交谈、接打电话，手机调至静音或震动模式。

2．禁止携带食品、饮料、易燃易爆物品及与阅览无关的杂物进入阅览区。

3．阅览后的图书、期刊应及时放回原位，不得随意摆放、占座或私自带出阅览区。

4．自觉维护阅览环境整洁，不得乱扔垃圾、乱写乱画、损坏桌椅及公共设施。

5．遵守图书馆开放时间，服从工作人员管理，文明阅览。

（三）行为规范

1．严禁在馆内吸烟、使用明火、违规用电，自觉遵守消防安全规定。

2．严禁偷窃、藏匿、损毁图书、期刊及图书馆公共物品，违者按医院规章制度严肃处理。

3．尊重知识产权，不得擅自复制、扫描、传播馆藏文献资源用于商业或违规用途。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国公共图书馆法[EB/OL].(2018-10-26 修正).https://www.gov.cn/xinwen/2018-10/27/content_5334907.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国著作权法[EB/OL].(2020-11-11 修正).https://www.gov.cn/guoqing/2021-10/29/content_5647633.htm.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知(国卫医研函〔2023〕166 号)[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/normal/detail/2402.

四、修订原因

根据相关法律法规、文件要求及医院内部管理与流程优化需求进行修订。

五、修订记录

2020 年 11 月第 1 次修订
2025 年 11 月第 2 次修订

统战宣传工作制度

文件编号：YXPH-DQ-TZXCK-2025-001-04	制定时间：2008-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-02
制定部门：统战宣传科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-03-01

一、目的

为进一步规范医院宣传工作，内聚人心，外塑形象，为医院的发展营造一个良好的舆论氛围，充分调动全院职工做好宣传工作的积极性，特制定本制度。

二、内容

（一）宣传工作

1．宣传工作必须坚持正确的舆论导向，紧紧围绕医院的中心工作，通过全面、准确、及时的宣传报道，对内充分发挥凝聚队伍、振奋精神的作用，对外提高医院知名度、增进医患沟通，更好地展示和树立医院良好的社会形象，为医院实现持续、健康、快速发展服务。

2．宣传工作范围包括：策划与实施对内、对外的宣传报道；各类宣传资料的编审及制作、摄影摄像；随时了解医院各类相关信息等。

3．凡宣传材料均由统战宣传科统一把关、审核。涉及特别重要的宣传内容，须向院领导及时汇报，经审核同意后方可报道。

4．鼓励各科室大力宣传报道本科室的新技术、新设备、名专家、专科特色等，重要宣传材料（如为“首例”“第一”等表述）需经科室主要负责人审核签字，由统战宣传科负责向有关新闻媒体推荐或报道。

5．新闻记者直接到医院各科室采访时，被采访科室要认真做好接待工作，并及时与统战宣传科联系办理相关采访手续，统战宣传科审核同意后，将安排专人陪同记者或电话通知后方可接受采访，各科室不得自行邀请新闻单位采访与医院有关信息。

6．全院职工都有义务提供新闻素材，各科室通讯员要及时向统战宣传科提供稿件或新闻线索，并按规定完成稿件撰写任务。统战宣传科将对内、对外发表的稿件进行收集、登记、存档，并对积极发稿的作者予以奖励。

7．坚持新闻宣传工作可持续发展的方针，统战宣传科应适当统筹全院新闻资源，建立与新闻媒体长期良好的协作关系，及时了解媒体的报道方针和阶段宣传重点，拓宽新闻宣传出口渠道。

8．医院及各科室（病区）的张贴物、展板、宣传栏、条幅等宣传品由统战宣传科统一管理。需要在院内、外悬挂条幅、张贴海报、摆放展板、布设宣传栏的，应向统战宣传科提出书面申请，宣传材料内容经审核批准后方可制作使用。

9．对违反本制度并造成不良后果的科室或个人，由医院依规进行考核。

（二）统战工作

1．统战工作是医院和党的工作的重要组成部分。要从协调推进“四个全面”的战略布局、维护意识形态安全和应对经济社会深刻变化的高度，深刻认识做好统战工作的重要性；坚持大团结大联合的主题，坚持正确处理一致性和多样性关系的方针，以强化党外知识分子思想政治引导为主线，以加强党外代表人士队伍建设为重点，做好医院、医院民主党派、无党派人士工作，促进多方交流，抵御利用宗教对医院进行渗透、防范院内传教行为，引导港澳台侨工作人员增进国家认同和中华民族意识。

2．医院各科（办）、各部门、各病区要做好与民主党派和无党派人士的联系沟通等工作，重视发挥其积极作用。

3．根据江苏省人大常委会公告第 27 号《江苏省宗教事务条例》第六章第三十三条规定，非宗教团体、非宗教院校、非宗教活动场所、非指定的临时活动地点不得组织、举行宗教活动。医院内禁止进行任何形式的宗教活动。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[EB/OL].(2020-01-02).http://www.npc.gov.cn/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.

[2]中共中央.中国共产党宣传工作条例[EB/OL].(2019-06-29).https://baike.baidu.com/item/%E4%B8%AD%E5%9B%BD%E5%85%B1%E4%BA%A7%E5%85%9A%E5%AE%A3%E4%BC%A0%E5%B7%A5%E4%BD%9C%E6%9D%A1%E4%BE%8B/23426178.

[3]中共中央.中国共产党统一战线工作条例[EB/OL].(2021-01-05).https://www.gov.cn/zhengce/2021-01/05/content_5577289.htm.

[4]中共中央，国务院.关于新时代加强和改进思想政治工作的意见[EB/OL].(2021-07-12).https://www.gov.cn/zhengce/2021-07/12/content_5624392.htm.

[5]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.关于进一步加强新时代卫生健康文化建设的意见（国卫宣传发〔2024〕9号）[EB/OL].(2024-02-21).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202402/content_6934986.htm.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据国家相关政策，对统战宣传工作制度具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2012年01月第1次修订

2020年01月第2次修订

2025年01月第3次修订

宣传奖励制度

文件编号：YXPH-DQ-TZXCK-2025-002-04	制定时间：2008-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-02
制定部门：统战宣传科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-03-01

一、目的

宣传工作是医院工作的重要组成部分，也是推动医院工作、提高医院知名度的重要手段。为进一步推动本院宣传工作，特制定本制度。

二、内容

1．奖励对象和范围。凡在《人民日报》《健康报》《医院报》《新华日报》《无锡日报》《宜兴日报》、电台、电视台等各级各类媒体登载、播放宣传本院文章的（报刊包括内部刊物和院报），对稿件作者给予奖励。

2．投稿及奖励办法。作者通过统战宣传科投稿，在上述范围内发表文章的予以奖励。两人以上合写的稿件只发一份奖励。

3．奖励标准。在全国性报刊上发表的，每篇奖励600元；省级报刊每篇奖励300元；县（市）级报刊每篇奖60元。在医院院报、网站上发表的文章，根据稿件字数，每篇最低奖励10元、最高奖励60元。提供新闻线索的，视线索重要程度可酌情给予奖励。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.关于进一步

加强新时代卫生健康文化建设的意见（国卫宣传发〔2024〕9号）[EB/OL].(2024-02-21).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202402/content_6934986.htm.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据宣传工作实际情况，对投稿奖励进行修订与完善。

五、修订记录

2012年01月第1次修订

2020年01月第2次修订

2025年01月第3次修订

院内张贴及宣传品管理规定

文件编号：YXPH-DQ-TZXCK-2025-003-04	制定时间：2008-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-02
制定部门：统战宣传科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-03-01

一、目的

为进一步美化医院环境和提高医院文化品位，构建和谐医院，特制定本规定。

二、内容

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

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

1. 根据归口管理原则，对院内悬挂横幅、标语，张贴的宣传（栏）板、壁画、路标牌，制作、发放的宣传品，由统战宣传科受理、审批；公示、海报、启事、通知等，由党政办公室受理、审批；服务承诺、行为规范等，由行风办受理、审批；检查、医疗服务项目等收费标准公示，由价格管理办公室审制；常用药品价格等公示，由药学部审制。

2. 对本院制作悬挂的横幅、标语，张贴的宣传（栏）板、壁画、路标牌、价格公示等，各科室要加强日常管理，确保完好无损；如有损坏，要及时与相关部门联系。各类制作费用纳入科室核算。

（三）外单位赞助在本院内开展活动的横幅及派发的各类宣传品，必须经本院分管领导书面批准，并报统战宣传科备案后方可实施。对未经批准擅自在院内张贴、悬

挂、派发宣传品的，各科室应及时制止并向医院保卫科通报，保卫科接报后应到现场及时处理。

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

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

（六）院内各科室开展活动的公示、海报、启事、通知等宣传品，应在院区和病区的公告（公示）栏内张贴。未经批准，不得随意在建筑物、门窗等设施上张贴宣传品。各科室负责落实本包管区乱张贴内容的清理工作；统战宣传科定期巡查清理特别是公共场所过期、过时的张贴内容，在接到各科室部门破损修补通知后 3 个工作日内完成修补，并由所在科室负责验收；职工如发现有张贴、派发的宣传内容时，应及时清理并向保卫科报告。

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

（八）本管理规定自发布之日起实施，由医院考核领导小组、统战宣传科负责解释。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.关于进一步加强新时代卫生健康文化建设的意见（国卫宣传发〔2024〕9 号）[EB/OL].(2024-02-21).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202402/content_6934986.htm.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据工作实际情况，对院内张贴和宣传品制作规定进行修订与完善。

五、修订记录

2012 年 01 月第 1 次修订

2020 年 01 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

网站管理办法

文件编号：YXPH-DQ-TZXCK-2025-004-04	制定时间：2008-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-02
制定部门：统战宣传科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-03-01

一、目的

为进一步加强院务公开和宣传力度，规范网站建设和管理工作，特制定本办法。

二、内容

（一）管理网络

院部成立网站管理领导小组，由分管院领导任组长，相关职能科室负责人为成员，各栏目由对应的相关职能科室牵头负责管理，统战宣传科负责网站内容设置，医务部负责业务建设内容审，信息数据中心负责技术保障维护。

（二）内容要求

医院网站发布的内容须遵守国家法律法规，切实维护医院安全、职工和患者合法权益，宣传健康知识，倡导健康理念，真实反映医疗服务信息，方便患者群众就医，弘扬医疗行业救死扶伤的职业道德，树立医院正面形象。文稿行文应清晰流畅、无错字别句，统一文本规格（正文：宋体，小 4 号字）。上传图片做好隐私保护，符合发布规范。

（三）内容审核

1．严格遵循“谁发布、谁负责”原则。

2．院部重大信息须报院领导审批，确保信息安全、真实、及时。

3．科室稿件经科主任初审（各科室自行制定审签制度）后，投稿至统战宣传科专用邮箱 tougao@yxph.com，由统战宣传科按流程审核通过后发布。

（四）安全管理

各级管理员应严格遵守网站安全使用规则，严格实行安全等级保护和用户权限划分制度，严格用户口令、登录密码的管理，防止泄密。

（五）考核奖惩

统战宣传科每季度开展网站管理考核，并定期开展质量评比活动，每年年底对网站建设的先进科室和管理员进行奖励。

三、参考文献

[1]国家工商行政管理总局，卫生部.医疗广告管理办法[EB/OL].(2006-11-10).https://www.gov.cn/zhengce/2019-06/03/content_5723750.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国网络安全法[EB/OL].(2025-12-29).https://www.cac.gov.cn/2025-12/29/c_1768735112911946.htm.

[3]国务院.中华人民共和国国务院令第 752 号国务院关于修改和废止部分行政法规的决定[EB/OL].(2022-04-07).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-04/07/content_5683886.htm.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据国家网络管理规定，对医院网站管理具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2012 年 01 月第 1 次修订

2020 年 01 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

通讯员（网络管理员）管理办法

文件编号：YXPH-DQ-TZXCK-2025-005-04	制定时间：2008-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-02
制定部门：统战宣传科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-03-01

一、目的

为进一步掌握各科室发展动态，搭建高效信息沟通平台，全面提高医院宣传和信息工作效率、质量，推动医院宣传工作和文化建设的发展，特制定本办法。

二、内容

（一）通讯员（网络管理员）的素质要求

1．具备良好的政治理论修养，熟悉本科室日常医疗和管理工作，能够较为准确地把握科室发展动态和宣传工作尺度。

2．具备一定的文字写作能力，能够及时、准确地将科室新闻线索整理为规范文字稿件并按时上报。

3．工作扎实、责任心强，有较强集体荣誉感，能积极投身科室宣传工作和医院文化建设工作。

（二）通讯员（网络管理员）的选拔

各科室根据上述要求，选拔 1-2 名员工作为通讯员（网络管理员），负责本科室宣传稿件、相关信息上报及科室网页管理工作。通讯员因工作变动等原因需要调整的，所在科室要及时推荐新任通讯员（网络管理员）并上报。

（三）通讯员（网络管理员）的职责和权利

1．工作职责

负责收集、整理科室的新闻信息并及时上报，除突发、时效性很强的消息外，每月集中上报一次；对科室其他人员撰写的宣传稿件进行把关，提高稿件整体质量；定期参加医院通讯员例会，例会每季度召开一次，具体时间另行临时通知；定期查看科室对应学科建设、专家介绍、专家门诊等网站版块，及时更新信息，无明显变动则每年更新一次。

2．享有权利

可参加医院组织的各类培训和通讯员联谊活动；优秀稿件将在医院院报、网站、微信平台、论坛及院外报纸上重点推荐，并可获得医院奖励；每年开展一次优秀稿件评定，获评优秀稿件将汇编刊出。医院年终将根据通讯员的年度发稿情况、网页及论坛管理情况评选年度先进个人，给予相应奖励；并推选全院优秀通讯员（网络管理员），在年终总结表彰大会上予以表彰和奖励。

3．稿费制度

医院通讯员投稿实行稿费制，稿件一经审核采用，院部发放适当稿费补贴，具体稿费标准另行通知。

（四）稿件报送要求

1．稿件形式不限，消息、散文、诗歌、议论文等文章均可，内容可涵盖医院科研、新技术、新项目、医疗服务、管理工作等方面的新举措、新思路、新成效；各条线工作的先进经验和做法，先进集体和个人先进事迹；也可为个人工作体会、生活感想等议论、抒情性文章。

2．新闻稿件及动态信息要保证内容真实、观点新颖、语言简练；评论及其他类文章要主题鲜明、语言生动，具有较好的思想内涵和可读性。

3．稿件报送要及时。新闻消息类稿件自事件发生起，原则上 2 个工作日内报送，逾期不予采用；其他各类稿件也要及时收集和上报，保证宣传的时效性。

4．稿件撰写要认真负责，上报前须经科室负责人审核。

5．所有稿件一律报送电子稿（含图片）：信箱 tougao@yxph.com，通讯员微信群：宜人医通联工作群。

（五）科室管理要求

各科室要高度重视宣传工作，保持通讯员（网络管理员）队伍相对稳定。要积极为通讯员进行业务学习、采编稿件、信息收集等工作提供学习资料与便利条件。科室负责人有责任指导通讯员（网络管理员）正确把握科室工作动向，并向其提供有价值的信息，全力配合科室宣传工作开展。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国网络安全法[EB/OL].(2025-12-29).https://www.cac.gov.cn/2025-12/29/c_1768735112911946.htm.

[2]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.关于进一步加强新时代卫生健康文化建设的意见（国卫宣传发〔2024〕9 号）[EB/OL].(2024-02-21).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202402/content_6934986.htm.

四、修订原因

1.增加“目的”、“参考文献”。

2.根据国家相关政策，对通讯员（网络管理员）管理办法进行修订与完善。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2020 年 01 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

信息发布制度

文件编号：YXPH-DQ-TZXCK-2025-006-02	制定时间：2020-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-02
制定部门：统战宣传科	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-03-01

一、目的

为进一步加强互联网发布信息保密管理，确保医院秘密安全，根据《中华人民共和国保守国家秘密法》《信息安全等级保护管理办法》，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）本制度所指互联网(医院官方网站、微信公众平台)发布的信息，是指经本院主要领导或分管领导审核批准，通过医院官方网站、微信公众平台或其他公众信息网站，向社会公开、供公众了解和使用的各类信息。

（二）互联网信息发布保密管理，坚持“谁发布、谁负责”原则。凡通过互联网提供、发布各类信息，必须经本院主要领导或分管领导批准通过，并按照一定的工作程序，完善和落实信息登记、审批责任制。

（三)除新闻媒体已公开发表的信息外，本院各科室及相关单位提供的上网信息，必须确保不涉及国家秘密和医院内部保密信息。

（四）本院任何个人严禁利用医院官网、微博、微信等各类网络社交平台，发布、谈论、传播国家秘密信息及医院内部涉密信息。

（五）医院内部工作秘密、内部资料等，虽不属于国家秘密范畴，均纳入内部事项管理，未经单位领导批准，任何人不得擅自对外发布、传播。

（六）禁止通过互联网发布的信息范围：

1. 标有密级的各类国家秘密信息；

2. 未经相关部门批准，涉及国家安全、社会政治和经济稳定等敏感信息；

3. 标注“机要”字样的密码电报、内部明电和其他电报的格式、样式、印章及其它相关信息；

4. 未经制文单位批准，标注有“内部文件（资料）”和“注意保存”（保管、

保密）等警示字样的各类文件、资料信息。

（七）严格审查拟发布信息（即将向网络发布的信息）是否涉及国家秘密、是否有违反法律、法规，是否有违医疗原则、侵犯隐私。

（八）定期对网络管理人员进行保密法规、保密纪律、保密常识教育培训，增强信息保密观念和防范能力，自觉遵守、严格执行有关保密规定。

（九）若发现涉密信息违规上网发布，立即采取补救措施，并及时向有关部门报告。

（十）主动接受上级机关和有关部门的监督检查。

（十一）凡违反本规定，对网上发布信息保密审查把关不严，导致严重后果或安全隐患的，要按照规定严肃追究相关责任人责任。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国保守国家秘密法[EB/OL].(2024-02-28).https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202402/content_6934648.htm.

[2]公安部，国家保密局，国家密码管理局，等.信息安全等级保护管理办法（公通字〔2007〕43号）[EB/OL].(2007-07-24).https://news.cctv.com/law/20070724/102714.shtml.

四、修订原因

1.增加“目的”、“参考文献”。

2.根据国家相关政策，对信息发布制度具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2025年01月第1次修订

官方微博、微信等新媒体平台管理制度

文件编号：YXPH-DQ-TZXCK-2025-007-03	制定时间：2014-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-02
制定部门：统战宣传科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-03-01

一、目的

微博、微信、抖音、小红书等新媒体传播迅速、覆盖面广，是医院联系医患、开展舆论引导、塑造品牌、落实院务公开的重要载体。为规范全院官方新媒体运营，保障平台安全有序运行，依据法规并结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）总则

凡以医院、部门（科室）名义开通并经网站实名认证的各类微博和微信公众号等

均属于医院的官方帐号。包括：账号中含有医院名称或名称简称的；账号中含有医院部门（科室）名称的；由院内各部门（科室）组织注册或者运营管理的。

（二）申请审批

1．医院禁止任何个人以宜兴市人民医院及所属各部门（科室）的名义开通微博、微信等。

2．医院各部门（科室）在严格审批下，有组织地建设必要的官方微博、微信等新媒体平台。

3．医院各部门（科室）开通官方微博、微信，必须填写《宜兴市人民医院开通官方微博、微信等审批表》，对相关情况（如名称、宗旨、信息发布范围、管理人员等）进行说明。审批表须经部门（科室）负责人签字，报统战宣传科备案，经分管院领导批准后方可实施。开通微博、微信后，应及时申请认证。

（三）内容发布

1．官方微博、微信等主要发布医院或部门各方面工作的最新动态、重要公告以及与群众相关的其他信息，宣传医院的发展成就，展示医院形象。

2．官方微博、微信等发布信息必须严格遵守国家法律、法规，不得发布、传播任何违反法律、法规及各类规范性文件有关规定的信息，违者将追究其法律责任。

3．医院微博、微信等发布内容由统战宣传科编辑审核，经分管院长审批同意后方可发布。

4．部门（科室）微博、微信等发布内容须经部门（科室）负责人或相关部门审核同意，并报统战宣传科备案。涉及首次、罕见、重大、重要的医疗信息，必须在发布前告知统战宣传科，并提供相关材料，实现在医院微博、微信的同步发布。

5．未经医院相关部门授权，部门（科室）官方微博、微信等不得擅自发布涉及医院重大事件、突发事件及社会敏感问题的信息。如确需对外发布的，在报医院相关部门批准后方可发布，并应与医院保持口径一致，同时做好发布内容备案。

（四）管理维护

1．官方微博、微信等建设、管理、维护的协调牵头部门为统战宣传科，统战宣传科负责“宜兴市人民医院”微博、“宜兴市人民医院”“宜兴市人民医院订阅号”微信公众号等信息审核发布，技术公司负责微博、微信等技术支持，各部门协助、配合做好微博、微信等的建设管理维护工作。

2．部门（科室）官方微博、微信等，按照“谁建设谁负责，谁主管谁负责”的原则实行归口管理。

3．官方微博、微信在管理过程中，应高度重视网络舆情，发生舆情危机时，应主动予以正面回复，积极疏导，将负面影响降到最低；对重大事件、紧急信息或有损医院声誉的信息，官方微博、微信等管理人员应及时向医院领导、归口部门负责人和

统战宣传科汇报，妥善处理。

（五）信息安全

官方微博、微信等发布和转载有关信息应遵守国家相关法律法规和保密规定。凡涉及党和国家秘密等相关资料及文件、医院内部办公信息或暂不宜向公众公开的事项，要严格把关，避免泄密事件发生。

三、参考文献

[1]国务院.中华人民共和国计算机信息网络国际联网管理暂行规定（2024 修订）[EB/OL].(2024-03-10).https://tradeinservices.mofcom.gov.cn/article/zhengce/hyfg/202405/163548.html.

[2]国务院.中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例[EB/OL].(2011-01-08).https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1860849.htm.

[3]国务院.互联网信息服务管理办法[EB/OL].(2024-12-06).https://xzfg.moj.gov.cn/front/law/detail?LawID=1756&Query=%E4%BA%92%E8%81%94%E7%BD%91%E4%BF%A1%E6%81%AF%E6%9C%8D%E5%8A%A1%E7%AE%A1%E7%90%86%E5%8A%9E%E6%B3%95.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据国家相关政策，对新媒体平台管理制度进行修订与完善。

五、修订记录

2020 年 01 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

舆情处置制度

文件编号：YXPH-DQ-TZXCK-2025-008-04	制定时间：2018-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-02
制定部门：统战宣传科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-03-01

一、目的

为进一步提高医院舆情引导与处置能力，加强舆情引导与处置工作制度化、科学化建设，维护医院形象与声誉，根据上级工作要求，特制定本制度。

二、内容

1．高度重视舆情工作。舆情影响重于普通投诉，各部门要提高思想认识，增强工作责任感、使命感和紧迫感，坚守守土有责、守土尽责，全力做好舆情处置应对。

2．健全舆情报告机制。统战宣传科采用人工与专业舆情监测相结合的方式，实

行舆情监控报告制度，研判舆情严重程度，及时掌控舆情动态，第一时间向院领导汇报，并做好记录备案。

3．严守舆情处置原则。坚持准确把握、快速反应、明确职责、分工协作的原则。舆情发生后，统战宣传科及时移送行风办，由行风办牵头相关部门调查处置，各责任部门必须根据职责，不推诿拖沓，迅速展开调查，形成书面处置意见报分管领导审核并签字。统战宣传科负责舆情监测、最终答复的文字整理和上报。

4．规范信息发布机制。重大舆情在院部统一指挥下妥善应对及处置，并上报市卫健委、市委宣传部，必要时拟定新闻发布方案，择机发布。

5．落实舆情考核机制。舆情所涉个人或部门，需第一时间配合调查，并如实说明情况。因个人或部门的不当、失误行为引发负面舆情的，列入科室及个人绩效考核、年度考核，由院考核领导小组根据事件性质与对医院的影响程度给予相应惩处。

6．组建舆情监控队伍。选拔政治素质好、责任心强、熟悉业务的医院通讯员、分网站负责人等组建舆情监控队伍，定期组织专项培训。各临床科室（部门）负责人、党支部书记及群团组织负责人，做好日常舆情监测，及时发现萌芽状态的舆情，及时上报、梳理、化解。

7．畅通媒体沟通渠道。做好媒体关系维护，加强互动与对话，定期组织媒体或公众开放日，增进媒体及公众对医院的了解和信任度。

8．完善舆情评析机制。每个月对收到的舆情进行评析，统战宣传科提供舆情监测信息，行风办牵头医务部、护理部、药学部、门诊部等多部门联合评析，将存在问题举一反三进行梳理，完善内部管理，持续改进工作，提升社会满意度。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国网络安全法[EB/OL].(2025-12-29).https://www.cac.gov.cn/2025-12/29/c_1768735112911946.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国突发事件应对法[EB/OL].(2024-06-29).https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202406/content_6960130.htm.

[3]卫生部.医疗卫生服务单位信息公开管理办法[EB/OL].(2010-06-03).https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202406/content_6960130.htm.

四、修订原因

1.增加“目的”、“参考文献”。

2.根据国家相关政策，对舆情处置制度具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2020 年 01 月第 1 次修订

2024 年 04 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

医院志愿者服务工作制度

文件编号：YXPH-DQ-TW-2025-001-04	制定时间：2015-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：团委	修订版本：3
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为进一步规范医院志愿者服务，推动志愿服务深入发展，促进构建和谐医患关系，特制定本制度。

二、内容

（一）志愿者服务原则

1．坚持奉献爱心、服务患者与群众、公益性原则。

2．坚持全面动员、广泛参与、自愿服务原则。

3．坚持服务大局、立足便民就医、务求实效原则。

4．坚持志愿服务与个人发展相统一，志愿服务与人才培养体制相适应原则。

5．坚持由点及面、院内外相结合原则。

（二）志愿者服务管理部门和责任人

医院团委、社工办为全院志愿者管理部门，各团支部书记、科室（病区）负责人为科内志愿者服务责任人。

（三）志愿者服务内容

1．设立志愿服务岗（门诊服务台处），为患者提供导医、导诊、咨询、推车/轮椅陪送、健康教育、投诉登记、医院宣传资料发放等服务，维护门急诊秩序，协助做好禁控烟劝阻工作。

2．参加院内外各类义诊活动，为广大城乡居民提供健康教育、咨询、宣传、诊疗等志愿服务。

3．协助做好门诊病人满意度调查问卷收发工作，及时收集汇总工作中接触到的患者、群众意见和建议并反馈至相关部门，及时整改。

4．完成医院安排的其他志愿服务。

（四）志愿者服务规范

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

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

3．按时上岗，不迟到、早退；上岗时统一佩戴志愿者标识，着装整洁、仪表端

庄、举止文明、态度亲和；面对他人主动微笑示意，工作时间不做与服务无关事项。

4．尊重、平等、热情对服务对象，在职责及能力范围内提供服务；遇到不能解决的问题，及时联系主管部门或请院内志愿者服务团队协助处理。

5．遵守工作纪律，接受媒体采访须服从团队统一安排。

6．不可利用工作之便谋取不正当利益，不得索要签名、礼品或小费，不得擅自接受服务对象馈赠。

7．遇突发事件，在确保自身安全的前提下按应急流程处置；无法处理时，第一时间向医院相关主管部门汇报，维持正常秩序，避免扩大事态。

8．遵守医院和所在服务岗位的其他相关规定。

（五）志愿服务分级管理制度

团委、社工办对志愿服务实行分级管理并登记：

1．三级志愿者服务

参加本部门、本科室志愿服务，由科室负责人确认后科内做好登记。

2．二级志愿者服务

由团委招募并根据志愿服务工作需要安排到相应岗位，经接受志愿服务部门负责人确认后，报团委、社工办登记。

3．一级志愿者服务

由团委根据院外志愿工作安排招募的志愿者，或部门科室根据院外主题性活动安排提供志愿服务，报团委、社工办登记。

（六）志愿者招募

1．招募原则

坚持全员参与原则，以来院 3 年内职工为重点招募对象。

2．志愿者基本条件

（1）年满 18 周岁，具备完全民事行为能力。

（2）具有志愿精神与强烈服务意愿，责任心强。

（3）认同志愿服务使命及目标，不追求服务报酬或其它任何私利。

（4）沟通能力良好，具备服务活动知识和能力，愿意与他人合作，服从工作安排。

（5）能够保证服务时间。

（6）当前身心健康，具备相应服务身体素质。

（7）来院 3 年内新职工，每年参加志愿服务时长不少于 40 小时/人。

3．志愿者服务招募流程

（1）三级志愿者招募：由部门、科室根据志愿服务工作需要，在部门和科内进行招募，对非工作时间内提供的志愿服务及时进行登记、上报。

（2）二级志愿者招募：相关部门由于志愿服务工作需要，需要招募志愿者，但本部门内不能满足需求的，向团委、社工办提出申请，由团委、社工办进行招募，安

排到相关岗位的志愿者，服从相应部门管理，相应部门负责人对志愿者服务进行考核评价，对考核合格的志愿服务报团委、社工办登记。

（3）一级志愿者招募：团委、社工办根据院外相关主题活动安排，进行志愿者招募，活动结束后，由活动扎口部门或科室对志愿者服务进行考核评价，对考核合格的志愿者报共青团登记。

（4）志愿者遴选：团委在接收志愿者申请后，结合志愿者的沟通能力、专业水平、工作态度、岗位要求等进行遴选。

（七）志愿者培训

1．院内志愿者培训：包括志愿服务使命、管理体系、服务规范、服务内容及工作技能等。

2．院外志愿者培训：包括志愿者使命、医院基本情况和布局、管理体系、服务规范、医院规章制度、急救知识与技能、院内环境熟悉等。

3．选拔优秀骨干参加上级管理部门的相关培训。

（八）志愿者服务激励制度

1．团委年终汇总各级志愿服务情况给予相应奖励，优秀志愿者优先推荐培训、外出学习及评先评优；志愿服务成效突出的科室，在先进科室评选中优先推荐。

2．通过医院网站、院报等形式宣传报道志愿服务，弘扬志愿服务精神。

3．来院3年内职工参加二级及以上志愿服务时长＜40小时/人/年的，取消年度评先选优资格；科室二级及以上志愿者服务总时间并纳入科室考评体系。

三、参考文献

[1]国务院第175次常务会.志愿服务条例[EB/OL].（2017-06-07）.https://chinavolunteer.mca.gov.cn/site/sitenewsInfo/372a8076cc0d4ce3bbd3e28a10392e25.

[2]民政部.志愿服务记录与证明出具办法（试行）的通知：中华人民共和国民政部令 第67号[EB/OL].（2020-12-02）.https://chinavolunteer.mca.gov.cn/site/sitenewsInfo/20197df2104746eba9e4e447935b40b0.

[3]江苏省第十三届人民代表大会常务委员会.江苏省志愿服务条例[EB/OL].（2021-01-15）.https://chinavolunteer.mca.gov.cn/site/sitenewsInfo/8f5dafebdde342aebfd3e5473484bd4b.

四、修订原因

根据中国志愿服务网最新文件进行修订。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2021年01月第2次修订

2025年12月第3次修订

青年文明号创建活动管理办法

文件编号：YXPH-DQ-TW-2025-002-04	制定时间：2015-02-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：团委	修订版本：3
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

“青年文明号”是以青年为主体，在生产、经营、管理和服务工作中，体现高度职业文明，创造一流工作成绩的青年集体、青年岗位和青年工程。为以行业规范管理为标准，以岗位建设、岗位创优为重点，坚持以“诚信、勤奋、务实、创新”工作理念，以“爱岗敬业、特色服务”为创建宗旨，打造一支文明富有特色的服务队伍，展现青年文明时代风貌，特制定本办法。

二、内容

（一）创建目标

以青年为活动主体、基层班组为活动阵地、文明从业为主要内容，以满足群众生活基本要求为切入点，以创新服务方式、开展优质服务为着力点，以创一流业绩、树一流形象为出发点，全方位、多形式地开展岗位练兵、技术比武活动，逐步培养一支有理想、有道德、有文化、有纪律的青年服务队伍，实现“推行特色化服务、打造品牌窗口”的创建目标。

（二）创建措施

1．成立由党、团领导组成的“青年文明号”创建领导小组，统筹部署各项创建工作。

2．坚持党建带团建，将团建工作纳入党建目标管理体系，深入开展各项青年文明号创建活动。

3．开展诚信建设示范活动，实行公示制，悬挂“诚信为本、有诺必践、恪尽职守、率先垂范”的青年文明号诚信公约。

4．制定并公开服务承诺，张贴市青年文明号监督电话，设立意见簿、发放征求意见表，主动接受社会监督。

5．健全内部管理，制定量化考核标准，推动青年文明号创建活动更加规范化、制度化、科学化。

6．制定岗位文明服务目标，岗位技能考核目标及对应考核办法，持续提升服务水平和服务质量。

7．有计划开展“扶贫助困、义务服务”等创建活动。

8．积极开展青年创新创效活动，强化集体成员的创新意识。

（三）相关培训

1．各级青年文明号集体培训：包括管理体系、服务规范、服务内容、工作技能等。

2．岗位练兵培训：组织青年参加业务知识培训与竞赛，进行技能操作等岗位练兵活动。

3．选拔优秀骨干参加上级管理部门的其他培训。

（四）激励制度

1．院部年终汇总青年文明号创建成效，给予相应奖励，为优秀集体成员提供培训、外出参观学习的机会，各类先进个人评选优先考虑。

2．通过网站、院报等形式对青年文明号活动进行宣传报道，弘扬奉献精神，强化青年服务意识。

3．院部对获得上级组织表彰的“青年文明号”、“青年岗位能手”进行奖励，江苏省级青年文明号3000元、无锡市青年文明号2000元、宜兴市级青年文明号1000元，对创建集体落实相关待遇。

三、参考文献

[1]共青团中央办公厅.关于印发《青年文明号活动管理办法》的通知：中青办发〔2022〕1号[EB/OL].（2022-02-22）.https://www.gqt.org.cn/xxgk/tngz_gfxwj/other_tngz/202210/t20221014_790133.htm.

四、修订原因

根据共青团中央最新文件进行修订。

五、修订记录

2016年07月第1次修订

2020年04月第2次修订

2025年12月第3次修订

团费收缴、使用和管理制度

文件编号：YXPH-DQ-TW-2025-003-02	制定时间：2020-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：团委	修订版本：1
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为进一步加强团费收缴、使用和管理工作，根据团中央《关于中国共产主义青年团团费收缴、使用和管理的规定》，特制定本制度。

二、内容

（一）团费收缴

1．按照团章规定向团组织交纳团费是共青团员必须具备的基本条件，是团员对团组织应尽的义务。

2．根据上级团委最新团费收缴标准，按时完成团费收缴、上交工作。

3．对不按照规定交纳团费的团员，其所在团组织应及时对其进行批评教育,限期改正。

4．对无正当理由连续 6 个月不交纳团费的团员，按自行脱团处理。

（二）团费使用

1．使用团费应当坚持统筹安排、量入为出、收支平衡、略有结余的原则。

2．团费的具体使用范围包括：培训团员；订阅或购买用于开展团员教育的报刊、资料和音像制品；节日、院庆活动组织；表彰先进基层团组织、优秀共青团员和优秀共青团干部；补助生活困难的团员；补助遭受严重自然灾害的团员和修缮因灾受损的基层团组织设施。

3．团费使用和下拨，必须经集体讨论决定，不得由个人或者少数人说了算。

（三）团费管理

1．团费指定专人负责管理，实行会计、出纳分设。

2．团费的收缴、使用和管理情况，要作为团务公开的一项重要内容。团委应当在团的代表大会上，向大会报告团费收缴、使用和管理情况，接受团员或者团的代表大会代表审议和监督。

三、参考文献

[1]中国共产主义青年团第十九次全国代表大会.中国共产主义青年团章程[EB/OL].（2023-06-22）.https://www.gqt.org.cn/xxgk/tngz_gfxwj/zc/202209/t20220919_789613.htm.

[2]共青团中央.关于印发《中国共产主义青年团中央委员会工作条例》的通知：中青发〔2024〕13 号[EB/OL].（2024-09-05）.https://www.gqt.org.cn/xxgk/tngz_gfxwj/other_tngz/202410/t20241014_798637.htm.

[3]共青团中央.关于印发《中国共产主义青年团重大事项请示报告条例》的通知：中青发〔2020〕11 号[EB/OL].（2020-10-23）.https://www.gqt.org.cn/xxgk/tngz_gfxwj/other_tngz/202210/t20221013_790070.htm.

四、修订原因

根据共青团中央最新文件进行修订。

五、修订记录

2025 年 12 月第 1 次修订

行风建设管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-001-02	制定时间：2018-09-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为全面加强医院行业作风建设，规范全院从业人员执业行为，弘扬廉洁行医、优质服务的行业风尚，筑牢医德医风底线，杜绝医疗行业不正之风，提升患者就医获得感、满意度，树立医院良好社会形象，保障医院高质量、规范化、可持续发展，依据《中华人民共和国医师法》《医疗机构从业人员行为规范》《关于印发医务人员职业道德准则（2025 年版）的通知》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则(试行)的通知》《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024 年版）》等法律法规及上级卫健部门行风建设工作要求，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 适用范围

本制度适用于医院全体在岗工作人员，包括临床、护理、医技、药剂、行政、后勤、财务、采购及临时聘用、规培、进修、实习等所有在岗从业人员，覆盖全院各科室、各岗位、各工作环节。

第二条 工作原则

坚持党委统一领导、党政齐抓共管、科室具体落实、全员参与、全程监督考核的工作原则，落实“谁主管、谁负责”“管业务必须管行风”的管理要求，将行风建设与医疗业务、质量管理、绩效考核、党风廉政建设深度融合，常态化、制度化、长效化推进，杜绝形式主义，确保行风建设落地见效。

第三条 总体目标

以患者为中心，规范医疗服务行为、净化执业环境、优化服务流程、提升服务质量；坚决整治收受回扣、红包、乱收费、推诿患者、服务态度差等突出问题；构建风清气正、廉洁高效、文明规范的医疗服务体系，持续提升医院公信力和群众满意度。

第二章 组织架构与岗位职责

第四条 组织管理

由医院医德医风与行风建设领导小组统筹管理全院行风建设整体工作，制定年度行风建设工作计划、实施方案及整改措施；定期召开行风建设专题会议，排查行风风

险隐患，研究解决行风突出问题；统筹监督、考核、奖惩工作，落实行风建设主体责任。

第五条 层级岗位职责

1. 院领导班子：履行“一岗双责”，分管领导对分管科室行风建设负直接领导责任，定期督导科室行风工作，排查整改突出问题。

2. 科室负责人：为本科室行风建设第一责任人，负责本科室人员医德医风教育、日常行为监管、问题自查自纠，及时上报行风苗头性、倾向性问题，落实各项行风管理制度。

3. 全体职工：严格遵守行风建设各项规定，自觉规范执业行为，主动参与行风建设学习、自查、整改工作，坚守廉洁行医底线。

第三章 从业人员行风行为规范

第六条 廉洁执业规范（严格落实九项准则）

1. 严禁利用职务之便收受患者及家属现金、红包、礼品、购物卡、有价证券、电子礼金等各类财物；无法当场谢绝的，须 3 个工作日内上交医院登记处置，逾期不上报、不上交的，依规严肃追责。

2. 严禁收受药品、器械、耗材、试剂供应商及合作单位回扣、提成、宴请、旅游、礼品等不正当利益，严禁私下与供应商发生利益往来。

3. 严禁通过介绍患者院外检查、治疗、购药、康复等服务，谋取私利、收取介绍费。

4. 严禁违规统方、泄露患者隐私、泄露医院采购、诊疗相关内部信息，为商业营销提供便利。

5. 严禁违规私自收费、加价收费、分解收费、重复收费、自立项目收费，严格执行国家医疗收费标准，做到收费公开、透明、合规。

第七条 医疗服务规范

1. 坚持文明行医、礼貌服务，杜绝生冷硬顶、推诿扯皮、敷衍应付、态度恶劣等服务问题，耐心解答患者咨询，做好医患沟通。

2. 严格遵守诊疗规范、核心制度，合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，杜绝过度医疗、过度检查，不随意夸大病情、误导患者。

3. 严格落实首诊负责制，严禁推诿、拒收符合诊疗指征的患者，尤其保障急危重症、老年、弱势患者就医权益。

4. 规范病历书写、诊疗操作、护理服务行为，杜绝诊疗不规范、服务不到位、流程不闭环等问题。

第八条 工作纪律规范

1. 严格遵守医院考勤、值守制度，杜绝迟到早退、脱岗离岗、上班玩手机、擅离职守等违规行为。

2. 工作期间着装规范、挂牌上岗、言行文明，杜绝酗酒上岗、在岗从事与工作无关事务。

3. 严禁擅自离岗、私自调班、无故旷工，严格执行节假日、夜间值班值守制度。

4. 坚决杜绝医患纠纷处置不及时、激化矛盾，严禁从业人员与患者及家属发生争吵、冲突。

第九条 采购与后勤规范

1. 药品、耗材、器械、物资采购严格执行集中招标采购制度，实行阳光采购、公开透明，建立供应商黑名单制度，对违规供应商坚决清退、终身合作限制。

2. 行政后勤、财务、医保、窗口岗位简化办事流程，推行一站式服务，提升办事效率，杜绝办事拖沓、吃拿卡要、故意刁难等不正之风。

第十条 学术科研规范

严格遵守学术诚信准则，成立伦理审查小组，规范科研、论文、学术交流行为，严厉整治数据造假、不当署名、学术抄袭、违规学术营销等学术不端行为，实行学术不端终身追责制。

第四章 学习教育与常态化建设

第十一条 常态化教育培训

1. 医院每季度组织 1 次全员行风、医德医风、廉洁从业专题培训，学习行业准则、法律法规、典型案例，开展警示教育。

2. 各科室不定期开展科室行风自查学习，常态化开展谈心谈话，提前排查、纠正职工不良执业苗头。

3. 新入职、新进岗职工必须开展行风岗前培训，考核合格后方可上岗执业。

第十二条 宣传与文化建设

1. 依托医院官网、公众号、公示栏、院内公告等载体，公开行风制度、收费标准、投诉渠道、服务承诺，主动接受社会监督。

2. 常态化开展文明服务、廉洁行医先进典型评选宣传，弘扬正能量，营造风清气正的行医氛围。

第五章 监督检查与投诉处置

第十三条 多元监督机制

1. 内部督查：行风办联合医务部、护理部、纪检部门，采取日常巡查、随机抽查、专项督查、夜间暗访等方式，常态化开展行风督查，建立问题台账，动态跟踪整改。

2. 群众监督：公开投诉电话、投诉信箱、线上投诉渠道，畅通患者诉求反馈路径，主动接受患者及家属监督。

3. 社会监督：聘请社会行风监督员，定期召开座谈会，听取社会各界意见建议，主动接受舆论和群众监督。

第十四条 投诉闭环处置

1. 实行投诉首接负责制、限时办结制，所有患者投诉、意见、建议统一登记、分类处置、限期核查、反馈回访。

2. 一般投诉 3 个工作日内核查办结、反馈患者；复杂疑难投诉 7 个工作日内完成核查、整改、答复，做到事事有回音、件件有落实。

3. 定期梳理投诉问题，分析高频问题根源，针对性优化服务流程、补齐管理短板。

第六章 考核评价与奖惩机制

第十五条 考核方式

将行风建设工作纳入科室年度绩效考核、个人评优评先、职称晋升、岗位聘任核心指标，考核结果与绩效工资、评优、晋升直接挂钩。

对违反本制度、存在行风不正之风的职工，坚持零容忍、严问责，根据情节轻重予以处理：

1. 轻微违规、情节较轻、未造成不良影响的：全院通报批评、科室内部检讨、约谈提醒、扣除当月绩效。

2. 违规行为属实、造成患者投诉、产生不良影响的：经济处罚、取消年度评优评先资格、岗位诫勉、待岗培训。

3. 存在收受红包回扣、商业贿赂、过度医疗、乱收费等严重行风问题，或屡教不改、重复违规的：全院通报、扣发绩效、降岗降级、调离岗位；情节严重、涉嫌违规违纪违法的，上报卫健主管部门，依规吊销执业资质，移交纪检监察或司法机关处理。

第十六条 科室追责

科室年度行风问题频发、投诉较多、整改不力的，取消科室年度评优资格，约谈科室负责人，追究科室负责人管理责任，纳入年度干部考核负面清单。

第七章 问题整改与长效管理

第十七条 自查整改机制

各科室实行不定期自查，针对行风督查、患者投诉、上级检查发现的问题，建立问题清单、责任清单、整改清单，明确整改责任人、整改时限，闭环落实整改，杜绝同类问题反复发生。

第十八条 动态修订机制

结合上级最新行风建设要求、医院发展实际、群众反馈问题，定期梳理、修订本制度，持续完善行风建设长效管理体系，实现行风建设常态化、规范化、制度化。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令第九十四号.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-8-20).https://www.21wecan.com/wsrcw/c100270/202607/1003178.shtml.

[2]卫生部，食品药品监管局，国家中药管理局.医疗机构从业人员行为规范

[EB/OL].(2012-6-26)https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201207/b47bc2cecb8d4b6ba6f43beaa51b4eb0.shtml.

[3]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[4]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[5]国家卫生健康委员会，国家中医药局，国家疾控局，等.医务人员职业道德准则(国卫医政发〔2025〕9号)[EB/OL].（2025-07-24）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202508/48cdd815a51a49e489c4010e1bf81217.shtml.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2025年11月第1次修订

行风教育制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-002-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：行风办公室	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为强化医院行风建设根基，常态化开展职业道德、廉洁从业与服务规范教育，引导全体工作人员树立正确职业价值观，筑牢思想道德防线，持续提升医疗服务公信力，根据《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（试行）的通知》《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》等法规要求，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 定义

本制度所称行风教育，是指医院以规范执业行为、弘扬廉洁医风、提升服务质量为核心，通过多样化教育形式，对全体工作人员开展的系统性、常态化思想教育与行为引导活动。

第二条 适用范围

本制度适用于本院全体工作人员，包括临床医师、护士、医技人员、行政管理人员、后勤保障人员及劳务派遣制、聘用制等各类在岗人员。

第二章 组织领导与职责分工

第三条 统筹领导

由医院医德医风与行风建设领导小组统筹管理，研究解决教育工作中的重点难点问题，保障教育工作落地见效。

第四条 行风办（牵头部门）

（一）制定年度行风教育工作计划，明确教育目标、内容安排、责任分工及时间节点。

（二）统筹组织全院性行风教育活动，如专题培训、警示教育大会、先进事迹宣讲等。

（三）收集整理教育素材，建立行风教育资源库（含政策文件、案例资料、课件等）。

（四）跟踪教育活动开展情况，评估教育效果，撰写年度教育工作总结。

第五条 各科室（部门）职责

（一）落实“科主任、护士长负责制”，结合科室工作实际开展行风教育。

（二）组织开展科室内部教育活动，如晨会学习、案例讨论、岗位廉政风险自查等。

（三）建立科室行风教育台账，记录工作人员参与情况及学习成效。

（四）及时反馈科室人员在行风方面的思想动态与问题需求，配合全院教育工作开展。

第六条 相关职能部门协同职责

（一）纪检监察部门：提供典型违规违纪案例，组织开展警示教育，解读行风纪律要求。

（二）医务部、护理部：结合医疗核心制度、护理服务规范，融入行风教育内容，强化执业行为管理。

（三）组织人事科：将行风教育参与情况、考核结果纳入工作人员聘用、晋升、评优评先的重要依据。

（四）统战宣传科：通过医院官网、公众号、宣传栏等平台，宣传行风建设政策、先进典型及教育动态。

第三章 教育内容与分类

第七条 核心教育内容

（一）政策法规教育

1. 国家及地方关于医疗卫生行风建设的法律法规，如《基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国医师法》等。

2．行业规章规范，重点解读《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等核心要求。

3．医保基金监管、医疗服务价格管理等相关政策，强化合规执业意识。

（二）职业道德教育

1．医学伦理知识、职业精神内涵，弘扬“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的行业风尚。

2．医患沟通技巧、服务礼仪规范，引导工作人员以人文关怀提升患者就医体验。

3．职业责任与担当教育，强化“以患者为中心”的服务理念。

（三）廉洁从业教育

1．廉洁自律准则、党风廉政建设相关要求，明确医疗服务中禁止性条款。

2．医药购销、设备采购、红包回扣治理等重点领域廉洁风险防控知识。

3．医保诈骗、违规统方、患者隐私泄露等违规行为的法律后果与责任追究规定。

（四）警示教育与正面引导

1．全国及本省、本院查处的行风违规违纪典型案例（如收受回扣、过度医疗等），深入剖析问题根源与危害。

2．行业内先进人物、“最美医生”“优秀护士”等正面典型事迹宣讲，发挥示范引领作用。

3．行风建设优秀科室的经验分享与交流学习。

第四章　教育形式与实施

第八条 教育形式

（一）集中式教育

1．年度/季度专题培训：邀请行业专家、纪检监察干部开展政策解读、廉政讲座。

2．警示教育大会：通过观看警示教育片、通报典型案例等形式强化震慑作用。

（二）常态化教育

1．科室晨会学习：聚焦行风小知识、政策节选或短篇案例。

2．线上自主学习：依托医院内网学习平台，上传课程视频、政策文件等资源。

3．阵地宣传教育：通过医院宣传栏、电子屏、公众号定期推送行风知识，营造浓厚教育氛围。

（三）针对性教育

1．新入职人员岗前教育：将行风教育作为必修课，考核合格方可上岗。

2．重点岗位专项教育：对药剂、设备、采购、医保等高风险岗位人员，开展专项廉洁风险教育。

3．问题导向教育：针对研判发现的突出行风问题，开展“靶向式”专题培训与整改辅导。

第九条 实施要求

（一）年初发布全员培训年度工作计划，明确各阶段教育重点与责任部门。

（二）各类教育活动需留存完整记录，包括签到表、课件、照片/视频、学习心得等，纳入行风教育档案。

（三）鼓励各科室创新教育形式，结合科室特点开展特色教育活动，报行风办公室备案后可纳入考核加分项。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[2]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[3]国家卫生健康委员会.行风管理核心制度要点（国卫医急发〔2024〕22号）[Z].2024.

行风情况分析研判制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-003-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：行风办公室	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-12-01

一、目的

为持续加强医院行业作风建设，及时、准确掌握医院行风状况，科学研判行风形势，有效预防和纠正行业不正之风，提升医疗服务质量与患者满意度，构建和谐医患关系，根据《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（试行）的通知》等规定，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度所称行风情况，是指医院及其工作人员在从事医疗、管理、服务等活动中所体现的职业道德、服务态度、工作纪律、廉洁从业等方面的综合表现。

第二条 行风情况分析研判工作坚持以下原则：

（一）客观公正，实事求是；

（二）问题导向，注重实效；

（三）定期与不定期相结合；

（四）定量分析与定性分析相结合；

（五）内部监督与外部评价相结合。

第三条 本制度适用于医院各科室、各部门及全体工作人员。

第二章 组织与职责

第四条 由医院医德医风与行风建设领导小组是行风情况分析研判工作的领导机构，负责审定分析研判报告，决策部署重大行风问题整改措施。

第五条 医院行风办是分析研判工作的具体组织实施部门，主要职责包括：

（一）负责行风信息的日常收集、整理与核实；

（二）组织协调相关部门开展行风情况调研与评估；

（三）定期组织召开行风情况分析研判会议；

（四）起草行风情况分析研判报告；

（五）督促落实领导小组的决策与整改要求；

（六）建立健全行风信息管理档案。

第六条 各临床、医技、行政、后勤科室负责人为本科室行风建设第一责任人，应积极配合行风办的工作，主动提供本科室行风动态信息，参与分析研判，并负责落实本科室的行风整改任务。

第三章 信息收集与内容

第七条 行风信息收集应多渠道、全方位进行，主要包括：

（一）内部信息源：

1. 患者满意度调查（门诊、住院、出院后回访）；

2. 院长信箱、12345 政府热线、“码上督马上办”宜兴市医疗服务互联网监督平台、投诉电话、网络投诉平台等受理的投诉、建议与表扬；

3. 医德医风考评结果；

4. 内部审计、纪检监察、医疗质量检查中发现的相关行风问题；

5. 各科室自查自纠报告；

6. 药品、耗材、设备采购等关键领域监管信息。

（二）外部信息源：

1. 上级部门转办的信访件、通报的问题；

2. 第三方社会评价机构调查反馈；

3. 新闻媒体、网络舆情反映的相关情况；

4. 行风监督员提出的意见与建议；

5. 医保、物价等部门检查反馈。

第八条 分析研判内容应重点关注：

（一）行风建设的总体态势、主要成效与亮点；

（二）存在的突出问题、风险隐患及其表现形式、涉及科室/人员分布；

（三）患者及社会反映强烈的热点、难点问题；

（四）行风问题产生的深层次原因分析；

（五）行风建设相关制度机制的健全性与执行力评估；

（六）下一步行风建设工作的重点方向与改进措施建议。

第四章 分析研判程序与方式

第九条 分析研判分为定期研判和不定期研判。

（一）定期研判：每半年至少开展一次全面的行风情况分析研判。年终需进行年度行风情况综合分析研判。

（二）不定期研判：遇有重大行风问题、突发事件或上级紧急部署时，应及时启动专项分析研判。

第十条 分析研判一般按以下程序进行：

（一）信息汇总：行风办对收集到的各类行风信息进行梳理、分类、核实和初步分析。

（二）会议研判：由领导小组或由其授权行风办组织召开分析研判会议。参会人员应包括院领导、相关职能部门负责人、涉及问题科室负责人及必要时邀请的外部专家或行风监督员。

（三）形成报告：行风建设办公室根据研判会议讨论结果，撰写《医院行风情况分析研判报告》。报告应内容翔实、数据准确、分析透彻、建议可行。

（四）报告审批与报送：分析研判报告报由医院医德医风与行风建设领导小组审批，并根据需要向医院党政联席会议汇报，同时按要求向上级主管部门报备。

第十一条 分析研判可采取以下方法：

（一）数据统计分析；

（二）典型案例剖析；

（三）比较分析（同期比、科室间比、院外对标等）；

（四）趋势预测分析；

（五）专家咨询论证。

第五章 结果运用与整改

第十二条 分析研判结果应作为医院：

（一）制定和调整行风建设工作计划、政策的重要依据；

（二）优化医疗服务流程、改善服务态度、提升医疗质量的重要参考；

（三）加强内部管理、完善制度建设、强化风险防控的重要指引；

（四）科室及人员绩效考核、评优评先、职称晋升的重要依据。

第十三条 对于分析研判中发现的问题和风险隐患，医院医德医风与行风建设领导小组应责成相关科室限期整改。行风建设办公室负责跟踪督办整改落实情况，并对整改效果进行评估。

第十四条 对发现的违纪违法线索，应按管理权限和规定程序及时移交纪检监察部门或司法机关处理。

第六章 监督与问责

第十五条 医院医德医风与行风建设领导小组对分析研判制度的执行情况及整改落实情况进行监督检查。

第十六条 对在行风信息收集、分析研判、整改落实等环节中，因工作不力、推诿扯皮、隐瞒不报、弄虚作假等导致行风问题恶化或造成不良影响的科室和个人，将依据医院相关规定严肃追究责任。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37 号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[2]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13 号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[3]国家卫生健康委员会.行风管理核心制度要点（国卫医急发〔2024〕22 号）[Z].2024.

医疗卫生行风建设“九项准则”考核工作制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-004-04	制定时间：2017-03-04
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-12-01

一、目的

为进一步贯彻落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（试行）的通知》文件精神，做好医院行风建设工作，严肃工作纪律，明确工作职责，确保相关工作落到实处，特制定本制度。

二、内容

（一）医院各级领导干部特别是院领导班子要以身作则、带头执行，以严肃的态度、严格的标准、严明的纪律抓好“九项准则”的贯彻执行。

（二）医院党办、院办、行风办等职能部门，要密切配合，广泛开展“九项准则”的学习与宣传工作，使全院干部职工深刻认识“九项准则”的深刻意义与明确要求。通过形式多样的宣传与学习，以及警示教育，努力使执行“九项准则”成为全院干部职工的自觉行为。

（三）各职能部门要依照各自职责，严格对照“九项准则”要求定期开展自查自纠工作，行风办负责对各科自查情况进行收集汇总。具体自查自纠责任部门为：

1. 合法按劳取酬，不接受商业提成-组织人事科、纪检监察室、行风办；

2. 严守诚信原则，不参与欺诈骗保-医疗保险价格管理科；

3. 依据规范行医，不实施过度诊疗-质管部、行风办；

4. 遵守工作规程，不违规接受捐赠-党政办、行风办；

5. 恪守保密准则，不泄露患者隐私-质管部、信息科、医务部、护理部、教学管理与学科建设科；

6. 服从诊疗需要，不牟利转介患者-医务部；

7. 维护诊疗秩序，不破坏就医公平-医务部；

8. 共建和谐关系，不收受患方“红包”-行风办；

9. 恪守交往底线，不收受企业回扣-行风办

（四）为加强“九项准则”工作的监督检查，在各职能部门开展自查的基础上，由行风办、纪检监察室组织院内监督管理部门开展院内自查。

（五）纪检监察室、行风办、医务部应畅通各类投诉、举报及信访等渠道，主动接受群众监督，对于群众反映的违反“九项准则”的问题线索，应及时核查处理。

（六）对于在院内自查、部门自查或其他监督检查过程中发现涉及违反“九项准则”或其他相关问题的，应及时报告行风办、纪检监察室。

（七）凡是违反“九项准则”的行为，要依法依规依纪严肃处理，决不姑息迁就。对违反“九项准则”的部门，应当根据情节轻重，给予其通报批评、限期整改等处理。对违反“九项准则”的人员，给予批评教育、取消当年评优评职资格或低聘、缓聘、解职待聘、解聘；情节严重的，经报送市卫健委，依法给予其责令暂停执业活动或者吊销执业证书等处罚。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

（八）要严格责任追究，对工作不力导致发生严重问题的，除追究当事人责任外，还要追究相关领导责任；对隐瞒不报、压案不查、包庇袒护的，一经发现，从严处理。

（九）对发现或查处的违反“九项准则”的行风案件，应按要求定期统计并上报市卫健委，不得漏报、瞒报。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[2]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13号）[EB/OL].（2025-9-24）.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2019年09月第1次修订

2022年01月第2次修订

2025年11月第3次修订

行风责任追究制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-005-02	制定时间：2018-09-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为切实加强医院行风建设，进一步落实“管行业必须管行风、谁主管谁负责”行风责任，树立依法执业、廉洁行医的风清气正的行业良好形象。根据《中华人民共和国医师法》《中医药法》《中国共产党纪律处分条例》《事业单位工作人员处分规定》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（试行）的通知》《江苏省医疗机构不良执业行为记分管理办法（试行）》等规定，结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

第一条 本制度适用于医院全体工作人员。

第二条 本制度所称的行风责任追究是指违反国家、省、市行风规定而导致出现医药购销商业贿赂案件，收受红包及服务不规范行为等问题被处理，同时造成严重社会不良影响而引发的责任承担，须依法依纪依规对当事主体及责任人进行处理。

第三条 责任追究应遵守以下基本原则：

（一）谁主管、谁负责原则。

（二）预防为主、有错必纠原则。

（三）权责一致、处罚与过错相适应原则。

（四）实事求是、客观公正原则。

（五）依法依纪依规原则。

第四条 医院从业人员因违反国家法律法规纪律出现下列案件被查处的，实施责任追究：

（一）在医药产品购销中收受医药生产经营企业及其代理人以各种名义、形式给予的现金、礼卡、购物券、物品等。

（二）在医疗活动中收取医药生产经营企业及其代理人临床促销费、开单费（因介绍仪器检查、化验检查及其他医学检查而收取的费用）、处方费、统方费或其他提成性质的费用等。

（三）在日常生活中涉赌、涉黄、涉黑以及法律法规规定禁止的其他收受不正当利益等行为。

（四）上级部门规定的其他行风责任追究事项。

第五条 医院从业人员因违反国家廉政规定被处理，有以下情形的，实施责任追究：

（一）违反中央八项规定精神的。

（二）对职责范围内发生的问题进行掩盖、袒护的。

（三）干扰、阻碍责任追究调查处理的。

（四）上级部门规定的其他行风责任追究事项。

第六条 医院从业人员因违反行业规定被处理，有以下情形的，实施责任追究：

（一）收受病人及家属红包、收受服务对象好处。

（二）违反“九项准则”规定行为。

（三）服务不规范行为后果严重的。

（四）上级部门规定的其他行风责任追究事项。

第七条 医院各部门、科室违反国家法律法规纪律被处理，有以下情形的，实施责任追究：

（一）部门、科室集体受贿。

（二）违反财经纪律。

（三）行风事件造成严重社会反响及后果严重的行为。

（四）因管理缺失多发行风案件且造成社会不良影响。

（五）上级部门规定的其他行风责任追究事项。

第八条 按照归口管理权责和属地管理原则，由上至下，逐级问责。

第九条 对责任部门、科室实施以下形式的责任追究：

（一）根据案情轻重，给予案发部门、科室年度考核扣分，降低考核等或评优评先、重点学科评选等一票否决等处理。

（二）对查处的行风案件在院内进行通报。

（三）对上级工作部署表面应付、不传达贯彻、不部署落实，工作走样，造成不良社会影响的，给予通报批评、诫勉谈话，并责令作出书面检查。

第十条 对责任领导实施以下形式的问责：

（一）部门、科室由于管理缺失发生行风违法案件的，要对案发部门、科室主要负责人进行通报批评或视情况作出相应处理。

（二）对于任期内连续发生多起行风违法案件的，应对分管院领导诫勉谈话，造成重大影响的，给予相应处分直至免职处理。

（三）对于任期内连续发生多起行风违法案件的，应对部门、科室负责人给予处分直至免职处理。

第十一条 对责任人实施以下形式的问责：

（一）医院对于违反《加强医疗卫生行风建设“九项准则”》规定，发生轻微行风案件的个人，给予约谈及批评教育或视情况作出相应处理。

（二）影响较大的给予通报批评，扣发绩效工资、取消评优评先及评聘职称资格、暂停执业活动等处理。

（三）对多次收受或者主动索取商业贿赂的，尚未达到刑法规定数额的，给予解聘或吊销执业资格等处理。

（四）对于严重违规违法、受到刑事处理的，按照《中华人民共和国医师法》《护士条例》等法律法规规定给予吊销执业证书的处理，列入严重失信行为记录，并向社会诚信管理部门报送相关信息。

第十二条 对行风违法违纪违规问责中涉及的相关企业名称和违规情况提交省、市卫生健康信用体系建设部门，建议对企业失信情况提出预警报告，严重的实行行业禁入。

第十三条 实施责任追究前应进行认真调查，责任明确后进行追责，并在追责前听取被处理人的申辩。对责任追究决定不服的，可以在 15 个工作日内，向责任追究的决定机关、部门或者上级机关提出书面申诉。有关部门接到书面申诉后，应当在 30 个工作日内作出申诉处理决定并以书面形式告知申诉人及其所在部门、科室。

申诉期间不停止对原处理决定的执行。

第十四条 本制度自公布之日起执行。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令第九十四号.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-8-20).https://www.21wecan.com/wsrcw/c100270/202607/1003178.shtml.

[2]中华人民共和国主席令第五十九号.中华人民共和国中医药法[EB/OL].(2016-12-25).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/fcdec86bf0ea43fd889ef945a3d0e181.shtml.

[3]中国共产党纪律处分条例[EB/OL].(2024-1-1).https://www.12371.cn/special/zggcdjlcftl/.

[4]中央组织部，人力资源社会保障部.事业单位工作人员处分规定.（人社部发〔2023〕58号）.[EB/OL].(2023-11-6).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202311/content_6916929.htm.

[5]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[6]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[7]江苏省卫生厅.《江苏省医疗机构不良执业行为记分管理办法（试行）》.（苏卫医〔2009〕79号）.[EB/OL].(2009-9-30).http://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/1/10/art_81326_11122096.html.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2025年11月第1次修订

行风约谈制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-006-03	制定时间：2016-03-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：2
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为切实加强医院行风建设，树立行业良好形象，按照管行业必须管行风的要求，本着“立足教育、着眼防范、关口前移、主动监督”的宗旨，切实做到早警戒、勤提醒、常监督，根据《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则(试行)的通知》及无锡市卫计委《关于印发无锡市卫生计生系统行风约谈制度（试行）的通知》（锡卫发〔2018〕15号），结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

第一条 本制度所称约谈，是指通过约见谈话的形式，了解沟通情况、指导督促工作、及时提醒警示，教育、帮助和提醒约谈对象端正思想认识、认真整改问题，切实做到廉洁自律，自觉维护行业良好形象。

第二条 约谈必须坚持实事求是、教育在先、注重预防、批评与自我批评、严肃纪律与做好思想教育工作相结合的原则。

第三条 约谈对象为医院行政职能部门、各医疗临床、医技科室等医院工作人员。

第四条 约谈方式

行风约谈一般采取个别谈话的方式进行，也可以采取集体谈话的方式进行；视情况可以是医院主要领导或分管领导约谈，也可以是经报告同意后由相关部门负责人实施约谈。

（一）工作约谈。约谈人根据工作需要，了解约谈对象个人思想、履行职责、廉洁自律等情况；了解约谈对象在维护党的政治纪律和政治规矩、落实行风建设责任制，遵守廉洁自律、改进作风等有关规定情况；听取约谈对象对行风建设和反腐败工作的意见建议。

（二）提醒约谈。针对约谈对象本人或所在科室、单位、地区，在一定时期、一定范围内，行风纪律方面存在的苗头性、倾向性问题或群众反映强烈的突出问题，约谈人应及时与约谈对象进行提醒约谈，要求约谈对象针对存在问题作出说明并提出防范对策和措施。

（三）诫勉约谈。针对群众信访举报、案件调查、监督检查、明查暗访等反映出约谈对象自身和本科室、本部门存在的一般性违纪违规问题，约谈人及时与约谈对象进行诫勉约谈，指出错误性质，提出针对性意见，要求认真及时整改。

第五条 上级纪委监委要求进行约谈的，直接启动约谈。出现下列情形之一的，医院将对相关部门、科室负责人启动提醒约谈和诫勉约谈：

（一）医院工作人员违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《医疗机构从业人员行为规范》等性质严重，影响较大的事件或案件。

（二）医院相关部门未经批准配置和违规采购使用大型医用设备。

（三）医院相关部门、科室将医务人员个人收入与药品和医学检查收入挂钩、开单提成、违规收费、违规授受社会捐赠资助，情节严重的。

（四）医院工作人员违规使用药品和高值医用耗材，情节严重的。

（五）医务人员收受患者“红包”、违规私自采购使用医药产品、通过介绍患者到其他单位检查医疗或购买医药产品等收取提成、收受回扣以及为商业目的统方，医院工作人员参与医药产品、食品、保健品等商品推销活动，情节严重的。

（六）医院相关部门、科室发生造成重大影响的医疗安全事件。

（七）医院工作人员违反医保基金管理规定，骗取、挪用、贪污、套取保险基金，情节轻微尚未涉嫌刑事犯罪的。

（八）医院工作人员因违反或未落实纠风工作责任制，工作失职渎职而造成不良后果的。

（九）未及时处理相关的投诉、举报，情节严重的。

（十）其他违反相关法律法规规定需要约谈的情形。

第六条 约谈程序

（一）明确约谈对象后，提前确定时间并及时通知约谈对象。

（二）约谈时，填写约谈记录表。约谈后，约谈人、约谈对象需在约谈记录表上签字。

（三）约谈对象整改情况要存入个人、单位行风档案，并对整改落实情况进行监督检查，对措施不到位、整改不力的，按照有关规定，予以责任追究。

第七条 实施约谈应遵循的要求：

（一）约谈时谈话人不得少于两人，并做好谈话记录。

（二）谈话要注意方式方法，尊重、维护约谈对象的合法权益。

（三）严格遵守保密纪律，不得向约谈对象透露投诉举报人的基本情况及反映材料等具体信息，注意保护投诉举报人的合法权益。

（四）确有特殊原因不能按时实施约谈的，予以补谈。

第八条 约谈对象应遵循的要求：

（一）应按照约定的时间、地点接受约谈，不得借故推诿、拖延，确有特殊原因不能按时参加约谈的，需事先提出，并应当进行补谈。

（二）如实陈述说明，正确对待组织的批评和帮助，不得隐瞒、编造、歪曲事实和回避问题。

（三）不得事后追查甚至打击报复谈话人、信访举报人。

对违反上述要求的，相关部门应当进行批评教育，情节严重的给予组织处理或纪律处分。

第九条 通过约谈，及时指出相关科室或当事人存在的问题，提出整改要求，并对其整改情况进行跟踪督查。

第十条 纪委负责对行风建设约谈事项整改落实情况进行监督检查。

（一）对未按要求整改或经综合评估未达到整改要求的，将对科室负责人或当事人进行再次约谈。被多次约谈仍然存在违法违纪和违规行为的，依法从重处罚。

（二）对行风约谈后不整改问题或整改措施落实不到位的，将按照有关规定，对相关责任人予以责任追究。

（三）约谈情况将记入医德医风档案，与医德考评、评先评优、晋职晋级、岗位聘用等直接挂钩。

第十一条 本制度自印发之日起试行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九

项准则（国卫医发〔2021〕37 号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[2]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13 号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[3]国家卫生健康委员会.行风管理核心制度要点（国卫医急发〔2024〕22 号）[Z].2024.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2018 年 09 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

社会行风监督员制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-007-04	制定时间：2001-07-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为深入推进医院医德医风与行业作风建设，畅通社会监督渠道，规范医疗服务行为，提升患者就医体验与群众满意度，依据国家及地方卫生健康行业作风建设相关规定，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

1．医院每年定期或不定期组织召开行风监督员会议，介绍医院工作情况，解析服务中存在问题，介绍医院对服务工作的总体要求和安排，听取监督员对医院服务的感受、意见和建议。

2．监督员不定期参与行风检查活动，明查暗访，听取意见，深入了解情况，及时反馈信息。

3．医院经常性的开展调研活动，组织行风监督员针对问题发放调查表，了解情况，收集意见。

4．医院积极支持监督员的工作，倾听监督员的意见建议。对监督员提出的意见和建议，医院认真研究，及时提出整改方案或措施，并向监督员反馈。

5．行风监督员须持医院发的有效期内的“行风监督员”证，开展相关工作。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见（国办发〔2018〕63号）[EB/OL].（2018-07-18）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5313943.htm.

三、修订原因

根据文件精神进行修改

四、修订记录

2008年09月第1次修订

2011年01月第2次修订

2025年11月第3次修订

职业道德教育管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-008-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：行风办公室	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强本医疗机构职业道德建设，规范医务人员执业行为，提高全体员工的思想道德素质和医疗服务水平，构建和谐医患关系，促进医院持续健康发展，根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《关于印发医务人员职业道德准则（2025年版）的通知》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等国家相关法律法规及行业规范，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度适用于本医疗机构内所有工作人员，包括医、药、护、技、管理、后勤等各类岗位人员。

第二条 职业道德教育的目标是：引导全体员工树立正确的世界观、人生观、价值观，弘扬“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的职业精神，恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，维护医疗卫生行业的良好形象。

第三条 职业道德教育遵循以下原则：

（一）坚持理论联系实际，注重实效；

（二）坚持全员培训与重点教育相结合；

（三）坚持常态化教育与专题教育相结合；

（四）坚持教育与考核、监督、激励相结合。

第二章 组织管理与职责

第四条 由医院医德医风与行风建设领导小组统筹管理全院职业道德教育。

主要职责：

（一）全面领导、规划和部署全院职业道德教育工作；

（二）研究决定职业道德教育中的重大事项；

（三）对全院职业道德教育工作进行督导、检查和考核。

第五条 领导小组下设办公室（设在行风办），负责日常工作的组织与协调。

主要职责：

（一）组织开展全院性的职业道德教育工作；

（二）建立并管理职业道德教育档案；

（三）受理与职业道德相关的投诉和建议，并开展调查。

第六条 各临床、医技及行政后勤科室负责人是本科室职业道德教育的第一责任人，负责将本制度的要求落实到每一位员工，并积极配合医院开展各项教育活动。

第三章 教育内容

第七条 职业道德教育的主要内容应包括但不限于：

（一）核心思想教育：国家方针政策、社会主义核心价值观、医学人文精神等。

（二）法律法规教育：医疗卫生相关法律法规、部门规章、医院规章制度等。

（三）行业规范教育：《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、医德医风规范、医疗服务文明用语、服务礼仪等。

（四）典型案例教育：正面典型宣传学习（如“好医生”、“好护士”事迹）和反面典型案例警示教育（如收受红包、回扣、商业统方等案例）。

（五）人文素养与沟通技能：医学伦理学、患者隐私保护、医患沟通技巧、团队协作精神等。

（六）质量安全与责任意识：医疗质量安全核心制度、患者安全目标、岗位职责与责任心教育。

第四章 教育形式与方法

第八条 职业道德教育应采取灵活多样、易于接受的形式进行：

（一）集中培训：定期举办全院或分层次、分批次的全员职业道德培训班、专题讲座、报告会等。

（二）科室学习：各科室利用晨会、周会、科室业务学习时间，定期组织职业道德专题学习与讨论。

（三）新员工岗前教育：将职业道德教育作为新员工入职培训的必修课，考核合格后方可上岗。

（四）在线学习：利用网络学习平台，推送职业道德相关课程、微视频、测试题，方便员工随时随地学习。

（五）文化活动：组织开展主题征文、演讲比赛、知识竞赛、评选“医德标兵”等文化活动，寓教于乐。

（六）实践教育：组织参观廉政教育基地、观看警示教育片、开展志愿者服务、进行患者满意度调查反馈等。

（七）谈心谈话：建立领导与员工、科室负责人与下属的定期谈心谈话制度，及时了解思想动态，进行针对性教育。

第五章 考核与评估

第九条 建立职业道德考核评价机制，将职业道德表现纳入员工年度考核、评优评先、职称晋升和岗位聘用的重要依据，实行“一票否决制”。

第十条 考核方式包括：

（一）理论知识测试：通过笔试或在线考试检验对职业道德规范和相关法规的掌握程度。

（二）行为表现评价：结合患者满意度调查、行风评议、投诉处理记录、科室评议等进行综合评价。

第六章 监督与奖惩

第十一条 医院纪检监察室和行风办公室负责对职业道德教育制度的执行情况进行监督检查，并设立公开投诉电话和信箱，接受患者和社会的监督。

第十二条 对在职业道德方面表现突出的个人和集体，医院给予通报表扬、物质奖励和精神鼓励，并将其事迹作为先进典型广泛宣传。

第十三条 对违反职业道德规范的行为，一经查实，视情节轻重给予相应处理：

（一）批评教育、诫勉谈话；

（二）通报批评、取消当年评优评先及职称晋升资格；

（三）扣发绩效工资、暂停执业活动；

（四）依照规定给予党纪、政纪处分；

（五）涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令第九十四号.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-8-20).https://www.21wecan.com/wsrcw/c100270/202607/1003178.shtml.

[2]中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法.[EB/OL]（2019-12-28）.http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.

[3]中华人民共和国国务院令第149号.医疗机构管理条例.[EB/OL].（2016-2-6）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]国务院办公厅.关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见（国办发〔2018〕63号）[EB/OL].（2018-07-18）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5313943.htm.

[5]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[6]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[7]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医务人员职业道德准则（2025年版）（国卫医政发〔2025〕9号）[EB/OL].（2025-7-24）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202508/48cdd815a51a49e489c4010e1bf81217.shtml.

医德医风与行风建设职能部门协调制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-009-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：行风办公室	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为切实加强和改进医院医德医风与行风建设工作，建立健全党委统一领导、党政齐抓共管、职能部门各负其责、全员共同参与的工作机制，形成工作合力，提升管理效能，持续改善医疗服务质量，提高患者就医满意度，依据《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》等文件要求，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度适用于医院内部所有与医德医风、行风建设相关的职能部门、临床科室及医技科室。

第二条 协调工作遵循以下原则：

（一）坚持目标导向，服务大局；

（二）坚持分工负责，协同联动；

（三）坚持信息共享，沟通及时；

（四）坚持问题导向，务求实效；

（五）坚持依法依规，公平公正。

第二章 组织体系与职责分工

第三条 医院党委对医德医风与行风建设工作负总责。医院医德医风与行风建设领导小组是医院医德医风与行风建设工作的最高决策和协调机构，负责审定工作计划、听取工作汇报、研究重大事项、部署重要任务、裁决重要问题。

第四条 领导小组下设办公室（设在行风办），负责日常工作的组织、协调、督促和落实。主要职责包括：

（一）牵头拟定医院医德医风与行风建设年度工作计划、总结报告；

（二）组织协调各职能部门开展相关具体工作；

（三）收集、整理、分析医德医风与行风建设相关信息数据；

（四）筹备领导小组会议，督办会议决议；

（五）受理、转办、督办涉及医德医风与行风问题的投诉举报；

（六）组织开展医德医风教育与考评工作；

（七）完成领导小组交办的其他工作。

第五条 各相关职能部门在领导小组及其办公室的统一协调下，依据职责分工，具体负责相关领域的医德医风与行风建设工作：

（一）党政办公室：负责统筹协调，将医德医风建设纳入医院整体发展规划和年度重点工作；负责相关重要会议、活动的组织协调。

（二）纪检监察室：负责对医务人员廉洁从业情况进行监督，受理和查处涉及违纪违法的行风问题线索；开展廉政警示教育。

（三）医务部：负责医疗质量、医疗安全核心制度的落实监督；规范诊疗行为，促进合理检查、合理用药、合理治疗；处理与医疗技术、服务流程相关的行风问题；组织医师医德考评。

（四）护理部：负责护理人员的职业道德教育和行为规范管理；提升护理服务质量，改善患者就医体验；处理与护理服务相关的行风问题；组织护士医德考评。

（五）门诊管理办公室：负责优化门诊服务流程，改善门诊就医环境；监督门诊医务人员服务态度和行为规范；处理门诊区域的投诉与纠纷。

（六）组织人事科：组织来院新职工岗前教育；负责全院培训教育。将医德医风表现纳入人员招聘、职称晋升、评优评先、年度考核等重要环节；建立并完善医德档案管理制度。

（七）医疗保险价格管理科：宣传、贯彻、执行有关物价及医疗保险的规定，加强价格管理，负责对医院各科室执行物价规定的情况进行监督检查，防止乱收费、分解收费等不规范行为；对患者提出的有关物价方面的问题进行解答；对违反物价政策的行为进行查处。

（八）药学部：负责药品采购、使用的监督管理，规范药学服务行为；监测和预警药品使用异常情况，防范商业目的统方。

（九）采购招标管理中心：规范医疗设备、耗材、物资的采购流程，防范采购过程中的不正之风。

（十）信息数据中心：负责相关信息系统的建设和维护，利用信息化手段支撑行风监管（如防统方系统、满意度评价系统等）；保障数据安全。

（十一）统战宣传科：负责医德医风先进典型的选树和宣传，营造崇尚先进、学习先进的良好氛围；组织开展医德医风主题教育活动。

（十二）行风办：接收 12345 热线、“码上督马上办”平台反映的相关情况，向有关主管职能科室反馈相关情况，协助有关职能科室制定相应的管理措施；接受回复患者来电、来访、来信。每月对出院患者进行一次满意度调查，并对满意度调查进行统计、分析；归纳、整理患者意见，向有关科室反馈，进行整改。承担医德医风建设的日常工作。

（十三）各临床、医技科室：落实科室医德医风建设主体责任，科主任、护士长为第一责任人，负责本科室人员的日常教育、管理和监督。

第三章　协调机制与工作流程

第六条 定期会议协调机制

（一）领导小组研究部署年度重点工作，听取办公室和各职能部门工作汇报，协调解决重大问题。

（二）领导小组办公室不定期召开职能部门协调例会，通报工作进展，交流信息，研究解决日常工作中遇到的跨部门问题。

（三）遇有紧急或重要事项，可随时由领导小组或其办公室召集临时协调会议。

第七条 信息共享与通报机制

（一）建立医德医风与行风建设信息共享平台或定期简报制度。各职能部门应及时将涉及医德医风、服务质量、患者投诉、廉洁风险、考评结果等信息报送领导小组办公室。

（二）领导小组办公室负责汇总分析各类信息，向领导小组和各职能部门通报情况，为决策提供依据。

（三）利用信息化手段，实现投诉举报、满意度评价、医德考评等数据的互联互通。

第八条 联合督查与专项治理机制

（一）针对行风建设中的重点、难点问题，由领导小组办公室牵头，组织相关职能部门开展联合监督检查或专项治理行动。

（二）各职能部门在日常监管中发现涉及其他部门职责的问题，应及时通报相关信息，必要时可提请领导小组办公室组织联合调查处理。

第九条 问题线索移交与协办机制

（一）各职能部门在职责范围内受理或发现的涉及医德医风、行风问题的线索，属于本部门职责的应按规定处理；需移送其他部门的，应履行书面移交手续。

（二）对于复杂、涉及多个部门的投诉举报或问题线索，由领导小组办公室指定牵头部门和协办部门，共同调查处理。牵头部门负责统筹，协办部门积极配合。

（三）纪检监察室收到的行风问题线索，需相关业务部门提供专业支持的，业务部门应予以配合。

第十条 考核评价联动机制

（一）将医德医风与行风建设纳入医院对各科室、部门的年度绩效考核体系。

（二）组织人事科在组织实施人员招聘、晋升、评优时，须征求领导小组办公室及相关职能部门的医德考评意见。

（三）各职能部门的行风建设工作成效，作为评价其管理工作的重要依据。

第四章 保障措施

第十一条 医院各级领导应高度重视医德医风与行风建设协调工作，带头执行本制度，确保协调机制有效运行。

第十二条 对在协调工作中推诿扯皮、落实不力，导致工作延误或造成不良影响的部门和个人，将依据医院相关规定追究责任。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，教育部，工业和信息化部，等.2025 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点[EB/OL].（2025-05-13）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202506/1d6b05af244044a38e1852e5214a4183.shtml.

[2]国务院办公厅.关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见（国办发〔2018〕63 号）[EB/OL].（2018-07-18）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5313943.htm.

[3]国家卫生健康委.三级综合医院评审标准实施细则（国卫医政发〔2022〕31 号）[EB/OL].（2022-12-06）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202212/ccd5aaa9f4fd46fea57d5a94c3e98002.shtml.

[4]国家卫生健康委员会.行风管理核心制度要点（国卫医急发〔2024〕22 号）[Z].2024.

医德医风管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-001-02	制定时间：2019-09-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范全院医务人员执业行为，加强医德医风建设，弘扬高尚医德、端正行业作风，恪守医疗职业道德，构建和谐医患关系，杜绝行业不正之风，保障医疗服务质量与安全，树立医院良好公益形象，依据《中华人民共和国医师法》《医疗机构从业人员行为规范》《医疗从业人员职业道德规范》《关于印发医务人员职业道德准则（2025年版）的通知》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则(试行)的通知》等法律法规及行业规定，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一条 适用范围

本制度适用于本院全体在岗工作人员，包括医师、护士、医技人员、行政后勤人员、规培医师、实习进修人员、合同制工作人员及所有参与医院医疗服务、运营管理的在岗人员。

第二条 工作原则

坚持以患者为中心的服务理念，遵循依法执业、廉洁行医、爱岗敬业、诚信服务、精益求精、文明行医的原则，将医德医风建设与医疗质量、绩效考核、评优评先、职称晋升、岗位聘用深度挂钩，实现常态化、规范化、制度化管理。

第三条 基本医德医风准则

（一）政治思想准则

全体工作人员应拥护党的卫生健康工作方针，恪守职业道德，自觉践行医者初心使命，热爱医疗卫生事业，遵纪守法、廉洁自律，树立正确的职业观、价值观和服务观，自觉维护医疗卫生行业公信力和医院声誉。

（二）执业道德准则

1．忠于职守、爱岗敬业，认真履行岗位职责，严格遵守医疗核心制度、操作规程，严谨细致开展诊疗、护理、检查、后勤保障等各项工作，杜绝敷衍塞责、脱岗离岗、消极怠工。

2．尊重患者权利，尊重患者人格、隐私、知情权、选择权和隐私权，对待患者一视同仁，不分贫富、身份、地域，无歧视、无推诿、无刁难。

3．诚实守信、文明服务，使用文明用语，态度和蔼、耐心解答患者及家属咨询，主动改善服务态度，杜绝生冷硬顶、推诿扯皮、态度恶劣等行为。

4．精益求精、钻研业务，主动学习专业知识和新技术、新规范，持续提升专业能力和服务水平，杜绝违规操作、盲目诊疗。

第四条 从业人员行为规范

（一）廉洁行医规范

1. 严禁医务人员收受患者及家属现金、红包、礼品、购物卡、有价证券、电子转账馈赠等任何财物。对当场无法拒绝的红包，须在 3 个工作日内上交医院行风管理部门登记退还或上缴。

2. 严禁利用职务之便，接受药品、器械、耗材、检验试剂等供应商的宴请、礼品、回扣、提成、旅游安排及各类不正当利益。

3. 严禁通过介绍患者转诊、外购药品、检查、治疗、康复、医美等项目，谋取个人私利。

4. 严禁私自收费、乱收费、变相收费，严禁私设“小金库”，严禁截留、挪用患者预缴费用及医院公款。

5. 严禁利用职务便利为本人或他人谋取特殊诊疗便利，违规插队、优先检查、优先住院等破坏诊疗秩序的行为。

（二）诊疗执业规范

1. 严格遵守诊疗规范、临床路径、用药原则，合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，杜绝过度检查、过度治疗、滥开药物、重复收费等违规行为。

2. 严格执行病历书写规范，真实、客观、及时、完整书写病历资料，严禁伪造、篡改、隐匿、销毁病历文书及医疗档案。

3. 严格执行会诊、转诊、急诊救治制度，对急危重症患者必须无条件接诊救治，严禁推诿拒收、拖延救治。

4. 严禁擅自离岗、串岗、脱岗，工作时间不从事玩手机、追剧、网购、闲聊等与工作无关的事务。

5. 规范医患沟通，如实告知病情、治疗方案、医疗风险、费用情况，充分履行告知义务，减少医患纠纷。

（三）服务行为规范

1. 工作期间着装规范、仪容整洁、佩戴工牌，坚守岗位，举止端庄、文明礼貌。

2. 严禁与患者及家属发生争执、争吵、顶撞，严禁言语讽刺、挖苦、恐吓患者。

3. 耐心接待群众咨询、投诉，做到有问必答、有诉必理，不得推诿患者诉求。

4. 团结同事、互帮互助，杜绝科室之间、同事之间相互推诿、扯皮、拆台，维护良好工作氛围。

（四）纪律作风规范

1. 严格遵守医院各项规章制度、劳动纪律、考勤制度，服从医院统一管理和工作安排。

2. 严禁工作日饮酒、酒后上岗，严禁上班时间聚众闲聊、玩游戏、打瞌睡。

3. 严禁擅自外出执业、私自外出会诊、私自接诊患者、私自开展诊疗项目。

4. 严禁传播不实医疗信息、造谣传谣、诋毁医院形象、制造内部矛盾。

5. 严守医院保密制度，严禁泄露患者隐私、医院内部工作信息、涉密数据资料。

第五条 监督管理机制

（一）管理责任体系

1. 由医院医德医风与行风建设领导小组统筹管理，行风办为日常管理部门，负责全院医德医风制度落实、日常督查、投诉处理、考核汇总、整改督办等工作。

2. 各科室主任、护士长为科室医德医风第一责任人，负责本科室人员日常教育、监督、自查自纠，常态化开展医德医风警示教育。

（二）常态化督查机制

1. 行风管理部门实行日常巡查、随机抽查、专项检查、季度考核、年度总评相结合的督查模式，定期对全院各科室服务态度、执业行为、廉洁行医情况进行检查。

2. 畅通监督渠道，公开投诉电话、投诉信箱、意见箱、线上投诉渠道，接受患者、家属及社会群众监督。

3. 定期开展患者满意度调查、出院回访、行风测评，将测评结果纳入个人及科室考核。

（三）教育培训机制

1. 医院每季度至少开展 1 次医德医风专题培训、警示教育、法律法规学习，强化全员廉洁行医、规范执业意识。

2. 新入职人员必须开展医德医风岗前培训，培训合格后方可上岗。

3. 定期通报行业典型违纪违规案例，以案促改、以案促治，筑牢全员思想防线。

第六条 考核评价办法

（一）考核对象与周期

考核对象为全院在岗职工，实行月度记录、季度考评、年度总考核，考核结果存入个人医德医风档案，终身留存。

（二）考核内容

考核内容包含职业道德、服务态度、廉洁行医、执业规范、遵纪守法、投诉情况、患者满意度、科室行风建设落实情况等维度。

（三）考核结果运用

1. 医德医风考核结果分为：优秀、良好、一般、较差四个等级。

2. 年度医德医风考核优秀者，优先参与评优评先、职称晋升、岗位晋级、绩效奖励。

3. 年度考核不合格者，取消当年评优、评先、晋升、晋级资格，扣除绩效奖金，进行待岗培训、约谈整改。

4. 医德医风存在违规记录者，纳入个人诚信档案，作为岗位聘用、年度考核、续聘解聘的核心依据。

第七条 奖惩与追责处理

（一）表彰奖励情形

对具备以下情形的个人及科室，医院予以通报表彰、物质奖励、优先评优：

1. 长期坚守岗位、服务优质、患者满意度持续优异，无投诉、无违规违纪行为的；

2. 主动拒收红包、拒绝不正当利益，廉洁行医表现突出的；

3. 主动化解医患矛盾、挽救危重患者、获得患者及社会高度好评的；

4. 在医德医风建设、优质服务、行风整治工作中积极履职、成效显著的科室及个人。

（二）违规违纪处理情形

凡工作人员出现以下医德医风问题，视情节轻重，给予批评教育、通报批评、经济处罚、绩效考核扣分、待岗培训、降职降级、调离岗位等处理；情节严重、触犯法律法规的，依法依规追责，解除聘用合同，移交司法机关处理：

1. 收受患者红包、礼品、礼金、有价证券及各类馈赠财物，拒不退还、隐瞒不报的；

2. 收受供应商回扣、提成、宴请、不正当利益，存在商业贿赂行为的；

3. 乱收费、重复收费、私自收费、变相收费的；

4. 服务态度恶劣，生冷硬推、推诿患者，多次被患者投诉且核实属实的；

5. 过度检查、过度治疗、不合理用药，损害患者利益、造成不良影响的；

6. 擅自离岗、脱岗、酒后上岗、违规执业，造成医疗隐患或不良后果的；

7. 伪造、篡改病历资料，违规操作，违反医疗核心制度的；

8. 泄露患者隐私、造谣传谣、诋毁医院形象、扰乱工作秩序的；

9. 私自外出执业、私自接诊、私自行医的；

10. 其他违反医德医风规范、行业纪律、医院规章制度的行为。

（三）科室连带责任

科室多次出现医德医风投诉、违规违纪问题，或科室负责人监管不力、疏于管理、包庇纵容违规行为的，追究科室主任、护士长管理责任，予以通报批评、扣罚科室绩效、取消科室年度评优资格。

第八条 整改与长效管理

（一）问题整改机制

对督查、投诉、检查中发现的医德医风问题，实行一事一查、一事一整改、闭环管理，责令责任人限期提交书面检讨、整改报告，行风部门跟踪复查，确保问题彻底整改到位，杜绝同类问题重复发生。

（二）长效建设要求

全院各科室需常态化开展医德医风自查自纠工作，定期梳理服务短板、行风隐患，建立问题台账、整改台账，持续优化服务流程、改善服务态度、规范执业行为，持续推进医院行风建设规范化、长效化。

三、参考文献

[1]卫生部，国家中医药管理局.关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)：卫办发〔2007〕296 号[EB/OL].（20207-12-07）.https://www.nhc.gov.cn/jcj/c100143/200712/37a41d49c5ec47bba4d3d996458b99da.shtml.

[2]卫生部，食品药品监管局，国家中药管理局.医疗机构从业人员行为规范[EB/OL].(2012-6-26)https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201207/b47bc2cecb8d4b6ba6f43beaa51b4eb0.shtml.

[3]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37 号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[4]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13 号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[5]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医务人员职业道德准则（2025 年版）（国卫医政发〔2025〕9 号）[EB/OL].（2025-7-24）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202508/48cdd815a51a49e489c4010e1bf81217.shtml.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

医德考评管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2026-011-03	制定时间：2012-12-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：2
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强医院医德医风建设，规范医务人员执业行为，建立科学、规范、常态化的医德考评机制，客观、公正评价医务人员职业道德表现，强化医务人员职业道德自律与行业作风建设，依据《医疗机构从业人员行为规范》《医务人员医德考评办法》《中华人民共和国医师法》《护士条例》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则(试行)的通知》《关于印发医务人员职业道德准则（2025 年版）的通知》《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024 年版）》等国家卫生健康行业法规，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一条 考评范围

适用于本院所有在岗医务人员，包括执业医师、执业助理医师、护士、医技人员、药学人员、康复治疗人员、公共卫生人员、返聘医务人员等。医院行政后勤人员参照本制度执行。

第二条 考评原则

坚持客观公正、实事求是、量化考核、动态管理、奖惩分明、注重实效的原则；坚持日常记录与年度考评相结合、个人自评与科室评议相结合、院内考核与患者评价相结合；坚持医德考评结果与人事管理、绩效考核、职称评聘、评优评先、岗位聘用直接挂钩。

第三条 管理职责

（一）由医院医德医风与行风建设领导小组统筹管理，行风办及相关职能科室负责全院医德考评制度制定、修订、监督、终审及异议处理。

（二）行风办/医务部：负责日常医德记录、投诉核实、考评组织、档案建立、结果汇总、台账管理。

（三）各科室负责人：为科室医德考评第一责任人，负责本科室人员日常医德教育、行为监督、月度记录、科室评议及初评工作。

第四条 考评周期与方式

（一）考评周期

医德考评为年度考评，每年年底集中开展，全年实行日常动态记分、问题随时登

记、违纪随时扣分，年度汇总定级。

（二）考评方式

实行“日常积分+个人自评+科室负责人考评+医院考评小组终审+患者满意度评价”综合考评模式。

考评内容与量化标准参照《宜兴市医疗机构医德医风考评细则》。

第五条 考核等级划定

（一）考评等级分为四级

1. 优秀：90 分及以上（医德表现突出、全年无投诉、无违纪、服务优良）；

2. 良好：70－89 分（能够遵守医德规范，无重大问题）；

3. 一般：60－69 分（存在医德瑕疵、轻微违规、投诉较多）；

4. 较差：60 分以下或存在一票否决情形。

（二）医德考评一票否决（直接定为较差）

凡年度内存在下列情形之一者，当年医德考评直接定为较差：

1. 收受患者红包、礼金、购物卡、有价证券经查实且拒不主动上交、不主动退还的；

2. 收受药品、器械、耗材、试剂供应商回扣、提成，存在商业贿赂行为的；

3. 私自收费、乱收费、变相收费、套取医保资金等违规违纪行为；

4. 推诿、拒诊急危重症患者，造成不良后果或投诉的；

5. 发生严重医疗作风问题、严重服务投诉，造成院内通报、社会舆情、行业负面影响的；

6. 擅自外出行医、私自接诊、私自开展诊疗项目的；

7. 因医德医风问题受到卫生行政部门行政处罚、行业通报批评的；

8. 弄虚作假、伪造病历、隐瞒医疗差错、严重违反执业纪律的；

9. 工作期间酗酒、酒后上岗、发生重大违纪行为的；

10. 其他严重违反医务人员职业道德、行业禁令的行为。

第六条：考评程序

（一）考评流程

1. 日常登记：行风办、各科室建立《医务人员医德考评日常台账》，全年问题、投诉、表扬、奖惩实时记录。

2. 个人自评：年末医务人员对照考评标准开展自我总结、自我评分。

3. 科室考评：科室组织民主评议，科室负责人结合日常表现给出初评得分及评语。

4. 职能部门审核：医务部、护理部、行风办核对投诉记录、违纪记录、满意度数据、奖惩记录。

5. 考评小组终审：医院医德医风与行风建设领导小组审核全院人员考评成绩，

确定最终等级。

6. 公示通报：考评结果全院公示 3 个工作日，接受异议申诉。

7. 结果归档：公示无异议后，结果记入个人医德考评档案及人事档案。

（二）异议申诉

医务人员对考评结果有异议的，可在公示期内向领导小组书面申诉，领导小组在 5 个工作日内核查并给出最终结论。

第七条 考评结果运用

（一）优秀等次运用

1. 优先推荐年度先进个人、优秀医师、优秀护士、行风标兵等评优评先；

2. 年度职称晋升、岗位竞聘、外出学习、人才培养优先推荐；

3. 纳入年度评优重要依据。

（二）良好等次运用

正常参与年度考核、绩效分配、职称晋升、岗位聘用，不影响正常执业及资格审核。

（三）一般等次处理

1. 取消当年评优评先、评聘优先资格；

2. 由科室及行风办约谈提醒、警示教育、限期整改；

3. 记入个人医德档案，次年重点跟踪考评。

（四）较差等次处理

1. 当年年度考核直接定为不合格；

2. 取消本年度职称晋升、岗位晋级、评优评先、绩效奖励资格；

3. 全院通报批评，进行医德专项教育培训、限期整改；

4. 视情节给予绩效处罚、岗位调整、暂缓聘用；

5. 连续两年医德考评较差者，按医院人事管理制度予以待岗、解聘或不予续聘；

6. 严重违纪违法的，依规移交纪检监察及卫健部门处理。

第八条 医德档案用途

医德考评档案作为医务人员执业考核、职称评聘、年度考核、评优评先、岗位聘用、续聘解聘、定期考核的核心必备档案资料。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令第九十四号.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-8-20).https://www.21wecan.com/wsrcw/c100270/202607/1003178.shtml.

[2]中华人民共和国国务院令第 517 号.护士条例.[EB/OL].（2008-1-31）.https://www.gov.cn/zwgk/2008-02/04/content_882178.htm.

[3]卫生部，国家中医药管理局.关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)：卫办发〔2007〕296 号[EB/OL].（2020-12-07）.https://www.nhc.gov.cn/jcj

/c100143/200712/37a41d49c5ec47bba4d3d996458b99da.shtml.

[4]卫生部，食品药品监管局，国家中药管理局.医疗机构从业人员行为规范[EB/OL].(2012-6-26)https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201207/b47bc2cecb8d4b6ba6f43beaa51b4eb0.shtml.

[5]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[6]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[7]国家卫生健康委员会，国家中医药局，国家疾控局，等.医务人员职业道德准则(国卫医政发〔2025〕9号)[EB/OL].（2025-07-24）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202508/48cdd815a51a49e489c4010e1bf81217.shtml.

[8]国家卫生健康委员会.行风管理核心制度要点（国卫医急发〔2024〕22号）[Z].2024.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2019年09月第1次修订

2025年11月第2次修订

廉洁行医制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-012-04	制定时间：2001-07-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为贯彻落实党风廉政和反腐纠风及医疗卫生行风建设“九项准则”要求，进一步加强医院医德医风建设，规范工作人员从业行为，廉洁行医，廉洁服务，结合我院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 本制度适用于全院范围内的各级各类工作人员，包括医生、护士、药学技术人员、医技人员、行政后勤人员等。

2．严格遵守《医疗机构从业人员行为规范》各项要求，恪守职业道德，依法执业，救死扶伤，杜绝一切有损于国家和群众利益的行为。

3．严格遵守医疗卫生行风建设“九项准则”规定。

4．严格执行诊疗规范和用药指南，因病施治，做到合理用药、合理检查、合理诊疗。

5．严禁开具虚假医学证明，不隐匿、伪造或违反规定涂改、销毁医学文书及有关资料。

6．严禁违反规定私自到院外医疗机构或诊所进行诊疗服务，严禁违反规定鉴定胎儿性别及非医学需要终止妊娠。

7．严格遵守医保政策规定，不得骗取、套取基本医疗保障资金，不得为他人骗取、套取医保资金提供便利；严禁擅自扩大医保支付范围。

8．严格执行药品、高值耗材等敏感信息查询权限和审批流程。

9．严格执行工程项目、药械、卫生材料、后勤物资招标采购有关规定，严格执行廉洁购销合同。

10．严禁参加与医院有利益关系的工程方、供货单位等人员组织的宴请、旅游、学习、考察、健身、娱乐等活动。

11．坚持教育、监督、奖惩并举的方针，实行院科两级管理，工作人员发生违规违纪行为，要按照“谁主管，谁负责”的原则，追究责任部门负责人和责任人的相关责任。

12．对于违反廉洁行医规定的工作人员，要按照《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》和《职工行为规范奖惩细则》等相关规定进行处理。

13．建立对医务人员有效的激励和约束机制，每年度对医务人员进行医德考评，根据考评结果给予相应的奖惩。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37 号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[2]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13 号）[EB/OL].（2025-9-24）.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2011 年 01 月第 1 次修订

2021 年 10 月第 2 次修订
2025 年 11 月第 3 次修订

关于处理医疗服务中索取和收受回扣“红包”行为的规定

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-015-04	制定时间：2008-09-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医疗服务行为，增强全院医务员工廉洁意识，维护人民群众的合法权益，根据卫计委《医务人员医德规范及实施办法》《医疗机构从业人员行为规范》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》以及《江苏省卫生厅关于医疗卫生服务中索要和收受回扣、“红包”行为的处理规定（试行）》等法律、法规和规定，结合我院实际，特制定本规定。

二、内容

第一条 回扣是指医院工作人员，在执业活动中利用职务之便，以各种名义收受服务对象的钱物或者牟取的其他不正当利益。

第二条 有下列行为的，依照有关规定追究相关责任人责任：

（一）违反规定收受回扣或在商品购销活动中账外、暗中收受回扣的。

（二）将回扣、“红包”私设小金库或集体私分的。

（三）对本单位工作人员收受回扣、“红包”行为放任不管或制止不力，造成不良后果的。

（四）隐瞒、包庇、袒护收受、索收回扣、“红包”行为，甚至打击报复举报人的，从重或加重处理。

第三条 在医疗服务中，不准以任何名义收受下列单位或个人给予的回扣、“红包”：

（一）病人及其家属、亲友。

（二）药品、医疗器械、设备、卫生耗材、大宗物资等生产、经营企业及其代理人。

（三）其它与医疗活动有关的单位和个人。

第四条 对无法拒收的回扣、“红包”，应在 3 个工作日内上交本单位指定的受理部门。逾期不报告、不上交或不如实上交的，按以下规定处理。

（一）收受回扣、“红包”数额不满 1000 元的，给予警告处分；数额在 1000 元以上不满 2000 元的，给予记过处分；数额在 2000 元以上不满 4000 元的，给予记

大过处分；数额在4000元以上不满5000元的，给予降级直至撤职处分；数额在5000元以上的给予撤职直至开除处分。无职可撤的，给予降级处分。

（二）是中共党员的，情节较轻的，给予警告或者严重警告处分；情节较重的，给予撤销党内职务或者留党察看处分；情节严重的，给予开除党籍处分。

（三）医师收受回扣、“红包”的，还应按照《中华人民共和国医师法》第三十七条规定，由县级以上卫生行政部门给予警告或者责令暂停六个月以上一年以下的执业活动；情节严重的，吊销其执业证书。

（四）回扣、“红包”的不当收益，全部没收。

（五）按照收受回扣、“红包”数额的2倍扣发奖金。

（六）给予通报批评。

（七）取消相关荣誉称号。

（八）延迟专业技术资格申报一年；延迟聘用一年或解聘。

（九）年度考核原则上不能定为合格及以上等次。

（十）涉嫌犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。

第五条 工作人员的父母、配偶、子女以及其他共同生活的家庭成员利用该工作人员职权或职务上的影响，收受与其履行职务有关的单位或个人赠送的回扣、“红包”的，追究该工作人员的责任，根据情节给予相应的处理。查实本人知道的，依照本实施细则第五条的规定处理。

第六条 实习生、进修生收受回扣、“红包”的，除责令其如数退还非法所得外，取消实习、进修资格，并通报其所在单位作相应处理。涉嫌犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。临时聘用人员收受回扣、“红包”的，除责令其如数退还非法所得外，一律辞退。涉嫌犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。

第七条 本实施细则中的数额包括两年内收受或发放回扣、“红包”的累计数。

第八条 有下列情节之一的，可从轻或减轻处分：

（一）立案之前，主动如数上交所收回扣、“红包”的。

（二）在立案检查期间，主动交代组织或单位未掌握的问题的。

（三）所收受的回扣、“红包”数额较小，情节轻微的。

（四）有其他从轻、减轻处分情节的。

第九条 原有规定如与本规定相抵触的，以本规定为准。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[2]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.

医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13 号）[EB/OL].（2025-9-24）.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2015 年 01 月第 1 次修订

2017 年 01 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

患者满意度测评管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-017-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：行风办公室	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为系统化、规范化的患者满意度测评，精准收集患者在就医全流程中的反馈，持续提升医疗服务质量、优化就医体验，构建和谐医患关系，提升医院核心竞争力，特制定本制度。

二、内容

（一）总则

1．适用范围

（1）适用机构：本制度适用于医院各临床科室、医技科室、行政职能部门、后勤保障部门等所有为患者提供直接或间接服务的部门。

（2）适用对象：全院门诊、急诊、住院、出院、体检等所有接受本院服务的患者及陪同家属。

（二）组织与职责

1．行风办

（1）作为测评工作的牵头部门，统筹协调测评工作，包括确定测评周期、设计与审核测评内容、选择测评方式，并对测评数据进行汇总、分析。

（2）针对存在的问题向医院管理层提出改进建议，并跟踪、督导各部门的整改落实情况。

2. 各科室

（1）指定专人作为科室满意度联络人，配合行风办完成本科室的测评组织工作，

确保测评过程的顺利进行。

（2）及时传达医院测评结果，组织科室人员学习、分析存在的问题，制定并执行具有针对性的科室内部整改措施。

（3）主动在日常工作中收集患者意见，将满意度提升工作融入科室日常管理，形成常态化改进机制。

（三）测评内容与方式

1. 测评内容

测评内容需覆盖患者就医全流程，核心维度包括：

（1）医疗服务质量：诊疗准确性、医生沟通能力、病情解释清晰度、治疗效果预期。

（2）护理服务质量：护士专业操作水平、服务态度、巡视及时性、健康教育指导。

（3）就医环境与流程：门诊/住院环境整洁度、安静度、标识清晰度、挂号缴费便捷性、检查检验流程顺畅度。

（4）后勤与配套服务：餐饮质量与营养、物业服务（保洁、维修）响应速度、停车便利性。

（5）医患沟通与隐私保护：沟通的及时性与有效性、患者隐私（病情、检查结果）保护措施的落实情况。

2. 测评方式

采用“线上+线下”、“定量+定性”相结合的多元化测评方式，确保数据全面、客观：

（1）线上测评：通过医院官方 APP、微信小程序等渠道，向患者推送标准化电子问卷，便捷患者随时填写。

（2）线下测评：在门诊大厅、住院病房进行问卷调查，由经过培训的工作人员现场引导患者或家属匿名填写；对特殊群体（如老年患者、视力障碍患者）可采用一对一访谈记录的方式。

（3）第三方测评：每月委托专业、独立的第三方机构进行满意度调查，以规避内部测评可能存在的偏差，获取更客观公正的评价数据。

3. 测评实施流程

（1）计划制定：行风办于每年年初制定年度测评计划，明确测评时间、范围、重点及具体执行细则，并通知各相关科室。

（2）测评执行：按照计划启动测评工作，各科室配合完成问卷发放、回收或访谈引导。

（3）数据处理：测评结束后，形成包含总体满意度、各维度满意度、各科室排名及典型问题摘录的初步报告。

（4）结果反馈：行风办在数据处理完成后 10 个工作日内，向各科室及相关部门反馈测评结果。

（5）整改跟踪：各科室在收到测评结果后 15 个工作日内提交整改方案，行风办对整改过程进行动态跟踪，确保整改措施落地，并在下一次测评中验证整改效果。

（四）结果应用

（1）与绩效考核挂钩：将患者满意度测评结果作为科室及个人年度绩效考核、评优评先的重要指标。

（2）驱动服务改进：针对测评中发现的共性问题，由行风办牵头，联合相关职能科室开展专项整改；针对个性问题，责成责任科室限期改进，形成“测评-分析-整改-验证”的闭环管理。

（3）辅助管理决策：测评结果作为医院优化资源配置、调整服务流程、引进新设备新技术等重大管理决策的重要参考依据，确保决策更加贴合患者需求。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委.三级综合医院评审标准实施细则（国卫医政发〔2022〕31号）[EB/OL].（2022-12-06）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202212/ccd5aaa9f4fd46fea57d5a94c3e98002.shtml.

医院员工满意度测评管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-018-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：行风办公室	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为客观、持续掌握医院员工工作体验，精准识别管理短板，优化人力资源与运营管理策略，提升员工归属感、敬业度及核心竞争力，保障医院可持续发展，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 适用范围

本制度适用于医院全体在职员工，包括临床、护理、医技、行政、后勤等所有岗位人员。

第二条 基本原则

（一）匿名保密原则：测评过程全程匿名，仅对数据进行汇总分析，不泄露任何

员工个人反馈信息。

（二）科学客观原则：测评指标设计贴合医院实际，采用定量与定性结合的方式，确保结果真实反映员工诉求。

（三）持续改进原则：以测评结果为依据，制定针对性改进方案并跟踪落地，形成“测评-分析-改进-复盘”的闭环管理。

第二章 组织与职责

第三条 组织架构

成立员工满意度测评专项工作组，由以下部门协同开展工作：

-牵头部门（行风办）：负责制度修订、测评方案制定、问卷设计与发放、数据汇总分析，以及改进方案的跟踪督办。

-配合部门：

-信息科：提供线上测评系统技术支持，保障数据安全。

-各科室负责人：组织本科室员工按时完成测评，落实本科室改进措施。

第四条 核心职责

（一）行风办：每年度制定测评工作计划，明确时间节点、流程及责任人；测评结束后出具专项报告。

（二）各科室：在测评启动后完成本科室员工参与动员，确保参与率不低于 80%；根据改进方案，按期推进整改。

（三）专项工作组：审核改进方案落实情况，解决执行过程中的问题。

第三章 测评内容与方式

第五条 测评内容

以员工全生命周期体验为核心，围绕四大维度设置指标，包括：

（一）工作内容与环境

（二）薪酬福利

（三）职业发展与晋升

（四）同事关系

第六条 调查形式

（一）问卷调查：采用匿名电子问卷，覆盖全院 80%以上员工。

（二）座谈会：由工会牵头，每半年召开一次职工代表座谈会，记录意见建议。

（三）个别访谈：针对关键岗位或特殊需求员工，组织人事科进行一对一访谈。

第四章 测评流程

第七条 测评周期

年度全面测评：每年第四季度开展，覆盖所有维度，作为年度管理优化的核心依据。

第八条 实施步骤

（一）方案发布：测评前 5 个工作日，执行小组通过院内 OA、微信群发布测评通知，明确时间、方式、目的。

（二）问卷填写：采取线上问卷为主、线下纸质问卷为辅的方式，开放填写时间不少于 3 个工作日。

（三）数据核验：填写结束后，执行小组剔除无效问卷，确保数据有效率≧85%。

（四）报告撰写：10 个工作日内完成《员工满意度测评报告》含整体得分，各维度排名、问题突出项及初步改进建议。

第五章　结果应用与改进跟踪

第九条 结果应用

（一）作为医院年度管理优化的核心依据，纳入各部门绩效考核指标；

（二）测评结果仅用于内部管理改进，不与员工个人绩效、晋升直接挂钩。

第十条 改进跟踪

（一）问题突出部门需在反馈后 10 个工作日内提交整改方案，明确改进措施、责任人及完成时限。

（二）执行小组定时追踪整改进度，下次测评时重点核查整改效果，未完成整改的部门需向领导小组书面说明原因。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委.三级综合医院评审标准实施细则（国卫医政发〔2022〕31号）[EB/OL].（2022-12-06）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202212/ccd5aaa9f4fd46fea57d5a94c3e98002.shtml.

出院患者第三方满意度调查评价制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-019-02	制定时间：2015-11-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为客观了解和评价患者对医院服务的满意度，遵循“客观、公正、科学、规范”的原则，同时根据《江苏省三级综合医院评审标准》要求，医院委托第三方评价服务机构，定期对出院患者住院期间服务满意度进行调查和分析，特制定本制度。

二、内容

1．第三方评价机构是指独立于医院和患者的第三方机构或组织。

2．第三方评价机构对出院患者统一抽样进行满意度电话回访调查，并进行分析。

通过调查分析，得出相对客观的评价。

3．第三方评价机构设计符合医院实际情况的评价内容、调查项目、抽样方法、调查形式。

4．调查内容：病区服务、窗口服务、膳食服务、收费情况、卫生环境、出院告知等方面。

5．数据的收集、报送、核查。由医院行风办将每月各主诊组出院患者信息报送第三方评价机构。每个出院患者信息主要包括：住院号、患者姓名、性别、年龄、住址、电话、出院诊断、出院时间、就诊病区（科室）、主诊医师、随访情况等。要求各主诊组每周随访情况如实、详细填写。

6．第三方评价机构对调查结果进行统计分析，归纳整理患者的意见、建议，撰写分析报告。

7．医院各科室根据第三方评价机构的调查结果分析报告，制定整改措施并落实整改，持续改进行业作风，提高群众满意度。

8．行风办根据第三方评价机构的调查结果进行考核，按照相关规定落实奖惩。

三、参考文献（无）

四、修订原因

根据与第三方机构签订的合同，对出院患者满意度调查有每季度一次变更为每月一次。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

出院患者电话随访制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-020-02	制定时间：2008-09-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范出院患者随访管理，强化医患沟通，提升医疗服务质量，及时了解患者出院后康复情况，指导康复护理，防范医疗风险，提高患者满意度，特制定本制度。

二、内容

（一）适用范围

本制度适用于医院所有临床科室医务人员。

（二）组织管理

1．由医院医德医风与行风建设领导小组统筹管理，负责制度制定、监督考核及重大问题协调。

2．各临床科室主任为科室随访工作第一责任人，指定专人担任科室随访联络员，负责本科室随访计划制定、任务分配、记录汇总及质量管控。

3．行风办联合医务部每月对各科室随访执行情况进行抽查，将随访完成率、患者满意度、问题整改率纳入科室及个人绩效考核。

（三）随访内容与规范

1．随访对象：所有出院患者（除死亡、重症监护室出院、明确拒绝随访外）均需纳入电话随访管理。

2．随访时间：出院后 7 天内完成首次电话随访。

3．随访内容

（1）病情评估：询问患者出院后症状变化、伤口恢复情况、饮食睡眠、活动能力等，评估康复进展。

（2）用药指导：核对出院带药服用情况，提醒用药剂量、频次、不良反应及注意事项，纠正不规范用药行为。

（3）康复指导：针对术后、慢性病患者，指导功能锻炼、饮食调理、生活方式干预等康复要点。

（4）复诊提醒：告知患者复诊时间、地点、需携带的资料，提醒按时复查，避免延误病情。

（5）问题收集：倾听患者及家属对医疗服务、收费、住院环境等方面的意见建议，记录诉求与不满。

（6）应急处置：若患者反馈突发不适或病情加重，立即指导应急处理措施，并协调科室安排就诊，必要时联系急诊绿色通道。

4．随访话术规范

（1）随访开场需主动表明身份：“您好，我是 XX 医院 XX 科的随访护士/医生，打扰您了，想了解下您出院后的康复情况”。

（2）沟通需耐心温和，使用通俗易懂语言，避免专业术语，尊重患者隐私与意愿。

（3）对患者提出的疑问及时解答，无法当场解决的问题需记录在案，承诺 24 小时内回复。

（4）随访结束时礼貌道别，感谢患者配合。

（四）随访记录与管理

1．记录要求：随访人员在医院电子病历系统中对回访内容进行勾选，对患者反馈的意见或建议在备注中注明。

2．系统录入：随访记录实现信息可追溯、可查询。

3．问题闭环管理：对随访中收集的患者诉求、服务问题，由科室随访联络员分类汇总，上报相关职能部门（如医务部、护理部、行风办），明确整改责任人与时限，跟踪整改结果并反馈给患者，形成“收集-交办-整改-反馈”闭环。

4．数据统计：行风办每月上旬对上月出院病人进行电话随访抽查，统计随访完成率、患者满意度情况；对存在问题及时反馈科室落实整改。

（五）考核与奖惩

1．考核指标：

（1）随访完成率：≥90%；

（2）记录完整率：100%；

（3）患者满意度：≥90%；

（4）问题整改及时率：100%。

2．奖惩措施：对未按要求完成随访、记录缺失、问题整改不力的科室和个人，予以扣减相应绩效。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委.三级综合医院评审标准实施细则（国卫医政发〔2022〕31号）[EB/OL].（2022-12-06）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202212/ccd5aaa9f4fd46fea57d5a94c3e98002.shtml.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

工休座谈会制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2021-002-03	制定时间：2011-01-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：2
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步融洽医患关系，及时解决病人就医过程中遇到的实际问题，提高病人满意度。结合日常运行及考核方式，特制定本制度。

二、内容

1．院部每季度召开一次工休座谈会，由行风办召集党政办、医务部、护理部、后勤保障部、患者代表或家属代表参加。

2．临床科室每月召开一次工休座谈会，由各病区护士长负责，召集科主任、责任组长、其他医务人员、患者代表或家属代表参加。

3．工休座谈会主要内容是：听取患者或家属对医护人员服务态度、服务技术、医院管理、环境卫生、后勤保障等方面的意见和建议。

4．各病区要设专用记录本，每次工休座谈会的时间、地点、参加人员、具体内容，特别是患者或家属反映的有关问题，必须做好记录，负责落实。

5．对于住院患者或家属的合理意见、建议，所在病区要虚接受，如有困难不能自行解决的，要及时反馈给有关部门，采取有效措施，加以解决。

6．工休座谈会纳入医院每季度的科室规范化建设考核评比活动中，由党政办、行风办等职能部门定期检查，各病区执行情况与该病区奖金挂钩。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会，国家中医药局.关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2015-2017 年）的通知（国卫医发〔2015〕2 号）[EB/OL].（2015-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201501/bc1385cb70b44b25990f18fac02e80b8.shtml.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2016 年 07 月第 1 次修订

2021 年 10 月第 2 次修订

医药代表接待管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-021-02	制定时间：2019-12-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步贯彻落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024 年版）》规定，加强医院对药品、耗材、医疗设备等医药代表的活动管理，维护医疗秩序，保障患者权益，根据《关于公立医疗机构加强医药代表活动管理的通知》精神，特制定本制度。

二、内容

1．本制度所称“医药代表”，是指药品、医用耗材和医用仪器设备生产经营单

位聘请的从事药品、医用耗材和医用仪器设备宣传、推广等事项的工作人员，包括以药品、医用耗材和医用仪器设备生产经营单位名义到医院进行业务活动的人员。

2．医院欢迎符合资质的医药企业及其医药代表在上级和本院制度规范下，来院开展业务工作，推荐安全、有效、廉价的药品、医用耗材和医疗设备，共同促进临床合理用药、合理用材。

3．加强合同管理，建立健全药品、耗材、医疗设备等医药企业的诚信档案，及时记录该企业医药代表的违规不良行为。医院在与医药企业签订的购销合同中要明确医药企业加强医药代表管理的责任条款，并将诚信档案记录的医药代表违规不良行为纳入合同的违约条款。

4．加强医务人员管理，医务人员参加医药企业举办的学术会议、讲座等须经教学管理与学科建设科同意，并向行风办报备。

5．实行来访医药代表登记备案管理，建立医药代表登记备案台账，行风办为医药代表登记备案部门，承担登记备案企业信息、涉及医药产品信息、相关人员信息。

6．医药代表必须佩戴由本院统一制作的标牌入院开展业务活动。

7．规范院内接待制度。医院设置医药代表接待室，明确接待流程，做好接待记录。原则上接待人员为职能部门和临床科室负责人，至少两人以上同时在场，确保医药代表的院内行为有记录、能公开。被接待的医药代表与事先备案人员信息不一致、违反接待流程的，不予接待，并记入医药企业诚信档案。

8．明确医药代表开展业务活动范围，严禁医药代表直接在门（急）诊、住院部、检验科、医学装备科、器械材料科、药学部和信息管理部门等工作区域开展业务，未经备案的医药代表不得进入本院开展业务活动。

9．建立巡查监控制度。医院要组织保安、科室和管理人员开展检查和巡查，对未按要求开展工作的医药代表坚决劝离，报行风办和保卫科处理并纳入企业诚信档案。在重点区域安装高清视频监控设备，监控录像至少保留 90 天，发现、记录、留存和分析医药代表在院内重点区域的活动信息。

10．建立监督惩诫制度。医院建立医药企业、医药代表违规行为举报制度，并公示举报途径。医药代表违反规定开展工作，进入医院重点区域开展以推销为目的违规行为，医院纪委要约谈涉事医药企业相关负责人并上报卫生健康行政部门。对利用医药代表身份参与产品销售、药品统方、商业贿赂、违规捐赠、误导用药、歪曲疗效、隐匿不良信息等与其工作无关的行为，建立“黑名单”并实时上报上级卫生健康行政部门，对其所代理的药品、耗材、设备等实行限制使用。

11．要严肃查处医务人员收受商业贿赂、违规接受社会捐赠资助、违规统方、违规私自采购使用药械等行为。对经查实违反本通知规定的医务人员，给予当年医德医风考核、综合考核不合格，并与绩效工资挂钩，对其职务调整、职称评审、学科带头

人等予以一票否决。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[2]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[3]国家卫生健康委员会.行风管理核心制度要点（国卫医急发〔2024〕22号）[Z].2024.

四、修订原因

根据文件精神进行修改

五、修订记录

2025年11月第1次修订

医院投诉管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2025-022-03	制定时间：2011-01-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：行风办公室	修订版本：2
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强本院投诉管理，规范投诉接待处理，改善医疗服务，保障医疗安全和医患双方合法权益，维护正常医疗秩序，结合本院《投诉管理办法》，特制定本制度。

二、内容

（一）接待工作原则

投诉的接待、处理工作应当贯彻“以患者为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则；实行“首问负责制”；成立由院部、投诉管理部门、科室三级投诉管理组织架构，各科室负责人为投诉管理工作的第一责任人。

（二）畅通病员投诉渠道

1．医院成立投诉接待中心办公室，办公地点设在行风办，集中接受患者及家属的投诉。正常工作时间内应保持电话畅通，坚持值守，公布投诉电话。节假日、夜间投诉由院行政总值班全权负责，如有疑难请示值班院长或分管院长。

2．患者可以通过意见箱、意见薄、投诉热线、工休座谈会、“12345”公共服务

热线、“码上督马上办”平台或直接前往投诉中心等多种渠道进行投诉。

3．投诉接待人员应当认真听取患者意见，耐心细致地做好解释工作，避免矛盾激化；应当核实相关信息，如实记录患者反映的情况，及时留存书面投诉材料。

4．投诉管理部门应当及时处理投诉，能够当场核查处理的，应当及时查明情况；确有差错的，立即纠正，并当场向患者告知（或出具）处理意见。涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的，应当立即采取积极措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大。情况较复杂，需调查、核实的，一般应当于接到投诉之日起5个工作日内向患者反馈相关处理情况或者处理意见。涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的，应当于接到投诉之日起10个工作日内向患者反馈处理情况或者处理意见。

（三）病员投诉的整理、分析和处理

1．患者投诉受理实行“首问负责制”。各科室的主要负责人为处理患者投诉的第一责任人，应高度重视接待来信来访工作，限期予以落实，反馈并做好记录，切实做到有问必答，事事有回音，件件有落实，不得推诿，不得拖延。

2．患者投诉转交其他职能部门处理时实行书面交接，反馈整改落实要有科室责任人签名以示负责。

3．投诉接待中心办公室定期收集整理发生的投诉案例和内容，按科室进行分类，按内容进行分析。医疗纠纷投诉由医患沟通办公室整理并上报分管院长和院办公会，涉及医德医风方面的投诉由行风办整理上报院领导，并作为年度医德考评的依据之一。

4．患者投诉经核实情况属实而科室存在过错者，由相关职能科室根据医院有关规定进行相应处罚；重大纠纷或医疗事故须经院技术委员会讨论，必要时上报院长办公会讨论作出处理意见。

5．除经济处罚以外，患者有效投诉作为当年度评优考核的重要影响因素之一，与科室、个人的评奖评优挂钩。

（四）患者投诉处理流程（见附件）。

三、参考文献（无）

四、修订原因

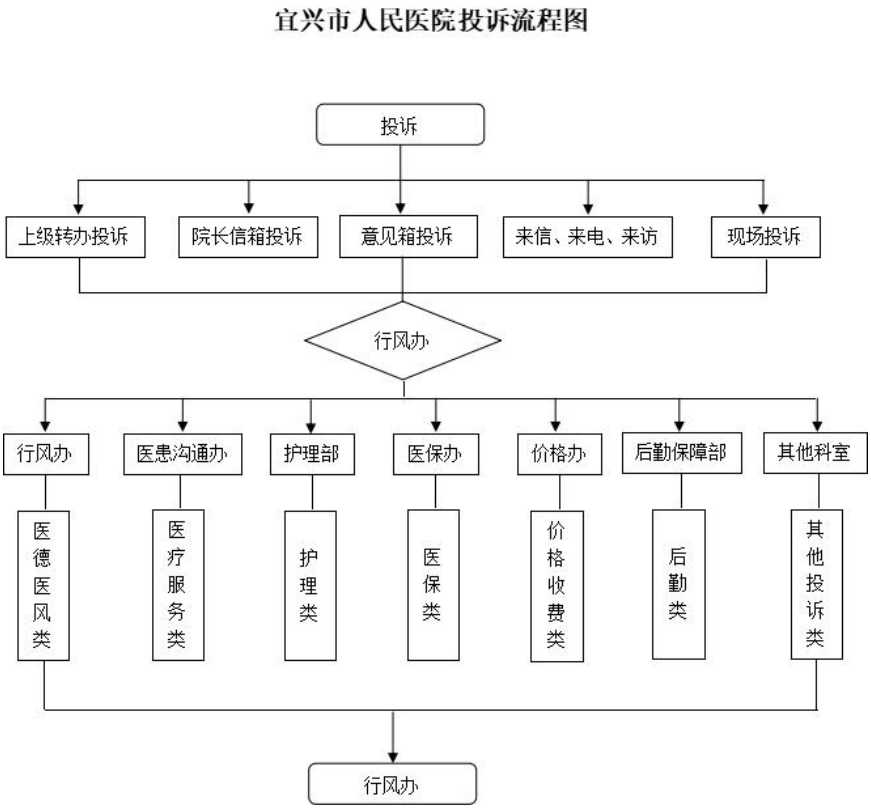
医院搬迁，电话号码变更。

五、修订记录

2019年09月第1次修订

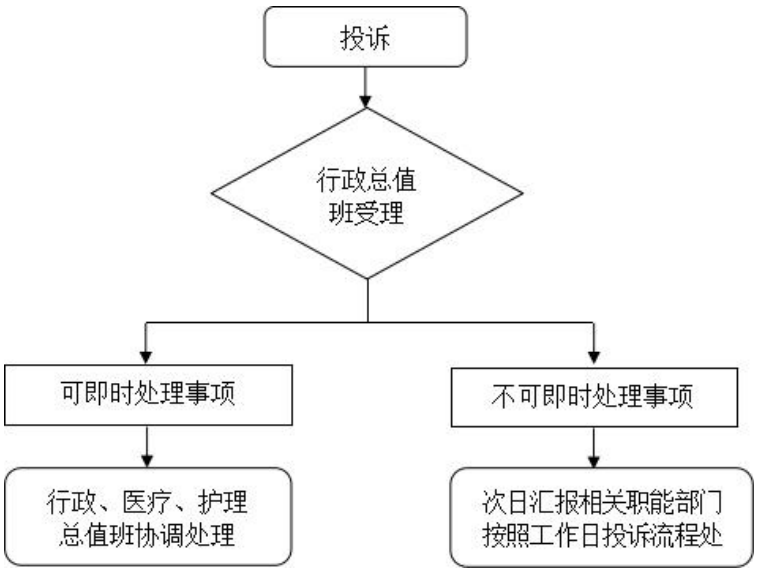
2025年11月第2次修订

附件一



附件二

宜兴市人民医院节假日、夜间投诉处理流程



医院节假日、夜间投诉：81550101/81550102/81550103（8101/8102/8103）转行政总值班
宜兴市卫健委投诉电话：87980140

专业技术人员权责管理制度

文件编号：YXPH-DQ-HFB-2026-023-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：行风办公室	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为清晰划定全院专业技术人员执业权责边界，持续纠治医疗行业不正之风，筑牢医务人员廉洁从业思想防线，切实保障群众公平就医权益，推动医院行风建设常态化、长效化开展，依据法律法规和行业准则等规定，结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度适用于医院全体专业技术人员，含医师、护士、药师、技师等卫生专业技术人员，以及进修、规培、实习等在本院从事诊疗活动的人员。

第二条 专业技术人员执业应当遵循依法依规、廉洁公正、患者至上的原则，不得利用专业技术影响或工作便利谋取不正当利益。

第三条 本制度所称“利益相关人员”是指专业技术人员的配偶、子女及其亲属等，以及其他与专业技术人员存在利害关系的特定关系人（如师生关系、投资合作关系、债权债务关系等）。

第二章 权利与义务

第四条 专业技术人员依法享有以下权利：

（一）按照注册的执业类别、执业范围开展相应的医疗、教学、科研等活动；

（二）获取与本人专业技术水平相适应的劳动报酬和福利待遇；

（三）参加继续医学教育和专业培训；

（四）依法参与医院民主管理和学术活动；

（五）法律法规规定的其他权利。

第五条 专业技术人员应当履行以下义务：

（一）严格遵守国家法律法规、诊疗规范、医疗核心制度和本院各项规章制度；

（二）恪守职业道德，廉洁从业，自觉抵制行业不正之风；

（三）公平公正对待每一位患者，不得因任何不当因素影响医疗服务的公平性和公正性；

（四）主动接受医院管理和社会监督；

（五）法律法规规定的其他义务。

第三章 执业行为权责规范

第六条 在挂号与预约诊疗方面，专业技术人员应当遵守以下规定：

（一）不得利用专业技术影响及工作便利为利益相关人员预留号源或给予插队、加塞等特殊照顾；

（二）不得指使或授意他人违规操作挂号系统；

（三）医院实行实名制挂号，严禁冒名挂号、倒卖号源等行为。

第七条 在床位安排方面，专业技术人员应当遵守以下规定：

（一）床位安排应当严格依据病情危重程度、诊疗需要和入院先后顺序等客观标准，由科室集体研究决定，任何个人不得违规干预；

（二）不得利用专业技术影响及工作便利为利益相关人员优先安排床位、调换优质床位；

（三）不得以任何理由变相拒绝收治患者或诱导患者转院，以腾出床位供利益相关人员使用。

第八条 在药品、耗材及设备遴选和使用方面，专业技术人员应当遵守以下规定：

（一）药品、耗材的选择应当遵循安全性、有效性、经济性原则，以临床需要为依据，不得因个人利益倾向特定厂商或产品；

（二）不得利用诊疗便利，以明示或暗示方式向患者推荐或开具指定厂家、指定品牌的药品及耗材，亦不得为利益相关人员提供任何形式的引流或促成便利；

（三）参与药事管理委员会、耗材管理委员会等决策机构的人员，在涉及利益相关人员关联的评审、遴选事项中应当主动回避，并事先声明相关利害关系；

（四）大型设备检查应当严格掌握临床适应症，遵循合理检查原则，不得以任何理由为利益相关人员安排不必要的检查，或给予检查优先级、结果解读等方面的特殊便利。

第九条 在评审评价方面，专业技术人员应当遵守以下规定：

（一）在职称评审、岗位聘任、评优评先、绩效考核等评价活动中，评审人员应当客观公正，不得为利益相关人员提供不公正的评分或评价；

（二）涉及本人或利益相关人员的评审评价事项，评审人员应当主动申请回避，并事先声明相关利害关系；

（三）不得利用职务影响力干预或操纵评审评价结果。

第十条 在产品宣传方面，专业技术人员应当遵守以下规定：

（一）不得利用所在医疗机构、职务、职称以及个人专业影响力，进行药品、医疗器械、保健品、健康食品等相关产品的商业宣传或变相推广；

（二）不得以授课、讲座、学术会议等名义为医药产品进行有偿宣传或代言；

（三）不得在诊疗过程中向患者推荐特定商业机构的健康产品或服务并从中获利；

（四）经批准的公益性健康科普活动，不得含有商业推广内容。

第十一条 在科研和学术活动方面，专业技术人员应当遵守以下规定：

（一）接受医药企业等第三方资助参加学术会议、开展科研合作的，应当如实向医院报告并接受监督；

（二）不得借学术活动名义接受企业的宴请、旅游、高消费娱乐等不当安排；

（三）科研论文、学术成果应当真实客观，不得受利益相关人员影响而做出不实陈述或选择性报告。

第十二条 在转介患者方面，专业技术人员应当遵守以下规定：

（一）确因本院条件所限需要转诊的，应当依据诊疗需要和患者意愿，客观推荐具备相应资质的医疗机构，由患者自主选择；不得指定或变相指定具体转诊机构以获取利益；

（二）不得通过介绍患者到其他单位检查、治疗或购买药品耗材等收取提成或好处费；

（三）不得安排患者到利益相关人员开办或持股的机构就医、检查或购买产品。

第十三条 在患者隐私保护方面，专业技术人员应当遵守以下规定：

（一）严格保护患者隐私和个人信息，确保患者院内信息安全；

（二）严禁违规收集、使用、加工、传输、透露、买卖患者在院内提供的个人资料、产生的医疗信息；

（三）未经患者本人同意，不得向任何第三方透露患者的病情、诊疗信息及其他隐私信息，法律法规另有规定的除外。

第四章 利益冲突回避

第十四条 专业技术人员在执业过程中，遇有下列情形之一的，应当主动向科室负责人和行风办书面报告并申请回避：

（一）涉及本人及利益相关人员的诊疗决策、手术安排、药品耗材选择等事项；

（二）涉及本人及利益相关人员的职称评审、岗位竞聘、评优评先等评价事项；

（三）涉及本人及利益相关人员参与的药品、耗材、设备采购论证或遴选；

（四）其他可能影响公正履职、存在利益冲突的情形。

第十五条 科室负责人或医院发现存在应回避而未回避的情形，有权采取强制回避措施（如更换管床医师、调整床位安排、更换评审专家等），并追究相关人员责任。

第五章 培训与教育

第十六条 医院将本制度纳入岗前培训和继续医学教育必修内容。

第十七条 新入职专业技术人员须在入职后 1 个月内完成本制度专题培训并签署《廉洁从业承诺书》（见附件 2），未签署者不予办理执业注册手续。

第十八条 医院每年至少组织一次全员行风专题培训，每半年开展一次典型案例

警示教育。

第十九条 科室应当利用晨会、科室例会等开展经常性提醒教育，做到警钟长鸣。

第六章 制度执行与附则

第二十条 本制度由行风办负责解释。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[EB/OL].(2019-12-28).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.

[2]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[3][1]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则（国卫医发〔2021〕37 号）[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100067/202111/0c7f21b59d064cfaa49b35fe970cffdd.shtml.

[4]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药局，国家疾控局，等.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则（国卫医急发〔2025〕13 号）[EB/OL].（2025-9-24）.

[5]国家卫生健康委.全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（国卫医急发〔2024〕22 号）[Z].2024.

附件

廉洁从业承诺书

我郑重作出如下廉洁从业承诺：

一、遵纪守法，恪守职业道德

遵守国家法律法规、行业规范及医院各项规章制度，践行救死扶伤、全心全意为患者服务的职业宗旨；遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《医务人员职业道德准则》等党纪法规，不断增强廉洁从业意识。

二、廉洁行医，拒收患方“红包”

恪守医德、严格自律。不利用号源、床位、手术安排等收受或索要患者“红包”；不索取或收受患者及其亲友的礼品、礼金、消费卡和有价证券、股权、其他金融产品等财物；不利用执业之便借用患方房产、车辆、首饰等财产财务，或要求为其解决个人事项提供个人便利；不参加由患方支付费用的宴请、旅游、学习、考察、健身、娱乐等。

三、合理取酬，抵制商业贿赂

不违规兼职获取报酬；不利用职权为本人及特定关系人经商办企业提供便利条件；不接受任何药品、医疗设备、医疗器械、医用卫生材料等医疗产品生产、经营企业或经销人员以任何名义、任何形式给予的回扣、提成和其他不正当利益；不参加任何药品、医疗设备、医疗器械、医用卫生材料等医疗产品生产的推荐、采购、供应或使用为交换条件的推广活动；在基本建设、科研活动、信息系统建设等工作中，不索取或接受生产、经营企业及其代理机构（个人）或经销人员的财务或其他利益的商业贿赂；不以开单提成、转介患者到其他机构检查、检测、治疗、购买医药产品等牟利；不以健康科普为名牟利；不私自向社会组织、药品、医用耗材供应商及营销人员等提供医疗机构内未公开的数据、患者用药用材及检验检查等信息；不以讲课费、顾问费、咨询费、课题费等名义从关联企业牟取高额利益；不参加由关联企业提供的宴请、旅游、学习、考察、健身、娱乐活动等。

四、诚实守信，合规使用医保

严格遵循《医疗保障基金使用管理条例》规定，不伪造、篡改、隐匿、违法销毁医学文书、医学证明、会计凭证及电子信息等关键资料，以套取或骗取医保基金；不将非医药费用、非医疗保障基金支付范围的费用纳入医疗保障基金结算；不串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；不虚构医药服务项目，或开具与患者本人疾患不相关的用药处方。

五、规范执业，守牢守好职业底线

坚持合理检查、合理治疗、合理用药，严格执行十八项核心制度，不开大处方、不开展不必要的检查以牟利；不违规推荐患者外购药品、外送样本检验以牟利；不违规擅自在各类网络诊疗平台上为患者进行诊疗或开具处方以牟利；不利用药品耗材临床试验项目的患者入组、推进项目等事项牟取私利；不非法应用人类辅助生殖技术、参与非法医疗美容等活动或实施禁止类医疗技术；不违规开具、伪造、倒卖《居民死亡医学证明(推断)书》《出生医学证明》，或泄露相关人员隐私信息。

六、公正履职，落实捐赠要求

不以打招呼、托关系、走后门等不正当方式谋取职称(务)晋升、评优评先、科研立项、成果奖励、荣誉称号等；不采用任何方式索要、摊派或者变相摊派捐赠；不违规接受与医院采购、知识产权、科研成果、行业数据及信息等权利和主张相关的捐赠。

七、保护隐私，恪守保密准则

确保患者院内信息安全，严禁违规获取、查阅、收集、使用、加工、传输、泄露、篡改、买卖患者在医疗机构内所提供的个人资料、产生的医疗信息；充分尊重患者及家属的知情权、选择权和监督权。

八、如实报告，主动接受监督

积极配合上级对科室及个人违法违纪、党风行风问题的调查工作，如实反映情况，不隐瞒、

不谎报、不干扰监督检查和案件查处；不以任何形式打击报复办案人员、检举控告人和证明人；自觉接受组织、同事和群众的全面监督，定期汇报个人廉洁自律工作情况。

本人如违反上述承诺，愿意按有关规定接受组织处理或纪律处分，承担相应法律责任。

本承诺书一式两份，一份由本人留存，一份存入个人廉政档案。

承诺人（签字）：

日期： 年 月 日

信访举报受理制度

文件编号：YXPH-DQ-JCS-2025-001-03	制定时间：2019-09-30
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：纪检监察办公室	修订版本：2
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为加强我院党风廉政建设，畅通监督渠道，根据《纪检监察机关处理检举控告工作规则》《中国共产党纪律处分条例》等有关工作要求，特制定本制度。

二、内容

（一）信访举报受理原则

1．实事求是。以事实为依据处理信访举报，支持信访举报人客观真实地反映情况。

2．依规依纪依法。按照党章党规党纪和宪法法律以及信访工作有关规定处理信访举报，引导信访举报人依规依法、理性有序地反映问题。

3．保障合法权利。既要保障信访举报人的合法权利，又要查处诬告陷害行为，保护党员、干部干事创业积极性。

（二）信访举报受理范围

1．依规依纪依法，按照管理权限分级受理下列信访举报：

（1）对党组织、党员违反政治纪律、组织纪律、廉洁纪律、群众纪律、工作纪律、生活纪律等党的纪律行为的检举控告；

（2）医院职工不正确履职，违反秉公用权、廉洁从业以及道德操守等规定，涉嫌贪污贿赂、滥用职权、玩忽职守、利益输送、徇私舞弊以及职务犯罪行为的检举控告；

（3）针对党组织、党员和监察对象违纪违法、失职渎职，损害党员和群众合法权益的控告；

（4）依法依纪依规应由纪检监察室受理的不服党纪政纪处分和其他处理的申诉；

（5）涉及职工本人的处分决定不服的复核申请；

（6）对党风廉政建设和反腐败工作的意见建议；

（7）其他违反廉洁从政、廉洁行医相关规定的情况。

2．对下列反映事项不予受理：

（1）已经或者正在通过诉讼、仲裁、行政裁决、行政复议等途径解决的；

（2）依照人事管理权限及医院相关工作管理规定，属于其他机关单位或部门职责范围的；

（3）仅列举违纪、职务违法犯罪行为，无实质内容无法核实的。

（三）检举、控告、申诉人的权利和义务

根据《中国共产党纪律检查机关控告申诉工作条例》及有关规定，检举、控告、申诉人在检举、控告、申诉活动中必须对所检举、控告、申诉的事实的真实负责。接受调查、询问时，应如实提供情况和证据。如有诬陷、制造假证行为，应承担纪律和法律责任。

1．检举、控告、申诉人享有以下权利：

（1）对党员、党组织和监察对象涉嫌违纪违法的行为有权提出检举、控告；

（2）有权要求与检举、控告、申诉案情有关或有牵连的承办人回避；

（3）因进行检举、控告、申诉，其合法权利受到威胁或侵害时，有权要求受理机关可行范围内给予保护。

2．检举、控告、申诉人承担以下义务：

（1）如实提供所掌握的全部情况和证据，对所检举、控告、申诉的事实的真实性负责，不得夸大、歪曲事实，不得诬告陷害他人；

（2）遵守党的纪律和控告申诉工作的有关规定，维护社会秩序和工作秩序，不得损害党、国家、医院和医院职工的合法利益以及合法权利；

（3）接受党组织、单位的正确处理意见，不得提出党内法规和法律法规规定以外的要求；

（4）党内法规和法律法规规定的其他义务。

（四）诬告陷害行为的查处

采取捏造事实、伪造材料等方式反映问题，意图使他人受到不良政治影响、名誉损失或者责任追究的，属于诬告陷害，纪检监察部门将依规依纪依法严肃处理，或者移交有关机关依法处理，并将查处的诬告陷害典型案件通报曝光。

（五）医院纪检监察信访举报渠道

1．网络举报：通过邮箱（jcs@yxph.com）。

2．电话举报：纪检监察室 0510-83055626。

3．举报地址：宜兴市人民医院纪检监察室。

三、参考文献

[1]中共中央办公厅.纪检监察机关处理检举控告工作规则[EB/OL].(2020-01-21).https://www.ccdi.gov.cn/.

[2]中共中央.中国共产党纪律处分条例（2023年修订版）[S].2023-12-19（2024-01-01施行）.

[3]中共中央纪律检查委员会.中国共产党纪律检查机关控告申诉工作条例[EB/OL].(1993-08-22).https://www.12371.gov.cn/xxck/19930822/.

四、修订原因

根据信访举报程序实际需要进行修订。

五、修订记录

2021年10月第1次修订

2025年12月第2次修订

纪检监察监督工作实施办法

文件编号：YXPH-DQ-JCS-2026-001-01	制定时间：2025-12-05
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：纪检监察办公室	修订版本：/
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为认真贯彻落实上级全面从严治党的各项工作要求，努力形成监督执纪问责常态化、规范化、精细化的工作机制，根据《中国共产党党内监督条例》《中国共产党纪律处分条例》等相关规定，结合医院工作实践，制定本办法。

二、内容

（一）指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻上级重大决策部署，健全党委主体责任、纪委监督责任、党委书记第一责任、班子成员一岗双责的机制，依托有力的纪检监察监督工作，实现以防为主、抓早抓小的目标，切实推进医院党风廉政与行风建设。

（二）工作原则

1．坚持强化政治责任原则。进一步提高政治觉悟，牢固树立“四个意识”，强化政治担当，始终把党的政治建设放在首位，严明党的政治纪律和政治规矩。

2．坚持抓“关键少数”原则。在管好“绝大多数”的同时，聚焦“关键少数”，以更高的标准、更严的要求，坚决遏制违纪违法苗头和倾向，坚决问责怠于履责履职者，坚决查处违纪违法者。

3．坚持问题导向原则。着力发现问题、解决问题，紧盯问题关键点、要害处，对症下药、精准发力，惩前毖后、治病救人，抓早抓小、防微杜渐。

4．坚持分级负责原则。按照“谁主管、谁负责”和院科两级负责制的要求，体现“抓落实是本职、不抓落实是失职”的担当精神。

5．坚持专项监督和其他监督相结合原则。进一步深化转职能、转方式、转作风成效，把纪检监察室依纪依法履行监督专责与医院其他监督有机结合，不断提升监督实效。

（三）组织领导

开展纪检监察监督工作，由党委统一领导，纪委承担主责主业，纪检监察室组织协调，职能部门按照管理权限和职责分工履责尽责，党支部和党员全面参与，依照有关制度、规定，通过全面性与专项性相结合的方式，有计划、有步骤的实施。

（四）监督对象

适用于医院全体党员干部、职工及行使公权力的其他工作人员。

（五）监督内容

1．政治监督。重点监督检查以下内容：

（1）医院各级党组织和党员干部学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想、习近平总书记重要讲话和指示批示精神情况。

（2）贯彻落实党中央关于卫生健康工作的重大决策部署、国家医保政策、医药卫生体制改革精神等情况。

（3）执行党的政治纪律、组织纪律、廉洁纪律、群众纪律、工作纪律和生活纪律情况。

（4）党委领导下的院长负责制落实情况，领导班子议事规则执行情况。

2．主体责任监督。重点监督检查以下内容：

（1）医院领导班子及其成员落实主体责任清单、履行“一岗双责”情况。

（2）开展廉政风险防控管理、加强党风廉政制度建设及执行情况。

（3）党建述职评议、民主生活会、组织生活会等制度落实情况。

3．作风监督。重点监督检查以下内容：

（1）落实中央八项规定精神，驰而不息纠治“四风”情况。

（2）是否存在形式主义、官僚主义问题。

（3）是否存在违规公款支出、公款旅游、违规配备使用公务用车、违规发放津补贴或福利、违规收送礼品礼金等问题。

4．权力运行监督。重点监督检查以下内容：

（1）“三重一大”集体决策制度执行情况。

（2）请示报告制度落实情况。

（3）选人用人全过程监督。

5．重点领域监督。聚焦以下高风险领域和环节：

（1）医药招采：药品、医用耗材、检验试剂的采购和使用管理。

（2）设备采购：医疗设备、信息化设备的采购、验收及使用管理。

（3）工程基建：基建工程、修缮改造项目的招标、施工、验收全过程。

（4）医保基金：医保基金的使用管理，是否存在欺诈骗保等行为。

（5）财务管理：经费预算、科研经费、固定资产管理。

（6）人事管理：干部选拔任用、人员招聘引进。

（7）科研学术：科研经费使用、学术诚信等。

（六）监督方式

1．日常监督。综合运用以下方式开展常态化监督：

（1）参加会议。医院党委会、院长办公会等重要会议，对决策过程进行监督。

（2）谈心谈话。常态化开展廉政谈话、提醒谈话、任前谈话、诫勉谈话。

（3）查阅资料。调阅有关文件、会议记录、财务账目、合同协议等资料。

（4）调研走访。深入临床科室开展调研，了解党风廉政建设情况和干部职工思想动态。

（5）信访受理。畅通来信、来访、来电和网络举报渠道，规范处置问题线索。

2．专项监督。针对重点领域、重要事项开展专项监督检查：

（1）围绕药品耗材采购、设备采购、基建工程等大额资金项目，全程监管招标、评标、合同履约等关键环节。

（2）围绕诊疗规范，严查不合理检查、不合理用药、不合理治疗、不合理收费等行为。

（3）围绕医保基金使用，联合医保、财务等部门开展专项检查。

（4）围绕选人用人，对干部选拔任用全过程进行监督。

3．智慧监督。积极运用信息化手段提升监督效能：

（1）利用合同、药耗、人力资源等信息系统，动态分析业务数据。

（2）重点对药品耗材异常使用、招标采购价格异常等数据进行智能监测与联合研判。

（3）对系统预警的异常信息，建立快速干预与精准处置机制。

4．群众监督：

（1）在门诊大厅、住院部等醒目位置公布举报电话、设置举报信箱。

（2）设立“码上监督、码上办理”等线上监督平台。

（3）建立行风监督员监督机制，及时听取意见、查找短板。

（4）建立“诉求闭环处理”机制，确保群众反映问题件件有回音。

（七）监督结果应用

坚持把纪律挺在前面，针对监督中发现的问题，运用监督执纪“四种形态”，让“红红脸、出出汗”成为常态，党纪轻处分、组织调整成为违纪处理的大多数，党纪重处分、重大职务调整的成为少数，严重违纪涉嫌违法立案审查的成为极少数。

1．责令整改。根据监督情况反馈，由相关科室、部门、人员提出进一步整改措施，并在时间节点内完成整改。

2．纳入考核。将监督结果纳入党风廉政和行风责任制年度考核以及医德医风档案，与职称晋升、评优评先、干部选拔挂钩。

3．谈话函询。对受理的问题线索符合有关规定情形的，按照相关规定组织开展谈话函询。

4．初步核实。对谈话函询的问题线索符合有关规定情形的，按照相关规定组织开展初步核实，并根据初步核实的情况区别不同情形进行处理。

5．实施问责。贯彻“有权必有责、有责要担当、失责必追究”的要求，对监督对象符合问责情形的，依照相关规定，按照管理权限提出问责建议、进行问责调查或做出问责决定。

6．提出纪检监察建议。发现有关科室、部门、人员贯彻执行相关制度不严、措施不力，提出纪检监察建议，限期整改落实，并对执行情况跟踪监督。

7．党纪处分或行政处分。监督对象依照规定应当给予纪律处分的，或者应当给予行政处分的，必须严肃追究。

8．通报。利用月度工作会、科务会对日常监督结果进行通报。监督对象因违纪违法受到党纪处分和政纪处分，可视情况在一定范围内予以通报。

（八）监督合力

在监督工作中，通过借助多方力量，形成全方位合力，更好的发现问题、查找不足、推动整改。

1．医院纪委主动接受卫健委等上级部门的督促和指导，定期报送工作信息。对上级部门开展的有关工作提供必要协助，协调处理有关问题。

2．充分发挥党支部、纪检委员、党员在院内宣传教育、参与监督的作用，模范带头遵纪守法、廉洁自律，更好地营造医院风清气正的局面。

3．通过医院聘请的行风社会监督员的帮助，加强对党风廉政和行风建设工作的监督检查，提出意见和建议，督促整改。

（九）其它

1．本办法由医院纪委负责解释。

2．本办法自发文之日起实施。

三、参考文献

[1]中国共产党第十八届中央委员会第六次全体会议.中国共产党党内监督条例[M]北京：人民出版社，2016.

[2]中共中央.中国共产党纪律处分条例[M].北京：中国方正出版社，2023.

[3]全国人民代表大会.中华人民共和国监察法[M].北京：中国方正出版社，2025.

[4]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药管理局.关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则的通知：国卫医发〔2021〕37号[EB/OL].(2021-11-12).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202111/eb36df0259754845a7ac91384b6a6376.shtml.

廉洁教育工作机制

文件编号：YXPH-DQ-JCS-2026-002-01	制定时间：2025-12-05
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：纪检监察办公室	修订版本：/
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为压实全面从严治党主体责任，筑牢医务人员拒腐防变思想防线，结合医药领域腐败问题整治、医院廉政三色预警管控机制，建立常态化、分层分类的廉洁教育体系，规范全院廉洁教育开展，防范医务岗位廉政风险，特制定本机制。

二、内容

（一）工作目标：坚持教育、警示、预防一体推进，实现教育对象全覆盖、教育环节全贯通、风险岗位全聚焦，推动廉洁教育融入日常医疗、采购、行政、科研等各项业务，把纪律规矩内化于心、外化于行。

（二）适用范围：全院职工

（三）职责分工

1．党委：主体责任，统筹全院廉洁教育总体部署，将廉洁教育纳入党委理论学习中心组。

2．纪检监察室：牵头组织，负责警示教育、廉政谈话、风险预警教育。

3．各科室负责人：第一责任人，落实科室廉洁教育工作，开展科室内部提醒谈话。

4．党政办、人事科、行风办等职能科室：协同落实，将廉洁教育纳入党员学习、新员工入职、干部培训、继续教育等内容。

5．全院职工：全员参与、主动接受廉洁教育，形成上下联动、全员参与、层层落实的工作格局。

（四）教育主要内容

1．政治纪律教育内容：习近平总书记关于卫生健康、全面从严治党重要论述，医药领域不正之风专项整治政策文件。

2．纪法法规教育：《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《中华人民共和国公职人员政务处分法》《事业单位工作人员处分规定》《中华人民共和国政府采购法》等政府采购纪律、《中国共产党纪律处分条例》《中华人民共和国刑法》中职务犯罪相关条款等。

3．警示教育：医药领域典型案例通报、系统内违纪违法案件、本院巡察审计发现问题，以案促改、以案示警。

4．医德医风教育：医患沟通、行风建设，拒收红包回扣、规范诊疗行为。

5．岗位风险教育：针对采购、药学、基建、财务、设备等高风险岗位，开展岗位廉政风险点学习。

6．正面示范教育：学习先进医务典型、清廉榜样，弘扬医疗卫生职业精神。

（五）分类分层教育实施方式

1．常态化日常廉洁教育

（1）党支部“三会一课”、主题党日：每季度至少1次廉洁主题学习；

（2）科室晨会、科务会：各科室利用晨会、科务会，开展廉洁提醒；逢节假日必做节前廉洁提醒。

（3）全院集中学习：每年组织全院性廉洁专题大会，开展专题讲座。

2．重点人群专项教育

（1）新入职人员：入职培训必须设置廉洁从业课程，学习九项准则，开展廉洁宣誓，签订廉洁从业承诺书。

（2）中层干部、关键岗位（采购、药学、器材、后勤、财务、设备、信息）：每年开展廉政专题培训；轮岗、调整岗位前开展任前廉政谈话。

（3）重点风险对象（廉政三色预警：黄、红色预警人员）：实施“预警+教育”，对黄色预警开展提醒谈话教育；红色预警开展批评教育、廉政警示教育，跟踪思想动态，做好教育记录。

3．警示教育（以案促改）

（1）通报医疗卫生系统腐败案件，剖析收受回扣、设备耗材采购腐败、违规接受供应商宴请等典型案例。

（2）发生院内违纪问题、审计巡察发现问题，落实一案一教育，在相应科室开展以案促改专题剖析，深挖思想根源，堵塞制度漏洞。

4．廉政谈话

（1）任前谈话：干部提拔、关键岗位轮岗必须开展任前廉政谈话。

（2）日常谈心谈话：科室负责人定期与科室人员谈话，抓早抓小。

（3）节日提醒：春节、中秋等重要节点，通过工作群、OA通知发布廉洁提醒。

5．廉洁文化建设

（1）打造院内廉洁文化阵地，宣传栏、公众号推送廉洁宣传内容；开展廉洁征文、廉洁书画展、清廉科室创建。

（2）倡导家庭助廉，适时开展家庭助廉活动，筑牢家庭防线。

（六）工作流程与台账管理

1．建立廉洁教育台账，做到有计划、有记录、有签到、有资料、有影像。台账内容：学习资料、签到表、照片、谈话记录、承诺书。

2．纪检监察室定期督查各科室廉洁教育落实情况，督查结果纳入科室绩效考核、党风廉政建设考核。

（七）结果运用

廉洁教育落实情况作为科室负责人履职考核、干部评优评先重要依据。科室未落实廉洁教育、反复出现行风问题，对科室负责人进行约谈。

（八）附则

本机制由医院纪检监察办公室负责解释，自印发之日起执行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药管理局.关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则的通知：国卫医发〔2021〕37号[EB/OL].(2021-11-12).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202111/eb36df0259754845a7ac91384b6a6376.shtml.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国公职人员政务处分法[Z].2020-06-20.

[3]中共中央组织部，人力资源社会保障部.事业单位工作人员处分规定：人社部发〔2023〕58号[Z].2023-11-06.

[4]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国政府采购法[Z].2014-08-31.

[5]中共中央.中国共产党纪律处分条例[EB/OL].(2023-12-19)

[6]全国人民代表大会.中华人民共和国刑法[Z].2023-12-29.

第二章　行政管理制度

一、行政管理制度

院长办公会议事规则

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-003-02	制定时间：2021-09-15
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：1
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为坚持和加强党对公立医院的全面领导，健全现代医院管理制度，进一步明确院长办公会议的议事决策范围、原则和程序，提高会议效率与决策的科学性、民主性、合法性，确保医院医疗、教学、科研、行政管理等各项工作有序开展，根据国家相关法规文件及医院党委要求，特制定本规则。

二、内容

第一章　总　则

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

第二条　坚持党委领导下的院长负责制。院长在医院党委领导下，组织实施医院党委有关决议或决定，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。

第三条　院长办公会议是医院行政议事决策机构，坚持全面贯彻新时代党的卫生与健康工作方针，贯彻落实深化医药卫生体制改革政策措施，坚持公立医院公益性，推进医院医疗、教学、科研、管理各项工作健康发展。

第二章　议事决策范围

第四条　院长办公会议主要研究提出拟由党委会会议讨论决定的重要事项方案，具体部署并落实党委会会议决议的有关措施，研究决定医疗、教学、科研、行政管理工作。

第五条　院长办公会议研究提议的重要事项：

（一）医院发展规划、综合改革发展方案，医疗、教学、科研、行政管理的重要改革措施、重要工作计划、重要规章制度等；

（二）医院医疗、教学、科研、行政管理机构、人员岗位的设置和调整方案；

（三）医疗、教学、科研平台和团队建设，有关项目、经费管理和成果转化、奖励方案；

（四）医院人才工作规划，人才培养、引进计划和人才激励保障等相关政策措施；

（五）医院年度财务预算方案、决算情况的审定，大额度支出和预算追加，以及其他大额度资金运作事项；

（六）各级各类重点建设项目事项：大型医疗设备、大宗医用耗材、器械物资采购和购买服务，基本建设和大额度基建修缮等重大项目设立和安排方案；

（七）医院重要资产处置、重要资源配置、无形资产授权使用方案；

（八）医院国内国(境)外交流与合作重要项目；

（九）专业委员会等医疗、教学、科研学术组织和管理、咨询组织设置和调整方案，以及学术评价、审议、评定工作中的重要事项；

（十）医疗、科研、教学、行政管理的院级及院级以上评优评先和重要表彰奖励事项；

（十一）医德医风和医院文化建设的重要事项；

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

（十三）院长认为需要提交党委会会议讨论决定的其他事项；

（十四）医院党委认为需要先由院长办公会议审议的其他事项。

第六条　院长办公会议讨论决定的事项：

（一）贯彻执行党的路线方针政策和上级部门决策部署，加强医疗、教学、科研、行政管理的工作措施；

（二）执行医院党委会会议决议或决定事项的实施方案和重要措施；

（三）医院医疗、教学、科研、行政管理具体规章制度的制定和执行；

（四）医院人才培养、引进、使用日常工作的重要事项；

（五）医疗、教学、科研平台和团队建设，项目、经费管理和成果转化、奖励日常工作中的重要事项；

（六）医院医疗质量、医疗安全、药事质控、院感管理等重要事项；

（七）医院临床教学、继续教育和职工境内外派学习、进修等重要事项；

（八）医院年度财务预算方案的执行，大额度支出和年度追加预算的执行，大额度资金调动、使用和运作的具体安排，以及财务管理与监督审计的重要事项；

（九）医院重要资产处置、重要资源配置、无形资产授权使用方案实施中的重要事项；

（十）医院重大建设、合作、采购项目实施中的重要事项，一般建设、修缮项目的设立和普通物资采购、购买服务的安排方案；

（十一）医院日常行政事务、后勤运行保障、安全生产、信息化建设、社会服务等重要事项；

（十二）医院国内国(境)外交流与合作项目实施中的重要事项；

（十三）医院职工代表大会等有关行政工作的提案、意见办理事项；

（十四）其他事关医院事业发展、职工切身利益的重要行政事项；

（十五）按规定需要由院长办公会议审议的其他事项。

第三章　议事决策原则和程序

第七条　院长办公会议一般每月两次。遇有重要情况经院长同意可以随时召开。会议由院长召集并主持。院长不能参加会议的，可以委托副院长召集并主持。

第八条　院长办公会议成员一般为医院行政领导班子成员。会议必须有半数以上成员到会方可召开。讨论决定重要事项时，必须有三分之二以上行政领导班子成员到会。会议成员因故不能参加会议的，应当在会前向院长请假。

医院纪委书记应当参加会议。根据会议议题情况，医院党委其他成员和议题相关单位负责人等可以列席会议。列席人员有发言权，没有表决权。

第九条　院长办公会议议题由院长提出，也可以由行政领导班子其他成员提出建议、经院长综合考虑后确定。对重要议题，院长应当在会前听取党委书记意见，意见不一致的应当暂缓上会。集体决定重大事项前，党委书记、院长和有关领导班子成员要个别酝酿、充分沟通。

第十条　院长办公会议应当健全决策咨询机制。对拟研究讨论的重要事项，议题相关科室应当深入开展调查研究，充分听取各方面意见，视情况进行合法合规性审查和风险评估。对专业性技术性较强的重要事项，应当经过专家评估及技术、政策、法律咨询，涉及医疗、教学、科研业务的重要事项，应当充分听取专业委员会等学术组织和管理、咨询组织的意见；对涉及职工切身利益的重要事项，应当通过职工代表大会或其他方式广泛听取职工意见建议。

第十一条　院长办公会议议题实行一事一议制度，议题相关材料应当至少提前 1 天提交至党政办公室，党政办公室应当提前将会议议题及相关材料送达有关参会人员。

第十二条　院长办公会议议题由分管院领导或相关科室负责人汇报。院长办公会议按既定议程逐项进行，无特殊情况或未经院长同意一般不临时动议议题。

第十三条　院长办公会议研究讨论议题时，出席人员应当充分讨论，对决策建议明确表示同意、不同意或缓议的意见，并说明理由。未到会领导班子成员的意见可以书面形式表达。院长应当最后表态。

第十四条　院长办公会议研究讨论议题时，院长应当广泛听取与会人员意见建议，在此基础上对研究讨论的事项作出决定。如对重要问题发生较大意见分歧，一般应当暂缓作出决定。

第十五条　紧急情况下不能及时提交院长办公会议研究讨论的事项，可由院长与分管院领导共同商议临机处置，事后应当及时向院长办公会议通报。

第十六条　院长办公会议议题涉及与会人员本人或其亲属的，以及与本人有直接利益关系或其他需要回避的情形的，本人必须回避。

第十七条　院长办公会议作出的决议或决定，适宜公开的应当依据有关规定及时公开，对需保密的会议内容和尚未正式公布的会议决定，与会人员应当遵守保密规定。

第四章　议定事项执行与监督

第十八条　院长办公会议决定的事项，由医院分管领导或相关科室负责组织实施，执行情况应当及时向院长或院长办公会议汇报。明确由相关单位负责的，由党政办公室负责传达和督促检查。医院应当建立有效的督查评估和反馈机制，确保决策落实。

第十九条　院长办公会议讨论决定的事项，医院行政领导班子成员、相关单位和个人应当及时执行；执行不力的，应当依照有关规定问责追究；决策执行过程中需作重大调整的，应当提交院长办公会议决定；需要复议的，按照第九条规定重新提交议题。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.关于建立现代医院管理制度的指导意见（国办发〔2017〕67号）[EB/OL].(2017-07-14).https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5217735.htm.

[2]中共中央办公厅.关于加强公立医院党的建设工作的意见[EB/OL].(2018-06-25).https://www.gov.cn/zhengce/2018-06/25/content_5301208.htm.

[3]中共江苏省委组织部，中共江苏省卫生健康委员会党组.关于转发公立医院党委会会议和院长办公会议议事规则示范文本的通知(苏卫党〔2021〕31号)[Z].

四、修订原因

根据上级党组织最新文件精神（苏卫党〔2021〕31号）及医院管理实践需要，为进一步优化议事决策流程，明确职责分工，与医院党委会议事规则更好衔接，确保决策质量和效率。

五、修订记录

2025年12月第1次修订

医院规章制度管理办法

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2026-001-04	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：3
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为进一步规范医院制度建设，建立健全规章制度管理体系，强化制度制定、实施、修订、废止等全过程管理，促进依法执业，提升医院治理现代化水平，依据国家最新规范，特制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 为进一步加强医院制度建设，建立健全医院规章制度管理体系，规范医院规章制度的制定、实施、修订、废止和汇编、存档工作，强化医院管理，促进依法执业，依据国家相关法律法规及行业标准，制定本办法。

第二条 本办法所指规章制度是指医院及相关部门根据国家法律法规、部门规章和行业标准，结合医院自身实际，按规定的程序制定的各类规范医院管理和执业行为的、具有长期普遍约束力的规范性文件，包括章程、规定、规范、职责、办法、细则、标准等。

第三条 制度管理原则

遵循合法原则：符合国家法律法规、部门规范要求和行业管理标准，遵循医院办院宗旨、愿景规划和发展需求。

客观实际原则：符合医院管理体制，立足医院实际，符合医院管理和行业发展客观规律，具有可操作性。

系统有序原则：立足全局，统筹兼顾，系统分类、规范有序。保证部门内制度的完整、连续和部门间制度的协调、一致。

严明公正原则：制度内容概念清晰、表述严谨；制定修订严格程序、民主决策；实施执行标准统一、公开公正。

持续改进原则：根据上级规定和医院管理实际需要及时完善补充、持续改进。

第二章 管理机构和责任部门

第四条 医院职工代表大会是制度管理的最高权力机构，依据民主决策和“三重一大”等规定，对重大规章制度进行决策审批和执行监督。

第五条 医院党委会、院长办公会和各专业管理委员会负责跨条线、跨部门规章制度及条线部门内重大规章制度的决策审批和执行监管。

第六条 各职能部门在分管院领导指导下，负责条线内规章制度的起草、修订、评审、发布、执行监管和效果评估。

第七条 医院各部门、班组和职工有权通过合理途径和流程对规章制度的制定、修订、废止提出意见和建议，并享有执行监督权。

第三章 分级与分类

第八条 制度分类包括：党群工作和医德医风建设制度、行政管理制度、医疗业

务工作制度、护理工作制度、教育科研制度、药事管理制度、医院感染管理制度、公共卫生管理制度、后勤保障制度、信息管理制度、各专业委员会工作制度等。

第九条　制度分级分为：全院性制度、条线部门制度、科室内部制度。

第四章　管理流程

第十条　规章制度管理遵循起草、审核、签发、发布、试行、实行、修订、废止的流程，并做好汇编和归档。

第十一条　起草：由责任部门负责（跨部门业务由牵头部门组织联合起草小组），需深入调研、征集意见，符合国家法规和医院实际。

第十二条　审核：草案经分管院领导审核后，按重要程度和范围，报相关专业委员会、党委会、院长办公会或职工代表大会审议。

第十三条　签发：审核后填写《制度发布审核表》，按科室负责人签字确认→党政办公室核稿→分管院领导签字审核的程序签发。

第十四条　发布：根据制度分级，通过红头文件、会议、办公自动化等途径发布。

第十五条　试行（暂行）：对缺乏经验、效果难预测的制度可试行，时限原则上不超过 2 年。试行期间需评估效果，及时完善，成熟后转为正式制度。

第十六条　贯彻实行：由牵头部门负责发布、宣贯、培训、执行、监督、考核和效果评估。制度需注明生效日期，一经发布必须严格执行。

第十七条　修订和废止：

（一）出现以下情况时应及时修订或废止：

国家政策、法规、行业标准调整，与现行制度冲突；

医院运行环境、资源配置、管理机制、组织机构发生重大变化；

医院发展规划、管理策略有重大调整；

现行制度有明显缺陷，实施效果不佳或可能造成损失；

其他需修订或废止的重大事项。

（二）修订或废止由相关部门提出申请，说明依据和必要性，经分管领导审核后，按程序报相应会议审议批准。修订流程同发布流程。

第十八条　存档汇编：日常发布制度须规范存档。原则上每三年对全院制度进行一次系统汇编成册，期间可根据需要编制增补手册。

第五章　制度格式与编号

第十九条　规章制度须包含标题、编号、修订次数、审核者、批准者、执行时间和正文，文书格式遵循《党政机关公文格式国家标准》。

第二十条　制度编号规则：

（一）全院性制度编号：医院号-类别号-科室号-年号-流水号-版本号（示例：YXPH-XZ-DZB-2025-001-01）。

医院号：宜兴市人民医院 YXPH。

类别号：按第八条分类对应拼音缩写（如 DQ、XZ、YL 等）。

科室号：起草或牵头科室拼音缩写（如 DZB、YWB）。

年号：制定或修订年份（四位数字）。

流水号：年度内序号（三位数字，从 001 起）。

版本号：发布版本（两位数字，从 01 起）。

（二）条线部门制度及科室内部制度编号：科室号-年号-流水号-版本号（可酌情加入类别号），由责任部门负责编写。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原办法进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2016 年 07 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

附件 1

宜兴市人民医院制度文件审批表

<table>
<tr><td>文件名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>主管部门</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>修订时间</td><td></td><td>修订版次</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">审 签 栏</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>意见汇总</td><td></td><td>时间</td><td></td></tr>
<tr><td>分管院领导/委员会主任意见</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

备注：需附该制度文件的修订版内容。

附件 2　规章制度样式示例

关于修订医院规章制度的管理办法

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2026-001-02	制定时间：2020-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-03
制定部门：党政办公室	修订版本：1
审核批准：xxx 委员会	执行时间：2026-01-12

一、目的

例：为提高医院制度管理规范化、现代化水平，特修订《关于医院规章制度的管理办法》。

二、内容

例：制度格式

第一章　制度编号

（一）全院性制度编号依次由：医院号-类别号-科室号-年号-流水号-版本号组成,涉及字母均为大写，涉及数字均为阿拉伯数字[1]。

1．医院号：宜兴市人民医院 YXPH，适用于全院性制度。

2．类别号：按照上述十一类制度，党群工作和医德医风建设制度 DQ、行政管理制度 XZ、医疗业务工作制度 YL、护理工作制度 HL、教育科研制度 KJ、药事管理制度 YS、医院感染管理制度 YG、预防保健管理制度 FB、后勤保障制度 HQ、信息管理制度 XX、各专业委员会工作制度 WY。

3．科室号：为制度起草科室或牵头科室的拼音缩写，如党政办为 DZB，医务部为 YWB。

4．年号：为制定或修订该制度的年份，需写全。

5．流水号：为职能科室该年度所发制度序号，由三位数字组成，从 001 开始编写。

6．版本号：为该制度发布的版本，由二位数字组成从 01 开始编写，如为首次制定则为 01，如为制定后的第一次修订则为 02，以此类推。

示例：YXPH-XZ-DZB-2016-001-02 即代表：医院全院性制度、行政管理类、党政办 2016 年编制的第 1 份制度，为修订版第 2 稿

（二）条线部门制度和科室内部制度由科室号-年号-流水号-版本号依次组成，条线内制度类别进行系统的分类的，可按需在科室号后加入类别号。条线部门制度和科室内部制度编码，由责任部门负责编写。

三、参考文献

例：[1]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知(国卫医研函〔2023〕166 号)[EB/OL].

(2023-09-08)[2024-06-14].https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因（如为制定，忽略此条）

例：根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录（如为制定，忽略此条）

2013年07月第1次修订

2016年07月第2次修订

六、废止记录（如无需废止，忽略此条）

根据……，该文件已不合时宜且无须修订或保留，于XXXX年XX月废止。

总值班制度

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-004-04	制定时间：2008-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：3
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为规范医院总值班管理，明确行政、医疗、护理总值班的职责、工作程序与要求，确保非工作时间内医院医疗、行政工作的有序运行和突发事件的应急处理，保障患者安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

（一）医院总值班体系由行政总值班、医疗总值班、护理总值班组成，负责处理正常工作时段以外的全院性事务。

（二）所有值班人员均需经过主管部门培训，考核合格后佩证上岗。

（三）值班时间：

中午夜间：当日12:00-13:30；当日17:30至次日8:00。

节假日白天：当日08:00-12:00；13:30-17:30。

（四）值班人员须按时到岗，做好详细值班记录，值班期间严禁饮酒，次日（每周一至周四）上午至指定地点进行院部晨间交班。

第二章 行政总值班

（一）人员组成：由相关职能科室人员参加。

（二）主要职责：

1．牵头负责处理非工作时间的医院医疗、护理、行政工作及各种重大、突发事件。

2．及时传达、落实上级部门的指示和紧急通知，签收重要文件，并按要求完成相关信息上报工作，承接未办事宜。

3．协调各科室间关系，检查值班人员工作情况，重点巡查急诊急救、医技科室工作情况，召集医疗、护理总值班汇总全院值班情况。

4．遇有重大突发事件或难以解决的问题，须立即向带班院领导报告。

5．牵头接待患者及家属的来访与投诉，并做好与派出所等单位的联络工作。

第三章　医疗总值班

（一）人员组成：由相关临床、医技科室人员参加。

（二）主要职责：

1．协调处理值班期间危急重症患者的救治及收治工作，了解全院重点危重患者救治情况，协调处理院内外会诊。

2．负责抽查病区医疗质量，包括当日入院患者、当日手术患者及危重患者的病历质量等。

3．掌握全院会诊、转诊情况。遇特殊情况，及时与行政总值班沟通，必要时向相关部门或领导汇报。

4．协助行政总值班做好相关信息上报、来访和投诉接待等工作。

第四章　护理总值班

（一）人员组成：由相关护士长参加。

（二）主要职责：

1．负责检查夜间各护理岗位工作，了解护理人员在岗情况、岗位责任落实情况、护理制度及操作规程执行情况，及时调配护理力量。

2．掌握全院危重抢救患者的病情及护理情况，协调处理夜间护理工作中遇到的疑难问题。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

[2]宜兴市政府.《宜兴市政府办公室关于进一步加强政府系统值班工作的通知》(宜政办发(2021)18 号).[Z].2021.

四、修订原因

根据参考文献的要求，为提升医院制度管理的规范化水平，对原《总值班制度》进行结构性修订和完善。

五、修订记录

2011 年 07 月第 1 次修订

2021 年 05 月第 2 次修订
2025 年 12 月第 3 次修订

行政查房制度

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-005-05	制定时间：2001-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：4
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

行政查房是医院管理工作中的重要环节，是医院党政领导及职能管理部门熟悉医院运行，掌握临床动态，集中时间和精力现场办公，切实解决科室实际问题的重要行政手段，为强化院科两级管理、规范科室建设起到推进作用，特制定本制度。

二、内容

1．行政查房原则上每周一次，如遇节假日、重要会议、重要公务出差等特殊情况，根据带队院领导指示开展或取消。

2．每周行政查房由相关职能科室一同参加，重点检查医疗、护理、科研、教学、后勤保障及科室管理等方面的工作情况，听取患者和临床、医技科室人员的意见建议，发现问题及时解决。

3．参加行政查房人员必须着工作服，佩戴工号牌，查房期间遵守劳动纪律，中途不得擅自离开。因故不能参加查房者，应向带队院领导请假，并安排科室其他人员参加。

4．行政查房要和现场办公结合起来，凡能立即解决的问题就地解决，对暂不能解决的要问清原因，责成有关部门限期解决、答复和反馈。

5．每组查房指定专人作好记录，形成查房反馈记录表，查房记录原则上当周完成，并发送至被查科室。科室对查房中发现的缺陷和问题，要按照医院和相关职能部门要求及时整改。被查科室将整改情况填写在查房反馈表中，交每组查房记录人处统一汇总存档。

6．凡在查房中院领导指定有关职能科室办理的事项，职能科室要积极办理，并将进展、处理结果及时向带队院领导或分管院长汇报。

7．不得以任何原因推诿或延误相关事项的执行，在指定时间内未完成事项要求，视情节追究相关部门和人员责任。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉

制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

为强化查房工作的针对性、实效性和闭环管理，对原制度进行修订。

五、修订记录

2011 年 07 月第 1 次修订

2015 年 07 月第 2 次修订

2020 年 12 月第 3 次修订

2025 年 12 月第 4 次修订

不良事件管理制度

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2026-001-03	制定时间：2016-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室/评审办公室	修订版本：3
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为建立科学、系统、规范的医疗质量安全不良事件（以下简称“不良事件”）管理体系，提升医院风险预警与防范能力，保障患者安全，持续改进医疗质量，营造非惩罚性、学习型的安全文化，依据国家相关政策要求，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《医疗质量管理办法》《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025 年）》《患者安全专项行动方案（2023-2025 年）》《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗质量（安全）不良事件管理的通知》《医疗事故处理条例》以及医院相关规章制度要求，结合医院实际，制定本制度。

第二条 本制度适用于全院所有工作人员，包括医疗、护理、医技、药学、行政、后勤、第三方服务人员及在院进修、实习人员。凡发生或发现有关患者的不良事件，以及任何对患者安全有危害的潜在事件，均有责任上报。制度遵循非惩罚性、保密性原则，对报告人信息严格保密；遵循全员参与、权责对应原则，明确全体工作人员均有报告义务，同时依据岗位与职级承担相应的管理与改进责任；第一责任人负责制，由科室负责人作为首要责任人，具体推动制度在本科室的全面落实与持续改进。

第二章 定义及分级

第三条 医疗质量安全不良事件指在医院内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的安全隐

患、状态或造成后果的负性事件。

第四条 不良事件按照管理类别可分为：医疗管理类、护理管理类、药品管理类、医技管理类、器械管理类、输血管理类、院内感染管理类、职业防护管理类、信息管理类、后勤管理类、治安管理类。

第五条 不良事件按事件发生后果的严重程度分 4 类 9 级：

不良事件严重程度分级

严重程度分类	给患者造成损害的程度
Ⅳ类事件（隐患事件）——未发生不良事件	A 级：环境或条件可能引发不良事件
Ⅲ类事件（无后果事件）——发生不良事件，但未造成患者伤害	B 级：不良事件发生但未累及患者
	C 级：不良事件累及患者但没有造成伤害
	D 级：不良事件累及患者，需进行监测以确保患者不被伤害，或需通过干预阻止伤害发生
Ⅱ类事件（有后果事件）——发生不良事件，且造成患者伤害	E 级:不良事件造成患者暂时性伤害并需进行治疗或干预
	F 级:不良事件造成患者暂时性伤害并需住院或延长住院时间
	G 级：不良事件造成患者永久性伤害
	H 级：不良事件发生并导致患者需要治疗挽救生命
Ⅰ类事件（警告事件）——发生不良事件，造成患者死亡	I 级：不良事件发生导致患者死亡

第三章 机构职责

第六条 各科室及全体工作人员

（一）识别与报告各类不良事件，履行首要现场处置责任，最大程度降低对患者的伤害。

（二）参与或组织本科室不良事件的根本原因分析，提出并落实具体的质量改进措施。

（三）积极参与医院及科室组织的各类不良事件分析与安全文化培训。

第七条 医院质量与安全管理委员会

（一）作为全院质量安全管理的最高决策机构，负责审定不良事件报告与管理的相关制度、政策及年度目标。

（二）审议重大（I 类、II 类）不良事件的根因分析报告与系统性改进方案。

（三）评估全院不良事件管理体系的运行效能与安全文化状态，听取年度不良事件综合分析报告，并作出战略决策。

（四）督导各职能部门及科室对整改措施的落实与持续改进效果。

（五）负责根据上级政策要求及医院实际运行情况，对本制度相关实施细则开展动态评估，必要时予以调整，确保其持续适用、有效。

第八条 评审办公室

（一）作为全院不良事件管理牵头部门，负责协调不良事件上报系统的日常运行，对各责任部门不良事件上报闭环的落实情况开展日常监督。

（二）按月完成全院不良事件数据统计、梳理，汇总各部门不良事件上报完成例数，形成月度统计台账。

（三）收集、整理各责任部门提交的月度不良事件分析材料，统一汇总归档，每季度形成季度评析报告交质量管理部，为医疗质量安全持续改进提供决策依据。

（四）组织或协调各职能管理部门开展不良事件相关培训。

第九条 医务部

（一）作为医疗不良事件管理负责部门，负责接收、处理涉及诊疗过程、医患沟通、医技科室等医疗安全不良事件报告，组织重大、疑难事件的调查与多部门协作。

（二）对归口事件进行汇总、统计、深度分析，每季度形成专项分析报告，并在全院医疗质量安全会议上通报讲评。

（三）组织开展全院医务人员的不良事件管理制度、根本原因分析及患者安全文化培训。

（四）督导归口不良事件整改措施的落实，验证改进效果，并向医院质量与安全管理委员会报告。

第十条 护理部

（一）负责建立并维护护理不良事件报告子体系，接收、处理所有护理相关不良事件报告。

（二）对全院护理不良事件进行专业调查、分类统计与根因分析，定期在护理质量会议通报讲评。

（三）负责组织全院护理人员的护理安全与不良事件报告专项培训。

（四）制定并督导落实护理系统的改进措施，验证其有效性。

第十一条 药学部

（一）负责接收、处理药品不良反应、用药错误及药品质量相关不良事件。

（二）按照《药品不良反应报告和监测管理办法》等法规进行专业评估、分析、上报（至国家监测系统），并院内通报讲评。

（三）负责组织全院用药安全与药品不良事件报告专项培训。

（四）从药学专业角度提出并督导系统改进措施，如优化药品储存、调配、处方审核流程。

第十二条 感染管理科

（一）负责接收、处理疑似或确认的医院感染暴发、职业暴露及消毒隔离失效等相关不良事件。

（二）依据《医院感染管理办法》等开展流行病学调查、统计分析及上报，并院内通报讲评。

（三）负责组织全院医院感染防控及职业防护相关不良事件报告培训。

（四）制定并督导感染控制相关整改措施的落实。

第十三条 医学装备科/器械材料科

（一）负责接收、处理医疗器械、设备故障或使用相关的不良事件。

（二）依据《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》进行技术鉴定、汇总分析、向国家监测系统上报，并院内通报讲评。

（三）负责组织全院医务人员（重点使用科室）的医疗器械安全使用与不良事件报告培训。

（四）协调设备维修、召回或更换，并督导使用流程的改进。

第十四条 信息数据中心

（一）负责接收、处理因信息系统故障、数据错误、网络信息安全等问题引发或可能导致的不良事件。

（二）对事件进行技术调查、汇总分析，并定期通报讲评。

（三）负责组织全院医务人员的信息系统操作安全与不良事件报告培训。

（四）保障不良事件报告信息系统的稳定运行，并从技术层面实施改进。

第十五条 输血科

（一）负责接收、处理临床用血全过程（含输血反应、输血错误等）相关不良事件。

（二）进行专业调查、统计分析，按规上报，并院内通报讲评。

（三）负责组织全院临床用血安全与不良事件报告专项培训。

（四）从输血技术角度提出并督导输血安全流程的改进。

第十六条 后勤保障部

（一）负责收集涉及后勤服务、基建工程、物资供应、膳食服务、动力运行（水、电、气、暖）、环境卫生及外包服务等领域的不良事件报告。

（二）对归口事件进行专业技术调查、处置、汇总统计与分析，并定期向相关委员会汇报。

（三）负责组织后勤系统员工及外包服务人员的安全操作与不良事件报告培训。

（四）制定并督导落实后勤保障领域的整改措施，追踪验证改进效果。

第十七条 安全监督科

（一）负责收集涉及医院安全生产、治安保卫、消防安全、防灾应急、危险品管

理及突发事件初期处置等方面的不良事件报告。

（二）对归口安全事件进行调查、风险评估、汇总统计与分析，并定期通报。

（三）负责组织全院员工（重点为安保、实验室、工程等重点岗位）的安全警示教育、应急演练及不良事件报告培训。

（四）督导全院各科室开展安全风险排查，推动整改措施落实，并对整改效果进行验证。

第十八条 党政办公室

（一）作为医院行政协调中枢，负责统筹与督办全院不良事件报告管理工作的行政流程。

（二）负责收集涉及医院行政管理、跨部门协调及职责未明的非医疗类不良事件报告。

（三）根据医院质量与安全管理委员会的决议，牵头协调重大系统性问题的行政改进，并督办决议的执行。

（四）负责组织行政职能科室人员的不良事件报告制度与流程培训。

第十九条 统战宣传科

（一）负责患者安全文化建设与宣传。协同各职能部门，将“非惩罚性”报告文化和“持续改进”核心理念融入医院文化宣传，通过多种渠道提升全员安全意识。

（二）当不良事件可能或已引发公众关注时，及时介入，评估舆论风险，并协同责任部门按照规范流程进行信息发布与沟通。

（三）利用院内宣传平台，对经脱敏处理、具有普遍教育意义的典型案例进行宣传，促进全院从事件中学习。

（四）确保所有对外发布信息的口径符合医疗规范、法律法规及医院整体工作要求，维护医院公信力。

第四章 报告流程

第二十条 报告原则

（一）坚持非惩罚性、保密性、系统改进的基本原则。鼓励主动报告，任何人员不得因主动、如实报告非故意导致的不良事件而受到不公平处罚或歧视。

（二）实行分级分类报告，Ⅰ、Ⅱ类事件属于强制性报告范畴，Ⅲ、Ⅳ类事件属于鼓励性报告范畴。必须严格按规定时限和程序上报，不得瞒报、迟报、漏报。

（三）确保信息保密与安全共享。

第二十一条 接受报告部门或科室

（一）工作日（八小时工作时间内）：遵循“谁主管、谁负责”原则，报告人应向相应职能管理部门报告。

1．医疗、医技类不良事件上报医务部。

2．护理不良事件上报护理部。

3．药品不良事件上报药学部。

4．院内感染、职业暴露相关不良事件上报感染管理科。

5．医学装备、医疗器械不良事件上报医学装备科/器械材料科。

6．信息安全不良事件上报信息数据中心。

7．临床用血相关不良事件上报输血科。

8．涉及后勤服务、基建、膳食服务、物资、动力运行的不良事件，上报后勤保障部。

9．涉及安全生产、治安保卫、消防安全、应急管理的不良事件，上报安全监督科。

10．涉及行政协调、跨部门职责或报告路径不明确的其他不良事件，上报党政办公室。

（二）非工作日（八小时工作时间外及节假日）：统一上报医院行政总值班。总值班负责初步应急处置与记录，并在下一个工作日内移交相应职能部门。

第二十二条 报告、分析及处理程序

（一）Ⅰ、Ⅱ类事件

1．行即时应急处置，当事人或首位发现者必须立即采取有效措施，减轻对患者的伤害，防止损害扩大，并尽可能保护现场和相关证据。

2．作紧急口头报告，立即向科室负责人报告。科室负责人应立即到场指挥处置，并初步判断事件等级。

Ⅰ类事件：科室必须立即向主管职能部门及分管院领导作紧急口头报告。

Ⅱ类事件：科室应在 8 小时内向主管职能部门作初步报告。

3．Ⅰ类事件需立即按本制度相关规定报告对应部门，并逐级上报至分管院领导，相关部门应立即启动处置程序。Ⅰ类、Ⅱ类事件应在 24 小时内完成网络直报。

4．对口部门、科室接报后应进行调查、分析，召集科室会议讨论善后处理措施，提供建设性建议。

5．各职能部门对不良事件初步认定并分级，拟定处理结果，保存相关资料。每季度集中上报医院质量与安全管理委员会，由医院质量与安全管理委员会对不良事件最终认定后，按不良事件等级公布处理结果。

6．必要时上报上级卫生行政部门。

（二）Ⅲ、Ⅳ类事件

1．鼓励当事人或发现者在 48 小时内通过医院报告系统完成网络直报。科室负责人应知晓并予以支持。

2．接报部门应联系当事人或发现人，进行资料收集、调查、研究，制定整改措施。如需与患者及家属沟通，应由患者主管医生或指定专人负责，同时做好相关信息

保密工作。

3．接报部门将处理结果反馈到当事人或发现人科室。科室执行处理结果，并进行整改，必要时修改规章制度。

4．对口部门追踪调查整改措施执行情况及效果，并持续改进。

（三）专项报告事件

药品不良反应、医疗器械、设备不良事件、院内感染暴发等，除按本制度报告外，必须同时遵循《药品不良反应监测报告制度》《医疗器械不良事件监测制度》《医院感染暴发报告及处置流程》等国家及医院专项规定，完成专业技术分析与上报。

第二十三条 各科室应将不良事件案例分析作为科室质量与安全管理小组活动的核心内容。每季度至少召开一次专题会议，对本科室发生的不良事件进行回顾性总结、趋势分析，评价整改措施效果，并据此修订科室工作制度、流程或开展针对性培训，实现质量的持续改进。

第五章 激励、问责与文化建设

第二十四条 奖励与激励原则

医院建立以鼓励自愿报告、促进系统改进、倡导积极安全文化为导向的激励机制，该机制优先采用非经济性激励方式。

第二十五条 对积极报告与改进的激励

（一）对主动、及时报告Ⅲ、Ⅳ类不良事件的个人或科室，予以通报表扬，并将其积极态度作为科室与个人年度考核的加分项。

（二）对报告的事件能引发有价值的系统改进（如优化流程、修订制度、消除重大隐患）以及对自愿报告文化氛围浓厚、上报案例质量高、改进措施落实有效的科室，经医院质量与安全管理委员会认定后，可给予科室一定的质量考核绩效激励，在评优评先中予以优先考虑。

第二十六条 问责原则与范围

问责应基于根本原因分析结果，遵循公正、透明原则，重点追究系统缺陷责任和管理责任。个人责任仅在存在重大过失、违法违规且与事件后果有直接因果关系时予以追究。

第二十七条 对需问责情形的处理

（一）对Ⅰ、Ⅱ类不良事件存在瞒报、漏报、谎报的科室及相关责任人，经查实后，由医院质量与安全管理委员会审议，视情节给予通报批评、取消当年评优评先资格；并对科室负责人进行约谈，或作出其他相应处理。

（二）对经分析确因同一系统问题反复发生，且科室未有效落实既定整改措施的，追究科室管理责任，对科室负责人予以通报批评，并纳入科室年度绩效考核。

（三）对因严重违反法律法规、诊疗规范及核心制度等个人重大过失直接导致不

良后果的，按医院《职工奖惩管理办法（草案）》及相关行业规定处理。

（四）对于不良事件未按规定纳入科室质量与安全管理活动、未进行深入分析、未制定有效整改措施的科室，予以督促整改并通报批评，逾期不改者追究科室负责人管理责任。

（五）接报部门如存在以下情形，经医院质量与安全管理委员会审议，将视情节追究其管理责任，并纳入该部门年度绩效考核：对本条线不良事件上报管理职责不明、分工不清，导致接报事件审核不及时、处置延误，甚至出现严重事件瞒报、漏报的；对已发不良事件未能有效督办整改，致使同类型高频事件重复发生；未按要求开展本条线不良事件相关培训，导致典型事件未警示，重大隐患未发现。

第二十八条 决策与实施机构

所有激励与问责事项，均须由医院质量与安全管理委员会依据调查事实与根本原因分析报告进行审议后做出最终决定，由相关职能部门协同执行。

三、参考文献

[1]中国医院协会.中国医院质量安全管理第 4-6 部分：医疗管理医疗安全（不良）事件管理.[EB/OL].https://www.chas.org.cn/ywjs/zybz/ybgl/201812/t20181229_121647.html.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于开展全面提升医疗质量行动（2023-2025 年）的通知[EB/OL].(2023-05-29).http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/202305/cf369280729649f08927757989791293.shtml.

[3]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发患者安全专项行动方案（2023-2025 年）的通知[EB/OL].(2023-10-09).http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/202310/85669066599448029a97786765087652.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.《关于进一步加强医疗质量（安全）不良事件管理的通知》政策解读[EB/OL].(2024-07-29).http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7891/202407/9876543210abcdef1234567890fedcba.shtml.

[5]国家卫生健康委办公厅.关于印发 2026 年国家医疗质量安全改进目标的通知：国卫办医政函〔2026〕63 号[EB/OL].(2026-03-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202603/9f642951b99c447f8cff9da8abb74dc3.shtml.

四、修订原因

根据以上参考文献进行修订。

五、修订记录

2021 年 03 月第 1 次修订

2023 年 12 月第 2 次修订

2026 年 03 月第 3 次修订

公务接待管理规定

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-006-04	制定时间：2001-01-03
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：3
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为规范医院公务接待管理，厉行勤俭节约，反对铺张浪费，加强党风廉政建设，根据《党政机关国内公务接待管理规定》（中办发〔2013〕22 号）《江苏省党政机关公务接待管理规定》（苏办发〔2014〕9 号）及宜兴市卫健委相关要求，结合我院实际，特制定本规定。

二、内容

1．本规定适用于全院各类公务接待行为。接待范围包括：来院出席会议、调研考察或检查工作的各级领导，被邀来院指导、带教或授课的专家学者，来院参观考察的其他单位来宾，经上级领导批准需要接待的来宾等。

2．医院公务接待应当坚持有利公务、务实节俭、严格标准、简化礼仪、高效透明、尊重少数民族风俗习惯的原则。

3．厅级以上干部来宜公务接待，须第一时间向宜兴市卫健委办公室报备。

4．公务接待需严格履行审批流程，实行公务接待清单制度，接待科室负责人填写《公务接待清单》申请，由分管院长审批，审批完成后由党政办统一安排。事前未审批同意的不接待，同城不接待，无公函不接待。

5．公务接待只安排 1 次用餐，原则上安排在医院食堂或就近饭店，严格按照上级有关要求控制陪餐人数，接待对象在 10 人以内的，陪餐人员不得超过 3 人；接待对象超过 10 人的，陪餐人员不得超过接待对象人数的三分之一。严格按照上级要求的接待标准，除用餐外，其他费用如住宿、交通等不予承担，确需本院负担住宿费用的，经分管领导批准按标准安排。

6．在公务活动中，确因工作需要为接待对象安排车辆的，应当做到轻车简从，集中统一乘车，严格控制随行车辆数。

7．公务接待经费严格执行预算管理，实行总额控制。

8．接待费用由财务科按规定列支，并按规定严格履行相关审批、签字手续。

9．公务接待实行一事一结制度。每次公务接待活动结束后，应当按规定及时结算。接待费报销凭证应当包括公函、接待清单和发票，“三单”齐全方可报销。

10．简化公务接待形式，不得组织院区外的迎送活动，不得张贴悬挂标语、横幅。

11．公务接待中严禁下列行为：（1）以各种名义和方式变相公款旅游；（2）用

公款报销或者支付应当由个人负担的费用；（3）提供超标准接待和高消费娱乐活动；（4）将非公务活动纳入接待范围；（5）在接待费中列支应由接待对象承担的差旅、会议、培训等费用；（6）以举办会议、培训等为名列支、转移、隐匿接待费开支；（7）向其他单位、个人转嫁接待费用；（8）以任何名义赠送礼金、有价证券、纪念品和土特产品等；（9）上下级之间、部门之间借接待等名义用公款相互吃请；（10）其他与上级管理要求相违背的行为。

12. 医院纪委加强对公务接待工作的监督检查。同时，建立公务接待内部审计制度。

三、参考文献

[1]中共中央办公厅,国务院办公厅.党政机关国内公务接待管理规定：中办发〔2013〕22号[EB/OL].(2013-12-08).https://www.gov.cn/gongbao/content/2013/content_2547136.htm.

[2]江苏省委办公厅，江苏省政府办公厅.江苏省党政机关公务接待管理规定：苏办发〔2014〕9号[Z].2014.

[3]宜兴市卫健委.关于进一步规范全系统公务接待的通知[Z].2025-04-24.

四、修订原因

根据宜兴市卫健委关于进一步规范全系统公务接待的通知的要求，对原《公务接待管理规定》进行修订，以符合最新公务接待管理规范。

五、修订记录

2016年08月第1次修订

2018年06月第2次修订

2026年01月第3次修订

附件

宜兴市公务接待清单

<table>
<tr><td colspan="3">来宾单位：</td><td colspan="2">级别：</td></tr>
<tr><td colspan="3">来宜时间：</td><td colspan="2">离宜时间：</td></tr>
<tr><td colspan="5">带队人姓名、职务：</td></tr>
<tr><td colspan="5">联系人姓名、电话：</td></tr>
<tr><td colspan="5">陪同领导：</td></tr>
<tr><td colspan="2">来访人数：</td><td>陪同人数：</td><td>工作人数：</td><td>总计人数：</td></tr>
<tr><td>活动项目</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>注意事项</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">会议地点：</td><td>费用：</td><td colspan="2">发票号码：</td></tr>
<tr><td colspan="2">用餐地点：</td><td>费用：</td><td colspan="2">发票号码：</td></tr>
<tr><td colspan="2">住宿地点：</td><td>费用：</td><td colspan="2">发票号码：</td></tr>
<tr><td colspan="2">费用总计：</td><td colspan="3">大写：</td></tr>
<tr><td>接待方案</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">经办人：</td><td colspan="2">审核人：</td><td>审批人：</td></tr>
</table>

行政用车管理规定

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-007-04	制定时间：2001-01-03
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：3
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为规范医院行政用车管理，提高车辆使用效率，降低运营成本，贯彻落实省、无锡市及宜兴市关于公务用车制度改革有关精神，根据《宜兴市事业单位公务用车制度改革实施意见》（宜车改〔2018〕1号）相关要求，结合医院工作实际，特制定本规定。

二、内容

1．医院取消一般公务用车，原则上以按规定报销公务交通费用为主的办法保障其公务活动出行。

2．医院重大集体活动、重要上级检查接送、公共突发事件应急事务等情况，经分管领导审批，可采取社会化租用车辆的方式予以保障。3人以上集体公务出行的，为减少出行成本，社会化租车费用低于报销公务交通费或交通费包干总额的，经分管领导同意，可采取社会化租用车辆的方式予以保障。

3．医院行政用车主要用于至上级卫生主管部门、相关医学院校、相关业务主管部门、下属分院、医联体单位等机要通信和应急工作，以及用于卫生应急、医疗救治、体检、公共卫生监测、疾病防控、医药物资配送、外聘专家接送、卫生支农、义巡诊、司法鉴定、临床采供血、保健服务等必要的业务工作。严格保留车辆使用范围，严禁公车私用或超范围使用。

4．公务车辆必须严格执行上级制定的车辆管理各项规定，按照要求安装GPS，规范使用，定点停放，不得将车辆开回家停放于居民小区内。

5．行政车辆不设领导专车和领导专职司机，所有行政车辆和司机由党政办公室负责排班，统一调拨。

6．社会化租车服务统一由党政办公室统一安排，其他科室和个人不得自行租用社会化车辆用于公务活动。车辆日常使用和社会化租车实行审批和登记制度。

7.赴市外参加经审批后的公务活动用车,须提前在OA系统填写公务用车申请单，经党政办公室审核后统一安排派车，市内原则上不派车。

8．司机与车辆建立使用和维护的对口负责关系，特殊情况由党政办负责车辆之间的调剂使用并做好交接。

9．司机赴市外出车应认真填写出车单，并请用车部门签字。

10．司机要做好出车前、途中和出车后的车辆检查，做到遵章守纪，谨慎驾驶，

文明开车，不开超速车和“带病”车，绝对禁止酒后驾车，如发生违章或事故，根据责任和损失情况按比例承担。

11．严禁将车辆私自借与他人。外单位需借用车辆使用的，必须经主要领导同意后安排。

12．严格落实节假日车辆封存制度，除特殊工作需要外，公务用车必须在指定场所统一封存、集中停放，谁使用谁负责。

三、参考文献

[1]宜兴市事业单位公务用车制度改革实施意见：宜车改〔2018〕1 号[Z].2018.

四、修订原因

根据《关于修订医院规章制度的管理办法》的要求，为保持医院制度格式统一和管理规范化，对原《行政用车管理规定》进行格式修订和内容优化。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2018 年 06 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

档案管理制度

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-008-01	制定时间：2025-12-05
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：党政办公室	修订版本：/
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为加强医院档案工作的科学化、规范化、现代化管理，有效保护和利用档案资源，更好地为医院医疗、教学、科研、管理等工作服务，依据国家相关法律法规及行业标准，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度所称档案，是指医院在各项工作活动中形成的具有保存价值的各种文字、图表、声像、电子数据等不同形式的历史记录。

第二条 医院档案工作实行统一领导、分级管理的原则。党政办公室是医院档案工作的归口管理部门，档案室具体负责全院档案的集中统一管理。各科室应指定专人负责本科室文件材料的收集、整理与移交工作。

第二章　管理内容与要求

第三条 档案收集与归档

（一）各职能科室须定期将整理完毕的各类红头文件、招投标资料、合同、党委会会议资料、院长办公会会议资料、医院月度工作会议记录、行政办公会会议记录、人事档案材料、后勤建筑图纸等重要档案（包括纸质与电子文件）归档至档案室，并附上档案目录清册。

（二）档案室应主动指导、监督各科室的文件材料形成、积累、整理和归档工作，确保归档文件材料齐全、完整、准确。

（三）归档文件应做到书写工整、字迹清晰、载体耐久、签署完备。电子档案应同时归档并确保可读性。

第四条 档案整理与保管

（一）档案室对接收的档案应进行科学分类、编目、上架，做到分类科学、组卷合理、期限确切、存放有序。

（二）档案库房须符合“八防”（防火、防盗、防潮、防尘、防虫、防鼠、防高温、防光）要求，定期检查温湿度并记录，确保档案安全。

（三）定期对库存档案进行清点、检查，发现问题及时报告并采取修复、复制等补救措施。

第五条 档案利用与保密

（一）本院职工因工作需要借阅档案，须经党政办同意并办理登记手续，并按时归还。

（二）外单位人员查阅档案，须持单位介绍信并经党政办同意并报请分管院领导批准。

（三）查阅、借阅档案者必须爱护档案，严禁涂改、圈划、抽取、拆散、污损档案。

（四）严格遵守国家保密法规，涉密档案的查阅、复制必须严格履行审批手续，严禁泄露档案机密。

第六条 档案鉴定与销毁

（一）定期对已超过保管期限的档案进行鉴定。鉴定工作由档案室牵头，组织相关业务部门共同进行。

（二）对确无保存价值的档案，应编制销毁清册，提出销毁报告，经院领导批准并报上级主管部门备案后，方可销毁。

（三）档案销毁时，须指定两人以上监销，防止档案遗失和泄密。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国档案法[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

[2]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

接受社会捐赠资助管理办法

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-012-03	制定时间：2018-05-20
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：2
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为规范医院接受社会捐赠资助管理，确保捐赠行为合法合规、公开透明，明确捐赠财产使用规则，提升使用效益，保障捐赠方和医院合法权益，依据国家法律法规及上级主管部门要求，结合医院实际，特制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 本办法所称社会捐赠资助，是指自然人、法人或其他组织（以下简称“捐赠方”）自愿无偿向医院提供资金、物资、技术服务等形式的公益性支持和帮助。捐赠财产须为捐赠方有权处分的合法财产。

第二条 医院接受社会捐赠资助必须遵循“自愿无偿、符合公益、合法合规”原则，严禁接受附有影响公平竞争条件的捐赠，不得将捐赠与商品（服务）采购挂钩，禁止任何形式的索要、摊派。

第三条 医院接受社会捐赠资助必须以法人名义进行，统一由医院工会扎口管理，财务部门负责核算。任何其他部门或个人不得擅自接受捐赠。特殊情况需以个人名义接受的，须事先经党委会或院长办公会审批，并纳入单位财务统一管理。

第四条 医院接受的社会捐赠资助财产及其增值属社会公共财产，任何部门或个人不得侵占、挪用或损毁。

第五条 医院工会定期通过党务院务公开等渠道向社会和全院职工公布接受捐赠资助情况及财产使用管理情况，接受内外部监督。

第二章 捐赠接受流程

第六条 捐赠接受程序：

（一）意向受理：捐赠方向医院工会提出捐赠意向，工会进行初步接洽与资料审核。

（二）项目审批：工会填报《接受社会捐赠资助项目审批表》，会同财务科、医学装备科、相关使用业务科室等进行联合审核，评估项目的公益性、合规性及可行性，

提出初步意见，并根据情况报分管领导审核。

（三）协议签订：经审核批准后，由工会与捐赠方签订书面协议，明确财产种类、数量、价值、用途、实施计划及双方权利义务。

第七条　捐赠方应按照协议约定将捐赠财产交付医院指定部门（资金入财务科账户，物资由相关职能科室验收），医院财务部门出具合法票据或证明。

第八条　执行突发公共卫生事件处置等特殊任务期间接受社会捐赠资助，或接受匿名捐赠资助的，可根据情况适当简化审批流程，但仍需由工会统一登记备案，确保财产来源清晰、管理规范。

第三章　捐赠财产管理与使用

第九条　所有捐赠资金必须全额进入医院指定账户，由财务部门根据捐赠协议约定进行专账管理，严格区分限定性用途与非限定性用途，确保专款专用。

第十条　捐赠物资、设备等实物资产，必须由工会和使用科室等共同验收，办理入库手续，登记相关账目。达到固定资产标准的须按固定资产管理。领用必须履行审批程序。

第十一条　捐赠财产必须严格按照协议约定的用途和范围使用，主要用于以下公益非营利性业务活动：

（一）贫困患者的医疗救助。

（二）面向公众的健康教育、疾病预防项目。

（三）医学研究、技术创新及卫生技术人员培训。

（四）医院公益性的服务设施改善与环境提升。

（五）其他符合捐赠方意愿和医院公益发展的项目。

第十二条　捐赠资金的使用审批流程：

（一）申请：使用科室根据捐赠协议和项目计划，向工会提交使用申请及相关方案。

（二）审核：工会牵头相关部门对申请是否符合协议约定进行审核。

（三）审批：根据资金额度及规定，由工会主席、分管院领导或院长办公会审批。

（四）支付：财务部门依据审批手续完备的申请单和有效票据办理支付。

（五）报销：事后报销须提供完整资料，经工会确认用途合规后方可办理。

第十三条　严禁将捐赠资金用于发放职工工资、奖金、津贴、福利及其它个人支出，严禁提取任何形式的管理费。

第十四条　捐赠项目完成后，资金若有结余，协议有约定的按约定执行；未约定的，纳入医院专用基金管理，继续用于与原宗旨相关的公益事业。工会应当及时向捐赠方提交项目执行及资金使用情况专项报告。

第四章　监督与责任

第十五条　工会作为扎口管理部门，负责建立完整的捐赠项目档案，对项目全过

程资料进行归档管理。

第十六条　审计科、监察部门定期对捐赠资金的接受、管理、使用情况进行专项审计和监督检查，审计结果向职工代表大会报告。

第十七条　对违反本办法规定，造成捐赠财产损失或不良影响的，依法依规追究相关部门和人员的责任。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发卫生计生单位接受公益事业捐赠管理办法（试行）的通知：国卫财务发〔2015〕77号[EB/OL].(2023-09-08).https://www.nhc.gov.cn/caiwusi/c100043/201510/dfa92ff7c24141e38f69b39b556a44ea.shtml.

[2]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

为适应新形势下医院公益事业发展的需要，进一步明确管理职责，优化工作流程，特别是强化捐赠财产使用的规范性与透明度，根据上级最新指导文件并结合医院实际，对原办法进行系统性修订。

五、修订记录

2020年09月第1次修订

2025年12月第2次修订

科室规范化管理办法

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-009-01	制定时间：2025-12-05
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：党政办公室	修订版本：/
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为推进医院精细化管理，加强科室内涵建设，规范科室运行，提升医疗质量与安全水平，保障医院整体战略目标的实现，特制定本办法。

二、内容

第一章　总则

第一条　本办法旨在建立一套系统、全面、动态的科室规范化管理考核评价体系，明确考核标准、内容、方法及结果应用，引导各科室持续改进管理，提升综合服务能力。

第二条　本办法适用于医院所有临床、医技科室。各科室须遵循本办法要求，建

立健全内部管理制度，主动接受并参与规范化考核评价。

第三条　科室规范化管理遵循以下原则：

（一）坚持目标导向与问题导向相结合；

（二）坚持日常考核与定期评价相结合；

（三）坚持定量评价与定性评估相结合；

（四）坚持规范统一与分类指导相结合；

（五）坚持考核评价与持续改进相结合。

第二章　组织管理与职责

第四条　医院成立科室规范化管理领导小组（以下简称“领导小组”），由医院主要领导担任组长，相关院领导担任副组长，成员由党政办、医务部、质管部、教学管理与学科建设科、科研与转化管理科、感染管理科、医保价格管理科、纪检监察室、行风办等职能部门负责人组成。领导小组负责本办法的审定、组织实施中的重大决策和最终考核结果的审定。

第五条　领导小组下设办公室于党政办，负责日常组织协调、数据汇总、信息沟通、督导检查等具体工作。

第六条　各相关职能部门根据本办法及医院年度发布的科室规范化考核细则分工，负责相应考核项目的标准细化、过程管理、资料审核、现场检查、评分及反馈。

第七条　各科室主任是本科室规范化管理的第一责任人，负责落实本办法各项要求，组织科室开展自查自评、接受考核和问题整改。

第三章　考核内容与标准

第八条　科室规范化考核内容以医院年度发布的《科室规范化考核细则》为基本依据。考核内容主要涵盖党风廉政及行风建设、医政医管及院感管理、科教研管理、医保医药管理等关键维度。各考核项目的具体内涵、评价标准及年度分值权重，在当年发布的考核细则中予以明确。

第九条　各责任科室应根据医院年度《科室规范化考核细则》及本办法，制定具体的、可操作的考核评分标准、方法及资料要求，确保考核工作的公平、公正、公开。教学管理与学科建设科、科研与转化管理科等部门的季度考评表应体现季度工作重点，并在考核周期开始前发布。

第十条　考核标准应侧重过程管理与结果导向，关注医疗质量安全核心制度落实、服务效率、患者安全、教学科研产出、资源合理使用、行风建设等关键环节。对临床科室与医技科室的考核内容应体现其业务特点差异。

第四章　考核实施与流程

第十一条　考核周期分为日常检查、季度考核和年度总评。

（一）日常检查：各责任科室结合日常工作随时进行抽查、督导；

（二）季度考核：每季度末集中进行一次全面考核评分，科教研管理等项目按季度考评表执行；

（三）年度总评：综合全年综合目标管理考核结果，形成年度最终评价。

第十二条　考核流程一般包括：

（一）科室自查：各科室定期对照考核标准进行自查，形成自查报告；

（二）资料报送：各科室按责任科室要求按时报送相关台账资料；

（三）现场检查：责任科室组织人员通过现场查看、人员访谈、病历抽检、系统数据调取等方式进行核查；

（四）评分反馈：责任科室根据考核情况评分，明确指出存在的问题和扣分原因，及时向被考核科室反馈；

（五）申诉复核：被考核科室对考核结果有异议的，可在规定时间内向责任科室或领导小组办公室提出申诉，由相关部门复核；

（六）结果汇总：领导小组办公室汇总各责任科室评分，形成季度或年度考核初步结果，报领导小组审定，并予以公示。

第十三条　每次考核后，责任科室须向被考核科室下达《科室规范化考评整改表》，明确存在问题、整改要求及时限。被考核科室须制定整改方案，按期整改并反馈。

第五章　考核结果与应用

第十四条　考核结果划分为不同等次，具体等次划分标准由领导小组根据年度考核情况研究确定。

第十五条　考核结果作为以下方面的重要依据：

（一）科室及负责人年度绩效考核、评优评先；

（二）科室资源配置、学科建设支持；

（三）干部聘任、职称晋升等人才评价参考；

（四）医院内部管理改进决策；

（五）对存在突出问题的科室进行约谈、督导的重点依据。

第十六条　对考核结果不佳或存在严重问题的科室，医院将视情给予指导、通报批评、限期整改等处理。对连续考核优秀的科室，予以通报表扬和适当激励。

第六章　附则

第十七条　各责任科室可依据本办法和年度考核细则，制定本线条具体的考核实施方案或细则，报领导小组办公室备案。

第十八条　本办法由医院科室规范化管理领导小组办公室负责解释。

第十九条　本办法自发布之日起施行。此前相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。医院将根据国家政策调整和医院发展需要，适时对本办法进行修订。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

对口支援管理办法

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-010-01	制定时间：2025-12-05
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：党政办公室	修订版本：/
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为规范医院对口支援管理工作，优化卫生资源配置，提升受援单位服务能力，保障支援人员合法权益，确保支援工作实效，根据国家及省市关于对口支援工作的相关政策精神及要求，特制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 本办法适用于由医院统一选派，赴对口支援地区（包括但不限于新疆、青海、陕西及其他外省或省内地区）的县级医院、乡镇卫生院等机构，执行中长期（通常为 3 个月及以上）支援任务的干部人才，以及上级指派、对口支援合作单位派遣至我院进修的人员。

第二条 对口支援工作遵循“统筹规划、注重实效、安全第一、激励保障”的原则，旨在通过技术帮扶、管理提升、人才培养等方式，增强受援单位的“造血”功能，并在此过程中锻炼我院医疗队伍。

第二章 组织管理与职责

第三条 医院成立对口支援工作领导小组（以下简称“领导小组”），由医院主要领导担任组长，分管领导担任副组长，成员包括党政办、组织人事科、医务部、护理部、教学管理与学科建设科、财务科、工会及相关科室负责人。领导小组负责支援工作的总体规划、协调决策和相关事项审批。

第四条 领导小组下设办公室（设在党政办公室），具体负责：

（一）对接上级部门，落实选派计划；

（二）组织支援人员的招募、审核与推荐；

（三）管理与协调支援期间的具体事务；

（四）牵头组织援派人员的考核与评优；

（五）牵头落实各项待遇保障与关怀措施。

上级指派和对口支援合作单位派遣至我院进修人员的学习进修安排具体由教学管理与学科建设科负责。

第五条　各临床、医技、职能科室有义务积极支持和推荐符合条件的医务人员参加对口支援工作，并将其在支援期间的表现作为科室及个人评优评先的重要参考。

第三章　人员选派与流程

第六条　选派流程应遵循公开、公平、公正的原则，具体如下：

（一）个人申请：符合条件的人员本着自愿原则，向所在科室提交书面申请。

（二）科室审核：科室负责人从政治素质、业务能力、身体状况、家庭情况等方面对申请人进行初步审核，签署意见后报领导小组办公室。

（三）院部审核：领导小组办公室汇总审核各科室推荐人选，会同相关部门进行资格审查与遴选。

（四）会议审议：最终人选名单及支援任务安排提交院长办公会审议通过。

（五）行前培训：对确定选派的人员进行包括政策法规、民族宗教政策、安全意识、受援地风土人情等方面的行前培训。

第四章　援派人员职责与任务

第七条　援派人员应恪尽职守，圆满完成以下任务：

（一）开展技术“传帮带”：充分发挥专业技术优势，通过临床带教、手术示范、专题讲座、疑难病例讨论等形式，为受援单位培养业务骨干，提升其常见病、多发病诊疗及急危重症抢救能力。

（二）展示技术应用与成果：积极引入和推广适宜的医疗新技术、新项目，填补受援单位技术空白，并注重展示技术应用成果，留下可延续的技术方案。

（三）参与医院管理：根据上级安排，可挂职受援医院相关部门或科室管理岗位，参与受援医院的科室管理或医院管理，帮助完善制度流程，提升管理科学化、精细化水平。

（四）形成思想汇报：援派期间，每季度至少向领导小组办公室提交一份书面思想汇报和工作小结，期满返回后提交全面总结报告，内容包括工作成效、心得体会、存在问题及建议等。

（五）遵守纪律规矩：自觉遵守国家法律法规、援派工作纪律及受援单位的规章制度，维护医院和援派干部人才队伍的良好形象。

第五章　待遇保障与激励

第八条　工资福利待遇。援派期间，原工资关系不变，按照医院绩效考核方案和管理规定享受医院各项工资福利。同时，根据援派地区不同，按政策享受生活补贴、家庭生活补助、御寒费等。

（一）生活补贴：对口支援新疆每月 3500 元；对口帮扶青海每月 4000 元；对口

帮扶陕西每月2800元；其他外省每月2600元。

（二）家庭生活补助：新疆、青海每月1500元；陕西每月1000元；其他外省每月800元。

（三）御寒费：新疆、青海首年5000元，次年起每年3000元。

第九条　慰问与关怀。

（一）节日慰问：医院于国家法定节日（元旦、劳动节、国庆节）及传统节日（春节、端午、中秋）对援派一年及以上人员家属进行慰问，慰问金标准按相关政策执行（如春节3000元，中秋、端午、元旦、劳动节、国庆节各1000元）。

（二）走访慰问：医院每年至少组织一次赴前方走访慰问。

（三）人文关怀：援派期1年及以上者，本人及配偶每年可根据医院享受多次探亲假，探亲往返路费（含子女路费）由医院报销。关心援派人员子女入学、配偶健康体检等。

第十条　健康与休假保障。

（一）医疗保障：为援派人员办理保额不低于300万元的人身意外伤害保险。每年组织体检一次。援派干部人才在援派期间，本人、配偶及未成年子女实行定点医疗，按规定享受免费医疗保险待遇。

（二）休假疗养：期满返回后，按政策享受相应期限的休假，符合条件者可参加健康疗养。

第十一条　职称评聘与职业发展。

职称评审、岗位聘用及职业发展等根据上级及医院相关管理规定执行。

第六章　考核与评估

第十二条　实行支援期间与期满考核相结合的方式。考核由领导小组办公室组织，结合受援单位评价、个人总结、工作实绩（如技术推广、人才培养数量与质量等）进行综合评定。考核结果存入个人档案，作为奖惩和晋升的重要依据。

第七章　附则

第十三条　本办法中未尽事宜，参照国家、省市及医院相关规定执行。如遇上级政策调整，按新政策执行。

第十四条　本办法自发布之日起试行，由医院对口支援工作领导小组办公室负责解释。

三、参考文献

[1]卫生部，财政部，国家中医院管理局.关于印发《城乡医院对口支援工作管理办法（试行）》的通知：卫医管发〔2009〕72号[EB/OL].(2009-07-31).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/s6496/200907/e51bd2c3784f4cefafc99c9c642b0a50.shtml.

[2]无锡市2024年对口支援协作合作和南北结对帮扶合作工作要点[Z].2024.

[3]无锡市对口支援工作领导小组办公室.关于进一步明确和规范援派干部人才相关待遇的内部口径[Z].

[4]无锡市委组织部.关于进一步明确和规范援派干部人才相关待遇的通知：锡组通〔2020〕45 号[Z].2020.

职工奖惩管理办法（草案）

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-011-01	制定时间：2025-12-05
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：党政办公室	修订版本：/
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为加快医院建设和发展步伐，规范职工行为，保障制度执行，充分调动全院职工的积极性和创造性，保障医院工作秩序和医疗服务质量，提升医院现代化治理水平，根据国家相关法律法规及事业单位人事管理规定，结合本院实际，特制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 本办法适用于全院在编、合同制聘用等人员，以及科室、党支部、班组等集体。

第二条 职工奖惩工作坚持以下原则：

（一）公平公正、公开透明、客观真实；

（二）精神鼓励与物质奖励相结合；

（三）教育与惩处相结合，以教育为主；

（四）奖惩有据、程序规范、及时有效。

第二章 奖励

第三条 奖励情形（包括但不限于）：

（一）在医疗、护理、教学、科研、管理、后勤等各项工作中，勇于创新、成绩显著、贡献突出者；

（二）在突发公共卫生事件、重大灾害救援等急难险重任务中，表现突出、做出重大贡献者；

（三）获得各级各类荣誉奖励者（奖励标准详见本办法附件 1）；

（四）在管理类论文、著作、课题等方面取得突出成果者（奖励标准详见本办法附件 2）；

（五）在技术革新、科学研究、教育教学工作中取得突出成绩者（奖励标准详见

《科研与教育建设专项资金管理及使用办法》）；

（六）防止或避免重大事故、挽回重大损失或保护公共财产有突出贡献者；

（七）恪守职业道德、服务优质、深受患者及家属好评，事迹突出者；

（八)在同违法违纪行为作斗争、维护医院正常秩序和安全稳定方面表现突出者；

（九）在其他方面对医院有突出贡献者。

第四条 奖励程序：

（一）申请：由所在科室、部门或相关职能部门根据奖励情形提出申请，并提交事迹材料及相关证明。

（二）审核：相应条线对申请材料进行核实与初审。

（三）审批：报请院长办公会、党委会或职工代表大会批准。

（四）公示：对拟进行的重大奖励事项，在一定范围内进行公示。

（五）实施：由相应条线会同财务科等部门具体实施奖励决定。

第三章 惩处

第五条 处罚须坚持以事实为依据，并与违规等级、组织处理、政纪处理相结合的原则。由纪检监察办公室、组织人事科以及相关职能科室组成评议小组，审核处罚的合理性、适宜性，并督办其执行。

第六条 以《公职人员政务处分法》、中共中央八项规定及其实施细则、《事业单位工作人员处分暂行规定》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》《关于改进工作作风、密切联系群众的八项规定》《医疗纠纷预防和处理条例》和医院《规章制度》《岗位职责》，作为处罚依据的补充。

第七条 处分种类：违规处理，设为一级、二级、三级违规；提醒谈话、诫勉谈话、通报批评、取消评优评职资格或参加有关学术委员会资格、扣发绩效工资、停薪；离岗学习、暂停处方权、停职、缓聘、解职待聘、降级聘用、解除聘用合同；调离工作岗位、调整职务、责令辞职、免职、降职等组织处理；警告、记过、记大过、降低岗位等级或者撤职、开除等政务处分。上述处理种类可以单独使用，也可以合并使用。

第八条 一级违规处罚 500 元，并在部门会议上通报批评；二级违规处罚 1000 元、三级违规处罚 1500 元，并在院级会议上通报批评。对受三级违规处理的直接行政负责人和业务主管责任人，分别处罚 200 元。

第九条 处分情形（包括但不限于）：

（一）行政管理方面

1．不执行院部的决定，视情节给予二至三级违规处理；不服从科室（部门）负责人的工作安排，给予一级违规处理；不服从领导管理并发生冲突的，给予二级违规处理；对医院或上级检查发现问题不及时整改的，分别给予一至三级违规处理。

2．无故不参加院、科组织的会议、学习、培训、考试的，给予一级违规处理；院级以上考试不合格的，给予一至二级违规处理；补考仍不合格或考试作弊的，给予三级违规处理。

3．职能部门工作人员违反首问首接负责制、服务态度冷淡、对临床的工作请示一周内未予答复的，给予一至二级违规处理。

4．应当报告的事项未及时报告或隐瞒不报造成后果的，视情节给予二至三级违规及组织、政纪处理。

5．造成重要会议内容、网络保密信息、档案、文件等泄密的，散布虚假信息损害医院和个人形象声誉的，视情节给予一至三级违规处理。

6．管理者因决策失误或工作出现缺陷、差错而造成后果的，视情节轻重给予一至三级违规及组织、政纪处理。

7．科室及个人缺乏安全意识造成火警、火险、火灾的，给予三级违规及组织、政纪处理，构成犯罪的移交司法机关处理。

8．私改乱挂电线或违规使用各类电器的，视情节给予一至二级违规处理。

9．违反财经纪律及制度致使医院经济遭受损失的，视情节给予二至三级违规及组织、政纪处理。

10．对发生偷窃造成损失的责任者，及故意损坏和私自处置公物行为的，视情节给予二至三级违规及组织、政纪处理。

11．负责水电及各类器材和器械维修的人员，接到通知应及时赶到进行检修，若因检修不及时造成后果的，视情节给予一至三级违规处理。

12．不关闭水、电、空调、电脑等行为的，造成后果，视情节轻重给予一至三级违规处理。

13．涉黄、涉赌、涉毒、醉驾等违规违法行为的，给予组织、政纪处理。

14．擅自修改医院电脑信息，影响网络安全，视情节给予三级违规及组织、政纪处理。

15．有其它违反行政管理行为的，视情节和影响给予一至三级违规或组织、政纪处理。

（二）劳动纪律

1．迟到或早退在30分钟以内（包括专科专家门诊和值（备）班人员）的，给予一级违规处理；在30分钟以上的给予二级违规处理；旷工1天的给予三级违规处理；旷工1天以上的给予三级违规及组织、政纪处理。

2．未按规定请销假、弄虚作假、不遵守考勤规定，视情节给予一至二级违规处理。

3．对发生辱骂或吵架行为的，视情节给予一至二级违规处理；对发生肢体接触的打架行为，视情节给予二至三级违规处理；对实施暴力行为的给予三级违规及组织、

政纪处理。

4．对在工作时间做与工作无关的事情或脱岗、串岗的，给予一至三级违规处理，造成后果的给予组织、政纪处理；上网进行与工作无关的行为或发表不当言论，给予三级违规，造成后果给予组织、政纪处理。

5．在工作时间或工作场所打牌等娱乐活动的，给予二至三级违规及组织、政纪处理。

6．擅自携带易燃易爆等危险物品进入工作场所的，给予三级违规处理；酒后进行诊治等医疗活动的，给予二级违规处理；酗酒滋事造成不良影响的给予三级违规处理。

7．拒绝调配公用设备、工具和物品的，视情节给予一至二级违规处理，造成不良后果的给予三级违规处理。

8．影响工作秩序及妨碍他人工作的，视情节给予一至三级违规处理。

9．履行职责不到位给医院造成经济损失的，视情节给予二至三级违规及组织、政纪处理。

10．发生越级投诉或上访的，视情节给予二至三级违规，造成影响的给予组织、政纪处理并与部门考核挂钩。

11．有其它违反劳动纪律行为的，视情节和影响程度给予一至三级违规及组织、政纪处理。

第十条 处分程序：

（一）调查：对涉及的违纪违规行为，由纪检监察室、相关职能部门或所在科室进行调查核实，形成书面报告。

（二）告知与申辩：将调查认定的事实及拟作出的处分依据告知当事人，并听取其陈述和申辩。

（三）审批：根据处分等级和权限，按程序报请相关部门及院领导批准，经院党委会或院长办公会研究决定。

（四）送达与归档：处分决定以书面形式送达本人，并归入个人档案。

第十一条 职工对处分决定不服的，可在 3 个工作日内按相关规定书面申请复核、提出申诉。

第四章 附则

第十二条 本办法未尽的奖励或惩处情形，由党政办公室会同相关部门提出意见，报院党委会或院长办公会研究决定。

第十三条 本办法中涉及奖金、资助等财务事项的发放，应符合医院财务管理制度及相关政策规定。

第十四条 本办法由医院党政办公室负责解释。

第十五条 本办法自发布之日起施行。本院此前发布的有关规定与本办法不一致

的，以本办法为准。

三、参考文献

[1]国务院.事业单位人事管理条例：国务院令第652号[EB/OL].(2014-05-15).https://www.gov.cn/zhengce/2014-05/15/content_2680034.htm.

[2]国家卫健委办公厅.关于印发《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》的通知：卫办发〔2007〕296号[EB/OL].(2007-12-20).https://www.nhc.gov.cn/jcj/c100143/200712/37a41d49c5ec47bba4d3d996458b99da.shtml.

[3]中共中央组织部，人力资源社会保障部.关于印发《事业单位工作人员处分规定》的通知：人社部发〔2023〕58号[EB/OL].（2023-11-06）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5678098.htm.

[4]中共中央组织部，人力资源社会保障部.关于印发《事业单位工作人员奖励规定》的通知：人社部规〔2018〕4号[EB/OL].（2018-12-18）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2018-12/31/content_5433874.htm.

[5]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则：国卫医发〔2021〕37号[EB/OL].（2021-11-12）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5678098.htm.

[6]中共江苏省委组织部，江苏省人力资源和社会保障厅，江苏省财政厅.关于印发《江苏省事业单位工作人员奖励实施细则》的通知：苏人社规〔2019〕5号[EB/OL].（2019-12-31）.https://www.jiangsu.gov.cn/art/2020/2/17/art_64797_8974766.html.

[7]宜兴市人民医院.科研与教育建设专项资金管理及使用办法[Z].

[8]宜兴市人民医院.各级各类荣誉奖励管理规定[Z].

附件1

各级各类荣誉奖励标准

一、集体荣誉奖励

一类：对获得中共中央、国务院授予的荣誉称号或相应奖项的集体，一次性奖励10000-20000元。

二类：对获得省、部级荣誉称号或相应奖项的集体，一次性奖励6000-10000元。

三类：对获得江苏省级单位（如江苏省卫生健康委员会）或无锡市委、市政府授予的荣誉称号或相应奖项的集体，一次性奖励3000-6000元。

四类：对获得无锡市级单位（如无锡市卫生健康委员会）或宜兴市委、市政府授予的荣誉称号或相应奖项的集体，一次性奖励1000-3000元。

五类：对获得宜兴市级各部门授予的荣誉称号的集体奖励500-1000元。

六类：对医院自行授予相关荣誉称号的集体按医院当年度评比先进的奖励标准执行。

二、个人荣誉奖励

一类：对获得中共中央、国务院授予的个人荣誉称号或相应奖项，一次性奖励5000-20000元。

二类：对获得省、部级奖项或荣誉称号者，一次性奖励3000-5000元。

三类：对获得江苏省级单位（如江苏省卫生健康委员会）或无锡市委、市政府授予的个人荣誉称号或相应奖项者，一次性奖励1000-3000元。

四类：对获得无锡市级单位（如无锡市卫生健康委员会）或宜兴市委、市政府授予的个人荣誉称号或相应奖项者，一次性奖励800-1000元。

五类：对获得宜兴市级单位（如宜兴市卫生健康委员会）等授予的个人荣誉称号或相应奖项者，一次性奖励500-800元。

六类：对医院授予的个人荣誉称号的奖励按医院当年度评比先进的奖励标准执行。

三、补充规定

1．根据工作实际和发展需要，每年可设立有针对性的主题活动奖励，其中竞赛类个人奖励一等奖800元，二等奖500元，三等奖300元；竞赛类团体奖励一等奖1000元，二等奖800元，三等奖500元。

2．非正规机构颁发的荣誉及医学协会（学会）及下设的各专业委员会所授荣誉参照标准，经党委会商议后执行。

3．同一内容获两个（含）以上荣誉按最高标准享受奖励一次。

附件2

管理类课题、论文、著作奖励标准

鼓励全体职工参与管理类论文、著作、课题研究，各职能科室每年撰写管理论文不少于1篇。撰写论文、著作、课题查新重复率需＜20%，能反映医院和部门管理举措，体现医院和部门管理创新。

一、管理课题奖励

1．获国家级管理项目，按到账经费给予1:1资助，并按到账经费给予30%一次性奖励课题组（奖励额不超过20万元）。

2．获省部级管理项目，按到账经费给予1:1资助，并按到账经费给予20%一次性奖励课题组（奖励额不超过10万元）。

3．省厅级项目（省卫健委、省医院协会、省医学会、省科技厅、省中医学局等），按到账经费，给予1:1资助，并给予10%一次性奖励课题组，未获得经费资助的项目由项目组结合项目开展经费提出申请审批后进行专项资助或给予3000元一次性奖励。

4．市局级项目（无锡市卫健委、无锡市科技局、无锡市医学会、无锡市科学技术协会、无锡市卫健委下属各协会等），按到账经费，给予1:1资助，未获得经费资助的项目由项目组结合开展项目经费提出申请审批后进行专项资助或给予500元一

次性奖励。

由其他行政管理部门立项的、涉及医院管理相关的课题经认可后参照标准实施奖励。

二、管理论文奖励

（一）发表

1．在中华级及以上核心期刊发表的论文按版面费100%报销，上限10000元。

2．在北大核心期刊发表的论文按版面费80%报销，上限3000元，奖励800元/篇。

3．在科技核心期刊发表的论文按版面费80%报销，上限2000元，奖励600元/篇。

4．在非核心期刊发表的论文版面费不予报销，奖励300元/篇。

（二）获奖

5.获国家级一等奖奖励20000元/篇，二等奖奖励10000元/篇，三等奖奖励8000元/篇。

6．获省部级一等奖奖励10000元/篇，二等奖奖励5000元/篇，三等奖奖励3000元/篇。

7．获省厅级一等奖奖励5000元/篇，二等奖奖励3000元/篇，三等奖奖励2000元/篇，优秀奖奖励800元/篇。

8．获省级协会一等奖奖励1000元/篇，二等奖奖励800元/篇，三等奖奖励600元/篇，优秀奖奖励300元/篇。

9．获无锡市级一等奖奖励800元/篇，二等奖600元/篇，三等奖300元/篇，优秀奖200元/篇，其他无锡市级协会获奖奖励参照减半。

三、管理类专著奖励

1．以宜兴市人民医院为主编单位的专著（10万字以上）

（1）由国家级出版社出版的学术著作每部奖励20000元。

（2）由省部级出版社出版的学术著作每部奖励10000元。

2．以宜兴市人民医院为副主编或编辑单位的专著（10万字以上）

（1）由国家级出版社出版的学术著作每部奖励10000元。

（2）由省部级出版社出版的学术著作每部奖励5000元。

不同层级获奖的同一篇论文、著作、课题只享受一次所获最高级别奖项。

对外委托服务项目管理制度

文件编号：YXPH-XZ-DZB-2025-013-02	制定时间：2020-12-15
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-05
制定部门：党政办公室	修订版本：1
审核批准：医院发展与改革委员会	执行时间：2026-01-05

一、目的

为规范医院对外委托服务项目管理，提高服务质量，保障医疗安全，维护医院合法权益，根据国家有关法律法规及医院相关规定，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度所称对外委托服务项目，是指医院因技术、设备、人员等条件限制或出于成本效益考虑，将部分非核心业务委托给具有相应资质的第三方机构承担的服务项目。主要包括：

（一）医疗类：病理诊断、临床检验等；

（二）保障类：保洁、运送、安保、餐饮、洗涤、绿化养护、设施设备维保等；

（三）信息化类：信息系统运维、软件开发等；

（四）其他经医院批准需要对外委托的服务项目；

（五）工程项目不适用本制度。

第二条 对外委托服务项目遵循“依法合规、质量优先、权责明确、动态监管”的原则。

第二章 组织管理与职责

第三条 医院对外委托服务项目实行“归口管理、分级负责、多部门协同”的管理体制。重大外包事项由院长办公会或党委会集体决策，日常管理工作由各归口管理部门按职责分工具体落实。

第四条 归口管理部门职责：

（一）医务部负责医疗类外包项目的资质审核、质量控制及业务指导；

（二）后勤保障部负责后勤类外包项目的日常管理、绩效考核及安全监管；

（三）信息数据中心负责信息化类外包项目的技术审核、数据安全及运维监督；

（四）采购招标管理中心负责对外委托服务项目的采购组织实施；

（五）财务科、运营管理科负责服务费用的预算审核、支付结算及成本核算；

（六）审计科负责对外委托服务项目的全过程审计监督；

（七）纪检监察室负责对对外委托服务项目中的廉洁风险进行监督检查。

第五条 使用科室职责：

（一）提出外包需求，参与服务商遴选；

（二）负责日常对接、现场管理及问题反馈；

（三）参与服务质量评价与考核。

第三章 准入与遴选

第六条 对外委托服务项目实行准入管理。归口管理部门应组织内部分析评估，明确服务内容、质量标准、人员配置、安全责任等要求，形成书面评估报告。

第七条 服务商应具备以下基本条件：

（一）具有独立法人资格，持有有效的营业执照及相关行业资质证书；

（二）具备履行合同所必需的设备、技术和专业能力；

（三）近三年内无重大违法违规记录及安全事故；

（四）法律法规规定的其他条件。

第八条 对外委托服务项目须通过公开招标、竞争性磋商等方式依法合规遴选服务商。

第九条 建立服务商备选库。归口管理部门应定期更新备选库信息，实行动态管理。

第四章 合同管理

第十条 确定服务商后，归口管理部门应在 30 日内与其签订书面合同。合同须经医院法律顾问审核，报分管领导审批。

第十一条 合同内容应包括：服务范围、质量标准、人员配置、服务期限、费用及支付方式、双方权利义务、违约责任、保密条款、争议解决方式等。涉及机密事项的，应另行签订保密协议。

第十二条 合同期限一般不超过 3 年。期满需续签的，应在合同到期前 3 个月完成履约评价，评价合格方可续签，续签次数原则上不超过 2 次。

第十三条 合同履行过程中需变更或解除的，应由归口管理部门提出书面申请，说明理由及依据，按原审批程序报批。

第五章 过程监管与绩效评价

第十四条 归口管理部门应制定服务质量标准和考核细则，建立日常巡查、定期检查、专项督查相结合的监管机制。

第十五条 实行月度考核与年度综合评价相结合。考核内容包括服务质量、安全管理、人员管理、应急响应、满意度等。

第十六条 考核结果作为服务费支付、合同续签及服务商退出的重要依据。具体挂钩办法在合同中约定。

第十七条 建立不良事件报告制度。服务商发生安全事故、重大投诉或违规行为时，应立即向归口管理部门报告，并采取有效措施防止事态扩大。

第六章 退出与档案管理

第十八条 有下列情形之一的，医院可终止合同并追究违约责任：

（一）丧失相关资质或经营资格的；

（二）连续两次年度考核不合格的；

（三）发生重大安全责任事故或严重违规行为的；

（四）擅自转包、分包服务项目的；

（五）合同约定的其他解除情形。

第十九条 合同终止或到期不续签的，归口管理部门应制定过渡方案，确保服务连续性。服务商应配合做好资料移交、人员安置等工作。

第二十条 建立对外委托服务项目档案。档案内容包括：立项评估材料、采购文件、合同文本、考核记录、付款凭证、审计报告等。档案保存期限不少于合同期满后5年。

第七章 附则

第二十一条 本制度自2026年1月1日起施行。原相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第四十五号）.中华人民共和国民法典[EB/OL].(2020-05-28).https://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/zwgkztzl/2025nianzhuanti/2025mfdxcy/2025mfdxcy_mfdql/202505/t20250507_518708.html.

[2]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202106/t20210610_311888.html.

[3]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).http://www.npc.gov.cn/c2/c30834/202108/t20210820_313088.html.

[4]财政部.行政事业单位内部控制规范（试行）：财会〔2012〕21号[EB/OL].(2012-11-29).http://kzp.mof.gov.cn/content.jsp?infoid=559&class_id=01_10_01_05

[5]国家卫生健康委,国家中医药管理局.公立医院内部控制管理办法：国卫财务发〔2020〕31号[EB/OL].(2020-12-31).https://www.nhc.gov.cn/caiwusi/c100043/202101/e49d45f2483d41a3940ff3ddd9c54ac9.shtml.

[6]国务院.医疗机构管理条例（2022年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[7]国家卫生计生委.医学检验实验室基本标准和管理规范（试行）：国卫医发〔2016〕70号[EB/OL].(2016-07-20).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201612/8f38ca8c26b846faa29f5ae8dadad47b.shtml.

[8]WS/T 823-2023 医院医用织物洗涤消毒技术规范[S].

四、修订原因

进一步规范内控合规管理、防范法律风险，完善外包供应商量化考核体系，强化考核结果与费用支付、合同续签的联动机制，优化应急处置流程，结合医院实际，对原制度进行系统性修订完善。

五、修订记录

2025年12月第1次修订

二、财务、价格、医保管理制度

财务管理工作制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-001-04	制定时间：2010-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为正确贯彻执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》，统一管理医院财务，规范财务管理和会计管理，完善财务部门的岗位责任制，保障医院健康高质量运行，特制定本制度。

二、内容

1. 加强财务监督，严格财经纪律。财务人员要坚持原则、廉洁自律、奉公守法，坚决抵制一切贪污盗窃、违法乱纪行为。

2. 根据医院计划，对医院预算编制、执行、决算情况及时监督，及时反馈。

3. 合理组织收入，严格控制支出。对医院收入支出严格实行“收支两条线”，不得坐支现金。严格依照预算进行开支，不得超预算支出，对确有需求超出预算进行支出的，需依照预算调整流程先进行预算调整，再进行开支。对临时必需的开支，应按规定的审批手续办理。

4. 一切经济业务，均应取得合法的原始凭证。原始凭证经 HRP 系统相关报销流程审核后，方能据以报销。出差或因公借支，须经主要领导批准，工作完成后及时办理结账报销手续。

5. 正确及时办理会计业务，按照规定的格式和期限，报送会计报表。

6. 加强医院经济管理，定期进行经济活动分析。

7. 及时清理债权和债务，防止拖欠，减少呆账。

8. 财务科应与有关科室配合，定期对固定资产、药品等国有资产进行监督，及时清查库存，防止国有资产流失。

9. 原始凭证、账本、工资清册、财务决算等会计资料的归档，以及会计人员的交接，均按相关规定办理。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21;修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31号，2023.

[4]国家卫生健康委，财政部.公立医院财务监督管理办法[Z].国卫财务〔2023〕5号，2023.

[5]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2016年1月第1次修订

2020年8月第2次修订

2025年1月第3次修订

财务科工作制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-002-03	制定时间：2013-01-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为正确贯彻执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》，医院财务应实行统一管理，规范财务科工作纪律，完善财务部门的岗位责任制，保障医院财务工作高质量进行，为医院平稳运行提供参考，特制定本制度。

二、内容

1. 在医院党委领导下，负责制定和完善医院财务管理制度、岗位责任制等财务规章制度，严格执行财务法规和财经纪律。

2. 根据医院发展计划，严格执行医院年度财务收支预算。参与医院各种经济活动的决策和经济合同的签订。

3. 按照物价规定的收费标准，合理组织医院收入。贯彻节约办院的原则，做好节支工作，降低运行成本。

4. 做好医院的经济核算工作，按照规定的格式和期限报送各类会计报表，定期进行财务分析，为领导决策提供服务。做好医院的内部控制工作，依照相关制度，降低医院运营风险，助推医院高质量发展。

5. 定期清理债权债务，防止拖欠，严格控制呆账。

6. 加强医院资产管理，定期督促协助管理部门对固定资产、药品、库存物资的

清查盘点和核对，做到账账相符、账实相符。

7. 负责做好有关会计档案的形成、收集、整理、归档及保管。

8. 做好院领导交办的其他各项工作。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108 号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 8 月第 1 次修订

2025 年 1 月第 2 次修订

经济活动决策审批制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-003-03	制定时间：2007-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院经济活动决策审批流程，强化内控管理与风险防范，保障国有资产及资金使用合规性、效益性，明确各层级决策审批权限与责任边界，防范舞弊和资源浪费，提升经济管理精细化水平，维护医院运行秩序与公益属性，依据相关法律法规及行业规范，特制定本制度。

二、内容

1. 决策和审批原则

坚持勤俭办院方针，实行重大经济活动集体决策、分工负责、分级审批原则，严格按照财务管理规定合理规范开支。

3. 经济活动的决策程序

（1）所有经济活动开支均须纳入单位年度预算。

（2）预算内在政府采购限额以上的设备、基建、改造等项目审批程序，按重大

经济事项集体决策制度执行；预算外重大经济事项应追加预算并经批准后参照前述执行。

（3）政府采购限额以下的设备、零星工程改造、物资采购及水、电、气等常规性开支均应纳入单位年度预算，超预算支出项目应经审核后及时调整预算并报医院党委会批准。

3. 经济开支的审批程序

（1）坚持“先审后批”，严格预算执行纪律。

（2）日常费用支出须由经办人在 HRP 系统中填写对应费用报销审批单。

（3）属于固定资产及药品、卫生材料、低值易耗品等存货，办理验收入库后，凭付款通知单办理审批付款手续；零星改造工程先经第三方审计中介机构审计。

（4）所有经济活动费用支出，必须完成 HRP 审批流程后方能付款。日常费用支出报销须全部计入成本核算和预算执行，按月计入相应科室成本。

4. 经济开支的监管

（1）各种支出必须凭合法有效的凭证，其余非正规凭证一律不得签报.

（2）财务科工作人员有监督财务审批制度执行的权利，要积极、主动发现和纠正制度执行过程中的不规范行为，要坚决制止违反财经纪律的行为。对不符合经济活动的实施程序和审批程序的，财务人员有权不予支付。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 7 月第 1 次修订

2025 年 1 月第 2 次修订

禁止设立账外账、“小金库”的管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-004-03	制定时间：2007-06-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为贯彻执行国家财经法律法规和规章制度，维护国有资产的安全与完整，堵塞管理漏洞，规范经济核算与分配管理，根据财政部，国家卫生健康委印发的《关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见》（财会〔2023〕31 号），结合我院具体情况，制定本制度。

二、内容

1. 医院的所有收入由财务科严格按照医院财务会计制度规定确认、核算收入。其他任何部门和个人不得收取款项，禁止设立账外账、“小金库”。

2. 医院的医疗、药品收入由财务科下属的门诊、住院收费处负责收取，所收款项应每天及时足额上缴出纳人员，并由出纳人员每日及时缴存银行。

3. 医院的实习培训、住宿收入，资产报废残值收入，废品变价收入等其他收入，由相关部门出具收款通知单后，上交医院财务科。

4. 科室奖金的二级分配应建立明细台账、清单，做到公开、透明。台账应指定专人保管备查。按照《职工奖励性绩效工资考核暨分配管理办法》，院绩效直接考核到各职能科室、临床、医技科室，直接分配到个人的考核直接核算到个人，核算单元为科室的，通过绩效核算系统进行二次分配，不得留存科室。由运营管理科、审计科、纪检监察室监督科室进行规范化的二次分配。

5. 财务科、审计科每半年定期组织检查，平时不定期组织抽查，并将检查情况及时整理归档。

6. 违反上述规定，情节较轻的，应限期纠正，并经院部同意后纳入医院内部绩效考核；情节严重的，由院部上报主管部门和公安部门处理。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21;修订版，2017-11-04.

[2]国务院.财政违法行为处罚处分条例[Z].国务院令〔2011〕588 号，2011.

[3]财政部,国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 7 月第 1 次修订

2025 年 1 月第 2 次修订

全面预算管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-005-02	制定时间：2023-09-28
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：1
审核批准：医院全面预算管理委员会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为推进医院实施全面预算管理工作，严格预算管理，强化预算约束，规范医院经济运行秩序，提升资金使用和资源利用效率，根据法律法规及相关政策要求，结合医院经济运行实际，特制定本制度。

二、内容

总 则

第一条 全面预算管理是指医院将所有经济活动全部纳入预算管理范围，实行全流程管控。以医院战略发展规划和年度计划目标为依据，充分运用预算手段开展医院内部各类经济资源的分配、使用、控制和考核等各项管理活动。具体包括收入、支出、成本费用、筹资投资、业务等预算。

第二条 医院建立健全全面预算管理制度的基本原则。

（一）战略性原则。坚持以医院战略发展规划为导向，确定年度计划目标并合理配置资源，实现医院可持续健康发展。

（二）全面性原则。实行全口径、全过程、全员性、全方位预算管理，覆盖医院人、财、物全部资源，贯穿预算编制、审批、执行、监控、调整、决算、分析和考核等各个环节。

（三）约束性原则。强化预算硬约束，原则上预算一经批复不得随意调整。医院预算执行按分工职责实行层层分解，落实到具体的责任科室和责任人，严格执行已经批复的预算，增强医院整体预算统筹能力。

（四）绩效性原则。建立“预算编制有目标、预算执行有监控、预算完成有评价、评价结果有反馈、反馈结果有应用”的全过程预算绩效管理机制，推进预算效益效果提升。

（五）适应性原则。符合国家有关规定和医院实际，依据外部政策环境和医院经济活动变化，及时调整完善预算管理制度、机制、流程、办法和标准。

第三条 全面预算管理制度是现代医院管理制度的重要内容，医院将全面预算管理纳入医院内部预算绩效考核的范围。

第一章 组织机构

第四条 医院应当建立健全预算管理组织机构，建立由医院全面预算管理委员会、

全面预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织体系，确保医院所有部门、所有科室均纳入预算管理体系，确保预算责任能够分解落实到各级预算责任单元。

第五条 医院全面预算管理委员会是医院全面预算管理工作的领导机构，医院党委书记任主任，院长和总会计师任副主任，相关职能科室科长任委员，运营管理科科长任秘书。医院全面预算管理委员会的主要职责包括：审议医院预算管理制度、预算方案和预算调整方案、预算编制和执行中的重大问题、预算执行报告、决算报告等预算管理工作中的重大事项。全面预算管理委员会每年至少召开 2 次正式会议，遇到发生重大经济事项或政策变化、紧急需要调整预算方案等情况可以召开临时会议。

第六条 医院全面预算管理委员会下设全面预算管理办公室，牵头负责全面预算管理日常工作。办公室设在运营管理科，科室负责人兼任办公室主任。各归口部门、各预算科室设立兼职运营管理助理。全面预算管理办公室的主要职责包括：拟定各项预算管理制度，组织、指导预算归口管理部门和相关预算科室编制预算，对预算草案进行初步审查、协调和平衡，汇总编制医院全面预算方案，检查预算执行情况并编制报告，组织编制医院决算报告，开展预算绩效考核评价及编制报告等。

第七条 预算归口管理部门包括收入预算归口管理部门和支出预算归口管理部门。预算归口管理部门的职责包括：牵头会同预算科室编制归口收入、支出预算，并监督归口收入、支出的预算执行情况。

收入预算归口管理部门主要包括医务部、门诊管理办公室、财务科、教学管理与学科建设科、科研与转化管理科、质量管理部等业务管理部门，负责编制医院收入预算。其中，医疗收入预算不得分解下达至各临床、医技等科室，效率类、结构类指标可分解下达。

支出预算归口管理部门包括组织人事科、工会、医学装备科、药学部、后勤保障部、信息数据中心、教学管理与学科建设科、科研与转化管理科等业务管理部门，其职能划分覆盖医院全部支出业务，且职责分工清晰明确。

第八条 预算科室包括医院所有临床、医技等科室以及行政后勤全部预算责任单元，是全面预算管理执行层。

预算科室的主要职能包括：在运营管理科和预算归口管理部门的指导下，开展本科室预算管理工作。

第二章 预决算内容

第九条 医院全面预算包括两部分内容：一是按照部门预决算管理规定统一编制的部门预算和部门决算；二是按照《医院财务制度》《关于医院执行政府会计制度—行政事业单位会计科目和报表的补充规定》（以下简称《补充规定》）编制的财务预决算，综合反映医院收入费用、资产负债、筹资投资、现金流量等全面财务信息。

第十条 医院按照部门预决算管理规定的编报格式和规范编制中期规划、年度部门预算和年度部门决算。医院所有收支全部纳入部门预算和部门决算。

第十一条 医院按照《医院财务制度》《补充规定》编制财务预算，包括业务预算、收支类预算、资源类预算及年度预算报告等。

（一）业务类预算。主要反映医院开展日常运营活动的预算，包括医疗业务工作量预算、财政专项预算、科研教学项目预算等，是收入费用预算、筹资投资预算编制的主要基础和依据。

（二）收入支出类预算。主要反映预算期内与医院业务活动直接相关的预算，包括收入费用总预算、医疗收入和医疗费用预算（包括管理费用预算）、财政补助收入费用预算、科教项目收入费用预算和其他收入费用预算。

人员经费和“三公”经费预算编制应当严格执行国家有关财务规章制度规定的开支范围和开支标准。

（三）资源类预算。主要反映预算期内医院通用设备、信息设备、床位数、职工人数等。

资源类预算主要包括设备、车辆购置，基本建设及大型修缮预算，对外投资预算等。医院对外投资主要包括认购国债、全资或与第三方合作举办独立法人的非营利性医疗卫生机构等。医院对外投资的资产来源和投资范围必须符合国家有关政策规定。

（四）预算报告。包括全部预算报表及预算编制说明。预算编制说明应当包括编制预算采用的会计政策以及与预算有关的重要事项。主要包括医院基本情况、业务前提条件或基础、收支测算原则与比率、重要费用支出项目说明、大额固定资产购置说明、基本建设和大型修缮项目说明、固定资产折旧政策、对外投资和第三方合作项目说明、长期负债情况说明等。对外投资和第三方合作项目应当详细说明合作方、合作模式、资金筹集、使用和分配、主要业务、是否按照规定进行审批等情况。长期负债应当详细说明筹资对象、期限、筹资用途、筹资规模、利率、是否按照规定进行审批、政府是否负有担保责任等情况。

第十二条 医院按照《医院财务制度》和《补充规定》编制权责发生制财务决算，包括收入费用决算、筹资投资决算、财务运行决算及年度决算报告等。

（一）收入支出决算。包括收入费用总决算、医疗收入和医疗费用决算、财政补助收入费用决算、科教项目收入费用决算和其他收入费用决算。

（二）筹资投资决算。包括设备、车辆和无形资产购置决算、基本建设和大型修缮决算、对外投资决算、借款决算、融资租赁决算和第三方合作决算。

（三）财务运行决算。包括资产负债决算、现金流量决算、净资产变动决算等综合性报表，综合反映收入费用决算和筹资投资决算的结果。

（四）年度决算报告。包括决算报表、编制说明和财务分析报告。决算编制说明

包括编制决算采用的会计政策以及与决算有关的重要事项，以便于理解各项决算报表，还应当包括预算编制说明涵盖的事项。编制决算采用的会计政策原则上应当与预算编制保持一致，确有必要调整的应当详细说明。

第三章 预算编制

第十三条 医院应当在规定时间内完整、准确、及时地完成预算编制工作。

第十四条 预算编制应当统筹考虑以下方面：

（一）坚持公立医院的公益性，正确处理社会效益和经济效益的关系，保障基本医疗服务正常有序开展，提高医疗服务质量和水平，促进医疗、教学、科研协调发展。

（二）坚持以战略发展规划为导向，根据区域卫生健康规划、卫生资源配置标准和年度事业发展计划，科学预测年度收入支出目标，合理配置内部资源，优化医院收入结构，逐步降低药品、耗材、检查、化验收入所占比重，提高诊疗费、手术、护理等医疗服务收入所占比重，实行总量平衡和控制。

（三）程序公开透明，充分听取医院领导班子、各职能部门、业务部门和专家意见，实行民主决策，并纳入院务公开内容。

（四）坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点，不得编制赤字预算。

（五）坚持厉行节约、勤俭办院的方针，加强成本核算和控制，充分考虑成本费用开支范围和规模，结合工作任务、人员编制、有关开支定额标准变化因素等情况，合理编制支出预算，控制管理费用占总体费用的比重。

（六）严格控制对外投资，投资范围仅限于医疗服务相关领域，不得使用财政拨款、财政拨款结余对外投资，不得从事股票、期货、基金、企业债券等投资。

（七）防范财务风险，加强应收应付预算管理，严格控制借款规模；确需借入或融资租赁的，应当按照规定报批；严禁举债建设。

（八）严格结余资金管理，医院累计可支配医疗盈余达到上年度业务支出一定比例的，须在编制年度预算时将累计可支配医疗盈余与业务收入和财政补助收入统筹考虑；规范专用基金提取。

第十五条 医院应当根据预算内容设置预算科目，并针对不同预算项目的特点，合理选择固定预算、弹性预算、增量预算、零基预算、定期预算、滚动预算等预算编制方法。预算编制方法应当相对固定，预算期内的编制方法变动应当经医院全面预算管理委员会审批。

第十六条 医院应当按照“上下结合、分级编制、逐级汇总”的程序，层层组织做好预算编制工作。各预算科室应当配合运营管理科、预算归口管理部门做好预算编制工作。

第十七条 预算编制工作分为准备、编制、审批三个阶段。

（一）准备阶段。运营管理科根据财政局预算编报部署和要求，以及医院事业发

展计划和目标，对下年度预算编制进行调研准备。9 月 30 日前在 OA 系统发布医院全面预算编制工作的通知、预算编制表单，布置编制预算的具体事项。

（二）编制阶段。医院各临床、医技等科室根据预算编制通知要求，负责编制下年度科室事业计划和各项支出预算，填制科室事业计划表、设备采购和房屋修缮计划等支出预算表，按规定时间提交归口管理部门。对单价 10 万元以上设备购置、单位投资 10 万元以上基本建设和房屋修缮等项目支出预算编制，须按规定填写项目申报表和项目可行性研究报告，由资产管理部门牵头组织相关专家进行逐项论证，按照轻重缓急进行排序，提出项目支出预算年度计划，经院党委会研究决定后报送运营管理科，作为项目支出预算编制的依据。

归口管理部门从严从紧编制相关基本支出和项目支出预算。基本支出预算编制包括人员支出预算和日常公用经费支出预算编制。采购招标管理中心分货物、工程和服务类，认真编制政府采购预算，做到应编尽编，规范编制、合理编制。资产管理部门根据江苏省省级行政事业单位部分国有资产配置预算标准和项目预算绩效目标管理的要求，对新增资产编制配置预算。组织人事科提供医院最新的人员信息等。运营管理科根据医院综合信息，编制医院整体支出绩效目标。在各科室收支预算编制的基础上，提出医院部门预算和财务预算建议数，完成医院预算规划。

（三）审批阶段。

10 月中上旬，运营管理科召开医院预算管理委员会成员及科室预算员培训会议，下发各科室下一年度预算编制相关表格。

根据前期编制的基础资料，下达业务量预算、收入支出预算和资金预算（含总控指数）。

12 月中旬，预算管理办公室进行审查、调整与平衡，形成下一年度预算草案。

运营管理科将下一年度预算草案报预算管理委员会审议通过，提交院党委会讨论，并向院职代会报告，下达预算指标，各科室严格按照下达的预算指标执行，科室预算执行率将纳入年度综合目标考核。

第四章　预算执行

第十八条 医院要严格执行经批复的预算，完善各项预算管理规章制度，严格遵守预算执行授权审批制度和各项审批程序，形成全方位的预算执行责任体系，并将预算作为开展各项业务活动和经济活动的基本依据。运营管理科根据医院职能分工，将支出预算逐级分解下达，以文件形式下发各归口管理部门，具体落实到分管领导、责任科室和责任人。

第十九条 医院预算经费实行“预算切块、审定项目、归口审批、逐级负责”的管理办法，各类费用支出按预算分类归口管理。办公费、差旅费、培训费、邮电费等公用支出由相关归口管理部门再细化分配到各临床、医技等科室，并严格执行费用控

制额度。科室预算不得突破，不得随意调整，更不得挪作他用。

第二十条 坚持经费审批制度，规范经费审批的范围和权限，支出报销按医院经费审批管理规定执行。

第二十一条 执行预算要坚持“总额预算、项目预算和项目付款”相结合的原则：

（一）总额预算是预算分类归口、切块管理、控制年度预算的总支出数；

（二）项目预算是按总预算审定的项目组织实施；

（三）项目付款是根据项目预算，按有关合同付款，项目付款总额不得超过项目预算数，超过要在总额预算中调整。

第二十二条 归口管理部门必须依法积极组织预算实施。单价 3 万元以上的设备购置、修缮项目，必须填写经济合同（协议）会签单。当年预算必须当年完成，隔年作废。没有预算的项目，一律不得开支。

第二十三条 运营管理科应当定期组织开展预算执行情况分析，通过召开预算执行分析会议等形式，及时通报各科室预算执行情况，研究解决预算执行中存在的突出问题，提出相应的整改建议和改进措施，并形成书面分析报告，提交医院全面预算管理委员会研究决定。

第二十四条 各预算归口管理部门应当定期向运营管理科报告预算执行情况，接受监督，并对预算差异较大的情况进行分析和上报。

第五章 预算调整及调剂

第二十五条 为了保证医院预算的严肃性、有效性，预算在执行过程中原则上不予调整。当医院事业发展计划有重大调整、政府出台相关政策以及存在其他事项对预算执行产生重大影响时，医院应当按照规定程序调整预算。安排财政资金的基本支出和项目支出预算调整，按照部门预算管理规定执行，并报卫健委批准。

第二十六条 预算调剂需要经过申请、审议和批准三个主要程序。预算外项目 3000 元（包含 3000 元）以内，由归口管理部门审核、主任审批。3000 元以上 5 万元以下，经审批小组讨论通过后，报分管院长审批。预算外项目 5 万元以上，需上报院党委会审批，由运营管理科备案并调整预算。凡属追加支出，必须有相应的收入来源做保证。

第六章 年度决算

第二十七条 年度终了，财务科应当加强决算工作管理。按照卫健委决算编制要求，真实、完整、准确、及时编制部门决算和财务决算，加强决算分析工作。

第二十八条 医院部门决算和财务决算应当提交医院全面预算管理委员会审议，经党委会审核同意后报卫健委。

医院应当按照政府综合财务报告编制工作规定的格式、内容和要求编制财务报告，并纳入部门财务报告合并编制范围。

第七章 财务分析

第二十九条 医院应当建立分析制度，编制年度预算分析报告和财务分析报告。分析报告应当包括以下内容：

（一）预算报告

1.预算编制分析。反映医院业务预算、收入支出预算、筹资投资预算等预算编制情况。

2.预算执行分析。反映医院当期收支预算执行进度，预算执行差异原因分析。

3.预算结果评价。全方位综合评价医院当期预算完成情况。

（二）财务报告

1. 财政保障水平分析。反映医院当期收到的财政补助情况及财政补助支出进度。

2. 医疗费用控制分析。反映医院当期医疗费用控制情况及采取的措施。

3. 盈余分析。反映医院除来源于财政项目收支和科教项目收支之外的收支结余水平，体现医院财务状况、医疗支出的节约程度以及医院管理水平。

4. 收入费用结构分析。反映医院收入费用结构的合理性，分析药品、耗材、检查、化验收入占医疗收入比重，以及人员经费占比、管理费用率等指标。

5. 成本管理能力分析。反映医院门诊收入和住院收入耗费的成本水平，使用门诊收入成本率、住院收入成本率、百元收入药品、卫生材料消耗等指标。

6. 偿债能力分析。反映医院当期使用资产偿还债务的能力，使用资产负债率、流动比率等指标。

7. 资产运营能力分析。反映医院当期期末资产规模、结构、收益及质量情况，使用总资产周转率、应收账款周转率、存货周转率等指标。

8. 发展能力分析。反映医院通过各种经济活动不断扩大积累而形成的发展潜能情况，使用总资产增长率、净资产增长率等指标。

9. 工作效率分析。反映医院的病床、医疗设备利用率及出诊医生的工作效率情况。

（三）其他情况说明

1. 会计核算分析。反映医院会计核算的规范性和准确性。

2. 内部控制分析。反映医院单位层面和业务层面的内部控制建设及实施情况。

3. 绩效考核分析。反映医院预算绩效考核制度建立及执行情况、当期绩效目标完成情况。

4. 其他分析。会对医院本期或下期财务状况发生重大影响的事项，以及其他需要分析的事项。

第三十条 分析方法主要包括比较分析法、比率分析法、因素分析法、结构分析法等。

第三十一条 医院应当建立财务分析指标预警机制，对核心指标实时监控，及时

发现异常情况，查找原因并采取应对措施。医院应当加强财务分析结果的应用，对于财务分析反映的突出问题，提出相应的改进措施并形成书面报告。

第三十二条 医院年度预算分析报告和财务分析报告应当提交医院全面预算管理委员会审议。

第八章 预算绩效考核

第三十三条 医院应当建立全面预算绩效管理制度。围绕预算管理的主要内容和环节，完善各环节预算绩效管理流程，制订预算绩效管理制度和实施细则。探索从运行成本、管理效率、履职效能、社会效应、可持续发展能力和服务对象满意度等方面，构建核心预算绩效指标体系，实现科学合理、细化量化、可比可测、动态调整、共建共享。加快预算绩效管理信息化建设，促进医院财务、资产、业务等信息互联互通。

第三十四条 医院应当采用合理方法考核预算执行结果、成本控制目标实现和业务工作效率等情况，确定预算差异、分析差异原因、落实差异责任，做到职责到位、责任到人，并将预算绩效考核结果作为内部业务综合考核、资源配置、年度评比、内部收入分配的重要依据。

第九章 预算监督与审计

第三十五条 医院要依据《中华人民共和国会计法》《医院财务制度》和《政府会计制度》等建立健全本单位内部会计监督制度。做到有法可依、有章可循、照章办事，对医院经济活动进行控制和监督，维护财经纪律的严肃性，保证业务活动和经济活动的顺利进行。

第三十六条 坚持民主理财，加强财务监督：

（一）对全院财务运行状况和资金投入较大的基建等专项经费使用情况由运营管理科会同相关部门及时进行分析，定期向党委会汇报；

（二）院内所有经济活动部门的各项收支活动，必须接受运营管理科的财务监督；

（三）凡重大经济收支活动应及时向院长或党委会报告；

（四）医院年度财务报告、预算、决算概况，每年向职代会报告并提请审议；年度预算、决算须经党委会研究通过后执行；

（五）按照卫健委要求，实行部门预决算公开，接受外部监督。

第三十七条 院内各部门必须依照有关法律、行政法规的规定，接受有关监督检查部门依法实施的监督检查，如实提供会计凭证、会计账簿、财务会计报告和其他会计资料以及有关情况，不得拒绝、隐匿、谎报，不得提供虚假财务会计报告、报表，不得做假账。

单位负责人保证会计机构、会计人员依法履行职责，不得授意、指使、强令会计机构、会计人员违法办理会计事项。

第十章 信息化建设

第三十八条 医院应当按照《医院信息化应用技术指引》《全国医院信息化建设标准与规范》等文件要求，加强预算管理信息化建设，对预算编制、审核、执行、调整、决算、分析、考核的全过程实现信息化管理，提高医院管理和运行效率。

第三十九条 医院预算管理系统要与医院其他信息管理系统（HIS 系统、资产管理系统、人事管理系统等）有效对接，完善预算管理系统与其他信息管理系统的互联互通。

第十一章 预算信息公开

第四十条 根据《江苏省预决算信息公开管理暂行办法》，建立健全医院信息公开制度，确定信息公开的时间、内容、范围、方式和程序，强化内部监督，提高医院预算透明度。

第四十一条 年度终了医院应当以审计后的财务决算为基础，重点公开医院收支、门急诊次均医药费用及增幅、住院人均医药费用及增幅、主要病种例均费用等社会公众较为关心的信息，并确保公开内容的真实性和准确性。

第四十二条 公开方式为江苏省预决算公开统一平台、卫健委门户网站信息公开专栏、医院门户网站同步公开。

第十二章 附 则

第四十三条 全面预算编制周期为公历年度。医院可根据需要将跨年度项目纳入项目库管理，并将细化后的项目预算纳入每个预算编制周期。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局.公立医院全面预算管理制度实施办法：国卫财务发〔2020〕30号 [EB/OL].http://www.nhc.gov.cn/caiwusi/s7785t/202101/28b018f8fc2749d3aa050822c72ab709.shtml.

[2]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见 [Z].财会〔2023〕31号，2023.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2025 年 1 月第 1 次修订

收入管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-006-03	制定时间：2012-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院收入管理全流程，确保医疗服务收入、药品收入等各类收入真实完整、及时足额缴纳，严格执行物价政策与收费标准，防范收入损失、违规收费等风险，保障国有资产保值增值。维护患者合法权益和医院公益属性，提升收入管理规范化、精细化水平，依据相关法律法规及行业规范，特制定本制度。

二、内容

1. 医院收入是指医院开展专业业务活动及其他活动依法取得的满足确认条件的经济资源的流入。财务会计核算收入具体包括：财政拨款收入、事业收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入、其他收入。事业收入包括：医疗收入、科教收入等。预算会计核算收入具体包括：财政拨款预算收入、事业预算收入、上级补助预算收入、附属单位上缴预算收入、经营预算收入、债务预算收入、非同级财政拨款预算收入、投资预算收益、其他预算收入等。事业预算收入包括：医疗预算收入、科教预算收入等。

2. 医院收入由财务科统一核算、统一管理。其他任何部门和个人不得收取款项，严禁私设账外账。

3. 医院要严格执行国家价格政策，合理组织收入，建立健全各项收费管理及公示制度。

4. 门诊、住院收费必须使用财政部门统一监制的收费票据并切实加强收费票据的管理。

5. 医院收费项目标准规范应录入计算机网络，规范收费，为患者提供费用清单及咨询窗口。

6. 医药费的收入原则上当日发生当日入账，并及时结算。门诊、住院的现金收入不得坐支。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意

见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108 号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 8 月第 1 次修订

2025 年 1 月第 2 次修订

收费管理规定

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-034-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-04-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为规范医院各项收费行为，严格执行国家物价政策与医疗服务收费标准，确保收费项目、标准、票据真实合规，杜绝乱收费、重复收费等问题，保障患者合法权益与医院收入安全，提升收费管理透明度与精细化水平，维护医院公益形象与运营秩序，特制定本规定。

二、内容

1. 严格执行国家规定的医疗收费标准和药品价格管理办法，对新增医疗服务项目必须向价格管理办公室报告，及时办理收费标准的报批、备案手续。

2. 患者住院期间的预交金与发生的医药费，分别记入住院患者的分户账。对已记入的费用任何部门、个人不得随意更改，不得擅自给患者减免费用。如遇特殊情况，由科室向财务科申请，再由财务科报院领导审批。

3. 住院服务中心凭病区出院通知，为患者办理结账手续，开具正式住院费结算收据，同时提供费用清单。有关患者住院期间的手工计费资料，至少保管 3 年，电脑计费资料每年度由信息数据中心保管。

4. 本单位的医疗业务收费，一律使用印有财政监制章的医疗收费票据，票据由财务科指派专人进行保管、使用、销号、登记管理，该票据不能用于其他部门或单位的经营活动。

5. 坚持合理检查检验、合理治疗、合理用药，使用贵重药品、自费药品、高值医用材料及大型检查、治疗项目前，应告知患者或家属，对未用药品或未查项目等按医院《退费管理制度》处理。

6. 建立收费公示制度，提升收费透明度，自觉接受社会各界监督：

（1）主要和常用药品、医疗服务项目、卫生材料，通过电子触摸屏、公示栏、公示簿等形式进行公示。

（2）门急诊患者由药房发药时打印药品清单。住院患者由各病区打印发放每日清单，患者出院时由住院处打印总费用清单。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅,财政部办公厅等.关于规范公立医疗机构预交金管理工作的通知[Z].国卫办财务发〔2025〕5号，2025.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020年6月第1次修订

2025年4月第2次修订

退费管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-035-03	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-04-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为规范医院退费管理全流程，严格执行物价政策与收费标准，明确退费条件、流程与责任边界，防范恶意退费、违规退费及资金流失风险，确保退费操作真实合规、精准高效，保障患者合法权益和医院资金安全，维护医疗运营秩序，依据相关法律法规及行业规范，特制定本制度。

二、内容

1. 退费审批程序

（1）门诊患者退费的审批

由门诊、医技、药房等业务部门签具退费原因，其中检查费退费实行相关检查科室指定人员双签名制。门诊退费由门诊一站式服务台工作人员审批并通知收费处工作人员办理退费。特殊情况需由财务科长和分管院长审批。

（2）住院患者退费的审批

病区记账项目退费：单项不超过500元，累计不超过1000元的退费，由病区发起申请，经医务科、财务科审批后，由住院处办理退费；超过上述限额的退费，经医务科、财务科、总会计师审批后，由住院处办理退费；个别特殊情况应电话联系相关

科室确认后，由住院处办理退费，住院处同时登记科室确认人的姓名以便备查。

特殊情况退费：经院领导同意审批后，凭财务科科长或医务部主任通知办理。

医技检查项目退费：已核输项目退费凭相关科室主任签字的通知单由住院处办理退费；未核输项目退费参照上述规定执行。

2. 退费申请者必须向收费人员提供检查申请单、收费票据等相关单据，审批手续齐全后方可办理退费。

3. 收费工作人员在办理退费时，须核对原始凭证、相关检查科室双签名样本等原始记录；退费手续办结后，做好相关凭证的保存和归档工作。

4. 财务科每月对退费情况进行考核。发现不符合规定的退费，由当事人或有关科室按实际退费金额补缴，并按退费金额的 50%扣奖，扣奖额不足 50 元的按 50 元扣奖，同时扣科室综合考评分 1～2 分。情节严重的报院领导集体决策后处理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅，财政部办公厅，等.关于规范公立医疗机构预交金管理工作的通知[Z].国卫办财务发〔2025〕5 号，2025.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 8 月第 1 次修订

2025 年 04 月第 2 次修订

支出管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-007-03	制定时间：2012-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院各项支出管理，严格遵循国家财经法规、医疗行业财务制度及预算管理要求，明确支出范围、标准与审批流程，防范超预算支出、违规支出及资金浪费风险，确保资金使用合规、高效、透明，保障国有资产安全，支撑医院公益服务与可持续运营，特制定本制度。

二、内容

1. 医院费用支出是指医院在开展专业业务活动及其他活动中发生的满足确认条件的经济资源的流出。财务会计核算费用具体包括：业务活动费用，单位管理费用，经营费用，资产处置费用，上缴上级费用，对附属单位补助费用，所得税费用，其他

费用。业务活动费用和单位管理费用包括：工资福利费用，商品和服务费用，对个人和家庭的补助费用，固定资产折旧费，无形资产摊销费，计提专用基金等。预算会计核算支出具体包括：事业支出，经营支出，上缴上级支出，对附属单位补助支出，投资支出，债务还本支出，其他支出等。事业支出包括：工资福利支出，商品和服务支出，对个人和家庭的补助支出，资本性支出等。

2．医院费用支出应严格执行国家相关财经法规和医院财务规章制度规定的开支范围及开支标准，严格控制三公经费事项开支。

3．医院费用支出应严格执行医院决策审批程序。重大经济事项的支出，应组织专家进行可行性论证，并实行集体决策和审批，必要时应召开职工代表大会审议通过。

4．所有费用支出必须有合法的原始凭证，做到内容真实，手续完整。

5．严格控制费用性支出。建立健全相关制度，努力降低非生产性开支。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108 号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 08 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

差旅费管理办法

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-008-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院国内差旅费管理，推进厉行节约反对浪费，根据《党政机关厉行节约反对浪费条例》《江苏省党政机关厉行节约反对浪费的有关规定》和《宜兴市党政机关事业单位差旅费管理办法》，结合医院工作实际，特制定本办法。

二、内容

第一章 总则

1．差旅费是指医院工作人员临时到宜兴市以外地区公务出差所发生的城市间交通费、住宿费、伙食补助费和市内交通费。

2．建立健全公务出差审批制度。出差必须按规定报经单位分管领导批准，从严控制出差人数和天数，严格执行差旅费支出标准，控制差旅费支出规模；严禁无实质内容、无明确公务目的的差旅活动，严禁以任何名义的方式变相旅游，严禁异地部门间无实质内容的学习交流和考察调研。

3．严格执行宜兴市财政局公布的分地区、分级别、分项目差旅费标准。

第二章 城市间交通费

4．城市间交通费是指工作人员因公到宜兴市以外地区出差乘坐火车、轮船、飞机、客车等交通工具所发生的费用。

5．出差人员应当按规定等级乘坐交通工具。原则上火车为硬席（硬座、硬卧），高铁/动车为二等座，全列软席列车为二等软座；飞机为经济舱。凭据报销，未按规定等级乘坐交通工具的，超支部分由个人自理。

6．到出差目的地有多种交通工具可选择时，出差人员在不影响公务、确保安全的前提下,应当选乘相对经济便捷的交通工具。

7．各科室应当做好出差计划安排，尽可能选择低价机票。

8．乘坐火车、轮船、飞机、客车等交通工具的，每人次可以购买交通意外保险一份。

第三章 住宿费

9．住宿费是指工作人员因公出差期间入住宾馆（包括饭店、招待所，下同）所发生的房租费用。

10．工作人员出差，执行宜兴市财政局公布的分地区住宿费限额标准，住单间或者标准间，不得住套间。

11．出差人员应当在职务级别对应的住宿费限额标准内，选择安全、经济、便捷的宾馆住宿。

第四章 伙食补助费

12．伙食补助费是指对工作人员在因公出差期间给予的伙食补助费用。

13．工作人员出差伙食补助费按出差自然（日历）天数计算，按宜兴市财政局公布的分地区伙食补助费标准（见附件）包干使用。

14．出差人员应当自行用餐。凡由接待单位统一安排用餐的，除第二十八条规定情况外，应当向接待单位交纳伙食费并由其出具收取证明。

第五章 市内城市交通费

15．市内交通费是指工作人员因公出差期间发生的市内交通费用。

16．在宜兴市行政区域内，因公外出到市级公务出行保障范围以外的，根据宜兴市财政局标准实行往返交通费包干办法。一般公务交通费用年度报销额度按照不高于我市已实行公务用车制度改革事业单位相应层级人员交通补贴标准的原则从严确定。具体如下（随宜兴市财政局标准动态调整）：

（1）一般公务出行至新街街道、屺亭街道、新庄街道、高塍镇，按每人每天60元标准包干使用。

（2）一般公务出行至徐舍镇、官林镇、和桥镇、万石镇、丁蜀镇、芳桥街道，按每人每天80元标准包干使用。

（3）一般公务出行至张渚镇、西渚镇、太华镇、杨巷镇、新建镇、周铁镇、湖父镇，按每人每天100元标准包干使用。

17．工作人员因公出差到无锡市区及邻近城市，且当天往返的，可参照实行往返交通费包干办法，往返交通费按宜兴市财政局制订的标准包干使用。

18．出差人员统一派车集体出行的，不得报销个人往返交通费。参加会议、培训的，驻会（训）期间不得报销往返交通费。由接待单位或其他单位协助提供交通工具的，除第二十八条规定情况外，应自行支付交通费用并收取相关凭据。

第六章 报销管理

19．出差人员应当严格按规定开支差旅费，费用由医院承担，不得向下级企业或其他单位转嫁。

20．出差人员应在差旅活动结束后一个月内办理报销手续。差旅费报销时应当提供出差审批单、机票、车船票、住宿费发票等相关凭证，出差人员对其真实性负责。

21．财务科应当严格按规定审核差旅费各项开支，未按照规定开支的差旅费，超支部分由个人自理。城市间交通费按照乘坐交通工具的等级凭据报销。订票费、经批准发生的签转或退票费、交通意外保险费凭据报销。乘坐飞机的，往返机场的专线客车费用和民航发展基金、燃油附加费凭据报销。

住宿费在批准的出差天数和规定的限额标准之内凭发票据实报销。

伙食补助费、市内交通费应以城市间交通费票据和住宿费发票为凭据按规定标准计算报销。无城市间交通费票据的，凭住宿费发票计算报销。当天来回的按一天计算报销。

22．单位派车、租赁车辆的不得报销市内交通费。因公自驾办理相关事宜的，需在OA中报办公室审批，经同意后，方可出行。事后按照办公室核定金额进行报销。

23．出差人员实际发生住宿而无住宿费发票的，不得报销住宿费以及城市间交通费、伙食补助费和市内交通费。

第七章 监督问责

24. 财务科应当加强对医院工作人员出差活动和经费报销的内控管理，强化经费预算约束，严格控制差旅费规模。要建立健全出差审批制度，分管领导、条线管理部门、财务人员应对差旅费报销进行审核把关，确保票据来源合规，内容真实完整。对未经批准擅自出差、不按规定开支和报销差旅费的人员进行严肃处理。

25. 出差人员不得向接待单位提出正常公务活动以外的要求，不得在出差期间接受违反规定用公款支付的宴请、游览和非工作需要的参观，不得接受礼品、礼金和土特产品等。

26. 违反本规定，有下列行为之一的，依法依规追究相关科室和人员的责任：

（1）科室和部门出差审批控制不严的；

（2）虚报冒领差旅费的；

（3）擅自扩大差旅费开支范围和提高开支标准的；

（4）不按规定报销差旅费的；

（5）转嫁差旅费的；

（6）其他违反本规定行为的。

有前款所列行为之一的，由医院纪委会同有关部门责令改正，对违规资金予以追回，并视情况予以通报。对直接责任人和相关负责人，按规定给予行政处分。涉嫌违法的，移交司法机关处理。

第八章 附则

27. 工作人员离开宜兴市参加会议、培训，举办单位统一安排食宿的，会议、培训期间的食宿费和市内交通费由会议、培训举办单位按规定统一开支，不予报销；如自行支付住宿费和伙食费的，在限额标准之内凭发票据实报销，不予报销市内交通费；往返会议、培训地点的差旅费按照规定报销。

28. 外出参加相关活动，需经扎口管理职能部门审批，未经审批自行参加的活动，一律不得报销。

29. 按照组织安排，到宜兴市以外地区单位实（见）习、工作锻炼、支援工作以及参加各种工作队的人员在途期间（仅指首次前往和期满返回）的差旅费回医院按本办法规定报销；工作期间的出差差旅费执行驻地规定。

三、参考文献

[1]宜兴市财政局.宜兴市党政机关事业单位差旅费管理办法[Z].宜财行[2017]8号，2017.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 08 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

差旅费报销规定

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-009-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院差旅费报销全流程，推进厉行节约反对浪费，严格执行国家差旅政策、财经法规及医院财务管理制度，明确报销范围、标准与审核要求，杜绝超标准报销、虚假报销等违规行为，防范资金流失风险，确保报销操作真实合规、高效便捷，节约公用经费，提升资金使用效益，保障出差人员合法权益与医院财务安全，特制定本规定。

二、内容

1．凡外出工作和学习的差旅费报销，要严格按照宜兴市财政局《关于印发〈宜兴市党政机关事业单位差旅费管理办法〉的通知》（宜财行〔2014〕9 号）《关于转发〈江苏省省级机关国内差旅住宿费标准明细表〉的通知》（宜财行〔2017〕8 号）、《关于规范差旅伙食费和市内交通费收交管理有关事项的通知》（宜财行〔2020〕1 号）、宜兴市卫生健康委员会《关于调整工作人员学习、进修、培训伙食补助标准的通知》及有关文件标准执行，因公确需购买飞机票和软卧票的，必须经领导批准同意，否则财务人员不予报销。

2．外出参加学术活动、短期培训、高阶进修限于本院在职职工，离退休人员不再安排（返聘人员在返聘期间除外）。

3．外出参加学术活动，限录用论文的第一作者及在该学会担任职务的特邀人员，同一科室多人录用论文，一般只安排 1 人参加，省级专业年会学术会议，在不影响科室工作的前提下，可适当增加参加人数。

4．在符合以上条件的情况下，原则上每人每年外出参加学术活动等不超过 1 次。

5．各科室外出参加学术活动及短期业务培训的次数、经费仍由院部按年度对科室行总量控制，对省、市重点专科，有科研经费的科室与个人，可适当增加外出次数，对路途较远（火车行程在 24 小时以上）的学术活动以及无论文录用而要求参加学术活动的，从严控制。

6．各科室在接到学习通知后（包括费用自理的学习），均由科室签署意见，报教学管理与学科建设科登记审批，各科室凭教学管理与学科建设科开出的外出学习通知进行考勤并安排工作，学习相关费用由教学管理与学科建设科负责人审核，分管领导、主要领导审批后方可报销。

7．外出学习人员缴费后，必须索取有效发票，未经财税部门监制、由各单位自行出具的票据，均不得作为报销凭证，对学术活动期间安排的旅游活动相关费用、途中绕道产生的费用等，均由个人自行承担。

8．出差人员乘坐飞机要从严控制，遇出差任务紧急或出差路途确实较远的经领导批准后，可乘坐飞机。

三、参考文献

[1]宜兴市财政局.宜兴市党政机关事业单位差旅费管理办法[Z].宜财行[2017]8号，2017.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 08 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

成本核算管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-010-04	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为优化医院内部资源配置和加强成本控制，推动医院精细化管理，提高医院的经营管理水平和运营效率，以《中华人民共和国会计法》《公立医院成本核算规范》（国卫财务发〔2021〕4号）等相关制度为依据，特制定本制度。

二、内容

成本核算管理是指医院将运行过程中发生的各项耗费全部纳入成本核算范围，对其实行全面管理。以政府会计准则制度和卫生健康经济政策为依据，充分运用成本核算方法，开展医院各类成本数据的归集、分配、核算、分析、控制和考核等各项管理活动。具体包括人员经费、卫生材料费、药品费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金以及其他运行费用的核算；涵盖科室成本、诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、DRG成本等核算对象，贯穿成本形成的全过程，旨在为医院精细化管理、医疗服务定价、医保支付方式改革和财政补助核定提供数据支撑。

第一条 建立健全医院成本管理、核算组织体系

医院成本核算实行党委书记负责制，在医院总会计师的领导下，由运营管理科牵

头的成本核算工作小组全面负责全院成本管理工作和核算工作的组织、协调和落实。运营管理科配备专职的成本核算人员负责具体的医院全成本核算工作。各职能科室对成本费用实行归口管理。各业务科室、党政办、财务科、组织人事科、信息数据中心、医务部、医学装备科、器械材料科、后勤保障部等职能科室配合做好基础资料的统计编报工作。

第二条 完善成本核算的基础工作

（一）建立健全医院固定资产、药品、卫生材料、低值易耗品等各项物资财产的计量、计价、验收、领退、内部转移、报废、清查、盘点等制度。医院定期（每年至少一次）对固定资产、药品、库存物资进行全面清查盘点，做到账账相符、账实相符。对盘盈盘亏需查明原因，按权限报批后处理。

（二）制定必要的消耗定额，加强定额管理。定额为各科室提供了明确的资源消耗标准，使成本控制从“事后分析”转向“事前控制”，从“被动接受”转向“主动管理”。通过定额与实际消耗的对比分析，可以发现资源配置中的不合理之处，为优化资源投向提供决策支持。

（三）建立健全有关成本核算的原始记录和凭证，并建立合理的凭证传递程序。完善的原始记录使每一笔成本支出都有据可查，便于审计监督和责任追究，通过原始记录可以实时掌握资源消耗动态，为事中控制和事后分析提供依据；也是业财融合的重要纽带：原始记录将业务活动与财务核算紧密连接，使成本核算真正反映业务实际。

（四）制定合理的内部结算价格和内部结算方法。对于消毒供应室、总务维修等内部辅助部门提供的服务，应制定合理的内部结算价格。内部价格的制定应以实际成本为基础，结合市场价格调整，并保持相对稳定。

（五）积极进行电算化管理，提高医院成本核算效率和效果。

（六）对病案科室DRG组、加成率、国际疾病标准ICD-9、ICD-10等进行初始化设置。

（七）完善信息管理系统：推进成本核算信息化建设，打通HRP、HIS、LIS（实验室信息系统）、PACS（影像归档和通信系统）、手麻系统之间的数据壁垒，实现数据自动抓取和归集。建立统一的成本核算数据平台，减少手工填报数据环节，确保成本数据的同源性和一致性。

第三条 医院成本核算遵守的原则

（一）合法性原则。即计入成本的费用都必须符合法律法规和制度等的规定，不符合规定的费用不能计入成本。

（二）配比原则。即要求严格遵守权责发生制原则，按受益期收益单元分配确认成本。

（三）一致性原则。医院各个会计期间成本核算所采用的方法、程序和依据应当保持一致，不得随意改变；若确有必要变更，则应在财务报告中详细说明变更的原因、

对医院财务收支的影响等情况。

（四）分期核算原则。成本核算的分期必须与会计期间一致。

（五）按实际成本计价原则。医院的各项财产物资应当按照取得或购建时的实际价值（即取得成本）核算，除国家另有规定外，一般不得自行调整其账面价值。

（六）重要性原则。即对成本有重大影响的项目，应作重点核算，力求精确，对其他内容，则可在综合性项目中合并反映。

第四条 医院成本核算的对象

（一）医院应当开展以科室成本、医疗服务项目成本、病种成本、床日、诊次、DRG为对象的成本核算。

（二）医院科室成本核算应当以末级成本核算单元为起点进行核算，不同层级科室的成本由最小成本核算单元的成本计算生成。成本核算单元是基于医院业务性质及自身管理特点而划分的成本核算基础单位。每个核算单元应是人、财、物相对独立的单元，能单独计量所有收入、归集各项费用。

（三）成本核算单元按服务性质分为临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类、行政后勤类四类。

临床服务类：直接为患者提供服务的科室，如内科、外科、妇产科、儿科、急诊科等。

医疗技术类：为临床提供技术支持的科室，如检验科、影像科、超声科、病理科、药剂科等。

医疗辅助类：为临床和医技提供动力、消毒供应等服务的科室，如供应室、门诊收费处、住院收费处等。

行政后勤类：从事行政管理和后勤保障的科室，如党政办、组织人事科、财务科、医务部、护理部、安全监督科等。

（四）医疗服务项目是根据《江苏省医疗服务价格手册》规范界定的医疗服务项目，包含依据《江苏省新增医疗服务项目价格管理办法》审批确认的新增医疗服务项目，不包含单独计价的医用收费材料。项目成本核算是制定和调整医疗服务价格、按项目付费的基础，采用作业成本法进行测算。

（五）病种是指按国家标准对出院患者进行的专业分类，包括国际疾病分类（ICD-10）和按疾病诊断相关分组（DRGs）。以ICD为基础的病种成本核算应以《GB/T14396-2016疾病分类与代码》为规范界定病种成本对象，以DRGs为基础的病种成本核算应当以《全国按疾病诊断相关分组（C-DRG）收付费规范》为规范界定病种成本对象。以单病种或DRG（疾病诊断相关分组）为对象，核算某一种病（如单纯性阑尾炎）或某一DRG组从入院到出院全程发生的成本。这是适应DRG/DIP医保支付方式改革的核心工作。计算公式：病种成本=某病种在一定期间内收治患者消耗的成本总额/该病种出院人次。

（六）诊次是指当月到医院进行非住院治疗的就诊人次数的统称，包括门诊人次数、急诊人次数和健康检查人次数。诊次成本核算是以门诊服务为核算对象，计算每门诊人次的平均成本。计算公式：诊次成本=门诊成本总额/门诊总人次。

（七）住院床日是指当月每天24时实际占用病床数总和，包括实际占用的临时加床在内，以及入院后于当天24时前死亡或因故出院的患者占用的床日。床日成本核算以住院服务为核算对象，计算每住院床日的平均成本。计算公式：床日成本=住院成本总额/实际占用总床日数。

第五条 医院全成本核算流程及方法

全成本核算的总体路径为：直接成本归集 → 一级分摊（行政后勤类→医辅/医技/临床）→ 二级分摊（医辅类→临床/医技）→ 三级分摊（医技类→临床）→ 最终计算出临床科室全成本。

（一）直接科室成本：能够直接计入或计算计入成本核算对象的成本，采用直接计入法。归集所有科室（成本核算单元）的成本费用形成科室的直接成本。

1．人员经费：根据工资和绩效发放额，直接计入各科室。

2．卫生材料费、药品费：根据物资管理系统中的科室实际领用记录，通过“先进先出”或“加权平均”法计价后，直接计入领用科室。对于不能单独收费的低值耗材，严格按领用量计入。

3．设备折旧：根据医学装备科固定资产台账，按科室实际占用设备计提月折旧额，直接计入各科室。

4．直接费用：差旅费、培训费、办公费等报销费用，依据报销单上标注的科室，直接计入该科室。

（二）间接成本：

按照四类科室三级分摊的步骤分项分摊科室间接成本形成科室全成本。

一级分摊：行政科室成本分摊按受益科室的净人数分配至医辅、医技、临床类科室。科室净人数由科室考勤统计信息计算产生。

二级分摊：医辅科室成本分摊。医辅科室的成本（该类科室直接成本及一级分摊的间接成本）向医技科室和临床科室分摊，并实行分项结转，分摊参数为受益服务计量的比例系数。

三级分摊：医技科室成本分摊。医技科室的成本（包括该类科室直接成本及一级、二级分摊的间接成本）向临床类科室分摊，并实行分项结转，分摊参数为受益服务计量的比例系数。

临床服务类科室为收益科室，接受所有为它服务的科室成本，作为临床服务类全成本。

（三）根据科室成本归集分摊结果计算科室成本、医疗服务项目成本、诊次成本、

床日成本，在科室成本数据基础上根据医疗项目完成病种成本核算。

（四）医院应当定期编报不同核算对象的成本报表，满足内部管理会计核算和外部政府会计需求。为保证成本报告质量、发挥成本报告作用，编报成本报告应遵循真实性、完整性、一致性、重要性、及时性原则。经过三级分摊后，全院所有成本最终归集到临床服务类科室。形成以下四级成本报表：临床服务类科室直接成本表（反映科室可控的直接支出）、临床服务类科室全成本表（包含三级分摊后科室承担的完全成本）、医院整体成本表（医疗业务成本、管理费用、财政项目支出等）、诊次、床日成本表、本量利报表等。

（五）医院应当根据主管部门要求和自身管理需要，选择不同的分析方法，建立相应的指标体系，分析成本计划完成情况，产生差异的原因，并制定降低成本的措施，编制分析报告。成本分析的主要方法包括保本分析法、差异分析法、比率分析法、趋势分析法。成本分析指标主要包括门诊收入成本率、住院收入成本率、百元医疗收入药品消耗、百元医疗收入（不含药品）卫生材料消耗、人员经费比率、管理费用率（项目收入成本率、病种收入成本率）等。

第六条 落实成本考核制度

成本考核是成本核算的延伸，也是调动全员积极性的关键。医院将成本控制指标纳入科室综合目标管理，与绩效分配挂钩。

为了正确地评价医院及各科室成本管理工作的成效，衡量成本计划完成情况，要进行成本的考核工作，把成本考核与建立院科二级负责制、医疗组长负责制结合起来，年终把各责任中心的各项指标进行横向和纵向上的对比，以此考核各责任中心的业绩，并与科主任任期目标和职工年度考核挂钩，以进一步调动全院职工的积极性。

结合医院实际情况，针对不同科室设置差异化的考核指标：

效率指标：每门诊人次成本、每床日成本、出院者平均医药费。

结构指标：百元医疗收入消耗卫生材料（耗占比）、药占比、人员经费占业务支出比。

效益指标：收支结余率、设备投资回报率。

管控指标：可控成本（办公费、水电费）预算执行率、不计价耗材消耗额。

成本考核结果的应用与绩效分配挂钩：成本控制效果直接参与科室绩效核算。例如，在绩效核算中扣除超过定额标准的不计价耗材成本。

约谈机制：对成本持续异常增高的科室负责人，由分管院长或总会计师进行约谈，限期整改。

第七条 成本分析报告制度

（一）建立“月分析、季通报、年考核”的成本分析机制。

月度分析：运营管理科负责撰写《月度运营分析报告》（含成本分析），主要关

注收入费用比、主要消耗指标的异常波动，供院领导掌握动态。

定期分析：召开医院经济运营分析会，由运营管理科做《运营分析报告》（含成本分析），全面分析各科室成本结构、预算执行、与同级医院对比情况。

专题分析：针对高值耗材、大型设备效益、单病种费用等特定课题进行深度分析。

（二）成本分析具体内容包括：实际成本与预算成本对比分析（差异分析）；本期成本与历史同期成本对比分析（趋势分析）；院内同类科室之间、院外同级别医院之间成本对比分析（标杆分析）；成本构成变动分析（结构分析）；成本效益分析（如边际贡献分析）。

（三）分析报告反馈与改进：成本分析报告经院长办公会审议后，印发至相关职能科室和临床科室。科室需对涉及本部门的问题提出整改措施，并在下一次会议上反馈整改结果，形成“分析-反馈-整改-提升”的闭环管理。

第八条 附则

本制度若与国家及上级主管部门新颁布的政策法规相抵触，以国家及上级主管部门的规定为准。本制度由运营管理科负责解释。

本制度自发布之日起施行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.公立医院成本核算指导手册：国卫办财务函〔2023〕377号[EB/OL]. http://www.nhc.gov.cn/caiwusi/c100043/202312/6ca4f8df7de14073b754f848de38f9b4.shtml

[2]财政部.事业单位成本核算基本指引：财会〔2019〕25号[EB/OL].http://kjs.mof.gov.cn/zhengcefabu/201912/t20191223_3491545.htm.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2020 年 01 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

关于成本控制的若干办法

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-011-03	制定时间：2011-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为契合医院财务、行政及运营管理的核心需求，在保障医疗质量与安全的前提下，实现资源高效配置、运营效益提升与医院可持续发展，特制定本办法。

二、内容

第一条 加强采购管理，降低采购成本，严控发放标准

医院制定了《宜兴市人民医院物资采购管理办法》《应急物资采购规定》《宜兴市人民医院药品遴选管理办法》《宜兴市人民医院医用材料遴选管理办法》等制度措施，全面推进药品、低值易耗品、卫生材料及后勤物资的集中招标采购，在保证质量的同时，切实降低各类物资的采购成本。一般后勤物资的领用，由使用科室报请后勤保障部同意后方可发放，贵重物资经分管院长审批同意后方可领用。同时，加强固定资产项目投资分析评估工作，提升资产利用效率。

第二条 加强后勤水、电、油、气等的消耗管控

加强节能减排，建设绿色低碳型医院，逐步建立完善节能降耗的制度支持体系、考评指标体系、技术改进体系。在集中精力抓好水、电、油、气等高能耗节能降耗的同时，切实抓好各项成本消耗控制管理措施，促进医院可持续发展。

不断强化后勤机构职能，树立经营核算管理理念，开展节能降耗、增收节支工作，细化成本核算，严控水电费等消耗。

（一）加强水电气的消耗管理

以上年度用水、用电量为标准，确定各医疗科室及其他各部门的水电消耗定额指标。严控后勤、机关等公用设施用水用电。将节约用水、用电责任落实到各职能科室，明确具体责任人，每天巡查用水用电情况，并做好台账记录，努力形成齐抓共管的局面。

（二）加强车辆管理

所有车辆实行定点保养、维修和加油，原则上禁止使用现金加油；强化对驾驶员行车安全、车辆保养、节能降耗等方面的监督考核，降低车辆养护费用和油耗，实行油耗定额管理；严格执行用车审批制度，急救车辆的调用由医务科或车队长批准，行政用车由院部办公室统一安排。

（三）加强动力管网设备设施的维护保养，坚持每周检查，发现问题及时处置，确保各设备设施的高效运转，有效杜绝管网及设备的跑、冒、滴、漏现象。

（四）积极推行 OA 网络建设，提高办公效率，降低办公成本

通过网络传输发布各类公文。提高纸张利用率，强化废纸、旧信封等办公废品的回收再利用。

（五）推广新技术新产品的应用，降低全院运行成本

优先支持符合节能标准的水、电管网节能改造项目，改进公共照明控制系统，更换节能灯具，采用变频加压供水装置，安装节水型马桶。

（六）加强空调的使用管理，合理控制室内温度。办公及诊疗区域无人时不开空

调，开空调不开门窗。

第三条 管理费用控制

建立严格的审批报销制度，各类外出活动需经主管部门及分管院长审批后方可执行。严格控制管理费用尤其是招待费用，来院来访人员接待须报分管院长审批，并由院部办公室统一安排。

第四条 人员成本控制

建立工作人员长效考评机制，规范劳动用工，降低因用工不规范带来的法律风险成本；制定科室工作目标考评及效益工资分配办法，充分体现多劳多得、优绩优酬原则，提高工作效率，有效降低人工成本。

第五条 建立简洁、高效的绩效考核体系

建立以质量、效率、效益等为核心指标的简洁高效绩效考核体系，引导全院职工强化成本意识，达到合理控制成本的目的。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.公立医院成本核算指导手册：国卫办财务函〔2023〕377号[Z/OL].http://www.nhc.gov.cn/caiwusi/c100043/202312/6ca4f8df7de14073b754f848de38f9b4.shtml.

[2]财政部.事业单位成本核算基本指引：财会〔2019〕25号[Z/OL].http://kjs.mof.gov.cn/zhengcefabu/201912/t20191223_3491545.htm.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019 年 01 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

收支盈余管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-012-03	制定时间：2012-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院收支盈余管理，严格遵循国家财经法规、政府会计制度及公益属性要求，明确盈余核算、分配、使用的范围与标准，防范盈余挪用、违规分配等风险，确保盈余资金用于弥补医疗成本、改善医疗服务、提升诊疗能力及公益事业发展，保障国有资产保值增值与医院可持续运营，特制定本制度。

二、内容

1．本期盈余是指医院收入与支出相抵后的余额，包括：财政项目盈余、医疗盈余、科教盈余。

2．医疗盈余应于年末结转至盈余分配；若为正数，应按照国家有关规定提取专用基金后，余额转入累计盈余；若为负数，不得进行其他分配，转入累计盈余，并按照有关规定确定用于弥补医疗亏损的金额，用累计盈余中的新旧转换盈余弥补。

3．财政项目盈余、科教盈余应于年末结转至盈余分配后，直接转入累计盈余。国家另有规定的，遵照其规定执行。

4．医院应加强盈余资金的管理，按照国家规定正确计算与分配盈余。严禁擅自更改分配比例，不得人为调整收支盈余和分配金额。

5．盈余资金应按规定纳入医院年度预算管理；编制年度预算和预算执行中需追加预算时，按财政部门的规定统筹安排使用。动用财政项目盈余的，须严格执行财政部门有关规定和报批程序。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21;修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25号，2017-10-24.

[3]财政部,国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020年08月第1次修订

2025年01月第2次修订

货币资金管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-013-03	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

通过对货币资金实施全流程规范化管控，实现“安全合规、流转高效、监督到位、

成本最优”的管理目标，适配医院货币资金（现金、银行存款、零余额账户用款额度等）的特殊性（流量大、来源多元、直接关联医疗服务与医保结算），有效防范资金风险、保障资金安全，为医院财务稳健运营与高质量发展提供坚实支撑，特制定本制度。

二、内容

第一条 现金管理制度

（一）按照国务院批准施行的《现金管理暂行条例》的有关规定办理现金的收支业务。除向职工个人发放工资、奖金、津贴、福利费、夜班费、救济费，以及支付差旅费等，可使用现金支付外，其他应办理转账结算的业务，不允许使用现金。

（二）现金收支由财务科统一管理。现金必须由财务科现金出纳行使结算职能，除财务科和经财务科专门委托的单位外，其他任何部门和个人都不得办理现金结算。

（三）现金收入应及时送存银行，不允许坐支现金。门急诊收费处、住院收费处收取的现金，应在当日送存银行并及时入账。医院支付现金时，须通过现金支票从银行提取。

（四）库存现金不得超过银行规定的库存现金限额，超过部分应及时送存银行。找零用的备用金单独核定，不得以白条抵充库存现金。

（五）外出采购或出差人员在外办理业务，应尽量采用非现金方式结算，使用现金时，应事先提出申请，经批准后方可用现金结算。

（六）现金出纳应每日登记现金日记账，每日核对库存现金，做到日清日结、账实相符。

（七）严禁其他单位或个人在本单位套取现金，严禁职工个人私借公款。严禁挪用公款，不得将公款带至个人家中存放、保管。

（八）严格稽核制度，加强对库存现金的盘点核查。财务科每季度抽查出纳、门急诊、住院收费人员的库存现金、门诊和住院备用金是否账实相符。对核查发现的库存现金长短款，要及时查明原因，落实责任，按相关规定进行处理。

第二条 银行存款管理制度

（一）按照中国人民银行印发的《支付结算办法》等有关规定办理银行结算的收支业务。

（二）按规定范围办理银行存款的收入，如上级拨入、门诊、住院收入和其他各项收入资金等。业务收入的现金，应在当日送存银行。

（三）按照规定范围办理银行存款的支付。如药品款、设备款、基建用款等。支付工资、津贴等所需现金，可从银行存款中提取。其他超过现金支付限额的经济业务，应采取银行转账结算。

（四）严禁开具空头支票和远期支票，严禁出租和出借账户，严禁挪用公款。

（五）建立健全银行存款日记账簿，对已办理收付的经济业务，银行出纳应逐日

逐笔登记入账。

（六）由银行出纳和电脑制证岗位或审核岗位的会计人员每月核对银行账户，共同编制银行存款余额调节表。调节不符的应查明原因，对长期未达账项，应及时查明原因并向财务科长报告。

（七）加强银行预留印鉴的管理。财务专用章必须由专人保管；个人名章应由本人或其授权人员保管；因特殊原因需他人暂时保管的，必须办理书面登记手续。严禁一人保管支付款项所需的全部印章。

第三条 银行支票使用制度

（一）支票是银行的存款人签发给收款人结算或委托开户银行支付给收款人的票据，分现金支票和转账支票。

（二）单位和个人办理结算必须严格遵守银行结算办法的规定，不准出租、出借账户，不准签发空头支票或远期支票，不准套用银行信用，确实无法开具定额支票的应开具限额支票。

（三）每月签发的支票应在当月入账，一般不得跨月，做到日清月结。

（四）为了加强支票管理，银行预留印签须由两人分置保管。

（五）建立支票使用登记簿，由出纳人员逐笔、准确记录，财务科指定专人定期对登记簿进行审核，严防重要空白支票遗失、盗用。

附：宜兴市人民医院资金定期存款管理办法

三、参考文献

[1]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31号，2023.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019 年 01 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

医院资金定期存款管理办法

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2026-001-01	制定时间：2026-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：
制定部门：财务科	修订版本：
审核批准：党委会	执行时间：2026-03-01

根据《中央预算单位资金存放管理实施办法》，为规范医院闲置资金存放管理，

提高资金使用效益，防范财务与廉政风险，依据相关财经法规及医院内控规定，制定本办法。本办法适用于医院所有短期存款、长期存款等存款行为。

一、可使用资金范围

1. 可使用资金：医院依法取得的非财政补助资金，包括事业收入、经营收入、其他收入及合法结余资金等短期内无需动用的闲置资金。

2. 严禁使用资金：财政拨款、专项资金、住院患者预交金、应缴财政款、代管资金、借款等。

二、账户与产品管理

1. 资金存放必须使用现有银行账户（基本存款账户、专用存款账户），不得为办理定期存款单独开立银行账户。

2. 允许办理：单位定期存款、通知存款、协定存款。

3. 严禁购买：银行理财、信托、基金、保险及其他非存款类金融产品。

4. 存款期限：一般不超过 1 年，确需长期保值增值的，按规定报批后最长不超过 5 年。

三、银行选择与审批流程

1. 优先在基本存款账户开户行办理定期存款。

2. 需跨行办理存款的，必须通过公开竞争性方式选择合作银行（集体评审、招标、比选等），严禁个人指定银行。

3. 所有资金定期存放业务，必须履行“三重一大”决策程序，经医院党委会、院长办公会集体研究决定，形成会议纪要。

四、风险控制

1. 合理安排存款期限与金额，预留充足流动资金，保障医院正常运营、人员薪酬、物资采购等资金需求。

2. 定期存款须取得银行合法存款凭证，专人保管，及时入账，做到账实、账证、账账相符。

3. 建立银行资信监测机制，发现风险及时收回资金，确保本金安全。

五、财务与监督管理

1. 财务科负责资金核算、台账管理、到期提醒、转存或支取，定期向院领导汇报资金存放情况。

2. 自觉接受财政、审计、纪检监察等部门监督检查，按规定公开相关信息。

3. 严禁以资金存放谋取私利、收受回扣、利益输送，违者依规依纪追责。

六、附则

本办法自发布之日起执行，由医院财务科负责解释。

存货管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-014-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

通过系统化、规范化的管理流程，实现存货全生命周期的高效管控，兼顾“安全、效率、效益”三大核心目标，为医院整体运营稳定与战略落地提供支撑，特制定本制度。

二、内容

第一条 本制度所指存货包括药品和未达固定资产标准的低值易耗品、卫生材料、其他材料等库存物资。在管理上实行计划采购供应、归口负责的原则。

第二条 药品及库存物资等存货必须由单位统一采购。属于政府采购和药品集中招标采购范围的，应按有关规定执行。小额零星采购由经授权的部门按流程进行审批，经同意后进行采购。

第三条 凡购进存货，必须按规定流程进行审批，保管人员、采购人员和验收人员在购货发票或入库单上签字并登记入账后，方可凭据到财务科办理结算手续。

第四条 规范特医食品验收标准。送货清单（含品名、规格、数量、生产日期/批号、保质期、单价、金额、供货者信息等）与发票等随货单据齐全。包装完好无破损、无渗漏、无胀袋、无胖听；封口完整；标签清晰、牢固，无涂改痕迹。核对箱数、件数、单品数与送货清单一致。供方交货时，特医食品剩余保质期不低于 1/2。对不符合验收标准的货品实施拒收、隔离并做好标识；按合同与法规组织退换货、召回；对疑似质量问题可封存并送检，检验费用与责任按合同约定执行。

第五条 严格库存物资领发、调拨手续。物资的领发、调配和调换，均应按规定填写物资领发、收回凭证，并依据凭证增减有关部门的明细账；物资调出或调入，应凭物资领发单或上级机关的物资调拨单，按规定办理领发或调拨手续，并及时调整账目。

第六条 对低值易耗品及办公用品等实行严格审批及定额消耗的管理办法。办公用品按科室人员数量定额控制使用。低值易耗品实行包干使用，以旧换新。

第七条 建立健全存货明细账。归口管理部门按品种、类别分别设置药品、低值易耗品、卫生材料、特医食品、其他材料等明细分户账。财务科每月与归口管理部门核对账目，保证账账相符。

第八条 实行定期清盘与随时抽查结合的管理办法。对医院的存货，归口管理部门要定期组织人员进行清盘，财务科每年不定期派员参与监盘，并于每年的 9 月至 11 月开展全院性的资产清查，形成资产清查报告，保证账实相符。对盘盈盘亏的存货要及时查明原因，分清责任，报院领导批准后及时调整账目。

第九条 加强存货仓库的管理。仓库保管员对仓库存货要做到账物相符、心中有数，确保存货无虫蛀、无鼠害、无霉烂变质，要提高警惕，防火防盗；对长期积压闲置的存货，要及时向领导提出处理意见，按规定审批后及时处置。

三、参考文献

[1]财政部.《政府会计准则第1号——存货》应用指南[Z].财会〔2016〕12号，2016.

[2]财政部.关于印发医院执行《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》的补充规定和衔接规定的通知（财会〔2018〕24号）[EB/OL].https://kjs.mof.gov.cn/zhengcefabu/201808/t20180831_3003935.htm.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019年01月第1次修订

2025年01月第2次修订

固定资产管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-015-03	制定时间：2012-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

通过系统化、全生命周期的规范管控，实现固定资产“安全完整、高效使用、成本可控、合规可溯”，适配医院医疗设备、房屋建筑、信息化系统等资产的特殊性（价值高、专业性强、直接关联诊疗服务），为临床运营、成本核算、绩效管控和战略发展提供坚实支撑，特制定本制度。

二、内容

固定资产的标准范围为：房屋建筑物，以及使用年限超过一年、医用设备单价在1500元以上、通用设备单价在1000元以上，且在使用过程中基本保持原有物质形态的资产。单价虽未达到规定标准，但使用年限在一年以上的大批同类物资，亦确认为固定资产。

第一条 固定资产实行归口管理、科室负责、责任到人的管理体制。大型设备要制定操作规程，建立技术档案和维护、保养、交接以及使用情况报告制度。

第二条 固定资产归口管理范围：医用设备、护理设备、消毒设备、一般医用仪器类等归医学装备科管理。房屋建筑物、家具用具、办公设备、车辆、机械设备（电

梯、锅炉等）、电气设备（空调、冰箱、洗衣机等）、广播电视设备、一般仪器仪表类等归总务科管理。计算机设备、通信设备、办公设备类等由信息数据中心负责日常管理。图书类归图书馆管理。

第三条 对固定资产实行三级账卡制，即财务科设固定资产总账，固定资产管理科室设固定资产明细账，使用科室建立卡片账（台账）。固定资产管理科室要对固定资产采取电子信息化管理，提高资产管理效率。

第四条 各科新增固定资产，应首先提出申请报告，按医院决策审批程序，经批准后方可购置。

第五条 固定资产的确认：购入、换入、接受捐赠、无偿调入等购置固定资产，不需安装的在验收合格时，需安装的在交付使用时，经办部门凭购入发票、调入单等相关凭据，及时办理固定资产增加的账务处理。基建工程项目按《工程项目管理制度》管理。

第六条 固定资产的领用及交回，均需办理领退手续，并由归口科室负责人和经办人等办理签章。在用的各种固定资产不准随意变动，如应工作需要在科室之间进行调配时，由使用科室向归口科室提出书面申请，办理调配手续。对各科室多余、闲置及使用效益低下的设备物资，归口管理部门应及时统筹调配，防止积压浪费。

第七条 固定资产的折旧，应按规定的折旧年限，采用年限平均法，按月计提固定资产折旧。计提折旧不考虑预计净残值。当月增加的固定资产，当月计提折旧；当月减少的固定资产，当月不再计提折旧。

第八条 固定资产的处置，出售、转让、对外捐赠、无偿调出、报废等处置固定资产时，经办部门按医院与国家有关规定提出书面报告，报经院领导及上级有关部门审批同意后，及时进行固定资产减少的账务处理。

第九条 固定资产的清查，由归口管理科室和资产办联合对各科室所属固定资产每年开展一次清查，账实不符出现盘盈盘亏时，由归口管理科室查明原因，出具书面报告并提出处置建议，报经院领导和上级有关部门审批后作账务处理。

第十条 固定资产的更改，适用于医院所有归口科室管理的固定资产。包括但不限于医疗专用设备、通用设备、办公设备等在购置、验收、入库后，正式纳入固定资产管理的所有设备。资产更改行为包括资产信息更正。资产归口管理部门作为执行主体，负责资产信息更正的发起、初审、现场核实与执行；负责将变更信息及时报送资产办以更新资产台账。资产使用部门负责提出资产信息更正申请，同时负责本科室使用和保管的固定资产的安全性、完整性。

（一）申请：由需变更信息的科室填写《资产信息更改申请表》，说明变更内容如设备名称、型号、编码，详细说明变更事由及更改内容，经申请科室负责人签字确认后提交归口管理部门。

（二）审核：归口管理部门接到申请后，对变更事项进行核实，确认变更的准确性和完整性，资产工程师及归口科室负责人进行签字审核后交资产办负责人签字审批。

（三）执行及记录：审核通过后，将申请表交由资产办进行系统信息变更，归口科室组织或监督完成资产上粘贴的“固定资产卡片”上的相应信息变更标注。

第十一条 总账会计、明细账会计与各资产使用科室，需定期核对固定资产账目余额，按月计提折旧，确保账账相符、账实相符。

第十二条 固定资产的管理和使用要作为科室工作的重要内容，做到专人管理使用，保管维护责任到人，对因玩忽职守、违反操作规程造成财产损失者，相关责任人及所在科室必须及时出具书面报告，医院将根据情节依规处理；对隐瞒不报者，应予以加重处罚。

三、参考文献

[1]财政部.《政府会计准则第 3 号——固定资产》应用指南[Z].财会〔2017〕4 号，2017.

[2]财政部.关于印发医院执行《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》的补充规定和衔接规定的通知（财会〔2018〕24 号）[EB/OL].https://kjs.mof.gov.cn/zhengcefabu/201808/t20180831_3003935.htm.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019 年 01 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

无形资产管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-017-04	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为保障资产安全完整与合规性，通过全生命周期规范化管控，实现无形资产“安全合规、价值保全、高效利用、风险可控”，适配医院无形资产的特殊性，最大化无形资产的经济价值与社会价值，为医院高质量发展提供核心支撑，特制定本制度。

二、内容

无形资产的标准范围是指没有实物形态的可辨认非货币性资产，主要包括专利权、

商标权、著作权、土地使用权、非专利技术、其他无形资产等。购入的不构成相关硬件不可缺少组成部分的软件，应确认为无形资产；非大批量购入、单位价值小于1000元的无形资产，于购买当期计入费用。

第一条 无形资产实行归口管理、科室负责、责任到人的管理体制。

第二条 无形资产归口管理范围：无形资产的入出库归资产办负责。其中，购入的不构成相关硬件不可缺少组成部分的软件，由信息数据中心负责日常管理。专利权、非专利技术、著作权由科研与转化管理科负责日常管理。土地使用权、商标权由后勤保障部负责日常管理。

第三条 各科室购入无形资产，应首先提交申请报告，应按医院决策审批程序履行报批手续，经批准后方可购置。

第四条 无形资产的确认，购入、换入、接受捐赠、无偿调入的无形资产，在验收合格并交付使用时，经办科室凭购入发票、调入单等相关合法凭据，及时到财务科进行无形资产增加的账务处理。自行研究开发并依法申请取得的无形资产，按开发支出确认无形资产；无法区分研究、开发支出的，按依法取得时发生的注册费、聘请律师费等确认无形资产。自创商誉及内部产生的品牌等，不得确认无形资产。

第五条 无形资产的摊销，无形资产从取得当月起，在法律规定的有效使用年限内，采用年限平均法按月计提摊销，不计提预计残值。法律未规定使用年限的，按照合同或单位申请书中的受益年限摊销，法律和合同或单位申请书都没有规定使用年限的，按预计使用年限摊销。使用年限不确定的无形资产不应摊销。

第六条 无形资产的后续支出，为提升无形资产使用效能发生的后续支出，符合无形资产确认条件的，计入无形资产账面价值；为维护无形资产正常使用发生的后续支出，应直接计入当期费用。

第七条 无形资产的处置，出售、转让、对外捐赠、对外投资、无偿调出、核销无形资产时，经办科室应当按规定提交书面报告，报经院领导及上级有关部门审批同意后，到财务科办理相应的账务处理。

第八条 无形资产的清查，由归口管理科室和资产办联合每年开展一次全面清查，账实不符出现盘盈盘亏时，应由归口管理科室及时查明原因，出具书面报告并提出具体处置建议，报院领导和上级有关部门审批后，由财务科办理相应账务处理。

第九条 总账会计、明细账会计与各无形资产使用科室，应定期核对无形资产账目余额，由财务科按月计提摊销，确保账账相符、账实相符。

三、参考文献

[1]财政部.《政府会计准则第4号——无形资产》应用指南[Z].财会〔2016〕12号，2016.

[2]财政部.关于印发医院执行《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》

的补充规定和衔接规定的通知（财会〔2018〕24 号）[EB/OL].https://kjs.mof.gov.cn/zhengcefabu/201808/t20180831_3003935.htm.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2016 年 01 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

投资管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-018-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院投资行为，严格遵循国家财经法规、医疗行业政策及国有资产管理要求，明确投资决策、实施、监管全流程标准，聚焦医疗服务升级、设施优化等公益属性领域，防范盲目投资、违规投资及资产流失风险，确保投资活动合规可控、效益可持续，保障国有资产安全增值，支撑医院公益服务提质与长远发展，特制定本制度。

二、内容

1．投资分为短期投资和长期投资，投资持有期不超过一年的为短期投资，持有期在一年以上的为长期投资。短期投资分为短期存款与长期存款（一年期），长期投资分为长期存款（按规定报批后不超过 5 年）、长期股权投资、长期债券投资。

2．医院对外投资实行集体决策制，必须经过充分的可行性论证，按规定报经上级主管部门、财政部门批准。

3．指定专门部门或专人对投资项目进行跟踪监管，及时掌握投资情况，及时核算投资损益、调整投资账面余额。长期股权投资处置需按规定报经上级主管部门、财政部门批准。

4．医院的被投资单位，须严格按照《中华人民共和国公司法》和其他法律法规来规范经营活动，完整公司治理制度，董事会应明确规定总经理的授权审批范围，总经理向董事会负责，主持公司管理工作，组织实施董事会决议，组织实施公司年度经营，财务人员须定期报告财务情况，包括每月报送会计报表及财务状况。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108 号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019 年 01 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

债务债权管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-019-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院债权债务全流程管理，严格遵循国家财经法规、医疗行业财务制度及国有资产管理要求，明确债权催收、债务清偿的范围、标准与责任边界，防范坏账损失、债务违约及资金链风险，确保债权及时足额回收、债务合规有序偿付，保障医院资金安全与财务稳健，维护医疗运营秩序与可持续发展，特制定本制度。

二、内容

1．建立健全往来款核算的账簿记录，及时清查往来款项，及时处置债权债务。

2．加强应收在院病人医药费管理。由住院处负责，每日终了，须将当日住院患者发生的医疗费用汇总上报财务科，财务科应及时与住院处核对，保证账账相符。临床科室应及时与患者或其家属沟通和催缴。

3．加强医疗保险费用结算管理。建立医疗保险费用结算制度，定期与市医保局核对账目，保证账账相符，对市医保局核定的退报费用、异地就诊费用、超总控费用要加强核对工作，医保结算费用要及时催收，对医保费用核对情况应定期向院领导报告。

4．加强对出院患者欠费的管理。建立出院患者欠费管理规定，加强欠费催收工作，指定专人负责，由财务科和临床科室共同执行欠费催收工作，对个人欠费要进行账龄分析，将分析情况交催收人员采用函证、上门催收等形式进行催收，定期将出院

病人欠费情况编制报表向院领导报告。

5．认真做好其他应收款包括个人长期借款、欠费等的管理和催收工作。建立健全其他应收款管理制度，指定专人负责其他应收款的清理和催收，其他应收款发生后，应规定结账日期，在规定期限内未予报销的，应由债权管理人员向借款人员发出催收通知，必要时上报领导协调解决。

6．加强负债管理。负债包括银行贷款、应付账款、预收医疗款、长期应付款等各类债务。医院负债管理依据以下原则：①合法合规：严禁违规举债，债务管理须符合国家及地方财政政策；②风险可控：严格控制负债规模，确保偿债能力与医院运营需求匹配；③专款专用：债务资金必须用于医院发展或特定项目，不得挪作他用；④全程监控：建立负债动态监测与预警机制，实现债务全生命周期管理。

（1）院党委会负责医院重大负债事项的审批，财务科统筹负债管理工作，制定还款计划并报党委会审批；负责债务核算、利息支付与风险分析研判；定期向院领导汇报债务状况。审计科负责定期对负债管理进行专项审计，确保流程合规。

（2）财务科设专人负责债务台账登记、合同管理及到期提醒；

（3）实行“借、用、还”分离原则，举债审批、资金使用、本息偿还由不同岗位分工负责，强化内控制衡。

（4）债务资金优先用于医院建设、设备购置等发展性项目；严禁用于人员经费、日常公用支出等非资本性支出。

（5）财务科应定期对负债情况进行分析，并制定年度偿债计划。

（6）审计科每年对债务管理进行专项审计，重点关注举借程序、资金用途及风险控制；对违规举债、挪用资金等行为，依法追究相关人员责任。

（7）重大债务决策建议聘请第三方机构进行风险评估。

7．加强备用金管理。合理确定各类收费岗位人员的备用金数额，经党委书记审批后执行。收费人员严禁将备用金抵作他用。收费人员调出收费岗位时，必须及时交回备用金。财务科应定期抽查备用金使用与保管情况，确保合规。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019 年 01 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

欠费管理规定

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-036-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-04-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为规范医院欠费管理，严格遵循国家医疗保障政策、财经法规及医院财务管理制度，明确欠费认定、催收、核销的范围与流程，防范恶意欠费、坏账损失及资金流失风险，确保欠费管理合规有序、催收高效有力，保障医院收入安全与财务稳健，兼顾患者就医权益与公益服务属性，维护医疗运营秩序，特制定本规定。

二、内容

1．对急危重症患者，实行“先抢救、后收费”原则，不能因费用问题延误抢救，同时须立即按规定汇报（白天：医务部，夜间：行政总值班）。

2．患者收治入院或留观后，签字者应主动与相关科室或部门对接，跟踪落实并督促科室催费，对患者入院前检查等所欠费用及时入账。若涉及到公安、司法、交警等部门的关联病例，应立即与相关部门对接，及时汇报。

3．对在院欠费患者，病区或科室应高度重视，在不影响基本医疗的情况下，针对具体情况及时催款，控制欠费金额。

4．加强出院患者欠费催收工作。财务科指定专人负责，及时向病区或临床科室收集出院欠费患者相关信息，以电话、函证、上门催收等形式向相关部门或个人进行催收。按月清理汇总出院病人欠费情况，配合医务部定期进行考核。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅，财政部办公厅，等.关于规范公立医疗机构预交金管理工作的通知[Z].国卫办财务发〔2025〕5 号，2025.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 08 月第 1 次修订

2025 年 04 月第 2 次修订

财务分析制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-020-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院财务分析工作，严格遵循国家财经法规、医疗行业财务制度及预算管理要求，明确财务分析的内容、方法与频次，系统挖掘收支、资产、负债等财务数据核心价值，精准识别运营风险与管理短板，为医院预算编制、决策优化、成本管控及公益服务提质增效提供精准数据支撑，提升财务管理科学化水平，保障可持续运营，特制定本制度。

二、内容

1．财务科为医院财务分析工作的归口管理部门，负责全院经济活动的财务分析工作。

2．财务分析的内容和方法严格按照国家现行的医院会计制度和医院管理要求执行。

3．财务分析要做到内容真实、数据准确。相关数据须逐项计算、核实，确保精准无误，必要时要进行单项分析。

4．财务分析须每季度进行，每半年和全年进行全面分析。

5．财务分析须在每季、半年和年终终了后 15 天内完成。

6．要充分发挥财务分析的作用，分析报告应简明扼要，对重要问题明确阐明，并提出建议合理，为院领导科学决策提供有力支撑。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108 号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 08 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

财务监督制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-021-03	制定时间：2013-01-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

根据国家有关法律、法规和医院财务管理制度，为加强对医院财务活动及相关经济活动的监管和督促，特制定本制度。

二、内容

1．财务科履行医院财务监督职责。财务监督的主要内容包括：预算管理的监督、收入、支出管理的监督、资产管理的监督和负债管理的监督等。

2．财务监督具体内容：

（1）监督医院预算编制、审批及执行全过程。

（2）监督医院财务收入、支出管理。医院所有财务活动实行财务科集中管理、统一核算。包括：收入的合法、合规性。收费票据的领用、缴销管理等。支出的原始凭证的真实、完整、合法，审批手续等相关制度的执行情况等。

（3）监督医院药品、卫生材料等存货管理。包括：招标采购制度的执行情况，验收入库及领用管理，财产清查制度落实及账实相符情况等。

（4）监督医院设备等固定资产管理。包括：大型设备的可行性论证，招标采购制度执行情况，验收入库、维护及报损管理，大型设备的成本效益分析，财产清查制度执行及账实相符情况等。

（5）监督应收在院患者医药费、出院患者欠费、应收医疗保险结算款等债权管理。包括：定期清理分析、核对与结算，账账相符，欠费催收情况等。

（6）监督医院贷款、应付账款等负债管理。包括：大额债务的决策审批，定期清理、核对，账账相符情况等。

（7）监督医院其他经济活动。

3．医院财务监督应当实行事前监督、事中监督、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，与内部审计相结合。

4．对违规经济活动，应立即制止并责令纠正；制止和纠正无效的，须向院领导提交书面报告，提请按规定处理。

5．医院应按相关规定接受财政部门、审计机关和主管部门的监督检查，如实提供会计凭证、会计账簿、财务会计报表等会计资料，不得拒绝、隐瞒或谎报。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108 号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 08 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

内部控制制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-022-03	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

贯彻执行国家财经法律法规和规章制度，维护国有资产的安全与完整，堵塞管理漏洞，提高我院财务管理水平和会计信息质量，根据财政部，国家卫生健康委等印发的《关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见》，结合我院具体情况，特制定本制度。

二、内容

1. 内部控制应当为实现以下目标提供合理保证：

（1）确保国家有关法律法规和医院内部规章制度的贯彻执行。

（2）规范经济行为，保证会计资料真实、完整。

（3）堵塞管理漏洞、消除潜在隐患，防范并及时发现、纠正错误及舞弊行为，保护资产的安全、完整。

2. 内部控制应当遵循的基本原则：

（1）符合国家有关法律法规以及财经财务规章制度。

（2）约束医院内部所有涉及经济事项的工作人员，任何个人都不得拥有超越财务会计内部控制的权力。

（3）涵盖医院内部各项经济业务及相关岗位，并应针对业务处理过程中的关键

控制点，落实到决策、执行、监督等各个环节。

（4）保证医院内部涉及经济事项的部门、岗位的合理设置及其职责权限的合理划分，坚持不相容职务相互分离，确保不同部门和岗位之间权责分明、相互制约、相互监督。

（5）遵循成本效益原则，以合理的控制成本达到最佳的控制效果。

3. 内部控制应当采用的基本方法：

（1）内部牵制。医院内部岗位的设置应当体现不相容职务相互分离、相互制衡的要求。不相容职务主要包括：授权批准、业务经办、会计记录、财产保管、稽核检查等职务。

（2）授权审批。明确规定涉及经济事项的授权批准的范围、权限、程序、责任等制度。

（3）会计控制。依据《会计法》和国家统一制定的会计制度，制定适合我院实际情况的会计核算管理制度，明确会计凭证、会计账簿和财务报告的处理程序，建立和完善会计档案保管和会计工作交接办法，实行会计人员岗位责任制，充分发挥会计的监督职能。

（4）预算控制。按照财政部门有关规定加强预算编制、执行、分析、考核的管理，实行责任预算制度。

（5）财产保全。建立健全财产保全控制制度，限制未经授权的人员对财产的直接接触，采取定期盘点、财产记录、账实核对、财产保险等措施，确保各种财产的安全和完整。

（6）风险控制。树立风险意识，针对各个风险控制点建立有效的风险管理系统，对财务风险和业务活动风险进行全面防范和控制。

（7）内部报告。建立和完善内部报告制度，全面反映经济活动情况，及时提供业务活动中的重要信息，增强内部管理的时效性和针对性。

4. 建立内部审计制度，对我院和下属单位、部门财务收支活动进行严格的审计监督。

5. 按照专人管理、相互牵制、分级审批、严格登记的原则，加强对合同、印章和平密押的管理。

6. 预算控制制度

（1）预算编制的原则

实行综合预算。根据医院总体发展规划和年度事业发展计划，按照有关规定将组织的各项收入及安排的各项支出全部纳入单位预算，统一编制，统筹安排各项收支。

保障基本运转。预算应首先保障单位的基本运转，严格按照先人员、后公用、再项目的顺序安排支出。严格控制无预算的支出。

（2）程序

人员组成。建立由院长全面负责、财务部门牵头、各部门参与和分工合作的预算管理工作机制。

按照主管部门规定的预算编制程序，组织编制医院年度预算。

（3）方法

一般采用零基预算的编制方法。但对不同项目，也可采用不同的预算编制方法。

（4）预算的调整

医疗机构年度预算一经批复，一般不予调整。因政策调整、突发事件等客观因素对预算执行造成较大影响的，预算调整事项须按规定报经主管部门审批同意。

（5）预算分析

建立预算分析制度。定期分析预算执行情况，及时研究预算执行中存在的问题，提出改进的建议，确保年度预算的完成。

（6）预算执行绩效考评

建立医院内部预算执行考评制度，提高预算资金的利用效益和效率。

7．收入控制制度

（1）建立各类会计（含收费人员，下同）及相关人员的岗位责任制，明确相关岗位的职责和权限。

（2）合理设置岗位，加强制约和监管。确保提供服务与收取费用、价格管理与价格执行、收入票据保管与使用、办理退费与退费审批、收入经办与收入稽核等不相容职务相互分离。

（3）收入的取得应符合国家有关法律法规和政策规定。取得的各项收入必须开具统一规定的票据。严格按照医院财务会计制度规定确认、核算收入。

（4）各项收入由财务科统一核算、统一管理。其他任何部门和个人不得收取款项，严禁设立账外账。

（5）制定收入管理业务流程，重点控制门诊和住院结算收入。

在收入票据管理人员处限量领取收入票据。

门诊、住院收费人员须在当日规定时间内，将当日收入日报表及现金、银行进账单一并上缴财务科出纳人员，并办理交接手续。

对当日已使用门诊、住院票据，由指定人员每天销号。票据须依照号码连续使用。

8．收费价格管理制度

（1）严格执行规定的医疗服务项目及其收费标准和药品价格，确保相应的服务内容、服务规范和服务质量。严禁自立项目、超标准、分解项目收费及重复收费，坚决杜绝各种乱收费、乱加价行为。

（2）建立健全医疗服务和药品价格管理制度。设置价格办和专职物价管理人员，

制订必要的管理办法，完善收费价格管理监督机制。

（3）对于新增的医疗服务项目，应按照有关规定实行项目价格申报审批制度。

（4）实行医疗服务和药品价格公示制度、门诊、住院费用结算清单制度，自觉接受社会和群众监督。

9．收费票据管理制度

（1）财务科是收费票据管理的职能部门，统一负责收费票据的申印、购领、保管、发放与核销。其他任何部门不得自行印、购收费票据和结算凭证。

（2）收费票据的申印、购领应按规定先审批、后印刷，并依照政府采购的要求在指定定点单位印制。

（3）按照内部牵制和定量控制的原则，财务科应指定专人负责收费票据管理工作。设置专门的票据库房，建立票据的入库、领用、结存登记制度。定期与领用部门、人员核对收费票据的领用缴销情况，及时催交长期未缴销的收费票据。

（4）医院申印、领购的票据应严格按照规定的项目和收费范围限于本单位内使用。各类票据不得混用。不得擅自相互转移、借用、代开和转让票据。

（5）建立健全票据领用、缴销手续。票据领用人员必须是财务科的收费人员。

票据领用时，必须详细登记票据名称、起止号码、领取日期，由领用人、发放人分别在登记簿上互相签字；计算机票据则由专人将领用票据输入计算机，由领用人使用。票据缴销时，应及时在登记簿上注明缴销日期和号码。

（6）对财务科出纳人员使用的财政收入票据，应指定专人对出纳人员使用的收入票据进行逐页核销工作，并进行缴销登记。

（7）门诊收费处和住院结账处设专人负责二级收费票据领用缴销工作，建立登记核销制度，逐日按号码核销收费票据。

（8）对已使用且超过规定保存年限，或未使用但已停用的票据，销毁前应书面报请主管部门批准。医院不得自行销毁。

（9）患者出院时，收费结算人员应向患者收回预收医疗款临时收据。患者若遗失临时收据，收费结算人员应要求患者出具相关遗失证明，方可冲抵医药费用。患者若遗失医药费收据，财务科应凭据患者的相关证明提供收据复印件。

10．退费管理制度

（1）建立退费审批制度。由有关临床、医技、药房等业务部门签具退费原因，当日退费由收费人员审核办理，隔日及以上退费须报门诊值班主任审批。特殊情况需由医务部主任、财务科长或院长审批。

（2）退费申请者必须向收费人员提供原缴费凭证，审批手续齐全后方可办理退费。

（3）收费人员在办理退费时必须核对原始凭证和原始记录。退费工作完成后，做好相关凭证的保存和归档工作。

（4）财务科指定专人抽查退费制度执行情况。对违规退费情况纳入医院内部绩效考核。

11．支出管理控制制度

（1）建立健全支出管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责、权限，确保支出的申请与审批、审批与执行、执行与审核、审核与付款结算等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

（2）各项支出必须符合国家有关财经法规和制度。按照医院财务会计制度的规定确认、核算支出。严禁由同一部门或个人全程办理支出业务。

（3）各项支出必须按照年度预算计划，实行归口管理。财务科将审批的年度预算支出计划分解下达到各相关部门，相关部门按照确定的支出计划执行。

（4）制定支出及成本费用的申请、审批、审核、支付程序等制度。按照有关要求确定并执行开支范围及标准。

明确支出及成本费用审批权限、程序、责任和相关控制措施。审批人必须在授权范围内进行审批，经办人必须按照审批意见办理。

建立重大经济事项集体决策与责任追究制度。重大经济事项的支出，应组织专家进行可行性论证，并实行集体决策和审批，必要时应召开职工代表大会审议通过。

（5）建立支出审批责任追究制度。各部门应对经费支出严格把关，对支出款项的真实性、合法性负责。凡计划不当由申请部门负责，采购不当由采购部门负责，管理不当由使用部门负责，审批不当由审批人员负责，手续不全而给予支出报销的由财务部门负责，并纳入医院内部绩效考核。

（6）建立支出核算控制制度。建立和规范成本核算的程序和方法，建立成本考核指标体系、成本分析评价体系和成本信息反馈体系，客观评价经营成果和经营行为，提高医院经营质量。

12．货币资金管理控制制度

（1）货币资金是指现金、银行存款、有价证券。

（2）必须按照《会计法》规定，确保不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。出纳人员不得兼任稽核、票据管理、会计档案保管和收入、支出、债权、债务账目的登记工作。不得由一人办理货币资金业务的全过程。

（3）办理货币资金业务的人员，应有计划地进行岗位轮换。门诊和住院收费人员应具备会计基础知识和熟练操作计算机的能力。

（4）按照规定的程序办理货币资金收入业务。货币资金收入必须开具收款票据，门诊、住院收费人员必须在当日内将收入及时上缴出纳人员，保证货币资金及时完整入账。

（5）货币资金支付程序

支付申请。用款人应当提交支付申请，注明款项的用途、金额、预算、支付方式等内容，并附有效合同或相关证明及计算依据。

支付审核。财务部门负责对批准的货币资金支付申请进行审核，审核批准范围、权限、程序是否符合规定；手续及相关单证是否齐备；金额计算是否准确；支付方式、收款单位是否妥当等，经审核无误后签章。

支付审批。归口职能部门审批人及单位负责人分别根据其职责、权限和相应程序对支付申请进行审批。对不符合规定的货币资金支付申请，审批人应当拒绝批准。按规定需由有关负责人签字或盖章的经济业务，必须履行签字或盖章手续。

支付结算。出纳人员根据审批手续齐全的支付申请，按规定办理货币资金支付手续，及时登记现金日记账和银行存款日记账。签发的支票应进行备查登记。

（6）按照国务院批准施行的《现金管理暂行条例》的有关规定办理现金的收支业务。不属于现金开支范围的业务应当通过银行办理转账结算。实行现金库存限额管理，超过限额的部分，必须当日送存银行并及时入账，不得坐支。

（7）按照中国人民银行印发的《支付结算办法》等有关规定加强银行账户的管理。严格按照规定开立账户、办理存款、取款和结算；定期检查、清理银行账户的开立及使用情况；加强对银行结算凭证的填制、传递及保管等环节的管理与控制。严禁出借银行账户。

（8）加强银行存款对账控制。由出纳和审核岗位或报表岗位的会计人员每月核对银行账户，并编制银行存款余额调节表。调节不符的应查明原因，对长期未达的账项，应及时向有关负责人报告。

（9）加强银行预留印签的管理。财务专用章必须由专人保管；个人印章应由本人或其授权人员保管；因特殊原因需他人暂时保管的必须有登记记录。严禁一人保管支付款项所需的全部印章。

（10）加强对与货币资金相关票据的管理。除按收费票据管理制度规定外，对办理银行业务的各种相关票据，应专设登记簿记录，财务部门指定专人定期审核，防止重要空白票据的遗失和盗用。

（11）加强对现金业务的管理与控制。门诊、住院收费人员必须每天足额上缴所收取的现金，出纳人员应每日登记日记账，每日核对库存现金，编制货币资金日报表，日清日结。

（12）建立货币资金盘点核查制度。财务部门在每月核签银行对账单时，应和银行日记账及银行存款余额调节表进行核对。抽查出纳、门诊、住院收费人员的库存现金、门诊和住院备用金是否相符。

13．药品及库存物资管理制度

（1）建立药品及库存物资内部管理制度和各类管理人员的岗位责任制。明确岗

位职责、权限，确保请购与审批、询价与确定供应商、合同订立与审核、采购与验收、采购验收与会计记录、付款审批与付款执行等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。不得由同一部门或一人办理药品及库存物资业务的全过程。

（2）药品及库存物资管理流程

计划编制。药品和物资管理部门应按照年度财务预算计划和实际工作进度编制采购、供应计划，送财务部门备案。归口管理部门应按照计划进行采购，如遇特殊情况需调整计划必须提出申请，经批准后方可实施。

审批程序。药品及库存物资按计划进行采购时必须提出申请，由院长或分管院长审批。大宗超计划物资采购的审批，应由医院决策层集体讨论决定。

采购管理。药品及库存物资必须由单位统一采购。属于政府采购和药品集中招标采购范围的，应按有关规定执行。批量采购招标由采购、财务、审计、归口管理和使用等部门共同参与。小额零星采购由经授权的部门进行采购，并对价格、质量、供应商等有关内容进行审查、筛选，按规定程序审批。

验收入库。药品及库存物资采购入库时，归口管理部门及库房验收人员必须按照采购合同的约定，对物资品种、规格、数量、质量和其他相关内容进行验收并及时入库。所有药品及库存物资必须经过验收入库后方能领用。未履行验收入库，不得办理资金结算。会计核算期末时，对物品已到而发票未到的，可暂估入账，待次月收到票据时据实调整。

领用手续。药品及库存物资的储存和保管实行限制接触控制，指定专人负责领用。归口管理部门要结合具体实际，制定使用部门领用限额或定额标准；使用部门领用人按限额或定额填制领用单，经使用部门负责人审批后方可领用。超限额或定额领用的，必须经院长或分管院长审批。

（3）财务部门会同归口管理部门根据药品及库存物资的用量和性质，制定安全库存量和储备定额，具体定额标准由主管部门确定。

（4）加强药品及库存物资的核对管理。财务部门应定期与归口管理部门核对账目，保证账账、账实相符。

（5）建立高值耗材使用辅助账，制定高值耗材的采购、领用等各项管理制度。

（6）建立药品及库存物资的缺损、报废、失效的控制制度和责任追究制度。药品及库存物资缺损、报废、失效的，应由归口管理部门填列详细清单，说明报废原因，报分管院长、院长审批。对由于人为原因（如保管不当、积压重复、霉烂等）造成损失的，应追究保管人员的责任。

（7）建立药品及库存物资定期盘点制度。库房盘点每年不得少于一次。财务、审计等相关部门应不定期派员监盘。

14．固定资产管理控制制度

（1）建立健全固定资产管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责、权限，确保购建计划编制与审批、验收取得与款项支付、处置申请与审批、审批与执行、执行与相关会计记录等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

（2）固定资产管理业务流程

计划编制。按照年度预算计划安排，编制年度固定资产购置计划，报财务部门备案。如遇突发情况需追加计划，必须提出书面申请，经分管院长、院长批准后方可执行。

审批程序。按计划购置固定资产时，须由使用部门提出申请，按审批权限规定审批。对大型医用设备配置应按照准入规定履行报批手续。

购建控制。建立固定资产购建论证制度。按照规模适度、科学决策的原则进行立项。项目预算必须有财务、审计部门参与，加强项目的可行性论证。固定资产购建时，应由资产管理、使用、财务、审计等部门共同参与。对大批同类物资、仪器设备的采购，应按照有关规定进行招标采购。

验收控制。取得固定资产时，应组织有关部门及专业人员进行验收。验收人员应在相关单据上签字，验收合格后方可交付使用，并及时办理结算，登记固定资产账卡。

建立固定资产三级账卡管理体系。财务部门设置固定资产总分类账，控制固定资产总额；资产管理部门设置固定资产明细账，进行数量、金额核算，同时按设备品名记载使用部门配置情况；使用部门在办理固定资产领用、调拨、报损手续时，由资产管理部门在登记卡上记录财产增减情况，并在本部门建立相应的数量台账。财务部门与资产管理部门、资产管理部门与使用部门定期进行核对，保证账账、账卡相符。

（4）固定资产维修保养制度。医疗机构应指定专人定期检查、维修和保养大型医疗仪器设备，并作好详细记录。严格控制固定资产维修保养费用。

（5）对固定资产变动的控制，如对外投资、出租、出借，以及固定资产处置（包括出售、出让、转让、对外捐赠、报损、报废）等，按有关规定办理。

（6）建立固定资产清查盘点制度。固定资产清查每年至少开展一次。要明确清查盘点的范围、组织程序和期限。清查盘点时，财务、审计等部门应派员监盘。盘点结束后，按规定程序调整账目，保证账、卡、物相符。

15．工程项目控制制度

（1）工程项目决策控制。应按照决策科学化、民主化的要求，采取专家评审、民主评议结果公示等各种方式广泛征求有关各方意见，实行集体决策。决策过程应有完整的书面记录。决策程序为：预可行性研究→专家评审→职工代表大会讨论→决策层意见，确保工程项目决策科学、合理。严禁任何个人单独决策工程项目或者擅自改变集体决策意见。

（2）建立健全工程项目财务管理制度。对工程项目的管理人员，应制定岗位责任制度，明确相关部门和岗位的职责权限，确保项目建议、可行性研究与项目决策，

概、预算编制与审核，项目实施与价款支付，竣工决算与竣工审计等不相容职务相互分离，加强制约与监督。

（3）建立工程项目相关业务授权批准制度。由决策层授权单位有关负责人在职责范围内负责工程项目的相关业务。对于工程项目的其他管理人员，应由被授权人明确规定其职责范围和工作要求，严禁未经授权的机构或人员办理工程项目业务。

（4）严格按照基本建设程序，即项目建议书→可行性研究→初步设计→施工图设计→开工→竣工验收的程序实施工程项目建设。

（5）工程项目概预算的审核控制，应由审计或财务部门组织人员进行，重点审查概预算编制依据、项目内容、工程量的计算和定额套用是否真实、完整、准确，审查结果应备案存查。

（6）工程项目质量控制

工程项目质量应当建立法人负责制，工程项目授权负责人向单位法定负责人负责。所有工程项目的代理机构、勘察、设计、施工、供货等实行招投标制，按照《招投标法》《政府采购法》等规定组织实施。招投标结果的确定应有单位负责人、审计、财务部门和上级相关部门共同参与，确保招投标工作公平、公开、公正。工程项目监理和工程合同管理控制。工程项目开工前，建设单位应邀请相关监理机构进行项目监理，签订项目监理合同，规定其相应的职责、权力和责任。工程项目管理人员应严格对照工程项目合同加以管理，对工程项目进度、质量要求加以控制。

（7）工程项目价款支付控制。工程项目管理人员应严格按工程进度或合同约定支付价款。工程项目财务人员应严格审核，规定限额内的工程项目价款支付由被授权人审批。工程项目价款支付时，必须取得收款方合法票据；支付工程项目价款一律采用银行结算，严禁用现金支付工程项目价款。对工程变更等原因造成价款支付方式和金额发生变动的，相关部门必须提供完整的书面文件和资料，经财务、审计部门审核并按审批程序报批后支付价款。

（8）竣工决算控制

竣工清理。按照竣工清理的有关规定做好各项清理工作。清理工作主要包括基本建设项目档案资料的归集整理、账务处理、财产物资的盘点核实及债权债务的清偿，做到账账、账证、账实、账表相符。应逐项盘点核实各种材料、设备、器具等，填列清单，妥善保管，或按国家规定进行处理，任何人不准任意侵占、挪用。

竣工验收。竣工验收依据应包括以下内容：经有关部门批准的项目确认文件和调整文件，批准的初步设计文件和调整文件，土地使用证，施工图纸，设备出厂合格证，技术说明书，开工报告，设计变更文件和资料，工程承包合同，发展改革、财政部门下达的投资计划和基本建设支出预算文件，工程价款结算资料，现行的施工建设技术标准及施工验收规范等。

竣工验收应符合以下程序：工程项目在竣工验收前，由建设单位组织勘察、设计、施工、监理及使用等有关单位进行初验。初验前，施工单位应按照国家规定准备文件、技术等资料，向建设单位提出交工报告；建设单位接到报告后，应及时组织初验。工程项目全部完成，经各单项工程验收符合设计要求，并具备竣工图表、竣工决算、工程总结等必要的文件资料的，由建设单位进行竣工验收。未经竣工决算审计的工程项目，严禁办理资产验收和移交手续。

竣工决算。工程项目竣工财务决算包括竣工财务决算报表和竣工财务决算说明书。工程项目财务决算报表应包括以下报表：基本建设项目概况表。基本建设项目竣工财务决算表。基本建设项目交付使用资产总表。基本建设交付使用资产明细表。其他需要提交的财务报表。

竣工财务决算说明书应包括以下内容：基本建设项目概况。会计账务的处理、财产物资清理及债权债务的清偿情况。基建结余资金等分配情况。主要技术经济指标的分析、计算情况。基本建设项目管理及决算中存在的问题、建议。决算与概算的差异和原因分析。需要说明的其他问题。

竣工财务决算应做到报表内容齐全、数字真实、说明清楚。

竣工审计。按照有关工程建设管理的规定，工程竣工验收合格后，要按照合同约定与承包人办理工程竣工结算。

16．对外投资管理控制制度

（1）建立对外投资业务的管理制度和岗位责任制。明确相关部门、岗位的职责和权限，确保项目可行性研究与评估、决策与执行，处置的审批与执行等不相容职务分离，合理设置岗位，加强制约与监督。不得由同一部门或一人办理对外投资业务的全过程。

（2）对外投资决策控制。所有对外投资项目必须事先立项，组织由财务、审计等部门和有关专家或有资质的中介机构进行风险性、收益性论证评估。经决策层研究后按规定的程序报主管部门审批。决策过程应有完整的书面记录及单位负责人签字。严禁个人自行决定对外投资或者擅自改变决策层意见。

（3）无形资产的对外投资控制。使用专利权、著作权、土地使用权、非专利技术、商誉等无形资产进行对外投资时，必须按照国家有关规定进行资产评估、确认，以确认的价值进行对外投资。

（4）严格对外投资授权审批权限控制，不得超越权限审批。必须授权单位有关负责人和有关职能部门负责管理对外投资项目的业务工作和经费审批工作，明确规定工作范围和经费审批权限，并实行对外投资责任追究制度。对因超越对外投资项目范围和超限额审批对外投资经费的，或未履行决策审批程序和未按规定执行，出现重大决策失误的应追究有关部门和人员的责任。

（5）加强对外投资的收回、转让和核销等处置控制。对外投资项目的收回、转让、核销，应当实行集体决策，并按规定程序进行评估，报主管部门批准后方可办理。

17．债权、债务管理控制制度

（1）建立健全债权、债务管理岗位责任制度，明确相关岗位的职责和权限，确保业务经办与会计记录，出纳与会计记录，业务经办与审批，总账与明细账核算，审查与记录等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约与监督，不得由一人办理债权和债务业务的全过程。

（2）岗位设置与岗位职责

应收在院患者医药费：由住院处负责。将住院患者费用及时汇总上报财务部门，财务科据此进行会计核算；月末，财务部门应及时与住院处核对，保证账账相符。

应收医疗款：由财务科指定专人负责。按照会计制度的要求设置二级明细科目进行会计核算；月末，应将明细科目余额与社保局及住院结账处等部门进行核对。

其他应收款、其他应付款、长期借款、长期应付款、应付社会保障金：由财务科指定专人负责。明确债权及债务的记录、核算、对账的时间、范围和要求。

（3）债权控制措施

应收款项控制：

建立医疗保险费用结算制度。财务科、医保办应定期与社保局核对账目，保证账账相符。加强对社保局核定的退报、外地就诊、超总控等费用的核对工作，及时催收医保结算费用。

建立出院患者个人欠费管理制度。指定专人负责，对个人欠费的审批权限作出规定，对大额债权必须采取保全措施。设置相应的欠费催收人员，以加强欠费催收工作。对个人欠费应进行账龄分析，催收人员根据分析结果以函证、上门催收等形式进行催收。

建立其他应收款管理制度。财务科应指定专人负责其他应收款的清理和催收。应规定结账日期，在规定期限内未予报销的，应由债权管理人员负责向借款人员发出催收通知，及时清理。

备用金控制制度：

合理确定各类收费人员的备用金数额，由书记审批。

收费人员不得将备用金抵作他用。收费人员调出收费岗位时，必须及时交回备用金。

财务科在抽查收费人员账款相符情况时，应同时抽查备用金使用情况。

（4）债务控制措施

长期借款、短期借款、长期应付款控制措施。应综合考虑资产总额及构成、还款能力等因素，授权审批人在职责权限范围内审批举债事项。严格控制借债规模，大额债务的举借必须经决策层研究确定。

应付账款、其他应付款控制措施。财务科应指定专人负责应付账款、其他应付款

的登记、核销、对账工作，建立严格的岗位责任制度，按费用类别合理设置二级明细账，建立“三核对”制度，即每月总账和明细账余额核对，明细账与管理部门核对，年末与供应单位核对，以保证账账相符。

18．预收医疗款管理制度

（1）预收医疗款是医院为保障业务正常运转而向入院患者预先收取的医疗备用金。应根据不同病种制订相对统一的预收医疗款数额。

（2）患者入院时，应缴纳一定数额的预收医疗款，由结算人员出具预收医疗款临时收据，临时收据一式三份，一份交患者，一份作为收入凭证，一份留存。

（3）财务部门应加强预收医疗款的管理，设置必要的辅助账。对预交金收入逐日登记，指定专人对票据逐笔核销。每月终了，财务部门应与住院结账处进行预收医疗款余额核对，发现差错，及时纠正。

（4）建立债务授权审批、合同、付款和清理结算的控制制度。定期进行债务清理，编制债务账龄分析报告，及时清偿债务，防范和控制财务风险。

19．财务电子信息化管理制度

（1）建立健全财务电子信息化管理制度和岗位责任制。应用专门的授权模块，明确相关部门和岗位的职责、权限，确保软件开发与系统操作、系统操作与维护、档案保管等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

（2）财务电子信息系统凡涉及到资金、物资、收入、成本费用等方面内容的，其功能、业务流程、操作授权、数据结构和数据校验等事项必须符合财务会计内部控制的要求。

（3）门诊收费和住院收费系统必须符合医院信息系统基本功能规范的要求。即：实时监控收款员收款、交款情况。提供至少两种不同的方式统计数据。系统自动生成的日报表不得手工修改。预交款结算校验。票据稽核管理。欠费管理。价格管理。退款管理。

（4）加强财务电子信息系统的应用控制。建立用户操作管理、上机守则、操作规程及上机记录制度。加强对操作员的控制，实行操作授权，严禁未经授权操作数据库。监控数据处理过程中各项操作的次序控制，数据防错、纠错有效性控制，修改权限和修改痕迹控制，确保数据输入、处理、输出的真实性、完整性、准确性和安全性。

（5）加强数据、程序及网络安全控制。设置和使用等级口令密码控纳入医院内部绩效考核制，建全加密操作日志管理，操作员口令和操作日志加密存储，加强数据存储、备份与处理等环节的有效控制，做到任何情况下数据不丢失、不损坏、不泄漏、不被非法侵入；加强接触控制，定期监测病毒，保证程序不被修改、损坏，不被病毒感染；采用数据保密、访问控制、认证及网络接入保密等方法，确保信息在内部网络和外部网络传输的安全。

（6）建立财务电子信息档案管理制度，加强文件储存与保管控制。数据应及时进行双备份，专人保管，并存放在安全可靠的不同地点。

20. 内部控制监督检查制度

（1）组织由审计、财务、纪检等部门参加的监督检查小组负责财务会计内部控制制度执行情况的监督检查，确保财务会计内部控制制度的有效执行。

（2）监督检查小组应定期对本单位财务会计内部控制制度的建立和实施情况进行评价，并对财务会计内部控制中的重大缺陷提出书面报告。对于发现的问题和薄弱环节，应采取有效措施加以改进和完善。

（3）建立财务会计内部控制制度问责制度和责任监督制度

对违反财务会计内部控制制度规定，未造成严重后果的，应限期纠正，并对相关责任人予以通报批评。

对违反财务会计内部控制制度规定，造成严重后果的，应追究相关责任人的行政责任；对违反法律法规和财经规章制度的，按照有关规定给予处罚；涉嫌犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

三、参考文献

[1]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[2]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

[3]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108 号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 08 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

重大经济事项集体决策制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-023-04	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本： 3
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为适应医院经济形势发展，规范并监督医院重大经济活动决策行为，兼顾决策的效率与民主、科学，保证国有资产的安全与完整，特制定本制度。

二、内容

医院重大经济事项决策实行集体讨论制、领导负责制和责任追究制。

1．医院重大经济事项是指：

（1）涉及医院发展、建设的重大经济事项。

（2）大型设备采购等规模较大的投资项目，资金调度、借贷及其他重大财务资金安排使用等金额重大的财、物管理事项。

（3）重大经济事项数额标准：单项金额达到30万元以上（含30万元）的经济事项。

2．医院研究决定重大经济事项应严格执行科学民主决策制度。严格遵守“集体讨论、民主集中、会议决定”的决策程序，由医院党委会或职工代表大会集体议事，并以会议决定形式体现，严禁以传阅会签、个别征求意见等形式替代集体议事和会议决定。重大突发事件和紧急情况下，难以召开会议的，由医院党委书记审查决定，事后应及时召开会议予以确认。具体程序如下：

（1）咨询论证。医院有关部门对重大经济事项要在调查研究，广泛征求意见的基础上，提出申请，并报经医院分管领导同意，方可提请开会。

（2）准备材料。由有关部门准备上会材料。

（3）充分讨论。研究决定重大经济事项的会议，须有三分之二以上党委委员到会方可举行，分管该事项的领导成员必须到会。会议由院党委书记主持。首先由分管院长或有关部门负责人介绍，然后安排足够的时间对议题进行充分讨论。

讨论时，党委委员应表明赞同或不赞同意见。表决事项时，以超过应到党委委员人数的半数同意为通过。

（4）做出决定。院党委书记在听取领导成员充分发表意见的基础上，作出决定。

（5）形成纪要。会议须形成相应的会议纪要。

（6）议事记录规范：重大经济事项议事记录须列明会议名称、主持人、正式与会人员、记录人员、会议通知提前送达时限、应到会人数比例；议事记录须具体列明会议研究决定的全部重大事项及表决结果；需要特别说明的情况，在议事记录补充规则栏中列出。

（7）重大经济事项决定后实行院务公开。

3．谁决策、谁分管、谁负责的原则：医院决定重大经济事项，实行院党委书记、院长负责制。

4．责任追究：决策人员应明确表达个人意见（同意、反对、弃权），项目集体讨论后按规定程序报批，分清级次，责任到人，建立事后审计评价和责任追究制度，形成决策失误的纠错改正机制，对违反决策程序、滥用职权造成损失的要追究责任。

5．本制度由上级主管部门监督执行。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108 号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2020 年 08 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

重大经济事项责任追究制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-024-04	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为切实保证《重大经济事项集体决策制度》的有效贯彻执行，正确处理违反《重大经济事项集体决策制度》的行为，特制定本制度。

二、内容

1．本制度适用于《重大经济事项集体决策制度》适用范围内的领导成员及具体实施中的相关责任人。

2．实施责任追究应坚持“谁主管谁负责、客观公正、严肃纪律、惩教结合”的原则。

3．责任追究应区分集体责任和个人责任、主要领导责任和重要领导责任，重点追究领导干部个人责任，严禁以集体责任代替个人责任。

4．领导成员集体做出错误决定或采取错误行动的，追究领导班子的责任时，应根据各自所起的作用和应负的责任，对主要负责人以及其他成员分别追究个人责任。其中明确提出反对意见的可不予追究。

5．实施责任追究的方式有：批评教育、责令书面检查、通报批评、待岗以及党纪、政纪处分，涉嫌犯罪的，由司法机关追究刑事责任。对造成严重经济损失的，责

令其予以经济赔偿，赔付金额按经济损失5%～20%的范围，由医院党委会集体研究决定。

6．有下列情形之一的，可免于追究或从轻、减轻处理：

（1）在职责范围内出现经济问题，经查实非因领导干部失责造成的。

（2）对职责范围内出现的问题，敢于揭露，主动查处并认真整改的。

（3）积极采取补救措施，减轻、挽回损失，或有效阻止危害结果发生、扩大的。

7．有下列情形之一，应从重或加重处理：

（1）推卸、转嫁应负责任的。

（2）在职责范围内出现问题后，采取掩盖、袒护等行为，或未及时采取补救措施，导致危害结果扩大的。

（3）职责范围内多次发生重大经济问题，或受到责任追究后仍拒不纠正的。

8．责任追究工作在院党委和行政班子的统一领导下进行

（1）给予批评教育、责令书面检查的处分，由上级负责人组织实施，必要时可请纪检、监察部门和组织、人事部门负责人参加。

（2）给予通报批评、待岗等处分的，由纪检监察部门或其他有关部门组织实施。

（3）给予党纪处分，由所在党组织或纪检部门按照党纪处分条例的规定办理；给予行政处分，由任免机构依法办理。

9．本级查处案件中涉及到上一级领导机关管辖和领导干部责任的，应按照移送案件有关规定，提请上一级党委或纪检监察部门处理。

10．责任追究有关材料按照有关规定归入干部个人档案。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2016年01月第1次修订

2020年08月第2次修订

2025年01月第3次修订

会计稽核制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-025-03	制定时间：2011-01-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院会计稽核工作，严格遵循《会计法》《医院财务制度》等法律法规及财经纪律，明确稽核范围、标准与流程，聚焦会计凭证、会计账簿、财务报表及财务收支全环节，核验会计信息真实性、完整性与合规性，防范账务处理错误、数据失真及财务风险，强化内控监督约束，保障财务工作规范有序，支撑医院财务管理提质与可持续运营，特制定本制度。

二、内容

1．对原始凭证的审核

（1）原始凭证须在填制记账凭证前加以审核。应审核以下五个基本要素：①凭证的名称；②填制的日期及编号；③接受凭证单位的名称；④经济业务的内容，实物数量和金额；⑤填制凭证的单位财务专用章、经手人员签章。

（2）原始凭证的真实性和合法性，要进行审核。外来原始凭证须加盖税务监制章，字迹清晰、规范。

（3）原始凭证须有经办人、审批人的签章。

（4）对不符合规定的原始凭证，有权拒绝受理；对存疑事项，须及时向分管领导汇报。

2．对记账凭证的审核

（1）审核填制凭证的日期、编号是否齐全、规范。

（2）审核摘要的内容是否简明扼要、概括准确。

（3）审核使用科目名称应借、应贷以及金额是否正确。所附原始凭证张数是否填写完整、与实际相符。

（4）审核凭证的填制、记账和会计主管人员签章是否齐全。

（5）未经审核的记账凭证，严禁登记入账。

3．对会计报告的复核

（1）复核财务报告编制报告种类是否齐全，封面、报告日期及相关内容是否完备，签章是否规范齐全。

（2）复核报告内容是否完整，各报告是否完整排列，无漏编、漏报情况，补充资料须按规定填列齐全。

（3）复核数字是否准确，报告中数字是否与账面衔接一致，有无篡改报告的情况。

（4）复核报告编报是否符合规定时限要求。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020年08月第1次修订

2025年01月第2次修订

财务科岗位轮换制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-026-03	制定时间：2010-03-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为加强对财务人员培养锻炼，提升工作能力与办事效率，完善内部控制制度，特制定本制度。

二、内容

1．实行轮岗制度，统筹兼顾工作安排和人员配置，既达到轮岗的目的和要求，又保障各项工作的连续性和人员的相对稳定性。参与轮岗的财务人员，须具备所轮换岗位所需的德才基本条件。

2．轮岗范围。财务人员实行岗位轮换制度，原则上在财务科内部轮岗，有计划调换工作岗位；也可根据工作需要跨科室轮岗。轮岗岗位包括财务科内部所有岗位，包括主管会计、出纳、制单核算、稽核、工资核算、药品/材料核算、票据管理、档案管理、绩效管理、预算管理、成本核算等。

3．轮岗年限。医院财务科根据实际工作情况安排轮岗，轮岗周期为三个完整的会计核算年度。专业性、技术性较强岗位的人员，确因工作需要，经批准可不受同一

岗位任职时间限制。

4．轮岗组织实施。轮岗工作一般于每年 8 月实施。轮岗前，财务科对轮岗人员开展岗前培训，使其清晰掌握工作内容。科室负责人轮岗由院部根据工作需要统一安排；科室其他人员内部轮岗，由科室负责人提出建议，报分管院长批准。轮岗人员接受新岗位职责培训学习后，在科室主管监督下办理书面交接手续。

5．未列入定期轮岗范围及未达到规定轮岗年限的财务人员，必要时可根据工作需要和个人条件，也可进行正常交流和调整。

6．财务人员轮岗要坚持个人服从组织原则。对不服从轮岗决定的人员，予以严肃批评教育，并视情节轻重给予相应处理。

三、参考文献

[1]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 08 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

收费票据管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-028-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院收费票据全流程管理，严格遵循《票据管理法》《医院财务制度》等法律法规，明确票据申领、开具、保管、核销标准与责任，防范票据伪造、虚开、流失及违规使用风险，确保收费票据真实合规、流转有序，保障医院收入安全与会计核算准确，维护医疗收费秩序与公益属性，特制定本制度。

二、内容

1．财务科为收费票据管理职能部门，统一负责收费票据的申印、购领、保管、发放与核销。其他任何部门不得自行印、购领收费票据及结算凭证。

2．收费票据的申印、购领应按规定先审批、后印刷，并依照政府采购要求在指定定点单位印制。

3．按照内部牵制和定量控制原则，财务科应指定专人负责收费票据管理工作。设置专用票据库房，建立票据入库、领用、结存登记制度。定期与领用部门及人员核对收费票据领用、缴销情况，及时催交长期未缴销的收费票据。

4．医院申印、领购的票据应严格按照规定项目和收费范围限于本单位内使用，各类票据不得混用；不得擅自转移、借用、代开、转让票据。

5．健全票据领用、缴销手续。票据领用人员须为财务科收费人员。领用时，应详细登记票据名称、起止号码、领取日期，由领用人、发放人分别在登记簿上互相签字；计算机票据则由专人将领用票据输入计算机，由领用人使用。票据缴销时，应及时在登记簿上注明缴销日期和号码。

6．对财务科出纳人员使用的财政收入票据，应指定专人逐页核销，并做好缴销登记。

7．门诊收费处、住院结账处设专人负责二级收费票据领用、缴销工作，建立登记核销制度，逐日按号码核销收费票据。

8．对已达规定保管年限的已用票据，或尚未使用但已不再使用的票据，应书面报请主管部门批准后方可销毁，医院不得自行销毁。

9．患者出院时，收费结算人员应向其收回预收医疗款临时收据。患者若遗失临时收据的，收费结算人员应要求患者出具相关遗失证明，方可冲抵医药费用。

10．患者遗失门诊、住院医药费收据的，财务科可凭据患者相关证明提供收据复印件。

三、参考文献

[1]财政部，国家卫生健康委，国家医疗保障局.关于全面推行医疗收费电子票据管理改革的通知[Z].财综〔2019〕29 号，2019.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019 年 01 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

会计档案管理办法

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-027-04	制定时间：2010-03-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为加强会计档案管理，统一会计档案管理制度，根据相关会计档案法律法规，结合本单位实际情况，特制定本办法。

二、内容

1．加强对会计档案管理工作的领导，建立会计档案的立卷、归档、保管、查阅和销毁等管理制度，保证会计档案妥善保管、有序存放、方便查阅、严防毁损、散失和泄密。

2．每年形成的会计档案，由会计机构按照归档要求负责整理立卷、装订成册，并编制会计档案保管清册。

3．保存的会计档案不得借出。如有特殊需要，经本单位负责人批准，可提供查阅或者复制，并办理登记手续。查阅或者复制会计档案的人员，严禁在会计档案上涂画、拆封和抽换。

4．会计档案保管期限分为永久、定期两类。定期保管期限一般分为 10 年和 30 年，保管期限从会计年度终了后的第一天算起。

5．本办法规定的会计档案保管期限为最低保管期限，各类会计档案原则上应按照本办法附表所列期限执行。

6．保管期满的会计档案，除本办法第七条规定的情形外，可按照以下程序销毁：

（1）由本单位档案机构会同会计机构提出销毁意见，编制会计档案销毁清册，列明销毁会计档案的名称、卷号、册数、起止年度、档案编号、应保管期限、已保管期限、销毁时间等内容。

（2）单位负责人在会计档案销毁清册上签署意见。

（3）监销人在销毁会计档案前，应按照会计档案销毁清册所列内容清点核对所要销毁的会计档案；销毁后，应在会计档案销毁清册上签名盖章，并将监销情况报告本单位负责人。

7．保管期满但未结清的债权债务原始凭证和涉及其他未了事项的原始凭证，不得销毁，应单独抽出立卷，保管至未了事项完结为止。单独抽出立卷的会计档案，应在会计档案销毁清册和会计档案保管清册中列明。

项目建设期间的建设单位，其保管期满的会计档案不得销毁。

8．采用电子计算机进行会计核算的单位，应当保存打印出的纸质会计档案。

三、参考文献

[1]财政部，国家档案局.会计档案管理办法[Z].财政部、国家档案局〔2015〕79号，2015.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 02 月第 1 次修订

2020 年 08 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

附件

行政事业单位会计档案保管期限表

一	**会计凭证**		
1	行政单位和事业单位的各种会计凭证	30 年	包括：原始凭证、记账凭证和传票汇总表
二	**会计账簿**		
2	日记账	30 年	
3	总账	30 年	
4	明细分类、分户账或登记簿	30 年	
5	行政单位和事业单位固定资产卡片		固定资产报废清理后保管 5 年
三	**财务会计报告**		
6	部门财务报告	永久	所属单位报送的保管 2 年
7	部门决算	永久	所属单位报送的保管 2 年
8	行政单位和事业单位会计月、季度报表	10 年	所属单位报送的保管 2 年
四	**其他会计资料**		
9	银行存款余额调节表	10 年	
10	银行对账单	10 年	
11	会计档案移交清册	30 年	
12	会计档案保管清册	永久	
13	会计档案销毁清册	永久	
14	会计档案鉴定意见书	永久	

合同管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2026-002-03	制定时间：2016-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-03-31
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2026-04-15

一、目的

根据《中华人民共和国民法典》《行政事业单位内部控制规范（试行）》《政府会计制度》等相关法律法规，为进一步加强医院的合同管理，维护医院合法权益，规范医院对外经济行为，确保合同履行质量，特制定本制度。

二、内容

（一）总则

1．本制度所称合同是指医院与具有民事权利能力和民事行为能力的其他组织或个人之间设立、变更、终止民事权利义务关系意思表示一致的协议。适用范围为医疗、技术、经济、人事、信息、科学研究、合作等的合同和协议。

2．订立合同，必须遵守国家的法律、法规。除医院法定代表人或党委授权委托人外，任何部门和个人不得擅自代表医院或以医院的名义签订合同。

（二）合同管理机构及分工

1．医院实行合同会签制和归口管理部门(科室)承办责任制，审计科、财务科、纪检监察办负责审核、监督合同签订、执行全过程；党政办负责全院合同的归档管理。

2．医院根据业务性质和职责分工，授权相关部门对其业务范围内的合同承办管理：

（1）党政办：负责医院层面的相关合作等合同的承办管理。

（2）医务部：负责院外医疗合作、医疗纠纷等合同的承办管理。

（3）教学管理与学科建设科：负责学术会议或学习班等相关合同的承办管理。

（4）科研与转化管理科：负责科研课题合作协议、科技成果转让、临床药物试验项目等相关合同的承办管理。

（5）组织人事科：负责医院人事条线各类合同的承办管理。

（6）采购招标管理中心：负责涉及经济事项的合同承办管理。包括：专用设备购置、维保、通用设备、公用设施设备维保维修和零星改造、后勤服务外包项目、药品、医用材料、试剂采购、信息化建设、停车场、宣传相关业务、租赁、合作等合同。

（7）其它未列明的合同原则上按管理职能归属相关科室管理。如遇科室职能变动，合同管理范围作相应调整。

3．医院各归口管理部门是合同承办部门，其主要职责为：

（1）在授权范围内负责谈判、起草、签订合同。

（2）对所签订合同的合法性、真实性和可行性负责，符合行政事业单位内部控制管理要求。

（3）全面履行所签订的合同，稳妥处理合同履行中发生的纠纷。

（4）负责签订补充合同或变更合同。

4．对外签订合同本院留存于党政办公室、采购招标管理中心、归口职能科室、财务科。各类合同的保管人、实施人对合同的内容和履行负有保密责任，未经医院批准，不得以任何形式故意或过失泄露给第三方。

5．医院所有签订的合同均由归口职能科室登记编号，并且将合同编号标注于合同首页。

（三）合同的签订

1．凡需要明确经济责任的采购、服务、合作及其他事项，均应按照相关法律法规以及政府采购与招（投）标管理的规定等签订合同。

2．订立合同前，承办部门应当对对方当事人的主体资格、资信能力、履约能力、服务质量、价格等背景资料进行调查，按照省、市、院招（投）标相关管理规定以及采购相关流程做好合同前期准备工作。

3．合同的签订须由医院法定代表人或党委授权委托人（即归口管理部门负责人）签署。

4．合同订立的一般程序与授权：

（1）医院经济类合同主要涵盖对象为药品、医用耗材、家具、通用电器设备、办公用品、信息系统、信息系统办公耗材、各类标识、布类用品、五金电器水暖及维修配件等各部门使用医院资金采购的货物和服务等物资。经济类合同由 HRP（医院运营管理）系统进行线上审批，审批流程为采购工作人员提交合同--归口职能科室-采购中心-纪检监察办（法制办）-财务科-审计科-总会计师-分管院领导-院长-书记。具体按归口科室订立程序如下；

①药学部：与所有配送公司都需签订合同。

②器械材料科：公开招标耗材需签订合同。

③信息数据中心：信息类固定资产、维保、信息服务类等项目需签订合同。

④医学装备科：采购专用设备、通用设备等归属于固定资产、设备维保、超过两万元以上的维修项目需签订合同。

⑤后勤保障部：金额在伍仟元以上的采购项目均需签订合同。

⑥其他归口职能科室按照是否按公开招标形式进行采购货物、服务的，确定是否签订合同。

（2）涉及“三重一大”事项的重大合同签订前应认真听取医院法律顾问对合同法律条款提出的建议和意见。

（3）对外签订合同应使用医院合同专用章，对外合作、科研等合同如因签约双方对等需要，也可使用医院公章。

（4）院纪委对合同审查审核审批全过程予以监督。

5．合同形式一律采用书面形式。合同应使用中文文本，有示范文本（包括国家规定的标准合同文本或医院统一制订的示范文本）的，应当使用示范文本，并打印或印刷制成。

6．合同的内容：

（1）部首部分：要注意写明双方的全称、住所。

（2）正文部分：对各方当事人权利、义务的规定必须明确、具体，文字表达要清楚、准确。

（3）结尾部分：注明收款人开户银行及账号、签约时间和合同有效期限。原则上不得签订无期限合同或到期自动顺延合同。需要长期合作事项签订合同期不少于一

年，但最长不超过五年。特殊情况酌情处置。

（4）签订合同：签约时应注明合同、协议由我方所在地人民法院管辖。

（5）当事人的名称、住所：合同抬头、落款、公章以及对方当事人提供的资信情况载明的当事人的名称、住所应保持一致。

（四）合同的审查

1．审查要点：

（1）合同的合法性。当事人有无签订、履行该合同的权利和义务能力或相应资质；合同内容是否符合国家法律、政策和本医院管理规定；当事人的意思表达是否真实、一致，权利义务是否平等，订立程序是否符合规定。

（2）合同的严密性。合同应具备的条款是否齐全；当事人的权利、义务是否具体、明确；文字表述确切无误。

（3）合同的可行性。当事人双方特别是对方是否具备履行合同的能力与条件；可能承担的风险及合同非正常履行时可能受到的经济损失。

2．审计科负责监督医院各类经济合同签订、执行的合规性，重点关注合同订立是否符合医院内控制度。

3．财务科负责合同有关预算、经济条款等的审查工作，防范由合同引发的经济纠纷和财务风险，同时对整个合同的规范性进行审核把关。

4．纪检监察办负责对医院各类合同签订、执行、管理工作进行督查，对合同签订各环节责任人员履职情况、权力运行情况及制度规范程序执行情况等进行监督。

5．业务分管院领导负责对分管范围内合同业务的内容、履约要求、违约责任以及标的和合同价格的形成负责。被授权人、总会计师、院长、院党委书记负责对合同整体的合理、合法性审核把关。

6．医院合同会签流程必须在合同正式生效日前办理完毕。

7．合同专用章由党政办保管和使用。

（五）合同的履行

1．合同依法成立，即具有法律约束力。履行合同的部门必须严格履行合同所规定的义务，积极行使合同赋予的权利。

2．合同依法签订生效后，归口管理承办部门和合同涉及经济事项主管部门应对合同的履行进行动态监督，及时检查、了解履行情况。发生问题及时处理，并向分管院领导汇报，不得未经汇报私自进行答复。

3．合同订立后，不得因归口管理承办部门负责人或法定代表人的变动而影响合同履行。

4．如遇订立的合同到期，归口管理承办部门和合同涉及经济事项主管部门至少提前 1 个月启动办理续签或下一周期招标事宜，并同时理清原合同债权债务。

（六）合同的变更、解除

1．在合同履行过程中如遇不可抗力影响等需要变更、解除合同时，应在法律规定或合理期限内，从维护医院合法权益出发，与对方当事人进行协商。

2．变更、解除合同的手续，按合同签订时对应的流程、责任以及权限审批。

3．变更、解除合同，一律采用书面形式（包括当事人双方的信件、函电、电传等），由医院法定代表人或党委授权人签字，并加盖公章，口头形式一律无效。

4．变更、解除的合同在未达成或未批准之前，原合同仍有效且应履行。

5．因变更、解除合同而使当事人的利益遭受损失的，除法律允许免负责任的以外，均应承担相应的责任，并在变更、解除合同的协议书中明确规定。

（七）合同纠纷的处理

1．履行合同中，如双方当事人发生纠纷的，应按《中华人民共和国民法典》等有关法律法规和本办法妥善处理。

2．合同纠纷由合同归口管理承办部门与医院法律顾问负责处理，归口管理承办部门对纠纷的处理必须负责具体落实到位。

3．对经协商仍无法解决或认为有必要通过法律途径解决的合同纠纷，经院党委会商议同意，提交仲裁部门或人民法院依法处理。

4．对于合同纠纷经双方协商达成一致处理意见的，应签订专项书面协议，由双方代表签字并加盖双方公章。

5．对双方已经签署的解决合同纠纷的协议书，有关主管机关或仲裁机关的调解书、仲裁书，在正式生效后，应由合同归口管理承办部门指定人员负责该文书执行的跟踪或履行。

6．对方当事人逾期不履行已经发生法律效力的调解书、仲裁决定书或判决书的，归口管理承办部门应及时向分管院领导及院党委会汇报。经协商无效者，由医院向人民法院申请执行。

7．合同纠纷处理或执行完毕的，由归口管理承办部门负责落实好有关资料的汇总和归档工作。

（八）合同的归档和备案

1．合同签订后，医院所持合同正本，由党政办、归口管理承办部门保存。招标、备案等须存档资料由归口管理承办部门归档。履行合同所涉及的相关部门，应留存合同复印件以便于对照履行。

2．合同归口管理承办部门应建立合同管理台账。台账的主要内容包括：序号、合同号、经手人、签约日期、合同标的、标的额、对方单位、履行过程、交接情况、验收及备注等。合同备案登记表应及时填写，做到准确、完整。

3．党政办按照档案管理有关规定，将合同文本统一登记、索引、整理、归档保

管。归口管理承办部门须在合同正式签订一个月内将合同原件递交党政办，由党政办统一登记编号后归档。

（九）合同的追责

1．合同归口管理承办（执行）部门出现下列情形之一，给医院造成损失的，追究承办（执行）部门相关人员责任：

（1）应当签订书面合同而未签订的。

（2）未经授权或超出授权范围签订合同的。

（3）未按本办法规定履行审批、会签、登记或备案手续的。

（4）擅自销毁或更改合同的。

（5）其它违反医院相关规定的情形。

2．合同审查部门出现下列情形之一的，给医院造成损失的，追究审查部门相关人员责任：

（1）因对合同条款审查不严导致医院的利益遭受重大损失的。

（2）在审查时未采纳归口管理承办部门提供的重要证据导致医院的利益遭受重大损失的。

（3）其它违反医院相关规定的。

3．部门、科室或个人在合同签订或执行过程中玩忽职守、徇私舞弊，存在索要财物或收受贿赂行为的，医院视情节严重程度，按照有关规定进行责任追究和处理；构成犯罪的，移交司法机关处理。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国民法典[Z/OL].(2020-05-28).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-05/28/content_5515466.htm

[2]财政部.国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会[2023]31号，2023.

[3]财政部.政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表[Z/OL].(2017-10-24).http://kjs.mof.gov.cn/zhengcefabu/201710/t20171024_2731455.htm

四、修订原因

根据国家相关法律法规、规章及行政事业单位合同管理最新要求，结合医院实际工作需要，对原制度中总则、合同管理机构及分工、合同签订、合同审查、归档备案等相关条款进行修订完善，使其更符合现行法律规范和医院管理实际，进一步防范合同风险，提升合同管理规范化水平。

五、修订记录

2020年08月第1次修订

2026年03月第2次修订

财务科安全防范制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-029-03	制定时间：2011-03-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院财务科安全防范管理，严格遵循国家安全生产、财经安全相关法规及医院内控要求，明确资金、票据、会计档案、信息系统等核心领域安全防控标准与责任，防范盗窃、诈骗、数据泄露、档案损毁等风险，保障资金资产安全、信息保密及财务工作连续有序开展，筑牢财务安全防线，支撑医院公益服务稳定运营，特制定本制度。

二、内容

1．健全财务科安全管理制度，落实财务人员安全保卫责任。

2．财务科选址合理，墙体牢固（砖混以上结构），门窗安装安全防护设施。

3．财务科应使用经公安、技监部门检测合格的保险柜（箱）；保险柜过夜现金不得超出银行核定的库存现金限额，保险柜（箱）钥匙由财会人员专人保管。

4．财务科各类票证和印鉴必须分开存入保险柜（箱）内，严禁乱丢、混放。

5．切实落实防盗、防火、防蛀、防潮、防晒措施，做好财务资料保管工作。

6．加强财务窗口安全管理，监督检查窗口安全制度执行情况。

7．会计档案，原始凭证等应由专人管理，做好借阅台账登记工作。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31号，2023.

[4]财政部.事业单位财务规则[Z].财政部令〔2022〕108号，2022-01-07.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019年01月第1次修订

2025年01月第2次修订

财务窗口安全工作制度

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-030-03	制定时间：2013-01-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院财务窗口安全管理，严格落实安全生产法规及医院财务安全要求，明确窗口资金收付、票据流转、人员值守等安全标准，防范盗窃、诈骗、票据丢失及服务冲突等风险，保障资金资产安全、工作人员人身安全及服务秩序规范，筑牢财务服务前端安全防线，支撑医院公益服务平稳运行，特制定本制度。

二、内容

1．强化安全意识，落实防范措施，确保医院财产安全。

2．严格执行财务制度，及时上缴报表和预交款，严禁私自以白条抵库、挪用、借用。

3．工作室内严禁非本科人员进入，业务联系均在窗口办理。

4．下班后，各窗口严禁将现金存放在办公桌内。门诊各窗口收款包应在下班后全部集中至急诊收费处各自铁柜内，住院窗口收款包由保卫科协助送存保险箱内。

5．门诊收费员各自铁柜钥匙由本人妥善保管。保险箱钥匙由住院处人员负责日间管理，中午、夜间由急诊班人员负责管理。保险箱密码不定期更改，且每月不少于一次。

6．收费员及各窗口收费印章须妥善保管。

7．交班时及时清点现金票面、备必要零币，并记录于交班簿上，接班人员按交班簿上的记录进行清点核对，发现问题及时向班组长或科长汇报。

8．主动接受财务、保卫科不定期安全检查。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019 年 01 月第 1 次修订

2025 年 01 月第 2 次修订

财务信息系统管理规定

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-031-03	制定时间：2013-01-01
适用范围：财务科	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为规范医院财务信息系统（含计算机、财务软件及相关设备）全流程管理，严格遵循网络安全、数据保密相关法规及医院财务内控要求，明确设备使用、系统操作、数据存储、维护升级的标准与责任，防范数据泄露、系统故障、操作失误及网络攻击等风险，确保财务数据真实安全、信息系统稳定运行，支撑财务工作高效合规开展，保障医院财务信息安全与公益服务有序推进，特制定本规定。

二、内容

1．建立班前、班后清扫制度，保持机房室内整齐、清洁。

2．开机前检查电源是否符合要求，遇突发断电需及时关闭电源，防止突然通电损伤设备。

3．严禁财务计算机在无人值班时运转。

4．严格落实数据备份工作，每月结账前、结账后全部备份一次（至少两套）。

5．为保障财务数据可靠性和防止病毒传入，外来 U 盘、移动硬盘一律禁止接入财务信息系统；若违规操作造成损失，由违反人员承担全部责任。

6．严禁使用财务计算机玩电子游戏，一经发现将按规定扣发相关人员奖金。

7．操作人员下班后按操作程序关闭电源，方可离开。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国会计法[Z].1985-01-21；修订版，2017-11-04.

[2]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25 号，2017-10-24.

[3]财政部，国家卫生健康委等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见[Z].财会〔2023〕31 号，2023.

四、修订原因

依据上述参考文献及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2019 年 01 月第 1 次修订
2025 年 01 月第 2 次修订

运营管理制度

文件编号：YXPH-XZ-YYGLK-2025-032-01	制定时间：2025-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：财务科	修订版本：/
审核批准：运营管理委员会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为正确贯彻执行国家卫健委《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（国卫财务发〔2020〕27 号），推动公立医院发展方式从规模扩张向提质增效转变，加快补齐内部运营管理短板和弱项，推动公立医院核心业务工作和运营管理工作深度融合，提高医院运营管理科学化、规范化、精细化、信息化水平，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

第一条 总体要求

以新时期卫生与健康工作方针和公立医院事业发展战略规划为指引，坚持公益性，努力实现社会效益与经济效益的有机统一。大力推动公立医院核心业务工作与运营管理工作深度融合，提升运营管理精细化水平；坚持高质量发展和内涵建设，提升运营管理效益和投入产出效率；重点关注各类业务活动中内涵经济行为（即该项活动可获取收入或耗费人财物等资源）的事项，建立健全内部控制管理和风险监控制度措施。

第二条 基本原则

（一）公益性原则。以公益性为前提，以满足人民群众健康需求为出发点和落脚点，实现社会效益和服务效能最大化。

（二）整体性原则。立足全局制订年度运营管理计划，动员全员参与运营活动各环节，统筹各类需求，有效配置各类资源。

（三）融合性原则。将运营管理与医疗、教学、科研、预防等核心业务活动充分融合，促进业务活动衍生价值创造。

（四）成本效率原则。权衡运营成本与运营效率，争取以合理的成本费用获取适宜的运营效率。

（五）适应性原则。立足客观实际，构建适应医院自身发展特点的运营管理模式、架构和机制。

第三条 构建运营管理组织体系

（一）医院党委书记全面负责医院运营管理工作，总会计师协助做好具体工作，各分管院领导对具体工作分工负责。

1．成立运营管理委员会，主要负责建立完善医院运营管理组织框架体系和各项规章制度，制订医院运营管理年度工作目标、指标和计划，审议医院运营管理分析评价报告，对医院运营管理工作提出意见和改进措施。运营管理委员会每半年定期召开一次，遇有重大运营决策、突发事件或紧急问题时，可召开临时会议。

2．明确运营管理科作为运营管理的具体实施部门，主要工作内容包括：研究起草运营管理工作制度、计划、分析评价报告等；提出完善运营管理流程、优化资源配置、绩效考核指标等意见建议；组织推动各项运营管理措施任务有效落实；组织开展运营效果分析评价，撰写运营效果分析报告等。推行运营管理助理聘任，明确其职责分工，辅助协同临床业务科室加强科室内部运营工作，加强内部运营管理制度落实。

（二）运营管理机制建立科学决策、分工负责、协同落实、分析评价、沟通反馈的运营管理高效机制。

1．强化决策机制。凡运营管理工作中涉及“三重一大”事项的，需经医院党委会研究讨论同意。需要进行合法性审核的事项，应当出具合法性审核意见。

2．健全分工机制。明确运营管理委员会、运营管理牵头部门、业务部门和行政后勤管理部门等在运营管理方面的工作职责和具体分工。

3．细化落实机制。逐级分解细化运营管理目标和任务，层层落实主体责任，确保各项任务有效落实。

4．实化评价机制。定期开展运营监控、执行检查和分析评价，动态掌握和评价运营管理工作进展及实施效果。

5．构建反馈机制。将运营效果和评价结果及时在医院内部各个层面进行沟通反馈，实现横纵双向协作，院科两级协同发展。

（三）完善制度体系结合运营目标和精细化管理需求，聚焦人、财、物、技等核心资源，聚焦医、教、研、防等核心业务，以资源配置、流程再造、绩效考核为导向，建立健全运营管理制度体系，明确组织机构、职责权限、决策机制、业务规范、运营流程等内容，完善人力资源管理、空间和设施设备管理、绩效管理、财务管理、资产管理、风险防控管理、信息化管理等各项制度，有效保障运营管理工作规范化及高效协同运作，提升运营管理效率和质量。

第四条 明确运营管理重点任务

（一）优化资源配置。依据医院建设规划和中长期事业发展规划，建立人、财、物、技术、空间、设施等资源分类配置标准；加强资源调配与优化，促进各类资源动态匹配，提高内部资源配置对医、教、研、防等业务工作的协同服务能力。

（二）加强财务管理。通用使用 HRP（医院智慧运营管理）系统强化全面预算、

成本核算、经济合同会签、线上报销、等管理，为运营管理提供坚实基础。将事业发展目标任务、绩效考核业务指标和质量控制流程要求等融入财务管理，发挥财务管理服务、保障和管控作用；加强财务信息共享共用，为业务发展提供支撑保障。

（三）加强资产管理。加强货币资金、固定资产、无形资产、物资用品、在建工程等资产管理，做好资产配置、使用、处置等各环节管理工作，强化资产使用效益的分析和追踪评价。

（四）加强后勤管理。推进后勤服务社会化建设；加强水、电、气、热、餐饮、环境卫生、建筑用房、安全保卫等后勤管理，优化服务流程，规范管理机制，强化能耗管控；探索智慧化“一站式”服务模式，持续改进后勤服务质量和效率。

（五）加强临床、医技、医辅等业务科室运营指导。常态化关注科室运营发展情况，有效指导医疗业务科室提升运营效益；强化教学、科研、预防、后勤服务等工作的制度建设和成本管控。

（六）强化业务管理与经济管理相融合。强化预算、成本、绩效、内控管理意识，将经济管理各项要求融入医院核心业务流程和质量控制各环节，促进业务与资源管理深度融合；探索完善临床路径标准化，规范临床术语，促进医疗服务活动规范化管理；强化医疗服务行为所衍生经济行为的流程管控和内部监管。

（七）强化运营风险防控。加强内部审计监督管理、风险管理及内部控制建设，建立健全风险研判、评估和防控机制；加强单位层面、财务层面、业务层面内部控制建设，实现医院经济事项全过程管控；建立医疗、价格、财务等管理部门联检联查日常监督机制，定期和不定期开展医疗服务规范化管理检查，杜绝以违法、违纪、违规方式追求经济利益的行为；加强债务风险管理，严禁举债建设。

（八）加强内部绩效考核。医院应当根据主管部门确定的绩效考核指标，建立内部综合绩效考核指标体系，从医疗、教学、科研、预防以及学科建设等方面全方位开展绩效评价工作，全面考核运营管理实施效果；依托强化信息技术保障考核质量，并将考核结果与改善内部管理工作有机结合。

（九）推进运营管理信息化建设。按照国家和行业已发布的医院信息化建设标准，加强医院内部运营管理信息系统建设，实现医院 HIS、HRP 等系统的互联互通，确保各类数据信息的规范性、完整性和有效性；加强运营管理信息安全，完善信息保护技术措施和制度。

第五条 优化管理流程。医院应当通过流程管理，将运营活动各环节的人、财、物、技术有机整合，形成统一的运营管理体系。要以患者和临床为中心，以公益性和事业发展战略为导向，以精细化和提质增效为目标，综合运用系统思维统筹优化管理流程，实现流程管理系统化、科学化、规范化和智能化。

1．梳理运营流程。按照业务活动规范和内在要求顺序，逐项绘制医院运营活动

流程图；依据各项运营活动的制度依据、管理原则、质量要求、岗位职责、业务内容以及人财物技术等资源配置进行流程描述。同时，还要将内部控制要求嵌入到运营流程的各个环节，做到环环相扣、相互制约、防范风险。

2．评价运营流程。从质量、风险、时间、成本等维度，定期检查评价各运营流程的科学性、规范性和适应性，找出问题，分析原因，提出建议。

3．优化运营流程。坚持问题导向和目标导向，注重系统性、协同性和高效性，持续优化运营流程设计，确保运营流程能够及时适应医院内外部环境和条件的不断变化。

4．推进流程管理标准化和信息化。经过实践检验并且切实可行的运营流程，要及时固化到规章制度和信息系统中，努力做到有章可循、规范运行、高质高效。

第六条 强化信息支撑。医院应当充分利用现代化信息技术，加强医院运营管理信息集成平台标准化建设。

1．建立运营管理系统和数据中心，实现资源全流程管理。主要围绕人力、财务、物资、基础运行、综合决策等五大领域，医疗、医保、药品、教学、科研、预防等六大事项，重点建设人力资源管理系统，资金结算、会计核算、预算管理、全成本管理等财务系统，绩效考核系统，物资用品管理系统（药品、试剂、高值耗材、低值耗材及办公用品、消毒器械及材料、物资条码等）、资产管理系统（房屋、医疗设备、后勤设备、无形资产、在建工程），内部控制、项目、合同、科研、教学、后勤等管理系统，以及基础平台、数据接口和运营数据中心等。

2．促进互联互通，实现业务系统与运营系统融合。医院应当依托信息平台，加强信息系统标准化、规范化建设，强化数据的协同共享，实现临床与管理系统间的互联互通。通过信息系统应用完成原有工作流程的重新梳理及再造，让信息多跑路，实现业务管理与运营管理的充分融合。

3．利用数据分析技术，构建运营数据仓库。医院应当从医、教、研、防各业务信息系统中抽取用于支持运营管理决策的相关数据，经过清洗转换形成运营数据仓库，为运营数据分析展示和运营决策模型构建提供依据。

第七条 提高决策质量。

1．建立决策分析体系。运用各类管理理论和方法，整合业务数据和经济运行数据，从战略决策、管理决策和业务决策三个层面建立决策分析体系。

2．推进决策分析一体化平台建设。通过对运营数据进行标准化、集成化、自动化处理，实现数据互联互通与共享，强化数据应用，为医院运营管理工作持续改进提供全面、准确、及时的数据支撑。

3．加强分析结果应用。医院应当将决策分析结果重点应用于业务管理、资源规划、资金统筹和风险管控等方面，进一步提高运营效率和管理能力，助力医院现代化治理体系建设和治理能力提升。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家中医药管理局.关于加强公立医院运营管理的指导意见（国卫财务发〔2020〕27号）[EB/OL].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-12/26/content_5573493.htm.

[2]国务院办公厅.国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见：国办发〔2017〕67 号[EB/OL].https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5217735.htm.

奖励性绩效考核及分配方案

文件编号：YXPH-XZ-CWK-2025-033-04	制定时间：2013-07-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：财务科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为推动医院高质量发展，落实深化医药卫生体制改革的要求，实现医院在国家三级公立医院绩效考核中取得新突破，建立健全以绩效考核为核心的薪酬管理体系，并坚持全面预算管理的原则，根据《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52 号）、国务院办公厅印发《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4 号）《关于印发江苏省深化公立医院薪酬制度改革实施方案的通知》（苏人社发〔2023〕45 号）等文件的规定要求，实现“三转变三提高”，结合医院实际情况，特制定本方案。

二、内容

第一条 指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神和党中央、国务院决策部署。把保障人民健康放在优先发展的战略位置，健全现代医院管理制度，与医疗、医保、医药联动改革相衔接，落实“两个允许”政策要求，坚持“公益导向，按劳分配，统筹兼顾，动态调整”的原则，坚持同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配原则，不断提升医务人员固定收入占比，合理拉开绩效差距，以提高全体职工的积极性、主动性和创造性，激发医院内部活力，推动医院高质量发展。

第二条 组织架构及分工

为保障此方案的实施，医院成立绩效领导和工作小组，具体分工如下：

（一）绩效管理领导小组：

组长：曹志宏

副组长：吴俊东、殷洁君、高博文

（二）绩效管理工作小组：

成员：毛龙、顾胤杰、陈思思、钱春强、蒋治远、周广辉、马铁梁、孙瑶湘、高璐、周清、李鹏、胡志强、刘敏知、王才军、陈华军、褚莉军、何梅、黄海燕、蒋碧君、卢红、王丽琴、蒋伟琴、吴洁。

（三）绩效管理办公室：

绩效管理办公室设在运营管理科。

具体职责包括：

1．起草绩效工资管理方案，经绩效管理领导小组审批后组织实施。

2．协同各职能、临床科室，细化绩效考核、薪酬分配方案。

3．负责绩效管理方案的宣讲与答疑工作，并为临床提供二次分配考核方案建议。

4．负责绩效管理系统的日常维护、数据传输、数据核对及数据核算工作。

5．负责与 HIS 系统、人事管理系统（宏景）、HRP 系统（财务核算、成本核算、合同管理、预算管理）、SPD 系统等系统的对接与完善工作，保证相关数据的真实、可靠。

第三条 实施原则

1．动态调整原则。强化绩效考核导向，医院各部门的绩效预算、考核办法，在符合医院高质量发展方向的前提下，根据医院实际经营状况及科室实际情况进行动态调整，以此提高医疗服务能力和运行效率。

2．以公益性为导向、效率优先、兼顾公平原则。全面考核工作负荷、工作质量、服务质量、公益目标完成情况、成本管控、医疗技术、医疗安全等核心指标。以满足人民群众健康需求为出发点和立足点，充分体现多劳多得、优绩优酬，绩效向临床一线、技术骨干、有突出贡献的岗位倾斜；综合考虑产科、儿科、感染科、急诊科等薄弱、人才紧缺专科的扶持，缩小职工收入差距。

3．扁平化管理原则。医院绩效直接考核到各职能科室、临床、医技科室，直接分配到个人的考核直接核算到个人，核算单元为科室的，通过绩效核算系统进行二次分配，由运营管理科、审计科监督科室进行规范化的二次分配。

4．客观公开原则。绩效考核数据强化信息化支撑，确保结果真实客观，从 HIS、EMR、HRP、LIS 等系统中自动直接采集数据，现有系统存在数据缺失的，及时上报并与相关系统工程师进行沟通，解决数据缺失的问题。

5．突出重点原则。对于需要重点扶持的学科、科室在绩效核算上给予补助，并对应其发展规划进行阶段性考核，保证补助落到实处，真正为学科、科室发展服务。

6．合规性原则。坚持不将绩效与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。

第四条 实施方案

（一）绩效核算单元

根据扁平化管理原则，绩效工资核算单位划分为：医疗、护理、平台科室、药剂、门诊、行政职能、后勤其他科室等。

（二）RBRVS 方式下基础绩效核算方法

绩效核算以综合绩效考核为依据，将工作量、医疗质量、运营效率、可持续发展、满意度评价、医保政策执行等内容纳入考核指标。RBRVS 是一种以资源为基础的相对价值系数，我院医务、护理、医技等人员基于 RBRVS 的绩效评价模型进行核算。RBRVS 是将临床科室工作量绩效、国考指标及其他专项绩效总和、与关键绩效指标结合的测算方式。通过评估成本投入、技术难度、风险系数等要素，对每项诊疗项目进行有效核算，建立以资源为基础的相对价值比例。关键绩效指标法，科学合理地确定评选指标，以客观民主地分配指标权重对临床科室进行月度绩效评价；关键绩效指标由医院发展方向决策讨论决定。

编号	人员类别	主要绩效考核方法
1	医务人员	RBRVS+运营效率考核
2	护理人员	RBRVS+服务人次点数
3	医技人员	RBRVS
4	科研人员	PI 负责制
5	职能科室、后勤人员	年度目标责任落实情况

临床医务人员、护理人员、医技人员工作效率指标为百分制，工作效率考核分=Σ各指标考核分；各指标考核分=项目分×实际值/目标值。

1．临床医务人员

临床医务人员科室绩效核算指标为 RBRVS 项目考核绩效总数、工作量考核、岗位补贴、科室成本和科室系数。

RBRVS 的计算公式为Σ（判读项目数量×项目 RBRVS 分值）×绩效考核系数×单位点值。

判读项目为科室医务人员开单项目；项目 RBRVS 分值为基于服务所需的医生工作时间、技术难度、风险程度等资源消耗制定，是固定的相对价值标准；单位点值为根据医院年度预算、总工作量等确定；绩效考核系数为结合该项目执行付出技术质量等确定。

工作量考核的计算公式为Σ人次服务量×服务量每分值价格，其中：人次服务量为门诊人次、出院人数结合床位使用率综合考核。

岗位补贴根据重点专科、风险岗位等进行考核

综合工作量绩效=综合工作量积分=Σ（指标的预算值×点值单价）

绩效工资总额=综合工作量绩效+财政补贴+临时津补贴+夜班费+加班费+其他绩

效奖

绩效工资总额=人均绩效工资×人数

基础性绩效工资核算方法

项　　目	内　　容
科室绩效工资	=（1）+（2）+（3）-（4）-（5）
（1）RBRVS 项目考核绩效总数	=RBRVS 点单价×指标的目标值
	RBRVS 点单价=本系列绩效工资预算总额×指标预算权重/本系列该指标的目标值之和
（2）门诊及出院工作量考核补贴	=RBRVS 点单价×门诊及出院人次 RBRVS 总点数
（3）其他补贴	急诊收治人次补贴、抢救人次补贴等
（4）可控成本	=药品成本+耗材成本+医生工资、绩效、五金等
（5）其他成本	固定资产折旧、无形资产摊销、消毒费、水电费等

2．临床护理人员

护理人员绩效核算以 DRG 支付改革要求为导向，以资源消耗为基础的相对价值比率(RBRVS)结合质量与结果框架(QOF)构建针对护士队伍的护理绩效体系。

绩效核算指标按照临床护理和手术室护理进行设置，主要包括 RBRVS 积分、入院人次积分、服务床日积分、出院人次积分、护理工作量积分、输液输血积分、住院手术台次、床位使用率等。

3．平台科室

RBRVS 医技绩效=Σ本月执行某诊疗项目点值×该项目数量×考核系数。

同时根据患者预约等待时间及报告质量进行综合考核。

4．科研人员

科研人员一般为兼职人员，同时承担临床工作任务，这部分主要是针对承担科研任务的课题负责人采用 PI 负责制的考核方法。课题组成员绩效主要由课题负责人确定，主要影响因素为科研成果的质量、课题项目的重要程度等，一般绩效为奖励额外绩效部分，用于激励科研人员创造更多科研成果。

5．行政职能科室、后勤人员绩效核算

奖金分为目标奖和管理奖。目标奖是对行政职能科室以及部分门诊岗位人员进行发放，目标奖发放额为基数乘以系数，其中基数按照临床医技科室人均的 80%测算，系数为科室系数乘以人员相应的系数，基础绩效按实际上班天数发放，事假、病假等不发放奖金。管理奖是向行政职能科室管理人员发放的奖金，管理奖发放额为发放基数乘以人员系数，其中基数是按照临床医技科室管理层的 80%测算，人员系数根据不同职能科室工作性质、工作内容和工作量确定。

职能科室系数每月根据条线分管院领导对各职能科室工作量的考核情况，结合等

级医院评审资料准备质量、公立医院绩效考核指标、医保扣款情况进行适度的动态调整。

6．退职及退休人员返聘

（1）退职人员

退职人员需在科内发挥一定管理及医疗技术引领作用，经过考核，享受奖金系数补贴及岗位补助。

（2）退休返聘人员

退休返聘人员原则上不享受岗位补助，经过考核，享受奖金系数补贴且低于退职人员。

所有退职、退休返聘的人员，若院部因工作需要，仍予以聘任相关职务的，按照职务享受相关待遇。若有重复，按照就高原则享受。对于有特殊贡献或业绩突出的退职、退休人员，退职或退休返聘待遇可采取一事一议方式确定。

（三）质量考核指标

考核质量指标

类型	指标名称	考核主体
医疗质量	病案首页质量	质管部
	会诊签到率	医务部
	不良事件、医疗纠纷	医务部
	围手术期安全管理	医务部/护理部
	归档病历考核	质管部
	数据上报及时率	医务部/公共卫生科
	抗菌药物治疗前病原学送检率	感染管理科
	医用设备维修保养及质量控制管理	医学装备科
合理用药	门急诊药占比%	药学部
	处方点评	药学部
	基本药物使用率%	药学部
	抗菌药物使用强度（DDDs）	药学部
	药品不良反应报告	药学部
	住院药费控制	药学部
费用控制	合理使用医保基金	医疗保险价格管理科
	门诊/住院次均费用增长率	医务部
	成本控制	财务科
	不合理收费	医疗保险价格管理科

	住院欠费	财务科
服务质量	医德医风	医务部
	电话随访率	医务部
	第三方服务满意度	护理部
	服务明星	护理部
发展指标	中西医协同发展	院部

第五条 组织实施

（一）绩效工资科目设置

根据设置目的、核算周期、核算对象的不同，医院绩效工资科目分为维持运营类、绩效增值类、风险管控类三类。

（二）绩效工资总额预算

医院绩效工资总额=上一年度医疗服务收入-上一年度各项成本支出-按规定提取的基金-预留的医院发展资金+医保结余留用资金。

各条线绩效工资预算总额按照上年度实发的绩效工资总额进行核算，并根据上年度绩效工资审核总额，临床医技科室人均绩效工资发放额度按照总额的100%进行核算，其他科室按照人均额度的95%进行核算。

单项绩效核算办法详见附件。

第六条 附则

1．本办法自颁布之日起执行，未尽事宜由运营管理科负责解释。原有关制度与本办法不一致的，按本办法执行；特殊事项可一事一议。

2．各科室参照本管理办法和相关标准，结合自身实际情况制定本科室二次绩效考核分配实施细则，及时、准确反馈二次分配数据，绩效单必须经由顾问、主任及护士长签名，保存分配签字存根，并接受运营管理科及审计科核查。

三、参考文献

[1]人力资源社会保障部,财政部,国家卫生健康委,国家医保局,国家中医药局.关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见（人社部发〔2021〕52号）[EB/OL].http://www.nhc.gov.cn/renshi/c100028/202108/5f8973063ca443169126a02a80079591.shtml.

[2]国家卫生健康委,国家中医药管理局.关于加强公立医院运营管理的指导意见（国卫财务发〔2020〕27号）[EB/OL].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-12/26/content_5573493.htm.

[3]江苏省人力资源和社会保障厅，江苏省财政厅，江苏省卫生健康委员会，江苏省医疗保障局.关于印发江苏省深化公立医院薪酬制度改革实施方案的通知（苏人

社发〔2023〕45号）[EB/OL].https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/5/art_7306_11005488.html.

四、修订原因

依据上述参考文献以及相关文件，对本部门规章制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2021 年 01 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

审计科工作制度

文件编号：YXPH-XZ-SJK-2025-001-01	制定时间：2025-01-01
适用范围：审计科	修订时间：/
制定部门：审计科	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为针对财政财务收支、经济活动、内部控制、风险管理等方面进行独立、客观的监督、评价，提高全院运营效率、实现高质量发展目标，在结合本院实际的前提下，特制定本制度。

二、内容

1．严格按照《中华人民共和国审计法实施条例》、《江苏省内部审计工作规定》和本院内部审计制度为依据实施审计。

2．坚持依法审计、忠于职守、坚持原则、客观公正、廉洁奉公，保守秘密，不得徇私舞弊、玩忽职守，与被审计对象或者审计事项有利害关系的，应当回避。

3．建立健全内部审计制度，完善单位内部审计工作办法，编制年度审计计划，规范内部审计工作流程。

4．负责具体审计项目的实施，包括制订实施方案、组织现场审计、编制工作底稿、沟通审计结果、出具审计报告、督促问题整改、项目档案管理等。

5．对本院以及所属单位重大事项、重大措施、重要项目等实施审计监督。

6．对本院及所属单位预算执行和财务收支、固定资产投资、工程建设、物资和服务采购、专项资金管理使用和重大投资活动实施审计监督。

7．对本院以及所属单位经济管理和效益情况、内部管理制度执行情况实施审计监督。

8．积极参与内审培训和继续教育，提高业务水平，适合内部审计工作需要。

9．配合本院有关部门开展工作，并完成领导交办的其他工作。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.中华人民共和国审计法实施条例：国务院令第571号[Z/OL].(2010-02-11).http://www.gov.cn/gongbao/content/2010/content_1539386.htm.

[2]江苏省卫生健康委员会.江苏省卫生健康行业内部审计工作实施细则：苏卫财务〔2022〕37号[Z].2022-07-14.

内部审计制度

文件编号：YXPH-XZ-SJK-2025-002-04	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：审计科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为进一步加强我院内部审计工作，建立健全内部审计工作制度，强化内部审计工作质量，促进我院高质量发展。根据《中华人民共和国审计法》、《中华人民共和国审计法实施条例》《江苏省卫生健康行业内部审计工作实施细则》（苏卫财务〔2022〕37号）等法律法规及国家和省相关规定，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）审计科是本院的内部审计机构，配备专职和兼职审计人员，在院党委直接领导下，依照相关法律法规要求，独立行使审计职权。院党委应支持审计科依法独立开展内部审计工作，保障审计所需经费和必要工作条件，支持内部审计人员参与培训和继续教育，保持内部审计人员结构合理。

（二）本规定所称内部审计，是指我院审计科人员对本单位及所属单位业务活动、内部控制和风险管理实施的监督、评价、建议，以促进完善院内部管理、提升服务质量的活动。内部审计工作坚持全面覆盖、统筹兼顾、独立客观、认真严谨的工作原则。

（三）内部审计的重点内容：

1. 对本单位以及所属单位重大事项、重大措施、重要项目等实施审计监督；

2. 对本单位及所属单位预算执行和财务收支、固定资产投资、工程建设、物资和服务采购、专项资金管理使用和重大投资活动实施审计监督；

3. 对本单位以及所属单位经济管理和效益情况、内部管理制度执行情况实施审计监督；

4. 会同本单位相关部门督促审计发现问题的整改落实；

5. 完成领导要求办理的其他事项。

（四）内审工作采取常规监督、项目审计等方式开展。

常规监督主要包括：对物资、服务、工程等招标采购、对重要合同履行情况等重大经济事项进行常规的审查和监督。

项目审计应编制年度审计计划，并报院党委会审批，按照审计工作流程开展。主要包括：组建审计小组、制订实施方案、下达审计通知书、组织现场审计、编制工作底稿、沟通审计结果、出具审计报告、督促问题整改、项目档案管理等。

（五）审计科履行职责时，可以行使以下职权：

1. 查阅本单位以及所属单位发展规划、重大决策、重大措施、财务收支、经济活动、内部控制、风险管理、信息系统等相关资料（含电子数据，下同）。有关单位、部门和个人应积极配合，及时报送有关文件、资料；

2. 对有关业务活动进行现场勘察、调查和记录；

3. 就审计事项中的有关问题，向相关部门和个人开展调查和询问，取得相关证明材料；

4. 对正在进行的严重损失浪费行为及时向院党委报告；对可能被转移、隐匿、篡改、毁弃的会计凭证、会计账簿、会计报表以及与经济活动有关的资料，经院党委批准，予以暂时封存；

5. 提出纠正、处理违法违规行为的意见和改进管理、提高绩效的建议，对被审计对象的整改情况进行督查；

6. 内部审计人员依法行使职权，任何组织和个人不得打击报复。

（六）内审人员具备必要的职业胜任能力，熟悉本单位的经营活动和内部控制；必须依法审计、忠于职守、坚持原则、客观公正、廉洁奉公，保守秘密，不得徇私舞弊、玩忽职守，与被审计对象或者审计事项有利害关系的，应当回避。

审计科应依法依规接受审计机关、上级主管部门内审机构的业务指导和监督，支持和配合相关审计工作。

（七）本制度由审计科负责解释、补充，自下发之日起施行。

三、参考文件

[1]江苏省卫生健康委员会.江苏省卫生健康行业内部审计工作实施细则：苏卫财务〔2022〕37号[Z].2022-07-14.

[2]无锡市卫生健康委员会.无锡市卫生健康单位内部审计工作手册（试行)[Z].2024.

四、修订原因

根据江苏省卫生健康委员会于2022年发布的《江苏省卫生健康行业内部审计工作实施细则》（苏卫财务〔2022〕37号）进行修订。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2020 年 01 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

大额采购监管制度

文件编号：YXPH-XZ-SJK-2025-003-01	制定时间：2025-8-10
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：审计科	修订版本：/
审核批准：党委会	执行时间：2025-09-01

一、目的

进一步压实采购各环节监督管控职责，全面提升医院各类物资、工程、服务采购资金使用效率，保障医院资产安全，推动采购工作规范化、透明化长效运行，特制定本制度。

二、内容

第一条 总则

1．目的

为规范医院大额采购行为，防范廉政风险，保障资金使用效益，根据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》等规定，结合医院实际，制定本制度。

2．定义

大额采购监管制度，指公立医疗机构对大额采购业务实施内部监督管理的制度。

大额采购业务，本院是指应纳入“三重一大”事项管理的采购项目，包括：医疗设备、药品试剂、医用耗材、后勤物资、基本建设、零星修缮和外包服务等。

3．监管范围

包括政府集中采购目录以内项目和政府集中采购目录以外、单项预算金额 5 万元（含 5 万元）以上的货物、服务、工程采购等；因特殊情况未纳入集中采购平台采购的药品和医用耗材，如紧急救援药品、特殊定制的医用耗材等；因特殊需求采用单一来源方式采购项目。

第二条 监管组织

采购招标管理中心负责组织实施医院的招标、采购等工作，全程由评标专家小组、各管理职能部门各司其职，共同完成。

审计部门负责对大额采购开标评标的合规性、采购合同的订立、履行和资金支付情况进行监督检查。

医院纪委监察部门负责对违纪问题进行处罚。

第三条 监管原则

1．依法依规原则

严格按照国家相关法律法规和政策规定开展监管工作，确保大额采购活动在法律框架内进行。对违反法律法规和政策规定的行为，依法依规进行处理。

2．公开透明原则

大额采购监管工作应做到公开透明，监管信息及时公开，接受社会监督。采购项目的采购需求、采购文件、采购结果等信息应按照规定在医院官方网站或指定媒体上进行公示，确保采购过程的公开性和透明度。

3．公平竞争原则

监管过程中要保障参与采购活动的供应商之间的公平竞争，杜绝任何形式的歧视性待遇和不正当竞争行为。

4．客观公正原则

监管人员应秉持公正的态度，客观、公正地开展监管工作，不受任何不正当因素的干扰。对监管过程中发现的问题，应实事求是地进行调查核实和处理，确保监管结果的公正性。

5．诚实信用原则

要求采购部门在大额采购活动中诚实守信，严格按照采购合同约定履行义务，不得出现虚假采购、恶意串通、违约等行为。

第四条 监管要求和实施流程

1．采购需求管理

审查采购需求的合理性，包括采购项目的必要性、采购数量、采购预算等是否符合医院实际需求和发展规划，是否存在超标准、超预算采购，以及采购需求是否明确、完整，是否符合国家相关标准和规范要求。

2．采购方式选择

监督采购部门是否根据采购项目的特点和需求，依据《宜兴市人民医院采购管理制度》选择合适的采购方式。对于达到公开招标限额标准的项目，是否采用公开招标方式采购；对于因特殊情况需要采用非公开招标方式采购的项目，是否履行了相应的审批程序，并提供了充分的依据说明其必要性和合理性。

3．专家论证情况

检查采购项目是否按照规定组织了专家论证，专家论证的程序是否规范，专家的选取是否符合要求，论证意见是否客观公正、合理。对专家论证过程中发现的问题和风险，是否及时进行了整改和完善。

4．采购活动组织

监督采购活动的组织实施情况，包括开标、评标、定标等环节是否按照规定程序进行，是否公开、公平、公正。检查评标委员会的组成是否符合要求，评标专家是否履行了职责，是否存在违规操作、暗箱操作等行为。同时，对采购活动现场的秩序和纪律进行监督，确保采购活动的正常进行。

5．合同签订与履行

审查采购合同的签订是否符合规定，合同内容是否与采购文件和中标（成交）结果一致，合同条款是否明确、合理、合法。监督合同的履行情况，检查供应商是否按照合同约定的质量、数量、时间等要求提供货物或服务，是否存在违约行为。

6．采购信息公开

检查大额采购项目的采购信息是否按照规定及时、准确、完整地进行了公示，包括采购公告、采购文件、采购结果、合同签订等信息。审查信息公开的渠道是否符合要求，是否保障了社会公众的知情权和监督权。

7．内控管理情况

监督是否建立了完善的采购内控管理制度体系，明确职责划分与归口管理，确定采购过程中的关键管控环节和控制措施。检查内控管理制度的执行情况，是否存在制度执行不力、形同虚设的情况，是否形成了权责清晰、岗位分离、相互制衡的采购内控体系。

第五条　监管方法

1．日常监督

审计部门对于大额采购开标评标环节进行现场监督。通过查阅投标文件等资料，实地查看采购项目实施现场等方式，及时发现和纠正采购过程中存在的问题。

2．专项检查

审计部门每年对大额采购项目随机抽取不少于 10 个项目进行审计，审计内容包括采购项目的预算执行情况、采购程序的合法性合规性、采购价格的合理性、合同签订与履行情况等。对审计检查中发现的问题，及时向被检查部门反馈检查结果，提出整改意见和建议，督促其限期整改。对整改情况进行跟踪复查，确保整改落实到位。

第六条　责任追究

1．对于违反国家相关法律法规和政策规定，擅自采购、规避招标、虚假招标、围标串标等行为，应追究相关责任人的责任。

2．对于在采购过程中存在暗箱操作、利益输送、收受贿赂等违法违规行为，应追究相关责任人的责任。

3．对于因采购管理不善，导致采购项目出现质量问题、延误工期、超预算等不良后果的，应追究相关责任人的责任。

4．对于在采购活动中存在失职、渎职行为，给单位造成经济损失或其他不良影

响的，应追究相关责任人的责任。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国政府采购法[Z].2014-08-31.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国招标投标法:中华人民共和国主席令第二十一号[EB/OL].（2017-12-27）.https://www.gov.cn/xinwen/2017-12/28/content_5251047.htm.

[3]全国人民代表大会常务委员会,国务院.中华人民共和国政府采购法实施条例[EB/OL].（2015-01-30）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-02/27/content_9504.htm.

[4]中华人民共和国国务院.中华人民共和国招标投标法实施条例[Z/OL].(2011-12-20).http://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5468831.htm（2019-03-02 第三次修订，国务院令第 613 号）.

医疗服务价格管理制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-007-04	制定时间：2013-07-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-30
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：3
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为进一步加强我院医疗服务价格管理工作，建立健全价格工作制度，确保医疗收费符合国家及地方物价政策规范，实现合规、透明、有序的医疗收费管理，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

1．医院必须执行国家物价政策和江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准的相关规定，进行医疗服务收费。各部门不得自行定价，不得随意提高收费标准、扩大收费范围和分解收费标准等。

2．加强收费管理工作，做到收费公开透明，统一使用符合国家规定的收费票据；每日向住院患者发放费用一日清单，在自助机上公开服务项目、药品及耗材价目表。

3．不得擅自设立收费项目，各项新增医疗项目，都应经院领导研究批准立项后，填写《江苏省新增医疗服务价格项目申报表》，经专职价格管理员核价后报上级主管部门审批，审批通过后需院内公示一周方可收费。

4．加强收费价格管理

（1）加强药品的收费管理。药品零售价、自制药品的销售均按国家的规定执行，

不得自行制定收费价格。

（2）加强医用耗材的收费管理。特殊医用材料的审批流程，由临床医技科室提出申请，经教学管理与学科建设科、医务部、器械材料科审核，价格管理办公室审核是否具备收费编码，报分管领导批准后，开展收费。严格按照政策规定执行，不超范围收费，切实控制医疗费用。

（3）医疗服务项目收费价格数据库应由专职价格管理员维护，药品收费价格数据库应由药学部设专人维护，医用耗材价格数据库由器械材料科设专人维护。其他任何部门和个人不得自行修改物价数据。

5．设立专职价格管理办公室、专职价格管理员及兼职价格管理员，对各医疗服务项目的收费进行审核检查，并给予政策上的收费指导，深入临床进行收费信息反馈。

6．各科室在记账时，应以患者实际发生的治疗、检查情况以及病史记录为依据，合理规范收费。

三、参考文献

[1]江苏省医疗保障局.江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准[EB/OL].（2025-01-01）.https://ybj.jiangsu.gov.cn/col/col71553/index.html.

[2]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].（2024-07-01）.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[3]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[4]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].(2023-01-19).https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[5]无锡市医疗保障局.无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议[Z].2025-01-01.

四、修订原因

根据江苏省医保局于2025年发布的《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》和无锡市医保局于2025年发布的《无锡市医疗服务项目价格手册》，以及《医疗保障基金使用监督管理条例（国务院令第735号）》等进行修订。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年07月第2次修订

2025年11月第3次修订

价格公示查询制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-008-04	制定时间：2013-07-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-30
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：3
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为进一步加强我院医疗服务价格管理工作，建立健全价格工作制度，确保医疗收费符合国家及地方物价政策规范，实现合规、透明、有序的医疗收费管理，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

1．根据国家有关规定医院有义务接受患者对价格问题的咨询和医疗费用问题的查询，需如实向患者提供价格或医疗费用信息。

2．在医院就诊区域的电子显示屏、自助服务机上，按规定公布医疗服务项目和药品、耗材的价格信息。公布的三目录信息由价格管理办公室及信息数据中心进行维护、更新，滚动屏和触摸屏设备由信息数据中心负责日常维护。

3．明码标价的内容要做到准确无误。根据政策变化及时更新和调整医疗收费价格标准。

4．公开价格管理办公室电话。价格管理办公室负责解答患者提出的有关医疗服务收费标准问题，提供价格及政策咨询服务。

5．各临床科室护士站有义务向患者解答与本科室相关的医疗服务收费问题，不能解释的要主动与价格管理办公室联系，妥善做好患者询价工作。

6．住院结账处和门急诊收费处应根据患者需求打印费用清单，便于患者查询。向患者结算收取医疗费用时，应同时向付费者提供所结算费用的明细项目、标准和金额的结算清单（住院期间可提供一日清单，出院结算时提供住院全部费用结算清单）。

7．接受社会监督员的监督检查，不断改进工作。要认真对待患者的投诉，详细记录调查结果、处理意见、并及时回复当事人。

8．对于不熟悉自助机操作查询的患者，可以通过拨打价格管理办公室的电话进行查询。

9．医疗服务价格公示内容：

（1）药品情况：药品的品名、规格、计价单位、单价、自付比例、医保类型。

（2）医疗服务项目情况：项目名称、计价单位、单价、自付比例、医保类型。

（3）医用材料情况：材料名称、计价单位、单价、自付比例、医保类型。

10．医疗服务价格公示内容核对：

（1）医疗服务价格：由价格管理办公室按江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准核对。

（2）医用材料价格：由器械材料科与价格管理办公室共同核对。

（3）药品价格：由药学部与医保管理科共同核对。

三、参考文献

[1]江苏省医疗保障局.江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准[EB/OL].（2025-01-01）.https://ybj.jiangsu.gov.cn/col/col71553/index.html.

[2]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].（2024-07-01）.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[3]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[4]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].(2023-01-19).https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[5]无锡市医疗保障局.无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议[Z].2025-01-01.

四、修订原因

根据江苏省医保局2025年发布的《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》和无锡市医保局2025年发布的《无锡市医疗服务项目价格手册》，以及《医疗保障基金使用监督管理条例（国务院令第735号）》等进行修订。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年07月第2次修订

2025年11月第3次修订

费用复核与监管制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-009-04	制定时间：2013-07-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-30
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：3
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为进一步加强我院医疗服务价格管理工作，建立健全价格工作制度，确保医疗收费符合国家及地方物价政策规范，实现合规、透明、有序的医疗收费管理，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

1．科室指定专人负责，对住院患者发生的费用进行复核，发现问题，及时进行更正。

2．对门（急）诊患者，根据患者需求提供每一笔医药费用清单，包括收费名称、单价、数量、金额等。对住院患者，科室逐项记录每日发生的医疗费用，在患者入院后由病区护士每日向患者提供费用一日清单，供患者复核。

3．出院患者所在科室要对患者住院期间发生的每一笔费用进行复核，及时办理未检查治疗项目和未用药品的退账。住院费用核实无误后，给患者办理费用结账手续，同时向患者提供总费用清单。

4．价格管理办公室有针对性的对费用有疑义的临床科室进行督查，查阅病历记录和费用清单进行复核，发现问题，及时反馈科室，督促科室整改。

5．对退费严格审核，建立退费科室负责人、财务负责人、医务科负责人联签退费制度。

6．每月不定期深入病区了解掌握物价收费工作的运行情况，抽查出院患者病历，对所发生的费用逐项进行核查，发现问题及时提出解决方法。

三、参考文献

[1]江苏省医疗保障局.江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准[EB/OL].（2025-01-01）.https://ybj.jiangsu.gov.cn/col/col71553/index.html.

[2]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].（2024-07-01）.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[3]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[4]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].（2023-01-19）.https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[5]无锡市医疗保障局.无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议[Z].2025-01-01.

四、修订原因

根据江苏省医保局于2025年发布的《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》和无锡市医保局于2025年发布的《无锡市医疗服务项目价格手册》，以及《医疗保障基金使用监督管理条例（国务院令第735号）》等进行修订。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年07月第2次修订

2025年11月第3次修订

新增医疗服务价格项目管理制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-012-01	制定时间：2025-11-30
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：/
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为进一步加强我院医疗服务价格管理工作，建立健全价格工作制度，确保医疗收费符合国家及地方物价政策规范，实现合规、透明、有序的医疗收费管理，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

1．新开展的医疗服务项目，包括新技术、新检查、新的治疗手段或方法进行申报新增医疗服务项目价格。新增医疗服务项目应体现技术先进性、经济合理性、符合社会需求并有利于基本医疗服务开展的要求。

2.临床科室按照项目规范的内容，填报《江苏省新增医疗服务价格项目申请表》。临床专家对新增医疗服务项目临床应用的必要性、可行性进行论证、鉴定，在立项申请报告上填写是否准入意见。

3．运营管理科进行成本分析、测算、核准,做到内容真实、数字准确、资料可靠。

4．价格管理办公室收集近期其他省市可参照的收费项目及标准以及与项目相关的其他材料，复审《江苏省新增医疗服务价格项目申请表》表中内容，按规定程序上报。

5.临床科室在开展新增医疗服务项目时必须遵守医疗服务价格管理的有关规定，明码标价，规范服务，并接受价格监督检查。

6．凡是科研实验项目不得作为新增医疗服务价格项目申报。

三、参考文献

[1]无锡市医疗保障，无锡市卫生健康委员会，无锡市中医药管理局.转发关于创新医疗项目申报新增医疗服务价格项目有关事项的通知〔EB/OL〕.https://ylbzj.wuxi.gov.cn/doc/2023/11/30/4122784.shtml.

[2]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].（2024-07-01）.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[3]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[4]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].(2023-01-19).https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[5]无锡市医疗保障局.无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议[Z].2025-01-01.

医疗服务价格自查制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-013-01	制定时间：2025-11-30
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：/
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为进一步加强我院医疗服务价格管理工作，建立健全价格工作制度，确保医疗收费符合国家及地方物价政策规范，实现合规、透明、有序的医疗收费管理，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

1．统一执行江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准和无锡市医疗服务项目收费标准、严格按章办事。

2．价格管理办公室对全院收费科室实行监督检查，各科室负责人和兼职物价员应积极配合。

3．各科室兼职价格管理员制定科室医疗服务价格自查制度。

4．各科室兼职价格管理员每周抽查本病区 3-5 份病历，做好总结分析、整改。

5．价格管理办公室定期抽查各科室病历，对全院医疗服务收费自查情况进行分析总结、针对问题提出整改意见，督导相关科室持续改进。

三、参考文献

[1]江苏省医疗保障局.江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准[EB/OL].（2025-01-01）.https://ybj.jiangsu.gov.cn/col/col71553/index.html.

[2]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].（2024-07-01）.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[3]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第 735 号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[4]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].(2023-01-19).https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[5]无锡市医疗保障局.无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议[Z].2025-01-01.

医院基本医疗保障管理制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-001-04	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：3
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步加强我院医疗保障管理工作，建立健全医保工作制度，强化医保工作质量，促进我院高质量发展，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

1．严格遵守《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《江苏省医疗保障条例》及宜兴市有关医保政策规定，切实履行《宜兴市医疗保障定点医疗机构服务协议》，建立健全内部医保管理部门，配备专（兼）职管理人员，严格履职尽责，确保提供合法、合规、合理的医保服务。

2．认真核对患者身份。严格落实参保人员的医疗保障服务，认真核对实名就医情况，核验参保人员的医疗保障凭证，确保人、证相符。对于无法确认外伤性质及原因的情况，不得使用医疗保障凭证就诊。门、急诊医生需如实记录病史，严禁弄虚作假，违规者自行承担责任。不得诱导或协助他人冒名就医、购药，或实施虚假就医、购药行为。

3．严格执行医保目录及知情告知。依据《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录数据库》《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》以及说明书规定，不得收取超出医保目录范围、药品法定适应症等规定的费用。对于自费的药品、诊疗项目和医疗服务，必须事先征得参保人员的同意，并签订《知情同意书》。对于住院患者，出院时不得开具与出院诊断无关的药品。医院不得提前将检查和治疗项目纳入住院结算，却让患者在出院后于门诊完成相关项目。

4．应为参保人员享受门诊统筹待遇提供便利条件；要依照“双通道”管理规定、门诊慢性病、特殊疾病（以下简称“门诊慢特病”）病种管理规定，为门诊慢特病和使用国家医保谈判药品的参保人员提供医疗服务，并严格执行本统筹地区医疗保障相关规定。如需院外诊治或购药的，应按相关规定确保参保人员享受待遇。发生的与双通道、门诊慢特病治疗无关的其他疾病的门诊医药费用，不得纳入双通道、门诊慢特病保障范围。

5．严格收费。不得重复收费、超标准收费以及分解项目收费。不得擅自串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施。不得将应由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员自费结算，各项费用记账必须与病历医嘱相符。

6．政策宣传。全体医生需通过各种渠道全面了解医疗保险的相关政策，以提升医务人员对医保政策的知晓率。医院医疗保险价格管理科对医保政策执行情况进行监督检查，对于最新的医保政策和文件，医疗保险价格管理科将及时组织院内学习。

7．数据维护。医疗保险价格管理科需根据医保部门的具体要求，与医院信息数据中心密切协作，定期或不定期地对医院系统进行维护。同时，务必及时、准确对照医保三库目录，确保收费项目的准确性，同时保证医保信息的可靠性、完整性和准确性。

8．配合管理。医疗保险价格管理科应全力配合经办机构的稽查工作，及时、准确地提供真实完整的医疗档案及相关资料。对于患者投诉，须迅速妥善处理；对于上级提出的整改要求，须严格按照规定时限完成，并提交书面整改材料。

9．考核办法。为进一步强化医保政策的落实，有效贯彻“四合理”原则，控制医疗费用的不合理增长，现根据国务院签发的《医疗保障基金监督管理条例》、宜兴市《基本医疗保险定点医疗机构服务协议》及有关医用耗材、一次性使用医疗器械、辅助用药、医保限定支付范围用药等管理要求，由医疗保险价格管理科将医保局抽查反馈的问题病历交由各条线（如药学部、器械材料科）进行核查分析，对不合理用药（材）、不合理诊疗、不合理收费等情况由条线进行监管督查，落实考核。

10．申诉受理。责任科室若对初步认定的责任归属、等级或扣款比例有异议，需在规定时限内提交书面申诉材料，说明理由并提供证据（如病历、检查报告等）。无申诉、申诉维持原认定或复议后作出最终认定的，医疗保险价格管理科将相关信息移交绩效考核主管部门，由考核部门从责任科室当月绩效工资总额或预留医保专项考核金中扣除最终确定金额，扣款一般次月在绩效中体现。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[2]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].(2023-01-19).https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[3]江苏省医疗保障局. 江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则[EB/OL].（2023-11-15）.https://www.jiangsu.gov.cn/art/2024/1/9/art_64797_11121013.html.

[4]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].2024-07-01.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[5]江苏省医疗保障局，江苏省卫生健康委员会，江苏省药品监督管理局. 江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）：苏医保发〔2025〕7号[EB/OL].（2025-03-28）.https://ybj.jiangsu.gov.cn/art/2025/3/28/art_74039_11532128.html.

四、修订原因

为适应医保监管政策最新要求，强化医保基金使用全流程风险防控，堵塞管理漏洞，保障医保基金安全高效运行，结合本院医保管理实际，依据江苏省医保局2024年发布的《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》、2025年发布的《江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则》，以及《无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议》，对原制度进行全面修订完善。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年01月第2次修订

2025年11月第3次修订

医疗保险政策宣传及培训制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-002-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：2
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步加强我院医疗保障管理工作，建立健全医保工作制度，强化医保工作质量，促进我院高质量发展，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）政策宣传制度

1．宣传内容主要涵盖医保证策及其配套的实施措施。

2．宣传形式主要包括以下几种：在公示栏、医院官网、医保一站式服务窗口、门诊大厅电子屏、医保热线等渠道，同时通过院内月度分析会及新政策培训等形式加强医保政策的普及，并定期邀请上级部门来院开展讲座。

（二）医保培训制度

1．医疗保险价格管理科负责全院医疗保险政策的学习与培训工作。对于医保部门发布并实施的医保政策法规内容，以及医疗保险定点医疗机构的医疗服务协议和定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则等文件，医疗保险价格管理科应及时组织全院相关人员进行学习和培训。

2．设立医保一站式服务窗口。面向院外就诊患者及其家属，提供全面且专业的医保政策咨询服务，解答诸如医保报销比例、办理流程等各类常见问题。同时，此窗口也将作为医院内部医保政策传达的渠道，便于全院医务人员能够及时了解医保政策以及相关规定，进而在日常诊疗工作中正确执行医保政策，规范医疗行为。

3．对收费窗口工作人员进行培训，内容包括基础医保知识、基本医保结算流程、医保相关收费操作内容等，以适应医保收费工作，快速、便捷地为患者解决结算相关问题。

4．对医护人员进行培训，主要内容为医保专业知识更新、医保业务及相关政策。

5．对医保工作人员进行培训，定期参加医保中心组织的各类培训活动，根据不同医保业务知识和政策需求进行针对性培训，结合实际操作，注重实用性。

6．建立分层分类的培训体系。针对新入职员工，开展医保基础知识岗前培训；对于在岗医务人员，每季度组织专题培训，结合最新医保政策调整、临床常见医保问题解析进行深度讲解；对科室医保联络员进行重点强化培训，使其具备独立解答科室日常医保疑问、协助处理医保纠纷、收集反馈医保政策执行问题的能力，发挥医保管理与临床科室间的桥梁纽带作用。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例 ：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[2]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].（2023-01-19）.https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[3]江苏省医疗保障局. 江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则[EB/OL].2023-11-15.https://www.jiangsu.gov.cn/art/2024/1/9/art_64797_11121013.html.

[4]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].（2024-07-01）.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[5]江苏省医疗保障局，江苏省卫生健康委员会，江苏省药品监督管理局. 江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）：苏医保发〔2025〕7号[EB/OL].（2025-03-28）.https://ybj.jiangsu.gov.cn/art/2025/3/28/art_74039_11532128.html.

四、修订原因

为适应医保监管政策最新要求，强化医保基金使用全流程风险防控，堵塞管理漏洞，保障医保基金安全高效运行，结合本院医保管理实际，依据江苏省医保局2024年发布的《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》、2025年发布的《江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则》，以及《无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议》，对原制度进行全面修订完善。

五、修订记录

2020年09月第1次修订

2025年11月第2次修订

医疗保险服务行为管理制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-005-02	制定时间：2020-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：1
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步加强我院医疗保障管理工作，建立健全医保工作制度，提升医保工作质量，促进医院高质量发展，并优化患者就医流程，提供便捷的医疗服务，特制定本制度。

二、内容

1．为职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助以及医疗保障部门管理的其他医疗保险参保人员（以下统称“参保人员”）提供的医疗保障服务，适用本含本统筹地区、跨统筹地区参保人员。

2．向参保人员提供医保相关的解释、咨询服务，以及参保人员在本机构医疗费用和医保基金结算相关的查询服务或查询渠道。为参保人员提供合理、必要的医疗服务，合理使用医保基金，控制医疗费用不合理增长。

3．全院医务人员严禁诱导、协助他人以冒名顶替、伪造凭证等方式进行虚假就医、购药，严禁为非参保人员、非本人医保凭证持有者提供医保结算服务，坚决杜绝各类医保身份造假行为。应优先选择纳入基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目，尽可能最大限度地使用带量采购药品和医保报销范围内的药品。

4．医务人员为参保患者提供诊疗服务时，应优先选用纳入基本医疗保险支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目，在保证医疗质量和治疗效果的前提下，尽可能最大限度地使用国家及地方组织的集中带量采购中选药品和医保报销范围内的药品、医用耗材，降低患者医保自付费用，减轻患者就医负担。

5．医务人员为参保患者开具处方时，符合处方管理相关规定的，由医保基金按规定予以支付。落实处方外配相关规定，具备开具条件的，应当为参保人员开具电子外配处方，并将处方上传至医保电子处方中心，参保人员凭处方到定点零售药店购药，外配处方不得受到医院库存药品限制。

6．除急诊、抢救等紧急特殊情形外，医务人员为参保患者提供医保基金支付范围外的医药服务，应当事先向参保人员或其近亲属、监护人说明相关情况，经签字同意确认后，方可提供服务。

符合急诊、抢救等特殊情形下，可先行使用医保目录外医药服务，病情稳定后要及时补充告知相关情况，补办相关手续；医保管理科对这类服务使用情况进行专项审核，确保符合适用场景。

7．医务人员为双通道、门诊特殊病患者提供诊疗服务时，患者经市医保局审核符合认定标准后，在完成认定、备案后享受对应医保待遇。医务人员需严格按照备案病种和治疗方案进行诊疗，开具的药品、诊疗项目符合双通道、门诊特殊病的医保支付范围。

参保人员发生的与双通道、门诊特殊病治疗无关的其他疾病的门诊医药费用，不得纳入该保障范围。

8．不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；不得将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁参保人员自费结算。

9．严格按照《医疗保障基金结算清单填写规范》要求，规范填写清单信息，建立医疗保障基金结算清单质量控制制度，上传医保信息平台的数据应经过本机构内质控。

10．监督检查机制：医疗保险价格管理科联合医务部、质管部、药学部、器械材料科、信息数据中心等部门，建立定期检查、专项督查相结合的医保联合督查机制，定期抽查全院各科室医保政策落实情况，重点核查合理检查、合理用药（械）、合理治疗、合理收费等。同时，畅通医保监督举报渠道，设立医保投诉举报专用电话，根据群众及职工反馈的医保违规行为，及时调查核实，依规处理查实的违规行为。此外，建立医保智能监控系统，依托医院信息系统，实时监控和智能审核医保诊疗及费用数据，及时发现和预警超医保限定、异常用药、异常收费等违规线索，提升医保监督精准性和时效性。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[2]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].(2023-01-19).https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[3]江苏省医疗保障局. 江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则[EB/OL].（2023-11-15）.https://www.jiangsu.gov.cn/art/2024/1/9/art_64797_11121013.html.

[4]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].（2024-07-01）.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[5]江苏省医疗保障局，江苏省卫生健康委员会，江苏省药品监督管理局. 江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）：苏医保发〔2025〕7号[EB/OL].（2025-03-28）.https://ybj.jiangsu.gov.cn/art/2025/3/28/art_74039_11532128.html.

四、修订原因

为适应医保监管政策最新要求，强化医保基金使用全流程风险防控，堵塞管理漏

洞，保障医保基金安全高效运行，结合本院医保管理实际，依据江苏省医保局2024年发布的《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》、2025年发布的《江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则》，以及《无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议》，对原制度进行全面修订完善。

五、修订记录

2025年11月第1次修订

医疗保障基金使用内部管理制度

文件编号：YXPH-XZ-YLBXJGGLK-2025-005-02	制定时间：2024-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：1
审核批准：医院医保与价格管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为加强医疗保障基金使用监督管理，保障基金运行安全，促进基金高效规范使用，维护参保人员合法权益，保障医院可持续健康发展，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》等国家及地方医保政策法规，结合本院实际诊疗服务情况，特制定本制度。

二、内容

1．医疗保障服务要求：为参保人员就医提供便利，设立医保一站式服务窗口，公开医保热线，定期更新并宣传医疗保险最新政策、异地就医结算流程及本院医保服务内容，确保参保患者知情权。并按照相关规定对在本医疗机构发生的相关费用及时做好医保直接结算、报销结付及相关解释工作，不得拒绝和推诿患者。为参保人员享受门诊统筹待遇提供便利条件。

2．参保人身份识别：应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，做到人证相符。不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。若存在骗保嫌疑，需及时联系医疗保险价格管理科，由医疗保险价格管理科按流程上报医保局。

3．住院全流程管控：不得无故推诿、拒收符合住院条件的参保患者；保证医疗服务质量，不得以医保支付、管理政策为由推诿拒收参保患者、转嫁参保人员医疗费用、降低参保人员医疗服务质量、减少合理和必要的药品及治疗，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。不得通过减免费用等营销手段吸引患者住院。

4．保证医疗服务质量：不得以医保支付、管理政策为由推诿拒收参保患者、转嫁参保人员医疗费用、降低参保人员医疗服务质量、减少合理和必要的药品及治疗，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。不得通过减免费用等营销手段吸引病人住院。

参保患者住院期间，因病情需要在本机构内转科治疗的，不得以医保管理为由要求参保患者中途办理出院结算手续。不得以病组和病种费用限额为由，要求患者院外购买或自备药品、医用耗材，要求患者出院或减少必要的医疗服务。不得以转嫁住院费用为目的，诱导参保人员在住院期间到门诊就医、药店购药或另设账号交费。

5．医保诊疗服务原则：应当遵循卫生健康行政部门的相关规定，严格按照临床路径、诊疗规范为参保人员提供诊疗服务。不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务，造成医保基金不合理支出。掌握出入院指征和重症监护病房收治标准，不得低标准收治；不得分解住院、挂床住院。

6．病历记录及原始登记管理：为所有就诊参保患者建立完整的门诊及住院病历，诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰（收治意外伤害参保患者时，应载明意外伤害的时间、地点、原因）。病历相关信息应与实际情况相符，并与票据、结算清单等相吻合。检验检查须有结果记录，并做好诊疗相关检验检查报告存档工作。

涉及意外伤害参保人员住院时，配合医保第三方专管员做好外伤登记调查手续并根据核实的参保人意外伤害原因配合做好允许医保直接结算相关工作。

7．医保药品及耗材、项目管理：：执行医疗保障行政部门制定的医疗服务价格项目和价格政策，包括项目名称、项目内涵、服务产出、价格构成、计价单位、收费方式和价格水平等。严格执行医疗保障行政部门制定的各项医疗服务项目价格标准，对于实行市场调节价的医疗服务价格项目，乙方应按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则，自主合理制定医疗服务价格，做好公开公示，并加强所在统筹地区同层次医疗机构比价。

8．非医保服务范围：患者因工伤、整形美容等原因所产生的医疗费用，不在医保基金支付范围内，不得纳入医保基金结算；对于交通事故等由第三方责任引起的意外伤害，需经外伤审批专员审核，根据认定结果确定是否纳入医保基金支付范围。

9．转诊转院管理：严格遵循分级诊疗原则，因本院医疗技术条件限制或硬件设备不足，患者符合转诊转院指征的，经科室主任、转诊会诊中心、医疗保险价格管理科联合审批后，及时为其办理规范转院手续。

10．医保数据上报管理：医疗保险价格管理科需按医保部门要求，在规定时限内，及时、准确上报医保结算数据、费用明细、参保患者诊疗信息等相关数据，确保数据真实完整；严禁篡改、伪造医保上报数据，建立医保数据上报审核机制，明确医保数据上报责任人。

11．院内考核管理：根据院内考核办法，由医疗保险价格管理科牵头，医务部、质管部、药学部、器械材料科、信息数据中心、运营管理科、纪检监察办公室等部门按照医保价格管理科的需求配合开展工作，定期对各科室医保基金使用情况组织专项

检查，形成考核方案。针对医保局反馈的问题，重点核查用药用材合理性、诊疗行为规范性、病历记录完整性等内容，并纳入科室科规考核及评优评先的核心指标，与科室绩效分配、个人奖金发放挂钩。还将根据违反医保规定的性质与情节，对相关责任人依规采取轮岗培训、暂停医保处方权限即医保支付资格等处理措施。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[2]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省医疗保障条例[EB/OL].(2023-01-19).https://www.jsrd.gov.cn/qwfb/sjfg/202301/t20230119_1221259.shtml.

[3]江苏省医疗保障局. 江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则[EB/OL].（2023-11-15）.https://www.jiangsu.gov.cn/art/2024/1/9/art_64797_11121013.html.

[4]无锡市医疗保障局，无锡市卫生健康委员会.无锡市医疗服务项目价格手册[EB/OL].（2024-07-01）.https://www.wuxi.gov.cn/doc/2019/05/29/2539153.shtml.

[5]江苏省医疗保障局，江苏省卫生健康委员会，江苏省药品监督管理局. 江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）：苏医保发〔2025〕7号[EB/OL].（2025-03-28）.https://ybj.jiangsu.gov.cn/art/2025/3/28/art_74039_11532128.html.

四、修订原因

为适应医保监管政策最新要求，强化医保基金使用全流程风险防控，堵塞管理漏洞，保障医保基金安全高效运行，结合本院医保管理实际，依据江苏省医保局2024年发布的《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》、2025年发布的《江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则》，以及《无锡市医疗保障定点医疗机构服务协议》，对原制度进行全面修订完善。

五、修订记录

2025年11月第1次修订

三、人事管理制度

人力资源配置规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-001-03	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为适应医院医、教、研各项工作的全面可持续发展，加强医院人才队伍建设，优化人员结构，加强人力资源工作的科学、规范化管理，建设一支高素质、高效能、合理的人才队伍，根据我院工作需要，特制定本规定。

二、内容

（一）配置原则

1．全院各类人员的配置均在上级人事部门核定的人员编制数内与医院当年的用人计划内进行。

2．遵循卫健委行政部门及等级医院评审要求的相关规定，满足三级医院对学科岗位设置要求及专业技术人员人才结构的要求。

3．结合医院的总体发展目标和发展要求，满足临床医疗工作的需要。

4．人力资源配置工作应以加强医院的临床、科研、教学队伍建设为中心，以引进和培养学科建设急需的高层次人才为重点。对重点学科所需的高层次人才在人事调配中优先考虑。

（二）配置类型及程序

1．人员招聘：医院于每年年底在上级行政部门核定的人员编制数内，根据医院各专科发展规划及人才梯队培养计划，向主管部门申请下年度用人计划，由上级行政部门组织考核录用，录用后与医院签订全员聘用合同。

2．人才引进：根据《医院规章制度》中《关于研究生引进及培养支持政策的规定》及《医院人才引育管理办法》执行。

3．退休、辞职：根据《医院规章制度》中《职工退休管理规定》及《职工辞职管理规定》执行。

4．院内岗位调整：根据《医院规章制度》中《人力资源调整的暂行规定》执行。

（三）配置条件

1．组织人事科严格把握行业配置准入条件。对于新上岗的职工，按照岗位任职条件严格审核，落实“持证上岗”制度。

2．医疗岗位的人员必须持有《执业医师资格证书》并办理注册手续；护理人员必须持有《护士资格证书》并办理注册手续；医技岗位必须持有相应岗位的职称证书，禁止非医务人员从事医务工作，对尚未取得执业资格的专业技术人员，必须在上级医师及护师的指导下进行轮转，3 年 2 周期内必须取得相应的资格证书。

3．其他技术、行政、后勤岗位的人员，必须取得与岗位相关的资格证书及上岗证书。

（四）人员配置

卫生专业技术人员的配置及其结构适应三级医院规模任务的需要。

1．开放床位与在册人员配置：三级综合医院床位使用率超过90%以上，在册人员与开放床位比例为1.7：1。

2．卫生专业技术人员配置：卫生技术人员与开放床位之比≥1.2：1，全院护士与开放床位之比≥0.67:1，病区护士与开放床位之比≥0.4：1。

三、参考文献（无）

四、修订原因

根据等级医院评审要求，优化人力资源配置。加强医院人才队伍建设，优化人员结构，加强人力资源工作的科学、规范化管理。

五、修订记录

2019年09月第1次修订

2020年12月第2次修订

人力资源配置调整的暂行规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2023-003-04	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-10-08
制定部门：组织人事科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2023-10-31

一、目的

为进一步规范我院人力资源配置调整工作，保证人才的合理流动，根据国家、省市事业单位岗位设置文件精神及上级有关人员调配规定，结合本院实际，特制定本规定。

二、内容

（一）适用范围

在医院各类岗位上工作的专业技术人员、行政管理人员及工勤人员。

（二）调整形式

本配置调整对象主要包括人员招聘、人才引进、职工调入、调出、辞职、退休、死亡、院内岗位调整等。包括以下形式：

职工人力资源配置调整是在编制核定和岗位设置的基础上，根据医院人才梯队建设、专科发展、职工自然减员（退休、辞职、调出等）数量等情况，设计年度招聘计划，通过党委会商议、公示等形式，上报卫生行政管理部门，通过公开招聘形式进行录用。以签订全院聘用合同、劳动用工合同为依据，对全院编制内外的人力资源进行合理补充和调整。

（三）调整原则

人力资源配置调整工作应遵循以下原则：

1．人力资源配置调整工作要根据医院学科发展规划、人才建设规划和岗位设置管理的需要，本着有利于医疗、教学、科研人员队伍结构合理，有利于高层次人才队伍的稳定和引进，有利于最大限度的发挥广大专业技术人员的专长，做到人尽其才，才尽其用。

2．人力资源配置调整要按照医院核定的编制、每年度招聘指数，在年度人员调配计划内进行，以保证各类人员的合理分布和结构的合理配置。

3．人力资源配置调整工作要重点保证补充医疗、教学和科研一线人员。优先引进学科带头人和急需的专业人才，以及具有硕士学位以上的高学历人才。

4．人力资源配置调整工作要坚持“公开、平等、竞争、择优”的原则。严把政治、业务考核关，增强人事工作的透明度，使调配工作规范化、科学化。

5．为保证医院专业技术人员队伍建设的相对稳定，无特殊情况，严格控制人员调出。

（四）调整类型

1. 人员招聘：

（1）招聘类型：针对应届毕业生的校园招聘、其他硕士及以下学历毕业生公开招聘、高端及紧缺专业人才招聘。

（2）招聘条件：针对应届毕业生的校园招聘及其他硕士及以下学历毕业生公开招聘，具体以当年度卫健系统公开招聘简章中的相关要求为准。

（3）招聘程序：各科室根据梯队建设和岗位需求，于每年第三季度提出下年度的招聘计划，由相关职能科室审核，报备组织人事科，递交党委会商议，确定招聘计划，报上级行政管理部门逐级审批，组织年度公开招聘。

2. 人才引进

（1）引进条件：根据医院《医院人才引育管理办法》中人才引进的规定执行。

（2）引进程序：按照当年度上级行政管理部门关于高端、紧缺人才引进的相关政策执行。

3. 职工调入

医院原则上不调入职工，确因工作需要调入的，按照上级卫生行政部门相关文件执行。

4. 职工调出、辞职、退休

职工调出、辞职按照《职工辞职管理规定》执行，职工退休按照《职工退休管理规定》执行。

5. 院内岗位调整

院内岗位调整分为：临床、医技、职能科室间调动，医、药、护、技同岗位类别之间调动，临时岗位调配，日班夜班岗位之间调动(不含职能科室），住院医师规范

化轮训，护理轮训等。

（1）院内岗位应严格按照岗位设置情况，在保证岗位设置结构合理情况下，安排和使用人力资源。

（2）根据岗位需要，合理流动，调余补缺，坚持超编科室向缺编科室流动，一般岗位向急需岗位流动。

（3）审批程序

①临床、医技、护理、职能科室间调动：由科室提出，相关条线审核，组织人事科提出议题，经过集团党委会或者院长办公室研究决定，通过后方可调整。

②医、药、护、技同岗位类别之间调动：由科室提出，相关条线审议，经条线分管领导批准，报组织人事科备案，通过后方可调整。

③临时岗位调配：由各条线提出申请单，报相关条线分管领导审批，报组织人事科调整。

④日班夜班岗位之间调动(不含职能科室）：由科室提出，相关条线提出议题，经过集团党委会或院长办公室研究决定，报组织人事科备案，通过后方可调整。

⑤住院医师规范化轮训：由教学管理与学科建设科负责人员轮训科室的安排。

⑥护理轮训：由护理部组织安排。

⑦其它调动：根据实际情况，由院部流程办理。

以上院内岗位调整都必须注明调整原因并提供相关证明材料，经本科室主管领导签字同意后，报相关职能科室审核。

（4）调整人员的待遇，依据调入岗位待遇确定。

（五）其他

本规定自下发之日起执行，以前文件中有与本规定相违背的，按本规定执行。

三、参考文献（无）

四、修订原因

为进一步规范我院人力资源配置调整工作，保证人才的合理流动。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

2023 年 10 月第 3 次修订

卫生技术人力资源管理制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-003-02	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：1
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为优化人员配置与使用效率、促进人才发展与职业成长，通过有计划的人才引进与培养，加强重点学科和新兴技术领域的人力储备，推动医院长期发展，特制定本制度。

二、内容

（一）医院聘用具备资质的卫生专业技术人员是保障医疗质量与患者安全的基本准则。

（二）医院有适合于本院的卫生专业技术人员职称聘用制度、中层管理人员竞岗制度等具有活力的用人机制，实现人力资源持续更新；注重卫生技术人员实际为患者提供诊疗服务的工作能力。

（三）医院有人力资源配置原则与工作岗位设置方案；所配置的卫生技术人员全部符合《医师法》《护士条例》等法律法规要求。

1．各科室人力资源配备合理并满足需要；各级各类卫生技术人员的梯队结构合理。

2．各级各类卫生技术人员的配比与医院功能任务相适应；与工作量相匹配。

3．医师的梯队结构与实际技能符合三级查房的要求；护理人员的数量与梯队（含年龄和学历层次）结构合理；满足分级护理的质量保证需要。

4．当床位使用率大于97%时，启动人员配比动态调整与人员储备机制。

5．主要临床、医技科室主任均具备正高级专业技术职称。

（四）建立实行全院岗位设置的全员聘用制度。做到公开、公平、公正；明确各专业技术岗位等级的岗位职责、任职条件。

（五）在院执业的卫生技术人员（除试用期外）全部具备相应岗位的任职资格和实际服务能力；且依法取得执业资格并在本院完成注册。

（六）建立卫生技术人员能力定期评价的机制；医师资质（包括：技术能力；服务能力；职业道德）至少每三年重新审核评估一次；以确保他们具有能够在医院继续为患者服务的资质。

（七）确立院、科二级人员紧急替代的制度与程序；以确保患者获得连贯诊疗；尤其对急诊、夜间及节假日。

（八）有保护医务人员职业安全的规范与措施。

三、参考文献（无）

四、修订原因

为在动态变化的医疗环境中，通过更科学、公正、灵活的人力资源管理，持续提升医疗服务质量、保障患者安全、促进技术人员发展，同时增强医院运营效率与合规性。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

岗位设置管理条例

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-004-02	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：1
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为深化事业单位人事制度改革，建立健全事业单位岗位设置管理制度，实现事业单位人事管理的科学化、规范化、制度化，特制定本条例。

二、内容

1．指导思想：按照岗位设置科学、运行管理规范、职务能上能下、待遇能高能低的改革方向，建立适合本单位各类人员特点的岗位管理制度，逐步实现由身份管理向岗位管理转变。

2．管理原则：坚持党管干部、党管人才的原则；坚持规范设岗、按需设岗的原则；坚持精简效能、动态管理的原则，并在上级核准的岗位总量和结构比例内实施。

3．实施对象：经市机构编制部门审核认定的在各类岗位上工作的在册事业编制职工，分为管理人员（职员）、专业技术人员和工勤技能人员。

4．加强岗位设置组织领导，成立岗位设置工作领导小组，由院长、书记担任组长，各分管院领导担任副组长，相关职能科长担任成员，全面负责岗位设置的组织与实施工作。下设组织人事科为岗位设置办公室，负责岗位设置具体操作工作。

5．岗位类别：分为管理岗位、专业技术岗位、工勤技能岗位。

6．岗位总量、岗位等级比例严格执行上级批准的相关指标。

7．岗位任职条件按照《岗位设置实施方案》中专业技术各级岗位任职条件执行。

8．聘用管理：实行聘用动态管理的原则，按照聘用制的有关规定，实行以岗定薪，岗变薪变。岗位续聘工作需在上级核准的岗位总量、结构比例内，在岗位有空缺的前提下，公开竞岗，择优聘用。岗位续聘方案将根据上级政策及医院实际情况适时调整。

三、参考文献（无）

四、修订原因

为适应医院战略与学科发展、优化人力资源配置、调动员工积极性、强化规范管理。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

专业技术岗位职称聘任办法

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2025-006-04	制定时间：2003-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：3
审核批准：职工代表大会	执行时间：2025-12-31

一、目的

为认真落实中共中央办公厅、国务院办公厅《关于深化职称制度改革的意见》〔中办发（2016）77 号〕文件精神，建立科学规范的职称聘任管理体系，规范岗位管理，充分调动全院专业技术人员积极性和创造性，更好地促进医院高质量发展，根据国家有关文件精神和相关法律法规，结合本院实际，特制定本办法。

二、内容

（一）聘用原则

坚持公开、平等、竞争、择优的原则，坚持重能力、重业绩、重贡献的聘用原则，坚持向临床一线倾斜、向重点专科、重点人才、承担政府指令性任务人员倾斜的原则。

（二）聘用对象

获得高、中、初级专业技术职称资格且已转正定级未聘任的工作人员。

（三）聘任基本条件

1．受聘人必须遵纪守法，爱岗敬业，具有良好的职业道德和行为规范，认真履行岗位职责。

2．受聘人具有本专业的高、中、初级专业技术职务任职资格。

3．受聘人聘期内每年公共必修课合格。

4．受聘人应有相应的进修培训经历：临床医生（含中医）、医学影像（含放射、超声、核医学）、病理等执业医师岗位晋升副高级必须达到 12 个月及以上进修经历，副高级晋升正高级需有 6 个月及以上二次进修经历；医技、药剂、护理、管理等非执业医师岗位将进修、专科护士培训合格、特殊岗位培训合格作为优先聘任条件之一，等同完成进修经历条件由教学管理与学科建设科根据进修相关规定统一确定。

（四）聘任必备条件

1．新晋升正高级卫生技术人员任现职称期间（任期内）：

（1）专业能力考核合格。

①除护理专业外，具备相应的专业技术能力，任副高期间发表专业相关核心期刊论文(北大图书馆收录)2 篇或中华级论文 1 篇或 SCI 论文影响因子 3 分以上 1 篇(排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位)，或达到以下条件中 1 项：

Ⅰ承担无锡市级及以上课题一项（市厅级及以上第一完成人，科研、教学、管理类)。

Ⅱ获得省卫健委新技术引进奖一项（第一完成人）。

Ⅲ获得省级科技进步奖一项（前三位完成人）。

Ⅳ获得发明专利一项（第一完成人）。

Ⅴ担任医学院校副教授及以上资格，具有指导专业技术人员（进修、实习、见习等）临床工作能力，制定并实施教学计划年平均 2 份。

Ⅵ举办无锡市级及以上继续教育项目主要负责人。

Ⅶ援疆、援藏、援青、援陕、援外等达到三个月及以上（时间可累计）。

Ⅷ担任省级及以上医学会、医师协会、口腔医学会、预防医学会、药师协会二级专业委员会委员或省级以上各学组副组长及以上，或担任无锡市医学会、医师协会、口腔医学会、预防医学会、药师协会各专业委员会副主任委员及以上职务。

Ⅸ担任核心期刊及以上期刊编辑。

Ⅹ参与国际会议并发言或海报展出（提供邀请函、海报）。

XI 发表核心期刊及以上教学论文一篇（排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位）。

XII 选派支援宜兴市外疫情防控工作达到三个月及以上（时间可累计）。

XIII 业务能力考核指标：手术科室以国考四级手术主刀科内占比为主，结合国考四级手术第一助手科内占比综合评分，非手术科室以重点科室技术开展率为主，结合专科操作（院内 3、4 级）科内占比、门急诊接诊人次科内占比综合评分。（以上得分由职称聘任工作考评小组评定，按手术科室及非手术科室分别取全院待聘人员总分第一名，可递补至第三名。）

XIV 取得正高级职称满 5 周年。

②申报聘任主任护师职称人员，具备相应的专业技术能力，任副高期间必须达到以下条件中 1 项：

Ⅰ承担无锡市级及以上课题一项（市厅级及以上第一完成人，科研、教学、管理类)。

Ⅱ获得省卫健委新技术引进一项（第一完成人）。

Ⅲ获得省级科技进步奖一项（前三位完成人）。

Ⅳ获得发明专利一项（第一完成人）。

Ⅴ援疆、援藏、援青、援陕、援外达到三个月及以上（时间可累计）。

Ⅵ举办无锡市级及以上继续教育项目主要负责人。

Ⅶ选派支援宜兴市外疫情防控工作达到三个月及以上（时间可累计）成绩突出。

Ⅷ担任江苏省医学会、护理学会各专业委员会委员或省级以上学组委员，或担任无锡市医学会、护理学会各专业委员会副主任委员及以上职务。

Ⅸ发表统计源期刊及以上论文 2 篇（排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位）。

X 获得省级及以上专科护士证书，任职期间仍从事本专科临床护理工作（护理管理岗位除外）。

XI 发表核心期刊及以上教学论文 1 篇（排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位）。

XII 参与国家级及以上会议并发言（提供邀请函、会议议程、现场照片等）。

XIII 担任无锡市级及以上适宜技术推广项目负责人，并开展技术帮扶活动平均 2 次/年。

XIV 担任无锡市级及以上专科护士培训基地或临床实践基地负责人或无锡市级及以上护理临床重点专科学科带头人。

XV 获得无锡市及以上卫健委或无锡市及以上护理学会护理专业技能类竞赛或护理管理类竞赛或护理教学类竞赛个人奖项一项：无锡市级一等奖及以上，或省级三等奖及以上。

XVI 取得正高级职称满 5 周年。

（2）按照要求完成政府指令性计划的任务（包括支边、援疆、下乡等）。

2．新晋升副高级卫生技术人员任现职称期间（任期内）：

（1）专业能力考核合格。

①除护理专业外，具备相应的专业技术能力，任中级期间发表专业相关核心期刊（北大图书馆收录）及以上论文（排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位）1 篇，或达到以下条件中 1 项：

Ⅰ承担无锡市级及以上课题一项（市（县）局级课题第一完成人，市厅级及以上课题前三完成人，科研、教学、管理类）。

Ⅱ获得省卫健委新技术引进奖一项（特等奖、一等奖，前三位完成人；二等奖，第一完成人）。

Ⅲ获得省级科技进步奖一项（前五位完成人）。

Ⅳ获得发明专利一项（第一完成人）。

Ⅴ担任医学院校讲师及以上资格且通过院内带教师资考核合格，具有指导专业技术人员（进修、实习、见习等）工作能力，制定并实施教学计划年平均 2 份。

Ⅵ举办无锡市级及以上继续教育项目主要负责人。

Ⅶ援疆、援藏、援青、援陕、援外达到三个月及以上（时间可累计）。

Ⅷ担任省级及以上医学会、医师协会、口腔医学会、预防医学会、药师协会二级专业委员会委员或省级以上各学组委员，或担任无锡市医学会、医师协会、口腔医学会、预防医学会、药师协会二级专业委员会副主任委员及以上职务。

Ⅸ担任核心期刊及以上期刊编辑。

X 发表核心期刊及以上教学论文 1 篇（排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位）。

XI 选派支援宜兴市外疫情防控工作达到三个月及以上（时间可累计）。

XII 业务能力考核指标：手术科室以院内四级手术主刀科内占比为主，结合国考手术主刀科内占比、国考四级手术第一助手科内占比综合评分，非手术科室以重点科室技术开展率为主，结合专科操作科内占比、门急诊接诊人次科内占比综合评分。（以上得分由职称聘任考评小组评定，按手术科室及非手术科室分别取全院待聘人员总分第一名，可递补至第三名。）

XIII 取得副高级职称满 5 周年。

②申报聘任副主任护师职称人员，具备相应的专业技术能力，任中级期间必须达到以下条件中 2 项：

Ⅰ承担无锡市级及以上课题一项（市（县）局级课题第一完成人，市厅级及以上课题前三完成人，科研、教学、管理类）。

Ⅱ获得省卫健委新技术引进奖一项（特等奖、一等奖，前三位完成人；二等奖，第一完成人）。

Ⅲ获得省级科技进步奖一项（前五位完成人）。

Ⅳ获得发明专利一项（第一完成人）。

Ⅴ近 3 年达到夜班数条件（2023 年开始计算）：

夜班部门：护理人员任主管护师后，平均每年不少于 20 个夜班。

非夜班部门：护理人员取得副主任护师资格当年起顺延 3 年后可免计夜班数。

护士长（包含科护士长和副护士长）、责任组长夜班数：根据工作需要上夜班。

Ⅵ援疆、援藏、援青、援陕、援外达到三个月以上（时间可累计）。

Ⅶ选派支援宜兴市外疫情防控工作达到三个月及以上（时间可累计）。

Ⅷ举办无锡市级及以上继续教育项目主要负责人。

Ⅸ担任江苏省医学会、护理学会各专业委员会委员或省级以上学组委员，或担任无锡市医学会、护理学会各专业委员会副主任委员及以上职务。

X 发表统计源期刊及以上论文 1 篇（排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位）。

XI 获得省级及以上专科护士证书，任职期间仍从事本专科临床护理工作（护理管理岗位除外）。

XII 通过护理部带教老师资质认证，担任护理临床带教老师，具有指导专业技术人员（进修、实习、见习等）工作能力，带教实习生或进修生不少于 10 人/年，承担院级及以上教学活动不少于 10 学时。

XIII 参与省级及以上会议并发言（提供邀请函、会议议程、现场照片等）。

XIV 获得无锡市及以上卫健委或无锡市及以上护理学会护理专业技能类竞赛或护理管理类竞赛或护理教学类竞赛个人奖项一项：无锡市级三等奖及以上。

XV 取得副高级职称满 5 周年。

按照国家的要求完成政府指令性计划的任务（包括支边、援疆、下乡等）。

晋升副高前要到急诊科、重症医学科轮转的临床医师，需按照要求完成任务，原则上是连续 12 个月，考核合格后方可聘任。

3. 新晋升中级卫生技术人员，需具备相应的专业技术能力，任现职称（任期内）：

（1）每年科教考核合格。

（2）完成住院医师规范化培训，并取得住院医师规范化培训合格证。

（3）申报聘任主管护师职务人员，必须达到以下条件中一项：

Ⅰ近 3 年达到夜班数条件（2023 年开始计算）：

夜班部门：护理人员任护师后每年不少于 36 个夜班。

非夜班部门：取得主管护师资格当年，护龄满 16 年者，顺延 4 年可免计夜班数；取得主管护师资格当年，护龄未满 16 年者，在补足 16 年差额年限的基础上，再顺延 4 年可免计夜班数。

Ⅱ援疆、援藏、援青、援陕、援外达到三个月以上（时间可累计）。

Ⅲ选派支援宜兴市外疫情防控工作三个月及以上（时间可累计），成绩突出。

IV 获得宜兴市及以上卫健委或无锡市及以上护理学会护理专业技能类竞赛或护理管理类竞赛或护理教学类竞赛个人奖项一项：宜兴市级三等奖及以上。

4. 新晋升初级卫生技术人员，需具备相应的专业技术能力，任现职称（任期内）：

（1）每年科教考核合格。

（2）申报聘任护师职务人员，必须达到以下条件中一项：

Ⅰ夜班数条件（2022 年开始计算）：

夜班部门：从上班后第二年开始要求每年不少于 48 个夜班。

非夜班部门：从取得护师资格当年起顺延 3 年后可免计夜班数。

服从医院人事调配，返回夜班部门工作顺延一年后。每年夜班数达到要求，可予申聘。

Ⅱ援疆、援藏、援青、援陕、援外达到三个月以上（时间可累计）。

Ⅲ选派支援宜兴市外疫情防控工作三个月及以上（时间可累计），成绩突出。

5. 非卫生专业技术人员晋升高级职称，按以下要求进行聘任。

（1）新晋升正高级非卫生技术人员任现职称（任期内）期间，具备相应的专业技术能力，必须达到以下条件中 1 项：

Ⅰ承担无锡市级及以上课题一项（市厅级及以上第一完成人，科研、教学、管理类）。

Ⅱ获得省卫健委新技术引进一项（特等奖、一等奖，前三位完成人；二等奖，第一完成人）。

Ⅲ获得省级科技进步奖一项（前三位完成人）。

Ⅳ获得发明专利一项（第一完成人）。

Ⅴ援疆、援藏、援青、援陕、援外达到三个月及以上（时间可累计）。

Ⅵ举办无锡市级及以上继续教育项目主要负责人。

Ⅶ选派支援宜兴市外疫情防控工作达到三个月及以上（时间可累计）成绩突出。

Ⅷ担任中国医院协会各专业委员会委员及以上职务，或江苏省医院协会各专业委员会常务委员及以上职务，或无锡市医院协会各专业委员会副主任委员及以上职务。

Ⅸ发表统计源期刊及以上论文 2 篇或北大核心期刊论文、中华级论文、SCI 论文 1 篇（排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位）。

Ⅹ取得正高级职称满 5 周年。

（2）新晋升副高级非卫生技术人员任现职称（任期内）期间，具备相应的专业技术能力，必须达到以下条件中 1 项：

Ⅰ承担无锡市级及以上课题一项（市厅级及以上第一完成人，科研、教学、管理类）。

Ⅱ获得省卫健委新技术引进奖一项（特等奖、一等奖，前三位完成人；二等奖，第一完成人）。

Ⅲ获得省级科技进步奖一项（前五位完成人）。

Ⅳ获得发明专利一项（第一完成人）。

Ⅴ援疆、援藏、援青、援陕、援外达到三个月以上（时间可累计）。

Ⅵ选派支援宜兴市外疫情防控工作达到三个月及以上（时间可累计）。

Ⅶ举办无锡市级及以上继续教育项目主要负责人。

Ⅷ担任中国医院协会各专业委员会委员及以上职务，或江苏省医院协会各专业委员会常务委员及以上职务，或无锡市医院协会各专业委员会副主任委员及以上职务。

Ⅸ发表统计源期刊及以上论文 1 篇（排序第一作者或主要通讯作者，且本院为第一完成单位）。

Ⅹ取得副高级职称满 5 周年。

6. 设立科研岗，新晋升专业技术人员任现职称（任期内）期间，获得国家自然科学基金等国家级项目，符合相应职称聘任的基本条件，只要有空岗，可以直接聘任到相应最低级的岗位。

7. 新晋升高级专业技术人员，满 55 周岁，认定为新冠肺炎疫情防控一线医务人

员，在岗位允许的情况下，经医院专业技术岗位职称聘任工作考评小组考核合格，可以直接聘任到相应最低级的岗位。

（五）有下列情况之一者，暂缓聘任。

1．违反医疗行风建设要求及《医疗从业人员行为规范》情形之一者，缓聘 2 年。

2．有明显责任性医疗过错、医疗缺陷引发医疗纠纷，或造成重大社会舆情，或出现安全责任事故造成医院和患者重大损失（5 万元以上）的主要责任者，缓聘 2 年，具体细则参照我院 2025 年 1 月颁布实施的《医疗安全管理办法》。

3．丙级病历所在责任医疗组内医生，1 个自然年内，若累计出现 3 份及以上丙级病历，缓聘 1 年。若一年内所在主诊组变动，在不同主诊组的丙级病历累计考核。具体细则参照我院 2025 年 4 月颁布实施的《病历管理考核方案》。

4．年度考核基本合格及以下或医德医风考评不合格的，缓聘 2 年。

5．任期内未完成对口支援等指令性工作任务的或不服从院部、科室工作安排的，缓聘 2 年。

6．科研失信行为查证属实者，缓聘 2 年。

7．在医院各类上级检查过程中，出现明显主观差错造成严重后果的，缓聘 2 年。

8．近三年，年出勤率低于 50%（工伤、产假除外）者，每有 1 年缓聘 1 年，以此类推。

9．院级及上级部门组织的三基考试 2 次及以上不合格者，缓聘 1 年。

10．住院医师规范化培训不合格者，缓聘 1 年。

11．医院专业技术岗位职称聘任工作领导小组认定的其它情形。

（六）聘任组织管理及形式

1．组织管理

成立医院专业技术岗位职称聘任工作小组，党委书记、院长任组长，其他党委委员（院领导）任副组长；成立医院专业技术岗位职称聘任考评小组，负责各类岗位的考评，组织人事科为具体负责部门，具体分工如下：

（1）医疗、医技岗位考评小组，由医务部、教学管理与学科建设科、科研与转化管理科、纪检办、临床、医技科主任组成，负责医疗、医技岗位考核细则的调整及考评工作，医务部为主要负责部门。

（2）护理岗位考评小组，由护理部、纪检办及各单元护士长组成，负责护理岗位考核细则的调整及考评工作，护理部为主要负责部门。

（3）药学岗位考评小组，由药学部、纪检办及科务会成员组成，负责药学岗位考核细则的调整及考评工作，药学部为主要负责部门。

（4）行政管理岗位考评小组，由党政办、纪检办及相关职能科室主任组成，负责行政管理岗位考核细则的调整及考评工作，党政办为主要负责部门。

2．采用科室考评推荐、专业考试（中级）、个人述职（高级）结合的聘任形式，专业技术职称聘期为五年，聘任期限届满，符合岗位要求与聘任条件的可以续聘。不足五年达到退休年龄的，聘期自退休之日起终止。

（七）聘任程序

1．公布职称聘任文件，包括岗位情况和聘任条件等。

2．符合聘任条件的待聘人员提出报名申请并提交佐证材料。

3．职称聘任考评小组对待聘人员进行资格初审。

4．各科室根据分配名额确定高级拟聘候选人员。

5．组织专业考试（中级）、个人述职（高级）。

6．职称聘任考评小组对拟聘人员综合评审。

7．职称聘任工作小组审定，确定拟聘人员名单。

8．对拟聘名单进行公示。

9．经公示无异议后，医院下发聘任文件。

10．组织人事科办理聘任手续，并逐级上报审批。

（八）聘任考核

各职称聘任考评小组按照分类评价的原则，以充分体现重医德、业绩与能力为导向，结合医、护、药、技、管理等不同岗位管理要求，设置相应的各级各类聘任考核细则，设定量化考核指标。

符合各类专业技术聘任条件的专业技术人员，在各级岗位职数范围内聘任。若现岗位职数超过符合条件的申请人数，综合得分必须合格方能聘任；若现岗位职数少于符合条件的申请人数，则采取竞争上岗的方式，即在职数范围内依据综合得分从高分到低分确定拟聘人员。分数相同者，以取得待聘职称早者、任现聘职称早者、参加工作时间早者、学历高者依次聘任，拟聘人员由医院专业技术岗位职称聘任工作小组确定，并报集团党委会审核。

（九）聘任管理

专业技术人员聘任到岗后，履行相应岗位职责，享受相应福利待遇。

（十）上述条件中涉及的所有论文，2027 年及以后发表的，同一篇文章仅允许一人在聘任申报时作为必备条件使用，入围聘任后该文章不能再被他人使用。

（十一）未尽事宜，由医院专业技术岗位职称聘任工作小组协商决定。

三、参考文献

[1]中共中央办公厅，国务院办公厅.关于深化职称制度改革的意见（中办发〔2016〕77 号）[EB/OL].（2016-11-01）.https://www.gov.cn/zhengce/202203/content_3635248.htm#1.

四、修订原因

建立科学规范的职称聘任管理体系，规范岗位管理，充分调动全院专业技术人员积极性和创造性,更好地促进医院高质量发展。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2022 年 01 月第 2 次修订

2025 年 12 月第 3 次修订

人才梯队建设管理工作意见

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-006-03	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为全面实施人才强院战略，建立和完善医院人才培养机制，以适应三级医院发展要求，根据医院建设发展规划，特制定本工作意见。

二、内容

（一）人才培养基本思路

建立符合医院实际需要的人才培养梯队，针对不同对象分类实施培养管理办法和措施，明确培养目标任务和管理措施，实施人才培养系统工程。

（二）人才的培养与管理

1．省、市（无锡市）级以上领军人才的培养与管理

主要对象为无锡市级以上各级各类卫生医学领军、重点人才。

以省、市卫生医学领军人才和重点人才培养为平台，加快领军人才的培养，按照上级要求，重点培养和扶持，落实培养措施，支持其开展工作，加大宣传力度，扩大其知名度和影响力，保证完成培养目标任务；积极推荐至国家级、省级学会，担任省级以上学会委员职务。对照各类省、市重点人才选拔条件，物色重点对象创造条件主动推荐申报，争取更多人才成为省、市领军人才或重点人才培养对象。

2．市、局级学科带头人的培养与管理

主要对象为列入宜兴市委、市政府级、宜兴市卫健委等的重点人才。

根据宜兴市学科带头人管理工作意见，积极开展以“六个一”为基本内容的“争先创优、积极创新”活动。明确培养对象管理目标、责任、措施，在政治上关心他们，给他们创造良好的工作条件。

3．院级学科带头人的培养与管理

（1）建立首席专家库。定期遴选各专科首席专家，提高医院各专科学术技术水平，强化首席专家对科室管理和学科建设的责任和贡献，实行任职资格准入，任期两年。

（2）建立中青年专家库。围绕专科发展，以中青年人才取得的专业技术业绩、成果和贡献为主要依据，选育在技术、学术上有潜力的优秀中青年专家，实行任职资格准入，任期两年。

（三）人才选拔培养实施途径

1．实施全员培训制度，落实继续教学

（1）加强规范化培训。新职工进院后，严格按照医、药、护、技各类专业人员规范化培训要求参加培训并考核合格。新职工由院部统一安排相关部门科室轮转，结束后根据轮转考核情况分配进科室。加强继续教育，完成规定学分。

（2）加强“三基三严”培训和考核，夯实基本功，培养优良的职业道德和职业素养，45 岁以下所有医务人员参加培训率和考试合格率达 100%。

2．实施激励机制，提升学历层次

医院鼓励在编在岗专业技术人员提升学历学位，科室根据学科人才梯队建设及科室医疗技术工作的统筹安排，支持在职不脱产攻读与岗位专业相一致的学历学位，对成绩突出的优秀毕业生，实行不同比例的学费报销。

3．鼓励各专科提高全院卫技人员开展科研和新技术新项目的能力。高级职称人员应具有跟踪本专业先进水平和独立承担科研工作的能力。中级以上职称人员每年至少在统计源期刊以上级别杂志上公开发表 1 篇第一作者论著或综述，参与一项以上科研或新技术引进工作。

（四）人才培养管理机制

1．培养管理措施

（1）设定首席专家和中青年专家入围条件，由科室对照条件进行推荐，报院部审核，相关人员填写申请表，进入人才专项数据库。

（2）实行目标管理，对各类人才培养对象下达培养目标任务书，3 年为一个周期，分别设定年度目标和周期目标。

（3）加强考核管理，实行年度考核和周期考核。

2．保障措施

（1）医院举办多种形式的培训班，为医务人员进行专业学习创造条件。

（2）开展学习型组织创建竞赛活动，倡导个体学习、团队学习和团队协作，完善学习机制，评比学习型员工和学习型团队，营造注重学习氛围。

（3）按照《宜兴市人民医院科教研建设专项资金管理及使用办法》，所在学科对相关人员的项目推进、学术交流、外出进修给予经费支持。

（4）医院设立人才培养专项经费。

（5）加大宣传力度，扩大人才的知名度和影响力。

（6）探索跨地区智力引进方式，充分利用医学院校及国内外友好医院、专科、人才优势，搭建人才交流、技术合作的平台。

（7）加大技术创新力度，组织开展重大技术项目联合攻关、科研项目攻关等，创新人才培养的载体。

3．约束机制

将医务人员参加学习培训和临床技能训练、发表论文、开展科研和技术创新等，与专业技术职务和管理职务聘任等挂钩，与年度奖金分配挂钩。

（五）组织管理

人才工作领导小组负责人才队伍建设各项政策、措施的制订和决策，人才工作小组成员负责具体的组织实施工作。组织人事科为人才管理工作办公室；医疗业务条线部门负责人才业务工作质量管理，教学管理与学科建设科负责人才的科教研管理工作，工会共青团负责人才福利的发放；各科室为后备人才的属地管理者。

三、参考文献（无）

四、修订原因

为应对外部政策与技术变革、解决内部人才结构性与培养实效问题、落实自身发展战略，系统性地提升人才队伍的整体素质和可持续性。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

建立和完善人才激励机制的意见

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-007-02	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：1
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为更好地发现、吸引和培养人才，进一步优化医院人才队伍，推动医院事业更好更快发展，特制定本意见。

二、内容

（一）建立科学合理的利益分配激励制度

1．建立与责任相对应的利益分配机制，在同样的总收入水平上拉开工资差距，体现“责权利”对等，激励和约束同步。各科室、主诊组、护理单元、后勤班组的收入与其工作效益、质量和风险挂钩，重实绩、重贡献，奖金待遇向优秀人才和关键岗

位倾斜。

2．员工平均收入略高于本地区同行业平均水平，以对应我院在本地区医疗领域的地位和市场份额。

3．建立学科建设基金，对引进新技术新项目、开展科研、撰写论文予以经费支持，对取得效益和成果的给予重奖。

4．逐步提高中层管理人员的待遇至略高于医院平均收入水平，鼓励更多的管理人才走上管理岗位，提高医院整体管理水平。

（二）建立动态管理的人才竞争激励制度

1．建立能者上、庸者下，以人为本、用人唯才的动态管理用人机制，中层管理人员聘用均需经过民主推荐、民主测评的程序，一经聘用，到岗任职，落实待遇。不称职者予以调岗、降薪。使被提升的职工产生强烈的成就感和责任感，更使原有的管理人员产生危机感，从而激发全体干部职工的积极性和创造性。

2．营造人才脱颖而出的新机制。破除传统观念，打破论资排辈，大胆起用优秀人才，对有发展前途的年轻人才，定向培训和培养，做到人尽其才、才尽其用。

3．部分中层岗位实行换岗制。避免产生懈怠心理，影响积极性的正常发挥，使之始终保持充盈的斗志。

（三）建立择优培育的职业发展激励制度

1．将培训、进修、出国深造等机会作为激励职工积极向上的一种必要手段。在相关政策的制定中体现医院对职工的发展的重视，为职工提供学习提升机会，鼓励职工通过学习提升学历层次。

2．在学习机会的分配上，坚持“公平竞争，择优培训”的原则，使真正有能力、有潜能的人获得应有的培训机会。

3．根据培训的效果对参加培训的人员进行物质、精神或晋升激励。实时为他们提供施展才能的条件和环境，使他们能发挥所长，促进他们尽早将所学的知识、技能运用到实际工作中去。

（四）建立积极向上的文化氛围激励制度

1．充分尊重职工人格。将“以人为本”的理念落实到各项具体工作中，切实体现出对员工保持不变的尊重，赢得员工对医院的忠诚。

2．重视沟通与协调工作。定期与员工进行事业的评价与探讨，吸收他们的意见和建议，建立上下畅通的言路，定期进行调查和回馈。

3．营造人人参与的管理氛围。创造以民主为特征的环境机制，通过鼓励职工对医院管理的参与行为，形成员工对单位归属感、认同感，进一步满足自尊和自我实现的需要。

三、参考文献（无）

四、修订原因

通过制度化的激励设计，将医院战略目标转化为每位医务人员的内在行动力，从而在吸引人才、保障质量、控制成本、提升满意度的多重目标之间实现动态平衡。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

医院人才引育管理办法

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2022-002-03	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2022-10-31
制定部门：组织人事科	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2022-11-30

一、目的

为深入推进医院高质量发展，建立具有核心竞争力的人才队伍，提升医院综合实力，根据市委市政府《关于印发<宜兴市卫生健康“三名”战略实施意见>的通知》（宜发〔2021〕43 号）《关于实施新时代人才强市战略打造区域性国际化中心城市的实施意见》（宜发〔2022〕53 号）宜兴市卫健委《关于印发<宜兴市卫生健康人才引育实施办法（试行）>的通知》（宜卫健〔2022〕110 号）等文件精神，结合本院实际，特制定本办法。

二、内容

（一）指导思想

坚持公开引进与自主培育相结合，规范流程，择优录取，积极营造人才建设的院内环境，制定有利于人才激励的机制，为职工成长搭建平台，发挥高层次人才在三级甲等医院学科建设中的作用。

（二）人才引育的基本条件

热爱医疗卫生事业，拥护党的领导；有强烈的事业心、责任感和敬业精神，遵纪守法，具有良好的职业道德；体貌端庄，身心健康，学风严谨，为人正派，求真务实，有团队协作精神；掌握相关领域前沿的专业知识和专业技能，具备较高科研能力。

（三）人才引育的类别

1. 人才引进

（1）医疗卫生人才

根据人才的业绩与学术地位，将引进的人才划分为高端人才、全日制博士、硕士学历学位人员 3 个层次。

①高端人才：具有博士学位或高级专业技术职称，有三级甲等医院工作经验，长

期在临床科研教学一线工作，在行业内有一定影响力。具体分类参照宜兴市卫健委《关于印发<宜兴市卫生健康人才引育实施办法（试行）>的通知》（宜卫健〔2022〕110号）文件。

②全日制博士：年龄一般在40周岁（含）以下，在本学科领域内有独到的学术思想，具有较大发展潜力的全日制博士研究生，能够胜任临床工作（临床岗位）或者科研工作（科研岗位）。

③紧缺专业或科研专业硕士学历学位人员：年龄一般在30周岁（含）以下，具有硕士学历和学位，有三级甲等医院工作经验或者为全日制应届毕业生，能够胜任临床工作（临床岗位）或者科研工作（科研岗位）。

（2）医学专家团队

医学专家团队由1名学科带头人、多名核心成员组成，有在国内外知名高校、科研单位或医疗卫生机构的工作经历，并取得较为突出业绩，在国内外有一定的影响力。

2. 人才培育

（1）学历（学位）提升

医院鼓励职工利用假日和休息时间提升学历、学位，原则上应申请在职学历(学位)提升。硕士研究生学历、学位可申请参加定向培养的博士研究生学历、学位的学习。职工学习结束后，取得相应的学历、学位，根据取得的科研成果情况，最高给予报销学费的100%。取得博士研究生学历或学位的人员，可申请进入博士后工作站学习（参见见本院文件《关于鼓励在职职工报考高学历学位的管理规定》）。

学习期间须与科室协调好在岗排班情况，接受所在岗位的考勤考核管理，并在规定的时间内完成学业，如期获得学历、学位证书，享受相关福利待遇。

（2）进修学习

①出国（境）进修学习

出国（境）进修学习申报条件：从事工作5年以上，且来院工作满2年以上，中级及以上职称，学历需为博士研究生，特别优秀的可放宽至硕士研究生。具备较好的外语功底，能用英语进行有效的专业沟通与交流。年龄一般在50岁以下，身心健康，适应水平强，能承受一定的国外生活压力。

出国（境）进修学习类型及要求：出国（境）访问学者、短期培训、学术交流，每个亚专业每年不超过1人；国家或省卫生健康行政部门选派出国等，根据上级审核情况，确定人数；出国（境）学习进修，每年每个专业（学科）不超过1人。

②外出进修学习

根据教学管理与学科建设科《关于卫技人员外出进修有关规定》执行。

（四）人才引进的方式

人才引进的方式分为全职引进和柔性引进。

1. 全职引进是指通过办理调动或聘用手续等，将人事关系转到我院的引进方式。

2. 柔性引进是指以“不求所有，但求所用”的总体思路，采用“关系不转、双向选择、合同约束”的引进方式。通过协议管理，确定工作任务、工作方式、考核指标、待遇等。

（五）人才引进的流程

1. 申报：各科室应根据学科建设的需要，每年制定引进人才计划报送组织人事科，提交医疗集团党委会讨论决定后，依据实际需求动态调整，向上级申报。

2. 招聘：依托相关媒体中介平台及上级部门开设的“绿色通道”，进行公开招聘，硕士可以通过校招方式引进，其余高层次人才在年度计划内，经上级有关部门同意，可以灵活启动招聘。

（六）人才引育的待遇

1. 全职人才引进待遇：

（1）编制待遇：对引进的人才给予事业编制。

（2）薪酬待遇：工资按照上级部门及我院的有关规定比照同类人员标准发放。

（3）考核津贴待遇一事一议。

（4）引进人才配偶的工作，医院可结合其自身条件和岗位设置情况予以优先考虑。同时，积极协助办理引进人才及其配偶、子女的户口迁入手续，协助解决子女入学入托问题。

（5）各类全职引进人才必须为医院服务满 8 年，如不满服务期而解除或终止合同（如自行要求调离、辞职、自动离职、解聘等）的，需按照《研究生专项生活补贴资助协议》中的规定，支付违约金和各类人才津补贴，并停止使用科研启动经费。

2. 柔性引进人才待遇

（1）柔性引进人才到院工作期间免费提供住宿，报销来院工作期间发生的往返交通费用。

（2）各类柔性引进人才全额享受工作补贴、购房补贴、绩效待遇采取“一事一议”的原则，经双方面协议确认，根据临床查房、手术、门诊、教学、科研等实际工作内容及时间协议约定。

（3）柔性引进人才的科研课题的启动经费和配套保障，根据提交的科研项目申报书约定给予资助，按科研进度予以发放。

3. 引进的专家团队采取“一事一议”的原则专项资助，主要用于临床科研与技术创新、设备购置、人员培训、人才工作生活补贴等费用。

4. 外出进修人员

根据教学管理与学科建设科《关于卫技人员外出进修有关规定》执行。

5. 自主培育的博士及博士后，在学习期间全额发放工资及绩效奖金，其中博士

后在学习结束后可享受最高一次性人才津补贴 5 万元及最高 15 万元的生活补贴。

（七）引育人才的管理

1. 医院成立人才工作领导小组，由书记、院长担任组长，分管组织人事、科教的院领导担任副组长，组员由相关职能科长组成，下设组织人事科、教学管理与学科建设科负责具体工作的实施，医务部、护理部、工会、后勤保障部等职能部门及人才属地各科室负责各级人才的培养、管理与考核工作。各科室负责各类人才日常管理工作，根据医院学科建设计划，结合人才自身的特点与专业特色，优先为他们提供良好的人才教学与科研平台。

2. 本管理办法涉及的专项基金用于院内高层次人才引育并配套政府专项人才引育工作。对于政府给予医院的一次性引育工作补贴和奖补津贴纳入本基金实行专项管理，职能管理部门制定目标管理责任状和考核管理细则，采用年终考核及周期考核 2 种形式，年终考核每年 1 次，周期考核每三年 1 次（引进的全职人员可延长至五年）。

3. 以上各类人才在引进和培育的过程中均须以合同的形式签订聘用协议，实行定期目标管理，约定工资奖金待遇，明确服务方式、服务期限、工作职责、工作内容、经费使用及违约责任等情况。

4. 有以下违约情形，即与其解除工作协议或聘用合同，取消其相应的经费补贴，追缴相关补助资金，并按规定追究相关责任。

（1）在聘期内到岗工作时间严重不足的；

（2）未能履行岗位职责、完成既定工作目标与任务的；

（3）有弄虚作假行为的；

（4）有学术不端行为或者违反职业道德规范的；

（5）出现违法、违纪行为，造成恶劣影响的；

（6）当年年度考核不合格或者连续两年基本合格的。

（八）本办法自发布之日起执行，以前有与本办法相冲突的规章制度以本办法为准，由组织人事科、教学管理与学科建设科负责解释。

三、参考文献

[1]中共宜兴市委，宜兴市人民政府.关于印发《宜兴市卫生健康“三名”战略实施意见》的通知[Z].宜发〔2021〕43 号，2021-12-30 发布并施行.

[2]中共宜兴市委，宜兴市人民政府.关于实施新时代人才强市战略打造区域性国际化中心城市的实施意见[Z].宜发〔2022〕53 号，2022-11-15 发布并施行.

[3]宜兴市卫生健康委员会.关于印发《宜兴市卫生健康人才引育实施办法（试行）》的通知[Z].宜卫健〔2022〕110 号，2022-08-22 发布并施行.

四、修订原因

为深入推进医院高质量发展，建立具有核心竞争力的人才队伍，提升医院综合实力。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2022 年 10 月第 2 次修订

全员聘用管理制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-009-04	制定时间：2001-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为完善医院人力资源管理制度，保证聘用人员利益，维护医院稳定，推进医院用工管理科学化、制度化、规范化，促进医院可持续发展，结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总 则

（一）本制度指的聘用人员：事业在编职工、编外职工。

（二）医院聘用人员管理突出以人为本，坚持按需设岗、规范用工，合理配置、同工同酬的原则，力求通过强化聘用人员管理，提高职工素质，建立起和谐、团结、进取的良好人际关系，形成稳定的医院人才队伍。

第二章 组织管理

（一）组织人事科负责对全院聘用人员的总体管理。医院各条线职能科室应参照人员管理体系，根据医院规章制度和相关执业管理规定，对聘用人员开展业务工作及执业运行情况进行管理。

（二）根据国家人事政策法规，组织人事科应负责：

1．配合上级人事部门做好人员的引进、招聘等工作。

2．办理人员的录用手续。

3．审核聘用人员的聘用资格。

4．建立健全聘用人员岗位设置管理制度、人员聘用制度。

5．制定并落实聘用人员工资标准及有关待遇。

6．负责与聘用人员签订劳动合同。

7．协助财务科办理聘用人员社会保险。

8．委托办理聘用人员人事代理及档案转递。

9．牵头组织针对聘用人员的思想教育、岗前培训、全员培训等日常性工作。

第三章 聘用的程序和方法

（一）用人科室根据专业需求，提出用人申请，并报院部研究决定，报上级行政主管部门。

（二）上级主管部门根据当年度《事业单位公开招聘工作人员简章》及《事业单位公开招聘非编合同制工作人员简章》中的规定，组织事业编制及非编合同制人员的公开招聘工作，我院根据上级主管部门招聘结果办理录用人员的聘用手续。

新聘用的卫生专业技术人员由相关职能管理部门组织岗前培训，并按照规范化培训要求，统一安排科室进行岗前轮转；非卫生专业技术人员由各科室安排试用期工作。事业在编职工试用期最高为12个月，编外职工试用期最高为6个月。

（三）试用期（见习期）内实行试用期工资，不享受奖金待遇。试用期满后，由本人撰写试用期工作总结，由科室签署鉴定意见，条线职能科室审核后，组织转正定级考核，考核结果报组织人事科，合格者办理转正定级手续，签订正式聘用合同，兑现定级工资。

（四）新聘用的专业技术人员在取得相应的专业技术初聘资格后，在从事专业技术工作过程中，对照各级各类专业技术资格申报的条件及医院岗位设置实施方案及岗位任职条件，关注个人专业技术职称晋升工作。

第四章 聘用人员条件

（一）专业技术人员聘用条件

初聘人员依据执业准入的相关规定执行；中、高级人员的聘用按照当年度专业技术职称聘用管理规定执行。

（二）工勤岗位人员聘用条件

1．具有吃苦耐劳、爱岗敬业精神。

2．持有相应专业岗位上岗证书。

3．考核合格。

第五章 聘用人员的待遇

（一）工资待遇、社会保险待遇、其他福利待遇依照《宜兴市人民医院职工薪酬管理办法》《宜兴市人民医院职工福利待遇规定》执行。

第六章 聘用人员培训、考核

（一）新聘用人员上岗前须经过岗前培训，培训考核合格方可上岗。上岗后，所有专业技术人员应积极参加科室、职能部门、院部组织的各类全员培训。

（二）各科室应按照岗位工作内容和职责要求，加强对聘用人员的考核管理，医护专业技术人员要严格执业管理，同时，院部要对聘用人员开展业务工作能力情况进行跟踪管理，实施评价与考核。

（三）业务主管职能科室和用人科室负责聘用人员的业绩评价和年度考核。

（四）医院与被聘人员双方应严格履行合同所规定的权利和义务，合同期满，医院对政治思想和工作表现好、胜任本职工作的聘用人员予以续聘。

第七章　聘用人员的解聘、辞职

（一）解聘

1．聘用人员发生下列情况之一的，医院可解除聘用合同：

（1）符合《劳动法》第二十四、二十五、二十六、二十七条规定的。

（2）违反《医师法》第三十七条规定，造成严重后果的。

（3）违反《护士条例》第三十一条规定，造成严重后果的。

（4）根据《事业单位人事管理条例》及《劳动合同法》中规定的旷工天数执行。

（5）未经医院同意，擅自出国（境）或者出国（境）逾期不归的。

（6）违反规章制度、工作纪律或者操作规程，发生责任事故，或者因失职、渎职，造成严重后果的。

（7）严重扰乱工作秩序，致使医院或其它医院有关工作不能正常进行的。

（8）有收受红包回扣等严重违反职业道德相关规定的。

（9）自首次签订劳动用工合同起，连续二次资格考试或执业考试未通过的。

（10）连续两个年度在医院组织的考核中被定为不合格的。

（11）有违法违纪行为的，经批评教育不改正；或被依法追究刑事责任的。

（12）其他违反《劳动法》和《事业单位人事管理条例》的。

2．解聘由所在科室或职能部门提出解聘意见报告，报院部批准，组织人事科办理解聘手续。

（二）辞职

1．聘用人员提出辞职，需提前 1 个月提交辞职报告，办理辞职手续，具体流程根据《职工辞职管理规定》执行。

三、参考文献（无）

四、修订原因

完善医院人力资源管理制度，保证聘用人员利益，维护医院稳定，推进医院用工管理科学化、制度化、规范化，促进医院可持续发展。

五、修订记录

2010 年 10 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2020 年 12 月第 3 次修订

入院新职工管理办法

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2023-004-04	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-10-08
制定部门：组织人事科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2023-10-31

一、目的

为让新职工确保安全、规范行为、统一标准、促进融入，保障医疗安全与服务质量，保证医院运营效率与防范风险，加速新职工融入医院环境与职业成长，特制定本办法。

二、内容

第一章 总 则

第一条 进一步加强医院新参加工作人员的教育和管理，提高本院新参加工作人员的整体素质，推动医院医疗、教学、科研等各项工作的开展，根据有关文件精神，结合本院实际，特制定本办法。

第二条 本办法中所指的新参加工作人员（新职工）指通过上级行政部门公开招聘择优录用的高等医学院校应届毕业生，包括事业编制职工及非编合同制职工。

第三条 基本原则：公开选拔，择优录用，严格培训，加强考核，提高素质，规范管理。

第二章 培训、考核

第四条 新参加工作人员必须参加医院统一组织的新职工岗前培训，培训内容及形式根据《新职工岗前教育培训制度》执行。岗前培训由组织人事科、教学管理与学科建设科、科研与转化管理科组织，各职能科室协助配合。

第五条 新录用的新职工，自岗前培训起纳入全员聘用合同管理，医院与新职工须共同签订《全员聘用合同书》《毕业生就业协议书》《劳动合同书》，双方必须全面履行合同和协议规定的义务和责任，任何一方未能履行合同和协议规定的义务和责任的，按照合同和协议中的规定承担相应的责任。

第六条 新录用的职工实行试用期管理，试用期内严格按照医院的有关规定和要求，完成各项学习与工作任务。试用期（见习期）满后经考试考核合格并取得相应专业技术资格证书者，签订正式聘用合同，纳入医院专业技术人员管理；试用期（见习期）间连续病假或产假等休假 20 个工作日以上的，按休假时间相应延长见习期，并根据《无锡市事业单位工作人员试用期考核办法》做好见习期转正工作。

第七条 新参加工作的医、护专业技术人员严格按照《住院医师规范化培训管理办法》《住院医师规范化培训实施细则》《护士管理办法》《关于新入职研究生科研

工作规定》等政策要求，在医务、科教、护理等有关部门的安排和上级带教老师的指导下进行培训，完成培训目标，并进行阶段考核与年度考核。

第三章 资质管理

第八条 新职工须按照规定参加相应专业技术资格或执业资格考试，在 3 年 2 周期内未能取得相应资格证书者，给予解聘。

对在医疗、医技、护理、药剂等卫技岗位上工作未取得专业技术资格或执业资格的，无处方权、操作权及报告权，不能安排独立上岗或值班。

在专业技术岗位上工作的专业技术人员，未获得相应专业技术职称前，不享受科室绩效奖金。

第四章 工资、奖金、社会保险及公积金待遇

第九条 新职工在试用期（见习期）内执行试用期（见习期）工资标准，试用期（见习期）满并取得相应岗位专业技术资格证书者，按所聘专业技术岗位或管理岗位执行相应的工资及奖金标准。

第十条 对新参加工作未取得专业技术资格的硕士研究生，执行见习期初期工资，工作 6 个月后经科室考核合格，经条线部门审核，可执行科室奖金的 50%，待取得相应的专业技术资格或执业注册，经条线考核合格并获得处方权，第一年可执行科室奖金的 80%，第二年可执行科室全额奖金；对新参加工作时已经具备相应的专业技术初级资格的硕士研究生，按聘用岗位，执行相应的工资待遇；并由条线部门审核相关注册情况，考核合格并获得处方权，第一年可执行科室奖金的 80%，第二年可执行科室全额奖金。

第十一条 新职工自报到之日起，医院帮其缴纳社会保险金及公积金，社会保险金包括养老保险、医疗保险、职业年金、失业保险、工伤保险，社会保险金标准及缴纳方式按照上级人社部门的规定执行。

第五章 附 则

第十二条 本办法由医院组织人事科负责解释。

第十三条 有与以往规定不一致的以本办法执行。

三、参考文献（无）

四、修订原因

确保新职工职业安全、规范行为、统一标准、促进融入，保障医疗安全与服务质量，保证医院运营效率与防范风险，加速新职工融入医院环境与职业成长。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

2023 年 10 月第 3 次修订

新职工岗前教育培训制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2025-004-05	制定时间：1992-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-24
制定部门：组织人事科	修订版本：4
审核批准：党委会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为确保医疗服务质量、保障患者安全、帮助新员工顺利融入医院并实现个人职业发展，特制定本制度。

二、内容

（一）培训对象

新参加工作的人员或新调入人员。

（二）组织管理

1. 领导小组

（1）组长：党委书记、院长

（2）副组长：人事分管领导、业务分管领导

（3）组员：各职能科室负责人

2. 工作小组

（1）理论基础培训小组：各职能科室授课人员。

（2）临床技能培训小组：各专科主任、各教研室主任及教育管理办公室工作人员。

（3）科研素养培训小组：院内高层次科研人才、外请教授和中心实验室工作人员。

（4）军训工作小组：组织人事科和安全监督科工作人员。

（三）培训内容

1. 理论基础

医院历史、愿景、使命、核心价值观及文化氛围；医院基本组织架构和主要职能部门职责；与岗位密切相关的核心制度及医院规章制度；职业道德和医德医风；相关医疗法律法规和制度等。

2. 临床技能

急救临床操作技能和住培通识技能；规范的问诊技巧与系统的体格检查；符合标准的病历书写；常见急症（如心肺复苏、休克、急性心梗、外科多发伤等）的快速识别与初步处理流程；医患沟通能力；本专科的专科技能等。

3. 科研素养

临床医生开展科研的基本观念；基础研究基本理论知识与操作流程；科研资料、文献查询及学习方法，科研选题、设计、论文和项目书撰写的基本方法；数据收集、整理、统计方法；生信分析的基本方法等。

4. 军训

每年根据实际情况酌情安排。

（四）培训要求

1.学员严格遵守医院规章制度和考勤纪律，培训期间严禁迟到、早退，无故缺席按旷工处理，因特殊事宜需请假者，须向组织人事科提交书面请假申请，同时向培训负责人报备。

2. 岗前培训进行阶段性考核，定期对新职工的培训成果进行考核、总结及反馈；培训周期结束后进行综合考核，合格后上岗。

3. 岗前培训与试用期转正定级考核结合起来。新职工在试用期内，除进行集中的岗前培训外，仍需参加各条线及科室的专业技能培训，转正定级前由所在科室及条线作出考核评价。

三、参考文献（无）

四、修订原因

为确保医疗服务质量、保障患者安全、帮助新员工顺利融入医院并实现个人职业发展。

五、修订记录

2010 年 09 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2020 年 12 月第 3 次修订

2025 年 11 月第 4 次修订

新录用人员试用期满考核办法

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2024-002-02	制定时间：2023-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2024-11-14
制定部门：组织人事科	修订版本：1
审核批准：党委会	执行时间：2025-01-01

一、目的

为规范我院新录用人员试用期满考核工作，全面、准确评价新职工在试用期间的综合表现，为其转正提供重要依据，按照上级人事管理制度的有关规定，结合我院实际，特制定本办法。

二、内容

（一）适用范围

本办法适用于我院新录用试用期满的职工。

（二）考核原则

试用期考核以岗位职责为考核依据，以工作实绩为重点内容，以服务对象满意度为基础，全面考核工作人员的德、能、勤、绩、廉等。

（三）考核结果

试用期满考核等次分为合格和不合格两个等次。

（四）考核程序

1．书面总结

试用期满后，被考核人对本人在试用期间的德、能、勤、绩、廉等情况进行总结，并交组织人事科。

2．综合考核

试用期考核由组织人事科、条线科室、所在科室对其进行综合考核。考核内容主要为综合能力评价、基础考核和科研考核等。

（1）综合能力测评(100 分)：综合能力测评≥80 分合格。

①主任(护士长)评价(权重 40%)

②同事评价(权重 20%)

③业务管理部门评价(权重 40%)

（2）基础考核

由条线科室、行风办、安监科、组织人事科等相关科室分别对试用期内人员的执业资格、医德医风、医疗安全、日常出勤等情况进行考核。具备下列情形之一的确定为不合格等次:

①违反医疗卫生行业职业道德行为规范；

②试用期内因工作失职出现医疗纠纷或医疗责任事故。

（3）科研考核

新录用的高等院校应届硕士、博士毕业生，还需要完成以下任务，否则试用期考核不合格。

①参加院部、科研与转化管理科举办的学术讲座，年度出勤率＞80%。

②试用期内结合自己专科或兴趣阅读文献，每季度须提交文献阅读报告一篇。

③试用期内每月参与科研与转化管理科组织的读书报告会，每次 2 人做文献分享，每人至少作一次报告。

④试用期结束，所有人员确定一个研究方向，提交研究计划 1 份，撰写中文或 SCI 综述 1 篇。

新录用人员有下列情形的，试用期顺延，顺延期满后再行考核：

①因病、事假累计超过 20 个工作日不在岗位的，试用期顺延至补足其不在岗位的工作日，在与事业单位签订聘用合同后一年半内仍未补足的，视为考核不合格。女

性在孕期、产假、哺乳期内不在岗位的，试用期顺延至补足其不在岗位的工作日。

②被立案审查尚未结案的，待结案后按照有关规定处理。

③法律、法规规定影响试用期满考核正常进行的其他情形，按照法律法规规定执行。

3．确定考核等次

组织人事科根据综合考核情况，提出试用期满考核等次建议，并提交主要领导审定。

4．公示

考核等次确定后，对试用期满考核合格人员名单进行公示。

5．办理手续

公示无异议后，通知被考核人和所在科室考核结果。考核合格的兑现相应待遇；考核不合格的人员予以解聘。

（五）其他说明

1．新聘用人员试用期满综合能力测评成绩小于 80 分或基础考核、科研考核不合格的应当予以解聘。但如本人申请，医院同意后，可以先转正，签定为期六个月的短期聘用合同,合同期满后，经考核合格，继续签定聘用合同；如果仍不合格，予以解聘。

2．新聘用人员应当按聘用合同约定在聘用岗位工作，不得擅自离岗，不得参加规定以外的离职学习。

3.试用期满考核工作由组织人事科负责组织实施，相关科室配合。本办法自 2025 年 1 月起执行。

三、参考文献

[1]中共宜兴市委组织部,宜兴市人力资源和社会保障局.关于转发无锡市委组织部、无锡市人力资源和社会保障局《关于印发〈无锡市事业单位新聘用人员试用期考核暂行办法〉的通知》的通知：宜人社〔2014〕60 号[Z].2014-09-01.

四、修订原因

适配新的管理要求，补齐原有办法实操短板，细化考核标准流程，压实科室责任，严把新进人员入口，防范人事争议，规范试用期满考核管理。

五、修订记录

2024 年 11 月第 1 次修订

院科两级人员紧急替代方案

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-012-02	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：1
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为保障医院的各项工作顺利进行，提高我院处置紧急突发事件的应急能力，依据《突发公共卫生事件应急条例》的精神，结合本院实际，特制定本方案。

二、内容

（一）指导思想

以《突发公共卫生事件应急条例》精神为指导，认真贯彻“预防为主、单位负责、专业处置、依法办事”的方针，保障医疗质量和患者安全，为医院创建良好、有序的就医环境。

（二）人员替代程序

1．值班人员在值班期间如遇突发情况，及时报告本科室二线班和科主任或护士长安排相应人员到岗。

2．正常工作日：如因科室工作繁忙而人员不足，或上级医护人员因意外情况不能坚持完成工作时，由其下一级医护人员替代完成；若后者没有能力完成，则需向科主任报告，请求派具备相应资质的人员替代；必要时，可报告医务部或分管院长协调解决。

3．夜班及节假日值班，如因人员不足或值班人员意外不能坚持完成工作时，值班人员应联系二线人员接替，并报告科主任；必要时，可报告医院行政总值班或分管院长协调解决。

4．若患者情况恶化，须紧急手术或转科、转院者，则应向科主任请示报告，请求派二线人员接替值班，在班人员准备转运患者。

5．二线人员若联系不到或有事耽搁，则紧急联系科主任，必要时，报告医院行政总值班协调解决。

6．全科人员应保持通讯工具 24 小时畅通，二线人员不得饮酒或外出，以便紧急需要时能及时到位，二线人员如有特殊情况需离开宜兴城区，需提前请示科主任或护士长，重新安排其他二线人员后方可离开。

7．手术中若发生手术人员（尤其是主刀医师）因意外无法继续完成手术时，由其下一级医师（第一助手）替代其完成手术，如后者没有能力或资质完成该手术，则需向其所在主诊组主诊医师或科主任报告，请求派具备相应资质的医师上台，必要时，报告医务部或分管院长协调解决。

（三）人员替代方案

1．根据岗位责任制，各科室医师、护士要按时交班，不得擅自调班、私自找人替班，如有特殊情况，调班或替班必须经科主任或护士长许可。

2．在岗人员必须认真履行岗位职责，完成各项工作任务，不得在上班期间离岗、串岗，如有特殊情况，必须经科主任、护士长许可，并安排人员替代，方可离开。

3．在紧急情况下，值班医师可直接请二线人员参与抢救等医疗工作；值班医师可根据患者病情直接邀请相关专家会诊及参与抢救，被邀请人员必须立即到位，不得延误；医院行政总值班有权直接调配不在岗位的院内任何医疗、护理专业人员到位，参与紧急医疗护理工作。

4．如有科室人员不能满足替代需要，应由科主任向医务部、护理部或行政总值班提出院内替代，医务部、护理部、行政总值班均有权直接调配院内任何科室的医护人员完成替代任务。

5．门诊人员（含专家门诊、医技科室门诊）若不能出诊，本人应于开诊前及时通知本科室主任安排其他具备相应资质的人员替代出诊。

6．门诊部发现缺岗时，及时通知相关科室主任安排人员到岗。

7．若因科室紧急收治患者过多或危重患者较多，或当班医护人员因特殊情况不能坚持完成工作任务时，由其下一级医护人员替代完成，如后者没有能力完成诊疗操作，则需向科主任报告，请求具备相应资质的人员替代，如有必要，报告医务部、护理部或分管院长协调解决。

8．夜间及节假日急诊科有患者需要会诊但发现相关科室人员缺岗时，应及时通知行政总值班及相关科室主任，安排相应人员到岗应诊，不得延误患者紧急诊疗。

三、参考文献（无）

四、修订原因

确保在任何突发人力资源危机下，医院都能实现“在正确的时间，有正确的人，在正确的地点，以正确的权限，执行正确的医疗任务”，从而守住患者安全的底线。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

人事工作管理流程

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-013-03	制定时间：2001-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为加强对各类人事工作流程的规范管理，做到有组织、有计划地办理手续，特制定本流程。

二、内容

1．人员招聘流程

科室申报年度招聘计划→组织人事科会同条线职能部门汇总审核→递交党委会商议→确定招聘计划、公示→报上级主管部门审批→市纪委、人社、主管部门组织报名→市人社局、市主管部门组织笔试、面试、体检→公布入围名单→招录单位组织政审→市主管部门通知正式录用名单→招录单位办理录用手续。

2．试用期满后考核、转正定级工作流程

新职工自我评价→科务会成员组织民主测评、综合考核→条线职能部门审核并签署意见→组织人事科再审并将考核结果报党委会商议→办理转正定级手续。

3．职工退休工作流程

组织人事科通知科室负责人拟退休职工名单→科室做好工作衔接→院领导与退休职工谈话→工会做好人员信息登记→组织人事科办理退休手续。

4．职工辞职工作流程

本人提前三个月提出辞职申请→科室负责人签字同意→条线审核→组织人事科备案并递交党委会审定→上报上级行政部门审批→办理相关手续。

5．退休返聘申请流程

对照医院退休返聘条件本人提出留用申请→科室同意报条线审核→组织人事科备案并报党委会商议。

6．年度考核工作流程

拟定年度考核通知并布置相关工作→个人总结、科内述职→科室确定考核等次→条线职能部门审核→党委会审定考核结果→院内公示→报上级主管部门终审→组织人事科实施考核结果。

7．各类职称申报工作流程

通知文件精神、个人网上申报→组织人事科会同条线职能部门审核个人资质、申报证明材料→汇总并公示→报各级（局、市、省）行政部门审批。

8．岗位聘任工作流程

公布年度岗位聘任文件、布置相关工作→个人申请并完成科内考核→院部组织高级述职、中级考试→条线职能部门对科室考核结果审核→组织人事科审核汇总结果并递交岗位聘任委员会终审→高、中、初级聘任名单公示→下发聘任文件、签订聘任合同、办理工资调整。

9．执行奖金的审批流程

组织人事科根据医院奖金执行标准→每月列出人员调整名单及执行比例→报各相关条线审核→院领导审批→核算办执行。

10．资质审核工作流程（新进或调进）

提供毕业证、资格证、执业证等相关证书原件→组织人事科审核→扫描入人力资源信息库→复印件加盖组织人事科公章，存入个人技术档案。

11．院内岗位流转工作流程

根据《人力资源配置调整的暂行规定》中相关规定执行。

12．职工请假审批流程

根据《职工休假管理制度》中相关规定执行。

13．执行院内通知工作流程

根据医院党委会通知精神拟定执行方案→科内商量方案的正确性及操作的可行性→分管院领导审核→书记、院长审批→组织人事科执行并通知财务科落实。

三、参考文献（无）

四、修订原因

优化各类人事工作流程的规范管理，做到有组织、有计划地办理手续。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

职工退休管理规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2025-005-04	制定时间：2001-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-24
制定部门：组织人事科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为在保障医疗安全与质量的前提下，实现人力资源的代际有序更替，既尊重和保障老职工的权益，又为年轻人才的成长开辟空间，从而确保医院自身的可持续发展和整个医疗事业的生机与活力，特制定本规定。

二、内容

（一）根据国家政策制定本规定。

（二）职工退休年龄：干部、工人男年满 60 周岁，干部女年满 55 周岁，工人女满 50 周岁（具备副高及以上职称可以延长至 60 周岁），连续工龄满 10 年，可以办理正常退休。在此基础上，根据国家规定，对法定退休年龄实施渐进式延迟。

（三）退休职工退休费标准

按照人社部门政策确认。

（四）提高退休费标准的主要对象及规定

1．领取独生子女证的父母，退休时经市计生委审核后签署意见，可提高 5%退休费。

2．退休时仍保持省级及其以上劳动模范荣誉的，可提高 5％退休比例。

3．在本地区、本系统生产、科研、文教、卫生等方面从事专业技术工作满30年并做出显著成绩的高级专家，退休费标准可提高5%。

4．离退休生活补助费按上级有关规定执行。

其他提高退休费标准的对象按上级规定执行。

以上退休费计发比例最高不超过本人在职时的基本工资。

（五）退休手续的办理

1．职工到达退休年龄时，组织人事科提前一个月通知本人及所在科室；科室要妥善安排，按时做好交接班。

2．办理退休手续时，由组织人事科帮助填写相关退休审批表，报上级部门审批。退休对象应积极协助，提供相关材料（小二寸免冠彩照、独身子女证，享受提高退休费比例者应提供个人获奖证书、任职资格证书、单位聘书、身份证等），在到达退休年龄后的一个月内办完相关手续。

3．退休手续办结后开始执行退休待遇。

4．职工办理退休时，如发现职工的身份证、户口簿与档案中记载的出生日期不一致时，按照江苏省人事厅苏人通（1999）53号及苏人函（2001）199号文件精神，以该职工档案中最早资料记载的出生日期为准。

以上规定根据国家政策变动。

三、参考文献（无）

四、修订原因

根据上级部门规定，调整退休审批流程，规范管理。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年12月第2次修订

2025年11月第3次修订

职工辞职管理规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-015-03	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为保证医院人员相对稳定、维护正常人员流动秩序，特制定本规定。

二、内容

（一）辞职程序

1．个人提出辞职申请：职工提出辞职时，应提前 1 个月以书面形式向所在条线部门提出辞职申请。

2．条线部门负责人与辞职职工积极沟通，对工作表现突出，业务技术能力强的职工要努力挽留，探讨改善其工作环境、条件和待遇的可能性。

3．辞职职工填写辞职申请表：在编职工填写《专业技术人员和管理人员辞职申请审批表》及《宜兴市企事业单位专业技术管理人员解除聘用合同通知书》，经医院同意后报上级主管部门及人力资源及社会保障部门审批；编外职工填写《解除、终止劳动合同证明书》报人力资源及社会保障部办理退工手续。

4．职工辞职申请获准，则办理离职移交手续。应安排其他人员接替其工作和职责。

5．在所有必须的离职手续办妥后，到财务部门领取工资。

（二）辞职谈话

职工辞职时，组织人事科或条线职能部门与辞职人进行谈话，记录谈话内容，签字并存档。谈话完成下列内容：

1．了解职工辞职的原因，并听取其意见。

2．了解全员聘用及劳动用工合同签订的时限。

3．介绍医院辞职规定及手续的办理程序。

4．了解医院提供其业务技术培养、外送进修学习开支费用等情况。

5．了解在财务部门的领借款手续。

（三）辞职手续的办理

1．辞职申请经院部批准后，由组织人事科根据院部意见，办理相关手续。

（1）与相关条线做好辞职人员工资、福利、奖金等结算上的衔接。

（2）协助做好养老保险、医疗保险、公积金等关系的转移。

（3）协助做好人事档案、党团关系的转移。

（4）工作移交。

（四）违约情况的处理

辞职人员如获得医院提供的业务技术、在职培养等费用上的资助后，提出辞职，个人应按照医院与个人签订协议上的规定承担相关违约责任。

（五）辞职手续办理完毕后，辞职人员即与医院脱离劳动关系。

三、参考文献（无）

四、修订原因

适应医疗行业人才竞争新形势、落实人事制度改革政策要求，并通过制度优化平衡“人才合理流动”与“医疗服务稳定”的双重需求。

五、修订记录

2019 年 07 月第 1 次修订
2020 年 12 月第 2 次修订

全员培训制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-016-02	制定时间：2011-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：1
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为进一步推进医院的发展，加快人才队伍建设，加强职工素质教育，改善和提高医疗服务质量，树立良好的医院形象，更好地提高广大职工的服务意识和专业技能，医院将通过进一步健全和完善全员培训体系，切实提升医院服务质量，全面提高各类人员的服务水平和专业技能，促进医院更好地发展，特制定本制度。

二、内容

（一）指导思想：紧紧围绕医院中心工作，确立全员培训理念，强化院科二级培训职责，提高各级各类职工的综合素质，促进院内信息交流，提高医疗服务质量和水平，不断增强医院的综合竞争实力和可持续发展能力。

（二）培训原则

1．按需施教，分类培训，层级分明。

2．统筹整合，讲究实效，融会贯通。

3．坚持理论培训与岗位培训相结合，日常培训与重点培训相结合。

（三）培训网络与实施办法

1．医院人才管理领导小组负责职工培训的指导和监督。

组织人事科：制定年度培训工作方案，指导培训工作，汇总培训台帐。

党政办：扎口负责培训场地、时间、设施设备、会务接待等事务性工作。

各职能科室：在年初制定条线培训计划，组织和指导开展全年院、科二级人员培训工作，落实培训师资和培训资料并负责考核。

2．科室培训由科主任负责，在年初召开科务会，按照培训工作要求，在科室管理、人才梯队建设、学科建设、医疗服务、医疗质量与医疗安全等方面制定科内培训计划，有系统地组织全科人员参加院科级培训，并针对科内人员不同的岗位、资质、学历、职称等安排科室人员不同的学习、进修任务，指导、支持和督促科室人员完成培训任务，及时做好科室培训台账。

3．职工个人紧密结合岗位职责和个人职业发展，按要求完成规范化培训和相关

学习，并积极争取参加各类学习培训。

（四）考核办法

通过院科二级考核体系，通过职能科长—科主任—护士长考核体系完成常规考核和年度考核，具体形式以检查台帐、职工访谈、接受上级行政管理部门工作检查，查看培训现场，开（闭）卷考试等方法进行。

三、参考文献（无）

四、修订原因

应对医学知识快速更新、医疗政策密集出台、患者需求不断提高以及医院自身高质量发展需要之间形成的持续压力，通过系统性修订来实现培训的针对性、有效性、覆盖面和强制性。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

职工薪酬管理制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-017-02	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：1
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为进一步规范医院的薪酬管理制度，激发职工活力，保证医疗工作稳定与健康发展，特制定本制度。

二、内容

（一）管理范围

在各类岗位工作的事业编制职工、编外合同制职工。

（二）管理原则

坚持公平性原则；坚持激励性原则；坚持同工同酬原则；坚持经济性原则；坚持人性化原则。

（三）薪酬构成内容

由基本工资、绩效工资、福利待遇、社会保险金等四部分组成。

1．基本工资

事业编制职工：根据上级行政部门实施的绩效工资标准执行，每月 10 日由财务科发放。

（1）见习期工资：新参加工作人员实行一年见习期，见习期内实行见习期工资。

（2）正常晋升薪级工资：医院将每年组织工作人员年度考核，考核合格后于每年 1 月份正常晋升薪级工资。

（3）职称晋升工资：医院每年组织高、中、初级职称晋升材料申报，按照医院专业技术职称评聘实施方案中的聘任周期，对新聘任的人员调整相应的职称工资。

（4）岗位层级工资：岗位设置工作完成后，对符合岗位层级任职条件的人员予以调整层级工资。

（5）岗位津贴：实施绩效工资后，对符合工作年限的人员于每年 1 月份调整岗位津贴。

2．绩效工资

绩效工资于每月月底由核算办根据医院各科室收支结余情况、工作效率情况、考勤情况、外出进修学习及考核结果测算出核算单元奖金，由核算单元根据职工职称级别按系数发放绩效工资。

3．福利待遇

职工休假、健康体检、节日补贴、考核奖励等相关福利待遇参照《宜兴市人民医院职工福利待遇规定》中的内容执行。

4．社会保障

职工的养老保险、医疗保险、失业保险、工伤保险、生育保险、公积金按照人力资源与社会保障部门的规定执行。

（四）薪酬考核

医院职工每年接受院部及各职能部门的工作考核，考核结果与职工薪酬挂钩，对考核优秀者实行奖励，对考核不合格者实行延聘及扣奖，影响正常晋升工资的调整。

（五）本规定如与上级文件精神不符时，以上级文件规定为准。

三、参考文献（无）

四、修订原因

适应外部政策与市场环境变化、解决内部分配矛盾与效率瓶颈，并通过建立更具激励性的薪酬体系，吸引、留住和激励人才，最终实现医院高质量发展与公益性目标的平衡。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

职工休假管理制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2022-003-05	制定时间：2001-06-01
适用范围：全院员工	修订时间：2022-10-31
制定部门：组织人事科	修订版本：4
审核批准：党委会	执行时间：2022-11-30

一、目的

为进一步规范职工休假的管理、确保医疗服务的连续性和稳定性、提升医疗质量与安全、提高医院职工的工作满意度和幸福感，维持医院的长期、稳定和高质量运转，特制定本制度。

二、内容

（一）病假

病假，是指职工因患病或非因工负伤，需要停止工作医疗时，单位根据职工本人实际参加工作年限和在本单位工作年限，给予一定的医疗假期。病假的长短需根据劳动者的病情而定。

1．职工休病假应由副主任医师职称以上的专科医生出具，并附病历、检查单等医疗证明材料。所有病假均需经过医务部审核，方能逐级请假。

2．病假期满如需续假，必须复诊，待复诊明确结论后，经条线部门、组织人事科审核同意，可续假。

3．长病假（6 个月及以上）职工，至少每 3 个月进行一次复查，将医疗证明材料交条线部门及组织人事科审核同意，方可续假。

4．职工病假期间要注重休养，切实保障身体健康，如利用病假进行有偿劳动，停发病假期间的全部工资，并作相应处理。

（二）事假

事假，是指职工因个人或家庭原因需要而请的假期。事假为无薪假，事假以天或小时为计算单位。事假原则上不超过 7 天，事假天数应抵充当年年休假天数。

（三）年休假

年休假，是指单位职工凡连续工作 1 年以上，可享受的一年一次的带薪休假。

1．年休假在一个年度内可以集中安排，也可以根据工作情况分段安排。职工累计工作已满 1 年不满 10 年的，年休假 5 天；已满 10 年不满 20 年的，年休假 10 天；已满 20 年的，年休假 15 天。年休假不计入国家法定休假日和双休日。

2．有下列情形之一的，不享受当年的年休假：

（1）累计病假满 2 个月以上（含 2 个月）的，抵消当年年休假。

（2）事假抵消相应的年休假天数。

（四）婚假

婚假，是符合国家法定结婚年龄，并依法办理结婚登记手续的职工享受的假期。婚假为 13 天，不计入国家法定休假日，但含双休日。实际年龄根据身份证出生年月与结婚证明办理日期为准。

（五）产假、哺乳假、护理假、育儿假、节育假

1．产假与哺乳假

产假，是指女职工产期前后的休假。女职工产假证明由产科病区主治医师职称以上人员出具。

哺乳假，是指女职工产假期满后，单位在工作日内安排的哺乳时间。

（1）产假为158天，不计入国家法定休假日，但含双休日。

（2）难产的，增加产假15天；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿，增加产假15天。

（3）女职工怀孕满6个月，从第7个月开始不安排中夜班及值班，在工作时间酌情给予一定时间休息，根据身体状况产前半个月可以开始休产假。

（4）女职工哺乳期为1年，哺乳期内，每天给予两次哺乳时间，每日上、下午各送奶1次，每次30分钟（包括路程时间），多胞胎的每多哺乳1个婴儿，哺乳时间增加30分钟。

2. 护理假

护理假，是指男职工为护理生产配偶而享受的特定假期。护理假为15天，不计入国家法定休假日，但含双休日。

3. 育儿假

育儿假，是指符合政策规定生育子女的职工，子女3周岁之前，每年享受的假期。育儿假为10天，不计入国家法定休假日，但含双休日。每年的育儿假不按照子女数量叠加享受。育儿假自子女出生之日起按周年计算，即自子女出生之日起的36个月内，每12个月各享受10天育儿假。

4. 节育假

节育假，是指自愿落实节育措施的职工享受的假期。

（1）凡合法婚姻后怀孕或采取上环、结扎等稳定性节育措施后怀孕2个月以内流产者，假期为20天；2个月以上，3个月以内行人流或自然流产者，产假为30天；3个月以上，7个月以内流产者，产假为42天；7个月以上流产的，产假为98天。

（2）凡未婚先孕或生育后未采取稳定性节育措施而怀孕，按病假处理。

（3）女职工结扎后休息30天；上环、取环休息2天；采取稳定性节育措施宫外孕手术者，休息30天；男职工结扎术后休息10天。

（六）探亲假

探亲假，是指工作满1年的职工，与配偶或父母不住在一起，又不能利用公休假日团聚的，可以分别享受探望配偶或父母的假期。“不能在公休假日团聚”是指：乘坐火车（含高铁）、汽车、轮船等交通工具，不能利用公休假日在家居住一夜加半个白天。

1. 按国家政策规定，未婚职工探望父母每年一次，假期20天；已婚职工探望父母每四年给假一次，假期20天；夫妻分居两地探亲每年一次，假期1个月。

2. 职工符合探亲条件的可安排探亲，当年有探亲假和年休假的，只能享受其中一项。休探亲假必须提出申请，经批准后方可探亲。

（七）丧假

丧假，是指职工直系亲属（父母、配偶和子女以及岳父母和公婆）死亡时，单位给予的假期，丧假为3天。

（八）放射假

放射假，是指放射工作单位从事放射工作的人员每年可以享受的保健休假。

1. 放射工作人员从事放射诊疗工作累计已满5年不满15年的，放射假2周；已满15年不满30年的，放射假3周；已满30年的，放射假4周。

2. 放射工作人员有下列情形之一的，不享受当年的放射假：

（1）当年病事假累计2个月以上的；

（2）当年待产假、产假、哺乳假累计超过2个月以上的；

（3）在外进修、学习或其他原因脱离放射诊疗岗位超过2个月的。

（九）休假审批流程

1. 职工本人提出申请，填写《宜兴市人民医院职工休假核准单》，科室负责人签字同意。科室统一在每月25日前，将下月本科室的休假核准单及相关佐证材料交至组织人事科。

2. 组织人事科审核后，于每月30日前将审核结果反馈至科室。

3. 科室根据反馈结果，按流程及时在宏景人力资源库中填报电子版的《休假审批单》。

4. 医务部、护理部、药学部等条线部门在宏景人力资源库中完成审批。

5. 组织人事科按照科室统一上报的《休假核准单》，结合宏景人力资源库的《休假审批单》，备案职工休假，并落实当月考勤。

（十）休假待遇

1. 工资待遇

（1）职工年休假、婚假、产假、哺乳假、护理假、育儿假、节育假、探亲假、丧假、放射假期间，基本工资全额发放。

（2）职工病假、事假期间，按上班天数发放基本工资。

①事业人员除岗位津贴和交通补贴外，其他基本工资全额发放。岗位津贴发放标准：岗位津贴/当月天数*上班天数。交通补贴发放标准：当月上班天数满10天的，执行500元/月；当月上班天数不满10天的，执行150元/月。

②非编合同制人员基本工资发放标准：（基本工资/当月天数-60）*上班天数，最低工资标准为60元/天。综合补贴发放标准：当月上班天数满10天的，综合补贴全额发放；当月上班天数不满10天的，综合补贴发放一半。

（3）如有政策变化，按新口径执行。

2. 劳务奖待遇

职工休假期间，按上班天数发放劳务奖。

（十一）请假、销假要求

1. 职工休假要按照规定办理相关手续，并做好工作衔接，不得影响医院正常运行。休假期满后，要及时销假，由组织人事科核准休假天数。

2. 凡因重病、急病未能按流程办理休假手续的，应在三天以内补办病假手续。

3. 职工因特殊原因需续假时，应于休假期满前提出申请，经科室同意和相关审批部门批准后才能续假。

4. 科室负责人、职能部门要切实履行职责，严格把关审核，认真落实请销假制度。

5. 对于不认真履行请销假制度，弄虚作假，瞒报休假的，根据情节严重程度，按规定追究相关人员的责任。

三、参考文献（无）

四、修订原因

优化职工休假管理。

五、修订记录

2010 年 10 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2020 年 12 月第 3 次修订

2022 年 10 月第 4 次修订

职工技术档案管理制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-020-03	制定时间：1998-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为系统、规范地记录医务人员及其他卫生技术人员的专业成长轨迹与技术能力全貌，通过分析技术档案中反映出的个人技术优势、薄弱环节或培训缺口，科室和医院管理部门可以更有针对性地制定培训计划、安排进修学习或进行重点带教，驱动个性化人才培养与继续教育、促进学科梯队建设与技术传承发展，特制定本制度。

二、内容

（一）职工技术档案是医院综合档案的重要组成部分，客观反映个人职业生涯技

术成长经历。

（二）归档范围

职工技术档案包括人员登记表、学历证书、任职资格证书、执业证书、注册证书、外出进修、学习有关资料、新职工岗前培训、业务培训资料、开展科研、新技术、新项目、职称晋升、撰写论文、日常考核、职业道德等业务成长经历的相关材料，由各条线职能部门审核后归入职工技术档案。

职工技术档案要纳入医疗、科教研技术与资质管理工作中，要保证档案的规范性与完整性，并按制度及时归档。

（三）管理部门

按照集中管理档案的基本原则，职工技术档案由党政办下属的档案室集中管理，配备专职人员负责，建立档案管理制度与借阅制度，由职能科室协助做好档案资料的收集工作。

（四）工作任务

集中、统一、科学管理职工技术档案，保障档案的完整、系统、准确及安全，及时准确地提供利用；因工作失职造成原件遗失、缺漏、借出无法收回等情况，管理人员应负主要责任；协助相关部门做好资料的收集、整理、立卷归档工作；做好技术档案的接收、复制、借阅、发放和建档工作，为上级部门的检查及医院管理提供服务。

（五）工作要求

1．档案管理人员必须坚持党性原则，认真做好档案的保密工作，严守机密，不得随意泄露或公开档案内容；保持档案的完整性，不得随意涂改、损坏档案。

2．档案室严禁烟火，不准堆放易燃易爆物品，非档案管理人员不得擅自入内。

3．查阅档案必须严格按照规定执行，在一般情况下，下级不得查阅上级技术档案。

4．查阅档案必须经档案管理人员提取，按查阅事项提供相关内容，不得离开指定地点，不得擅自摘录、翻阅无关材料。

5．档案材料一般不予借出，特殊情况者，须经科室责任人批准后方可借出。

三、参考文献（无）

四、修订原因

适应档案管理从传统人事附属功能向战略性人力资源开发工具的职能转变，解决档案收集不全、标准不一、利用低效、安全风险等管理痛点，以满足等级评审、职称评审、人才选拔等刚性需求，并为医院高质量发展提供数据支撑。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

中层管理人员管理办法

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2026-002-04	制定时间：2016-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-16
制定部门：组织人事科	修订版本：3
审核批准：职工代表大会	执行时间：2026-08-01

一、目的

为进一步加强和完善中层管理人员选拔任用的管理机制，推进干部选拔任用工作制度化、规范化、科学化，优化队伍结构，激发队伍活力，树立鲜明的干事导向，建立公平竞争为核心，业绩考核为基础，职务能上能下、优胜劣汰，符合现代医院管理梯队建设的中层管理团队，特制定本办法。

二、内容

第一章 总 则

第一条 为进一步加强和完善中层管理人员选拔任用的管理机制，推进干部选拔任用工作制度化、规范化、科学化，优化队伍结构，激发队伍活力，树立鲜明的干事导向，建立公平竞争为核心，业绩考核为基础，职务能上能下、优胜劣汰，符合现代医院管理梯队建设的中层管理团队，特制定本办法。

第二条 本办法适用于全院中层管理人员。

第三条 中层管理人员管理应遵循以下原则：

（一）坚持党管干部原则。

（二）坚持德才兼备、以德为先原则。

（三）突出政治标准、坚持事业为上。

（四）坚持公平、公开、公正、竞争择优原则。

（五）坚持民主集中制原则。

第二章 中层管理人员选拔任用条件及方式

第四条 中层管理人员聘任的条件

（一）政治思想素质条件：坚持党的领导，坚决执行党的基本路线和各项方针政策，坚持政治标准和正确导向，牢固树立“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，坚决遵守“九项准则”。具有履行岗位职责所需要的政治理论水平和相关专业知识，忠实履行自身政治责任和社会责任。热爱医疗卫生管理工作，有强烈的事业心和责任感，有从事医院管理工作的主观愿望、热情和能力，执行力强，遵纪守法，廉洁自律，爱岗敬业，顾全大局，团结同志，身心健康，在职工中有较高的认可度。

（二）考评聘任的年龄条件：临床、医技和职能科室岗位正职：男性 58 周岁以下，女性 54 周岁以下（具有正高专业技术职称的，临床、医技科室正职可至 55 周岁

以下）；副职：男性 55 周岁以下，女性 52 周岁以下；科护士长：52 周岁以下；病区护士长、秘书、科教秘书岗位：50 周岁以下。

（三）选拔聘任、挂职培养的年龄条件：首次选拔到正、副职岗位的，男性须 48 周岁以下，女性须 44 周岁以下（具有副高及以上专业技术职称的，临床医技科室可 45 周岁以下）；科护士长、病区护士长、秘书、科教秘书岗位的，须 41 周岁以下。

（四）学历、职称条件：目前已担任职务的中层管理人员，沿用原相应岗位聘任条件。

首次选拔或拟晋升提拔到临床、医技科室的：

正职应具备正高专业技术职称，且需发挥学科建设带头作用：

省市级及以上重点专科（学科）及拟重点建设学科的正职，原则上应具有博士学历（学位）；确无合适人选的，可暂由具有硕士学历学位且正高专业技术职称者副主任主持工作。

其他临床、医技科室正职原则上应具有硕士及以上学历（学位），鼓励攻读博士学历（学位），取得博士学历（学位）者在续聘时优先考虑。

副职原则上应具有硕士及以上学历学位，副高及以上专业技术职称。

科护士长应具有副高及以上专业技术职称，本科及以上学历（学位）；病区护士长、秘书、科教秘书应具有中级及以上专业技术职称，本科及以上学历（学位）。

职能科室正职原则上应具有副高级及以上专业技术职称，硕士及以上学历(学位)。

（五）年度考核均被确定为合格及以上等次。

（六）受院部指派在公益活动中成绩突出、产生重大影响的人员，如对口支援等活动中支持边远地区医疗事业的人员，在聘任时，可以优先考虑。

（七）以战略导向、精准引才、机制创新、人岗适配为核心，面向社会公开遴选兼具成熟管理经验、学科专业能力、资源整合能力的学科带头人，可打破干部内部选拔聘任条件和路径。

第三章　中层管理人员任免程序

第五条 医院中层管理人员原则上 2 年为一个聘任周期（届），任职程序如下：

（一）聘任分为：考评聘任、选拔聘任、挂职培养等。

（二）院部成立中层管理人员聘任工作小组，党委书记、院长担任组长，其他党委委员（院领导）担任副组长，负责制定实施方案，下设中层管理人员聘任工作考评小组，相关党委成员和职能科长、临床医技科室主任担任组员，落实考核测评工作，由组织人事科负责具体实施，纪委全程监督。

（三）经过民主推荐、民主测评、业绩考评、挂职培养、公示等组织程序。

（四）党委会讨论通过拟聘人员名单，对拟任中层管理人员进行任前公示，再发文任命。

第六条 根据有关规定，组织人事科、财务科、医学装备科、药学部、器械材料科、采购招标管理中心、信息数据中心、后勤保障部等重点职能科室岗位人员实行科内或跨科室轮岗制度。

第七条 中层管理人员聘任应当严格按照任职条件及聘用程序聘任，对确因医院发展需要，或业绩特别突出、群众公认度高的优秀骨干，可适当放宽聘任条件，并按照有关程序办理。

第八条 中层管理人员在任期内因个人或其它原因主动提出辞去职务的，需提前1个月写书面申请提交组织人事科，经党委会商议，未经批准，不得离职。

第九条 中层管理人员按照考评聘任的年龄条件，到龄即退。其中大内科、大外科主任可酌情延长任职年龄，最长60周岁。

第十条 中层管理人员有下列情形之一者，可免去、解聘其职务：

（一）考核被确认为不胜任现职工作。

（二）因健康原因不能履行管理职责。

（三）因科室撤销、合并而取消相应职位。

（四）因工作失误造成医院重大损失和不良影响。

（五）因违法违纪等受到“一票否决”处理的。

（六）因其它原因需要免去、解聘职务。

第四章 中层管理人员职责与权利

第十一条 中层管理人员职责：

（一）所有管理人员须服从院部安排，接受党委书记、院长的领导，根据工作要求完成医院下达的任务。

（二）医院实行科主任（科长）负责制，科主任（科长）是科室行政管理第一责任人。在法律法规、卫生政策和医院各项规章制度的规范下，全面负责科室行政管理、业务建设、科研教学和学科后备人才的培养和建设（任期内须对学科人才梯队建设有作为）。

（三）各科室副职、秘书、科教秘书、护士长行政上对科室主任负责，并接受相关职能科室的业务管理。

第十二条 医院实行综合目标管理责任制，完成院部布置的中心工作任务，接受考核、监督和评价。

第十三条 护士长在护理部业务管理和科主任行政管理下，负责科内护理工作。

第十四条 各科室建立健全科室组织管理机构，成立科务委员会，由科主任（科长）、副主任（副科长）、秘书、科教秘书、护士长和业务骨干代表等组成，定期召开科务会议，负责研究制定本科学科发展规划，落实目标管理工作计划，讨论决定二级分配方案及其权限范围内重大事项的决策。

第十五条 中层管理人员的权利：

（一）中层管理人员拥有医院信息管理系统的相关权限。

（二)中层管理人员享受相应标准的管理岗位津贴(含其它各类目标责任管理奖、专项考核奖等）和劳务奖，具体标准参照绩效管理办法研究决定。

（三）中层管理人员拥有接受专业培训、管理培训和学习的权利。

（四）中层管理人员从管理岗位上退任，其相关管理权限、待遇同时取消，并按非管理岗位的同等专技人员履行岗位职责、享受待遇。

第五章 中层管理人员的考核和评价

第十六条 按岗位职责和目标责任完成情况，坚持全面准确、客观公正的原则，领导考核与群众评议相结合，平时考核与定期考核相结合，定性考核与定量考核相结合，对中层管理人员任期综合业绩进行考核评定。

第十七条 具体考核办法、程序、实施细则根据《中层管理人员聘任工作实施方案》实施。

第十八条 在年度考核、干部考察中，对中层干部总体评价优秀和称职票数达不到三分之二，经调查核实，认定为不胜任现职岗位的，根据相关程序要对其进行组织调整。对不称职票数超过三分之一，经调查核实，认定为不称职的，根据相关程序视情况作出免职、责令辞职、降职等组织处理。符合相关辞职辞退情形的，须依照有关法律或规定程序办理。

第十九条 考核结果的使用：考评结果作为每个聘任周期聘任管理人员及所在科室当年科室管理奖发放的重要依据，考评成绩与中层管理人员职务津贴挂钩。

第六章 附 则

第二十条 《中层管理人员管理办法》将根据医院发展完善管理，具体聘任细则参照当年度《中层管理人员聘任工作实施方案》。

三、参考文献（无）

四、修订原因

根据市委组织部及市卫健委对中层管理人员聘任管理要求修订。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2023 年 05 月第 2 次修订

2026 年 07 月第 3 次修订

人力资源信息化管理办法

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-022-03	制定时间：2001-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

为进一步推进医院人力资源信息化管理，建立职工电子档案，提高人力资源信息化运行的效率和效果，确保人力资源各项数据及时、准确、完整，更好地为医院领导、职工提供服务，特制定本办法。

二、内容

第一章 总 则

第一条 人力资源电子信息化管理是医院实现职工人事信息管理、人事异动处理、假期申请、考勤管理、人力资源统计报表管理、职工自助服务等人力资源管理功能的重要手段。

第二条 人力资源电子信息化管理原则：

1．权限与责任对等原则：谁使用，谁负责，按照授予的信息权限进行信息化操作，并承担相应的责任。

2．严格保密原则：各项人事信息、数据必须严格保密，不得泄露。

3．准确完整原则：信息库中各项信息必须准确、完整，并及时更新。

第三条 人力资源电子信息管理范围：人事规章制度查询、人员基本信息（部门、岗位、姓名、性别、学历、职称、行政职务、手机号码、身高等）、学历简历、职称简历、岗位变动、进修培训、资质管理、家庭成员、社会关系、工作简历、担任社会职务、学会职务、开展科研新技术项目、论文、奖惩情况、考勤情况、多媒体（证书）等。

第二章 职责与权限

第四条 组织机构的职责与权限

（一）院领导

全面负责医院人力资源电子信息化管理工作。

（二）组织人事科

1．负责人力资源电子信息信息化管理的建设规划。

2．负责人力资源电子信息化管理用户权限的管理。

3．负责人力资源电子信息化管理对各职能科室、临床、医技、后勤等部门组织架构裂变的管理。

4．指导、监控、解决人力资源信息化运行中出现的问题，并对各科室的信息管

理员进行业务操作培训。

5．负责人力资源电子信息化的运行、数据维护监督和日常管理。

6．负责人员基本履历信息的录入及日常维护，各类资质证书的扫描及存档。

（三）信息数据中心

1．参与人力资源电子信息管理系统的建设规划，负责电子信息系统选型和实施。

2．对人力资源电子信息管理系统提供网络与设备维护等支持和技术保障。

3． 组织人力资源电子信息管理系统与软件公司其它系统接口的开发与维护。

4．负责人力资源电子信息管理系统自定义报表的设计工作。

5．负责人力资源电子信息管理系统数据库的备份与安全管理。

6．查阅所在科室部分人员信息。

（四）医务部、护理部

1．负责全院医生、医技、护理条线岗位流转、假期申请的条线审批工作。

2．负责护理人员进修、培训信息的录入维护，查阅所在条线及科室人员相关信息。

3．及时反馈使用人力资源电子信息管理系统中的问题，并提出优化建议。

（五）教学管理与学科建设科、科研与转化管理科

1．负责人力资源电子信息管理系统中人员的进修、发表论文、开展科研、新技术项目信息的维护工作。

2．查阅所在条线及科室人员相关信息。

（六）临床、医技、门急诊、行政后勤科室

1．负责所在科室人员岗位流转、假期的申请工作。

2．负责本科室考勤工作。

3．查阅所在条线及科室人员相关信息，及时向组织人事科反馈所在科室人员的个人变动信息。

第三章 电子信息系统的使用管理

第五条 人力资源电子信息系统中的所有使用人员要自觉遵守电子信息系统管理相关的规章制度，按照院部授予的权限，认真完成科室在信息系统中所承担的职责。

第六条 科室负责人持有唯一的电子信息系统登录用户名。科主任应保证信息系统用户名密码的安全性，不得将密码透露给他人。科主任取得初始密码后应立即修改，若因用户名、密码被他人使用造成后果，一切后果由科主任承担。

第七条 科室如因工作需要须设系统管理员，须经科主任授权报组织人事科备案。

第四章 电子信息系统维护管理

第八条 人力资源电子信息管理系统是医院信息管理的重要组成部分之一，人力资源数据的统计、查询来源于该信息系统。各项人力资源电子信息系统操作应合理分工，操作职责落实到人，保证各项数据的及时、完整和准确。

第九条 电子信息系统维护人员须严格按照规范操作系统，认真、及时维护职工各项人力资源数据。

第十条 新入职职工的基本信息组织人事科须在职工来院 3 日内录入系统，信息须按要求填写完整、准确。

第十一条 职工因各种原因离院的，组织人事科须在 3 日内进行更新维护。

第十二条 职工因个人信息发生变动，科室应及时向组织人事科提供人员信息及相关证明材料，经条线职能部门和组织人事科核实后在系统中修改职工信息，保证系统中人员信息的及时准确。

第十三条 职工离院，须进行辞职、退休系统事务处理，不得删除人员信息。在办理完辞职、退休手续后，信息维护人员须在系统里对其进行移库处理。

第十四条 在人事事务处理中，职工如发生岗位变动、科室流转，科室应于当天向条线部门报批，条线部门在 2 天内进行审核并报批组织人事科，组织人事科每天进行审批并备案入库。

第十五条 机构组织架构进行调整的，须经过院部审批，由组织人事科进行变动。

第五章 电子信息系统安全管理

第十六条 系统管理员须遵守医院保密纪律规定，并对权限范围内的人力资源数据的保密性、准确性、完整性、安全性负责，不得危害系统的安全运行。

第十七条 组织人事科与信息数据中心应定期检查医院人力资源电子信息管理系统运行情况，发现问题及时解决，无法解决的要立即与软件公司联系，确保系统正常运行。

第十八条 当系统管理员发现操作系统问题，应及时通知组织人事科，组织人事科须认真解决并及时反馈。

第十九条 为加强信息安全管理，对院内外单位或个人查阅职工信息，须建立登记审核制度。

第二十条 人力资源信息管理系统的数据应当有完善的备份制度。

第六章 奖 惩

第二十一条 组织人事科负责人作为人力资源电子信息管理系统的第一责任人，科室负责人及各级系统管理员作为第二责任人，须认真落实管理职责，确保人力资源系统各项数据和操作的准确、及时和完整。

第二十二条 系统管理员应按照规范进行操作，不得实施危害系统安全运行的违规操作。如造成后果的，应负责赔偿，并根据情节轻重，给予罚款、考核扣分、通报批评、降级、降职、调离岗位、解除劳动合同等处罚。情况严重的，依法追究民事或刑事责任。

第二十三条 违反本办法规定，有下列行为之一的，医院视情节轻重予以处罚：

1．违反人力资源电子信息管理办法有关规定，危害信息安全的。

2．未获授权，使用他人账号进入信息系统操作造成不良后果的。

3．不按规范使用信息系统造成不良后果的。

4．未及时录入或录入人员虚假信息的。

5．人事事务操作失误造成人员历史信息错误的。

6．其它违反信息系统管理和安全的行为。

第二十四条 对认真执行人力资源电子信息管理办法，且取得良好效果的部门和个人，医院将根据情况对直接责任人给予表扬。

第七章 附 则

第二十五条 本办法由医院组织人事科负责解释和修订。

第二十六条 本办法自下发之日起实施。

三、参考文献（无）

四、修订原因

构建覆盖全员、贯穿全程、联动全域的数字化人力资源管理体系，为医院高质量发展提供坚实的人才数据底座。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

职工各类证书电子化存档管理规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2020-023-03	制定时间：1998-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2020-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：2
审核批准：党委会	执行时间：2020-12-31

一、目的

证书数据库是医院人力资源信息库的重要组成部分，各类证书信息是上级各级部门资质管理检查、院内执业管理的重要依据之一。为进一步加强对证书数据库的科学管理，逐步实现人事数据库管理工作的准确化、规范化、科学化，并能高效、有序地进行证书数据的收集及维护工作，特制定本规定。

二、内容

（一）人事数据库的管理对象

各类岗位上的专业技术人员及技术工人。

（二）证件类型

1．各类专业技术任职资格证书（职称证书）、聘书。

2．专业技术资格执业证书、注册证书。

3．住院医师规范化培训合格证书。

4．继续教育登记情况（职称计算机、职称外语）。

5．各类获奖证书：科研成果获奖及新技术新项目获奖证书及各类荣誉证书。

6．技术工人等级证书、特种岗位上岗证书（会计证）。

7．居民身份证。

（三）建立证书数据库的方法

1．建立人员各类证书信息数据库，将各类证书、证件经过审核后扫描进入数据库，实行常态管理和动态管理相结合。

2．新职工入职时，一次性收集相关证书材料。

3．职工在个人相关资质证书发生增补变化时，主动及时提供信息。

（四）证书数据库的管理

信息数据中心负责软件的开发和维护，组织人事科负责证书信息数据的审核、收集和维护。

三、参考文献（无）

四、修订原因

通过建立规范化的电子档案体系，实现证书信息的统一归集、安全存储、高效利用与动态更新，为医院精细化管理与高质量发展提供可靠的数据基础。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

职工考勤管理规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2023-002-04	制定时间：1998-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-08-01
制定部门：组织人事科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2023-09-01

一、目的

为保障医疗服务质量与患者安全、规范医院管理与运作秩序、维护公平公正与职工合法权益，保障医院正常、高效运转，从而为患者提供持续、安全、优质的医疗服务，特制定本规定。

二、内容

医院考勤工作是考核工作的重要内容，是医院职工分配与奖惩的重要依据。为此，就医院的考勤管理工作，提出如下规定。

（一）认真考勤

1．科室负责人应本着对医院、科室及职工负责的原则，合理安排每个职工的工作、休息、加班，任何人不得擅自篡改。

2．全院考勤实行电子化管理，各科室指定专人负责，按照考勤要求如实记载本科室人员的出勤、缺勤情况；对各类缺勤原因，认真分析、记录、把关。

3．各科室须提前排班，工作人员按表上班与休息，不得随意并假与调休。考勤时，应确保实际出勤、休息与排班表相符合。

4．正确运用考勤符号，人员的各类假期：如病假、事假、产假等，应明确填报，不得随意用休息标记进行记录。

5．严格遵守劳动纪律，按班次打卡上、下班。

（二）及时上报

各科室考勤工作须在所在科室的人力资源管理信息系统中进行操作，经科室负责人审核后，于每月 5 日前发送给组织人事科，如果有请病假或事假的，要将相关请假手续上报组织人事科。

（三）严格奖惩

院部将定期抽查各科室考勤情况，如发现科室在考勤过程中有违反以上规定的，将对科室负责人进行扣奖。

三、参考文献（无）

四、修订原因

结合新医院考勤管理要求，修订职工考勤管理规定。

五、修订记录

2012 年 04 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

2023 年 08 月第 3 次修订

职工退休返聘管理规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2024-003-04	制定时间：2012-04-01
适用范围：全院员工	修订时间：2024-12-01
制定部门：组织人事科	修订版本：3
审核批准：党委会	执行时间：2025-01-01

一、目的

为进一步规范人员管理，充分发挥我院退休人才的积极作用，促进医院高质量发

展，根据工作实际，特制定本规定。

二、内容

（一）返聘方式

返聘退休人员均为全日制返聘方式。

（二）返聘原则

本人自愿、双向选择，规范管理。

（三）返聘基本条件

1．具有良好的思想政治素质和职业道德，热爱医疗事业，工作认真负责，在临床专科专病领域具有造诣和较高知名度，或对技术能力薄弱、需要大力支持的科室（部门）发展有促进作用的人员。

2．具备正高职称，或退职前担任临床（医技）专科副主任以上职务。

3．服从医院管理，执行力强，返聘前 3 年内无违法、违规、违纪、无重大医疗差错或不良事故发生。

4．身体健康，无不能承担相应岗位工作的疾病，科室层面返聘退休人员年龄不高于 67 周岁，院部层面返聘退休人员年龄不高于 70 周岁（男，女）。

5．所在科室部门有工作需求，能安排门诊等相应业务工作。

（四）返聘类别及期限

1．省级临床医学重点专科：5-7 年

2．市级（无锡）临床医学重点专科：3-5 年

3．非省市级临床医学重点专科：2-3 年

4．省“333”工程培养对象，无锡市突出贡献中青年专家及以上，宜兴市级以上学术技术带头人等参照省级临床医学重点专科类别执行。

5．退休返聘涉及的其他岗位如职能类：限中层管理正职（曾任），返聘时间不超过 12 个月，自退休次月起算。

6．返聘年限超过以上规定的期限，特别优秀的，需要科室申请，经党委会商议，同意后再作聘任。

7．退休返聘分为首聘和续聘，首次聘任时间跨度为退休次月到当年底，续聘为每年 12 月例行工作，聘期时间自次年的 1 月 1 日至 12 月 31 日。

（五）返聘程序

符合返聘条件者，由本人填写《宜兴市人民医院职工退休返聘审批表》，所在科室科务会讨论通过，交业务职能科室签署意见，报组织人事科汇总后交党委会议审定同意，再由人事科办理相关返聘手续，报医务部进行授权备案后，根据工作需要分配到相关科室。返聘人员由所在科室统一管理，履行返聘工作职责。通过后组织人事科通知签订《宜兴市人民医院职工返聘协议》。

（六）返聘人员职责

1．履行岗位职责，服从医院及科室工作安排，自觉遵守医院的各项规章制度。

2．自觉维护医院利益，严禁违反规定向外转诊转治病人。

3．受邀到外单位会诊、手术等，必须严格按照规定到医务部及上级主管部门办理有关手续，不得自行联系外出。

4．返聘人员工作期间，有关医疗质量、医疗安全等要求，按照医院相关管理规定执行。

（七）返聘人员的管理

1．返聘协议一年一签，返聘相关手续由组织人事科承办。

2．返聘科室（部门）对返聘人员的日常管理工作纳入科室管理。

3．返聘期间，如遇国家政策性变化或适应医疗改革的需要，无法使协议继续执行的，医院将及时通知受聘者，届时终止返聘。

4．有下列情况之一者，医院可单方面解除聘用合同：

（1）严重违反医院各项规章制度或工作纪律的；

（2）一个季度内请假累计超过一个月的，聘期内病事假累计超过 3 个月者；

（3）聘期内发生重大医疗事故者；

（4）因医德医风、服务态度、服务质量等问题，给医院造成不良影响或经济损失的；

（5）工作业绩不明显，群众认可度不高的；

（6）发表不当言论造成不良影响的；

（7）各种原因不能胜任聘用岗位工作的。

5．聘用期间因个人原因自愿辞聘者，应提前一个月告知所聘科室，科室应及时将书面申请交主管领导审批签字后报组织人事科，经院部商议后可提前终止返聘，并由组织人事科报运营管理科停止相关待遇发放。

6．返聘科室（部门）对返聘人员的日常管理工作纳入科室管理，按医院相关规定进行考核。返聘期结束前一个月，组织人事科还需根据退休返聘人员的工作情况，组织考核。每年度考核合格，并根据双方意愿决定是否续聘。

（八）退休返聘待遇

1．工资待遇：纳入上级人社部门统一管理，按国家相关规定的工资标准每月发放退休金。

2．绩效待遇：执行医院绩效管理规定，按照一般人员享受相关待遇，科室管理奖、月度绩效发放按工作量、手术量等 KPI 指标考核后实行二次分配。劳务奖等绩效工资计入科室成本。院部返聘的，待遇可一人一议，且由院部承担；对于科室要求返聘人员，院部不再发放奖金系数，由科室自行承担绩效支出。如待遇与原口径不一致

的，以现方案为准。

3．职业伤害保险：医院按照宜兴市人社局 2019 年 11 月出台的《关于印发〈宜兴市补充工伤保险试行办法〉的通知》（宜人社规[2019]66 号）为返聘人员办理相应的职业伤害保险。

4．返聘期间私自接受外单位聘用并进行医疗活动的，不再享受医院返聘待遇。

（九）其他说明

本办法从 2025 年 1 月 1 日起实施，由组织人事科负责解释。

三、参考文献（无）

四、修订原因

优化职工退休返聘管理。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2023 年 08 月第 2 次修订

2024 年 12 月第 3 次修订

关于研究生引进及培养支持政策的规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2026-001-01	制定时间：2021-10-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-06-16
制定部门：组织人事科	修订版本：1
审核批准：党委会	执行时间：2026-07-01

一、目的

为激发人才活力，深入贯彻实施宜兴市卫生健康“三名” 战略，进一步聚集培养优秀人才，加快推进医院高质量发展，特制定本规定。

二、内容

（一）实施范围

2026 年 7 月 1 日起医院引进或自主培养的博士后和博士研究生及部分硕士研究生。

（二）支持政策

1．引进的全日制博士：与医院签订聘用合同，约定 8 年服务期，享受如下政策：

到岗后给予全额的绩效奖金；一次性给予人才津补贴 10 万元；连续 3 年每年最高 2 万元的租房补贴（或单位人才公寓 3 年使用）；完成相应的目标任务，经考核合格后，连续 5 年给予每月最高 5000 元的生活补贴；给予相关课题的启动经费和配套保障（获批国家级项目、省部级及市厅级项目，分别给与到账金额的 40%、30%、20%现金奖励）；帮助协调配偶就业和子女入学事宜。

40 周岁（含）以下的全日制博士研究生，经认定且考核合格，还享有最高 30 万元工作补贴，以及最高 30 万元且不超过房贷总额 60%的购房补贴（具体标准根据上级最新文件执行）。

2．自主培育的博士后：我院职工在保留与医院人事关系的前提下取得博士后科研站出站证明，并与医院签订培养协议，约定 8 年服务期，享受如下政策：

（1）取得我院博士后科研站出站证明：

完成相应的目标任务，经考核合格后，连续 5 年给予每月最高 5000 元的生活补贴；给予相关课题的启动经费和配套保障（获批国家级项目、省部级及市厅级项目，分别给与到账金额的 40%、30%、20%现金奖励）。

（2）取得外院博士后科研站出站证明：

完成相应的目标任务，经考核合格后，连续 5 年给予每月最高 2500 元的生活补贴;给予相关课题的启动经费和配套保障（获批国家级项目、省部级及市厅级项目，分别给与到账金额的 40%、30%、20%现金奖励）。

3．自主培育的博士：我院职工在保留与医院人事关系的前提下取得博士学历（学位），与医院签订培养协议，约定 8 年服务期，享受如下政策：

完成相应的目标任务，经考核合格后，连续 5 年给予每月最高 3000 元的生活补贴。

4．自主培育的博士后、博士、医院管理类硕士及紧缺岗位硕士：按规定享受学费报销政策。

（三）考核细则

在五年周期内，考核年均计分达到 5 分及以上，给予全额生活补贴；年均计分为 3-4.99 分，给予 75%的生活补贴；年均计分为 2-2.99 分，给予 50%的生活补贴。具体计分办法如下：

1．在医学实践和理论研究中，学术造诣较深，取得创造性研究成果，达到先进水平。作为负责人获得科研项目立项(仅项目负责人)；或者获得科技进步奖等科研成果奖励，为主要完成者（市厅级为前 3，省部级为前 5）。

课题积分规则如下：宜兴市、无锡市局级 2 分/项，市厅级 3 分/项，省部级 6 分/项，国家级 9 分/项。

科研成果积分规则如下：市厅级为前 5 人(根据排名前 5 位，三等奖得分依次为 5、4、3、2、1 分；二等奖及一等奖分别逐级递增 2 分)，省部级为前 7 人（三等奖得分依次为 7、6、5、4、3、2、1，二等奖及一等奖分别逐级递增 2 分）。

发明专利积分规则如下：已授权国内发明专利前 3 人（根据排名得分依次为 2.5 分、1 分、0.5 分）。

2．在国内外有影响力的核心刊物上以通讯作者（含共通讯）或第一作者（含共第一）发表高质量论文。若为非第一单位的共同第一作者或共同通讯作者，计分减半。

中文核心 1 分/篇，中华级核心 3 分/篇，SCI 按影响因子计分值。

3．能开展相关新技术、新项目，获得省卫健委新技术引进奖或无锡市适宜技术推广项目。

无锡市级适宜技术推广项目 2 分/项。省卫健委新技术引进奖 5 分/项（按顺序，二等奖第 1 位完成人 5 分，第 2 位完成人 4 分，第 3 完成人 3 分；一等奖及特等奖分别逐级递增 2 分）。无锡市卫健委新技术引进奖（按顺序，二等奖第 1 位完成人 3 分，第 2 位完成人 2 分，第 3 完成人 1 分；一等奖及特等奖分别逐级递增 2 分）。

（四）发放流程

每年年底，符合条件的人才在规定时间将考核积分证明材料交至组织人事科，由科研与转化管理科进行审核打分算出分值，再由组织人事科对照文件，按比例计算发放金额，最后交由财务科发放。

考核为 1 年一个周期，生活补贴根据考核计分结果按年度发放，第一年度按实际计分结果发放，若下一年度年均计分满足全额发放标准，将补足生活补贴，以此类推。

（五）其他

对于符合原《宜兴市人民医院关于研究生引进及培养支持政策的规定》文件资助对象，按原标准延续执行，至五年考核期满。所有资助对象需在服务期内完成相应的目标任务，未满服务期限离院的，退还生活补贴。

本规定自 2026 年 7 月 1 日发文之日起执行，若有标准口径不一致处，以本规定为准。支持政策有重复、交叉的，按照“从优、从高、不重复”原则执行。本意见涉及的相关政策，如遇国家、省、市、区（县）政策调整，按新政策执行。

三、参考文献（无）

四、修订原因

为适配人才引育新形势，落实上级人才政策，优化资助与培养条款，明晰权责，强化研究生人才留存，助推医院学科高质量发展。

五、修订记录

2026 年 06 月第 1 次修订

关于出国（境）学习交流的管理规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2024-001-01	制定时间：2024-08-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：组织人事科	修订版本：/
审核批准：党委会	执行时间：2024-09-10

一、目的

为实施人才强院战略，加快高层次人才培养，开拓层次人才的眼界，提升综合能

力，加强对外交流合作，特制定本规定。

二、内容

（一）基本条件

1．政治素质好、思想觉悟高、业务水平强、身体健康的业务骨干。

2．从事工作 5 年以上，且来院工作必须满 2 年以上，中级（含）以上职称。

3．学历原则上需为博士研究生，特别优秀的可放宽至硕士研究生。

4．具备较好的外语功底，能用英语进行有效的专业沟通与交流。

5．年龄一般在 50 岁以下，身心健康，适应水平强，能承受一定的国外生活压力。

6．若曾出国学习三个月（含三个月）以上，再次申请需回国后工作须满两年以上。

（二）类别及人数

1．出国（境）访问学者、学术交流，原则上每个专业（学科）每年不超过 1 人。短期培训、学习研修原则上每个专业（学科）不超过 1 人。

2．国家或省卫生健康行政部门选派出国等，根据上级审核情况，确定人数。

（三）选派原则

1．公开、公平、竞争性选派的原则；

2．重点学科重点支持的原则；

3．促进医院可持续发展需求的原则。

（四）选派程序

1．各专科选派出国（境）的医疗机构，原则上在业内认可度较高，有一定声誉及学习借鉴经验。

2．若医院自主培养的，需至少提前半年由个人提出申请，再由科室、部门推荐，教学管理与学科建设科、组织人事科会同医务、护理等相关职能部门进行考核选拔，报集团党委商议后，统筹安排。

3．卫生健康行政部门等相关部门选派出国访学研修按相关部门规定程序申报。

4．职工出国（境）学习，凡涉及外事手续的办理按有关规定执行或按派出部门要求执行。

（五）逾期管理

1．出国（境）学习期限一般不超过一年。原则上不允许逾期。

2．公派出国（境）学习交流人员，未经批准超过规定学习的期限 1 个月，作自动离职处理，并按相关程序追回医院所发放的费用。

3．其余自费出国（境）学习人员，超过期限即按自动离职处理。

（六）薪酬待遇及费用报销

1．出国（境）访学、培训、学术交流、学习研修期间，医院保留人事关系，按照国家有关规定缴纳社保、公积金等，每月发放生活补贴 3000 元，待研修结束回院，

经教学管理与学科建设科考核合格后，补足工资及劳务奖金（享受全院平均奖）。如期回院工作后，医院按实际工作时间发放工资待遇。

2．医院公派出国（境）访学、培训和进行学术交流产生的费用，根据上级财务部门确定的出国（境）经费标准确定报销金额，原则上个人不需承担相关费用，可由院科两级按比例承担。

3．通过卫生健康行政部门等相关部门选派的职工，医院根据国家相关规定提供相应的配套经费资助。

（七）其他规定

1．经审核被确定为公派出国学习的人员在出国前应与医院签订《协议书》，提交个人出国研修的预期目标、具体计划、回国后的打算等。

2．个人出国（境）期间，应定期向所在科室和教学管理与学科建设科汇报学习工作情况。

3．本规定由医院教学管理与学科建设科、组织人事科负责解释，从公布之日起试行。

三、参考文献（无）

博士后工作站进站博士待遇规定

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2025-001-01	制定时间：2025-03-01
适用范围：全院员工	修订时间： /
制定部门：组织人事科	修订版本： /
审核批准：党委会	执行时间：2025-04-08

一、目的

为更好地吸引和培养高层次医学人才，促进医院科研创新和学科建设，根据国家及地方有关博士后政策，结合医院实际情况，特制定本规定。

二、内容

（一）适用范围

本规定适用于进入本院博士后工作站（包括博士后创新实践基地，以下简称“博士后站”）的博士研究人员（以下简称“博士后”）。

（二）薪酬待遇标准

1．脱产博士后，年薪和生活补助为45万元/年（税前），薪资范围包含：工资、生活补贴、博士后津贴、五险一金个人缴纳部分等（其中外籍博士后缴纳基数为当年度全市最低缴费基数，本国博士后缴纳以专技十级档次为基数），其中60%按每月平均支付，余40%在通过出站考核后一次性支付。

2．本单位职工申报博士后，进站后保留原有工资、奖金、福利等待遇，已享受的待遇包括博士科研启动基金、博士津贴等类别待遇重复享受，就高不就低。

3．外单位在职的博士后，进站后不享受本院职工的工资、奖金、福利等待遇。

4．师资博后在站工作期间享受医院提供的6万元/年的生活补贴，中期考核及出站考核通过后按年度拨付。

以上各类博士后资助期限均为2年，如超过2年，按实际情况商议决定。在站开展研究工作提供科研启动经费不超过20万元，并根据发票审核后进行实报实销。

（三）科研支持

1．医院为博士后提供良好的科研条件和环境，包括配备必要的科研仪器设备和实验条件。

2．提供科研项目申报、科研成果转化等方面的指导和支持。

3．鼓励和支持博士后参加国内外学术会议和交流活动。

4．博士后在站期间取得的科研成果，可按照医院相关规定享受科研成果奖励。

5．医院为博士后配备合作导师，合作导师应具有较高的学术水平和丰富的科研经验，为博士后提供科研指导和帮助。

（四）职业发展支持

1．博士后在站期间，可申请参加专业技术职务评审。

2．博士后期满出站，经考核合格，可优先留院工作，并享受相应待遇。

五、其他

本规定由医院组织人事科、科研与转化管理科负责解释，自发布之日起施行。

三、参考文献（无）

医院领导班子成员联系高层次人才制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2025-002-01	制定时间：2025-10-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：组织人事科	修订版本：/
审核批准：党委会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为深入实施人才强院战略，加强医院领导班子与高层次人才的沟通联系，充分发挥高层次人才在学科建设、医疗技术创新、科研教学等方面的引领作用，营造尊重人才、关爱人才、服务人才的良好氛围，特制定本制度。

二、内容

（一）适用范围

本制度适用于医院领导班子成员与医院引进或培养的高层次人才的联系工作。高层次人才包括但不限于国家级人才计划入选者、省级以上重点学科带头人、博士研究生导师、具有正高级专业技术职称且在行业内有较高影响力的专家等。

（二）联系对象与职责

1. 联系对象确定

医院组织人事科根据高层次人才认定标准，梳理形成高层次人才名单，经院领导班子会议审议后，按照领导班子成员分工，为每位领导班子成员分配联系对象，确保高层次人才均有院领导直接联系。每位领导班子成员联系 3-5 名高层次人才，联系对象可根据实际情况动态调整 。

2. 领导班子成员职责

定期与联系的高层次人才开展沟通交流，了解其在工作、生活、科研等方面的情况和需求，及时协调解决遇到的困难和问题。

听取高层次人才对医院发展战略、学科建设、人才培养、科研创新等方面的意见和建议，为医院决策提供参考。

帮助高层次人才做好职业规划，支持其在学术领域取得更大成就，推动高层次人才在医院重点工作中发挥关键作用。

积极宣传医院的人才政策，增强高层次人才的归属感和认同感，营造良好的人才发展环境。

3. 相关部门职责

组织人事科负责本制度的组织实施和日常管理工作，汇总高层次人才反映的问题和建议，协调相关部门落实解决措施，并及时向领导班子成员反馈处理情况。其他职能部门要积极配合，形成工作合力，共同做好高层次人才服务保障工作。

（三）联系方式与频率

1. 联系方式

面对面交流：领导班子成员应定期与联系的高层次人才进行面对面座谈，可到人才所在科室、实验室等地实地走访，也可邀请人才到办公室交流。

电话、网络沟通：通过电话、微信、邮件等方式，保持日常沟通联系，及时了解人才动态和需求。

参加学术活动：积极参与高层次人才组织或参与的学术会议、科研项目研讨等活动，增进对人才学术工作的了解。

2. 联系频率

领导班子成员每季度至少与联系的高层次人才进行 1 次面对面交流，每月至少进行 1 次电话或网络沟通。遇有重要事项或紧急情况，应随时联系沟通。

（四）工作要求

1. 加强组织领导：医院领导班子要高度重视联系高层次人才工作，将其作为医院人才工作的重要内容，切实抓紧抓实。领导班子成员要以身作则，认真履行联系职责，确保联系工作取得实效。

2. 注重工作实效：领导班子成员在联系过程中，要深入了解高层次人才的实际需求，对人才反映的问题和建议，能当场解决的要当场解决；不能当场解决的，要及时协调相关部门研究解决方案，并明确责任人和解决时限，做到事事有回音、件件有着落。

3. 强化沟通协调：各职能部门要积极配合领导班子成员做好联系高层次人才工作，建立信息共享机制，及时互通人才需求和问题解决情况，形成工作合力。

4. 严格考核评价：将领导班子成员联系高层次人才工作纳入年度考核内容，考核结果作为领导班子成员评优评先、职务晋升的重要参考依据。对工作不重视、履职不到位的领导班子成员进行督促整改。

（五）附则

本制度自发布之日起施行。医院原有相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

三、参考文献（无）

医院关键岗位轮岗制度

文件编号：YXPH-XZ-RSK-2025-003-01	制定时间：2025-11-24
适用范围：全院员工	修订时间： /
制定部门：组织人事科	修订版本： /
审核批准：党委会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步推进医院关键岗位轮岗交流，有效防范廉政风险，根据《市卫生健康委下属事业单位关键岗位轮岗交流实施方案》，结合医院实际情况，特制订本制度。

二、内容

（一）指导思想

坚决落实全面从严治党、从严管理干部的总要求，建立健全科学合理的关键岗位轮岗交流工作机制，规范人力资源管理，优化人力资源结构，推动多岗位锻炼，有效防范廉政风险，激发职工工作热情，为推动医院高质量发展提供坚强的组织保障。

（二）工作原则

1. 坚持党的领导原则。在党组织的统一领导下，严格按照岗位管理权限和程序进行。

2. 因才适用原则。根据职工个人的业务特长、发展潜力和工作实绩，安排在适

合的岗位，实现人尽其才、才尽其用。

3. 稳妥有序原则。根据关键岗位工作人员整体情况，科学制定轮岗交流计划，确保各项工作的连续性和稳定性。

（三）适用范围

在医院涉及人、财、物等业务处理权和决定权，在履职过程中存在重大廉政风险的关键岗位工作人员。包括人事、财务和从事物资、服务、药剂、耗材、试剂、基建、信息、设备等招标、采购和审批的工作人员，以及其他存在重大廉政风险的工作人员。

（四）轮岗情况

1. 关键岗位科室负责人任职满五年，原则上应当安排轮岗，任职满十年，必须轮岗。其他工作人员在同一职位上任职满十年的，原则上应轮岗或调整分工。

2. 在工作岗位发生与职务相关的（故意或严重失误、失职的）问题，受到行政（党内）警告及以上处分的，应立即轮岗或调整分工。

3. 存在任职回避情形的，应立即轮岗或调整分工。

4. 凡受纪检监察部门立案查处的，暂未移送司法部门或组织暂未做出处理决定的，应立即暂停行使职权，待结案后再酌情处理。

（五）可不轮岗或暂缓轮岗的情形

1. 因任职年龄因素，离退职年龄不足两年的。

2. 专业性或学术性强的岗位，因工作需要，达到原则上应轮岗任职时间，经集团党委会或院长办公会讨论同意，报上级部门批准的。

3. 其他原因不适合轮岗，经集团党委会或院长办公会讨论同意，报上级部门批准的。

对确因上述原因可不轮岗或暂缓轮岗的岗位，医院采取专项审计、纪检督查等内控措施，杜绝廉政风险。

（六）工作要求

1. 轮岗人员调任新的工作岗位，必须符合新岗位所要求的必备条件，以利于培养个人业务能力、提高工作效率和管理质量。

2. 轮岗人员在科室内部调换工作的，由科务会商议后自行调整，并做好备案。若轮岗到其他科室的，其轮岗事项由组织人事科提前提请集团党委会或院长办公会讨论同意后，实施轮岗。

3. 轮岗人员必须服从组织安排，执行轮岗决定，在接到轮岗书面通知的一周内办理交接手续，确保工作无缝衔接，必要时进行离岗审计。对无正当理由而拒不服从决定者，给予批评教育；对经批评教育仍不服从决定者，按医院相关规定处理。

4. 轮岗人员到新岗位后，实行 3 个月适应期，适应期内由新科室负责人进行日常考核。适应期满后，考核合格正式履职，不合格者由经集团党委会或院长办公会研

究调整岗位或培训后再上岗。

（七）监督程序

1. 全程监督：医院纪检监察室对关键岗位工作人员交接实行全程监督，对轮岗流程（如党委决策、科室备案）进行合规性检查，确保公开透明。对因交接不清、敷衍了事导致工作断档、资产流失、管理混乱活出现其他不良后果的，倒查责任、严肃问责。

2. 备案审查：轮岗决定需报纪检监察室备案，敏感岗位人员轮岗后两年内不得返回原岗位。

3. 动态跟踪：通过定期谈话、轮岗前进行廉政谈话、工作群等方式实时掌握轮岗进展。

三、参考文献

[1]宜兴市卫生健康委员会.市卫生健康委下属事业单位关键岗位轮岗交流实施方案[Z].宜卫健发〔2024〕72 号，2024-08-08 发布，2024-08-25 施行.

第三章　医疗业务制度

一、医疗核心制度

首诊负责制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-036-05	制定时间：1992-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为保护患者合法权益，明确患者各诊疗阶段责任主体，规范首诊医师及相关人员诊疗行为，保障医疗服务的连续性与可追溯性，防范医疗风险，制定本制度。

二、内容

第一章　总则

第一条 患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理。科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。

第二条 非本单位诊疗科目范围内的疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应诊疗机构就诊。

第三条 首诊医师对患者应认真询问病史、体格检查，规范书写病历，行必要的检查、检验或治疗，直至确定患者去向（随诊、留观、住院、出院或转院），确保医疗行为可追溯。

第二章　门诊首诊负责制度

第四条 患者首次就诊挂号或者经分诊后，首先接诊的科室为首诊科室，首位接诊医师为首诊医师。不包括医师接诊未挂号患者、患者所挂就诊号与所接触的医师不符或与科室（专科）不符。就诊患者借用他人信息挂号，医师有权拒绝接诊，不承担首诊负责制的主体责任。

急危重症需抢救的患者（包含在诊室内突发急危症的代理配药、陪诊人员等）的首位接诊医师即为首诊医师，不受其是否挂号，挂号与医师、科室或专科不符等限制。

第五条 遇患者需其它专科诊治时，首诊医师仍需书写病历并进行必要的检查后，主动与相关科室联系并安排转诊。特殊情况可汇报科主任或者由医务部/医疗总值班协调。

第六条 急危重症或行动不方便的患者应由首诊医生负责联系相关会诊医生到现

场会诊，全程负责直至明确去向。

第七条 临近下班但患者诊疗活动尚未结束时，首诊医师应根据患者病情，安排患者次日就诊科室或者转诊至急诊相关科室，并做好交接记录。

因病情观察需要而非医疗资源因素（例如：医技检查不能本班次完成、等待住院等），经门诊转急诊留观（未进入抢救室）的病例，门诊首诊医师应当做好病情追踪并隔日赴急诊留观室查房并视患者病情协调收住院事宜。

第八条 门、急诊就诊过程结束的判定标准：

（一）诊断明确，医师开具临床处置医嘱且患者和/或其法定代理人明确知晓。

（二）医师已开具《住院证》。

（三）患者诊断虽不明确但已书面告知患者和/或其法定代理人后续诊治方案；对于检查、检验本班次不能完成者，已书面告知如何完成结果评估。

（四）对于急危重症需抢救的患者，已确保患者得到及时妥善的后续救治。

第三章 急诊首诊负责制度

第九条 患者经急诊预检分诊后至急诊各诊室就诊，当班诊室医师即为首诊医师。

第十条 需要紧急处置的急诊患者，直接在急诊抢救室进行诊疗，当班诊疗组组长为首诊医师，负责患者整个抢救流程，直至确定患者去向（随诊、留观或住院）。

危重患者的转运必须有医务人员护送。

第四章 住院首诊负责制度

第十一条 患者办理住院后，收治科室接诊的主诊组组长为首诊医师，全面负责患者的诊断、检查、治疗、沟通，做好患者在院期间的全流程服务以及出院后随访服务。

第五章 其它区域首诊负责制度

第十二条 患者接受各种诊疗措施时（检验、检查、治疗、康复等），当前实施者承担首诊职责，该实施者包括所有医务人员。

第十三条 遇突发情况需实施抢救的患者，首位接触的医务人员须立即呼救，给予力所能及的紧急救助，并陪同转运至急诊抢救室，直至交接至抢救室诊疗组。

第六章 互联网医疗首诊负责制度

第十四条 互联网诊疗服务的首诊责任参照门诊首诊负责制度执行，当患者病情出现变化、被判断为首诊或存在其它不适宜互联网诊疗的情况时，接诊医师应当立即终止互联网诊疗活动，并引导患者到实体医疗机构就诊。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2008 年 03 月第 1 次修订

2015 年 03 月第 2 次修订

2020 年 10 月第 3 次修订

2023 年 12 月第 4 次修订

三级查房制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-037-05	制定时间：1992-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范医师查房行为，明确医师层级与职责，保障患者获得连续、精准、有效的诊疗服务，提升医疗质量安全，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 三级查房制度是指患者住院期间由不同级别的医师以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动的制度；护理、药师可参照执行。

第二章 基本要求

第二条 医院实行科主任领导下的三个不同级别医师的查房制度。

第三条 查房时遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的原则。

第四条 查房前，下级医师应准备好病历、检查报告及所需检查器械等，并做好病房秩序管理，保持安静、整洁。

各级医师应正确佩戴好胸卡，仪表端庄、严肃认真；注意保护性医疗措施，充分尊重患者的知情同意权利、保护患者隐私；禁止在患者面前暴露治疗争议。

各级医师查房内容应客观、真实、准确、及时、完整地记录在病历中。

第三章 查房周期

第五条 各科室工作日确保每天至少查房 2 次，非工作日至少查房 1 次。科主任查房每周 1 次，（副）主任医师查房每周至少 2 次；主治医师查房每日 1 次；住院医师查房每日上下午各 1 次。重点患者管床医师每日至少查房 2 次，危重患者应随时观察病情变化，必要时请上级医师检查患者。法定节假日原则上住院医师上午照常查房，午后查房可由当天值班医师代替。疑难危重患者必须保证每日有主治或以上职称医师

查房。手术患者的主刀医师必须在术前和术后 24 小时内查房；术后 3 天内必须每天由主治或主治以上职称医师查房。

第六条 以下情况必须有主治或以上职称医师查房：入院 2 天内的患者；危重或者疑难患者；手术或特殊检查（检验）前；病情发生重大变化或者重要医嘱变动时；患者出院前 3 天或需转科、转院时。

第四章 查房内容

第七条 科主任、（副）主任医师查房：主要解决疑难、危重病例的诊治，制定或更改重要治疗方案，包括重大手术安排（人员设备等），特殊检查或治疗等工作；介绍当前国内外疾病诊疗进展；抽查医嘱、病历，听取下级医师对诊断、治疗、护理的意见，全面了解科室医疗、护理质量。教学查房时，要重视知识传授，明确诊断依据及鉴别诊断思路。

护士长须参加科主任查房，主要检查护理质量。

第八条 主治医师查房：带领本组医师系统查房并对新入院、重危、诊断不明确、治疗效果不明显的患者进行汇总检查与讨论，组织会诊、抢救等，提请上级医师查房疑难病例；听取下级医师的诊疗意见，并进行补充、修改，提出对患者会诊、转科或转院的决定；检查医疗文书，了解医嘱执行情况和治疗效果，结合典型病例讲解带教。

第九条 住院医师查房：重点巡视危重、疑难、新入院、诊断不明及术后患者，计划性巡视一般患者；审查各类检查、检验报告单，分析结果，提出进一步检查和治疗的意见；检查医嘱执行情况，修改医嘱；听取患者对治疗和生活方面的意见并提出建议；做好上级医师查房的各项准备工作，汇报病情；详细记录上级医师的诊疗意见，认真执行上级医师的指示并及时向上级医师报告；负责书写病历相关内容，对危重患者随时检查并记录；向实习医师讲授诊断要点、体检方法、治疗原则、手术步骤、疗效判定及医疗操作要点，分析检查结果的临床意义；修改实习医师书写的病历，帮助实习医师做好新入院患者的体格检查及病历书写工作。

第十条 行政质量查房由党政办公室统筹分组，主要检查科室医疗质量安全以及科室管理情况，听取医患各方面的意见与建议。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]季国忠，杨莉.江苏省病历书写规范（第二版）[M].南京：东南大学出版社，2015.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2008 年 11 月第 1 次修订

2015 年 05 月第 2 次修订
2020 年 10 月第 3 次修订
2023 年 12 月第 4 次修订

会诊制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-038-05	制定时间：2001-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范会诊行为，保障医疗质量安全，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或外院医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。规范会诊行为的制度称为会诊制度。

第二章 会诊要求

第二条 按会诊范围，会诊分为院内会诊和院外会诊。医院统一制作《会诊单》版式并实行电子病历系统流转和闭环管理。

（一）院内会诊

1. 普通会诊

患者病情超出本科专业范围，需要其他专科协助诊疗时，应由主治及以上职称医师发出会诊申请，申请单应填写简要病史、体格检查、必要的实验室及器械检查结果，以及初步诊断、会诊目的与要求。应邀科室应派出主治医师及以上职称人员前往会诊（正常工作时间由科室指定的院内会诊医师会诊，亦可根据申请会诊科室要求的指定医师会诊；夜间及节假日由各科室二线值班医师或指定人员会诊），普通会诊应在申请发出后 24 小时内完成。会诊时，申请科室的诊疗组医师应全程陪同并主动介绍病情。会诊单记录内容包括但不限于会诊日期及时间、会诊医师对病史及体征的补充，对病情的分析、诊断和进一步检查治疗的意见，会诊医师签名。会诊后，申请科室应当在 24 小时内开具相关医嘱，并将会诊意见以及执行情况在病程记录中详细记录。需做专科检查的患者，可由陪检人员陪同前往该专科进行会诊；危重患者必须由床位医生陪同前往。

2. 急会诊

患者病情危重或重大病情变化，需相关专科紧急协同处理，管床医师可邀请相关

科室急会诊。急会诊可采取电话、微信语音通话等一切便利形式通知相关科室及人员。会诊结束后应及时补办会诊手续并完成会诊单记录，会诊申请时间、会诊达到时间应精确到分钟。急会诊的请求医师和受邀医师不受资质限制，但应首选在岗的最高资质医师。被邀请科室的会诊医师，必须在接到通知后 10 分钟内到达现场。遇有紧急抢救，可以在电话中先行病情交流，同时尽快赶到现场会诊，电话交流不能代替急会诊 10 分钟内到位的要求。被邀请科室不得以任何借口或理由推诿或拒绝急会诊，延误抢救时机。申请急诊会诊的医师必须全程陪同会诊。会诊医师处理有困难时，应立即请示科室二线值班医师或科主任，有关人员应及时到场指导。

3. 院内多学科会诊

如患者有疑难、危重或有其他特殊情况，经科主任或者主诊医师同意后，可提出院内多学科会诊申请。管床医师按要求填写《多学科会诊申请单》，提前 1～2 天确定会诊时间、地点、专科，由科主任或主诊医师提前一天报送至医务部，并由医务部组织相关专科副主任或以上职称医师参加会诊。会诊时由医务部或申请会诊科室主任主持。会诊结束后，经治医师负责整理会诊内容并记入病程记录，内容包括会诊医师姓名、职称、专业、会诊时间、会诊意见等，主持人审核签名。申请会诊科室的医师应在会诊当日的病程记录中记录会诊意见执行情况。

4. 门诊会诊

门诊患者实行专科诊疗，确需他科会诊或转其他专科门诊者，由首诊医师完成当前诊疗后，联系确认好会诊科室及人员，详细告知患者，重新挂他科门诊就诊。

（二）院外会诊

1. 邀请外院会诊

本院暂时不能诊治的疑难危重病例，通过科室讨论，根据患者的病情需要或者患者的要求等原因，需要邀请其他医疗单位的医师会诊时，经治科室应当向患者说明会诊目的、费用等情况，征得患者或其授权委托人知情同意后，由科主任提出，详细填写《邀请上级医院医师专家会诊（手术）申请单》，书面提交或传真给被邀请的医疗单位，紧急情况下邀请会诊的，可以采用电话方式，在会诊结束后 1 个工作日内补办书面手续。会诊由提出申请的科主任主持，重大会诊医务部参加，必要时可邀请相关院领导参加并主持会诊。如需外院医师参与重大手术或特殊操作的，须由科室填写《特殊手术审批单》，首次来院会诊的专家需提供医师资格证、医师执业证、医师职称证复印件，经医务部、分管院长或院长批准后方可进行。当外院专家来院手术以及特殊操作时，科主任或主诊组长必须亲自全程陪同手术。未经科室讨论、申请和医务部、分管院长或院长审批，任何科室或个人不得擅自邀请外院人员来本院进行会诊、手术。

2. 医师外出会诊

是经医院批准，为其他医疗机构特定的患者开展执业范围内的诊疗活动。医务部

接到外院会诊邀请（书面文件、电话或电子邮件等方式）后，确认会诊请求符合双方诊疗资质，在不影响本院（或专科）正常临床工作和医疗安全的前提下，安排副高以上职称医师外出会诊。外出会诊医师应亲自诊查，按规定书写医疗文书。外出会诊按规定收取会诊费，差旅费按照实际发生额结算，由邀请方负责，不得重复收费。医师未经医务部或院部批准，不得擅自外出会诊。

3. 远程会诊

本院与外院远程会诊签署远程会诊合作协议。各专科遇疑难病例需要远程医疗会诊时，由主诊医师与患者或者其法定代理人说明会诊目的、费用等情况，并签署远程会诊同意书。由患者主诊组医师在 HIS 系统内录入远程会诊医嘱，并准备患者病案资料，包括：患者个人信息、病历摘要、检验检查报告、邀请会诊的专科、会诊目的等，以 PDF 或 WORD 形式通过 OA 流转、医务部邮箱等途径报送医务部备案。由医务部与受邀单位相关负责人联系，确定会诊时间后，医务部通知请求会诊科室的经管医师，按指定会诊的时间携带必要的检查资料，提前 10 分钟到达远程会诊中心（门诊三楼），做好会诊准备。会诊时先由经治医师汇报病史，回答专家提问，结合临床进行咨询讨论。会诊以医务部反馈临床科室远程会诊意见记录单为结束节点。

第三条 会诊责任界定：同一专科问题的会诊由同一会诊医师所在主诊组负责到底，即第一次会诊没有解决的专科问题，第二、三次会诊仍由第一次会诊医师诊疗组负责到底。

第四条 会诊实行双向评估机制（暂不含院外会诊），会诊申请科室及受邀科室在会诊结束后，需对本次会诊进行评价（在科室工作站“会诊”界面选择满意度及必要性评价），由医务部对全院的会诊质量进行考核。

第三章 罚则

第五条 会诊申请单填写不规范、关键信息缺失、无指征随意申请会诊，对申请主诊组扣款 50 元/次；受邀科室未在规定时限内安排医师会诊，或无故拖延、拒派医师但未造成不良后果的，对受邀科室主任扣款 100 元/次；会诊医师未到场查看患者或敷衍了事、会诊记录不及时、不完整、不规范，对会诊医师扣款 100 元/次；未经医务部审批、未履行报备流程擅自开展院外会诊，对当事医师扣款 200 元/次、科主任扣款 500 元/次。因会诊不及时、推诿扯皮，引发重大医疗纠纷、投诉或不良事件，对责任科室扣款 1000 元/次，并纳入科室绩效考核、医师职称聘任、医师评优评先管理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]中华人民共和国卫生部.医师外出会诊管理暂行规定[EB/OL].(2005-04-30).http://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/ab8797a8dfcc408d8ce489011a88e581.shtml.

[3]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[4]国务院.医疗机构管理条例（2022 年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[5]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局.远程医疗服务管理规范（试行）[EB/OL].(2018-07-17).https://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5358684.htm.

四、修订原因

根据家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2015 年 05 月第 1 次修订

2018 年 05 月第 2 次修订

2020 年 10 月第 3 次修订

2023 年 10 月第 4 次修订

值班和交接班制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-039-05	制定时间：2006-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范全院临床、医技科室值班与交接班行为，保障患者诊疗服务的连续性，防范医疗风险，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 值班和交接班制度指医院及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。全院各临床、医技科室（临床药学、放射、超声、临床检验及输血科等）及提供诊疗支持的部门均实行 24 小时值班制，确保能为患者提供 24 小时连贯不间断的医疗服务。

第二条 医院设有行政总值班、医疗总值班和护理总值班，由党政办统筹安排。本制度特指临床及医技科室，值班人员经培训考核后上岗。

第二章 值班和交接班内容

第三条 病区值班设置一、二、三线值班医师。每月底前，各科室、病区应完善人员排班，医务部负责审核后全院公开。

第四条 一、二线值班医师夜间必须在指定值班室留宿，不得擅自离开工作岗位，遇到需要处理的情况时应立即前往诊治。如因急诊抢救、会诊等需要离开病区时，必须向值班护士说明去向及联系方法。三线值班医师可住家中，但必须保持通讯畅通，接到请求电话时应立即到岗。

第五条 一线班人员原则上须为注册在本医疗机构(含区域注册)且接受本机构人力资源管理部门管理的医务人员。属于本医疗机构编制内的规培人员，取得执业医师证书，根据其临床能力，经所在科室申请、考核合格并报医务部审批后，可安排单独值班。非本医疗机构的规培人员、进修人员不得单独值班。

第六条 二、三线值班人员须为在本院注册、主治医师及以上职称人员。部分科室（联合病区）可在医院批准后，实行联合值班，负责处理非工作时间内的情况。

第七条 值班医师应按时交接班，听取交班医师关于值班情况的介绍，了解本病区交班患者的情况，接受交班医师交办的医疗工作。

第八条 新入院、危重、当日接受手术和/或侵入性操作、当日出现检验检查危急值的患者和其他需特别注意的患者为必须交班的对象。危重患者和当日四级手术患者必须床旁交接班，详尽说明交接班内容及相关注意事项，并在交接班记录中予以体现。交接班内容均应在信息系统中完整记录，并由交班人员和接班人员共同签名确认。

第九条 值班医师主要负责病区各项临时性医疗工作，患者病情变化的处置，急危重患者病情观察及医疗措施的记录。一线值班人员在诊疗活动中遇到困难或疑问时应及时请示二线值班医师，二线值班医师应及时指导处理。二线班医师不能解决的困难，应请三线班医师指导处理。遇有需经科主任协同处理的特殊问题时，科主任必须积极配合。遇有需要行政领导解决的问题时，应及时报告医院总值班或医务部。

第十条 各科室应合理安排值班力量，保障患者紧急医疗需求以及值班区域医疗工作的连续性和及时性。值班期间，值班医师不能“一岗多责”（例如：既担任病区值班又出诊门/急诊或担任总值班）。当值班医师处置急会诊或急诊手术等紧急情况、确因工作无法安排时，应确认有相同或更高资质的本科人员替班并承担相应值班责任后，报科主任或病区主任同意，告知当班护士，同时向医务部报备。

第十一条 值班医师应将值班期间的各类情况在早交班时向病区医护人员报告，并向主诊医师报告危重患者情况及尚待处理的问题。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容修订制度。

五、修订记录

2011 年 03 月第 1 次修订
2015 年 05 月第 2 次修订
2020 年 10 月第 3 次修订
2023 年 12 月第 4 次修订

疑难病例讨论制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-040-07	制定时间：2000-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：6
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范疑难病例讨论流程，及时明确诊断、完善诊疗方案，总结诊疗经验，提升医务人员对疑难疾病的诊治能力与医院整体医疗水平，保障患者医疗安全，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 疑难病例讨论制度是指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论的制度。

第二章 讨论内容及要求

第二条 本制度包括但不限于以下病例（各科室根据科室实际情况确定本科室需要进行疑难讨论的病例）：

（一）患者没有明确的诊断或诊疗方案难以确定；

（二）疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效；

（三）非计划再次住院和非计划再次手术；

（四）出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症；

（五）本院首次发现的罕见病例。

第三条 疑难病例讨论原则上由科室组织、科主任主持（特殊情况也可由主诊医师主持），全科人员参加。患者病情复杂、症状体征超出本科常见症状体征范围、需要多学科共同参与的；或超出医院诊疗范围、能力范围，需要邀请院外人员参加的，由科室申请，医务部组织协调并主持讨论。

第四条 疑难病例讨论前，经治医师需事先做好讨论准备工作，将有关资料整理完善，写出病历摘要并报告病例；在讨论过程中由上级医师补充报告，提出本次讨论的目的，明确讨论要解决的问题。

第五条 参加疑难病例讨论成员中应当至少有 2 人具有中级及以上专业技术职称

任职资格，参加讨论人员充分发表意见和建议，最后由主持人根据讨论意见，对于诊断、治疗和必要的检查做概括总结。讨论结果应当能够妥善解决患者本次就诊需处理的医疗问题，否则应当重新组织讨论或组织多学科讨论甚至邀请外院专家参与讨论。

第六条 经治医师按照《疑难病例讨论记录》范式记录，主持人审核签字。讨论结论记入病历。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]季国忠，杨莉.江苏省病历书写规范（第二版）[M].南京：东南大学出版社，2015.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2001 年 01 月第 1 次修订

2010 年 08 月第 2 次修订

2015 年 05 月第 3 次修订

2018 年 08 月第 4 次修订

2020 年 10 月第 5 次修订

2023 年 12 月第 6 次修订

急危重患者抢救制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-041-05	制定时间：2000-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范急危重患者抢救流程，明确职责，优化协作机制，提高抢救成功率，降低医疗风险，保障患者生命安全，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《医疗质量管理办法》及本院实际情况制定本制度。

第二章 基本要求

第二条 明确急危重患者的范围，主要涉及以下病例：患者急性起病，诊断未明，根据其症状的诊疗流程，必须立即处置，否则可能导致重要脏器功能损害或危及生命；

患者急性起病，诊断明确，根据诊疗规范必须立即处置，否则可能延误最佳治疗时机或危及生命，如有明确治疗时间窗的疾病；患者生命体征不稳定并有恶化倾向；出现检验或检查结果危急值，必须紧急处置的患者；患者出现其他预计可能出现严重后果，必须紧急处置的病情。

第三条 建立绿色通道机制，对急危重患者实行“先救治、后收费”，果断采取急救措施，同时通知其他医护人员到场协助抢救。不得因费用等问题影响抢救。

第四条 紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。医护人员接到患者家属呼救或其他医护人员发出抢救的信息后，要迅速到达现场，不得以任何借口拒绝、延误抢救。

第五条 抢救由现场级别和年资最高的医师主持。在抢救的同时，向家属告知患者的危重情况，取得家属的理解与配合，进行医患沟通，同时签署《病危/重通知书》。

第六条 按照具体的病情，实行优先抢救生命的原则。先做紧急的对症处理，使病情稳定，然后进行病因治疗。

第七条 各临床专科根据自身情况制定急危重患者抢救流程图，抢救预案，每年组织抢救预案的培训和演练。

第八条 各科室、病区应定期维护抢救设备和药品，始终保持可用状态，各单元医务人员要知晓抢救设备位置、使用方法，知晓抢救设备缺乏或故障时替代设备的调配流程。

第九条 非本院诊疗范围内的急危重患者，要为患者的转诊提供必要的帮助。在转运前，应完成患者评估，履行告知义务，根据评估结果决定转运方式，原则上均由120 实施转运。对需要转送的患者要有完善的病情与资料交接，尽最大可能为转运提供力所能及的人员、设备、药物等支持，保障患者得到连贯抢救。

第十条 护士在抢救过程中执行口头医嘱时，必须重述一次，经医嘱下达者确认后执行。所有使用过的药物安瓿暂时保留，抢救结束后经两人与记录核对无误后方可丢弃。

第十一条 抢救结束后，应尽快补充医嘱，并于抢救结束后 6 小时内完成抢救记录，抢救时间应当具体到分钟。抢救记录应包括患者病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名等，请主持抢救者审核签名。

第十二条 复合伤或涉及多科室的急危重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，所有相关科室须执行急危重患者抢救制度，协同抢救，不得推诿，不得擅自离开。各科室分别进行相应的处理并及时做病历记录。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2008 年 06 月第 1 次修订

2015 年 03 月第 2 次修订

2020 年 10 月第 3 次修订

2023 年 12 月第 4 次修订

术前讨论制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-042-08	制定时间：2000-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-01
制定部门：医务部	修订版本：7
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2026-05-01

一、目的

为规范术前讨论流程，全面评估手术指征、风险与方案，明确手术相关关键事项，降低手术风险，保障手术安全与患者权益，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 术前讨论制度是指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。

第二章 基本要求

第二条 除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，非紧急抢救生命的急诊手术也需实施术前讨论，术者必须参加。门诊手术、日间手术、在医学影像下进行的介入诊疗、内镜下的手术等有创操作或手术，参照相应的手术级别，也需要开展术前讨论。

第三条 术前讨论记录内容包括但不限于：患者术前病情及承受能力评估（生理、心理和家庭、社会因素等）；临床诊断和诊断依据；手术指征与禁忌症、拟行术式及替代治疗方案；主刀是否具备手术权限；手术风险评估；手术风险与利弊；术中、术后注意事项，可能出现的风险及应对措施；术前准备情况；术中拟使用高值耗材情况；是否需要分次完成手术；围手术期护理具体要求；麻醉方式与麻醉风险等。

第四条 术前讨论的结论应记入病历，包括：手术日期；参加讨论的人员及职称；临床诊断、手术指征、拟行术式、麻醉方式、术中术后可能出现的风险及应对措施；

特殊的术前准备内容；术中、术后应当充分注意的事项等。术前讨论的结论由手术患者的管床医师记录，最终由本手术的术者签字确认，表示术前讨论完成。

第五条 术前讨论完成后，方可开具手术医嘱。经治医师负责整理、及时完成术前讨论记录，并将讨论内容与意见向患者或患者所委托的人员进行书面告知，签署手术知情同意书。

第三章 术前讨论的形式

第六条 术前讨论分为手术组讨论、病区内讨论、全科讨论、术前多学科讨论。

1. 手术组讨论是指计划参与该手术的医师及相关成员参加的术前讨论，由术者主持。讨论的范围包括所有一、二级手术、门诊手术、日间手术和非紧急抢救生命的急诊手术。在术前病程记录或门诊病历上记录术前讨论的结论。

2. 病区内讨论是指在由同一科室的两个或以上医师团队组成的病房管理相对区域内所有医疗团队参加的讨论。病区内讨论由病区主任或其授权的副主任医师以上主持，讨论的范围包括所有三级手术。术前讨论记录需单独成页。

3. 全科讨论是指本科室全体成员参与的讨论。全科讨论由科主任或其授权的科副主任主持。讨论的范围包括新开展手术、高风险手术、毁损性手术、非计划再次手术、可能存在或已存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术。必要时可邀请医疗管理部门参与讨论。术前讨论记录需单独成页。

4. 术前多学科讨论是指除本科室成员外，增加与诊断相关的医技科室、涉及重要器官功能不全需治疗的临床科室、涉及围手术期管理的相关科室等共同参与术前讨论。讨论的范围包括所有的四级手术（详见附件 1《宜兴市人民医院四级手术术前多学科讨论管理制度》）、限制类手术、患者病情复杂，可能存在重要脏器功能不耐受拟开展的手术、手术涉及多学科或存在可能增加手术风险或影响手术效果的合并症、手术方式需要其他科室参与等情况，术前多学科讨论记录需单独成页。明确每例四级手术、限制类手术（不分等级）均须进行术前多学科讨论，其讨论记录需单独成页。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知(国卫办医政发〔2022〕18 号）[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发手术质量安全提升行动方案（2023－2025 年）的通知（国卫办医政发〔2023〕10 号）[EB/OL].(2023-08-22).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202308/02b2a53614924b88ae3a6951d65e0a61.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.关于印发 2026 年国家医疗质量安全改进目标的通知

（国卫办医政函〔2026〕63号）[EB/OL].(2026-03-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202603/9f642951b99c447f8cff9da8abb74dc3.shtml

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2001年01月第1次修订

2010年08月第2次修订

2015年05月第3次修订

2018年08月第4次修订

2020年10月第5次修订

2023年12月第6次修订

2026年04月第7次修订

附件

宜兴市人民医院四级手术术前多学科讨论管理制度

四级手术术前多学科讨论系《医疗机构手术分级管理办法》等法定强制性工作要求。为做好依法执业管理，保障手术质量安全，对照《医疗质量安全核心制度要点》《医疗机构四级手术全过程管理(专家解析)》相关要求并结合本院实际，制定本制度。

一、术语与释义

本制度所称“四级”手术是指本院自定手术分级管理目录内的四级手术；国家组织制定用于公立医院绩效考核的手术目录，不作为本院开展手术分级管理的依据。

二、豁免范围

各临床医技科室针对成熟开展、并发症发生率低、围手术期安全可控的前述“国考”四级手术，经科学评估和科内民主决议，可作院内等级“降级”动态调整，嗣后即免于强制性术前多学科讨论要求。

三、讨论范围

除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者四级手术必须实施术前多学科讨论。

豁免范围手术及院内自定手术分级管理目录内三级及以下等级手术，遇患者病情疑难、复杂等特殊情形，仍应按需开展术前多学科讨论。

1. 讨论应当由科主任或其授权的副主任（医师）、医疗组长主持。

2. 术者（手术主要完成人）必须全程参加讨论，并完成术前和术后24小时内查房。

3. 多学科讨论的参与科室视患者具体情况确定，包括但不限于：与诊断相关的

医技科室；涉及患者重要器官功能存在问题的临床科室；手术范围涉及器官的相关临床科室；麻醉以及围手术期管理(重症医学、护理、康复、心理和营养等)相关科室。

4. 多学科讨论应采取线下方式进行；外请专家等实难情形，须及时通报其线下讨论结果并征得意见，做好相应记录。

5. 讨论内容应当涵盖手术指征、方式、预期效果、风险和处置预案等，并最终明确手术方案和术后监测等围手术期管理方案。

6. 讨论完成后，方可开具手术医嘱、签署《手术知情同意书》。

7. 讨论过程应当专册记录；讨论结论记入《病程记录》。

四、患者存在可能影响手术的合并症等情形，相关会诊可与术前多学科讨论并期举行并合并医疗文书。

五、各临床医技科室拟针对“国考”四级手术作院内“降级”调整者，可至OA网填写《手术级别定级审批表》，按流程审批后定级。

六、其它事项

信息管理部门、病案管理部门，应当配合做好电子病历系统业务流程控制和医疗文书模板建制。

死亡病例讨论制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-043-06	制定时间：2001-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：5
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范死亡病例讨论流程，全面复盘诊疗全过程，分析死亡原因与诊疗过程中的经验教训，持续提升医务人员诊疗能力与医院医疗质量，防范医疗风险，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 死亡病例讨论制度是指为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对院内死亡病历的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。

第二章 主要内容

第二条 死亡病例讨论应当在患者死亡1周内完成，特殊病例（重大纠纷等）需及时讨论。尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。在门、急诊死亡的患者，由最终接诊医师所在科室完成死亡讨论。

第三条 死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由科主任主持；接受了多学科诊治的死亡患者，以及四级手术发生围手术期死亡患者，需要进行多学科讨论，则由医务部人员主持。

第四条 死亡病例讨论情况应当按照本院统一制定的模板进行记录，由主持人审核并签字。讨论发言应指定专人记录，重点记录诊断意见、诊疗过程分析、死亡原因分析、抢救措施意见、经验教训。死亡病例讨论结果包括讨论时间、地点、主持人、死亡诊断、死亡原因等内容，讨论结果应当记入病历。如病历尚未归档，可延迟死亡病历的归档时间，待死亡病例讨论完成后再归档；如病历已归档，则履行归档病案修改流程，报医务部批准后启封归档病案，加入死亡病例讨论结果。

第五条 医务部每月对所有死亡病例进行汇总分析，从诊断、治疗、及抢救等整个医疗过程中存在的缺陷提出改进意见及措施;有针对性地开展医疗质量安全核心制度、专业技术、基本技能等学习培训。质量管理部每月进行一次全院性的死亡汇总分析，对死亡人数偏离常态死亡发生趋势的情况快速异动汇总分析，并提出持续改进意见。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]季国忠，杨莉.江苏省病历书写规范（第二版）[M].南京：东南大学出版社，2015.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知(国卫办医政发〔2022〕18号）[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2010年08月第1次修订

2015年05月第2次修订

2018年08月第3次修订

2020年10月第4次修订

2023年12月第5次修订

查对制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-044-06	制定时间：1992-04-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：5
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为严格落实医疗质量安全核心制度，规范全流程查对行为，明确各环节查对要求，防范诊疗差错与医疗事故，保障患者生命安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等法规，结合临床实际，制定本制度。

第二章 主要内容

第二条 查对制度是指为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核查对的制度。

1. 查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等相关方面。

2. 每项医疗行为都必须查对患者身份。应当至少使用两种身份查对方式（包括姓名、住院号、身份证号、出生年月日以及电子设备身份认证等），严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需口头双向查对。

3. 医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

4. 医院针对具体患者个人的医疗行为和环节，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节的行为均需要复核查对。

第三条 临床科室

1. 开具医嘱、处方或进行治疗时，应查对患者姓名、性别、床号、住院号（门诊号）。

2. 执行医嘱时要进行“三查八对”：摆药后查；服药、注射、处置前查；服药、注射、处置后查；对床号、姓名和服用药的药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期。

3. 清点药品时和使用药品前，要检查质量、标签、有效期和批号，如不符合要求，不得使用。

4. 给药前，注意询问有无过敏史；使用毒、麻、限制药时要经过反复核对；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝；给予多种药物时，要注意配伍禁忌。

5. 输血前，必须经两人查对交叉配血报告，无误后方可执行。输血时须注意观察，保证安全。

第四条 手术麻醉部

1. 做好手术部位标识。接患者时，查对科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号、诊断、手术名称、手术部位、体表标识、腕带、术中用药及影像资料等，做好病

房与手术室之间的交接程序。

2. 每例手术患者配戴“腕带”，其上标明患者姓名、性别、年龄、科室、住院号，以便查对。

3. 手术时巡回护士、麻醉医师与手术医师三方严格执行手术安全核查制度，核查由麻醉医师主持，核查后使用 CA 扫码签名确认。

4. 查无菌包内灭菌指示剂以及手术器械是否齐全、性能完好。

5. 使用植入性材料者，术前须查对生产厂家、产品名称、规格、数量、合格证、条形码，并保留凭证。

6. 凡进行体腔或深部组织手术，须在术前、关闭体腔前、关闭体腔后及缝合皮肤后，分四次认真清点手术敷料、器械等物品；浅表组织手术和经尿道、阴道、鼻腔等内镜手术清点各项物品数量及完整性，填写于手术清点记录单上并签名。

7. 输血、输液、用药执行须按要求严格查对。

8. 手术结束后，洗手护士必须与器械交接护士按器械单数目查对手术器械数目、完整性。

9. 在手术标本产生、处理、交接三个环节，洗手护士、巡回护士、手术者、调度岗护士需对标本信息进行全面查对。

第五条 药房

1. 调剂处方时，需查处方，核对科别、姓名、年龄；查药品，核对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，核对药品性状、用法用量；查用药合理性，核对临床诊断。发放用药指导单，交代特殊用法及注意事项。

2. 调剂所有药品（包括高警示药品），需实行双人核对，在夜间及特殊情况下，本岗位只有一人时，采用单人双次复核查对。

第六条 输血科

1. 采取血标本时，要核对患者的住院号、床号、姓名、性别、年龄和诊断。打印采血条码粘贴在试管上，抽血时两名护士（一名护士值班时，应有值班医师协助）携带输血申请单与试管，到床旁共同逐项核对，与患者核实无误后方可抽血。

2. 接收血标本时

（1）应与送检者共同查对配（备）血标本和《临床输血申请单》上的相关信息，包括患者姓名、性别、年龄、住院号、科别、床位、ABO 血型和 RhD 血型、既往输血史和妊娠史，并检查血标本外观质量是否合格，及检查《临床输血申请单》填写是否规范。

（2）查对无误和检查标本合格后，双方电子签收交接。

（3）对查对信息不符、标本外观质量检查不合格、或《临床输血申请单》填写不规范的，输血科应拒收。

3. 血型鉴定前、后

（1）应仔细查对配（备）血标本和《临床输血申请单》上的相关信息，包括患者姓名、性别、年龄、住院号、科别、床位、ABO 血型和 RhD 血型、血标本外观质量，确认查对无误和标本合格后，方可进行鉴定。

（2）血型鉴定完毕并查对无误，行“双查双签”后发出血型鉴定报告。一人工作时用两种核对方法进行查对。

4. 交叉配血试验前、后

（1）仔细查对配（备）血标本、《临床输血申请单》和血袋标签上的相关信息，包括患者的姓名、性别、年龄、住院号、科别、床位、ABO 血型和 RhD 血型及血液种类、规格、血型、信息码、失效日期等，确认无误后，方可进行下一步操作。

（2）配血前，还应检查血标本和库存血液外观质量，确认合格后再进行患者和库存血液血型复检，血型复检相符后，方可进行交叉配血试验；配血后，应检查配血试验结果，确认无误后，方可交发血者登记发血。

（3）两人工作时应“双查双签”，一人工作时应用两种方法重复核对。

（4）配血后的血标本应在专用冰箱内保存 7 天，以备发生输血差错事故或不良反应时可以进行复查。

5. 发血时

（1）医务人员持取血凭证到输血科取血，发血者应与取血者分别患者姓名、年龄、住院号、血型和交叉配血结果，献血编号或条形码、血型、血液品种、标示量、失效期、外观和数量等。核对无误后双方在发血单上签字，血液方可发出。

（2）凡有下列情形之一者，血液一律不得发出：

①血袋标签脱落、破损、字迹不清；

②血袋有破损、渗漏；

③血液中有明显凝块；

④血浆呈重度乳糜状或暗灰色；

⑤血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；

⑥血浆层与红细胞界面不清或交界面上出现溶血；

⑦红细胞层呈紫红色；

⑧血液过期；

⑨其他经查证不符合使用标准的情况。

6. 输血前、输血时及输血后

（1）输血前，应当由两名医护人员核对发血单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏、血液外观质量是否正常及血液是否在有效期内等。

（2）输血时，应当由两名医护人员到患者床旁，共同核对患者姓名、性别、年

龄、住院号或其他唯一身份识别信息、科别、病区、床号、血型及交叉配血结果等，确认与发血单相符，再次核对血液后，使用与血液成分相适宜的输血器进行输血。

（3）输血过程中发生反应时，应汇报医师，立即处理，必要时停止输血，保留血袋及输血器，以备送检。

（4）输血完毕，应将血袋在用血科室保存 24 小时，以备必要时送检。

第七条 医学检验科

1. 采集标本时，查对科别、床号、姓名、性别、年龄、申请项目。

2. 收集标本时，查对科别、床号、ID 号、姓名、标本数量、质量。

3. 检验时，查对检验项目与申请项目是否相符。

4. 检验后查对申请项目与结果是否相符。

5. 发放报告时，查对姓名、性别、年龄、ID 号、科别、病房、床号、检验项目。

第八条 病理科

1. 标本接收与签收

（1）申请单与容器核对：仔细核对病理检查申请单填写内容与标本容器上的标签是否一致，重点确认患者姓名、性别、年龄、住院号/门诊号、送检科室及标本名称（部位/数量）。

（2）标本质量检查：核对标本是否已用 10%中性缓冲福尔马林固定，检查有无自溶、干涸等。若不符要求，应立即联系送检科室。

（3）编号登记：验收合格后，对标本进行统一编号、登记，并粘贴唯一条形码/二维码或标签。

2. 技术操作环节

（1）取材与脱水：取材时由两名工作人员核对，确保蜡块号码、组织块数与取材记录一致。包埋时核对组织块与蜡块盒编号。

（2）切片与染色：切片前核对蜡块与玻片编号，确保一一对应。染色完成后，核对切片数量及染色质量。

（3）交接核对：技术人员与诊断医师交接切片时，需再次核对切片数量及编号。

3. 病理诊断环节

（1）初诊核对：诊断医师阅片时，必须核对切片编号、患者信息、标本种类及组织块是否相符，详细阅读申请单上的临床资料及大体描述，并结合镜下所见综合判断。

（2）双人复核/复诊：常规报告需实行二级医师双签字制度（初检与复检），对疑难、罕见或可疑的病例，需经上级医师复检或科内/院外会诊后方可签发。

（3）补取与深切：若需重新切片、深切或补取材，要在工作单上注明原因，并与技术组交接核对。

4. 报告发送与归档

（1）信息再确认：报告发出前需再次核对患者信息与诊断结论，并由具备资质的医师亲笔签名，无签名报告视为无效。打印报告前，核对报告内容与申请单原件是否一致，重点核对病理号、住院号/门诊号、送检部位、病理诊断结果。

（2）归档核对：归档切片和蜡块时，核对编号、数量及保存期限，确保借阅和归还时信息一致。特殊检查的归档管理需核对免疫组化、分子病理等特殊检查的标本数量及染色质量，确保与诊断需求相符。

5. 特殊情况与免疫组化

（1）细胞学检查：核对穿刺涂片、胸腹水等标本的即时性，防止凝固或退化。

（2）特殊染色/分子检测：核对所用的抗体探针、检测项目与诊断需求是否相符，避免错标或污染。

第九条 医学影像科

1. 注射室：使用 PDA 扫码核对患者身份，门诊患者扫描收费单二维码，住院患者扫腕带。

2. 机房：

（1）使用 PDA 扫描核对患者身份；

（2）查对检查申请单填写是否符合规范；

（3）查对初步诊断、部位与检查目的是否相符；

（4）检查时，查对体位、投照或扫描条件、选择线圈，按规定程度进行扫描，保证检查质量；

（5）检查后核对图像资料是否完整、合格，并上传 PACS；

（6）特殊检查（造影等）还需：

①查对留置针位置、注射部位有无红肿、测试留置针是否通畅；

②查对造影剂类型、剂量、浓度、注射部位、注射速率；造影剂及药物有无变质；瓶口有无松动、裂缝；

③查对安全急救措施是否完备，备用药品是否过期。

3. 报告与审核

（1）查对片号、姓名、性别、年龄、申请科别、住院号（门诊号）；

（2）查对初步诊断、部位与检查目的是否相符；

（3）查对图像是否与登记及申请单上信息一致；

（4）报告书写是否规范、报告内容是否与检查内容一致；

（5）影像与建议是否与报告内容一致。

第十条 康复科及针灸

1. 各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

2. 低频治疗时，附加查对极性、电流量、次数。

3. 高频治疗时，附加检查体表、体内有无金属异常。

4. 针刺治疗前，检查针的数量和质量，取针时，检查针数和有无断针。

第十一条 消毒供应中心

1. 回收物品时，认真查对各包包内器械的品名、规格、数量、性能是否符合，确保准确无误并登记。

2. 配置各种消毒液、清洗液时，认真查对原液品名、规格、有效浓度应配置的方法、应配置的浓度温度和注意事项等。

3. 包装时须双人核查包内器材和敷料的品名、规格、数量、性能、清洁度，包装材料的清洁度、完整性，包外追溯标识清晰。特殊、贵重、手术器械包必须经过二人核对无误后方能封包。

4. 消毒灭菌员装载前：查数量、查规格、查装载方法、查灭菌方式。灭菌结束后：查压力、查温度、查时间、查浓度。卸载时：检查有无湿包、破损包，查化学指示胶带变色情况以及监测包中化学指示剂变色是否达到标准变色要求，在灭菌记录本上记录签名。

5. 发放消毒或灭菌物品时，认真查对包的名称、数量、灭菌日期、有效期、化学指示胶带变色情况。信息化追溯系统发放时注意核对科室、名称、数量，确认无误后，方可发放。

6. 物资入库必须查对厂家批号、查品名、查规格、查数量、查质量、查灭菌标识和效期。

第十二条 特殊检查室（心电图、脑电图、肌电图、超声波、腔镜室等）

1. 检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检查目的。

2. 诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。

3. 发报告时，查对科别、病房。

第十三条 护理查对制度

1. 医嘱查对制度

（1）接受电子医嘱时，护士须逐条校对，对有疑问的医嘱必须问清后方可执行，护士负责打印出各类执行单及医嘱变更单。

（2）处理医嘱后由第二人进行核对，核对无误后方可执行。

（3）医嘱执行后，由执行护士记录执行时间并签名。用药医嘱执行时，必须用PDA进行扫码，对有疑问的医嘱必须问清后方可执行。

（4）每周总核对医嘱一次，护士长必须参加，如护士长外出，由责任组长代替，电脑总核对医嘱有记录。

（5）班班查对，本班交班前查看本班医嘱执行情况，下一班需查看上一班医嘱执行情况，保证所有医嘱得到相应处理，无遗漏、无差错。

2．服药、注射、输液查对制度

（1）服药、注射、输液时严格进行三查八对。

三查：操作前查、操作中查、操作后查。

八对：床号、姓名、住院号（门急诊号）、药名、剂量、浓度、时间、用法。

（2）备药前检查药品的质量，注意有无变质，瓶身有无裂缝，注意有效期及批号，软包装液体挤压有无漏水。对科室间交接的药品（含静脉配置中心），须认真核对医嘱，如质量不符合要求、标签不清、有疑问时一律不得使用。

（3）摆药后必须经第二人核对，无误后方可执行。

（4）易致过敏的药物，使用前应询问患者有无药物过敏史，使用毒、麻、限制药物时要反复核对，用后保留安瓿。

（5）同时使用多种药物时注意药物的配伍禁忌。

（6）发药或注射时，如患者提出疑问，应及时与医嘱核对，核实正确向患者解释后方可执行，必要时与医师联系。

（7）服药、注射、输液执行前的患者查对，除口头查对外，必须同时使用 PDA 扫描患者腕带和药袋、注射标签或输液袋上的信息码，扫描信息匹配、无误，方可执行。如紧急情况只有 1 人时，应核对两遍，以防液体和药品拿取错误。

3．输血查对制度

（1）取血时，由医务人员持取血单到输血科取血。核对发血单与血袋标签上：姓名、性别、年龄、住院号（门急诊号）、血型（包括 Rh 因子）、血液成分、血量、血袋号（血袋编号、血袋扩展编码）、有效期是否相符，有无凝集反应。检查血液外观质量是否正常、血袋封口及配血条是否完整。核对无误后，双方签字。

（2）输血前，由两名医护人员核对发血单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏、血液外观质量是否正常及血液是否在有效期内等。

（3）输血时，两名医护人员持发血单、血袋到患者床边，共同核对患者姓名、性别、年龄、住院号（门急诊号）、科别、病区、床号、血型及交叉配血结果、血袋号（血袋编号、血袋扩展编码）、血液品种、血量等。核对无误后方可输入。

（4）输血全过程除口头查对外，必须同时使用 PDA 扫描患者腕带和输血袋上的信息码，扫描信息匹配、无误，方可执行。

4．饮食查对制度

（1）每日核对医嘱单、饮食执行单、患者床头屏显示饮食种类是否相符。

（2）发治疗饮食时，查对饮食单与饮食种类是否相符。

（3）开饭时在患者床边再次核对饮食种类。

第十四条 医学装备科

1. 医疗器械、设施管理部门应定期对医疗设施设备开展巡查及保养工作，并做

好相应记录，以确保医疗工作正常开展。

2. 巡查频率较高的设备，可委托临床科室代为巡查，但需规范巡查流程，承担巡查职责的医务人员必须经过医疗器械、设施管理部门的定期培训，并考核通过后才能开展巡查。

3. 生命支持类设备应有该设备是否运行正常的明示标记。

4. 医护人员在使用前应核查医疗器械是否在有效期范围内，在每日使用前做好日常检查与清洁工作，并做好相应记录。使用后应严格按照医疗器械相关保养说明完成保养。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2006 年 08 月第 1 次修订

2010 年 08 月第 2 次修订

2014 年 07 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2023 年 12 月第 5 次修订

手术安全核查制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-045-04	制定时间：2010-04-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范手术安全核查流程，明确手术医师、麻醉医师、手术室护士三方核查职责，防范手术相关差错，保障患者手术安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 手术安全核查制度是指在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方）对患者身份、手术部位、手术方式等进行多方参与的核查，以保障患者安全的制度。本制度适

用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

第二条 手术科室主任、手术麻醉部主任与手术室护士长是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人。

第二章 主要内容

第三条 所有进入手术室的手术患者均应佩戴有患者身份识别信息的标识，并按照手术部位标识的要求做好手术部位标记，以便核查。加强手术人员核查，不得出现计划手术医师与实际手术医师不一致的情况，保障手术过程中主要术者（含第一助手）和麻醉医师全程在场。

第四条 手术安全核查原则上由麻醉医师主持，局麻手术由手术医师主持。核查时，由主持人按照安全核查表项逐一提问，三方人员逐一口头回答各自相关内容，共同确认，逐项填写《手术安全核查表》，并使用 CA 扫码签名确认。

第五条 实施手术安全核查的内容：

1. 麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、手术部位与标识、知情同意、麻醉方式、麻醉设备安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

2. 手术开始前（切开皮肤前）：三方按《手术安全核查表》依次核对身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术医师陈述：预计手术时间、预计失血量、手术关注点等；麻醉医师陈述：麻醉关注点；手术护士陈述：物品灭菌情况、仪器设备情况、术前用药情况。

3. 患者离开手术室前：三方按《手术安全核查表》依次核对身份（姓名、性别、年龄、病案号）、实际手术方式，手术部位与标识是否正确，手术用物清点是否正确，确认手术标本，检查皮肤完整性、核对各种管路，确认患者去向等内容。

第六条 手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格，三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名，不足三方参与的手术或有创操作，根据实际参与手术或操作的人员情况进行核查并签字。

第七条 术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

第八条 产房分娩安全核查工作，参照《产房分娩安全核查表》的时间段，在产妇确定临产、准备接产及分娩后 2 小时等 3 个时间节点对所有经阴道试产的产妇逐项进行核查，按照产程进展动态评估，由医师及助产士确认并签名。

第九条 住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

第十条 医务部、护理部等职能部门负责对手术安全核查制度实施情况进行监督

与管理，提出改进措施并落实。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发手术质量安全提升行动方案（2023—2025年）的通知（国卫办医政发〔2023〕10号）[EB/OL].(2023-08-22).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202308/02b2a53614924b88ae3a6951d65e0a61.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年04月第1次修订

2020年09月第2次修订

2023年12月第3次修订

手术分级管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-046-05	制定时间：2011-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2026-05-01

一、目的

为规范手术分级管理，依据手术风险程度、复杂程度、难易程度及资源消耗情况科学划分手术级别，明确医师手术权限，保障手术安全与医疗质量，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 手术分级管理制度是指为保障患者安全，按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同，对手术进行分级管理的制度。

第二条 本制度所称手术是指医疗机构及其医务人员以诊断、治疗疾病为目的，在人体局部开展去除病变组织、修复损伤、重建形态或功能、移植细胞组织或器官、植入医疗器械等医学操作的医疗技术。

第二章 手术分级管理

第三条 医院手术分级管理实行院、科两级负责制。医院主要负责人是全院手术分级管理的第一责任人；手术相关临床科室主要负责人是本科室手术分级管理的第一责任人。医疗技术临床应用管理委员会负责本机构手术分级管理，医务部负责日常管

理工作。

第四条 医院医疗技术临床应用管理委员会负责全院手术分级管理，主要职责是：

1. 制定全院手术分级管理的制度和规范，明确科室手术分级管理议事规则和工作流程，定期检查执行情况，并提出改进措施和要求；

2. 审定全院手术分级管理目录，定期对手术质量安全情况进行评估并动态调整；

3. 根据术者专业能力和接受培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术权限，并根据定期评估情况进行动态调整；

4. 组织开展手术分级管理法律、法规、规章和相关制度、规范的培训。

科室设立手术分级管理工作小组，隶属于科室医疗质量与安全管理小组。由科主任任组长，科副主任、各医疗小组负责人组成。其主要职责是：

1. 贯彻执行手术分级管理相关的法律、法规、规章、规范性文件和本机构手术分级管理制度；

2. 制订本科室年度手术分级管理实施方案，组织开展科室手术分级管理工作；

3. 定期对本科室手术分级管理进行分析和评估，对手术分级管理薄弱环节提出整改措施并组织实施；

4. 定期对本科室术者手术技术临床应用能力进行评估，制定手术技术培训计划，提升本科室手术技术临床应用能力和质量；

5. 按照有关要求报送本科室手术分级管理相关信息。

第五条 根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险不同，手术分为四级：

1. 一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术；

2. 二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

3. 三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术；

4. 四级手术是指风险高、过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险的手术。

其中，手术风险包括麻醉风险、手术主要并发症发生风险、围手术期（指患者术前 24 小时至与本次手术有关的治疗基本结束）死亡风险等。手术难度包括手术复杂程度、患者状态、手术时长、术者资质要求以及手术所需人员配置、所需手术器械和装备复杂程度等。资源消耗程度指手术过程中所使用的医疗资源的种类、数量与稀缺程度。伦理风险指人的社会伦理关系在手术影响下产生伦理负效应的可能。

第六条 手术医师应严格遵守手术审批制度，按以下要求经审批后方可开展：

1. 常规手术审批

（1）一、二级手术：完成诊疗组术前讨论后，由术者审批，并签发《手术通知单》；

（2）三级手术：完成病区内讨论后，由科主任审批，术者签发《手术通知单》；

（3）四级手术：完成术前多学科讨论后，由科主任审批，术者签发《手术通知单》。

2. 特殊手术审批

凡属下列情形之一的可视作特殊手术：

（1）被手术者系外宾、华侨，港、澳、台同胞，特殊保健对象等。特殊保健对象包括高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人等；

（2）重要脏器切除或各种原因导致毁容或致残的；

（3）涉及法律风险，可能引起司法纠纷的；

（4）非计划性再次手术的；

（5）高风险手术；

（6）邀请外院医师参加手术者的；

（7）人体器官移植手术；

（8）虽已广泛应用于临床，但在本院属首次开展的手术；

（9）重大的新手术以及临床试验、研究性手术；

（10）卫生行政主管部门有其他特殊技术准入要求的。

第 4 种情形的特殊手术，如在非正常工作时间或病情危急的情况下，先组织手术组讨论，经科主任同意后并向医务部、院领导汇报，经批准同意后先行手术，术毕 1 个工作日内补办手续。

第 8 种情形的特殊手术，需按照医院《新技术和新项目准入制度》中规定的流程进行申请审核，经医学伦理委员会及医疗技术临床应用管理委员会评审同意后，方可开展。手术前 1 日需组织全科讨论，填写《特殊手术审批单》，经科主任签署意见，报医务部审核、院领导审批并报登记机关备案后，由术者签发《手术通知单》。

第 9 种情形的特殊手术，需报经省级以上卫生行政部门组织的论证，并经医学伦理委员会及医疗技术临床应用管理委员会评审后方能在医院实施。对重大涉及生命安全和社会环境的项目还需按规定上报国家有关部门批复。

遇有急危重症患者确需行急诊手术以挽救生命时，如现场无相应手术资质的医师，其他医师可以越级开展紧急手术，但同时应向医务部或医疗总值班报告。医疗管理部门在接到报告后，应立即协调有资质的医师前往现场。如手术尚未结束，由该有资质的医师接续完成手术；如手术已经完成，则由其对手术情况进行分析评估并指导后续治疗方案。禁止出现其他情形的越级手术，一旦发现，给予通报批评或降低、暂停手术权限 3-6 个月。

第七条 科室医疗技术临床应用管理小组及医院医疗技术临床应用管理委员会定期组织评估术者手术技术临床应用能力，重点评估新获得四级手术权限的术者。根据评估结果动态调整手术权限，并纳入个人医师技术档案管理，手术权限为一、二、三级的术者评估周期原则上不超过两年，四级手术评估周期原则上不超过一年。

第八条 根据手术级别、专业特点、术者专业技术岗位和手术技术临床应用能力及培训情况综合评估后授予术者相应的手术权限。三、四级手术应当逐项授予术者手术权限。手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。开展省级以上限制类医疗技术中涉及手术的，按照四级手术进行管理。

第九条 各科室医疗技术临床应用管理小组应定期梳理本科室手术管理目录并及时更新，报院医疗技术管理委员会审定，汇总后进行院务公开。医院三、四级手术管理目录信息应向宜兴市卫健委报送，同时主动向社会公开，并及时更新。

第三章 监督管理

第十条 医务部负责对各手术科室手术分级管理制度落实情况进行定期督查，加强对手术医嘱、手术通知单、麻醉记录单等环节的检查，重点核查手术权限、限制类技术、急诊手术和重点监管技术项目的相关情况。并将督查结果作为各相关科室及其负责人考核的关键指标；每年度对全部围手术期死亡病例进行汇总分析，提出持续改进意见。

第十一条 医疗技术临床应用管理委员会组织定期对手术适应征、术前讨论、手术安全核查、围手术期并发症发生率、非计划二次手术率、围手术期全因死亡率等进行评估，并在院内公开。一、二级手术每年度进行评估，三级手术每半年进行评估，四级手术每季度进行评估。对于首次在本院内开展的手术技术质量安全应重点关注。

第十二条 对于发生严重医疗质量（安全）不良事件的，暂停开展该手术，对该手术技术及术者手术技术临床应用能力进行重新评估。评估结果为合格的可继续开展；评估结果认为术者手术技术临床应用能力不足的，取消该手术授权；评估结果认为该手术技术存在重大质量安全缺陷的，停止该手术技术临床应用，并立即将有关情况向宜兴市卫健委医政处报告。从事该手术技术的主要术者或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求或者影响临床应用效果的，停止该手术技术临床应用。

第十三条 国家、省、市卫生行政部门有新规定的，从其新规。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知（国卫办医政发〔2022〕18号）[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发手术质量安全提升行动方案（2023—2025年）的通知（国卫办医政发〔2023〕10号）[EB/OL].(2023-08-22).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202308/02b2a53614924b88ae3a6951d65e0a61.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.关于印发2026年国家医疗质量安全改进目标的通知（国卫办医政函〔2026〕63号）[EB/OL].(2026-03-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202603/9f642951b99c447f8cff9da8abb74dc3.shtml

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年04月第1次修订

2020年10月第2次修订

2023年12月第3次修订

2026年04月第4次修订

新技术和新项目准入制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-047-03	制定时间：2020-10-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：2
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范本院新技术和新项目临床应用准入管理，通过全流程论证、审核、质控与评估，保障医疗安全，提升医疗技术水平，满足患者诊疗需求，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 医疗新技术和新项目定义：凡是在本院范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术。本院开展的新技术和新项目应当为安全、有效、经济、适宜、能够进行临床应用的技术和项目。包括：

1．临床上全新的诊疗技术、方法或手段。

2．常规诊疗技术的新应用(包括药物、器械)。

3．新医疗技术业务引进(包括新诊疗设备的使用)。

4．常规诊疗技术核心内容的改进和完善。

第二章 新技术和新项目的申报及管理

第二条 新技术和新项目的申报：

1．申报者必须取得临床执业证书和资格证书并在本院注册。

2．申报的新技术和新项目需在医疗机构执业机构许可证批准、登记的诊疗科目范围内。

3．拟开展的新技术和新项目所需的医疗仪器、药品等须提供《生产许可证》、《经营许可证》、《产品合格证》等各种相应的批准文件复印件。

4．项目申请人填写《宜兴市人民医院临床诊疗新技术、新项目申请书》，经科室医疗技术临床应用管理小组论证（包括新技术的诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、不良反应、应急预案、安全性、有效性）。

5．新技术和新项目论证通过后由科主任签署意见后，向教学管理与学科建设科进行书面申报。

第三条 新技术和新项目的审批：

1．教学管理与学科建设科、医务部、器械材料科、药学部、医学装备科、医疗保险价格管理科等部门对科室申报的新技术和新项目进行形式审查，审查后对符合条件的项目汇总整理并提交。

2．新技术和新项目申报分别提交医学伦理委员会、医疗技术临床应用管理委员会进行论证、审核，审核通过后方可施行。

3．限制类医疗技术除了上述流程外，需按相关技术管理规范要求向卫健委报审。

第四条 新技术和新项目的监督及评估：

1．经批准后的新技术和新项目，实行科室主任负责制，按计划具体实施，医务部负责协调和保障，以确保此项目顺利开展并取得预期效果。

2．在新技术和新项目临床应用过程中，主管医师应向患者及其委托人履行告知义务，尊重患者及委托人的意见，在征得其同意并在“医患沟通记录”上签字后方可实施。

3．新技术和新项目在临床应用过程中出现下列情况之一的，主管医师应立即停止该项目的临床应用，同步启动应急预案，科室主任立即向医务部报告：（1）开展该项技术的主要专业技术人员发生变动或者主要设备、设施及其它关键辅助支持条件发生变化，不能正常临床应用的；（2）发生与该项技术直接相关的严重不良后果的；（3）发现该项技术存在医疗质量和安全隐患的；（4）发现该项技术存在伦理道德缺陷的。

4．开展新技术和新项目的科室应定期向教学管理与学科建设科、医务部上报开展阶段情况（如半年度或年度总结），内容包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、非计划再次手术、不良反应、随访情况、安全性、有效性等。

5．新技术和新项目在临床应用过程中出现发生严重不良后果、存在医疗质量和医疗安全隐患等情况时，主管医师应当立即停止该项目的临床应用，科室主任立即向教学管理与学科建设科、医务部报告。

第五条 新技术和新项目的跟踪管理

1．教学管理与学科建设科做为主管部门，对全院开展的医疗新技术和新项目进

行全程管理和评价，对全院开展新技术和新项目不定期进行督查，及时发现医疗新技术和新项目风险，并督促相关科室及时采取相应措施，将医疗风险降到最低程度。

2. 教学管理与学科建设科对开展的新技术和新项目实施全程追踪管理，会同财务部门、质管部对其疗效、社会效益及经济效益进行评估。

3. 各科室在开展医疗技术过程中所遇到的各种问题，应及时向教学管理与学科建设科与医务部汇报，内容包括诊疗病例数、适应症掌握情况、临床应用效果、并发症、非计划二次手术、不良反应、随访情况、安全性、有效性、经济效益、社会效益。

第六条 临床研究类新技术和新项目，按照国家有关规定执行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[3]国家卫生健康委，教育部，科技部，等.关于印发涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法的通知（国卫科教发〔2023〕4号）[EB/OL].（2023-02-18）.https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202302/6b6e447b3edc4338856c9a652a85f44b.shtml.

[4]国务院.生物医学新技术临床研究和临床转化应用管理条例[EB/OL].（2025-09-12）.https://www.gov.cn/gongbao/2025/issue_12346/202510/content_7044733.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2023 年 12 月第 1 次修订

2025 年 12 月第 2 次修订

危急值报告制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-053-04	制定时间：2010-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范危急值的复核、报告、记录与处理流程，建立快速响应机制，确保危急值

信息及时传递与有效处置，保障患者生命安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 危急值项目及阈值由科室提出，医务部组织专家审核、确定，并在全院范围内公布。根据临床需要和实践总结，定期更新和完善危急值项目及阈值。出现危急值时，出具检查、检验结果报告的部门报出前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人双次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目，应当及时复检并核对。

第二章 主要内容

第二条 “危急值”项目及阈值

1. 心电检查“危急值”

（1）疑似急性冠状动脉综合征

①首次发现疑似急性心肌梗死的心电图改变；

②首次发现疑似各种急性心肌缺血的心电图改变；

③再发急性心肌梗死的心电图改变（注意与以往心电图及临床病史比较）。

（2）严重快速性心律失常

①心室扑动、心室颤动；

②室性心动过速心室率≥150bpm，持续时间≥30s 或持续时间不足 30s 伴血流动力学障碍；

③尖端扭转型室性心动过速，多形性室性心动过速，双向性室性心动过速；

④各种类型室上性心动过速心室率≥200bpm；

⑤心房颤动伴心室预激最短 RR 间期≤250ms。

（3）严重缓慢性心律失常

①严重心动过缓、高度及三度房室阻滞，平均心室率≤35bpm；

②长 RR 间期伴症状≥3.0s，无症状＞5.0s。

（4）其它

①提示严重低钾血症心电图表现（QT〈U〉显著延长、出现快速性心律失常，并结合临床实验室检查）；

②提示严重高钾血症的心电图表现（窦室传导，并结合临床实验室检查）；

③疑似急性肺栓塞心电图表现（并结合临床及相关检查）；

④QT 间期延长：QTc≥550ms；

⑤显性 T 波电交替；

⑥RonT 型室性早搏。

2. CT、MRI 及普通 X 线“危急值”

（1）中枢神经系统

①重症颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；

②重症硬膜下/外血肿急性期（中线结构移位大于 10mm）；

③急性脑疝、急性重度脑积水；

④急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围以上，复查不重报）；

⑤（CTA）颅内动脉瘤破裂出血、颈内动脉及大分支重度狭窄或闭塞。

（2）四肢脊柱骨盆

①（CTA）四肢大血管损伤；

②高位颈椎、高位胸椎爆裂性骨折，脊柱长轴成角畸形、重度错位；

③骨盆环不稳定的骨盆骨折。

（3）呼吸系统

①大量液气胸，尤其是张力性气胸；

②急性肺动脉栓塞（复查不再报）；

③气管、支气管异物。

（4）循环系统

①心包填塞、纵隔摆动、急性纵隔血肿；

②急性主动脉夹层、动脉瘤、壁内血肿（复查不重报，新增危急征象须重报）；

③（CTA）急性肠系膜动脉栓塞；冠脉 CTA 体检发现重度狭窄；

④（CTA）急性下肢动脉栓塞。

（5）消化系统

①消化道穿孔；急性出血坏死性胰腺炎；

②急性绞榨性肠梗阻；

③肝脾胰肾等腹腔脏器出血、腹腔大量积血；

④急性腹膜后血肿；

⑤消化道异物；

⑥急性胆道梗阻。

3. 超声“危急值”

（1）疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血；急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔；睾丸扭转。

（2）疑似宫外孕破裂并腹腔内出血；晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快（＞160 次/min）或过慢（＜110 次/min）；胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血；子宫破裂。

（3）首次发现心功能减退（左心室射血分数＜35%）；心包积液合并心脏压塞；主动脉夹层；主动脉瘤破裂；心脏破裂；瓣膜置换术后卡瓣。

（4）心脏游离血栓；急性上下肢动脉栓塞。

4. 检验“危急值”

（1）血常规检查

①白细胞值＜2.0×10^9/L 或＞30×10^9/L（血液内科、肿瘤科、放疗科＜0.5×10^9/L）；

②血小板值＜50×10^9/L 或＞1000×10^9/L（血液内科＜10×10^9/L）；

③血红蛋白值＜40g/L 或＞200g/L（新生儿＜90g/L 或＞220g/L）。

（2）血生化检查

①K+浓度＜2.8mmol/L 或＞6.2mmol/L（肾内科＞6.5mmol/L）；

②Na+浓度＜120mmol/L 或＞160mmol/L；

③Ca 浓度＜1.5mmol/L 或＞3.40mmol/L；

④血糖浓度＜2.8mmol/L 或＞22.2mmol/L；

⑤餐后 0.5/1/2/3 小时血糖浓度＜2.8mmol/L；

⑥总胆红素＞307umol/L（新生儿科＞342umol/L）；

⑦淀粉酶＞300U/L；

⑧尿素＞23mmol/L；

⑨肌酐＞530umol/L；

⑩肌钙蛋白 I＞0.6ug/L；

⑪降钙素原＞10ug/L；

⑫二氧化碳结合力＜15mmol/L；

⑬肌酸激酶＞2000IU/L；

⑭肌酸激酶同工酶＞100IU/L。

（3）血气分析检查

①PH＜7.25 或＞7.55；

②二氧化碳分压＜20mmHg 或＞80mmHg；

③氧分压＜45mmHg。

（4）凝血功能检查

①凝血酶原时间＜7 秒或＞19 秒（心胸外科及血管外科确认口服华法林患者，INR＜3.0 时 PT 不作为危急值）；

②国际标准化比值＞3；

③活化部分的凝血酶原时间 APTT＜15 秒或＞70 秒（血管外科＞80 秒）；

④纤维蛋白原＜1.5g/L。

（4）尿液检查：尿酮体＞+++。

（5）细菌培养及药敏：血培养阳性须即时通报临床医生并初步报告革兰染色结果。

（6）血药浓度

①茶碱＞20ug/ml；

②地高辛＞2ng/ml；

③苯妥英钠＞20ug/ml；

④卡马西平＞12ug/ml；

⑤丙戊酸钠＞100ug/ml；

⑥万古霉素＞30ug/ml；

⑦苯巴比妥＞40ug/ml。

5. 内窥镜检查：检查中发现消化道穿孔，活动性出血。

6. 病理危急值

（1）各部位常规诊断与术中冰冻快速病理诊断不符；

（2）恶性肿瘤切缘阳性；

（3）病理结果与临床诊断不符，存在明确良、恶性性质上的差异；

（4）送检标本与送检申请单不符；

（5）须迅速启动治疗的病理/细胞学诊断（如：切片发现血管内、心脏瓣膜或骨髓细菌）。

7.其它：RH 阴性血型：属少见血型，立即报告，便于输血科及时与宜兴市红十字会血站联系提前预约备血。

第三条 住院患者“危急值”管理流程

1. 核实：按照本部门操作规范、流程及相关质量控制标准，对检查、检验的各个环节进行核查，如无异常，立即通知临床科室。

2. 通知：检查、检验者将核实后的危急值以电话方式通知，并同时通过医院信息系统在医师或护士工作站界面报告。电话通知时，要求接听人员复述结果，以免发生差错，并即刻发放报告。

3. 记录：检查、检验者通知临床科室后，报告人应将患者相关信息登记在《住院病人“危急值”报告登记本》上，主要内容有日期、接报时间、住院号、患者姓名、性别、危急值、报告者姓名、接电话者姓名等。临床科室在获取危急值后，应在《住院病人“危急值”报告登记本》上登记相关信息。同时通过信息系统发送通知，医务人员点击信息确认接收。

4. 报告：病区护士接获危急值时，应及时报告经治医师或值班医师，并在《住院病人“危急值”报告登记本》上记录报告医生时间，由接报医师签名。

5. 分析：临床医师接获危急值后，应对危急值进行分析，如临床科室发现危急值与患者病情不相符时，医技科室应与临床科室共同查找原因，必要时重新检查、检验。

6. 处理和记录：根据分析，结合患者评估，予紧急处置，并及时在病历中记录。

7. 复查：危急值经处理后，应结合病情评估，适时对相关检验检查项目进行复

查，判断治疗结果，调整后续方案。

第四条 门、急诊患者“危急值”管理流程

1. 挂号处应准确留取患者身份信息和联系电话。

2. 医技科室工作人员发现“危急值”后，门诊患者应及时通知门诊部分诊台，由分诊台护士通知医生，急诊患者应通知急诊护理单元。门诊部分诊台、急诊护理单元应及时通知患者或家属到指定地点取检验检查报告并及时就诊。

在非工作时间，门诊“危急值”患者的通知，由总值班负责。

3. 如门诊部分诊台、急诊护理单元无法通知患者，应请保卫科与公安部门联系，查找患者信息，尽量履行相关义务。

4. 门、急诊患者“危急值”管理参照住院患者“核实、通知、记录、报告、分析、处理和记录、复查”等环节执行。

第五条 部分外送项目“危急值”管理流程

1. 相关检验机构发现“危急值”时，应立即电话通知本院医学检验科相关负责同志，同时发放电子报告。本院医学检验科负责同志复述并查看电子报告后予登记，同时记录电子报告和正式报告接收时间。

2. 医学检验科再按院内流程通知各相关科室。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

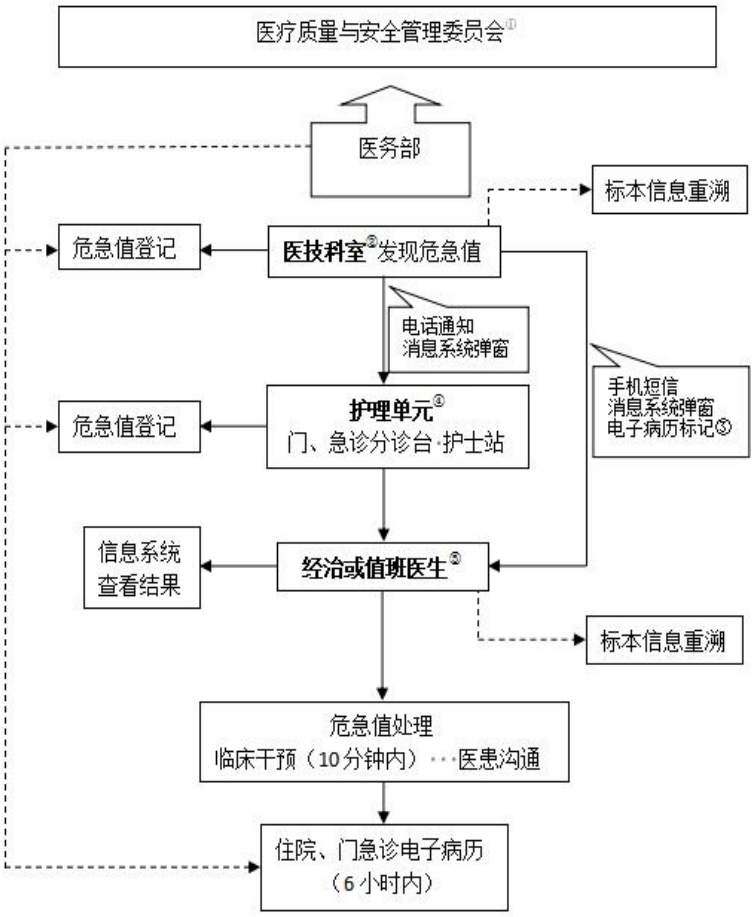
2010 年 06 月第 1 次修订

2020 年 10 月第 2 次修订

2023 年 12 月第 3 次修订

附件1

宜兴市人民医院危急值处置示意图



说明：

①医疗质量与安全管理委员会负责全院临床危急值管理工作；进行“危急值”标准制订、制度督查与质量持续改进。

②医技科室包含：医学检验科、医学影像科（放射科、超声科）、心电图、病理科；开展 POCT 的临床科室参照本规定管理。

③ 危急值以短信形式发送至开单/主诊医师手机，在医生工作站弹窗提示，并在电子病历系统界面标记提醒。

④临检人员发现“危急值”后，立即电话通知护理单元（病区、急诊通知护士站，门诊通知分诊台），并在护理工作站弹窗提示。

护理单元站接报“危急值”后，立即通知经治或值班医师；进行《住院病人“危急值”报告登记本》的逐项记录。

门、急诊分诊台、护士站还应立即通知患者或其家属到相应科室领取报告并就诊。如无法联系患者，应立即调取挂号信息，再次联系仍有困难则报 110，同时向职能科室报告。

⑤医师接报后立即经信息系统查看结果，于 10 分钟内采取临床干预措施（必要时通报上级医师），6 小时内完成“危急值”病程录（含门急诊病历）；遇可疑情形，应会同护理单元重新确认标本采集与送检环节等，必要时复检。

附件 2

宜兴市人民医院临床“危急值”项目与范围

一、心电图“临床危急值”报告项目

科室	项　目	内　　容
心电图	疑似急性冠状动脉综合征	首次发现疑似急性心肌梗死的心电图改变；
		首次发现疑似各种急性心肌缺血的心电图改变；
		再发急性心肌梗死的心电图改变(注意与以往心电图及临床病史比较)。
	严重快速心律失常	心室扑动、心室颤动；
		室速心室率≥150bpm，持续时间≥30s 或不足 30s 伴血流动力学障碍；
		尖端扭转型室速，多形性室速，双向性室性心动过速；
		各种类型室上阻心动过速心室率≥200bpm；
		心房颤动伴心室预激最短 RR 间期≤250ms。
	严重缓慢心律失常	严重心动过缓、高度及三度房室阻滞，平均心室率≤35bpm；
		长 RR 间期伴症状≥3.0S，无症状>5.0S。
	其它	提示严重低钾血症心电图表现（QT(U)显著延长、出现快速性心律失常，并结合临床实验室检查）；
		提示严重高钾血症的心电图表现(窦室传导，并结合临床实验室检查)；
		疑似急性肺栓塞心电图表现(并结合临床及相关检查)；
		QT 间期延长：QTc≥550ms；
		显性 T 波电交替；
		R on T 型室性早搏。

二、医学影像科“临床危急值”报告项目

系统	编号	内　　容
中枢神经系统	1	重症颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；
	2	重症硬膜下/外血肿急性期(中线结构移位大于 10mm)；
	3	急性脑疝、急性重度脑积水；
	4	急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围以上，复查不重报）；
	5	（CTA）颅内动脉瘤破裂出血、颈内动脉及大分支重度狭窄或闭塞。
四肢脊柱	1	（CTA）四肢大血管损伤；
	2	高位颈椎、高位胸椎爆裂性骨折，脊柱长轴成角畸形、重度错位；
	3	骨盆环不稳定的骨盆骨折。
呼吸系统	1	大量液气胸，尤其是张力性气胸；
	2	急性肺动脉栓塞（复查不再报）；
	3	气管、支气管异物。
循环系统	1	心包填塞、纵隔摆动、急性纵隔血肿；
	2	急性主动脉夹层、动脉瘤、壁内血肿（复查不重报，新增危急征象须重报）；
	3	（CTA）急性肠系膜动脉栓塞；冠脉 CTA 体检发现重度狭窄；

	4	（CTA）急性下肢动脉栓塞。
消化系统	1	消化道穿孔；急性出血坏死性胰腺炎；
	2	急性绞榨性肠梗阻；
	3	肝脾胰肾等腹腔脏器出血、腹腔大量积血；
	4	急性腹膜后血肿；
	5	消化道异物；
	6	急性胆道梗阻。

三、超声科“临床危急值”报告项目

科室	项　目	内　　容
超声科	产科	疑似宫外孕破裂并腹腔内出血；
		晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快（＞160 次/min）或过慢（＜110 次/min）；
		子宫破裂；
		胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血。
	腹部	疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血；
		急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔。
	心血管	首次发现心功能减退（ 左心室射血分数＜ 35% ）
		心包积液合并心脏压塞
		主动脉夹层
		心脏破裂
		主动脉瘤破裂
		心脏游离血栓
		瓣膜置换术后卡瓣
		急性上下肢动脉栓塞
	生殖系统	睾丸扭转

四、医学检验科“临床危急值”报告项目

检验项目	危急值范围		单位	标本类型	备注
	下限	上限			
葡萄糖 GLU	＜2.8	＞22.2	mmol/L	血清	
餐后 0.5/1/2/3 小时血糖	＜2.8	---	mmol/L	血清	重症医学科不报
钾 K+	＜2.8	＞6.2	mmol/L	血清	肾内＞6.5
钠 Na+	＜120	＞160	mmol/L	血清	
钙 Ca+	＜1.5	＞3.4	mmol/L	血清	重症医学科不报
总胆红素 TBIL	---	＞307	μmol/L	血清	重症医学科不报，新生儿科＞342
淀粉酶 AMY	---	＞300	U/L	血清	重症医学科不报

检验项目	危急值范围		单位	标本类型	备注
	下限	上限			
尿素 BUN	---	＞23	mmol/L	血清	重症医学科、肾内科不报
肌酐 CREA	---	＞530	μmol/L	血清	重症医学科、肾内科不报
PH	＜7.25	＞7.55	---	动脉血	重症医学科不报
二氧化碳分压 PCO2	＜20	＞80	mmHg	动脉血	重症医学科不报
氧分压 PO2	＜45	---	mmHg	动脉血	重症医学科不报
凝血酶原时间 PT	＜7	＞19	S	血浆	重症医学科不报
国际标准化比值 INR	---	＞3	---	---	重症医学科不报
活化部分的凝血酶原时间 APTT	＜15	＞70	S	血浆	血管外科＞80；重症医学科不报
纤维蛋白原 Fbg	＜1.5	---	g/L	血浆	
血红蛋白 Hb	＜40	＞200	g/L	全血	新生儿＜90 或＞220
白细胞 WBC	＜2.0	＞30	10^9/L	全血	血液内科、肿瘤、放疗＜0.5
血小板 PLT	＜50	＞1000	10^9/L	全血	血液内科＜10
降钙素原 PCT	---	＞10	μg/L	血清	重症医学科不报
肌钙蛋白 I	---	＞0.6	μg/L	血清	重症医学科、心血管内科不报
尿酮体	---	＞+++	---	尿	内分泌、重症医学科不报
二氧化碳结合力	＜15	---	mmol/L	血清	内分泌、重症医学科不报
肌酸激酶 CK	---	＞2000	IU/L	血清	重症医学科、心血管内科不报
肌酸激酶同工酶 CK-MB	---	＞100	IU/L	血清	重症医学科、心血管内科不报
茶碱	---	＞20	μg/mL	血清	
地高辛	---	＞2	ng/mL	血清	
苯妥英钠	---	＞20	μg/mL	血清	
卡马西平	---	＞12	μg/mL	血清	
丙戊酸钠	---	＞100	μg/mL	血清	
万古霉素	---	＞30	μg/mL	血清	
苯巴比妥	---	＞40	μg/mL	血清	

专科、专病及其他项目说明：

1.抗-HAV IgM、TP/ TPPA/ RPR、抗-HIV 、痰涂片抗酸杆菌检测等传染性疾病检测项目，虽不属于危急值范围，但涉及患者隔离、患者隐私，医务人员防护等问题；阳性结果须及时、准确通报临床医生。2.“Rh 阴性”血型属少见血型,应及时报告,便于临床用血准备（输血科与宜兴市红十字会血站联系提前预约备血等）。3.血清心肌损伤标志物：血清肌钙蛋白 I(cTnI)、肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB) 等按急诊项目处理,60min 内出报告,胸痛中心、卒中中心急诊送检的血清肌钙蛋白 I(cTnI)报告时间<20min。注：血清心肌损伤标志物在心血管内科不作危急值管理。4.血培养阳性须即时通报临床医生并初步报告革兰染色结果。5.血液内科、肿瘤、放疗科：WBC<0.5×10^9/L，血液内科：血小板计数<10.0×10^9/L 为危急值。6.肾内科血钾＞6.5mmol/L 为危急值，血肌酐、尿素氮不通报危急值。7.ICU 危急值只保留血糖、血钾、血钠、纤维蛋白原、血红蛋白、白细胞和血小板危急值报告项目，痰培养为鲍曼氏不动杆菌、肺炎克雷伯肺炎亚种、铜绿假单胞菌、奇异变形杆菌、嗜麦芽假单胞菌等 ICU 常见细菌时纳入院感闭环管理，不纳入危急值闭环管理。8.血管外科 APTT>80 秒为危急值。9.心胸外科及血管外科确认口服华法林患者，INR<3.0 时凝血酶原时间 PT 不作为危急值。

10.新生儿科：总胆红素＞342μmol/L 为危急值、血红蛋白 Hb＜90g/L 或＞220g/L 为危急值。11.内分泌科不通报尿酮体和二氧化碳结合力这两项危急值。

五、内镜、病理“临床危急值”报告项目

内镜	消化道	消化道穿孔
		消化道活动性出血

六、病理“临床危急值”报告项目

病理科	各部位常规诊断与术中冰冻快速病理诊断不符；
	恶性肿瘤切缘阳性；
	病理结果与临床诊断不符，存在明确良、恶性性质上的差异；
	送检标本与送检申请单不符；
	须迅速启动治疗的病理/细胞学诊断（如：切片发现血管内、心脏瓣膜或骨髓细菌）。

病历管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-048-05	制定时间：1992-04-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2023-12-01
制定部门：病案管理科	修订版本：4
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范病历管理，确保病历资料客观、真实、完整，保障医疗质量与安全，维护医患双方合法权益，根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国医师法》《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构管理条例》《医疗机构病历管理规定》《病历书写规范（第2版）》《医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）》等法律法规，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

第一条 本制度所称病历，是指医务人员在医疗活动中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历归档后形成病案。

第二章 基本要求

第二条 病历书写应客观、真实、准确、及时、完整、规范。其中，客观是指记录患者客观存在的信息；真实、准确是指记录的信息与实际发生的一致；及时是指按照相关规范的不同时限要求完成相应的病历内容书写；完整是指对诊疗活动全过程相关信息进行记录；规范是指医学术语应用得当，记录顺序符合逻辑。

第三条 保障病历资料安全，确保病历内容记录与修改可追溯。病历书写应规范准确，避免随意修改。电子病历经上级医师审核确认后归档，归档后原则上不得修改。确需修改的，须经管理部门批准，并保留修改人信息、时间及修改痕迹。

第四条 严格落实病历书写、管理和应用相关规定，建立健全病历质量检查、评估与反馈机制。

第五条 完善电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控及安全等级保护等管理制度。

第三章 具体条款

第六条 本院开展的医疗活动涵盖门（急）诊及住院等全部诊疗过程。

第七条 门（急）诊电子病历由医院统一保管；纸质病历由患方就诊结束后至门诊服务台打印盖章保存，保存期不少于 15 年，自就诊之日起计算。住院病历保存期不少于 30 年，自最后一次出院之日起计算。

第八条 国家相关法规对病历书写、管理和应用的要求，主要包括《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国医师法》《中华人民共和国电子签名法》《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》《医疗机构管理条例实施细则》《医疗机构病历管理规定》《病历书写基本规范》《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》《电子病历应用管理规范（试行）》《电子病历系统功能规范（试行）》等。若《病历书写基本规范》与《医疗质量安全核心制度要点》不一致，以后者为准。

第九条 临床医师应严格按照《病历书写规范（第 2 版）》《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》《江苏省住院病历质量评定标准》《十八项核心制度》《电子病历应用管理规范（试行）》等要求书写病历。

第十条 建立门（急）诊及住院病历书写、管理和质量控制制度，完善病历质量检查、评估与反馈机制，实行院、科两级质控。

科级质控：各诊疗组医师应按规定完成病历书写，确保质量；科主任作为病历质量管理第一责任人，牵头制定专科质控细则，常态化开展自查自纠；主诊医师负责归档病历质量；病区设病历监督员，负责运行病历质控。

院级质控：病案管理科在病案管理委员会领导下，组织病历监督员、病案管理科科员及质控小组定期抽查，评估病历质量，通报结果并与考核挂钩，提出整改意见并监督落实。门（急）诊病历每月由病历监督员按比例质控，病案管理科抽查复核，考核结果反馈至临床整改，形成闭环。

第十一条 门（急）诊病历应在每次诊疗结束后首个工作日内归档。住院病历在患者住院期间由所在病区统一保管；需带离病区时，由指定专人负责携带和保管。患者出院后，住院病历由病案室统一保存管理。任何人员不得涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。病历的借阅、复制、封存和启封按国家有关规定执行。

第十二条 医务人员修改住院电子病历时，系统应识别身份并保留历次修改痕迹，包括修改人信息、修改时间。电子病历应在患者出院后 2 个工作日内归档，归档后原

则上不得修改。确需修改的，须经质量管理部批准，并保留修改人信息、修改时间及修改痕迹。

第十三条 门（急）诊诊疗结束或患者出院后，应及时将电子病历转为归档状态，实行无纸化保存。具有可靠电子签名的电子病历无需打印及手工签名。电子病历保存期限与纸质病历相同，两者具有同等法律效力。

第十四条 电子病历系统使用电子签名进行身份认证，与手写签名或盖章具有同等法律效力。

第十五条 根据《电子病历应用管理规范（试行）》第十八条，凡实现 CA 签名的核心业务信息系统相关医疗文书，禁止以纸质形式归档。植入材料条形码、外来资料等非电子化资料，由临床科室拍照上传至无纸化系统保存。原始纸质条形码、住院证、病区翻拍资料及经核对确认的病历排列目录表，经病案无纸化系统二次确认后，交病案室统一归档。病案室负责所有纸质原件的接收、登记与保管，确保与电子病历内容一致。信息科、质管部、医务部分别提供技术支持与监督，保障病历资料完整性、真实性与合规性。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第四十五号）.中华人民共和国民法典[EB/OL].(2020-05-28).https://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/zwgkztzl/2025nianzhuanti/2025mfdxcy/2025mfdxcy_mfdql/202505/t20250507_518708.html.

[2]中华人民共和国主席令（第八十三号）.中华人民共和国刑法[EB/OL].(1997-03-14).http://gongbao.court.gov.cn/details/f8e30d0689b23f57bfc782d21035c3.html.

[3]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[4]中华人民共和国主席令（第十八号）.中华人民共和国电子签名法（2019 年修正）[EB/OL].(2019-04-23).https://www.miit.gov.cn/zwgk/zcwj/flfg/art/2022/art_4ed0e4a46946479c90a9e0f2c76a11ef.html.

[5]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[6]国务院.医疗事故处理条例[EB/OL].(2002-04-04).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/fagui/200804/ac91a06e4de044a487243c0c299b066e.shtml.

[7]国家卫生和计划生育委员会.医疗机构管理条例实施细则（2017 年修正）[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/a7bf0d42002146489c3775e159e52d69.shtml.

[8]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定

（2013 版）》的通知（国卫医发〔2013〕31 号）[EB/OL].(2013-11-20).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c9955f0471c04450a9f9ab74648fbdd4.shtml.

[9]中华人民共和国卫生部.卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知（卫医政发〔2010〕11 号）[EB/OL].(2010-01-22).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201002/79d42b9c8b3f47ee91000d31de116784.shtml.

[10]国家卫生计生委办公厅.关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）和住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016 版）的通知（国卫办医发〔2016〕24 号）[EB/OL].(2016-05-31).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201606/2e3b6393fcff4f0095a45a507a975f2f.shtml.

[11]国家卫生计生委办公厅，国家中医药管理局办公室.关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知（国卫办医发〔2017〕8 号）[EB/OL].(2017-02-15).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201702/90f3de8ae03d488cbddf509dc958f75b.shtml.

[12]中华人民共和国卫生部.卫生部关于印发《电子病历系统功能规范（试行）》的通知（卫医政发〔2010〕114 号）[EB/OL].(2010-12-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201101/a769b5f4b9ca4415a72fa9888bce0bc1.shtml.

[13]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据新的书写规范作修订。

五、修订记录

2005 年 05 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2021 年 04 月第 3 次修订

2023 年 12 月第 4 次修订

临床用血审核制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-049-06	制定时间：2010-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：质量管理部	修订版本：5
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范临床科室用血申请和审核流程，确保临床用血合理、有序和安全，依据《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》《临床用血技术规范（2025

年版）》等法律法规及规范，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 组织管理

第一条 医院设立临床用血管理委员会，负责临床合理用血的管理工作，履行对临床用血的监管职责。

第二章 具体内容

第二条 血液质量审核

1. 血液来源：临床用血全部来自卫生行政部门批准指定的宜兴市红十字会血站，医院与血站签订正式供血协议。

2. 血液运送：送/取血人员须经血液运输安全培训并考核合格，使用带温度监控的专用运血箱，全程温度符合《血液运输要求》。

3. 血液接收与贮存

（1）入库前严格核对验收，拒收血袋标签不合格、包装破损、外观异常、过期的血液。

（2）按 ABO 血型及成分分类贮存于专用冰箱，标识清晰；全血/红细胞 2~6℃，血小板 20~24℃，24 小时温度监测记录完整。

（3）贮血冰箱严禁存放其他物品，每周消毒 1 次，贮血环境符合卫生标准。

第三条 临床用血合理性审核

1. 医务人员严格执行临床用血技术规范，精准掌握输血适应证，结合病情与实验室指标综合评估输血指征，制定个体化输血方案。

2. 优先开展自体输血（储存式、稀释式、回收式），提高输血安全性与有效性。

3. 重点审核：高龄/贫血/低体重/出凝血障碍患者围术期出血风险防控、贫血与凝血障碍纠正情况、血液品种与剂量匹配度，必要时请输血科会诊指导。

第四条 输血前告知与相关检测

1. 输血前主管医师向患者或法定代理人说明输血目的、方式、预期效果、潜在风险、替代治疗方案及拒绝输血可能后果，签署输血治疗知情同意书，入病历保存；特殊情况下（如紧急抢救且无法取得患方签字），由医务部或医疗、行政总值班批准后实施，并记入病历。

2.输血前必须完成患者血常规、凝血功能、肝功能、ABO 和 RhD 血型初检、输血相关感染性疾病筛查，紧急抢救输血时除外。

第五条 临床医师用血申请权限审核（红细胞悬液 1U 按 200ml 计算）

1. 同一患者一天内申请备血量少于 800 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血；

2. 同一患者一天内申请备血量在 800 毫升至 1600 毫升（不含 1600ml）的，由

具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血；

3. 同一患者一天内申请备血量达到或超过 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务部门批准，方可备血；

4. 急救用血除外，急救时可先用血，并于 24 小时内由经治医师和科室补办相关审批手续。

第六条 输血申请单与交叉配血标本审核

1. 临床医师规范填写申请单，信息不全、指征不明予以退回重填。

2. 输血科审核要点：

（1）患者身份唯一信息（姓名、住院号等）、诊断、输血指征、既往输血/妊娠/反应史。

（2）血型、血常规、凝血、感染筛查等检验结果；急诊未回报须注明送检时间。

（3）血液品种、血型、数量、用血时限与状态，如紧急、常规。

3. 标本要求：申请单与标本标识至少两项唯一信息一致；血型初检和输血相容性检测标本不同时间二次采集，急诊可不同部位二次采集。

第七条 交叉配血审核

1. 输血科须逐项核对申请单、受血者和供血者血样，复查 ABO 血型(正、反定型)、RhD 血型，常规开展不规则抗体筛查。

2. 双人值班双人互核；单人值班自行复核并记录，确保无误后方可配血。

第八条 发血核对

医务人员持取血单到输血科取血，取血者与发血者共同核对：患者姓名、年龄、病案号、血型和交叉配血结果、血袋号（含血袋编号、拓展编码）、血型、血液品种、血量、失效期、外观和数量等，无误后双方在发血单上签字，血液方可发出。发血单一式两份，一份由输血科保存，一份入患者病历。

第九条 血液输注过程审核

1. 输血前，由两名医护人员核对发血单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏、血液外观质量是否正常及血液是否在有效期内等。正确无误方可输血。

2. 输血时，由两名医护人员到患者床旁，共同核对患者姓名、性别、年龄、病案号或其他唯一身份识别信息、科别、病区、床号、血型及交叉配血结果等，确认与发血单相符，再次核对血液制品后，使用与血液成分相适宜的输血器进行输血。使用电子设备核对患者信息时，需再次口头核对。

3. 根据患者年龄、病情和血液成分等决定输血速度，执行输血操作的医护人员应在血液输注过程中监测和记录患者体温、脉搏、呼吸等体征，严密观察患者，及时发现输血反应。

4. 输血完毕后，血袋应由用血科室保存 24 小时后按感染性医疗废物处理。对于有输血不良反应的患者，应详细记入病程记录，并通过信息系统上报给输血科，输血科每月统计汇总，上报质量管理部备案。

第十条 血液输注后文书与疗效审核

1. 输血病程记录：输血治疗后，24 小时内完成输血治疗病程记录，要求独立书写；内容包括：输血原因（患者的症状、体征及相关的辅助检查结果）；预期达到的效果及拟采用的输血治疗方案：能否自体输血；异体输注的血液成份、数量、ABO 血型及 RhD 血型等；患者输血过程观察；输注血液品种、剂量、输注时间（包括输注开始时间、输注结束时间）；有无输血不良反应及相应的处治措施。手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致；输血量与发血量一致。手术中用血的应术后 24 小时内在病历中补完上述用血记录。

2. 输血疗效评价：输血治疗后，临床医师 24 小时内对患者的输血疗效进行评价（输血后辅助检查结果的改善及临床症状、体征的改善等），并根据输血后疗效制定下一步输血方案及管理措施。

第十一条 输血不良反应监测与处置

1. 医务人员经培训合格，能识别输血不良反应。

2. 患者疑似发生输血反应时，应当立即处理并做好记录：

（1）暂停输血，使用 0.9％氯化钠注射液维持静脉通路，立即通知值班医师。

（2）核对患者身份、发血单和血袋标签等，检查正在输注的血液成分外观。

（3）严密监测患者基本生命体征、观察患者临床症状与体征，及时实施必要的检查、治疗或抢救措施。

（4）尽早报告输血科，并配合输血科开展原因调查，做好记录，及时填写输血反应回报单。

（5）判断是否为输血反应及输血反应的类型，明确原因后再决定继续输血或终止输血。

（6）如终止输血，应当将血袋及剩余血液成分连同输血器送至输血科进行相关调查及原因分析。

3. 疑为急性溶血性或细菌污染性输血反应时，执行输血的医护人员应当立即终止输血，更换输血器，使用 0.9％氯化钠注射液维持静脉通路；及时报告上级医师和输血科。在积极治疗抢救的同时进行以下核对、检查和处理：

（1）核对患者身份、发血单和血袋标签等，检查正在输注的血液成分外观。

（2）立即采集患者 EDTA 抗凝和不抗凝血液标本，留取尿液标本等，血袋中剩余血液应当及时送实验室检测。

（3）输血科应当立即离心分离患者输血后采集的血液标本，观察血浆颜色；核

对患者及献血者 ABO 血型和 RhD 血型。将输血前患者血液标本、献血者血液标本、新采集的患者血液标本和血袋中剩余血液标本，行 ABO 血型和 RhD 血型检测、红细胞血型抗体筛查及交叉配血；并行红细胞直接抗球蛋白试验等。

（4）立即将患者输血后采集的血液标本行血常规、网织红细胞计数、血浆游离血红蛋白、血清胆红素及肝肾功能等检测，留取的尿液标本行尿常规及尿血红蛋白等检测。

（5）溶血反应发生后，必要时应当重复检测血常规、网织红细胞计数、血清间接胆红素及红细胞直接抗球蛋白试验等。

（6）如怀疑细菌污染，应当对患者外周血和血袋中剩余血液进行细菌涂片检查和培养。

第十二条 应急保障与血液保护

1. 制定紧急用血预案与 SHOT（输血严重危害）防控预案，保障批量伤员与急重症用血安全。

2. RhD 阴性等稀有血型无对应血源时，采用自体输血或配合型输血。

3. 手术麻醉部、输血科、临床科室联合开展自体输血与血液保护技术，优化凝血功能、减少失血、降低异体用血。

4. 输血科建立血液库存预警，库存紧张时及时发布分级预警信息。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第九十三号）.中华人民共和国献血法[Z/OL].(1997-12-29).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/1998-10/01/content_61460.htm

[2]国务院.医疗机构管理条例（2022 年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[3]国家卫生健康委.医疗机构临床用血管理办法：国家卫生健康委员会令第 2 号[EB/OL].（2019-02-28）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7b7da6f69f0746e1acba7a4562232511.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知：国卫办医急函〔2025〕463 号[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012 年 08 月第 1 次修订

2013 年 12 月第 2 次修订

2016 年 05 月第 3 次修订

2020 年 10 月第 4 次修订

2025 年 12 月第 5 次修订

附件

成分输血指南

一、外科输血

1. 基本原则：血容量损失在 20%以内，使用晶体及胶体液；失血量达血容量 20%～50%时，要加输一定量的红细胞；超过 50%时还需输注血浆、白蛋白；超过总血容量 80%以上时再加输血小板和冷沉淀。

2. 成分输血适应症

（1）红细胞制品（CRC）：血红蛋白＞100g/L，不宜输注；血红蛋白＜70g/L，应考虑输注；血红蛋白在 70～100g/L 之间，根据患者的年龄、出血量、出血速度、心肺功能以及有无缺氧症状等因素综合判断是否输注。

（2）血小板(PC-1、PC-2)：患者血小板数量减少或功能异常伴有出血倾向或表现。血小板计数＞100×10^9/L，不宜输注；血小板计数＜100×10^9/L，拟实施眼科或神经外科手术时，宜输注；血小板计数＜80×10^9/L，拟实施椎管内神经阻滞时，宜输注；血小板计数＜50×10^9/L，拟实施较大手术或有创操作、急性出血时，宜输注；血小板计数在 50～100×10^9/L 之间，伴有大量微血管出血时，宜输注；当患者出血且伴有血小板功能异常时（如血栓弹力图提示血小板功能低下），输注血小板不受上述输注阈值的限制。

（3）冷沉淀（Cryo）：冷沉淀凝血因子适用于补充纤维蛋白原、Ⅷ、ⅩⅢ和 vWF 因子。如果有相应凝血因子浓缩制品可供使用时，不宜首选冷沉淀凝血因子。

（4）新鲜冰冻血浆（FFP）：用于凝血因子缺乏或活性不足引起的出血或出血倾向的患者。PT 或 APTT＞正常 1.5 倍，创面弥漫性渗血；患者急性大出血输入大量库存全血或浓缩红细胞后（出血量或输血量相当于患者自身血容量）；病史或临床过程表现有先天性或获得性凝血功能障碍；紧急对抗华法令的抗凝血作用（FFP：5～8ml/kg）。

二、内科输血

1. 基本原则

（1）急性贫血：轻度失血（失血量＜600ml）不输血；中度失血（失血量 800～1000ml）时如出血已控制可不考虑输血；重度出血（失血量在 1500ml 以上）要输血。

（2）慢性贫血：Hb＜60g/L，伴有明显症状者；某些暂时尚无特殊治疗方法的遗传性血液病患者，在其生长发育期，应给予输血，纠正贫血到一定程度，以保证正常的生长发育；贫血严重，而又因其他疾病需要手术者或待产孕妇。

2. 成分输血适应症

（1）红细胞（CRC）：用于红细胞破坏过多、丢失或生成障碍引起的慢性贫血并伴缺氧症状。血红蛋白＜60g/L 或红细胞压积＜0.2 时可考虑输注；血红蛋白在 60～90g/L 的患者，如合并有甲状腺机能亢进、心功能不全等合并症时，可以考虑输注。

（2）血小板(PC-1、PC-2)：血小板计数和临床出血症状结合决定是否输注血小板。血小板计数＞50×10^9/L 一般不需输注；血小板计数 10-50×10^9/L 根据临床出血情况决定，可考虑输注；血小板计数＜5×10^9/L 应立即输注血小板防止出血；预防性输注不可滥用，防止产生同种免疫导致输注无效。有出血表现时应一次足量输注并测 CCI 值。

（3）新鲜冰冻血浆（FFP）：用于各种原因（先天性、后天获得性、输入大量陈旧库血等）引起的多种凝血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ或抗凝血酶Ⅲ缺乏，并伴有出血表现时输注。一般需输入 10～15ml/kg 体重新鲜冰冻血浆。

（4）普通冰冻血浆（FP）：主要用于补充稳定的凝血因子。

（5）洗涤红细胞（WRC）：用于避免引起同种异型白细胞抗体和避免输入血浆中某些成分（如补体、凝集素、蛋白质等），包括对血浆蛋白过敏、自身免疫性溶血性贫血患者、高钾血症及肝肾功能障碍和阵发性睡眠性血红蛋白尿症的患者。

（6）全血：用于内科急性出血引起的血红蛋白和血容量的迅速下降并伴有缺氧症状。血红蛋白＜70g/L 或红细胞压积＜0.22，或出现失血性休克时考虑输注，但晶体液或并用胶体液扩容仍是治疗失血性休克的主要输血方案。

（7）冷沉淀(Cryo)：主要用于儿童及成人轻型甲型血友病，血管性血友病(vWD)，纤维蛋白原缺乏症及凝血因子Ⅷ缺乏症患者。严重甲型血友病需加用Ⅷ因子浓缩剂。

三、儿科输血

1. 新生儿急性失血的输血指征：有呼吸困难，HCT＜0.40；有血容量不足表现，面色苍白、心率＞160 次/分，收缩压＞50mmHg；48 小时内失血量达血容量的 10%，HCT＜0.45。

2. 新生儿慢性失血的输血指征：生后一周内 HCT＜0.30，心率＞160 次/分，伴心脏扩大的中度至极重度贫血；Hb＜100g/L 伴有贫血症状；Hb＜130g/L 伴严重呼吸困难；出生时 Hb＜130g/L；失血量已达血容量的 10%。

3. 早产儿贫血的输血指征：与急性失血有关的休克；72 小时内，累积丢失血容量＞10%；Hb＜130g/L 或 HCT＜0.40 并伴有急性心肺疾病的早产儿；早产儿生理性贫血 Hb＜80～100g/L 或 HCT＜0.25～0.30，临床因贫血已产生不利的影响；贫血导致充血性心衰者，可于 2～4 小时内小心输注浓缩红细胞 5ml/kg。

4. 新生儿血小板减少症血小板预防性输注适应证：常规血小板＜20×10^9/L。以下特殊情况下，阈值调整为早产儿＜50×10^9/L；正在出血的患儿＜50×10^9/L；病态早产儿或需作侵入性操作术患儿＜100×10^9/L。

二、医疗技术管理制度

医疗技术临床应用管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-050-05	制定时间：2010-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为认真贯彻落实《医疗技术临床应用管理办法》，加强本院医疗技术临床应用管理，建立医疗技术准入和管理制度，促进医学科学发展和医疗技术进步，提高医疗质量，保障医疗安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 医疗技术定义

医疗技术是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的医学专业手段和措施。包括诊断性技术和治疗性技术。

第二条 应用原则

1. 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

2. 各科室开展的医疗技术应当与其功能任务相适应，不得超出医院核准的诊疗项目，具有符合资质的专业技术人员、相应的设备、设施和质量控制体系，并遵守技术管理规范。

3. 医院对医疗技术实行分类、分级管理。

4. 医务人员未经医院授权不得开展相应的医疗技术。

5. 医疗机构主要负责人是本院医疗技术临床应用管理的第一责任人。

第二章 组织管理

第三条 成立医院医疗技术临床应用管理委员会

医院成立医疗技术临床应用管理委员会（以下简称技术管理委员会），负责全院医疗技术临床应用管理工作。

技术管理委员会职责包括：

1.制订（修订）医院医疗技术临床应用的发展规划、规章制度，并监督实施。

2. 医疗技术临床应用管理

（1）对本院的医疗技术进行分类管理，负责新开展医疗技术的审核工作。

（2）对本院的各类手术及有创操作进行分级管理，实行手术医师技术权限准入，进行手术权限动态管理。

3. 指导职能和临床科室对医疗技术临床应用进行管理，监测、评估本院医疗技术临床应用情况，提出干预和持续改进意见。

4. 研究遴选临床应用与临床研究重点支持项目，制定支持和奖励措施。

5. 积极探索长效管理机制，确保医疗技术临床应用的规范性与合理性。

6. 定期报告医疗技术临床应用管理情况。

7. 在技术管理委员会领导下：

（1）医务部负责医疗技术分类、分级、授权、培训、考核等日常管理工作。

（2）教学管理与学科建设科负责医疗新技术的申报、审核等，与医务部共同实施日常管理工作。

（3）定期召开医疗技术临床应用的相关会议。

第四条 成立科室医疗技术管理小组

科室成立医疗技术临床应用管理小组，在职能部门的指导下，负责本科室医疗技术临床应用管理。

1. 制定科室医疗技术发展规划。

2. 制定科室医疗技术目录、高风险技术目录及手术分级目录。

3. 对科室拟开展的医疗技术进行临床应用能力评估。

4. 对科室医务人员进行医疗技术培训考核，以及对拟授权人员技术能力进行评估。

5. 对科内医疗技术应用情况进行监督管理，定期上报临床应用情况及不良事件。

6. 科室应将医疗技术发展规划、相关医疗技术目录、医务人员考核授权等情况及时上报相关管理部门。

第五条 医院医学伦理委员会独立负责医疗技术应用的伦理审查及监督工作。

第三章 医疗技术分类管理

第六条 医疗技术分类

1. 禁止类技术：是指国家卫健委制定发布或者委托专业组织制定发布的技术项目，医院不得开展。

（1）临床应用安全性、有效性不确切。

（2）存在重大伦理问题。

（3）该技术已经被临床淘汰。

（4）未经临床研究论证的医疗新技术。

（5）政府或上级行政部门临时颁布的禁止开展的技术。

2. 限制类技术：是指禁止类技术目录以外，需要重点加强管理的医疗技术，严格按照国家、省级以上卫生行政部门的规定加强管理。

（1）技术难度大，风险高，对医疗机构服务能力、人员水平有较高技术要求，需要设置限定条件的。

（2）需要消耗稀缺资源。

（3）涉及重大伦理风险。

（4）存在不合理临床应用，需要重点管理的。

3. 非禁止、限制类技术：是指未纳入禁止类和限制类技术目录的医疗技术。医院将根据自身功能、任务、技术能力等自行决定开展临床应用，并实施严格管理。

第七条 限制类医疗技术管理

各临床科室拟开展限制类医疗技术，应严格按照国家、省卫生行政部门公布的目录和相关技术临床应用管理规范进行自我评估，符合规范要求的，填写《宜兴市人民医院限制临床应用的医疗技术备案申请表》交医务部，由医务部分别报技术管理委员会、伦理委员会审核。审核通过后，由医务部在江苏省限制类技术管理平台上予以备案。

限制临床应用的医疗技术项目经江苏省限制类技术管理平台审核通过后方能开展。

第八条 非禁止、限制类医疗技术管理

科室医疗技术临床应用管理小组根据本科室内开展的医疗技术制定本科室医疗技术目录，提交技术管理委员会审核确认。

医务部根据各科室制定的非禁止、限制类医疗技术目录，并汇总，各科室根据技术开展情况定期调整本科室医疗技术目录，及时提交技术管理委员会审核确认。

第九条 负面清单管理

医院负面清单技术项目

1. 国家卫生健康委员会制定发布或者委托专业组织制定发布的禁止类技术目录（根据发布目录动态调整）

2. 国家、省卫生健康委员会制定发布的限制类技术目录，医院根据相关医疗技术临床应用管理规范，对临床科室进行自我评估，不符合条件开展的技术项目。

第四章 手术分级管理

第十条 手术的定义

手术是指医疗机构及其医务人员以诊断、治疗疾病为目的，在人体局部开展去除病变组织、修复损伤、重建形态或功能、移植细胞组织或器官、植入医疗器械等医学操作的医疗技术。

第十一条 手术分级

根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险不同，手术分为四级：

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术。

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术。

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗多的手术。

四级手术是指风险高、过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险的手术。

第十二条 手术医师分级

手术医师应依法取得《医师资格证书》和《医师执业证书》。根据手术医师取得相应的卫生专业技术职务任职资格、受聘的专业技术职务、从事相关专业的年限，手术医师分级如下：

1. 住院医师

（1）低年资住院医师：受聘住院医师 3 年以内。

（2）高年资住院医师：受聘住院医师 3 年以上。

2. 主治医师

（1）低年资主治医师：受聘主治医师 3 年以内。

（2）高年资主治医师：受聘主治医师 3 年以上。

3. 副主任医师

（1）低年资副主任医师：受聘副主任医师 3 年以内。

（2）高年资副主任医师：受聘副主任医师 3 年以上。

4. 主任医师

第十三条 各级医师手术权限

1. 低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握一级手术。

2. 高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师指导下逐步开展二级手术。

3. 低年资主治医师：熟练掌握二级手术，并在上级医师指导下，逐步开展三级手术。

4. 高年资主治医师：熟练掌握三级手术，有条件者可在上级医师指导下，适当开展一些四级手术。

5. 低年资副主任医师：熟练掌握三级手术，在上级医师指导下，逐步开展四级手术。

6. 高年资副主任医师：在主任医师指导下，开展四级手术，亦可根据实际情况单独完成部分四级手术、新开展的手术和经省级以上卫生行政部门批准的临床试验、研究性手术。

7. 主任医师：熟练完成四级手术，开展新的手术，或经省级以上卫生行政部门批准的重大临床试验、研究性手术。

在抢救生命、突发事件应急医疗救治等紧急情况下，医务人员超越手术级别范围开展手术，同时应向医务部或医疗总值班报告。医疗管理部门在接到报告后，应立即协调有资质的医师前往现场。如手术尚未结束，由该有资质的医师接续完成手术；如手术已经完成，则由其对手术情况进行分析评估并指导后续治疗方案。禁止出现其他情形的越级手术，一旦发现，给予通报批评或降低、暂停手术权限 3-6 个月。

第五章 授权与再授权管理

第十四条 手术医师资格准入和手术分级动态授权管理

1. 评价标准与方法

（1）执业医师的手术权限的资格准入认定每年一次，执业医师根据个人技术职称及工作能力提出申请。

（2）执业医师进行各级别手术权限的授予，需担任10例以上该级手术的一助，和在上级医师的指导下作为术者成功完成该级手术≥5例经历，手术操作规范，器械及设备使用熟练，方可提出准入申请。少数稀少病种手术达不到规定例数，但临床确实需要授权的，由科室医疗技术管理小组负责人会同医务部负责人现场观摩手术后审定。

（3）术者申请授予更高的手术级别或增加某项手术授权时，也需提交申请，由科室医疗技术临床应用管理小组对术者手术技术临床应用能力进行评估，评估认定合格后提交医务部。

（4）手术医师的资格实行定期能力评价与再授权的动态管理。定期评估医师技术能力，把“非计划再次手术”“重大纠纷”“医师技能考核”指标作为对手术医师资质评价、再授权的重要依据，适时调整医师手术权限。

（5）医师职称不是授予权限的绝对依据，科室医疗技术管理小组可根据医师实际工作能力，考核合格者，可以授予高级手术权限（住院医师不得授予三级及以上手术权限）；也可根据医师实际能力，降低手术权限。

2. 考核组织

（1）科室医疗技术临床应用管理小组

组织、指导科内人员完成手术权限的个人申请，对科内人员病案真实性予以确认，并对其技术能力进行评估、考核。

（2）医务部

医务部对全院医师进行临床应用能力技术审核，并抽查部分病案，以确定其真实性，并将审核意见上报技术管理委员会。

对申请开展技术为限制临床应用的医疗技术，报技术管理委员会审核同意后，向无锡市卫健委申请备案。

（3）技术管理委员会

技术管理委员会对手术医师最终确认能力评价与授权，并责成医务部完成技术授权工作和限制临床应用的医疗技术备案工作。

3. 申请及审核流程

医院实行信息化权限管理，在HIS系统内，按如下流程申请：个人申请-科主任审核-医务部审核-医疗技术临床应用管理委员会审核。

4. 手术医师权限进行公开公示，并纳入医师技术档案管理。

第六章 监督管理

第十五条 日常监管与报告

1. 医务部负责本院医疗技术临床应用的日常监督与管理。

2. 遇有不良事件及时报告，按照医院医疗风险管理制度、不良事件报告制度进行处置。

3. 医务部对各科各级医师技术权限档案实施动态管理。

第十六条 医疗技术项目动态管理

1. 定期调整各类医疗技术目录。鼓励研发、应用新的医疗技术，引进国内外先进医疗技术。淘汰技术性、安全性、有效性、经济性、医学伦理等方面与保障公民健康不相适应的医疗技术。

2. 在医疗技术临床应用过程中出现下列情形之一的，应当立即停止该项医疗技术的临床应用。

（1）该项医疗技术被国家卫生健康委废除或者禁止使用。

（2）从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用。

（3）发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果。

（4）该项医疗技术存在严重医疗质量和医疗安全隐患。

（5）该项医疗技术存在伦理缺陷。

（6）该项医疗技术临床应用效果不确切。

（7）上级卫生行政部门规定的其他情形。

第十七条 技术权限的动态管理

1. 医院定期对医务人员医疗技术开展情况进行监督检查。可根据医务人员的职称、技术培训、专业能力、医疗质量与安全、岗位调整等情况，及时调整医疗技术资格。

2. 发生医疗不良事件并认定存在医疗过失行为、负有相应责任的，视造成后果严重情况以及所负责任情节，暂停相应技术权限 3-6 个月，暂停期满，经考核合格的，可再次授权。

第十八条 对违规开展医疗技术行为的处罚

1. 未经审批擅自开展相关医疗技术的，视情节及造成损害后果严重情况，对照相关规定，对当事医务人员、当事科室及科室负责人给予相应的处理。

2. 医务人员开展医疗技术应用过程中有违反相关技术操作规范和《中华人民共和国民法典》《医师法》《医疗机构管理条例》《医疗纠纷预防和处理条例》等法律、法规行为的，根据有关法律、法规进行处罚甚至取消其执业医师资格。

3. 处罚

（1）全院通报批评，记入个人技术档案。

（2）按医院《医疗安全管理办法》，承担相应的经济处罚。

（3）科室取消评先、评优和重点专科创建资格。

（4）视情节轻重，予以停止执业活动或取消技术权限。

第十九条 公示

医院将医疗技术目录、资格授予以及医疗技术临床应用情况纳入院务公开范围。

第七章 医疗技术档案管理

第二十条 医院及科室应建立医疗技术档案管理制度，医疗技术档案包括医疗技术管理档案及医务人员的个人技术档案。

第二十一条 医疗技术管理档案收集归档的内容应包含医疗技术临床应用管理相关的规章制度、操作规程、质量标准等文件；对医疗技术安全性、有效性和合理应用情况定期评估形成的资料；对相关各项管理制度落实情况的日常监督形成的资料。

第二十二条 医务人员的个人技术档案的内容应有个人基本信息、医疗技术权限、新技术新项目开展情况、已开展技术项目的质量效益情况等。个人技术档案中的信息应根据考评与复评结果实时更新。

第二十三条 各类医疗技术目录、手术分级目录、高风险技术目录、手术麻醉资格授权资料、高风险技术授权资料等均应纳入科室专项档案管理，严格执行以下管理规定：1. 材料必须真实反映情况，证书、文章、批文有原件，档案不得随意修改。

2. 档案资料应注意完整、规范、保密，不得用圆珠笔书写，不得用热敏打印纸，不得向无关人员泄露。

3. 所有档案资料应登记、分类、编号，并由专人保管。保存安全，防虫、防潮、防遗失。

4. 归档资料中的质控资料及操作规程的保存期限按照三级医院评审标准要求，保存评审周期内的资料。

5. 查阅或外借科室档案必须经管理人员或科主任同意才准许。

6. 过期作废的档案必须收回，防止误用。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2015 年 12 月第 1 次修订
2016 年 05 月第 2 次修订
2019 年 04 月第 3 次修订
2023 年 12 月第 4 次修订

手术目录管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-002-01	制定时间：2023-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为确保手术质量和手术安全，预防医疗事故发生，根据相关部门规定，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）手术分级管理实行目录备案，定期向社会公示，未经备案的手术项目不得授予医师手术权限。

（二）未经备案授权的手术医师不得开展手术。

（三）目录备案流程：

1. 手术医师填报手术项目申请评估表报科室医疗技术临床应用管理小组；

2. 科室评估合格后报医务部，经医院医疗技术临床应用管理委员会评估合格后汇总形成医院手术目录，报送上级卫生行政部门备案；

3. 经备案后，医院医疗技术临床应用管理委员会通过信息系统授予医师手术权限；

4. 在实际工作中，手术医师不具备被授予的相应手术权限能力时，科室医疗技术临床应用管理小组应向医院医疗技术临床应用管理委员会报告，医院医疗技术临床应用管理委员会审核后取消医师手术权限。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知(国卫办医政发〔2022〕18 号）[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

医疗技术档案管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-003-01	制定时间：2023-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范医院医疗技术全生命周期管理，完整、准确、系统地收集、整理、保管和利用医疗技术档案资料，保障医疗技术临床应用可追溯、可核查、可监督，强化医疗质量与医疗安全，促进学科建设与技术创新，特制定本制度。

二、内容

（一）医疗技术档案管理范围

医疗技术档案包括：新技术、新项目档案；限制类医疗技术档案；医务人员个人技术档案。

（二）医疗技术档案管理资料范围

1. 医疗技术常规、操作规程、质量标准等文件。

2. 新技术、新项目申报材料包括：新开展技术可行性评估报告、批准文件、过程监督资料、总结等。

3. 限制类医疗技术备案资料：限制类医疗技术备案确认书、限制类医疗技术质量追踪、监管评估材料、限制类医疗技术人员资格授权材料、限制类医疗技术总结评估报告等。

4. 医务人员技术档案：基本情况、各种资格证、执业证书取得情况、工作经历、开展新技术、适宜技术情况、学习进修情况、发表论文、专著情况、理论知识考核情况、技术操作考核情况、应用医疗技术权限记录表、各种医疗活动记录、医疗安全行为记录、医师定期考核情况、继续医学教育学分获得情况。

5. 各类医疗技术目录、手术分级目录、高风险技术目录、手术麻醉资格授权资料、高风险技术授权资料等。

（三）材料必须真实反映情况，证书、文章、批文有原件，档案不得随意修改。

（四）档案资料应注意完整、规范、保密，不得用圆珠笔书写，不得用热敏打印纸，不得向无关人员泄露。

（五）所有档案资料应登记、分类、编号，并由专人保管。保存安全，防虫、防潮、防遗失。

（六）归档资料中的质控资料及操作规程的保存期限按照三级医院评审标准要求，保存评审周期内的资料。

（七）查阅或外借科室档案必须经管理人员或科主任同意才准许。

（八）过期作废的档案必须收回，防止误用。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[3]国务院.医疗机构管理条例（2022年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]中华人民共和国国务院令（第701号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[5]中华人民共和国主席令(第三十八号).中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[EB/OL].(2019-12-28).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.

[6]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

医疗技术临床应用论证制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-004-01	制定时间：2023-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强医疗技术临床应用管理、保障患者安全与医疗质量、规范技术应用与管理、切实做好医疗技术临床应用论证管理工作，特制定本制度。

二、内容

医疗技术是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的医学专业手段和措施。医疗技术临床应用，是指将经过临床研究论证且安全性、有效性确切的医疗技术应用于临床，用以诊断或者治疗疾病的过程。

（一）医院根据《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《医疗技术临

床应用管理办法》等有关法律、法规和文件精神，按照卫生健康行政部门的有关要求，组织和配合进行医疗技术临床应用论证审核制度。

（二）以下两种情况医院须组织开展技术能力和安全保障能力论证审核，通过论证的方可开展医疗技术临床应用：

1. 对已证明安全有效的，但属医院首次应用的医疗技术(新技术)；

2. 已在医院临床应用，但应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或者伦理问题，或者发生与技术相关的严重不良后果。

（三）遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则开展医疗技术临床应用技术评估审核工作，确保论证工作的客观、公正，医疗技术临床应用管理委员会对论证结论负责。

医疗技术申请论证需具备的条件：

1. 有卫生行政部门批准的医院相应诊疗科目；

2. 有在本院注册、能够胜任该项医疗技术临床应用的主要专业技术人员；

3. 有与开展该项医疗技术相适应的设备、设施、耗材和其他辅助条件；

4. 近 2 年所在科室相关业务无不良记录；

5. 有与该项医疗技术相关的管理制度和质量保障措施；

6. 卫生行政部门规定的其他条件。

（四）有下列情形之一的,科室不得提出医疗技术临床应用能力技术论证申请：

1. 申请的医疗技术是卫生健康委废除或者禁止使用的；

2. 申请的医疗技术未列入医院诊疗科目的；

3. 申请的医疗技术距上次同一医疗技术未通过临床应用能力技术审核时间未满 12 个月的；

4. 卫生行政部门规定的其他情形。

（五）申请科室应提交医疗技术临床应用申请表或新技术新项目临床应用申请表，医疗技术临床应用申请表内容包括：

1. 开展该项医疗技术的背景、意义和国内外应用情况；

2. 该项医疗技术的技术实施简介和操作规范、适应证、禁忌症、质控指标(技术关键)、并发症(不良反应)和防范应急措施；

3. 开展该项医疗技术具备的条件，包括主要技术人员资质和相关培训情况，开展技术的设备、设施、耗材等其他辅助条件以及社会效益及经济效益；

4. 其他需要说明的问题。

（六）技术论证流程：

1. 立项

拟开展技术的负责人填写医疗技术临床应用申请表(新技术新项目临床应用申请

表)，并提交所在科室科主任审核通过。

2. 论证

本院医务部负责受理医疗技术论证工作，医务部收到各科室报送的申请后，应按照有关规定，认真审核申报科室是否具有申请资格，申报资料要件及内容是否齐全，对符合要求的申请进行论证。

3. 风险评估

医务部召开医疗技术临床应用管理委员会会议，对项目进行风险评估。

4. 审批

医疗技术临床应用管理委员会对评估通过的技术予以审批，经审批通过的医疗技术，方可在临床应用。

5. 追踪

科室医疗技术临床应用管理小组对通过论证的技术实行全程追踪管理，根据每项技术具体情况，制定具体的质量控制指标，包括但不限以下指标：诊疗例数、适应症掌握情况、并发症发生率、非计划再次手术例数、不良事件、不良反应、随访率等。

6. 评价

评价由各科室医疗技术临床应用管理小组进行。意见报送医院医疗技术临床应用管理委员会审定。

7. 评价结果分为：继续开展、有待完善、暂时中止、终止实施、重开准备和重新开展。

（1）继续开展：指经评估后合格可继续开展的医疗技术项目；

（2）有待完善：指经评估发现存在一定缺陷，但不影响项目实施，需补充完善后报备的医疗技术项目；

（3）暂时中止：指经评估发现存在较大隐患或缺陷，需完善缺陷，经医疗技术管理委员会审批后开展的医疗技术项目；

（4）终止实施：指经评估发现存在严重隐患或缺陷需立即停止，且短期内不易开展，需重新申请后方可开展的医疗技术项目；

（5）重开准备：指已经中止的医疗技术项目经进一步评估审核通过后，进入开展的准备工作阶段;

（6）重新开展：指已经终止的医疗技术项目在履行新技术、新项目准入程序后，重新开展实施。

8. 以上评估结果分别由不同级别的主管部门评定通过后授权开展：

（1）继续开展：由医院医疗技术临床应用管理委员会授权。

（2）有待完善：由科室医疗技术临床应用管理小组向医院医疗技术临床应用管理委员会提交完善评估报告，报备后开展。

（3）暂时中止：由科室医疗技术临床应用管理小组对中止项目进行技术、规范、制度等方面的完善后，书写完善评估报告，呈交医院医疗技术临床应用管理委员会报备，经评定通过后授权重开准备。

（4）终止实施：已终止的医疗技术项目，需按照《新技术和新项目准入制度》的有关规定重新申请后开展实施。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

医疗技术临床应用动态评估制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-005-01	制定时间：2023-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强已开展医疗技术临床应用的全周期管理，动态把控技术应用风险，及时发现并整改应用中的问题，推动技术应用持续改进与医疗质量提升，保障患者医疗安全与健康权益，根据相关部门规定，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）医院开展的所有医疗技术项目均常规纳入动态评估，以确保全院医疗技术项目安全有效实施，最大限度地提高医疗质量，降低医疗风险。

（二）医院开展的所有医疗技术分为：常规医疗技术项目及新开展的医疗技术项目两大类。常规医疗技术项目原则上在发现问题时进行评估；新开展的医疗技术项目原则上在项目实施的第一年每半年评估一次，两次评估均合格者，次年纳入常规医疗技术项目范围管理。

（三）医务部对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。

（四）评估结果分为：继续开展、有待完善、暂时中止、终止实施、转为常规技术。

1. 继续开展：指经评估后合格可继续开展的医疗技术项目；

2. 有待完善：指经评估发现存在一定缺陷，但不影响项目实施，需补充完善后报备的医疗技术项目；

3. 暂时中止：指经评估发现存在较大隐患或缺陷，需完善缺陷，经医疗技术管

理委员会审批后开展的医疗技术项目；

4. 终止实施：指经评估发现存在严重隐患或缺陷需立即停止，且短期内不易开展，需重新申请后方可开展的医疗技术项目；

5. 转为常规技术：新技术在经过一段时间的发展并在实际应用中取得稳定和成熟的效果时，经技术委员会评估后可转为常规技术。

（五）以上评估结果分别由不同级别的主管部门评定通过后授权开展：

1. 继续开展：由医院医疗技术临床应用管理委员会授权。

2. 有待完善：由科室医疗技术临床应用管理小组向医院医疗技术临床应用管理委员会提交完善评估报告，报备后开展。

3. 暂时中止：由科室医疗技术临床应用管理小组对中止项目进行技术、规范、制度等方面的完善后，书写完善评估报告，呈交医院医疗技术临床应用管理委员会报备，经评定通过后授权重开准备。

4. 终止实施：已终止的医疗技术项目，需按照《新技术和新项目准入制度》的有关规定重新申请后开展实施。

5. 转为常规技术：转为常规的技术可视情经申请、考评后授予科室相关医务人员。

（六）医疗技术项目需要中止或终止时，由项目所属科室向医疗管理部门书面提出中止或终止报告，说明情况，申明理由，提出建议；医疗管理部门报请医院医疗技术临床应用管理委员会进行专业技术评估认定后，下达书面通知所属科室，中止或终止该项目的开展。对于问题明确、有可能影响医疗质量和医患安全的医疗技术项目，可由院长或主管副院长或医疗管理部门负责人口头通知停开，并记录在案。科室或专业技术人员在医疗过程中发现医疗技术项目存在缺陷且严重影响医疗质量或医患安全时，应当立即停止操作，报告科主任，或直接报告医疗管理部门做出相应处理。

（七）对于新开展的医疗技术项目和已中止或终止的医疗技术项目，在条件具备后，由医疗管理部门或项目所属科室提出开展或重开申请，经医院医疗技术临床应用管理委员会进行专业技术评估认定后，由医疗管理部门下达书面通知所属科室开展或重新开展。

（八）已经中止或终止的医疗技术项目，未经审批，科室不得擅自开展和重新开展。

（九）评估由医院医疗技术临床应用管理委员会进行，成员由医疗管理部门从相关临床医疗、医技、药学、护理专业学科带头人和设备、管理人员中抽选组成，必要时抽取医疗保险、财务、安全方面负责人参加，每次评估会议成员不少于 7 人。评估会议由主管副院长或医疗管理部门负责人主持。

（十）评估应依据法律法规和规章制度，从确保医疗质量与医患安全出发，认真分析所评估的医疗技术项目，全面权衡医院设施条件，认真进行评估讨论，并对下列事项提出明确意见：

1. 对常规医疗技术项目认定是否继续开展；

2. 对于新开展的医疗技术项目认定是否开展，提出开展准备工作的意见和要求，经医疗技术临床应用管理委员会讨论后安排执行。

3. 认定所评医疗技术项目是否中止或终止，并明确理由；

4. 对于认定中止或终止、待复开的医疗技术项目，提出恢复准备工作的意见和要求，经医疗技术临床应用管理委员会讨论后安排实施。

5. 对于未认定中止或终止的医疗技术项目，提出确保质量和安全的改进意见和要求。

（十一）医院各科医疗技术项目的继续开展、有待完善、暂时中止、终止实施、重开准备、重新开展均须认真按照医院医疗技术临床应用管理委员会的意见执行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

医疗技术临床应用质量控制制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-006-01	制定时间：2023-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范本院医疗技术临床应用管理，加强医疗技术临床应用质量控制，特制定本制度。

二、内容

（一）建立、健全医疗技术临床应用质量控制体系，即建立院、科两级质量控制组织，院级由医务部负责监控，科级由科室医疗技术临床应用管理小组负责监控。要求各级别管理职责明确，认真落实日常医疗技术临床应用质量控制管理工作。

（二）限制类医疗技术指标管理

1. 加强限制类医疗技术临床应用管理，制定质量控制指标，包括但不限于以下内容：备案完成率、手术并发症发生率、死亡率、平均住院费用、平均住院日、不良事件发生率、非计划再次手术、室内质控开展率、室内质控失控率、室间质评参加率、室间质评合格率等。

2. 医务部每年年初根据上一年度各类限制类技术运行情况同时结合国家和省级指标要求，制定下个年度指标，并下发到相关科室，要求临床科室严格按照指标开展日常质量指标控制。医务部定期对各类技术质量指标运行情况进行监督，发现指标异常，及时与科室沟通，共同制定解决方案。

（三）新技术、新项目质量指标控制

新技术、新项目开展往往伴随着高风险，因其具有创新性、探索性，实施风险远远大于一般医疗技术，医务部对科室开展的新技术、新项目实行全程追踪管理，根据每项新技术、新项目具体情况，制定具体的质量控制指标，包括但不限于以下指标：诊疗例数、适应症掌握情况、并发症发生率、非计划再次手术例数、不良事件、不良反应、随访率等。

（四）临床科室医护人员应掌握本科室医疗技术质量控制指标，科室医疗技术临床应用管理小组成员要定期对科室的医疗技术质量控制指标运行情况进行监管，发现问题要认真分析，及时整改。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

医疗技术临床应用规范化培训制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-001-01	制定时间：2023-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强本院医疗技术临床应用管理，促进本院医疗技术进步，提高医务人员医疗技术临床应用能力和同质化医疗服务水平，保障医疗质量和患者安全，根据《医疗技术临床应用管理办法》及相关法律法规规定，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

医疗技术临床应用规范化培训，是指相关医务人员按照《医疗技术临床应用管理办法》要求，接受以提高医疗技术临床应用能力为主的系统性、规范化培训。

医疗技术临床应用规范化培训制度，是指对培训对象、培训计划、培训大纲和考核标准等方面的规范化安排。

（一）培训类别

1. 限制类医疗技术

（1）培训对象：拟开展限制类技术的医师。

（2）培训目的：

①获得个人及医院开展限制类技术的技术资质；

②掌握开展限制类技术的必要技能及其技术管理规范；

③促进医院专科建设和技术进步。

（3）培训内容：

①国家和本省限制类技术的培训标准；

②相关培训基地制定的具体培训内容。

（4）培训方式：外送有合格资质的培训基地接受规范化培训。

（5）培训师资：培训基地医疗专家。

2. 本院首次开展的非限制类医疗技术

（1）培训对象：拟开展首次在本院开展的非限制类技术的医师。

（2）培训目的：

①掌握相关医疗技术的必要技能及其技术管理规范；

②填补医院有关技术空白，促进医院专科建设和技术进步。

（3）培训内容：

①相关医疗技术的技术规范和管理规范；

②本院新技术和新项目准入制度及相关制度，相关法规、伦理规范等。

（4）培训方式：

①进修；

②专项技术短期（三个月）或中期培训班（六个月）；

③不定期邀请上级医院专家来院授课、手术指导、技术指导等。

（5）培训师资：院外医疗专家。

3. 本院常规开展的非限制类医疗技术

（1）培训对象：执业范围、技术职务任职资格等符合参培要求的医务人员。

（2）培训目的：掌握相关医疗技术的必要技能及其技术管理规范。

（3）培训内容：相关医疗技术的技术规范和管理规范。

（4）培训方式：由专业科室或教研室根据医疗技术临床应用管理委员会审定的医疗技术目录自行开展培训与考核。培训方案（包括：培训大纲和教材、课程设置）、考核标准与考核方案由所在教研室或专业科室制订，经考核合格后，医院授予医务人员在本院开展该类技术权限。

（5）培训师资：院内外医疗专家。

（二）培训管理

医院应当加强相关技术培训管理，建立由医疗业务分管院长担任组长，各专业教研室负责人，项目技术负责人和相关部门负责人任成员的技术培训管理小组。

职责：

1. 建立健全规范化培训管理相关制度，明确各职能部门职责，分工协作。

2. 明确培训条件、实施流程、教学组织安排、行政管理、住宿管理、培训费用和培训待遇、结业考核要求、激励约束规定等，并根据教学任务完成情况给予培训导师适当教学补助，保障培训工作有序开展。

3. 职能部门组织各专业教研室采用国家和省级卫健委指定培训大纲和教材指定统一的培训档案和计划。

4. 医务部协同教学管理与学科建设科落实医疗技术临床应用培训管理相关工作。负责培训的计划公布、审核招录、培训安排、教学组织、日常监管、结业考核等工作。

（三）监督管理

1. 医院技术培训管理小组应当定期对培训导师的带教工作进行综合评价，可将评价结果作为奖惩的依据：对不能完成带教工作或违反相关规定受到行政处罚的，可视情节轻重予以批评教育、全院通报、取消培训导师资格等处理。对培训导师聘期内出现以下情形之一的，应取消其培训导师资格：

（1）培训导师聘期内发生二级以上医疗事故（负完全或主要责任)的；

（2）受暂停医务人员执业活动或吊销《医务人员执业证书》行政处罚的；

（3）受到刑事处罚的；

（4）其他违法违规的情况。

2. 医院技术培训管理小组定期组织对培训工作进行考核和评估，内容主要包括：

（1）培训提交备案材料是否符合相关规定；

（2）培训开展情况是否符合要求；

（3）是否存在违反相关法律法规、部门规章及省卫生健康委员会制定有关规定的情况；

（4）是否存在培训落实不到位、无法有效完成培训目标及人才培养任务等问题。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）的通知：国卫办医发〔2022〕6号[EB/OL].(2022-03-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202204/2655831f6f444b00b3e50604e67531f5.shtml.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省限制类技术目录和临床应用管理规

范（2023 年版）的通知：苏卫医政〔2023〕39 号[EB/OL].(2023-09-19).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023444.html.

[4]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

医疗技术风险预警和干预制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-007-02	制定时间：2021-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为建立医疗技术风险预警与干预机制，防范医疗风险，保障医疗安全，减少医疗纠纷，特制定本制度。

二、内容

（一）指导原则

医务人员是医疗风险防范的重要责任人，要对可能发生的风险具有预见性，注意发现医疗流程管理中的漏洞和缺陷，关注高风险环节，力求控制。对于不可控风险，要权衡利弊，降低风险。难以避免的风险，一定要向患者交代清楚，征得患者同意后方可实施。

（二）医疗风险管理制度

1. 院长是全院医疗风险管理工作的第一责任者，院长承担主管业务的风险管理责任，各科室主任承担所属科室的医疗风险管理责任。

2. 医院各科室员工均有权，也有义务提出全院、科室和岗位工作中的各种医疗风险隐患，规避、控制、上报风险，提出改进措施，保证医疗工作的安全和质量。

3. 医院医疗质量与安全管理委员会、科级质量与安全管理小组负责医疗风险管理工作，通过院科两级管理，定期对医疗风险现状调查、选题、设立目标、原因分析、制定对策、组织实施、效果检查和持续改进措施八大步骤开展日常风险管理工作。

4. 院科两级各质量与安全管理组织认真开展医疗风险管理专项整治活动，每月结合实际工作，对风险因素从发生概率及导致后果的严重性方面进行讨论、分析，并记录在案。

5. 科级质量与安全管理小组每月进行现有的操作规范、流程指南的学习，避免可预测的医疗风险。

6. 科级质量与安全管理小组每月一次或一旦发现新的医疗风险因素，即时召开

专题会，查找、研讨、分析并寻找有效解决方法。各科可自行解决者自行解决，若需医院协调，则上报至医务部。在每月活动中，查找出的风险、隐患，科内首先提出处理意见，并在科内或病区内尽可能广泛地征求员工的意见，选择最优方案落实，并将所采取的措施通报科内。

7. 院长每半年对医疗质量与安全管理委员会活动记录进行检查，医疗质量与安全管理委员会每季度对科级质量与安全小组活动记录进行检查，并以询问方式了解科室员工对所记录的已施行的改进措施的知晓情况。检查各种管理措施的落实情况，对其有效性、实际性及便捷性进行评估。对于不完善的措施进一步进行分析、整改，直至完善。协助科内进行医疗风险管理工作，及时将有关情况上报医院。

8. 医疗质量与安全管理委员会每半年对检查结果进行汇总、整理、分析，上报主管院长，年终将全年情况进行汇总、分析，提出下一年度的医疗风险管理重点并制定年度工作方案。

（三）医疗风险分类

1. 管理风险：

（1）诊疗衔接管理制度不完善。如患者并发症无应对措施或相应专家会诊，职能不清；专家停诊未通知门诊挂号室对外公示等。

（2）执行新政策法规不熟悉，门诊医生不够熟悉地方相关法规政策，如医保、公费医疗报销范围，开药天数。

（3）开展新技术（项目）风险。

2. 诊疗风险：诊疗风险表现在如下几个方面：（1）错误诊断（2）延误诊断（3）遗漏诊断（4）颠倒主次诊断（5）以症状体征代替诊断或不写诊断。

3. 检查治疗风险：

（1）选择的治疗方案或药物种类、剂量、用法失误（致治疗失败或肝、肾、造血功能损害、心律失常、胃肠道反应等）。

（2）并发症。

（3）输液反应（热原反应、配伍禁忌、液体污染、滴速过快、药物反应）。

（4）过敏反应（过敏性休克、喉头水肿等）。

（5）滥施辅助检查（不必要、昂贵、重复的仪器检查不能报销或引发不满，孕妇行 X 线检查等）。

4. 医护人员自身风险：

（1）超常门诊量。

（2）门诊业务工作缺乏上级医生把关。

（3）助理医师或未经授权医师承担诊疗活动。

（4）缺乏知识更新。

（5）人身安全保障不足。

（四）医疗风险预警标准

1. 危重患者抢救及高风险患者。

2. 急、重、危患者应做特殊检查和处理的，转诊患者具有一定风险的。

3. 输液、药物使用异常反应的。

4. 介于多学科之间、又一时难以确诊的重症患者，在执行首诊负责制后，存在一定风险的。

5. 对于自知或他人的提示下，有违反规章或操作规程，可能发生医疗风险的。

6. 对诊疗效果不满意，可能引起医疗争议的院内感染以及对操作较复杂，有可能发生严重并发症或并发症发生率较高以及治疗效果难以准确判断的。

7. 对相关检查不健全，各项指征与相关检查不一致、报告单不准确、可能带来不良后果的。

8. 对新技术、新开展的诊疗项目以及临床实验性治疗，在做好技术保障的前提下，仍可能存在医疗风险的。

9. 对一次性用品、药品材料、仪器设备使用前和使用中发现存在隐患的。

10. 因玩忽职守、无故拖延急诊、会诊与抢救或因操作失当（粗暴），不负责任，擅自做主，可能造成风险的。

11. 对患方认为服务态度不好，使用刺激性语言或不恰当解释病情等引发激烈争议的。

（五）医疗风险预警程序

对于可能发生的一般医疗风险，由科内医疗风险管理人员、科主任预先收集信息，对可能发生的较高医疗风险，科内医疗风险管理人员、科主任报医务部备案，必要时报分管院长。对因医疗风险可能发生的医疗纠纷，相关科室及时报医务部及医患沟通办公室。

（六）医疗风险预警响应

对于可能发生的风险，科内质量与安全管理小组必须给予足够重视，适时做出适当的评估。必要时，由医务部组织医疗质量与安全管理委员会成员讨论分析，确定可能发生风险的程度，并适时发出预警信号。

（七）医疗风险干预

1. 规避医疗风险的措施

（1）增强风险意识，立足防范为主：

①岗位培训及安全教育。所有医务人员无论职务高低、年龄大小均需进行带教并经考核合格后上岗。

②落实医患沟通制度。特殊患者、特殊病情、特殊检查、特殊治疗情况下特别要

交代清楚病情、病程、药物治疗影响及预后。

③会诊及转院等相关制度。凡三次门诊或住院 7 日内不能确诊者需联系会诊或组织讨论；凡住院患者需转院治疗需向医务部上报。

④医疗文件书写规定。要求内容翔实，字迹清楚、书写及时、保存证据。凡特殊治疗均需签署知情同意书。

（2）监控环节质量，侧重风险点：

①风险监控组织完整。由各科主任、护士长、医生、护士组成质量与安全管理小组。

②坚持风险点跟班。诊疗重点在疾病的诊断、治疗、输液、过敏试验。

③及时处理纠纷。对患者不满及投诉，迅速作出反应，及时协调处理，常可免除诉讼并收到事半功倍的效果。

④急救药品齐备，人员设备在位，状态良好。

⑤抽查病历，注意应用医院管理部门考评结果和调查数据以弥补监控人力不足。

2. 医疗风险预警处理

对可能发生的风险，依照分析原因，确定控制、预防的措施，予以控制。对于可能涉及医疗争议的，向患方履行好告知义务，办理书面告知及知情同意手续。对可能发生难以控制的医疗风险，由医务部组织相关科室积极做出妥善处理，并记录。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[2]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[3]国务院.医疗机构管理条例（2022 年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[5]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025 年 12 月第 1 次修订

限制类医疗技术管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-008-02	制定时间：2021-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强本院医疗技术临床应用管理，规范限制类医疗技术的临床应用管理，保障医疗质量与安全，防范医疗风险，依据《医疗技术临床应用管理办法》《国家限制类技术目录和临床应用管理规范（2022 年版）》等法规政策，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 限制类医疗技术是指安全性、有效性确切，但是技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力和人员的技术水平有较高要求，需要限定条件的医疗技术。或存在重大伦理风险或使用稀缺资源，需要严格管理的医疗技术。

第二条 本制度适用于本院所有拟开展、已开展限制类医疗技术的科室、管理部门及相关医务人员，覆盖技术目录、准入备案、临床应用、质量控制等全流程。

本制度所指限制类医疗技术，包括《国家限制类技术目录（2022 年版）》及《江苏省限制类技术管理规范》2023 年版所收录的 25 类技术。

第二章 备案流程及要求

第三条 准入条件

拟开展限制类医疗技术的科室，需同时具备以下条件：

1. 符合学科发展规划及区域医疗资源配置要求，具备合格的专业人员、场地、设备。

2. 制定完善的管理制度、操作规范及应急预案，近 3 年无重大医疗安全事故，涉及伦理风险的需经伦理审查通过。

3. 符合国家及省级相关准入要求，对应诊断、手术编码合规。

第四条 梳理核对：全院各科室结合科室医疗技术开展的实际情况，全面梳理出科室已经通过省卫健委或无锡卫健委审批同意开展的限制类医疗技术和未来拟开展的限制类医疗技术。

第五条 未通过省卫健委审核（或未向无锡卫健委备案）的拟开展新的限制类医疗技术

根据科室技术开展需求，拟开展新的限制类医疗技术，相关人员经江苏省卫健委

认可的培训基地取得培训合格证书后，填写《限制类医疗技术备案表》、《限制医疗技术备案申请表》，并提供相应的人员资质证明材料（包括学历证书、执业证书、职称证书、培训证书、培训合格证书）PDF 件，按照新技术、新项目申报的流程进行申报，由医务部审核提交医院技术委员会、医院伦理委员会审批通过后提交无锡市卫健委备案。

第六条 已经通过省卫健委审核（或已向无锡卫健委备案）的技术，需新增人员

根据科室技术开展需求，拟新增人员，科室讨论同意后，根据江苏省限制类技术管理规范的要求，填写《限制类医疗技术备案表》，并提供相应的人员资质证明材料（包括学历证书、执业证书、职称证书、培训合格证书）PDF 件，由医务部审核交医院医疗技术临床应用管理委员会、医院伦理委员会审批通过后提交江苏省限制类技术管理平台备案。

第七条 对已通过的审核或备案的限制应用的临床技术，年底做好分析、总结和持续改进工作。

第三章 管理要求

第八条 经卫生主管部门备案的限制类医疗技术项目及人员应及时在院内公示，医务部授予相关人员相应的权限，其他人员在取得相应的权限之前不得开展限制类医疗技术。

第九条 医务部加强对限制类医疗技术的管理和考核，每年对全院新开展的限制类医疗技术进行考核和评估，重点考核限制类医疗技术的开展例数、成功率、并发症、术后有无非计划再次手术和平均住院天数和费用。在限制类医疗技术开展过程中，如发生开展科室的主要负责人离职等情况造成该医疗技术无法常规开展，应及时到上级主管部门取消技术备案或取消人员备案。

第四章 违规处理规定

第十条 未按本通知要求进行备案或仍私自开展国家及省市卫生行政部门禁止临床应用医疗技术的，卫生行政部门及卫生执法监督部门将按照《医疗机构管理条例》和《医疗技术临床应用管理办法》的规定给予处罚，由此产生的法律责任将由医院法人及具体技术负责人承担，同时医院将按照院内相关管理规定对科室及技术负责人予以处罚。

第五章 申报途径及数据上报

第十一条 江苏省限制类技术管理平台进行网络申报。

第十二条 已开展限制类技术的科室，需安排专人，及时、准确、完整按要求在江苏省限制类技术管理平台上报案例信息。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https:

//www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）的通知：国卫办医发〔2022〕6号[EB/OL].(2022-03-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202204/2655831f6f444b00b3e50604e67531f5.shtml.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省限制类技术目录和临床应用管理规范（2023年版）的通知：苏卫医政〔2023〕39号[EB/OL].(2023-09-19).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023444.html.

[4]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2023年12月第1次修订

限制类技术报送信息化管理平台制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-031-01	制定时间：2023-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强限制类技术管理，推动限制类技术报送工作制度化、规范化、科学化开展，保障限制类技术信息化管理平台报送工作有序实施，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 医院限制类技术报送工作由医疗技术临床应用管理委员会直接领导，医务部具体负责组织、综合协调各科室的数据报送工作。

第二章 报送程序及要求

第二条 开展限制类技术的科室，需按照国家和省卫生行政部门的要求，做好相关技术的数据收集、整理、分析和存档。

第三条 科室开展的国家限制类技术，需逐例在“江苏省限制类技术管理平台”线上报送案例信息，具体填报按平台格式要求。科室开展的省级限制类技术，需集中向上级行政部门报送案例信息。

第四条 各科室上报数据必须坚持时效性、真实性、完整性、准确性原则。

第五条 如上级行政部门有新的要求，遵其新规。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）的通知（国卫办医发〔2022〕6号）[EB/OL].(2022-03-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202204/2655831f6f444b00b3e50604e67531f5.shtml.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省限制类技术目录和临床应用管理规范（2023年版）的通知（苏卫医政〔2023〕39号）[EB/OL].(2023-09-19).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023444.html.

[4]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023

.

高风险诊疗技术管理办法

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-001-04	制定时间：2013-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范高风险诊疗技术的管理，加强医疗技术和人员资质的准入，减少安全隐患，保障患者医疗安全，特制定本管理办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据卫健委《医疗技术临床应用管理办法》并结合医院实际，确定本院高风险诊疗技术目录，实行授权管理。

第二章 高风险诊疗技术目录

第二条 自定项目：依据国家卫健委《医疗机构手术分级管理办法》和《江苏省手术分级管理规范（2017版）》的精神，并结合本院实际，将《江苏省手术分级目录（2017版）》中所有四级手术/操作纳入本院高风险诊疗技术目录。

第三条 限制类技术：依据《国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）》、《江苏省限制类技术临床应用管理规范（2023年版）》管理要求，所有的限制类技术按四级手术/操作管理，均纳入本院高风险诊疗技术目录。

第三章 要求及注意事项

第四条 所有列入高风险诊疗项目的技术根据本规定进行管理，涉及高风险诊疗项目的科室及人员必须严格遵照执行。

第五条 科室主任为本科高风险技术准入第一责任人。各科室认真组织科内人员学习。医院对进行高风险诊疗技术操作的人员进行资格准入管理，请科室做好科内能力评估及资格准入授权人员名单推荐工作，交医务部及医疗技术管理委员会进行审核认定。

第六条 限制类医疗技术的人员准入还须根据卫生行政部门的有关规定并取得相应的资质。

第七条 未予授权的人员不得开展相应的操作。

第八条 医务部定期根据情况增减高风险技术目录，对授权实行动态管理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知(国卫办医政发〔2022〕18号)[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）的通知（国卫办医发〔2022〕6号）[EB/OL].(2022-03-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202204/2655831f6f444b00b3e50604e67531f5.shtml.

[4]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[5]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年05月第2次修订

2023年12月第3次修订

诊疗规范与技术操作规范制定与更新管理规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-002-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：2
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范医务人员的执业行为，不断提高医疗质量，保障医疗安全，特制定本规定。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据省卫健委《医疗技术临床应用管理办法》及《三级综合医院评审标准》有关要求，制定本规定，请各科室遵照执行。

第二章 规定内容

第二条 诊疗规范与技术操作规范的制定与更新应遵循以下原则：安全、有效、合法、规范。

第三条 各专科应参照上级卫生行政部门、权威学术机构制定的指南与规范，结合本院实际，制定本专业主要病种的《诊疗规范》及医疗技术《操作规范》。

第四条 随着医学的发展需要，适时对规范内容进行修订更新，禁止使用已明显落后或不再适用的内容，具体工作由科主任负责，在本专科内落实完成。更新后的《诊疗规范》与《操作规范》应先培训、后执行。

第五条 严格规范临床指南/规范的临床准入制度，凡引进本院尚未使用的新临床指南/规范，首先需由本专业进行可行性研究，在确认其安全性、有效性及实用性评定基础上，本着实事求是的科学态度进行临床实践，经科室集中讨论和科主任同意后，填写“诊疗指南/规范更新申请表”交医务部，由医务部组织医疗质量与安全管理委员会至少 3 名相关专业专家进行评估。

第六条 医务部负责收集、整理各临床科室制定的《诊疗指南》与《操作规范》，汇编成册，并负责对各科室的培训及执行情况进行监督管理。

第七条 医务部应为各部门制定与更新临床诊疗规范、操作规范提供信息支持服务，定期督导各专科《诊疗规范》与《操作规范》的重新修订。

第八条 各科室在执行过程中发现原规范存在缺陷，应及时进行修改，并提供充分的修改理由。

第九条 临床《诊疗规范》与《操作规范》制定与更新批准程序及监管规定：

1．首先由专科遵循新的国内外权威指南和有关循证医学证据，结合医院实际，制定、更新本院的相关规范，向医务部提交修订申请，医务部组织医疗质量与安全管理委员会审核。

2.提交申请15个工作日内，由医务部组织医疗质量与安全管理委员会专家评审，并出具评审报告及建议。

3. 通过审核的更新版规范，科主任负责在科室落实执行，并由医务部负责督导和检查落实情况。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].（2018-08-13）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]江苏省卫生健康委员会.江苏省三级综合医院评审标准（2023 版）实施细则[EB/OL].(2023-09-22).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023452.html.

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2020年08月第1次修订

2023年12月第2次修订

关于终止实施诊疗技术的相关规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-009-02	制定时间：2020-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强医疗质量管理，确保医疗安全，及时发现实施诊疗技术前出现影响到医疗质量和安全的隐患因素，及时阻止医疗损害的发生，保护患者生命健康和安全，特制定本规定。

二、内容

临床工作中出现以下任一情形，必须立即终止实施诊疗技术：

1. 科室实施的诊疗技术属于国家卫健委制定发布的禁止类技术或限制类技术尚未在《医疗技术临床应用管理制度》备案公示的。

2. 科室实施某项诊疗技术的人员无相应资质的。

3. 科室实施的诊疗技术属于新技术、新项目，但不符合诊疗新技术项目准入管

理制度的技术。

4. 科室实施的诊疗技术所需医疗设备及设施出现重大故障或损害的。

5. 科室实施的诊疗技术所需医疗药品或血制品（如血小板、稀有血型）缺乏，不能满足该项技术的要求，可能造成损害后果的。

6. 实施某项诊疗技术前患者必需的常规检查或重大检查报告未出具（急诊手术除外）的。

7. 实施某项诊疗技术前患者出现生命体征不平稳（与原病情无关），经评估可能影响患者安全的。

8. 科室实施诊疗技术的患者属于医院重点备案对象，如果医疗风险极大且家属不能完全理解的。

9. 科室实施的诊疗技术连续出现严重不良事件的。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法：国家卫生和计划生育委员会令第10号[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2023年12月第1次修订

三、手术管理制度

手术医师资质分级授权管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-010-06	制定时间：1992-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：5
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强手术分级管理，规范手术医师资质授权，保障手术安全与医疗质量，依据

相关法规结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）手术（介入）分类：根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险不同，手术分为四级（包括介入、腔镜等各种微创手术）：

1. 一级手术：风险较低，过程简单，技术难度低的手术。

2. 二级手术：有一定风险，过程复杂程度一般，有一定技术难度的手术。

3. 三级手术：风险较高，过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术。

4. 四级手术：风险高，过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险的手术。

（二）手术医师分级：

手术医师应依法取得《医师资格证书》和《医师执业证书》。根据手术医师取得相应的卫生专业技术职务任职资格、受聘的专业技术职务、从事相关专业的年限，手术医师分级如下：

1. 住院医师

（1）低年资住院医师：受聘住院医师 3 年以内。

（2）高年资住院医师：受聘住院医师 3 年以上。

2. 主治医师

（1）低年资主治医师：受聘主治医师 3 年以内。

（2）高年资主治医师：受聘主治医师 3 年以上。

3. 副主任医师

（1）低年资副主任医师：受聘副主任医师 3 年以内。

（2）高年资副主任医师：受聘副主任医师 3 年以上。

4. 主任医师

（三）各级医师手术权限

根据“医师服从医疗机构”的原则，医疗机构应在本规范限定的或卫生行政部门核定的手术级别范围内，根据对具有不同专业技术职务任职资格的医师开展不同级别的手术进行限定，并对其专业能力进行审核后授予相应的手术权限。

1. 低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握一级手术。

2. 高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师指导下逐步开展二级手术。

3. 低年资主治医师：熟练掌握二级手术，并在上级医师指导下，逐步开展三级手术。

4. 高年资主治医师：熟练掌握三级手术，有条件者可在上级医师指导下，适当开展一些四级手术。

5. 低年资副主任医师：熟练掌握三级手术，在上级医师指导下，逐步开展四级手术。

6. 高年资副主任医师：在主任医师指导下，开展四级手术，亦可根据实际情况单独完成部分四级手术、新开展的手术和经省级以上卫生行政部门批准的临床试验、研究性手术。

7. 主任医师：熟练完成四级手术，开展新的手术，或经省级以上卫生行政部门批准的重大临床试验、研究性手术。

（四）手术医师资质分级的评定

1. 各科要成立科主任为组长的手术医疗技术临床应用管理小组（名单报医务部备案），具体负责各专科手术医师资质分级评定、考核工作。

2. 各科根据各科工作实际，参照国家卫健委、江苏省卫健委有关资料，制定手术分级目录（一、二、三、四级）和各级资质医师准入基本要求报医务部，经医院医疗技术临床应用管理委员会核审后公布执行。

3. 各级手术医师权限评审工作由医疗技术临床应用管理小组和医院医疗技术临床应用管理委员会专家组二级评审，医务部公布后生效。

4. 新入院人员由本人根据临床经历和能力申报相应的资格，经科室医疗技术临床应用管理小组考核（应进行手术考察）报医务部，考察期为 3 个月，期满考察合格方最后生效。

5. 发生医疗事故或医疗纠纷医院医疗技术临床应用管理委员会认定手术有缺陷的，视情形可予以当事医师降级（降级后恢复原有资质需重新申报）、暂时降级 3、6、9 个月或暂停某一类型手术等处理。

6. 擅自越权超范围手术的，予以警告、责令停止处理，一切后果自负（包括经济责任），并予以手术资质降级处理。

7. 卫生行政部门对手术资质准入、分级管理有规定的，按卫生行政部门规定执行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知(国卫办医政发〔2022〕18 号）[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2004 年 04 月第 1 次修订

2008 年 05 月第 2 次修订

2016 年 08 月第 3 次修订

2020 年 08 月第 4 次修订

2023 年 12 月第 5 次修订

麻醉医师资质分级授权管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-011-04	制定时间：2016-08-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为保障麻醉安全和质量，加强麻醉医师管理，根据《中华人民共和国医师法》《医疗技术临床应用管理办法》（《国家卫生健康委员会令》第 1 号）及《麻醉科建设管理规范》等相关的法律法规，结合本院实际特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度适用于各级麻醉医师。

第二条 科室成立麻醉授权管理小组（以下简称“管理小组”）负责本科室医师的麻醉权限管理，管理小组由科主任及部分副主任医师以上职称人员组成，科主任任组长，为本科室手术权限管理的第一责任人。

第三条 管理小组定期对本科室的麻醉医师进行麻醉权限评估工作，结合每位麻醉医师的实际工作水平与能力明确其具体的麻醉权限。

第四条 管理小组讨论确定医师的麻醉权限后，个人提呈麻醉权限申请，经科主任签名确认后报送医务部，医务部将申报情况上报医疗技术临床应用管理委员会审核、批准后，申请医师方获得相应的麻醉权限。

第二章 正文

第五条 麻醉医师权限的动态管理。

（一）根据麻醉医师级别变动及实际工作能力的提高，管理小组将适时组织麻醉权限的再评估工作，并在履行申请审批程序后，扩大申请医师相应的麻醉权限。

（二）一般情况下麻醉医师不得超权限实施麻醉，否则给予通报批评或降低、暂停麻醉权限 3 个月至 1 年等处罚。

（三）对德才兼备、业务能力较强的麻醉医师，经管理小组、医务部、分管院长研究同意后，可适当放宽麻醉范围，但应在上级医师指导下进行，防止发生意外。

（四）发生医疗纠纷及医疗事故的麻醉医师将按照有关规定予以处罚。

第六条 麻醉医师麻醉权限的再授权机制。

（一）被降低、限制麻醉权限或暂停执业的麻醉医师，医院将责成本科室的管理小组对其进行考察，考察时间为 3 个月至 1 年不等。

（二）考察期满后，管理小组对被考察医师再次进行麻醉权限评估。

（三）根据评估结果，如管理小组认定被考察医师可以再申请或恢复相应麻醉权限，需填写《麻醉权限再授权申请表》，并经申请医师、科主任签名确认后报送医务部。

（四）医务部对再授权申请进行审核，并提请医疗技术临床应用管理委员会讨论同意后方可对该医师的麻醉权限进行再授权。

第七条 麻醉医师级别

依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，规范麻醉医师的级别。所有麻醉医师均应依法取得执业医师资格。

（一）住院医师

1. 低年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以内，或获得硕士学位、曾从事住院医师岗位工作 2 年以内者。

2. 高年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以上，或获得硕士学位、取得执业医师资格、曾从事住院医师岗位工作 2 年以上者。

（二）主治医师

1. 低年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以内，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以内者。

2. 高年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以上，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以上者。

（三）副主任医师：

1. 低年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以内者。

2. 高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以上者。

（四）主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

第八条 麻醉病人的分类

（一）参照美国麻醉医师协会（ASA）病情分级标准：Ⅰ～Ⅵ级

ASA 分级标准：

Ⅰ级：正常健康患者。

Ⅱ级：有轻度系统性疾病。

Ⅲ级：有重度系统性疾病，但日常活动不受限。

Ⅳ级：有重度系统性疾病，日常活动受限，随时可能危及生命。

Ⅴ级：濒死患者，无论手术与否预计 24 小时内死亡。

Ⅵ级：脑死亡患者，器官捐献。

急诊手术加“E”表示。

（二）特殊手术麻醉及操作技术

心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉，巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄患者麻醉，新生儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

（三）新开展项目、科研手术。

（四）参考手术分级标准。

第九条 各级医师麻醉权限

（一）低年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级Ⅰ～Ⅲ级病人的麻醉，一、二级手术的麻醉，部分能力突出的低年资住院医师可在上级医师指导下开展 ASA 分级Ⅳ级或三级手术的麻醉。

（二）高年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级Ⅰ～Ⅵ级病人的麻醉、一至四级手术麻醉、初步熟悉心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉，巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克患者麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄患者麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，心肺脑复苏等。

（三）低年资主治医师

可独立开展 ASA 分级Ⅰ～Ⅲ级病人的麻醉、一至四级手术麻醉、掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克患者麻醉，高位颈髓手术麻醉，肾移植手术麻醉，高龄患者麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，心肺脑复苏等，并可开展麻醉门诊。

（四）高年资主治医师

可独立开展 ASA 分级Ⅰ～Ⅴ级病人的麻醉、一至四级手术麻醉、掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克患者麻醉，高位颈髓手术麻醉，肝、肾移植手术麻醉，高龄患者麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，控制性降温麻醉，心肺脑复苏等，并开展麻醉门诊。

（五）低年资副主任医师

可独立开展 ASA 分级Ⅰ～Ⅵ级病人的麻醉、一至四级手术的麻醉。

（六）高年资副主任医师

指导下级医师实施疑难患者的麻醉及处置下级医师导致的麻醉意外。

（七）主任医师

指导各级医师实施疑难患者的麻醉及处置各级医师麻醉操作意外，开展新技术、新项目、极高风险手术麻醉等。

第十条 麻醉医师能力评价

实施麻醉操作权限化管理，是确保麻醉安全的有效措施，是麻醉分级管理的最终目的。依据我院《麻醉医师资质分级授权管理制度》的规定，对麻醉医师资质分级授权实施动态化管理。

麻醉医师能力评价时间为每两年度复评一次。评价标准如下：

（一）同级别手术权限的授予

1. 对本级别麻醉种类完成 80%者。

2. 科室给予技能考核合格（1 次/年）；心肺复苏考核合格（1 次/年）；专业理论（三基）考核及格(1 次/年)。

3. 继续教育与知识更新参与率>75%(见科内学习登记本)，按时完成继续教育学分。

（二）预申请高一级别麻醉权限的医师，除上述要求外，尚需同时具备以下条件：

1. 符合受聘卫生技术资格，对资质准入手术，麻醉者必须是已获得相应专项麻醉的准入资质者。

2. 在参与高一级别麻醉中，依次从辅麻到主麻做起，分别完成该级别麻醉 5 例者。

3. 承担本级别麻醉时间满两年度。

4. 承担本级别麻醉期间无医疗过错或事故主要责任（以我院医疗技术临床应用管理委员会讨论结果为准）。

（三）当出现下列情况之一者，取消或降低其麻醉操作权限：

1. 达不到操作许可必需条件的。

2. 对操作者的实际完成质量评价后，经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者。

3. 在操作过程中明显或屡次违反操作规程。

第十一条 麻醉医师资质分级授权管理工作程序

（一）科主任组织管理小组，根据上述规定，对科室《各级医师麻醉分级及麻醉范围》（所称“麻醉范围”，系指卫生行政部门对我院核准的诊疗科目内开展的手术）进行梳理、讨论，制定新年度《各级麻醉医师麻醉分级及麻醉范围》，提交医务部；医务部复核认定后，提交医疗技术临床应用管理委员会讨论通过。

（二）符合申请高一级别麻醉权限的医师，书写述职报告，交本科室主任；科主任组织管理小组对其技术能力讨论评价后，提交医务部；医务部组织相关专家，对其进行理论及技能考核评估，提交医疗技术临床应用管理委员会讨论通过。

（三）对取消或降低其麻醉操作权限的医师，科主任组织管理小组讨论，形成书面意见后，报医务部，医务部提交医疗技术临床应用管理委员会讨论通过。

（四）医疗技术临床应用管理委员会主任签批，麻醉医师能力评价与再授权结果科内公示；医务部备案。

第十二条 麻醉审批程序

（一）麻醉科由住院总负责安排每日手术的麻醉，上级医生确定麻醉方法，需要全科会诊的，至少提前 1 天交科主任组织全科会诊并审批。

（二）科主任审批全科各医疗组每例手术的主麻、副麻名单，确保医师级别与手术分类相对应。原则上，不允许越级实施麻醉。特殊情况下可以同意，但必须保证有上级医师在场指导。

（三）特殊麻醉审批权限

1. 高度风险麻醉

高度风险麻醉是指麻醉科主任认定的存在高度风险的任何级别的麻醉操作。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务部，由医务部决议自行审批或提交分管院长审批，获准后，由指定的主任医师或高年资副主任医师负责实施。

2. 急诊手术麻醉

预期手术的麻醉级别在值班医生麻醉权限级别内时，可施行麻醉。若属高风险或预期麻醉超出自己麻醉权限级别时，应紧急报告二线值班，必要时向科主任上报。但在需紧急抢救生命的状况下，在上级医师暂时不能到场主持手术麻醉时期，值班医生在不违背医疗原则的前提下，有权且必须根据实际情况开展合理抢救，不得延误抢救时机。

3. 新技术、新项目

（1）一般的新技术、新项目须经科内讨论，同时按照《新技术和新项目准入制度》的相关程序进行审批备案。

（2）高风险的新技术、新项目须经科内讨论后由医院上报省级卫生行政部门审批。必要时由省级卫生行政部门委托指定的学术团体论证，并经专家委员会评审同意后方能在医院实施。

第十三条 监督管理

（一）医务部履行麻醉医师能力评价与再授权工作的管理、监督职责。

（二）按照本制度对麻醉医师资质分级授权进行准入和动态管理。

（三）对违反本制度的相关人员调查处理，并按照医院的相关规定追究其责任。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.麻醉科医疗服务能力建设指南（试行）：国卫办医函〔2019〕884号[EB/OL].(2019-12-09).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201912/23e09cdea685468b8e4f6837dc645ce2.shtml.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知:国卫办医政发〔2022〕18号[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[4]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年08月第1次修订

2020年12月第2次修订

2023年12月第3次修订

附件1

麻醉授权管理小组名单

组　长：韩超

组　员：杭东元 张科 许程晨 冯顺华 袁志明 盛良

附件 2

宜兴市人民医院医师麻醉资质权限申请审批表

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td></tr>
<tr><td>最高学历</td><td></td><td>职　称</td><td></td><td>聘任时间</td><td></td></tr>
<tr><td>来院时间</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">所在专科</td><td></td></tr>
<tr><td>资格证号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">执业证号</td><td></td></tr>
<tr><td>原麻醉手术级别</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">现麻醉手术级别</td><td></td></tr>
<tr><td>申请麻醉医师级别</td><td colspan="5">低年资住院医师□　　高年资住院医师□
低年资主治医师□　　高年资主治医师□
低年资副主任医师□　高年资副主任医师□
主任医师□</td></tr>
<tr><td>原麻醉级别</td><td colspan="5">无□ ASA 分级Ⅰ级□ ASA 分级Ⅱ级□ ASA 分级Ⅲ级□
ASA 分级Ⅳ级□ ASA 分级Ⅴ级□</td></tr>
<tr><td>申请麻醉级别</td><td colspan="5">无□ ASA 分级Ⅰ级□ ASA 分级Ⅱ级□ ASA 分级Ⅲ级□
ASA 分级Ⅳ级□ ASA 分级Ⅴ级□</td></tr>
<tr><td>是否新技术</td><td colspan="5">是□　　否□</td></tr>
<tr><td colspan="2">科室讨论意见：

科主任签名：
年　　月　　日</td><td colspan="2">医务部审核意见：

负责人签名：
年　　月　　日</td><td colspan="2">医疗技术临床应用管理委员会意见：

签章：
年　　月　　日</td></tr>
</table>

手术医师能力评价与再授权制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-003-04	制定时间：2012-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范手术医师授权管理，实现手术权限动态化管控，保障手术安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据本院《手术医师资质分级授权管理制度》规定，对手术医师资质分级授权实施动态化管理。

第二条 医务部具体负责制定手术医师资质准入制度及手术评价标准、手术医师的技术考核、外科手术评价、手术医师的手术分级审定，监督管理手术医师资质准入制度的执行，协调制定手术分类及手术医师资质准入范围和标准，定期和不定期考核手术科室执行情况。相关科室成立以科主任为组长的医疗技术临床应用管理小组，具体负责本科室手术医师能力评价与再授权工作。

第二章 手术医师定期能力评价

第三条 手术医师能力评价周期为每年度评价一次。

第四条 评价标准

1. 对本级别手术种类完成80%以上，且未发生医疗过错或事故，经技能培训中心考核合格者，可授予同级别手术权限。

2. 预申请晋升高一级别手术权限的医师，除达到完成本级别手术80%以上条件外，尚需同时具备以下条件：

（1）获得相应手术级别的卫生专业技术资格任职年限。

（2）承担本级别手术时间满两年度。

（3）承担本级别手术期间无医疗过错或事故发生（以本院医疗质量安全管理委员会讨论结果为准）。

（4）在上级医师指导下完成高一级别手术5例以上者，并担任助手10例以上。

3. 当出现下列情况之一者，取消或降低其手术操作权限：

（1）达不到操作许可必需条件的。

（2）对操作者的实际完成质量评价后，经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者。

（3）在操作过程中明显或屡次违反操作规程。

（4）承担本级别手术期间发生 2 次或 2 次以上医疗事故或过错的。

（5）存在非计划再次手术造成严重不良后果经专家鉴定有明显医疗过错的。

（6）存在实施本级别手术期间，若发现有越级手术或未经授权擅自开展手术的案例者，当年度手术医师能力评价视为不合格，本年度不得晋升上一级别手术资质。

第三章 评价程序

第五条 科室医疗技术临床应用管理小组，根据上述规定，对科室开展的手术进行梳理、讨论，对手术医师资质进行评定，拟定新年度各级手术医师手术级别及手术范围并在病历系统内提交申请，由医务部审核。

第六条 医务部复核和医疗技术临床应用管理委员会认定后，再次授予相应手术级别。

第七条 申请晋升高一级别手术权限的医师，需书写述职报告，并填写《宜兴市人民医院手术/操作权限新增申请表》及相应的佐证资料，经科室医疗技术临床应用管理小组讨论通过后报医务部审核。

第八条 医务部组织相关专家小组，对其进行理论及技能考核评估，并审核佐证资料后授予高一级别手术权限。

第九条 对取消或降低其手术操作权限的医师，经科室医疗技术临床应用管理小组讨论后，形成书面意见，报医务部和医疗技术临床应用管理委员会讨论通过，授予相应级别的手术权限。

第十条 手术医师能力评价与再授权结果院内公示后医务部备案。

第四章 监督管理

第十一条 医务部履行手术医师能力评价与再授权工作的管理、监督职责。

第十二条 对违反本制度的相关人员调查处理，并按照医院的相关规定追究其责任。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 05 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2023 年 12 月第 3 次修订

手术风险评估制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-051-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范手术风险评估工作，确保手术安全，降低手术风险，结合本院实际情况特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 手术患者都应进行手术风险评估。

第二章 具体要求

第二条 手术医生、麻醉医师、巡回护士对患者进行手术风险评估时要严格根据病史、体格检查、影像与实验室资料、临床诊断、拟施手术风险与利弊进行综合评估。

第三条 术前手术医师、麻醉医师、巡回护士应对患者按照手术风险评估表内容逐项评估，根据评估的结果与术前讨论制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式。必须做好必要的术前知情告知，告知患者或者其委托人手术方案、手术可能面临的风险，并嘱患者或委托人签字。手术风险评估分级超过 NNIS-2 级时，应及时向科主任请示，请科主任再次评估，必要时可组织院内会诊后再进行评估。

患者在入院经评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通，协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。

第四条 手术风险评估填写内容及流程：

术前手术医生、麻醉医师、巡回护士按照手术风险评估表相应内容对患者进行评估，做出评估后分别在签名栏内签名。由手术医生根据评估内容计算手术风险分级。评估内容如下：

1．手术切口清洁程度

按照手术风险分级标准将手术切口按照清洁程度分为四类：

Ⅰ类手术切口（清洁手术）

Ⅱ类手术切口（相对清洁切口）

Ⅲ类手术切口（清洁-污染手术）

Ⅳ类手术切口（污染手术）

2．麻醉分级（ASA 分级）

参照美国麻醉医师协会（ASA）病情分级标准：Ⅰ～Ⅵ级

ASA 分级标准：

Ⅰ级：正常健康患者。

Ⅱ级：有轻度系统性疾病。

Ⅲ级：有重度系统性疾病，但日常活动不受限。

Ⅳ级：有重度系统性疾病，日常活动受限，随时可能危及生命。

Ⅴ级：濒死患者，无论手术与否预计 24 小时内死亡。

Ⅵ级：脑死亡患者，器官捐献。

急诊手术加“E”表示。

3．手术持续时间

手术风险分级标准根据手术的持续时间将患者分为两组：即为“手术在 3 小时内完成组”与“手术超过 3 小时完成组”，若为急诊手术，需在相应“□”打“√”。

4．手术类别

（1）浅层组织手术。

（2）深部组织手术。

（3）器官手术。

（4）腔隙手术。

由麻醉医师根据实际情况在相应“□”打“√”。

5．手术风险分级的计算

手术风险分为四级，具体计算方法是将“手术切口清洁程度”、“麻醉分级”和“手术持续时间”3 项的分值相加，总分 0 分为 NNIS-0 级，1 分为 NNIS-1 级，2 分为 NNIS-2 级，3 分为 NNIS-3 级。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知(国卫办医政发〔2022〕18 号）[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发手术质量安全提升行动方案（2023-2025 年）的通知（国卫办医政发〔2023〕10 号）[EB/OL].（2023-08-22）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202308/content_6900753.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 05 月第 2 次修订
2023 年 12 月第 3 次修订

围手术期管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-004-05	制定时间：2000-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强围手术期全流程管理，规范术前、术中、术后诊疗行为，降低手术风险，保障手术患者安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 围手术期即从患者决定需要手术开始至术后基本恢复生理功能的一段时期。

第二章 手术前管理

第二条 凡需手术治疗的患者，各级医生应当严格手术适应症，及时完成手术前的各项准备和必需的检查。准备输血的患者必须检查血型及感染筛查(肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体)。

第三条 在手术前，术者及实施麻醉的医师必须亲自查看患者，向患者及近亲属或患者授权代理人履行告知义务，包括：患者病情、手术指征、手术风险与利弊、麻醉风险、高值耗材的使用与选择、可能的并发症及其他可供选择的替代诊疗方法、自付费项目等内容，征得其同意并由患者或患者授权代理人签字。肿瘤手术应以病理诊断为决定手术方式的依据，若术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者、近亲属、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署知情同意书。应向患者、近亲属、授权委托人充分说明使用血与血制品的必要性，使用的风险和利弊及其他可选择方法等。如遇紧急手术或急救患者不能签字，患者家属或授权代理人又未在医院不能及时签字时，按照《医疗机构管理条例》相关规定执行，报告上级主管部门，由医务部或行政总值班签字，在病历中详细记录。

第四条 主管医师应当做好术前小结记录。三、四级手术均需行术前讨论，四级手术、肿瘤手术必须组织术前多学科讨论，重大手术、特殊患者手术及新开展的手术等术前讨论须由科主任主持讨论制定手术方案，讨论内容须写在术前讨论记录单上或者另附页，并上报医务部审批备案。

第五条 手术医师确定应当按手术分级管理制度执行。重大手术及各类探查性质

的手术须由有经验的副主任医师以上职称的医师或科主任担任术者，必要时须上报医务部备案。

第六条 手术时间安排提前通知手术室，检查术前护理工作实施情况及特殊器械准备情况。所有医疗行为应当在病历上有记录。如有不利于手术的疾患必须及时请相关科室会诊。

第七条 手术前患者应当固定好识别用的腕带，所标的信息准确无误；同时完成手术部位的标记。

第八条 “Ⅰ”类切口手术，按照《抗菌药物临床应用指导原则》的规定，选择预防性抗菌药物，手术前(切皮前)0.5-1 小时使用。

第三章 手术中管理

第九条 医护人员要在接诊时及手术开始前认真核对患者姓名、性别、病案号、床号、诊断、手术部位、手术方式等。患者进手术室前须摘除假牙，贵重物品由家属保管。

第十条 当日参加手术团队成员(手术医师、麻醉医师、洗手与巡回护士、其他相关人员)应当提前进入手术室，严格按照术前讨论制定的麻醉、手术方案、手术风险评估和手术安全核查的要求执行。

第十一条 手术过程中术者对患者负有完全责任，助手须按照术者要求协助手术。手术中发现疑难问题，必要时须请示上级医师。

第十二条 手术过程中麻醉医师应当始终监护患者，不得擅自离开患者。

第十三条 手术中如确需更改原定手术方案、术者，或决定切除术前未确定的脏器、使用贵重耗材等情况时，要及时请示上级医师，必要时向医务部或分管院长报告，并须再次征得患者或家属同意并签字后实施。

第十四条 核查术中植入的假体材料、器材标识上的信息及有效期，条形码应当贴于植入性器械同意书之中。手术结束时应当核对纱布、器械等物品并记录。

第十五条 术中切除的病理标本须向患者或家属展示并在病案中记录。手术中切取的标本及时按要求处理，在标本容器上注明：科别、姓名、住院号等，由手术医师填写病理检查申请单。手术中需做冰冻切片时，切除的标本由手术室专人及时送病理科，并严格按冰冻病理报告程序执行。

第十六条 凡参加手术的工作人员，要严肃认真地执行各项医疗技术操作常规，注意执行保护性医疗制度，术中不谈论与手术无关的事情。术中实施自体血回输时，严格执行《临床用血技术规范》。

第十七条 手术时间超过 3 小时以及术中出血量大于 1500 毫升时，预防性抗菌药物可加用一次（见《抗菌药物临床应用指导原则》）。

第四章 手术后管理

第十八条 手术结束后，术者对患者术后需要特殊观察的项目及处置(各种引流管和填塞物的处理)要有明确的书面交待(手术记录或病程记录)。手术记录应当在规定时限内及时、准确、真实、全面地完成。

第十九条 麻醉科医师要对实施麻醉的所有患者进行麻醉后评估，尤其对全麻术后患者，麻醉科医师应当严格依照全麻患者恢复标准确定患者去向(术后恢复室或病房或外科监护室)，并对重点患者实行术后 24 小时随访且有记录。患者送至病房后，接送双方必须在患者生命体征平稳后完成交接。

第二十条 在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、或再手术或放化疗等方案。

第二十一条 凡实施三、四级手术或接受手术病情复杂的高危患者时，手术者应在术后 24 小时内查看患者。如有特殊情况必须做好书面交接工作，术后 3 天之内必须至少有 1 次查房记录。

第二十二条“Ⅰ”类切口手术，预防性使用的抗菌药物，原则上应在手术后 24-48 小时停止使用。

第二十三条 手术后并发症的预防具体措施到位，对骨关节与脊柱等大型手术、高危手术患者有风险评估、有预防“深静脉栓塞”、“肺栓塞”的常规与措施。

第五章 围手术期医嘱管理

第二十四条 手术前后医嘱必须由手术医师或由术者授权委托的医师开具。

第二十五条 对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。

第六章 临床手术科室工作要求

第二十六条 择期手术实行手术通知单信息化管理。

1. 流程：各主诊组医生录入手术通知单→进入病区手术汇总表→科主任审核、签发→发送至手术室。

科主任对各主诊组拟开展手术必须严格把关，要特别重视高危、高龄患者的手术，对术前未准备充分的手术（如病历书写未完成、术前准备不充分、患者及其家属对手术风险不理解、存在手术禁忌、手术高危因素未消除等），则不予签发。对审核后同意开展的手术，按手术先后排序发送至手术室。

2. 签发时间：每天下午 1：30 前完成。

3. 密码管理：各专科主任管理签发密码，科主任如有事外出或休息，可委托给科副主任或科秘书签发，但不能委托给其他人员。科主任可对留存密码及时作修改。

4. 责任：科主任对本专科各主诊组拟行手术承担相应的考核和处罚责任，严禁越级越权手术。

第二十七条 急诊手术由科室直接提交信息化急诊手术通知单，同时电话通知手

术室。

第二十八条 术毕手术组必须留一位临床医生与麻醉科医生一起护送患者回病室。

第二十九条 遇意外情况，各主诊组医生应及时向医务部或总值班汇报请求协调。

第三十条 各科室外院会诊手术，必须提前一天到医务部审批，凭医务部签发单手术室再安排手术。

第七章 手术麻醉部工作要求

第三十一条 手术麻醉部收到电子手术通知单后，根据病区拟定方案确定合适的麻醉方式，并根据手术大小与难易程度安排好相应麻醉医生。

第三十二条 麻醉医师术前应对拟手术患者进行访视，了解术前准备情况是否符合麻醉要求，对不符合麻醉要求的手术，必须向诊疗组提出商议，并有权中止该手术。麻醉前谈话及签字必须在手术前完成。

第三十三条 麻醉医师在术前访视中提出补充特殊检查要求时，诊疗组应予配合检查，否则麻醉医师有权暂停手术。

第三十四条 安排麻醉力量要考虑与手术大小、麻醉风险相匹配（年资、能力等）。麻醉医师在手术过程中不得擅自离开麻醉岗位。

第三十五条 为保证每台手术麻醉的完整性和连续性，麻醉医师原则上不得在术中进行交接换班。

第八章 手术室护理单元工作要求

第三十六条 护士长应根据手术大小安排好手术室号及洗手、巡回护士人选，并将是否连台一起标记清楚。

第三十七条 巡回护士应同麻醉医师一起做好患者术前的访视工作，器械护士做好术前器械准备工作，如果对特殊器械有疑问，及时询问手术医师。患者进入手术室后，巡回、器械护士必须陪在患者身边，并做好手术前期准备工作，等待手术医生手术。手术中，巡回护士不得擅自离开手术室。

第三十八条 护士长应安排专门护士负责做好清创患者的接待，所有清创患者必须有相关生命体征指标记录；要预留手术室保证各临床科室急诊手术能及时进行，如遇紧急情况，护士长有权先停该病区当日的择期手术或最小手术。

第三十九条 护士长要加强对手术室进出人员管理，严禁闲杂人员、不更换隔离服及其他不符合进手术室要求人员进入手术室，加强无菌管理，同时要加强手术设备的维护、器械的保养、消耗材料的管理，加强成本控制意识。

第九章 病理科工作要求

第四十条 冰冻病理严格按照报告流程发送到手术室。

第四十一条 冰冻病理或活检报告要规范、严谨，不能模棱两可。遇疑难病例要及时进行科内会诊，集体发报告。

第四十二条 发现术前、术后病理诊断不符合时，应立即组织科内会诊，并及时与临床医生做好沟通。

第四十三条 免疫组化报告单的时间，应按当日报告日期签发。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012 年 04 月第 1 次修订

2016 年 05 月第 2 次修订

2020 年 08 月第 3 次修订

2023 年 12 月第 4 次修订

围手术期患者安全管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-005-05	制定时间：1992-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为全面保障围手术期患者生命安全，持续提升医疗质量，有效防范与降低医疗风险，规范术前、术中、术后全流程诊疗行为，落实医疗质量安全核心制度要求，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据《围手术期管理制度》《医疗质量管理办法》《手术安全核查制度》等相关规定，结合本院诊疗服务实际制定本制度。

第二章 管理要求

第二条 医院须合理进行手术麻醉部硬件设施建设，合理配置各手术相关科室工作人员，建立合理的专业技术人才梯队，积极开展专科培训。

第三条 围手术期安全管理规范是保障手术患者围手术期安全的重要措施，需各手术科室、手术麻醉部、消毒供应中心工作人员高度重视，共同严格执行。

第四条 医务部、护理部、感染管理科负责《围手术期管理制度》执行情况的督

导、考核。

第五条 值班麻醉医师和手术室护士负责每天的手术用物、设备等的安全检查，并积极配合医学装备科等进行每周一次的安全巡查；安全使用和妥善保管易燃易爆设备、设施，有效预防患者在手术过程中的意外灼伤，防止发生火灾事故。

第六条 各手术科室、手术麻醉部需制定并完善各类突发事件应急预案和处理流程，加强员工培训，快速有效应对意外事件，提高防范风险的能力，确保医疗安全。

第七条 手术工作的顺利开展需要全院各科室的积极支持。各手术科室、手术麻醉部、消毒供应中心等，须加强科间协作、密切配合；因手术工作需要各职能、临床、医技、药房、设备、后勤科室支持的，相关科室须以手术患者的需求为重，积极支持，切实保证手术工作的顺利开展。

第八条 各手术相关科室工作人员须严格执行《病历书写基本规范》，准确填写各种登记本，保证手术病历的完整性，注重证据保全工作。

第九条 在开展手术患者围手术期服务中，各科室针对手术患者的安全管理中存在的问题及建议，有义务及时向医务部、护理部、感染管理科反馈，共同促进手术患者围手术期服务质量的提高。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012 年 04 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 08 月第 3 次修订

2023 年 12 月第 4 次修订

“非计划再次手术”管理规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-006-04	制定时间：2012-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强围手术期管理，降低非计划再次手术的发生率，从而减少不良事件和医疗

纠纷的发生，特制定本规定。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《围手术期管理制度》《江苏省手术分级管理规范》并结合本院实际情况制定本规定。

第二条 非计划再次手术是指在同一次住院期间因各种原因导致患者需进行计划外再次手术。原因分为医源性因素即手术或特殊诊治操作造成严重并发症必须再次施行手术，非医源性因素即由于患者病情发展或出现严重术后并发症而需要进行再次手术。

第三条 非计划再次手术由医疗质量与安全管理委员会委托医务部进行管理，医务部负责对非计划再次手术病例的监控，定期督导、落实非计划再次手术的管理，同时定期记录分析、指导持续改进。负责组织非计划再次手术调查、评估，参与制定有针对性的干预措施。

第二章 具体要求

第四条 科室必须及时填写《特殊手术审批单》，并将审批单送至医务部审批。择期手术需在术前1天上报，急诊手术需在术前口头上报并在术后2小时内书面上报。

第五条 审批单原则上由首次手术的术者填写，经科室主任或副主任审签。非工作时间包括节假日的急诊手术，须经科主任审核同意后，由手术医师术前口头报告总值班，总值班接到报告后做好相应记录，并组织协调手术相关事宜，必要时报告带班领导。

第六条 手术科室须将《特殊手术审批单》于次日，逢周末或节假日在休息日后的首个工作日报送医务部。医务部在接到审批单后及时对非计划再次手术进行调查、评估，并在必要时参与相关科室人员展开术后讨论，分析原因，督促持续改进。

第七条 手术科室必须严格执行《围手术期管理制度》及《手术分级管理规范》等。再次手术前必须由科主任（或副主任）组织完成术前讨论及风险评估，仔细商定再次手术方案、处置预案及医患沟通方案，并详细记录。保证非计划再次手术由高级职称医师担任主刀，首次手术术者协助手术。

第八条 手术科室应及时做好医患沟通工作，避免出现因沟通不及时或不充分而出现的纠纷。

第九条 手术科室建立非计划再次手术登记表，按要求记录。非计划再次手术术后24小时内，手术科室必须按要求及时在电子病历系统上报医疗不良事件，对再次手术原因进行分析，并提出整改措施。

第十条 不得瞒报、漏报，如发生瞒报和漏报，一经查实，将按医院有关规定对科室和当事人进行处罚。

第十一条 将非计划再次手术管理与控制作为对手术科室质量评价的重要指标，

对非计划再次手术的评估也将作为手术医师资质评价、授权的重要依据。视发生非计划再次手术的情形，决定是否推迟当事医生手术权限的授予时间，若发生事故，则视事故性质，对当事医生进行下调手术权限等处罚。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.江苏省三级综合医院评审标准(2023 版)实施细则[EB/OL].(2023-09-22).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023452.html.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 05 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2023 年 12 月第 3 次修订

日间手术质量安全管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-043-04	制定时间：2015-08-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范日间手术全流程管理，保障医疗质量与患者安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据

依据《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》《手术质量安全提升行动方案（2023-2025 年）》等文件要求，结合医院实际，制定本制度。

第二条 适用范围

本制度适用于全院所有开展日间手术的临床科室、手术麻醉部、护理部、医务部、感染管理科、信息数据中心及相关医技科室。

第三条 核心原则

1. 安全第一、质量优先：以患者安全为核心，严格执行围手术期全流程质控。

2. 规范准入、分级管理：明确病种、术式、医师、患者准入标准，实施分级授权。

3. 全程闭环、持续改进：覆盖术前评估、术中操作、术后观察、出院随访全流程，建立质量监测与改进机制。

4. 多科协作、高效协同：强化临床、麻醉、护理、医技、院感等多部门联动，保障流程顺畅。

第二章 管理与职责

第四条 院级管理职责

1. 制定、修订日间手术质量安全管理制度、准入标准、操作规范与质控指标。

2. 审核日间手术病种、术式目录，实施动态更新与退出机制。

3. 负责日间手术医师、麻醉医师、护理人员资质审核、授权与再授权管理。

4. 组织质量监测、数据分析、预警、反馈与考核，定期发布质量报告。

5. 协调解决跨科室管理问题，组织不良事件根因分析与持续改进。

6. 开展全员培训、考核与应急演练。

第五条 科室管理职责

各临床科室成立日间手术质量管理小组，科主任为第一责任人，负责本科室日间手术质量安全管理。

1. 科学制定日间手术的临床路径及诊疗常规并报医务部审批同意后开展。

2. 日间病房采取属地管理，并对其医疗质量与医疗安全负责。日间病房床位为科室共享资源，各主诊组均有权使用，

3. 严格执行医院日间手术管理制度，制定科室实施细则。

4. 严格执行患者、手术准入与医师授权，规范术前评估与术后管理。

5. 落实围手术期安全核查、院感防控、病历书写与随访工作。

6. 及时上报不良事件，参与质量分析与持续改进。

7. 组织科室内部培训与质控自查。

第六条 相关部门职责

1. 手术麻醉部：负责术前麻醉评估、术中麻醉管理、术后镇痛与麻醉并发症处置。保障手术设备、器械、耗材安全，落实手术安全核查与院感防控。

2. 护理部：制定日间手术护理规范，负责术前准备、术后观察、出院指导与随访执行。

3. 感染管理科：监督消毒隔离、无菌操作、手卫生与感染监测，防控术后感染。

4. 信息数据中心：提供日间手术信息系统支持，实现流程闭环与数据自动采集。

5. 医务部：负责日常管理、质量督查、纠纷处理与跨部门协调。

第三章 准入管理

第七条 手术准入

1. 建立《日间手术病种与技术目录》，优先选择手术风险低、术后恢复快、并发症少的择期手术，每年评估更新并向社会公开。

2. 准入标准：

（1）手术时间≤2 小时，预计术后观察≤24 小时可出院。

（2）无严重合并症，ASA 分级Ⅰ-Ⅱ级，部分经评估的Ⅲ级患者可纳入。

（3）术后出血、感染、疼痛等风险可控，无严重术后并发症。

（4）患者及家属依从性好，能配合术后护理与随访。

3. 严禁准入：急诊手术、复杂大手术、术后需长期监护或可能发生严重并发症的手术。

第八条 医师资质准入

按照《手术分级管理制度》规定执行。

第九条 患者准入

1. 年龄：原则上 18-70 岁，特殊情况经多学科评估后可适当放宽。

2. 身体状况：ASA 分级Ⅰ-Ⅱ级，无严重心、肺、肝、肾、凝血功能障碍，无未控制的高血压、糖尿病等基础疾病。

3. 社会状况：愿意接受日间手术，对手术方式、麻醉方式理解并认可；患者和家属理解围手术期护理内容，愿意并有能力完成出院后照护；术后有固定家属陪护，能按时返院复查，居住地距医院≤1 小时车程（特殊情况除外）。

4. 排除标准：

（1）严重心肺疾病、凝血功能障碍、未控制的感染。

（2）精神疾病、认知障碍、无法配合治疗与随访。

（3）独居、无陪护、交通不便且无法保障术后安全。

第四章 围手术期质量安全管理

第十条 术前管理

1. 术前评估：

（1）患者完成各项术前检查后，专科医生（包括麻醉医生）根据检查结果进行评估，符合日间手术纳入标准的方可进行日间手术治疗。

（2）麻醉科术前 1 天完成麻醉评估，签署《麻醉知情同意书》。

2. 术前准备与预约：

（1）患者签署《手术知情同意书》，明确日间手术流程、风险、出院标准与随访要求。

（2）术前 1 天完成皮肤准备、胃肠道准备、药物过敏试验，术前禁食禁饮符合规范。手术部位规范标识，术前核查确认。

（3）专科统一发送手术通知单，手术麻醉部根据当日手术台次合理安排手术。

第十一条 术中管理

1. 手术安全：严格执行手术安全核查制度，规范无菌操作，落实手术风险评估与应急预案。

2. 麻醉管理：选择合适麻醉方式，术中严密监测生命体征，维持循环、呼吸稳定，预防麻醉并发症。

3. 应急保障：手术室配备齐全抢救设备与药品，能快速应对术中出血、心跳骤停、过敏等突发情况。

4. 记录规范：实时、准确书写手术记录、麻醉记录、护理记录，确保医疗文书完整、可追溯。

第十二条 术后管理

1. 术后观察：患者术后转入各专科日间病房，由专人护理，监测生命体征、意识、伤口、疼痛、引流等。

2. 并发症处置：及时识别并处置术后出血、感染、疼痛、恶心呕吐、尿潴留等并发症。

3. 出院评估：达到以下标准方可出院（全部满足）：

（1）生命体征稳定。

（2）伤口无活动性出血、渗液，敷料干燥。

（3）疼痛控制良好（NRS 评分≤3 分）。

（4）能自主进食、饮水，无呛咳。

（5）能自主下床活动，无头晕、乏力。

（6）患者及家属掌握出院后护理、用药、复诊与应急联系方式。

（7）出院指导：明确术后饮食、活动、伤口护理、用药、复诊时间、异常情况处理及 24 小时咨询电话。

第五章 随访与应急管理

第十三条 随访

1. 随访时限：出院后当天、3 天、7 天各随访 1 次，特殊情况增加随访频次。

2. 随访方式：电话随访为主，结合微信、APP 等信息化手段，随访率 100%。

3. 随访内容：生命体征、伤口情况、疼痛、饮食、活动、并发症、用药依从性、复诊情况等。

4. 异常处理：随访发现异常（如发热≥38.5℃、伤口出血/感染、剧烈疼痛、无法进食等），立即指导患者返院或安排急诊处理，并记录随访与处置过程。

第十四条 应急管理

1. 建立日间手术应急处置预案，涵盖术后出血、感染、休克、心脑血管意外、麻醉并发症等场景。

2. 开通 24 小时应急绿色通道，患者术后出现紧急情况可直接至急诊，优先处置。

3. 非计划再入院、重返手术室患者，科室组织评估，分析原因，落实改进措施。

第六章 质量控制与持续改进

第十五条 质量控制指标

1. 安全指标：日间手术患者非计划再次手术率、日间手术并发症发生率、日间手术患者死亡率。

2. 效率指标：日间手术占择期手术比例、日间手术当日取消率、日间手术患者延迟出院率、日间手术患者输血人次数占日间手术患者总人次比例、日间手术中微创手术比例、日间手术中四级手术比例。

3. 管理指标：日间手术患者入院前麻醉评估完成率。

第十六条 监测与持续改进

1. 信息数据中心自动采集数据，科室定期汇总分析。

2. 定期召开日间手术质量分析会，通报质量数据，分析问题，制定改进措施。

第十七条 考核

医务部负责对医院开展的日间手术进行日常监管，将日间手术质量安全纳入科室规范化管理考核，考核结果与科室绩效、医师授权、评优评先挂钩，对违规行为按医院规定处理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构日间医疗质量管理暂行规定（国卫办医政发〔2022〕16 号）[EB/OL].(2022-11-20).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202211/c28f541aac644f6a9f659fecc725292e.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发日间手术推荐目录（2022 年版）的通知（国卫办医函〔2022〕38 号）[EB/OL].(2022-01-28).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202202/da24b2c293654f8d947ea3aaaacb05b5.shtml.

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 08 月第 1 次修订

2020 年 10 月第 2 次修订

2023 年 12 月第 3 次修订

重大、特殊手术报告审批管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-007-04	制定时间：2011-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为规范重大、特殊手术的管理，确保手术质量和安全，根据《江苏省手术分级管理规范》并结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

（一）凡属下列情形之一的属重大、特殊手术

1．本院《手术分级管理制度》中规定的四级手术中难度特别大，过程复杂，手术风险特别大的。

2．被手术者系外宾、华侨、港澳台同胞，特殊保健对象等。特殊保健对象包括高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人等。

3．各种原因导致毁容或致残的。

4．涉及法律风险，可能引起司法纠纷的。

5．同一患者 48 小时内再次手术的。

6．邀请外院医师参加手术者的。

7．虽已广泛应用于临床，但在本院属首次开展的手术。

8．重大的新手术以及临床试验、研究性手术。

9．上级卫生行政管理部门有其他特殊技术准入要求的。

（二）特殊手术审批（流程）

1．重大、特殊手术须组织科内讨论，填写《手术审批申请单》，经科主任签署意见，报医务部审核、院领导审批后，由副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

2．病情危急（包括非计划再次手术）时，先组织科内讨论，经科主任签署意见并电话向医务部汇报，经批准同意后先行手术，术毕 24 小时内补办手续。

3．首次开展的手术，须组织科内讨论，填写《手术审批申请单》，经科主任签署意见，报医务部、院领导审批并报登记机关备案后，由副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

4．重大的新手术以及临床试验、研究性手术，需报经省级以上卫生行政部门组织的论证，并经医学伦理委员会评审后方能在医院实施。对重大涉及生命安全和社会环境的项目还需按规定上报国家有关部门批复。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知(国卫办医政发〔2022〕18号)[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发手术质量安全提升行动方案（2023-2025年）的通知（国卫办医政发〔2023〕10号）[EB/OL].（2023-08-22）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202308/content_6900753.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年09月第2次修订

2023年12月第3次修订

手术部位标记、标识制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-008-05	制定时间：2010-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为切实保障手术患者的医疗安全,有效避免在手术过程中可能发生的患者身份及手术部位识别错误，从而确保每一位患者都能得到准确、安全的医疗服务，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据《手术安全核查制度》制定本制度。

第二章 主要内容

第二条 涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位应做标记。

第三条 临床医生在医疗活动中要严格执行《围手术期管理制度》。

第四条 经治医生在术前要明确手术切口位置、手术方式及手术目的。

第五条 手术患者在离开病区到手术室前，经治医生必须在即将手术的患者身体切口位置用蓝色记号笔对患者手术部位进行“Y或O”形体表标识、标记，并与患者

或家属共同确认及核对。

第六条 手术室工作人员到病区接患者时必须查看即将手术患者的身体切口位置是否有记号笔标识，若无标识，禁止将患者接到手术室。

第七条 麻醉医生在为手术患者进行麻醉术前，严格遵守《查对制度》，同时必须查看即将手术的患者身体切口位置是否有标示，并查对术前切口标示是否和患者即将的手术部位一致。若无标示或标示与手术部位不一致，麻醉医生拒绝为患者进行麻醉手术，直至经治医生标示清楚方可进行麻醉。

第八条 如遇特殊情况不能进行标识的请在术前医患沟通中注明手术部位并告知家属。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[2]卫生部办公厅.关于印发《手术安全核查制度》的通知（卫办医政发〔2010〕41 号）[EB/OL].(2010-03-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201003/e0a297e5c39c4735999a693bbc4badbf.shtml.

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2016 年 05 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2023 年 12 月第 4 次修订

手术患者术后管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-009-04	制定时间：2000-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为进一步规范手术患者术后管理，确保医疗质量和医疗安全，根据《围手术期管理制度》并结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

1. 手术结束，手术医师（或受手术者授权委托的医师）及时开出术后医嘱，填写“病理标本送检单”交与巡回护士，手术室护士负责准备标本容器，注入适量固定液，并负责将手续完备的标本及时送病理科（夜间及节假日可待次日上班后送检）。

2. 病区护士应根据手术的性质作好手术患者回病房前的一切准备工作，如病床、各种治疗器具等。

3. 麻醉医生、巡回护士和手术医师待患者清醒且病情允许后亲自护送患者返回病房，麻醉医师向床位医生、护士详细交待手术和麻醉情况，及术中用药、输血输液量及生命体征变化等情况及注意事项，交接完毕后方可离开。

4. 破坏性较大手术患者，术后生命体征不稳定或术前评估合并脏器功能不全患者，原则上术后先送监护病房，待生命体征平稳后转回普通病房。

5. 患者安置后，病区护士应及时测量血压等生命体征，密切观察病情，检查患者身体各种束缚带是否已解除，各种管道是否完好、通畅，并详细记录在病历中。发现异常情况及时报告医生。

6. 术后各级医师密切关注病情变化及术后并发症的发生，三、四级手术、术后生命体征不稳定的患者，主刀医师需亲自查房。依照患者术后病情进行再评估，拟定术后康复、再手术或放化疗等方案，发现问题逐级汇报，及时处理。

7. 手术记录应由主刀医师按《病历书写规范》格式书写，必须及时、真实、客观、详细描述手术过程、病灶情况、术中病情变化及处理情况（包括术中会诊及与家属谈话内容）。

8. 术中切除组织必须送病检，不能主观臆断，以免误诊。

9. 麻醉医生术后至少随访患者一次，并记录。指导术后镇痛，了解术后镇痛效果，并向责任护士交代有关注意事项，防止麻醉并发症的发生。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发手术质量安全提升行动方案（2023-2025 年）的通知（国卫办医政发〔2023〕10 号）[EB/OL].（2023-08-22）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202308/content_6900753.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012 年 04 月第 1 次修订

2020 年 01 月第 2 次修订

2023 年 12 月第 3 次修订

附件

手术患者术后护送规定

一、护送对象

1．重点病例备案患者。

2．各科确认的重大、特殊手术患者。

3．所有实施全身麻醉（包括静脉麻醉）、高位椎管内麻醉及术中有特殊情况术者确认需要护送的手术患者。

二、护送人员要求

手术医师与麻醉科医生或护士一起护送患者返回病房或 ICU。

三、护送注意事项

1．护送前充分评估患者病情，严格掌握出手术麻醉部（或 PACU）指征，监测记录各项生命体征。

2．护送前电话通知相关科室，做好相应的准备工作，尽量缩短等待时间，以免延误病情。

3．必要时携带急救物品。

4．途中，密切注意观察患者病情变化，一旦发生异常护送人员及时处理、紧密配合。

5．返抵病房后，与床位医生和护士作好床边交接工作，包括患者意识、生命体征、病情等，护士做好记录并签名。

6．与家属充分、有效沟通。

7．严禁将三、四级手术和全麻手术术后患者交由第三方人员独自转运。

8．四级手术患者在术后首次转运过程中应当由参与手术的医师全程陪同；转运交接时，应当与接收医师及相关医务人员面对面交接，确保转运安全和相关信息传递无误。

急诊手术管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2023-010-04	制定时间：2002-10-01
适用范围：全院员工	修订时间：2023-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-01-01

一、目的

为加强急诊手术的管理，确保急诊手术及时顺畅开展，制定本制度。

二、内容

（一）各部门人员职责

1．医生：决定急诊手术，通知手术麻醉部。

2．手术麻醉部：及时会诊、及时实施麻醉及时安排急诊手术。

（二）急诊手术是指病情紧迫，经医生评估后认为需要在最短的时间内手术，否则就有生命危险的手术。

（三）特急手术是指由于病情危重累及生命而需要进行紧急手术抢救的手术，如危及母子安全的产科急症、严重的腹部闭合性或开放性损伤、严重的颅脑损伤、严重的开放性心胸外伤、气管异物、大血管破裂等。

（四）工作制度及要求

1．急诊手术权限：病房急诊手术由病房科室二线值班或科主任决定，急诊室患者由当天值班最高级别医生决定，并遵照《手术分级管理制度》执行。

2．急诊手术范围：急诊手术指病情紧迫，需在最短时间内手术，多见于创伤、急腹症、大出血、急性、严重感染、危及母子安全的产科急症等情况。

3．治疗医生发现患者需要急诊手术应立即请示当天值班级别最高医生，必要时应请示科主任。

4．决定手术后，立即通知手术麻醉部。

5．由急诊室尽快完成必要的术前检查、配血、术前检查及准备。

6．决定急诊手术后，主刀或第一助手应详细向患者和/或家属说明病情、手术必要性、手术风险、替代治疗等情况，征得患者和/或家属签字同意。如患者因特殊原因（如昏迷）又无家属在身边，应报医务部或总值班审批。

7．由手术医师、科室护士共同护送患者进手术室。

（五）注意事项

1．抢救患者的特急手术，必须争分夺秒。

2．对特急手术患者应立即开通绿色通道。

3．急诊手术应提前通知手术麻醉部进行术前准备。特殊情况下（如需立即手术），手术室可先接受患者，尽可能缩短抢救时间，挽救患者生命。

4．是否危及生命的急诊手术的判定，由当日最高值班医生负责确定，经治医生在联系手术时应予以说明。

5．对不服从手术室安排，拒不让手术台，造成后果由该主刀医生承担全责。

6．医技科室等相关科室应无条件配合完成相关工作。

（六）绿色通道保障措施及协调机制

1．凡急危重患者需要急诊手术者，都应该立即开通绿色通道以确保在最短的时间内，得到最大范围的处置，抢救生命。

2. 急诊手术绿色通道中的患者，任何科室都应予以优先原则，任何科室不得以任何理由拒绝检查和抢救。

3. 在患者的医疗费用暂时无法落实的情况下，要发挥革命人道主义精神，先抢救后收费以免耽误抢救时机。

4. 手术麻醉部急诊手术安排

（1）保留一间手术室为急诊手术专用，择期手术不得占用。

（2）同时有二台以上急诊手术，对于危及生命的急诊手术，手术室应立即以最短的时间安排接台，由手术室护士长全权负责调配安排。是否危及生命的急诊手术的判定，由当日最高值班医生负责确定，经治医生在联系手术时应予以说明。

（3）非危及生命的急诊手术，手术室根据情况安排接台，原则上由本科室接台、患者等待手术时间不得超过 2 小时。

（4）急诊手术应提前通知手术麻醉部进行术前准备。特殊情况下（如需立即手术时），手术室可先接收患者，尽可能缩短抢救时间，挽救患者生命。

（5）对不服从手术室安排，拒不让手术台，造成后果由该主刀医生承担全责。手术麻醉部立即报告医务部，由医务部负责协调。

5. 及时请示医务部或总值班组织协调，确保绿色通道畅通，下列情况下必须汇报：

（1）突发公共卫生事件：严重工伤、重大交通事故、大批中毒、法定传染病或灾情患者。

（2）病情危重的“三无”患者。

（3）重大损毁手术、重大脏器切除，截肢患者。

6. 协调机制：

（1）临床科室：负责评估患者病情、制定手术方案、签署手术同意书、做好相关术前准备、实施手术。

（2）手术麻醉部：负责麻醉前访视、麻醉风险评估、实施麻醉。

（3）手术麻醉部：负责手术间安排，配合手术。

（4）医技科室：为患者提供相关的检查并出具检查报告，保障急诊手术尤其特急手术患者的临床用血。

（5）医务部：制定急诊手术相关管理规定、协调急诊手术过程中的突发事件、监督急诊手术管理规定落实情况。

（6）感染管理科：负责对急诊手术的院感情况的监督管理。

（7）护理部：确保急诊手术所需的相关护理要求。

（8）医学装备科、药学部：负责保障急诊手术所需的设备功能良好、药品充足。

（9）后勤保障部：保障急诊手术的后勤需要（如水、电、气的供应等）。

（10）总值班：负责非上班期间急诊手术所需的各种协调工作。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知(国卫办医政发〔2022〕18号)[EB/OL].(2022-12-06).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/19/content_5732651.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发手术质量安全提升行动方案（2023-2025年）的通知（国卫办医政发〔2023〕10号）[EB/OL].（2023-08-22）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202308/content_6900753.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012年02月第1次修订

2020年09月第2次修订

2023年12月第3次修订

四、医疗质量管理制度

医疗质量与安全联合监管协调制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-012-02	制定时间：2018-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强多部门间在部署医疗质量与安全管理工作时统筹运作和协调联动，达到最佳效果，根据医院《多部门协调管理办法》,制定本制度。

二、内容

1. 医疗质量与安全联合监管协调工作，在医疗质量与安全管理委员会的领导之下，由分管领导负责，医务部、质管部牵头，协调负责全院医疗质量与安全的多部门联合监督、控制和管理工作。

2. 医务部、质管部采用定期与不定期的方法，相关职能部门以不同范围、不同部门、不同形式的相应组合对医院全面质量管理工作进行督查、指导。检查中发现的问题，应及时反馈给部门、科室，提出整改措施和对策，形成医疗质量与安全的闭环

管理。

3. 根据月度全院医疗质量与安全的督查情况，采集数据、归纳、汇总、评析，分析后形成医院季度质量通报，上报院部，分发到各科室；分析问题、研究对策，供医院领导决策，为制订计划和政策作参考；同时帮助临床、医技科室纠偏，提升内涵质量。

4. 定期召开多部门联席会议。由相关职能部门（医务部、质管部、药学部、护理部、医疗保险价格管理科、公共卫生科、信息数据中心、感染管理科、器械材料科、医学装备科、应急办等）参与，就医疗质量与安全运行过程中存在的问题，进行讨论、分析；协调参与边缘性问题；并就上月会议形成决议的执行情况进行反馈，提出改进措施。

5. 多部门联席会议召开前，牵头部门尽量先确定会议主题，各职能部门围绕主题做好准备工作；参会人员要认真做好会议精神的记录，便于部门内传达、互通信息；对会议中提出的问题，要深入实际做好调查研究，掌握第一手资料，把各项制度和会议中形成的管理措施落到实处，并进行效果评价和整改。

6. 针对院部布置的中心工作、重点工作及刚性指标的达标等，要充分发挥多部门联合监督管理的职能。协调推进工作的开展，疑难问题的解决，形成合力、齐抓共管、相互帮扶，达到医疗质量与安全共同提高的目的。

7. 多部门联合监督管理工作是管理工作措施上的新举措。通过分、合的联动机制，要找准问题的症结、工作的难点，实施有效的精准化管理。各相关职能部门在联合监督管理中要充分发挥好自身的职能，主动担当，不推诿，对于边缘性的工作要主动参与，寻找解决问题的方法。

8. 充分发挥信息化管理在联合监督管理中的作用。通过信息平台的建设，实施数据的互联互通，资源共享，快捷有效地实施管理工作的精细化，提高多部门联合监管的效能。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025 年 12 月第 1 次修订

主诊医师管理考核办法

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-012-05	制定时间：2005-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步加强医疗质量管理，持续提升医疗服务水平，保障医疗安全，维护患者合法权益，明确主诊医师岗位职责，强化主诊医师责任意识与履职担当，规范诊疗行为，保障医疗工作有序开展，制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《医疗质量管理办法》等相关法律法规、规章规范，结合本院实际情况，制定本办法。

第二章 实施内容与管理要求

第二条 本制度在进一步认真落实科主任负责制、三级医师（主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师）责任制和 “病人选择医生” 相关指导意见的基础上施行。在保障医疗质量、落实合理检查、合理用药、合理治疗，控制医疗费用不合理增长，做好科研、教学及年轻医师培养的前提下，逐步施行主诊医师负责制，并及时总结经验，持续完善。

第三条 全院实行科主任领导下的主诊医师负责制。主诊医师由高年资主治医师及以上人员参与竞聘，经科主任推荐、院部聘任。主诊医师在科主任领导下，带领由若干名下级医师组成的医疗小组，全面负责本组医疗、科研、教学等工作。

第四条 主诊医师应熟练掌握本科各类疾病诊疗规范，具备丰富的临床工作经验、实际工作能力及相应的科研、教学水平。学习、运用先进的医学科学理论和诊疗技术，及时掌握本专业发展动态，积极开展新技术、新项目，指导下级医师提高专业理论与技术操作水平，培养下级医师解决复杂、疑难技术问题的能力。

第五条 医疗小组对所管理患者实行全程负责，涵盖患者门诊、入院、检查、诊断、治疗、出院及出院后复诊等全流程。

第六条 每位住院患者的诊疗（手术）方案，须由取得执业医师资格的副主任医师、主治医师、住院医师组成的医疗小组共同讨论确认。

第七条 主诊医师对本组住院病历、处方、门诊病历等医疗文书质量负总责，确保病历记录完整、真实、及时、规范，定期审阅住院病历内涵质量，对重要记录内容签字认可。

第八条 主诊医师应及时向患者或其家属介绍诊疗（手术）方案；患者病情发生变化时，应随时沟通说明。下级医师须详细记录沟通内容及患者或家属意见。

第九条 主诊医师须亲自参加所管患者的病例讨论、院内外会诊，以及涉及重要治疗变更的知情同意谈话。

第十条 严格执行医院各项医疗核心制度，主诊医师负责将组内危重、疑难、特殊病例提交科室讨论，并服从科室讨论意见；按照科室安排带领本组人员定期参加门、急诊工作，统筹做好病房管理，完成医院及科室下达的指令性、临时性任务。

第十一条 主诊医师全面负责本组医疗质量与医疗安全，对发生的医疗投诉、纠纷积极接待与妥善处置。各主诊医师须服从科主任（病区主任、主持工作副主任、主持工作秘书）统一管理，按考核细则落实各项管理指标。

第十二条 建立主诊医师责任制评价体系，指标至少包括医疗质量、工作效率、运营效益、合理用药、合理用材、医保管理等内容。主诊医师须严格按照诊疗常规指导临床诊疗工作，运用临床路径等质量管理工具规范医疗小组诊疗行为。

第十三条 各科室将院部下达的全年目标任务（业务量、科研任务、国考指标、等级医院评审要求、重点专科建设标准等）按季度分解至各主诊组，分解任务报医务部备案。相关职能科室依据《宜兴市人民医院主诊医师考核管理办法（2023 版）》《宜兴市人民医院主诊医师考核细则（2023 版）》，对主诊医师工作及指标完成情况进行季度考核并反馈。

考核结果评定：90 分及以上为优秀，80 分及以上为合格，80 分以下为不合格。

1. 季度考核 1 次不合格者，由科主任提出改进意见；

2. 季度考核 2 次不合格者，由科主任会同医务部约谈；

3. 季度考核 3 次不合格者，科主任可直接予以解聘，从候补主诊医师中重新推选或撤销该主诊组。

第十四条 院部按规定给予主诊医师 0.6 系数的奖金补贴，其中 0.3 直接发放至各主诊组，剩余 0.3 由科主任考核发放；科主任可对各主诊组 50%的奖金进行二次分配，主诊医师可对组内奖金进行考核分配。科室结合实际制定分配规则，经科务会及科内医师讨论通过后执行。

第十五条 对违反重要规章制度并造成严重不良后果、发生二级以上医疗事故且承担次要及以上责任（医疗损害参照相应等级）、经院内评析承担主要及以上责任的重大医疗纠纷、发生严重行风问题、不服从管理或不称职的主诊医师，科主任可直接予以解聘。

第十六条 科主任可根据科室运行实际，对各主诊组成员进行调整，主诊组成员按照科室管理要求做好床位管理与医师轮转工作。

第三章 附则

第十七条 本制度由医务部负责解释、修订与日常监督管理。

第十八条 本制度自发布之日起施行。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]国家卫生健康委.关于印发《三级医院评审标准（2025年版）》的通知（国卫医政发〔2025〕4号）[EB/OL].(2025-05-29).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202506/25229edc80d34694b7debf54ddef9f9f.shtml.

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2010年02月第1次修订

2016年02月第2次修订

2020年08月第3次修订

2026年01月第4次修订

医疗风险管理办法

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-052-04	制定时间：2011-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-03-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-04-01

一、目的

为有效防范和化解医疗风险，持续提升医疗质量，减少医疗纠纷，规范医院管理，特制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国医师法》《医疗质量管理办法》《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构管理条例》等法律法规，参照《T/CHAS 10-4-4—2019 中国医院质量安全管理 第4-4部分：医

疗管理 医疗风险管理》《医疗卫生机构安全风险分级管控体系实施指南》，结合本院实际情况，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗风险，是指医疗过程中的不确定性因素存在造成损害的可能性，或者已经直接或间接造成了损害。

第三条 本办法所称医疗风险管理，是指管理主体针对医疗风险进行识别、分析、评价、干预、监测及持续改进的协调活动。

第四条 本办法适用于本院所有临床科室、医技科室、药学部门、护理单元及相关行政管理部门。

第五条 医疗风险管理应当坚持以下原则：

1. 以加强医疗质量、规范医疗服务行为、保障医疗安全、预防和妥善处理医疗纠纷、保护医患双方合法权益为目标；

2. 医疗风险管理应纳入医院整体管理体系，作为重要组成部分；

3. 医疗风险管理应纳入医院决策机制，所有重大决策和重大事项应当考虑医疗风险管理因素；

4. 采用系统的、结构化的方法，以充分有效的信息为基础；

5. 充分考虑国家政策、法律法规等外部环境因素和医院自身定位、质量安全目标等内部因素，并充分考虑医学人文因素；

6. 医院各级领导、管理人员、临床医务人员、后勤保障人员等各类人员应充分沟通，积极鼓励患者及家属参与医疗风险管理；

7. 坚持 PDCA 持续改进的闭环管理，对发展过程中的各种风险变化及时做出恰当的管理措施。

第二章 组织管理

第六条 医院实行院、科两级医疗风险管理责任制。

1. 院长是全院医疗风险管理的第一责任人，分管院长承担分管业务的风险管理责任。

2. 临床科室、药学、护理、医技等各部门主要负责人是本科室医疗风险管理的第一责任人。

第七条 医疗质量与安全管理委员会（以下简称管理委员会）是医院医疗风险管理的最高决策组织，其主要职责中应包括在本机构开展医疗风险管理的内容，管理委员会至少每半年进行一次医疗风险管理的全面讨论。

第八条 医务部是医院医疗风险管理的日常管理部门，主要职责包括：

1. 组织制定和修订医疗风险管理制度、规范和流程；

2. 组织开展医疗风险识别、评估、预警和干预工作；

3. 负责医疗风险信息的收集、分析和发布；

4. 组织开展医疗风险管理培训；

5. 协调各相关部门开展医疗风险管理工作；

6. 对各科室医疗风险管理工作进行督查和考核。

第九条 医院内所有与医疗风险管理相关的部门，包括但不限于医务部、门诊办、护理部、感染管理科、质管部、评审办、医患沟通协调办公室等部门，应建立医疗风险信息沟通和管理协调机制，具体形式包括但不限于联席会议、项目工作组等，该机制的工作频率应至少每月一次。

第十条 各业务科室应成立本科室医疗质量与安全管理小组（以下简称科室质管小组），其工作职责应包括本科室医疗风险管理的内容。科室质管小组至少每季度组织一次医疗风险管理的全面讨论。科室质管小组主要职责包括：

1. 负责本科室医疗风险的识别、评估和管理；

2. 定期对科室医疗风险进行分析和讨论；

3. 制定本科室医疗风险干预措施并组织实施；

4. 对本科室医务人员进行医疗风险管理培训；

5. 按照有关要求报送本科室医疗风险管理信息。

第三章 规章制度建设

第十一条 医院应以制度保障的形式建立、实施和维护医疗风险管理体系，该体系应整合医疗资质管理、医疗质量控制管理、患者安全管理、医疗保障管理等多方面的内容。

第十二条 医院应通过建立完善的资质管理制度降低医疗风险：

1. 按照核准登记的诊疗科目执业；

2. 卫生技术人员应符合资质要求；

3. 使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动；

4. 开展的医疗技术应符合医疗技术临床应用管理要求。

第十三条 医院应建立全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度，严格落实医疗质量安全核心制度，包括但不限于首诊负责制度、三级查房制度、会诊制度、分级护理制度、值班和交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度、信息安全管理制度等。

第十四条 医院应建立和完善不良事件报告制度、医疗安全管理制度、医疗投诉纠纷处理制度等相关工作制度、应急预案和工作流程，加强医疗质量重点部门和关键环节的风险管理，落实患者安全目标。

第十五条 医院应建立完善包括医患沟通制度、知情同意制度、隐私保护制度在

内的患者权利保护制度，充分尊重和保护患者的各项权利，加强医学人文建设。

第十六条 医院应在信息管理、物资管理和后勤保障等相关医疗保障制度中充分体现医疗风险管理的内容，形成医疗管理和医疗保障的有效衔接。

第四章 培训体系建设

第十七条 医疗风险培训的目标是增强风险意识、掌握风险管理知识、提高风险处置能力、帮助实现对医疗风险的有效管控。

第十八条 医疗风险管理培训的范围应覆盖包括临床医生、护士、技术人员、行政管理人员、后勤保障人员在内的全体工作人员，各级临床和管理干部是医疗风险培训的重点对象。

第十九条 医疗风险管理培训的内容包括但不限于：

1. 医疗质量安全制度培训；
2. 患者安全目标培训；
3. 法律法规和国家政策培训；
4. 临床诊疗规范常规培训；
5. 应对高风险情况的医疗技术能力培训；
6. 医疗应急预案培训；
7. 医学人文与医患沟通技巧培训。

第二十条 医务部负责医疗风险培训工作的总体协调，采取学术讲座、技术指导、远程教学、网络课程等多种培训形式。医院自身出现或者获知业界重大医疗风险事件时应组织针对性的风险管理培训。

第五章 医疗风险管理内容

第二十一条 医疗风险管理基本内容包括但不限于：

1. 基于患者安全目标的风险管理；
2. 患者就医流程风险管理；
3. 医疗资质风险管理；
4. 医疗技术风险管理；
5. 感染控制风险管理；
6. 药物应用风险管理；
7. 手术和侵入性操作风险管理；
8. 麻醉和镇静风险管理；
9. 血液和血液成分风险管理；
10. 不良事件风险管理；
11. 再入院和再手术风险管理；
12. 病历记录风险管理；

13. 医疗装备风险管理；

14. 医疗信息风险管理；

15. 后勤保障风险管理；

16. 人力资源和员工工作压力风险管理。

第二十二条 医疗风险分类：

1. 管理风险：诊疗衔接管理制度不完善，执行新政策法规不熟悉，开展新技术新项目风险等。

2. 诊疗风险：错误诊断、延误诊断、遗漏诊断、颠倒主次诊断等。

3. 检查治疗风险：治疗方案或药物选择失误、手术及穿刺并发症、输液反应、过敏反应等。

4. 医护人员自身风险：超常工作负荷、三级诊疗不落实、未经授权人员操作、知识更新不及时、人身安全保障等。

第六章 高风险监测

第二十三条 住院和急诊留观患者高风险监测。对于所有住院和急诊留观患者应进行患者医疗风险评估、标记和干预措施，评估内容包括但不限于患者的重名风险、过敏风险、传染风险、供血风险、疼痛风险、血栓风险、跌倒坠床风险、压力性损伤风险、交流障碍风险和营养不良风险。具体参照附录一《通用患者医疗风险评估干预管理表》。

第二十四条 手术患者高风险监测。所有需要进行手术或者比照手术管理的高风险操作的患者在手术之前应当进行手术风险评估和干预措施，评估内容包括但不限于管理高风险因素、社会心理高风险因素和手术部位感染高风险因素。具体参照附录二《手术安全综合风险评估表》。

第二十五条 重点风险监测指标。根据本院《质量与安全管理指标及实施方案》，应重点监测以下指标：

1. 医疗不良事件（I、II 类）上报及时率≥98%；

2. 医疗质量安全核心制度执行率≥98%；

3. 手术并发症发生率（不含产科）≤0.10%；

4. 低风险组患者住院死亡率为 0；

5. 手术患者非计划重返再手术率≤1.8‰；

6. 出院患者 31 天内非计划重返入院率≤2.5‰；

7. 每百名出院人次医院内部（不良）事件报告例数≥2.5 例次；

8. 静脉血栓栓塞症（VTE）规范预防率≥90%。

第七章 风险分级管控

第二十六条 医院实行医疗风险分级管控制度，根据风险发生的可能性和后果严

重性进行综合评估，将医疗风险分为四个等级：

风险等级	风险色标	风险评估得分	管控层级	管控措施
重大风险	红色	≥15 分	院级管控	立即启动应急预案，院级领导介入
较大风险	橙色	12-14 分	部门级管控	医务部组织专项评估与干预
一般风险	黄色	8-11 分	科室级管控	科室质量管理小组跟踪管理
低风险	蓝色	≤7 分	岗位管控	个人日常防范，纳入常规管理

第二十七条 风险评估采用风险矩阵法，从以下两个维度进行评估：

1. 风险发生的频率：基本不发生（1 分）、极少发生（2 分）、可能发生（3 分）、经常发生（4 分）、确定发生（5 分）；

2. 后果严重性：无后果（1 分）、轻微（2 分）、中等（3 分）、严重（4 分）、灾难（5 分）。

风险评估得分为频率得分与严重性得分的乘积。

第二十八条 不同层级管控要求：

1. 重大风险（红色）：由院级层面直接管控，立即启动应急预案，院长或分管院长牵头协调处置，必要时向上级卫生行政部门报告；

2. 较大风险（橙色）：由医务部组织专项评估与干预，成立专项工作组，制定针对性干预方案；

3. 一般风险（黄色）：由科室质管小组负责跟踪管理，制定科室层面改进措施；

4. 低风险（蓝色）：由岗位人员个人日常防范，纳入常规管理。

第八章 医疗风险预警

第二十九条 医疗风险预警标准。以下情况应当预警：

1. 危重患者抢救及高风险手术患者；

2. 急、重、危患者应做特殊检查和处理的，转诊患者具有一定风险的；

3. 麻醉、输血、输液、药物使用异常反应的；

4. 介于多学科之间、又一时难以确诊的重症患者，在执行首诊负责制后，存在一定风险的；

5. 有违反规章或操作规程，可能发生医疗风险的；

6. 对诊疗效果不满意，可能引起医疗争议的，院内感染以及对操作较复杂、有可能发生严重并发症或并发症发生率较高以及治疗效果难以准确判断的；

7. 对相关检查不健全，各项指征与相关检查不一致、报告单不准确、可能带来不良后果的；

8. 对新技术、新开展的诊疗项目以及临床实验性治疗，在做好技术保障的前提下，仍可能存在医疗风险的；

9. 对一次性用品、血液、血液制品、药品材料、仪器设备使用前和使用中发现

存在隐患的；

10. 因玩忽职守、无故拖延急诊、会诊与抢救或因操作失当，不负责任，可能造成风险的。

第三十条 医疗风险预警程序：

1. 对于可能发生的一般医疗风险（黄色及以下），由科内质管小组及科主任预先收集信息，在科室层面进行评估和处置；

2. 对可能发生的较大医疗风险（橙色），科主任通过书面或电话报医务部备案，必要时报分管院长；

3. 对可能发生的重大医疗风险（红色），科主任应立即报告医务部，由医务部组织医疗质量与安全管理委员会进行分析，确定风险程度，并适时发出预警信号，启动应急预案；

4. 对因医疗风险可能发生的医疗纠纷，相关科室应及时报医务部及医患沟通协调办公室。

第三十一条 医疗风险预警响应：

1. 对于可能发生的风险，科室质管小组必须给予足够重视，适时做出评估；

2. 必要时，由医务部组织质管委成员讨论分析，确定可能发生风险的程度，并适时发出预警信号；

3. 医院应建立医疗风险预警信息快速发布机制，通过院内通知、工作群、信息系统等方式向全院或重点科室发布预警。

第九章 医疗风险评估

第三十二条 医疗风险识别：

1. 识别准备：收集国家政策、法律和社会环境变化的外部环境信息以及医院整体战略、质量方针等内部信息，从不良事件数据库、投诉纠纷数据库和风险管理数据库调取数据，作为识别医疗风险的基础；

2. 风险列表：通过识别医疗风险来源、影响范围、触发事件、影响后果等，形成全面的风险列表。已经发生的风险和可能发生的风险都需要纳入风险列表。

第三十三条 医疗风险分析：

1. 对风险列表中的各项风险进行定性和定量分析，分析需考虑的因素包括：医疗风险产生的原因和来源、风险事件的后果及其发生的可能性、影响后果和可能性的因素、现有管理措施及其管理效果等；

2. 对于评估出最严重的风险，应当进行根本原因分析（RCA），并针对引发风险的根本原因讨论干预措施。

第三十四条 医疗风险评价：

1. 基于医疗风险分析的结果，决定哪些风险需要处理或需要优先处理；

2. 将医疗风险分析的结果与医疗质量安全目标做比较，基于比较决定对风险的处理态度。

第三十五条 医疗风险评估工作要求：

1. 医院应定期进行整体的医疗风险评估，至少每年一次，在充分识别、分析、评价医疗风险的基础上，评估出对医院影响最大的若干重大医疗风险因素（每年选择3～5项进行强化管理）；

2. 各临床和医技科室应当在医院评估的基础上以不低于每年一次的频率完成本科室的医疗风险评估，确定对本科室影响最大的重大医疗风险因素（建议每科室每年选择1-3项重大医疗风险因素进行强化管理）。

第十章 医疗风险干预

第三十六条 在医疗风险评估的基础上，讨论、选择、发布和执行医疗风险干预措施。

第三十七条 规避医疗风险的措施：

1. 增强风险意识，立足防范为主。所有医务人员均需进行岗位培训及安全教育；落实医患沟通制度，特殊情况特别交代清楚病情、病程、药物治疗影响及预后；凡手术、特殊治疗均需签署知情同意书。

2. 监控环节质量，侧重风险点。由各科主任、护士长、医生、护士组成质管小组，实行风险点跟班；急救药品齐备，人员设备在位，状态良好。

3. 医疗风险干预措施包括但不限于：

（1）考虑停止或退出某项医疗活动以规避医疗风险；

（2）消除医疗风险来源的措施；

（3）通过改进管理流程减低医疗风险频率的措施；

（4）通过改进管理流程减轻医疗风险后果的措施；

（5）转移或分担医疗风险的措施（医疗责任保险、医疗意外保险等）；

（6）对干预后仍然存在的医疗风险通过知情同意保护患者选择权的措施。

第三十八条 针对正在进行的医疗风险干预项目应当设置至少一项医疗风险监测指标，监测指标应能量化对比，必须得到持续的监测和用于对医疗风险干预效果的评价。

第三十九条 医院应当建立内审机制，针对医疗风险预警、评估、干预等管理活动的实施情况进行定期或不定期的检查，根据检查结果不断完善医疗风险管理的机制。

1. 院长每半年对质管委活动记录进行检查；

2. 医务部每季度对科室质管小组活动记录进行检查，并以询问方式了解科室员工对改进措施的知晓情况；

3. 检查各种管理措施的落实情况，对其有效性、实际性及便捷性进行评估，对不完善的措施进一步分析、整改；

4. 质管委每半年对检查结果进行汇总、整理、分析，上报主管院长。年终将全年情况进行汇总、分析，提出下一年度的医疗风险管理重点并制定年度工作方案。

第十一章 医疗风险信息管理

第四十条 不良事件数据收集：

1. 医院通过医疗质量（安全）不良事件报告体系采集到的医疗风险信息应进行详细的登记和留存，通过信息化手段建立不良事件数据库；

2. 不良事件数据库的数据内容在去除患者和医务人员的特征信息后应在医院内部跨部门应用，鼓励各部门在医疗风险管理过程中充分利用不良事件信息和数据。

第四十一条 投诉纠纷数据收集：

1. 医院应建立健全医疗投诉档案，对投诉纠纷管理中采集的信息立卷归档，通过信息化手段建立投诉纠纷数据库；

2. 投诉纠纷数据库的数据应定期呈报给主管领导、负责医疗风险管理的各部门和负责医疗质量管理的各委员会，作为医疗风险管理的基础信息。

第四十二条 风险管理数据收集：

1. 医院采取医疗风险管理活动应当建立登记台账，详细记录医疗风险预警、评估、干预、监测等方面的信息，通过信息化手段建立风险管理数据库；

2. 医院内部应公示、推广医疗风险管理的成果信息，鼓励与其他医疗机构之间相互交流和共同利用医疗风险管理信息和数据。

第十二章 医疗风险处置

第四十三条 医疗风险分担机制：

1. 医院依法建立完善医疗风险分担机制，发挥保险机制的风险社会化分担作用，积极参加医疗责任保险，鼓励患者参加医疗意外保险；

2. 探索设立医疗风险基金，专门用于帮助分担医疗风险所造成的损失。

第四十四条 医疗风险后果处理机制：

1. 医疗风险已经转化为医疗投诉的，应按照《宜兴市人民医院投诉管理办法》的规定，设置统一的投诉管理部门，在医院显著位置公布医疗纠纷解决途径、程序和联系方式，方便患者投诉或咨询；

2. 医疗风险已经转化为医疗纠纷的，应建议通过双方自愿协商、申请人民调解、申请行政调解、向人民法院提起诉讼或法律法规规定的其他途径解决；

3. 医疗风险已经转化为重大医疗纠纷的，应向宜兴市卫生健康委员会报告，其中发生涉嫌违反治安管理行为或者犯罪行为的，应立即向公安机关报案；

4. 针对所有产生了损害后果的医疗风险事件均应在医疗风险分析、评价的基础上采取医疗风险干预措施，避免类似事件的再次发生。

第十三章 医疗风险应急体系

第四十五条 医院应针对高风险医疗活动或突发医疗安全事件建立医疗风险应急体系，建立应急管理组织架构、制定相应的应急预案、进行充分的应急演练和根据演练中发现的问题不断改进应急管理。

第四十六条 医疗风险应急体系的内容包括但不限于：

1. 公共卫生事件应急管理；
2. 各类急危重抢救应急管理；
3. 突发医疗不良事件应急管理；
4. 针对火灾、地震等灾难事件的应急管理；
5. 辐射与生物安全事件应急管理；
6. 重大医疗纠纷应急处置。

第十四章 考核与责任追究

第四十七条 医疗风险管理工作纳入科室综合目标考核体系。医务部定期对各科室医疗风险管理工作进行督查和考核，考核内容包括：

1. 科室医疗风险评估工作的开展情况；
2. 医疗风险预警报告的及时性和准确性；
3. 医疗风险干预措施的落实情况；
4. 医疗质量安全核心制度的执行情况；
5. 不良事件上报的及时性和完整性；
6. 医疗风险管理培训的参与率和知晓率。

第四十八条 考核结果作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，同时作为医师定期考核、晋升以及科室和医务人员绩效考核的重要依据。

第四十九条 对违反本办法规定的科室和个人，按照医院相关规定予以处理：

1. 未按规定开展医疗风险评估工作的；
2. 发生医疗风险事件未按规定及时报告的；
3. 医疗风险管理制度不落实或落实不到位，导致医疗质量管理混乱的；
4. 瞒报、漏报不良事件的；
5. 其他违反本办法规定的行为。

第五十条 对于发生严重医疗质量（安全）不良事件的，暂停开展相关诊疗技术，对该技术及相关人员的技术临床应用能力进行重新评估。评估结果为合格的可继续开展；评估结果认为人员技术临床应用能力不足的，取消相应技术授权；评估结果认为该技术存在重大质量安全缺陷的，停止该技术临床应用，并立即将有关情况向宜兴市卫生健康委员会报告。

第十五章 附则

第五十一条 本办法由医务部负责解释。

第五十二条 本办法自2026年4月1日起施行。本院原有相关医疗风险管理规定与本办法不一致的，以本办法为准。

第五十三条 本办法施行后，国家或上级卫生行政部门另有新规定的，从其规定。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第三十八号）.中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法 [EB/OL].(2019-12-28).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-12/28/content_5473298.htm

[2]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[3]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[4]中华人民共和国国务院令（第701号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[5]国务院.医疗机构管理条例（2022年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[6]T/CHAS10-4-4-2019 中国医院质量安全管理 第 4-4 部分:医疗管理 医疗风险管理[S].

[7]DB37/T 3953—2020 医疗卫生机构安全风险分级管控体系实施指南[S].

[8]GB/T 24353-2009 风险管理 原则与实施指南[S].

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年01月第1次修订

2020年05月第2次修订

2026年03月第3次修订

附件 1

通用患者医疗风险评估干预管理表

风险因素	评估方法	干预措施	标记措施
重名风险	同一病区或留观区域内存在姓名相同或相近的患者	在该患者查对环节增加一项可以区分的识别标志（不可以是床号），患者本人参与核对	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
过敏风险	患者存在药物或者食物过敏	在该患者的查对环节增加过敏药物、过敏食物的核对，患者本人参与核对	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
传染风险	患者因感染性疾病存在传染他人的风险	根据院感防控相关专业标准干预	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
供血风险	患者属于稀有血型，供血来源不足	报告输血科，提前准备血源，有条件时采用自体输血措施	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
疼痛风险	患者疼痛评分高于正常值	采取必要的缓解疼痛措施，必要时由疼痛科/麻醉科会诊处理	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
血栓风险	根据VTE专业管理标准评估	根据 VTE 专业管理标准干预，VTE 风险评估率 100%	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
跌倒坠床风险	根据护理专业管理标准评估	根据护理专业管理标准干预	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
压力性损伤风险	根据护理专业管理标准评估	根据护理专业管理标准干预	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
交流障碍风险	患者存在意识障碍、精神疾病或视力、听力障碍等影响医患交流的因素	在查对环节增加两名医务人员参与核对的要求、在知情同意环节增加患者家属帮助确认患者本人意思表示的要求	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记
营养不良风险	根据营养专业管理标准评估	根据营养专业管理标准干预	在患者的床头卡、纸质病历和电子病历中做出显著标记

附件 2

手术安全综合风险评估表

管理高风险因素	社会心理高风险因素	手术部位感染高风险因素
□应用新技术/开展新项目	□患者是 15-30 周岁独生子女	□患者肥胖（BMI＞30）或营养不良
□拟行罕见病手术	□患者为社会问题人群	
□使用新设备手术	□患者为低收入阶层	□高血糖（＞11.1mmol/L）
□术者与团队合作次数＜5 次	□患者有心理精神问题	□存在 COPD、吸烟未戒烟等病史
□术者 3 个月内发生过事故或纠纷	□患者为家庭经济唯一支柱	□预计手术时间＞3 小时

管理高风险因素	社会心理高风险因素	手术部位感染高风险因素
□非工作日或非工作时间手术 □ 计划外二次手术 □存在语言沟通障碍患者手术 □患者为熟人介绍或 VIP □其他增加风险的管理因素	□医疗过程中患方已出现不满情绪 □患者与其他医疗机构发生过纠纷 □患者自行承担巨大医疗花费 □其他增加风险的人文因素	□成人预计手术出血量＞1500ml □手术有异物植入 □术前住院时间＞7 天 □免疫功能缺陷 □特殊传染性或感染性疾病 □其他增加风险的感染因素
上报医务部	上报医患沟通协调办公室	上报感染管理科

管理要求：

1．出现管理高风险因素时，启动医务部术前干预活动，包括走访患者和所在科室，帮助甄别高风险因素和采取控制该因素的管理措施；

2．出现社会心理高风险因素时，启动医患沟通协调办公室术前干预活动，包括加强医患沟通、强化知情告知、安排术前公证或见证等控制高风险因素的管理措施；

3．出现手术部位感染高风险因素时，启动感染管理科术前干预活动，包括采取必要的院内感染防控措施控制该高风险因素。

附件 3

医疗风险管理相关责任部门

序号	风险管理领域	责任部门	协同部门
1	医疗质量与安全管理	医务部、质管部	各临床及医技科室
2	不良事件管理	评审办	医务部、护理部
3	医院感染管理	感染管理科	护理部、医务部
4	护理质量与安全管理	护理部	医务部、各临床科室
5	药事管理	药学部	医务部、各临床科室
6	输血管理	输血科	医务部、各手术科室
7	医疗器械设备管理	医学装备科	各临床及医技科室
8	医疗技术管理	医务部	各临床及医技科室
9	医疗纠纷与投诉管理	医患沟通协调办公室	医务部、行风办
10	临床路径与单病种管理	质管部	医务部、各临床科室
11	信息安全管理	信息数据中心	医务部、各部门
12	后勤保障风险管理	后勤保障部	各部门

医疗纠纷预防与处理办法

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-013-06	制定时间：2007-04-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：5
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步提高医疗质量，改善医疗服务，保障患者安全，增强全员依法行医、规范行医的意识，积极预防并妥善处理医疗纠纷及医疗事故，维护医院正常工作秩序，秉持预防为主、妥善处理、和谐化解的原则，制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国医师法》《中华人民共和国药品管理法》《护士条例》《医疗纠纷预防和处理条例》《中华人民共和国民法典》《医疗机构管理条例》等法律法规的精神和要求，制定本办法。

第二条 医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故；医疗纠纷是指医患双方对医疗过程、后果及其产生原因的分歧和争议。

第三条 医疗质量与安全管理委员会负责建立医疗、服务质量标准的考核评价体系，讨论并明确医疗纠纷的性质及责任，严格执行奖惩措施，以科学的态度积极处理医疗事故和医疗纠纷。

第二章 部门及岗位职责

第四条 医务部（下设医患沟通协调办公室）是处理医疗事故及医疗纠纷的主要职能部门。全院各部门、各科室均应各司其职，积极配合，共同做好医疗事故及医疗纠纷的防范及处理工作。

第五条 医务部为临床医师建立个人技术权限档案及医疗缺陷个人档案，档案内容与职称聘任及晋升挂钩，行风办建立个人医德档案，并定期组织考核评估。

第六条 科主任是科室医疗安全的主要责任人，主诊医师是各主诊组医疗安全的第一责任人，各科依托医疗质量与安全管理小组开展医疗安全管理活动。

第七条 各岗位医务人员应严格落实岗位责任制，遵守各项医疗制度，严格执行各项操作规程，重视患者安全，按相应的资质、权限及准入制度开展业务活动。

第三章 医疗纠纷及医疗事故的防范

第八条 医务部、护理部定期或不定期采用各种形式对医务人员进行法律法规、规章制度的培训；行风办负责对医务人员开展职业道德教育及普法宣传教育；教学管

理与学科建设科、护理部、药学部采取多种途径对医务人员及药学人员进行岗位培训，做好继续教育工作，加快医务、药学人员技术水平和专业知识的更新和提高。

第九条 各科室要积极组织本科室医务人员参加有关法律知识和诊疗护理规范的学习。每月至少安排一次业务技术学习，每年至少组织一次手术（操作）权限考核，建立并实施动态管理机制。每年年底前各科室需向医务部提交下一年度业务学习计划。

第十条 医务人员在医疗执业中应自觉遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理常规及医疗服务规范，恪守职业道德，尊重患者权利。

第十一条 医务人员应当树立敬业精神，努力钻研业务，提高专业技术水平，致力于为患者提供安全、有效、经济的医疗服务，同时，严禁违反诊疗规范，进行不必要的检查或实施过度治疗。

第十二条 医务人员应主动加强医患沟通，及时向患者或家属如实告知患者的病情及诊疗措施和医疗风险，交待病情后应及时记录并请患方签字，向患者直接交代病情时应注意避免产生不良后果。

1．在临床诊疗过程中，需行手术治疗、特殊检查、特殊治疗时，医务人员应当及时向患者说明具体诊疗方法、优缺点、可能出现的并发症、出现并发症后的处理、相关费用、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意。

2．不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属或指定代理人说明，并取得其书面同意。

3．因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或者其近亲属意见的，医务人员应向科主任汇报，经医务部或总值班批准备案后立即实施相应的诊疗措施。

第十三条 医务部与护理部需定期或不定期地对全院医疗服务质量进行检查，监督医务人员对医疗卫生法律法规、规章、诊疗护理规范及常规的执行情况。针对检查中发现的问题，应及时制定整改措施，督促相关科室落实执行，同时向院部提出切实可行的合理化建议。

第十四条 手术科室医务人员必须严格遵守院部关于手术的相关规定，严格执行术前讨论制度、多学科讨论（MDT）制度、手术审批制度和手术备案制度，按照自身资质和权限开展工作，严禁超范围手术。对于择期手术，若术前准备未完成，则不得进行手术。

第十五条 外请专家会诊手术必须按规范执行，到医务部办理相应报批手续，必要时须向分管院长汇报。未经审批，科室不得私自安排会诊手术。同时，未经医务部或总值班批准，医师不得私自外出会诊。

第十六条 医务人员出具医学证明文件需与本人执业范围相关，同时要亲自诊查患者，及时如实书写病历。

第十七条 依据《特殊药品管理办法》，对于麻醉药品、精神药品、医疗用毒性

药品、放射性药品的使用及保管，必须严格执行国家相关管理规定，包括但不限于采购、验收、储存、使用和报废等环节的严格控制。

第十八条 医务人员、职能部门在医疗活动中涉及下列情况时要履行请示报告制度：

1．在遭遇严重工伤、重大交通事故、大批中毒事件等公共事件，以及甲类传染病和乙类传染病（如艾滋病、肺炭疽、传染性非典型性肺炎等）时，根据《中华人民共和国传染病防治法》第四条及《传染病信息报告管理规范》，医务人员应立即救治伤病员，并同步向总值班和应急管理办公室报告，由总值班或应急管理办公室上报至院领导和相应的政府行政部门。

2．涉嫌伤害事件、法律、政治问题、自杀迹象、非正常死亡的病员时，医务人员要提醒家属向公安部门报告，没有家属的向保卫科报告，保卫科再向公安部门报告。

3．进行重大手术、致残手术（如重要器官切除、截肢等）、有争议手术、再次手术、新手术、新疗法、新技术等，医务人员需按规定程序报告医务部，医务部向分管院领导汇报审批。

4．发现传染病患者、疑似患者、以及规定报告的病原携带者时，医务人员要按照《传染病防治法》的要求及时上报《传染病报告卡》，防保科再及时进行网络直报。

5．发生院内感染暴发时，医务人员应按相关要求及时上报感染管理科。

6．发现药品严重不良反应时，医务人员须向医院药学部及时报告，药学部在规定的时间内向上级主管机构报告。

7．发生计划生育技术服务事故、发现计划生育手术并发症和计划生育药具不良反应时，医务人员应当立即向医务部及妇幼保健科报告，并由妇幼保健科向卫生行政部门报告。

8．发生或者发现医疗事故或可能引起医疗事故的医疗过失行为时，医务人员应立即向所在科室的科主任报告，科主任应及时向医务部、护理部、门诊管理办公室等职能部门报告，必要时医务部再向卫生行政部门报告。

第四章 医疗纠纷及医疗事故的处理

第十九条 对医疗活动中发生或发现的医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或发生医疗事故争议时，所在科室科主任、主诊医师和经治医师应立即采取积极有效的措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，并积极做好患者的后续救治工作，在诊疗中必须保证医患沟通渠道的畅通，同时应按照相关规定逐级汇报。

第二十条 发生医疗事件争议后，原则上先由科室接待处理。所在科室科主任、主诊医师及经治医师应耐心、细致地做好患方的接待工作，与患方充分交流沟通。如接待过程中医患双方对该事件看法存在较大分歧，科主任应向医务部汇报，由医务部介入处理，科主任、主诊医师及当事医务人员必须全程参与处理。

第二十一条 医疗事件争议的处理采用预约制。医务部在接到患者或家属投诉后

首先做好相应记录，然后将该事件反馈到所在科室科主任、主诊医师和经治医师。科主任在接到反馈后应准备好相关医疗文件及科室对该事件的意见，会同主诊医师、经治医师在指定时间到医务部，配合医务部对该事件进行沟通、处理。

第二十二条 医疗事故的认定制度。医疗事故等级、医疗过失行为在医疗事故后果中的责任程度可由医患双方向卫生行政部门申请，委托医学会进行鉴定。

第二十三条 医患双方对医疗事件产生原因、事件性质意见不一致并导致医疗纠纷或产生重大医疗纠纷时，应积极向患方告知《医疗事故预防和处理条例》及《中华人民共和国民法典》中的有关规定和医疗纠纷处理程序，说服患方依法解决。当医患双方矛盾激化，并影响医院正常工作秩序时，保卫科应采取有效措施控制局势，同时向院领导及上级卫生行政部门报告。

医患双方对医疗事件产生原因、事件性质意见一致，并愿意协商解决的，在宜兴市医调委主持调解下，医院可与患方签订医疗事件终结协议书。

第二十四条 医疗纠纷发生后，所在科室科主任应当及时组织全科室人员深入讨论，做好当事人的处理和教育工作，并形成书面初步报告，在三日内上报医务部。

第二十五条 医院每两个月召开一次医疗质量与安全管理委员会会议，针对上两个月已处理结束的医疗纠纷进行讨论评析。

讨论形式：每起医疗纠纷均由当事科室汇报，然后进入讨论环节，由事先指定的两名相关专业的专家作主要点评，其他成员共同参与讨论，最后采取无记名投票的方法对该起事件作出结论（包括医务人员在诊疗过程中是否存在过错，医疗过错对患方造成损害的责任度，是否构成医疗事故及医疗事故等级等），最终结论采取少数服从多数的原则确定，并根据本办法的相关规定对责任人或者责任科室进行处罚。

第二十六条 根据《医疗事故处理条例》第十四条，发生医疗事故，医疗机构应当按照规定向上级卫生行政部门报告。发生下列重大医疗过失的，医疗机构应当在12小时内向上级卫生行政部门报告：

1．导致患者死亡或者可能为二级以上的医疗事故。

2．导致3人以上人身损害后果。

3．国家及省卫健委规定的其它情形。

对导致3名以上患者死亡或10名以上患者人身损害的重大医疗过失行为的，医务部应当立即向地方卫生行政部门报告。

第五章 奖励与扣罚

第二十七条 医院设立医疗质量管理风险奖以鼓励各临床科室管理人员及主诊医生重视医疗安全工作。

1．奖励对象及奖励办法

风险奖的设立主要针对开设病区的临床科室（包括急诊留观病区），重点奖励对

象是科主任和主诊医生。

每季度以各科室主诊组为考核单元计算奖励总数，其中一半发至科室，作为科室奖励基金，一半奖励主诊医生。科主任参照科内主诊医师的受奖励情况，从本科室奖励总数中计算发放安全奖。科主任和主诊医生可按科内医生的工作具体实绩进行二级分配。

2．奖励标准：按院部制定的标准执行。

3．对于发生纠纷的科室风险金的扣罚规则：

若发生损失额在 5 万元以内（含住院费）、医务人员无明显过错或者医务人员仅存在技术性过错的医疗纠纷，不取消科主任及主诊医生风险奖的发放。

若医务人员在诊疗过程中存在明显责任性过错，发生损失额在 2 万元以上（含住院费）的医疗纠纷，将扣除科主任及主诊医生当月的风险奖；若发生损失额在 5 万元以上（含住院费）的医疗纠纷（包括技术性及责任性过错纠纷），将取消科主任及主诊组长当季度的风险奖，同时按本办法中（第六章罚则）的其他具体规定再作相应处罚。

第六章　罚则

第二十八条 对医疗纠纷责任人的处理。

1. 医院根据医疗纠纷性质、等级、责任程度、情节轻重、个人态度及过往表现，对医疗纠纷的责任人分别采取经济赔偿、内部纪律处分以及提请上级部门给予行政处分等措施进行处理。经济赔偿履行的意义在于赔偿受害人的损失，由医院和责任人共同承担。内部处罚包括医院对责任人进行医疗缺陷个人档案记分，并分别作出停止晋升一次、降低手术权限、降低职称聘任、暂停手术权、暂停处方权、调离临床工作岗位培训等内部处罚。行政处分的追究是指对医疗事故责任人，由医院向卫生行政部门提出，按照行政法律法规及部门规章，根据责任人所犯过错的严重程度，给予警告、记过、记大过，降级、降职、撤职，吊销执业证书、开除留用察看、开除等处理。

2. 医务人员由于严重不负责任，造成患者死亡或者严重损害患者身体健康，触犯刑法的，由司法机关依法追究其刑事责任。对其他医疗纠纷、医疗事故的责任人触犯国家有关法律、法规者，按国家有关规定处理。

3. 对完全是技术因素或技术因素为主引起的医疗纠纷的直接责任人员，结合本人平时技术水平、认识态度、一贯表现，令其作出书面检查，从中吸取教训并给予相应的经济处罚（承担一定比例的赔偿费用，详见承担标准）。对于责任性医疗事故的责任人员，给与相应的行政处罚，并按照处罚标准给予经济处罚（承担一定比例的赔偿费用，详见承担标准）且不设额度上限。

4. 若医疗纠纷、医疗事故责任人涉及多人多环节时，根据各责任主体的其责任大小分别给予处理。主要责任人员的处理参照直接责任人的处理规定执行，间接责任人、次要责任人可根据具体情况酌情从轻或减轻处罚。

5. 出现医疗纠纷或事故后当事人不报告、不积极参加处理、不积极寻找补救措施或伪造、涂改、篡改病历的，给予从重处理。

6. 医疗纠纷及事故的处理

（1）责任性医疗事故：由于医务人员责任心不强、违反规章制度或操作流程等主观过错所导致的医疗事故。

包括以下情形：

①擅离职守或对急、危重患者借故推诿拖延，贻误诊治和抢救时机。

②诊治中遇到明知复杂疑难问题，不请示或不执行上级医师指导，擅自处理；或在抢救危重患者时，上级医师接到下级医师报告后不及时处理。

③手术治疗中开错部位、摘错器官、遗留异物在病员体内的；麻醉方式、部位、药品剂量错误，麻醉过程中不认真观察病情变化。

④因不遵守操作规程、不查对而造成错发、错配、错用药物，或违反药物配伍禁忌，或不按规定做药物过敏试验。

⑤护理工作中不按规定交接班，不遵守医嘱，不严格执行查对等制度，违反操作规程。

⑥由于未能严格执行隔离消毒制度和无菌技术操作规程，供应的器械、敷料、药品未能达到应有的消毒标准。

⑦在检验、病理、放射等技术诊查中，丢失或弄错标本，拍错部位，配错血等问题；漏报、错报、迟报结果及违反规章制度与操作规程导致延误治疗的情况。

⑧不按医疗原则，滥用毒麻限剧药品，未见患者即随意开药、甚至开错药的情况。

⑨中医人员因缺乏西医知识而擅自使用西药和西医疗法，或西医人员因不懂中医知识而擅自应用中药和中医疗法。

（2）技术性医疗事故：主要源于医务人员技术层面的不足或失误，是专业技术能力不够或经验缺乏等客观因素造成的，医务人员主观上不存在故意或重大过失。

（3）处罚包括行政处罚和承担一定比例的赔偿金额：

1）行政处罚包括：

①解除聘用合同

②降聘、缓聘及降低岗位等级处分

③行政记过处分

④行政警告处分

⑤调整相关责任人的工作岗位

⑥离岗培训半年，考核合格后上岗

⑦取消本年度评优评先、下一年度进修、外出参加学术活动

⑧医德考评降等

⑨年终考核降等

⑩其他：如暂停手术权限、处方权限等。

2）承担赔偿金额比例如下：

①全部责任：承担纠纷赔偿额度的 35%

②主要责任：承担纠纷赔偿额度的 30%

③对等责任：承担纠纷赔偿额度的 20%

④次要责任：承担纠纷赔偿额度的 10%

⑤轻微责任：承担纠纷赔偿额度的 5%

技术性医疗事故承担赔偿金额上限为 5 万元，责任性医疗事故承担赔偿金额不设额度上限；如为外院教授来院手术发生的医疗纠纷，在排除本院医务人员的过错后，赔偿金额减半处罚。赔偿款项由当事科室或者当事医务人员以现金或转账的形式交至本院财务科，对拒不交款的科室或者个人院部将采取强制扣款措施。

（4）责任人在实行医疗过程中出现了医疗过错及损害后果，但是基于患者家属的理解及医务部的充分沟通未发生实际赔偿，对于此类过程行为性质严重的，尤其是造成了医院的负面社会影响的医疗过错，仍需要通过医疗质量与安全管理委员会讨论责任度后，由医院党委确定对当事责任人做相应的处罚。

（5）院部将把医疗安全情况作为年度考核的一项重要内容进行考核。本处理办法在执行过程中如有争议，由医务部负责解释。

（6）离岗培训期间取消责任人处方权及手术权限，仅发基本工资。一级医疗事故主要责任人视情节轻重、个人认识态度及平时表现，可给予推迟两年晋升高于现任职称岗位的处罚。

第二十九条 对在不构成医疗事故的医疗纠纷中存在过错的医务人员，责令其作出书面检查，吸取教训，并根据情节轻重、纠纷性质、个人态度、事态影响大小，参照医疗事故的处罚给予相应的经济处罚和纪律处分。

第三十条 医疗质量与安全管理委员会对医疗纠纷作出处理意见后，医务部将处理意见以书面形式送达当事科室。如当事人对该事件处理存在不同意见，可在接到通知后两周内向医务部提交书面申诉，由医务部组织复核，并将复核意见以书面形式通知当事人。

第三十一条 若当事科室在医疗纠纷发生前已经主动向医务部上报不良事件，并能与患者或家属充分沟通交流，取得其理解，最终有利于事件妥善处理的，可酌情减轻处罚。

第三十二条 对未按规定报批的外院专家会诊手术引发的纠纷，由所在科室主任和邀请医师全额承担经济赔偿和相应责任。对私自外出的会诊所引发的纠纷，由当事医生自行负责纠纷的所有赔偿。

第三十三条：对医疗事故发生科室的处理。发生重大责任性医疗事故的科室，取消其当年所有的荣誉称号评比。对出现医疗纠纷后，科主任处理态度不积极、不配合职能部门处理、拒绝到场参与处理、推诿责任、认识不到位者，给予全院通报批评，扣除 1～3 个月中层干部管理津贴，并在年终考核时酌情扣分。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2015 年 02 月第 1 次修订

2018 年 02 月第 2 次修订

2019 年 01 月第 3 次修订

2020 年 05 月第 4 次修订

2026 年 01 月第 5 次修订

投诉管理办法

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-014-04	制定时间：2005-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强医院投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，保障医患双方合法权益，制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《医疗机构投诉管理办法》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》、《信访工作条例》《卫生信访工作办法》等法规、规章，制定本办法。

第二条 本办法所称投诉，主要是指患者及其家属等有关人员（以下统称投诉人）对医院提供的医疗、护理服务及环境设施等不满意，以来信、来电、来访等方式向医

院反映问题，提出意见和要求的行为，包括投诉人采用上述方式向上级部门投诉，由上级部门移交医院处理的事件。

第三条 医院在投诉的接待、处理工作中贯彻“以健康为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则。

第四条 医院在日常工作中提高管理水平，保障医疗质量和医疗安全，避免和减少不良事件的发生。

第五条 医院以《重大医疗纠纷事件应急处置预案》为基础，组织开展相关的宣传和培训工作，及时、有效化解矛盾纠纷。

第六条 医院投诉管理部门按照上级部门的相关要求，做好医院投诉管理工作和医疗纠纷人民调解工作的衔接。

第七条 医院建立与医疗质量安全管理相结合的投诉管理责任制度，健全投诉管理部门与临床、护理、医技和后勤等部门的沟通制度，提高医疗质量，保障医疗安全。

第八条 医院建立健全医疗安全预警制度，加强紧急情况警告值报告和紧急情况处置。

第二章 医患沟通

第九条 医院本着“以健康为中心”的服务理念，提高全体医务人员的职业道德水平，增强他们的服务意识和法律意识，提高医疗质量，注重人文关怀，优化服务流程，改善就诊环境，加强医患沟通，努力构建和谐医患关系。

第十条 医院根据医患沟通制度中的规定，完善医患沟通内容，加强对医务人员医患沟通技巧的培训，提高医务人员的医患沟通能力。

第十一条 医院全体工作人员应当牢固树立“以健康为中心”的服务理念，全心全意为患者服务，热情、耐心、细致地做好接待、解释、说明工作，把对患者的尊重、理解和关怀体现在医疗服务全过程。

第十二条 医务人员应当尊重患者依法享有的隐私权、知情权、选择权等权利，根据患者病情、预后不同以及患者实际需求，突出重点，采取适当方式进行沟通。

医患沟通中有关诊疗情况的重要内容应当及时、完整、准确地记入病历，并由患者或其家属签字确认。

第三章 投诉管理机构与人员

第十三条 医院投诉统一扎口部门为行风办，同时设立医患沟通协调办公室，承担医院投诉管理工作（以下统称投诉管理部门）。投诉管理部门履行以下职责：

1. 受理投诉：医患沟通协调办公室负责受理医疗投诉管理工作，行风办负责受理行风投诉管理工作。

2. 调查、核实投诉事项，提出处理意见，及时答复投诉人。

3. 组织、协调、指导全院的投诉处理工作。

4. 定期汇总、分析投诉信息，提出加强与改进工作的意见或建议。

第十四条 医院投诉管理部门配备专职工作人员。医院为投诉管理部门及其工作人员提供必要的工作场所和条件，保障工作人员工作待遇与人身安全。接待场所安装有视频摄像和录音装置，妥善保管相应的音像资料。

第十五条 医院指定副院长一名作为医院投诉管理的第一责任人。医院各部门、各科室负责人应积极配合投诉管理部门做好投诉处理工作。

第四章 投诉接待与处理

第十六条 医院建立畅通、便捷的投诉渠道，在医院显著位置公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式。

第十七条 医院投诉接待实行“首诉负责制”。投诉人向有关部门、科室投诉的，被投诉部门、科室的工作人员应当予以热情接待，对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或科室应当主动引导投诉人到投诉管理部门投诉。

第十八条 投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《医院投诉登记表》（见附件），如实记录投诉人反映的情况。匿名投诉按照国家有关规定办理。

第十九条 投诉接待人员应当耐心细致地做好解释工作，稳定投诉人情绪，避免矛盾激化。

第二十条 医院投诉管理部门接到投诉后，应当及时向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况，在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并反馈投诉人，当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合。

第二十一条 对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，医院应当立即采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。

对于涉及收费、价格等能够当场核查处理的，应当及时查明情况，立即纠正。

对于情况较复杂，需调查、核实的投诉事项，一般应当于 10 个工作日内向投诉人反馈相关处理情况或处理意见。

第二十二条 医院各部门、科室应当积极配合投诉管理部门开展投诉事项调查、核实、处理工作。

第二十三条 涉及医疗事故争议的，应当告知投诉人按照《医疗事故处理条例》《医疗纠纷预防和处理条例》等法规，通过医疗事故技术鉴定、调解、诉讼等途径解决，并做好解释疏导工作。

第二十四条 属于下列情形之一的投诉，投诉管理部门应当向投诉人说明情况，告知相关处理规定：

1. 投诉人已就投诉事项向人民法院起诉的。

2. 投诉人已就投诉事项向信访部门反映并作出处理的。

3. 没有明确的投诉对象和具体事实的。

4. 已经依法立案侦查的治安案件、刑事案件。

5. 其他不属于投诉管理部门职权范围的投诉。

第二十五条 投诉人应当依法文明表达意见和要求，向医院投诉管理部门提供真实、准确的投诉相关资料，配合医院投诉管理部门的调查和询问，不得扰乱医疗正常秩序。对于投诉人采取违法或过激行为的，接待人员应当及时采取相应措施并依法向公安机关和卫生行政部门报告。

第五章 质量改进与档案管理

第二十六条 医院将投诉管理纳入医院质量安全管理体系，逐步建立投诉处理反馈机制。

投诉管理部门定期对投诉情况进行归纳分类和分析研究，发现医院管理、医疗质量的薄弱环节，完善相关制度，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。

第二十七条 医院工作人员有权对医院管理、服务等各项工作进行内部投诉，提出意见、建议，医院及投诉管理等有关部门应当予以重视，并及时处理、反馈。

临床一线工作人员，对于发现的药品、医疗器械、水、电、气等医疗质量安全保障方面的问题，有责任向投诉管理部门或者有关职能部门反映，投诉管理等有关部门应当及时处理、反馈。

第二十八条 科室建立投诉管理台账，对投诉登记表进行收集、整理，留档备查，并在每季度的医疗质量与安全管理小组活动记录中进行讨论分析。

医院建立健全投诉档案，立卷归档，留档备查，内容包括：

1. 投诉人基本信息。

2. 投诉事项及相关证明材料。

3. 调查、处理及反馈情况。

4. 其他与投诉事项有关的材料。

第六章 监督管理

第二十九条 医院定期统计投诉情况，统计结果与年终考核、医师定期考核、医德考评、评优评先等结合。

第七章 附则

第三十条 本办法自发布之日起施行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗机构投诉管理办法[EB/OL].(2019-03-06).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/3d1d9a04f09e488fadaf2a377b772370.shtml.

[2]国务院.医疗机构管理条例（2022 年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://

www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[3]国务院.医疗事故处理条例[EB/OL].(2002-04-04).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/fagui/200804/ac91a06e4de044a487243c0c299b066e.shtml.

[4]中共中央，国务院.信访工作条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2022-04/07/content_5683886.htm.

[5]国家卫生健康委员会.卫生信访工作办法[EB/OL].(2007-02-16).https://www.nhc.gov.cn/bgt/c100023/200702/89d2414cb8cc43faadb8ccf6cc2e0e7b.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 02 月第 1 次修订

2020 年 05 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

附件

医院投诉登记表

投诉人姓名		与患者关系		投诉时间	
患者姓名		患者性别		患者年龄	
联系电话		家庭住址			
住院\门诊号		被投诉人科室\人员		接待部门	
投诉内容： 投诉人：					
调查核实情况： 年 月 日					
处理意见及反馈记录： 年 月 日					

逐级技术指导制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-015-05	制定时间：2003-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为落实城市医院支援基层卫生工作要求，规范逐级技术指导管理，提升基层医疗服务能力，保障对口支援与技术协作工作有序开展，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据卫健委城市医院支援农村卫生的要求，互相协作，逐级指导的原则，医院有责任与义务，指导基层卫生院、社区医疗技术服务工作。并根据卫健委计划部署，接受支援指导边疆和贫困地区医疗技术任务制定本制度。

第二章 具体要求

第二条 根据卫健委城市医院支援农村卫生的要求，互相协作，逐级指导的原则，医院有责任与义务，指导基层卫生院、社区医疗技术服务工作。并根据卫健委计划部署，接受支援指导边疆和贫困地区医疗技术任务。

第三条 按照卫健委统一规划和要求，采取定点挂钩，对口支援等方法。医务部、教学管理与学科建设科和组织人事科制定医院支援和指导社区卫生服务的年度和中长期工作计划。承担社区卫生服务机构的业务指导、技术支持、人才培养等任务。

第四条 与受援双方必须签订协议，在社区卫生服务机构的功能任务的框架内，制定目标、任务、时间，支援、指导方式和评价标准，并认真贯彻执行。

第五条 医院应根据受援医院的需求情况，选派有经验的医疗技术人员和医院管理人员参加支援工作，以保证质量。

第六条 支援基层工作的医务人员要认真遵守本院与受援单位签订的协议或合同。医务人员支援基层的实绩要作为考核的内容之一。

第七条 业务指导、技术支持、人才培养由医务部、教学管理与学科建设科统一组织实施，严禁个人自行联系和行动，否则发生的一切意外情况和后果由个人负责，并按《医疗机构管理条例》和医院规章制度有关条款处罚。

第八条 医务人员支援基层工作期间除由原单位照发工资、奖金及福利待遇不变外，受援医院可根据不同情况提供适当的生活、工作条件。

第九条 新技术开发转让和技术指导要以《民法典》技术合同章节为基础，结合《专利法》《著作权法》《反不正当竞争法》等知识产权单行法律，以及《促进科技

成果转化法》《技术进出口管理条例》等配套法规的有关法规执行。

三、参考文献

[1]中共中央办公厅，国务院办公厅.印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》[EB/OL].(2023-02-23).https://www.gov.cn/zhengce/202303/content_6759600.htm.

[2]国家卫生健康委员，国家中医药局，国家疾控局.关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知：国卫医政发〔2024〕19号[EB/OL].(2024-04-28).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202406/content_6955477.htm.

[3]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2010年02月第1次修订

2016年04月第2次修订

2020年05月第3次修订

2026年01月第4次修订

重点病人备案制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-016-05	制定时间：2006-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为切实提高医疗质量，保障医疗安全，强化医患沟通，充分尊重患者权利，防范医疗风险，落实环节质量的管理措施，根据《医疗事故处理条例》并结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 为切实提高医疗质量，保障医疗安全，强化医患沟通，充分尊重患者权利，防范医疗风险，落实环节质量的管理措施，根据《医疗事故处理条例》并结合本院实际情况制定本制度。

第二章 具体要求

第二条 以下患者可列为重点病人：

1．患者年龄为80周岁以上，且合并多种慢性疾病者，耐受手术程度较差。

2．有严重心、肺功能不全的疾病，且手术分级在三级以上者。

3．高风险手术（手术分级为四级者），手术并发症较多。

4．患者及家属期望值高，术前医患沟通中存在不理解之处。

5．手术难度大，风险系数高，且在诊治过程中有纠纷苗头的倾向情况。

6．有重大风险或治疗预后效果不佳的病例（患者或家属坚持在本院治疗）。

第三条 存在第二条中情况的患者，来医务部备案时，科内要认真组织讨论，科主任签署意见。由主诊医师携带病历，陪同患者或家属（直系亲属所有人员），来医务部备案。

第四条 医务部在备案过程中，将认真审阅所有病历资料，根据病情、检查资料、手术指征以及与家属沟通的意见，确定是否备案手术或继续在本院治疗。如有以下情况，医务部有权暂停或停止手术或建议转院治疗。

1．手术指征不明确（掌握不严格）。

2．缺少检查资料（影响患者预后和疾病的转归）。

3．手术或治疗效果不理想，达不到治疗和改善症状之目的。

4．全身情况差（贫血、低蛋白血症、水、电解质、酸碱失衡）影响围手术期的安全。

5．经麻醉科会诊后，认为不能耐受手术者。

6．经充分沟通，亲属间明确存在不同意见者。

第五条 医务部在备案过程中，将充分告知患者及家属治疗目的，手术或治疗方法存在风险、意外等，患者及亲属在理解的基础上，以第一人称的表达方式记录告知内容并签字（患者本人或所有家属）。

第六条 手术患者备案记录完成后，医务部将签发重点病例备案通知书，由主诊医师交付麻醉科，麻醉科根据麻醉前访视的情况，由科主任安排好麻醉力量，实施麻醉。手术完成后，一周内麻醉科反馈该病员的“手术、麻醉过程评价”，科主任签字。

第七条 所有备案者，医务部将跟踪管理，掌握第一手资料，及时协助科室做好相关工作，确保手术或治疗的安全和效果。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].

北京：中国人口出版社，2023.

[3]国务院.医疗机构管理条例（2022 年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2010 年 02 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 05 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

缩短平均住院日综合管理规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-017-04	制定时间：2012-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为科学管控平均住院日，提升医疗服务效率与运营管理水平，规范诊疗流程、优化资源配置，保障医疗质量安全，结合本院实际，特制定本规定。

二、内容

第一章 总则

第一条 平均住院日是一项全面反映医院工作效率、管理水平、工作质量、医疗护理技术水平、各科室之间配合程度、医院绩效等多方面状况的重要综合指标。

第二章 建立责任制

第二条 通过科学方法制定院、科平均住院日标准。在本院平均住院日的基础上，根据科室临床工作实际，通过科学方法，制定各科室平均住院日标准，建立形成以科室为中心，以病种为重点的逐级控制目标责任制。

第三条 将平均住院日列入医院考核体系。平均住院日作为考核、奖惩指标，纳入各科室医疗质量考核、绩效考核体系，与科主任绩效考核挂钩。

第四条 加强对临床科室医务人员的教育和监管，提高其缩短平均住院日的积极性和自觉性。在医院统一组织领导下，医务部直接负责对平均住院日的管理工作。各级管理者及医护人员明确缩短平均住院日是提高医院效率、提升医院形象、维护患者利益的重要手段。

第三章 落实医院质量管理和持续改进方案

第五条 完善和落实医疗工作制度，保障医疗质量和医疗安全，使患者得到及时、有效的救治。

第六条 加大“三基”培训力度，提高医务人员整体素养。

第七条 鼓励开展新技术、新业务，推广微创技术。

第八条 开展门诊适宜手术、开设日间病房，减轻群众医药费用负担，提高工作效率。

第四章 积极推进临床路径和单病种管理

第九条 临床路径和单病种质量管理工作的开展，有利于规范临床诊疗行为，保障医疗质量和医疗安全，有利于缩短患者平均住院时间。根据国家卫健委有关规定，在保证医疗质量的前提下，严格执行医院《临床路径管理制度》和《单病种质量管理工作实施方案》。

第五章 落实双向转诊制度

第十条 对慢性患者、术后患者待情况稳定后转至社区医疗机构进行康复治疗；对部分治愈无望的患者，亦可转至社区医疗机构或临终关怀医院进行照顾。通过双向转诊，发挥医院和社区医疗机构各自的优势，起到平衡医疗资源的配给，合理利用医疗资源之目的。

第六章 重点加强影响平均住院日关键环节的控制

第十一条 加强手术科室、麻醉科、手术室的协作。合理安排手术，规范手术患者接、送及接台流程。设立麻醉恢复室，加速手术室周转。改善手术工作条件，提升麻醉科、手术室的硬件配置，以保证手术工作的顺利开展。进一步充实麻醉科、手术室医护人员的数量，手术室实行弹性工作制，根据病情的轻重缓急，合理错开手术时间，连台开展手术。

第十二条 加强各临床科室间协作。严格会诊医师资质和时效管理，保证会诊质量和会诊时效性。疑难危重病例及时向医务部报告，由医务部组织相关科室、专家会诊，提出全面有效的诊疗方案，缩短疾病诊治时间。

第十三条 完善医技检查预约，常规检查取消预约，确立医技科室质量时限目标。优化流程，所有标本及时采集，按承诺服务时间完成送检和接收，网上实时查询结果。积极推行检验检查结果同城互认。

第十四条 严格消毒隔离制度和无菌操作规范，预防院内感染发生。通过院内感染监控管理网络，对重点科室定期检查。

第十五条 住院诊疗过程中，实施不同阶段的病情评估制，落实三级医师负责制，保证诊疗的及时性。

第十六条 有计划地安排择期手术住院日，避免周末收治。

第十七条 合理调配人力、物力资源，安排好节假日门急诊和住院医疗服务，满足患者需求。周末、节假日安排上级医师查房，保证新入院患者得到及时准确的诊治。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.关于印发“十四五”国民健康规划的通知：国办发〔2022〕11号[EB/OL].(2022-05-20).https://www.gov.cn/zhengce/content/2022-05/20/content_5691424.htm.

[2]国家医疗保障局.关于印发DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知：医保发〔2021〕48号[EB/OL].(2021-11-19).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-11/28/content_5653858.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年04月第1次修订

2020年08月第2次修订

2026年01月第3次修订

住院时间超过30天的患者管理与评价制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-018-04	制定时间：2012-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步加强本院住院患者管理，促进医院质量持续改进，保障医疗安全，减轻患者经济负担，加强对严重超平均住院日患者的管理与医疗质量评价，制定本制度。

二、内容

1. 因某种原因需长时间（超过30天以上）住院的患者，科室应进行严格的监控和管理，对患者长时间住院的原因进行讨论和分析，每隔30天应由科主任主持科室大查房并记录，参加人员包括全科室医师、护士长及相关人员，重点内容应对患者目前诊断、治疗效果、医疗风险及预后等进行分析，并评价治疗措施是否合理，以利于患者下一步治疗方案的修订。讨论内容记录在“阶段小结及科室大查房记录”中，并将此讨论记录保存至科室质量与安全管理季度分析台帐之中。

2. 记录方式可以在病程记录中续写，但阶段小结不可以替代以科室为单位的大查房。

3. “阶段小结及科室大查房记录”的内容主要包括以下几项：患者姓名、住院号、入院时间、入院诊断、病情分析、长时间住院原因分析、过度诊疗现象存在/不存在、服务流程合理/不合理、拟采取的进一步诊疗计划，由科主任签字确认。

4. 及时做好患者及其家属的沟通工作，避免出现因沟通不及时或不清楚而出现的纠纷。

5. 必须严格执行住院患者管理方面的相关规定。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.江苏省三级综合医院评审标准（2023 版）实施细则[EB/OL].(2023-09-22).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023452.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

多部门协调管理办法

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-019-03	制定时间：2016-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：2
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院多部门协调工作，畅通协作流程，明确职责分工，保障医院各项工作高效落实，结合本院实际，制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 医院建立多部门协调机制，提高医院各项中心工作的执行力，促进医院良性运转。

第二章 组织领导及职责

第二条 多部门联席会领导小组：

组 长：院长

副组长：分管副院长

成　员：各职能科室负责人

下设办公室，多部门联席会办公室为医务部，行政管理工作办公室为党政办。

第三条 领导小组职责：

1．负责对职能科室之间内部工作的协调和系统工作的对外联络。

2．负责院部、职能科室、业务科室之间的工作协调，负责推进涉及多部门工作的落实，做到统一认识、统一口径、统一目标、统一行动。

3．负责各项工作的督查考核，严格落实奖惩制度，确保医院实现和全面完成计划目标任务。

4．每季度召开多部门联席会议，或由组长/副组长临时决定召开。

第三章　协调的范围和内容

第四条 内部协调的范围：

1．职能科室之间；

2．职能科室与临床医技科室之间；

3．临床医技科室之间。

第五条 内部协调的内容：

1．各类涉及多部门的专项活动；

2．各类管理委员会决议的工作；

3．月度医疗质量与安全管理工作；

4．其他需多部门共同推进的工作。

第六条 对外协调的范围：

1．上级行政主管部门；

2．部委办局；

3．其他医疗机构。

第七条 对外协调的内容：

1．上级行政部门协调的工作；

2．相关部门、组织协同推进的工作；

3．各医疗机构间协调工作。

第四章　协调的方式

第八条 进一步明确各职能部门的工作制度和职责范围，各职能部门要明确内部人员的岗位职责，做到有岗有职、权责分明。

第九条 在内部的协调工作中，各职能科室负责搞好科室工作人员的协调，按照职能职责办事，不互相推诿或者拖而不办；也不大包大揽，越权争办。

第十条 当职能出现交叉与重叠时，或某项事情需要多个职能部门参与时，或出现的新任务、新项目现有职能涵盖不了时，为首的职能部门应牵头与其它部门共同协

办，必要时由综合职能部门的党政办公室负责职能部门之间的协调。

第十一条 在协调出现困难时，由分管院领导出面协调，必要时通过协调领导小组研究解决。

第十二条 在外部的协调工作中，重要的是建立起畅通的信息沟通渠道，互通情况，加强联系，遇到困难时应及时向分管院领导通报情况。

第五章 协调工作职责基本分工

第十三条 党政办为医院的综合协调部门，负责与上级有关部门、院领导与职能科室、院领导与职工、职能科室与职能科室、院外医疗单位与本院和外来单位或个人等之间工作关系协调。

第十四条 医务部、护理部负责医疗护理工作及科室间工作关系的协调，医务人员之间工作协调，以及外部业务关系的工作协调。

第十五条 后勤保障部负责与医院各部门、各科室之间的后勤保障服务工作的协调，与各职能部门之间工作关系的协调，后勤工作之间的工作关系协调，与外单位的业务往来工作协调。

第十六条 预防保健科、感染管理科与医务部、护理部、药学部、医学装备科、后勤保障部等职能部门相互协调，与临床科室医务人员、后勤保障服务人员间协调，共同支持传染病防治与医院感染管理工作。

第十七条 其他职能部门负责与本部门有工作关系的协调，包括医院内部、外部单位或个人之间的工作关系协调。

第六章 工作纪律要求与奖惩

第十八条 按照工作协调基本职责分工，认真履行工作职责，树立大局意识、整体观念，通力牵头、全力配合、相互支持，各司其职，不推诿、不懈怠，高效率、高质量完成各项工作任务。

第十九条 在工作过程中，如遇难以协调完成的工作任务，必须及时向院长或分管领导汇报，不得坐视不管，互相推诿。

第二十条 如工作不协调，影响工作目标任务的完成，依据影响医院工作的严重程度给予相应处罚。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

多学科联合诊疗管理办法

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-013-02	制定时间：2021-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范多学科联合诊疗行为，促进各学科融合，优化诊疗流程，提升疑难复杂疾病诊疗质量与效率，保障患者安全，落实《医疗质量管理办法》《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025 年）》等法规政策要求，结合本院实际情况，制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 本办法所称的“多学科联合诊疗”是由多学科资深专家以共同讨论的方式，为患者制定个性化诊疗方案的过程。多学科联合诊疗（Multi Disciplinary treatment）团队指来自三个及以上相关学科的专家，形成相对固定的专家组，以下简称 MDT 团队。

第二条 MDT 是医疗业务协作组织，不属于二级业务科室，不具备独立人事权，不作为独立经济核算单元，原则上不新增工作场地和人员编制。团队的运行实行负责人负责制。

第三条 本院门诊或住院患者有下列情况之一者，需进行多学科联合诊疗：

1. 疑难复杂疾病：临床确诊困难（一般门诊复诊两次未能确诊、入院后超过 3 天不能确诊）或疗效不满意的疑难、危重患者；诊断不明确、治疗效果不佳，需多学科协作明确诊断、制定治疗方案的病例（如复杂肿瘤、多系统受累疾病等）。

2. 重大疾病与多系统疾病：需多学科联合治疗的重大疾病，如恶性肿瘤、严重创伤、危重孕产妇、危重新生儿等，需制定综合诊疗方案的病例。涉及两个及以上系统、需多学科协同诊疗的病例，如糖尿病合并心脑血管疾病、神经系统疾病合并多器官功能损伤等。

3. 为恶性肿瘤患者制定合理的诊疗方案和最佳优化治疗流程，并解决晚期和临床疑难病例的诊断与治疗问题。

4. 特殊人群：需四级手术操作患者，以及老年、儿童、孕妇等特殊人群合并多种基础疾病，诊疗难度大，需多学科协作制定个性化诊疗方案的病例。

5. 诊疗过程中出现严重并发症的病例；已发生医疗纠纷、医疗投诉或可能出现纠纷的病例。

6. 其他：患者及家属主动申请，经科室评估符合 MDT 诊疗条件；或科室、医务部认为需开展 MDT 诊疗的其他病例。

第二章 MDT 团队

第四条 申请或成立 MDT 团队应当满足以下条件：

1. 团队负责人应为本院内本专业领域的权威，取得副高级以上职称，其他相关学科参与 MDT 的成员原则上是取得副高级以上职称，参与科室之间有较强的专业互补性，其合作预期可提高临床诊疗水平。

2. 团队有明确的建设与发展规划，对诊疗相关病种有明确界定，制定相关疾病的诊疗常规、治疗方案及工作流程。

3. 团队成员自愿参加，人员相对固定，定期、定时、定址进行会议，提出诊疗意见。

第五条 MDT 团队的申报和审批遵循以下流程：

1. 团队负责人填写并提交申请书。

2. 医务部初审。

3. 院内公示（同一疾病的 MDT 团队在院内只设置一个）。

4. 医务部组织专家评审。

5. 院领导批准， 医务部备案。

第六条 MDT 团队的权利：

1. 对院内属于多学科诊疗团队诊治的患者进行联合门诊、联合查房和联合会诊。

2. 团队的联合诊疗工作由负责人负责安排，包括联合门诊、联合查房、联合业务学习、联合开展新技术、联合制定相关疾病规范化诊疗流程等。原则上联合诊疗工作须由团队所涉及的所有学科参与。

3. 享受相应的奖励（见考核奖惩）。

第七条 MDT 团队的义务：

1. 制定工作规划与年度计划，制定相应的工作制度和流程，并定期进行工作总结。

2. 开展联合门诊，门诊人次达到规定要求，多学科联合门诊工作量纳入医师工作考核。

3. 开展联合查房、会诊人次达到规定要求。联合查房、联合会诊、疑难病例讨论，由多学科团队定时间和人员，原则上要求 3 个或 3 个以上科室参与，每科一位专家，副高以上职称。

4．根据卫生行政部门及行业协会的相关文件和指南，结合本院的实际情况，制定相关疾病的院内诊疗规范或专家建议，并严格执行。

5．每年年终向医务部提交 MDT 年度总结与评价书面材料。

第三章 MDT 申请及实施流程

第八条 门诊患者 MDT：

1．门诊需要 MDT 的患者，由患者或经治医生（需患者本人同意）向会诊中心提出，会诊中心工作人员根据检查资料、病历资料汇总并登记，预约情况向 MDT 团队负责人汇报，确定相关科室的专家进行会诊。

2．会诊后，会诊专家应及时书写会诊记录并登记，将会诊处理意见告知患者并在会诊记录单中记录。会诊中心需做好登记、跟踪随访或患者复诊接待工作，如有必要可再次继续组织联合会诊，调整治疗方案。

第九条 住院患者 MDT：

1．由患者主诊医师或科室负责人发起 MDT 诊疗申请，填写《多学科联合诊疗申请表》，注明患者基本信息、病情摘要、申请科室、申请理由及拟邀请的专家科室。至少提前一天递交并告知医务部，医务部由专人对申请材料进行审核登记，确定 MDT 诊疗时间与地点，并通知申请科室及被邀请各专科参与专家，确保 MDT 按时开展。

2．申请科室负责 MDT 诊疗场地准备，配备必要的诊疗设备、资料展示工具等，确保诊疗环境舒适、流程顺畅。

3．参与 MDT 专家提前了解患者病情及相关辅助检查结果，做好讨论发言准备。

4．申请科室安排主诊医师、责任护士参加 MDT 讨论，负责汇报患者病情、记录诊疗意见（必要时可邀请患者及家属参加）。

5．MDT 会诊讨论并共同制定科学、合理、个性化的诊疗方案，结束后申请科室及时完成 MDT 会诊意见整理并记录在病程记录中，并向患者及家属详细告知会诊意见，在取得患方知情同意后，负责实施 MDT 会议所确定的诊疗方案。

6．若患者病情发生变化或出现其他特殊情况，申请科室需及时告知医务部，由医务部及时调整诊疗安排或取消 MDT 诊疗。

7．重大疾病、诊疗过程中出现严重并发症、已发生医疗纠纷、医疗投诉或可能出现纠纷的患者 MDT 由医务部参与，必要时院领导参与。

第四章 监督管理及考核奖惩

第十条 做好 MDT 工作的监督管理及考核奖惩：

1．门诊患者 MDT 由门诊管理办公室负责审定，住院患者 MDT 由医务部负责审定。

2．参与 MDT 的相关科室、部门，必须按照规定时间派遣有资质的人员参与 MDT，对于不能如期参加的人员应及时向医务部请假并指定好同资质的人员参与。

3．对于经过医院 MDT 程序的再次入院患者，接诊科室可根据患者是否调整诊疗

方案而确定再次申请 MDT 程序。

4. 申请 MDT 的科室必须做好每一例 MDT 登记工作，定期总结并持续改进。

5. 医务部负责全院 MDT 的监督管理工作，提出持续改进措施。

6. 科室每申请一例院内多学科联合诊疗按医疗质量管理考核方案增加相应的绩效分值并给予奖励，门诊 MDT 根据工作量考核奖励。

7. 医院对工作业绩突出、联合查房、联合会诊、疑难病例讨论次数多（开展 MDT 至少 1 次/月）、临床科研成果和学术论文多、诊疗水平提高快、台账资料齐全的 MDT 团队主要负责人、参与者在年度各项考核中加分，科室在规范化考评中加分。对连续三年考核不合格的 MDT 团队，经医院党政办公室批准后将对团队予以撤销。

8. 医务部定期对 MDT 诊疗流程、诊疗记录、方案落实等情况进行监督检查，定期反馈 MDT 过程中存在的问题，发现问题及时督促科室整改，确保 MDT 诊疗规范开展。

第十一条 设置的 MDT 团队运行实行“比例控制、动态管理”的原则。医务部定期对 MDT 团队人员数量与质量进行督查，落实准入与退出机制。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]中华人民共和国卫生部.医师外出会诊管理暂行规定（卫生部令第 42 号）[EB/OL].(2005-04-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/bmgz/200504/6bccbfe8d8cd4c96b0afb5e5dd790d07.shtml.

[3]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[4]国务院.医疗机构管理条例（2022 年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025 年 12 月第 1 次修订

肿瘤患者术前多学科讨论制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-054-01	制定时间：2026-05-30
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-06-11

一、目的

为规范本院肿瘤患者术前多学科讨论工作，提高肿瘤诊疗质量安全，促进各学科协作，为患者提供科学、规范、个体化的最佳治疗方案，依据行业诊疗及管理规范，结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 专科适用范围

（一）肿瘤外科系统：普通外科、胸外科、神经外科、泌尿外科、骨科、耳鼻咽喉科、口腔科。

（二）肿瘤内科系统：肿瘤内科、呼吸内科、消化内科、血液内科。

（三）医技科室：放射科（影像诊断、介入放射）、核医学科（PET-CT、核素治疗）、病理科、超声科、内镜中心（消化内镜、呼吸内镜）。

（四）支持科室：麻醉科（术前评估、麻醉、术后镇痛）、重症医学科（ICU）、药学、临床营养科、康复科、疼痛科、心理科、中医科。

第二条 患者适用范围

主要针对拟行手术治疗、需术前新辅助治疗或转化治疗、术后复发需再次手术的肿瘤患者，尤其病情疑难复杂的患者。

（一）必须进行术前 MDT 讨论的情况

1．肿瘤分期相关

（1）局部晚期肿瘤（TNM 分期III期及以上）。

（2）术前肿瘤分期存在争议。

（3）需要新辅助治疗后手术的患者。

（4）转化治疗后拟行手术的患者。

2．病情复杂相关

（1）多原发肿瘤（患者同时或异时发生≥2 种恶性肿瘤）。

（2）复发肿瘤（既往有手术史，现需再次手术）。

（3）合并重要脏器功能不全：

①心功能不全（NYHAIII～IV级，或 LVEF＜40%）；

②肺功能不全（FEV1＜50% 预计值，或 DLCO＜40%）；

③肝功能不全（Child-Pugh B 级或 C 级）；

④肾功能不全（eGFR＜30 ml/min/1.73m²）。

（4）合并严重基础疾病：

①严重心脑血管疾病（近期心梗、脑梗、不稳定性心绞痛）

②严重糖尿病并发症（糖尿病肾病、糖尿病足）

③严重凝血功能障碍（INR＞1.5，或血小板＜50×10^9 /L）

（5）高龄患者（≥80 岁，或 70～79 岁合并多种合并症）。

3．治疗方案相关

（1）手术方式存有争议（如开放 VS 微创、根治 VS 姑息）。

（2）需要联合多器官切除（如胰十二指肠切除术、全盆腔脏器切除术）。

（3）需要血管或复杂重建手术（如肝动脉、胃肠道重建）。

（4）预计手术风险高（ASA 分级III级及以上）。

（5）需要术前新辅助治疗（化疗、放疗、靶向、免疫治疗）。

4．特殊情况

（1）罕见肿瘤（发病率＜1/10 万，或本院年收治＜5 例）。

（2）疑难病例（诊断不明、分期困难、合并症复杂）。

（3）涉及重大功能保留：

①生育功能保留（年轻女性患者）；

②语言功能保留（喉癌、舌癌）；

③肢体功能保留（骨与软组织肿瘤）；

④肛门功能保留（低位直肠癌）。

（4）患者或家属有特殊要求（如拒绝手术、要求保守治疗）。

（5）涉及临床试验入组。

（6）医疗纠纷高风险病例（既往纠纷史、患方期望值过高）。

（二）建议进行术前 MDT 讨论的情况

1．早期肿瘤但方案选择多样（如消化道肿瘤外科手术 VS 内镜 ESD 治疗）。

2．患者一般情况较差（ECOG 评分≥2 分）。

3．营养不良（NRS2002 评分≥3 分）。

4．需要围手术期特殊管理（如抗凝药使用、起搏器植入）。

5．其他经治医师认为需要的情况。

第三条 多学科讨论相关定义与释义

肿瘤患者术前多学科讨论是指由≥3 个相关学科的固定专家组成员，在规定时间和地点，针对特定肿瘤患者的术前病情进行全面、深入讨论，形成书面诊疗建议的诊疗模式。核心要素见下表：

要素	具体要求
参与学科	≥3 个相关学科（必须包含外科、内科、影像科、病理科中至少 3 个）
参与人员	固定专家组成员（核心成员须为副高及以上职称）
讨论形式	现场会议（推荐）或结合远程视频会议等
产出结果	书面 MDT 诊疗建议书（须组长签字）
时效要求	择期手术：最晚于术前 1 日完成

第四条 基本原则

（一）以患者为中心：患者利益至上，尊重患者知情同意权和选择权，充分考虑患者的意愿、经济状况和生活质量。

（二）科学规范：遵循 CSCO、CACA、NCCN 等国内外权威临床诊疗指南，依据循证医学证据制定治疗方案，参考 Cochrane 系统评价和高质量 RCT 研究结果，符合依法执业管理要求。

（三）个体化：根据患者年龄、体能状态（ECOG 评分）、合并症、营养状况、经济状况等制定个体化治疗方案，充分考虑患者的特殊需求（如生育功能保留、器官功能保护等）。

（四）协作共享：各学科平等参与、充分交流，民主集中制达成共识，共享诊疗信息和医疗资源。

（五）持续改进：定期评估 MDT 质量指标，追踪患者预后和疗效，持续改进工作流程和诊疗规范，开展相关临床研究。

第五条 医学术语与相关释义

（一）肿瘤学术语

1．新辅助治疗（Neoadjuvant Therapy）：在手术前进行的抗肿瘤治疗，包括化疗、放疗、靶向治疗、免疫治疗等；目的旨在缩小肿瘤、提高手术切除率、消灭微转移灶、评估药物敏感性

2．转化治疗（Conversion Therapy）：针对初始不可切除的肿瘤，通过系统治疗使其转化为可手术切除状态的治疗策略；适用于局部晚期肝癌、结直肠癌肝转移、晚期胃癌等。

3．R0 切除（R0 Resection）：显微镜下切缘无肿瘤细胞残留的手术切除；判定标准为切缘距肿瘤边缘≥1mm（不同瘤种标准可能不同）。

4．姑息治疗/舒缓医疗（Palliative Care）：针对无法根治的肿瘤患者，以缓解症状、改善生活质量为目标的治疗。

（二）评估量表术语

1．ECOG 体能状态评分（Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status）

评分	定　　义
0	完全正常，能正常活动
1	有症状，但完全能走动，可从事轻体力活动
2	能走动，但白天卧床时间≤50%，生活自理
3	白天卧床时间＞50%，生活部分自理
4	完全卧床，完全不能自理
5	死亡

2．ASA 分级（American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification）

分级	定　　义
Ⅰ	正常健康患者
Ⅱ	有轻度系统性疾病
Ⅲ	有重度系统性疾病，但日常活动不受限
Ⅳ	有重度系统性疾病，日常活动受限，随时可能危及生命
Ⅴ	濒死患者，无论手术与否预计 24 小时内死亡
Ⅵ	脑死亡患者，器官捐献

3．NRS2002 评分（Nutritional Risk Screening 2002）

欧洲肠外肠内营养学会（ESPEN）推荐的营养风险筛查工具。内容含疾病严重程度评分+营养状态受损评分+年龄评分；总分≥3 分表示存在营养不良风险，需进一步营养评估、营养干预。

4．Caprini 评分（Caprini Risk Assessment Model）

外科患者静脉血栓栓塞（VTE）风险评估工具，评分内容涉及年龄、BMI、既往 VTE 史、手术类型等多因素；0～2 分（低危）、3～4 分（中危）、≥5 分（高危）。

5．Child-Pugh 分级

评估肝硬化患者肝功能和手术风险的经典分级系统，指标包含胆红素、白蛋白、INR、腹水、肝性脑病；5～6 分（A 级，代偿期）、7～9 分（B 级，失代偿期）、10～15 分（C 级，严重失代偿期）。

6．CGA 评估（Comprehensive Geriatric Assessment）

老年综合评估，全面评估老年患者的躯体、功能、心理和社会状况；评估内容包含日常生活能力、认知功能、抑郁状态、营养状态、跌倒风险、多重用药等。

（三）疗效评估术语

1．RECIST 1.1 标准（Response Evaluation Criteria in Solid Tumors）：实体瘤疗效评价标准 1.1 版，用于评估肿瘤治疗反应的影像学标准。完全缓解（CR）：所有靶病灶消失，无新病灶；部分缓解（PR）：靶病灶直径总和减少≥30%；疾病稳定（SD）：介于 PR 和 PD 之间；疾病进展（PD）：靶病灶直径总和增加≥20% 或出现新病灶。

2．iRECIST 标准（Immune Response Evaluation Criteria in Solid Tumors）：免疫治疗实体瘤疗效评价标准，用于评估免疫治疗后的肿瘤反应；特点是考虑免疫治疗的假性进展（pseudoprogression）现象。iCR（免疫完全缓解）、iPR（免疫部分缓解）、iSD（免疫疾病稳定）、iUPD（免疫未确认进展）、iCPD（免疫确认进展）。

3．病理完全缓解（pCR，Pathological Complete Response）：新辅助治疗后手

术切除标本中无残留肿瘤细胞。pCR 与长期生存获益相关，是评估新辅助治疗效果的重要指标。乳腺/肺：原发灶和淋巴结均无浸润癌（允许导管原位癌残留）；直肠：ypT0N0（无肿瘤细胞残留）；胃癌：TRG 0 级（肿瘤退缩分级 0 级，无残留癌）。

（四）手术相关术语

1．限期手术：恶性肿瘤根治术等，手术不宜延迟过久，否则可因肿瘤进展影响预后，通常需在诊断明确后 2～4 周内完成。

2．急诊手术：肿瘤破裂出血、肠梗阻、穿孔等，需在最短时间内紧急手术，延迟将危及生命，通常在诊断后 24 小时内完成。

3．重大方案变更

与原 MDT 讨论确定的治疗方案相比，发生以下任一改变（需重新进行 MDT 讨论并记录变更原因）：

（1）手术方式改变（如根治性改为姑息性）；

（2）手术范围扩大或缩小（如增加/减少器官切除）；

（3）治疗顺序改变（如直接手术改为新辅助治疗后手术）；

（4）新增或取消重要治疗手段（如新增放疗、取消化疗等）。

（五）罕见肿瘤与疑难病例定义

1．罕见肿瘤（符合以下任一条件）

（1）发病率＜1/10 万的恶性肿瘤（依据国家卫健委罕见病目录）或本院年收治病例＜5 例的肿瘤类型。

（2）病理类型罕见，例如腺样囊性癌、滑膜肉瘤等、胃肠道间质瘤（GIST）、神经内分泌肿瘤（NET）、软组织肉瘤等。

2．疑难病例（符合以下任一条件）

（1）诊断不明确，需多学科鉴别诊断；

（2）术前肿瘤分期困难；

（3）合并严重基础疾病，手术风险极高（ASAⅣ级及以上）；

（4）既往多次手术或治疗，病情复杂；

（5）涉及多个器官系统，需联合手术。

3．免疫相关不良反应（Immune-Related Adverse Events）

免疫检查点抑制剂治疗引起的与免疫系统激活相关的不良反应，常见类型包括皮肤毒性（皮疹、瘙痒）、内分泌毒性（甲状腺功能异常、垂体炎）、肺部毒性（免疫性肺炎）、胃肠道毒性（腹泻/结肠炎）、肝脏毒性（肝炎）等；管理原则是早期识别、分级处理、糖皮质激素应用、多学科协作。

第二章　组织架构与管理

第六条 组织架构

（一）专家组设置

1．按肿瘤病种设立以下 15 个 MDT 专家组：

序号	专家组名称	牵头科室	主要病种
1	肺癌 MDT 组	胸外科	非小细胞肺癌、小细胞肺癌
2	食管癌 MDT 组	胸外科	食管癌、食管胃结合部癌
3	乳腺癌 MDT 组	普外科（甲乳）	各型乳腺癌
4	甲状腺癌 MDT 组	普外科（甲乳）	各型甲状腺癌
5	结直肠癌 MDT 组	普外科（胃肠）	结肠癌、直肠癌
6	胃癌 MDT 组	普外科（胃肠）	各型胃癌
7	肝癌 MDT 组	普外科（肝胆胰）	原发性肝癌、肝转移癌
8	胰腺癌 MDT 组	普外科（肝胆胰）	胰腺癌、壶腹周围癌
9	胆管癌 MDT 组	普外科（肝胆胰）	肝门部胆管癌、中下段胆管癌等
10	卵巢癌 MDT 组	妇科	卵巢癌、输卵管癌、腹膜癌
11	宫颈癌 MDT 组	妇科	宫颈癌
12	胶质瘤 MDT 组	神经外科	胶质瘤、脑转移瘤
13	头颈肿瘤 MDT 组	口腔科/耳鼻咽喉科	口腔癌、喉癌等
14	骨与软组织肿瘤 MDT 组	骨科	骨肉瘤、软组织肉瘤等
15	泌尿系统肿瘤 MDT 组	泌尿外科	前列腺癌、肾脏肿瘤

2．人员组成

每个 MDT 专家组应由以下人员组成：

（1）核心成员（必须参加，缺席需请假并指派代表）

角色	人数	职称要求	专业要求	职责
组长	1 名	正高级	牵头科室主任医师	主持会议、总结意见、签署建议书
副组长	1-2 名	副高级及以上	相关学科副主任医师	协助组长、代行组长职责
外科专家	1-2 名	副高级及以上	肿瘤涉及外科专业	评估手术可行性、制定手术方案
内科专家	1 名	副高级及以上	肿瘤内科	制定系统治疗方案
影像科专家	1 名	副高级及以上	影像诊断	解读影像、评估分期
病理科专家	1 名	副高级及以上	外科病理	解读病理、明确诊断
麻醉科专家	1 名	副高级及以上	临床麻醉	评估麻醉风险、制定麻醉方案

（2）固定成员（常规参加，根据病例需要）

学科	职称要求	参加情形
肿瘤中心	中级及以上	需术前/术后放疗患者
介入科	中级及以上	需介入治疗患者
重症医学科	副高级及以上	预计需 ICU 监护患者
护理专家	中级及以上（护士长或专科护士）	所有病例
临床药师	主管药师及以上	需复杂用药方案患者
营养医师	中级及以上	存在营养不良风险（NRS2002≥3）患者
心理医师	中级及以上	需心理支持患者

（3）扩展成员（根据需要邀请）

学科	参加情形
康复科	需术前/术后康复治疗
疼痛科	需疼痛管理
舒缓医疗科/安宁疗护	晚期肿瘤患者
遗传咨询	有家族史或需基因检测
社会工作部	需社会支持或经济援助
其他相关学科	根据病情需要

（4）专家资质要求

MDT 成员由个人申请或科室推荐，经医院复合后纳入专家库。

1．职称要求：核心成员须具有副高级及以上专业技术职称；固定成员、扩展成员须具有中级及以上职称。

2．工作年限：从事相关专业工作≥10 年（博士可放宽）。

3．执业资格：医师执业证书执业范围与参与 MDT 专业相符。

4．专业能力：熟悉本学科国内外最新诊疗进展，具备独立处理本专业复杂病例的能力，具有较强的临床思维和决策能力。

5．沟通能力：具有良好的团队协作和沟通能力，尊重异见。

6．时间保障：能够保证按时参加 MDT 讨论，年参会率≥80%。

（二）秘书配置及工作职责

每个 MDT 专家组配备兼职秘书 1 名，由牵头科室指派。

（1）讨论前：收集整理病例资料等、通知参会人员。

（2）讨论中：记录讨论内容、拍摄影像资料。

（3）讨论后：整理填写记录单、追踪方案执行、归档资料。

（4）定期统计分析数据、撰写工作报告。

第三章　讨论流程及会议程序

第七条 常规（择期、限期）手术 MDT 讨论流程

（一）申报流程

经治医师填写《MDT 讨论申请表》→科室主任审核→提交 MDT 秘书处→秘书处审核→进入准备流程→MDT 会议（次日或当日）。

（二）资料准备

经治医师负责准备以下资料，确保资料完整：

1．病史资料

完整病史（主诉、现病史、既往史、个人史、家族史）；体格检查（一般情况、专科检查、全身查体）；既往治疗经过（手术史、化疗史、放疗史、靶向治疗史）。

2．影像资料

胸部/腹部/盆腔 CT（增强，层厚≤5mm）；MRI（软组织、神经系统、肝胆胰脾等）；PET-CT（必要时，评估全身转移）；超声（腹部、甲状腺、乳腺等）；内镜（胃镜、肠镜、支气管镜等）；影像报告（DICOM 格式原始图像+文字报告）。

3．病理资料

（1）病理报告（HE 染色、免疫组化）。

（2）细胞学检查（细针穿刺、脱落细胞）。

（3）分子病理与生物标志物检测，例如：

①肺癌：EGFR（19del、L858R、20ins、T790M）、ALK、ROS1、KRAS G12C、BRAF、MET14 外显子跳跃突变、RET、NTRK、HER2、PD-L1（TPS 评分）；

②乳腺癌：ER、PR、HER2（IHC/FISH）、Ki-67、BRCA1/2、PD-L1（CPS 评分，三阴性乳腺癌）；

③结直肠癌：RAS（KRAS/NRAS）、BRAF V600E、MSI/MMR、HER2、NTRK、POLE/POLD1；

④胃癌：HER2、PD-L1（CPS 评分）、MSI/MMR、EBER、CLDN18.2；

⑤食管癌：PD-L1（CPS 评分）、MSI/MMR、HER2、EGFR。

4．实验室检查

血常规（Hb、WBC、PLT），生化全套（肝肾功能、电解质、血糖、血脂），凝血功能（PT、APTT、INR、FIB、D-二聚体），肿瘤标志物（CEA、CA19-9、CA125、AFP 等，按瘤种选择），感染筛查（HBsAg、抗-HCV、抗-HIV、梅毒螺旋体抗体），妊娠试验（育龄女性，尿/血 HCG）。

5．功能评估

（1）心肺功能：心电图、超声心动图、肺功能检查。

（2）营养状况：NRS2002 评分、体重、BMI、白蛋白。

（3）体能状态：ECOG 评分。

（4）老年综合评估：CGA（≥75 岁患者）。

6．合并症评估

心血管、呼吸、内分泌等专科会诊意见（根据需要）。

7．治疗建议

经治医师初步治疗方案及需讨论的关键问题（列出 1～3 个）。

（三）会议通知：信息系统推送+短信/微信通知。

（四）会议形式：采用现场会议，必要时结合线上会议。

形式	适用情况	技术要求
现场会议	常规情况（推荐）	MDT 讨论室、投影设备、PACS 系统
远程视频会议	专家无法到场、跨院区	专用平台（腾讯会议/钉钉/Zoom）、带宽≥10Mbps
混合模式	部分专家现场、部分远程	现场设备+远程接入

第八条 会议程序

（一）主持人开场（2 分钟）

介绍参会专家（姓名、科室、职称）、说明讨论目的和议程

强调讨论纪律（手机静音、尊重发言、保守秘密）。

（二）病例汇报（8～10 分钟）

经治医师汇报病史、展示关键影像资料（CT/MRI/PET-CT）、提出需讨论的核心问题（1～3 个）。

（三）补充检查解读（3～5 分钟）

1．影像科专家：解读影像分期、可切除性评估

2．病理科专家：明确病理诊断、分子分型与生物标志物状态（依据 CSCO 2025 及 NCCN 2025/2026 版指南要求，报告 EGFR、ALK、ROS1、KRAS、BRAF、HER2、PD-L1、MSI/MMR 等关键标志物检测结果）。

3．其他必要补充

（四）学科发言（每学科 3～5 分钟）

1．次序：外科→内科→影像科→病理科→麻醉科→其他

2．内容要求：本学科评估意见、治疗建议（可行/不可行、推荐方案）、风险提示。

（五）自由讨论（10～15 分钟）

专家充分交流意见，讨论不同方案利弊，评估治疗风险和获益，考虑患者意愿和经济状况。

（六）总结共识（5 分钟）

组长总结各方意见，明确首选治疗方案，明确备选方案（如首选方案不可行），明确术前准备要点，明确术后辅助治疗建议。

（七）告知沟通（会后）

经治医师向患者及家属告知 MDT 讨论意见，使用通俗语言解释治疗方案，解答患者及家属疑问。

第四章　讨论内容及记录规范

第九条 术前评估内容

（一）肿瘤评估

1．原发灶评估：部位、大小（最大径，单位 cm），浸润深度/范围，与周围组织器官关系，可切除性评估（R0/R1/R2）。

2．淋巴结评估：区域淋巴结转移情况（数目、大小、部位），远处淋巴结转移情况。

3．远处转移评估：肺、肝、骨、脑、肾上腺等常见转移部位；寡转移 vs 广泛转移。

4．肿瘤分期：TNM 分期（AJCC 第 8 版）；临床分期（cTNM）vs 病理分期（pTNM）。

5．分子分型与生物标志物检测。

（二）手术风险评估

ASA 分级、心肺功能评估、肝功能评估/ICGR15（吲哚菁绿 15 分钟滞留率，肝脏手术必查）、肾功能评估、凝血功能评估、营养风险评估、血栓风险评估、出血风险评估等。

第十条 治疗方案制定

（一）治疗目标

目标类型	定　　义	适用情况
根治性治疗	彻底切除肿瘤，追求长期生存	早期/局部中期肿瘤
姑息性治疗	缓解症状，改善生活质量	晚期肿瘤、无法根治
新辅助治疗	术前缩小肿瘤，提高切除率	局部晚期肿瘤
转化治疗	将不可切除肿瘤转化为可切除	初始不可切除的晚期肿瘤

（二）治疗顺序

1．直接手术。

2．新辅助治疗后手术。

化疗，放疗，靶向治疗，免疫治疗，联合方案（免疫+化疗、靶向+化疗、放化疗联合等），特殊人群方案（dMMR/MSI-H 结直肠癌、HER2 阳性胃癌/乳腺癌）。

3．术前同步放化疗后手术。

4．免疫/靶向治疗后手术。

（三）手术方案

1．手术入路选择

开放手术、腹腔镜/胸腔镜、机器人手术。

2．手术范围

根治性切除（原发灶+区域淋巴结清扫）、姑息性切除（减瘤、缓解症状）、探

查手术（明确诊断、评估可切除性）。

3．淋巴结清扫范围

标准清扫 D1/D2/D3（按瘤种和分期）；前哨淋巴结活检（乳腺癌、黑色素瘤等）。

4．器官功能保留

保乳手术（乳腺癌）、保肛手术（直肠癌）、保喉手术（喉癌）
保肾手术（肾癌）、保脾手术（脾脏良性病变）。

5．重建方式选择

自体组织重建、人工材料重建、器官移植（极特殊情况）。

（四）围手术期管理

1．术前准备

营养支持（NRS2002≥3 分者），纠正贫血，控制血糖，停用抗凝药（华法林停用 5 天、桥接低分子肝素），预防性抗生素（术前 30～60 分钟给药），肠道准备（结直肠手术），血栓预防（Caprini≥3 分者术前开始低分子肝素）等。

2．麻醉方式

全麻（大多数手术），椎管内麻醉（下肢、盆腔手术），神经阻滞（四肢手术），联合麻醉。

3．术中监测

（1）常规监测：ECG、BP、SpO_2、体温、尿量。

（2）特殊监测：有创动脉血压（大手术、循环不稳定）、中心静脉压（CVP，大手术、需大量输液）、血气分析（长时间手术）。

4．术后监护

（1）普通病房：一般手术、ASAⅠ～Ⅱ级。

（2）监护室：大手术、ASAⅢ～Ⅳ级、需呼吸循环支持。

5．并发症预防

感染，出血，血栓（早期活动、弹力袜、低分子肝素），肺部并发症（早期下床、呼吸锻炼、镇痛）。

（五）术后治疗

辅助化疗、辅助放疗、靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗等。

序号	讨论要点	责任学科	记录要求
1	肿瘤诊断和分期（TNM 分期、AJCC 第 8 版、FIGO 分期、CNLC 分期）	外科+影像科+病理科	明确 T、N、M 分期、I～IV 分期
2	血液系统肿瘤诊断和分期（R-ISS 分期、Ann 分期、Lugano 分期、Rai 分期等）	血液内科+检验科+影像科+病理科	明确 0～IV 期
3	分子分型与生物标志物状态（依最新版 CSCO、CACA、NCCN 指南）	病理科+内科	明确 EGFR、ALK、KRAS、HER2、PD-L1、MSI/MMR 等关键标志物状态

4	手术适应证和禁忌证	外科 + 麻醉科	明确是否适合手术
5	手术时机选择（直接手术/新辅助/转化）	外科 + 内科	明确治疗顺序（参考最新版 CSCO、CACA、NCCN 指南）
6	手术方式选择（开放/微创、根治/姑息）	外科	明确手术入路和范围
7	术前新辅助治疗方案（化疗/放疗/靶向/免疫/联合）	内科 + 外科	明确方案、周期及疗效评估标准（RECIST 1.1/iRECIST）
8	麻醉风险评估（ASA 分级）	麻醉科	明确麻醉方式和风险
9	围手术期管理要点	麻醉科 + 护理	明确术前准备和术后监护
10	术后辅助治疗方案（化疗/放疗/靶向/免疫/内分泌）	内科 + 放疗科	明确方案、时机（术后 2-4 周及疗程
11	预后评估（5 年生存率等）	外科 + 内科	提供循证数据（依据最新版指南）
12	随访计划	外科	明确随访时间和项目

第十一条 讨论要点（必须涵盖）

第十二条 讨论记录必备内容

（一）讨论时间（精确到分钟）、地点。

（二）参会人员（姓名、科室、职称）、缺席人员及原因。

（三）病史摘要（主诉、现病史、既往史、关键阳性体征）。

（四）影像学检查要点（主要发现、分期）。

（五）病理学检查要点（诊断、分型、分级）。

（六）术前评估结果（ASA 分级、ECOG 评分、合并症）。

（七）各学科专家意见（按发言顺序记录要点）

（八）讨论结论：首选治疗方案（具体、可执行）、备选方案（如首选不可行），术前准备要点，术后辅助治疗建议。

（九）组长、记录者、经治医师签字。

（十）讨论记录须在会后 24 小时内完成。

三、参考文献

[1]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818180e0a61301811e33ace71ef2&fileId=&type=&title=%E5%8C%BB%E7%96%97%E6%9C%BA%E6%9E%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[3]中华人民共和国卫生部.卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知（卫医

政发〔2010〕11 号）[EB/OL].(2010-01-22).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201002/79d42b9c8b3f47ee91000d31de116784.shtml.

[4]DB31/T1339-2021 医院多学科诊疗管理规范[S].

[5]T/CHAS10-3-6-2023 中国医院质量安全管理第 3-6 部分：医疗保障多学科联合诊疗（MDT）[S].

[6]National Comprehensive Cancer Network (NCCN).NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology[EB/OL].https://www.nccn.org/guidelines/, 2025/2026.

[7]Amin MB, Edge S, Greene F, et al. AJCC Cancer Staging Manual(8th edition)[M].Springer, 2017.

[8]中国临床肿瘤学会（CSCO）.CSCO 诊疗指南 2025[M].北京:人民卫生出版社, 2025.

[9]中华医学会肿瘤学分会.肺癌多学科团队诊疗中国专家共识[J].中华肿瘤杂志, 2023, 45(3):161-174.

[10]中国抗癌协会乳腺癌专业委员会.乳腺癌多学科诊疗标准与规范（2023 年版）[M].北京:人民卫生出版社,2023.

[11]姚宏伟，孙应实，张晓燕，等.结直肠癌多学科综合治疗协作组诊疗模式中国专家共识（2023 版）[J].中国实用外科杂志，2024,44(1):1-16.

附件 1

宜兴市人民医院 MDT 讨论申请表

项　　目	内　　容	填写说明
临床诊断		
主要诊断		ICD-10 编码：
病理诊断		
临床分期	cTNM：	AJCC 第 8 版
申请信息		
拟手术时间		
申请 MDT 理由	□局部晚期肿瘤 □分期争议 □需新辅助治疗 □多原发肿瘤 □复发肿瘤 □合并重要脏器功能不全 □合并严重基础疾病 □高龄（≥75 岁） □手术方式争议 □需联合多器官切除 □需血管重建 □手术风险高（ASA≥Ⅲ级） □罕见肿瘤 □疑难病例 □涉及重大功能保留 □患者/家属特殊要求 □临床试验入组 □医疗纠纷高风险 □其他：	可多选
需讨论的核心问题	1. 2. 3.	列出 1-3 个
经治医师		
姓名		
职称		
联系电话		

项　　目	内　　容	填写说明
申请日期		
审核意见		
科室主任意见	□同意 □不同意	签名： 日期：
秘书处审核	□受理 □退回（原因： ）	签名： 日期：

附件 2

宜兴市人民医院 MDT 讨论记录单

项　目	内　　容
讨论时间	年 月 日 时 分至 时 分
讨论地点	
讨论形式	□现场会议 □远程视频 □混合模式
参会人员	
主持人（组长）	姓名： 科室： 职称：
记录人	姓名： 科室： 职称：
核心成员	1. 姓名： 科室： 职称： 2. 姓名： 科室： 职称： 3. 姓名： 科室： 职称： 4. 姓名： 科室： 职称： 5. 姓名： 科室： 职称： 6. 姓名： 科室： 职称： 7. 姓名： 科室： 职称：
固定成员	
扩展成员	
缺席人员及原因	
患者信息	
主要诊断	
临床分期	cTNM：
病史摘要	
主诉	
现病史	
既往史	
关键阳性体征	
检查结果	
影像学检查	（影像科专家解读）

项　目	内　　容
病理学检查	（病理科专家解读）
实验室检查	血常规： 生化： 凝血： 肿瘤标志物：
功能评估	ECOG： ASA： NRS2002： Child-Pugh： Caprini：
各学科意见	
外科	意见： 建议：
内科	意见： 建议：
放疗科	意见： 建议：
影像科	意见： 建议：
病理科	意见： 建议：
麻醉科	意见： 建议：
其他	
讨论结论	
首选治疗方案	
备选方案	
术前准备要点	
术后辅助治疗建议	
手术时机	□直接手术 □新辅助治疗后（ 周期后评估）
知情同意	
患者/家属知情同意	□已告知 □已签署知情同意书
签字	
组长签字	
记录人签字	
经治医师签字	

双向转诊制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-020-05	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为深化医疗医保医药联动改革，合理配置医疗资源，落实医共体建设要求，实行

分级诊疗，规范双向转诊行为，保障患者获得连续、优质、高效、便捷的医疗服务，促进基本医疗卫生服务均等化，结合医院实际，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度适用于医院各临床科室、职能部门，医共体内各基层医疗卫生机构，以及参与双向转诊的医务人员、患者。

第二条 双向转诊坚持“以人为本、科学规范、分级负责、双向畅通、连续衔接”的原则，以患者病情为核心，明确上下转诊标准，优化转诊流程，确保转诊合理、及时、安全。

第三条 医院设立会诊转诊中心，配备专职管理人员，负责双向转诊工作的统筹协调、组织实施、台账管理及监督考核。成立双向转诊工作领导小组，由院长任组长，分管副院长任副组长，会诊转诊中心、医务部、护理部、门诊管理办公室、医疗保险价格管理科、各临床科室及相关职能部门负责人为成员，确保各项工作落地落实。

第二章 转诊标准

第四条 上转至本院标准

基层医疗卫生机构接诊的患者，符合下列条件之一的，应及时上转至本院诊治：

1. 疑难重症患者：经基层初步诊断，无法明确诊断或治疗效果不佳的疑难病例、重症病例（如严重创伤、急危重症、肿瘤疾病、复杂慢性病急性发作等）；

2. 需特殊检查治疗患者：基层医疗机构不具备开展的大型检验检查、特殊治疗、手术操作等诊疗条件的患者；

3. 急性期患者：急性病发作、病情不稳定，需住院规范治疗或重症监护的患者；

4. 其他符合上转条件的患者：经基层医务人员评估，确需到本院进一步诊治的其他患者。

第五条 下转至基层医疗卫生机构标准

本院接诊的患者，符合下列条件之一的，应及时下转至医共体内有承接能力的基层医疗卫生机构继续治疗、康复：

1. 急性期缓解患者：急性病经治疗后病情稳定，无需继续住院强化治疗，可在基层进行后续治疗、护理的患者；

2. 手术后恢复期患者：手术治疗后病情平稳，伤口愈合良好，无需特殊监护，可在基层进行康复训练、伤口护理及后续随访的患者；

3. 危重症稳定期患者：危重症经抢救后病情稳定，脱离生命危险，可在基层进行长期康复、护理及病情监测的患者；

4. 慢性病稳定期患者：高血压、糖尿病、冠心病等慢性病患者，病情控制稳定，无需本院专科进一步干预，可在基层进行常规管理、用药指导及随访的患者；

5. 其他符合下转条件的患者：经本院医务人员评估，适合在基层继续治疗、康复的其他患者。

第三章 转诊流程

第六条 上转流程

1. 基层医疗卫生机构医务人员对符合上转条件的患者，经患者及家属知情同意后，填写《双向转诊单》，明确患者基本信息、病史、初步诊断、治疗情况及上转理由，加盖基层医疗机构公章后，通过市卫健委双向转诊信息平台或电话通知本院会诊转诊中心。

2. 本院会诊转诊中心接到上转通知后，立即安排专人对接，协调对应临床科室做好接诊准备，预留诊疗资源（含专家门诊号源、检验检查服务、住院床位等），确保患者到院后可快速衔接诊疗。

3. 患者携带《双向转诊单》、病历资料及相关检查报告，到本院会诊转诊中心或指定专科就诊，接诊医务人员核对转诊信息，结合患者病情完善诊疗方案，对上转患者给予优先接诊、优先检查、优先住院。

4. 会诊转诊中心将接诊情况、诊疗意见反馈至转诊的基层医疗机构，并做好台账记录，定期随访，实现转诊患者全流程闭环管理。

第七条 下转流程

1. 本院临床科室医务人员对符合下转条件的患者，经患者及家属知情同意后，住院患者出院或门急诊患者诊毕时，填写离院方式为“下转离院”，并选择下转的医疗机构名称，明确患者基本信息、本院诊疗情况、下转诊断、后续治疗康复建议及注意事项等，“一键”上报会诊转诊中心。

2. 基层医疗机构的转诊中心接到下转通知后，安排专人对接，与临床科室共同做好患者接收准备，保障患者顺利转入。

3. 患者转出科室需定期与基层医务人员沟通患者康复情况，提供技术指导，基层医疗机构做好患者后续治疗、康复及随访工作，并将相关情况反馈至本院，本院做好台账记录。

第八条 转诊衔接要求

1. 双向转诊过程中，转诊双方需确保患者病历资料、检查报告等信息完整、准确、及时传递，实现诊疗信息互联互通，避免重复检查、重复治疗。

2. 接诊科室需优先处理转诊患者，简化就诊流程，减少患者等待时间。

3. 转诊双方需做好患者及家属的沟通解释工作，明确转诊目的、流程及注意事项，争取患者及家属的理解与配合。

第四章 保障措施

第九条 号源、检验检查及床位保障

1. 医院建立双向转诊工作落实机制，预留 20%的门诊号源，并稳步增加，足额保障由基层医疗卫生机构预约分配，确保基层转诊患者可优先预约专家就诊。

2. 预留不低于 10%的检验检查服务，稳步增加服务供给，足额保障基层医疗卫生机构预约分配需求，为基层转诊患者提供便捷的检验检查服务，缩短诊疗周期。

3. 预留不低于 10%的住院床位，稳步增加床位供给，足额保障基层医疗卫生机构预约分配需求，确保符合住院条件的基层转诊患者及时入院治疗。

第十条 基层帮扶与能力提升

1. 医院制定帮扶医共体内基层医疗卫生机构的实施方案，明确帮扶目标、内容、方式及责任分工，职能部门定期对被帮扶基层医疗机构的工作进行评价、分析，针对存在的问题提出整改意见，持续提升基层医疗机构服务能力。

2. 在医联共内基层医疗卫生机构常态化开设专家工作室，安排本院骨干专家下沉坐诊，提供诊疗服务、技术指导及业务培训。

3. 与医共体内基层医疗卫生机构共建联合病房，帮扶专家（团队）每周至少 1 次下沉联合病房查房，指导基层医务人员开展诊疗、护理及康复工作，提升基层医疗机构承接下转患者的能力。

第十一条 门诊调控与下转考核

1. 医院合理调控普通门诊规模，引导轻症患者到基层医疗卫生机构就诊，落实分级诊疗要求。

2. 建立下转患者考核机制，定期对各临床科室下转工作开展情况进行考核，将考核结果与科室及个人绩效挂钩。

第十二条 台账管理

医务部负责建立双向转诊专项台账，详细记录转诊患者基本信息、转诊时间、转诊方向、诊疗情况、反馈信息等内容，台账资料完整、规范，定期整理归档，便于查阅、检查及考核。

第五章 监督与考核

第十三条 医院双向转诊工作领导小组定期对双向转诊制度的落实情况进行监督检查，重点检查转诊标准执行、流程衔接、号源及床位保障、基层帮扶、台账管理等情况，及时发现问题并督促整改。

第十四条 建立双向转诊考核机制，将双向转诊工作开展情况纳入各临床科室、职能部门及医务人员的绩效考核，对严格执行本制度、转诊工作成效显著的科室及个人予以表彰奖励；对未按规定执行转诊制度、台账资料不完整、未落实保障要求等情况，按照医院相关规定予以扣分、通报批评等处理。

第六章 附则

第十五条 本制度由医院医务部负责解释。

第十六条 本制度自发布之日起施行，原有相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

第十七条 本制度根据医共体建设相关要求及医院实际情况，可适时修订完善。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实行医疗机构首诊负责制和转诊审核责任制意见的通知（苏卫医政〔2021〕51号）[EB/OL].(2021-11-01).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2021/11/1/art_55461_10093895.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2015年04月第1次修订

2016年04月第2次修订

2020年05月第3次修订

2026年01月第4次修订

分级诊疗制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-021-01	制定时间：2026-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范分级诊疗服务流程，明确各级各类机构功能定位，优化医疗资源配置，提升医疗服务效率与质量，结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 分级诊疗是指根据疾病的轻重缓急、诊疗难易程度进行科学分流与分层诊疗，不同层级、不同类别医疗机构承担相应的诊疗服务，构建基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的有序诊疗体系。

第二章 具体要求

第二条 基层首诊。坚持群众自愿、政策引导，鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对于超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的疾病，由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。

第三条 双向转诊。坚持科学就医、方便群众、提高效率，完善双向转诊程序，

建立健全转诊机制，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。

第四条 急慢分治。明确和落实各级各类医疗机构急慢病诊疗服务功能，完善治疗—康复—长期护理服务链，为患者提供科学、适宜、连续性的诊疗服务。急危重症患者可以直接到二级以上医院就诊。

第五条 上下联动。引导不同级别、不同类别医疗机构建立目标明确、权责清晰的分工协作机制，以促进优质医疗资源下沉为重点，推动医疗资源合理配置和纵向流动。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.关于推进分级诊疗制度建设的指导意见（国办发〔2015〕70号）[EB/OL].(2015-09-08).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201509/1d374d8faef1403b8d0d41a840ff4e73.shtml.

[2]江苏省深化医药卫生体制改革领导小组办公室.关于推进分级诊疗制度建设的实施意见（苏医改发〔2015〕4号）[EB/OL].（2015-07-01）.http://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2018/2/13/art_7316_7489223.html.

[3]江苏省卫生和计划生育委员会.关于进一步明确基层医疗卫生机构和公立医院医疗服务范围的指导意见（苏卫医政〔2015〕34 号）[EB/OL].(2015-08-19).https://www.jiangsu.gov.cn/art/2015/9/11/art_46651_2556794.html.

[4]江苏省卫生和计划生育委员会，江苏省发展和改革委员会，江苏省财政厅，等.关于进一步完善并落实分级诊疗制度相关政策的通知（苏卫医政〔2018〕12号）[EB/OL].(2018-02-13).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2018/2/13/art_7316_7489223.html.

检查、检验结果互认制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-022-06	制定时间：2008-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：6
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医疗检查检验行为，推进检查检验结果互认共享，在确保医疗质量的前提下避免不必要的重复检查，缓解“看病难、看病贵”的问题，结合本院实际，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据《关于进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见》《江苏

省医疗机构检查检验结果互认工作实施方案》文件精神，制定本制度。

第二章 互认项目

第二条 参加互认的医疗机构，统一检查检验结果报告单样式，在结果报告单和图像、胶片的右上方标注“苏 HR”互认标识。在具体互认项目名称右侧标注“*”，标注“*”的项目是指达到省级以上质控标准的检查检验项目，可在全省范围内相应医疗机构之间互认。

第三条 江苏省临床检验结果互认项目目录。临床检验互认项目为参加省、市级及以上临床检验中心组织的室间质量评价并合格的项目。

第四条 江苏省临床放射互认检查项目清单。按照《关于做好江苏省卫生健康云（影像平台）检查结果医疗机构间互认工作的通知》（苏卫医政〔2022〕18 号）要求所列的《江苏省临床放射互认检查项目清单》。

第三章 互认流程

第五条 接诊医生根据患者病情，判断是否接受检查检验结果互认。对认可的外院检查检验结果，应在门诊、住院病历中予以记录，记录内容包括机构名称、检查日期、档案号等，并注明“医学检查检验互认项目”，住院患者的互认资料应在住院病案中予以留存。

第六条 积极调阅平台检验检查资料，提高使用平台的频次。省卫生健康云(影像平台)已建成，实现了医学影像检查结果(X 线、CT 和 MRI)跨区域、跨机构调阅。鼓励在诊疗工作中依托省“影像平台”开展检查检验结果互认工作。

第七条 对于诊疗需要，确需再次进行检查检验的，应当做好解释工作，充分告知患者或其家属检查目的及必要性等。出现以下情况可以对相关项目重新进行检查检验：

1. 因病情变化，已有的检查结果难以提供参考价值的(如与疾病诊断不符合等)；
2. 检查结果与疾病发展关联程度高、在疾病发展过程中变化幅度较大或变化较快的；
3. 检查项目对于疾病诊疗意义重大的（如手术、输血等重大医疗措施前）；
4. 原检查结果与患者临床表现、疾病诊断不符，难以满足临床诊疗需求的；
5. 患者处于急诊、急救等紧急状态下的；
6. 图像质量和方法不能满足诊断要求的检查；
7. 患者或其家属要求做进一步检查的；
8. 司法、伤残及病退等鉴定所需的；
9. 其他符合诊疗需要，需再行检查情形。

第四章 工作要求

第八条 医务人员要从维护人民群众切身利益的角度出发，充分认识推进检查检验结果互认工作的重要意义，进一步提高政治站位，统一思想认识，积极实施，确保

任务落实。

第九条 医学检验科要加强人员培训，对涉及检验互认的项目建立标准操作流程和相应质量管理体系，规范开展室内质量控制，仪器设备、试剂耗材等应当符合国家有关要求。已标注互认标识的项目参加相应质量评价的频次不得少于半年一次。

第十条 医学影像科应加强人员培训，规范操作流程，强化设施设备管理，涉及的影像资料应做到检查过程规范、检查项目齐全、序列完整、图像清晰、质量可靠、影像资料同质化并达到诊断要求，患者基本信息和检查日期要保证准确，诊断报告文字符合医疗文件书写规范，病变相关数据要保证精准无误。互认项目必须通过质控评价，已标注互认标识的项目参加相应质量评价的频次不得少于半年一次。

第十一条 医务部、信息数据中心等职能处室要加强以电子病历为核心的医院信息平台建设，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。医务部要定期组织员工进行互认工作流程培训，对互认工作进行有效引导、监督、定期（半年）评价，并定期反馈设备和设施（如医生工作站实现数据、图片、影像的院际间互联或存储信息阅读接口）的使用情况。

第五章 不适用互认范围

第十二条 因病情变化，检查、检验结果难以提供参考依据（如与疾病诊断不符合等）。

第十三条 检查、检验结果在疾病发展过程中变化较大。

第十四条 检查、检验项目意义重大（如手术等重大医疗措施前）等。

第十五条 上述不属互认范围，需重新检查的，须向患者明确说明，并将复查依据在病历中予以记载。急诊、急救时不受上述限制。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.江苏省医疗机构检查检验结果互认工作实施方案（苏卫医政〔2023〕21 号）[Z].

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2010 年 04 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 05 月第 3 次修订

2021 年 03 月第 4 次修订

2025 年 06 月第 5 次修订

2026 年 01 月第 6 次修订

临床检查检验项目分级管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2024-002-01	制定时间：2024-03-04
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-04-05

一、目的

为进一步规范全院临床检查、检验诊疗行为，落实合理检查、精准诊疗、提质控费工作要求，衔接医院《“三合理一规范”管理制度》，依据三级甲等医院评审标准、医疗质量安全核心制度、医疗机构检查检验结果互认管理办法，建立检查检验项目分级分类、分级审批、分级质控、分级监管体系，有效杜绝无指征检查、重复检查、过度检查，提升诊疗同质化水平，保障医疗质量安全，减轻患者就医负担，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 适用范围

本制度适用于宜兴市人民医院所有临床科室、医技科室（检验科、医学影像科、超声科、内镜中心、病理科、核医学科等），全体执业医师、医技操作人员、规培、进修、实习人员，覆盖门诊、急诊、住院、手术、体检、康复等全部诊疗场景的检查、检验项目申请与实施管理。

第二条 核心管理原则

坚持指征适配、风险分级、权限匹配、质量可控、结果互认、全程溯源原则，以临床诊疗指南、临床路径为依据，按照项目风险等级、技术难度、费用成本、辐射风险、侵入性程度实行四级分级管理，落实分级申请、分级审批、分级质控、分级督查，实现检查检验行为标准化、规范化、精细化管控。

第二章 组织机构与职责

第三条 管理组织架构

依托医院“三合理一规范”工作领导小组，成立检查检验分级管理专项工作组，领导小组统一统筹部署，医务部牵头日常管理，质管部、检验科、医学影像科、超声科、医保管理科、信息科、财务科及各临床科室为责任部门。

第四条 各部门工作职责

1. 医务部（牵头部门）：负责本制度修订、落地培训、日常督查、专项检查、问题汇总、整改督办；统筹检查检验分级目录动态更新，规范分级审批流程，管控不合理检查行为，对接三甲评审及医疗质量考核。

2. 质管部：负责检查检验质量同质化管控，统计各级项目检查阳性率、重复检查率、异常结果上报率，开展质量点评与持续改进。

3. 医技各科室：严格按照分级管理要求承接检查检验项目，核对申请资质、审批流程，严格执行技术操作规范，做好结果质控、危急值上报、结果互认落实，严禁超权限、无指征开展项目。

4. 临床科室：科室主任为本科室检查检验分级管理第一责任人，严格落实分级申请、分级审批、指征把控，规范病历书写，详细记录检查目的、复查理由，落实结果解读与后续诊疗。

5. 医保管理科、财务科：结合医保政策、物价标准，管控高值检查、重复计费、违规诊疗行为，排查医保基金不合理使用问题。

6. 信息科：负责 HIS 系统分级权限配置、前置预警、智能拦截、数据统计，嵌入分级审批流程、重复检查预警规则，实现全流程信息化监管。

第三章 检查检验项目分级标准与分类

根据项目风险程度、技术难度、侵入性、辐射风险、费用层级、临床应用范围，将全院检查、检验项目划分为Ⅰ级（常规基础类）、Ⅱ级（普通专项类）、Ⅲ级（高危高值类）、Ⅳ级（特殊疑难高精类）四个等级，实行差异化权限管理。

第五条 Ⅰ级项目（常规基础、低风险、普适性）

1. 项目定义：技术成熟、风险极低、无侵入、无辐射、费用低廉、临床常规刚需项目，适用于所有普通患者初筛、常规评估。

2. 涵盖范围

检验类：血常规、尿常规、粪常规、基础生化、普通电解质、血糖、血脂、基础凝血功能等常规检验项目。

检查类：普通体格检查、常规心电图、普通腹部超声、胸片等基础无创检查。

3. 管理要求：住院医师及以上资质可直接开具，无需科主任审批，严格依据病情指征开具，杜绝无指征批量检查。

第六条 Ⅱ级项目（普通专项、中低风险、常规专科）

1. 项目定义：技术规范、风险可控、低辐射或无创、费用适中，为专科常见病、多发病诊疗必需的专项检查检验项目。

2. 涵盖范围

检验类：炎症标志物、肿瘤基础筛查、肝肾功能细分项目、传染病筛查、激素常规检测、尿液定量检测等专项检验。

检查类：多部位超声、四肢 X 线、动态心电图、肺功能、普通内镜（常规胃镜、肠镜）等专科常规检查。

3. 管理要求：执业医师、规培医师（带教审核后）可开具，主治医师日常督导

把控，严格遵循临床路径，严控非必要专项筛查。

第七条 III级项目（高危高值、中高风险、大型常规设备）

1. 项目定义：存在一定辐射风险、侵入性、费用较高、资源消耗大，多用于疑难诊断、术前评估、重症诊疗的大型检查检验项目。

2. 涵盖范围

检验类：特殊免疫检测、药敏精准检测、内分泌全套、特殊病原体核酸检测、精准凝血功能检测等高价专项检验。

检查类：全身/局部 CT、普通 MRI、超声造影、无痛内镜、肌电图、骨密度检测等大型常规项目。

3. 管理要求：需主治医师及以上开具，科室副主任及以上审批，必须具备明确诊疗指征，病历详细记录开具依据，严控检查频次与重复检查。

第八条 Ⅳ级项目（高精疑难、高风险、特殊侵入性）

1. 项目定义：技术难度高、辐射剂量大、侵入性强、费用高昂、风险较高，仅适用于疑难危重、罕见病、复杂手术诊疗的高精尖检查检验项目。

2. 涵盖范围

检验类：基因检测、染色体分析、肿瘤精准分型检测、罕见病专项检测、超高敏特殊病原检测等特殊检验。

检查类：增强 CT、增强 MRI、DSA、PET-CT、核医学显像、超声介入、内镜下微创探查、特殊功能成像等高危高精项目。

3. 管理要求：必须副主任医师及以上开具，科室主任审批，疑难病例需经科内讨论或 MDT 会诊确认，严格把控适应症，充分告知患者风险及费用，签署知情同意书，严禁随意开具。

第四章 分级审核与开具管理规范

第九条 资质权限匹配管理

严格执行“资质对应项目等级”原则，低资质医师不得越级开具高等级检查检验项目；规培、实习、进修医师仅可在带教医师审核授权后开具Ⅰ、Ⅱ级项目，严禁独立开具III、Ⅳ级项目。信息系统配置分级权限，实现越级申请自动预警、拦截。

第十条 分级审核流程

1. Ⅰ级项目：规培、实习、进修医师仅可在带教医师审核授权后开具，住院医师及以上可即时开具、即时执行，日常科室自查管控。

2. Ⅱ级项目：住院医师及以上可自主开具，科室每日质控抽查，定期汇总点评。

3. III级项目：主治医师及以上可开具，电子申请提交后，科室副主任以上审批通过后方可执行，留存审批记录。

4. Ⅳ级项目：副主任医师及以上可开具，提交医嘱+病情指征说明，科主任审批，

疑难病例附会诊记录，医务部不定期抽查。

第十一条 复查与重复检查管理

严格落实检查检验结果互认制度，对短期内同级及以上医院有效结果、本院近期同类合格结果，无病情进展、无诊疗刚需的，一律不得重复检查。确因病情变化、诊疗需要必须复查的，需在病历中详细记录复查原因、病情依据，高等级项目需再次履行审批流程。

第十二条 急诊特殊豁免机制

急危重症患者为抢救生命、快速明确诊断，可先行开具各级检查检验项目，事后24小时内补齐审批手续及病情记录，保障急诊救治时效，同时杜绝以急诊名义违规开展非必要高等级项目。

第五章 质量控制与结果管理

第十三条 分级质控标准

1. Ⅰ、Ⅱ级项目：保障检测准确率、报告及时率，常规开展室内质控、室间质评，杜绝基础差错。

2. Ⅲ、Ⅳ级项目：实行专项质控，严格执行操作规范，专人审核报告，定期统计项目阳性率、异常检出率、误诊漏诊率，建立质量改进台账。

第十四条 危急值与异常结果分级上报

各级检查检验项目检出危急值、重大异常结果时，严格执行危急值报告制度，Ⅰ、Ⅱ级常规异常及时告知管床医师；Ⅲ、Ⅳ级重大异常结果，立即上报科室主任及医务部，跟踪患者处置情况，形成闭环管理。

第十五条 结果互认落地管理

按照国家、省、市检查检验互认目录，对纳入互认范围的合格项目，在有效期内无病情变化的，优先采信互认结果，严禁强制重复检查；对未达到质控标准、结果过期、病情变化的，可依规重新检查并做好记录说明。

第六章 信息化智能监管

第十六条 系统分级管控功能

信息科依托HIS、LIS、PACS系统，搭建分级管理智能监管模块，实现：医师权限分级匹配、高等级项目前置审批、重复检查智能预警、超频次检查拦截、异常数据自动统计、全程操作溯源。

第十七条 数据动态监测

系统每月自动汇总各级项目开具量、阳性率、重复检查率、审批合规率、异常发生率，为质控考核、科室评价提供数据支撑，对异常波动项目及时预警整改。

第七章 监督考核与责任追究

第十八条 常态化督查机制

1. 科室每日自查：科室质控员每日核查本科室检查检验开具合规性，整改轻微问题。

2. 职能科室月度抽查：医务部、质管部每月抽查各级项目审批记录、病历指征、结果处置，通报不合理检查案例。

3. 全院季度专项检查：结合“三合理一规范”专项督查，开展分级管理全覆盖检查，闭环整改问题。

第十九条 考核奖惩机制

将检查检验分级管理执行情况纳入科室绩效考核、个人年度考核、职称评聘、评优评先。合规率高、无违规问题的予以正向激励；存在越级开具、无指征开具、重复检查、审批流于形式等问题的，扣除科室及个人绩效。

第二十条 违规责任追究

1. 轻微违规：无不良后果的，院内通报、口头警示、限期整改。

2. 一般违规：多次不合理开具、违规审批，造成患者投诉、资源浪费的，约谈个人及科室负责人、绩效处罚。

3. 严重违规：因违规检查导致医疗隐患、医疗纠纷、医保基金损失、不良社会影响的，严肃追责，取消评优资格，限制执业权限，依规依纪处理。

第八章 附则

第二十一条 生效日期

本制度自发布之日起施行，由医务部负责解释与修订。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[2]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[3]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[4]卫生部.处方管理办法（卫生部令第 53 号）[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/0278c08ce1f540c5a5a0b9e4eef8a568.shtml.

[5]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[6]国家卫生健康委，国家发展改革委，财政部，等.进一步规范医疗行为促进合

理医疗检查的指导意见：国卫医发〔2020〕29号[EB/OL].(2020-12-29).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202012/b58dce5064494513a946d9f541d348ba.shtml.

[7]国家卫生健康委，国家中医药局.关于开展全面提升医疗质量行动（2023-2025年）的通知：国卫医政发〔2023〕12号[EB/OL].(2023-05-26).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202305/content_6883704.htm.

[8]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药局，等.关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知：国卫医发〔2022〕6号[EB/OL].(2022-02-14).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202202/ef4a28ddc74447eea85f93fe05107200.shtml.

[9]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省三级综合医院评审标准实施细则（2023年版）的通知：苏卫医政〔2023〕40号[EB/OL].(2023-09-19).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_7316_11023451.html.

“三合理一规范”管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2024-001-02	制定时间：2021-06-30
适用范围：全院员工	修订时间：2024-03-04
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2024-04-05

一、目的

为落实各级卫健部门规范医疗服务行为相关要求，严控过度医疗与不合理诊疗，保障患者安全、减轻群众就医负担，规范医务人员执业行为，建立“三合理一规范”常态化管理体系，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 为严格落实国家、省、市卫生健康部门关于规范医疗服务行为、提升医疗质量安全的工作要求，持续规范院内诊疗服务流程，严控过度医疗、不合理诊疗行为，保障患者就医安全，减轻群众就医负担，规范医务人员执业行为，结合我院三级甲等综合性医院功能定位、诊疗能力及运营管理实际，建立健全合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费（简称“三合理一规范”）常态化管理体系，持续提升医院精细化、规范化、同质化诊疗管理水平，特制定本制度。

第二条 适用范围：本制度适用于医院所有临床科室、医技科室、药学部门、收费科室及全体在岗医务人员、规培医师、进修医师、实习人员、医技操作人员及相关后勤辅助工作人员，覆盖门诊、住院、急诊、手术、康复、体检等全院所有诊疗服务场景。

第三条 工作原则：坚持“依法执业、质量优先、安全可控、合理合规、便民惠民、全程监管”原则，以临床诊疗指南、临床路径、技术操作规范为核心依据，杜绝过度检查、滥用药物、过度治疗、违规收费行为，实现诊疗行为标准化、医疗服务同质化、收费项目透明化、质量监管常态化。

第二章 组织机构与职责

第四条 组织架构：成立医院“三合理一规范”管理工作领导小组，由院长任组长，分管医疗、质控、医保的副院长任副组长，医务部、质管部、药学部、医保管理科、财务科、审计科、信息数据中心、纪检监察室主任为成员。

领导小组下设办公室，负责日常统筹、督导检查、数据统计、整改落实、考核通报等工作。

第五条 部门职责：

1. 医保管理科：牵头统筹全院“三合理一规范”管理工作，结合医保政策、DRG付费规则，管控超适应症诊疗、重复诊疗、分解住院、违规收费等行为，排查医保基金不合理使用问题，落实医保合规整改。

2. 医务部：开展日常督查、专项抽查、病例点评；规范临床诊疗路径，整改不合理诊疗行为，对接医疗质量考核与三甲评审工作。

3. 药学部：负责合理用药专项管理，落实处方、医嘱前置审核与事后点评，管控抗菌药物、辅助用药、高警示药品、抗肿瘤药物等重点药品使用，监测用药强度、不合理用药率，开展药学干预与临床用药指导。

4. 财务科：负责规范收费管理，严格执行物价收费标准，审核诊疗收费项目、频次、标准，杜绝自立项目、超标准、重复收费、分解收费等违规行为，公示收费标准，保障收费透明化。

5. 信息数据中心：依托医院 HIS、LIS、PACS 系统，搭建智能管控平台，嵌入诊疗规范、用药禁忌、检查适应症、收费标准等审核规则，实现前置预警、事中拦截、事后溯源，提供数据统计与技术支撑。

6. 审计科、纪检监察室：负责专项审计、行风监督，对违规诊疗、违规收费、过度医疗等行为开展执纪问责，受理患者投诉举报。

7. 各临床、医技科室：科室主任为第一责任人，负责本科室诊疗、检查、用药、收费行为的日常管控、全员培训、自查自纠，落实问题整改，保障科室诊疗行为全程合规。

第三章 合理检查管理规范

以“必需、适宜、精准、经济”为原则，严格遵循临床诊疗指南、临床路径，规范各类医学检查行为，杜绝无指征检查、重复检查、过度检查、超范围检查。

第六条 检查指征管控：医务人员开展各类检验、影像、特殊检查、内镜、功能

检查等，必须具备明确临床适应症，结合患者病情、体征、病史及既往检查结果综合判断，严禁以创收、规避医保考核、完善病历等为目的开展非必要检查。对常见病、多发病严格按照临床路径开展标准化检查，严控大型设备检查、特殊项目检查频次。

第七条 重复检查管控：严格落实检查结果互认制度，对短期内同级及以上医院有效检查检验结果，无病情变化、无诊疗需求的，不得重复检查；因病情进展、诊疗需要必须复查的，需在病历中详细记录复查理由，留存诊疗依据。

第八条 大型设备检查管控：强化 CT、MRI、DSA、超声造影、核医学等大型设备检查管理，无明确指征的大型检查，医技科室不得执行检查。医务部、质管部定期抽查大型检查合理性，核查阳性率、适应症符合率。

第九条 检查告知管理：开展特殊、贵重、有创、高风险检查前，必须充分告知患者检查目的、风险、费用、替代方案，征得患者或家属知情同意，规范签署知情同意书，杜绝强制检查、诱导检查。

第四章 合理用药管理规范

第十条 医师开具处方、医嘱需严格依据患者病情、年龄、体重、肝肾功能、过敏史、合并症等情况，精准选择药品、剂型、剂量、给药途径、疗程，严格遵守药品说明书及临床用药指南，杜绝无指征用药、超适应症、超剂量、超疗程用药。规范联合用药、配伍禁忌管理，规避药物相互作用、重复用药问题。

第十一条 重点药品专项管控：

1. 抗菌药物：严格落实抗菌药物分级管理制度，精准把控预防用药、治疗用药指征，严控抗菌药物使用强度、围手术期预防用药时长，杜绝无指征预防性使用、超级别使用抗菌药物，定期开展抗菌药物专项点评。

2. 辅助用药：建立辅助用药目录管理与动态监控机制，严控营养类、免疫调节类等辅助药品滥用，严格依据病情刚需使用，定期统计辅助用药占比，对异常增长药品实施预警管控。

3. 高警示药品、特殊药品：规范麻醉药品、精神药品、化疗药品、高警示药品使用流程，严格执行双人核对、分级审批制度，落实全程溯源管理。

第十二条 全面推行处方、医嘱前置智能审核+人工复核双重管控模式，药学人员对不合理处方、医嘱实时干预、拦截、退回整改。药学部每月开展全院处方、住院医嘱专项点评，梳理不合理用药问题，通报典型案例，督促科室整改落实。

第十三条 医务人员、临床药师需做好用药宣教，告知患者用药目的、用法用量、不良反应、注意事项；对慢病、长期用药、特殊人群患者开展用药随访，优化用药方案，保障用药安全有效。

第五章 合理治疗管理规范

第十四条 诊疗方案规范化：各科室常见病、多发病必须严格执行对应临床路径，

根据患者个体情况制定个性化、规范化诊疗方案，诊疗方案需贴合病情、符合指南标准，杜绝过度治疗、盲目治疗、无效治疗。疑难病例、危重病例需严格执行疑难病例讨论、多学科会诊制度，科学制定诊疗方案。

第十五条 手术与有创治疗管控：严格执行手术分级管理制度、术前讨论制度、手术安全核查制度，严禁超权限开展手术、无指征手术、过度手术；严格把控手术适应症、禁忌症，规范围手术期诊疗管理，杜绝过度术前检查、过度术后治疗。微创、介入等有创治疗必须严格评估病情，优先选择安全、适宜、经济的治疗方案。

第十六条 住院与康复治疗管控：严格落实分级诊疗与住院指征管理，杜绝无指征住院、分解住院、延长住院日等行为；规范康复治疗、理疗、对症支持治疗，根据患者康复进度动态调整治疗方案，杜绝过度康复、无效理疗等过度医疗行为。

第十七条 诊疗行为禁忌：严禁医务人员擅自增加非必要诊疗项目、擅自变更诊疗方案、诱导患者接受高价诊疗服务；严禁利用诊疗行为谋取私利，杜绝各类违规诊疗行为。

第六章 规范收费管理规范

第十八条 收费标准管控：全院所有诊疗收费项目、收费标准、医保报销比例严格按照物价部门、医保部门最新文件执行，严禁自立收费项目、超标准收费、分解收费、重复收费、变相收费。财务科定期更新公示收费目录，确保全院收费标准统一、公开透明。

第十九条 诊疗收费匹配管控：严格执行“诊疗行为与收费项目一一对应”原则，无实际诊疗行为不得收费，未开展检查、治疗、护理项目不得计费；严禁虚记费用、串项计费、提前计费、延后计费，杜绝虚假诊疗、虚假收费行为。

第二十条 收费核对与告知：医护人员、收费人员需主动告知患者诊疗费用、自费项目、医保报销范围，每日为住院患者提供费用清单，接受患者查询与核对。对自费项目、特殊高价项目必须提前告知并取得患者知情同意。

第二十一条 退费与纠错管理：建立规范的费用退费、差错纠错机制，对误收、多收、错收费用及时核查、全额退还，定期梳理收费差错问题，举一反三整改，杜绝同类问题重复发生。

第七章 监督检查与考核机制

第二十二条 常态化督查机制

1. 日常自查：各科室定期开展诊疗行为自查，科室主任每月抽查，及时整改本科室不合理检查、用药、治疗、收费问题。

2. 职能科室督查：医务部、质管部、药学部、医保管理科、财务科每月开展专项督查，随机抽查门诊处方、住院病历、检查报告、收费清单，形成督查台账。

3. 全院专项检查：医院每季度开展一次“三合理一规范”全覆盖专项检查，通

报典型问题，下发整改通知书，跟踪闭环整改。

第二十三条 智能监管预警：

依托医院信息化系统，搭建智能监管平台，对重复检查、超量用药、异常收费、过度诊疗等行为实时预警、自动拦截，实现事前预防、事中管控、事后溯源的全流程监管。

第二十四条 考核奖惩机制：

将“三合理一规范”执行情况纳入科室绩效考核、个人年度考核、职称评聘、评优评先、科室主任目标考核核心内容。对合规率高、整改到位、无违规问题的科室和个人予以表彰奖励；对多次出现不合理诊疗、违规收费行为、整改不力的科室及个人，扣除绩效分值，取消评优评先资格。

第八章 违规处理与责任追究

第二十五条 一般违规行为处理：

对轻微不合理检查、用药、治疗、收费行为，未造成不良后果的，予以院内通报批评、口头警示、限期整改，科室负责人约谈提醒。

第二十六条 严重违规行为处理：

对多次违规、过度医疗、违规收费、滥用药品、造成患者投诉、医保扣款、医疗隐患的个人，予以绩效处罚、全院通报，暂停处方权、诊疗权限，开展专项培训考核。

第二十七条 重大违规责任追究：

因违规诊疗、违规收费造成医疗纠纷、重大医疗安全隐患、医保基金重大损失、恶劣社会影响的，严格落实“谁主管、谁负责”原则，追究当事人、科室负责人、分管领导责任，依规依纪处理；涉嫌违法违规的，上报上级主管部门，依法追究法律责任。

第九章 附则

第二十八条 制度落地

本制度由医院医务部、医保管理科负责解释、修订，各科室需组织全员培训学习，严格贯彻执行，常态化开展自查整改，持续规范诊疗服务行为。

第二十九条 生效日期

本制度自发布之日起正式施行，原有相关管理规定与本制度不一致的，以本制度为准。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[2]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[3]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[4]卫生部.处方管理办法(卫生部令第53号)[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/0278c08ce1f540c5a5a0b9e4eef8a568.shtml.

[5]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[6]国家卫生健康委,国家发展改革委,财政部,等.进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见:国卫医发〔2020〕29号[EB/OL].(2020-12-29).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202012/b58dce5064494513a946d9f541d348ba.shtml.

[7]国家卫生健康委,国家中医药局.关于开展全面提升医疗质量行动(2023-2025年)的通知:国卫医政发〔2023〕12号[EB/OL].(2023-05-26).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202305/content_6883704.htm.

[8]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省三级综合医院评审标准实施细则(2023年版)的通知:苏卫医政〔2023〕40号[EB/OL].(2023-09-19).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_7316_11023451.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容,修订制度。

五、修订记录

2024年3月第1次修订

患者病情评估管理制度

文件编号:YXPH-YL-YWB-2026-023-04	制定时间:2012-12-01
适用范围:全院员工	修订时间:2026-01-01
制定部门:医务部	修订版本:3
审核批准:医疗质量与安全管理委员会	执行时间:2026-02-01

一、目的

为保证医疗质量,确保患者从进院开始就能够得到客观的评估,医生能够做出详细科学的治疗计划,保障患者得到规范有效诊疗,特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《围手术期管理制度》有关文件精神要求,结合本院实际情况,制

定本制度。

第二章 病情评估要求

第二条 患者病情评估工作必须由具备执业医师或执业护士资质的人员实施，对就诊的每一位患者都应进行充分的病情评估。

第三条 通过采集病史、体格检查配合相关辅助检查等手段，明确患者病情严重程度、心理和生理状况、营养状况、治疗依从情况、家庭支持情况、医患沟通情况及自理能力等，以此为依据，制定适宜有效的诊疗方案，保证医疗质量和患者安全。

第四条 患者病情评估的重点范围包括：所有住院患者入院评估，手术前评估、麻醉前评估、危重患者评估、住院患者再评估，手术后评估、出院前评估等。

第五条 应在规定的时限内完成对患者的评估：普通住院患者病情综合评估应在入院后 8 小时内完成，急诊住院患者在 1 小时内完成，入住重症监护病房的患者应在 15 分钟内完成初次病情评估。

第三章 执行患者病情评估人员的职责

第六条 在科主任（护士长）指导下，对患者进行检查、诊断、治疗，下达医嘱和完成病历。

第七条 随时掌握患者的病情变化，并根据病情变化及疾病诊疗流程，适时对患者进行病情评估。

第八条 在对患者进行病情评估的过程中，应采取有效措施，保护患者隐私。

第九条 评估结果应告知患者或其委托人（监护人），重要的评估结果应记录于“医患沟通记录”之中，除日间病房（日间手术）或 24 小时出入院患者外，至少需要在患者入院后、出院前进行两次医患沟通，评估结果必须在这两次谈话记录中准确体现。

第十条 积极组织参与患者病情评估专业教育、培训工作，掌握专门的病情评估知识及技能，定期参与考核，持续改进评估质量。

第四章 医师对患者病情评估

第十一条 医师对患者的病情评估主要通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段进行。

第十二条 按照《江苏省病历书写规范（第 2 版）》等相关制度要求，在规定时限内完成首次病程记录、入院记录等文书的书写。在首次病程记录中应对入院患者病情评估情况进行规范的记录。

第十三条 手术医师应在术前依照《手术风险评估制度》等相关规章制度，对手术患者进行术前评估及风险判断，及时调整诊疗方案并完成术前小结、术前讨论等。

第十四条 麻醉医师应在实施麻醉前完成对患者的病情评估，并完成“麻醉术前访视记录”、“麻醉知情同意书”，术后需对患者麻醉恢复情况进行访视及评估，并

完成“麻醉术后访视记录”。

第十五条 患者在入院后出现病重、病危等情况时，床位医师应及时向上级医师请示，在上级医师指导下完成再次病情评估。必要时申请会诊，进行多方面评估。

第十六条 住院时间超过 30 天的患者、再次住院患者、非计划再次手术患者，床位医师应按照相应的要求重点针对患者长期住院、再次入院、再次手术的原因进行评估分析。

第十七条 患者入院经正确评估后，本院不能治疗或治疗效果不确定的，应及时与家属沟通，协商是否转上级医院治疗，并履行好签字手续。

第十八条 对出院患者要进行出院前评估，完成出院记录，评估内容包括：患者现状、治疗效果、随访事项、饮食注意事项、康复注意事项及尚未解决的问题等。

第十九条 上级医师查房时要对下级医师的评估结果进行把关，并对患者病情进行动态评估。

第二十条 当患者病情发生变化，更改重要医嘱及患者实行重大操作（如血透、呼吸机辅助呼吸等）、手术前及手术后第一日均要对患者进行病情评估，并在病程记录中详细记录。

第二十一条 转科病例必须在转出、转入时完成对患者的病情评估，转入科室的上级医师必须在患者转入后规定时限内对患者病情再次评估并记录于病程记录中。

第五章 教育监督考核机制

第二十二条 对于具备患者病情评估资质的临床医师及其他岗位卫生技术人员，由医务部每年组织 1-2 次全员参与的患者病情评估培训和教育，提高评估工作质量。

第二十三条 本制度执行情况将纳入到医院医疗质量管理考核体系中，与评优选先、职称晋升和奖金挂钩。

第二十四条 医务部等职能部门对患者病情评估开展情况进行不定期监督检查，检查过程中发现的问题及时反馈给相关科室，并限期整改。

第二十五条 对于在执行患者病情评估过程中存在重大失误，造成恶劣影响者将根据医院相关规定严肃处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第三十八号）.中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[EB/OL].(2019-12-28).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

放置各类引流管/注入导管及填塞物的管理规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-014-04	制定时间：2012-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为切实落实核心制度的执行，实施精细化管理，提高医疗质量，确保医疗安全，针对手术后需放置各类引流管及填塞物的跟踪管理，根据《医疗质量管理办法》和本院实际情况，制定本规定。

二、内容

1. 手术后放置各类引流管及填塞物是指手术后因诊疗疾病的需要而放置的各类引流管/注入导管、皮片及纱布、纱条、棉垫、棉片、膨胀海绵等填塞物。

2. 针对各类手术（胸腔、腹腔、深部）需在术前、关闭胸腔、腹腔、缝合伤口前常规清点纱布、器械、缝针无误后，才能顺序完成操作，并做好记录。

3. 因诊疗疾病需要，在实施手术后需放置相关的引流管/注入导管及放置填塞物时，手术组成员应知晓，并向巡回护士告知（尤其是生理性腔道置管、置物）。

4. 术者（或第一助手）在书写手术记录和术后首次病程录时，应记明放置的引流管/注入导管的类型、数量、放置部位；填塞物的种类、数量、部位。巡回护士应同样记录于手术护理记录单中。

5. 门诊患者实施手术、换药等操作后，放置引流管/注入导管及任何填塞物时，操作后必须在门诊病历中记录相应内容。

6. 根据病情如需拔除引流管/注入导管或取出填塞物时，对住院患者应及时开出医嘱，实施操作后应及时在病程记录中记录拔除引流管/注入导管或取出填塞物的数量、种类。门诊患者在实施操作后，应在门诊病历上记录相关内容。

7. 因病情需要，住院、门诊患者（如外科、骨科、妇产科、耳鼻咽喉科、口腔科等）需重复放置引流管/注入导管或填塞物时，术者必须在病程录或门诊病历上记录清楚。

8. 医务人员要认真履行告知义务，针对出院患者、门诊患者要根据实际情况告知复诊时间（常规情况下拔除引流管或取出填塞物的时间）。

9. 医务人员要严格执行操作规程，认真执行查对制度，对引流管/注入导管及填塞物进行跟踪管理，以防止遗留或残留，确保医疗安全。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2020 年 04 月第 2 次修订

2025 年 12 月第 3 次修订

即时检测（POCT）管理规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-015-04	制定时间：2012-04-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范即时检测（POCT）的临床使用，提高本院 POCT 检查质量和水平，切实保障本院医疗质量和安全，制定本规定。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国医师法》《医疗废物管理条例》《医疗机构临床实验室管理办法》《即时检测质量和能力的要求》（GB/T29790—2013）等规范，结合本院实际制定本规定。

第二条 本规定适用于本院所有开展即时检测（POCT）的临床科室、医技科室、护理单元，以及所有参与 POCT 检测操作、设备管理、试剂管理、质量控制、医疗废物处理的相关人员；适用于本院目前开展的便携式血糖检测、脑利钠肽（BNP）检测、肌钙蛋白（CTNT）检测、血气分析等所有 POCT 项目，以及未来新增的各类 POCT 项目、相关设备及耗材。

第三条 即时检测（point-of-care testing，POCT）是利用便携式装备直接在最贴近患者的地点完成标本采集、检测和结果报告等整个流程的检验。POCT 具有快速、方便实用及节约成本等优点，可快速为临床诊疗提供参考依据，但由于是分散检测，若操作不够规范和质量控制把握不好，检验结果的准确性将大受影响。

第二章 正文

第四条 加强管理，明确职责

1. 医务部：审核各科室上报的POCT项目需求，负责质量控制及操作人员的资质管理，制定培训及考核计划。

2. 各临床科室、护理部：提交POCT设备需求报告，安排检测人员，负责设备的规范化操作与管理。

3. 医学装备科：负责POCT设备的规范采购及耗材供应，要求全院采购同一型号设备并进行造册管理，并负责设备的操作、维护保养培训和维修管理。

4. 医学检验科：负责POCT设备SOP文件制定及检测结果的比对，定期进行质控，参与临床检测人员的技术培训。

5. 感染管理科：负责检测后医疗废物的监控与管理。

第五条 开展培训，强化考核

1. 培训：培训的主要内容为POCT检测的原理、意义、应用价值及操作方法等相关知识。每年至少进行一次全院范围内检测人员的培训，新购POCT设备时，对检测人员进行系列培训。

2. 考核：每次培训完成后进行书面考核及实际操作考核评估。

第六条 规范操作，加强监督

1. 各科室应加强POCT操作规范的培训，认真执行血操作规范，配备安全且符合标准的相应装置，强化预防医院感染的意识，保障医疗安全。

2. 操作过程中应严格执行无菌操作技术规程和手卫生规范，使用后的废弃物品，应及时按感染性废物处理，不得随意丢弃，应统一用锐器盒收集。

3. 测试时，严格按照SOP文件进行操作，并定期对仪器进行质量控制。

4. 医务部、护理部、感染管理科、医学装备科应进行不定期指导与监督。

第七条 质量控制，保障安全

1. 所有即时检测记录均需登记，各科室、病区建立POCT登记本，详细记录患者姓名、床号、住院号、检测结果、检测时间、检测人员等信息，相关检测结果需记录在病程记录中，根据情况采取必要的治疗措施。

2. POCT检测值达到本院相关危急值标准时，需按照危急值管理规范进行。

3. 每台POCT设备均应建立健全相应的标准操作程序文件（SOP）。该文件包括患者准备、标本留取、检验方法原理、检测操作步骤、结果的分析和报告、室内质量控制、比对、仪器校准和维护、干扰因素及注意事项、经验证的项目性能规格、结果超出可报告范围的处理程序等方面的具体要求。标准操作程序文件必须经检验专家审核，报医务部签字。

4. 操作人员必须进行日常质量控制，填写相关质量控制记录，供医务部检查和

备案。

5. 质量控制内容包括预防性质量控制、室内质量控制、比对、室间质量评价、保存记录。

6. POCT 设备出现质量问题应暂停使用，及时通知负责的检验专家帮助寻找原因进行纠正，并视情况向主管领导作书面汇报。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构临床实验室管理办法（2020 版）：国卫办医函〔2020〕560 号[EB/OL].(2020-07-10).https://wjw.wuxi.gov.cn/doc/2023/02/13/3881836.shtml.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法:国家卫生和计划生育委员会令第 10 号[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2020 年 04 月第 2 次修订

2025 年 12 月第 3 次修订

VTE 防治管理工作制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-016-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

静脉血栓栓塞症（VTE）包括肺动脉栓塞（PTE）和深静脉血栓形成（DVT）两种临床表现形式。VTE 是医院内非预期死亡的重要原因，已成为医院管理者和临床医务人员面临的严峻问题。医院内肺栓塞和深静脉血栓形成发生的风险与患者住院的病情、手术等治疗措施以及患者并存的其他危险因素（如卧床、高龄或其他合并疾病）有关。为进一步提高全院医务人员对静脉血栓栓塞性疾病的认知和防治能力，减少院内 VTE 的发生，降低医疗风险，根据《医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）》，结合本院实际，制定本制度。

二、内容

（一）成立院内 VTE 防治管理组织架构

成立院内 VTE 防治管理委员会、防治管理办公室，指导和监督预防措施的实施。同时成立院内 VTE 快速反应团队，各科室成立 VTE 管理小组，负责 VTE 防治的具体落实与实施。

1. VTE 防治管理委员会

主　任：吴俊东

副主任：陈燕春　陈　翔

委　员：王　强　蒋建中　左　欣　陆俊杰　蒋宝虎　周　炎　毛伯能
马秀琴　徐　亮　任占云　葛坤元　蒋国军　蒋　超　钟玉兵
吴　达　李中华　郭建锋　罗一烽　乔国洪　顾胤杰　陈思思
高　璐　胡志强　李　鹏

工作职责：

（1）制定医院内 VTE 防治管理制度和工作流程，并定期更新；

（2）制定医院内 VTE 防治管理的工作计划，并对计划的实施进行考核和评价；

（3）定期组织召开管理工作例会，对相关工作进行总结梳理和持续改进；

（4）明确各相关部门、人员在 VTE 防治工作中的职责；

（5）制定医院内 VTE 应急预案与处理流程，成立医院内 VTE 快速反应团队；

（6）制定 VTE 质量监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，定期进行数据分析、反馈，根据反馈情况进行不断的评议和改进，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

2. VTE 防治管理办公室

主　任：顾胤杰

成　员：陈思思　高　璐　蒋宝虎　左　欣　尹秀凤　王维民　陆俊杰
吴文忠　毛伯能　马秀琴　徐　亮　史可云　任占云　葛坤元
蒋国军　彭　俊　周建刚　陈　俊　张盘军　蒋敏杰　蒋　超
钟玉兵　周建平　李中华　吴　达　郭建锋　罗一烽　乔国洪
胡志强　李　鹏

秘　书：钱　佶

3. VTE 快速反应团队

组　长：陆俊杰

副组长：马秀琴、葛坤元

组　员：顾新南　丁　辉　李中华　蒋国新　戴　吉　徐　亮　李　杰
周志刚　尹秀凤　程宝亮　韩　超　高　璐　闵志刚　朱荣锋
胡志强

秘　书：汤铭阁

24 小时院内电话：介入科 8134；血管外科 8134；重症医学科 8364；

呼吸与危重症医学科 8330

工作职责：

（1）参与制定医院内 VTE 防治工作手册；

（2）参与 VTE 的会诊、转诊和救治工作；

（3）参与全院急性肺栓塞（包括疑似）病例的诊治，启动急性肺栓塞诊治流程，确保患者得到及时、有效、规范的诊断与抢救。

4. 各科室 VTE 防治管理小组

人员组成：科主任、护士长、主诊医师及 VTE 联络员等。

工作职责：

（1）负责本科室 VTE 防治管理的各项工作，科主任是科内 VTE 防治工作第一责任人；

（2）制定适合于本科室执行的 VTE 防治管理制度和专科 VTE 预防方案，并定期更新，定期组织科内人员进行 VTE 防治相关知识的培训。

（3）成立科室 VTE 应急小组并制定应急预案；

（4）定期召开例会，总结分析本科室 VTE 防治工作并持续改进。

5. 高危科室：骨科、妇科、产科、重症医学科、肿瘤中心、神经中心、普外中心。

（二）医院内 VTE 防治管理实施方案

医院内静脉血栓栓塞症的防治管理涉及医疗、护理、管理、信息和辅助科室等，需要多学科、多层面加强协作，共同落实。

1. 完善医院内静脉血栓栓塞症的评估和预防

（1）VTE 风险评估

①评估对象：所有住院患者（年龄≤13 岁的患儿、住院时间≤24h 的患者以及正在接受抗凝治疗的患者：如已确诊 VTE、房颤、急性心肌梗死、缺血性脑卒中、正在接受连续肾脏替代治疗（CRRT）、体外膜肺氧合（ECMO）、血液透析以及机械瓣膜植入状态等人群，暂不纳入指标统计范围）。

②执行人：医生、护士。

③评估量表：手术患者采用 Caprini 评分表，非手术患者采用 Padua 评分表，产科患者采用孕产妇 VTE 危险因素评分表。

④评估时机：住院期间，针对患者入院、术后、转科、病情变化及出院等重要时间节点或病情发生重大或急剧变化应实行动态的血栓风险评估，评估及时、规范。患者住院期间 3 个关键动态时点如下：入院后 24 小时内、病情或治疗变化时：如进行手术或介入操作（术前 24h 内、术后 24h 内）、转科（转科后 24h 内）、护理级别发

生变化、报/停病危（病重）等特殊情况、出院前 24h 内。

（2）出血风险评估

①评估对象：VTE 风险评估结果为中、高风险的患者。

②执行人：医生。

③评估量表：按照手术患者和非手术患者的出血危险因素分别进行。

④评估时机：同 VTE 风险评估。

（3）VTE 预防策略及疗程

在准确评估 VTE 风险和出血风险的基础上，选择恰当的预防措施，并根据动态评估结果调整预防策略。

危险分层	预防策略	预防疗程
VTE 低危患者	基础预防	内科预防疗程 7-14d 外科预防疗程至术后 7-14d 肿瘤大手术预防至术后 28d 骨科髋关节、膝关节置换疗程 35d*
VTE 中危患者 出血风险低者	基础预防、药物预防或机械预防	
VTE 高危患者 出血风险低者	基础预防、药物预防或药物预防联合机械预防	
VTE 中高危患者 出血风险高者	基础预防、机械预防	

*具体预防疗程视疾病不同可适当调整。

2. 规范医院内静脉血栓栓塞症的诊断和治疗

严格按照 DVT 和 PTE 的诊疗流程对医院内 VTE 进行临床识别和处理。发现疑诊患者时可通过医院内绿色通道进行会诊、转诊与救治。

（1）高危科室：如骨科、妇科、产科、重症医学科、肿瘤中心、神经中心、普外科等，做好 DVT 和 PTE 的临床识别和诊断，一旦发现疑诊 PTE 或 DVT 患者，需请相关科室会诊，进入规范诊治程序。

（2）介入科、血管外科、呼吸与危重症医学科：负责 VTE 的会诊、转诊与救治。一旦发现 DVT 或 PTE，立即请相关科室会诊，如遇复杂或高危病例，由会诊医师请 VTE 快速反应团队成员会诊协助解决。

（3）急诊科：开通急性 VTE 就诊绿色通道。经院前急救中心救护车转运和基层转诊的急性重症 VTE 患者，入院后直接进入抢救流程。

（4）医技科室：医学影像科、超声科、医学检验科等负责开展相关辅助检查，设立 24 小时绿色通道，并有相应危急值提示。

（5）药学部：负责抗凝药物及溶栓药物的常规配备。

3. 开展医院内静脉血栓栓塞症相关培训

VTE 防治管理办公室定期组织医院管理人员、医护人员、医技人员参加 VTE 专题培训，逐步加强其对 VTE 的认知、防范意识及规范化管理能力。

（1）院内人员培训

医院管理人员的培训

①每半年至少有一次针对医院领导层、行政管理人员的培训。

②培训内容：医院内 VTE 防治体系的基本概念、目标与运作机制、相关部门的职责与任务、防治工作需要医院管理层面解决的主要问题等。

医务人员的培训

①每年至少有 2 次针对全院医务人员的培训，高危科室人员至少每季度 1 次。将 VTE 预防培训纳入新员工入院培训常规内容，高危科室纳入科室培训常规内容。

②培训内容：VTE 的评估和预防、诊断和治疗及规范化管理等。

③培训方式：专题培训、业务学习、晨会等。

（2）宜兴市人民医院医疗集团人员培训

在宜兴市人民医院医疗集团内，以学术讲座、业务指导和远程教学等多种方式开展 VTE 预防和诊治相关知识培训，提升基层医务人员对 VTE 的诊疗能力和服务水平，推动医疗技术水平的“同质化”。

4. 开展医院内静脉血栓栓塞症防治宣教

（1）住院患者的入院宣教、手术患者的术前宣教应包含 VTE 防治相关知识。

（2）VTE 诊治相关科室及高危科室可通过健康教育板报、宣传栏、知识角、知识手册等方式加强 VTE 防治相关知识的宣教。

（3）利用报纸、杂志、广播、电视、微信等多种途径开展 VTE 防治健康教育，定期举办 VTE 健康知识讲座等活动。

（4）通过开展问卷调查，了解住院患者对 VTE 防治的知晓率与健康宣教情况。

5. 规范医院内静脉血栓栓塞症患者的管理和随访

（1）VTE 患者和中高风险患者的管理

①住院期间管理：医护人员指导 VTE 中高风险患者与家属了解和参与 VTE 认知、评估、预防以及诊疗的整个过程，使其配合相关检查和治疗，并对患者进行危险因素、饮食、营养、心理等方面的综合评估。

②出院后管理：医护人员为 VTE 患者和中高风险患者提供健康处方，对患者进行预防保健、用药咨询、康复指导，为患者出院后复查提供便利。

（2）VTE 患者和中高风险患者的随访

通过来院随访、门诊复诊、AI 随访或电话随访等方式，对 VTE 患者及出院时 VTE 中高风险患者进行随访，填写随访情况表，并保存随访数据。

（3）医院相关性 VTE 病例上报

若患者发生 VTE，科室 VTE 联络员应上报至 VTE 防治管理办公室。

（三）医院内静脉血栓栓塞症防治的质量控制

医院将 VTE 防治作为医疗质量控制的关键指标，对医院内 VTE 整体防治情况进行定期考核，及时反馈，动态完善，持续改进医疗质量。

1. 医院内静脉血栓栓塞症质量控制框架

医院内 VTE 防治管理的质量控制主要围绕其医疗管理过程所涉及的各个环节开展：包括风险评估、出血评估、合理预防、疾病诊断、知情告知、疾病治疗、疾病急救和医疗服务质量持续改进等。

（1）医疗质量由医务部监管，将 VTE 纳入质量控制管理范围。根据国家卫生健康委员会发布的质量监控指标将重点对住院患者，尤其是对围手术期和其他住院高危患者进行医疗质量控制并考核，定期开展入科现场检查和病历抽查。

（2）护理质量由护理部监管，将评估及措施应用纳入护理部每月质量督导检查项目。

（3）利用信息系统完善医院内 VTE 防治的质量控制。

2. 医院内静脉血栓栓塞症质量控制要点

（1）风险评估和预防

①风险评估：在整个住院期间动态评估 VTE 风险、出血风险，评估结果及时记录在病历中。

②出血评估：对 VTE 中高危患者进行出血风险评估，并在整个住院期间动态评估出血风险，评估结果及时记录在病历中。

③合理预防：根据患者的 VTE 风险及出血风险选择个体化预防措施，并根据动态评估结果调整预防策略。注意不同方法的适应证和禁忌证以及药物剂量的选择。

④知情告知：对患者和（或）家属进行 VTE 相关知识教育与病情告知，包括 VTE 的危险和可能后果、VTE 预防的重要性和可能的副作用、VTE 预防措施的正确使用等。对住院患者实施药物预防的应当签署《预防性抗凝治疗知情同意书》。

（2）诊断和治疗

①疾病诊断：结合患者病史、临床表现和主要检查检验的结果进行诊断。

②疾病治疗：对确诊 DVT 或 PE 的患者，应按照国家最新指南的要求进入规范诊治程序。

③疾病急救：对确诊的急性重症 VTE 患者，应按照国家最新指南实施紧急救治，启动绿色通道，有多学科参与的快速救治模式。

④知情告知：对住院患者实施药物抗凝（预防或治疗）、药物溶栓治疗的应当签署《特殊治疗知情同意书》（抗凝预防或治疗、溶栓治疗），签署率应达 100%。

（3）持续改进

①各科室定期对本科室 VTE 防治实施情况进行分析评价，有整改措施并落实。

②VTE 防治管理办公室定期对各科室及医院整体 VTE 防治实施情况进行分析评价、

反馈及考核。

③定期对医院相关 VTE 不良事件进行多学科讨论、根本原因分析，提出整改措施，并持续改进。

④各科室及医院整体 VTE 防治质量相关指标呈逐步改善趋势。

3. 医院内静脉血栓栓塞症质量控制指标

重点关注三大类核心指标：

（1）评估质量指标：VTE 风险评估率、VTE 中高风险比例、出血风险评估率、出血高风险比例。

（2）预防质量指标：药物预防实施率、机械预防实施率、联合预防实施率。

（3）结局质量指标：医院相关性 VTE 检出率、规范治疗率、出血事件发生率和 VTE 相关死亡率。

三、参考文献

[1]全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目专家委员会《医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）》编写专家组.医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）[J].中华医学杂志，2022，102(42):3338-3348.

VTE 中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置规范

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-017-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步规范医院 VTE 中高危患者评估、识别、预防、诊断及处置全流程管理，统一诊疗标准与操作规范，强化医务人员风险防范意识，提升全院静脉血栓栓塞症综合防治能力，制定本规范。

二、内容

（一）VTE 风险评估与识别

对所有住院患者，特别是 VTE 高风险科室的住院患者（除外年龄≤13 岁的患儿、住院时间≤24 h 的患者以及正在接受抗凝治疗的患者），在入院、转科、手术前后、产后、出院前、病情变化时动态评估 VTE 风险。手术患者采用 Caprini 评分量表（附件 1）；非手术患者采用 Padua 评分量表（附件 2）；孕产妇采用孕产妇 VTE 危险因素评估表（附件 3）。VTE 风险评估结果为中、高风险的患者，同步完善出血风险评估（附件 4、5）。评估及预防流程详见附件 6，根据 VTE 风险评估及出血风险评估结

果，选择相应的预防措施（附件 7）。关于妊娠期和产褥期患者的 VTE 风险预防措施，详见“妊娠期和产褥期 VTE 的风险因素及其相应的预防措施”（附件 8）。

（二）预防措施

1. 基础预防措施：适用于所有住院患者。根据疾病状况，选择不同的预防措施，包括：

（1）常规进行静脉血栓知识宣教，鼓励患者勤翻身、早期活动、早期功能锻炼、做深呼吸及咳嗽动作；指导和协助患者进行下肢主动和被动运动，包括踝泵运动和股四头肌功能锻炼；

（2）加强健康教育，建议患者改善生活方式，平衡膳食，戒烟、戒酒、控制血糖及控制血脂等，不宜久坐；

（3）病情允许下指导饮水 1500-2500ml/日；术中术后适度补液，避免脱水；

（4）规范使用止血带；避免下肢和患肢静脉穿刺；在满足治疗需求的前提下，尽量选择外径最小、创伤最小的输液装置；规范置入和维护各类静脉内导管；

（5）手术操作轻柔、精细，尽量微创，避免静脉内膜损伤，通过使用保温毯、调节室温等方法做好术中体温保护；

（6）如无禁忌，应抬高卧床患者的下肢，使下肢高于心脏平面 20-30cm，禁止腘窝放置硬枕和过度屈髋，防止深静脉回流障碍。

2. 机械预防措施

机械预防是采用各种辅助装置和器械，促进下肢静脉回流，以减少静脉血栓的发生。常用的方法包括逐级加压袜(Graduated Compression Stockings，GCS)、间歇充气加压装置(Intermittent Pneumatic Compression，IPC)和足底静脉泵(Venous foot pumps，VFPs)等。对具有 VTE 中、高风险伴高出血风险的患者，推荐使用机械预防措施。对低出血风险、且无机械预防禁忌证的 VTE 高风险患者，建议机械预防联合药物预防。建议实施预防措施前，完成机械预防禁忌证评估。对患侧肢体无法或不宜采用机械预防措施的患者，可在对侧肢体实施预防。在实施预防过程中如已出现可疑的 VTE 征象，应及时评估患者是否患有 DVT 及 PTE。

机械预防措施禁忌证：（1）充血性心力衰竭，肺水肿；（2）新发的 DVT、血栓性静脉炎；（3）下肢局部情况异常（如皮炎、感染、坏疽、近期接受皮肤移植手术等）；（4）下肢血管严重动脉硬化或其他缺血性血管病及下肢严重畸形等；（5）严重的下肢水肿慎用。

3. 药物预防措施

对具有 VTE 中、高风险且出血风险低的患者，推荐首选药物预防，或药物预防联合机械预防。根据患者 VTE 风险分级、病因、体重、肾功能状况选择药物，包括普通肝素、低分子量肝素、磺达肝癸钠、直接口服抗凝药等。需针对患者具体情况确定药

物剂量、预防开始时间和持续时间。多数 VTE 高风险的手术患者，建议药物和（或）机械预防至术后 7-14 天；对于合并恶性肿瘤的外科手术和骨科大手术患者，建议预防至术后 28-35 天。多数 VTE 高风险的非手术患者，建议药物和（或）机械预防 7-14 天。不推荐单独应用阿司匹林预防 VTE。对长期药物预防的患者，应动态评估预防的收益和潜在的出血风险，在用药前应同患方进行充分沟通，并征求患者和（或）家属的意见，签署预防性抗凝治疗知情同意书（附件 9）。

（1）普通肝素：可以降低下肢 DVT 形成的风险，但目前临床已减少应用。使用时应高度重视以下问题：①常规监测活化部分凝血酶原时间，以调整剂量；②监测血小板计数变化，预防肝素诱发血小板减少症引起的血栓事件和出血事件；③治疗窗窄，有增加大出血发生的风险，如应用后引起严重出血，则可静脉滴注硫酸鱼精蛋白进行急救。

（2）低分子量肝素：采用皮下注射的方式应用，可以显著降低患者 DVT 与 PTE 的发生率，且不增加大出血发生风险。低分子量肝素的特点：①可根据体重调整剂量；②严重出血并发症少，较安全，但仍须注意小概率的肝素诱发血小板减少症的发生；③一般无须常规血液学监测，有出血倾向时检测血小板计数。

（3）Xa 因子抑制剂：治疗窗宽，剂量固定，无须常规血液学监测。Xa 因子抑制剂可分为两种：①直接 Xa 因子抑制剂，如利伐沙班、艾多沙班等。②间接 Xa 因子抑制剂，如磺达肝癸钠，安全性与依诺肝素相似。对于重度肾功能不全，肌酐清除率＜20ml/min 的患者，禁忌使用磺达肝癸钠；肌酐清除率＜15ml/min 的患者，不建议使用直接 Xa 因子抑制剂。

（4）维生素 K 拮抗剂：华法林，可降低 VTE 的发生风险，但有增加出血风险趋势。其价格低廉，可用于长期下肢 DVT 预防。维生素 K 拮抗剂的不足：①治疗剂量范围窄，个体差异大，需常规监测国际标准化比值（international normalized ratio，INR），调整剂量控制 INR 在 2.0-3.0，INR＞3.0 会增加出血风险；②易受药物及食物影响；③显效慢，半衰期长。需注意的是，如应用该药物，则需要在胃肠外初始抗凝（包括普通肝素、低分子量肝素、磺达肝癸钠等）治疗后，转换为华法林口服。

（三）VTE 的诊断方法

VTE 的诊断包括 DVT 与 PTE 诊断两部分。多种手段相结合可以早期、快速、精准诊断 DVT 与 PTE。

1. DVT 的诊断

DVT 的诊断需要结合患者的病史、临床症状体征、D-二聚体及影像学检查结果。一旦怀疑下肢 DVT，无论临床表现典型与否均需进一步的辅助检查来明确诊断。在进行辅助检查前，可采用 DVT 的 Wells 评分（附件 10）进行初步评估，根据评估结果进一步完善相关检查（附件 11）。

（1）临床表现

急性下肢 DVT 主要表现为患肢的突发肿胀、疼痛等，患肢水肿、肌张力增高、皮肤温度增高，在小腿后侧和/或大腿内侧、股三角区及患侧髂窝有压痛。血栓位于小腿肌肉静脉丛时 Homans 征阳性（患肢伸直、足被动背屈时，引起小腿后侧肌群疼痛）、Neuhof 征阳性（压迫小腿后侧肌群，引起局部疼痛）。严重下肢 DVT 患者可出现股青肿和股白肿，是下肢 DVT 中最严重的情况，临床表现为下肢极度肿胀、剧痛、皮肤发亮呈青紫色、皮温低伴有水疱，足背动脉搏动消失，全身反应强烈，体温升高，如不及时处理，可发生休克和静脉性坏疽。

（2）DVT 辅助检查方法

①血浆 D-二聚体：D-二聚体可以评估急性下肢 DVT 患者纤维蛋白形成或降解情况。D-二聚体阴性结果有助于排除 DVT。D-二聚体水平与血栓大小和活动性相关，动态监测有助于了解抗凝的疗效。

②多普勒超声检查：是急性下肢 DVT 首选的诊断方法。

③CTV：是急性下肢 DVT 的诊断方法之一。CTV 可以显示下肢静脉病变部位和范围，还可以检查腹部、盆腔，了解髂静脉或者下腔静脉阻塞原因。

④静脉造影：静脉造影是诊断急性下肢 DVT 的“金标准”，但是属于有创性检查。

2. PTE 的诊断

对于临床上 PTE 的早期识别，需要结合病史、临床表现、辅助检查等初步诊断，确诊需要肺动脉影像学结果如 CT 肺动脉成像（CTPA）、放射性核素肺通气灌注显像或数字减影血管造影(DSA)等。对于怀疑急性 PTE 的患者，建议首先根据 PTE 的 Wells 评分（附件 12）进行评估，结合 D-二聚体结果筛选出疑诊患者；对疑诊患者进行初始危险分层，并根据临床情况选择相应的影像学检查进一步明确诊断。存在以下情况为临床高危患者：休克或持续性低血压，收缩压＜90mmHg 或收缩压下降 40mmHg，并持续超过 15 分钟，且除外其他导致休克的原因，如脓毒症、心律失常和血容量减少等。无休克或持续性低血压则为可疑非高危急性肺栓塞。根据分层结果，决定下一步诊疗策略（附件 13）。

（1）临床表现

急性 PTE 缺乏特异性的临床症状和体征，易漏诊。PTE 常见症状主要为呼吸困难、胸痛、晕厥、咯血等。体征主要为呼吸系统和循环系统的体征，如呼吸频率增加、心动过速、血压下降、紫绀等。

（2）PTE 辅助检查方法

①血浆 D-二聚体：在血栓栓塞时，因血栓纤维蛋白溶解而使其在血液中的浓度升高，其敏感度高，但特异性低。

②血气分析：是诊断 PTE 的筛选指标，但其不具有特异性，约 20%确诊为 PTE 的

患者血气分析结果正常。

③心电图：因急性肺动脉栓塞、肺动脉高压、右心负荷增加、右心扩张均可引起心电图改变，故对诊断 PTE 无特异性。

④胸部 X 线片：可观察到肺动脉栓塞引起的肺动脉高压或肺梗死。

⑤超声心动图检查：对于临床中怀疑 PTE 并伴有休克或低血压患者，通常无法行肺动脉增强 CT 确诊，此时最有效的辅助检查为床旁超声心动图检查，以观察右心高负荷表现，并明确诊断。

⑥肺动脉 CTA：可直观地显示肺动脉内血栓形态、部位及血管堵塞程度，对 PTE 诊断的敏感性和特异性均较高，且无创、便捷，目前已成为确诊 PTE 的首选检查方法。

⑦放射性核素肺通气/灌注（V/Q）显像：敏感度较高，与胸部 X 线片、CT 肺动脉造影相结合可提高诊断的特异度和敏感度。

⑧肺动脉造影：选择性肺动脉造影是诊断 PTE 的“金标准”；在其他检查难以确定诊断时，如无动脉造影禁忌证，则应立即进行。

（四）VTE 的治疗

1. 一般支持治疗

DVT 患者急性期建议卧床休息、抬高患肢。对高度疑诊或确诊急性 PTE 的患者，应严密监测呼吸、心率、血压、心电图及血气的变化，并给予积极的呼吸与循环支持。

2. 抗凝治疗

抗凝治疗是 VTE 患者的基础治疗手段，可以有效地防止血栓再形成和复发，同时促进机体自身纤溶机制溶解已形成的血栓。但是可能增加出血的风险，在用药前应同患方进行充分沟通，签署静脉血栓栓塞症抗凝治疗知情同意书（附件 14）。

抗凝治疗的标准疗程为至少 3 个月。部分患者在 3 个月的抗凝治疗后，血栓危险因素持续存在，为降低其复发率，需要继续进行抗凝治疗，通常将 3 个月以后的抗凝治疗称为延展期抗凝治疗。

（1）普通肝素：普通肝素首选静脉给药，先给予 2000-5000U 或 80U/kg 静脉注射，继之以 18U/(kg·h)持续静脉泵入。在开始治疗后的最初的 24 小时内，每 4-6 小时监测 APTT，根据 APTT 调整剂量，使 APTT 在 24 小时之内达到并维持于正常值的 1.5-2.5 倍。达到稳定治疗水平后，改为每天 1 次监测 APTT。普通肝素亦可皮下注射给药，一般先予负荷量 2000-5000U 静脉注射，然后按 250U/kg 剂量每 12 小时皮下注射一次。调节注射剂量，使 APTT 在注射后的 6-8 小时达到治疗水平。

肝素应用期间，应注意监测血小板，以防出现肝素诱导的血小板减少症。若出现血小板迅速或持续降低达 50%以上和（或）出现动静脉血栓的征象，应停用肝素，并改用非肝素类抗凝药。

（2）低分子量肝素：应按照体重给药，依诺肝素每次 100U/kg，每 12 小时皮下

注射一次；那屈肝素每次 86U/kg，每 12 小时皮下注射一次。在疗程大于 7 天时应注意监测血小板计数。

（3）华法林：在肝素开始应用后的第 1 天即可加用口服抗凝剂华法林，初始剂量为 2.5-5.0mg/天，由于华法林需要数天才能发挥全部作用，因此与肝素需至少重叠应用 2-3 天，当国际标准化比值（INR）达到 2.0-3.0 时,持续应用至少 24 小时方可停用肝素，单用华法林抗凝治疗，根据 INR 调节其剂量。

（4）直接口服抗凝药：直接口服抗凝药主要包括直接 Xa 因子抑制剂与直接 IIa 因子抑制剂。直接 Xa 因子抑制剂代表药物包括利伐沙班、艾多沙班等。直接 IIa 因子抑制剂代表药物包括达比加群酯；直接口服抗凝药物具体用法见表 1：

表 1 直接口服抗凝药物的用法及特点

药物	用法用量	肾脏清除
达比加群酯	胃肠外抗凝至少 5d，达比加群酯 150mg，2 次/d	++++
利伐沙班	利伐沙班 15mg，2 次/d×3 周，后改为 20mg，1 次/d	++
艾多沙班	胃肠外抗凝至少 5d，艾多沙班 60mg，1 次/d	++

3. 静脉溶栓治疗

溶栓治疗是 VTE 患者的治疗措施之一，但是可能增加出血的风险，在用药前应同患方进行充分沟通，签署静脉血栓栓塞症溶栓治疗知情同意书（附件 15）。

（1）尿激酶：①负荷量 4400U/kg，静脉注射 10 分钟，继以 2200U/kg.h 持续静脉滴注 12 小时；②快速给药：2 万 U/kg 持续静脉滴注 2 小时。

（2）rt-PA：20-50mg 持续静脉滴注 2 小时。

溶栓治疗的禁忌证包括：溶栓药物过敏；近期（2-4 周内）活动性出血，包括严重的颅内、胃肠、泌尿道出血；近期（2 周内）大手术、活检、心肺复苏、分娩、不能实施压迫的穿刺；近期严重外伤；严重难以控制的高血压（血压＞160 / 110mmHg）；3 个月内的缺血性脑卒中；血小板计数＜100×10^9/L；抗凝过程中（如正在应用华法林）；心包炎或心包积液；细菌性心内膜炎；严重肝、肾功能不全；糖尿病出血性视网膜病变；妊娠及高龄（年龄＞75 岁）患者慎用；动脉瘤、主动脉夹层、动静脉畸形患者。

溶栓治疗的主要并发症是出血。最严重的是颅内出血，用药前应充分评估出血的危险性，必要时应配血，做好输血准备。

4. 介入及手术治疗

介入及手术治疗的目的是清除血栓，防止血栓蔓延和致死性肺栓塞发生，包括：下腔静脉滤器植入、导管内溶栓、经导管碎解和抽吸血栓、手术取栓等。髂静脉狭窄或闭塞可采取球囊扩张、支架置入等方法。

5. VTE 防治相关出血并发症的处理

所有抗凝治疗均伴随出血风险，因此用药过程中应严密监测出血的可能性。预防性抗凝治疗总体安全性好，出现严重出血并发症的几率很低。

（1）出血的定义

根据出血部位、出血量以及临床症状的严重程度，可将活动性出血分为大出血、临床相关非大出血、小出血（表 2）。

表 2　活动性出血的定义

活动性出血	具体表现
大出血	（1）致死性出血； （2）某些重要部位或器官的出血，如颅内、脊柱内、腹膜后、关节内、心包等，及因出血引起的骨筋膜室综合征； （3）出血导致血流动力学不稳定，和(或)在24～48h内引起血红蛋白水平下降20g/L以上，或需要输至少2个单位全血或红细胞； （4）手术部位出血需要再次进行切开，关节镜或血管内介入等，或关节腔内出血致活动或伤口恢复推迟，使住院时间延长或伤口加深
临床相关非大出血	（1）自发性皮肤出血面积＞25cm^2；（2）自发性鼻出血时间＞5min；（3）持续24h肉眼血尿；（4）便血（厕纸可见出血点）；（5）牙龈出血时间＞5min；（6）因出血住院治疗；（7）出血需要输血但少于2个单位；（8）观察者认为影响临床治疗
小出血	其他类型的出血

（2）出血并发症的处理

若抗凝/溶栓药物预防或治疗的过程中出现活动性出血，建议评估出血严重程度，并采取不同处理策略。对于考虑为手术或介入操作相关术后出血，仍按照既定外科干预策略予以处理。

活动性出血评估为小出血，可暂时不停用药物预防或治疗，积极进行局部处理，若局部处理无效，应权衡对全身的影响、抗凝治疗的必要性，制定治疗方案。

活动性出血评估为大出血或临床相关非大出血，建议暂停药物预防或治疗，并积极寻找出血原因，同时对出血原因进行治疗。

三、参考文献

[1]全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目专家委员会《医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）》编写专家组.医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）[J].中华医学杂志，2022，102(42):3338-3348.

[2]浙江省医疗质量控制与评价办公室，浙江大学医学院附属第一医院.浙江省医院静脉血栓栓塞症防治管理规范专家共识（第二版[J].加速康复外科杂志，2023(3).

[3]中华医学会呼吸病学分会肺栓塞与肺血管病学组，中国医师协会呼吸医师分会肺栓塞与肺血管病工作委员会，全国肺栓塞与肺血管病防治协作组.中国肺血栓栓塞症诊治、预防和管理指南（2025 版）[J].中华医学杂志，2025，105(26):2162-2194.

附件 1

宜兴市人民医院手术住院患者 VTE 风险评估表（Caprini）

姓名：_____ 性别：____年龄：____病区：_____床号：____住院号：_____

项目分类	患者情况		得分
每项风险因素计 1 分	□ 年龄 41-60 岁 □ 小手术 □ 肥胖（BMI＞25kg/㎡） □ 因内科疾病卧床 □ 炎症性肠病 □ 下肢水肿 □ 静脉曲张 □ 严重肺部疾病,含肺炎（1 月内） □ 肺功能异常（COPD）	□ 急性心肌梗死（1 月内） □ 充血性心力衰竭（1 月内） □ 脓毒血症（1 月内） □ 口服避孕药或激素替代治疗 □ 妊娠期或产后 1 月 □ 原因不明的死胎史，复发性自然流产（≥3 次），由于毒血症或发育受限原因早产	
每项风险因素计 2 分	□ 年龄 61-74 岁 □ 大手术（＞45 min）* □ 腹腔镜手术（＞45 min）* □ 关节镜手术*	□ 恶性肿瘤（现患或既往） □ 石膏固定（1 月内） □ 中心静脉置管 □ 卧床＞72 小时	
每项风险因素计 3 分	□ 年龄≥75 岁 □ VTE 病史 □ VTE 家族史 □ 肝素诱导的血小板减少症 □ 血清同型半胱氨酸升高	□ 狼疮抗凝物阳性 □ 抗心磷脂抗体阳性 □ V 因子 Leiden 突变 □ 凝血酶原 20210A 阳性 □ 其他先天性或获得性血栓形成倾向	
每项风险因素计 5 分	□ 脑卒中（1 月内） □ 择期关节置换术	□ 髋关节、骨盆或下肢骨折（1 月内） □ 多发性创伤（1 月内）	
合 计			

低危：0-2 分，中危：3-4 分，高危：≥5 分

评分签名：_____ 签名日期：_____

备注：1.每项风险因素得分累计，*只能选择一个手术因素。

2.评估对象：所有住院患者。

3.评估时机：入院当天当班完成首次评估，转科后、手术后、产后、出院前、病情变化、特殊治疗时动态评估。

附件 2

宜兴市人民医院非手术住院患者 VTE 风险评估表（Padua）

姓名：_____性别：_____年龄：____病区：____床号：_____住院号：_____

低危（＜4 分），高危（≥4 分）

项目分类	患者情况	得分
每项风险因素计 3 分	□ 活动期肿瘤（6 个月内局部或远处转移和/或化疗或放疗） □ 既往静脉血栓栓塞症 □ 制动，患者身体原因或遵医嘱需卧床休息至少 3 天 □ 已有血栓形成倾向，V 因子 Leiden 突变，抗凝血酶 III 缺乏，蛋白 C 和 S 缺乏，20210A 凝血酶原突变，磷脂抗体综合征	
每项风险累计 2 分	近期（≤1 个月）创伤和/或手术	
每项风险因素计 1 分	□ 高龄（≥70 周岁） □ 心力衰竭和/或呼吸衰竭 □ 急性心肌梗死和/或缺血性脑卒中 □ 急性感染和/或风湿性疾病 □ 肥胖（BMI≥30kg/m^2） 正在进行激素替代治疗	
合计		

评分签名：_____ 签名日期：_____

备注：1.每项风险因素得分累计。

2.评估对象：所有住院患者。

3.评估时机：入院当天当班完成首次评估，转科后、手术后、产后、出院前、病情变化、特殊治疗时动态评估。

附件 3

宜兴市人民医院孕产妇 VTE 危险因素评估表

姓名：_____性别：_____年龄：____病区：____床号：_____住院号：_____

项目	高风险因素	评分标准	得分
产前因素	既往或孕期新发的 VTE（除外大手术后发生），复发性 VTE（2 次或以上）	4	
	大手术后的 VTE 史	3	
	遗传性易栓症，但未曾发生 VTE	3	
	内科合并症：肿瘤；心力衰竭；SLE（活动期）；多发性关节炎或炎症性肠病；肾病综合征；1 型糖尿病肾病；镰状细胞病；静脉注射吸毒者等	3	
	BMI ≥ 35 kg/m2	2	
	BMI 28-34.9kg/m2	1	
	年龄 ≥ 35 岁	1	
	产次≥3	1	
	吸烟	1	
	一级亲属存在雌激素相关或无明显诱因的 VTE 家族史	1	
	下肢静脉曲张	1	
	体外辅助生殖技术、体外受精	1	
	多胎妊娠	1	
	孕前糖尿病	1	
	子痫前期	1	
产后因素	产时剖宫产	2	
	子宫切除术	2	
	选择性剖宫产	1	
	早产分娩	1	
	产后出血（≥1000ml 和/或需要输血）	1	
	死胎	1	
	中位产钳或 K 氏产钳	1	
	产程延长（≥ 24 小时）	1	
临时因素	卵巢过度刺激综合征（OHSS）	4	
	妊娠剧吐	3	
	妊娠期或产褥期有外科手术史，除外会阴修补术。例如：阑尾切除、产后绝育、骨折	3	
	制动（卧床≥ 48 小时）或脱水	1	
	全身性感染	1	
总分			

备注： 1.所有孕产妇入院当天均需 VTE 风险评估，之后风险因素改变的节点，如手术、制动等情况下再次评估； 2.产前风险评估包括：产前因素、临时因素； 3.产后风险评估包括：产前、产后、临时因素； 4.风险分为 3 个等级：极高危（≥4 分）、高危（产前 3 分或产后 2-3 分），低危（0-1 分）。
预防措施： 1. 指导适当多饮水 □ 2. 控制血糖、血脂 □ 3. 戒烟戒酒 □ 4. 指导踝泵运动 □ 5. 病情允许下尽量下床活动 □ 6. 抬高患肢 □ 7. 避免下肢穿刺 □ 8. 间歇充气加压装置 □ 9. 抗血栓压力袜 □ 10. 抗凝药物 □

评分签名：_____ 签名日期：_____

附件 4

宜兴市人民医院手术患者出血危险因素评估表

姓名：_____ 性别：____年龄：____病区：_____床号：____住院号：_____

基础疾病相关	手术相关
□活动性出血 □既往大出血病史 □严重肝肾功能衰竭 □血小板减少症 □未控制的高血压 □腰椎穿刺、硬膜外或椎管内麻醉前 4 小时或麻醉后 12 小时内 □同时使用抗凝药、抗血小板治疗或溶栓药物 □急性脑卒中 □已知、未治疗的出血性疾病	□腹部手术：恶性肿瘤男性患者，术前血红蛋白＜13g/dL，行复杂手术（联合手术、分离难度高或超过一个吻合术） □胰十二指肠切除术：败血症，胰瘘，定点出血□肝切除术：肝叶切除数量，伴随肝外器官切除，原发性肝癌，术前血红蛋白数量和血小板计数低□心脏手术：使用阿司匹林 □术前 3 天使用氯吡格雷 □BMI＞25kg/㎡，非择期手术，放置 5 个以上的支架 □老龄，肾功能不全，非搭桥手术但心脏体外循环时间较长 □胸部手术：全肺切除术或扩大切除术 □骨科手术：曾经或手术过程中发生难控制术中出血，手术范围大，翻修术 □开颅手术、脊柱手术、脊柱创伤、游离皮瓣重建手术
出血风险评估结果	□ 低危 □ 高危

注：符合以上任何一项，则为出血高风险或出血会导致危重后果的人群。

评估者：_____ 填报日期：_____

附件 5

宜兴市人民医院非手术患者出血危险因素评估表

姓名：_____ 性别：____年龄：____病区：_____床号：____住院号：_____

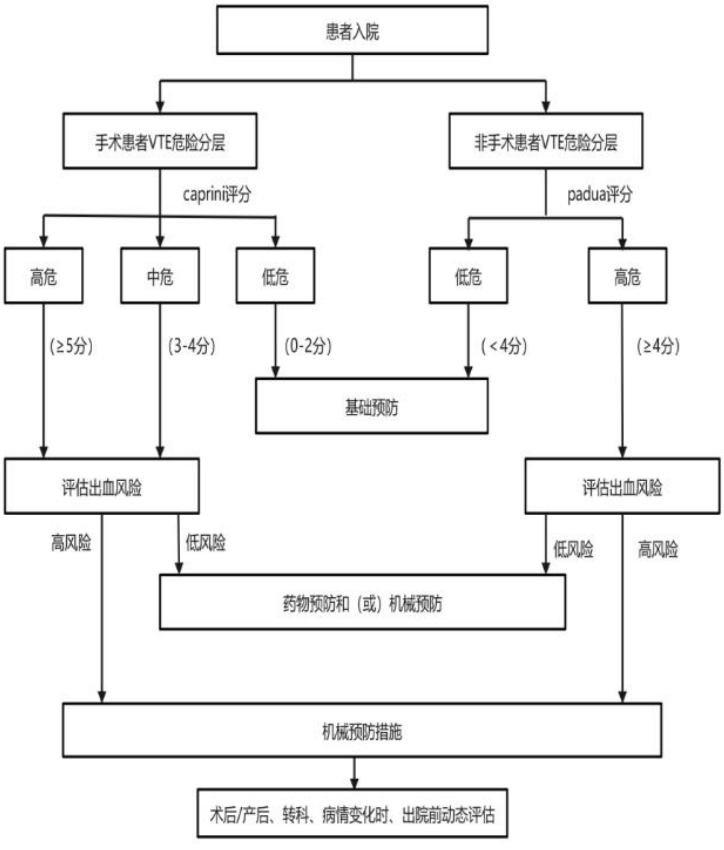
具有以下 1 项即为出血高危	具有以下 3 项及以上为出血高危
☐ 活动性消化道溃疡 ☐ 入院前 3 个月内有出血事件 ☐ 血小板计数＜50×10^9/L	☐ 年龄≥85 岁 ☐ 肝功能不全（INR＞1.5） ☐ 严重肾功能不全（GFR＜30ml·min^{-1}·m^{-2}） ☐ 入住 ICU、RCU、CCU 等 ☐ 中心静脉置管 ☐ 风湿性疾病 ☐ 现患恶性肿瘤 ☐ 男性
出血风险评估结果	☐ 低危 ☐ 高危

注：INR：国际标准化比值；GFR：肾小球滤过率；ICU：重症监护室；RCU：呼吸重症监护室；CCU：心脏重症监护室

评估者：_____ 填报日期：_____

附件 6

宜兴市人民医院 VTE 预防流程



附件 7

宜兴市人民医院 VTE 预防策略及疗程

危险分层	预防策略	预防疗程
VTE 低危患者	基础预防	内科预防疗程 7-14d 外科预防疗程至术后 7-14d 肿瘤大手术预防至术后 28d 骨科髋关节、膝关节置换疗程 35d*
VTE 中危患者 出血风险低者	基础预防、药物预防或机械预防	
VTE 高危患者 出血风险低者	基础预防、药物预防或药物预防联合机械预防	
VTE 中高危患者 出血风险高者	基础预防、机械预防	

* 具体预防疗程视疾病不同可适当调整。

附件 8

宜兴市人民医院
妊娠期及产褥期 VTE 风险因素及相应预防措施

风险因素	妊娠期预防措施	产褥期预防措施
孕前 VTE 史		
与大手术无关	多学科会诊制定预防策略	评估并排除出血风险后重启 LMWH 抗凝
	妊娠期全程使用 LMWH	重启时机：
	临产或择期分娩前 24h 停用 LMWH	阴道分娩后 4～6h
		剖宫产术后 6～12h
		持续用药至产后 12 周
与大手术有关	多学科会诊制定预防策略	评估并排除出血风险后，产后 6～12h 启用 LMWH
	妊娠 28 周开始使用 LMWH	持续用药至产后 6 周
	临产或择期分娩前 24h 停用 LMWH	
妊娠合并症		
存在以下任一情况	多学科会诊制定预防策略	评估并排除出血风险后,产后 24h 启用 LMWH
活动性自身免疫性	评估确诊 VTE 后启用 LMWH	持续用药至产后 6 周
或炎症性疾病	用药前需排除出血风险	
肾病综合征	病情缓解、临产或择期	
心力衰竭	分娩前 24 h 停用 LMWH	

<table>
<tr><td>1 型糖尿病肾病</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>恶性肿瘤</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>镰状细胞病</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>暂时性危险因素</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>以下任一情况：</td><td>多学科会诊制定预防策略</td><td>无</td></tr>
<tr><td>卵巢过度刺激综合征</td><td>评估 VTE 发生风险后启用 LMWH</td><td></td></tr>
<tr><td>妊娠期外科手术</td><td>用药前需排除出血风险</td><td></td></tr>
<tr><td>妊娠剧吐</td><td>仅限治疗期间使用</td><td></td></tr>
<tr><td>产科及其他危险因素</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>VTE 家族史</td><td rowspan="8">≥3 个危险因素者，本共识既不推荐也不反对在孕 28 周后开始使用 LMWH，但强调需要仔细评估，在排除出血风险和充分权衡利弊后，慎重启用 LMWH，临产或择期分娩前 24h 停用 LMWH</td><td>评估并排除出血风险后，于产后 24h 启用 LMWH</td></tr>
<tr><td>年龄≥35 岁</td><td>2个危险因素者，住院期间使用</td></tr>
<tr><td>评估时 BMI ＞ 30kg/m^2</td><td rowspan="2">3个危险因素者，使用LMWH至产后7d</td></tr>
<tr><td>产次≥3 次</td></tr>
<tr><td rowspan="2">≥4 个危险因素者，使用 LMWH 至产后 10d</td></tr>
<tr><td>截瘫或者长时间制动者</td></tr>
<tr><td>全身性感染</td><td></td></tr>
<tr><td>重度子痫前期</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>多胎妊娠</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>剖宫产术</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>严重产后出血或大量输血者</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>总长程≥24 小时</td><td></td><td></td></tr>
</table>

附：

（1）对所有孕产妇应进行健康宣教，对有高危因素者强化宣教并给予个体化的物理方法推荐

（2）健康宣教内容：告知妊娠期及产褥期 VTE 的风险增加，建议合理活动和避免脱水，学会识别 VTE 的早期症状或体征

（3）物理方法：包括足背屈、防血栓梯度加压弹力袜、间歇充气加压装置或足底静脉泵等，使用前评估患者的适应证和禁忌证

（4）妊娠期新发 VTE 的处理：多学科会诊后行 VTE 的治疗策略

注：VTE 表示静脉血栓栓塞症；BMI 表示体质指数；LMWH 表示低分子肝素

附件 9

宜兴市人民医院预防性抗凝治疗知情同意书

姓名_____性别_____年龄_____病区 _____床号_____住院号_____

病情介绍和治疗建议：

根据患方所陈述的病情、存在症状以及相关检查，目前拟诊断为_____。由于病情需要，为了进一步治疗，经治医师建议于_____年_____月_____日采取_____治疗。

潜在风险告知：

该治疗是一种对人体有创伤性、高风险及高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素，由于已知和无法预见的原因，本治疗有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，该治疗前后及治疗时仍有可能发生如下的医疗风险：

1.出血：包括皮肤、眼、口腔、呼吸道、消化道、泌尿系、胸腹腔、内脏、颅内出血等多脏器或多部位出血，严重者可能无法有效止血导致失血性休克甚至死亡。

2.药物过敏反应、血管性紫癜，导致皮肤坏死、剥脱性皮炎、休克等。

3.抗凝未达到预期效果，仍有栓塞或再次发生栓塞。

4.肝素诱导的血小板减少症（HIT）、肝功能损害。

5.其它不可预测的风险

如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理地控制医疗风险，但由于现有医疗水平所限，仍有可能出现不能预见，不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况，医务人员会采取积极应对措施，但仍有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

患者知情选择：

1.医务人员已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法及其利弊。

2.对其中的疑问，我已得到了医务人员的解答，经自主选择同意已拟定的治疗方案。

3.我同意在治疗过程中医务人员可以根据病情对预定的治疗方式作出必要的调整，我并未得到该治疗百分之百成功的许诺。

患者/授权委托人/法定代理人签名： 签名日期： 年 月 日

与患者关系：

医务人员陈述：

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法_____，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医务人员签名：_____ 签名日期 _____年 ___月 ___

附件 10

宜兴市人民医院 DVT Wells 评分

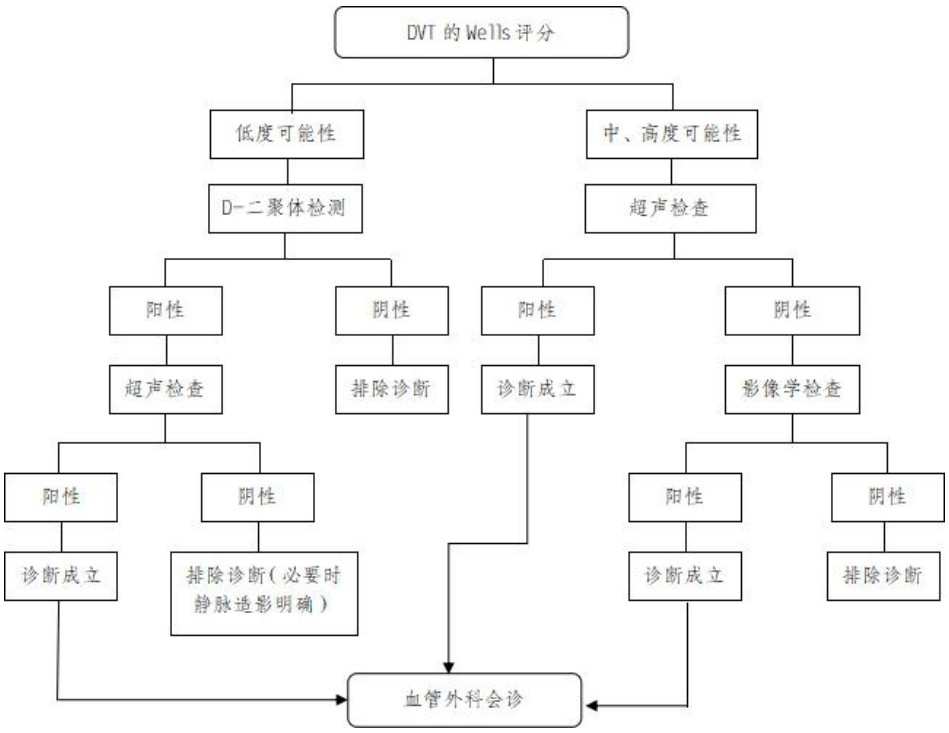
姓名：_____ 性别：____年龄：____病区：_____床号：____住院号：_____

病史及临床表现	评分
□肿瘤	1
□瘫痪或近期下肢石膏固定	1
□近期卧床＞3d 或近 12 周内大手术	1
□沿深静脉走行的局部压痛	1
□全下肢水肿	1
□与健侧相比，小腿肿胀周径＞3cm	1
□既往有下肢深静脉血栓形成病史	1
□凹陷性水肿（症状侧下肢）	1
□有浅静脉的侧支循环（非静脉曲张）	1
□类似或与下肢深静脉血栓形成相近的诊断	-2
合计得分	

注：临床可能性：低度：≤0 分；中度：1-2 分；高度：≥3 分；若双侧下肢均有症状，以症状严重的一侧为准。

附件 11

宜兴市人民医院 DVT 诊断流程



附件 12

宜兴市人民医院 PTE Wells 评分

姓名：_____ 性别：____年龄：____病区：_____床号：____住院号：_____

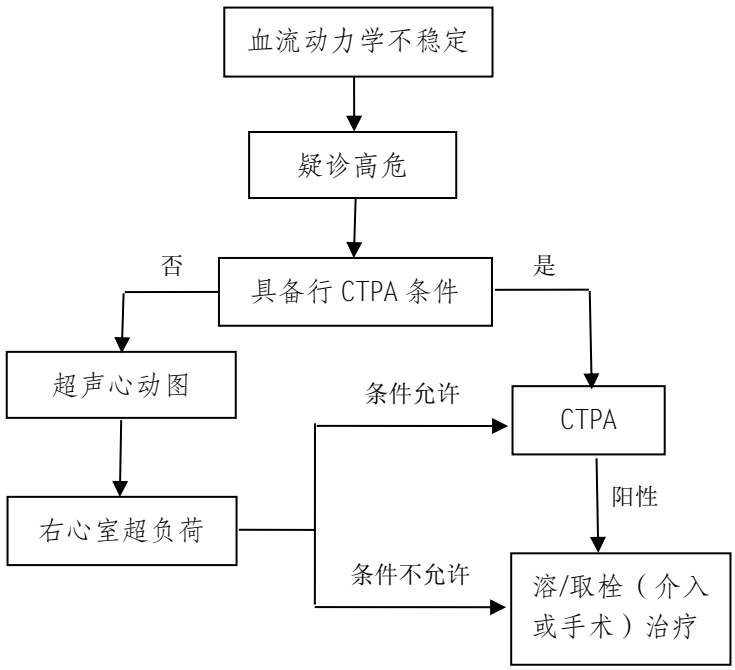
病史及临床表现	评分
□PTE 或 DVT 病史	1
□4 周内制动或手术	1
□活动性肿瘤	1
□心率≥100 次/min	1
□咯血	1
□DVT 症状或体征	1
□其他鉴别诊断的可能性低于 PTE	1
合计得分	

注：临床可能性：低度：0－1 分；高度：≥2 分；PTE：肺血栓栓塞症；DVT：深静脉血栓形成。

附件 13

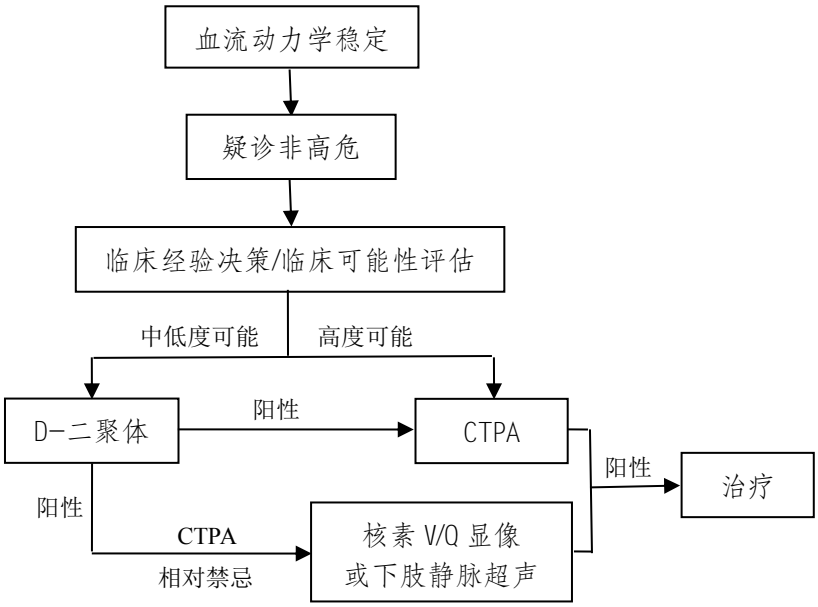
宜兴市人民医院肺栓塞诊断流程

疑诊高危肺栓塞患者（伴有休克或低血压）



注：CTPA：CT 肺动脉造影

疑诊非高危肺栓塞患者



注：CTPA：CT 肺动脉造影；V/Q：肺通气/灌注；相对禁忌：碘剂过敏、肾功能不全、孕妇

附件 14

宜兴市人民医院静脉血栓栓塞症抗凝治疗知情同意书

姓名_____性别_____年龄_____病区 _____床号_____住院号_____

病情介绍和治疗建议：

根据患方所陈述的病情、存在的症状及相关检查，目前拟诊断为_____。由于病情需要，为了进一步治疗，经治医师建议于_____年___月___日采取_抗凝_ 治疗。

治疗潜在风险告知：

该治疗是一种对人体有创伤性、高风险及高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素，由于已知和无法预见的原因，本治疗有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，该治疗方案前后及治疗时仍有可能发生如下的医疗风险：

1.出血：包括皮肤、眼、口腔、泌尿系、消化道、胸腹腔、内脏、颅内出血等多脏器或多部位出血，严重者可能无法有效止血导致失血性休克甚至死亡。

2.药物过敏反应、血管性紫癜，导致皮肤坏死、剥脱性皮炎、休克等。

3.抗凝未达到预期效果，仍有栓塞或再次发生栓塞。

4.肝素诱导的血小板减少症（HIT）、肝功能损害。

5.其它不可预测的风险。

如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全等疾病或者有吸烟史，以上这些风险

可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险，但由于现有医疗水平所限，仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况，医生会采取积极应对措施，但仍有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

患方知情选择：

1.医生已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法及其利弊。

2.对其中的疑问，我已得到了经治医师的解答；经自主选择同意已拟定的治疗方案。

3.我同意在治疗中医生可以根据病情对预定的治疗方式做出调整，我并未得到该治疗百分之百成功的许诺。

患者（近亲属/监护人/代理人）签名： 签名日期 ___ 年___月___日

医务人员陈述：

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法_____ ，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医务人员签名：_____ 签名日期 _____年 ___月 ___日

附件 15

宜兴市人民医院静脉血栓栓塞症溶栓治疗知情同意书

姓名_____性别_____年龄_____病区 _____床号_____住院号_____

病情介绍和治疗建议：

根据患方所陈述的病情、存在的症状及相关检查，目前拟诊断为_____。由于病情需要，为了进一步治疗，经治医师建议于_____年___月___日采取 溶栓 治疗。

治疗潜在风险告知：

该治疗是一种对人体有创伤性、高风险及高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素，由于已知和无法预见的原因，本治疗有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，该治疗方案前后及治疗时仍有可能发生如下的医疗风险：

1.出血：包括皮肤、眼、口腔、泌尿系、消化道、胸腹腔、内脏、颅内出血等多脏器或多部位出血，严重者可能无法有效止血导致失血性休克甚至死亡。

2.药物过敏反应，甚至皮肤坏死、剥脱性皮炎、休克等。

3.溶栓未达到预期效果，需二次溶栓可能，或采取其他手术治疗方案。

4.栓子再脱落致急性心力衰竭、肺梗死、休克、猝死等可能。

5.增加医疗费用，重组组织型纤溶酶原激活剂（rtPA）的价格比较昂贵。

6.其他不可预测的风险。

如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全等疾病或者有吸烟史，以上这些风险

可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险，但由于现有医疗水平所限，仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况，医生会采取积极应对措施，但仍有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

患方知情选择：

1.医生已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法及其利弊。

2.对其中的疑问，我已得到了经治医师的解答；经自主选择同意已拟定的治疗方案。

3.我同意在治疗中医生可以根据病情对预定的治疗方式做出调整，我并未得到该治疗百分之百成功的许诺。

患者（近亲属/监护人/代理人）签名： 签名日期 ___年 ___月____日

医务人员陈述：

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法_____ ，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医务人员签名：_____ 签名日期 _____年 ___月 ___日

VTE 患者会诊与转诊机制

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-018-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步规范医院 VTE 的诊疗流程，一旦发现疑似患者可及时通过医院内 VTE 绿色通道进行会诊、转诊与救治，制定本机制。

二、内容

（一）建立医院内 VTE 快速反应团队。团队由介入科、呼吸与危重症医学科、心血管内科、血管外科、血液科、急诊医学科、重症医学科、妇科、产科、影像科、超声科、医学检验科等相关学科专家组成，并建立急危重症患者 VTE 诊治绿色通道。

（二）高危科室：如骨科、妇科、产科、重症医学科、肿瘤中心、神经中心、普外中心等，做好 DVT 和 PTE 的临床识别和诊断，一旦发现疑诊 PTE 或疑诊 DVT 患者，需请相关科室会诊，进入规范诊治程序。

（三）呼吸与危重症医学科/介入科专业团队：负责肺栓塞的会诊、转诊与救治。发现疑诊肺栓塞患者（合并或不合并深静脉血栓形成），由呼吸与危重症医学科/介

入科快速反应团队成员会诊，如遇复杂或高危病例，由医务部组织 VTE 快速反应团队多学科会诊协助解决。

（四）血管外科/介入科专业团队：负责深静脉血栓形成的会诊、转诊与救治。发现疑诊深静脉血栓形成（不合并肺栓塞）患者，由血管外科/介入科团队成员会诊，如遇复杂或高危病例，由医务部组织 VTE 快速反应团队多学科会诊协助解决。

（五）急诊科：经院前急救中心救护车转运或其他医疗机构转诊的急性重症 VTE 患者，入院后立即开通急性 VTE 就诊绿色通道，直接进入抢救流程。

（六）功能辅助科室

1. 医学影像科：负责开展胸片、CT 肺动脉造影（CTPA）等检查或急查，设立 24 小时绿色通道，有相应危急值提示。

2. 超声影像科：负责开展 24 小时超声心动图及下肢静脉加压超声检查或急查，有相应危急值提示。

3. 医学检验科：负责开展 24 小时血浆 D-二聚体、肌钙蛋白、脑钠肽等快速检测，有相应危急值提示。

4. 心电图室：负责开展 24 小时床旁心电图检查，有相应危急值提示。

5. 药学部：负责抗凝药物及溶栓药物的常规配备。

（七）经会诊后确需转院治疗患者，参照医院《入院、出（转）院、转科管理制度》，完善医疗文书，与家属充分做好沟通工作，包括目前病情、转运原因、转运风险等，同时签署医患沟通，与外院医务人员及转运人员做好病情交接工作，必要时医务人员亲自护送至上级医院，保障患者医疗安全。

三、参考文献

[1]全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目办公室.全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目工作手册[R].(2021)[2026-04-14].

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

医疗质量管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-002-05	制定时间：2008-02-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2025-12-01
制定部门：质量管理部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为贯彻落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》《患者安全目

标(2025 版)》等国家法规及行业标准，建立健全医院医疗质量管理体系，规范医疗服务行为，保障患者就医安全与医疗质量，持续提升医疗服务水平与患者满意度，特制定本制度。

二、内容

第一章 总 则

第一条 适用范围

本制度适用于医院各临床科室、医技科室、行政后勤部门及全体医务人员，覆盖医疗服务全流程（门诊、住院、手术、检查检验、药品耗材使用、医院感染防控、医疗技术应用等）。

第二条 核心原则

（一）患者至上：以患者安全为核心，将医疗质量与安全贯穿医疗服务全过程；

（二）依法合规：严格遵守国家医疗健康相关法律法规、诊疗规范及行业标准；

（三）全员参与：明确各部门、各岗位医疗质量责任，推动全员参与质量改进；

（四）持续改进：基于医疗质量数据监测与分析，动态优化诊疗流程与管理机制。

第二章 组织架构与职责

第三条 组织架构

（一）实行院、科两级责任制，医院成立医疗质量与安全、护理质量与安全、医疗技术临床应用、药事管理与药物治疗学、医院感染管理、病案管理、医学研究伦理审查、医学装备管理、医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理、医院后勤管理、医院信息（安全）管理、辐射安全与防护管理等各质量管理相关委员会，负责各专业领域质量安全管控。

（二）医院指定医务部、质量管理部、护理部、药学部、感染管理科、医学装备科、器械材料科、后勤保障部、信息数据中心等职能科室作为医疗质量与安全管理委员会及各质量管理相关委员会日常办公场所，负责日常管理及相关决议的执行与控制。

（三）各临床、医技科室设科室质量与安全管理小组，科主任任组长，负责科室内部质量自查与改进。

第四条 职责分工

（一）为理顺工作关系，提高办事效率，各质量管理相关委员会及对应职能科室应当各司其职。

1．医疗质量与安全管理委员会日常履职范围一般界定为临床、医技科室诊察行为的质量安全管控；医务部、质量管理部作为对应的质量安全管理部门，前者侧重医疗安全管理，后者侧重医疗质量管理。

（1）医务部负责医务人员执业资质、执业能力的审查与监管，建立医务人员医疗技术权限（包括手术权限）审核备案档案，实行动态管理；负责研判人力资源配备

满足临床工作需要的情况；负责审查医务人员开展诊疗活动遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准、患者知情同意原则以及尊重患者的自主选择权和隐私权的情况；负责监管临床诊疗工作遵守医疗质量安全核心制度，合理检查、合理用药、合理治疗等情况；负责完善门急诊管理制度，规范门急诊质量管理，加强门急诊专业人员和技术力量配备，优化门急诊服务流程，保证门急诊医疗质量和医疗安全，并把门急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容；负责临床专科服务能力建设，重视专科协同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式；负责加强中医医疗质量管理；负责医疗安全风险防范及医疗质量（安全）不良事件报告的管理，通过提高医疗安全及风险防范意识，建立医疗安全与风险管理体系，完善医疗安全管理相关工作制度、应急预案和工作流程，加强医疗质量重点部门和关键环节的安全与风险管理，落实患者安全目标；负责建立完善相关制度，利用医疗责任保险、医疗意外保险等风险分担形式，保障医患双方合法权益；负责制订防范、处理医疗纠纷的预案，预防、减少医疗纠纷的发生，积极完善投诉管理，及时化解和妥善处理医疗纠纷。

（2）质量管理部负责加强临床路径、单病种质量管理与控制工作；负责建立本机构单病种管理的指标体系，制订单病种医疗质量参考标准，促进医疗质量精细化管理；负责医技科室的质量管理，建立覆盖检查、检验全过程的质量管理制度，加强室内质量控制，配合做好室间质量评价工作，促进临床检查检验结果互认；负责对各科室医疗质量管理情况进行现场检查和抽查，建立本机构医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示；负责定期对医疗卫生技术人员开展医疗卫生管理法律法规、医院管理制度、医疗质量管理与控制方法、专业技术规范等相关内容的培训和考核；负责将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升以及科室和医务人员绩效考核的重要依据。

2．医院护理管理委员会及护理部负责护理质量管理，创新管理方法，持续改善护理质量；负责立足特色护理和重点技术，建立健全护理工作制度、岗位职责、质量标准、评价体系和各科疾病的护理常规、技术操作规程和指南；加强护理队伍建设，保障等级护理落实与患者安全。

3．科研教学管理及学术委员会负责加强医学继续教育，重视人才培养；会同医务部依医疗技术临床应用委员会相关规划与决议等，负责做好临床技术创新性研究和成果转化，提高专科临床服务能力与水平。

4．医院感染管理委员会及感染管理科负责医院感染防控管理，通过严格执行消毒隔离、手卫生、抗菌药物合理使用和医院感染监测等规定，建立医院感染的风险监测、预警以及多部门协同干预机制，开展医院感染防控知识的培训和教育，严格执行

医院感染暴发报告制度。

5．药事管理与药物治疗学委员会及药学部负责加强药学部门建设和药事质量管理，转变药学服务模式，加强药品遴选采购、处方审核调剂、临床应用评价等的全过程管理；贯彻落实合理用药原则，通过推行临床药师制，发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等合理用药管理方面的作用，不断提升临床药学服务与监管能力；负责建立和完善药品不良反应、药品损害事件监测报告制度。

6．医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会和器械材料科负责加强医疗器械质量管理，建立健全覆盖维护、使用、检测、检修等全过程的医疗器械质量管理制度；采用信息化手段进行医疗器械质量管理；建立完善医疗器械不良事件监测报告制度。

7．病案管理委员会及病案管理科负责病历质量管理，建立并实施病历质量管理制度，保障病历书写客观、真实、准确、及时、完整、规范。

8．临床用血管理委员会及输血科负责加强临床用血管理，加强临床用血计划管理、大量用血审批、用血合理性评价公示等环节的全程管理；推进血液保护技术的规范开展，加强输血不良事件的预防、监测和处置。

9．医院信息（安全）管理委员会及信息数据中心负责基于电子病历的医院信息平台建设，提高医院信息化工作的规范化水平，使信息化工作满足医疗质量管理与控制需要，充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制。建立完善医疗机构信息管理制度，保障信息安全。

10．辐射安全与防护管理委员会和安全监督科负责放射安全防护培训、放射防护器材及个人防护用品使用方法培训、介入相关环境或人员暴露应急演练；负责全院职工的消防安全教育，消防安全重点部门的消防演练；负责门诊、病房等医院内突发（暴力）安全事件的处置与应急预案演练。

（二）遇护理、药事、医院感染、医疗技术、病案管理等交叉重叠事项，须依《宜兴市人民医院医疗质量与安全联合监管协调制度》相关规定，由医务部和（或）质量管理部负责主题筛选、权重衡量或工作协调。各质量管理相关委员会（及其对应职能科室）应当建立决策、控制、执行相互协调、相互促进的治理机制，积极讨论解决质量管理难点问题。

（三）各质量管理相关委员会及其对应职能科室负责制定并组织实施主题性年度工作计划；定期回顾性分析并专题研究医疗质量安全相关问题，运用质量管理工具，实现医疗质量安全管理持续改进。

（四）医疗质量与安全管理委员会负责汇编各质量管理相关委员会重点工作项目及质量考核指标与标准，形成医院质量安全管理方针和目标、医疗质量关键环节、重点部门、重点工作项目年度工作计划，统筹部署并颁布实施医院医疗质量管理方案。

（五）科室质量与安全管理小组在科室负责人领导下，负责本科室质量安全管理工作，主要职责如下：

1．贯彻执行医疗质量安全管理相关规范性法律文件；根据专科特点细化医院医疗质量安全管理制度并执行。

2．制订本科室年度质量控制实施方案，组织开展科室医疗质量管理与控制工作。

3．制订本科室医疗质量持续改进计划和具体落实措施。

4．定期对科室医疗质量进行分析和评估，对医疗质量薄弱环节提出整改措施并组织实施。

5．对本科室医务人员进行医疗质量规范性法律文件、技术规范、标准、诊疗常规及指南的培训和宣传教育。

6．按照有关要求报送本科室医疗质量管理相关信息。

7．明确科室质量与安全管理小组、QC 小组、医疗技术管理小组、医院感染管理小组、临床路径实施小组等科室质量安全管理组织的具体履职要求。

（六）医院将医疗质量安全核心制度、国家质量安全改进目标、患者安全目标列为全院范围常态化重点工作项目。

（七）挂靠本院的宜兴市医疗质量控制小组，在卫生健康行政部门的要求和指导下，负责落实、开展医疗质量管理与控制的有关工作要求及相关业务指导；质量管理部负责相关工作协调、帮扶、监督事宜。

第三章　质量体系运行与持续改进

第五条 质量监测与数据管理

1．建立医疗质量核心指标监测体系，涵盖以下内容：门诊病历书写合格率、出院病历甲级率、处方合理率、手术并发症发生率等。

2．各部门须按照规定时限提交质量数据，由质量管理部负责统一汇总与分析，编制质量与安全管理简报，定期向全院通报。

3．构建质量数据追溯体系，鼓励运用信息化手段强化质量数据管理，确保数据的真实性、准确性与完整性，为质量改进提供坚实依据。

第六条 内部审核与监督

常态化开展质量管理会议与改进活动。医院原则上每季度召开一次委员会会议，议题经征集意见、分析数据拟定，由委员会主任审定。决议事项和整改措施限期落实，由医务部跟踪督办并通报成效。

第七条 持续改进机制

1．运用先进的质量管理工具，针对医疗质量突出问题开展专项改进活动，持续提升医疗服务质量。

2．强化全员质量管理意识与能力建设。医院将质量管理纳入全员培训，定期开

展培训与考核，鼓励医务人员参与质量改进工作，营造全院参与的良好氛围。

第四章 考核与奖惩

第八条 考核指标

（一）科室考核指标：医疗质量核心指标完成率、制度落实率、不良事件发生率、纠纷处理满意度、整改完成率等；

（二）个人考核指标：岗位职责履行情况、诊疗规范执行情况、病历书写质量、不良事件上报情况等。

第九条 奖励机制

（一）荣获年度医疗质量先进科室的，将授予集体奖金、荣誉证书，科室评优予以优先考虑；

（二）个人在质量改进、隐患排查、纠纷化解等方面作出突出贡献的，将获得职称晋升加分或授予荣誉称号。

第十条 惩罚机制

（一）科室医疗质量指标未达标、制度落实不到位的，扣减科室绩效奖金，通报批评并限期整改；

（二）医务人员因违规操作、失职导致医疗质量问题或不良事件的，视情节轻重给予警告、罚款、暂停执业资格等处理；

（三）隐瞒医疗不良事件或纠纷、弄虚作假的，加重处罚，情节严重者，按医院规定解除聘用关系，涉嫌违法的移交相关部门处理。

第五章 附 则

第十一条 相关释义

（一）职能科室日常管理：指检查、指导、监督、考评、控制、记录、总结、分析、反馈、预警、教育培训等履职工作；

（二）医疗质量管理方案：含质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法以及相配套制度等；

（三）医疗质量关键环节：危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等；

（四）重点部门：急诊科、手术麻醉部、血液净化中心、内镜中心、导管室、重症医学科、产房、新生儿病房、消毒供应中心等；

（五）医疗质量管理工具：指为实现医疗质量管理目标和持续改进所采用的措施、方法和手段，如全面质量管理（TQC）、质量环（PDCA 循环、PDSA 循环）、品管圈（QCC）、疾病诊断相关组（DRGs）绩效评价、单病种管理、临床路径管理等。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法 国家卫生和计划生育委员会

令（第 10 号）[EB/OL].（2016-10-12）. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/d2633bf795e443b6a879f27e408539f3.shtml.

[2]国家卫生健康委员会.关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知：国卫医发〔2018〕8 号[EB/OL].（2018-04-21）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201804/42ab2552298047679cd6ec733f233862.shtml.

[3]中国医院协会.中国医院协会患者安全目标（2025 版）及细则[EB/OL].（2025-06-09).https://www.cha.org.cn/site/content/da5e6dc2652e019f7deff39caa06a599.html.

四、修订原因

中国医院协会官方网站于 2025 年 6 月 9 日正式发布《患者安全目标（2025 版）及细则》，据此修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 2 次修订

2020 年 05 月第 3 次修订

2025 年 12 月第 4 次修订

院科两级诊疗质量监督管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-003-03	制定时间：2016-01-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2025-12-01
制定部门：质量管理部	修订版本：2
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步提高我院的诊疗质量，持续改进住院诊疗工作，落实院科两级质量管理与质量控制，确保医疗质量与安全，根据《医疗质量管理办法》及本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）健全院科两级质量监管组织体系

1. 医院成立医疗质量与安全管理委员会，由院领导、相关职能科室及临床、医技科室负责人组成，其职责为：

（1）在院长领导下，对全院医疗质量与安全管理进行监督、检查、指导。

（2）委员会依据有关法律、法规、标准，结合本院实际，修订和完善医院质量与安全标准，并对全院医疗质量与安全进行全面监督、检查、评价，促进医疗质量与安全持续提高。

（3）检查和指导各科医疗质量与安全管理小组制定切实可行的质量管理方案，落实医疗质量与安全管理目标、计划、效果评价及奖惩措施。

（4）开展医务人员质量意识教育，对新职工和进修、实习人员进行岗前培训，进行质量管理教育。

（5）定期对医疗质量问题进行分析研讨，及时向院领导及有关部门反馈，提出提高医疗质量的具体措施和建议，提出修订和完善管理规定的意见。

（6）委员会全体会议，每季度召开一次，遇有特殊情况随时召开，研究问题，总结工作。

（7）委员会办公室设在医务部，负责执行委员会议定事项，承办委员会日常事务。

2．成立科室质量与安全管理小组，由科主任、副主任、护士长及高级职称医师、护师组成，其职责为：

（1）在医疗质量与安全管理委员会指导下，对本科室医疗质量开展常态化检查。

（2）检查本科室质量上的薄弱环节、不安全因素以及诊疗常规、操作规范、医院规章制度、各级各类人员岗位职责的落实情况。

（3）根据检查情况提出奖惩建议，与科室目标管理考评挂钩。

（4）定期向医疗质量与安全管理委员会报告本科室医疗质量管理工作情况以及对加强医疗质量管理控制工作的意见和建议。

（5）每月至少召开一次科室质控小组会议，分析探讨科内医疗质量状况、存在问题，制定改进措施，做好会议记录。

（二）诊疗质量监督管理工作流程

1．科级监控：即定点监控，每月进行一次，由各科室自主开展自查监控，发现问题及时改进。

2．院级监控

（1）过程质控：至少每月进行一次，由医务部、质管部等质量管理部门组织院级质控医生对各项医疗活动过程进行动态质控，重点对各项医疗质量管理制度，尤其是十八项医疗核心制度的落实情况进行核查，质控结果及时反馈至当事科室及当事人，落实整改与考核。

（2）环节质控：不定期进行，每年对医疗质量关键环节（危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）、重点部门（急诊科、手术麻醉部、血液净化中心、内镜中心、导管室、重症医学科、产房等）进行督查，落实整改与考核。

（3）终末质控：质量管理部门对上月出院病历、各项质量指标开展检查，对医疗缺陷进行监控，各质量管理相关委员会成员复核检查结果，每季度由院长对全院医疗质量进行考核与综合评价，提出处理意见；并对科级监控情况进行评价，落实整改与考核。

（三）诊疗质量监督管理的具体措施

1．针对医院制定的各项制度，开展诊疗质量院科两级监控，持续落实、检查、考核、评价、反馈、监督、改进。

（1）落实和检查《首诊负责制度》《三级查房制度》《死亡病历讨论制度》《会诊制度》《危重患者抢救制度》《值班和交接班制度》《入院、出（转）院、转科管理制度》等。

（2）对病历进行环节监控和终末监控，落实和检查有关病案各项制度，如《病历书写基本规范》《住院出院病历质量评定标准》《病历管理规定》等。

（3）合理用药情况：《抗菌药物临床应用指导原则》《抗菌药物的分级使用制度》及有关抗菌药物临床应用整治的各项相关指标的落实情况等。

（4）落实和检查《单病种质量管理制度》。

（5）落实和检查《医患沟通管理制度》和《患者知情同意告知制度》的执行情况。

（6）有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患，落实《医疗纠纷处理程序》和《医疗纠纷防范处置预案》等。

（7）加强院感指标达标管理，落实和检查《突发医院感染事件应急预案》《医院感染监测制度》《医院感染报告制度》等。

（8）加强传染病的及时报告，落实和检查《传染病疫情报告制度》。

（四）建立完善的诊疗质量评价和反馈机制

1．现场反馈和处理：在平时的院科两级监控中，对发现的诊疗质量缺陷、问题及时指出并督促整改。

2．院例会通报：对绩效考核检查中发现的重点、共性诊疗质量问题在医院的科主任、护士长参加的院例会上进行通报，要求各科室及时改进。

3．医院质量与安全管理委员会对季度综合绩效考核结果进行汇总、评价：医院质量与安全管理委员会对每季度的综合绩效考核进行汇总、评价，根据汇总结果一方面在院例会上公布，另一方面与各科室绩效工资发放挂钩。

4．每年各季度绩效考核结果汇总与年度评先、评优、考核及职称聘任挂钩。

5．建立个人综合目标考核档案，与个人的业务档案相结合，将医疗质量与安全管理中的各项考核结果纳入个人的综合目标考核档案，进行终身保存。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法 国家卫生和计划生育委员会令（第10号）[EB/OL].（2016-10-12）. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/d2633bf795e443b6a879f27e408539f3.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于印发医疗机构医疗质量安全专项整治行动方案的通知：国卫办医政函〔2025〕228号[EB/

OL]. (2025-06-20). https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202506/9cd15882a85048c98b54960ac37d5cd5.shtml.

四、修订原因

根据中华人民共和国国家卫生健康委员会发布的《医疗机构医疗质量安全专项整治行动方案》进行修订。

五、修订记录

2020 年 05 月第 1 次修订

2025 年 12 月第 2 次修订

医疗质量内部现场检查管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-004-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：/
制定部门：质量管理部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为强化医疗质量过程监管，及时发现并纠正诊疗服务中的薄弱环节与安全隐患，推动问题整改闭环管理，切实保障患者安全和医疗服务质量，特制定本制度。

二、内容

1．医院成立由质量管理部牵头，医务部、护理部、院感科、药学部、评审办等相关职能部门组成的医疗质量联合检查组，必要时邀请临床、医技专家参与，实行“多部门联动、专业化支撑”的检查机制。

2．现场检查分为常规检查、专项检查和飞行检查三类：常规检查全面覆盖全院所有临床及医技科室；专项检查聚焦高风险领域（如围手术期管理、抗菌药物使用、危急值处置、输血安全），根据年度质量重点或不良事件趋势动态安排；飞行检查针对投诉集中、既往问题反复出现或数据异常科室，不提前通知，直插现场。

3．检查内容严格依据《医疗质量安全核心制度要点》《三级医院评审标准》及医院内部管理制度，重点核查：三级医师查房、疑难病例讨论、术前讨论、死亡病例讨论等核心制度执行情况；病历书写及时性、完整性与规范性；患者身份识别、手术安全核查、跌倒/坠床风险评估等安全措施落实；科室质控小组活动记录及整改闭环情况；医疗设备、药品、耗材的规范管理与使用合规性。

4．检查过程通过实地考察、随机访谈医务人员与患者、查阅运行病历及管理台账、抽查监控录像等多种方式，获取真实信息。

5．检查人员须详细记录存在问题、具体事例、涉及人员及初步判定依据。

6．检查结束后5个工作日内，质量管理相关部门将问题清单、风险等级、整改建议及责任科室，及时下发至相应科室。

7.被检查科室须在收到通报后10个工作日内提交书面整改报告，说明整改措施、责任人、完成时限及佐证材料；质量管理部应在整改期满后组织“回头看”验证，确保问题闭环。

8．检查结果纳入科室绩效考核体系，重大隐患或重复问题实行“一票否决”；对主动暴露问题并积极整改的科室予以免责或减责，体现“非惩罚性文化”导向。

9．年度内累计三次被通报且整改不到位的科室，由质量管理部提请医疗质量管理与安全管理委员会约谈科室负责人，并视情况暂停相关技术开展权限。

10．所有检查计划、记录、通报、整改报告及验证材料，均由质量管理部统一归档并妥善留存。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法 国家卫生和计划生育委员会令（第10号）[EB/OL].（2016-10-12）. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/d2633bf795e443b6a879f27e408539f3.shtml.

[2]国家卫生健康委员会.关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知:国卫医发〔2018〕8号[EB/OL].（2018-04-21）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201804/42ab2552298047679cd6ec733f233862.shtml.

[3]国家卫生健康委关于印发《三级医院评审标准（2025年版）》的通知：国卫医政发〔2025〕4号.[EB/OL].（2025-06-10）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202506/25229edc80d34694b7debf54ddef9f9f.shtml.

医疗质量内部公示制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-005-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：/
制定部门：质量管理部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为增强医疗质量管理工作的透明度与公信力，强化全员质量意识，促进科室间良性竞争与经验共享，构建“以数据说话、以问题为导向、以改进为目标”的质量文化，特制定本制度。

二、内容

1．医疗质量内部公示坚持“依法依规、客观真实、保护隐私、促进改进、分类

分级”的基本原则，严禁泄露患者个人信息、商业秘密及涉密数据，所有敏感信息须经脱敏处理。

2．公示内容主要包括：（1）各临床医技科室关键质量与安全监测指标（如住院患者死亡率、非计划重返手术率、抗菌药物使用强度、平均住院日、病历甲级率、危急值响应及时率等）；（2）全院及各科室医疗不良事件上报数量、类型分布、趋势分析（相关信息均做患者身份脱敏处理）；（3）内部质量检查发现问题清单、整改完成率及典型问题警示；（4）年度质量改进优秀项目、先进科室及标杆案例；（5）上级主管部门督查反馈意见及医院整改进展。

3．公示周期实行“月度+季度+年度”结合：关键指标按月公示；综合质量分析报告、医疗不良事件汇总及改进成效按季度发布；年度质量报告于次年第一季度公布。重大质量问题或典型安全事件可即时通报。

4．公示载体包括医院办公自动化系统（OA）、《医疗质量与安全管理月刊》、《医院质量管理通报》、院例会通报及质量管理委员会会议材料等，确保信息传达到位。

5．所有拟公示内容须由质量管理部负责数据采集、清洗、分析与初审，经相关职能部门会签确认后，报分管院领导审批通过后方可发布；涉及负面信息的，发布前应与相关科室进行事实核对与沟通。

6．公示数据来源须权威可靠，优先采用医院 HIS、LIS、PACS 等信息系统自动抓取数据，人工填报数据须经双人复核并留痕。

7．科室对公示内容有异议的，可在公示后 3 个工作日内向质量管理部提交书面申诉，说明理由并附证据；质量管理部应在 5 个工作日内组织复核，必要时召开专题会议审议，并将复核结果书面反馈申诉科室。

8．对故意瞒报、漏报、篡改质量数据导致公示失真的科室或个人，一经查实，按医院相关规定严肃问责。

9．质量管理部每年对公示制度执行情况进行评估，优化指标设置与发布方式，提升公示信息利用效能。

10．所有公示文件及审批记录由质量管理部存档。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局.关于印发医疗卫生机构信息公开管理办法的通知：国卫办发〔2021〕43 号[EB/OL].（2022-01-04）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/202201/ff9ccaeb120c4a5b81699eb5d77676a9.shtml.

医疗质量安全管理与持续改进工作制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-007-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间： /
制定部门：质量管理部	修订版本： /
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

医疗质量与安全是医院管理的核心。为切实加强内涵建设，提高医院法制化、规范化、科学化管理的服务水平，确保医疗质量与医疗安全，特制定本制度。

二、内容

1．健全质量管理组织体系，满足质量管理与持续改进需要

（1）建立健全质量管理组织。医院定期对医疗质量管理相关委员会进行调整，对委员会成员进行更新，对各委员的工作制度、委员职责进行规范。为保证质量工作的有序进行，各委员会定期召开会议，研究、部署相关工作，特别是对重点环节、重点部门加强管理，建立医院、科室两级医疗质量管理责任体系，院长为医院医疗质量管理第一责任人，负责制定医疗质量与医疗安全管理和持续改进方案，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作；科主任全面负责科室医疗质量管理工作，建立科室医疗质量与安全管理体系，执行医疗质量与医疗安全管理和持续改进相关任务。

（2）医疗质量管理职能部门组织实施医疗质量与安全管理，负责指导、监督、考核、分析、评价医疗质量及安全工作，定期进行医疗质量与安全指标的检查分析并督导落实。监管检查须有计划、有记录、有分析、有反馈、有整改措施、有实际效果。建立执行部门与监管部门交叉协调管理机制。

2．加强全员医疗质量和医疗安全教育

牢固树立质量安全意识，营造质量安全氛围，提高全员质量安全参与能力，质量安全培训纳入全员培训年度计划，定期进行，确保培训效果。

3．强化技能训练，开展岗位练兵

教学管理与学科建设科制定并组织实施医、护、药、技等全员培训计划，分类开展临床医疗、护理、病理、影像、检验、药剂、输血、医院感染等岗位专业人员的练兵活动。抓好抓实急诊抢救、复苏技术、物理诊断、外科操作、临床技能、病历书写等基本功训练，强化依法执业能力、临床思辨能力和医患沟通能力。

4．严格执行医疗质量和医疗安全管理制度，完善并实施各项规章、技术操作规程及各类人员岗位职责

建立健全医疗技术风险防范、控制及追溯机制，完善重大医疗安全事件、医疗事故防范预案和处理程序，完善非医疗因素引起的意外伤害事件的防范措施。按规定报

告处理医疗事故、纠纷等不良事件。

5．加强重点部门及重点岗位的管理

各质量安全执行及监管部门高度重视急诊科、重症医学科、血液净化中心、手术麻醉部、消毒供应中心、病理科、医院感染控制等工作重点，以及其他重点部门科室（门诊、输血科、检验、药事、病案管理等）的管理，制定可行的质控、监管计划和措施，重点查找医疗安全隐患和薄弱环节，加强整改，每季度有检查、有监控记录。

6．严格医疗技术和人员资质准入、分级管理和监督评价管理

依法加强医疗技术管理，遵守高危、敏感技术准入规定，建立医疗技术风险预警机制，完善并实施医疗技术损害处置预案，对新开展医疗技术的安全、质量、疗效等开展全程追踪管理与评价。

7．持续规范临床诊疗行为

充分学习、应用临床路径、单病种质量控制标准、循证医学等现代医学理论、科学管理手段，指导制定患者的诊疗护理方案，规范临床医疗工作和医疗行为，合理利用资源，保证并持续改进医疗质量。

8．坚持以病人为中心

强化以人为本的服务理念，增强服务意识，不断改进医疗服务，优化就医环境，简化服务流程，提高工作效率，加强沟通随访，改善医患关系，维护患者利益，实现医疗服务规范化、人性化。

9．切实加强临床一线科室的医疗服务质量，确保安全性和有效性

各科室依据医院《医疗质量安全管理与持续改进工作制度》，结合本科室工作实际，制定本科室切实可行的《医疗质量安全管理与持续改进工作计划》，并在实施过程中不断完善。

10．重点专业部门医疗质量安全管理与持续改进

（1）非手术科室医疗质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1：实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范制定诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。

考核方法及改进措施：全面推行《患者病情评估管理制度》，由高级职称医师负责评价与核准签字，并在病历中体现。普通患者诊疗方案由主治医师以上人员确定，疑难危重患者方案需经副高以上人员确定。诊疗方案随病情变化和评估结果及时调整。检查治疗计划及方案的调整、分析在病历中必须有记录。

检查标准 2：加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。

考核方法及改进措施：明确各级医师病历书写职责，严格遵守病历书写规定，病历体现诊断及时、检查合理、治疗恰当，知情同意书完备。由科主任负责对本科室落实、执行十八项核心制度情况进行检查监督，科室设兼职质控员，明确责任分工。科

主任组织质控员及相关人员，及时检查、评价、监督、保障运行病历质量及医疗质量，发现问题及时整改、处理。

检查标准 3：落实三级医师负责制。

考核方法及改进措施：在临床科室的整个医疗活动中，必须履行科主任领导下的三级负责制，逐级负责，逐级请示。各科室严格执行《三级查房制度》，明确规定各级医师查房要求，尽量确定各级医师查房时间。医务部不定期参加各科室、各级医师查房，并对终末病历及环节病历进行检查、评价。

检查标准 4：规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。

考核方法及改进措施：按照《抗菌药物临床应用指导原则》及我院制订的《抗菌药物分级管理制度》，规范科室抗菌药物的应用，由医务部及药学部制定相应的检查落实方案，有整改通知，有落实及改进的措施及记录。

检查标准 5：有危重病人抢救流程，规范三级医师报告制度和相应职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。

考核方法及改进措施：各专业制定本专业的危重病人抢救流程，加强急危重病人抢救理论、技能及操作规程的培训，住院急危重症抢救成功率≥97.5%。规范三级医师报告制度和相应职责，规范不良事件报告制度和信息反馈制度。并形成重大、复杂事件科级、院级分级响应机制。

检查标准 6：参照手术诊疗管理有创诊疗操作。

考核方法及改进措施：各临床科室所开展有创诊疗操作，在设施、消毒、制度、流程等管理方面达到手术诊疗管理要求，建立定期自查、考核、评价机制。建立健全医疗技术、有创诊疗操作和人员资质的资格准入、分级管理、监督评价和档案管理制度。

检查标准 7：开展重点病种质量监控管理。

考核方法及改进措施：分别制定本专业常见病、多发病的单病种质量控制计划，实行单病种质量考核。结合临床诊疗实际，应用相应临床诊疗路径、指南、单病种质量控制标准，规范医疗工作。要求质量控制病种诊断与鉴别诊断明确，治疗方案恰当，检查处理适宜，用药合理安全，急重症处理及时、有效。急性心肌梗死、心力衰竭、冠状动脉旁路移植术、肺炎、慢性阻塞性肺疾病、脑梗死、膝髋关节置换、剖宫产，是必须实行单病种质量监控的病种。

（2）手术科室医疗质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1：实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范制定诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。

考核方法及改进措施：全面推行《患者病情评估管理制度》，由高级职称医师负责评价与核准签字，并在病历中体现。普通患者诊疗方案由主治医师以上人员确定，疑难危重患者方案需经副高以上人员确定。诊疗方案随病情变化和评估结果及时调整。

检查治疗计划及方案的调整、分析在病历中必须有记录。

检查标准 2：实行手术资格准入、分级管理制度，重大手术报告、审批制度。

考核方法及改进措施：各手术科室制定本专业的手术分级管理制度，并对临床医师的手术实行分级管理，按手术权限实施手术。按规定实行重大手术报告、审批制度，有原始资料记录。由科室、职能部门检查落实情况，反馈、改进。

检查标准 3：加强围手术期质量控制，重点是术前讨论、手术适应症、风险评估、术前查对、操作规范、术后观察及并发症的预防与处理、医患沟通制度的落实。术前：诊断、手术适应症明确，术式选择合理，患者准备充分，与患者沟通并签署手术和麻醉同意书、输血同意书等，手术前查对无误。术中：手术操作规范，输血规范，意外处理措施果断、合理，术式改变等及时告知家属或委托人。术后：观察及时、严密，早期发现并发症并妥善处理。提高术前诊断与病理诊断相符率。

考核方法及改进措施：各手术科室应建立围手术期质量控制的工作规范，加强术前、术中、术后环节控制力度，建立四级手术术前多学科讨论、医患沟通（谈话）、重大手术术前医疗技术损害预警告知等制度，要求全面、细致，病历中详细记载，准确记录。

检查标准 4：麻醉工作程序规范，术前麻醉准备充分，麻醉意外处理及时，实施规范的麻醉复苏全程观察。

考核方法及改进措施：麻醉科完善本科室麻醉安全管理制度及工作程序规范，重点术前查房与术后访视，针对不同麻醉要求和患者具体病情进行分类管理，有麻醉意外应急预案，规范复苏及出手术室标准，建立复苏全程观察记录，提高麻醉安全性。

检查标准 5：加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。

考核方法及改进措施：明确各级医师病历书写职责，严格遵守病历书写规定，病历体现诊断及时、检查合理、治疗恰当，知情同意书完整。由科主任负责对本科室落实、执行十八项核心制度情况进行检查监督，科室设兼职质控员，明确其分工。科主任组织质控员及相关人员，及时检查、评价、监督、保障运行病历质量及医疗质量，发现问题及时整改、处理。

检查标准 6：落实三级医师负责制。

考核方法及改进措施：在临床科室的整个医疗活动中，必须履行科主任领导下的三级负责制，逐级负责，逐级请示。各科室严格执行《三级查房制度》，明确规定各级医师查房要求，由医务部不定期参加各科室、各级医师查房，并对终末病历及环节病历进行检查、落实。

检查标准 7：规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。

考核方法及改进措施：按照《抗菌药物临床应用指导原则》及本院制订的《抗菌

药物分级管理制度》，规范科室抗菌药物的应用，由药学部制定相应的检查落实方案，有整改通知，有落实及改进的措施及记录。

检查标准 8：有危重患者抢救流程，规范三级医师报告制度和相应职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。

考核方法及改进措施：各专业制定本专业的危重患者抢救流程，加强急危重患者抢救理论、技能及操作规程的培训，住院急危重症抢救成功率≥97.5%。规范三级医师报告制度和相应职责，以及不良事件报告制度和信息反馈制度。并形成重大、复杂事件科级、院级分级响应机制。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法 国家卫生和计划生育委员会令（第 10 号）[EB/OL].（2016-10-12）. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/d2633bf795e443b6a879f27e408539f3.shtml.

[2]国家卫生健康委，国家中医药局.关于开展全面提升医疗质量行动（2023-2025 年）的通知：国卫医政发〔2023〕12 号[EB/OL].（2023-05-29）. https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202305/68bcfaf610d94c638f64c53aff5de994.shtml.

[3]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发手术质量安全提升行动方案（2023-2025 年）的通知：国卫办医政发〔2023〕10 号[EB/OL].（2023-08-28）. https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202308/02b2a53614924b88ae3a6951d65e0a61.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发患者安全专项行动方案（2023-2025 年）的通知：国卫办医政发〔2023〕13 号[EB/OL].（2023-10-09）. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100375/202310/00fd25c0628d48dd87c80639d15c3a84.shtml.

医疗质量管理人员培训与考核制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-008-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：/
制定部门：质量管理部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为系统提升医疗质量管理人员的专业素养、政策理解力与实践能力，规范培训组织、实施与考核机制，保障医院医疗质量管理体系高效、规范、持续运行，特制定本制度。

二、内容

1．本制度适用于医院质量管理部门专职人员、各临床医技科室质控员、科室主任、护士长及其他参与医疗质量管理工作的医务人员。

2．医院质量管理部门为培训工作的归口管理部门，监督各业务部门围绕医疗质量管理制定年度培训计划、组织师资、安排课程、实施考核及建立培训档案；组织人事科负责协调培训资源、学时认定及结果应用。

3．培训内容应涵盖国家及地方最新颁布的医疗质量管理法律法规、部门规章和政策文件（如《医疗质量管理办法》《三级医院评审标准》等），医疗质量安全核心制度实施细则，国家医疗质量安全改进目标、患者安全改进目标，常用质量管理工具（包括但不限于 PDCA 循环、根本原因分析 RCA、失效模式与效应分析 FMEA、品管圈 QCC 等），医院质量监测指标体系解读，医疗质量信息系统操作规范，以及与岗位职责密切相关的专业技能培训、典型案例分析。

4．培训形式可多元化，包括集中面授、线上学习平台课程、案例复盘会、外派培训进修、专家讲座及跨院交流等。

5．培训结束后可组织闭卷笔试、实操演练或项目汇报等形式的考核，考核内容覆盖培训重点，评分标准由质量管理部门联合相关专家制定，确保客观公正。

6．考核结果分为优秀、合格、不合格三个等级，考核结果作为年度评优、职称晋升、岗位聘任的重要依据；连续两次考核不合格者，由质量管理部门提出调整建议，报分管院领导审批后，暂停其质控岗位职责。

7．质量管理部门每年对培训工作进行总结，评估培训效果，优化下一年度培训方案，并向医疗质量与安全管理委员会汇报。

8．所有培训通知、签到记录、课件资料、考核试卷、成绩汇总及反馈意见等材料，由质量管理部门统一归档保存。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法 国家卫生和计划生育委员会令（第 10 号）[EB/OL].（2016-10-12）. https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/d2633bf795e443b6a879f27e408539f3.shtml.

[2]国家卫生健康委关于印发《三级医院评审标准（2025 年版）》的通知：国卫医政发〔2025〕4 号.[DB/OL].（2025-06-10）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202506/25229edc80d34694b7debf54ddef9f9f.shtml.

单病种质量管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-010-04	制定时间：2010-04-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-15

一、目的

为提高医疗质量与服务水平，促进医疗资源合理利用，现严格按照卫健委发布的单病种质量控制的通知要求，特制定本制度。

二、内容

1．医院成立单病种质量管理领导小组，组长由院长担任，副组长由业务副院长担任。成员由医务部、质管部、护理部、感染管理科、药学部、信息数据中心、财务科等科室干部组成。

2．单病种质量管理领导小组的职责是明确各有关部门的职能，制定实施表单的框架与格式，参与单病种效益的评估与评价，定期召开讨论会，协调解决实施过程中遇到的困难和问题，并针对性制定改进措施。

3．单病种质量管理实施小组由科主任、护士长任组长，组员包括科内医疗人员、护理人员、临床药师和其他相关医技科室负责人，并在医院单病种质量管理领导小组指导下具体实施科室单病种质量管理工作。

4．由质管部制定单病种质量管理制度、工作流程、奖惩措施，并负责组织协调、推进落实、数据收集、资料整理和效果评价，履行管理职责。

5．实行单病种质量管理报告制度，组织临床各科室以单病种为单位，及时上报单病种管理相关质量数据。

6．医院单病种质量管理领导小组每季度对临床科室单病种质量控制指标完成情况进行评价，并将结果及时反馈至各单病种质量管理实施小组，督促其整改落实，确保医疗质量持续改进。

7．质管部每月统计单病种相关评价指标数据，开展通报与考评工作，并将考评结果纳入科室季度规范化考核工作。定期或不定期地检查该病种年度目标达标情况，开展状态分析并及时反馈结果，促使临床科室持续改进。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于进一步加强单病种质量管理与控制工作的通知：国卫办医函〔2020〕624 号[EB/OL].（2020-07-23).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202007/5d39770a1eec416b84d07409a2ab6d6c.shtml.

四、修订原因

根据上级最新文件，结合实际工作开展进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 12 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

临床路径管理工作制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2025-010-04	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-03-05

一、目的

为进一步规范临床诊疗行为，提高医疗质量，保障医疗安全，现根据《临床路径管理指导原则》（国卫医发[2017]49 号）的文件要求，特制定本制度。

二、内容

（一）组织体系

1．医院成立临床路径管理委员会和临床路径指导评价小组，各科室成立临床路径实施小组，科室主任为实施小组第一责任人，各科室临床路径实施小组设联络员，由各科室具有主治医师及以上职称的医师担任。

2．医院临床路径管理工作由质管部牵头负责。由医务部、护理部、药学部、器械材料科、感染管理科、医疗保险价格管理科、财务科、信息数据中心和临床、医技等部门共同配合。

3．各临床科室必须成立临床路径实施小组，实施小组由各临床科室主任任组长，科室医疗、护理人员和药学、医技等相关科室人员任成员，所有成员对临床路径知识及相关内容进行系统学习，并在各职能部门的指导下对科室病种临床路径标准进行修订，有计划地组织科室医护人员培训、实施临床路径管理。

（二）临床路径的制定与实施

1．临床路径制定与实施需遵循循证医学理念，科室优先筛选常见病、多发病及卫健委推荐病种，收集资料，经科室讨论决定后起草文本，上报质管部审核通过后，制作电子路径后启用；后续逐步拓展病种范围、细化表单内容，优化流程，必要时制定分支路径。

2．临床路径实施前，质管部需组织医务人员开展临床路径相关知识培训。实施时优先选择诊断明确、治疗成熟、变异少的病种，纳入路径的患者需诊断明确、无严重合并症，且预期可按路径完成规范诊疗。

3．临床路径诊疗项目含医嘱类（饮食、护理等）和非医嘱类（健康教育等），文本分医师版、护理版和患者版。实施过程中，经治医师需先评估患者是否符合路径纳入标准，经患者及家属签署知情同意后，严格按临床路径开展诊疗工作，每日分析处理变异情况并记录报告，复杂变异需组织专家讨论研判；严格落实危急值管理，患者若出现严重并发症、因个人原因等情况退出临床路径，确保诊疗安全。

4．各临床科室建立本科室临床路径工作档案，内容包括：国家卫生健康委下发的本专业疾病临床路径、医院的临床路径工作实施方案、患者一般情况登记本，实施小组名单、医师版临床路径表、变异记录单，以及月度、季度单病种临床路径评价相关指标统计资料等。医师版临床路径表的记录应真实、准确、简洁，对变异情况需明确分析、讨论意见和处理措施，相关资料由本科室保留，质管部定期督导检查。

5．医院按照信息化建设的有关要求，将临床路径管理信息化建设纳入医院整体信息化建设规划，实现各系统有机统一、互联互通。依托信息化系统，对临床路径管理有关数据进行统计、分析，为提升医院医疗管理质量和水平提供数据支撑。

6．质管部每月统计临床路径评价相关指标数据，将临床路径入组率、入组完成率纳入科室医疗质量考核体系，并根据实际情况阶段性动态调整监测与考核指标。

三、参考文献

[1]卫生计生委，中医药局.卫生计生委 中医药局关于印发医疗机构临床路径管理指导原则的通知：国卫医发〔2017〕49号.[EB/OL].（2017-08-30).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5254330.htm.

四、修订原因（无）

五、修订记录

2026年01月第1次修订

五、医疗文书管理制度

病历书写规范

文件编号：YXPH-HL-YWB-2025-032-05	制定时间：2000-01-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2025-12-05
制定部门：病案管理科	修订版本：4
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2025-12-31

一、目的

为规范本院病历书写，提高病历书写质量，根据上级相关规定，并结合本院实际情况，制定本规范。

二、内容

第一章 基本要求及内容

第一条 病历书写应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。

第二条 本院使用电子病历系统进行病历书写。电子病历系统应当对操作人员进行身份识别，并保存历次操作印痕，标记操作时间和操作人员信息，并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

第三条 病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名。审查修改应保持原记录清楚可辨，并注明修改时间。修改、签名一律用红笔。修改病历应在72小时内完成。

第四条 进修医务人员应当由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写病历。

第五条 实习医师、毕业后第一年住院医师书写的住院病历，经上级医师补充修改、确认并签字以示负责后，上级医师可不再书写入院记录，但必须认真书写首次病程记录。

第六条 门诊病历即时书写，急诊病历在接诊同时或处置完成后及时书写。住院病历、入院记录应于次日上级医师查房前完成，最迟应于患者入院24小时内完成。急危重症患者的病历应及时完成。因抢救急危重症患者未能及时书写病历的，应在抢救结束后6小时内据实补记，并注明抢救完成时间和补记时间。

第七条 病历书写应当使用中文和医学术语。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称、药物名称可以使用外文。患者述及的既往所患疾病名称和手术名称应加引号。

第八条 疾病诊断、手术、各种诊疗操作的名称书写和编码应符合《国际疾病分类》（ICD-10、ICD-9-CM-3）的规范要求。

第九条 各项记录应注明年、月、日，急诊、抢救等记录应注明至时、分，采用24小时制和国际记录方式。如2013年8月8日下午3点8分，应写成2013-08-08，15:08（月、日、时、分为个位数时，应在数字前面加0）。

第十条 各种表格栏内必须按项认真填写，无内容划“—”。每张记录纸均须完整填写眉栏（患者姓名、科别、病区、床号、住院号）及页码等。

第十一条 各项记录书写结束时应在右下角签全名，字迹应清楚易认。上级医师审核签名应在署名医师的左侧，并以斜线相隔。

第十二条 凡药物过敏者，应在病历中用红色注明过敏药物的名称。

第十三条：

（一）对按照有关规定须取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、

特殊治疗、手术、实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员或近亲属、关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者其授权的负责人签字。

（二）因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将相关情况通知患者近亲属，由患者近亲属签署同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

（三）医疗美容应由就诊者本人或监护人签字同意。

第十四条 规范使用汉字，简化字、异体字以《新华字典》为准，不得自行杜撰使用。杜绝错别字。病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间。

第十五条 使用表格式病历必须是本规范所列专科、专病表格式病历。

第二章 门（急）诊病历书写要求

第十六条 门（急）诊病历内容包括门（急）诊诊疗信息页、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

第十七条 门（急）诊诊疗信息页中患者基础信息包括患者姓名、性别、出生年月、婚姻状况、住址、药物过敏史和联系电话、身份证号等项目内容。初诊由门诊服务站和挂号处检查督促按项目填写内容完整。

第十八条 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

（一）初诊病历记录书写内容应当包括就诊日期、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

（二）复诊病历记录书写内容应当包括就诊日期、科别、主诉、现病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

第十九条 如进行特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗活动等，由患者本人签署同意书，并在病历中详细记录，包括和患者的谈话内容。患者拒绝继续诊疗，应告知患者拒绝诊疗可能发生的各种情况和后果，并详细记入病历，由患者签字。

第二十条 需要请其他科会诊，应在病历中写清会诊目的及本科初步诊断意见。被邀请的会诊医师应在病历中认真写清检查结果，提出诊断和处理意见并签名。

第二十一条 急诊病历书写就诊时间应注明年、月、日、时、分，按 24 小时计。门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第二十二条 抢救危重患者时，应当书写抢救记录。对收入急诊观察室的患者，应当书写留观期间的留观病历。

第三章 住院病历书写要求及内容

第二十三条 住院病历内容包括病案首页、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、麻醉记录单、

手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录（或死亡记录）、病程记录（含抢救记录）、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

第二十四条 住院志是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。住院志的书写形式分为入院记录、再次或多次入院记录。患者入院后 24 小时内完成入院记录。

第二十五条 入院记录的要求及内容

（一）患者一般情况内容包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、住址、病史陈述者（是否可靠）、入院时间、记录时间。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

（三）现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠、饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

（四）既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物过敏史、中毒史、长期用药史等。

（五）个人史，婚育史，女性患者的月经史，家族史。

（六）体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部、胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱、四肢，神经系统等。

（七）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

（八）辅助检查指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应当写明检查日期，如系在其他医疗机构所做检查，应当写明该机构名称。

（九）初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所做的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。

（十）书写入院记录的医师签名。

（十一）中医、中西医结合病历应包括中医、中西医结合诊断和治疗内容。

第二十六条 再次或多次入院记录是指患者因同一种疾病再次或多次入住同一医疗机构时书写的记录。要求其内容基本同入院记录，其特点有：主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过小结，然后再书写本次入院的现病史。

第二十七条 患者入院不足 24 小时出院的，可以书写 24 小时内入出院记录，内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院

诊断、诊疗经过、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

第二十八条 患者入院不足 24 小时死亡的，可以书写 24 小时内入院死亡记录，内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（抢救经过）、死亡原因、死亡诊断、医师签名等。

第二十九条 病程记录是指继住院志之后，经治医师对患者病情和诊疗过程所进行的经常性、连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

第三十条 病程记录的要求及内容

（一）首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、入院诊断、诊断依据及鉴别诊断、患者评估及预后、诊疗计划等。

（二）日常病程记录由医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写。书写日常病程记录时，首先标明记录日期，另起一行记录具体内容。新入院患者应连续记录 3 天病程记录（含首次病程录）；对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少一次，记录时间应具体到分钟；对病重患者，至少 2 天记录一次病程记录；对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录；手术后患者连续记录三天，以后视病情按上述要求记录。

（三）上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

（四）主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

（五）科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见。

（六）疑难病例讨论记录是指由科主任主持、召集有关医务人员对确诊困难、疗效不确切、非计划重返再住院、非计划重返手术室再手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害并发症病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等。

（七）交（接）班记录是患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、

诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

（八）转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录，包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

（九）阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊断、治疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

（十）对住院时间超过 30 天的患者，每隔 30 天应有科主任或副主任主持的以科室为单位的大查房，参加人员应为全科或全病区医师、护士长及相关人员，重点内容应对患者目前诊断、治疗效果、医疗风险及预后等进行分析，并评价治疗措施是否合理，以利于患者下一步治疗方案的修订。记录方式可以在病程记录中续写，在病程记录居中位置写“科室大查房记录”，也可以在阶段小结的“诊治经过”中记录上述科室大查房相关内容，同时应在病程记录居中位置写明“阶段小结及科室大查房记录”，但阶段小结不可以替代以科室为单位的大查房。

（十一）抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、抢救结果、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职务等。记录抢救时间应当具体到分钟。

（十二）会诊记录（含会诊意见）是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录，内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要说明患者的病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的、申请会诊医师签名等。会诊意见记录应当有会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。紧急会诊应在申请单右上角书写“急”字。

（十三）术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所做的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称方式、拟施麻醉方式、注意事项等。

（十四）术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论记录。内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名、专业技术职务、讨论日期、记录者的签名等。需在手术医嘱下达前完成。凡属原江苏省卫生厅印发的《江苏省手术分级管理规范（2017 版）》、《国家限制类

技术目录（2022 年版）》、《江苏省限制类技术目录（2023 年版）》中限制类技术的三、四级操作、手术和特殊手术必须进行术前病例讨论（急诊手术可例外）。

（十五）麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、麻醉方式、麻醉期间用药及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

（十六）手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理、标本处理等。涉及多个专科医师同台手术的复杂情况时，按照各个专科情况分别由各专科医师书写各专科手术记录。

（十七）手术护理记录是指巡回护士对手术患者术中护理及所用器械、敷料的记录，应当在手术结束后及时完成。手术护理记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号（病案号）、手术日期、手术名称、术中护理情况、所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

（十八）术后首次病程记录是指手术者或第一助手在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

（十九）重要的实验室检查结果或辅助检查结果报告单在患者出院前尚未回报时，经治医师须在患者出院前的医患沟通时告知患方，并详细记录患方的有效联系方式。待检验检查结果回报后，经治医师须将检验检查结果记录在病历中。如其结果导致必须改变患者出院诊断或对患者的后续治疗有影响时，经治医师须在最后一次病程记录后按照接收报告的实时日期据实补记修改诊断或修改后续治疗方案的依据以及通知患方的具体情况。同时，经治医师按照修正诊断相关要求修改住院病历或入院记录、出院记录、病案首页等，以利于患者随访及后续治疗。应用电子病历的医疗机构须按照其医疗机构相关管理规定如实修改电子文档，以维护医患双方权益。

（二十）活体器官移植临床应用管理文书须符合原卫生部医管司 2012 年第 124 号文件内容的相关管理规定：具备活体器官移植资质的医院在开展活体器官移植手术前，需严格审查程序，认真填写活体器官移植临床应用管理文书，并将医院人体器官移植技术临床应用与伦理委员会活体器官移植伦理审查意见书、省（区、市）卫健委活体器官移植加盖公章后的批复回复意见表等医疗文书并入病历归档保存。对管理文书涉及签字的部分均应以本人或代理人签字为准。

（二十一）临床路径管理记录：根据《临床路径管理指导原则》的通知要求，经

治医师在患者入院完成病情评估后，对满足诊断明确，没有严重的并发症，能够按照医疗机构临床路径设计流程和预计时间完成诊疗项目等条件的患者应当列入临床路径管理，与患者充分沟通后签署临床路径入组知情同意书归入病历档案中保存，并在首次病程录中予以说明。当患者出现以下情况之一时，应当退出临床路径：①在实施临床路径的过程中，患者出现了严重的并发症，需要改变原治疗方案的；②在实施临床路径的过程中，患者要求出院、转院或改变治疗方式而需退出临床路径的；③发现患者因诊断有误而进入临床路径的；④其他严重影响临床路径实施的情况。临床路径的变异是指患者在接受诊疗服务的过程中，出现偏离临床路径程序或在根据临床路径接受诊疗过程中出现偏差的现象。当出现变异时，经治医师应当及时将变异情况记录在病程录或医师版临床路径表中，记录应当真实、准确、简明。经治医师应当与个案管理员交换意见，共同分析变异原因并制定处理措施，及时向实施小组报告变异原因和处理措施，并与科室相关人员交换意见，提出解决或修正变异的方法，按照医疗机构的要求做好临床路径实施的记录、临床路径表的填写、患者退出临床路径的记录等，并在患者出院时将实施临床路径的情况记录在病案首页中（临床路径表单可由该医疗机构指定的部门负责保管）。

（二十二）同级医疗机构检验检查结果互认记录：根据苏卫医〔2006〕45 号文件原江苏省卫生厅关于下发《关于开展医疗机构间医学检验检查互认工作的指导意见》的通知要求，各医疗机构按照当地卫生行政部门确定的互认项目，内容包括医学检验结果和医学影像检查资料。如临床生化、免疫、微生物、血液和体液等临床检验中结果相对稳定、费用较高的项目。医学影像检查中根据客观检查结果（胶片、打印图像等）出具报告的项目。包括普通放射摄片（含 CR、DR）、CT、MRI 核医学成像（PET、SPECT）等。只要患者能提供同级医疗机构医学检验和医学影像检查结果报告单，其检查部位正确完整、图像清晰的客观检查胶片、图像资料，原则上有关医院间应相互认可。认可医院的经治医师需对患者提供的被认可医院出具的检查资料进行阅读、分析、诊断，必要时请本院医师会诊并出具会诊报告。医学影像检查、电生理检查中需根据检查过程中的动态观察出具诊断报告的，或诊断报告与检查过程密切相关的项目，包括放射造影检查（含 DSA）、超声检查、脑血流图、心电图、动态心电图、脑电图、肌电图等。由于此类检查影响因素较多，对其结果是否认可由接诊的临床医师确定，如检查结果符合诊断资料的质量要求，一般不再复查。

经治医师应将患者提供的被认可医院出具的检验检查结果报告单复印件拍照上传至病历的外来资料中，并在住院病历或入院记录的实验室及器械检查栏目下记录检查日期、医院名称及其结果。

有下列情形之一者可不列入互认范围或不受互认限制：①因病情变化已有的检验、检查结果难以提供参考价值的（如与疾病诊断不符合等）；②检验、检查结果在疾病

发展过程中变化幅度较大的；③检验、检查项目意义重大的（如手术等重大医疗措施前）：④检验、检查结果与病情明显不符的；⑤急诊、急救等抢救生命的紧急状态下；⑥患者或其亲属要求做进一步检查的。需再行检验、检查的项目，应向患者或其亲属明确说明。征得其知情同意。

（二十三）病情评估记录：经治医师应对患者全面情况进行评估，包括病情轻重、缓急、营养状况等做出正确的评估和诊断，参照疾病诊治标准、规范，以制定出合理、有效、经济的治疗方案，并将可能出现的并发症、预后判断告知患者或者其授权委托人。新入院患者、转科患者初次病情评估应由具有法定资质的经治医师完成；手术患者、病情出现变化的危重症患者、非计划再次手术以及治疗效果不佳的患者等应进行病情再评估。手术患者应在手术前评估；病情出现变化的危重症患者应随时对其进行病情再评估；出院患者应在出院前进行评估。住院过程中的患者病情再评估应由主治及以上职称的医师完成。

病情评估记录格式可以在病程记录中续写。内容包括：主要病史、阳性体征、重要实验室及器械检查结果、目前诊断及其依据、治疗效果、病情评估结果等。手术患者手术前病情评估可在术前小结中记录或在术前讨论记录中体现。出院前病情评估内容书写于出院前病程记录中，评估内容应包括患者出院前状况、治疗效果等。上级医师查房记录中能够反映出对患者的病情评估内容者，可以不再另行书写病情评估记录。

第三十一条 其他住院医疗文书的要求及内容

（一）手术同意书是指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况、并由患者签署同意手术的医学文书，内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签名、医师签名等。应在患者进入手术室前完成。

（二）特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

（三）出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院离开病房前完成，内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

（四）死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后 24 小时内完成，内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断、与患者近亲属商谈尸检的情况等。记录死亡时间应当具体到分钟。

（五）死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内，由科主任主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、

讨论意见等。

第三十二条 医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

（一）长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

（二）医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。

（三）医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色标注“作废”字样并签名。

（四）一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

第三十三条 辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录，内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。电子病历中不能显示的辅助检查报告，拍照上传至电子病历系统，原件留存病案室。

第三十四条 体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第三十五条 护理记录分为一般患者护理记录和危重患者护理记录。

（一）一般患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对一般患者住院期间护理过程的客观记录。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、病情观察情况、护理措施和效果、护士签名等。

（二）危重患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对危重患者住院期间护理过程的客观记录。危重患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

第四章 其他

第三十六条 住院病案首页按照 2018 年实行的新版住院病案首页填写，并按照江苏省卫生和计划生育委员会要求增加的内容及要求保留 2015 年版《病历书写规范》相关内容，病案首页的所有信息要逐项认真填写，做到有空必填。

第三十七条 特殊检查、特殊治疗的含义依照 1994 年 8 月 29 日（2017 年 4 月 1 日修订）卫生部（现国家卫生计生委）令第 35 号《医疗机构管理条例实施细则》第

八十八条执行。

第三十八条 中医病历书写基本规范和专科病历书写基本规范按江苏省病历书写规范要求执行。

三、参考文献

[1]季国忠，杨莉.江苏省病历书写规范（第二版）[M].南京：东南大学出版社，2015.

[2]江苏省中医药局.关于印发中医住院病案首页的通知（苏中医医政〔2018〕20号）[EB/OL].（2018-05-14）.http://wjw.nanjing.gov.cn/njswshjhsywyh/201810/t20181023_643240.html.

[3]国家卫生计生委办公厅.关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）和住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016版）的通知（国卫办医发〔2016〕24号）[EB/OL].（2016-05-31）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201606/2e3b6393fcff4f0095a45a507a975f2f.shtml.

[4]国家卫生和计划生育委员会.医疗机构管理条例实施细则（2017年修正）[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/a7bf0d42002146489c3775e159e52d69.shtml.

[5]江苏省病案管理专业质量控制中心.关于发布江苏省住院病历质量评定标准（2025版）的通知（苏医质控办〔2025〕7号）[Z].

四、修订原因

增加了参考文献，针对新版作规范更新。

五、修订记录

2005年05月第1次修订

2016年04月第2次修订

2021年04月第3次修订

2025年12月第4次修订

病历书写制度

文件编号：YXPH-HL-YWB-2025-033-05	制定时间：2000-01-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2025-12-05
制定部门：病案管理科	修订版本：4
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2025-12-31

一、目的

为规范病历书写，提高病历书写质量，根据《江苏省病历书写规范（第2版）》并结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

病历是医疗工作的全面记录，是医院管理、医疗、教学、科研和信息管理的重要资料，是体现医疗服务质量的重要依据，是正确处理医患矛盾的重要法律依据。

第二章 基本要求

第一条 医务人员必须严格认真执行病历书写制度，遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则，认真规范、完整准确地书写病历，以增强病案资料的真实性、可靠性、权威性和严肃性。

第二条 临床医师对来院门诊就诊及住院的患者，必须认真负责、实事求是、严肃认真地按照《江苏省病历书写规范》要求书写门诊病历和住院病历。

第三条 门诊病历应即时书写；急诊病历在接诊同时或处置完成后及时书写；住院病历当天书写，特殊情况应于次日查房前完成，确保在患者入院后 24 小时内完成。

第四条 我院使用电子病历系统进行病历书写。电子病历系统应当对操作人员进行身份识别，并保存历次操作印痕，标记操作时间和操作人员信息。历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息应可查询、可追溯。

第五条 病历一律使用中文和医学术语书写。通用的外文缩写和无正式译名的症状、体征、疾病名称、药物名称等，可使用外文。诊断、手术名称应按国际疾病分类和手术分类名填写。

第六条 规范使用汉字，简化字及异体字的使用以《新华字典》为准，不得自行杜撰。病历书写一律使用阿拉伯数字记录日期和时间。

第七条 各项记录应注明年、月、日；急诊、抢救及特殊诊疗等应注明至时、分，采用 24 小时制。

第八条 各项记录书写结束后，应在右下角签全名。上级医师审核签名应在署名医师的左侧，并以斜线相隔。

第九条 实习医师、进修医师、毕业后第一年的住院医师书写的病历，必须经带教医师或上级医师认真修改、确认并电子签名。修改病历应在 72 小时内完成。

第十条 使用表格式病历应符合《江苏省病历书写规范》的内容和要求，并报医务部办理审批手续。

第十一条 实行电子病历及无纸化归档，电子病历的规范要求按医院有关文件精神执行。

三、参考文献

[1]季国忠，杨莉.江苏省病历书写规范（第二版）[M].南京：东南大学出版社，2015.

四、修订原因

细化规章制度，为整个病历书写提供明确、统一的操作准则。

五、修订记录

2005 年 05 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2021 年 04 月第 3 次修订

2025 年 12 月第 4 次修订

日间诊疗病历书写基本规范

文件编号：YXPH-HL-YWB-2025-035-03	制定时间：2016-02-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2025-12-10
制定部门：病案管理科	修订版本：2
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2025-12-31

一、目的

为贯彻落实《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38 号）《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70 号）《关于印发开展三级医院日间手术试点工作方案的通知》（国卫医函〔2016〕306 号）国家卫生健康委员会医疗管理服务指导中心《日间手术管理导则》（2016 版征求意见稿）以及《中国医院质量安全管理(第 2-25 部分：患者服务日间手术)》（2018 年团体标准）等文件规定，进一步提高日间诊疗病历书写质量、提高工作效率，依据原卫生部《病历书写基本规范》及国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点》等文件，特制定本规范。

二、内容

第一章 定义及规范

第一条 日间诊疗是指临床诊断明确的患者，按照诊疗计划在入院 1 日(24 小时)内完成计划性诊疗并经短暂观察后出院的一种住院模式，包含手术、操作或其他相关内科治疗，不包括门诊手术。因病情需要延期出院的特殊病例，住院时间不超过 48 小时。

第二条 日间诊疗病历是指医务人员在日间手术、日间化疗等诊疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。

第三条 日间诊疗病历分为日间手术病历和日间非手术病历两类。

第四条 日间诊疗病历书写规范原则上依据原卫生部 2010 年《病历书写基本规范》以及国家卫生健康委员会医疗管理服务指导中心《日间手术管理导则》（2016 版征求意见稿），可以使用专科化制式病历。日间诊疗病历不包括非计划性的 24 小时内入出院或 24 小时内入院死亡病历。

第二章 基本要求

第五条 日间诊疗病历内容包括住院病案首页、日间病房入出院记录、医患沟通记录、授权委托书、知情同意书、手术安全核查表、手术风险评估表、手术记录或有创操作记录、术前讨论记录、术前讨论结论记录、术前小结、术后首次病程记录、麻醉术前术后访视记录、麻醉记录及手术清点记录、出院评估表、门诊、预住院及住院期间所做的各种检验及检查报告单、医嘱单、体温单、护理记录单以及入院前完成的与本次诊疗相关的医疗文书资料等相关内容。

第六条 日间诊疗入出院记录应参照《病历书写基本规范》24 小时内入出院记录的书写要求，内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱（重点阐述注意事项、复查时间等）、医师签名等。

（一）日间诊疗入出院记录的病史应记录患者主要症状的特点、发病时间、主要伴随症状、诊断经过以及重要的既往史、个人史、过敏史等。重点记录术前应完成的各类检查检验结果、手术医师及麻醉医师术前评估结果、术前准备及注意事项告知内容等。

（二）日间手术病历诊疗经过应当包括手术医师术前查看患者、麻醉医师术前访视、术前禁食、肠道准备、各类知情同意书签署等情况；记录手术名称、手术方式、病理检查、术后应注意观察的重要事项等内容；参加手术医师对患者病情观察及处置情况等。

（三）日间非手术病历诊疗经过应当包括接受治疗前准备情况，医师查看患者情况，各类知情同意书签署等情况，主要操作或治疗的名称、时间、具体的操作或治疗内容、操作或治疗后的注意事项及重点观察事项等。

（四）出院情况应记录患者出院时的一般情况、症状与体征、相关检查结果、出院诊断、出院评估等。出院评估使用《PADS 评分量表》（见附件 1）。

（五）出院医嘱包括出院注意事项、出院带药、复查时间、随访计划等。出院注意事项应具体明确，注明发生特殊情况的应急处理措施，联系电话等；随访计划应明确首次及后续随访安排。

（六）日间诊疗入出院记录由经治医师在患者出院离开病房前完成；手术患者的入出院记录由术者审核签字，非手术患者由主管医师审核签字；入院/术前及出院评估记录等病历资料应由主管医师审核签字。

第七条 日间手术记录应当由术者书写，是反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有术者签名。日间诊疗期间进行有创性操作时，应当在操作完成后即刻书写相应的操作记录。手术记录及有创操作记录应当符合原卫生部《病历书写基本规范》要求。

第八条 日间诊疗病历实施非局部麻醉者，应当包含手术风险评估表、麻醉术前访视记录、麻醉记录单、麻醉术后访视记录、手术清点记录、手术安全核查表。书写要求应当符合《病历书写基本规范》。

第九条 进行手术、操作或特殊治疗者，日间诊疗病历中应当包含手术知情同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查及特殊治疗同意书等。书写及签署要求应当符合《病历书写基本规范》。

第十条 医嘱单可以仅开具临时医嘱单，应当符合《病历书写基本规范》中相关要求。

第十一条 日间手术病历应当包含术前小结及术前讨论相关内容，依据《医疗质量安全核心制度》要点释义，除急诊手术外，所有手术、限制类技术的三四级操作前必须进行术前讨论，可以根据实际情况开展手术组讨论或医疗团队讨论等形式，术者必须参加术前讨论。

第十二条 单独书写术后首次病程记录。患者发生病情变化的应在病程记录中及时记录病情、处置情况及效果等。

第十三条 日间诊疗患者出院评估不符合出院标准，或有其它原因延迟出院者，预计超过 24 小时不足 48 小时者，在日间诊疗入出院记录中书写延长原因、症状体征变化及相应处置治疗等内容。日间诊疗患者延迟出院超过 48 小时者，将日间诊疗病历转为普通住院病历，无需重新书写入院记录，需要另页书写病程记录，该病程记录内容应包括本病例特点、目前情况、转为常规住院的原因、目前诊断及依据、鉴别诊断、诊疗计划、医师签名等。如病情需要转往其他科室，应按照原卫生部《病历书写基本规范》转出记录、转入记录的书写要求执行。

第十四条 日间诊疗患者入院前的门诊病历应按照《病历书写基本规范》要求书写，在门诊完成的日间诊疗相关内容，应当在门诊病历中记录。

三、参考文献

[1]中国医院协会病案专业委员会.日间诊疗病历书写基本规范(试行)[Z].2022.

四、修订原因

出台新版参考文献，针对新规作更新。

五、修订记录

2016 年 08 月第 1 次修订

2021 年 08 月第 2 次修订

2025 年 12 月第 3 次修订

附件

PADS 评分量表

出院评估	分值
1．生命体征：生命体征（完全恢复至基础水平）平稳，并且考虑患者的年龄和术前的基线（必须是 2 分）	
呼吸及意识状况恢复至基础水平，血压和脉搏与术前基线比较变化≤20%	2
呼吸及意识状况未恢复至基础水平或血压和脉搏与术前基线比＞20%	0
2．活动能力：患者恢复到术前生理水平	
步态平稳，无头晕或接近术前的水平	2
活动需要帮助	1
不能走动	0
3．恶心呕吐：患者出院前仅有轻微的症状	
轻度：口服药物可以控制	2
中度：需要使用肌肉注射药物	1
重度：需要反复用药	0
4．疼痛：患者出院前应当无痛或轻微疼痛，疼痛程度为患者可以接受的水平	
疼痛可以通过口服镇痛药物控制，疼痛的部位、类型与术后不适的预期等	2
可以耐受	1
不能耐受	0
5．外科性出血：术后出血应当和预期的失血具有一致性	
轻度：不需要更换敷料	2
中度：需要换药≤2 次	1
重度：需更换 3 次以上敷料	0
注：满分 10 分，评分≥9 分的患者可以出院。	总分：

病历复制管理规定

文件编号：YXPH-HL-YWB-2025-034-06	制定时间：2000-01-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2025-12-05
制定部门：病案管理科	修订版本：5
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2025-12-31

一、目的

为方便群众办事，保护患者隐私和个人信息，依据《中华人民共和国民法典》《医疗机构病历管理规定》等规范性法律文件，制定本规定。

二、内容

第一章 总 则

第一条 本规定所称病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊及住院病历、医疗费用等。本管理规定不涉及归档病历（病案）。

第二条 本院门/急诊电子病历保存时间为15年（不留存任何形式的纸质病历）；住院病历保存时间为30年。

第三条 患者在病历保存时限内享有查阅、复制其病历资料的权利。

第二章 申请主体与证明材料

第四条 本院受理下列人员和机构复制病历资料的申请：

患者本人或者其委托代理人；无（限制）民事行为能力患者的监护人、法定代理人或其代理人；死亡患者法定继承人或者其代理人。

第五条 申请人复制病历资料的，应当提供相应证明材料：

（一）申请人为患者本人的，应当提供身份证、军官证、护照等有效身份证明。

（二）申请人为无/限制民事行为能力患者的监护人、法定代理人的，应当提供（法院宣告、医学鉴定、医疗证明、户口本、出生证/未成年人身份证等）能够证实患者无/限制民事行为能力的文件，监护人、法定代理人身份及身份关系属性的法定证明材料。

（三）申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明，死亡患者法定继承人的身份及身份关系属性的法定证明材料。

（四）代理人作为经办人的，应当提供前述申请人及其代理人的有效身份证明，申请人签章的《授权委托书》等能够证实代理关系的材料（代理人未携带《授权委托书》，但现场能够验明其身份关系的，可签署《承诺书》以作临时替代）。律师事务所、保险机构等作为代理人的，须提供载明“代理复制病历”条款的《委托代理合同》《保险单》复印件并加盖单位公章，其经办人须持有单位《介绍信》及工作证。

第三章 复制范围及程序

第六条 可供复制的病历范围为除《疑难病例讨论记录》《死亡病例讨论记录》等学术讨论性医疗文书以外的所有病历资料。

第七条 病历复制按照以下程序办理：

（一）申请人携带相关证明材料，前往门诊服务台填写《病历复制申请表》，明确申请复制的内容和份数；

（二）医院工作人员对申请材料进行审核，材料不全的一次性书面告知需要补充的全部内容；

（三）审核通过后，医院工作人员在申请人在场的情况下进行复制；

（四）复制的病历资料经申请人和医院工作人员双方核对无误后，加盖病历复制

专用印章，申请人支付相应的工本费。

第八条 住院患者病历尚未完成或未归档的，由病区医师对已完成部分先行复制；病历按照规定完成后，申请人可对新完成部分再次申请复制。

第九条 线上办理病历复制申请，参照本规定执行。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第四十五号）.中华人民共和国民法典[EB/OL].(2020-05-28).https://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/zwgkztzl/2025nianzhuanti/2025mfdxcy/2025mfdxcy_mfdql/202505/t20250507_518708.html.

[2]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定（2013 版）》的通知（国卫医发〔2013〕31 号）[EB/OL].(2013-11-20).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c9955f0471c04450a9f9ab74648fbdd4.shtml.

四、修订原因（无）

五、修订记录

2005 年 05 月第 2 次修订

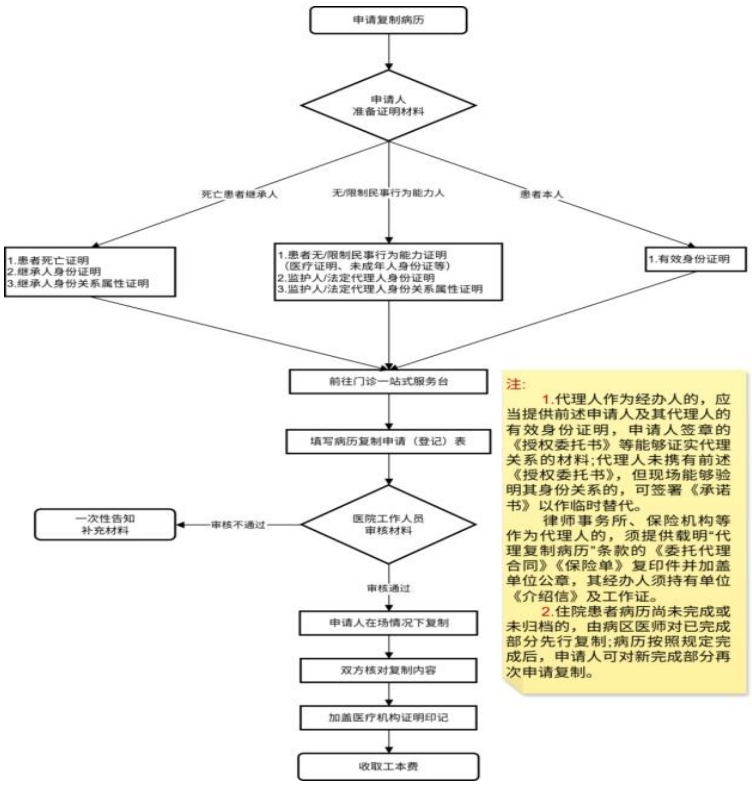
2016 年 04 月第 3 次修订

2021 年 04 月第 4 次修订

2025 年 12 月第 5 次修订

附件 1

病历复制办理流程图



病历质量监督员工作制度

文件编号：YXPH-HL-YWB-2026-053-02	制定时间：2020-04-30
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-03-12
制定部门：病案管理科	修订版本：1
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2026-03-31

一、目的

病历质量管理是医疗质量管理的重要内容和主要抓手，病历质量直接反映出医院技术服务能力和效率、质量控制水平、核心制度等的落实情况。为实现病历质量的持续提高，完善院科两级的病历质控制度，制定本制度。

二、内容

第一章 任职条件

第一条 各临床科室必须以病区为单位，设置 1 名病历质量监督员。

第二条 病历质量监督员必须由科务会成员（科主任、科副主任或科秘书）担任，必须具备高年资主治或以上职称，需熟练掌握《病历书写规范》《医疗质量安全核心制度》及《江苏省住院病历质量评定标准（2025 版）》。

第三条 病历质量监督员对病历质控工作须具有高度责任心、使命感。

第四条 病历质量监督员由各临床科室科主任推荐，科务会讨论通过后报病案管理科，经审核后报院部批准产生。

第五条 每届病历质量监督员任期两年，无特殊情况，任期内不得随意更换。

第二章 岗位职责

第六条 各病区主诊组为本组病历质量的第一责任人，负责本主诊组所有病历的质量。病历质量监督员为科室病历质量监控责任人，负责本科室所有病历的质控与考核，科室其他人员应积极配合病历质量监督员的质控考核工作。病历质量监督员对科室病历负有日常监管责任，必须每月对科室运行病历的质量开展抽样质控，形成质控报告，并及时将科室病历质量问题反馈给科主任和主诊医生，督促整改。

第七条 开展科室运行病历质控的频次及数量根据科室具体情况确定，原则上运行病历质控频次每周不少于 1 次，月度质控数≥15 份/病区并覆盖所有医疗组。

第八条 每月参加科室质量与安全管理小组活动，汇报当月科室病历质控情况，并提出科室整改建议。

第九条 按照病案管理科制定的工作计划，每月定期参加院级病历质控，按要求形成质控报告，并对质控结果负责，因故不能参加时，必须提前向病案管理科进行请假报备。

第十条 每月完成院级质控任务中病历内涵质量质控表格，进行科室内涵质量质控自查，逐步提升科室病历内涵质量。

第十一条 积极参加院内病历质量管理相关培训，掌握医院病历质量管理新精神、新要求，及时传达到科室并监督落实。

第十二条 每月与病案室分管编码员对接，了解医保检查反馈的病历书写相关问题、首页填写常见错误，及时传达科室并整改。

第十三条 在科主任主持下，定期组织开展科室内病历质量相关学习培训，带动科室病历质量整体提升。

第十四条 认真完成病案管理科交办的病历质量管理相关的临时性工作和任务。

第三章 待遇和权利

第十五条 病历质量监督员经院部确定后，即享有一定的岗位津贴，按季度发放，每季度 2000 元。

第十六条 病历质量监督员经考核为合格、优秀者，在同等条件下享有院内评优、评先的优先权。任职期间，在职称晋升、岗位层级聘任中加 1 分，任期内年终考核等次优秀者加 2 分。

第四章 考核评价

第十七条 病案管理科负责病历质量监督员的日常管理、布置质控任务，并开展月度及年度考核。

第十八条 病历质量监督员未按要求按时、定量完成每月科室运行病历质控任务，扣 500 元/月；病案管理科对病历质量监督员所在病区的运行病历进行复核，如出现丙级病历扣病历质量监督员本季度津贴 500 元。

第十九条 每月参加院级归档病历质控任务完成情况与监督员考核挂钩，无故不参加每月归档病历质控扣 500 元/月。

第二十条 病案管理科组织院内资深病历质量管理专家、病案管理委员会人员，年末定期对病历质量监督员质控能力进行抽样检查评判。考核依据“宜兴市人民医院病历质量监督员年度考评表”进行，内容包括定期参加院级病历质控、完成科级病历质控情况、本科室病历质量情况、在科室内开展病历质量培训情况等（详见附件“病历质量监督员年度考评表”）。考核等级分优秀、合格、不合格三个等级，年度考核合格、优秀的监督员可享受医院规定的相应待遇，不合格者本年度不得参与评优、评先，视情节予以扣除部分津贴并责成整改，拒不整改或整改不到位的，病案管理科提请院部终止其聘期。

第二十一条 病历质量监督员应认真履职，年度内如因故较长时间不能履职情况：请假≤3 个月时，科室必须指定符合条件人员临时替代完成院科两级病历质控工作；请假＞3 个月时，科室应向院部提请终止其聘期，院部将按流程重新聘任病历质量监督员；如遇特殊情况，由院科两级讨论后决定续聘或新聘。

第二十二条 本制度自颁布之日起正式执行，《病历质量监督员工作制度（2025 版）》同时废止。

三、参考文献

[1]季国忠，杨莉.江苏省病历书写规范（第二版）[M].南京：东南大学出版社，2015.

[2]江苏省病案管理专业质量控制中心.关于发布江苏省住院病历质量评定标准（2025版）的通知（苏医质控办〔2025〕7号）[Z].

四、修订原因

根据2025版本《江苏省住院病历质量评定标准》新规发布，修订本制度。

五、修订记录

2026年03月第1次修订

附件

宜兴市人民医院病历质量监督员年度考评表

被考评人_____ 考评时间_____

考评内容		考评标准	分值	得分
工作效果评价	本科室病历年度甲级率	≥95%得3分，＜95%不得分	3	
	本科室病案首页年度优良率	≥95%得3分，＜95%不得分	3	
	质控能力	按评价得0～3分	3	
	书写质控报告质量	按评价得0～3分	3	
工作过程评价	按要求对科室运行病历质控	按要求每月对科室运行病历开展质控并形成质控报告，每缺1次扣1分，扣完继续倒扣，总分扣完为止	2	
	按计划参加院级病历质控	满勤参加得2分，无故缺勤1次扣1分，扣完继续倒扣，总分扣完为止	2	
学习培训	参加院内病历质控相关培训	满勤参加得2分，缺席1次扣0.5分，2分扣完为止	2	
	组织科内病历质控相关培训	每季度至少1次，缺1次扣0.5分，2分扣完为止	2	
其他	本科室病历在上级各类检查中发现不合格病历	每份不合格病历扣3分，总分扣完为止		
	未及时完成病案管理科指令性工作	每次扣1分，总分扣完为止		
	参加院级病历质控过程中有徇私舞弊行为	每发现1次扣3分，总分扣完为止		
	年度内未能履职≥3月	取消评优资格		
总分			20	

说明：1. 本考评表满分20分，按年度进行考评；2. 考评结果分3个等级：优秀：得分≥18分；合格：12分≤得分＜18分；不合格：得分＜12分；3. 质控能力及质控报告质量由质管部组织专家进行考评；开展本科室病历质控的频次以及数量由科室决定；4. 病历质量标准参见《病历书写规范（第二版）》、江苏省住院病历质量评定标准（2025版）；病案首页质量标准参见我院《住院病案首页数据质量评分标准》。

六、临床用血管理制度

输血前检查和核对制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-044-05	制定时间：2012-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：4
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-26

一、目的

为规范输血前检查和核对制度，确保输血安全无误，根据《医疗机构临床用血管理办法》并结合我院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）输血申请单的检查

1．输血科需检查输血申请单的内容是否填写齐全、无误，凡资料不全的输血申请单要退回临床科室重新填写。

2．检查是否符合输血适应症，必要时与申请医师沟通并提出专业建议。输血申请单（紧急抢救输血除外）原则上提前 1 天送输血科。

（二）血液标本的检查

1．核查血标本的标签是否正确标记，核对血标本与输血申请单署名的受血者是否一致。

2．检查受血者的 ABO 血型和 Rh（D）血型。

3．对受血者血清进行抗体筛查。

（三）供血者的检查：对血站发来的血液制品，输血科都必须进行血型复检。

（四）所有申请输血患者均须做输血前检查，项目包括 ALT、Anti-HCV、Anti-HIV1/2、梅毒检测。急诊手术、急救用血者，先采集血标本送检，检验结果后续归入病历保存。

（五）交叉配血时必须用配血标本对血型进行复检和抗体筛查，并将结果填报到配血单上。同时了解受血者既往输血情况，选择 ABO 和 Rh（D）等血型相合的供血者血液，按规范操作规程与受血者血液完成交叉配合试验。

（六）含红细胞的血液成分均需行交叉配合试验；新鲜冰冻血浆、冷沉淀等血浆成分制品，须与受血者 ABO 血型相容。

（七）血型鉴定和交叉配血必须双人复核或一人重复两次试验，方可确认。

（八）以上各级检查均需有完备的登记和实验结果记录，登记与记录本须保存 10 年。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席令（第九十三号）[EB/OL].（1998-10-01）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]卫生部.医疗机构临床用血管理办法[Z].卫生部令第85号.2012-08-01施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例（2022年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463号）[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会2025年12月发布的《临床用血技术规范（2025年版）》进行修订。

五、修订记录

2013年07月第1次修订

2016年07月第2次修订

2022年07月第3次修订

2026年01月第4次修订

临床用血申请分级管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-045-05	制定时间：2009-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：4
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-26

一、目的

为贯彻执行《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》《临床用血技术规范》，加强我院临床用血管理，推进临床科学合理用血，保护血液资源，保障临床用血安全和医疗质量，特制定本制度。

二、内容

（一）输血申请

临床医生应根据《临床用血技术规范》掌握各类成分血输血指征，并对患者输血适应证进行评估，逐项填写《输血申请单》，经上级医师审核签字后，连同受血者血标本于预定输血日期前送交输血科备血。输血科应对输血申请单进行审核，内容包括：

受血者个人信息、血型、临床诊断、输血指征、输血目的、输注成分、数量等。

（二）分级管理

1. 同一患者一天申请备血量少于800毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。

2. 同一患者一天申请备血量在800毫升至1600毫升（不含1600ml）的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。

3. 同一患者一天申请备血量达到或超过1600毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务部门批准，方可备血。

申请者为副主任医师的，上级医师签名处由申请者本人签字；申请者为科主任的，上级医师及科主任签名处均由申请者本人签字。

以上条款不适用于急救用血，符合急救用血条件的可以不受临床用血申请分级管理权限及逐级审批限制，但需在用血后24小时内补齐相关审批手续。

（三）监督管理

医院临床用血专项检查小组定期对全院临床用血情况的进行督导检查，并予以评价及公示，同时将临床用血情况纳入科室和医务人员工作考核指标体系。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席令（第九十三号）[EB/OL].（1997-12-29）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]卫生部.医疗机构临床用血管理办法[Z].卫生部令第85号.2012-08-01施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818180e0a61301811e33ace71ef2&fileId=&type=&title=%E5%8C%BB%E7%96%97%E6%9C%BA%E6%9E%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463号）[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会2025年12月发布的《临床用血技术规范（2025年版）》进行修订。

五、修订记录

2013年07月第1次修订

2016年07月第2次修订

2022 年 07 月第 3 次修订
2026 年 01 月第 4 次修订

临床用血前评估和用血后效果评价制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-046-05	制定时间：2009-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：4
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-26

一、目的

为严格输血适应证指标，输血后达到预期效果，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）输血前评估

1．输血前，医师应当根据患者的临床表现、既往史、失血情况与代偿功能、实验室结果和患者意愿等进行综合评估，并在病历中记录。

2．无替代输血的治疗方法或已实施的替代输血治疗不能及时有效纠正贫血和凝血功能障碍，且不输血可能影响患者预后时方可输血。必要时请输血科会诊，共同制定输血治疗方案。

（二）输血后评价

1．输血治疗后，医师应当在 24 小时内综合评价患者输血治疗情况并记入病历，内容包括但不限于：血液成分和剂量、输血过程描述、是否发生输血反应及处理方法和输血治疗效果等。

2．医务部、质量管理部联合输血科每月抽查至少 20%的输血病例资料，对临床用血质量进行评价，评价结果纳入每月输血质量考核内容。

3．各科室输血质量管理小组要根据医院每月输血质量考核反馈的本科室问题，制定整改措施并在日常工作中落实，确保临床用血质量持续提升。

4．本制度不适用于临床急诊抢救患者用血、择期手术术中大出血抢救用血、自体输血、稀有血型输血和新生儿输血。

（三）公示与管理

医务部定期将检查结果在全院 OA 系统公示，并按医院如下措施进行处理：

1．对于 1 个月出现用血不合理、制度落实不到位等情况的医师，给予批评教育，督促其认真学习相关知识。

2．连续 2 个月出现用血不合理、制度落实不到位等情况的医师，医务部在给予批评教育的同时，予以申请用血权限降级处理，并组织其学习临床用血相关制度及进

行考核，考核合格后再恢复其用血权限。

3．连续 3 个月出现用血不合理、制度落实不到位的医师，医务部在批评教育的同时，予以取消申请用血资格，并组织其学习临床用血相关制度及进行考核，考核合格后再恢复其用血权限。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席令（第九十三号）[EB/OL].（1998-10-01）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]卫生部.医疗机构临床用血管理办法[Z].卫生部令第 85 号.2012-08-01 施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818180e0a61301811e33ace71ef2&fileId=&type=&title=%E5%8C%BB%E7%96%97%E6%9C%BA%E6%9E%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463 号）[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会 2025 年 12 月发布的《临床用血技术规范（2025 年版）》进行修订。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2016 年 07 月第 2 次修订

2022 年 07 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

临床输血过程质量管理监控制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-047-06	制定时间：2009-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：5
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-26

一、目的

为保证输血质量，加强输血过程中质量的监控，确保输血安全，根据《医疗机构临床用血管理办法》《临床用血技术规范》，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．血液必须保存在指定的血库冰箱内，温度应保持在 4~6℃，温度异常易导致血细胞破坏或血液被细菌感染。临床取回的血液应在 30 分钟内输注，不能自行贮血。

2．严格遵守无菌操作原则和无菌操作技术规程。

3．根据医嘱进行输血，应向患者解释输血的过程，要求患者及时报告不良反应。

4．输注两个以上供血者的血液时，应间隔输入少量生理盐水，避免产生免疫反应。

5．输入血液中不可加入其他药、高渗或低渗溶液，以防血液凝集或溶血。

6．输血过程中密切观察输血反应，尤其是在输血开始 15 分钟内，护士应监测患者的生命体征和皮肤变化，密切观察输血先兆症状和体征，发现异常及时处理。若出现严重的输血反应，立即停止输血，输入生理盐水，余血和输血器送输血科，分析原因并通知医生。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席令（第九十三号）[EB/OL].（1998-10-01）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]卫生部.医疗机构临床用血管理办法[Z].卫生部令第 85 号.2012-08-01 施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818180e0a61301811e33ace71ef2&fileId=&type=&title=%E5%8C%BB%E7%96%97%E6%9C%BA%E6%9E%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463 号）[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会 2025 年 12 月发布的《临床用血技术规范（2025 年版）》进行修订。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2016 年 07 月第 2 次修订

2019 年 07 月第 3 次修订

2022 年 07 月第 4 次修订

2026 年 01 月第 5 次修订

围手术期血液保护等输血技术管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-048-07	制定时间：2009-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：6
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-26

一、目的

为最大限度缓解血源紧缺状况，切实保障临床用血安全，依据国家卫健委《临床用血技术规范》的有关规定和技术标准，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 手术前评估和贫血管理

（1）术前应详细询问病史（输血史、出血史和用药史等）和进行体格检查及实验室检测（心、肺、肝、肾功能，血常规、凝血筛查等），准确评估患者贫血状态、凝血功能、预计出血量和是否需要输血等。

（2）术前贫血是手术患者输血和不良转归的重要影响因素，应查明贫血原因并有效治疗。对择期手术的贫血患者，应在术前采取非输血措施纠正贫血。对急诊手术和限期手术的贫血患者，在病情允许时宜积极治疗贫血。

（3）对术前服用抗凝药、抗血小板药和其他可能影响止凝血功能药物的患者，应根据手术类型、手术出血风险和药物特点采取相应的防治方案。对择期手术患者，应根据病情和止凝血功能状态决定是否停药或采用替代治疗方案。对急诊手术和限期手术患者，应全面权衡手术出血风险与紧急逆转药物作用后的风险，并采取相应对策。

（4）对有出血史的患者，应查明出血原因并制订相应的防治预案。

（5）对预计术中出血较多和输血可能性较大的患者，应评估并选择适宜的自体输血方式。

（6）应采取措施防止医源性失血导致或加重术前贫血。

2. 减少手术失血

（1）手术失血是导致患者贫血、输血和不良结局的重要因素，应用各种措施减少手术失血至关重要。

（2）减少失血的一般措施如下：

一一精细地进行外科止血；

一一维持体温在 36℃以上；

一一抬高手术部位和避免手术部位静脉回流受阻；

一一应用个体化的术中控制性降压技术方案，保障重要组织和器官灌注；

一一维持正常的钙离子水平；

一一保障组织灌注，避免酸中毒；

一一采用其他措施减少医源性失血。

（3）拟实施手术切除具有丰富血液供应的病变组织（如肿瘤）时，适用时，宜预先应用介入技术阻断其主要供血血管，以减少术中出血。

（4）应用有效减少手术出血的药物，如氨甲环酸，其用法如下：

一一静脉注射或输注，剂量因手术种类而异；

一一对体外循环心血管手术患者，应预防应用；

一一对严重出血患者，宜早期应用，成人首次剂量为 1g。

（5）外科技术改进包括采用微创外科手术以及局部止血技术和方法。

（6）对严重出血患者，宜使用粘弹性凝血功能检测方法（如血栓弹力图等），根据检测结果进行目标导向治疗。

（7）减少手术后失血的措施如下：

一一对手术后出血，应查明出血原因，及时采取针对性治疗措施；

一一对术后外科因素出血，适用时，宜再次手术止血；

一一适用时，宜应用介入技术阻断出血区域的主要血管。

（8）应加强术后患者的情绪及疼痛管理，减少机体氧耗量。

3. 自体输血

（1）概要

①自体输血包括储存式、稀释式和回收式三种方式，根据患者病情选择一种或多种联合应用。

②实施自体输血时，应严格遵守无菌操作规程和自体血液储存要求、正确标识自体血液，以保障患者安全和自体血液质量。

（2）储存式自体输血

①适应证：用于预计出血量较大、稀有血型、血型鉴定和/或交叉配血困难、既往发生过严重输血反应以及拒绝接受异体输血的择期手术患者。

②禁忌证：贫血、菌血症、严重心脑血管疾病、重要器官功能不全、止凝血功能障碍、产科先兆子痫和胎儿发育迟缓以及其他增加患者风险的情况。

③每次采血量不宜超过自身血容量的 10%，2 次采血间隔不宜少于 3 天。适用时，可根据手术需要单采患者的红细胞、血浆及血小板等血液成分。

④应在储血袋上标明患者姓名、血型、病案号或其他唯一性身份识别信息、采集时间等信息，以及醒目的“仅供患者本人输注”警示信息。

⑤采集的自体血液应在输血科或血库的专用储血设备中与异体血液分开保存，并做好标识。

⑥在采血前、后可给予患者铁剂、维生素 B12、叶酸及重组促红细胞生成素等治疗。

（3）稀释式自体输血

①适应证：用于预计出血量较大、稀有血型、血型鉴定和/或交叉配血困难、需要保存凝血因子和血小板功能（如体外循环手术患者）以及拒绝接受异体输血的手术患者。

②禁忌证：中重度贫血、止凝血功能障碍、严重心脑血管疾病的患者，以及不具备监护条件和快速静脉通路时。

③应在储血袋上标明患者姓名、血型、病案号、采集时间等信息，以及醒目的“仅供患者本人输注”警示信息。

④血液稀释程度宜维持红细胞压积（Hct）≥0.25。

⑤应密切监测患者血压、脉搏、血氧饱和度、Hct、尿量等变化，必要时监测中心静脉压。

⑥采集的自体血液应在患者床旁、室温下保存，6h 内输注完毕。

（4）回收式自体输血

①回收式自体输血是减少手术患者血液丢失、降低异体输血非常重要的方法。实施出血量较大手术的医疗机构应具备开展回收式自体输血的能力。

②适应证：用于预计出血量大于 500mL 或超过其血容量 10%、稀有血型、血型鉴定和/或交叉配血困难、拟实施手术的平均异体输血率超过 10%以及拒绝接受异体输血的手术患者。

③禁忌证：当血液受到外来有害物质污染时，受污染的血液不可回收。

④实施回收式自体输血时，应使用自体血回收机、严格遵守操作规程、保证回收血质量。

⑤应在回收血储血袋上标明患者姓名、血型、病案号和回收时间等信息，以及醒目的“仅供患者本人输注”警示信息。

⑥回收的自体血液应在患者床旁、室温下保存，4h 内输注完毕。

⑦产科和肿瘤患者回收式自体输血由医疗机构充分评估后慎重开展。

4. 异体输血

（1）红细胞

①红细胞适用于血容量基本正常或低血容量已被纠正的贫血患者，以提高其血液携氧能力。出血量、组织器官灌注和氧合情况、血红蛋白（Hb）及 Hct 等是红细胞输注决策时需要考虑的重要因素。

②输注红细胞应遵循以下原则：

一一首先使用晶体或胶体液补足或基本补足有效循环血容量；

一一除大量、快速出血外，单次申领红细胞不宜超过 2U。

③输注红细胞的 Hb 阈值如下：

一一 Hb＞100g/L，不宜输注；

一一 Hb＜70g/L，宜输注；

一一 Hb 在 70g/L－100g/L，宜根据患者的年龄、出血量、出血速度、心肺功能以及有无缺氧症状等因素综合判断是否输注。

④应积极治疗术后患者的贫血，以减少红细胞输注。

（2）血小板

①血小板适用于血小板数量减少或功能异常伴有出血或出血倾向的患者。

②血小板输注阈值如下：

一一血小板计数＞100×10^9/L，不宜输注；

一一血小板计数＜100×10^9/L，拟实施眼科或神经外科手术时，宜输注；

一一血小板计数＜80×10^9/L，拟实施椎管内神经阻滞时，宜输注；

一一血小板计数＜50×10^9/L，拟实施较大手术或有创操作、急性出血时，宜输注；

一一血小板计数 50×10^9/L－100×10^9/L，伴有大量微血管出血时，宜输注；

当患者出血且伴有血小板功能异常时（如血栓弹力图提示血小板功能低下），输注血小板不受上述输注阈值的限制。

（3）新鲜冰冻血浆

①新鲜冰冻血浆适用于凝血因子缺乏或活性不足引起的出血或出血倾向。

②新鲜冰冻血浆输注指征如下：

一一患者出血，排除低体温、酸中毒等病情后，当 PT 和/或 APTT 大于正常值范围均值的 1.5 倍、INR 大于 1.7、血栓弹力图提示凝血因子缺乏时；

一一严重出血、大量输血时；

一一无凝血酶原复合物时，紧急对抗华法林的抗凝作用，用量为 5mL/kg-8mL/kg；

一一无抗凝血酶制品时，治疗抗凝血酶缺乏性疾病（如肝素耐药）。

（4）冷沉淀凝血因子

①冷沉淀凝血因子适用于补充纤维蛋白原、Ⅷ、XI 和 vWF 因子。如果有相应凝血因子浓缩制品可供使用时，不宜首选冷沉淀凝血因子。

②冷沉淀凝血因子输注指征如下：

一一血浆纤维蛋白原＜1.0g/L、血栓弹力图提示纤维蛋白原功能低下；

一一严重出血、大量输血时，血浆纤维蛋白原＜1.5g/L；

一一产科严重出血时，血浆纤维蛋白原＜2.0g/L；

一一Ⅷ因子严重缺乏患者拟实施手术或出血；

一一 vWF 和 XIII因子缺乏导致出血。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席

令（第九十三号）[EB/OL].（1998-10-01）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]卫生部.医疗机构临床用血管理办法[Z].卫生部令第85号.2012-08-01施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818180e0a61301811e33ace71ef2&fileId=&type=&title=%E5%8C%BB%E7%96%97%E6%9C%BA%E6%9E%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463号）[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会2025年12月发布的《临床用血技术规范（2025年版）》进行修订。

五、修订记录

2013年07月第1次修订

2016年07月第2次修订

2019年07月第3次修订

2022年07月第4次修订

2024年07月第5次修订

2026年01月第6次修订

自体输血管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-049-07	制定时间：2009-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：6
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-26

一、目的

自体输血可以避免血源传播性疾病、降低免疫抑制风险，也是暂无同型血源患者的唯一输血选择。自体输血包括贮存式自体输血、急性等容血液稀释（ANH）及回收式自体输血，自体输血方式是一种节约、科学、合理的输血治疗方式，为规范此项技术的有序开展，根据《医疗机构临床用血管理办法》和本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．实施自体输血前，患者主管医师、麻醉医师需联合确认患者符合自体输血指征，征得患者同意并签署《自体输血治疗知情同意书》后，方可进行。

2．相关病区需提前通知手术室，以便手术室做好准备。

3．自体输血相关记录均应在麻醉记录单、术中护理记录单及手术记录中体现，若术中未输完，带回病区继续输血者，除上述记录外，医师需在病程记录、护士需在护理记录中补充相关输注信息，书写格式依据医院输血病程记录相关规范进行。

4．麻醉科为自体输血工作归口管理科室，会同输血科、手术室共同制定自体输血操作流程、管理制度、应急预案及注意事项等，并负责对相关医务人员进行专项培训与技术指导。

5．麻醉科需对本院自体输血病例进行统一登记、汇总统计，妥善保管好相关资料。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席令（第九十三号）[EB/OL].（1998-10-01）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]卫生部.医疗机构临床用血管理办法[Z].卫生部令第85号.2012-08-01施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818180e0a61301811e33ace71ef2&fileId=&type=&title=%E5%8C%BB%E7%96%97%E6%9C%BA%E6%9E%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463号）[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会2025年12月发布的《临床用血技术规范（2025年版）》进行修订。

五、修订记录

2013年07月第1次修订

2016年07月第2次修订

2019年07月第3次修订

2022年07月第4次修订

2024年07月第5次修订

2026年01月第6次修订

输血不良反应处理报告登记制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-050-06	制定时间：2009-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：5
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-26

一、目的

为保证输血反应能得到及时、有效处理，保证医疗质量和安全，我院根据《临床用血技术规范》，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．输血科工作人员严格遵照《临床用血技术规范》开展工作，严格遵守各项规章制度。

2．输血科在每次发血后，须将受血者和献血者的血标本密封或将试管盖紧，在2~6℃至少保留7天，严禁随意丢弃。若患者发生输血不良反应，可使用保留的受血者和献血者的血标本进行重复配血试验或其他试验。

3．输血治疗时，临床医师向家属或患者说明输血目的，以及可能发生的输血不良反应、经血传播疾病等风险，征得家属或患者同意后签署《输血治疗知情同意书》，《输血治疗知情同意书》必须与病历同时存档。

4．输血过程中，临床医师必须严密观察患者的病情变化，如有异常反应，严重者要立即停止输血，迅速查明原因并作相应处理。所有输血不良反应处理经过均应在病历中作详细记录，并及时向输血科报告。

5．输血完毕，医护人员对发生输血反应的病例，须逐项填写《输血反应回报单》，及时报送输血科保存，输血科每月统计上报质量管理部。

6．经卫生行政部门调查，若未发现采供血机构违反国家的有关规定，由医务部或卫生行政部门向患者家属做好解释工作。若判定为医疗责任事故，则按《医疗事故处理条例》有关规定处理。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席令（第九十三号）[EB/OL].（1998-10-01）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]卫生部.医疗机构临床用血管理办法[Z].卫生部令第85号.2012-08-01施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818180e0a61301811e33ace71ef2&fileId=&type=&title=%E5%8C%BB%E7%96%97%E6%9C%BA%E6%9E%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463 号）[EB/OL].（2025-11-28）. https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会 2025 年 12 月发布的《临床用血技术规范（2025 年版）》进行修订。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2016 年 07 月第 2 次修订

2019 年 07 月第 3 次修订

2022 年 07 月第 4 次修订

2026 年 01 月第 5 次修订

附件

输血不良反应处理程序

输血过程中应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度，并严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理：

一、减慢或停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路。

二、立即通知值班医师和输血科值班人员，及时检查、对症治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

三、疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，用静脉注射生理盐水维护静脉通路，及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查：

1．核对输血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录。

2．核对受血者及供血者 ABO 血型、Rh(D)血型。用保存于冰箱中的受血者与供血者血样、新采集的受血者血样、血袋中血样，重测 ABO 血型、Rh(D)血型，开展不规则抗体筛选及交叉配血试验（包括盐水相和非盐水相试验）。

3．立即抽取受血者血液，检测血清胆红素含量、血浆游离血红蛋白含量、血浆结合珠蛋白测定、直接抗人球蛋白试验并检测相关抗体效价，如发现特殊抗体，应作进一步鉴定：

（1）如怀疑细菌污染性输血反应，抽取血袋中血液做细菌学检验。

（2）尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白。

（3）必要时，溶血反应发生后 5~7 小时测血清胆红素含量。

四、输血完毕，医护人员对有输血反应的应逐项填写《输血反应回报单》，并及时报送输血科保存，输血科每月统计上报质量管理部。

临床用血医学文书管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-051-05	制定时间：2012-04-01
适用范围：全院人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：质量管理部	修订版本：4
审核批准：临床用血管理委员会	执行时间：2026-02-26

一、目的

为确保临床用血信息客观真实、完整、可追溯，根据卫生部《医疗机构临床用血管理办法》、《临床用血技术规范》等要求，特制定本制度。

二、内容

（一）医院按照上级卫生行政部门的要求，统一印制规范的各类临床用血医学文书。

（二）每年对新职工进行临床用血医学文书的书写规范培训及考核，保证临床用血医学文书填写的规范性。

（三）医师应当规范填写《输血治疗知情同意书》

1．在输血治疗前，医师应当向患者或者其近亲属说明输血目的、方式、潜在风险，并签署《输血治疗知情同意书》。

2．《输血治疗知情同意书》是指输血前经治医师向患者告知输血相关情况，由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、住院号、诊断、输血指征、拟输血液成分、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

3．患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字。因抢救生命垂危患者等特殊情况需要紧急输血，且不能取得患者或者其近亲属意见的，由医疗机构负责人或被授权的负责人批准后实施，并记入病历。

4．《输血治疗知情同意书》中须明确患者对其他输血方式的选择权。

（四）《临床输血申请单》由中级以上职称人员填写申请，并根据《临床用血申请分级管理制度》进行各级审批签字。

（五）输血相关病程记录

1．输血前，经治医师应当将准备输血患者的输血前检查结果及适应证的评估情况详细记入病程记录，包括患者的症状、体征、血红蛋白等。

2．输血当日，患者输血完成后，经治医师或值班医师应当将输血过程以“输血记录”的形式记入病历：内容包括输血原因、输注成分、血型和数量、输注过程观察情况、输血完成时间、有无输血不良反应等内容。出现输血不良反应时医师需将输血不良反应的处理过程和结果详细记入病历中，并根据《输血反应回报单》内容逐项填写，及时将《输血反应回报单》返回输血科。

3．经治医师应当将输血后疗效评价情况记入病历，包括症状、体征，以及红细胞、血红蛋白指标改善情况，评估有无继续输血指征等。

（六）各种输血医疗文书的保管

1．《临床输血申请单》《交叉配血报告单》《发血单》《输血反应回报单》等，由输血科保存 10 年。

2．《输血治疗知情同意书》《交叉配血报告单》《输血记录单》以及输血前检查报告单随住院病历保存。门急诊输血患者需建立门急诊病历，由医院保管，不能使用通用门诊病历。

3．输血科要认真做好血液出入库、核对、领发的登记，有关资料需保存 10 年。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席令（第九十三号）[EB/OL].（1998-10-01）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]卫生部.医疗机构临床用血管理办法[Z].卫生部令第 85 号.2012-08-01 施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818180e0a61301811e33ace71ef2&fileId=&type=&title=%E5%8C%BB%E7%96%97%E6%9C%BA%E6%9E%84%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463 号）[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会 2025 年 12 月发布的《临床用血技术规范（2025 年版）》进行修订。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2016 年 07 月第 2 次修订

2019 年 07 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

七、患者权益相关制度

维护患者合法权益制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-024-05	制定时间：1992-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为深入践行医院“病人至上”的核心价值观，坚持以患者为中心的服务理念，尊重和保障患者在就医过程中的合法权益，规范医疗服务行为，提升医疗服务质量，构建和谐医患关系，为广大患者提供优质、高效、便捷、经济的医疗服务，维护正常医疗秩序，促进医院健康可持续发展，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据国家相关法律法规、医疗卫生行业规范及医院管理要求，制定本制度。

第二章 医疗人员职责

第二条 医疗科室医务人员负责执行维护患者合法权益制度。

第三条 医疗科室主任、护士长负责监督和检查本科室维护患者合法权益制度的执行。

第四条 医务部负责监督和检查全院维护患者合法权益制度的执行。

第五条 院长负责监督和检查医务部维护患者合法权益制度的执行。

第三章 患者的权利

第六条 享有人格尊重权，不因国籍、性别、年龄、经济条件、社会地位等受到歧视。

第七条 享有知情权，有权了解病情、病因、诊断、治疗计划和预后情形；有权知晓手术原因、手术成功率、可能发生的并发症及手术风险、替代治疗方案；有权知晓药物的疗效、副作用和使用方法。

第八条 享有选择权，有权参与医疗照护过程，并且决定接受或拒绝诊疗或手术。

第九条 享有安全权，有权在安全的医疗环境下接受诊疗照护。

第十条 享有隐私权，未经同意，医务人员不得无故泄露病情资料，也不应和无关人员讨论，患者的病情资料与记录均由医院妥善保管并保密。

第十一条 享有获得权，有权获得正确的医疗资讯，包括病情、诊断、治疗计划、用药、饮食和护理指导咨询。有权申请复印自己的病历、诊断证明与医疗费用明细表。

第十二条 享有投诉权，如果对本院的医疗服务有任何意见或不满意，可至行风办投诉。

第十三条 有参与医疗安全活动的权利。

第四章 患者的义务

第十四条 患者需主动、正确告知医护人员自身情况、过去病史、药物过敏史、旅游史、目前是否患传染病等信息。

第十五条 确认主管医生和其他医护人员确实回答您的问题，对您的健康问题及治疗方法已充分提供需要的咨询。

第十六条 在给药和进行给药之前，确定医生或护士已确认过您的身份，确定您的药物名称、数量与药袋上所标示的无误，您已了解正确的用药方式。

第十七条 在签署任何文件之前，仔细阅读所有内容，并确定已完全了解。若有不了解的地方，可以请医生或护士说明。

第十八条 遵守医院规定，配合诊断和治疗，不能自行停药；不能服用非本院药物，如必须服用非本院提供的药物，请告知您的主管医生；对于您未愈而要求出院时，您或您的家属有义务因患者自动出院签字。

第十九条 在病房内不要大声喧哗，以免影响其他患者休息。

第二十条 本院全面禁烟，禁止携带危险物品或违禁品，勿携带宠物进入医院，在医疗器械禁止使用手机区域内禁用手机。

第二十一条 要爱护医疗资料，妥善使用医院设施。

第二十二条 按照国家收费标准，支付医疗费用。

第二十三条 尊重医务人员。

第四章 患者知情同意和患者参与选择内容

第二十四条 必须履行书面手续的项目，详见《患者知情同意告知制度》。

第二十五条 一般口头征求意见的内容，详见《医患沟通管理制度》。

第五章 保护患者隐私内容和方法

第二十六条 确认患者在护理和治疗时对隐私的期望和要求。

第二十七条 在所有的临床问诊、检查、操作（治疗）、转运时，患者表达对隐私需求受到尊重。

第六章 患者投诉的受理和答复

第二十八条 患者投诉的受理和答复制度规范。详见《投诉管理办法》。

第七章 患者权利和义务告知与明示

第二十九条 对于门诊患者，采用公告公示的方法。

第三十条 对于住院患者以电子文档口头告知形式，病区将《住院病人入院须知》电子版口头告知每一位患者，并电子签名。

第三十一条 对于特殊检查和治疗的患者，由责任医生以患者及家属明白的方式和语言提供诊疗信息，履行电子文件签署并存档。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012 年 04 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 05 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

关于尊重民族习惯和宗教信仰的规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-025-05	制定时间：1992-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为在医疗服务中尊重少数民族风俗习惯与患者宗教信仰，落实民族宗教政策，保障医疗服务适宜性，制定本规定。

二、内容

第一章 总则

第一条 尊重民族的风俗习惯和宗教信仰，是贯彻民族宗教政策和民族政策的一项重要内容。

第二章 使用范围和具体措施

第二条 本规定适用在本院诊疗的少数民族患者及不同宗教信仰患者。

第三条 医院重视宗教信仰和民族风俗知识的宣教工作，通过医院网站、公共授课等形式宣传少数民族风俗习惯和宗教信仰知识。临床科室每年至少组织一次全员性的少数民族风俗和宗教信仰知识要点培训，重点了解饮食和生活习惯方面的禁忌。

第四条 医生在病史询问过程中确认患者系少数民族或宗教信仰者后，应主动了解其在生活和饮食方面的禁忌，询问患者的需求，并在病历中做好相应记录。

第五条 在诊疗过程中，相关医务人员应做好交接工作，并通过各种途径（网络、

书籍等）进一步了解该民族的风俗习惯。

第六条 食堂应患者提供适宜的饮食。涉及饮食禁忌的，科室应提前通知食堂。

第七条 患者在院期间进行的民族习俗及宗教活动，凡属国家法律允许的，医务人员应予以尊重和保护，在条件许可时，应主动提供相应的服务。不得嘲笑、歧视和在公共场所议论。

第八条 如患者的宗教和民族活动影响医院工作秩序和其他患者的就医环境，医务人员应做好劝导工作，在劝导过程中应注意方式方法，避免粗暴干涉。

第九条 如患者的宗教和民族活动触犯国家法律，医务人员应及时向公安机关报告，由公安机关采取相应措施制止。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第三十八号）.中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[EB/OL].(2019-12-28).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012 年 04 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 05 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

关于保护患者隐私权的制度和措施

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-019-05	制定时间：2004-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为贯彻落实国家法律、法规和规章的有关规定，切实尊重和维护患者的合法权益，保护患者的隐私权，践行本院“一切为了患者”的核心价值观，构建和谐医患关系，结合本院实际，制定本制度和措施。

二、内容

第一章 总则

第一条 术语与定义

1. 患者隐私权：指患者在医疗活动中，享有的个人信息、诊疗信息、身体隐私部位、私人生活等不受非法收集、泄露、传播、篡改、滥用的权利，是患者的基本人格权利之一。

2. 隐私泄露：指未经患者同意或法定授权，将患者隐私权所涵盖的个人信息、诊疗信息、身体隐私等内容，以任何形式（口头、书面、电子、网络等）泄露给无关人员或机构的行为。

第二章 正文

第二条 本院维护诊疗服务中患者隐私权制度

1. 隐私权是公民具有与公共利益的一切个人信息，个人领域不受他人侵扰的权利。患者隐私是患者不愿意告知或不愿意公开的有关人格尊严的私生活秘密。它主要包括：患者个人身体的秘密，主要指患者的生理特征、生理心理缺陷和特殊疾病，如奇特体征、性器官异常，患有性病、妇科病等“难言之隐”；患者的身世和历史秘密，包括患者的出生、血缘关系，如系非婚生子女、养子女、生育婚恋史及其他特殊经历：患者的性生活秘密，包括夫妻性生活、未婚先孕、堕胎、性功能缺陷等；患者的家庭生活和社会关系秘密，包括夫妻生活关系，家庭伦理关系、亲属情感状态和其他各种社会关系。

2. 医疗行为当中有意识无意识地侵犯患者隐私的十种形式：

（1）医生询问病情隐私被候诊患者或他人“旁听”。

（2）化验单随时公开引出各种有关隐私被泄露。

（3）医学观摩未经患者同意隐私变成活教材。

（4）床头卡曝光病情泄露患者疾病隐私。

（5）以书面形式（撰写医学论著、科研论文等）公开患者隐私。

（6）少数医务人员非法触摸、窥视患者隐私部位。

（7）少数医、技、管人员以口头形式宣扬患者隐私。

（8）病案管理人员因工作疏忽造成病案损坏、丢失、被盗而发生患者隐私泄露。

（9）电子病案技术的应用，由于网络系统不完善、操作人员不注意保密，密码被他人窃取进入医生、护士工作站，患者隐私被泄露。

（10）少数院外办案人员调阅、复印病历，窥探到与本案无关的患者隐私内容，予以宣扬。

3. 强化法律意识，树立维护患者隐私的观念，加强相关的卫生行政法规的学习及宣扬，提高全体医务人员法律素质。正确处理权利与义务，保护患者隐私，把法律意识转化为自觉的依法行使权利、履行义务的法律行为。

4. 加强全体医务人员职业道德教育，严格区分正常介入隐私和利用职务之便侵犯患者隐私的界限，全体医务人员应按照技术操作规程办事。不仅执行职务的程度和

方式必须合法，而且介入患者隐私行为的形式和内容也必须合法。即介入患者隐私的行为完全是基于诊疗患者疾病的目的，如男性工作人员检查女性患者必须有女护士在场，特殊检查需要患者裸露检查时，必须向患者说明原因，并要有至少一名其他医护人员在场。工作人员应做到与诊疗无关的事不做，与诊疗无关的话不问。

5. 强化保密意识，提高职业自律性。要求所有医务人员做到“为患者保守保密，不准泄露患者隐私与秘密”。医师在职业活动中，有“关心、爱护、尊重患者的隐私”的义务，工作中对患者的隐私要严格保密，守口如瓶，不得外泄，不得宣扬，不得任意传播；更不能利用工作之便索取非法利益。

6. 患者享有不公开自己的病情、家庭史、接触史、身体隐私部位、异常生理特征等个人生活秘密和自由的权利，医务人员不得非法泄露，如情节严重者将依法追究当事人责任。

7. 为了便于医生准确诊断，患者应积极主动配合，当需要患者在就诊时协助医院完成教学或科研任务，并且在此过程有可能涉及患者隐私时，本院相关医务人员必须明确告知患者，并且要经过患者同意后方可进行。对医务人员干涉、侵害自己隐私权的行为患者有权向有关部门反映。

8. 医务人员未经县级以上政府卫生行政部门批准，不得将就诊的淋病、梅毒、艾滋病患者及其家属的姓名、住址和患者史公开。

9. 当患者利益与社会公共利益发生冲突时，应以社会公共利益优先。比如，被查出传染病的患者，医生有义务和权利按照规定上报，并告知与患者亲密接触的人。

10. 对患者隐私权的保护不得违反国家法律。

第三条 保护患者隐私权具体措施

1. 加强本院就医环境的改造、设施更新，实行一医一患一诊室，叫号显示系统主动屏蔽患者全名。

2. 采用信息化手段确保检验检查结果安全，检验检查结果报告必须由患者本人或其委托人凭借有效凭证在自助机打印，或者通过网络移动端自行查阅。

3. 医院所有床单位配备活动隔离帘，医务人员为患者进行诊疗活动时，需主动进行隔离遮挡。严格划分就诊区与候诊区，医护人员使用轻柔的言语与患者沟通。

4. 使用信息化床头卡，仅显示患者姓名、床号、性别、ID 号等不涉及患者隐私的信息。

5. 除特殊情况（如突发公共事件等）以外，原则上男女住院患者分病房收治。

6. 工作人员不得在公共场所谈论涉及患者隐私的相关病情。检验检查人员不得在任何场所泄露患者检验检查结果。

7. 因教学、科研、学术交流等需要，经患者同意后在应用患者诊疗信息时应主动去标识化处理。

8. 加强本院病案管理与监督，提高病案使用者保护患者隐私权的意识。认真落实病案借阅制度、病案的外调、复印制度、病案保密制度，不得以口头形式或书面形式公开病案中的隐私。

9. 加强信息化设备及个人账号管理，医务人员下班或长时间离开岗位时需及时退出个人账号或关闭计算机。职能管理部门及时注销退休或离岗人员的相关权限。

10. 加强新职工、进修规培人员以及实习人员的隐私保护培训。

11. 工作人员如发现患者隐私泄露事件，应积极处理，及时上报相关职能管理部门，避免事态扩大。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法(主席令第91号)[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知(国卫办医政函〔2025〕262号)[EB/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm.

[3]国家卫生计生委办公厅，国家中医药管理局办公室.电子病历应用管理规范(试行)(国卫办医发〔2017〕8号)[EB/OL].(2017-02-15).https://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/201905/t20190522_59868.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012年06月第1次修订

2016年04月第2次修订

2020年10月第3次修订

2025年12月第4次修订

医患沟通管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-026-05	制定时间：2000-04-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步规范本院医患沟通行为，搭建和谐、高效的医患沟通桥梁，切实维护患

者及家属的知情权、选择权、隐私权等合法权益，提升医疗服务质量，防范医疗纠纷，规范诊疗行为，保障医疗安全，营造相互尊重、信任理解的医患关系，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗事故处理条例》《医疗纠纷预防和处理条例》《中华人民共和国民法典》《医疗机构投诉管理办法》等相关法律法规、规章及行业规范，结合本院医疗工作实际、学科特点及诊疗服务流程，制定本制度。

第二章 医患沟通的内容

第二条 医疗、护理、门急诊、医技、健康管理中心等各个部门在医患沟通过程中，医护人员主要应向患者及家属介绍所患疾病的诊断情况、主要治疗手段、重要检查目的及结果，病情的转归及其预后，某些治疗可能引起的严重后果、药物不良反应、手术方式、手术的并发症及防范措施，医药费用清单等内容，并听取患者及其家属的意见和建议，回答其所要了解的问题，后勤部门在工作中也要注意与患者及家属的沟通。

第三条 “医患沟通”的三个层面

1. 普通疾病患者，由主诊医生及床位医生在床旁查房时就将病情、预后、治疗方案、详细地与患者或家属进行沟通。

2. 疑难、危重患者，由患者的主诊医生、床位医生及科主任直接与患者和家属进行正式沟通。

3. 带有共性的多发病、常见病，由护士长及相关医生、护士一起召集患者或家属开会，集中进行沟通。

第四条 医患沟通时应严格执行保护性医疗制度。

第三章 医患沟通的主要形式和要求

第五条 床旁首次沟通：一般疾病，要求主诊医师及床位医生查房结束时，及时将病情、初步诊断、治疗方案，以及进一步诊治检查方案等与患者进行沟通交流；护士在患者入院 12 小时内要介绍医院及科室概况、住院须知，并安慰患者卧床休息，并把沟通内容记在护理记录上。

第六条 住院期间沟通：在患者住院期间，要求：主诊医疗组医生必须对患者所患疾病的诊断情况、主要治疗手段、重要检查目的及结果，某些治疗可能引起的严重后果、药物不良反应、手术方式、手术并发症及防范措施及费用等内容进行经常性的沟通，并将沟通内容记载在病程记录上，护理沟通按整体护理要求及医嘱内部进行，并作好相应记录。首次沟通记录应在首次病程后记录，以后每周不得少于 1 次沟通记录。以康复为主的慢性病可以 1 个月 1 次沟通记录，病情变化随时沟通。

第七条 集中沟通：对带有共性的常见病、多发病、季节性疾病等，由科主任、

护士长、主诊医疗组、护士等一起召集病区患者及家属，集中进行该病发生、发展、疗程、预后、预防及诊治过程中可能出现的情况等进行沟通，回答患者及家属的提问。至少每月 1 次，并记录在工休座谈记录本上。

第八条 出院访视沟通：对已出院的患者，医护人员采取电话访视或登门拜访的方式进行沟通，并作好记录在出院访视记录中，访视最好由主诊医疗组医生完成。

第九条 各部门要根据接触的对象、科室的特点进行沟通。

第四章 医患沟通的技巧与方法

第十条 一个技巧：倾听—请多听患者或家属说几句，介绍（解释）—请多向患者或家属说几句。

第十一条 二个掌握：掌握病情诊断、治疗情况和检查结果；掌握医疗费用的使用情况。

第十二条 三个留意：留意对方的情绪状态、教育程度及对沟通的感受；留意对方对病情的认知程度和对交流的期望值；留意自身的情绪反应，学会自我控制。

第十三条 四个避免：避免强求对方接受事实；避免使用易刺激对方情绪的语言和语气；避免过多使用对方不易听懂的专业词汇；避免刻意改变和压抑对方情绪，适时疏导。

第十四条 沟通方法

1. 预防为主的沟通：在医疗活动过程中，只要发现可能出现问题的苗头，并把此类作为重点沟通对象，针对性地进行沟通。在晨会交班中，除交医疗问题外，可把当天值班中发现的不满意苗头作为常规内容进行交班，使下一班医护人员有的放矢地做好沟通工作。并记录在晨会记录本中。

2. 交换沟通对象：在某医生与患者或家属沟通困难时，可另换一位医生或科主任与其沟通。

3. 书面沟通：对丧失语言能力或某些特殊检查、治疗的患者可用书面沟通。

4. 先请示后沟通：当下级医生对某种疾病的解释不肯定时，先请示上级医生，然后沟通。

5. 协调统一沟通：诊断不明或疾病恶化时，在沟通前，医—医之间，医—护之间，护—护之间要相互讨论，统一认识后，由上级医师对家属进行解释，以避免各自的解释矛盾对家属产生不信任或疑虑的心理。

第五章 医患沟通的制度保障

第十五条 把医患沟通纳入医院质量管理体系，医务部、护理部等将每月抽查一次，查病历了解“医患沟通”记录情况，还将不定期进行督查，了解医患沟通的实施情况，听取患者意见，并通报实施效果及加以评价，提出改进措施或意见。对拒不执行《医患沟通实施办法》和在执行过程中仍有患者投诉，患者不满及产生不良后果的，

调查属实，则按相关规定给予处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第四十五号）.中华人民共和国民法典[EB/OL].(2020-05-28).https://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/zwgkztzl/2025nianzhuanti/2025mfdxcy/2025mfdxcy_mfdql/202505/t20250507_518708.html.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[3]国务院.医疗事故处理条例[EB/OL].(2002-04-04).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/fagui/200804/ac91a06e4de044a487243c0c299b066e.shtml.

[4]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2010 年 04 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 05 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

患者知情同意告知制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-027-04	制定时间：2010-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为全面落实患者知情同意权，规范告知流程与内容，保障医患双方合法权益，防范医疗纠纷，制定本制度。

二、内容

1．患者知情同意是患者对病情、诊疗(手术)方案、风险益处、费用开支、临床试验等真实情况有了解与被告知的权利，患者在知情的情况下有选择、接受与拒绝的权利。

2．履行患者知情同意可根据操作难易程度、可能发生并发症的风险与后果等情

况，决定是口头告知或是同时履行书面同意手续。

3．由患者本人或其监护人、委托代理人行使知情同意权，对不能完全具备自主行为能力的患者，应当由符合相关法律规定的人代为行使知情同意权。

4．医院需要列出对患者执行书面“知情同意”的目录，并对临床医师进行相关培训，由主管医师以患者易懂的方式和语言充分告知患者，履行签字同意手续。

5．对急诊、危重患者，需实施抢救性手术、有创诊疗、输血、血液制品、麻醉时，在患者无法履行知情同意手续又无法与家属联系或无法在短时间内到达，病情可能危及患者生命安全时，应当紧急请示报告科主任、医务部、医院总值班批准。

6．临床医师在对患者初步诊断后要向患者告知疾病特点及检查、治疗方法、治疗的后果、可能出现的不良反应等，对于在实施手术、麻醉、有创诊疗操作、特殊检查、特殊治疗（如化疗、放疗）、使用血液制品、贵重药品、高值耗材前，应当在取得患者的理解同意并签署知情同意书后，方可实施，患者有权自主选择。

7．如果患者对检查、治疗有疑虑，拒绝接受医嘱或处理，主管医师应当在病程记录中作详细记录，并向患者作出进一步的解释，若患者仍拒绝接受处理，也应当在病程记录中说明，并向上级医师或科主任报告。

8．如果患者执意不同意接受应该施行的检查或治疗，则不可实行，但应当告知可能产生的后果，由患者或近亲属、授权委托人在知情同意书上签字。

9．手术、麻醉实施前由麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人进行知情同意的相关制度。向患者、近亲属或授权委托人说明所选的麻醉方案及术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。预期术中(麻醉中)可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。由患者或家属签署是否同意手术、麻醉的意见。

10．进行临床试验、药品试验、医疗器械试验、输血以及其他特殊检查或治疗前必须报医学伦理委员会批准，签署特殊检查、特殊治疗知情同意书。主管医师应当向患者及家属告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，由患者及家属签署是否同意检查、治疗的意见。

11．施行器官移植手术必须遵循国家法律法规及卫生行政部门的有关规定。

12．死亡患者进行尸体解剖病理检查前，必须有患者直系亲属签字同意；国家有法规规定需行尸检(如传染病)及因司法工作需要进行尸检者除外。

13．知情同意书由医师先签署，然后由患者或近亲属、授权委托人签署。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第四十五号）.中华人民共和国民法典[EB/OL].(2020-05-28).https://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/zwgkztzl/2025nianzhuanti/2025mfdxcy/2025mfdxcy_mfdql/202505/t20250507_518708.html.

[2]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].

(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 06 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

附件

必须签署书面知情同意的诊疗项目目录

1	各类手术：所有手术操作，涵盖门诊、住院、急诊、日间手术，不分手术等级、创伤大小
2	各类有创诊疗操作：穿透皮肤、黏膜、体腔，侵入人体组织、器官、血管的各类治疗操作（除外采血、静脉输液等护理、医技常规操作）。
3	特殊检查：存在辐射、创伤、过敏风险、结果存在不确定性、可能引发不良反应的特殊检查项目
4	特殊治疗：具有创伤性、毒副作用、较高医疗风险、不可逆性、可能造成不良后果的特殊治疗
5	各类麻醉诊疗项目：凡是需要麻醉辅助的手术、诊疗、操作，必须单独签署麻醉知情同意书（除外内窥镜、眼耳鼻咽喉科等表面麻醉）
6	使用血液及血液制品：所有临床输血及血液制品输注，必须签署临床输血治疗知情同意书
7	贵重药品、特殊药品、高值耗材使用项目：费用高昂、适应症严格、存在特殊风险、医保受限的药品及耗材
8	临床试验与科研相关诊疗项目：所有涉及人体的临床试验、科研项目，必须需签署临床试验知情同意书

八、执业管理制度

关于授予临床、医技人员处方权、报告权等权限规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-028-03	制定时间：2016-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：2
审核批准：医疗技术临床应用管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为全面规范医疗机构中医师处方权及医学报告权的使用与管理，始终坚持依法行医、依法执业的基本原则，切实保障患者权益与医疗安全，提升医疗质量和服务水平，制定本管理规定。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国医师法》《处方管理办法》《抗菌药物临床应用管理办法》等相关法律、法规及部门规章的具体要求，结合本单位实际情况，制定本规定。

第二章 临床医师处方权授予

第二条 普通处方权的授予

1. 新参加工作的医师，在通过国家执业医师资格考试，取得执业医师资格，并在本院注册取得医师执业证书后，由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后交到教学管理与学科建设科，教学管理与学科建设科对其进行书面考核通过后，由医务部授予其普通处方权，并在医务部登记备案。

2. 从外院调入的已取得执业资格的医师，在本院完成变更注册手续后，由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后，由医务部授予其普通处方权，并在医务部登记备案。

第三条 麻醉药品及第一类精神药品处方权的授予

1. 授予对象：普通科室取得副主任医师以上资格人员，特殊科室（如肿瘤科、急诊科、疼痛科等）高年资主治医师以上人员、手术麻醉部取得医师资格证人员。

2. 授予方法：由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后交到教学管理与学科建设科，教学管理与学科建设科对其进行麻醉药品及第一类精神药品知识书面考核通过后，由医务部授予其麻醉药品及第一类精神药品处方权，并在医务部登记备案。

第四条 抗菌药物处方权的授予

1. 新参加工作的医师，在通过国家执业医师资格考试，取得执业医师资格，并在本院注册取得医师执业证书后，由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后交到教学管理与学科建设科，教学管理与学科建设科对其进行抗菌药物知识书面考核通过后，由医务部授予其非限制使用级抗菌药物处方权，并在医务部登记备案。

2. 从外院调入的已取得执业资格的医师，在本院完成变更注册手续后，由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后交到教学管理与学科建设科，教学管理与学科建设科对其进行抗菌药物知识书面考核通过后，由医务部授予其非限制使用级抗菌药物处方权，并在医务部登记备案。

第三章 医技人员报告权授予

第五条 病理、影像、超声、心电图等科室人员报告权的授予

1. 新参加工作的医师，在通过国家执业医师资格考试，取得执业医师资格，并在本院注册取得医师执业证书后，由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后，由医务部授予其相应科室的诊断报告权，并在医务部登记备案。

2. 从外院调入的已取得执业资格的医师，在本院完成变更注册手续后，由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后，由医务部授予其相应科室的诊断报告权，并在医务部登记备案。

第六条 医学检验科医技人员报告权的授予

1. 新参加工作的人员，在通过国家临床医学检验技术考试，取得检验师资格后，由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后，由医务部授予其检验报告签字权，并在医务部登记备案。

2. 从外院调入的已取得检验师资格的人员，由本人提出书面申请，所在科室负责人批准同意并签字后，由医务部授予其检验报告签字权，并在医务部登记备案。

三、参考文献

[1]卫生部.处方管理办法（卫生部令第53号）[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/0278c08ce1f540c5a5a0b9e4eef8a568.shtml.

[2]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2020年09月第1次修订

2026年01月第2次修订

卫技人员执业资格审核与执业准入管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-029-04	制定时间：2004-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范卫生技术人员执业资格的审核和准入，保证依法执业、依法行医，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国医师法》和《护士条例》并结合本院实际情况制定本制度。

第二章 医师、医技类人员资格准入管理制度

第二条 严格按照《中华人民共和国医师法》和国家中医药管理局制定的《中医师、士管理办法（试行）》执行医师注册执业管理。

第三条 医务部严格审查医师资质，未取得医师执业资格者及未经医师执业注册者不得独立从事医疗工作。

第四条 严格遵守医师执业范围，严禁超范围执业；严格执行医疗技术准入与手术分级管理制度，严禁越级开展手术。

第五条 对取得医师资格证的人员，须将相关资料及时报组织人事科，组织人事科签字审核后，教学管理与学科建设科为其办理注册手续，并经考核后由医务部授予处方权，《执业医师证书》、《医师资格证书》交组织人事科留档。

第六条 对新调入本院有执业资格的人员，必须在报到工作前先办理执业变更手续，再由本人提出书面申请、科室签具意见后报医务部授予处方权后，方能独立执业。

第七条 新分配来院并取得了医师资格的研究生，须按程序进行医师执业注册，申请处方权。

第八条 已取得执业助理医师资格的人员，必须在执业医师指导下从事各项诊疗活动，不能独立执业。

第九条 医技人员必须取得相应专业技术资格，经科室考核合格后书面报送医务部，在审核同意备案后方可独立执业和出具相关检查报告。

第三章 护理类人员资格准入制度

第十条 严格按照《护士条例》执行护士注册执业管理。护理部负责本院护士注册管理工作，严格审查护士资质。

第十一条 凡具有国家承认的中专及以上护理(或助产)专业学历，通过国务院卫生主管部门组织的护士执业资格考试，并拟受聘于医疗卫生机构从事护理专业技术工作者，可向批准该机构执业的卫生行政部门或执业所在地县级以上卫生行政部门申领《护士执业证书》及进行护士执业注册。

第十二条 注册护士必须经过聘用医疗卫生机构岗前培训，考核合格后方可上岗，在受聘医疗卫生机构从事护理专业技术工作，包括基础护理工作和专科护理工作。

第十三条 护士执业二级准入制度包括夜班护士准入制度、专科护士准入制度、特殊护理岗位（急诊、ICU、血液净化中心、手术室、新生儿病房、产科、消毒供应中心、麻醉科）专业护士准入制度。

第四章 药师资格准入管理制度

第十四条 严格按照《药品管理法》《医疗机构药事管理规定》《处方管理办法》等法规管理医院药学专业技术人员（以下称药师）。

第十五条 药学部严格审查药师资质，未取得（中、西药学）药师资格者，不得独立从事药学专业技术工作。

第十六条 对新调入有药师以上专业技术任职资格人员，药学部应进行必要的综合考试与考核，合格者，药学部报主管院长同意，组织人事科备案后，可以独立从事药学专业技术工作。

第十七条 新参加工作的医学院校毕业生，见习期 1 年，不能独立执业，在上级药师指导下从事普通处方调配工作，并在各药学部岗位轮转强训。见习期满后，如取得专业技术任职资格，由本人将资格证书报组织人事科备案，按专业技术任职资格管理；如未取得专业技术任职资格，同见习期管理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[2]国务院.护士条例(国务院令第 726 号,2020 年修订)[EB/OL].(2020-03-27).https://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5501034.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

卫技人员专业技术资格认定管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-030-04	制定时间：2004-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步做好卫技人员专业技术资格认定管理工作，规范资格认定管理流程，根据《中华人民共和国医师法》《护士条例》相关精神，结合医院实际，制定本制度。

二、内容

（一）资格认定

1. 类别、级别

卫生专业技术资格分医、药、护、技四类；有高级（正高、副高）、中级和初级（师、士）三个级别。

2. 认定负责部门

组织人事科：负责所有卫生专业技术资格（医师类初级除外）类别和级别的认定。

教学管理与学科建设科：负责执业医师资格的组织报考和执业医师注册。

护理部：负责执业护士注册。

3. 认定时间

卫生专业技术各级任职资格（医师类初级除外）的报考时间，按当年国家卫生健康委人才交流服务中心(原中国卫生人才网)发布的考试通知执行。

4. 认定条件

卫生专业技术各级任职资格（医师类初级除外）的报考条件，按《江苏省专业技术人员职称（职业资格）工作领导小组关于印发〈江苏省卫生专业技术资格条件（试行）〉〈江苏省社区卫生高级专业技术资格条件（试行）〉的通知》（苏职称〔2023〕29 号）执行。

5. 省外调入人员资格认定

省外调入人员的资格认定由组织人事科根据上级相关规定执行。

6. 执业注册

教学管理与学科建设科根据《医师法》《医师执业注册暂行办法》《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》等文件依据，及时办理执业医师注册及变更注册。

护理部根据《护士执业注册管理办法》规定办理护士注册和变更注册。

（二）聘用规定

卫生专业技术人员的聘用按照现行专业技术职务评聘的有关规定执行。岗位设置

管理工作完成后，岗位等级聘用条件将按各岗位职责和岗位实施方案中的任职条件规定执行。

（三）聘用程序

参照组织人事科《全员聘用管理制度》执行。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[2]国务院.护士条例(国务院令第726号,2020年修订)[EB/OL].(2020-03-27).https://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5501034.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年01月第1次修订

2020年04月第2次修订

2026年01月第3次修订

医院外来短期工作人员技术资质管理规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-031-04	制定时间：2012-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为推进医疗卫生体制改革、优化医疗资源配置，促进卫生人力资源合理流动和交流，提高医疗技术水平，制定本规定。

二、内容

1. 医务部负责外来短期卫生专业技术人员的资质管理及认证工作。外来卫生专业技术人员本人申请，由医务部进行资质审核、论证、按照规定程序办理准入手续，安排到相应科室开展医疗、科研、教学活动。

2. 外来卫生技术人员具备执业医师资格，从事过医疗临床诊疗工作至少一年以上，根据规定可以从事医疗活动的，准入进行医疗活动。没有取得执业医师资格的只能在医院执业医师带领下从事医疗活动，无处方权及单独诊疗权利。

3. 短期医疗技术人员是执行政府指令性任务的，有政府活动方案文件要求，如卫生支农、对口支援等，由医务部直接批准授权，开展医疗活动。

4. 上下级医院通过资源整合，以方便患者就医和提高医疗技术水平为目的，签

订合作协议书，并报告当地卫生行政部门认可及备案的，由医务部直接批准授权，开展医疗活动。

5. 因医疗工作需要或个人申请要求到医院短期开展医疗活动的，如进修、专科培训等形式，原已取得执业医师资格，或已在其它医疗机构执业，按照规定要求办理多点执业注册（紧密型医共体单位人员无需办理），再经医务部核准诊疗项目，授予相应的医疗技术项目资质，而开展医疗活动。

6. 医院应为外来卫生技术人员提供必要的工作平台和建立需要的工作伙伴关系，提供必要的设施设备（人事科设置工号、医疗保险价格管理科维护医师医保编码、医务部授权）。医院相应的职能部门按照制度、规范、标准对外来卫生技术人员的医疗活动进行监管，确保医疗安全。必要时可以取消医疗活动资格。

7. 短期医疗技术人员发生医疗损害行为，或其它事宜参照医院其他员工执行。

8. 短期医疗技术人员工作期限结束，按照医院规定程序办理离院手续，对自己所主管的工作有总结说明或后期安排，完善人事交接后可以离开。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.江苏省三级综合医院评审标准（2023 版）实施细则[EB/OL].(2023-09-22).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023452.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

九、科室管理制度

应急管理信息报告与发布管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-020-03	制定时间：2016-08-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：2
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院突发公共（卫生）事件的信息报告与发布工作，确保信息渠道畅通、

报告及时准确、发布权威统一，有效应对突发事件，保障公众健康与生命安全，维护社会稳定，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国突发事件应对法》《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规及上级卫生行政部门要求，结合本院实际，制定本制度。

第二条 本制度适用于本院范围内发生的或需要本院参与处置的各类突发公共（卫生）事件的信息报告、管理及发布活动。

第三条 工作原则：坚持统一领导、分级负责，依法规范、及时准确，主动报告、快速反应，内紧外松、严格保密的原则。

第四条 事件分级：根据国家规定，突发公共（卫生）事件分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四个级别。不同级别事件的响应与报告流程遵照本制度执行。

第二章 组织机构与职责

第五条 医院成立突发公共（卫生）事件应急管理领导小组，全面领导信息报告与发布工作。领导小组下设“应急管理办公室”（以下简称“应急办”），作为常设办事机构，负责日常工作。

第六条 各临床、医技及职能科室主要负责人为本部门应急管理第一责任人，并须指定一名责任心强、熟悉业务的职工作为科室信息报告员，具体负责本科室相关信息的收集、整理、核实与初步上报。

第七条 应急办设专职信息报告员，负责全院信息的接收、汇总、分析、报告及存档，并与上级卫生行政部门保持 24 小时联络畅通。

第三章 信息报告制度

第八条 报告责任人：全院所有职工，尤其是首诊医生、值班人员、科室信息报告员，均为突发公共（卫生）事件信息的法定报告责任人。任何人发现或获知相关信息，均有义务立即报告。

第九条 报告时限与程序：

1. 内部初次报告：任何科室或个人发现符合报告标准的事件，必须立即（原则上不超过 15 分钟）通过电话向本院应急办（或总值班）报告，并简要说明情况。

2. 书面报告与网络直报：应急办接报后，应立即核实，确认为突发公共（卫生）事件后：对于一般（Ⅳ级）及以上事件，在 1 小时内完成书面报告，经院领导审批后，上报至宜兴市卫生健康委员会及宜兴市疾病预防控制中心。如是重大传染病，应严格按照国家要求，通过“中国疾病预防控制信息系统”进行网络直报，初次报告时间不得超过 2 小时。

3. 进程与结案报告：在事件处置过程中，应急办应动态跟踪，及时向上级部门提交进程报告。事件处置结束后，应在 3 日内完成结案报告。

第十条 报告内容：报告要素应完整，包括事件发生的时间、地点、信息来源、性质、起因、基本过程、已造成后果、影响范围、发展趋势、已采取的措施及下一步建议等。

第十一条 报告要求：信息报告必须做到及时、准确、全面。任何科室和个人不得迟报、谎报、瞒报、漏报。在紧急情况下，可先通过电话口头报告，随后立即补报书面材料。

第四章 信息发布制度

第十二条 发布原则：突发公共（卫生）事件信息的对外发布，严格遵循 “统一口径、授权发布” 原则。未经授权，任何科室和个人不得以任何形式擅自对外发布、透露或评论事件信息。

第十三条 发布权限：

1. 特别重大（Ⅰ级）事件信息由国家卫生健康委员会授权发布。

2. 重大（Ⅱ级）事件信息由省卫生健康委员会授权发布。

3. 较大（Ⅲ级）及一般（Ⅳ级）事件信息，由无锡市或宜兴市卫生健康行政部门根据规定授权发布。

4. 本院无权自行向社会公布突发公共（卫生）事件信息及传染病疫情。

第十四条 发布实施：在获得上级卫生行政部门明确授权后，由医院党政办公室牵头，成立临时新闻发布小组，按照授权内容和范围，通过官方渠道统一组织信息发布工作。发布内容应注重科普，引导公众正确防护，消除恐慌。

第十五条 隐私保护：必须严格保护伤者、传染病患者、病原携带者、疑似患者及家属的个人信息，未经本人同意，不得以任何形式向社会公开。

第五章 监督与奖惩

第十六条 纪检监察室，定期或不定期对各科室信息报告工作进行督查和通报。

第十七条 责任追究：对违反本制度，出现迟报、轻报、漏报、谎报、瞒报行为的科室和个人，医院将依法依规严肃追究相关责任人的行政责任；造成严重后果、构成犯罪的，依法移送司法机关追究刑事责任。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国突发公共卫生事件应对法(中华人民共和国主席令第五十二号）[EB/OL].(2025-09-12).https://baijiahao.baidu.com/s?id=1850356957359828457&wfr=spider&for=pc.

[2]国务院.突发公共卫生事件应急条例(国务院令第376号)[EB/OL].(2011-01-08).https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1860801.htm.

[3]卫生部.突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法(卫生部令第37号)[EB].(2006-08-22).https://www.gov.cn/zhengce/2003-11/07/content_5713765.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2020年12月第1次修订

2025年12月第2次修订

卫生应急工作制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-021-02	制定时间：2020-10-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为建立健全本院应对突发公共(卫生)事件和院内各类突发事件的应急工作机制，提高快速反应、高效处置和医疗救治能力，最大限度地预防和减少突发事件造成的损害，保障人民群众生命安全和身体健康，维护医院正常秩序与社会稳定，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据《中华人民共和国突发事件应对法》《突发公共卫生事件应急条例》《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》及相关法律法规，结合医院实际，制定本制度。

第二条 本制度所称卫生应急工作，是指医院为应对突然发生，造成或可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒、严重自然灾害、事故灾难、社会安全事件以及其他严重影响公众健康的突发事件，所开展的一系列预防准备、监测预警、响应处置、恢复评估等活动。

第三条 工作原则：

1. 统一领导，分级负责：在医院应急工作领导小组的统一指挥下，各科室、部门按照职责分工，密切配合，落实责任。

2. 预防为主，常备不懈：提高防范意识，落实各项预防措施，做好人员、技术、物资、设备的应急储备和常态管理。

3. 依法规范，科学处置：依据相关法律法规和预案，充分发挥专家作用，采用

先进的科学技术和方法，依法、科学、有序地进行处置。

4. 反应及时，措施果断：确保信息畅通，反应灵敏，启动迅速，处置果断，有效控制事态发展。

5. 依靠科学，加强合作：加强与上级卫生健康行政部门、疾控机构、其他医疗机构及相关部门的沟通协作，形成应急合力。

6. 平急结合，资源整合：统筹日常医疗服务与应急救治工作，整合院内资源，确保应急状态下能迅速转换。

第二章 组织体系与职责

第四条 成立医院卫生应急工作领导小组（以下简称“领导小组”），由书记、院长担任组长，分管医疗、护理、后勤的副院长担任副组长，相关职能部门（党政办公室、医务部、护理部、感染管理科、公共卫生科、后勤保障部、医学装备科、器械材料科、药学部、保卫科等）及主要临床科室负责人为成员。领导小组是医院卫生应急工作的最高决策指挥机构，主要职责：

领导、组织、协调全院卫生应急工作；审定医院卫生应急总体预案和专项预案；决定应急响应的启动、调整和终止；协调调配院内应急资源，必要时请求外部支援；向上级主管部门报告应急工作进展情况。

第五条 领导小组下设卫生应急办公室，作为日常办事机构，负责：

组织制定和修订应急预案、工作制度；组织协调应急培训和演练；负责应急信息的接收、核实、报告和通报；督促检查各项应急准备工作落实情况；协调应急状态下的医疗救治、人员调度、物资调配；完成领导小组交办的其他工作。

第六条 组建医院卫生应急专家库和若干专业应急队伍（如医疗救治队、传染病防控队、心理干预队、后勤保障队等），明确人员构成和职责，定期培训演练，确保召之即来，来之能战。

第七条 各临床、医技科室及职能部门是卫生应急工作的执行单元，必须服从领导小组及应急办的统一指挥，负责本科室职责范围内的应急准备、监测报告、先期处置、协同救援等工作。

第三章 预防与应急准备

第八条 应急预案体系：建立健全以医院总体卫生应急预案为核心，涵盖各类突发公共卫生事件、灾害事故、院内突发事件等专项预案和技术方案的应急预案体系，并定期评估修订。

第九条 应急队伍建设：加强专业化、常备化应急队伍建设，定期进行人员遴选、登记造册、专业培训和模拟演练，提高实战能力。

第十条 物资储备与保障：建立应急物资（药品、疫苗、医疗器械、防护用品、消杀药剂等）和设备（急救、生命支持、检测、通信、运输等）的储备目录和管理制

度。实行实物储备、协议储备和生产能力储备相结合的模式，定期检查、维护、更新和补充，确保应急时拿得出、调得快、用得上。

第十一条 设施准备：确保急诊科、发热门诊、肠道门诊、隔离病房、重症监护室、手术麻醉部等关键区域符合应急救治要求。规划备用应急场地和流程通道，保障应急状态下的电力、供水、通讯、信息系统安全畅通。

第十二条 培训与演练：将卫生应急知识纳入医务人员继续教育和岗前培训。每年至少组织一次综合性或专项应急演练，并对演练效果进行评估总结，持续改进。

第十三条 风险监测与评估：建立院内突发事件和公共（卫生）风险监测网络，指定专人负责信息收集。定期开展医院内外环境安全与公共（卫生）风险评估，及时排查隐患。

第四章 监测、预警与报告

第十四条 监测：临床医务人员在日常诊疗中，应高度关注符合突发公共卫生事件相关症候群的患者，做到早发现、早诊断。医学检验科、影像科等发现异常结果应及时反馈。感染管理科、预防保健科负责相关信息的主动监测。

第十五条 预警：接到上级预警信息或通过监测分析研判认为可能发生突发事件时，应急办应及时向领导小组汇报，并提出预警建议。领导小组根据情况决定发布院内预警，并启动相应准备工作。

第十六条 报告：严格执行突发事件应急报告制度。

1. 首诊负责：任何科室或个人发现或接诊疑似或确认为突发事件相关的患者，必须立即向科室负责人和医院总值班/应急办报告。

2. 限时报告：初步核实后，医院应在规定时限内（通常为 2 小时内）向属地卫生健康行政部门和疾控机构报告。信息报告应做到准确、及时，不得迟报、漏报、谎报、瞒报。

3. 报告内容：包括事件类型、发生时间、地点、涉及人数、主要症状与体征、已采取的措施、事件发展趋势等。

4. 续报与终报：事件处置过程中，应及时续报进展；处置结束后，进行终报。

第五章 应急响应与处置

第十七条 响应分级：根据突发事件的性质、严重程度、可控性和影响范围，参照上级要求，实行分级响应机制，一般分为Ⅰ级（特别重大）、Ⅱ级（重大）、Ⅲ级（较大）、Ⅳ级（一般）响应。

第十八条 响应启动：领导小组根据事件评估结果，决定启动相应级别的应急响应，并宣布进入应急状态。各相关部门和科室接到指令后，立即按预案要求开展工作。

第十九条 现场处置核心要求：

1. 医疗救治：立即开通绿色通道，按照“集中患者、集中专家、集中资源、集

中救治”原则，全力救治伤病员。实行分级、分区、分流程管理，防止交叉感染。做好伤员转运与分流。

2. 感染控制：严格执行消毒隔离、个人防护、医疗废物管理等制度，严防院内感染和疫情扩散。

3. 资源调度：应急办统一调配院内应急队伍、床位、设备、药品、血液等资源。后勤保障部门确保水、电、气、暖、膳食、交通等支持系统正常运行。

4. 秩序维护：保卫科加强安保力量，维护诊疗区域、重点部位秩序，保障人员安全和医疗工作正常开展。

5. 信息管理：统一信息发布口径，由指定部门（如党政办）对外发布或配合上级发布信息。做好内部信息沟通和医务人员、患者及家属的沟通解释工作。

6. 心理援助：及时组织对受影响的患者、家属及医务人员提供必要的心理危机干预和支持服务。

7. 协调联动：主动配合政府、疾控、公安、交通等外部机构开展工作。

第二十条 响应调整与终止：根据事件处置进展和上级指示，领导小组适时调整响应级别。当事件得到有效控制，危险因素消除后，由领导小组宣布应急响应终止。

第六章 事后恢复与评估

第二十一条 后期处置：妥善安置伤病员，做好后续治疗、康复和随访。逐步恢复医院正常医疗秩序。对应急期间征用的物资和场所进行归还、补充和清理。

第二十二条 评估总结：应急响应终止后，领导小组应组织相关部门对事件的处置过程、效果、应急能力、预案适用性等进行全面评估总结，形成书面报告。总结经验，分析问题，提出改进措施。

第二十三条 奖惩：对在卫生应急工作中表现突出、做出贡献的集体和个人予以表彰和奖励。对在应急工作中失职、渎职、不服从指挥、散布谣言等造成不良后果的，依法依规追究责任。

三、参考文献

[1]国务院.突发公共卫生事件应急条例(国务院令第376号)[EB/OL].(2011-01-08).https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1860801.htm.

[2]卫生部.突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法(卫生部令第37号)[EB/OL].(2006-08-22).https://www.gov.cn/zhengce/2003-11/07/content_5713765.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025年12月第1次修订

卫生应急队伍管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-022-02	制定时间：2020-10-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为确保本院卫生应急队伍科学、规范和正常运行，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据国家《突发公共卫生事件应对法》和《突发公共卫生事件应急条例》的相关要求，参照《国家卫生应急队伍管理办法（试行）》《江苏省卫生系统卫生应急工作制度和岗位职责》（2007 年）的有关规定，制定本制度。

第二条 本制度所称卫生应急队伍是指按照市卫健委的要求建设的，参与各类突发事件卫生应急响应的专业医疗卫生队伍。卫生应急队伍成员是来自临床一线的工作人员，平时承担所在科室的日常工作，应及时承担卫生应急救援、处置等任务。

第三条 应急办作为卫生应急队伍的主管部门，对医院卫生应急队伍进行全面统筹、规划和指挥，同时协调各职能部门负责卫生应急队伍的组建工作、日常培训演练及装备运行维护。

第四条 本办法适用于医院卫生应急队伍的建设和管理。

第二章 应急队伍管理

第五条 卫生应急队伍主要由卫生应急管理人员、医疗卫生专业人员、后勤技术保障人员构成。原则上每队设组长一名，根据具体情况设组员若干名。开展卫生应急处置工作时，实行组长负责制。

第六条 队员遴选条件

1. 工作态度端正、服从指挥、热爱卫生应急事业。

2. 原则上具有相关专业岗位 3 年以上工作经历；具备所需的专业技能和资质。

3. 原则上年龄在 45 周岁以下，身体健康，以男性为主，适当考虑女性比例。

4. 在岗期间参与过大型活动保障、灾害救援、重大突发事件应急处置等工作的备选人员优先考虑。

第七条 队员遴选流程

采取个人申报和所属科室（部门）推荐相结合，经应急办内部审定合格后备案。

第八条 队员在开展卫生应急工作时应遵循以下工作守则：

1. 贯彻执行党的路线、方针、政策，遵守国家法律、法规和规章制度。

2. 树立高度的工作责任感，忠于职守，同时加强自我保护，做好个人安全防护

措施。

3. 听从命令、服从指挥、密切配合，坚决执行上级指定的各项卫生应急救援任务。

4. 应严格遵守应急救援信息发布要求，未经许可不得擅自对外发布相关信息。

第三章 职责、权利和义务

第九条 应急办职责：

1. 制定医院应急队伍建设管理制度，统一指挥和调度应急卫生应急队伍。

2. 指导、监督、检查应急卫生应急队伍的建设和管理工作。

3. 组织指导应急卫生应急队伍的培训和演练工作。

4. 负责卫生应急队伍的组建和日常管理。

5. 负责卫生应急队伍装备的购置、运行维护和管理。

6. 负责组织实施卫生应急队伍的培训和演练。

7. 负责制定卫生应急队伍年度工作计划，做好培训演练和事件处置等方面的总结评估。

8. 制订卫生应急队伍具体管理办法。

9. 积极支持应急队员参与卫生应急工作，不得以任何理由推诿、拖延、妨碍应急队员参加卫生应急工作。

10. 保障应急队员在执行卫生应急任务期间的工资、津贴、奖金及其他福利待遇。

第十条 应急队员享有的权利：

1. 享有执行卫生应急任务的知情权。

2. 享受执行卫生应急任务的加班、高风险、特殊地区等各项工作津贴的权利。

3. 享受接受卫生应急专业培训和演练的权利。

4. 享受优先获取卫生应急相关工作资料的权利。

第十一条 应急队员承担的义务：

1. 服从上级的统一领导，服从应急工作安排，遵守纪律，保守国家秘密。

2. 及时报告在执行卫生应急任务中发现的特殊情况。

3. 提出卫生应急工作建议。

4. 做好卫生应急响应准备，参加卫生应急相关培训和演练，随时听候调派。

第四章 培训演练

第十二条 应急办负责对卫生应急队进行日常培训及管理。

第十三条 卫生应急队伍每年应进行至少累计开展应急知识培训，进行专项或综合性演练不少于 2 次。培训内容应至少包括相关专业理论和操作技术、设备操控、装备使用、器材维护、野外生存技能等项目。

第十四条 应急队员必须服从统一安排，认真参加规定的应急演练培训，如有不可抗因素无法参加培训演练，应提前向队长提出申请。

第五章 权益保障

第十五条 应急队员的保险、补助、因公（工）受伤及抚恤等事项，按照国家和本市相关规定执行。

第六章 奖惩机制

第十六条 对于在应急工作中表现突出者，应急办上报上级行政部门予以表彰及奖励，并在其评先、评优、晋升等方面予适当倾斜。

第十七条 对于多次无正当理由缺席培训演练、不服从组织安排和态度不端正者，应急办应及时予以调整。造成重大影响和后果的，追究其相关责任。

第七章 经费保障

第十八条 医院应编制卫生应急队伍的培训、演练、装备运行维护等相关工作经费年度预算。

第十九条 医院的管理部门，在建设单位年度预算中应优先安排卫生应急队伍的培训、演练、装备运行维护等相关工作经费。

三、参考文献

[1]国务院.突发公共卫生事件应急条例(国务院令第376号)[EB/OL].(2011-01-08).https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1860801.htm.

[2]卫生部.突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法(卫生部令第37号)[EB/OL].(2006-08-22).https://www.gov.cn/zhengce/2003-11/07/content_5713765.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025年12月第1次修订

急诊绿色通道管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-032-04	制定时间：2008-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为系统规范急性危重患者的接诊、分诊、检查、诊断、抢救全程医疗服务行为，使急、危、重症患者得到及时、规范、高效、周到的医疗救治，提高抢救成功率，减少医疗风险，结合本院实际，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度适用于本院急诊科、各临床专科、手术麻醉部、ICU、药房、血库、医学检验科、放射科、超声科等所有参与急诊绿色通道工作的科室及医务人员。

第二条 急诊绿色通道工作坚持“生命至上、优先抢救、先救治后付费、首诊负责、全程衔接”的原则，确保急危重症患者得到快速、有序、安全、有效的诊疗服务。

第二章 绿色通道准入标准及管理范畴

第一节 准入标准

第三条 急、危、重症患者：心脏骤停、急性心肌梗死、脑卒中、休克、急性心衰、急性呼衰、危重产科急危重症（宫外孕大出血、产科大出血等）患者，应立即启动绿色通道，先行抢救，在不影响抢救的前提下办理挂号、收费等相关手续。

第四条 “三无患者”：送至本院的无姓名、无家属、无支付能力的患者，若诊断不清、病情危重、生命体征不平稳，需立即开通绿色通道，并同时向院总值班及辖区派出所汇报。

第五条 群体中毒患者：及时开通绿色通道，启动群体中毒事件预案，向医务部/院总值班汇报，并联系相关科室协同抢救。

第六条 突发公共卫生事件相关患者：因交通车祸、建筑工地事故等突发公共事件送至本院的患者，及时开通绿色通道，启动突发公共事件抢救预案，向医务部/院总值班汇报，并组织专科联合抢救；3 名及以上伤病员的重大抢救，需在紧急救治的同时立即上报，启动相应应急预案。

第二节 重点病种及管理范畴

第七条 重点病种：结合本院急诊患者病种结构及专科优势，确定以下重点病种，实行优先救治管理：急性心肌梗死、急性心力衰竭、心跳呼吸骤停、药物中毒、急性主动脉夹层、恶性心律失常、急性肺栓塞、脑卒中、急性创伤、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等。

第八条 纳入绿色通道管理的患者，指在短时间内发病（≤6 小时），所患疾病可能危及生命的患者，包括但不限于：

1. 急性创伤：体表开裂出血、开放性骨折、内脏破裂出血、颅脑出血、高压性气胸、眼外伤、气道异物、电击伤等；

2. 急性重症：急性心肌梗死、急性肺水肿、急性肺栓塞、大咯血、休克、严重哮喘持续状态、消化道大出血、急性脑血管意外、昏迷、重症酮症酸中毒、甲亢危象等；

3. 其他：宫外孕大出血、产科大出血、急性中毒等。

第三章 绿色通道运行流程

第一节 院外急救流程

第九条 院外急救按“急诊院前抢救制度”进行必要处理，120 将患者转运回院；转运过程中，如急救中心工作人员告知医院需准备的会诊医生、仪器设备及药物，本

院急诊人员积极准备以保证院内抢救衔接顺畅。

第二节 院内抢救流程

第十条 患者到达急诊科后，分诊护士立即将患者送入抢救室，5 分钟内完成以下操作：摆放合适体位、吸氧、开通监护仪并完成第一次生命体征监测（T、P、R、Bp）、建立静脉通道、采集血液标本备用，并建立患者抢救病历。

第十一条 首诊医生迅速询问病史、查体，判断影响生命的主要因素，下达抢救、会诊、检查、手术等医嘱；抢救过程中可下达口头医嘱，由护士记录并复述，医生确认后执行，抢救结束后 6 小时内，抢救医生完成急诊抢救病历及口头医嘱补记。

第十二条 专科会诊：接到急会诊通知后，院内负责会诊医生 10 分钟内到达现场，若因医疗工作无法离开，需指派本专业有相应资质的医生前往；院外二线医生 30 分钟内到达现场；紧急情况时，相关科室医生需 5 分钟内到达。急诊医生负责与专科医生口头沟通患者情况，专科医生快速查体并说明专科处理意见，确定转专科诊治的，由急诊医生负责将患者转运至专科指定场所（手术室、ICU 或病区）。

第十三条 紧急手术：经急诊科抢救室医生评估，病情危重需紧急抢救手术（如肝、脾破裂、宫外孕破裂大出血等）的患者，在快速做好术前准备的同时，电话通知手术室做好准备；急诊医生将患者送至手术室，由专科医生与急诊医生交接后，完成手术及后续治疗。手术室接到手术通知后，10 分钟内准备好手术室及相关物品，通知手术相关人员到场，在手术室门口接患者；急诊抢救手术需在患者到达急诊科后 1 小时内开始。

第十四条 多脏器病变或多发性损伤患者：由急诊科主任、在场最高行政主管或最高医疗技术职称人员主持会诊，召集相关专业科室人员参与；根据会诊意见，由对患者生命威胁最大的疾病所属专科接收患者，并负责组织抢救；符合 ICU 准入标准的，及时收入 ICU。

第十五条 所有急性危重患者的诊断、检查、治疗、转运，必须在医生监护下进行，确保患者安全。

第三节 门诊抢救绿色通道流程

第十六条 门诊发现需抢救患者，由接诊医生和门诊护士负责现场抢救，组织专科医生会诊；诊断明确的，由专科医生接诊并决定进一步治疗；无法快速明确诊断的，由接诊医生送急诊科继续救治。

第十七条 接诊医生在未完成患者交接前，需对患者全程负责；交接时，需完成门诊抢救病历，并与接收医生做好详细交接。

第四章 绿色通道工作要求

第十八条 严格准入管理：进入绿色通道的患者，必须符合本制度规定的准入标准及管理范畴，严禁随意扩大或缩小准入范围。

第十九条 优先服务要求：

1. 各辅助科室凭绿色通道凭证，优先为患者提供辅助检查；

2. 手术麻醉部、血库优先安排手术和供血；

3. 挂号、收费、取药等相关部门设急诊绿色通道窗口，优先处理相关业务；

4. 各专科预留一定床位，优先收治绿色通道患者；专科情况不明时，由首诊室值班医生负责联系协调；存在多科情况的，由临床情况最紧急、需优先处理的专科负责，必要时由医务部/院总值班（非工作时间）协调。

第二十条 检查结果报告时限：

1. 放射科：患者到达后，平片、CT 检查 30 分钟内出具检查结果报告（可先出具口头报告）；

2. 超声科：接到患者后，30 分钟内出具检查结果报告（可先出具口头报告）；

3. 医学检验科：接收到标本后，30 分钟内出具常规检查结果报告（血常规、尿常规等，可电话报告），60 分钟内出具生化、凝血结果报告，配血申请 30 分钟内完成（无库存血时，60 分钟内完成）；

4. 药学部门：接到处方后，优先配药、发药。

第二十一条 医学文件管理：所有处方、检查申请单、治疗单、手术通知单、入院通知单等医学文件，需加盖急救印章，实行“先医学处理、后财务收费”。

第二十二条 知情同意管理：患者的病情、检查及治疗方案等，需按医院规定完成知情同意；若患者无家属及委托人，可由医务部或院总值班签署知情同意书。

第二十三条 上报与协调管理：确定患者进入绿色通道后，接诊医生需及时报告科室负责人，同时按时段上报（正常工作日报医务部，节假日及夜间报院总值班）；科主任、医务部或院总值班需在 10 分钟内到达现场，组织、协调抢救工作；院总值班在抢救指挥有困难时，可请示分管副院长。

第二十四条 培训与总结：各相关科室医务人员必须熟悉本科室重点病种急诊抢救流程和职责；对重点病种患者需及时登记，定期总结、分析，开展质量评价与反馈，提出持续改进措施，并上报医务部。

第二十五条 分流管理：加强急诊检诊、分诊工作，有效分流非急危重症患者，确保急危重症患者得到及时救治；建立急危重症抢救患者优先住院制度与措施，保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应病房。

第二十六条 应急衔接：建立针对急危重患者的院内急诊、住院（含处置）和转诊的绿色通道机制，涵盖病种、流程、财务、标识等内容，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务；针对重大突发事件应急医疗救援，制定大规模抢救工作流程，保障绿色通道顺畅运行。

第五章 奖惩规定

第二十七条 对严格执行本制度、在绿色通道抢救工作中表现突出、抢救成效显著的科室及个人，医院给予表彰和奖励。

第二十八条 对推诿、拒绝收治绿色通道患者，或未按规定履行职责、延误患者最佳诊疗时机的科室、个人，以及科主任、护士长，医院将视情节轻重及后果，按照相关制度规定，给予经济、行政从重处罚；构成医疗事故的，依法依规承担相应责任。

第六章 附则

第二十九条 本制度由医务部负责解释。

第三十条 原有相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]卫生部.急诊科建设与管理指南（试行）（卫医政发〔2009〕50 号）[EB/OL].(2009-05-25).https://www.nhc.gov.cn/bgt/s9509/200906/6bf4da191c204c038bb048555ecca037.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

特殊病员管理规定

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-034-04	制定时间：2013-06-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为切实规范本院特殊病员的管理流程，确保每一位特殊病员都能在第一时间获得及时、专业且高效的医疗救治服务，全面提升医疗救治质量和效率，制定本规定。

二、内容

第一章 总则

第一条 依据国家相关医疗卫生法律法规、政策要求以及医院实际管理需求与临床实践经验，制定本规定。

第二章 具体要求

第二条 老红军、港澳同胞、台胞、侨胞、外宾、省以上劳动模范、社会知名人

士、有突出贡献的科技人员、二次手术病员、“三无”病员及有医疗纠纷苗头的病员为特殊病员管理范围。

第三条 有特殊病员时，科室应及时向医务部或分管院领导汇报。

第四条 上述病员入院后各科医护人员要热情接待，关心体贴，在不违背医疗原则的前提下，力所能及为其提供方便。

第五条 病员单位领导及政府职能部门前来探视时，床位医生应陪同前往探视，介绍病情和治疗经过。

第六条 病情危重时，科室应组织会诊，会诊意见及可能发生的情况应向家属或单位交代并请其签字。

第七条 “三无”病员的医疗费用问题和生活护理问题由办公室或医务部牵头，统一协调解决。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第三十八号）.中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[EB/OL].(2019-12-28).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016年04月第1次修订

2020年08月第2次修订

2026年01月第3次修订

“三无”患者救治制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-033-05	制定时间：2008-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为保证“三无”患者能得到及时有效救治，结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

1．本案所指“三无”患者，指由非家属人员（如路人）或由 110、120 送来的，暂无身份（姓名和居住地）、无责任承担机构（或个人）、无经费的患者。

2．为保障“三无”患者的基本人权和基本医疗，任何科室及个人应无条件接受“三无”患者的诊治工作，不得以任何理由拒绝救治“三无”患者。

3．“三无”患者来院后，由接诊科室负责身份甄别和病情确认，处置流程详见附件 1。

4．如因病情需要，患者需得到紧急处置的，应遵循“先救治后付费”原则，由经治科室汇报院职能部门（白班-医务部，中晚班-总值班），由职能部门按欠费患者审批办理各项手续。

5．“三无”患者出现病情危重、需进行有创操作或手术但无法定责任人告知时，由科室负责人向医务部或总值班汇报，拟定抢救方案；向医务部汇报，完成法律取证相关手续。

6．对于生活不能自理的“三无”患者，由护理部安排相关护理人员，负责患者的生活护理。

7．“三无”患者救治死亡后，遗体应转移存放至指定地点。若死亡时仍不知患者身份的，由经治医师汇报医务部、保卫科联系派出所等部门出警后进行后续处理。

8．医务人员对“三无”患者积极治疗同时，应会同保卫科积极调查患者的信息，并向有关部门报告，寻求法律、经济援助及善后处理。

9．达到出院标准的“三无”住院患者，按其身份甄别结果由相关部门负责欠费追缴。

三、参考文献

[1]国务院.社会救助暂行办法（国务院令第 649 号）[EB/OL].(2014-02-21).https://www.gov.cn/gongbao/content/2014/content_2629930.htm.

[2]国务院.国务院关于进一步健全特困人员救助供养制度的意见（国发〔2016〕14 号）[EB/OL].(2016-02-17).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2016-02/17/content_5042525.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012 年 04 月第 1 次修订

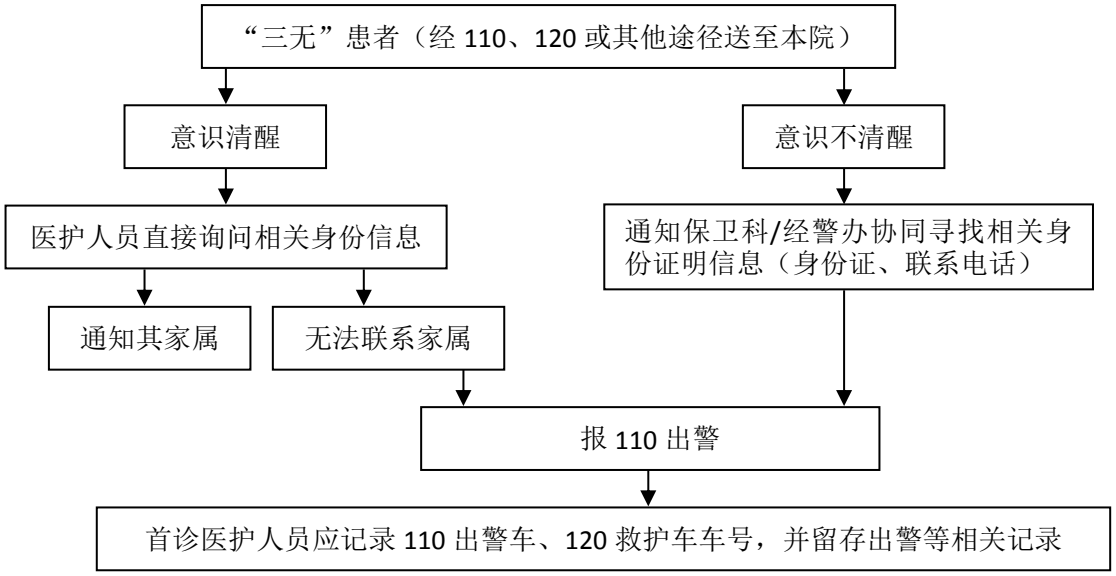
2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

附件

“三无”患者身份识别处置流程



特殊患者陪送陪检制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-023-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为认真贯彻落实患者安全目标，促进医疗质量提高和医疗安全，确保患者得到有效的医护服务，提升就医体验，保障患者在转运、检查过程中的安全，防范医疗风险，结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

（一）适用范围

全院所有科室（门诊、住院、急诊、ICU、手术麻醉部等）需外出检查、转运的特殊患者，及负责陪送陪检的医护人员、后勤运送人员。

（二）特殊患者界定（必须陪送陪检）

1. 危重/急症患者：生命体征不稳定、休克、昏迷、呼吸衰竭、严重创伤、术后未稳定者。

2. 老年/体弱患者：75 岁以上、行动不便、自理能力差、无人陪护者。

3. 儿童患者：婴幼儿、学龄前儿童、无家属陪同的未成年人。

4. 意识/精神障碍患者：谵妄、躁动、痴呆、精神疾病、认知障碍者。

5. 行动障碍患者：瘫痪、骨折、截肢、视力/听力障碍、轮椅/平车依赖者。

6. 其他：无家属陪同、异地就医、语言不通、情绪极度焦虑者。

（三）陪送陪检人员资质与职责

1. 人员资质

（1）医护人员：注册护士、执业医师，熟悉患者病情、急救流程、转运规范。

（2）后勤运送人员：经医院专项培训（安全转运、应急处置），考核合格上岗。

（3）危重患者陪送：必须有医师或高年资护士陪同，严禁仅由后勤运送人员单独护送。

（4）实施全麻手术的患者术后苏醒后，须由手术医师、麻醉医师、手术护士护送至病房（或监护病房），进行床边交接并记录。

2. 核心职责

（1）信息核对：按医嘱或检查单核对患者姓名、床号、诊断、检查项目、过敏史、特殊准备（禁食、憋尿、造影剂等），确认知情同意书签署情况。

（2）安全转运：正确固定约束（躁动者需医嘱 + 家属同意），并携带必要的急救药品和器械，保护管路、输液通道，防止滑脱、外渗、坠床/跌倒。

（3）病情观察：危重患者全程监测生命体征以及意识、呼吸情况，发现异常立即停止转运/检查，就近呼救并联系主管医师抢救。

（4）检查配合：协助患者体位摆放、穿脱衣物，安抚情绪，遵守检查科室规定（辐射检查按要求等候），及时反馈患者特殊情况。

（5）沟通协调：与检查科室、临床科室、家属沟通，告知检查进度、注意事项，解答疑问。

（6）资料管理：妥善保管病历、检查申请单、标本，检查后及时取回报告并交接，严禁将病历交患者或家属。

（四）陪送陪检过程

1. 申请与准备

（1）医师开具检查或治疗申请单，评估患者病情，确认是否属于必须陪送陪检患者。危重患者在检查导引单上盖“危重病人”标记，

（2）陪检人员接到任务后，及时与患者及家属对接，告知检查目的、陪检过程、注意事项、所需时间。

（3）协助患者完成检查前准备（禁食、饮水、排空膀胱、取下金属物品等），备好必要的急救药品和器械。

（4）危重患者：提前联系检查科室预留时段，根据检查科室获知信息后作出的安排和反馈意见，通知后勤运送人员立即提供推送服务，确保转运途中监护、吸氧、输液持续有效。

（5）检查治疗科室在接到盖有“危重病人”标记的检查或治疗导引单时，应予优先安排，并对其他候检人员妥善做好解释工作。

2．转运途中

（1）选择最优路线及专用电梯，防止颠簸碰撞。

（2）密切观察病情及生命体征，患者所有管道通路妥善固定并保持通畅，约束带固定防坠床。

（3）转运中如突发病情变化应立即就地抢救，呼叫就近医护，同时联系主管科室，待病情稳定后再决定是否继续检查或返回病房。

3．检查过程

（1）协助患者进入检查室，配合技师摆放体位，与检查科室人员交接患者病情、特殊注意事项、过敏史。

（2）密切观察检查中患者病情变化，出现病情变化立即告知技师，暂停检查并处理。

（3）检查结束后，协助患者整理衣物，确认无物品遗漏。

4．返回与交接

安全护送患者返回病房，与责任护士/医师床旁交接并记录。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]国家卫生健康委.医疗机构患者安全管理规范（WS/T590-2018）[S].(2018-11-12).

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2020 年 04 月第 2 次修订

2025 年 12 月第 3 次修订

病区管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-035-05	制定时间：1992-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强病区管理，保证病房安静、整洁、舒适、安全，结合本院实际情况，制定

本制度。

二、内容

1．科主任为病区管理第一责任人，护士长在科主任领导下实施管理工作，病区医务员工积极协助。

2．保持病房安静、整洁、舒适、安全，避免噪音，做到走路轻、开关门窗轻、操作轻、说话轻。

3．统一病房陈设，室内物品及床位摆放有序合理、方便检查和治疗；床头柜内食品与用品分层放置，病房摆设以不影响病房美观又便于患者使用为宜。

4．保持病房清洁卫生，注意通风，各办公室设施统一、规范、清洁卫生，无杂乱物品。卫生间保持清洁、无味、无堵塞。

5．病区内有安全防火措施，病房内禁止吸烟，医护人员了解安全知识，并能熟练使用消防灭火器材，安全通道保持清洁、通畅。

6．医务人员必须遵守病区工作制度，着装规范，衣帽整洁（必要时戴口罩）。准时上岗，不脱岗、不闲谈，坚守工作岗位。

7．患者被服、用具按基数配给；及时更换污被服；出院时清点用物，做好床单位终末消毒。

8．护士长全面负责保管病房财产、设备，并分别选派专人管理，建立台账，定期清点。如有遗失，及时查明原因，按规定处理。管理人员如有调动时，要办好交接手续。

9．病区设施出现故障应及时通知相关科室，平时注意节约水电，杜绝长流水、长明灯现象。

10．护士各工作间（护士站、治疗室、处置室、更衣室）、办公桌、治疗柜、药品柜、抽屉等各种设施摆放规范；各种护理标记齐全统一化（等级标记、消毒隔离标记、药物过敏标记等），倡导实施“五常法”管理（常组织、常整顿、常清洁、常规范、常自律）。

11．定期召开患者座谈会，进行安全教育、健康指导，征求意见，改进病房工作。

12．医师查房时不得接待非住院患者，不会客，不接私人电话。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2008 年 02 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

入院、出（转）院、转科管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-036-05	制定时间：2008-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范患者入院、出院、转院、转科全流程管理，保障诊疗衔接顺畅与医疗安全，优化服务流程，维护患者合法权益，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 为进一步强化医疗质量安全全过程管控，维护医院正常诊疗秩序、规避医疗管理风险，结合本院临床诊疗工作特点、科室设置实际及医疗管理工作需求，制定本制度。

第二章 入院管理制度

第二条 具备本院执业医师资格的经治医师通过病情诊断决定收入住院。开具住院通知单。住院处凭住院通知单，24 小时办理住院手续。正常上班时间患者持门、急诊病历与住院通知单到住院管理中心办理入院手续，其他时间到急诊大厅收费处办理入院手续。

第三条 每一个患者从门诊、急诊收入院时均有完整的病历记录，应有明确的住院时间、入院时的患者身体状态，精神状况的评价，向患者进行说明，取得理解与同意。

第四条 经治医师根据病情诊断需要住院，并说明病情，而患者不同意住院，应在门诊病历详细记录，并要求患者在病历上签字。

第五条 急、危、重症患者应在急诊室处理，待病情稳定后收入住院。因外伤等原因，病情尚不稳定或诊断尚不明确、或病情可能有潜在危险因素，应留院观察。特殊患者（如新生儿、残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等）入院时，应由医护人员使用平车或轮椅推送至病房，并与病区医护人员进行床旁病情交接。住院管理中心负责协调全院床位，提供住院床位、日间手术预约服务。

第六条 需收住重症监护病房等特殊治疗的，应明确地向患者及其家属告知收住的理由、预期效果及费用，取得理解与同意，患者运送途中要由医护陪同保障其安全。

第七条 收治患者须符合本专科住院标准，原则上不得跨科收治；病情复杂、诊断存疑的患者由首诊科室负责收治，或按多学科会诊意见收入相应专科。

第八条 负责收治急诊的病区应预留床位，保证患者能及时收治；病情需要但确无床位时，可由科主任通过住院管理中心在病区间协调。

第九条 医务部负责全院床位管理工作，统筹协调，利用信息化手段，增加床位使用管理的透明度，促进各科室床位使用率维持在合理区间。

第三章 出院管理制度

第十条 患者出院应由主诊医师或上级医师查房决定，推荐计划性出院，提前 1 日通知患者，方便患者合理安排。并通知住院处办理出院手续。病房护理人员应凭结帐单、出院记录等文件，并清点收回病员住院期间所用医院的物品。

第十一条 医师、护士有责任根据病情为出院患者给予必要的服药指导、营养指导、康复训练指导、生活或工作中的注意事项等健康信息服务。

第十二条 每一位出院患者都应有出院记录，主要内容有入院时情况、诊断名称、治疗方法、效果、出院带药、出院的注意事项以及康复指导等。

第十三条 经治医师和护士长负责出院随访工作，通过病历记录向社区医疗服务机构介绍诊疗情况，以保持服务连贯性。

第十四条 病情不宜出院而病员或家属要求自动出院者，医师应加以劝阻，充分说明可能造成的不良后果，劝阻无效的应报告科主任，并由病员或其家属在病历中签署相关知情文件后办理出院手续，方可离院。

第十五条 收费处提供 24 小时结算及床旁结算服务。

第四章 转院管理制度

第十六条 医院受技术和设备条件所限，对不能诊治或效果不确切的患者，经科内讨论或科主任查房后，提出转院治疗的建议。在征得患者或家属同意后实施。

第十七条 各科基本医疗保险患者（包括门诊患者）需转外地医院治疗时，应由所在科室科主任提出，经医保办审核，分管院领导同意，报请市城镇职工基本医疗保险办公室批准办理手续。

第十八条 急性传染病、麻风病、精神病患者，不得随意转外地治疗。

第十九条 加强患者病情评估，告知转院途中风险并签署知情同意书。如估计途中可能加重病情或死亡者，应留院处置，待病情稳定后，再行转院。

第二十条 转院前准备好相关医疗资料，包括病历摘要、重要检验检查结果、重要影像学资料等，并为患者提供必要帮助。

第二十一条 危急重症孕产妇转诊应由本院医师陪同，并与转入医院做好交接工作。

第五章 转科管理制度

第二十二条 住院患者因需要其他科室继续治疗时，应先由患者的主诊医师邀请相应科室专家会诊，并将病情与患者（或直系亲属）详细说明，签署《转科医患沟通》。

第二十三条 转出科室医师开具转科医嘱，确定好转科时间，书写“转出记录”后，将患者连同完整的住院病历送至转入科室。

第二十四条 患者转运前，转出科室医护人员根据病情、转运时间、转运方式，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范。与转入科室医护人员进行床边交接班。

第二十五条 对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有转入科室医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运，转入科室应第一时间接诊患者。

第六章 附则

第二十六条 如遇公共突发事件或不可抗力事件，按相关应急预案处理。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.江苏省三级综合医院评审标准（2023 版）实施细则[EB/OL].(2023-09-22).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023452.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2012 年 04 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2021 年 03 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

劝阻住院患者外出制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-024-05	制定时间：2012-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步提高医疗质量，保证患者安全，规范执行患者住院制度，根据《医疗纠纷预防和处理条例》和《医疗质量管理办法》，结合本院实际，制定本制度。

二、内容

1. 住院患者不得请假外出及随意离院。

2. 住院患者因特殊情况提出离院外出时，当班主管医生（工作日白天为主诊医生或主治医师及以上医师；夜间、双休日及节假日为当班最高年资医师）必须充分与患者及家属沟通、进行劝阻并详细告知患者目前状况、离院后可能出现的病情变化，反复告知不得擅自离院。

3. 在沟通及劝阻的同时，请患者或近亲属填写《劝阻住院患者外出医患沟通记录》及有效的联系方式，由患者或其近亲属签名，当班医生应认真做好病程记录，并将《劝阻住院患者外出医患沟通记录》保留于病案内。

4. 一旦患者在住院期间不听劝阻擅自外出，当班医生、护士在发现后须及时联系患者或其近亲属，告知风险，督促患者立即返回医院。同时及时向医务部或总值班报告。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第四十五号）.中华人民共和国民法典[EB/OL].(2020-05-28).https://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/zwgkztzl/2025nianzhuanti/2025mfdxcy/2025mfdxcy_mfdql/202505/t20250507_518708.html.

[2]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[3]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2014 年 04 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 10 月第 3 次修订

2025 年 12 月第 4 次修订

患者出院健康教育、随访及复诊预约制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-025-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为有效发挥健康教育在疾病治疗和康复中的作用，积极推行医院倡导的院前、院中、院后一体化医疗服务模式，使住院患者的院外康复和继续治疗能得到科学、专业、便捷的技术服务和指导，制定本制度。

二、内容

（一）出院患者健康教育

1. 健康教育按评估患者及家属实际需求进行，由医务人员、患者、家属共同确定完成。

2. 各病区为患者提供健康教育资料。

3. 出院教育内容，主要包括下列各项：

（1）告知患者出院时间，交代出院流程；

（2）带药指导：出院后需要连续服药的患者，应告知患者严格按照医师规定的时间、方法服药，定期复查服药的效果，用药后如有异常反应要及时到医院复查；

（3）活动与休息的指导；

（4）饮食营养方面的指导；

（5）患者自我保健与自我照顾能力的指导；

（6）告诉患者复诊的时间与地点；

（7）征求患者意见。

4. 出院患者健康教育的书写记录：在出院病程录及出院小结上记录。

（二）出院患者随访及复诊预约

1. 依托信息化系统，各科室应实时掌握全部出院患者信息，内容包括：患者姓名、年龄、单位、住址、联系电话、出院诊断、转归情况和随访情况等内容。

2. 所有出院患者均在随访范围内（除死亡、重症监护室出院、明确拒绝随访外）。

3. 随访方式包括电话随访、微信、接受咨询、上门随诊、书信联系等，随访的内容包括：了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导患者如何用药、如何康复、何时回院复诊、病情变化后的处置意见等专业技术性指导。

4. 随访时间应根据患者病情和治疗需要而定，治疗用药副作用较大、病情复杂和危重的患者出院后应随时随访，一般需长期治疗的慢性病患者或疾病恢复慢的患者出院一周内随访。

5. 负责随访的医务人员由相关科室的科主任、护士长和患者住院期间的主诊医师、责任护士负责。第一责任人为主诊医师，随访情况由主诊医师按要求填写在随访记录中，并根据随访情况决定是否与上级医师、科主任一起随访。

6. 科主任应对住院医师的分管出院患者随访情况每月至少检查一次。对未按要求进行随访的医务人员应进行督促。

7. 出院患者的首次复诊预约应由主诊医师在患者出院时完成。患者复诊时门诊医师根据患者病情进行下一次的复诊预约，保证治疗的连续性。

8. 医务部、护理部应对各临床科室的出院患者信息登记和随访及复诊预约情况定期检查指导，并将检查情况向分管院长汇报及全院通报，促进随访预约管理工作持续改进。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第三十八号）.中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[EB/OL].(2019-12-28).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[3]国务院.医疗机构管理条例（2022年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]中华人民共和国国务院令（第701号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[5]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定（2013版）》的通知（国卫医发〔2013〕31号）[EB/OL].(2013-11-20).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c9955f0471c04450a9f9ab74648fbdd4.shtml.

患者身份识别制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-037-01	制定时间：2026-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为筑牢医疗安全防线，规范患者身份识别流程，有效防范诊疗差错，保障诊疗行为安全，维护患者健康权益，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 严格落实医疗质量安全核心制度，杜绝因身份识别错误导致的误诊、误治、错给药、错采血、错手术等不良事件，制定本制度。

第二章 具体要求

第二条 至少同时使用两种身份识别方式正确识别患者，如包括姓名、住院号（门急诊号）、身份证号、出生年月日以及电子设备身份认证等，禁止仅以患者的床号和房间号作为识别的唯一依据。

第三条 凡急诊抢救、留观、门诊输血患者及住院患者均需佩戴腕带。腕带中患者信息包含姓名、性别、年龄、住院号、条码等。若为传染病患者，可在腕带上粘贴相关隔离标识。若有药物过敏的患者，在腕带上给予标识。

第四条 无法确认身份的患者，腕带信息内容应规范，可采用性别+编号（就诊月日和24小时制的时分）+住院号（门急诊号）的组合，以确保身份识别的唯一性。

第五条 门诊和急诊的各个流程均需做好患者身份确认。如挂号、预检分诊、药房发药、医生开写处方和各种检查单、开写《入院通知单》时，常规核对“姓名、性别”，必要时核对“就诊卡号”或“医保卡号”。住院处在为患者办理入院手续时，必须核对《入院通知单》中患者信息，核实无误后打印腕带。

第六条 新入院患者到达病区时，护士双人核对入院通知单、腕带中患者信息，核实无误后为其佩戴腕带。

第七条 对患者实施用药、输血或输血制品、采集标本、发放特殊饮食等任何治疗、操作、检查时，转运、转科、迁床时至少核对两种以上的患者信息，确认患者身份。

第八条 手术室接手术患者时，在等候区通过扫描腕带的方法进一步确认手术患者身份。接入手术间后、麻醉之前、手术者切皮前及手术结束后，均必须核对患者基本信息。

第九条 核对患者身份时，请患者说出自己的姓名。幼童、虚弱重病、智力障碍、意识不清等无法应答的患者由家属或陪伴者叙述其姓名、年龄，同时查看腕带信息，确保身份正确。

第三章 附则

第十条 腕带使用规定详见护理部《腕带使用管理制度》。

三、参考文献

[1]中国医院协会.T/CHAS 10-4-2-2019 中国医院质量安全管理：医疗管理 护理质量管理[S].北京：中国医院协会，2019.

医嘱管理制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-038-05	制定时间：1992-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医嘱开具与执行流程，保障诊疗行为规范、医疗质量与安全，结合本院实际，制定本制度。

二、内容

1．下达与执行医嘱的人员，必须是本院具备注册执业医师与注册护士资格的人员，其它人员不得下达与执行医嘱。

2．实行电子医嘱，医嘱于每日查房后开出，要求内容清楚。

3．医师开具医嘱后，需复查一遍确认。护士对可疑医嘱，必须查清后方可执行，必要时护士有权向上级医师及护士长报告。严禁未查看患者就开具医嘱。

4．护士每班要查对医嘱，夜班查对当日医嘱，每周由护士长组织总查对一次。

5．手术后和分娩后要停止术前和产前医嘱，重开医嘱。

6．凡需下一班执行的临时医嘱要交代清楚，并在护士值班记录上注明。

7．无医师医嘱时，护士一般不得给患者进行对症处理。但遇抢救危重患者的紧急情况下，医师不在现场，护士可以针对病情临时给予必要处理，但应做好记录并及时向经治医师报告。

8．一般情况下，医师不得下达口头医嘱。确因急诊抢救患者或手术中需要下达口头医嘱时，护士应向医师复诵一遍，经医师查对药物后执行，执行时要经双重检查（尤其是超常规用药）。每项医嘱原则上仅包含一项诊疗或用药内容。

9．抢救结束后 6 小时内，医师要据实补记医嘱。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知（卫医政发〔2010〕11 号）[EB/OL].(2010-01-22).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201002/79d42b9c8b3f47ee91000d31de116784.shtml.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2000 年 01 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

模糊医嘱澄清制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-039-02	制定时间：2021-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范模糊医嘱识别与澄清流程，防范医嘱执行错误，保障诊疗安全，制定本制度。

二、内容

1．医嘱要求层次分明，内容清楚。医师写出医嘱后，要复查一遍。

2．护士接医生下达的医嘱后，认真阅读及查对，对模糊医嘱，必须查清后方可执行。首先询问开医嘱者；如果开医嘱者不在或无法联系到则寻找其上级医师，上级医师不在的情况下联系值班医师；核实后重新下达并打印医嘱执行单，医嘱执行护士接医嘱执行单后，认真查对，严格按照医嘱的内容、时间等要求准确执行，不得擅自更改。

3．医嘱执行后，应认真观察疗效与不良反应，必要时进行记录并及时与医生反馈。

4．如遇抢救危重患者的紧急情况下，对于模糊医嘱护士可立即联系在科室就近的任一医师，此医师有责任积极了解病情并临时给予相应的紧急处置，同时及时与患者的主管医师沟通，主管医师无法联系到时应寻找其上级医师，必要时直接汇报科室主任，抢救结束做好相关记录。在此过程中严禁推诿、延误抢救。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知（卫医政发〔2010〕11号）[EB/OL].(2010-01-22).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201002/79d42b9c8b3f47ee91000d31de116784.shtml.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

员工服务流程培训制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-040-04	制定时间：2012-02-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范工作流程和促进服务竞争力提升，以提高服务质量，结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

（一）培训目的

医院员工每年应投入适当的时间和人力开展服务流程培训，培训对象包括新员工、在职员工、管理人员，目的是规范工作流程和促进服务竞争力提升，以提高服务质量。

（二）适用范围

各项服务流程培训的计划、实施、督导、考评及建议等，均依据本制度。

（三）培训原则

1．凡本院员工，均有接受相关培训的权利与义务。

2．对不同层次、不同部门采取不同的培训方式。

3．培训的内容要依据医院的发展战略。

4．接受培训的员工必须认真对待并从中获益。

（四）职能科室及科室主任职责

1．收集各种培训信息并整理。

2．制定新老员工的不同培训计划。

3．完成培训工作。

4．在培训过程中进行督导。

5．审核培训的结果。

（五）培训计划制定

1．要根据科室发展战略、需求进行制定。

2．根据各自业务发展的需要，确定培训需求，制定各自培训计划。

（六）培训方式与种类

1．内部培训。全体员工定期或不定期进行培训。

2．由科室主任联系相关的专家进行培训。

3．按不同需求进行不同时间的培训。

（七）培训对象及内容

1．新员工入职培训。针对医院的所有新员工进行培训，让他们尽快熟悉并适应

新的工作环境，了解科室的各种规章制度以及自己的工作流程。

2．在职员工技术强化培训。强化在职员工在工作岗位、工作业务流程的能力及与患者建立和谐的合作关系方面的技能培训。

3．全体员工的内部培训。根据科室的新任务、短期目标以讲座、研讨会为主进行培训。

4．对升职员工的新的技术、理论进行培训。

（八）培训管理

1．时间管理。由科室制定作统一培训计划，并根据实际情况调整。按照科教部门所有培训计划，及时通知员工参加培训。

2．出勤管理。及时签到，最终将作为培训考核的重要参考依据。

3．培训评估。科室主任负责包括对内部培训的课程内容、准备情况、讲授技巧和对外部培训的课程内容、效果的评估，并进行培训效果反馈。

4．记录及总结。并定期呈报。

5．若服务流程变更时，要及时对相关员工进行再培训。

三、参考文献

[1]卫生部，国家食品药品监督管理局，国家中医药管理局.关于印发医疗机构从业人员行为规范的通知[EB/OL].https://www.nhc.gov.cn/jcj/c100143/201207/455749f0a81c494f99bcbeb988c171ee.shtml

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

实名就医制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-026-01	制定时间：2020-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

实名就医制度是国家强制推行的患者全流程身份核验制度，核心是本人持有效证件就医、唯一身份标识管理，是保障医疗安全、医保合规、医患权益的基础。为加强医疗质量管理，树立良好行业诚信形象，维护患者在就医中合法权益，保障医院正常

医疗秩序，结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

1. 患者在挂号、就诊、检查、取药、结算、住院全流程，必须使用本人有效身份证件，提供真实身份信息与联系方式，医疗机构实行唯一身份标识管理。

2. 实行一人一档案，所有诊疗记录、检查、用药、费用与唯一身份绑定。

3. 挂号人员在提供挂号服务时，必须要核查代表患者身份识别唯一性的实名信息（包括姓名、身份证号、社保卡号）。

4. 在预约、挂（取）号、分诊、就诊等环节核实患者实名身份信息。

5. 急诊、危重患者先救治、后补实名，病情稳定后再核验身份。

6. 社保卡实行“一人一卡”，每次就医时请随身携带，妥善保管。

7. 严禁使用他人有效身份证明或社保卡挂号、就诊，一经发现社保卡基本信息与患者真实身份不符，医院有权终止接诊，由此产生的一切不良后果由患者及家属自行承担。

8. 谨防“号贩子”冒用他人身份证件进行非法倒号。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知（国卫办医发〔2022〕8号）[EB/OL].(2022-06-01).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202206/778aca5d2be74894a5626202154359b4.shtml.

[2]国务院.医疗保障基金使用监督管理条例（国务院令第735号）[EB/OL].(2021-01-15).https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-02/19/content_5587668.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025年12月第1次修订

医疗总值班制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-041-05	制定时间：1992-04-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：4
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步规范本院非正常工作时间（含夜间、节假日、休息日等）医疗诊疗秩序，强化应急处置与值班管理，保障急危重症患者得到及时、有效、连续的救治，确保医

疗质量与医疗安全，维护医院正常运行和患者合法权益，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 根据《医疗质量安全管理办法》等相关法律法规、规章制度及工作要求，结合本院实际制定本制度。

第二章 医疗总值班人员配置与要求

第二条 医疗总值班由临床、医技骨干组成，实行轮流值班制，确保无脱岗、漏岗。

第三条 值班人员需具备相应专业能力：临床医师需为主治医师及以上职称，熟练掌握急危重症诊疗及应急处置；医技人员需熟练掌握本专业规范，保障检查检验及时精准。

第四条 值班期间需坚守岗位，严禁擅自离岗、代班；确需调班的，提前 3 个工作日向医务部申请，经医务部主任批准后调班。

第五条 值班期间保持通讯畅通，随身携带值班电话，确保及时接收、处置各类医疗突发情况及工作指令。

第三章 值班人员主要职责

第六条 统筹协调全院非正常工作时间医疗诊疗活动，督促各科室执行医疗核心制度，协调科室间协作，重点保障急危重症患者转诊、会诊、抢救工作。

第七条 负责突发医疗事件、医疗安全事件的应急指挥处置，接到报告后立即赶赴现场组织抢救，及时上报进展，妥善控制事态。

第八条 接待患者及家属医疗咨询、诉求和投诉，做好解释安抚，及时协调处理；无法当场解决的，记录后移交医务部后续跟进反馈。

第九条 定期巡查医疗重点区域，检查值班人员到岗、医疗设备运行、医疗文书书写及安全隐患情况，发现问题及时督促整改并记录。

第十条 传达上级及医院医疗工作指令，收集值班期间医疗相关信息，做好记录，次日向医务部及分管院领导汇报。

第十一条 完成院部交办的其他医疗值班相关工作。

第四章 考核与奖惩

第十二条 医务部负责医疗总值班的监督、检查和考核，考核结果纳入个人年度医疗绩效考核。

第十三条 对履职到位、处置突发情况表现突出的值班人员，予以通报表扬、评优优先及相应奖励。

第十四条 对违反值班纪律、未履行职责或处置不当，造成医疗安全隐患、不良事件或医院损失的，予以通报批评、绩效扣奖；情节严重的，依规处理。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2000年04月第1次修订

2016年04月第2次修订

2020年05月第3次修订

2026年01月第4次修订

科主任例会制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2026-042-04	制定时间：2012-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为提升医疗质量管理效能，畅通院科沟通渠道，强化医疗业务统筹协调，结合本院实际，制定本制度。

二、内容

1．由院长或业务副院长主持，医务部、教学管理与学科建设科、药学部、感染管理科等职能部门及各临床、医技科室主任参加。

2．科主任会议每季度定期召开。

3．会议主要由各业务职能部门根据既定的业务计划、目标，分析推进完成情况，对全院医疗业务运行指标、专科发展、药物使用、处方质量、药品不良反应、抗菌药物使用、院感病原学送检、医院感染上报等医疗运行情况进行分析，总结运行成效，发现存在不足，并向各临床、医技科室反馈提出持续改进要求，同时向各临床、医技科室主任或负责人布置新的医疗业务工作。

三、参考文献

[1]国务院.医疗机构管理条例（2022年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/con

tent_5713805.htm

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2016 年 05 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

医务部工作制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-027-02	制定时间：2020-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

医务部是医院医疗业务管理的核心职能部门，在院长及分管副院长领导下，统一负责医疗质量、医疗安全、诊疗行为、学科建设、医患沟通、技术准入等全流程管理。为规范医院医疗管理，保障医疗质量与医疗安全，明确医务部工作职责、流程与管理要求，制定本制度。

二、内容

1. 全面统筹医院医疗相关行政与业务工作，对分管院长负责，确保各项医疗工作规范、有序、高效开展，衔接各临床、医技科室及相关部门，推动医疗工作高质量发展。

2. 统筹各项医疗业务的整体规划与日常调度，规范诊疗流程，优化就医秩序，提升医疗服务效率。协调各科室之间的医疗业务衔接，保障医疗服务的连续性和完整性。

3. 建立健全医疗安全管理体系，防范各类医疗安全隐患。定期开展医疗工作巡查及安全排查，重点关注关键环节，及时发现并纠正诊疗过程中的不规范行为。负责医疗安全（不良）事件的统筹管理，建立医疗安全长效机制。

4. 制定医共体发展规划及工作方案，推进医共体建设，统筹医共体内部医疗资源配置。推动优质医疗资源下沉，提升医共体整体医疗服务水平。

5. 结合医院高质量发展要求及医疗行业发展趋势，科学制订医疗业务相关规划和计划，明确工作目标、任务分工与实施步骤，全程跟踪监控实施过程，确保规划和计划落地见效。

6. 结合国家法律法规、行业规范及医院实际情况，牵头制定各类医疗相关制度、

方案、目标及医疗技术操作规程，确保内容科学、规范、可操作，同时负责组织全院学习、贯彻落实，定期督查执行情况。

7. 围绕医疗安全核心，结合医院实际，制定完善的医疗安全管理制度、防范措施及应急预案，明确考核标准，通过常态化检查、考核，强化全员医疗安全意识，提升医疗安全防范能力和应急处置能力，形成全方位的医疗安全防范体系。

8. 统筹负责医院重大抢救、突发性公共事件处置的组织管理。制定医院重大突发性事件应急预案，结合医院实际情况，明确应急组织架构、职责分工、应急响应流程、处置措施等。定期组织全院性或专项应急演练，提升医务人员应急处置能力和协同配合能力。

9. 规范医疗投诉、来信来访及医疗差错、医疗纠纷的处置流程，坚持公平、公正、依法依规的原则，妥善处置各类医疗相关投诉和纠纷，维护医患双方合法权益，化解医患矛盾，保障医院正常医疗秩序。做好医疗纠纷处理的全程记录，定期对医疗纠纷情况进行汇总分析，查找根源，完善防范措施。

10. 严格遵循国家法律法规和行业规范，规范手术权限、处方、麻醉处方等管理，确保全院医务人员依法执业、规范执业，杜绝违规执业行为。

11. 全面负责医院限制类医疗技术的准入、备案、授权、监测、评估、终止等全流程管理，严格遵循《医疗技术临床应用管理办法》等相关规定，确保限制类技术规范、安全、有效应用。

12. 加强与教学管理与学科建设科的协同配合，共同推进医务人员继续教育和“三基”训练，提升医务人员的业务能力，配合科研与转化管理科开展科研工作，提升医务人员专业素养和医院整体医疗技术水平。

13. 协助组织人事科做好卫生技术人员管理及晋升工作，结合各科室医疗工作需求，及时完成人员配置、岗位调整等工作，确保各科室人员配置合理。

14. 负责医疗总值班的统筹工作，制定医疗总值班管理制度，明确值班职责、应急处置流程、信息上报要求等，定期组织业务培训，提升医疗总值班人员的应急处置能力和履职水平。

15. 负责医疗质量与安全管理委员会、医疗技术临床应用管理委员会（以下简称“两个委员会”）的日常运营和管理工作，协助委员会履行职责，组织开展各项会议和工作，确保两个委员会各项决策部署落地见效，推动医院医疗质量与安全管理和医疗技术管理水平提升。

16. 负责全院医务人员的医疗安全、医疗质量、医患沟通、医疗纠纷防范及依法执业相关教育工作，制定教育计划，组织开展各类培训和宣传活动，强化全员依法执业意识、质量安全意识和纠纷防范能力，保障医院医疗工作合法、规范、安全开展。

17. 负责全院运行质态的把控，动态化调整专科床位分布，确保医院收治畅通，

高效运转。

18. 全面负责承接上级卫生健康行政部门及医院领导下达的各类指令性任务，统筹做好任务的保障、协调和处理工作，明确任务责任、细化实施措施，确保指令性任务按时、保质、保量完成，及时反馈任务完成情况。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[2]中华人民共和国国务院令（第701号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[3]国务院.医疗机构管理条例（2022年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025年12月第1次修订

医患沟通协调办公室工作制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-028-02	制定时间：2020-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步加强医院医患沟通工作，搭建医患高效沟通桥梁，预防和妥善处置医疗纠纷，保护医患双方合法权益，维护正常医疗秩序，保障医疗安全，促进医患关系和谐稳定，依据《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构投诉管理办法》等相关法律法规，结合本院实际，制定本制度。

二、内容

（一）工作目标

建立健全医患沟通长效机制，规范医患沟通流程，提升医务人员医患沟通能力；及时、妥善处理患者投诉及医疗纠纷，杜绝因沟通不当引发的恶性医患事件，维护医

院良好医疗秩序和社会形象。

（二）核心原则

1. 以患者为中心：尊重患者知情权、选择权、隐私权，注重人文关怀，耐心倾听患者诉求，全力化解医患矛盾。

2. 依法依规原则：严格遵循相关法律法规、诊疗规范及医院各项规章制度，做到公平、公正、公开处理医患相关事宜。

3. 预防为主原则：强化事前沟通、事中管控、事后复盘，主动排查医患沟通隐患，减少医疗纠纷发生。

4. 高效便捷原则：简化流程、明确时限，确保投诉受理、纠纷调解等工作及时响应、快速推进，提升医患双方满意度。

5. 联动协同原则：加强与临床科室、护理部、保卫科、法律顾问、医疗保险价格管理科等部门的协作，形成工作合力，妥善处置各类医患相关问题。

（三）主要职责

1. 在医务部领导下，负责全院的医疗质量安全、对外医疗行政业务的联络、协调院内医疗安全管理等行政及业务管理工作。

2. 负责各类医疗纠纷的调解工作，组织医患双方沟通协商，对接卫生健康行政部门、医疗纠纷人民调解委员会、司法机关等外部机构，促成和解协议的签订与履行。负责医疗纠纷发生后病历资料、现场实物的封存工作，引导死者家属按规定进行尸检，告知相关注意事项。

3. 负责医疗投诉、来信来访的接待、登记、核实、分流及反馈，严格执行首诉负责制，全程跟踪处理。

4. 负责《医疗安全管理办法》、《投诉管理办法》等相关制度的修订、完善，推动制度落地执行，定期开展培训学习。

5. 对接医疗责任险保险公司，完善理赔相关手续，落实理赔工作；协助医院法律顾问开展医疗纠纷相关司法准备工作。

6. 负责医患沟通及医疗纠纷相关资料的整理、归档、保管，建立健全工作台账，定期进行统计分析，形成工作报告。

7. 定期组织并召开医疗纠纷评析会议，分析医患沟通及纠纷处置情况，梳理问题、总结经验，向医院领导汇报工作进展及重大事项。

8. 负责落实考核奖惩措施，对于投诉处置推诿扯皮、纠纷隐患排查不及时、引发医疗纠纷或不良影响的，根据责任判定追究科室负责人及相关责任人责任。

三、参考文献

[1]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[2]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].

(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[3]国务院.医疗机构管理条例（2022 年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025 年 12 月第 1 次修订

住院管理中心工作制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-029-03	制定时间：2023-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：1
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范住院患者入院流程，科学管理医院床位资源，提高病床使用效率，改善患者就医体验，制定本制度。

二、内容

（一）医院成立住院管理中心进行统一床位预约、床位协调、入院办理等工作。住院管理中心负责全院床位的统筹安排。急诊住院患者由住院管理中心统一调配，急诊科与专科沟通后直接收治，急诊收费处人员配合办理入院手续，必要时总值班进行协调。

（二）患者入院基本流程：患者在门诊就诊后，符合入院条件的由医生开具电子住院单，患者至住院管理中心窗口登记预约，核对及完善入院信息，完成入院手续，入住病房。

（三）相关部门、科室工作职责及要求：

1. 住院管理中心：合理设计并不断优化患者从门急诊至住院的服务流程，根据医院实际情况制定、优化住院患者的入院流程，按住院预约系统提示的各临床科室病床使用情况及时收治患者，提升医院病床资源使用效益，确保患者在完善床位预约、办理入院等环节获得优质服务。

2. 医务部：严格实施对各临床科室诊疗组的实时动态管理，同时对住院管理中

心涉及的医疗服务工作进行业务指导，动态维护临床科室诊疗组的设置、床位数、病种、诊疗组长等各种入院信息系统需要的数据。

3. 护理部：根据住院管理中心工作要求，及时调配住院管理中心的护理岗位人员，同时对住院管理中心涉及的护理服务工作进行业务指导。

4. 财务科：根据住院管理中心的工作要求，及时调配住院管理中心住院收费处财务岗位工作人员，同时对入院收费处涉及财务管理工作进行业务指导和监管。

5. 急诊科：急诊患者由住院管理中心统一调配，与专科沟通并完成所有急诊患者的入院工作，确保急诊患者急诊入院服务顺畅。

（四）床位安排依据：

1. 门急诊医生开具电子住院单；

2. 各临床科室诊疗组拟定预出院人数和空床情况；

3. 各临床科室收治患者数及病种情况；

4. 各临床科室患者手术等候情况及病床周转情况；

5. 入院等候患者优先等级：急危重症患者、择期手术或治疗患者、ICU 转出患者、目标病种患者、其他待入院患者。同等情况的患者按登记顺序依次安排。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第 10 号）[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]国务院.医疗机构管理条例（2022 年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2025 年 12 月第 1 次修订

专科协同和中西医共同发展工作制度

文件编号：YXPH-YL-YWB-2025-030-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医务部	修订版本：/
审核批准：医疗质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步优化医疗资源配置，强化多专科协同诊疗，充分发挥中西医结合在疾病

诊疗中的优势，提升医院综合服务能力与诊疗水平，保障医疗质量与医疗安全，推动医院学科高质量发展，制定本制度。

二、内容

1. 将中医纳入多学科会诊体系。医院组建多学科诊疗团队（MDT）时鼓励中医类别医师加入，共同研究中西医结合治疗方案。各临床科室收治的急危重症和疑难复杂疾病开展多学科会诊时，应当根据病情需要邀请中医类别医师参加，及时书写会诊记录。

2. 在各临床科室加强中西医协作。根据临床需求，强化临床科室中医类别医师配备，与临床类别医师共同打造中西医结合团队，按照医院登记注册的中医科、中西医结合科等诊疗科目，开展中西医联合诊疗。

3. 打破中西医专科壁垒，组建中西医结合科。推动中西医诊疗深度融合，发挥协同诊疗优势，提升医院整体诊疗水平。

4. 开展科室间中西医协同攻关。紧密结合本院的发展重点和优势专科，针对中医药治疗有优势的病种，找准中医药治疗的切入点和介入时机，通过中西医协作，研究制定实施“宜中则中、宜西则西”的中西医结合诊疗方案。加强中西医结合临床研究工作，聚焦癌症、心脑血管病、糖尿病、感染性疾病、老年痴呆和微生物耐药问题等，积极探索开展中西医协同攻关，形成中西医结合诊疗方案。

5. 完善西医学习中医制度。定期进行临床医师参加西医学习中医培训，支持非中医类别执业医师接受培训并通过考核后在临床诊疗中运用中医药技术。鼓励临床、口腔、公共卫生类别医师申报中医药继续教育项目。

6. 中西医结合科研协作。通过中医和西医科研力量的联合协作，共同开展中西医结合研究，促进中西医结合学术发展和进步。鼓励中医和西医科研人员联合申报和承担科研项目，发挥各自的优势，提高研究水平和质量。建立科研成果共享机制，促进中西医结合研究成果的共享和转化运用。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见（国办发〔2021〕18号）[EB/OL].(2021-06-04).https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/04/content_5615473.htm.

[2]国家卫生健康委，国家中医药管理局.关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021—2025年）的通知（国卫医发〔2021〕27号）[EB/OL].(2021-09-14).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202110/69ec84123e8e486b80fc034e11921902.shtml.

[3]国家卫生健康委，国家中医药管理局，中央军委后勤保障部卫生局.关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见（国卫医函〔2021〕126号）[EB].(2021-06-10).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202106/fd98f3e681224e07b7c289447cadac12.shtml.

十、科室管理制度

病案管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-004-06	制定时间：1992-01-10
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-03-05
制定部门：质量管理部	修订版本：5
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2026-04-01

一、目的

为进一步加强病案管理工作，促使病案管理工作规范化，保障医疗质量安全、医保结算合规，特制定本制度。

二、内容

1. 病历是指医务人员在医疗活动中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历归档后形成病案。

2. 严格遵循《病历书写基本规范》，客观、真实、及时书写，签字完整；修改必须留痕，严禁涂改、伪造。电子病案与纸质病案具有同等法律效力，操作全程留痕，严禁私自拷贝、修改。

3. 患者住院期间的病历由科室（病区）负责保管。患者出院（死亡）后，科室需在规定时间内整理完整病案并上交病案室，死亡病案 5 个工作日内完成讨论后上交。

4. 病案室对回收的病案逐一验收，对书写不规范、资料缺失的病案，退回科室限期整改，整改合格后方可归档。

5. 病案回收后由专业人员按照 ICD-10、ICD-9-CM-3 标准完成疾病与手术操作编码，规范装订、分类上架、录入系统管理。

6. 病案管理科加强病案的内涵质量管理，重点是住院病历的环节质量监控。病案室编码人员根据疾病与手术操作编码原则对有疑问的病案首页及时与临床医生沟通，不断提高病案首页诊断填写及编码正确率。

7. 除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及上级行政部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病案。归档病案原则上不外借。查阅、借阅与复制病案必须严格执行相关制度。

8. 病历的封存与启封

（1）依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下对病历共同进行确认，签封病历复制件。

（2）医疗机构申请封存病历时，医疗机构应当告知患者或其代理人共同实施病历封存，但患者或其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构可以在公证机构公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

（3）医疗机构负责封存病历复制件的保管。

（4）封存后病历的原件可以继续记录和使用。按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，可以对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

（5）启封封存病历时须各方签封人员共同在场。

9. 纸质病案统一存档于专用病案库房，不得挪作他用。电子病案：实行本地+异地双重备份，数据加密存储，严格权限分级管控，保障数据安全、不可篡改。

10. 门（急）诊病案至少保存 15 年，住院病案至少保存 30 年。涉及医疗纠纷、司法案件、死亡病例等特殊病案，按相关规定延长保存至事项办结。

11. 工作人员严格保护患者隐私，禁止以非医学、教学、研究目的泄露患者的病案资料。

三、参考文献

[1]卫生部.关于印发《病历书写基本规范》的通知（卫医政发〔2010〕11 号）[EB/OL].(2010-02-04).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201002/79d42b9c8b3f47ee91000d31de116784.shtml.

[2]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定(2013 年版）》的通知（国卫医发〔2013〕31 号）[EB/OL].(2013-12-03).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c5f4f6a214ff4b7e98525cbe57e462a0.shtml.

[3]国务院.中华人民共和国国务院令第 701 号医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[4]国务院.中华人民共和国国务院令第 752 号 国务院关于修改和废止部分行政法规的决定[EB/OL].(2022-04-07).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-04/07/content_5683886.htm.

[5]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).http://www.npc.gov.cn/c2/c30834/202108/t20210820_313088.html.

[6]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff80818179f5e0800179f885c7e70392&title=%E4%B8%AD%E5%8D%8E%E4%BA%BA%E6%B0%91%E5%85%B1%E5%92%8C%E5%9B%BD%E6%95%B0%E6%8D%AE%E5%AE%89%E5%85%A8%E6%B3%95.

[7]国家卫生健康委员会.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知（国卫办医政函〔2025〕262 号）[EB/OL].(2025-06-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202506/c68abee7c54b4651a774cd533761780b.shtml.

[8]中华人民共和国.医疗法律法规全书（2025 版）[M].北京：中国法治出版社，2025：173-175.

四、修订原因

根据《医疗机构管理条例（2022 修订）》《医疗纠纷预防和处理条例》及国家卫健委 2025 年电子病历管理要求修订本制度。

五、修订记录

2005 年 01 月第 1 次修订

2013 年 12 月第 2 次修订

2017 年 01 月第 3 次修订

2020 年 10 月第 4 次修订

2026 年 03 月第 5 次修订

病案室病案复制管理制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-005-06	制定时间：2013-02-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-03-05
制定部门：质量管理部	修订版本：5
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2026-04-01

一、目的

为规范病案资料的复制，保障患者隐私权、知情权与医疗机构合法权益，结合本院实际情况，制定本制度。

二、内容

（一）可以申请复制病历资料的人员：

1．患者本人或其委托代理人；

2．无（限制）民事行为能力患者的监护人、法定代理人或其代理人；

3．死亡患者法定继承人或其代理人；

4．公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定部门的经办人员。

（二）申请人应当提供的证明材料：

1．申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；

2．申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；

3．申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明、死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；

4．申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书；

5．申请人为公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定

的部门的经办人员的，应提供以下证明材料：①该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病案的法定证明；②经办人本人有效身份证明；③经办人本人有效工作证明。

6. 保险机构因商业保险审核等需要，还应当提供保险合同复印件，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件，死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

7．以上证明材料由医务部审核。

（三）医疗机构可以为申请人提供除《疑难病例讨论记录》《死亡病例讨论记录》等学术讨论性医疗文书以外的所有病历资料。

（四）公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因工作需要可以复制全部病历。

（五）病案室指定专(兼)职人员负责病历资料的复制工作。复制病历资料，应在申请人在场情况下复制，复制后经申请人核对无误，方可在复制病历资料上加盖证明印记，病案室做好记录，可按规定收取工本费，任何人未经许可不得擅自复制。

（六）申请人复制的病历应妥善保管，无特殊情况不予重复复制。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定(2013 年版）》的通知（国卫医发〔2013〕31 号）[EB/OL].(2013-12-03).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c5f4f6a214ff4b7e98525cbe57e462a0.shtml.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗机构管理条例实施细则（2017 年修正）[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/a7bf0d42002146489c3775e159e52d69.shtml.

[3]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[4]中华人民共和国.医疗法律法规全书（2025 版）[M].北京：中国法治出版社，173-175.

四、修订原因

根据中国法制出版社出版的 2025 版中华人民共和国《医疗法律法规全书》进行修订。

五、修订记录

2013 年 12 月第 1 次修订

2018 年 10 月第 2 次修订

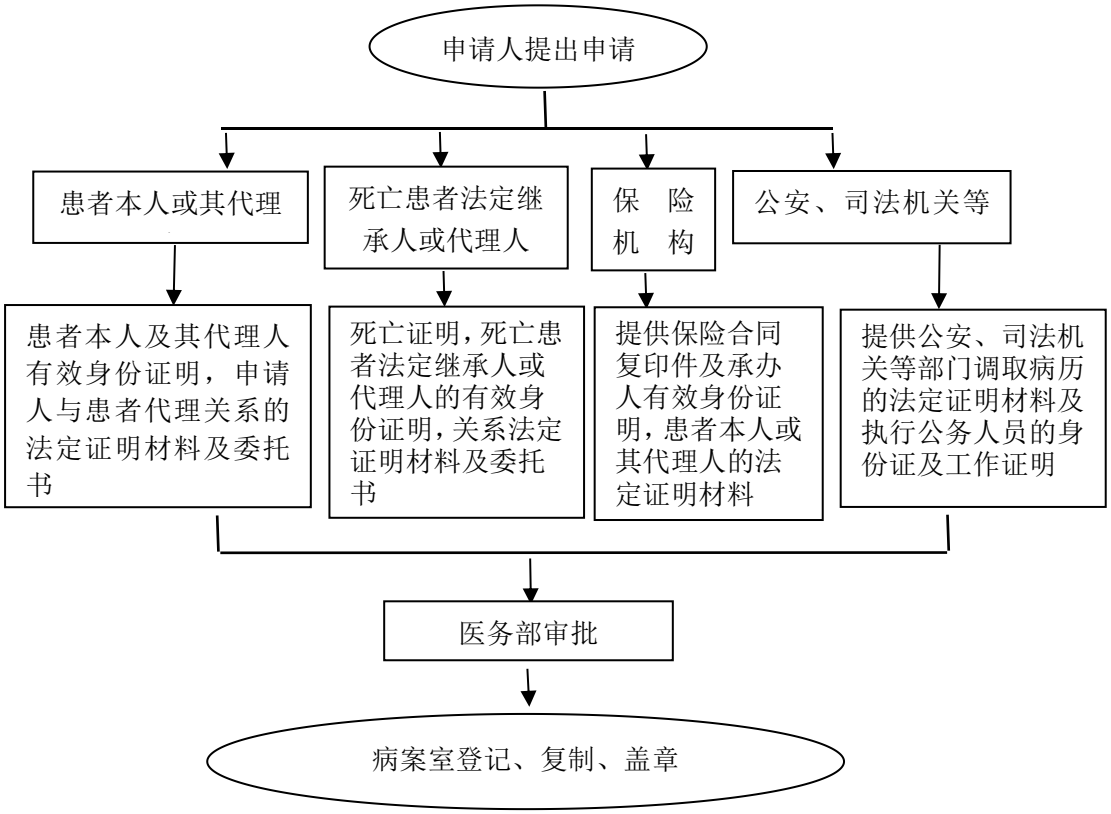
2020 年 03 月第 3 次修订

2021 年 05 月第 4 次修订

2026 年 03 月第 5 次修订

附件

病案室病案复制工作流程



病案借阅制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-006-04	制定时间：2013-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-03-05
制定部门：质量管理部	修订版本：3
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2026-04-01

一、目的

为规范病案资料的借阅，确保病案资料的安全、有效管理，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．除为患者提供诊疗服务的医务人员、以及上级行政部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自借阅患者病案。

2．其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要借阅病案的，应当向医务部提出申请，经同意并办理相应手续后方可借阅。

3．病案借阅期限原则上不超过 3 个工作日，如特殊情况不能及时归还，需重新

办理借阅手续。

4. 无纸化病案借阅，申请人需在无纸化系统中提出病案借阅申请，病案室工作人员审批后方可借阅，3 个工作日后系统自动收回。

5. 借阅病案必须严格履行借阅手续，他人不得代为借阅。外出进修人员、来院进修人员及实习生一律不得借阅病案。

6. 任何人对借阅的病案均须妥善保管和爱护，不得涂改、拆散、漏面、贴补、污损和擅自复印。

7. 病案室应建立《病案借阅登记本》，按规定登记并打印病案借阅清单。对未及时归还病案应催还。归还时，病案室工作人员应及时核查病案完整无误，方可注销借阅，归档入库。

8. 对违反本制度规定的本院工作人员视其情节及其后果追究责任。对逾期未归还者，按规定处罚。借出的病案如果丢失，病案室须按照规定上报医务部、质管部，由医务部、质管部依规作出相应的处罚。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定(2013 年版）》的通知（国卫医发〔2013〕31 号）[EB/OL].(2013-12-03).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c5f4f6a214ff4b7e98525cbe57e462a0.shtml.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗机构管理条例实施细则（2017 年修正）[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/a7bf0d42002146489c3775e159e52d69.shtml.

[3]中华人民共和国国务院令（第 701 号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[4]国家卫生计生委办公厅，国家中医药管理局办公室.电子病历应用管理规范(试行)(国卫办医发〔2017〕8 号)[EB/OL].(2017-02-15).https://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/201905/t20190522_59868.html.

[5]中华人民共和国.医疗法律法规全书（2025 版）[M].北京：中国法治出版社，173-175.

四、修订原因

根据中国法制出版社出版的 2025 版中华人民共和国《医疗法律法规全书》进行修订。

五、修订记录

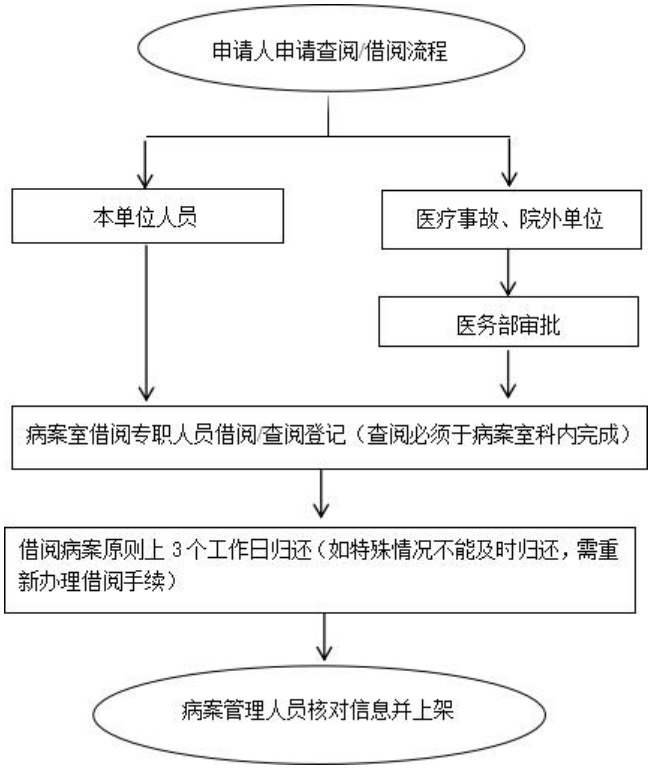
2016 年 04 月第 1 次修订

2021 年 04 月第 2 次修订

2026 年 03 月第 3 次修订

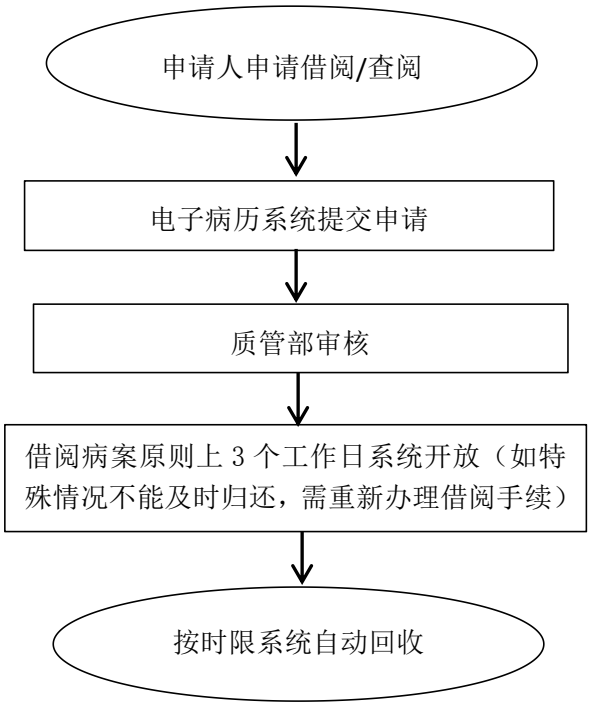
附件 1

纸质病案借阅/查阅流程



附件 2

电子病案借阅/查阅流程



病案查阅制度

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-007-04	制定时间：2013-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-03-05
制定部门：质量管理部	修订版本：3
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2026-04-01

一、目的

为规范病案资料查阅管理，确保病案资料安全、有效使用，维护患者合法权益和医疗隐私安全，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）除为患者提供诊疗服务的医务人员、以及上级行政部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病案。

（二）其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅病案的，应当向本院医务部提出申请，经同意并办理相应手续后方可查阅，查阅后应当立即归还，查阅的病案资料不得带离病案室。

（三）本院医务部应当受理下列人员和机构查阅病案资料的申请，病案室依规定提供病案查阅服务：

1．患者本人或其委托代理人：需提供有效身份证明及授权委托书。

2．死亡患者法定继承人或其代理人：需提供死亡证明、死亡患者法定继承人或其代理人的有效身份证明、死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料、代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

3．公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定部门的经办人员，需提供法定证明及经办人身份证明。

（四）查阅范围

患者有权查阅其门（急）诊病历、住院志（入院记录）、体温单、医嘱单、化验单、医学影像检查资料、手术同意书、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录、医疗费用等全部病历资料。

（五）查阅流程

1．申请人向本院医务部提出书面申请，提供相关证明材料。

2．医务部审核申请材料，确认身份和查阅的合法性。

3．病案室工作人员核查申请材料，提供查阅服务，并做好登记。病案查阅不得离开病案室，严禁拍照等，如泄漏病案内容，后果自负。

（六）隐私保护

病案室工作人员严格保护患者隐私，禁止泄露病案信息，如泄漏病案内容，后果自负。查阅过程中，工作人员需监督，防止病案被涂改、损坏或转借。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定(2013年版）》的通知（国卫医发〔2013〕31号）[EB/OL].(2013-12-03).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c5f4f6a214ff4b7e98525cbe57e462a0.shtml.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗机构管理条例实施细则（2017年修正）[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/a7bf0d42002146489c3775e159e52d69.shtml.

[3]中华人民共和国国务院令（第701号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

[4]国家卫生计生委办公厅，国家中医药管理局办公室.电子病历应用管理规范(试行)(国卫办医发〔2017〕8号)[EB/OL].(2017-02-15).https://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/201905/t20190522_59868.html.

[5]中华人民共和国.医疗法律法规全书（2025版）[M].北京：中国法治出版社，173-175.

四、修订原因

根据中国法制出版社出版的2025版中华人民共和国《医疗法律法规全书》进行修订。

五、修订记录

2016年04月第1次修订

2021年04月第2次修订

2026年03月第3次修订

无纸化病案管理规定

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-008-01	制定时间：2026-03-05
适用范围：全院医务人员	修订时间：/
制定部门：质量管理部	修订版本：/
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2026-04-01

一、目的

为规范本院无纸化病案管理，保障电子病案真实、完整、可用、安全，维护医疗质量与医疗安全，保护患者合法权益与个人信息安全，明确电子病案管理要求，结合本院实际，特制定本规定。

二、内容

（一）无纸化病案：是指在医疗活动中形成，以电子形式记录、存储、传输，经可靠电子签名/电子签章确认，不再打印纸质归档，与纸质病案具有同等法律效力的医疗记录。

（二）患者出院后，临床医生在规定时间内完成电子病案的书写、整理、排序、核对、完成各级医师签名，及时提交病案系统录入首页信息。知情同意书、植入材料条形码等非电子化资料需进行数字化采集后纳入电子病历系统管理，原件另行妥善保存。临床在电子病案完成后在无纸化病案系统中完成确认提交，护士核对无纸化病案的完整性，再次完成确认提交。

（三）归档与保存：病案室工作人员统一回收纸质病案首页、住院证、数字化采集翻拍的原始资料和病历排列目录表。病案回收后由专业人员在病案系统完成编码录入，在无纸化病案系统中完成信息一致性质控、完整性质控，病案管理科完成病案内涵质控，三方完成后，方可进入归档流程。整理归档后，按病区扫码住院号获取归档码，上架入库。门诊电子病案保存期限≥15 年，住院电子病案保存期限≥30 年；涉及医疗纠纷、司法案件、死亡病例等特殊病案，按相关规定延长保存至事项终结。

（四）经病案室归档的无纸化病案，原则上不得修改。特殊情况下确需修改的，需临床医生在电子病案系统申请召回，经医务部、质管部审批后方可修改，并保留修改痕迹。修改后在电子病案系统及时提交，并在无纸化系统重新上传病历，方可覆盖原无纸化病历。病案室再次核对病案系统相关信息、无纸化病案的完整性，病案管理科完成病案内涵质控，方可重新归档。

（五）无纸化病案的借阅、查阅与复制严格按照病案借阅查阅与复制管理制度执行。

（六）涉及医保部门检查病历，由医疗保险价格管理办公室提出申请，经质管部审核同意后，由信息数据中心批量 PDF 加密导出；涉及职称晋升、晋级使用病历由病案室 PDF 加密导出（无纸化系统自动留痕，不得外传），同时病案室在病案系统履行纸质病案借阅流程，备注 PDF 导出登记。

（七）数据安全与隐私保护

1．系统安全：电子病案系统按照网络安全等级保护 2.0 三级标准建设与运维，定期测评整改。

2．权限管理：遵循“最小够用”原则分级授权，定期清理冗余权限，实行密码管理与登录验证。

3．备份与应急：建立备份机制，定期开展应急预案演练，保障信息数据安全。

4．隐私保护：保护患者隐私，严禁私自拍照、截屏、转发、外传病历信息；严禁向无关人员泄露患者姓名、诊断、隐私信息；严禁违规为他人伪造、虚构病历内容。

5．信息数据中心、病案室履职不到位导致数据安全事件的，严肃追责。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委，国家中医药管理局.医疗机构病历管理规定(2013 年版)[Z].2013-11-20.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国网络安全法[Z].2017-06-01.

[3]国家卫生计生委.电子病历应用管理规范(试行)[Z].2017-12-29.

[4]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[Z].2021-09-01.

[5]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[Z].2021-11-01.

[6]国家互联网信息办公室等.网络安全等级保护条例[Z].2021.

[7]国家卫生健康委.医疗机构电子病历系统应用水平分级评价标准(2022 年版)[Z].2022-03-15.

[8]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].2018-10-01.

病案室保护患者隐私权的规范与措施

文件编号：YXPH-YL-ZGB-2026-010-04	制定时间：2013-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-03-05
制定部门：质量管理部	修订版本：3
审核批准：病案管理委员会	执行时间：2026-04-01

一、目的

为规范医院病案服务管理工作，加强患者隐私保护，减少医疗纠纷，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）加强病案保护

1．严格执行病案借阅、复制管理规定，复制病历一律填写申请单并出示相关证明或委托代理证明，方可办理。

2．本院医务人员因科研、教学需查阅病案的，原则上在病案室内查阅，病案一律不外借；确因特殊情况需外借的，须经科室主任签名同意并注明借阅用途。一次性借阅超过 10 份的，须经相关科主任签名并经质管部同意后方可借阅。

3．病案管理人员不得擅自开放或扩大病案利用接触范围。

4．未经患者同意，病案不允许他人或组织阅读。

（二）加强病案监督

1．加强病案管理，严格按规定收集、整理、归档，防止病案丢失与患者隐私泄露；严格执行病案系统权限管理。

2．维护病案安全、真实、原始，不允许任何组织、个人篡改病案内容和外形特征，也不允许任何个人随意借阅病案。

3．加强监督管理，由专人负责，明确监督职责，规范依法监督的程序和方法；定期进行检查，对于违规行为，采取措施及时纠正，并按情节严重程度给予不同的处罚；给医疗单位或者患者造成严重损失的，要从重处罚；涉嫌犯罪的，依法移送追究刑事责任。

4．在学术交流与研究等方面，未经患者本人同意，不得用患者真实姓名、肖像等可识别信息对外公开报道，也不得以文学创作等形式泄露患者隐私。

（三）保护患者隐私权

1．强化法律法规意识，树立患者隐私保护观念。

2．加强制度建设，对工作人员进行管理和约束，加强职业道德教育，自觉维护患者隐私权和保密权，不能利用工作之便索取非法利益。

3. 加强行政管理与监督，对侵犯患者隐私的行为，加大行政处罚力度，从而在行政上保障患者隐私权得到有效保护。

4. 加强电子病历权限管理，保证信息共享过程中的数据安全，防止患者隐私泄露。

三、参考文献

[1]国务院.医疗事故处理条例[EB/OL].(2002-04-04).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/fagui/200804/ac91a06e4de044a487243c0c299b066e.shtml.

[2]卫生部.关于印发《病历书写基本规范》的通知（卫医政发〔2010〕11 号）[EB/OL].(2010-02-04).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201002/79d42b9c8b3f47ee91000d31de116784.shtml.

[3]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定(2013 年版）》的通知（国卫医发〔2013〕31 号）[EB/OL].(2013-12-03).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c5f4f6a214ff4b7e98525cbe57e462a0.shtml.

[4]中华人民共和国主席令（第四十五号）.中华人民共和国民法典[EB/OL].(2020-05-28).https://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/zwgkztzl/2025nianzhuanti/2025mfdxcy/2025mfdxcy_mfdql/202505/t20250507_518708.html.

[5]刘爱民.病案信息学(第 3 版)[M].北京:人民卫生出版社,2023,359-367.

四、修订原因

根据《中华人民共和国民法典》、人民卫生出版社出版的《病案信息学》(第 3 版)进行修订。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2020 年 10 月第 2 次修订

2026 年 03 月第 3 次修订

十一、门诊管理制度

门诊服务管理制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-002-04	制定时间：2011-03-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范门诊诊疗服务流程、提升服务质量与效率、保障患者就医安全及权益，构建有序和谐的门诊就医环境，维护医院医疗服务秩序，特制定本制度。

二、内容

（一）在分管院长领导下，门诊管理办公室主任全面负责门诊管理工作，在门诊区域工作的人员接受本科室和门诊管理办公室的双重管理。

（二）门诊窗口服务

1．人工挂号窗口、门诊一站式服务台、分诊台提前上岗，药房及收费窗口实行延时下班。

2．对80岁以上老年人、军人、无偿献血荣誉证获得者、离休干部、计划生育特别扶助对象、残障人士、消防救援人员及烈属等优抚对象提供优先挂号缴费、优先就诊、优先检查检验、优先取药服务。

3．门诊医技检查科室应按规定出具报告，做到准确、及时，常规检查当日出报告。

（三）门诊出诊服务

参照《专家、专科门诊管理制度》。

（四）挂号服务

1．实名制挂号

患者门诊就诊时，必须凭本人有效身份证明（包括居民身份证、户口簿、社会保障卡、护照、港澳台通行证、军官证等）进行挂号就诊，并提供本人手机号码等有效联系方式。

2．普通门诊实行“一号管三天”政策，其他门诊挂号诊疗当日有效，继续就诊应当重新挂号。

3．号源管理

（1）号源数安排：在保证诊治时间充分，诊室秩序良好的基础上，出诊医生可根据个人实际情况及专科疾病特点适当设置号源数量。号源实行100%开放预约。

（2）加号管理：在确保医疗质量、医生有剩余时间和精力的前提下，医生可通

过医生工作站给予适当加号。特殊人群可通过门诊值班主任与医生协调后加号。

（3）退号管理：预约号源如需退号，通过原渠道或持有效凭证至挂号窗口进行退号退费。

（五）投诉管理

1．门诊管理办公室每月完成满意度调查，及时收集患者意见与建议，针对存在问题科室组织讨论并提出相关整改措施。

2．认真接待投诉与反映，做好协调解释工作，及时解决患者困难或提出的建议。本部门不能解决的问题，由门诊管理办公室汇报上级或其它部门帮助协调解决。

（六）督查培训

1．门诊管理办公室、医务部、质管部、护理部、感染管理科、行风办等多部门联合定期对门诊质量与安全进行检查，及时采取有效措施，解决平时工作中存在的问题，对不合理的就诊流程提出改进计划并落实优化，减少并争取杜绝差错事故的发生。

2．门诊管理办公室定期组织科内人员学习、培训、应急演练与考核，督促学习三基知识，鼓励科内人员积极参加各级各类专业技能比赛活动及参加论文撰写，提高专业服务水平。

3．门诊各班组根据本专业特点，建立必要的工作制度、各种治疗常规、操作规程，并认真做好登记、统计报表等工作。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8号，2022-06-01发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第10号，2016-09-25发布，2017-01-01施行.

[3]国务院.医疗机构管理条例[Z].国务院令第149号，2016-02-06修订，2016-02-06施行.

[4]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第701号，2018-07-31发布，2018-10-01施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2016年04月第1次修订

2020年07月第2次修订

2025年11月第3次修订

门诊查对制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-003-01	制定时间：2025-11-22
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范门诊诊疗过程中的查对操作、防范医疗差错、保障患者就医安全与诊疗准确性，维护门诊医疗服务的严谨性和规范性，特制定本制度。

二、内容

（一）患者身份查对制度

1. 患者实行实名制就诊，身份证号码作为门诊就诊的唯一识别码。凭有效身份证件建档获取就诊号，儿童可携带户口本或者出生证明建档获取就诊号。

2. 在门诊实施任何诊疗活动前，医院工作人员应与患者或家属有效沟通，严格执行查对制度，准确识别患者身份，至少使用两种标识确认患者身份，如“姓名、就诊号、出生日期/年龄”。

3. 在实施操作前，应严格执行查对制度，医院工作人员应主动邀请患者或家属陈述患者姓名、诊疗项目、有无过敏史等，确保信息准确。

4. 当医院工作人员发现患者使用的身份信息与本人不符时，应进行核实。信息相符，方可进行诊疗；信息不符合，应暂停该患者门诊相关诊疗活动。

5. 对门诊无法确认身份的无名患者，需及时与相关部门确认身份后就诊，若病情危重应立即救治并联系急救中心，诊疗前须双人查对。

（二）诊疗工作查对制度

1. 帮助患者预约挂号前，除核对患者身份信息外，还需仔细核对患者需要预约的医师姓名、就诊时间，操作完成后应向患者重复一次预约挂号信息。

2. 协助患者打印报告、发票前，应先在电脑/自助机上核对患者信息、缴费时间、检查时间，确认无误后再打印。打印完成后，再次检查核对纸质单据与患者信息，并请患者确认信息，无误后方可交予患者。

3. 门诊诊疗工作，例如：门诊注射、门诊换药拆线等，应严格按照“三查七对”执行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委.患者安全目标（2022 版）[Z].2022-01-25 发布，2022-01-25 施行.

[2]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发

〔2022〕8 号，2022-06-01 发布并施行.

[3]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第 10 号，2016-09-25 发布，2017-01-01 施行.

[4]国家卫生健康委.护理分级[Z].WS/T 431-2013,2013-11-14 发布,2014-05-01 施行.

[5]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第 701 号，2018-07-31 发布，2018-10-01 施行.

门诊抢救工作制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-004-01	制定时间：2025-11-22
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范门诊突发急危重症患者的抢救流程、明确各岗位抢救职责、保障抢救工作高效有序开展，最大程度挽救患者生命、维护患者生命健康权益，特制定本制度。

二、内容

1. 定期对门诊所有工作人员进行抢救知识培训，包括医师、护士、导医、保洁人员等，提高门诊工作人员的业务素质、应急能力。

2. 当诊医师、在岗护理人员均有义务积极参与抢救工作。抢救患者时做到严肃认真、行动敏捷、有条不紊、分工明确、密切配合、听从指挥。其余人员做好应急准备，同时坚守岗位。

3. 抢救过程中，严密观察患者病情变化，正确执行医嘱。口头医嘱要求准确清楚，执行前必须复述一遍，确认无误后执行，保留安瓿以备查。

4. 开展抢救工作的同时，通知急诊抢救室派医护人员支援。由急诊科医护人员、门诊医务人员共同护送患者至急诊抢救室，并完成交接记录。

5. 抢救结束后，及时填写《门诊抢救记录》,内容完整、准确，包括抢救患者基本信息、时间、地点、使用药品情况、抢救人员、交接科室和人员等。

6. 及时清理抢救用物，按规定对抢救物品进行消毒、添补、使用登记等。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01 发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第 10

号，2016-09-25 发布，2017-01-01 施行.

[3]国家卫生健康委.患者安全目标（2022 版）[Z].国卫医急函〔2021〕794 号，2022-01-25 发布并施行.

[4]国家卫生健康委.急诊科建设与管理指南（试行）[Z].卫医政发〔2009〕50 号，2009-05-13 发布并施行.

[5]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第 701 号，2018-07-31 发布，2018-10-01 施行.

门诊患者会诊制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-005-03	制定时间：2016-04-15
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范门诊多学科或跨学科会诊流程、整合医疗资源、提升疑难病症诊疗精准度，保障患者获得全面优质的诊疗服务，提高门诊诊疗质量与效率，特制定本制度。

二、内容

1．实行首诊负责制，首诊科室医生对门诊患者在检查、诊断、治疗上有疑难问题，本人/本科不能解决时，均应及时申请会诊。

2．科内会诊：由经治医师提出，本科室上级医师协助处理。

3．科间会诊：由经治医师提出，在病历上填写会诊要求，应邀科室的医师予以会诊，会诊记录可直接记录在门诊病历上。

4． 多学科会诊：门诊发现三次就诊后仍不能明确诊断或疑难疾病无法确诊的患者，向门诊多学科会诊中心提出申请，会诊中心根据检查检验资料、病历资料汇总分析，邀请相关科室会诊，确定治疗方案，并做好登记随访工作。

5.远程会诊：由门诊医师提出申请，医务部审核，按约定时间开展远程音视频会诊；门诊医师根据会诊意见制定或调整诊疗方案。

6．紧急会诊：应邀医师随请随到，与申请科室医师共同及时作出诊疗处理，会诊后应向科主任或高一级职称医师汇报会诊情况。

7．会诊明确归属科室后，由归属科室负责后续治疗。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第10号，2016-09-25.

[3]国家卫生健康委.患者安全目标（2022版）[Z].2022.

[4]国家卫生健康委.医疗机构内多学科诊疗（MDT）工作指南（试行）[Z].2021.

[5]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第701号，2018-07-31.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2020年07月第1次修订

2025年11月第2次修订

门诊患者住院、转院制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-006-03	制定时间：2016-01-17
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范门诊患者住院、转院的诊疗衔接流程，保障患者诊疗的连续性与安全性，优化医疗资源配置，提升患者就医全流程的服务质量与诊疗效率，特制定本制度。

二、内容

（一）门诊患者住院

1．门诊患者由门诊医师检查诊断后决定是否需要住院。

2．门诊医师对需住院治疗的患者应告知病情、治疗方案及费用，开出电子住院证，患者或家属至住院服务管理中心办理住院手续。

3．如患者或家属需立即住院但预交款交不足时，由医务部或总值班签字后办理入院手续。

（二）门诊患者转院

1．门诊患者转院须由科主任填写《转院审批表》。参保患者携带审批表到医保窗口审批办理相关登记手续。

2．门诊医师对需转院治疗的患者应告知病情、转院的原因，如估计病员转院途中有可能病情加重或死亡的，应留院处置，待病情稳定后再行转院。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8号，2022-06-01.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第10号，2016-09-25.

[3]国务院.医疗机构管理条例[Z].国务院令第149号，2016年修订.

[4]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第701号，2018-07-31.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2020年07月第1次修订

2025年11月第2次修订

专家、专科门诊管理制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-008-03	制定时间：2016-04-17
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范专家、专科门诊的诊疗服务流程、保障专家诊疗资源合理配置、提升专科疾病诊疗质量，维护门诊诊疗秩序并满足患者对优质专科医疗服务的需求，特制定本制度。

二、内容

（一）专家门诊开设的基本条件

1．具有医师执业资格，符合《医师法》等相关法律法规要求，近2年无重大纠纷、医疗事故及医德医风不良事件。

2．聘任为副主任医师职称满3年（含3年），或已取得主任医师职称。

3．实行专家门诊全日制，保障诊疗时间与服务质量。

4．特殊情况由院长办公会决定。

（二）专科门诊开设的基本条件

1．具有医师执业资格，符合《医师法》等相关法律法规要求，近2年无重大纠纷、医疗事故及医德医风不良事件。

2．由聘任为主治医师及以上职称的临床医师担任。

3．专科门诊医生由二级专科选派，原则门诊出诊时间不少于 3 个月。

4．各临床专科以二级专科为单位实行专科/专病门诊。

（三）专家、专科门诊开设和批准程序

1．个人申请，填写门诊调整申请表。

2.所在科室主任和/或中心主任审核同意并根据专科情况安排出诊时间和号源数。

3．申请材料报送门诊管理办公室、医务部、分管院领导审核同意后开设；新增设门诊涉及名称核定的，需按流程逐级审核后方可开展；专家、专科门诊开设数量根据医院床位数、门诊业务量动态调整。

4．门诊管理办公室负责统筹组织实施，跟踪落实开设与调整工作。

（四）专家、专科门诊出诊要求

1．出诊专家、专科门诊医生须严格遵守《医师法》《医疗机构从业人员行为规范》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等相关法律法规及医院规章制度。

2．出诊医生应提前安排好工作，确保准时开诊，不得以院内开会、手术、会诊、晨会交班、查房等理由迟到、早退或擅离岗位。门诊不得随意停换诊，确需临时停换诊，须提前七天，提交电子申请单，经科主任和/或中心主任、门诊管理办公室、医务部、分管院领导逐级审批同意后，门诊管理办公室将停换诊信息通知预约中心；长期停诊，需另行向医务部备案，逐级审批后调整出诊信息。专家门诊因紧急情况停诊，所在科室需安排同等资质人员替代出诊，并及时上报门诊管理办公室，由预约中心工作人员电话联系已预约患者做好解释沟通与后续诊疗安排。

3．出诊医师需向门诊管理办公室、统战宣传科提供个人照片及简介，个人信息发生变动时，须及时主动联系相关部门更新。

4．出诊期间须践行优质服务理念，对患者认真负责，严格遵循临床诊疗指南，做到合理检查、合理治疗、合理用药；按照《病历书写基本规范》要求，规范书写门诊病历；完成本岗位诊疗工作后，主动指导患者进入下一步诊疗环节。

5．认真执行首科首诊首问负责制，做好双向转诊、科间会诊、线上诊疗、多学科会诊、疑难疾病会诊等相关工作，配合门诊及相关部门妥善处理投诉纠纷。

6．严格落实医疗质量安全核心制度，强化医患沟通，执行“一医一患一诊室”制度，切实保护患者隐私；协同安保人员、分诊台护士共同维护诊疗秩序；严格按照医院感染防控要求，做好传染病筛查与防控工作。

7．专科门诊接诊的危重、疑难病例需提请专家会诊时，患者无需另行缴纳挂号费，接诊医师须在门诊病历中详细记录会诊意见及诊疗建议。

（五）监督管理及考核奖惩

1．门诊管理办公室通过信息系统数据统计、现场巡查等方式，每日对医师出诊时间、在岗情况进行考核，准确记录出诊医生迟到、早退时长；定期汇总医师出诊情

况，考核结果纳入科室绩效考核及个人奖惩评价体系。

2. 门诊管理办公室、医务部、质管部、护理部、感染管理科、行风办等多部门联合开展定期检查，检查内容涵盖劳动纪律、仪容仪表、胸牌佩戴、服务态度、“一医一患一诊室”执行情况、首问负责制落实、实名就诊管理、病历与处方书写规范、应急处置能力、患者诊疗指引服务等；门诊管理办公室负责定期汇总检查结果，针对发现的问题及时反馈相关科室，督促制定并落实持续改进措施。

3. 行风办、门诊管理办公室定期完成满意度调查，及时收集患者意见与建议，针对存在问题科室组织讨论并提出相关整改措施。

4. 对严重违反《医师法》等法律法规、行风建设、医疗核心制度造成影响或患者损害；三个月内发生三次有效投诉、半年内发生四次有效投诉；其它违反院部相关规定的，后经查实并由当事人签字确认后，由相关职能部门和所在专科共同提出处理意见，报医务部或纪检监察办公室、分管院领导批准后取消门诊出诊资格。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国医师法[Z].中华人民共和国主席令第九十四号，2021-08-20 通过，2022-03-01 施行.

[2]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01 发布并施行.

[3]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第 10 号，2016-09-25 发布，2017-01-01 施行.

[4]国家卫生健康委，国家食品药品监督管理局，国家中医药管理局.医疗机构从业人员行为规范[Z].卫办发〔2012〕45 号，2012-06-26 发布并施行.

[5]国家卫生健康委，国家医保局，国家中医药管理局.医疗机构工作人员廉洁从业九项准则[Z].国卫医发〔2021〕37 号，2021-11-12 发布并施行.

[6]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第 701 号，2018-07-31 发布，2018-10-01 施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2020 年 07 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

高级专家诊疗中心管理制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-009-02	制定时间：2021-01-20
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为进一步提高门诊服务水平，满足不同层次患者就医需求，根据《关于规范高级专家诊疗中心专家门诊诊察价格项目的通知》（苏价医〔2015〕285 号）的规定，结合医院实际，特制订本管理制度。

二、内容

（一）设施条件

高级专家诊疗中心必须具备单独诊区，诊区整体环境整洁、舒适、方便，配有沙发（椅）、推床等设施，独立诊区内设导诊咨询服务台，保证一人一室进行诊疗。

（二）出诊专家资格要求

专家必须从事本专业临床工作 20 年以上，且具有 5 年以上的正主任医师专业技术职称，仍工作在临床一线，能胜任门诊诊察工作的临床医生，出诊专家应具备以下各档条件之一，并根据专家技术水平分级定价：

1. 全国老中医药专家学术经验继承指导老师、国家临床重点专科建设项目负责人、国家级重点学科带头人、享受国务院特殊津贴待遇的临床医学专家、现任或曾任国家级二级及以上专业学会主委（组长）、副主委（副组长）、受聘于卫生专业技术二级岗位的主任（中）医师。

2. 省名中医、省名中西医结合专家、省级临床重点专科带头人、现任或曾任省级医学会二级及以上专业学会主委（组长）、副主委（副组长）、考核良好以上的省医学领军人才、省级中医药领军人才、科教兴卫工程医学重点人才、全国老中医药专家学术经验继承人、受聘于卫生专业技术三级岗位的主任（中）医师。

3. 医院外聘专家符合以上出诊专家资格要求的，由所属临床专科负责人提出申请。

4. 有下列情况之一的不予准入：

（1）违反国家法律法规或医德医风规范。

（2）有明显责任性医疗纠纷，造成医院和患者损失的主要责任人。

（3）服务态度差，有服务性投诉造成不良影响。

（4）年度考评或医德医风考核不合格，德、能、勤、绩、廉达不到相应技术/职务水平。

（5）不能遵守医院《门诊服务管理制度》及《专家、专科门诊管理制度》。

（三）出诊专家审批程序

个人申请→科主任同意→各条线审核→分管领导签字→公示一周→上报→执行。

（四）价格管理

高级专家诊疗中心专家门诊诊察费为特需医疗服务项目，由患者自行负担；具体价格综合考虑市场需求、群众承受能力自主确定；价格保持一定时期内相对稳定，调整周期不少于 6 个月，一次提价幅度不超过 50%；制定或调整价格必须公示一周并上报上级有关部门后执行。

（五）要求

1. 为保障诊疗质量，每位专家每半日工作量不超过 15 个，不得随意加号，由出诊专家亲自完成病情询问、病史采集、体格检查、确定诊疗方案（治疗单、处方）等诊疗流程，门诊病历应符合《病历书写规范》要求。

2. 医院建立专家门诊工作量和综合满意度统计调查制度，根据出诊专家的综合满意度和医疗服务需求，落实高级专家诊疗中心出诊专家的准入与退出机制；在就诊区显著位置公示专家姓名、服务内容及收费标准，坚持患者自愿原则，不得降低服务质量，强制或诱导患者接受服务。

三、参考文献

[1]江苏省物价局等.关于规范高级专家诊疗中心专家门诊诊察价格项目的通知[Z].苏价医〔2015〕285 号，2015-10-26.

[2]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01.

[3]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第 10 号，2016-09-25.

[4]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国医师法[Z].中华人民共和国主席令第九十四号，2021-08-20 通过，2022-03-01 施行.

[5]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第 701 号，2018-07-31.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

门诊手术室工作制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-010-05	制定时间：1992-05-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范门诊手术室的诊疗操作与运营管理，保障门诊手术的医疗安全与质量，维护手术室诊疗秩序，提升门诊手术服务的规范性与高效性，特制定本制度。

二、内容

1．工作人员必须严格执行《无菌技术操作原则》和《手术室消毒隔离制度》。保持室内肃静和整洁，进手术室必须更换手术室的鞋、帽、口罩及手术衣裤。

2．手术室的药品、器材、敷料均有专人负责、保管，放在固定位置，各项手术器材及设备应经常检查，以保证手术正常进行，手术室器械不得外借。

3．凭手术预约安排手术，优先安排无菌手术，再安排有菌手术。手术前后，护士应详细清点手术器械和敷料等数目，并及时处理被血污染的器械和敷料，一切物品用后必须按照院感要求进行处理。

4．手术前要认真核对患者的门诊就诊号、病历、姓名、年龄、性别、手术名称和部位、手术方式以及标本的留取事项。

5．按医院规定执行相关手术流程，术前详细做好沟通并签订同意书。

6．手术室对施行手术的病员应做详细登记，按月统计上报。

7．严格执行医院感染管理制度并配合院感科定期监测。

8．负责保存和送检手术采集的标本。认真交待手术后注意事项及换药、就诊时间。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8号，2022-06-01发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第10号，2016-09-25发布，2017-01-01施行.

[3]国家卫生健康委.患者安全目标（2022版）[Z].国卫医急函〔2021〕794号，2022-01-25发布并施行.

[4]国家卫生健康委.医院感染管理办法[Z].卫医发〔2006〕48号，2006-07-06发布，2006-09-01施行.

[5]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第701号，2018-07-31发布，2018-10-01施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 07 月第 3 次修订

2025 年 11 月第 4 次修订

门诊医患沟通制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-011-01	制定时间：2025-11-22
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范门诊医患沟通流程，保障患者知情权与选择权，减少医患矛盾，提升医疗服务质量与患者就医满意度，特制定本制度。

二、内容

（一）沟通的原则

与患者及其家属沟通时，应本着“诚信为主，尊重患者，维护患者的合法权益，维护良好的医疗秩序，尊重科学，人文并重”的原则，有效化解医患矛盾。不隐瞒、误导或夸大病情，确保医疗质量与安全。

（二）沟通的制度

1. 在对患者进行诊疗活动(包括常规咨询，诊疗，开具检查、检验、处方、入院证等)前，向患者详细交代注意事项，履行告知义务。

2. 认真做好咨询及解答工作，认真听取患者或家属的意见和建议，回答患者或家属提出的问题，不敷衍、搪塞、夸大。

3. 设置门诊意见箱或意见簿，专人定期收集整理。针对门诊的问题每月例会提出讨论，针对其他部门的问题由门诊管理办公室转达到相关负责人。

4. 出诊医师严格执行首诊负责制，医护人员态度严肃认真，本着实事求是的原则，采用患者能听懂的语言，耐心、详实地向患者及家属阐明患者目前的病情，诊疗行为对患者诊断、治疗的重要性和必要性，治疗、预后及转归，强调其可能引起的并发症及可能出现的不可避免的其他问题，并将下一步治疗与处理作详细说明，使患者和家属充分知悔，尊重患者及家属意见。加强对目前医学技术局限性、风险性的讲解，

使患者和家属心中有数，从而争取他们的理解、支持和配合，保证临床医疗工作的顺利进行。

5. 出诊医师在谈话前必须做好充分准备，并据实记录谈话内容，谈话结束后要求患者/家属在记录上签字。

（三）沟通的内容

1. 患者的病情：包括既往史、现病史、体格检查、辅助检查目的及结果分析、初步诊断及诊断依据、拟行治疗方案及方案的利弊、初期预后判断等。

2. 采取的医疗措施和风险：包括门诊或住院治疗、是否手术、术式的选择、麻醉方式、血液制品的使用、医疗美容、特殊检查、特殊治疗、药品的毒副作用等。

3. 超出医保范围的药品、器材和诊疗项目。

4. 特殊护理项目、患者住院须知和陪护人员须知。

5. 患者放弃治疗可能出现的不良后果。

6. 医院规定的其他告知内容。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8号，2022-06-01发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第10号，2016-09-25发布，2017-01-01施行.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第701号，2018-07-31发布，2018-10-01施行.

[4]国家卫生健康委.患者安全目标（2022版）[Z].国卫医急函〔2021〕794号，2022-01-25发布并施行.

[5]国家卫生部，国家食品药品监督管理局，国家中医药管理局.医疗机构从业人员行为规范[Z].卫办发〔2012〕45号，2012-06-26发布并施行.

门诊防范医疗纠纷制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-012-03	制定时间：2016-04-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范门诊诊疗服务行为、提前规避医疗风险、妥善化解医患矛盾，保障医患双方合法权益，维护门诊正常诊疗秩序，提升医疗服务质量与患者满意度，防范医疗纠

纷发生，特制定本制度。

二、内容

1．门诊管理办公室会同医务部、护理部、行风办定期或不定期对门诊医务工作人员进行医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章制度的培训，门诊医务人员每年接受医疗安全教育不少于2次，门诊管理办公室会同行风办定期或不定期对门诊医务人员进行职业道德教育和普法教育，提高职业道德意识，树立良好服务态度，尽力向患者提供优质医疗服务。

2．门诊管理办公室每月组织科室全体同志业务学习，学习有关法律知识，诊疗技术，操作规范，传染病防治知识等，提高业务水平，提升工作质量，减少医疗差错，杜绝事故发生，避免医疗纠纷。

3．门诊医务人员要认真执行首科首诊首问制，热情接待门诊患者，耐心解答患者提出的疑问，避免不耐烦情绪，就诊患者如不属于本科专业的疾病，做好转诊工作，防止推诿患者发生，如患者病情严重时，派医务人员护送到相关科室诊疗。

4．门诊医疗过程中要做好医患沟通，要认真询问病史，仔细体格检查，精心选择治疗方案，要及时向患者或家属如实报告病情，诊疗措施及医疗风险，对容易发生的药物反应要提醒患者注意，特殊检查、门诊手术可能发生的并发症、出现并发症后的处理、相关费用，要取得患者或家属的理解及签字同意，如需紧急处理，患者无法行使知情同意权，又无法与患者家属联系时，医务人员应向科室主任汇报并提出诊治措施，经医务部或总值班批准备案后方可执行。

5．对诊治有困难者或遇到两次复诊仍未能确诊，须请上级医师、他科医师或多学科联合会诊。

6．加强医患联系，对病情较复杂的门诊患者，留下通讯号码和地址，对病情进行跟踪随访，及时处理诊疗过程中出现的情况。

7．认真接待患者的投诉，做好相关解释工作，对违反制度的医务人员严格按医院《投诉管理制度》处理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8号，2022-06-01发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第10号，2016-09-25发布，2017-01-01施行.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第701号，2018-07-31发布，2018-10-01施行.

[4]国家卫生健康委.患者安全目标（2022版）[Z].国卫医急函〔2021〕794号，2022-01-25发布并施行.

[5]国家卫生部，国家食品药品监督管理局，国家中医药管理局.医疗机构从业人

员行为规范[Z].卫办发〔2012〕45号，2012-06-26发布并施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2020年07月第1次修订

2025年11月第2次修订

缩短门诊患者等候时间管理制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-013-02	制定时间：2020-07-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为优化门诊服务流程、减少患者非诊疗性等候时长，提升门诊运转效率与患者就医体验，保障门诊诊疗秩序顺畅，特制定本管理制度。

二、内容

1．门诊大厅公示就诊流程、专科专家出诊信息，告知患者门诊挂号、收费、取药等窗口位置，实行分层挂号、收费，达到方便患者及分流人群的目的。

2．加强预约诊疗服务的宣传，提高社会知晓率，开展多渠道预约诊疗，引导患者尽量预约诊疗，避开就诊高峰，通过有序诊疗缩短患者等候时间。

3．一站式服务台、楼层分诊台、挂号处、检验科等窗口提前上岗。

4．门诊医生及各医技科室高峰时段实行弹性排班。

5．提供导医和志愿者服务，公示就医就诊指南，楼层标识醒目，减少患者因寻找而浪费时间。

6．加强出诊医生管理，双休日、节假日普通门诊及专家专科门诊正常开放，实行同质化服务。

7．通过信息化建设进一步优化服务流程，减少无效就医环节，改善门诊服务，缩短患者等候时间。

8．落实医院检验检查结果互认制度。对与本院采信度一致且在有效时间内的外院检查结果，本院医生不得以非本院检查为理由进行重复检查。

9．在门诊诊疗过程中任何区域、任何时段出现秩序紊乱及其他异常现象应立即向门诊管理办公室报告，由门诊管理办公室与相应科室协调解决，维护诊疗正常秩序。

10．出现季节性医疗高峰或突发事件，门诊管理办公室根据实际情况及时启动门诊相关应急预案。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8号，2022-06-01发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第10号，2016-09-25发布，2017-01-01施行.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第701号，2018-07-31发布，2018-10-01施行.

[4]国家卫生健康委.患者安全目标（2022版）[Z].国卫医急函〔2021〕794号，2022-01-25发布并施行.

[5]国家卫生部，国家食品药品监督管理局，国家中医药管理局.医疗机构从业人员行为规范[Z].卫办发〔2012〕45号，2012-06-26发布并施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2025年11月第1次修订

门诊与医技科室协调机制

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-014-02	制定时间：2020-07-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为打通门诊诊疗与医技检查的服务衔接，规范科室间协作流程，提升诊疗服务整体效率、减少患者就医环节等候时长，保障门诊诊疗工作有序高效开展，特制定本协调机制。

二、内容

1．门诊管理办公室加强督查，及时发现门诊医技检查科室工作中的突显问题，与医技检查科室一起协调商讨解决方案，以达到优化流程，提高工作效率的目的。

2．关于弹性工作制方面：根据患者流量和季节特点，各相关医技科室按各自科室特点安排人员和工作时间，先在科室内部自行解决，解决有困难时由科室负责人提

请门诊管理办公室和医务部商讨解决。

3．工作流程方面的协调：门诊管理办公室负责日常工作中的督查，关注各医技科室主要检查项目的预约时长，发现流程环节不畅时及时提醒相关科室，查找分析原因，提出后续改进措施。

4．门诊工作中出现意外或突发事件时，门诊管理办公室组织相关科室人员根据事件的性质协调处理，必要时启动相关应急预案。

5．针对日常出现的一些问题，由门诊管理办公室及时牵头解决，必要时科室与科室间可直接联系解决。

6．特殊情况时，门诊管理办公室可汇报医务部对全院医疗资源进行调剂，以满足门诊工作的需要。

7．各临床科室、医技科室应积极配合医务部/门诊部医疗资源调剂工作，及时派遣医务人员支援门诊。

8．如果某个医技科室经常出现大量患者等候诊疗的事件，门诊管理办公室应协同该科室商讨质量改进，通过流程重建、增加班次/人员等解决实际问题。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8号，2022-06-01发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第10号，2016-09-25发布，2017-01-01施行.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第701号，2018-07-31发布，2018-10-01施行.

[4]国家卫生健康委.患者安全目标（2022版）[Z].国卫医急函〔2021〕794号，2022-01-25 发布并施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2025年11月第1次修订

门诊流量实时监测管理制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-015-02	制定时间：2020-07-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为实时掌握门诊就诊人次及各区域流量分布，科学调配医疗资源，优化患者就诊流程，提升门诊运行效率与就医体验，特制定本制度。

二、内容

1．门诊管理办公室安装 BI 系统，实时监测门诊预约、挂号、诊室接待诊情况。

2．一站式服务台及各楼层分诊台护士、导医上班期间随时观察本辖区的流量，关注叫号电子屏和电脑分诊系统，特殊情况及时反馈门诊管理办公室。

3．门诊管理办公室负责人不定时对门诊大厅、各诊区进行巡查，对就诊流量做到心中有数，发现问题及时解决。

4．各窗口及医技检查科室负责人动态掌握患者流量，根据患者流量弹性排班。

5．法定休息日由医疗总值班、行政总值班、负责对门诊大厅、各诊区的巡查及对相关事件处理。

6．对于偶发的大量患者等候诊疗的事件，门诊管理办公室通知相关科室主任增派医生或增加窗口支援门诊工作。

7．如果某个科室经常出现大量患者等候诊疗的事件，门诊管理办公室、医务部应协同该科室开展质量改进解决问题。

8．门诊管理办公室、医务部、值班主任、各窗口及医技科室负责人要相互协作，对门诊流量实时监测，遇到门诊患者较多，预计等候时间超过一小时，分诊人员立即汇报。门诊管理办公室及时协调相关部门，增派医生支援门诊，挂号处和门诊药房增开窗口，增加力量，缓解门诊就医拥堵的情况。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01 发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第 10 号，2016-09-25 发布，2017-01-01 施行.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第 701 号，2018-07-31 发布，2018-10-01 施行.

[4]国家卫生健康委.患者安全目标（2022 版）[Z].国卫医急函〔2021〕794 号，2022-01-25 发布并施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

门诊弹性工作制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-016-02	制定时间：2020-07-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为适配门诊不同时段的就医流量变化、优化医护人力资源配置、减少患者就诊等候时长，提升门诊服务效率与患者就医体验，保障门诊诊疗秩序平稳有序，特制定本制度。

二、内容

1．各专科自行安排好门诊与病房工作。门诊工作时间：上午：8:00-12:00；下午：13:30-17:30。

2．各科室按照门诊工作量合理安排门诊人力资源，各专科必须保证门诊时间正常开诊。当专科超预约就诊时间 1 小时或候诊序号迟后超过 10 人时，应及时通知病房医生支援门诊。

3．上下午门诊时段，出诊医师需接诊完当批次所有挂号患者后方可离岗，擅自提前离岗将与考核挂钩。

4．一站式服务台、分诊台、挂号收费窗口实行提前上岗；分诊台、药房、挂号收费窗口实行延时下班。

5．药房、挂号收费窗口、医技检查检验弹性排班，自行调节窗口/诊位开放，确保高峰时段/季节不出现排长队。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01 发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第 10 号，2016-09-25 发布，2017-01-01 施行.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第 701 号，2018-07-31 发布，2018-10-01 施行.

[4]国家卫生健康委.患者安全目标（2022 版）[Z].国卫医急函〔2021〕794 号，2022-01-25 发布并施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

确保门诊就诊连续性的管理措施

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-017-02	制定时间：2020-07-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为保障门诊患者从预检分诊、诊疗咨询到后续随访的全流程就医服务无断点，优化诊疗衔接环节，提升患者就医体验与诊疗效果，特制定本管理措施。

二、内容

1．以严格落实“首诊负责制”，首诊医生负责患者的转诊、转科、收入院和离院等。

2．对判断需会诊的患者应及时请本科上级医生或他科/联合会诊。

3．对当天（分上下午）已挂的专家、专科和专病门诊，必须全部接诊完毕后方可离岗。

4．未经患者同意，任何人不得以任何理由将已挂号患者转急诊或私自退号。

5．医务人员完成本岗位诊疗工作后应主动指导患者进入下一步诊疗环节。

6．医务人员应主动提醒患者自己下次出诊时间，预约复诊时间。如检验、检查当日不能有结果，医务人员应根据病情与患者确定好看检查/检验结果的时间和地点，可约定至病房复诊（疫情防控特殊时期除外）。

7．重危急患者必须亲自或指定其他医务人员陪同送达相关科室并在门诊病历上详细记录。

8．特殊情况或诊治需要，向患者和家属解释说明后转急诊诊治，门诊号转急诊号。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01 发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第 10 号，2016-09-25 发布，2017-01-01 施行.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第 701 号，2018-07-31 发布，2018-10-01 施行.

[4]国家卫生健康委.患者安全目标（2022 版）[Z].国卫医急函〔2021〕794 号，2022-01-25 发布并施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

门诊安全管理制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-018-03	制定时间：2016-04-13
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为保障门诊患者、医护人员及就诊环境的安全，防范各类门诊安全风险，维护门诊正常诊疗秩序，筑牢医疗安全防线，特制定本制度。

二、内容

1．定期对全科人员进行安全知识教育，增强全科同志防火、防盗意识，预防和制止不安全生产事故发生，保护国家，集体的财产和医患双方的生命安全。

2．认真落实防火、防盗、防爆、防其他意外事故的措施，定期组织检查，及时消除不安全隐患。

3．加强对大功率电器使用的管理，使用规定的电线插座，检查治疗设施，长时间不使用的电器及时关闭，下班前关闭电灯、电脑、空调灯电器，拔掉电源插头，对老化的电线电源插座及时更新。

4．门诊工作人员下班前关好门窗，现金和贵重物品不放在办公室过夜。

5．严禁在门诊大楼内燃烧物品，防止火灾发生。

6．分诊、导医、保安同志向就医群众进行防盗宣传，协助保安做好防盗工作。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01 发布并施行.

[2]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法[Z].国家卫生计生委令第 10 号，2016-09-25 发布，2017-01-01 施行.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].国务院令第 701 号，2018-07-31 发布，2018-10-01 施行.

[4]国家卫生健康委.患者安全目标（2022 版）[Z].国卫医急函〔2021〕794 号，2022-01-25 发布并施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2020 年 07 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

门诊一医一患一诊室管理制度

文件编号：YXPH-YL-MGB-2025-026-03	制定时间：2016-04-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：门诊管理办公室	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-12

一、目的

为规范诊区诊疗秩序、保护患者隐私，保障医患沟通的私密性与专业性，提升诊疗服务的安全性与患者就医信任感，特制定本制度。

二、内容

1．认真做好分诊工作，分诊护士应主动提示医生和患者保持和维护好诊室“一医一患一诊室”的工作环境。分诊护士及导诊人员指导患者签到候诊，按次序进入相应诊室就诊，其余患者在候诊区等候。

2．医生有自觉维护诊室“一医一患一诊室”秩序的权利和义务，医生在诊疗过程中，要热情接待患者，和分诊护士一起劝说未轮到就诊的患者到诊室外等候，维护好门诊秩序。

3．全面实行分时段预约就诊，严格执行“一医一患一诊室”规定，引导患者在诊区有序等待。

4．医务部、门诊管理办公室、行风办等部门联合对门诊诊室的医疗秩序进行督促检查，检查结果纳入个人和科室奖惩考核。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构门诊质量管理暂行规定[Z].国卫办医发〔2022〕8 号，2022-06-01 发布并施行.

[2]国家卫生健康委.患者安全目标（2022 版）[Z].国卫医急函〔2021〕794 号，2022-01-25 发布并施行.

[3]国家卫生部，国家食品药品监督管理局，国家中医药管理局.医疗机构从业人员行为规范[Z].卫办发〔2012〕45 号，2012-06-26 发布并施行.

[4]国家卫生健康委.进一步改善医疗服务行动计划考核指标[Z].国卫医发〔2017〕51号，2017-12-26发布，2018-01-01施行.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2020年07月第1次修订

2025年11月第2次修订

第四章　护理工作制度

一、护理管理体系

三级护理管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-001-04	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为加强护理工作的组织管理，明晰各级护理管理岗位职责，全面规范护理服务，提升护理管理效能，特制定三级护理管理制度。

二、内容

在分管副院长领导下，实行护理部-大科-病区（护理部主任-科护士长-护士长）三级护理管理。各级护理管理组织职责与权限明确，做到责权一致，实施目标管理，充分发挥管理职能。

（一）护理部

1. 负责全院护理管理组织体系的建设与运行，对全院护理工作实施目标管理。

2. 科学设置护理岗位，合理配置人员，统一调配全院护理人员。

3. 建立护理人才培养方案和全院护士在职培训与考核制度，培训体现分层次与规范化；支持护士参与各级护理专业学会/协会，鼓励护士进行毕业后学历提升学习。

4. 负责全院护理质量管理的组织、指导、督查与评价，实施三级质量控制顶层设计，通过 PDCA 循环促进护理质量持续改进。

5. 负责全院护理科研规划与平台建设，定期开展科研相关培训与指导，鼓励护士积极开展循证护理实践，参与新技术、新产品以及创新工作方法与工作流程的设计和改进。

6. 负责制定护士绩效考核制度并履行监管职能，绩效考核应以工作量、质量、护理难度、技术要求、医德医风及患者满意度为基础。

（二）大科

1. 在大科范围内落实护理管理目标，实行大科内动态管理。

2. 根据大科各护理单元工作量、护理难度及患者需求，统筹协调大科内护理人员调配。

3. 督查并指导护士长开展培训考核工作，统筹大科内培训资源与专科发展方向。

4. 负责大科内护理质量的日常督查、指导与持续改进，落实三级质量控制中大科层面的质控要求。

5. 负责大科内科研培训的组织与指导，推动大科护理科研工作开展。

6. 指导并监管各护理单元绩效考核工作的落实，统筹大科内绩效分配的公平性与合理性。

（三）病区

1. 在病区范围内落实护理管理目标，实施弹性排班，结合病区实际动态调整排班方式，保障临床护理安全。

2. 落实护理单元的护士培训与考核，培养专科护理人才。

3. 负责病区护理质量的现场管理、环节质控与落实整改，落实三级质量控制中病区层面的质控要求。

4. 负责科研实践的落实与推进，鼓励病区护士参与科研与创新实践。

5. 结合护理单元工作实际制定护士绩效考核方案并开展现场考核与激励。

（四）管理协同要求

1. 护理部、大科、护理单元应定期开展相关培训与指导，形成三级联动机制。

2. 各级管理应各司其职、上下联动，确保岗位设置、人员调配、培训考核、质量控制、科研管理及绩效考核等工作有效落实。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知：国卫办医发〔2020〕11号[EB/OL].（2020-08-21）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-09/02/content_5539428.htm.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案：苏卫办医政〔2021〕3号[EB/OL].（2021-01-05）.2021.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2021/1/5/art_55461_9625338.html.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据国家相关政策对三级护理管理制度具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2018年12月第1次修订

2021年04月第2次修订

2025年04月第3次修订

护理制度、岗位职责、护理常规、操作规程变更制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2024-080-05	制定时间：2012-01-10
适用范围：全院护士	修订时间：2024-04-08
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2024-06-01

一、目的

为规范护理制度、常规、操作规程等文件的制定、修订与废止工作，特制定本制度。

二、内容

1．护理制度、岗位职责、护理常规、操作规程的变更应参考法律法规、标准、行业指南、专家共识、高级别（A 级或 B 级）证据，如行业指南、专家共识、专业规范等出现更新，护理制度、岗位职责等应同步修订更新。

2．新开展工作、引进或实施的新技术新项目等需要制定出相应的护理制度、护理常规或操作流程、质量标准，以确保项目的有序开展。

3．护理制度、岗位职责、护理常规、操作规程变更，由护理质量与安全管理委员会负责批准，原则上每 3 年对护理制度、常规、操作流程等进行审阅与修订。

4．变更程序

（1）护理制度、岗位职责、护理常规、操作规程的变更，须履行试行-修改-批准-培训-执行的程序。

（2）护理制度、岗位职责、护理常规、操作规程变更后，原则上应经过 1-3 个月试行及可行性再评价，必要时予以再修改。

（3）科室/专科护理小组根据本制度的相关要求，完成修订工作，提交科护士长/护理部审核，定稿后报请护理质量与安全管理委员会批准，由护理部下发至各科室，护士长认真组织培训并贯彻执行。

（4）护理制度、岗位职责、护理常规、操作规程变更后，按照医院统一格式排版，统一编号标识。

5．护理管理人员在变更的护理制度、岗位职责、护理常规、操作规程发布后定期督导检查各科室培训学习及执行情况。

6．护理部、大科、病区及时追踪评价变更后的护理制度、岗位职责、护理常规、操作规程等是否合理，确保切实与护理工作相结合，体现专业性、先进性、科学性。

7．因管理体系、法律法规、规章制度、操作流程、护理表单及专业指南等发生变化或调整，经确认该护理制度、常规或操作流程已不合时宜且无须修订或保留，拟废止。由科室/专科护理小组提出申请说明废止原因，经科护士长/护理部审核后提交护理质量与安全管理委员会，经委员会讨论决定废止后，由护理质量与安全管理委员

会将废止的内容从相应的版块中删除。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

1．增加“目的”、“参考文献”。

2．完善护理制度、常规、操作规程等的变更及废止流程。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2021 年 09 月第 3 次修订

2024 年 04 月第 4 次修订

护理会议制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-081-06	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-08
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为规范各级各类护理会议实施与管理，特制定本制度。

二、内容

护理会议要求：主持人在召开会议前必须认真准备，精心组织，有完整的会议程序和会议记录，做到开短会、开好会，提高会议质量。

1．护理部部务会：每两周召开一次，遇特殊情况临时通知召开，由护理部主任主持会议，护理部副主任、科护士长汇报两周护理工作情况及下两周工作计划，提出存在问题以及解决问题的措施和建议;护理部主任布置近期工作安排并提出具体要求。

2．科护士长工作会议：每月召开病区护士长会议，传达护理部工作会议精神，总结月度大科护理工作，讨论分析月度护理不良事件及主要护理质量问题，布置近期工作安排并提出具体要求。

3．护士长会议：每月召开一次，护理部主任总结护理工作，传达上级部门、医院等有关文件及会议精神，通报护理质量，开展护理管理相关培训，布置下月护理工作任务。

4．科室护士工作会议：每月召开一次，由护士长主持，全科护士参加，传达医院、护理部、大科等各级会议精神及相关文件精神，总结本月护理工作，对本月科室护理不良事件及主要护理质量问题开展讨论与分析，提出解决办法，制定相关的改进措施，必要时请科主任、科护士长、护理部（副）主任参加，给予业务指导。组织护理人员培训与学习，包括制度、规范、指南、标准、专科诊疗新进展等，加强科室人员之间的沟通，增进团结。

5．专科护理小组会议：每季度召开一次，研讨、部署本小组工作或活动情况，小组培训、小组相关护理质量问题分析与讨论，下一阶段工作推进与安排等，适时组织护理专家进行学术交流。

6．工休座谈会：每月召开一次，护士长主持，责任组长、患者、家属及医师参加，征求患者对医疗护理、生活、饮食、收费等方面的意见，了解患者的思想动态，及时沟通解决，宣传医院规章制度，组织学习健康教育知识。

7．护理质量与安全管理委员会会议：每季度召开一次，追踪上次会议问题解决的情况，分析全院本季度护理质量与安全现状，剖析存在问题，提出改进措施，研究决定部门关联问题的解决方案，明确下一阶段护理质量管理的目标。

8．护理管理委员会会议：每半年召开一次，制定、审核护理工作发展规划、计划，讨论决策护理工作中的关键事项和问题，形成纪要并检查会议决定的贯彻执行情况。

9．护理多部门协调会议：原则上每半年召开一次，讨论护理工作中涉及多部门协作的各类问题，如护理质量、不良事件、设备故障、药品风险等，形成解决工作方案并落实。

10．举办会议的流程与要求：

（1）会议发起方负责会场申请、布置及汇报材料的准备工作。

（2）原则上至少在会议召开前 2 天由会议发起人通知相关参会人员。

（3）常规例会到会人员签到，不能到会应履行请假手续。

（4）常规例会应有专人完成会议记录，并就需完成或督办的相关事项由专人负责追踪评价。

（5）如有特殊或应急事件可召开临时会议。

三、参考文献

[1]程萱，袁海鸿.公立医院会议精细化管理实践与探讨[J].现代医院，2023，23（1）：71-74.

[2]中华人民共和国国家卫生健康委员会.国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见[EB/OL].（2021-05-14）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/04/content_5615473.htm.

四、修订原因

1．增加“目的”、“参考文献”。

2．结合医院护理工作实际，对不同类别的会议内容进行修订，明确举办会议的流程与要求。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2025 年 04 月第 5 次修订

二、护理人力资源管理

护士岗位管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-002-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为贯彻落实《护士条例》，完善加强护士队伍科学管理，充分调动护士积极性，根据《卫生部关于实施医院护士岗位管理指导意见》（卫医政发〔2012〕30 号）及《江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）》（苏卫医〔2024〕34 号）的精神，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

1. 应按照“因需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”的原则，实施护理岗位管理。

2. 结合医院实际科学设置护理岗位，实施基于护理岗位的护士人力配置、培训、考核等。

3. 医院护理岗位分为护理管理岗位、临床护理岗位和其他护理岗位。

（1）护理管理岗位是从事医院护理管理工作的岗位，包括护理部、大科等。

（2）临床护理岗位是为患者提供直接护理服务的岗位，包括门急诊、住院病区、相关科室等。分为一线临床护理岗位和非一线临床护理岗位，其中，直接为患者提供临床护理服务并需要常规轮值夜班的，为一线临床护理岗位；直接为患者提供临床护理服务并不需要常规轮值夜班的，为非一线临床护理岗位。

（3）其他护理岗位是护士为患者提供非直接护理服务的岗位，包括消毒供应中心、感染管理科等。

4. 根据医院实际服务需求，细化医院护理岗位设置名录，把护理岗位的设置要求与护士分层级管理有机结合，制订岗位职责说明书，明确岗位所需护士的任职条件，充分发挥不同层级护理人员的作用。

5. 对护理岗位设置定期梳理，核定护理岗位设置。根据护理岗位的工作职责和工作量，及时新增或取消相应护理岗位。

6. 建立人力资源管理制度，合理调配人力资源，满足临床护理需求。建立机动护士库，确保突发事件及特殊情况下临床护理人力的应急需要。

7.以岗位需求为导向、岗位胜任力为核心加强分层岗位培训，注重护士核心能力的培养，突出护理专业内涵，以适应护理学科以及临床护理发展的需要。

8.以护理服务质量、数量、技术风险和患者满意度为主要依据，建立“临床导向、风险强度导向、以质为先”的绩效考核机制，向工作量大、护理风险大、技术难度高的临床护理岗位倾斜，充分调动护士的积极性。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知[Z].国卫办医发〔2020〕11号，2020.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案[Z].苏卫办医政[2021]3号，2021.

[3]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023版）[Z].2023.

[4]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1．增加“目的”、“参考文献”。

2．根据参考文献内容进行调整。

五、修订记录

2018年12月第1次修订

2021年04月第2次修订

2025年01月第3次修订

护士管理规定

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-056-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为规范医院对全院护士的管理，特制定本制度。

二、内容

1．严格遵守中华人民共和国《护士条例》。

2．护士必须持证上岗，按规定注册有效，并定期完成延续注册。招录的往届生或调入的人员必须主动办理执业地点变更。

3．护士执业过程中必须遵守法律法规、规章制度、诊疗技术规范，努力提高专业水平和服务质量，不得利用职务之便索要、非法收受财物或牟取不正当利益。

4．护士需定期考核，加强临床护士“三基三严”培训，提高护理服务能力。

5．护士应接受在职培训，完成规范化培训和继续教育，鼓励护士通过实践、教育、管理、学习交流等方式提高护理专业水平。

6．护士应切实履行岗位职责，尊重、关心、爱护患者，保护患者的隐私。

7．根据《护士条例》规定，护士有义务参与公共卫生和疾病预防控制工作，发生自然灾害、公共卫生事件等严重威胁公众健康的突发事件，护士应服从安排，参加医疗救护。

8．根据《护士条例》规定，护士因不履职或违反职业道德受到投诉的，经所在医疗卫生机构查证属实的，医疗卫生机构将对护士做出相应的处理。

9．护士在执业活动中造成医疗事故的，依照医疗事故处理的有关规定承担法律责任。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院令.护士条例[EB/OL].（2008-01-31）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2008/content_912536.htm.

[2]国家卫生健康委员会. 护士执业注册管理办法[Z].2021-01-08

[3]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献调整相关内容。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订
2016 年 03 月第 2 次修订
2021 年 09 月第 3 次修订
2025 年 01 月第 4 次修订

护士资质管理规定

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-006-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为规范对全院护士执业资格的审核与任职资质管理，特制定本规定。

二、内容

1．护理部每年审核全院护士执业资质，及时组织护士首次注册和延续注册（在注册期满前 3 个月内），及时查看注册结果。

2．护理部负责审核进修护士的身份证、《中华人民共和国护士执业证书》。

3．护理部负责转入护士及时办理执业地点变更手续，在执业地点变更注册前不得在临床单独值班。

4．护理实习生、进修护士、未取得《中华人民共和国护士执业证书》的护士不能单独值班，必须在执业护士的指导下进行护理工作。

5．护理部对资质审核不合格的护士，通知相关人员及科室，确保做到依法执业。

6．护理部应规范各级各类护理人员资质和岗位管理要求，强化各级各类护士的任职管理。

（1）护理部主任：①资质要求：护理专业本科以上学历，注册护士；副主任护师以上职称；具有 10 年以上护理工作经验，其中 5 年以上护理管理经验。②岗位技术能力要求：热爱本职工作，具有高度的责任心和敬业精神；接受过护理管理专业知识和技能的培训和教育；具有良好的语言和书面沟通能力、出色的人际交往能力和良好的协调能力；身心健康，能胜任本职工作。

（2）科护士长：①资质要求：护理专业本科以上学历，注册护士；副主任护师及以上职称；具有 3 年以上护理管理经验。②岗位技术能力要求：热爱本职工作，具有高度的责任心和敬业精神；有较强的管理能力和协调能力；具有扎实的专业理论知识和较丰富的护理工作经验，能解决本专业疑难复杂的问题；具有较强的教学、科研及创新能力；有全局观念和团队精神，善于沟通，有良好的群众基础；接受过护理管

理专业知识和技能培训；身心健康，能胜任本职工作。

（3）护士长：①资质要求：护理专业本科以上学历，注册护士；具有主管护师及以上职称；从事临床护理工作 5 年以上。②岗位技术能力要求：热爱本职工作，具有高度的责任心和敬业精神；掌握先进的管理理念，并有较强管理能力、组织能力、沟通能力和协调能力；能熟练运用专业知识和技能独立解决本专科护理疑难问题，能运用护理程序开展护理活动；具备较强的学术水平和科研能力，能够承担并胜任本专科不同层次的护理教学工作；身心健康，能胜任本职工作。

（4）责任组长：①资质要求：护理专业本科及以上学历，注册护士；具有主管护师及以上职称；专科临床护理工作≥3 年。②岗位技术能力要求：爱岗敬业，具有高度的责任心、较强的沟通能力、较好的带教能力；具备较强的专科临床护理经验，能独立解决临床护理问题；与医疗配合良好，具有一定的病区管理能力；根据工作需要参与科室夜班工作；近 3 年无严重护理不良事件，无护理投诉，无违规违纪等处分；承担临床带教相关工作；身心健康。

（5）带教老师：①资质要求：本科或以上学历，注册护士；具有主管护师及以上职称；本专科临床护理工作 5 年以上。②岗位技术能力要求：具有一定的实践、教学、管理经验；具有良好的语言表达能力和逻辑思维能力，热心教学工作；热爱本职工作，具有高度的责任心；了解本专业领域内专科护理新进展；身心健康，能够胜任岗位工作。

（6）临床轮班护士：①资质要求：注册护士；具备独立夜班岗位准入资质。②岗位技术能力要求：热爱本职工作，具有高度的责任心和慎独精神；具有良好的护理实践能力，能够熟练运用本专科护理理论知识和技能服务患者；身心健康，具备良好的理解能力、语言表达能力、沟通能力和学习能力，能够胜任岗位工作。

7. 根据《护士条例》相关规定，护士被吊销执业证书的，自证书被吊销之日起，2 年内不得申请执业注册。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院令.护士条例[EB/OL].（2008-01-31）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2008/content_912536.htm.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知[Z].国卫办医发〔2020〕11 号，2020.

[3]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案[Z].苏卫办医政[2021]3 号，2021.

[4]苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

[5]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社,2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据护士执业证书注册流程改变修订相关内容。

3. 增加责任组长、带教老师、临床轮班护士资质和岗位管理要求。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2021 年 09 月第 3 次修订

2025 年 01 月第 4 次修订

护士执业岗位准入制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-006-07	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2026-02-28
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-05-01

一、目的

为明确不同护士岗位准入资质与要求，为规范全院护士岗位培训与管理提供依据与指导，特制定本制度。

二、内容

（一）夜班护士

1. 具有护士执业资格。

2. 在聘用医疗卫生机构从事护理工作至少 3 个月以上，在上级护士指导下参加晚夜班不得少于 6 次（3 轮）。

3. 具有夜班岗位需要的专业技术能力：独立完成急危重症抢救配合工作的能力；病情观察与应急处理能力；规范书写护理文件的能力。

4. 具有良好的慎独精神。

5. 在护理部领导下，由临床科室组织考核和评价，包括相关理论、专业技术和综合能力考核，成绩合格者，经科护士长审核，方可独立从事夜班护士工作。

（二）特殊护理岗位专业护士

1. 急诊室

（1）具有护士执业资格证书，热爱急诊护理工作。

（2）急诊室 75%以上固定层护士要求：①完成规范化培训、考核合格。②接受

过急诊专科护理培训、考核合格。

（3）在急诊室指定带教老师的指导下，进行 6 个月一对一带教培训，经考核合格后方能独立负责急诊患者的抢救工作。

（4）独立工作应具备的能力：

①具有分析、判断、预测和对急危重症患者应急处理能力。

②具有较强的团队协作精神，能与相关工作人员同心协力，做好急救护理工作。

③掌握急诊科有关工作制度、急诊科护士岗位职责及工作流程，熟练掌握常用急救药品药理知识、常见急危重症护理常规等知识，并准确灵活运用。

④熟悉各抢救仪器的工作原理、性能、作用、操作流程，使用后的终末处理及仪器维护保养方法。

⑤掌握心肺复苏术、简易呼吸器使用、电除颤术、洗胃术、止血、包扎、固定、搬运等专科急救技能，能配合医生完成气管插管、深静脉穿刺、胸腔闭式引流等操作。

⑥具有良好的沟通能力、共情能力、压力管理与应对能力，能主动提供疾病健康宣教，做好人文关怀。

⑦熟悉急诊专业的医院感染预防和控制原则。

2. 重症监护室

（1）接受 ICU 专业培训合格的注册护士，并有 3 个月临床护理工作经验。

（2）接受监护室专业培训、考核合格。

（3）在监护室指定带教老师的指导下，进行 3 个月一对一带教培训，熟练掌握重症护理基本理论和技能，经考核合格后方能独立负责危重患者的监护工作。

（4）独立工作应具备的能力

①具有分析、判断、预测和对急危重症患者应急处理能力。

②具有较强的团队协作精神，能与相关工作人员同心协力，做好急救工作。

③掌握本专科相应的医学基础理论知识、病理生理学知识及多专科护理知识和实践经验，具有一定的病情综合分析能力。

④熟练掌握氧疗技术、呼吸机使用技术、心脏除颤技术、重症康复一般技术、气道管理、各类导管的管理、各类输液泵(注射泵)的应用和管理、疼痛管理、各系统器官功能监测护理、血液净化护理、水电解质及酸碱平衡监测护理、营养支持护理、心理护理、医院感染预防与控制，掌握各种抢救仪器故障时相关的应急预案。

⑤掌握各系统急危重症患者的抢救、护理与病情观察。

3. 血液净化中心

（1）血液净化中心护士应为取得护士执业资格的本机构固定人员。

（2）血液净化中心专业护士必须具备从业资格方可上岗（满足①或②或③）：①获得江苏省血液净化技术人员岗位培训证书(限 2010 年 12 月江苏省卫生厅颁发)；

②在本省或外省具备省级血液净化技术培训资质的医院参加血液净化技术培训/进修/工作至少 3 个月，并获得相关书面证明；③2010 年之前已取得主管护师及以上护理职称并具有血液透析室工作经验者。

（3）经本院血液净化中心带教老师规范化培训，通过理论和操作考核合格后方能独立工作。

（4）独立工作应具备的能力：

①掌握血液净化中心规章制度、岗位职责。

②掌握基础护理操作技术、血液净化专科操作技术。

③掌握三基应知应会、血液净化专科理论知识。

④掌握急救技能、血液净化中心专科应急预案，对突发应急事件具备识别能力，并掌握处理流程。

⑤遵循职业道德，具备人文关怀能力。

（5）遵照执行主管卫生行政部门规定的其他条件。

4. 手术室

（1）具有护士执业资格。

（2）在手术室指定带教老师的指导下，进行为期一年的手术室岗前培训+各专科组轮训，完成《手术室新护士培训手册》培训计划并经考核合格后方能独立负责患者的手术配合工作。

（3）独立工作应具备的能力：

①掌握手术室规章制度、工作流程、岗位职责、基础理论知识、常见手术的解剖与配合要点、手术体位安置原则与并发症预防等。

②掌握本专科护理技术操作规程和急救技能，能独立完成一级、二级手术配合。

③掌握手术室常用仪器、设备、器械的安全使用和保养。

④熟悉专科突发事件应急流程和常见急、危、重症手术患者的抢救和护理配合。

⑤熟悉手术室消毒隔离制度、层流手术室管理要求及职业暴露的防护。

⑥熟悉手术室环境、布局及基本设备、物品的定位，特别是急救物品的定位和使用。

⑦具备敏锐精细的观察能力和突出的应变能力，具备良好沟通能力和团队合作精神。

5. 新生儿室

（1）具有护士执业资格并在有效注册期内，身体健康，能胜任新生儿病房高强度的护理工作。

（2）由新生儿病房指定老师进行带教，带教时间为 1 年，完成新生儿病房新入职护士及 NICU 业务培训内容，并经考核合格后方能独立上岗。

（3）掌握新生儿常见疾病的护理常规及专科护理操作技术、危重新生儿急救配合技术，具有判断病情变化的能力，能正确使用各种监护设备，准确无误记录各种数

据；掌握新生儿病室医院感染预防与控制。

（4）热爱新生儿科护理工作，具有慎独、奉献精神。

（5）有爱心，关爱每一位住院新生儿。

6. 产科助产士

（1）已完成国家认可的助产理论课程，掌握一定的助产学知识与技能，取得护士执业证书并按时注册的专业卫生技术人员。

（2）取得《母婴保健技术考核合格证书》，并定期考核合格，每年通过新生儿复苏培训考核。

（3）经过 3-6 个月助产士岗位培训，掌握产房工作制度、岗位职责、操作规程、围产期解剖生理学基础、围产期助产技术、正常及异常产程护理常规、新生儿护理常规、母婴保健知识等。

（4）掌握本专科基本和急救技能、熟练掌握各种常用药和急救药的适应症、用法用量及注意事项。

（5）熟悉本专科突发事件应急流程和常见急危重症的抢救及护理：如孕产妇心跳骤停、新生儿窒息、脐带脱垂、胎儿宫内窘迫等。

（6）熟悉本专科常用仪器的性能、作用、操作方法、使用后的消毒、保养等，掌握各参数的意义。

（7）具有奉献精神及高度负责的工作态度，能独立完成助产士岗位及职责范围内的工作。

（8）勤奋好学，积极参加各类学术活动，不断更新知识，提高助产技术水平，每年应接受不少于 24 学时的助产技术专业培训，以保证其具有持续胜任的能力。

（9）身体健康，无精神性及传染性疾病。

（10）遵照执行主管卫生行政部门规定的其他条件。

7. 消毒供应中心

（1）具备护士执业资格，严格遵守消毒供应中心规章制度、岗位职责和护理操作规程，落实患者安全目标。

（2）在消毒供应中心指定带教老师的指导下，进行三个月一对一带教培训，经考核合格后方能独立负责各岗位工作。

（3）独立工作应具备的能力：

①具有较强的沟通和团队协作能力，能与相关工作人员共同协作。

②掌握消毒供应中心岗位职责、核心制度、应急预案、操作规程。

③掌握各类物品的回收分类、清洗消毒的要求和方法以及消毒液、清洗液的配制，掌握特殊感染物品的处理方法及流程。

④掌握各类物品的检查、包装，掌握灭菌及监测方法。

⑤掌握无菌物品的储存和发放。

⑥掌握全自动清洗机、超声清洗机、蒸汽清洗机、酸化水机、干燥柜、封口机、绝缘检测仪、各类灭菌器等的使用与观察，知晓设备一般故障的处理。

⑦掌握医院管理信息系统及追溯系统的使用。

8. 麻醉科专业护士准入制度

（1）具有护士执业资格，且在有效期内完成延续注册，原则上在临床工作满 2 年以上，经过相关培训并考核合格，方可从事麻醉科护理工作。

（2）在麻醉科指定带教老师指导下，经理论、操作及专科配合能力考核合格后，方可独立负责患者的麻醉护理配合工作。

（3）独立工作应具备的能力：

①掌握麻醉科规章制度、工作流程、岗位职责、麻醉护理学基础理论、麻醉药理学与解剖学基础、各类麻醉方式（全身麻醉、椎管内麻醉等）的护理配合要点及麻醉相关并发症预防与处理措施。

②掌握麻醉科专科护理技术操作规程和急救技能（如心肺复苏、除颤、气道管理辅助等），能独立完成常规麻醉全程护理配合。

③掌握麻醉机、呼吸机、监护仪、注射泵等常用仪器设备的安全使用、日常保养及简单故障排查方法。

④熟悉麻醉科突发事件（如麻醉过敏、呼吸抑制、心跳骤停等）应急流程和常见急、危、重症患者的麻醉抢救护理配合技巧。

⑤熟悉麻醉药品和精神药品管理规定、消毒隔离制度及职业暴露防护措施，严格执行无菌操作原则。

⑥熟悉麻醉科工作区域布局（预麻室、手术间、复苏室、麻醉药品库房等），明确各类设备、药品及急救物品的定位与使用流程。

⑦具备敏锐的病情观察能力、突出的应急应变能力，以及良好的沟通能力和团队合作精神，恪守护理职业道德，保护患者隐私。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会办公室.关于印发《江苏省血液净化技术管理规范（2025 年版）》的通知：苏卫办医政〔2025〕22 号[EB/OL].https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2025/12/10/art_55461_11688532.html.

[2]国家卫计委医政医管局.国家卫生计生委办公厅关于医疗机构麻醉科门诊和护理单元设置管理工作的通知 [EB/OL].(2017-12-01).http://www.nhfpc.gov.cn/yzygj/s3593/201712/251fb61008bc487797ed18a3a15c1337.shtml.

[3]徐能梦,陈罡,李文奇.基于虚拟仿真教学平台的麻醉专科护士培训[J].护理学杂志，2021，36(22):42-44.

[4]李鑫，兰星，熊莉娟，等.麻醉重症监护室护士岗位培训方案的构建研究[J].中华急危重症护理杂志，2022，3(5)：402-406.

[5]杨婷婷,康佳敏,邢雪燕,等.国内外麻醉护士在职教育培训课程的研究进展[J].护理学报，2024，31(1)：45-49.

[6]余遥,赵体玉.麻醉专科护士在职培训体系的构建与实践[J].护理研究,2018,32(3)：388-392.

四、修订原因

1. 根据《江苏省血液净化技术管理规范（2025 年版）》修订血液净化中心护士执业准入要求。

2. 增订麻醉科专业护士准入制度。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 09 月第 4 次修订

2025 年 05 月第 5 次修订

2026 年 02 月第 6 次修订

护士分层级管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-003-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为进一步加强护士队伍建设，深化护士岗位管理工作，以推行护士能力分级管理为重点，以护士能力和专业技术水平为主要指标，建立以临床实际工作能力为主导的护士职业生涯晋级平台，做到人尽其才，才尽其用，根据《江苏省实施医院护士岗位管理的指导意见（2024 年版）》及相关文件精神，结合医院实际，制定本制度。

二、内容

1. 坚持以推行护士能力分级管理为重点。对不同层级的护士赋予相应的岗位职责，使护士护理能力与患者病情、医疗康复需要相适应，保障患者安全和护理质量。

2. 以护士临床护理服务能力和专业技术水平为主要指标，合理划分护士层级，并对分级晋阶、分级培训、分级使用等过程进行综合管理，建立符合专科工作特点及

有利于学科发展的能级构成比例。

3. 层级划分

护士分为N0—N4五个能级，具体类别如下：

（1）N0级：岗前培训合格，从事临床护理工作1年内的护士。此级人员可在N1级及以上护理专业人员的指导下，逐步适应岗位任务，能负责病情较轻病人的护理，完成一般常规工作。

（2）N1级：从事临床护理工作1—3年左右，相当于护理专业技术职务中护士、护师阶段。此级人员能认识患者病情变化的特点，运用知识与经验分析问题，识别异常情况，完成最基本的临床护理工作，可在N2级及以上护理专业人员的指导下，逐步适应岗位任务，能负责病情较轻患者的护理，完成一般常规工作，并在此阶段完成护士规范化培训。

（3）N2级：医院聘任的护师及以上职称，从事临床护理工作4—8年左右。此级人员对临床工作情境有整体的理解，熟练掌握岗位所需的知识和技能，胜任岗位职责要求，能独立负责危重病人的护理。有带教能力，承担临床实习或见习带教。

（4）N3级：医院聘任的中级及以上职称护士，从事临床护理工作8年以上；或获得市级专科护士证书后工作3年及以上；或获得省级及以上专科护士证书后工作1年以上。此级人员具备专科护理能力，胜任专科护理岗位职责，能独立负责疑难危重复杂病人的护理，掌握较高难度的专科护理技术，进行专科护理指导；承担专科护理门诊工作，有专业的自我发展及带教他人的能力；承担临床总带教、新护士导师或专科护士导师工作，参与临床护理研究、质量改善项目、循证护理等工作并有所贡献。硕士及以上学历放宽工作年限至6年以上。

（5）N4级：医院聘任的具有副高级及以上职称，从事临床护理工作10年以上；或获得省级及以上专科护士证书后工作6年以上。此级人员能负责疑难危重复杂病人专科护理，高质量多学科联合查房、护理会诊，引领专科研究、质量改善项目、循证护理等工作并有所成果。

4. 护士长及以上管理人员原则上从N3及以上级别临床护理专业人员中产生，N2以上级别临床护理专业人员可承担带教任务。

5. 医院临床护理专业人员队伍N0:N1:N2:N3:N4逐步调整，力争实现较合理的比例构成为0.5:1.5:4.5:3:0.5。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知[Z].国卫办医发〔2020〕11号，2020.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案[Z].苏卫办医政[2021]3号，2021.

[3]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[4]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行调整。

五、修订记录

2018 年 12 月第 1 次修订

2021 年 04 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

护士分级使用制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-004-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为合理使用不同层级护理人员，充分发挥各层级护士的专业能力与作用，保障患者安全和护理质量，根据《江苏省实施医院护士岗位管理的指导意见（2024 年版）》及医院相关制度，结合医院实际，制定本制度。

二、内容

（一）护士分级使用应与护士岗位设置、绩效分配、职称评聘有机结合，体现能级对应、责权一致、优劳优得的原则。

（二）分级使用原则

1. 按能级对应原则使用。根据护士的层级安排与其临床护理服务能力和专业技术水平相适应的岗位职责与工作任务。

2. 按患者病情轻重与护理难度匹配原则使用。病情较轻、护理需求相对简单的患者，可由较低层级护士负责；病情危重、疑难复杂、护理难度大的患者，应由较高层级护士负责。

3. 按责任制整体护理原则使用。每名责任护士平均负责不超过 8 名患者，层级较高的护士应承担病情较重患者的护理任务，并对低层级护士进行指导。

4. 按动态管理原则使用。护士层级发生晋级、降级、科间调动等变动时，应同步调整其使用层级和岗位职责。

（三）各层级护士使用要求

1. N0 级护士使用要求：

（1）在 N1 级及以上护理专业人员指导下开展工作；

（2）负责病情较轻病人的护理，完成一般常规工作；

（3）不得独立承担危重病人护理，不得独立承担带教任务。

2. N1 级护士使用要求：

（1）在 N2 级及以上护理专业人员指导下开展工作；

（2）负责病情较轻患者的护理，完成一般常规工作；

（3）不得独立负责危重病人护理，可在 N2 级及以上护士指导下参与临床实习或见习带教辅助工作。

3. N2 级护士使用要求：

（1）能独立负责危重病人的护理；

（2）承担临床实习或见习带教；

（3）可作为机动护士人力资源库的储备；

（4）可参与病区日常护理质量管理。

4. N3 级护士使用要求：

（1）能独立负责疑难危重复杂病人的护理，进行专科护理指导；

（2）承担专科护理门诊工作；

（3）承担临床总带教、新护士导师或专科护士导师工作；

（4）参与临床护理研究、质量改善项目、循证护理等工作；

（（5）可作为护士长及以上管理岗位的人选。

5. N4 级护士使用要求：

（1）负责疑难危重复杂病人专科护理；

（2）开展多学科联合查房、护理会诊；

（3）引领专科研究、质量改善项目、循证护理等工作；

（4）承担高级研修、对外交流或访问、专科护士资质培训等任务；

（5）参与医院护理管理、教学和科研工作的决策与指导；

（6）可作为护理管理岗位、临床专科护士岗位的重要人选。

（四）岗位使用管理

1. 临床专科护士岗位原则上由 N3—N4 级护士担任，病区共享，单元也可设置。

2. 临床教学护士岗位原则上由 N2 及以上级别护士担任。

3. 护士长及以上管理岗位原则上从 N3 及以上级别临床护理专业人员中产生。

4. 机动护士人力资源库原则上以N2级以上临床护士作为储备。

5. 一线临床护理岗位护士的职称晋升应予优先考虑；优化内部绩效分配结构，向职业风险较高、工作强度较大的临床护理岗位倾斜。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知[Z].国卫办医发〔2020〕11号，2020.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案[Z].苏卫办医政[2021]3号，2021.

[3]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023版）[Z].2023.

[4]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行调整。

五、修订记录

2018年12月第1次修订

2021年04月第2次修订

2025年01月第3次修订

专科护士管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-086-05	制定时间：2013-05-03
适用范围：全院护士	修订时间：2025-06-08
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-08-01

一、目的

为全面推动我院护理人才队伍建设与发展，充分调动专科护士工作积极性，明确专科护士职业规划和发展方向，特制定本制度。

二、内容

1．专科护士通过选拔、考核、审批，经过中华护理学会、省市级专科护士培训基地培训并获得专科护士培训证书。

2．在护理部和护士长的指导下完成本职工作，配合专科护理小组制定专科护理工作计划并落实；负责专科门诊、专科查房、专科质控、专科会诊、教学培训、规范

化操作流程及专科质量标准修订等工作。

3．专科护士经培养学成回来后，需以文字形式向所在科室护士长及护理部汇报学习体会和工作规划，定期向专业学组汇报工作进展情况。省级及以上专科护士工作一年后，需以 PPT 的形式作全院范围的经验分享和工作汇报。

4．专科护士核心能力要求包括专业实践能力、评判性思维能力、管理能力、协调沟通能力与专业发展能力五个方面。

（1）专业实践能力：掌握本专业理论及专科技能，对本专科的疑难危重病例提供直接护理指导，主持专科护理会诊，参与指导及修订本专科操作流程，为患者提供个性化的健康指导。

（2）评判性思维能力：全面评估患者的健康状况，预见疾病的发生、发展和转归，给予预见性护理，充分利用循证依据、指南解决临床护理疑难问题，制定本专业临床护理实践的标准。

（3）管理能力：掌握患者的安全管理要求和突发事件的处理流程，运用品质管理工具参加专科护理指标监测，提出改进策略，促进护理质量持续改进。以循证护理为指导，负责制定和修订本专业护理工作指引、专科护理常规、专科护理质量评价标准。

（4）协调沟通能力：掌握有效的沟通技巧，与患者建立良好的护患关系，做好自我的情绪管理，具备冲突管理技巧，运用多学科合作模式与医师加强合作，提升健康服务水平。

（5）专业发展能力：了解本专业发展的动态，主动学习相关知识，开展讲座等提升本部门及全院护理人员的专业水平，积极参加专科小组活动，参与科学研究并将研究结果进行成果转化，撰写护理论文，充分运用循证护理依据创新护理技术。

6. 护理部根据专科护士的工作情况，推荐其参加各级护理学会相应专业委员会，推动地区相关专业的发展。

7. 每年 12 月份进行专科护士工作能力评价。

三、参考文献

[1]刘静，吴利平，张子怡，等.专科护士分层级岗位管理体系构建研究[J].卫生行政管理，2025，43(10)：128-133.

[2]黄蝶卿，黄惠根，陈凌，等.专科护士的培养与管理实践[J].护理学杂志，2018，33(3)：73-77.

[3]霍晓鹏，张红梅，赖小星，等.专科护士多层次复合型管理方案的构建与实践[J].中华护理杂志，2024，59(07)：842-847.

[4]马彩文，李国宏.国内外专科护士使用和管理研究进展[J].中华现代护理杂志，2022，28(03)：415-420.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 整合专科护士核心能力要求、年度评价等内容。

五、修订记录

2014 年 01 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2021 年 09 月第 3 次修订

2025 年 06 月第 4 次修订

护士分级晋阶制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-005-05	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为规范全院护理人员的晋级考核评价，确保护理人员分级晋阶的实施有据可循，特制定本制度。

二、内容

（一）晋级考核程序：

1．护理部制定系统化的培训方案，并对每个技术级临床护士的业务能力按标准进行考核，实行严格的准出晋级制度。考核不合格的护士，不得进入上一级的岗位。

2. 常规能级进阶每年办理一次，每年 12 月进行综合评价，各病区护士长为初审人员，复审由护理部成立晋级评价小组，进行各级护理人员晋级审核。符合相应能级任职资格的人员（病、事假累计时间≥3 个月不予晋级）。

3. 符合晋级条件者，个人申请后，由护士长统一提交各级护理人员晋级申请表及各项附件，由科护士长审核呈护理部核实后，晋级并记录在护士能力晋级手册。因病、事假累计时间≥3 个月不予晋级者，可在次年 6 月提交个人申请，护理部按流程组织年中晋阶审查（年中晋阶审查只限因病、事假累计时间≥3 个月不予晋级者）。

4．对于有工作经验的新入职护士：入职 3 个月后对照层级准入标准，个人提出相应层级晋阶申请，按晋阶审查流程，通过科室审查、大科审查后报护理部，护理部根据考核结果进行层级调整。

5．科间调动：调入科室 3 个月内对照专科层级准入标准进行评级，如有层级变动，按晋阶审查流程，通过科室审查、大科审查后报护理部，护理部根据考核结果进行层级调整。

（二）晋级考核内容：

1. 专科理论和专业知识的评估和考核：参加医院各层级组织的理论考试。

2. 技能的评估和考核：包括护理操作技能；教学能力；组织、协调及管理能力等。

3. 临床护理实践的评估与考核：包括护士临床工作能力考核及实际护理的案例数作为评估的参考指标。

4. 满意度测评：参照病区调查问卷和护理部、行风办满意度调查结果。

5. 合格指标：合格分为85分。其中理论及专业知识、技能测评、临床护理实践等的考核每项均按100分制计算，理论80分为合格；技能85分合格；读书报告60分合格。

（三）护士岗位分级实行滚动式管理，每三年进行评价，如在规定周期内未履行岗位职责或未完成相应工作者，综合评价未达标者予以降级。发生以下情况立即予以降级：在规定周期内发生医院年度考核不合格、不符合任职条件、影响较大的恶劣行为或发生重大责任性不良事件者。

（四）持续改进：每年护士长仔细分析护士晋级执行情况，找寻不足，分析原因并持续改进。护理部根据每年的晋级情况，修订和完善下一年度晋级方案，使之趋于合理、规范、可操作，从而最大发挥护理潜力，最大效应提升护理服务品质，提高患者满意度，保障患者的利益。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行调整。

五、修订记录

2019年08月第1次修订

2020年11月第2次修订

2021年04月第3次修订

2025年01月第4次修订

护理人力资源管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-015-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为确保护理工作的连续性、提升专业照护的水平，确保各项护理工作顺利开展，特制定本制度。

二、内容

1. 按照护理事业发展规划指标要求，结合医院实际情况，科学合理配置护士人力。原则上临床护理岗位护士数量占全院护士数量的比例不低于95%。

2. 要根据临床科室特点、患者病情轻重和临床护理工作量，按照责任制整体护理的工作模式差异化配置数量适宜、结构合理的护士，病房平均实际床护比不低于1:0.4。

3. 动态调配护理人力资源。动态监测护理人力资源配置的核心指标，根据床护比、护患比等进行人力调整。建立机动护士库，有紧急情况下护理人力资源调配方案。

4. 合理排班。遵循满足患者护理需求、各班工作量相对均衡、人员相对固定及能级搭配合理的原则进行排班。病房护士的排班应与责任制整体护理模式要求相适应，原则上白班每位责任护士照护患者数≤8人。夜班和各科室高峰时段，当危重患者比例超过20%，应排双班。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知[Z].国卫办医发〔2020〕11号，2020.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案[Z].苏卫办医政[2021]3号，2021.

[3]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023版）[Z].2023.

[4]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 明确了人力配置依据等等。

五、修订记录

2013年01月第1次修订

2019年08月第2次修订

2023年07月第3次修订

2025年01月第4次修订

临床护理人员排班管理规定

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-016-07	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

在保障患者安全与护理质量的前提下，通过公平、透明、高效的人力资源调度与考勤管理，为实现科室的顺畅运转，特制定本规定。

二、内容

（一）护理排班原则

1. 以患者的护理需要为基本原则，适应护理工作的连续性，确保 24h 连续、安全护理。

2. 扁平化管理原则。单元内护理力量安排由护士长（或护理负责人）采取预排班与实时调整的方法，体现以患者为中心的责任制整体护理要求。

3. 人员结构合理，确保患者安全。在满足患者护理需求的基础上，各班工作量相对均衡，人员相对固定及能级搭配合理，同一患者宜由相对固定的护士分管护理工作。

4. 动态调配人力，关注重点环节。每天应安排 1-2 名备班护士，遇到人力资源紧张等情况，护士长可调配备班护士上岗，保证护理质量。原则上白班每位责任护士照护患者数≤8 人。夜班和各科室高峰时段，当危重患者比例超过 20%，排双班。

5. 保持公平原则，适当照顾员工的特殊需求。排班时，应以一视同仁的态度关爱护士，尽量满足护士的合理需求，实行弹性排班。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知[Z].国卫办医发〔2020〕11 号，2020.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案[Z].苏卫办医政[2021]3 号，2021.

[3]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[4]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据医院相关制度和要求，明确排班的原则与请假的流程。

五、修订记录

2011 年 01 月第 1 次修订

2013 年 06 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2023 年 07 月第 5 次修订

2025 年 01 月第 6 次修订

紧急情况下护理人力资源调配方案

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-019-05	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为满足紧急状态或特殊情况下的护理人力需求，针对可能发生的工作量波动和突发事件，确保紧急情况下迅速调配护理人员到位，确保各项护理工作顺利开展，特制定本方案。

二、内容

（一）建立以分管院长领导，以护理部主任为组长、护理部副主任为副组长、科护士长为成员的护理人力应急调配领导小组。

（二）紧急情况下护理人力资源调配依据：

1. 病房紧急缺编。

2. 突发公共卫生事件：如传染病疫情、自然灾害、事故灾难等。

3. 院内紧急情况：如大型手术、突发事件等。

4. 重大活动期间：如重大节日、庆典活动等。

（三）报告程序

1. 正常上班时间：护士→护士长、科主任→科护士长→护理部主任→分管院长。

2. 中午、夜班、节假日：护士→护士长、科主任→护理总值班及科护士长→护理部主任→分管院长。

3. 特殊紧急情况下，可根据具体情况越级上报或直接通知相关人员，或向其他科室人员请求紧急援助。

（四）护理部接到报告后，应立即启动紧急情况下护理人力资源调配应急预案，

由护理人力应急调配领导小组统一指挥，协调各方面的工作，各科室应本着以大局为重的原则，服从调配，不得以任何理由推诿、拒绝。

（五）紧急调配护士必须保持 24 小时通讯畅通，遇到紧急情况时，护理部主任可直接与各科室护士长联系，安排可调配人员，及时有效上岗。

（六）具体调配方案根据紧急事件情况、护理工作量、护理人员缺编情况等因素合理配备人员，必要时全科护理人员参加，统一服从调配，保障紧急状态下护理安全与护理质量。

1. 当护理工作量未变但实际工作的护士数量减少 15%以上，或护士数未变但护理工作量增加 15%-20%时，遵循科室—大科—护理部三级依次调配原则进行应急调配。遇有重大抢救或群伤事件或急诊室、ICU 等部门工作量突然大幅增加时，按“医疗突发公共事件应急预案”报护理部调配护士，全院紧急调配流程见附件。

2. 病区护士节假日应急调配预案：各病区每日安排 1-2 名本科室备班，工作量超过值班负荷时直接报告护士长通知备班护士;遇有重大抢救或群伤事件时报护理部/护理总值班。

（七）护理部有计划、有组织、系统地对紧急调配护士进行院内院外的业务培训，提高小组成员专科理论知识、实践技能及应急反应能力。

（八）紧急调配护士接到应急通知应及时根据指令参与应急工作，一般 30 分钟内到达通知地点，凡接到应急通知不能及时到岗者，将追究责任到个人，并纳入护理质量考核及医院年度考核，情节严重者根据医院规章制度及相关法律法规处置。

三、参考文献

[1]杨姗姗，刘素蓉，胥丽，等.精准护理应急管理体系在突发事件救援中的应用研究[J].中国实用护理杂志，2020，36(34):2695-2700.

[2]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据医院相关制度和要求，完善全院护士应急调配预案。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

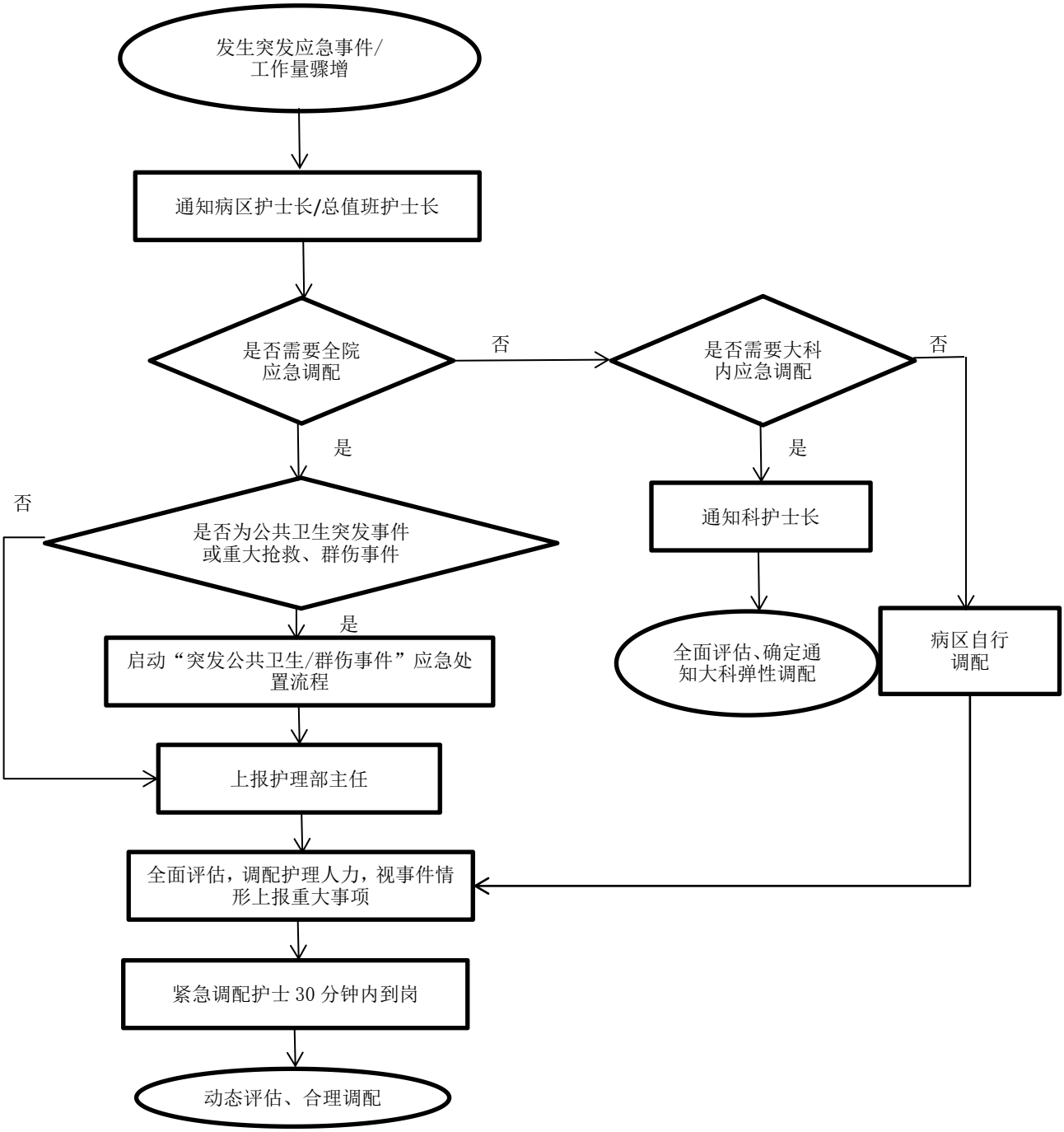
2021 年 09 月第 2 次修订

2023 年 07 月第 3 次修订

2025 年 01 月第 4 次修订

附件

护理人力全院紧急调配流程



护理人力资源动态调配制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-018-06	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为确保护理工作的连续性，提高管理效率，应对工作中的风险与变化，确保各项护理工作顺利开展，特制定本制度。

二、内容

1．护理部根据床护比、护患比等实行护理人力资源动态调配，各护理单元结合专科特点、床位使用情况、护理工作量等实行多种形式的弹性排班。

2．护士长整理全科人员通讯录，放在每位值班护士均知晓的位置。遵循科室—大科—护理部依次调配原则，科室遇重大抢救等特殊事件需临时调配人员时，本科室无法解决的，由护士长向科护士长汇报，由科护士长在大科范围内临时调配。大科无法解决的由科护士长汇报护理部。

3．节假日，各护理单元必须安排 1-2 人备班，备班者保持通讯工具畅通，随叫随到。当工作量超过值班负荷时，应汇报护士长安排备班人员到岗支援。

4．遇特大抢救、重大突发事件等紧急状态或特殊情况时，值班护士应及时向护士长及护理总值班汇报，护理总值班必须及时赶到现场，协助做好人员调配工作，确保护理工作顺利开展，并酌情向护理部汇报。

5．护士长外出开会、学习、调休者，必须事先汇报护理部，同时安排科内临时负责人。

6．各级护理人员休假，必须根据科室工作情况统筹安排，以确保护理工作顺利进行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知[Z].国卫办医发〔2020〕11 号，2020.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案[Z].苏卫办医政[2021]3 号，2021.

[3]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[4]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.

https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 明确了人力资源动态调配的依据、特殊情况下人力调配的流程等。

五、修订记录

2011 年 09 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2020 年 08 月第 3 次修订

2023 年 07 月第 4 次修订

2025 年 01 月第 5 次修订

机动护士库管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-020-05	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为优化人力资源配置，提升突发公共事件应急处置能力，确保突发事件以及特殊情况下临床护理人力应急调配，特制定本制度。

二、内容

（一）机动护士库管理制度

1. 实行护理部主任负责制，全面负责紧急情况下护理人力资源调配。数量可按照全院护士总数 7.1%-8.7%的比例配置。确保紧急情况下迅速调配护理人员到位，保证患者安全。

2. 机动护士库成员分为紧急调配护士和弹性调配护士，各队人员按标准准入。

3. 实行 24 小时备班制，机动护士必须保持 24 小时通讯畅通，要求机动护士当月不得离宜，接到任务能够在 30min 到达医院。

4.机动护士库人员必须遵守各项劳动纪律，在接收指令后被调配人员及时有效上岗，保障紧急状态下护理安全与护理质量。

5. 机动护士库人员要与紧急事件相关人员密切配合，相互协作。

6. 机动护士库人员应按时参加护理部组织的各种护理知识及技能培训，并进行相关的考核。

（二）紧急调配护士准入标准与职责

1. 准入标准

（1）为N3及以上能级护士。

（2）取得市级以上专科护士资质，或经过专科进修培训并合格，有急重症单元轮转经历人员优先。

（3）专科护理技能过硬，同行认可。

（4）身心健康，工作认真负责。

2. 工作职责

（1）主要为突发公共卫生事件和自然灾害的救护、特发重大抢救和科室急重症患者增多时提供援助，工作中“以患者为中心”，为急危重患者提供专业的护理照护，护理措施落实到位。

（2）按时到岗，坚守岗位，不得擅离职守，工作认真负责、态度和蔼热情。

（3）执行被援助科室的护理常规、工作流程。

（4）服从被援助科室护士长或负责人的安排，遵守相关的规定与要求。

（5）自觉参加相关护理知识及技能的培训，不断提高能力素质。

（三）弹性调配护士准入标准与职责

1. 准入标准

（1）为N2及以上能级护士。

（2）掌握医院护理工作制度和工作流程。

（3）具备临床护理患者的能力，同行认可。

（4）身心健康，工作认真负责。

2. 工作职责

（1）主要为科室工作超负荷、护理人力不足时予以人力补充。工作中“以患者为中心”，各项护理措施落实到位。

（2）按时到岗，坚守岗位，不得擅离职守，工作认真负责、态度和蔼热情。

（3）执行被援助科室的护理常规、工作流程。

（4）服从被援助科室护士长的安排，遵守相关的规定与要求。

（5）自觉参加相关护理知识及技能的培训，不断提高能力素质。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院令.护士条例[EB/OL].（2008-01-31）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2008/content_912536.htm.

[2]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023版）[Z].2023.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34号[EB/OL].（2024-12-31）.

https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 明确紧急调配护士、弹性调配护士的准入标准及工作职责。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2021 年 09 月第 2 次修订

2023 年 07 月第 3 次修订

2025 年 01 月第 4 次修订

护士岗位培训制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-023-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为规范护士岗位培训，确保培训有序、同质开展，进而提升培训效果，提高护士的临床实践能力和专业素养，以适应护理学科以及临床护理发展的需要，特制定本制度。

二、内容

1. 护士岗位培训要以岗位需求为导向、岗位胜任力为核心，注重护士核心能力的培养，突出护理专业内涵，以适应护理学科以及临床护理发展的需要。

2. 护士岗位培训包括护士规范化培训、不同层级护士核心能力培训、护士继续教育、专科护士培训等。

3. 建立和完善分层岗位培训

（1）N0 级：侧重岗前培训和岗位培训。岗前培训包括医院概况、各项规章制度及工作流程、院感防控基础知识、核心制度、职责、常用护理操作技能等内容，培训考核合格后才能进入临床接受岗位培训。新护士岗位培训以临床科室带教为主，包括科室规章制度、岗位职责、工作流程及常用护理操作技术、护理程序、责任制整体护理要求及常见病护理、检查、药物知识等。

（2）N1 级：侧重规范化培训。以“师带徒”为主要形式，通过 N2 级及以上护理专业人员直接带教，掌握查体评估、基础护理、专业基本技能、制度流程、护理常规和规范等基本要求。

（3）N2 级：岗位自学、继续教育培训或护理专业化培训，通过床边带教、案例

分析及技能的培训等方式，掌握专科护理、重症护理和带教方法，熟悉护理新技术、新业务，有潜力发展成为专科护士。

（4）N3 级：院外进修或省级以上专科护士培训，掌握个案护理、循证护理、质量控制和教学管理的知识及要求。

（5）N4 级：高级研修、对外交流或访问，掌握疑难、急危重症护理，熟悉管理、教学和科研工作的知识及要求。

4. 护理部制定系统化的培训方案，并对各层级临床护士的业务能力按标准进行考核，实行严格的准出晋级制度。考核不合格的护士，不得进入上一层级的岗位。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知[Z].国卫办医发〔2020〕11 号，2020.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案[Z].苏卫办医政[2021]3 号，2021.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献完善各层级培训侧重点。

五、修订记录

2019 年 08 月第 1 次修订

2021 年 04 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

新护士岗前培训制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-113-04	制定时间：2013-05-03
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为培养医德高尚、理论水平及临床技术操作优秀的护士，明确课堂讲授、临床实践培训的具体方法，特制定本制度。

二、内容

1. 新护士上岗前必须接受医院及护理部组织的岗前培训。培训采取理论知识培训和临床实践技能培训相结合的方式，时间为1个月。

2. 培训内容及要求

（1）基本理论知识培训

①工作环境：熟悉医院概况、护理队伍概况、护理组织结构、工作排班、整体护理工作现状与护理程序应用等。

②法律法规及制度规范：熟悉《护士条例》等相关法律法规规章。熟悉医院相关工作流程、规章制度，掌握护理工作相关规章制度、护理岗位职责及工作流程。掌握《临床护理实践指南》《静脉输液操作技术规范》《护理分级》《临床输血操作技术规范》等规范标准。

③安全管理：掌握患者安全目标、患者风险（如压力性损伤、跌倒、非计划拔管等）的评估观察要点及防范护理措施、特殊药物的管理与应用、各类应急风险预案、护患纠纷预防与处理、护理不良事件的预防与处理等。

④护理文书：掌握体温单、医嘱单、护理记录单等护理文书的书写规范。

⑤健康教育及心理护理：掌握患者健康教育的基本原则与方法。掌握患者心理特点、常见心理问题的识别和干预措施，不同年龄阶段患者及特殊患者的心理护理。护士的角色心理和角色适应、护士的工作应激和心理保健等。

⑥职业素养及沟通技巧：熟悉医学伦理、医学人文、医德医风、护理职业精神、职业道德和职业礼仪等。掌握沟通的基本原则、方式和技巧，与患者、家属及其他医务人员之间的有效沟通。

（2）常见临床护理操作技术培训：掌握并熟练运用常用临床护理操作技术。对最常用的操作项目在临床教学技能中心集中培训，组织临床骨干及岗位能手进行操作示范，并逐项讲解。

3. 培训结束后要进行护理理论知识和技术操作考核，合格者才能上岗，特殊科室须经专科培训考核合格后方可上岗。

4. 新护士岗前培训覆盖率应达到100%。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委办公厅.关于印发《新入职护士培训大纲（试行）》的通知：国卫办医发〔2016〕2号[EB/OL].（2016-01-22）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201602/7a5e03aa89a548e78f86fbbdf0b3c3b2.shtml.

[2]中华人民共和国国务院令.护士条例[EB/OL].（2008-01-31）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2008/content_912536.htm.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行修订。

五、修订记录

2014 年 07 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2025 年 05 月第 3 次修订

护士规范化培训制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-114-05	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为提高护理人员素质，提高护理质量，建立新入职护士规范化培训管理的相关规定，特制定本制度。

二、内容

1. 护理人员应在上岗后接受系统的、有计划的规范化培训。

2. 护理部根据上级行政部门的规范化培训要求，结合医院实际，制定我院《护士规范化培训大纲》，分两阶段三期进行。

3. 规范化培训应当包括岗位职责与素质要求、护理规范和标准、责任制整体护理的要求及临床护理技术等，以临床科室带教式为主，周期为 3 年。

4. 护理部和各科室有明确的人员负责管理培训工作，并选择合适的人员负责教学。

5. 各科室根据规范化培训大纲要求制定专科培训计划并组织实施。

6. 规范化培训护士应严格遵守轮转计划，按要求参加护理部及所在科室的各项业务学习及培训，并如实填写《护士规范化培训登记手册》。护士长每月检查科室培训人员护理工作指标完成情况及手册登记情况。

7. 各专科轮转结束需通过出科考核才能进入下一专科的培训，考核不合格者延长培训时间，直至考核合格。

8. 护理部根据培训目标及内容，对参加培训的人员统一组织一阶段、二阶段考核及结业综合评价。

9. 必须完成各阶段培训内容，完成相应的学习任务和工作量，并且各项考核成绩合格，方可认为已完成护士规范化培训。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委办公厅.关于印发《新入职护士培训大纲（试行）》的通知：国卫办医发〔2016〕2 号[EB/OL].（2016-01-22）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/

c100068/201602/7a5e03aa89a548e78f86fbbdf0b3c3b2.shtml.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 结合医院护理工作实际，明确规范化培训目的，根据2024版《护理管理工作规范》对规范化培训制度进行修订与完善。

五、修订记录

2010年08月第1次修订

2014年07月第2次修订

2019年08月第3次修订

2025年05月第4次修订

护理“三基”培训考核制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-115-04	制定时间：2013-05-03
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为护士知识更新，提高技术水平意识，增强护士的规范意识，明确培训的对象及方式、考核内容、要求，特制定本制度。

二、内容

1.“三基”包括护理基本理论、基本知识和基本技能；“三严”包括严格要求、严密组织、严谨态度。基本专业知识和基本专业技能是护士开展工作的必要条件。

2. 由护理部制定对各级、各类护士的培训计划，并定期考核，使之达标。

3. 培训对象及方式：N0-N1级护士纳入护士规范化培训，N2级及以上护士以自学为主，集中培训为辅，实践为重，通过护理查房等日常护理活动开展“三基”培训。

4.“三基”理论考核训练内容以“三基”应知应会、实用临床护理“三基”理论篇、临床护理“三基”个案护理、院感知识、临床护理实践指南、护理应急预案、职责、护理工作制度、危重患者护理相关知识等为主。单元内按照护理部计划安排科内三基培训，每月组织一次；护理部组织对N0-N1级护士每季度考核1次；N2级护士每年考核2次；N2级以上护士纳入护士临床工作能力考核。

5. 三基技能培训及考核，采用培训中心集中培训与科内集中培训、临床实践培训、自我训练等方式进行。各护理单元每月对科内护士操作考核两项，N0级护士以

常用护理操作为主，N1 级护士基础护理操作与专科护理操作各一项，N2 级以上护士以专科护理操作为主；护理部组织每季度抽考一次。

6．护理基础理论考试 80 分合格，基本技能操作考核 85 分合格，护士临床工作能力考核 80 分合格，考核结果与能级考评挂钩。

三、参考文献

[1]国务院办公厅。国务院办公厅关于加强护士队伍建设优化护理服务的指导意见：国办发〔2024〕36 号[EB/OL].(2024-06-26)[2024-07-09].

[2]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 结合医院护理工作实际，更新实际考核方式及要求变动进行完善。

五、修订记录

2014 年 07 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2025 年 05 月第 3 次修订

护士分层级培训制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-024-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为加强护士队伍建设，以科学的培养模式持续提升各级护士的专业能力，特制定本制度。

二、内容

（一）N0 级护士

1．培训方式：集中培训、师带徒、护理查房、护士长跟踪、自学等。

2．培训内容：

理论培训：《实用临床护理“三基”》系列；医院组织架构、各项规章制度、岗位职责、工作流程、应急预案；常见疾病护理、检查、药物及院感防控基础知识、护

理安全防范措施与职业安全防护；护理程序的运用；护患沟通的内容；护理文件书写规范。

技能培训：22 项常用护理操作项目；初级危重症监护、抢救技能。

人文素养：基本素养、患者权利与隐私保护、职业生涯规划，护士的角色定位、压力处理调适；沟通方法；医院文化和人文知识。

（二）N1 级护士（基本级）

1．培训方式：集中培训、护理查房、病例讨论、护理会诊、护士长跟踪、自学等。

2．培训内容：

理论培训：《实用临床护理“三基”》系列；轮转科室各项规章制度、岗位职责、工作流程、应急预案；各专科疾病护理常规、检查、药物及院感防控基础知识、护理安全防范措施与职业安全防护；专科急危重症患者的抢救配合及护理。

技能培训：专科护理操作；轮转科室常用仪器设备的使用；专科常见急危重患者的抢救及护理；健康教育；读书报告的书写。

人文素养：基本素养、职业生涯规划，护士的角色定位、压力处理调适；沟通方法；医院文化和人文知识。

（三）N2 级护士（胜任级）

1．培训方式：自学为主，辅以集中培训、护理查房、病例讨论、护理会诊、护士长跟踪、外出进修或学习、专科护士资质培训等。

2．培训内容

理论培训：《实用临床护理“三基”》系列；专科理论、新业务、新技术培训；临床教学能力；危重患者管理。

技能培训：《临床护理技术操作规范》的练习；专科仪器的使用、问题的处理；专科特殊检查与治疗的配合；专科急危重症抢救技术；康复功能锻炼的培训；护理质量的控制与持续改进的对策；循证护理实践（文献查证）；个案报告的书写。

人文素养：教学方法与技巧；护理法律与护理伦理；护士的角色定位。

（四）N3 级护士（骨干级）

1．培训方式：自学为主，辅以集中培训、病例讨论、护理会诊、护理查房、护士长跟踪、外出进修或学习、专科护士资质培训等。

2．培训内容

理论培训：《实用临床护理“三基”》系列；专科理论、新业务、专科护理动态、新技术培训；临床教学能力；护理质控能力；护理风险管理能力；护理科研。

技能培训：专科护理技能；抢救技能；疑难、危重患者的观察、急救与护理；循证实践（证据转化）；专科论文的撰写。

3．人文素养：护理法律与护理伦理；跨科室问题的沟通与协调。

（五）N4 级护士（专家级）

1．培训方式：以自学为主、组织护理培训/查房、病例讨论、护理会诊、外出进修或学习、专科护士资质培训等。

2．培训内容：参加科室、大科、护理部业务学习；组织科内、跨科、护理部护理专业理论培训；组织各级护理查房；跨科室问题的沟通与协调。

三、参考文献

[1]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社，2024:222-242.

[2]祝益民，岳丽青.医院护理管理工作规范[M].长沙：湖南科学技术出版社，2024：109-111.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献完善、细化各层级培训方式及培训内容。

五、修订记录

2019年08月第1次修订

2021年04月第2次修订

2025年01月第3次修订

护士继续教育制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-117-07	制定时间：2005-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-10-10
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范护理继续教育管理，提高护理继续教育质量和效果，满足护理人员不断更新护理学新理论、新知识、新技术、新方法需求，进而提高护理人员的整体素质和水平，以适应临床护理和教学需要，特制定本制度。

二、内容

继续护理学教育是指护士为了保持专业知识的更新和技能的提升，所进行的一种终身性护理学教育。坚持“在职、自学、实践”的原则，以学习新理论、新知识、新技术、新方法为目的，根据医院技术发展规划和专科建设要求，进行多层次、多渠道、多形式的护理教育。

1. 护理继续教育的对象是毕业后正在从事护理专业技术工作的护理人员。

2. 继续教育实行学分制管理，护理人员每年应当接受继续教育，所获学分不低于25分，才能作为再次注册、聘任及晋升高一级专业技术职务的条件之一。

3. 护理部负责医院各层次护士继续教育培训的组织管理工作，负责落实护理专业规范化培训计划，组织阶段考核。

4. 培训方式：自学是继续护理学教育的重要形式，亦可采取短期和业余学习为主；参加继续护理学教育活动，进修培训、为同行授课、作学术报告、发表论文和出版著作等，也可参加国家、省、市级举办的继续教育项目及学术活动。

三、参考文献

[1]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024.

[2]江苏省健康教育委员会.关于印发江苏省继续教育项目及学分管理办法的通知：苏卫规（科教）〔2025〕1号[EB/OL].（2025-08-05）.https://www.jiangsu.gov.cn/art/2025/9/4/art_64797_11634964.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行修订。

五、修订记录

2006年08月第1次修订

2008年09月第2次修订

2010年08月第3次修订

2014年07月第4次修订

2019年08月第5次修订

2025年10月第6次修订

专科护士培训制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-118-01	制定时间：2025-05-05
适用范围：全院护士	修订时间：/
制定部门：护理部	修订版本：/
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为明确专科护士培养目的、报名条件、方式以及培训方式等，特制定本制度。

二、内容

1. 为医院培养一批在某一专门或者特殊的护理领域具有较高水平和专长的专业型临床护士，掌握较高的专科护理技能，能独立解决该专科领域护理疑难问题，并指导其他护士开展相关工作，特制定本制度。

2. 建立专科护士培训管理领导小组，负责各专科护士培训大纲和具体要求的制定和提出，培训学员的业务考核等工作。

3. 专科护士培训分为院内培训和院外培训。

4. 院内专科护士培训工作实行各专业组负责制，根据专科需求，可两年组织一轮。各专业组应严格按照培训大纲的要求制定教学计划，并严格按计划实施培训工作。同时，建立完善的培训技术档案，及时、如实、详细地记录培训、评估、考核等有关内容。

5. 培训方式：

（1）院内专科护士培训：（1）理论培训：通过讲座、学习班、在线教育等形式，对专科护士的基础知识进行系统全面的培训。（2）技能培训：通过模拟实践、小组讨论、临床实习、OSCE 考核培训等形式，对专科护士的临床技能进行实际操作和培训。（3）案例研讨：通过分析和解决实际工作中遇到的问题和疑难病例，提升专科护士的问题解决能力和临床思维能力。（4）培训结业考核：学员培训结束后，进行理论知识考核、临床实践考核及 OSCE 考核等，合格后颁发专科护士培训合格证书。

（2）院外专科护士培训：遵循护理人员外出学习制度，选拔符合条件的护士到市级、省级、国家级专科护士培训基地培训，考核通过获得专科护士培训合格证书。

三、参考文献

[1]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024.

护士在职教育及考评制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-119-04	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为护士提供全面、持续、终身的教育体系，确保护士的知识和能力适应医学、护理学和社会发展的需求，满足群众日益增长的健康医疗护理服务需求，特制定本制度。

二、内容

（一）培训部门：护理部、大科、专科护理小组及科室

1．护理部根据护理人员工作岗位职责、专业层级要求及学科未来的发展方向和需要等制定护士在职教育培训计划，并组织实施。

2．大科、科室根据护理部计划制定相应培训计划，并组织实施。

3. 专科护理小组制定专科培训计划，并组织实施。

（二）培训形式

1．自学是在职教育的重要形式，要求护理人员自觉加强学习，提高自身素质。

2．由护理部、大科、科室组织学习、查房、疑难病例讨论、考核。

3．参加短期培训班。

4．到上级医院进修学习。

5．参加高等教育学习。

（三）考评

1．护理部、科护士长每季度，护士长每月对科室培训情况进行考评。

2．护理部组织的理论及技术操作考核，执行三基考核培训及考核要求，护理基础理论考试80分合格，基本技能操作考核85分合格，护士临床工作能力考核80分合格，对考试不合格人员组织补考，直至合格。

3．科室、护理部考核结果与奖惩挂钩。

三、参考文献

[1]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考内容进行修订与完善。

五、修订记录

2013年01月第1次修订

2019年08月第2次修订

2025年05月第3次修订

护理人员外出学习制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-120-04	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为强化护理队伍人才建设，促进知识的转化与应用，最终实现提升护理质量，达

成个人与医院的协同发展，特制定本制度。

二、内容

1．为切实提高护理人员的理论及专业技术水平，获取新知识、新技术，必须重视护理人员的外出参观学习，积极争取机会，以拓宽眼界，创新思维。

2．护理部或科室安排的外出培训、进修学习，内容必须与护理相关，能反映专科新进展，提高专科护理水平和能力。

3．科室安排的外出学习由个人提出申请，经护士长上报，科护士长、护理部及科教管理部门审核同意后方可外出学习。

4．外出培训的人员必须提交总结报告，在本科室或护理部层面进行汇报，总结报告交护理部留存，保证 1 人培训多人受益的目的。

5．外出学习者必须自觉、严格地遵守学习班和医院的各项规章制度，维护医院和自身的形象，有违纪者 2 年内不得再次外出参观学习。

6. 外出进修（包括专科护士）前须和组织人事科签订协议，明确回院后服务期；服务期未满违约者，须全额退回培训期间医院支付的进修培训费用，并赔付违约金。

三、参考文献

[1]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 结合医院护理工作实际，进一步明确外出学习的流程。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2021 年 09 月第 2 次修订

2025 年 05 月第 3 次修订

护理人员考核制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-021-04	制定时间：2013-05-03
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为规范全院护理人员的考核评价，确保护理人员考核的实施有据可循，特制定本制度。

二、内容

（一）考核时机及内容

1. 岗前培训结业考核：岗前培训结束时理论考核护理相关职责、制度、法规及护理专业知识和服务流程等；操作考核基础护理技术操作项目。

2. 独立值班考核：独立值班前由各病区护士长参考《护士执业准入制度》的要求，组织对专业水平临床实践能力及解决问题能力的考核，包括理论、技术操作及综合能力评价，科护士长参与并审核。

3. 三基考核：按护理部“护士三基培训及考核计划”要求完成科室和护理部考核。

4. 规范化培训考核

（1）出科考核：各专科轮转结束前由所在科室具体负责职业素养评价、专科理论及技能考核。

（2）阶段考核：上岗第 1 年为一阶段，第 2-3 年为二阶段。每一阶段结束，由护理部统一组织理论、操作及临床工作能力考核。

（3）培训结业考核：对上岗 3 年的护士在规范化培训结束后实施综合评价。包括独立值班、理论考核、操作技能考核、临床工作能力考核、护理工作量指标完成、同行评价、患者评价、护理安全等。

5. 能级晋级考核：每年 12 月，开展全院护士能级进阶考核与评价工作，具体内容及流程详见《护理人员晋级考核制度》。

6. 年终考核：每年 1 次，对本年度个人工作总体情况的考核，包括德、能、勤、绩等方面。

7. 医务人员医德医风考核：每年一次，一般与年终考核同步，个人按照医德考评标准进行个人总结与自评，由科室组织考核评价。

8. 护理人员绩效考核：具体见《护理人员绩效考核制度》要求。

9. 专科护士考核：考核对象为完成专科护士培训并取得证书的人员，每年底开展全体专科护士工作评价，对专科护士的专业实践能力、评判性思维能力、管理能力、沟通协调能力、专业发展能力进行评价。

10. 护理管理人员考核：每季度对任期内护士长考核一次，考核内容包括护理单元护理质量与安全管理、危重患者管理、患者满意度、成本效益及风险等；年终结合各层级年度目标任务书对护理管理人员进行考核。

（二）考核方式：包括专业理论、专业技能、临床工作能力考核、个人提交材料审核等。

（三）考核形式：包括个人自评、同行评价、考核小组评价、上级主管部门考核、患者满意度测评等。

（四）考核组织纪律与监督：严格执行各项考核工作实施方案，自觉接受上级部

门和群众监督，确保考核公开、公平、公正。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据医院考核项目、内容及相关要求等进行全面梳理。

五、修订记录

2014 年 07 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2025 年 01 月第 3 次修订

护理人员绩效考核制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-022-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-01-10
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-02-14

一、目的

为加强护士队伍科学管理，促进护理服务质量和水平持续提高，更好地调动护士积极性，稳定护理队伍，按照《护士条例》《江苏省优质护理服务工作方案（2012 年）》《江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 版）》《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》及医院薪酬制度规定，特制定本制度。

二、内容

1．绩效考核按护理人员岗位职责与能级，同工同酬，岗动薪动，建立“临床导向、风险强度导向、以质为先”的绩效考核机制，遵守公平、公正、公开的原则，绩效分配重点向职业风险较高、工作强度较大的临床护士倾斜，建立激励性分配机制。

2．各专科建立并落实基于护理人员的工作量、质量、护理难度、技术要求、医德医风及患者满意度等为基础的绩效分配和考核方案。

3．护理人员实行月度绩效考评，考核结果与护理人员评优、晋升晋级、薪酬、岗位聘任等挂钩，起正向导向作用，科室绩效考核方案制定须征求护理人员意见，护理人员均知晓。

4．护理管理者实行季度管理绩效考核评价，考核结果与绩效挂钩。

5．护士对考核结果如有异议可反馈给护士长，护士长应积极与护士沟通并取得

共识，如无法取得共识的逐级汇报并商榷。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

[2]中华人民共和国国家卫生健康委员会.国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见[EB/OL].（2021-05-14）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-06/04/content_5615473.htm.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 完善各层级护理人员考核的方法及频次。

五、修订记录

2013年01月第1次修订

2017年09月第2次修订

2019年08月第3次修订

2025年01月第4次修订

护理人员奖惩制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-097-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-08
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为规范对护理人员的管理，严肃纪律，奖勤罚懒，明确奖惩依据、标准和方式，做到公开、公平、公正，以维护正常的工作秩序，充分发挥先进典型的示范表率作用，调动护理人员工作积极性，特制定本制度。

二、内容

1．对护士的奖惩坚持实事求是的原则，坚持精神鼓励和物质鼓励相结合，教育与惩罚相结合的原则。

2．由医院推荐或申报，在各级组织的各类评比或业务比赛、技能竞赛中获得各类荣誉称号的个人或团体，根据医院规定给予相应奖励。

3．根据《宜兴市人民医院“护理服务明星评选方案”》，坚持公平、公正、公开的原则，采用科室考评、大科推荐与护理部综合考评的方法评选出季度护理服务明星和年度护理服务明星。

4．根据对患者满意度的调查结果，根据医院规定对病区及个人进行奖惩。

5．不断求知，积极开展护理科研、护理新业务新技术，且取得一定成绩的护士，按照医院规定给予相应奖励。

6．有下列情形之一，视情节轻重，分别给予处理。

（1）因护理工作疏漏、服务态度等原因引起行风投诉或纠纷的护士及护理单元，调查属实后扣除相应的科室管理考核分。

（2）违反护理工作制度导致护理不良事件的护士，经护理质量与安全管理委员会讨论认定后，给予教育指导，视情节轻重给予相关护理人员离岗培训、能级降阶并督促改进；严重者按《医疗事故处理条例》《护士条例》相关规定给予处理。

（3）由护理总值班、护理质控组、节假日查房等多种方式检查考核护理工作质量，根据考核结果扣除相应的科室管理考核分。

（4）科室护理基础管理不达标：如无菌物品、药品过期、急救物品管理不符合规范等，根据考核标准给予相应的扣分。

（5）不遵守医院规章制度及工作流程，违反劳动纪律，或有其他违章违纪行为，应予以处罚。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院令.护士条例[EB/OL].（2008-01-31）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2008/content_912536.htm.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024:46-56.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 结合参考文献内容进行调整。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2025 年 04 月第 4 次修订

三、护理管理与持续改进

护理质量管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-098-06	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-08
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为规范护理行为，提高护理质量管理水平，保障患者生命安全，特制定本制度。

二、内容

1．建立护理质量与安全管理委员会，全面负责医院护理质量管理。

2．建立护理部-科-病区护理质量与安全管理组织架构，按计划实施三级护理质量管理。

3．护理部每季度进行一次护理质量全面检查，护理部会同专科护理小组每月按质控计划对临床护理工作进行督导，对质量检查中存在的问题进行统计分析，并提出整改措施，对普遍存在的问题作为下一阶段持续督查的重点。

4．科护士长每季度进行一次护理质量全面检查，对质量检查中发现的问题，在大科护士长会议上进行分析、评价，并提出整改措施，督促、检查措施落实情况。

5．护士长每月组织质控小组进行全面护理质量检查，每月进行护理工作检查，并把存在高频、重大质量问题及整改措施在全体护士会议上进行反馈，每月将持续改进情况上报护理部备查。

6．护理总值班每晚对各护理单元值班护士服务行为规范、岗位职责进行督查，护理部对存在问题及时反馈，科护士长督查整改效果。

7．制定并细化各项护理质量标准，定期进行效果评价，修订完善评价标准以适应临床工作实际，体现质量持续改进。

8．建立切实可行的质量管理方案，包括目标、计划、措施、效果评价及信息反馈。

9．加强对全体护理人员的质量管理教育，树立质量意识，参与质量管理。

10．建立护理质量监测指标，定期进行数据收集、统计，及时、准确上报质量监测平台并分析，体现持续改进。

三、参考文献

[1]T/CHAS10-4-2-2019 中国医院质量安全管理第 4-2 部分：医疗管理护理质量管理[S].

[2]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东:广东科技出

版社，2024

四、修订原因

增加“目的”，对三级质控组织检查的内容补充完善。

五、修订记录

2010 年 08 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

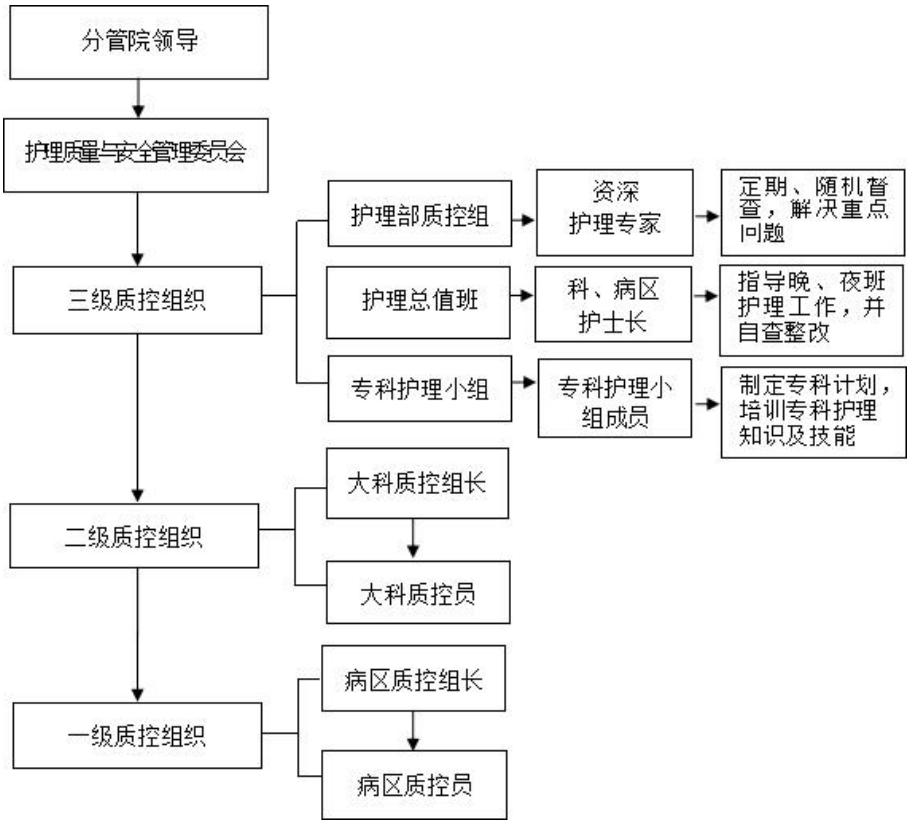
2019 年 08 月第 3 次修订

2021 年 09 月第 4 次修订

2025 年 04 月第 5 次修订

附件

护理质量管理体系



护理总值班工作制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-102-06	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-08
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为保障夜间护理工作质量，应对紧急状况下人力资源的弹性调配，增强团队安全感，特制定本制度。

二、内容

1．护理总值班在值班期间代理护理部行使权力，负责指挥、调度、督查、指导护理工作，保障全院护理工作的顺利进行。

2．掌握全院危重抢救患者的病情及护理情况，解决夜间护理工作中遇到的疑难问题，协调急诊及输液室的护理工作。

3．按照《护士长夜查房评价表》督查核心制度的落实情况，危重患者的交接、病情观察、治疗、护理措施的落实情况，并予协调与技术指导。

4．值班期间不得擅离岗位，认真填写《护士长夜间总值班记录》，次晨做好交接班工作，并向护理部汇报。

5．与行政总值班、医疗总值班保持联系，共同处理突发事件，并向护理部主任汇报。

6. 遇有突发情况调动全院机动库护士，动态调配人力。

三、参考文献

[1]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024

四、修订原因

增加“目的”，明确与医疗、行政总值班之间的工作分工以及紧急情况下人力调配的权限。

五、修订记录

2011 年 07 月第 1 次修订

2018 年 09 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 09 月第 4 次修订

2025 年 04 月第 5 次修订

目标管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-101-03	制定时间：2019-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-08
制定部门：护理部	修订版本：2
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为将组织的战略愿景转化为清晰、可执行的护理团队行动指南，通过上下协同的目标设定、过程管理和目标评价，统一团队努力方向，持续提升护理质量与效率，保障组织战略目标的实现，特制定本制度。

二、内容

目标管理是由护理管理者和护理人员共同参与目标制定，在工作中实行自我控制且努力完成工作目标的过程。通过目标管理可以统一和指导护理人员的思想和行动，保证整体性和行动的一致性。

（一）按照护理管理的层级，每个层级均应制定相应的管理目标。

（二）目标的制定人员与执行：应由所在部门护理人员共同参与、共同执行以达到目标。

（三）目标制定的依据：各级在制定目标时，应考虑以下因素：学科或专科的进展；医院的计划和发展规划；科室的计划和发展规划；本专科护理工作的现状及发展趋势。大科及护理单元在总目标的指导下制定子目标且保证整体的一致，将组织目标的实现与个人价值的实现结合在一起，满足个人的成就感。

（四）目标制定的要求：目标具有明确性、可衡量性、可达成性及时限性。

（五）目标的内容：包括人员管理、质量管理、安全管理、科研管理目标等。

（六）目标的组织落实：

1．护理部、大科及护理单元分别对各自层级目标的达成负责。

2．各级应把目标进行分解，依照执行目标的层次，进一步将目标分解为个体目标，以目标锁链的形式形成协调统一的目标体系。

3．充分发挥护理人员的积极性、主动性和创造性，运用激励与约束机制，保证管理活动取得满意的效果。

4．在目标实施过程中，管理者定期检查进展情况，及时向科室反馈考核结果，发现问题及时调整，引导其清晰认识目标实现的程度以及对绩效奖励、评优评先等方面的正负面影响。

（七）目标的评价：

1．各层管理人员应定期自我评价。

2．每年年终对年度目标进行全面评价，对未达标的目标进行原因分析，寻找差距，采取修正措施。

三、参考文献

[1]孙林，汪俊兰.基于目标管理理论的公立医院党建工作路径探索[J].中国医院，2022，26(4):68-70.

[2]汤佳，王长青，费文勇，等.苏北人民医院基于德鲁克目标管理理论的日间手术激励机制研究[J].中国医院，2022，26(6):54-56.

四、修订原因

1. 新增“目的”、“参考文献”。

2. 明确管理依据，实现过程监控与精准干预，完善目标达成与绩效考核之间的关系。

五、修订记录

2021 年 09 月第 1 次修订

2025 年 04 月第 2 次修订

护理文件管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-044-06	制定时间：2005-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-07-05
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-09-01

一、目的

为确保护理文件达到“客观、真实、准确、及时、完整、规范”的标准，通过建立和遵循更科学、更规范的制度，持续提升护理质量、保障患者安全，满足法律合规、高效运营和适应时代发展的多重需求，特制定本制度。

二、内容

按《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《病历书写与管理基本规范（2022版）》《病历书写基本规范》及有关医院配套文件规定进行文件管理。

1．护理文件由病区护士长总负责，办公班护士负责收集及整理护理文件相关资料，定点放置，各班次护理人员实行谁当班谁负责的管理原则。

2．责任护士采用 CA 登录电子病历系统完成各项评估，及时、准确完成各类记录，保存后系统自动显示护士姓名及完成时间。

3．规范保管护理文件相关资料，护理记录完成后，严禁随意修改和删除。除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门及人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

4．患者会诊或转院时携带必要的文书资料；转科时应当由病区指定专人送交病历；因办理案件需要查阅、复印病历者，按医院有关规定办理手续，确保病历档案保密性、安全性。

5．发生医疗事故争议时，值班人员立即向护士长、科主任及上级部门报告，由质量监控部门或专职人员在患者或其代理人在场的情况下封存相关文件。

6．护士长每天对护理文件书写质量进行检查，每月将存在的问题汇总后向护士反馈，并提出改进措施，督促落实。

7．患者出院后，电子病历应当设置归档状态，病历由专人检查，质控后及时提交。电子病历归档后原则上不得修改。

三、参考文献

[1]常艳群，王红艺.病历书写与管理基本规范[M].北京：人民卫生出版社，2022.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023:135-136.

[3]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知:国卫办医政函〔2025〕262[EB/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm.

四、修订原因

根据参考文献内容进行修订完善。

五、修订记录

2006 年 08 月第 1 次修订

2010 年 08 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 10 月第 4 次修订

2025 年 07 月第 5 次修订

护理文件书写制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-045-07	制定时间：2007-11-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-07-05
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-09-01

一、目的

在合法合规的前提下，通过标准化、高效化的信息记录，为最大程度地保障患者安全，提升护理质量，同时保护医护人员的合法权益，特制定本制度。

二、内容

1．护理文件书写记录要符合《病历书写规范》的要求，使用表格式护理文件。

2．护理记录的书写应该客观、真实、准确、及时、动态、完整、规范，反映护理工作的连续性，不重复记录。

3．护理文书书写应当使用医学术语，按照规定的格式和内容书写，表述准确、语句通顺、标点正确、简明扼要。

4．电子签名应实名认证，具有执业资质的注册护士方可独立电子签名。护理实习生、进修生不得单独书写护理记录。严禁代签、冒签。

5．护理文书书写体现“适时性”，即在完成护理观察、评估或措施后即刻书写。病人病情变化随时记录，病情危、重患者每班至少记录一次。

6．电子护理记录书写错误时，修改后应保留修改痕迹，确保可追溯。无纸化归档的电子文书应与系统内记录一致。

7. 因抢救急危重患者而未及时书写的记录，有关人员应在抢救结束后 6 小时内及时据实补记。

8. 严禁篡改、伪造、隐匿、销毁护理记录，严禁事后修改与实际情况不符的内容。

三、参考文献

[1]常艳群，王红艺.病历书写与管理基本规范[M].北京：人民卫生出版社，2022.

[2]陈俊强，应燕萍等，护理工作制度职责与应急预案[M].南宁：广西科学技术出版社，2023.

[3]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知:国卫办医政函〔2025〕262[EB/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据修订文献内容修订与完善。

五、修订记录

2008 年 09 月第 1 次修订

2013 年 01 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2023 年 10 月第 5 次修订

2025 年 07 月第 6 次修订

护理病例讨论制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-121-07	制定时间：2007-11-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为规范医院护理病例讨论的开展、实施及管理等，提升护理病例讨论质量与内涵，特制定本制度。

二、内容

1．护理病例讨论范畴：危重病例、疑难病例、重大手术、病区开展的医疗或护理新项目、新技术、死亡病例等。根据实际情况按需组织或参与讨论，及时解决问题或吸取经验教训。

2．护理病例讨论目的：提高护理质量、解决护理问题。

3．遇有典型罕见病例或首次开展的新技术或需要多学科讨论的疑难病例，可事先报告护理部，由护理部组织全科或全院性病例讨论，以保证讨论质量，实现资源共享、共同提高的目的。

4．病例讨论的程序：由病区责任护士提出，原则上由护士长主持，全科护理人员参加，酌情邀请专科护理小组、医疗专家作业务指导，讨论前提供书面病例摘要，供与会者参阅，确保讨论效果。

5．做好讨论记录，讨论结束主持人做小结。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023:7-21.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024:46-56.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据修订文献内容修订与完善。

五、修订记录

2009 年 01 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2021 年 09 月第 4 次修订

2023 年 11 月第 5 次修订

2025 年 05 月第 6 次修订

附件

护理疑难病例讨论制度

1．护理疑难病例讨论系指对护理诊断困难、或护理措施落实后效果不佳、或出现严重护理并发症的病例进行讨论。

2．护理疑难病例讨论由护理部组织、协调相关工作。原则上由护士长主持，全科护士均需参加，并填写护理会诊申请单邀请相关专业、相关专科护理小组的人员参加。

3．做好讨论前的准备工作，以确保达到讨论的目的，包括病历资料、场地、多媒体设施设备等。

4．根据讨论的内容，确定讨论人员的范围，应当至少有 2 人具有主管护师及以上职称，提前传阅要讨论的病例资料。

5．讨论内容：病例讨论针对护理过程中需要解决的疑难护理问题，以寻找解决问题的方法，制定改进措施。

6．参加讨论的人员应积极参与，围绕疑难护理问题讨论分析，提出解决方案，主持人进行总结。责任护士认真记录，根据讨论的最终意见和建议组织具体实施。讨论的结论应当记入护理记录。

7．针对解决措施的落实情况，及时进行效果评价，视情况将有效措施形成标准化，制订或修订相关护理常规、操作规程等。

8．护理部每年组织 4 次、大科每年组织 2 次、病区每年至少组织 1 次护理疑难病例讨论。

三级护理查房制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-051-07	制定时间：2005-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为规范三级护理查房制度，细化层级职责，强化协作，明确执行周期与病历记录格式，实现查房的科学化、标准化与同质化，切实提升查房质量与患者安全，特制定本制度。

二、内容

1．护理查房是指不同级别的护理人员按照护理程序开展患者评估，提出护理解决方案的护理活动。

2．护理部、大科、科室制定明确的年度护理查房计划，定期组织各种形式的护理查房，并做好查房记录，包括：个案护理查房、危重患者护理查房及护理教学查房等。病区内每周组织 1 次危重患者护理查房，每月组织 1 次个案护理查房和护理教学查房；科护士长每月组织 1 次个案护理查房或护理教学查房；护理部每季度组织 1 次个案护理查房和护理教学查房。

3. 科室三级护理业务查房实行护士长领导下的三个不同级别的护理查房，包括但不限于护士长/专科护士—责任组长—责任护士。所有普通住院患者住院期间至少记录 1 次三级护理业务查房，原则上应体现在当日的护理记录，出现病情变化应及时评估与记录。

4．护理查房对象重点是新入院、危重、手术、住院期间发生病情变化、特殊检查治疗、诊断不明确或护理效果不佳、存在护理安全风险和开展护理新技术的患者。

5．查房前要认真选择病例，遵循循证医学，保证查房的科学性、全面性和有效性。

6．查房过程中应结合临床工作实际，认真准备，做到有组织、有计划、有重点，分清轻重缓急，总结护理经验，找出薄弱环节。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社,2023.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 明确不同形式护理查房的目的、步骤、内容及要求。

3. 完善三级护理查房制度，明确科室三级业务查房的周期、内容及在护理病历中的格式要求。

五、修订记录

2006 年 08 月第 1 次修订

2010 年 08 月第 2 次修订

2014 年 07 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2023 年 11 月第 5 次修订

2025 年 05 月第 6 次修订

附件

护理查房规范

（一）危重护理查房

1．查房目的：检查护理质量，指导解决疑难问题。提高护理人员的护理水平，了解国内外专科护理发展新动态。

2．查房内容

（1）分析讨论危重病例，典型、疑难、死亡病例。

（2）查基础护理、专科护理落实情况。

（3）结合病例学习国内外护理新动态、新业务、新技术。

3．步骤

（1）责任护士汇报：简单病史、护理问题、护理措施、效果评价。其他人员补充提问。

（2）床边检查措施落实情况。

（3）进行专科体检，是否有阳性体征。

（4）护士长或科护士长总结，并提出指导意见。

（二）个案护理查房

1．查房目的：以解决患者的护理方案为中心，解决复杂疑难问题。

2．查房内容：分析讨论疑难、特殊、病情复杂有护理难点的病例。

3．步骤：

（1）病区责任护士汇报，简要病史、治疗原则、特殊检查、心理护理、专科护理情况、主要护理措施及病情转归等。

（2）其他护理人员补充、提问。

（3）根据查房级别，由护士长/科护士长/护理部主任总结。

（三）科室三级护理业务查房

1. 查房目的：解决临床护理工作的问题，提升专科护理内涵和质量，提高护理人员的专业能力；及时发现高风险因素，实施前瞻性质量控制；保持护理工作的连续性。

2. 查房内容：

（1）一级查房：责任护士按照分级护理要求及患者病情巡视、检查分管患者的情况；了解患者的病情变化及治疗护理效果；评估患者当前存在的护理问题，制定并实施进一步的护理措施。

（2）二级查房：责任组长系统了解患者的病情变化，对患者实际情况进行检查，检查医嘱执行情况及治疗护理效果；指导下级护士工作，检查护理记录，对患者的护理措施提出相关改进意见和建议。

（3）三级查房：护士长或专科护士询问所查患者诊疗护理情况和病情变化，对患者实际检查，审查护理问题是否确切，提出患者存在但未被发现的护理问题，修正

不恰当的护理措施，检查护理措施落实效果和护理文书书写质量，帮助解决目前未解决的护理问题。

3. 步骤：

（1）责任护士将分管患者的情况及护理措施和效果向上级护士汇报。

（2）上级护士做必要的检查、分析，根据患者情况和护理问题提出护理措施的建议或指示。

（3）责任护士根据上级护士查房时的要求实施护理，回答上级护士的提问。

（4）由下级护士将其中的客观情况记录在“护理记录单”中，并注明“护士长××查房”“责任组长××查房”等，也可由上级护士本人直接记录。

（四）护理教学查房

1. 查房目的：提高教学管理水平，提高学生的综合实践能力。

2. 查房内容：

（1）分析典型病例，指导学生应用护理程序。

（2）检查教学计划、教学目标。

（3）指导或示范护理技术操作。

3. 步骤：

（1）可先学习该病例相关知识。

（2）床旁收集资料和评估：

①听取责任护士汇报患者的病史。

②主持者做相关的体格检查，必要的病史询问。

③查看护理病例（一般主持人提前查看）。

④主持者提问：护理评估、护理问题、护理计划、护理措施。

⑤讨论、讲解、分析。

⑥必要的示范性操作。

⑦征询患者意见。

（3）结合患者生理、病例重点、护理难点、薄弱环节，深入分析与讨论（可回示教室进行）。

（4）详细记录，以备今后考查与学习。

专科护理小组管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-125-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-08
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为加强医院专科护理小组的管理，进一步明确各专科小组的设置、成员资质、职能范围，整合与深化专业护理资源，推动专科护理知识传承与创新，解决临床复杂疑难问题，提升护士专业价值，为患者提供同质化、高水平的专科护理服务，特制定本制度。

二、内容

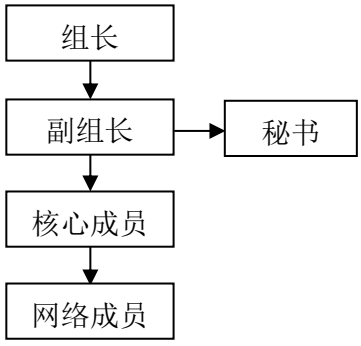
（一）专科护理小组的设置：

1．重点科室模块：急诊急救护理小组、危重症护理小组、手术麻醉护理小组、血液净化护理小组、消毒供应护理小组。

2．护理专业模块：静脉治疗护理小组、伤口/造口/失禁护理小组、管道护理小组、临床营养支持护理小组、疼痛护理小组、心理健康护理小组、质量改善项目护理小组、深静脉血栓管理护理小组、信息管理护理小组、临床科研循证护理小组、防跌倒护理小组、住院患者身体约束护理管理小组。

3．专科疾病模块：眼科护理小组、耳鼻喉科护理小组、呼吸内科护理小组、神经内科护理小组、中医康复护理小组、心血管护理小组、老年护理小组、糖尿病护理小组、消化护理小组、血液内科护理小组、肿瘤介入护理小组、儿科护理小组、新生儿护理小组、围产护理小组、妇科护理小组、普外科护理小组、泌尿外科护理小组、心胸外科护理小组、骨科护理小组、神经外科护理小组、肾内科护理小组、烧伤护理小组、感染性疾病护理小组。

（二）组织架构



注：是否设置网络成员根据专科护理小组的辐射面和成熟度而定。

（三）成员资质：

1．组长一般由护士长及以上管理岗位或相应专科省级及以上专科护士担任。

2．副组长由相应专科市级及以上专科护士或护士长及以上管理岗位担任；

3．核心成员由相应专科护士长、N3 及以上护理人员或院级及以上专科护士组成（一般 6-8 名左右）；不设网络成员的专科护理小组可适当放低标准。

4．网络成员由各护理单元 N2 及以上护理人员担任；秘书一般从核心成员中选出，

通常 2 名，以便替补工作，保证小组工作的延续性。

注：一般每名护士参加不超过 2 个专科护理小组。

（四）工作职责

专科护理小组实行组长负责制，对各组实行目标管理，各组工作实行季报，护理部对学组工作定期督查。

1．领导成员

组长：

（1）在护理部领导下，全面负责本专科护理小组的工作运行和质量管理。

（2）制定小组工作计划并组织实施，每季度进行工作总结并将总结材料及时呈报护理部，持续改进学组工作。

（3）定期召开核心成员会议，听取工作信息反馈，组织建立和完善专科护理工作规范与流程、人员岗位职责、质量控制标准及方法等，并根据专业指南和标准及时更新。

（4）组织协调本专科护理会诊的开展，不断提高护理会诊质量。

（5）实施监控全院本专科护理质量。

（6）组织开展本专科护理理论和实践的教学培训和科研工作。

副组长：协助组长工作。

秘　书：负责整理小组资料。

2．核心成员

（1）参与讨论制订或修订本专科各种常规、制度、标准和流程等并实施。

（2）负责传播本专业前沿知识和最新动态，定期开展培训活动，指导护士解决临床问题。

（3）参与护理质量、护理效果的考核评价工作，评价并规范护士相关护理操作。

（4）为医务人员、患者、患者家属、社区及相关行业人员提供咨询。

3．网络成员

（1）负责本科室患者相应不良事件的预防与处理。

（2）落实、督促本科室护理人员认真执行相应护理措施，减少并发症发生。

（3）承担监督反馈全院本专科质控问题，收集本专科相应质量监测指标数据，每月及时上报，对存在的问题认真分析原因并提出防范措施，促进专科护理同质化、标准化。

（4）负责本科室工作人员及患者、家属本专科护理知识的教育和指导，对疑难护理问题，积极请求会诊。

三、参考文献

[1]霍晓鹏，张红梅，赖小星，郑丹萍，叶雅雯，张馨月，赵亚芳，吴欣娟。专

科护士多层次复合型管理方案的构建与实践[J].中华护理杂志，2024，59(7):842-847.DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2024.07.011.

[2]杨志萍,祝红梅,于瑞英,等.专科护士主导的专科护理学组在护理管理中的应用[J].现代医药卫生，2024，40(06):1049-1052.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 调整现有的专科小组数量，明确小组各层级成员的工作职责。

五、修订记录

2018 年 12 月第 1 次修订

2021 年 01 月第 2 次修订

2025 年 04 月第 3 次修订

护理会诊制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-052-08	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为规范护理会诊流程，使护理会诊工作更有序、高效，特制定本制度。

二、内容

1．凡遇重大手术、新技术项目、危重、疑难、抢救患者护理中存在的问题或者本专科不能独立解决的护理问题，可申请护理会诊。

2．护理会诊人员资质：

（1）基本要求：大专及以上学历，主管护师及以上职称，N3 及以上能级。

（2）工作经验：临床护理工作 5 年及以上，本专科领域工作 3 年及以上，能独立解决本专科领域疑难复杂护理问题。

（3）培训经历：取得本专科领域专科护士培训合格证书，或参加专业领域内专项培训获得结业证书，或担任医院相关专科护理小组核心成员≥2 年。

（4）个人素质：工作认真负责，具有良好的决策能力、沟通能力和团队合作精神。

3．会诊分类：分为院内会诊和院外会诊。院内多学科护理会诊由护理部组织、协调。会诊应在会诊发出后 24 小时内完成。

4．会诊程序：

（1）申请科室通过医院信息系统填写护理会诊申请单，会诊患者的情况应在会诊单上详细描述。必要时可同时电话联系专科护理小组或专科会诊人员。

（2）多学科护理会诊，由申请科室护士长向护理部提出申请，护理部根据内容安排会诊人员，组织临床护理会诊。

（3）会诊时，原则上会诊请求人员应当陪同完成会诊，会诊人员协助解决问题并将会诊意见书写在会诊单中。会诊请求人员应将护理会诊意见的执行情况详细记录在护理记录单上，对未执行的会诊意见或建议应在护理记录中注明理由。

5. 前往或邀请院外会诊应当严格遵照国家有关规定执行。

6. 护理部、科护士长对规定执行情况进行监管检查，持续改进会诊质量。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]祝益名.医院护理管理工作规范[M].长沙：湖南科学技术出版社，2024.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 结合医院护理工作实际，对护理会诊人员资质进行修订，提升护理会诊质量。

3. 明确护理会诊分类、时限、流程及记录要求，使流程更规范。

五、修订记录

2010 年 08 月第 1 次修订

2013 年 06 月第 2 次修订

2014 年 07 月第 3 次修订

2016 年 03 月第 4 次修订

2021 年 09 月第 5 次修订

2023 年 11 月第 6 次修订

2025 年 05 月第 7 次修订

四、护理安全管理

护理安全管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-007-08	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2025-02-05
制定部门：护理部	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-04-01

一、目的

为保障患者的身心健康，对威胁患者的各种因素进行及时有效的控制，确保患者

在接受治疗、护理全过程中不发生任何意外和功能损害，特制定本制度。

二、内容

1．定期开展护理安全教育和相关法律知识教育，提高护理人员的法律意识和自我保护意识，强化护理风险管理意识。

2．落实患者日常安全管理，严格执行各项护理规章制度，保证各项护理操作规范化。

3．按照《病历书写规范》要求，客观、真实、准确、及时、完整书写各项护理记录。

4．依据护理质量评价标准，定期进行检查、分析，及时发现护理安全隐患，及时纠正处理。

5．有公共突发事件和院内意外事件应急处理预案，并对护理人员进行培训，提高其识别能力，并掌握处理流程。

6．协调护理工作与相关科室、部门的接口工作，发现问题，共同分析，查找原因，及时改进反馈。

7．完善护理不良事件报告处理机制，对重大护理过失行为，应及时处理、登记并逐级汇报；及时组织相关人员进行讨论、分析发生的原因，确定过失行为的性质，提出处理意见和防范措施。

三、参考文献

[1]T/CHAS10-4-2-2019 中国医院质量安全管理第 4-2 部分：医疗管理护理质量管理[S].

[2]国家卫生健康委办公厅.患者安全专项行动方案（2023-2025 年）[EB/OL].（2023-09-27).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202310/content_6908044.htm

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据修订文献内容修订与完善。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2006 年 08 月第 2 次修订

2010 年 08 月第 3 次修订

2016 年 03 月第 4 次修订

2017 年 03 月第 5 次修订

2019 年 08 月第 6 次修订

2025 年 02 月第 7 次修订

护理不良事件报告制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-008-09	制定时间：2009-12-09
适用范围：全院护士	修订时间：2026-03-26
制定部门：护理部	修订版本：8
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-04-30

一、目的

为明确护理不良事件管理范畴，规范护理不良事件报告内容及流程，保障护理安全，特制定本制度。

二、内容

1．护理不良事件管理组织包括护理部、大科、科室三级质量与安全管理架构。

2．护理部及各科室具备防范、处理护理不良事件的预案，并不断修改完善。

3．发生护理不良事件后，当班护士应立即报告护士长和当班医师，必要时同时上报科主任。本着患者安全第一的原则，迅速采取抢救措施，尽量避免或减轻对患者健康的损害，或将损害降到最低程度。

4．发生护理不良事件后应口头、电话或网络多渠道逐级上报（报告程序见附件 1）。

5．发生护理不良事件的有关记录、检验报告、药品和器械等均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁，必要时封存，以备鉴定之用。

6．护理不良事件发生后，科室应组织有关人员进行讨论，分析原因，吸取教训，做好质量改进。

7．执行非惩罚性护理不良事件报告制度，鼓励主动报告，对于主动、及时报告的科室，视情况给以一定的质量考核绩效激励。任何人员不得因主动、如实报告非故意导致的不良事件而受到不公平处罚或歧视。

8．Ⅰ类事件、Ⅱ类事件采取强制性上报管理，Ⅲ类事件、Ⅳ类事件采取鼓励性上报管理。如不按规定报告，有意隐瞒已发生的护理不良事件，一经查实，视情节轻重给予处理。

9．各科室和护理部如实登记各类护理不良事件。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.患者安全专项行动方案（2023-2025 年）[EB/OL].（2023-09-27）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202310/content_6908044.htm.

[2]T/CHAS10-4-6-2018 中国医院质量安全管理第 4-6 部分：医疗管理医疗安全（不良）事件管理[S].

[3]T/CQAP 4002-2024 医疗安全（不良）事件根本原因分析法活动指南[S].

[4]国家卫生健康委办公厅.《关于进一步加强医疗质量（安全）不良事件管理的

通知》政策解读[EB/OL].(2024-07-29).http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7891/202407/9876543210abcdef1234567890fedcba.shtml.

[5]国家卫生健康委办公厅.关于印发2026年国家医疗质量安全改进目标的通知：国卫办医政函〔2026〕63号[EB/OL].(2026-03-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202603/9f642951b99c447f8cff9da8abb74dc3.shtml.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据修订文献内容修订与完善。

五、修订记录

2010年08月第1次修订

2011年07月第2次修订

2014年07月第3次修订

2016年03月第4次修订

2019年08月第5次修订

2020年09月第6次修订

2024年09月第7次修订

2026年03月第8次修订

附件1

护理不良事件报告程序

发生护理不良事件后，当事人或发现人应立即向护士长、当班医生报告，必要时报告科主任；护士长按事件等级和时限逐级报告科护士长、护理部。护理不良事件报告时限原则上如下：

1. Ⅰ类事件：护士长立即向护理部作紧急口头报告，由护理部直接报告分管院领导。当事人或发现人于24小时内通过医院报告系统完成网络填报，提交护士长、科护士长、护理部逐级审核。

2. Ⅱ类事件：护士长应在8小时内向护理部作初步报告。当事人或发现人于24小时内通过医院报告系统完成网络填报，提交护士长、科护士长、护理部逐级审核。

3.Ⅲ、Ⅳ类事件：当事人或发现人于48小时内通过医院报告系统完成网络填报，提交护士长、科护士长、护理部逐级审核。

附件 2

护理不良事件定义、分级与分类

（一）定义

护理不良事件是指在医院内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的安全隐患、状态或造成后果的负性护理事件。

（二）不良事件严重程度分级

严重程度分类	给患者造成损害的程度
Ⅳ类事件(隐患事件) 未发生不良事件	A 级：环境或条件可能引发不良事件
Ⅲ类事件(无后果事件) 发生不良事件，但未造成患者伤害	B 级：不良事件发生但未累及患者 C 级：不良事件累及患者但没有造成伤害 D 级：不良事件累及患者，需进行监测以确保患者不被伤害，或需通过干预阻止伤害发生
Ⅱ类事件(有后果事件) 发生不良事件，且造成患者伤害	E 级：不良事件造成患者暂时性伤害并需进行治疗或干预 F 级：不良事件造成患者暂时性伤害并需住院或延长住院时间 G 级：不良事件造成患者永久性伤害 H 级：不良事件发生并导致患者需要治疗挽救生命
Ⅰ类事件(警告事件) 发生不良事件，造成患者死亡	I 级：不良事件发生导致患者死亡

（三）不良事件项目分类：

1 类，不良治疗：包括给药错误、输血错误、饮食错误、手术事件（手术身份部位识别错误、体内遗留手术异物）、输液药物渗漏、静脉炎。

2 类，意外事件：包括跌倒、误吸或咽入异物、窒息、擅自离院、烧烫伤、自杀或自残、压力性损伤、约束不良、非计划拔管、婴儿被绑架或抱错等。

3 类，检查事件：含身份识别错误、标本丢失、检查或运送中或后病情突变或出现意外。

4 类，职业暴露：含针刺伤、划伤等。

5 类，供应保障不良事件：包括消毒物品未达要求、操作中发现包内物品不符合要求、消毒不及时影响工作运转。

护理不良事件成因分析和讨论制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-018-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2026-03-26
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-04-30

一、目的

为深入剖析不良事件的根本原因，制定并落实有效的改进措施，建立一个从错误中学习的系统性机制，预防类似事件的再次发生，持续提升患者安全，特制定本制度。

二、内容

1．护理不良事件发生后，科室要组织护士进行讨论，分析原因、提高认识、吸取教训、改进工作。

2．Ⅰ类事件应立即组织讨论，Ⅱ类事件应在1个工作日内组织讨论，Ⅲ类事件应在2个工作日内组织讨论，Ⅳ类事件可于1月内完成讨论。

3．科护士长对每件不良事件均有监控，对各科室针对护理不良事件的原因分析提出整改措施的落实情况进行追踪评价。

4．对发生的护理不良事件每季度汇总，高频及Ⅰ、Ⅱ类护理不良事件在护理质量与安全管理委员会会议上讨论，根据事件的情节及对患者的影响，确定性质，提出奖惩建议和改进措施。

5．根据护理不良事件的严重度、涉及组织体系和流程改善的问题，进行RCA分析，修订相应的工作制度、规范、流程等提交护理质量与安全管理委员会审核后再培训、落实，进一步保障护理安全。

三、参考文献

[1]T/CHAS10-4-6-2018 中国医院质量安全管理第4-6部分：医疗管理医疗安全（不良）事件管理[S].

[2]T/CQAP 4002-2024 医疗安全（不良）事件根本原因分析法活动指南[S].

[3]国家卫生健康委办公厅.《关于进一步加强医疗质量（安全）不良事件管理的通知》政策解读[EB/OL].(2024-07-29).http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7891/202407/9876543210abcdef1234567890fedcba.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.关于印发2026年国家医疗质量安全改进目标的通知：国卫办医政函〔2026〕63号[EB/OL].(2026-03-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202603/9f642951b99c447f8cff9da8abb74dc3.shtml.

四、修订原因

增加了“目的”，根据参考文献内容进行调整。

五、修订记录

2019 年 08 月第 1 次修订

2024 年 09 月第 2 次修订

2026 年 03 月第 3 次修订

护理安全预警提示制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2024-007-05	制定时间：2007-11-01
适用范围：全院护士	修订时间：2024-02-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2024-04-01

一、目的

为进一步增加广大护理人员的安全防范意识及能力，规范护理工作行为，确保患者的医疗护理安全，特制定本制度。

二、内容

（一）使用化疗药、细胞毒性药物、血管活性药、高浓度电解质制剂、肌肉松弛剂等特殊药物的预警提示。

1. 使用前与患者或家属沟通，告知药品作用、使用注意事项、副作用等，并进行安全用药宣教，做好记录。

2. 使用时，在输液架上悬挂红色“！”警示牌，以提高医护人员和患者的警惕，加强防范，减少或避免药物的外渗，注意给药速度及给药浓度等。

（二）使用非静脉用药的预警提示

静脉与非静脉药品应分区放置、分批执行、分开悬挂；静脉输液管道、肠内营养管道、输注泵上的标识应清晰，肠内营养管应使用专用管道和专用注射器，悬挂红色“非静脉用药”警示牌，避免用药途径错误。

（三）使用易发生过敏反应药物时的预警提示

1. 使用易发生过敏反应的药物前，应详细询问过敏史，根据要求做皮试，并做好记录。

2. 对有过敏史及皮试阳性的患者，做好标记：床头显示屏、腕带、体温单（仅皮试阳性者）、护理记录单、门急诊病历、护士站电子屏（或白板）、床卡；落实“三通知”：床位医生、办公班护士、病员和家属。

（四）对烦躁、意识不清等需要约束患者的预警提示

参见《住院患者身体约束护理管理制度》

（五）对年老体弱、行走不便等存在跌倒风险患者的预警提示

参见《跌倒防范管理制度》

（六）对偏瘫、瘫痪或消瘦、水肿等存在压力性损伤风险患者的预警提示

参见《压力性损伤风险评估及报告制度》

（七）对手术、长期卧床等存在静脉血栓风险患者的预警提示

参见《静脉血栓栓塞症管理制度》

（八）对留置导管患者的预警提示

参见《非计划拔管护理风险评估防范制度》

（九）对多重耐药菌感染患者的预警提示

参见《多重耐药菌医院感染预防与控制制度》

三、参考文献

[1]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[2]国家卫生健康委员会，国家中医药局.关于印发进一步改善护理服务行动计划（2023—2025 年）的通知：国卫医政发〔2023〕16 号[A/OL]. (2023-06-15).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202306/content_6887303.htm.

四、修订原因

1. 增加了需预警提示的情况。

2. 增加使用“非静脉用药的预警提示”要求。

3. 根据临床实际修订了使用“易发生过敏反应药物时的预警提示”内容。

五、修订记录

2009 年 02 月第 1 次修订

2013 年 05 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2024 年 02 月第 4 次修订

患者身份识别制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-010-06	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-06
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-20

一、目的

为科学准确识别患者身份信息，避免身份识别错误而发生各类不良事件，特制定本制度。

二、内容

1．患者身份识别应贯穿整个诊疗周期，至少同时使用两种患者身份识别方法，如开放式询问患者信息、腕带身份识别、身份识别卡识别、PDA 扫描身份识别等。

2．在诊疗操作前，首先应正确识别患者身份，确保对正确的患者实施正确的诊疗服务。患者身份识别常用的信息有：姓名、性别、出生日期、身份证号、住院号（门急诊号）等。至少同时使用两种可用的患者身份标识信息，其中应包含身份证号或住院号（门急诊号）等患者唯一识别信息。严禁将房间号或床位号作为患者身份识别的信息。

3．在进行身份识别时宜采用开放式提问，若患者由于昏迷或沟通障碍等原因无法应答，则询问家属或陪同人员，同时核实患者身份证、就诊卡或腕带等信息；如果无法提问，则必须由两名工作人员核查患者身份信息及诊疗记录，以确保所有信息匹配。

4．姓名相同或相似的患者不宜安置于同一病室。在使用电子设备确认患者身份时，同时使用口头查对。

5．在患者身份识别过程中，如发现患者的回答与记录资料不符，应停止操作。经两名及以上医务人员进行再次身份识别，确认无误后再予以处置。

6．因分娩、手术或治疗需要在不同科室间转接时（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间及其与相关医技科室间），交接双方应认真查对，确保患者身份正确。

7．无法确认身份的患者，其临时命名方式见《宜兴市人民医院腕带使用管理制度》。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。在紧急或危及生命的情况下，优先抢救患者。身份确认后应及时更新患者身份信息。

8．新生儿身份识别及管理制度见专科护理工作制度。

三、参考文献

[1]WS/T 840-2025 患者身份识别管理标准[S].

四、修订原因

1．修改无名氏患者腕带信息编号方式。

2．新生儿身份识别见专科护理工作制度。

3．对部分条目语句进行梳理整合。

五、修订记录

2010 年 03 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2025 年 05 月第 4 次修订

2026 年 01 月第 5 次修订

腕带使用管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-011-07	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-06
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-20

一、目的

为正确确认患者身份，作为操作、用药、输血等诊疗活动时辨别患者的有效手段，保障患者安全，最大限度减少诊疗操作错误，特制定本制度。

二、内容

1. 住院患者、急诊留观、急诊抢救室患者均需佩戴腕带，作为患者识别标识。佩戴腕带前，由患者或其陪同人员陈述患者姓名、身份证号，护士双人核对患者腕带信息并确保与本人身份准确无误后方可佩戴。患者无法口头表述时，可由其家属或陪同人员陈述。

2. 腕带内容包括：病区、姓名、性别、年龄、住院号、血型、药物阳性/过敏及传染病标识等。腕带信息必须经两人核对后方可使用，应字迹清晰规范，准确无误。各类标识（如防跌倒、隔离标识等），在腕带信息空白处粘贴，过敏患者用红色记号笔书写过敏史。

3. 腕带佩戴的优先顺序依次为：左手腕、右手腕、左脚腕、右脚腕，松紧度以可容两指，不能取出为宜。优先选择健侧肢体，不宜将腕带置于有静脉通道/动静脉瘘、需手术和有绷带或弹力袜的肢体，腕带佩戴位置在护理记录中说明。若四肢不可用，可贴在患者完整皮肤上，同时预防压力性损伤。

4. 责任护士每日检查患者腕带完好情况，保持皮肤完整无破损，佩戴部位血运良好。如患者拒绝佩戴腕带，需告知其风险，将其记录在护理记录中，并采用替代方案。无法佩戴腕带时宜及时采用替代方法识别患者身份，并将无法佩戴腕带的原因记录于护理记录中。

5. 无法确认身份的患者，腕带信息以性别、就诊月日和 24 小时制的时分为患者临时命名，将患者性别+编号（就诊月日和 24 小时制的时分）+住院号（门急诊号）作为患者的识别码。

6. 患者身份信息发生变化时，应及时将腕带所有信息更新、再次核对并及时更换腕带，不应对腕带的内容进行涂改。当腕带被移除、更改、损坏或信息难以辨认时，需要经两人重新核对后及时更换。替换和作废的腕带妥善收集并及时销毁。

7. 住院患者出院/急诊患者结束诊疗时，应为患者安全去除腕带并进行销毁。

8. 在执行各项治疗、护理操作时均需核对腕带信息，带条形码腕带必须用 PDA

扫描确认。

9. 加强对患者腕带使用情况的检查，各级质量控制组定期督查并有记录。

10. 新生儿腕带佩戴要求参见专科护理工作制度。

三、参考文献

[1]WS/T 840-2025 患者身份识别管理标准[S].

四、修订原因

对腕带佩戴的优先顺序、松紧度进行修订，明确腕带佩戴的护理记录要求。

五、修订记录

2010 年 07 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2025 年 05 月第 5 次修订

2026 年 01 月第 6 次修订

分级护理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2024-111-07	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2024-11-01
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-01-01

一、目的

为保障护理质量和安全，根据患者的病情轻重和自理能力确定护理级别，合理安排具备相应能力的责任护士，落实患者的基础护理和专科护理，特制定本制度。

二、内容

护理级别：依据患者病情和自理能力分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。在患者一览表和床头屏用不同颜色显示：特级和一级护理为红色，二级护理为黄色，三级护理为绿色。

（一）分级方法：

1. 入院后根据患者病情严重程度确定病情等级。

2. 根据患者 Barthel 指数评定量表总分，确定自理能力等级。儿童患者、精神疾病患者等自理能力等级评估参考相应专科量表确定。

3. 依据病情等级和（或）自理能力等级，确定患者护理分级。

4. 根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

（二）各级护理的分级依据及护理要点：

1. 特级护理

分级依据：

（1）病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。

（2）维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者。

（3）各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

护理要点：

（1）严密观察患者病情变化，监测生命体征。

（2）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

（3）根据医嘱，准确测量出入液量。

（4）根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、皮肤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。

（5）保持患者的舒适和功能体位。

（6）实施床旁交接班。

2. 一级护理

分级依据：

（1）病情趋向稳定的重症患者。

（2）病情不稳定或随时可能发生变化的患者。

（3）手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者。

（4）自理能力重度依赖的患者。

护理要点：

（1）每 1 小时巡视患者，观察患者病情变化。

（2）根据患者病情，测量生命体征。

（3）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

（4）根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、皮肤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。

（5）提供护理相关的健康指导。

3. 二级护理

分级依据：

（1）病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者。

（2）病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者。

（3）病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

护理要点：

（1）每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化。

（2）根据患者病情，测量生命体征。

（3）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

（4）根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施。

（5）提供护理相关的健康指导。

4. 三级护理：

分级依据：病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无依赖的患者。

护理要点：

（1）每 3 小时巡视患者，密切观察患者病情变化。

（2）根据患者病情，测量生命体征。

（3）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

（4）提供护理相关的健康指导。

三、参考文献

[1]WS/T 431-2023 护理分级标准[S].

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

根据国家卫生行业标准相关内容，修订分级护理制度中的分级方法。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2010 年 08 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2023 年 10 月第 5 次修订

2024 年 11 月第 6 次修订

查对制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-001-09	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-07
制定部门：护理部	修订版本：8
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为明确查对标准，减少或防止护理不良事件的发生，保障患者安全，特制定本制度。

二、内容

（一）医嘱查对制度

1. 处理医嘱时，护士须逐条检查，对有疑问的医嘱必须问清后方可执行。

2. 处理医嘱后由第二人进行核对，核对无误后方可执行。

3. 每周总核对医嘱一次，护士长必须参加，如护士长外出，由责任组长代替，电脑总核对医嘱有记录。

4. 班班查对，本班交班前查看本班医嘱执行情况，下一班需查看上一班医嘱执行情况，保证所有医嘱得到相应处理，无遗漏、无差错。

（二）服药、注射、输液查对制度

1．服药、注射、输液时严格进行三查八对。

三查：操作前查、操作中查、操作后查。

八对：床号、姓名、住院号（门急诊号）、药名、剂量、浓度、时间、用法。

2．备药前检查药品的质量，注意有无变质，瓶身有无裂缝，注意有效期及批号，软包装液体挤压有无漏水。对科室间交接的药品（含静脉配置中心），须认真核对医嘱，如质量不符合要求、标签不清、有疑问时一律不得使用。

3．摆药后必须经第二人核对，无误后方可执行。

4．易致过敏的药物，使用前应询问患者有无药物过敏史，使用毒、麻、限制药物时要反复核对，用后保留安瓿。

5．同时使用多种药物时注意药物的配伍禁忌。

6．发药或注射时，如患者提出疑问，应及时与医嘱核对，核实正确向患者解释后方可执行，必要时与医师联系。

7．服药、注射、输液执行前的患者查对，除口头查对外，必须同时使用 PDA 扫描患者腕带和药袋、注射标签或输液袋上的信息码，扫描信息匹配、无误，方可执行。如紧急情况只有 1 人时，应核对两遍，以防液体和药品拿取错误。

（三）输血查对制度

1．取血时，由医务人员持取血单到输血科取血。核对发血单与血袋标签上：姓名、性别、年龄、住院号（门急诊号）、血型（包括 Rh 因子）、血液成分、血量、血袋号（血袋编号、血袋扩展编码）、有效期是否相符，有无凝集反应。检查血液外观质量是否正常、血袋封口及配血条是否完整。核对无误后，双方签字。

2. 输血前，由两名医护人员核对发血单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏、血液外观质量是否正常及血液是否在有效期内等。

3. 输血时，两名医护人员持发血单、血袋到患者床边，共同核对患者姓名、性别、年龄、住院号（门急诊号）、科别、病区、床号、血型及交叉配血结果、血袋号（血袋编号、血袋扩展编码）、血液品种、血量等。核对无误后方可输入。

4．输血全过程除口头查对外，必须同时使用 PDA 扫描患者腕带和输血袋上的信息码，扫描信息匹配、无误，方可执行。

（四）饮食查对制度

1．每日核对医嘱单、饮食执行单、患者床头屏显示饮食种类是否相符。

2．发治疗饮食时，查对饮食单与饮食种类是否相符。

3．开饭时在患者床边再次核对饮食种类。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知：国卫办医急函〔2025〕463 号[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据参考文献内容对取血环节、输血前、输血时的查对内容进行修订完善。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2006 年 08 月第 2 次修订

2010 年 08 月第 3 次修订

2014 年 07 月第 4 次修订

2019 年 08 月第 5 次修订

2023 年 11 月第 6 次修订

2025 年 05 月第 7 次修订

2026 年 01 月第 8 次修订

医嘱执行制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-014-06	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-02-05
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-04-01

一、目的

为规范护士职业行为，使护士的操作有章可循，有据可查，职责分明，防止差错事故的发生，特制定本制度。

二、内容

1．医嘱必须由本院具备注册执业医师资格的人员下达方可执行，医嘱由医师录入电脑，护士不得代录医嘱。

2．执行医嘱的人员，必须是本院具备注册护士资格的人员。

3．医生开出医嘱后，护士应及时、准确、严格地执行医嘱，不得擅自更改。对可疑医嘱，必须查清后方可执行。

4．医嘱执行时，要严格落实查对制度，按规定使用 PDA 进行扫码，并确保扫码成功，查看执行时间及签名。

5．手术或分娩后，遵医嘱停止执行手术前、产前医嘱。对暂未执行的医嘱，应明确原因并汇报医师，班班交接。

6．除抢救或手术过程中不得执行口头医嘱。在病情变化等紧急情况下，为抢救患者生命，应采取必要的紧急救护措施，并立即通知医师。

三、参考文献

[1]T/CHA 10-2-8-2019 中国医院质量安全管理第 2-8 部分：患者服务 住院服务[S].

[2]中华人民共和国国务院.医疗机构管理条例：中华人民共和国国务院令第 752 号.（2022-03-29）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5687501.htm.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

增加了“目的”，明确可疑医嘱执行的流程，规范暂未执行的医嘱处理，修改部分语句与措辞。

五、修订记录

2010 年 08 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 11 月第 4 次修订

2025 年 02 月第 5 次修订

附件

口头医嘱执行制度

1．只有在抢救、手术等紧急情况下，护士方可执行口头医嘱。

2．医师下达口头医嘱后，护士需复述一遍待医师确认无误后方可执行，给药时，需与医师再次核对药物名称、剂量及给药途径，确保用药安全。

3．口头医嘱执行后应保管好安瓿或包装物，经两人核对记录后方可弃去。

4．下达的口头医嘱应在抢救结束后 6 小时内及时补录，查对无误后记录执行时间及签名。

5．对擅自执行口头医嘱行为视为违规，一经发现将给予严肃处理。

输血安全管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-002-09	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-07
制定部门：护理部	修订版本：8
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为最大限度降低输血相关风险，保障受血者生命安全与身体健康，同时规范临床输血全流程操作，特制定本制度。

二、内容

1．详细核对输血医嘱，询问及核对患者血型、输血史及不良反应史。

2．采血时，两名医护人员持贴好标签的标本采集管到床旁共同逐项核对患者姓名、性别、年龄、住院号（门急诊号）、病区、床号，确认无误后采集，采集后再次确认患者身份。抽取标本时避免震荡，以防红细胞破裂而造成溶血。用于血型初检和输血相容性检测的血液标本应当在不同时间采集，紧急抢救输血时除外。

3．取血时，医务人员携带取血单、血箱到输血科取血（血箱温度设置：红细胞、血浆 2-10℃；血小板 20-24℃）。核对发血单与血袋标签上：姓名、性别、年龄、住院号（门急诊号）、血型（包括 Rh 因子）、血液成分、血量、血袋号（血袋编号、血袋扩展编码）、有效期是否相符，有无凝集反应。检查血液外观质量是否正常、血袋封口及配血条是否完整。核对无误后，双方签字。血箱消毒备用。血液出库 30 分钟内输注，全血和成分血应在 4 小时内完成输注，不得自行贮血。

4. 输血前，由两名医护人员核对发血单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏、血液外观质量是否正常及血液是否在有效期内等。

5．输血时，两名医护人员持发血单、血袋到患者床边，共同核对患者姓名、性别、年龄、住院号（门急诊号）、科别、病区、床号、血型及交叉配血结果、血袋号（血袋编号、血袋扩展编码）、血液品种、血量等。核对无误后，用与血液成分相适宜的输血器进行输血，用于输注全血、成分血或生物制剂的输血器宜 4h 更换一次。

6．输血应遵照医嘱，严格进行无菌操作技术。输血前后用生理盐水冲洗输血管道，两袋之间用生理盐水将输血器冲洗干净。输血过程中应先慢后快，根据病情和年龄、血液成分调整输注速度，前 15 分钟缓慢滴注（红细胞约 20-40 滴/min，血浆、血小板约 40-100 滴/min），观察患者无不良反应后调整滴速，成人按能耐受的最快速度输注（红细胞约 80 滴/min，血浆、血小板约 100 滴/min），儿童、老年人、危重或循环超负荷的患者应减慢速度。

7．输血中严密观察有无输血不良反应。发生输血反应时，应立即停止输血，用

生理盐水维持静脉通路，及时报告上级医生，在积极治疗抢救的同时，按规定做再次核对检查，并将原血袋、输血器送至输血科查明原因，逐项填写输血不良反应回馈单，并做好护理记录。

8．输血后，认真检查穿刺部位有无血肿或渗血。输血结束后，在血袋上标注输血结束时间，由用血科室保存 24 小时后按感染性医疗废物处理。

9．输血全过程使用 PDA 扫码核对时需口头再次核对，同时监测生命体征变化，按要求书写护理记录（取血、输血开始、输血开始后 15 分钟、输血结束、输血结束后 40 分钟），并在信息系统中完成输血反馈。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知（国卫办医急函〔2025〕463 号）[EB/OL].（2025-11-28）. https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据参考文献内容对取血环节、输血前、输血时查对内容、输血后血袋处理进行修订完善。

五、修订记录

2012 年 09 月第 1 次修订

2013 年 06 月第 2 次修订

2014 年 03 月第 3 次修订

2015 年 05 月第 4 次修订

2019 年 08 月第 5 次修订

2023 年 11 月第 6 次修订

2024 年 12 月第 7 次修订

2026 年 01 月第 8 次修订

输血反应的报告和处理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-003-06	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-07
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

通过标准化、系统化、数据化的管理手段，为保障输血治疗的安全性和有效性，提升整体医疗质量，特制定本制度。

二、内容

输血过程中严密观察患者有无不良反应，疑似发生输血反应时，应当立即处理并做好记录。

（一）暂停输血，用生理盐水维持静脉通道，立即通知值班医师处理。

（二）核对患者身份、发血单、血液标签，检查血液成分外观。

（三）严密监测患者基本生命体征、观察患者临床症状与体征，及时实施必要的检查、治疗或抢救措施。

（四）尽早报告输血科，并配合输血科开展原因调查，做好记录。

（五）判断是否为输血反应及输血反应的类型，明确原因后再决定继续输血或终止输血；

（六）如终止输血，应当将血袋及剩余血液成分连同输血器送至输血科进行相关调查及原因分析。

（七）疑为急性溶血性或细菌污染性输血反应时，医护人员应当立即终止输血，更换输血器，使用生理盐水维持静脉通路；及时报告上级医师和输血科。在积极治疗抢救的同时进行以下核对、检查和处理：

1. 立即采集患者 EDTA 抗凝和不抗凝血液标本（血常规、网织红细胞计数、血浆游离血红蛋白、血清胆红素及肝肾功能），留取尿液标本（尿常规及尿血红蛋白）等，血袋中剩余血液应当及时送实验室检测。

2. 溶血反应发生后，必要时应当重复检测血常规、网织红细胞计数、血清间接胆红素及红细胞直接抗球蛋白试验等。

3. 如怀疑细菌污染，应当对患者外周血和血袋中剩余血液进行细菌涂片检查和培养。

（八）患者发生输血反应后，医护人员应当及时填写输血反应回馈单，反馈至输血科。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知：国卫办医急函〔2025〕463 号[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据参考文献内容细化发生输血反应后的处理流程。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2024 年 12 月第 4 次修订

2026 年 01 月第 5 次修订

输血过程的质量管理监控及效果评价制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-004-06	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-07
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

通过标准化、系统化、数据化的管理手段，为保障输血治疗的安全性和有效性，提升整体医疗质量，特制定本制度。

二、内容

1．输血前应当进行输血相容性检测，用于输血相容性检测的患者血液标本采集时间应当在输血前 3 天内，紧急抢救输血时除外。

2．取血时需使用专用保温箱运输，温度符合要求，避免剧烈震荡，血液出库 30 分钟内输注，全血和成分血应在 4 小时内完成输注，不得自行贮血。

3．严格执行查对制度，具体内容见查对制度中输血查对制度。

4．血液内不得加入任何药物，需要稀释时只能使用生理盐水。

5．输血前后用生理盐水冲洗输血管道，两袋之间用生理盐水将输血器冲洗干净。用于输注全血、成分血或生物制剂的输血器宜 4h 更换一次。

6．输血应先慢后快，起始的 15 分钟慢速输注，严密监测是否发生输血不良反应，若无不良反应，以患者能耐受的最快速度完成输注。

7．输血中严密观察受血者生命体征及不良反应，如出现异常情况及时处理，并维持静脉通路通畅。

8．输血后及时复查受血者血液指标，评价效果。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知：国卫办医急函〔2025〕463 号[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

根据参考文献内容对输血相容性检测标本采集的时间、取血规范、输血全过程核对等内容进行修订。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订
2019 年 08 月第 2 次修订
2023 年 11 月第 3 次修订
2024 年 12 月第 4 次修订
2026 年 01 月第 5 次修订

领血箱管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2024-048-01	制定时间：2024-03-05
适用范围：全院护士	修订时间：/
制定部门：护理部	修订版本：/
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2024-05-01

一、目的

为确保血液制品的质量与安全，保障患者用血安全，强化设备管理与风险管控，制度化、标准化管理流程，确保血制品能安全、合格地输注到患者体内，保障患者的生命安全和输血疗效，特制定本制度。

二、内容

1. 领血箱按控温方式分为蓄电池控温和蓄冷剂控温两种，并配备计量合格的温度记录仪。

2. 领血箱外观和内壁应符合以下要求：

（1）箱体在盖合后整体密闭，能防尘、防水、防滑。

（2）外观和内壁表面光洁平整无裂痕，能防止液体渗漏，易于清洁和消毒。

3. 不同类型血液运输温度要求：全血、红细胞、血浆：2℃～10℃；血小板、冷沉淀：20℃～24℃。不同运输温度的全血及成分血应分箱运输，不应在同一运输箱内混装其他无关物品。

4. 科室建立领血箱消毒记录本，记录领血日期、时间、领血时血箱温度、消毒时机、消毒方法。

5. 领血箱每次使用后均应清洁消毒，日常每周清洁消毒一次，并及时记录，院感科每月以抽查方式进行生物学监测。

三、参考文献

[1]WS 400-2023 血液运输标准[S].

[2]GB 15982-2012 医院消毒卫生标准[S].

值班、交接班制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-012-07	制定时间：2005-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-02-05
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-04-01

一、目的

为规范护士交接班工作，确保护理工作连续有效进行，保障患者质量安全，特制定本制度。

二、内容

1．根据医院和科室的情况实行轮流值班，每班人员运用护理程序针对患者个性化情况实施整体护理。

2．值班人员应该坚守岗位，履行职责，保证各项治疗护理工作准确、及时实施，保障护理服务的连贯性和患者安全。

3．值班人员必须在交班前完成本班的各项常规工作，包括患者护理、记录填写、物品整理，处理好用过的物品，为下一班做好准备，需下一班执行的医嘱或其他护理措施、特殊情况应做详细交代，与接班者共同做好交接后方可离开。

4．值班、交接班中如发现病情、治疗、器械物品交代不清时，应立即查实、确认。接班时发现问题应由交班者负责，接班后再发现问题，则应由接班者负责。接班者未接清楚前交班者不得离开岗位。

5. 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。需要交班的患者应包括但不限于：新入院、急危重、当日接受手术、当日有危急值及其他需特别注意的患者，并核实交班报告中当班的入出转等数据是否正确。

6．各班交接时，接班者需提前 15 分钟到岗，清点物品、详细阅读护士交班记录和护理记录，了解患者动态。各班交班时均要相互进行书面、口头、床旁交接。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

增加了“目的”，明确了交接班报告记录的内容。

五、修订记录

2006 年 08 月第 1 次修订

2008 年 09 月第 2 次修订
2010 年 08 月第 3 次修订
2019 年 08 月第 4 次修订
2023 年 11 月第 5 次修订
2025 年 02 月第 6 次修订

危重患者抢救制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-037-06	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为优化抢救流程、明确责任分工、规范抢救行为，最大限度缩短抢救响应时间，提升抢救成功率，保障危重患者生命安全，特制定本制度。

二、内容

1．对危重患者应做到详细询问病史，准确掌握体征，密切观察病情变化，发现患者病情变化时，护理人员立即实施必要的救治，同时通知医师并配合抢救。

2．参加抢救的护理人员要及时到位，分工协作，迅速、正确执行抢救医嘱和操作规程。医生未到之前，护士应根据病情，采取适当的抢救措施，如吸氧、吸痰、建立静脉通道、心肺复苏、止血等。

3．执行口头医嘱时应复诵一遍，确认无误后方可执行；执行后及时记录执行时间、药品剂量、给药方法；抢救结束后由医生及时补开医嘱；抢救时所用药品的空药瓶经两人核对后方可弃去。

4．在抢救过程中，全面评估患者，根据患者存在的护理问题，落实各项护理措施，并及时做好记录。抢救记录应在抢救结束后 6 小时内据实补记，有定期自查与督查。危重患者护理记录应能体现疾病发生发展变化的过程，内容应真实全面，确保记录的连续性、真实性和完整性。

5．对患者进行抢救的同时，注意做好患者及家属的解释安慰工作，力求取得患者及家属配合。如患者家属不在，应及时设法与家属或有关部门联系。

6．协助医生落实患者安全转运，转运前根据患者病情判断转运级别、制定转运计划、规划最佳转运路线、准备好转运物品和人员，提前通知到达科室。转运过程中密切观察患者生命体征和病情变化，遇突发事件时立即启动相应的护理应急预案，调整转运计划。

7．严格执行值班交接班制度，每班之间详细交接病情、抢救经过、各种用药及护理问题与措施。

8．各种抢救物品、药品、器械用后及时清理、补充、消毒，物归原位，处于完好备用状态。

三、参考文献

[1]桂莉，金静芬.急危重症护理学[M].北京：人民卫生出版社，2022.06.

[2]柳晓菲.优化急救护理流程对急危重症患者抢救效果的影响[J].护理研究，2023，(6):194-196.

[3]莫俏丽.急诊危重症患者的抢救配合与护理管理[J].饮食保健，2023，(13):133-136.

[4]杨梦莹，杨梅.程序化急救护理在急诊危重症患者中的应用效果及对抢救成功率的影响[J].临床医学研究与实践，2023，8(21):162-165.

[5]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023.

[6]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 对患者抢救制度具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2010 年 08 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 11 月第 4 次修订

2025 年 03 月第 5 次修订

危重患者护理风险评估制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-035-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为精准识别护理风险、优化风险防控措施，最终提升危重患者护理安全质量，降低不良事件发生率，特制定本制度。

二、内容

1．危重、大手术后的患者均需进行风险评估，真正落实预防为主的护理理念。根据评估结果制定相应的预防和干预措施，以提高患者的治疗效果，减少并发症的发生。

2．危重患者护理风险评估包括原发病、呼吸机相关性肺炎风险、危重患者营养风险（NUTRIC）、失禁风险（IAD）、导尿管相关尿路感染风险、血管导管相关血流感染风险、深静脉血栓风险、误吸风险、管道非计划拔管风险、跌倒风险、压力性损伤风险、用具器械风险、意外伤害风险、GCS 评分、疼痛评分、RASS 评分、Barthel 评分等各类评分。

3．按病情及各量表评估方法，及时对危重患者的护理风险进行动态评估。

4．已存在风险者，护士必须每班观察、积极落实预防措施，告知患者及家属，必要时签署知情同意书。发生病情变化时应及时评估，并落实相应的护理措施，护理记录应及时、准确。

三、参考文献

[1]桂莉，金静芬.急危重症护理学[M].北京：人民卫生出版社，第 1 版，2022.

[2]Saeed Asefzadeh，Mohammad H.Yarmohammadian.Clinical Risk Assessment in Intensive Care Unit[M].New York: World Health Organization，2023.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范第五版[M].广东：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据急危重症护理学对护理风险防范具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

危重患者病情评估制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-036-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为提升病情评估的精准性、时效性与规范性，为危重患者诊疗方案制定、护理措

施调整提供科学依据，保障诊疗安全与救治效果，特制定本制度。

二、内容

（一）对危重患者进行病情评估，早期发现危及患者生命的异常情况，及时采取适当措施，早期做出诊断。

（二）每班责任护士根据患者病情评估，密切监测与记录，给予相应的护理措施，并需班班床头交接。

（三）患者病情变化时及时评估，汇报医生，及时处理。

（四）每日患者的评估包括一般情况评估及根据病情选择评估系统。

（五）危重患者病情评估系统包括：神经系统评估、呼吸系统评估、心血管系统评估、消化系统评估、泌尿系统评估、内分泌、血液、免疫系统评估。各系统评估内容如下：

1. 神经系统评估

①意识状态②眼部体征（瞳孔及眼球位置）③肢体运动④神经反射（正常生理反射及异常的病理性反射）⑤体位及肌张力⑥颅内压⑦疑有脑外伤者，评估有无脑脊液漏。

2. 呼吸系统评估

①呼吸困难程度（呼吸频率、节律、幅度、异常呼吸类型）②咳嗽咳痰情况，呼吸道分泌物量与性状③给氧方式和氧浓度④人工气道的种类、深度、固定及气囊情况⑤使用呼吸机患者观察呼吸机设置参数和呼吸机运行情况⑥听诊痰鸣音、两肺呼吸音⑦血氧饱和度和血气分析结果⑧血压、颈静脉充盈情况、皮肤颜色和温度⑨置胸管的患者观察皮下气肿及胸管引流情况。

3. 心血管系统评估

①血压、心率、心律、脉压变化②呼吸困难程度，体位变化③皮肤颜色和温度，关注口唇、黏膜和肢体末梢④指甲颜色、毛细血管充盈情况、颈静脉充盈情况⑤水肿程度⑥心功能⑦胸闷胸痛，疼痛的时间、程度、性质，听诊有无杂音⑧静脉通路，确保血管活性药物正确输注⑨监测管道，保证监测数据准确。

4. 消化系统评估

①营养与饮食状况（身高、体重、皮肤弹性等）②肠蠕动和肠鸣音③腹痛部位、程度、性质④精神症状、意识状态及血压变化⑤黄疸程度和腹水⑥呕吐物色、量⑦大便的性质和量⑧腹部引流管部位和引流液性质和量。

5. 泌尿系统评估

①尿液性质和尿量②有无尿路感染③尿常规、尿培养检查④血常规、电解质、肾功能检查等。

6. 内分泌、血液、免疫系统评估

常与其他系统异常情况相伴随①内分泌系统：是否存在水电解质失衡，代谢紊乱，

意识改变等②凝血系统：血小板、凝血检查等③免疫系统：白细胞、体温变化等。

7. 疼痛、镇静及谵妄评估

（1）疼痛评估：①疼痛部位、特点、强度、持续时间②患者对疼痛的反应③面部表情、身体活动、肌肉紧张度等。

（2）镇静状态评估：①镇静程度、意识水平②镇静主观评估（Richmond 躁动-镇静评分）③镇静客观评估（脑电双频指数）。

（3）谵妄评估：①意识状态②认知功能：记忆力、注意力、思维能力、语言能力等。

8. 营养状态评估

①身高、体重、BMI 指数等指标②疾病严重程度③实验室检查：血清前白蛋白、白蛋白、血红蛋白、电解质等指标。

三、参考文献

[1]桂莉，金静芬.急危重症护理学[M].北京：人民卫生出版，2022.

[2]WS/T 431-2023 护理分级标准[S].

[3]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023.

[4]国家卫生健康委.重症医学专业医疗质量控制指标（2024 年版）[EB/OL].(2024-09-23)[2025-03-01].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202409/P020240923715091149464.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献对病情评估具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

危重患者安全防范措施

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-038-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：危重症护理小组	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为针对性强化危重患者护理中的安全薄弱环节，构建更全面的风险防控体系，有效预防不良事件的发生，保障患者在治疗期间的安全与舒适，特制定本措施。

二、内容

1．危重患者入院、转科由所在科室的护士先电话通知接收科室，并护送患者至病房。接收科室护士接到电话后立即通知医生，同时准备好病床及抢救物品，并做好患者病情交接。

2．全面掌握危重患者病情，严格落实分级护理制度，严格交接班，保持工作的连续性，确保安全。

3．严格执行查对制度，准确执行医嘱，保证患者的医疗安全。

4．危重患者病情发生变化，医生如果不在场，护士除立即通知医生外，应迅速根据患者情况采取必要的抢救措施，如吸氧、吸痰、建立静脉通道等。配合医生抢救时，护士应做到沉着、冷静、敏捷，并注意语言严谨，避免引起纠纷。危重患者抢救时，尽量避免患者家属在场，以免影响抢救工作的进行，必要时通知家属，听取家属意见。

5．对谵妄、躁动和意识障碍的患者，合理使用防护用具，防止意外的发生，并与家属进行沟通。牙关紧闭、抽搐的患者，可用牙垫、开口器，防止舌咬伤，同时暗化病室，避免因外界刺激引起抽搐。

6．危重患者外出检查或转运，应根据医嘱，认真评估外出检查或转运的必要性和可行性，充分估计意外，必要时备好抢救药物及用物，及时告知患者及家属，同时全程须有医护人员陪同。

7．做好基础护理，严防护理不当而导致并发症发生。

8．护士加强风险预测能力，全面评估患者，科学调整护理计划，做到护理措施及时、规范、有效。

9．加强巡视，严密监测患者生命体征，及时准确地记录病情，严禁对病历进行涂改、隐匿、伪造、销毁等。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委，国家中医药局.全面提升医疗质量行动计划（2023-2025 年）：国卫医政发〔2023〕12 号[EB/OL].（2023-05-26）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202305/content_6883704.htm.

[2]刘芳，王宇娇，曹笑柏，等.成人重症患者颅内压增高防控护理专家共识[J].中华护理杂志,2024,59(21):2606-2610.

四、修订原因

1．新增“参考文献”。

2. 对安全防范具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

保障转运安全护理风险评估防范制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-039-05	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为规范转运全流程管理，明确交接责任与内容，减少转运途中风险及交接信息偏差，确保危重患者在科室间、院区间转运的安全性与连续性，特制定本制度。

二、内容

1．凡危重、大手术患者转运，必须由医护人员全程护送。

2．转运前：

（1）必要性评估：转运目的是使患者得到必要的诊治，核心是使患者受益。

（2）风险评估：转运前应由医生进行风险评估并记录，以确定转运预期风险水平。患者病情方面的转运风险评估内容包括：气道管理、呼吸支持、基础疾病、是否需要肌力或血管活性药物支持、意识、体温、是否有创伤（颈椎损伤、骨折等情况）、额外监测、转运方式、转运持续时间等。

（3）做到患者及家属知情同意，准备病历资料及生活用品等，酌情准备急救药品、物品，填写患者转运交接单，危重患者转运需签署知情同意书。

（4）转运前联系转运科室或检查科室，告知对方相关事宜，确定转运时间，接收方做好准备。事先联系转运电梯，确保患者在最短时间内转运。

（5）患者准备：①向患者及家属解释转运目的；②确认患者身份；③妥善处理各种管路；④查看患者皮肤情况。

（6）保证转运工具功能完好，确保患者转运中的安全。

3．转运中：

（1）注意保暖。

（2）密切观察患者的生命体征，保证生命体征支持类设备工作稳定，确保各种

管路的有效固定和通畅。

（3）保持呼吸道通畅，有效给氧。

（4）推车平稳，正确使用保护带或防护栏，防止患者意外发生。

（5）转运过程中患者发生病情变化，快速采取急救措施，必要时入就近科室抢救。

（6）做好患者的心理护理。

4．转运后

转入科室护士应主动迎接并妥善安置患者，确认患者身份，确保患者安全转移至病床上。转出、转入科室护士必须做到六交清：患者的病情及生命体征、治疗、病历资料、各种导管、使用的各种仪器、皮肤情况要交清。据实填写患者转运交接单，确认无误后签名。

三、参考文献

[1]李树亚，孙朋霞，华小雪，等.急危重症患者院间转运决策最佳证据总结[J].中华护理杂志，2023,58(19):2416-2421.

[2]孙尚雪，周淼，乔安花，等.急危重症患者院间转运评估分级的最佳证据总结[J].中华急危重症护理杂志，2024，5(05):473-480.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 对转运交接具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2021 年 09 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

易混淆药品使用管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-053-05	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为预防严重医疗差错，最大限度减少人为失误，从一个“反应型”管理（出了问题再补救）转变为“预见型”管理（在问题发生前预防），实现对患者生命安全的最高级别保障，特制定本制度。

二、内容

1.易混淆药品，是指在开具处方、调剂核对、给药使用等环节中容易发生错误的药品：（1）药品通用名或商品名相似（包括字形、发音相似）；（2）药品外观相似（包括包装、标签、剂型相似）；（3）一品多规、多剂型药品；（4）其他易导致混淆误用的药品。

2. 医院应制定并公布有误用风险药物的目录，科室需结合本科室实际制定部门易混淆药品目录，以提醒药物使用各环节的医务人员，防止在使用过程中出现误用差错，目录应定期增补更新。

3. 药物的各使用部门与医务人员在使用目录中的药物时应严加核对，准确无误后方可使用，有双人核对的岗位或环节应严格执行双核对制度。

4. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药品应分开存放，黏贴统一的“警示标识”。

5. 医师开具电子处方和医嘱，应清晰载明剂型、剂量、规格，对同一通用名不同厂家的药物应注明厂家或商品名，以便正确执行医嘱。

6. 处方或医嘱录入、执行、收费和发药的医务人员对于目录中的药物应加强核对，明确无误后方可录入、执行、计费和发药。

7. 定期组织医护人员参加新药和特殊药物的学习和培训，提高专业技能和用药安全意识。

8. 建立用药错误的监督机制，定期对用药过程进行督查，确保制度执行，鼓励员工积极发现和报告用药错误事件，对及时发现和防止重大用药错误的员工给予激励。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局.关于进一步加强用药安全管理提升合理用药水平的通知:国卫医函〔2022〕122 号[A/OL].(2022-07-27).
http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-07/30/content_5703604.htm.

[2]中国医药教育协会.医疗机构高警示药品风险管理规范:T/CMEAS012-2023[S].2023-09-28.

[3]吴轶，甄健存，周殷，等.《易混淆药品管理标准》制订与解析[J].医药导报，2025，44(5):700-703.

四、修订原因

1. 将有误用风险药物修改为易混淆药品，与药学部统一。

2. 明确科室需制定专科易混淆药品目录，报药学部备案，并定期更新目录。

五、修订记录

2010 年 07 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2022 年 08 月第 3 次修订
2025 年 05 月第 4 次修订

用药错误护理风险评估防范制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-010-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为进一步加强用药安全管理，提升合理用药水平，保障医疗护理质量安全，规范药品储存与管理可有效减少用药错误的发生，特制定本制度。

二、内容

用药错误是指药品在临床使用及管理全过程中出现任何可以防范的用药疏失，这些疏失可导致患者发生潜在的或直接的损害。

（一）根据各类药品管理要求进行管理、保存，定期检查，保证药品质量。

（二）用药时，严格执行服药、注射、输液查对制度。

（三）对有药物过敏史及皮试过敏者，执行者必须核查过敏标识显示情况（腕带、床头屏、体温单、护理记录单、门急诊病历、护士站显示屏/白板及床卡）。

（四）对用化疗药、细胞毒性药物、血管活性药、高浓度电解质制剂、肌肉松弛剂等悬挂红色“！”警示标志，加强巡视，及时发现病情变化。

（五）紧急抢救时，对医生下达的口头医嘱，护士必须复述待医生确认无误方可执行，抢救完毕应准确及时记录。

（六）各科室制订专科用药一览表，使用新药时，查阅说明书及药物配伍禁忌，组织药理知识培训，询问有无过敏史，掌握不良反应及处理措施，保证药物用量的准确。

（七）保证药物的正确使用。

1．对所用药物双人核对，如紧急情况，只有 1 人时，应核对两遍，遵循安全用药“5R”（正确的患者、正确的药物、正确的时间、正确的剂量、正确的给药途径）原则，落实 PDA 扫码。

2．应根据患者心肾功能状况、容量状态等，调节静脉输液的速度。血管活性药物应根据医生设定的目标值调整输液速度。

3．执行正确的用药时间及顺序：一般情况下，依据患者病情的缓急或病情变化、治疗上存在前后因果关系及药物的药理性质安排输液顺序。根据药物半衰期决定给药时间，按照规定时间给药。

4. 静脉与非静脉药品应分区放置、分批执行、分开悬挂，非静脉用药作醒目标识。肠内营养管应使用专用管道和专用注射器。宜每次为单例患者给药；不同时携带雾化、肠内营养液至患者床旁操作，避免用药途径错误。

（八）严格执行交接班制度，特别是对转院、转科、手术回室的患者所带来的药物一定要认真交接，以防用药遗漏、用药重复等现象发生。

（九）加强对患者的健康教育，鼓励患者参与个人用药决策，使患者主动参与用药查对。

（十）加强重点人群的管理，实习生、新护士工作经验少、情绪不稳定、责任心不强，要特别关注，排班时要注意人员的搭配。

（十一）建立用药错误应急预案。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局.关于进一步加强用药安全管理提升合理用药水平的通知：国卫医函〔2022〕122 号[A/OL].(2022-07-27).
http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-07/30/content_5703604.htm.

[2]中国医药教育协会.医疗机构高警示药品风险管理规范：T/CMEAS012-2023[S].2023-09-28.

[3]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[4]中国医院协会药事专业委员会.《用药错误管理标准》制订与解析[J].医药导报，2025，44(3).

四、修订原因

1. 新增“目的”。

2. 根据参考文献内容对制度进行修订完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 02 月第 4 次修订

用药与治疗反应管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-011-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-02-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-04-01

一、目的

以安全与质量为核心的多维价值导向，通过明确用药全流程的监测标准、异常反应处置时限及责任主体，减少药物不良反应（ADR）、用药错误等风险事件的发生，特制定本制度。

二、内容

1. 护理人员应掌握常用药物和专科药物的药理知识， 不断更新对新型药物及治疗指南的认知。重点观察药物包括：血管活性药、化疗药、细胞毒性药、抗凝药、镇静镇痛药等。

2. 建立药物不良反应应急预案并组织培训。

3. 严格执行查对制度，正确执行医嘱，按时给药，合理给药，落实 PDA 扫码并实现闭环。

4. 用药期间注意观察患者的病情、药物疗效、不良反应，发现异常及时停药并通知医生，落实相应的护理措施并记录，必要时封存送检。

5. 当少数特殊药物的治疗量与中毒量、极量接近时，临床新药可能有不可预料的不良反应，护士应在临床医师或药师指导下严格把握剂量、严密观察。

6. 做好患者的用药指导，告知患者及家属药物的一般作用和不良反应，指导正确用药。

7. 确保抢救设备及药品随时可用，出现药物不良反应时，及时报告医师采取措施。

三、参考文献

[1]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[2]中国医院协会.医疗机构药事管理与药学服务第 4-11-2 部分：药事管理 药品不良事件管理 用药错误管理:T/CHAS 20-4-11-2-2023[S].2023-10-28.

[3]中国医院协会. 医疗机构药事管理与药学服务第 4-11-3 部分：药事管理 药品不良事件管理 药品质量问题处置:T/CHAS 20-4-11-3-2024[S].2024-05-25.

四、修订原因

1. 明确用药错误的定义，对过敏史标识进行了统一。

2. 增加了安全用药的原则。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 02 月第 4 次修订

消毒隔离制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-013-08	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2026-02-28
制定部门：护理部	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-04-01

一、目的

为建立并维护科学、规范、严密的感染防控体系，有效切断病原体传播途径，预防和控制医院内感染的发生与暴发，保障患者就医安全和医务人员的职业安全，特制定本制度。

二、内容

1．护理人员上班时间应着工作服，并保持工作服清洁、整齐、干燥，穿工作服不得进入食堂、宿舍和医院外环境。

2．护理人员应遵守标准预防的原则，落实标准预防的具体措施。

3．各类物品使用后根据不同的性质定期消毒、灭菌，消毒液定期更换，含氯消毒剂对金属有腐蚀作用，待其作用至规定时间后需清除残留。

4．无菌物品按灭菌日期先后依次放入专柜，遵循先进先出的原则，定期检查无菌物品是否过期，用过的与未用过的物品应严格分开放置并有明显的标记，灭菌物品需一人一用一灭菌。一次性无菌物品严禁重复灭菌使用。

5. 凡受到污染的可重复使用的物品，按照污染源的不同进行清洁、消毒处理，并选择不同的消毒灭菌方法，以保证消毒灭菌效果。

6. 可复用物品应采用全程质量信息追溯，保障物品回收、清洗、检查、包装、灭菌、储存、发放、使用等环节质量安全。

7. 各诊疗环境表面按规定进行清洁消毒，诊疗结束做好终末消毒，规范处置医疗废物。病房或诊疗区域清洁时，应遵循由上而下、由里到外，由轻度污染到重度污染的顺序。在诊疗过程中发生患者体液、血液等污染时，应及时采取污点清洁与消毒，根据具体情况，选择中水平及以上消毒方法（如醇类为中水平消毒、含氯制剂为高水平消毒），对于少量（＜10ml）污染的表面可先清洁再消毒；对于大量（≥10ml）污染的表面，先用吸湿材料去除可见的污染，再根据污染的病原微生物特点选用适宜的消毒剂进行消毒。不得将使用后或污染的布巾或地巾重复浸泡至清洁用水、清洁溶液或消毒溶液内。

8. 在感染管理科的指导下，做好各诊疗区域、重点环节及重点部门的消毒隔离工作。

三、参考文献

[1]WS/T 512-2025 医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准[S].

四、修订原因

1. 根据医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准行业标准，明确含氯消毒剂作用于金属后要清除残留以免腐蚀。

2. 明确病房和诊疗区域清洁方法，对污点清洁的方式做明确规定。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2008 年 09 月第 2 次修订

2010 年 08 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2023 年 10 月第 5 次修订

2025 年 05 月第 6 次修订

2026 年 02 月第 7 次修订

职业防护管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-110-06	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-08-06
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-10-01

一、目的

为规范护理人员感染性病原体职业暴露预防、处置工作，预防和减少医护人员在职业活动中接触各种有害危险因素，保障其身心健康，特制定本制度。

二、内容

（一）标准预防

将患者的血液、体液、分泌物（不包括汗液）均视为具有传染性，在接触这些物质以及患者粘膜和非完整皮肤时必须采取的基本防护措施，适用于所有患者的诊治、护理等操作的全过程。

（二）标准预防的主要措施

1．洗手：接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物及其污染物品时，不论其是否戴手套，都必须洗手。遇有下述情况必须立即洗手：摘除手套后；(接触患者前后)可能污染环境或传染其他人时。

2．戴手套：接触患者的上述物质及其污染物品时，接触患者黏膜和非完整皮肤前均应戴手套；对患者既接触清洁部位，又接触污染部位时应更换手套；手部皮肤如

有破损，在进行有可能接触患者的体液（血液、组织液等）、分泌物、排泄物等物质的操作时，及为有明确血源性传播疾病的患者进行操作时，应佩戴双层手套。

3．上述物质有可能发生喷溅时，应戴口罩、防护镜和面罩，并穿隔离衣或防护服、鞋套等，以防止医护人员皮肤、黏膜和衣服的污染。

4．被上述物质污染的医疗用品和仪器设备应及时处理，重复使用的医疗仪器设备应进行清洁和适当消毒。

5．污染的床单及时处理，防止接触患者的皮肤与黏膜，以防污染衣物及微生物传播。

6．宜选择安全型器具，包括安全型采血针、安全型留置针等；宜在输液和注射过程中使用无针系统，包括使用无针的输液接头、连接器等；选择防渗透、防刺穿、贴有警示标识的一次性利器盒。操作时应在方便使用的位置配备利器盒，并确保利器盒大小、容量满足操作需求，锐器容量达到利器盒容积的 3/4 时应封闭并更换利器盒。

7．医护人员进行各项医疗操作、清洁及环境表面消毒时应严格遵守各项操作规程。

8．污染环境或不能保持环境卫生的患者应隔离。

（三）加强教育，加深护士对医疗锐器伤和职业暴露的认识，掌握标准预防的概念和措施，并予以重视。

（四）教育并纠正护士的不规范操作。不规范操作主要有：手持锐器随意走动、双手回套针帽、徒手传递或拆卸使用过的针头、二次分拣使用过的针头和注射器等。规范操作处理原则：使用针具后应避免回套针帽；若必须回套针帽，应单手回套；锐器使用后立即放入固定的坚硬的利器盒里；对重复使用的医疗器具进行严格的灭菌处理；禁止徒手接触污染的利器，应使用工具拾取掉落的锐器；手术中传递利器时，应用无接触式传递；对躁动患者应在有效控制躁动后实施操作。

（五）在进行侵入性护理操作时，应在光线充足、明亮舒适的环境中进行，保持操作台面平整、宽敞，物品有序放置，操作前应确保各种用具、辅助用品方便可及，操作时应与周围人员保持安全距离。

（六）掌握医疗锐器伤的处理原则及方法，减少污染物对环境和工作人员的二次污染。

（七）意外暴露后的处理

见《职业暴露的护理应急预案》。

（八）分级防护的原则

1．基本防护

防护对象：在医院传染病区、发热门（急）诊以外的从事诊疗工作的医护技人员。

防护要求：工作服、工作帽、医用口罩、工作鞋，按照标准预防的原则执行。

2．加强防护

防护对象：进行接触患者血液、体液、排泄物、分泌物等污染物的操作时及进入传染病区的工作人员；传染病流行期的发热门诊的工作人员；转运疑似或临床诊断传染病的医务人员和司机。

防护要求：在基本防护的基础上，根据诊疗危险程度，使用防护用品。进入传染病区时，使用隔离衣、外科口罩、鞋套，进行可能被体液、血液分泌物喷溅操作时加防护镜、面罩。医护人员皮肤破损或接触体液、血液可能被污染时应戴手套。

3．严密防护

防护对象：诊断烈性传染病，进行有创操作如给呼吸道传染病患者进行气管插管、切开、吸痰等操作时的医务人员。

防护要求：在加强防护的基础上，应使用面罩等严密防护用品。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.安全注射标准：WS/T 856—2025[S].2025-07-30.

四、修订原因

1. 明确利器盒使用及更换的时机。

2. 列举日常工作中不规范操作的具体内容。

五、修订记录

2012 年 03 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2024 年 12 月第 4 次修订

2025 年 08 月第 5 次修订

跌倒防范管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-115-07	制定时间：2005-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-06-15
制定部门：防跌倒护理小组	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-08-01

一、目的

通过更新标准、细化流程、引入循证新规，为构建更科学、严谨的防跌倒管理体系，特制定本制度。

二、内容

（一）患者跌倒危险性评估使用《住院患者跌倒风险评估与预防措施表》。

（二）评估时机

1．新入院或转科患者。

2．住院期间出现病情变化。

3．使用高跌倒风险药物、跌倒后、跌倒高风险患者出院前，应再次评估。

4．跌倒高风险患者每周评估。

（三）为患者提供安全的就医环境：如光线、地面、设施、走道等。在必要处有各种防跌倒标识：如在病区走廊、卫生间、配餐间等处放置“小心地滑”等醒目标志。

（四）对患者和/或照护者进行预防跌倒的安全教育，高危患者签署《住院患者跌倒高风险告知书》，并鼓励主动参与预防措施的制订与实施。

（五）护士根据跌倒风险因素和风险等级采取针对性的预防措施，动态评估并及时调整，有效预防和减少住院患者跌倒的发生。

（六）患者一旦发生跌倒不良事件，立即启动应急预案，按不良事件上报流程上报至护理部。

三、参考文献

[1]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[2]T/CNAS 18-2020 成人住院患者跌倒风险评估与预防[S].

[3]中国医院协会.中国医院协会患者安全目标（2025 版）及细则[EB/OL].（2025-06-09).https://www.cha.org.cn/site/content/da5e6dc2652e019f7deff39caa06a599.html.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2007 年 05 月第 1 次修订

2010 年 08 月第 2 次修订

2017 年 01 月第 3 次修订

2021 年 09 月第 4 次修订

2023 年 07 月第 5 次修订

2025 年 06 月第 6 次修订

附件

预防跌倒实施策略

一、评估方法

（一）临床判断法：通过对患者的病史、诊断、临床观察及对环境的观察等，并结合主观和客观数据直接对跌倒风险进行评估。

1. 存在以下情况之一可直接判定为低风险：四肢瘫痪；深昏迷；完全行动障碍。

2. 存在以下情况之一可直接判定为中风险：过去 24h 内曾有手术史；使用 2 种及以上高跌倒风险药物。

3. 存在以下情况之一可直接判定为高风险：

①住院前 6 个月内有两次及以上跌倒经历，或此次住院期间有跌倒经历的患者；

②年龄≥75 岁，且同时存在一个及以上跌倒风险因素；

③存在意识或精神障碍、步态不稳、氧供不足、下肢关节和/或肌肉疼痛、重度贫血等相关问题时；

④根据药物说明书，患者使用的镇静镇痛、安眠药物仍在功效期内。

（二）量表评估法：当患者不符合临床判断法中任何条目时，宜使用 Morse 跌倒风险评估量表（见附录 A）进行评估，根据总分判定为跌倒低风险、跌倒中风险、跌倒高风险。

（三）跌倒风险因素：对未能包含在临床判断法、量表评估法中的因素进行评估，包括但不限于：头晕、眩晕；视力障碍；肌力、平衡及步态异常；体位性低血压；大便/小便失禁，且紧急和频繁的排泄；使用高跌倒风险药物，如抗惊厥药、降压利尿剂、泻药；认知功能受损。

二、预防措施

1. 跌倒低风险患者：

（1）提供安全的住院环境，包括功能良好的床单元及设施、活动区域无障碍物、地面干燥防滑等。

（2）在病区走廊、卫生间、配餐间等跌倒高危区域及患者腕带上放置防跌倒警示标识。

（3）将日常用物、呼叫铃等放在患者方便取用位置。

（4）使用带轮子的床、轮椅等器具时，静态时锁定轮锁，转运时使用安全带或护栏。

（5）告知患者活动时依扶固定扶手或稳定物体等且动作宜缓慢，不宜单独离开病房。

（6）减少跌倒风险的因素，如在不影响病情时，可协助肌力、平衡及步态功能训练以改善步态不稳。

（7）对患者和/或照护者进行预防跌倒健康教育，穿防滑鞋、合身衣裤，鼓励主动参与跌倒预防措施制订与实施。

（8）对携带导管的患者，下床活动时妥善固定导管，并将管道置于不影响活动的位置和高度。

（9）对跌倒风险因素及风险级别进行动态评估，并及时调整预防措施。

2. 跌倒中风险患者：

（1）执行跌倒低风险患者的预防措施。

（2）执行分级护理规定，确定患者需要照护程度并按需提供。

（3）关注跌倒风险评估值的同时，根据评估确定的跌倒风险因素采取针对性预防措施。

（4）告知患者离床活动应有他人陪同，坐在座椅上时应在照护者可及范围内。

（5）每班床边交接跌倒风险因素及跌倒预防措施执行情况。

3. 跌倒高风险患者：

（1）执行跌倒中风险患者的预防措施。

（2）有专人 24h 看护，保持患者在照护者可及范围内，如需离开患者，需告知患者不得自行离床活动或给予必要的临时约束或交代他人看护。

4. 针对跌倒风险因素采取预防措施：

（1）头晕、眩晕：

①提前告知患者和/或照护者头晕、眩晕引起跌倒的可能性。

②评估患者头晕及眩晕感受、诱发因素、持续时间和强度、性质、相关症状、缓解方法，及时汇报医生，尽早查明并消除导致头晕、眩晕的原因。

③告知患者不宜单独在无人地带，头晕及眩晕时应及时蹲下或扶靠牢固稳定物体。

④鼓励患者和/或照护者参加由康复医师实施的前庭疗法。

（2）视力障碍：

①告知患者如有不同用途的两副以上眼镜，应贴上相应标签。

②指导因视力减弱、曾有跌倒史或跌倒风险的患者使用单光眼镜，活动时应有他人陪伴。

③护理偏盲患者时，宜站在盲侧，并通过声音等刺激增强患者对空间、位置的感知。

④发现患者存在尚未诊断的视力问题时，应及时报告医师。

（3）肌力、平衡及步态异常：

①指导患者正确使用助行器等保护性器具。对严重骨质疏松、髋关节骨折的患者，可协助佩戴髋部保护器。

②鼓励患者参加由康复医师制订的肌力、平衡及步态训练计划。

（4）体位性低血压：

①指导患者体位转换时应速度缓慢，避免弯腰后突然站起，减少弯腰动作及弯腰程度。

②指导患者卧位转为站位时，遵循“三部曲”，即平躺 30s、坐起 30s、站立 30s 再行走。

③指导患者睡眠时抬高床头 10°-30°，淋浴时水温以 37℃-40℃为宜。

④对患者有计划进行有氧耐力训练，站立时可行间歇踮脚尖或双下肢交替负重训练。

⑤协助下肢静脉曲张或静脉回流差的患者穿弹力袜或紧身裤或使用弹力绷带包裹。

⑥指导患者发生体位性低血压，或患者体位改变、外出行走出现头晕、肢体无力等不适症状时的处理方法，如立即就近坐下或搀扶平躺休息；指导陪同人员按摩四肢并立即呼救。

（5）大便/小便失禁且紧急和频繁排泄：

①将患者安置在离厕所较近区域，或提供床旁洗漱和如厕替代设施。

②观察、识别患者大/小便失禁的原因，及时针对性处理。

③制定如厕计划，对频繁如厕患者，可使用大/小便失禁护理裤、护理床等。

④指导训练大小便自控能力，改善失禁情况。

（6）使用高跌倒风险药物：

①识别并明确告知患者可能增加跌倒风险的药物。

②指导患者服用高跌倒风险药物时，在药物药效期内宜限制活动。

③与医师沟通，减少使用或及早停用不影响病情的高跌倒风险药物。

（7）认知功能障碍：

①根据康复医师评定的认知功能受损情况提供生活、治疗方面的帮助。

②当患者出现精神与行为症状时，移除周围可能造成伤害的物品。

③对产生幻觉并出现游走或夜间异常行为的患者，夜间可反锁门窗或实施保护性约束。

④根据患者认知功能障碍情况，采取非药物性认知功能训练，或汇报医师使用药物治疗。

跌倒报告、伤情认定及处理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-116-08	制定时间：2005-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-06-15
制定部门：防跌倒护理小组	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-08-01

一、目的

通过更新标准、细化流程、引入循证新规，为构建更科学、严谨的防跌倒管理体系，特制定本制度。

二、内容

（一）患者发生跌倒时，要及时上报登记。

（二）患者发生跌倒时，护士立即到患者身边，测量患者的生命体征及检查受伤情况，并及时通知医师，根据患者受伤情况进行伤情认定，并给予不同处理：

1．伤情认定

跌倒无伤害（0 级）：跌倒后，评估无损伤症状或体征。

跌倒轻度伤害（1 级）：住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。

跌倒中度伤害（2 级）：住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。

跌倒重度伤害（3 级）：住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。

跌倒死亡：住院患者因跌倒受伤而死亡（而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死）。

2．处理

跌倒无伤害（0 级）：可搀扶或用轮椅将患者送回病床，嘱其卧床休息，安慰患者并测量血压、脉搏，根据病情做进一步的检查和治疗。

跌倒轻度伤害（1 级）：根据伤情为患者实施冰敷、包扎、肢体抬高、局部用药等医疗、护理处置，加强病情观察，发现异常及时报告医师并协助处理。

跌倒中度伤害（2 级）：根据伤情为患者实施缝合、使用皮肤胶、夹板固定等医疗、护理处置，加强病情观察，发现异常及时报告医师并协助处理。

跌倒重度伤害（3 级）：

（1）对疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患者，根据受伤的部位和伤情采取适当的搬运方法，并协助医师进行医疗处置。

（2）对于摔伤头部，出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即采取正确的搬运方法将患者转移至病床，观察意识、瞳孔、生命体征的变化，遵医嘱迅速采取相应的急救措施。

（三）当事人或发现人按《护理不良事件报告制度》逐级上报。

（四）科室组织护士进行讨论，分析原因，制定并落实改进措施，完善相关制度、工作流程等。

三、参考文献

[1]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[2]T/CNAS 18-2020 成人住院患者跌倒风险评估与预防[S].

[3]中国医院协会.中国医院协会患者安全目标（2025 版）及细则[EB/OL].（2025-06-09）.https://www.cha.org.cn/site/content/da5e6dc2652e019f7deff39caa06a599.html.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2007 年 05 月第 1 次修订

2010 年 08 月第 2 次修订

2013 年 05 月第 3 次修订

2016 年 03 月第 4 次修订

2019 年 08 月第 5 次修订

2023 年 07 月第 6 次修订

2025 年 06 月第 7 次修订

长期卧床/术后患者首次下床活动护理规范

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-072-05	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：防跌倒护理小组	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为优化评估标准、细化操作流程、最大限度降低患者下床活动的风险，特制定本规范。

二、内容

1. 首次下床活动风险评估：

（1）评估患者的病情，与医生沟通，确认患者有无下床活动禁忌。

（2）评估患者的神志、生命体征、运动功能、营养状况、心理状态及管路安全等。

（3）如患者神志清，生命体征平稳，下肢肌力≥3 级时，可协助其下床活动。

（4）如患者营养风险筛查 2002 量表评分＞5 分、血清白蛋白＜30g/L，存在负性心理状态，避免盲目下床活动。

（5）评估管道固定是否稳妥，引流是否通畅，引流液的色、质、量是否正常。病情允许的情况下，遵医嘱尽早拔除各类留置管道；因治疗需要确需留置管道者，可使用移动输液架等器具辅助下床活动，保证安全。

2. 首次下床活动实施措施：

（1）健康宣教：向患者及家属进行有效的知识宣教及正向反馈，取得配合。

（2）镇痛管理：关注患者的疼痛主诉，动态评估，及时干预，提高下床活动的舒适度及依从性。

（3）下床活动训练：

①下床活动方式：协助患者由卧位到坐位，适应 30 秒以上，若无不适，取床边站立位，适应 30 秒以上，若无不适，再行步行训练。

②下床活动时长：建议 10-20 分钟/次，以患者自身情况而定，在其能耐受的范围内，每日逐渐增加行走时长。

③下床活动频率：首次下床活动时，在其耐受的前提下，建议至少步行 5 米，每天步行 2 次，之后循序渐进，逐步增加活动强度。

（4）一旦患者出现心慌、头晕、乏力或血氧饱和度小于 90%等情况，立即停止活动，协助患者卧床休息，遵医嘱给予对症处理。

三、参考文献

[1]中华护理学会骨科护理专业委员会.颈椎前路手术患者术后早期下床活动护理专家共识[J].华西医学，2024，39(10):1514-1519.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献内容修订完善。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

压力性损伤风险评估及报告制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-106-08	制定时间：2007-05-18
适用范围：全院护士	修订时间：2025-07-01
制定部门：伤口/造口/失禁护理小组	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范压力性损伤患者的风险评估及上报流程，特制定本制度。

二、内容

（一）压力性损伤风险评估

1. 评估时机：

（1）初始评估：患者入院或转科后应尽快完成，原则上不超过 8 小时。

（2）持续评估：低风险患者每周评估 1 次；中风险患者每 3 天评估 1 次；高风

险和极高风险患者每天评估 1 次。

（3）再评估：手术或分娩后、病情变化（意识、活动、自我照顾能力等改变）及时评估。

2. 评估内容

（1）压力性损伤风险评估 根据患者年龄，选择压力性损伤风险筛查工具。年龄≥18 周岁，选择 Braden 评估量表；年龄＞28 天且＜18 周岁，选择 Glamorgan 评估量表；年龄≤28 天，选择新生儿皮肤风险评估量表（NSRAS）；手术室使用 CORN 术中获得性压力性损伤风险评估量表进行风险评估。

（2）压力性损伤风险因素评估 存在压力性损伤风险的患者，除风险筛查外，宜对风险因素进行全面评估，包括但不限于以下因素：移动和活动受限、感觉障碍、大便/小便失禁或腹泻、医疗器械压迫、营养不良、水肿。

3. 判定压力性损伤风险等级

（1）成人使用 Braden 量表：低风险：15～18 分；中风险：13～14 分；高风险：10～12 分；极高风险：≤9 分。

（2）儿童使用 Glamorgan 量表：无危险：＜10 分；有危险：10～14 分；高危险：15～19 分；极高危险：≥20 分。

（3）新生儿使用 NSRAS 量表：有风险：≥13 分。

（4）手术室使用 CORN 量表：术前评估得分＜9 分为低风险，9～14 分为中风险，＞14 分为高风险；术中评估得分＜8 分为低风险，8～12 分为中风险，＞12 分为高风险。

4. 根据判定的压力性损伤风险等级及风险因素，按《压力性损伤护理规范》落实预防和护理措施，Braden 评分≤12 分或 Glamorgan 评分≥15 分建立翻身卡，与患者及家属做好健康宣教，并依据动态评估结果及时调整预防措施。

（二）压力性损伤报告制度

1. 成立伤口造口失禁护理小组，并有明确分工及相应的职责。

2. 评估属于压力性损伤风险的高危人群(Braden 评分≤12 分或 Glamorgan 评分≥15 分），及时填写《压力性损伤高危患者申报表》，2 小时内汇报护士长及管床医生，护士长审核签字。24 小时内上报科护士长，科护士长审核签字，责任护士落实预防护理措施并做好记录，必要时申请会诊。护士长做好预防护理质量以及转归的监控管理。并告知患者及家属，签署“压力性损伤高危风险告知书”。

3. 凡院内发生或院外带入压力性损伤，当班护士及时填写《压力性损伤护理报告单》，并告知患者及家属，家属签字，2 小时内汇报护士长及管床医生，护士长审核签字，24 小时内上报专科护理小组，专科护理小组审核签字，必要时申请专科护理会诊。院内发生压力性损伤必须申请专科护理会诊，由专科护理小组鉴定为预期或非预期压力性损伤，提供处理意见，并上报护理不良事件。

三、参考文献

[1]王泠，胡爱玲.伤口造口失禁专科护理[M].北京：人民卫生出版社，2018.

[2]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[3]T/CNAS 29-2023 术中获得性压力性损伤预防[S].

四、修订原因

1. 修改入院初始评估时限。

2. 根据 2025 年 6 月江苏省护理质控中心对于江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）目标五内容的调整修改儿童评估量表。

五、修订记录

2010 年 08 月第 1 次修订

2013 年 05 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2021 年 08 月第 5 次修订

2023 年 08 月第 6 次修订

2025 年 07 月第 7 次修订

附件 1

预期压力性损伤的条件

已填写压力性损伤（PI）高危患者申报表

1. 基本条件（符合其中 1 项）：①强迫体位②偏瘫③高位截瘫④骨盆骨折⑤生命体征不稳定等病情需要严格限制翻身。

2. 附加条件（至少 2 项）：①年龄≥70 岁②白蛋白≤30g/L③极度消瘦④高度水肿⑤大小便失禁⑥患者拒绝配合等。

3. 防范措施到位。

4. 动态评估记录及护理记录。

查看评分、护理记录、措施落实及反馈、健康教育及反馈，一项不符合，即为非预期性压力性损伤。

附件 2

Braden 压力性损伤风险评估细化标准

项目	1 分	2 分	3 分	4 分
感觉	完全受限：因意识减退或使用镇静剂对疼痛刺激无反应（没有呻吟，退缩，或握手动作），或几乎全身体表无法感觉疼痛	非常受限：仅对疼痛刺激有反应，除了呻吟或躁动，不能表达不适的感觉或有知觉障碍，超过一半体表感觉疼痛或不适的能力受限	轻度受限：对口头指令有反应，但常常不能表达不适或翻身的需要。或有知觉障碍，身体有一、二个肢体感觉疼痛或不适的能力受限	未受损害：对口头指令有反应，感觉知觉系统完好，能够准确表达疼痛或不适
潮湿度	持续潮湿：由于汗液、尿液等，皮肤总体呈潮湿状。每当患者更换体位或翻身时均有观察到潮湿	非常潮湿：皮肤经常但不总是潮湿，床单至少每班更换 1 次	偶尔潮湿：皮肤偶尔潮湿，床单需要每天额外更换 1 次	很少潮湿：皮肤经常保持干燥，只需常规更换床单
活动度	卧床不起：限于床上	局限于椅：行走严重受限或无法站立，不能承受自身的重量，必须在协助下才能坐入椅子或轮椅内	偶尔步行：白天偶尔可步行短距离，有时需要协助，移动至床上和椅子上时需花费大量时间	经常步行：每天至少在房间外活动 2 次，日间每 2h 在房间至少活动 1 次
移动能力	完全不能：在没有协助下，身体或四肢不能做任何甚至微小的位置改变	严重受限：偶尔做微小的身体或肢体位置的改变，但不能经常或独立做明显的移动	轻度受限：能经常独立地做微小的四肢或身体移动	未受限：不需要协助即可进行大范围的、频繁的体位改变
营养摄入	非常差：从未吃完 1 份饭，很少能进食超过 1/3 份饭；每天进食 2 次或少量蛋白质（肉类或乳制品）。喝水很少，未进液态的辅食或禁食，和（或）只能喝水，或静脉补液 5d 以上	可能不足：很少吃完一份饭,通常只吃 1/2 份食物，每天的蛋白质摄入仅有 3 次供应的肉或乳制品。偶尔能进食辅食；或摄入的流质或鼻饲饮食低于最佳需要量	适当：大部分时间能进食半份以上食物，每天可吃完 4 次供应的蛋白质（肉、乳制品）。偶尔有一餐不吃，如果提供辅食通常会吃；或以鼻饲或全胃肠外营养 而维持营养需求	良好：能进食几乎整份饭菜，从来不拒绝食物。通常吃完 4 次或更多次提供的肉和乳制品。偶尔在正餐之间加餐，不需要辅食
摩擦力以及剪切力	有问题：需要中等或最大的协助来移动身体，坐在床上或椅子上经常会有下滑的现象，需要大力协助将患者拉起。身体僵直、挛缩或焦躁不安常导致摩擦力的产生	潜在问题：自由的移动或需要很少的帮助。在移动时，皮肤可能与床单/座椅/约束带/或其他器械摩擦；相对来说，大部分时间能在椅子或床上保持良好的体位，偶尔会滑下来	无明显问题：可独立在床上或椅子上移动，移动时有足够的肌力可将身体抬高，坐在椅子或床上随时都 能维持良好的体位	

附件 3

Glamorgan 压力性损伤危险评估量表（儿童）

	评 估 内 容	计分标准
移动能力	移动时存在较大困难或会引致病情恶化	20
	在没有协助条件下无法改变体位/控制身体的移动	15
	轻微移动但低于该年龄段应有的移动能力	10
	与年龄相符合的正常移动	0
压力或摩擦力	设备/物体/坚硬的表面对皮肤造成压迫或与皮肤摩擦	15
营养状况	存在明显的贫血[Hb<9g/dL(90g/L)]	1
	低血清白蛋白[<3.5g/dL(35g/L)]	1
	营养不良(无法经口进食/无法吸收/肠内喂饲和不经静脉输注营养液补充营养)	1
	体重低于10%标准体重	1
发热	持续性发热[超过四小时体温>38℃(100° F)]	1
组织灌注	外周循环灌注不良(肢端冰冷/毛细血管再充盈时间>2s/皮肤发冷，有瘀斑)	1
失禁	失禁(与年龄不相符)	1
总分		67
危险状态：<10分无危险；10-14分有危险；15-19分高危险；≥20分极高危险		

附件 4

NSRAS 新生儿压力性损伤风险评估细化标准

项目	1 分	2 分	3 分	4 分
一般情况	胎龄＞38 周	38 周≥胎龄＞33 周	33 周≥胎龄＞28 周	胎龄≤28 周
意识状态	不受限:警觉的和活跃的	轻度受限：昏睡	严重受限:仅对疼痛刺激有反应（退缩、抓、呻吟、血压升高或心率升高）	完全受限：意识减弱或处于镇静状态对疼痛反应迟钝
移动能力	不受限:没有辅助下能频繁的改变位置（如转头）	轻度受限：能独自频繁但只能轻微的改变身体或肢体位置	严重受限:身体或肢体位置偶尔轻微的改变，但不能独自频繁改变	完全受限：没有辅助下身体或肢体完全不能移动
活动能力	不受限:在婴儿床上	轻度受限：在暖箱里	严重受限:在辐射台上不使用透明塑料薄膜	完全受限：在辐射台上使用透明塑料薄膜
营养	不受限：每餐奶瓶/母乳喂养能满足生长需要	轻度受限：管饲喂养能满足生长需要	严重受限:少于满足生长需要量的奶量(母乳/配方奶)	完全受限：禁食需静脉输液
潮湿	不受限:皮肤通常是干燥的,床单只需 24 小时更换	轻度受限：皮肤偶尔潮湿，每天需加换一次床单	严重受限:皮肤时常潮湿但不总是潮湿,每班至少更换一次床单	完全受限：每次移动或翻身，皮肤都是潮湿的

附件 5

CORN 术中获得性压力性损伤风险评估量表

术前压力性损伤危险因素评估（在□内打✓，总分：_____分）				
评估项目	1 分	2 分	3 分	4 分
麻醉风险分级	Ⅰ级 □	Ⅱ级 □	Ⅲ级 ●	≥Ⅳ级 ●
身体质量指数	18.523.9 ●	24.0～27.9 ●	≥28 ●	＜18.5 ●
受压部位皮肤状态	完好 ●	红斑、潮湿 ●	瘀斑、水疱 ●	重度水肿 ●
术前肢体活动	不受限 ●	轻度受限 □	部分受限 ●	完全受限 ●
预计手术时间（h）	＜3 ●	≥3 且＜3.5 □	≥3.5 且＜4 □	≥4 □
高危疾病（糖尿病）				有 ●
注：术前评估总分＜9 分为低风险，9～14 分为中风险，＞14 分为高风险				
术前压力性损伤危险因素动态评估（在□内打✓，总分：_____分）				
评估项目	1 分	2 分	3 分	4 分
体温丢失因素	浅部组织暴露 □	深部组织暴露□	体腔/器官暴露●	低体温/降温治□
手术出血量（ml）	＜200 □	≥200 且＜400 ●	400～800 □	＞800 □
压力剪切力改变	轻度增加 ●	中度增加 ●	重度增加 □	极度增加 ●
实际手术时间(h)	＜3 ●	≥3 且＜3.5 ●	≥3.5 且＜4 ●	≥4 □
注：术中评估总分＜8 分为低风险，8～12 分为中风险，＞12 分为高风险				
术前受压部位皮肤评估（在□内打✓）				
正常□ 带入性压力性损伤□ 部位：_____ 面积:_____ cm ×_____cm 术中获得性压力性损伤□：压红□ 1 期□ 2 期□ 3 期□ 4 期□ 深部组织损伤□ 不可分期□ 器械相关性压力性损伤□ 黏膜压力性损伤□ 部位：_____ 面积:_____cm ×_____cm 皮肤持续受压时间 _____h				

压力性损伤的诊疗与护理规范

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-107-08	制定时间：2007-05-18
适用范围：全院护士	修订时间：2025-07-01
制定部门：伤口/造口/失禁护理小组	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-09-01

一、目的

为规范压力性损伤患者及压力性损伤风险患者针对压力性损伤风险因素的预防

措施，保障患者安全，特制定本规范。

二、内容

1. 压力性损伤定义

压力性损伤（pressure injury，PI）是由于压力或压力联合剪切力导致的皮肤和/或皮下组织的局限性损伤，通常发生在骨隆突处，但也可能与医疗器械或其他物品有关。损伤可表现为完整(或未破损)的皮肤或开放性伤口，可能会有疼痛。软组织对压力和/或剪切力的耐受性可能会受到微环境、营养、灌注、年龄、健康状况(慢性或急性)、合并症以及软组织情况的影响。

器械相关性压力性损伤(device-related pressure injury，DRPI)：是指医疗器械、设备、家具和日常用品对皮肤施加压力造成的损伤，这种损伤可能是治疗使用的意外后果，也可能是皮肤无意接触器械造成的。该概念描述了损伤的原因。医疗器械相关性压力性损伤，是指由于使用用于诊断或治疗的设备而导致的压力性损伤，损伤部位形状通常与医疗器械形状一致。这一类损伤可以采用公认的分类系统进行分类。

黏膜压力性损伤(mucosal pressure injury，MPI)：是指位于呼吸道、胃肠道和泌尿生殖道的湿性黏膜处的压力性损伤。主要是由于医疗器械（通常是管路及其固定装置）对黏膜施加持续的压力和剪切力造成的。由于这些损伤组织的解剖特点，这一类损伤无法进行分期。

2. 好发部位

仰卧位：好发于枕骨粗隆、肩胛部、肘部、脊椎体隆突处、骶尾部及足跟部。

侧卧位：好发于耳廓、肩峰、肋骨、肘部、髋部、膝关节内外侧及内外踝处。

俯卧位：好发于面颊部、耳廓、肩部、女性乳房、男性生殖器、髂嵴、膝部及足尖处。

坐位：好发于坐骨结节处。

3. 高危人群包括：①慢性神经系统疾病患者；②脊髓损伤患者；③老年人；④姑息治疗患者；⑤肥胖患者；⑥转运途中患者；⑦长时间手术患者；⑧新生儿和儿童；⑨糖尿病患者；⑩使用医疗器械患者。

4. 分类/期

Ⅰ类/期：皮肤完整，局部区域有指压不变白的红斑，通常在骨隆突处。深色皮肤表现可能不同。与邻近组织相比，该区域可能有疼痛、坚硬、柔软、更热或更凉。此期的颜色改变不包括紫色或栗色变化，因为这些颜色变化提示可能存在深部组织损伤。

Ⅱ类/期：真皮层部分缺失，表现为表浅的开放性溃疡，伤口床呈粉红色，无腐肉。也可表现为完整的或开放/破损的浆液性水疱。该分期不能用于描述潮湿相关性皮肤损伤，比如失禁性皮炎，皱褶处皮炎，以及医疗黏胶相关性皮肤损伤或者创伤伤口（皮肤撕脱伤、烧伤、擦伤）。

Ⅲ类/期：全层皮肤缺失，可见皮下脂肪，但未见骨骼、肌腱或肌肉。可见腐肉和/或焦痂，但并不影响观察组织缺失的深度。不同解剖位置的组织损伤的深度存在差异，脂肪丰富的区域会发展成深部伤口，可能会出现潜行或窦道。此期无筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨和/或骨暴露。如果腐肉或焦痂掩盖组织缺损的深度，则为不可分期压力性损伤。

Ⅳ类/期：全层皮肤和组织缺失，可见或可直接触及到筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨或骨头。可见腐肉或焦痂。通常存在潜行和窦道。不同解剖位置的组织损伤的深度存在差异。如果腐肉或焦痂掩盖组织缺损的深度，则为不可分期压力性损伤。

不可分期：全层皮肤和组织缺失，溃疡基底部被腐肉(黄色、褐色、灰色、绿色或棕色）和/或焦痂（褐色、棕色或黑色）所覆盖。只有去除足够的腐肉和/或焦痂，才能判断损伤是Ⅲ期还是Ⅳ期。缺血肢端或足跟的稳定型焦痂（表现为：干燥、紧密粘附、完整无红斑和波动感）不应去除。

可疑深部组织损伤：局部完整的皮肤出现紫色或褐红色改变，或充血水疱。与邻近组织相比，该区域可有疼痛、坚硬、松软、潮湿、更热或更凉。深色皮肤的颜色表现可能不同。这种损伤是由于强烈和/或长期的压力和剪切力作用于骨骼和肌肉交界面导致。该期伤口可迅速发展暴露组织缺失的实际程度，也可能溶解而不出现组织缺失。如果可见坏死组织、皮下组织、肉芽组织、筋膜、肌肉或其他深层结构，说明这是全皮层的压力性损伤（不可分期、Ⅲ期或Ⅳ期）。该分期不可用于描述血管、创伤、神经性伤口或皮肤病。

5. 压力性损伤的预防

（1）压力性损伤低风险患者

①在床头落实预防压力性损伤警示标识。

②床单元宜配置气垫床或静态减压床垫，保持床单元的整洁、干燥。

③每 2～4 小时协助患者翻身 1 次。

④每次翻身及每班交接时，重点查看骨隆突处皮肤的颜色及完整性，以及医疗器械下皮肤、黏膜有无异常，保持局部皮肤干爽。如发现皮肤、黏膜颜色改变或完整性受损，宜增加翻身频次，调整受压部位或解除受压。

⑤受压部位使用预防性器具，如软枕、R 型枕、硅胶垫等。

⑥患者压力性损伤风险程度增加，应及时调整预防措施，并与患者或家属沟通。

（2）压力性损伤中风险患者

①执行压力性损伤低风险患者所有措施。

②每 2 小时左右协助翻身 1 次。

③更换体位时，平卧和侧卧交替，侧卧时不宜超过 30°，双腿之间垫软枕。

④病情和治疗允许时，床头抬高宜低于 30°。

⑤足跟应尽量悬空，末梢循环不良者，宜采取保暖措施。

⑥受压部位可预防性使用敷料，如泡沫敷料或水胶体敷料，2～3 天更换一次。可以反复黏贴的泡沫敷料，每天观察 1 次受压部位皮肤。

（3）压力性损伤高风险和极高风险患者

①执行压力性损伤中风险患者所有措施。

②每 1～2 小时更换体位 1 次。

③长期卧床患者，警惕骨质疏松，翻身时动作轻柔。

6. 针对压力性损伤风险因素的预防措施

（1）移动和活动受限

①根据患者移动和活动能力制定翻身计划。

②对制动患者，与医生共同评估患者最大限度的活动范围，制定个性化翻身方案。

③针对颅骨牵引、脊椎损伤、髋关节手术等患者，翻身时应保持头、颈、肩、腰和腿在一条线上，即轴线翻身法。

④对生命体征不稳定的危重患者，可采用缓慢、渐进翻身方式；对生命体征极不稳定的危重患者，可尝试小范围、多次移动进行局部皮肤减压。

⑤因疼痛拒绝翻身，应寻找原因，在不影响病情的情况下提前止痛，或邀请专科医护人员会诊，协助制定翻身计划。

（2）感觉障碍

①评估患者的触觉、痛觉、温度知觉的受限程度。翻身时充分抬起患者，避免拖拉。保持患者床单整洁、干爽、无杂物。

②翻身时，应抚平受压处皮肤、衣物及床单元，最大程度减轻骨隆突处的负荷，使压力再分配。

③实施床上肢体的被动活动。

（3）大便/小便失禁、腹泻、大量出汗

①及时清理大小便，并更换清洁衣裤及被服。

②每次便后，宜用 pH 弱酸性/中性清洗液清洁皮肤，动作应轻柔，皮肤干燥时可适当使用滋润剂。

③使用吸收能力强的尿垫或尿不湿，更换时间小于 4 小时，保持皮肤清洁干爽。

④及时清洁大量出汗的皮肤，并更换清洁衣裤、被服等。

⑤使用皮肤保护剂以在皮肤表面形成保护膜。

⑥使用集尿集便装置，如造口袋、大便失禁管理装置等。

⑦积极寻找原因，及时治疗大小便失禁或腹泻。

（4）医疗器械压迫

①根据患者局部尺寸/形状选择医疗器械，并根据制造商的安全指示，正确使用

器械。

②保持医疗器械放置的松紧度适宜，患者感到较舒适，无压痕出现。

③医疗器械下可预防性使用泡沫或水胶体敷料。

④每班查看医疗器械下方的皮肤是否有红斑、破溃等迹象。

⑤保持医疗器械下方皮肤清洁、干爽。

⑥新生儿氧疗时，宜选择鼻导管和面罩交替的给氧途径；儿童和成人氧疗时，宜选择面罩和鼻塞交替的给氧途径。

⑦每班评估医疗器械使用指征，如符合停用指征，尽快建议医生停用。

（5）营养不良

①入院 48 小时内对存在营养不良风险患者和营养不良患者进行综合性营养评估。

②落实营养师或床位医生对患者的个性化营养方案，并观察治疗后的效果，及时沟通。

③存在营养不良或有营养不良风险的患者，如无饮食禁忌，成年人建议摄入热量为 30～35 千卡/公斤体重/天，以及 1.2～1.5 克蛋白质/公斤体重/天。危重症儿童建议摄入 1.5 克蛋白质/公斤体重/天。

（6）转运途中受压

①转运压力性损伤患者和压力性损伤风险患者，宜使用减压床垫，并尽早将患者转移至普通病床。

②疑似脊柱损伤的患者，应在专科医生指导下，尽早将患者从脊柱硬板床上转移至普通病床。

③使用平车转移患者防止患者肢体受压于床栏等处。

7. 压力性损伤的处理

根据压力性损伤具体分期，执行不同处理方案，同时注意执行预防措施。Ⅲ期、Ⅳ期、可疑深部组织损伤及不可分期压力性损伤，按需请伤口护理组会诊，进行专业处理。

Ⅰ类/期：（1）加强防护措施，增加翻身次数，防止再次受压；（2）去除致病原因，避免摩擦、潮湿和排泄物的刺激；（3）轻柔涂抹润肤霜，每班或需要时再次使用；（4）加强营养的摄入以增强机体的抵抗力；（5）使用预防性敷料，黏贴范围大出受影响皮肤范围 2cm，每班交接观察，一周左右更换，必要时(敷料卷边、黏贴不牢或脱落)及时更换。

Ⅱ类/期：（1）已破溃：生理盐水清洗伤口和周围皮肤，待干，少量渗液者使用水胶体敷料/硅胶泡沫敷料，范围大于伤口边界 2cm；中到大量渗液者使用泡沫敷料/硅胶泡沫敷料，范围大于伤口边界 2cm；当渗液吸收边界距离敷料边界＜1cm 或局部渗漏需立即更换。（2）小水疱(直径小于 5mm)：用生理盐水清洁，待干，贴薄膜敷

料/水胶体敷料，范围大出受影响皮肤范围 2cm，一周左右更换，必要时(敷料卷边、黏贴不牢或脱落)及时更换。（3）大水疱(直径大于 5mm)：碘伏溶液消毒，在水疱边缘最低点用无菌注射器抽出疱内液体或用无菌剪刀剪开一个横向开口，用棉签压干疱内液体；黏贴水胶体敷料（推荐厚款，即康惠尔溃疡贴）/泡沫敷料/硅胶泡沫敷料；如水胶体敷料下大水疱再次形成，可在不去除敷料的情况下，消毒水疱上方敷料表面，使用无菌注射器抽吸疱液后，外贴薄膜敷料。

Ⅲ类/期：（1）局部减压；（2）采用适合患者的清创方案，去除坏死组织；（3）选择高吸收性敷料，如泡沫敷料；（4）疑似感染或感染创面，选用抗菌敷料；（5）负压伤口治疗、外科手术治疗、PRP 治疗（富血小板血浆治疗）等。

Ⅳ类/期：（1）局部减压；（2）采用适合患者的清创方案，去除坏死组织；（3）感染创面可酌情用银离子敷料抗感染；（4）负压伤口治疗、外科手术治疗、PRP 治疗（富血小板血浆治疗）等。

不可分期：（1）局部减压；（2）缺血肢端或足跟的稳定型焦痂（表现为：干燥，紧密粘附，完整无红斑和波动感）不应去除，其余可先进行清创，待明确压力性损伤分期，选择相应的治疗方案。

可疑深部组织损伤：（1）皮肤完整时采用局部减压；（2）待正常组织与坏死组织界限分明，再选择适合患者的清创方案，明确压力性损伤分期，选择相应的治疗方案。

黏膜压力性损伤：局部减压，尽量去除医疗器械；采用适合患者的清创方案，去除坏死组织；根据黏膜位置，选用合适的药物或敷料。

8. 健康教育

（1）定时改变体位：指导患者间隔一定的时间改变体位，教育正确的变换体位的技巧，避免发生拖拉等动作，以减轻局部的压力和摩擦力。指导坐轮椅的患者隔 30 分钟臀部抬离轮椅约 30 秒。

（2）使用合适的减压装置：根据病情及评估情况，指导患者选择合适的减压装置，如局部的减压垫或全身减压的气垫床。并教会患者及家属正确使用。

（3）皮肤护理：避免盲目局部按摩，指导患者及家属观察皮肤情况，尤其是骨突处受压的皮肤状况。每日清洁皮肤，保持清洁干爽，如有潮湿刺激，及时清洁与更换。指导失禁患者正确使用失禁护理用品，避免皮肤受粪水刺激。

（4）增加营养：指导患者进食合适的热量和蛋白质饮食，指导长期鼻饲患者家属为患者注入营养，并说明注入时的注意事项。

（5）发现皮肤问题：指导患者及家属一旦发现皮肤出现问题，要及时就诊。

三、参考文献

[1]王泠，胡爱玲主译.压力性损伤临床防治国际指南 2019[M].北京：人民卫生出版社，2021.10.

[2]李小寒，尚少梅.基础护理学[M].第7版.北京：人民卫生出版社，2022.

[3]王泠，胡爱玲.伤口造口失禁专科护理[M].北京：人民卫生出版社，2018.

[4]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023版）[Z].2023.

[5]T/CNAS 29-2023 术中获得性压力性损伤预防[S].

四、修订原因

根据2025年江苏省护理质控中心对于江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023版）目标五内容的调整进行修订。

五、修订记录

2010年08月第1次修订

2013年05月第2次修订

2016年03月第3次修订

2019年08月第4次修订

2021年08月第5次修订

2023年08月第6次修订

2025年07月第7次修订

管道护理的管理规定

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-025-06	制定时间：2007-11-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：管道护理小组	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为规范管道二次固定以及管道标识，统一常用导管及引流袋更换周期，保障患者安全，特制定本规定。

二、内容

1. 各类管道置入后均要有标识（输入性管道为绿色标识，输出性管道为红色标识），标识上用黑色记号笔写清置入管道名称、深度、置管日期/更换日期、时间、签名（姓）。

2. 各类管道标识由责任护士负责并记录，手术室置入的所有管道标识由巡回护士负责并记录。标识粘贴位置一般在引流管远端(距连接处5cm)处，引流管外露长度少于10cm时标识在引流袋距连接处5cm处，中心静脉导管根据具体情况粘贴标识，导尿管粘贴在气囊侧。标识污染、脱落、模糊不清时及时更换。

3．各类管道均需妥善固定，固定规范：①二次固定，使用高举平台法（Ω）固定。②胶带/敷料粘贴牢固、患者舒适、更换方便、无皮肤损伤/过敏等并发症。

4．保持通畅，防止扭曲、打折、受压。各班严格交接，班班查看，严密观察，并做好护理记录。

5．严格执行导管与引流袋更换时间，标记更换日期，特殊情况随时更换。

6. 每日对保留导管的必要性进行评估，及时与医生沟通尽早拔管。

7. 对患者和/或家属做好管道相关知识的健康宣教。

三、参考文献

[1]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[2]任志慧.管道标识在胸外护理质量安全管理中的应用[J].世界中医药，2024，19(5)：后插 3.

[3]洪如诗，吴鸟青.PDCA 应用于提高术后各类管道标识正确率的效果观察[J].中国卫生标准管理，2024，15(23)：191-194.

四、修订原因

根据江苏省护理专业质量改进目标及实施策略(2023 年版)要求，统一管道固定规范，新增常用导管及引流袋更换周期，并结合医院具体情况，对部分措辞进行修改。

五、修订记录

2009 年 03 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 10 月第 4 次修订

2025 年 03 月第 5 次修订

附件

常用导管及引流袋更换周期

名称	更换周期
留置胃管	硅胶胃管 15 天更换，聚氨酯胃管 30 天或根据产品说明书要求更换，特殊情况随时更换
留置尿管	硅胶导尿管 29 天更换，乳胶导尿管 14 天更换，特殊情况随时更换
胸腔闭式引流瓶	单腔水封瓶每周更换 1 次；胸腔水封引流瓶积液腔引流达 1300ml 及以上或者每周更换 1 次；特殊情况随时更换
引流袋	普通引流袋每日更换，抗返流引流袋每周更换

注意：一次性耗材按产品说明书要求进行更换

非计划拔管护理风险评估防范制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-026-05	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：管道护理小组	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为明确导管类型及分类，规范发生非计划拔管后护理不良事件上报流程，特制定本制度。

二、内容

1. 导管类型：Ⅰ类是指非计划拔管后可危及生命，处理时创伤大；Ⅱ类是指非计划拔管后不会立即危及生命，但后果较严重，需要立即处理且创伤较大；Ⅲ类是指非计划拔管后仅需立即处理且创伤小。

2. 凡住院患者留置导管者，责任护士均应根据《住院患者非计划拔管风险评估表》进行风险因素评估，根据风险等级判定低、中、高风险。低风险：评分<8 分，有发生非计划性拔管的可能；中风险：评分 8-12 分，容易发生非计划性拔管；高风险：评分>12 分，随时会发生非计划性拔管。落实防范措施并告知患者家属，正确记录护理记录单。

3. 评估时间：（1）入院时、转入时、手术后、首次置管后进行首次评估；（2）此后根据评估等级：低风险每周 1 次，中风险每 3 天 1 次，高风险每天 1 次；（3）导管发生变化时随时评估，直至拔管。

4. 住院患者非计划拔管防范措施：

（1）低风险护理措施:

①按照护理分级的要求巡视患者。

②观察导管位置、深度、固定、各衔接是否牢固、周围皮肤及敷料情况，如有特殊情况及时处理。

③床头屏显示/床尾放置“防脱管”警示标识，导管标签应清晰记录导管外露或内置长度。

④根据导管类型选用适宜的固定方法及适宜的固定材料，进行导管 2 次固定，遵循无张力原则，保持导管顺应性。

⑤对患者和/或照护者进行预防 UEX 的健康教育，并鼓励主动参与预防措施的制订与实施。

⑥维持导管效能，保持导管有效引流和通畅。

⑦每日对保留导管的必要性进行评估，及时与医生沟通尽早拔管。

（2）中、高风险护理措施:

①遵循低风险患者的护理措施。

②每班床边交接 UEX 风险因素及预防措施执行情况。

③有专人 24h 看护，保持患者在照护者的视线范围内。

（3）风险因素预防措施：

①根据评估结果和医嘱，选择约束方式和用具。

②患者情绪不稳定、躁动、拉扯导管时，可遵医嘱予以镇静药物。

③动态评估患者疼痛，采用非药物疼痛管理措施或遵医嘱使用止痛药物，可根据患者局部情况调整引流管位置。

④翻身等操作或患者活动前后，检查所有导管是否在位、受压及固定是否牢固等。如导管长度不够，可暂时松解固定带，操作完成后或活动后再行重新固定。

⑤指导患者翻身、下床、排便及更换衣服等活动时应动作缓慢，保护好导管。

5. 当患者发生非计划拔管后，应按《护理不良事件报告制度》逐级上报。。

三、参考文献

[1]陈俊强，应燕萍，崔妙玲，等.护理工作制度职责与应急预案[M].广西科学技术出版社，2023.4：75-76.

[2]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[3]郦茵，管细红，童华章，等.基于护理风险管理理论的康复科鼻饲患者非计划性拔管风险评估指标体系构建[J].护士进修杂志，2024，39(6)：588-593.

四、修订原因

根据参考文献，增加导管分类，并结合医院目前的信息化条件，对部分措辞进行修改。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 10 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

附件 1

导管分类

导管分类	导管种类
Ⅰ类（高危）:非计划拔管后可危及生命，处理时创伤大	胸腔闭式引流管、心包引流管、T 管、胆道引流管、鼻胆管、幕上创腔引流管、幕下创腔引流管、脑室引流管、蛛网膜下腔引流管、硬膜外引流管、硬膜下引流管、动脉测压管、透析管、气切导管、气管插管、临时起搏器等
Ⅱ类（中危）:非计划拔管后	腹腔引流管（包括腹腔引流管、脾窝引流管、肝下引流管、膈下引流管、

不会立即危及生命，但后果较严重,需要立即处理且创伤较大	双腔引流管、三腔引流管）、腹膜后引流管（包括腹膜后引流管、肾窝引流管、肾周引流管）、盆腔引流管、骶前引流管、颈前引流管、皮下引流管、创腔引流管、纵膈引流管、膀胱造瘘管、肾造瘘管、输尿管造瘘管、胃造瘘管、输尿管支架管、耻骨后引流管、中心静脉导管等
III类（低危):非计划拔管后仅需立即处理且创伤小	尿管、胃管、肠内营养管（包括空肠营养管、鼻肠管）等

附件2

住院患者非计划拔管风险评估表

评估内容	评估计分标准			评估日期和结果	
	1分	2分	3分		
年龄	/	>65岁或<10岁	/		
意识	/	嗜睡	躁动		
精神	/	焦虑/恐惧	烦躁		
活动	不能自主运动	使用助行器/偏瘫/行动不稳	术后3天内		
导管类别（多根需累计）	III类（低危）	II类（中危）	I类（高危）		
固定	/	/	无首次固定（多根需累计）		
疼痛	可耐受	/	难以耐受		
沟通	一般能理解	/	差、不配合		
总分					
评估者签名					
评估时间：入院时、转入时、手术后、首次置管后进行首次评估；此后根据评估等级：低风险每周1次；中风险每3天1次；高风险每天1次；导管发生变化时随时评估，直至拔管。					

附件3

导管拔管指征

导管	拔管指征
导尿管	无临床显著性尿潴留；无尿失禁；无需精确监测尿量；患者可以自行收集尿液；拟行间隙性导尿
脑室引流管	遵医嘱试行夹管24小时患者无头痛、恶心、呕吐等颅内压增高；脑脊液循环通畅
胸腔闭式引流管	患者病情稳定后，引流瓶内无气体溢出，引流液颜色变浅，24小时引流液量＜300ml，脓液＜10ml，X线显示肺复张良好无漏气，患者无呼吸困难或气促
腹腔引流管	引流液量＜10ml/d 且非脓性、无发热、无腹胀、白细胞计数恢复正常时，可考虑拔除

T管引流管	胆汁色泽正常，且引流量逐渐减少，可在术后10-14日，遵医嘱试行夹管1-2日；夹管期间注意观察病情，若无发热、腹痛、黄疸等症状，可经T管做胆道造影，造影后持续引流24小时以上；如胆道通畅，无结石或其他病变，再次夹闭T管24-48小时，患者无不适可予拔管。年老体弱、低蛋白血症、长期使用激素者可适当延长T管留置时间，待窦道成熟后再拔除，避免胆汁渗漏至腹腔引起胆汁性腹膜炎。拔管后，残留窦道用凡士林纱布填塞，1-2日内可自行闭合。若胆道造影发现有结石残留，则需保留T管6周以上，再做取石或其他处理

附件4

导管固定方法、适用范围

固定名称	适用范围	固定方法
高举平台法	吸氧管、鼻胃管、鼻肠管、静脉留置针、胸腔引流管、输尿管等导管的二次固定	使用弹力胶布对导管进行360°缠绕，使缠绕后的导管位于高于皮肤表面0.5cm左右的位置，以360°缠绕处为中点逐渐向周围抚平胶布，使导管牢固固定
结绳固定法	导尿管等导管的固定	取一条长10cm的绳子，从剪裁好的弹力胶带中间开口处穿过，打单结，将胶带粘贴于所选固定部位，将导尿管“Y”型分叉口放置绳子上方，打结固定导管
蝶形交叉固定法	CVC、PICC、PTCD等导管的固定	胶布粘性一面朝上，左右向上翻折粘贴于皮肤表面
固定器固定法	气管插管的固定	在确定插管深度不变的情况下，将口插管固定器牙垫面朝内置入口腔，拧旋钮夹住口插管，固定带从颈后绕至另一侧将口插管固定器固定
C 型固定法	胸腔闭式引流管、腹腔引流管、创腔引流管、导尿管等导管的固定	撕除C型导管固定装置背面的离型纸，清洁皮肤后将导管固定装置粘贴在合适的皮肤处，与皮肤充分接触，撕除带胶泡沫棉片上的离型纸，将导管固定在泡沫棉片上，扣紧尼龙粘扣，整理导管
I型（工字形）固定法	导尿管、鼻胃管、腹部引流管等导管的固定	将弹力胶布裁剪成I型（如右图),把离型纸从中间撕开，选好固定的位置，去掉一侧的离型纸固定于皮肤，中间位置高举平台法固定导管，另一侧固定于导管另一侧皮肤，最后贴合整理两端胶带
Y型胶带固定法	气管插管的固定	将弹力胶布整端从患者一侧口角贴至耳垂下，剪开端的两条胶布分别按顺时针、逆时针方向将气管插管和牙垫固定在一起，另一侧同上
H型胶带固定法	气管插管的固定	医用胶带上端粘贴于上唇处，下端分别缠绕导管和牙垫，另一侧同上
E型胶带固定法	脑室引流管等导管的固定	剪取一块约7.5*9cm弹性宽胶带，裁剪成“E字型”，胶布末端保留5cm不要剪开，撕除胶布

		末端和两侧离型纸，将胶布末端部分粘贴在患者头部敷料上，将“E字型”胶带的两端分别粘在引流管两侧的头部敷料上，撕除中间的离型纸将“E字型”胶带的中间端缠绕导管固定，末端反折0.3cm，便于移除

各类标识管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-027-05	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：管道护理小组	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为规范并统一各类标识的使用、粘贴，提高医务人员对患者身份识别的准确性，在临床护理工作中给予警示提醒，避免发生差错事故，同时提高工作效率，防范与减少护理缺陷及纠纷，消除安全隐患，特制定本制度。

二、内容

1. 腕带标识：凡在我院住院或者急诊患者都必须佩戴条码腕带。特殊情况如有过敏史、多重耐药菌等患者应在腕带上标注。

2. 床头卡标识：为了严格遵守查对制度及身份识别制度，在使用腕带识别的同时，每位住院患者均需有床头标识（如电子显示屏），或在床头/尾槽内放置床头卡标识，确保正确地对患者实施各项医疗护理操作。

3. 过敏标识：对有过敏史及皮试阳性的患者，做好标记：床头显示屏、腕带、体温单（仅皮试阳性者）、护理记录单、门急诊病历、护士站电子屏（或白板）、床卡。

4. 凡有传染病的患者根据不同的隔离要求在床头卡（床头屏）、腕带上作不同颜色的标记：空气隔离为黄色、飞沫隔离为粉红色、接触隔离为蓝色。

5. 各种管道标识：我院管道标识分为红色输出管与绿色输入管两种，有导管的患者均要在管道的适当位置贴上管道标识。

6. 特殊用药标识：临床上因病情需要需特殊用药的患者要在输液架上悬挂红色“！”标识，如：限制滴速、血管活性药物等，用于提醒护士查对时注意。

7. 特殊治疗标识：需使用输液器或泵管完成非静脉用药治疗的患者要在输液架上悬挂红色非静脉用药标识，用于提醒护士操作时注意防止误插静脉液体。

8. 各种药物标识：药品标签按照医院统一要求制定，高警示药品按要求实行分级管理，A 级标识为红色，B 级标识为黄色，C 级标识为蓝色。

9. 护理安全标识：各类风险评分高危患者需在床尾卡放置或者床头屏显示护理

安全标识，如预防压力性损伤、防止跌倒、小心烫伤等，提醒医务人员、患者及家属注意。

10. 护理级别标识：信息系统患者一览表及床头屏显示：重症监护、特级护理、一级护理为红色；二级护理为黄色；三级护理为绿色。

11. 各类标识一旦污染、破损、字迹不清等应及时更换。

三、参考文献

[1]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[2]洪如诗，吴鸟青.PDCA 应用于提高术后各类管道标识正确率的效果观察[J].中国卫生标准管理，2024，15(23):191-194.

四、修订原因

统一管道标识粘贴位置，并结合医院目前的信息化条件，对部分措辞进行修改。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 10 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

成人危重症患者身体约束护理管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-109-01	制定时间：2025-08-01
适用范围：全院护士	修订时间：/
制定部门：住院患者身体约束管理护理小组	修订版本：/
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-10-01

一、目的

为确保约束行为正确、安全落实，特制定本制度。

二、内容

（一）基本要求

1. 应遵循最小化约束（在最少部位，使用最少工具、最少力度、最少时间）原则，当约束预防、约束替代措施无效时实施约束。约束预防包括尽早撤除不必要的治疗措施或医疗装置，控制或减少使用导致谵妄、运动障碍或跌倒的药物，改善患者睡眠等。约束替代措施包括环境改变、增加巡视、倾听、陪伴、生理需求满足、心理安慰、报警设施完善、采用转移注意力的个体活动、镇静镇痛和谵妄管理等。

2. 应遵循患者有利原则，满足患者合理的生理、心理需求并保护隐私及安全。

3. 约束过程中应动态评估，医护患三方应及时沟通，调整约束决策。

（二）约束评估

1. 评估时机

（1）每日对未实施约束的危重症患者，进行身体约束必要性评估。

（2）至少每 8h 对实施约束的危重症患者，重新进行身体约束必要性评估。

（3）患者病情、治疗、体位等发生变化时和实施侵入性操作前，立即进行评估。

（4）患者镇痛、镇静、谵妄的评估结果发生变化时，立即进行评估。

2. 评估工具

危重症患者选用 ICU 患者身体约束评估量表（附件）进行身体约束必要性评估。

3. 评估结果

（1）评估结果为≤8 分或昏迷、肌力≤1 级时，不实施约束，应采用约束预防。

（2）评估结果为 9 分～16 分时，应优先采用约束替代，可在约束替代的基础上采用间断性约束或预防性约束。

（3）评估结果为≥17 分时，可在约束替代的基础上实施约束。

（4）实施约束前，确认患者无癫痫发作、严重凝血功能障碍。

（三）约束预防

1. 去除患者使用约束的相关因素。

2. 尽早撤除不必要的治疗措施或医疗装置。

3. 改善患者的睡眠。

（四）约束替代

1. 为患者提供通风和采光条件良好、噪声小、温度 24℃±1.5℃、相对湿度 30%～60%的环境。

2. 为意识清醒患者提供空间和时间定位信息。

3. 实施镇痛时，对能自主表达的患者宜控制 NRS 评分＜4 分；对于不能表达但具有躯体运动功能、行为可观察的患者宜控制 CPOT 评分＜3 分。

4. 实施镇静时，控制 RASS 评分在-2 分～+1 分间。

5. 当患者 RASS 评分≥-2 分且存在谵妄危险因素时，增加巡视、沟通、陪伴等。

6. 将管道等设备移到患者视线之外或手不可触及处，并用物品遮挡管道等。

（五）约束实施

1. 约束准备

（1）与患者或监护人和/或委托人签署成人危重症患者身体约束知情同意书，但如出现可能影响患者生命或生命支持措施落实的风险时，可先实施约束，再行告知。

（2）核对患者身份、医嘱。

（3）患者有抓伤、自行拔管等行为时，应选择约束带或约束手套进行上肢约束。

（4）患者躁动、有攻击性行为时，选择约束带进行四肢约束。

（5）患者使用威胁生命的治疗/设备且有躁动和攻击性行为时，应选择约束带和约束衣/约束背心，同时进行四肢和躯干约束。

（6）选择大小适宜、性能良好、舒适、安全的约束用具，并专人专用。

2. 约束实施

（1）避开皮肤损伤、水肿、骨折等部位。

（2）上肢约束宜位于手腕部，下肢约束宜位于踝关节上方。

（3）使用约束带时，应在无自带衬垫的约束带下垫衬垫。

（4）使用约束手套时，应确保约束手套内无绳索等任何附带装置。

（5）使用约束衣或约束背心时，应根据患者身高、体型选择。

（6）保持约束松紧度适当，以能容纳 1～2 横指为宜，并保持约束肢体及各关节处于功能体位。

（7）将约束用具固定在如床栏等不可移动的物体上且患者的手不可触及。

（8）确保患者能随时与医务人员取得联系，如呼叫器的位置适宜；对无法主动联系医护人员的患者应有人员监测等。

（9）每 2h 松解约束用具，检查约束部位皮肤情况并协助患者改变体位。松解期间应专人看护并注意患者肢体的活动范围。

（10）在协助患者翻身前后，妥善安置各种管道和被约束的肢体。

（11）指导或帮助患者进行约束范围内的肌肉和关节活动，如踝泵运动等。

3. 动态观察

（1）每 1h 观察约束的有效性。

（2）每 1h 观察约束部位及远端肢体的皮肤颜色、温度、感觉、局部血运情况等，当患者约束部位出现红肿、瘀斑、破损等并发症时，应调整约束方式或部位，并及时告知医生。

（3）患者躁动时，应立即观察约束的有效性，约束用具对导管、仪器等的影响，并及时处理躁动。

（4）患者治疗措施调整后，应立即观察约束的有效性。

4. 约束解除

（1）评估结果为“无约束”时，应及时解除约束。

（2）如为多部位约束时，应根据患者情况逐一解除。

（3）一次性约束用具使用后按医疗废物处理，重复使用的约束用具使用后按产品说明书处理。

5. 约束记录

（1）每次评估后应记录评估结果。

（2）记录约束预防、约束替代措施实施后的效果。

（3）记录约束的原因、约束部位、方式、用具、开始约束时间、实施效果、停止时间、导致的相关并发症、实施者等信息。

（4）每 1h 记录约束部位及远端的皮肤颜色、温度、感觉、局部血运情况等。

（六）并发症识别与处理

1. 发现患者不舒适、焦虑、哭泣、感觉丧失尊严、持续反抗等，应予以安抚、解释、加强与患者的沟通等。

2. 发现患者约束部位远端的肢体活动障碍、动脉搏动异常、肢端变冷、苍白、疼痛、感觉减弱或缺失、麻木、皮肤肿胀、皮下淤血、皮肤破损等时，应立即松开或更换约束部位并报告医生。

3. 穿戴约束衣或约束背心或取俯卧位的患者出现面色、呼吸异常时，应立即调整约束策略并报告医生。

4. 发现管道移位时，立即根据情形做紧急处理并汇报医生。

三、参考文献

[1]DB32/T5124.6-2025 临床护理技术规范第 6 部分：成人危重症患者身体约束[S].

附件

ICU 患者身体约束评估量表

项目	7 分	6 分	5 分	4 分	3 分	2 分	1 分
MAAS 分级/意识	危险躁动，拉扯气管插管，在床上翻来覆去，攻击医务人员，试图翻越床栏	躁动，试图坐起或将肢体伸出床沿，不能始终服从指令/意识处于嗜睡、昏睡、谵妄或模糊状态	烦躁但能配合，摆弄床单或插管，不能盖好被子，能服从指令/意识处于昏睡状态	安静、配合、有目的地整理床单或衣服，能服从指令	触摸、叫名字有反应	仅对恶性刺激有反应	无反应/昏迷或神志清，完全配合
肌力分级	-	肌力 5 级：正常肌力	肌力 4 级：能作对抗阻力动作，但较正常差	肌力 3 级：肢体能抬离床面，但不能对抗阻力	肌力 2 级：肢体能在床面移动，但不能抬起	肌力 1 级：肌肉可收缩，不能产生动作	肌力 0 级：完全瘫痪
导管危险分级	-	-	气管插管、气管切开套管（＜7d），手术及介入操作置入的导管	-	一般有创操作下置入导管（中心静脉导管、PICC 等）	-	胃管、尿管、氧气导管、外周静脉留置针

约束等级	完全约束：≥17 分；预防性约束：12～16 分；间接性约束 9～11 分；无约束≤8 分或昏迷、肌力≤1 级。
注 1：预防性约束是指针对意识处于嗜睡或谵妄、模糊状态以及意识清楚但焦虑不安、不配合的患者，约束患者肢体，给予肢体较大的活动度，但无法触及导管及跨越床栏。 注 2：间接性约束是指针对意识清醒能配合的患者，在患者睡眠和护士不在床旁或患者主动要求约束时使用。	

住院患者身体约束护理管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-108-07	制定时间：2010-03-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-08-01
制定部门：住院患者身体约束管理护理小组	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-10-01

一、目的

为确保约束行为正确、安全落实，特制定本制度。

二、内容

（一）实施保护性约束原则

1. 应遵循最小化约束（在最少部位，使用最少工具、最少力度、最少时间）原则，当约束预防、约束替代措施无效时实施约束。约束替代措施包括环境改变、增加巡视、倾听、陪伴、生理需求满足、心理安慰、报警设施完善、采用转移注意力的个体活动、镇静镇痛和谵妄管理等。

2. 应遵循患者有利原则，保护患者隐私及安全，对患者提供心理支持。

3. 约束过程中应动态评估，医护患三方应及时沟通，调整约束决策。

（二）约束评估

1. 对患者进行身体约束前应进行约束评估。

2. 告知患者和/或照护者约束相关情况，共同决策并签署知情同意书。紧急情况下，可先实施约束，再行告知。

3. 根据患者意识障碍、肌力、使用支持生命的治疗/设备等情况，与医生沟通，开具医嘱，选择约束方式和用具。

（三）约束具的使用规范

1. 实施约束

（1）向患者解释，对患者提供心理支持。

（2）约束时避开伤口、皮炎、水肿、骨折等部位。松紧度以能容纳 1-2 横指为宜，对极度消瘦、局部血液循环障碍等约束部位可使用柔软的保护垫，并将约束肢体摆放于功能位。

（3）约束用具固定在患者不可及处，如病床床缘、床头等固定物体上，并检查

绳索位置，确保患者不能抓取缠绕。

（4）记录约束原因、部位、用具、执行时间、实施者等。

2. 约束实施过程中护理

（1）约束过程中宜拉起床栏，将病床降至最低位并固定。

（2）按照护理分级的要求巡视患者，观察患者约束松紧度、局部皮肤颜色、温度、感觉、局部血运等情况。对使用约束手套的患者，应打开手套观察手指血运情况。

（3）约束用具每 2 小时松解一次。翻身或搬动患者过程中，应松解约束用具。

（4）松解期间，加强人工看护，防止意外发生。

（5）约束过程中应动态评估，医护患三方应及时沟通，调整约束决策。

3. 解除约束

（1）及时解除不符合指征的约束，对多部位约束的患者，宜根据患者情况逐一或全部解除约束，并进行记录。

（2）约束用具专人专用，一次性约束用具使用后按医疗废物处理，重复使用的约束用具按产品说明书处理。

4. 约束记录

（1）每次评估后，记录评估结果。

（2）记录约束预防、约束替代措施实施后的效果。

（3）记录约束的原因、约束部位、方式、用具、开始约束时间、实施效果、停止时间、导致的相关并发症、实施者等信息。

（4）记录约束部位及远端的皮肤颜色、温度、感觉、局部血运情况等。

5. 并发症识别与处理

（1）发现患者不舒适、焦虑、哭泣、感觉丧失尊严、持续反抗等，应予以安抚、解释、加强与患者的沟通等。

（2）发现患者约束部位远端的肢体活动障碍、动脉搏动异常、肢端变冷、苍白、疼痛、感觉减弱或缺失、麻木、皮肤肿胀、皮下淤血、皮肤破损等时，应立即松开或更换约束部位并报告医生。

（3）穿戴约束衣或约束背心或取俯卧位的患者出现面色、呼吸异常时，应立即调整约束策略并报告医生。

（4）发现管道移位时，立即根据情形做紧急处理并汇报医生。

三、参考文献

[1]T/CNAS 04-2019 住院患者身体约束护理[S].

[2]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[3]DB32/T 5124.6-2025 临床护理技术规范第 6 部分：成人危重症患者身体约束[S].

四、修订原因

根据参考文献内容对制度进行修订。

五、修订记录

2014 年 07 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2021 年 08 月第 3 次修订

2023 年 12 月第 4 次修订

2024 年 12 月第 5 次修订

2025 年 08 月第 6 次修订

附件 1

宜兴市人民医院身体约束评分表

等级	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级
管道等级	1 分	2 分	3 分
	氧气面罩	中心静脉导管	气管插管/气管切开导管
	鼻导管	漂浮导管	颅内压监测/脑室引流管
	鼻胃管	三腔两囊管	主动脉球囊反搏
	导尿管	造口管	胸腔导管
	外周留置针	T 管	临时起搏器
	监护导联	引流管	ECMO 导管
	其他：	其他：	动脉导管/连续肾脏替代治疗管路
			其他：
行为等级	1 分	5 分	10 分
	□警觉且定向力正常、昏迷、瘫痪、持续监护	□意识模糊、定向力障碍、单纯烦躁	□烦躁或攻击性
独立等级	1 分	2 分	3 分
	独立： 能坐在椅子上、能负重、能平衡行走	不完全独立： 坐在椅子上会滑动、依靠辅助负重、步态不稳或不熟悉辅助装置、心动过缓、头晕目眩	依赖： 不能负重、不稳定性骨折、神经肌肉无力、生命体征不平稳
年龄	1 分		
	≥70 岁		

说明：

1. 评估时机：入院、手术、转科时需评估，使用过程中要对患者进行持续评估，至少每班

评估一次，病情变化时应及时评估。

2. 评估分值在 4-9 分为低危，可采用改变环境、巡视、倾听、陪伴等心理约束和（或）药物约束的方法；分值在 10-14 分为中危，可采用心理约束和（或）药物约束的方法，必要时在知情同意下按医嘱采用身体约束；分值在≥15 分为高危，可在采用心理约束、药物约束的基础上，在知情同意下按医嘱采用身体约束。

3. 凡有管道者，如有多根管道，按级别最高的管道分值计算，专科特殊导管可在相应级别的“其它”栏中添加。

4. 必须对患者进行详细评估后，才能做出是否运用约束的决定；身体约束是只有在心理约束、药物约束等其它方法都无效的情况下才能使用。

5. 身体约束前需要获得患者及其家属的知情同意。

附件2

约束方式和用具选择

患者情况	约束方式	约束用具
患者有抓伤、自行拔管等行为	上肢约束	约束带、约束手套
患者躁动、有攻击性行为	四肢约束	约束带
患者使用支持生命的治疗/设备且有躁动和攻击性行为	同时行四肢和躯体约束,禁止约束头、颈部	约束带、约束衣、约束背心

静脉血栓栓塞症管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-014-05	制定时间：2016-04-01
适用范围：全院护士	修订时间：2026-03-26
制定部门：深静脉血栓管理护理小组	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-05-01

一、目的

为构建更科学、严谨的深静脉血栓防范管理体系，特制定本制度。

二、内容

1. 所有住院患者入院时、手术前（含介入手术）手术后、转科后及出院前，在 8 小时内完成评估，当患者 VTE 危险因素变化时随时评估。

2. 评估工具：外科使用 Caprini 评估量表，内科使用 Padua 评估量表。

3. Caprini 评分 0 分为极低危，1-2 分为低危，3-4 分为中危，每周评估一次；≥5 分为高危，每周评估两次；Padua 评分<4 分为低危，≥4 分为高危，Padua 评分≥4 分每周评估两次，如出现病情变化时，随时进行评估。

4. 根据患者 VTE 风险评估结果、信息系统的预防提醒落实相应的预防护理措施，并体现在护理记录，向患者及家属进行相关知识宣教。

5. 院内发生深静脉血栓患者，应及时汇报医生，遵医嘱处置。密切观察病情变化，护理记录单上记录发生情况。患者出院后，护理记录应填写 VTE 转归情况。

6. 护士长需监控本科室中、高危患者预防措施落实情况。

三、参考文献

[1]全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目专家委员会《医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）》编写专家组.医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）[J].中华医学杂志，2022，102(42):3338-3348.

[2]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[3]T/CNAS 28-2023 成人住院患者静脉血栓栓塞症的预防护理[S].

[4]国家卫生健康委办公厅.关于印发 2026 年国家医疗质量安全改进目标的通知：国卫办医政函〔2026〕63 号[EB/OL].(2026-03-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202603/9f642951b99c447f8cff9da8abb74dc3.shtml.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献对信息提醒等内容进行修订。

五、修订记录

2019 年 08 月第 1 次修订

2021 年 07 月第 2 次修订

2023 年 06 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

静脉血栓栓塞症预防与护理规范

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-016-06	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2026-03-26
制定部门：深静脉血栓管理护理小组	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-05-01

一、目的

为构建更科学、严谨的深静脉血栓防范管理体系，特制定本规范。

二、内容

1. 静脉血栓栓塞症（VTE）是指血液在静脉内不正常地凝结，使血管完全或不完全阻塞，属静脉回流障碍性疾病。包括两种类型：深静脉血栓形成（DVT)和肺血栓栓塞症(PTE)，是 VTE 在不同部位和不同阶段的两种临床表现形式。DVT 可发生于全身

各部位静脉，以下肢静脉最常见。下肢近端(腘静脉或其近侧部位)DVT 是 PTE 栓子的主要来源。

2. 预防护理：在无禁忌情况下，所有住院患者均应采取 VTE 基础预防措施。

（1）基础预防　定义：进行健康宣教、指导活动、保护静脉、术中保暖等预防静脉血栓栓塞症的最基本方法。措施：①如无禁忌，抬高卧床患者的下肢，使下肢高于心脏平面 20-30cm，避免膝下放置硬枕和过度屈髋。②指导和协助卧床患者进行下肢的主动和被动运动，包括踝泵运动和股四头肌功能锻炼。③根据病情恢复情况指导患者尽早下床活动。④在满足治疗需求的前提下，尽量选择外径最小、创伤最小的输液装置。⑤规范置入和维护各类静脉内导管。⑦在患者病情允许情况下，适度补液或指导患者每日饮水 1500ml-2500ml。⑧手术中，辅助患者采取适当体位，通过使用保温毯、调节室温、加盖棉被等方法做好术中体温保护。⑨指导患者戒烟限酒，平衡膳食，控制体重、血糖、血脂，不宜久坐。⑩PICC、上臂港、中长导管置管患者，置管侧上肢可行握拳、松拳运动。

（2）机械预防　定义：采取各种器械和装置，利用其器械原理促进下肢静脉回流，减少血液瘀滞，起到预防静脉血栓栓塞症的方法。措施：使用①抗血栓袜（AES）；②间歇充气加压装置（IPC）；③足底加压泵（VFP）等，利用机械原理促使下肢静脉血流加速，减少血液滞留，降低术后下肢 VTE 的发生率。机械预防期间，观察病情变化，如下肢皮肤温度、皮肤颜色、足背动脉搏动情况及肢体有无疼痛、瘙痒、麻木、肿胀、患者有无出现气促、呼吸困难等情况，发现异常，及时汇报医生处理。

（3）药物预防　定义：通过使用口服或胃肠外抗凝药物预防静脉血栓栓塞症的方法。包括使用凝血酶间接抑制剂、凝血酶直接抑制剂、维生素 K 拮抗剂、凝血因子 Xa 直接抑制剂、凝血因子 Xa 间接抑制剂等。

（4）不同风险等级的预防措施：

①所有住院患者均应采取 VTE 基础预防措施。

②Padua 低危：基础预防。Caprini 低危：基础预防+机械预防。中危：基础预防+药物预防和（或）机械预防。高危：基础预防+药物预防联合机械预防。

3. 下肢活动方法：

（1）被动活动：适宜肢体瘫痪、手术患者麻醉未恢复前或不能主动配合的患者。方法：①踝关节的被动背伸、跖屈和内外翻的“环转”运动，频率 3-4 次/天，每次 20-30 组。②膝关节伸屈运动，频率 3-4 次/天，每次 20-30 组。

（2）主动活动：适合手术患者麻醉消失后及能主动配合的患者。方法：

①踝泵运动：踝关节最大限度向上勾脚尖，保持 3-5 秒钟，然后最大限度向下绷脚尖，保持 3-5 秒钟，放松，再进行踝关节为中心做踝关节 360 度环绕，此为一组练习，频率 3-4 次/天，每次 20-30 组。运动频次可根据患者的活动耐受能力适当调整。

②股四头肌功能锻炼：绷腿锻炼：患者仰卧，绷直双腿，膝关节尽量伸直，大腿前方的股四头肌收缩，踝关节尽量背伸，保持 10 秒钟，再放松休息 10 秒钟，以上为一组动作。抬腿锻炼：患者仰卧，伸直腿，抬高下肢至 20cm 左右高度，维持 5 秒钟，缓慢直腿放下，以上为一组动作。频率 3-4 次/天，每次 20-30 组。运动频次可根据患者的活动耐受能力适当调整。

4. 严密观察 VTE 的症状，每天评估患者有无肢体疼痛、肿胀症状，深静脉走向有无压痛，下肢皮肤色泽和温度有无变化等；如患者出现 PICC 相关血栓形成，也可能存在双上肢臂围不等，患侧肢体酸胀、肿痛或肢体运动障碍、肢体红斑或麻木感；如患者出现呼吸困难、胸痛、咳嗽和（或）咳血、口唇发绀、烦躁不安等，听诊肺部哮鸣音、细湿啰音或血管杂音，应警惕急性 PTE 发生。

5. 遵医嘱正确使用抗凝药物（医生权衡出血与抗凝利弊），观察有无出血征象。

6. 向患者及家属做好防栓知识教育，动态落实护理记录及 VTE 风险因素评估。

7.做好出院宣教，加强主动运动（病情许可建议尽早下床活动），建立良好的生活方式。

三、参考文献

[1]住院患者静脉血栓栓塞症预防护理与管理专家共识（2021）.解放军护理杂志[J]，2021.38(6)：17-21.

[2]骨科患者围手术期静脉血栓栓塞症预防指南(2021）.中华创伤骨科杂志[J],2021，23(3)：185-192.

[3]血管压力治疗中国专家共识（2021 版）[J].中华医学杂志，2021，101(17)：1214-1225.

[4]全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目专家委员会《医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）》编写专家组.医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南（2022 版）[J].中华医学杂志,2022,102(42)：3338-3348.

[5]T/CNAS 28-2023 成人住院患者静脉血栓栓塞症的预防护理[S].

[6]国家卫生健康委办公厅.关于印发 2026 年国家医疗质量安全改进目标的通知：国卫办医政函〔2026〕63 号[EB/OL].(2026-03-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202603/9f642951b99c447f8cff9da8abb74dc3.shtml.

四、修订原因

1. 细化了防范措施。

2. 新增“参考文献”。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 02 月第 2 次修订

2021 年 07 月第 3 次修订
2023 年 06 月第 4 次修订
2026 年 03 月第 5 次修订

附件

机械预防、药物预防禁忌症

（一）机械预防禁忌证：①充血性心力衰竭、肺水肿或下肢严重水肿。②下肢 DVT、血栓(性)静脉炎或 PTE。③间歇充气加压装置和梯度压力弹力袜不适用于下肢局部情况异常(如皮炎、坏疽、近期接受皮肤移植手术、开放性损伤、挤压伤等)、下肢血管严重动脉硬化或其他缺血性血管病及下肢严重畸形。④GAES 或腿套材料过敏。

（二）药物预防禁忌证：

1. 绝对禁忌证：①近期有活动性出血及凝血障碍。②骨筋膜室综合征。③严重颅脑外伤。④血小板计数低于 2×10^{10}/L。⑤小剂量普通肝素诱发血小板减少症者禁用小剂量普通肝素和低分子肝素。⑥孕妇禁用华法林。

2. 相对禁忌证：①既往颅内出血。②既往胃肠道出血。③急性颅内损害或肿物。④血小板减少至 2×10^{10}/L-10×10^{10}/L。⑤类风湿视网膜病。

重点科室护理管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-009-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-02-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-04-01

一、目的

为规范各重点科室的护理质量管理标准，提高护理安全管理质量，特制定本制度。

二、内容

1. 重点科室包括：急诊科、各种 CU 病房、麻醉手术部、消毒供应中心、内镜中心、口腔科、产房、新生儿病房、血液净化中心、介入导管室、静配中心。

2. 各重点科室根据国家医院管理的有关要求，分别制定护理质量管理标准并不断修订。

3. 科护士长严格按照质量标准的各项要求管理、督导护理工作。

4. 护理部每季度对重点科室的护理工作进行督查、及时反馈并提出整改意见，追踪评价。

三、参考文献

[1]黄艳梅，梁霞.等级评审助推现代医院管理制度建设[J].中国卫生标准管理.北京：国家卫生健康委员会.2021.12：19-21.

[2]蔡冬媛.医院评审标准引导下的重点科室护理质量管理[J].中医药管理杂志.北京：中华中医药学会，2020.28(22)：183-184.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范第五版[M].广东：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

明确了重点科室涵盖的内容，对部分措辞进行修改。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 02 月第 4 次修订

重点环节护理管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-013-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-02-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-04-01

一、目的

为规范各重点环节、重点时段、重点患者、重点员工的护理质量，提高护理安全管理水平，特制定本制度。

二、内容

（一）重点环节包括以下内容

1．重点环节：患者交接、患者身份识别、药品管理、用药安全、标本采集、危重患者护理、围手术期护理、输血安全、管道管理、压力性损伤的预防、跌倒预防、有创护理操作、医护衔接。

2．重点时段：夜班、连班、节假日、工作繁忙时、早晚接班时段。

3．重点患者：疑难危重、新入院、手术、老年、接受特殊检查和治疗、有自杀倾向、潜在纠纷、儿童（含新生儿）、孕产妇、有精神障碍的患者。

4．重点员工：轮转护士、新护士、机动护士、进修护士、实习护士、近期遭遇生活事件的护士。

（二）落实组织管理。护士长应组织有关人员加强重点时段的交接班管理和人员管理，根据病房的具体情况，科学合理安排人力，对重点时段的工作、人员、工作衔

接要有明确具体的要求，并在排班中体现。

（三）落实制度。严格执行各项医疗护理制度、岗位职责、护理操作规程。

（四）落实措施。病房针对重点环节，结合本病房的工作特点，提出并落实具体有效的护理管理措施，保证患者的护理安全。

（五）落实人力。根据护士的能力和经验，有针对性地安排重点患者的护理工作，及时检查和评价护理效果，加强对重点患者的交接、查对和病情观察，并体现在护理记录中。

（六）关注重点员工。工作职责有明确具体的要求，并安排专人管理。

三、参考文献

[1]董小飞，钱宇，王小合等.医院安全不良事件管理体系建设的构想与展望[J].中国医院管理，2021，41(04)：52-55+59.

[2]李靖，张冉，邓岚.新入职护士对患者安全文化认识现状及影响因素分析[J].护士进修杂志，2021，36(02)：124-127.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范第五版[M].广东：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

增加了“目的”，修改了重点环节、重点患者包括的内容。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 02 月第 4 次修订

重点环节应急管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-017-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-02-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-04-01

一、目的

为规范重视环节的应急管理，提高护理安全管理水平，特制定本制度。

二、内容

1．科室应设立突发事件应急处理领导小组，科室领导（科主任和护士长）担任总指挥，负责对科室在患者交接、患者身份识别、药品管理、用药安全等重点环节的应急情况进行管理。

2．科室在护理工作中的关键环节管理中，应该有严格的规章制度，规范的抢救流程，在突发重点环节应急处理中，科室应该实行统一领导、统一指挥、责任追究。

3．科室应急领导小组应该由科室相关负责人组成，进行责任分工，定期组织应急预案演练。科室各部门在各自职责范围内做好应急处理的相关工作。

4．对于护理工作中重点环节的应急管理应当遵守预防为主、常备不懈的方针，贯彻依靠科学、统一领导、反应及时、措施果断、加强合作的原则。

5．科室应建立重点环节日常监测，做好各个班次的交接班工作。科室应该加强护士抢救能力的培训，加强对护士安全意识的教育。做好应急预案演练，采取护士考核达标上岗的管理方法，做到人人知晓应急上报流程及应急预案，确保监测与预警系统的正常运行。

6. 任何个人对突发事件不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

7. 科室突发事件应急处理领导小组接到报告后应当组织力量对报告事件进行调查核实、取证、采取必要的控制措施，及时报告调查情况并决定是否启动突发事件的应急预案。

8. 突发事件应急预案启动后科室人员必须及时到达规定的岗位，服从统一指挥、调动。

9. 护理部、科护士长接到报告后立即对报告事项进行核实、处理，针对具体情况启动应急预案。

10. 科室应根据事件的关键环节管理出现的问题，组织相关人员分析、讨论，认真总结原因，对实施中发现的问题及时修订、补充、改进工作。

三、参考文献

[1]欧阳露，冯磊.基于文献计量的国内患者安全研究现状与热点分析[J].中国全科医学杂志社，2021.24(4)：414-420.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范第五版[M].广东：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

增加了“目的”，现有制度重点环节范围界定不明确，部分用词不够准确。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 02 月第 4 次修订

备用液体清点管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-047-04	制定时间：2017-12-01

适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为做到更严格的查对、更清晰的标识，使看似简单的“清点”工作更加系统化、流程化、信息化，从流程上杜绝用药错误发生，最终牢牢守住患者安全底线，并提升整体的医疗质量与管理水平，特制定本制度。

二、内容

1. 病房备用液体只能供应住院患者按医嘱使用，其他人员不得私自取用。

2. 病房备用液体根据病区使用情况制定基数，并上报至药学部备案。

3. 建立病房备用液体登记本，每日点交，对备用液体进行检查并做好记录，防止液体不足、积压、变质或过期等。发现液体有破损、沉淀、变色、过期、标签模糊时，立即停止使用并报中心药房处理，确保用药安全。

4. 指定专人管理，负责领药、退药、保管工作，做到账物相符。

5. 备用液体要定种类、定数量、定位放置，标识明显，不得混放。液体摆放、使用按先产先出、近效期先用的原则。

6. 备用液体防尘袋应现用现拆，禁止提前拆除。

7. 每周对备用液体专柜进行清洁、整理。

8. 护士长对病房备用液体负责，每月全面检查一次液体质量，并做好记录。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].（2019-08-26）.http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201908/t20190826_300489.html.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范第五版－护理管理工作制度[M].广东：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

根据参考文献内容修订完善。

五、修订记录

2019 年 12 月第 1 次修订

2023 年 11 月第 2 次修订

2025 年 03 月第 3 次修订

病房备用药品管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-020-07	制定时间：2014-12-01

适用范围：全院护士	修订时间：2026-09-10
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-10-08

一、目的

为杜绝用药错误、确保药品质量、规范药品管理，保障患者用药安全，提升医疗护理质量，特制定本制度。

二、内容

1. 为了便于临床应急使用，各单元统一设有常用、急救药品备用，根据科室需要配备一定量的药品基数，包括急救药品、专科常用药品、麻醉精神药品等。

2. 备用药品储存管理：药品应按要求定点定位存放，标识明显。注射药、内服药、外用药应严格分开放置。根据药品说明书上的温度、避光等储存条件进行存储。拆零药品保留原包装，或用药品分包机分装，药袋上注明药品种类、名称、剂量、生产批号、有效期及分装时间，分装药品 6 个月有效且不得超过原包装有效期。

3. 高警示药品实行专柜储存，按要求实行分级管理，A 级为红色，B 级为黄色，C 级为蓝色。不同级别混合储存时粘贴专用红底黑字警示标识。听似、看似、多规格等易混淆药品分开放置，并设置全院统一警示标识。

4. 麻醉药品、精神药品实行五专管理：专人管理，专柜双人双锁（密码+钥匙），专用处方，专用账册（点交本），专册登记（使用登记本），班班交接、账物相符。麻醉、精神药品使用登记本保存 3 年，点交本的保存从药品有效期满之日起不少于 5 年。整支未用完的残余药品处置时需要双人在视频监控下操作并做好登记。

5. 毒性药品管理：单独存放，专人管理，专柜加锁，专用处方，专用账册，班班交接、账物相符。

6. 护士长对本病区的所有备用药品负责，建立备用药品登记本，包括药品名称、规格、数量、有效期等，并指定专人管理，责任到人，交班时应对备用药品进行清点，做到账物相符。每月全面检查一次药品质量，质量检查包括包装、颜色、有效期等，发现有沉淀、变色、过期、标签模糊等药品，应停止使用，与药房联系，按相关规定处理。

7. 各病区急救等备用药品在使用后根据医嘱及时补充，使用时必须按近效期先用的原则，对有效期在 6 个月内的药品及时到药房调换处理。

8. 药学部每月对病区备用药品管理情况进行检查，及时将检查结果反馈各病区护士长，采取有效措施，及时整改。

9. 使用后药品领用补充流程

病区急救药品、备用药品由病房管理，近效期药品先用，使用后由药房根据医嘱发送到病区，病区护士核对无误后补充。

10. 临期药品更换流程

有效期在6个月内的药品可每月在药学部规定的日期内至药库更换，有效期不足3个月的应做醒目标识，适时进行药品报损和/或领用。病区如要报损、新增或更换备药，应填写《新增药品申请表》和/或《病区抢救备用药品报损表》向护理部和药学部申请，报损表及拟报损药品送中心药房，再凭审批后的申请表到药库领取。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].（2019-08-26）.http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201908/t20190826_300489.html.

[2]中国医药教育协会.医疗机构高警示药品风险管理规范：T/CMEAS 012-2023[S].2023-09-28.

[3]国家卫生健康委,国家中医药局,国家疾控局,中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定:国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml.

四、修订原因

明确点交本、使用登记本的保存时间。规范整支未用完的麻醉精神残余药品的处置方法。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2019年08月第2次修订

2020年10月第3次修订

2023年10月第4次修订

2025年03月第5次修订

2026年09月第6次修订

病区静脉用药调配制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-004-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-04
制定部门：静脉治疗护理小组	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-16

一、目的

为提升用药安全性、保障患者治疗效果，并规范调配操作流程，降低医疗风险，特制定本制度。

二、内容

参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》制定病区静脉用药调配制度。

1. 静脉用药调配是指静脉用药调配工作人员严格按照无菌操作技术将药物准确无误地加于相适宜的载体溶媒中的技术服务过程。

2. 病区静脉用药调配岗位由具有注册护士资格、经过培训的护理专业技术人员担任，对静脉用药调配的质量负责。

3. 调配人员应严格执行无菌操作技术和查对制度。调配前应按规定洗手，穿戴工作衣帽、口罩，着装符合要求。

4. 调配流程：详见本院《护理技术操作规范及流程》。

输液标签应贴于输液袋（瓶）空白处，摆药者、核对者、加药者均应使用 PDA 扫描确认。

5. 在药液启封抽吸前应检查其有效期、药液有无混浊变质、瓶盖有无松动、药瓶有无裂痕等。配制药物时应注意配伍禁忌，根据药物说明书进行配制。

6. 根据医嘱的用药时间配制药物，药物配制后在标签上注明配药时间、画Δ符号。避免药液配制后放置过久。

7. 调配加药时应注意检查药物、输液有无变质、过期，药品的理化性状等，发现药液混浊等变化时及时报告护士长及药师。

8. 保持治疗室、操作台的清洁和整齐，按规定做好消毒工作。

9. 发生不良事件时必须逐级上报。

10. 操作过程中严禁随意离开，确保调配质量。

三、参考文献

[1]T/CNAS 32-2023 注射相关感染预防与控制[S].

[2]国家卫生健康委员会.安全注射标准：WS/T 856—2025[S].2025-07-30.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行修订。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

输液附加装置使用规范

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-009-02	制定时间：2024-11-01

适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-04
制定部门：静脉治疗护理小组	修订版本：/
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-10

一、目的

为规范输液附加装置的使用，避免药物与附加装置之间发生相互作用，保证药物以最佳状态进入患者体内，从而提高治疗效果，特制定本规范。

二、内容

1. 输液附加装置包括：三通、延长管、输液接头、过滤器等，尽可能减少附加装置的使用。

2. 输液附加装置宜使用螺旋结构，常规排气后与输液装置紧密连接；宜选用外壳透明、结构简单、表面光滑、冲洗效果可视的输液接头；三通宜与输液接头组合使用，也可用带无针接头的多通路连接管代替三通接头。

3. 输液附加装置应和输液装置一并更换，不使用时应保持密闭状态，治疗间歇期宜使用消毒帽对输液接头进行保护，任何部分有血液残留、完整性受损、污染或一旦取下应及时更换。具体如下：

（1）输液器更换：每24h更换1次，用于输注全血、成分血或生物制剂的输血器宜4h更换1次，如怀疑被污染或完整性受损时应立即更换。

（2）输液接头更换：外周静脉留置针（PVC）附加的输液接头随PVC一起更换；PICC、CVC、PORT附加的输液接头至少每7d更换1次（具体应参照产品说明书）。另外，在以下情况应更换：输液接头内有血液残留或残留物、完整性受损或被取下、血管通路装置血培养取样之前。

4. 输液接头宜使用下列消毒剂：75%乙醇溶液、浓度>0.5%的葡萄糖酸氯己定乙醇溶液、有效碘浓度不低于0.5%的聚维酮碘溶液。

5. 每次连接前使用无菌非接触技术，采用机械法用力擦拭消毒输液接头横截面和外围15s并待干。

三、参考文献

[1]WS/T 433-2023 静脉治疗护理技术操作标准[S].

[2]T/CNAS 32-2023 注射相关感染预防与控制[S].

[3]江苏省护理专业质量控制中心.江苏省护理专业质量改进目标及实施策略（2023 版）[Z].2023.

[4]国家卫生健康委员会.安全注射标准：WS/T 856—2025[S].2025-07-30.

四、修订原因

1. 明确输液附加装置的范围。

2. 根据参考文献内容进行修订与完善。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

安全注射规范

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-008-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-04
制定部门：静脉治疗护理小组	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-10

一、目的

为最大限度地保障患者和医护人员的安全，阻断因注射操作导致的感染传播，并提升医疗质量，特制定本规范。

二、内容

WHO（世界卫生组织）对安全注射（safe injection）的定义是注射操作对接受注射者无害，对实施注射操作的医护人员不带来可避免的暴露危险，注射废弃物不对他人和环境造成危害。

使用注射针、套管针进行静脉输液时应遵循下列要求：

1．严格遵守无菌操作原则和手卫生规范。

2．非紧急使用的注射药品在治疗室或静脉用药调配中心等集中配置；需紧急使用的药物若可床旁配置，配置后立即使用。

3．严格执行注射器“一人一用一抛弃”，包括配药、皮试、胰岛素注射、免疫接种等，禁止只换针头不换注射器。

4．尽可能使用单剂量注射用药品。使用多剂量药瓶时，应专人专用，开瓶后标注失效日期和患者信息，并按说明书储存使用及储存。

5．单剂量注射用药品不得分数次或多人使用，或将剩下的药品收集起来备用。

6. 启封抽吸前应检查药物的有效期、颜色，查看药液有无混浊变质、瓶盖有无松动、药瓶有无裂痕。向药液瓶塞刺入针头或折断安瓿之前，使用 75%酒精消毒瓶塞或安瓿的颈部并充分待干，不应将针头留在药液瓶塞上。

7. 药物应现用现配，输注时间参考药品说明书；启封抽吸的各种溶媒不得超过 24 小时，储存条件应符合产品说明书的要求。已抽吸好药液待用的注射器或已配置好待用的输液袋/瓶上应粘贴标签，标明药物名称、剂量、配药时间及患者信息。已抽吸好药液待用的注射器应放置在原包装或无菌盘内，放置时间不超过 2 小时。

8．一次性小包装的瓶装碘酒、酒精等，启封后使用时间不超过 7 天；如果产品

说明书有明确说明，应按说明书使用。注射器和针头从无菌包装袋中取出后若不立即使用，应放入未被污染的原无菌包装或预先铺置的无菌盘内，有效期 4 小时。灭菌物品（如棉签、棉球、纱布等）一经打开，使用时间不得超过 24 小时。

9．药品保存时应按照厂家建议保存，不得保存在与患者密切接触的区域，疑有污染时应立即丢弃。

10．多位患者不得共用袋装或瓶装的静脉输液。

11．一次性医疗器材用品只能一次性使用，使用后严格按医疗废物处理。

12．避免滥用注射。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.安全注射标准：WS/T 856—2025[S].2025-07-30.

四、修订原因

1. 明确药品配置环境要求，对注射器及针头的使用做明确规定，明确瓶塞及安瓿使用前的消毒方法。

2. 根据参考文献内容进行修订与完善。

五、修订记录

2019 年 08 月第 1 次修订

2024 年 12 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

抢救车管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-049-06	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-07-05
制定部门：急诊急救护理小组	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-09-01

一、目的

为规范全院抢救车管理，达到同质化，保证抢救车内药品、物品数量、质量完好，并能应急使用，提高抢救质量，特制定本制度。

二、内容

抢救车内药品、物品品种及数量经医务部、药学部及护理部审批后，原则上不再变动。如需调整应经护士长、科主任签字，医务部、护理部、药学部负责人同意后方可更改。

1. 抢救车内基础药品、物品（含急救垫板与氧气枕）配置全院统一，根据专科特点酌情调整并在药学部备案，基数更新需重新备案。

2. 抢救车须停放于固定区域，有药品、物品摆放平面图，统一粘贴在抢救车盖板上。车内药品、物品严格按平面图要求放置，抢救车各抽屉外贴有放置物品的标签，抢救车外配有明显标识。

3. 抢救车药品、物品必须做到六定（品种、数量、编号、位置、定人、定期检查）一及时（及时补充），保持抢救车清洁。

4. 抢救车药品有效期近 6 个月时，与药学部调换新效期药品。距有效期不足 3 个月且无法调换的药品贴“近效期”标识。药品如有新、旧药品混放现象，应仔细查看每支药品的有效期，按要求做好效期的登记，按效期自左向右顺序排放，右侧近效期者先使用，即左进右出。

5. 严格按照《病房备用药品管理制度》存放药品，如发现药品有异常情况，应及时更换或处理。

6. 抢救车内高警示药品应有醒目的标识，并按照《高警示药品管理制度》严格管理。听似、看似、多规格等易混淆药品分开放置，并设置全院统一警示标识。避光、冷藏等特殊保存的药品按照要求进行保存。

7. 每个病区抢救车设专人/专班管理，每周质控并签名，护士长每月质控并签名。

8. 急救物品（吸引器、简易呼吸器等）应组装好处于备用状态，一次性用品应确保在有效期内，包装完好。

9. 各诊疗科室抢救箱管理参照本制度要求执行。

三、参考文献

[1]武玺坤，姜玲，卢晓阳，等. 抢救车与基数药品管理标准制订与解析[J]. 医药导报，2025，44(05)：704-708.

四、修订原因

根据参考文献对制度进行修订与完善。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 10 月第 4 次修订

2025 年 07 月第 5 次修订

抢救车使用管理规定

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-050-05	制定时间：2014-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-07-05
制定部门：急诊急救护理小组	修订版本：4

审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-09-01

一、目的

抢救车是摆放各种抢救药品、物品和器械的场所，供抢救急、危重症患者使用，车内药品、物品和器械的规范管理直接关系到抢救患者的成功与否。为保证抢救工作及时顺利地进行，特制定本规定。

二、内容

1. 非抢救情况不得动用抢救车，抢救车上无物品覆盖。

2. 封条式管理抢救车管理要求如下：

（1）建立《急救药品、物品登记本》，在未使用的情况下，抢救车封闭周期不得超过 1 个月，护士每月固定日期对抢救车内药品和物品逐一检查核对，填写《急救药品、输液有效期登记检查本》，封车人认真填写封条上的各项内容，由两人检查后及时封车。

（2）护士每班查看封条完整性和封条上药品/物品的失效时间，并在《急救药品、物品登记本》上记录、签名。临期的抢救药品、物品及时更换，核对登记后再次封车。

（3）封条一旦撕毁，在再次封车前需按照开放式管理抢救车要求进行管理。

3. 开放式管理抢救车管理要求如下：

护士每班对抢救车内药品和物品逐一检查核对，并在《急救药品、物品登记本》上记录、签名。

4. 抢救车药品应存放在抢救车内固定位置，医护人员熟悉抢救车内各物品的摆放位置，熟悉各种仪器设备的性能并熟练操作，提高抢救成功率。

5. 抢救急、危重症患者时，根据需要取用药品和物品，封条式抢救车使用前需撕掉封条，抢救结束后及时清理用物，做好增补。如为晚夜间使用，应与白班做好交接，次日及时补充，双人核查确认无误签名后再次封闭，贴上封条。

6. 药学部每月一次对抢救车药品管理与使用进行检查，对发现的问题及时提出整改建议。

7. 各诊疗科室抢救箱使用参照本制度要求执行。

三、参考文献

[1]武玺坤，姜玲，卢晓阳，等. 抢救车与基数药品管理标准制订与解析[J]. 医药导报，2025，44(05)：704-708.

四、修订原因

根据参考文献内容对制度进行修订与完善。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 10 月第 3 次修订
2025 年 07 月第 4 次修订

常用仪器、设备和抢救物品使用前培训考核规定

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-048-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-06-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-08-01

一、目的

为保障患者安全，杜绝人为操作失误，确保每一位医务人员在接触和使用常用仪器、设备及抢救物品前，都具备必要的知识、规范的操作技能和应急处理能力，从而保障医疗质量与患者安全，特制定本规定。

二、内容

1. 常用医疗仪器、设备及抢救物品使用前，均应制定相应操作规程。科室每年需制定培训计划及具体课程安排，培训内容涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施。

2. 使用相关人员必须经过培训、考核并有记录，合格后才可使用各种仪器、设备及抢救物品。使用中必须严格按操作规程操作，未经培训或考核不合格者不得单独使用。

3. 培训方式：（1）新仪器、新设备及新入抢救物品由生产厂家技术人员和本院设备科技术人员培训，包括理论授课、操作示范等。（2）新护士、实习护生由具备资格的带教老师负责培训。

4. 考核内容：（1）仪器、设备及抢救物品相关理论知识考核。（2）仪器、设备及抢救物品相关操作技能考核。

5. 考核人员：（1）新仪器、新设备及新入抢救物品由生产厂家技术人员和本院设备科技术人员负责考核。（2）新护士、实习护生由具备资格的带教老师负责考核。

三、参考文献

[1]中国机电装备维修与改造技术协会.T/CAMER 040—2025 医学设备全生命周期管理规范[S/OL].北京：中国机电装备维修与改造技术协会，2025

四、修订原因

根据修订文献内容修订完善。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 12 月第 3 次修订

2025 年 06 月第 4 次修订

常用仪器、设备安全使用管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-046-01	制定时间：2025-03-05
适用范围：全院护士	修订时间：/
制定部门：护理部	修订版本：/
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为确保每一台设备都安全、可靠、有效地服务于临床工作，最终实现保障患者安全、提升医疗质量和优化运营效率的核心目标，特制定本制度。

二、内容

1. 仪器设备固定放置在易取放的位置，标识明显，不得随意挪动，科内人员均知晓。不得随意外借，需经科室领导同意后方可出借。

2. 护理人员应具备设置、识别并处理报警的能力（成人心电监测参数报警阈值设置见附件一），使用中必须严格按操作规程，急救生命支持类仪器设备及时做好使用登记。

3. 仪器设备使用过程中发生故障及时处理（仪器常见故障及处理见附件二），故障无法及时排除时，启动相关应急预案，悬挂仪器故障牌，同时联系医学装备科维修、调配，做好医疗设备维修登记，同时上报医疗设备不良事件。

4. 每周全面检查记录，确保仪器设备性能良好呈备用状态，定期对仪器设备充放电（见附件三），护士长月督查并记录。医学装备科定期巡查，进行仪器检测与维护。

5. 仪器设备使用后及时做好终末处理，仪器表面以清水擦拭清洁或 75%乙醇擦拭消毒，有储电者充电备用。心肺复苏仪绑带、心电监护仪血压计袖带、简易呼吸器（除储气袋与硅胶面罩）污染后及时用 500mg/L 含氯制剂浸泡消毒 30min，再用流动水冲洗后晾干；储气袋、硅胶面罩用 75%酒精擦洗消毒外表面；遇特殊污染送消毒供应中心环氧乙烷消毒。使用后呼吸机管道送供应室消毒处理，每月清洗风扇防尘网、主机出风口防尘网及空气入口防尘网，用温水清洗后晾干。德尔格呼吸机流量传感器每周/每个患者使用后予 75%酒精浸泡 40 分钟，后用蒸馏水漂洗，晾干 30 分钟；呼气阀每周/每个患者使用后予 75%酒精浸泡 40 分钟,然后用清水清洗干净并彻底晾干；吸气安全阀按需清洁消毒，方法同呼气阀。

三、参考文献

[1]黄勋,宗志勇,刘正印,等.多重耐药菌医院感染预防与控制中国专家共识[J].

中国感染控制杂志，2015，14(1):1-9.

[2]迈瑞患者监护仪使用说明书.

[3]T/CRHA 089-2024 成人床旁心电监测护理规程[S].

[4]心电图机使用说明书.

[5]电动吸引器使用说明书.

[6]除颤仪使用说明书.

[7]江苏省卫生厅办公室文件.江苏省医院常用物品消毒灭菌方法试行[Z].2012.

[8]美国输液护理学会.输液治疗实践标准:第9版[M].2024年版.美国:Infusion Nurses Society，2024.

[9]微量注射泵用户手册.

[10]输液泵使用说明书.

[11]心肺复苏仪（Amoul）使用说明书.

[12]无锡市医院感染管理质量控制中心,无锡市医院协会医院感染管理专业委员会.医院感染预防与控制标准操作规程（SOP）：2021版[Z].2021.

[13]电动洗胃机使用说明书.

[14]德尔格呼吸机说明书.

[15]迈瑞呼吸机说明书.

附件1

成人心电监测参数报警阈值设置

监测参数		报警阈值的设置
心率	正常心率	上限100次/分，下限60次/分
	心动过速	上限上浮5%～10%，最高不超过150次/分；下限下浮10%～20%，或遵医嘱设置
	心动过缓	上限上浮15%～20%，下限根据血流动力学情况，可调至45～50次/分，或遵医嘱设置
	有心脏起搏器	上限上浮10%～20%，或遵医嘱设置；下限设置起搏器下限的频率
无创血压	正常血压	收缩压上限140mmHg，下限90mmHg，舒张压上限90mmHg，下限60mmHg
	高血压	上限为现测血压上浮5%～10%,下限为现测血压下浮20%～30%;或遵医嘱设置
	低血压	上限为现测血压上浮20%～30%，下限为现测血压下浮5%～10%；或遵医嘱设置
	特殊患者	需要严格控制血压或使用血管活性药物的患者(如主动脉夹层、液体复苏过程)，遵医嘱设置
呼吸	呼吸正常	下限10次/分，上限24次/分
	呼吸过缓	下限不低于8次/分
	呼吸急促	上限不高于30次/分
	呼吸暂停	呼吸暂停时间的报警建议设置为20秒，或遵医嘱设置
脉搏	轻度低氧血症	上限100%，下限90%

血氧饱和度	II 型呼吸衰竭	下限 85%
	高浓度氧气吸入，脉搏血氧饱和度仍低于 95%	下限可根据患者的实际数据下浮 5%，或遵医嘱设置
注：本表参照《多参数监护仪临床警报管理实践指南》(2020 版)简版，如有更新应参照最新版		

附件 2

常用仪器设备故障及处理方法

1.心电监护仪常见故障及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
无法开机	1.电池耗尽/老化 2.无外接电源或电源松脱 3.机器损坏	1.连接外接电源充电 2.报修
心电或血氧波形无显示	1.对应探头导线未插紧 2.心电极或血氧探头脱落 3.对应探头或导线损坏	1.重新正确安装对应探头导线 2.重新连接心电电极或探头 3.更换新的对应配件 4.报修
血压袖带充气不足	1.袖带软管接口与机器主机连接异常 2.袖带管路破损	1.重新正确连接袖带气囊 2.更换新的袖带管路 3.报修

2.注射泵常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
速率不准	注射器圈边没有插入注射器座的槽中	重新正确装夹
	注射器不配套	选用已标定的针筒
开机不久电池欠压报警、不能开机	前一次使用电池工作后没有充电或充完电放置时间太久	关机充电或连接电源线使用
	没有正确使用内置电池，电池已损坏	更换电池
开始输液有回血	针头插入静脉前，注射器按手与机器卡爪间隙过大	重新正确安装注射器
	注射器圈边没有插入固定槽中	重新正确安装注射器
推头移动不畅	泵推杆上有药液粘住	用酒精擦去

3.BeneFusion 输液泵常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
管路气泡	输液过程中，单个气泡大小超过设定的单个气泡报警阈值	1.断开患者，排除管路气泡 2.确认单个气泡阈值是否合理。如有需要，重新设置【单个气泡阈值】
累积气泡	输液过程中，累积气泡大小超过设定的累积气泡报警阈值	1.断开患者，排除管路气泡 2.确认累积气泡阈值是否合理。如有需要，重新设置【累积气泡阈值】

空瓶	【空瓶灵敏度】不为关，已安装滴数传感器且滴数传感器开关打开，或未安装滴数传感器或滴数传感器开关关闭，输液过程中，泵检测到药袋或药瓶内无药液	1.按复位键消除报警 2.确认是否换药/续药
滴速异常	输液过程中，滴数传感器检测到滴速过快或过慢	1.检查滴数传感器的连接 2.更换滴数传感器 3.如果故障依旧，请联系维修人员处理
上阻塞	输液过程中，供液管路（供液处与设备之间的输液管路）发生阻塞	1.检查管路受挤压情况 2.检查管路各个接口堵塞情况
下阻塞	输液过程中，患者管路（设备和患者之间的输液管路)发生阻塞且阻塞压力达到设定阈值	1.检查管路受挤压情况 2.检查管路各个接口堵塞情况 3.确认阻塞阈值是否合理如有需要，重新设置【下阻塞阈值】
管路异常	正确装管关门后，泵检测到压力信号异常	重新按要求安装输液器
输液管脱落	输液过程中，输液管脱落	关闭滚轮或罗伯特夹阻断输液，然后按要求重新安装输液器
系统故障	泵系统故障，如存储卡读写错误、设备硬件故障等	暂停使用泵并联系维修人员处理
电池异常	电池温度过高、无法充电或电池老化等故障	联系维修人员处理

4.心肺复苏仪常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
主机无法启动	1.电池电量耗尽 2.E8/E7 有故障	1.给电池充电 2.报修
主机无法关闭	操作错误	长按“开启/关闭键”至少 3 秒
电源指示灯时亮时灭	电源插头松动	重新插好电源插头

5.电动洗胃机常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
指示灯不亮，机器不工作	1.电路连接不紧密 2.电压不正常 3.熔断器损坏	1.重新拔插电源 2.调节电压 3.报修
不吸液或吸液量少	1.管路连接有漏气 2.管路被污物堵塞 3.泵故障	1.重新牢固连接管路 2.清除管路污物 3.报修
不进胃或不排液	1.管路被污物堵塞 2.机器故障	1.清除管路污物 2.报修

6.电动吸引器常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法

无法开机	1.插座无电 2.机器故障	1.更换新的电源插座 2.报修
负压压力不够	1.负压压力调节过小 2.软管管道漏气	1.调节负压压力旋钮，增大吸引力 2.更换新的塑料软管 3.报修

7.心电图机常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
无法开机	1.电池耗尽且无外接电源 2.机器损坏	1.连接外接电源 2.报修
无心电图输出	心电电极损坏	1.更换新的心电电极；2.报修
心电数据异常	1.电极板与患者身体接触不良 2.电极导线受外界干扰	1.用酒精擦拭患者身体对应部位，清除皮肤表面污垢；2.更换新的心电电极；3.检查心电导线是否发生缠绕或存在手机等电磁干扰；4.更换新的心电监护导联线
电池低电压报警	电池老化	1.连接外接电源充电；2.报修

8.除颤仪常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
无法开机	1.电池耗尽且无外接电源；2.机器损坏	1.连接外接电源；2.报修
心电数据不显示	心电导线未插紧	更换正确心电导线
心电数据显示异常	1.电极板与患者身体接触不良 2.电极导线受外界干扰	1.用酒精擦拭患者身体对应部位，清除皮肤表面污垢；2.更换新的心电电极；3.检查心电导线是否发生缠绕或存在手机等电磁干扰；4.更换新的心电监护导联线
除颤功能无法使用	电极板导线脱落	1.检查电极板连接导线，并重新连接；2.更换新的心电电极；3.连接外接电源充电
电池低电压报警	电池老化	1.连接外接电源充电；2.报修

9.呼吸机常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
无法开机	1.电池耗尽且无外接电源 2.机器损坏	1.连接外接电源； 2.报修
气道压力过高	气道压力超过了设置的压力报警高限	1.检查患者 2.检查通气参数设置 3.检查报警限 4.检查呼吸管路是否堵塞

FiO_2过高	吸入氧浓度超出FiO_2报警高限至少 30 秒	1.检查通气参数设置 2.检查报警限 3.检查高效空气过滤器是否堵塞 4.校准氧传感器
FiO_2过低	吸入氧浓度低于FiO_2报警低限至少 30 秒或者低于 18%	1.检查通气参数设置 2.检查报警限 3.检查氧气气源 4.校准氧传感器
氧浓度过高	在吸氧下氧浓度超出氧浓度报警高限至少 30 秒	1.检查通气参数设置 2.检查高效空气过滤器是否堵塞 3.校准氧传感器
氧浓度过低	在吸氧下氧浓度超出氧浓度报警低限至少 30s 或者低于 18%	1.检查通气参数设置 2.检查氧气气源 3.校准氧传感器

10.气垫床常见故障分析及处理方法

问题	可能出现的原因	解决方法
无法开机	1.插座无电 2.机器故障	1.更换新的电源插座 2.报修
气垫床不充气	1.气垫床气垫泄漏 2.气垫床管路漏气	1.更换新的气垫 2.更换新的通气管路
气垫床不出气	机器损坏	报修

附件 3

常用仪器设备充放电周期

充放电周期	仪器名称
6 个月	心电图机、迈瑞呼吸机
3 个月	SN-50 系列微量注射泵、心电监护仪、除颤仪、呼吸机
2 个月	迈瑞系列输液泵、注射泵
2 周	电动吸引器
按需充电无需放电	心肺复苏仪

保障常用仪器、设备、抢救物品使用制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-059-06	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-06-05
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-08-01

一、目的

为建立精细化、标准化管理体系，确保常用仪器、设备及抢救物品时刻处于 100%

的完好备用状态，为及时、有效、安全的医疗救治提供坚实保障，特制定本制度。

二、内容

1. 各病区须按照《医疗机构基本标准（试行）》及医院专科建设要求，配备符合诊疗科目需求的常用仪器、设备及抢救物品，清单需报设备科备案。优先配置急危重症救治相关设备（如心肺复苏机、除颤仪、呼吸机、多参数监护仪等），确保与医院功能任务及急危重症救治能力相匹配。

2. 对各类仪器设备制订标准化操作流程（SOP），严格按流程进行操作，内容需包含操作步骤、注意事项、应急处理等。科内进行培训、考核，确保人人掌握，培训记录纳入个人档案。

3. 定位放置：各种仪器、设备和抢救物品定位放置、标识清晰，不得随意挪动。

4. 定人保管：各种仪器、设备和物品定人保管，仪器、设备和抢救物品正式使用前后均应做好相应的准备工作，以保证仪器、设备和抢救物品安全使用。

5. 定期检查：抢救仪器设备每班交接，确保性能良好呈备用状态。抢救物品用后及时归位、补充或更换，无过期。发现仪器、设备异常，须及时与维修人员联系维修，并登记。贵重精密及抢救仪器维修后，要填写维修记录。

6. 定期保养：使用科室工作人员做好一级保养，设备科每月进行二级保养，出具巡检报告并存档。使用后及时做好终末处理，随时保持仪器、设备处于良好的备用状态。

7. 护士长每月检查一次，有记录并签名。

8. 原则上医疗仪器设备不外借，特殊情况需办理外借登记手续，以便追查，未经领导批准不得借至院外。

三、参考文献

[1]T/CAMER 040—2025 医学设备全生命周期管理规范[S].

四、修订原因

根据参考文献内容进行修订完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 11 月第 4 次修订

2025 年 06 月第 5 次修订

住院患者心理健康工作制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-068-05	制定时间：2007-11-01

适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：心理健康护理小组	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为规范护士发现和干预住院患者在住院过程中存在的心理变化、心理疾患，从而更好的达到治疗目标，特制定本制度。

二、内容

1. 住院患者在住院全过程中对应的主诊医师、责任护士担任其心理维护的责任，参与诊治过程的所有医护人员均为其心理健康维护的参与人。

2. 严格杜绝所有医护人员在患者住院全过程中因言语、行为的不规范对患者引起不良刺激，尽量减少医院环境对患者的不良刺激。

3. 具体工作：（1）入院评估：每位患者入院后由接诊医生、护士分别进行心理评估，及时发现患者的心理问题，并通过医患沟通及时记录。（2）每日主管医生、护士在医疗、护理查房的同时，与患者及其家属进行沟通，了解患者心理状态及变化，在病程记录中有反映。（3）当患者病情变化时，随时与其沟通，了解心理状态的转化，随时记录。（4）出院评估：患者出院时再次进行心理评估，对尚未改善的心理问题，提出相关治疗、转诊建议。

4. 当发现住院患者存在心理问题，可使用心理测量量表（SAS、SDS、SCL-90、艾森克个性测试）进行测试，确定患者心理问题，根据心理问题的程度结合临床具体情况选择个性化的心理护理，运用护理程序的方法指导心理护理实践，强调预防为主的原则，同时进行心理健康指导，效果不佳者请心理科医生会诊，必要时进行药物治疗。

5. 如住院患者存在的心理问题严重，导致不能进行正常医疗活动，或患者可能患有精神障碍的，建议其到符合规定的医疗机构治疗。

三、参考文献

[1]湖南省市场监督管理局.综合医院分级心理护理规范：DB43/T 2995-2024[S].2024-05-13.

四、修订原因

根据参考文献对制度进行修订与完善。

五、修订记录

2009 年 10 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

五、护理教学、科研管理

护理实习管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-123-04	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为规范护理实习带教工作，提高临床护理教学质量， 使护理理论与实践相结合，将护理实习生培养成具备专业态度、专业知识、专业技能的护理人员，特制定本制度。

二、内容

1．护理部负责护理实习生的管理工作，根据实习大纲要求，确定轮转实习计划，将实习安排通知到科室。

2．护理实习生由护理部根据医院规定统一接收，其他科室及个人不得擅自接收实习生学习。

3．各科室带教工作由护士长负责，设立带教老师制定教学计划，安排 N2 级及以上护士带教，按计划落实带教工作。

4．带教老师与护士长按时做好实习生的考核与鉴定，并交护理部审核。

5．实习生应自觉遵守医院各项规章制度和技术操作规范，服从科室护士长工作安排。

6．护理部与临床科室保持教学联系。检查实习周记，了解实习生的思想、学习、生活等方面的情况，征求意见，不断改进教学工作，使教学相长。

三、参考文献

[1]朱雪梅，潘杰主，王冬华，等.护理教育学[M].武汉：华中科技大学出版社，2016.

[2]姜安丽，段志光.护理教育学[M].北京：人民卫生出版社，2017.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 进一步明确带教人员资质，细化内容，保障开展护理教学工作，提高护理教学水平，提升护理教学质量。

五、修订记录

2010 年 08 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2025 年 05 月第 3 次修订

护理进修人员管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-124-04	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-05-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-07-01

一、目的

为规范进修护士的管理，保证进修期间的学习效果和安全，满足进修护士学习需求，顺利完成进修任务，特制定本制度。

二、内容

1．护理部负责护理进修人员的管理工作，包括计划、安排考核与记录。

2．进修人员由护理部根据医院规定统一接收，其他科室及个人不得擅自接收进修人员学习。进修人员必须具有护士执业资格，否则不接受进修。

3. 进修时间一般为 3 个月，3 个月以内为短期学习或培训，市内进修人员不安排住宿。

4．进修人员应自觉遵守医院各项规章制度和技术操作规范，服从科室护士长工作安排。

5. 科室根据进修的要求制订专科进修带教计划，并按计划落实带教工作。

6．进修生应由 N2 级及以上护士进行带教，护士长全面负责教学质量管理。

7．带教老师与护士长按时做好进修人员的考核与鉴定，并送护理部审核、备案。

三、参考文献

[1]朱雪梅，潘杰主，王冬华，等.护理教育学[M].武汉：华中科技大学出版社，2016.

[2]姜安丽，段志光.护理教育学[M].北京：人民卫生出版社，2017.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于印发江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024 年版）的通知：苏卫医政〔2024〕34 号[EB/OL].（2024-12-31）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/12/31/art_55461_11462950.html.

四、修订原因

1. 增加“目的”、“参考文献”。

2. 进一步明确带教人员资质，细化内容，保障开展护理教学工作，提高护理教学水平，提升护理教学质量。

五、修订记录

2010 年 08 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2025 年 05 月第 3 次修订

护理新技术、新项目准入制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-104-06	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-08
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为规范医院护理新技术、新项目的申报、实施以及实施过程中的管理等，促进护理新技术、新项目高质量发展，特制定本制度。

二、内容

1. 护理新技术、新方法、新设备（简称新项目，下同）是指在我院范围内首次应用于临床护理，或近两年已在临床应用，但尚未经申报批准。护理新设备在原功能上有所开发者可列为新技术、新方法。

2. 新项目应用于临床护理实践前应对项目的安全性、有效性、可行性、创新性、社会经济效益等方面进行论证，尤其是涉及伦理风险较大或是较为复杂的侵入性专科护理技术等。

3. 护理新技术、新项目准入申报、准入管理，严格遵守相关卫生管理法律法规、规章、诊疗规范和常规，应与医院护理功能、任务和业务能力相适应，未经批准不得开展。

4. 科室将护理新技术、新项目的实施方案、技术路线、风险评估、应急对策以及质量控制措施以书面形式报护理部、相关领导审核后，报医学伦理审查委员会、医疗技术临床应用管理委员会、医学伦理审查委员会审批。

5. 临床应用时，要严格遵守诊疗规范与医学伦理，强化护患沟通，引导理性预期，合法合规实施。

6. 明确开展临床应用的专业人员范围，制定操作规范及考核标准，并列入质量

考核范围，对新技术和新项目实施全程管理和动态评估。

三、参考文献

[1]孙湛，王伟.做好新技术新项目管理推进新质生产力在医院落地[J].中国卫生2024，(07):29-30.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023:135-136.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范（第五版）[M].广州：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 新增“目的”、“参考文献”。

2. 根据参考文献内容修订完善。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 11 月第 4 次修订

2025 年 04 月第 5 次修订

护理新技术、新方法、新设备临床应用监测评估制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-103-03	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-04-08
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-06-01

一、目的

为进一步规范医院护理新技术、新方法、新设备临床应用与管理，保障患者安全，提升护理品质，特制定本制度。

二、内容

1. 护理新项目申报的程序按《宜兴市人民医院医学新技术引进项目管理办法》执行，护理新项目临床应用监测评估按本制度执行。

2. 护理新技术、新方法、新设备（简称新项目）的临床应用准入审核后，项目负责人应按计划推进落实，包括确定项目实施者的资质要求，对实施者进行授权，对项目实施方案、操作流程、风险评估及应急预案等进行系统培训，有完整的培训记录，并落实培训后考核，确保实施人员熟练掌握。

3. 新技术、新方法实施以及新设备使用过程中，实施者必须严格执行护理规范、操作流程及规章制度，服从科室管理。护士长、项目负责人应认真组织、严格把关，定期进行质量监控，监测实施情况，及时发现问题并解决。

4. 护理新技术、新方法、新设备临床应用准入后一年，医疗技术临床应用管理委员会应对护理新技术、新方法、新设备临床应用的安全性、有效性、可行性、经济效益等进行全面评估，及时发现新技术、新方法、新设备临床应用过程中的安全隐患。

5. 发生下列情况之一者，应立即暂停临床应用，由医疗技术临床应用管理委员会组织调查后决定是否恢复应用：发现该项技术存在伦理道德缺陷的；发生与该项技术有关的重大护理意外事件的；可能引起严重不良后果的；技术支撑条件发生变化的；应用过程中出现与之相关的纠纷、投诉的；风险评估或应急预案缺乏可行性的。

6.临床应用科室应根据护理部对该项目临床应用的监测评估情况完善工作流程、技术操作规程、风险评估及应急预案等，确保其临床应用有序推进。

7. 科室应建立护理新项目的临床应用随访制度，做到对实施病例的追踪与随访。

8. 临床应用科室应根据新项目的实施要求和评价指标收集数据，建立项目档案，确保数据的完整性。

9. 未经批准的新技术、新项目，任何科室或个人不得擅自开展，一经发现立即责令停止。擅自开展过程中发生的医疗纠纷、造成不良后果者，按照有关法律法规及相关规章制度进行责任追究。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京：中国人口出版社，2023:135-136.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范（第五版）[M].广州：广东科技出版社，2024.

四、修订原因

1. 新增“目的”、“参考文献”。

2. 对护理新技术、新方法、新设备的临床应用周期进行规定明确。

五、修订记录

2019 年 08 月第 1 次修订

2021 年 09 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 04 月第 4 次修订

六、科室护理工作制度

病区管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-058-07	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为保障患者安全，提升医疗质量，优化运行效率，实现精细化管理，实现现代化病区管理模式，特制定本制度。

二、内容

1. 病房由科主任和护士长全面负责管理，医生与护士协助，有明确的工作分工与质量标准。

2. 工作人员必须着装整洁、仪表规范，履行工作职责。应遵循标准预防的原则，在工作中执行标准预防的具体措施。

3. 保持病房整洁、舒适、安静、安全，做到走路轻、关门轻、操作轻、讲话轻。病区走廊及各出入口通道无物品堆放，确保安全通道畅通。

4. 病室内物品和床位按全院统一要求，有序摆放、固定位置，方便患者使用，易于打扫、消毒。

5. 病员被服、用具按基数配给患者使用，统一管理，有污染或特殊需求随时更换，出院时收回清洁、消毒。严格执行探视、陪护制度，加强对陪护、探视人员管理，21:00 督促探视人员离开病区。

6. 各室清洁无异味，病室（房）内应定时通风，每日至少 2 次，每次不少于 30min。垃圾及时处理，卫生间保持清洁，病房内、走道、楼梯间、避难间等区域不准吸烟。

7. 护士长全面负责保管病房财产、设备、药品、科研资料，并分别指派专人管理，围绕常组织、常整顿、常清洁、常规范、常自律的要求，建立账目，定期清点。如有损坏和遗失，及时查明原因，按规定处理。护士长工作变动时，要办好交接手续。

8. 每月召开工休座谈会，征求意见，改进工作。

三、参考文献

[1]姜玲，吉传军，唐亚哲.基于 PDCA 循环的 6S 管理模式在医院病区环境中的应用探讨[J].中国医院建筑与装备杂志，2025，26(1)：48-52.

[2]武士方.病区一级质控护理管理平台在医院护理质量管理中的应用[J].中国卫生标准管理杂志，2024，19：1-5.

四、修订原因

根据参考文献内容修订完善。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2008 年 09 月第 2 次修订
2010 年 08 月第 3 次修订
2019 年 08 月第 4 次修订
2023 年 10 月第 5 次修订
2025 年 03 月第 6 次修订

病区安全制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-056-05	制定时间：2013-05-03
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为建立和维护一个安全、规范、高效的病区环境，最大限度地预防和减少不良事件与安全隐患，保障所有人员的生命健康与财产安全，最终提升医疗服务质量与患者满意度，特制定本制度。

二、内容

病房的安全管理由本科室科主任负责，护士长协助管理，保卫科进行检查监督。

1．病房通道保持畅通，禁止堆放各种物品、仪器设备等，保证通行安全。

2．各种物品、仪器、设备定点放置，建册登记，专人保管，便于清点及检查。

3．病房内禁止吸烟及明火，禁止使用非医院配置的电器、设备及超负荷用电。冰箱、恒温箱等设备，定人定期安全检查，仪器设备处于完好备用状态。

4．病房应按要求配备必要的消防设施及设备，并放在固定明显的位置，任何人不得随意挪动或挪作他用，消防设施完好、齐全，消防设备周围无杂物，保障消防通道畅通并有逃生示意图，安全标识醒目。

5．加强对陪客和探视人员的安全教育和管理，现金、贵重物品妥善保管，患者不得擅自离院。

6．规范使用各种警示标识。加强巡视，尤其对危重患者，发现有自杀、自残等倾向的患者严密观察，做好心理疏导，立即汇报床位医生、护士长、科主任和保卫科。如发现可疑人员，应及时通知保卫科。

7．使用易燃易爆、剧毒、麻醉物品的科室，根据相关制度要求落实管理。

8. 空病房要及时上锁，并保管好钥匙。

9. 定期组织火灾、地震、停电、停水等应急预案演练，提高医务人员应急处置能力。

三、参考文献

[1]姜玲，吉传军，唐亚哲.基于 PDCA 循环的 6S 管理模式在医院病区环境中的应

用探讨[J].中国医院建筑与装备杂志，2025，26(1):48-52.

[2]彭明菊，郭敏，雷爱华.持续质量改进在全科医学科护理安全管理中的应用效果研究[J].中国卫生产业杂志，2024，18:75-81.

四、修订原因

根据参考文献内容修订完善。

五、修订记录

2014 年 07 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2023 年 10 月第 3 次修订

2025 年 03 月第 4 次修订

物品管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-057-07	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为建立一套与病区工作特点高度契合的、科学、精细的物品管理流程，确保物品在病区内的供应及时、使用安全、成本可控，从而为临床一线工作提供坚实保障，并提升整体医疗服务质量，特制定本制度。

二、内容

1. 科室应结合工作实际配置相应基数的物资。

2. 护士长负责对病区物品有计划地领取、保管、报损，定点放置、标识清晰，各种物品必须建立账目，定期检查，做到账物相符，杜绝浪费。

3. 在护士长指导下，各类物资指定专人分工管理，每月核对清点，每年与相关部门总核对一次。

4. 物资送达护理单元，接收前应核对物品的名称、品规、数量、有效期等，查看物品包装和/或条码是否完好，核对无误后签收，如发现数量和名称不符、质量不合格等应及时联系库房。

5. 物资应存放在货架上或者整理箱内，保持干燥，不得将物资放置地面或堆放至天花板。耗材入出库执行扫码登记，按照效期先后顺序使用，护士长及 SPD 库房工作人员定时盘库，做到账物相符。

6. 借出物品必须有登记手续，经手人要签名，贵重物品、抢救器材一般不外借，如需外借必须经科主任/护士长同意方可借出，特殊情况时服从医院统一调配。

三、参考文献

[1]陈莹.医疗耗材 SPD 模式在医院财务精细化管理中的应用研究[J].当代会计，2022，16:57-59.

[2]李穆，周慧琼，严静东.SPD 模式下医用耗材全流程管理[J].中国信息化杂志，2021，8:34-36.

四、修订原因

根据参考文献内容修订完善。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2008 年 09 月第 2 次修订

2010 年 08 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2023 年 10 月第 5 次修订

2025 年 03 月第 6 次修订

病区各室管理规定

文件编号：YXPH-HL-HLB-2026-012-08	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2026-01-07
制定部门：护理部	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2026-02-20

一、目的

为确保病区内每一个功能室（如治疗室、抢救室、护士站、医生办公室、病房、处置室、库房等）都能环境安全、功能清晰、运作高效，从而为患者提供安全的诊疗环境，为员工提供有序的工作环境，特制定本制度。

二、内容

（一）病室管理规定

1. 病室布局应依据医疗服务流程及患者需求合理规划，符合医院感染防控、应急疏散等相关标准。环境需保持安静、整洁、安全、舒适，基本设施（如病床、床头柜、凳子、陪护椅等）、设备（如监护仪、输液泵等）完好无损，各类警示牌清晰醒目，安装牢固且内容准确。

2. 床、床头柜、凳子、陪护椅应按照规定位置排列整齐，保持合适的间距，方便患者活动与医护人员操作。窗帘、围帘完好无损，非使用状态下，窗帘拉向两侧，围帘拉向床头，床头显示屏功能正常，定期检查维护，确保信息展示清晰、操作便捷。

3. 床单元保持清洁整齐，患者统一穿着病员服，护理人员根据患者病情及舒适度需求，调整患者卧位，确保卧位舒适安全，同时做好压力性损伤预防等护理措施。

4. 地面、窗台、物品柜顶严禁放置杂物，病床间及公共过道保持畅通无阻、不得堆放任何物品，确保空间满足治疗、护理操作及人员通行需求。每日定时对地面进行清洁，至少拖地 2 次，遇污染及时清洁。

5. 病室内监护仪、输液泵等设备应指定专人负责日常清洁与维护，保持设备表面清洁无污渍，定期进行性能检测，确保设备性能良好，操作流程粘贴在设备旁显眼位置，方便医护人员查看，床旁导线电缆整理整齐，避免缠绕、拖地，防止绊倒患者或损坏设备。

6. 病室内应保持良好的通风，每日定时开窗通风，至少 2 次，每次通风时间不少于 30 分钟，确保室内空气清新无异味。在经空气传播性疾病流行时，应增加通风频次。定期对设备带及床头灯进行清洁，去除灰尘，保持其洁净。

7. 禁止在病室内随意粘贴宣传画、广告画、告示、通知及便条等，输液架使用后及时归位，放置在指定位置。

8. 制定详细的家属探视制度，明确探视时间、探视人数等要求，确保探视有序进行。陪伴人员数量符合医院管理规定，陪伴期间遵守医院规章制度，不得影响医院正常医疗秩序。

9. 卫生间应保持清洁无异味，每日定时清洁消毒，至少 2 次。患者生活用品摆放整齐有序，地面保持干燥无积水。洗漱设施完好无损，冷热开关标记醒目，方便患者使用。浴帘定期清洗更换，保持清洁卫生。

10. 明确工作人员管理分工，责任落实到人，护士长建立管理台账，详细记录病室管理情况，包括设施设备维护记录、清洁消毒记录、患者情况记录等，便于追溯与管理。

（二）更衣室/值班室管理规定

1. 严格限制非本病区工作人员进入更衣室/值班室，确保区域内人员安全并保护隐私。设置门禁系统提醒外来人员禁止入内。

2. 保持室内清洁整齐、敞亮，每日进行清扫整理，物品放置有序。指定专人负责管理，定时开窗通风，保持室内空气清新。

3. 私人物品及时清理入柜，保持柜子内部整洁、有序，护士长每月进行一次全面督查与绩效挂钩。

4. 卫生间不得放置个人物品，严禁晾挂衣物，保持卫生间整洁无积水。水池及水龙头定期清洁，保持光亮无污迹，设施完好无损。纸篓及时倾倒，不得超过 2/3 满，防止垃圾溢出。

5. 值班室床单元应保持整洁，被褥统一叠放整齐，床上、床下不得放置私人物

品。定期更换床单、被罩等床上用品，保持床铺干净卫生。

6. 开源节流，离开值班室、更衣室时，工作人员应随手关灯、关空调，杜绝长流水、长明灯现象。设置节能提示标识，提醒工作人员养成良好的节能习惯。

（三）护士站（办公室）管理规定

1. 护士站是护士办公的重要场所，其他人员不得在此长时间逗留，以免影响护士正常工作。

2. 护士站保持整洁卫生，由主班护士负责日常清洁与整理。严禁在护士站高声喧哗、进餐或做私事，营造安静、有序的工作环境。

3. 物品应定点放置，摆放整洁，有序，使用后及时归还原处，标识统一醒目，便于查找使用。建立物品管理清单，定期进行盘点，确保物品数量准确、完好。

4. 护士站所有病历、记录、表册严格按医疗文件管理制度进行管理，确保文件的完整性、准确性与保密性。病历放置在专用病历柜/车中，按照规定顺序排列，便于查阅。

5. 护士站高台上不得放置病历牌及病历相关资料，防止病历信息泄露及资料丢失。保持高台整洁，只放置与当前工作密切相关的物品。

6. 护士站备有白板，准确记载各种护理信息，如患者病情变化、护理要点、特殊检查及治疗安排等。护士站显示屏功能良好，展示患者重要信息，确保信息传递及时、准确。

7. 宣传画册、公告本、意见本等统一放置在指定位置，方便患者及家属查阅。定期更新宣传画册内容，及时处理患者及家属的意见和建议，做好记录与反馈。

8. 电脑显示屏、键盘定期清洁，保持无尘、整洁。账号、密码使用规范，防止信息泄露。定期对电脑进行维护保养，确保设备正常运行。

9. 台面保持无尘污，台下无杂物，垃圾入纸篓，地面保持整洁。每日清洁至少2次，遇污染及时处理。

10. 小车轨道保持清洁，定期检查维护，确保设备运行正常。每次使用前做好小车清洁消毒工作，用500mg/L的含氯消毒液擦拭，一车一巾，并做好记录。用后及时还车，方便下次使用。

11. 患者呼叫器响起时，护士应及时热情地予以回应，满足患者的需要。

12. 护士站不准会客，避免影响护士工作及患者信息泄露。如有特殊情况，需在指定地点等候，由护士通知相关人员会面。

（四）治疗室管理规定

1. 治疗室由治疗班负责，室内布局合理，整洁、明亮、无尘污，分区明确，标识清楚，有手卫生设施，保持水池及附件清洁光亮无污垢，设施完好。

2. 进入治疗室必须穿工作服、戴口罩。非工作人员和非工作需要时不得随意进

入治疗室，非治疗用品不准带入治疗室。

3. 污物不得进入治疗室，必须到处置室终末处理后方可回放到相应的放置点。

4. 治疗室人员须严格执行无菌操作技术和查对制度，注意检查药品、备用液体有无变质、过期等。

5. 治疗室地面、橱柜、门每日用 500mg/L 爱尔施消毒液湿式清扫/擦洗 1 次，每天紫外线空气消毒 1 次，消毒照射时间≥30 分钟，并记录累计消毒时间，保持紫外线灯表面清洁，每周用 75%酒精纱布擦拭 1 次，发现灯管表面有灰尘、油污时及时擦拭。治疗室每周彻底清扫消毒，按照院感科要求做空气培养。室内物品放置有序，保持治疗台面清洁，符合无菌技术原则要求。

6. 高警示药品、避光保存药品、注射药品、毒麻精神药品、口服药品、外用药品、消毒剂等按照相应要求予以清点登记及管理。

7. 已用过的注射用具要随时清理，医疗废物按规定分类处置。

8. 无菌物品严格按照相关要求检查合格方可进入治疗室备用，做到“一人一用一灭菌”。无菌物品须注明灭菌日期并按灭菌日期先后依次放入专柜，过期重新灭菌，一次性使用物品不得重复消毒使用。

9. 干罐储存无菌持物钳使用时间不超过 4 小时；常用无菌空缸每日更换并灭菌，使用时间最长不得超过 24 小时。

10. 碘伏、复合碘消毒剂、季铵盐类、氯己定类、碘酊、醇类皮肤消毒剂应注明开瓶日期或失效日期，开瓶后反复用棉签蘸取使用的消毒剂连续使用最长不应超过 7 天，倾倒使用的消毒剂应根据厂家的说明书要求或不超过 30 天；对于性能不稳定的消毒剂如含氯消毒剂，配制后使用时间不超过 24 小时。盛放消毒剂进行消毒与灭菌的容器，应达到相应的消毒与灭菌水平。

11. 精麻药柜管理参照《麻醉药品和精神药品管理条例》。

12. 治疗室内冰箱管理参照《治疗室冰箱管理制度》。

13. 治疗车表面应每天清洁、消毒。治疗车上物品应摆放有序，上层为清洁区，下层为污染区，治疗车应备速干手消毒剂。

（五）处置室管理规定

1. 处置室整洁、明亮，无积水、无污迹，地面无垃圾。室内各柜定点规范放置，设醒目标识，内、外整洁，柜内物品放置有序。各科室根据风险评估结果进行紫外线消毒，每次≥30min，并做好记录。

2. 送供应室消毒的物品需分类放置，分为布品类、金属类、玻璃类，不在病区做浸泡消毒处理，终末处置时发现有血污的，用清水冲洗后分类暂存。传染性疾病污染的器械、器具，需用双层黄袋封闭包装并标明感染性疾病名称，同时标明科室、器械和器具数量，再交由消毒供应中心处理。

3. 使用中的消毒液需保持有效浓度，特殊感染者参照相关标准。

4. 医疗垃圾桶套黄色垃圾袋，存放感染性医疗废弃物，少量的药物性废物可并入感染性废物中，但应在标签上注明，桶内不得超过 3/4 满，应使用有效的封口方式封闭包装物或者容器的封口，不得外泄。垃圾桶整洁、有序放置。

5. 使用利器盒存放损伤性医疗废弃物，不得超过 3/4 满，避免外泄。

6. 未被污染的输液空瓶/袋按可回收废弃物处理，被污染的输液空瓶/空袋按医疗废弃物处置。

7. 科室产生的医疗废物分类处理后，每天由专人收集，当班人员和收集者做好医废交接登记。

8. 输血结束后，在血袋上标注输血结束时间，保存 24 小时后按感染性医疗废物处理。

（六）库房管理规定

1. 库房 1（SPD 库房）管理规定

（1）SPD 库房应清洁、敞亮，物品遵循先进先出原则分类分区放置，摆放整齐、有序，标识清晰，消防电话机不被遮挡。

（2）主要放置各类医用耗材，按耗材管理要求落实管理。

（3)无菌物品存放区配备温湿度监测设备(温度应低于 24℃、相对湿度低于 70%)，做好监测记录。

（4）耗材入出库执行扫码登记，每周查检效期，每月全面盘点，确保账物一致。

（5）由护士长负责 SPD 库房管理。

2. 库房 2 管理规定

（1）货架整洁、物品摆放有序，室内无杂物、无垃圾堆放，地面无污迹。

（2）库房 2 主要放置棉织品类、办公用品等，物品分类存放，上架放置；不能上架的物品有序、整齐叠放。清洁织物存放柜架距地面高度≥20cm，离墙≥5cm，距天花板≥50cm。

（3）人走关灯，杜绝长明灯。

（七）配餐间管理规定

1. 配餐间为提供患者及家属加热饭菜、取水的场所，应保持整洁、敞亮、通风。物品放置有序、规范，无多余杂物摆放。

2. 地面干燥无积水、无杂物，水池、水龙头、台面等清洁无油污。

3. 微波炉内、外清洁、无油污，规范使用（张贴有微波炉使用注意事项）。

4. 配餐间使用高峰时段须有专人管理、指导，并交代注意事项，告知微波炉使用禁忌、防烫伤等，确保安全。

5. 饮水机由工友管理，规范使用，有“防烫伤”等安全警示标识，定期对饮水

机进行清洗和消毒，确保饮用水卫生安全。发现微波炉、饮水机损坏及时报修，避免影响正常使用。

6. 开源节流，无长流水，无长明灯。

（八）污洗间管理规定

1. 污洗间整洁、敞亮、通风。

2. 物品放置规范、有序。

3. 地面清洁、干燥，水池及水龙头光亮无污迹、无积水，水池边角无积垢，下水口清洁。

4. 污衣污单等织物放入蓝色的被服桶内，盖好盖，标识醒目，使用后及时清洗消毒；感染性织物收集袋宜为橘红色，有“感染性织物”标识，实际装载量不超过包装袋容量的 3/4，扎带封口并标明感染性疾病名称。

5. 污洗间内无长流水、无长明灯。

6. 使用后医用织物每次移交后，应对接收区环境表面、地面进行清洁，并根据需要进行物表、空气消毒。

三、参考文献

[1]WS/T 508-2025 医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准[S].

[2]WS/T 368-2025 医院空气净化管理标准[S].

[3]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025 年版）的通知：国卫办医急函〔2025〕463 号[EB/OL].（2025-11-28）. https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

1. 补充经空气传播性疾病流行时，病室通风的频次。

2. 明确紫外线灯管清洁的方法与频次。

3. 因抽出的药液等的保存方法与时间在安全注射规范中有详细讲述，故从本制度中删除。

4. 修改输血结束后血袋的保存地点、时间以及最终处理方法按照输血安全管理制度要求执行。

5. 明确清洁织物存放的空间要求，对使用后织物移交地的环境表面、地面等的终末处理方法做明确规定。

五、修订记录

2011 年 03 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2015 年 12 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订
2023 年 10 月第 5 次修订
2025 年 05 月第 6 次修订
2026 年 01 月第 7 次修订

治疗室冰箱管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-055-06	制定时间：2002-02-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为确保药品与试剂效能、严防用药错误与交叉污染，提升管理效能，从经验化管理转变为制度化、标准化、流程化管理，特制定本制度。

二、内容

1. 冰箱应放置在干燥通风、远离热源的位置，周围保持一定的空间，以便散热和维护。治疗室保持适宜的环境温湿度。

2. 冰箱存放需低温保存的药品、试剂、疫苗、生物制品等，禁止存放易燃易爆物品、食品、私人物品、开封后未密闭的液体药品等。

3. 冰箱内放置专用温度计，冷藏室温度控制在 2-8℃（如有特殊要求，按照说明书执行），冷冻室温度按药品说明书要求设置。物品不得遮挡温度传感器，存放量不超过冰箱容积的 70%，药品避免与冰箱内壁接触。

4. 冰箱内药品放置应根据品种、性质、用途等分类，整齐存放，并按照药品管理规定做好醒目标识。每周清理，检查药品有效期，确保无过期。

（1）患者专用药品应注明床号、姓名、日期和时间后放入冰箱。

（2）备用药品需有登记，如药物名称、数量等，以备取用、检查。

（3）开瓶后需冷藏的药物，应注明开瓶日期、时间、用法、失效日期和时间。

（4）高警示药品（如胰岛素）需单独存放，贴警示标签。

5. 冰箱由专人负责清点、登记、清洁，不得有积水、污迹，密封条及时除霉，结霜厚度不超过 1cm，除霜需做好登记。

6. 护士长做好督查，确保冰箱处于良好的工作状态，发现问题及时联系相关部门进行维修。

三、参考文献

[1]郭莉,杨杏梅,张翔,范坤.某三级甲等医院病区治疗室冰箱污染状况调查[J].中国感染控制杂志，2024，23(01):72-77.

[2]王照.我国医用冰箱管理与消毒卫生的现状及对策［J］.医疗装备杂志，2019，31(11):67-68.

四、修订原因

根据参考文献内容修订完善。

五、修订记录

2003 年 07 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 10 月第 4 次修订

2025 年 03 月第 5 次修订

住院患者膳食管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-028-07	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：6
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为适应新的医疗环境与需求，确保患者膳食服务安全、优质、高效，并最终促进患者康复和提升医疗质量，特制定本制度。

二、内容

1. 医院营养科负责全院患者的饮食配制，使用专用配餐工具，确保膳食保温，督促配餐员注意个人卫生与餐具清洁。

2. 患者入院后由临床医生根据病情决定患者的饮食种类（普食、软食、半流质、流质、特殊饮食等），鼓励使用医院智慧订餐系统线上订餐，也可由订餐员为患者订餐，如有更改及时通知营养科。征求患者的意见，及时与营养科联系。

3. 医生下达医嘱后，住院患者床头屏显示饮食种类，护士及时向患者/家属做好宣教，说明治疗饮食的重要性及注意事项。禁食患者告知禁食原因，加强宣教。

4. 开饭前注意病室的环境卫生，停止一切不急需的治疗、护理，室内应清洁、整齐、空气新鲜，以增进患者食欲。

5. 分发饮食时，病区应有护士协助配餐员开饭，严格执行查对制度，及时准确地将饭菜送到患者床边，注意食物保暖。

6. 进餐前指导或协助患者洗手，取舒适卧位，对卧床患者要供给床上饭桌，护士根据病情协助患者进餐。

7. 对于家属带来的食物需经医护人员核实后方可食用。

8. 观察患者进食情况，特别是吞咽障碍或有误吸风险的患者，避免发生进食相关不良事件。患者食欲不佳时应告知医师，必要时进行干预，保证患者营养供应。

9. 进餐后，根据患者习惯和护理要求，督促或协助做好口腔护理。

10. 对出院时有特殊饮食要求的患者，根据需要给予出院饮食宣教和指导。

三、参考文献

[1]霍孝蓉.护理工作制度与人员岗位职责[M].南京:东南大学出版社，2009.5:13.

[2]岳丽青.医院护理管理工作规范[M].长沙:湖南科学技术出版社,2024.7:132.

[3]T/CNAS 27-2023 老年人误吸的预防[S].

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行修订与完善。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2010 年 08 月第 2 次修订

2014 年 07 月第 3 次修订

2019 年 08 月第 4 次修订

2023 年 11 月第 5 次修订

2025 年 03 月第 6 次修订

健康教育制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-029-08	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为系统化、规范化的提升健康教育的质量与效果，保障患者安全，履行告知义务，实现健康教育的标准化与同质化，改善患者就医体验与满意度，特制定本制度。

二、内容

1. 护士须对患者及家属进行疾病及健康相关知识的教育。

2. 实施健康教育的形式应多样化，如文字宣教、视听教材、展览等，根据具体情况选择个别指导、集体讲解、召开座谈会及候诊区域的教育，并灵活运用健康教育技巧，提升健康教育效果。

3. 各护理单元应根据专科特点建立相应的健康教育资料，并定期更新。

4. 健康教育内容包括：一般卫生知识、疾病防治知识、心理健康教育、健康相关行为干预宣教等。

（1）一般卫生知识：个人及家庭卫生知识、自我保健知识、妇女保健知识等。

（2）疾病防治知识：常见疾病防治知识，饮食、活动指导，相关检查、治疗、用药知识，术前宣教、术后指导、出院指导等。

（3）心理健康教育：针对不同类型患者心理特点和心理需求，给予必要的心理健康指导。

（4）健康相关行为干预

①矫正个人不良的行为习惯和生活方式，以降低疾病的危险因素。

②指导患者及家属学习和掌握新的技能，提高自我护理能力。

③指导从医行为，增强患者对医嘱的依从性。

5. 根据健康教育对象的需要及接受能力确定教育目标，制订教育计划，及时评价有效性，动态记录。

6. 每月召开一次工休座谈会，开展病区健康教育。

7. 健康教育应贯穿护理的全过程，并纳入护理质量考核范围。

三、参考文献

[1]岳丽青.医院护理管理工作规范[M].长沙：湖南科学技术出版，2024.7:131-132.

[2]国家卫生健康委员会，国家中医药局.关于印发进一步改善护理服务行动计划（2023—2025 年）的通知：国卫医政发〔2023〕16 号[A/OL].(2023-06-15).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202306/content_6887303.htm.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献对健康教育具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2008 年 09 月第 2 次修订

2010 年 08 月第 3 次修订

2016 年 03 月第 4 次修订

2021 年 09 月第 5 次修订

2023 年 11 月第 6 次修订

2025 年 03 月第 7 次修订

探视陪护制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-030-08	制定时间：2000-05-14
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：7
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为保障患者安全与医疗秩序，预防院内感染，确保治疗环境安静有序，规范探视陪护行为，保障医护人员正常工作，保护其他患者隐私，构建一个安全、人文、有序、高效的就医环境，特制定本制度。

二、内容

1. 为保证患者的治疗与休息环境，减少交叉感染，在院工作的所有人员均应自觉遵守并维护医院探视陪护制度，原则上非探视时间不得进入病房。

2. 患者陪护由医生根据病情需要开具陪护医嘱，且应固定陪护人员，不宜随意更换。

3. 探视人员在规定时间方可进入病房，每次不超过 2 人。上呼吸道感染者、季节性流行病者、酗酒者及学龄前儿童谢绝进入病房，探视者不得携带家禽或宠物进入病房。

4. 查房及治疗时间探视人员应主动离开病房。

5. 陪护和探视人员应遵守医院规章制度，不聚集、不串病房、不睡病床，保持病房内整洁安静，不喧哗、不吸烟、不随地吐痰，爱护公物、节约水电，积极配合患者的医疗、护理工作。

6. 陪护人员不得随意进入其他病室和私自翻阅病历，未经允许不得请院外医师诊治和自行用药，不得擅自将患者带离医院。

7. 当班医护人员负责管理和指导探陪人员配合诊治工作。

8. 突发重大公共卫生事件，按医院相关规定执行。

三、参考文献

[1]霍孝蓉.护理工作制度与人员岗位职责[M].南京：东南大学出版社，2009.5:12-13.

[2]岳丽青.医院护理管理工作规范[M].长沙：湖南科学技术出版社，2024.7:130-131.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行修订与完善。

五、修订记录

2001 年 07 月第 1 次修订

2008 年 09 月第 2 次修订

2010 年 08 月第 3 次修订

2014 年 07 月第 4 次修订

2019 年 08 月第 5 次修订

2023 年 11 月第 6 次修订

2025 年 03 月第 7 次修订

护患沟通制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2024-031-05	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2024-01-15
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2024-03-01

一、目的

为构建和谐护患关系，减少医疗纠纷，优化服务体验，体现人文关怀，特制定本制度。

二、内容

1. 护患沟通应贯穿于患者从门诊到住院、出院、出院后整个过程。

2. 门诊设立服务台和导医人员，为患者提供咨询、导诊服务。

3. 护士在患者入院、住院期间、出院时与患者及家属沟通，入院时要介绍病区环境、相关制度、规定、安全事项、科室主任、护士长、管床医师、责任护士等内容。

4. 护理人员执行“首问负责制”，护士每日接班时向患者做自我介绍。护士在执行各项治疗护理操作过程中，均要与患者和家属沟通，必要时签署告知书。

5. 护士长每日至少两次查看患者并进行沟通，尤其是新、危重、手术、特殊检查等患者。

6. 对出院患者，护理人员在患者出院前发放满意度调查表，向患者做相关出院指导。

7. 病区建立意见本，护士长每月一次召开工休座谈会，与患者及家属进行交流沟通，听取意见，及时反馈整改。

8. 在护理工作中，护士要注重沟通方法、沟通技巧的掌握，尊重患者的人格与权利，一视同仁，为患者保守秘密。

9. 护士与患者或家属沟通困难或障碍时，应适时调换人员，或由科主任、护士长与其进行沟通。对有纠纷隐患的患者，要重点沟通并进行交接班。

三、参考文献

[1]张琴，祝勤雅，刘宁，等.护患沟通技巧在门诊服务中心导诊工作中的应用效果[J].齐鲁护理杂志，2023，29(04):154-155.

[2]郑荣.护患沟通与护理管理[J].世界最新医学信息文摘，2019(91):328-328，331.

[3]国家卫生健康委员会，国家中医药局.关于印发进一步改善护理服务行动计划

（2023—2025 年）的通知：国卫医政发〔2023〕16 号[A/OL].(2023-06-15). https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202306/content_6887303.htm.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献内容对沟通具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2024 年 01 月第 4 次修订

围手术期护理管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-069-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为优化围手术期护理流程，强化患者安全管理，提升围手术期护理质量，特制定本制度。

二、内容

（一）手术前护理

1. 术前教育：宣教疾病手术必要性、麻醉知识，指导营养和休息，预防感染，戒烟，口腔卫生及术前适应性锻炼。

2. 术前准备：做好心理护理、饮食和休息、适应性训练，术前检查、预防感染，呼吸道和胃肠道准备，手术区皮肤准备，做好基础疾病的特殊准备与护理。

3. 术日晨护理：核查手术部位标记；测量生命体征，异常情况汇报医生；指导排尿；遵医嘱术前用药；取下假牙及贵重物品，备齐术中所需药品及物品。

（二）手术期护理：主要由手术室护士完成，包括手术环境的准备、手术中患者的护理和麻醉患者的护理。

1. 术前交接：病区护士和手术室人员进行交接，患者信息核对无误，PDA 扫码确认。

2. 手术室护理人员术前充分评估相关风险，及时采取预防措施，同时确保仪器设备性能良好。

3. 手术过程中严格落实手术物品清点，严格遵守标本管理相关制度，确保患者

手术安全。

4. 在麻醉实施前、手术开始前及患者离开手术室前，手术室护士配合麻醉医生及手术医师共同根据手术安全核查表内容进行安全核查，三方签名确认。

5. 术后交接：按照医院相关规定进行术后患者转运，转运人员与病区护士进行交接，患者信息核对无误，PDA 扫码确认。

（三）手术后护理

1. 根据分级护理要求观察患者病情变化，严格落实术后护理常规，落实相应护理措施，预防并发症发生。

2. 根据患者病情及自理能力评估结果，做好基础护理与专科护理。

3. 患者健康教育指导：包括术后饮食与营养、休息与活动、康复锻炼、切口及导管护理、用药指导、定期复诊等。

三、参考文献

[1]李乐之，路潜.外科护理学.[M]第 7 版.北京：人卫出版社，2022:74-101.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发手术质量安全提升行动方案（2023-2025 年）的通知：国卫办医政发〔2023〕10 号[A/OL].(2023-08-22).
https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202308/02b2a53614924b88ae3a6951d65e0a61.shtml.

[3]孙育红，郭莉.手术室护理实践指南：2024 年版[M].北京：人民卫生出版社，2024.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 结合医院临床护理工作实际，根据参考文献内容进行修订和完善。

五、修订记录

2019 年 08 月第 1 次修订

2023 年 11 月第 2 次修订

2025 年 03 月第 3 次修订

围手术期护理评估制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-070-06	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为优化围手术期护理流程，强化患者安全管理，提升围手术期护理质量，特制定

本制度。

二、内容

（一）落实对患者围手术期全面评估，通过询问病史、体格检查、辅助检查等途径，了解围手术期患者基本现状和护理服务需求，并采取有效措施维持机体功能，提高手术安全性，减少术后并发症，促进患者康复。

（二）围手术期患者评估的内容

1. 术前患者评估，包括一般资料、既往史及健康状况、心理-社会状况、家庭支持情况、拟行手术方式、麻醉方式、患者对手术的耐受性、术前准备完成情况、辅助检查结果及重要脏器功能等。

2. 术中患者评估，包括手术体位的要求、手术野皮肤消毒、手术过程中的观察等。

3. 术后患者评估：

（1）术后回室交接评估：手术情况（麻醉方式、麻醉恢复情况、手术方式、术中出血、输血输液情况等）；神志、生命体征情况；疼痛及症状管理、切口敷料及引流情况；肢体功能与身体重要脏器的功能；各种风险评估（如管道、跌倒、压力性损伤、VTE 等。

（2）手术后期评估包括自理能力、活动情况、药物的作用及副作用、心理状态、安全管理、出入量与营养状态、术后并发症等。

（3）住院期间由责任护士持续动态的评估患者身心状况，根据专科特点评估专科情况，提供整体护理。

（4）健康教育：评估患者及家属对疾病的认识程度，提供相应的健康教育，包括：饮食，用药，活动，康复等。

（5）出院前评价包括患者身心恢复状况、护理措施实施后的效果、患者尚存在的护理问题。

（三）择期手术患者术前评估由责任护士在手术前 24 小时内完成，急诊手术患者术前评估在手术前 1 小时内完成，特殊情况除外。手术室巡回护士负责术中评估，术后回室交接评估在手术结束返回病房(或 ICU)时由麻醉医师与责任护士共同完成，术后当天责任护士每班对患者进行评估并记录，术后评价由麻醉护士在术后 24 小时内完成。

（四）在评估中出现可能影响手术安全的情况或病情变化时，护士应及时向主管医生报告并协同进行相应处理，及时记录评估内容、采取的护理措施以及护理效果。

三、参考文献

[1]李乐之，路潜.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社，2021:94-109.

[2]薛丹丹，程云，张焱.老年择期手术患者术前护理评估内容的构建[J].中华护理杂志，2019，54(02):182-187.

[3]朱小雨，乔晓斐，刘恋蕊，等.基于加速康复外科理念的围手术期护理质量评

价标准体系构建[J].中国护理管理，2024，24(8).

四、修订原因

1. 新增“参考文献”

2. 结合医院临床护理工作实际，根据参考文献内容进行修订和完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2014 年 07 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 11 月第 4 次修订

2025 年 03 月第 5 次修订

术后支持服务制度与程序

文件编号：YXPH-HL-HLB-2024-071-04	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2024-01-15
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2024-03-01

一、目的

为优化术后支持服务内容，强化患者围手术期安全管理，保证患者护理安全，特制定本制度。

二、内容

1. 根据麻醉方式准备好病床单元，备齐术后用物，包括监护仪、呼吸机等各种急救设备与药品等。

2. 妥善安置患者，责任护士与麻醉医师、手术室护士详细交接术中及术后麻醉恢复情况，检查患者生命体征、切口、管道、肢体功能、皮肤、疼痛等情况，填写手术患者交接记录单。

3. 按医嘱执行各项护理措施，密切观察病情变化并准确记录各项监测指标。

4. 减轻术后疼痛，及时评估疼痛程度、性质、部位、持续时间等，给予早期预防性镇痛措施，如舒适体位、分散注意力、物理疗法、药物治疗等。

5. 责任护士动态评估，落实相应的基础护理和专科护理，如饮食护理、引流管护理、手术伤口护理、皮肤护理等。加强患者及家属的心理护理，指导康复功能锻炼，防止发生压力性损伤、坠积性肺炎、肺栓塞、下肢深静脉血栓等并发症。

6. 加强健康教育。评估患者及家属对疾病的认识程度，提供相应的健康教育，包括：饮食、用药、活动、康复等。

7. 护士长每天检查护理措施落实情况，评估患者及家属对疾病、健康教育的认

知程度及执行情况。

8. 保持病室适宜温度（18-22℃）、湿度（50%-60%），限制探陪人员，防止术后交叉感染。

9. 做好出院指导，提高患者及家属的自我照护能力，定期门诊复查。

三、参考文献

[1]李乐之，路潜.外科护理学[M].北京：人民卫生出版社，2021:101-108.

[2]中华护理学会.成人手术后疼痛评估与护理：T/CNAS 39-2023[S].2023-10-14.

四、修订原因

根据医院临床护理工作程序，按照参考文献进行修订和完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2024 年 01 月第 3 次修订

优质护理服务考评激励机制

文件编号：YXPH-HL-HLB-2024-029-04	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院护士	修订时间：2024-01-15
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2024-03-01

一、目的

通过科学、公正的考评与激励机制，充分调动护士的工作热情和积极性，为促进护理队伍稳定与发展、持续提升护理服务质量，特制定本制度。

二、内容

为提高优质护理服务水平，调动一线护士工作热情与积极性，发挥有限护理人力资源的潜力，特制定优质护理考评激励机制如下：

1. 各专科建立并落实基于护理人员的工作量、质量、护理难度、技术要求、医德医风及患者满意度等为基础的绩效分配和考核方案，考核结果与护士评优、晋升、薪酬分配结合，薪酬分配重点向高风险、高强度、任务重的临床一线护士岗位倾斜，体现优劳优得、多劳多得，调动护士的积极性。

2. 主管部门对各专科绩效考核分配和考核情况落实情况定期检查与监管。

3. 严格按照护理服务明星评选条件，坚持公平、公正、公开的原则，采用科室考评、大科推荐与护理部综合考评的方法评选季度护理服务明星和年度护理服务明星，并作为评先、评优的依据。

4. 充分利用医院院报或医院网络等信息平台，对优质护理服务工作中涌现的好人、好事，先进个人、集体等进行宣传，努力营造争先创优的积极氛围。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局.关于印发进一步改善护理服务行动计划（2023-2025 年）的通知[EB/OL].(2023-06-20).[2026-09-14].https://www.nhc.gov.cn.

[2]无锡市卫生健康委，无锡市中医药管理局.无锡市进一步改善护理服务行动计划实施方案（2023-2025 年）：无锡市卫生健康委员会〔2023〕26 号.2023.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据修订文献内容进行修订与完善。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2019 年 08 月第 2 次修订

2024 年 01 月第 3 次修订

优质护理服务保障制度及措施

文件编号：YXPH-HL-HLB-2024-034-05	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2024-01-15
制定部门：护理部	修订版本：4
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2024-03-01

一、目的

通过优化护士人力资源配置、完善后勤支持系统、加强物料与设备保障，以及简化相关工作流程等一系列系统性措施，尽可能减少病房护士从事非护理工作，为患者提供直接护理服务，确保“优质护理服务”顺利开展，最终保障患者安全，提升护理质量和患者满意度，特制定本制度。

二、内容

“优质护理服务”是全院共同的工作目标，应树立为临床一线服务的意识，按照岗位职责做好服务，尽可能减少病房护士从事非护理工作，为患者提供直接护理服务，确保“优质护理服务”顺利开展。

（一）保障制度

1. 各职能科室要协同配合确保我院“优质护理服务”顺利开展。

2. 各职能科室要按照相应的职责及分工做好本科室人员的安排、制度的制定以

及其他相应的工作准备。

3. 各职能科室要定期收集整理各优质护理服务单元反馈的意见和建议，并持续改进。

4. 加强护理人员的学习培训工作，进修、学习予以优先安排。

（二）职责及分工

1. 后勤保障部：负责水、电、暖、被服等的及时供应和维修，完善 SPD 二级库房管理，根据科室需求将耗材、物品、常用办公室用品等送至病房，规范交接，为护士顺利开展临床护理提供便利和保障。负责病房的膳食，保证治疗饮食供应，完善智慧订餐系统功能，方便患者订餐。

2. 药学部：负责病区药品的配送（部分可使用物流传输系统），长期输液静配中心分批配置并按时配送到病区。

3. 医务部：加强对医生和医技科室的管理，争取临床医生支持配合。规范开展临床路径，规范医嘱下达。

4. 财务科：保证病区购买各种设备、物资的资金到位。

5. 医疗保险价格管理科：规范优质护理服务项目收费。

6. 党政办公室：医院优质护理服务方案审核，负责优质护理服务的创建、管理与支持保障工作。

7. 医学装备科：护理工作所需的仪器、必备设备等落实到位，确保完好状态，定期下临床保养维护设备。

8. 统战宣传科：做好活动宣传报道工作，做好与媒体沟通协调，各种公示牌及温馨提示牌的制作。

9. 信息数据中心：完善护理信息系统构建与更新。

10. 运营管理科：在积极推进全成本核算的基础上细化、完善优质护理绩效，提高护理人员积极性。

11. 感染管理科：加强院感知识的培训和指导，做好病区消毒、灭菌管理。

12. 护理部：制定医院优质护理服务实施方案并组织实施，考评优质服务落实情况、效果、服务目标实现情况、各部门协调保障情况。

（三）工作措施

1. 后勤保障部

（1）实行 24 小时电话通畅，随叫随到。

（2）建立巡视机制，保证水、电、暖、被服等及时供应和维修。做到“三下”（下送、下收、下修），规范 SPD 二级库房管理，为临床提供及时、便捷、高效服务；保证“三通”（水通、电通、气通），及时处理“三漏”（漏水、漏电、漏气）。做到定期巡查，处理及时，保证安全使用，记录完善。

（3）根据医院计划增加和更新相关的护理用具设备，做好临床科室的物资配备，保证临床工作需求。

（4）加强陪护人员管理，保证临床工作需求。

（5）提供营养配餐、基本膳食、治疗膳食，满足临床需求。完善智慧订餐、送餐服务，并征求患者的意见和建议及时改进。

（6）规范工勤人员管理，保障转运、陪检、清洁卫生等工作。做好安全保卫。

2. 药学部

（1）建立健全各项规章制度，保证静配药品按时、准确配送到位，配发药品质量合格安全有效。

（2）药品发放和出院带药流程优化、快速、准确、及时，严格执行处方调剂操作规程，发出药品准确无误。

（3）主动为住院患者单剂量摆药，及时送药到病房。

（4）落实基本药物使用制度，临床药师定期查房，指导抗菌药物的合理应用。

3. 医技部门（检验、B 超、放射科室等）

（1）开辟绿色通道，实行 24 小时值班制，及时有效地为临床服务。

（2）提供急诊床边检查（如床边 B 超、床边 X 光等）。

（3）急诊和病危患者优先检查，危急值立即通知相关临床科室，并及时落实信息系统提示与闭环。

（4）为受检患者提供便民服务，注意保护患者隐私。

（5）加强与临床科室之间的联系，检验标本接收及时、准确，放射检查预约快速、安全、便捷，减少人力消耗；报告发放及时准确。

4. 医务部

（1）加强临床医生和医技科室的管理，规范医嘱行为。

（2）加强医师培训，严格落实《医院分级护理指导原则》，根据患者病情和/或生活自理能力开具护理级别医嘱。

（3）加强医护协作和有效沟通，特殊情况下保证医嘱正确执行。

5. 财务科

（1）主动为患者提供出院总清单。对患者所提出的问题，给予耐心解释；若发现收错费用，应及时给予办理退费手续。

（2）入院手续办理和出院结账办理便捷流程，节假日照常办理出入院手续，逐步推行床旁结算工作。

（3）保证病区购买物品的资金供应。

6. 医疗保险价格管理科

认真执行物价部门公布的医疗收费项目、标准，指导规范优质护理服务项目收费，不分解收费、不自立项目收费、不超标准收费。

7. 党政办公室

（1）结合优质护理服务指导思想，落实我院优质护理服务实施方案的审核、完善，协调各部门积极配合优质护理服务实施。

（2）定期组织召开院工休座谈会，并及时将意见和建议反馈给相关职能科室。

8. 医学装备科

（1）认真执行医疗设备管理各项规章制度，根据科室需要采购合格的医疗用品，保障医疗安全。

（2）定期组织设备使用情况巡查、指导与维护，规范记录。

（3）负责统筹管理全院设备，科室急需或抢救患者时做好设备调剂，以保障临床需求。

9. 统战宣传科

（1）负责医院各类宣传、宣教展板的制作与布置。

（2）积极配合、及时跟进优质护理各项活动，与媒体沟通，做好多途径宣传报道。

（3）根据科室需求提供各种公示、温馨提示牌。

10. 信息数据中心

（1）完善信息系统功能，保障硬件、软件功能，积极解决临床需求。

（2）定期巡查信息系统使用、维护情况，做好指导与保障。

（3）结合临床实际情况，完善信息系统功能，保障临床护理、护理管理系统有效运行。

11. 运营管理科

（1）完善医院全成本核算方案，落实相关部门培训。

（2）结合优质护理服务项目开展，细化、完善优质护理绩效，提高护理人员积极性。

（3）做好沟通协调，争取护理绩效不断优化。

12. 感染管理科

（1）定期组织院感知识培训，做好院感相关指导、督查与追踪。

（2）做好重点部门院感防控管理。

（3）指导病区消毒、灭菌工作。

13. 护理部

（1）根据上级卫健委相关文件，依据《护士条例》，制定我院优质护理服务实施方案，明确总体目标及内涵，具体工作目标，组织架构及工作任务等。

（2）考评优质服务落实情况、效果、服务目标实现情况、做好各部门协调保障。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.关于印发进一步改善护理服务行动计划（2023-2025 年）的通知[EB/OL].(2023-06-20).[2026-09-14].https://www.nh

c.gov.cn.

[2]无锡市卫生健康委,无锡市中医药管理局.无锡市进一步改善护理服务行动计划实施方案（2023-2025年）：无锡市卫生健康委员会〔2023〕26号.2023.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据无锡市卫生健康委、无锡市中医药管理局于2023年9月发布的《关于印发〈无锡市进一步改善护理服务行动计划实施方案（2023-2025年）〉的通知》进行修订和完善。

五、修订记录

2011年12月第1次修订

2016年03月第2次修订

2019年08月第3次修订

2024年01月第4次修订

护理延续服务制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-033-04	制定时间：2017-12-01
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为进一步拓展优质护理服务质量内涵，为慢病及有医疗护理需求的社会群体普及健康知识，减少并发症，优化服务流程，提升医院形象，特制定本制度。

二、内容

1. 开展延续性护理服务。借助信息化手段，为有护理需求的出院患者提供在线护理咨询、护理随访、居家护理指导等延续性护理服务，解决患者出院后的常规护理、专科护理及专病护理问题。

2. 扩大“互联网+护理服务”。依法合规积极开展“互联网+护理服务”，结合实际派出符合条件的注册护士为出院患者或居家行动不便老年人等提供专业、便捷的上门护理服务。

3. 提高基层护理服务能力。以网格化布局的县域医共体为载体，发挥大型医疗机构优质护理资源下沉和带动作用，建立专科护理联合团队、一对一传帮带、开展人员培训、护理会诊等方式，帮扶医共体内基层医疗机构提高护理服务能力，提高护理服务的专业性和便捷性。

4. 强化“以患者为中心”的服务理念。依托各专科护理小组，建立专科护理对口扶持机制，与成员单位形成点对点帮扶关系，通过护理管理、技术帮扶、人才培养为纽带，以老年护理、康复护理、慢病护理为重点，以点带面，带动基层护理能力提升。

5. 根据成员单位内部需求，适时开展适宜技术推广，并安排相应专科护理小组派员定期到相关医联体单位进行专题讲座、护理会诊、业务查房等，帮助医联体单位解决临床护理问题，提高其业务能力。

6. 帮助医共体单位加强护理质量控制和管理。有针对性地加强基层护理管理人员的管理知识培训，如 QCC、PDCA 的运用等。根据医共体单位的需求定期派护理管理人员到现场帮助护理质量检查，提出问题，帮助分析原因，并制定整改措施。

7. 定期开展专科护理进社区活动，通过科普、宣教、义诊等形式，提高民众的健康知识水平和自护能力，评价效果并做好记录。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.关于印发进一步改善护理服务行动计划（2023-2025 年）的通知[EB/OL].(2023-06-20).[2026-09-14].https://www.nhc.gov.cn.

[2]无锡市卫生健康委,无锡市中医药管理局.无锡市进一步改善护理服务行动计划实施方案（2023-2025 年）：无锡市卫生健康委员会〔2023〕26 号.2023.

[3]薛翠翠，滕宏旭，杨玉，等.政策工具视角下我国延续性护理服务政策文本研究[J].护理学杂志，2024，39(10).

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献内容进行修订和完善。

五、修订记录

2019 年 08 月第 1 次修订

2023 年 11 月第 2 次修订

2025 年 03 月第 3 次修订

患者入院、出院、转院、转科管理制度

文件编号：YXPH-HL-HLB-2025-032-06	制定时间：2012-01-06
适用范围：全院护士	修订时间：2025-03-05
制定部门：护理部	修订版本：5
审核批准：护理质量与安全管理委员会	执行时间：2025-05-01

一、目的

为拓展优质护理服务质量内涵，满足慢病及有医疗护理需求的社会群体，普及健康知识，减少并发症，提升患者的长期生活质量和健康水平，优化服务流程，提升医院形象，特制定本制度。

二、内容

（一）患者入院管理制度

1. 病区全面落实责任制整体护理。当班护士热情接待新患者，妥善安排床位，不得拒收和推诿患者。急诊入院、急诊手术或危重患者，应做好相应的急救、监护准备。

2. 接诊后尽快通知医生处理。对危重患者应先做处理，如吸氧、吸痰、开通静脉通道等，等医生赶到立即配合抢救。

3. 一般患者进入病区后，护士要作自我介绍，告知其病区有关制度，如作息时间、查房、治疗、膳食、订餐流程、探视时间、床位医生、责任护士、病区护士长等，详细介绍病区环境，告知注意事宜，解释“住院患者入院须知”相关内容，请患者或家属签名，以示知情接受。

4. 在规定时间内完成护理评估及护理体检，建立护理病历，对各类风险评估高危的患者，酌情采取护理措施并上报，如建立翻身卡、标识，使用保护性用具等。药物过敏者做好醒目的标识，及时与医师沟通患者有关情况。

5. 遵照医嘱完成新入院患者的标本采集、检查预约等工作，协助医师完成相关诊疗工作，根据临床路径或护理计划实施有计划的护理。

6. 护患密切配合，及时进行有效沟通，避免信息不对称而造成隐患，特别是进行有创性检查、治疗、护理前，必须进行有效沟通或实施告知。

（二）患者出院管理制度

1. 患者出院须经医师开出院医嘱，自动出院者由患者或监护人在病历上签署全名。

2. 停止患者住院期间的一切治疗、护理，撤除患者诊疗信息，做好出院登记。

3. 按顺序整理好病历，核对治疗、护理、检查、化验等项目，电脑完成出院预算，嘱患者或家属结账，发放出院带药。

4. 做好出院前的健康指导。指导内容包括目前病情、出院带药的用法、剂量及注意事项，饮食指导、康复训练、门诊复诊时间等，并主动听取患者对护理工作的意见，为患者提供多种途径的延续护理服务、出院随访服务。

5. 核对患者携带的物品，为出院患者提供必要的帮助和支持，确保患者安全离院，离院时应去除患者腕带。

6. 做好出院床单位的终末消毒处理。

（三）患者转院、转科管理制度

1. 接到患者转院、转科医嘱后，及时与相关单位/科室沟通，转科患者填写交接单。

2. 患者转科、转院前，由主管医生及责任护士向患者及家属告知相关注意事项，

如目前的病情，途中可能出现的情况等。

3. 转科时病历应随同转科交接；转院时按出院手续办理，并将必要的资料备妥随同转院，保障医疗信息资料连续性。

4. 危重患者在转科、转院途中可能遇到的情况有处理预案和具体准备措施，应有专人负责患者转运，危重患者应由医护配合共同完成患者转运，转运过程中注意监测患者生命体征、管道固定情况等。

5. 与接收科室/单位进行交接。

6. 做好床单位的终末消毒处理。

三、参考文献

[1]李朝阳，刘燕丹，王志粉等.精实管理在入出院流程改善中的应用[J].解放军医院管理杂志，2021，28(1):45-48.

[2]诸纪华，刘丽丽，胡静等.危重症患儿院际安全转运护理专家共识[J].中华急危重症护理杂志，2024，5(9):825-829.

四、修订原因

1. 新增“参考文献”。

2. 根据参考文献对患者入院、出院、转院、转科管理具体内容进行修订与完善。

五、修订记录

2013 年 01 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2019 年 08 月第 3 次修订

2023 年 12 月第 4 次修订

2025 年 03 月第 5 次修订

第五章　教育科研制度

教学管理与学科建设科工作制度

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-001-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院教学管理与学科建设各项工作流程、明确岗位职责、强化质量管控与风险防控，统筹推进医教研协同发展、师资队伍与人才梯队建设，培育优势特色专科、提升医院核心竞争力与区域诊疗教学影响力，保障医院高质量可持续发展，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．在院科研教学管理与学术委员会、分管院长的领导下，负责全院教学、学科建设、继续教育管理工作，制定继续教育计划并组织实施。制定科教管理制度，并组织检查、考核与落实执行情况。

2．组织继续教育项目的申报工作，制定住院医师规范化培训计划，落实在职卫生技术人员的进修、培训工作，加强继续教育学分管理及外院进修人员管理。

3．组织安排各类学术交流活动，组织各级科普项目申报工作，联合统战宣传科完成医院各项科普工作，组织新技术新项目开展实施、相关技术成果申报及适宜技术推广，负责全院人员外出学术活动等管理。

4．组织、管理和协调临床见习理论教学、护理远程教学、在读研究生培养等各种临床教学工作。

5．负责临床实习生和进修生的管理工作，根据各院校实习大纲，结合医院实际情况制定带教计划并组织实施。

6．做好各教研室、临床技能培训中心的建设和重点学（专）科建设；协助、配合相关科室做好重点专科及人才队伍建设、评估、检查和管理工作。

7．定期深入各科室，了解教学、继续教育工作实施情况，及时发现问题，协调

解决。

8．负责组织安排学术委员会、教学管理组织和领导交办的其他专门会议等专业会议的会务工作，做好会议议题和会议记录；根据会议决定，做好会议纪要，并检查会议决定的贯彻执行情况。

9．根据教学、培训计划安排，组织对各项相关业务活动的检查、评估与总结，及时向院领导反馈有关情况，持续提高工作质量。

10．定期召开科务会议，讨论研究、布置教学管理与学科建设中的有关问题，不断提升教学管理能力和学科建设水平。

11．负责教学与学科建设档案材料收集、整理与归档工作。

12．认真做好上级部门和院领导交办的其他各项工作任务。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

医学新技术引进项目管理办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-002-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范宜兴市人民医院医学新技术引进项目立项、实施、质控、评估与成果管理，鼓励临床前沿技术创新应用，提升诊疗能力与学科水平，保障医疗质量安全与患者权益，推动医院高质量发展，结合医院实际情况，特制定本办法。

二、内容

为加速本院医学科技发展，促进科技成果转化，提高临床技术水平，提升医疗质量，鼓励各科室及个人积极引进医学新技术、新项目，将临床新技术纳入科学化、规范化管理，根据上级有关文件精神，制定本办法。

（一）组织工作

院医疗技术临床应用管理委员会、院医学伦理审查委员会负责指导全院临床新技术应用，负责新技术、新项目的评审，确定等级，讨论审议意见。教学管理与学科建设科负责日新技术新项目常管理工作。

（二）新技术、新项目概念

凡在临床医疗工作中填补院内空白(包括创新、改良、引进、移植的医疗技术及药物、器械验证)的各类技术项目，均称新技术、新项目。包括：

1．临床上全新的诊疗技术、方法和手段。

2．常规诊疗技术的新应用(包括药物、器械)。

3．新的疾病或病型的发现与诊治技术。

4．新医疗技术业务引进(包括新诊疗设备的使用技术)。

5．常规诊疗技术核心内容的改进和完善。

（三）新技术、新项目的基本条件和要求

1．依靠本单位技术力量和设施条件，可在临床诊疗工作中独立应用完成的技术项目。

2．引进的医学新技术项目，需在引进单位的技术指导下，以本单位技术力量为

主完成。

3．填补院内空白，符合知识产权要求的应用性技术，且具有科学性、先进性和实用性。

4．在临床应用中基本成熟、适用，已积累一定数量病例，并取得较好的社会、经济效益的项目。

5．新技术、新项目(包括药物、器械验证)的组织、负责人，原则上应为副高及以上职称人员，并在上级机构进行专门进修并有一定实践经历，同时具备国家管理部门要求的其他资质。

6. 新技术、新项目开展所需的材料、药品、设备等的购置，需要经过相应部门或者委员会批准方能开展。

（四）开展新技术、新项目审批程序及批准权限

1．开展新技术、新项目审批程序

（1）科室填写拟开展新技术、新项目审批表，明确本次申报项目的国内外进展、开展新技术的基本原理、院内开展此项工作已具备的条件、医疗风险、经济和社会效益，科主任、大科主任组织科内讨论(必要时院内讨论)后审签。

（2）教学管理与学科建设科、医务部将审批表上报院医疗技术临床应用管理委员会，由院部组织进行技术论证，经提问、答辩、讨论、投票后，给出是否同意开展的结论。

（3）若院医疗技术临床应用管理委员会结论为可行的新技术、新项目，需报院医学伦理审查委员会讨论。

（4）经院医学伦理审查委员会讨论通过的新技术、新项目，报院长办公会审批。

（5）院长办公会签字同意后，报医务部备案，由医务部通知科室准予开展，并同步通知物价部门申报物价。

（五）未经申报擅自开展的新技术项目，如发生医疗技术差错事故，由此造成的不良后果，由所在科室或项目主持人承担全部责任。

（六）引进及开展的新技术、新项目，以及技术改进、发明创造的项目，在应用过程中严格遵守医院相关制度，科主任应认真把关，规范操作流程，在上级医师指导下进行，不得自行操作实施，严防差错事故发生。

（七）同一个项目多个科室同时申报的，由院医疗技术临床应用管理委员会根据各科室技术贡献大小，确定一个项目主持科室，其他科室作为协作科室参与完成。

（八）开展的新技术项目经过临床应用后，应利用各种渠道和方式广泛宣传，并在院内相关科室(专业)积极推广应用。教学管理与学科建设科将对新技术进行阶段评价，完成闭环管理。

（九）开展新技术、新项目中应注意积累资料，原始资料记录上报时一并提交教

学管理与学科建设科归档。

（十）外出进修或培训的技术人员，返院后需引进 1～2 项新技术引进项目，如一年内未取得相关技术成果，其年度考核中“技术水平”不能评为优秀。

（十一）违反本办法上述有关条款的，按院奖惩办法予以相应处罚。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第 12 号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于 2023 年 9 月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）进行修订。

五、修订记录

2012 年 08 月第 1 次修订

2016 年 09 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

新技术成果奖申报

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-003-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院医学新技术引进项目立项、实施、质控、评估与成果管理，鼓励临床前沿技术创新应用，提升诊疗能力与学科水平，保障医疗质量安全与患者权益，推动医院高质量发展，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）对已完成的新技术项目，符合基本条件者均可申报。

（二）申报新技术奖的项目，应书面提供技术工作总结材料、论文及其他有关资料。总结材料要体现其科学性、先进性、实用性和可读性。内容包括：

1．说明该技术的基本原理，主要技术指标。

2．新技术的资料来源，引进该技术的过程、单位，开展时间。

3．新技术在国内外、省内外应用的背景情况。

4．新技术的适应症范围，实施(操作)办法。

5．新技术的临床应用情况：包括病例（次）数、疗效、达到的主要技术指标及举例主要病例、病案号。

6．新技术应用的可行性论证：包括临床的近远期效果分析、社会、经济效益、推广应用价值和前 666F 。

7．应用新技术的设备配套情况。

8．完成新技术项目参加的主要技术人员构成情况。

（三）填写医学新技术、新项目报送表，按填写说明认真填写。

（四）省市级卫健委新技术经专家评议后，由教学管理与学科建设科指导相关科室办理申报工作。

（五）院内新技术、新项目由教学管理与学科建设科组织有关专家进行评审，评审通过后报医疗技术临床应用管理委员会审议通过。

（六）申报新技术成果奖级别要求及申报时限

1．江苏省卫健委医学新技术引进奖：需填补省内空白，属于有明显社会、经济效益的临床应用性技术。

2．无锡市卫健委医学新技术、新项目奖：需填补无锡市内空白，属于有明显社会、经济效益的临床应用性技术。

3．院新项目、新技术奖：能填补院内空白，属于有一定的社会、经济效益的临床应用性技术。

4．申报时间：省市级卫健委技术项目按通知要求申报。

（七）新技术、新项目奖的等级评定

省市级卫健委项目按相应等级评定标准执行。

院内新技术奖评定标准：

项目基本条件：

1．成熟、适用、先进，属自然科学范畴的医学新技术，并已得到同行承认、技术机理明确。

2．属首次从市外引进的技术，同时填补省内或市内同类技术空白。

3．引进的技术为近五年内发明并应用的新技术。

4．已成为本单位常规开展的医疗卫生服务项目，且已在本单位实施一年以上，病例数至少 5 例以上；该技术已取得了一定的社会和经济效益。

5．已获得相关的技术准入资格，不违反有关法律、法规，符合医学伦理规则。

6．已有论文发表。

各等级奖励项目评奖标准：

1．特等奖：属省内首次引进，关键技术水平处于国内先进水平，对解决常见病、多发病诊治具有重要价值，并取得了明显的社会和经济效益，对促进卫生科技进步和卫生事业可持续发展具有重要推动作用；应用成果在中华级或以上期刊发表论文。

2．一等奖：属市内首次引进，关键技术水平处于省内先进水平，技术开展难度大，社会经济效益明显，对原技术有比较大的技术改进；应用成果在核心期刊发表论文。

3．二等奖：属市内首次引进，关键技术水平处于市内领先水平，技术指标超过原有引进的技术项目，技术开展难度较大，社会经济效益较明显；应用成果在统计源期刊上发表论文。

4．三等奖：能熟练掌握新技术、基本达到原技术指标，积累了一定的病例数，有一定技术难度，取得较好的社会、经济效益。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

学术活动有关管理规定

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-004-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院学术交流、继续医学教育等各类学术活动全流程管理，严明学术纪律、保障活动质量、防范合规风险，提升医务人员专业素养与学术水平，营造良好科研学术氛围，助力医院学科建设与高质量发展，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 学术活动是继续教育的重要内容之一，是更新知识、获取信息、提高学术和科研水平的重要途径。为实施“科技兴院”的战略决策，活跃学术交流气氛，加强医院学术活动管理，特制定本规定。

第二条 凡中华医学会、药学会、护理学会及医院管理学会等中国科协下设并在国家民政部门正式注册的学会举办的一、二级学术会议（如：中华医学会心血管学会）及专业学会、协会会议等属学术会议。

第三条 学术活动由教学管理与学科建设科统一扎口管理。根据学术活动的内容和对本院专科建设的作用、推广应用价值、社会经济效益情况，在不影响医院正常医疗工作的前提下，由所在科主任推荐参加人员，经教学管理与学科建设科审核确定是否选派相关人员参加。

第二章 外出参加活动的条件和审批程序

第四条 外出参加上述学术活动，参加者凭正式通知或邀请函，经科主任签字同意（病区主任经大科主任、护士和护士长经护理部签字同意），苏南地区报教学管理与学科建设科审核批准，省内其他地区报分管院长批准，省外报医院主要领导批准后方可参加会议。

第五条 行政职能科室人员参加学术会议时须经各科负责人和各职能部门、党政办公室审核登记，分管院长签字同意后，按照上述程序办理。

第六条 外出参加学术活动须填报外出学术活动报备申请表和承诺书，交教学管理与学科建设科备案。

第七条 对指令性活动科内必须组织人员参加。

第八条 外出参加继续教育、学术活动必须专业对口；原则上一次会议派 1-2 人参加。

参加范围：初级职称人员：苏南地区；中级职称人员：省内及上海市；副高职称人员：华东地区；正高职称人员：除前述地区外，还可参加除港、澳、台地区、青海、西藏、新疆、东三省等地区外的其它地区。

第九条 为保证学术会议质量，根据上级文件有关精神，凡国家级、省级或市级学会及专业分会组织召开的会议通知，必须盖有相应级学会的印章或相应级学会学术会务部印章加各专业分会印章。

第十条 凡医院需要开展的新技术、新项目研讨会、学习班经分管院长审批后可参会。

第十一条 在国内召开的正式国际性学术会议(如第 X 届 XX 国际学术会议),大会发言的正式代表准予参加。境外召开的正式国际会议,被邀请的正式代表,按《职工赴境外参加学术会议管理办法》执行。

第十二条 学术交流论文投稿须经教学管理与学科建设科审核登记备案出具证明,方可按本规定有关条款参加学术交流,否则不予认可。

第十三条 外出参加活动后有关材料一律交科内作为资料保存。外出期间的节假日一律不补休(包括本市内)。

第三章 外出参加学术活动经费报销

第十四条 参加学术会议者,回院后将会议情况、学术动态、新技术、新项目等向所在科室人员、领导汇报或开展学术讲座,有重要内容者可在院内举行学术报告会。

第十五条 外出参加活动,费用由个人先垫付,回院后凭学分证明、结业证及同意审批单按规定报销有关费用。

第十六条 卫生行政部门、行业协会指定必须参加的各类规范、标准、突发公共卫生事项的培训所发生的费用,按实报销。

第十七条 大型设备操作上岗培训和各种强制上岗培训,取得合格证后,报销一次培训费用。

第十八条 超过二周以上的外出学习住勤补贴,参照外出进修学习的补贴规定。

第十九条 外出参加学术活动及各种年会,所发生的会务费、资料费、住宿费、交通费根据医院相关规定统一报销。

第四章 举办学术会议的审批程序

第二十一条 医院主办、承办、协办的省市级学术会议或邀请专家(包括其他单位出面邀请的专家)来院进行的学术活动,由所在科室书面申请报教学管理与学科建设科备案,经分管院长审核同意后,由医院统一组织实施。原则上教学管理与学科建设科负责组织会务,院办负责接待。外请专家授课费严格按照医学会标准支付,不得接受院外赞助,严禁以科室或私人名义接受院外捐赠。

第二十二条 由其他单位出面邀请的专家来院进行的学术活动,所在科室应以书面形式报教学管理与学科建设科备案,经分管院长审核同意后方可组织进行。

第二十三条 为加强对举办学术会议的统筹安排,各科室应将拟举办学术会议内容、方式、时间、地点、规模等提前半月提交教学管理与学科建设科审核批准后才能举办。

第五章 外出学术讲课取酬规定

第二十四条 医务人员学术讲课取酬须符合“六个应当”:

1. 会议举办方和授课邀请方应当为国家机关、事业单位、 医疗卫生机构、科研院所、高等院校和社会组织，且合规合法举办学术活动，并能为医务人员学术讲课提供佐证材料；

2. 会议举办方应当合理合规合法发放酬劳；

3. 医务人员参与学术讲课前，应当履行所在医疗卫生机构的有关审批手续；

4. 医务人员参与学术讲课内容应当客观、公正，具有相应科学证据；

5. 医务人员参与学术讲课的交通出行及住宿、用餐等接待，应当符合中央八项规定精神及有关差旅、公务接待管理的规定；

6. 学术讲课活动应当符合法律法规规定的其他条件。

7. 外出参加学术活动后取得薪酬，须填报“外出参加学术活动取酬报备表”，并提交教学管理与学科建设科备案。

第二十五条 医务人员参与学术讲课“六个严禁” ：

1. 严禁直接接受医药行业相关企业给予的讲课费，以及贵重礼品和各种有价证券、支付凭证等财物；

2. 严禁以编造学术讲课虚假理由或取酬明显超过本行业学协会推荐的讲课取酬标准等方式接受利益输送；

3. 严禁影响正常业务工作；

4. 严禁将学术讲课与引进、使用、推介医药产品挂钩或利用职业身份进行商业广告宣传；

5. 严禁学术讲课期间接受可能影响廉洁行医的各类财物或宴请、旅游、健身、娱乐等活功安排；

6. 严禁向会议举办方、授课邀请方和医药行业相关企业报销应由个人支付的费用。

第六章 罚则

第二十六条 院内组织的学术活动应积极参加，年科内参加人员比例少于 50%，取消下年学术活动资格。

第二十七条 外出参加学术会议前不到教学管理与学科建设科登记备案；或借开会之机参加与学术会议无关的活动者，一经查实不予报销外出参加会议的相关费用，并取消其 2 年内外出学术会议的资格。

第二十八条 对借助学术讲课形式接受利益输送的，对未履行管理责任而造成恶劣影响的责任人员，将依规依纪依法予以问责。

第七章 负责

第二十九条 本规定自公布之日起执行，由教学管理与学科建设科负责解释。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第 12 号《国家卫生计生委关

于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

继续教育实施办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-005-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院学术交流、继续医学教育等各类学术活动全流程管理，严明学术纪律、保障活动质量、防范合规风险，提升医务人员专业素养与学术水平，营造良好科研学术氛围，助力医院学科建设与高质量发展，根据《关于加强我省继续医学教育学分管理工作的通知》精神，结合医院实际情况，特制定本办法。

二、内容

（一）组织领导

实行院科两级负责制，院设继续教育领导小组，由院领导、教学管理与学科建设科、医务部、护理部及内外科等临床科室主任组成。分管院长具体组织实施，继续教育办公室设在教学管理与学科建设科，具体负责日常工作，各科由一名科主任具体负责本科室继续教育工作。

（二）继续教育对象

从事专业技术的高、中、初级专业技术人员及继续教育领导小组确定的其他有关人员。

（三）继续教育的内容、要求

继续教育的内容重点是加强三基训练，提高基础理论、基本知识、基本技能水平；深化本专业理论知识，熟悉国内外医学进展、更新专业知识，改善知识结构，引进新技术、新项目，开展科学研究。

1．初级专业技术人员

（1）实施住院医师规范化培训计划，加强三基训练，熟练掌握本专业基础理论、基本知识、基本技能；提高专业理论知识水平，及时了解国内外医学进展，并指导实践；基本能解决临床实际问题。

（2）根据专科建设需要及个人条件，由科室负责，有计划的进行定向专业培养。

（3）攻读外语，能较熟练掌握一门外语，较熟练地阅读一门外语文章。

（4）在上级医师指导下，参与科内科技活动。

2．中级专业技术人员

（1）熟练掌握本专业基础理论、基本知识、基本技能操作；熟悉本专业国内外医学进展、学术动态和技术发展趋势，不断更新本专业的新理论，新技术，在临床实践中有所创新。

（2）能运用国内外现代医学理论和技术指导临床实践，具备解决临床疑难疾病和复杂技术工作能力和教学工作能力。

（3）能熟练掌握一门以上外语，能熟练阅读一门外文文章。

（4）在上级医师指导下，能独立开展科研工作，有学术论文在专业期刊发表或会议交流。

3．高级专业技术人员

熟练掌握本专业国内外最新知识和技术，熟练边缘学科的发展，拓展知识面，成为本专业技术专家和学科带头人；熟练掌握一门以上外语，每年能参加省级以上学术研讨活动，广泛吸收最新医学信息，并能指导临床实践；指导下级医师开展临床、教学、科研工作，聘期内至少有 1～2 篇论文或综述在核心期刊上发表，在全院或全市学术活动中主讲一个课题。

（四）继续教育实施办法

继续教育主要是指医学院校毕业后的专业技术人员以岗位培训为主的终身教育，遵循“在职为主，业余为主，自学为主，实践为主”的原则；根据医院技术发展规划和专科建设规则，以专业培训为主，进行多层次、多渠道、多形式的医学教育。

1．三基训练：以本专科为主，由科主任组织专业技术人员进行业务理论、临床

工作能力、技术操作水平、医疗安全、医疗质量、操作规范及外语、科研、教学能力等方面的培训工作。

2．业务讲座活动：全院性业务讲座(包括邀请上级专家来院学术讲座)，每年组织1～2次；科室内部业务讲座，每月组织2次。院、科两级每次业务活动，参与人员均应在业务签到本上签章，列入本人学分。

3．外出专科进修、培训及学术活动：根据医院人才培训计划和专科建设需求，由科室提名，报院长审批后，有计划选送专业技术人员外出专科进修、培训及学术活动。

4．学分管理：继续教育的内容、学时应由教学管理与学科建设科登记、签章认可，按继续教育学分授予办法的有关精神授予相关学分，并与晋升、年度考核挂钩。

本办法自公布之日起实施，原办法同时废止。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

继续医学教育项目及学分管理办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-006-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院学术交流、继续医学教育等各类学术活动全流程管理，严明学术纪律、保障活动质量、防范合规风险，提升医务人员专业素养与学术水平，营造良好科研学术氛围，助力医院学科建设与高质量发展，根据各级文件精神，结合医院实际情况，特制定本办法。

二、内容

1．学分要求：卫生专业技术人员每年应当参加继续医学教育活动，所获得学分不低于 25 学分（不少于 90 学时）。

2．学分授予标准：

（1）继续医学教育项目

国家、省和设区的市卫生健康行政部门公布的继续医学教育项目，参加者经考核合格，按每 3 小时授予 1 学分计算；主讲人每小时授予 2 学分。每个项目所授学分数最多不超过 10 学分。其中，每个远程继续医学教育项目最多不超过 3 学分。

（2）进修学习

经批准，脱产到其他医疗卫生机构进修、出国学习，或者参加提高岗位胜任力为目标的各类专项培训等，可以获得相应学分。当年累计学习时间满 3 个月，经进修学习单位考核合格，视为完成当年继续医学教育 25 学分。不足 3 个月，按每学习日授予 0.3 学分计算。

（3）在职学历（学位）教育

经批准，参加脱产或半脱产学历（学位）教育等，可以获得相应学分。当年累计学习时间满 3 个月，经教育单位考核合格，视为完成当年继续医学教育 25 学分。不足 3 个月，按每学习日授予 0.3 学分计算。

（4）有组织的继续医学教育实践活动

以手术示范、新技术推广、多学科诊疗、教学病例讨论、科技成果转化活动等形式开展的实践锻炼，可以获得相应学分。按参加者每 6 小时授予 1 学分、主讲人每 3 小时授予 1 学分计算。时间不足的，按单次（不少于 1 小时）参加者授予 0.2 学分、主讲人授予 0.5 学分计算。每年最多不超过 15 学分，其中基层医疗卫生机构的卫生专业技术人员（含乡村医生）每年最多不超过 20 学分。

（5）政府指令性医疗卫生任务

参加政府要求的援派医疗卫生任务，包括对口支援帮扶基层医疗卫生机构，对中西部欠发达地区、脱贫地区对口支援帮扶，援藏、援疆、援青等援派工作，可以获得相应学分。当年累计时间满 3 个月，视为完成当年继续医学教育 25 学分。不足 3 个月，按每工作日授予 0.3 学分计算。

（6）有计划的自学

经批准，制订年度自学计划，基于岗位胜任力开展的多种形式的自学方式，可以获得相应学分。教学管理与学科建设科按照学习情况、学习成效等可验证因素，综合评估后，按参加者每 6 小时授予 1 学分计算，每年最多不超过 10 学分。

（7）符合规定的其他方式

①在有统一刊号（ISSN、CN）的期刊发表论文和综述，按期刊类别授予学分，并按作者排序第 1 至第 3 作者依次递减 1 学分，通讯作者学分授予同第 1 作者：

科学引文索引（SCI）、工程索引（EI）、科学技术会议录索引（CPCI）、中文核心期刊收录的期刊（10-8 学分）；

非核心期刊(8－6 学分)；

内部期刊(6-4 学分)。

通过以上形式获得学分的，每年最多不超过 15 学分。

②已批准的科研项目，在立项当年按以下类别授予学分，并按课题组成员排序第 1 至第 3 名依次递减 1 学分：

国家级课题(10-8 学分)；

省、部级课题(8-6 学分)；

市、厅级课题（6-4 学分）。

通过以上形式获得学分的，每年最多不超过 15 学分。

③获得科技奖励，在获奖当年按以下类别授予学分，并按获奖人员排序第 1 至第 3 名依次递减 1 学分：

国家级奖励(10-8 学分)；

省、部级奖励(8-6 学分)；

市、厅级奖励（6-4 学分）。

通过以上形式获得学分的，每年最多不超过 15 学分。

④获得国家发明专利并完成转化，在转化当年对排序前三的发明人分别授予学分，第一发明人 6 学分、第二发明人 5 学分、第三发明人 4 学分。每年最多不超过 15 学分。

⑤公开出版本专业学术专著、教材、科普书籍等，在出版当年，分别授予学分：主编 10 学分，副主编 8 学分，编委 6 学分；编译本专业学术论著（含教材）的，主编 8 学分，副主编 6 学分，编委 4 学分。每年最多不超过 10 学分。

⑥出版国家、省、市级继续医学教育项目的视听教材，放映时间每 10 分钟授予 1 学分；幻灯片每 10 张授予 1 学分。每年最多不超过 5 学分。

3．考核及验证：继续医学教育学分实行一年一考核、一验证。对未达到学分要求的，不得参与评先评优，不得定为年度考核合格，不得进行相应职称聘任，也不能参加下一年度的外出进修。全院性继续教育活动，以奖金核算科室为单位，参加人数不足科室总人数的 1/2 的，除扣该科室当月考核分 1—2 分外，当年不得评为先进科

室，科内也不能派员外出参加学术活动。

4. 上级另有文件规定的，按上级文件精神执行。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

卫技人员“三基”培训及考核办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-007-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院卫技人员“三基”培训与考核管理，夯实基础理论、基本知识、基本技能，提升全员专业素养与诊疗服务能力，保障医疗质量与安全，助推医院高质量发展，结合医院实际情况，特制定本办法。

二、内容

掌握“三基”是对临床医师的专业素质和行为规则的最基本要求，是确保医疗质量与医疗安全的前提，是提高医疗技术服务能力与水平的基础。

（一）卫技人员“三基”培训及考核在院长和分管院长领导下，由医务部、教学管理与学科建设科、护理部负责实施，组织人事科等有关职能科配合做好“三基”培训及考核工作，各科主任、护士长认真执行“三基三严”(基础理论、基本知识、基本技能，严格要求、严密组织、严谨态度)训练制度，并负责组织和实施本科室的“三基”培训和训练工作。

（二）“三基”培训和考试考核内容以东南大学出版(06 版)的《医疗机构医务人员“三基”训练指南》《医疗机构医务人员“三基”训练习题集》《实用临床护理“三基”理论集》为主，结合部分病例书写规范、诊疗操作常规、医院感染基本要求、基本制度、核心制度和相关法律法规为蓝本。参考内容为全国医学院校五年制本科教材、全国卫技人员职称考试大纲、执业医师考试和执业护士考试大纲。

（三）“三基”培训采取多种培训方式，以自学、科室集中培训和训练为主。通过举办“三基”竞赛等形式大力开展岗位练兵，结合模拟训练、床边示范、讨论交流等方式，激发医务人员刻苦学习理论知识、努力钻研业务技术的积极性，把“三严”作风贯彻到各项医疗业务活动中，不断提高医务人员的整体业务素质。

（四）按照《江苏省医院评价标准与细则》的有关精神要求，加强医院内涵建设，提高临床应急处理能力，加强“三基”培训和考试考核，坚持全员培训、人人参与的原则，凡是本院在编人员和合同制人员均应参加“三基”培训和考试考核。

（五）医、药、技“三基”理论考试和技能考试由教学管理与学科建设科组织实施，护理人员的“三基”理论考试和技能考试由护理部组织实施。理论考试和技能考试根据中心工作确定时间和形式，一般情况每年每人不少于 3～4 次。

1．医、药、技“三基”理论考试由教学管理与学科建设科负责组织、命题组卷、阅卷，每年抽考 2～3 次。

2．护理人员的“三基”理论考试和技能考试由护理部采用“双轨制”管理模式，即护理部负责制定全院“三基”培训、考核的计划，以护理单元为单位，由护士长负责对本科室人员培训、考核，每月将考核结果汇报至护理部。护理部每月按比例组织考试，抽查各科培训效果。

3．考试成绩以 80 分为合格，79 分以下为不合格。

4．凡是考试考核不合格人员，必须连续参加考试至合格为止。并按规定扣奖。

5．凡是应参加“三基”理论考试和技能考试的人员不得无故缺席，对无故缺席的人员按 0 分处理。

（六）建立院科两级“三基”培训及考核台账，做好“三基”培训、训练、考试和成绩等相关活动记录。

（七）考核与奖惩

1．凡是“三基”考试成绩不合格人员列入当月考核，不合格人员在全院通报，

并按医院综合目标责任制考核办法予以考核。

2．科室、个人“三基”考试成绩均列入科主任、护士长考评体系。

3．个人“三基”考试成绩不合格人员与个人考评及年度考核挂钩，与临床医师定期考核挂钩，与职称聘任挂钩，与各项临床技术准入挂钩；年度考核不得评为优秀，年度不得评为先进。

4．“三基”考试成绩不合格人员，当年不得外出进修学习。

5．参加省、市、医院组织的“三基”竞赛获奖选手，按《职工奖惩管理办法（草案）》《宜兴市人民医院科技创新奖励办法》有关精神予以奖励。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

住院医师规范化培训实施办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-008-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院住院医师规范化培训全流程管理，完善培训体系、强化过程质控与考核评价，培育医德高尚、技术扎实的合格临床医师，保障住培质量与医疗人才梯队建设，助力医院学科可持续高质量发展，结合医院实际情况，特制定本办法。

二、内容

（一）培训对象

住院医师规范化培训对象：

在本院新就业的高等院校医学类专业（指临床医学类、口腔医学类、中医学类、中西医结合类）本科及以上学历毕业人员；经市卫健委同意并安排到本院培训的相关人员。

（二）培训年限

住院医师规范化培训，本科生、学术学位硕士博士研究生毕业后培训时间 3 年。在规定时间内未按照要求完成培训任务或考核不合格者，培训时间顺延，顺延时间最长不超过 3 年。

（三）目标和要求

临床住院医师规范化培训的目标，是通过规范化培训，使住院医师树立全心全意为人民服务的思想，忠于党的卫生事业，具有献身精神，热爱社会主义祖国，遵纪守法，规范医疗行为，建立良好的职业道德和医疗作风，养成严谨的科学态度，在专业理论和临床工作能力方面达到主治医师级水平。具体业务培训要求如下：

1．熟悉本专业基本理论，具有较系统的专业知识，初步掌握国内本专业先进技术并能在实际工作中应用。

2．具有较科学的临床思维能力和较丰富的临床经验，能较熟练掌握常用专业技术操作，处理本学科较复杂的专业技术问题，能对下一级卫生技术人员进行业务指导和临床教学。

3．在临床工作中取得较好的成绩，基本掌握临床科研方法，能应用相关知识撰写科技论文、经验总结及科研设计，基本掌握微机操作。能比较顺利地阅读一种外文的专业书刊。

4．熟悉与本专业相关的各种医疗制度，并能规范化实施。

（四）业务培养内容

1．理论学习：按各科计划要求，住院医师学习公共必修课和临床专业理论

（1）公共必修课：包括医德医风、政策法规、相关人文知识等，重点学习相关卫生法律、法规、规章制度和标准、医学伦理学、医患沟通、重点和区域性传染病防治、突发公共卫生事件的应急处理以及预防医学、社区卫生、循证医学和临床教学、临床科研的有关基础知识。

（2）临床专业理论：主要学习本专业及相关专业的临床医学基础理论和基本知识,应融会贯通于临床实践培训的全过程。

2．临床实践：

住院医师在上级医师的指导下,学习本专业和相关专业的常见病和多发病的病因、

发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、处理方法和临床路径、危重病症的识别与紧急处理技能、基本药物和常用药物的合理使用，分别达到各专业培训标准细则的要求。掌握临床专科常用的基本知识和技能，包括临床合理用血原则、心肺复苏技术、突发性疾病院前急救、姑息医疗、重点和区域性传染病的防治知识与正确处理流程。在培训第一年能够达到医师资格考试的临床基本知识和技能的要求。熟练并规范书写临床病历，在轮转每个必选科室时至少手写完成 2 份系统病历。

（五）培养方式

1．本院获准的培训专业于本院进行规培，未获批专业安排至上级医院培训。

2．住院医师规范化培训要坚持理论联系实际，以临床实践为主。

3．住院医师规范化培训的理论学习以业余、自学为主，其中部分公共课采取集中学习或网上远程学习。

（六）组织领导

住院医师规范化培训确立院、科和指导老师三级网络组织。

1．院级：在分管领导、科研教学管理与学术委员会领导下由教学管理与学科建设科负责规范培训的招生、培训、考核等组织管理工作，承担各项培训任务的全过程管理。

2．科主任：

（1）做好科内协调及人员搭配，确保轮训的住院医师完成培训计划。

（2）确定本科室管理人员及指导老师，并上报教学管理与学科建设科。

（3）负责审签住院医师轮转出科考核手册。

（4）每季度召开至少一次本科室住院医师和师资人员的例会，解决实际问题，例会有记录，并接受院级管理部门的随机抽查和年终检查，检查结果纳入科室质控体系及科主任本人的考核。

3．指导老师：

（1）负责指导培训学员完成培训计划。

（2）负责对培训学员进行考勤及日常考核，及时审签住院医师的住培 APP，并对其做出适当评价。

（3）对培训学员实行跟班带教，严格执行查房制度，指导并督促培训学员认真管理患者，收集、汇报病史，书写病历等日常工作。

（4）根据各专业学科的特点，采取启发式带教，有意识地培养培训学员表达能力，沟通交流能力、临床思维能力及临床基本技能等。

（七）考核办法

1．住院医师规范化培训日常考核（出科考核）：由科主任负责，可授权考核小组（由科主任、主任医师、主治医师、指导老师组成）或指导老师，对培训学员的业

务（出勤率，病例质量与数量、评阅文摘卡、操作及手术项目及数量、熟练程度）、医德医风进行出科考核，书写相关考核语言和考核结论并签字。

2．公共理论课：参加上级卫健委组织的统一培训学习及考核，或专业网站线上学习和考核。

3．结业考核：住院医师规范化培训学员需严格按照本专业轮转要求完成科室轮转，同时要及时完善好住培 APP，要求内容真实、可靠，杜绝弄虚作假。培训结束，将所有培训材料报无锡市和省毕业后医学教育研究室审核，审核合格后方可报名参加省理论结业考试及临床技能考核；理论和技能均合格，由省毕业后医学教育研究室颁发住院医师规范化培训合格证书。

（八）实施措施

1．各科对住院医师规范化培训工作应严格按计划进行，并列入科主任、医师考评体系。考核内容包括组织情况，计划执行情况，考核成绩(省统考)等，均纳入科主任、指导老师及培训学员考评体系。

2．临床实践按各科计划进行，指导老师严格按计划实施带教，科主任、主任医师有计划地进行教学查房，每两周 1 次。住院医师认真做好笔记以备查考。

3．医学理论学习以业余、自学为主，学习时间按笔记文摘和论文的实际情况计算每年自学时间。

4. 符合下列条件者视为住院医师规范化培训考核不合格，不得进行下一阶段学习，延期培训一年；期满仍不合格者继续延期培训，不予推荐参加主治医师的资格评审：

（1）业务考核不合格。

（2）思想政治、工作态度考核不合格。

（3）在临床教学中，严重失职造成一定后果者。

（4）在医疗工作中出现严重差错并造成一定影响者。

（5）医德医风恶劣，直接或间接影响医院声誉的事件责任者，实行一票否决。

（6）年度出现累计旷工 3 天或事假 15 天，或病假 4 个月者，延长一年培训时间。

5．住院医师在培训期间的工资、奖金、福利待遇按有关文件规定执行。

本规定自公布之日起执行，原规定与本规定有抵触的，按本规定执行。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第 12 号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20 号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见（国卫科教发〔2013〕56号）[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

住院医师规范化培训管理制度

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-009-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院住院医师规范化培训全流程管理，完善培训体系、强化过程质控与考核评价，培育医德高尚、技术扎实的合格临床医师，保障住培质量与医疗人才梯队建设，助力医院学科可持续高质量发展，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）规范化培训年限

住院医师规范化培训，本科生、学术学位硕士博士研究生毕业后培训时间3年。在规定时间内未按照要求完成培训任务或考核不合格者，培训时间顺延，顺延时间最长不超过3年。

（二）规范化培训目标

1．职业道德：热爱祖国，热爱医学事业，遵守国家有关法律法规。弘扬人道主义的职业精神，恪守为人民健康服务的宗旨和救死扶伤的社会责任，坚持以患者为中心的服务理念，遵守医学伦理道德，尊重生命、平等仁爱、患者至上、真诚守信、精进审慎、廉洁公正。

2．专业能力：掌握本专业及相关专业的临床医学基础理论、基本知识和基本技能，能够了解和运用循证医学的基本方法，具有疾病预防的观念和整体临床思维能力、解决临床实际问题的能力、自主学习和提升的能力。

3．人际沟通与团队合作能力：能够利用语言和非语言方式进行有效的信息交流，具备良好的人际沟通能力和团队合作精神，善于协调和利用卫生系统的资源，提供合理的健康指导和医疗保健服务。

4．教学与科研：能够参与见习/实习医生和低年资住院医师的临床带教工作，具备基本的临床研究和论文撰写能力，能够阅读本专业外文文献资料。

（三）规范化培训轮转

1．教学管理与学科建设科根据国家卫健委关于“住院医师规范化培训内容与标准(试行)”制定培训学员的轮转科室和轮转时间表。培训学员必须按轮转表进行轮转，参加科室与住院医师职责一致的工作，参加医院和科室的政治、业务学习，不得以任何理由变更轮转科室和轮转时间。科室必须指定带教老师，认真履行指导职责。

2．每次进科轮转前，需到教学管理与学科建设科领取“派遣单”和“出科报表”，并在规定时间（前后 3 日）内，将“派遣单回执”由科主任签字后交教学管理与学科建设科留存。出科时，将由科主任考核并签字的“出科报表”及每月手写的 2 份大病历，交教学管理与学科建设科存档。

3．在科室轮转和出科时，需按要求认真填写相关住培“登记手册”，并做好住培手机 APP 登陆和使用工作。

（四）规范化培训考核

1．出科考核：培训学员在科室轮转将要结束的一周内，由科主任负责，按培训要求，安排对培训学员的劳动纪律、医德医风、业务能力进行出科考核，作出评价并签字。

2．公共理论课考核：由教学管理与学科建设科负责组织，培训学员统一参加相关专业网站的线上学习，并按培训要求完成线上考核。

3．结业考核：参加省和无锡市组织的理论考试和技能考核。

（五）考勤及请销假

1．由轮转科室对规培学员进行排班和考勤。

2．所有请假由本人到教学管理与学科建设科领取请假条，填写完整后，经轮转

科室主任签字、教学管理与学科建设科同意后生效，请假条由教学管理与学科建设科存档。

3．请假 2 周以上者，由个人提出书面申请，经科主任批准签字、教学管理与学科建设科批准同意后，报市卫健委备案。

4．未经带教老师、科主任及教学管理与学科建设科同意，私自离开培训科室的，按旷工处理。旷工超过 1 周以上者，报原单位及市卫健委，需重新参加培训，并视情节终止培训。

5．由于各种原因，每一年度各类假期累计超过一个月者，报原单位及市卫健委，并视情节于规培结束后进行补培训，否则作自动放弃培训处理。

（六）规范化培训教学研究

1．有带教任务的专业科室，每季度召开一次带教老师和培训学员座谈会，听取双方意见，改进带教方法，提高带教质量，座谈会需有记录并持续改进。

2．教学管理与学科建设科要每半年进行一次培训教学评估，组织召开培训教学研讨会，提升全院带教意识和带教水平。

3．教学管理与学科建设科和各专业科室，必须认真做好各项教学记录，做到记录清晰完整，工作规范；学员学习考核档案健全、完整。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第 12 号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20 号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等 7 部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56 号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49 号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

关于卫技人员外出进修有关规定

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-010-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院卫技人员外出进修选派、过程管理与学成返岗成效考核，保障进修质量与院内工作有序开展，培育骨干人才、提升专科技术水平与核心服务能力，助力医院学科建设高质量发展，结合医院实际情况，特制定本规定。

二、内容

1．外派进修的对象原则上为中级及以上职称医、药、技及护理人员。护理人员以专科护士培训为主；科室急需培养的人员，由科主任提出申请、教学管理与学科建设科审核、党委会批准可提前进修。

2．临床医师首次进修时间必须为一年，进修内容以本专科基础理论、基本技能提升为主，进修地点为江苏省内医院，以南京为主。特殊专科的进修地点须经严格审核后安排。

3．临床医师二次进修时间为半年及以上，进修内容要结合科室发展需求，以专科技术能力提升为主，所学新技术、新业务必须有效服务于医院临床实践工作；进修地点为国内本专业技术领先的医院，以上海为主，其余进修地点须经严格审核后安排。根据学科发展需要，部分专科可由院部选派至国外研修学习。

4．外派进修实行年度计划管理，每年12月底各科室将下一年度外派进修学习计划报教学管理与学科建设科；教学管理与学科建设科汇总后，根据专科建设需要，拟定年度进修培训计划，报分管院长审批，经院党委会同意后予以实施。

5．进修学习单位由科室负责联系，个人亦可按计划执行联系，但须报教学管理与学科建设科同意。

6．接到进修接受单位通知后，进修人员须及时到教学管理与学科建设科办理进修、流转、注册等手续，在所在科室安排好工作。报到期前可安排两天休息，必须按通知规定日期准时到达进修医院报到。

7．外出进修人员个人生活用品一律自行解决，不得携带公家用品。若进修期间必须携带专用设备、医疗仪器，应事先报教学管理与学科建设科、院领导批准同意。

8．外派进修的专业技术人员，在进修学习期间要遵守所在单位的规章制度及有关规定，服从进修安排，认真学习、努力工作，按时完成进修学习任务。未经本院批准，不得擅离职守、任意更改进修科目、自行提前中止进修，也不得延期不归或擅自延长进修时间；确因工作及专科建设需要提前或延长进修时间的，必须提前向教学管理与学科建设科提交申请，获得院领导同意后方可执行。如违反上述规定，医院将按相关考核办法予以处理。

9．外出进修期间，若需参加进修所在医院主办的、与专业有关且需另行支付费用的学术活动，应事先取得本院教学管理与学科建设科和院领导批准。此外，不得擅自以医院名义订购药品、书籍、各种医疗器械、仪器设备，确系医院需要的，可将相关信息反馈至医院，由相关职能部门统一办理。否则，一切费用由个人自理，一切责任由个人承担。

10．外出进修人员在进修期间不享受探亲假、公休假，不得积休并休；夜班、加班、补休应在进修医院就地处理，回院后不予补休。

11.外出进修人员每季度需向教学管理与学科建设科汇报阶段进修情况；进修结束后，需认真做好总结鉴定；回院后，提交进修相关汇报材料，在科室内部传达进修所学新知识或开展专题讲座，并积极开展新技术、新业务。回院六个月内，须向教学管理与学科建设科提交开展相关新技术、新业务的病案号或相关佐证资料。对进修学习效果差、开展工作不力的人员，须退回医院支付的相关进修费用。

12．外派进修人员经考核合格，且进修时间满三个月及以上的，给予当年继续医学教育基本学分。

13．进修费由财务科按医院相关规定报销。进修半年以下人员报销一次往返交通费，进修一年的人员，报销二次往返交通费。因公返回医院，凭教学管理与学科建设科出具的证明报销相关交通费。外出进修期间的奖金补贴发放，按医院有关规定执行。

14.服务期及违约责任：进修人员离院前须与组织人事科签订协议，明确回院后的服务期；服务期未满擅自离职违约者，须全额退回进修或培训期间医院支付的所有进修培训费用，并按协议约定赔付违约金。如职工多次进修或培训，则服务年限累计计算。

本规定自公布之日起执行，若原制订的有关规定与本规定有抵触，按本规定执行。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知:国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》(2023年版)的通知:国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》(2023年版)进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

关于来院进修培训管理规定

文件编号:YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-011-05	制定时间:2009-08-16
适用范围:全院员工	修订时间:2026-01-01
制定部门:教学管理与学科建设科	修订版本:4
审核批准:院长办公会	执行时间:2026-02-01

一、目的

为规范外院人员来院进修培训准入、教学管理、过程质控、考核评价与日常管理,保障进修教学质量与医疗安全,提升进修人员专业能力,树立医院教学品牌与行业影响力,助力医院医教协同与高质量发展,结合医院实际情况,特制定本规定。

二、内容

1.医院承担基层及其他医疗单位专业技术人员的进修和培训工作,进修期限一般为半年,特殊情况可酌情缩短或延长。

2.进修人员由所在单位提出申请,报教学管理与学科建设科审核同意,经教学管理与学科建设科注册后,到指定进修科室进行摸底考核,科室根据其技术水平、进修期限制订培训计划。

3．进修人员必须具备医师执业资格、护士执业资格及对应专业执业资格，否则医院不接受其进修申请。

4．各进修科室应指定专人负责进修生的带教和日常管理工作，带教医师应由主治医师或高年资住院医师担任，并按进修计划认真带教，确保进修教学质量。

5．进修生在进修期间，必须遵守医院的各项规章制度和技术操作常规，不得自行调换进修科目；进修期间不安排探亲假及公休假，如遇特殊情况需请事假，两天内由所在科室主任批准，三天以上上报教学管理与学科建设科批准。

6．进修生不得中途退学，不得随意延长进修时间。如需提前结束或延长进修期限，应提前向教学管理与学科建设科提交申请，办理相关手续。进修期间，若进修生医疗作风恶劣或犯有严重错误，医院将终止其进修资格，并送回原单位处理。

7．进修期间，进修生旷工累计三天，事假累计一个月者，医院将中止其进修资格，病假时间一般不额外补计进修时间。

8．进修人员在进修期间原则上不授予处方权。若确因临床带教需要，由所在科室主任提出申请，报医务部审核批准后，方可办理处方权相关手续。进修期间不安排进修生独立值班，如需单独值班，由科室主任决定后，报医务部批准。

9．对于贵重仪器设备，进修生不得单独操作，操作时应在带教医生指导下进行。

10．进修生进修结束前，需认真填写进修书面小结，所在科室对其进行考核，并对其作出进修鉴定。

11.进修生在进修结束前三天，需本人到教学管理与学科建设科上交结业总结，并按规定办理离院手续，不得由他人代办或逾期补办。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012 年 08 月第 1 次修订
2016 年 09 月第 2 次修订
2020 年 09 月第 3 次修订
2026 年 01 月第 4 次修订

临床教学工作制度

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-012-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．医院教学工作实行院、科两级负责制，由一名副院长分管教学工作，建立医院科研教学管理与学术委员会。由教学管理与学科建设科负责日常教学管理工作，医院层面根据专业划分设置教研室，各科室设教研组，配备兼职秘书 1-2 名，负责本科室教学相关工作。各科室(病区)由一名副主任以上人员分工负责本科室（病区）教学工作。

2．根据医院学科建设和技术发展的需要，制定教学计划，并组织落实，定期总结。

3．各科室有计划组织科内专题讲座、教学查房、病例讨论、技能训练等各类业务培训活动。

4．有计划地接收和安排外院进修、院校实习人员，根据进修人员的进修目的和实习人员的实习大纲要求，分别制订进修、实习计划。根据临床教学工作需要，配备基本教学设备。

5．严格落实进修、实习人员管理要求。组织岗前培训，关心学生生活，安排参加科内政治、业务学习，开展组织纪律教育、规章制度教育、医德医风教育和评教、评学活动，组织出科考评工作。

6．负责制订各驻点班临床课程教学计划，选拔教师授课，安排临床见习工作，并组织各教研室落实教学计划，严格按教学大纲授课，组织教师随堂听课，保证教学质量。

8．根据临床教学需要，各科室注意收集各类典型教学病例(病种)。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

临床实习（见习）管理办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-013-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院

实际情况，特制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 临床实习见习教学是医学教育的重要组成部分，是医学生在上级医师指导下把所学知识应用于临床实践的重要训练活动，旨在培养学生具备良好的医学职业道德风范、伦理和行为，树立救死扶伤、全心全意为人民服务的思想，培养学生在医疗实践中学会收集、辨别和运用有用的知识信息的方法，掌握临床操作技能的基本规范，训练临床思辨能力，用以帮助社会群体和病患个体保持健康、预防疾病和诊治疾病，为毕业后的学习、研究和工作奠定基础。

第二条 临床实习教学应坚持“三育人”(教书育人、管理育人、服务育人)的原则；要加强“三基”(基础理论、基本知识、基本技能)的训练，注重“三严”(严肃的态度、严格的要求、严密的方法)的培养；要努力适应医学模式的转变，深化医学教学改革，严格要求，正规训练，不断提高教学质量。

第三条 临床实习教学时间跨度长、轮转科室多、学生分散，教学管理有其一定的特殊性，为实现实习教学目标，明确各级职责，实施规范化和精细化管理，保证实习教学质量，特制订本办法。

第四条 本办法适用于进入临床实习见习的各医科专业学生。

第二章 组织领导与管理职责

第五条 由教学管理与学科建设科全面负责临床实习见习教学的领导和管理工作。

第六条 教学管理与学科建设科负责制定临床医学各专业实习轮转表，组织实习前的动员培训活动，并督促检查计划的落实和实施。具体职责如下：

1．研究实习见习教学内容和方法，组织教学经验交流，推动临床实习教学改革。

2．把好实习见习的质量控制关，规范并督促各科室做好实习见习成绩评定，负责临床医学专业实习成绩的收集和管理；定期或不定期深入各临床带教科室，组织学生、教学督导组等对带教教师和科室的实习见习教学进行评估，组织意见反馈工作；了解教师带教和学生实习情况，研究解决实习见习教学中存在的具体问题。

3．收集整理各教研室实习见习成绩分析材料、临床讲课进度表、实习教学图片、实习生学习档案、实习报告等原始资料，收集并统计临床技能完成情况表，建立并完善院级实习教学资料档案。

第七条 教研室(科室)是负责临床实习见习教学的基层单位，在教学管理与学科建设科、护理部和分管教学院领导的共同领导下，由分管教学副主任或护士长、教学秘书、带教教师分级负责，将实习工作落实到人。具体职责如下：

1．按照教学管理与学科建设科下达的实习轮转安排，组织本科室带教教师，围绕临床教学进行分工，明确工作内容和责任。

2．负责组织学生参加入科教育、基本临床技能培训，介绍科室的基本情况、有关的规章制度、医护合作问题、医患沟通问题以及本科室特殊工作要求等，落实分组安排。

3．组织实习生参加临床诊疗活动、病案讨论、床旁教学、实习生讲课等学习活动，在保证医疗质量的前提下，尽量为学生提供临床实践机会。

4．尽量为实习生提供实习学习所需的工作、生活条件。

5．全面监控本科室实习见习教学质量，定期检查、督促教师带教，负责组织对学生的全面考核，定期组织实习生座谈会，收集实习生意见，不断改进教学工作。加强与医学院校教务处和学工处的联系，及时反映学生实习见习中的问题。

6．推荐实习见习和教学的先进个人。

7．负责建立并完善本科室实习见习教学档案。

A．教研室(科室)教学秘书、教辅人员实习教学工作职责：

在教研室主任的领导下，完成下述实习教学相关工作：

1．完成实习生分组，落实各级带教教师；每一个医疗小组中，必须指定一名具体指导学生的带教教师，原则上应是本院教师；实习生名单、对应的带教教师、对应的分管床位情况等应公布于科室“张贴栏”。

2．落实各项有关实习见习的教学安排，如入科教育、技能培训、实习生小讲课等，协助督查各项教学任务完成情况。

3．负责各种实习教学文件、资料(如实习手册、量化考核表、实习成绩报表等)的领、发、报、送，完成本科室实习教学资料的归档和管理。

4．协助教研室主任完成本学科实习教学技能操作考核，按时上交考核成绩。

5．积极收集带教老师和学生对有关实习教学的意见和建议，并向主管领导进行汇报。

6．完成医学院校、教研室(科室)布置的其他实习教学相关工作。

B．带教教师工作职责：

1．根据学生专业和层次的要求，在实习教学大纲的指导下，指导学生参与合法的诊疗工作，坚持教书育人，言传身教，使学生树立正确的职业态度、价值和伦理观念，指导学生在实践中理解、分析、应用医学理论知识，掌握规范的临床诊疗技能，形成科学的临床思维。

2．指导学生掌握病历、病程记录及其他医疗文书的规范书写，以及医疗信息的管理与运用。

3．指导学生培养沟通与交流能力，使其学会妥善处理各种医际关系。

4．参与对所带实习生的全面考核和成绩评定，包括平时工作表现和业务能力考核，填写“实习生考核表”的相应部分并签章。

第三章 对临床实习生的要求

第八条 坚持德、智、体全面发展的教育方针，明确学习目标，确立终身学习观念，专心致志地学好医学专业知识与技能，重视实习的每个学科，努力达到专业培养目标。

第九条 实习生以实习医师资格在教学医院参加临床实习，要认真负责地完成所参与的医疗工作，服从组织领导，自觉遵守国家法律法令，执行学校和医院的规章制度。实习医师填写的医嘱、处方、病危通知单、会诊单、病情证明、出入院证明等，一律经上级医师审核签章方生效；患者的病情变化及检查结果要及时向上级医师报告，并做好相应记录。

第十条 树立全心全意为病员服务的思想，坚持在服务中学习。实习生要培养自己有高尚的医疗道德，要关心体贴患者，要在上级医生指导下参与临床工作，不允许在患者身上做试验，不准在危重和死亡患者身上练习操作，男实习生作女性特殊检查时必须有两人以上同在或患者家属在场；不接受患者财物，不委托患者及家属代买任何物品。实习过程中，如有严重违规发生责任事故者，将根据其所犯错误及其后果严重程度以及认识错误的态度，由所在科室领导及医学院领导按照相关规章制度严肃处理。

第十一条 自觉维护医师的职业形象，实习生不得在门诊及病房区域喧闹，白大褂应保持整洁，不穿拖鞋、高跟鞋及响底鞋进病房，着装干净得体，注意个人卫生。工作中注意维持和营造良好的团队工作氛围，尊重医生、护士和工人。

第十二条 爱护公共财物，反对浪费，对各种医疗器械、药品和实验器械要注意爱惜使用。各种医用纸张表格、胶布敷料等不得作为私用，不得用各种临床专用纸张、表格作草稿纸和学习笔记本。凡无故损坏器械设备，按规定负责赔偿。

第十三条 临床实习考勤管理：

1．实习期间无寒暑假。国家法定节假日，应先到病房参加查房、完成相应医疗工作后，方准离开，值班同学节假日照常上班。

2．实习生每天早晨应提前至少 15 分钟到病房，了解所管患者的病情，掌握第一手资料，在查房时向主管医师汇报。

3．实习生轮流参加值班，凡头一天值班者，次日上午交班以后才准离岗休息。

4．严格执行请销假制度，实习期间因事、因病请假在一日之内者，征得科室带习老师同意即可；一天到七天，需提前向学校请假；请假七天以上者，需教学副院长审批；病假必须出具医院病情证明。如事假、病假超过该科实习时间三分之一者，重新实习该科。

第四章 实习考核

第十四条 考核内容须包括“情感领域”(如职业价值、态度、医风医德)、“认知领域”(如专业基础理论和基本知识)、“精神运动领域”(如临床诊疗技能、急救

处理能力)等三方面，各专业、科室可根据各自专业、学科特点和教学要求，采用多种考核评估方法，并制定出符合学科特点、操作性强的“实习生考核表”，使实习考核过程化、规范化和量化。

第十五条　实习成绩由平时表现、业务能力考核成绩或(和)出科笔试成绩等几部分组成，其所占分数比例不做统一要求，但平时表现(学习纪律、工作态度、医风医德、礼仪仪表等)不得低于20%。

第十六条　实习生出勤和表现情况与实习成绩挂钩，迟到或早退1次扣1分，不请假缺席半天扣3分，凡上班迟到早退3次以上，或无故旷工2次以上，或值班脱岗1次者，认定该科不及格。

第十七条　各专业实习手册和各科室实习大纲中必须注明考核内容、构成、考核方式和成绩评定标准。

第十八条　实习成绩不及格者，必须重新实习该科。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016 年 09 月第 2 次修订
2020 年 09 月第 3 次修订
2026 年 01 月第 4 次修订

临床教学管理工作实施办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-014-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院实际情况，特制定本办法。

二、内容

为加强临床教学管理，进一步提高教学质量，经医院科研教学管理与学术委员会讨论通过，修订本办法，请各科认真执行。

（一）临床教学工作指导思想

加强临床教学工作，是认真贯彻“科教兴国”战略，培养合格医学人才的重要内容。临床教学是医院基本任务之一，对促进医、教、研全面发展，提高医疗技术水平和科研能力有着潜在的内涵意义。

全面贯彻党的教育方针，强化教学意识，积极培养学生的动手能力、思维分析能力。加强三基训练，提高学生的基础理论、基本知识、基本技能。加强政治思想教育、素质教育，培养有理想、有道德、有文化、有纪律和良好的医德医风素质的合格医学人才。加强教学环节管理，规范教学，提高临床教学质量。

（二）临床教学组织管理

1．医院临床教学工作由分管院长负责，教学管理与学科建设科组织实施。

2．认真贯彻实施普通高等医学院校临床教学基地管理办法。

3．规划医院临床教学工作、制定临床教学工作制度、督促临床教学管理情况、部署医院教学任务、安排教学工作事务、检查临床教学工作质量、组织临床教学活动、研究临床教学方法、处理临床教学问题。

（三）临床教学管理规范程序

1．教学管理组织机构

院设科研教学管理与学术委员会——主管教学工作的分管院长——教学管理与

学科建设科——教研室——教学秘书——带教老师。

（1）院科研教学管理与学术委员会：医院临床教学工作的管理决策机构。

（2）分管院长：管理全院的临床教学工作。

（3）教学管理与学科建设科：由主任领导、主管教学专职管理人员具体分工，具体组织实施全院的临床教学工作。

（4）教研室：主任统一领导教学工作，监控教学质量，对带教老师进行督促、指导，并将相关情况反馈至教学管理与学科建设科。

（5）教学秘书：协助主任具体组织教学任务与计划的实施，安排本科室的教学任务、培训和考核等工作。整理书面材料，填写各类表格，上交教学管理与学科建设科。

2．教学管理机构设置

院科研教学管理与学术委员会

分管院长

教学管理与学科建设科

各教研室

（四）院科研教学管理与学术委员会教学工作职责

1．由院长、分管院长、有关职能部门、临床教研室等管理人员组成，是医院临床教学工作的管理决策机构。

2．加强教学管理，按教学大纲、实习大纲要求统一规划、组织、协调、督促教学工作，促进教学管理的科学化、制度化、规范化，推动教学质量不断提高。

3．建立一支结构合理、素质较高的教学管理队伍和教师队伍，充分调动教学人员的积极性，树立教学光荣的思想和责任感，不断改革和发展教育思想、教学内容及教学方法，提高教师队伍的政治、业务水平。

4．制定本院的教学工作目标和每年度教学工作计划，制定教学相关制度及管理措施，定期检查评估教学管理与学科建设科、临床教学教研室的教学工作落实情况，定期开展评教评学活动，总结推广教学经验，确保教学工作的正常运转和良好秩序。

5．每新学年实习医师来院前召开一次教学工作会议，落实本年度的教学计划、教学准备工作、教师备课情况。

（五）教学管理与学科建设科教学工作

1．作为医院临床教学常设办事机构，设专职教学管理人员，另设临床技能培训中心，负责全院技能教学工作。

2．根据临床教学工作规划，组织实施全院的临床教学日常工作。

3．执行有关临床教学工作要求，制定教学工作计划并做好年度总结。

4．审定临床教师资格，完成教师考核、推荐申报兼职教师职称工作。

5．负责接纳安排实习医师，制定实习计划和实施计划，统筹安排实习医师的岗

前培训、医德医风教育、实习轮转、出科理论考试、实习结束前的考核鉴定等事宜。

6．组织安排全院临床教学讲座(理论大课)。

7．完成全年临床教学工作计划及年终总结。

8．负责与高等医学院校的有关教学事务的联系和协调等工作。

9．督促、考核教研室及有关科室教学工作完成情况。

10．组织开展评教评学工作，每学年结束时完成优秀实习生的评选工作。

11．组织开展教学研究工作，每年完成优秀带教老师评选工作。

（六）教研室工作制度

1．设内科学教研室、外科学教研室、妇产科学教研室、儿科学教研室、检验科教研室、医学影像学教研室、麻醉学教研室、全科医学科教研室、神经内科教研室、急危重症教研室。

2．根据医院临床教学工作安排开展教研活动，每季度至少开展一次。

3．组织安排本学科的日常教学活动。

4．推荐带教老师，负责对教研组带教老师的管理、指导和考核等工作。

5．负责实习医师在本科实习的日常管理、临床带教和出科时的理论考试和操作考核。

6．按照安排完成全院临床教学讲座(理论大课)，组织集体备课、督促完成教案、组织新老师的试讲及评价等工作。

7．教研室每两周应进行一次针对实习生的临床小讲课。

8．组织本学科临床教学和病例讨论，原则上每两周进行一次。

9．完成全年本学科临床教学工作计划及年终总结。

10．负责推荐本学科的优秀带教老师和优秀实习医师候选人工作。

11．完成对临床带教老师的教学考核。

（七）教学活动制度

1．重视教学工作，积极组织、部署、协调各项教学任务，保证教学质量，培养德、智、体全面发展的高级医学人才。

2．将教学工作贯穿于医院日常工作中，加强教师队伍的建设，调动各级兼职教师的积极性，积极开展教学科研、教学改革。

3．院科研教学管理委员会每年根据医学院校的教学大纲、实习大纲，制定全院本年度的教学计划、各教研室制定本学科的教学工作计划，认真落实。

4．院科研教学管理委员会、教学管理与学科建设科、临床教学教研室定期检查教学计划的执行情况。

5．建立健全临床教学工作管理规章制度及管理措施，完善各级教学人员职责；定期开展评教评学活动，总结推广教学经验，确保教学工作的正常运转和良好秩序，

提高教学质量。

6．院科研教学管理与学术委员会、教学管理与学科建设科及临床教学教研室随时了解并解决教学工作中存在的各种问题，听取教师及实习生对教学工作的意见和建议，协调与教学有关的各部门的工作。

7．每学年应组织对教学管理与学科建设科、教研室和带教老师进行教学工作考核，考核成绩直接与奖金挂钩；组织实习医师对医院、教学管理与学科建设科、各临床教学教研室和带教老师的教学工作进行评议。

8．定期开展教学研究活动，总结提高临床教学质量和管理水平；积极组织各级教学人员撰写医学教育研究论文。

9．随时与医学院校取得联系，接受医学院校对教学工作的指导。

（八）毕业实习管理程序

1．每学年在实习医师到院前一周，完成教学准备工作检查、岗前培训及医德医风教育有关资料、完成实习计划和实施计划制定、落实实习轮转表等。

2．督促有关教研室做好教学工作准备，完成教学进度表和教研室有关教学活动安排。

3．实习医师到院时做好生活安排，落实有关保障措施；组织岗前教育，内容包括：介绍医院情况、医德医风教育、病历书写规范、医院感染知识、医院信息系统介绍、医患沟通技艺、医疗纠纷防范等。

4．布置并落实有关教学执行要求，督促各教研室做好临床教学安排。做好入科教育、医德医风教育、日常带教、实习生考勤、理论大课、临床小讲课、临床教学病例讨论、教学查房、诊疗操作指导、入出科考试和考核等工作。

5．开展评教评学活动，评选表彰优秀带教老师和优秀实习医师；组织教师座谈会、实习医师座谈会，完成教研室、带教老师的考核等工作。

6．开展教学研究工作，不断总结、提高临床教学经验和水平。

7．完成教学工作计划和教学工作总结。

8．完成实习医师实习结束后的医院考核鉴定工作。

（九）岗前培训教育制度

1．岗前教育培训包括实习医师到院时的集中岗前培训、医德医风教育和轮转到科时的入科教育两部分。

2． 实习医师来院时及下科室前应集中进行 1—2 天的上岗前培训，未经岗前培训，不得直接下有关科室学习。

3．岗前培训的内容：医院概况、医院主要工作制度、医院临床教学管理制度、有关医疗法律法规教育、医疗安全教育、职业道德和医德医风教育等。

4．轮转到科时，由教研组教学秘书负责进行入科教育，主要内容包括：科室的

专业特色、带教医师情况、科室工作制度、医德医风教育和教学要求等。

（十）医德医风教育制度

1．教学管理与学科建设科每年开展针对实习医师的医德医风教育至少 4 次。

2．教研室、有关科室每年至少开展医德医风等思想政治教育活动 4 次。

3．开展热爱祖国、热爱中国共产党、热爱社会主义教育。

4．开展全心全意为人民服务教育。

5．开展人道主义教育。

6．开展公民道德和职业道德教育。

7．开展医疗法律法规教育。

（十一）理论大课制度

1．全院临床业务讲座（理论大课）由教学管理与学科建设科组织，每周组织一次，每周三下午 1:00-3:00 举行。

2．根据各高校的毕业实习大纲和医院的教学进度表的有关要求，教学管理与学科建设科督导各教研室集体确定讲课题目、讲课内容和讲课安排表。

3．理论大课原则上由副主任医师及以上人员主讲，主讲人需提前一周将讲义提交教学管理与学科建设科审核。

4．第一次担任理论大课主讲的人员，由教学管理与学科建设科组织有关人员进行试讲试听；参加试听的老师应仔细听取主讲人所讲的内容并做好记录，听课后应对主讲人所讲的内容畅所欲言，重点针对教材与教学方法、语言表达、板书、教风、教学进度、时间安排等方面进行讨论，提出意见与建议。

（十二）临床小讲课制度

1．科室的临床小讲课由教研组组织，每两周组织一次，在所在科室的示教室举行。

2．根据各高校的毕业实习大纲和医院的教学进度表的有关要求，由教研组集体备课确定讲课题目、讲课内容和讲课安排表，并报一份教学管理与学科建设科备案。

3．临床小讲课原则上由主治医师及以上人员主讲，主讲人需提前一周准备好讲义提交教研组主任审议。

（十三）临床教学病例讨论制度

1．针对实习生的临床教学病例讨论由教研室组织。

2．原则上每两周进行一次。

3．讨论通知应提前 2 天发出，明确讨论地点、病例资料、影像病理资料、应参加的人员等；应参加的实习医师要求每人撰写讨论发言稿。

4．讨论由主治医师及以上人员主持。

5．专题讨论的病例可以是实习大纲要求的当前住院病例或已收集在典型教学病例资料中的病例。

6．首先由实习医师汇报病史，住院医师补充；实习生积极发言，可凭发言稿发言；参加讨论的医师要从实习医师所能承受或理解的角度来分析临床情况，有意识培养实习医师正确的分析问题、解决问题的临床思维。

7．主持人总结时，深入浅出地分析该病例的特点、诊断及诊断依据、鉴别诊断、诊疗计划、国内外诊疗进展和本院的诊疗特色，可现场提问。

8．讨论结束时由主持人进行全面总结。

9．参加讨论的实习医师准备的发言稿，讨论后交教研室备案；讨论结束后指定人员负责整理讨论记录。

（十四）指导实习生操作制度

1．带教老师有指导实习生掌握常用临床诊疗操作的义务和责任。

2．操作前，带教老师与学生共同讨论操作过程的有关注意事项。

3．老师、学生均佩戴帽子、口罩。

4．检查患者(换药项目要查看患者伤口情况，看完后用原敷料盖好伤口)。

5．学生按规范洗手。

6．学生准备操作器具。

7．向患者问候、简单解释，说明来意。

8．学生严格按操作规程及无菌原则进行操作，老师及时指导纠正。

9．操作完毕向患者问候，交代术后注意事项，礼貌道别。

10．收拾好操作器具(换药时须把换下的敷料放进指定的污物桶)。

11．清洗敷料盘，放到指定地点。

12．学生再次洗手。

13．带教老师总结，指出优缺点，提出改进方法。

（十五）典型教学病例收集制度

1．为保证临床教学工作需要，按照教学大纲要求收集典型教学病例。

2．各教研室在主任的领导支持下，认真制定典型教学病例的收集方案，并做好典型教学病例收集工作。

3．以教研室为单位，分别建立典型教学病例登记和检索档案，确保可实际应用于临床教学。

4．信息数据中心、病案室负责收集全院每年病种统计和各科病种情况，分析是否满足临床教学需要。

5.临床科室在工作实践中发现具有良好教学价值的病例（包括少见病、罕见病），应予以收集登记。

6．收集的方式可包括实体标本、影像资料、病案资料等。

7．属于典型病例的病案，在首页示教栏目相应位置注明。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

教学管理督导组工作规定

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-015-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院

实际情况，特制定本规定。

二、内容

为更好地发挥专家的作用，推动医院工作的发展和进步，特成立教学督导组。

（一）教学督导组成员的任职条件

教学督导组成员必须具备以下条件：

1．曾任科室副主任以上或教研室秘书以上职务，身体健康，能胜任督导组工作者。

2．副主任医师以上技术职称。

3．本人愿意为医院聘用。

（二）教学督导组的工作范围

1．承担一定的临床教学任务，如督促检查教学制度落实情况；参加教学查房、理论听课、病例讨论、反馈教学信息；参与附属医院临床教学检查考核。

2．承担住院医师规范化培训的指导、考核、评估工作。

3．承担本院继续医学教育工作的讲学、指导、考核、评估。

4．指导、督促、检查各级医师培养方案的实施。

5．协助教学管理与学科建设科做好附属医院评估工作。

6．协助教学管理与学科建设科做好其他有关的科教工作。

（三）教学督导组的活动方式

1．聘任专家督导组正、副组长主持和召集会议，组织并安排各项活动，配备兼职秘书一名。

2．定期会议：定期召开，会议内容预先通报给各位专家；若有特殊情况需要，可报院长同意后临时召开。

3．分组活动：组成若干临时小组，对某些专题做较深入的调研和讨论，制定相应的对策，供全体会议研究通过。

4．专项评审：由医务部、教学管理与学科建设科、院办、组织人事科协助处理有关事务。

（四）教学督导组成员的职责

在分管院长领导下，教学督导组成员落实下列要求：

1．准时参加专家组的各类会议。

2．认真完成交付的各种具体工作任务。

3．按时完成工作报告和专项审核报告。

4．对医院工作及涉及的有关问题进行客观评价，坦率提出意见。

5．尊重各部门领导，严格遵守医院各项规章制度，定期参加有关会议和教学督导组的各种活动。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

临床理论师资管理规定

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-016-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院

实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）师德培养

1．任课教师必须热爱社会主义、坚持四项基本原则，忠诚党的教育事业，刻苦钻研业务，积极完成本职工作，遵纪守法，团结协作，作风正派，品行端正，教学严谨，教书育人。

2．任课教师必须注重个人思想品格、科学道德和仪表行为对学生的示范引领作用。

（二）任课资格

1．经聘任的教授、副教授、讲师及在职住院医师以上职称人员，均为具备任课资格的老师。开课前，所有任课教师必须按照拟开课程教学大纲的要求，较熟练掌握课本基本内容、重点和难点，基本熟悉全部教材，并掌握一定数量的教学参考书和其他中外文参考资料。

2．所有任课老师上课前，必须由教研室统一安排，选择拟开课程的代表章节，在教研室范围内进行试讲，经同行教师评议合格后，方可上岗授课。

3．凡属下列情况之一者，不应担任主讲任务：

（1）经试讲效果不佳者。

（2）对所讲课程内容未能掌握，缺乏准备者。

（3）学生反映讲课效果差，且无切实改进者。

（4）任课教师未经教研室同意，私自更改或调换拟开课程者。

（5）语言表达不清，不会讲普通话。

（6）本科毕业四年内的住院医师，不得担任主讲任务。

（7）新聘任的教师未经岗前培训者。

（三）教学

1．教学大纲是教师从事教学工作的基本文件，是对学生进行考核的依据，也是检查教师教学质量的标准，执行过程中其基本内容不得轻易更动。

2．除指定教材外，各门课程可选用部分自编教材和讲义，其内容需具备科学性、先进性，对学生具有启发性、适用性和相应的思想性。

3．教学管理与学科建设科应按大纲规定的内容拟定教学周历，教学周历应在开学前发给学生。

4．坚持教研室集体备课制度，教研室每月至少有一次集体教学活动，统一教学基本要求，并做好科务会记录。

5．每节课程，教师应在充分备课的基础上，编写讲稿和教案(备课笔记)。教案内容包括：每节课的教学目的和要求、授课内容提要、重点难点及解决办法、课程各教学设备的配合使用、课外学习指导和作业量、检测教学目标实现程度的具体措施和

要求。

6．任课教师应在业务上和教学方法上对见(实)习辅导教师进行指导；见(实)习辅导教师应熟悉教学大纲及教学内容，必要时跟班听课，以了解讲课内容。在指导见(实)习前，需根据实习大纲进行集体备课和试讲。在见(实)习过程中，要注意收集学生学习中的倾向性问题，及时向主讲教师反映。教研室主任应定期检查见(实)习情况，并做好记录。

（四）考试

1．考试日程由医学院校及教学管理与学科建设科统一安排，实行教考分离。

2．复习考试期间，教师不得帮助学生划范围、圈重点，考前不得泄露考题，考试中不得给学生任何暗示，违者按教学事故查究处理。

3．主考、监考教师必须按考试时间提前 10 分钟进入考场，宣读考场规则和考试纪律，并准时发试卷。考试过程中，监考教师应认真巡视考场，发现作弊行为应立即制止，并取消其考试资格，报上级部门处理。考试结束后，当场清点试卷，由主考教师填写考场情况登记表，交教学管理与学科建设科备查。

4．考试成绩评定要公正、客观，每次考试需制定严格的评分标准，评分过程中严格按标准执行，教学管理与学科建设科和教研室主任负责阅卷评分情况。

（五）教学工作考核

1．考核教师工作要以教师的基本职责、教学态度、教学能力、教学方法和教学效果为核心内容，考核结果有记录。

2．院级分管领导每学期应安排时间听课；教研室、督导员每月听课不得少于 1～2 次；教研室主任每学期听课 1～2 次，每次听课时间不得少于 1 学时，通过听课了解教师讲课质量，便于改进。

3．每位教师授课结束后，由学生对其进行教学质量评估；学期结束前，由教学管理与学科建设科负责对任课教师的考核和综合评估。

（六）教学纪律

1．任课教师需无条件服从原定课表安排，无特殊原因不得随意更换上课时间、地点或更换教师。如有特殊原因需调停课，应向教学管理与学科建设科请假，经批准后方可执行。

2．任课教师必须严格按规定的内容和进度进行教学，在保证教学大纲基本要求的前提下，可讲述自己的学术观点，但不得讲述与课程无关的内容，也不能任意增减课时、变动教学内容。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第 12 号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.

nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

教学查房规范

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-017-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院实际情况，特制定本规范。

二、内容

（一）教学查房目的

临床教学查房是医学实践教学的重要环节，是培养实习医师临床诊疗思维能力和临床实践能力的有效途径。通过临床教师对典型病例的系统讲解、示范操作、分析总结，不仅能促进实习医师对病史采集、体格检查、病情演变与实验结果分析、疾病诊治等临床基本诊疗技能的掌握，而且能锻炼与患者的沟通技巧，更有利于提高临床医师的教学水平和带教能力，达到教学相长，提高临床教学质量和管理水平的目的。

（二）教学查房的基本要求

1．教学查房是临床教学任务之一，各教研室和有实习生的临床科室(病区)应于每年 6 月初制定全年教学查房计划表，明确落实查房教师，上报教学管理与学科建设科，并按照计划认真执行，书写教学查房记录，教学管理与学科建设科将依次检查科室执行情况，检查结果作为教研室和教师年终评优的条件之一，并与科室综合目标考核挂钩。

2．教学查房由教学经验丰富的高年资讲师(主治医师)及以上职称教师主持，住院医师和实习医师全部参加，并指定专人(实习生)认真做好教学查房记录。

3．教学查房原则上每 1－2 周开展一次，时间应相对固定，一般与医疗查房时间错开，尽量减少对日常医疗工作的影响。

4．主持教学查房的教师根据教学管理与学科建设科和科室安排，事先选择典型病例或利于对某一症候群进行鉴别分析的病例（一般不选诊断不明确的疑难杂症），制定详细的教学查房方案。科室主任应会同相关教研室，事先听取主持教师关于教学查房准备情况的简明汇报，并给予必要的指导。对于新担任此项工作的年青教师，所在科室和教研室可组织相关的集体备课，提供针对性指导。

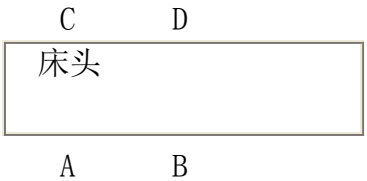
5．教学查房前，教师应事先告知实习医师所查病例，实习医师需积极参与，熟悉患者病情，复习相关理论知识、查阅相关文献资料，并做好各项准备工作（如检查病历、各项检查报告及所需器材等），确保教学查房达到预期效果。

（三）教学查房规范及基本程序

1．进出病房顺序：按教授/主任医师、副教授/副主任医师、讲师/主治医师、助教/住院医师、实习医师的顺序进出病房。

2．查房时各级医生站位：

教学查房主持医生和实习医生站在病床右侧，住院医生及其他医生站在病床左侧(见示意图)。



注：A：教学查房主持医生；B：实习医生；C:住院医生；D：进修医生

3．查房时间：40 分钟。

4．基本程序：

（1）教学查房在病房开始，由指定分管床位实习医师将病历交主持查房医师后，实习医师向主持查房医师汇报病例情况，要求脱离病历、简明扼要汇报病史、查体及其相关实验室结果、诊治等内容。教师应引导实习医师掌握正确汇报病史的要领，汇报完毕后，可由主管病床的住院医师、主治医师作必要补充说明。

要求：语言流利、表达精练、重点突出，时长控制在 8－10 分钟。

（2）教学查房主持医生按医疗规范对患者进行重点查体，指导实习医生作相关体检，观察实习医生有否能发现阳性体征，予以评价和针对性指导。

要求：检查过程注意手法规范，体现爱伤观念，动作轻柔，避免患者受凉，时长控制在 15 分钟。

（3）回到示教室或办公室，进行讲解、分析、归纳、讨论(时长 15 分钟)。

要求：紧密围绕本次教学查房目的，以问题为中心，结合“三基”进行启发式教学，调动实习生主动参与，活跃教学气氛；注意理论联系实际，重点突出，适当介绍学科新进展，并运用双语教学。

（4）教学查房医生小结

总结本次教学查房是否达到预期目标，点评实习医生及其它医生在教学查房中的表现，提出改进意见。指导、检查教学查房记录书写，并签字确认。

（四）教学查房记录内容

1．目的。

2．时间。

3．地点。

4．教学病例：患者姓名、住院号、病种。

5．参加人员：参加实习生每人签字。

6．具体内容：

（1）实习医师汇报病史记录(含病情变化、诊疗效果、重要的临床检查结果等)。

（2）住院医师补充病史，陈述目前诊断意见、诊断依据及治疗过程。

（3）主持教学查房医师查房内容：

①查问补充病史、重点体检情况。

②提问内容：包括诊断依据(特殊病史、阳性体征或重要阴性体征、有诊断意义的检验结果等)；治疗原则、具体方法(如药物用法、用量、手术方式等)，应有相应实习医师、住院医师和进修医师回答问题的记录。

③小结：简明扼要概述病史特点，分析病情，对诊断、鉴别诊断、治疗、预后提出明确意见并指出汇报病情、体检手法中的不足或常见弊病。

7．记录人：实习医师，主持教学查房教师签字。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

教学事故认定及处理办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-018-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院实际情况，特制定本办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 为进一步加强教学管理，稳定教学秩序，营造优良的教学环境，建立健全教学质量保障体系与监控机制，减少乃至杜绝教学事故的发生，不断提高本院的教学质量和管理水平，特制定本办法。

第二条 教学事故是指教师、教学管理人员、教学辅助人员、教学服务人员由于没有认真履行工作职责，影响教学秩序乃至教学质量，或违反教学工作、教学管理工作和服务工作的规定，对正常教学秩序、教学进程和教学质量等造成不良影响，以及损坏教学仪器设备、危及人身安全等造成不良影响的行为或事件。

第三条 教学事故分为三类，即教学类（A 类）、教学管理类（B 类）和教学保障类（C 类）。依据情节、程度和后果将教学事故分为三个等级：一般教学事故（III 级）、严重教学事故（Ⅱ级）和重大教学事故（Ⅰ级）。

第四条 建立申诉制度。对教学事故处理有异议的责任人，可向有关主管部门提出申诉。

第五条 医院各级管理部门和服务部门应加强对本部门人员的思想政治教育，自觉遵守学院各项教育教学规章制度，树立敬业意识，履行岗位职责，以预防为主，杜绝教学事故的发生。

第二章 一般教学事故的认定

第六条 凡发生下列情况之一者，属于教学类（A）一般教学事故（III级）：

1．未经教学管理与学科建设科同意，擅自变动上课时间或随意更换上课地点。

2．未办理有关手续，擅自由他人代课。

3．授课过程中有明显备课不认真现象，学生反映强烈。

4．非不可抗拒原因，上课迟到 5 分钟以上或一年内迟到 5 分钟以下达两次。

5．提前下课或擅离岗位 5 分钟以上或 5 分钟以下一年内达两次。

6．教师在教学和工作场所衣冠不整，造成不良影响。

7．上课时语言不文明，指名或不指名辱骂学生，使学生身心受到伤害。

8．教师在上课时接听或拨打手机。

9．非不可抗拒原因，教师监考迟到 10 分钟以内。

10．按教学大纲要求应有作业的课程，作业量少于计划的 2/3 或未按规定批改作业。

11．不按评分标准阅卷，擅自提高或压低学生卷面成绩，造成恶劣影响。

12．临床见习准备工作不充分，造成见习过程混乱或未达到见习教学大纲要求。

第七条　凡发生下列情况之一者，属于教学管理类（B）一般教学事故（Ⅲ级）：

1．教师已提前履行请假手续而受理者未及时转告，导致学生空等 15 分钟以上。

2．考试后教师没有在规定时间内报送成绩，造成不良影响。

3．教师错报或漏报学生考核成绩。

4．非不可抗拒原因，导致学生实习空等半小时以上。

5．见习指导教师安排严重不足，影响教学质量。

6．教学设备维护不善致使教学延误，造成不良后果。

7．因教学执行计划安排有误，导致课程安排出现重排或漏排，未及时更正，影响教学秩序。

8．因课表安排原因，造成无教师上课或教室使用冲突，未及时解决，影响教学秩序。

9．由于调课或更换教室，有关人员未能事先通知任课教师和学生，造成教学秩序混乱。

10．试卷内容和份量不当，致使在不到规定的 1/3 考试时间，就有 1/2 以上学生交卷，或因命题原因导致学生成绩严重失常。

11．试卷印制粗糙、卷面字迹不清或漏印部分内容，造成考试延误、中断或失效。

12．监考教师责任心不强，错发学生考试试卷，影响学生考试成绩。

13．考试完毕，监考教师收回试卷份数与参加考试人数不符。

14．监考教师不认真履行监考职责，出现雷同试卷或被巡考人员发现考场内 2 起（含 2 起）以上作弊。

15．谎报或多报教学工作量，与实际教学工作严重不符。

第八条　凡发生下列情况之一者，属于教学保障类（C）一般教学事故（Ⅲ级）：

1．未经请示擅自变更已订教材。

2．在上课时间内，非设备突发故障铃声或广播乱响。

3．已到上课时间，上课、实验场所的门仍未打开，使学生等候 5 分钟以上。

4．教室内灯管、讲台、黑板等损坏严重，报修后 2 个工作日无答复或不修复，影响教学效果。

5．事先未通知，擅自切断教学区域的用电，影响正常教学秩序。

第三章　严重教学事故的认定

第九条　凡发生以下情况之一者，属于教学类（A）严重教学事故（Ⅱ级）：

1．非不可抗拒原因，上课迟到、早退或擅离岗位 10 分钟以上。

2．教师酒后上课。

3．舍弃(或拉下)本学期课程进度 1/4 以上内容，或不按教学大纲要求组织教学。

4．因教师错误指导或擅离岗位，造成 500 至 3000 元的财产损失或学生受伤必须

就医。

5．按教学大纲要求应有作业的课程，整个学期未布置作业。

6．拒绝接受组织合理安排分配的教学任务。

7．非不可抗拒原因，监考教师迟到10分钟以上。

8．教师在指导学生毕业设计(论文)过程中，未按要求管理与指导学生，或对工作不负责任，导致学生不能按时完成任务；或毕业设计(论文)质量低劣，有明显的抄袭、剽窃他人成果的行为，遭到对方质疑。

9．无故删减实验或见习内容。

第十条 凡发生以下情况之一者，属于教学管理类（B）严重教学事故(Ⅱ级)：

1．试卷严重出错，影响考试正常进行。

2．考核成绩评定以后，无法提供成绩评定依据。

3．关于放假或全院性活动的教学调度通知内容不当，造成混乱。

第十一条 凡发生以下情况者，属于教学保障类（C）严重教学事故(Ⅱ级)：

非客观原因，教具或实验材料供应不及时或失误，影响教学效果。

第四章 重大教学事故的认定

第十二条 凡发生下列情况之一者，属于教学类（A）重大教学事故(Ⅰ级)：

1．在上课时传播违反四项基本原则或淫秽内容。

2．因教师错误指导或擅离岗位，造成财产损失3000元以上或学生受伤必须住院治疗。

3．未按规定履行有关手续，擅自停课。

第十三条 凡发生下列情况之一者，属于教学管理类（B）重大教学事故(Ⅰ级)：

1．任课教师或其他有关人员在考前(包括答疑辅导)泄露试题，导致必须重考。

2．考试结束后，拒交学生成绩和评分依据。

3．教学管理人员故意更改学生成绩。

4．管理人员丢失在校生考试成绩或学籍档案，无法弥补。

第十四条 除上述教学事故外，其它影响教学的事件也可认定为教学事故。一般影响教学的事件认定为Ⅲ级教学事故；比较严重影响教学的事件认定为Ⅱ级教学事故；严重影响教学的事件认定为Ⅰ级教学事故。

第五章 教学事故的处理与申诉

第十五条 教学事故实行督查和举报制度。教学事故查出或举报后，事故责任人或发现人、知情人及相关部门应及时向教学管理与学科建设科报告，教学管理与学科建设科做好记录，由事故责任人所在部门查实，根据有关程序进行认定。对本部门事故故意隐瞒者，或教学检查人员对所发现的事故拖延不报者，若经查出是Ⅰ级教学事故，将对隐瞒或拖延不报责任人作Ⅱ级教学事故处理；若经查出是Ⅱ级教学事故，将

对责任人作III级教学事故处理。对III级教学事故本部门故意不处理，将追究领导责任。

第十六条 III级事故由责任人所在部门认定，报教学管理与学科建设科备案，II级、Ⅰ级事故由教学管理与学科建设科与有关部门共同商定报主管教学院长审定。

对造成教学事故的责任人，根据情节轻重，给予通报批评、相应的行政处分和经济处罚：

1．III级事故在部门范围内通报批评；一年内发生三次者，作为II级教学事故处理。

2．对发生II级事故一次者，扣发总数为200元的基础津贴，给予全院通报批评；一年内发生两次者，作为Ⅰ级教学事故处理。

3．对发生Ⅰ级事故一次者，扣发1-3个月的基础津贴，给予全院通报批评；一年内发生两次或两次以上者，扣发8-12个月的基础津贴，全院通报批评；情节严重者，给予行政警告及以上处分并全院通报，直至降职降薪使用或待岗。

4．III级及以上教学事故责任人取消当年评优资格。

5．II级及以上教学事故责任人，取消其当年各种荣誉称号及职称职务晋升资格。

6．因教学事故造成的直接经济损失，由责任人负责赔偿。

第十七条 教学事故的有关材料、处理意见、处理结果根据有关规定分别由组织人事科、教学管理与学科建设科备案存档，分别记入教师（工作人员）的业务档案或人事档案。

第十八条 若事故责任人对事故的认定与处理有不同意见，可在接到教学事故通知书之日起10日内提出申诉：一般教学事故向教学管理与学科建设科提出申诉，严重教学事故向院科研教学管理与学术委员会申诉，重大教学事故向院长办公会申诉。一般教学事故的申诉由院科研教学管理与学术委员会进行复议并原则上在受诉之后的15个工作日内给予答复。严重和重大教学事故的申诉由院教学管理与学术委员会复议，上报院长办公会决定，医院原则上在受诉之后的15个工作日内给予答复。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

考试管理工作实施细则

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-019-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院实际情况，特制定本细则。

二、内容

第一条　命题与考试组织

（一）命题

1. 命题要以教学大纲为依据，采用考试中心题库和自建的题库相结合的方式命题。没有题库的学科要努力创造条件，尽快建立与完善本学科的试题库，使考试命题科学化、规范化、标准化；随着学科的发展，题库要不断更新、充实和完善。

2. 命题过程严格遵守保密规定，无论是题库命题教研室自行命题，均实行任课教师回避制度或交叉命题制度。命题教师不得参加学生答疑，教研室不得对学生进行集体辅导，更不准为学生划重点、指范围，任何人不得暗示及透露试题内容，如有泄密情况，将对当事人进行严肃处理。

3．理论试题结构

试题内容覆盖率：试题要尽可能覆盖教学大纲的所有内容，一般要达到教学大纲内容的70%以上。

教学大纲要求程度比例：掌握(能够说明)占60%-70%，熟悉(能够概述)占20%-30%，了解占5%-10%，超纲内容占1%-5%。

考试题型：考题应包括客观题(标准化题型)和主观题(如名词解释、填充题、简答题、论述题、病例分析题等)，其中，客观题的分值不低于40%；开卷考试的试题应着重考察学生对知识的灵活掌握能力，尽量减少机械抄写的内容，可适当增加客观题的数量。

试卷格式和试题量：试卷格式必须采用学校规定的统一格式印制，一次考试题量控制在2小时以内完成。

4．由题库命题的学科，每门课程要同时命出难度、信度、区分度相同的两套试题，同时附有标准答案和评分标准。实行“试卷库”的学科，在“试卷库”形成并完善前，每门课程每次考试要同时命出难度、信度、区分度相同的两套试题，同时附有标准答案和评分标准，由教学管理与学科建设科随机抽卷作为考试试卷。

5．试卷中选择题应减少与上年度的重复使用，问答题、论述题、病例分析题在三年内尽量避免重复使用。

第二条　考试组织

教学管理与学科建设科是医院主管教学的职能部门，全面负责医院的考务工作。考试时间及考场设置由教学管理与学科建设科统一安排。

考试实行主考教师负责制，主考教师对试卷的领取、发放、收集及填写考场登记表等环节负有直接责任。监考是维持正常考场秩序的重要手段，监考人员的责任心及工作态度，事关学生考试成绩的真实性、公正性及教师的形象与医院的声誉，对医院的学风及教风建设具有重要影响。

试卷的印制及管理：

1．试卷印制由专人负责，实行严格的试卷交接登记制度，整个过程的不同环节均实行责任人签名负责制，按时完成印刷及装订任务，并确保试卷质量和安全。

2．对试卷要认真负责，试卷清样要做到排版规范、字迹清楚、内容完整。

3．参与试题保管工作和印制试题工作的有关人员均不得向任何人泄露或暗示考题内容，违反规定者按有关规定处理。

第三条　考试过程的监控(包括巡视)

1．要认真做好监考人员培训工作，规范考场管理，严肃考场纪律，严格执行考前清场制度，提高监考人员的考试管理意识；医院要对监考人员履职情况进行巡查，切实抓好考风考纪工作。

2．监考要求：监考人员必须对监考工作高度重视，以较强的责任感，严格执行监考规定，保持严明的考场纪律。监考人员发现考生有舞弊迹象时，必须及时提出口头警告；情节严重者，监考人员有权收缴考卷，将其带离考场，并将监考记录及时报教学管理与学科建设科。

3．考场要求

教学管理与学科建设科教师负责安排考生座位表，于考前 15 分钟将座位表公布，并协助监考人员核对考生人数和座位，巡视考场，检查督促学生遵守考场纪律。

4．监考守则

（1）教学管理与学科建设科必须按照考试日程认真安排教师监考。监考人员应忠于职守，不得擅自离开考场，不得在考场内吸烟，不得阅读书报或谈笑，不得接待客人，不准抄题、做题，不得将试卷传出考场，严格执行考场纪律，保证考试工作顺利进行。

（2）监考人员应于考试前 15 分钟进入考场，清查考场，检查、督促学生将书包、书籍、笔记本、手机及其他电子存储设备等放在指定地点，不得带入考场；对不执行考场规定的学生，有权令其退出考场并取消考试资格。

（3）监考人员对试题内容不得作任何解释，如遇试题印刷不清楚或试题装订错误时，可予更换，但不得启发学生，不得与学生攀谈。

（4）加强考场巡视，指导并检查考生正确书写答卷上的有关事项。发现考生有违反考场纪律现象时，先提出口头警告，并予以制止。发现任何形式的作弊行为，监考人员有权立即停止其考试，并记录作弊情况及时向教学管理与学科建设科报告。

（5）考试必须在规定时间内完成，不得擅自延长。监考人员在考前统一宣布考试时间，考试结束前 10 分钟，应提醒考生掌握答卷时间；终止时间一到即令学生停止答卷，坐在原位，待收完考卷点清后，方可宣布考生离场。

（6）监考人员应阻止与考试无关人员进入考场，对不听劝阻者，应及时与教学管理与学科建设科联系进行处理。考试中遇有学生生病等特殊情况，不能坚持考试者，监考人员应立即向教学管理与学科建设科报告，征得教学管理与学科建设科同意后，对考生可作缓考处理。

（7）经查实，监考人员违反监考守则，因袒护、包庇考生等原因失职造成不良后果，医院将根据情节轻重，按有关办法处理。

5．考场纪律

（1）学生必须按照教学管理与学科建设科安排的考试日程参加考试，并提前 15 分钟进入考场，按指定座位就座。不按指定座位就坐作违纪处理；无故迟到 15 分钟者不得参加考试，作旷考处理。

（2）学生进入考场应携带学生证或身份证，将书包、书籍、笔记本及与考试有关的物品放在指定地点，入座后，应检查桌面抽屉，发现有与考试有关的内容或材料应向监考人员提出。桌椅上及抽屉内必须无纸、书、书包及一切形式的文字材料，桌面上只能留有学生证、身份证，必要的文具、透明笔袋和按规定携带的工具，违者视情节轻重作违纪或作弊处理。

（3）学生不得将手机及其他电子存储设备带入考场，违者视情节作违纪或作弊处理。

（4）考生答卷，字迹要端正清楚，试卷上必须写明班级、姓名。使用红色墨水笔答卷或未写明班级姓名者均作废卷处理，成绩以零分计；如答卷字迹潦草，致使阅卷教师无法辨认，后果由考生自行负责。

（5）考生应在考试规定的时间内独立完成答卷，不准交头接耳，不准相互观看，不准夹带、传递纸条，不准抄袭或暗号对题，不准将试卷带出考场，违者按违纪或作弊处理。

（6）交卷前，考生不得中途离开考场；交卷后应立即离开考场，不得翻看别人试卷，不得在考场内外逗留谈话。监考人员宣布考试终止时，未交卷的考生须停止答卷，坐在原位，待监考人员收齐点清试卷后，方可离开考场。违者根据情节按违纪或作弊处理。

（7）违反考场纪律与作弊者，按医院相关办法处理。

第四条　阅卷评分及成绩记载

1．阅卷评分：教学管理与学科建设科严格把好评分、核分、登分质量关，参加阅卷、评卷的教师要按照标准答案及评分标准集中进行评卷，并在自己所评定的试卷上签名以示负责；评分、核分、登分及改分等工作环节必须做到公正、准确、客观、真实；阅卷评分工作要在本学科考试结束后一周内完成。

2．成绩记载：对于综合性评价的课程，根据过程性评价和结果性评价所占的比重进行百分制计分。

第五条　考试成绩上报与分析

1．对考试成绩要进行统计分析，考试成绩的分布应基本成正态分布；由于某种原因，导致成绩分布不合理而必须做适当处理时，须经分管教学院长同意，并书面报告教学管理与学科建设科批准后，方可进行成绩标准化处理，但不得随意加分和减分。

2．教学管理与学科建设科对各次考试进行成绩与试卷分析，主要包括学生成绩分布图、均分、标准差、最高分、最低分、试题的难易度、区分度和可信度的分析等，对考试质量进行评估；同时根据成绩与试卷分析反映出来的教学、命题等方面的问题提出改进办法并付诸实施。

第六条　试卷保管

考毕的试卷(包括空白试卷)，交由学生所在学校封存管理。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

教室使用管理办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-020-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院实际情况，特制定本办法。

二、内容

1．教室是进行教学活动的重要场所。为有效利用教室资源，确保正常的教学秩序，特制定本办法。

2．教室(指医院公用教室，下同)由教学管理与学科建设科统一调配使用，其他科室和个人无权调度。未经教学管理与学科建设科批准，任何科室和个人不得擅自使用教室。凡因擅自使用教室而影响教学的，将按教学事故认定及处理办法的有关规定追究有关人员的责任，并视情况给予一定的经济处罚。

3.后勤保障部负责教室的日常维护、清洁卫生，以及课桌椅、黑板等室内设备(不含多媒体设备)的维修与管理。

4．信息数据中心负责教室多媒体设备(含软件系统)的日常管理与维护。

5．教室管理人员每天应对教室进行清扫，按规定的时间开放教室。上课前应检查粉笔、板擦是否齐全，桌椅、门窗、照明、电源插座、黑板、讲台、电扇等室内设备是否完好，并及时报修或补充。

6．使用教室时要爱护室内设备，不准乱拆乱卸、乱涂乱画。一般情况下不得擅自挪动教室内的活动桌椅，如确需挪动，使用完毕后应将桌椅还原，以保证后续教学活动的正常进行。对损坏教室设施者，除按有关规章赔偿外，还应视情节轻重给予必要的纪律处分。

7．凡进入教室的人员，都应服从教室管理人员的管理。不得在教室内吸烟，不得携带食品、饮料进入教室，不得在走廊和教室内随地吐痰，不得乱丢果皮、纸屑等杂物。

8．全院师生员工应自觉维护教室的文明环境。严禁在教室及其周围打闹或大声喧哗，不得穿背心或低胸吊带上衣、超短裤(裙)、拖鞋进入教室，严禁赤脚、赤膊进入教室。不得用任何物品抢占座位。

9．上课期间，任何影响正常上课的教室内外的一切施工和活动都必须停止。

10．教室使用应优先保证课内教学。在保证计划教学和学生自习的前提下，其它科室可以借用教室。

11．教室管理人员有权对借用教室进行检查。

12．已借用教室，如遇医院统一安排活动，以医院活动为主，必要时暂停借用。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.

nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

医院学生宿舍制度

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-021-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床教学全流程管理，健全教学体系、压实带教责任、严控教学质量，培育优质医学人才，促进医教协同发展，夯实学科根基与医院核心竞争力，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．遵守医院宿舍管理规定，住宿前应先办理住宿手续，预缴押金，按指定宿舍

和床位住宿，宿舍之间未经同意不得擅自调换床位，室内一切用物应固定置放，妥善保管，不得遗失。

2．宿舍内保持整洁，室内物品堆放整齐有序，床铺整齐划一，建立值日制度，每天安排人员打扫卫生，宿舍门前实行三包。

3．加强安全防范和自我保护意识，注意防火防盗，不要在宿舍内放置大额现金及贵重物品。离开宿舍时要锁好抽屉，关上门窗，妥善保管好房间钥匙，不得将房间钥匙擅自借出，由此引起失窃等安全事故，将追究当事人的相关责任。

4．在宿舍楼内禁止存放各种有毒、易燃易爆物品。

5．禁止在宿舍内酗酒、赌博，禁止大声喧哗以及从事其他各种有碍他人学习、休息的活动。

6．自觉节约用水，节约用电，严格执行医院水电管理有关规定。宿舍内禁止使用电炉、电热杯等大功率用电器具，不准私接电线。违反规定对他人和公共财产安全造成损失的，必须照价赔偿。

7．宿舍熄灯后严禁使用蜡烛等明火照明。

8．爱护公共财产，不得毁坏和私自拆装宿舍设施，损坏公物要按规定照价赔偿。

9．不得擅自留宿外来人员，确有特殊情况的，应报告教学管理与学科建设科。

10.各宿舍由教学管理与学科建设科指定一名室长，负责本宿舍的日常管理工作。

11．服从宿管人员的统一管理。如对宿管人员的管理工作有异议，可向教学管理与学科建设科提出，教学管理与学科建设科将按照医院具体规定及制度进行答复并落实整改。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于 2023 年 9 月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）进行修订。

五、修订记录

2012 年 08 月第 1 次修订

2016 年 09 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

临床技能培训中心管理制度

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-022-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床技能培训中心场地、设备、教学实训、安全运维与人员管理，保障各类临床技能培训考核有序开展，提升医务人员实操能力与教学质量，助力人才培养和医院高质量发展，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．临床技能培训中心（以下简称“中心”）是医院开展医学教学与临床技能培训的专用场所，服务于全院临床医护生、实习生、规培生及在职医护人员。中心实行统一规划、统筹使用，任何部门或个人不得擅自占用、改用，不得开展与教学、培训无关的活动。

2.中心设专人负责管理，制定并组织实施年度培训计划。管理人员应定期清点、维护设备物资，保持环境整洁、设备齐全、性能良好，保障教学培训工作规范有序开展。

3．参训人员应服从中心管理，各项技能操作须在带教老师指导下进行，未经许可不得擅自使用设备。培训结束后，物品应及时归位，保持场地整洁。参训期间须着装整齐，保持安静，禁止喧哗、饮食、吸烟等行为。

4．本中心设备、物品、器械不外借，如因特殊需要外借，必须由主借人书写书面申请，经教学管理与学科建设科审批同意后方可借出。借用人需按时归还，并保证

设备、物品完好无损；若有损坏需维修者，需赔偿维修费用；不能维修者，按原价赔偿所损设备或物品。

5．各教研室或科室的培训内容，原则上提前一周安排计划，由中心统筹安排，一般不予更改；如有特殊变动，需提前 3-4 天与中心联系，便于安排。

6．带教教师、学生、医师等人员要爱护中心设备，按临床操作规范使用；因违规操作导致设备及物品损坏者，将按价赔偿。

7．中心设备昂贵，中心资源优先保障正常教学和院内培训使用。院外单位或个人的培训、参观需求，须经医院领导审批后方可安排。

8.中心管理人员有权对不遵守规章制度、不听劝阻者暂停其培训活动。因违章操作造成事故的，将依法依规追究相应责任。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第 12 号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20 号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等 7 部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56 号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49 号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于 2023 年 9 月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）进行修订。

五、修订记录

2012 年 08 月第 1 次修订

2016 年 09 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

临床技能培训中心学员守则

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-023-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院临床技能培训中心场地、设备、教学实训、安全运维与人员管理，保障各类临床技能培训考核有序开展，提升医务人员实操能力与教学质量，助力人才培养和医院高质量发展，结合医院实际情况，特制定本守则。

二、内容

1．认真预习当天培训内容，进入培训中心要听从指导老师和管理员的安排。

2．进入培训中心必须穿工作服，衣帽整洁、仪表大方，衣帽不符合要求者，不准进入培训中心。每次培训必须按时签到。

3．不得带零食入培训中心，不随地吐痰，不乱扔垃圾及培训废弃物，不乱涂乱画，保持培训中心环境整洁。

4．自觉遵守纪律，练习时勤问、勤动手。不做与培训无关的事。

5．培训仪器的使用必须在老师的指导下进行，严格按操作规程和使用要求操作，防止仪器损伤。

6．爱护培训器械，节约培训耗材，凡领用的器械要妥善保管，培训结束后清点核对无误，及时归还。如有损坏或遗失，须及时汇报指导老师，按照医院相关规定酌情赔偿。

7．培训结束后，要及时清洗、整理用品，放回原处，并及时填写模型使用记录单。

8．培训结束后，学员须经老师或管理员同意后方可离开。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第 12 号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：

国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2026年01月第4次修订

在读研究生管理办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-024-02	制定时间：2020-09-13
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院研究生指导教师所指导研究生的管理，提高研究生培养质量，激励研究生及导师开展创新性学术研究，提高本院研究生带教水平，特制定本办法。

二、内容

1．由教学管理与学科建设科全面负责本院硕导所带研究生的教学和管理工作。

2．硕士研究生、博士研究生，均由教学管理与学科建设科和导师共同管理。其中专业型硕士研究生如需参加住院医师规范化培训，由教学管理与学科建设科统一纳

入当年计划，按照住培基地要求统一管理。

3．坚持德、智、体全面发展的教育方针，研究生应明确学习目标，确立终身学习观念，专心致志学好医学专业知识与技能，重视每个学科的学习，努力达到专业培养目标，完成毕业要求。

4．在读研究生来院后，按照医院规定，提供住宿并发放一定标准的生活补贴。

5．研究生在读期间所进行的与学位论文相关的实验、统计等各类学术活动，须认真完成记录，并在答辩前提交给教学管理与学科建设科备案。

6．研究生答辩由教学管理与学科建设科会同指导导师共同组织实施，答辩时，医院按照相关标准提供专家评审费用。

7．研究生毕业时，须与教学管理与学科建设科完成各项相关交接工作后，方可离院。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[4]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[5]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

科研与教育建设专项资金管理及使用办法

文件编号：YXPH-KJ-JXGLXKJSK-2026-025-05	制定时间：2017-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：教学管理与学科建设科、科研与转化管理科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步提高医院医疗技术和科研教学水平，建设高质量发展的三级甲等研究型医院，推进重点专科的高水平建设，促进标志性成果的产生，提高我院学术研究质量和人才培养整体水平，鼓励与保障更多的医务人员承担国家、省和市级的重大科研项目，激励我院医务人员从事科教研工作的积极性，同时合理规范使用科教研基金，现根据国家有关政策和我院实际情况，特制定此办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 为进一步提高医院医疗技术和科研教学水平，建设高质量发展的三级甲等研究型医院，推进重点专科的高水平建设，促进标志性成果的产生，提高我院学术研究质量和人才培养整体水平，鼓励与保障更多的医务人员承担国家、省和市级的重大科研项目，激励我院医务人员从事科教研工作的积极性，根据国家有关政策和我院实际情况，特设立宜兴市人民医院科研与教育建设专项资金（以下简称“建设资金”）。

第二条 建设资金的使用坚持以马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想等重要思想为指导，本着“务实、高效、开拓、创新”的原则，充分利用现有的科研条件，科学分配，严格管理。

第三条 科研与转化管理科、教学管理与学科建设科、财务科为建设资金的归口管理部门。

第四条 建设资金支出每年做好预算，按照管理及使用办法实施。

第二章 科研与教育建设资金预算安排与使用范围

第五条 建设资金包括：重点专（学）科建设资金相关的部分资金、科研项目配套资金、科研成果奖励资金、科研公共服务平台建设资金、中青年骨干培养资助经费、外派留学经费、教学经费、继续教育项目支出、会议费等。

其中重点专（学）科建设资金中的科研专项资金、科研项目配套资金、科研公共服务平台建设资金由江苏大学医学创新与转化研究院统一管理。

第三章 重点专（学）科建设资金

第六条 建设资金使用原则

重点专（学）科建设资金应坚持计划明确、重点突出、预算清晰的原则进行合理

使用，发挥资金的最大效能，任何部门和个人均不得截留、挪用。

各科室必须对重点专（学）科建设资金的使用严格管理，专款专用，充分发挥其最大效用。各重点专（学）科需根据资金使用管理要求制定自己科室的使用细则及规定，规范建设资金的使用，由科务会集体讨论通过后提交教学管理与学科建设科审核，院部审批通过后执行。

重点专（学）科建设资金发放形式须按项目制进行报销，使用前由各专科列出清单及使用说明，经科务会成员讨论通过并集体签字后，在 HRP 系统中完成申请结报。

各专（学）科要建立专科资金使用账册，相关职能部门将对资金使用情况及相关附件证明材料（包括但不限于上级项目奖励批文、上级的下发文件、证书、照片、签到表、用于专科建设的相关购物清单等）核查。审计科会对资金使用情况进行年度审查，以规范资金使用。

各科室要根据重点专科建设周期编制项目资金预算，建立专科建设进度评价机制和资金使用定期公示制度。对未按计划进度和要求实施建设的科室，将视情况采取限期整改、通报批评、追回拨款等措施。

对于复评未通过的科室，由财务科及时清理专项资金账目，结余经费由医院收回。

对违反规定的科室和个人，一经查处，追缴相关费用，并取消当年重点专科专项资金使用资格。对于违反有关财经法纪的，按相关规定严肃处理。

第七条 建设资金发放标准

建设资金发放对象包括省市级重点专科、重点学科等，具体数额如下：

1．江苏省临床重点专科每年为 40 万元，建设单位每年为 30 万元。无锡市临床医学中心（市公共卫生中心）、无锡市医学重点学科（实验室）在江苏省临床重点专科的发放标准上增加 20 万元；无锡市医学发展学科、无锡市医学创新团队在江苏省临床重点专科的发放标准上增加 10 万元。

2．江苏省中医、妇幼、老年等重点专科每年为 20 万元，建设单位每年为 15 万元。

3．无锡市临床（中医）重点专科每年为 15 万元，建设单位每年为 10 万元。

4．仅有门诊的无锡市临床重点专科每年为 8 万元，建设单位每年为 6 万元。

5．无锡市护理重点专科每年为 6 万元，建设单位每年为 5 万元。

第八条 建设资金使用范围

建设资金使用范围包括学科带头人及学科骨干奖励，科研实验费用，科研奖励，继续教育项目，劳务费，培训、进修、会议、差旅费等。每年按照一定比例，由院长办公会批准后，划拨到江苏大学医学创新与转化研究院平台统一管理，用于科研过程中产生的相关费用支出。

具体使用范围主要包括以下几个方面：

1．学科带头人及学科骨干奖励。省市级重点专（学）科创建成功或通过复评后，

每年在科技节后发放30%的重点专（学）科奖励资金，用于奖励学科带头人及学科骨干，其余70%通过线上报销系统在建设资金使用范围内实报实销。

2．科研及实验费用。用于开展科研项目预实验阶段的支出以及院内课题的经费支撑等，包括试剂、耗材等费用，按照各类各级课题进行匹配使用。其中试剂、耗材等费用支出需由江苏大学医学创新与转化研究院管理办公室审批后使用。

3．科研奖励。用于论文、项目、授权专利、成果奖励等对重点专（学）科创建有贡献的奖励按照相关规则进行支出，支出不超过资金总额的30%，科室有重大成果，如高质量论文论文（I区或II区且IF>10）、省部级以上科研项目及成果奖励，超过资金比例的，可由科务会讨论申请，报院部批准。

4．继续教育项目。支持科内举办继续教育项目，国家级继续教育项目补助6万元，省级继续教育项目补助4万元，无锡市级继续教育项目补助1.5万元，无锡市适宜技术推广项目补助1万元。

5．劳务费。用于院外专家、院内人员的劳务支出。

院外专家劳务费：用于聘请院外专家指导、讲座、带教等费用，不超过资金总额的25%。其中列入医院计划的长三角外请专家，每次可由科室建设资金支出1200元食宿、交通补贴。

院内人员劳务费：邀请院内其他科室人员指导医教研工作，科室人员开展新技术新项目、进行科普宣传、专科宣传等，可发放劳务费，不超过资金总额的4%。

6．培训、进修、会议、差旅费。用于医院规定报销额度外，补充报销科内成员参与重点专（学）科建设相关的外出培训、进修、会议、差旅等支出，支出不超过资金总额的5%。

7．其他支出。申报项目或奖励的伦理审查费、查新费等从建设资金中支出。其他费用支出需由科室科务会讨论后报科研与转化管理科或教学管理与学科建设科及审计科审批后使用。

第九条 建设资金补充人员资金

每月对重点专科人员发放250元（省级重点专科）、200元（省级重点专科建设单位）、150元（市级重点专科）、100元（市级重点专科建设单位）。

剩余部分资金由医院统一管理，科室根据学科建设需要专项使用。使用前由各专科列出清单及使用说明，经科务会成员讨论通过，填写《重点专（学）科建设资金使用申请表》。主要用于科研成果奖励、教育教学支撑、新技术开展等对学科建设有贡献的方面。每年资金发放的标准为：

省级临床重点专科：18万元/年；

省级临床重点专科建设单位：15万元/年；

市级临床重点专科：9万元/年；

市级临床重点专科建设单位：6 万元/年；

市级中医重点专科：2.5 万元/年；

市级护理重点专科建设单位：1.5 万元/年。

第四章 科研项目配套资金

第十条 国家级科研项目（国家自然科学基金、科技部重大专项、国家发改委项目、国家 863 计划、973 计划、国家科技支撑计划、国家星火计划、国家火炬计划及其项目子课题等），按到账经费，给予 1：2 配套资助。并按到账经费的 40%给予课题组一次性奖励（总金额不超过 40 万）。

第十一条 省部级科研项目（省科技厅、国家卫健委、国家中医药管理局、国家教育部等），按到账经费，给予 1：1.5 配套资助。并按到账经费的 30%给予课题组一次性奖励（总金额不超过 30 万）。

第十二条 省厅级科研项目（省卫健委、省中医药管理局计划项目、省教育厅、省医学会及同级别学（协）会），按到账经费，给予 1：1.2 配套资助。并按到账经费的 20%给予课题组一次性奖励（总金额不超过 10 万元）。

第十三条 市局级科研项目（无锡市卫健委、无锡市局科技局指令性项目等），按无锡市区同类项目拨款额度，给予 1:0.5 配套资助，最高资助额度不超过 10 万元。

第十四条 宜兴市科技局项目，不予匹配资助。

第十五条为鼓励医院工作人员积极参与学术研究，培育高质量科研成果并促进医院科研成果的转化和应用，我院将加大科研投入，开展院内课题申报工作并切实落实相关支持政策，自 2024 年起，各级各类相关研究类课题的申报均在院内课题范围内进行遴选上报，相关要求以《宜兴市人民医院院内课题申报指南》为准。

第十六条 项目配套经费可使用至课题合同期结束后 1 年为止，逾期收回。各级各类课题及相同（近）题目、内容的课题，医院按照最高配套标准配套一次，不得重复配套。

使用医院配套经费课题除满足结题合同所需完成的指标外，还需额外发表与课题相关的论文，具体要求如下：省部级以上课题及江苏省卫健委重大项目，需以我院为第一单位，我院人员为第一作者或主要通讯作者发表 SCI 论文 2 篇。市厅级项目及无锡市卫健委重大项目需以我院为第一单位，我院人员为第一作者或主要通讯作者发表 SCI 论文 1 篇；无锡市面上和青年项目、中医重大项目需以我院为第一单位，我院人员为第一作者或主要通讯作者发表北大核心期刊论文 2 篇， 或中华系列核心期刊论文 1 篇，或 SCI 论文 1 篇。无锡市卫健委妇幼和中医项目，需以我院为第一单位，我院人员为第一作者或主要通讯作者发表北大核心期刊论文 1 篇。若无法达到要求，则项目负责人同类课题不再享受配套资金。

关于配套经费的列支口径说明：

1. 省级以上立项课题

包括：国家自然科学基金（集中接收项目、地区基金等）、江苏省科技厅科研立项（省前沿计划、自然科学基金等）、江苏省卫健委重大项目等，配套经费资助额度及使用规则按上述要求执行，并从科研配套资金预算中列支。

2. 其他立项课题

包括：江苏省卫健委重大项目以外的科研立项（如面上、面青、指导类，老年医学专项、中医药专项、妇幼专项等），无锡市科技局项目，无锡市卫健委科研立项及妇幼、中医药专项，院内课题等，配套经费资助额度及使用规则按上述要求执行，其中重点专科从学科建设基金中列支，非重点专科由科研配套资金预算中列支。

3. 申报省级以上项目的培育课题

拟以我院为第一单位申报省级以上项目的培育课题，需经江苏大学科研与转化研究院各中心院校双方主任及外请评审专家审议，完成开题答辩方可使用配套经费，其中国自然培育项目配套经费：面上 15 万元，青 C 类 10 万元，省自然培育项目配套经费：青 A 类 15 万元，青 B 类 10 万元，面上及青 C 类 5 万元。该项经费从江苏省检验医学重点实验室建设经费中列支。

第十七条 资助以课题批复、合同并资金到账等凭证为依据。项目负责人应严格按照相关规定支出相关经费，严禁虚列、伪造名单，冒领人员费。一经发现，除责令改正外，违规资金予以追回，并视情节予以处分；涉嫌违法的，将移送司法机关处理。

第五章 科研成果奖励资金

第一节 科学技术进步奖奖励

第十八条 宜兴市人民医院为第一完成单位，获得的国家级、省部级、市厅级科学技术进步奖或医学科技奖等，按以下标准给予奖励：

1. 国家最高科学奖奖励 100 万元；国家自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖一等奖奖励 80 万，二等奖奖励 50 万元，三等奖奖励 30 万元。

2. 省部级奖励：一等奖 50 万元，二等奖 30 万元，三等奖 20 万元。

3. 市厅级奖励：一等奖 15 万元、二等奖 8 万元，三等奖 5 万元。

省部级奖励指由国务院各部委、各省、自治区和直辖市人民政府设立的并以其名义颁发的科学技术奖。国家级、省部级以上的重大奖励，作为参与单位署名，奖励一事一议。

市厅级奖指由无锡市政府、江苏省各厅局设立的并以其名义颁发的科学技术奖。

国家一级学会设立的科学技术奖，如中华医学科技奖等，按省部级奖给予奖励。省级学会科学技术奖和地域性科学技术奖，如江苏省医学科技奖、江苏省预防医学科技奖等，按市厅级奖给予奖励。

第十九条 奖励以单位获奖证书与个人获奖证书为凭证。

第二十条 重点人才奖励：新获评省医学重点人才，奖励 1 万元；新获评省青年医学人才，奖励 0.5 万元；新获评省“333”工程第二层次培养对象，奖励 3 万元；新获评省“333”工程第三层次培养对象，奖励 1 万元；新获评省有突出贡献的中青年专家，奖励 2 万元；新获评无锡市有突出贡献的中青年专家，奖励 1 万元；新获评宜兴市有突出贡献的中青年专家，奖励 0.5 万元。

第二节 新技术引进奖奖励

第二十一条 为鼓励开展临床高新技术及其它新型临床医疗技术，不断增强我院医疗技术整体实力，医院鼓励科室引进并开展新技术新项目，对与限制类医疗技术等高、精、尖、填补空白临床诊疗技术开展有关的人员团队，可以给予一定的支持。

宜兴市人民医院为第一完成单位，获得的各级卫健委新技术项目引进奖，按以下标准给予奖励：

1. 获得江苏省卫健委医学新技术引进特等奖每项 10 万元，一等奖每项 8 万元，二等奖每项 4 万元。

2.获得无锡市卫健委医学新技术引进特等奖每项 5 万元，一等奖每项 4 万元，二等奖每项 2 万元。

3. 获院新技术项目引进（应用） 奖，特等奖奖励 8000 元，一等奖奖励 5000 元，二等奖奖励 2000 元，三等奖奖励 1000 元，优秀奖 500 元。

第二十二条 奖励以获奖证书或上级文件为凭证。

第三节 专利奖励

第二十三条 宜兴市人民医院为专利权人（个人为专利权人的专利，不予登记奖励，以专利证书或转让、合作协议书为准）的专利，申请费不予报销。授权发明专利，每项奖励 2 万元。如有相关专利获得转化，在《宜兴市人民医院鼓励协同创新、科技成果转化管理办法》的基础上将根据情况进行额外奖励，实行一事一议。

第四节 论文、著作报销奖励办法

第二十四条 论文、著作等科技成果的获得，需严格遵守科研诚信管理相关规定，如发现诚信问题，如论文撤稿，剽窃等，将追回相关报销和奖励；如因诚信问题对我院名誉造成影响，将追究个人相关责任，并从严处理。

同一篇论文，以其符合的最高标准奖励一次，由论文作者团队自行分配奖励。发表文章，除医院奖励外，科室可根据各自情况制定细则配套奖励。每篇最高不得超过医院奖励标准的 20%（最多 3000 元）。

对医院有重大科技彰显度和影响力但未在该奖励方案规定或与该奖励方案冲突的论文，奖励由党委会讨论决定。

中科院预警期刊发表论文不予报销版面费及奖励（以中科院当年《国际期刊预警名单》为准）。具体规定如下：

（一）论文发表署名

凡在学术刊物以第一作者或主要通讯作者署名公开发表的学术论文，根据学术刊物的级别予以版面费报销及奖励。论文第一单位单位需为以下任一种：宜兴市人民医院/江苏大学附属宜兴医院/扬州大学医学院宜兴临床学院/南京医科大学无锡医学中心宜兴分中心，Yixing People’s Hospital/ The Affiliated YixingHospital of Jiangsu University/ The Affiliated Yixing Clinical School of Medical School of Yangzhou University/Yixing Branch of Wuxi Medical Center of Nanjing Medical University。其他与我院有实质合作（如合作建立研究生工作站等）所产生的论文，署名单位写法由合作科室（部门）报院部批准后使用并予以认可。

注：第一作者或主要通讯作者身份可为我院员工、在站博士后，如第一作者为我院在读研究生，其导师需为主要通讯作者。

（二）版面费报销

1．从杂志社或者数据库中下载文章或相关成果 PDF 版本，如果无法找到 PDF 版本，请拍照杂志封面、目录、论文页，合成 PDF 后，在医院内网科教管理系统登记，科研与转化管理科审核通过后，将杂志原件及发票拿到科研与转化管理科签字并按标准进行报销。

2．被 SCI 收录期刊刊登论文版面费报销： IF≤1.5 的报销上限为 0.5 万元，1.5＜IF＜3.0 的报销上限为 1 万元；IF≥3.0 的报销上限 2 万元。我院须为论文第一单位。其中 Review、Case 及 Meta 分析类文章版面费报销在原有基础上乘以 50%。

3．中华医学会杂志中的“中华系列”核心期刊论文（含中英文摘要、论文及参考文献）：版面费全额报销；“中华系列”的核心期刊短篇论著、综述、个案报道等版面费报销 80%。

4．其他类型论文不予报销版面费。我院非第一署名单位，版面费不予报销。

5．有课题到账经费的，可自行根据课题经费管理规定支出。

（三）SCI 奖励规定

1．根据期刊当年 JCR 分区及影响因子（以 JCR 网站查询结果为准）分值高低，按以下标准奖励：①Q1 区论文，奖励金额=IF×1 万元；②Q2 区论文，奖励金额=IF×0.5 万元；③Q3 区论文，奖励金额=IF×0.25 万元；④Q4 区及以下论文，奖励金额为 0.5 万。其中论著奖励为 100%，Review 及 Meta 分析类文章奖励为论著的 1/2，Case Report 及 Letter 等类文章奖励为论著的 1/3；会议论文不予奖励。单篇文章最高奖励不超过 30 万元。 Review 类文章，奖励最高不超过 5 万元。Meta 分析、Case Report 及 Letter 等类文章，奖励最高不超过 3 万元。

2．在《CELL》《NATURE》《SCIENCE》发表的文章且第一作者（排名第一）和主要通讯同时为我院，论著每篇奖励 60 万元，Review 及 Meta 分析每篇奖励 30 万元，

Case Report 及 Letter 等每篇奖励 15 万元。《NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE》《THE LANCET》《JAMA》（不含子刊）发表的文章且第一作者（排名第一）和主要通讯同时为我院，论著每篇奖励 30 万元，Review 及 Meta 分析每篇奖励 15 万元，Case Report 及 Letter 等每篇奖励 10 万元。

3．第一作者（排名第一）和主要通讯作者（排名最后）同时为我院的文章，在原始奖励基础上上浮 30%；第一作者和并列通讯作者均是我院，Q3 区或 IF＜5.0 分以下维持原先奖励，Q2 区以上且 5.0≤IF＜10.0 上浮 10%，IF≥10.0 上浮 20%；并列第一作者和主要通讯作者（排名最后）均是我院，奖励保持不变。此上浮仅针对论著。

4．仅有第一作者（排名第一），或主要通讯作者（排名最后），或者并列作者+并列通讯作者（确实与文章第一作者/主要通讯作者（排名最后）存在合作关系，且文章内容与第一作者或通讯作者专业方向相关），在原先奖励基数上，乘以 60%；此政策针对所有文章。

5．仅为并列通讯作者的，按照奖励标准的 30%计算后，根据通讯作者的数量按比例奖励，即：实际奖励数=标准 100%奖励数*30%÷通讯作者数量。

6.第一作者为我院人员，但我院非第一署名单位文章，版面费不予报销，论文不予奖励。

7．骨干论文奖励上浮比例仅针对论著，不包含非论著性文章（含短篇论著）等。

8．以上所提作者必须为我院正式在职职工、在站博士后或者指导的研究生为第一作者，导师为通讯作者。

（四）中文文章奖励

1．奖励的文章，第一作者（排名第一）和通讯作者的第一单位须均为我院。

2． 中华医学会杂志中的“中华系列”核心期刊论文（含中英文摘要、论文及参考文献）奖励 2 万元；“中华系列”的核心期刊短片论著、综述、个案报道等奖励 3000 元。中华医学会其他系列杂志不作为“中华系列”杂志奖励，按照论文实际收录期刊级别（统计源期刊或非统计源期刊）奖励，版面费不予报销。

3．以第一单位发表的核心期刊论文：北大核心期刊论文（近一期北大图书馆公布）奖励 3000 元。科技核心论文(科技信息研究所最近一期)，奖励 500 元。护理专业期刊且为北大核心期刊论文奖励增加 2000 元。非论著奖励减半，非核心期刊论文不予奖励。凡增刊刊登论文、交流论文和论文集（汇编）所收论文一律不予报销及奖励。

第二十五条 论文奖励以杂志或论文单行本为凭证；影响因子以论文发表时当年最新版本影响因子报告的数值为准。

科研与转化管理科每年组织专家对论文奖励进行审核，论文奖励审核人员需要对明显可疑的存在学术不端的、以及存在被剔除出 SCI 高风险论文进行甄别，如存在问题则不予奖励，且对相关作者及科室提出警告等处罚。

第五节 专著奖励

第二十六条 以牵头单位主编学术著作，奖励 2 万元，主编由国家级出版社出版的学术著作（5 万字以上），每万字奖励 500 元，由省部级出版社出版的学术著作（5 万字以上），每万字奖励 200 元；副主编减半。

第二十七条 奖励以专著为凭证。

第六节 医学行业技能竞赛奖励

第二十八条 以宜兴市人民医院为获奖单位的医学行业技能竞赛，学术交流活动不列入，医院按以下标准对获奖者个人/团队给予奖励：

1．国家级获奖：一等奖 2 万元，二等奖 1 万元，三等奖 5000 元。

2．省级获奖：一等奖 1 万元，二等奖 5000 元，三等奖 3000 元。

3．无锡市级获奖：一等奖 3000 元，二等奖 2000 元，三等奖 1000 元。

4．宜兴市卫健委及宜兴市医学会组织的“三基”及其他竞赛获奖：一等奖 1000 元，二等奖 500 元，三等奖 300 元。

5．团队奖励在上述奖励基础上上浮 20%。

第二十九条 奖励以获奖证书或上级文件为凭证。

第七节 临床教学竞赛奖励

第三十条 以宜兴市人民医院为获奖单位的临床教学竞赛、住培教学竞赛，学术交流活动不列入，医院按以下标准对获奖者个人/团队给予奖励：

1．医学院校竞赛获奖、省级获奖：一等奖 3000 元，二等奖 2000 元，三等奖 1000 元。

2．无锡市级获奖：一等奖 2000 元，二等奖 1000 元，三等奖 500 元。

3．院级获奖（先进科室、个人）：一等奖 500 元，二等奖 300 元，三等奖 200 元。

4．团队奖励在上述奖励基础上上浮 20%。

第三十一条 奖励以获奖证书或上级文件为凭证。

第六章 中青年骨干培养资助经费

第三十二条 每年选拔有发展前途的中青年骨干，定目标、给任务，到国内本学科最高专业水平的单位进修学习，并对回院后新项目开展情况进行考核。每年以医院资助方式在全院选拔优秀学科带头人和中青年骨干，采用公费公派、自费公派等形式出国学习。学习要求、待遇等参照《宜兴市人民医院关于出国（境） 学习交流的管理规定》。

第七章 继续教育项目配套经费

第三十三条 以宜兴市人民医院为立项单位的国家级、省级、市级医学会继续教育项目（协作举办项目不列入奖励），医院按以下标准对立项科室给予配套经费：

1．国家级医学会继续教育项目，立项后每项补助 8 万元。

2．省级医学会继续教育项目，立项后每项补助 3 万元。

3．市级医学会继续教育项目，立项后每项补助 5000 元；无锡市卫健委适宜技术

推广项目，通过结题评审后每项奖补 5000 元。

第三十四条 补助以上级文件为凭证。

第八章 鼓励协同创新、科技成果转化管理

第三十五条 为大力鼓励我院科技人员协同创新，促进科技成果转化与应用，提高医院各专科的科技影响力和行业美誉度，造福于社会，造福于患者，根据我院科研成果开展情况，特制定本管理办法。

1．鼓励全院职工和大专院校、科研院所、科技型企业加强合作，大力推行协同创新。

2．强化医院科教兴院，科研先行导向，大力鼓励和促进科技成果的转化。

3．允许全院职工在完成本单位布置的各项工作任务的前提下，结合本职工作，以职务技术成果的转化、专利等形式，与有品质、有信誉的研究机构、企业合作，包括成果、专利的转让，合作创办企业等。

4．全院职工根据本实施办法形成的新技术和新产品，以及科技人员以职务技术成果创办企业所产生的后续技术成果的相关权利，如发表论文、课题申报、获得奖励、临床使用、专利申请等，其权利归属由医院、科技人员、合作者三方协商确定。

5．相关科技人员现有的专利发明或科研成果有定向转化的，由医院委托专业的转化研究院做转化工作，相关委托书由院方统一与转化研究院签订。

6．相关科技人员发明成果的所得经济收益，90％划归参与研发的科技人员（包括担任行政领导职务的科技人员）及其团队拥有，10％（如为股份则折算为现金）划归医院。科技人员在签署的相关法律文件中，应当对此作出约定。

7．相关科技人员根据本意见转让成果或创办企业的，其实施项目须通过医院科研教学管理及学术委员会（或委员会委托的专家组）进行审评，与医院签署相关法律文件，并报医院纪检部门备案。否则，不享受本办法的政策，相关法律责任由科技人员自行承担。

8．科技人员可委托医院或共同聘请专业律师为科技人员创办科技型企业提供法律咨询和服务，减少或避免法律风险，维护科技人员和医院的正当权益。相关职能由科研与转化管理科具体负责，解释归医院科研教学管理及学术委员会。

第九章 建设资金的管理

第三十六条 医院建设资金单独核算，专款专用。经费使用按照医院有关财务规定办理。

第三十七条 建立建设经费约束机制，各学科在用好、用足当年建设资金的同时，必须参加当年的无锡市级以上（含无锡市级）的科研项目、科研成果与省卫健委新技术项目引进奖等奖励申报，提高建设经费使用的收益率、产出率。

第十章 附则

第三十八条 本办法自颁布之日起执行，由医院科研与转化管理科、教学管理与

学科建设科负责解释本办法及未尽事宜。

第三十九条 本条例自公布之日起施行。原有关制度与本办法不一致的，按本办法执行。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第12号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

[3]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

根据国家卫生健康委医院管理研究所于2023年9月发布的《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）进行修订。

五、修订记录

2020年08月第1次修订

2023年01月第2次修订

2024年06月第3次修订

2026年01月第4次修订

科研与转化管理科工作制度

文件编号：YXPH-KJ-KYZHK-2026-001-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-01
制定部门：科研与转化管理科	修订版本：5
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为强化科研与转化管理体系，提升工作效能，更好地服务医院科技工作，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．在院科研教学管理及学术委员会、分管院长的领导下，负责全院科学研究、成果转化等管理工作，制定相应工作计划，并组织实施。制定科研与转化管理制度，并组织检查，考核、落实执行情况。

2．组织安排科研与转化相关学术交流活动，负责全院出版著作、发表论文、专利、知识产权统计等管理。

3．组织科研项目的论证、申报和实施，做好科研成果的鉴定及科技成果奖的申报，成果推广、专利申请、科技开发和落地转化。

4．做好研究院、实验室、博士后创新实践基地的建设与管理。做好博士后、研究生科研指导与考核工作，协助、配合相关科室做好科研人才队伍建设、评估、检查和管理工作。

5．深入科室，了解、监督科研、转化工作实施情况，发现问题，及时协调解决。

6.负责组织安排学术委员会和领导交办的科研与转化相关专业会议的会务工作，做好会议议题和会议记录；根据会议决定，做好会议纪要，并检查会议决定的贯彻执行情况。

7．根据科研、转化工作计划安排，组织对上述业务活动的检查、评估、总结及科研诚信监管，向院领导反馈有关情况，不断提高工作质量。

8．定期召开科务会议，讨论研究和布置科研、转化管理中的有关问题，努力提高科研与转化工作的能力和水平。

9．负责做好科研与转化档案材料的收集、整理、归档工作。

10．认真做好上级部门和院领导交办的其他各项工作。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

医院组织架构调整，科室职能范围变更。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2023年10月第4次修订

2026年01月第5次修订

开展科研项目、奖励申报、成果转化、对外合作等工作制度

文件编号：YXPH-KJ-KYZHK-2026-002-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-01-29
制定部门：科研与转化管理科	修订版本：5
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为加强科研与转化工作的管理，明确“科教兴院”的指导思想，加速我院医学科学技术发展，提高科技队伍素质、水平及成果产出，特制定本制度。

二、内容

（一）组织领导

医院科研教学管理及学术委员会负责指导全院的科研工作，对科研立题、设计方案、课题的实施、专利申报进行论证、评审，负责制定科技活动规章制度及开展活动的审议工作，科研与转化管理科根据科研教学管理及学术委员会制定的工作规程，负责实施科研活动的日常管理及考核工作。

（二）科研课题的设计、申请

1．医院申报科研立项范围包括医疗、护理、医技等学科。医院积极鼓励各科室申报各级各类科研项目。各科室根据科室学科特点及上级科研项目指南确立课题，按要求填写项目任务书及项目信息表，提交科研与转化管理科，经院部审核同意后上报。

2．有关科室每两年(科主任任期内)必须至少申报立项一项。申请列入计划的科研项目必须具备下列条件：

（1）先进性　选题内容新颖，有创新，研究起点高，有一定技术难度，选用指标先进，预计研究结果可达到省内外先进水平或以上。

（2）科学性　对国内外发展趋势和动态比较熟悉和了解，立题有充足的依据，课题设计严密细致、研究内容、指标具体，研究手段与方法先进合理，技术路线周密清晰可行，样本量能满足统计学要求。

（3）实用性　目的明确，具有特色。应用研究和发展研究具有良好的应用前景，能取得明显的社会效益和经济效益；基础研究项目具有较高的理论水平与学术价值，有可预见的应用前景，对推动科技进步有重要作用。

（4）可行性　有一定的研究工作基础，具备基本的实验条件，仪器设备、所需动物、试剂、药品供应有保证，课题组人员组成已落实，具有承担并完成申请项目的能力，协作单位已落实，协作内容有明确分工。研究进度切合实际，一般为 3 年，医疗、教学、科研统筹安排，研究时间有保证。

（5）申请国家级、省部级、市厅级科研课题须提前完成研究方案和文献查询、检索、学术审查及伦理备案（如涉及人体），报科研与转化管理科。

（三）科研与转化管理科对拟申报的课题组织专家进行评议、论证，使课题设计更加完善充实。评议重点内容：

1．对课题的设计是否科学、严谨，技术上有无创新性、先进性。

2．科研设计、实验方法、手段是否得当可行。

3．应用技术的推广实用价值。

4．课题负责人及研究人员承担本课题的能力、经验、责任心。

5．院内仪器设备对课题研究的支持能力。

6．经费预算是否合理、可行。

（四）对立项科研课题实施管理

1．实行课题负责人负责制。凡已立项的科研课题，课题负责人应严格按照设计方案认真实施，定期检查、总结、汇报实施进度情况。

2．对省、市立项的课题，承担项目科室的科主任应认真检查、督促实施情况，从时间、人员、物质给予保证。对发现的问题，要进行分析研究，找出原因，提出解决办法。所有科研课题都实行院科两级管理。

3．对重点项目及需跨科室协作的课题，应积极联系，加强合作，相关科室应积极支持、配合，在实施中遇到问题和困难时，应及时报告科研与转化管理科。

4．科研与转化管理科不定期检查各课题实施完成情况，对出现的问题及时帮助解决，对多科室需要协同完成的课题，主动进行协调。

5．立项课题按立项部门要求及时做出汇报和总结，交科研与转化管理科核查后完成提交。

6．科研课题研究，在取得阶段性理论成果时，应及时在期刊上发表论文或学术会议交流，争取在中华级杂志和高质量 SCI 收录杂志上发表论文。

7．每项课题完成研究后，在课题组充分讨论的基础上，认真进行总结，按立项部门要求，完成研究总结报告及相关材料整理，报科研与转化管理科核验后完成上报。

8．对立项的课题，按原计划不能完成的，应进行阶段总结，申请延期的应填写延期申请报告交立项部门。因多种原因不能继续研究，需终止或更换课题，应书写申请报告，报上级部门予以调整或撤项。

（5）科研材料总结必须实事求是，各种数据需经统计学处理，并附有原始照片或录像。

（6）科研成果的临床应用情况，效益分析应做出书面报告。

（五）科研经费的管理：加强科研经费管理，做到专款专用，严格科研经费开支，按医院财务制度执行。

1．指令性科研课题经费由上级批准部门拨款，统一入院科研经费项内使用，院科予以重点支持。

2．为保障科研需要，合理使用经费，实行专项经费专项使用。医院配套的科研经费由科研与转化管理科监督使用。

3．凡科研需用经费，由课题组长提出申请，报科研与转化管理科审核，经院领导批准后实施。

4．因增添科研需用的仪器设备，应做出书面报告，报院领导审批，由有关部门办理。

（六）科研课题原始资料的管理

1．科研课题的原始资料是对研究成果进行分析整理的基础，是科研最重要的档案材料，因此对原始资料的完整性、准确性应予以重视，妥善保管，注意保密。

2．原始资料的内容：研究中的各种数据，疗效跟踪访视、照片、录像等及其他有关资料。

（1）研究观察的记录、依据，现场调查研究所得到的材料与观察结果均应及时记录在科研记录本内，每次实验结果应按照实验设计时提出的规格进行填写记录。

（2）记录本应按页编号，不得随意撕折，记录应填写完整。

（3）临床研究观察记录属于病历部分，应按病历要求记录。

（4）研究中制成的标本、切片、图片等应整理编号，妥善保管。

3．在课题研究实施中，其原始记录本、表格等由课题组进行记录，专人保管记录；课题结束时进行汇总、整理、装订、编目，专人保管，项目鉴定后交科研与转化管理科统一归档。

4． 科研工作的原始资料是科研的重要依据，应归集体所有，任何个人不得占用，个人因工作需要调动，应进行移交，不得带走或销毁。

（七）科技成果奖的申报

1．对已通过鉴定的优秀科研成果，均可申请奖励。由项目负责人提出相关申请，科研与转化管理科负责指导。

2．申报奖励级别有国家级、省级、市级、县市级，奖励的类别有发明奖、自然科学奖、科技进步奖、医学科技奖等。

3．要求申请技术进步奖的项目，根据项目水平，申请登记填写申报书，报主管部门签署意见，申报相应级别的科奖项。

4．申报材料：科技进步奖申报书、技术鉴定证书、专家评审意见、综合意见、成果应用证明、效益证明、研究报告和学术论文技术性文件。

（八）科研成果转化的管理

1．科研成果转化指本院所有以医院名义或利用医院物质技术条件完成的科技成果（包括但不限于专利、技术秘密、计算机软件著作权、新药证书、医疗器械注册证、技术标准、诊疗规范/方案等）的转化活动。转化形式包括但不限于：转让、许可、作价投资、自行实施或与他人合作实施等。

2．基本管理原则包括：严格遵守国家法律法规、伦理规范和科技保密规定；明确界定成果完成人（团队）、医院及合作方的知识产权归属与收益分配；以临床需求和社会价值为导向，推动成熟、适用的科技成果转化；转化过程公开透明，评估定价

公平合理，保障各方合法权益；建立有效的激励与容错机制，同时明确科研诚信与合规责任。

3. 医院学术委员会/伦理委员会负责对涉及重大伦理、安全问题的成果转化项目进行前置审议。科研与转化管理科组织成果登记、评估、推介与转化谈判，管理成果转化合同（协议）的审核、签署与备案，协调处理转化过程中的知识产权事务，负责转化收益的核算、分配与发放，建立并维护成果转化档案与数据库。院长负责审批重大成果转化方案、收益分配方案及重要合同。医院财务处、审计处、法务部门按职责分工，负责转化收益的财务管理、审计监督及法律风险防控。

4. 成果完成人（团队）负责确保成果的真实性、创新性与成熟度，积极配合管理部门完成成果披露、评估、推广与谈判工作，遵守保密义务，未经批准不得擅自对外披露成果信息或进行转化，负责后续技术开发、技术服务与支持。成果完成人（团队）应在成果形成后（如论文发表前、专利申请前等），及时向科研与转化管理科提交《科技成果登记表》，明确成果内容、完成人、知识产权状况等。

5. 医院积极鼓励科技成果转化，相关支持政策按现行《宜兴市人民医院科研与教育建设专项资金管理及使用办法》中相关内容执行。

（九）科研奖励

凡在上级立项的科研计划(不含指导性计划)，医院给予资金资助；凡获上级科技进步奖的科研项目，医院给予奖励。凡实现落地转化的成果，经济收益按规定分配。标准见现行《宜兴市人民医院科研与教育建设专项资金管理及使用办法》

（十）科研活动中的原则

1. 在科研课题研究过程中，严格按照设计方案实施；在临床应用中，按院有关制度认真把关；规范操作，注意医疗安全，防止差错事故发生。

2. 凡列入省计划项目的课题，为医院重点科研项目，各科应积极配合，不得借故推诿。

3. 科研课题研究结束，完成鉴定，其原始资料必须交科研与转化管理科存档。

4. 课题研究中的技术性资料注意保密，未经院部批准，不得外借外泄。

5. 对违反上述有关条款的，按有关奖惩办法予以处罚。

（十二）科研合作管理规范

1. 科研合作是指医院或医院职工依托医院职务、平台、人员、设备、经费、数据、样本、病例资源或者医院名称，与境内外高等学校、科研院所、医疗卫生机构、企业、社会组织及其他主体共同开展的科学研究与技术创新活动。

2. 科研合作包括但不限于：联合申报和实施科研项目；委托研究、合作研究和技术开发；科研平台、实验室或研究中心共建；临床研究及真实世界研究；实验检测、统计分析和科研外协；生物样本、科研数据等资源的合规利用；技术转让、技术许可、

成果转化和推广应用；人才培养、学术交流以及其他科研协作。

3. 科研合作应遵循依法合规、平等自愿、诚实守信、优势互补、权责清晰、风险可控、保护受试者和患者权益的原则，坚持科研诚信和科技伦理要求，兼顾社会效益、学术价值及医院合法权益。未经医院审批和授权，任何科室、团队或个人不得以医院、医院科室、医院科研平台或者医院职务身份擅自对外承诺科研合作，不得签订协议，不得加盖印章，不得向合作方提供数据、样本、技术资料或其他医院资源。

4. 医院对科研合作实行统一领导、归口管理、分级负责和全过程监管。重大科研合作事项按照医院“三重一大”等决策制度履行集体决策程序。

（1）科研与转化管理科是科研合作的归口管理部门，主要职责包括：受理合作申请；组织可行性、科研诚信及合作方资信审查；协调伦理、法务、财务、审计、信息、设备、采购等部门会审；监督项目实施、变更、验收和结题；管理科研成果、档案及相关统计信息。

（2）医学伦理委员会依法依规对涉及人的生命科学和医学研究进行伦理审查与持续监督。未经伦理审查批准，不得开展应当接受伦理审查的研究。

（3）财务部门负责合作经费的到账确认、预算执行、会计核算、税务及票据管理；法务或合同管理部门负责协议合法性、合规性和风险审查。

（4）信息管理部门负责数据安全、网络安全、系统接入和数据提供方式审查；其他职能部门依据职责参与管理。

（5）项目负责人是科研合作的直接责任人，负责提出申请、核实合作方情况、组织方案论证、执行审批决定和合作协议，保障研究质量、受试者安全、数据真实性和经费合规，并及时报告重大事项。合作先期应对合作方的主体资格、科研能力、履约能力、信用状况、关联关系和潜在利益冲突进行初步调查，对存在失信、科研诚信问题、经营异常、重大诉讼或明显履约风险的合作方，应当审慎合作。

（6）所在科室负责人承担本科室科研合作的审核和日常监督责任。

5. 科研合作应当在开展实质性工作前提出书面申请：

（1）申请材料一般包括科研合作申请审批表、研究方案或任务书、合作方主体资格及资信材料、经费预算、拟签协议、知识产权安排、风险评估以及医院要求的其他材料。

（2）科研合作申请应当明确合作背景和目的、研究内容与技术路线、各方任务、实施期限、经费来源和支出安排、资源需求、预期成果、成果归属、数据与样本处理方式、风险及防控措施。

6. 科研管理部门根据合作内容组织分类审查：涉及人的生命科学和医学研究、临床诊疗信息、生物样本、人类遗传资源、数据出境、外资或境外主体、科研外协、设备或试剂投入、成果转化等事项的，应当分别履行相应专项审查、许可、备案或审

批程序。

7. 合作方与项目组成员存在投资、任职、近亲属关系、经济往来或其他可能影响客观公正的利益关系时，相关人员应当主动申报并按规定回避。不得以科研合作名义进行产品推销、利益输送、商业贿赂或变相规避采购程序。涉及医院重大资源投入、重要数据和样本、重大知识产权、对外担保、排他性合作、长期平台共建、境外合作以及其他重大风险事项的，应当进行专项论证并按医院权限履行决策程序。

8. 合作协议管理：

（1）科研合作原则上应当签订书面协议。医院是对外签约主体，协议须经规定程序审查，由医院法定代表人或者其书面授权人员签署，并按医院印章管理规定用印。科室及个人不得擅自作为签约主体。

（2）合作协议应当根据实际情况约定：合作目的、内容和期限；各方任务与人员安排；经费投入、支付、使用和结算；设备、场地、数据、样本等资源使用；研究质量和安全管理；保密和信息发布；知识产权及成果权益；论文署名；成果转化；伦理和合规责任；验收标准；协议变更与解除；违约责任、争议解决及其他必要事项。

（3）涉及科研数据或生物样本的，协议应当明确数据和样本的权属或管理权限、使用目的、范围、期限、保存地点、访问权限、传输方式、再提供限制、剩余样本处置、安全责任及合作结束后的返还、删除或销毁要求。

（4）合作协议不得含有损害国家利益、社会公共利益、受试者权益或医院合法权益的条款；不得约定由医院承担与其权利明显不相称的责任；未经专项审查，不得承诺无限责任、对外担保、排他性权利或无偿转让医院职务成果。

（5）合作协议生效后方可启动项目。协议内容需要变更的，项目负责人应当事先提出书面申请，按照原审批程序办理。涉及研究方案、受试者风险、知情同意、数据样本用途等实质性变化的，还应当按规定提交伦理审查或其他专项审查。

9. 项目实施与经费管理：

（1）项目负责人应当严格按照批准的研究方案、任务书和合作协议组织实施，建立完整、真实、可追溯的研究记录，不得擅自扩大合作范围、改变研究用途或者转委托第三方。

（2）科研管理部门根据项目风险和周期开展进度检查。项目负责人应当按要求提交进展报告。发生严重不良事件、重大方案偏离、数据或样本泄露、科研诚信问题、合作方严重违约等情形时，应当立即采取控制措施并报告。

（3）合作经费应当纳入医院财务统一管理，按照合同约定、批准预算及医院科研经费管理制度使用，实行专款专用、单独核算。任何科室和个人不得私自收取、截留、转移或体外循环科研合作经费。

（4）向外单位支付合作或外协经费，应当具有真实、必要、相关的科研任务，

并在协议中明确任务内容、工作量、考核指标、经费预算、支付条件和成果交付要求。项目负责人应当对外协业务真实性、关联性和经济合理性负责。

（5）经费支付应当以合同履行和阶段性成果为依据，按医院财务制度办理。不得编制虚假合作内容，不得通过虚假合同、虚假发票、虚假验收或者无实质贡献的合作套取、转移科研经费。关联交易应当主动申报并从严审查。

（6）合作项目形成或者购置的仪器设备、软件、数据库及其他资产，按照合同约定和国有资产管理规定确定权属并纳入医院资产管理。未经批准，不得擅自带离、转让、出租或处置。

10. 伦理、数据与样本管理：

（1）涉及人的生命科学和医学研究必须坚持尊重、有利、不伤害和公正原则，依法取得知情同意，保护受试者隐私和权益，并接受伦理委员会持续监督。伦理批准不替代行政许可、合同审批及其他法定程序。

（2）科研数据应当遵循合法、正当、必要和目的限定原则收集、使用和共享。能够使用匿名化或去标识化数据实现研究目的的，不得提供可直接识别个人身份的信息。数据访问实行最小权限控制，并保留提供、访问、修改和导出记录。

（3）未经批准，不得通过个人邮箱、公共网盘、即时通信工具或未经医院认可的移动存储介质传输患者信息、科研数据或技术资料。合作方不得超出约定目的使用数据，不得擅自复制、转让、公开或者用于商业开发和人工智能模型训练。

（4）涉及个人信息、重要数据、数据出境或者向境外主体提供数据的，应当依法履行告知同意、个人信息保护影响评估、安全评估、标准合同、认证或其他法定程序，并符合医院数据安全管理要求。

（5）生物样本应当统一编码、登记、保存、使用和处置，确保全流程可追溯。合作结束或批准用途完成后，剩余样本按协议、知情同意和伦理批准要求返还、继续保存或销毁。未经批准不得留存、转移或改变用途。

（6）涉及人类遗传资源采集、保藏、利用、对外提供或国际科学研究合作的，应当依照国家人类遗传资源管理规定办理审批、备案、事先报告或信息备份等手续。未经批准不得实施。

11. 成果与知识产权管理：

（1）合作前各方已有的技术、专利、软件、数据、样本和其他背景知识产权，原则上仍归原权利人所有。合作产生的知识产权、技术秘密及其他成果，应当依据各方实质性贡献在协议中明确归属、申请权、使用权、许可权和收益分配。

（2）项目负责人应当及时向科研管理部门报告发明创造和可转化成果。申请专利、软件著作权、技术秘密保护或者开展成果转化的，应当履行医院审批程序。未经批准不得擅自申请、转让、许可、作价投资或放弃医院权益。

（3）论文、专著、研究报告、数据库等成果署名应当遵循科研诚信和学术规范，根据实际贡献确定作者及单位署名。涉及医院数据、样本、平台或职务行为形成的成果，应当按协议和医院规定规范标注医院名称、基金项目及合作单位。

（4）合作成果发布、新闻宣传、学术会议交流及向第三方披露前，应当履行协议约定和医院审核程序，不得泄露国家秘密、工作秘密、商业秘密、患者隐私、未公开知识产权或其他受保护信息。

12. 验收、档案与监督

（1）项目完成后，项目负责人应当依据协议和任务书组织成果汇总，提交结题报告、经费决算、成果证明、数据样本处置记录及其他材料。科研管理部门可组织专家对完成质量、成果真实性、经费使用及合规情况进行验收。

（2）验收应当以约定期限内形成且与合作任务直接相关的成果为依据，不得以项目实施周期外成果或者与合作无关的成果充抵。未通过验收的，应当限期整改，并根据协议暂停付款、追回经费或者追究责任。

（3）科研管理、伦理、财务、审计、纪检监察、信息安全等部门可按照职责对科研合作开展监督检查。项目负责人、所在科室及合作方应当如实提供材料，不得拒绝、隐瞒或阻碍检查。

13. 责任追究：

（1）有下列情形之一的，医院可根据情节采取责令整改、暂停或终止合作、冻结或追回经费、取消一定期限科研项目申报资格、通报批评等措施；涉嫌违纪违法的，移交有关部门处理：未经审批擅自合作或签约；擅自提供数据、样本或技术资料；虚构合作或套取经费；违反伦理要求；侵犯知识产权或受试者权益；泄露秘密或个人信息；存在科研失信行为；未申报利益冲突；拒不接受监督以及其他违规行为。

（2）因违规行为造成医院经济损失、声誉损害、数据安全事件或其他不良后果的，相关责任人应当依法依规承担相应责任。合作方违约的，医院依据协议追究其违约责任；涉嫌违法犯罪的，依法移送处理。

14. 其他特殊情况说明：

临床试验、药物和医疗器械研究、科研项目经费、成果转化、人类遗传资源、科研诚信等另有专门规定的，从其规定；与本办法不一致的，按照效力层级较高或者管理要求较严的规定执行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

[2]国务院.国家自然科学基金条例（中华人民共和国国务院令第 796 号）

[EB/OL].（2024-11-08）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202411/content_6986948.htm.

[3]国务院.国家科学技术奖励条例《国务院关于修改〈国家科学技术奖励条例〉的决定》第四次修订)[EB/OL].(2024-05-26).https://https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202405/content_6954577.htm.

[4]科技部，教育部，工业和信息化部，等.关于印发《科技伦理审查办法（试行）》的通知（国科发监〔2023〕167 号）[EB/OL].(2023-09-07).https://https://www.gov.cn/gongbao/2023/issue_10826/202311/content_6915814.html.

[5]科技部.科学技术活动违规行为调查处理规定（科学技术部令第 24 号）[EB/OL].(2026-02-06).https://www.most.gov.cn/xxgk/xinxifenlei/fdzdgknr/fgzc/bmgz/202602/t20260211_195895.html.

[6]国务院.生物医学新技术临床研究和临床转化应用管理条例（国务院第 68 次常务会议通过）[EB/OL].(2025-09-28).https://https://www.gov.cn/gongbao/2025/issue_12346/202510/content_7044733.html.

[7]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国专利法(《关于修改〈中华人民共和国专利法〉的决定》第四次修正）[EB/OL].(2020-10-17).https://www.cnipa.gov.cn/art/2020/11/23/art_97_155167.html.

[8]工业和信息化部.关于印发《技术合同认定登记管理办法》的通知：工信部科〔2026〕18 号[EB/OL].(2026-01-23).https://www.mit.gov.cn/jgsj/kjis/wjfb/art/2026/art_ccf28613115d4960810b3b68253b0a25.html.

四、修订原因

根据科学技术部令第 24 号科学技术活动违规行为调查处理规定(2026 年 1 月 28 日科学技术部第 1 次部务会议审议通过）进行修订。

五、修订记录

2012 年 08 月第 1 次修订

2016 年 09 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2024 年 06 月第 4 次修订

2026 年 03 月第 5 次修订

科研诚信教育制度

文件编号：YXPH-KJ-KYZHK-2026-004-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-06-01
制定部门：科研与转化管理科	修订版本：5
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-07-01

一、目的

贯彻落实习近平总书记关于科研作风学风建设的重要指示精神，全面加强科研作风学风建设，完成中共中央办公厅、国务院办公厅《关于进一步弘扬科学家精神加强作风和学风建设的意见》《关于进一步加强科研诚信建设的若干意见》的部署要求，坚持教育与实践相结合、治标和治本相结合、近期整改与长效机制相结合的原则，推动我院医学科研诚信与作风学风建设的落地实施，健全医学科研诚信制度，优化诚信环境，引导我院科研人员自觉遵守科研诚信规则，增强诚信意识，弘扬坚持真理、求真务实的优良学风，持续改进全系统科研作风学风。

二、内容

1．定期开展全员科研诚信教育活动

以全院集中培训、科室培训、主题研讨、案例宣讲、科研人员自学等方式，以习近平总书记关于科技创新重要论述、党中央国务院关于科研作风学风建设的文件、相关部门关于科研诚信规范性文件和近期科研诚信案件为重点，在新职工培训、住院医师规范化培训、技能考核竞赛中进行宣讲教育；在职称晋升、项目申报环节中实行科研诚信审查制度；各科室结合本科室特点，定期开展科内学习并做好台账记录以备考核。

2．深入开展科研诚信管理制度自查自评

根据《医疗科研机构诚信管理体系建设对照检查样表》的要求，由整治小组参照检查表，定期检查我院科研诚信建设组织机构、管理制度及措施是否健全及落实情况，各部门、科室对照检查结果及相关问题进行原因分析、制定措施、逐项整改并组织学习，落实到位，同时完善相关台账备查。

3．登记自查学术论文及成果信息

由整治小组牵头，以各科室为单位，收集登记以我院为第一单位及通讯单位的年度存量论文，全面检视论文发表过程中的伦理审查、利益冲突、作者署名、基金标注、数据保存等情况，是否符合规定，是否真实，是否违背《医学科研诚信和相关行为规范》、《宜兴市人民医院学术不端行为管理条例》、《宜兴市人民医院科研活动全程督查制度》的相关精神。我院相关人员应高度重视，认真完成《医学科研人员论文自查样表》的填写，结合自身实际情况完成。对有问题的论文及时勘误、撤稿，严重者进行相应学术处理。

4．自查并整改可能存在的科研诚信问题

对照现行有效的科研活动准则，相关人员按年度自查已经发表、投稿中的科技论文及目前正在开展的医学科研工作等进行全面检查，对存在违反科研诚信和相关行为规范的问题论文及时采取勘误、撤稿或其他相应学术处理措施并向整治小组提交书面报告。

三、参考文献

[1]中共中央办公厅，国务院办公厅.关于进一步加强科研诚信建设的若干意见[EB/OL].（2018-05-30）.https://www.gov.cn/zhengce/2018-05/30/content_5294886.htm.

[2]中共中央办公厅，国务院办公厅.关于进一步弘扬科学家精神加强作风和学风建设的意见[EB/OL].（2019-06-11）.https://www.gov.cn/zhengce/2019-06/11/content_5399239.htm.

[3]中共中央办公厅，国务院办公厅.关于加强科技伦理治理的意见[EB/OL].（2022-03-20）.https://www.gov.cn/zhengce/2022-03/20/content_5680105.htm.

[4]教育部.关于加强高等学校科研诚信建设和学术不端治理的指导意见：教科信〔2024〕2号[EB/OL].（2025-05-13）.https://www.gdfds.cn/UpLoad/Files/202606/.

四、修订原因

根据教育部《关于加强高等学校科研诚信建设和学术不端治理的指导意见》教科信〔2024〕2号（2025年5月13日）进行修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2022年05月第4次修订

2025年06月第5次修订

学术期刊预警制度

文件编号：YXPH-KJ-KYZHK-2026-005-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-01-01
制定部门：科研与转化管理科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为了加强我院科研建设，规范科研管理制度，切实增强工作人员人员科研诚信意识，做好学术期刊论文发表，现制定学术期刊预警制度。

二、内容

1．高度重视学术期刊发表工作，建立学术期刊管理及工作小组，建立相关规则制度，规范学术期刊论文发表，定期审核督查，对违反规定的人员，视情节轻重给以相关处理。

2．定期发布国内和国际学术期刊的预警名单，并实行动态跟踪、及时调整。将管理和学术信誉差、商业利益至上的学术期刊，列入“黑名单”（具体刊目参考中科院情报所相关通报（具体网站：http://www.las.cas.cn/）及OA网、科教工作群相关通知）。

3．对于发表在“黑名单”和预警名单学术期刊上的论文，相关的论文发表支出不得在国家科技计划项目专项资金中列支。不允许使用国家科技计划项目专项资金奖励该类论文发表，对于违反规定的，追回奖励资金和相关项目结余资金。

4．单位对在学术期刊预警名单内期刊上发表论文的医学科研人员，要及时警示提醒，杜绝有问题论文的发生及涉及违反的规范。同时，一经发现对问题论文及时采取勘误、撤稿或其他相应学术处理措施。

5．单位在科研诚信审查过程中，对学术期刊预警黑名单内期刊上发表的论文，在各类评审评价中不予认可，不得报销论文发表的相关费用。

三、参考文献

[1]中共中央办公厅，国务院办公厅.关于深化项目评审、人才评价、机构评估改革的意见[EB/OL].（2018-07-03）.https://www.gov.cn/zhengce/2018-07/03/content_5303251.htm.

[2]科技部.关于破除科技评价中“唯论文”不良导向的若干措施（试行）：国科发监〔2020〕37号[EB/OL].（2020-02-17）.https://www.most.gov.cn/xxgk/xinxifenlei/fdzdgknr/fgzc/gfxwj/gfxwj2020/202002/t20200223_151781.html.

[3]南开大学科技部.关于避免在学术期刊预警名单和黑名单发表论文的通知[EB/OL].（2024-06-25）.https://std.nankai.edu.cn/2024/0625/c1017a546213/page.htm

四、修订原因

根据规范医院论文发表需求进行更新修订。

五、修订记录

2012年08月第1次修订

2016年09月第2次修订

2020年09月第3次修订

2025年01月第4次修订

学术不端案件调查处理工作流程及相关制度

文件编号：YXPH-KJ-KYZHK-2026-006-05	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2022-01-01
制定部门：科研与转化管理科	修订版本：4
审核批准：院长办公会	执行时间：2022-11-01

一、目的

为规范学术行为，维护学术道德，倡导严谨求实的学术风气，营造优良学术氛围，结合我院实际，特制定本办法。

二、内容

1．学术不端行为定义及范畴：是指严重违反学术道德、应受学术道德谴责并受相应处分的行为。主要包括：

（1）剽窃行为，抄袭行为，伪造行为，不当署名行为，一稿多投行为，泄密行为和包庇行为等。将他人（含合作者）的学术观点、学术思想、实验数据、实验结论、其他学术成果和技术成果，通过不正当手段窃为己有，冒充为自己所创成果的行为，是剽窃行为。

（2）在成果中使用他人的学术成果时，不注明出处的，是抄袭行为。

（3）伪造或篡改实验条件、实验数据、实验过程、实验结论；伪造学历、学术成果的；伪造专家鉴定证书、学位证书、获奖证书或其他学术经历与能力证明材料的，是伪造行为。

（4）未参加实际研究或成果创作而要求或者同意在别人成果中署名，不按实际贡献大小随便更改署名顺序的，是不当署名行为。

（5）将同一稿件同时期两次或多次投送不同报刊或出版部门以求发表的，是一稿多投行为。

（6）违反国家和医院有关保密规定，未经我院科研主管部门和项目主管部门批准，擅自将应当保密的学术事项公开的，是泄密行为。

（7）在我院学术委员会就他人有关学术不端行为进行调查时，故意隐匿有关事实和证据的，属于包庇行为。

（8）其他违背学术界公认学术道德规范的行为：包括雇用或代替他人撰写论文；夸大、炒作个人学术成果价值，谋取不正当利益；虚报或重复申报同级同类奖项；滥用学术信誉，在参与学术评价活动中徇私舞弊；故意干扰或妨碍他人的学术研究活动等行为。

2．学术不端行为的举报和认定

（1）对我院及相关人员的学术不端行为，院内外任何个人和组织都有权向我院学术委员会举报。学术委员会办公室负责受理举报、记录在案，并及时通报学术委员会负责人。学术委员会应为举报人保密。

（2）学术委员会办公室设专人对案卷材料进行严格保管，任何人不得私自泄露有关案情材料。

（3）学术委员会在接到举报后，应在 10 个工作日内指派三名或以上人员组成调查小组，核实举报事实，听取相关意见及被举报人的申辩，并于 15 个工作日内在学术委员会会议上（不少于半数委员）报告初步调查结果。经出席会议三分之二以上委员同意的，予以正式立案。

（4）由学术委员会正式立案的，应当书面送达举报人和被举报人，并要求举报人提供事实证据和相关证明。正式立案后，院学术委员会调查小组应在 30 日内进行调查核实，就举报的事实作出明确认定或否定的说明。

（5）学术委员会中与案件举报人和被举报人有亲属关系、指导教师与师生关系的人员，应当回避。举报人或被举报人若有充分理由证明上述机构人员中有不宜参加调查或审议的，经学术委员会主任批准，可以要求有关人员回避。

（6）在受理举报、获取证据、调查处理过程中，医院及相关方面应采取有效措施，保护举报人、证人和被举报人的合法权益。

（7）学术委员会在接到调查小组的书面调查结果报告后，应及时分发给有关委员，并在 10 个工作日内进行审议，作出明确的调查结论。学术委员会在审议中，应充分听取相关部门的意见，并分别听取举报人、证人、被举报人的陈述。有关职能部门的有关人员可以列席审议。学术委员会的调查结论，由全体成员的三分之二人数通过方为有效。

（8）学术委员会通过的调查报告，应在 7 个工作日内提交给医院有关职能部门，并由后者在 14 日内提出具体的处理建议。

3．处理和申诉

（1）触犯国家法律法规的，移送司法机关处理；医院视情况给予警告直至开除的处分。

（2）根据学术不端行为的性质、情节轻重以及造成影响程度，对学术不端行为人给予相应的组织处理或纪律处分。

（3）在职务晋升、岗位评聘、评优评先、考核评估等环节，有关部门应认真审查候选人遵守学术道德的情况。对存在学术不端行为的人员，实行一票否决，并视情节轻重，决定停止其一次直至永久申报资格。

（4）在科研项目申报、科技成果奖励、科研荣誉奖励等环节，对已认定的存在学术不端行为的人员，视情节和后果严重程度，决定取消今后一至三年科研项目、成果奖励或荣誉奖励的申报资格。

（5）举报人或被举报人如对处分决定有异议，可在接到处理决定后 10 日内向有关职能部门书面申请复议。院长办公会在 30 日内对案件作出复议或不复议的决定。

（6）经学术委员会调查审议，确认举报失实的，医院及相关方面有义务维护被举报人的名誉和其他权益。故意捏造事实诬告他人的举报人，由医院相关职能部门根据有关规定进行处理。

三、参考文献

[1]科技部，中央宣传部，最高人民法院，等.科技部等二十二部门关于印发《科研失信行为调查处理规则》的通知：国科发监〔2022〕221 号[EB/OL].（2022-08-25）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-09/14/content_5709819.htm.

四、修订原因

根据 2022 年科技部等二十二部门关于印发《科研失信行为调查处理规则》的通知，国科发监〔2022〕221 号文件及医院关于科研诚信工作要求进行修订。

五、修订记录

2012 年 08 月第 1 次修订

2016 年 09 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2022 年 10 月第 4 次修订

第六章　药学管理制度

药学部工作制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-001-05	制定时间：1992-08-01
适用范围：药学部工作人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：5
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为规范药学部各项工作，确保药品供应及时、准确、安全、有效，促进临床合理用药，保障患者用药安全，提高药学服务质量与管理水平，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理组织与职责

（一）管理组织

药学部实行主任负责制，下设药品采购供应组、药品调剂组、临床药学组、质量管理组。

（二）药学部主任

1．在院部领导下，全面负责药学部的行政、业务工作。

2．制定并组织实施药学部发展规划、工作计划和各项规章制度。

3．负责药品采购供应管理，确保药品质量，有效控制药品成本。

4．领导和组织药学服务工作。

5．负责临床药学管理，组织开展药学科研和教学工作。

6．负责药学部人员的管理、培训、考核与继续教育。

（三）各级药师

1．主任/副主任药师：负责解决复杂专业技术问题，指导临床合理用药，承担科研教学任务。

2．主管药师：负责本组室的日常管理工作，指导下级药师，参与临床药学工作。

3．药师：严格执行各项操作规程，负责药品调剂、处方审核、用药指导、药品管理等具体工作。

4．药士：在药师指导下，从事辅助性专业技术工作。

第二章　主要工作制度

（一）药品采购与供应管理制度

1．按照国家集采和阳光采购的要求，从事药品采购供应工作。

2．严格执行“按需采购、择优选择、质量优先、价格合理”的原则，从合法渠道采购药品。

3．严格执行药品入库验收制度，对药品的品名、规格、数量、批号、有效期、批准文号、外观质量及供货商资质等进行逐一核对，验收合格后方可入库。

4．建立并执行药品定期盘点制度，做到账物相符。

（二）药品仓储管理制度

1．药品库房及药房应具备与储存要求相适应的设施设备（如冷藏柜、阴凉柜、空调、货架、地垫等），确保环境温湿度符合规定，每日定时监测并记录。

2．药品应按其性质、剂型、用途分类存放，实行色标管理（待验区黄色、合格区绿色、不合格区红色）。高警示药品、麻醉精神药品等应设专区存放，并有明显标识。

3．定期对库存药品进行循环质量检查，重点检查近效期药品、易变质药品，防止药品过期、变质、霉变。

（三）处方审核与调剂制度

1．“四查十对”制度

（1）查处方：对科别、姓名、年龄；

（2）查药品：对药名、剂型、规格、数量；

（3）查配伍禁忌：对药品性状、用法用量；

（4）查用药合理性：对临床诊断。

2．调剂人员必须是依法经过资格认定的药学技术人员。发现不合理处方（如用药不适宜、超常处方等），应拒绝调配，并及时与处方医师沟通，必要时报告药学部主任。

3．发放药品时应提供用药指导单，注明患者姓名、药品名称、用法、用量、注意事项等，并向患者或家属进行详细的用药指导与口头交代。

（四）特殊管理药品制度

1．麻醉药品、精神药品

（1）实行“五专”管理：专人负责、专柜加锁、专用账册、专用处方、专册登记。

（2）处方单独存放，每日清点核对，做到账物相符。空安瓿或废贴需按规定回收并销毁。

（3）开具和调配需使用专用处方，严格执行相关规定。

2．医疗用毒性药品、放射性药品、易制毒药品：严格按照国家特殊管理规定执行。

（五）静脉用药集中调配制度

1．所有操作严格遵守无菌技术规范和标准操作规程。

2．调配前后严格执行核对制度，确保药品、剂量、溶媒准确无误。

3．发现问题输液及时上报，不得发出。成品需经核对无误后方可送至病区。

（六）临床药学工作制度

1．临床药师应深入临床科室，开展药学监护，参与查房、会诊、病例讨论和危重患者救治，提供药学技术支持。

2．开展处方前置审核，对用药适宜性、安全性、合理性进行专业核查，提前拦截用药风险，保障患者用药安全。

3．开展处方点评与用药医嘱专项点评，定期分析、汇总、上报点评结果，促进合理用药。

4．开展药学门诊工作，为患者提供用药咨询、指导合理用药、解答用药疑问并监测用药效果与安全性。

5．实施治疗药物监测，为个体化给药方案提供依据。

6．负责药品不良反应/事件的收集、分析、评价与上报工作。

7．开展用药咨询和科普等相关工作。

（七）人员培训与考核制度

1．培训与继续教育

（1）制定年度药学人员培训计划，包括岗前培训、在岗培训、法律法规培训及专业技能培训。

（2）鼓励并支持药师参加各类继续教育项目，不断更新知识，提高专业素养。

2．考核

（1）定期考核，对药学人员的工作质量、服务态度、业务能力、规章制度执行情况等进行综合考评。

（2）考核结果与职称晋升、绩效分配、评优评先等挂钩。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae

204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[4]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

四、修订原因

修订了目的，修改了工作制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2011年05月第1次修订

2016年04月第2次修订

2019年06月第3次修订

2026年01月第4次修订

2026年09月第5次修订

药品遴选制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-002-04	制定时间：2008-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院药品引进、调整和退出流程，保障临床用药安全、有效、经济、合理，优化药品目录结构，控制不合理药品费用，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）

1．是医院药品遴选工作的最高决策机构；

2．负责审定药品遴选目录调整的原则、程序和标准；

3．负责最终审批新药引进、品规调整及药品退出申请；

（二）药学部门

1．负责药品遴选工作的具体组织实施；

2．负责接收、形式审核、汇总整理药品申请材料；

3．组织药品遴选初评（如专家论证、药学评价）；

4．准备药事委员会审议材料，落实药事委员会决议；

5．建立和维护医院药品目录数据库；

6．负责药品遴选相关资料的归档管理。

（三）临床科室/申请者

1.根据临床实际需求，提出书面申请（填写《宜兴市人民医院新药采购申请表》）。

2．提供申请药品的必要信息和依据（如临床需求说明、循证证据摘要、与现有药品的比较优势等）。

3．配合参与药品遴选过程中的论证和评价。

（四）药品遴选专家组

1．由药学部门牵头，邀请相关临床科室专家、药学专家、医务等部门代表组成。

2．负责对申请药品进行初步技术评估（包括必要性、安全性、有效性、经济性、创新性、适宜性、可及性等）。

3．形成初步推荐意见提交药事委员会。

第二章　申请与受理

（一）申请主体

由临床科室主任或指定负责人提出申请。

（二）申请时间

采取定期集中受理与特殊情况下（如生命保障型新上市药品、集采任务、突发公共卫生事件急需药、国家商保创新药等）临时受理相结合的方式，具体时间由药学部门提前通知。

（三）申请材料

申请人需完整填写《宜兴市人民医院新药采购申请表》，并至少提供以下材料：

1．药品基本信息（通用名、商品名、剂型、规格、生产企业、批准文号、医保类别、国家基本药物类别等）。

2．详细的临床需求说明（适应症、预期使用量等）。

3．药品说明书。

4．特殊药品（如抗菌药物、麻醉精神药品、重点监控药品、高警示药品等）需额外提供符合相关专项管理规定的说明。

5．其他支持性材料（如获奖证书、专利证书等，非必需）。

（四）受理与形式审查

药学部门负责接收申请材料，并进行形式审查（材料完整性、规范性、是否符合申请条件）。材料不全或不符合要求的，通知申请人在接到通知一周内补充完善，逾期视为放弃。形式审查通过后，予以受理。

第三章 遴选评价程序

（一）信息收集与初步整理

药学部门对受理的申请进行汇总整理，收集相关信息。

1．药品价格信息。

2．医保支付政策及限制条件。

3．药品不良反应监测信息。

4．国内外权威治疗指南、共识推荐情况。

（二）药学专业评价

药学部门组织临床药师等药学专业人员，从药学角度进行评价。

1．药品质量与稳定性。

2．剂型、规格的适宜性。

3．药品供应保障的可行性。

4．说明书规范性及用药交代要点。

5．潜在药物相互作用和配伍禁忌风险。

（三）专家论证/初评

药学部门可组织药品遴选专家组（院领导及药事委员会主要成员）进行论证或初评。

1．药学部门负责汇报药学评价意见及相关信息。

2．必要时专家组可围绕药品的安全性、有效性、经济性、政策符合性、临床需求迫切性、与现有目录的不可替代性/优越性等方面进行质询和讨论。

3．专家组协商一致后，交药事委员会商量讨论。

第四章 审核与决策

（一）药事委员会审议

1．药学部门向药事委员会汇报预备会议论证过程及审议结果。

2．申请科室可派代表陈述申请理由。

3．药事委员会委员审议草案，充分讨论，重点关注药品遴选的合规性、科学性、必要性以及对医院整体用药管理和运营的影响（如费用控制、合理用药指标）。

4．对特殊药品（如抗菌药物、抗肿瘤药、生物制剂等）进行重点审议。

5．药事委员会委员参会成员进行表决（需达到规定比例的赞成票）。

（二）决策结果

1．通过审议：形成正式决议，批准引进/调整/退出药品。

2．未通过审议：不予引进/调整/退出，或要求补充材料后重新审议。

3．药事委员会负责记录会议决议。

4．结果报主任委员签批后生效。

第五章　执行与告知

（一）目录更新与执行

采购中心更新医院药品供应目录（HIS 系统、采购平台等），其他部门执行相关规定。

1．采购部门：执行新药采购或停购退出药品。

2．库房：做好库存管理和新老药品替换计划。

3．临床科室：学习新引进药品信息、退出药品的替代方案。

4．医保/物价部门：更新医保报销及价格信息。

（二）新药培训

对于新引进的药品，特别是高风险、使用复杂的药品，药学部应联合相关临床科室组织用药培训，确保医务人员掌握正确的适应证、用法用量、注意事项、不良反应监测与处理等知识。

第六章　药品淘汰机制

（一）淘汰情形

出现以下情况之一的药品，应启动淘汰评估程序：

1．行政监管类淘汰

（1）国家或地方药监部门撤销药品批准证明文件、发布禁用或撤市通知。

（2）国家或地方医保目录调出，且无特殊临床必需理由。

（3）同通用名、同剂型、同规格药品（非原研药），在集采或价格联动中未中选，且无特殊原因保留。

2．供应异常类淘汰

（1）生产企业停止生产或供应中断，且无替代来源。

（2）长期（如连续 12-24 个月）零采购或使用量极低，无明确临床需求。

（3）经药事委员会评审通过并纳入采购目录的新药，若因生产厂家自身原因（如停产、断供、质量抽检不合格）导致无法持续供应，从医院用药目录中移除；若临床确有同类用药需求，需按“新药引进流程”重新提交申请，经药事委员会评审通过后方可采购新厂家品种。

3．合理安全用药导向类淘汰

（1）发生严重或群体性不良反应，经评估风险大于获益。

（2）经医院药品使用监测与评价，证实存在严重不合理用药（如超说明书且无充分依据，滥用明显、销售异常），且干预无效。

（3）在药品定期评估（见第七章）中综合评价不合格（如安全性差、疗效不确

切、性价比过低）。

（4）任何药品因临床需求减少、替代药品更优或供货不稳定等原因，停用时间超过三个月的，自动按“自然淘汰”处理。若后续临床需再次使用该药品，由相关科室详细说明恢复理由（如特殊病例治疗需求、无更优替代药等），经药学部门审核通过后，报分管院长审批，审批同意后方可重新启动采购。

4．药事委员会认为需要淘汰的其他情况（如廉政风险、商业贿赂等）。

（二）淘汰程序

淘汰程序可参照新药引进程序简化执行：

1．可由药学部、临床科室提出退出建议。

2．药学部收集证据材料（如撤市文件、不良反应报告、使用数据、评价报告等）。

3．药品遴选专家组或药学部门组织初步评估。

4．提交药事委员会审议决策。

5．执行淘汰（做好库存清理、替代方案告知等）。

6．药事委员会讨论被淘汰的药品，原则上不得再次进入医院。

第七章　监督、评价与持续改进

（一）过程监督

纪检监察部门应对药品遴选全过程进行监督，确保公平公正，防范廉政风险。申请资料、评审记录、会议决议等应妥善存档备查。

（二）使用后评价

药学部负责组织对新引进药品进行使用后评价（通常在引进后 6-12 个月）。

1．监测实际使用情况（用量、科室分布、用药合理性）。

2．收集不良反应报告。

3．评估其安全性、有效性、经济性的实际表现是否与预期相符。

4．评价结果作为该药品是否继续保留的重要依据，并反馈给相关科室和药事委员会。

（三）目录定期评估

药学部应牵头（如每年一次）对医院药品供应目录进行整体评估：

1．分析药品结构（基本药物占比、医保药品占比、抗菌药物占比、重点监控药品占比等）。

2．评估药品使用合理性（处方点评结果、合理用药指标）。

3．对照最新政策法规（国家基本药物目录、医保目录、集采政策、临床指南更新）。

4．识别需要调整（引进、替换、退出）的药品。

5．形成评估报告，为下一年度药品遴选工作提供依据。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

新药引进管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-003-05	制定时间：1992-08-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2025-01-01
制定部门：药学部	修订版本：4
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范新药引进管理，确保新药引进工作科学、公正、公开、透明，满足临床诊疗需求，优化医院药品品种与结构，促进临床合理用药，控制药品费用不合理增长，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称新药，是指所有首次申请进入我院使用的药品。不包括同一生产企业因不可抗拒因素，导致同一品种不同规格的变更；因采购平台停止挂网采购导致的同一品种不同生产企业的变更。

第二章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）

1．审定新药引进制度与流程；

2．组织新药评审与投票表决；

3．监督新药引进全过程；

4．审定新药淘汰与调整。

（二）药学部门

1．受理、初审新药申请材料；

2．组织药学评估与信息汇总；

3．筹备评审会议；

4．执行药事委员会决议，办理采购手续；

5．新药入院后的质量监测与使用评价。

（三）临床科室/申请者

1．临床科室根据临床实际需求，经过科室内部讨论后，以科室名义统一提出申请，每个专科不超过 2 个品种。

2．申请医师须填写《新药采购申请表》，并提供充分的申请理由（如申请新药与同类药品比较的优缺点等），项目填写完整。

（四）纪检监察审计部门

负责监督新药引进全过程的合规性与公正性。

第三章 新药引进原则

（一）新药引进应满足以下条件：

1．属于江苏省药品阳光采购目录内品种；

2．符合国家医保、基药政策、创新药导向；

3．临床治疗必需，或优于现有品种；

4．符合“一品两规”要求，引进新药须同步提出可淘汰品种。

5．抗菌药物的引进由大内科、大外科及儿科主任（小规格）征求相关科室意见后提出申请，但不得违反《抗菌药物管理制度》中规定的品规限制。

6．同一生产厂家的新药品种，原则上一次不能超过 2 种。

（二）以下情况原则上不予引进：

1．辅助治疗药物、中药注射剂、功能改善类药品严格控制；

2．药占比或医保费用超标的科室所申请药品；

3．存在严重不良反应记录或质量隐患的药品；

4．不符合医院用药结构优化方向的品种。

第四章 新药引进流程

（一）新药引进实行集中评审，每年 1-2 次。特殊情况下可启动绿色通道。

（二）申请与初审

1．临床科室填写《新药采购申请表》，附说明书等，科主任签字后提交药学部门；

2．药学部门对材料完整性、药品资质、政策符合性等进行初审，汇总有效申请。

（三）药学评估

药学部门组织人员根据必要性、安全性、有效性、经济性、创新性、适宜性、可及性等情况进行评估，评估人员签名并交药学部门复核后，提交药事委员会。

（四）初步筛选

药事委员会主任委员听取药学部门关于临床新药申请情况与对申请引进药品评估情况的汇报，进行论证，根据临床需要进行初步筛选。

经筛选出来的新药提交药事委员会会议进行评审，集体决定是否引进。

（五）评审与决议

1．药事委员会组织评审会议，参加评审人员必须是药事委员会成员，必要时可由医院纪委和党办随机抽定。

2．申请科室可派代表陈述；

3．委员依据评估结果集体讨论并无记名投票；

4．赞成票超过参会委员半数及以上视为通过，高票优先；

5．结果报主任委员签批，并报党委会同意后生效。

第五章　新药采购与入院管理

（一）药学部和采购中心依据药事委员会决议及采购管理规定执行采购，严格执行首营品种资料审核，对不符合规定的品种有权暂缓或拒绝采购。

（二）新药入院后6个月内为重点监测期，出现以下情况之一的，立即停用并退药：

1．发生严重质量问题，对医院造成重大经济损失或社会声誉影响的；

2．存在不正当促销行为；

3．发生严重不良反应且评估存在用药风险。

第六章　监督管理

（一）新药引进全过程接受纪检监察部门监督，实行利益回避。

（二）对违反规定的科室或个人，按医院相关制度处理；涉嫌违法的，移交司法机关。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2011 年 05 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

药品采购管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-004-05	制定时间：1992-08-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：4
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院药品采购管理，确保采购行为公开、公平、公正，保障药品质量与供应，控制药品成本，促进合理用药，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）

1．审定医院药品采购目录和供应商遴选原则；

2．监督和指导药品采购工作，对重大采购事项进行决策；

3．审定药品采购相关管理制度。

（二）药学部

1．执行药事委员会的各项决议；

2．具体负责药品的采购、验收、储存、供应等工作；

3．编制药品采购计划，并按规定程序报批；

4．负责药品采购信息的统计、分析与上报。

（三）采购中心

1．负责按照医院规定，组织或参与药品的集中招标工作；

2．负责对供应商进行资质审核、评估与管理，建立供应商档案；

3．执行药学部提交的采购计划，通过省药品集中采购平台实施采购；

4．办理采购合同、发票核对与递交付款等手续。

（四）财务科

负责核对采购发票及付款凭证，按协议支付货款。

（五）纪检监察审计部门

负责对药品采购全过程进行监督，确保流程合规、廉洁。

第二章　采购计划制定

（一）采购计划制定

1．药学部根据医院医疗业务开展预算，结合年度药品消耗情况，制定年度药品采购计划，交分管院长审核。分管院长同意后，交运行管理科和总会计师审批，经院部同意后，确定年度采购计划。

2．药库库管员根据年度采购计划，结合药品库存上下限、日常消耗量、临床需求变化、季节性疾病谱等因素，定期制定采购需求。

3．采购需求充分考虑药品效期，遵循“先进先出、近效期先出”的原则，避免过期浪费。

（二）采购计划审批

采购需求须经药库采购员审核，交药学部主任审批后，交采购中心进行采购。

第三章　采购方式与供应商管理

（一）采购方式

1．常规采购：医院用药目录内品种的采购。

2．临时采购：医院用药目录外品种的采购。

3．中标目录外药品采购：未纳入江苏省集中招标采购目录的药品的采购。

（二）供应商管理

1．供应商资质审核：必须从具有合法资质的药品生产或经营企业采购药品。采购中心负责审核并留存加盖供应商公章的相关资质证明文件（《营业执照》《药品生产/经营许可证》、GSP/GMP 证书、法人授权委托书等），并经院领导批准确定，定期更新。未经批准的经营单位一律不得发生业务往来。严禁向个人或非法经营单位采购药品。

2．供应商评估：定期从药品质量、供货及时性、价格、售后服务等方面对供应商进行综合评估，建立合格供应商目录。

3．供应商新增：根据业务需要，经分管院长和药事委员会同意，可以增加有资质的供应商。

4．供应商淘汰：对发生严重质量问题、商业贿赂、长期供货不及时等情况的供应商，经药事委员会批准，取消其供货资格。

第四章　采购流程

（一）常规采购流程

1．计划生成：药库库管员生成采购计划。

2．计划审批：按权限审批采购计划。

3．订单生成：在省级药品集中采购平台上生成订单，或向合格供应商发出采购订单。

4．验收入库：药品到货后，由验收员严格按照《药品仓储管理制度》进行验收，合格后方可办理入库手续，并在系统中确认。

5．发票处理：核对发票信息与订单、实物是否一致，无误后办理财务报销手续。

（二）临时用药采购管理

1．临时用药仅限于临床急需、目录内无替代药品的情况，麻醉、精神、毒性药品除外。临床急需情况包括：

（1）急诊、危重病例的抢救用药，或疫情、灾情、突发事件用药。

（2）疑难和特殊病例的治疗必须用药。

（3）外院转入患者需延续用药；外院专家会诊建议必须用药。

2．针对特定患者的临时用药，一次申请数量仅限一个疗程用量。

3．申请用药患者若未用完药品，由申请医生负责及时与药学部门联系，酌情处理。若因药品过期或无法退药导致医院经济损失，由申请科室承担相应经济责任。

4．同一品种、同一科室一年内临时用药申请超5次时，需研究是否纳入医院用药目录。如需要，药学部门汇总材料提请药事委员会纳入新药引进评审，且该申请占用科室年度新药申请份额。

5．抢救用药可先进药后补办手续，但需先请示院领导并获得口头同意，药学部方可采购。

6．临时用药申请程序。由临床医师填写《药品临时采购申请单》，需包含药品名称、规格、给药方案、预计疗程、患者姓名、住院号、疾病诊断、申请理由、科主任审核签名等内容。由医保办、药学部门审核该药在院使用信息及相关药品信息，患者信息及临时用药必要性，由药事委员会主任审核批准后执行。

7．抗菌药物临时采购管理

（1）临床科室遇特殊感染患者，使用医院抗菌药物目录内品种治疗效果不佳，经科主任及抗感染专家会诊确认需用目录外品种，方可向药学部门申请临时采购。

（2）经抗感染专家会诊或药事委员会审核，认为无需使用目录外品种的，一律不得临时采购。

（3）主诊医师填写《抗菌药物临时采购申请表》，说明采购理由及数量，经科主任签字同意。

（4）药事委员会审核，药事委员会主任签字同意。

（5）采购中心负责采购，药学部跟踪药品使用情况。

8．抗肿瘤药物临时采购管理

（1）临床科室因以下情形可提出抗肿瘤药物临时采购申请

①临床紧急救治：危重症肿瘤患者抢救时，现有目录内药品无法满足治疗需求，无替代品种的；

②特殊病种治疗：罕见肿瘤、特殊类型肿瘤患者治疗需使用专用抗肿瘤药物，且目录内无同类替代药品的；

③临床急需创新药：国家医保谈判新增、临床优势明显、安全性高且无可替代的新型抗肿瘤药物。

（2）经药事委员会审核，认为无需使用目录外品种的，一律不得临时采购。

（3）主诊医师填写《肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临时采购申请表》，说明采购理由及数量，经科主任签字同意。

（4）药事委员会审核，药事委员会主任签字同意。

（5）采购中心负责采购，药学部跟踪药品使用情况。

（三）中标目录外药品采购管理

1．中标目录外药品指未纳入江苏省集中招标采购目录的药品。

2．原则上不予采购，确因临床必需且无替代品种时，可经药事委员会审议同意、主任签字后方可采购并报市相关管理部门备案。

3．中标目录外药品在备案采购期间，药学部应督促临床科室密切观察治疗效果与不良反应，对治疗效果不佳，或出现严重的药品不良反应，安全用药风险较高的，可提请药事委员会批准暂停采购。

第五章　药品价格与付款管理

（一）价格管理

1．药品采购价格必须严格执行国家招标挂网价、带量采购价。

2．中标目录外药品价格由供应商提供定价依据。

3．采购中心应密切关注药品市场价格变化，及时向药学部反馈价格异常信息。

（二）付款管理

财务部门根据采购合同、发票、入库单等有效凭证，按规定流程办理付款手续。

第六章　纪律与监督

（一）药学部、采购中心需在每年向院领导及院药事委员会，汇报本年度药品采购的品种、供应商、金额等关键信息。院领导、药事委员会需定期开展检查，检查范围包括药品采购供应商合规性、药品质量达标情况、药品管理制度实际执行情况。

（二）所有采购相关人员必须严格遵守国家法律法规和医院廉洁纪律规定，不得接受供应商的任何形式的回扣、馈赠、宴请或其他利益输送。

（三）药品采购全过程应公开透明，自觉接受纪检监察部门、审计部门及全院职

工的监督。对违反本制度规定的行为，按本院奖惩办法处理，涉嫌犯罪的，移交司法机关处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2011 年 05 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2019 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

突发公共事件药品供应管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-005-05	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：4
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范突发公共事件应急药品供应保障工作，提高药学部门应急响应能力，确保应急状态下药品及时、安全、有效供应，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理组织与职责

（一）应急组织架构

成立突发公共事件药品供应保障领导小组：

组长：分管院长

副组长：药学部主任

成员：采购中心、药库、临床药学、各药房负责人

（二）职责分工

1．领导小组职责：

（1）负责应急药品保障工作的统一指挥和协调；

（2）启动和终止应急响应；

（3）审批应急药品采购方案和供应计划；

（4）协调解决应急保障中的重大问题。

2．药学部职责：

（1）具体组织实施药品应急保障工作；

（2）负责应急药品的采购、验收、储存和供应；

（3）提供药品信息支持和合理用药指导；

（4）监测药品质量和不良反应。

3．各岗位职责：

（1）第一知悉人：立即向药学部主任或分管院长报告；

（2）采购人员：负责应急药品采购实施；

（3）药库人员：负责药品验收、储存和配送；

（4）临床药师：提供用药信息咨询和合理用药指导；

（5）药房人员：保障药品调剂和发放。

第二章　应急响应流程

（一）响应程序

1．信息报告：第一知悉人立即报告药学部主任或分管院长；

2．启动响应：按照《突发事件药事管理应急预案》迅速启动响应；

3．人员通知：根据事件性质通知相关责任人；

4．调查处置：及时调查情况，作出处理决定；

5．汇报请示：向分管院长汇报处理情况。

（二）分类响应

1．药品供应相关：通知药品采购、库管员或药房人员；

2．药品质量相关：通知临床药学人员；

3．严重不良反应事件：立即启动不良反应监测和处置程序。

第三章　药品保障措施

（一）应急采购

1．开通绿色通道，简化审批流程；

2．可采用电话、短信等便捷方式；

3．优先从优质供应商采购；

4．特殊情况可先行采购，后补手续；

5．严格验收临时采购药品质量。

（二）药品管理

1．对所有临时采购药品严格进行质量验收；

2．建立应急药品专用通道，优先验收、优先入库；

3．加强应急药品的储存管理，确保质量安全；

4．建立应急药品发放专用窗口，简化发放流程。

（三）药学服务

1．临床药师负责药物信息、药物安全性方面的工作；

2．及时收集药物信息，向临床传递合理用药咨询；

3．开展药品不良反应监测和报告工作；

4．提供用药指导和药学技术支持。

第四章　特殊情形处理

（一）传染病疫情

1．工作人员采取有效防护措施；

2．避免院内交叉感染；

3．加强消毒药品供应和管理；

4．确保防护用品配备。

（二）日常保障

1．在应急响应的同时确保日常药品调剂工作；

2．保证医院日常医疗工作的正常运行；

3．合理安排人员，保障应急和日常工作的协调。

第五章　后期处置与总结

（一）善后工作

1．突发事件处理平稳后，继续做好后续治疗药品保障；

2．根据医院救治需要，及时调整药品供应计划；

3．做好应急药品的补充和储备工作。

（二）总结评估

1．应急结束后及时进行总结评估；

2．分析应急保障工作的成效与不足；

3．提出改进措施，修订完善应急预案；

4．对相关记录进行整理归档。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国突发事件应对法[EB/OL].

(2024-06-28).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202406/t20240628_437888.html.

[2]国务院.突发公共卫生事件应急条例[EB/OL].(2011-01-08).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/44d3028bd36045b08f430d899f5326ce.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

药品质量管理工作制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-006-03	制定时间：2016-07-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范药品全流程质量管理，保障药品安全、有效、经济和患者用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理组织与职责

（一）质量管理小组

组长：药学部主任

副组长：药学部质控负责人

成员：采购组、库房组、调剂组、临床药学组、药品不良反应监测小组、临床各科室质控负责人（病区护士长或指定负责人）

职责：参照质量管理制度，监督执行情况，处理质量问题。

（二）岗位职责

质量管理员：负责日常质量检查、记录及问题上报。

采购员：确保药品从合法渠道采购，资质审核。

库管员：严格按标准验收药品，拒收不合格药品。

养护员：定期检查库存药品质量，监测储存环境。

第二章　药品质量管理内容

（一）采购管理

供应商资质管理：所有药品供应商必须经过严格资质审核，建立合格供应商档案。采购过程管理：严格按照医院目录进行采购。采购目录外药品必须备案。

（二）验收管理

1．验收记录完整。

2．特殊药品验收：对麻醉药品、第一类精神药品，实行双人验收，查验至最小包装，并即时入库保险柜。

3．冷链药品验收：配送过程的温度监控记录完整，确认全程在规定温度范围内。

（三）储存与养护

1．药品按储存条件分类定位存放。每日定时监测并记录温湿度，超标时及时采取措施。

2．高警示药品、易混淆（看似/听似）药品应设置明显标识，分开存放。

3．不合格药品按规定及时处置。

（四）调剂与发放

1．调剂人员必须严格执行“四查十对”，唱收唱发。对不规范处方、用药不适宜处方，有权拒绝调配。

2．实行双人核对制度（或独立核对），并向患者或其家属进行必要的用药交代。

3．拆零药品需标明名称、规格、批号及有效期。

（五）特殊药品管理

账物相符，各类账册记录及时完整。麻醉药品、第一类精神药品实行“五专”管理，配备防盗设施。

（六）药品效期管理

做好标识，按“近期先用”原则摆放。

（七）仪器设备管理

定期对仪器设备养护并记录。

（八）质控检查

1．班组及时完成班组内各项质控，记录填写完整。

2．按要求完成临床各项质控检查。

第三章　质量监控与改进

（一）定期检查

1．每季度库房全面检查，重点抽查特殊药品、冷链药品。

2．定期召开质量分析会，提出改进措施。

（二）记录管理

所有质量记录保存至少 3 年，电子记录需备份。

（三）应急预案

1．发现假劣药品立即封存，报告药监部门。

2．冷链药品断链时启动备用设备并评估药品质量。

第四章　培训与考核

（一）人员培训

1．每年至少开展 1 次药品质量管理专题培训考核。

2．新入职医务人员岗前培训包含质量管理制度。

（二）考核

质量考核纳入绩效，对违规行为追责。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家食品药品监督管理总局.药品经营质量管理规范[EB/OL].(2016-07-13).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_bc07ffdb7a1c4e46be371ac5a4a65f9c.html.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2021 年 04 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

药品有效期管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-007-04	制定时间：1992-08-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范药品有效期管理，确保药品质量与使用安全，防止药品过期失效，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理与职责

（一）药学部负责全院药品有效期的统一监督管理，制定相关流程并组织实施。

（二）各部门负责人为本部门药品有效期管理第一责任人：

1．药库负责人负责库存药品的有效期管理；

2．各药房负责人负责本药房药品的有效期管理；

3．病区护士长负责本病区基数药品的有效期管理。

（三）各药品管理单元应指定专人每月对药品有效期进行检查并记录。

第二章 采购与验收管理

（一）药品采购应按临床实际需求制定计划，避免药品积压。

（二）药品验收时必须检查有效期，并严格执行以下规定：

1．未标明有效期或更改有效期的药品按劣药处理，不得验收入库；

2．无特殊情况，距有效期不足 9 个月或生产日期超过 1 年的药品，药库应拒绝收货；

3．验收时应将有效期信息准确录入信息系统。

第三章 储存与发放管理

（一）药品储存应按品种、批号分类堆放，并严格执行“先产先出、近期先出、按批号发货”原则。

（二）药品发放应符合以下有效期要求

1．药库发放给药房的药品，有效期不得少于 9 个月；

2．药房发放给患者的药品，有效期不得少于 3 个月；

3．病区基数药品有效期不得少于 3 个月。

第四章 拆零分装药品效期管理

（一）分装后药品有效期不得超过原包装有效期；

（二）一般分装药品有效期自分装之日起不超过 6 个月。

第五章 近效期药品管理

（一）建立近效期药品预警机制

1．有效期不足 6 个月的药品列为近效期药品；

2．每月汇总编制《近效期药品清单》；

3．对近效期药品实施重点养护和标识管理。

（二）近效期药品处理流程

1．效期不足 6 个月的药品实施催销、院内调剂或退库处理；

2．效期不足 3 个月进行院内调剂使用；

3．药库负责与供应商协调退货或换货事宜。

（三）退库药品应符合以下条件

1．领药时间不超过 6 个月或距有效期不少于 3 个月；

2．包装完好，质量可靠；

3．符合供应商退货政策。

入库时间超过一年或有效期不足 3 个月的不得退货，由库管人员负责。

第六章　过期药品处理

（一）严格执行“严禁使用过期药品”规定

1．过期药品应立即停止使用，隔离存放；

2．及时移入不合格药品区，悬挂红色标识。

（二）过期药品销毁

1．建立过期药品销毁记录；

2．由药学部统一组织销毁；

3．销毁时需双人核对、监销并签字确认。

第七章　监督管理

（一）药学部每月对各药品管理单元的有效期管理情况进行检查。

（二）将药品有效期管理纳入科室质量考核体系。

（三）对因管理不善造成药品过期损失的，按医院相关规定处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家食品药品监督管理总局.药品经营质量管理规范[EB/OL].(2016-07-13).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_bc07ffdb7a1c4e46be371ac5a4a65f9c.html

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2011 年 05 月第 1 次修订
2021 年 04 月第 2 次修订
2026 年 01 月第 3 次修订

药品仓储管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-008-04	制定时间：1992-08-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院药品仓储管理，确保药品在入库验收、储存养护、出库发放等环节的质量安全，保证药品质量可控、账物相符、流向清晰，保障临床用药安全有效，特制定本制度。

二、内容

第一章　药品入库验收管理

（一）验收前准备

1．药品到货后，收货人员应首先检查运输工具、包装箱外观有无异常，核对送货单与采购计划是否相符。

2．将药品移至待验区（黄色标识），并通知库管员进行验收。

（二）验收程序与内容

库管员验收时必须严格按照本程序操作，对每次到货药品进行逐批验收，并做好记录。

1．核对凭证：对照随货同行单（票）和采购记录，核对药品的通用名称、剂型、规格、数量、生产厂商、供货单位等信息。

2．检查包装与标识

（1）检查药品内外包装是否完好、清洁、无破损、无污染、无渗漏。

（2）检查标签和说明书是否符合国家规定，印字清晰，内容准确。

（3）核对产品批号、生产日期、有效期是否与票据一致。

3．查验质量状况

（1）对药品的外观性状进行检查（如片剂的色泽、裂片，注射剂的澄明度、颜色等），发现变色、潮解、结块、沉淀、异味等异常情况不得入库。

（2）特殊管理药品：双人开箱，双人验收，逐支逐盒核对，确保账物相符。

（3）冷链药品：重点检查在途温度记录或监测设备数据，测量到货时药品温度。不符合温度要求的应当拒收，并做好记录。验收合格后应立即移入冷库。

4．验收结果处理

（1）合格药品：库管员在随货同行单（票）上签字，将药品移入合格品区（绿色标识），办理信息系统入库手续。

（2）不合格药品：立即移至不合格品区（红色标识）拒收，退还公司。

（三）记录要求

所有验收记录必须真实、完整、准确，在信息系统中填写《药品入库验收记录表》，保存至超过药品有效期一年，且不得少于 3 年。

第二章　药品养护管理

（一）储存设施与环境

1．药库应配备与库存药品规模相适应的货架、空调、除湿机、冷藏柜、阴凉库以及防鼠、防虫、防盗、防火等相关设施。

2．实行色标管理：合格品区（绿色）、待验区/退货区（黄色）、不合格品区（红色）。

（二）药品储存要求

1．药品应按其特性分类储存：

（1）按温湿度要求：常温库（0-30℃）、阴凉库（0-20℃）、冷库（2-10℃），湿度 35%-75%,需冷冻保存的药品应贮存于具有冷冻功能的冰箱内。

（2）按剂型分类：内服药、外用药、注射剂、中药饮片等应分区存放。

（3）特殊管理药品：专库或专柜存放，双人双锁管理。

2．药品堆码应符合规定：离地≥10cm，离墙、顶、温度调控设备及管道等设施≥30cm，垛间距≥5cm。搬运和堆码应严格遵守外包装图示标志要求，禁止倒置、挤压。

（三）温湿度监控与调控

1．每日上下午各一次观测并记录温湿度。

2．当温湿度超出规定范围时，应立即采取调控措施（如开启空调、除湿机、加湿器等），并记录处理情况及结果。

3．计量器具应定期进行校准，确保数据准确。

（四）循环检查与养护

1．养护员应定期对在库药品进行循环质量检查（一般每月一次），并做好《药品养护检查记录》。

2．检查重点：易变质、近效期（6 个月内）、拆零、首次采购、近期发生过质量问题品种的药品。

3．对检查中发现有质量疑问的药品，应立即处理，并报告质量管理人员处理。

（五）效期管理

1．建立药品效期预警表，每月汇总一次近效期（6 个月内）药品信息，并通知

采购员及各调剂部门。

2．信息系统设置近效期预警功能。

3．对近效期药品应挂牌标识，积极协调临床使用，避免过期造成浪费。

第三章　药品出库复核管理

（一）出库原则

严格执行“先进先出、近效期先出、按批号发放”的原则。

（二）出库复核程序

1．各部门请领药品后，药师根据信息系统生成的出库单进行拣货。

2．拣货完成后，必须由另一名复核员（或保管员本人二次核对）进行出库复核。

3．复核内容

（1）对照出库单，核对药品的通用名称、剂型、规格、数量、生产批号、有效期、生产厂商。

（2）检查药品的外观质量、包装是否完好。

（3）确保发出的药品质量合格、数量准确、标识清晰。

4．特殊药品出库：必须双人复核，核对无误后共同签字。

5．冷链药品出库：出库时应使用冷藏箱，放置足量蓄冷剂，确保运输途中温度符合要求。向接收方交接时，应确认签字。

（三）出库后处理

1．复核无误后，复核员在出库单上签字，办理信息系统出库确认。

2．药品出库后，如无特殊情况，不予退换。如有退药，必须由质量管理人员严格验收，符合质量要求的方可重新办理入库。

（四）记录要求

所有出库复核记录必须真实、完整，相关单据保存至超过药品有效期 1 年，且不得少于 3 年。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家食品药品监督管理总局.药品经营质量管理规范[Z/OL].(2016-07-13).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_bc07ffdb7a1c4e46be371ac5a4a65f9c.html

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[Z/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2011 年 05 月第 1 次修订

2021 年 04 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

药品冷链管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-009-02	制定时间：2021-04-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范需冷藏药品的冷链管理，保证药品质量与安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称冷藏药品，是指对药品贮藏、运输有冷处、冷冻等温度要求的药品。冷处：指温度符合 2℃～10℃的贮藏运输条件。冷冻：指温度符合-25℃～-10℃的贮藏运输条件。

第二章 管理与职责

（一）药学部负责全院药品冷链管理的监督与指导，制定相关流程并组织实施。

（二）各部门职责

1．药库：负责冷藏药品的采购、收货、验收、储存与养护管理；

2．药房：负责本药房冷藏药品的储存、养护、调配与发放；

3．临床科室：负责本科室基数冷藏药品的储存与使用管理。

（三）各药品管理单元应指定专人负责冷藏设备的管理与温度监测。

第三章 设施设备管理

（一）冷藏设施配置要求

1．药库应配备专用冷库或医用冰箱；

2．各药房应配备专用医用冰箱；

3．临床科室根据需要配备专用冰箱；

4．配备备用发电机组或双路供电系统。

（二）温度监控要求

1．配备自动温度监控系统，实行 24 小时连续监测；

2．温度监控设备应定期校准，确保准确可靠；

3．设置温度异常报警系统。

（三）冷藏设备应定期维护

1．建立设备档案和维护记录；

2．定期检查设备运行状况；

3．定期进行清洁消毒。

第四章　收货与验收管理

（一）收货环境要求

1．收货区应设置在阴凉处；

2．避免阳光直射和热源影响；

3．配备必要的温度检测设备。

（二）收货检查内容

1．查验运输途中的温度记录；

2．现场检测药品温度；

3．检查包装完整性；

4．索取并核对运输交接单,有多个交接环节的，每个交接环节都要签收交接单。

（三）验收要求

1．冷藏药品从收货转移到待验区的时间，冷藏药品应在 30 分钟内,冷冻药品应在 15 分钟内；

2．验收应在阴凉或冷藏环境下进行，验收合格的药品，应迅速将其转到说明书规定的贮藏环境中。

第五章　储存与养护管理

（一）储存管理要求

1．按药品品种、批号分类存放；

2．储存温度应符合药品说明书要求；

3．药品与箱壁保持适当距离；

4．定期检查药品质量状况。

（二）养护管理要求

1．每日定时检查并记录温度；

2．发现温度异常及时处理并记录；

3．发现质量异常按不合格药品处理。

第六章 调配与发放管理

（一）调配发放要求

1．使用专用保冷设备发放；

2．选择适宜的运输方式；

3．严格控制转运时间。

（二）时限要求

冷藏药品应在 30 分钟内完成转运，冷冻药品应在 15 分钟内完成转运。

第七章 记录管理

（一）建立完整的冷链记录：收货验收、温度监测、设备维护、养护检查记录。

（二）记录保存要求：保存至超过药品有效期 1 年，记录至少保存 3 年。

第八章 应急管理

（一）制定冷链中断应急预案

1．明确应急处置流程；

2．配备应急处理设备；

3．定期组织应急演练。

（二）发生温度异常时

1．立即采取纠正措施；

2．评估对药品质量的影响；

3．按相关规定处理受影响药品。

第九章 监督管理

（一）药学部每月对各环节冷链管理情况进行检查。

（二）将药品冷链管理纳入科室质量考核体系。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家食品药品监督管理总局.药品经营质量管理规范[EB/OL].(2016-07-13).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_bc07ffdb7a1c4e46be371ac5a4a65f9c.html.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

短缺药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-010-02	制定时间：2020-10-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范我院短缺药品的监测、预警、评估、处置及预防工作，建立健全长效管理机制，最大限度地保障临床必需药品的及时、稳定供应，确保患者用药安全与治疗效果，特制定本制度。

二、内容

第一章　定义与分类、分级

（一）定义

本制度所称短缺药品是指，临床必需且不可替代或者不可完全替代的，因生产、流通、使用环节及其他因素导致的，在一定区域、一定时间内不能满足临床当前或者预期用量需求，存在缺药风险的药品。

（二）分类（按可替代性）

1．一类短缺药品：临床必需且无替代或无可完全替代的药品。

2．二类短缺药品：临床必需但存在可替代（包括不完全替代）的药品。

（三）分级（按预计短缺持续时间）

1．一级短缺：预计或已连续短缺 6 个月及以上。

2．二级短缺：预计或已连续短缺 3 个月（含）至 6 个月。

3．三级短缺：预计或已连续短缺 1 个月（含）至 3 个月，或存在明确短缺风险。

第二章　管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）：是医院短缺药品管理工作的最高决策机构，负责审批相关制度、重大处置方案及替代药品的临时或永久性引进。

（二）药品采购及短缺药品管理组（以下简称工作组）

构成：组长由分管院长担任，副组长由药学部负责人担任。固定成员包括药学部（采购、调剂、临床药学）、采购中心、医务部、质管部、信息科等相关负责人。动态成员为短缺药品涉及的重点临床科室主任。工作组办公室设在药学部，日常工作由药学部、采购中心共同负责。

1．工作组职责：

（1）组织落实本制度，制定细化流程。

（2）组织短缺药品信息的确认、分级评估和综合影响研判。

（3）牵头组织替代药品的循证遴选与临床使用评估。

（4）协调院内跨部门资源，决策并启动应急采购、临床调剂等应急措施。

（5）指导并审核短缺药品信息的内外部上报。

2．各部门职责

（1）药学部、采购中心：是监测预警与采购执行的核心部门。负责日常信息收集、初步核实、库存管控、多渠道寻源采购、信息上报及替代药品的初步药学评估。

（2）医务部：负责协调临床科室，组织医疗救治方案调整，审批超说明书或替代治疗方案，处理相关医疗纠纷风险。

（3）临床科室：负责本科室用药需求的及时反馈，参与替代方案讨论与实施，做好患者沟通与病情监测。

（4）信息科：负责为短缺药品信息管理平台或模块的建立与维护提供技术支持，确保信息流转通畅。

第三章　监测、预警与信息报告

（一）多渠道监测

1．主动监测：

（1）药学部、采购中心每日监控药品库存与采购订单状态。

（2）定期查询国家及省级短缺药品直报系统、相关行业协会预警信息。

（3）与主要供应商建立短缺信息即时通报机制。

2．被动报告：

（1）临床科室、药房调剂人员发现药品短缺或接到供应商短缺通知时，应立即报告至药学部。

（2）接受患者关于特定药品无法获取的反馈并核实。

（二）预警与初步评估，药学部/采购中心在获知短缺信息后 24 小时内完成：

1．信息核实：与供应商、生产商或上级平台确认短缺原因、预计恢复时间及可供货数量。

2．初步定级：根据定义进行初步分类与分级。

3．库存评估：精确统计全院库存，计算预计可维持供应时间。

4．发布初级预警：对确认为三级及以上短缺的药品，立即通过院内通讯工具（如 OA 公告、工作群）向工作组及相关临床科室发布包含药品名称、规格、预计断药时间、当前应对建议的初级预警。

（三）信息报告流程

1．内部报告：药学部完成初步评估后，填写《短缺药品信息报告与处置表》，提交工作组办公室，由办公室根据分级启动相应响应流程。

2．外部报告：经工作组确认需上报的短缺药品，药学部须在规定时限内通过国家卫生健康委药具管理中心“短缺药直报系统”等官方渠道完成信息上报。

第四章　分级响应与处置流程

（一）三级短缺响应

1．责任部门：药学部、采购中心主导。

2．处置措施：

（1）启动替代供应商寻源，争取分批次供应。

（2）根据临床急需程度，在院内各药房间进行合理调剂。

（3）与主要使用科室沟通，协商在短缺期内暂优先保障危重患者。

（4）每周向工作组通报供应进展。

（二）二级短缺响应

1．责任部门：工作组办公室（药学部）牵头，医务部协同。

2．处置措施：

（1）执行三级短缺所有措施。

（2）工作组办公室在 48 小时内组织专题评估会，邀请相关临床科室参与。

（3）启动替代药品正式遴选程序。

（4）考虑向医共体医院发起临时调剂求助。

（5）向全院发布正式短缺通告，明确替代方案和注意事项。

（三）一级短缺响应

1．责任部门：工作组全体，报请药事委员会决策。

2．处置措施：

（1）执行二级短缺所有措施。

（2）启动应急采购程序，工作组审议后报主管院领导审批，突破常规渠道紧急采购。

（3）若为“一类短缺药品”，由医务部牵头，组织多学科会诊，制定全院层面的诊疗方案调整预案。

（4）加强患者沟通与舆情监测。

第五章　替代药品遴选与管理

（一）替代药品遴选策略

短缺药品一旦经确认短时间内无法恢复供应，工作组应组织药学、临床医学等相关专业人员基于循证医学原则、相关技术规范和专科指南，科学地遴选替代药品。

（二）替代药品的获取

短缺药品管理工作组将替代药品遴选结果上报药事管理与药物治疗学委会，并及时在院内通报替代药品信息。若替代药品不在本机构供应目录内，由临床科室主任提

出临时药品采购申请，经医务部科长、药学部主任审核，主管院长审批后，由采购中心临时采购。并上报药事委员会讨论是否批准按照新药采购。在替代药品使用过程中，临床医师应当加强医患沟通，医师、药师和护师应对患者做好必要的监护。

（三）短缺药品恢复供应后替代药品的处置

短缺药品恢复正常供应后，由短缺药品管理工作组提出替代药品处置方案，并上报药事委员会讨论审核。

（四）短缺药品预防策略

1．目录优化：药事委员会定期评估药品供应目录，对长期供应不稳定、已有更好替代的品种，考虑汰换。

2．库存策略：对临床必需且短缺风险高的一类药品，经药事委员会批准，可设立安全储备库存。

3．供应商管理：采购中心优化采购途径，与多家主流配送企业合作，分散供应风险。

4．信息化建设：以省药品（医用耗材）阳光采购和综合监管平台为依据，建立完善我院药品短缺监测预警报告系统。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2][中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[3]国家卫生健康委办公厅,国家发展改革委办公厅,工业和信息化部办公厅,等.国家短缺药品清单管理办法(试行)[EB/OL].(2020-04-20).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202004/b288f21f55774f6c9cf4e498f8b1aa1e.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

药品召回管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-011-03	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2

审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院药品召回管理，建立健全药品安全应急机制，最大限度减少问题药品对患者造成的危害，保障患者用药安全，维护医院声誉，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称药品召回，是指院内存在质量问题或者其他安全隐患的药品。包括：

1．生产商、供应商主动召回的药品：是指药品上市许可持有人按照规定的程序收回已上市的存在质量问题或者其他安全隐患药品。

2．药品监督管理部门要求召回的药品。

3．质量不合格药品及假药、劣药。

4．调剂错误或分装不合格药品。

5．在使用过程中发现或患者投诉并证实为不合格的药品。

第二章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会负责药品召回工作的监督与指导。

（二）药学部

1．药学部药事质控管理组负责医院药品召回的具体管理工作，在做出药品召回决定或收到药品召回通知后，根据需召回药品安全隐患的严重程度决定召回范围，及时通知药库。

2．药库采购员：负责接收、核实药品召回信息；启动并跟踪召回流程；收集、汇总召回药品；与药品生产企业或供应商沟通协调。

3．药库库管：负责发放《药品召回通知书》核查库存，冻结未发放的召回药品；接收各部门退回的药品；办理召回药品的出库与退货手续。

4．各药房：负责核查本部门库存、调剂记录及发放记录；联系相关临床科室或患者；回收并登记退回的药品，移交药库。

（三）临床科室

1．科主任及护士长负责将召回通知传达至每一位医护人员。

2．负责立即停止使用召回药品，将其单独存放、标识清晰。

3．核查科室库存、患者用药记录及病房小药柜，回收未使用的药品。

4．密切观察已使用该药品的患者情况，如有异常及时报告并处理。

5．将回收的药品详细登记后，移交至药房或指定部门。

（四）医务部、护理部

协助药学部向临床科室、医护人员传达召回指令，并监督执行情况，确保临床配合完成召回工作。

第三章　召回分级与启动

（一）召回分级

根据药品安全隐患的严重程度，召回分为三级：

1．一级召回：使用该药品可能引起严重健康危害或死亡的。应在 24 小时内启动召回。

2．二级召回：使用该药品可能引起暂时的或者可逆的健康危害的。应在 48 小时内启动召回。

3．三级召回：使用该药品一般不会引起健康危害，但由于其他原因需要收回的。应在 72 小时内启动召回。

（二）召回启动情形

1．被动召回：接到国家药品监督管理局公告、药品生产企业或供应商的正式《药品召回通知单》后。

2．主动召回：本院在药品采购、验收、储存、养护、使用过程中自行发现药品存在质量问题或安全隐患时。

第四章　召回程序

（一）信息接收与核实

1．药库接到任何形式的召回信息后，应立即核实信息的真实性、准确性，包括：药品名称、规格、批号、效期、召回原因、召回级别等。

2．核实无误后，立即向药学部主任报告。

（二）实施与回收

1．药学部药事质控管理组决定启动召回程序，并确定召回级别。

2．药库接到召回通知后，应立即停止采购所涉问题品种，由采购员与保管员进行复核确定我院是否有无该药,一旦确定后，保管员立即发放《药品召回通知书》通知各个药房停止使用该药品，同时由药房填写《药房退货记录》（包括品名、规格、批号、数量、厂家等），并将药品退到药库。

3．中心药房接到《药品召回通知书》后立即通知各病区护士长，指定人员清点、封存需召回的库存药品，立即退回药房。

4．需要从患者手中召回的药品要指定专人通过查找处方、病历等方式找到患者，采用电话联系等方式通知门、急诊患者和已出院的住院患者停止用药并取回药品。门、急诊患者由发药部门负责联系，已出院住院患者由用药部门（病区护士长）负责联系，必要时可请公安部门协助。

5．发药部门和用药部门（病区）收到患者交回的召回药品后，应仔细查验是否为我院发出的召回药品。查证属实后，按医院规定办理退药及退费。

6．各部门收回的召回药品须及时清点退回药库。

7．药库保管员凭《药房退货记录》对退回药品进行核对，并将药品妥善保管于指定的不合格区等待处理。

8．当药库接到上级的处理通知后，登记《药库退货记录表》，经药学部负责人签字审核后，由采购员通知相关的供货单位，将药品退到相应的公司。

9．如系药品质量问题引起不良事件，按相关制度执行。

10.发现药品调剂差错后，应立即通过多种途径，在最短时间内联系患者，及时追回差错药品，防止患者误服引发不良后果。若患者已服用，需密切观察有无不良反应，必要时进行检查及治疗。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[3]国家药品监督管理局.药品召回管理办法[EB/OL].(2022-10-24)[2025-12-30].https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/ypggtg/ypqtggtg/20221026164304199.html.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

药品调剂制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-012-03	制定时间：2013-07-01
适用范围：药学部工作人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院药品调剂工作，确保药品调剂准确、安全、及时，保障患者用药安全，防止用药错误发生，特制定本制度。

二、内容

第一章　调剂工作的基本要求

（一）人员资质

从事药品调剂工作人员必须是依法经过资格认定的药学专业技术人员。非药学技术人员不得直接从事药品调剂工作。调剂人员必须经过岗前培训和考核，合格后方可上岗。

（二）环境与设施

1．调剂室应环境整洁、布局合理，配备足够的照明、通风、防尘、防潮、防虫、防盗设施。

2．药品货架标识清晰，药品陈列规范有序。

3．配备必要的调剂工具、药品拆零工具、有效期登记本、专用包装袋以及应急处理设施。

（三）行为规范

1．工作时着装整洁，佩戴胸卡，精神集中，不得大声喧哗、闲聊。

2．接待患者应主动、热情、耐心，使用文明用语。

3．严格遵守劳动纪律，坚守岗位，不得擅离职守。调剂台前不得空岗。

第二章　调剂操作规程

（一）处方接收与审核

1．药师应当对处方及医嘱进行审核。

2．审核内容包括

（1）合法性：处方医师是否具备处方权，处方是否符合国家及医院规定。

（2）规范性：前记、正文、后记是否清晰、完整。

（3）适宜性：

①对规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；

②处方用药与临床诊断的相符性；

③剂量、用法的正确性；

④选用剂型与给药途径的合理性；

⑤是否有重复给药现象；

⑥是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；

⑦其他用药不适宜情况。

3．对于不适宜处方，药师应拒绝调剂，及时告知处方医师，并进行记录、报告。

（二）调配药品

1．审核无误后，方可调配。

2．调配者应严格遵守操作规程，集中精力，按处方逐味、逐剂调配。

3．“十对”内容：对科别、对姓名、对年龄；对药名、对剂型、对规格、对数量；对药品性状、对用法用量；对临床诊断。

4．取用药品时需检查药品标签、有效期及质量，确认无误后方可取用。

5．拆零药品应使用专用工具，放入专用袋，并注明药品名称、用法用量等信息。

6．调配完毕，调配者应在处方上签章或电子确认。

（三）核对与发放

1．实行双人核对制。调配者完成后，由另一名药师对药品与处方进行全面复核。急诊与夜间一人调剂时，需执行再次复核程序。

2．核对内容：药品名称、规格、数量、外观、有效期、包装是否与处方一致，用法用量标签是否粘贴准确、清晰等。

3．核对无误后，核对者在处方上签章或电子确认。

4．发药时，呼叫患者姓名，确认身份无误后，方可发药。

5．向患者或其家属进行药指导与交代，并提供纸质用药指导单。

6．发出的药品应包装完好，标签清晰。

第三章　差错预防与报告

（一）营造安全的调剂文化，鼓励主动报告差错隐患。

（二）定期进行差错案例分析和培训。

（三）优化工作流程和环境（如药品相似包装标识管理、货架分区管理）。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家食品药品监督管理总局.药品经营质量管理规范[EB/OL].(2016-07-13).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_bc07ffdb7a1c4e46be371ac5a4a65f9c.html.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2021 年 04 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

易混淆药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-014-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01

制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范易混淆药品管理，防范用药错误，保障患者用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称易混淆药品，是指在开具处方、调剂核对、给药使用等环节中容易发生错误的药品，主要包括以下类别：

1．药品通用名或商品名相似（包括字形、发音相似）；

2．药品外观相似（包括包装、标签、剂型相似）；

3．一品多规、多剂型药品；

4．其他易导致混淆误用的药品。

第二章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会负责易混淆药品管理工作的监督与指导。

（二）药学部

1．制定和更新《易混淆药品目录》；

2．监督易混淆药品管理执行情况；

3．组织用药错误根本原因分析与改进。

（三）各药品使用部门

1．落实易混淆药品管理措施；

2．制定本科室易混淆药品管理细则；

3．严格执行调配与使用规范。

第三章 目录管理

（一）药学部根据以下情况制定并定期更新《易混淆药品目录》：

1．新药引进时根据新药的化学名称、商品名、包装，评估其混淆风险；

2．药品更换生产厂家或包装后重新评估；

3．发生调配差错连续两次后及时分析并纳入管理；

4．参考国内外相关指南和警示信息。

（二）各病区、药房参照医院目录，结合本科室实际制定部门易混淆药品目录，并报药学部备案。

（三）目录更新后应及时通过院内 OA 系统、药讯等方式告知相关科室。

第四章 储存管理

（一）易混淆药品应按剂型、用途分区存放，注射剂、口服药、外用药严格分开。

（二）对易混淆药品应设置专用区域或货位，并粘贴统一制作的“易混淆药品”

警示标识。

（三）对一品多规、多剂型药品应在货位和药品包装上明确标注规格、剂型等关键信息。

第五章 调剂与使用管理

（一）药师调配易混淆药品时必须严格执行：

1．“四查十对”制度；

2．双人复核制度；

3．对存在疑问的处方必须核实无误后方可调配。

（二）护士给药时必须：

1．严格执行“三查七对”；

2．经双人核对确认无误后方可给药。

第六章 应急处理与质量改进

（一）发生药品误发、误用等差错时，当事人应立即：

1．采取补救措施，最大限度降低对患者的伤害；

2．报告科室负责人；

3．按规定上报不良事件。

（二）药学部会同医务部、护理部对发生的差错进行根本原因分析，制定改进措施。

（三）建立易混淆药品管理质量持续改进机制，定期评估管理效果。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2021 年 08 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

附件

易混淆药品提示标识



提示看起来外观
相似的药品



提示听起来发音
相似的药品



提示一品多规
的药品

退药管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-013-03	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院药品退药管理，明确退药流程与责任，防止不合格药品、假劣药品流入或流出医院，保障药品质量与患者用药安全，减少医院经济损失，特制定本制度。

二、内容

第一章　调剂部门向药库退药管理

（一）退药原因

1．药品近期失效（通常指有效期不足 3 个月），药库未能及时调剂使用；

2．药品包装变更、药品召回等由药库发出的指令性退药；

3．请领计划失误导致的少量冗余药品。

（二）退药流程

1．申请：调剂部门申请退药，告知退库药品信息。

2．验收：药库保管员对退回药品进行质量验收。

3．检查内容：外包装完好无损、无污染；药品性状无异常；批号、效期与申请单一致；冷链药品需确认储存温度始终合规。

4．处理：

（1）验收合格：办理入库手续，将药品归位至合格品区相应货位，并在信息系统中做账务处理。打印退货单，调剂部门负责人签字确认。

（2）验收不合格：如包装破损、污染、过期、变质等，不予接收，立即移至不合格品区，按报废药品处理，并记录原因。

5．记录：退药验收记录由药库归档保存，保存期限不得少于 3 年。

第二章　医院向药品供货公司退药管理

（一）退药原因

1．药品在验收或储存过程中发现的质量问题（如破损、污染、变质）；

2．药品在有效期内发生包装变更、规格调整；

3．上级行政部门或者厂家要求召回的药品；

4．供货公司发错货、多发货或协商同意的其他情况；

5．药品滞消三个月以上的无理由退货。

（二）退药流程

1．申请与鉴定：由药库保管员发现质量问题后，报告药库负责人对疑似不合格药品进行初步鉴定，必要时联系供货公司质量部门共同确认。

2．审批：填写《供货公司退药申请单》，列明详细原因及药品信息，经药库负责人审批同意。

3．联系沟通：采购员凭审批后的申请单与供货公司联系，办理退药手续，协商退货运宜。

4．手续办理：需退货的药品移入退货区，挂黄色标识；不合格药品移入不合格区，挂红色标识。在信息系统中生成红字冲销单据，办理出库。

5．运输与交接：药库负责人与供货公司人员当面清点交接。

6．记录与跟踪：所有记录归档。采购员负责跟踪退款或换货事宜，直至办结。

第三章　患者退药管理

（一）基本原则

1．为确保患者用药安全，防止药品在退回过程中被调换、污染、储存不当导致变质，原则上，药品一经发出，不得退换。确定为我院发出药品且包装完好、未被污染，退药需满足下列条件：

（1）不良反应发生：患者用药后出现不良反应，经临床医师证实并在病历中记录。

（2）治疗方案变更：因患者病情变化，医师更改治疗方案，且在病历中记录。

（3）治疗过程中患者死亡：治疗期间患者死亡，其未使用的药品。

2．以下情况一律不予退换：

（1）无原始处方或收费凭证的。

（2）药品名称、规格、批号、药品监管码与医院发出信息不符的。

（3）已开启内包装的药品（如口服液、眼药水、铝箔拆封的片剂、已稀释的注射剂等）。

（4）需要特殊条件储存的药品（如冷链药品、避光药品），无法证明其储存过程符合要求的。

（5）外包装污损而影响再次销售的药品。

（6）由于患者操作不当，导致药品损坏，而影响再次销售的药品。

（7）药房已停止使用或配药时间超过一个月的药品。

（8）麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品。

（9）其他不适宜退药的情况。

（二）门诊药房退药流程管理规定

1．患者凭原发票到医生就诊室说明退药情况。

2．由处方医师或同专科中级以上医师在退药系统中写明退药原因，提交退药申请。

3．由药房组长或值班药师核实是否符合退药条件，包括药名、数量、包装、批号、药品监管码及有效期等。符合退药条件的，打印退药单并签名，并在电脑系统中做好退药手续，同时扫码回收药品监管码。

4．收费处凭药房审核签字退药单核退药费。

5．门诊药房对退药情况进行分析，药学部联合医务部对不合理退药情况进行约谈改进或考核处理。

（三）中心药房退药流程管理规定

1．已发至病区的药品原则上不返回药房，由病区护士调剂给同区使用相同药品的其他患者使用。退药时，由护士在电脑上录入退药信息，药房进行退药确认，次日信息系统从该病区领药单上自动扣除。未扣除的药品进入借还冲销系统，由病区护士当日将相关药品送到药房进行冲销，并与药师核对药品数量及质量。出院带药药品退药，需护士到药房解绑追溯码扫码，并拆盒核对。

2．药房人员对取回的药品应及时登记，包括药名、数量、包装、批号及有效期等。

3．拆零的口服药发到病区后不得退药。

4．已记账但未发到病区的药品，药房停止发药并直接确认退药。

5．外包装已写有患者床号、姓名或外观污损的药品，药房不再接收，由护士填写欠药单，以病区欠药处理。

（四）静脉用药调配中心退药流程管理规定

1．已送至病区的药品需要退药时，护士在医院信息系统提交退药申请，并及时将药品退还至静配中心，退药申请时限为执行时间后 24 小时内。

2．静脉用药调配中心在核对患者及药品信息后，进行退药、退费。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家食品药品监督管理总局.药品经营质量管理规范[EB/OL].(2016-07-13).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_bc07ffdb7a1c4e46be371ac5a4a65f9c.html.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事

管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

调剂差错报告与管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-015-04	制定时间：2013-07-01
适用范围：药学部工作人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范药品调剂差错管理，建立主动、非惩罚性的自主报告规范，通过系统分析差错根本原因，持续改进工作流程，提升药学服务质量，保障患者用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理原则

（一）非惩罚性与保密性原则：鼓励主动报告所有级别的差错对主动报告且未造成严重后果的差错，应以教育、改进系统为主，并对报告人信息严格保密。

（二）患者安全优先原则：发现差错后，第一要务是立即采取补救措施，最大限度降低对患者的潜在危害。

（三）系统改进原则：重点分析导致差错的系统性和流程性缺陷，从管理层面制定并落实改进措施。

（四）及时性与公开性原则：差错须按规定时限上报，并定期进行匿名案例分析，实现全员警示与教育。

（五）瞒报考核原则：对漏报或瞒报情况，根据性质，进行相关考核。

第二章 定义与分级

（一）调剂差错定义

指在处方或用药医嘱的审核、调配、核对、发放、药品贮存及管理过程中，发生的任何偏离标准操作规程的行为或事，并可能导致或已经导致患者用药错误的事件。

（二）差错分级

1．A 级：客观环境或条件可能引发错误（错误隐患）。

2．B 级：发生错误但未发给患者，或已发给患者但患者未使用。

3．C 级：患者已使用，但未造成伤害。

4．D 级：患者已使用，需要监测错误对患者的后果，并根据后果判断是否需要采取措施预防和减少伤害。

5．E 级：错误造成患者暂时性伤害，需要采取处置措施。

6．F 级：错误对患者的伤害可导致患者住院或延长患者住院时间。

7．G 级：错误导致患者永久性伤害。

8．H 级：错误导致患者生命垂危，须采取维持生命的措施（如心肺复苏、除颤、插管等）。

9．I 级：错误导致患者死亡。

轻微差错为 A、B 级，一般差错为 C、D 级，严重差错为 E、F、G、H、I 级。

第三章　职责分工

（一）药学部主任

1．为调剂差错管理提供必要的资源和支持，是部门用药安全的最终责任人。

2．审批严重差错的最终处理意见和改进方案。

3．负责按规定向医院主管部门报告重大差错事件。

（二）药事质控管理组

1．负责全部门调剂差错报告的收集、整理、汇总、分析和趋势监测。

2．组织对 E 级及以上差错或频发问题的根本原因分析。

3．每季度向药学部主任提交差错分析报告，并向全员反馈。

4．推动全部门范围内的系统性改进，如修订标准操作规程、优化工作环境与流程、组织专项培训等。

（三）各药房部门负责人

1．负责本科室差错报告的接收、初步调查与处置。

2．营造鼓励主动报告，确保非惩罚性原则在本部门落实。

3．组织科室人员对差错进行讨论学习，制定并监督落实改进措施。

4．定期检查本科室差错管理情况，并向药事质控管理组汇报。

（四）其他工作人员

1．严格遵守操作规程，预防差错发生。

2．发现差错后，主动报告并立即采取补救措施最大限度降低对患者的潜在危害。

第四章　报告、处理与改进

（一）报告流程

1．即时处理：发现差错，立刻通知医护人员、患者，评估患者情况并采取必要措施。

2．主动报告：当事人或首位发现人，登录 HIS 用药差错板块，按照事件分级进行填写。

（二）调查与分析

1．部门初步调查：部门负责人接到报告后，应迅速组织调查，核实情况，与相关人员沟通，完成初步原因分析。

2．药事质控管理组深入分析：对 E 级及以上差错、频发问题或涉及系统缺陷的差错，由药事质控管理组组织进行根本原因分析，查找深层原因。

（三）改进与反馈

1．制定措施：根据分析结果，制定针对性改进措施。

2．落实与跟踪：明确责任人与时限，药事质控管理组跟踪改进效果。

3．学习共享：定期发布匿名案例分析，组织全员学习，将典型案例纳入岗前培训。

第五章　奖惩与考核

（一）奖惩原则

以鼓励报告、促进改进为导向，侧重系统性责任，审慎追究个人责任。

1．奖励：对主动报告差错、积极采取补救措施、提出有效改进建议的人员给予表扬或绩效奖励。

2．处理：对于隐瞒不报、屡犯不改或因严重失职造成重大后果者，按医院及部门相关规定处理。

（二）考核细则

1．每人次一个季度累计发生轻微差错 3 次，记 1 次一般差错。

2．对积极上报轻微差错轻微差错的人员，纳入班组绩效考核奖励。

3．对积极采取措施防止或避免差错事故发生或减少其损失的人员（非责任人），予以奖励 300 元/次。

4．对发生外部轻微差错的人员，及时追回且沟通良好未投诉者，教育提醒，自我反思；及时追回但仍然被投诉者，予以处罚 300 元/次。

5．对发生一般差错的人员，或接到由行风办、医务部等其他科室转来的投诉，经调查我方为主要责任者，除执行医院的惩处决定外，予以处罚 500 元，承担 20%赔偿金额。同时进行自我检讨与科内通报检查。

6．对发生严重差错的人员，参照“一般差错”外，根据事件处理结果予以处罚（扣罚奖金 1000 元/人次至当月奖金全部扣除），承担 30%赔偿金额。同时进行停职自我检讨与科内通报批评，取消当年评先评优资格。

7．如发生的差错事故酿成医疗纠纷或造成医疗事故的，由医患沟通管理办公室处理并由当事人承担相应赔偿责任，并按医院相关制度执行。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2021 年 04 月第 1 次修订

2021 年 07 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

互联网处方管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-016-02	制定时间：2019-06-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范互联网诊疗处方管理，保障患者用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理与职责

（一）医务部

1．互联网诊疗医师的资质审核与授权；

2．互联网诊疗行为的监督管理；

3．互联网处方质量的监控与评估。

（二）药学部

1．互联网处方的审核与调剂管理；

2．互联网审方药师的资质管理与培训；

3．互联网处方药品的供应保障与配送协调；

4．互联网合理用药监测与评价。

（三）信息部

1．确保处方流转各环节数据准确、完整、不可篡改及可追溯；

2．保障电子签名/签名的合法有效性；

3．系统功能符合法规要求（如处方格式、有效期等）；

4．制定并执行信息系统应急预案。

第二章　处方管理

（一）互联网处方开具医师必须同时满足以下条件：

1．在本院注册的执业医师；

2．具有 3 年以上独立临床工作经验，其执业范围与互联网诊疗服务病种相适应；

3．通过互联网诊疗培训考核；

4．经医务部审核授权。

（二）互联网处方开具范围限于：

1．对部分常见病、慢性病患者提供互联网复诊服务；

2．患者应在本院或属地监管平台的实体医疗机构有明确对应疾病的线下首诊记录；

3．用药风险较低、适应证明确的药品。

（三）互联网医院禁止开具以下药品处方：

1．麻醉药品、精神药品；

2．放射性药品、医疗用毒性药品；

3．非慢病所需注射剂型药品；

4．其他用药风险较高或有特殊管理规定的药品。

（四）互联网处方具体要求：

1．每张处方不得超过 5 个品种；

2．一般不得超过 7 日用量，慢性病不得超过 30 日用量；

3．必须有医师电子签名；

4．为 6 岁以下儿童开具处方，应当确认有监护人和专业医师陪伴；

5．为其他特殊人群（如孕妇、老年人、肝肾功能不全者等）开具处方时，医师应格外审慎，充分评估互联网诊疗的适宜性及药品使用的风险，必要时建议线下就诊。

第三章　处方审核管理

（一）互联网审方药师应当具备以下条件：

1．取得药师及以上专业技术职务任职资格；

2．具有 3 年以上药品调剂工作经验；

3．熟悉互联网诊疗流程及相关法律法规；

4．通过互联网审方专项培训考核。

（二）药师审核处方应当重点审查以下内容：

1．处方开具医师的合法性；

2．处方用药的适宜性（适应证、用法用量、相互作用等）；

3．是否存在重复用药、禁忌证等情况；

4．处方是否符合互联网诊疗相关规定。

（三）不合格处方，及时与开具医师沟通并说明理由，要求医师修改或作废处方，对于存在严重问题（如重大配伍禁忌、超适应症、互联网禁止药品）的处方，除拒绝调剂外，还应按本院相关规定上报药学部/医务部进行处理，并定期进行汇总分析，将结果反馈医务部、药学部及相关部门，用于质量改进及培训。

第四章　药品调配与配送

（一）处方审核合格后，药师应当按照处方正确调配药品。

（二）药品配送应当符合以下要求：

1．委托具有药品配送资质的第三方机构配送；

2．需要特殊储存条件的药品应当配备相应的储运设备；

3．建立完整的配送记录，确保药品可追溯。

第五章　监督管理

（一）建立互联网处方质量监控体系，定期开展处方点评。

（二）定期对互联网诊疗医师和药师进行培训和考核。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.互联网诊疗管理办法（试行）[EB/OL].(2018-07-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201809/d53877b9685d4e7ca991f77542402c1b.shtml.

[3]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.互联网医院管理办法（试行）[EB/OL].(2018-07-17).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201809/d53877b9685d4e7ca991f77542402c1b.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

院外调配处方管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-017-02	制定时间：2025-10-31
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01

制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范院外调配处方管理，保障临床用药需求，维护患者权益，防范医药购销领域不正之风规，特制订本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称院外调配处方，是指本院医师开具的、需患者到特定社会药房调配的处方。

第二章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）

1．审定院外调配处方管理目录；

2．监督制度执行情况；

3．处理重大违规事件。

（二）药学部

1．建立和维护《外配处方药物管理目录》；

2．审核院外调配处方合理性；

3．开展处方点评与监测分析；

4．维护《外配处方药物开具资质医师目录》。

（三）医务部

1．医师开具院外调配处方资质管理；

2．医师处方行为监督管理；

3．违规行为处理。

（四）纪检监察部门

1．监督制度执行情况；

2．查处违规违纪行为；

3．受理相关投诉举报。

第三章 目录管理

（一）建立《外配处方药物管理目录》准入机制

1．经药事委员会审批；

2．纳入“三重一大”议事范围；

3．综合考虑临床需求、药品供应和医保政策等因素；

4．实行动态调整。

（二）建立《外配处方药物开具资质医师目录》

1．明确医师可开具的外配药物品种；

2．实行“能进能出”动态管理；

3．与处方点评结果挂钩。

第四章　流程管理

（一）处方开具要求

1．严格掌握适应证；

2．优先选择本院现有药品；

3．明确标注“外配”；

4．完整记录于病历中。

（二）患者告知要求

1．建立书面告知制度；

2．告知内容包括：药品信息、调配渠道、自费情况等；

3．患者签署《知情同意书》；

4．完善病历记录。

（三）严禁行为

1．与药品推销行为相关联；

2．其他可能产生利益输送的行为。

第五章　监督管理

（一）处方审核点评

1．纳入统一处方审核体系；

2．每月开展专项点评；

3．建立点评结果通报制度。

（二）动态监测预警

1．建立院外调配处方动态监测系统；

2．设置超常规使用预警指标；

3．对异常情况及时处置并建立台账。

（三）结果运用

1．纳入科室和个人绩效考核；

2．对持续违规药品给予限量或停用；

3．对违规科室和个人给予相应处理；

4．严禁将医保药品转嫁为患者自费外配药品。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.关于征求《公立医疗机构行风管理核心制度要点（征求意见稿）》意见的函[Z].2025.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

病区备药管理使用制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-018-04	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范病区药品管理，确保药品质量与用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理与职责

（一）药学部

1．制定并修订病区药品管理制度；

2．指导并监督各病区药品管理工作；

3．组织药品管理知识培训与考核；

4．定期检查各病区药品管理情况。

（二）护理部

1．落实病区药品管理具体要求；

2．督促各病区执行药品管理制度；

3．协助药学部开展检查工作。

（三）临床科室

1．护士长为临床科室药品管理第一责任人，负责日常管理工作；

2．有专职人员负责药品请领、保管、清点。

第二章　药品管理和领用

（一）基数确定

1．各临床科室根据临床需要提出药品基数申请；

2．护理部、药学部审核后，经分管院长审批同意，报药学部备案；

3．基数目录每年复核调整一次，如遇特殊情况可及时调整。

（二）药品领用

1．各病区急救等备用药品在使用后根据医嘱，到药房及时领取补充；

2．病区如要新增或更换备药，审批备案后，凭审批单到药库领取。

（三）药品储存

1．按药品性质分类分区定点定位存放。药品标签朝上或朝外，注射药、内服药、外用药应严格分开放置；

2．配备符合规定的储存设施设备，根据药品说明书上的温度、避光等储存条件进行储存；

3．拆零药品要有原包装，如无原包装必须注明药名、规格、批号、分装日期、有效期。

第三章　特殊药品管理

（一）麻醉、精神药品管理

1．麻醉药品、精神药品应按特殊药品的管理规定管理，按照要求进行登记。

2．每班清点交接，做到账物相符。

3．使用后及时记录，空安瓿按规定回收。

（二）高警示、易混淆药品管理

1．粘贴统一警示标志；

2．高警示药品实行专柜储存，限量存放，加强监管；

3．易混淆药品应分开放置。

（三）急救药品管理

1．定点放置，便于取用。

2．定期检查，确保完好。对于使用次数少的科室，可以用封条封存，以减少清点次数，但必须将药品清单张贴在封条上，包括药品名称、规格、数量、批号、有效期。

3．临床急救药品由药房统一配备，病区在用药后由护士长派专人，凭医嘱领药单及时到药房领取补充，如有近效期药品或其他质量问题，由药房进行统一更换、统一报损处理。

第四章　药品质量管理

（一）质量检查

1．建立备用药品登记本，包括品名、规格、数量、批号、效期等，并指定专人管理，责任到人，交班时，应对备用药品进行清点，做到账物相符。

2．发现有沉淀、变色、过期、标签模糊等药品，应停止使用，与药房联系，按相关规定处理。

（二）效期管理

1．使用时必须按近效期先用的原则。

2．有效期 3-6 个月的药品及时到药房进行更换。

第五章　监督管理

（一）日常检查

1．每日专人检查药品管理情况；

2．每月进行自查并记录；

3．发现问题立即整改。

（二）专项检查

1．药学部每月组织抽查；

2．护理部每季度进行全面检查；

3．检查结果纳入科室质量考核。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

住院患者自理药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-019-02	制定时间：2020-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范住院患者自理药品的管理与使用，明确各方职责，保障患者用药安全，减少用药错误与医疗纠纷，特制定本制度。

二、内容

第一章　定义

本制度所称自理药品，特指住院患者治疗所需、由本院药房提供，因剂型、包装等技术原因无法拆零调配，需整包装发放至病区，并交由患者自行保管和使用的药品（如部分合剂、糖浆、外用乳膏、滴眼液、喷雾剂等）。

第二章 管理与职责

（一）医师

1．严格掌握自理药品使用指征，评估用药必要性。

2．开具规范医嘱，明确药品名称、用法、用量及疗程。

（二）药师

1．依据医嘱准确调配、发放自理药品。

2．对存疑医嘱进行审核与干预。

（三）护士

1．接收药房送达的自理药品，核对信息无误。

2．负责将自理药品交由患者或其家属，并履行交接与用药指导职责。

3．按要求督促、指导患者用药，并监测疗效与不良反应。

第三章 管理流程

（一）发放与使用

1．自理药品原则上由病区护士按要求规范保管，根据医嘱按顿发放给患者。

2．特殊情况不能顿发放给患者的，护士在分发药品时需对患者/家属进行面对面用药指导，确保其理解并能够复述正确的用法、用量及注意事项。

3．护士在巡视病房时，应监督患者按时按量服药，并检查药品储存情况。

（二）监测与记录

1．护士应密切观察患者用药后的疗效与不良反应，并及时记录于护理记录单中。

2．一旦发生疑似药品不良反应，应立即停药，报告医师，并按《药品不良反应监测管理办法》处置。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

住院患者自带药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-020-06	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：5
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范住院患者自带药品的使用管理，明确各方职责，严格控制用药风险，保障患者用药安全与医疗安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称自带药品，特指患者在本院住院期间，使用的本院药品目录外、非本院药学部供应与调剂的药品。从康泰药店购买的药品按自带药品管理，但流程上予以简化（见第四章）。

第二章 使用条件与审批流程

（一）允许使用自带药品的情形

患者自带药品仅限于以下情形，且须同时满足自带药品准入条件：

1．临床治疗必需，而本院目录内无法供应且无同类可替代的药品。

2．医院未配备的特殊治疗药品（如特定靶向药、罕见病用药等）。

3．因药品招标、供应链等原因，医院短期内无法采购供应的药品。

（二）自带药品准入条件

1．药品资质：必须是符合国家规定的合格药品，具备清晰的药品批准文号、生产批号及有效期。

2．药品范围：严禁使用麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品、药品类易制毒化学品等国家特殊管理药品，以及医院或康泰药店已有供应的血液制品。

3．药品质量：包装完好，标识清晰，未过期、未变质，配有法定的药品说明书的合格药品。

（三）审批流程

1．医师评估与告知：主诊医师评估用药必要性，向患者（家属）充分告知使用自带药品的潜在风险（特别是药品质量、不良反应、疗效不确定性等），并填写《外购药品使用知情同意、审批表》（见附件）。购买发票（清单）复印件应粘贴在申请表中。

2．科室审批：经科室主任审批同意。

3．资料留存：审批表及药品购买凭证（发票/清单）复印件由病区存入病历，保存至少一年。

4．有效时限：《患者外购药品使用知情同意、审批表》仅限当次住院自带药品审批使用，再次住院使用需重新申请。

第三章　管理职责与使用流程

（一）医师

1．负责评估用药必要性与风险，履行告知义务，完成审批流程。

2．开具详细医嘱，明确标注药品名称、剂型、规格、数量、用法、用量、使用时间，并在药品名称旁注明“自备”。

（二）护士

1．接收核对：接收药品时，与患者（家属）共同核对药品信息（名称、规格、效期、外观），检查审批表是否完备。

2．执行核对：执行给药前，必须核对医嘱与审批表，确认审批流程已完成。对审批不全、药品质量存疑的，有权拒绝执行。

3．记录与监测：在护理记录中详细记录自带药品的使用情况，并密切监测患者用药后的反应，及时向医师报告异常。

（三）患者及家属

1．提供真实、完整的药品信息与来源凭证。

2．签署《知情同意书》，理解并承担使用自带药品的相关风险。

3．将药品交由病区护士统一管理，不得自行保管和使用。

第四章　康泰药店外购药品管理

从康泰药店购买的药品，因其来源可控，可简化管理流程：

（一）无需签署《患者外购药品使用知情同意、审批表》。

（二）床位医师经主诊医师同意开具医嘱，经医院审方药师审核为合理医嘱后，康泰药店方可调配。

（三）护理人员凭医嘱、药品及购药凭证（发票/清单）核对无误后，即可执行给药，并在《自带药品使用登记本》上记录。

第五章　监督管理

（一）药学部与护理部定期对自带药品的管理与使用情况进行联合检查，纳入科

室质量考核。

（二）对违反本制度，擅自使用或审批、执行自带药品，造成不良后果的，由相关科室与责任人承担相应责任，并按医院规定处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2017 年 09 月第 2 次修订

2019 年 09 月第 3 次修订

2020 年 07 月第 4 次修订

2026 年 01 月第 5 次修订

附件

患者外购药品使用知情同意、审批表

姓名： 科室： 病区： 床号： 住院号：

患者目前拟诊断	入院诊断
药物名称、规格、数量	
生产厂家	
药品来源（购买地点）	
与患者（家属）进行风险沟通意见	患者疾病诊断：入院诊断 使用药品名称： 使用上述药品带来的风险已与患者（家属）进行了沟通，患者（家属）同意承担由此带来的风险和一切后果。 患者或近亲属或法定代理人签名： 主诊医师签名：

科主任审批意见	科主任签名: [开单日期]
购买发票（清单）复印件粘贴区：	

注：本表随病历归档，编排于医患沟通记录部分。

关于住院患者剩余药品规范处理的规定

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-021-02	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范住院患者剩余药品管理，减少药品浪费，保障用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本规定所称剩余药品，是指住院患者在治疗过程中因医嘱变更、停药、出院、转科、不良反应等原因产生的未使用且质量合格的药品。

第二章 管理与职责

（一）成立住院患者剩余药品监督管理小组

1．组长：分管院长；

2．成员：药学部、医务部、护理部、财务科负责人；

3．办公室设在药学部，负责日常管理工作。

（二）各部门职责

1．药学部：负责剩余药品的回收、登记、处理与数据分析；

2．医务部：负责医嘱规范管理，督促临床合理用药；

3．护理部：负责病区剩余药品的收集、登记与上交；

4．财务科：负责剩余药品的退费与账务管理。

第三章 剩余药品预防措施

（一）加强药品合理使用

1．医师应规范开具医嘱，及时调整用药方案；

2．加强门诊转住院、住院转科患者的退药管理；

3．严格掌握药品适应证，加强问诊和过敏试验管理避免重复开药、禁忌症、既往过敏史、未做试验即开具全量药品。

（二）优化药品供应管理

1．药学部应按临床需求合理采购药品规格，避免采购规格剂量过大的药品，减少剩余药品的产生。

2．优先选择适宜包装规格，减少拆分使用。

（三）强化流程管理

1．护理人员应准确执行医嘱，避免加药错误；

2．加强医患沟通，对不可避免的剩余药品做好解释工作。

3．临床医技科室一律不得私自留有和处理剩余药品，不得私设药柜保存剩余药品。药房定期进行统计，财务科设立专账进行管理。

第四章　剩余药品处理流程

（一）可退药品处理

1．因医嘱变更、不良反应等原因产生的剩余药品，应及时办理退药；

2．药房核对药品质量后办理退费，财务科及时将费用退还患者账户。

（二）不可退药品处理

对因各种原因产生的质量合格剩余药品，且无法具体退还患者的，由护理部门统一通过专用账户上交医院。

（三）报废药品处理

病区因包装规格超过实际用量且不宜于保存或无法退还使用的剩余药品，由临床护理部门登记品名、规格、批号、数量后及时上交库房，并登记备案，药库按报废药品处理。

（四）药房定期统计，财务科设立专账管理。具体按我院相关管理规定处理。

第五章　监督管理

（一）药学部每月对病房剩余药品情况进行检查分析，并向向医务部、护理部通报。

（二）对剩余药品产生的原因进行深入分析，由医务部、护理部、药学部、信息科共同协商改进。

（三）严禁科室或个人私自留存、处理剩余药品，违者按医院相关规定处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]无锡市卫生局,无锡市监察局,无锡市人民政府纠纷办,无锡市财政局.关于坚持合理用药规范处理患者剩余药品的通知[Z].2009-08-10.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

废弃药品包装处置管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-022-04	制定时间：2017-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院废弃药品包装及未污染输液瓶（袋）的分类、收集、暂存与处置管理，防止药品流失与滥用，控制医院感染，保护环境，促进资源回收利用，特制定本制度。

二、内容

第一章　定义与分类

（一）废弃药品包装

指在药品调配、使用过程中产生的、已脱离药品的直接包装容器或材料。根据其风险等级，分为以下三类：

1．高风险废弃药品包装：指麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品以及细胞毒类（如肿瘤化疗药）药品的包装。包括但不限于安瓿、西林瓶、贴剂、药板等。此类包装存在重大安全风险，必须严格管理。

2．按医疗废物处理的废弃包装：指被患者血液、体液、排泄物污染的各类药品包装；以及细胞毒类药品、血制品的包装瓶（袋）及输液袋（瓶）。

3．其他一般废弃药品包装：指上述两类以外的药品包装，如普通药品的纸盒、说明书、铝箔板、塑料瓶等。

（二）未污染输液瓶（袋）

未被污染的输液瓶（袋）是指在医院使用后未被患者血液、体液、排泄物污染的各种玻璃（一次性塑料）输液瓶（袋）。盛装化疗药物的输液瓶（袋）除外。

第二章　职责分工

（一）药学部

1．负责全院高风险药品废弃包装（特别是麻醉、精神药品空安瓿、贴剂）的回收核对、监督销毁与记录管理。

2．在药品分包时对贵重药品包装进行拆除毁形。

（二）护理部

1．负责督促各护理单元严格执行分类收集与处置要求，并将其纳入护理质量考核体系。

2．组织并指导护士正确执行高危药品包装的“双人核对、现场毁形”流程。

（三）临床/医技科室

1．科室主任与护士长为本科室废弃物管理的第一责任人。

2．负责确保本科室人员正确分类、收集废弃物，并设置清晰、专用的收集容器。

3．指定专人负责本科室高危药品废弃包装的登记、交接工作。

（四）后勤保障部

1．负责全院医疗废物、生活垃圾及未污染输液瓶（袋）的收集、转运、暂存及对外交接。

2．负责与有资质的环保回收单位签订未污染输液瓶（袋）回收协议，并建立详细台账，记录保存至少 1 年。

3．负责监督保洁人员规范操作，严禁混装混运。

（五）感染管理科

负责对全院废弃物分类、收集、转运等全过程的感染控制风险进行监督与指导。

第三章　分类处理方法

（一）麻醉、精神药品

药学部做好全院麻醉药品、第一类精神药品废弃空安瓿、贴剂的回收、核对、记录和监督销毁工作。

（二）放射性同位素

放射性同位素空容器应放在铅罐内，集中存放固定地点，经贮存衰变后，按规定由资质的单位统一回收。

（三）按医疗废物处理的废弃药品包装

对被患者血液、体液、排泄物污染的各种玻璃（一次性塑料）输液瓶（袋）、空安瓿（注射药小瓶）等废弃药品包装；细胞毒类药品（如肿瘤化疗药物）的包装瓶及输液袋（瓶）；血液制品的包装瓶（袋）及输液袋（瓶）等按有关规定，作为医疗垃圾进行规范处置。

（四）未污染输液瓶（袋）

1．严禁将未被污染的输液瓶（袋）与医疗废物、生活垃圾混装，被血液、体液污染或已混入医疗废物内，要按医疗废物处理。

2．保证收集容器包装的完好和密封性，严禁使用破损的包装容器；严禁包装容器超量盛装；包装使用可回收物标志。

3．指定专人运送未被污染的输液瓶（袋），其运送与医疗废物分开，避免污染。

4．未被污染的输液瓶（袋）暂存地与医疗废物暂存地分开，设置可回收标志。严禁在暂存地以外堆放输液瓶（袋）。

5．未被污染的输液瓶（袋）回收应委托给具有回收处理能力的单位，并签订回收协议书。与回收单位交接应使用二联单，分类登记转运种类（玻璃与塑料）、转运数量（袋数与重量）、交接时间、交接人员，记录保存 1 年。

6．产生未被污染的输液瓶（袋）的临床各科室做好分类、收集、暂存工作，严禁混入针头、一次性输液器、输液管等医疗废物。

（五）其他废弃药品包装

对于医疗过程中产生的上述废弃药品包装以外的、按生活垃圾处理的其他废弃药品包装，特别是贵重药品废弃包装，应当在处理前进行毁形，不易毁形的要进行破坏性标记。贵重药品包装盒由药学部工作人员在发药时拆除毁形，并将此类废弃药品包装统一收集后，由后勤保障部交有资质的回收机构统一处理。

第四章　监督管理与培训

（一）培训

感染管理科、药学部将定期对临床医护人员、相关管理人员和废弃药品包装临时收集人员开展培训和业务指导，确保废弃药品包装处置规范到位。

（二）监督与考核

后勤保障部负责监督废弃药品包装安全处置和日常管理。感染管理科负责医疗废物的全程监督管理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医疗卫生机构医疗废物管理办法[EB/OL].(2003-10-15).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/78d85ce3628b4bb6886bb061c842cf7a.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.htm

[3]国家卫生计生委办公厅，中宣部办公厅,国家发展改革委办公厅，等.关于在医疗机构推进生活垃圾分类管理的通知[EB/OL].(2017-09-04)https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201709/218ff493fffc4ed69d4c6ef64e693ee4.shtml.

[4]国家卫生计生委办公厅,环境保护部办公厅.关于进一步加强医疗废物管理工作的通知[EB/OL].(2013-12-27)中华人民共和国卫生部.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201401/e227d8950e36492e9c7a033ebb3ee229.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订
2020 年 09 月第 2 次修订
2026 年 01 月第 3 次修订

麻醉药品和精神药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-023-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为加强麻醉药品和精神药品的采购、储存、调配、使用及安全管理，防止麻精药品流入非法渠道，保证医疗需求，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称麻醉药品、精神药品是指列入国务院药品监督管理部门会同国务院公安部门、国务院卫生主管部门联合制定的《药用类麻醉药品目录》和《药用类精神药品目录》中的药品。第一类精神药品以下简称“精一药品”，第二类精神药品以下简称“精二药品”。

第二章 管理组织与职责

（一）管理组织

医院是麻精药品临床应用管理的责任主体，医院主要负责人为第一责任人。在医院药事管理与药物治疗学委员会下成立特殊药品管理组，全面负责麻醉药品和精神药品的管理工作。由分管院长和医疗管理、临床、药学、信息、护理、保卫等部门参加。麻精药品日常管理工作由药学部门承担，并指定专人负责。

（二）药学部

1．负责全院麻精药品的采购、验收、储存、调配、发放及报废管理。

2．设立麻精药品库房，配备专职药师负责日常管理。

3．定期检查各相关科室麻精药品的管理和使用情况。

4．负责对全体医务人员进行麻精药品管理和使用知识的培训与考核。

5．负责向卫生行政部门和药品监督管理部门上报相关数据。

（三）医务部

负责医师处方权、药师调配权的审批和使用监管；相关处方权限每年向卫健委进

行备案，并抄送药监部门。

（四）保卫科

负责安全保卫工作和巡查工作，保障麻精药品监管设施设备正常运行。

（五）信息数据中心

负责 HIS 与电子印鉴卡系统对接数据上传，麻精药品全流程可追溯，推进验收、进出库、处方、领取发放、回收、销毁等信息电子化记录及整合衔接。

（六）临床科室

1．手术麻醉部、重症医学科、肿瘤科等麻精药品使用量大、使用管理环节较多的科室为重点部门，重点部门成立以科室负责人为第一责任人的专门工作小组，并指定专人负责日常管理。

2．其他各使用科室应指定专人（通常为护士长或指定护士）负责本科室麻精药品的日常保管、请领和登记。

3．确保科室备用麻精药品储存于病区专柜内，实行双人双锁管理。

4．严格执行交接班制度，做到账物相符。

（七）人员资质

1．医师：须经医院培训考核合格，获得麻精药品处方权后，方可开具麻精药品处方。

2．药师：须经培训考核合格，获得麻精药品调剂资格后，方可负责麻精药品的调配、核对和发放工作。

3．护士：须经培训，掌握麻精药品的临床使用规范和安全管理要求。

4．所有从事麻精药品管理的人员，应当掌握并遵守相关法律法规规定，熟悉麻精药品使用和管理工作，无不良个人记录。

第三章　采购与储存管理

（一）采购管理

1．凭《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》采购；

2．从具有合法资质的药品经营企业购进；

3．货到即验，双人验收，逐盒检查至最小包装，验收合格后立即转入专库储存；

4．建立专用账册，完整准确记录；

5．采购麻醉药品和精神药品不得用现金支付。

（二）储存管理

1．麻醉药品、精一药品，存放于符合规定的保险箱或智能药柜，双人双锁保管。

2．精二药品，专柜存放。

3．药库发放实行双签名。

4．各病区按规定配备经核准的基数，双人双锁保管，班班交接。手术麻醉部将

核准的麻醉、精神药品基数存放在智能药柜中，按照智能药柜的操作流程进行预领、核销、补充。

第四章 处方与调配管理

（一）处方权管理

1．经培训考核合格，授予麻醉精神药品处方权限。

2．医师签名留样备案。

3．医务人员不得为自己开具处方，不得在网络诊疗活动中开具麻精药品处方。

4．突发公共事件中，非本机构医务人员，经医务部审核同意后，授予麻醉精神药品临时处方权限，突发公共事件解除后予以撤销。

（二）处方开具

1．麻醉药品、精一药品使用红色专用处方，并在病历中记录。

2．精二药品使用专用处方。

3．电子处方格式规范，内容完整，签具全名。

4．医师在开具麻精药品处方前，应当核对患者和代办人身份证明，向患者或代办人告知麻精药品可能涉及毒品犯罪的特殊属性。为拟带离医疗机构使用麻精药品的患者开具处方时，应当签署《知情同意书》，由医疗机构妥善保存。为未成年人开具麻精药品处方，应当取得其监护人书面知情同意。

（三）门（急）诊处方限量

1．麻醉药品、精一药品注射剂：一次常用量，必须在院内注射使用，不得带出院外。

2．控缓释制剂：不超过 7 日常用量。

3．其他剂型：不超过 3 日常用量。

4．哌醋甲酯缓释剂用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 30 日常用量。

5．精二药品：不超过 7 日常用量。

（四）门（急）诊癌症疼痛和中、重度慢性疼痛患者治疗

1．须取得二级医院以上的诊断证明书，建立门诊专用病历，签署《知情同意书》，办理麻醉药品使用卡。《知情同意书》一式二份，一份给患者，一份与身份证复印件、代办人身份证复印件、诊断证明、门诊专用病历一起保存在院内。

2．在本院配药的患者需交押金 100 元并发给《麻醉药品、第一类精神药品使用登记卡》一张，待最后一次上交废贴及剩余药品时退还。

3．处方由肿瘤科或疼痛科等相关科室医师开具，注射剂处方不得超过 3 日常用量，在院内使用；控缓释制剂处方不得超过 15 日常用量；其它剂型处方不得超过 7 日常用量。

4．部分患者经评估后，必须带出院外使用注射剂，经所在社区医生同意后，由

社区医生来院领取；在注射完成后提供相关注射单和空安培，才能领取下一次药品。

5．哌替啶处方限一次常用量，必须在院内注射使用，不得带出院外。

（五）住院患者处方应逐日开具，每张处方为一日常用量，出院带麻精药品品种和数量按单次门诊处方量管理。

（六）调配管理

1．药师获取相关资质方可参与调配，调配前严格审查核对处方；

2．调配与核发人员双签名；

3．建立处方登记和进销存使用登记；

4．注射剂收缴空安瓿，贴剂收缴废贴；

5．在监控下双人销毁并做好登记。

（七）基数管理

1．药库、药房、临床科室存放麻精药品必须实施基数管理，领用不得超核定基数；

2．结合临床需求合理设定各品规基数，基数建立须报院内特殊药品管理组审批备案；

3．如遇病区调整，收治变化，公共突发事件等原因需调整基数，由临床科室申请，报药学部、护理部、分管领导审批后予以调整，调整结果报院内特殊药品管理组；

4．因病区撤销、公共突发事件处理结束等情况，备用麻精药品由药学部收回登记，并报院内特殊药品管理组；

5．基数管理需指定专人负责，并将负责人员信息和变更情况及时院内特殊药品管理组备案。

第五章　安全管理

（一）账物管理

1．专人负责，账物相符；

2．发现丢失、被盗立即报告；

3．每月向电子印鉴卡系统上报使用情况；

4．鼓励医务人员发现疑似涉嫌毒品违法犯罪时，及时向公安机关报案或举报。

（二）报废处理

1．不合格品按规定程序报损；

2．报损销毁需登记造册，报市卫生行政部门批准；

3．现场监督销毁，做好记录；

4．空安瓿、废贴由药学部监督销毁。

（三）突发事件处理方案

1．发生违规行为或药品差错事件：立即向药学部主任、分管院长及主要领导报告，必要时上报卫生健康行政部门；

2．发生丢失、被盗、被抢事件：立即留存证据、保护现场，记录相关药品批号、数量，上报药学部主任、分管院长、主要领导及卫生健康行政部门、药品监督管理部门、公安部门；

3．因突发自然灾害导致药品损毁、无法使用：追溯批号数量，报告药学部主任、分管院长、主要领导及卫生健康行政部门、药品监督管理部门。

第六章　监督管理

（一）检查制度

1．药学部每月对各临床科室进行检查；

2．特殊药品管理组定期督查，每季度 1 次；

3．定期对麻精药品使用情况进行动态监测和管理，对各临床科室和医师的开具量进行比较分析。使用量异常增高的药品、科室，进行麻精药品处方专项点评。

4．检查结果和点评结果纳入科室绩效考核。

（二）记录保存

1．麻醉药品、精一药品处方保存 3 年；

2．精二药品处方保存 2 年；

3．麻醉、精神药品专册登记保存 3 年；

4．专用账册的保存从药品有效期满之日起不少于 5 年。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[Z/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[4]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21 号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

[5]中华人民共和国卫生部.卫生部办公厅关于延长哌醋甲酯缓释剂治疗注意缺陷多动障碍处方限定时间的通知：卫办医政函〔2011〕1120 号[S].2011-12-07.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订
2026 年 09 月第 2 次修订

麻醉药品和精神药品调剂、使用制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-024-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为规范麻醉药品和精神药品的调配和使用，确保用药安全，防止流弊，特制定本制度。

二、内容

第一章　处方开具管理

（一）处方权限

1．由取得麻醉药品和精神药品处方资格的执业医师开具；

2．药房留存医师签名留样备查；

3．使用专用处方，处方格式规范，内容完整，签具全名，麻醉药品、精一药品使用需在病历中记录。

4．医务人员不得为自己开具处方，不得在网络诊疗活动中开具麻精药品处方。

5．医师在开具麻精药品处方前，应当核对患者和代办人身份证明，向患者或代办人告知麻精药品可能涉及毒品犯罪的特殊属性。为拟带离医疗机构使用麻精药品的患者开具处方时，应当签署《知情同意书》，由医疗机构妥善保存。为未成年人开具麻精药品处方，应当取得其监护人书面知情同意。

（二）处方限量

1．门（急）诊患者：

（1）麻醉药品注射剂：一次常用量；

（2）控缓释制剂：不超过 7 日常用量；

（3）其他剂型：不超过 3 日常用量。

2．门（急）诊癌症疼痛和中、重度慢性疼痛患者：

（1）麻醉药品注射剂：不超过 3 日常用量；

（2）控缓释制剂：不超过 15 日常用量；

（3）其他剂型：不超过 7 日常用量。

3．哌醋甲酯缓释剂（儿童多动症）：不超过 30 日常用量。

4．第二类精神药品：不超过 7 日常用量（特殊情况需注明理由）。

5．住院患者：逐日开具，每张处方为 1 日常用量，出院带麻精药品品种和数量按单次门诊处方量管理。

第二章　药品调剂管理

（一）调剂资质

1．由具有麻醉处方调配权的药师负责调配；

2．药房设立专用发药窗口，明显标识；

3．严格执行双人核对制度。

（二）调剂要求

1．仔细核对处方内容，确认符合规定；

2．对不符合规定的处方，拒绝调配；

3．审核、调配、核对发药均须签名；

4．按日做消耗统计，完善交接班记录。

（三）空安瓿、废贴管理

1．使用注射剂或贴剂需收回原批号空安瓿或废贴；

2．记录收回数量和批号；

3．每日双人监督销毁，完善销毁记录。

第三章　使用管理

（一）专用病历管理

1．为使用麻精药品的慢性疼痛患者建立专用病历。建立病历时，须提供二级医院以上的诊断证明书，并签署《知情同意书》，为患者办理麻醉药品使用卡。《知情同意书》患者身份证及代办人身份证复印件、诊断证明、门诊专用病历一起保存在院内。

2．需长期使用麻醉药品、第一类精神药品的门（急）诊患者，至少每 3 个月复诊，或者通过电话、视频等方式随诊一次。

（二）使用范围

1．除镇痛泵带药以及建立专门病历的患者用药外，麻精药品注射剂仅限本机构内使用。

2．部分患者经评估后，必需带出院外使用注射剂，经所在社区医生同意后，由社区医生来院领取；在注射完成后提供相关注射单和空安瓿，才能领取下一次药品。

3．哌替啶处方限一次常用量，必须在院内注射使用，不得带出院外。

4．严禁外流或挪作他用。

第四章　登记与保存

（一）专册登记

1．各药房对使用的麻醉药品、精神药品按照药品品种、规格，对其消耗量进行专册登记。专册登记的内容包括：处方编号、日期、患者姓名、性别、年龄、身份证号、ID 号、诊断、药品名称、规格、数量、批号、处方医师、发药人、复核人。

2．专册登记保存 3 年。

（二）处方保存

1．麻醉、精一药品处方至少保存 3 年；

2．精二药品处方至少保存 2 年；

3．处方单独存放，妥善保管。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html

[3]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21 号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

[4]中华人民共和国卫生部.卫生部办公厅关于延长哌醋甲酯缓释剂治疗注意缺陷多动障碍处方限定时间的通知：卫办医政函〔2011〕1120 号[S].2011-12-07.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

2026 年 09 月第 2 次修订

附件

门诊癌痛和中、重度慢性疼痛患者就诊取药流程

1．开具“诊断证明”：首诊患者，凭病历及相关检查单到医务部办理“诊断证明”。

2．办理“麻醉卡”：带患者户口簿、身份证、代办人身份证、“诊断证明”到医务部办理《麻醉药品、第一类精神药品使用登记卡》，并签署《知情同意书》，建立专用病历。

3．挂号：带《麻醉药品、第一类精神药品使用登记卡》和专用病历到门诊挂号，输入患者信息。

4．就诊：到肿瘤科或疼痛科门诊等相关诊室就医，医生根据病情开具麻醉药品或精一药品。

5．取药：患者凭缴费发票到门诊药房“麻醉药品专发窗口”取药。取药时需提供《麻醉药品、第一类精神药品使用登记卡》、专用病历。取药后，专用病历保留在门诊药房。

6．复诊时先到门诊药房领取专用病历后到相关科室就诊，医生根据病情开具处方后患者按照首次流程缴费取药，同时需将上次使用的废贴交于药房回收。

7．退药：患者未使用完的药品必须退回到药房，药房登记后按规定销毁。

麻醉药品和精神药品双人双签人员轮换制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-025-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为严格规范麻醉药品、精神药品管理，强化内部监督与制约机制，防范管理风险与流弊事件，确保临床合理需求与用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理与职责

（一）药库管理

1．麻精药品必须储存于符合安全要求的专用库房或保险柜，实行“双人双锁”管理。

2．药品验收、入库、出库发放必须执行“双人核对、双人签字”，确保账物相符率 100%。

3．库存应做到“日结日清”，并执行“动碰复核”，即每次操作后立即核对结存数量。

（二）药房管理

1．各药房麻精药品应使用智能药柜或专用保险柜储存，实行“双人双锁”。

2．药品请领、接收、发放、调剂、回收空安瓿/废贴、每日清点等环节，均须执行“双人核对、双人签字”。

3．周转基数不得超过医院核定数量，每日交接班须账物清点无误并双签名。

（三）手术麻醉部管理

科室应指定专职护士与专职药师，共同负责智能药柜麻精药品的补充、预领、退

回、空安瓿回收、登记核对及处方清点等工作，核对无误后及时双人签字。

（四）临床病区管理

1．各病区储存麻精药品的专柜必须有醒目标识，实行“专人负责、专柜加锁”。

2．执行班班交接机制，每班均需双人清点、双人签名。

3．患者使用麻精药品时，必须由操作者与核对者双人核对后双签名。

第二章　人员轮换程序

（一）轮换范围与周期

1．药库、各药房、手术麻醉部等重点部门从事麻精药品管理（包括双人双签职责）的负责人及专职人员，实行定期轮换。

2．轮换周期由班组或部门商定完成，原则上为每年一次。如有特殊情况需调整周期，须经药学部主任批准。

（二）轮换交接流程

1．前期准备：轮换前，交接双方应共同对库存麻精药品进行全面盘点。

2．现场清点：交接必须在现场进行，依据账册逐品种、逐规格清点实物，确保账物 100%相符。

3．问题处理：如发现账物不符，应立即暂停交接，查明原因并报部门负责人及药学部主任处理，直至问题解决。

4．填写记录：确认账物相符后，填写交接记录。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[3]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21 号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

2026 年 09 月第 2 次修订

麻醉药品和精神药品回收、报残损、销毁制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-026-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为规范麻醉药品和精神药品的回收、报残损和销毁管理，防止流入非法渠道，确保用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章　患者剩余药品回收

（一）回收范围

1．患者死亡后的剩余麻精药品；

2．患者不再使用的麻精药品。

（二）回收程序

1．医院在门诊药房设立专门窗口回收麻精药品；

2．医院不为患者办理麻精药品退药，患者将剩余麻醉药品、第一类精神药品无偿交回医院；

3．药学部负责回收登记并做好相关记录。

（三）销毁程序

1．按规定向卫生主管部门提出申请；

2．由卫生主管部门监督销毁；

3．对销毁情况进行登记。

第二章　空安瓿、废贴回收销毁

（一）门诊患者管理

1．注射剂空安瓿使用后立即回收；

2．贴剂的废贴再次取药时回收；

3．记录回收数量和批号；

4．每日按规定销毁并记录。

（二）病区、手术麻醉部管理

1．使用完注射剂、贴剂后，回收空安瓿和废贴；

2．专职管理员核对批号和数量；

3．及时交至中心药房登记计数；

4．每日按规定销毁并记录。

（三）销毁要求

1．每日销毁回收的空安瓿或废贴；

2．视频监控下双人在场销毁；

3．按规定填写销毁记录，销毁人、复核人签名确认；

4．麻精药品使用量大、使用管理环节较多的临床科室和麻精药品发放回收窗口，视频监控保存至少 180 天。

（四）销毁方式

1．空安瓿：每支分别敲碎；

2．废贴：每片分别剪碎。

第三章　报残损管理

（一）报损范围

1．使用过程中出现残损的麻醉药品和第一类精神药品；

2．过期失效的麻精药品；

3．其他需要报损的情况。

（二）报损程序

1．当事人汇报护士长申请报损；

2．交药学部按规定程序处理；

3．药学部负责人报告分管院长批准；

4．向卫生行政主管部门申请监督销毁。

第四章　残余药品处置

（一）处置范围

各病区、手术麻醉部整支未用完的麻精药品注射剂。

（二）处置要求

1．记录处置方式、时间、操作者、核对人；

2．视频监控下双人操作；

3．麻精药品使用量大、使用管理环节较多的临床科室和麻精药品发放回收窗口，视频监控保存至少 180 天。

第五章　记录管理

建立完整的回收、报损、销毁记录；记录保存期限不少于 3 年。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家食品药品监督管理总局.药品经营质量管理规范[EB/OL].(2016-07-13).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_bc07ffdb7a1c4

e46be371ac5a4a65f9c.html.

[3]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[4]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

[5]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

2026年09月第2次修订

麻醉药品和精神药品丢失、被盗、被抢案件报告制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-027-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为规范麻醉药品和精神药品的管理，确保麻精药品丢失、被盗、被抢案件的应急处置和报告程序，最大限度减少危害和影响，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理与职责

（一）应急指挥组

组长：分管院长

副组长：药学部主任、保卫科科长

成员：医务部主任、护理部主任、涉案科室负责人

（二）职责分工

1. 药学部：负责案件初步核实、药品清点、报告撰写。

2. 保卫科：负责现场保护、安全防范、协助调查。

3．医务部：负责医疗秩序维护、配合调查。

4．护理部：负责护理环节排查与协调。

第二章　应急处置流程

（一）案件发现与报告

1．第一发现人立即向科室负责人和保卫科报告；

2．科室负责人立即向药学部主任报告；

3．药学部主任立即向分管院长报告。

（二）现场保护

1．立即保护现场，禁止无关人员进入；

2．保持现场原始状态；

3．配合调查人员现场勘查。

（三）初步处置

1．在相关人员陪同下清点药品；

2．核实丢失（被盗、被抢）药品信息；

3．记录现场情况。

第三章　报告程序与内容

（一）内部报告

1．案发后立即口头报告；

2．2 小时内完成书面初步报告；

3．24 小时内完成详细调查报告。

（二）外部报告

1．立即向公安机关报案；

2．24 小时内向卫生行政部门报告；

3．24 小时内向药品监督管理部门报告。

（三）报告内容

1．案发时间、地点、经过；

2．涉案药品名称、规格、数量、生产厂家、批号；

3．已采取的措施；

4．初步调查结果；

第四章　调查与处理

（一）调查要求

应急指挥组全面调查案发经过，分析安全管理漏洞，提出整改措施。

（二）责任追究

查明原因和责任，对责任人进行处理，完善防范措施。

第五章 预防措施

（一）日常防范

加强麻精药品储存设施建设，完善监控报警系统，严格执行双人双锁制度，定期开展安全检查。

（二）应急演练

每年至少组织一次应急演练，提高应急处置能力，完善应急预案。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[3]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

[4]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

2026年09月第2次修订

麻醉药品、第一类精神药品三级管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-028-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为规范麻醉药品、第一类精神药品管理，建立完善的三级管理体系，确保用药安全，防止流弊，特制定本制度。

二、内容

第一章 药库管理（一级）

（一）采购管理

1．指定专人负责采购，药品由经营企业专人配送；

2．采购、保管人员不得自行提货；

3．购买药品付款采取银行转账方式。

（二）验收管理

1．指定专人负责验收、保管、发放和登记；

2．货到即验，双人开箱验收至最小包装；

3．验收记录双人签字确认。

（三）储存管理

1．设立特殊药品仓库，张贴醒目标识；

2．药品储存在专用保险柜内；

3．配备防盗设施和监控报警装置；

4．保险柜实行双人开启，钥匙与密码分开保管。

（四）账册管理

1．建立麻醉药品、第一类精神药品专用账册，进出逐笔记录。

2．专用账册保存期限：自药品有效期满之日起不少于 5 年。

第二章 药房管理（二级）

（一）人员管理

1．指定专人负责领用、保管、登记及空安瓿、废贴回收；

2．在指定窗口进行药品调剂；

3．领用人员必须为指定人员。

（二）储存管理

1．药品储存在智能药柜或保险柜内；

2．柜体张贴麻醉药品标识；

3．配备防盗设施和监控报警装置；

4．实行双人双锁管理，一人保管钥匙，另一人保管密码。

（三）账册管理

1．各药房麻醉药品、第一类精神药品的领用必须是该部门负责保管该类药品的人员，他人不得领用。领用后填写麻醉药品、第一类精神药品专用账册。

2．建立《麻醉药品、第一类精神药品交接班记录》，班班清点交接。

3．专用账册保存期限：自药品有效期满之日起不少于 5 年。

（四）处方管理

1．按年月日逐日编制处方序号。

2．建立麻醉药品、第一类精神药品专册登记，认真记录相关信息。

3．处方保存期限：3 年。

（五）销毁管理

1．建立《麻醉药品、第一类精神药品空安瓿、废贴销毁记录表》；

2．每日及时销毁，按医疗垃圾处理；

3．按《麻醉药品和精神药品回收、报残损、销毁制度》执行报损和销毁。

（六）退药管理

1．不得为患者办理麻醉、第一类精神药品退药；

2．患者不再使用时，应将剩余药品无偿交还医务部；

3．回收药品由上级行政部门监督销毁。

第三章　临床科室管理（三级）

（一）人员管理

1．护士长指定专人负责基数管理；

2．执行班班交接机制，每日清点；

3．完善交接班记录。

（二）储存管理

1．药品专柜加锁储存；

2．柜体张贴麻醉药品标识；

3．实行双人双锁管理。

（三）使用管理

1．必须凭医师开具的麻醉专用处方使用；

2．紧急情况下，无处方权医师可开具一次剂量，次日补签；

3．临床科室使用麻醉药品、第一类精神药品后，需填写《麻醉药品、第一类精神药品使用登记本》，登记内容包括：日期、患者姓名、床号、ID 号、药品名称、规格、批号、使用剂量、剩余处理、废贴空安瓿数、医生姓名、执行人、核对人。

（四）领用管理

1．由专人凭专用处方和空安瓿（废贴）到中心药房领取；

2．严格执行“交旧领新”流程。

第四章　监督管理

（一）日常监督

1．药学部负责三级管理的日常监督；

2．定期检查各环节执行情况；

3．发现问题立即整改并记录。

（二）专项检查

1．定期进行三级管理检查；

2．重点检查账物相符、记录完整；

3．检查结果纳入科室考核。

（三）责任追究

1．违反规定者按医院制度处理；

2．造成后果的追究相关人员责任；

3．涉嫌违法者移送司法机关。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[3]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

2026年09月第2次修订

麻醉药品、第一类精神药品批号管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-029-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为加强麻醉药品、第一类精神药品的批号管理，实现全程可追溯，确保用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章　药库批号管理

（一）验收管理

1．定点批发企业根据采购计划，双人配送麻精药品。

2．药品保管员双人验收，逐盒检查至最小包装。

3．验收记录包含：药品名称、剂型、规格、单位、生产企业、供货企业、日期、凭证号、数量、批号、有效期、质量情况、验收结论、验收人、保管人。

4．双人签字确认，记录完整准确。

（二）出入库管理

1．逐笔记录出入库信息。

2．内容包括：药品名称、剂型、规格、单位、生产企业、日期、凭证号、供货企业/领用部门，入出库与结存数量、批号，结存有效期，验收人/发药人、复核人、领药人。

3．验收人/发药人、复核人和领药人共同签字。

第二章　药房批号管理

（一）账册管理

1．建立专用账册，日清日结；

2．确保账物相符、批号一致；

3．执行交接班机制，做好批号交接登记；

4．专用账册保存自药品有效期满之日起不少于 5 年。

（二）处方管理

1．每日对麻醉、精一药品处方进行专册登记；

2．登记内容包括：处方日期、患者姓名、药品名称、规格、数量、药品批号、发药人等；

3．处方按月编制顺序号，便于追溯。

第三章　临床科室批号管理

（一）使用登记

在《麻醉药品、第一类精神药品使用登记本》上逐项登记使用情况。

（二）交接班管理

1．执行交接班机制；

2．交接内容包括：药品品种、规格、数量、批号等；

3．双人清点，签字确认。

第四章　回收与销毁批号管理

（一）空安瓿、废贴管理

1．回收时核对药品批号与处方及使用登记的一致性；

2．填写《麻醉药品、第一类精神药品空安瓿、废贴销毁记录表》；

3．在监控下双人销毁；

4．完整记录销毁批号等信息。

（二）报损管理

1．详细登记报损药品数量、批号；

2．填写《特殊药品报损审批表》；

3．经卫生行政部门审批同意后监督销毁；

4．保存完整报损记录。

第五章　追溯与监督管理

（一）追溯要求

1．通过批号实现药品全流程追溯；

2．可根据患者 ID 号追踪用药情况；

3．建立完整的批号追踪链条。

（二）监督检查

1．药学部定期检查各环节批号管理；

2．重点检查批号记录的完整性、准确性；

3．发现问题及时整改并记录。

三、参考文献

[1]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[2]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21 号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

2026 年 09 月第 2 次修订

麻醉药品、第一类精神药品“五专”管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-030-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为规范麻醉药品、第一类精神药品管理，确保用药安全，防止流弊事件发生，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称“五专”是指麻醉药品、第一类精神药品管理中的“专人管理、专库（柜）加锁、专用账册、专用处方、专册登记。

第二章 专人管理

（一）药库管理

1．指定专人负责麻醉、第一类精神药品采购，采取银行转账方式付款；

2．药品由经营企业专人配送，不得自行提货；

3．指定专人负责验收、保管、发放和登记；

4．验收入库必须货到即验，双人开箱验收至最小包装，双人签字确认。

（二）药房管理

1．指定专人负责领用、保管、登记及空安瓿、废贴回收；

2．在指定窗口进行麻醉、第一类精神药品药品调剂；

3．实行双人核对、双人发药。

（三）临床科室管理

1．护士长指定专人负责基数管理；

2．执行班班交接机制，每日清点；

3．完善交接班记录。

（四）行政管理

特殊药品管理组联络员负责全院麻精药品的日常管理。

医务部指定专人负责《麻醉药品、第一类精神药品使用登记卡》办理。

第三章 专库（柜）加锁

（一）药库储存

1．设立特殊药品仓库，配备保险柜；

2．特殊药品仓库双人双锁管理，保险柜实行钥匙与密码分开保管；

3．门、窗设置防盗设施；

4．安装监控报警装置。

（二）药房储存

1．配备智能药柜或保险柜；

2．保险柜实行钥匙与密码分开保管；

3．设置防盗设施和监控报警装置；

4．实行双人双锁管理。

（三）临床科室储存

1．配备专柜，双人双锁；

2．手术麻醉部配备智能药柜，通过指纹密码识别操作。

第四章　专用账册

（一）药库账册

1．验收时填写《麻醉药品、第一类精神药品入库验收记录》，记录内容包括药品名称、剂型、规格、单位、生产企业、供货企业、日期、凭证号、数量、批号、有效期、质量情况、验收结论、验收人、保管人。

2．出入库时登记《麻醉药品、第一类精神药品专用账册-入出库记录》，记录内容包括药品名称、剂型、规格、单位、生产企业、日期、凭证号、供货企业/领用部门，入出库与结存数量、批号，结存有效期，验收人/发药人、复核人、领药人。

3．双人签字确认。

（二）药房账册

1．领用后填写《麻醉药品、第一类精神药品专用账册》，登记内容包括日品名、剂型、规格、生产单位、日期、入库数量、出库数量、结存数、批号、发药人、领药人、复核人。

2．执行交接班机制，双人清点签字。

（三）销毁记录

1．废包装回收需填写《麻醉药品、第一类精神药品空安瓿、废贴销毁记录表》。

2．每日在监控下及时销毁，按医疗垃圾处理。

3．建立《特殊药品报损审批表》，经上级行政部门审批，同意后方能报损销毁。

（四）保存期限

专用账册自药品有效期满之日起保存不少于 5 年。

第五章　专用处方

（一）处方格式

1．使用淡红色专用处方；

2．右上角标注“麻”、“精一”；

3．处方前记除一般处方项目外，还应当包括患者身份证号，代办人姓名、身份证号，处方正文、后记与一般处方相同。

（二）处方管理

1．处方号按年月日及顺序号统一实时编号；

2．各药房对处方按照年月日逐日编制顺序号；

3．处方规定位置填写药品批号；

4．处方保存期限为 3 年；

5．处方保存期满后，经药事管理与药物治疗学委员会批准，由药学部、医务部等部门监督，采用粉碎或焚烧方式进行销毁，并进行登记。

第六章　专册登记

（一）药房登记

药房调剂后，应逐项填写《麻醉精神药品使用登记本》。

（二）临床科室登记

临床科室使用麻醉药品时，应逐项填写《麻醉精神药品使用登记本》。

（三）保存期限

专册登记保存期为 3 年。

第七章　监督管理

（一）日常监督

1．药学部负责日常监督管理；

2．定期检查各环节执行情况；

3．发现问题立即整改。

（二）责任追究

1．违反规定者按医院制度处理；

2．造成后果的追究相关人员责任；

3．涉嫌违法者移送司法机关。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.htm.

[3]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21 号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

2026 年 09 月第 2 次修订

麻醉药品、第一类精神药品巡查制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-031-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为加强麻醉药品、第一类精神药品管理，确保用药安全，防止流弊事件发生，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理与职责

（一）巡查组织

1．药学部质量管理员负责日常巡查工作

2．各科室指定专人负责本科室自查工作

3．多部门联合巡查组负责定期联合检查

（二）职责分工

1．药学部：统筹全院麻醉、精一药品巡查工作

2．医务部：负责医疗使用环节监管

3．护理部：负责护理使用环节监管

4．保卫科：负责安全设施检查

5．各使用科室：落实自查整改工作

第二章　巡查内容与要求

（一）药库、药房巡查

1．每月由专职管理员进行自查；

2．药学部质量管理员每月进行现场检查；

3．检查内容包括：药品储存条件和安全设施，账物相符情况，处方调配规范性，空安瓿、废贴回收销毁记录，交接班记录完整性。

（二）临床科室巡查

1．每月由科室专人进行自查；

2．药学部定期派专人进行现场检查；

3．检查内容包括：药品基数管理，使用登记规范性，处方与使用一致性，交接班制度执行情况，残余量处置记录。

（三）联合巡查

1．每半年由医务部、药学部、护理部、保卫科联合检查；

2．全面检查各部门管理情况；

3．重点检查制度执行和问题整改情况。

第三章　汇总分析

（一）月度汇总

药学部质量管理员每月汇总检查结果，分析存在问题，提出改进建议。

（二）年度总结

每年年底进行年度汇总分析，报药学部主任审阅。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[3]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

[4]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

2026年09月第2次修订

手术麻醉部麻醉精神药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-032-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25

制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为加强手术麻醉部麻醉精神药品管理，保证患者用药安全，防止流弊事件发生，特制定本制度。

二、内容

第一章 人员与职责

（一）手术麻醉部主任：本科室麻精药品管理第一责任人，全面统筹科室麻精药品安全管理工作。

（二）手术麻醉部麻精药品专管员：指定至少一名责任心强、业务熟练的专职护士，负责科内麻精药品的日常管理、协调与核对工作。督促麻醉医师规范执行药品使用、退还与记录。

（三）麻醉医师：是麻精药品临床使用的安全直接责任人，负责药品的请领、使用、开具处方，并确保剩余药品及空安瓿的及时、完整退还。

（四）药学部：指定专职药师，负责对手术麻醉部麻精药品的存储、请领、发放、回收、销毁及处方审核进行专业指导与监管，确保账物相符、流程合规。

（五）保卫科：负责手术麻醉部区域麻精药品的安防保障工作。

第二章 存储与设施

（一）手术麻醉部应配备智能药柜用于存储麻精药品。

（二）智能药柜应实行授权管理，确保仅限获得授权的麻醉医师及专职护士、药师操作。管理系统应能完整记录所有操作日志。

（三）药品存放区域及药品销毁点应安装视频监控系统，监控录像需保存至少180 天，以备核查。

第三章 药品流转流程

（一）术前请领

1．麻醉医师根据手术计划，凭本人权限登录智能药柜系统，请领本次手术所需数量的麻精药品。

2．系统记录请领药品的名称、规格、数量、批号、请领人及时间。

（二）术后退还与核对

1．手术结束后，麻醉医师必须立即将本次手术未使用的剩余药品退还至智能药柜。

2．麻醉医师将所有已使用药品的空安瓿与处方，签字确认并登记使用药品批号后交予专职护士。

3．手术麻醉部专职护士与药学部专职药师每日核对药品消耗记录、退还的实物（剩余药品、空安瓿）与处方，确保数量、批号等信息完全相符。核对无误后，将消

耗数据汇总发送至药学部中心药房。

（三）余液处理

使用后产生的余液，必须在手术结束后，由麻醉医师与手术麻醉部专职护士双人在场，在视频监控下进行销毁操作。销毁过程需在专用登记本上详细记录药品名称、规格、剂量、销毁方式、销毁时间及双人签字，并与监控录像相互印证。视频保存180天。

（四）药品补充

1．药学部中心药房药师根据手术麻醉部发送的消耗汇总信息，与麻醉专职药师共同核对处方和退回的空安瓿，确认无误后，按需发放补充药品。

2．药学部麻醉专职药师与手术麻醉部专职护士共同将补充药品存入智能药柜，并完成系统入库操作与双人核对。

第四章 监督管理

药学部与医务部、护理部定期对手术麻醉部麻精药品的管理与使用情况进行联合检查，内容包括但不限于：智能系统记录与实物的一致性、处方规范性、退还流程完整性、销毁记录与监控复核等。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[3]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

2026年09月第2次修订

病区麻醉精神药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-033-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25

制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为加强病区麻醉精神药品管理，保证患者用药安全，防止流弊事件发生，特制定本制度。

二、内容

第一章　基数管理

（一）基数确定

1．各病区根据治疗需要配备合理基数；

2．基数数量经药学部审核批准；

3．定期评估调整，避免积压。

（二）批号管理

1．领进药品时严格检查批号；

2．遵循近期先用的原则。

第二章　使用管理

（一）处方管理

1．必须由取得麻醉精神药品处方权的医师开具处方；

2．为住院患者开具的处方应当逐日开具；

3．每张处方为一日常用量；

4．哌替啶为一次常用量。

（二）药品领取

1．使用后护士凭医师签名处方到中心药房领取；

2．同时回收空安瓿、废贴；

3．做好专册登记和回收登记。

第三章　储存与安全管理

（一）储存要求

1．设置专用储存设施，张贴规范标识；

2．实行双人双锁保管；

3．储存场所符合安全要求。

（二）交接管理

1．执行班班交接机制；

2．双人清点，双签名确认；

3．交接内容包括：药品名称、规格、数量、批号。

第四章　残余药品与报损管理

（一）残余药品处置

1．整支未用完的注射剂需进行残余药品处置；

2．在视频监控下双人操作；

3．记录处置方式、时间、操作者、核对人；

4．麻精药品使用量大、使用管理环节较多的临床科室，视频监控保存至少 180 天。

（二）破损药品处理

1．发现破损立即汇报护士长申请报损；

2．交药学部按规定程序统一销毁；

3．完善报损记录和审批手续。

第五章　记录与登记

（一）填写《麻醉精神药品使用登记本》，保存期限不少于 3 年；

（二）记录内容包括：患者信息、药品信息、使用量、残余量处置等；

（三）字迹清晰，不得涂改。

第六章　监督管理

（一）药学部每月进行专项检查；

（二）护理部每季度联合检查；

（三）检查结果纳入科室考核。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[3]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21 号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

2026 年 09 月第 2 次修订

镇痛泵管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-034-01	制定时间：2026-09-25
适用范围：全院医务人员	修订时间：/
制定部门：药学部	修订版本：/
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为规范医院镇痛泵的全程管理，保障患者镇痛效果与用药安全，防范麻精药品流弊，确保医疗质量，特制定本制度。

二、内容

第一章　手术麻醉部镇痛泵使用管理基数管理

（一）人员与职责

1．手术麻醉部主任:本科室麻精药品管理第一责任人，全面统筹科室镇痛泵麻精药品安全管理工作。

2．麻醉医师：负责手术患者疼痛管理，制定镇痛方案，按实际用于配置药液的麻醉药品用量开具处方，处方应当注明用法、用量和持续时间。

3．麻醉护士:负责镇痛泵用麻、精一药品的配置、核对；填写镇痛泵标签；镇痛泵药盒及剩余药液在视频监控下销毁、登记；镇痛泵体回收。

4．麻精药品专管员：负责手术麻醉部麻精药品的日常管理工作。

5．药师：负责镇痛泵用药品的处方审核、空安瓿核对及账物管理。

（二）使用流程

1．麻醉医师评估患者疼痛程度、适应症及禁忌症，开具镇痛泵使用医嘱，并签署知情同意书。处方按麻醉药品实际用量开具，同时注明用法、用量和持续时间。麻醉药品的选择、用量及输注速度范围、用药时长等应有依据，符合药品说明书及急性疼痛镇痛有关指南或规范等要求。

2．镇痛泵由麻醉护士在视频监控下双人配置、双人核对并在镇痛泵标签上双人签名。镇痛泵标签注明药液配方、给药方式及使用参数。

3．配置的剩余药液由 2 名不同类别的医务人员在视频监控倒入下水道销毁，逐项做好记录并双人签字。

4．镇痛泵配置完成后，配置人员将空安瓿及处方移交麻精药品专管员；专管员会同药师核对空安瓿数量、批号并做好记录。

5．镇痛泵使用前，由 2 名医护人员核对患者信息，签字确认。

6．手术结束后，麻醉医师与病区医师或护士做好镇痛泵交接，在手术患者交接记录单上双人签字确认。

7．镇疼泵输注完毕，由病区护士拆除后交手术麻醉部管理。

8．如因堵管等原因导致泵内留有余液，由麻醉医生至病区拆除，余液应在视频监控下，由二人立即倒入下水道销毁，并做好记录。

第二章　临床科室镇痛泵使用管理

（一）人员与职责

1．科室主任：本科室精麻药品管理第一责任人，全面统筹科室镇痛泵精麻药品安全管理工作。

2．医师：负责患者疼痛管理，制定镇痛方案，按实际用于配置药液的麻醉药品用量开具处方，处方应当注明用法、用量和持续时间。

3．护士：负责镇痛泵用麻、精一药品的配置、核对；填写镇痛泵标签；镇痛泵移除；镇痛泵药盒及剩余药液在视频监控下销毁、登记；镇痛泵体回收。

4．药师：负责镇痛泵用药品的处方审核、回收空安瓿并核对及账物管理。

（二）使用流程

1．医师评估患者疼痛程度、适应症及禁忌症，开具镇痛泵使用医嘱，并签署知情同意书。处方按实际用于配置药液的麻醉药品用量开具，同时注明用法、用量和持续时间。麻醉药品的选择、用量及输注速度范围、用药时长等应有依据，符合药品说明书及癌痛、慢性疼痛指南等要求。

2．镇痛泵由护士在视频监控下双人配置、双人核对并在镇痛泵标签上双人签名。镇痛泵标签注明药液配方、给药方式及使用参数。

3．配置的剩余药液由 2 名不同类别的医务人员在视频监控倒入下水道销毁，逐项做好记录并双人签字。

4．镇痛泵配置完成后，配置人员应及时将空安瓿及处方交回给药房，药房药师核对空安瓿数量及批号，同时双人在视频监控下做好销毁并登记。

5．镇痛泵使用前由 2 名护士核对患者身份，签字确认。

6．住院患者在病房使用镇痛泵过程中，医务人员负责定时巡查镇痛泵运转情况，镇痛泵的使用应在病区麻、精一药品使用登记本上记录使用情况，双人签字确认；病房护士做好巡查，防止镇痛泵丢失。

7．患者停止镇痛治疗，由医生拆除镇痛泵，剩余药液应在视频监控下，由二人立即倒入下水道等销毁，并做好记录。

（三）镇痛泵带出院外流程

1．镇痛泵带出院外使用，由主管医生与患者及家属做好镇痛泵的交接，交接内容包括镇痛泵的用法用量、接收记录等信息，告知患者及家属治疗结束镇痛泵及余液须交回医院，告知患者不妥善保管导致丢失镇痛泵的法律风险及需主动交回的义务。不交回将不能继续开药，并需承担导致管制药品流弊的相应法律责任。要求患者履行确保镇痛泵安全及防止他人使用或被盗的义务并签署知情同意书。

2．对癌痛需长期使用镇痛泵镇痛的患者，要求患者定期回院复诊、补充药液，保证疼痛治疗的连续性。

3．患者按治疗计划定期回院复诊，医师查看使用记录，核对镇痛泵走量与实际使用是否一致，核对合格并进行疼痛评估，确定继续使用后开具处方。医师按要求配置药液后补充药液，做好记录，空安瓿及时交回药房。补充前，抽出镇痛泵药盒内余液，在视频监控下，由二人立即倒入下水道等销毁，并做好记录。

4．药房药师收到空安瓿后核对数量及批号，同时双人在视频监控下做好销毁并登记。

5．患者停止镇痛治疗，交回镇痛泵或由医生拆除镇痛泵，剩余药液应在视频监控下，由二人立即倒入下水道等销毁，并做好记录，如无余液，也应确认、记录并签名。

第三章　安全与应急处理

（一）不良反应处理：使用镇痛泵期间，若患者出现呼吸抑制、严重低血压、过度镇静、严重恶心呕吐等不良反应，应立即停用镇痛泵，并给予相应的急救处理，同时上报相关医师及科室负责人

（二）故障处理：若镇痛泵出现输注异常、报警等故障，应立即排查，无法排除时及时联系设备科维修，并做好故障记录。

第四章　监督管理

药学部与医务部、护理部等部门定期对镇痛泵的管理与使用情况进行联合检查，内容包括但不限于：处方规范性、流程完整性、销毁记录与监控复核等，督查结果纳入科室绩效考核。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[4]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

[5] 江苏省卫生健康委员会.江苏省医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理指南(2024年版试行)[M].2024.

麻醉药品和精神药品处方销毁制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-035-03	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-09-25
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-10-01

一、目的

为规范处方管理，保障医疗安全，维护患者隐私，特制定本制度。

二、内容

第一章 处方保存期限

（一）第二类精神药品处方：2 年。

（二）麻醉药品、第一类精神药品处方：3 年。

（三）麻醉药品、第一类精神药品专用账册：自药品有效期满之日起不少于 5 年。

（四）麻精药品专册登记：3 年。

第二章 销毁的审批与实施

（一）销毁审批流程

1．到期筛查：药房按保存期限筛选到期处方，造册（含处方类型、起止日期、经手人）。

2．初审：药学部门负责人核对，签字确认。

3．终审批准：报医疗机构分管院长审批，签署销毁意见 。

4．登记备案：审批后，台账登记批准人、日期、处方明细，存档备查。

（二）销毁实施要求

1．人员与监督：由 2 人以上专人负责，销毁后由后勤部门交接处理。

2．销毁方式：采用粉碎等不可逆方式，确保处方信息无法复原，严禁变卖、外流。

3．隐私保护：销毁前不得泄露患者姓名、诊断、用药等隐私信息。

4．记录留存：填写《处方销毁记录表》，内容包括：销毁日期、处方类型、起止日期、申请人、审核人、后勤交接人员、销毁方式等。

第三章 监督管理

（一）严禁提前销毁、无审批销毁、私自处理到期处方。

（二）严禁将过期处方出售、出借、丢弃或用于非医疗用途。

（三）特殊药品管理小组定期检查制度执行情况。

（四）未按规定保管或销毁麻精处方，依规进行处罚，因违规造成处方流失、隐私泄露等不良后果的，视情节从重处罚。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]国务院.麻醉药品和精神药品管理条例[EB/OL].(2024-12-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416171145152.html.

[4]国家卫生健康委，国家中医药局，国家疾控局，中央军委后勤保障部.医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定.国卫医政发〔2026〕21号[EB/OL].(2026-08-30).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202609/212c7683a1ec4a2aa5367d5975705e2e.shtml

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

2026年09月第2次修订

药品类易制毒化学品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-036-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范药品类易制毒化学品的管理，防止流入非法渠道，保障医疗需求与使用安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会下设的特殊药品管理组，负责全院药品类易制毒化学品的监督管理工作，并定期组织专项检查。

（二）药学部是药品类易制毒化学品的主管部门，负责日常管理，包括采购计划

审核、验收、储存、发放、账册登记及报废销毁组织等工作。

（三）各使用科室负责人为本部门药品类易制毒化学品管理第一责任人，确保规范使用与安全管理。

第二章 采购与验收

（一）采购药品类易制毒化学品，应严格按照麻醉药品、第一类精神药品管理要求，从具备经营资质的定点供应企业采购。

（二）药品到货后，须由双人进行验收，核对药品名称、规格、数量、批号、有效期、生产企业及包装完整性，并双人签字确认。

第三章 储存、调配与使用

（一）药品类易制毒化学品实行“五专”管理：

1．专人负责：指定专人承担日常保管与发放工作；

2．专库（柜）加锁：在麻醉药品、第一类精神药品专库内设置专区，或设置专用柜，实行双人双锁；

3．专用账册：建立专用账册，逐笔记录出入库及结存信息，专用账册保存期限应当自药品类易制毒化学品有效期期满之日起不少于 2 年；

4．专用处方：凭专用处方调配使用，处方保存 2 年备查；

5．专册登记：各药房对使用的药品类易制毒化学品专用处方进行专册登记。

（二）药品类易制毒化学品的调配须凭执业医师开具的专用处方。药师应严格审核处方，对存在疑问的处方，应拒绝调配，并联系处方医师重新确认。

第四章 报废、退回与销毁

（一）对过期、变质或因质量问题不可使用的药品类易制毒化学品，应单独存放、明显标识，并办理报废手续。

（二）报废销毁应由药学部填写《特殊药品报损审批表》，经分管主任审核、主要负责人批准后，报市卫生健康行政部门备案，并在其监督下销毁。销毁过程应双人操作、全程视频监控，记录保存 180 天。

（三）需将药品退回原供货单位的，应督促供货单位向省级药品监督管理部门办理备案手续。

第五章 安全管理与应急处理

（一）各相关科室应加强药品类易制毒化学品的安全管理，防止丢失、被盗。

（二）发生骗取、冒领、丢失、被盗、被抢等事件时，应立即保护现场，报告科室主任、保卫科及医院主要负责人，并按规定向市卫生健康行政部门、公安机关及药品监督管理部门报告。

第六章 监督管理

（一）药学部定期组织对药品类易制毒化学品的采购、储存、使用及账物情况进

行检查，对发现问题限期整改，并纳入科室质量考核。

（二）对违反本制度者，视情节轻重予以处理；造成严重后果的，依法追究责任。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国国务院.易制毒化学品管理条例[EB/OL].(2005-08-26).https://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5468883.htm.

[3]中华人民共和国卫生部.药品类易制毒化学品管理办法(卫生部令第72号)[EB/OL].(2010-03-18).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201004/b7b19ed7bf274e78be77d8eac2b1fb8c.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016年07月第1次修订

2019年09月第2次修订

2026年01月第3次修订

医疗用毒性药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-037-04	制定时间：1992-08-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医疗用毒性药品（以下简称“毒性药品”）的管理，保障临床用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称毒性药品系指毒性剧烈、治疗剂量与中毒剂量相近，使用不当会致人中毒或死亡的药品。

第二章 采购、验收与储存

（一）采购管理

毒性药品的采购须严格遵循国家规定，从具备合法资质的药品经营企业购进，严

禁超范围、超量采购。

（二）验收、储存管理

1．检查外观质量，可从包装外观察，不能任意拆开内包装。

2．毒性药品的包装必须标明规定的“毒性药品”字样。

3．毒性药品的贮存按麻醉药品要求储存于专用仓库，做到专柜加锁并由专人负责保管。

4．建立毒性药品进出账目，做到账物相符。

5．严禁毒性药品与其他药品混合存放。

第三章 调配与使用

（一）处方开具

1．毒性药品须凭执业医师开具的正式处方使用。

2．处方需完整清晰，注明患者信息、药品名称、规格、用法用量，且每次处方剂量不得超过 2 日极量。

（二）处方调配

1．药师须严格审核处方合法性、规范性及合理性。对存在疑问或超量处方，应拒绝调配并联系医师确认。

2．调配需双人核对、双人签名，确保剂量准确。

3．毒性中药未注明“生用”的，一律发放炮制品。

（三）临床使用

医师应严格按药品说明书及诊疗规范使用毒性药品，并密切监测患者用药反应。

第四章 账册、记录与追溯

（一）专用账册

1．药库、药房及使用科室需建立毒性药品专用账册，详细记录出入库、结存、销毁等信息，确保账物相符。

2．处方一次有效，取药后处方保存二年备查。

（二）信息化追溯

对纳入国家追溯平台的毒性药品（如注射用 A 型肉毒毒素），须严格扫码登记出入库及使用信息，确保全过程可追溯。

第五章 报废与销毁

（一）对不可供药用的毒性药品，应单独存放并办理报废手续。

（二）销毁需由科室申请，经药学部审核、院领导批准并报属地药品监督管理部门备案后执行。

（三）销毁时，需根据药品的理化性质和毒性采取不同的销毁方法，并在监管部门监督下，由至少双人操作，全程录像并详细记录销毁过程。

第六章 监督管理

（一）药学部定期对毒性药品管理情况进行检查，内容包括储存安全、账物相符、处方规范等，结果纳入科室质量考核。

（二）对违反本制度者，视情节轻重予以处理；造成严重后果的，依法追究责任。

附：本院毒性药品管理品种（西药）

注射用 A 型肉毒素、注射用三氧化二砷

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国国务院.医疗用毒性药品管理办法（国务院令第 23 号）[EB/OL].(1988-12-27).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250415142659118.html.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2011 年 05 月第 1 次修订

2016 年 04 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

放射性药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-038-03	制定时间：2012-01-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范放射性药品管理，保障临床使用安全有效，防止放射性污染与事故，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称放射性药品，是指用于临床诊断或治疗的放射性核素制剂或者其标记药物。

第二章 机构与人员资质

（一）医院须持有有效的《放射性药品使用许可证》，并按期换证。许可证有效期为五年，届满前六个月向省级药品监督管理部门提出换证申请。

（二）核医学科须配备与其医疗任务相适应的的并经核医学技术培训的技术人员。

（三）核医学科应指定专人负责放射性药品的验收、领取、保管、使用登记及废物处理等工作。

第三章　采购、验收、储存、使用与质控管理

（一）放射性药品采购由药学部统一报送计划，采购中心从具备合法资质的定点生产企业直接采购，严禁通过中介或个人采购。放射性治疗药物采购时由使用科室负责人申请药品及数量，药学部审批后，由采购中心联系供应商按约定送货。

（二）放射性药品应有专人保管，到货后及时登记，妥善保存于指定实验室内，并有安全防护措施，防止丢失或变性。

（三）放射性药品到货后，应及时通知患者检查或治疗，以减少浪费。使用时，将放射性同位素移入本科（室）专用铅罐内，盖上铅罐，贴妥标签，注明放射性核素种类、放射性活度及日期，出厂说明书妥加保存，以备查对。

（四）根据放射性药品处方（用药医嘱）开具情况，按照品种、规格、生产企业对其消耗量进行专册登记，登记内容包括日期、科室、床位号、患者姓名、领用药剂量、退回数量、批号等。专册登记本保存期限为 3 年。

（五）标记及注射放射性药物时应严格核对，防止发生差错。应定期质控检查，如需要可随时检测。

（六）放射性药品的质量检查验收，不良反应收集由核医学科负责，不符合检测指标要求者不得使用。

（七）放射性药品使用后废物、空容器应放置于铅罐内，在固定地点集中存放，分类处理，并按照国家环保和辐射防护的有关规定处置。

第四章　监督管理

（一）药学部定期对放射性药品管理情况进行监督检查，内容包括采购流程、储存条件、使用记录、废物处理及安全防护等。

（二）对违反本制度者，视情节轻重予以处理；造成严重后果的，依法追究责任。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国国务院.放射性药品管理办法（国务院令第 25 号）[EB/OL].(1989-01-13 发布，2024-12-06 修订).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250416155943156.html.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

抗菌药物管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-039-08	制定时间：2008-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：7
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强我院抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床应用行为，控制细菌耐药，保障医疗质量和医疗安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）下设立抗菌药物管理工作组，由院领导、医务部、质管部、药学部、教学管理与学科建设科、感染管理科、护理部、检验科、信息科及主要临床科室负责人组成，负责全院抗菌药物应用管理的领导工作。

（二）抗菌药物管理办公室。办公室设在药学部，由药学部和医务部牵头负责。药学部、医务部、质管部、教学管理与学科建设科、感染管理科、护理部、检验科、信息科等部门抽调管理人员、临床医师、临床药师、检验师等参与日常管理工作。

（三）抗菌药物临床应用专家组。由药事委员会专家组成员兼任，包括感染性疾病、临床药学、临床微生物、感染管理等相关专业人员。特殊使用级抗菌药物会诊专家组成员由医院抗菌药物管理工作组商议确定。

（四）病区（科室）抗菌药物管理小组，由科主任、主诊医师及护士长组成。

（五）院长是全院抗菌药物管理的第一责任人，对全院抗菌药物合理应用负责。临床科主任是所在科室抗菌药物管理的责任人。各管理组织与职能部门的职责如下：

1．抗菌药物管理工作组

（1）制定本院抗菌药物管理制度并组织实施；

（2）制定抗菌药物临床治疗规范；

（3）确定本院抗菌药物品种目录、分级目录及采购目录；

（4）监督全院抗菌药物合理应用的培训、考核与整改；

（5）根据处方点评结果，研究制定针对性的临床用药质量管理等药事管理改进措施。

2．抗菌药物管理办公室

（1）督促全院各部门落实抗菌药物管理制度；

（2）负责抗菌药物合理应用的监督检查与考核；

（3）负责抗菌药物管理指标的监测分析与考核；

（4）负责抗菌药物病原学检查的落实，定期对本院微生物监测情况及医院感染情况进行分析与通报；

（5）负责抗菌药物合理应用的培训、处方点评和干预工作。

3．抗菌药物临床应用专家组职责：负责抗菌药物合理使用的技术指导，组织特殊级抗菌药物治疗会诊等。

4．病区（科室）抗菌药物管理小组职责：负责本科室合理使用抗菌药物的日常管理，同时对抗菌药物不良反应监测、各项指标等定期进行分析改进。

5．医务部、质管部、药学部、教学管理与学科建设科负责组织医务人员培训，将抗菌药物合理应用知识纳入医师培训内容。指导医护人员严格执行抗菌药物合理应用的相关制度，落实抗菌药物管理的考核奖惩工作。负责临床路径的实施，将抗菌药物临床应用管理和临床路径管理工作进行有效结合，发挥临床路径在规范诊疗行为、促进抗菌药物合理用药中的作用。医务部负责医师抗菌药物处方权的授权、考核、暂停与取消，将抗菌药物使用情况纳入医师定期考核和科室质量管理，处理严重的违规行为。

6．药学部负责组织协调抗菌药物合理应用的监督检查，总结反馈，定期组织抗菌药物处方、医嘱专项点评，细菌耐药对策分析、特殊使用级抗菌药物专档管理，负责药师抗菌药物配方权限管理。负责抗菌药物监测网上报工作。

7．感染管理科负责对医务人员院感知识的培训，监督检查临床科室的病原学送检情况。负责医院感染监测网上报工作。

8．护理部负责组织护理人员培训，督促护理人员执行抗菌药物临床应用相关制度。

9．检验科负责全院微生物学检测，及时准确做好病原菌培养、药敏试验等工作，定期发布细菌耐药的相关信息，负责细菌耐药监测网上报工作。

10．信息科负责通过信息化管理手段，实现抗菌药物临床应用的信息化管理，为抗菌药物合理使用和管理提供技术支持。

第二章　抗菌药物使用的基本原则

（一）诊断为细菌性感染者方有指征应用抗菌药物。诊断为细菌、真菌感染者方有指征应用抗菌药物；由支原体、衣原体、螺旋体、立克次体及部分原虫等病原微生

物所致感染，亦有指征应用抗菌药物。病毒感染无使用抗菌药物指征。

（二）尽早查明感染病原，根据病原种类及药敏试验结果选用抗菌药物。诊断为细菌性感染的患者，应在开始抗菌治疗前，及时留取相应合格标本送细菌培养及药敏试验（危重患者可留取血培养等标本），根据临床经验先行抗菌治疗，待药敏结果报告后，结合临床表现调整原有治疗方案。门诊患者可根据病情需要开展药敏试验工作。

（三）对有明确的细菌感染指征者，应根据药敏试验结果、药物的适应证、药动学特征及病情特点，严格选药，并注意剂量、疗程和给药方法进行个体化给药。

（四）轻症感染可接受口服给药者，应优先选用口服吸收较好的抗菌药物，不采用注射给药。重症感染、全身性感染患者应予静脉给药，病情好转能口服时可转为口服给药。

（五）抗菌药物疗程因感染不同而异。一般宜用至体温恢复正常、症状消退后72～96 小时，有局部病灶者需用药至病灶控制或完全消散。严重感染者疗程应根据病情适当延长。

（六）抗菌药物的联合应用要有明确指征。联合应用的指征是：

1．病原菌尚未查明的严重感染；

2．可能有 2 种以上病原菌的混合感染；

3．单一药物不能有效控制的重症感染；

4．需长程治疗，但病原菌易产生耐药性的感染，如结核病或深部真菌感染；

5．为减少某些药物的毒性反应。

联合用药通常采用 2 种药物联合，3 种及 3 种以上药物联合仅适用于个别情况，如结核病的治疗。

（七）严格掌握小儿、老年人、妊娠期及哺乳期妇女、肝肾功能减退患者等特殊人群的用药特点。按有关治疗原则，结合最新研究成果设计治疗方案，做好品种选择与剂量调整。参见《抗菌药物临床应用指导原则 2015 版》（以下简称《指导原则》）表 1-2《肾功能减退患者抗菌药物的应用》、表 1-3《肝功能减退患者抗菌药物的应用》、表 1-4《新生儿应用抗菌药物后可能发生的不良反应》和表 1-5《抗微生物药在妊娠期应用时的危险性分类》。

（八）严格限制抗菌药物的局部用药。

（九）严格掌握抗菌药物的预防用药基本原则

1．避免无针对性以广谱抗菌药物作为预防用药，不提倡联合预防用药。

2．耐药后果严重的抗菌药物不作为预防用药。

3．喹诺酮类药物仅能用于泌尿系手术的预防用药。

4．通常不宜常规预防应用抗菌药物的情况：普通感冒、麻疹、水痘等病毒性感染疾病；昏迷、休克、中毒、心衰、肿瘤等患者；留置导尿管、留置深静脉导管等患者。

5．清洁手术（Ⅰ类切口）原则上不预防使用抗菌药物，大范围手术、重要脏器手术、高危感染患者除外。清洁-污染手术（Ⅱ类切口）酌情预防使用抗菌药物。污染手术（Ⅲ类切口）需预防使用抗菌药物。常见围手术期预防用抗菌药物的品种选择参见《指导原则》附录 2。

6．介入手术或操作预防性使用抗菌药物参照《指导原则》附录 3《特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议》执行。

7．手术及侵袭性操作应以无菌操作为预防感染的主要手段，必须预防用药时，应采用“围术期”给药。

第三章　抗菌药物分级管理

抗菌药物实行非限制使用级、限制使用级和特殊使用级三级管理。

1．非限制使用级：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。初级职称医师可根据诊断和患者情况开具。

2．限制使用级：经临床长期应用证明安全、有效，但对细菌耐药性影响较大，或价格相对较高的抗菌药物。应由主治医师及以上专业技术职务任职资格的医师开具。

3．特殊使用级：具有明显或严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；需要严格控制使用，避免细菌过快产生耐药的抗菌药物；疗效、安全性方面的临床资料较少的抗菌药物；价格昂贵的抗菌药物。必须经具有高级专业技术职务任职资格的医师或科室主任开具，并应有严格的临床用药指征或确凿依据，经审批同意后方可使用。

其余详见《抗菌药物分级管理制度》

第四章　抗菌药物权限管理

（一）医师必须经过抗菌药物临床应用规范化培训并考核合格后，方可获得相应级别的抗菌药物处方权。

1．具有执业医师资格并注册的住院医师，可授予非限制使用级抗菌药物处方权。

2．主治医师可授予限制使用级抗菌药物处方权。

3．副主任医师及以上、主诊医师、科主任（副主任）可授予特殊使用级抗菌药物处方权。

4．住院医师在值班或急诊时根据病情需要可以使用限制使用级抗菌药物，但应遵守规定的工作流程。

（二）药师必须经过抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训，考核合格后，方可获得抗菌药物调剂资格。

（三）医务部会同药学部对医师和药师进行定期考核。对考核不合格或出现严重不合理用药情况的医师，医务部可限制、暂停甚至取消其抗菌药物处方权。

第五章　抗菌药物品规管理

抗菌药物品规实行总量控制≤50 个，且符合一下要求：

（一）同一通用名称药品，注射剂和口服剂型各不得超过 2 种；

（二）头霉素类品规原则上不超过 2 个；

（三）三代及四代头孢菌素（含复方）口服剂型≤5 个、注射剂型≤8 个；

（四）碳青霉烯类注射剂型≤3 个；

（五）氟喹诺酮类口服及注射剂型各≤4 个；

（六）深部抗真菌类品种≤5 个。

第六章　细菌耐药与预警管理

（一）提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率。接受抗菌药物治疗的住院患者，抗菌药物使用前病原学送检率不低于 50%。发生医院感染的患者，医院感染诊断相关病原学送检率不低于 90%。接受两个或以上重点药物（碳青霉烯类，糖肽类，抗真菌类如伏立康唑、伊曲康唑、卡泊芬净，替加环素，利奈唑胺，多粘菌素，头孢哌酮舒巴坦）联用的住院患者，联合使用前病原学送检率应达到 100%。

（二）药事管理和药物治疗学委员会对细菌耐药监测和预警制定干预措施，以指导临床抗菌药物合理应用。

（三）药学部负责对抗菌药物和主要目标细菌耐药率数据进行综合分析，上报药事委员会讨论。

（四）感染管理科以简报的形式每季度向全院通报细菌耐药性情况。

（五）检验科微生物室进行耐药监测、分析，及时向感染管理科上报细菌耐药情况。

（六）细菌耐药预警与干预措施：

微生物室定期发布细菌耐药预警信息：

1．对主要目标细菌耐药率超过 30%的抗菌药物，应及时将预警信息通报医务人员。

2．对主要目标细菌耐药率超过 40%的抗菌药物，应慎重经验用药。

3．对主要目标细菌耐药率超过 50%的抗菌药物，应参照药敏试验结果选用。

4．对主要目标细菌耐药率超过 75%的抗菌药物，应暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

第七章　临时采购管理

（一）临床科室遇特殊感染患者，使用医院抗菌药物目录内品种治疗效果不佳，经科主任及抗感染专家会诊确认需用目录外品种，方可向药学部申请临时采购。

（二）主诊医师填写《抗菌药物临时采购申请表》，说明采购理由及数量，经科主任签字同意。

（三）药事委员会审核，药事委员会主任签字同意。

（四）采购中心负责采购，药学部跟踪药品使用情况。

（五）经抗感染专家会诊或药事委员会审核，认为无需使用目录外品种的，一律不得临时采购。

（六）同一抗菌药物品种一年内临时采购超 5 次，药事委员会需研究是否将其调整纳入医院用药目录。

第八章 临床应用管理

（一）抗菌药物使用需有明确指征，门诊处方诊断栏填写清楚、住院病历中交待清楚。使用抗菌药物要选择合适的品种，必须在病程录中注明每种抗菌药物的通用名称及使用理由，更换抗菌药物必须在病程录中说明原因。

（二）联合使用抗菌药物，必须严格掌握适应证，并在病程录中说明理由。原则上不联合使用 3 种抗菌药物（抗结核除外），如确需使用必须根据病原学检测及药敏试验结果，且须经科内会诊，科主任同意。必要时，可请抗菌药物专家组进行会诊指导用药。

（三）一般情况下，用药 48-72 小时疗效不佳才可考虑换药。更换抗菌药物必须在病程录中说明原因。体温恢复正常、症状消退后 72～96 小时考虑停药。

（四）严格控制 I 类切口手术和介入手术预防使用抗菌药物的比例，使用率不得超过 30%。围手术期预防用药必须遵守本院《围手术期抗菌药物预防应用管理规范》。

（五）正确选择抗菌药物使用目的（治疗/预防）。

（六）儿科申请的小规格抗菌药物只限在儿科使用。

（七）院部根据管理要求下达抗菌药物考核指标，包括抗菌药物门急诊使用率、住院使用率、使用强度、清洁手术预防使用率等，各临床科室必须严格执行，管理部门定期通报，实行考核。

（八）对全院使用的抗菌药物按销量排序，销量异常的作警告、暂停或淘汰处理；对不合理使用抗菌药物的医师通报科室和个人督促分析原因，提出整改措施。

（九）严密观察抗菌药物的不良反应，如有出现按报告程序填写《药品不良反应报告表》。

（十）抗菌药物纳入医院质量管理考核内容，考核结果与科室及责任医师挂钩。对情节较严重或造成不良后果的，相关责任医生承担违规用药发生的全部费用，并取消一定时限的处方权。考核工作由医务部、药学部、感染管理科等具体负责。

第九章 监测、干预与持续改进

（一）监测与公示

药学部会同感染管理科、临床微生物室，定期对以下指标进行监测与分析：

1．住院患者抗菌药物使用率、使用强度。

2．I 类切口手术预防性抗菌药物使用率及合理性。

3．门诊、急诊患者抗菌药物处方比例。

4．特殊使用级抗菌药物使用率、使用合理性。

5．细菌耐药性监测与分析（耐药预警机制）。

6．监测结果定期公示，并反馈至相关科室。

（二）处方点评与干预

药学部处方点评工作小组应将抗菌药物作为处方点评的重点。对点评中发现的不合理处方，按《处方干预管理制度》进行干预，并按《处方点评制度及实施细则》进行公示、反馈、考核和处理。

第十章 奖惩

（一）将抗菌药物合理应用情况纳入科室绩效考核及医师、药师个人绩效考核。

（二）抗菌药物管理指标如门急诊使用率、住院使用率、使用强度等,每年纳入科主任目标管理责任状考核体系，每月考核，兑现奖惩。

（三）违反本制度滥用抗菌药物的，对当事医生实行月度考核扣奖处理，情节较重或造成不良后果的，对相关责任医生进行诫勉谈话，必要时取消一定时限的抗菌药物处方权。

（四）对合理使用抗菌药物的科室和个人予以表扬和奖励。

（五）对未按规定审核、调剂抗菌药物处方的药师，依据医院相关规定进行处理。

（六）考核工作由抗菌药物管理办公室负责，并上报抗菌药物管理工作组审核。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局,解放军总后勤部卫生部.抗菌药物临床应用管理办法[S/OL].中华人民共和国卫生部令第84号，（2012-04-24）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/413f7b67607949dfa9e3d881313bea5d.shtml.

[3]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局,解放军后勤保障部卫生局.抗菌药物临床应用指导原则[EB/OL].（2015-07-24）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201508/1d3a99bcc1624eee8655055dffc58dd8.shtml.

[4]国家卫生健康委,农业农村部,国家药监局等13部门.遏制微生物耐药国家行动计划（2022—2025年）：国卫医函〔2022〕185号[EB/OL].（2022-09-08）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100379/202210/f37c8946289b4d22b17e665da78ed8f2.shtml.

[5]江苏省卫生健康委办公室.江苏省抗菌药物临床应用分级管理目录（2024年版）：苏卫办医政〔2024〕15号[EB/OL].（2024-08-26）.http://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/8/27/art_7316_11334844.html.

[6]国家卫生计生委办公厅,国家中医药管理局办公室.关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知（EB/OL).(2015-07-24).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c1

00175/201508/4620b29ae7f84662b137dc127e5cc529.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2011 年 05 月第 1 次修订

2013 年 07 月第 2 次修订

2015 年 10 月第 3 次修订

2017 年 09 月第 4 次修订

2018 年 07 月第 5 次修订

2019 年 09 月第 6 次修订

2026 年 01 月第 7 次修订

抗菌药物分级管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-040-06	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：5
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步加强本院抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床应用行为，控制细菌耐药，保障医疗质量和医疗安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，对抗菌药物临床应用进行分级管理。

第二章 具体内容

（一）抗菌药物实行非限制使用级、限制使用级和特殊使用级三级管理。

1．非限制使用级：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。初级职称医师可根据诊断和患者情况开具。

2．限制使用级：经临床长期应用证明安全、有效，但对细菌耐药性影响较大，或价格相对较高的抗菌药物。应由主治医师及以上专业技术职务任职资格的医师开具。

3．特殊使用级：具有明显或严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；需要严格控制使用，避免细菌过快产生耐药的抗菌药物；疗效、安全性方面的临床资料较少的抗菌药物；价格昂贵的抗菌药物。必须经具有高级专业技术职务任职资格的医师或

科室主任开具，并应有严格的临床用药指征或确凿依据，经审批同意后方可使用。

（二）限制使用级抗菌药物临床应用程序

1．具有限制使用级以上抗菌药物处方权的医师才有资格使用限制使用级抗菌药物。

2．临床治疗应优先使用非限制使用级抗菌药物，控制使用限制使用级抗菌药物。

3．接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者微生物送检率不低于 50%。

（三）特殊使用级抗菌药物临床应用程序

1．使用特殊使用级抗菌药物，必须填写《特殊级抗菌药物会诊单》，经会诊专家同意后方可使用。

2．具有特殊使用级抗菌药物处方权的医师有资格使用特殊使用级抗菌药物。

3．接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者微生物送检率应大于 80%，联合使用两个或以上的，使用前病原学送检率应达到 100%。

4．严格遵照《特殊使用级抗菌药物临床应用评价标准》中的用药指征。

5．门诊不得使用特殊使用级抗菌药物。

6．急诊原则上不使用特殊使用级抗菌药物，如因病情确需使用时，汇报上级医师同意，有特殊使用级抗菌药物处方权限的医师开具一日量，同时在病历中详细记录。

（四）越级使用抗菌药物的工作流程

1．根据《抗菌药物临床应用管理办法》第二十八条规定：因抢救生命垂危患者等紧急情况，医师可以越级使用抗菌药物。非紧急情况不得越级使用抗菌药物。

2．非值班期间，因病情需要使用高于处方权限的抗菌药物时，请上级医生诊治后，由上级医生开具医嘱。

3．值班期间，因病情需要使用高于处方权限的抗菌药物时，病区汇报主诊医师或科主任同意后，可越级使用抗菌药物；急诊汇报上级医师（急诊抢救班组长）同意后，可越级使用抗菌药物。

4．越级使用抗菌药物时应当详细记录用药指征，并做好相关病历记录，处方量不得超过一日量，并在 24 小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。

（五）特殊使用级抗菌药物使用专档管理

1．对碳青霉烯类抗菌药物和替加环素等特殊使用级抗菌药物实施专档管理。

2．处方医师需填报每一例使用患者的相关信息。

3．药学部专人定期收集、汇总碳青霉烯类抗菌药物和替加环素使用情况信息表，并进行分析，采取针对性措施，有效控制碳青霉烯类抗菌药物和替加环素耐药。

4．选用碳青霉烯类抗菌药物和替加环素等特殊使用级抗菌药物，须有病原学依据及会诊记录。

5．药学部负责考核，定期反馈至临床，同时纳入用药干预内容，持续整改。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会.关于印发《江苏省抗菌药物临床应用分级管理目录（2024 年版）》的通知（苏卫办医政〔2024〕15 号）[EB/OL].(2024-08-26). https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2024/8/27/art_7316_11334844.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2011 年 05 月第 1 次修订

2013 年 07 月第 2 次修订

2015 年 10 月第 3 次修订

2017 年 09 月第 4 次修订

2018 年 07 月第 5 次修订

2019 年 09 月第 6 次修订

2026 年 01 月第 7 次修订

特殊使用级抗菌药物临床应用评价标准

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-041-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强特殊使用级抗菌药物临床应用管理，确保其安全、合理、有效地使用，延缓细菌耐药性产生，特制定本制度。

二、内容

第一章 临床应用指征

使用特殊使用级抗菌药物必须严格掌握适应证，仅限于以下情况之一：

（一）感染病情严重者

1．有败血症、脓毒症等血流感染；

2．有休克、呼吸衰竭、DIC 等合并症；

3．脏器穿孔引起的急性腹膜炎、急性盆腔炎等；

4．感染性心内膜炎、化脓性心包炎等；

5．严重的肺炎、骨关节感染、肝胆系统感染、蜂窝组织炎、重度烧伤、严重复合伤、多发伤及合并重症感染者；

6．混合感染的患者。

应在获知药敏结果后及时降级换用窄谱药物。

（二）免疫功能低下患者发生的感染

1．接受免疫抑制剂治疗；

2．接受抗肿瘤化学疗法或接受大剂量肾上腺皮质激素治疗者；

3．血 WBC<1×109/L 或中性粒细胞<0.5×109/L；

4．脾切除后不明原因的发热者；

5．艾滋病或先天性免疫功能缺陷者。

（三）病原学证据支持：病原菌仅对特殊使用级抗菌药物敏感。若药敏结果显示对非限制或限制级抗菌药物敏感，原则上不得选用特殊使用级抗菌药物；经限制使用级抗菌药物治疗无效，结合药敏结果，经专家组评估认为需要更换为特殊使用级抗菌药物。

第二章　用药申请与审批流程

（一）常规审批流程

拟使用特殊使用级抗菌药物时，医师应填写《特殊使用级抗菌药物临床应用申请单》，由特殊级抗菌药物临床应用专家库成员会诊。会诊专家同意后，由科室具有高级职称的医师开具医嘱后方可使用。

（二）紧急情况下越级使用

因抢救生命垂危的患者等紧急情况，医师可以越级使用特殊使用级抗菌药物，但须遵循以下规定：

1．处方权限仅限于医疗组长或值班医师；

2．用量仅限于 1 日；

3．医师须在病程记录中详细记录病情、用药理由及与家属沟通情况；

4．必须在 24 小时内完成会诊手续并补办审批程序。

第三章　病原学送检与病历记录

（一）在使用特殊使用级抗菌药物之前，除非病情危重不允许或无法获取标本，必须留取合格的标本送病原学检查（细菌培养+药敏）。危重患者在未获知病原菌及药敏结果前，如专家组专家会诊提出根据病情需要使用特殊级抗菌药物，可以经验用药。

（二）病程记录中必须详尽体现以下内容：

1．使用特殊使用级抗菌药物的明确指征和充分理由。

2．申请、会诊及审批过程。

3．用药依据及用药方案。

4．治疗效果与病情观察记录。

第四章　合理性评价标准

（一）药学部处方点评工作小组每月对所有特殊使用级抗菌药物病历进行专项点

评，评价其合理性。合理性评价分为“合理”、“不合理”两个等级。

（二）符合以下全部条件，评价为“合理”：

1．有明确用药指征。

2．病原学送检规范：用药前已完成病原学送检（紧急情况除外）。

3．权限与流程合规：

（1）常规使用：已完成会诊与审批流程；

（2）越级使用：符合紧急情况规定，并在 24 小时内完成补审批。

4．品种选择与用法适宜：

（1）品种选择有依据（经验性用药符合本院耐药监测数据，目标性用药符合药敏结果）；

（2）剂量、用法、疗程符合药品说明书或权威指南。

5．病历记录完整。

（三）凡出现以下任一情况，评价为“不合理”：

1．无指征用药：患者病情不符合本标准第一章所列任何指征。

2．遴选药品不适宜：

（1）病原学检查结果显示有敏感的非限制或限制使用级抗菌药物可供选择而仍选用特殊使用级；

（2）品种选择缺乏依据，与常见病原菌或药敏结果不符。

3．流程违规：

（1）非紧急情况下未履行会诊审批程序；

（2）越级使用后未在规定时间内补办手续。

4．病原学送检缺失：无正当理由，用药前未送病原学检查。

5．病历记录缺陷：病程记录中无法体现用药理由、审批过程及用药依据。

第五章　监督管理与结果应用

（一）特殊使用级抗菌药物合理使用情况纳入科室医疗质量管理考核体系。

（二）药学部负责定期对特殊使用级抗菌药物的使用情况进行专项点评与分析，形成报告上报医务部及抗菌药物管理工作组，并将点评结果向全院通报，并反馈至相关科室及个人，责令限期整改。

（三）对不合理使用特殊使用级抗菌药物的医师，将依据本院《抗菌药物管理制度》及《处方点评制度及实施细则》予以处理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局,解放军总后勤部卫生部.抗菌药物临床应用管理办法：中华人民共和国卫生部令第 84 号[EB/OL].（2012-04-24）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/413f7b67607949dfa9e3d881313bea5d.shtml.

[2]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局,解放军后勤保障部卫生局.抗菌药物临床应用指导原则[EB/OL].（2015-07-24）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201508/1d3a99bcc1624eee8655055dffc58dd8.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月 第 3 次修订

围手术期抗菌药物预防应用管理规范

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-042-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范我院围手术期抗菌药物的预防性应用，提高用药合理性，有效预防手术部位感染，并减少细菌耐药和药物不良反应，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理与职责

（一）医务部：负责本规范的监督执行，将围手术期预防用药纳入科室及医师绩效考核，并对违规行为进行处理。

（二）药学部：

1．负责提供围手术期预防用药的技术支持与咨询。

2．通过处方审核与干预，指导临床合理用药。

3．负责围手术期抗菌药物使用情况的监测、分析与反馈，开展专项处方点评。

4．协同医务部、感染管理科进行相关培训。

（三）感染管理科：负责监测并报告手术部位感染率，为评估预防用药效果提供依据。

（四）临床科室：科主任为本科室第一责任人。手术医师应严格掌握预防用药指征，并正确执行本规范。护士应确保术前给药准确、及时执行并记录。

第二章 预防用药的指征

（一）围手术期预防用抗菌药物的目的

围手术期预防用抗菌药物主要是为了预防手术部位感染，包括发生在切口、手术深部器官和腔隙的感染。预防用药应保证手术切口暴露时局部组织中已达到足以杀灭手术过程中入侵切口细菌的药物浓度。

（二）清洁手术

1．清洁手术通常不需要预防使用抗菌药物，主要应加强消毒灭菌和无菌操作。

I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过 30%；其中，腹股沟疝修补术（包括补片修补术）、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术、白内障手术、取内固定手术、关节镜检查手术、颈动脉内膜剥脱手术、经血管途径介入诊断检查患者原则上不预防使用抗菌药物，实际预防使用率控制在 5%以下。

2．清洁手术仅在下列情况时可考虑预防应用抗菌药物：

（1）手术范围大、时间长（超过 3 小时）、污染机会增加。

（2）手术涉及重要脏器，一旦发生感染会造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术、眼内手术等。

（3）异物植入手术，如人工心脏瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等。

（4）年龄大于 70 岁。

（5）糖尿病控制不佳。

（6）恶性肿瘤放、化疗中。

（7）免疫缺陷或营养不良。

（三）清洁-污染手术（Ⅱ类切口）：可根据手术部位、潜在污染菌情况、手术持续时间及患者情况综合决定是否预防用药。

（四）污染手术（Ⅲ类切口）：需预防性应用抗菌药物。

（五）污秽-感染手术（Ⅳ类切口）：术前已经存在细菌性感染的手术，如腹腔脏器穿孔腹膜炎、脓肿切开引流术、气性坏疽截肢术等，属于抗菌药物治疗性应用，不属预防应用范畴。

第三章　预防用药的选择

（一）I 类切口手术一般不预防使用抗菌药物，确需使用时，要严格掌握适应证、药物选择、用药起始与持续时间。

（二）应选择杀菌活性强、安全、能覆盖手术部位最常见病原菌、价格相对较低的抗菌药物。

（三）主要选择头孢菌素类，首选第一、二代头孢菌素。有循证医学证据的第一代头孢菌素主要为头孢唑林，第二代头孢菌素主要为头孢呋辛。

（四）头孢菌素过敏者，针对革兰阳性菌可用万古霉素、去甲万古霉素、克林霉素；针对革兰阴性杆菌可用氨曲南、磷霉素或氨基糖苷类。

（五）若耐甲氧西林葡萄球菌检出率高，如进行人工材料植入手术（如人工心脏瓣膜置换、永久性心脏起搏器置入、人工关节置换等），也可选用万古霉素或去甲万古霉素预防手术部位感染，使用时必须经科主任审批，并在病程录中说明理由。

（六）常用围术期预防用药成人单次推荐剂量：头孢唑林 1-2g、头孢呋辛 1.5g、头孢美唑 1g、克林霉素 0.6g、氨曲南 1g、万古霉素 1g、头孢曲松 1-2g、甲硝唑 0.5g 等。

（七）氟喹诺酮类药物仅限用于泌尿外科手术，不得作为其他手术的常规预防用药。

详见《抗菌药物临床应用指导原则》中，附录 2《抗菌药物在围手术期预防应用的品种选择》或附录 3《特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议》。

第四章 给药方案

（一）给药时机

1．应在皮肤、黏膜切开前 0.5-1 小时内或麻醉开始时给药。

2．万古霉素、氟喹诺酮类等需长时间滴注的药物，应在手术前 1-2 小时开始给药。

（二）给药剂量与途径

1．剂量应足量，以确保组织有效浓度。

2．给药途径为静脉滴注。溶媒量成人一般为 100ml～150ml，不宜用大量液体长时间慢速滴入。

（三）术中追加

如手术时间超过 3 小时或超过所用药物半衰期的 2 倍以上，或成人手术出血量超过 1500ml，术中应追加一次。

（四）给药地点：预防用药首次剂量应在手术室内执行。

第五章 用药疗程

（一）术前预防用药：总的预防用药时间不应超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时。

1．Ⅰ类切口：预防时间原则上不超过 24 小时，心脏手术可视情况延长至 48 小时。

2．Ⅱ、Ⅲ类切口：预防时间为 24 小时，必要时经主管部门批准可延长至 48 小时，同时在病程录中说明理由。

3．手术时间较短（＜2 小时）的清洁手术，术前用药一次即可。

4．过度延长用药时间并不能进一步降低手术部位感染发生率，反而会增加细菌耐药和不良反应风险。

（二）术后预防手术部位感染宜选择与术前相同的药物。

（三）术后治疗性用药

1．术后如发生手术部位感染属治疗性用药，应及时采集标本送细菌学检验，根据药敏试验结果选用敏感药物进行治疗。

2．病程记录中应注明所使用的抗菌药物目的如：“预防”或“治疗”，不能笼

统的写成“对症”或“抗炎”。

第六章 操作流程与病历记录

（一）医嘱与执行

1．择期手术

（1）术前由手术医师开具临时医嘱，明确标注“术前 0.5-1 小时用”，填写术中临时医嘱单并打印。病房护士备药，如需做皮试者由病房护士完成，并在病历上记录皮试结果。连同术中医嘱单将药品移交手术室。由手术室护士在切皮前规定时间内执行并签名、记录时间。

（2）若需追加一次剂量。各科应根据本科手术特点或预计手术时间，提前将第二剂量抗菌药物提交手术室备用（操作程序同上）。若术中未用，手术结束后随患者带回病房。

2．急诊手术

（1）术前用药由病区医生开临时医嘱，病房护士备药，如需做皮试者由病房护士完成，紧急情况可由手术室做皮试，并在病历上记录皮试结果。

（2）各病区可根据本科特点，必要时备用一定数量术前常规应用的抗菌药物，或建立急诊患者领药绿色通道。

（3）其余程序与择期手术同。

（二）病历记录

病程记录中必须明确记录预防用药的目的和给药方案。

第七章 监督管理与评价

（一）监测与点评

药学部联合医务部、感染管理科，定期监测以下指标：

1．Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率。

2．术前 0.5-1 小时内给药执行率。

3．预防用药疗程≤24 小时执行率。

（二）结果应用

1．药学部处方点评工作组负责对围手术期预防用药进行专项点评，结果纳入科室及医师的绩效考核。

2．对多次或严重违反本规范的医师，由医务部依据医院相关规定予以通报、约谈、限制处方权等处理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局,解放军总后勤部卫生部.抗菌药物临床应用管理办法：中华人民共和国卫生部令第 84 号[EB/OL].（2012-04-24）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/413f7b67607949dfa9e3d881313bea5d.shtml.

[2]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局,解放军后勤保障部卫生局.抗菌药物临床应用指导原则[EB/OL].（2015-07-24）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201508/1d3a99bcc1624eee8655055dffc58dd8.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2013 年 07 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

抗肿瘤药物管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-043-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院抗肿瘤药物的临床应用，保障患者用药安全，提高合理用药水平，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）下设肿瘤治疗药与辅助治疗药物管理组，由医务部、药学部、肿瘤科、护理部等相关部门组成，负责全院抗肿瘤药物的临床应用管理。

（二）各部门职责

1．医务部：负责医师处方权的审核、授权与考核；

2．药学部：负责药品采购、储存、调剂、合理用药监测、培训、考核与不良反应上报；

3．临床科室：负责规范使用抗肿瘤药物，落实知情同意与用药监测；

4．护理部：负责给药操作、输液管理与渗漏应急处理。

第二章　采购与储存管理

（一）抗肿瘤药物由药学部统一采购，严禁临床科室自行采购或使用非本院供应药品。

（二）优先选用国家基本药物目录、国家医保目录及国家处方集收录品种，严格

控制同一通用名药品的剂型与品规数量，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种。因特殊治疗需要，医疗机构需使用目录以外的肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药的，可以启动临时采购程序。

（三）药品采购人员应当从具有资质的药品经营或药品生产企业采购抗肿瘤药物。药库应严格执行药品验收、储存与养护制度，对特殊管理药物实行专柜、专人、专账管理。

第三章　分级管理与处方权限

（一）抗肿瘤药物实行分级管理

1．限制使用级抗肿瘤药物是指具有下列特点之一的抗肿瘤药物：

（1）药物毒副作用大，纳入毒性药品管理，适应证严格，禁忌证多，须由具有丰富临床经验的医务人员使用，使用不当可能对人体造成严重损害的抗肿瘤药物；

（2）上市时间短、用药经验少的新型抗肿瘤药物；

（3）价格昂贵、经济负担沉重的抗肿瘤药物。

2．普通使用级抗肿瘤药物是指除限制使用级抗肿瘤药物外的其他抗肿瘤药物。

3．临床试验用药物：依据国家食品药品监督管理局发布的《药物临床试验质量管理规范》中试验用药品管理的有关规定执行。

（二）处方权限分级如下

1．限制使用级抗肿瘤药物及临床试验用药物的处方权仅限高级职称医师或科主任、科副主任、主诊医师；

2．普通使用级抗肿瘤药物处方权授予中级及以下职称医师；

3．限制使用级抗肿瘤药物的处方，必须由具有特殊管理抗肿瘤药物处方权的医师开具；限制使用级抗肿瘤药物的住院医嘱，可由下级医师开具，经具备处方权的医师审签；

4．药师须经培训考核合格后方可调配抗肿瘤药物。

第四章　临床使用规范

（一）治疗原则

1．严格遵循适应证与禁忌症，必须以病理组织学诊断作为肿瘤化疗的基础，不能用抗肿瘤药做诊断性治疗和预防用药。

2．超说明书用药，必须执行本院规定。

3．严格掌握抗肿瘤药物联合使用的指征，应注意药物之间的配伍禁忌，降低毒副作用。

4．制定个体化的给药方案，注意剂量、疗程和合理给药方法、时间。

5．密切观察药物的不良反应，及时调整给药方案。大剂量化疗和特殊化疗时应严密观察，适时调整剂量和给药时间，以防意外发生。

6．加强药物经济学的应用，尽量降低患者的药物使用支出，减轻患者经济负担。

（二）严格执行知情同意制度，用药前应向患者或家属充分说明治疗方案、疗效、风险及费用。医患双方尽量达成共识，做到知情同意。

（三）静脉用药应严格执行《静脉用药集中调配质量管理规范》，配置环境与操作应符合防护要求。

（四）在使用时，临床医护人员要密切观察患者用药情况，注意肿瘤治疗药的保存条件、给药方式、溶媒选择、输注顺序、速度、时间、渗漏处理及用药后监测等各个环节，严格执行查对制度。遵循不良反应“可疑即报”的原则，及时处理出现的不良反应，在病历中做好记录，并按规定上报。

（五）严格控制肿瘤辅助治疗药的使用，特别是中成药和免疫调节制剂，务必与患者及其家属充分沟通，说明药物使用目的、疗效、费用以及可能出现的不良反应等情况，做到知情同意。原则上具有相同或相似药理作用的治疗辅助药物只能使用 1 种。

（六）医护人员应掌握抗肿瘤药物药液渗漏的应急处置方法。一旦出现药液渗漏，需及时采取相应的对症处理。血管刺激性较大的药物应采取深静脉给药方式。

第五章　废弃物管理

抗肿瘤药物废弃物应单独收集，使用专用防渗漏污物袋密闭存放，按医疗废物处理规范集中处置。处理人员应做好个人防护。

第六章　监督、培训与考核

（一）药学部联合医务部每月开展抗肿瘤药物处方与医嘱专项点评，结果纳入科室与医师绩效考核。

（二）对出现不合理用药行为的医师，视情节给予警告、限制或取消处方权等处理。出现不合理处方 3 次以上且无正当理由的医师给与警告，警告后，仍出现 2 次以上不合理处方且无正当理由的，取消其肿瘤治疗处方权。

（三）定期组织抗肿瘤药物合理使用培训，内容包括新药知识、用药规范、不良反应识别与上报等。

（四）抗肿瘤药物管理工作组应定期对药物使用情况进行评估，并向药事委员会汇报。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[3]国家卫生健康委员会.抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）[EB/OL].(2020-12-22).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202012/c38666bc62b94a25a77c3df69e06db77.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

特殊人群肿瘤治疗药及辅助药临床使用管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-044-02	制定时间：2019-04-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范特殊人群（包括新生儿、儿童、老年人、妊娠期及哺乳期妇女、合并严重基础疾病患者）在肿瘤治疗中药物使用的安全性、合理性与有效性，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理原则

（一）老年人用药原则

1．酌情减少抗肿瘤药物治疗剂量或缩短疗程。

如经综合评估，拟行化疗，更倾向于选择低剂量(相较于标准剂量)、单药的姑息性化疗。标准剂量或大剂量的化疗方案对于低耐受性的老年患者并不适用。经肿瘤营养动脉的灌注化疗或栓塞治疗，也是常用的姑息性治疗手段，耐受性较好，全身不良反应较少，较适合老年患者，但灌注化疗药物的剂量也应适当减少。

2．老年人对靶向治疗的耐受性优于传统化疗，优先推荐靶向药物治疗，符合条件且可以耐受的患者有明显的生存获益。但其毒副反应并不少见，应酌情减量或缩短疗程，并且加强毒副作用观察及处理。

3．掌握最佳的用药剂量。

一般从抗肿瘤药物的剂量下限开始，根据患者耐受情况在后期可以进行调整，必要时进行血药浓度监测。

4．警惕合用药物的不良反应。

老年人自我调节能力变差，合用药物的相互作用会明显改变药物的疗效或副作用。如阿司匹林与甲氨蝶呤合用，可使后者的骨髓抑制作用加重等。由于老人慢性病多，合用多种药物的现象较为普遍，因而必须警惕合用药物的不良反应。

5．治疗期间对老年人患者的肝肾功能进行监测。

依据其肝肾功能状况应用抗肿瘤药物或调整抗肿瘤药物剂量。

6．治疗期间对老年人患者的骨髓功能进行监测。

（二）新生儿、小儿用药的原则

1．根据年龄、体重或体表面积计算用药量（详见附件 1）。

2．避免使用对中枢神经系统敏感的药物：新生儿和婴幼儿脑膜通透性较高，血脑屏障功能不完善，药物在体内与血浆蛋白结合少，易发生药物中毒。

3．避免使用造成对肝、肾功能有害的药物。

（三）孕妇用药的原则

目前对药物的致畸作用了解还不很确切，而且新药还在不断发展，许多问题尚待阐明，除对早期妊娠问题重视外，也应注意中孕和晚孕期。

1．妊娠头 3 个月是药物致畸作用的敏感期，用药前应充分估计对母婴双方的影响，凡可能致畸的药物此时应禁用。

2．妊娠第 14 周到胎儿出生后 4 周，使用抗肿瘤药及辅助用药，应严格评估，权衡利弊。

3．对成人可产生严重不良反应的药物，孕妇应避免应用。

（四）哺乳期用药的原则

1．用药前应充分估计其对母婴双方的影响，可用可不用的药物最好不用。

2．对成人可产生严重不良反应的药物，乳妇应避免应用，如病情需要，则应终止哺乳。

3．允许婴儿单独使用的药物，乳妇可使用。这类药物一般不会对乳儿造成大的危害，若对乳儿有危害，则乳儿可采用乳制品喂养。

4．尽可能使乳儿从乳汁中摄取的药量减至最低（其措施有：①对乳汁中浓度高的药物在其吸收高峰期应避免哺乳；②尽可能使用半衰期短的药物；③避免使用长效制剂；④采用最佳给药途径；⑤婴儿出生后 1 个月内，乳母应尽量避免使用药物）。

第二章　禁忌用药管理

（一）严格参照药品说明书及相关指南，禁止在禁忌人群中使用相应药物（详见附件 2）。

（二）特殊情况用药：如确需在禁忌人群中用药，须经多学科讨论、药学部审核，并与患者及家属充分沟通并签署《知情同意书》后方可使用。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）[EB/OL].(2020-12-22).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202012/c38666bc62b94a25a77c3df69e06db77.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

附件 1

儿科用药剂量

药品名称	用法用量
阿糖胞苷	皮下注射或静脉注射：一日 100-120mg/m^2，共 7-10 日。鞘内注射：25-30mg/m^2，Q12h，共 4-6 次。
表柔比星	静脉注射：一次 25-35mg/m^2，每 3 周 1 次。
丙卡巴肼	口服：开始时一日 25-50mg/m^2，逐渐增加至一日 100mg/m^2，分 3 次服。
长春碱	静脉注射：3.5-6mg/m^2，每周 1 次。
长春新碱	静脉注射：一次 1.5-2mg/m^2，最大 2mg，每周 1 次。
达卡巴嗪	静脉注射：一日 200mg/m^2，连用 5 日。
多柔比星	静脉注射：一日 20-25mg/m^2，连续 3 日。累计总量不超过 500mg/m^2。
氟尿嘧啶	静脉注射:起始量一日 12mg/kg,用 4-5 日;连续静脉注射时,一日 500mg/m^2,持续 4 小时以上，共 5 日。不作鞘内注射。
高三尖杉酯碱	静脉滴注：一日 0.08-0.1mg/kg,40-60 日为 1 疗程，或间歇给药，一日 0.1-0.15mg/kg,5-10 日为 1 疗程，停药 1-2 周再重复用药。
甲氨蝶呤	口服、肌注、静脉注射：连续每日 3.2mg/m^2，间歇 15-20mg/m^2，每周 2 次。静脉注射：白血病时可达 1-5g/m^2，实体瘤 8-12g/m^2，每 3 周 1 次，需用四氢叶酸钙解救。鞘内注射：根据不同年龄一次可用 8-15mg。
利妥昔单抗	静脉滴注：一次 375mg/m^2，一周 1 次。
亮丙瑞林	皮下注射：一次 30-90μg/kg，每 4 周注射 1 次。
洛莫司汀	口服：一次 75-150mg/m^2，每 6-8 周 1 次。
门冬酰胺酶	肌内注射或静脉注射：一次 6000-10000 单位/m^2，每 2-3 日 1 次。
顺铂	静脉注射：一日 20-30mg/m^2，一日 1 次，连用 4-5 日。大剂量时可用至一次 50-100mg/m^2，3 周 1 次。
丝裂霉素	静脉注射：隔日 1 次 5-6mg/m^2，总量不超过 30mg/m^2。
替尼泊苷	静脉注射：一次 1-3mg/kg,每周 2 次，可给药 2-3 月。
香菇多糖	口服：每日 0.5mg/kg,分 2 次服。静脉注射：每次 0.01-0.1mg/kg,一周 1-2 次。一般 3 个月为 1 疗程。
依托泊苷	静脉注射：一日 50mg/m^2，连用 3-5 日。

异环磷酰胺	常用量：静脉注射，一日 50-60mg/kg,连用 4-5 日。大剂量：单药治疗，静脉注射，一日 1 次 1.2-2.5g/m^2，连续 3-5 日为 1 疗程；联合用药，静脉注射，一日 1 次 1.2-2.0g/m^2，连续 5 日为一疗程；每一疗程间隙 3-4 周。
紫杉醇	静脉注射：单药剂量一次 135-200mg/m^2，联合用药剂量一次 135-175mg/m^2，3-4 周重复一次。

附件 2

常用抗肿瘤药禁用人群

药品名称	禁用人群
环磷酰胺	妊娠及哺乳期妇女禁用。
异环磷酰胺	严重骨髓抑制患者、对本品过敏者、妊娠及哺乳期妇女禁用。
苯丁酸氮芥	早孕妇女禁用。
塞替派	严重肝肾功能损害及严重骨髓抑制者禁用
替莫唑胺	妊娠期和哺乳期妇女、严重骨髓抑制者禁用。
甲氨蝶呤	肾功能已受损害、孕妇、哺乳妇女、营养不良、全身极度衰竭、恶液质或并发感染、心肺肝肾功能不全或伴有血液疾病者禁用。
氟尿嘧啶	孕妇、哺乳期妇女、衰弱患者、伴发水痘或带状疱疹时禁用。
阿糖胞苷	孕妇及哺乳期妇女禁用。
吉西他滨	严重肾功能不全的患者禁止联合应用吉西他滨和顺铂。
卡培他滨	妊娠妇女服用可引起胎儿损伤，哺乳妇女服用应停止授乳。严重肾功能损害者禁用。
培美曲塞二钠	妊娠妇女接受本品治疗可能对胎儿有害。接受本品治疗的母亲应停止哺乳。
博莱霉素	有严重肺部疾患、严重弥漫性肺纤维化、严重肾功能障碍、严重心脏疾病、胸部及其周围接受放疗的患者禁用。
多柔比星	严重器质性心脏病和心功能异常及对本品及蒽环类过敏者禁用。曾用其他抗肿瘤药或放疗已引起骨髓抑制者，心肺功能失代偿患者，严重心脏病患者，明显肝功能损害或感染、发热、恶液质、失水、电解质或酸碱平衡失调者，胃肠道梗阻、明显黄疸或肝功能损害患者，水痘或带状疱疹患者，孕妇及哺乳期妇女禁用。
表柔比星	禁用于因用化疗或放疗而造成明显骨髓抑制的患者、已用过大剂量蒽环类药物（如阿霉素或柔红霉素）的患者、近期或既往有心脏受损病史的患者、妊娠及哺乳期妇女。
吡柔比星	严重器质性心脏病或心功能异常者及对本品过敏者、妊娠期，哺乳及育龄期妇女禁用。
长春新碱	孕妇、Charcot-Marie-Tooth 综合征引起的脱髓鞘患者禁用。
依托泊苷	骨髓机能障碍，心、肝肾功能有严重障碍者，孕妇及哺乳期妇女，儿童肌内注射禁用。
紫杉醇	禁用于中性粒细胞低于 1.5×10^9/L 的实体瘤患者或中性粒细胞计数小于 1.0×10^9/L 的 AIDS 相关性卡氏肉瘤患者。
多西他赛	禁用于妊娠及哺乳期妇女。
他莫昔芬	有眼底疾病者、妊娠、哺乳期妇女禁用。
托瑞米芬	预先患有子宫内膜增生症或严重肝衰竭患者禁止长期服用枸橼酸托瑞米芬。妊娠、哺乳期妇女及对本品过敏者禁用。

来曲唑	绝经期、妊娠、哺乳期禁用。来曲唑不能应用儿童或青少年。
阿那曲唑	绝经前、妊娠、哺乳、严重肾损害（肌酐清除率<20ml/min）、中重度肝损害及对本品过敏者禁用。
依西美坦	儿童，绝经前妇女，妊娠、哺乳期妇女及对本品过敏者禁用。
戈舍瑞林	妊娠、哺乳期妇女禁用。
曲普瑞林	哺乳期妇女不应使用。
亮丙瑞林	孕妇或有可能怀孕的妇女或哺乳期妇女、有性质不明的、异常的阴道出血者禁用。
吉非替尼	对本品活性物质或该产品任意一种赋形剂有严重超敏反应者、妊娠及哺乳妇女禁用。
厄洛替尼	妊娠及哺乳期妇女应避免使用本品。
伊马替尼	妊娠及哺乳妇女禁用。
曲妥珠单抗	不用于孕期妇女，除非对孕妇的潜在好处远大于对胎儿的潜在危险，治疗期间应避免母乳喂养。
利妥昔单抗	妊娠和哺乳期妇女。
顺铂	肾损害患者及孕妇禁用。
奥沙利铂	哺乳期妇女；在第 1 疗程开始前已有骨髓抑制或周围感觉神经病变伴功能障碍者；有严重肝肾功能不全者。
门冬酰胺酶	孕妇不宜用药，哺乳期妇女给药时应停止哺乳。
雷替曲塞	孕妇、治疗期间妊娠或哺乳妇女禁用。重度肾功能损害者禁用。
替吉奥	重度骨髓抑制的患者禁用。重度肝、肾功能损害者禁用。妊娠妇女禁用。

注：有用药禁忌的患者如必须用药且无更好的替代药品时，医生可权衡利弊，在与患者充分沟通、知情同意的情况下谨慎使用该药，力求使患者获得最大益处。

基本药物管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-045-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为深入贯彻落实国家基本药物制度，保障公众基本用药需求，促进临床合理用药，控制药品费用，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）

1．审定医院《基本药物供应目录》，建立以基本药物为主导的“1+X”用药模式；

2．监督、指导全院基本药物的临床合理应用；

3．审定促进基本药物优先使用的相关政策与措施。

（二）药学部

1．组织基本药物的遴选、供应保障与合理用药管理；

2．编制与更新本院《基本药物供应目录》；

3．监督药品库存，确保基本药物，尤其是临床必需、短缺预警品种的稳定供应；

4．组织基本药物政策与合理用药培训；

5．开展基本药物处方（医嘱）专项点评与用药监测；

6．向药事委员会报告基本药物使用与管理情况。

（三）采购中心

采购中心应根据药学部审核通过的采购计划，确保基本药物优先采购、及时到位。

（四）临床科室

临床科室主任为本科室基本药物使用管理的第一责任人，负责落实优先使用基本药物的要求，确保完成医院下达的基本药物使用目标。各医疗组长、处方医师为具体责任人。

第二章　配备与供应保障

（一）医院基本药物配备使用坚持“基药优先”原则，逐步优化用药结构，形成以基本药物为主导的“1+X”（“1”为国家基本药物目录、“X”为非基本药物）用药模式。

（二）医院配备使用的基本药物品种数占比、销售金额占比均不得低于国家及省级卫生健康行政部门规定的目标（原则上不低于 35%），并逐步提高。

（三）在新药遴选和药品调整中，应优先选用《国家基本药物目录》《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的药品。

（四）药库、药房应严格执行药品质量管理规范，做好基本药物的入库验收、在库储存与养护工作，确保药品质量。

第三章　临床使用与合理用药

（一）临床医师在诊疗过程中，应树立优先使用基本药物的理念，在制定诊疗方案和开具处方时，首先选择基本药物。

（二）医师开具处方应遵循《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》，确保用药方案的安全、有效、经济、适宜。

（三）医院信息系统（HIS）对所有基本药物进行明显标识，并在药品选择界面实行优先排序，从技术层面引导医师优先选用。

（四）逐步提高门诊患者基本药物处方占比、住院患者基本药物使用率。

第四章　监测评估与考核激励

（一）医院将基本药物使用比例（品种占比、金额占比）纳入科室绩效考核与医疗质量管理体系，作为科室管理责任状指标之一。

（二）药学部每月组织对基本药物处方进行专项点评，每季度对各临床科室的基本药物使用情况进行全面检查与评估，结果计入科室季度规范化考评。

（三）建立考核奖惩机制。对基本药物使用管理成效显著的科室与个人予以表扬或奖励；对未达标的科室，予以通报并督促整改。

第五章　培训与宣传

（一）药学部会同医务部、教学管理与学科建设科定期组织医务人员进行国家基本药物政策、《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》的培训，提升合理用药水平。

（二）通过多种形式向患者和公众宣传基本药物知识，提高社会对基本药物的认知度和信任度。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.关于完善国家基本药物制度的意见[EB/OL].(2018-09-13).https://www.nhc.gov.cn/yaozs/c100098/201809/f63389266a4d447283c048373b69ad72.shtml.

[2]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.国家基本药物目录（2018 年版）[EB/OL].(2018-09-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/jbywml/201810/8b68d28bd3754898b339e06da8c7d907.shtml.

[3]国家基本药物临床应用指南编委会.国家基本药物临床应用指南[M/OL].北京：人民卫生出版社，2018.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

高警示药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-046-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强高警示药品的规范管理，保障患者用药安全，降低用药错误风险，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称高警示药品，是指药理作用显著且迅速、使用不当易发生严重危害的药品。

第二章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）负责高警示药品目录的审定与更新，并对临床使用情况进行监督指导。

（二）药学部

1．高警示药品的采购、验收、储存与养护管理；

2．高警示药品处方审核与调剂管理；

3．高警示药品合理使用监测与处方点评；

4．高警示药品安全使用培训。

（三）医务部负责高警示药品临床使用的监督管理，将合理使用纳入医疗质量管理。

（四）护理部负责病区高警示药品的储存、调配与使用管理，确保用药安全。

第三章 目录管理

（一）医院高警示药品目录由药学部根据国家相关规定和临床风险定期更新，报药事委员会审批后执行。

（二）高警示药品按风险等级实行分级管理，分为A、B、C三级，高警示药品标识为红底黑字有“高警示药品”字样。A级为红色标识、B级为黄色标识、C级为蓝色标识。具体分级标准及管理要求见附件。

第四章 储存管理

（一）高警示药品应设置专用存放区域，与其他药品分区存放。

（二）储存区域应设置特殊醒目标识，提醒药学人员、医护人员注意。

（三）病区高警示药品实行基数管理，建立交接班记录，做到每班清点、交接。

（四）高警示药品废弃包装按医院相关规定进行处置。

第五章 调剂与使用管理

（一）高警示药品调剂发放实行双人复核制度，确保准确无误。

（二）医师开具高警示药品前应进行充分安全性论证，严格掌握适应证。

（三）超出标准浓度的医嘱，医师必须双签名确认。

（四）护理人员执行高警示药品给药时应严格执行“三查七对”，加强用药过程观察。

第六章 药品信息与效期管理

（一）新引进高警示药品需经过充分论证，引进后及时向临床科室提供药品信息。

（二）加强高警示药品的效期管理，严格执行“先进先出、近期先出”原则。

第七章 不良反应监测与报告

（一）加强高警示药品不良反应监测，实行“可疑即报”原则。

（二）药学部定期汇总分析高警示药品不良反应数据，及时反馈临床科室。

第八章 培训与考核

（一）药学部会同医务部、护理部定期组织高警示药品安全使用培训与考核。

（二）将高警示药品管理纳入科室质量考核体系，定期开展专项检查。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[3]中国药学会医院药学专业委员会.高警示药品：高危药品分级管理策略及推荐目录（2019 年版）[EB/OL].(2019-07-08).https://www.cpa.org.cn/index.php?push_animated=1&do=info&cid=75014&show_loading=0&webview_progress_bar=1&theme=light.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

附件

宜兴市人民医院高警示药品分级目录

A 级高警示药品		
序号	药品种类	药品名称
1	高浓度电解质	10%氯化钠注射液、15%氯化钾注射液、50%硫酸镁注射
2	高渗葡萄糖注射液，浓度≥20%	50%葡萄糖注射液

3	胰岛素，皮下或静脉用	普通胰岛素、地特胰岛素、德谷胰岛素、甘精胰岛素、门冬胰岛素、精蛋白生物合成人胰岛素、30/70 混合重组人胰岛素、精蛋白锌赖脯胰岛素、赖脯胰岛素、精蛋白锌重组人胰岛素、重组赖脯胰岛素，德谷门冬双胰岛素、德谷胰岛素利拉鲁肽
4	麻醉药，普通、吸入或静脉用	丙泊酚、七氟烷、依托咪酯
5	抗心律失常药，静脉用	胺碘酮、利多卡因、普罗帕酮
6	≥100mL 灭菌注射用水（注射、吸入或冲洗用）	灭菌注射用水
7	肾上腺素受体激动药，静脉用	肾上腺素针、去甲肾上腺素针、异丙肾上腺素针、多巴胺针、多巴酚丁胺针、去氧肾素针、间羟胺
8	肾上腺素受体拮抗药，静脉用	乌拉地尔针、艾司洛尔针、酚妥拉明针
9	强心药，静脉用	去乙酰毛花苷、米力农
10	抗栓药，非肠道用	那屈肝素钙注射液、低分子肝素钠针、肝素钠针、阿替普酶针、尿激酶针、阿加曲班针、替罗非班、磺达肝癸钠、依诺肝素钠注射液
11	抗肿瘤药物，静脉用	紫杉醇、培美曲塞二钠、奈达铂、长春瑞滨、多西他赛、阿糖胞苷、长春地辛、异环磷酰胺、雷替曲塞、阿扎胞苷、氟尿嘧啶、伊立替康、米托蒽醌、吉西他滨、依托泊苷、环磷酰胺、硼替佐米、洛铂、顺铂、氟达拉滨、亚叶酸钙、表柔比星、吡柔比星、卡铂、奥沙利铂、甲氨喋呤、培门冬酶、利妥昔单抗、贝伐珠单抗、伊达比星、曲妥珠单抗
12	硬膜外或鞘内注射药	利多卡因（硬膜外注射）、地塞米松（鞘内注射）
13	阿片类镇痛药，静脉用	吗啡注射液、舒芬太尼注射液、芬太尼注射液、注射用瑞芬太尼
14	造影剂，静脉用	碘普罗胺针、碘佛醇针、碘克沙醇针、复方泛影葡胺针、钆塞酸二钠针、钆布醇注射液、六氟化硫、钆特酸葡胺注射液
15	其他	硝普钠注射液、注射用三氧化二砷、阿托品注射液（规格≥5mg/支）
B 级高警示药品目录		
序号	药品种类	药品名称
1	抗栓药，口服	华法林、利伐沙班、达比加群酯
2	肠外营养制剂	复方氨基酸、小儿复方氨基酸
3	抗肿瘤药物（其中的传统治疗药物及内分泌治疗药物），口服	卡培他滨、替吉奥、阿帕替尼、羟基脲、甲氨喋呤片、来那度胺、氟他胺、他莫昔芬、阿那曲唑
4	神经肌肉阻断剂，静脉用	维库溴铵针、阿曲库铵针、顺苯阿曲库铵针
5	茶碱类药物，静脉用	多索茶碱、氨茶碱
6	脂质体的药物和传统的同类药物	两性霉素 B、两性霉素 B 脂质体
7	中度镇静药，静脉用	右美托咪定、咪达唑仑
8	加压素，静脉注射或骨髓腔内注射	去氨加压素
9	中度镇静药，小儿口服	水合氯醛

10	抗心律失常药，口服	胺碘酮、美西律、普罗帕酮
11	阿片类镇痛药，经皮及口服	吗啡缓释片、羟考酮缓释片
12	降糖药（其中的胰岛素促泌剂、胰岛素增敏剂、双胍类、GLP-1 受体激动剂）	格列美脲、瑞格列奈、吡格列酮、二甲双胍、利拉鲁肽、
13	其他	万古霉素、凝血酶散、缩宫素（静脉用）、异丙嗪（静脉用）
C 级高警示药品目录		
序号	药品种类	药品名称
1	抗肿瘤药物（其中的靶向治疗药物），口服	吉非替尼
2	降糖药（其中的葡萄糖酐酶抑制剂、DPP-4 抑制剂、SGLT-2 抑制剂）	阿卡波糖、达格列净、西格列汀
3	对育龄人群有生殖毒性药品，口服	异维 A 酸、利巴韦林、沙利度胺
4	免疫抑制剂，口服	环孢素、他克莫司、吗替麦考酚酯胶囊
5	抗癫痫药，口服	丙戊酸钠、卡马西平
6	其他	甲氨蝶呤（非肿瘤用途）、地高辛、硝酸甘油、阿仑磷酸钠

重点监控药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-047-02	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强重点监控药品的临床使用管理，促进合理用药，控制药品费用，保障医疗质量与安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会

1．审定医院重点监控药品目录并动态调整；

2．监督指导重点监控药品的合理使用；

3．审定相关管理与奖惩措施。

（二）药学部

1．重点监控药品的日常监测、数据分析与反馈；

2．组织处方专项点评与合理用药评价；

3．开展合理用药培训与宣传；

4．协助目录更新与政策落实。

（三）医务部

1．医师处方行为的监督管理；

2．将合理用药纳入医疗质量管理。

（四）临床科室主任为本科室重点监控药品合理使用第一责任人，负责监督落实合理用药要求。

（五）药学部、医务部、医保办及时就重点监控药品临床使用中存在的问题与临床沟通反馈。纪检监察室、医务部负责约谈、限制处方权、停处方权等处罚措施。

第二章　目录管理

（一）重点监控药品目录包括

1．国家、省、市卫生健康行政部门公布的重点监控药品；

2．存在以下情况的药品：

（1）无特殊原因使用量或金额异常增长；

（2）非疾病诊疗必需、临床证据不充分；

（3）不具备药物经济学优势；

（4）易滥用或超常规使用；

（5）其他需要纳入监控的情形。

（二）目录实行动态调整，原则上每年更新一次，特殊情况及时调整。

第三章　临床使用管理

（一）重点监控药品的使用应严格遵循药品说明书、疾病诊疗指南及卫生行政部门相关规定。

（二）处方开具

1．严格掌握适应证，禁止无指征用药；

2．根据患者病情需要制定合理用药方案；

3．超说明书用药须履行审批程序,在病历中详细记录用药理由。

（三）处方调配

1．严格审核处方合理性；

2．对不合理处方及时干预并记录；

3．加强用药指导与咨询服务。

第四章　监测与评价

（一）建立重点监控药品监测制度

1．药学部每月对使用情况进行统计分析；

2.对使用金额排在前 10 位的重点监控药品和使用金额排在前 5 位的重点科室每季度公示；

3．对异常使用情况及时调查处理。

（二）药学部每季度组织重点监控药品处方专项点评，内容包括：

1．无适应证用药；

2．超说明书用药；

3．用法用量不适宜；

4．联合用药不适宜；

5．重复用药；

6．联合应用两种以上药理作用相同的“重点监控合理用药药品”或疗程超过规定，病历中无正当理由；

7．其他不合理用药情况。

第五章　结果应用与奖惩

（一）处方点评结果纳入相关科室、科主任及其临床医师绩效考核和科室季度规范化考评。把处方的合理性与绩效发放、评先评优结合起来，做到奖罚分明。药学部每季度通过医院 OA 网或者医院月度工作会议等途径对不合理使用重点监控药品的处方点评结果进行公示。

（二）对重点监控药品开具不规范处方的医师，采取教育培训、考核扣奖等措施；对于开具用药不适宜处方和超常处方的医师除采取教育培训、加重扣奖等措施外，按照《处方管理办法》的规定予以处理。一个考核周期内 5 次以上开具不合理处方的医师，认定为医师定期考核不合格，离岗参加培训，记入个人及科室年终考核，与个人职称评定挂钩。对患者造成严重损害的，承担相应法律责任。

（三）一年度内经查实的开具重点监控药品超常处方且无正当理由 3 次以上的医师，给予警告、诫勉谈话和院内通报批评，如仍连续出现 2 次以上超常处方且无正当理由的，医务部取消其处方权（1-3 个月），待重新考核合格后恢复处方权。

（四）对使用不合理问题突出的药品，可采取限量采购、暂停使用或清退出院等措施。

第六章　培训与宣传

（一）定期组织医务人员进行合理用药培训，特别加强重点监控药品相关知识的培训。

（二）通过院内 OA、药讯等途径宣传合理用药知识，提高医务人员规范用药意识。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发第二批国家重点监控合理用药药品目录的通知[EB/OL].(2023-01-13).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202301/64caf647a2bb4ae6b33363447d8771b9.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

激素类药物临床使用管理办法

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-048-03	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院激素类药物的临床应用，保障医疗质量与安全，提高疗效并降低不良反应风险，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本办法所称激素类药物包括糖皮质激素、性激素、甲状腺激素及垂体前叶激素等。其中糖皮质激素的管理是本办法的重点。

第二章 实施基本原则

（一）严格掌握糖皮质激素治疗的适应证

糖皮质激素是一类临床适应证尤其是相对适应证较广的药物，但是，临床应用的随意性较大，未严格按照适应证给药的情况较为普遍，如单纯以退热和止痛为目的使用糖皮质激素，特别是在感染性疾病中以退热和止痛为目的使用。糖皮质激素有抑制自身免疫的药理作用,但并不适用于所有自身免疫病治疗如慢性淋巴细胞浸润性甲状腺炎（桥本病）、1 型糖尿病、寻常型银屑病等。

（二）合理制订糖皮质激素治疗方案

糖皮质激素治疗方案应综合患者病情及药物特点制定，治疗方案包括选用品种、剂量、疗程和给药途径等。本管理办法中除非明确指出给药途径，皆为全身用药即口

服或静脉给药。

1．品种选择：各种糖皮质激素的药效学和人体药代动力学(吸收、分布、代谢和排出过程)特点不同，因此各有不同的临床适应证，应根据不同疾病和各种糖皮质激素的特点正确选用糖皮质激素品种。

2．给药剂量：生理剂量和药理剂量的糖皮质激素具有不同的作用，应按不同治疗目的选择剂量。一般认为给药剂量（以泼尼松为例）可分为以下几种情况：（1）长期服用维持剂量：2.5~15.0mg/d；（2）小剂量：<0.5mg·kg^{-1}·d^{-1}；（3）中等剂量：0.5~1.0mg·kg^{-1}·d^{-1}；（4）大剂量：大于 1.0mg·kg^{-1}·d^{-1}；（5）冲击剂量：（以甲泼尼龙为例）7.5~30.0mg·kg^{-1}·d^{-1}。

3．疗程：不同的疾病糖皮质激素疗程不同,一般可分为以下几种情况

（1）冲击治疗：疗程多小于 5 天。适用于危重症患者的抢救，如暴发型感染、过敏性休克、严重哮喘持续状态、过敏性喉头水肿、狼疮性脑病、重症大疱性皮肤病、重症药疹、急进性肾炎等。冲击治疗须配合其他有效治疗措施，可迅速停药，若无效大部分情况下不可在短时间内重复冲击治疗。

（2）短程治疗：疗程小于 1 个月，包括应激性治疗。适用于感染或变态反应类疾病，如结核性脑膜炎及胸膜炎、剥脱性皮炎或器官移植急性排斥反应等。短程治疗须配合其他有效治疗措施，停药时需逐渐减量至停药。

（3）中程治疗：疗程 3 个月以内。适用于病程较长且多器官受累性疾病,如风湿热等。生效后减至维持剂量，停药时需要逐渐递减。

（4）长程治疗：疗程大于 3 个月。适用于器官移植后排斥反应的预防和治疗及反复发作、多器官受累的慢性自身免疫病,如系统性红斑狼疮、溶血性贫血、系统性血管炎、结节病、大疱性皮肤病等。维持治疗可采用每日或隔日给药，停药前亦应逐步过渡到隔日疗法后逐渐停药。

（5）终身替代治疗：适用于原发性或继发性慢性肾上腺皮质功能减退症，并于各种应激情况下适当增加剂量。

4．给药途径：包括口服、肌内注射、静脉注射或静脉滴注等全身用药，以及吸入、局部注射、点滴和涂抹等局部用药。

（三）治疗注意事项和监测

1.治疗注意事项:(1)在确保达到治疗目标情况下使用最小剂量和最短持续时间。(2)治疗已有的合并症、避免因合并症的存在加剧激素不良反应的发生风险。(3)药物使用期间严密监测相关不良反应及时处理。

2．评估并发症的危险因素：在开始糖皮质激素治疗前需要评估和治疗的已有疾病包括：糖尿病、控制不佳的高血压、心力衰竭和外周性水肿、白内障或青光眼、消化性溃疡病、感染、骨密度低或骨质疏松、非甾体抗炎药(NSAID)或抗凝药物的使用。

3．停药反应：长期使用大剂量糖皮质激素会抑制体内 HPA 轴自身糖皮质激素分泌能力严重下降，因此，减量过快或突然停用可出现肾上腺皮质功能减退样症状,轻者表现为精神萎靡、乏力、食欲减退、骨骼和肌肉疼痛，重者可出现发热、恶心、呕吐、低血压等，危重者甚至发生肾上腺皮质危象,须及时抢救。

4．反跳现象：长期使用糖皮质激素时，突然停药或减量过快导致原发病复发或加重，应恢复糖皮质激素治疗并重新调整剂量。

（四）特殊人群使用

1．儿童长期应用糖皮质激素应严格掌握指征和选用合理的治疗方法，应根据年龄、体重(或体表面积)、疾病严重程度和患儿对治疗的反应确定治疗方案，接受糖皮质激素的儿童中生长障碍最常见，尤其在接受长程每日疗法时，与成人相比儿童更易发生白内障。

2．妊娠期应用糖皮质激素应严格掌握指征和选用合理的治疗方法，使用最低有效剂量，最常用的短中效糖皮质激素是泼尼松、泼尼松龙和甲泼尼龙，最常用的长效药物是地塞米松和倍他米松。对有早产风险的女性给予产前糖皮质激素治疗(antenatalcorticosteroid，ACS)能显著降低新生儿呼吸窘迫综合征、脑室内出血、坏死性小肠结肠炎、脓毒症及新生儿死亡的发生率。

3．脯乳期，母乳中的糖皮质激素浓度很低，生理或维持剂量的糖皮质激素对婴儿一般无严重不良影响。因为母乳中药物浓度在用药后 2h 达到峰值，建议丢弃用药后 4h 内的母乳。哺乳妇女接受中等以上剂量的糖皮质激素不推荐哺乳。

4．新型冠状病毒感染，氧合指标进行性恶化、影像学进展迅速、机体炎症反应过度激活状态的重型或危重型新型冠状病毒感染患者，酌情短期内(不超过 10d)使用糖皮质激素，可选择地塞米松、甲泼尼龙、泼尼松、氢化可的松。

第三章　临床应用

（一）糖皮质激素在新型冠状病毒感染中的临床应用

新型冠状病毒感染给人们身体健康尤其是各类慢病管理带来巨大挑战，尤其在老年人群中。基于多项研究证据提示全身糖皮质激素治疗可降低重症及危重症患者短期内死亡风险，因此，对于氧合指标进行性恶化（包括：氧合指数≤300mmHg，或静息未吸氧状态下血氧饱和度≤93%，或呼吸急促，频率≥30 次/min）、肺部影像摄片证实肺炎进展迅速的重症及危重症成人患者，推荐全身糖皮质激素治疗。

（二）糖皮质激素在急诊疾病中的临床应用

糖皮质激素广泛用于各类急危重疾病的救护治疗中。大致分为五大类疾病：急性或暴发性感染，如肺炎、脑膜炎、病毒性心肌炎、脓毒性休克等；自身免疫性疾病急性发作，如系统性红斑狼疮、原发性免疫性血小板减少症/特发性血小板减少性紫癜、自身免疫性溶血性贫血等；过敏性疾病重症或急性发作期，如过敏性休克、过敏性哮

喘急性发作、过敏性重症药疹等；内分泌急症如肾上腺危象和甲状腺危象、亚急性甲状腺炎发作期；急性创伤性疾病，在进入休克失代偿期后，如外伤骨折、急性脊髓损伤、脂肪栓塞综合征等。

（三）糖皮质激素在内分泌疾病中的临床应用

慢性肾上腺皮质功能减退症、肾上腺皮质危象、先天性肾上腺皮质增生症（CAH）、甲状腺危象、甲状腺眼病。

（四）糖皮质激素在呼吸疾病中的临床应用

哮喘、特发性间质性肺炎、变态反应性支气管肺曲霉病（ABPA）、结节病、慢性阻塞性肺疾病、变应性鼻炎、嗜酸性粒细胞支气管炎。

（五）糖皮质激素在风湿免疫性疾病中的临床应用

系统性红斑狼疮（SLE）、系统性硬化症（SSc）、多发性肌炎和皮肌炎、原发性干燥综合征、类风湿关节炎、系统性血管炎、自身免疫性肝炎、强直性脊柱炎、反应性关节炎：、银屑病关节炎、未分化脊柱关节炎、炎性肠病性关节炎。

（六）糖皮质激素在血液系统疾病中的临床应用

自身免疫性溶血性贫血、特发性血小板减少性紫癜、急性淋巴细胞白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、慢性嗜酸性粒细胞白血病（CEL）及高嗜酸性粒细胞综合征（HES）、移植物抗宿主病（GVHD）。

（七）糖皮质激素在肾小球疾病中的临床应用

肾小球疾病：肾病综合征、微小病变肾病、局灶节段性肾小球硬化、膜性肾病、膜增生性肾小球肾炎、系膜增生性肾小球肾炎；新月体肾炎；狼疮性肾炎；间质性肾炎：特发性急性间质性肾炎、药物所致急性间质性肾炎、慢性间质性肾炎。

（八）糖皮质激素在感染性疾病中的临床应用

结核病：糖皮质激素应用于结核感染有利有弊，一般仅限于以下几种情况。结核性心包炎：早期在有心包积液的情况下，在积极抽取心包积液、化疗的同时，应常规予以糖皮质激素治疗，减少心包积液渗出，避免或减轻心包膜纤维粘连及增厚，避免心包缩窄而影响心功能。结核性脑膜炎或脑膜脑炎：主张早期在全身化疗基础上使用糖皮质激素，目的是减少炎症渗出物、降低颅压、减轻脑水肿，并能改善脑脊液循环，减少椎管粘连梗阻，预防脑积水与脑软化。结核性胸膜炎及腹膜炎：糖皮质激素不作为常规治疗，只在全身化疗、积极抽积液后，高热等结核中毒症状无缓解，危及患者重要脏器功能时，可加用糖皮质激素血行播散性肺结核：当肺内炎症渗出导致伴有低氧血症及高热时，化疗药物配伍糖皮质激素有利于消除肺部炎症渗出，改善肺换气功能，缓解低氧状态、高热等中毒症状，保护重要脏器功能。下列情况下使用糖皮质激素要慎重：耐多药结核病、艾滋病与结核病并发、结合 HIV 感染者、结合分枝杆菌和 HIV 双重感染者、肺结核并发糖尿病、妊娠肺结核、肺结核合并严重高血压、结核病

合并活动性消化性溃疡。

严重急性呼吸综合征（SARS）、高致病性人禽流感（甲型 H5N1）、手足口病、耶氏肺孢子菌肺炎（PJP）。

（九）糖皮质激素在消化疾病中的临床应用

炎症性肠病：溃疡性结肠炎、克罗恩病（CD）；自身免疫性疾病：自身免疫性肝炎、自身免疫性胰腺炎；嗜酸细胞性胃肠炎过敏性紫癜（腹型）。

（十）糖皮质激素在神经系统疾病中的临床应用

自身免疫性疾病：多发性硬化、视神经脊髓炎谱系病、自身免疫性脑炎、慢性炎性脱髓鞘性多发性神经病、重症肌无力、多发性肌炎和皮肌炎；脑水肿：脑的肿瘤、手术、放疗或外伤所导致的脑水肿；其他神经系统疾病：颞动脉炎、Tolasa-Hunt 综合征、Bell 麻痹等非特异炎性疾病；某些类型的肌营养不良、CMT 等遗传性疾病；某些条件下的中枢神经系统感染。

（十一）糖皮质激素在眼科疾病中的临床应用

眼表急性炎症和干眼：急性细菌性结膜炎、沙眼急性期、包涵体性结膜炎急性期、腺病毒性结膜炎（急性期）、流行性出血性结膜炎、急性变应性结膜炎、自身免疫性结膜炎急性发作、细菌性角膜溃疡、真菌性角膜溃疡、角膜病毒感染、棘阿米巴角膜炎、蚕食性角膜溃疡、干眼；急性浅层巩膜炎和巩膜炎：浅层巩膜炎、巩膜炎、葡萄膜炎；视网膜疾病：白塞综合征（Behcetsyndrome）、Vogt-小柳原田病。

（十二）糖皮质激素在皮肤疾病中的临床应用

天疱疮、大疱性类天疱疮、药物性皮炎、红皮病、湿疹与皮炎、银屑病。

（十三）糖皮质激素在异体器官移植中的临床应用

异体组织器官移植排斥反应的预防及治疗；异基因造血干细胞移植后的移植物抗宿主病的预防及治疗。

（十四）糖皮质激素在骨科疾病中的临床应用

运动系统慢性损伤、急性脊髓损伤。

第四章　用药注意事项

（一）避免使用糖皮质激素的情况

1. 对糖皮质激素类药物过敏；
2. 严重精神病史；
3. 癫痫；
4. 活动性消化性溃疡；
5. 新近胃肠吻合术后；
6. 骨折；
7. 创伤修复期；

8. 单纯疱疹性角、结膜炎及溃疡性角膜炎、角膜溃疡；

9. 严重高血压；

10. 严重糖尿病；

11. 未能控制的感染（如水痘、真菌感染）；

12. 活动性肺结核；

13. 较严重的骨质疏松；

14. 妊娠初期及产褥期；

15. 寻常型银屑病。

但是，若有必须用糖皮质激素类药物才能控制疾病，挽救患者生命时，如果合并上述情况，可在积极治疗原发疾病、严密监测上述病情变化的同时，慎重使用糖皮质激素类药物。

（二）慎重使用糖皮质激素的情况

库欣综合征、动脉粥样硬化、肠道疾病或慢性营养不良的患者及近期手术后的患者慎用。急性心力衰竭、糖尿病、有精神病倾向、青光眼、高脂蛋白血症、高血压、重症肌无力、严重骨质疏松、消化性溃疡病、妊娠及哺乳期妇女应慎用，感染性疾患必须与有效的抗生素合用，病毒性感染患者慎用；儿童也应慎用。

第五章 临床使用管理

（一）严格掌握激素类药物的适应症和禁忌症，结合患者具体情况，制定个体化给药方案，包括品种选择、给药剂量、给药途径与疗程等。超说明书用药须严格履行审批程序。

（二）冲击疗法须由主治医师及以上职称医师决定，长疗程治疗方案的制定、调整与随访须由相应学科主治医师及以上职称医师负责，紧急情况下医师可越级使用，但不得超过 3 日用量，并做好病程记录。

（三）谨慎联合用药，注意药物相互作用；对儿童、妊娠期与哺乳期妇女、老年人及肝肾功能不全者，应慎重评估风险收益，加强监护。

第六章 监测与监督管理

（一）药事管理与药物治疗学委员会负责全院激素类药物应用的监督管理，定期组织专家对临床使用情况进行检查、评价与干预。

（二）药学部定期组织医务人员进行激素类药物合理应用的培训与考核。定期组织对激素类药物（尤其是糖皮质激素）进行处方专项点评，并将结果反馈至临床科室，纳入绩效考评。

（三）药品不良反应监测小组应加强对激素类药物不良反应的监测与报告，实施“可疑即报”原则。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[3]中华医学会内分泌学分会,中国内分泌代谢病专科联盟.糖皮质激素类药物临床应用指导原则（2023 版）[J].中华内分泌代谢杂志，2023，39(4)：289-296.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

附件

常用糖皮质激素类药物比较

类别	药物	对糖皮质激素受体的亲和力（比值）	水盐代谢（比值）	糖代谢(比值）	抗炎作用（比值）	等效剂量（mg）	血浆半衰期（min）	作用持续时间（h）
短效	氢化可的松	1.00	1.0	1.0	1.0	20.00	90	8-12
	可的松	0.01	0.8	0.8	0.8	25.00	30	8-12
中效	泼尼松	0.05	0.8	4.0	3.5	5.00	60	12-36
	泼尼松龙	2.20	0.8	4.0	4.0	5.00	200	12-36
	甲泼尼龙	11.90	0.5	5.0	5.0	4.00	180	12-36
	曲安西龙	1.90	0	5.0	5.0	4.00	＞200	12-36
长效	地塞米松	7.10	0	20.0-30.0	30.0	0.75	100-300	36-54
	倍他米松	5.40	0	20.0-30.0	25.0-35.0	0.60	100-300	36-54

注：表中水盐代谢、糖代谢、抗炎作用的比值均以氢化可的松为 1 计；等效剂量以氢化可的松为标准计。

生物制品临床使用管理办法

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-049-03	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院生物制品的临床应用，保障医疗质量与用药安全，合理利用医疗资源，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

生物制品，是指以微生物、细胞、动物或人源组织和体液等为原料，应用传统技术或现代生物技术制成，用于人类疾病预防、治疗和诊断的药品。

血液制剂，是指由健康人血浆或经特异免疫的人血浆，经分离、提纯或由重组DNA技术制成的血浆蛋白组分，以及血液细胞有形成分，包括人血白蛋白、人免疫球蛋白、人凝血因子等用于治疗和被动免疫预防的药品。

第二章 采购、验收与储存管理

（一）生物制品应从具备合法资质的药品生产或经营企业采购，严格执行医院药品采购管理制度。

（二）验收管理

1．严格执行“货到即验”原则，双人验收；

2．对实施批签发的生物制品，每批必须查验并留存《生物制品批签发合格证》复印件；

3．查验运输过程温度记录，确保冷链完整；

4．建立真实、完整的验收记录。

（三）生物制品必须严格按照说明书要求的温度、湿度等条件储存，冷链药品必须在规定的温度环境下储存、运输。

（四）药库、药房应配备专用冰箱、冷藏柜等设施，建立温度监测记录，确保储存条件符合要求。

（五）定期对库存生物制品进行养护检查，发现质量异常立即停用并按相关规定处理。

第三章 临床使用管理

（一）严格掌握适应证与禁忌证

1．遵循药品说明书和疾病诊疗指南；

2．禁止无指征用药；

3．使用前详细询问患者过敏史及相关疾病史；

4．超说明书用药须严格履行医院审批程序。

（二）用药过程管理

1．严格按说明书和操作规程使用；

2．密切观察患者用药反应，特别是开始30分钟内；

3．做好用药记录，包括批号、使用时间等。

（三）血液制剂管理

1．常规使用：凭医师处方使用，并做好病历记录；

2．紧缺品种：需主诊医师开具手工处方，经科室主任审核签字，报医务部、药学部审批后方可使用；

3．紧急抢救：值班医师可越级使用，但须在病程记录中详细记载，并于 24 小时内补办审批手续；

4．血液制剂原则上仅限住院患者使用，且需注明理由，并做好相关病历记录。

第四章　监测与监督管理

（一）药事管理与药物治疗学委员会负责全院生物制品应用的监督管理，定期组织专家对临床使用情况进行检查、评价与干预。

（二）药学部定期组织对进行处方专项点评，并将结果反馈至临床科室，纳入绩效考评。

（三）药品不良反应监测小组应加强对生物制品药物不良反应的监测与报告，实施“可疑即报”原则。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[2]国家市场监督管理总局.生物制品批签发管理办法(国家市场监督管理总局令第 33 号)[EB/OL].(2020-12-11).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_44550c0842eb4e848ec197cd5fb5f49a.html.

[3]中华人民共和国国务院.血液制品管理条例(2016 修订)[EB/OL].(2016-02-06).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20250415151641138.html.

[4]国家卫生计生委,食品药品监管总局.疫苗储存和运输管理规范(2017 年版)[EB/OL].(2017-12-15).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/gzwj/gzwjyp/20171228165101753.html.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

中药注射剂临床使用管理办法

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-050-02	制定时间：2021-09-01

适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强中药注射剂临床使用管理，保障医疗安全，减少药物不良反应，特制定本制度。

二、内容

第一章 采购、验收与储存管理

（一）中药注射剂采购应通过省级药品集中采购平台进行，从具备合法资质的药品生产企业或经营企业采购。

（二）药库执行严格的验收制度，建立完整、真实的验收记录，确保票、账、物相符。

（三）中药注射剂应按说明书要求的储存条件分类存放，严格执行药品养护制度，定期检查质量并记录。

第二章 处方与调配管理

（一）中药注射剂必须凭执业医师处方医院内使用。

（二）药师调剂中药注射剂处方时，应严格按照“四查十对”要求进行审核，发现问题应及时与处方医师沟通，必要时拒绝调配。

第三章 临床使用管理

（一）严格掌握适应证，遵循”能口服不肌注，能肌注不静脉”的原则，合理选择给药途径。

（二）坚持辨证施治原则，严格按药品说明书规定的功能主治使用，禁止超功能主治用药。

（三）严格掌握用法用量及疗程，按照药品说明书推荐剂量、滴注速度和使用疗程用药，禁止超剂量、过快滴注或长期连续用药。

（四）中药注射剂应单独使用，严禁与其他药品在同一容器中混合配伍。如确需联合用药，应谨慎考虑药物相互作用和给药间隔时间，并加强监测。

（五）同类中药注射剂在同一治疗过程中仅限使用一种。

（六）用药前应详细询问患者过敏史，对过敏体质者应慎用。

（七）对老年人、儿童、肝肾功能异常患者及初次使用中药注射剂的患者应慎重使用，加强用药监护。

（八）加强用药全过程监护

1．使用前严格执行用药查对制度，检查药品外观及包装；

2．用药过程中密切观察患者反应，特别是开始 30 分钟内；

3．发现异常立即停药，及时采取救治措施，并按规定报告。

4．皮疹瘙痒等一般不良反应，情况好转者可继续观察并做好记录。

5．过敏性休克是严重的药品不良反应，输液场所应配备肾上腺素、地塞米松等抗过敏、抗休克急救药品和必要的抢救设施。

6．患者出现可疑过敏性休克症状时，应按照过敏性休克抢救规范组织抢救。

第四章　监测与监督管理

（一）药事管理与药物治疗学委员会负责全院中药注射剂应用的监督管理，定期组织专家对临床使用情况进行检查、评价与干预。

（二）药学部定期组织医务人员进行中药注射剂合理应用的培训与考核。定期组织对进行处方专项点评，并将结果反馈至临床科室，纳入绩效考评。

（三）药品不良反应监测小组应加强对中药注射剂药物不良反应的监测与报告，实施“可疑即报”原则。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]卫生部,国家食品药品监督管理局,国家中医药管理局.中药注射剂临床使用基本原则[EB/OL].(2008-12-24).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/200901/f06f9af9d10a4fb5a51dc10db3036640.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

中药饮片管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-051-03	制定时间：2013-07-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-05-01
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-06-01

一、目的

为规范中药饮片采购、验收、贮藏、养护、调剂、煎煮、处方点评全流程管理，

保障中药饮片质量安全、疗效稳定，杜绝不合格饮片流入使用环节，防范用药安全风险，保障人体用药安全有效，特制定本制度。

二、内容

第一章 组织人员与岗位职责

（一）管理组织与要求

1．药事管理委员会下设中药药事管理组，中药饮片管理工作在药事管理委员会指导下开展，日常工作由药学部门承担。

2．按照麻醉药品管理的中药饮片和毒性中药饮片的全流程管理，严格遵照《麻醉药品和精神药品管理条例》《医疗用毒性药品管理办法》《处方管理办法》等有关规定执行。

（二）人员资质与管理要求

1．直接从事中药饮片技术工作的人员，为中药学专业技术人员或经中医药知识与技能培训并考核合格的药学专业技术人员。

2.中药饮片验收人员为具有中药饮片鉴别经验的主管中药师以上专业技术人员。

3．中药饮片处方审核、复核、安全用药指导人员为主管中药师以上专业技术人员。

4．本院中药饮片采用第三方机构代煎模式。本院中药学专业技术人员对代煎全过程进行质量监督管理，受托机构具体煎煮操作人员应当经过相应的专业技术培训并考核合格。

（三）岗位职责

1．药学部主任：全面负责中药饮片管理工作，统筹岗位分工、日常管理、制度落实、质量自查与整改；组织人员培训，督导各岗位规范履职，对本部门饮片质量安全负总责。

2．中药房组长：负责中药房质量体系建设与制度修订；饮片采购计划及台账管理，确保票货证账相符。牵头饮片验收、特殊饮片双人验收，负责库房温湿度管控、饮片养护、效期管理及库存盘点，落实饮片分类存放，做好出入库管理及异常上报。开展质量隐患排查、不合格饮片处置、质量投诉处理，统筹科室质控自查、整改。

3．调剂人员：严格执行处方审核、规范调剂、双人复核；杜绝错配、漏配、超剂量调配；做好发药告知、煎煮指导、用药禁忌宣教，规范留存处方资料。

第二章 采购与验收管理

（一）采购管理

1．中药饮片采购必须从具备合法生产、经营资质的正规供应商采购，建立合格供应商档案，需要验证供货公司提供的《营业执照》《药品(生产)经营许可证》、由法人代表签字的销售人员的授权委托书、资格证明、身份证复印件（首次还必须与原件对照）等相关资料，及产品所属生产企业的《营业执照》《药品生产许可证》，所

提供的所有资料均需加盖公司原印章，审查合格后归档保存以备查。

2．采购国家实行批准文号管理的中药饮片、按照麻醉药品管理的中药饮片及毒性中药饮片、受国家相关保护的中药饮片、原料为进口药材的中药饮片等特殊管理的中药饮片，应当验证供应单位相应的资质证明材料，并将复印件存档备查。

3．定期对供应单位资质、供应的中药饮片质量及服务质量进行全面评估（每年不少于一次），并根据评估结果及时调整供应单位和供应方案。中药饮片规格、价格、产地、生产企业、经营企业等发生变化的，供应单位应提前向本院提交信息变更申请，经本院评估同意后方可按照要求配送。

4．每年与中药饮片供应单位签订明确质量条款的“药品采购质保协议”、“购销合同”和“廉洁购销合同”，供应单位保证所供药品是合法质量合格的药品。

（二）验收管理

1．按照国家药品标准和省级人民政府药品监督管理部门制定的标准和规范，对所购中药饮片进行验收。验收时应从中药饮片表面、质地、断面并结合手感、鼻闻、口尝等方法检验质量，验收不合格的不得入库。

2．验收中药饮片时，验收人员应当核对随货同行单、发票；对包装完整性、包装标签与单据一致性、中药饮片质量等进行抽样检查；抽样检查合格的，对中药饮片品名、规格、产地、生产企业、产品批号、生产日期、装量、执行标准、保质期（有效期）、合格标识、标签、质量检验报告书、数量等逐一登记，注明验收结果及验收日期并由验收人员与仓库管理人员共同签字，验收记录保存不得少于三年。

3．验收特殊管理的中药饮片时需核对相关资质等信息。按照麻醉药品管理的中药饮片及毒性中药饮片，验收入库记录应当采用专用账册，专用账册保存期限应当在有效期满之日后不少于五年。

4．发现假冒、劣质中药饮片，应当及时封存并报告属地药品监督管理部门。对购入的中药饮片质量有疑义的，直接联系厂家退货。

第三章　贮藏与养护管理

（一）环境要求

1．中药饮片库房需整洁、干燥、通风、避光、防潮、防虫、防鼠、防霉、防火、防盗，远离污染源、水源、热源，划分合格品区、不合格品区、待验区、退货区，分区标识清晰、醒目，严禁混放。

2．库房温湿度严格管控，每日定时监测、记录温湿度数据，温湿度超标时及时采取通风、除湿、降温等调控措施。

（二）养护管理

1．养护人员定期检查在库饮片质量。每月对饮片进行抽查，每季度将全部饮片检查一遍，重点排查易变质、近效期、库存量大的饮片，及时清理霉变、虫蛀、变质、

失效饮片,发现问题及时处理。

2．对贮藏环境（含温湿度）、贮藏设备运行情况和在库中药饮片质量进行检查并记录。检查记录经相关负责人审核签字后归档，至少保存三年以备查。养护中发现质量问题，应当按照有关规定及时处理。

3．中药饮片出库时应检查核对药品数量和质量，填写完整的出库单，不合格的不得出库使用。

第四章　调剂管理

（一）环境要求

1．中药饮片调剂室应配备通风、调温、调湿、防潮、防虫、防鼠、防盗、除尘设施，工作场地、操作台面应当保持清洁卫生。

2．中药饮片调剂室的药斗等储存中药饮片的容器应当排列合理并明确标明药品名称。药品名称应当符合《中华人民共和国药典》或省级人民政府药品监督管理部门制定的规范名称。标签和药品要相符。

3．中药饮片装斗时应当清斗，严格核对，装量适当，不得错斗、串斗。

（二）调剂要求

1．中药饮片调剂人员在调配处方时，应当按照《处方管理办法》和中药饮片调剂规程的有关规定对中药饮片处方进行审核，审核合格的方可调配；存在用药不适宜情况的，应当告知处方医师，建议其修改或者重新开具处方；处方医师不同意修改时，应当由处方医师确认（“双签字”），调剂人员做好记录并纳入处方点评；发现严重不合理用药或者用药错误时，应当拒绝调配，及时告知处方医师并记录，按照有关规定报告。

2．中药饮片调配后，必须经复核合格后方可发出。复核率应当达到100%。

3．调配时应称量、计数准确。对处方中标明“先煎”、“后入”、“包煎”、“烊化”、“冲服”等需特殊处理的药品，以及服用方法、特殊用法、注意事项等，都要在发药时对患者或患者家属进行详细的用药交代和指导。

4．处方未注明“生用”的毒性中药饮片，应当给付炮制品。如在审方时对处方有疑问，必须经处方医师重新审定后方可调配。处方应当保存两年以备查。

第五章　委托代煎管理

中药饮片煎煮工作由药学部门统一管理，中药药事管理组负责监督指导。 本院因煎煮服务能力不足、不能满足临床用药需求的，委托具备煎煮条件和能力的第三方机构开展代煎工作。

（一）代煎处方审核

委托代煎的处方必须经本院药师审核通过方可发送至代煎单位。有特殊煎煮要求的中药饮片或处方（如解表类药、滋补药等）应有明显标识。代煎中药饮片处方应当

统一纳入本院处方点评范围。

（二）代煎质量管理

1．与受托机构签订正式《中药饮片代煎质量保证协议》，明确资质要求、质量责任、操作规范、流程标准、追溯体系、卫生管控、成品检验、应急处置及违约责任等核心内容。受托机构对代煎饮片成品质量负直接责任，本院对中药饮片代煎质量负主体责任，需加强监管，定期对受托机构中药饮片代煎服务管理情况进行监督检查和评估（一年两次），保障中药饮片临床疗效和患者用药安全。

第六章　处方点评

中药饮片处方点评工作，每月至少开展一次。中药饮片处方点评围绕处方书写的规范性、药物使用的适宜性（中药饮片名称、用法用量、辨证论治、配伍禁忌等）进行评价，重点点评味数过多、费用过高的中药饮片处方。对处方实施动态监测及超常预警，制定并实施干预和改进措施，促进中药饮片合理应用。

中药饮片处方点评结果，将作为对医院和医师考核评价的重要内容，与医院评审评价、绩效监测以及医务人员评优、评先、晋升、聘用、绩效工资分配等挂钩。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26)[2026-05-01].https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国中医药法[EB/OL].(2016-12-25)[2026-05-01].http://www.natcm.gov.cn/fajiansi/zhengcewenjian/2018-03-24/2249.html.

[3]国家中医药管理局,国家卫生健康委员会.医院中药饮片管理规范（2026 版）:国中医药医政发〔2026〕3 号[EB/OL].(2026-04-08)[2026-07-03].http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/zhengcewenjian/2026-04-16/37948.html.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2021 年 04 月第 1 次修订

2026 年 05 月第 2 次修订

终止妊娠药品管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-052-03	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2

审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范终止妊娠药品的管理，保障医疗质量与用药安全，防止药品滥用和流弊，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称终止妊娠药品，是指用于早期妊娠终止的药品，主要包括米非司酮片、米索前列醇片等。具体品种以国家相关规定及医院用药目录为准。

第二章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会负责终止妊娠药品临床应用的管理与监督，定期组织专项检查。

（二）药学部

1．终止妊娠药品的采购、验收、储存与养护；

2．处方审核与调剂管理；

3．药品账册管理与追溯；

4．用药安全监测与报告。

（三）医务部负责终止妊娠手术及药品使用的医务人员资质管理，监督临床诊疗规范的执行。

第三章 采购与验收管理

（一）终止妊娠药品必须从具备合法资质及专门经营许可的药品批发企业采购，严禁从非法渠道购进。

（二）采购时应严格审核供货单位资质，并建立完整的供应商档案。

（三）药品到货后须双人验收，核对药品名称、规格、数量、批号、有效期及包装完整性，如为冷链药品，需查验冷链药品运输温度记录。

（四）建立真实、完整的购进、验收记录，确保票、账、物相符。

第四章 储存与养护管理

（一）按药品说明书要求的温湿度条件储存，需冷藏药品必须在规定温度下存放。定期检查药品质量及储存条件，做好养护记录。

（二）实行专柜管理（双人双锁），专人管理。

第五章 处方与使用管理

（一）终止妊娠药品必须凭执业医师开具的处方使用，医师须具备相应执业资质。

（二）处方应书写完整、清晰，注明诊断及用药理由。

（三）药师调剂时必须严格审核处方，对不符合规定的处方应拒绝调配。

（四）药品发放实行双人核对，确保准确无误。

（五）严格禁止将终止妊娠药品销售给药品零售企业及未获得终止妊娠手术资格的机构和个人。

第六章　专用账册管理

（一）建立终止妊娠药品电子专用账册，记录日期、患者信息、处方号等信息。确保终止妊娠药品账物相符。

（二）药学部定期对终止妊娠药品管理情况进行检查，内容包括采购渠道、储存条件、处方规范、专用账册、账物相符等。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国母婴保健法[EB/OL].(1994-10-27 发布，2017-11-04 第二次修正).http://www.npc.gov.cn/zgrdw/npc/xinwen/2017-11/28/content_2032724.htm.

[3]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国人口与计划生育法[EB/OL].(2001-12-29 通过，2021-08-20 第二次修正).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202109/t20210903_313395.html.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

临床药学服务工作制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-053-02	制定时间：2024-09-01
适用范围：药学部全体药师	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范临床药学服务，保障患者用药安全、有效、经济，提升合理用药水平，满足三级综合医院评审及药事管理相关标准要求，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理组织与职责

（一）管理组织

1．药事管理与药物治疗学委员会

负责制定全院合理用药政策，监督临床药学服务实施；定期召开会议，分析用药数据，解决突出问题。

2．临床药学部门

按相关配置要求配备专职临床药师（每 100 张床位≥0.8 名临床药师），覆盖重点科室。根据医疗机构分级管理要求，共设立四个亚专科,包括呼吸抗感染、抗肿瘤、慢病管理、妇产科。

设立药学门诊、药物咨询窗口，提供专业化服务。

（二）工作职责

1．临床药师：参与查房、会诊、疑难病例讨论，开展用药监护、处方医嘱审核、用药教育、药物信息咨询、不良反应监测与上报。

2．审方药师：审查处方/医嘱的适宜性与安全性，对存在问题的处方，及时与开方医师进行沟通，提出修改意见，对严重不合理用药或用药错误，进行拦截。

3．调剂药师：进行四查十对，干预不适宜处方，进行面对面的用药交代。

4．信息药师：负责合理用药相关信息的维护。

第二章　临床药学服务内容

（一）处方与医嘱审核

实施全处方电子化前置审核，依据《医疗机构处方审核规范》，对门急诊处方、住院医嘱实施全流程审核，重点审核药物相互作用、禁忌症、剂量疗程等。

（二）处方点评与干预

每月开展处方点评（包括住院医嘱），对不合理用药进行反馈、公示及考核。

（三）药学查房与会诊

临床药师每日参与查房，对疑难重症、多药联用患者提供药学建议。对复杂感染、严重不良反应病例，临床药师参与多学科会诊，提出个体化用药方案。

（四）用药监护

临床药师参与临床查房，并且对重点患者（如高龄、多病共存、使用高风险药物）建立药历，实施全程化药学监护。

（五）患者用药教育

提供书面和口头用药指导，覆盖药物用法、注意事项、储存要求等。

（六）药物不良反应（ADR）监测与报告

建立院内 ADR 监测网络，临床药师负责严重 ADR 的因果分析及上报，定期发布预警信息。

（七）抗菌药物管理

落实抗菌药物分级管理制度，参与抗菌药物使用强度（DDDs）管控与感染性疾病

多学科会诊，开展专项点评与干预，参与全国抗菌药物临床应用监测网报工作。

（八）个体化用药服务

开展治疗药物监测（TDM）、制定个体化给药方案。

第三章 质量管理与持续改进

（一）质控指标

处方合格率≥98%、抗菌药物使用强度≤40DDDs、Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率≤30%、门诊抗菌药物使用率≤20%、急诊抗菌药物使用率≤40%、住院抗菌药物使用率≤60%。

（二）定期检查

每月开展处方点评、医嘱点评，点评结果进行 OA 公示,同时纳入科室绩效考核。

（三）数据监测

利用信息化系统实时监控用药合理性，发现问题及时干预。每月在全院的《医疗质量与安全管理月刊》上发布药事质控管理情况，分析用药趋势及问题，提出改进措施。

第四章 培训与考核

（一）临床药师继续教育

每年完成≥30 学时继续教育。参与国家级/省级临床药师培训基地进修。

（二）临床培训

定期开展合理用药讲座，内容涵盖新药知识、配伍禁忌、不良反应识别等。

（三）考核评估

临床药学工作纳入绩效考核，指标包括参与用药监护、药学门诊、药学会诊、分管科室质控指标、科研任务、审方、点评、用药咨询、临床满意度等完成情况。

第五章 信息化支持

建设临床药师工作站，完善合理用药软件；建立电子药历系统，实现药学服务全程可追溯；对接医院 HIS、EMR 系统，实时共享患者诊疗信息。

第六章 监督与持续改进

对照三级医院评审标准及团体标准进行自查；接受卫生健康行政部门、药事质控中心的飞行检查与反馈；针对问题制定 PDCA 改进计划，形成闭环管理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部.抗菌药物临床应用管理办法[EB/OL].(2012-04-24).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/413f7b67607949dfa9e3d881313bea5d.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

《处方管理办法》实施细则

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-054-05	制定时间：2007-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：4
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本细则所称处方，是指由注册的执业医师和执业助理医师（以下简称医师）在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员（以下简称药师）审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括病区用药医嘱单。

第二章 处方权管理

（一）处方权授予

1．取得执业医师资格并在我院注册的医师，经本人申请，科主任同意，教学管理与学科建设科考核核合格后，由医务部授予普通药品处方权。

2．医务部、教学管理与学科建设科、药学部负责执业医师和药师的麻醉药品、精神药品、抗菌药物、抗肿瘤药物使用知识和规范化管理的培训。

3．执业医师经教学管理与学科建设科考核合格后由医务部授予麻醉、一类精神药品、及相应级别的抗菌药物、抗肿瘤药物处方权；药师经药学部考核合格后取得麻醉、一类精神药品、抗菌药物及抗肿瘤药物调剂资格。

4．医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后，方可在本院内开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格后，方可在本院调剂麻醉药品和第一类精神药品。

5．试用期人员开具处方，要经本院有处方权的执业医师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

6．进修医师原则上不授予处方权。

7．医师要在药学部签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

（二）处方权动态管理

1．医务部、药学部定期对医师处方权进行考核评估。

2．对出现不合理处方或违规行为的医师，视情节采取约谈、限制处方权、取消处方权等措施。

第三章　处方开具规范

（一）处方基本要求

1．处方标准按国家相关规定，统一格式印制。

2．处方书写要符合下列规则：

（1）患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

（2）每张处方限于一名患者的用药。

（3）处方不得涂改；如需修改，纸质处方要在修改处签全名并注明修改日期，每张处方修改不得超过两处，否则应重新开具；电子处方必须在信息系统内修改后提交。

（4）药品名称要以法定通用名称或医院《处方集》为准。药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”、“按说明书服用”等含糊不清字句。

（5）处方中有规定作皮试的药品时，医师须在相应药品名称前注明皮试结果，或“续用”字样。

（6）患者年龄要填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时要注明体重。

（7）西药和中成药可以开具一张处方，中药饮片要单独开具处方。

（8）开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过 5 种药品。

（9）中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列。

（10）药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用。

（11）纸质处方空白处划一斜线以示处方完毕；电子处方打印件统一打印“（处方完毕）”字样，代替手工划线。

（12）处方医师的签名式样和专用签章应当与药学部留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

3．药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量要使用法定剂量单位：重量以克（g）、毫克（mg）、微克（μg）、纳克（ng）为单位；容量以升（L）、毫升（ml）为单位；国际单位（IU）、单位(U)；中药饮片以克（g）为单位。片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒

剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，要注明含量；中药饮片以剂为单位。

（二）处方的开具

1．医师要根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方,同时要注意药物之间的配伍禁忌。

2．药事管理与药物治疗学委员会组织编写药品处方集。

3．医院购进药品时，同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种，处方组成类同的复方制剂 1～2 种。因特殊诊疗需要（儿科）使用其他剂型和规格药品的情况除外。

4．处方开具当日有效，特殊情况最长有效期为 2 天，药房有权拒绝调剂超期限处方。

5．处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方口服药品不得超过 3 日用量，注射药原则上成人为 1 日用量，儿科不超过 2 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方最长不超过 28 日用量。

6．门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。病历中要留存下列材料复印件：

（1）二级以上医院开具的诊断证明；

（2）患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；

（3）为患者代办人员身份证明文件。

7．门（急）诊癌症疼痛患者门诊病历由医疗机构妥善保存，患者复诊时医师要详细记录病历。

8．除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

9．为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 15 日常用量；缓释剂型，每张处方不得超过 30 日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

10．为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过

15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

11．为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方要逐日开具，每张处方为 1 日常用量。

12．对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸哌替啶处方为 1 次常用量，仅限于医院内使用。

13．医疗机构应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每 3 个月复诊或者随诊一次。

14．医师凭 CA 数字证书登录信息系统开具、传递院内电子处方，系统自动生成医师电子签章；药师通过个人 CA 数字证书线上完成处方审核、药品核发，系统全程留存电子处方归档备查。确需纸质凭证的，可打印电子处方版式文件留存，打印件系统自带“（处方完毕）”标识，替代纸质处方手工划线收尾要求；传统手写纸质处方开具后，须于空白处划一斜线以示处方完毕，经医师签字或签章后方有效。

第四章　处方审核与调剂

（一）人员要求

1．取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

2．药师取得处方调剂资格后，在药学部备案。药师签名或者专用签章式样在药学部留样备查。

3．具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

4．处方调配、审核、核对、发药岗位应有二人操作，一人值班时由本人负责核对。

（二）审核与调剂要求

1．药师应当凭医师处方调剂处方药品，非医师处方不得调剂。

2．药师要按照“四查十对”操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，打印用药指导单，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

3．中药饮片调剂人员在调配处方时，要按照《医院中药饮片管理规范》（国中医发[2007]11 号）和中药饮片调剂规程的有关规定进行审方和调剂。

（1）对存在“十八反”、“十九畏”，妊娠禁忌，超过常用剂量等可能引起用药安全问题的处方，要由处方医师确认（双签名）或重新开具处方后方可调配。

（2）调配含有毒性中药饮片的处方，每次处方剂量不得超过 2 日极量，对处方未注明“生用”的，应给付炮制品。如在审方时对处方有疑问，必须经处方医生重新审定后方可调配，处方保存 2 年备查。

（3）中药饮片调配后必须经复核方可发出。

（4）中药饮片采用小包装配发。

4．药师在完成处方调配后，要在处方上加盖专用签章或电子签章。

5．药师要对麻醉药品和第一类精神药品处方，在处方左上角按年月日逐日编制顺序号，并按月装订。

6．药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

第五章　处方点评与监督管理

（一）处方点评

1．医院处方点评工作小组每月随机抽取门急诊处方和住院医嘱进行点评。

2．重点点评抗菌药物、抗肿瘤药物、血液制品、中药注射剂等临床使用情况。

3．处方点评结果纳入科室和医师绩效考核体系。

（二）监督管理

1．对处方进行综合评价，实施动态监测及超常预警，对不合理用药及时予以干预，并实行扣奖处理。对用药不适宜处方、超常处方以及同一个医生一个考核周期内5次以上开具不合理处方，加重处罚。

2．对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，警告后连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，由医务部取消其一定时限的处方权。

3．医师出现下列情形之一的，由医务部取消其处方权：

（1）被责令暂停执业；

（2）考核不合格离岗培训期间；

（3）被注销、吊销执业证书；

（4）不按照规定开具处方，造成严重后果的；

（5）不按照规定使用药品，造成严重后果的；

（6）因开具处方牟取私利。

4．除治疗需要外，医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

5．处方由药学部妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。处方保存期满后，经院长或分管院长批准、登记备案，方可销毁。

6．药房按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专用账册保存期限为3年。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国医师法[EB/OL].2021-08-20).

http://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/2/27/art_49492_10770673.html.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[4]中华人民共和国卫生部.卫生部办公厅关于延长哌醋甲酯缓释剂治疗注意缺陷多动障碍处方限定时间的通知：卫办医政函〔2011〕1120 号[Z].2011-12-07.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 07 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2021 年 04 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

处方点评制度及实施细则

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-055-05	制定时间：2011-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：4
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院处方点评工作，提高处方质量，促进合理用药，保障患者用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

（一）管理组织

1．在药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）和医疗质量管理委员会领导下，开展处方点评工作，由药学部和医务部共同组织实施。

2．在药事委员会下建立由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成的处方点评管理组。

3．药学部成立处方点评工作小组,各成员应当具备以下条件：

（1）具有较丰富的临床用药经验和合理用药知识；

（2）具有中级以上药学专业技术职务任职资格。

（二）工作职责

1．药事委员会和医疗质量管理委员会负责处方点评制度、点评标准的审核及处方考核的监督管理。

2．处方点评管理组，为处方点评工作提供专业技术咨询，负责对有异议的处方进行合理性的判定，确保处方点评结果的可靠性和准确性。

3．处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作。

4．医务部负责对处方点评结果的应用和处理,同时有权暂停、恢复、停止及取消医师处方权。

5．药学部会同医务部对处方点评小组提交的点评结果进行审核和考核。

6．药学部定期公布处方点评结果，通报不合理处方，同时书面反馈其科室及当事人，并对整改情况组织回头看，持续改进处方质量。

7．纪检监察办公室负责对开具超常处方且无正当理由的医师进行诫勉谈话，情节严重的给予通报批评。

第二章　处方权管理

（一）医师处方权管理由医院医疗质量管理委员会、药事管理和药物治疗学委员会负责管理，具体工作由医务部完成。

（二）医师处方权获取条件：

1．具有执业医师执业资格和在我院进行执业注册的住院医师以上（包括住院医师）医师。

2．执业医师经过注册后，由本人填写《处方/病历权限申请审核表》，经所在科室负责人批准同意，报教学管理与学科建设科对其进行书面考核，通过后，由医务部以医院文件形式下发授予普通处方权通知。签名留样交医务部、药学部等部门存档。

3．本院退休医师经医院决定返聘，继续从事医疗工作，处方权延续。

（三）医师麻醉精神药品、抗肿瘤药品、抗菌药物处方权获取条件：

1．具有执业医师执业资格和在我院进行执业注册的住院医师以上（包括住院医师）医师。

2．执业医师经有关麻醉药品和精神药品使用知识的培训和考核合格后，取得麻醉药品和第一类精神药品的处方资格，以医院文件形式下发授权通知。

3．精二处方权不需单独授予，授予普通处方权时同时获取。

4．执业医师经肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床应用知识规范化管理的培训，考核合格后，授予相应的处方权。具有中级及以下专业技术职称的医师，授予一般管理药物的处方权；具有高级专业技术职称的医师，可授予一般管理药物、特殊管理药物和临床试验用药物的处方权。以医院文件形式下发授权通知。

5．执业医师经抗菌药物临床应用规范化培训，考核合格后，授予相应的处方权。住院医师可授予非限制级抗菌药物处方权；主治医师可授予限制级抗菌药物处方权；

副主任医师以上、主诊医师、科主任（副主任）可授予特殊级抗菌药物处方权。以医院文件形式下发授权通知。

（四）取得处方权资格的医师应严格执行《执业医师法》《处方管理办法》《麻醉药品和精神药品管理条例》《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》《抗肿瘤药物临床应用指导原则》《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则》等有关规定。

（五）处方权动态管理

1．处方权的限制

（1）医院建立处方点评制度，定期填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。

（2）医师出现下列情形之一的，医务部将取消其处方权：

①被责令暂停执业；

②考核不合格，离岗培训期间；

③被注销、吊销执业证书；

④不按照规定开具处方造成严重后果的；

⑤不按照规定使用药品造成严重后果的；

⑥因开具处方谋取私利的。因以上情形被撤消处方权者，按情节规定 3-12 个月的考察期，期满后，科室考核合格，按处方权的申请程序重新申请处方权。

（3）本院医师外出进修、下乡超过半年的，处方权暂时停止，待其回院后医务部通知相关部门重新恢复处方。

2．处方权的停止

（1）本院医师退休、调离、辞职，其处方权随其在本院医疗工作的停止而停止；

（2）医师不能胜任本职工作或在工作中有严重错误，调离医疗岗位，其处方权随即停止。

第三章　处方点评的实施

（一）抽样方法

点评小组每月按已确定的抽样办法抽取处方或病历，门急诊处方的抽样率不少于总处方量的 1‰，且每月点评处方绝对数不少于 100 张；病房（区）医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不少于 1%，且每月点评出院病历绝对数不少于 30 份。

（二）点评内容

1．门急诊处方

按照《医院处方点评管理规范（试行）》的要求，对抽查处方的书写规范性与药物临床使用适宜性进行评价。

2．病房（区）用药医嘱

每月随机抽取病房（区）用药医嘱单 30 份，抽样率（按出院病历数计）不少于 1%，对用药医嘱单实施综合点评。

3．专项处方点评

根据医院药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题，对特定药物或特定疾病的药物（如国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、重点监控药品、激素等临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围手术期用药）使用情况进行点评。

（三）评价标准

依据《处方管理办法》《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则》《医院处方点评管理规范（试行）》《宜兴市人民医院专项处方点评制度》及药品说明书等。

（四）门急诊处方点评结果

处方点评结果分为合理处方和不合理处方，不合理处方包括：不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

1．不规范处方的范围

（1）处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；

（2）医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；

（3）药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；

（4）新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；

（5）西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；

（6）未使用药品规范名称开具处方的；

（7）药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；

（8）用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；

（9）处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；

（10）开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；

（11）单张门急诊处方超过五种药品的；

（12）无特殊情况下，门诊处方超过 7 日用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；

（13）开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的；

（14）医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的；

（15）中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标

注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

2．用药不适宜处方的范围

（1）适应证不适宜的；

（2）遴选的药品不适宜的；

（3）药品剂型或给药途径不适宜的；

（4）无正当理由不首选国家基本药物的；

（5）用法、用量不适宜的；

（6）联合用药不适宜的；

（7）重复给药的；

（8）有配伍禁忌或者不良相互作用的；

（9）其它用药不适宜情况的。

3．超常处方的范围

（1）无适应证用药；

（2）无正当理由开具高价药的；

（3）无正当理由超说明书用药的；

（4）无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。

4．根据本院实际，下列情况视为合格处方

（1）处方开具药品最小包装，虽超过常规疗程，不宜拆零者；

（2）神经内科医生为特殊患者开具二类精神药品处方一个月以内用量；

（3）肿瘤科医生为慢性癌痛患者开具“曲马多缓释片”处方 15 天以内用量。

（五）住院医嘱点评结果

医嘱点评结果分为合理和不合理，不合理包括抗菌药物应用不合理医嘱、用药不适宜医嘱及超常医嘱。

1．有下列情况之一的，应当判定为抗菌药物应用不合理医嘱：

（1）无指征使用抗菌药物；

（2）抗菌药物选择与敏感菌群不适宜；

（3）无理由联合应用抗菌药物；

（4）无理由使用特殊级抗菌药物或未按规定使用特殊级抗菌药物；

（5）抗菌药物使用疗程不恰当；

（6）无理由更换抗菌药物；

（7）围手术期预防使用抗菌药品种选择不当，或首次使用时机不当，或使用疗程过长。

2．有下列情况之一的，应当判定为用药不适宜医嘱：

（1）适应证不适宜的；

（2）遴选的药品不适宜的；
（3）药品剂型或给药途径不适宜的；
（4）无正当理由不首选基本药物的；
（5）用法、用量不适宜的；
（6）联合用药不适宜的；
（7）疗程不合理；
（8）重复给药的；
（9）有配伍禁忌或者不良相互作用的；
（10）与用药相关的检查不完善；
（11）其它用药不适宜情况的。

3．有下列情况之一的，应当判定为超常医嘱：
（1）无适应证用药；
（2）无正当理由开具高价药的；
（3）未经批准超说明书用药的；
（4）无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。

第四章　监督管理

（一）点评结果及处理意见公示

药学部会同医务部对处方点评小组提交的点评结果进行审核，定期公布处方点评结果，通报不合理处方，同时以反馈表方式通知其科室及当事人进行整改，科主任将整改措施提交药学部。药学部组织处方点评小组对整改情况回头看，形成闭环管理，持续提高处方质量。

（二）考核奖惩

1．处方点评结果纳入相关科室、科主任及其临床医师绩效考核和科室季度规范化考评。把处方的合理性与绩效发放结合，做到奖罚分明。

2．对开具不规范处方的医师，采取教育培训、考核扣奖等措施；对于开具用药不适宜处方和超常处方的医师除采取教育培训、加重扣奖等措施外，还要按照《处方管理办法》的规定予以处理。一个考核周期内 5 次以上开具不合理处方的医师，应当认定为医师定期考核不合格，离岗参加培训，记入个人及科室年终考核，与个人职称评定挂钩。对患者造成严重损害的，承担相应法律责任。

3．一年度内经查实的开具超常处方且无正当理由 3 次以上的医师，给予警告、诫勉谈话和院内通报批评，如仍连续出现 2 次以上超常处方且无正当理由的，医务部取消其处方权（1-3 个月），待重新考核合格后恢复处方权。

4．药学部对未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交待或未对不合理处方进行有效干预的药师提出警告，并跟踪检查，如连续 3 次出现上述情形，则暂停其处方

调剂权 3 个月，并进行药事管理与合理用药等相关知识培训，经考核合格后，方能恢复调剂权。对患者造成严重损害的，按有关规定进行处罚。

（三）医师约谈

1．审方药师、临床药师发现处方、医嘱有不合理用药现象时，立即与相关医师联系，并协商更改处方、医嘱，对无正当理由并拒绝更改的医师，药师做好记录，汇报药学部主任，对该医师提出批评警告。屡教不改的上报药事委员会，并由监察办组织医务部、药学部等相关职能部门对该医师进行诫勉谈话。

2．对一年内累计 5 例次及以上出现不合理用药或者 3 例次及以上出现超常处方的医师，由监察办组织医务部、药学部等相关职能部门对其进行诫勉谈话,如仍连续出现 2 次以上且无正当理由的，医务部取消其处方权（1-3 个月），待重新考核合格后恢复处方权。如因不合理用药被投诉的，按照医院相关规定处理相关规定进行处理。

3．临床科主任应重视处方质量管理，对药学部反馈的不合理用药现象及时组织科内医师学习整改，并提交书面整改报告。科室内出现 3 个及以上约谈人员，科主任由监察办进行诫勉谈话。

第五章　信息数据管理

（一）工作中需后台查取相关数据必须经科主任同意，并填写软件信息需求报信息科。

（二）处方审核系统、处方点评系统、药品库等数据库的维护必须有专人负责。

（三）管理人员保管好口令、密码，非工作时间及时退出工作界面。

（四）不得为个人利益私自泄露医院数据信息，以及患者信息，后果严重者移送司法部门处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]国家卫生健康委办公厅,国家中医药管理局办公室,中央军委后勤保障部办公厅.医疗机构处方审核规范[EB/OL].(2018-06-29).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201807/03df2450431348e18feb3701c199262d.shtml.

[4]中华人民共和国卫生部.医院处方点评管理规范（试行）[EB/OL].(2010-02-10).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201003/62c5a322a2204f1c9096e1afa0471489.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 01 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

专项处方点评实施细则

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-056-02	制定时间：2019-06-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为切实提高专项处方点评内涵质量，规范药品临床使用，促进合理用药，保障医疗安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本细则所称专项处方包括：抗菌药物处方、抗肿瘤药物处方、国家基本药物处方、血液制品处方、糖皮质激素类药物处方、中药注射剂处方、肠外营养制剂处方、重点监控药品处方、超说明书用药处方点评、高价自费药品处方等。

第二章 抗菌药物处方点评

（一）点评依据

1．《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第 84 号）

2．《抗菌药物临床应用指导原则》（国卫办医发〔2015〕43 号）

3．《碳青霉烯类抗菌药物临床应用专家共识》(国卫办医函〔2018〕822 号)

4．《关于持续做好抗菌药物临床应用管理有关工作的通知》国卫办医发〔2018〕9 号）

5．《关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知（国卫办医发〔2020〕8 号）》

6．药品说明书

7．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（二）实施方案

1．抽样频率：1 次/月。

2．抽样范围：本月所有使用抗菌药物的处方及医嘱。

3．抽样方法：

（1）抗菌药物处方：25%有抗菌药物处方权的医生每人 50 张处方，不满 50 张全部抽取。

（2）抗菌药物医嘱：随机抽取使用抗菌药物的出院医嘱 30 份。

（3）一类切口围手术期预防用抗菌药物医嘱：每月共抽取围手术预防用药医嘱 30 份（包含 I、II 类切口），发现异常科室，重点抽查并沟通临床及时整改。

（4）每月共抽取围手术预防用药医嘱 30 份（包含 I、II 类切口），发现异常科室，重点抽查并沟通临床及时整改。

（三）点评标准

1．适应证不适宜的；

2．遴选的药品不适宜的；

3．药品剂型或给药途径不适宜的；

4．用法、用量不适宜的；

5．溶媒不适宜的；

6．联合用药不适宜的；

7．有配伍禁忌或者不良相互作用的；

8．重复给药的；

9．特殊级抗菌药物未按规定会诊讨论、送检的；

10．医师超权限使用抗菌药物的；

11．碳青霉烯类抗菌药物未按规定进行评价的；

12．其它用药不适宜情况的。

第三章　抗肿瘤药物处方点评

（一）点评依据

1．《处方管理办法》（卫生部令第 53 号）

2．《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28 号）

3．《抗肿瘤药物临床应用指导原则(征求意见稿)》（卫生部医政司）

4.《抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）》（国家卫生健康委国卫医函〔2020〕487 号）

5．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（二）实施方案

1．抽样频率：1 次/月。

2．抽样范围：本月包含抗肿瘤药物的所有处方和医嘱。

3．抽样方法：处方随机抽样 100 张，医嘱随机抽样 10 份。

（三）点评标准

1．适应证不适宜的；

2．遴选的药品不适宜的；

3．药品剂型或给药途径不适宜的；

4．用法、用量不适宜的；

5．溶媒不适宜的；

6．联合用药不适宜的；

7．用药顺序错误的；

8．有配伍禁忌或者不良相互作用的；

9．重复给药的；

10．化疗方案不合理的；

11．医师超权限使用抗肿瘤药物的；

12．其它用药不适宜情况的。

第四章　国家基本药物处方点评

（一）定义及点评范围

1．基本药物是适应基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品。

2．本院采用的基本药物目录：《国家基本药物目录》(2023 年版)。

（二）点评依据

1．《国家基本药物目录》（2023 年版）

2．《国家基本药物临床应用指南》(2009 年版基层部分)

3．《中华人民共和国药典临床用药须知》（2015 年版）

4．药品说明书

5．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（三）处方中基本药物使用状况点评（即：基本药物“可获得性”评价）

1．点评方案

（1）抽样频率：1 次/月。

（2）抽样范围：本月所有处方。

（3）抽样方法：随机抽样 50 张。

（4）处方判定标准：含《国家基本药物目录》所收录药品的处方为基本药物处方，反之，则为非基本药物处方。

（5）点评内容：基本药物使用情况及“无正当理由未首选基本药物”处方状况。

2．评价指标

（1）基本药物处方百分率（%）：基本药物处方数占总抽样处方数的比例。

（2）基本药物占处方用药品种百分率（%）：就诊用基本药物品种数占同期就诊

用药总品种数的比例。

（3）基本药物占处方用药金额百分率（%）：就诊用基本药物金额占同期就诊用药总金额的比例。

（4）基本药物平均品种单价（元/种）：就诊用基本药物的金额累计值除以同期就诊用基本药物的品种总数。

（5）基本药物未优先选用处方百分率（%）：无正当理由未首选基本药物的处方数占总抽样处方数的比例。

（四）基本药物处方中用药合理性点评

1．点评目的：分析基本药物处方合理用药情况。

2．点评方案

（1）抽样频率：1 次/月。

（2）抽样范围：3.1 项中抽取的基本药物处方。

（3）抽样方法：全样本。

（4）点评内容：处方开具的规范性与用药的适宜性。

3．评价指标

（1）基本药物不规范处方百分率（%）：不规范基本药物处方数占总抽样基本药物处方数的比例。

（2）基本药物不适宜处方百分率（%）：不适宜基本药物处方数占总抽样基本药物处方数的比例。

第五章　血液制品处方点评

（一）定义及点评范围

1．血液制品：是指由健康人血浆或经特异免疫的人血浆，经分离、提纯或由重组 DNA 技术制备的血浆蛋白组分，以及血液细胞有形成分的统称为血液制品。

2．根据 2010 年版《中华人民共和国药典临床用药须知-化学药和生物制品卷》收录的血液制品品种，结合本院临床实际常用的品种，确定点评范围为：人血白蛋白、人免疫球蛋白、人凝血酶原复合物、静注人免疫球蛋白、人纤维蛋白原、人凝血因子Ⅷ等血液制品。

（二）点评依据

1．《处方管理办法》（卫生部令第 53 号）

2．《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28 号）

3．《中华人民共和国药典临床用药须知》（2015 年版）

4．《血液制品临床应用指导原则（征求意见稿）》（卫生部医政司）

5．药品说明书

6．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（三）实施方案

1．抽样频率：1 次/月。

2．抽样范围：本月所有血液制品医嘱。

3．抽样方法：随机抽样 15 份，低于 15 份全部抽取。

（四）点评标准

1．适应证不适宜的；

2．遴选的药品不适宜的；

3．药品剂型或给药途径不适宜的；

4．用法、用量不适宜的；

5．联合用药不适宜的；

6．重复给药的；

7．有配伍禁忌或者不良相互作用的；

8．其它用药不适宜情况的。

第六章　糖皮质激素类药物处方点评

（一）点评依据

1．《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》（卫办医政发〔2011〕23 号）

2．《医疗机构药事管理规定》（卫医政发〔2011〕11 号）

3．《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28 号）

4．《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》（2023 版）

5．药品说明书

6．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（二）实施方案

1．抽样频率：1 次/月。

2．抽样范围：本月处方中含有静脉用或口服给予糖皮质激素类药物的处方。

3．抽样方法：随机抽样 30 张。

（三）点评标准

1．适应证不适宜的；

2．遴选药品不适宜的；

3．药品剂型或给药途径不适宜的；

4．用法、用量不适宜的；

5．联合用药不适宜或有配伍禁忌；

6．重复给药的；

7．医师超权限使用糖皮质激素的；

8．其他用药不适宜情况的。

第七章 中药注射剂处方点评

（一）定义及点评范围

1．中药注射剂是指药材经提取、纯化后制成的供注入体内的溶液、乳状液及供临用前配制成溶液的粉末或浓溶液的无菌制剂。

2．点评范围：批准文号中以“Z”开头的注射剂处方以及从中药材中提取有效成分的注射剂处方。

（二）点评依据

1．《中药注射剂临床使用基本原则》（卫医政发〔2008〕71 号）

2．《国家基本药物临床应用指南（中成药）2009 年版基层部分》（卫办药政发〔2009〕232 号）

3．《中成药临床应用指导原则》（国中医药医政发〔2010〕30 号）

4．《中华人民共和国药典临床用药须知》（2015 年版）

5．药品说明书

6．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（三）实施方案

1．抽样频率：1 次/月。

2．抽样范围：本月所有使用中药注射剂医嘱。

3．抽样方法：随机抽样 30 份。

4．点评内容

（1）合理用药：辨证用药、给药剂量、用药方法、给药途径、溶媒选择、联合用药及配伍、更换药品或停药等的合理性。

（2）特殊人群用药：中药注射剂应用于特殊人群（如：妊娠期妇女、儿童）等情况。

（四）点评标准

1．适应证不适宜；

2．遴选的药品不适宜；

3．药品剂型或给药途径不适宜；

4．用法、用量不适宜；

5．联合用药不适宜或有不良相互作用；

6．重复给药；

7．其它用药不适宜情况。

第八章 肠外营养制剂处方点评

（一）定义

本制度所指肠外营养液仅指全营养混合液，是医师开具的肠外营养处方经药师审

核后，在配制中心将处方中的碳水化合物、氨基酸、脂肪乳、电解质、微量元素、维生素等成分，由经过培训的药学专业技术人员按规定的操作规程混合于一个输液袋中形成的混合液。

（二）点评依据

1．《医疗机构药事管理规定》（卫医政发〔2011〕11 号）

2．《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28 号）

3．《肠外肠内营养临床药学实践共识》（广东省药学会 2022 年版）

4．《中国成人患者肠外肠内营养临床应用指南》（2023 版）

（三）实施方案

1．抽样频率：1 次/月。

2．抽样范围：本月使用肠外营养液的所有医嘱。

3．抽样方法：随机抽样 10 份。

（四）点评标准

1．适应证不适宜的；

2．遴选药品不适宜的；

3．药品剂型或给药途径不适宜的；

4．用法、用量不适宜的；

5．溶媒不适宜的；

6．联合用药不适宜或有配伍禁忌；

7．重复给药的；

8．其他用药不适宜情况的。

第九章　重点监控药品处方点评

（一）点评范围

国家、无锡、宜兴卫健委重点监控品种，主要包括营养辅助药物、功能调节药物、活血化瘀药物、提高免疫力药物等。

（二）点评依据

1．《关于加强医疗机构辅助性营养性药品管理的通知》（锡卫药政〔2017〕18 号）

2．《关于做好辅助用药临床应用管理有关工作的通知》（国卫办医函〔2018〕1112 号）

3．《关于印发第二批国家重点监控合理用药药品目录（化药及生物制品）的通知》（国卫办医函）〔2023〕9 号）

4．《宜兴市人民医院临床合理用药负面清单管理办法》

5．药品说明书

6．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（三）实施方案

1．抽样频率：1 次/月。

2．抽样范围：本月使用辅助治疗药物的所有医嘱。

3．抽样方法：随机抽样 30 份。

（四）点评标准

1．适应证不适宜的；

2．遴选药品不适宜的；

3．药品剂型或给药途径不适宜的；

4．用法、用量不适宜的；

5．溶媒不适宜的；

6．联合用药不适宜或有配伍禁忌；

7．重复给药的；

8．其他用药不适宜情况的。

第十章　超说明书用药处方点评

（一）点评依据

1．《临床用药须知》

2．药品说明书

3．超说明书用药的在院备案情况

4．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（二）实施方案

1．抽样频率：1 次/月。

2．抽样范围：已备案的超说明书用药药品的处方及医嘱。

3．抽样方法：每个月选 1 个已备案药品，随机抽取 30 张处方，30 份医嘱。

（三）点评标准

1．执行普通处方点评标准；

2．给药剂量、给药途径超说明书用药；

3．适应证超说明书用药；

4．适应人群超说明书用药；

5．其它超说明书用药情况的。

第十一章　高价自费药品处方点评

（一）定义

高价自费药品：本细则规定为康泰药店内销售的零售单价大于 200 元自费药品。

（二）点评依据

1．《医疗机构药事管理规定》（卫医政发〔2011〕11 号）

2．《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28号）

3．药品说明书

4．《宜兴市人民医院处方点评制度及实施细则》

（三）实施方案

1．抽样频率：1次/月。

2．抽样范围：上一月康泰药店内零售单价大于200元且销售排序前10位自费药品（肿瘤治疗药及血液制品除外）。

3．抽样方法：随机抽样50张。

（四）点评标准

1．适应证不适宜的；

2．遴选药品不适宜的；

3．药品剂型或给药途径不适宜的；

4．用法、用量不适宜的；

5．联合用药不适宜或有配伍禁忌；

6．重复给药的；

7．无正当理由选用高价自费药品的；

8．其他用药不适宜情况的。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]国家药典委员会.中华人民共和国药典临床用药须知(2020年版)[M].北京:中国医药科技出版社,2022.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026年01月第1次修订

处方审核管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-057-05	制定时间：2011-12-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：4

审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医院处方审核工作，提高处方质量，促进合理用药，保障患者用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理与职责

（一）工作职责

1. 医疗机构管理部门

（1）医务部门：负责监督医师处方行为，组织处方权授予、培训及考核；

（2）药学部门：制定审核标准、培训药师审核技能，牵头组织处方审核；

（3）信息部门：保障处方审核系统的正常运行，支持数据统计与追溯。

2. 医师

（1）严格遵循诊疗规范、药品说明书及相关指南开具处方，确保适应症明确、用法用量准确、配伍合理；

（2）对需特殊管理的药品（如麻醉药品、精神药品、抗菌药物等），严格按权限开具；

（3）对审核反馈的问题及时修正，确保处方合规性。

3. 药师

（1）药师是处方审核的第一责任人，需对所有处方进行“合法性、规范性、适宜性、安全性”审核；

（2）对审核不通过的处方，及时与医师沟通并退回修改；

（3）记录审核情况，定期汇总分析不合理处方，提出改进措施。

4. 审核药师资质

（1）取得药师及以上药学专业技术职务任职资格。

（2）具有 3 年及以上门急诊或病区处方调剂工作经验，接受过处方审核相应岗位的专业知识培训并考核合格。

第二章 审核依据和流程

（一）审核依据

国家药品管理相关法律法规和规范性文件，临床诊疗规范、指南，临床路径，药品说明书，国家处方集等。药师取得处方调剂资格后，在药学部备案。

（二）审核流程

1. 信息系统初审：医师开具处方时，合理用药软件自动拦截明显错误（如超说明书用法、配伍禁忌），提示药师重点审核；

2. 药师人工审核：

（1）药师接收待审核处方，对处方进行合法性、规范性、适宜性、安全性审核。

（2）若经审核判定为合理处方，药师在纸质处方上手写签名（或加盖专用印章）、在电子处方上进行电子签名。

（3）若药师认为当前处方虽有警示，但在该患者的具体情况下是合理且必要的，可选择“审核通过”。

（4）药师认为当前处方虽有警示，但需医生权衡利弊后决定是否需要使用，可选择“双签通过”。

（5）若药师认为当前处方存在明显或严重错误，可选择“拒绝发药”，或“双签复核”并联系医生修改。

（6）经药师审核通过后的处方方可进入收费和调配环节。

第三章　审核内容

（一）合法性审核

1．处方开具人是否根据《执业医师法》取得医师资格，并执业注册。

2．处方开具时，处方医师是否根据《处方管理办法》在执业地点取得处方权。

3．麻醉药品、第一类精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品、抗菌药物等药品处方，是否由具有相应处方权的医师开具。

（二）规范性审核

1．处方是否符合规定的标准和格式，处方医师签名或加盖的专用签章有无备案，电子处方是否有处方医师的电子签名。

2．处方前记、正文和后记是否符合《处方管理办法》等有关规定，文字是否正确、清晰、完整。

3．条目是否规范。

（1）年龄应当为实足年龄，新生儿、婴幼儿应当写日、月龄，必要时要注明体重；

（2）中药饮片、中药注射剂要单独开具处方；

（3）开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过 5 种药品；

（4）药品名称应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称，或使用由原卫生部公布的药品习惯名称；医院制剂应当使用药品监督管理部门正式批准的名称；

（5）药品剂量、规格、用法、用量准确清楚，符合《处方管理办法》规定，不得使用“遵医嘱”“自用”等含糊不清字句；

（6）普通药品处方量及处方效期符合《处方管理办法》的规定，抗菌药物、麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射药品、易制毒化学品等的使用符合相关管理规定；

（7）中药饮片、中成药的处方书写应当符合《中药处方格式及书写规范》。

（三）适宜性审核

1．西药及中成药处方，应当审核以下项目

（1）处方用药与诊断是否相符；

（2）规定必须做皮试的药品，是否注明过敏试验及结果的判定；

（3）处方剂量、用法是否正确，单次处方总量是否符合规定；

（4）选用剂型与给药途径是否适宜；

（5）是否有重复给药和相互作用情况，包括西药、中成药、中成药与西药、中成药与中药饮片之间是否存在重复给药和有临床意义的相互作用；

（6）是否存在配伍禁忌；

（7）是否有用药禁忌：儿童、老年人、孕妇及哺乳期妇女、脏器功能不全患者用药是否有禁忌使用的药物，患者用药是否有食物及药物过敏史禁忌证、诊断禁忌证、疾病史禁忌证与性别禁忌证；

（8）溶媒的选择、用法用量是否适宜，静脉输注的药品给药速度是否适宜；

（9）是否存在其他用药不适宜情况。

2．中药饮片处方，应当审核以下项目

（1）中药饮片处方用药与中医诊断（病名和证型）是否相符；

（2）饮片的名称、炮制品选用是否正确，煎法、用法、脚注等是否完整、准确；

（3）毒麻贵细饮片是否按规定开方；

（4）特殊人群如儿童、老年人、孕妇及哺乳期妇女、脏器功能不全患者用药是否有禁忌使用的药物；

（5）是否存在其他用药不适宜情况。

（四）特殊情况处理

1．超说明书用药：需提供循证医学证据（如指南、文献），经药事管理与药物治疗学委员会审核备案后方可使用；

2．配伍禁忌用药，参照《输液药品配伍禁忌管理制度》执行。

第四章　记录与报告

（一）记录要求

1．建立处方审核记录；

2．详细记录审核中发现的问题；

3．保存问题处方处理记录。

（二）报告制度

1．审核中发现的问题及时汇报部门负责人；

2．定期汇总分析处方审核情况；

3．重大问题立即报告。

第五章 监督管理

（一）质量监控

1．药学部定期检查处方审核质量；

2．建立处方审核质量评价体系；

3．将审核质量纳入绩效考核。

（二）持续改进

1．定期分析处方审核中发现的问题；

2．针对问题开展培训和指导；

3．优化审核流程和工作机制。

第六章 培训与考核

从事处方审核的药师进行定期培训和考核。培训内容包括：

（一）相关法律、法规、政策，职业道德，工作制度和岗位职责，本岗位的特殊要求及操作规程等；

（二）药学基本理论、基本知识和基本技能；从事中药处方审核的药师，还应当培训中医药基本理论、基本知识和基本技能；

（三）其他培训，如参与临床药物治疗、查房、会诊、疑难危重病例、死亡病例讨论以及临床疾病诊疗知识培训，参加院内、外举办的相关会议、学术论坛及培训班等。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

[5]国家卫生健康委办公厅,国家中医药管理局办公室,中央军委后勤保障部办公厅.医疗机构处方审核规范[EB/OL].(2018-06-29).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201807/03df2450431348e18feb3701c199262d.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

处方干预管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-058-02	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医师处方行为，促进临床合理用药，保障患者用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 职责与人员要求

（一）门急诊药房、住院药房的药师是处方干预的直接责任人。临床药师应提供专业技术支持，参与复杂、疑难用药问题的干预。

（二）从事处方干预的药师应当具备以下条件：

1．具有药师及以上专业技术职务任职资格；

2．掌握丰富的药学专业知识与技能，熟悉药品说明书、临床诊疗指南、药物临床应用指导原则等；

3．具备良好的沟通协调能力与应变能力。

第二章 干预流程与实施

（一）标准干预流程

1．审核发现问题：药师在调配前，必须对处方/医嘱的规范性与合理性进行审核。

2．初步沟通建议：发现问题时，应立即通过电话、内线或信息化系统等方式与处方医师沟通，清晰说明问题所在，提出修改建议。沟通时应态度诚恳，尊重医师。

3．处理与记录：

（1）医师同意修改并重新开具处方的，药师按规范流程调配。

（2）医师坚持原处方且无正当理由的，药师应拒绝调配。

（3）对于严重不合理用药或用药错误，以及涉及特殊管理药品的违规处方，药师必须坚决拒绝调配，并立即向药学部负责人和医务部报告。

（4）药师在处方干预登记表中详细记录干预情况（包括处方内容、问题摘要、

沟通结果等），纳入处方点评体系。

4．患者沟通：若因处方干预导致调配延迟，引发患者疑问，药师应做好耐心、恰当的解释工作，以取得患者理解，维护医患和谐。必要时请医师共同向患者解释。

5．汇总与上报：各药房指定专人定期（每月）汇总、分析处方干预情况，并上报至处方点评工作小组，作为处方点评和合理用药管理的重要依据。

（二）设立用药咨询专项电话，并由资深药师负责接听，及时解答临床科室关于药品信息、合理用药等方面的疑问，变被动干预为主动服务。

第三章　干预重点内容

（一）处方干预应重点关注以下问题

1．药品用法用量不适宜：未按药品说明书、诊疗规范常规用法用量开具的。干预措施：沟通建议修改；若医师坚持，应要求其双签名并注明理由。

2．处方超量：无正当理由超过《处方管理办法》规定用量（门诊 7 日、急诊 3 日，慢性病/老年病等需延长应注明理由）。干预措施：沟通建议修改用量；若确需超量，应要求医师注明理由并签名。

3．特殊药品管理不规范：麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等未按国家相关法规和医院规定开具的。干预措施：对不规范处方，拒绝调配，并立即与医师沟通纠正。

4．潜在药物相互作用与配伍禁忌：发现存在有临床意义的药物相互作用或配伍禁忌。干预措施：告知医师，请其确认或重新开具处方。

5．遴选药品不适宜：适应证、选药、剂型或给药途径不适宜。干预措施：沟通建议更换为更适宜的药品。

6．重复用药：为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同的药物。干预措施：沟通建议停用其中一种。

7．超常处方：无适应证用药、无正当理由开具高价药或超说明书用药等。干预措施：进行严格审核，要求医师提供充分理由或依据，否则拒绝调配并记录上报。

第四章　培训、考核与沟通

（一）药学部应会同医务部，定期组织医务人员进行合理用药知识及相关法律法规的培训，从源头提升处方质量。

（二）处方干预工作的执行情况纳入药学部门绩效考核。对有效避免用药错误、表现突出的药师给予表扬或奖励；对未按规定履行干预职责的药师，依据医院相关规定处理。

（三）建立药学部与临床科室的常态化沟通机制，定期反馈共性问题和典型案例，共同协商解决临床用药中的难点问题。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部.医院处方点评管理规范（试行）[EB/OL].(2010-02-10).https://www.nhc.gov.cn/wjw/ywfw/201306/9c6b2c51b08342139a3dcea187b6ae83.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

输液药品配伍禁忌管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-059-02	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范临床静脉药物配伍操作，预防和减少输液不良反应，保障患者静脉用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章　管理与职责

（一）药学部

1．负责提供药品配伍禁忌的专业信息支持。

2．在引进新药时，提供完整的药品理化性质、配伍禁忌等信息。

3．通过处方审核、医嘱干预和处方点评，对发现的潜在配伍禁忌问题进行干预和反馈。

4．组织或参与因配伍禁忌引发的不良事件的调查、分析与整改。

5．负责对医护人员进行药品配伍知识的培训与考核。

（二）医务部、护理部

1．医务部：监督制度在各临床科室的执行情况。监督医师严格遵守药品配伍禁忌相关规定开具医嘱；将静脉用药配伍合理性纳入合理用药监测、医疗质量与安全管

理体系，对违规行为进行处理。

2．护理部：监督护理人员严格执行静脉药物配置与输注操作规程，落实配伍禁忌核查；将配伍操作规范执行情况纳入护理质量检查、不良事件报告追踪及护理人员绩效考核范围。

（三）临床科室

1．科主任及护士长是本科室输液安全管理的首要责任人，负责确保制度在本科室的落实。

2．医护人员必须严格遵守本制度，正确执行静脉药物的配置与输注。

第二章　配伍操作规范

（一）配置前评估

1．在使用任何新药或不确定配伍特性的药品前，必须详细阅读药品说明书，查阅权威配伍信息库或咨询药师，全面了解其特性。

2．在不明确其他药液对某药的影响时，应将该药单独使用。

（二）配置操作规范

1．溶媒选择：必须根据药品的理化性质（如 pH 值、稳定性）严格选择规定的溶媒，不得随意替代。

2．配置顺序：

（1）配置多种药物时，应根据药物性质（如溶解度、稳定性、pH 敏感性）和配伍资料要求的特定顺序进行操作。若无特定要求，应优先考虑稳定性原则或参照标准指南执行，如“先加浓度高者，后加浓度低者”，以减缓反应速度。

（2）一次只向输液袋/瓶中加入一种药品，确保混合均匀并确认无可见变化后，再加入下一种药品。

（3）有色药液应最后加入，以便于观察瓶中是否产生细微沉淀、变色或浑浊。

3．器具使用：严格执行注射器单用制度，即每种药品使用一副独立的注射器，严禁交叉使用或重复使用，防止注射器内残留药液与新加入药物发生配伍反应。

第三章　输注过程管理

（一）输液顺序安排：医师和护士应根据药物的理化性质与相互作用，合理安排输液顺序。对已知存在配伍禁忌的药物组，严禁连续输注。

（二）冲管管理：两组可能存在配伍风险的药液需序贯输注时，应在两组药液之间使用适量的、与前后药物均无配伍禁忌的冲管液（如 0.9%氯化钠注射液或葡萄糖注射液）冲洗输液管，直至输液管内残留药液被完全清除。

（三）输注中监测：

1．在更换补液及输注过程中，护士应密切巡视，检查输液瓶、莫菲氏滴管及输液管内液体是否出现浑浊、沉淀、结晶、变色、气泡或絮状物等异常现象。

2．同时密切观察患者反应，询问有无不适。

3．一旦发现任何配伍反应迹象或患者出现不适，必须立即执行以下操作：

（1）立即停止输注，关闭输液器调节器。

（2）更换输液器，保留原输液器以备核查。

（3）及时报告医师并进行妥善的临床处置。

（4）对事件进行记录与上报，药学部配合进行原因调查与分析。

第四章　培训与信息支持

（一）定期培训：药学部会同医务部、护理部，定期对医师、药师和护士进行静脉药物配伍知识、操作规程及应急处理的培训与考核。

（二）信息支持：

1．药学部负责维护和更新院内信息系统中的药品配伍信息查询功能。

2．在重点区域（如 PIVAS、各病区治疗室）配备最新的《静脉药物配伍禁忌表》等工具书。

3．信息数据中心负责依据配伍禁忌规则，在信息系统内设置相应的卡控节点与逻辑校验程序，对医嘱开具及配置操作进行实时预警与拦截。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部办公厅.静脉用药集中调配质量管理规范[EB/OL].(2010-04-20).https://www.nhc.gov.cn/bgt/s10787/201004/668221b4ea0847b1952c3f380c04d45b.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

药品用量动态监测与超常预警管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-060-06	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：5
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为防范医药购销领域商业贿赂行为，促进行风建设与廉洁行医，保障医院健康发展，同时加强合理用药管理，减少药品资源浪费，减轻群众就医负担，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

药事管理与药物治疗学委员会负责药品用量动态监测与超常预警管理工作的领导和决策。

（一）药学部

1．药品用量的日常监测与数据分析；

2．异动药品的梳理并在 OA 网公示；

3．合理用药培训；

4．组织药品专项点评；

5．监测结果的汇总与绩效考核。

（二）医务部

1．医师处方行为的监督管理；

2．不合理用药的干预与处理；

（三）监察办公室

1．对可能存在问题的科室和个人进行告知提醒或行风约谈；

2．涉嫌违规的供应商进行调查处理。

第二章 动态监测管理

（一）动态监测范围包括

1．国家重点监控合理用药目录相关药品；

2．被省阳光采购平台纳入预警采购的药品；

3．本院销售金额排名前 20 位的药品；

4．本院排名前 50 位且用量较上月增长超过 30%的药品；

5．各类检查中，严重不合理使用的药品、超常处方中出现频率较高的药品；

6．其他需要重点监控的药品。

（二）监测方法

1．对国家重点监控目录内的相关药品进行月度常规化点评。

2．对省阳光采购平台挂红灯的相关药品，立即停止使用并进行退库处理；对挂黄灯的相关产品，立即停止采购，告知临床谨慎使用，若确因临床需要，经临床申请，临时采购，并进行专项点评。

3．对首次进入本院销量（金额）前 20 位的药品，进行专项点评，因集采等原因变更生产厂家的药品除外。

4．对排名前 50 位且较上月增长超过 30%，用量异常增加的药品，进行专项点评。

5．在各类检查中，严重不合理使用的药品、超常处方中出现频率较高的药品，

进行专项点评。

6．专项点评方法，药学部办公室确定点评目录，临床药学室抽取处方不少于100张/月，医嘱不少于30份/月，进行专项点评，并对异常使用情况进行重点追踪。

（三）对纳入动态监测目录的药品，连续3月点评，未发现明显不合理使用的相关药品，移除动态监测药品目录；连续3个月用量有明显下降，下降比例超30%，可移除动态监测药品目录。

第三章　预警与管理措施

（一）药学部负责对全院药品用量情况实行动态监测，并将销量前10位相关药品目录和动态监测目录（异动药品目录），在OA网进行公示。

（二）对点评为不合理用药的情况，通过信息系统，告知相关医生，同时在OA网公示，并进行绩效考核。

（三）对连续三个月被确定为异动，且用量继续上升的相关药品，进行减量采购或暂停采购。

（四）监察办公室对多次点评存在不合理使用，可能存在超常使用的相关科室和个人进行告知提醒或行风约谈;对多次点评存在不合理使用药品的供应商进行行风约谈。（五）一旦发现供应商违规促销药品，经上级部门查实，或医院纪委确定后，一律停止销售，并进入黑名单管理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2015年04月第1次修订

2016年07月第2次修订

2019年09月第3次修订

2024年09月第4次修订

2026年01月第5次修订

临床合理用药负面清单管理办法

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-061-03	制定时间：2016-05-01

适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：2
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范临床用药行为，促进合理用药，保障医疗安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会

1．负面清单的审定与更新；

2．重大不合理用药问题的处理决策；

3．相关管理政策的审批。

（二）药学部

1．负面清单的日常管理与维护；

2．处方审核与用药监管；

3．用药数据分析与反馈；

4．合理用药培训与指导。

（三）医务部

1．医师处方权限管理；

2．不合理用药行为的处理；

3．医疗质量管理。

（四）临床科室主任

1．本科室合理用药管理；

2．医师用药行为监督；

3．整改措施落实。

第二章 负面清单内容

（一）质子泵抑制剂、H_2受体阻断剂（注射剂）

1．常用品种：奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、埃索美拉唑、艾普拉唑钠、法莫替丁、雷尼替丁等注射剂。

2．限制要求：

（1）预防围术期应激性溃疡时，首选口服制剂，注射剂仅限用于患者禁食、流质期间，患者在半流质、普食期间不得使用。

（2）预防用药首选基药、集采和价格较低的品种。

（二）肠外营养类药物

1．常用品种：丙氨酰谷氨酰胺、12 种维生素、脂溶性维生素、复方氨基酸等。

2．限制要求：需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且不能经饮食或使用“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者。

（三）5-HT3 拮抗剂类止吐药

1．短效品种：昂丹司琼、格拉司琼、阿扎司琼、托烷司琼。

限制要求：仅昂丹司琼、托烷司琼可用于术后止吐，术后止吐使用时间不得超过 24 小时。

2．长效品种：帕洛诺司琼。

限制要求：不得用于术后止吐。

（四）辅助治疗类药物

1．左卡尼汀注射剂

限用规定：除长期接受血液透析的患者外不得使用。

2．吡拉西坦注射剂

医保限用规定：限脑外伤所致的脑功能障碍患者，使用不超过 14 天。

3．依达拉奉右坎醇浓溶液注射剂

医保限用规定：限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作 48 小时内开始使用，使用不超过 14 天。

（五）保肝类药物

1．分类及常用药品

解毒类：还原性谷胱甘肽、硫普罗宁等。

促肝细胞再生类：促肝细胞生长素、多烯磷脂酰胆碱等。

促能量代谢类：复合辅酶 A、门冬氨酸钾镁、门冬氨酸鸟氨酸等。

利胆类：腺苷蛋氨酸、熊去氧胆酸等。

降酶类：联苯双酯、双环醇等。

中药注射剂：异甘草酸镁针、复方甘草酸苷注射液、苦黄注射液等。

2．限用规定：

（1）原则上同类药不得重复使用、不同类药品同时使用不得超过 2 种；

（2）限于肝功能异常患者使用，原则上不得预防性使用。

（六）中药注射剂

1．分类及常用品种

活血化瘀药：丹红、血栓通、血塞通、舒血宁、大株红景天。

清热解毒药：喜炎平、热毒宁、痰热清注射液。

化瘀解毒药：血必净注射液。

消瘀解毒散结药：艾迪注射液。

益气扶正药：康艾注射液、参芪扶正注射液、生脉注射液、参麦注射液。

行气开胸除痹药：瓜蒌皮注射液。

开窍剂：醒脑静注射液。

2．限用规定

（1）同一类中药注射剂只能使用其中一种，不得重复使用。

（2）同一患者同时使用中药注射剂不得超过 2 种。

（3）中药注射剂根据药品说明书，不得超剂量或超疗程使用。

第三章　监督管理

（一）处方审核

1．药师对负面清单药品处方进行重点审核；

2．对不符合规定的处方拒绝调配；

3．建立不合理用药干预记录。

（二）用药点评

1．每月开展负面清单药品专项点评；

2．评结果纳入绩效考核；

3．定期公示点评结果。

（三）监测预警

1．建立用药数据监测系统；

2．对异常使用情况及时预警；

3．实施动态监控管理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2026 年 01 月第 2 次修订

超说明书用药管理制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-062-04	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步强化临床合理用药的管理，严格限制和规范超说明书用药行为，确保医疗质量与安全，防范不必要的医疗纠纷，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

本制度所称超说明书用药(Off-labeluses)是指药品的应用超出国家药监部门批准的生产企业提供的药品说明书和标签界定的范围，包括但不局限于超出适应证、剂量、给药途径、给药频率、疗程或人群等。

第二章 超说明书用药条件

（一）在影响患者生活质量或危及生命的情况下，无合理的可替代药品；

（二）用药目的不是试验研究；

（三）有合理的医学实践证据；

（四）保护患者的知情权；

（五）经医院药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）审议备案；

（六）自费使用。

第三章 超说明书用药备案程序

（一）申请

拟进行超说明书用药的科室，经充分讨论后，需向医务部及药学部提交《超说明书用药备案表》。同时，须附上《超说明书用药知情同意书》以及相关超说明书用药依据。此类依据通常基于循证医学证据，涵盖以下内容：国内外药品说明书、政府相关政策文件、随机对照试验（RCT）的系统评价或 Meta 分析文献、其他类型对照试验、病例观察研究文献、临床指南、专家共识等。

（二）临床评估

医务部与药学部负责对临床提交的超说明书用药申请及相关证据进行讨论，重点针对药品的超说明书用法进行循证医学评估。评估内容涵盖有效性等级、推荐强度及

证据等级。评价标准参考 Micromedex 的 Thomson 分级系统，对于证据不充分的备案申请，应要求临床科室补充提供相关依据。

（三）伦理评估

医学伦理审查委员会应评估风险收益比，保障患者的知情同意权，监督知情同意的合规性。若伦委会评估未通过，该超说明书用药申请将被终止。

（四）医院药事委员会审议备案

医院药事委员会作为医院药事管理决策机构，针对备案品种召开专题会议，进行适用性表决，以决定是否将其纳入备案范围。若药事委员会审议备案未通过，则该超说明书用药申请将被终止。

超说明书用药申请需经医院药事委员会审议备案同意后方可使用。药事委员会应制定并定期更新本机构常见的超说明书用药清单，并分别在医学伦理审查委员会、医务部、药学部和临床科室进行留存。

（五）超说明书用药使用

临床科室须严格按照备案范围规范用药，并确保签署《知情同意书》。对于住院患者的超说明书用药，医护人员应密切监测患者用药后的反应，一旦发现异常情况，应立即停止用药，并采取紧急救助措施。药学部门负责接收和监测临床医生及患者在超说明书用药过程中所报告的不良反应，同时协助做好不良反应的救治与管理工作，临床药师定期对超说明书用药的处方、医嘱进行专项点评，促进临床用药安全有效。

第四章　超说明书用药退出申请

（一）某超说明书用药已获批进入我国法定说明书；

（二）某超说明书用法已被最新循证证据证实无效或弊大于利；

（三）某超说明书用法在临床使用期间监测到因超说明书用药而发生严重不良反应。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).http://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/2/27/art_49492_10770673.html.

[2]左玮,刘容吉,孙雅佳,等.中国超药品说明书用药管理指南(2021)推荐意见及要点解读[J].协和医学杂志，2023，14(1):86-93.DOI:10.12290/xhyxzz.2022-0588.

[3]中国药理学会治疗药物监测研究专业委员会.超说明书用药专家共识[J].药物不良反应杂志，2015，17(2):101-103.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2016 年 04 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2026 年 01 月第 3 次修订

药害事件监测报告与警戒制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-063-04	制定时间：2015-10-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范药害事件监测、报告、处置和警戒流程，保障患者用药安全，提高药学服务质量，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

药害事件指药品使用过程中导致患者生命健康损害的事件，包括：

（一）药品不良反应（ADR）：合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应；

（二）用药错误（ME）：处方开具、药品调配、给药或监测过程中出现的可预防性差错；

（三）药品质量缺陷：药品存在污染、变质、包装破损等问题。

第二章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）：负责监督、指导药害事件的监测工作，审核警戒措施及制度改进；

（二）药学部：负责事件监测、报告、分析及警戒措施实施；

（三）临床科室：负责事件识别、初步处置及配合调查；

（四）医务部、质管部：协调多部门处理重大事件。

第三章 监测与报告

（一）监测要求

1. 医务人员发现疑似药害事件，应立即采取救治措施，并通过信息系统填报《不良事件-药物事件报告表》或《药物不良反应上报表》（CHPS 系统）；

2. 药学部定期核查药物不良事件监测系统，及时跟进上报事件。

（二）报告程序

1. 一般事件（未造成严重伤害）

及时通过医院信息系统上报；

药学部及时完成药物不良事件的核实，并将药品不良反应上报至国家药品不良反应监测系统。

2．严重/重大事件（导致死亡、永久性伤残或群体性危害）

立即电话报告药学部及医务部，2 小时内提交书面报告；

药学部 6 小时内上报至市药品不良反应监测中心及卫生健康行政部门。

（三）报告内容

包括但不限于：患者信息、事件描述、可疑药品名称、用药过程、处理措施、事件后果等，确保信息真实完整。

第四章　警戒与处置

（一）风险信号分析

1．药学部定期汇总事件数据，分析风险趋势；

2．对高发药品、高风险科室开展专项评估，提出用药警示。

（二）警戒措施

1．药品暂停/限制使用：对存在严重风险的药品，报药事委员会批准后暂停采购或限制使用；

2．修订药品目录：淘汰风险效益比不合理的品种；

3．用药规范更新：发布高风险药品使用指引，优化处方审核规则。

（三）应急响应

发生群体性药害事件时

1．启动应急预案，成立专项工作组；

2．封存涉事药品并抽样送检；

3．配合监管部门调查，公开透明通报进展。

第五章　培训与考核

（一）人员培训

1．每年至少开展 1 次药害事件监测与上报专题培训考核；

2．新入职医务人员须接受相关内容岗前培训。

（二）监督考核

1．药害事件报告纳入科室质量考核指标，瞒报、漏报者追责；

执行非惩罚性不良事件报告制度，Ⅰ级事件、Ⅱ级事件采取强制性上报管理，Ⅲ级事件、Ⅳ级事件采取鼓励性上报管理。如不按规定报告，有意隐瞒已发生的药物不良事件，一经查实，视情节轻重给予处理。

2．对主动报告并避免事件扩大的人员给予奖励。

3．考核标准参照医院《不良事件管理制度》。

4．药品不良反应考核标准参照《药品不良反应监测管理办法》。

第六章　药害事件分级标准与处置流程

（一）药物不良事件分级标准

严重程度分类	给患者造成损害的程度
IV 类事件(隐患事件)： 未发生不良事件	A 级：环境或条件可能引发不良事件
III类事件(无后果事件)： 发生不良事件，但未造成患者伤害	B 级：不良事件发生但未累及患者 C 级：不良事件累及患者但没有造成伤害 D 级：不良事件累及患者，需进行监测以确保患者不被伤害，或需通过干预阻止伤害发生
II 类事件(有后果事件)： 发生不良事件，且造成患者伤害	E 级：不良事件造成患者暂时性伤害并需进行治疗或干预 F 级：不良事件造成患者暂时性伤害并需住院或延长住院时间 G 级：不良事件造成患者永久性伤害 H 级：不良事件发生并导致患者需要治疗挽救生命
1 类事件(警告事件)： 发生不良事件，造成患者死亡	I 级：不良事件发生导致患者死亡

（二）处置流程

1．初步处理

患者救治：立即停药并采取对症治疗，优先保障患者安全；

封存证据：保留剩余药品、输液器、处方等原始资料；

信息记录：详细记录事件发生时间、用药过程、患者症状。

2．分级报告

药品不良反应报告参照《药品不良反应监测管理办法》执行

其余药物不良事件报告参照如下：

事件等级	报告时限	报告路径	责任部门
I 级	立即电话报告，1 小时内书面报告	药学部→医务部→分管院长→主要领导→卫健委/药监局	药学部牵头，医务部协调
II 级	2 小时内书面报告	药学部→医务部→分管院长→主要领导	药学部、涉事科室
III级	2 个工作日报告	科室→药学部	临床科室
IV级	2 个工作日报告	科室→药学部	临床科室

3．调查与分析

成立调查组：I 、II 级事件由医务部、药学部、护理部联合调查；III、IV级由药学部与科室调查；

分析原因：药品质量检测、处方审核追溯、流程漏洞审查；

形成报告：I 、II 级事件 3 日内提交整改报告，IIIIV级事件 7 日内完成。

4．后续措施

风险控制：

Ⅰ级：全院停用涉事药品，启动召回并上报监管部门；

Ⅱ级：限制涉事药品使用，加强处方审核；

Ⅲ级：发布用药警示，修订操作流程；

Ⅳ级：针对性培训责任人员。

反馈与改进：

将事件分析结果反馈至相关科室；

修订药品目录、优化电子处方系统拦截规则。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.药品不良反应报告和监测管理办法：卫生部令第81号[EB/OL].（2011-05-04）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201105/bc23deb4baae4a39a63e6dc094b1c3e4.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部.医疗质量安全事件报告暂行规定：卫医管发〔2011〕4号[EB/OL].（2011-01-14）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201101/b705572894a344b0a5bf0bd868d60501.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗质量（安全）不良事件管理的通知：国卫办医政函〔2024〕272号[EB/OL].(2024-07-25).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202407/a22c1256914049aa95798fb6ea3cbcd2.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2019年09月第1次修订

2020年09月第2次修订

2026年01月第3次修订

药品不良反应监测管理办法

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-064-05	制定时间：2005-04-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：4
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范药品不良反应（ADR）监测工作，及时控制药品风险，保障公众用药安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 定义

（一）药品不良反应：合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。

（二）个例药品不良反应：单个患者使用药品发生的不良反应。

（三）药品群体不良事件：同一药品在使用过程中，在相对集中的时间、区域内，对一定数量人群的身体健康或者生命安全造成损害或者威胁，需要予以紧急处置的事件。

（四）严重药品不良反应：因使用药品引起以下损害情形之一的反应：导致死亡；危及生命；致癌、致畸、致出生缺陷；导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤；导致住院或者住院时间延长；导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的不良反应。

（五）新的药品不良反应：药品说明书中未载明的不良反应。说明书中已有描述，但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应处理。

第二章 管理组织与职责

（一）管理组织

本院成立药品不良反应/事件监测管理组、办公室及监督员三级网络。

1．药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）下设药品不良反应/事件监测管理组，负责对药品不良反应监测报告的协调管理，组长由医疗机构主管医疗的负责人担任，医务、药学部门负责人任副组长。监测管理组下设监测办公室，由医务部、药学部、护理部负责人及专职监测员组成，办公室设在药学部，负责 ADR 监测的日常工作。监督管理联络员：各病区或部门护士长，负责本病区或部门药品不良反应/事件信息掌握，及时督促和帮助临床医生上报药品不良反应/事件，保持与药学部的密切联系。

2．专职 ADR 监测员：由临床药师担任，负责全院 ADR 报告的收集、整理和上报。

3．ADR 报告员：各病区由科主任、主诊医师和护士长担任，门诊部、急诊室、手术室、输液室等部门由科主任和护士长担任，药学部由临床药师担任。

（二）工作职责

1．医院药品不良反应/事件监测管理组

（1）根据国家、省及无锡市药品不良反应报告和监测管理要求，结合本院 ADR

管理的目标和任务，制定具体工作计划，并组织实施与监督检查，必要时按实际情况进行动态调整。

（2）督促临床医务人员履行报告义务，及时通过 HIS 系统进入 CHPS 系统进行药品不良反应上报，信息填写完整。

（3）每季度对全院 ADR 报告进行分析讨论，通报 ADR 监测情况。

（4）督导各科室对严重的或群体 ADR 病例进行讨论，制定防范措施，做好记录，必要时上报上级行政主管部门。

（5）对已确认发生群体 ADR 的药品，药品不良反应监测管理组应及时报告药事委员会，由药事委员会确定对该药品的处置措施。

（6）制定本机构药品不良反应应急处置方案，并组织开展培训和应急演练；配合上级监管部门开展严重药品不良反应和药品群体不良事件相关调查、评价和处理工作。

（7）若药品不良反应上报数据提示聚集性信号，及时填写药品疑似风险线索报表上报无锡不良反应监测中心，并召开管理小组会议进行讨论，暂停药品使用。

2．专职 ADR 监测员

（1）定期下临床，了解药物应用情况；督促指导临床医务人员上报药物不良反应/事件。

（2）及时做好本院 ADR 向国家药品不良反应监测中心的在线上报工作。

（3）定期对全院 ADR 报告进行整理、分类、汇总分析和统计，并及时上报医院药品不良反应/事件监测管理组。

（4）定期对全院医务人员进行相关培训，提高对药品不良反应的识别能力，合理用药，减少不良反应的发生。

3．ADR 报告员

（1）加强工作责任心，熟悉 ADR 报告的相关规定，及时发现 ADR，不漏报。

（2）在诊疗过程中发现可疑的药品不良反应/事件应及时采取有效措施进行处置，同步在病程录中记录，及时通过 HIS 系统进入 CHPS 系统进行上报，最后提交给专职 ADR 监测员审核。

（3）报告员必须在以下时限内上报：新的、严重的药品不良反应应于发现或者获知之日起 15 日内报告，其中死亡病例须立即报告，其他药品不良反应 30 日内报告。

（4）对严重的或群体 ADR 病例组织质量与安全小组进行讨论分析，制定防范措施，做好记录，同时向医务部、药学部、护理部汇报。

4．其他医务人员

（1）不是监测员和报告员的其他医务人员，均有报告 ADR 的责任和义务。

（2）在诊疗、查房等工作中发现可疑的药品不良反应可通过报告员、监测员或直接通过系统上报提交给 ADR 监测办公室。

第三章 监测与报告

（一）报告要求

报告类型	时限要求	内容要求
新的/严重ADR件	首次获知后15日内	完整患者信息、药品详情、反应过程、因果关系评估
死亡病例	立即报告（最迟不超过24小时）	附临床资料与初步分析
群体事件	立即报告并持续跟踪	事件描述、涉及批号、已采取控制措施

第四章 警戒与处置

（一）风险信号分析

1．药学部每季度汇总药品不良反应数据，进行ADR分析评价，分析风险趋势，并将评价情况在医院药讯发布，供全院医务人员学习参考。

2．对高发药品、高风险科室会同经治医师及该科室的质量与安全小组管理成员对该病例进行用药分析，并开展专项评估，提出用药警示。

（二）警戒措施

1．药品暂停/限制使用：对存在严重风险的药品，报药事委员会批准后暂停采购或限制使用；

2．修订药品目录：淘汰风险效益比不合理的品种；

3．用药规范更新：发布高风险药品使用指引，优化处方审核规则。

（三）应急响应

发生群体性药害事件时

1．启动应急预案，成立专项工作组；

2．封存涉事药品并抽样送检；

3．配合监管部门调查，公开透明通报进展。

第五章 培训与考核

（一）人员培训

1．每年至少开展1次药品不良反应监测与上报专题培训；

2．新入职医务人员须接受相关内容岗前培训。

（二）监督考核

1．监测管理组根据上级部门要求，对各临床科室下达报告任务。

2．药品不良反应监测办公室定期统计各临床科室ADR报告的数量，并考核其填报质量，按照上报数量给予一定的奖励。。

3．鼓励科室对于工作责任心强，及时完成报告任务，报告质量高的相关人员进行

奖励。

4．对于未完成报告任务，报告质量差的、不良反应未在病程录中记录、严重不良反应未开展分析讨论的科室及相关人员予以扣奖、扣考核分等处理。

5．对于有意隐瞒不报的责任人员给予扣奖和通报批评处理，造成后果的进行追责处理。

6．考核工作由药学部会同医务部、护理部具体负责。

第六章　药品不良反应处置流程

（一）初步处理

患者救治：立即停药并采取对症治疗，优先保障患者安全；

封存证据：保留剩余药品、输液器、处方等原始资料；

信息记录：详细记录事件发生时间、用药过程、患者症状。

（二）调查与分析

成立调查组：死亡病例及群体事件由医务部、药学部、护理部联合调查；新的/严重药品不良反应由药学部与科室调查，召开分析评价讨论会；

分析原因：药品质量检测、处方审核追溯、流程漏洞审查；

形成报告：死亡病例及群体事件 3 日内提交整改报告，新的/严重药品不良反应以季度形成分析报告。

（三）后续措施

1．风险控制：

群体事件：全院停用涉事药品，启动召回并上报监管部门；

死亡病例：限制涉事药品使用，加强处方审核；

其他类型药品不良反应：新的/严重药品不良反应撰写分析评价报告反馈临床，每季度公示药品不良反应分析报告。

2．反馈与改进：

将事件分析结果反馈至相关科室；

修订药品目录、优化电子处方系统拦截规则。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.药品不良反应报告和监测管理办法（卫生部令第 81 号）[EB/OL].（2011-05-04）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201105/bc23deb4baae4a39a63e6dc094b1c3e4.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2015 年 12 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2020 年 10 月第 3 次修订

2026 年 01 月第 4 次修订

重点药品监测制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-065-02	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为系统化、科学化开展药品重点品种监测工作，强化药品安全风险管理，提升临床用药安全预警与干预能力，特制定本制度。

二、内容

第一章 监测对象

（一）国家及省级药品监督管理部门通报存在质量风险或安全隐患的药品。

（二）国家、省、市药品不良反应监测中心发布的《药品不良反应信息通报》《药物警戒快讯》等警示信息涉及的药品。

（三）新药监测期内的药品及首次进口不满五年的药品。

（四）我院上一季度发生药品不良反应报告数量排名前五的药品。

（五）我院上一季度发生严重或新的药品不良反应/事件并提示风险信号的药品

（六）与无锡不良反应监测中心签订协议的监测品种。

（七）其他经药事管理与药物治疗学委员会认定需纳入重点监测的药品。

第二章 监测办法

（一）监测范围：全院各临床科室（门急诊、住院）使用上述药品的患者。

（二）监测内容

1．严格按药品说明书规范使用。

2．用药后密切观察患者反应，发现疑似不良反应立即上报。

3．完整填写《药品不良反应/事件报告表》，包括患者基本信息、用药情况、临床表现、检验检查结果、处理与转归、关联性评价、合理性分析等。

（三）信息化支持：依托医院信息系统、合理用药监测系统等进行数据采集、统

计与分析，实现监测工作的信息化管理。

第三章 职责分工

（一）药学部（药品不良反应监测办公室）：

1．负责全院药品不良反应/事件报告的收集、审核、分析与评价。

2．每季度汇总监测数据，组织专家讨论并确定下季度重点监测药品清单。

3．通过院内网、药讯、科室会议、医院月度工作会议等形式反馈监测结果与预警信息。

4．组织开展药品安全用药培训与宣教。

（二）临床科室监测员/信息员：

1．负责本科室药品不良反应/事件的识别、记录与上报。

2．确保报告内容真实、准确、完整，积极配合药学部开展复核与调查工作。

3．参与药品安全监测相关培训与病例讨论。

第四章 监测流程

1．报告：临床科室发现疑似 ADR/ADE→填写报告表→报送药学部。

2．评估：药学部初步评估→必要时组织多学科讨论→形成监测意见。

3．反馈：定期发布监测报告与风险提示→向临床科室反馈处理建议。

4．归档：所有监测资料归档保存，纳入药品安全管理档案。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.药品不良反应报告和监测管理办法（卫生部令第 81 号）[EB/OL].（2011-05-04）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201105/bc23deb4baae4a39a63e6dc094b1c3e4.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

药品临床使用监测与评价制度

文件编号：YXPH-YS-YXB-2026-066-02	制定时间：2024-03-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2026-01-01
制定部门：药学部	修订版本：1
审核批准：药事管理与药物治疗学委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强药品临床应用管理，规范临床用药行为，促进临床合理用药，保障患者用药安全、有效、经济，持续提升医疗质量与安全，特制定本制度。

二、内容

第一章 管理组织与职责

（一）药事管理与药物治疗学委员会（以下简称药事委员会）

药品临床使用监测与评价工作的决策和监督机构，负责审定相关制度、监测指标、评价标准及处理重大问题。

（二）药学部

日常管理与技术支撑部门，具体负责数据收集、统计分析、处方/医嘱点评、预警处置及评价报告撰写。

（三）医务部

负责协调临床科室参与监测评价工作，落实临床用药管理相关职责，根据药学部提供的评价结果和建议，组织落实干预措施（如处方点评结果处理、处方权管理）

（四）质管部

将药品临床使用监测与评价结果纳入医院整体质量管理体系，监督评价结果在质量持续改进（PDCA）循环中的应用。

（五）护理部

负责监督药品在临床使用环节（如给药操作、药品管理）的规范性，配合药学部对药品使用过程中的安全问题进行监测（如用药错误、输液反应等）。

（六）信息数据中心

负责提供药品临床使用监测与评价所需的信息技术支持。

（七）临床科室

科主任为第一负责人，质量与安全管理小组负责本科室药品使用的自查、整改与持续改进。

第二章 监测与评价过程

（一）监测内容与指标

1．根据国家重点监控合理用药药品目录、公立医院绩效监测指标、等级医院评审标准以及其他国家级药事管理相关政策，结合实际情况，合理制定本院重点监测药品的及监测指标。

2．充分利用信息化手段，对重点监测药品的采购供应、临床使用、临床效果、不良反应等信息进行监测。重点监测品种应包括但不限于国家基本药物、国家重点监控合理用药药品、国家集采药品、短缺药品、超说明书用药药品、特殊管理药品等。

（二）监测过程

1．利用信息化手段，针对监测内容与指标进行监测，定期收集、整理、分析数据，并积极构建药品使用预警机制，同时结合药品使用评价，提高临床应用合理性。

2．数据收集、整理与分析

（1）基于药品使用监测平台，对国家基本药物、抗菌药物、抗肿瘤药物及其辅助用药、国家集采药品、短缺药品等药品使用情况进行动态监测，及早识别和发现使用异常或监测指标不达标的药品，分析并查找原因，提出并落实干预和改进措施。

（2）根据各临床科室专业特点，科学设定药品临床合理应用指标，定期分析和评估合理应用管理情况。

（3）在数据分析和深度挖掘的基础上，定期形成药品使用监测报告，为优化药品结构和合理使用提供参考。

（4）在药品相关信息和数据的收集、汇总、分析、统计过程中，注意防止不规范的行为发生，防止出现数据泄露的情况，保证信息和数据的安全。

3．建立药品监控预警机制及应对策略。通过对药品使用情况的实时监测，结合药品使用评价工作，确定重点监控品种与预警值，制定并落实相应管控措施。

（三）评价过程

1．对药品监测结果进行分析与评价，评价方法包括但不限于处方点评、药品临床综合评价等。

2．建立健全处方点评制度与实施细则。应以循证医学证据为基础，以药品说明书、诊疗规范、临床诊疗指南等为依据，遵循安全、有效、经济的原则，制定医疗机构处方点评标准，开展科学、有序、有目标的处方点评工作。

（1）日常处方点评：根据相关法律法规要求，结合医院诊疗科目、科室设置、技术水平、诊疗量等实际情况，对门急诊处方、住院医嘱等定期进行抽样点评。

（2）专项处方点评：参照国家、省、市等相关要求，结合医院药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题，对特定的药物或特定疾病用药进行专项点评，如国家基本药物、抗菌药物、抗肿瘤用药、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、激素及超说明书用药和围手术期用药等。

（3）异常监测数据点评：根据药品使用监测情况，重点针对药品使用量或金额排名靠前、药品使用波动幅度较大等情况进行点评。

（4）定期根据新规范、新指南、新共识，结合处方点评工作实际情况制定与更新评价标准，科学、规范的实施处方点评工作。

第三章　结果应用

（一）定期公布药品监测与评价结果，通报不合理用药情况，开展合理用药宣讲，建立结果应用关联机制。

（二）根据药品使用监测与评价结果，对药事管理、处方管理和临床用药等方面存在的问题，进行汇总和综合分析，及时与临床科室及相关部门沟通讨论，提出质量改进建议，并向药事委员会报告。

（三）将药品使用监测与评价结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标。

第四章　质量管理与评价改进

（一）质量控制

1．定期对监测与评价工作进行检查。

2．检查内容可包括制度是否完整、监测指标是否合理、评价过程是否规范、评价结果是否按要求反馈与公示、是否有持续改进工作等。

（二）持续改进

1．通过处方审核、药品负面用药清单管理、超常药品预警与监控、临床合理用药责任状等手段，持续优化合理用药，保障临床用药的安全、有效、经济。

2．定期总结药品使用监测与评价工作经验，不断持续改进。

第五章　药品使用监测指标

（一）安全性指标

1．严重或新的药品不良反应上报率；

2．用药错误报告率；

3．药品质量事件数量。

（二）合理性指标

1．处方合理性监测：门诊处方审核率、急诊处方审核率、住院用药医嘱审核率、静脉用药集中调配医嘱干预率、门诊处方点评率、门诊处方合格率、住院医嘱点评率、住院医嘱合格率；

2．基本药物使用监测：门诊/住院基本药物使用率、基本药物采购品种数占比；

3．国家集中采购药品使用监测：国家组织药品集中采购中标药品使用比例、国家组织药品集中采购中标药品用量/同通用名药品用量占比；

4．抗菌药物使用监测：门/急诊抗菌药物使用率、住院患者抗菌药物使用率/使用强度、住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比、Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率；

5．抗肿瘤药物使用监测：门诊患者抗肿瘤药物处方合格率、住院患者抗肿瘤药物应用合理率；

6．其他药物使用监测：住院患者静脉输液使用率、住院患者中药注射剂静脉输液使用率、住院质子泵抑制药注射剂使用率、住院 H_2 受体拮抗剂注射剂使用率、急诊糖皮质激素静脉输液使用率等。

（三）经济性指标：

1．门诊/住院次均药品费用增幅；

2．基本药物采购金额比例；

3．重点监控药品使用金额占比。

（四）药品采供指标：

1．医疗机构基本用药目录品种、品规数；

2．医疗机构短缺药品上报情况；

3．药品周转天数；

4．药品网上采购率。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法[EB/OL].(2019-08-26).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201909/3a86b1c3ae204640acf57080a6486240.shtml.

[2]中华人民共和国卫生部.处方管理办法[EB/OL].(2007-02-14).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/6a4ee53e4a3a407fbd9f520e1e2662c5.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[EB/OL].(2011-01-30).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201103/0819a008695340a1a61173a09ef674df.shtml.

四、修订原因

修订了目的，修改了制度内容，增加了参考文献。

五、修订记录

2026 年 01 月第 1 次修订

第七章　医院感染管理制度

医院感染分级管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-013-11	制定时间：2001-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：10
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为全面提升我院医院感染预防与控制工作的科学性、精细化和效能水平，有效预防和控制医院感染，提高医疗质量，保证医疗安全，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）健全感控分级管理体系，实行医院感染管理委员会、感染管理科、感控管理小组三级管理，医院根据诊疗活动实际，配置数量充足、结构合理的感控专（兼）职人员，认真履行职责，开展院科二级风险评估。

（二）医院感染管理委员会主任委员由医院院长担任，委员会由相关部门主要责任人组成。临床科室及其他部门须成立感控管理小组，科主任（部门负责人）为本科室（部门）感控工作的第一责任人。

（三）各部门在感控工作中分工明确，各司其职，严肃问职追责机制，具体要求如下：

1. 感染管理科负责决策和技术支持，加强医院感染监测、防控督导、风险评估以及对感控骨干力量的培训考核；

2. 医务部负责落实首诊负责制，制定相关诊疗方案、流程、应急预案和医疗人员调配，对全体医师进行感控培训和考核；

3. 护理部负责诊疗物品的消毒灭菌、患者及陪护人员的管理和隔离、护理人员调配，对全体护理人员进行感控培训考核，督促落实诊疗场所的清洁消毒与隔离；

4. 后勤保障部负责环境的清洁消毒、医疗废物处置、医疗建筑感控布局流程的落实；

5. 药学部负责为临床提供抗感染药物信息，指导临床合理使用抗菌药物。

6. 医学装备科、器械材料科和采购招标管理中心负责相关物资的采购、储备及发放，对防护用品、消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核；

7. 安全监督科负责医院入口管理、保障诊疗秩序和安全，协助门急诊做好预检分诊工作；

8. 门诊部及急诊科负责落实预检分诊，做好门急诊相关患者的安置、隔离与救治；

9. 临床检验部门负责医院感染相关检测及数据汇总分析，按时提供给感染管理部门，并保障实验室生物安全；

10. 公共卫生科负责全院突发公共卫生事件监测、传染病及慢性病防治等公共卫生工作，并协助感染管理科落实传染病防控中的医院感染控制措施；

11. 临床科室及其他部门感控管理小组，建立适用于本科室及部门的感控制度并监督落实。

12. 纪律检查（纪检）部门负责建立感控巡查整改制度，建立问题台账，并销账落实；对各部门在感控工作中的疏失及违规违纪行为进行问责追责。

（四）规范预检分诊工作，落实院内传染病防控措施。将发热伴有呼吸道、消化道感染症状，以及其他季节流行性感染疾病症状、体征的就诊者纳入预检分诊管理。将基于特定病种、操作和技术等的感染防控核心措施纳入重点病种临床路径管理和医疗质量安全管理。参与抗菌药物临床合理应用与管理。

（五）建立感控知识培训制度，引导全体工作人员践行“人人都是感控实践者”的理念，将感控理念和要求融入诊疗活动全过程、全环节、全要素之中；定期开展培训效果评价，对第三方人员同步进行感控宣教与考核。

（六）明确管理体系中各层级、各部门及其内设岗位的感控职责；明确各层级内部、外部沟通协作机制。属地细化科室、部门感控 SOP，加强发热门诊、隔离留观病房、血液净化中心、新生儿科、消毒供应室、手术麻醉部、DSA 导管室、重症医学科、内镜中心、感染性疾病科、口腔科、产房、检验科、输血科等重点部门医院感染的监测、预警与处置工作。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第 48 号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]国家卫生健康委员会.关于进一步完善医疗机构感染预防与控制工作机制的通知：联防联控机制医疗发〔2021〕71 号[EB/OL].(2021-08-16).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202108/1b62b824643d4c6691e8e1adb26788ca.shtml.

[3]WS/T 860- 2025 医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025年发布的《医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准》进行修订。

五、修订记录

2011年01月第6次修订

2016年03月第7次修订

2021年09月第8次修订

2023年09月第9次修订

2025年12月第10次修订

感控风险评估制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-014-04	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：3
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步规范医疗机构及医务人员针对诊疗活动开展风险评估，有效采取干预措施，降低感染发生风险，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 临床科室为感染预防与控制的主体，应针对感控风险开展综合分析、评价、预判、筛查和干预等活动，应定期开展病例、病种风险评估、感染聚集、流行和暴发等的风险评估。

2. 全院及感控重点部门根据诊疗活动的特点定期规范开展医院、科室、部门的感控风险评估。

3. 感控小组成员应明确本科室/部门感控主要风险因素和优先干预次序，并针对性制定干预措施，组织实施，定期评价，体现持续改进。

4. 感控部门应明确影响本机构感控的主要风险因素和优先干预次序，根据风险评估结果，合理设定或调整干预目标和策略，采取基于循证证据的干预措施。

5. 建立感染高危人员筛查的工作机制，针对感控重点病例实施相应的隔离防护措施。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）：国卫办医函〔2019〕480号[EB/OL].（2019-05-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201905/dc3b843c4139446e886ffb1c9c690c09.shtml.

[2]WS/T 312-2023 医院感染监测标准[S].
[3]WS/T 860-2025 医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准[S].
[4]WS/T 524-2025 医院感染暴发控制标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025发布的《医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准》《医院感染暴发控制标准》进行修订。

五、修订记录

2021年09月第1次修订
2023年10月第2次修订
2025年12月第3次修订

医院感染质量督查与考评制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-015-07	制定时间：2005-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为强化医院感染防控责任意识，形成全过程、全环节、全链条的感染管理体系，建立一套科学、系统、持续的质量改进机制，促进感染管理质量持续改进，切实保障患者安全，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）感染管理科制订医院感染监测计划方案，掌握医院感染发病情况、感控重点人群、重点环节、高危因素，医院感染病原体特点及细菌耐药性，抗菌药物使用、病原学送检率等，为医院感染控制提供科学依据。

（二）通过医院感染实时监控软件，监控全院感染预警信息，动态监控现患率，每月监测分析数据信息，不断完善诊断策略。医院感染发病率、医院感染漏报率、Ⅰ类切口手术部位感染率、抗菌药物治疗前病原学送检率等符合感控标准，病例判定遵循WS/T 857- 2025医院感染病例判定标准。

（三）严格执行无菌技术操作规范，消毒灭菌合格率达100%，一人一针一管一用一灭菌执行率达100%。

（四）审核、查验使用中的消毒药械、一次性医疗用品的证件，质量符合要求，在有效期内规范、正确使用，用后进行无害化处理。

（五）医疗废弃物按要求严格分类放置，规范交接、转运，不得外流，全流程信

息化监管、可追溯。

（六）抗菌药物应用符合省卫健委及我院制定的相关规定，提高抗菌药物目标性治疗，有效管控细菌耐药。

（七）针对高风险人群、高发感染部位、高感染风险部门等开展目标性监测，主要感染部位的感染防控措施质量监测，如呼吸机相关肺炎（VAP）、血管导管相关血流感染（CRBSI）、手术部位感染（SSI）、导尿管相关尿路感染（CAUTI）、血液透析导管相关性感染等。

（八）定期进行环境卫生学监测，使用中的消毒液，每季度至少 1 次生物监测，灭菌剂每月 1 次生物监测；自配消毒灭菌剂，现配现用，监测有效浓度合格后使用。不合格物品不得进入临床使用。

（九）灭菌器械应规范物理、化学与生物监测，B-D 监测符合要求，灭菌物品实行追溯化管理。进入人体无菌组织、器官或接触破损皮肤、黏膜的医疗用品和接触皮肤、黏膜的医疗用品，应符合标准要求。

（十）手卫生多部门督查考评，坚持属地管理，手卫生设施齐全便利，洗手液和快速手消毒液的规范使用，消耗量能体现手卫生依从性持续改进。

（十一）督查与考评

1. 将医院感染管理纳入科室医疗质量安全管理中，科室负责人作为第一责任人属地管理。

2. 感染管理科对重点部门每季度开展全面督查，进行书面反馈，落实质量持续整改；科室感控小组每月对本科室各项感染防控措施落实情况进行自查。当有医院感染流行，怀疑与医院环境卫生学因素有关时，应及时报告感染管理科组织流调监测。

3. 院感专职人员定期对重点科室、重点环节及重点人群进行现场督查、指导，并根据各类监测结果及时汇总、分析和反馈，落实持续质量改进。

4. 奖励各级人员上报隐患事件，及时发现并扼杀医院感染相关安全风险。

5. 各类监测与督查结果纳入科室综合目标管理绩效考核中。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第 48 号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）：国卫办医函〔2019〕480 号[EB/OL].（2019-05-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201905/dc3b843c4139446e886ffb1c9c690c09.shtml.

[3]WS/T592-2018 医院感染预防与控制评价规范[S].

[4]江苏省卫生厅.关于印发《江苏省医院感染管理专职人员管理办法（试行）》

的通知：苏卫规（医政）〔2010〕7 号[EB/OL].(2010-11-04).https://www.jiangsu.gov.cn/art/2010/11/4/art_46830_2680893.html.

[5]WS/T 857- 2025 医院感染病例判定标准：通用原则[S].

[6]WS/T 860- 2025 医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于 2025 年发布的《医院感染病例判定标准：通用原则》《医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准》进行修订。

五、修订记录

2011 年 01 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2021 年 09 月第 4 次修订

2023 年 09 月第 5 次修订

2025 年 12 月第 6 次修订

感控分级培训制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-016-06	制定时间：2009-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：5
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范和系统化全院医院感染管理培训工作，提升不同岗位、不同层级医务人员医院感染预防与控制的知识水平及实践能力，构建“全员掌握、重点精通、管理高效”的感控知识体系，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）医疗、护理、后勤、管理等相关工作人员应自觉接受医院感染预防与控制知识的培训，各临床科室/部门属地负责，确保实现全员培训。

（二）多途径多形式培训，通过医院 OA 网、医院培训与考试系统等在线培训考核，通过岗前教育、集中讲课、座谈、幻灯录像、技术训练、现场指导等方法增强培训效果。

（三）感染管理科每年组织不少于 2 次全院性医院感染知识技能集中培训，对各级管理和医、护、技、工勤人员进行预防和控制医院感染知识的常规培训和考核。各临床科室/部门负责人对本单元工作人员培训知识的掌握及落实情况进行过程评价、督查。

（四）培训内容包括：

1. 各级管理人员：应了解医院感染管理工作进展及相关理论，和本院、本管辖领域医院感染管理的要点及相关管理知识。

2. 医、护、技：应掌握医院感染诊断标准，无菌技术操作规程，医院感染暴发和处理步骤，标准预防，消毒隔离，抗感染药物合理应用，多重耐药菌管理，流行病学知识，手卫生规范与感染控制，医疗废物的处理等相关知识。

3. 工勤人员：应重点掌握标准预防、消毒隔离、职业防护、医疗废弃物的处理等基本知识和技能；对特殊岗位按相关要求进行培训、考核。

（五）医院感染管理专职人员，须参加省级岗位培训并获得培训合格证书。

（六）对新上岗人员、进修生、实习生进行医院感染防控知识和技能的岗前培训，考核合格后方可上岗。

（七）其他管理与医务人员都应积极参加预防、控制医院感染相关知识的继续教育和学术交流活动。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第48号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]江苏省卫生厅.关于印发《江苏省医院感染管理专职人员管理办法（试行）》的通知：苏卫规（医政）〔2010〕7号[EB/OL].(2010-11-04).https://www.jiangsu.gov.cn/art/2010/11/4/art_46830_2680893.html.

[3]WS/T 525-2016 医院感染管理专业人员培训指南[S].

[4]WS/T 860-2025 医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025年发布的《医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准》进行修订。

五、修订记录

2013年01月第1次修订

2016年03月第2次修订

2019年09月第3次修订

2023年09月第4次修订

2025年12月第5次修订

病区医院感染管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-017-07	制定时间：2005-05-01

适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

病区是患者诊疗、康复和医护人员开展工作的主要场所，也是医院感染预防与控制的关键环节，为规范医务人员医疗操作行为，确保诊疗环境安全、达到有效预防和控制医院感染发生的目的，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）建立病区医院感染管理小组，负责病区医院感染管理工作，科室负责人为医院感染管理第一责任人，主诊医师为感控医生，护士长或推荐骨干护士为感控护士，重点部门确定感控专门负责人。

（二）明确科室人员的感控职责，感染管理小组负责本病区医院感染管理的各项工作，结合病区特点，制定本科室的感控制度、SOP，并组织实施。

（三）诊疗区域洁污分开，分区明确，保持病区内环境整洁，通风良好，无卫生死角。提供便利的手卫生设施，有醒目、正确的手卫生标识（洗手流程图或洗手图示等），配备合格的防护用品。

（四）病区物体表面（包括监护仪器、设备等的表面）应每天湿式清洁，保持清洁、干燥；遇污染时应及时清洁与消毒，发生多重耐药菌等感染时执行强化消毒措施。擦拭物体表面的布巾，不同患者之间和洁污区域之间应更换；擦拭地面的地巾、拖把等不同病房及区域之间应更换，用后集中清洗、消毒，干燥保存。

（五）加强本病区各类工作人员的医院感染管理知识和技能的培训与考核，定期考核保洁员的感控相关知识，如清洁与消毒、手卫生、个人防护，加强患者、陪护、探视及其他人员的感控知识，如手卫生、隔离等的宣教。

（六）规范医院感染监测，及时处置感控预警信息，上报医院感染病例，配合开展目标性监测、医院感染暴发监测、多重耐药菌感染等监测，定期自查、分析感控质量，发现问题及时改进，并做好相应记录。

（七）发现传染病疫情或其他感染性疾病聚集、暴发、流行以及突发原因不明的传染病时，应当遵循疫情报告属地管理原则，按照要求报告。

（八）怀疑医院感染暴发与空气、物体表面、医务人员手、消毒剂等污染有关时，应对空气、物体表面、医务人员手、消毒剂等进行监测，并针对目标微生物进行检测。

（九）使用性能不稳定消毒剂（含氯消毒剂）时，应现配现用，并在每次配制后进行浓度监测，符合要求后方可使用，配制后使用时间不应超过 24h。碘伏、复合碘消毒剂、季铵盐类、氯己定类、碘酊、醇类皮肤消毒剂应注明开瓶日期或失效日期，确保在有效期内使用。

（十）床单元应进行定期清洁、消毒，遇污染应及时清洁与消毒；直接接触患者

的床上用品（床单、被套、枕套等），应一人一更换，住院时间超过一周时，应每周更换；间接接触患者的床上用品（被芯、枕芯、褥子、病床隔帘、床垫等），应定期清洗与消毒，被污染时应及时更换、清洗与消毒。更换后的用品应及时处置，患者出院时应进行终末消毒。橘红色收集袋（箱）放置并密封运送特殊病原菌感染及被血液、体液、分泌物、排泄物污染的感染性织物。

（十一）评估患者感控风险，实施保护性隔离或感染性隔离。根据疾病传播途径采取（接触、飞沫或空气）隔离措施，标识正确、醒目。根据感控风险，实施单间或床边隔离。隔离患者的物品专人专用，定期清洁与消毒，患者出院或转院、死亡后应进行终末消毒。接触隔离患者的工作人员，应按照隔离要求，使用相应的隔离防护用品，并规范手卫生，维护物理屏障和行为屏障隔离。

（十二）对传染病患者及其用物应按传染病管理的有关规定，采取相应的消毒、隔离和管理措施。

（十三）严格执行侵入性操作的感控措施，如呼吸机相关性肺炎、导管相关血流感染、导尿管相关泌尿道感染、手术部位感染等的预防与控制标准操作规程。

（十四）加强病区消毒物品与无菌物品的使用管理

1. 根据药品说明书的要求配置药液，现用现配。抽出的药液和配制好的静脉输注用无菌液体，放置时间不应超过 2h；启封抽吸的各种溶媒不应超过 24h。

2. 无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过 24h；干罐储存无菌持物钳使用时间不应超过 4h。

3. 盛放消毒剂进行消毒与灭菌的容器，应达到相应的消毒与灭菌水平。

4. 一次性医疗器械由医院统一购置，妥善保管，应在有效期内一次性使用，用后作为医疗废物处理。

5. 进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌。

6. 接触完整皮肤、完整黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒。

7. 各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具应一用一灭菌。

8. 重复使用的器械、器具和物品（弯盘、治疗碗、呼吸机管路等）由消毒供应中心集中管理，接触完整皮肤的医疗器械、器具及物品（听诊器、监护仪导联、血压计袖带等）应保持清洁，被污染时应及时清洁与消毒。

9. 湿化水、湿化瓶、呼吸机管路、呼吸机、新生儿暖箱等的清洁、消毒，应遵循有关标准的规定。

10. 治疗车上物品应摆放有序，上层放置清洁与无菌物品，下层放置使用后物品；治疗车应配备速干手消毒剂，每天进行清洁与消毒，遇污染随时进行清洁与消毒。

11. 患者生活卫生用品（如毛巾、面盆、痰盂、便器、餐饮具等）应保持清洁，

个人专用，定期消毒；患者出院、转院或死亡后应进行终末消毒。

（十五）严格落实标准预防措施，正确使用防护用品，侵袭性诊疗、护理操作过程中（如在置入导管、经椎管穿刺等），应戴医用外科口罩，规范手卫生，维护行为屏障隔离，安全注射。

（十六）结合本病区多重耐药菌感染及常见致病菌耐药情况，按照抗菌药物管理要求合理使用，提高病原菌目标治疗率。

（十七）规范医疗行为，开展注射、治疗、换药等无菌技术诊疗操作时，应遵守无菌技术操作规程，规范落实手卫生。

（十八）规范医疗废物及污水的管理

1. 医疗废物应正确分类收集，感染性医疗废物置黄色废物袋内，锐器置于锐器盒内。隔离的（疑似）传染病患者或隔离的非传染病感染患者产生的医疗废物应使用双层黄色垃圾袋包装，鹅颈式密闭封口。

2. 患者的引流液、体液、排泄物等，可直接排入污水处理系统。

（十九）医务人员应遵循标准预防的原则，在工作中执行标准预防的具体措施。发生职业暴露后，应及时进行局部处理，并按照要求和流程进行报告，并追踪检测相关指标。

（二十）接受感控工作的监督、检查与指导，定期开展自查，落实医院感染管理相关改进措施，评价改进效果，做好相应记录。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第48号.[DB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）：国卫办医函〔2019〕480号[EB/OL].（2019-05-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201905/dc3b843c4139446e886ffb1c9c690c09.shtml.

[3]WS/T 510-2016 病区医院感染管理规范[S].

[4]WS/T 313-2019 医务人员手卫生规范[S].

[5]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[6]WS/T 508-2025 医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准[S].

[7]WS/T 512- 2025 医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025年发布的《医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准》《医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准》进行修订。

五、修订记录

2011 年 01 月第 2 次修订
2016 年 03 月第 3 次修订
2021 年 09 月第 4 次修订
2023 年 09 月第 5 次修订
2025 年 12 月第 6 次修订

标准预防措施管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-018-03	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：2
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为切实防范医院感染风险，建立科学、系统、规范的防护体系，减少院内传播风险，保障患者与医务人员安全，将标准预防理念融入每一个诊疗环节，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）严格落实手卫生管理措施，不断提高医院工作人员手卫生依从性

1. 完善临床科室手卫生管理考核制度，建立手卫生监测、评估、干预和反馈机制，不断提升医务人员手卫生知识知晓率、手卫生依从性和正确率。

2. 强化临床科室手卫生执行的主体责任，加强日常自查与监督管理。

3. 多部门、多种形式全覆盖开展医务人员的手卫生宣传、教育和培训，并对培训效果进行考核。感控、医务、质管、护理、科教等部门定期开展手卫生的宣传教育、培训、实施、监测和考核等工作。

4. 后勤保障部负责配备性能完好、规范、数量足够、使用方便的手卫生设施，重点部门及临床诊疗区域应配备非手触式水龙头。

（二）严格执行隔离制度，有效维护物理屏障和行为屏障隔离

1. 根据患者感染风险，实施保护性隔离与感染性隔离措施。建立规范的物理屏障隔离（如单间隔离或同类患者集中隔离或床边隔离等方式）。

2. 加强医务人员隔离技术培训，为隔离患者和医务人员提供必要的个人防护用品，隔离患者所用诊疗物品应当专人专用（听诊器、血压计、体温计等）。

3. 加强对隔离患者的探视、陪护人员的感控知识宣教与管理，指导和监督探视、陪护人员选用合适的个人防护用品，防护级别与医务人员相同。

4. 对隔离措施执行情况进行督查、反馈，并加以持续质量改进。

5. 医务人员在诊疗活动中，应在标准预防的基础上，按照疾病传播途径和防控级别，严格实施针对性隔离措施。新发传染病应严格执行卫生行政部门的防护要求。

（1）普通隔离

①接触病人血液、体液、分泌物、排泄物及其污染物品时，应戴一次性使用医用橡胶检查手套，进行手术、换药等无菌操作以及接触患者黏膜和非完整皮肤前，应戴一次性使用灭菌橡胶外科手套。在接触同一病人污染部位后如需接触清洁部位，应更换手套。脱手套后必须手卫生。

②患者血液、体液、分泌物、排泄物可能发生喷溅时应戴口罩、护目镜或防护面罩，穿隔离衣。

③污染的医疗用品和仪器设备应及时清洁、消毒处理。

④避免可能会造成锐器损伤的操作，如用后的针头不可回套针帽。

（2）特殊感染隔离：在标准预防的基础上，需根据疾病传播类型增加基于传播方式的隔离预防措施。

①多重耐药菌（MRSA、VRE、CRE、CR-AB、CR-PA 等）感染或定植患者，尽可能单人单间，严格执行多重耐药菌接触隔离管理措施。

②经空气、飞沫传播疾病的隔离防护（肺结核、麻疹），患者应尽可能单间安置在负压病房内，无条件时，同类患者可同住一室，严格病室空气净化消毒。

③法定传染患者，应严格限制患者的活动范围（就诊点、临时安置地），尽快隔离转诊集中安置地（感染性疾病科），病情允许，病人尽可能戴医用外科口罩/医用防护口罩。

工作人员应做好空气传播疾病个人防护，医务人员在标准预防基础上，正确使用医用防护口罩，使用隔离衣或防护服等其他防护用品。

（三）严格执行诊疗区域环境清洁消毒管理制度

1. 坚持属地管理，明确职责，临床科室是医疗环境物表清洁消毒的主体部门，护理组具体负责诊疗环境、物表清洁消毒效果，空气净化效果，水质符合标准的日常维护、实施、监控，发现有不合格或有安全隐患时，应及时汇报感染管理科及相关部门。后勤、医学装备科负责空调通风、空气净化系统与医疗用水系统设备的日常清洁消毒、新风管理和监管维护。

2. 根据感控风险，制定不同区域环境物表清洁消毒规范、标准操作流程和监督检查的规定。

3. 开展诊疗环境物表清洁消毒过程及效果的监测、自查。

4. 临床科室制订并严格执行感染暴发（疑似暴发）后的环境清洁消毒规定与床单元终末处置流程。

5. 确保科内培训全覆盖，严格维护诊疗环境符合要求。

（四）严格执行诊疗器械、物品清洗消毒、灭菌管理制度

1. 复用诊疗器械、器具、物品由消毒供应中心集中供应统一管理。

2. 根据复用诊疗器械、物品的感染风险分级，科学采用不同的清洗、消毒、灭菌方法、程序和技术规范，严格过程和结果监测，建立质量追溯机制和相应的应急预案。

3. 复用器械、物品使用后应及时去除明显污物预处理，根据需要做保湿处理。通常情况下应先清洗后消毒，灭菌，朊病毒、气性坏疽及突发不明原因传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，应在灭菌处置前按 WS/T367 要求消毒处理，相关操作人员应当做好职业防护。

4. 严格执行口腔器械、内镜、外来器械、植入物等清洗消毒灭菌管理制度。

5. 严格落实一次性使用诊疗器械、物品的使用管理制度，不得重复使用。

6. 加强消毒、灭菌产品和一次性医疗用品的证件审核，确保符合管理规定，在有效期内规范使用。

（五）严格执行安全注射管理制度

1. 规范医疗行为，严格实施无菌技术操作，制订落实安全注射技术规范和操作流程。

2. 医务、质管、护理为安全注射主管责任部门，感控部门加强监督与技术指导，加强医务人员的安全注射相关知识与技能培训。

3. 一次性使用注射用具应当一人一针一管一用一废弃；可复用注射用具应当一人一针一管一用一清洗灭菌；严禁注射用具及注射药品的共用、复用等不规范使用。

4. 加强注射前、注射中和注射后的全过程风险管理、监测与控制，强化对注射全过程中各相关操作者行为的监督管理。

5. 正确使用口罩、帽子、手卫生物品，实施无菌操作，规范医疗废物处置。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第 48 号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）：国卫办医函〔2019〕480 号[EB/OL].（2019-05-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201905/dc3b843c4139446e886ffb1c9c690c09.shtml.

[3]WS/T 367-2012 医疗机构消毒技术规范[S].

[4]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[5]WS/T 313-2019 医务人员手卫生规范[S].

[6]WS/T 510-2016 病区医院感染管理规范[S].

[7]WS/T 310.1-2016 医院消毒供应中心第一部分：管理规范[S].

[8]WS/T 511-2016 经空气传播疾病医院感染预防与控制规范[S].
[9]WS/T 512- 2025 医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025年发布的《医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准》进行修订。

五、修订记录

2023年09月第1次修订

2025年12月第2次修订

医务人员手卫生管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-019-07	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范医务人员手卫生行为，降低医院感染风险，保障患者和医务人员自身安全。现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）明确各部门在手卫生管理工作中的职责：感染管理科负责手卫生管理制度的制定、全员培训及督查工作；医务部、护理部分别负责对临床医、技、护工作人员手卫生行为的指导和管理；工勤管理办公室负责监管工勤人员手卫生工作落实情况；后勤保障部门负责提供合格的手卫生设施。各科室属地管理，将手卫生纳入医疗质量考核，提高医务人员手卫生的依从性。

（二）院科两级定期组织开展手卫生培训，医务人员必须掌握手卫生知识和正确的手卫生方法。

（三）各科室按要求配备有效、便捷、适宜的手卫生设施、手卫生流程图、外科计时装置等。手术部（室）、重症医学科、产房、导管室(DSA)、洁净层流病区、新生儿科、母婴同室、血液净化中心、烧伤病区、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心、检验科、内镜中心等感染高风险部门和治疗室、换药室、注射室应配备非手触式水龙头。

（四）严格规范医务人员进入手术部（室）前的手卫生行为，外科手术前，医护人员(包括手术医师、器械护士、跟台器械师)必须规范外科手消毒后进入手术部(室)；麻醉师、巡回护士等人员进入手术部（室）前必须规范洗手。

（五）所有人员进入重点部门（如手术麻醉部、重症医学科、新生儿科等）必须规范手卫生。

（六）所有工作人员必须掌握洗手和手消毒指征，按要求严格落实手卫生规范。

（七）使用正确的六步洗手法及卫生、外科手消毒方法，并保证足够的时间，保障洗手与手消毒效果。

（八）洗手的皂液宜使用一次性原装的挤压式液体皂，如使用分装液体皂，容器应定期清洁和消毒，洗手液发生浑浊或变色等变质情况时及时更换，并清洁、消毒容器。

（九）洗手后的干手物品或设施避免二次污染，可使用一次性纸巾或用干手器。

（十）接触患者的体液（血液、组织液等）分泌物、排泄物、呕吐物及污染物品时，应戴一次性使用医用橡胶检查手套；进行手术、换药等无菌操作、接触患者破损皮肤、黏膜时，应戴一次性使用灭菌橡胶外科手套。戴手套不能代替手卫生，摘手套后应进行手卫生。

（十一）常规开展手卫生效果监测，每季度对手术部（室）、重症医学科、产房、导管室（DSA）、洁净层流病区、移植病区、新生儿科、母婴同室、血液净化中心、烧伤病区、感染性疾病科、口腔科、内镜中心等重点部门医务人员进行手卫生消毒效果监测。当怀疑医院感染聚集或暴发与医务人员手卫生有关时，及时进行监测，并进行相应病原微生物的检测，采样时机为工作中随机采样。

（十二）手套使用注意事项

1. 诊疗护理不同的患者之间应更换手套。

2. 为同一位患者处置，由污染部位向清洁部位移动时必须更换手套。

3. 操作完成后脱去手套，应按照规定程序与方法洗手，戴手套不能代替洗手，必要时进行手消毒。

4. 操作时发现手套破损，应及时更换。

5. 戴无菌手套时，应防止手套污染。

6. 一次性手套应一次性使用，不能重复使用。

7. 不得使用手套的几种情况：①书写时；②触摸门把手、电话、电脑键盘、电梯按钮、楼梯扶手、手推车手柄、办公用品、医疗仪器等设施时；③取用治疗室内清洁物品。

三、参考文献

[1]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[2]WS/T 313-2019 医务人员手卫生规范[S].

[3]WS/T 855-2025 手术部（室）医院感染控制标准[S].

[4]GB 27950-2020 手消毒剂通用要求[S].

[5]WS/T 860-2025 医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025年发布的《手术部（室）医院感染控制标准》《医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准》进行修订。

五、修订记录

2016年03月第2次修订

2020年10月第3次修订

2021年09月第4次修订

2023年09月第5次修订

2025年12月第6次修订

无菌技术操作制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-020-08	制定时间：1991-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：7
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范无菌物品准备、无菌区域建立与维护、无菌操作、药液和注射器具管理以及污染后的处置，降低侵入性诊疗、换药、穿刺、手术等过程的微生物污染风险，特制定本制度。

二、内容

（一）管理要求

1. 定期对相关人员开展无菌操作相关培训，内容包括安全注射风险因素、非安全注射危害、安全注射关键措施等。

2. 加强对注射前准备、实施注射操作和注射操作完成后医疗废物处置等全过程的风险管理、监测与控制，强化对注射全过程中各相关操作者行为的监督管理。

3. 部门负责人及医务人员执行无菌技术操作的管理职责，感控部门及相关条线部门履行监督指导责任。

（二）操作原则

1. 进行无菌操作的诊疗环境洁净符合标准，规范诊室的清洁与消毒灭菌。

2. 坚持属地管理，无菌、清洁、污染物品必须严格按分区、分类定点放置，储存环境应清洁干燥。无菌物品应有明显标识，并定期检查有效期，包装完整性及相关标识。

3. 无菌操作前应严格执行手卫生，根据操作类型穿戴工作服、无菌手术衣、帽

子、外科口罩、无菌手套。

4. 建立无菌区域前检查环境和所需物品，尽量一次备齐。无菌物品一旦包装破损、受潮、掉落污染区域、超过有效期或无菌状态不能确认，应视为污染并重新处理或弃用。未经消毒的手不可触及无菌物品或跨越无菌区域，不得面向无菌区大声谈笑、咳嗽、打喷嚏。

5.进行中心静脉导管置管、经导丝更换中心静脉导管等高风险操作时，严格执行最大无菌屏障。手术部（室）无菌技术按 WS/T 855-2025 及相关手术标准执行.

6. 持无菌容器时，应手托其底部，不触及容器边缘及内面。取无菌物品需用无菌持物钳夹取，取出的物品不得暴露在空气中 ，必须存放于无菌包或无菌容器中，超过 4 小时不得使用。物品一经取出后，即使未污染也不可以再放回无菌容器内。

7. 使用的无菌液体宜现配现用，抽出的药液、开启的静脉输入用无菌液体须注明时间，超过 2 小时后不得使用。启封抽吸的各种瓶（袋）装溶媒超过 24 小时不得使用。

8. 为患者手术、治疗、换药时，应按清洁、污染、感染、特殊感染的次序进行，并严格更换手套并进行手卫生。被污染的组织、器械及敷料等，应及时放入相应容器内规范处理。

9. 一次性使用无菌医疗器械实行一人一用一废弃，一套无菌物品只能供应一个患者使用，可复用器械按其风险等级送清洗、消毒或灭菌。

10. 无菌操作过程中发生手套破损、物品落地、跨越污染区域等可能破坏无菌状态的情况，应立即评估并更换受影响物品或重新建立无菌区

三、参考文献

[1]中华人民共和国国家卫生健康委员会.消毒管理办法[EB/OL].(2002-03-28).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100174/201806/9079ad870582425f81b77b32fe98238e.shtml.

[2]WS/T 367-2012 医疗机构消毒技术规范[S].

[3]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[4]WS/T 313-2019 医务人员手卫生规范[S].

[5]WS/T 856-2025 安全注射标准[S].

[6]WS/T 855-2025 手术部（室）医院感染控制标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于 2025 年发布的《安全注射标准》《手术部（室）医院感染控制标准》进行修订。

五、修订记录

2011 年 03 月第 3 次修订

2016 年 03 月第 4 次修订
2021 年 09 月第 5 次修订
2023 年 10 月第 6 次修订
2025 年 12 月第 7 次修订

安全注射管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-021-03	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：2
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为有效管控因注射导致的感染风险，规范注射操作，保护注射者，降低医务人员职业暴露风险，确保患者及医护人员安全，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）管理要求

1. 定期对相关人员开展安全注射相关培训，内容包括安全注射风险因素、非安全注射危害、安全注射关键措施等。

2. 加强对注射前准备、实施注射操作和注射操作完成后医疗废物处置等全过程的风险管理、监测与控制，强化对注射全过程中各相关操作者行为的监督管理。

3. 部门负责人履行安全注射的管理职责，感控部门及相关条线部门履行监督指导责任。

（二）注射操作要求

1. 配置与注射药物应在安全规范的环境中进行，非紧急使用的注射药品由治疗准备室或静配中心集中调配，紧急使用注射药物可在床旁配置，配置后立即使用。

2. 注射操作前应做好评估，确保环境、设施设备、物品、药品等清洁、安全、有效。

3. 提供数量充足，符合规范的个人防护用品。操作前应进行风险评估，根据注射类型及患者情况选取正确的防护用品。实施中心血管导管置管、经导丝更换中心血管导管等操作时，操作者应采用最大化无菌屏障，辅助人员应佩戴一次性帽子、外科口罩。

4. 严格遵守无菌技术原则和手卫生规范，落实查对制度，正确执行安全注射操作流程，规范皮肤消毒，避免注射部位、注射器具和药品污染。

5. 诊疗活动中使用的一次性注射用具应当一人一针一管一用一废弃，可复用器

具应一人一用一消毒。注射用具从无菌包装中取出后应立即使用，若未能立即使用，应放入刚打开未污染的原包装袋内或无菌盘内，放置时间不超过 4h。杜绝使用污染的注射用具、避免共用、复用等不规范使用。

6. 药品使用前应检查有效期、药液性质及包装完整性。宜使用单剂量药液，多剂量药液宜专人专用。向药液瓶塞刺入针头或折断安瓿前，应使用 75%乙醇溶液消毒瓶塞或安瓿颈部并充分待干。

7. 药液宜现配现用，已抽吸药液的注射器应放置在无菌盘或无菌包装袋内，放置时间不超过 2h；启封抽吸的各种溶媒使用不超过 24h；配制好的肠外营养液如需存放，应放置在 2－10℃冰箱内，输注前复温，24h 输注完毕。

8. 减少不必要的注射，尽量采用无针系统等安全注射方式或装置。避免手持锐器随意走动、双手回套针帽、徒手拆卸/传递/二次分拣使用过的针头锐器等危险操作。

9. 尽量减少输液附加装置的使用，使用前应对输液接头或导管端口表面及螺口进行全方位机械擦拭消毒并待干。遇到污染、血液残留、密闭性受损等情况应及时更换。

10. 操作时应配备方便使用、大小合适的利器盒，使用过的利器应立即放入利器盒中，锐器容量达到利器盒容积的 3/4 时应封闭并更换利器盒。对使用后的医疗废物进行规范分类收集、运送、暂时贮存和交接。

三、参考文献

[1]WS/T 856-2025 安全注射标准[S].

[2]GBZ/T 213-2008 血源性病原体职业接触防护导则[S].

[3]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[4]WS/T 433-2023 静脉治疗护理技术操作规范[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于 2025 年发布的《安全注射标准》进行修订。

五、修订记录

2023 年 09 月第 1 次修订

2025 年 12 月第 2 次修订

诊疗器械消毒灭菌制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-022-07	制定时间：2009-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为适应最新法规与技术发展，提升消毒灭菌质量，杜绝医院感染，保障患者安全与医疗质量，实现操作的标准化与可追溯管理，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）管理要求

1. 定期组织医务人员关于消毒灭菌相关知识的培训。

2. 定期对诊疗器械消毒灭菌工作进行检查与监测，及时总结分析并反馈，追踪改进情况。

3. 为从事诊疗器械处置相关工作的人员提供相应的防护用品，保障职业安全。

（二）诊疗器械消毒灭菌原则

1. 进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌；

2. 接触完整皮肤、完整黏膜的诊疗器械、器具物品应进行中水平以上效果的消毒；

3. 与完整皮肤接触而不与黏膜接触的物品宜采用低水平消毒或清洁处理。

4. 重复使用的诊疗器械、器具和物品，使用后应及时进行预处理，去除明显污物，并根据需要做保湿处理。采用封闭方式回收至消毒供应中心集中清洗、消毒、灭菌。

5. 特殊感染患者（如阮病毒体、气性坏疽及突发原因不明的传染病）用过的医疗器械和物品，应双层封闭包装并标明感染性疾病名称，由消毒供应中心先进行无害化处理，再根据需要进行清洗、消毒、灭菌或按感染性医疗废物处理。

（三）根据物品的性质选择消毒或灭菌方法

1. 可根据物品污染后导致感染的风险高低、物品上污染微生物的种类及数量、消毒物品的性质不同情况分别选择灭菌剂、高效、中效、低效消毒剂。

2. 灭菌首选高压蒸汽灭菌，其次为低温灭菌、化学消毒剂。耐热、耐湿物品（如手术器械）首选压力蒸汽灭菌；耐热的油剂和干粉类等首选干热灭菌；不耐热、不耐湿的物品（如导管）宜采用低温灭菌；内镜可选用低温灭菌。

（四）使用化学消毒剂必须了解消毒剂的性能、作用、使用方法、影响消毒效果的因素等。配制时注意有效浓度，并按规定定期监测。更换消毒剂时，必须对用于浸泡消毒液的容器进行清洗消毒处理。

（五）应根据不同的消毒与灭菌方法，采取适宜的防护措施。

三、参考文献

[1]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[2]WS/T 310.1-2016 医院消毒供应中心第一部分：管理规范[S].

[3]WS/T 367-2012 医疗机构消毒技术规范[S].

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2016 年 03 月第 2 次修订

2020 年 10 月第 3 次修订

2021 年 09 月第 4 次修订

2023 年 10 月第 5 次修订

2025 年 12 月第 6 次修订

消毒隔离管理工作制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-023-11	制定时间：1998-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：10
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为预防和控制感染性疾病传播，降低交叉感染风险，保障工作人员、服务对象及公众健康安全；规范消毒隔离操作流程，确保措施有效落实；符合国家法律法规及行业标准要求，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 定期对医务人员及医疗相关人员进行消毒隔离技术知识的培训，牢固树立标准预防及消毒隔离观念，根据暴露风险选择个人防护用品，严格落实手卫生指征。

2. 医院建筑布局、功能流程须达到防止院内交叉感染，防止污染环境的要求，有利于清洁、消毒处理，符合洁污分开的原则，整体区域划分应明确，标识规范清晰。

3. 深入组织、器官的医疗卫生用品必须达到灭菌，接触皮肤、黏膜的器械和用品要达到消毒。严格执行无菌技术操作原则，各种注射、穿刺等侵入性操作必须一人一用一灭菌。

4. 室内保持良好通风，每日通风不少于 2 次，每次不少于 30 分钟；空气、物表、地面按规定进行清洁消毒。病人出院、转科或死亡后，必须进行终末消毒处理。

5. 医院污水必须经消毒达标后再排放。由后勤保障部专人负责，监测记录齐全。

6. 医院工作人员工作服须定期更换，由洗衣房统一清洁消毒，不得穿工作服进入食堂、宿舍和医院以外的地方。患者被服保持清洁，每周更换不少于一次，污染时及时更换。

7. 根据《医疗废物管理条例》及《医疗卫生机构医疗废物管理办法》对医疗废物进行统一收集、运送、储存、处置。医院污物运送车辆、工具等必须进行消毒。

8. 使用合格的卫生防护用品、消毒灭菌药械，采购时必须向生产单位索取卫生

许可证、注册证和产品合格证、卫生安全评价报告等相关证件，严格按照产品说明正确使用。

三、参考文献

[1]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[2]中华人民共和国国家卫生健康委员会.消毒管理办法[EB/OL].(2002-03-28).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100174/201806/9079ad870582425f81b77b32fe98238e.shtml.

[3]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[4]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第48号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[5]中华人民共和国第十四届全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法:中华人民共和国主席令第四十七号[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[6]WS/T 368- 2025 医院空气净化管理标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025年发布《医院空气净化管理标准》的进行修订。

五、修订记录

2011年01月第6次修订

2016年03月第7次修订

2021年09月第8次修订

2023年09月第9次修订

2025年12月第10次修订

消毒隔离工作多部门协作管理机制

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-024-03	制定时间：2021-08-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：2
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为提高各部门在消毒隔离工作中的协同作用，增强监测预警信息的联动性，提升应急响应能力，确保医院消毒隔离的效果，降低院内交叉感染风险，特制定院内各科

室之间的协作管理机制。现结合本院实际情况，特制定本机制。

二、内容

第一章 健全消毒隔离管理组织

成立医院感染管理委员会，全面负责医院消毒隔离管理工作。感控分管院长为组长，成员由主要临床科室负责人和感染管理科、医务部、护理部、药学部、后勤保障部、器械材料科、医学装备科等职能科室负责人组成。

第二章 消毒隔离管理组织职责

（一）组织制定修订全院消毒隔离制度；及时跟进国家新发布院感行业标准动态更新院内制度及 SOP 文件。

（二）对全院各类医护人员进行消毒、灭菌、无菌操作和隔离技术的教育培训及考核。

（三）监督指导医护人员严格执行无菌技术操作、消毒、灭菌及隔离技术，落实一次性使用无菌医疗用品的使用。

（四）进行监督、检查和指导，发现问题及危险因素认真分析，针对问题协助查找原因，提出整改措施。一旦发生医院感染聚集或暴发，应现场进行调查，分析原因，采取相应对策，改进消毒灭菌方法和隔离措施，有效管控医院感染风险。

（五）定期或不定期开展活动，协商医院消毒隔离工作，优化管控流程；建立多部门联动响应机制，接到感控预警信息及时开展部门间信息互通与协同处置。

第三章 主要管理部门职责

（一）感染管理科职责

1. 负责决策和技术支持，指导全院各部门制定消毒隔离制度。

2. 组织对全院各类医护人员进行消毒、灭菌、无菌操作和隔离技术的知识培训及考核。

3. 定期对医院环境卫生学状况及消毒、灭菌效果进行监督与监测，并及时汇总、分析监测结果，发现问题及时与职能科室和临床科室沟通，制定、修订感控措施，并督导实施。

4. 组织开展消毒药械、一次性使用无菌医疗用品的全流程（购入、储存、使用及用后处理）监管。

（二）护理部职责

1. 对全体护理人员进行院感防控知识的培训与考核。

2. 负责诊疗物品的消毒灭菌管理。

3. 负责患者及陪护人员管理和隔离。

4. 负责监督、指导护理人员严格落实无菌技术操作和手卫生规范、消毒、灭菌、隔离、职业防护、一次性无菌医疗用品管理制度的落实。

5. 监督落实多重耐药菌消毒隔离核心防控措施。

6. 规范落实诊疗区域单元化清洁消毒。

（三）工勤管理办公室职责

1. 负责对全院的保洁员、外勤、护工等人员的管理，加强对该人群的消毒隔离知识培训。

2. 负责督查该人群消毒隔离工作落实情况：手卫生、环境物表清洁消毒、医疗废弃物的处理、医用织物的处理、床单元终末处理等，规范其操作流程。

3. 负责监督、指导工勤人员的职业暴露防护工作，降低院感风险。

（四）医务部职责

1. 组织医师和医技人员参加消毒隔离知识的培训。

2. 监督、指导医师和医技人员严格执行手卫生规范、无菌操作、职业防护的管理制度。

3. 督查临床医技人员多重耐药菌消毒隔离措施的落实。

4. 参与指导落实免疫力低下等人员的保护性隔离措施的依从性管理。

（五）临床科室职责

1. 结合本科室实际，制定消毒隔离制度，并落实到位。

2. 组织本科室医护人员、工勤人员积极参加预防和控制医院感染知识的培训，并督查严格落实。

3. 负责监督本科室工作人员严格执行无菌技术操作，落实消毒隔离和标准预防各项措施。

4. 各护理单元根据科室特点设立兼（专）职医院感控督导员，检查督促本部门消毒隔离工作。

5. 按规定进行消毒灭菌效果和环境卫生学监测，符合有关标准要求。

6. 护理人员必须遵守消毒灭菌原则，根据物品的性能选用适当方法进行消毒、灭菌，熟悉消毒剂的性能、作用、使用方法、影响灭菌或消毒效果的因素等。

7. 保持病房整洁，做好患者、陪客、探视人员的宣教和管理。

（六）后勤保障部职责

1. 负责医疗垃圾的规范收集、运送、登记、暂存地与医废外包公司交接管理，做好全流程、闭环管理。

2. 负责医疗废物处置相关知识的培训。

3. 加强医废处置人员的健康监测，做好年度体检，参与防护督查，降低职业暴露风险。

4. 负责生活垃圾、未污染输液瓶、输液袋的集中管理。

5. 负责医院公共区域的清洁、消毒及诊疗环境的应急消毒工作。

6. 负责督促做好洗衣房被（衣）服的清洁消毒工作及消毒隔离知识培训。

7. 负责污水处理正常运行，各项检验指标合格达标并及时登记。

8. 负责建筑感控布局和隔离流程的落实。

（七）微生物室职责

1. 负责使用中消毒、药械微生物染菌量的检测。

2. 负责医院感染常规微生物学监测。

3. 开展医院感染病原微生物的培养、分离、鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析、向有关部门反馈。

（八）药学部职责

1. 为医务人员提供职业暴露应急干预药物。

2. 为多重耐药菌感染隔离患者提供用药治疗技术支持。

3. 针对免疫力低下隔离患者，提供预防或治疗用药技术支持。

4. 组织抗菌药物临床应用培训，指导合理使用抗菌药物。

（九）器械材料科、医学装备科职责

1. 负责消毒器械的日常检测、维护管理。

2. 为医务人员提供合格的消毒、隔离防护用品。

3. 对采购的防护用品、消毒药械、一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核。

三、参考文献

[1]WS310.3-2016 医院消毒供应中心 第三部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准[S].

[2]WS/T511-2016 经空气传播疾病医院感染与控制规范[S].

[3]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第48号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[4]中华人民共和国第十四届全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法：中华人民共和国主席令第四十七号[EB/OL].(2025-04-30).ABZ0cnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[5]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[6]WS/T 508-2025 医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准[S].

[7]WS/T 512-2025 医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准[S].

[8]WS/T 860-2025 医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准[S].

[9]WS/T 524-2025 医院感染暴发控制标准[S].

四、修订原因

根据根据国家卫生健康委于2025年发布的《医院空气净化管理标准》《医疗机

构医用织物洗涤消毒技术标准》《医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准》《医院感染暴发控制标准》《医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准》，以及《中华人民共和国传染病防治法（2025 年修订）》等进行修订。

五、修订记录

2023 年 09 月第 1 次修订

2025 年 12 月第 2 次修订

诊疗环境清洁消毒制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-025-07	制定时间：2001-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为预防和控制诊疗环境内病原体传播，降低感染风险；保障患者、医护人员及其他相关人员健康安全；确保诊疗活动符合医疗卫生法规与标准，维护医疗质量；通过终末消毒彻底清除患者诊疗结束后残留的病原微生物，阻断交叉感染链条，营造安全洁净的诊疗环境，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）管理要求

1. 感染管理科定期对环境表面清洁与消毒质量进行监测、指导与评价，并将评价结果及时反馈给主管部门，持续质量改进。

2. 定期开展全员培训，医院工作人员应掌握本部门环境清洁与消毒制度、标准化操作程序，负责本区域内日常清洁与突发应急事件的环境表面清洁与消毒的监管工作。

3. 院内改造与修缮前感染管理科应参与环境表面污染风险评估，监督修缮过程中可能存在的污染情况。

4. 承担环境表面清洁服务的第三方机构应建立健全的质量管理体系，定期开展环境表面清洁与消毒质量自评工作；对服务人员的岗前及岗位培训内容应包括医院感染防控相关知识和技能。

（二）日常环境清洁消毒

1. 按照不同等级风险区域的要求实施环境物表清洁消毒规范。

2. 遵循先清洁再消毒的原则，采取湿式卫生的清洁方式。

3. 根据环境表面和污染程度选择合适的清洁剂，避免使用高浓度消毒剂进行日常消毒。如有明确病原体污染，根据病原体抗力选择有效消毒剂。

4. 清洁病室或诊疗单元时，应由上而下，由里到外，由轻度污染到重度污染；对收治多名患者的病室进行清洁时，应遵循“清洁单元”原则，不同患者之间应更换清洁工具。

5. 被患者体液、血液、排泄物、分泌物等污染的环境表面，应根据具体情况，选择中水平及以上消毒方法，对于少量（＜10mL）污染的表面，可先清洁再消毒；对于大量（≥10mL）污染的表面，应先用吸湿材料去除可见的污染，并根据污染的病原微生物特点选用适宜的消毒剂进行消毒。

6. 发生感染暴发、环境表面检出 MRSA、CRO、耐药真菌等多重耐药菌、新发或突发不明原因传染病病原体污染等情况时应增加清洁消毒频次，或同时采用两种及以上的消毒方式实施强化清洁消毒。

7. 对高频接触、易污染、难清洁与消毒的环境表面，可采取屏障保护措施，覆盖物实行一用一更换。

8. 合理选择清洁工具并分区使用，使用不同颜色区分，数量应满足临床需要。使用后集中清洁消毒处理，干燥备用。

9. 严禁将使用后或污染的擦拭布巾及地巾浸泡至清水、使用中的清洁剂和消毒剂内“重复浸泡再次使用”。

10. 实施清洁与消毒时应做好个人防护，工作结束时规范实施手卫生。

（三）终末清洁消毒

1. 病人出院、转科、死亡后，应对其居住过的床单元及相关医疗仪器设备、家具、卫生盥洗间等进行彻底清洁消毒。

2. 拆除使用后的床品放入防渗漏的污物袋，感染性织物应放入橘红色收集袋（箱）中，封口转运。

3. 枕芯、床垫、棉被等使用具有干燥功能的清洗专用设备单独洗涤、消毒；无肉眼可见污染的可使用床单位消毒器进行消毒处理。

4. 当怀疑发生洗手水槽相关感染暴发时，应开展水槽清洁与消毒，必要时更换下水器与排水管。

5. 病室通风换气，保持空气新鲜。必要时用空气消毒机进行消毒。发生呼吸道传染病，或经空气传播病原微生物污染时，宜对室内空调风机盘管、进出风口格栅、冷凝水盘等进行清洁消毒或更换。

6. 特殊感染患者（被气性坏疽、经血传播病原体、突发不明原因传染病的病原体或分枝杆菌、细菌芽孢引起的传染病）应依据 WS/T 367-2012、WS/T 512-2025 附录及国家专项方案，综合病原体抗力、污染量、材质兼容性、接触时间和消毒产品说明书选择方法。

7. 按照卫生行政部门最新标准落实传染病、感染暴发、新发或不明原因传染病

感染的终末处置并开展环境表面清洁与消毒效果评价工作。

8. 终末消毒应在患者出院后 24 小时内完成。

三、参考文献

[1]WS/T 313-2019 医务人员手卫生规范[S].

[2]WS/T 510-2016 病区医院感染管理规范[S].

[3]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[4]中华人民共和国国家卫生健康委员会.消毒管理办法[EB/OL].(2002-03-28).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100174/201806/9079ad870582425f81b77b32fe98238e.shtml.

[5]WS/T 367-2012 医疗机构消毒技术规范[S].

[6]WS310.3-2016 医院消毒供应中心 第三部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准[S].

[7]WS/T 512-2025 医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准[S].

[8]WS/T 508-2025 医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于 2025 年发布的《医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准》（WS/T 512-2025）及《医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准》（WS/T 508-2025）进行修订。

五、修订记录

2011 年 01 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 04 月第 4 次修订

2023 年 09 月第 5 次修订

2025 年 12 月第 6 次修订

附件

不同等级风险区域的日常清洁与消毒管理

风险等级	清洁消毒分类	方式	频次（次/天）	评价要求
低度风险区域（如行政区）	清洁级	湿式卫生	1-2	清洁干燥、无尘无污垢、无碎屑、无异味
中度风险区域（如普通病房、门诊科室）	卫生级	湿式卫生，可用清洁剂，可根据需要用湿巾纸或含氯消毒液消毒	2	环境表面菌落总数≤10CFU/cm2，或自然菌减少 1 个对数值以上
高度风险区域（各重点部门）	消毒级	高频接触的环境表面可用酒精或含氯消毒液消毒	≥2	定期检查，符合不同环境区域的检测要求
注 1.各类风险区域的环境表面一旦发生患者体液、血液、排泄物、分泌物等污染时应立即实				

施污点清洁和消毒；2.开展侵入性操作等高度风险诊疗活动结束后，应立即实施污染范围内的环境表面清洁和消毒。

医院空气净化管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-026-06	制定时间：2010-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：5
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院空气净化管理工作，有效预防和控制医院内空气传染性疾病的感染与传播，保障医疗安全，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）管理要求

1. 应由经过专业培训的管理团队负责空气净化系统的运行和维护，保障各临床科室的有效使用。

2. 各感染高风险科室（如手术麻醉部、静配中心、消毒供应中心、血液净化中心等）定期对本部门进行空气净化效果进行监测，并对监测结果进行分析与反馈。

3. 洁净手术部（室）及其他洁净场所新建与改建验收时以及更换高效过滤器后应进行空气净化效果监测；遇医院感染暴发怀疑与空气污染有关时随时进行监测，并进行相应致病微生物的检测。

（二）空气净化方法与运行管理

1. 在条件允许时，优先采用自然通风，通风时避免影响特定区域空气流向。病区、诊室等区域每日自然通风不应少于 2 次，每次不少于 30 分钟。经空气传播性疾病流行期间，应增加通风频次。

2. 机械排风适用于室内空气污染较重的污染区域（如发热门诊、卫生间等），排风口宜安装在房门对侧。机械送风与机械排风用于需控制气流流向的区域时，要设定换气次数，确保空气从清洁区流向污染区。定期对机械通风设备进行清洁，遇污染及时清洁消毒。

3. 新风口及其周围环境应保持清洁，避免新风污染。空气过滤器应定期检查、清洗消毒与更换。排风口、回风口过滤器（网）应根据污染情况定期清洗消毒，遇污染及时清洗消毒。空气处理机组、表冷器、加热器、冷凝水盘、冷却塔和冷却水系统每年进行清洗消毒。

4. 经空气传播性疾病暴发流行时，风机盘管加新风空调系统应在场所启用前 1 小时开启，并保障排风系统正常运行；排风系统应在场所每天启用前或关闭后，提前或延后运行 1 小时。

5. 接诊经空气传播性疾病患者后，在收治其他疾病患者前，对诊疗房间的风口、冷凝水盘、风机盘管等设备和部件进行清洗、消毒或更换。冷凝水应集中收集后排入

污水处理系统。如遇情况不明时，应暂时关闭空调系统。爆发结束后应对空调进行全面清洁与消毒。

6. 紫外线灯应在无人状态下，禁止在易燃易爆场所使用。使用方式可采取悬吊式或移动式直接照射，悬吊式悬挂高度在 1.8－2.2 米，辐射照度应≥1.5W/m³，时间≥30 分钟。室内应保持清洁干燥，温湿度过高或过低应适当延长照射时间。灯管应保持清洁，每周至少用 75%乙醇擦拭一次。使用中灯管辐射照度至少每半年监测一次，253.7 nm 紫外线灯在规定测定条件下低于 70μW/cm² 应立即更换，并建立使用时长和强度监测记录。

7. 如使用空气消毒机进行空气消毒，应根据待消毒区域的体积大小，选择适宜的、通过安全评价并备案的产品，应在密闭环境中进行，避免与室外空气流通。循环风空气消毒机可在有人状态下使用，臭氧、二氧化氯等化学因子的空气消毒机必须在无人状态下使用，消毒后需充分通风，待消毒因子浓度降至安全水平方可进入。空气消毒机的进、出风口严禁遮挡。各类消毒机按说明书使用和进行定期维护。

8. 采用洁净技术的区域使用前应提前开启洁净设备至少 30 分钟。运行中必须保持门关闭，严格控制人员数量。回风口严禁遮挡。负压区域缓冲闸门必须保持互锁功能有效，开启间隔应大于一分钟。房间内压差应每日观察并记录，发现异常立即报修。各类过滤器（网）应按要求及污染程度定期检查清洁更换。负压隔离病房过滤更换时应先消毒后更换，维护人员做好防护。

9. 不同区域应根据环境分类、污染情况及空间内人员流动情况选择符合要求的空气净化方式。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医疗机构消毒技术规范：WS/T 367-2012[M].北京：中国标准出版社，2012.

[2]WS310.3-2016 医院消毒供应中心 第三部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准[S].

[3]GB 15982-2012 医院消毒卫生标准[S].

[4]中华人民共和国国家卫生健康委员会.消毒管理办法[EB/OL].(2002-03-28).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100174/201806/9079ad870582425f81b77b32fe98238e.shtml.

[5]WS/T 368-2025 医院空气净化管理标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于 2025 年发布的《医院空气净化管理标准》进行修订。

五、修订记录

2013 年 03 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2019 年 09 月第 3 次修订
2023 年 09 月第 4 次修订
2025 年 12 月第 5 次修订

医院消毒灭菌效果及环境卫生学监测与质量改进制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-027-09	制定时间：1993-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：8
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

预防和控制医院感染，保障患者、医务人员及其他相关人员的健康安全；规范消毒灭菌及环境卫生学监测工作，确保监测数据真实、准确、可靠；通过监测发现问题，持续改进消毒灭菌及环境卫生管理质量；为医院感染管理决策提供科学依据，提升医院整体感染防控水平。现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）消毒灭菌效果监测

1. 消毒灭菌物品监测：按规定对消毒、灭菌物品进行消毒灭菌效果监测，消毒物品每季度一次，细菌总数不能超过标准，不得检出致病性微生物；不常规开展灭菌物品的无菌检查，当流行病学调查怀疑医院感染事件与灭菌物品有关时，在无菌条件下进行相应物品的无菌检查。

2. 消毒灭菌器监测：使用中的消毒灭菌器械属地管理，规范监测，记录翔实。监测不合格时，不得使用于临床。

（1）高压蒸汽灭菌器监测：包括物理监测、化学监测、生物监测和 B-D 测试；预真空压力蒸汽灭菌器每天灭菌前需进行 B-D 试验，合格后进行正常灭菌。每锅物理监测；化学监测应进行包内、包外化学指示物监测；生物监测应每周至少监测一次；灭菌器新安装、移位和维修后，物理、化学监测通过后需连续三次空载生物监测合格后方可使用。

（2）低温灭菌器监测：每灭菌批次物理监测；每包内、外化学监测；生物监测频次按灭菌方式分别执行：环氧乙烷灭菌每灭菌批次监测；过氧化氢低温等离子体灭菌至少每日使用时监测 1 次。

（3）灭菌状态改变或监测不合格时，科内应重新进行灭菌效果评价，并暂停相关物品发放，追溯相关批次（包括新安装、移位、大修、包装材料改变、灭菌失败等）。

3. 化学消毒剂、灭菌剂的监测：使用中消毒剂每季度生物监测一次，其含菌量必须≤100cfu/ml，不得检出致病性微生物；使用中的灭菌剂每月生物监测一次，不

得检出任何微生物。化学消毒剂有效浓度监测由使用科室完成，每日使用前监测一次，监测均合格后使用。

（二）紫外线消毒灯进行日常监测和辐照强度监测：坚持属地管理，日常登记灯管使用时间，定期监测辐照强度（不低于 70μW/cm^2），使用中灯管每半年监测 1 次，不合格及时更换。

（三）消毒（灭菌）软式内镜生物学监测：每季度监测各种消毒或灭菌后的软式内镜（如胃镜、肠镜、纤维支气管镜、喉镜等）及其他消毒物品，采用轮换抽检的方式，每次按 25%的比例抽检。内镜数量少于等于 5 条的，应每次全部监测；多于 5 条的，每次监测数量应不低于 5 条，细菌总数≤20cuf/件，不得检出致病菌。

（四）复用医疗器械、器具、物品的监测：消毒供应中心集中管理，定期进行抽样监测。进入人体无菌组织、器官或接触破损皮肤、黏膜的医疗用品必须无菌；接触完整黏膜的医疗用品细菌菌落总数≤20cfu/（g 或 100cm^2），不得检出致病性微生物。

（五）血液净化系统监测

1. 透析用水、透析液每月进行微生物监测，细菌数≤100cfu/ml，达到或超出 50cfu/ml 为干预水平；透析用水、透析液每季度进行内毒素监测，内毒素分别≤0.25 EU/mL、0.50EU/mL，分别达到或超出 0.125EU/mL、0.25EU/mL 为干预水平。超纯透析液如开展监测，应达到细菌菌落总数＜10CFU/100mL、内毒素＜0.03EU/mL 等标准要求。每台透析机透析液轮流监测，每年至少循环 1 次。

2. 透析用水的化学污染物每年至少监测一次，软水硬度及游离氯每周至少监测 1 次，检测方法与结果必须符合标准。

（六）空气、物体表面和手卫生监测

1. 感染高风险部门如手术麻醉部、静配中心、产房、导管室（DSA）、层流洁净病房等Ⅰ类、Ⅱ类环境每季度（有特殊管理要求的部门按相应标准执行）、Ⅲ类环境根据需要对空气、物表及医务人员手进行监测。

2. 医疗场所新建或改建验收时，洁净手术部更换高效过滤器后、医院感染暴发怀疑与空气污染有关时，及时进行空气动态采样，分离鉴定致病性微生物进行监测。

3. 洁净手术部（室）及其他洁净场所根据洁净房间总数，合理安排每次监测的房间数量，须保证每个洁净房间每年至少空气监测一次。

4. 集中空调通风系统的检测：卫生学评价应每年≥1 次，卫生检测抽样比例不应少于空气处理机组对应的风管系统总数量的 5%。不同类型的集中空调系统，每类至少抽 1 套，每套应选择 3～5 个代表性部位，冷却水和冷凝水分别不应少于 1 个部位。每套空调系统选择 3～5 个送风口进行微生物相关指标检测，且每个送风口设一个采样点。

（七）监测结果反馈与质量改进

1. 感控护士负责诊疗环境监测的采样与送检，感染管理科对诊疗环境卫生学及消毒灭菌效果的监测进行培训与督查指导。临床微生物室负责培养、鉴定和结果报告。

2. 感染管理科定期统计分析消毒、灭菌监测结果，将结果纳入医疗质量管理，通过《医院感染管理简报》信息反馈。异常结果科室应立即查找原因组织整改，感染管理科跟踪指导纠偏，评价质控效果。感染风险增高时，及时调整监测频次与采样标本类型。感染聚集或暴发流行时，相关科室应密切配合流调采样检测。

三、参考文献

[1]WS/T 313+2019 医务人员手卫生规范[S].

[2]WS/T 510-2016 病区医院感染管理规范[S].

[3]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[4]中华人民共和国国家卫生健康委员会.消毒管理办法[EB/OL].(2002-03-28).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100174/201806/9079ad870582425f81b77b32fe98238e.shtml.

[5]WS/T 367-2012 医疗机构消毒技术规范[S].

[6]WS310.3-2016 医院消毒供应中心第三部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准[S].

[7]WS/T 512-2025 医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准[S].

[8]WS/T 508-2025 医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准[S].

[9]WS/T 368-2025 医院空气净化管理标准[S].

[10]WS/T 854-2025 血液透析部门（中心）医院感染预防与控制标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025年发布的《医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准》《医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准》《血液透析部门（中心）医院感染预防与控制标准》进行修订。

五、修订记录

2011年01月第4次修订

2016年03月第5次修订

2019年09月第6次修订

2023年09月第7次修订

2025年12月第8次修订

医院消毒药械管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-028-07	制定时间：2000-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为有效预防和控制医院感染，保障患者、医护人员及其他人员健康安全；规范消毒药械的采购、验收、储存、使用、监测等环节管理，确保质量合格、使用规范；符合国家卫生法律法规及消毒技术规范要求，提升医疗质量，降低医疗风险。现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 医院感染管理委员会负责全院使用的消毒、灭菌药械的监督管理。

2. 感染管理科按照国家有关规定，对拟购入的消毒、灭菌药械的资质进行审核，对医院消毒、灭菌药械的购入、存储和使用进行监督、检查和指导。

3. 感染管理科负责对消毒、灭菌药械使用效果进行抽查，对存在的问题及时汇报医院感染管理委员会并提出改进措施。

4. 采购部门应根据临床需要和医院感染管理委员会的意见对消毒药械的审定意见进行采购，按国家规定查验所需证件，监督进货质量。

5. 建立消毒、灭菌药械的采购和出入库登记机制并由专人负责。消毒产品入库时按照产品类别必须查验生产企业卫生许可证(复印件)、产品卫生安全评价报告、产品备案凭证；属于新消毒产品时查验相应卫生许可批件（复印件），复印件应加盖有原件持有者的印章且在有效期内；查看产品标签、说明书、合格检验证明、有效期、批号和必要的检验资料，监督进货产品质量，分类存放。

6.属于医疗器械管理范围的消毒/灭菌设备，还应查验注册或备案信息以及生产、经营相关资质，不得以消毒产品资质替代医疗器械资质

6. 自配消毒剂（如含氯消毒液），应现配现用，密闭存放。建立消毒剂使用登记册，记录配制浓度、日期，浓度监测结果、操作人员签名等内容，并严格按照要求正确使用。

7. 医院对使用消毒器械，建立使用登记册，登记消毒对象、消毒时间、操作者和定期消毒效果监测的监测结果，以备查验。

8. 医疗器械管理部门应对临床使用的大型消毒、灭菌器械进行定期维护，发现问题及时处理。

9. 使用部门应准确掌握消毒、灭菌药械的使用范围、方法、注意事项；掌握消毒、灭菌剂的使用浓度、配制方法、消毒对象、更换时间、影响因素等。消毒器械应定期清洁维护和保养，发现问题及时报告感染管理科。

10. 禁止使用过期、淘汰、无合格证明的消毒、灭菌药械。

三、参考文献

[1]国家市场监督管理总局.医疗器械注册与备案管理办法(国家市场监督管理总局令第 47 号）[EB/OL].（2021-08-26）.https://www.gov.cn/zhengce/2021-08/31

/content_5723519.htm.

[2]WS 628-2018 消毒产品卫生安全评价技术要求[S].

[3]中华人民共和国国家健康委员会办公厅.医疗器械监督管理条例:中华人民共和国国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.nhc.gov.cn/bgt/gwywj2/202103/d1d32cd516af4c78bcb7eed0d90f8b2c.shtml.

[4]中华人民共和国国家卫生健康委员会.消毒管理办法[EB/OL].(2002-03-28).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100174/201806/9079ad870582425f81b77b32fe98238e.shtml.

[5]WS/T 367-2012 医疗机构消毒技术规范[S].

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2011年01月第2次修订

2016年03月第3次修订

2019年09月第4次修订

2023年10月第5次修订

2025年12月第6次修订

一次性使用无菌医疗用品管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-029-09	制定时间：2000-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：8
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为保障患者医疗安全，预防和控制因一次性使用无菌医疗用品使用不当导致的感染；规范采购、验收、储存、发放、使用及用后处理等环节管理；确保所用产品符合质量标准，杜绝不合格产品流入临床；遵循相关法律法规及规范要求，提升医疗质量管理水平。现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）购进管理

1. 医院所用一次性使用无菌医疗用品必须由医院采购部门统一集中采购，使用科室不得自行购入。

2. 采购前按医疗器械分类管理要求核验产品注册证或备案信息、生产企业和经

营企业相应许可/备案资质、产品技术要求及合格证明等。

3. 每次购置，器械材料科必须进行质量验收，订货合同、发货地点及货款汇寄账号应与生产企业、经营企业相一致，并查验每箱（包）产品的检验合格证、生产日期、灭菌日期及产品标识和失效期等，进口的一次性导管等无菌医疗用品应具有灭菌日期和失效期等中文标识。检查一次性输液（血）器、注射器等每一批号所附的检测报告。

4. 器械材料科专人负责建立登记账册，记录订货与到货的时间、购进产品的企业名称、供货单位、产品名称、数量、规格、单价、生产批号、灭菌批号、失效期、出厂日期、卫生许可证号、供需双方经办人姓名等。按照记录应能追查到每批无菌用品的进货来源。

5. 严格保管，专库贮存。室内洁净，物品存放于阴凉干燥、通风良好的贮物架上，距地面≥20cm，距墙壁≥5cm；不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。

（二）使用管理

1. 使用部门在使用前应复验产品的外包装、中包装，检查小包装有无破损、失效，产品有无不洁净等，发现问题及时记录反馈给器械材料科和护理部等相关部门，同时停止同批号产品的发放与使用。

2. 使用时若发生热原反应、感染或其他异常情况，必须及时留取样本送验，按规定详细记录，报告感染管理科、药学部、设备采购部门和护理部。

3. 医院发现不合格产品或质量可疑时，应立即停止使用，并及时报告管理部门，不得擅自处理。

（三）用后管理

1. 一次性医疗用品严禁重复使用，使用后作为医疗废物处置。

2. 属地管理，减量使用，各部门及各病区负责人负责一次性医疗用品的日常管理，感染管理科为一次性医疗用品的监管部门，定期对一次性使用无菌医疗用品的采购、使用、贮存和回收处理进行监督检查。

三、参考文献

[1]华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例（中华人民共和国国务院令第739号）[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.gov.cn/zhengce/2021-08/31/content_5723519.htm.

[2]国家市场监督管理总局.医疗器械注册与备案管理办法(国家市场监督管理总局令第47号）[EB/OL].（2021-07-22）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5654783.htm.

[3]国家市场监督管理总局.医疗器械使用质量监督管理办法(国家食品药品监督

管理总局令第18号）[EB/OL].（2016-02-01）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2016/content_5033899.htm.

[4]国家市场监督管理总局.医疗器械不良事件监测和再评价管理办法:国家市场监督管理总局、国家卫生健康委员会令第1号[EB/OL].（2018-08-13）.https://www.gov.cn/zhengce/2021-06/24/content_5728115.htm.

[5]WS/T 856-2025 安全注射标准[S].

[6]中华人民共和国生态环境部.医疗废物管理条例(中华人民共和国国务院令第380号)[EB/OL].（2011-01-08）.https://www.mee.gov.cn/ywgz/fgbz/xzfg/201906/t20190628_707961.shtml.

四、修订原因

根据中华人民共和国国务院于2024年发布的《医疗器械监督管理条例》、2025年国家卫生健康委发布的《安全注射标准》进行修订。

五、修订记录

2011年01月第4次修订

2016年03月第5次修订

2019年09月第6次修订

2023年09月第7次修订

2025年12月第8次修订

医用织物医院感染管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-030-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：感染管理科	修订版本：/
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为保障织物清洗质量，避免织物源性医院感染暴发风险，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）管理要求

1. 定期对社会化洗涤服务机构开展感染相关风险评估和现场督导，包括织物分类、运送、洗涤、消毒等全过程，并进行问题反馈，持续质量改进。

2. 定期对为医院提供服务的医用织物工作人员开展医院感染防控相关知识及技能培训。

（二）建筑布局

1. 应设污染区和清洁区，两区之间有完全隔离屏障，有污染区和清洁区人员专用通道、接收与发放医用织物的专用通道，工作流程由污到洁，不交叉、不逆行。各区域标识明确，通风、采光良好。

2. 洗衣中心清洁区应设烘干间，熨烫、修补、折叠间，储存与发放间，洁车存放处及更衣（缓冲）间等；污染区应设医用织物接收与分拣间、洗涤消毒间、污车存放处和更衣（缓冲）间等。污染区应安装空气消毒设施。污染区及各更衣（缓冲）间设非手触式水洗手设施。

3. 医用织物周转库房应分别设有不交叉、相对独立完全隔断的使用后医用织物接收区域和清洁织物储存发放区域，标识明确。室内应通风、干燥、清洁；地面、墙面应平整；有防尘、防蝇、防鼠等设施。

（三）人员管理

1. 污染区和清洁区穿戴的个人防护用品不交叉使用。

2. 在清洁区应穿工作服、工作鞋，并保持手卫生，可根据实际工作需要戴帽和手套。

3. 在污染区应遵循“标准预防”的原则，穿戴工作服、帽、口罩、手套、防水围裙和胶鞋，并进行手卫生；根据实际工作需要可选穿戴隔离衣或防护服、防护面屏或护目镜。

（四）医用织物使用、分类、运送、储存管理

1. 床单、被套、枕套等直接接触患者的床上用品，应一人一更换；患者住院时间超过一周时，应每周更换；被污染时应及时更换，更换后的用品应及时清洗与消毒。

2. 使用后的非感染性及感染性织物应分类收集，收集时减少抖动。感染性织物在床边收集，放入有“感染性织物”标识的橘红色专用水溶性包装袋内，装载量不超过容量的 3/4,封闭交接。非感染性织物采用可复用的专用布袋或包装箱（桶）收集，其包装袋和包装箱（桶）应有文字或颜色标识。

3. 盛装使用后医用织物的包装袋应扎带封口，包装箱（桶）应加盖密闭，一用一清洗消毒；使用后医用织物的暂存时间不应超过 48h，每次移交后，应对其接收区（间）环境表面、地面进行清洁；医用织物周转库房或病区暂存场所内使用的专用存放容器应至少一周清洗一次，如遇污染应随时进行消毒处理。

4. 应配备使用后医用织物及清洁织物的专用运输工具，消毒前不应交叉使用。采取封闭方式运送,不应与非医用织物混装混运。运送感染性织物的容器应分区放置，有明显标识；专用运输工具、车辆和容器应一用一清洗消毒。

5. 使用后的非感染性织物洗涤消毒前，应在洗涤消毒作业场所污染区指定区域内进行分拣，感染性织物避免分拣。

6. 清洁织物存放架或柜应距地面高度≥20cm，离墙≥5cm，距天花板≥50cm，存放间环境湿度≤70%，存放不超过 30d，湿度不符合要求时，存放时间宜适当缩短。

清洁织物存放期限内发现有污渍、异味等应重新洗涤；清洁织物储存发放区（间）环境受到污染时应进行清洁、消毒。

（五）医用织物洗涤、消毒原则

1. 根据医用织物使用对象和污渍性质、程度不同，应分机或分批，按照先洗涤后消毒原则进行处置。新生儿、婴儿的医用织物应专机洗涤消毒，不得与其他医用织物混洗，避免使用漂白剂；手术相关的医用织物（如洗手衣、手术衣、手术单等）应单独洗涤消毒。

2. 被朊病毒、气性坏疽、突发不明原因传染病的病原体或其他有明确规定的传染病病原体污染的感染性织物应先消毒后洗涤。

3. 对耐热的医用织物首选热洗涤方法，洗涤剂、漂白剂等的选用应遵守配伍原则，避免发生拮抗作用，洗涤方法应按洗涤设备操作说明书执行。若选择化学消毒，消毒方法应按消毒剂使用说明书执行。

4. 布巾、地巾宜单独洗涤、消毒。对采用机械洗涤的感染性布巾、地巾（包括可拆卸式地拖地巾或拖把头）消毒可使用 500mg/L 的含氯消毒剂浸泡。

5. 每天工作结束后应对污染区地面与台面采用有效消毒剂进行拖洗/擦拭；感染性织物每次投放洗涤设备后，应立即选用有效消毒剂对其设备舱门及附近区域擦拭消毒；清洁区的地面、台面、墙面应每天保洁。工作区域的物体表面和地面有明显血液、体液或分泌物等污染时，应及时用吸湿材料去除可见的污染物，再清洁和消毒。

6. 现有疥疮患者使用过医用织物或织物中有螨、虱、蚤等体外寄生虫时，应采用煮沸或蒸汽（100℃，时间≥15 min）等方法杀灭，并选用安全有效环境友好型的卫生杀虫剂对污染环境进行杀虫。

7. 污染区室内应加强通风，若采用机械通风，换气次数宜达到 10 次/h，最小新风量宜不小于 2 次/h；必要时进行空气消毒。当工作环境受到明确传染病病原体污染时，应选用有效消毒剂对环境空气和物体表面进行终末消毒。

（六）医院感染监测与报告

1. 由专人负责感染控制管理制度的日常监管。规范医院感染监测，各项监测结果应认真记录、存档，可追溯信息保存期不少于 1 年,发现问题及时报告与整改。

2. 每半年对物表、工作人员手和空气进行环境卫生学监测，符合Ⅲ类环境规定，同时检测清洁织物微生物指标的细菌菌落总数、大肠菌群、金黄色葡萄球菌，梅雨季节或清洁织物存放环境空气相对湿度高于 70%时增加检测真菌。根据工作需要或怀疑医院感染暴发与医用织物有关时，应进行目标微生物检测。

三、参考文献

[1]WS/T 508-2025 医疗机构医用织物洗涤消毒技术标准[S].

[2]WS/T 367-2022 医疗机构消毒技术规范[S].

[3]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

医疗废物管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-031-07	制定时间：2003-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强医疗废物的安全管理，防止疾病传播，保护环境，保障人体健康，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）医疗废物分类收集制度

1. 医疗废物根据《医疗废物分类目录 2021 版》，按感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物、化学性废物分类收集。

2. 根据医疗废物的类别，将感染性废物和损伤性废物分别用有警示标识的黄色专用医疗废物袋或容器封闭盛装，病理性废物必须防腐处理或低温保存，使用专用黄色医疗废物包装袋密闭盛装；输液、注射等直接涉及细胞毒性药物的软袋、药瓶、包装、注射器等，应作为药物性废物分类处置。

3. 感染性废物、损伤性废物、病理性废物、药物性废物及化学性废物不得混合收集。少量的普通药物性废物可以混入感染性废物处置，并且在标签上注明。

4. 废弃的麻醉、精神、毒性等药品及其相关的废物，依照有关法律法规由药品管理部门统一处置；放射性废物依照有关法律法规和国家有关规定、标准执行。

5. 化学性废物收集于容器中，粘贴标签并注明主要成分。其中批量的废化学试剂、废消毒剂交由专门机构处置。

6. 在盛装医疗废物前，应当对医疗废物包装物或者容器进行认真检查，确保无破损、渗漏和其他缺陷。

7. 医疗废物中病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液及其容器等高危险性废物，应在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者使用其他方式消毒，然后按感染性废物收集处理。

8. 隔离的传染病患者或疑似传染病患者产生的医疗废物，应当使用双层医疗废物包装袋盛装，并及时封闭。特殊传染病患者产生的具有传染性的排泄物，根据要求进行消毒后才能排入污水处理系统。

9. 放入包装物或容器内的感染性废物、病理性废物、损伤性废物不得取出。

10. 必须使用有警示标识和警示语的包装物或容器。如果其外表面被感染性废物污染时，应当对被污染处进行消毒或增加一层医废包装袋。

11. 禁止在非收集点、非暂时储存地点倾倒、堆放医疗废物，禁止将医疗废物混

入其他废物或生活垃圾。

（二）医疗废物产生部门工作制度

1. 根据医疗废物的类别，将医疗废物按照上述医疗废物分类收集处置制度分类收集，分置于本科室指定的医疗废物收集点，并装入统一规定的专用黄色废物袋内。

2. 在盛装医疗废物前，应当对医疗废物包装物或者容器进行认真检查，确保无破损、渗漏和其他缺陷。

3. 盛装的医疗废物达到包装物或者容器的 3/4 时，使用有效的封口方式，使包装物或者容器的封口紧实、严密。

4. 包装物或者容器的外表面被感染性废物污染时，应当对被污染处进行消毒处理或者增加一层包装。

5. 盛装医疗废物的每个包装物、容器外表面应当有警示标识，在每个包装物、容器上必须贴有中文标签，内容包括：医疗废物产生科室、产生日期、类别及需要说明的事项等。

6. 全院实施医疗废物信息管理系统，各科室、部门必须安排人员负责医疗废物的交接与日常监管，登记资料至少保存三年。

（三）医疗废物转运制度

1. 本院安排专人每日收集各科室产生的医疗废物，并按照类别分别置于防渗漏、防锐器穿透的专用包装物或密闭的容器内。

2. 转运人员收集医疗废物时要与废物产生地点负责人进行废物交接，信息描码录入电脑，自动生成记录：内容包括医疗废物产生地点、日期、废物类别（种类、重量或数量）及需要说明的事项。登记材料存档三年。

3. 转运人员从医疗废物产生地点将分类包装的医疗废物按照规定的时间和路线运送至内部指定的暂时储存地点。

4. 转运人员在运送医疗废物前，应当检查包装物或容器的标识，标签及封口是否符合要求。不得将不符合要求的医疗废物运送至暂时储存地点。

5. 转运人员在运送医疗废物时，必须防止造成医疗废物盛装容器破损或医疗废物的流失、泄漏和扩散，并防止医疗废物直接接触身体，一律实施袋装封闭运送。

6. 有资质的政府指定部门每日到我院接收医疗废物，运送时避免穿越医疗区、人员活动区、食品加工区等。

7. 医疗废物转交出去后，应当对暂时储存地点、容器及时进行清洁和消毒处理。

8. 转运人员做好个人防护，每天运送工作结束后，应在指定地点及时对运送工具进行清洁消毒。

（四）医疗废物暂存制度

1. 建立的暂时储存室远离医疗区。

2. 袋装的医疗废物必须装入暂时储存室内的专用医废转运箱内，不得露天存放。

3. 医疗废物暂时储存时间不得超过两天。

4. 储存室要有严密的封闭措施，有专人管理，不准非工作人员接触医疗废物。

5. 有防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗、防渗漏、防儿童接触的标识和安全措施。

6. 室内专用桶必须防渗漏和防雨水冲刷，避免阳光直射。

7. 室外设有明显的医疗废物警示标识和室内“禁止吸烟、饮食”的警示标识。

8. 病理性废物暂时储存时，必须防腐处理或冰箱冷藏。

9. 室内每日进行清洁和消毒，可用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭。

（五）医疗废物交接制度

1. 医疗废物实行在线信息系统管理，收集运送人员应当对医疗废物进行称重、扫码交接，信息（包括医疗废物的来源、种类、重量或数量、交接时间、最终去向以及交接、经办人签名等）自动录入，登记资料至少保存三年。

2. 医疗废物运送人员在接收医疗废物时，应外观检查医疗废物的包装与标识，并盛装于周转箱内或桶内，不得打开包装袋取出医疗废物。对包装破损、包装外表污染时应当重新包装。对拒不按规定对医疗废物进行包装的，运送人员应当立即向主管部门报告。

3. 实行危险废物转移联单管理，《危险废物转移联单》一式两份，由政府指定焚烧中心的医疗废物运送人员和我院医疗废物管理人员交接时共同填写，其联单分别保存，保存时间为五年。

（六）医疗废物集中处置制度

1. 感染性医疗废物、损伤性医疗废物、病理性医疗废物等需要焚烧的医疗废物必须交政府指定部门集中处置。

2. 批量废弃的药物性废物，收集后交由具备相应资质的医疗废物处置单位或者危险废物处置单位等进行处置。

3. 废弃的麻醉、精神、放射性、毒性等药品及相关的废物管理，必须依照有关法律、行政法规和国家有关规定标准执行。

4. 化学性废物中批量的废化学试剂、废弃的戊二醛等消毒剂应交政府指定部门集中处置。

5. 批量的含有汞的体温计、血压计等医疗器具报废时，交由专门机构处置。

6. 过期、淘汰、变质或者污染的、废弃的药品如细胞毒性药物，必须由科主任批准，应交政府指定部门集中处置。

7. 放射性废物如放疗科的放射源必须按有关规定专人负责处理并有记录。

8. 隔离的传染患者或疑似传染患者产生的传染性的呕吐物、分泌物等排泄物，必须按照有关规定严格消毒后方可排入污水处理系统。

9. 禁止任何科室及其个人转让、买卖医疗废物。

（七）病理性医疗废物管理制度

1. 病理性废物和感染性废物、损伤性废物、药物性废物及化学性废物应分类收集处置。

2. 病理科的病理性废物必须防腐处理后，外套医疗废物专用包装袋封闭盛装。使用防渗漏、防锐器穿透的专用运输箱运送。定期由医疗废物处置人员收集。

3. 患者截肢的肢体以及引产的死亡胎儿，纳入殡葬管理。16 周胎龄以下或重量不足 500 克的胚胎组织等；确诊、疑似、传染病产妇或携带传染病病原体的产妇胎盘作为病理性废物处理，确诊、疑似传染病产妇或携带传染病病原体的产妇胎盘应使用双层医疗废物包装袋盛装。

4. 病理性废物必须低温储存或防腐处理，24 小时内交转运医疗废物人员收集。

5. 盛装医疗废物的包装物或容器外表面应当有警示标识，在每个包装物、容器上必须贴有中文标签，内容包括：医疗废物产生科室、产生日期及需要的特别说明等。

6. 转运人员收集医疗废物时要与废物产生地点负责人进行废物交接登记并签名。登记材料存档三年。

（八）医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故报告制度

1. 发生医疗废物流失、泄漏和扩散和意外事故时应按照《医疗废物流失、泄漏和扩散和意外事故应急预案》要求，采取相应紧急处理措施，并在 48 小时内向市卫健委报告。

2. 发生因医疗废物管理不当导致 1 人以上死亡或者 3 人以上健康损害，需要对致病人员提供医疗救护和现场救援的重大事故时，应当在 12 小时内向市卫健委报告，并按照《医疗废物流失、泄漏和扩散和意外事故应急预案》要求，采取相应紧急处理措施。

3. 发生因医疗废物管理不当导致 3 人以上死亡或者 10 人以上健康损害，需要对致病人员提供医疗救护和现场救援的重大事故时，应当在 2 小时内向市卫健委报告，并按照《医疗废物流失、泄漏和扩散和意外事故应急预案》要求，采取相应紧急处理措施。

4. 发生因医疗废物管理不当导致传染病传播事故，或者有证据证明传染病传播事故，或者有证据证明传染病传播的事故有可能发生时，应当按照《传染病及突发公共卫生事件报告制度》及有关规定报告，并采取相应措施。

（九）医疗废物突发事故应急处理制度

1. 在收集转运医疗废物当中发生医疗废物泄漏、溢出、散落时，院内转运人员应立即向后勤保障部、感染管理科报告，院外转运应向相关管理部门报告。主管部门的工作人员要第一时间赶到现场。

2. 确定流失、泄漏、扩散的医疗废物的类别、数量、发生时间、影响范围及程度。

3. 主管部门尽快组织有关人员对发生医疗废物泄漏扩散的现场进行处理。

4. 对被医疗废物污染的区域进行处理时，要尽量减少对患者、医务人员及现场其他人员和环境的影响。

5. 转运人员对泄漏、溢出、散落的医疗废物迅速进行收集、清理和消毒处理。对于液体溢出物采用木屑等吸附材料吸收处理。并对受污染的区域、物品进行无害化处理，必要时封锁污染区，以防扩大污染。

6. 清理人员在进行清理时必须采取职业防护措施，如穿隔离衣（防护服）、戴手套和口罩、穿靴子等防护用品，清理工作结束后，用具和防护用品均须进行终末消毒处理。

7. 如果在操作中清理人员的身体（皮肤）不慎受到伤害，应及时采取处理措施，更换防护用品，受污染皮肤部位消毒，必要时接受医护救治。

8. 清洁人员必须对污染的现场地面用 500mg—1000mg/L 的含氯消毒液进行喷洒、擦拭消毒和清洁处理，消毒工作从污染最轻区域逐步向污染最严重区域进行，对可能被污染的所有使用过的工具也应当进行消毒。

9. 主管部门必须向医院应急事故处理小组报告事件发生情况，事故处理完毕后，要写出书面报告。报告的内容包括：（1）事故发生的时间、地点、原因及其简要经过；（2）泄漏、散落医疗废物的类别和数量、受污染的原因及医疗废物产生科室；（3）医疗废物泄漏、散落已造成的危害和潜在影响；（4）已采取的应急处理措施和处理结果。

10. 工作人员在工作中万一被医疗废物污染或刺伤时，立即向感染管理科报告，根据不同的处理方法进行相应的处理措施，必要时接受医护技术救治，进行体格检查，防治传染疾病。

（十）医疗废物卫生安全防护制度

1. 认真执行国家法律法规、规章制度和有关规范性文件的规定，熟悉本机构制定的医疗废物管理的规章制度、工作流程、各项工作要求及安全防护知识。

2. 严格按照医疗废物分类收集、运送、暂时贮存的正确方法和操作程序执行。

3. 收集、运送暂时贮存医疗废物的人员要有严格的防护措施，要穿工作服、戴手套、工作帽、口罩、防水鞋套，防止医疗废物直接接触身体。每次运送或贮存结束后立即进行手卫生。

4. 要掌握在医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及处置过程中预防被医疗废物刺伤、擦伤等伤害的措施及发生后的处理措施。

5. 医疗废物暂时贮存处禁止吸烟及饮食，防止非工作人员接触医疗废物。

6. 每日对运送车辆及设施进行清洗消毒，对暂时贮存处进行清洁和消毒处理。

7. 在收集、运送、暂时贮存医疗废物过程中，要防止医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故情况的发生。要掌握发生医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故情况时的紧急处理措施。

8. 定期对从事医疗废物分类收集、运送、暂时贮存和处置等工作的人员和管理人员配备必要的防护用品，定期进行健康检查，必要时对有关人员进行免疫接种，防止其受到健康损害。

9. 感染管理科经常对卫生安全防护制度的执行情况进行监督检查、指导等工作。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗废物管理条例（2011 修订）：国务院令第 588 号[EB/OL].（2011-01-08）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1860802.htm.

[2]国家卫生健康委员会.医疗卫生机构医疗废物管理办法：卫生部令第 36 号[EB/OL].（2003-10-15）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/78d85ce3628b4bb6886bb061c842cf7a.shtml.

[3]国家卫生计生委办公厅.关于印发《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》的通知：国卫办医发〔2014〕21 号[EB/OL].（2014-03-14）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201404/250b3485f1d4474fb7f3d50351143c14.shtml.

[4]国家卫生健康委.关于在医疗机构推进生活垃圾分类管理的通知：国卫办医发〔2017〕30 号[EB/OL].（2017-09-04）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201709/020aa76187bc4dddb1cc3f5d448976c4.shtml.

[5]国家卫生健康委.关于印发医疗机构废弃物综合治理工作方案的通知：国卫医发〔2020〕3 号[EB/OL].（2020-02-24）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202002/41d0effd8cb64bfa89d2e426e847a07b.shtml.

[6]国家卫生健康委关于印发医疗废物分类目录（2021 年版）的通知：国卫医函〔2021〕238 号[EB/OL].（2021-11-25）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202112/5b68d103f58e45af8d007141d1819f56.shtml.

[7]生态环境部.危险废物识别标志设置技术规范：HJ 1276-2022[EB/OL].（2022-12-30）.https://www.mee.gov.cn/ywgz/fgbz/bz/bzwb/gthw/wxfwjbffbz/202302/t20230224_1017486.shtml.

四、修订原因

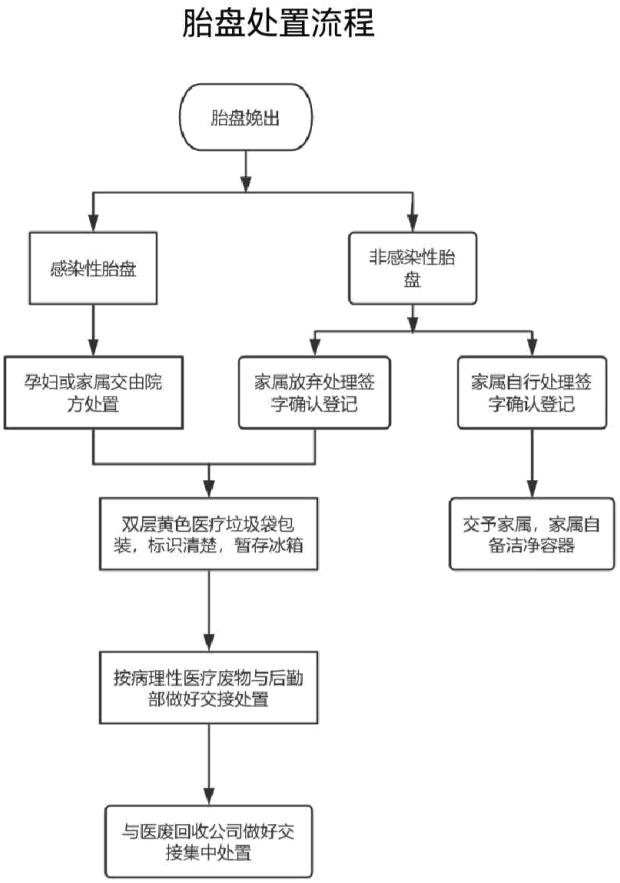
根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2011 年 01 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订
2019 年 09 月第 3 次修订
2021 年 10 月第 4 次修订
2023 年 10 月第 5 次修订
2025 年 12 月第 6 次修订

附件



使用后未被污染输液瓶（袋）管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-032-03	制定时间：2018-08-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：2
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步规范使用后输液瓶（袋）的处置，促进资源回收利用，结合本院实际情

况，特制定本制度。

二、内容

（一）分工负责，坚持垃圾减量化、资源化、无害化原则。门诊、临床、医技科室由科主任、护士长负责，规范医疗流程，避免输液瓶（袋）在使用过程中被患者血液、体液等的污染，分类集中放置。后勤保障部负责使用后未被污染输液瓶（袋）的收集、运送、暂存、交接、登记等环节日常管理与督查。感染管理科配合后勤保障部、药学部做好使用后未被污染输液瓶（袋）院内处置环节的监管。

（二）加强对未被污染的输液瓶（袋）的分类分拣工作，按照玻璃瓶、塑料瓶等不同材质、种类进行分拣、分类收集、转运及暂存等，对各环节进行全过程的监管，同时做好对分拣等人员的卫生防护工作。

（三）严禁将未被污染的输液瓶（袋）与医疗废物、生活垃圾混装。

（四）保证收集容器包装完好和密封性，严禁使用破损的包装容器，严禁包装容器超量盛装，包装使用可回收物标志。

（五）指定专人负责运送未被污染的输液瓶(袋)，其运送与医疗废物运送分开，避免污染。

（六）未被污染的输液瓶（袋）暂存地与医疗废物暂存地分开，设置可回收物标志，严禁在暂存地以外堆放输液瓶（袋）。

（七）未被污染的输液瓶（袋）应委托给具有回收处理能力的单位，并签订回收协议书。与回收处理单位交接使用二联单，分类登记转运种类（玻璃与塑料）、转运数量（袋数与重量）、交接时间、交接人员，记录保存三年。

（八）发现使用后输液瓶（袋）违规处置、遗失等情况及时上报后勤保障部、药学部。

备注：

1. 使用后未被污染输液瓶（袋）是指在医院使用后未被患者血液、体液、排泄物污染的各种玻璃（一次性塑料）输液瓶（袋）。

2. 在传染病区使用，或者用于传染病患者、疑似传染病患者以及采取隔离措施的其他患者的输液瓶（袋），应作为感染性医疗废物处理。

3. 使用化疗等细胞毒性药物的输液瓶（袋），应作为药物性医疗废物处理。

4. 使用麻醉类、精神类、易制毒药品和放射性药品的输液瓶（袋），应严格按照相关规定处理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委.关于在医疗机构推进生活垃圾分类管理的通知(国卫办医发〔2017〕30号)[EB/OL].(2017-09-04).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201709/020aa76187bc4dddb1cc3f5d448976c4.shtml.

[2]国家卫生健康委.关于印发医疗机构废弃物综合治理工作方案的通知(国卫医发〔2020〕3号)[EB/OL].(2020-02-24).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202002/41d0effd8cb64bfa89d2e426e847a07b.shtml.

[3]国家卫生健康委.关于印发医疗废物分类目录(2021年版)的通知(国卫医函〔2021〕238号)[EB/OL].(2021-11-25).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202112/5b68d103f58e45af8d007141d1819f56.shtml.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2023年10月第1次修订

2025年12月第2次修订

医院感染监测及报告制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-033-03	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：2
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为能早期识别医院感染，对感染高危科室、高危环节、高危因素进行预警，实现感控措施的正确及时落实，实现精准感控，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）建立有效的医院感染监测与报告制度，及时诊断医院感染病例，定期分析发生医院感染的危险因素，采取针对性的预防和控制措施。

（二）根据风险评估制定切实可行的医院感染监测计划，利用信息化手段开展全院综合性监测和目标性监测，每年至少开展一次现患率调查。

（三）目标性监测持续时间应连续12个月以上，包括但不限于：手术部位感染监测、重症监护病房医院感染监测、新生儿病房医院感染监测、细菌耐药监测、抗菌药物使用监测、医院工作人员职业暴露监测、手卫生监测、医院环境卫生学及消毒灭菌效果监测、门诊血液透析感染事件监测等。每年进行风险评估，根据风险大小确定监测目标并启动或终止监测。

（四）临床医务人员为医院感染监测的责任主体，配合开展各项监测工作。熟练掌握《医院感染诊断标准》,在诊疗过程中发现医院感染病例，应72小时内通过医院感染实时监控系统主动报告：

1. 住院患者及医院工作人员在医院内获得的感染判定为医院感染，门急诊患者在院时间未超过 48 小时，在接受医学服务过程中，因病原体传播引起的感染判定为医源性感染。

2. 有明确潜伏期的感染，入院起至发病时的时间超过其平均潜伏期的感染；无明确潜伏期的感染，入院 48 小时后发生的感染。

3. 本次感染直接与上次住院有关。

4. 在原有感染的基础上出现新的部位感染（应排除脓毒血症的迁徙病灶及原有感染的并发症）。

5. 新生儿在医院内经产道或胎盘获得的感染需根据感染时间来判断，新生儿发生在住院 48 小时后的感染判定为医院感染。

6. 自感染后 14 天内为重复感染时间窗，在重复感染时间窗内同类型（相同部位的相同病原体或相同部位的不同病原体）感染不再被判定为新的感染。

（五）感染管理科专职人员通过医院感染实时监控系统，监控院感预警信息，与临床医生沟通交流患者感控信息，综合分析患者临床症状与辅助检查结果，确定医院感染病例。

（六）对诊断或疑似医院感染的病例要及时进行病原学检测，明确诊断，根据药敏结果合理使用抗菌药物治疗。

（七）医护人员应具有识别和处置医院感染暴发的意识和能力，发现同种或同源感染病例 3 例或 3 例以上者，或检出疑似医院感染暴发流行的病原体，应立即向感染管理科报告。特殊感染（如甲类传染病、艾滋病等），应立即报告公共卫生科、感染管理科，同时按《传染病防治法》，由公共卫生科核实后逐级上报。

（八）感染管理科定期对全院感染监测资料进行审核、总结和分析，将问题及时反馈于临床，提出改进建议。

（九）完善多部门协调联动机制和信息共享反馈机制，确保监测工作顺利开展。将医院感染的监测质量、结果评价及数据利用等纳入医疗质量安全管理考核体系，持续质量改进。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第 48 号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]江苏省卫生健康委员会.关于印发医院感染诊断标准（试行）的通知：卫医发〔2001〕2 号[EB/OL].(2001-01-03).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2021/9/9/art_55461_10008122.html.

[3]WS/T 524-2025 医院感染暴发控制标准[S].

[4]WS/T 312-2023 医院感染监测标准[S].

[5]WS/T 857-2025 医院感染病例判定标准：通用原则[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2023年发布的《医院感染监测标准》、2025年发布的《医院感染病例判定标准：通用原则》进行修订。

五、修订记录

2023年09月第1次修订

2025年12月第2次修订

细菌耐药监测与预警制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-034-04	制定时间：2012-07-15
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：3
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为通过系统性监测，有效识别细菌耐药情况，预警多重耐药菌进展与暴发风险，指导临床科学合理用药，有效遏制细菌耐药进展，提升药物疗效，保障安全，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）临床科室职责和工作要求

1. 严格执行宜兴市人民医院《重点部位感染病原学监测制度》，提高抗菌药物治疗前病原学送检率。

2. 对多重耐药菌感染或定植患者开展跟踪监测，落实接触隔离措施，及时调整抗菌药物治疗方案，部门联动，确保多重耐药检出患者形成闭环管理，具体要求如下：

（1）床位医生和护士接到危急值预警，需第一时间开出“接触隔离”医嘱，相关信息告知科内其他医师、护士、工勤人员等。

（2）护士长或责任护士负责告知陪护人员相关隔离常识。指导病区保洁员做好多重耐药菌患者床单元的消毒隔离工作。

（3）转床、转科、送医技科室辅助检查或需要手术治疗时应告知相关科室的接诊医生或护士，做好消毒隔离。

（4）护士长或感控护士负责做好多重耐药菌感染患者的登记工作。

（5）科室短时间内发生3例以上同种同源病原菌感染病例，应立即向感染管理科报告。

（6）科室应按《多重耐药菌医院感染预防与控制制度》，落实相关感控措施。

（7）临床医师应了解前五位医院感染病原微生物名称及耐药率，根据细菌耐药性情况分析和耐药预警报告，指导合理使用抗菌药物。

（8）临床怀疑患者感染，使用抗菌药物经验治疗前或升级使用抗菌药物前，应规范送检病原学培养，并主动与微生物室联系。

（二）医务、质管部工作职责和工作要求

1. 加强管理，不断提升医疗内涵质量，正确诊断感染性疾病，规范病原学送检，合理用药。

2. 针对疑难复杂危重、多重耐药感染病例，开展多学科联合诊疗，合理抗菌药物使用。

3. 加强医生标准预防，手卫生规范管理，提高手卫生依从性。

4. 督查细菌耐药预警干预措施的落实情况。

（三）检验科职责和工作要求

1. 应加强病原学检查质量控制，及时对临床送检标本进行细菌培养及药敏检查，发现多重耐药菌应及时报告临床并做好登记，在报告单上醒目标注后送至临床科室。

2. 检验科应加强与临床的联系，规范开展病原学相关项目的检查，满足临床需求。

3. 实验室短时间内发现某一病区或部门，有 3 例及以上某种耐药谱相同病原菌，应立即通知感染管理科。

4. 开展全院及重点部门细菌耐药情况及耐药趋势半年及年度分析，将结果提交感染管理科。

（四）感染管理科职责和工作要求

1. 通过医院感染实时监控系统和检验信息系统查询多重耐药菌检出情况，一旦发现目标监控多重耐药菌病例，及时通知并指导科室做好接触隔离工作。

2. 院感专职人员在接到临床或微生物室报告或在日常的监测中发现疑似医院感染暴发时，应及时到现场进行初步调查指导控制，若高度可疑医院感染暴发应立即向分管院长报告，同时向医务部、护理部通报。具体按《医院感染暴发报告及应急处置预案》执行。

3. 每月统计常见多重耐药菌的检出率、发现率，按要求上报质控中心。

4. 每年分析医院感染病原学种类及耐药率。

5. 根据细菌室提供的全院及重点部门细菌耐药统计、分析结果，原则上每半年公布细菌耐药信息，将细菌耐药统计结果反馈临床科室、医务部与药学部，以便临床及时掌握信息，更好地指导抗菌药物使用，具体要求如下：

（1）对主要目标细菌耐药率超过 30%的抗菌药物，应及时将预警信息通报临床医务人员。

（2）对主要目标细菌耐药率超过 40%的抗菌药物，应慎重经验用药。

（3）对主要目标细菌耐药率超过50%的抗菌药物，应参照药敏试验结果选用。

（4）对主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物，应暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

（五）药学部职责和工作要求

1. 药学部根据细菌室与感染管理科提供的细菌耐药性监测结果，分析相关科室抗菌药物使用情况，提出干预措施，并监督落实。

2. 针对多重耐药菌感染患者的治疗，开展用药点评，为临床合理用药提供指导。

（六）护理部职责和工作要求

1. 严格落实多重耐药菌患者的接触隔离，专物专用，先阴性后阳性，确保核心防控措施有效落实。

2. 针对多重耐药菌感染患者床单元，增加清洁消毒频次，减少探视，加强护工、陪护等人员的消毒隔离指导。

3. 规范职业防护，落实标准预防措施。

4. 规范重点病例管理，加强科内免疫低下等患者的保护性隔离。

5. 加强科内工作人员手卫生、消毒隔离效果的日常督查。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委.抗菌药物临床应用管理办法：卫生部令第84号[EB/OL].(2012-04-24).https://www.gov.cn/zhengce/2012-04/24/content_5713794.ht

[2]国家卫生健康委医政医管局关于印发抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）的通知：国卫办医发〔2015〕43号[EB/OL].(2015-07-24).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201508/1d3a99bcc1624eee8655055dffc58dd8.shtml.

[3]国家卫生健康委办公厅关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知：国卫办医发〔2020〕8号[EB/OL].(2020-07-20). https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202007/2bbf3dc40878417fb4a42ad964091ba7.shtml.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2020年10月第1次修订

2023年09月第2次修订

2025年12月第3次修订

感染暴发报告及处置制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-035-09	制定时间：2001-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：8
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为加强医院感染暴发应急处置工作，有效控制感染暴发的扩散，为压实医院法定代表人或主要负责人为第一责任人的管理责任，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

第一条 医院感染暴发监测报告

病例监测质量纳入医疗质量管理体系，逐步完善医院感染实时监控系统建设，确保医院感染监测信息报告及时。医院感染管理部门定期分析确定医院感染风险因素，及时发现医院感染聚集预警或暴发信息。

（一）医院内部报告系统

1. 识别疑似感染暴发征象

（1）临床微生物实验室短期内发现某部门 3 例以上患者分离出药敏结果相似的同一种病原体，实验室负责人应立即电话或书面报告医院感染管理部门。

（2）临床部门短期内发现临床症状相似并怀疑有共同感染源，或怀疑有共同感染源或感染途径的 3 例以上患者，科室负责人应立即电话或书面报告医院感染管理部门。

（3）器械使用科室短期内发现 3 例以上使用复用消毒灭菌器械、物品或一次性医疗用品的患者发生与该器械物品相关的感染，科室负责人应立即电话或书面报告医院感染管理部门。

2. 管理部门启动调查

（1）医院感染管理部门接到报告后应立即进行调查，根据患者的症状、体征并结合临床医生的诊断综合考虑确认是否为感染，若患者不存在感染，则应分清检出病原体是污染或定植。

（2）如患者确实为感染，应根据患者的发病时间、症状和体征出现时间及疾病的潜伏期来判定是否为医院感染，如为医院感染，则需调查医院感染可能的感染源和感染途径，并通过其病例出现的规律来判断是人传人（不同病例间隔时间约为该疾病的潜伏期）还是同一暴露源所引起（短时间内大量病例出现）。

（3）如确实存在医院感染，应及时验证是否医院感染暴发。与疑似医院感染暴发前相比发病率升高明显并且具有统计学意义，或医院感染聚集性病例存在流行病学关联，则可确认医院感染暴发，应开展进一步调查。

（4）相关定义：

①医源性感染：在医学服务中，因病原体传播引起的感染。

②医院感染暴发：在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例的现象。

③疑似医院感染暴发：在医院或某科室的患者中，短时间内出现 3 例以上临床症候群相似、怀疑有共同感染源的感染病例的现象；或者 3 例以上怀疑有共同感染源或共同感染途径的感染病例的现象。

④医院感染假暴发：疑似医院感染暴发，但通过调查排除暴发，而是由于标本污染、实验室错误、监测方法改变等因素导致的同类感染或非感染病例短时间内增多的现象。

⑤医院感染聚集：在医院或某科室的患者中，短时间内发生医院感染病例增多，并超过历年散发发病率水平的现象。

2. 院内报告：经证实为医院感染暴发或疑似暴发流行时，应立即向分管院长汇报，并通报相关部门。

（二）上级部门报告

1. 当出现 5 例以上疑似医院感染暴发或 3 例以上医院感染暴发时，应当于 12 小时内向所在地县级卫生健康行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告

2. 当出现 10 例以上的医院感染暴发、发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染、可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染时应当在 2 小时内向所在地县级卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。

第二条 医院感染暴发的应急处置

医院感染管理部门接到发生疑似医院感染暴发事件的报告后，遵循“积极救治、及时调查、有效控制、妥善处置”的基本原则，分析感染源、感染途径，及时采取有效的控制措施，积极实施医疗救治，控制感染源，切断传播途径以及保护易感人员，做好人员防护，并及时开展或协助相关部门开展现场流行病学调查、环境卫生学检测以及有关标本采集、病原学检测等工作，并按照要求规范上报。

（一）医院感染暴发应急处置流程

1. 初步定义和确定病例：确切定义感染病例基本信息，便于后期进行流行病学调查。基本信息包括发病地点、人数、人群特征、起始及持续时间、可疑感染来源、可疑感染病原体、可疑传播方式或途径、事件严重程度等，做好调查人员及物资准备。

2. 早期防控措施制定：在流行病学调查的同期应根据事件的危害程度制定和组织落实相应的经验性预防控制措施，并通知相关部门予以落实。包括隔离，消毒，手卫生等。

3. 详细的流行病学检查：根据医院感染罹患率和发病特点，确定存在医院感染暴发可能，应立即对感染患者及周围人群开展个案调查：包括患者的基础情况、症状、

体征、医院感染相关危险因素。

4. 绘制流行曲线：分析调查资料，对病例的科室分布、人群分布和时间分布进行描述；绘制出以时间为横坐标（时间界限视疾病潜伏期而定）、发病人数为纵坐标的流程图；绘出医院感染暴发病例在病区内的分布图。

5. 环境卫生学检测及标本收集：对感染患者、接触者、可疑感染源、环境、物品、医务人员及陪护人员等进行病原学检查，了解污染状态。如环境中检测到病原体，必要时行同源性分析。

6. 明确感染源与传播途径：结合分析临床、实验室及流行病学特征，采取分析流行病学或分子流行病学方法，常规以病例对照研究为宜。分析流行或暴发的原因，推测可能的感染源、感染途径或感染因素，选择合适的对照组并同样调查其相关因素，进行统计分析，查找可能的危险因素。

7. 感染控制措施的执行：患者积极实施医疗救治，做到早发现、早诊断、早隔离、早治疗。控制传染源，必要时隔离患者甚至暂停接收新患者或关闭手术部（室），观察患者及相关密切接触人员至该病最长潜伏期或无新发感染病例，停止使用可疑污染物品；根据感染暴发特点，进行正确的消毒、隔离措施，切断传播途径；保护易感人群，对易感患者采取保护性隔离，必要时采取特异性保护措施，如接种疫苗等。医务人员按相关要求做好个人防护。

8. 发生特殊病原体暴露时或医院感染暴发为突发公共卫生事件时，应按照《突发公共卫生事件应急条例》处理，成立应急处置指挥办，明确包括卫生健康行政部门、公安、疾控、街道、海关等在内的各部门职责，多部门协调联动，形成合力，提高快速处置能力。根据事件风险级别制定管控措施，包括就医管理、分类管控、病原监测、清洁消毒、后勤保障、安全保卫等。

9. 控制效果评估：应监测感染发生情况，观察有无新发病例出现，随时调整防控措施。发病率恢复到医院感染暴发前的平均水平，或在特定时间内不继续发生新发同类感染病例说明控制措施有效，对于有明确潜伏期的病原体，在特定时间指 2 个最长潜伏期；无明确潜伏期的病原体应结合病原体特点等进行判断。

10. 书写调查报告：应在暴发结束一周内完成调查报告。报告内容及格式如下：

（1）报告题目：表述医院感染暴发事件的发生要素。

（2）背景材料与方法：本次流行或暴发感染病例的概括及现场工作情况描述、调查方法等。

（3）临床、流行病学及实验室资料、环境卫生学资料。

（4）医院感染暴发原因的假设与验证分析。

（5）控制措施的实施及效果评价。

（6）结论及经验总结。

（7）参考文献及附录、重要数据表格或有关证明材料等、调查人员及其单位，调查日期。

（二）医院感染暴发处置中各部门分工

1. 启动《医院感染暴发应急处置预案》，成立调查小组。

调查小组由医院负责人或分管院长、流行病学专家、感染发生科室主任及护士长、微生物学专业人员及感染管理科、公共卫生科、应急办、器械材料科、医学装备科、护理部、医务部、药学部、统战宣传科、后勤部保障部、保卫科等人员组成。

2. 感染管理部门负责监测感染信号，联合流行病学专家对医院感染暴发病例进行调查和分析，协调与联络多部门工作，对相关人员开展感控措施培训，并撰写总结报告。

3. 临床科室（发生暴发的科室）发现病例及时上报，配合感染管理科完成培训并严格落实各项防控措施，配合完成环境卫生学采样工作，配合医务部完成医疗救治，安抚患者家属。

4. 微生物实验室优先处置暴发病例标准，提供准确的检测数据。

5. 医务部调配医务人员进行感染暴发支持工作，保障医疗力量，组织疑难病例会诊和救治，协调患者进行转科转院等相关工作。

6. 护理部调配护理员人员开展感染暴发支持工作，组织培训并检查护理人员感控措施执行情况。

7. 药学部保障治疗药物及抗感染药物的供应，指导临床抗菌药物的使用及监测。

8. 公共卫生科按照相关规定，及时、准确地向属地卫生健康行政部门和疾病预防控制中心进行报告。

9. 器械材料科和医学装备科确保防护用品、消毒剂、医疗器械的充足供应，确保空气净化设备、消毒装置的正常运行。

10. 后勤保障部负责调配工勤人员参与感染暴发支持工作，配合医务人员完成公共区域清洁消毒，保障医疗废物和织物的规范处置

11. 保卫科负责调配安保人员进行病区封锁，人员管控等工作。

12. 统战宣传科统一信息发布口径，做好舆情监测和应对。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第48号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]卫生部，国际中医药局.关于印发《医院感染暴发报告及处置管理规范》的通知：卫医政发〔2009〕73号[EB/OL].(2009-07-20).https://www.nhc.gov.cn/bgt/s9511/200907/0fc26b4ad1494a9086876e4f2c91ed39.shtml.

[3]WS/T 367-2012 医疗机构消毒技术规范[S].
[4]WS/T 524-2025 医院感染暴发控制标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2025年发布的《医院感染暴发控制标准》进行修订。

五、修订记录

2013年03月第4次修订
2016年03月第5次修订
2020年09月第6次修订
2023年10月第7次修订
2025年12月第8次修订

多重耐药菌医院感染预防与控制制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-036-06	制定时间：2009-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：5
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为系统阻断多重耐药菌传播，降低感染风险，促进抗菌药物合理使用，落实多部门职责，履行遏制耐药责任，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

第一章 多重耐药菌的监测

（一）多重耐药菌的目标性监测

确定监测目标多重耐药菌：耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRAB）、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPA）、耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE，含肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌等）等。

（二）严密监测高危人群，早期检出带菌者

1. 加强微生物室的能力建设，早期检出多重耐药菌感染患者和定植患者。

2. 根据监测结果指导临床对多重耐药菌医院感染的预防与控制工作。

3. 加强对从其他医院转入者及易感者的检查，尤其是对年老体弱、有严重基础疾病的免疫力低下患者、接受侵入性检查治疗如气切患者、住院时间长及近期使用广谱抗菌药物治疗的患者等高危人群要严密监测。

第二章 多重耐药菌感染的诊断与报告

诊断主要依赖于病原微生物实验室诊断。临床科室应规范送检标本，及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者和定植患者，同时做好控制措施。

（一）临床微生物实验室发现后及时报告临床科室和感染管理科。

（二）各病区医师及时开具执行多重耐药菌感染或定植患者接触隔离医嘱，并在病历中明确记录多重耐药菌检出结果和感染诊断意见，相关工作人员落实相应的预防与控制措施。

（三）感染管理科专职人员通过医院感染实时监控系统及时发现多重耐药菌感染或定植患者。

第三章　多重耐药菌感染预防与控制措施

（一）严格遵循手卫生规范

在直接接触多重耐药菌患者前后、实施诊疗护理操作前后、接触患者体液或者分泌物后、摘掉手套后、接触患者使用过的物品后以及从患者的污染部位转到清洁部位实施操作时，都应当实施手卫生。手上有明显污染时，应当洗手；无明显污染时，可以使用速干手消毒剂进行手部消毒。

（二）严格落实消毒隔离

1. 遵循清洁单元化操作，增加床单元清洁与消毒的频率，尤其是医务人员和患者频繁接触的物体表面；与患者直接接触的相关医疗器械、器具及物品如听诊器、血压计、体温表、输液架等要专人专用，并及时消毒处理。轮椅、担架、床旁心电图机等不能专人专用的医疗器械、器具及物品要在每次使用后擦拭消毒。

2. 清洁工具用后及时消毒，消毒液的配置方式正确。出现或者疑似有多重耐药菌感染暴发时，强化清洁与消毒。

3. 严格实施隔离措施，在标准预防的基础上，实施接触隔离，预防多重耐药菌传播。在电子屏、病历牌、床头牌和腕带上显示蓝色接触隔离标识，并在交班时通报科室全体人员。

4. 首选单间隔离，也可同种病原同室隔离，不宜与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能抑制患者安置同一房间。隔离病房确有不足时，可采取床边隔离，当感染较多时，应保护性隔离未感染者。

5. 尽量限制、减少人员出入。医护人员相对固定，所有诊疗尽可能安排在最后进行。

6. 做好个人防护，实施诊疗护理操作中，接触多重耐药菌感染患者或者定植患者的伤口、血液、体液和分泌物、排泄物时，应戴手套，必要时穿隔离衣。进行近距离有喷溅性操作如吸痰、气管插管等需戴护目镜或面屏，完成诊疗护理操作后，及时脱去手套和隔离衣，并进行手卫生。

7. 离开隔离室进行诊疗时，或转出科室应注明其检出情况、应先通知接收科室，采取相应隔离防控措施。转科时必须由工作人员陪同，向接收方说明对该病人应使用接触预防措施。

8. 对多重耐药菌感染患者，应进行密切监测，观察病情变化，及时上报相关信息。临床症状好转或治愈，或连续两次培养阴性（采样时间间隔 24 小时或以上）可解除隔离。

（三）加强抗菌药物合理使用

严格执行抗菌药物分级使用管理制度和抗菌药物临床应用预警机制；依据病原学药敏监测结果合理使用抗菌药物，联合用药以及使用万古霉素、广谱头孢菌素、碳青霉烯类等必须严格掌握用药指征，避免无指征用药、过度用药和长期用药，以降低多重耐药菌产生的风险。

（四）遵守无菌技术操作规程

在诊疗操作过程中必须严格遵守无菌技术操作规程，特别是实施各种侵入性操作时，应当避免污染，减少感染的危险因素。

（五）医疗废物与医用织物管理

多重耐药菌感染或定植患者产生的医疗废物使用医疗废物包装袋双层包装，及时密封，其产生的生活垃圾，统一按照医疗废物处置。使用后的床单及衣物放入感染性织物橘红色收集袋（箱）内封闭，送洗衣房单独消毒清洗。出院或转科后床边隔帘、窗帘也应拆除放入感染性织物橘红色收集袋（箱）内封闭，进行清洗和消毒。

（六）培训宣教

针对不同对象选择相关内容的进行知识培训，内容主要包括手卫生、多重耐药菌医院感染的预防与控制、消毒隔离知识等。

三、参考文献

[1]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[2]国家卫生计生委办公厅，国家中医药管理局办公室，解放军总后勤部卫生部药品器材局.关于印发抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）的通知：国卫办医发〔2015〕43 号[EB/OL].(2015-07-24).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201508/9f7136d6fb034339a7c9348c72a8a1fd.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部办公厅.多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）：卫办医政发〔2011〕5 号[EB/OL].(2011-01-17).https://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=50487.

[4]WS/T 826-2023 碳青霉烯类耐药肠杆菌预防与控制标准[S].

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

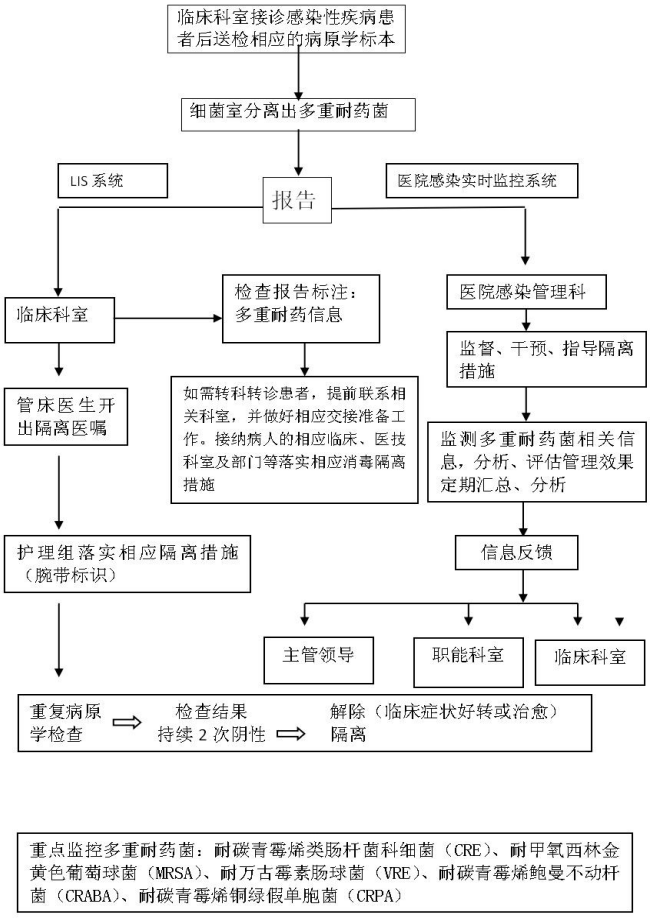
五、修订记录

2011 年 01 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订
2020 年 09 月第 3 次修订
2023 年 10 月第 4 次修订
2025 年 12 月第 5 次修订

附件：多重耐药菌预防控制流程

宜兴市人民医院多重耐药菌预防控制流程



多重耐药菌管理联席会议制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-037-05	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：4
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步规范多重耐药菌的管理，确保多部门协作机制的高效运转，信息畅通，充分发挥各部门的作用，提高我院多重耐药菌的管理水平，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）多重耐药菌联席会议的人员

感染管理科、医务部、护理部、检验科（微生物实验室）、药学部、后勤保障部及主要临床科室负责人等，由感染管理科负责人召集主持。

（二）多重耐药菌联席会议的时间

感染管理科根据本院多重耐药菌监控信息定期组织召开多重耐药菌联席会议。

（三）多重耐药菌联席会议主要内容

1. 检验科反馈临床常见细菌检出与细菌耐药情况，提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告；多重耐药菌检出情况（菌种及高发科室）及耐药趋势；微生物临床标本送检情况；针对多重耐药菌管理提出相关建议。

2. 感染管理科反馈临床多重耐药菌消毒隔离效果；反馈医院感染发生病例的微生物检出及耐药性，多重耐药菌的检出情况（包括定植患者）；反馈感染重点部门病原菌耐药情况和耐药变化趋势。

3. 药学部反馈临床抗菌药物使用情况，结合病原学送检及细菌药敏结果提出我院抗菌药物使用指导性建议。

4. 医务部反馈落实抗菌药物合理使用考核机制、临床医生加强多重耐药菌感染预防与控制措施落实情况，存在问题及分析改进。

5. 护理部反馈指导、检查临床护士正确配备及使用抗菌药物、多重耐药菌感染预防与控制措施落实情况，存在问题及分析改进。

6. 临床科室反馈抗菌药物使用现状，根据常见多重耐菌的检出及耐药变化趋势，结合我院及临床科室具体情况提出抗菌药物使用及多重耐药菌预防与控制措施的建议。

（四）多重耐药菌联席会议的纪律

1. 召开多重耐药菌联席会议时，相关部门负责人应准时参加，如有特殊情况，应事先委托科内其他同志参加。

2. 多重耐药菌联席会议内容应详细记录存档。

3. 各部门根据分工汇报所解决的问题或开展的工作，提出所需讨论及其他部门共同协调解决的问题，会上讨论并研究解决方案。联席会议相关内容及时反馈临床科室，形成闭环管理。

三、参考文献

[1]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[2]国家卫生计生委办公厅，国家中医药管理局办公室，解放军总后勤部卫生部药品器材局.关于印发抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）的通知：国卫办医发〔2015〕43 号[EB/OL].(2015-07-24).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201508/9f7136d6fb034339a7c9348c72a8a1fd.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部办公厅.多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）：卫办医政发〔2011〕5 号[EB/OL].(2011-01-17).https://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=50487.

[4]WS/T 826-2023 碳青霉烯类耐药肠杆菌预防与控制标准[S].

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2023 年 09 月第 3 次修订

2025 年 12 月第 4 次修订

多重耐药菌管理协作制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-038-05	制定时间：2013-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：4
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步加强各部门间的信息畅通，职责明确，协调联动，确保多重耐药菌管理成效，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 应建立包括耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE，含肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌等）在内的多重耐药菌预防与控制的联席会议制度和多部门/科室的协作机制，明确各部门/科室和人员的职责，加强对本机构内防控的指导与管理。

2. 多重耐药菌管理的多部门协作工作由分管院长领导，由感染管理科牵头，统一协调管理，由医务部、质管部、护理部、检验科（临床微生物室）、药学部、后勤保障部及主要临床科室共同参与，分工协作实施。

3. 医务部负责组建多重耐药菌感染病例诊治专家组，对多重耐药菌感染的疑难、危重病例的诊治提供技术指导。

4. 护理部负责多重耐药菌感染或定植患者的管理，规范消毒隔离，标准预防，有效预防和控制多重耐药菌感染发生。

5. 检验科（临床微生物室）负责临床微生物标本的检测报告，一旦有检出多重耐药菌（MRSA、VRE、CRE、CRAB、CRPA）应第一时间联系临床科室，负责临床微生物送检标本合格率的统计上报，为临床采集合格标本提供技术指导，定期为临床提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告。

6. 药学部负责多重耐药菌感染或定植病例抗菌药物使用的评析与指导，密切关注常见致病菌检出率及耐药性趋势变化，结合临床抗菌药物使用情况，为临床抗菌药物使用提出建设性建议，指导合理用药。

7. 临床科室反馈多重耐药菌防控措施执行环节中遇到的困难，根据临床实际情况提出合理化建议等。

8. 后勤保障部承担对第三方工人的日常管理与督导工作，切实落实多重耐药菌环境的清洁消毒任务。同时，负责医疗废弃物的规范交接、转运、贮存及处置，防止耐药菌扩散。

9. 感染管理科负责督查多重耐药菌的预防控制工作，对防控效果进行评析，加强对重症医学科、专科监护病区等多重耐药菌高发科室的监管。

三、参考文献

[1]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[2]国家卫生计生委办公厅，国家中医药管理局办公室，解放军总后勤部卫生部药品器材局.关于印发抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）的通知：国卫办医发〔2015〕43 号[EB/OL].(2015-07-24).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201508/9f7136d6fb034339a7c9348c72a8a1fd.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部办公厅.多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）：卫办医政发〔2011〕5 号[EB/OL].(2011-01-17).https://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=50487.

[4]WS/T 826-2023 碳青霉烯类耐药肠杆菌预防与控制标准[S].

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2019 年 09 月第 2 次修订

2023 年 09 月第 3 次修订

2025 年 12 月第 4 次修订

重点部位医院感染管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-039-08	制定时间：2001-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：7
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为主动、有效地预防医院重点部位感染的发生，规范全院医务人员的诊疗行为，落实针对性防控措施，最大限度地降低患者医院感染风险，保障患者安全，现结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）呼吸机相关肺炎（VAP）

1. 制定并落实 VAP 预防和控制的工作制度和标准化操作规程，开展 VAP 目标性监测和集束化防控措施依从性监测，并定期分析、总结、反馈，质量持续改进。

2. 使用呼吸机的临床科室医护人员，应定期接受 VAP 预防和控制相关知识和技能的培训、考核。

3. 严格掌握气管插管指征，对于需要辅助通气的患者，首选无创通气的方式。宜选择经口气管插管，不宜选择经鼻气管插管。

4. 每天评估呼吸机及气管插管的必要性，尽早脱机或拔管。

5. 如无禁忌证，应将患者床头抬高 30 度～45 度。

6. 定时对患者进行口腔卫生，每 6～8h 一次。

7. 使用镇静剂的患者，每日评估是否停用或减量。

8. 对患者实施肠内营养时根据发生误吸风险进行评估，高误吸风险患者，宜采用鼻肠管，条件许可时尽早拔除。

9. 在进行与气道相关的操作时，严格执行无菌技术操作规程及手卫生规范，保持气管切开部位的清洁、干燥。

10. 选择型号合适的气管导管，进行气囊压力监测，气囊压力应保持在 25cmH_2O～30cmH_2O。

11. 预计气管导管留置时间超过 72h 的患者，宜选用具有声门下分泌物吸引功能的气管导管。当转运患者、改变患者体位或插管位置、气道有分泌物积聚时，及时吸引气道分泌物。

12. 呼吸机管路集水杯应处于管路最低位置，患者翻身或改变体位前，应先清除该集水杯中的冷凝水。清除冷凝水时呼吸机管路应保持密闭。

13. 重复使用的呼吸机外管路及配件应由消毒供应中心集中清洗消毒，一人一用一消毒，长期使用者每周更换。一次性呼吸机外管路及相关配件应一人一用一丢弃，

遇污染及时更换。呼吸机内部管理应按照产品说明书正确清洁消毒。

14. 呼吸机管路湿化用水应为无菌水，湿热交换器宜每周更换，遇受污染、气道阻力增加时应及时更换。

15. 对多重耐药病原体感染或定植患者、呼吸道传染性疾病患者或疑似患者，宜采用密闭式吸痰管。

16. 频繁接触的诊疗环境表面，如床栏杆、床头桌、呼叫按钮等、使用中的呼吸机外壳、按钮、面板等应保持清洁与干燥，每日至少擦拭消毒 2 次，遇污染应及时进行消毒；每位患者使用后应终末消毒。多重耐药菌感染或定植时、发生疑似或者确认医院感染暴发时应增加清洁消毒频次。

17. 病床隔帘应保持清洁与干燥，遇污染时应及时更换，定期清洗消毒。多重耐药菌感染或定植患者使用后的病床隔帘应终末消毒。

18. 及时规范送检病原学检查，合理选用抗菌药物治疗。

（二）血管导管相关感染（VCAI）

1. 制定并落实预防和控制血管导管相关感染的工作制度和标准化操作流程，院科两级开展目标性监测，定期分析、总结、反馈，质量持续改进。

2. 医务人员应接受各类血管导管使用指征、置管方法、使用和维护以及血管导管相关感染预防和控制措施的培训，并熟练掌握相关操作规程。

3. 严格执行留置血管内导管的适应症，每日评估留置导管的必要性，尽早拔除导管。

4. 置管前应对置管部位和全身情况进行评估，选择能够满足病情和诊疗需求的管腔最少、管径最小的导管。

5. 中心导管置管环境应符合医疗机构Ⅱ类环境要求，有条件可使用超声引导穿刺，成人首选锁骨下静脉，其次选择颈内静脉，不建议选择股静脉。连续肾脏替代治疗时建议首选颈内静脉。

6. 置管中严格执行无菌技术操作原则和手卫生规范，置入中心静脉导管、PICC、中线导管、输液港时，必须遵守最大化无菌屏障。输液港的植入和取出应在手术室进行。

7. 采用符合国家相关规定的皮肤消毒剂消毒穿刺部位，建议使用含洗必泰醇浓度＞0.5%的消毒液进行皮肤局部消毒。

8. 保持穿刺部位清洁、干燥，定期更换敷料，无菌纱布至少每 2 天更换一次，无菌透明敷料至少每周更换一次，出现潮湿、松动、可见污染时应及时更换。

9. 尽量减少三通等附加装置的使用，保持导管连接口的清洁，每次连接及注射药物前，应使用符合国家相关规定的消毒剂规范消毒，待干后使用。如端口内有血迹或污染时，应立即更换。

10. 紧急状态下的置管，若不能保证有效的无菌原则，应当在 2 天内尽快拔除导

管，病情需要时更换部位重新置管。

11. 每天观察穿刺部位及全身有无感染征象，怀疑发生血管导管相关感染时，综合评估后决定是否需要拔管。拔管时进行导管尖端培养、经导管取血培养及经对侧静脉穿刺取血培养。

12. 无感染征象时，不应以预防感染为目的常规更换血管导管。

（三）导尿管相关尿路感染（CAUTI）

1. 制定并落实预防 CAUTI 的工作规范和操作规程，遵照医院感染监测的相关规定，院科两级开展目标性监测，定期分析、总结、反馈，质量持续改进。

2. 医务人员应接受关于导尿操作、无菌技术、留置导尿管维护、CAUTI 防控以及留置导尿管替代方案的培训，并熟练掌握相关操作规程。

3. 留置导尿管前，根据患者情况选择适宜的导尿管，严格掌握留置导尿管的适应症。手术患者留置尿管时，除病情需要外，宜在术后 24 小时内尽早拔除导尿管。

4. 留置导尿管时，应遵循无菌技术操作要求，严格执行手卫生，戴无菌手套实施导尿术。动作轻柔，避免损伤尿道黏膜。

5. 留置导尿管后，妥善固定导尿管，防止移位、牵拉、打折、弯曲、受压等，集尿袋高度应低于膀胱水平，不应接触地面。应保持导尿系统密闭、通畅和完整，防止尿液逆流。

6.使用个人专用收集容器或清洗消毒后的容器，及时清空集尿袋中尿液。清空集尿袋中尿液时，应避免集尿袋的出尿口触碰到收集容器。

7. 根据产品使用说明书更换导尿管、集尿袋。如患者出现导尿管破损、结晶、引流不畅、阻塞、脱出或污染等情况均应及时更换导尿管和集尿袋。

8. 留置导尿管期间应保持尿道口卫生，每日用温水和/或皂液常规清洁。腹泻或尿失禁患者应增加清洁次数，必要时采用碘伏等进行消毒。

9. 患者出现尿路感染症状时，应及时开展病情评估，留取尿液标本进行病原学检测，及时抗感染治疗，根据需要更换或拔除导尿管。采集少量尿标本进行微生物病原学检测时，应采用无菌技术用无菌注射器经导尿管抽取尿液。

10. 每天评估留置导尿管的必要性，不需要时应尽早拔除导尿管。

11. 不应为预防 CAUTI 常规使用含消毒剂或抗菌药物的溶液进行膀胱冲洗或灌注。不应在导尿管或尿道口常规局部使用抗菌药物。

（四）手术部位感染（SSI）

1. 医院应制定并落实手术部位感染预防和控制工作制度和标准操作规程，遵照医院感染监测的相关规定进行手术部位感染目标性监测，并定期分析与反馈。

2. 临床科室医院感染管理小组应知晓本科室手术部位感染发生情况，并定期对相关人员进行手术部位感染发生特点、感染诊断、预防与控制等知识培训。当怀疑手

术部位感染时，应及时采样进行病原学检测。及时报告本科室手术部位感染病例，采取有针对性的预防与控制措施。

3. 手术前应充分评估感染风险，尽量缩短患者术前住院时间，控制患者的血糖水平在合理范围内。择期手术患者应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。

4. 如无禁忌，术前应使用皂液沐浴或擦浴、清洁手术部位皮肤，更换清洁病员服。

5. 当毛发不影响手术部位操作时，不需去除毛发；如毛发影响操作，应选择不损伤皮肤的方式去除毛发，宜于当日临近手术前，在病区或手术部限制区外的术前准备间进行。

6. 手术区皮肤消毒应以手术切口为中心，清洁切口、清洁－污染切口应从内向外消毒，污染切口或感染切口从外向内消毒，范围在 15cm 以上。皮肤黏膜消毒剂的使用按照其说明书执行。

7. 择期手术安排应根据手术感染风险等级，合理安排手术区域与手术台次；同一手术间实施切口级别不一致的手术时，应从清洁到污染的顺序进行排序。

8. 应限制进入手术间的人员数量。洁净手术间应保持正压通气，保持回风口通畅。应保持手术间门关闭，减少开关门频次。

9. 手术操作时，医务人员应严格遵循无菌技术原则和手卫生规范。如手术中有手套破损风险，应戴双层手套。

10. 手术过程中，应尽可能减少手术创伤，有效止血，减少坏死组织和异物存留（如缝线、焦化组织、坏死碎屑），消除手术部位无效腔。

11. 围术期应维持患者核心体温不低于 36℃，特殊患者（如儿童）根据病情需要可低于 36℃；手术冲洗液、输血和输液应加温至 37℃左右。

12. 每台手术后，应对手术台及周边 1m～1.5m 范围的环境及物体表面进行清洁消毒，被血液、体液污染时应及时进行清洁消毒。

13. 手术后，更换敷料时，应遵循无菌技术操作原则，尽早拔除引流管。

14. 抗菌药物使用原则和品种选择应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》的有关规定，合理使用抗菌药物。

（五）其他重点部位感染

血液透析相关感染、内镜操作相关感染、介入诊疗相关感染、超声穿刺相关感染等感染控制管理要点见《血液净化中心医院感染管理制度》《内镜中心医院感染管理制度》《导管室（DSA）医院感染管理制度》《超声科医院感染管理制度》。

三、参考文献

[1]WS/T 312-2023 医院感染监测标准[S].

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发血管导管相关感染预防与控制指南（2021年版）的通知：卫办医政发〔2021〕187 号[EB/OL].(2021-03-17).https://www.nhc.

gov.cn/yzygj/c100068/202103/feb9ec8a985048f896226e8b59a6f76d.shtml.

[3]WS/T 862-2025 导尿管相关尿路感染预防与控制标准[S].

[4]WS/T 863-2025 呼吸机相关肺炎预防与控制标准[S].

[5]WS/T 861-2025 手术部位感染预防与控制标准[S].

[6]WS/T 509-2016 重症监护病房医院感染预防与控制规范[S].

四、修订原因

根据中华人民共和国国家卫生健康委员会于2025年发布的《呼吸机相关肺炎预防与控制标准》《手术部位感染预防与控制标准》《导尿管相关尿路感染预防与控制标准》《血液透析部门（中心）医院感染预防与控制标准》进行修订。

五、修订记录

2011年01月第3次修订

2016年03月第4次修订

2020年09月第5次修订

2023年10月第6次修订

2025年12月第7次修订

重点部位感染病原学监测制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-047-06	制定时间：2000-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：5
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范病原学的采集与送检，提高重点部位病原学检出率，强化重点部位医院感染诊断依据，降低漏报率及感染风险，保障患者安全，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）血流感染病原学检查

1. 一套血培养，从同一穿刺点采集的血液标本，通常分别注入需氧和厌氧培养瓶。

2. 采血指征

可疑感染患者出现以下任一指征时，可考虑采集血培养：

（1）体温＞38℃或＜36℃；

（2）寒战；

（3）外周血白细胞计数增多（计数）10.0×10^9/L，特别有核左移（时）或减少）计数＜4.0×10^9/L；

（4）呼吸频率＞20 次/min 或动脉血二氧化碳分压 $PaCO_2$＜32mmHg；

（5）心率＞90 次/min；

（6）皮肤黏膜出血；

（7）昏迷；

（8）多器官功能障碍；

（9）血压降低；

（10）炎症反应参数如 CRP、PCT、1，3-β-D 葡聚糖 G 试验升高等。

3. 采血时间

寒战或发热初起时采集。抗菌药物应用之前采集最佳。

4. 采集套数

成人每次应采集 2—3 套，每套从不同穿刺点采集，2—5 天内无需重复采集。如怀疑感染性心内膜炎，应重复采集多套。儿童通常仅采集需氧瓶。有以下高危因素时应考虑厌氧瓶培养：其母产褥期患腹膜炎，或慢性口腔炎或鼻窦炎、蜂窝织炎、有腹腔感染的症状和体征、咬伤、接受类固醇治疗的粒细胞缺乏患儿。考虑肺炎链球菌菌血症时，宜同时做脑脊液培养。

5. 采血量

成人每瓶采血量 10mL，或按照说明书采集；婴幼儿及儿童采血量不应超过患者总血量的 1%，具体采血量参考说明书。若采血量充足，注射器采集的血液先注入厌氧瓶，后注入需氧瓶，碟形针采集的血液反之。若采血量不足，优先注入需氧瓶。

6. 采集方法

（1）采集静脉血，仅在评估导管相关性血流感染时采集导管血。血培养宜单独采血，与其他检测项目同时采血，应先接种血培养瓶，以避免污染。

（2）采集前做好手卫生，静脉穿刺点选定后，去除血培养瓶的塑料瓶帽，切勿打开金属封口环和胶塞，使用 75%乙醇消毒，自然干燥 60s，注意采血前检查血培养瓶是否完好无损、是否过期。

（3）在穿刺前或穿刺期间，为防止静脉滑动，应戴无菌乳胶手套固定静脉。

（4）穿刺点皮肤消毒

一步法：2%葡萄糖酸氯己定作用 30s（适用于 2 个月以上患者）；或 70%异丙醇消毒后自然干燥（适用于 2 个月以内的患儿）。

三步法：

第一步：75%乙醇擦拭静脉穿刺部位，待干 30s 以上；

第二步：1%～2%碘酊，从穿刺点向外画圈消毒，消毒区域直径大于 3cm，自然干燥 30s 以上；

第三步：75%乙醇擦拭碘酊消毒过的区域进行脱碘。

对碘过敏的患者，在第一步基础上再用 75%乙醇消毒 60s，待酒精挥发干燥后采血。

碘伏皮肤消毒效果弱于碘酊和葡萄糖酸氯己定，不推荐用作常规血培养标本采集前消毒，如采用碘伏，则需要作用 1.5min～2min。

7. 血培养瓶运送

血培养瓶应在 2h 内送至实验室；实验室接收后上机不宜超过 30 min。如不能及时送检，应将血培养瓶置于室温下，切勿冷藏或冷冻，应采用密封的塑料袋和硬质防漏的容器运送标本。

8. 血培养瓶接收

（1）检验科收到血培养瓶后，应尽快接收并评估和记录标本质量，评估合格后立即孵育若培养瓶延迟送检而提示已有细菌生长，则应直接进行涂片镜检，经评估后不合格血培养瓶，应拒收并尽快告知申请医师。

（2）以下情况可以接收但应告知申请医师：

①采血量不足；

②血培养瓶套数或瓶数不够；

③成人样本仅接种需氧或厌氧瓶。

（3）实验室应有特殊情况的紧急预案，如夜间等非正常上班时间，血培养系统故障时，如何对血培养瓶处理和孵育等。

（二）血管导管相关血液感染（CLABSI）

1. 临床感染指征

患者带有深静脉或动脉导管，或经血管介入治疗后出现以下感染指征之一：

（1）体温＞38℃或＜36℃；心率＞90 次/分钟；呼吸频率＞20 次/分钟或 $PaCO_2$ ＜32mmHg；白细胞计数＞12×10^9/L 或＜4×10^9/L；

（2）静脉穿刺部位有脓液排出，或有弥散性红斑（蜂窝织炎的表现）；

（3）沿导管的皮下走行部位出现疼痛性弥散性红斑并除外理化因素所致；

（4）经血管介入性操作，发热＞38℃，局部有压痛，无其他原因可解释；

（5）临床怀疑患者有菌血症、真菌血症的可能，考虑使用抗菌药物，应立即采集血培养标本；若患者已行抗菌药物治疗，则应在下一次抗菌药物应用前采血培养。

2. 标本采集要求：

中心静脉导管及静脉留置管：

方法一（需继续留置导管）：至少采集 1 套静脉外周血培养，同时应尽快采集等量的 1 套导管血培养。

结果解释如下：

（1）如 2 套血培养得到的菌株其鉴定结果和药敏谱均同，并且没有其他明确感染源，提示为（CRBSI）。

（2）如 2 套血培养均阳性并且分离的菌种相同，导管血阳性报警时间比外周血阳性报警时间早≥120min，又没有其他明确感染源，则提示为（CRBSI）；时间差＜

120min，但鉴定药敏完全一致，仍有可能是 CRBSI。

（3）如仅导管血培养阳性，提示导管有细菌定植或污染。

（4）如仅外周血培养阳性，不能确定为（CRBSI）。若血培养阳性株为金黄色葡萄球菌或念珠菌属，并且没有其他明确的感染源，则可能为（CRBSI）。

（5）如 2 套血培养均阴性，不考虑（CRBSI）。

方法二（拔除导管）：采集 1-2 套外周静脉血培养。无菌操作拔除导管，剪切导管尖端 5cm，采用 Maki 半定量培养。结果解释如下：说明：Maki 半定量法是先用 75%酒精清洁导管周围皮肤，然后无菌手续移除导管，剪取导管末端 5cm 置于无菌容器中，15 分钟内送至实验室。

结果解释如下：

（1）如 1 套或以上血培养阳性，并且导管尖端培养阳性（≥15 个菌落），血培养与导管尖端培养菌种相同，提示为导管相关性血流感染（CRBSI）；

（2）如 1 套或以上血培养阳性，并且导管尖端培养阴性，无法判断；但如血培养分离株为金黄色葡萄球菌或念珠菌属，并且没有其他明确的感染源，提示可能为（CRBSI）；

（3）如血培养阴性，导管尖端培养阳性，提示定植。如外周血培养和导管尖端培养均为阴性，不考虑（CRBSI）。

（三）感染性心内膜炎

可疑感染性心内膜炎，抗菌药物前立即采集 3 套血培养；24h 阴性追加 2 套。

（四）导尿管相关尿路感染（CAUTI）

1. 临床感染指征

患者留置导尿管且出现以下感染指征之一：

（1）出现尿路刺激症状，或有下腹触痛、肾区叩痛，伴或不伴发热；

（2）尿沉渣镜检白细胞男性≥5 个/高倍视野，女性≥10 个/高倍视野，尿液定量分析 WBC＞50 个/ul；

（3）临床怀疑患者有尿路感染的可能，在考虑使用抗菌药物之前，送检中段尿培养。

2. 标本采集要求

患者出现尿路感染时，及时更换导尿管并留取尿液进行病原学检测。

尿液培养检查

（1）留置导尿管患者，采用无菌技术用注射器经导尿管抽取尿液。先消毒导尿管采样口，按无菌操作方法用注射器穿刺抽吸尿液送检；

（2）拔除尿管患者，可送检中段尿：女性采样前应先用肥皂水或 0.1%高锰酸钾溶液冲洗外阴部及尿道口；男性应翻转包皮冲洗，用碘伏消毒尿道口，灭菌纱布擦干后收集标本；

（3）厌氧菌培养或婴幼儿中段尿采集困难，或培养结果与病情不符时，可经耻骨上皮肤穿刺采集无污染的膀胱内尿液。

（五）下呼吸道感染

1. 临床感染指征

（1）放射学检查结果：有基础疾病患者，2 次或 2 次以上胸片有以下情况之一（对于没有肺或心脏基础疾病的患者，1 次明确的放射学改变可鉴别）：

①新产生的或进展的和持续的炎性浸润病变；

②肺实变；

③空洞形成；

④年龄≤1 岁婴儿出现肺大疱。

（2）发热（＞38℃）无其他原因。

（3）白细胞减少（＜4.0×10^9/L）或白细胞增多（≥12×10^9/L）。

（4）年龄≥70 岁老人，无其他原因的突然神志改变，可合并以下症状：

①新出现的脓痰或痰性状改变或呼吸道分泌增加，或需吸痰次数增加；

②新出现的咳嗽或咳嗽加剧或呼吸困难或呼吸急促；

③湿啰音或支气管呼吸音；

④气体交换障碍（如氧饱度下降（如 PaO_2/FiO_2≤240），需氧量增加，或机械通气量需求增加）。

（5）临床怀疑患者有肺部感染，在考虑使用抗菌药物之前，应立即采集痰液或血液培养标本送检。

2. 标本采集要求（痰液筛选的标准为痰液涂片镜检鳞状上皮细胞＜10 个/低倍视野和白细胞＞25 个/低倍视野或鳞状上皮细胞：白细胞≤1:2.5）：

（1）血培养或并发胸腔积液者的胸腔积液培养；

（2）咳痰：清水反复漱口后用力咳嗽，从呼吸道深部咳出新鲜痰液于无菌容器送检。痰量极少者可用 45℃，3%-10%氯化钠液雾化吸入导痰；

（3）对咳嗽乏力或昏迷病人，可用吸痰管经鼻腔或口腔抵达气管腔内吸引痰液。用纤维支气管镜可直接在病灶部位采集高浓度的感染病原菌，但不能完全避免咽喉部正常菌群污染；

（4）人工气道如气管切开或气管插管患者，可用吸痰管经人工气道插至肺支气管水平吸引痰液；

（5）经纤维支气管镜或人工气道吸引、经支气管肺泡灌洗（BAL）、经防污染标本刷（PSB）、防污染支气管肺泡灌洗（PBAL）采集的下呼吸道分泌物；

（6）支气管肺泡灌洗术获得的标本，送检培养同时送检细菌涂片镜检。

（六）病原学监测标本质量控制

1. 无菌操作，规范采集。

2. 尽量在使用抗菌药物前，在抗菌药物升级使用前采集标本。

3. 完整录入培养标本临床信息（类型、采集时间、部位等）。

4. 密闭专用转运箱保温（20-30℃）送检，严禁冷藏。

5. 及时送检，普通细菌学检验标本宜在 2h 内送到实验室。

三、参考文献

[1]WS/T 661-2020 静脉血液标本采集指南[S].

[2]WS/T 499-2017 下呼吸道感染细菌培养操作指南[S].

[3]WS/T 489-2016 尿路感染临床微生物实验室诊断[S].

[4]江苏省卫生健康委员会.关于印发医院感染诊断标准（试行）的通知：卫医发〔2001〕2 号[EB/OL].(2001-01-03).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2021/9/9/art_55461_10008122.html.

[5]WS/T 312-2023 医院感染监测标准[S].

四、修订原因

根据中华人民共和国国家卫生健康委员会于 2025 年发布的《医院感染监测标准》进行修订。

五、修订记录

2011 年 01 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2019 年 09 月第 3 次修订

2023 年 09 月第 4 次修订

2025 年 12 月第 5 次修订

附件

不同标本送检容器要求

标本类型	送检容器
尿液/痰液/大便	透明塑料管、保留导尿病人中段尿用一次性注射器/气管切开或气管插管收集痰液用痰液收集器/红色盖子螺口瓶
拭子	拭子专用容器
血液需氧/厌氧	血培养专用瓶 蓝色/紫色
无菌体液	无菌有盖容器或血培养瓶
导管尖端	无菌有盖容器

侵入性器械/操作相关感染防控制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-040-03	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：2
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为规范本院所有侵入性器械使用及相关操作的全过程管理，有效预防和控制由此引发的医院感染，保障患者医疗安全与医务人员职业安全，提升医疗质量，依据国家相关法律法规及行业标准，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）侵入性器械相关感染防控制度

侵入性器械相关感染的防控主要包括但不限于：血管内导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。

基本要求：

1. 各临床医技科室建立诊疗活动中使用的侵入性诊疗器械目录。

2. 制定并实施临床使用各类侵入性诊疗器械相关感染防控的具体措施。

3. 实施临床使用侵入性诊疗器械相关感染病例的目标性监测。

4. 开展临床使用侵入性诊疗器械相关感染防控措施执行依从性监测。

5. 根据病例及干预措施依从性监测数据进行持续质量改进。

（二）手术及其他侵入性操作相关感染防控制度

本制度指外科手术或其他侵入性操作（包括介入诊疗操作、内镜诊疗操作、CT/超声引导下穿刺诊疗等）相关感染预防和控制活动的规范要求。

1. 各临床医技科室建立诊疗活动中所开展手术及其他侵入性诊疗操作的名录。

2. 制定并实施所开展各项手术及其他侵入性诊疗操作的感染防控措施，以及防控措施执行依从性监测的规定和流程。

3. 根据患者病情和拟施行手术及其他侵入性诊疗操作的种类进行感染风险评估，并依据评估结果采取针对性的感染防控措施。

4. 规范手术及其他侵入性诊疗操作的抗菌药物预防性使用。

5. 实施手术及其他侵入性诊疗操作相关感染病例目标性监测。

6. 开展手术及其他侵入性诊疗操作相关感染防控措施执行依从性监测。

7. 根据病例及干预措施执行依从性监测数据进行持续质量改进。

（三）感染管理科每季度对制度的落实进行督查、指导。

三、参考文献

[1]WS/T 312-2023 医院感染监测标准[S].

[2]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知：国卫办医函〔2019〕480号[EB/OL].(2019-05-18).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201905/27286f6773e141e1bdacbf0fa28e5208.shtml.

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2023年09月第1次修订

2025年12月第2次修订

重点部门感染管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-041-01	制定时间：2025-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：感染管理科	修订版本：/
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为强化重点部门管理要点，降低医院感染高风险环节，有效预防和控制医院感染的发生，保障医疗安全，提高医疗质量，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）管理要求

1. 医院感染管理部门定期开展风险评估确定纳入管理的重点部门名单，并制定具体的感染管理质量考核评价细则和指标，定期开展考核评价并汇报感委会。

2. 纳入重点部门管理的科室应成立医院感染管理小组，由部门负责人担任组长，为本部门医院感染防控工作第一责任人。小组成员不少于3人，应包括科主任、护士长、感控医生和感控护士，明确职责分工并有效落实。

3. 重点部门应根据国家相关法规和本院感染防控制度要求，结合本部门工作特点及感染风险，制定科级医院感染防控工作制度、实施方案和操作规程等，并组织落实。

4. 重点部门应定期开展针对不同岗位工作人员的医院感染防控知识及技能培训，并对探视及陪护人员开展相关知识宣教。

5. 重点部门应接受医院感染管理部门的业务指导和监督，每季度至少开展一次医院感染防控工作自查与分析，定期开展本部门感染管理质量自查评价，对发现的问题及时整改并做好记录，持续改进感染防控工作质量。

（二）监测要求

1. 医院感染管理部门依据国家相关标准，结合实际医疗工作及风险评估结果，

制定具体的医院感染监测计划，明确监测内容并对监测数据进行汇总分析与反馈机制，不断改进医疗工作。重点部门指定专人负责，依据监测计划开展监测。

2. 医院感染管理部门及重点部门常规开展医院感染病例监测工作，临床医务人员应作为第一责任人，及时报告医院感染散发病例、聚集性病例及疑似医院感染暴发事件。同时对监测发现的医院感染病例及其风险因素（如手术诊疗、留置中心静脉插管、留置导尿管、使用有创呼吸机、血液透析、内镜诊疗等）进行分析，并采取有效控制措施。

3. 重点部门根据本部门涉及的消毒工作，独立或配合医院感染管理部门开展相关环境卫生学监测，包括医疗器械清洗消毒效果、环境表面清洁消毒效果、手卫生效果、空气消毒效果及使用中消毒剂浓度监测等项目，监测频次与评价标准遵循WS/T367 等相关规范。

4. 重点部门应根据管理部门要求开展手卫生依从性、防控措施执行依从性、医务人员感染性疾病职业暴露等监测

（三）风险评估

院科两级应定期开展病例、病种及感染暴发等风险评估工作。根据评估结果确定主要风险因素及优先干预次序，合理设定或调整感染干预目标和策略，采取基于循证证据的干预措施，并定期评估干预效果，实现感染风险的动态管控。

（四）重点部门预防与控制措施

1. 重点部门应确保建筑布局合理、流程规范、洁污分区明确，配备必要的手卫生设施、个人防护装备和隔离条件。工作人员应严格执行标准预防措施，包括手卫生、隔离技术、个人防护、安全注射、环境清洁消毒等。

2. 对侵入性操作相关感染应建立专项防控机制，制定本部门侵入性器械与操作名录，规范操作流程，落实无菌技术，开展目标性监测和防控措施依从性监测，持续改进防控质量。

3. 应加强多重耐药菌感染预防与控制。严格执行手卫生、接触隔离、环境清洁消毒、抗菌药物合理使用等综合措施，规范病原微生物标本送检，降低医疗机构内传播风险。

4. 严格执行感染隔离与报告制度。根据疾病传播特点采取针对性阻断传播措施，及时对感染者落实隔离措施、对易感者采取保护性隔离。感染患者转科或外出检查时，应采用电话告知、信息系统标识、检查检验单标识等方式，提前主动告知接诊科室。

5. 医务人员必须严格遵循感染性病原体职业暴露的预防措施、处置流程及上报规定。

三、参考文献

[1]WS/T 860-2025 医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准[S].

[2]WS/T 859-2025 新生儿病区医院感染预防与控制标准[S].
[3]WS/T 313-2019 医务人员手卫生规范[S].
[4]WS/T 592-2018 医院感染预防与控制评价规范[S].
[5]WS/T 509-2016 重症监护病房医院感染预防与控制规范[S].
[6]WS/T 855-2025 手术部(室）医院感染控制标准[S].

跟台器械商管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-012-01	制定时间：2025-11-28
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：感染管理科	修订版本：/
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范手术部（室）外来器械跟台人员的管理，降低手术感染风险，保障医疗质量与安全，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）严格执行手术部（室）人员管理规范，限制非手术人员随意出入。特殊手术/器械、新技术新项目开展需器械厂商人员配合协助手术，应经相关管理部门审批后，方可安排具备相应资质的器械商跟台协助手术。

（二）跟台器械商不应上台参与手术，仅在限定区域内对器械的安装和使用提供技术指导；仅限于在本台手术间内，不得穿梭于其他手术间协助做其他工作。

（三）跟台人员应经过相应器材公司的专业培训，掌握基本医学、院感常识，熟练掌握器械的性能和操作方法，取得手术跟台证。

（四）跟台人员进入手术部（室）前应完成本院组织的理论和技能培训，并经考核合格后才能准入。

（五）跟台人员备案所需资料：

1. 本年度宜兴市二级及以上公立医疗机构体检报告单，至少包含但不限于血源性传染病标志物、肺部 CT 等，每年体检一次；

2. 本人身份证、医学背景相关专业毕业证书/培训证、手术跟台证/准入证、外来器械公司的单位证明、体检报告单、本人照片。

（六）患有急性上呼吸道感染、感染性腹泻、皮肤疖肿、皮肤渗出性损伤等感染期的人员不应进入手术部（室）。

（七）临床科室申请跟台器械商参与协助手术的流程：

1. 所在科室主任提出申请，明确需器械商协助的手术名称及主要器械、协助理由及期限；

2. 医务部负责审核手术及手术人员权限和资质；器械材料科、感染管理科负责审核器械及跟台人员资质；

3. 手术部（室）属地管理，核查准入资质，按要求做好相关登记并签字，并指定专人负责器械商管理，定期进行相关知识和技能督查、培训、考核。

（八）跟台器械商应相对固定，更换人员必须经医院同意培训合格取得手术室准入证后方可入手术部（室）。

（九）使用新进/外来手术器械前，手术医生、手术护士应进行专业培训，以掌握器械的基本性能和操作方法，尽早终止跟台器械商的参与。

（十）跟台人员应严格遵守医院的规章制度，如有违反，手术部（室）有权拒绝其进入并将情况上报医务部和感染管理科取消其准入证。

（十一）临床科室及手术部（室）实施属地管理责任，各监管部门定期检查，将制度落实情况纳入科室绩效考核管理中。

三、参考文献

[1]WS/T855-2025 手术部（室）医院感染控制标准[S].

感染性疾病隔离制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-042-07	制定时间：2001-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为进一步明确感染性疾病（主要包括经飞沫传播、空气传播的传染性疾病以及通过接触传播的肠道感染和多重耐药菌感染）隔离要求、隔离标识，个人防护、转运及环境管理，提高感染性疾病的防控能力，降低病原体院内的传播机会，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）隔离原则

1. 对所有患者实施标准预防：应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播和其他途径传播），采取相应预防措施。存在多种传播途径时，应联合采取相应措施。

2. 隔离病室或床单元应设置醒目隔离标识，并限制人员的出入，黄色为空气传播的隔离标识、粉色为飞沫传播的隔离标识、蓝色为接触传播的隔离标识。

3. 疑似呼吸道传染病患者应安置在单人隔离房间；确诊的同种病原体感染患者可安置于一室，两病床间距不小于 1.2 米。不同病原体或传播途径明显不同的感染性

疾病患者原则上分室或分区安置，如果受条件限制，应避免与感染后可能预后不良或容易传播感染的患者如免疫功能低下、有开放性伤口、侵入性装置较多的患者安置于同一病房，。

4. 由临床医生根据患者传播途径开具隔离医嘱，护士落实隔离标识、患者及陪护宣教、个人防护用品的配置等消毒隔离措施。。隔离解除应依据疾病传染期、病原学结果和国家/行业标准进行。

5. 限制无关人员进入隔离区域，严格管理陪护及探视人员。

6. 隔离患者外出检查、诊疗、手术、转科、转运等时，应通知相关接收部门或单位，同时采取有效措施，减少对其他患者、医务人员和环境表面的污染。

（二）接触传播的隔离

接触经接触传播疾病的患者及其污染物，如肠道感染、多重耐药菌感染、肝炎病毒感染、HIV 感染、皮肤感染等患者，在标准预防的基础上，还应采用接触传播的隔离与预防措施。

1. 应限制患者的活动范围，减少转运。

2. 宜单间隔离，不同种病原体感染患者应分室或分区安置。如条件受限应床旁隔离或同种病原体集中隔离。

3. 接触隔离患者的血液、体液、分泌物、排泄物等物质时，应戴一次性医用橡胶检查手套，离开隔离病室前，接触污染物品后，应摘除手套、洗手和（或）手消毒，手上有伤口时应戴双层手套。

4. 医务人员进入隔离病室从事可能污染工作服的操作时，应穿隔离衣，隔离衣使用后按规定进行规范处理。接触甲类及乙类按甲类管理的传染病患者应按规范流程穿脱防护服，防护服按医疗废物管理要求进行处理。

5. 一般诊疗用品，如听诊器、体温计等应专用，不能专用的医疗器械应在使用后清洁和消毒。

（三）飞沫传播的隔离

接触经飞沫传播的患者及污染物，如百日咳、白喉、呼吸道病毒、病毒性腮腺炎、流行性脑脊髓膜炎等，在标准预防的基础上，还应采用飞沫传播的隔离与预防措施。

1. 遵循隔离原则的要求对患者进行隔离与预防。

2. 应减少转运，当需要转运时，医务人员应注意防护。

3. 患者病情允许时，应戴外科口罩，并定期更换，并限制患者的活动范围。

4. 患者之间，患者与探视者之间相隔距离在 1m 以上，探视者应戴外科口罩。

5. 建议患者遵循呼吸卫生/咳嗽礼仪，加强对病室通风换气，必要时进行空气消毒。

6. 应严格按照区域流程，在不同的区域，穿戴不同的防护用品，离开时按要求摘脱，并正确处理使用后物品。

7. 医务人员与患者近距离（1m 以内）接触或进行产生气溶胶的操作时，应戴帽

子、医用防护口罩，进行可能产生喷溅的诊疗操作时，应戴护目镜或防护面罩，穿隔离衣，当接触患者及血液、体液、分泌物、排泄物等时应戴一次性使用医用橡胶检查手套，操作完成后严格手卫生。

8. 针对疑似或确诊新冠肺炎、人禽流感、甲流流行时应遵循国家最新感染控制指南。

（四）空气传播的隔离

接触经空气传播的疾病，如开放性肺结核、水痘、麻疹等，在标准预防的基础上还应采取空气传播的隔离与预防措施。

1．具有传染性的肺结核患者宜安置在负压隔离病房。一间负压病室宜安置一个患者，无条件时可安排同种呼吸道感染疾病患者于同一病房，并限制患者到病室外活动，患者出院所带物品应消毒处理。

2．如无负压病室，应优先单间安置，采用能够避免污染空气进入公共走廊或清洁区域的有效通风/机械排风和空气净化措施。

3．空气净化、空调系统运行、终末清洁与消毒按照 WS/T368-2025、WS/T512-2025 及相关疾病专项要求执行。

4．当患者病情允许时，应戴外科口罩，定期更换，并限制其活动范围。

5．一般病室按规范进行通风换气，必要时进行空气净化消毒，加强物表、地面清洁消毒处理。

6．应严格按照区域流程，在不同的区域，穿戴不同的防护用品，离开时按要求摘脱，确保医用防护口罩在安全区域最后脱卸，并正确处理使用后物品。进行可能产生喷溅的诊疗操作时，应戴防护目镜或防护面罩，穿隔离衣，当接触患者及其血液、体液、分泌物、排泄物等物质时应戴一次性使用医用橡胶检查手套。

7．无条件收治时，应尽快转送至有条件收治呼吸道传染病的病区或医疗机构进行救治，并注意转运过程中医务人员的防护。

（五）新发、突发或不明原因感染性疾病

1．对新发、突发、不明原因或传播机制尚未完全明确的感染性疾病，应依据风险评估采取较高等级的初始防护，并随着病原学和传播证据明确及时调整。

2．国家卫生健康委、国家疾控局、江苏省或属地卫生健康行政部门发布专项防控方案时，应及时启动制度动态更新或临时技术通知，不以本制度固定条款限制专项要求。

三、参考文献

[1]中华人民共和国第十四届全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法：中华人民共和国主席令第四十七号[EB/OL].(2025-04-30).ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[2]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[3]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第48号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[4]WS/T 511-2026 经空气传播疾病医院感染预防与控制规范[S].

[5]WS/T 368-2025 医院空气净化管理标准[S]

[6]WS/T 512-2025 医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准[S]

四、修订原因

根据中华人民共和国国家卫生健康委于2026年发布的《经空气传播疾病医院感染预防与控制标准》、2025年发布的《医院空气净化管理标准》《医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准》进行修订。

五、修订记录

2011年01月第2次修订

2016年03月第3次修订

2021年09月第4次修订

2023年09月第5次修订

2025年12月第6次修订

保护性隔离制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-043-06	制定时间：2011-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：5
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为防止易感者受周围环境中的微生物感染而设计的隔离。主要适用于抵抗力低或极易感染的患者，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．适用对象由临床科室根据病情和感染风险评估确定，可包括严重免疫功能低下患者、特定移植患者、严重烧伤患者、粒细胞缺乏等感染后果严重的患者。

2．保护性隔离区域应与收治感染性疾病患者的区域合理分开，避免与已知感染、疑似感染或大量环境污染风险患者同室

3．严格控制不必要的探视与人员流动，禁止患有或疑似传染性疾病尤其是上呼吸道感染或咽部带菌的工作人员、陪护、探护者接触患者。

4．进入病房的医护人员或家属须进行手卫生、戴口罩，必要时戴帽子、穿隔离衣、鞋套。

5．病房内保持整洁，减少非必要物品，不摆放鲜花、植物等易携带细菌的物品。

6．患者的生活用品，听诊器、体温计等医疗器具等宜专用，并做好日常清洗、消毒，不能专用的器具应严格一用一消毒或灭菌。

7．注意饮食卫生，避免未经安全处置的食物和高风险食物。

8．病人勤换内衣裤，切实做好口腔、皮肤、呼吸道和肛周等部位的基础护理，及时处置皮肤黏膜破损。

9．与患者接触前做到用皂液和流动水洗手或使用快速手消毒剂。

10．患者的治疗操作尽量集中进行，以避免过多的人员流动而把细菌带入病室。

11．严格执行无菌技术操作规程，加强侵入性装置的管理。

12．做好空气及物体表面清洁消毒工作，重点关注高频接触表面。保护性隔离患者所在区域如发生感染聚集或环境污染，应开展风险评估并强化清洁消毒。

三、参考文献

[1]WS/T 313-2019 医务人员手卫生规范[S].

[2]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[3]中华人民共和国第十四届全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法：中华人民共和国主席令第四十七号[EB/OL].(2025-04-30).ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[4]WS/T 853-2025 器官移植病区医院感染预防与控制标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委于 2025 年发布的《器官移植病区医院感染预防与控制标准》进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 2 次修订

2020 年 04 月第 3 次修订

2023 年 09 月第 4 次修订

2025 年 12 月第 5 次修订

经血传播疾病的感染管理制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-044-06	制定时间：2011-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：5
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为预防经血传播疾病（如艾滋病、乙肝、丙肝等）的发生与传播；控制疾病扩散，

降低感染风险；保护易感人群（含医护人员、患者及公众）健康安全；规范相关操作行为（如医疗操作、血液制品使用、废弃物处理等）；保障医疗安全与公共卫生安全，维护正常秩序，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．对所有患者均实施标准预防，不以是否已知 HBV、HCV、HIV、梅毒等检测结果决定基本防护水平。接触血液、体液、黏膜、破损皮肤或污染物时，应依据暴露风险使用手套、口罩、护目镜/防护面屏、隔离衣等。

2．执行手卫生指征。手部有可见污染或被血液、体液污染时用流动水和洗手液洗手；无可见污染时可按手卫生规范进行卫生手消毒。

3．手术部（室）应设隔离手术间或手术台（产床），使用后的器具做好标识，密闭运送供应室处置，感染性织物密闭盛放橘红色收集袋（箱），送洗衣房处理。

4．手术、介入、口腔诊疗时，应常规佩戴口罩、帽子、手套，存在可能产生血液体液喷溅的操作，应根据风险采用眼面部防护和防渗透工作服/隔离衣。

5．严格执行安全注射，静脉采血实行一人一针一管一带一巾，实行各项医疗操作时实行一人一针一筒，各种医疗器械及用具尽量采用一次性，且不得重复使用。可复用器械或用具应按照规范或说明书要求进行清洁消毒灭菌。

6．对血液制品均要进行严格检查，不合格或未取得正常审批的产品不用于临床。要严格掌握输血的适应证，尽量减少不必要的输血。

7．静脉采血、穿刺、注射和输液等应规范操作，并配备合适的利器盒，严禁双手回套针帽、徒手拆卸针头等行为。医疗废物严格按规定分类、收集、密闭转运处置。

8．口腔诊疗执行 WS/T 842-2024 及相关器械消毒灭菌规范，重点落实手卫生、个人防护、牙科综合治疗台水路与器械再处理。

9．血液透析患者血源性病原体筛查、分区/专机透析及相关感染控制按 WS/T 854-2025 执行。

10．定期开展血源性病原体职业接触防护培训，发生针刺伤、锐器伤等血源性传播疾病职业暴露后，应按照立即进行局部处理、报告、暴露风险评估、医学处置及随访。

三、参考文献

[1]GBZ/T213-2008 血源性病原体职业接触防护导则[S].

[2]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[3]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第 48 号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[4]WS/T 842-2024 口腔门诊医院感染管理标准[S].

[5]WS/T 854-2025 血液透析部门（中心）医院感染预防与控制标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2024、2025年发布的《口腔门诊医院感染管理标准》《血液透析部门（中心）医院感染预防与控制标准》进行修订。

五、修订记录

2014年03月第1次修订

2016年03月第2次修订

2019年09月第3次修订

2023年09月第4次修订

2025年12月第5次修订

医院感染职业安全防护制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-045-07	制定时间：2001-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为指导医务人员在诊疗护理活动中，采取正确的职业安全防护措施，防止职业暴露及医院感染，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）管理要求

1. 开展职工上岗前职业安全防护培训与考核，并定期对职工进行预防医院感染知识培训，加强职业防护技能训练。

2. 医务人员严格遵守医疗操作与消毒规程，避免意外损伤。

3. 医务人员应根据标准预防、不同传播途径疾病预防与控制需要及疾病危害性，选择适宜的个人防护用品。

4. 定期对医院工作人员进行健康体检，建立健康档案，对特殊岗位医务人员实施感染性病原体疫苗接种和主动预防。

5. 职业暴露后按照《医务人员职业暴露预防及处置应急制度》实施防护措施。

（二）职业防护的主要措施

1. 标准预防：基于患者的体液（血液、组织液等）、分泌物（不包括汗液）、排泄物、黏膜和非完整皮肤均可能含有病原体的原因，针对医院患者和医务人员采取的一组预防感染措施。包括手卫生，根据预期可能的暴露穿戴手套、隔离衣、口罩、帽子、护目镜或防护面罩等个人防护用品，安全注射，以及穿戴合适的防护用品处理污染的物品与医疗器械等。

2．医务人员在标准预防的基础上，根据疾病的主要传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播和其他途径传播如虫媒传播），采取相应的隔离措施。

3．工作人员上岗着装规范，认真落实手卫生制度。

4．按照疾病传播途径及职业暴露风险规范使用个人防护用品，防护用品应符合国家相关标准，在有效期内使用。

5．不应手持锐器随意走动、双手回套针帽、徒手传递或拆卸使用过的针头、二次分拣使用过的针头和注射器等。使用过的锐器应立即放入利器盒中，锐器容量达到利器盒容积的 3/4 时应封闭并更换利器盒。

6．可复用器械清洗消毒时，不同区域工作人员按要求选用个人防护用品。

7．实施清洁与消毒时应做好个人防护，不同区域环境表面清洁人员个人防护用品选用应符合规定。

8．从事医疗废物收集、运送、储存、处置、消毒的工作人员，按要求选用个人防护用品。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第 48 号[EB/OL].(2006－06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[3]GBZ/T213-2008 血源性病原体职业接触防护导则[S].

[4]WS/T 367-2012 医疗机构消毒技术规范[S].

[5]WS/T 313-2019 医务人员手卫生规范[S].

[6]WS 507-2016 软式内镜清洗消毒技术规范[S].

[7]WS 310.2-2016 消毒供应中心第 2 部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范[S].

[8]WS/T 512-2025 医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准[S].

[9]WS/T 856-2025 安全注射标准[S].

四、修订原因

根据中华人民共和国国家卫生健康委员会于 2025 年发布的《医疗机构环境表面清洁与消毒管理标准》《安全注射标准》等进行修订。

五、修订记录

2011 年 01 月第 2 次修订

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 09 月第 4 次修订

2023 年 09 月第 5 次修订

2025 年 12 月第 6 次修订

医务人员职业暴露预防与应急处置上报制度

文件编号：YXPH-YG-YGK-2025-046-08	制定时间：1999-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：7
审核批准：医院感染管理委员会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为降低医务人员锐器伤等发生风险，提高职业暴露应急处置能力，规范上报流程，达到保障医务人员职业安全的目的，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）职业暴露的预防

1. 诊疗感染性或疑似传染病患者时，应评估血源性暴露、上呼吸道暴露、消化道暴露和接触暴露的风险，采取针对性防控措施。

2. 加强感染性病原体职业暴露的培训教育，针对感染性病原体职业暴露高风险部门进行应急演练。

3. 规范医疗行为，降低职业暴露风险，医务人员一旦发生职业暴露后应及时规范应急处置，同时按要求上报感染管理科。

4. 规范暴露后评估、处置和随访，严格按照相关防护要求采取检测、预防用药等应对处置措施。

5. 建立实施医务人员感染性病原体职业暴露疫苗接种主动预防管理制度。

6. 医务人员在进行侵入性诊疗、护理、实验操作过程中，要保证充足的光线，并特别注意防止被针尖、缝合针、刀片等锐器刺伤或划伤。

7. 禁止将使用后的一次性针尖双手盖帽，盖帽应单手操作，禁止直接接触污染的针头、刀片等锐器。

8. 手术中传递锐器应采用无触式传递，以免损伤医务人员。

9. 严禁重复使用一次性使用医疗用品，严格执行注射器具“一人一针一管一用一抛弃”的要求，一次性使用后的锐器应作为医疗废物直接放入利器盒中，以防刺伤。

10. 诊疗操作有可能接触患者血液、体液时必须戴手套，操作完毕，应立即脱去手套并进行手卫生。

11. 在诊疗、护理、实验操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅时，应当戴口罩、防护眼镜或面罩，穿隔离衣或防护服等。

12. 严格执行标准预防，正确使用防护用品和手卫生规范。

13. 医疗废物必须分类处置，严禁徒手抓取污物，严禁损伤性废物混入其他垃圾。

14. 空气、物表、地面、医疗护理用品、器具和器械等的清洁消毒应严格按相关标准执行；处理血液、体液或其他有潜在感染风险的污染物应尽量避免喷、溅、洒落、

飞扬或产生飞沫。

15. 安全用血，保障血制品的安全。

（二）职业暴露上报流程

1. 医务人员发生感染性职业暴露，应在初步应急处理后立即报告本部门负责人（医生报告科主任，护士报告护士长，工勤人员向相应主管部门报告），以便获得进一步应急处理。

2. 职业暴露者登录“单点登录”系统中“院感上报”模块填写医务人员职业暴露上报登记表，经负责人核实后提交上报感染管理科。

3. 感染管理科接到报告后应尽快评估职业暴露情况，必要时组织专科会诊，尽可能在 24 小时内采取相应的预防干预措施。

4. 暴露者按时进行相应的检验检查和疫苗接种，感染管理科追踪确认检验结果和服药情况，配合进行定期随访。

5. 医院相关部门应建立医务人员健康档案，定期体检以及必要的免疫接种，建立有效的职业暴露应对机制。

6. 上报不良事件，并组织分析原因，持续质量改进。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第 48 号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]WS/T 311-2023 医院隔离技术标准[S].

[3]卫生部.关于印发《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》的通知：卫医发〔2004〕108 号[EB/OL].(2004-04-06).https://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/200406/f19efaaf7f7d412f9db372394aca1989.shtml.

[4]WS/T 453-2014 丙型病毒性肝炎筛查及管理[S].

[5]GBZ/T213-2008 血源性病原体职业接触防护导则[S].

[6]WS/T 856-2025 安全注射标准[S].

四、修订原因

根据参考文献要求，结合医院管理实际需要，对原制度进行系统性修订，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2016 年 03 月第 3 次修订

2019 年 09 月第 4 次修订

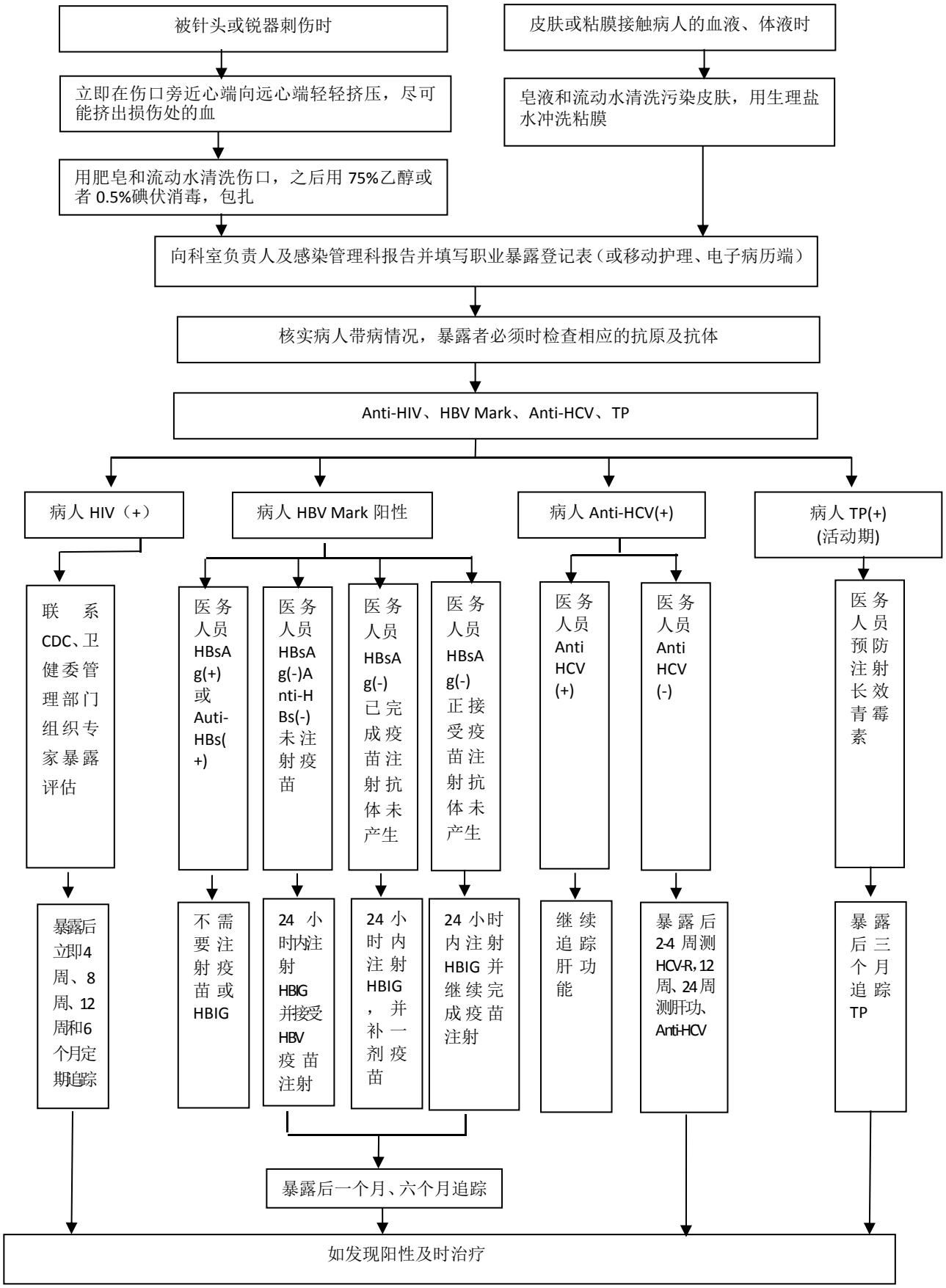
2020 年 10 月第 5 次修订

2023 年 09 月第 6 次修订

2025 年 12 月第 7 次修订

附件

职业暴露后的处理流程



第八章　公共卫生管理制度

传染病疫情信息报告管理制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-001-05	制定时间：2004-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-15
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

为加强传染病疫情信息报告管理工作，提高报告的效率和质量，特制定本制度。

二、内容

1. 责任报告部门及其职责

本院为法定传染病责任报告单位，公共卫生科为责任报告部门，负责本院范围疫情登记和报告管理工作，配备专人实行计算机网络直报。

2. 责任报告人

本院执行职务的医务人员均为责任报告人。

3. 报告病种

（1）法定传染病（3 类 42 种）

甲类传染病：鼠疫、霍乱。

乙类传染病：新型冠状病毒感染、传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染新亚型流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、猴痘、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、基孔肯雅热、发热伴血小板减少综合征。

丙类传染病：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病、手足口病、除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

（2）其它

国家卫健委决定列入乙类、丙类传染病管理的其他传染病和需要开展应急监测的其他传染病；省级人民政府决定按照乙类、丙类管理的其他地方性传染病和其他暴发、流行或原因不明的传染病。重点关注：生殖道沙眼衣原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹、人感染猪链球菌、AFP、水痘、鹦鹉热、不明原因肺炎、人腺病毒感染重症病例或死亡病例、恙虫病等。

4. 报告时限

发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎等按照甲类管理的传染病的患者或疑似患者时，应立即报告公共卫生科，并填写《中华人民共和国传染病报告卡》（以下简称《传染病报告卡》）。公共卫生科立即通过电话向当地疾控机构、卫生行政部门报告，2 小时内通过网络报告，同时做好传染病专项登记。

对其它乙、丙类传染患者、疑似患者和规定报告的霍乱、脊髓灰质炎等传染病的病原携带者，以及其它相关疾病应当在 24 小时内填写《传染病报告卡》报送公共卫生科进行网络报告。

5. 登记要求及报告程序

（1）执行首诊负责制，实施以“接口数据交换为主、网络直报为辅”的传染病网络报告模式。

（2）责任报告单位或责任报告人在诊疗过程中应规范填写或由电子病历自动生成规范的门诊日志、出/入院登记、检测检验登记；首诊医生在诊疗过程中发现“报告病种”所列传染病时，应结合临床资料、流行病学史规范诊断，立即按照规定完整填写《传染病报告卡》上报。

（3）检验科、影像科发现和传染病相关的阳性结果，立即反馈至相关科室，并做好登记。

6. 审核上报

（1）公共卫生科传染病疫情信息报告管理人员在电子病历系统随时接收门诊和病房医生上报的《传染病报告卡》，审核无误后，通过国家传染病预警前置软件进行网络直报。

（2）对报告患者诊断变更、患者死亡或填卡错误时，及时进行订正报告，卡片类别选择订正项，并注明原报告病名。发现漏报的传染病，应及时补报。

7. 监督

（1）公共卫生科具体落实本院传染病疫情报告管理和相关质量控制工作，内设传染病疫情信息报告管理人员，负责全院传染病报告卡的审核、上报和查重工作，并按月进行疫情资料分析。

（2）医务部负责传染病诊断规范性核查，及时提出整改。

（3）医院感染管理科负责传染病的医院感染风险防控，并提供消毒隔离技术指导。

（4）责任报告人瞒报、谎报、迟报、漏报传染病疫情情节严重的，由上级行政部门根据《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定，给予行政处分或者行政处罚，对情节恶劣并造成后果的，追究相关法律责任。

（5）医院工作人员对传染病疫情信息应做好严格的信息安全和保密工作，不得泄露患者信息和隐私。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[2]国家卫生健康委.国家卫生健康委员会公告：2026 年第 3 号[EB/OL].(2026-03-16).https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202603/4bdf2711c23a4d929aaf272cfcc49ece.shtml.

[3]国家疾控局，国家卫生健康委，国家中医药局.关于印发传染病信息报告管理规范（2026 年版）的通知：国疾控监测发〔2026〕4 号[EB/OL].(2026-01-23).http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/zhengcewenjian/2026-02-06/37648.html.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

2026 年 04 月第 4 次修订

传染病疫情信息报告管理人员工作制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-002-05	制定时间：2007-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-15
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

为确保医疗机构传染病疫情报告的规范性、有效性、安全性，特制定本制度。

二、内容

1. 传染病疫情信息报告管理人员需具备足够的医学知识和计算机基本操作技能，熟练掌握传染病疫情报告管理业务，指导和培训本单位医务人员开展传染病疫情报告。

2. 每天定时对接收的《传染病报告卡》进行审核，对有错项、漏项、逻辑错误及有疑问的报告卡必须及时向填卡人核实，准确无误后及时通过国家传染病智能监测预警前置软件进行网络直报。对已报告的传染病卡片，当诊断变更、死亡或填卡错误时要及时做出订正报告。对报告的疑似病例，应及时进行排除或确诊。

3. 发现以下情况时，应立即对报告信息进一步核实，核实属实后，应立即向宜兴市卫健委和宜兴市疾控中心报告：

（1）发现甲类传染病和按照甲类管理的乙类传染病患者、疑似患者和病原携带者，卫健委规定按甲类传染病管理的其他乙类传染病和突发原因不明的传染病。

（2）发现不明原因肺炎病例、不明原因死亡病例。

（3）发现同一种急性传染病在同一自然村、街道、集体单位（场所）一日内出现 3 例及以上，或一周内出现 5 例及以上。

4. 每月进行传染病监测信息的汇总分析，并及时在院内网站上公布。做好传染病信息资料的保存和备份，可通过下载传染病报告信息进行永久保存。

5. “中国疾病预防控制信息系统”“传染病智能监测预警前置软件”等的账号密码专人专用，未经许可，不得转让或泄露信息报告系统操作账号和密码，定期更新证书或更改密码。严格遵守网络安全，杜绝传染病疫情信息泄露。

6. 以不低于 1 次/月的频次开展传染病瞒报、谎报、漏报、迟报自查，发现问题及时整改，并增加自查频次。认真执行传染病与突发公共卫生事件报告管理奖惩制度。

7. 参加各级疾病预防控制机构组织的业务培训并在本单位内进行宣贯。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[2]国家疾控局，国家卫生健康委，国家中医药局.关于印发传染病信息报告管理规范（2026 年版）的通知：国疾控监测发〔2026〕4 号[EB/OL].(2026-01-23).http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/zhengcewenjian/2026-02-06/37648.html.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

2026 年 04 月第 4 次修订

突发公共卫生事件报告管理制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-003-05	制定时间：2004-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-15
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

为加强突发公共卫生事件管理，提供及时、科学的防治决策信息，有效预防、及时控制突发公共卫生事件的危害，保障公众身体健康与生命安全，特制定本制度。

二、内容

1．制定结合本院实际情况的突发公共卫生事件应急预案。建立应急管理网络，并行使相应的权力和职责，贯彻分级负责、反应及时、措施果断的应急工作原则。一旦突发事件发生，立即启动应急系统，各有关部门应服从医院和卫生主管部门突发事件应急处理指挥部的统一指挥。

2. 执行首诊负责制，责任报告人发现疑似的突发公共卫生事件疫情时，应立即电话通知公共卫生科和应急办，疫情管理人员初步核实后，立即报告院领导，同时向辖区疾病预防控制机构进行报告。

3．医院对因突发公共卫生事件致病的人员提供医疗救治和现场救援，对就诊患者进行接诊治疗，并书写详细、完整的病历记录；对需要转送的患者，按照规定将患者及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构;对传染病患者密切接触者采取医学观察措施，并配合卫生行政主管部门进入突发事件现场进行调查、采样、技术分析和检验，不得以任何理由予以拒绝。

4．对传染病要按《中华人民共和国传染病防治法》等相关的法律要求执行，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。严格执行各项消毒隔离、医院感染控制等各项制度和措施，做好个人防护，防止交叉感染和院内感染的发生，做好污物、污水的无害化处理。

5．医院承担责任范围内突发公共卫生事件和传染病疫情监测信息报告任务，并定期对医务人员进行有关突发公共卫生事件和传染病疫情监测信息报告工作的培训。

6．发现瞒报、缓报、谎报或授意他人不报告突发公共卫生事件或传染病疫情的，拒绝接诊患者的，拒不服从突发事件应急处理指挥部调度的，依法给予行政处分或行政处罚；造成疫情播散或事态恶化等严重后果，构成犯罪的，由司法机关追究其刑事责任。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国突发公共卫生事件应对法[EB/OL].(2025-09-12)[2025-11-01].https://www.nhc.gov.cn/wjw/xwdt/202509/f6282e5c39204395969ce034455a66b7.shtml.

[2]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[3]国家疾控局，国家卫生健康委，国家中医药局.关于印发传染病信息报告管理规范（2026 年版）的通知：国疾控监测发〔2026〕4 号[EB/OL].(2026-01-23). http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/zhengcewenjian/2026-02-06/37648.html.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2007 年 01 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

2026 年 04 月第 4 次修订

传染病预检分诊制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-004-05	制定时间：2005-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-28
制定部门：公共卫生科	修订版本：3
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为规范本院传染病预检、分诊工作，有效控制传染病疫情，防止医院内交叉感染，保障人民群众的身体健康和生命安全，特制定本制度。

二、内容

1. 设立传染病预检分诊点，对传染病患者、疑似患者，应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊。

2. 预检分诊点应标识明确，相对独立，通风良好，流程合理，具备消毒隔离条件和必要的防护用品。

3. 从事预检分诊的医务人员严格遵守卫生管理法律、法规和有关规定，认真执行临床技术操作规范和消毒隔离制度。

4. 分诊医务人员应注意询问患者有关流行病学史、职业史，结合患者的主诉、病史、症状和体征等进行传染病的预检，经预检为传染病患者或者疑似传染病患者的，将患者分诊至感染性疾病科相关门诊就诊，同时对接诊处采取必要的消毒措施，严格按照规范进行消毒和处理医疗废物。

5. 根据传染病的流行季节、周期、流行趋势和上级部门的要求，做好特定传染病的预检、分诊和转诊工作，初步排除特定传染病后，再到相应的普通科室就诊。

6. 对呼吸道等特殊传染病患者或者疑似患者，依法采取隔离或者控制传播措施，并按照规定对患者的陪同人员和其他密切接触人员采取必要的预防措施。

7. 转诊传染病患者或疑似传染病患者时，按照卫生行政部门的规定使用专用车辆，随车医护人员做好隔离防护，车辆使用后按照消毒技术规范严格进行终末消毒。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).

http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2011 年 01 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

传染病与突发公共卫生事件报告自查制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-005-05	制定时间：2008-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-28
制定部门：公共卫生科	修订版本：3
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为确保传染病与突发公共卫生事件报告工作顺利开展，提高报告质量，避免出现漏报、误报，特制定本制度。

二、内容

1. 传染病与突发公共卫生事件报告工作质量纳入本院质量考核体系。

2. 自查工作由公共卫生科具体负责实施，各科室和全体工作人员需配合自查工作。

3. 传染病疫情信息报告管理人员每天通过传染病智能监测预警前置软件监测相关信息，接收和核查《传染病报告卡》质量。

4. 每月对涉及突发公共卫生事件与传染病诊治、报告管理的各科室进行自查，自查使用《传染病管理自查表》，如实记录自查结果。

5. 自查发现问题及时落实整改，每月兑现奖惩，并将自查情况纳入考核。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAAC

QAAABcAAAAn.

[2]DB32/T 4659-2024 医院公共卫生工作规范[S].

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

传染病与突发公共卫生事件报告管理奖惩制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-006-05	制定时间：2008-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-28
制定部门：公共卫生科	修订版本：3
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》，使本院的传染病疫情报告工作真正科学化、制度化、规范化，提高医院传染病报告质量，特制定本制度。

二、内容

1. 传染病与突发公共卫生事件报告管理质量纳入本院质量考核体系，按照科室、主诊组、责任人三级管理落实奖惩措施。

2. 公共卫生科每月对各科室传染病与突发公共卫生事件报告和管理情况进行分类统计和考核。每季度对科室主任进行考核，按照考核兑现奖惩。

3. 对疫情监测报告管理工作突出的科室和个人予以奖励。

4. 对自查或检查中发现的问题，责任人必须及时更正，传染病疫情信息报告管理领导小组根据实际情况实施处罚与否：

（1）凡漏报、迟报，谎报、瞒报、未按规范随意收治传染病患者，但未造成传染病疫情播散、暴发、流行的，给予考核扣奖 200 元/例。情节严重者，根据传染病防治法有关规定处理，科室主任负连带责任。

（2）对泄漏网络直报系统的帐户、密码、传染病患者隐私，传染病报告信息未按相关规定妥善保存，造成遗失等行为，将追究责任，严重者承担法律后果。

5. 凡违反《中华人民共和国传染病防治法》规定，未能及时上报处置传染病疫情与突发公共卫生事件，造成传染病暴发、流行且后果严重者，根据《中华人民共和国传染病防治法》有关规定处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

传染病与突发公共卫生事件报告管理培训与考核制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-008-05	制定时间：2005-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-15
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

为定期对医务人员开展传染病与突发公共卫生事件报告培训，注重培训实效，及时更新知识，提高医务人员传染病与突发公共卫生事件的处置能力，特制定本制度。

二、内容

1．每年常规对全院医务人员进行传染病与突发公共卫生事件相关法律法规及知识培训。对重点部门进行季节性、有针对性重点培训，有重大疫情根据上级要求进行培训。培训结束后对培训效果进行考核。

2．新入职的医务人员必须进行传染病与突发公共卫生事件报告管理相关知识培训和考核。

3．培训内容主要包括：《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国疫苗管理法》《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》《传染病报告信息管理规范》《突发公共卫生事件应急条例》、重点传染病防控方案指南、传染病诊断标准等，注重培训内容的更新。

4．传染病疫情信息报告管理人员必须接受无锡市疾病预防控制中心的培训，经考试合格后方可上岗。同时每年需接受宜兴市疾病预防控制中心的业务轮训。

5. 拒绝参加培训者按有关制度处置。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治

法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[2]国家疾控局，国家卫生健康委，国家中医药局.关于印发传染病信息报告管理规范（2026年版）的通知：国疾控监测发〔2026〕4号[EB/OL].(2026-01-23).http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/zhengcewenjian/2026-02-06/37648.html.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年09月第2次修订

2025年11月第3次修订

2026年04月第4次修订

阳性（异常）结果反馈制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-009-05	制定时间：2008-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-15
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

辅助检查是传染病诊断和报告工作中重要环节，为确保临床医生和传染病疫情报告管理人员及时掌握传染病相关检测情况，减少误报、漏报，特制定本制度。

二、内容

1. 辅助科室严格执行检验、检测登记制度，规范填写检验登记、阳性（异常）结果登记等辅助检查记录。

2. 辅助科室指定专人负责科内传染病阳性（异常）检验、检测结果报告管理工作。及时、准确将传染病相关阳性（异常）结果反馈至临床科室、患者及疫情报告管理部门。

3. 定期组织科内阳性（异常）结果质量控制。

4. 公共卫生科专职人员定期对辅助科室传染病相关阳性（异常）结果登记反馈记录进行查看。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t202504

30_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[2]国家疾控局，国家卫生健康委，国家中医药局.关于印发传染病信息报告管理规范（2026 年版）的通知：国疾控监测发〔2026〕4 号[EB/OL].(2026-01-23). http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/zhengcewenjian/2026-02-06/37648.html.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

2026 年 04 月第 4 次修订

传染病暴发、聚集性症候群等异常情况处置制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-010-05	制定时间：2008-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-15
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

为早期发现和报告可能的传染病与突发公共卫生事件，为疫情控制赢得较好时机，从而尽可能避免事态进一步扩大，特制定本制度。

二、内容

1. 传染病暴发、聚集性症候群等异常情况主要包括常见传染病的暴发与流行，群体性中毒（食物中毒和职业中毒）、甲类及按甲类管理的传染病疫情、本地罕见传染病、新发传染病或不明原因疾病发病、死亡等。

2. 传染病暴发、聚集性症候群等异常情况的处置流程和时限：

（1）临床诊疗科室和辅助检查科室医生发现异常情况时，应立即向科主任汇报，科主任组织科内专家进行会诊并汇报医务部、公共卫生科，同时完成异常情况登记。

（2）医务部接到异常信息报告后，应立即将信息向各相关业务科室通报，组织全院专家进行院内会诊，并做好相应记录。同时立即向分管院长报告，并按规定组织开展防控、救治等措施。

（3）公共卫生科接到异常信息报告后，应立即报告分管院长并同时电话报告辖区疾控中心，经疾控中心核实并确认后，于 2 小时内安排专人完成网络直报，实时对疫情动态变化及防控进展等情况进行专题分析，分析结果向分管院长汇报，并通报各

相关科室。

（4）初诊医生及时完成异常情况登记，公共卫生科在异常情况处理过程中应做好相关记录。

3. 落实消毒隔离制度，做好职业防护，防止发生医院内感染。

4. 各级各类医务人员不得瞒报、缓报、谎报传染病疫情，造成疫情播散或事态恶化等严重后果的，依照《中华人民共和国传染病防治法》相关条款追究其责任。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[2]国家疾控局，国家卫生健康委，国家中医药局.关于印发传染病信息报告管理规范（2026 年版）的通知：国疾控监测发〔2026〕4 号[EB/OL].(2026-01-23).http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/zhengcewenjian/2026-02-06/37648.html.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

2026 年 04 月第 4 次修订

传染病疫情与公共卫生管理分析与通报制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-011-05	制定时间：2010-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-15
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

为定期对院内报告的传染病疫情与公共卫生管理进行汇总分析，并对相关科室进行反馈，特制定本制度。

二、内容

1. 公共卫生科承担院内传染病疫情与公共卫生管理分析通报，专职疫情管理人员对本院报告的传染病疫情进行分类汇总。

2. 传染病疫情与公共卫生管理分析每月一次，分析内容主要为院内报告的传染

病与突发公共卫生事件，必要时增加本区域相关传染病动态。

3. 传染病疫情与公共卫生管理汇总分析每月在医院网站上通报。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[EB/OL].(2025-04-30).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202504/t20250430_445085.html?sign=ABZOcnNfd2NtX3ByZXZpZXdfYWNjZXNzAAAH6QAAAAQAAAAIAAAACQAAABcAAAAn.

[2]国家疾控局，国家卫生健康委，国家中医药局.关于印发传染病信息报告管理规范（2026年版）的通知：国疾控监测发〔2026〕4号[EB/OL].(2026-01-23).http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/zhengcewenjian/2026-02-06/37648.html.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016年01月第1次修订

2020年09月第2次修订

2025年11月第3次修订

2026年04月第4次修订

死亡病例信息报告制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-013-05	制定时间：2014-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-04-15
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

为加强本院死亡病例信息报告的规范性、及时性，特制定本制度。

二、内容

1. 公共卫生科为院内人口死亡信息登记管理部门。

2. 凡在本院医疗服务过程中发生的死亡个案（包括到达医院时已死亡，院前急救过程中死亡、院内诊疗过程中死亡），均应由诊治医生作出诊断并逐项填写《居民死亡医学证明（推断）书》（简称《死亡证》），并上报公共卫生科。

3. 《死亡证》的申领需提供逝者及逝者近亲属有效身份证件，如逝者近亲属委托他人代为申领的，需提供逝者及逝者近亲属有效身份证件，逝者近亲属有效签名的《居民死亡医学证明办理委托书》及被委托人有效身份证件。《死亡证》必须有诊治医生和家属签字，并在死亡证明书上加盖公章。

4. 公共卫生科负责《死亡证》第一联的保存和管理，管理人员定期查看本院死亡病例报告信息，并及时完成《死亡证》的审核，进行网络报告。

5. 《死亡证》纸质版遗失的，由原申领人持有效身份证件申请补发，如有其他逝者近亲属代办申请补发，须有原申领人的《居民死亡医学证明办理委托书》。《死亡证》的补发由公共卫生科在直报系统中调取，根据家属需求，缺失哪一联补发哪一联，只能进行一次补发。

6. 公共卫生科定期对各科室死亡病例信息报告情况进行自查，及时进行查漏补缺，落实奖惩。协助公安、民政、疾控机构开展相关调查工作。

7. 系统登录账号专人专用，加强账号和数据保护。死亡信息统计或分析信息的管理和使用按照有关法律、法规和卫生行政部门有关规定执行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，公安部，民政部，国家中医药管理局，国家疾控预防控制局.关于加强局居民死亡医学证明信息登记和电子证照管理工作的通知：国卫规划发〔2026〕5号[EB/OL].（2026-02-27）.https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202602/9daacc59b8494be99a04e1b1fcc69247.shtml.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年09月第2次修订

2025年11月第3次修订

2026年04月第4次修订

慢性非传染性疾病管理工作制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2025-001-04	制定时间：2008-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-28
制定部门：公共卫生科	修订版本：3
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为规范和完善本院的慢性病发病报告工作，加强信息管理，及时获得完整、准确的发病监测信息，特制定本制度。

二、内容

1. 按规范要求开展新发慢性非传染性疾病（高血压、糖尿病、恶性肿瘤、冠心病、脑卒中、慢性阻塞性肺病）的监测报告工作。

2. 诊治医生负责新发慢性病病例的报告，及时填写《慢性病报告卡》，上报公共卫生科。

3. 公共卫生科专职管理人员及时对上报的《慢性病报告卡》审核，规定时限内完成网络直报。

4. 对所有 35 岁以上门诊首诊患者免费测量血压并做好记录。

5. 公共卫生科定期对各科室慢性病上报情况进行自查，查漏补缺，纳入科室考核，落实奖惩。

6. 系统登录账号专人专用，加强账号和数据保护。慢性非传染性疾病的统计或分析信息的使用应按照有关规定执行。

三、参考文献

[1]无锡市卫生健康委员会.关于印发《无锡市慢性病报告和随访工作规范》的通知（锡卫疾控〔2021〕49 号）[Z].2021.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

食源性疾病监测工作制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2026-016-05	制定时间：2013-01-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-05-29
制定部门：公共卫生科	修订版本：4
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-08-10

一、目的

为贯彻落实《中华人民共和国食品安全法》，开展食源性疾病主动监测，保障人民身体健康，特制定本制度。

二、内容

1. 食源性疾病监测工作由分管院长负责，公共卫生科承担具体监测管理工作。

2. 临床医生承担食源性疾病发现、信息采集、报告任务，并依据病例定义，采集患者粪便标本，应尽量在用药之前，采样要求符合规定。

3. 检验科严格按照规定开展细菌检测工作。检测原始记录完整、规范，并及时将检测结果反馈给送检医生和公共卫生科。如分离出阳性菌株，及时上报并送至上级部门进一步检测鉴定。

4. 公共卫生科专管人员审核上报的病例信息，在 1 个工作日内通过对接系统上传至无锡区域平台食源性疾病监测系统；完成检验后 2 个工作日内通过无锡区域平台填报标本检测信息。

5.临床医生在日常诊疗中发现疑似食源性疾病聚集性病例立即上报公共卫生科，并完整报送病例相关信息。公共卫生科接到报告后，立即报告上级卫生行政部门和辖区疾控中心。

6．配合疾控部门进行食源性疾病病例相关信息的调查、采样工作。

7．食源性疾病监测工作纳入考核范畴，由公共卫生科每月进行考核，兑现奖惩。

三、参考文献

[1]无锡市卫生健康委员会，无锡市工业和信息化局，无锡市商务局，无锡市市场监督管理局，无锡市粮食和物资储备局，无锡市海关.关于印发无锡市食品安全风险检测方案（2026 版）的通知：锡卫疾控〔2026〕5 号[Z].2026.

四、修订原因

根据参考文献进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

2026 年 05 月第 4 次修订

伤害监测管理工作制度

文件编号：YXPH-GW-GGWSK-2025-002-01	制定时间：2025-11-28
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：公共卫生科	修订版本：/
审核批准：医院公共卫生管理委员会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为掌握宜兴市伤害流行状况，有效评价伤害疾病负担和各项伤害干预措施效果，特制定本制度。

二、内容

1. 本院为宜兴市伤害监测项目监测点，公共卫生科负责伤害监测管理工作。

2. 门、急诊医护人员为责任报告人，监测对象为在医院门、急诊因伤害就诊的首诊患者。发现此类患者应详细填写《全国伤害监测报告卡》（电子版），提交上报至公共卫生科。

3. 公共卫生科专（兼）职工作人员按照相关要求开展伤害监测报告卡的收集、审核和上报，发现漏报、错报情况，及时督促责任人员限期补报、订正。

4. 专（兼）职工作人员按要求参加各级疾控组织的伤害监测项目培训；负责对院内相关报告人员进行培训。

5. 按照医院、科室、责任人三级管理制度落实考核奖惩。

三、参考文献

[1]宜兴市卫生健康委员会.2023 年宜兴市伤害监测项目工作方案[Z].2023.

第九章　后勤保障管理制度

一、医疗设备器械管理制度

医学装备科工作制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-001-01	制定时间：2025-11-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医学装备科	修订版本：/
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为进一步规范医院医学装备全生命周期管理，明确医学装备科工作职责、工作流程与管理标准，保障医疗设备、医学计量、生命支持类装备安全、有效、经济运行，提升装备保障能力与使用效益，防范医疗质量安全与廉政风险，依据国家相关法律法规，结合医院精细化管理与高质量发展需要，特制定本制度。

二、内容

（一）医学装备科在分管院长领导下，依据相关法规对医学装备进行全生命周期管理。

（二）严格执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国计量法》《医疗器械监督管理条例》《医疗卫生机构医学装备管理办法》等国家和地方政府发布的相关法律法规，以及相关的技术标准和规程。

（三）凡属医疗、教学、科研所需的医学装备，均由医学装备科统一负责制定购置计划和工程技术方案，并组织实施、监督和管理。如：论证、供应、调配、处置等资产和物流管理；仪器设备安装、集成、调试、临床验收、维修、计量、预防性维护和应用分析等工程管理与技术支持。

（四）根据相关的规范要求，及时制订并修订科学可行的工作制度、操作规程和岗位责任制，并认真落实执行。

（五）根据医院制定的发展规划、目标和年度工作计划，结合本部门的实际情况，制定相应的发展规划和年度工作计划，并予以实施。

（六）开展应用质量控制、质量保证工作；负责对仪器设备使用操作人员的工程技术培训；收集反馈医学装备使用过程中的可疑不良事件；保障设备使用安全及所获临床医学信息（数据、图形、图像）的有效性，使设备处于完好与待用状态。

（七）规划本专业的学科建设（包括人才队伍、设施与环境、技术服务内容、科研与教学等），组织本部门的各级临床（医学）工程管理与技术人员参加相关继续教

育和在职培训，取得相应岗位资质。

（八）工作流程管理

1. 装备购置流程：临床申请→科室审核→论证评估→预算审批→采购实施→验收建档→发放使用。

2. 维修保障流程：故障报修→接单响应→维修处置→验收确认→记录归档→质量回访。

3. 报废处置流程：申请鉴定→技术评估→审批→资产核销→规范处置→档案留存。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第8号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[3]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[4]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第18号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[5]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

[6]国务院.医疗机构管理条例：国务院令第752号[EB/OL].（2022-03-29修订）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5687501.htm.

医学装备三级管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-002-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为加强我院医学装备管理，促进医学装备合理配置、安全与有效利用，充分发挥使用效益，保障医疗卫生事业健康发展，依据有关法律法规，特制定本制度。

二、内容

医学装备管理实行分管院长、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度。

（一）分管院长

1. 分管院长根据医院规模发展需要及现有医学装备情况，配备数量适宜的专业技术人员。

2. 分管院长根据医院的实际情况对医学装备的全年工作计划作出统筹规划。

（二）医学装备管理部门

医学装备科是全院的医学装备管理的职能部门，在分管院长的领导下，负责全院医学装备管理的全过程。

1. 负责医学装备发展规划和年度计划的组织、制订、实施等工作。

2. 负责医学装备论证、验收、质控、维护、修理、应用分析和处置等全程管理。

3. 负责全院医学装备的维修保养，保障医学装备正常使用。

4. 收集相关政策法规和医学装备信息，提供决策参考依据。

5. 组织本机构医学装备管理相关人员专业培训。

6. 按照国家规定对全院的计量器具执行强检工作。

7. 对设备实行科学管理，大型设备购置必须进行可行性论证，严格按照《大型医用设备配置与管理使用办法》进行管理配置。

（三）使用部门

使用科室应在医学装备科的指导下，负责本科室的医学装备日常管理工作。

1. 需建立使用管理责任制，制定专人管理，严格使用登记，认真检查保养，保持仪器设备处于良好状态。

2. 新进仪器设备在使用前，必须经过专业技术人员的培训指导，在熟悉日常操作和保养程序后，方可独立操作，防止误损仪器。

3. 操作使用时必须按照仪器的使用说明、操作规程进行操作，操作前应判明操作人员技术状态良好。

4. 不允许搬动的仪器，不可随意挪动。仪器操作使用过程中，操作人员不得擅自离开，发生故障时，及时通知设备维修部门，严禁带故障和超负荷使用。

5. 仪器设备(包括主机、附件)须保持完整，破损的零部件不得随意丢弃。

6. 严格做好设备的运行记录和维修维护记录。

7. 使用科室还应建立医疗设备的分户账，由专人或兼职人员负责，实现与医院职能部门账账、账物相符。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24 号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[3]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第18号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[4]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

四、修订原因

1．法规更新：国家、省级医疗器械及大型设备管理新规落地，制度需对标修订。

2．管理提质：适配精细化、智慧化设备信息化管控要求，优化岗位职责。

3．业务适配：立足学科扩容、新设备引进实际，理顺流程。

4．安全管控：落实质控、不良事件、院感及应急管理要求，筑牢设备使用安全底线。

五、修订记录

2021年06月第1次修订

2025年11月第2次修订

医学装备购置审批制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-003-03	制定时间：2013-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医学装备购置行为，合理配置医疗资源，保障医疗质量与安全，控制成本、提高效益，依据国家相关法律法规及医院管理要求，建立科学论证、分级审批、规范采购、全程监管的医学装备购置审批机制，特制定本制度。

二、内容

1.各业务科室根据临床、科研、教学工作需要按年度编报设备计划，由医学装备科汇总后，交医学装备管理委员会论证讨论，形成年度购置计划，纳入医院年度预算并由院领导讨论批准后，报上级主管部门论证通过后执行。

2. 购置大型（甲、乙类）医疗设备，必须先编写可行性报告及大型医疗设备配置申请表，按《大型医疗设备配置与使用管理办法》相关规定和程序，报相关卫生行政部门批准后执行。

3. 对紧急情况或临床急需的医疗（含教学、科研）设备，应由使用科室提出申请，按审批规定，由医学装备科负责人审批，需提交院领导审批的经院领导批准后，

优先办理。

4. 各业务科室不得向厂商承诺购置意向。

5. 各类设备所涉及的技术项目、收费项目、耗材等，由各相应职能条线部门审核。

6. 对于赠送、科研合作、临床试用或验证的医疗（含教学、科研）设备，必须按程序办理相关手续，并经设备和医疗管理部门审核，经单位领导批准后执行。如违反规定造成医疗事故或医患纠纷，由当事人承担有关的责任。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[3]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第18号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[4]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

[5]全国人民代表大会常务委员会，国务院.中华人民共和国政府采购法实施条例[EB/OL].（2015-01-30）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-02/27/content_9504.htm.

四、修订原因

1．依规修订：对标医疗器械、大型设备、政府采购等现行新规，完善制度合规条款。

2．适配管理：结合医院发展及智慧医院建设，优化设备采购审批流程。

3．防控风险：细化购置前置风险评估，强化全流程管控，规避医疗及廉政隐患。

五、修订记录

2021年06月第1次修订

2025年11月第2次修订

医学装备安装验收制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-004-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范设备到货至验收全流程，厘清部门职责，保障设备安全合规投入临床；严控使用风险、完善档案及资产管理，契合内控审计，实现装备全周期管控，特制定本制度。

二、内容

1. 购进的各种医学装备（含科研、教学）必须严格按照验收程序进行，严格把关。验收合格以后方可入库。不符合要求或质量有问题的应及时退货或换货索赔。一般验收程序为：外包装检查、开箱验收、数量验收、应用质量验收。

2. 验收工作必须要求及时，尤其是进口设备，必须掌握合同验收与索赔期限，以免因验收不及时造成损失。

3. 医学装备（含科研、教学）验收应有使用科室、医学装备管理与临床工程技术人员及厂商代表共同参加，如要申请进口商检的设备，必须由当地商检部门的商检人员参加。验收结果必须有记录并由各方共同签字。

4. 对验收情况必须详细记录并出具验收报告，严格按合同的品名、规格、型号、数量逐项验收。对所有与合同发票不符的情况，应作记录，以便及时与厂商交涉，并呈报商检部门申请索赔。

5. 应用质量验收应按生产厂商提供的各项技术指标或按招标文件中承诺的技术指标、功能和检测方法，逐项验收。验收结果应作详细记录，并作为技术档案保存。

6. 对于紧急购置的不能够按常规程序验收的设备，可以简化手续，或是先使用事后补办验收手续，但必须由医学装备科负责人签字同意。

7. 对违反验收管理制度，造成经济损失或医疗伤害事故的，应追究有关责任人的责任。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第 8 号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[3]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24 号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[4]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12 号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

[5]国家药品监督管理局，国家卫生健康委员会.医疗器械不良事件监测和再评价

管理办法[EB/OL].（2018-08-13）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_4b69cde387db4c4fa4465aad987157e0.html.

四、修订原因

依据法规、评审及质控要求，结合医院内部控制与信息化建设，优化设备验收流程，规范验收、归档与追责管理。

五、修订记录

2021 年 06 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

医学装备使用管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-005-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医学装备全生命周期管理，明确各岗位工作职责，保障设备安全有效运行，防范医疗风险、保障诊疗与患者安全，提升设备使用效益，规范资产管理，满足医院质控检查、等级评审及审计要求，特制定本制度。

二、内容

1. 医学装备使用前必须制定操作规程和日常维护工作制度，使用时必须按操作规程操作，不熟悉仪器性能、没有掌握操作规程者不得开机。

2. 建立使用登记本（卡），对开机情况、使用情况、出现的问题进行详细登记。

3. 价值 10 万元以上的设备，应由专人保管，专人使用，无关人员不能上机。大型仪器设备须取得卫生主管部门规定的《大型医用设备配置许可证》方能投入使用，使用人员须持有《大型医疗设备上岗人员技术合格证》方能进行操作。

4. 医学装备使用科室，应指定专人负责设备的管理，包括科室设备台账、各台设备的配件附件管理、设备的日常维护检查。如管理人员工作调动，应办理移交手续。

5. 操作人员在医学装备使用过程中不应离开工作岗位，如发生故障后应立即停机，切断电源，并停止使用；同时挂上“故障”标记牌，以防他人误用。由技术人员负责检修，操作人员不得擅自拆卸或者检修，故障排除以后方能继续使用。

6. 操作使用人员应做好日常的使用保养工作，保持设备的清洁。使用完毕后，应将各种附件妥善放置，不能遗失。

7. 使用人员在下班前应按规定顺序关机，并按要求切断电源、水源，以免发生意外事故。需连续工作的设备，应做好交接班工作。

8. 大型设备或对临床诊断影响很大的设备，发生故障停机时应及时报告院领导，通知医务部门、临床科室，停止该设备相关检查/诊疗项目的开单，以免给患者带来不必要的麻烦。

9. 使用科室与人员要精心爱护设备，不得违章操作，如违章操作造成设备人为性损坏，要立即报告科室领导及医学装备科，并按规定对责任人作相应的处理。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第18号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[3]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[4]国家药品监督管理局，国家卫生健康委员会.医疗器械不良事件监测和再评价管理办法[EB/OL].（2018-08-13）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_4b69cde387db4c4fa4465aad987157e0.html.

四、修订原因

1. 对标器械监管新规，结合三甲医院复审、质控、信息化及内部控制要求修订制度。

2. 完善授权管理、维保、应急、不良事件上报等管控内容，细化装备管理。

五、修订记录

2021年06月第1次修订

2025年11月第2次修订

医学装备维修与预防性维护管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-006-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医学装备维保、质控、应急保障全流程管理，保障设备安全稳定运行；明确各方岗位职责，实现维保工作标准化、可追溯、可考核；降低设备故障风险，提升设备使用效能，落实全生命周期管理，契合医院质控检查、等级评审及监管审计要求，特制定本制度。

二、内容

1. 对使用科室提出的设备维修申请，维修人员应及时予以响应和处理。维修后进行必要的计量、安全与性能测试，做好详细记录，并及时通知使用科室恢复使用。

2.使用科室对设备的维修、改装及正常业务工作外的设备使用应事先征得医学装备科的同意。

3.对急救设备应积极抢修，维修人员不得以任何理由拖延扯皮，保证临床第一线需要，对无法解决的或疑难的问题应及时上报上级领导。

4. 协助使用科室制订好设备操作规程，指导使用科室做好医疗设备的日常保养工作，并检查执行落实情况。

5. 定期深入科室对所负责的仪器设备进行安全巡查，及时发现问题及时处理，防止发生意外事故。

6. 积极创造条件开展预防性维修（PM），针对每类设备的特点，科学制定预防性维护计划和程序，并做好数据记录，必要时对预防性维护后的设备进行重新校准，降低设备故障发生的概率。

7. 对保修期内或购置保修合同的设备，要主动掌握其使用情况。出现问题时，及时与保修厂方联系，对维修结果做好相应的维修记录，并检查保修合同的执行情况。

8. 应做好休息期间和节假日的维修值班，确保节假日和休息时间均能处理突发的维修要求。

9. 保持工作区域的安全与整洁。保管好各种维修工具、仪器，防止丢失损坏。

10. 定期召开业务碰头会，定期组织业务学习，研究、分析疑难问题，交流维修心得，积极参加各类医疗设备的维修培训，提高业务水平。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第 18 号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[3]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24 号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[4]国家药品监督管理局，国家卫生健康委员会.医疗器械不良事件监测和再评价管理办法[EB/OL].（2018-08-13）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_4b69cde387db4c4fa4465aad987157e0.html.

四、修订原因

1. 依据器械监管新规，结合质控、信息化及内部控制要求修订制度。

2．完善授权、维保、应急、不良事件上报等管控，细化装备管理。

五、修订记录

2021 年 06 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

医学装备处置管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-007-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医学装备报废、调拨、转让、处置等全流程管理，明确审批流程与岗位职责，防范资产流失、院感及环保风险，保障国有资产安全，完善装备全生命周期闭环管理，满足医院内部控制、审计及等级评审要求，特制定本制度。

二、内容

（一）凡符合以下报废条件的不能用于临床使用的医疗设备，应予以报废：

1．经检测，维修后技术性能仍无法达到临床应用基本要求；

2．仪器设备老化，技术性能落后，超过使用年限；

3．严重污染环境，危害患者或工作人员安全及健康，改造费用昂贵的；

4．虽可以修复，但维修费用过大，已不值得修理的；

5．计量器具已无法满足计量基本标准的要求；

6．凡是国家明文禁止使用的医疗器械及相关的设备。

（二）申请报废医疗（含教学、科研）设备，由使用部门发起医疗设备报废申请，由医学装备科工程技术人员作技术鉴定，报医学装备管理委员会审议通过后，移交资产管理处。

（三）30 万元以上医疗（含教学、科研）设备的报废，需组织院外专家进行报废论证。

（四）凡减免税进口的医疗（含教学、科研）设备，除以上规定外还应按海关有关规定办理。对于可供家用设备的报废处理，应加强审核，严格控制。

（五）待报废医疗（含教学、科研）设备在未批复前应妥善保管。

（六）经批准报废的医疗（含教学、科研）设备，使用部门和个人不得自行处理，一律交回设备主管部门统一处理。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.

https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第18号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[3]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[4]财政部.行政事业单位国有资产处置管理办法：财资〔2021〕127号[EB/OL].（2021-09-28）.http://zcgls.mof.gov.cn/zhengcefabu/202109/t20210930_3756565.htm.

[5]卫生部.医疗卫生机构医疗废物管理办法：卫生部令第36号[EB/OL].（2003-10-15）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2004/content_62768.htm.

四、修订原因

1．对照国有资产管理、医疗器械监管、院感及数据保密最新政策要求，结合三甲复审、内部控制建设及资产管理需要，修订制度。

2．完善审批、鉴定、涉密销毁、处置追溯等条款，补齐管理短板。

五、修订记录

2021年06月第1次修订

2025年11月第2次修订

医学装备计量管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-008-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医学装备计量检定、校准及误差管控工作，确保设备量值准确、数据可靠，防范计量失准引发的医疗风险；落实计量法规及内部控制、评审要求，实现计量管理常态化、规范化、可追溯，提升诊疗质量，特制定本制度。

二、内容

1. 在上级计量部门的监督和指导下，医院计量管理工作由分管院长领导，医学装备科负责，由计量管理员进行计量检测和检定工作。各科设计量员（设备联络员兼职），建立计量管理网络。

2. 按照《计量法》的要求和有关的规定，属于强制检定的计量器具应由专人（计量管理员）负责管理和协调。统一管理全院的计量工作。

3. 统一建立全院强制检定计量器具的台账、分户账、分类账，保管好有关的技术档案和检定证书。

4. 加强与计量检定部门的业务联系，做好年度强制检定计量器具的周期检定工作。

5. 随机地对在用计量器具进行抽检，停止使用超期未检或检定不合格的计量器具。

6. 年度计量器具强制检定的执行情况列入科室考核，对违反本计量管理制度产生不良后果的科室或个人，报领导作相应的处理。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会，国务院.中华人民共和国计量法及实施细则[EB/OL].（2022-03-29 修订）.https://amr.guizhou.gov.cn/zwgk/xxgkml/jcxxgk/zcfg/fg/202212/t20221215_77537249.html.

[2]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[3]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第 18 号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[4]国务院.中华人民共和国强制检定的工作计量器具检定管理办法：国发〔1987〕31 号[EB/OL].（1987-04-15）.https://www.samr.gov.cn/jls/zt/jlfwzxqy/zcfg/art/2023/art_2e0bce6712174a7e91369516b8f3613a.html.

四、修订原因

1. 依据计量、器械相关法规，结合三甲复审、质控及内部控制需求修订制度。

2. 完善台账、检定、标识、档案等管控，实现计量全流程可追溯。

五、修订记录

2021 年 06 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

医学装备档案管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-009-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医学装备全生命周期档案管理，实现全程可追溯；明确档案归档、保管、借阅等管理要求，防范资料丢失、损毁与泄密；保障档案真实完整，为装备质控、运维评估、资产核算提供依据，满足评审、审计及监管内部控制要求，特制定本制度。

二、内容

1. 根据《档案法》规定，按医学装备（含教学、科研）的管理等级，确定建立医学装备档案管理的范围。医学装备档案是指外购医学装备所形成的各类文字、图表与电子记录等资料。

2. 档案资料要按规定的项目内容认真填写，做到字迹端正、完整清晰并分类编号登记。资料收集应真实、完整。

3. 完善技术档案借用手续，医学装备的原始技术档案，非经批准不得外借。将医学装备使用说明书复印件交使用科室。

4. 技术档案要按规定的保存时间保管，销毁档案、资料要经过批准。

5. 及时做好动态档案信息的补充更新工作。

6. 保证信息管理系统的数据安全，定期备份数据。

7. 档案管理人员工作变动时，要按程序办理档案移交手续。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国档案法[EB/OL].（2020-06-20）.http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202006/t20200620_306637.html

[2]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[3]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第 18 号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[4]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24 号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

四、修订原因

1. 遵照医疗器械监管、档案管理、国有资产管理相关新规，结合三甲复审、质控、信息化、内部控制审计要求修订制度。

2. 完善一机一档、电子档案与纸质档案同步管理、全程归档、借阅、保密及销毁管理，实现档案闭环精细化管控。

五、修订记录

2021 年 06 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

医疗器械临床安全控制与风险管理制度和安全监测报告制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-010-03	制定时间：2013-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为构建器械全流程风险管控体系，辨识并防控使用风险，减少不良事件，保障医患安全；实现准入至处置闭环管理，契合法规、质控、等级评审及内部控制要求，特制定本制度。

二、内容

1. 医院医疗器械风险管理体系应有医院管理人员、医护人员、医学工程人员组成，建立相关组织机构，应对重点在用医疗器械进行安全风险分析、评估、控制，定期监测和建档，以保证医疗设备应用的安全、有效。

2. 医院从事医疗器械相关工作的技术人员，应当具备相应的专业学历、技术职称。医院对医疗器械临床使用技术人员和医学工程技术人员建立培训、考核制度。组织开展新产品、新技术应用前规范化培训。开展医疗器械临床使用过程中的质量控制、操作规程等相关培训，建立培训档案，定期检查评价。

3. 临床使用部门应严格遵照产品使用说明书、技术操作规范和规程使用产品，对产品禁忌症、注意事项及存放环境要求应严格遵守，需向患者说明的事项应如实告知；一次性使用的医疗器械按相关法律规定不得重复使用，按规定可以重复使用的医疗器械，应严格按要求清洗、消毒或者灭菌，并进行效果监测。

4. 设备管理部门应根据各类医疗器械在使用过程中可能出现的安全风险因素进行评估分析，制定相应措施，对生命支持的医疗器械应定期巡检，并根据反馈的情况，及时整改。

5. 医疗器械使用科室应配备专（兼）职人员承担医疗器械安全事件监测工作，收集、建立并保存医疗器械安全事件监测记录，发生的安全事件进行初步评价并及时报告相关职能部门。

6. 医院主管职能部门对于发生的医疗器械安全事件应按规定及时上报卫生行政部门和相应监督管理部门，事件发生原因未查清前，对发生安全事件的同规格型号该批库存产品暂缓使用。设备管理部门协助医院主管部门，开展调查，并对相关产品进行封存登记，等候上级主管部门处置。

7. 按照国家相关法规进行医疗器械召回管理。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第18号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[3]国家药品监督管理局，国家卫生健康委员会.医疗器械不良事件监测和再评价管理办法[EB/OL].（2018-08-13）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_4b69cde387db4c4fa4465aad987157e0.html.

[4]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

四、修订原因

1. 依据器械监管法规，结合三甲复审、质控及患者安全要求修订制度。

2. 健全风险排查、高值管控、隐患整改、预警追溯机制，夯实器械安全管理。

五、修订记录

2021年06月第1次修订

2025年11月第2次修订

大型医疗设备配置与应用管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-011-01	制定时间：2025-11-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医学装备科	修订版本：/
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医院大型医用设备配置、使用、质量控制、安全管理与效益评估全生命周期管理，保障医疗质量与安全，合理配置医疗资源，控制医疗成本，提升诊疗效率与服务能力，依据国家及地方相关法律法规，结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

1. 大型医用设备的范围：应以国家相关部门颁布的甲类乙类大型医用设备目录为基准。

2. 大型医用设备的申请应按照国家和省市规定的程序办理，获得批准后，应通过严格的采购招标，在投入使用前，应经省市大型医用设备配置和评审委员会进行评审，在获得《大型医用设备配置许可证》后方能投入使用。

3. 大型医用设备使用人员实行技术考核、上岗资格认证制度。大型医用设备使用操作人员须经考核合格，取得《大型医用设备上岗人员技术合格证》，并在省市卫

生主管部门登记注册方可上岗工作。

4. 大型医用设备购置前，使用科室会同医学装备科应对大型医用设备的购置成本、相关配套设备购置成本、设施及工程建设成本、日常运行成本、人员成本、预计工作量和收费等情况进行调研，形成可行性报告，提交上级部门审核。

5. 大型医用设备投入使用后，使用科室应责成专人负责日常管理，制定操作规程，保证运行环境良好，对使用进行登记。

6. 大型医用设备的运行成本核算是医院经济管理的重要组成部分，设备购入之后，医学装备科应积极对大型设备的使用效率和效益进行追踪分析。

7. 科室大型设备实际使用情况的分析评价结果，应纳入科室年度考核的指标中。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

[3]国家卫生健康委员会.放射诊疗管理规定：卫生部令第46号[EB/OL].（2016-01-19修订）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/c7a29190859c4bfeac3a057b0f1415bb.shtml.

[4]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[5]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第8号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

医学装备应急管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-012-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医学装备应急管理，完善各类突发状况下的装备保障机制，保障急救及生命支持设备正常运转、快速处置，确保诊疗工作连续开展，防范医疗风险，保障患者安全与医疗质量，特制定本制度。

二、内容

1. 对遭遇自然灾害与突发公共卫生事件危害时能够顺利开展工作，根据医院制定的紧急状态管理预案与实行的机制，医学装备科应制定相应制度，同时在各个方面（包括思想上、物质上）做好充分的准备。

2. 制定突发事件（包括公共卫生事件、灾害事故等）应急管理预案及实施细则，并定期组织演练。

3. 建立紧急人员召集、物资器材调配的应对程序。

4. 设置休息日、夜间、节假日的应急对策。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[3]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第8号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[4]国务院.突发公共卫生事件应急条例：国务院令第709号[EB/OL].（2011-01-08）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

四、修订原因

依据医疗应急与装备管理新规，结合日常巡查、应急演练、上级督查、不良事件分析中发现的薄弱环节，修订制度，补齐短板，保障合规运营。

五、修订记录

2021年06月第1次修订

2025年11月第2次修订

附件1

医疗设备意外事件应急预案

为在医院出现重大突发事件时，确保医院医、教、研工作顺利开展。设备管理部门制定本应急预案，以确保全院医疗设备的完好和及时供应：

1. 当重大急救设备发生故障后，相关设备维修工程师应及时到达现场并做相应处置，以确保在突发事件下损坏的仪器能够及时得到修复。

2. 维修人员应保持与医疗设备维修方的联系畅通，建立医疗设备意外事件维修应急通讯录，包括厂家维修人员，医院设备维修人员。

3. 为应对急救及故障设备替代需要，建立急救设备机动体系，配备呼吸机、监护仪、除颤机等各类急救设备的备用机，维修工程师负责每月一次对所有备用机进行一次维护保养，确保设备能保持完好。

4. 如若发生突发急救，需要使用急救设备备用机时，急救设备机动体系对急救设备进行调拨使用，确保临床的急救工作能及时、顺利地进行。

5. 如若由于某些原因，院内设备确实无法完成急救工作时，相关维修人员应及时向上级领导报告，可联系外院寻求设备支援，确保临床的急救工作能及时、顺利地进行。

6. 设置急救设备应急联络人及联系方式。

附件 2

医学装备应急调配预案

为进一步做好医院急救设备的使用管理、质量控制，确保急救装备的安全性、可靠性和风险管理，建立全院保障装备应急调配机制：

（一）急救设备应急调配应包括：除颤仪、呼吸机、监护仪、输液泵等。

（二）为保证医疗安全和抢救需要，应在常规配备的基础上，备有必要的和充裕的急救设备，以满足突发医疗事件。

（三）建立多级有效的应急调配流程与方案：

1．建立急救设备储备仓库，并储存必要的急救设备；

2．建立急救设备的科室分布表；

3．明确各个时段调配联系人，联系方式；

4．制定有效的应急调配流程；

5．使用完毕后，调用科室应做好装备的清洁消毒工作，并及时送回借出部门；

6．建立出借和归还的信息记录。

（四）医学装备科负责急救设备的维护保养，应保证处于完好待用状态。

（五）医院应保证急救设备调配维护保养及消耗配件更新的资金投入。

（六）各科室不允许以任何理由拒绝调用本科室未在使用的急救设备。

（七）如院内急救设备均在使用，无法进行调配时，应向兄弟医院调配或向供应商借用。

（八）建立统一的医院急救设备应急调配中心，24 小时负责全院的设备调配供应。

（九）定期开展急救设备应急演练，并对演练进行评价，总结经验，持续改进。

风险评估管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-013-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医学装备全生命周期风险管理，排查并管控各环节安全隐患，建立常态化风险整改机制，减少装备相关不良事件，保障医疗质量与患者安全，特制定本制度。

二、内容

（一）医学装备的大量应用于临床，如在使用和管理诸方面造成不当，会给患者和使用人员带来各种风险和隐患，应对在用的医学装备进行安全风险评估，定期监测和建档，以保证医学装备应用的安全、有效 。

（二)以医学装备风险管理行业标准，制定本单位医疗设备风险管理和评估制度，以确保对患者和使用人员不造成危害，保证患者的生命安全。

（三）医学装备风险管理体系应由医护人员、患者、临床（医学）工程人员组成，建立相关组织机构，实行医院全方位医学装备风险安全分析、评估管理。

（四）医学装备应用安全风险来源：

1．医学装备在使用中设备出现故障时对患者的伤害；

2．由于使用者操作不当造成对患者的伤害；

3．由于带有放射源或电离辐射、电磁辐射的医疗设备造成的人员的伤害；

4．由电气安全引起的问题：医疗设备绝缘程度下降、保护接地不当等因素造成的人员的伤害；

5．因机械、光学、化学等有害物质污染出现的安全问题；

6．由于各医学装备的组合相互之间产生影响造成的人员的伤害；

7．其他可能对患者和工作人员造成伤害的风险。

（五）风险评估分析应根据不同设备、不同条件充分考虑到医学装备在使用过程中可能出现的安全风险因素，作相应措施。

（六）风险管理应有风险分析、风险评估、风险控制三部分组成，应对一些生命支持和功能支持的医疗设备制定巡检计划（如呼吸机、监护仪、高频手术设备、各类光学内窥镜、体外循环设备、X 线诊断设备等），根据反馈的情况，及时整改。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24 号[EB/OL].

（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[3]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第 8 号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[4]国家药品监督管理局，国家卫生健康委员会.医疗器械不良事件监测和再评价管理办法[EB/OL].（2018-08-13）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_4b69cde387db4c4fa4465aad987157e0.html.

[5]国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点：国卫医发〔2018〕8 号[EB/OL].（2018-04-18）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201804/c24f4ba21d02422f81afc59efdd380a8.shtml.

四、修订原因

1．适配医疗器械风险管理、质量安全等新规要求，修订制度，确保合规性与时效性。

2．强化高风险设备全流程管控，从源头防范医疗安全隐患。

3．结合日常督查与问题短板，完善风险闭环管理机制。

4．细化岗位风险管理职责，推进装备精细化管理，防范各类风险。

五、修订记录

2021 年 06 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

医学装备使用人员培训考核制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-014-02	制定时间：2020-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：1
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为使临床科室使用人员正确操作仪器设备，降低设备故障率，提高设备使用率，并进一步提高医学工程人员技术水平，保障全院设备正常运行，提高设备完好率，降低维修成本，特制定本制度。

二、内容

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

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

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

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

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

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

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[3]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第8号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[4]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

[5]国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点：国卫医发〔2018〕8号[EB/OL].（2018-04-18）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201804/c24f4ba21d02422f81afc59efdd380a8.shtml.

四、修订原因

对标国家及省市法规政策新规，修订培训流程，健全分级培训体系，规避操作隐患，保障合规。

五、修订记录

2025年11月第1次修订

医学装备质量控制制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-015-01	制定时间：2025-11-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医学装备科	修订版本：/
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范全院医学装备全生命周期质量控制管理，建立常态化、标准化、可追溯的

质控体系，确保医学装备在配置、验收、使用、维护、计量、检测、报废等环节安全有效、性能稳定、数据准确，防范设备相关医疗安全风险，保障医疗质量与患者安全，特制定本制度。

二、内容

1. 医学装备科应根据相关法律规定制定出切实可行的医学装备的质量监控管理制度和措施，包括设备论证、安装调试、验收、安全检测、维修维护、计量鉴定、报损淘汰等全程各环节的质量控制。

2. 应加强医学装备的入库验收工作，对购入的医学装备要验证产品的包装、标识、说明书与实物的一致性，如需要还应进行试运转测试，检查其是否达到采购技术指标要求。

3. 医学装备科的库房应定期盘点库存，检查备用设备有无过期和淘汰的产品，采取相应措施，并做好相关记录。

4. 医学装备科应定期或不定期的对医院各类医疗设备进行巡查，对在用医疗设备的状态进行检测，包括验收检测、状态检测和稳定性检测，必要时对设备进行校正和修复；对急救类的设备要重点巡视，保证急救设备 100％完好。对检测结果做好相关记录。

5. 对临床使用中出现的涉及设备的操作、技术和质量问题，应及时组织讨论，提出改进意见和措施，属于不良事件的应按规定主动及时上报。

6. 对在用的医疗设备的应用质量进行定期的检查，对安全性、有效性达不到要求且无法修复的设备，应按程序予以淘汰或报废。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24 号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[3]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第 8 号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[4]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12 号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

[5]国家卫生健康委员会.放射诊疗管理规定：卫生部令第 46 号[EB/OL].（2016-01-19 修订）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/c7a29190859c4bfeac3a057b0f1415bb.shtml.

医学工程技术人员继续教育和人才培养制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-016-02	制定时间：2020-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：1
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为加强医院医学工程人才队伍建设，规范医学工程技术人员继续教育、岗位培训、专业进修、技术考核与职业发展全流程管理，不断提升工程人员在设备管理、质量控制、维修保障、应急处置、安全管理、信息化建设等方面的专业能力与综合素质，保障医学装备安全、有效、高效运行，特制定本制度。

二、内容

1. 临床（医学）工程学科是一门医学与工程学相结合的专业学科，应鼓励从业人员参加相关学历教育和职称认证等培训，抓好人才培训工作，按学科要求逐步取得相关资质认证。

2. 医学装备科应制订出继续教育规范化培训计划，以及保证计划完成的具体措施，从基本理论、基本知识和基本技能入手，可通过岗位实践、脱产进修等多种途径，不断提高专业理论、实践能力以及外语水平。

3. 医学装备科应组织相关管理和技术人员定期开展科室业务学习，参加各种相关学术团体的学术交流活动。鼓励员工结合实际工作和研究项目撰写和发表学术论文。

4. 医学装备科应定期检查科研教育培训计划和执行情况，将人员在科研、教育和培训等方面成绩记入个人专业档案，作为晋升的参考。

三、参考文献

[1]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[2]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[3]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第18号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[4]国家卫生健康委办公厅.关于印发继续医学教育学分管理办法(试行)的通知：国卫办科教发〔2024〕20号[EB/OL].(2024-11-07).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/202411/228233de4ef84fc7a5f0d9e007ef6e76.shtml.

四、修订原因

1. 依据最新行业法规，优化人员培养机制，规范管理。

2．适配医疗新技术、信息化迭代需求，更新人员专业能力。

3．强化工程人员质控、应急与风险管理能力，防范设备安全风险。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

医学装备调剂调配制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-017-01	制定时间：2025-11-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医学装备科	修订版本：/
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范全院医学装备内部调剂、跨科室调配、应急调拨、闲置利用全过程管理，优化医疗资源配置，提高设备使用率与资产利用效率，避免重复购置与资源浪费，保障临床诊疗、急诊急救、重大活动及突发公共卫生事件装备需求，确保医学装备合理、有序、高效调配，特制定本制度。

二、内容

凡符合下列条件之一者可以调剂处理：

1. 累计停用一年以上的闲置设备，但属于备用、维修、技术改造、特种储备和抢险救灾等情况的除外。

2. 因工作变更不再使用的设备：技术指标下降，但未达到报废标准尚能降级使用的仪器设备；重复购置的同种仪器设备，平均利用率在 20％以下者。

3. 严禁把国家有关部门明文规定淘汰、禁止生产、禁止扩散和转让的医疗设备或待报废的设备作为闲置设备调剂。

4. 调剂设备应本着就内就近的原则，尽量避免长途运输，造成不必要的损失。

5. 所有调剂设备，包括无偿转让的医疗（含教学、科研）设备，在估价时，根据使用期限、技术状况等合理作价，经双方协商并签订协议，按合同执行。

6. 实际办理后要及时履行财务手续，调剂收入应列入设备更新、改造基金项目专项使用，不得挪做其他用途。

7. 所有待调剂设备，均应按照医学装备科的规定妥善保管封存，不得任意拆卸，防止腐蚀、损坏、遗失。

8. 加强对设备调剂工作的财务管理监督，若利用调剂设备的便利，损公肥私等行为应予追究，严肃处理。

三、参考文献

[1]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[2]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[3]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第8号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[4]财政部.中央行政事业单位国有资产使用管理办法：财资〔2024〕116号[EB/OL].（2024-08-16）.https://www.gov.cn/gongbao/2024/issue_11686/202411/content_6985153.html.

[5]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

医学装备损坏遗失处理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-018-01	制定时间：2025-11-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医学装备科	修订版本：/
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范全院医学装备损坏、故障、遗失、被盗的报告、调查、认定、处置与责任追究流程，加强医学装备安全管理与国有资产保护，明确使用、保管、维修及管理各方责任，保障医疗工作正常运行，维护医院合法权益，特制定本制度。

二、内容

1．各类设备发生人为损坏后，有关人员应立即报告医学装备科，并如实反映情况，不得推诿扯皮，隐瞒不报。

2．在按规程操作的情况下，造成万元以下医疗（含教学、科研）设备损坏，但尚能修复且不影响使用的，按一般事故处理。

3．由于未按规程操作，人为造成万元以下医疗（含教学、科研）设备损坏，且不能修复者，按责任事故处理。并根据使用年限折旧后确定赔偿费用。

4．由于工作责任心不强、玩忽职守，造成万元以上医疗（含教学、科研）设备损坏且不能修复者，按重大责任事故处理。应由医学装备管理委员会研究后提出处理意见，报院领导审批。并根据使用年限折旧后确定赔偿费用。

5．医学装备和低值易耗品由于管理不善丢失者，按原价赔偿。造成损坏的根据

损坏程度确定赔偿费用。

6．医疗（含教学、科研）设备发生损坏后，一律由维修人员维修。未经同意擅自维修造成损失，由责任人按医疗设备原值折旧后赔偿。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[3]财政部.中央行政事业单位国有资产使用管理办法：财资〔2024〕116号[EB/OL].（2024-08-16）.https://www.gov.cn/gongbao/2024/issue_11686/202411/content_6985153.html.

[4]国家卫生健康委,国家中医药管理局.关于印发公立医院内部控制管理办法的通知：国卫财务发〔2020〕31号[EB/OL].（2020-12-31）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202101/4bbf7883b6ba471f9bab385f955d71be.shtml.

[5]国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点：国卫医发〔2018〕8号[EB/OL].（2018-04-18）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201804/c24f4ba21d02422f81afc59efdd380a8.shtml.

放射与诊断影像设备管理制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-019-02	制定时间：2021-06-10
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：1
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医院影像设备全生命周期管理，严控设备质量与辐射安全，保障影像诊疗质量、医患健康安全，提升设备使用效能，助力学科建设，满足等级医院评审、医疗机构校验、放射诊疗许可及医保、质控等相关管理规定，特制定本制度。

二、内容

（一）适用范围

本制度适用于医院所有放射与诊断影像设备，包括但不限于：DR、CT、MRI、DSA、胃肠机、乳腺机、C臂机、超声、内镜影像等设备的全流程管理。

（二）管理职责

1．医学装备管理委员会：负责审批影像设备配置规划、重大采购、更新报废及管理制度审定。

2．医学装备科：负责设备采购论证、安装验收、台账管理、预防性维护、维修管理、质量追踪及报废处置。

3．放射影像中心：负责设备日常使用、操作规范、图像质量控制、放射防护、设备状态监测及使用登记。

（三）设备配置与购置论证

1．严格按照医院发展规划、临床诊疗需求及放射诊疗许可范围进行设备配置。

2．购置前开展必要性、技术可行性、经济可行性、场地条件、放射防护及风险评估论证。

3．大型影像设备按规定完成配置许可、审批及备案程序。

（四）安装验收与档案管理

1．设备安装须符合场地、供电、防护、屏蔽、通风、消防等要求。

2．到货验收、安装调试、性能检测合格后方可投入使用。

3．建立一机一档，内容包括：合同、发票、说明书、操作规程、维保记录、检测报告、维修记录、校准记录等。

（五）使用管理与操作规程

1．操作人员必须具备相应资质，经培训考核合格后方可上岗。

2．严格执行设备操作规程，严禁违规操作、超范围使用、带病运行。

3．规范执行检查流程，保证图像质量、数据存储与传输安全。

4．做好使用登记、运行状态记录及异常情况上报。

（六）放射防护与辐射安全

1．严格遵守放射诊疗、辐射防护相关法律法规，落实防护设施“三同时”要求。

2．定期开展辐射环境监测、设备防护性能检测及个人剂量监测。

3．规范设置警示标识、防护用品、应急物品及安全操作规程。

4．制定放射事件应急处置预案并定期演练。

（七）维护保养与质量控制

1．实行预防性维护制度，定期巡检、保养、校准与性能测试。

2．建立维修快速响应机制，及时处置故障，做好记录。

3．开展影像质量控制，保证图像分辨率、对比度、剂量水平等符合标准。

4．严禁使用无资质、超期限、不合格的配件及耗材。

（八）消毒与院感防控

1．按照院感要求对设备、机房、检查床、辅助设施进行清洁消毒。

2．重点做好接触式部件、急诊及传染病患者检查后的消毒处理。

3．落实一次性用品使用管理与医疗废物规范处置。

（九）更新、调拨与报废

1．对达到使用年限、性能下降、维修成本过高、不符合新标准的设备按程序评估。

2．按规定履行调拨、报废审批及资产处置手续，大型设备需完成备案或注销。

3．报废设备不得继续用于临床诊疗活动。

（十）监督检查与持续改进

1．定期开展制度执行情况检查、设备运行效率及质量安全评估。

2．对发现问题及时整改，形成 PDCA 持续改进机制。

3．对违规操作、管理不善造成安全事故或损失的，追究相关责任。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家卫生健康委员会.放射诊疗管理规定：卫生部令第 46 号[EB/OL].（2016-01-19 修订）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/c7a29190859c4bfeac3a057b0f1415bb.shtml.

[3]国务院.放射性同位素与射线装置安全和防护条例[Z].国务院令第 449 号，2005(2019 修订).

[4]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法：国家卫生和计划生育委员会令第 10 号[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[5]卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第 48 号[EB/OL].(2006-07-06).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/793c3dae63ca49b08dda27b03f9e8fd6.shtml.

[6]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12 号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

四、修订原因

1．依据放射诊疗、医疗器械管理及医疗安全最新法律法规及政策要求，合规修订制度。

2．适配医院影像设备更新、新技术应用及信息化发展需求。

3．细化设备全流程管理，强化质控、辐射防护与安全管控。

4．优化管理流程、明晰岗位职责，提升制度实用性与规范性。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

医学装备论证制度

文件编号：YXPH-HQ-YXZBK-2025-020-01	制定时间：2025-11-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：医学装备科	修订版本：/
审核批准：医学装备管理委员会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为规范医院医学装备购置、更新、升级、引进等全流程论证管理，保障装备配置科学、合规、经济、安全、高效，防范盲目采购与资源浪费，提升医疗质量与运营效益，依据国家相关法规与医院管理要求，特制定本制度。

二、内容

（一）论证原则

1．必要性原则：贴合临床需求、学科发展与医院规划。

2．合规性原则：符合配置许可、招标采购、医保与院感要求。

3．科学性原则：技术先进、性能适宜、兼容可及。

4．经济性原则：全生命周期成本可控、效益可评估。

5．安全性原则：质量可靠、风险可控、使用规范。

（二）组织与职责

1．医学装备管理委员会：统筹论证、审议重大项目。

2．医学装备科：牵头组织、资料审核、流程执行、档案管理。

3．使用科室：提交申请、提供需求与效益测算。

4．医务、财务、审计、院感、信息、后勤等：联合评审与合规把关。

5．专家小组：技术、安全、效益专项论证。

（三）论证内容

1．临床必要性：需求依据、业务量、开展项目、替代情况。

2．技术可行性：参数、性能、合规资质、兼容性、维保能力。

3．经济合理性：预算、报价、运维、耗材、折旧、效益测算。

4．条件保障：场地、电力、网络、防护、人员资质。

5．安全与合规：医疗器械注册证、院感、辐射、计量、医保。

6．效益评估：社会效益、经济效益、教学科研价值。

（四）论证流程

科室提交申请与论证材料→医学装备科审核→按权限审批（医学装备管理委员会/院长办公会/党委会）→论证材料归档，作为采购与绩效评价依据。

（五）论证档案与追溯

论证全过程留痕，统一归档：申请表、技术资料、资质文件、论证记录、审批文

件等，纳入全生命周期管理。

三、参考文献

[1]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[2]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第8号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[3]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[4]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

[5]T/GDMDMA 0012.4-2022 医院医疗器械管理规范 第4部分：购置计划与论证管理[S].

[6]全国人民代表大会常务委员会，国务院.中华人民共和国政府采购法实施条例[EB/OL].（2015-01-30）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-02/27/content_9504.htm.

器械材料科工作制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-004-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：器械材料科	修订版本：2
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范医院耗材遴选、采购、验收、仓储、申领、出入库等管理工作，更好地服务临床一线，特制定本制度。

二、内容

1．在分管院长的领导下，具体负责医院的医用耗材、卫生材料的各项管理工作。

2．根据医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会的遴选意见，确定医用耗材年度常规采购目录。

3．根据医院预算制定年度、月度采购计划、负责做好采购金额统计、年度月度采购分析报告及统计报表、协助采购招标管理中心做好采购总结等业务工作。

4．根据医院医、教、研的需要，结合医院总体规划，接受各科室对新的医用耗材使用申请，经各职能部门预审后，交医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委

员会论证讨论后，上报院部批准后组织实施。

5．严格执行国家和省市医用（高值）耗材阳光采购和联盟采购有关规定。

6．协助采购中心严格执行对供应商的资格审核管理工作，保证供应商提供完备的相关资料。

7．严格执行库房入库验收、仓储和出库管理制度，满足临床医用耗材合理需求。

8．自觉接受医院纪委、院部、审计和财务部门的监督管理。

三、参考文献（无）

四、修订原因

依据《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》、国家及省市政府部门相关的招标采购法律、法规及医院规章制度，进行修订。

五、修订记录

2020 年 07 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

高值医用耗材管理办法

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-005-02	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步加强高值耗材临床应用管理，规范高值耗材使用，纠正不合理高值耗材的使用行为，保证患者使用安全，特制定本制度。

二、内容

1．组织体系建设

医院成立医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会，由主要临床科室、医技科室、医务、护理、院感、财务、医保管理、医用耗材管理等部门组成，由分管院长任主任委员；各科室也成立医用（高值）耗材临床应用管理小组，由科室质量与安全管理小组成员组成，科室主任任组长。医院根据中层管理人员聘任（每两年一次），调整委员会成员。

2．遴选与采购

医院严格执行国家、省和无锡市高值耗材集中采购的有关规定，通过采购平台采购中标的高值耗材。根据省和无锡市集中招标的目录和医院工作实际，按照安全、有效和适宜的原则，遴选本院高值耗材，报医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会批准，建立供应目录，并定期调整，实行动态管理。对确实因工作需要，临时

采购目录外的高值耗材，需及时向委员会主任汇报，经批准后采购，在下次委员会会议上向各委员通报，经投票同意后纳入医院高值耗材目录管理。

3．存储管理

医院建立健全入库验收制度，加强环节质量管理制度、出库管理制度等制度，完善验收入库、存储养护、效期管理、使用登记等环节管理流程，通过信息化手段，保证高值耗材全过程信息管理的可追溯性。

4．申领使用管理

有权限的医生根据疾病诊疗常规，手术指征和高值耗材应用适应症，推荐选择合适的高值耗材，使用前进行充分告知并与患者签署《知情同意书》。确保耗材使用登记单、手术记录、条形码粘贴三者信息一致。医院通过信息系统登记高值耗材使用信息，包括记录高值耗材信息、患者信息、诊疗信息以及手术医生信息，保证耗材使用可溯源、可追踪。

5．监测与评估

医院建立监测与评价制度，把高值耗材临床使用情况纳入医院质量控制体系，通过季度科室考评，促进高值耗材合理使用；建立不良反应主动上报制度，加强高值耗材质量控制；逐步建立高值耗材预警与评价制度，对高值耗材临床使用的安全性、有效性和经济性进行监测、分析和评价，对临床医师高值耗材使用行为进行点评和干预；建立行风约谈制度，对出现高值耗材不合理使用情况及时干预，通过行风约谈规范医生行为。加强高值耗材使用率、使用金额统计排序工作，对高值耗材使用情况进行趋势化分析，对使用出现异动的高值耗材采取减少采购、暂停使用等管理措施。

6．信息化管理

医院使用 SPD 物流管理系统和 HIS 管理系统，实现高值耗材遴选和采购管理、验收入库和出库管理、高值耗材使用金额及使用率等统计分析功能的信息化管理。

通过外网与省采购平台对接，实时传输采购数据；与省医院监管平台对接，逐月上传耗材使用数据。

7．信息公开

医院将高值耗材价格、使用排名前十名的相关信息，通过职代会进行院内公示。通过电子触摸屏、医疗费用清单等方式，向患者及家属提供所用耗材信息的查询渠道，提高医疗费用透明度。

8．督导制度建设

医院严格落实卫生领域行风管理有关规定，通过院部月度工作会议、党员活动日、观看警示教育电影等多种形式，加强行风警示教育，做到廉洁够用。医院建立行风约谈制度，定期对临床科室高值耗材使用情况进行动态监控和通报，对存在明显不合理使用情况的科室负责人进行诫勉谈话。

9．严肃查处高值耗材不合理使用情况

医院把耗占比、人均材料费作为科室刚性考核指标，通过季度科室规范化考评，对未完成指标的科室进行扣分处理。对存在高值医用耗材临床不合理应用问题的医师，予以通报批评、限期整改等处理。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知：国办发〔2019〕37号[EB/OL].（2019-07-31）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2019-07/31/content_5417518.htm.

[2]国家医保局，国家发展改革委，工业和信息化部，等.关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见：医保发〔2021〕31号[EB/OL].（2021-06-04）.https://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/4/art_37_5208.html.

[3]江苏省卫生健康委员会.关于进一步加强高值医用耗材临床应用管理的意见：苏卫医政〔2019〕24号[EB/OL].（2019-03-28）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2019/4/1/art_55461_8291101.html.

[4]无锡市卫生健康委.关于印发<无锡市进一步加强医疗机构高值医用耗材临床应用管理的实施方案>的通知：锡卫医政〔2019〕45号[Z].2019.

四、修订原因

根据上级相关文件要求进行修订。

五、修订记录

2025年11月第1次修订

医用耗材及试剂遴选管理办法

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-015-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：器械材料科	修订版本：2
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步加强我院医用耗材及试剂临床应用与准入管理，严格规范医用耗材及试剂的引进流程，满足临床工作的需求，保障医疗安全和医疗质量，特制定本办法。

二、内容

（一）组织机构

1．医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会由具有副高及以上技术职称任职资格的相关临床科室、设备、护理、医技科室人员以及医院感染管理、医用耗材管理、医务管理、财务管理、医保管理等部门负责人组成。医用耗材的遴选由委员

会成员在医院纪委监督下进行，由医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会办公室（器械材料科）组织会议。

2．相关科室成立医用耗材临床应用管理小组，科主任任组长，科务会人员任小组成员。配合医院对本科室的医用耗材应用进行管理。

（二）医用耗材遴选原则

1．遵守法律法规，坚持公开、透明的原则。

2．遵循“合法、安全、有效、适宜、经济”的基本原则，做到科学遴选，集体决策。

3．以满足临床需求为基础，统筹全院耗材管理。

4．涉及在用同类或同种医用耗材比较时，应综合考虑医用耗材安全质量、生产企业规模、价格、品牌等因素。

（三）医用耗材目录管理

器械材料科需按国家、省和无锡市有关医用耗材采购相关政策开展工作；根据省、市医用耗材集中采购招标目录并结合本院实际使用情况，遴选确定本单位医用耗材（包括高值、低值）采购目录，目录确定后，作为日常采购的依据，不得另行采购目录外的产品。

建立供应目录动态定期调整的机制，原则上每次省、市等政府部门组织耗材及试剂联盟采购后，涉及相关医用耗材品种均做一次相应调整；根据临床科室技术开展情况进行必要补充，探索医联体内部高值耗材集中遴选和采购机制。

（四）新品准入遴选流程

1．常规采购

临床科室根据技术开展的需求，需新增医用耗材，启动新品准入遴选流程：按照医用耗材遴选原则，建立科室论证→科室申请→多职能部门预审→医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会→医院党委会审定的流程。

（1）申请。根据临床、医技科室需要，由科室主任或护士长提出申请，并填写《宜兴市人民医院新增（替换）医用耗材申请表》，阐述用途、规格、特殊说明、需求量等。

（2）论证。科室会对新进医用耗材的合理性、合法性和必要性进行评定。

（3）预审。各职能部门按部门职责对临床、医技科室的申请的合理性进行初审。

①医务部、护理部和器械材料科对医用耗材的临床应用价值、需求程度及使用医用耗材的相关技术进行审核。

②价格办对同类产品价格、收费状况进行审核。

③器械材料科对生产企业的《医疗器械生产企业许可证》、营业执照、《医疗器械产品注册证》；经营企业的《医疗器械经营企业许可证》、营业执照、产品授权书，

进口产品英文授权需附中文翻译件、产品彩页、样品、法人委托授权书等进行初审，并对是否符合采购政策进行初审；

④若为消毒产品，院感科对产品是否符合感控要求进行预审；

（4）审定。在医院纪委的监督下，由医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会主任组织召开医用耗材遴选会。会上由器械材料科介绍本次医用高值耗材遴选的相关情况和信息后，由委员独立投票表决，同意进购票达 2/3 以上方可进行采购。根据少数服从多数原则形成统一意见，签署评审表并备案。

（5）器械材料科根据医院院级论证结果，上报分管院领导审核，报医院党委会通过后，挂网公开遴选后，纳入医院采购目录，确定采购计划。

2．临时性采购

详见《目录外医用耗材临时采购制度》。

3．非江苏省及无锡市中标医用（高值）耗材的遴选（线下采购）。

（1）未在江苏省药品（医用耗材）阳光采购和综合监管平台挂网的相关品种均为非中标产品，其采购行为均为线下采购，原则上不允许线下采购。

（2）实行线下采购，需为临床治疗中不可缺少且满足以下条件之一：

①不在无锡市医疗卫生机构医用耗材及试剂集中采购目录和无锡市医用耗材及试剂备案目录内，且集中采购入围结果中没有可替代产品；

②集中采购后新研发上市的新技术新项目、临床有需要、性能明显优于现中标目录内产品的耗材及试剂；

③价格低于目录内所有同类品种的产品；

（3）非中标产品遴选程序与办法与中标产品一致，经医院医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会和医院纪检部门审查同意后，可实行网下采购。

（4）准入通过的非中标类医用耗材由医用耗材管理委员会安排相关价格谈判小组人员进行议价讨论，最终确定供应商及耗材价格，并签订医用耗材合同。

（5）线下采购产品根据卫健委和医保局相关政策，及时进行备案。

4．产品替换

原在用产品因停产、升级换代需替换者，产品使用科室按要求填写《宜兴市人民医院新增（替换）医用耗材使用申请表》，申请类别“替换”，原则上要求保持一进一出、品规数量不增加、价格原则上持平或下降，替换申请需经医务部、医疗保险价格管理科、器械材料科审核，并经医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会（副）主任委员审批同意后方可替换使用，替换情况提交医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会备案审议。

（五）准入审核管理

1．器械材料科每半年对临床科室提出的高值耗材采购申请和购置论证申报表进

行审核汇总，报耗材管理委员会从以下几个方面进行院内论证。

（1）应用论证：重点说明学科、临床应用必需理由；

（2）市场论证：重点描述所申购耗材的应用范围；

（3）配置论证：提供详细的需求配置清单及功能要求；

（4）技术论证：人员和技术准入等基本条件论证；

（5）效益论证：社会效益和经济效益等。

2．未经正常申请程序，科室或个人自行购买、使用或试用医用耗材的，医院将追究相关科室和个人的责任：情节较轻者，科室扣除综合目标考核分；情节严重者，提交纪委、行风办按相关规定处理。

3．如供应商以不正当商业贿赂行为通过准入审核的，一经核实，取消供应商的准入资格，并按相关法律规定处理。

（六）本规定自发布之日起实施，由医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会负责解释。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

[2]国家卫生健康委员会.医疗机构医用耗材管理办法(试行)：国卫医发〔2019〕43 号[EB/OL].（2019-06-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201906/e5ed978bd19d449da2dae08ef4acbcf4.shtml.

[3]国家市场监督管理总局，国家标准化管理委员会.GB/T 42062-2022 医疗器械风险管理对医疗器械的应用[M].北京：中国标准出版社，2022.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容进行修订。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2025 年 12 月第 2 次修订

附件

宜兴市人民医院新增（替换）医用耗材申请表

申请科室： 申请日期：

<table>
<tr><td>耗材名称</td><td></td><td rowspan="3">☐ 新增
☐ 替换</td><td rowspan="3">☐ 进口
☐ 国产</td><td rowspan="3">☐ 临时采购
☐ 常规采购</td></tr>
<tr><td>省收费编码</td><td></td></tr>
<tr><td>是否新技术</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">应用技术（项目）名称：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申请购买医用耗材情况</td><td>☐ 新增耗材</td><td colspan="3">☐ 无同类耗材 ☐ 有同类耗材（现有耗材名称： ）</td></tr>
<tr><td>☐ 新增型号</td><td colspan="3">同品牌在用规格型号：</td></tr>
<tr><td>☐ 替换</td><td colspan="3">☐ 产品升级 ☐ 在用产品停产；原产品 YX 码：</td></tr>
<tr><td colspan="5">申请目的意义、及原因（包括诊疗项目名称、适用范围、适应症，应用价值，安全性、有效性说明，改善诊疗效果、技术升级等）

申请人签名： 日期：</td></tr>
<tr><td colspan="5">医用耗材临床应用管理小组（科务会）意见：
效益分析：
科室材占比、人均材料费影响：☐升高 ☐降低 ☐不变
☐减少并发症 ☐缩短住院周期

综合意见(是否同意申请)：
科主任签名： 日期：</td></tr>
<tr><td colspan="2">医务部/护理部预审意见
签名： 日期：</td><td colspan="3">价格管理办公室预审意见：
该产品属于： ☐可收费 ☐不可收费
签名： 日期：</td></tr>
<tr><td colspan="2">感染管理科预审意见：
签姓名： 日期：</td><td colspan="3">器械材料科预审意见：
姓名： 日期：</td></tr>
<tr><td colspan="5">分管领导审批意见：

签名： 日期</td></tr>
</table>

医用耗材库房管理制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-006-02	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步规范医院耗材库房管理工作，保障医用耗材使用质量，特制定本制度。

二、内容

（一）保持库房内外环境整洁，无污染源。

（二）防止医用耗材混淆、差错或污损，应当根据医用耗材的质量特性进行合理贮存，并符合以下要求：

1．按说明书或者包装标示的贮存要求贮存医用耗材。

2．贮存医用耗材应当按照要求采取避光、通风、防潮、防虫、防鼠、防火等措施（设施如：货架、地排、灭火器、温湿度计等）；库房温度、湿度应当符合所采购医用耗材说明书或者标签标示的要求，对有特殊温湿度贮存要求的医用耗材，应当配备有效调控及监测温湿度的设备或者仪器。

3．搬运和堆垛医用耗材应当按照包装标示要求规范操作，堆垛高度符合包装图示要求，避免损坏医用耗材包装；摆放要求离地 20cm，离墙 5cm。

4．按照医用耗材的贮存要求分库(区)、分类存放，标识与物资名称一致；实行分区管理，包括待验区、合格区、不合格品区、发货区，并有明显区分（如可采用色标管理，设置待验区为黄色、合格区和发货区为绿色、不合格品区为红色），退货产品应当单独存放。

5．医用耗材应当按规格分开存放，医用耗材与库房地面、内墙、天花板、灯具、温度调控设备及管道等设施间保留有足够空隙。

6．贮存医用耗材的货架、托盘等设施设备应当保持清洁，无破损。

7．医用耗材贮存作业区、辅助作业区应当与办公区和生活区分开一定距离或者有隔离措施。非作业人员未经批准不得进入贮存作业区，贮存作业区内的工作人员不得有影响医用耗材质量的行为。

8．医用耗材贮存作业区内不得存放与贮存管理无关的物品。

（三）医疗机构应当对基础设施及相关设备进行定期检查、清洁和维护，并根据库房条件、外部环境、医用耗材有效期要求等对医用耗材进行定期检查，建立检查记录。内容包括：

1．检查并改善贮存与作业流程；

2．检查并改善贮存条件、防护措施、卫生环境；

3．每天上、下午不少于 2 次对库房温湿度进行监测记录；

4．对库存医疗器械的外观、包装、有效期等质量状况进行检查；

5．应当对库存医用耗材有效期进行跟踪和控制，采取近效期预警，超过有效期的医用耗材，放置在不合格品区，然后退回供货商。

（四）库房内保证合理的库存量，防止短缺或积压，应当对库存医用耗材定期进行盘点，做到账物相符。

（五）非本科室人员不得擅自进库房，库管员离开库房要随手关门，下班后断水、断电，防止盗窃，保管好库房物资。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

[2]国家食品药品监督管理总局.医疗器械使用质量监督管理办法：总局令第 18 号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[3]国家卫生健康委员会.医疗机构医用耗材管理办法(试行)：国卫医发〔2019〕43 号[EB/OL].（2019-06-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201906/e5ed978bd19d449da2dae08ef4acbcf4.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容进行修订。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

医用耗材出入库管理制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-007-02	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范全院医用耗材入库验收、在库管理、出库发放等全流程管控，落实《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》要求，实现耗材来源可溯、去向可追、质量可控，防范过期耗材、无证耗材流入临床，保障医疗安全，结合我院 SPD 供应链管理模式，特制定本制度。

二、内容

适用于普通医用耗材、无菌耗材、高值植入介入耗材、冷链耗材、急救耗材、专科耗材的一级中心库、临床科室二级库、智能耗材柜、手术室备货区的出入库、验收、登记、追溯管理；器材科、SPD 服务商、临床科室共同遵照执行。

（一）收货前置要求

1．所有耗材必须经中心库统一验收，严禁供应商直接送货至临床科室；急诊急救耗材可先行应急送达，24 小时内补齐入库验收手续。

2．验收实行双人核验：器械材料科质量员+SPD 验收员共同验收，无采购审批订单、资质不全的耗材一律拒收。

3．严格执行物资配送单与实物相匹配，不一致不予入库 。

（二）验收核查内容

1．基础资质：核对产品名称、规格型号、生产厂家、医疗器械注册证、生产日期、批号、有效期。

2．外观包装：外包装完好无破损、受潮、渗漏、污损；无菌耗材密封完好、无漏气、无过期。

3．冷链耗材：核查全程冷链运输温度记录，到货温度符合储存要求，温度数据完整可追溯。

4．效期管控：常规耗材剩余有效期＜6 个月原则上不予入库，急救耗材经器材科审批后方可入库；近效期耗材单独标识管控。

5．高值耗材：逐件绑定唯一标识，一物一码，信息同步录入医院耗材管理系统，实现全程追溯。

（三）验收处置与记录

1．验收合格：扫码录入 SPD 系统后，生成入库单，粘贴批次效期标签，按分区规范上架；电子台账+纸质验收记录双登记，验收人、复核人签字确认。

2．验收不合格：不入库，严禁流入临床。

3．记录留存：普通耗材验收记录保存至耗材有效期满后 2 年；植入类高值耗材进货查验记录永久保存 。

（四）领用申请流程

1．临床科室通过系统提交领用申请，注明耗材名称、规格、数量、领用科室，科室负责人确认；急救应急领用可先发放，24 小时内补全手续。

2．SPD 根据领用计划，严格遵循先进先出、近效期先出原则拣货。

（五）出库复核要求

1．拣货后双人核对：耗材名称、规格、批号、有效期、数量，杜绝错发、过期、破损耗材出库。

2．高值植入耗材出库必须扫码核销，关联使用科室、手术患者信息，同步完成

计费匹配，实现使用全追溯。

3．耗材送达科室后，领用人现场清点核对，签字确认出库单，系统自动扣减库存，出库台账实时更新。

（六）禁止出库情形

出现以下耗材严禁出库，立即上报器材科处置：

1．超过有效期、包装破损污染、密封漏气；

2．资质过期、批号标识模糊不清；

3．冷链耗材温度异常、储存条件不达标；

4．国家明令淘汰、召回、质量可疑的耗材。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

[2]国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].（2022-03-29）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[3]国家药监局.医疗器械经营质量管理规[EB/OL].（2022-03-29）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202312/content_6919110.htm.

[4]食品药品监管总局.医疗器械冷链（运输、贮存）管理指南[EB/OL].（2016-09-19）.https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/ylqxggtg/ylqxqtggtg/20160922152601844.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容进行修订。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

SPD 模式医用耗材盘点管理制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-001-02	制定时间：2019-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-10-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范 SPD 模式下一级中心库、各临床二级库耗材盘点作业，做到账、物、SPD 系统、HIS 收费四方核对一致，落实追溯系统，防范耗材流失、错计费、效期失控，满足医院内控、审计、医保检查要求，特制定本制度。

二、内容

1．SPD 负责每月或者每季度对中心仓库和二级库进行日常实物盘点、提供系统盘点清单、盘点原始记录。在盘点过程中，需要本着”实事求是”的原则进行盘点，防止漏盘、少盘、多盘。

2．科室护士长负责本科室二级库、科室耗材的自查；配合 SPD 完成本科室的现场盘点；高值植入耗材做到手术日清，一物一码核对，杜绝科室私存耗材；负责本科室盘点差异进行原因分析，落实整改措施。避免漏消耗、错记账，落实账物相符、帐账相符。

3．盘点期间禁止医用耗材出入库；盘点前一周通知临床使用科室，做好医用耗材的申领事宜；盘点前，需将出入库全部处理完毕，因特殊原因不能出库的，应在盘点表上注明理由备注。

4．器材科定期对盘点进行监督，必要时进行抽盘；每年根据医院要求请审计科等相关科室对盘点进行监督核查。

5．盘点差异的处置：盘点完成后，保存原始盘点表，对于盘点中出现问题和差异，科室及时查明原因，积极整改，上报领导进行相应处理。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局．医疗机构医用耗材管理办法（试行）：国卫医发〔2019〕43 号[EB/OL].（2019-06-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201906/e5ed978bd19d449da2dae08ef4acbcf4.shtml.

[2]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2024-12-06).https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容进行修订。

五、修订记录

2025 年 10 月第 1 次修订

医用器械冷链（出入库、贮存）管理制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-009-02	制定时间：2018-06-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范冷链类医用器械（冷链试剂、生物制品、低温储存耗材、部分体外诊断试

剂等）入库、贮存、出库、运输全流程管理，保障产品质量，防止因温度异常导致失效，满足药监、医保、院感及审计检查，实现全程可追溯，特制定本制度。

二、内容

全院需要 2- 8℃冷藏、- 20℃冷冻、特殊低温储存的医疗器械、体外诊断试剂；涵盖中心库房、SPD 库房、临床科室冷链冰箱/冷藏柜、转运交接环节。

管理原则：全程温控、实时监测、双人复核、台账完整。

（一）冷链入库管理

1．到货接收

（1）冷链物资到货时，优先核查运输过程温度记录，查看运输箱温度记录仪数据。运输温度超出产品说明书规定温度范围，直接拒收，做好记录，严禁入库。

（2）核对：产品名称规格、批号、效期、数量、包装完整性；包装破损、结冰、融化、渗漏直接拒收。

2．入库验收

（1）双人核对，确认运输温度合格后方可办理入库手续；

（2）SPD 系统录入：品名、规格、批号、效期、储存条件、到货时间；

（3）按储存温度分区入库：冷藏（2- 8℃）、冷冻（- 20℃）分区存放，严禁不同储存条件混放同一台设备；

（4）近效期物资设置醒目标识，单独分区；

（5）验收不合格物资，予退回，做好台账记录，不得流入临床。

禁止：到货直接卸货，不核对运输温度就入库。

（二）冷链贮存管理

1．冷链设备要求

（1）冷藏设备：医疗器械专用冷藏柜/冰箱，禁止家用冰箱存放医用冷链器械试剂；

（2）配备连续自动温湿度监测报警装置，通过微信、电话、短信报警，可导出历史温度数据；

（3）温度测点定期校验，每年至少 1 次校准；

（4）设备配备备用电源（UPS），应对停电风险；

（5）冰箱/冷藏柜不得存放食品、饮料、私人物品。

2．贮存环境与摆放

（1）严格按照说明书储存条件设置温度：常规冷藏 2- 8℃；冷冻- 20℃，不得随意调整设备温度。

（2）物品摆放：留通风间隙，不紧贴箱壁，不堵塞出风口；不得堆积过满；禁止将物资堆放在冰箱门搁架。

（3）分区管理：合格品区、近效期预警区、不合格物品存放区，标识清晰。

（4）执行先进先出、近效期先出；定期排查效期，到期产品及时报废退库，严禁过期产品发放临床。

3. 温度监测与记录

（1）自动监测：24 小时连续监测，温度数据至少保存 3 年；

（2）人工巡检：每日一次查看冷链设备温度，做好巡检记录；

（3）温度异常报警立即处置，不得忽略报警信息。

（三）冷链出库管理

1. 出库前核对：品名、规格、批号、效期、储存条件，双人复核。

2. 出库搬运：短距离转运使用冷链转运箱，保证转运过程温度符合要求，减少常温暴露时间。

3. SPD 系统完成出库操作，记录出库时间、领用科室、经手人，做到账物相符。

4. 发放时告知科室储存要求，科室接收人员核对无误签字确认。

5. 高风险冷链物资禁止长时间裸放于常温环境。

（四）科室接收与科室贮存

1. 科室接收时核对物资外观、效期，确认转运无温度异常，签字确认。

2. 立即放入科室专用冷链设备，不得在室温长时间放置。

3. 科室冷链冰箱每日核查温度，做好记录；冰箱内分区摆放，禁止混放食品。

4. 发现包装破损、融化、温度异常，立即隔离，上报器械材料科，不得使用。

（五）温度异常应急处置

1. 报警发现：收到温度超限报警或巡检发现温度超标，第一时间记录异常开始时间、当时温度。

2. 转移物资：尽快将冷链物资转移至备用合格冷链设备。

3. 故障排查：冰箱故障联系维修；停电后自动启用 UPS 电源；长时间停电，协调转运至二级库库房。

4. 质量评估：调取异常时间段温度记录，对照产品说明书评估物资是否可继续使用。

5. 记录上报：在冷链系统填写处置措施。

6. 设备修复后，确认温度稳定，方可重新存放物资。

（六）冷链物资报废、退回

1. 过期、破损、温度异常判定不合格的冷链器械试剂，放入不合格物品存放区。

2. 需供应商召回退回的，做好交接记录，留存退回凭证。

（七）台账、资料管理

1. 资料包含：到货运输温度记录、入库验收记录、出库记录、温湿度监测数据、巡检记录、温度异常处置记录、报废退回记录、冷链设备校准维修记录。

2. 电子数据不可随意删除，纸质记录归档，保存期限不少于 3 年。

3．SPD 系统内冷链物资完整留存批号、效期、储存条件，实现全程追溯。

（八）监督考核

1．器械材料科定期开展冷链专项检查，重点查温度记录、贮存条件、异常处置台账。

2．药监、审计检查发现问题，闭环整改留存整改记录。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

[2]国家食品药品监督管理总局.医疗器械使用质量监督管理办法：总局令第 18 号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[3]国家药监局.医疗器械经营质量管理规范[EB/OL].（2023-12-04）https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/ylqxggtg/ylqxqtggtg/20231207173141173.html.

[4]食品药品监管总局.医疗器械冷链（运输、贮存）管理指南[EB/OL].（2016-09-19）.https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/ylqxggtg/ylqxqtggtg/20160922152601844.htm.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容进行修订。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

病区耗材管理制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-010-02	制定时间：2020-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范病区医用耗材申领、入库、储存、使用、盘点、追溯全流程管理，保障耗材质量安全，防止耗材流失、错用、过期，落实规范计费，降低院感风险与耗材成本，特制定本制度。

二、内容

各临床病区、监护室、产房、门急诊等科室所有医用耗材，包含普通低值耗材、高值耗材、无菌耗材、冷链耗材、一次性耗材。

（一）耗材申领管理

1．病区根据临床实际消耗量制定科室申领定数，避免积压过期。SPD 库房定期按定数发放。高值耗材实行按需申领，不提前大批量入库病区。

2．通过医院 SPD 系统，提交申领单，核对耗材名称、规格、数量、生产厂家、效期。

3．耗材送达病区后，耗材管理员现场核对实物与配送单据，核对包装完整性、有效期、批号、核对无误确认签收；不一致、包装破损、渗漏、过期直接拒收退回。

（二）病区储存管理

1．耗材存放区域保持干燥、整洁、通风，温湿度符合产品说明书要求，远离污染源。

2．分区分类存放：无菌耗材与非无菌耗材分开；一次性耗材与复用物品分开；冷链耗材按温控要求存放；危化类耗材单独专柜上锁管理；高值耗材专柜管理。

3．落实先进先出、近效期先用，近效期耗材做醒目标识，效期不足 3 个月优先使用，过期耗材严禁使用。

4．耗材摆放离地离墙，不直接放地面；病区不得私存外购耗材、院外带入耗材，非医院准入耗材禁止在病区使用。

（三）耗材使用管理

1．使用前核查：包装有无破损、漏气、有效期、批号，不合格耗材禁止使用。

2．高值耗材：使用前核对产品详细信息，使用后及时扫码，合格证随病历留存，做到一物一码，可追溯；耗材实物与计费项目一一对应。

3．严格执行医保目录，严禁超目录使用耗材。

4．严禁重复计费、漏计费、串换耗材项目，严禁耗材私用。

5．发生耗材不良事件（断裂、渗漏、材质异常等），立即停止使用，按不良事件流程上报器械材料科，并做好记录。

（四）病区耗材盘点管理

1．低值耗材：每月或者每季度定期盘点，做到账物相符；

2．高值耗材：做到逐笔核销，月末全面盘点；

3．盘点内容：耗材名称、规格、数量、批号、效期；形成盘点记录。出现差异数值，查找原因，积极整改。

4．盘点记录纸质或电子留存备查。

（五）破损、渗漏等不合格耗材及医废物管理

1．发现破损、渗漏等不合格耗材，立即退回仓库，由仓库联系供货商做退货处理。

2．属于医疗废物的，按院感医疗废物规范处置。

（六）监督考核

1．器械材料科、院感科定期督查病区耗材管理：储存条件、效期、计费、医废处置。

2．考核要点：账物相符率、过期耗材零容忍、耗材不良事件上报。

3．对管理不到位、造成耗材浪费、违规计费，落实科室整改与绩效考核。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

[2]国家卫生健康委员会.医疗机构医用耗材管理办法(试行)：国卫医发〔2019〕43号[EB/OL].（2019-06-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201906/e5ed978bd19d449da2dae08ef4acbcf4.shtml.

[3]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[4]WS/T 510-2016 病区医院感染管理规范[S].

[5]国家药品监督管理局.医疗器械唯一标识系统规则：2019年第66号公告[EB/OL].（2019-08-23）.https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/xzhgfxwj/20190827092601750.html.

四、修订原因

根据《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》以及相关文件进行修订。

五、修订记录

2025年11月第1次修改

一次性医用耗材管理规范

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-012-02	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步加强一次性卫生材料临床应用管理，规范一次性卫生材料使用，纠正不合理使用行为，保证患者使用安全，特制定本规范。

二、内容

1．严格执行医院医疗器械管理制度，对一次性无菌器械进行采购和验收。验收记录应包括：产品名称、型号规格、产品批号(生产日期)、产品有效期、产品合格证、

生产厂商、供货单位、购货数量、购货价格、购货日期、验收日期，验收人员签字等内容；按照记录能追溯到每批无菌器械的进货来源。

2．从医疗器械生产或经营企业采购无菌器械，应验明医疗器械生产或经营企业的必要证件（医疗器械生产许可证、医疗器械经营许可证、医疗器械产品注册证）、销售人员的合法身份，如果是代理产品，还应有有效的产品代理证书。

3．一次性使用的无菌医疗用品须存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，距地面≥20cm，距墙面≥5cm，离顶≥50cm,保持清洁。拆开外包装的一次性无菌医疗用品，必须放置于无菌物品存放柜内。

4．任何一次性无菌医疗器械必须一人一用一处置，严禁重复使用。科室使用前应检查小包装有无破损、失效、产品有无不洁净等。

5．若发现小包装已破损、标识不清的无菌器械，应立即停止使用、封存，并及时与生产厂家联系，予以更换。若使用时发生热原反应、感染或其他异常情况，必须及时留取样本送检，按规定详细记录，报告感染管理科、器械材料科。

6．若发现不合格无菌器械，应立即停止使用、封存，并及时报告所在地药品监督管理部门。

7．使用后一次性医疗器械和器具，均作为感染性医疗废物，直接放入医疗废物专用包装袋或者容器中，针头、刀片等锐器放入符合规定的锐器盒中，一并交医疗废物暂存处集中处理。

8．拟用植入性及高值医用耗材时，术前由执行诊疗操作的医师进行沟通，征得患者或家属同意并在《植入性及高值耗材使用知情同意书》上签字；使用前，要认真核对患者的信息、所使用的耗材的名称、规格、型号和数量等。使用后，参照“关于植入医疗器械及高值医用耗材使用登记及条形码规范粘贴的规定”执行到位，手术中记录所有的耗材名称、规格、型号和数量，并与粘贴的条形码一致。

9．使用无菌医疗器械发生可疑不良事件时，应按规定及时报告省、市医疗器械不良事件监测中心。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

[2]国家卫生健康委员会.医疗机构医用耗材管理办法(试行)：国卫医发〔2019〕43 号[EB/OL].（2019-06-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201906/e5ed978bd19d449da2dae08ef4acbcf4.shtml.

[3]国家药品监督管理局.一次性使用无菌医疗器械监督管理办法：国家药品监督管理局令第 24 号[EB/OL].（2000-08-17）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/bmgz/200

010/2b430379e3614837afb79ccb8ce13e1e.shtml.

[4]国家卫生计生委.消毒管理办法[EB/OL].（2017-12-26）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/1560a37996834cd9baf51e9b7ccf6b14.shtml.

四、修订原因

根据上级文件相关要求进行修订。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

医疗器械不良事件监测管理制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-016-02	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范医疗器械不良事件主动报告程序，增强风险防范意识，及时发现医疗不良事件和安全隐患，对医疗安全信息进行分析、反馈，并从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行针对性持续改进，特制定本制度。

二、内容

医疗器械不良事件定义：指获准上市、质量合格的医疗器械在正常使用情况下发生的导致或可能导致人体伤害的任何与医疗器械预期效果无关的有害事件。医疗器械不良事件报告是发现医疗过程中安全隐患、防范医疗事故、提高医疗质量、保障医疗安全、促进医学发展的重要措施。

（一）相关人员、部门、科室的职责

1．医务人员和相关科室

（1）识别与报告各类医疗器械不良事件，并提出初步的质量改进建议。

（2）知晓医疗器械不良事件报告制度及流程。接受相关制度及流程的教育与培训。

（3）相关科室负责落实医疗器械不良事件的持续质量改进措施的实施。

2．器械材料科

（1）指派专人负责收集医疗器械不良事件，并对事件进行核查、汇总、上报、统计和分析。

（2）对有关诊疗的医疗器械不良事件，进行了解和沟通，作出初步分析，并在 10 个工作日内反馈给相关科室，提出改进建议。

（3）如事件的发生涉及其他职能科室，或需要其他职能科室协调整改的，器械材料科负责将事件反馈给相应职能部门，并将反馈意见记录于医疗器械不良事件登记簿。

（4）负责向上级卫生行政部门网络直报医疗器械不良事件。

（5）每半年将发生频率较高（每月或数月发生一次）的医疗器械不良事件及所有重大不安全事件进行汇总，组织相关部门或科室对发生的根本原因进行分析讨论，并提出改进建议，必要时上报医疗质量与安全管理委员会（或院长办公会）讨论，指导相关部门或科室采取防范措施。

（6）负责对全院医务人员进行医疗器械不良事件报告知识培训。

3．护理部

（1）指派专人负责收集有关护理的医疗器械不良事件，并对事件进行核查、汇总和上报。

（2）负责对全院护理人员进行医疗器械不良事件报告知识培训。

（二）医疗器械不良事件的上报方式

院内上报可在不良事件上报系统中填写医疗器械不良事件报告表。紧急情况下可先采用电话上报，事后补报并填写有关信息。

（三）填写不良事件的具体要求：可疑即报！

（四）奖惩措施：

1．按各科室和部门上报例数（按器械材料科成功上报国家医疗器械不良事件监测信息系统为准），医院对上报人给予奖励 50 元/例。

2．如达不到要求，将在病区季度规范化考评中落实考核措施。

三、参考文献

[1]国家市场监督管理总局，国家卫生健康委员会.医疗器械不良事件监测和再评价管理办法：2018 年令第 1 号[EB/OL].（2018-08-13）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5343748.htm.

[2]国家市场监督管理总局，国家标准化管理委员会. GB/T 42062-2022 医疗器械风险管理对医疗器械的应用[M].北京：中国标准出版社，2022.

四、修订原因

为达到国家卫生健康委提出的患者安全目标，依据《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》等法律、法规，结合本院实际，进行修订。

五、修订记录

2025 年 12 月第 1 次修订

附件

医疗器械事件-医疗器械不良事件

上报详情	
事件等级：	
事件发生时间：	事件发生科室：
受损害者基本资料	
受害患者类型：	
患者ID：	
患者姓名：	
患者性别：	出生日期：
患者年龄：	联系电话：
就诊形式：	就诊日期：
主诊医生：	诊断：
病区：	
事件资料	
发现人：	事件发生部门：
事件发生时间类型：	事件发生地点：
叙述事件经过及详细信息：	
事件基本信息	
事件类别：医疗器械不良事件	设备类别：医用耗材
编码：	
预期治疗疾病或作用：	
事件主要表现：	
发现或者知悉事件：	医疗器械实际使用场所：
事件后果：	商品名称：
注册证号：	生产企业名称：
生产企业地址：	企业联系电话：
规格型号：	产品编号：
产品批号：	操作人：
生产日期：	有效期至：
植入日期若植入：	
事件发生初步原因分析：	
事件初步处理情况：	

事件报告状态：	
省级监测机构评价意见：	
国家级监测机构评价意见：	
使用医疗器械与已发生可能发生的伤害事件之间是否具有合理的先后时间顺序：	发生可能发生的伤害事件是否属于所使用医疗器械可能导致的伤害类型：
已发生可能发生的伤害事件是否可以用合并用药和/或器械的作用患者病情或其他非医疗器械因素来解释：	关联性评价结果：
报告人职业类型：	报告人：
事件处理	
诊断性处理：	事件发生后的：
是否通知汇报相关人员：	
是否通知家属：	
当事人信息	
事件涉及类别：	
当事人：	
当事人职业种类：	
工作年限：	
在事件发生科室工作年限：	当事人所属科室：
当事人学历：	当事人职称：
其他当事人信息：	
科主任审核	
科主任审核意见：	

高值耗材点评制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-013-03	制定时间：2019-07-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：器械材料科	修订版本：2
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

通过建立健全高值耗材点评和监督制度，规范医师行为，推动医院持续改进和提高高值耗材质量，保证医疗安全。为完善高值耗材使用激励和约束机制，加强高值耗材临床应用管理，规范高值耗材使用，纠正不合理高值耗材的使用行为，保证患者使用安全，特制定本制度。

二、内容

根据相关法规、技术规范，对涉及高值耗材的规范性及临床使用的适宜性联合多部门进行评价，查找发现问题，制定并实施干预和改进措施，促进高值耗材合理应用。

（一）技术点评。突出技术含量，适应症、使用的合理性；用法用量的正确性；替代方案、技术缺陷等。

（二）管理点评。突出权限管理、超目录、超权限使用、病历质量、技术准入；知情同意、条形码粘贴、采购缺陷等。

（三）指标点评。包括专科刚性指标、动态监测、低价同类产品使用等。

1．重点关注内容：

（1）耗材刚性管理指标长期不达标专科。

（2）临床使用耗材波动幅度与病种结构、手术结构变化不吻合的专科。

（3）医院确定的重点管理品种（包括手术止血、防粘耗材）每月使用金额排序进入前 10 位中的耗材。

（4）频繁超适应证、超剂量使用等不合理突出的耗材。

（5）单病种高值耗材使用。

（6）使用率、使用金额排名前列的高值医用耗材。

2．点评方法：

（1）实施主体。高值耗材点评工作由医院医疗管理部门和耗材部门共同组织实施。医院耗材部门成立高值耗材点评工作小组，由医务部、质管部、医疗保险价格管理科、器械材料科和临床高值耗材点评专家组成。

（2）工作程序。医院耗材管理部门会同医疗管理部门，根据有关规定和实际情况，确定高值耗材抽样方法和抽样率；高值耗材点评小组按照确定的高值耗材抽样方法随机抽取高值耗材，每月对病房高值耗材进行点评，要坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录；耗材管理部门会同医疗管理部门对高值耗材点评小组提交的点评结果进行审核，定期公布高值耗材点评结果，通报不合理高值耗材，同时对高值耗材管理和临床使用方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，督促相关科室及时整改落实。

（3）评判标准。医院要根据省卫健委《关于进一步加强医疗机构高值医用耗材临床应用管理的意见（苏卫医政〔2019〕24 号）》和临床应用管理规定，制定具体的高值耗材点评细则和评价标准，内容包括：高值耗材是否超目录、超权限、超适应症使用情况，知情同意执行情况，病历记录是否符合要求，以及产品标识码粘贴情况，是否存在行风情况等内容。高值耗材点评结果分为合理和不合理，不合理包括不规范。

3．保障措施：

高值耗材点评是提高耗材质量、促进合理使用的有效途径，医院要高度重视，切实加强领导，搞好衔接配合，周密部署安排。

（1）医院要将此项工作与医疗紧密结合，充分发挥高值耗材的合理使用，开展高值耗材点评工作。

（2）医院将点评发现的不合理原因发放给科室，科室根据点评结果进行整改。

（3）医院点评结果作为重要指标，纳入医院定期考核指标体系。点评的结果纳入科室季度规范化考评和主诊医师季度考评之中，也作为相关人员绩效考核和年度考核指标，建立相应的奖惩机制。

（4）医院应对开具不合理高值耗材的科室，以及未按规定审核进行使用不合理高值耗材的，按照相关规定严肃处理。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知：国办发〔2019〕37号[EB/OL].（2019-07-31）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2019-07/31/content_5417518.htm.

[2]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[3]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

[4]国家卫生健康委员会.医疗机构医用耗材管理办法(试行)：国卫医发〔2019〕43号[EB/OL].（2019-06-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201906/e5ed978bd19d449da2dae08ef4acbcf4.shtm.

[5]江苏省卫生健康委员会.关于进一步加强高值医用耗材临床应用管理的意见：苏卫医政〔2019〕24号[EB/OL].（2019-03-28）.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2019/4/1/art_55461_8291101.html.

四、修订原因

根据上次部门相关文件要求进行修订。

五、修订记录

2019年07月第1次修订

2026年01月第2次修订

附件 1

关于植入医疗器械及高值医用耗材使用登记及条形码规范粘贴的规定

为进一步加强医用耗材的溯源管理，规范临床粘贴高值医用耗材合格证和条形码工作，特制定本规定。

1．需粘贴合格证的高值医用耗材范围：

（1）2020 年 1 月 14 日国家卫健委发布的“第一批国家高值医用耗材重点治理清单”；

（2）植入医疗器械：借助外科手术全部或部分进入人体或自然腔道中、并在手术过程结束后长期留在体内或部分留在体内 30 天以上的医疗器械；

（3）高值医用耗材：单个医用耗材价格超过 2000 元，以及单次手术操作使用同一品种医用耗材累计价格超过 2000 元的医用耗材。

2．粘贴位置：粘贴于病历中的《植入性及高值耗材粘贴单》上（此单术前由手术医生预估高值耗材使用情况打印 1~3 份，夹在病历中带至手术室）。粘贴后确保合格证清晰、平整、无覆盖。

3．粘贴流程：

（1）巡回护士保留术中拆用的高值耗材的合格证，及时粘贴在《植入性及高值耗材粘贴单》上，并在粘贴者栏签字。

（2）术后手术医生核对《植入性及高值耗材粘贴单》上的合格证与实际使用的耗材是否一致，确认无误后在核对者栏签字。

（3）将贴有合格证的《植入性及高值耗材粘贴单》夹在病历中带回病区。

（4）补充说明：如医生在术前未将《植入性及高值耗材粘贴单》带入手术室，巡回护士将所有使用的高值耗材合格证收集后夹病历中，术后由手术医生自行粘贴、核对签字。

4．归档病历：《植入性及高值耗材粘贴单》由手术医生扫描成像，存入电子病历系统，原件在患者出院后一并上交病案室保存。

5．使用登记及条形码粘贴违规的处理

植入医疗器械及高值医用耗材使用登记及条形码粘贴情况检查结果，纳入科室综合目标考核，在当月绩效中兑现。因使用登记、条形码粘贴不规范造成的医保等支付方拒付相关费用者，经核实后，由当事科室及个人承担有关责任。

附件 2

宜兴市人民医院高值医用耗材临床合理应用点评表

日期： 年 月 日

<table>
<tr><td colspan="3">被查科室（病区）：</td><td colspan="3">患 者：</td></tr>
<tr><td colspan="3">使用日期： 年 月 日</td><td colspan="3">住院号：</td></tr>
<tr><td colspan="2">高值耗材使用情况</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">点评内容</td><td colspan="2">超目录使用（器材科、医保、价格办）</td><td>☐ 是</td><td colspan="2">☐ 否</td></tr>
<tr><td colspan="2">超权限使用（医务部）</td><td>☐ 是</td><td colspan="2">☐ 否</td></tr>
<tr><td colspan="2">超适应症使用（质管部）</td><td>☐ 是</td><td colspan="2">☐ 否</td></tr>
<tr><td colspan="2">知情同意执行及完整性
（质管部）</td><td colspan="3">☐ 完整
☐ 缺项
☐ 无知情同意</td></tr>
<tr><td colspan="2">病历记录符合要求（质管部）</td><td>☐ 符合</td><td colspan="2">☐ 不符合</td></tr>
<tr><td colspan="2">条形码粘贴情况（器材科、质管部）</td><td>☐ 符合</td><td colspan="2">☐ 不符合</td></tr>
<tr><td colspan="2">合理应用情况</td><td>☐ 合理</td><td>☐ 基本合理</td><td>☐ 不合理</td></tr>
<tr><td colspan="2">存在问题</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">签名：</td></tr>
</table>

附件 3

宜兴市人民医院
高值医用耗材临床合理应用点评反馈表

<table>
<tr><td>检查科室：</td><td>患者、住院号：</td></tr>
<tr><td>检查/使用时间：</td><td>手术/主治医生：</td></tr>
<tr><td colspan="2">检查形式：
行政查房☐ 专项检查 ☐ 上级督查☐</td></tr>
<tr><td colspan="2">参与检查人员：</td></tr>
<tr><td colspan="2">使用高值耗材名称：
存在问题：</td></tr>
<tr><td colspan="2">科室整改措施：
科主任：
日 期：</td></tr>
</table>

回访检查意见： 器材科： 日　期：

医用耗材超常预警制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-015-02	制定时间：2022-12-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步加强我院医用耗材应用监测，提高医疗质量，遏制医疗服务过程中不正之风，降低患者耗材费用负担，规范耗材使用，特制定本制度。

二、内容

（一）工作原则

建立健全耗材使用动态监测及超常预警工作制度，有计划、有重点、连续性的进行监测，掌握耗材使用动态，分析耗材使用合理性，查找应用耗材中的异常现象，建立耗材动态用量发布渠道和超常预警公示渠道，做好监测和超常预警公示记录。

（二）动态监测对象：

本院内使用的所有耗材均为动态监测对象。

（三）器械材料科负责每月对使用数量、总金额排名前 10 位的耗材进行排序统计，重点实施监控。按科室、医生进行综合分析，上报医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会。

（四）器械材料科负责根据耗材用量动态，对超常用耗材现象进行原因分析，提出整改建议。

（五）根据每月耗材使用动态监测结果与分析情况，具体措施如下：

1．预警：对近两个月内用量及使用金额排名前三名、对院内个别科室异常使用情况被列入预警、监控的耗材，医院将在医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会上提出口头预警并密切监测，对耗材供应商予以警示。

2．限量采购：对连续 3 个月耗材使用量增长幅度过大、临床又必须使用的品种，报分管院领导批准，限制该品种的采购量。

3．暂停使用：

（1）对有投诉举报的耗材，在调查期间暂停使用；

（2）医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会对前 5 名的耗材中连续 3 个月出现超常增长、有可疑促销行为的品种，经报分管院长批准及纪检监察部门备案后，对耗材供应商给予严重警告，并暂停使用；

4．停用：对有违规行为的一经发现，立即停用该耗材，库存耗材一律退货。对违规行为及时上报院纪检监察部门，由院纪检监察部门根据有关规定处理。

（六）不合理应用耗材的评价结果与医师和科室的绩效考核挂钩。

1.对发现超常使用耗材的相关科室或医师首先由院纪检监察部门进行警示谈话；

2．对耗材使用金额排在前 10 名的医师，在医院医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会上进行内部通报。

（七）评价结果作为动态调整供应目录的依据，对存在不合理使用的品种可以采取停用、重新招标等干预措施。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第 739 号[EB/OL].（2024-12-06）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/fgs/art/2023/art_70607fc4160041a383e68ff6bfb2826f.html.

[2]国家卫生健康委员会.医疗机构医用耗材管理办法(试行)：国卫医发〔2019〕43 号[EB/OL].（2019-06-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201906/e5ed978bd19d449da2dae08ef4acbcf4.shtml.

[3]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

四、修订原因

根据《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》以及相关文件，特进行修订。

五、修订记录

2025 年 12 月第 1 次修订

危化品库房管理制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-003-02	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-10-01
制定部门：器械材料科	修订版本：1
审核批准：医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范危险化学品储存管理，消除安全隐患，预防和减少危险化学品事故发生，保护员工生命和财产安全，特制定本制度。

二、内容

1．本制度所指危险化学品（简称“危化品”），是指具有毒害、腐蚀、爆炸、燃烧、助燃等性质，对人体、设施、环境具有危害的剧毒化学品和其他化学品，具体以国务院应急管理部门会同相关部门确定、公布并适时调整的危险化学品目录为准。

2．采购单位、专职采购员应具备国家安全管理条例规定的合理条件，执有采购、储存许可证。

3．根据统一领导、分工管理、专人负责、节约开支的原则，危化品必须由器械材料科统一采购，入库前必须认真组织验收，办理入库手续。并集中在指定的危化品仓库进行存放管理。

4．危化品必须有专门的存放场地和器具，与员工生活区、办公区等区域保持符合国家标准的安全距离，设置明显的安全警示标志和防护设施。危化品保管地点应有相应的防火、防爆、防静电、隔离、监测、报警等设施，库房物品的保管应该科学化，危化品要储存在通风、低温、阴凉、干燥的专用库房内，特别要注意性质相抵触的危化品绝对不能堆放一块。同时由专人负责管理，管理人员要具备有关的专业知识、管理知识。库房管理人员必须建立危化品台账，严格出入库登记，经常检查，检查要有记录。库存的各类物品，根据原始凭证，及时进行增减记账，定期进行账物核对，严格做到账物相符。

5．危化品的供应工作，根据危化品的不同性能区别对待。危险性大的物品要严格控制，在办理相关证明后方可采购。危化品由使用科室指定专人负责领用，同时保管员、领用人必须同时在场。保管员根据领用数量现场发放。

6．危化品使用前，操作人员需熟悉其危险特性、使用方法、安全防护措施及应急处置流程。使用过程中应严格按照操作规程作业，做好操作记录。使用结束后的剩余部分需妥善保存，避免遗失或发生其他事故。使用后的危化品的废液、残渣，必须立即进行科学处理，不得随意丢弃。接触危化品的仪器设备和器皿必须有明确醒目的标记。使用后及时清洁，特别是维修保养或移至其他场地前必须进行彻底的净化。若有事故发生，使用人员应及时向保卫科及分管领导汇报，迅速查明原因并认真处理。

7．科室使用的危化品严禁带出使用场所。使用化危品的地方应备齐急救器材和用品，人员具备消防、急救知识。

8．使用危化品的科室，按国家有关规定处理有毒、带菌、腐蚀性的废气、废水和废物。

9．危化品管理人员变更时，必须办理严格的交接手续。

10．各科室负责本科室涉及的危化品储存、出入库房、设置警示标识、配置和维护安全设施、建立台账等管理工作。各科室每月必须对危化品进行一次盘点检查，发现问题立即整改，检查要有记录。保卫科每季度不少于一次对危化品库房进行检查。检查要有记录。

11．各使用科室应根据国家有关规定和本制度要求，制订本科室相应的管理办法和实施细则。

12．加强监管监控，定期检查，奖优罚劣，严防事故的发生。

三、参考文献

[1]国务院.危险化学品安全管理条例(国务院令第645号)[EB/OL].(2013-12-07).https://www.gov.cn/gongbao/content/2014/content_2695514.htm.

[2]国家市场监督管理总局，国家标准化管理委员会.GB15603-2022危险化学品仓库储存通则[M].北京：中国标准出版社，2022.

四、修订原因

根据《危险化学品安全法（草案二审稿）》《危险化学品安全管理条例》等法律法规、国家标准及行业标准，结合医院实际，进行修订。

五、修订记录

2025年10月第1次修订

目录外医用耗材临时采购制度

文件编号：YXPH-HQ-QCK-2025-005-04	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：器械材料科	修订版本：3
审核批准：医用(高值)耗材及医疗器械使用质量管理委员会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步规范医院目录外医用耗材采购管理，保障患者用械安全，控制医疗成本，降低百姓就医负担，特制定本制度。

二、内容

（一）目录外医用耗材概念

目录外医用耗材，指患者因病情治疗需要，不在《宜兴市人民医院医用耗材采购目录》和政府集中招标采购目录范围内，但具有合法资质企业生产的医用耗材。

（二）目录外医用耗材临时采购条件及程序

1．因抢救或紧急救治患者必须使用的；规定周期内新技术新项目必须使用的；因原产品停产、停供、质量问题等原因影响正常诊疗活动，且无替代产品时；其他客观原因（如医院扶持项目、突发公共卫生事件等）导致需要使用目录外产品的。

2．新技术新项目临时采购耗材数量与计划开展例次数相符，不可大于计划开展例次数；使用部门临时采购，原则上每年申请不超过3个品类，每个品类申请不超过5次，同一品类产品申请满5次后仍需使用请提交《医用耗材购置申请表》。

3．临时申请产品原则上须为省平台中标产品。

4．严禁申请《江苏省药品和医用耗材招采管理系统》上红色预警产品；谨慎申请黄色预警产品（如上级部门有提醒将不予申请）；涉及医院耗材指标不达标的科室原则上临采不予批准，直到达标才能申请。

5．临时申请医用耗材原则上用于申请患者，不作为全院通用品种使用，只限申购科室的特定病人使用，该患者用毕即止。其他科室如需要使用，必须另行申购。如督查发现申请与使用患者信息不一致，院部酌情处理直至取消该耗材申请资格。

6．突发公共卫生事件、疫情防控等工作所需医用耗材，申请品类数及次数不受该规定的限制。

7．各科室在日常诊疗过程中遇到特殊情况需要使用目录外品种时，应提前 3 个工作日（急救除外）填写《一次性医用耗材临时急需申购登记表》临时采购，详细说明申购医用耗材的通用名及申购理由，申请人需具备副主任医师以上任职资格。同时要求临床科室主任或主持工作的副主任同意签字后提交管理部门负责人、分管院长审核签字。

8．医院采购招标管理中心依据审批通过的《一次性医用耗材临时急需申购登记表》执行一次性临时采购。

9．相关医用耗材采购到位后，采购员、库管按程序验收入库，并通知申购科室一次性出库、一次性记账后领用，再次使用再申请。

10．各科室在临时申购时，应根据患者病情及治疗方案，客观预算使用量，严格控制申购数量，必须保证所申购医用耗材全部用完。一旦按申购数量采购到位后，申购科室无特殊原因不及时使用，导致滞销过期或三个月后仍有库存，一律按过期处理，造成损失由申购科室承担。

11．器械材料科负责汇总医用耗材临时采购情况，并定期向医用耗材管理委员会汇报。

12．纪检监察室、审计科、行风办负责对医用耗材临时采购工作进行全程监督。

13．本办法执行过程中如遇国家政策调整，按国家调整的最新政策执行。法律法规另有规定的遵从其规定。

三、参考文献

[1]崔晓磊，钱申展，陈扶明，等.三甲医院医用耗材临时采购管理策略研究[J].医疗卫生装备，2024，45（7）：81-85.

[2]陈伟豪，罗定芳，谢伟柯，等. 公立医院医用耗材临时采购的规范化管理[J].医疗装备，2023，36（17）：48-50.

四、修订原因

结合我院医疗、药事工作实际，制订宜兴市人民医院目录外医用耗材临时采购制度和流程。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2023 年 12 月第 2 次修改

2025 年 12 月第 3 次修改

采购招标管理中心工作制度

文件编号：YXPH-XZ-CGZBGLZX-2025-001-03	制定时间：2020-03-23
适用范围：全院员工	修订时间：2025-06-18
制定部门：采购招标管理中心	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2025-08-25

一、目的

为进一步提升采购招标管理中心的工作效率与规范性，确保采购招标活动的公开、公平、公正，特制定本制度。

二、内容

1. 严格执行政府采购的法律、法规、医院的规章制度，规范采购行为，提高效率效益，维护医院利益。

2. 采购工作严格遵守公开、公正、公平、诚实信用的原则。掌握标准、执行制度、严格纪律；做到无计划不采购，质量规格不明不采购，价格不合理不采购；不得损公肥私，不得以权谋私。

3. 严格采购预算管理，控制成本费用。

4. 采购项目实行政府采购、第三方代理机构采购和院内采购。属于政府采购项目的必须通过政府采购；第三方代理机构采购和院内采购要严格按金额权限组织进行，采购项目 5 万元及以上 50 万元以下实行院内采购。

5. 每项采购活动的采购文件应当妥善保存，不得伪造、编造、隐匿或者销毁。采购文件的保存期限为采购结束之日起至少保存 15 年。

6. 采购过程始终坚持以商品质量第一，服务质量第一，医院利益第一，使用部门满意第一为原则。

7. 加强制度建设，坚持“管、采、办”分离，不断优化工作流程，加强环节制约，完善内部管控。

8. 采购项目必须接受医院监察、审计的监督管理。

9. 采购招标管理中心所有人员每年签署廉洁自律承诺书；严禁任何个人与供应商私下进行单独接触，严禁向供应商索取贿赂，或接受可能影响公正办事的礼物或馈赠。

10. 采购员实行定期轮岗制度。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会，国务院.中华人民共和国政府采购法实施条例[EB/OL].（2015-01-30）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-02/27/cont

ent_9504.htm.

[2]国家卫生健康委员会.国家卫生健康委员会政府采购管理暂行办法:国卫财务发〔2018〕29号[EB/OL].(2018-06-13).https://www.nhc.gov.cn/caiwusi/c100043/201807/e5232bbbc5454094bf45e04923fa0b1f.shtml.

[3]财政部,国家卫生健康委员会,国家医疗保障局,国家中医药管理局.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见:财会〔2023〕31号[EB/OL].(2023-12-18).https://www.mof.gov.cn/gkml/caizhengwengao/wg2023/wg202312/202402/t20240208_3928620.htm.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2023年12月印发了《关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见》,提出到2025年底建立健全更完善的内部控制体系进行修订。

五、修订记录

2024年07月第1次修订

2025年06月第2次修订

院内招标管理制度

文件编号:YXPH-XZ-CGZBGLZX-2025-002-01	制定时间:2025-06-18
适用范围:全院员工	修订时间:/
制定部门:采购招标管理中心	修订版本:/
审核批准:职工代表大会	执行时间:2025-08-25

一、目的

为规范招标操作,确保招标活动公开、公平、公正,提升采购效率,防范潜在风险,保障医院利益,特制定本制度。

二、内容

1. 坚持公开、公平、公正的原则,遵循国家法律法规及医院相关规定。

2. 招标范围包括全院医疗设备、医用耗材(包括试剂)、工程、基建、家具、通用电器设备、办公用品、信息系统办公耗材、各类标识、布类用品、五金电器水暖及维修配件、租赁、外包等各部门使用医院资金采购的货物和服务等。金额在5万元及以上50万元以下的项目。

3. 采用公开招标、邀请招标等方式,确保竞争充分。

4. 采购招标管理中心负责招标活动组织实施,纪检监察或审计部门负责全程监督。

5. 采购招标管理中心专人负责制定详细的招标文件,明确招标要求、技术规格、评标标准等。

6. 采购招标管理中心会同职能科室对投标单位的资质进行审查,确保其具备相

应能力。

7. 公开开标，严格按照评标标准进行评标，确保评标结果公正合理。全程在纪检监察或审计的监督下进行。

8. 中标单位确定后，签订正式合同，明确双方权利义务。

三、参考文献

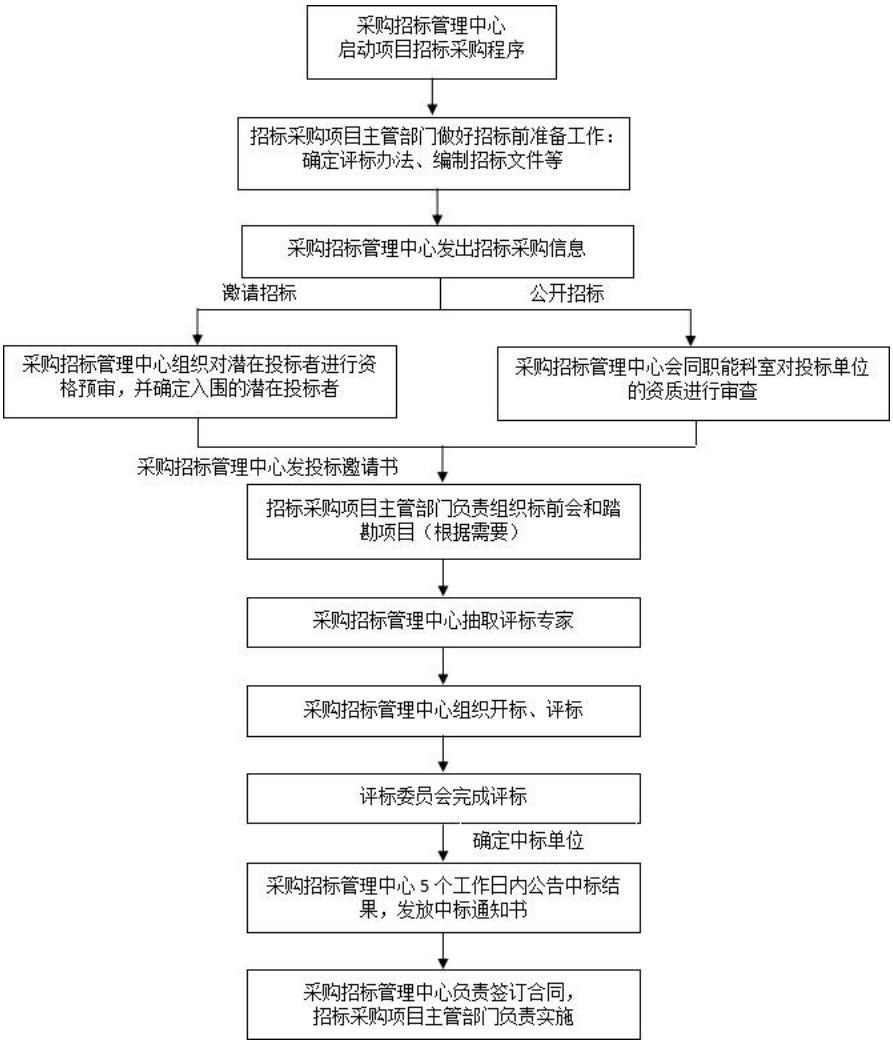
[1]全国人民代表大会常务委员会，国务院.中华人民共和国政府采购法实施条例[EB/OL].（2015-01-30）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-02/27/content_9504.htm.

[2]财政部.政府采购货物和服务招标投标管理办法：中华人民共和国财政部令第87号[EB/OL].（2017-07-11）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5241918.htm.

[3]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国招标投标法：中华人民共和国主席令第二十一号[EB/OL].（2017-12-27）.https://www.gov.cn/xinwen/2017-12/28/content_5251047.htm.

附件

宜兴市人民医院院内招标采购流程



采购管理制度

文件编号：YXPH-XZ-CGZBGLZX-2025-003-03	制定时间：2020-03-23
适用范围：全院员工	修订时间：2025-06-18
制定部门：采购招标管理中心	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2025-08-25

一、目的

为进一步提升医院采购的效率与规范性，确保医疗服务的连续性与安全性，特制定本制度。

二、内容

（一）采购原则

1. 公开透明：采购过程应公开、公平、公正，确保所有供应商在同等条件下参与竞争。

2. 合规合法：严格遵守国家法律法规及医院内部规章制度，确保采购活动的合法性。

3. 效益优先：在满足医疗需求的前提下，注重采购成本的控制，实现经济效益最大化。

4. 质量为本：优先选择质量可靠、性能稳定的产品，确保医疗设备和物资的安全有效。

（二）采购范围

包括全院医疗设备、医用耗材（包括试剂）、工程、基建、家具、通用电器设备、办公用品、信息系统办公耗材、各类标识、布类用品、五金电器水暖及维修配件、租赁、外包等各部门使用医院资金采购的货物和服务等。

（三）成立采购小组

1. 由医院领导、相关部门负责人及专业人员组成。各职能科室提出采购申请；采购招标管理中心负责采购；资产管理办会同各职能科室负责对采购的物资和服务进行验收、入库；财务科负责付款手续。

（四）采购流程

1. 需求分析与预算编制：各部门根据实际需求提出采购申请，经审批后纳入年度预算。

2. 市场调研与供应商资质审核：各职能科室负责市场调研，采购招标管理中心会同各职能科室对供应商的资质进行审核。

3. 采购方式分招标与非招标方式：招标方式有公开招标、邀请招标；非招标方式有竞争性谈判、竞争性磋商、询价采购、单一来源采购、集体议价采购等。

4. 合同签订与执行：采购招标管理中心与中标供应商签订采购合同，明确双方权利义务及违约责任；按照合同约定执行采购计划。

5. 验收与付款：资产管理办会同各职能科室对采购的物资和服务进行验收、入库，确保质量符合要求；财务科按照合同约定办理付款手续。

（五）监督管理与责任追究

1. 加强内部监督：医院应建立健全内部监督机制，审计科或纪检监察办对采购活动进行全程监督。

2. 接受外部监督：积极配合政府相关部门的监督检查，接受社会舆论监督。

3. 责任追究：对于违反采购管理制度的行为，应依据相关规定追究相关人员的责任。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会，国务院.中华人民共和国政府采购法实施条例[EB/OL].（2015-01-30）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-02/27/content_9504.htm.

[2]国家卫生健康委员会.国家卫生健康委员会政府采购管理暂行办法：国卫财务发〔2018〕29号[EB/OL].（2018-06-13）.https://www.nhc.gov.cn/caiwusi/c100043/201807/e5232bbbc5454094bf45e04923fa0b1f.shtml.

[3]财政部，国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药管理局.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见：财会〔2023〕31号[EB/OL].（2023-12-18）.https://www.mof.gov.cn/gkml/caizhengwengao/wg2023/wg202312/202402/t20240208_3928620.htm.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2023年12月印发了《关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见》，提出到2025年底建立健全更完善的内部控制体系进行修订。

五、修订记录

2024年07月第1次修订

2025年06月第2次修订

附件 1

宜兴市人民医院采购项目立项审核表

项目主管部门（盖章）： 编号：

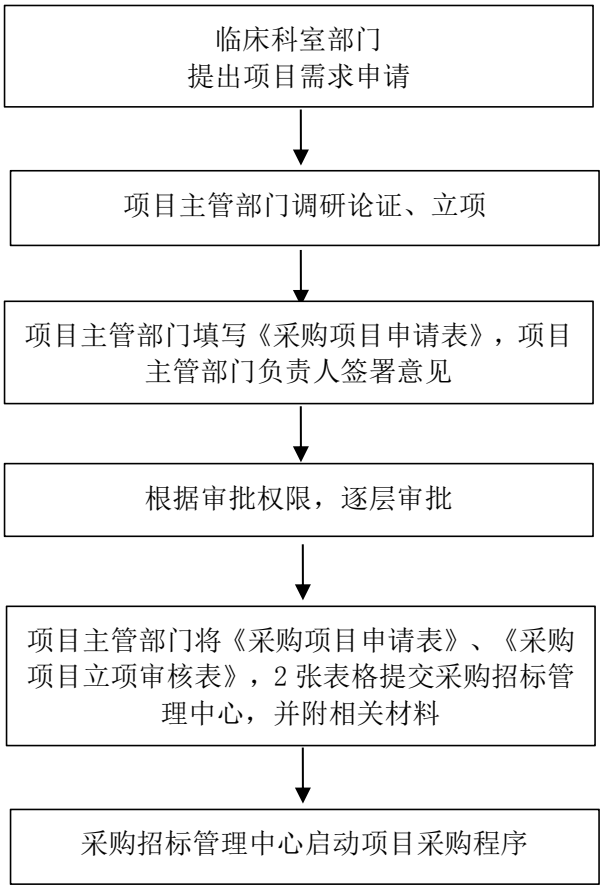
项目名称	（批量可附清单）	
项目需求科室		联系人：
项目相关部门		联系人：
项目分类	☐工程类 ☐货物类 ☐服务类	
项目预算（万元）	¥ 万元（大写： 人民币元整）	
项目主管部门负责人意见	签名： 日期：	
以上表格由项目主管部门填报；以下表格由采购招标管理中心填报		
采购类型	☐院外采购 ☐院内采购	
采购方式（除公开招标外需注明理由；单一来源采购需纪委审批）	☐公开招标 ☐邀请招标 ☐竞争性谈判 ☐集体议价 ☐单一来源采购 ☐询价采购 ☐竞争性磋商 ☐网上商城采购	
	采购招标管理中心意见 签名： 日期：	
纪委/采购监督管理小组意见	签名： 日期：	

更改采购方式或预算情况	盖章 日期：

备注：项目主管部门提交此表的同时，需提交科室申请审批表及项目说明相关材料（可为复印件）。

附件 2

宜兴市人民医院采购项目立项审核流程



物资采购管理办法

文件编号：YXPH-XZ-CGZBGLZX-2025-004-03	制定时间：2020-03-23
适用范围：全院员工	修订时间：2025-06-18
制定部门：采购招标管理中心	修订版本：2
审核批准：职工代表大会	执行时间：2025-08-25

一、目的

为进一步提升医院物资采购的效率与规范性，确保物资的质量与安全，降低采购成本，同时优化资源配置，特制定本管理办法。

二、内容

第一章 总则

第一条 目的：进一步加强医院物资采购管理，规范物资采购流程，强化采购活动监管，关注重点项目，把控关键环节，明确操作步骤，落实部门职责，增强保障能力，降低物资采购成本，切实维护医院的合法权益，促进医院物资采购规范、高效、廉洁，保障医院资金使用安全高效。

第二条 依据：根据《中华人民共和国招标投标法》及实施细则、《中华人民共和国政府采购法》及实施条例、国家、省、市有关药品、卫生材料、设备、总务物资等采购管理规范性文件要求，结合本院实际，制订本办法。

第三条 适用范围：本办法适用本院所有物资采购活动。医院各部门凡使用医院资金（包括各级财政下拨经费、科研经费、组织和个人捐资、政府贷款等）进行货物和服务采购活动的，必须按本办法实行采购。

本办法所指的物资采购，是指医院各部门使用医院资金采购货物和服务的行为，包括购买、租赁、委托、雇用等。其中货物是指各种形态和种类的物品，包括但不限于药品、医用耗材（包括试剂）、设备、网络设施的软硬件、家具家电、低值易耗品等；服务是指除货物和工程、基建以外的其他采购对象，如设备、设施、信息系统等的维修、保养、租赁、投放、外包等其它服务购买对象。

第四条 采购原则：医院物资采购工作应遵循公开透明、合规合法、效益优先、质量为本的原则。

第五条 医院采购活动及其参与人员应严格按照本办法执行，并自觉接受监督。

第二章 组织机构及职责

第六条 医院成立采购领导小组，由党委书记、院长任组长，副院长、纪委书记及相关职能部门负责人任组员，全面负责医院招标采购管理工作。

第七条 领导小组下设采购招标管理中心，其主要职责为：归口管理全院的各类采购工作，具体负责医院各部门使用医院资金采购货物和服务等；负责医院日常招标采购活动的组织、实施和协调，招标采购文件的审核，合同的签订，督促相关部门对合同的履行等工作。

第八条 医院成立采购招标管理专家组，主要负责医院内自行组织招标采购的评标、议标议价等谈判工作。由院领导、相关职能科室和临床专家（必要时聘请外院专家）等行政科务会成员或有中级以上职称的人员组成。院内招标、议标等采购活动，

原则上由采购招标管理中心随机抽取其中的 3 人或以上单数参加(其中技术、经济等方面的专家不得少于成员总数的三分之二）。

第九条 医院成立采购监督管理小组，主要负责医院采购的监督管理工作。监督管理小组成员由纪委、党办、纪检监察办公室、审计科等科室组成。每次院内招标、议标等采购活动，至少邀请一名采购监督管理小组成员列席，对本院招标采购活动进行全程监督。

第十条 医院物资采购采用“管—采—办”三分离模式。

1. “管”：物资采购（包括服务、软件、维保等）的市场调研、计划、申请、论证、预算编制和审批、立项环节，由各条线职能科室按分工负责。

2. “采”：协助各职能科室物资的市场调研工作，询价议价、采购招标、入库核对等环节，由采购招标管理中心负责。

3. “办”：物资的验收、入库、领用、维保、合理使用监管、效益分析等由各条线科室按分工负责，采购招标管理中心对物资品规、数量、质量进行抽样监督。

第十一条 物资采购项目内容涉及多部门的，由主要内容涉及部门负责，或由院物资采购领导小组讨论决定。

第三章 采购类型与范围

第十二条 医院物资采购工作按情形分为院外采购和院内采购。

第十三条 下列情形实行院外采购：

1. 纳入省、市政府部门集中采购目录的项目，依照相关规定执行，由各项目主管部门报采购招标管理中心审核后由采购招标管理中心组织实施，各项目主管部门配合实施，并由采购招标管理中心登记备案；

2. 未纳入省、市政府部门集中采购目录的项目，但单项或同批预算金额达到人民币 50 万元（含）以上的采购项目，原则上由医院采购招标管理中心委托国家认定合法的招标代理机构办理招标事宜，采购招标管理中心负责审核和登记备案。

第十四条 未纳入省、市政府部门集中采购目录的项目，但单项或同批预算金额在 50 万元以下的采购项目实行院内采购，由采购招标管理中心负责组织实施。

第十五条 药品、材料的常规采购：经遴选程序后，建立医院药品、耗材采购的常规目录，并进行动态管理，采购招标管理中心根据市场价格调整进行实时议价。

常规目录内药品、医用耗材的采购，实行合同期管理。与供应商签订的供货合同原则上有效期不超过两年。合同到期，采购招标管理中心、项目主管部门需及时对合同内容进行审定，采购招标管理中心对产品和供应商进行市场评估和商务谈判。合同内容未有实质性改变且双方协商一致的可续签，原则上供货价格不得高于原合同。合同内容有实质性改变或协商不一致的，采购招标管理中心应重新组织品牌或供应商的

遴选。如果采购物资出现明显降价，采购招标管理中心获得信息后可立即组织相关物资的重新商务谈判。

因应急、临床特殊需求、采购目录内的产品货源紧缺、停产等原因，确需采购常规目录外的药品、耗材的，经科室申请、分管领导同意，可由采购招标管理中心通过询价进行单次临时采购，每次采购量按实际需要从紧掌握，不得库存备用。

第十六条 行政、后勤、信息、设备等条线需建立长期供货关系的消耗性物资，参照本办法第十五条要求，实行合同协议管理。

第四章 院内采购方式和适用范围

第十七条 医院物资采购工作根据实际情况可采取院内招标采购、院内竞争性谈判、院内竞争性磋商、院内单一来源采购、院内询价、院内集体议价等。

1. 招标采购原则上采购 5 万元及以上 50 万元以下的物资，需要通过招标的形式采购。院内招标采购可分为院内公开招标和院内邀请招标。

（1）院内公开招标：是指招标人以招标公告的方式邀请不特定的法人或者其他组织投标。

（2）院内邀请招标：是指招标人以投标邀请书的方式邀请特定的法人或者其他组织投标。符合下列情形之一的项目，可以采用邀请招标方式采购：

①具有特殊性，只能从有限范围的供应商处采购的；

②采用公开招标方式的费用占项目总价值的比例过大的。

2. 院内竞争性谈判是指谈判小组与符合资格条件的供应商就采购货物、工程和服务事宜进行谈判，供应商按照谈判文件的要求提交相应文件和最后报价，医院从谈判小组提出的成交候选人中确定成交供应商的采购方式。符合下列情形之一的项目，可以采用院内竞争性谈判方式采购：

（1）招标后没有供应商投标或者没有合格标的，或者重新招标未能成立的。

（2）技术复杂或者性质特殊，不能确定详细规格或者具体要求的。

（3）非采购人所能预见的原因或者非采购人为拖延造成的采用招标所需时间不能满足医院紧急需要的。

（4）因艺术品采购、专利、专有技术或者服务的时间、数量事先不能确定等导致不能事先计算出价格总额的。

3. 院内竞争性磋商是指磋商小组与符合条件的供应商就采购货物、工程和服务事宜进行磋商，供应商按照磋商文件要求提交相应的文件和报价，医院从磋商小组评审后提出的候选供应商名单中确定成交供应商的采购方式。符合下列情形之一的项目，可以采用院内竞争性磋商方式开展采购：

（1）购买服务项目。

（2）技术复杂或者性质特殊，不能确定详细规格或者具体要求的。

（3）因艺术品采购、专利、专有技术或者服务的时间、数量事先不能确定等原因不能事先计算出价格总额的。

（4）市场竞争不充分的科研项目，以及需要扶持的科技成果转化项目。

（5）按照招标投标法及其实施条例必须进行招标的工程建设项目以外的其它工程建设项目。

（6）招标后没有供应商投标或者没有合格标的，或者重新招标未能成立的。

4. 院内询价采购是指询价小组（采购招标管理中心人员）向符合资格条件的供应商发出采购货物询价通知书，要求供应商一次报出不得更改的价格，医院从询价小组提出的成交候选人中确定成交供应商的采购方式。采购的货物规格、标准统一、现货货源充足且价格变化幅度小的采购项目，可以采用院内询价方式采购。

5. 院内单一来源采购是指从某一特定供应商处采购货物、工程和服务的采购方式。符合下列情形之一的项目，可以采用院内单一来源方式采购：

（1）因货物或者服务使用不可替代的专利、专有技术，或者公共服务项目具有特殊要求，只能从某一特定供应商处采购。

（2）发生不可预见的紧急情况不能从其他供应商处采购的。

（3）必须保证原有采购项目一致性或者服务配套的要求，需要继续从原供应商处添购，且添购资金总额不超过原合同采购金额 30%的。

6. 院内集体议价物资的零星采购（金额小于 5 万元），可根据项目实际，采取院内集体议价的方式采购。5 万元以下，由采购招标管理中心进行市场调研后比价或洽谈采购。其中 2 千元以内由采购员进行调研比价后报采购招标管理中心主任或条线副主任同意并每月汇总；2 千元至 5 千元可由采购招标管理中心及条线科室不少于 2 人进行议价；5 千元以上至 5 万元由医院采购招标管理中心从招标专家组抽取 3 名及以上单数的专家组成集体议价小组，并需至少邀请一名监督管理小组成员全程监督与 1-3 家供应商洽谈后决定；原则上在同等条件下优先考虑与本院有长期供货合作关系的供应商。

所有 2 千元以上的临时采购项目都必须有相关人员签字的洽谈记录单。

网上商城采购属于政府网上商城品目的项目，可通过政府采购网上商城平台在线比价后直接采购。

院内公开招标经过发布招标公告 5 个工作日和延期公告 5 个工作日后，只有一家供应商报名，采购方式可改为集体议价，只有 2 家供应商报名，采购方式可改为院内竞争性磋商或院内竞争性谈判。

第十八条 纳入省、市政府部门集中采购目录的项目，招标采购方式依照相关规定执行。

第十九条 医院委托国家认定合法的招标代理机构办理招标事宜的，原则上应采用公开招标的方式。

第二十条 在一年内有相同项目（规格、标准相同）需进行再次采购的，经分管领导审批，采购招标管理中心登记备案后，可按不超过原合同单价跟标采购，其中单项或同批预算金额在 5 万元（含）以上的，须经院党委会批准。原则上跟标采购的货物、工程或者服务可以多次签订补充合同，但是所有签订的补充合同的金额不得超过原合同采购金额的 10%。

第五章 院内采购基本流程

第二十一条 院内物资采购按照“申请（计划）—调研论证—分级审批—分类采购—验收入库—资料归档”的流程进行。

第二十二条 申请（计划）和调研论证

1．制定年度计划：每年九到十一月份由使用科室根据工作需要向相关职能部门提交下一年度的物资采购申请报告，由主管职能部门组织调研和论证，拟定下一年度物资需求计划和预算，报各专业管理委员会讨论和院党委会审议后，形成年度采购计划。

2．临时采购申请：各科室、部门需临时采购物资的，需向相关主管职能部门提出申请。职能部门对各部门科室提交的需求申请进行审核，明确项目预算、各种技术参数（含资质）要求等基础性工作，必要时开展调研考察工作，并进行可行性分析，形成汇总材料后提交相关部门审批。

采购金额在 5 万及以上的，科室提出物资采购申请，需经科务会论证讨论，科主任审核签字后书面报主管职能部门。申请需对产品的预期使用效率、社会效益、经济效益等方面进行描述、分析和评价，详细描述产品技术参数、材质要求、质量要求，原则上不推荐产品品牌。特殊情况确需推荐品牌的，须作书面说明，分管领导批准，且同类产品必须推荐 2 个品牌以上（可排序）。

第二十三条 分级审批：医院物资采购审批按采购金额和管理权限实行分级审批制度，属于“三重一大”的，由党委会审批。

第二十四条 分类采购：审批同意后，由分管职能部门向采购招标管理中心提交采购通知书，按照本办法第三、四章的规定进行分类采购。

1．院内招标采购基本流程

（1）编制招标文件。采购招标管理中心应本着严谨、科学、合规、可操作的原则，会同需求科室、主管职能部门，根据项目的特点和需要编制招标采购文件。

招标采购文件应当包括项目的技术要求、对投标人资格审查的标准、投标报价要求和评标标准等所有实质性要求和条件以及拟签订合同的主要条款。招标采购文件不得要求或者标明特定供应商及含有倾向或者排斥潜在投标人的其他内容。

招标采购文件必须经项目主管部门负责人签字确认，并及时交由采购招标管理中心登记备案，必要时可聘请相关专业技术人员参与审核。

（2）发布采购信息。采购招标管理中心依据招标采购项目内容、金额标准和技术要求等，在一定范围内公开发布招标采购项目信息，包括项目名称内容、投标人资质要求、报名方式、获取招标文件或资格预审文件的办法等，组织接受潜在投标人的报名。

（3）进行资格预审。采用邀请招标方式的项目，采购招标管理中心组织评标小组对潜在投标人进行资格预审（包括资质、业绩、人员等），并确定入围的潜在投标人。根据项目特点，招标采购项目主管部门负责组织与潜在投标人进行必要的商谈，以及组织对潜在投标人进行必要的调研考察。采用公开招标方式的项目，参加招标的供应商必须提供相关资质、业绩等证明文件，采购招标管理中心与相关职能科室负责对供应商的资质进行审核。

（4）发出投标邀请。采用邀请招标方式的项目，采购招标管理中心发出投标邀请书，正式通知通过资格预审的潜在投标人领取招标文件、组织参与投标。

（5）（根据需要）组织标前会和踏勘项目。根据招标项目的具体情况，由项目主管部门负责潜在投标人踏勘项目现场，以及召开标前会，负责答疑等相关事宜。

（6）接收投标文件。在招标采购文件规定的时间内，采购招标管理中心设专人在指定的投标地点负责签收投标文件，查看密封情况，注意保存，不得开启。在招标采购文件规定的提交投标文件的截止时间后送达的投标文件，采购招标管理中心将拒收。

（7）确定评标人选。评标小组成员由采购招标管理中心人员、相关职能部门负责人、相关需求科室代表和有关技术、经济等方面的专家组成，成员人数为 5 人（含）以上单数，采购招标管理中心从医院招议标专家组中随机抽取。监督小组成员不参加评标。

（8）组织开标评标。开标评标会议按招标采购文件规定的时间、地点举行，由采购招标管理中心负责人或其指定人员主持，在纪检监察或审计监督下进行，因故不能参加评标的投标人视为主动放弃当次竞标资格。评标由评标小组负责，评标小组应坚持“公平、公正、科学、择优”的原则，按照招标采购文件确定的评标标准和方法，对投标文件进行评审和比较；设有标底的，应当参考标底。

（9）确定中标单位。评标小组完成评标后，凭书面评标报告（所有评标成员签字确认），确定中标单位，重大项目的中标单位向院部汇报。

（10）发出中标通知书。采购招标管理中心根据书面评标报告，公布中标结果。中标结果经公示 1 个工作日无异议后，由采购招标管理中心向中标单位发出中标通知书。

（11）签订与履行合同。自中标通知书发出之日起 30 日内，采购招标管理中心应严格按照招标采购文件、中标人的投标文件内容和医院的相关规定，与中标人签订书面合同书（同时签订廉洁合同），并建档保管。

（12）采购招标管理中心会同招标采购项目主管部门应督促中标人严格按照合同约定完成中标项目，确保合同全面、及时、有效地履行。

（13）合同签订生效后，原则上不得变更。确因特殊情况或不可预测因素需变更合同的，按医院有关规定和程序进行审批。

（14）年度合同效期管理。物资合同有效期不超过两年（药品和耗材除外，以江苏省药品（医用耗材）阳光采购和综合监管平台合同为准）。每年合同到期前，采购招标管理中心与各职能科室进行集中全面梳理，提出续签、重新招标等建议，梳理和建议的基本原则如下：

①凡市场价格平稳，供应商价格不变，质量、服务良好，年采购金额 10 万元以下的合同，继续续签；

②年采购金额 10 万元以上的合同，原则上只能续签 2 次。单一来源等特殊情况可建议继续续签；

③凡市场价格显著降低，或供应商提出价格上涨，或产品质量出现问题，或供应商服务不到位，一律重新进行招标或洽谈。

（15）低值易耗物品通过集体议价采购的，金额在 5 万以下，可签订协议，效期一年，公开招标采购的，签订协议，效期不超过 3 年。

2．采用院内竞争性谈判、院内询价、院内竞争性磋商采购方式的项目按照《政府采购非招标采购方式管理办法》、《政府采购竞争性磋商采购方式管理暂行办法》规定，参照本办法第二十四条，执行相关采购流程。

3．院内单一来源采购流程：采用院内单一来源采购方式的，需在医院网站公示 5 个工作日，公示内容应当包括：①采购项目名称和内容；②拟采购的货物或者服务的说明；③采用单一来源采购方式的原因及相关说明；④拟定的唯一供应商名称、地址；⑤专业人员对相关供应商因专利、专有技术等原因具有唯一性的具体论证意见，以及专业人员的姓名、工作单位和职称；⑥公示的期限；⑦采购人联系地址、联系人和联系电话。公示期间无异议的，将报论证意见与公示情况报本院纪委。如果供应商、单位或者个人对采用院内单一来源采购方式公示有异议的，可以在公示期内将书面意见反馈给采购人，采购人、收到异议后，应当在公示期满后 5 个工作日内，组织补充论证，论证后认为异议成立的，应当依法采取其他采购方式；论证后认为异议不成立的，应当将异议意见、论证意见与公示情况一并报本院纪委。采购人将补充论证的结论告知提出异议的供应商、单位或者个人。

第二十五条 验收入库：所有纳入本办法管理的物资采购项目，均应履行验收入库程序。由各职能科室负责票物核对，资产管理办、各职能科室、会同需求科室对项目组织验收，并在验收报告上签署验收意见。资产管理办负责物资入库，采购招标管理中心抽样监督。财务部门根据签署的有效合同、审计意见书、验收报告等资料付款。

第二十六条 资料归档：采购招标管理中心和采购项目主管部门对所负责的采购项目的相关材料进行整理、归档，按年度整理后汇总至档案室至少保存 15 年。

第二十七条 遇重大公共突发事件、突发公共卫生事件，影响或可能影响医院正常工作的重要设施设备、信息系统的应急维修，以及其他应急情况确需应急采购相关物资的，可直接进行应急采购，事后补办相关程序性工作和手续。

第六章 投诉处理质疑和答复

第二十八条 供应商或潜在供应商认为采购文件、采购过程、中标或成交结果使自己的正当权益受到损害的，可以在中标公示后 7 个工作日内，以书面形式向医院纪检监察办投诉，对采购招标管理中心提出质疑。纪检监察办和采购招标管理中心予以处理。

第二十九条 供应商提出质疑应当提交质疑函。质疑函应当包括但不限于下列内容：

供应商的名称、地址、邮编、联系人及联系电话

1．质疑项目的名称、编号

2．质疑事项

3．事实依据和证明材料

4．法律依据

5．提出质疑的日期

第三十条 质疑函应当署名。供应商为自然人的，应当由本人签字；供应商为法人或者其他组织的，应当由法定代表人或者主要负责人签字盖章并加盖公章。

第三十一条 医院采购招标管理中心不得拒收供应商的质疑函，须在收到质疑函后 15 个工作日内作出答复，并以书面形式通知质疑供应商和其他有关供应商。如供应商对答复不满意，可向上级主管部门申诉。

第七章 纪律与监督

第三十二条 参与医院采购工作的所有人员必须严格执行国家、医院关于采购和党风廉政方面的法律法规、规章制度，坚持公正廉洁、保守秘密、按章办事、不徇私情，与供应商有亲属关系的采购人员在该供应商参与医院采购项目时主动告知采购招标管理中心并回避。

第三十三条 采购监督部门应认真履行职责，全程监督采购工作，发现不当行为，应及时予以指出。审计科在监督医院物资采购环节相关制度履行情况的职责：

1．监督开标评标的合规性。

2．审核采购合同的订立、履行和资金支付情况。

第三十四条 院纪委负责落实物资采购各环节的监管措施：对经办部门及其人员的疏忽过错和违规行为提出处罚建议，报党委同意后执行；协同院采购招标管理中心和各项目主管部门对供应商违背经济合同的行为，按照国家和省市有关规定、以及与本院已签订的经济合同条款进行警告、没收履约保证金、终止合同、列入黑名单禁止参与本院日后物资采购、追究违约损失等处罚。

出现下列情形的，将追究医院相关责任部门和责任人的责任，涉嫌违法犯罪的，移交上级纪检监察部门或司法机关处理。

1．不按程序私自采购各类物资的。

2．违反本办法，将采购项目化整为零或者以其它方式规避招标采购的。

3．以任何方式违规干涉医院招标活动的。

4．不按规定时间和流程申报、审批、发布项目商谈、投标（议标、议价）公告，不按规定组织和参与开标、评标（谈判）不及时会审商谈文件、审签合同等行为的。

5．不按规定报审、备案商谈、招投标（议标、议价）纪要的。

6．不严格规范组织验收，导致残次品通过验收造成医院损失的；或无故拖延不予验收导致供应商投诉的。

7．不及时、不严格规范审核传递票据，甚至造成遗失的。

8．发生其他违反本管理规定的情形的。

第八章 附则

第三十五条 本办法未尽事宜由医院采购领导小组决定。

第三十六条 本办法由医院采购招标管理中心负责解释。

第三十七条 本办法经医院党委会审议通过，自公布之日起施行。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会，国务院.中华人民共和国政府采购法实施条例[EB/OL].（2015-01-30）.https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-02/27/content_9504.htm.

[2]中华人民共和国财政部.政府采购非招标采购方式管理办法：中华人民共和国财政部令第74号[EB/OL].(2013-12-19).https://jdjc.mof.gov.cn/fgzd/202203/t20220315_3795154.htm.

[3]财政部，国家卫生健康委员会，国家医疗保障局，国家中医药管理局.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见：财会〔2023〕31号[EB/OL].（2023-12-18）.https://www.mof.gov.cn/gkml/caizhengwengao/wg2023/wg202312/202402/t20240208_3928620.htm.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会于2023年12月印发了《关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见》，提出到2025年底建立健全更完善的内部控制体系进行修订。

五、修订记录

2024年07月第1次修订

2025年06月第2次修订

附件 1

应急物资申购规定

1．适用范围。主要包括自然灾害、事故灾害、公共卫生事件、病人急救、应急抢修等特殊情况。

2．申购程序

（1）在发生以上任何一种特殊情况时，首先电话联系采购招标管理中心，采购招标管理中心按审批权限现场或电话请示领导后采购;联系不到相关领导时可越级请示；越级请示无法联系则可直接采购，后及时汇报。

（2）使用科室根据物资类型填写《宜兴市人民医院物资采购申请单》，科主任签字后交由各职能科室,各职能科室按正常审批权限补办逐级审批手续后将申购单送至采购招标管理中心。

附件2

供应商管理办法

1．供应商应当按照采购招标管理中心的要求保质、保量、按时完成产品的配送工作。

2．采购招标管理中心是医院唯一的采购部门，供应商不得接受除采购招标管理中心以外任何科室、个人的订货要求，否则，所供产品一律作为赠送处理，并记入不良供应商名单。

3．供应商送货时，应遵循货票同行、货票一致的原则，按要求提供发票、验收登记表、质检报告等材料，配合库管人员的验收、入库等工作，待库管人员做好验收、入库时，方可离开库房。

4．如果出现质量问题，或临床使用出现不良反应等情况时，供应商应配合采购招标管理中心和相关职能部门，按医院要求及时处理。

5．供应商必须将合同中所有产品的相关证照资料主动、及时提交给采购招标管理中心，并保证所有资料合法、有效。供应商在送货或提交资料时，应严格按照采购招标管理中心的时间要求完成，严禁拖拉；如有特殊原因无法按时完成，应及时说明情况。

6．供应商必须与采购招标管理中心签订供货合同和廉政协议。合同即将到期时，供应商必须提前至少一个月到采购招标管理中心办理续签合同事宜。

7．新产品招标进院后，药品和耗材两年内不允许变更供应商（特殊情况除外）。

8．未按上述要求执行者，将报院采购领导小组研究，视情况给予停止订货、中止合同、延期付款、罚款等处理。

二、后勤设备及物资管理制度

电话安装维修管理规定

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-001-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为规范医院电话系统的安装、使用、维修及费用管理流程，保障医疗办公通信畅通高效，明确各科室及员工在电话设施使用中的权责，合理控制通信费用支出，提升后勤服务保障质量，结合医院运营实际，特制定本规定。

二、内容

1. 科室需要安装电话，应先由科室提出申请报院部，内线电话由办公室审批；外线电话由院领导审批，然后由院部通知后勤保障部安装。

2. 院部安排开通外线，实行核算的科室每月每部电话补贴 60 元，超过部分从科室奖金中扣除。非核算科室根据情况实行限额。

3. 少数未通外线的科室班组要对外联系业务，可通知相关职能科室，由职能科室联系。如需要增设外线功能由科室负责人提出书面申请，交办公室审批安排开通，电话费院部不作补贴，从科室奖金中扣除。

4. 爱护电话设施，凡因过错而造成电话机损坏的维修和更换费用由过错个人承担。

5. 认真做好话机和线路的维护和报修工作，保持话务通畅。

6. 认真填写各类原始记录，并妥善保管。

三、参考文献（无）

四、修订原因

结合医院近年运营实际和各科室反馈意见，对本规定进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

能源使用管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-002-03	制定时间：2016-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为加强医院水、电、气等能源的规范化管理，建立“统筹规划、分级负责、节约优先、高效利用”的能源管理机制，降低能源消耗和运营成本，保障医疗、教学、科研工作的稳定能源供应，提升能源设施安全运行水平，增强全院员工的节能意识，推动医院绿色低碳发展，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．负责全院水、电、气能源的计划管理、指标分配管理。

2．检查、监督水、电、气设施、计量设施的完好情况，组织实施节约能源的奖惩工作。

3．加强全院职工的节能意识和节能制度的实施，划分责任区，实行责任到人，做到随手关水，无长流水、无滴水，不开长明灯、无人灯、无人空调，开空调时不应开窗或开门；确保水、电、气等设施的完好，发现问题要及时处理，组织实施节能的奖惩工作。

4．按时查抄用户水、电、气使用量，计算科室能源成本。

5．未经允许禁止私接管道，私拉电线，私用电器；禁止利用公共用水设施洗涤私人用品；禁止将本单位水、电、气等设施转借给他人使用，禁止其他违章使用能源等行为发生。

6．督促电梯维保单位要根据工作量合理安排好电梯运行，严格控制电梯空运行，做到节能降耗。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国节约能源法[EB/OL].(2018-10-26).http://www.npc.gov.cn/zgrdw/npc/xinwen/2018-11/05/content_2065665.htm.

[2]中华人民共和国国务院.公共机构节能条例[EB/OL].(2017-03-01).https://ecpi.ggj.gov.cn/zcfg/gjfb/202305/t20230510_42891.htm.

四、修订原因

结合医院近年能源管理实际及国家节能政策要求，对本制度进行修订。

五、修订记录

2020 年 03 月第 1 次修订
2025 年 11 月第 2 次修订

财产物资管理规定

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-003-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为加强医院财产物资的全生命周期规范化管理，杜绝物资散失、浪费及违规使用现象，保障财产物资安全完整，提高资源利用效率，降低运营成本，结合医院实际情况，特制定本规定。

二、内容

（一）领用

1．各科在领用物品时，必须从严掌握，节约使用，科室内领用的物品一律由科室负责人办理领用手续。

2．领用物品必须在 HRP 上申领，经有关领导签字后由仓库保管员发放，领用后由科室自行保管。

3．科室领用的物品，只能用于工作，不得占为已有或借给他人使用。

（二）报损

物资的报损要经院部同意，大件物资或大批物资的报损，须由使用部门、后勤保障部、资产管理办公室共同确定，并由使用部门填写《物资报损审批单》，依次报后勤保障部、资产管理办公室、院部审批，报损的物资由后勤保障部及资产管理办公室负责处理，处理的余值交财务科入账。

（三）盘点

资产管理办公室对库存物资实行每月核对、年终盘点制度，对在用物资及时作增减记录，年终盘点如发生账实不符，应及时查找原因，由于保管不善发生的损失应追究有关人员责任。

（四）其他

工作服管理规定。短工作服：新分配及调入医院的第一年夏季发 2 件，以后每隔两年发 1 件；长工作服：新分配及调入医院的当年发 2 件，从第三年起每隔两年发 1 件；后勤工作服：每两年发 1 件，特殊情况未到期限要更换者须经院部批准。

三、参考文献

[1]国务院.行政事业性国有资产管理条例[EB/OL].(2021-02-01).https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595919.htm.

四、修订原因

结合医院近年物资管理实际及相关政策要求，对本规定进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

工程建设项目管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-004-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为规范医院各类工程（包括新建、改建、扩建工程及维修改造项目）的全流程管理，明确建设、监理、承包等各方权责，建立“前期论证合规、过程管控严格、质量安全可控、造价结算精准”的工程管理机制，保障工程质量符合医疗使用标准，控制工程成本与进度，确保施工安全及医院正常医疗秩序，结合医院工程管理实际，特制定本制度。

二、内容

1. 项目的申请与审批

（1）各使用科室以书面形式向后勤保障部提出申请，填写《项目申请表》，后勤保障部根据项目要求委托设计，编写工程量清单。

（2）单项估价在 5 万元（不含）以下的项目，院长办公会通过后，由采购招标管理中心招采相关单位后按要求实施。

（3）单项估价在 5 万元（含）以上、30 万元（不含）以下的项目，院党委会通过后，向卫健委办公室提交《项目申请表》《项目审批表》，经卫健委分管领导审核后，交卫健委办公室登记备案，由本院采购招标管理中心招采相关单位后按要求实施。

（4）单项估价在 30 万元（含）以上、限额（不含）以下的项目，院党委会通过后，向卫健委办公室提交《项目申请表》《项目审批表》，经卫健委分管领导、主要领导审核后，交卫健委办公室登记备案，由本院采购招标管理中心招采相关单位后按要求实施。

限额是指江苏省分散采购限额，根据上级规定动态变化（下同）。

（5）单项估价在限额（含）以上的项目，院党委会通过后，于前一年 12 月底前填报《工程项目采购计划表》，并附单个项目的《项目申请表》《项目审批表》，经卫健委党委会批准，由本院采购招标管理中心招采相关单位后按要求实施。

（6）对于紧急抢修项目，可根据需要先行紧急实施。事后按规定补办相应审批手续。

2. 项目的招标与监理

（1）不得将必须招标的工程化整为零或者以其他任何方式规避招标。

（2）单项合同估价在 10 万元以下的建设项目，由采购招标管理中心通过自行招标确定施工单位并组织实施。

（3）单项合同估价在 10 万元（含）至限额（不含）的建设项目，应委托具备相应专业能力的社会代理机构代理采购或采购招标管理中心采购。

（4）涉及财政资金且单项合同估价超过限额（含）以上的，严格按照市级规定执行。

（5）对单项合同估价在 10 万元（含）以上的，应当进行公开采购。

（6）零星维修类项目通常按照“一事一标”的原则进行采购，招标限额按照服务类标准和要求执行。特殊情况下可以采取框架协议的形式进行招标。

（7）涉及工程造价咨询、招标代理、工程监理、项目审计等招标，招标限额按照服务类限额标准和要求执行。

（8）单项合同估价在限额（含）以上的项目，必须委托具备相应资质的工程监理企业进行监理。

3. 合同管理

（1）由采购招标管理中心按照相关规定负责工程合同的拟定、签订、保管。

4. 工程施工管理

（1）监督施工单位严格按照有关法律、法规、章程及工程合同施工，并指导、监督施工单位不因施工行为影响医疗安全、消防安全和生物安全。

（2）施工单位要严格按照施工图施工，不得随意更改设计。

（3）零星维修类项目原则上实行无现场签证管理制，凡图纸中明确做法的项目工序，没有特殊原因不得签证。

（4）项目变更或现场签证增加投资额原则上不超过合同价的 10%，超过合同价的 10%应签订补充协议并委托造价咨询机构进行审核。若项目总投资超出经批准的概算，须按相关规定程序重新报批。

（5）变更工程量涉及的相关综合单价，严格按照市级规定文件执行，但变更工程量的总造价不得超过该项目段的上限。

5. 竣工验收、工程结算及档案资料管理

（1）施工单位提出竣工报告后，医院应与设计（监理）单位组成验收小组对项目进行竣工验收，并要求施工单位在规定时间内完成施工材料和工程结算资料汇编，整理合同文件和技术档案。

（2）施工验收根据国家工程验收规范要求进行，有设计出图的项目应按图纸进行竣工验收。验收完毕后，参加验收的人员现场填写验收结果并签名出具验收报告，达标者应填写项目完工移交清单，办理有关移交手续并制定工程维护计划。

（3）工程验收不达标的，医院将责成施工单位限期整改，并根据合同及有关规定追究其责任。

（4）施工单位编制完成工程结算报告后，由第三方审计机构进行审计。审计结果即作为结算依据，但项目总结算价不得超过该项目段的上限。

（5）工程项目价款支付时，须取得收款方合法票据，经基建办负责人、财务科科长审核，分管副院长、院长审批后，方能办理支付手续；工程项目价款支付一律采用银行结算，严禁用现金支付。

（6）医院建立项目档案，其内容包括：项目申请流程材料、领导班子会议批准的建设项目计划及会议记录、设计图纸，向卫健委办公室提交的各类申请文书、招标材料、合同文件、工程验收记录、竣工图纸、竣工验收报告、工程结算资料、审计报告以及相关会议记录（或纪要）。

三、参考文献

[1]中华人民共和国住房和城乡建设部，国家市场监督管理总局.综合医院建筑设计标准：GB51039-2014，2024 年版[S/OL].(2024-10-25).https://www.mohurd.gov.cn/gongkai/zc/wjk/art/2024/art_1ff0d4f741fc4873a3739efd45df3ae4.html.

[2]宜兴市卫生健康委员会.宜兴市卫生健康系统工程建设项目管理实施意见（试行）：宜卫健〔2024〕4 号[Z].2024-01-15.

四、修订原因

结合国家最新工程建设法规及医院近年工程管理实际，对本制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

电梯管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-005-01	制定时间：2011-03-06
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：4
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为规范医院电梯（含医用电梯、客梯、货梯、扶梯等）的安全管理、运行维护、应急处置及使用行为，保障电梯安全、稳定、高效运行，预防和减少电梯安全事故，保护全院员工、就诊患者及外来人员的人身和财产安全，依据《中华人民共和国特种设备安全法》《电梯使用管理与维护保养规则》等相关法律法规，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 电梯内外应设置明显的安全标识，指引乘客安全使用电梯。

2. 不得在电梯吸烟、携带易燃易爆物品。

3. 乘坐电梯时，务必按顺序进入，不得拥挤或推搡。

4. 每部电梯应有明确的载重量和载人数限制，使用时不得超过限制。

5. 电梯发生故障时，不得私自尝试打开电梯门或进行其他自救行为，应保持冷静按下电梯内的紧急求助按钮，等待救援。

6. 维保单位应制定电梯的定期维护保养计划，确保电梯的正常运行。

7. 配合特种设备监督管理部门完成电梯年度检验工作。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国特种设备安全法[EB/OL].(2013-06-29).https://www.gov.cn/zhengce/2013-06/30/content_2602288.htm.

四、修订记录

2011 年 03 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2020 年 03 月第 3 次修订

2025 年 11 月第 4 次修订

后勤类对外委托服务管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-006-01	制定时间：2016-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为加强医院后勤类对外委托业务管理，规范对外委托业务行为，防范业务委托风险，根据有关法律法规和医院内部控制要求，特制定本制度。

二、内容

适用于医院后勤类对外委托服务的项目，主要包括电梯、洗涤、职工食堂、总包方、物业、导医导检、护工、污水运维、能源中心等。本制度不涉及工程项目对外委托。

1. 后勤保障部部长负责后勤类对外委托服务项目的日常管理，后勤保障部负责相关对外委托服务项目总体管理工作。

2. 制定外包服务质量管理标准，明确质量要求。

3. 对外包服务单位进行定期或不定期的质量检查，发现问题及时整改。

4. 建立外包服务质量投诉处理机制，及时处理患者投诉。

5. 对外包服务单位进行考核评价，对违约事实根据合同落实违约责任。

6. 医院应加强外包服务安全管理，确保医疗安全。

三、参考文献（无）

四、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

后勤保障部工作人员培训制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-007-01	制定时间：2025-11-07
适用范围：后勤保障部全体员工	修订时间：/
制定部门：后勤保障部	修订版本：/
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为加强医院后勤保障部员工队伍建设，规范岗位培训管理，提升员工专业技能、服务意识和职业素养，确保后勤保障工作高效、安全、有序开展，满足医院医疗、教

学、科研工作的后勤支撑需求，结合后勤保障部工作实际，特制定本制度。

二、内容

1．本制度适用于后勤保障部全体在职员工，包括但不限于后勤管理人员、新职工、工程维修、重点设备操作人员、后勤专业人员、医疗废物处置、餐饮服务、保洁推送等各岗位人员，同时涵盖合作物业公司派驻医院的后勤服务人员。

2．根据员工岗位层级（新员工、在岗员工、管理人员）、技术类岗位（工程维修、设备操作等）、服务类岗位（餐饮、保洁、物业礼仪等）、管理类岗位（后勤统筹、团队管理等）制定差异化培训方案。

3．将培训工作纳入日常管理，建立长期、稳定的培训机制，避免临时突击培训，确保员工持续成长。

4．由后勤保障部指定专人牵头，各岗位负责人为成员，制定年度、季度培训计划，组织培训实施，协调培训场地、设备等资源，负责培训档案管理、考核评估及结果反馈。

5．定期组织全体后勤员工开展岗位职责、工作制度等培训，确保员工明确岗位要求，树立良好服务意识。

6．后勤专业技术人员：需完成专业技能提升培训，经考核合格后方可上岗；有行业准入资质要求的岗位（如电工、特种设备操作等），必须取得相应职业资格证书，且证书需在有效期内，证书到期前需完成续期培训及考核。

7．重点设备操作人员：每年开展 1 次安全教育、技术操作规范和继续教育培训，确保操作人员熟练掌握设备运行原理、操作流程及应急处置方法。

8．餐饮服务人员：每年开展 1 次食品相关法律法规、食品卫生知识及食品安全应急处理培训，每年需通过食品从业人员健康知识考核，且必须持有效健康证上岗。

9．医疗废物处置人员：每年开展医疗废物相关法律法规、专业技术、安全防护及紧急处理知识培训，并组织专项考核，确保人员严格执行医废处置流程，杜绝泄露风险。

10．物业公司服务人员：每年开展服务礼仪、沟通技巧、满意度提升方法及医院服务规范培训，提升服务质量。

11．每年组织 1 次综合应急演练培训，涵盖水、电、气故障应急处置、食品安全突发事件、医疗废物泄露、消防安全、电梯困人救援等场景；各专项应急演练每年至少开展 1 次，确保员工熟练掌握应急流程，提升协同处置能力。

三、参考文献（无）

三、环境管理制度

控烟工作管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-008-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为构建健康、清洁、文明的医疗环境，保障全院员工、就诊患者及外来人员的身体健康与生命安全，减少烟草烟雾对医疗场所的危害，推动医院精神文明建设，特制定本制度。

二、内容

1．大力做好宣传工作，积极参与控烟活动，努力创造无烟办公、禁烟场所的文明环境。

2．加强控烟工作的组织领导，成立控烟领导小组，对控烟工作定期研究，控烟工作有计划、有总结、有检查，有考核。

3．大力提倡不敬烟、不吸烟，拒吸二手烟的良好健康风尚。

4．在公共场所、会议室设置明确的禁烟标志、禁烟提示标语。

5．对外来吸烟人员，接待者要明确提示来者尽量不在楼内吸烟，确保良好的公共环境。

6．本单位人员禁止在单位内吸烟（吸烟区除外），自觉遵守控烟规定。

7．积极开展创建无烟单位活动，营造良好的控烟氛围。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.关于进一步加强无烟医疗卫生机构建设工作的通知[EB/OL].(2020-07-23).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202008/e66601b58a384244a950b7414b93dc7c.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会、国家中医药管理局下发文件，对本制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

卫生管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-009-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为构建清洁、安全、健康的医疗与工作环境，预防和控制医院感染，保障全院员工、就诊患者及外来人员的身体健康，提升医院服务品质与整体形象，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．院区内的环境卫生管理实行条线管理和属地管理相结合的原则，条线管理分非医疗区卫生管理和医疗区卫生管理两大块。

2．非医疗区卫生和医疗区卫生由外包公司负责。

3．检查考核

（1）非医疗区卫生工作质量检查考核由院部和后勤保障部负责每月全面检查1-2次，检查结果与外包服务合同约定的奖惩条款挂钩。

（2）医疗区卫生工作质量检查考核由院部和护理部负责，每月全面检查1-2次，检查情况于每月公示，并按《奖惩办法》处理。

三、参考文献（无）

四、修订原因

结合医院近年运营实际和各科室反馈意见，对本规定进行修订。

五、修订记录

2016年03月第1次修订

2020年03月第2次修订

2025年11月第3次修订

院内绿化管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-010-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为科学规划、规范管理院内绿化工作，提升院区绿化品质与生态环境质量，营造

整洁优美、舒适宜人的医疗与工作环境，保障患者康复需求及员工身心健康，树立医院良好形象，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．院区内的绿化必须达到上级绿化部门所规定的绿化率。可绿化面积应统一规划后全部实行绿化。

2．院区内的绿化包括室外绿化和室内绿化。室内绿化以盆花为主，室外绿化由绿化维保单位负责管理。

3．院区内绿化应做到人人爱护，不得随意损坏，凡发现人为损坏绿化的行为，一次对当事人处以 50 元罚款，并按规定赔偿相应的损失。

4．绿化维保单位应对院区内的绿化进行日常管护、施肥、浇水、治虫、修剪、整形。

5．由后勤保障部每月对院区内的绿化管护情况进行 1 次全面检查，检查结果与绿化维保合同挂钩。

三、参考文献

[1]中华人民共和国住房和城乡建设部，国家市场监督管理总局.综合医院建筑设计标准（GB 51039-2014，2024 年版）[S/OL].(2024-10-25).https://www.mohurd.gov.cn/gongkai/zc/wjk/art/2024/art_1ff0d4f741fc4873a3739efd45df3ae4.html.

四、修订原因

根据国家相关建设要求，对本制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

污水处理工作制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-011-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为规范医院污水处理全流程管理，确保污水处理设施稳定运行，污水经处理后达标排放，防范水污染风险，保护生态环境及公众健康，结合医院医疗污水产生特点，特制定本制度。

二、内容

1．严格执行《消毒隔离管理工作制度》的有关规定。

2．专人操作污水处理装置，污水处理人员经过培训后持证上岗。

3．工作人员做好自身防护，采集污水时戴手套，操作后洗手。

4．污水处理设备按设定频次自动向污水中投加含氯消毒剂进行消毒处理，污水处理人员每日检测余氯含量，符合标准后排放。

5．处理后的污水符合 GB18466-2005《医疗机构污染物排放标准》。

6. 委托具备相应资质的第三方检测机构，按照排污许可证要求对污水各项指标开展定期检测，并将检测结果按照月度、季度、年度要求上传至指定网站。

7. 按照排污许可证要求安装相关在线监测设备并联网，委托具备相应资质的单位进行日常维保。

8．定期接受环保部门及上级部门的监测。

9．后勤保障部每月对污水管理制度执行情况进行检查、考核。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国环境保护法[EB/OL].(2014-04-24).https://www.gov.cn/zhengce/2014-04/25/content_2666434.htm.

[2]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国水污染防治法[EB/OL].(2017-06-27).http://www.npc.gov.cn/zgrdw//npc////////xinwen/2017-06/29/content_2024889.htm.

[3]国家环境保护总局，国家质量监督检验检疫总局.医疗机构水污染物排放标准(GB18466-2005)[S/OL].(2005-07-27).https://www.mee.gov.cn/ywgz/fgbz/bz/bzwb/jcffbz/200507/t20050727_64903.shtml.

四、修订原因

为贯彻落实国家相关法律法规，对本制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

生活垃圾管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-012-01	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：4
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为贯彻落实《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》《生活垃圾分类制度实施方案》等法律法规及政策要求，推进医院生活垃圾减量化、资源化、无害化处置，规范生活垃圾分类收集、贮存、转运及处置全流程管理，营造整洁、卫生、环保的医疗服务环境，保障医务人员、患者及公众健康安全，结合医院工作实际，特制定本制度。

二、内容

1. 后勤保障部设立生活垃圾管理监督小组，负责监督本制度的执行情况。

2. 设置不同颜色、标识清晰的垃圾桶，分别用于投放各类生活垃圾。

3. 配备专门的保洁人员，负责生活垃圾的收集工作。

4. 医院应与具有资质的废物处理企业签订合同，负责生活垃圾的运输和处理。

5. 运输生活垃圾时，应采取密封、覆盖等措施，防止垃圾泄露、污染环境。

6. 后勤保障部定期对各部门生活垃圾的分类投放、收集、运输、处理情况进行检查，发现问题及时整改。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国固体废物污染环境防治法[EB/OL].(2020-04-29).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-05/01/content_5506191.htm.

[2]中华人民共和国国务院.城市市容和环境卫生管理条例（2017 年修订）[EB/OL].(2017-03-01).https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5219144.htm.

[3]GB/T 19095-2019 生活垃圾分类标志[S].

四、修订记录

2011 年 03 月第 1 次修订

2016 年 03 月第 2 次修订

2020 年 03 月第 3 次修订

2025 年 11 月第 4 次修订

医院废品管理制度

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-013-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为规范医院废品的分类、收集、登记、处置及回收利用等管理工作，明确各部门及人员职责，保障医院集体财产安全，提高资源利用效率，杜绝国有资产流失，确保废品处理过程合规、透明、可追溯，同时维护医院环境整洁及运营秩序，依据国家相关资产管理规定及医院财务制度，特制定本制度。

二、内容

1．医院所有废旧物品，属医院集体财产的一部分，任何个人不得擅自处理。

2．废旧物品由专人管理，各科室已报损的物品，交由废品管理人员统一收集处理，后勤保障部对报损的物品应办理交接手续，登记造册，包括接收日期、内容名称、型号、处理方式及日期。

3．树立医院资产精细化管理理念，做好废旧物资回收利用工作，对报损的物品，后勤应充分利用。

4．废品处理一般应由中标的废品回收站收购，废品处理时应有两人或两人以上在场计量，由财务科开具收据，并按财务制度及时销账，门卫凭收据核验放行。

5．废品回收的收益奖励，由后勤保障部按医院规定领取返至相关科室。

6．私人需购买医院废旧物品，个人申请经领导审批后按规定办理。

三、参考文献

[1]国务院.行政事业性国有资产管理条例[EB/OL].(2021-02-01).
https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595919.htm.

四、修订原因

为强化废品收益管理及分配的透明度，需细化奖励比例制定及款项使用监管条款，确保国有资产收益规范使用，对本制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

集体宿舍管理规定

文件编号：YXPH-HQ-HQBZB-2025-014-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为规范医院集体宿舍的准入、日常管理、费用结算及安全保障等工作，为入住员工提供安全、整洁、文明、有序的居住环境，明确入住员工权利与义务，强化宿舍资源的合理配置与高效利用，结合医院实际情况，特制定本规定。

二、内容

1. 入住集体宿舍条件

（1）新录用的普通职工，原则上不安排入住集体宿舍。

（2）对居住地较远、经济条件比较困难的特殊职工，由本人提出书面申请，经所在科室同意，报后勤保障部审核，院部同意后安排入住。

（3）对引进的研究生、高级职称等特殊人才，原则上安排入住集体宿舍。

2. 集体宿舍房租标准

（1）普通职工入住集体宿舍

收费标准：每间每月 600 元

（2）作为人才引进的职工入住集体宿舍

收费标准：每间每月 300 元

（3）入住期限：3 整年。

（4）入住时间：新入住集体宿舍职工自入住之日开始计算。

3. 集体宿舍管理要求

（1）后勤保障部全面负责集体宿舍的配置、管理工作。

（2）入住人员未经许可，不得擅自改变房屋结构、调换公共物品、占用公用场所、借予他人使用。

（3）宿舍内禁止使用电炉等电器，不得私接电器、水管，不得动用明火及超负荷用电。

（4）爱护宿舍公共设施，人为造成损坏的照价赔偿。

（5）注意安全，严禁携带易燃易爆或其他违禁物品入室。

（6）提倡节约，水电费用由入住人员自行承担；倡导文明住宿，保持宿舍区环境整洁、秩序井然。严禁在宿舍区大声喧哗、酗酒、赌博等。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国消防法[EB/OL].(2021-04-29).http://www.npc.gov.cn/zgrdw/npc/xinwen/2019-05/07/content_2086831.htm.

四、修订原因

明确责任主体，形成“后勤保障部主导、科室协同、个人负责”的管理体系，提升管理效率,对本规定进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

四、安全管理制度

安全保卫工作制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-003-03	制定时间：2019-05-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为加强本院安全保卫工作，维护正常的医疗、教学、科研秩序，保障患者、家属及职工的人身财产安全，根据《企业事业单位内部治安保卫条例》《关于加强医院安全防范系统建设的指导意见》及国家卫生健康委、公安部相关文件精神，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

医院安全保卫工作贯彻“预防为主、单位负责、突出重点、保障安全”的方针，坚持“谁主管、谁负责”的原则，实行院、科两级责任制。

（一）适用范围

本制度适用于医院各科室、各部门及所有在院工作人员（含在编员工、合同制员工、进修生、实习生、外包服务人员及临时用工）。

（二）组织机构与职责

1. 医院院长是医院安全保卫工作第一责任人，对医院安全保卫工作负全面责任。医院成立安全生产工作领导小组，由院长担任组长，分管副院长担任副组长，各职能科室负责人为成员。领导小组全面负责医院安全保卫工作的组织、协调和督导。

2. 医院按照要求配备保卫力量：设立专职保卫机构（保卫科），配备 2 名以上

专职保卫人员；保安员数量按照不低于在岗医务人员总数的3%配备；保安员按照《保安服务管理条例》规定持证上岗，50岁以下保安员占比不低于总数的20%。

3. 保卫科是医院安全保卫工作的职能部门，主要职责包括：制定并落实医院各项安全保卫管理制度和工作计划；负责医院内部的治安秩序管理，包括门卫、巡逻、停车场管理等；负责消防安全管理，定期检查、维护消防设施器材，组织消防演练；负责对医院重点要害部位的安全监管；协助公安机关查处院内发生的刑事、治安案件，调解内部治安纠纷；负责医院视频监控系统、出入口控制系统、安检系统的管理与维护。

4. 各科室负责人为本科室安全保卫第一责任人，负责在本科室落实医院的安全保卫制度，开展日常安全自查和培训工作。各科室设兼职安全员，协助科室负责人做好日常安全管理工作。

5. 建立医警联动机制。医院设立警务室，配备必要警力，与辖区派出所建立常态化联动机制。

（三）治安秩序管理

医院实行24小时门卫值班制度。门卫人员应文明执勤，严格履行职责。

1. 出入管理：谢绝醉酒闹事者、拾荒、乞讨及推销人员进入院内；严禁携带易燃易爆、管制刀具等危险物品进入院区。对拒不配合身份核验或安检者，门卫有权拒绝其入内。医院重点区域（如ICU、手术室、药房、财务室、信息机房等）实行封闭式管理，非本区域工作人员未经许可不得擅自进入。在诊疗高峰时段或发生突发事件时，保卫科应增派安保力量，加强出入口秩序疏导，防止拥挤踩踏、医患冲突等风险。

2. 院内交通与车辆管理：进入院内的车辆必须服从保卫人员指挥，在指定位置有序停放，严禁堵塞消防通道和执行急救任务的急救通道；本院职工车辆与外来就诊车辆实行分区管理；非机动车（自行车、电动车）应在划定的车棚或区域内停放整齐。

3. 巡逻巡查制度：实行24小时保安巡逻制度，建立“日巡查、周检查、月排查”机制；巡逻人员应重点对门诊大厅、急诊科、住院部、收费处、停车场等人员密集和案件易发区域进行巡查，防范扒窃、医托、诈骗等不法行为；夜班巡逻需两人同行，重点检查各科室门窗、水电及重点部位的安全情况，并做好记录；对财务科、药库、信息数据中心、检验科等要害部门加强巡查。

4. 安检工作制度：医院在主要出入口实施安检，配备通过式金属探测门、X光机检查设备、手持式金属探测器等相应安检设备；按照“应检尽检”原则做好安全检查工作，防止人员携带禁止、限制物品进入医院；设置急危重症患者安检绿色通道，兼顾患者就医体验；在安检场所张贴禁止、限制携带物品名录，设置限制携带物品暂存柜。

5. 重点要害部位安全管理：医院将下列部位列为治安消防重点要害部位，实行从严管理：财务科、收费处、信息数据中心（机房）、档案室（含病案室）、药库（房）、

危险化学品库、氧气站、配电室、供水供电供气设备间、大中型医疗设备存放场所、医疗废物集中存放场所、消防监控中心。

6. 财务及贵重物品安全：财务部门的现金、支票必须存放在保险柜内，严格执行现金管理规定，过夜现金不得超过规定限额；收费处、药房等部门必须安装防盗门窗和报警装置;押运款必须两人以上,押款人要时刻保持警惕并具备一定的押款技能。

7. 危险化学品及毒麻药品管理：严格执行《危险化学品安全管理条例》和毒麻药品管理规定，实行“专人负责、专柜加锁、专用账册”管理；严格落实双人验收、双人双锁、双人领发制度，确保账物相符，严防丢失或流入非法渠道；存储场所安装入侵报警装置，与安全监控中心联网。

（四）技防系统建设与管理

医院建立完善的安全技术防范系统，包括视频监控系统、入侵报警系统、出入口控制系统和电子巡查系统，并实现系统间互联互通。

视频监控系统：在以下重要部位安装视频监控设施：实验室、化验室、手术室、重症监护室、放疗室；致病微生物、血液、毒麻精放药品存储场所；收费处、财务室；儿童住院区、新生儿住院区；医患纠纷投诉调解场所；药房、药库；计算机中心、档案室；大中型医疗设备存放场所；供水供电供气供热供氧设备间；医疗废物集中存放场所；安防监控中心等。

一键报警装置：医院收费处、财务室、医患纠纷投诉调解场所、门卫室、门急诊室、医生办公室、分诊台、护士站等重点要害部位安装一键式紧急报警装置，与医院消防控制中心联网，确保发生突发事件时能及时通知保卫人员迅速处置。

（五）高风险人员预警与应急处置

高风险人员预警：医院建立高风险人员预警提醒机制，遇有扬言实施暴力、多次到医院无理缠闹、醉酒吸毒、有肇事肇祸风险的严重精神障碍患者等高风险就诊人员，及时提醒医务人员，并安排安保人员陪诊；必要时报告公安机关，对当事人进行法制宣教、警示行为后果；建立涉医风险预警人员库，与公安机关信息共享。

突发事件应急预案：医院建立防恐防暴、消防、医疗纠纷处置等各类突发事件应急预案，并定期组织演练；组建“最小应急单元”，三、五人一组或分区多组，增配带有通联、拍录、对讲功能的通讯装备；定期组织开展“二对一”“三对一”战术技能培训，力争实现“1 分钟自救、3 分钟互救、5 分钟增援到位”的目标；每年至少组织开展 2 次专门培训和 2 次联动演练。

突发事件处置：发生扰乱医疗秩序、威胁人身安全等突发治安事件时，保卫人员应立即赶赴现场先行处置，控制事态，同时迅速报警；发生违法、治安事件时，应急队伍应立即采取必要手段果断制止，迅速控制行凶者，救助受伤人员；全力提供监控视频等证据采集及保障，配合公安机关共同进行调查。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国治安管理处罚法：2025 修订[EB/OL].(2025-06-27).https://gaj.sanya.gov.cn/gajsite/fggwxx/202510/8403307dc12d4d1ebeaddf2dd7a9fe40.shtml.

[2]国务院.企业事业单位内部治安保卫条例：国务院令第 421 号[EB/OL].(2004-09-27).https://www.gov.cn/zwgk/2005-05/23/content_234.htm.

[3]国务院.医疗纠纷预防和处理条例：国务院令第 701 号[EB/OL].(2018-07-31).http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-08/31/content_5318056.htm.

[4]国家卫生健康委，中央政法委，公安部，等.关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见：国卫医发〔2021〕28 号[EB/OL].(2021-09-27).https://www.court.gov.cn/fabu/xiangqing/324701.html.

[5]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于印发医疗机构医疗质量安全专项整治行动方案的通知：国卫办医政函〔2025〕228 号[EB/OL].(2025-06-16).https://szfy120.com/nurse/view/2025072908WAmVY.html.

四、修订原因

《中华人民共和国治安管理处罚法》2025 年 6 月 27 日第十四届全国人大常委会第十六次会议通过，自 2026 年 1 月 1 日起施行。同时，公安及卫生行政部门相关文件要求提高医疗机构内部安保级别。

五、修订记录

2019 年 09 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

安全生产（消防安全）巡查制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-001-02	制定时间：2023-12-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：1
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为加强本院安全生产和消防安全管理，及时发现和消除各类安全隐患，保障医疗秩序正常运行，保护患者、家属及职工的生命财产安全，根据《中华人民共和国消防法》《医疗机构消防安全管理九项规定》《医疗和疾控机构消防安全生产工作管理指南》及省、市相关文件精神，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

安全生产（消防安全）巡查工作贯彻“预防为主、防消结合”的方针，坚持“谁主管、谁负责”的原则，实行院、科两级巡查责任制。

1. 本制度适用于医院各科室、各部门及所有在院工作人员（含在编员工、合同制员工、进修生、实习生、外包服务人员及临时用工）的安全巡查工作。

2. 组织机构与职责

（1）医院安全生产工作领导小组统一领导全院安全生产（消防安全）巡查工作。安全监督科是医院安全生产（消防安全）巡查工作的主管部门，具体负责巡查工作的组织实施、监督检查和业务指导。

（2）各科室负责人为本科室安全生产（消防安全）第一责任人，负责组织开展本科室的日常巡查工作，落实巡查发现问题的整改。

（3）医院建立三级巡查体系：

岗位自查：各岗位工作人员每日对责任区域进行自查；

科室日查：各科室每日组织开展本科室范围内的巡查；

院级督查：保卫科及相关职能部门定期组织开展全院范围的专项检查和综合检查。

3. 巡查内容与标准

安全生产（消防安全）巡查重点包括以下内容：

（1）消防安全巡查重点：

用火、用电、用气、用油有无违章情况；安全出口、疏散通道是否畅通，安全疏散指示标志、应急照明是否完好；消防设施、器材和消防安全标志是否在位、完整、有效；常闭式防火门是否处于关闭状态，防火卷帘门下是否堆放物品；消控室、住院部、门诊、急诊、手术室、病理科、检验科、重症监护室、地下空间、停车场、宿舍等重点要害部位；消防安全重点部位的人员在岗情况；其他消防安全情况。

（2）特种设备安全巡查重点：

电梯、锅炉、压力容器、压力管道、气瓶等特种设备安全运行情况；特种设备日常管理运行状况，责任科室和安全管理责任人落实情况；特种设备使用规章制度的执行情况；特种设备管理使用人员的能力培训和应急处置准备情况。

（3）电气安全巡查重点：

电气线路是否存在老化、破损隐患，有无私拉乱接、超负荷用电现象；医疗设备、大功率电器是否单独布线，漏电保护装置是否完好；强弱电间（井）、信息机房、UPS电源间是否存在安全隐患；备用发电机是否定期启动测试，确保功能完备；电动自行车（蓄电池）是否存在室内和楼道内存放、充电等违规行为。

（4）危险化学品安全巡查重点：

危险化学品是否存放在专用库房，防爆、除静电等安全设施是否完好；风险告知标识是否醒目张贴；出入库双人复核制度是否落实；存储环境是否符合要求，有无违

规动火、吸烟等行为。

（5）燃气安全巡查重点：

燃气管道、阀门、接口等关键部位是否存在泄漏隐患；燃气泄漏报警装置及联动切断装置是否定期校验；使用燃气场所工作人员是否在岗值守；油烟机管道是否定期清洗，管、灶、阀门是否定期检测维护。

（6）建筑施工安全巡查重点：

动火、动电、动土、高空等特殊作业是否严格执行审批制度；施工场地是否存在安全隐患，施工人员生活区域安全管理是否到位；建筑外部保温材料、内部装饰材料阻燃性是否符合要求；大跨度吊顶结构、户外广告牌等高空设施是否安全。

4. 巡查频次与要求

医院建立分级分类巡查制度，按照以下频次组织开展巡查工作：

（1）岗位日常自查

各岗位工作人员每日上班后、下班前对责任区域进行安全自查，发现问题及时处理或上报。下班前应关闭非必要电源，确认无遗留安全隐患。

（2）科室每日巡查

各科室每日组织开展防火巡查，日间住院部及门诊应至少巡查两次，夜间住院部及急诊应至少巡查两次，其他场所每日应至少巡查一次。

科室负责人或指定专人负责组织巡查，对巡查发现的问题当场处理或及时上报。

各部门（科室）设消防安全员，负责具体落实每日巡查工作。

（3）院级定期检查

周检查：安全监督科每周组织对重点要害部位进行专项检查。

月检查：保卫科每月组织一次全院范围的防火检查和安全生产综合检查。

节前检查：坚持元旦、春节、清明、五一、端午、中秋、国庆等重大节日前开展安全保卫布置及检查工作。

季节性检查：结合冬季火灾高发特点，每年冬季至少组织 1 次夜间消防应急演练，提升应急处置实战能力。

（4）专项检查

根据上级部门要求和医院实际情况，适时组织开展特种设备、危险化学品、燃气、电气等专项安全检查。

5. 巡查程序与记录

巡查工作应按照以下程序进行：

（1）巡查准备：巡查人员在进行巡查时，明确巡查人员和重点巡查部位，携带必要的检查工具和记录表格。

（2）现场检查：按照巡查内容逐项进行检查，对发现的问题详细记录。对可以

立即消除的安全隐患，通知存在隐患的部门负责人立即采取措施消除。对无法立即消除的安全隐患，填写整改通知书，明确整改时限和要求。

（3）巡查记录：防火巡查、检查应当填写巡查、检查记录表。记录表应包括巡查时间、巡查人员、巡查部位、发现的问题、处理情况等内容。巡查人员、被检查部门负责人应在巡查记录表上签字确认。

6. 隐患整改与督办

对巡查中发现的安全隐患，实行闭环管理，按照以下程序予以消除：

（1）立即整改：对可以立即消除的安全隐患，由巡查人员通知存在隐患的部门负责人立即采取措施消除，并现场复查确认。

（2）限期整改：对无法立即消除的安全隐患，下达《安全隐患整改通知书》，明确整改责任人、整改措施和整改时限。

（3）隐患跟踪：保卫科建立隐患整改台账，对限期整改的隐患进行跟踪督办。隐患未完全消除期间，存在隐患的部门应采取有效措施，预防事故发生。隐患整改完毕后，保卫科组织人员进行复查，确认隐患消除后销号归档。

（4）重大隐患报告：对确无能力解决的重大安全隐患，应当及时向医院安全生产工作领导小组报告，必要时向上级主管部门报告。

（5）对巡查中发现的火灾隐患未按规定时间及时整改的，根据医院奖惩制度给予相应处罚。

7. 监督检查与奖惩

将巡查制度落实情况纳入科室年度综合目标管理考核。对认真执行本制度、在巡查工作中认真负责、及时发现并消除重大安全隐患的科室和个人，医院给予表彰和奖励。对违反本制度，不按规定开展巡查、巡查发现隐患不报告、不整改，致使发生安全事故的，将追究当事人和科室负责人的责任；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国消防法：2021 年修正[EB/OL].(2021-04-29).http://www.wenshang.gov.cn/art/2025/5/21/art_61676_2784236.html.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发《医疗和疾控机构消防安全生产工作管理指南（试行）》《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南（试行）》的通知：国卫办密安发〔2019〕2 号[EB/OL].(2019-01-29).https://hospital.seu.edu.cn/2019/0828/c29923a283498/page.htm.

[3]国家卫生健康委，应急管理部，国家中医药管理局.关于印发医疗机构消防安全管理九项规定(2020 年版)的通知：国卫办发〔2020〕1 号[EB/OL].(2020-01-08).https://wjw.xinjiang.gov.cn/hfpc/zhgl1/202002/5103e2fb15d94b4183c5fdfaddf

76d08.shtml.

四、修订原因

近几年国家高度重视安全生产工作，安全监管部门、消防部门及卫生行政部门的相关文件对医疗机构安全生产提出了新的要求。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

安全生产（消防安全）例会制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-005-02	制定时间：2023-12-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：1
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为切实加强医院安全生产（消防安全）管理，严格落实“安全第一、预防为主、综合治理”的方针，健全常态化工作机制，强化全院各科室、各部门的安全责任意识，保障医院人员、财产及运行安全，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

本制度旨在建立覆盖全院、层次分明、重点突出、注重实效的安全生产（消防安全）会议工作机制。坚持“管业务必须管安全”的原则，通过定期、不定期及专题会议相结合的形式，确保安全生产（消防安全）工作常抓不懈、警钟长鸣。

（一）会议类别与内容

1．科室、部门安全生产（消防安全）季度例会

（1）召集与主持：各科室（含临床、医技、行政、后勤等所有部门）负责人为本科室安全生产（消防安全）第一责任人，负责每季度召集并主持一次本科室全体人员参加的安全生产（消防安全）专题会议。

（2）召开频次：每季度至少召开一次。

（3）会议内容应包括但不限于：

传达学习上级及医院关于安全生产（消防安全）的文件、指示、会议精神。

总结本科室上一季度安全生产（消防安全）工作情况，包括制度执行、风险管控、预案学习及演练、隐患排查整改等。

结合本科室专业特点与岗位风险，分析当前存在的安全风险点（如医疗安全、设备安全、用电安全、危化品管理、消防安全、治安防范等），研究制定针对性防范措施。

开展典型案例警示教育（含院内外安全事故案例）。

部署下一季度本科室安全生产（消防安全）重点工作任务，明确责任分工与完成时限。

组织必要的安全生产知识、应急预案、消防器材使用再培训、再学习。

（4）会议记录：必须指定专人负责会议记录，记录应详实、完整，包含会议时间、地点、主持人、参会人员、会议议题、讨论内容、议定事项等要素。会议记录需由科室负责人签字确认，并妥善保管备查。医院安全生产监督管理职能部门将不定期检查会议记录。

2．医院层面安全生产（消防安全）专题会议

（1）召集与主持：由医院主要负责人（院长）或分管安全生产工作的院领导提议，利用党委会或院长办公会的固定议程，每月召开一次安全生产（消防安全）专题会议。

（2）召开频次：每月召开一次。

（3）参会人员：医院党政领导班子成员、相关职能部门主要负责人。

（4）会议内容应包括但不限于：

听取医院安全生产监督管理职能部门关于上季度全院安全生产（消防安全）形势的综合汇报。

研究审议医院安全生产、消防安全重大政策、制度、年度计划、经费投入、基础设施建设等议题。

分析研判医院当前面临的主要安全风险与系统性隐患，协调解决跨部门的安全管理难题。

对发生的安全事件（事故）进行调查分析，研究处理意见与整改措施。

部署下一阶段全院性安全生产（消防安全）重点工作、专项检查或应急演练活动。

（5）会议纪要：由医院办公室负责形成专题会议纪要，明确议定事项、责任部门、完成时限，经院领导签发后督办落实。

3．全体管理人员例会

（1）实施方式：利用每月医院运行分析会，由院领导根据近期安全生产形势、上级要求、季节性特点、检查发现的问题或重要时间节点（如节假日、重大活动前），不定期地强调、部署安全生产（消防安全）相关工作。

（2）强调内容：通常为即时性、提示性、警示性内容。如：通报近期安全检查情况、传达重要文件或会议精神、提醒重点领域注意事项、强调值班值守纪律、部署临时性安全工作任务等。

（3）记录要求：由医院办公室负责形成会议纪要，体现安全生产（消防安全）相关强调内容或工作要求。

（二）具体要求

1．各科室、部门及院级会议的组织者应高度重视，提前准备议题，确保会议质量与效果，避免流于形式。

2．会议议定的事项，各责任科室、各部门必须严格执行，限期完成。医院安全生产监督管理职能部门负责对落实情况进行跟踪督查与考核。

3．医院将各科室、部门季度例会制度的落实情况纳入年度安全生产目标管理考核范围。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国安全生产法：2021 年修正[EB/OL].(2021-06-10).http://www.npc.gov.cn/npc/c30834/202106/af5c1d5d36b24fc9966c2e6b3f8a62b8.shtml.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国消防法：2021 年修正[EB/OL].(2021-04-29).http://www.wenshang.gov.cn/art/2025/5/21/art_61676_2784236.html.

[3]国家卫生健康委，应急管理部，国家中医药管理局.关于印发医疗机构消防安全管理九项规定（2020 年版）的通知：国卫办发〔2020〕1 号[EB/OL].(2020-01-08).https://wjw.xinjiang.gov.cn/hfpc/zhgl1/202002/5103e2fb15d94b4183c5fdfaddf76d08.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅.关于印发《医疗和疾控机构消防安全生产工作管理指南（试行）》《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南（试行）》的通知：国卫办密安发〔2019〕2 号[EB/OL].(2019-01-29).https://hospital.seu.edu.cn/2019/0828/c29923a283498/page.htm.

[5]江苏省第十四届人民代表大会常务委员会.江苏省安全生产条例：2023 年修订[EB/OL].(2023-03-30).https://sft.jiangsu.gov.cn/art/2005/9/2/art_71924_8102252.html.

四、修订原因

原制度未对安全生产（消防安全）会议机制作出系统性规定，各科室会议召开频次、内容、记录要求不统一，院级专题会议制度不够健全，会议议定事项的跟踪督办机制缺失。为进一步完善医院安全生产管理制度体系，与《安全生产（消防安全）巡查制度》形成“巡查发现隐患、会议研究决策”的管理闭环，特进行修订。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

安全生产（消防安全）网格化管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-001-02	制定时间：2026-04-24
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-31
制定部门：安全监督科	修订版本：1
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2026-08-31

一、目的

为深入贯彻《中华人民共和国消防法》《医疗机构消防安全管理九项规定》《江苏省消防条例》及省、市卫生健康委关于推进安全生产“六化”建设的工作部署，全面落实消防安全主体责任，构建“责任明晰、管理规范、运行高效”的火灾预防与控制体系，最大限度保障患者、医务人员及医院财产安全，结合我院实际，特制定本制度。

本院消防安全管理实行网格化管理制度，坚持“安全第一、预防为主、综合治理”方针，遵循“党政同责、一岗双责、齐抓共管、失职追责”及“管业务必须管安全”原则，实现空间全覆盖、责任全链条、管理精细化。

本制度适用于宜兴市人民医院所有临床科室、医技科室、行政职能科室、后勤保障部门及第三方服务机构，以及全体在职员工、实习进修人员、外包服务人员、患者及家属。

二、内容

（一）网格架构与职责

1．依据“地域相邻、规模适度、无缝覆盖、便于管理”的原则，构建四级消防安全管理网格。

2．一级网格（院级网格）

网格范围：全院整体。

网格长：曹志宏、吴俊东。

网格员：全体院领导。

日常管理机构：安全监督科。

3．一级网格主要职责：

（1）统筹规划：贯彻上级工作要求，制定医院年度消防工作计划、管理制度、应急预案及网格化管理方案。

（2）资源配置：保障消防经费投入，负责消防设施改造、器材购置、重大隐患整改等项目的审批工作。

（3）组织协调：每季度至少召开一次消防安全专题会议，研究解决重大问题；协调跨部门、跨网格的消防安全相关事项。

（4）监督检查：每月组织一次全院性消防安全大检查；在重大节日、活动前开展专项检查；督促二级网格履行职责。

（5）教育培训：组织全院性的消防安全宣传、教育培训及综合应急疏散演练。

（6）考核奖惩：制定考核细则，对二级网格年度工作进行考核，并落实奖惩措施。

（7）应急指挥：火灾发生时，启动应急预案，担任现场应急指挥。

4．二级网格（片区网格）

网格范围及网格长：

网格范围：行政楼 网格长：殷洁君

网格范围：门急诊区域 网格长：郭俊平

网格范围：后勤楼（危化品仓库、医废暂存点、垃圾暂存点、临时停尸间、污水站）、能源中心 网格长：朱伯强

网格范围：1 号、2 号住院楼 网格长：陈翔

网格范围：3 号住院楼及感染楼 网格长：陈燕春

网格员：科室、部门或重点部位的行政主要负责人（科主任、护士长、部门负责人）。

日常管理机构：安全监督科。

5．二级网格主要职责：

（1）底数清晰：全面掌握片区内建筑结构、消防设施、重点部位（危化品库、配电室、氧气站等）、风险隐患及人员分布情况。

（2）定期检查：由网格长带队，每月至少组织 1 次对片区的全覆盖安全大检查，并建立隐患台账。

（3）隐患整改：针对检查发现的隐患，明确责任人、整改措施及完成时限，跟踪整改进度直至销号；若发现重大隐患，立即上报并采取临时管控措施。

（4）监督考核：监督检查片区内各科室（三级网格）及点位（四级网格）的日常巡查、培训演练及责任落实情况。

6．三级网格（科室/部门网格）

网格范围：各独立建制的临床科室、医技科室、行政职能部门，以及独立运行的能源中心、配电房、中心供氧、食堂、病案库、信息机房、药库、后勤库房、学生公寓等重点部位。

网格长：该科室、部门或重点部位的行政主要负责人（科主任、护士长、部门负责人）。

网格员（消防安全员）：各病区由护士长担任，其他区域由网格长指定一名责任心强、熟悉消防业务的人员担任，具体负责网格内消防日常工作。

7．三级网格主要职责：

（1）任务落实：具体执行院级网格部署的各项消防安全工作任务。

（2）日常管理：全面负责本网格管辖区域内的消防安全管理工作。

（3）巡查检查：每日开展日常巡查，每月组织一次覆盖本网格所有点位的安全

检查，填写《宜兴市人民医院消防安全巡查表》。

（4）隐患治理：对巡查及上级检查发现的火灾隐患，立即组织整改；无法立即整改的，采取临时防控措施并书面报告一级网格办公室。

（5）设施管理：确保本网格内的消防设施、器材及安全标识完好有效，无遮挡、圈占、损坏等情况。

（6）通道管理：确保疏散通道、安全出口畅通无阻。

（7）培训演练：每季度至少组织一次本科室人员的消防知识培训和应急疏散演练（含患者及家属告知），新员工上岗前必须接受消防安全培训。

（8）档案建设：建立并维护本科室消防安全管理档案，内容包括责任清单、巡查记录、培训记录、隐患台账等。

8．四级网格（点位网格）

网格范围：三级网格内的最小管理单元，包括每个病房、医生办公室、护士站、治疗室、检查室、实验室、仪器设备间、办公室、值班室、仓库、公共区域（走廊、楼梯间、大厅）等。

网格员：该点位的实际使用人或负责人。病房责任护士、办公室使用人、设备操作员、库管员等负责各自点位；公共区域由所属科室指定人员或保洁负责。

9．四级网格主要职责：

（1）岗位自查：每日下班前对负责点位开展消防安全自查，重点检查用电、用气、用火安全，以及通道畅通情况和消防设施运行状态。

（2）遵章守纪：严格遵守各项消防安全规章制度及操作规程，严禁违规使用电器、私拉乱接电线、占用或堵塞消防通道。

（3）设施看护：妥善爱护本点位消防设施器材，熟练掌握灭火器、消火栓的操作使用方法，发现设施损坏及时报修。

（4）应急处置：熟悉火灾报警流程、初期火灾扑救方法，以及本区域应急疏散路线和岗位职责。发生火情时，立即报警并组织初期火灾扑救与人员疏散工作。

（5）信息报告：发现火灾隐患或异常情况，第一时间向二级网格长或消防安全管理员报告。

10．重点部位管理

下列部位列为消防安全重点部位，实行更加严格的管理：

（1）危险品场所：氧气站、中心供氧、危化品库、污水处理站；

（2）动力能源场所：配电房、能源中心、空调机房、UPS 间；

（3）人员密集场所：ICU、手术室、血液净化中心、新生儿室、产科病房、住院病房、门急诊大厅、候诊区；

（4）物资集中场所：病案库、信息数据中心、药品库、后勤物资库、被服库；

（5）餐饮场所：职工食堂、对外食堂、厨房操作间；

（6）其他：消防控制室、地下室、建筑施工现场。

（7）重点部位应设置明显的防火标志，实行严格管理；责任人应每日进行专项检查，确保安全。

11. 消防设施与通道管理

（1）各部门应确保建筑消防设施、器材100%完好有效，发现损坏及时报修。

（2）任何部门和个人不得占用、堵塞、封闭疏散通道、安全出口和消防车通道，确保100%畅通。

（3）常闭式防火门应保持关闭状态，防火卷帘下不得堆放物品影响使用。

12. 隐患排查与整改

（1）各级网格应建立隐患排查、整改、销号全闭环管理机制。

（2）对以下违反消防安全规定的行为，应当场改正并督促落实：

①违章使用、存放易燃易爆危险品的；

②违章使用电热器具、高热灯具等用电器具的；

③违反规定吸烟的；

④违章动用明火、进行电（气）焊的；

⑤占用、堵塞、封闭疏散通道、安全出口的；

⑥损坏、挪用或者擅自拆除、停用消防设施、器材的；

⑦常闭式防火门关闭不严的；

⑧消防设施管理、值班人员和防火巡查人员脱岗的；

⑨其他违反消防安全规定的行为。

（3）对不能当场改正的火灾隐患，应及时向消防安全管理人或网格长报告，提出整改方案，确定整改措施、期限、人员，并落实整改资金。

（4）对自身确无能力解决的重大火灾隐患，应提出解决方案，及时向市卫生健康委及消防救援部门报告。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国消防法：2021年修正[EB/OL].(2021-04-29).https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff8081817ab22e0c017abd909312060a&title=%E4%B8%AD%E5%8D%8E%E4%BA%BA%E6%B0%91%E5%85%B1%E5%92%8C%E5%9B%BD%E6%B6%88%E9%98%B2%E6%B3%95.

[2]国家卫生健康委，应急管理部，国家中医药管理局.关于印发医疗机构消防安全管理九项规定（2020年版）的通知：国卫办发〔2020〕1号[EB/OL].(2020-01-08).https://www.nhc.gov.cn/bgt/c100023/202002/819253805474448087466778 3cfbfed9.shtml.

[3]江苏省人民代表大会常务委员会.江苏省消防条例：2023年修订[EB/OL].(2023-01-12).https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff808181864a5d91018653f61bbd4f61&title=%E6%B1%9F%E8%8B%8F%E7%9C%81%E6%B6%88%E9%98%B2%E6%9D%A1%E4%BE%8B.

[4]江苏省卫生健康委员会.关于推进全省卫生健康系统安全生产“六化”建设的实施方案（试行）[Z].(2025-12-23）.

四、修订原因

为深入贯彻《中华人民共和国消防法》《医疗机构消防安全管理九项规定》《江苏省消防条例》等法律法规的最新要求，全面落实省、市卫生健康委关于推进安全生产“网格化、专业化、数字化、全员化、实体化、手册化”建设的工作部署，进一步压实医院消防安全主体责任，构建“责任明晰、管理规范、运行高效”的火灾预防与控制体系，结合我院实际，对原消防安全管理制度进行全面修订，建立四级消防安全管理网格体系。

五、修订记录

2025 年 08 月第 1 次修订

安全事故隐患内部报告奖励制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-001-02	制定时间：2025-04-25
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：1
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为进一步加强医院安全生产管理，建立健全全员参与的事故隐患报告体系，有效排除安全隐患，防范安全事故的发生，全面落实安全生产主体责任，根据《无锡市安委会关于推动建立事故隐患内部报告奖励机制实施方案的通知》（锡安〔2024〕12号）及无锡市卫健委《关于进一步做好事故隐患内部报告奖励工作的通知》，特制定本制度。通过该方案，鼓励全院职工积极发现并报告各类安全隐患，形成良好的安全文化氛围，保障医院医疗服务活动安全、有序地开展。

适用范围：本方案适用于医院全体职工，包括但不限于在岗医护人员、行政人员、后勤人员以及外包服务人员，确保医院运营各环节的安全隐患均能得到有效监控与报告。

工作目标：结合医院实际情况，建立并完善事故隐患内部报告奖励机制，充分调动医院全体工作人员的积极性。通过鼓励员工报告和举报安全生产事故隐患，来增强全院职工安全生产工作意识，形成人人关注安全、人人参与安全的良好氛围，从源头上有效防范和遏制各类安全事故的发生，保障医院的正常运行和患者、职工的生命财产安全。

二、内容

1．组织架构与职责

（1）成立领导小组，由分管院长担任组长，后勤保障部、安全监督科、运营管理科、审计科等相关职能部门参与。

（2）安全监督科：主要负责接收全院职工提交的事故隐患报告，在接到报告后的 24 小时内对报告进行详细登记建档，确保信息准确无误，并及时将报告流转至各相关职能部门进行核查。同时对核查确认为有效的报告及时进行登记，并依据奖励标准确定奖励金额，按季度进行统计，报给财务部门进行奖励。同时要对隐患报告进行跟踪管理，形成闭环，保证隐患及时整改消除，并形成台账资料。

（3）后勤保障部等职能部门：在收到安全监督科移交的报告后，需在 24 小时内完成现场核实工作；通过专业评估，确定隐患等级，并结合实际情况提出科学合理的整改意见，并及时整改；同时形成核查报告反馈给应急管理办公室。

（4）运营管理科、审计科：根据相关财务制度对应安全监督科统计的奖励进行审核，并及时兑现奖惩。

2．隐患报告与处理流程

（1）报告渠道

①电话专线：职工可拨打内线电话 83055628 或移动电话 15162986676 进行报告，该渠道主要适用于紧急隐患报告，便于第一时间响应处置。

②电子邮箱：可发送邮件至应急管理办公室邮箱 staff1566@hxph.com，该渠道适用于非紧急隐患报告，职工可通过文字描述、图片附件等形式详细说明隐患情况，便于准确掌握隐患状态。

③当面交流：对于情况较为复杂、需详细描述的隐患，职工可前往应安全监督科，与工作人员进行当面沟通，全面阐述隐患相关信息。

④不良事件上报系统：职工可登录医院不良事件上报系统，按照系统提示填报隐患相关信息，完整描述隐患位置、内容及紧急程度等情况。

（2）报告内容

①隐患位置：详细填写隐患所在的具体区域，如科室、楼层、房间号等，精确到具体位置。

②隐患描述：清晰、准确地描述隐患的具体表现、可能产生的危害以及发现的时间等关键信息。

③紧急程度：从“一般”“重大”“特大”三个选项中，根据隐患实际情况选择相应的紧急程度。

④建议措施：报告人可结合自身经验和认知，提出针对该隐患的初步处理建议或防范措施 。

⑤报告人：填写报告人的真实姓名。

⑥联系方法：留下有效的联系方式，便于后续沟通核实相关情况 。

3．奖励机制

奖励标准

隐患等级	判定标准	奖励金额/形式	案例
一般	易整改，且短期内不会对人员安全和医院运营造成直接伤害风险	50-100 元/次	灭火器压力不足、过期、标识不清
重大	可能造成人员伤亡、较大财产损失或对医院正常医疗秩序产生严重影响	100-500 元/次	氧气瓶存放位置不当、电器部分位置温度异常
特大	存在系统性风险，需要上级部门介入协调解决，可能引发严重公共安全事件或对医院声誉造成极大损害	500-1000 元+全院通报表扬	医院建筑承重结构出现裂缝等重大风险

备注：

同一隐患若有多人报告，奖励仅给予首位报告人，以鼓励职工及时发现并报告隐患。

科室安全员由于其工作职责本身包含隐患排查，隐患相关责任人因其对隐患负有直接责任，这两类人员不适用本奖励机制。

4．保障措施

（1）数据管理：每月对事故隐患报告数据进行汇总分析，内容包括隐患内容、数量、整改率、奖励明细等，为后续工作提供数据支撑。

（2）首接负责：首个受理部门对隐患报告实行全程跟踪负责制，在 24 小时内反馈初步处理意见给报告人及相关部门，确保信息畅通。

（3）闭环整改：建立详细的隐患报告、核查、整改台账，对每一项隐患全流程处置进行实时关注（待处理/整改中/已闭环）。对于复杂隐患，需制定“五落实”方案，即明确责任人、整改措施、整改资金、整改期限以及应急预案，确保隐患得到彻底整改。

三、参考文献

[1]国务院安全生产委员会.关于推动建立完善生产经营单位事故隐患内部报告奖励机制的意见（安委〔2024〕7 号）[EB/OL].(2024-07-29).https://www.mem.gov.cn/gk/zfxxgkpt/fdzdgknr/202407/t20240725_495970.shtml.

[2]无锡市安全生产委员会.关于推动建立事故隐患内部报告奖励机制实施方案的通知：锡安〔2024〕12 号[Z].(2024).

[3]无锡市卫生健康委员会.关于进一步做好事故隐患内部报告奖励工作的通知[Z].(2025).

[4]无锡市应急管理局.无锡市生产经营单位事故隐患内部报告奖励典型案例（五）（卫生健康领域）[EB/OL].(2025-06-13).https://yjglj.wuxi.gov.cn/doc/2025/06/13/4593592.shtml.

四、修订原因

为深入贯彻《国务院安全生产委员会关于推动建立完善生产经营单位事故隐患内部报告奖励机制的意见》（安委〔2024〕7 号）及《无锡市安委会关于推动建立事故隐患内部报告奖励机制实施方案的通知》（锡安〔2024〕12 号）精神，全面落实无锡市卫健委关于进一步做好事故隐患内部报告奖励工作的部署要求，充分调动全院职工参与安全隐患排查治理的积极性，建立全员参与的事故隐患报告长效机制，从源头上有效防范和遏制各类安全事故的发生，结合我院实际，进行修订。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

消防重点部位安全管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-006-02	制定时间：2023-12-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

根据《医疗机构消防安全生产工作管理指南》《消防安全“四个能力”建设指南》《医疗机构后勤安全生产工作管理指南》等有关规定，结合本院实际情况，特制定本制度。

单位将容易发生火灾、一旦发生火灾可能产生严重事故危及人身和财产安全以及对消防安全有重大影响的部位确定为消防安全重点部位，并设置明显的防火标志，实行严格管理。

二、内容

（一）根据消防安全重点部位的不同性质、规模，配备消防器材和安全设施。

（二）消防安全重点部位的工作人员，须根据不同工种经培训合格后持证上岗。

（三）消防重点部位的防火工作必须专人负责，并严格执行相应制度。

（四）消防安全重点部位的防火责任人应经常性地进行安全自查、自纠工作，消除隐患。

（五）消防安全职能部门要加强对消防安全重点部位的防火安全检查和督导，并进行严格考核。

（六）消防安全重点部位责任人须制定本科室的消防应急预案，每年至少组织一次演练，根据演练效果不断完善应急预案。

（七）具体重点部门管理制度如下：

1．门急诊

（1）按国家规定配置消防设施、器材，设置消防安全标志，定期进行维护保养，确保完好有效。

（2）确保疏散通道、安全出口畅通，并设置符合国家规定的消防安全疏散标志。

（3）不得遮挡或挪用安全疏散指示标志、灭火器、消火栓等消防器材。

（4）使用易燃易爆物品、药品等各类危险品时，保证适量存放于通风区域，发现泄漏、挥发、溢出的现象及时汇报并立即采取措施。

（5）导诊、挂号、收费、取药等部位应结合位置分区布局，避免人员过度集中和人员流向单一出口，造成疏散困难。

（6）候诊大厅应当以展板、视频等方式提醒候诊人员注意消防安全，留意安全出口的位置。

2．手术室

（1）经常性地检查各种气源的接头，杜绝高压漏气现象。

（2）应组织专业人员定期对手术室的电器线路、插头、插座进行检查，确保用电安全。

（3）酒精等易燃易爆危险品，应保证适量存放于通风区域，发现泄漏、挥发或溢出的现象及时汇报，并立即采取措施。

（4）手术室配置的吸引器、电灼器、激光刀等医疗器具及医疗电器设备应加强安全管理并定期维护保养，防止产生漏电等安全事故。

3．重症监护室、病区

（1）确保疏散通道、安全出口畅通，严禁占用疏散通道，不得在疏散通道内加设病床。

（2）严禁将安全出口上锁，设有门禁系统的疏散门，必须有确保火灾时人员疏散畅通的可靠措施。

（3）重症监护室、病区内严禁使用明火，禁止患者和家属携带和使用大功率非医疗用电器具，不得超负荷用电。

（4）重症监护室、病区内的房门后和公共区域的明显位置应张贴安全疏散指示图，指示图上应标明疏散路线、疏散方向、安全出口位置及人员所在位置和必要的文字说明。

（5）护士站使用易燃易爆物品、药品等各类危险品时，保证适量存放于通风区域，发现泄漏、挥发或溢出的现象及时汇报，并立即采取措施。

4．药品库房

（1）药品库房内不应设置休息室、值班室。

（2）药品库房内宜采用低温照明灯具。

（3）药品应分类存放，乙醇、甲醛、乙醚、丙酮等易燃易爆危险性药品应存放

在危化品库房。易燃易爆危险性药品应按危化品的分类原则分类隔离存放，禁止储存在地下室内，不应与其他药品混存。

5．危化品库房

（1）应采用防爆型照明、通风、电气线路及设备，照明设施、电器设备的开关及配电箱需安装过压、触电、过载漏电、防雨、防潮灯保护设施并由可靠接地，库房门由防火、防爆、防盗、防静电、防雷、防腐蚀等材料制成，并向疏散方向开启。

（2）危化品库房内应根据相关规定，针对存放物品可能发生的火灾类型，配齐配足消防设施、器材。

（3）储存易燃液体时，须安装可燃气体报警装置。

（4）储存爆炸危险的危化品仓库应设置泄压设施，泄压方向避免人员密集场所。

（5）危化品库房内及其出入口应设置视频监控设备。

（6）根据危化品理化特性的不同，进行分类存放。配置防爆柜、保险箱等安全设施器材，并在醒目位置张贴危化品安全技术说明书（MSDS）。凡混存危化品，货垛之间应留有 1 米以上的距离，并要求包装容器完整，两种物品不应发生接触。

（7）根据危化品理化特性，制定相应的应急预案，配备应急队伍及应急物资、器材，每年定期至少进行一次演练。

6．实验室

（1）对于储存有易燃易爆物品的实验室，必须符合安全防火规定，应严格执行易燃易爆危险物品领取登记和清退制度，禁止超额储存。

（2）实验室使用的酒精灯易燃危险品，乙醚、丙酮等自燃危险品，乙炔、氢气等易爆危险品及其他危险品应存放在防爆柜内，并远离热源和可燃物，避免阳光直射。

（3）自燃危险品应单独存放，不应与其他危险品、试剂混放，且应放置在阴凉通风处。

（4）实验室内不得随意乱接电线，擅自增加用电设备，严禁私自安装电闸、插座、变压器等。当工作需要时，应由具有相应资质的人员或机构负责接线、安装。

（5）实验室内的大型精密仪器等设备应有静电防护措施。防静电区内不应使用塑料地板、地毯或其他绝缘性好的地面材料，可以铺设导电性地板。

（6）实验室仪器设备应由专人负责管理，应经常检修线路，防止老化和漏电。

（7）实验室应根据及时规范配备相应的灭火设备器材，同时还应配备消防砂箱及灭火毯等。

（8）实验室应加强酒精灯、加热电器、特种设备的安全管理。

7．氧气站

（1）液氧储罐应设置明显的安全标示，周围 5 米范围内不应有可燃物、机动车辆。医院周边 60 米，严禁燃放烟花爆竹。

（2）医用气体汇流排间应防止阳光直射，地坪应平整、耐磨、防滑、受撞击不应产生火花，应由气瓶防倾倒措施。

（3）专人负责管理，严禁火种入内，做好安全防火防爆工作。非工作人员严禁入内。

（4）供氧、用氧设备及其检修工具不应沾染油污。

（5）氧气灌装应由具备相应资质的人员操作，不应在氧气站内灌装氧气袋。

8．消防控制室

（1）消防控制室实行每日 24 小时专人值班制度，每班不少于 2 人，值班人员须取得建（构）筑物消防员证书。

（2）值班人员应熟悉本单位消防系统及联动设备的工作原理，能够排除一般故障。对于不能排除的故障，应立即请专业技术人员及时进行修复。

（3）值班人员应熟悉本单位的消防应急预案及事故处理程序。一旦出现报警，应立即通知报警点附近工作人员前往确认，同时通过监控系统查看报警部位情况。

（4）值班人员应按规定认真填写《消防系统运行情况记录表》，并做好值班记录。

（5）消防控制室内必须安装外线电话，墙上必须悬挂消防井、水泵接合器、室内消火栓位置图、火灾应急处置流程、消防维保单位公示牌及必要的相关制度、证件等。

（6）消防控制室应采取防水淹、防老鼠等措施。

9．厨房

（1）厨房内赢配备灭火毯和与环境场所相适应的轻便灭火器，厨房操作人员须知灭火器材的使用方法。

（2）厨房必须保持清洁、炉灶油垢应经常清除，以免火屑飞溅引起火灾。厨房烟道应按规定委托具有专业资质的公司定期进行清洗。

（3）厨房工作人员应严格遵守“动火不离人，用油不离人”原则，炉灶明火未关闭前严禁离开岗位。

（4）每日班后，操作人员应检查灶内的气源电源是否全部关闭，是否有残余热源或火种，排油烟罩内的油污是否清洗干净。

10．变配电室

（1）变配电室及附属房间应根据规范要求设置相应的报警系统和灭火系统，配足配齐相应的消防设施和器材，加强维修保养，保持完整好用。

（2）变配电室应定期检修变压器和配电盘，查看线缆接头等部位的接触或温度情况，做好防护措施。

（3）变配电室内应保持电缆及电缆沟清洁，施工打开的电缆孔应及时用防火泥封堵，检查盖板严密完好，检查电缆线进出配电柜处防火泥是否封堵良好，距配电柜和穿墙封堵 1 米内的电缆进出线防火漆是否良好。

（4）值班人员要坚守岗位，落实交接班制度，不得擅离职守，不准非电工人员进入变配电重地。

（5）严格执行操作规程，定时检查设备运转情况，发现异常，立即报告，并认真处理和做好记录。

（6）严禁在是内存放易燃易爆物品，变配电室内和变压器周围应保持清洁，严禁存放杂物。

（7）室内应保持干净、清洁、夏天应有良好的通风散热，并有防止雨雪侵入的设施。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于印发《医疗和疾控机构消防安全生产工作管理指南（试行）》《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南（试行）》的通知：国卫办密安发〔2019〕2号[EB/OL].(2019-01-29).https://hospital.seu.edu.cn/2019/0828/c29923a283498/page.htm.

[2]国家卫生健康委员会.医疗和疾控机构消防安全生产工作管理指南：2023年版[EB/OL].(2023).https://wsjkw.nx.gov.cn/ztzl/aqscgz/zhgl/202510/t20251029_5068251.html.

[3]吉林省质量技术监督局.医院消防安全四个能力建设指南（DB22/T490-2010）[EB/OL].(2010-07-23).https://www.spc.org.cn.

四、修订原因

为深入贯彻《中华人民共和国消防法》《中华人民共和国安全生产法》等法律法规的最新要求，全面落实国家卫生健康委员会《医疗和疾控机构消防安全生产工作管理指南（2023年版）》（国卫办密安发〔2023〕8号）及《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南（2023年版）》的有关规定，进一步规范医院消防安全重点部位的管理标准，明确门急诊、手术室、重症监护室、药品库房、危化品库房、实验室、氧气站、消防控制室、厨房、变配电室等重点部位的消防安全管理要求，结合我院实际，进行修订。

五、修订记录

2025年11月第1次修订

动火作业管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-007-03	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为加强医院动火作业的安全管理，预防和遏制火灾事故的发生，保障患者、医护人员生命财产安全和医疗秩序稳定，根据《中华人民共和国消防法》《中华人民共和国安全生产法》《人员密集场所加强动火作业安全管理的通告》及国家消防救援局关于人员密集场所动火作业管理的相关规定，结合我院实际情况，特制定本制度。

二、内容

坚持“预防为主，防消结合”的方针，严格落实“谁主管、谁负责，谁动火、谁负责”的原则，实行动火作业审批和全过程管控。

1. 本制度适用于宜兴市人民医院所有院区内从事的一切临时性动火作业。包括但不限于：电焊、气焊、气割作业；使用喷灯、打磨机、砂轮、电钻等可能产生火焰、火花或炽热表面的临时性施工作业。

2. 管理职责与责任体系

（1）安全管理委员会是医院动火作业管理的领导机构，负责监督本制度的执行。

（2）安全监督科是动火作业的监督管理部门，主要职责：负责动火作业的受理、审核、现场核查及《动火作业许可证》的签发；对作业人员进行资质核验；对动火现场进行监督检查，对违规行为有权责令停止作业；建立全院动火作业管理台账。

（3）相关科室（后勤保障部）是动火作业的属地管理责任科室，主要职责：对外来施工单位在本辖区的动火作业负有安全监管责任，需指定专人配合；负责清理动火区域内的医疗设备、易燃易爆药品（如酒精、乙醚）及可燃物。

（4）动火执行单位是动火作业的直接责任主体，必须做到：必须由单位的法定代表人或主要负责人（或其书面授权委托人）作为安全责任人，对动火作业安全全面负责；必须确保作业人员持有效特种作业操作证上岗，严禁无证操作；必须落实现场监护人，配备消防器材，严格执行安全操作规程。

3. 动火作业审批

在医疗重点要害部位进行的动火作业。严格执行“一次动火作业、一张动火作业证、一套安全技术防范措施”。由申请科室填写动火申请表，经安全监督科现场复核，报分管院领导审批签字后方可动火。

严禁动火的情形：未办理《动火作业许可证》或审批手续不全的，严禁动火；作业人员无证操作或人证不符的，严禁动火；在使用或营业期间，未落实有效防火分隔、未清理可燃物的，严禁在住院部病房区、门诊楼等人员密集区域动火；现场未配备消防器材或消防通道被堵塞的，严禁动火；五级风以上（含五级）天气，禁止露天动火作业；因特殊情况确需动火，须升级管理。

4. 动火作业“五步法”安全管控

（1）动火前——准备与审批

申请：施工单位提前 3 个工作日（紧急抢修除外）向安全监督科提交《动火作业许可证》、作业人员操作证复印件、施工方案及应急预案。

清理：必须清除动火点周围 10 米内的所有易燃易爆物品（如氧气袋、酒精、废纸箱等），无法移除的必须采用不燃材料严密覆盖。

隔离与告知：设置物理隔离区，悬挂“动火区域，严禁入内”警示牌；在建筑主入口和作业现场显著位置进行公告，告知医护人员及患者。

检测：在有氧气、乙炔等可燃气体可能泄漏的区域动火，必须提前进行气体浓度检测，合格后方可作业。

（2）作业中——全程监护

持证操作：操作人员必须佩戴防护用品（如防护面具、手套）。

专人监护：必须配备专职监护人，监护人必须熟悉应急预案，能熟练使用消防器材，在作业期间不得离开现场或从事与监护无关的工作。

应急准备：现场至少配置 2 具及以上适用的灭火器（如 ABC 干粉灭火器），必要时铺设防火毯、接通消防水带。

（3）作业后——清理与留守

彻底清理：作业结束后，作业人员和监护人必须对现场及周边进行彻底检查，清除所有火种，必要时用水浇湿可能阴燃的部位。

留守观察：重点部位动火，监护人必须留守现场观察至少 60 分钟，确认无任何火灾隐患后方可离开。

签字确认：确认安全后，在《动火作业许可证》上签字关闭流程。

5. 应急处理与处罚

动火作业中发生火情，现场第一发现人应立即呼救并拨打院内报警电话（8101）及 119，同时利用现场灭火器材进行扑救。现场负责人应立即组织人员疏散，特别是协助行动不便的患者逃生。

凡违反本制度，有下列行为之一的，将对相关科室及责任人进行通报批评，并纳入科室年度安全生产考核：

未经审批擅自私自动用明火的;动火现场安全措施不到位,经指出后拒不整改的;

指使或强令他人冒险作业的。

因违规动火作业造成火灾事故的，由责任人承担相应的经济损失和法律责任；构成犯罪的，依法移交司法机关追究刑事责任。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国消防法(2021 年修正)[EB/OL].(2021-04-29)[2025-08-23].https://www.bblzh.gov.cn/zfxxgk/public/49531/51712036.html.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国安全生产法(2021 年修正)[EB/OL].(2021-06-10)[2025-08-23].https://www.hbqj.gov.cn/zjz/zfxxgk/fdzdgknr/gysyjs_34501/aqsc_36240/202506/t20250627_5707432.html.

[3]国家消防救援局，住房城乡建设部，应急管理部，市场监管总局.关于人员密集场所加强动火作业安全管理的通告(消防〔2025〕20 号)[EB/OL]. (2025-04-17)[2025-08-23].https://js.119.gov.cn/202504/jsxfww-menu-XXGK-tzgg_c_d7e97355e40a4e568e53.html.

四、修订原因

2025 年 4 月国家消防局、卫健委等多部门出台了《人员密集场所加强动火作业安全管理的通告》，要求加强密集场所动火作业的安全管理。

五、修订记录

2021 年 11 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

消防培训制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-008-03	制定时间：2012-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为全面提升全院职工的安全生产（消防安全）意识、知识技能和应急处突能力，确保在岗人员具备与岗位职责相适应的安全素养，有效预防和减少安全事故，保障医院安全稳定运行，依据《中华人民共和国安全生产法》《中华人民共和国消防法》等法律法规及行业标准，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

1. 组织管理

主管部门：安全监督科是培训演练工作的归口管理部门，负责统筹协调、制定年度计划、组织全院性培训演练、监督指导科室开展培训、管理培训档案、评估培训效果。医务部、护理部、药学部、后勤保障部等职能部门按其职责分工，负责本业务领域相关的专项安全培训（如医疗安全、设备安全、危化品安全、生物安全等）。

实施主体：各科室（部门）负责人是本科室安全培训演练的第一责任人，负责组织落实本科室人员参加全院性培训，并自主开展有针对性的科室级、岗位级安全培训与应急演练。

2. 培训管理

（1）培训内容：

根据岗位风险差异，实施分层分类培训，主要包括：

①通用基础培训（全员）：安全生产与消防法律法规、医院安全规章制度、消防安全“四个能力”（检查消除火灾隐患能力、扑救初起火灾能力、组织人员疏散逃生能力、消防宣传教育能力）、常用消防器材（灭火器、消火栓等）使用方法、报警程序、应急疏散路线与要领、基本急救知识等。

②重点岗位专项培训：消控室值班人员、义务消防队员、保安：消防设施原理与操作、应急预案执行、初期火灾扑救战术等专业培训，定期复训。

③水电工、压力容器、特种设备操作人员等特种作业人员：必须取得国家规定的特种作业操作资格，并定期参加复审培训。

④危险化学品管理、储存、使用人员（药学部、检验科、病理科等）：危化品特性、安全操作规程、储存要求、泄漏应急处置、个人防护等。

⑤放射工作人员、医疗设备操作人员：辐射安全与防护、设备安全操作与维护保养等。

⑥氧气站工作人员：气体安全知识、设备操作规程、防火防爆要求等。

⑦信息中心人员：网络安全、数据安全、机房安全管理等。

⑧新员工、进修生、实习生岗前培训：必须接受院级和科室级两级安全生产（消防安全）培训。

⑨管理人员培训：科室负责人、护士长及职能部门管理人员除参加通用培训外，应侧重安全管理职责、风险辨识评估、隐患排查治理、应急指挥协调等内容的培训。

（2）培训形式：

可采用集中授课、专题讲座、在线学习、现场教学、观看警示片、技能比武等多种形式相结合。

3. 培训频次与要求

全院性集中安全培训每年不少于 2 次。新员工岗前安全培训率达到 100%。重点岗位人员专项培训每年至少 2 次，复训根据法规要求进行。各科室（部门）自主组织的安全培训每季度至少 1 次，可与季度安全例会结合进行。所有培训需留存记录，包括培训通知、签到表、课件、影像资料等，由组织部门存档备查。

4. 演练管理

（1）演练目的

检验应急预案的可行性与有效性，锻炼应急队伍，磨合应急机制，提高协同应对能力，增强全员风险防范意识和自救互救技能。

（2）演练内容

综合应急演练：模拟火灾、大面积停电、中心供氧故障、信息系统瘫痪、群体性事件等重大突发事件的全流程、多部门协同应对演练。由院级层面组织。

专项应急演练：针对特定类型风险开展的演练，如：消防疏散演练应急处置演练、医疗设备故障应急演练、医疗纠纷引发的安全事件处置演练等。由主管部门或高风险科室牵头组织，相关科室参与。

科室（部门）现场处置演练：各科室结合本区域、本岗位风险特点，组织开展针对初起火灾扑救、患者疏散转移、小型设备故障、局部停电停水等的现场应急处置演练。

（3）演练组织与实施

制定方案：演练前须制定详细的演练方案，明确目的、时间、地点、场景、参与人员、角色分工、评估标准、安全保障措施等。

组织实施：严格按照方案进行，确保安全有序。

评估总结：演练结束后，必须及时进行评估总结，由演练组织部门撰写演练评估报告，分析成功之处、存在问题及改进措施，并据此修订完善相关应急预案。

记录归档：演练的方案、通知、记录、影像资料、评估报告等均需整理归档。

5. 考核与奖惩

将安全生产（消防安全）培训演练的参与情况、考核成绩、演练表现纳科室年度绩效考核。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国安全生产法(2021 年修正)[EB/OL].(2021-06-10)[2025-08-23].https://www.shunde.gov.cn/sdqyjglj/xzzfsxzdzl/sqgk/yjxx/content/post_4972600.html.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国消防法(2021 年修正)[EB/OL].(2021-04-29)[2025-08-23].https://www.faxin.cn/lib/zyfl/ZyflContent.aspx?gid=A301930&libid=010101.

四、修订原因

近几年消防局、卫健委对消防安全、安全生产等工作提出了更高的要求，要求医疗机构加强日常的培训演练，在突发事件发生时能及时应对处理。

五、修订记录

2023 年 10 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

监控录像管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-009-03	制定时间：2010-12-22
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为加强医院安全管理，规范视频监控系统的使用与管理，保障医务人员、患者及家属的人身财产安全，维护医院正常的医疗秩序，依据《公共安全视频图像信息系统管理条例》《医疗机构视频数据安全建设规范》及上级主管部门的相关要求，结合我院实际情况，特制定本制度。

二、内容

医院保卫科是视频监控系统的主管部门，负责监控系统的日常运行、维护保养、录像存储管理及使用审批。任何科室和个人未经授权，不得擅自操作、查看或复制监控录像资料。

1. 本制度适用于医院所有监控录像资料的采集、存储、调阅、查看、复制及销毁等环节的管理。医院监控系统覆盖范围包括门诊楼、住院部、行政办公区、公共通道、重点要害部位（如药房、财务室、供氧中心）及院区主要出入口。

2. 录像存储与设备管理

（1）根据《江苏省医疗机构安全保卫工作意见》及我院安全保卫工作要求，视频监控系统图像保存时间不得少于 90 天，重点要害部位的出入口控制系统记录存储时间不得少于 180 天。保卫科应定期检查存储设备，确保录像资料的连续性和完整性，严禁因存储设备故障导致数据丢失。

（2）监控系统实行 24 小时全天候运行。任何人不得擅自关闭、遮挡、移动摄像头，不得私自调整监控角度或改变系统用途。因装修、改造需临时拆除或移动监控设备的，需提前向保卫科报备，并在施工结束后及时恢复。

（3）消控室实行 24 小时值班制度。值班人员须严格遵守交接班制度，认真填写《值班记录表》，交接班时需确认设备运行状态、录像存储情况及上一班次遗留问题。

（4）技术人员应定期对监控设备进行维护保养，包括清理镜头灰尘、检查线路连接、测试系统功能等。发现设备故障或图像异常，须在 24 小时内报修，并做好维修记录。

3. 消控室管理

（1）消控室是医院安全防范的核心重地，严禁无关人员进入。因工作需要进入的，须经保卫科负责人批准，并由值班人员陪同。

（2）值班人员在岗期间，严禁从事与工作无关的活动（如玩游戏、看视频、浏览无关网站），严禁使用外来存储设备，严禁私自卸载系统软件或更改系统设置。

（3）保持消控室内环境整洁、设备清洁，确保机房温度、湿度符合设备运行要求。严禁在室内吸烟、进食或堆放易燃易爆物品。

4. 录像资料调阅与使用

（1）录像资料属于医院内部保密信息，任何单位或个人调取、查看、复制监控录像，必须严格遵守审批程序，并实行实名登记制度。

（2）内部调阅流程：

申请：因工作需要调阅监控录像的科室，需填写《宜兴市人民医院监控录像调阅申请表》，注明调阅事由、具体时间段、涉及区域及申请人信息。

审批：申请表需经申请科室负责人签字，报保卫科负责人审核批准。

调阅：保卫科指定专人（监控值班人员）陪同调阅，严禁申请人自行操作。调阅过程中，值班人员应记录调阅开始与结束时间、查看内容摘要。

复制：确需复制录像资料的，需经分管院领导审批，并由保卫科负责制作拷贝，严禁私自用手机翻拍屏幕或使用 U 盘拷贝

（3）外部查询流程：

公安、司法等国家机关因执法需要调取监控录像的，须出具相关法律文书（如调取证据通知书）及工作证件。

患者或家属因医疗纠纷、物品遗失等个人原因要求查看监控的，原则上由保卫科根据实际情况决定是否受理。受理时，需报请院总值班或分管领导审批，并由保卫科人员操作，仅允许查看涉及本人的特定区域录像，严禁翻拍或复制。

任何个人或单位未经批准，不得在互联网上公开、传播涉及医院内部画面及患者隐私的监控录像。

5. 信息安全与隐私保护

（1）医院监控系统涉及医疗行为、患者面貌、职工工作状态等敏感信息，全体工作人员及监控管理人员必须严格履行保密义务，不得泄露、传播监控内容。

（2）严禁在监控系统中安装与工作无关的软件，严禁将监控系统接入互联网非授权端口，防止病毒入侵和黑客攻击。

（3）针对涉及人脸识别、特定诊疗过程等高风险视频数据，应采取必要的脱敏处理或安全加密措施，确保数据安全。

6. 应急处置与责任追究

（1）监控室值班人员发现紧急情况（如医闹、火灾、突发治安事件）时，应立即报告保卫科及院总值班，并启动应急预案，同步锁定相关监控画面，配合现场处置。

（2）发生监控系统大面积瘫痪、存储设备严重损坏或录像资料被恶意删除时，

应在第一时间上报并保留现场日志，联系技术部门进行数据恢复，查明原因。

（3）违反本制度，有下列行为之一的，视情节轻重给予批评教育、经济处罚或行政处分；涉嫌违法的，移交司法机关处理：

（4）擅自复制、传播、泄露监控录像资料的；私自允许无关人员进入监控室或私自调阅录像的；故意遮挡、损坏监控设备，影响系统正常运行的；未按规定存储录像，导致关键时段数据丢失，造成严重后果的。

三、参考文献

[1]国务院.公共安全视频图像信息系统管理条例(国务院令第799号)[EB/OL].(2025-01-13)[2025-08-23].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202502/content_7003025.htm.

[2]江苏省大数据协会.医疗机构数据安全管理规范(T/SDBDA79-2025)[EB/OL].(2025-11-12)[2025-08-23].https://cssn.net.cn/cssn/productDetail/9ba6e110f7c9cdb15ad72766364943ad.

四、修订原因

随着《个人信息保护法》《数据安全法》以及相关行业条例的不断完善，原有的制度可能在数据隐私保护、个人信息采集边界、录像调取权限等方面存在滞后。

五、修订记录

2020年08月第1次修订

2025年11月第2次修订

停车场管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-010-03	制定时间：2012-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-25

一、目的

为规范医院停车场管理，保障医院内部交通秩序，方便患者就医，维护医务人员及患者的停车权益，依据《无锡市机动车停车便民惠民十项措施》《宜兴市机动车停放服务收费管理办法》及医院相关规定，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

保卫科是停车场的主管部门，负责停车场的日常管理、秩序维护、收费监督及设施维护工作。

1. 本制度适用于医院所有停车区域，包括地下停车场、地面停车场、临时停车

点及非机动车停放区。医院停车场属于公益性配套停车场，实行“优先保障就医、规范停放秩序”的管理原则。

2．停车区域设置与功能划分

根据医院实际，停车场设置以下功能区域：

职工停车区：行政楼北侧及职工地下停车场，共设置职工专用停车位 750 个。

就医群众停车区：除职工专用车位外，其余车位全部供就医群众使用。

临时停车点：综合楼西门（天井处）、行政楼南侧职工停车场等 2 处设置临时停车点，共 230 个临时车位，每日 8:30-10:00 就医高峰时段开放，引导社会车辆有序停放。

非机动车停放区：摩托车、电动车、自行车须在指定区域停放，严禁在门诊楼前、急诊通道、消防通道等区域停放。

无障碍停车位：按照不少于总停车位 2%的比例设置无障碍停车位，供残疾人车辆专用，其他车辆不得占用。

医院倡导职工绿色出行，号召职工乘坐公共交通或使用“健康公交专线”通勤，将更多车位让给就医群众。

3．车辆出入管理

车辆进入医院须遵守交通标志和标线指示，服从安保人员指挥，减速慢行（限速 5 公里/小时），禁止鸣笛。

车辆出入管理规范：

职工车辆凭车牌识别系统认证进入职工停车区。就医群众车辆通过车牌识别系统自动识别入场，系统记录入场时间。

执行任务的军车、警车、消防车、救护车、工程抢险车等特种车辆免收停车费，优先通行。

外单位或上级部门因公来院的车辆，须提前与相关科室联系，经保卫科同意后方可进入。

车辆离场时，应主动缴费后离场。医院支持微信、支付宝、ETC 等多种支付方式，推广“先离场后付费”智慧场景应用，实现无感支付、快速离场。

4．车辆停放管理

进入医院的车辆须遵守以下停放规范：

车辆须按指定区域、指定车位停放，不得占用通道、消防通道、急救通道及无障碍车位。地面停车场车辆停放时，车头须一致向外，保持整齐美观。车辆须完全停入车位线内，不得跨线、压线停放。严禁在停车位内修车、洗车或进行其他与停车无关的活动。

驾驶员离车前应检查门窗是否关闭，车内不得存放贵重物品，医院不对车辆及车

内物品的安全负责。

严禁携带易燃、易爆、剧毒及腐蚀性物品的车辆进入停车场，因违规停放引发安全事故的，由车主承担全部责任。

5．停车收费管理

医院停车收费实行政府指导价，收费标准依据《宜兴市机动车停放服务收费管理办法》及无锡市相关规定执行。

免费停放政策：

进入医院停车设施 60 分钟（含）内临时停放的社会车辆免收停车费，新能源车辆和残疾人合法驾驶的非营运车辆另加 1 小时免费。

执行任务的行政执法车、军车、警车、消防车、救护车、工程抢险车、市政服务车等特种车辆免费停放。

法律法规规定的其他应当免收停车服务费的车辆。

计时收费标准（参照宜兴市一类区域非道路室内停车场标准）：

车辆类型	免费时长	4 小时内	4 小时后	12-24 小时最高收费
小型车	60 分钟	5 元	2 元/小时	19 元
中大型车	60 分钟	按小型车标准加倍	按小型车标准加倍	按小型车标准加倍

车辆连续停放超过 24 小时的，超过部分按上述标准重新累计计算。

停车收费实行明码标价，在停车场入口处及收费处公示收费依据、收费标准、免费时长、监督电话等信息，接受社会监督。

6．违规处理

对违反停车管理规定的车辆，视情节采取以下处理措施：

首次违规：由安保人员进行劝阻、提醒，记录违规信息。

再次违规：在车辆显眼位置张贴《违规停车告知单》，通报所属科室（职工）或记录在案（社会车辆）。

多次违规或情节严重：职工车辆取消职工停车资格；社会车辆列入停车场黑名单，限制进入。

占用消防通道、急救通道、无障碍车位的车辆，经劝阻无效的，医院有权采取锁车、拖移等措施，相关费用由车主承担。

损坏停车场设施设备或其他车辆的，须照价赔偿，并依法承担相应责任。

本院职工车辆违规停放的，第一次批评教育，第二次通报批评，第三次视情节给予 50-200 元处罚，罚款上缴医院财务。

7．非机动车管理

摩托车、电动车、自行车须在指定区域有序停放，严禁在门诊楼前、住院部入口、

急诊通道、消防通道等区域停放。

非机动车停放区实行免费停放，但不承担看管责任。车主应自行锁好车辆，贵重物品随身携带。

长期无人认领的废弃非机动车，医院有权定期清理处置。

8. 便民服务与保障措施

医院持续优化停车服务，落实“四微”实事项目：

深挖停车资源，根据实际需求动态调整临时停车点设置。完善无障碍通道，方便特殊群体通行。配合“健康公交专线”运行，鼓励公共交通出行。

停车场应保持环境整洁，照明、监控等设施完好。安保人员应礼貌待人、热情服务，主动引导车辆有序停放。

如遇停车纠纷或需投诉建议，可拨打医院总机（0510-81550101）转接保卫科。

三、参考文献

[1]无锡市人民政府办公室.关于印发无锡市机动车停车便民惠民十项措施的通知[EB/OL].(2023-09-01)[2025-08-23].http://www.wnd.gov.cn/doc/2023/09/04/4056735.shtml.

[2]宜兴市发展和改革委员会，宜兴市公安局，宜兴市住房和城乡建设局，等.关于印发 《宜兴市机动车停放服务收费管理办法》的通知(宜发改规〔2022〕1号)[EB/OL].(2022-12-27)[2025-08-23].http://www.yixing.gov.cn/doc/2022/12/28/1113847.shtml.

四、修订原因

随诊新院区就诊人数的增加，停车管理技术的升级，对停车场的管理提出了更高的要求，医疗机构必须提供更好的服务体验，才能解决供需矛盾，优化停车资源。

五、修订记录

2020 年 06 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

特种设备安全管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-011-03	制定时间：2019-05-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为加强单位特种设备的安全管理，防止和减少事故，保障员工生命和财产安全，

促进单位安全发展，依据《中华人民共和国特种设备安全法》《特种设备安全监察条例》《医疗机构后勤安全生产工作管理指南》等法律法规，结合我院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 本制度所称特种设备是指涉及生命安全、危险性较大的设备。根据我院医疗特点，主要包括：电梯、锅炉、压力容器、压力管道以及气瓶。

2. 组织机构与责任体系

管理体制与职责分工：医院特种设备安全管理实行统一领导、分级负责、责任到人。由安全监督科作为归口管理部门，全面负责特种设备的日常安全监管、制度制定、监督检查及台账管理；后勤保障部或设备科负责设备采购、安装调试、维保检修及技术支持；使用科室负责设备现场规范使用及日常巡检。各部门形成闭环管理，确保安全责任层层落实。

3. 设备购置、安装与注册登记

购置特种设备时，必须采购具有相应生产许可的厂家制造的合格产品。设备安装必须由具有相应安装资质的单位承担，并向市场监督管理部门办理安装告知手续。

特种设备在投入使用前或者投入使用后 30 日内，必须向负责特种设备安全监督管理的部门办理使用登记，取得使用登记证书。登记标志（如电梯使用标志、压力容器登记铭牌）应当置于该特种设备的显著位置。

4. 人员资质与培训管理

特种设备作业实行持证上岗制度。安全监督科负责组织操作人员、安全管理人员参加专业培训并考核，取得有效《特种设备作业人员证》后方可上岗。严禁无证人员操作、严禁超范围作业。安全监督科需定期组织全员安全知识培训，确保持证率、培训率达标。

5. 设备建档与登记管理

安全监督科牵头建立特种设备“一机一档”安全技术档案。档案内容必须包含：出厂合格证、安装使用维护说明书、监督检验报告、使用登记证、定期检验报告、日常巡检记录、维保记录、故障及事故处理记录等。档案由安全监督科统一归档管理，随时备查。

6. 日常巡检与维护保养

各使用科室是巡检第一责任主体，必须严格执行每日巡检制度，重点检查设备运行状态、安全附件（安全阀、压力表、门锁等）、报警装置、应急按钮及周边环境是否符合安全规范。安全监督科负责定期组织专项巡查，发现隐患立即下达整改通知书，督促限期整改并实行闭环管理。

7. 定期检验、维保与报废处置

特种设备必须严格按照法规要求按期申报定期检验。未经检验、检验不合格或超过检验周期的设备，一律强制停用，并挂牌警示。

医院应委托具备相应资质的单位进行维保。安全监督科负责对维保单位资质、维保方案、到场时间及维保质量进行全程监督审核。维保记录需由双方签字确认，纳入设备档案归档。

设备达到设计使用年限或存在严重隐患无法消除的，由安全监督科会同后勤保障部评估后，按程序办理报废或更新处置，严禁违规继续使用。

8. 规范操作与严禁行为

严禁超载荷、超参数、超范围运行设备；严禁擅自改装、改造、维修特种设备或拆除安全保护装置；严禁非操作人员擅自启停设备；严禁违规用易燃易爆物品替代特种设备介质；严禁在设备运行区域进行无关作业或堆放杂物。

9. 应急处置

安全监督科负责制定特种设备专项应急预案，明确应急处置流程。一旦发生故障或事故，必须立即紧急停机、疏散人员、保护现场，并第一时间上报院领导及安全监督科。安全监督科需牵头组织调查分析，落实整改措施，防止同类事故再次发生。

10. 责任追究与考核

严格落实安全生产责任制。对因管理疏漏、巡检不到位、无证操作、违规整改等行为造成安全隐患或事故的，由安全监督科依规对责任部门及个人进行通报、追责；造成严重后果的，移交上级主管部门或司法机关处理。对特种设备管理工作成效显著的部门与个人，予以表彰奖励。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国特种设备安全法[EB/OL]. (2013-06-29)[2026-03-24].https://jjjcz.mee.gov.cn/djfg/gjflfg/fl/201306/t20130601_444475.html.

[2]国家卫生健康委办公厅.关于印发《医疗和疾控机构消防安全生产工作管理指南（试行）》《医疗和疾控机构后勤安全生产工作管理指南（试行）》的通知：国卫办密安发〔2019〕2 号[EB/OL].(2019-01-29).https://hospital.seu.edu.cn/2019/0828/c29923a283498/page.htm.

[3]国务院.特种设备安全监察条例(国务院令第 373 号)[EB/OL].(2009-01-24)[2026-03-24].https://xzfg.moj.gov.cn/front/law/detail?LawID=609.

四、修订原因

2023 年国家市场监管总局即将发布《特种设备使用单位落实使用安全主体责任监督管理规定》等两个重要规章，同时《医疗机构特种设备安全合规管理要求》团体标准正式启动制订。

五、修订记录

2022 年 03 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

危化品安全管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-012-04	制定时间：2011-03-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为加强医院危险化学品的安全管理，保障医务人员、患者及公众的生命财产安全，保护环境，确保医疗、教学、科研工作的顺利进行，根据《中华人民共和国安全生产法》《危险化学品安全管理条例》及《医疗机构危险化学品安全管理要求》（DB11/T 1578-2025）等法律法规，结合我院实际情况，特制定本制度。

二、内容

医院危险化学品管理坚持“谁使用、谁负责，谁主管、谁负责”的原则，实行院科两级责任制。医院党政主要负责人为危险化学品安全管理第一责任人，各科室主任（科长）为本科室第一责任人。

1. 本制度所称危险化学品，是指具有毒害、腐蚀、爆炸、燃烧、助燃等性质，对人体、设施、环境具有危害的剧毒化学品和其他化学品，包括医院使用的医用气体、酒精、甲醛、病理科试剂、实验室试剂等。

2. 组织管理与职责

医院成立危险化学品安全管理领导小组，由院长任组长，分管院领导任副组长，成员包括医务部、护理部、安全监督科、后勤保障部、材料科、药学部、检验科、病理科及各临床实验室负责人。领导小组负责全院危化品的统筹协调与监督。

3. 相关部门职责：

保卫科：负责全院危化品的安全督查，落实防火、防盗、防破坏措施，监督剧毒品、易制爆品的管理。

后勤保障部/材料科/采购中心：负责危化品的采购、入库、储存、发放及废弃物的回收处置管理；负责医用气体（氧气、液氧、笑气等）的安全管理。

医务部/护理部：指导临床科室规范使用危化品，落实操作安全。

使用科室：负责本科室危化品的领取、使用、临时储存及安全管理，严格执行安全操作规程。

4. 采购与验收

采购资质：医院采购危险化学品（含剧毒、易制毒、易制爆化学品）必须向具有合法生产或经营资质的单位采购，严禁向无证单位或个人购买。

审批流程：使用科室根据实际需求提出采购申请，经归口管理部门审核、分管院领导批准后，由材料科报采购中心统一采购。剧毒、易制毒化学品的采购需按规定向公安机关备案。

入库验收：危化品入库前，必须进行严格检查，核对品名、数量、规格、生产日期、安全技术说明书（SDS）及安全标签，确保包装完好。不符合要求的不得入库。

5. 储存与保管

专用仓库与专柜：危险化学品必须储存在专用的仓库、专用场地或专用储存室内。剧毒化学品、易制爆化学品实行“五双”管理（双人验收、双人保管、双人领取、双把锁、双本账）。

储存要求：危险化学品仓库应为单层且独立设置，不应设有地下室。库房内应设置通风、防爆、防雷、防静电、气体浓度检测报警装置及监控设施。

危险化学品应根据其性质分类、分项存放，严禁混存。性质相抵触或灭火方法不同的物品必须隔离贮存。

储存场所应有明显的安全警示标志，如“严禁烟火”、“当心中毒”等。

存放剧毒品的保险柜必须固定在地面或墙体，库房必须安装防盗门、铁窗及报警装置。

日常管理：仓库保管员应定期对库存危化品进行检查，严防变质、泄漏、自燃或爆炸，并做好温湿度记录。易燃液体储存环境温度不应超过 30℃。

6. 领用与使用

领用手续：领用危险化学品须填写领用单，经科室负责人签字批准。剧毒、易制爆化学品领用时必须双人领取、双人签字。

限量领用：严格执行“少量多次”原则，领取数量不得超过当日或当次实验/治疗所需用量。剩余药品严禁随意丢弃或倒回原瓶，应及时退库。

现场使用：使用危险化学品的人员必须经过岗前培训，熟悉所使用物品的危险特性和应急措施。

使用挥发性强、有毒或腐蚀性试剂时，必须在通风橱内操作，并按规定佩戴防护眼镜、防护手套、防毒面具等个人防护用品。

严禁在非工作场所（如病房、办公室、值班室）存放危险化学品。

实验或治疗过程中，必须至少有两人在场，严禁单人操作高风险环节。

7. 废弃物处置

分类收集：危险化学品废弃物（废液、废渣、废弃试剂瓶等）不得直接排入下水

道或混入生活垃圾。必须按照化学性质分类收集，使用专用容器盛装，并粘贴明显标识。

回收处理：各科室产生的危险废物应暂存于指定暂存间，由后勤保障部/医学装备科统一联系具有资质的危险废物处置公司进行定期回收处理，并做好交接记录。

8. 附则

监督检查：安全监督科、后勤保障部等职能部门应定期对全院危险化学品的管理情况进行检查，建立隐患排查台账，对发现的问题下达整改通知书。

责任追究：对于违反本制度规定，造成安全事故或环境污染的，视情节轻重给予责任人行政处分或经济处罚；构成犯罪的，依法移交司法机关追究刑事责任。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国安全生产法(2021 年修正)[EB/OL].(2021-06-10)[2025-08-23].https://www.mem.gov.cn/fw/flfgbz/fg/202107/t20210709_391684.shtml.

[2]江苏省市场监督管理局.医疗机构危险化学品安全管理要求(DB11/T1578-2025)[EB/OL].(2025-04-01)[2025-08-23].https://std.samr.gov.cn/db/search/stdDBDetailed?id=32F4462736335C62E06397BE0A0A5112.

[3]国务院.危险化学品安全管理条例(国务院令第 344 号)[EB/OL].(2013-12-07)[2025-08-23].https://www.gov.cn/gongbao/content/2014/content_2695514.htm.

四、修订原因

2025 年 11 月，新的国家标准《危险化学品企业安全生产标准化通用规范》正式实施。医疗机构要将新要求内化为具体的管理动作，从而防范风险。

五、修订记录

2016 年 10 月第 1 次修订

2021 年 09 月第 2 次修订

2025 年 11 月第 3 次修订

放射诊疗工作场所安全管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-013-03	制定时间：2012-10-20
适用范围：全院员工	修订时间：2015-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：辐射安全与防护管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为进一步加强放射诊疗工作场所的安全管理，保障放射工作人员、患者、公众的健康与安全，保护环境，防范放射性事故，根据《中华人民共和国职业病防治法》《放

射性同位素与射线装置安全和防护条例》《放射诊疗管理规定》等国家法律法规、标准和规范，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 本制度适用于本院内所有涉及放射诊疗活动的科室、部门及相关工作人员。

2. 基本原则与责任体系

放射诊疗工作坚持“安全第一、预防为主、防治结合”原则，严格落实辐射防护最优化和剂量限值要求。

单位法定代表人是放射诊疗与防护工作第一责任人，对全院放射诊疗安全工作负总责。放射诊疗科室负责人为本科室放射安全管理直接责任人。

医院设立放射防护管理领导小组，由分管院领导、医务部、护理部、设备科、后勤保障部、安全监督科等职能部门负责人、放射诊疗科室负责人组成。

3. 工作场所分区与布局管理

放射诊疗工作场所实行分区管理，严格划分控制区、监督区和非限制区，设置醒目电离辐射警告标志和工作状态指示灯。

放射诊疗场所应相对集中布置，避开人员密集区域。候诊区应设置在安全区域，与放射设备机房保持有效距离。核医学诊后患者应在指定区域候诊，符合出院标准后方可离开。

4. 工作场所防护设施要求

放射工作场所屏蔽设计符合国家防护标准，经有资质机构检测合格后方可使用。机房门外设置醒目工作状态指示灯和声光警示，警示开启时严禁无关人员进入；机房设置观察窗或摄像监控装置，便于观察患者状态；介入放射学、放射治疗等操作室配备铅屏风、铅眼镜等必需辐射防护用品；核医学场所通风系统符合要求，防止放射性气体或气溶胶积聚。

定期检查门机联锁装置、警示灯、报警装置等安全设施，确保完好有效；发现安全设施故障应立即停用相关设备，及时维修；防护用品应定期检测，确保防护性能有效。

5. 放射设备与放射源管理

所有放射诊疗设备和放射源取得《辐射安全许可证》《放射诊疗许可证》后方可使用。按规定开展定期稳定性检测、状态检测和防护检测；检测不合格的设备，在修复并经复测合格前不得使用；建立设备台账，详细记录设备及放射源相关信息；设备报废应按规定办理注销手续。

放射源和放射性药物管理，实行专人管理、双人双锁；建立领取、使用、归还等全流程记录，确保账物相符；放射性药物应按规定储存，防止泄漏、丢失；废弃放射源和放射性废物应按规定处置。

6. 放射诊疗操作安全管理

实施放射检查或治疗时，遵循医疗照射防护最优化原则，在满足诊疗需求的前提下尽可能降低受照剂量。对邻近照射野的敏感器官和组织进行屏蔽防护；事先告知患者辐射对健康的影响；严格控制照射范围，避免重复照射；移动式、便携式放射设备使用时，划定临时控制区，采取有效隔离和警示措施。

加强育龄妇女、孕妇、儿童放射检查管理；对孕妇进行放射检查时，应充分评估必要性，告知风险并签署知情同意书；儿童放射检查应严格掌握适应症，采用儿童专用防护用品。

7. 监测与档案管理

定期对工作场所周围环境辐射水平开展监测；每年至少由有资质机构检测一次并保存监测报告；发现异常应立即查明原因，采取整改措施。

放射工作人员必须佩戴个人剂量计，并按规定周期送检；建立个人剂量监测档案，长期保存；个人剂量超过限值时，应及时调查原因并采取相应措施。

放射工作人员上岗前、在岗期间和离岗时应进行职业健康检查；建立职业健康监护档案，长期保存；发现职业禁忌症或疑似职业病，应及时调离或安排诊治。

8. 人员培训与管理

放射工作人员上岗前必须通过放射防护知识和法规培训，考核合格后方可上岗。在岗期间按规定参加复训和考核；培训内容应包括放射防护知识、法规标准、操作规程和应急处理；建立培训档案，记录培训时间、内容、考核结果等。

9. 应急管理

医院制定《放射事故（事件）应急预案》，明确应急组织、职责分工、处置流程和联络方式。配备必要的应急器材和物资，定期检查维护；每年至少组织一次辐射事故应急演练；演练结束后应总结评估，修订完善预案。

三、参考文献

[1]国务院.放射性同位素与射线装置安全和防护条例(国务院令第449号)[EB/OL].(2019-03-02).https://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5468884.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国职业病防治法(2018年修正)[EB/OL].(2018-12-29).http://www.nhc.gov.cn/wjw/zcwj/201901/7f8d6e4a6b4b4f7a8c3d2e1f5a9b8c7d.shtml.

[3]卫生部.放射诊疗管理规定(卫生部令第46号)[EB/OL].(2016-01-19).https://www.nhc.gov.cn/bgt/pw10601/200604/3e50124e8e544374bed1fa1a15cb8781.shtml.

四、修订原因

2026年6月，新的国家标准《放射诊疗标准化通用规范》正式实施。医疗机构将其新要求内化为具体的管理动作，从而防范风险。

五、修订记录

2021 年 09 月第 1 次修订
2025 年 11 月第 2 次修订

放射性同位素储存场所安全管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-014-03	制定时间：2025-06-15
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：辐射安全与防护管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为规范医院放射性同位素的储存管理，保障辐射安全，防止放射性污染，丢失，被盗及事故发生，保护工作人员，公众健康和环境安全，依据《中华人民共和国放射性污染防治法》《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》《放射性同位素与射线装置安全许可管理办法》等国家法律法规，标准及技术规范，结合我院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 本制度适用于本单位所有放射性同位素（包括放射源与非密封放射性物质，以下简称“同位素”）的储存场所（以下简称“储存场所”）的安全管理。涉及采购，运输，使用，报废等环节的相关安全管理规定参照其他专项制度执行。储存场所的安全管理必须遵循"预防为主，安全第一，明确责任，严格管理"的原则，确保同位素在储存期间处于受控和安全状态。

2. 单位法定代表人对放射性同位素储存安全负总责。储存场所所属科室（部门）负责人为该场所安全管理直接责任人。放射防护管理人员负责具体安全监督与日常检查工作。

3. 储存场所的选址，设计，建造和防护必须符合国家相关标准，并经环保，卫生健康等主管部门审批和验收合格后方可投入使用。

4. 储存场所应根据存放同位素的种类，活度，物理化学形态（固态，液态，气态）及危险程度，进行合理分区，分类储存，并设置明显的电离辐射警告标志和中文说明标牌。

5. 储存场所必须具备以下安全防护设施与措施：可靠的实体屏障：建筑结构（墙、门、窗、天花板、地板）应具备足够的辐射屏蔽能力。防盗门，窗应坚固，并符合防盗要求。有效的防盗报警装置：应安装红外，门磁等入侵报警装置，并与本单位安保部门或外部报警中心联网。视频监控系统：关键区域（如出入口、源柜前）应安装视频监控设备，监控录像保存时间不少于 60 天。通风与废物收集系统：储存非密封放

射性物质的场所，应有独立的通风系统，排气口应高于周围建筑物，并配备必要的放射性液体或固体废物收集容器。防火，防水设施：配备适用的消防器材，场所内不应存放易燃易爆等危险化学品。地面，墙面应防渗透，易去污。

6. 照明与应急照明：保证正常工作照明和事故应急照明。剂量监测设备：应配备固定式辐射剂量监测报警仪和便携式剂量率仪，定期检查其有效性。

7. 储存场所应实行“双人双锁”管理，即进入场所或存取同位素必须由两名授权人员同时在场，分别掌管不同钥匙或密码。严禁单人操作。

8. 入库管理：新购或返回的同位素入库前，必须由保管员和放射防护管理人员共同核对送货单，放射性同位素转让审批表，编码卡（对于放射源），货包表面污染及剂量率检测报告等文件，确认信息（核素、活度、物理形态、数量、编码等）无误。检查包装容器是否完好无损，进行表面污染和周围剂量率监测，确认符合安全标准后方可办理入库手续。填写《放射性同位素入库登记表》，详细记录核素名称、编码、活度、入库日期、来源，监测结果、存放位置等信息，并由核对双方签字。

9. 存放管理：严格按照分区分类原则存放。不同核素、不同活度、不同状态的同位素应分开存放，保持安全距离，防止交叉污染和叠加照射。存放位置应固定，并在货架或容器上清晰标识，便于查找和管理。对于半衰期较短的核素，应优先安排使用，避免长期储存造成活度浪费和管理负担。

10. 在库管理：保管员应每日对储存场所进行安全检查，包括：门锁是否完好，监控报警系统是否正常运行，辐射剂量率有无异常，消防设施是否有效，温湿度是否适宜等，并填写《储存场所日安全检查记录》。放射防护管理人员应每周至少进行一次全面巡查，每月对场所周围环境进行辐射水平监测，并留存记录。建立《放射性同位素库存台账》，动态记录同位素的入库、出库、盘存信息，确保账、物、编码卡相符。台账应长期保存。

11. 出库管理：同位素出库必须凭经批准的《放射性同位素领用申请单》，由使用科室指定授权人员和保管员共同在场办理。出库时，双方应共同核对出库同位素的名称、编码、活度、数量等信息，检查容器完好性，并进行必要的剂量监测。填写《放射性同位素出库登记表》，由领用人和保管员共同签字确认。至少每季度进行一次全面的实物盘存，将盘存结果与库存台账逐一核对。盘存工作应由保管员，和使用科室代表共同进行。

三、参考文献

[1]国务院.放射性同位素与射线装置安全和防护条例(国务院令第449号)[EB/OL].(2019-03-02)[2025-08-23].https://www.tja.gov.cn/grassroots/content/1258862918.
[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国放射性污染防治法[EB/OL].(2003-06-28)[2025-08-23].https://sthjj.wuzhou.gov.cn/zwdt/t25992137.shtml.

[3]生态环境部.放射性同位素与射线装置安全许可管理办法(国家环境保护总局令第 31 号)[EB/OL].(2019-08-22)[2025-08-23].https://sthjj.huaibei.gov.cn/zwgk/public/50/63135234.html.

四、修订原因

2026 年 6 月，新的国家标准《放射诊疗标准化通用规范》正式实施。医疗机构将其新要求内化为具体的管理动作，从而防范风险。

五、修订记录

2021 年 09 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

安全检查工作制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-015-02	制定时间：2023-10-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：1
审核批准：辐射安全与防护管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为加强本院安全保卫工作，维护良好的医疗、教学、科研秩序，保障患者、家属及职工的人身财产安全，有效防范各类安全风险，根据《企业事业单位内部治安保卫条例》《关于加强医院安全防范系统建设的指导意见》及国家卫生健康委、公安部关于医疗机构安检工作的相关文件精神，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

医院安全保卫工作贯彻“预防为主、单位负责、突出重点、保障安全”的方针，坚持“谁主管、谁负责”的原则，实行院、科两级责任制。安全检查工作是医院安全防范体系的重要组成部分，旨在从源头上防止危险物品进入医院，确保院内环境安全有序。

1. 本制度适用于医院各科室、各部门及所有在院工作人员（含在编员工、合同制员工、进修生、实习生、外包服务人员及临时用工），以及所有进入医院区域的人员和车辆。

2. 组织机构与职责

医院院长是医院安全保卫工作第一责任人，对医院安全检查工作负全面领导责任。医院安全生产工作领导小组全面负责医院安全检查工作的组织、协调和督导。

保卫科是医院安全检查工作的主管部门，主要职责包括：制定并落实医院安全检查工作的各项制度、计划和操作规程。负责安检设备的日常管理、维护与更新，确保

设备正常运行。负责安检人员的业务培训、考核与管理，确保安检人员熟练掌握安检技能和应急处置流程。组织实施医院主要出入口的日常安检工作，监督指导各科室、重点部位的安全检查。负责对安检中发现的禁止、限制携带物品进行登记、暂存和依法处置。定期总结安检工作情况，分析安全风险，及时向安全生产工作领导小组汇报。

各科室负责人为本科室安全保卫第一责任人，负责在本科室落实医院的安全检查制度，对本科室区域内的可疑物品、人员进行排查，并配合保卫科开展全院性的安检工作。

医院建立医警联动机制。设立警务室，与辖区派出所保持常态化联系，对安检工作中发现的违法犯罪线索及难以处置的突发情况，及时请求公安机关协助处理。

3. 安检设备与人员配置

医院根据安全防范需要，在主要出入口配备以下安检设备：

通过式金属探测门：用于检测进入人员是否随身携带金属制违禁品。

微量 X 射线安全检查设备：用于对人员携带的箱包、包裹等物品进行透视检查。

手持式金属探测器：作为补充检测手段，用于对通过金属探测门报警的人员进行重点复检。

医院按照要求配备足够数量和素质优良的安检人员。安检人员由保卫科统一管理，须经过专业培训，熟悉安检设备操作、危险品识别、应急处置流程及文明服务规范，做到持证上岗。

4. 安检工作实施

（1）安检原则与范围：

医院安检工作遵循“应检尽检、保障安全、兼顾特殊、文明规范”的原则。在主要出入口设置安检点，对所有进入医院院区的人员及其携带的行李、物品进行安全检查。对进入门诊楼、住院部、急诊楼等核心医疗区域的人员进行重点安检。

（2）安检流程：

引导：安检人员引导进入人员有序通过安检通道。

机检：人员携带的箱包、包裹等物品须经微量 X 射线安全检查设备进行透视检查。随身小件物品可放置于指定容器内通过设备检查。

门检：人员依次通过通过式金属探测门。

复检：对通过金属探测门报警或 X 光机图像显示可疑的人员及物品，安检人员应礼貌地使用手持式金属探测器进行复检，或要求开包检查。

处置：经检查发现的禁止、限制携带物品，按照本制度第十二条、第十三条进行处理。

（3）禁止与限制携带物品管理

禁止携带物品：严禁携带枪支弹药、管制刀具、易燃易爆物品、有毒有害物品、

腐蚀性物品、放射性物品等国家法律法规明令禁止进入公共场所的各类物品进入医院。一经发现，应立即报告保卫科和驻院警务室，依法予以收缴或移交公安机关处理。

限制携带物品：对可能危及人身安全的普通刀具、锐器、钝器等物品，应劝导其不得带入医院核心医疗区域。医院在安检区域设置限制携带物品暂存柜，为有需要的人员提供物品暂存服务。

公示告知：在安检场所显著位置张贴《禁止、限制携带物品名录》，并通过电子屏、宣传栏等方式告知公众，引导其自觉遵守。

（4）特殊情形处理

急危重症患者绿色通道：设立急危重症患者安检绿色通道。对急危重症患者及其陪同家属，在保障安全的前提下，优先、快速通过安检，避免因安检延误救治时间。绿色通道安检可简化流程，但仍需使用手持式金属探测器进行必要的快速检测。

特殊人群：对行动不便的患者、老年人、孕妇等特殊人群，应主动提供帮助，给予人文关怀，确保其便捷、安全通过安检。

不配合安检处理：对拒绝接受安检的人员，安检人员应耐心解释。经劝导仍不接受安检的，有权拒绝其进入医院。对强行闯入或扰乱安检秩序的，保卫人员应立即到场处置，并视情况报警。

5. 应急处置与保障

医院制定完善的突发事件应急预案，明确安检点发现危险品、人员闯关、持械闹事等突发情况的处置流程。

保卫科应组建“最小应急单元”，配备带有通联、拍录、对讲功能的通讯装备。定期组织安检人员和应急队员开展战术技能培训和实战演练，确保突发事件发生时能够快速响应，力争实现“1 分钟自救、3 分钟互救、5 分钟增援到位”的目标。每年至少组织开展 2 次专门培训和 2 次联动演练。

安检点发现持刀、持械或扬言暴力等高风险人员时，安检人员应立即启动报警程序。保卫应急队伍应在 1 分钟内到达现场先行处置，控制事态，保护医患安全，同时迅速报警。事发后，全力提供监控视频等证据，配合公安机关进行调查。

医院建立高风险人员预警提醒机制。对扬言实施暴力、多次无理缠闹、醉酒吸毒、有肇事肇祸风险的严重精神障碍患者等高风险人员，保卫科应及时将信息通报相关科室，提醒医务人员，并安排安保人员陪诊，必要时报告公安机关。

6. 设备维护与培训

保卫科应建立安检设备台账，指定专人负责安检设备的日常检查、清洁和维护。发现设备故障应及时报修，确保设备处于良好运行状态。

医院定期对安检人员进行法律法规、安检技能、服务礼仪、应急处置等方面的培训。新上岗安检人员必须经过岗前培训并考核合格后方可上岗。

三、参考文献

[1]江苏省卫生健康委员会，江苏省公安厅.关于加强医院安全秩序管理的通告(苏卫规(医急)〔2025〕2号)[EB/OL].(2024-10-16).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2025/10/28/art_81326_11708792.html.

[2]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于印发医疗机构医疗质量安全专项整治行动方案的通知(国卫办医政函〔2025〕228号)[EB/OL].(2025-06-16).https://chima.org.cn/Html/News/Articles/17461.html.

[3]国家卫生健康委办公厅.关于印发医疗质量安全核心制度落实情况监测指标(2025年版)的通知(国卫办医政函〔2025〕227号)[EB/OL].(2025-06-16).http://hncis.hnwsjk.cn/fuke/contents/565/17926.html.

四、修订原因

外部法规升级、行业安全事故警示、上级行政部署以及医院内部管理要求提高，推动医院内部安全管理精细化，进一步提升安全治理能力现代化水平，为患者和医务人员营造更加安全的诊疗环境。

五、修订记录

2025年06月第1次修订

安全用电管理制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-016-03	制定时间：2011-10-16
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为加强医院安全用电管理，保障医疗工作的正常运行，确保患者、职工的生命财产安全，根据《中华人民共和国消防法》《电力设备预防性试验规程》（DL/T 596）及国家卫生健康委《医院电力系统消防安全管理标准》（WS/T 820-2023）等相关法律法规，结合我院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 管理机构与职责

后勤保障部是医院用电管理的职能部门，负责全院电力系统的规划、运行、维护及安全技术指导。电工班负责日常巡检、维修及电气设备的安装与拆除。

各科室负责人为本部门安全用电第一责任人，应指定专人负责本科室的用电管理，确保各项用电规章制度的落实。

全院职工应自觉遵守用电安全规定，发现隐患及时上报，并有义务制止违规用电行为。

2. 医疗特殊区域用电管理

手术室、ICU、抢救室、产房等 2 类医疗场所（涉及生命支持及外科手术的区域）必须严格执行国家电气安全标准。

3. 临时用电与施工管理

严格规范临时用电审批。凡因施工、检修等需要架设临时线路的，必须由使用部门填写《临时用电申请表》，经后勤保障部审核批准后，由专业电工进行接线。临时线路使用期限一般不得超过一周，用后立即拆除。

非电工人员严禁私自拆装、挪移、架设临时电气线路。严禁私拉乱接，严禁将导线缠绕在金属管道、栏杆或门窗上。

所有基建改造、装修施工涉及用电的，施工单位必须签订《安全用电责任书》，施工用电必须安装漏电保护开关，并接受医院相关管理部门的监督。

4. 日常用电与设备管理

大功率电器使用管制：严禁各科室在办公区、值班室、病房内私自使用电炉、电暖器、电饭锅、热得快等大功率电器。因治疗或工作需要必须使用的，需经后勤保障部核定线路容量后方可使用。

医疗设备管理：新增医疗设备必须向后勤保障部报备负荷，评估线路承载能力后方可安装。医疗设备应放置于通风干燥处，电源插板严禁落地或放置于水源附近。

病区用电管理：床头医用综合治疗带（设备带）仅用于医疗抢救和治疗设备，严禁接入手机充电器、台灯等其他电器。病房内的电源插座应加强管理，向患者及家属做好安全宣教，严禁超负荷用电。

人走断电制度：所有用电场所必须严格执行“人走电断”。下班前必须关闭空调、照明、电脑、饮水机等非 24 小时运行设备的电源。24 小时连续运行的设备（如冰箱、生命支持类设备）必须有专人负责，定期检查。

5. 巡检与维护

定期巡检：电工班定期对全院配电箱、线路、插座进行一次全面巡查；每季度对电气线路进行一次全面的检查，并做好记录。

设备预防性试验：变配电系统设备（变压器、高压柜、避雷器等）每年应按《电力设备预防性试验规程》（DL/T596）的规定进行年检预防性试验，确保设备绝缘性能良好。

隐患整改：对巡查中发现的老化线路、发热异常、绝缘破损等问题，必须建立隐患台账，限期整改。发现电气设备打火、异味、高热等异常情况，应立即切断电源并报修。

6. 配电房与库房管理

配电房（配电间）是医院重点要害部位，必须做到：严禁堆放杂物，保持通风散热良好。配电箱、柜前严禁摆放物品，确保操作通道畅通。落实“五防”措施（防火、防水、防雷、防鼠、防小动物），出入必须随手关门。

库房（物资仓库、药库）用电管理：库房内严禁设置移动式照明灯具。照明灯具正下方严禁堆放货物，灯具与货物的垂直距离不得小于 0.5 米。库房电源开关箱应设在库房外，下班后必须拉闸断电。

7. 应急管理

停电应急处置：制定停电应急预案，配备必要的应急照明设备。电工班实行 24 小时值班制度，接到停电或电气故障报告后，必须在规定时间内到达现场处理。

触电急救：发生触电事故时，应立即切断电源或用绝缘物体使触电者脱离电源，就地实施心肺复苏等急救措施，并立即拨打急救电话。

8. 奖惩与责任追究

违反本制度规定，私接乱拉电线、违规使用大功率电器、损坏电气设备的，视情节轻重给予通报批评、经济处罚；造成停电、设备损坏影响医疗救治的，加倍处罚并扣除科室年度考核分。

对因违规用电引发火灾、人员伤亡等严重安全事故的，依法追究直接责任人及部门负责人的行政责任或法律责任。

三、参考文献

[1]国家市场监督管理总局，中国国家标准化管理委员会.用电安全导则(GB/T13869-2017)[EB/OL].(2017-12-29).https://std.samr.gov.cn/gb/search/gbDetailed?id=N1sPm%2FYzMfc%3D.

[2]国家卫生健康委.医院电力系统消防安全管理标准(WS/T 820-2023)[EB/OL].(2023-04-06).http://wjw.hunan.gov.cn/xxgk/tzgg/202311/t20231129_32451884.html.

[3]国家市场监督管理总局，中国国家标准化管理委员会.低压电气装置第 7-710 部分：特殊装置或场所的要求医疗场所(GB/T16895.24-2024)[EB/OL].(2024-10-26).https://std.samr.gov.cn/gb/search/gbDetailed?id=25940C3CEE648A9AE06397BE0A0A525A.

四、修订原因

依据《中华人民共和国消防法》及 GB/T 13869、WS/T 820 等最新标准更新，进一步提升医院用电本质安全水平，强化电气风险防控能力，有效防范火灾事故，为构建平安医院、保障医疗事业高质量发展提供坚实可靠的安全保障。

五、修订记录

2019 年 08 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

医院微型消防站工作制度

文件编号：YXPH-HQ-AQJDK-2025-002-01	制定时间：2025-11-22
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：安全监督科	修订版本：/
审核批准：医院后勤管理委员会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为全面加强医院消防安全防控体系建设，规范微型消防站标准化运行管理，提升初起火灾快速处置能力，保障医患人员生命安全与医院财产安全，根据《中华人民共和国消防法》《社会单位微型消防站建设标准》《医疗机构消防安全管理九项规定》及应急管理部相关文件精神，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

本院微型消防站贯彻“预防为主、防消结合”的方针，坚持“统一管理、分级负责、区域联动、规范运行”的原则，实行“1 个消控室、1 个总微型消防站、5 个分区微型消防站”一体化运行模式，确保火灾发生时做到“1 分钟响应启动、3 分钟到场处置”，最大限度控制和消除火灾风险。

1. 本制度适用于医院微型消防站的建设、运行、管理、应急处置，以及全院各科室、全体工作人员的消防安全管理工作。

2. 组织机构与职责

医院院长对全院消防安全工作负总责。医院安全生产工作领导小组统筹领导微型消防站建设工作，保卫科负责人担任站长。微型消防站按照“1+1+5”模式设置：消控室：为全院消防监控与指挥调度中枢，承担火警监测、信息确认、指令下达、系统联动等核心功能，实行 24 小时不间断值守。

型消防站为全院灭火救援、装备管理、训练演练、联动处置的主体力量。微型消防站按照行政楼、急诊楼、门诊楼、感染楼、后勤楼五大独立楼宇分别设置，为各责任楼宇火灾先期处置、防火巡查、人员疏散的第一响应力量。由安全监督科制定并落实微型消防站各项管理制度和工作计划；负责全院消防装备器材的统一管理与维护；组织开展防火巡查、隐患排查、宣传教育；组织消防培训与应急演练；负责火警应急处置的指挥协调与跨区域增援。微型消防站主要职责包括，负责日常防火巡查与隐患整改；承担本区域初起火灾扑救与人员疏散任务；定期检查维护本区域消防器材；开展培训演练与应急联动。

3. 人员配备与队伍管理

微型消防站队伍实行“固定人员为主、备勤人员补充”的模式，微型消防站人员配置须满足 24 小时应急处置需求。微型消防站按标准配齐固定值守人员，实行 24

小时值班备勤，确保随时能够集结出动、跨区域增援。所有微型消防站人员须定期参加消防培训与技能训练，熟悉建筑布局、消防设施、疏散路线及应急处置流程，经考核合格后方可参与执勤值守。医院定期对微型消防站队伍进行调整补充，保持队伍稳定、结构合理、战斗力达标。

4. 站址设置与装备管理

消控室按照规范固定设置，保持 24 小时不间断运行，确保消防控制系统、报警系统、联动系统处于完好有效状态。微型消防站设置于医院核心值守区域，装备齐全、存放规范、管理有序，具备统筹全院消防应急处置能力。微型消防站按照标准配备全套灭火救援装备、个人防护装备、通讯装备及破拆救援工具，满足本区域初起火灾扑救、防火巡查、人员疏散所需的基础消防器材与应急装备。所有消防装备器材实行定置管理、专人负责、定期检查、定期维护，建立完善管理台账，确保完好可用、账物相符。严禁挪用、遮挡、损坏或擅自拆除消防装备器材。

5. 值班值守管理

消控室实行 24 小时值班制度，确保实时监控火警信息、准确操作消防系统、及时下达处置指令。值班人员须持证上岗，熟练掌握系统操作。微型消防站实行 24 小时值班备勤制度，保持通讯畅通，接到指令后立即响应、快速集结，确保火情发生时第一时间到场核实与处置。

值班值守期间严禁脱岗、睡岗、酒后上岗。严格执行交接班管理制度，做到“情况清、装备清、任务清”，确保值守工作无缝衔接、连续稳定。

6. 防火巡查与隐患管理

安全监督科定期对全院重点部位、消防设施、安全出口、疏散通道开展防火巡查，及时发现并消除火灾隐患。巡查中发现的火灾隐患实行“登记、上报、整改、复查”闭环管理。能够立即整改的当场整改；不能立即整改的，明确整改措施、时限与责任人，跟踪落实到位。医院对排查发现的重大消防安全问题，及时研究处置，确保风险清零、隐患归零。

7. 培训教育与应急演练

医院定期组织微型消防站人员开展消防业务培训，内容包括消防设施操作、初起火灾扑救、人员疏散引导、应急通讯联络、现场安全防护等。定期组织开展微型消防站实战化训练，提升快速响应、协同处置、高效救援能力。按照计划组织全院性消防应急演练，以及分楼宇、分区域专项演练，检验微型消防站响应速度、处置流程与联动效率。结合医院特点开展针对性消防宣传教育，提升全体人员消防安全意识与自救互救能力。

8. 火警应急处置管理

消控室接到火警信号后，立即核实火情信息，快速下达处置指令，通知相关区域

微型消防站人员到场核查。确认火灾发生后，立即启动应急处置程序，按规定上报并拨打 119 报警。型消防站接到指令后迅速集结出动，开展指挥协调、灭火救援、现场警戒与物资保障。消防救援队伍到达现场后，微型消防站主动移交现场情况，配合开展救援处置、信息提供、秩序维护、后勤保障等工作。应急处置结束后，按要求做好现场保护、情况汇总、台账记录与复盘总结工作。

9. 考核与奖惩管理

微型消防站的建设管理、运行值守、应急处置等工作纳入医院安全生产目标管理考核体系。对在消防安全工作中表现突出、处置有效、成绩显著的集体和个人，予以表彰奖励。对违反本制度规定、履职不到位、隐患整改不力、造成不良后果的，按照医院相关规定予以处理；情节严重的，依法依规追究责任。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国消防法(2021 年修正)[EB/OL].(2021-04-29).https://www.scfri.cn/go-a1051.htm.

[2]国家消防救援局.关于印发《社会单位微型消防站建设标准》的通知(消防〔2025〕33 号)[EB/OL].(2025-07-18).https://www.119.gov.cn/zfxxgk/fdzdgknr/tzgg/2025/50685.shtml.

[3]国家卫生健康委，应急管理部，国家中医药管理局.关于印发医疗机构消防安全管理九项规定(2020 年版)的通知(国卫办发〔2020〕1 号)[EB/OL].(2020-01-08).https://wjw.nmg.gov.cn/xwzx/jkzs/tw/202304/t20230420_2299200.html.

[4]国务院办公厅.关于印发消防安全责任制实施办法的通知(国办发〔2017〕87 号)[EB/OL].(2017-10-29).https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5240084.htm.

第十章　信息管理制度

信息数据中心工作制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-001-05	制定时间：2011-01-06
适用范围：信息数据中心员工	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：4
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院信息数据中心工作流程，保障全院信息系统稳定、安全、高效运行，提供优质信息技术支持服务，维护患者隐私和数据安全，特制定本制度。

二、内容

（一）信息科工作制度

1．在医院信息（安全）管理委员会和分管院长领导下，负责全院信息管理工作。

2．拟订医院信息化建设总体规划、年度计划，编制年度资金预算，落实医院信息化建设技术架构并推动各项建设工作进程。

3．定期（每年至少一次）/按需召集信息（安全）管理委员会会议，审议次年信息化建设预算，并执行会议决策。

4．负责医院网络、信息系统和设备的日常维护和管理工作，为医院各科室提供信息技术支持服务。

5．定期巡检信息系统和设备，包括网络维护、安全管理、设备购置、使用和保养等，做好资产管理。

6．对医院信息系统的操作人员进行监管，记录违规行为并落实考核措施。

7．制定信息（安全）突发事件应急预案，定期组织全院级的信息系统应急演练，不断提高信息系统应急处置能力。

8．遵守国家法律法规和医院规章制度，抓好医院信息安全，维护患者隐私。科室工作人员签署保密协议，接受安全培训。

9．制定并实施数据备份与恢复策略，备份数据加密后异地存储，落实三级及以上网络安全等级保护要求；每半年或每季度开展备份恢复演练，验证数据完整性与恢复时效；系统故障或灾害时按预案迅速恢复，保障业务连续性。

10．科室实行值班制度，值班人员在值班期间必须坚守岗位，对信息问题及时响应和解决，做好值班记录，认真交接班。值班工作的执行情况将纳入个人的工作考核中。

11．建立文档管理制度，详细记录信息科的运营和维护活动，以及系统架构、配

置和操作指南等关键信息。文档定期更新和审核，以供查阅和分析。

12．工作人员主动参与专业培训和学习新兴技术，提高在技术和管理方面的技能和知识，以满足岗位需求，推动医院信息化发展。

（二）数据中心/统计办工作制度

1．工作人员应主动学习，参与专业技能培训，加强业务理论知识，以满足岗位需求，推动医院信息化发展。

2．按照医院统计相关规定，依法、依规进行数据统计，服从分管院领导的管理。不得私自提供以营利为目的的数据统计服务。

3．工作人员应遵守国家法律法规和医院规章制度，重视数据安全与保密，签署保密协议，严禁向无关人员泄露医院运营、患者个人等涉密信息。

4．围绕医院高质量发展的目标，结合各科室业务管理实际需要，数据中心可针对定量指标制作分析报表，形成相关指标体系。

5．监管全院数据质量，对不满足数据质量要求的业务系统及不规范操作，数据中心有义务提出整改意见。

6．按照国家公立医院绩效考核、江苏省全民信息健康平台、无锡市全民信息健康平台、等级医院评审、各专业质控平台等考核工作的要求，会同扎口部门（如评审办公室、质管部等），对采集、上报的数据进行分析，逐步完善业务流程，规范管理要求，提高数据质量。

7．由数据中心统计的数据（特别涉及上报数据），需由扎口部门审核，严格落实审核监督机制。对于院、科级管理所需的数据（指标），数据中心将根据实际情况和院部意见提供。

8．数据中心对职责范围内的数据（指标）拥有解释权，其他任何部门和个人不得私自要求数据中心改变统计方法或口径，如认为统计口径不合理的，需经主管部门和院领导研究后调整。

9．对于重点专科评审、医务人员职称晋升等数据（指标）的提供，需遵循科学、合理、适用原则，数据中心将根据工作强度和时效性统筹安排。

10．其他工作视情况报经主管部门和院领导同意之后开展。

三、参考文献

[1]GB/T 22239-2019　信息安全技术 网络安全等级保护基本要求[S].

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

[4]国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点：国卫医发〔2018〕8号[EB/OL].(2018-04-18).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201804/42ab2552298047679cd6ec733f233862.shtml.

[5]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国网络安全法[EB/OL].(2016-11-07).https://www.gov.cn/xinwen/2016-11/07/content_5129810.htm.

四、修订原因

根据国家相关法律法规更新及医院信息化建设发展需求，结合实际工作中出现的新情况、新问题，对制度进行修订完善，确保制度的适用性和可操作性。

五、修订记录

2019年05月第1次修订

2020年11月第2次修订

2023年11月第3次修订

2025年10月第4次修订

信息安全管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2026-001-05	制定时间：2011-01-06
适用范围：全院员工	修订时间：2026-05-15
制定部门：信息数据中心	修订版本：4
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2026-06-03

一、目的

为加强医院信息安全管理，保障患者诊疗信息及医院运营信息的安全与合规性，依据国家相关法律法规及医疗质量安全核心制度要求，结合医院实际，特修订本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 本制度适用于全院各临床科室、医技科室、行政职能部门及所有涉及信息系统使用、管理和维护的人员（含外包人员、进修生、规培生等）。

第二条 本制度目标是确保患者诊疗信息及医院运营信息在全生命周期中的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性和溯源性。核心原则包括：谁主管谁负责、谁运营谁负责、谁使用谁负责；最小权限原则；分级保护原则；全生命周期管理原则。

第二章 组织架构与职责

第三条 医院成立网络安全与信息化工作领导小组（以下简称“领导小组”），作为医院信息安全管理工作的最高决策机构。医院主要负责人是患者诊疗信息安全管

理和数据安全第一责任人。领导小组组长由医院主要负责人担任，副组长由分管信息化工作的院领导担任。成员包括信息、医务、护理、财务、人事、后勤等相关部门负责人。负责信息安全工作的顶层设计、总体规划、重大决策、资源协调及监督检查，部署安全重点工作，落实信息安全等级保护有关要求。

第四条 领导小组下设信息安全工作小组（设在信息数据中心），是信息安全管理的日常执行机构，组长由信息数据中心主任担任，成员包括系统管理、数据库管理、网络管理、安全保障管理等岗位人员。负责落实领导小组各项决议，执行日常信息安全管理、技术防护、系统运维、安全自查、应急演练及人员培训等工作。

第五条 各科室设立信息安全管理员，负责本科室信息安全日常管理、用户权限初审、安全自查及隐患上报等工作。

第六条 信息数据中心负责全院信息系统的等级保护定级、备案、测评及安全建设整改工作。医院每年至少开展一次等级保护测评，对测评中发现的问题及时整改，确保信息系统持续符合等级保护要求。

第三章 人员管理与授权

第七条 根据岗位职责和工作内容，遵循“最小权限”和“按需使用”原则，对全院人员实行严格的登录和操作权限分级管理，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任。

第八条 所有与医院信息系统接触的人员须签订《数据保密承诺书》。工作人员须妥善保管个人登录账号和密码，严禁转借他人使用。因个人授权信息保管不当造成的不良后果，由被授权人承担相应责任；因职务行为造成的数据安全事件，由医院依法承担责任后向责任人追偿。

第九条 明确内部人员入职、培训、考核、离岗全流程安全管理。

第四章 患者诊疗信息保护

第十条 患者诊疗信息范围：包括但不限于患者个人基本信息（姓名、性别、身份证号、联系方式等）及特异性医疗信息（病史、体格检查、检查结果、诊断、治疗方案、影像资料、检验结果等）。

第十一条 遵循合法、依规、正当、必要的原则，不得出售或擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。

第十二条 患者信息应在诊疗和管理所必需的范围内使用。未经患者本人许可或有效授权，不得将其疾病及相关隐私信息传播给他人。因科研、教学、外部审计等非诊疗目的使用患者信息，须经审批流程批准，严格执行业务管理部门同意、医院领导核准的工作程序。在公共区域显示或展示患者信息时，须采取遮挡、去标识化等隐私保护措施。

第五章 网络安全与硬件设备管理

第十三条 任何个人和科室不得私自将设备或电脑接入医院内网。新设备入网须经信息数据中心审批并安装终端安全准入系统。

第十四条 严禁单台计算机终端未经审批同时接入内网和外网；确因特殊工作需要同时访问内外网的，须经信息数据中心审批，采用经国家认证的物理隔离或逻辑强隔离技术方案，并纳入重点监控范围。

第十五条 院内所有计算机终端安装正版防病毒、防火墙软件或网络设备。定期对防病毒、防火墙软件或网络设备升级更新，并做详细记录，更新前应将现有的配置数据进行备份。

第十六条 每两月对内网系统进行一次漏洞扫描和基线核查，委托第三方机构持续对公网系统进行渗透测试，并对扫描结果进行分析，及时对系统漏洞及安全隐患进行处理，做好详细记录。每年至少开展一次全面的安全自查。

第十七条 部署网络入侵检测/防御系统（IDS/IPS），当检测到对重要节点进行入侵的行为时，及时向有关部门报告。

第十八条 信息数据中心对院内终端 USB 接口分级管控：普通终端默认禁用 USB 存储功能，确因业务需要使用的，须经科室申请、信息数据中心审批并登记备案。

第十九条 严禁任何科室和个人安装黑客软件，严禁借医院的网络攻击局域网和其他计算机，严禁散播黑客软件和病毒。

第二十条 各部门（科室）应妥善保管安置在本部门的计算机及辅助设备、网络设施。未经信息数据中心同意，不得擅自挪动、转移、拆卸、安装硬件设备。

第二十一条 完善机房、弱电间、办公环境及运维现场等安全控制措施，保障电力稳定、温湿度适宜，防止非授权访问物理环境造成信息泄露。

第六章 软件系统与数据安全

第二十二条 各科室不得自行安装或卸载软件。确需新增软件的，须按程序申报，经批准后方可实施。临床信息系统软件的安装、维护和升级，由信息数据中心专职管理员负责实施。

第二十三条 医院应每年开展一次信息安全风险评估，可委托第三方专业机构进行评估。评估内容包括：资产识别、威胁分析、脆弱性识别、风险计算、差距分析等。针对评估发现的风险，制定整改计划并跟踪落实。

第二十四条 建立数据分类分级管理制度，依据数据的重要程度及泄露后造成的危害程度，对医疗数据进行分级管理，明确不同安全级别数据的安全策略和保障措施。

第二十五条 启用安全审计功能，审计覆盖到每个用户，对重要的用户行为和重要安全事件进行审计。审计记录应包括事件的日期和时间、用户、事件类型、事件是否成功及其他与审计相关的信息，对审计记录进行保护，定期备份，避免未经授权的

删除、修改或覆盖。

第二十六条 加强数据收集、存储、传输、处理、使用、交换、销毁全流程的安全管理。

第二十七条 日志留存要求：网络与信息系统运行日志、安全审计日志应至少保存六个月以上；涉及安全事件处置、溯源的，相关日志留存时间应当不少于一年；涉及向他人提供、委托处理、共同处理重要数据的，相关日志留存时间应当不少于三年。

第七章 教育培训

第二十八条 信息安全工作小组负责制定年度信息安全培训计划，分层次、分对象开展培训：对管理人员重点进行信息安全管理制度培训；对业务操作人员重点进行操作规范和安全意识培训；对技术人员重点进行安全技术培训。

第二十九条 新员工（含进修生、规培生）上岗前须完成信息安全培训。信息系统重大变更或升级后，应开展针对性培训。

第八章 应急处置

第三十条 制定《医院网络安全事件应急预案》，明确应急组织架构、工作原则和分级处置流程。

第三十一条 定期（每年至少一次）组织应急演练，确保相关人员熟悉应急处置流程。发生信息安全事件时，应立即启动应急响应，采取补救措施，并按照规定向有关部门报告。泄密类信息安全事件应急处置应遵循保密原则——泄密发现人员在第一时间就泄密事件本身保密，向信息数据中心报告或直接报告医院信息安全领导小组组长。

第九章 外包与第三方管理

第三十二条 涉及信息系统建设、运维的外包服务，必须在合同中明确双方的网络安全义务和违约责任，签署保密协议，明确第三方服务商的安全责任。

第三十三条 第三方人员现场或远程维护时，必须由信息数据中心人员全程陪同或监督，严禁其私自复制、泄露医院数据。

第十章 事故追溯与问责

第三十四条 建立信息安全事故责任逐级追溯制度。根据“谁使用、谁负责”的原则，从最终数据使用者向数据源头追溯，确保每一条数据的使用路径清晰可查。

第三十五条 对违规操作、泄露信息等行为，依法依规追究当事人及科室负责人的责任，并纳入绩效评价。

第十一章 附则

第三十六条 本制度由信息数据中心负责解释和修订。

第三十七条 本制度自发布之日起施行。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机

构数据安全和个人信息保护管理办法（试行）[EB/OL].(2025-03-19).https://www.cdhfct.com/uploadfile/file/20260409/20260409055642_97467.pdf.

[2]国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点：国卫医发〔2018〕8号[EB/OL].(2018-04-18).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201804/42ab2552298047679cd6ec733f233862.shtml.

[3]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

四、修订原因

根据《医疗卫生机构数据安全和个人信息保护管理办法（试行）》等最新法规要求，结合医院信息安全管理实际情况和面临的新风险、新挑战，进一步强化网络安全管理措施，保障医院网络和数据安全。

五、修订记录

2020年11月第1次修订

2021年05月第2次修订

2023年11月第3次修订

2026年05月第4次修订

数据中心机房管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-002-04	制定时间：2011-01-06
适用范围：信息机房管理人员及相关授权人员	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：3
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院机房（含主备双活机房以及灾备机房）的管理，保障机房设备和系统的安全、稳定、高效运行，营造良好的机房环境，防范机房安全事故，保护机房内设备、数据安全，特修订本制度。

二、内容

1．设置机房管理员负责机房日常管理工作，管理内容包括：机房门禁、机房环境、设备安置、设施标识、消防设施、空调保障、电源保障等。值班员负责执行每日巡检和应急响应。

2．机房设置门禁、视频监控、温湿度报警、烟雾报警等防控装置。机房环境与重要设备的自动报警信息以短信等方式自动通知机房管理员和值班员。机房管理员每

周检查一次机房防控装置，确保防控设备设施处于可靠有效工作状态。

3．机房内严禁带入和存放易燃、易爆、有毒、腐蚀性物品，严禁带入饮料、食品，严禁在机房内吸烟，严禁存放与机房工作无关的物品。

4．保持机房环境清洁，每月对机房进行一次清洁打扫。

5．机房内机柜和设备安置应按照内外网、核心与一般类设备进行归类布局。

6．设备进入机房安装须经信息数据中心主任同意，设备安装位置服从机房管理员统一安排。

7．机房设备、线路应明确标识用途、径向。每个机柜应设置设备一览卡，每台设备标注名称、用途、启用时间、网络地址等。当设备、线路变更时，应保持标识同步更新。在电源、配电开关、空调、灭火器等重要位置张贴操作流程。

8．设备移出机房须经信息数据中心主任同意，移出前按照数据安全保护要求对设备存储的数据及文件进行清除。

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

10．每天一次，由当日值班员对机房进行巡视，重点检查空调、供电和设备工作状态，做好巡视登记，发现问题及时向机房管理员报告。

11．机房管理员和值班员收到机房报警，须及时处置。

12．当机房发生火灾、停电、空调故障等紧急情况时，按照紧急操作流程进行处置，根据事件类型报医院相关部门，同时将事件及处置情况报告信息数据中心主任。

13．放置有网络设备的网络配线间（含网络设备机房），由网络管理员负责管理。配线间网络线缆应做到标识清楚、整洁有序。网络管理员每周对网络配线间巡检一次。

14．各类软件系统的维护、增删、配置的更改，各类硬件设备的添加、更换必须按规定进行详细登记和记录，并整理归档。

15．所有被授权进入机房的人员需在《机房进入登记表》做好登记。凡外部单位施工和检修人员，因工作需要进入机房时，经过批准后，由信息数据中心指定人员陪同，进入机房后，不得操作和触动与自己工作无关的设备。原则上不得使用单位外部电脑接入数据中心网络，不得私自开启远程管理软件。确因业务需要远程运维的，须经信息数据中心主任审批，采用堡垒机或运维审计系统进行全程录屏录像，实行双人监督，并留存完整操作日志备查。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

[2]GB/T 22239-2019 信息安全技术网络安全等级保护基本要求[S].

[3]GB/T 36626-2018 数据中心消防安全管理规范[S].

[4]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构数据安全和个人信息保护管理办法（试行）[EB/OL].(2025-03-19).https://www.cdhfct.com/uploadfile/file/20260409/20260409055642_97467.pdf.

四、修订原因

为进一步加强机房的安全管理，规范机房设备、环境、人员等各方面的管理要求，完善应急处置流程，保障机房设备和数据的安全稳定运行，结合机房管理实际情况，对制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 11 月第 2 次修订

2025 年 10 月第 3 次修订

数据中心机房消防安全制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-003-03	制定时间：2011-01-06
适用范围：信息机房管理人员及相关授权人员	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：2
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为加强信息数据中心机房消防安全管理，预防和减少火灾事故的发生，保障机房设备、数据和人员的安全，落实消防安全责任，特制定本制度。

二、内容

1．擦拭机器须使用专用、不易燃的清洁剂。用过的棉丝、布头等不能随便乱扔，应放在专用容器内并及时处理。

2．磁带、卡片、程序表和文件等必须存放在防火柜内，废纸应放在金属制的废纸箱内，并应每天进行处理。

3．机房专用配电线路、不间断电源（UPS）系统、接地装置及防雷设施，应每季度由具备资质的维保单位进行一次全面的绝缘检测与接地电阻测试，并保存检测报告。

4．值班人员每日巡检时应检查配电柜、PDU（电源分配单元）有无过热、异味、异响，禁止私拉乱接电线、超负荷使用插座。

5．机房应按照《建筑灭火器配置设计规范》（GB50140-2005）的要求配置合适类型和数量的灭火器材，并设置在明显和便于取用的地点，前方不得有物品遮挡。严禁任何人员以任何理由挪用、损坏、遮挡或擅自移动消防器材和设施，机房管理员与

应急管理办巡检人员每月检查一次消防器材，确保完好有效，检查记录留存归档。

6．所有机房工作人员必须每年接受一次由医院保卫部门组织的专项消防安全培训与演练，培训考核合格后方可上岗。

7．发生火情时，第一发现人应立即按下手动火灾报警按钮，在确保自身安全前提下，使用机房内灭火器扑救初起火灾，并同步电话报告医院消防控制室（内部火警电话：81050101）及信息数据中心负责人。若火势无法控制，所有人员应立即沿疏散路线撤离，确保人身安全。

8．机房内应在显著位置张贴紧急疏散路线图和火灾应急处置流程。

9．下班前要巡视机房进行消防安全检查。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国消防法[EB/OL].(2021-04-29).https://flk.npc.gov.cn/detail?id=ff8081817ab22e0c017abd909312060a&fileId=&type=&title=%E4%B8%AD%E5%8D%8E%E4%BA%BA%E6%B0%91%E5%85%B1%E5%92%8C%E5%9B%BD%E6%B6%88%E9%98%B2%E6%B3%95.

[2]GB/T 36626-2018 数据中心消防安全管理规范[S].

[3]GB 50140-2005 建筑灭火器配置设计规范[S].

四、修订原因

为进一步强化机房消防安全管理，明确消防安全责任和操作要求，防范火灾风险，依据国家相关法律法规更新，对制度进行修订。

五、修订记录

2011 年 01 月第 1 次修订

2020 年 11 月第 2 次修订

2025 年 10 月第 3 次修订

医院数据安全全流程管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-004-02	制定时间：2021-05-12
适用范围：医院内所有与数据处理相关的活动及人员	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：1
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为建立覆盖数据全生命周期的安全管理体系，防范数据泄露、篡改、丢失与滥用风险，保障患者个人信息安全、医疗数据完整性与业务连续性，维护医院及患者合法权益，特制定本制度。

二、内容

（一）适用范围

本制度适用于医院内所有与数据处理相关的活动及人员，涵盖数据收集、存储、使用、传输、调阅、变更、备份、脱敏、销毁等全流程操作，覆盖本院职工、实习生、进修生、第三方协作人员及所有涉及医院数据处理的相关部门。

（二）职责分工

1．信息安全管理委员会：审核批准本制度并监督执行，审议数据安全重大事项、协调解决重大问题，统筹指导全院数据安全工作。医院主要负责人为本院数据安全第一责任人。

2．信息数据中心：负责本制度的制定、修订、实施及监督检查；提供数据安全技术保障，部署维护相关技术设施，开展安全检测与漏洞修复；建立审计及风险评估机制，统筹数据安全全流程管理，处置异常及违规行为；组织开展数据安全培训和考核。

3．数据使用部门：负责本部门数据处理日常管理，落实安全要求，指定专人负责，规范人员操作，配合开展安全检查及应急处置，及时上报异常情况。科室负责人为本科室数据安全管理责任人。

4．数据处理人员：严格按制度规范操作数据，妥善保管个人账号权限，接受安全培训，提升安全意识，及时上报数据安全异常。因个人授权信息保管不当造成的不良后果由被授权人承担。

（三）数据安全全流程管理要求

1．数据收集：遵循合法、正当原则，明确数据来源和质量，对数据进行分类和标识；在业务系统中设置校验规则，确保数据源头准确、合规。

2．数据存储：重要数据必须加密存储；防范未经授权的访问、泄露和损毁，定期检查、维护存储介质；重要数据需备份，确保备份数据的可用性和完整性。

3．数据使用：严格按照最小必要原则授予数据使用权限，权限与岗位职责精准匹配，禁止未经授权的查询、复制；数据使用人员对数据保密性负责，需接受数据安全培训。一般数据处理日志至少保存 6 个月；涉及安全事件处置、溯源的，相关日志留存时间应当不少于一年；涉及向他人提供、委托处理、共同处理重要数据的，相关日志留存时间应当不少于三年。

4．数据传输：通过公共网络传输重要数据，必须使用 VPN、SSL 等加密通道，防止数据在传输过程中被截获或篡改。

5．数据调阅：建立调阅机制，明确调阅权限和审批流程，需调阅数据的部门和个人须经审批后方可操作。

6．数据变更：建立变更机制，明确变更范围和审批流程，数据变更操作须经审批后执行。

7．数据备份：根据数据重要性和敏感程度制定不同备份策略，定期备份重要数据；备份数据存储在安全可靠的位置，定期检查、维护其完整性和可用性。

8．数据脱敏：建立脱敏机制，明确脱敏范围和操作流程，需脱敏的数据经处理后方可使用或传输。用于科研、测试、分析的数据，必须进行有效的去标识化或匿名化处理。

9．数据销毁：存储介质报废或转让前，必须采用物理粉碎或符合国家标准的不可恢复式擦除技术销毁数据。销毁过程需双人监督、记录并存档。

10．数据安全事件应急响应：建立应急响应机制，制定应急预案和措施，及时响应、处理数据安全事件；记录、报告事件情况，接受相关部门监督检查。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构数据安全和个人信息保护管理办法（试行）[EB/OL].(2025-03-19).https://www.cdhfct.com/uploadfile/file/20260409/20260409055642_97467.pdf.

[2]GB/T 43697-2024 数据安全技术 数据分类分级规则[S].

[3]国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点：国卫医发〔2018〕8号[EB/OL].(2018-04-18).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201804/42ab2552298047679cd6ec733f233862.shtml.

四、修订原因

根据国家数据安全相关法律法规更新及医院数据管理实际需求，进一步完善数据全流程管理要求，明确各部门职责，强化数据安全防护措施，提升数据安全管理的系统性和规范性，防范全流程安全风险。

五、修订记录

2025 年 10 月第 1 次修订

电子病历信息使用管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-005-01	制定时间：2025-08-20
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：信息数据中心	修订版本：/
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范本院电子病历信息使用管理，满足临床诊疗、教学培训、科学研究及医院管理需求，保障医疗质量与患者安全，依法保护患者个人信息和隐私权益，根据国家卫生健康主管部门最新监管要求，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 为规范本院电子病历信息使用管理，满足临床和管理工作需求，保障医疗质量安全，保护患者合法权益，根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国医师法》《护士条例》《电子病历应用管理规范（试行）》《事业单位工作人员处分规定》等规范性法律文件，制定本制度。

第二条 本制度所称电子病历操作人员包括使用电子病历系统的医务人员，维护、管理电子病历信息系统的技术人员和实施电子病历质量监管的行政管理人员。

第三条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、检验检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录、医疗费用等。电子病历是指医务人员使用信息系统生成的,能够实现存储、管理、传输和重现的病历相关数字化信息,是病历的一种记录形式。

第四条 电子病历系统是指支持电子病历信息采集、存储、访问和在线帮助，提供信息处理和智能化服务功能的计算机信息系统，包括但不限于医院信息系统（Hospital Information System, HIS）、电子病历(Electronic Medical Record，EMR)、无纸化病案管理系统（Paperless Medical Record System，PMRS）、实验室(检验)信息系统（Laboratory Information System，LIS）、影像归档和通信系统（Picture Archiving and Communication Systems，PACS）、放射科信息管理系统（Radiology Information System，RIS）、体检信息系统（Physical Examination Information System，PEIS）、手术麻醉信息管理系统（Anesthesia Information Management System，AIMS）、重症监护室信息系统、不良事件管理系统（Adverse Event Management System，AEMS）、慢病管理系统（Hospital Chronic Disease Management System，CDMS）、电生理信息管理系统（Electrophysiological Information Management System，EPIMS）、临床药学管理系统（Clinical Pharmacy，CP）、院感管理系统（Hospital Infection Monitoring System，HIMS）、血库管理系统（Blood Bank Management System，BBMS）、内镜信息管理系统（Endoscopic Information System，EIS）、病理信息系统（Pathology Information System，PIS）、超声管理系统（Ultrasonic Management System，UMS）、血液透析系统（Hemodialysis，HDIS）、危急值管理系统（Critical Value Management System，CVMS）、输液管理系统（Infusion Management System，IMS）、静脉药物调配中心（Pharmacy Intravenous Admixture Services，PIVAS）等所有涉及患者个人信息的系统。

本制度所称电子病历信息包含基于前述电子病历（系统）衍生出的，所涉患者个人信息或医院运行状况的各类统计数据。

第二章 组织管理与技术保障

第五条 信息数据中心负责电子病历相关信息系统建设、运行和维护等工作；医务部、质管部，护理部，药学部等医务部门及科教科，各司医师，护士，药师，实习、进修、规培人员等管理对象电子病历系统的权限管理、业务监管等。

第六条 电子病历系统为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，设置创建、书写、审阅、修改、打印、归档，信息检索等相关权限和时限，保存其历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

第七条 电子病历系统使用电子签名进行身份认证，其与手写签名或盖章具有同等的法律效力。

第八条 电子病历系统采用权威可靠的时间源。

第九条 电子病历系统所有显示患者个人信息的界面设置“工号、姓名、IP、时间”水印。

第十条 电子病历设置归档状态，在患者门（急）诊就诊结束或出院后，适时将电子病历转为归档状态。电子病历归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，须经医务部门批准并保留修改痕迹。

第十一条 电子病历系统设置归档病历查阅权限，以保证医务人员因工作需要时能够及时、完整地查阅该患者的电子病历资料。查阅权限的时限自该患者本次就诊（含体检）时起，至再次门（急）诊就诊结束或出院后恰当时间止。

第三章 电子病历系统的使用

第十二条 电子病历（系统）的使用仅限于医疗、教学、研究及医院管理目的。操作人员应尊重患者知情同意权和隐私权，依法保护患者隐私和个人信息，严禁未经授权查阅、复制、传播或篡改病历信息，不得额外披露或泄露医院运行数据信息。

第十三条 凡涉及患者隐私和个人信息的电子病历信息，仅限于医院内网存储，严禁将相关信息存放于电子邮箱、网盘等互联网环境。

第十四条 信息数据中心及医务部门应当根据电子病历信息的重要程度、敏感级别、使用场景等具体情况，严格实施分级分类访问控制与权限管理；遵循最小可用原则，按照岗位职责、角色任务、使用需求等,授予相关人员分级访问权限和时限；须落实好管理责任，督导管理对象恰当使用电子病历（系统）并对超范围授权行为所致不良后果承担连带责任。

第十五条 所有操作人员应妥善保管个人身份识别介质，依权限规范、合理使用电子病历信息，并对本人身份标识的使用全过程承担主体责任。

第四章 罚则

第十六条 信息数据中心及医务部门应当加强对电子病历信息使用权限滥用、信

息泄露等行为的监管。医院将电子病历信息规范使用管理情况纳入行政管理人员和医务人员绩效评价，出现违规操作、泄露信息等不良事件，依法依规追究相应部门和个人责任。

第十七条 操作人员泄露患者的隐私和个人信息，或者未经患者同意公开其病历资料的，应当承担侵权责任。

第十八条 操作人员有下列行为之一的，给予警告或者记过处分；情节较重的，给予降低岗位等级处分；情节严重的，给予开除处分：

（一）泄露患者的隐私和个人信息，或者未经患者同意公开其病历资料，造成不良后果的；

（二）未经授权非法披露因工作掌握的医院运营数据信息，造成不良后果的；

（三）利用知悉或者掌握的患者个人信息或医院运营数据信息谋取利益的。

第十九条 医师、护士在执业活动中泄露患者隐私或者个人信息的，提交卫生健康主管部门责令改正，给予警告；情节严重的，责令暂停六个月以上一年以下执业活动直至吊销医师执业证书。

第五章 附则

第二十条 医师、护士、药师等临床业务管理人员的业务审批权限（例如：审方、手术、用血、抗生素……）的授权部门分别为药学部、医务部、护理部。

第二十一条 电子病历操作人员权限管理依规范性法律文件、政策性文件及医院实际情况动态调整，其实操从最新版次《XX 医院电子病历信息使用权限管理技术方案》。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国民法典[S].

[2]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国医师法[S].

[3]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[4]中华人民共和国国务院.中华人民共和国护士条例[S].

[5]中华人民共和国人力资源和社会保障部，中华人民共和国国家卫生健康委员会.事业单位工作人员处分规定[S].

[6]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知：国卫办医政函〔2025〕262 号[Z/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm

[7]国家卫生和计划生育委员会.医疗机构病历管理规定：国卫医发〔2013〕31 号[EB/OL].(2013-06-05).https://www.nhc.gov.cn/wjw/ywfw/201306/f9f543048e2040368d3c0ec97fc1f5ba.shtml.

[8]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

基础数据维护制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-006-03	制定时间：2011-01-06
适用范围：医院基础数据维护相关部门及人员	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：2
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院基础数据全流程管理，保障院内各类基础数据真实、准确、规范、完整、及时更新，严格落实数据安全管理与权限管控相关要求，特制定本制度。

二、内容

（一）基础数据定义与管理

1．基础数据包括医院科室库、人员库（医、药、护、技、进修、实习及第三方人员等）、诊疗项目库（药品、检验、检查、治疗、护理等）、物价收费项目库、医疗物资库、后勤物资库、设备库、患者主数据、业务诊疗字典库、公共标准编码字典库等。

2．基础数据维护必须遵循规范、准确、及时的原则，所有操作必须严格遵守国家数据安全、医疗卫生信息化相关法律法规，严禁违规操作、私自篡改数据。

3．基础数据的新增录入、修改更新、审核发布、停用删除等均需有操作记录，做到操作可追溯、记录可核查。

4．基础数据维护员因工作变动或其它原因不再负责基础数据维护工作时，应立即进行人员的调整和工作交接，并由信息数据中心进行权限的更改设置。

5．严格执行专人专用的权限管理制度，数据维护人员必须使用本人账号登录系统操作，仅可在授权范围内开展数据维护工作。

6．信息系统数据库管理员严禁擅自对基础数据库做任何操作。仅可在业务部门提交合规申请、履行审批流程后，依据审批结果开展合规运维操作，全程接受监督核查。

（二）监管部门职责

基础数据的新增、修改、停用等维护工作，由各业务主管部门指定专职人员担任数据维护员，负责本部门管辖范围内基础数据的日常维护工作，主要分以下科室（包括但不限于）：

1．医务部：负责各类临床诊疗项目库的新增、调整、停用等维护管理，统一规范诊疗项目基础信息。

2．组织人事科：负责人员及科室字典库的新增、变更、停用等维护工作，确保人员、科室基础信息真实、完整。

3．医疗保险价格管理科：负责全院价格收费项目的维护及合规性审查。

4．药学部：负责药品基础数据库维护工作，包括入库、出库、上账等全流程数据核查，确保药品数据账实相符。

5．器械材料科：负责医用器械、耗材物资等目录的动态维护、更新与管理。

6．医学装备科：负责医疗设备目录信息维护，及时更新设备基础档案数据。

7．后勤保障部：负责后勤物资库维护，规范后勤物资信息录入、调整工作。

8．病案管理办公室：负责诊断及手术编码库的维护，保证临床科室使用规范的标准编码字典。

9．信息数据中心：负责全院数据维护账号的统一管理，主要包括账号注册、密码配置、权限调整及账号注销等工作。

（三）数据审核及更新管理

各责任科室需建立基础数据定期审核校验机制，常态化开展数据核对工作，保障院内基础数据真实准确、标准规范。经审核校验无误的基础数据，统一录入、发布至医院信息系统，供全院各业务科室使用。若基础数据信息发生新增、变更、停用时，由对应业务科室剔除变更申请，经过审核后进行更新发布。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]WS/T 303-2023 卫生健康信息数据元标准化规则[S].

四、修订原因

为规范医院基础数据维护流程，明确各部门及人员职责，保障基础数据质量，支撑医院信息系统稳定运行和业务高效开展，结合医院信息化建设实际情况，制定本制度。

五、修订记录

2020 年 11 月第 1 次修订

2025 年 10 月第 2 次修订

数据安全保密制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-008-04	制定时间：2011-01-06
适用范围：全院员工	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：3
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院信息数据全生命周期管理，保障医疗数据、患者隐私、业务数据与机房重要数据不泄露、不篡改、不丢失，落实数据分类分级、加密、备份、销毁等保密要求，保护患者合法权益与医院数据资产安全，特制定本制度。

二、内容

1．本制度适用于医院各信息系统、各类介质及其所产生、使用、存储的重要数据。

2．本制度中的数据分级直接引用“数据分类分级管理制度”中的 L1-L4 四级标准。L4 级（核心敏感）数据每日增量备份、每周全量备份；L3 级（高敏感）数据每周增量备份、每月全量备份；L1-L2 级数据每月备份一次。

3．备份介质应至少制作两份，分别存放于防火、防高温、防震、防磁、防静电及防盗的异地位置。

4．机房内仅保留系统运行所必需的最少数量数据（介质），其余一律异地保存。未经批准，任何个人不得将机房内数据（介质）带离或复制。

5．按数据类别明确访问权限、方式及审批流程；L4 级（核心敏感）数据须经医院信息（安全）管理委员会审批，L3 级（高敏感）数据须经分管院长书面批准方可操作。L3 级及以上数据存储设备严禁接入互联网。

6．重要数据（介质）转借或复制须经部门负责人及信息数据中心双重审批，并登记用途、数量、去向。复制件应加贴“副本”标识，使用完毕及时回收、安全销毁。

7．每季度对重要数据（介质）进行一次可读性检查，到取数据及时重新备份。损坏、废弃或过时的重要数据（介质）由专人负责消磁或粉碎处理；秘密级以上介质销毁须双人监督、记录存档。

8．机密数据处理结束后，操作人员应立即清除存储器、联机磁带、磁盘及其他介质上的程序和数据，并做好清除记录。

9．重要数据打印使用专用保密打印机；打印废纸及时碎纸机销毁，防止泄密。

10．非授权人员不得接触、复制或携带重要数据；工作人员不得因个人利益泄露任何医院数据信息。

11．违反本制度造成数据泄露、丢失或其他严重后果的，将按医院相关规定追责，情节严重、涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机

构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29 号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

四、修订原因

为进一步加强医院信息数据安全保密管理，明确数据保密责任和管理要求，防范数据安全风险，保护患者隐私和医院合法权益，根据国家相关法律法规和医院实际情况，对制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 11 月第 2 次修订

2025 年 10 月第 3 次修订

医院数据分类分级管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-007-01	制定时间：2025-10-10
适用范围：全体职工、实习进修人员及使用医院数据的第三方个人和机构	修订时间：/
制定部门：信息数据中心	修订版本：/
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院数据全生命周期管理，更好地保障数据安全和患者隐私，防止数据泄露和滥用，依据相关法律法规及国家标准，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

（一）目的与依据

为规范数据全生命周期管理，更好地保障数据安全和患者隐私，防止数据泄露和滥用，依据《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》《数据安全技术 数据分类分级规则》（GB/T43697-2024）《信息安全技术 健康医疗数据安全指南》（GB/T39725-2020）《卫生健康数据分类分级要求》（DB31/T1545—2025）《信息安全技术 个人信息安全规范》(GB/T35273-2020)等相关法律法规及国家标准，结合本院实际情况，特制定本制度。

（二）适用范围

本制度适用于医院全体职工、实习进修人员及使用医院数据的任何第三方个人和机构。制度涵盖医院所有信息系统，在数据采集、传输、存储、处理、使用、销毁等活动中产生的原始数据和衍生数据。

（三）基本原则

1．合法合规原则：严格遵守国家法律法规和行业标准。

2．最小必要原则：只处理与实现目的直接相关的最少数量、最低频率的数据。

3．就高从严原则：医院数据分级时，采用就高原则；安全管理时，采用从严原则，尤其个人敏感信息和重要数据，采取与其级别相适应的安全保护措施。

4．动态更新原则：根据业务、法规变化,定期审核并更新医院数据分类分级。

5．保护优先原则。应在充分保障医疗数据安全和个人隐私的前提下，推动医疗数据的开放和共享，遵循最小化、最必要、最适当的原则，对不同级别的医疗数据采取不同程度的保护措施。

（四）职责分工

1．医院信息（安全）管理委员会：负责本制度的审批和监督执行，是医院数据安全管理的最高决策机构。

2．信息数据中心：数据管理的归口部门，负责制度的起草、修订、宣贯和技术实施，提供数据安全技术支撑，监督数据分类分级执行情况。

3．各业务部门（临床、医技、行政等）：数据产生和使用的责任部门，负责本部门数据的日常管理，执行分类分级要求。

4．全体人员：均有责任和义务保护其接触到的数据安全，必须严格遵守本制度，落实数据安全管理要求。

第二章　数据分类

医院数据按行业领域归属于卫生健康数据，再按数据主体和业务属性进行细化，可划分为三大类：

（一）个人信息

个人信息指以电子或者其他方式记录的与已识别或者可识别的自然人有关的各种信息。主要包括：

1．个人属性信息：姓名、性别、出生日期、国籍、民族、婚姻状况、住址、电话号码、电子邮箱、家庭成员信息、身份证号、护照号、住院号、门诊号、各类检查检验单号等。

2．健康状况信息：主诉、现病史、既往病史、体格检查（体征）、家族病史、症状、检验检查数据、生物识别信息、遗传信息、可穿戴设备采集的健康相关数据、生活方式、基因测序、转录产物测序、蛋白质分析测定、代谢小分子检测、人体微生物检测等。

3．医疗应用信息：门（急）诊病历、住院病历、住院医嘱、检验检查报告、用药记录、病程记录、手术记录、麻醉记录、输血记录、护理记录、入院记录、出院小结、转诊（院）记录、知情告知信息等全部诊疗相关记录。

4．医疗支付信息：医疗交易信息，包括医保支付信息、交易金额、交易记录等；

保险信息，包括保险状态、保险金额等。

5．个人特殊信息：传染病数据、出生死亡数据等。

（二）卫生资源数据

卫生资源数据指反映卫生服务人员、卫生计划和卫生体系的能力与特征的数据。主要包括：

1．医院运营管理数据：战略规划、人力资源、财务数据、物资数据、后勤数据、基础运行数据等。

2．医院核心技术数据：核心诊疗技术方案、专利、重要科研项目的原始数据和关键研究结果、核心系统源代码等。

3．医院信息安全数据：核心信息系统（如 HIS, EMR）的管理员账号和密钥、网络安全漏洞详情、内部审计报告等。

4．医院公共卫生数据：环境卫生数据、传染病疫情数据、疾病监测数据、疾病预防数据等。

（三）公共数据

公共数据指在医疗机构运营管理中产生，不涉及特定个人隐私，可向社会公开或内部共享的数据。主要包括：

1．医院公开信息：医院简介、科室介绍、医院地址、医院电话、专家信息、医疗服务价格、就诊流程、政策法规等。

2．管理统计信息：脱敏聚合后的门诊量、住院人数、手术台次、平均住院日、病种统计、医疗质量指标等。

3．科研教学数据：用于科研、教学的经过去标识化处理的临床数据集合。

第三章　数据分级

根据医院数据重要程度、敏感性以及对个人或组织可能造成的损害和影响，可将数据分为以下 4 级（具体数据分类分级清单详见附件）：

1．公开数据（L1）：可完全公开使用的数据，可直接共享，一旦泄露、篡改、滥用，可能对个人或组织权益造成无危害或低危害的数据。

2．一般敏感数据（L2）：可在较大范围内供访问使用的数据，相关方授权后可向组织外部共享。一旦泄露、篡改、滥用，可能对个人或组织权益造成一般危害的数据。

3．高敏感数据（L3）：可在中等范围内供访问使用的数据，需要满足相关条件并获得相关方的授权后可向组织外部共享。一旦泄露、篡改、滥用，可能对个人或组织权益或公共利益造成严重危害的数据。

4．核心敏感数据（L4）：在较小范围内供访问使用的数据，仅能在受控范围内经过严格审批、评估后才可共享。一旦泄露、篡改、滥用，可能对个人或组织权益或公共利益造成特别严重危害的数据。

第四章　数据安全管理措施

（一）存储与传输

1．L2 级及以下数据：需在院内网络内传输，禁止通过公共互联网传输。

2．L3 级及以上数据：建议加密存储，使用 SSL 安全协议传输，禁止通过互联网、邮件等非安全方式传输。

（二）访问控制

1．权限分配：基于角色（如医生、护士、医技）配置权限，禁止越权访问。

2．操作审计：记录所有数据访问日志，定期审查异常操作。

（三）共享要求

1．L1 级数据：无需审批，可直接共享。

2．L2 级数据：伦理委员办公室审批，共享数据需去标识化。

去标识化是通过技术手段对个人信息进行处理，使其无法在不借助额外信息的情况下识别特定自然人的过程。

3．L3 级及以上数据：医院管理层审批，共享后禁止二次传播。

第五章 附则

本制度自发布之日起生效，由医院信息数据中心负责解释。医院将根据法律法规及业务发展需要，对本制度及附件清单进行定期更新。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]GB/T 43697-2024 数据安全技术 数据分类分级规则[S].

[4]GB/T 39725-2020 信息安全技术 健康医疗数据安全指南[S].

[5]GB/T 35273-2020 信息安全技术 个人信息安全规范[S].

[6]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构数据安全和个人信息保护管理办法（试行）[EB/OL].(2025-03-19).https://www.cdhfct.com/uploadfile/file/20260409/20260409055642_97467.pdf.

附件 1

去标识化示例表

属性	去标识化方法建议	适用数据
姓名	建议删除或置空	研究受试者姓名、医生姓名、家庭成员姓名等
联系方式	建议删除或置空或泛化 例如：住址只具体到市县级，隐藏县级以下地址	个人电话号码、电子邮箱、住址等
日期	建议采用“时间偏移方法”、转换法或泛化 1.时间偏移方法为不同研究项目定义不同的随机偏移量，通过日期时间+或-随机偏移量进行数据扰动，以实现数据的去标识化。 例如：入院日期 2018-01-01+随机偏移量 100=入院日期 2018-04-11；出院日期 2018-04-01+随机偏移量 100=出院日期 2018-07-10，通过该方法可以保证数据去标识化的同时保证计算逻辑正确。2.转换法即用其与其他日期运算得到结果来替换，例如年龄、住院天数。3.泛化只保留年月，甚至只保留年。	医疗应用数据中能通过数据分析关联到个人的时间信息：例如入院日期、出院日期、手术日期、治疗日期等
出生日期	建议删除、置空或者替换为年龄	出生日期
年龄	建议采用“数据泛化”方法 例如:年龄≤89 或者>89 年龄区间示例：<25,25-29,30-34,...,85-89,>89	年龄
号码	建议删除或采用扰动方法处理 例如：身份证号 440401202201011768 可以使用 440401*******1768 替代，变换前后的编码标识是可逆的。	身份证号、护照号、社保卡号等
医疗机构内部所用号码	建议置换或删除 通过这些号码进行逻辑分析而需要保留的，可采用基于原数据的随机化产生唯一标识进行替换。如不需要这些号码进行逻辑分析，则删除这些号码	住院号、门（急）诊号、检验/检查报告单号等

附件 2

医院数据分类分级清单示例表

数据级别	数据类别	性质	定义范围	影响程度
L1 级	公共数据	公开信息	公众需了解的信息，如医院简介、科室介绍、医院地址、医院电话、专家信息（不含个人隐私信息）、医疗服务价格、就诊流程、政策法规等。	无/低危害
L2 级	卫生资源数据	无需识别个人，去标识化数据	医院研究、教育与统计分析数据等。	一般危害
			环境卫生数据、传染病疫情数据、疾病监测数据、疾病预防数据。	
L3 级	卫生资源数据	无需识别个人，但关系医院核心利益	医院运营管理数据、医院核心技术数据、医院信息安全数据等。	严重危害
	个人信息	识别个人，需去标识化	个人属性信息：姓名、性别、出生日期、国籍、民族、工作单位等。	
L4 级	个人信息	识别个人，涉及个人敏感信息	*个人基本信息：婚史、住址、职业、家庭成员信息、电话号码等。	特别严重危害
			*特定身份信息：身份证、军官证、护照、驾驶证、工作证、居住证、社保卡等。	
			*生物识别信息：基因、指纹、声纹、掌纹、耳廓、虹膜、面部特征等。	
			*个人健康信息：主诉、现病史、既往病史、体格检查、家族史、病症、药物食物过敏信息、检验检查数据、遗传咨询数据、可穿戴设备采集的健康相关数据、基因测序、蛋白质分析测定、代谢小分子检测、人体微生物检测等。	
			*个人医疗信息：门（急）诊病历、住院医嘱、检查检验报告、用药信息、护理记录、入出院记录、病程记录、手术记录、麻醉记录、转诊（院）记录、知情告知信息等。	
			*个人支付信息：挂号记录、缴费记录、医保结算信息、商业保险信息等	
			*个人特殊信息：传染病疫情数据、出生死亡数据等。	
注：带*的为敏感个人信息				

说明：

1.本清单为通用示例，在实际操作中，医院应成立专门工作组，对全院数据资产进行盘点和细化，形成更具体的《数据资产分类分级清单》，并结合国家政策、技术及医院业务发展，持续动态更新。2.数据级别的最终确定需经医院信息（安全）管理委员会审批。涉及重要数据的，应报上级应报上级卫生健康行政部门备案。

数据备份与恢复管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2023-005-03	制定时间：2011-01-06
适用范围：全院信息数据备份与恢复相关工作及人员	修订时间：2023-11-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：2
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2023-12-01

一、目的

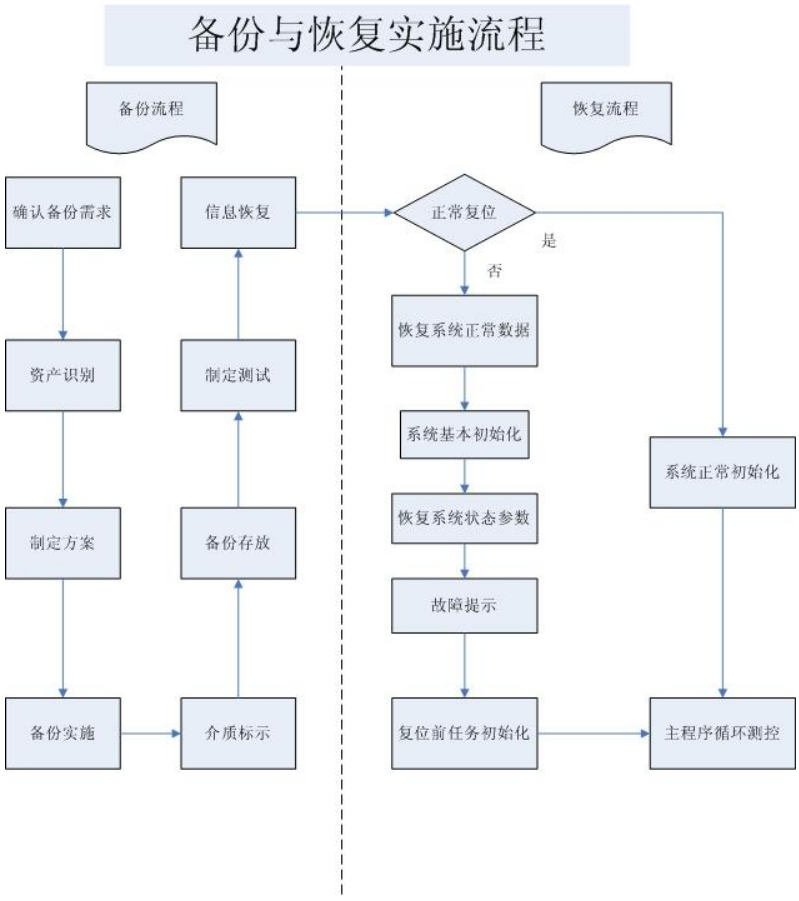
为规范医院信息数据备份与存储管理，保障数据的完整性、可用性和安全性，防范数据丢失、损坏等风险，确保系统故障或灾害情况下能快速恢复数据，特制定本制度。

二、内容

（一）备份与恢复管理职责

主机管理员和系统管理员负责信息数据备份与恢复管理工作，具体包括：执行医院数据备份与恢复管理工作，针对不同类型数据制定相应备份及恢复策略。负责系统备份、恢复性测试的具体实施，以及备份介质的选择、日常维护等工作。

（二）备份与恢复流程图



（三）资产识别

1．收集需备份资产的相关信息，包括资产重要性、保护级别等属性。

2．对重要业务数据、操作系统、应用系统、数据库、系统配置参数、技术文件、档案资料、应用软件、软件源代码等进行备份。

3．无法备份的信息，尽量留存复制件，妥善保存原件。

（四）备份计划方案

1．网络信息备份、存储和保管由主机管理员和系统管理员负责，备份信息系统所有数据。

2．严格按要求操作：每天进行增量备份，每两天进行一次全备份，备份文件存放于中心机房指定存储设备。

3．定期开展数据恢复试验，确保备份数据安全可靠；根据数据增长量，及时处理过期数据。

4．每天检查服务器状态，包括文件是否损坏、CPU 和内存占用情况、客户端登录及数据库访问是否正常等，操作时做好登陆统计。

5．严格遵守保密制度和网络管理规范，对数据管理员口令严格保密；他人操作服务器时，需亲自在场并做好详细记录，若有第二人知晓口令，及时更改。

6．信息系统运行的全部信息均需在服务器上备份；重要数据及时备份并建档，特别重要的数据和信息采用文档和双备份方式；数据库修改后及时保存和备份，丢失或误操作信息及时修复或恢复。

7．重要资料和调试运行相关文件作为存档文件，由系统管理员专柜保管；调阅网络存档资料需经信息数据中心领导批准，按规定履行手续。

（五）备份系统运行与验证规则

1．备份前整理、归类分散信息，将其复制到有备份工具的计算机上，再执行备份程序，之后检查备份数据可用性并清理过程数据。

2．备份数据安全：备份完成后，操作员需向部门主任或备份管理人员提交备份介质、备份记录文件、恢复工具或软件等成果，并将备份数据保存到指定存储位置。

3．备份数据大小一致性验证：每半年或一季度测试备份数据，通过数据库验证语句或设备管理界面，核对备份数据库、日志等数据大小与主生产环境是否一致，抽查业务主表条数，有偏差及时纠偏或重新备份。

4．备份系统运行测试：每天测试备份系统运行状态，通过业务程序客户端修改源地址为备份系统地址，确保备份系统实时正常运行。

（六）备份数据恢复

1．重要信息被篡改、破坏或丢失时，使用备份数据恢复；有多份备份的，按需选择合适备份；使用前检查备份信息的完整性和可用性。

2．建立重要业务数据备份恢复程序：服务器遭受攻击或网络病毒导致数据丢失、系统崩溃时，由系统管理员执行恢复程序并记录具体情况。

3．备份数据恢复测试：定期对重要业务数据备份进行恢复测试，验证备份恢复策略及备份文件可用性、准确性；测试完成后，系统管理员记录结果，相关负责人检查确认。

4．系统管理员每半年或每季度开展一次备份恢复演练（核心业务系统每季度，一般业务系统每半年），记录演练结果并填写《备份与恢复演练记录单》，根据演练情况修改相关文档，准确反映操作过程。

5．定期或不定期抽样恢复部分备份数据，检查其可用性及是否被更改、删除。

三、参考文献

[1]GB/T 29765-2021 信息安全技术 数据备份与恢复产品技术要求与测试评价方法[S].

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

四、修订原因

结合医院数据管理实际需求及信息技术发展，优化数据备份策略、恢复流程和验证规则，明确备份管理各环节责任，提升数据备份与恢复的规范性和可靠性，进一步保障数据安全。

五、修订记录

2020年11月第1次修订

2023年11月第2次修订

数据统计申请管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2023-006-01	制定时间：2023-11-10
适用范围：医院内所有数据统计申请相关的部门及人员	修订时间：/
制定部门：信息数据中心	修订版本：/
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2023-12-01

一、目的

为规范医疗信息数据申请和流转管理，防范数据泄露风险，保护患者隐私和医院数据安全，在满足合理数据统计需求的同时，确保数据使用合规、高效，依据相关法

律法规及医院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 为规范医疗信息数据申请和流转管理，依《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》《中华人民共和国医师法》等规范性法律文件，结合本院实际，特制订本制度。

第二条 医疗健康相关信息（个人属性数据、健康状况数据、医疗应用数据、医疗支付数据等）均属敏感个人信息。敏感个人信息是指是一旦泄露或被非法使用，易导致自然人人格尊严受侵害或者人身、财产安全受危害的个人信息；当事人应当在采取严格保护措施的情形下恰当使用。囿于医院生产活动的特殊性，常因各级卫生健康主管部门、各类学术性社会组织相关工作要求或内部管理、科研、教学行为等产生各种数据统计调查需求，其部分内容会不可避免地涉及敏感个人信息。数据中心将在力所能及的范围内，满足合理性数据统计需求，但相关诉求应当具有特定目的和充分必要性。

第三条 数据统计申请服务（以下简称数据申请）是指数据中心针对申请人的诉求，面向医院管理、医疗、科研、上报等工作需求，提供数据查询、统计、处理、分析以及报表开发等工作。

第二章 数据申请处置规则

第四条 数据申请处理规则

除外特殊紧急情况，任何数据申请均须经“办公自动化系统（OA）”提交正式申请，并经所在科室负责人审核同意（参见附件 1）。

（一）申请使用相关数据的，应提出明确的使用目的和范围。获批后的数据原则上只能在医院提供的专用安全应用环境中使用所申请的数据。

（二）申请用于医院管理、数据统计上报等要求的数据，数据中心应无偿提供。数据申请人或部门获取数据后，需与相关扎口部门核实，避免因统计口径差异导致数据不准确的问题。

（三）申请用于科研、晋升职称等非工作要求的数据，数据中心依据《医院数据采集服务收费方案》提供有偿/无偿调取服务。科研数据须经科研与转化管理科和伦理办公室审批，且科研数据的使用者宜遵守知识产权相关规定，在论文发表、专利申请、专著出版等工作中注明所使用和参考引用的科研数据。

（四）凡涉及药品、耗材等特别敏感信息，须经纪检监察办公室审批同意，并严格落实数据保密要求，确保信息不外泄。

（五）所有数据申请涉及患者敏感个人信息，数据申请人须签订《数据保密承诺书》（参见附件 3）并上传附件。

第五条　数据申请办理时限

（一）数据中心将综合考察需求的时限性、难易程度、工作量等，对同期“需求”进行排单，按序开展数据调取、开发等工作；

（二）数据中心在正式受理申请时，应对完成时限进行评估并告知用户，对一般复杂度的数据申请（非紧急），应当在 7 个工作日之内完成，特殊情况用时较长的，应作出解释说明；

（三）对于因申请人自身延误致普通“需求”临期而转变为“紧急需求”者，相关责任由申请人承担。

第六条　数据申请人的附随义务

（一）申请人应当尽可能明确需求内容（数据来源、统计口径、统计范围、时间区间等），并有义务后续积极配合数据中心为进一步明晰统计口径等进行会商；

（二）对具体内容最终无法明确（主动问询或双向交流累计≧3 次）的版块，数据中心有权针对该具体版块予以驳回。

第七条　工作效率

（一）对于需长期调取且统计口径稳定、明确的数据申请，申请人应当在首次提出数据申请的同时，提交系统/报表开发需求并明确人员权限范围；

（二）数据中心发现疑似长期数据申请的情形，应当建议其同步提交系统/报表开发需求；

（三）对于重大统计调查、数据上报等所需数据，数据中心应当定期主动整理需求，进行统一取数或报表开发。

第八条　特殊情况处置规则

对于提交的数据申请，在信息系统/指标管理平台已有相关数据来源，视具体情形作下列处置：

（一）申请人未被列入初始人员权限范围之内的情形，数据中心应当在征得相关行政职能科室负责人同意后及时授权；

（二）申请人因角色变换或疏于系统操作而不知情者，信息中心应当以“数据获取简易流程图”（参见附件 2）的形式，告知其具体操作方法；

（三）该数据查阅权归属于某个行政职能科室，数据中心应当告知申请人变更申请对象；

（四）数据存在多个细项且分属不同数据来源（现有报表）者，按照本条第二款规定逐一告知，后续由申请人自行整合相关内容（数据中心不提供单纯制表服务）；

（五）针对疏于或怠于系统操作≧3 次者，数据中心应当通报其主管部门责成加强职业素养。

第九条　数据中心员工纪律要求

（一）数据中心工程师在正式受理数据申请后，应当针对未明和/或歧义事项与申请人充分沟通，严谨处置，对数据处理过程和主要处理操作应记录在案（以保证结果可再现），数据处理完成后应当会同其他工程师进行结果核查，以充分保障数据的真实性、准确性、完整性；

（二）数据中心工程师应注意数据安全与保密，禁止对无关人员泄露医院和患者个人信息，不得在工作终端上长期保存业务数据；

（三）数据中心工程师禁止私自提供任何数据服务，不得超出用户申请范围提供数据。

第三章　法律责任

第十条　数据流转当事人泄露或无故传播因工作掌握的医疗数据信息造成不良后果或者利用工作之便为本人或者他人谋取不正当利益的，依《事业单位工作人员处分规定》等相关规定，给予警告或者记过处分；情节较重的，给予降低岗位等级处分；情节严重的，给予开除处分，并追究相关法律责任。

第十一条　数据流转当事人泄露患者个人隐私，造成不良后果，构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

数据申请人为医师或护士身份，泄露患者隐私或者个人信息的，由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令改正，给予警告，没收违法所得（医师可并处一万元以上三万元以下的罚款）；情节严重的，责令暂停六个月以上一年以下执业活动直至吊销医师执业证书。

第十二条　数据流转当事人因涉嫌商业统方行为，视不同主体身份分别以受贿罪/非国家工作人员受贿罪等追究刑事责任。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国统计法[EB/OL].(2024-09-13).https://www.stats.gov.cn/zs/flfg/tjlydnfghflfg/202412/t20241211_1957720.htm

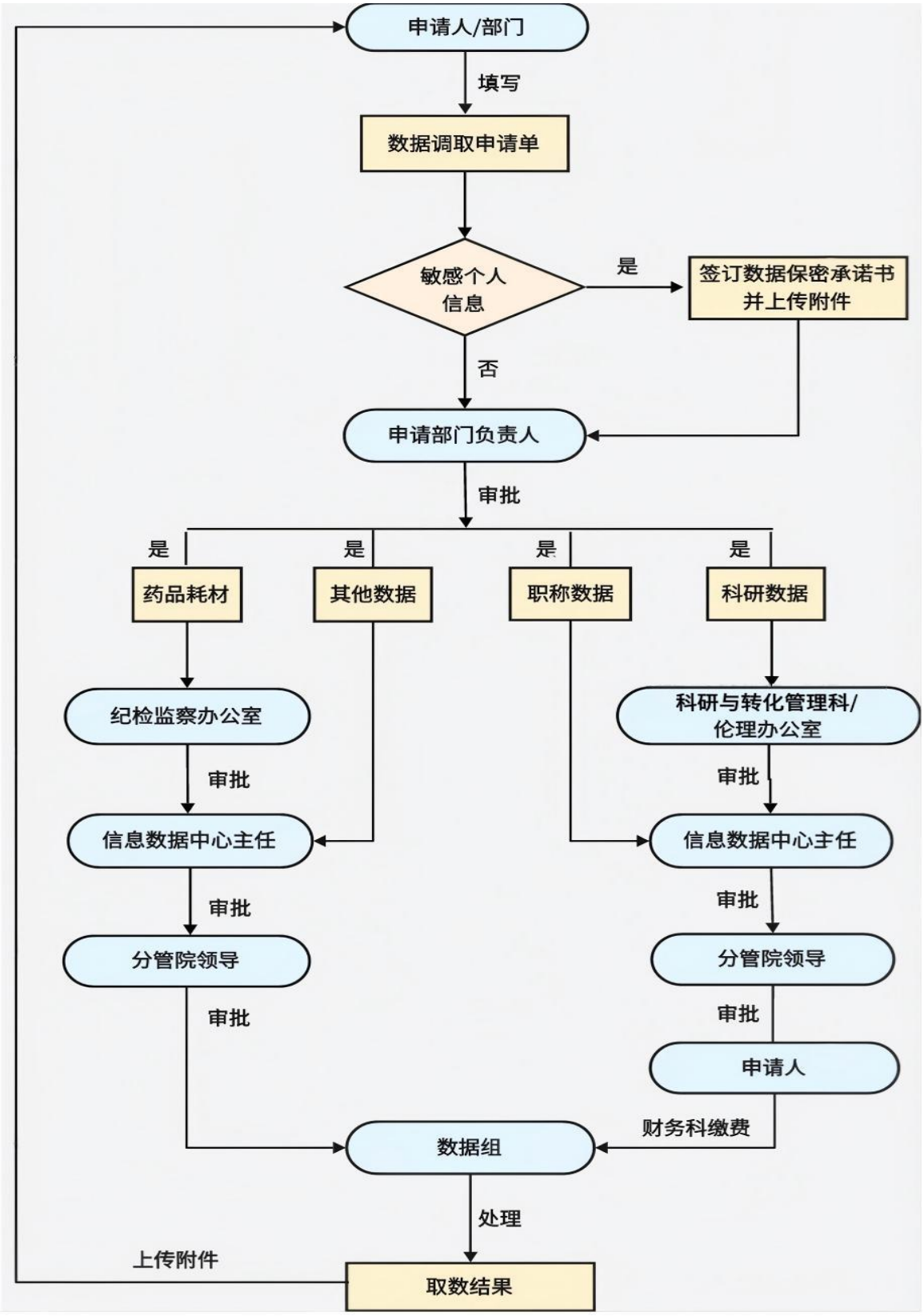
[4]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国医师法[S].

[5]中华人民共和国人力资源和社会保障部，中华人民共和国国家卫生健康委员会.事业单位工作人员处分规定[S].

[6]中国医院协会信息专业委员会.医院信息中心核心制度范本（2023 版）[EB/OL].(2023-06-05).https://www.chima.org.cn/Html/News/Articles/16167.html.

附件 1

数据申请审批流程图



附件 2

数据获取简易流程图

信息系统中如何获取病区某个时段的“出院人次”：护士（长）登录 HIS（病区护士工作站）→统计查询→转科/出院患者信息查询→类型选择“出院”。

指标管理平台中如何获取病区某个时段的“出院人次”：科主任通过单点登录→指标管理平台→快捷搜索（右上角）→输入指标名称“出院人次”→快捷搜索→查看。

附件 3

数据保密承诺书

为切实保护患者隐私权和医疗数据安全，维护医院的良好声誉与合法权益，数据申请人应履行数据保护义务，具体内容如下：

一、保密内容

本承诺书所指的“医疗数据”为一切不以公开形式存在、一旦泄露可能对个人、组织权益、公共利益等造成危害的任何信息与资料。按照《医院数据分类分级管理制度》要求，涉及个人敏感信息的数据均应保密，包括但不限于以下内容：

（一）个人基本信息： 姓名、性别、出生日期、国籍、民族、婚姻状况、住址、电话号码、电子邮箱、家庭成员信息、身份证号、护照号、社保卡号、住院号、门诊号、各类检查检验单号等。

（二）个人生物识别信息：基因、指纹、声纹、掌纹、耳廓、虹膜、面部特征等。

（三）个人健康状况信息：主诉、现病史、既往病史、体格检查（体征）、家族病史、症状、检验检查数据、生物识别信息、遗传信息、可穿戴设备采集的健康相关数据、生活方式、基因测序、转录产物测序、蛋白质分析测定、代谢小分子检测、人体微生物检测等。

（四）个人医疗信息：门（急）诊病历、住院病历、住院医嘱、检验检查报告、用药记录、病程记录、手术记录、麻醉记录、输血记录、护理记录、入院记录、出院小结、转诊（院）记录、知情告知信息等全部诊疗记录。

（五）个人支付信息：挂号记录、缴费记录、医保结算信息、商业保险信息等。

（六）个人特殊信息：传染病数据、出生死亡数据等。

二、保密期限

本协议自签订之日起生效，有效期为终生。

三、相关责任

（一）泄露患者的隐私和个人信息，或者未经患者同意公开其病历资料的，应当承担侵权责任。

（二）医师、护士在执业活动中泄露患者隐私或者个人信息的，提交卫生健康主

管部门责令改正，给予警告；情节严重的，责令暂停六个月以上一年以下执业活动直至吊销医师执业证书。

（三）泄露患者的隐私和个人信息，或者未经患者同意公开其病历资料,造成不良后果或者利用知悉或者掌握的患者个人信息谋取利益的，依《事业单位工作人员处分规定》等相关规定，给予警告或者记过处分；情节较重的，给予降低岗位等级处分；情节严重的，给予开除处分，并追究相关法律责任。

四、声明与承诺

1. 同意遵守医院规章制度及相关法律法规，确保数据仅用于申请用途。承诺不向第三方提供或泄露共享数据，不用于营利目的。

2. 原则上数据申请人对所有申请数据的安全使用全权负责。

申请人签字： 日期：

数据核查制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-009-02	制定时间：2021-05-12
适用范围：数据核查相关的活动及人员	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：1
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为加强数据质量监督管理，确保源头数据真实可靠，结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

（一）适用范围

本制度适用于本单位各业务部门在数据全生命周期环节中的数据质量核查工作。

（二）基本原则

1．坚持数据质量从源头抓起，覆盖数据生产全过程，确保数据有依据、可溯源。

2．通过程序自动校验与人工重点核查相结合，防患于未然，及时发现并纠正数据质量问题。

3．落实数据质量主体责任，坚持“谁主管、谁提供、谁负责”与“谁经手、谁使用、谁管理、谁负责”相统一。

（三）核查组织体系与职责分工

1．主要领导责任：单位主要负责人对本单位数据质量负第一责任，负责数据质量工作的总体部署和重大问题的督促整改。

2．业务主管责任：各业务部门负责人对本专业领域数据质量负主要责任，负责组织本部门数据核查工作的实施。

3．直接操作责任：数据采集人员、录入人员及具体经办人对源头数据质量负直接责任。数据提供方需确保数据来源合法，数据接收方需确保使用合规。

（四）数据核查内容

数据完整性：检查数据是否完整，有无缺失或重复情况。

数据准确性：检查数据是否准确，有无错误或不一致情况。

数据合规性：检查数据是否符合相关法律法规和标准要求。

数据逻辑性：检查数据之间是否存在逻辑错误或矛盾。

数据安全性：检查数据存储和传输是否安全可靠，有无泄露或篡改风险。

（五）数据核查方法

自动核查：依托信息系统和数据核查平台，设置数据校验规则（如逻辑校验、格式校验、范围校验等），对数据进行实时或定期自动比对和校验，发现数据异常后自动预警，提升核查效率。

人工核查:针对自动核查无法覆盖的复杂业务数据、需结合业务场景判断的数据，由核查小组或业务部门开展人工比对、抽样检查和实地核查，确保核查深度。

抽样核查：采用统计抽样方法，按一定比例抽取核查样本，评估数据整体质量；抽样方法需符合统计法要求，确保样本具有代表性。

专项核查：针对统计上报、绩效考核、等级评审、医保检查等重点工作，开展专项数据核查，聚焦关键指标和高风险数据，确保数据质量满足特定工作要求。

溯源核查：对存在疑问的数据，追溯至原始业务记录、凭证或系统日志，核实数据来源的真实性和准确性，形成完整的溯源链条。

（六）附则

本制度自发布之日起执行，由信息数据中心负责解释和修订。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国统计法[EB/OL].(2024-09-13).https://www.stats.gov.cn/zs/flfg/tjlydnfghflfg/202412/t20241211_1957720.html.

[3]国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点：国卫医发〔2018〕8号[EB/OL].(2018-04-18).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201804/42ab2552298047679cd6ec733f233862.shtml.

四、修订原因

为适应医院数据管理发展需求，进一步明确数据核查的职责、内容和方法，规范核查流程，提升数据质量，为医院各项工作提供更可靠的数据保障，结合实际情况对

制度进行修订。

五、修订记录

2025 年 10 月第 1 次修订

医疗数据变更管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2023-007-01	制定时间：2023-11-10
适用范围：所有需要数据变更处理的部门及人员	修订时间：/
制定部门：信息数据中心	修订版本：/
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2023-12-01

一、目的

为充分保障医疗数据安全，保护患者诊疗信息权益，保证医疗信息数据的真实性、可靠性，规范数据变更全流程管理，防范非法篡改风险，依据相关法律法规及医院实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

（一）依据《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》等规范性法律文件，结合本院实际制定本制度。

（二）医疗数据用途广泛，其安全、可靠、真实是医院重点工作。既要保障数据在医疗机构内有序流转使用，又要防范非法篡改，同时保证数据质量，故制定本数据变更制度。

（三）数据变更管理制度（简称“数据变更”），指信息数据中心针对申请人诉求，结合业务流程、数据质量、合规性等特性，开展从申请→审批→变更处理→数据核查的全流程数据管理和应用工作。数据变更遵循“非必要不处理”原则，所有申请均需经严格的合理性、必要性评估。

第二章 数据变更处置规则

（一）数据变更处理规则

1．所有数据变更须通过“办公自动化系统（OA）”提交正式申请，并经所在科室负责人和条线部门审核同意。

2．涉及患者医疗安全的数据变更为无条件否决项，任何变更不得改变患者就医过程的实际情况。

3．诊疗过程中，因系统操作不熟练、疏忽或意外导致的 “低级错误”，在不影响业务流程闭环和程序逻辑的前提下，可允许变更（修正）。

4．数据变更全程采用线上流程，完整记录每个节点信息，以便追溯和备查。

5．为保障数据安全，数据变更操作由信息数据中心授权人员执行，软件厂商工程师仅提供技术支持，信息数据中心专人全程跟进并履行监督职责。

（二）数据变更办理时限

1．信息科会同软件厂商工程师，对变更申请的紧迫性、难易程度等进行论证，不具备可行性的申请予以驳回。

2．正式受理申请后，信息科跟进人员在线上流程中告知完成时限，知会申请方并完成流程闭环。

3．数据变更事关医疗安全、数据安全，不接受任何线下方式（包括电话、微信等）的告知和要求。

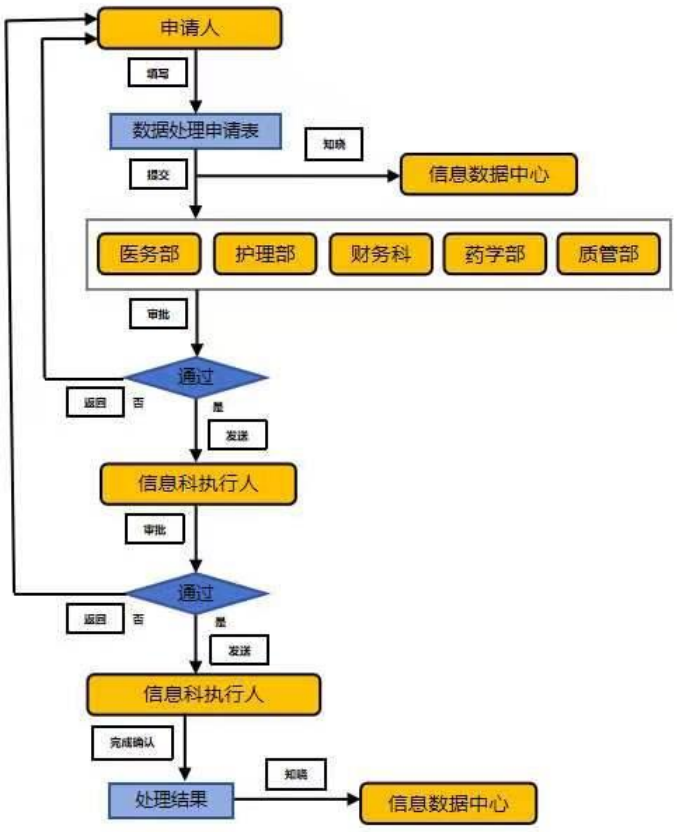
（三）数据申请人的附随义务

1．申请人需明确变更内容，包括当前问题、发生原因、期望变更结果等（参见附件 2）。

2．变更过程中发现程序 BUG、约束校验规则缺失等问题，申请人及管理条线部门有义务向软件厂商提交《信息系统软件需求申请表》，并整改到位，避免类似情况再次发生。

附件 1

数据变更审批流程图



附件 2

数据处理（变更）申请表

病人姓名：		住院号：		申请科室：	
修改内容：					
修改原因：					
附件					
审批意见：					
信息数据中心意见：					
处理结果：	数据处理结果反馈信息，显示操作人和完成时间				

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]GB/T 39725-2020 信息安全技术 健康医疗数据安全指南[S].

患者诊疗信息保护制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-010-02	制定时间：2021-05-12
适用范围：全院电子病历信息管理的全过程及各环节	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：1
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为加强医院电子病历管理，严格保护患者个人信息和隐私安全，规范电子病历的生成、使用、存储、传输、归档和销毁全过程，遵循合法、依规、正当、必要原则，维护患者合法权益，保障医疗质量和数据安全，特制定本制度。

二、内容

1．患者诊疗信息是指医疗机构在提供医疗服务过程中产生的，以一定形式记录、

保存的信息以及其他与医疗卫生服务有关的信息，包括患者的个人基本信息、挂号信息、就诊信息、住院医嘱信息、费用信息、影像资料和检验结果等各种临床和相关内容组成的患者信息群集。

2．医疗机构主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，各科室负责人是科室信息安全管理负责人。

医务部：负责电子病历信息使用管理的统筹协调，组织制定信息使用相关操作规范，指导临床科室规范开展电子病历信息的调阅、使用及管理，协调处理病历信息使用中的跨部门事务。

质量管理部：负责将电子病历信息规范使用情况纳入医疗质量考核体系，监督临床科室在日常诊疗活动中对患者诊疗信息的规范采集、记录和修改，对归档病历信息质量进行督查，对发现的问题提出整改意见并跟踪落实。

信息数据中心：负责电子病历系统的安全运维和技术保障，部署防病毒、防入侵、防篡改等技术措施，实施系统权限配置和账号管理，保障数据集中存储、加密传输和安全防护，定期开展安全评估和日志审计。

纪检部门：负责对电子病历信息使用管理工作进行监督检查，将信息规范使用情况纳入绩效评价体系，受理违规操作和信息泄露事件的举报，依法依规开展调查并追究相关责任人的纪律和法律责任。

3．严格实施分级分类访问控制与权限管理，遵循最小可用原则，按照岗位职责明确分级访问权限和时限，严禁未经授权查阅、复制、传播或篡改病历信息。

4．电子病历用户须妥善保管本人用户名和口令，定期更换。严禁使用他人账号登录系统。离开终端时及时关闭账号。因用户泄密引发纠纷的，追究相应法律责任。

5．电子病历工作站实行专机专用，不得接入光驱、U 盘等外部存储设备，严禁擅自安装任何软件或更改系统参数和软件配置。违规操作一经确认，根据情节轻重追究相应责任。

6．电子病历的创建、修改等操作必须全程留痕，系统自动记录操作人、操作时间、操作内容及修改前后信息，确保可查询、可追溯。严禁篡改、伪造、隐匿或擅自删除电子病历记录。

7．电子病历数据须集中存储于医院数据中心机房 。严禁以任何形式存储于互联网云盘、个人电脑、外部硬盘等非授权介质。

8．门（急）诊电子病历保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年；住院电子病历保存时间自患者最后一次出院之日起不少于 30 年。

9．所有员工均负有保密义务。未经患者同意或法律法规及医务处授权，严禁以任何形式（口头、纸质、邮件、即时通讯、拍照、截屏等）向未经授权的个人或机构泄露、传播、出售病历信息。

10．应对敏感个人信息（如疾病诊断、治疗方案、检查检验结果）实行更高级别的保护措施，包括存储加密、脱敏展示等。信息数据中心负责系统安全运维，部署防病毒、防入侵、防篡改等技术措施，保障系统安全稳定。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知：国卫办医政函〔2025〕262 号[EB/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm.

[2]国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）[M].北京:人民卫生出版社，2023.

四、修订原因

为贯彻落实《医疗质量安全核心制度要点释义》（第二版）关于患者诊疗信息保护制度要求，进一步明确各部门职责分工，堵塞信息泄露风险漏洞，结合上级主管部门政策文件及我院实际，特对本制度进行修订。

五、修订记录

2025 年 10 月第 1 次修订

信息系统用户及权限管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-011-03	制定时间：2011-01-06
适用范围：医院信息系统所有用户及相关第三方厂家	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：2
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院信息系统用户账号与访问权限的管理，落实最小必要与权责一致原则，确保信息系统的安全、稳定运行，保护患者隐私与医疗数据安全，防止信息泄露、篡改与滥用，依据国家相关法律法规及医院内部规定，特制定本制度。

二、内容

1．本制度适用于医院所有信息系统的用户账号（包括但不限于本院职工、实习生、进修生、第三方协作人员等）的全生命周期管理，严格遵循分级分类访问控制要求，确保权限与岗位职责精准匹配。

2．所有系统用户须实名登记，严禁一人多号或共用账号（经审批的公用账号除外）。用户权限严格遵循最小必要原则，仅授予完成本职工作所需的最小权限，严禁永久性超级权限，且权限不得超出实际权责范围。

3．系统权限的申请、审批与执行（设置）职能须分离，形成相互制约机制；账

号从创建至注销各环节均须有记录、可追溯。

4．业务归口管理部门（如医务部、护理部等）负责本领域信息系统权限审批，核准岗位对应的系统角色，并监督权限使用的合规性。

5．组织人事科负责在人事系统维护全院职工基本信息并同步至集成平台，在员工入职、岗位调整、离职时及时告知信息数据中心。

6．信息数据中心负责全院账号创建、配置、冻结、注销及日常技术维护，保管并监管特权账号口令且定期更换；接组织人事科通知动态调整权限，每半年至少组织一次全院用户权限符合性审查，清理僵尸及休眠账号，核查在岗人员权限是否符合最小必要原则，同时负责安全审计与日志管理。

7．用户须妥善保管个人账号及认证信息，不得转借、共享或使用弱口令，严禁以明文形式记录于纸质便签、桌面或未加密电子文档严格按授予权限操作，不得越权访问，离职或岗位变动时主动配合权限变更或注销，发现账号异常须在 24 小时内向信息数据中心报告。

8．因紧急诊疗等特殊情况需临时提升权限的，须经科室主任及行政总值班批准后开通，并设定自动失效时间，自动失效时间一般不超过 72 小时，由审批人根据实际需要设定。。

9．第三方人员账号申请由其对接科室 OA（填写《用户权限申请/变更表》）发起，审批后授予临时账号，须签署《数据保密承诺书》，账号有效期不超过合同服务期限，权限限定于合同约定的最低必要范围；第三方所有操作完整审计，日志保留不低于 6 个月，对接科室负责日常行为监督，离场时须提前 2 个工作日书面通知信息数据中心注销账号，离场后立即冻结，违规或造成数据泄露将依据协议追究其及所属单位责任。

10．所有信息系统须具备完整日志记录功能，记录登录行为及关键操作（增、删、改、查、导出等），内容包含账号、操作时间（精确到秒）、IP、操作内容及结果；日志保存期限不低于 6 个月，HIS、EMR 等核心业务系统不低于 1 年,涉及重要数据处理的系统不低于 3 年。安全审计员定期巡检日志，对非工作时间异常数据访问、批量数据导出、越权访问非授权模块等异常行为进行告警复核。

11．密码遗忘或账户锁定时，用户须持有效身份证明至信息数据中心办理重置，重置后首次登录强制修改密码，远程办理须核验身份并留存记录；管理员账号发生密码遗失或被入侵时，由信息中心负责人现场监督重置与安全排查，审查近 30 天全部操作日志并形成应急处理报告归档；发现账号用于异常数据访问时，信息数据中心须在 2 小时内冻结涉事账号，启动应急预案溯源调查并及时报告分管院领导。

12．信息数据中心应定期组织信息安全培训，内容涵盖制度规范、安全防护知识、应急处置流程等；新用户上岗前须接受培训及考核，合格后方可获得系统访问权限。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

[4]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知：国卫办医政函〔2025〕262号[EB/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm.

四、修订原因

根据国家网络安全、数据安全相关法律法规更新，结合医院实际需求，进一步明确用户使用规范、权限管理要求及第三方人员管理细则，防范各类安全风险，保障信息系统和数据安全。

五、修订记录

2020年11月第1次修订

2025年10月第2次修订

信息资产采购管理办法

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-012-04	制定时间：2018-08-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：3
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范并有效执行医院信息化项目采购流程，从技术归口和业务支撑角度出发，确保采购活动技术可行、安全可控、效益最优，支撑医院高质量发展，特制定本办法。

二、内容

（一）总则

本办法所称采购，指以合同方式有偿取得信息技术产品、工程及服务，包括购买、租赁、委托、雇佣、维修、维护等。

硬件：网络设备、服务器、终端、外设等；软件：可独立运行或嵌入硬件的成熟软件、平台软件、定制开发软件。

信息数据中心是全院信息化采购的技术归口部门，负责从技术可行性、架构符合

性、安全合规性及全生命周期效益评估，并主导后续技术环节。

（一）采购前：申请、评估、方案、审批

采购申请流程：需求部门提出申请→信息数据中心调研评估→出具方案与预算→按金额分级审批→采购管理中心立项。

1．申请与初审：需求部门通过 OA 提交《信息化采购需求申请表》。信息数据中心在 3 个工作日内完成初审，明确需求合理性及规划符合性。

2．技术评估与安全审查：初审通过后，信息数据中心组建评估小组，在 5 个工作日内出具《技术可行性及安全合规性评估报告》。必备内容包括：

（1）业务必要性与规划符合性评估。

（2）技术架构与兼容性评估（与现有系统的集成度、技术路线可持续性）。

（3）安全与合规性评估（数据安全方案）。

（4）全生命周期成本分析（预算金额 ≥10 万元的项目，应评估未来 3-5 年运维、升级等总拥有成本）。

3．编制方案：评估通过后，信息数据中心编制详细方案，明确技术参数、安全要求、验收标准。

4．分级审批权限：

①＜5 万元：信息数据中心主任→分管院长→采购招标管理中心立项；

②≥5 万元且＜10 万元：信息数据中心主任→分管院长→院长→书记→党委会审议→采购招标管理中心立项；

③≥10 万元且＜50 万元：信息数据中心主任→分管院长→院长→书记→党委会审议→卫健委备案→采购招标管理中心立项；

④≥50 万元：信息数据中心主任→分管院长→院长→书记→党委会审议→卫健委审批→城运中心审批→采购招标管理中心立项。

未获批准的申请，由信息数据中心在需求表注明原因并退回需求部门。

（二）采购中：过程参与与技术把关

信息数据中心审核采购文件中的技术部分、评分标准及合同技术条款并会签。按采购招标管理中心要求指派技术专家进入评标或谈判小组，重点审查技术方案、安全架构及实施能力。

（三）采购后：验收、交付与知识转移

1．硬件类：信息数据中心工程师会同采购招标管理中心、资产管理办依据合同现场检验设备，核对型号、配置、数量及许可文件，签字确认；不合格予以拒收。监督供应商按规范完成安装、配置及与现有系统的联调。组织使用部门、采购部门共同签署《验收报告》。

2．软件类：对软件进行安全漏洞扫描或代码审计，确保无高危漏洞。督促供应

商提交全套技术文档（架构图、源代码/管理员手册）。确认供应商已按合同要求完成对使用人员及管理员的培训。

（四）文档管理

信息数据中心须为每个项目建立完整的技术档案，长期保存。档案应包括从需求申请、评估报告、技术规格书、验收报告到运维文档的全套材料。

三、参考文献

[1]宜兴市人民政府.关于印发宜兴市政务信息化项目管理办法的通知：宜政办发〔2022〕61号[EB/OL].(2022-12-29).https://www.yixing.gov.cn/doc/2023/03/02/1120435.shtml.

[2]宜兴市卫生健康委员会.关于印发《宜兴市卫生健康系统采购管理制度(试行)》的通知：宜卫健〔2024〕3号[Z].2024-01-08.

[3]宜兴市人民政府.关于印发 《宜兴市政府合同管理办法》的通知：宜政规发〔2024〕2号[EB/OL].(2024-03-18).https://www.yixing.gov.cn/doc/2024/07/12/1242163.shtml.

[4]中国医院协会信息专业委员会.医院信息中心核心制度范本（2023版）[EB/OL].(2023-06-05).https://www.chima.org.cn/Html/News/Articles/16167.html.

四、修订原因

根据国家采购相关法律法规及医院内部管理规定的更新，为进一步规范采购流程，明确评估标准和验收要求，保障采购工作的合规性和有效性，对制度进行修订。

五、修订记录

2020年11月第1次修订

2021年05月第2次修订

2025年10月第3次修订

信息设备管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-013-04	制定时间：2011-01-06
适用范围：信息数据中心员工	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：3
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院信息数据中心所属信息设备全生命周期的实物管理，明确设备从申请到报废各环节的操作规程，确保设备安全、完整及高效利用，特制定本制度。

二、内容

1．信息数据中心作为设备的实物归口管理部门，负责设备台账的建立与维护、实物验收、日常使用监管、内部调拨、实物盘点、报废技术鉴定及数据安全处置。

2．设备到货后，由信息数据中心依据采购合同进行技术验收，资产管理办公室参与并办理资产登记手续。严格对照采购清单，核对设备的型号、配置、数量、保修期及附件资料，验收无误后双方签字确认。

3．技术验收合格后，负责将设备实物及验收单移交资产办，由资产办办理全院固定资产入库、财务登记及粘贴标签等手续。

4．建立并动态维护《信息设备实物台账》，台账需记录医院设备编号、设备类型、名称、型号、购入日期、使用状态及存放位置等信息。台账由专人管理，并每年与资产办财务账目至少核对一次，确保账物相符。

5．由上级调拨或外部赠送的设备，按医院财务规定办理资产手续后，中心须及时纳入《信息设备实物台账》管理。

6．对于用户终端备用设备，因故障临时替换使用，维修人员须登记备用设备领用信息（领用人、替换设备编号等），故障设备维修完成后，应及时换回并核销借用记录。

7．根据信息化建设需要，信息数据中心可对所属设备统一调配使用。由信息数据中心调配给其它部门使用的设备要及时变更设备台账记录。

8．信息数据中心应配合资产管理办公室，按医院财务规定定期组织信息设备实物盘点，逐一核查设备状态与台账记录。对账物不符的情况，须查明原因，上报资产办按相关规定处置。

9．拟报废设备，需进行技术鉴定与数据安全评估，明确报废原因、数据处置建议等，提交报废申请给医院资产管理办公室审批。报废申请最终须经医院规定的权限审批。

10．在设备实物移交资产管理办公室前，负责对设备内存储的医疗数据、业务软件及敏感信息进行彻底清除或物理销毁，并做好重要数据的备份与迁移。其它处置要求按医院资产管理相关规定执行。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知：国卫办医政函〔2025〕262 号[EB/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm.

[4]中国医院协会信息专业委员会.医院信息中心核心制度范本（2023 版）[EB/OL].(2023-06-05).https://www.chima.org.cn/Html/News/Articles/16167.html.

四、修订原因

为适应医院资产管理的要求和信息化建设的发展，进一步规范信息设备的全生命周期管理，响应架构调整，明确权责边界，重构管理流程，保障资产安全和数据安全，对制度进行修订。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 11 月第 2 次修订

2025 年 10 月第 3 次修订

信息系统项目建设管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-014-05	制定时间：2016-03-17
适用范围：全院员工	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：4
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院信息系统项目的立项、实施、验收与运维全过程管理，确保项目符合医院发展战略，保障建设质量、控制投资风险、保护数据安全，依据国家相关法律法规及医院内部管理规定，特制定本制度。

二、内容

（一）立项管理制度

1．信息数据中心负责全院信息化建设项目需求管理和立项建议，包括需求收集与调研、项目评估、立项建议、需求规格说明拟制等。

2．信息数据中心每年组织一次面向全院的信息化项目申报，征集各部门的信息化建设需求。信息数据中心也可根据医院信息化发展规划及上级政策要求，自主提出项目建设需求。对于临时性紧急需求，走紧急项目申请流程申报。项目申报应阐明建设必要性、业务与功能需求、可选产品等。

3．对收集的信息化建设需求，信息数据中心逐项安排专人进行初步调研，重点明确用户业务痛点及项目预期效果、新建项目与既有系统的关系、市场供应商、产品成熟度，估算资金投入，记录初步调研结果。

4．信息数据中心组织项目评估会对全院项目需求（立项申请）进行统筹评估。项目评估会由信息数据中心技术骨干参加，必要时邀请外部专家参与，重点对每个项

目的建设必要性、技术可行性、与既有系统的协调性、投入产出效益等进行评估，形成评估意见和是否给予立项支持的建议。

5．根据项目评估结果，汇总形成信息化建设项目立项建议稿，提交医院信息（安全）管理委员会讨论决策。

6．信息数据中心指定项目负责人，调研项目应用部门，确定信息化业务流程、系统功能、性能、接口要求，编写项目需求规格说明书，制定项目招标参数。需求规格说明书和招标参数经用户部门和信息数据中心共同签字确认后，拟制项目招标书，提交招标采购。

（二）实施管理制度

1．信息数据中心为每个项目指派专人作为信息数据中心项目负责人，与用户部门代表、承建方项目负责人等一起组成项目管理小组，负责项目实施管理工作。视建设项目的业务性质、范围、复杂度等情况，可由信息数据中心项目负责人、医院职能部门或用户部门指定人员担任项目管理小组组长（项目实施总协调人）。

2．项目负责人的具体职责包括：用户需求分析与管理、系统集成方案协商、项目实施进度管理、用户及厂商协调、项目过程文档管理等。

3．项目启动实施时，召开项目启动会，项目管理小组和相关人员参加，对实施进行动员，通报实施计划，明确各方责任。

4．项目实施过程中，视项目复杂度情况，项目负责人每周组织召开一次项目例会，项目管理小组成员参加，报告项目进展情况，讨论需要解决的问题。例会讨论情况形成会议记录。

5．项目负责人依据需求规格说明书和项目合同对项目实施进行督导。项目实施过程中，对用户提出的新需求或需求变更或需求异议，由项目负责人对需求合理性、可行性进行分析把控，形成需求方案并与承建方讨论一致后，对需求规格说明书进行补充修改。对于较大的需求变更，必要时与承建方签署项目变更记录。

6．项目负责人应按照医院的信息系统总体集成原则和框架，结合项目实际，提出项目的集成要求，与承建方讨论形成具体集成方案。系统集成需要其它厂商配合的，项目负责人应主动联系协调，必要时报告信息数据中心主任进行协调。

7．对定制开发类项目，要加强对开发过程的管理，对需求分析、概要设计、详细设计等阶段性产出组织相关人员进行评审，评审通过后方可进入下一阶段工作。

8．项目负责人要对项目实施进度进行督导，协调各方按计划推进项目实施。当项目进度延误或实施受阻时，及时向项目总协调人和信息数据中心主任报告。必要时，与承建方协商，区分责任，对项目合同周期进行变更。

9．信息系统上线前，要协调承建方和使用部门组织开展系统使用者培训。

10．信息系统上线前，做好应用测试以及与相关系统的联调联试。测试通过后，

报经信息数据中心主任和业务主管部门领导同意，开展系统试运行和用户试用。试用平稳后，项目进入正式应用。

11．项目负责人做好项目实施过程的文档管理。收集管理的文档包括：项目实施计划、项目实施进度周报告、例会记录、需求变更说明、系统集成方案、项目变更记录、用户培训记录以及其它重要的实施记录。

（三）验收管理制度

1．信息化建设项目验收前应具备以下条件：系统或设备已完成安装、测试和试运行；项目文档（用户使用手册、维护手册、部署文档、实施过程资料等）完整准确；用户培训已完成，售后服务措施已落实；系统投入正式运行并有用户代表签署的使用报告（对信息系统类项目）。

2．信息数据中心根据验收申请安排验收。项目负责部门为信息数据中心的，由承建方提出书面验收申请，信息数据中心安排验收；项目负责部门非信息数据中心的，由负责部门提出书面验收申请，信息数据中心安排验收。

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

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

5．信息系统类项目：逐项查看系统功能，检查功能一致性；实地查看用户使用情况，检查业务流程顺畅性和系统运行平稳性；模拟与外部系统的数据共享，检查系统集成性；查看项目文档资料，检查文档完整性。

6．硬件设备类项目：清点设备和序列号，查看设备型号与配置，检查设备品牌、规格、数量与采购清单的一致性；查验设备保修期证明，检查保修承诺符合性；查看设备文档资料及随机软件，检查文档资料完整性。

7．商品软件类项目：查验软件名称与原厂商授权证明，检查与采购清单的一致性；查验软件保修期证明，检查保修承诺符合性；查看软件文档资料，检查文档资料完整性。

8．网络建设类项目：清点网络布点数量，查验施工材料，检查与合同及设计方案一致性；抽查检测网络端口性能，检查建设施工质量；查看施工图纸等文档，检查文档资料完整性。

9．对项目完成情况检查核验后，验收组内部讨论形成验收意见和结论。达到验收标准的，验收通过；存在少量缺陷的，延期验收，经整改完善后再次复查；存在较大差距的，不通过验收，由承建方进行整改，并报信息数据中心及信息项目例会。

10．验收意见和结论经验收组签字后，属于信息数据中心负责的项目，书面通知项目承建方；非信息数据中心负责的项目，书面通知项目负责部门。

（四）运维管理制度

1．建立 7×24 小时值班制度，明确值班人员职责，确保信息系统全天候监控和响应。

2．建立交接班制度，值班人员交接班时应详细记录当班期间系统运行状态、故障处理情况、待办事项等，确保信息传递完整、准确。

3．建立系统变更管理制度，所有系统变更须经过申请、评估、审批、实施、验证和回退计划等流程。重大变更须报信息例会。

4．建立系统发布管理制度，明确发布流程、发布窗口、发布回退机制，确保系统发布安全可控。

5．建立配置管理制度，对信息系统配置项进行统一管理，确保配置信息的准确性、完整性和可追溯性。

6．信息科负责部署与运维防火墙、入侵检测/防御系统（IDS/IPS）、防病毒网关、Web 应用防火墙（WAF）等安全设备，安全策略定期评估与更新。建立 7×24 小时网络安全监控与告警机制，实时分析流量、安全事件与异常行为。

7．信息科对网络设备、服务器、安全设备的配置变更、软件安装、故障排查等操作，必须通过堡垒机/运维审计系统执行，全程留痕、日志可追溯。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]中国医院协会信息专业委员会.医院信息中心核心制度范本（2023 版）[S].(2023-06-05).https://www.chima.org.cn/Html/News/Articles/16167.html.

[4]GB/T28827.1-2022 信息技术服务 运行维护第 1 部分：通用要求[S].

[5]GB/T28827.8-2022 信息技术服务 运行维护第 8 部分：医院信息系统管理要求[S].

[6]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29 号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

四、修订原因

根据国家相关法律法规及行业规范更新，结合医院信息化项目建设实际经验，增加项目运维管理，提升项目管理效率和质量，对制度进行修订。

五、修订记录

2018 年 09 月第 1 次修订

2020 年 11 月第 2 次修订

2023 年 11 月第 3 次修订

2025 年 10 月第 4 次修订

信息软件功能需求管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-015-03	制定时间：2021-05-12
适用范围：全院员工	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：2
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院信息软件功能需求的提出、分析、审批、实施、验证及变更全过程管理，确保软件功能开发符合医院业务目标、数据安全法规与患者隐私保护要求，实现需求的全流程可控、可追溯，特制定本制度。

二、内容

（一）职责分工

1．信息数据中心：负责收集、整理和分析各部门提出的软件功能需求，形成需求文档，并组织需求评审和实施工作；负责组织需求的安全与隐私影响评估。

2．各部门：负责提出本部门的软件功能需求，参与需求评审和实施工作，并配合信息数据中心进行需求验证和验收。

3．软件开发商：负责根据需求文档进行软件设计和开发，配合信息数据中心进行需求实施和验收工作。必须遵守国家法律法规及合同约定，承担其在开发、测试环节的数据安全与保密义务，确保软件满足安全需求。

（二）需求管理流程

1．需求收集：各部门根据实际工作需要提出软件功能需求，填写《信息系统软件需求申请表》，经部门负责人审批后提交给信息数据中心。

2．需求分析：信息数据中心对收集到的需求进行调研和分析，明确需求的优先级、可行性和实施难度，形成《软件功能需求调研报告》。

3．需求评审：信息数据中心组织相关部门和软件开发商对《软件功能需求调研报告》进行评审，确保需求的合理性和明确性。评审通过后，形成《软件功能需求规格说明书》。

4．需求实施：软件开发商根据《软件功能需求规格说明书》进行软件设计和开

发。信息数据中心负责监督实施进度，确保按照计划完成。

5．需求验收：软件开发完成后，信息数据中心组织相关部门和软件开发商进行验收工作，确保软件功能符合需求规格说明书的要求。

6．需求变更：任何对已基线化《需求规格说明书》的修改，均视为变更，必须履行申请、评估、审批流程。变更申请需评估对项目范围、工期、成本、尤其是安全架构的影响。所有变更必须重新进行安全与隐私影响评估，审批通过后方可实施。

（三）附则

本制度自发布之日起执行，由信息数据中心负责解释和修订。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知：国卫办医政函〔2025〕262 号[Z/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm.

四、修订原因

为适应医院信息化发展和软件功能需求管理的实际需要，优化需求管理流程，明确各方职责，提高需求管理效率和软件系统质量，对制度进行修订。

五、修订记录

2023 年 11 月第 1 次修订

2025 年 10 月第 2 次修订

第三方服务管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-016-01	制定时间：2025-10-10
适用范围：第三方服务公司和人员	修订时间：/
制定部门：信息数据中心	修订版本：/
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为加强医院信息数据中心第三方服务管理，规范服务行为，保障信息系统安全稳定运行及医疗数据安全，根据相关法律法规和标准规范，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

第一条　本制度适用于为医院信息化建设、系统运维、接口开发、数据分析、安全服务等提供服务的所有第三方单位（含公司、机构及其他组织）及其派驻人员，涵盖驻场服务及远程运维服务等场景。本制度为第三方服务的专项管理规定，未涉及内容，遵照医院其他相关管理制度执行。

第二条　管理原则

（一）严格遵守网络安全、数据安全及医疗行业管理要求，坚守医疗数据安全和信息系统合规运行底线。

（二）明确信息数据中心、相关部门及第三方服务商的权责边界，实现运维操作、数据访问、人员进出等全过程记录，做到可查询、可追溯、可审计。

（三）严格遵循数据最小访问、操作最小授权要求，严控第三方服务人员的系统操作权限和数据接触范围，杜绝超范围、超权限服务行为。

（四）建立标准化服务规范与考核评价体系，对服务质量、安全合规情况进行动态监督，实行优胜劣汰的服务商管理机制。

第三条　组织机构与职责

信息数据中心是第三方服务的归口管理部门，负责第三方服务需求提报，服务全过程的监督与管理，服务质量评估与绩效考核，服务过程中的安全监管与风险防控。采购管理中心负责第三方服务的采购流程管理、合同签订。财务科负责第三方服务费用的预算审核与支付管理。纪检监察部门负责对第三方服务招标采购、合同履约、资金使用等环节进行监督。

第四条　第三方服务商应当履行以下义务

（一）严格遵守本制度及医院各项管理规定；

（二）落实安全防护措施，规范服务行为，履行保密义务；

（三）对其服务质量、数据安全、操作合规承担直接责任；

（四）接受信息数据中心的监督管理和考核评价。

第五条　第三方服务商准入应当符合以下条件

（一）依法注册成立，具备有效的营业执照及行业要求的经营资质；

（二）近三年内无违法违规经营、网络安全违法、数据泄露等不良信用记录；

（三）具备履行合同所必需的技术团队、服务能力和应急响应能力；

（四）具有医疗行业信息服务经验，具备满足国家网络安全等级保护要求的技术能力；

（五）具有完善的信息安全管理制度和应急预案。

第六条　第三方服务合同应当明确以下内容

（一）服务范围、服务内容、服务期限及服务标准；

（二）服务质量指标及考核办法；

（三）安全责任划分及违约处理条款；

（四）保密条款及数据保护义务；

（五）知识产权归属及交付物要求；

（六）合同变更、中止及终止条件。

第七条　第三方服务商入场服务前，应当签署《数据保密承诺书》，明确数据保

护义务和违约责任。

第八条　第三方服务商有以下情形之一的，应当启动退出程序：

（一）合同期满不再续约的；

（二）服务能力严重下降，无法满足合同要求的；

（三）发生重大数据安全事件的；

（四）严重违反医院管理制度或法律法规的；

（五）双方协商一致终止合作的。

第九条　人员备案制度

（一）第三方服务商应当在入场前向信息数据中心提供驻场及服务人员名单、身份证明、资质证明及角色分工等信息；

（二）信息数据中心对服务人员信息进行审核备案，未备案人员不得参与相关服务；

（三）服务人员不得随意更换，确需更换的，应当提前向信息数据中心提交书面申请，经审核同意后方可更换；

（四）服务人员离岗的，第三方服务商应当在人员离岗前 15 天报告信息数据中心，并及时做好交接工作。

第十条　现场管理要求

（一）驻场服务人员应当在指定区域办公，不得擅自进入非授权区域；

（二）服务人员进入机房等重点区域，应当履行登记手续，并由信息数据中心人员陪同。

第十一条　行为规范

（一）第三方服务人员应当遵守医院行风建设规定及职业道德规范；

（二）不得收受利益相关方财物或其他好处，不得利用工作之便谋取私利；

（三）不得私自将个人终端设备接入医院内部网络；

（四）不得在未获授权的情况下调试、操作生产环境设备或系统；

（五）不得私自拷贝、外发、传播业务数据及敏感信息；

（六）不得擅自对医院信息系统进行扫描、测试或其他可能影响系统安全的行为。

第十二条　运维操作规范

（一）生产环境所有变更，包括但不限于程序更新、配置修改、数据维护等，应当通过运维工单系统发起申请，经信息数据中心审批后方可实施；

（二）重大变更（涉及核心业务系统停机、关键数据迁移、架构调整等）应当制定详细的实施方案和回退方案，经技术评审后方可实施；

（三）变更实施应当安排在非业务高峰期，并提前通知相关业务部门；

（四）远程运维应当通过堡垒机进行操作，实现全程录屏录像，禁止私自开启未经授权的远程访问通道；

（五）所有运维操作应当有完整记录，包括操作人、操作时间、操作内容及操作结果。

第十三条　数据安全管控

（一）第三方人员原则上仅能接触经脱敏处理的测试数据，不得直接访问生产数据；

（二）确因工作需要访问生产数据的，应当经信息数据中心审批，并实行“双人操作、全程监督”；

（三）严禁将核心业务数据（含患者个人信息、电子病历、诊疗数据等）导出至个人设备或第三方云端存储；

（四）因测试或验证需要使用的业务数据，应当在使用后及时销毁，不得留存；

（五）项目合作终止后，第三方服务商应当在规定期限内配合医院彻底销毁其持有的所有测试数据、中间文件及相关备份。

第十四条　接口安全管理

（一）第三方开发或调用医院信息系统接口，应当符合医院接口管理规范；

（二）所有接口调用应当经过审批和登记，不得私自建立数据传输通道；

（三）接口应当具备访问认证、日志审计等安全机制。

第十五条　项目上线或阶段性交付前，应当通过信息数据中心组织的技术验收。

第十六条　技术验收应当提交以下资料

（一）最新完整源代码及编译构建说明；

（二）完整的数据库字典、接口说明文档及系统部署拓扑图；

（三）用户操作手册及系统管理员运维手册；

（四）项目阶段性记录、测试报告及用户培训记录；

（五）系统安全测试报告。

第十七条　验收标准

（一）系统功能及性能指标达到合同约定要求；

（二）交付文档齐全、规范，符合医院信息化建设文档管理要求；

（三）系统通过安全检测，不存在已知高危漏洞；

（四）经试运行期验证，系统运行稳定。

第十八条　未通过技术验收的，不予签署最终验收确认文件，不予支付合同尾款。

第十九条　信息数据中心定期对第三方服务商进行履约考核，考核周期原则上不低于每半年一次。

第二十条　考核内容包括但不限于

（一）响应时效：故障报修的响应速度、到场时限及处理效率；

（二）服务质量：问题解决率、系统可用性及用户满意度；

（三）规范执行：管理制度及服务规范的执行情况；

（四）安全合规：数据安全、操作合规及事件记录情况。

第二十一条　考核结果分为优秀、合格、不合格三个等次，作为合同续签、服务范围调整及供应商选择的重要依据。考核不合格的，应当限期整改；整改仍不合格的，不再续签合同。

第二十二条　第三方服务商有下列行为之一的，约谈相关负责人，责令限期整改

（一）人员未按规定备案或擅自更换服务人员的；

（二）未在规定区域办公或擅自进入非授权区域的；

（三）运维操作未按规定申请或记录的；

（四）其他违反本制度但尚未造成严重后果的。

第二十三条　第三方服务商有下列行为之一的，立即中止合作，列入医院供应商黑名单，依法追究法律责任，并上报卫生健康主管部门及公安机关

（一）泄露、出售或非法向他人提供医疗数据及患者个人信息的；

（二）私自建立数据通道，将业务数据传输至院外或第三方平台的；

（三）因违规操作导致信息系统故障，造成重大业务中断或数据损失的；

（四）存在恶意代码植入、后门设置等危害信息系统安全行为的；

（五）存在其他严重违反法律法规或本制度行为的。

第二十四条　本制度由信息数据中心负责解释。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构数据安全和个人信息保护管理办法（试行）[EB/OL].(2025-03-19).https://www.cdhfct.com/uploadfile/file/20260409/20260409055642_97467.pdf.

[4]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局，国家疾病预防控制局.医疗卫生机构网络安全管理办法：国卫规划发〔2022〕29号[EB/OL].(2022-08-08).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

文档管理制度

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-017-04	制定时间：2011-01-06
适用范围：信息数据中心员工	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：3
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院信息化建设管理和信息系统运维相关文档资料的管理，确保文档的完整性、准确性、安全性和可追溯性，为信息化工作提供有效支撑，特制定本制度。

二、内容

本制度所称文档为与信息化建设管理和信息系统运维密切相关的文档资料，信息数据中心对此类文档资料实行集成统一管理。

1．纳入信息数据中心统一管理的文档包括：所购买软硬件产品的配套文档（含使用手册、维护手册、授权书、接口文档等）；信息化项目文档（含立项论证材料、招标书、项目合同、实施过程文档、用户手册、验收报告、自研项目设计文档等）；网络布线及点位图；信息化发展规划、年度工作计划和预算、年度总结报告；呈批件；上级重要发文；其它具有重要保留价值的文档。文档可以是纸质或电子形式。

2．信息数据中心设置文档管理员（可兼职）负责文档统一管理工作。

3．列入统一管理的文档应及时归档。软硬件产品和信息化项目文档应当在产品或项目验收时由项目负责人提交归档；由信息数据中心起草的文件和上级发文由信息数据中心主任及时提交归档。文档管理员做好提交文档的签收。

4．文档管理员负责为归档文档统一编号，并编制文档目录（电子版）供查阅。

5．文档应做到有序保管。纸质文档存放应做到外观整齐、按编号有序排列；电子文档应存储在受控的、有权限管理和备份的服务器或专用系统中，按文档类别、编号区间分层级建立目录保存。对于涉及 L3 级及以上数据的文档，应存放于专用保险柜中，并建立单独的查阅审批流程。

6．因工作需要查阅文档的，电子文档由文档管理员授予查阅权限，纸质文档办理借阅登记后可借阅。对于非公开文档，经信息数据中心主任批准后方可查阅。借阅文档的，应当在借阅一周之内归还或取消电子文档查阅权限。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国档案法[EB/OL].(2020-06-20).https://www.saac.gov.cn/daj/falv/202006/79ca4f151fde470c996bec0d50601505.shtml.

[2]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[3]中国医院协会信息专业委员会.医院信息中心核心制度范本（2023 版）[EB/OL].(2023-06-05).https://www.chima.org.cn/Html/News/Articles/16167.html.

四、修订原因

根据医院信息化建设的不断发展，文档管理的范围和要求发生变化，为进一步规范文档的收集、归档、保管、查阅等管理流程，保障文档安全和有效利用，对制度进行修订。

五、修订记录

2018 年 04 月第 1 次修订

2020 年 11 月第 2 次修订

2025 年 10 月第 3 次修订

终端设备使用管理规定

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-018-05	制定时间：2011-01-06
适用范围：全院员工	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：3
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为规范医院终端设备的使用和管理，保障终端设备正常运行，保护患者隐私和医院数据安全，提高工作效率，落实网络安全责任，特制定本制度。

二、内容

1．本制度适用于全院各科室使用终端设备的全体工作人员，包括正式员工、进修人员、规培人员、实习生及第三方驻场人员。本制度所称终端设备，是指各科室使用的计算机（含台式机、笔记本、一体机）、打印机、扫描仪、移动终端（PDA、平板电脑）、网络设备（交换机、路由器）等信息化硬件设备。

2．各科室负责人为本部门终端设备使用及网络安全管理的第一责任人，负责落实日常管理、监督使用行为。设备领用人即为设备责任人，负责设备的日常清洁保养。设备使用人负责设备的日常保管、规范操作和安全使用。

3．终端设备须由信息数据中心统一申请采购。新设备到货后进行安全性能测试，确认符合要求后方可投入使用。所有终端设备须建立设备台账，记录品牌型号、序列号、硬件配置、使用科室及领用人等信息，并粘贴设备标签。

4．使用者须严格按照操作规程使用设备，不熟悉操作流程者不得擅自操作关键设备。

5．未经授权，不得擅自改变设备位置、拆换零配件、更换网络配置。因工作实际需要增加或更新设备，须向信息数据中心申请。

6．发现运行故障应及时向信息数据中心值班人员报告，不得擅自拆卸、维修设备，严禁自行重装系统或修改系统配置。

7．工作完毕后须退出应用系统并锁定终端，防止他人违规操作。平时应做好终端设备表面保洁工作。

8．工作结束后，应关闭不使用的终端设备，以节约能耗和保障安全。

9．所有终端设备接入医院网络须实行准入控制。未经批准，严禁将医院内网终端设备连接互联网或其他外部网络，严禁在办公终端安装与工作无关的软件，禁止玩电脑游戏。

10．根据岗位职责分配不同的网络访问权限和数据操作权限。第三方运维人员仅能访问其工作所需的指定系统，杜绝越权访问。

11．如需将设备搬离办公地点或借给外部门使用，须事先报信息数据中心批准并做好登记，明确借用期限和责任，必要时须清除设备中的相关数据。

12.信息数据中心定期对各科室终端设备进行安全巡检，重点检查设备运行状态、安全软件安装情况、外联行为及使用记录。

13．设备在使用中发生故障或毁损需报废的，须经信息管理部门评估确认，按医院固定资产报废流程统一处理，不得自行拆除设备的任何组成部分。报废设备中的存储介质须进行数据清除或物理销毁，确保敏感信息不可恢复。

14．违反本规定，出现设备丢失、数据泄露、违规外联、私自安装软件、擅自拆卸设备等行为的，将视情节轻重给予通报批评、经济处罚或行政处分；涉及违法犯罪的，移送司法机关依法处理。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[2]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知：国卫办医政函〔2025〕262 号[EB/OL].(2025-06-23).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202507/content_7030265.htm.

四、修订原因

为进一步规范网络工作站的使用行为，加强设备维护和数据安全保护，明确操作人员的责任和义务，结合医院实际使用情况和管理要求，对制度进行修订。

五、修订记录

2013 年 03 月第 1 次修订

2020 年 11 月第 2 次修订

2025 年 10 月第 3 次修订

信息数据中心与各部门间的组织协调机制

文件编号：YXPH-XX-XXSJZX-2025-019-02	制定时间：2021-05-12
适用范围：信息数据中心及医院各部门	修订时间：2025-10-10
制定部门：信息数据中心	修订版本：1
审核批准：信息（安全）管理委员会	执行时间：2025-11-01

一、目的

为建立健全跨部门、常态化的协同工作体系，保障信息化需求精准对接、高效响应、全程可溯，提升信息系统服务效能与业务价值，特制定本机制。

二、内容

1．信息数据中心召开与各部门的协调会议，采取线上/线下结合的方式，共同讨论、解决信息化建设中的问题，确保各方及时交流信息。

2．各部门设立一名信息联络员，具备一定信息化知识，良好的业务理解与沟通能力，负责与信息数据中心的日常沟通和协调，代表部门提出需求和建议。

3．业务部门通过统一平台 OA 提交《信息化需求申请单》，由信息联络员进行内部确认与初审。信息数据中心项目负责人接收需求，组织初步技术评估，并与业务部门沟通澄清。重大需求需提交联合评估会议。

4．定期/按需召开 “信息化需求联合评估会”（每月/每季度），由信息数据中心、相关业务部门、财务部门等共同参与，对需求进行业务价值、技术可行性、资源投入及风险评估，确定优先级与实施计划。

5．新项目立项的需求，信息数据中心指定项目负责人，建立项目沟通群，定期向业务部门同步进展。

6．项目上线或功能交付后，由业务部门主导进行业务验收。信息数据中心定期对已上线功能的使用效果与服务满意度进行回访。

三、参考文献

[1]GB/T 28827.1-2022 信息技术服务 运行维护 第 1 部分：通用要求[S].

四、修订原因

为优化信息数据中心与各部门的协作流程，提升沟通效率和问题解决能力，更好地满足各部门信息化需求，推动医院信息化建设高质量发展，结合实际工作情况制定本机制。

五、修订记录

2025 年 10 月第 1 次修订

第十一章　各专业委员会工作制度

医院发展与改革委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-DZB-2026-001-02	制定时间：2021-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-06
制定部门：党政办公室	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

为进一步规范医院发展与改革委员会（以下简称“委员会”）议事规则、工作流程和运行机制，强化委员会在医院战略规划、改革创新、重大项目、运营调控、制度建设中的统筹决策和督导落实作用，健全医院现代化治理体系，保障医院各项发展改革工作科学、规范、高效推进，推动医院高质量可持续发展，结合医院实际，特制定本制度。

二、内容

1. 委员会在集团党委统一领导下开展各项工作，坚持党委领导、集体议事、科学决策、依规履职的工作原则。委员会主任由集团党委书记担任，统筹主持委员会全面工作。

2. 负责传达贯彻上级党委、政府及卫健委主管部门重要会议精神、政策文件、工作指示及决策部署，结合医院实际研究落实举措，确保上级政策落地执行。

3. 集体研究审议医院发展全局性、战略性、关键性重大问题，对医院中长期发展、年度发展工作计划和重点任务、重大改革、资源配置、项目建设等重大决策进行研讨，为集团党委决策提供依据。

4. 审议确定医院办院方针、总体发展定位以及医院资源配置、学科发展、人才培养、服务提质等运营管理重要事项。

5. 统筹推进医院高质量发展、等级评审、医联体建设、精细化运营管理等专项工作，定期研判工作推进成效，梳理存在问题并优化推进举措。

6. 规范会议召开机制，委员会常规会议每半年召开一次，总结阶段性发展改革工作、部署下一阶段重点任务；遇重大改革事项、紧急发展任务、专项重点工作时，由主任委员决定随时召开临时会议。

7. 委员会会议坚持议题明确、事项聚焦的原则，严格落实会前酝酿、会中研讨、会后督办机制。党政办公室负责会务组织、通知传达、会议记录、纪要草拟。

三、参考文献

[1]国务院办公厅.关于推动公立医院高质量发展的意见：国办发〔2021〕18号[EB/OL].(2021-06-04).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-06/04/content_5615473.htm.

[2]国务院办公厅.关于建立现代医院管理制度的指导意见：国办发〔2017〕67号[EB/OL].(2017-07-14).https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5217735.htm.

四、修订原因

为适配当前公立医院高质量发展、深化医改、精细化运营管理工作要求，进一步厘清医院发展与改革委员会工作职责、健全工作机制，更好发挥委员会统筹医院发展改革的核心作用。

五、修订记录

2026年07月第1次修订

医院质量与安全管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-ZGB-2025-010-04	制定时间：2011-01-01
适用范围：所有质量管理相关委员会人员	修订时间：2025-12-01
制定部门：质量管理部	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为进一步规范医院质量与安全管理委员会及其下属委员会工作方式，明确下属委员会在各自领域的组织职能，推动质量管理常态化工作，有效提升医院质量管理，特制定本制度。

二、内容

1．医院质量与安全管理委员会在院党委领导下开展工作。

2．医院质量与安全管理委员会主任由院长担任，全面负责医院质量与安全管理工作。组织制定委员会工作计划和制度，对各项议题审议并作出决议，组织推进质量管理委员会改进项目；副主任委员由主任委员提名，协助主任委员开展工作。

3．委员主要由职能部门负责人、临床医技科室主任代表等担任。负责向委员会提交议案。出席委员会会议，积极参与讨论并行使表决权。执行委员会分配的工作。

4．委员会日常执行机构为质量管理部，由部门主任担任秘书，负责会议组织、记录，日常管理协调等工作，负责执行委员会的决议。

5．根据国家、省市卫生主管部门对医院质量与安全管理的总体要求，结合医院医疗、护理、财务、设备、后勤等工作实际情况和及医院要求，制定质量与安全管理制度，构建质量与安全体系，包括医院质量的长期发展规划、管理方针、质量指标体

系、委员会工作机制等，明确重点工作，制定年度实施方案。

6．医院质量与安全管理委员会每季度召开一次工作会议，或根据医院工作需要，由院长决定临时召开，必要时可结合院长办公会联合召开。听取各专业委员会及各部门质量管理工作汇报，协调各管理委员会的工作，及时研究解决医院质量与安全管理存在的问题，推进医院质量与安全管理持续改进。

7．统一协调医院各相关委员会的工作，指导各专业委员会调整设置等。对各管理委员会的工作情况进行督查，督促各管理委员会围绕医院质量和安全管理总体目标，认真研讨本领域内质量相关问题，提出改进方案，推动相关领域的质量与安全工作。

8．定期组织开展形式多样的质量培训活动，提高医务人员的质量与安全意识；建立医院质量与安全管理信息的有效传递机制，促进质量与安全管理文化的建设。

9．每季度向院长办公会提交质量与安全报告，汇报质量相关数据、风险管控落实、质量改进计划等进展情况，提出质量问题与解决建议。

附件

质量管理相关委员会工作操作手册

背景：根据公立医院高质量发展新形势、新任务的需求，为进一步规范医院质量与安全管理委员会及下设委员会工作方式，明确各委员会在各自领域的组织职能，推动质量管理常态化工作，有效提升医院质量管理，特制定该工作要求。

一、委员会的形成

根据质量管理需要，由职能部门提交申请表至医院质量与安全管理委员会讨论；经审议通过后，由主管职能部门牵头完成委员会组建工作。各委员会根据工作需要可成立项目工作小组。

二、委员会组织架构

1．委员会设主任委员 1 名，根据上级部门要求及委员会职责，主任委员由院长或分管院长担任。

2．委员会副主任委员可根据需要自行设定名额，由该项工作的分管领导、职能部门负责人或科主任担任。

3．委员会设秘书 1 名，由主管部门成员担任。

4．委员会委员由涉及部门主管或主管指定人担任，原则上每人不得同时兼任 3 个及以上委员会委员。

5．委员会成员任期一般为 2 年，因人事变动可即时调整；成员变动时由科室推荐人选并在委员会会议通过。

三、成员职责

1．主任委员：领导并负责委员会工作，组织制定委员会章程。主持委员会会议，

对各项讨论进行决议。根据会议需要邀请相关人员列席会议。

2．副主任委员：协助主任委员完成各项工作，主任委员无法出席会议时，代理行使主任委员职责。

3．委员会秘书：负责委员会的日常事务，确保委员会的有效运作。组织召开会议，完成会议准备（包括会议资料、场地、时间、人员通知、开会用具等），追踪会议决策的落实。

4．委员：向委员会提交议案，出席委员会会议，积极参与讨论并表决，执行委员会分配的工作。

四、工作要求

1．各委员会人员构成合理，有明确的职责并履行。在医院质量与安全管理委员会的指导下，各相关委员会运行良好，在各自领域的质量与安全管理及持续改进中发挥作用。

2．根据医院质量安全管理委员会确定的监测指标及重点改进项目，负责本委员会的监测指标制定，每年至少确定 2 项优先改进指标，并制定改进方案。

3．依据医院总体质量与安全管理目标、发展规划等，每年年初制定本委员会工作计划，年终做好工作总结，每季度召开一次工作会议（部分委员会根据情况需每月召开），讨论管理领域内的质量监控指标、不良事件、日常工作开展情况、近期质量改进项目进度等问题；并及时追踪改进措施的有效性；对已经落实的措施，负责部门汇报改进措施落实后的成效。针对尚存在的关键问题向医院质量与安全管理委员会提交改进议题，并做好说明。

4．应用质量管理方法开展质量管理工作，包括 PDSA（质量环）、QCC（品管圈）、RCA（根本原因分析）、FMEA（失效模式效应分析）、HVA（灾害脆弱性分析）、6S 管理等。

5．对监管指标达标情况进行分析，对存在的问题查找原因并制定整改措施，明确整改措施执行责任人及完成时限，并督导整改措施的落实。

五、会议周期

各委员会原则上每季度召开一次工作会议，每年召开委员会会议不少于 2 次，医疗质量与安全管理委员会可视情况每月召开一次，可视情况召开临时会议。

六、会议管理

1．会前管理

（1）委员会秘书按照会议召开计划，提前汇总、统计上一管理周期各项管理指标相关数据，并向委员会成员、职能部门征集需讨论的提案；

（2）拟定会议议程，准备会议资料，提前 1 周请示主任委员，并确认会议召开时间及地点，提前将会议资料发至委员会成员；

（3）委员会秘书于会议召开前 1 天，再次通知委员。

2．会中管理

（1）委员会秘书提前携相关资料（必要时 PPT 形式汇报）到达会场，准备好相关设施；

（2）所有参会人员提前 10 分钟到达会场，完成签到（参考附件模板），委员无法出席时，应指定代理人参会，并签出席人名字，注明“代”；

（3）委员出席人数达 2/3 以上视为会议有效。出席人数 1/2 以上赞同视为提案通过。

3．会后管理

（1）委员会秘书及时完成会议纪要，会议纪要应明确会议议定的措施。经主任委员审签后印发，并整理会议资料归档。

（2）各委员会成员及相关责任部门依据委员会纪要内容落实相关工作。

（3）委员会须对会议讨论形成的决策进行督促落实，每次会议须追踪前期改进措施的执行情况及有效性。

七、工作计划制定程序

1．各委员会每年年初根据国家相关标准、政策法规、行业规范及诊疗指南等，依据质量与安全管理年度总结和医院总体优先级改进目标，拟定年度工作计划。

2．各委员会年初向医院质量与安全管理委员会提交年度工作计划及条线重点管理指标目标值。

3．医院质量与安全管理委员会确定医院年度质量与安全管理目标、重点监测指标、日常监测指标和全院性改进项目，制定《医院质量与安全管理指标及实施方案》初稿。

4．质管部将年度质量与安全管理指标体系及工作计划提交院长办公会审核。将审批后的文件发至院领导、科主任、医院质量与安全管理委员会成员。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法：国家卫生和计划生育委员会令（第 10 号）[EB/OL].（2016-09-25）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/d2633bf795e443b6a879f27e408539f3.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅，国家中医药局综合司，国家疾控局综合司.关于印发医疗机构医疗质量安全专项整治行动方案的通知：国卫办医政函〔2025〕228 号[EB/OL].（2025-06-20）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202506/9cd15882a85048c98b54960ac37d5cd5.shtml.

四、修订原因

根据中华人民共和国国家卫生健康委员会发布的《医疗机构医疗质量安全专项整

治行动方案》进行修订。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2021 年 01 月第 2 次修订

2025 年 12 月第 3 次修订

医疗质量与安全委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-YWB-2026-002-03	制定时间：2011-01-01
适用范围：全体委员	修订时间：2026-07-06
制定部门：医务部	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

为全面落实国家《医疗质量管理办法》等法律法规及行业规范，健全医院院、科两级医疗质量与安全管理体系，规范医疗质量安全管理工作流程，强化医疗质量持续改进机制，有效防范、化解医疗安全风险，保障患者就医安全，规范医务人员执业行为，提升医院整体医疗服务质量与诊疗水平，明确医疗质量与安全委员会工作职责、权限及工作内容，结合本院实际运营情况，特制定本制度。

二、内容

第一章 总 则

第一条 医院医疗质量管理实行院、科两级责任制，逐级压实管理责任。院长为全院医疗质量管理第一责任人，全面统筹负责医院医疗质量与安全管理各项工作；各临床、医技科室主任为本科室医疗质量管理第一责任人，具体落实本科室医疗质量管控、安全防控及持续改进工作。

第二条 医疗质量与安全管理委员会（以下简称“委员会”）是医院贯彻落实国家医疗质量安全管理相关政策法规，推行民主决策、科学管理，衔接院级统筹管理与科室落地执行的常设专项管理机构，无独立编制，专职负责全院医疗质量、医疗安全的统筹规划、监督管控、考核评价及持续改进工作。

第三条 委员会设主任 1 名，由院长或分管医疗副院长担任；委员由医务、质管、护理、院感、药学、医技、门诊、急诊等职能科室负责人及各临床科室主任、骨干专家组成，确保覆盖全院医疗业务全领域，保障管理工作全面、专业、高效开展。

第四条 医务部为委员会常设办公室，主要负责委员会日常事务统筹、会议组织、制度落地、数据统计、督查反馈、资料归档、对接上级质控部门等各项日常管理工作。

第五条 本委员会核心管控范畴为全院医疗业务条线质量与安全管理。针对护理

质量、药事管理、医院感染控制、医疗技术准入、病案质量管理等交叉重叠工作，由医疗质量管理部牵头统筹、筛选核心工作、权衡管理权重、协调各专项委员会及科室工作，理顺管理流程，避免多头管理、重复管控，提升整体工作效率。

第二章 职责及工作内容

第六条 主要职责

（一）统筹建立、健全全院标准化、规范化的医疗质量管控体系，完善医疗质量自查、督查、整改、提升的闭环管理机制，建立长效持续改进工作制度。

（二）严格遵照国家、省市医疗质量管理相关法律法规、行业标准及质控要求，结合本院诊疗业务特点、学科发展现状，制定、修订院内医疗质量管理制度、质控标准、年度医疗质量持续改进工作计划，并统筹组织全院落地实施。

（三）常态化开展全院医疗质量数据监测、风险预警、数据分析、专项考核、综合评估及结果反馈工作，搭建本院医疗质量基础数据库，定期梳理质控数据、总结工作成效，按时发布全院医疗质量管理工作简报及质控信息。

（四）构建全方位、全流程的医疗安全与风险管理体系，完善医疗安全核心制度、突发事件应急预案、诊疗操作工作流程，重点强化手术、麻醉、危急重症救治、用药安全、输血安全、侵入性操作等重点部门、关键环节的风险管控，严格落实患者安全十大目标。

（五）建立常态化医疗质量安全培训考核机制，围绕医疗质量管理相关法律法规、规章制度、诊疗规范、技术标准、风险防控知识制定年度、季度培训计划，组织全院医务人员开展培训，并全程监督培训落地及考核成效。

（六）依托医院电子病历、智慧医疗信息平台，结合质控工作需求，提出医疗质量管理信息化建设、优化升级需求，充分运用信息化手段实现精准质控、智能预警、数据溯源，提升医疗质量管控科学化、精细化水平。

（七）建立医务人员执业满意度监测体系，科学制定、动态优化满意度监测指标，定期开展员工执业体验、工作满意度调研，梳理执业痛点、难点，持续优化执业环境，提升医务人员工作积极性与职业归属感。

（八）积极配合各级卫生健康行政部门、行业质控中心开展各项质控检查、专项督导、调研工作，按时、准确、规范报送本院医疗质量安全相关数据、报表及工作资料；根据上级最新质控指标、行业标准，动态修订完善本院医疗质量考核指标体系及管理制度。

第七条 主要工作内容

（一）督查全院临床医师对临床诊疗指南、临床路径、技术操作规范、行业质控标准及医疗质量安全核心制度的执行依从性，核查日常诊疗、辅助检查、临床用药、手术治疗、康复处置等各项医疗行为的规范性、合理性、安全性。

（二）督导各临床、医技科室质量安全管理小组常态化开展质控工作，核查科室质控小组运用 PDCA 等质量管理工具开展质量自查、问题整改、持续改进的工作落实情况。

（三）检查各临床、医技科室定期组织医疗卫生法律法规、医疗质控管理方法、专业技术规范、医疗安全风险防控等内容的培训、学习、考核及成效落实情况。

（四）规范医技科室全流程质量管理，督查检验、影像、超声、心电、病理等科室室内质量控制落实、室间质量评价参与、设备校准维护、结果精准度管控工作，严格落实跨科室检查检验结果互认制度，保障医技诊疗结果可靠。

（五）强化门急诊医疗质量管理，核查门急诊医护人员配置、技术力量配备、出诊接诊能力，优化、督查门急诊诊疗、转诊、急救、便民服务流程，提升门急诊服务效率与质量。

（六）积极推行多学科诊疗（MDT）模式，针对疑难、危重、复杂疾病，统筹协调多学科联合诊疗，规范 MDT 诊疗流程，提升疑难病症诊疗精准度与救治成功率。

（七）严格落实单病种质量管理与控制工作，按照上级单病种质控标准，规范相关病种诊疗流程，收集、分析单病种质控数据，针对性开展质量改进工作。

（八）规范中医医疗质量管理，遵循中医诊疗理念与行业规范，督查中医辨证施治、中医适宜技术应用、中医药服务质量，持续提升中医诊疗服务水平。

（九）落实医疗质量（安全）不良事件管理制度，督查全院不良事件的主动上报、及时记录、规范统计、根源分析、整改追责及预防改进全流程工作，建立不良事件闭环管理机制。

第三章 职 权

第八条 建立健全医疗质量管理激励机制。委员会有权对医疗质量管控工作成效显著、质量持续改进成果突出、无重大医疗安全隐患及不良事件的科室和个人予以表彰、通报及专项奖励，总结提炼优秀管理经验和诊疗规范，在全院推广应用，树立质控工作标杆。

第九条 建立医疗质量安全约谈警示制度。对存在重大医疗质量安全隐患、发生重大医疗质量安全不良事件、质控工作落实不到位、整改逾期未完成或整改不合格的科室负责人及相关责任人，委员会有权组织专项约谈、警示提醒；对造成严重医疗安全后果、不良社会影响的科室及个人，予以全院通报批评。

第十条 建立常态化医疗质量考评机制。将日常医疗质量督查结果、季度及年度质控考核成绩、不良事件发生情况、质量改进成效等，纳入科室年度目标考核、科室负责人绩效考核、全院医务人员绩效分配、职称聘任、晋升评优、评先树优的核心考核指标，实现质控工作与绩效考核深度挂钩。

第十一条 临床医师、医技人员在执业过程中，存在下列情形之一的，委员会有

权责令限期整改，视情节轻重作出警告、院内通报、经济处罚、岗位调整、纪律处分等惩戒建议，上报院部审批后执行：

（一）违反医疗卫生相关法律法规、院内规章制度、临床技术操作规范，引发医疗差错、医疗纠纷或造成其他严重不良后果的；

（二）违规开展限制类、禁止类医疗技术，超范围开展诊疗活动的；

（三）拒不落实或敷衍落实医疗质量安全管理制度，科室质控管理混乱、问题频发、整改无效的；

（四）发生重大医疗质量安全不良事件、医疗事故，隐匿不报、迟报、漏报或瞒报的；

（五）未按规定时限、标准报送医疗质量安全数据、报表、工作资料，影响全院质控工作及上级督导检查的。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

[3]国务院.医疗机构管理条例（2022年修订）[EB/OL].(2022-03-29).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202303/79ba042296184726bd100d6fecea177c.shtml.

[4]中华人民共和国主席令（第九十四号）.中华人民共和国医师法[EB/OL].(2021-08-20).https://www.gov.cn/xinwen/2021-08/20/content_5632413.htm.

[5]中华人民共和国国务院令（第701号）.医疗纠纷预防和处理条例[EB/OL].(2018-07-31).https://www.gov.cn/gongbao/content/2018/content_5323086.htm.

四、修订原因

为贴合最新行业管理规范，进一步细化委员会工作职责、优化工作流程、明确管理权限、完善奖惩考核机制，补齐原有制度管理短板，强化医疗质量全流程闭环管理，切实提升全院医疗质量安全管控效能，结合本院实际运营及质控工作现状，对本制度进行修订完善。

五、修订记录

2017年12月第1次修订

2026年07月第2次修订

药事管理与药物治疗委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-YXB-2026-003-04	制定时间：2011-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-06
制定部门：药学部	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

为统筹监管全院临床用药全流程，规范药品管理规则，指导合理用药，保障用药安全，规范药事管理工作，特制定本制度。

二、内容

1．药事管理与药物治疗学委员会（以下简称“药事委员会”）设主任委员 1 名，执行主任委员 1 名，副主任委员若干名。医院主要负责人任药事委员会主任委员，业务主管负责人任执行主任委员，药学部门负责人、医务部门负责人任药事委员会副主任委员。委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、护理和医院感染管理、医疗行政管理等专家组成。主任委员召集、主持会议，可委托执行主任委员代为召集、主持会议。

2．每季度召开一次例会，如遇特殊情况可调整。

3．与会人数必须达到委员总数 2/3 以上才能进入议事和决策程序，如须投票决策应为实到委员人数的 1/2 以上方为有效。

4．药事委员会办事机构为药事管理与药物治疗学委员会办公室，负责提交会议议题、会议筹备、资料整理和汇总归档。

5．每次会议有议题讨论，必须有会议记录，形成会议纪要，按纪要组织实施，必要时进行通报或公示。

6．根据药事委员会工作要求下设管理工作小组，药事委员会定期对各小组开展工作情况进行督查，并落实奖惩。

7．组织专家库成员根据专业和工作需要参与相关临床合理用药问题评价。

8．必要时，药品品种遴选工作可邀请院纪监部门列席全程参与。

9．医务部指定专人与药学部对接，参与医院药事管理与药物治疗学管理相关工作。

10．医院药事委员会建立健全工作制度，有完整的记录和档案，日常工作由药事管理与药物治疗学委员会办公室负责。

三、参考文献

[1]T/CHAS20 医疗机构药事管理与药学服务（系列标准）[S].

[2]T/CHAS10-4-5-2019 中国医院质量安全管理第 4-5 部分：用药安全[S].

四、修订原因

根据药事委员会最新组织架构进行更新。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2021 年 09 月第 2 次修订

2026 年 07 月第 3 次修订

医院感染管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-YGK-2025-011-07	制定时间：2001-05-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-12-01
制定部门：感染管理科	修订版本：6
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-02-01

一、目的

为建立一套科学、规范、系统的管理体系，规范医院感染管理委员会的职责和运行机制，预防和控制医院感染的发生与传播，保障医疗质量和患者安全，现结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1. 实行院长负责制，压实条线责任。各部门负责人为主要责任人，分工负责，各司其职，向感委员会汇报条线感控工作，提出整改建议。

2. 建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；遇疑似医院感染聚集、暴发事件，应及时召开临时专题会议。

3. 制定预防和控制医院感染的规章制度、修订医院感染诊断标准并监督实施；贯彻医院感染管理法律法规及技术规范与标准，及时根据国家新发布卫生行业标准动态修订相关制度流程。

4. 感染管理科、医务、护理、后勤保障等院感管理核心部门对院内感染风险开展系统评估，对相关风险因素进行监测、量化评估、反馈和整改。

5. 根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。

6. 研究确定医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。

7. 研究确定医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各部门、人员的责任分工。

8. 研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。

9. 根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理与药物治疗委员会提出合

理使用抗菌药物的指导意见。

三、参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.医院感染管理办法：卫生部令第48号[EB/OL].(2006-06-15).https://www.nhc.gov.cn/zwgk/wlwl/200804/5a92cc5c37234062834ed79bb0329c3b.shtml.

[2]国家卫生健康委办公厅.国家卫健委印发医院感染十项核心制度的通知：国卫办医函〔2019〕480号[EB/OL].（2019-05-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201905/dc3b843c4139446e886ffb1c9c690c09.shtml.

[3]国家卫生健康委员会.关于进一步完善医疗机构感染预防与控制工作机制的通知：联防联控机制医疗发〔2021〕71号[EB/OL].(2021-08-16).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202108/1b62b824643d4c6691e8e1adb26788ca.shtml.

[4]WS/T 524- 2025 医院感染暴发控制标准[S].

四、修订原因

根据国家卫生健康委员会2025年发布的《医院感染暴发控制标准》进行修订。

五、修订记录

2016年03月第3次修订

2021年09月第4次修订

2023年09月第5次修订

2025年12月第6次修订

病案管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-YWB-2025-012-03	制定时间：2011-01-01
适用范围：全体委员	修订时间：2025-12-30
制定部门：医务部	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-01

一、目的

根据国家卫健委有关病案管理法规规范和规章制度，为不断提高病案质量，实现医院病案管理规范化，特制定本制度。

二、内容

病案管理委员会是指导监督促进病案质量和医疗质量持续改进的主管机构。

（一）委员会组织

1．委员遴选条件

（1）热爱卫生健康事业，努力进取，实事求是，善于团结。

（2）熟悉国家和行业有关病案管理法律法规和规章制度，作风严谨，业务素质高、能力强，具备病案质量管理的知识和能力，能对医院病案质量管理建言献策。

（3）身体健康，坚持日常工作，能够积极完成本委员会交办各项任务。

（4）专业技术人员具有副高级以上专业技术职务。

2．委员会设主任委员 1 名，委员若干名,设秘书 1 名。主任委员由分管医疗副院长担任，委员由医疗管理、质量控制、护理等相关职能部门负责人以及相关临床科室负责人担任。

（二）会议制度

1．委员会每季度召开一次会议，必要时可临时召开。会议由主任委员主持，需 2/3（含）以上委员出席，决议要经到会委员 2/3（含）以上同意方为有效。

2．每年召开年度病案质量总结会议，总结年度病案管理重点工作，通报病案管理质量指标完成情况。

（三）职责

1．在分管院长领导下，全面负责医院门诊、住院病案资料的管理工作。

2．根据相关法律法规和其他规定，讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名，制定全院病历书写和病案管理制度，制定并不断完善我院病案质量评分标准以及评判细则，审定全院医用表格内容和式样，并监督实施。

3．开展病案质量日常检查评议与关键环节质量管控，组织各种形式的病案书写质量检查、评选优秀病案等，根据检查结果，提出具体奖惩意见。

4．制定病案质量有关知识的学习和培训制度，强化医务人员的质量意识，确保甲级病案率在 90%以上，杜绝丙级病案。

5．推动建立病案管理部门与临床科室的有效沟通和相互协作，促进病案书写和管理质量持续提高。

6．定期征询各部门和科室对病案管理工作意及建议，研究和及时解决病案管理工作中的问题，并持续改进。

7．做好病案的信息化管理工作，定期更新升级电子病历系统，更好地服务临床，做好病案信息统计、数据再利用。

8．研究解决医院其他有关病案管理重要事项。

（四）委员权利

1．独立履行职责并对委员会负责，不受任何单位和个人干涉。

2．对医院病案管理情况进行监督评议，提出意见建议。

3．参加会议，发表意见，参与讨论和表决。因故不能参加会议，可采取书面形式发表意见，参加表决。

（五）委员义务

1．按时参加会议，本着认真负责、科学公正态度参与议题讨论和决议表决。

2．对有关议题和决议保守秘密，不得泄露保密事项。

3．与委员会讨论议题有直接利害关系，主动向主任委员申明并回避。

4．不得接受利益相关单位和个人馈赠以及进行非工作接触。

5．向委员会举报任何单位和个人不公正不廉洁行为。

6．收集病案管理工作建议，整理后提交委员会参考。

7．学习有关法规和知识，参加有关培训，提高病案管理水平和能力。

8．委员应积极宣传并带头落实委员会各项决议。

（六）病案管理委员会办公室设在医务部，负责日常工作处理、会议议定事项承办、委员会工作报告起草等。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法:国家卫生和计划生育委员会令第10号[EB/OL].(2016-09-25).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/d2633bf795e443b6a879f27e408539f3.shtml.

[2]国家卫生计生委，国家中医药管理局.关于印发《医疗机构病历管理规定（2013版）》的通知：国卫医发〔2013〕31号[EB/OL].(2013-11-20).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201312/c9955f0471c04450a9f9ab74648fbdd4.shtml.

[3]中华人民共和国卫生部.卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知：卫医政发〔2010〕11号[EB/OL].(2010-01-22).https://www.nhc.gov.cn/bgt/s10696/201002/8cd7d4d70f4b42da839d2428dcbf723c.shtml.

[4]国家卫生计生委办公厅,国家中医药管理局办公室.关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知：国卫办医发〔2017〕8号[EB/OL].(2017-02-15).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201702/90f3de8ae03d488cbddf509dc958f75b.shtml.

[5]国家卫生健康委员会医政司.医疗质量安全核心制度要点释义(第二版)[M].北京：中国人口出版社，2023.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容，修订制度。

五、修订记录

2018年05月第1次修订

2025年12月第2次修订

临床用血管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-ZGB-2025-014-04	制定时间：2011-01-01
适用范围：全院医务人员	修订时间：2025-12-05
制定部门：质量管理部	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-15

一、目的

为规范医院临床用血管理，健全输血管理体系，落实国家相关法律法规和医疗核心制度要求；强化多部门协同，提升临床用血的科学性、安全性和合理性；保障患者用血安全，防范输血相关风险，持续改进输血质量与水平，特制定本制度。

二、内容

临床用血管理委员会主任由院长或副院长担任，委员由医务部、质量管理部、护理部等职能科室，以及临床、检验、麻醉等相关科室负责人组成，负责全院临床用血管理工作。委员会办公室设于质量管理部，下设输血质量监督组，具体承担日常管理工作。

1．根据《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》及《临床用血技术规范》,制定全院临床用血工作的各项规章制度和技术操作规程。

2．临床用血管理委员会是医院输血工作管理的最高决策组织，负责对全院临床用血工作实施监督和指导。

3．制定临床用血质量教育与培训计划，组织开展医务人员临床用血业务培训；提供有关专业技术咨询和指导；引导医务人员增强用血质量安全意识，推动临床科学合理用血，保障医疗安全，严防各类差错事故发生。

4．负责临床用血质量监督，审核全院临床用血计划，定期或不定期检查全院输血工作情况，对用血质量情况进行分析评估，对临床不合理用血予以认定、评价并公示；及时发现问题，研究制定改进措施，并督促相关科室落实到位。

5．调查分析临床用血工作中出现的质量缺陷原因，判定缺陷性质，对重大输血质量问题组织鉴定，针对临床用血管理工作中存在的问题，提出整改要求并制定防范措施。

6．对临床“依法用血，合理用血”执行情况进行监督检查，组织开展临床输血疗效评估工作，建立健全临床用血预警系统。

7．临床用血管理委员会每季度召开一次工作会议，对输血工作进行总结。会议由主任委员或副主任委员主持，质量管理部负责召集，每次参加人数需超过委员会委员的半数，形成的决议需经参会人员三分之二以上表决通过后方可上报。会议形成的临床输血与管理决议，需报院行政办公室审核签发后生效。

8．负责宣传并贯彻《中华人民共和国献血法》，宣传无偿献血的意义，普及献血的科学知识，开展预防和控制经血液途径传播疾病的健康宣教工作；动员并鼓励职工积极参与无偿献血。

9．加强血库与临床各科的沟通协作，协调、处理临床与输血工作之间的各类问题；向医院定期提交临床用血管理业务工作报告，并提出合理化建议。

10．配合卫生健康委员会和行业质控组织开展相关工作，按要求报送本单位临床用血相关数据信息；根据卫生健康委员会或行业质控组织发布的质控指标和标准，动态完善本院临床用血管理相关指标体系。

11．推进临床用血信息化建设与智慧化管理，推动输血管理系统与HIS、电子病历系统的深度集成，实现临床用血全流程闭环管理，提升临床用血工作效率与安全水平。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国献血法 中华人民共和国主席令（第九十三号）[EB/OL].（1998-10-01）.https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201808/ea9fb73f399d4cedb1b3438825646505.shtml.

[2]国家卫生健康委.医疗机构临床用血管理办法：国家卫生健康委员会令第2号[EB/OL].（2019-02-28）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7b7da6f69f0746e1acba7a4562232511.shtml.

[3]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发临床用血技术规范（2025年版）的通知：国卫办医急函〔2025〕463号[EB/OL].（2025-11-28）.https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/zcwj/202512/1f0e99982b49476b9b076ee10ef9ca75.shtml.

四、修订原因

为适应输血医学的、发展要求，进一步规范医疗机构科学合理用血，保障临床用血安全，国家卫生健康委办公厅于2025年12月4日颁布《临床用血技术规范（2025年版）》，据此进行修订。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2021 年 01 月第 2 次修订

2025 年 12 月第 3 次修订

医疗技术临床应用管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-YWB-2025-013-04	制定时间：2011-01-01
适用范围：全体委员	修订时间：2025-12-01
制定部门：医务部	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范医院医疗技术临床应用管理工作，建立科学、规范、高效的医疗技术准入、实施、监管与退出管理体系，保障医疗质量和患者就医安全，防范医疗技术风险，杜绝违规开展医疗技术、超范围执业、新技术滥用等问题。同时，推动医院医疗技术规范化、同质化、精细化发展，鼓励临床新技术、新项目的合理研发与推广应用，持续提升医院诊疗服务能力、学科建设水平和核心竞争力，依据国家医疗卫生相关法律法规及行业规范，结合本院医疗工作实际，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 医院医疗技术临床应用管理委员会是全院医疗技术管理的最高专业决策与监管机构，在院领导统一领导下开展工作，全面负责全院医疗技术的准入审核、过程监管、效果评估、风险管控、整改督导及学科技术发展规划等工作。

第二章 工作内容

第二条 依据国家、省市医疗技术管理相关法规及最新政策，结合本院发展现状，制定、修订、完善本院《医疗技术临床应用管理办法》《新技术、新项目准入制度》《医疗技术风险管理制度》《医疗技术退出管理制度》等配套规章制度、工作流程及考核标准，构建完整的医疗技术管理体系。

第三条 负责全院新技术、新项目的立项审核、可行性论证、准入审批工作。对科室申报的新技术、新项目，从技术安全性、有效性、科学性、伦理合规性、设备条件、人员资质、风险可控性、社会效益及经济效益等方面进行全面评审，出具评审意见。

第四条 严格落实医疗技术分级管理要求，对国家限制类医疗技术、省级备案类医疗技术开展专项审核，核查开展科室人员资质、设备配置、场地条件、急救保障能力，审核通过后按要求完成上级备案，严禁未经审批、备案擅自开展限制类医疗技术。

第五条 审核全院常规医疗技术的执业范围，核查各科室、医师开展技术项目的合规性，杜绝超范围、超资质开展诊疗技术的行为。

第六条 日常监管：常态化督查各科室医疗技术临床应用情况，重点核查新技术新项目开展流程、操作规范、知情告知、病历书写、术后随访等工作落实情况，及时发现不规范操作、流程缺失、风险防控不到位等问题。

第七条 风险管控：建立医疗技术风险预警机制，针对高风险医疗技术、新技术开展过程中的不良事件、并发症、安全隐患进行收集、分析、研判，制定风险防控措施，指导科室落实整改，降低医疗技术安全风险。

第八条 专项督查：定期开展限制类医疗技术、微创技术、介入技术、手术类技术等高风险技术专项检查，核查技术操作规范性、质控指标完成情况、风险应急预案落实情况。

第九条 定期对全院在开展的各类医疗技术进行年度综合评估，对技术成熟、疗效稳定、安全可控的项目，纳入常规技术管理；对疗效不佳、风险过高、并发症多发、不符合医院发展定位或被新技术替代的医疗技术，启动退出程序，暂停或终止院内开展。对开展过程中频繁出现不良事件、整改无效、合规性不达标、人员能力无法匹配的技术项目，立即叫停整改，情节严重的永久退出院内技术目录。

第十条 结合医院学科发展规划、区域医疗需求，调研国内外先进医疗技术发展趋势，指导各科室开展特色新技术、微创技术、精准诊疗技术，推动科室技术创新和特色专科建设。组织开展医疗技术学术交流、培训学习、经验总结推广工作，搭建院内技术交流平台，提升全院医务人员专业技术水平和规范化操作能力。统筹全院新技术新项目申报、成果总结、科研转化工作，推动临床技术与科研融合，助力医院重点专科、特色专科高质量发展。

第十一条 建立健全全院医疗技术管理台账，完整记录新技术申报、审批、开展、评估、整改、退出等全流程资料，做到台账清晰、资料齐全、可追溯。

第十二条 按照卫生健康行政部门要求，按时完成限制类医疗技术、新技术新项目的备案、数据统计、工作总结上报工作，配合上级部门各类医疗技术专项检查与督导。

第十三条 在医院医疗技术临床应用管理委员会领导下，医务部负责医疗技术分类、分级、授权、培训、考核等日常管理工作；教学管理与学科建设科负责医疗新技术的申报、审核等，与医务部共同实施日常管理工作；定期召开医疗技术临床应用的相关会议。

第十四条 在医院医疗技术临床应用管理委员会领导下，各科室成立医疗技术临床应用管理小组，负责本科室医疗技术临床应用管理。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法:国家卫生和计划生育委员会令第 10 号[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm.

[2]江苏省卫生健康委员会.江苏省三级综合医院评审标准（2023 版）实施细则[EB/OL].(2023-09-22).https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2023/9/22/art_55461_11023452.html.

四、修订原因

1. 政策合规更新需求：国家、省市卫生健康部门持续更新医疗技术临床应用管理、医疗质量安全、限制类技术管控相关政策、标准及规范，原有制度部分条款与最新行业政策、监管要求不匹配，需同步修订，确保医院医疗技术管理工作完全合规。

2. 等级评审与质控需求：为适配最新医院等级评审、医疗质量绩效考核标准，规范医疗技术台账管理、评估标准、备案流程，补齐管理短板，提升医院规范化管理

水平与质控成效。

3. 业务发展适配需求：为适应医院高质量发展、新技术创新推广、重点专科建设的发展目标，优化新技术准入、科研转化、技术推广管理内容，充分发挥委员会专业指导作用，助力医院核心诊疗能力提升。

五、修订记录

2018 年 03 月第 1 次修订

2025 年 12 月第 2 次修订

医学伦理审查委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-LYB-2026-012-04	制定时间：2026-08-08
适用范围：全体员工	修订时间：2026-07-29
制定部门：伦理办公室	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-09-01

一、目的

为保护涉及人的生命科学和医学研究相关研究/试验参与者的权益、安全和福祉，规范医学伦理审查委员会的组织和运行，根据相关法律法规及行业标准，特制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 医学伦理审查委员会的宗旨是对医院涉及人的生命科学和医学研究的科学性、伦理性进行审查，遵循质量源于设计、风险与获益相称等原则，对以保护研究/试验参与者的权利，并促进医院医学研究规范开展。

第二条 伦理审查工作应当坚持独立性，任何机构和个人不得干预医学伦理审查委员会的伦理审查过程及决定。研究/试验项目管理的部门不得批准实施未经伦理审查批准的研究项目，但是可以按程序不批准、终止或者暂停医学伦理审查委员会已经审查批准的研究项目。

第三条 伦理审查工作及相关人员应当遵循中华人民共和国宪法、法律和有关法规，遵循公正、有利、不伤害、尊重自主的伦理准则，相互协作。

第四条 医学伦理伦理委员会在国家医学研究登记备案信息系统上传信息，同时向本机构的执业登记机关备案。

第二章 组织

第五条 名称：宜兴市人民医院医学伦理审查委员会。

第六条 地址：江苏省宜兴市新城路 1588 号（门诊综合楼四楼）。

第七条 组织架构：医学伦理审查委员会隶属宜兴市人民医院，设四个专业委员

会开展工作，分别是：医学研究伦理审查委员会、疫苗临床研究伦理审查委员会、医疗技术伦理审查委员会、生殖医学伦理审查委员会。下设医学伦理审查委员会办公室，负责四个专业委员会的日常事务工作。

医院为医学伦理审查委员会办公室配备专职秘书，提供所需的办公设备，可利用的档案室。为委员、秘书提供充分的培训机会和时间，使其能够胜任其岗位职责。

第八条 财务管理：医院将医学伦理审查委员会的运行经费列入年度财务预算，经费使用按照医院及医学伦理审查委员会经费管理规定执行。

第九条 构成：医学伦理伦理委员会设主任委员 1 名，副主任委员若干名，秘书 1—2 名。委员类别应当包括医药专业、非医药专业的委员，独立于组织机构的委员，并有不同性别的委员；人数不少于 7 人。医院的法人代表与研究项目管理部门的领导，不担任医学伦理审查委员会主任委员/副主任委员，也不参与办公室的日常管理。

第十条 任命：医院党委会负责医学伦理审查委员会委员的聘任事项，对候选人员名单正式讨论后颁发聘任文件。

第十一条 资质：医学伦理审查委员会委员应当具备伦理审查资格和能力，能够审查临床试验相关的伦理学和科学等方面的问题。签署委员履职承诺书：同意公开自己的姓名、职业和隶属机构；同意遵循研究利益冲突政策，公开与审查项目相关的利益冲突；同意接受伦理审查同意研究的标准和审查要点的培训，持续提高伦理审查能力；同意遵循维护审查项目机密的规定。

第十二条 任期：医学伦理审查委员会每届委员任期 5 年，可以连任。

第十三条 换届：换届应当考虑审查能力的发展、专业类别和工作的连续性，其候选人员可由委员会根据资质专业相当的原则向院党委进行推荐。

第十四条 辞职或免职：委员因健康、工作调离或者其他个人原因不能继续履行委员的职责者，可申请辞去委员。严重违反章程和法规，不适合继续担任委员者，可免去委员资格。以上均需经党委会讨论决定。

第三章 运行

第十五条 职责：医学伦理审查委员会应当制定程序文件，对医院承担的、以及在医院内实施的涉及人的生命科学和医学研究项目进行初始审查、跟踪审查和复审，保持审查的独立、称职和及时。

第十六条 审查方式：医学伦理审查委员会的审查方式有会议审查，紧急会议审查，简易程序审查。会议审查是伦理委员会主要的审查工作方式，审查会议的安排应当保证审查的及时性。研究过程中出现危及受试者生命安全的重大非预期问题，应当召开紧急会议审查。简易程序审查是会议审查的补充形式，目的是为了提高工作效率。

第十七条 主审：医学伦理审查委员会实行主审制，每个项目由主任委员/副主任委员指定两名及以上的委员进行审查。

第十八条 独立顾问：如果委员的专业知识不能胜任某研究/试验项目的审查，或项目的研究/试验参与者与委员的社会和文化背景明显不同时，应咨询独立顾问。独立顾问应为所在专业领域具有声誉和影响力的资深专家，独立顾问按程序邀请，提供咨询意见，但不具有表决权。

第十九条 会议法定人数：到会委员人数应当超过医学伦理审查委员会全体委员的半数；包括医药专业、非医药专业的委员，独立于组织机构的委员，以及不同性别的委员。

第二十条 利益冲突管理：医学伦理审查委员会委员/独立顾问须遵循研究利益冲突政策，与审查项目存在利益冲突的委员应当主动声明，并退出该项目审查的讨论和决定程序。

第二十一条 审查与决定：医学伦理审查委员会应当依据伦理审查的标准，对送审项目进行充分的审查和讨论。审查意见一致的票数应当超过医学伦理审查委员会全体委员的半数。审查意见分为：批准、不批准、修改后批准、修改后再审、继续研究、暂停或者终止研究。会后应当及时传达审查决定。

第二十二条 保存：医学伦理审查委员会应当保留伦理审查的全部记录，包括伦理审查的书面记录、委员信息、递交的文件、会议记录和相关往来记录等。用于申请药品注册的临床试验，所有记录应当至少保存至试验药物被批准上市后 5 年；用于申请药品注册的临床试验但试验药物未被批准以及未用于申请药品注册的临床试验，所有记录应当至少保存至临床试验终止后 5 年；医疗器械临床试验保存至完成或者终止后 10 年；其他研究项目按医院管理规定时限保存。

第二十三条 保密：医学伦理审查委员会委员/独立顾问对送审项目的文件负有保密的责任和义务，不得私自复制与外传，不得利用伦理审查所获知的信息为自己或第三方谋取商业利益。

第二十四条 培训：医学伦理审查委员会委员、独立顾问、办公室工作人员持续接受培训，包括但不限于国家相关法律法规、部门规章、国内外通用伦理准则、科技伦理审查指南及本机构的标准操作规程（SOP）等。

第二十五条 协作：医学伦理审查委员会协作完成多中心/区域临床研究的伦理审查，共享资源以提升效能。医院所有与研究/试验参与者保护的相关部门应协同医学伦理审查委员会工作，明确各自在伦理审查和研究/试验监管中的职责。

第二十六条 质量管理：医学伦理审查委员会应当对研究人员对审查工作提出的问题和建议做出回应。接受政府卫生健康管理部门、药品监督管理部门的监督管理。医学伦理审查委员会应当对检查发现的问题，以及认证审核发现的不符合项，采取相应的纠正和纠正措施。

第二十七条 监督管理：医学伦理审查委员会定期和不定期向医院主要领导及分

管领导、上级管理部门报告年度伦理审查工作情况。

第四章 附则

第二十八条 本章程的制定、修订和废止须经医学伦理审查委员会全体委员三分之二及以上委员审议。医学伦理审查委员会应当保持章程的稳定，但出现下列情形之一的，可按照相关规定修改章程：

1. 法律、法规、规章和国家有关政策发生变化，需要对章程进行相应调整的；

2. 医学伦理审查委员会的名称、信息等实际情况发生变化；

3. 有权提议修改章程的机构认为应当修改章程的其他情形。

第二十九条 本章程自发布之日起实施，解释权属于医学伦理审查委员会。

三、参考文献

[1]世界医学会.赫尔辛基宣言：涉及人类参与者的医学研究伦理原则[J].医学与哲学，2024.doi:10.12014/j.issn.1002-0772.2024.21.04

[2]国家食品药品监管总局.疫苗临床试验质量管理指导原则（试行）：食药监药化管〔2013〕228号[EB/OL].（2013-10-31）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2014/content_2580994.htm.

[3]国家卫生健康委员会.涉及人的生物医学研究伦理审查办法(2016年)[EB/OL].（2016-10-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/558653bd3d1e4a078904152a30605a03.shtml.

[4]国家卫生健康委员会.医疗技术临床应用管理办法[EB/OL].(2018-08-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/7fd3c31ef929472aa57794cbc49c3f0f.shtml.

[5]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国药品管理法（2019年）[EB/OL].(2019-08-26).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201908/t20190826_300489.html.

[6]国家药监局，国家卫生健康委.关于发布药物临床试验质量管理规范的公告：2020年第57号[EB/OL].（2020-04-23）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5525106.htm.

[7]国家药监局，国家卫生健康委.关于发布《医疗器械临床试验质量管理规范》的公告：2022年第28号[EB/OL].（2022-03-24）.https://www.nmpa.gov.cn/ylqx/ylqxggtg/20220331144903101.html.

[8]国家卫生健康委，教育部，科技部，等.关于印发涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法的通知：国卫科教发〔2023〕4号[EB/OL].（2023-02-18）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2023-02/28/content_5743658.htm.

[9]世界医学会.赫尔辛基宣言：涉及人类参与者的医学研究伦理原则[J].医学与

哲学，2024.doi:10.12014/j.issn.1002-0772.2024.21.04.

[10]国务院.生物医学新技术临床研究和临床转化应用管理条例：中华人民共和国国务院令第818号[EB/OL].(2025-10-10).https://www.gov.cn/zhengce/content/202510/content_6981376.htm.

[11]国家药监局，国家卫生健康委，国家中医药局，等.药物临床试验质量管理规范（2026年修订）：2026年第50号公告[EB/OL].(2026-06-08).https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/gzwj/20260608/20260608150000000.html.

四、修订原因

根据国家发布的最新标准进行修订。

五、修订记录

2021年03月第1次修订

2023年10月第2次修订

2026年08月第3次修订

医学装备管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-YXZBK-2025-006-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医学装备科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-12-01

一、目的

为适应国家医疗器械监管最新要求，推进医院高质量发展与精细化管理，规范医学装备全生命周期管理，强化委员会决策、论证、监督与协调职能，保障医疗质量与安全，提升装备使用效益，防控廉政与运营风险，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

由医院分管领导、职能部门、相关业务科室、医学装备管理部门的负责人和专家，组成医院医学装备管理委员会。医学装备管理委员会办公室设于医学装备科，委员会的职责是：

（一）对医学装备引进的咨询、审议、决策及工程项目协调等管理工作，包括医学装备的规划、计划、论证、技术问题进行评价。

（二）负责确定并建立本院医学装备管理体系，制定相关工作制度细则，对其进行审核和评价，监督纠正措施的执行。

（三）负责建立本院的计量管理体系，组成医院三级计量管理网络，督促开展对医学装备的定期计量监测工作。

（四）负责确定并建立医学装备应用质量的监控体系，组织对医疗器械不良事件的调查和追踪。

（五）建立相关的管理工作奖励、处罚制度，并组织执行医学装备使用效能分析评估。

（六）统筹落实医学装备采购审批与全生命周期管控要点：

1. 分级论证：常规装备归口审核；大型/高值/特殊装备委员会集中论证。

2. 全生命周期管控：覆盖需求—采购—验收—使用—维护—计量—报废—追溯。

3. 质量与安全：强化准入管理、使用核查、维护保养、应急保障与院感防控。

4. 效益评价：建立使用率、完好率、成本效益等考核指标。

5. 廉政风控：坚持公开、公平、公正，接受纪检、审计全程监督。

三、参考文献

[1]国务院.医疗器械监督管理条例：国务院令第739号[EB/OL].（2021-02-09）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5595920.htm.

[2]国家卫生健康委员会.医疗器械临床使用管理办法：国家卫生健康委令第8号[EB/OL].（2021-01-12）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100221/202201/340006dbdd684049aca1d5f79f4609de.shtml.

[3]卫生部.医疗卫生机构医学装备管理办法：卫规财发〔2011〕24号[EB/OL].（2011-03-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1960690.htm.

[4]国务院.医疗机构管理条例：国务院令第752号[EB/OL].（2022-03-29修订）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5687501.htm.

[5]国家卫生健康委员会，国家药品监督管理局.大型医用设备配置与使用管理办法（试行）：国卫规划发〔2018〕12号[EB/OL].（2018-05-22）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201806/5d0f6a6961fe4026acbcc8d6de1a08bf.shtml.

[6]国家药品监督管理局.医疗器械使用质量监督管理办法：国家药监局令第18号[EB/OL].（2015-10-21）.https://www.samr.gov.cn/zw/zfxxgk/fdzdgknr/bgt/art/2023/art_882f2ecb69e843d6bd22e01de88a7bf4.html.

[7]马丽平,李斌,范医鲁,等.医疗机构医学装备管理工作规范专家共识[J].中国医院建筑与装备，2025，26(7):27-31.

四、修订原因

落实2026年全国医疗器械监督管理工作会议精神，衔接新版《医疗器械生产质量管理规范》（2025年第107号公告，2026年11月1日施行）与国家药监局《医疗器械分类目录》动态调整要求，强化设备全周期管控、溯源管理、质量安全与廉政防控，厘清委员会职责、优化论证审批、完善质控体系，实现装备管理合规、安全、提质增效，据此修订制度。

五、修订记录

2021 年 06 月第 1 次修订

2025 年 11 月第 2 次修订

医用（高值）耗材及医疗器械使用质量管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-QCK-2026-004-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-06
制定部门：器材材料科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

根据《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》《医疗器械监督管理条例》等相关规定，结合医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

1．贯彻执行上级卫生行政部门颁布的有关法律、法规、规章，审核制定本院的医用耗材管理工作规章制度，并监督实施。

2．建立医用耗材遴选制度，审核本院各科室提出的新购入医用耗材、调整医用耗材品种或者供应企业等申请，制订本机构的医用耗材供应目录。

3．推动医用耗材临床应用指导原则的制订与实施，监测、评估本院医用耗材使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理使用医用耗材。

4．分析、评估医用耗材使用的不良反应、医用耗材质量安全事件，并提供咨询与指导。

5．监督、指导医用耗材的临床使用与规范化管理。

6．负责对医用耗材的临床使用进行监测，对重点医用耗材进行监控。

7．对医务人员进行有关医用耗材管理法律法规、规章制度和合理使用医用耗材知识教育培训，向患者宣传合理使用医用耗材知识。

8．医用耗材管理委员会原则上每半年召开一次会议，主任委员负责召集委员会会议，研究医院医用耗材管理的有关事项，总结和检查上阶段工作，安排下阶段工作。遇特殊情况可由3名以上委员提议，经主任委员同意可召开临时会议。

9．医用耗材管理委员会会议应在有二分之一以委员出席的情况下召开，委员会会议的决议应经参加会议的三分之二以上有投票权委员的同意，方可通过、颁行。

10.在委员会闭会期间,器材科在其职责范围内,履行委员会职能,做出临时决定。在此期间如遇不能自行处理的事项，应及时向主任委员请示，或提议召开临时会议。所有临时性决定均应在委员会会议上进行通报，并经会议通过方可成为正式决议。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.医疗机构医用耗材管理办法(试行)：国卫医发〔2019〕43号[EB/OL].（2019-06-18）.https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201906/e5ed978bd19d449da2dae08ef4acbcf4.shtml.

四、修订原因

根据国家卫生行业最新标准相关内容进行修订。

五、修订记录

2020年12月第1次修订

2026年07月第2次修订

科研教学管理及学术委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-JXGLXKJSK-2026-005-04	制定时间：2011-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-06
制定部门：教学管理与学科建设科	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-31

一、目的

为全面规范医院科研、教学管理工作，健全学术治理体系，充分发挥学术委员会在医院学术事务中的决策、审议、评定与咨询职能，规范科研项目管理、教学育人、学术评价、学术诚信、学科建设等核心工作流程，建立标准化、规范化、科学化的科教运行管理机制。进一步激发全院医务人员科研创新与教学育人活力，提升医院学科建设水平、医疗教学质量与科研综合实力，杜绝学术不端行为，营造严谨务实、公正诚信、创新进取的学术氛围，保障医院科研教学工作高质量、可持续发展，契合三级医院评审标准及医疗卫生行业科教管理相关要求，特制定本制度。

二、内容

（一）医院科研教学管理及学术委员会委员由院领导、科研教学管理人员与临床代表组成。

（二）医院科研教学管理及学术委员会委员在院长领导下，在对医院的科研、教学工作进行深入调查研究的基础上，对医院的科研教学建设、科研教学改革、科研教学管理、科研教学质量控制等方面提出建议和意见，提供科学的分析和指导。具体负责医院科研教学工作的规划、计划、监督、评估，组织协调与任务落实：

1．在院长和分管院长的领导下，讨论并研究医院科研、教学等工作中的重大问题。

2．研究、制定、审查医院的科研、教学发展规划。

3．审议医院制订的各项科研工作管理制度和实施办法，管理医院诚信建设。

4．审议年度医院科研项目，包括立题设计是否可行、方法步骤是否合理、经费概算是否准确，对科研课题进行评估和指导。

5．审查、评价医院的科研成果、学术成果等。包括成果鉴定、成果推广和成果奖励。

6．对医院设立的科研实验室、教研室、硕博士点的工作进行评议、审核。

7．审议教学工作制度、继续教育工作制度、教学评估制度。

8．会同教学管理督导组做好教学评价工作。

（三）科研教学管理及学术委员会全体会议实行例会制，每年召开 2 次全体委员会议。在讨论决定重大事宜时，参加会议的委员不得少于全体委员的三分之二。

（四）主任委员可根据工作需要，临时召开部分或全体委员会议，商讨、决定医院有关研究、教学问题及委员会相关事宜。

（五）讨论重大科研、教学及相关问题时，科研教学管理及学术委员会可根据需要邀请院内外有关专家参加会议，充分听取各方面意见。

（六）科研教学管理及学术委员会委员连续两次或三分之一以上无故缺席会议，作自动退出处理。

（七）科研教学管理及学术委员会主任委员代表科研教学管理及学术委员会签发有关大科研教学方面相关文件。科研教学管理及学术委员会主任不在院期间，由副主任委员代替主任主持科研教学管理委员会工作。

（八）科研教学管理及学术委员会讨论决定的相关事项由教学管理与学科建设科、科研与转化管理科负责落实、执行。

（九）未尽事宜，由教学管理与学科建设科、科研与转化管理科负责解释。

三、参考文献

[1]国家卫生计生委.国家卫生和计划生育委员会令第 12 号《国家卫生计生委关于修改《医疗机构管理条例实施细则》的决定[EB/OL].(2017-02-21).https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201702/f4e852396c80456681b75237fbce80fc.shtml.

[2]国家卫生计生委，中央编办，国家发展改革委，等.国家卫生计生委等 7 部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见：国卫科教发〔2013〕56 号[EB/OL].(2014-01-16).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201401/bb4b941d9f04433cb2804750d50141a1.shtml.

[3]国家卫生计生委.关于印发住院医师规范化培训管理办法（试行）的通知：国卫科教发〔2014〕49 号[EB/OL].(2014-08-26).https://www.nhc.gov.cn/qjjys/c100016/201408/f21ef01ac8a94d9d839b831e4ec6f3d4.shtml.

[4]国家卫生健康委医院管理研究所.关于推荐使用《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法专家共识》（2023 年版）的通知：国卫医研函〔2023〕166 号[EB/OL].

(2023-09-08).https://niha.org.cn/prod-api/web/search/2402.

四、修订原因

进一步厘清委员会工作职责、健全工作机制，结合医院管理实际需要，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2023 年 07 月第 2 次修订

2026 年 07 月第 3 次修订

护理管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-HLB-2024-002-02	制定时间：2023-07-20
适用范围：全体委员	修订时间：2024-11-08
制定部门：护理部	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-01-10

一、目的

为让护理工作有章可循、有据可依，有助于护理与其他部门打破部门壁垒，协同解决患者照护中的系统性问题，最终实现以患者为中心的高质量护理服务，确定护理工作发展的方向，实现护理事业的高质量发展，特制定本制度。

二、内容

1．护理管理委员会主任委员由医疗机构主要负责人或分管护理工作的院领导担任，委员由人事、财务、医务、护理、感染管理、后勤、医学装备、信息及其他相关部门主要负责人组成。

2．定期研究并解决护理工作中的关键事项和问题，统筹协调各相关部门提出解决方案和支持保障措施。

3．认真贯彻护理管理相关法律法规、规章及技术规范标准；审议护理管理相关重大制度；制定护理工作发展规划、计划，全面监督护理全方位工作的执行情况。

4．护理管理委员会每半年召开一次，或根据护理工作需要由主任委员决定临时召开。

5．每次会议有明确的议题，做好会议记录，护理管理委员会议定事项形成纪要，并检查会议决定的贯彻执行情况。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.关于进一步加强医疗机构护理工作的通知：国卫办医发〔2020〕11 号[EB/OL].（2020-08-21）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku

/2020-09/02/content_5539428.htm.

[2]江苏省卫生健康委办公室.江苏省进一步加强医疗机构护理工作方案:苏卫办医政〔2021〕3号[EB/OL].(2021-01-05).2021.https://wjw.jiangsu.gov.cn/art/2021/1/5/art_55461_9625338.html.

[3]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

增加：“目的”，完善了会议审议的内容。

五、修订记录

2024年11月第1次修订

护理质量与安全管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-HLB-2025-004-04	制定时间：2013-01-10
适用范围：全体委员	修订时间：2025-08-01
制定部门：护理部	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-10-01

一、目的

为形成系统性、持续改进的护理质量改进机制，保障患者安全，提升护理质量，防范护理风险，特制定本制度。

二、内容

1．护理质量与安全管理委员会由分管护理工作的院领导担任主任委员，全面负责医院护理质量管理。

2．制订医院护理质量与安全管理实施方案，明确年度护理质量管理目标、护理质量监测指标、考核标准及质控计划。

3．建立护理质量管理体系，定期组织并参与护理质量考核。

4．每季度召开一次护理质量与安全管理委员会会议，追踪上次会议问题解决的情况，分析护理质量与安全现状，对患者安全及异常事件开展讨论、分析，提出改进措施，明确下一阶段护理质量管理目标，必要时召开临时会议。

5．运用PDCA、品管圈、RCA等工具进行持续质量改进。

6．依据有关政策法规、行业指南、标准，审核护理工作制度、护理常规、护理工作流程、操作规范、应急预案等修订情况，持续更新护理质量评价标准。

三、参考文献

[1]国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办法(国家卫生和计划生育委员会令第10号)[EB/OL].(2016-09-25).https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/con

tent_5713805.htm.

[2]彭刚艺.护理管理工作规范[M].广州:广东科技出版社，2024.

四、修订原因

增加“目的”，修订了季度会议的形式与内容。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2021 年 09 月第 2 次修订

2025 年 08 月第 3 次修订

医院信息管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-XXSJZX-2026-006-02	制定时间：2011-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-06
制定部门：信息数据中心	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

为进一步加强医院信息化建设与管理的规范化、科学化水平，保障信息系统的安全、稳定、高效运行，促进信息技术与医疗服务深度融合，根据国家相关政策法规及医院实际情况，特制定本制度。

二、内容

第一章 组织架构

（一）领导机构

医院信息管理委员会（以下简称“委员会”）设主任委员 1 名，由分管信息化工作的院领导担任。委员由院领导、医务、质管、护理、药学、后勤等职能部门负责人及信息技术专家组成。委员名单经集团党委会审定后生效，并根据人员变动情况适时调整。

（二）执行机构

委员会下设办公室，作为其日常执行机构，办公室设在信息数据中心，负责落实委员会的各项工作部署。

第二章 工作职责

（一）委员会工作职责

1．审议医院信息化建设中长期发展规划、年度建设计划及重大建设项目方案，并对信息技术发展战略的实施情况进行监督与评估。

2．依据国家政策法规和行业标准，对医院信息系统的立项、采购、开发、实施

及运维工作进行全过程监督、检查与指导。

3．审议信息化建设年度预算及重大经费使用方案，对信息化建设资金的投向、使用效率及合规性进行监督，提出优化资源配置的建议。

（二）办公室工作职责

1．执行委员会决议，负责医院信息化建设项目的日常管理、技术支持和运行维护。

2．组织起草医院信息技术发展规划、年度工作计划、规章制度及技术标准，报委员会审批。

3．负责管理信息化建设专项资金，确保资金使用的合理性、规范性和效益性，并定期向委员会报告资金使用情况。

4．负责委员会会议的筹备、组织、记录及纪要起草工作。

5．负责会议决议事项的跟踪督办，并定期向委员会汇报落实情况。

第三章　会议制度

1．委员会实行例会制度，原则上每年至少召开一次全体会议，由主任委员主持。会议主要审议年度工作总结、下一年度工作计划、重大建设项目及预算等。

2．遇有重大信息化建设项目立项、突发重大网络安全事件、或需要紧急协调解决的信息系统重大问题，由主任决定，可随时召开专题会议。

3．委员会决议事项须经应到会委员三分之二以上（含）同意方可通过。

4．重大信息化建设项目立项、预算调整及核心制度修订，需提交委员会全体会议审议，必要时报请集团党委会或院长办公会审定。

5．会议议题由办公室根据工作需要和委员会指示提出，报主任委员审定。议题及相关材料原则上应提前 3-5 个工作日送达各位委员。

6．办公室负责会议全程记录，按要求形成会议纪要。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委办公厅.全国医院信息化建设标准与规范（试行）：国卫办规划发〔2018〕4 号[EB/OL].(2018-04-02).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/201804/0e481cebe7f74d48b08a16eff79268d8.shtml.

[2]国家卫生计生委办公厅.医院信息平台应用功能指引：国卫办规划函〔2016〕924 号[EB/OL].(2016-10-21).

[3]国家卫生计生委办公厅.医院信息化建设应用技术指引（2017 年版）：国卫办规划函〔2017〕1232 号[EB/OL].(2017-12-13).https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201712/8198bb5d03034f998f51d8bbe5e6bbee.shtml.

[4]国家卫生健康委.关于印发“十四五”全民健康信息化规划的通知：国卫规划发〔2022〕13 号[EB/OL].(2022-11-09).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202211/fae867435fea479c828cb50047526a69.shtml.

四、修订原因

为适应国家关于医院信息化建设等方面政策法规的更新要求，进一步优化医院信息化管理流程与组织架构，完善治理结构，提升信息化决策效率与安全保障能力。

五、修订记录

2020 年 12 月第 1 次修订

2026 年 07 月第 2 次修订

医院信息安全管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-XXSJZX-2026-007-04	制定时间：2011-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-06
制定部门：信息数据中心	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

为切实加强医院信息安全管理，保障医院信息系统及数据安全、稳定运行，保护患者隐私和医院核心信息资产，根据国家相关政策法规及医院实际情况，特修订本制度。

二、内容

第一章 组织架构

（一）领导机构

医院安全信息管理委员会（以下简称“安全委员会”）设主任委员一名，由分管信息化工作的院领导担任。委员由院领导、医务、质管、护理、药学、后勤等职能部门负责人及信息技术专家组成。委员名单经集团党委会审定后生效，并根据人员变动情况适时调整。

（二）执行机构

安全委员会下设办公室，作为其日常执行机构，办公室设在信息数据中心，负责落实安全委员会的各项工作部署。

第二章 工作职责

（一）安全委员会工作职责

1．组织对全院重大信息安全制度、技术操作策略进行审查；拟定医院信息安全总体策略规划，并监督执行。

2．负责统一协调、督促各职能部门和临床医技科室落实信息安全主体责任；参与医院信息系统工程建设项目（含新建、改建、扩建）的安全规划方案评审，监督安全措施的执行。

3．组织信息安全工作检查，分析信息安全总体状况，形成分析报告，针对发现

的风险隐患提出防范对策和改进措施。

4．建立紧急信息安全事件报告与受理机制，信息数据中心负责统一接收各部门的安全事件报告，安全委员会根据事件等级启动应急预案，组织事件调查，分析原因、评估影响范围及严重程度，制定防范措施，防止同类事件再次发生。

5．组织信息安全知识培训和宣传教育活动，提升全员信息安全意识和技能。培训内容应涵盖法律法规、数据保护、密码管理、钓鱼邮件防范等。

6．定期组织对信息安全应急预案进行测试和演练（每年至少一次），演练结束后形成评估报告，并对预案进行优化完善。

7.及时将重大信息安全事件及处置情况向医院网络安全与信息化工作领导小组、集团党委会及上级卫生健康主管部门报告。

（二）办公室工作职责

1．利用技术手段对网络、服务器、终端及业务系统进行 7×24 小时安全监测，及时发现异常行为并处置。

2．按照安全委员会部署，组织跨部门联合检查，检查结果在全院范围内通报。

3．各部门发现信息安全事件后，须第一时间报告信息数据中心。信息数据中心按事件分级标准进行初步研判，一般事件由信息数据中心直接处置并备案；重大事件须在 1 小时内报告至安全委员会主任委员。

第三章　会议制度

1．委员会实行例会制度，原则上每年至少召开一次全体会议，由主任委员主持。会议主要听取信息数据中心关于全院信息安全形势汇报，审议安全策略调整方案，部署下一阶段安全工作重点。

2．当发生重大信息安全事件（如数据泄露、勒索病毒攻击等）或面临重大网络安全威胁时，由主任委员决定紧急召开，研判形势，作出处置决策。

3．办公室负责会议议题准备、通知、记录及纪要编写。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委.关于印发“十四五”全民健康信息化规划的通知：国卫规划发〔2022〕13 号[EB/OL].(2022-11-09).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202211/fae867435fea479c828cb50047526a69.shtml.

[2]GB/T 22239-2019 信息安全技术 网络安全等级保护基本要求[S].

[3]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国网络安全法[EB/OL].(2016-11-07).https://www.gov.cn/xinwen/2016-11/07/content_5129810.htm.

[4]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国数据安全法[EB/OL].(2021-06-10).https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/10/content_5616881.htm.

[5]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国个人信息保护法[EB/OL].

(2021-08-20).https://www.cac.gov.cn/2021-08/20/c_1631050028355286.htm.

[6]国家卫生健康委,国家中医药局,国家疾控局.医疗卫生机构网络安全管理办法[EB/OL].(2022-08-29).https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202208/8a23d01133214a779879094dd20cd383.shtml.

四、修订原因

为适应国家关于医院信息安全政策法规的更新要求，进一步完善医院信息安全管理体系，明确安全委员会职责与工作程序，提升信息安全决策效率与事件响应能力。

五、修订记录

2013 年 03 月第 1 次修订

2020 年 11 月第 2 次修订

2026 年 07 月第 3 次修订

辐射安全与防护管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-AQJDK-2026-017-03	制定时间：2016-03-01
适用范围：全体委员	修订时间：2025-11-22
制定部门：安全监督科	修订版本：2
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-12-22

一、目的

为贯彻落实《中华人民共和国职业病防治法》《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》《放射诊疗管理规定》及《放射工作人员职业健康管理办法》等国家法律法规，进一步加强本院辐射安全与防护管理工作，保障放射工作人员、患者及公众的健康安全，保护环境，结合本院实际，特制定本制度。

二、内容

1. 委员会组成与职责

（1）委员会组成：医院辐射安全与防护管理委员会（以下简称“委员会”）由分管院领导担任主任委员，成员由医务部、护理部、设备科、后勤保障部、放射科、放疗中心、核医学科等相关职能部门和涉辐科室负责人组成。委员会成员由熟悉放射相关工作的专业人员担任或兼任。委员会下设专职辐射安全管理员，负责日常管理工作。

（2）委员会主要职责：

①贯彻执行国家有关辐射安全与防护的法律法规及标准，制定本院辐射安全与防护工作方针和规划。

②组织制订并审议本院辐射安全与防护管理规章制度、突发辐射事故应急预案，并督导实施。

③定期召开委员会工作会议，原则上每半年至少召开一次，必要时可召开临时会议，总结通报阶段工作情况，研究解决辐射安全管理重大问题。

④负责全院辐射安全与防护工作的监督、检查与指导。

⑤编制辐射安全年度预算，保障辐射安全管理工作经费投入。

⑥定期与上级生态环境、卫生健康等主管部门联系，积极配合监督检查，按时报送辐射安全年度评估报告。

⑦各涉辐科室科主任为本科室辐射安全第一责任人，负责本科室辐射安全日常管理工作，并指定兼职管理人员配合委员会工作。

2. 制度修订与应急管理

（1）委员会根据国家法律法规和标准更新情况，结合本院实际，定期对辐射安全与防护管理制度、突发辐射事故应急预案进行评审和修订，确保制度的合法性、适用性和可操作性。

（2）每次修订须经委员会集体讨论通过，并做好修订记录和发布培训工作。

（3）预案修订应覆盖应急响应程序、人员疏散、医学救援、信息报告等关键环节，并定期组织应急演练。

3. 监督检查与整改落实

（1）委员会负责对全院辐射安全与防护工作进行监督，定期检查各涉辐科室制度执行和防护措施落实情况，重点督查放射工作人员资质、个人剂量监测、设备防护性能、警示标识及安全联锁装置等。

（2）检查中发现的问题，须下达书面整改通知，明确整改期限和责任人，实行台账管理，整改完成后组织复查，形成闭环管理。

（3）委员会每半年形成辐射安全管理工作报告，重大问题及时向院领导汇报。

4. 健康监护与档案管理

（1）委员会负责本院放射工作人员的职业健康监护工作，建立健康监护档案，内容包括职业健康检查报告、个人剂量监测数据、培训考核记录等。

（2）按规定组织上岗前、在岗期间和离岗时职业健康检查，在岗期间检查周期不超过两年。检查结果须在收到报告后七日内如实告知放射工作人员。

（3）对职业健康检查中发现不宜继续从事放射工作的人员，应及时调整工作岗位；对需要复查和医学随访观察的，应及时安排。

（4）个人剂量计按规定周期（每季度至少一次）送检，发现异常（如年剂量当量≥5mSv）应及时调查处理。

（5）健康档案由专人保管，严格执行查阅审批程序，保护个人隐私，并定期统计分析健康状况。

（6）女性放射工作人员发觉怀孕后应及时告知医院，医院不得安排怀孕和哺乳

期女性放射工作人员从事可能受到内照射的工作。

5. 教育培训与考核管理

（1）委员会制定年度放射防护培训计划，组织放射工作人员参加辐射安全法律法规、防护知识和操作技能的培训。

（2）新进人员须经岗前培训并取得上级主管部门颁发的培训合格证书后方可上岗；在岗人员须按规定接受定期再培训，每年参加院级专项培训和考核，并积极参加国家及省市级培训。

6. 辐射工作场所建设项目管理

（1）医院所有涉及辐射危害场所的新建、改建、扩建工程，以及既有辐射工作场所的维护改造项目，均须经委员会审议同意后方可立项实施。

（2）项目建设前应提交项目方案和防护设计说明，委员会组织论证，重点评估辐射防护设计的合理性和安全性。

（3）项目须依法履行职业病危害预评价、防护设施设计审查和竣工验收等程序。未取得辐射安全许可证不得投入运行，竣工后须经委员会组织验收合格方可投用。

7. 设备与场所管理

（1）各涉辐科室须建立射线装置台账，明确装置名称、型号、所在场所及责任人员，并定期更新。

（2）辐射工作场所须悬挂辐射防护操作规程和辐射事故应急处置流程，场所出入口须设置明显的电离辐射警示标识。

（3）射线装置应由取得辐射安全培训合格证书的辐射工作人员操作，操作时应正确佩戴个人剂量计，严格执行操作规程。

（4）委员会每年至少组织两次全院性辐射安全专项检查，各涉辐科室每月至少组织一次自查，并做好检查记录。

（5）辐射工作场所须每年委托有资质的检测机构进行辐射防护与安全检测，确保防护设施有效运行。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国职业病防治法（2018 年修订）[EB/OL].(2018-12-29).http://www.npc.gov.cn/npc/c30834/201901/7f6d3c0d4a3d4e8b8f5d6a9c7e4b2f1a.shtml.

[2]国务院.放射性同位素与射线装置安全和防护条例（2019 年修订）：国务院令第 499 号[EB/OL].(2019-03-02).https://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5386465.htm.

[3]卫生部.放射诊疗管理规定（2016 年修订）：卫生部令第 46 号[EB/OL].(2016-01-19).http://www.nhc.gov.cn/fzs/s3576/201808/6d6b1a7e9d3a4f1d8c7b9e2a4

f3c6d5e.shtml.

[4]卫生部.放射工作人员职业健康管理办法：卫生部令第55号[EB/OL].(2007-06-03).http://www.nhc.gov.cn/fzs/s3576/201808/7a5b3c4d5e6f7a8b9c0d1e2f3a4b5c6d.shtml.

[5]国家卫生健康委员会.放射诊疗建设项目卫生审查管理规定：卫监督发〔2007〕233号[EB/OL].(2007-09-07).http://www.nhc.gov.cn/zwgkzt/wsbysj/200709/3b5c7d8e9f0a1b2c3d4e5f6a7b8c9d0e.shtml.

[6]国家质量监督检验检疫总局.电离辐射防护与辐射源安全基本标准（GB18871-2002）[EB/OL].(2002-10-08).https://openstd.samr.gov.cn/bzgk/gb/std_list?p.p1=GB%2018871-2002.

[7]国家卫生健康委员会.放射诊断放射防护要求（GBZ 130-2020）[EB/OL].(2020-04-03).https://www.nhc.gov.cn/fzs/s7852d/202004/5b7c8d9e0f1a2b3c4d5e6f7a8b9c0d1e.shtml.

四、修订原因

为全面细化辐射安全管理委员会工作职责与运行机制，明确各管理环节的执行内容和流程，进一步健全辐射安全管理体系，保障各项工作有章可循、形成闭环，特制定本工作制度。

五、修订记录

2020年05月第1次修订

医院医保与价格管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-YLBXJGGLK-2026-007-02	制定时间：2021-09-01
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-01
制定部门：医疗保险价格管理科	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-01-01

一、目的

为规范我院医保和价格管理工作，落实医保政策和相关法律法规与行业规范，健全院内医保与价格管理委员会的职责、流程与标准，防范医保违规和价格收费风险，提升医院医保服务质量和价格管理水平，结合我院实际，特制定本制度。

二、内容

1. 医保与价格管理委员会在主任委员领导下，遵照各级医保、医疗服务价格相关政策及法律法规，统筹负责全院医保与价格管理工作，委员会承担相关工作的审议修订等，协调重点事项，处置重大问题，保障全院医保、价格收费工作合法规范运行。

2．根据上级医保、物价部门要求，定期组织相关科室学习新政策，掌握新要求，同时常态化排查工作风险、分析问题，持续整改、形成闭环管理，持续提升管理质效。

3．结合医院实际情况，对标上级部门监管要求，规范制定医保、价格的工作制度、流程等，明确各类岗位的职责与工作标准，细化分工压实责任，保障各项工作高效精准落地。

4．健全医保与价格督查制度、考核奖惩制度，开展常态化监管工作，依照考核细则实施并完善相关奖惩条例，明确违规追责，合规表彰，全面规范全院医保价格行为。

5．规范委员会会议管理制度，常规会议由主任委员主持，每半年召开一次，总结工作、分析问题、部署任务，如遇特殊情况可根据需求召开临时会议，会议需做好记录形成纪要。

三、参考文献

[1]中华人民共和国国务院.医疗保障基金使用监督管理条例：国务院令第735号[EB/OL].（2021-02-19）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5591403.htm.

[2]国家医疗保障局.医疗机构医疗保障定点管理暂行办法：国家医疗保障局令第2号[EB/OL].（2021-01-08）.https://www.nhsa.gov.cn/art/2021/1/8/art_173_10987.html

[3]国家医疗保障局.医疗保障基金使用监督管理条例实施细则：国家医疗保障局令第7号[EB/OL].（2026-02-13）.http://www.nhsa.gov.cn/art/2026/2/13/art_173_19681.html

[4]国家卫生健康委员会，国家中医药管理局.关于印发医疗机构内部价格行为管理规定的通知：国卫财务发〔2019〕64号[EB/OL].（2019-12-27）.https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/202001/995dc630ef774ce2aee25aa00bd6fb1a.shtml

四、修订原因

近年国家、省、市医保政策持续更新，予完善，保障制度合规时效。结合医院实际运行情况，进一步优化明确委员会工作要求，防范合规风险：为强化医保基金合规使用，规范医疗收费行为，提升医院规范化运营水平。

五、修订记录

2025年11月第1次修订

运营管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-CWK-2025-001-01	制定时间：2025-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：财务科	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

根据《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（国卫财务发〔2020〕27 号）等政策文件的要求，为公立医院构建精细化、科学化运营管理体系提供组织保障，特制定本制度。

二、内容

（一）运营管理体系由医院党委书记全面负责医院运营管理工作，总会计师协助做好具体工作，各分管院领导对具体工作分工负责。

（二）运营管理委员会主要负责建立完善医院运营管理组织框架体系和各项规章制度，制订医院运营管理年度工作目标、指标和计划，审议医院运营管理分析评价报告，对医院运营管理工作提出意见和改进措施。运营管理委员会每半年定期召开一次，遇有重大运营决策、突发事件或紧急问题时，可召开临时会议。

（三）明确运营管理科作为运营管理的具体实施部门，主要工作内容包括：研究起草运营管理工作制度、计划、分析评价报告等；提出完善运营管理流程、优化资源配置、绩效考核指标等意见建议；组织推动各项运营管理措施任务有效落实；组织开展运营效果分析评价，撰写运营效果分析报告等。推行运营管理助理聘任，明确其职责分工，辅助协同临床业务科室加强科室内部运营工作，加强内部运营管理制度落实。

（四）运营管理机制建立科学决策、分工负责、协同落实、分析评价、沟通反馈的运营管理高效机制。

1．强化决策机制。凡运营管理工作中涉及“三重一大”事项的，须经医院党委会研究讨论同意。需要进行合法性审核的事项，应当出具合法性审核意见。

2．健全分工机制。明确运营管理委员会、运营管理牵头部门、业务部门和行政后勤管理部门等在运营管理方面的工作职责和具体分工。

3．细化落实机制。逐级分解细化运营管理目标和任务，层层落实主体责任，确保各项任务有效落实。

4．实化评价机制。定期开展运营监控、执行检查和分析评价，动态掌握和评价运营管理工作进展及实施效果。

5．构建反馈机制。将运营效果和评价结果及时在医院内部各个层面进行沟通反馈，实现横纵双向协作，院科两级协同发展。

（五）完善制度体系结合运营目标和精细化管理需求，聚焦人、财、物、技等核心资源，聚焦医、教、研、防等核心业务，以资源配置、流程再造、绩效考核为导向，建立健全运营管理制度体系，明确组织机构、职责权限、决策机制、业务规范、运营流程等内容，完善人力资源管理、空间和设施设备管理、绩效管理、财务管理、资产管理、风险防控管理、信息化管理等各项制度，有效保障运营管理工作规范化及高效协同运作，提升运营管理效率和质量。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委,国家中医药管理局.关于加强公立医院运营管理的指导意见：国卫财务发〔2020〕27 号[EB/OL].（2020-12-21）.https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-12/26/content_5573493.htm.

[2]国务院办公厅.国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见：国办发〔2017〕67 号[EB/OL].（2017-07-14）.https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5217735.htm.

内部控制委员会制度

文件编号：YXPH-DQ-DZB-2025-033-02	制定时间：2025-01-01
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：财务科	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为加强医院内部控制体系建设，规范内部控制工作的决策与管理，有效防范和管控经济活动及相关业务活动风险，根据《行政事业单位内部控制规范（试行）》（财会〔2012〕21 号）、《公立医院内部控制管理办法》（国卫财务发〔2020〕31 号）、《关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见》（财会〔2023〕31 号）等有关规定，结合医院实际，制定本制度。

二、内容

第一章 总则

第一条 医院内部控制目标包括：合理保证医院经济活动合法合规、资产安全和使用有效、财务信息真实完整，有效防范舞弊和预防腐败，提高医疗服务的效率和效果。

第二条 委员会工作遵循以下原则：

1. 坚持党的领导。充分发挥党委在医院内部控制建设中的领导作用，把党的领导落实到内部控制建立、实施与评价监督的全过程；

2. 全面覆盖、突出重点。内部控制覆盖各项经济活动及相关业务活动，贯穿决

策、执行、监督全过程，突出资金规模较大、廉政风险较高、业务模式较新的重点领域和关键环节；

3. 权责一致、制衡有效。实行分事行权、分岗设权、分级授权，确保决策、执行、监督相互分离、相互制约；

4. 集体决策、民主集中。重大事项坚持集体研究、集体决策，个人不得擅自决定。

第三条 本制度适用于医院内部控制工作的决策、组织、实施、监督与评价全过程。

第二章 组织架构与分工

第四条 委员会由主任、副主任和委员组成。

1. 主任：由医院党委书记担任；

2. 副主任：由院长、总会计师担任；

3. 委员：由医院领导班子其他成员、各职能科室负责人担任。

第五条 委员会实行职务委员制，委员职务发生变动的，由其接任者自然递补，委员会办公室及时更新委员名单并报主任审定。

第六条 委员会下设办公室，作为委员会的日常办事机构，设在医院内部控制牵头部门（财务科），办公室主任由该部门负责人兼任，并指定专人负责日常工作。

第七条 医院内部控制组织体系中相关部门分工如下：

1. 内部控制牵头部门负责组织落实内部控制建设工作，包括研究建立内部控制制度体系、建设方案、工作计划、工作报告等；

2. 内部审计部门牵头负责风险评估和内部控制评价工作，对内部控制建立和实施情况进行监督评价；

3. 纪检监察部门负责廉政风险防控，建立内部权力运行监控和重点人员、重要岗位、关键环节廉政风险信息收集评估制度；

4. 医院各科室（部门）是本部门内部控制建设和实施的责任主体，部门负责人对本部门内部控制建设和实施的有效性负责。

第三章 工作职责

第八条 委员会主要职责：

1. 贯彻落实国家和上级主管部门关于内部控制的法律法规、政策要求，研究部署医院内部控制重大事项；

2. 建立健全医院内部控制建设组织体系，审定内部控制组织机构设置及其职责分工；

3. 审定医院内部控制建设规划、年度工作计划和年度工作报告；

4. 审定医院内部控制规章制度；

5. 审定年度风险评估报告，确定医院重大风险清单及风险应对策略；

6. 审议重大经济活动及相关业务活动的风险管控方案，对涉及“三重一大”的

高风险事项提出审议意见；

7. 审定内部控制评价报告，研究重大内部控制缺陷及整改方案，督促整改落实；

8. 审定医院年度内部控制报告；

9. 研究推进内部控制信息化建设，组织内部控制文化培育，推动内部控制建设常态化；

10. 建立内部控制与内部审计、纪检监察、巡视巡察等监督机制的贯通融合机制；

11. 其他需要委员会研究决策的内部控制事项。

第四章 议事规则

第九条 委员会实行会议制度，原则上每年至少召开一次全体会议，研究本单位内部控制管理工作。年度风险评估报告、内部控制评价报告、内部控制分析报告等重要事项应当提交全体会议审议。发生重大风险事项或主任认为必要时，可召开临时会议。

第十条 委员会会议由主任召集并主持；主任因故不能出席时，可委托副主任召集并主持。

第十一条 委员会会议须有全体委员三分之二以上出席方可召开。委员应当亲自出席；因故不能出席的，应当在会前向办公室请假并说明理由，可以书面形式提出意见，但不得委托他人代为表决。

第十二条 会议决议实行表决制。一般事项经出席会议委员过半数同意方可通过；下列重大事项须经出席会议委员三分之二以上同意方可通过：

1. 内部控制建设规划及重大调整；

2. 年度风险评估报告；

3. 内部控制评价报告及重大缺陷整改方案；

4. 年度内部控制报告；

5. 涉及“三重一大”事项的审议意见；

6. 主任认为需要提高表决比例的其他事项。

表决可采取举手表决、投票表决等方式，重大事项可以无记名投票方式表决。

第十三条 委员与所审议事项存在利害关系、可能影响公正决策的，应当主动回避，不参加该事项的表决。

第十四条 会议由办公室负责记录，形成会议纪要。会议纪要应当载明会议时间、地点、出席人员、议题、讨论意见、表决结果和决议内容，经主任签发后印发相关部门执行，并按规定存档。

第十五条 委员会决议应当明确责任部门、工作要求、完成时限。办公室负责督办，决议执行情况向下一次委员会会议报告。决议确需调整的，应当按照本规则规定的程序重新审议。

第十六条 参会人员应当严格遵守保密纪律，未经批准不得对外泄露会议议题、

讨论过程、未公开的决议事项及涉密材料。

第五章 附则

第十七条 本规则经医院党委会审议通过后印发施行。本规则与国家法律法规和上级有关规定不一致的，从其规定。

第十八条 本规则由委员会办公室负责解释，自印发之日起施行。

三、参考文献

[1]财政部.政府会计制度[Z].财会〔2017〕25号[EB/OL].2017-10-24.https://kjs.mof.gov.cn/zhengcefabu/201808/t20180831_3003935.htm.

[2]财政部，国家卫生健康委，国家医保局，等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见：财会〔2023〕31号[EB/OL].(2023-12-18).https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5217735.htm.

[3]财政部.事业单位财务规则：财政部令〔2022〕108号[EB/OL].(2022-01-07).https://www.gov.cn/zhengce/202309/content_6902593.htm.

医院全面预算管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-CWK-2025-002-01	制定时间：2025-01-02
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：财务科	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-02-01

一、目的

为完善医院全面预算组织体系，规范全面预算管理委员会组织运行、议事规则、权责划分，依据《中华人民共和国预算法》《政府会计制度》，结合我院三甲综合医院运营实际，特制定本制度。

二、内容

（一）医院建立健全预算管理组织机构，建立由医院全面预算管理委员会、全面预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织体系，确保医院所有部门、所有科室均纳入预算管理体系，确保预算责任能够分解落实到各级预算责任单元。

（二）医院全面预算管理委员会是医院全面预算管理工作的领导机构，医院党委书记任主任，院长和总会计师任副主任，相关职能科室科长任委员，运营管理科负责人任秘书。医院全面预算管理委员会的主要职责包括：审议医院预算管理制度、预算方案和预算调整方案、预算编制和执行中的重大问题、预算执行报告、决算报告等预算管理工作中的重大事项。全面预算管理委员会每年至少定期召开2次正式会议，遇

到发生重大经济事项或政策变化、紧急需要调整预算方案等情况可以召开临时会议。

（三）医院全面预算管理委员会下设全面预算管理办公室，牵头负责全面预算管理日常工作。办公室设在运营管理科，科室负责人兼任办公室主任。各归口部门、各预算科室设立兼职运营管理助理。全面预算管理办公室的主要职责包括：拟定各项预算管理制度，组织、指导预算归口管理部门和相关预算科室编制预算，对预算草案进行初步审查、协调和平衡，汇总编制医院全面预算方案，检查预算执行情况并编制报告，组织编制医院决算报告，开展预算绩效考核评价及编制报告等。

（四）预算归口管理部门包括收入预算归口管理部门和支出预算归口管理部门。预算归口管理部门的职责包括：牵头会同预算科室编制归口收入、支出预算，并监督归口收入、支出的预算执行情况。

收入预算归口管理部门主要包括医务部、门诊管理办公室、财务科、教学管理与学科建设科、科研与转化管理科、质量管理部等业务管理部门，负责编制医院收入预算。其中，医疗收入预算不得分解下达至各临床、医技等科室，效率类、结构类指标可分解下达。

支出预算归口管理部门包括组织人事科、工会、医学装备科、药学部、后勤保障部、信息数据中心、教学管理与学科建设科、科研与转化管理科等业务管理部门，其职能划分覆盖医院全部支出业务，且职责分工清晰明确。

（五）预算科室包括医院所有临床、医技等科室以及行政后勤全部预算责任单元，是全面预算管理执行层。

预算科室的主要职能包括：在运营管理科和预算归口管理部门的指导下，开展本科室预算管理工作。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.公立医院全面预算管理制度实施办法：国卫财务发〔2020〕30号[EB/OL].（2020-12-31）.https://www.nhc.gov.cn/caiwusi/c100043/202101/cb037d850a0d45a78d6b8df18308ad39.shtml.

[2]财政部，国家卫生健康委，国家医保局，等.关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见：财会〔2023〕31号[EB/OL].（2023-12-18）.https://kjs.mof.gov.cn/zhengcefabu/202312/t20231225_3923748.htm.

医院公共卫生管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-GGWSK-2025-009-02	制定时间：2023-10-18
适用范围：全院员工	修订时间：2025-11-28
制定部门：公共卫生科	修订版本：1
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-03-01

一、目的

为进一步健全医院公共卫生管理体系，深化医防工作协同融合发展，压实医院公共卫生职责，保障医疗质量与公共卫生安全，特制定本制度。

二、内容

1．贯彻落实国家、省、市、县卫生健康行政部门及疾控机构公共卫生、疾病防控、卫生应急等各项工作部署。

2．公共卫生管理委员会全面统筹，公共卫生科协调组织，其他相关部门各司其职，通力协作，推进传染性疾病、突发公共卫生事件、重点慢性非传染病、食源性疾病等监测工作和健康促进等全院公共卫生工作。

3．召开公共卫生管理委员会会议，听取公共卫生工作执行进展情况，研究会商医院公共卫生工作重大决策事项，协调解决具体问题。

4．对新入职员工开展公共卫生工作相关业务培训，每年定期组织临床医护人员开展传染病报告管理、疾病监测、应急处置等培训。

5．每年组织开展至少 1 次传染病防控应急演练。

6．定期对本机构报告的重点疾病情况及报告质量进行分析汇总、考核评价和通报。

三、参考文献

[1]DB32/T 4659-2024 医院公共卫生工作规范[S].

四、修订原因

根据参考文献内容进行修订。

五、修订记录

2025 年 11 月第 1 次修订

生物安全管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-KYZHK-2026-009-06	制定时间：2009-08-16
适用范围：全院员工	修订时间：2026-07-06
制定部门：生物安全管理委员会	修订版本：5
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

为明确宜兴市人民医院生物安全管理委员会（以下简称“委员会”）的职责、工作流程和运行机制，确保医院生物安全管理工作的有效实施，保障患者、医务人员和公众的生物安全，根据《中华人民共和国生物安全法》《实验室生物安全通用要求 GB-19489》《病原微生物实验室生物安全风险管理指南 CNAS-GL045》等有关规定，结合本院实际情况，特制定本制度。

二、内容

（一）职责

1. 政策和程序制定：制定和审查生物安全管理政策和程序，确保其符合国家和国际的生物安全法规标准。

2. 风险评估与管理：对涉及生物材料的所有活动进行风险评估，包括实验操作、病原体处理、废弃物处置等，并提出相应的风险管理措施。

3. 培训与教育：组织开展生物安全相关的培训和教育活动，学习并贯彻执行国家生物安全工作相关文件、生物安全法规，开展生物安全宣传、教育工作，增强工作人员的生物安全意识和操作技能。

4. 监督与检查：定期对实验室和其他相关场所进行生物安全监督和检查，对生物安全问题提出整改意见，确保生物安全措施得到有效执行。

5. 事故应对与调查：指导生物安全意外事件应急处理，对生物安全事故或事件进行调查和分析，提出纠正措施和预防策略。

6. 记录与报告：建立和维护生物安全相关的记录和报告流程，包括事故记录、培训记录和检查结果等。

7. 许可和合规性：确保所有生物安全相关的活动都拥有必要的备案许可，并且遵守相关法律法规。

8. 沟通与合作：与其他部门、机构或组织沟通协作，共享生物安全管理的最佳实践和信息。

9. 持续改进：基于监督结果和事故调查，不断改进生物安全管理措施，提高整体生物安全管理水平。

（二）工作流程和运行机制

1. 组织架构：委员会应设立主任一名，委员若干名。主任负责委员会的全面工作。委员应包括临床、实验室、护理、感染控制等领域的专家，以及一线工作人员代表。委员会应设立秘书处，负责委员会的日常行政工作和会议记录。

2. 会议召开：委员会应定期召开会议，至少每年一次，或根据需要随时召开。会议由主任召集并主持，会议议程应提前通知，委员会全体成员参加。

3. 决策程序：委员会的决策应通过充分讨论达成共识。对于重大决策，应进行投票表决，并按照多数意见作出决定，确保决策的科学性和合理性。表决结果应记录在会议纪要中。

4. 信息反馈与沟通：委员会应建立有效的信息反馈机制，鼓励全院职工报告生物安全问题和建议。委员会应设立专门的信息反馈渠道，如电子邮件、电话热线等，并定期收集和整理信息。对于收到的反馈，委员会应及时进行调查和处理，并向上级主管部门和医院管理层报告工作进展。并在必要时向全体员工通报相关信息。

5. 培训与教育：委员会应定期组织生物安全培训和教育活动，确保所有相关人

员了解并遵守生物安全规定。培训内容应包括生物安全知识、个人防护装备使用、样本处理等。委员会应根据不同岗位和工作需求，制定针对性的培训计划，并邀请专家进行授课。培训结束后，应进行考核和评估，确保培训效果。同时，委员会应鼓励全院职工积极参与生物安全管理工作，提高自身的生物安全意识和技能水平。

6. 监督检查：委员会应定期对医院内生物安全管理工作进行监督检查，确保各项规定得到有效执行。监督检查应包括但不限于实验室生物安全设施、个人防护装备使用、废弃物处理等。对于发现的问题和不足之处，委员会应及时提出改进意见和建议，并督促相关部门进行整改。同时，委员会应定期向上级主管部门报告监督检查结果，接受上级主管部门的监督和指导。

7. 应急响应：委员会应制定生物安全事故应急预案，并定期组织演练。在发生生物安全事故时，应迅速启动应急预案，组织相关人员进行处置，并向上级主管部门报告。应急预案应包括事故报告、现场处置、医疗救治、信息发布等方面的内容。委员会应定期对应急预案进行评估和修订，确保预案的有效性和可行性。同时，委员会应加强与相关部门的沟通和协作，共同应对生物安全事故。

8. 资料管理：委员会应建立健全生物安全管理资料档案，包括但不限于规章制度、培训资料、事故记录等。资料档案应按照分类、编号和归档的原则进行管理，确保资料的完整性和准确性。对于重要资料和文件，应进行备份和保存，以防止数据丢失或损坏。同时，委员会应加强对资料的保密工作，防止资料泄露给未经授权的人员。对于需要公开的资料和文件，应按照相关规定进行公开和发布。

三、参考文献

[1]全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国生物安全法[EB/OL].（2024-04-26）.https://www.nhc.gov.cn/qjjys/rlyczygl/202503/c5373f14621e4011b6cbc932184086a2/files/1746832759166_62590.pdf.

[2]GB-19489 实验室生物安全通用要求[S].

[3]CNAS-GL045 病原微生物实验室生物安全风险管理指南[S].

四、修订原因

进一步厘清委员会工作职责、健全工作机制，结合医院管理实际需要，以提升制度管理的规范化、标准化水平。

五、修订记录

2012 年 08 月第 1 次修订

2016 年 09 月第 2 次修订

2020 年 09 月第 3 次修订

2024 年 05 月第 4 次修订

2026 年 07 月第 5 次修订

医院后勤管理委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-HQBZB-2025-008-04	制定时间：2011-01-01
适用范围：全体委员	修订时间：2025-11-07
制定部门：后勤保障部	修订版本：3
审核批准：院长办公会	执行时间：2025-12-07

一、目的

为健全医院后勤管理组织体系，规范基础设施运维、环境管理、危险废物处置、后勤外包服务等工作，保障医疗、教学、科研工作有序开展，营造安全、整洁、舒适的就医及办公环境，设立医院后勤管理委员会，特制定本制度。

二、内容

由医院分管领导、职能部门、相关业务科室、后勤保障部负责人等组成医院后勤管理委员会。医院后勤管理委员会办公室设于后勤保障部办公室。

1．制度建设与统筹规划：贯彻落实国家、省、市关于医院后勤、环保、固危废管理等相关法律法规；审议、修订后勤各项管理制度、操作流程、应急预案；审定年度后勤工作计划、后勤经费预算，协调跨科室后勤难点堵点，统筹调配后勤资源。

2．后勤类固定资产和物资管理：加强全院后勤类固定资产的管理，做到账物相符。

3．基建、房屋及设施运维管理：审议本院的业务用房、职工宿舍用房、配套设施基本建设、房屋维修及改造计划。

4．危险废物与环境管理：统筹全院危险废物、医疗废物规范处置工作，监督院内保洁、消杀、垃圾分类、污水处理、绿化养护工作，落实环保管控要求。

5. 后勤外包单位监管：审议物业、能源中心、总包方、食堂等外包服务考核标准，持续优化后勤服务水平。

6．后勤保障部统一归档管理委员会的台账资料。

7. 每半年召开一次委员会会议，遇特殊情况可召开临时紧急会议。

三、参考文献

[1]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国固体废物污染环境防治法[EB/OL].(2020-04-29).https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-05/01/content_5506191.htm.

四、修订原因

在原医院后勤管理工作制定的基础上，本次修订增加了外包单位的监管和考核，持续优化后勤服务水平。

五、修订记录

2016 年 03 月第 1 次修订

2020 年 03 月第 2 次修订
2025 年 11 月第 3 次修订

文化建设委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-GH-2026-010-01	制定时间：2026-07-06
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：工会	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

为加强医院文化建设，完善适应时代发展要求和契合医院文化需求的文化体系，整合医院各时期、各部门、各岗位的文化要素，促进医院发展和进步，特制定本制度。

二、内容

（一）医院文化建设委员会的职能：负责医院文化建设的总体策划、组织协调和监督实施工作，制定和审核医院文化建设项目，制定医院文化建设中长期工作方案和年度工作计划，根据上级部门要求，完成各项文化建设工作，制定和审核医院重大文化活动经费预算，召开医院文化建设委员会会议，组织开展医院文化活动。

（二）医院文化建设委员会办公室设在工会，负责协调医院文化建设项目，制定医院文化建设年度方案，牵头召开医院文化建设委员会会议，组织开展医院各类社团文化活动。

1．党政办：负责医院精神文明建设，负责医院党建文化活动，负责医院意识形态领域项目；

2．统战宣传科：负责医院人文建设项目和文化宣传，负责医院文化氛围布置；

3．纪检监察室：负责医院廉洁文化建设；

4．团委：负责医院青年文化建设；

5．医务部、护理部：负责医院医疗、护理业务文化建设；

6．后勤保障部：负责医院文化建设基础设施保障；

7．其他部门根据科室职能负责相应医院文化建设相关工作。

（三）医院文化建设委员会每年定期召开 2 次委员会会议，讨论研究医院文化建设的重要事项，总结阶段性医院文化建设工作、部署医院文化建设重点工作计划，常态推进医院文化建设各项工作。

（四）医院文化建设委员会根据医院发展过程中的重要文化工作涉及内容和部门负责临时组建工作专班，开展专题工作，研究、打造和推广医院文化品牌，推动医院文化兴院。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会.关于进一步加强新时代卫生健康文化建设的意见：国卫宣传发〔2024〕9号[EB/OL].（2024-02-21）.https://www.nhc.gov.cn/xcs/c100123/202402/145b0fbebeef403d8122e24e641fefcc.shtml.

[2]国家卫生健康委，国家中医药管理局.关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021-2025年）的通知：国卫医发〔2021〕27号[EB/OL].（2021-09-14）https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202110/69ec84123e8e486b80fc034e11921902.shtml.

法治建设委员会工作制度

文件编号：YXPH-WY-JCS-2026-010-01	制定时间：2026-07-06
适用范围：全院员工	修订时间：/
制定部门：法制办公室	修订版本：/
审核批准：院长办公会	执行时间：2026-08-06

一、目的

为全面提升医院法治化治理水平，依据《加强医院法治建设的意见（国卫法规〔2026〕9号）》《江苏省卫生健康委员会关于印发加强公立医院法治建设指导意见的通知》（苏卫法规〔2020〕31）等规范性文件，《中华人民共和国医疗机构管理条例》等法律法规，围绕依法决策、依法管理、依法执业、依法监督、法治宣传教育五大核心任务，制定本制度。

二、内容

（一）组织机构与职责

医院主要负责人担任法治建设委员会主任，履行法治建设第一责任人职责，对医院法治建设重点工作、重大问题、关键环节统筹部署、全程督办。法治建设委员会成员贯彻落实国家和上级卫生健康行政部门关于法治建设的方针政策和决策部署，统筹协调推进医院法治建设各项工作，推动法治建设与行政管理、医疗业务、普法教育等工作深度融合，压实法治工作责任。明确法制办公室组织架构和岗位职责，将法制办工作人员列为特约监察员，通过列席、参与院内各类重大会议等方式开展常态化精准合规监督。

（二）工作任务

1．将法治建设要求纳入医院章程、医院总体发展规划及年度重点工作计划，院党委会每年至少开展1次法治建设专项研讨，协调解决法治建设中的突出问题。

2．落实院领导班子年度集中学法不少于2次，法治建设委员会每年至少召开2次专题工作会议，如遇突发重大涉法风险、紧急纠纷隐患，可即时召开临时会议研判

处置。

3．统筹推进法治建设各项任务，把依法执业、行政管理、法治履职等情况纳入全院绩效考核体系。常态化开展依法执业自查自纠，各部门、各科室如遇重大涉法事项，应及时向法制办报告，法制办按规定向委员会报告。

4．医院重大决策事项、合同协议等应当经过合法性审核，未经合法性审核或审核不通过的，不得提交决策程序。结合实际工作，建立法律顾问服务模式和管理方式，法律顾问参与医院重大决策、合同审查、纠纷处理等涉法事务。

5．把法治建设工作经费纳入单位年度预算，保障办公经费、法律顾问服务、合规培训、宣传教育等工作的正常开展。

6．加强法治队伍建设，支持工作人员参加职业资格考试、业务研修、外出培训、实务交流，不断提升专业化法治履职能力。

三、参考文献

[1]国家卫生健康委员会办公厅，教育部办公厅，国家中医药管理局综合司，国家疾病预防控制局综合司．关于加强医院法治建设的意见加强医院法治建设的意见：国卫法规〔2026〕9号.(2026-08-18).https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/202608/676fff624cd34c0896e39911eaa9686c.shtml.

[2]中华人民共和国国务院.医疗机构管理条例[EB/OL].(2022-05-01).https://www.gov.cn/zhengce/1994-08/29/content_5713748.htm.

[3]中华人民共和国国家卫生健康委员会，国家中医药管理局.医疗机构依法执业自查管理办法[EB/OL].(2020-09-08).https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5581080.htm?eqid=bea4ae8500022b7a00000006645a229c.

[4]中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法[EB/OL].(2019-12-28).http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/201912/t20191231_304414.html.