

三甲复审应知应会 核心制度篇

目 录

首诊负责制.....	1
三级医师查房制度.....	8
会诊制度.....	17
分级护理管理制度.....	32
值班和交接班制度.....	38
疑难病例讨论制度.....	45
急危重患者抢救制度.....	50
术前讨论制度.....	57
死亡病例讨论制度.....	62
查对制度.....	67
手术安全核查制度.....	80

手术分级管理制度.....	88
新技术和新项目准入制度.....	99
“危急值”报告制度.....	121
病历管理制度.....	134
抗菌药物分级管理制度.....	166
临床用血审核制度.....	171
信息安全管理制制度.....	184

首诊负责制

一、首诊负责制的定义

指来院就诊患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。

二、急诊首诊负责制

（一）分诊：患者经分诊、挂号后，到相关诊室就诊（危重患者应先入抢救室救治，后挂号），分诊护士有绝对分诊权力，各科不得以任何理由推诿患者（尤其在分诊有疑义时）。

（二）首诊医师接受分诊患者后，经检查判断确实为其他科疾病时，亦应书写病历，

行必要的检查和处理，尤其对于危重抢救患者，首诊医师必须及时实施抢救措施，之后提请相关科室会诊或申请转科，在与相关科室当面交接患者后方可离开。在患者未正式转科前，严格执行首诊负责。

（三）凡遇到不能明确诊断或诊断、治疗上有困难的患者，首诊医师应先承担诊治责任，并及时请示上级医师。上级医师须

亲自查看患者，提出处理意见，并及时记录病历，必要时邀请有关科室会诊。各科在做出“排除本专业疾病”的结论时须慎重；在未确定接收科室前，首诊科室和首诊医师要对患者全面负责。

（四）如不同科室的医师会诊意见不一

致时，应分别请相关科室上级医师或科主任会诊；如仍不一致时，应根据急门诊主任的意见，工作时间由医务处裁决，非工作时间由总值班裁决。在尚未做出裁决前，由首诊科室负责诊治，不得推诿。

（五）凡涉及多科室疾病的危重患者，相关科室必须以患者为中心，协同抢救，不得擅自离开，各科室所做的相应检查和处理应及时记录。首诊科室在抢救过程中起主要协调作用。

（六）急门诊严格限制以“共管”形式管理跨科、跨专业患者，应根据患者的主诉与病情分清主次，以某一个科为主管理患者，其他科室以会诊的形式协助诊治。

（七）急门诊一线医师无权将患者直接转院。如患者病情确需转院的，必须经上级医师诊查同意后方可转院。患者生命体征不平稳，或在转院途中可能出现生命危险时，不得转院，如家属强行要求转院必须履行知情同意相关手续。

（八）急诊抢救室或留观区患者因病情需多次邀请相关专业会诊的，首次会诊科室或病区承担患者在本次急诊就诊过程结束前或转入住院部后的首诊职责。

三、门诊、住院首诊负责制

（一）门诊首诊医师须按照要求进行病史采集、体格检查、做好必要的辅助检查及病历记录。对诊断已明确的患者根据病情需

要确定收住入院、或在急诊科进行留观治疗或门诊治疗。

（二）对已接诊的非本科疾病患者，首诊医师应详细询问病史，进行必要的体格检查，认真书写门诊病历后，耐心向患者介绍其疾病及应去的就诊科室。

（三）对已住院的诊断尚未明确的患者，首诊医师应在写好病历、做好检查后，邀请有关科室医师会诊。诊断明确后及时转相关科室治疗。若因本院条件所限确需转院者，按转院制度执行。

（四）对复合伤或涉及多学科的危、急、重患者，首诊医师应积极抢救患者，同时报告上级医师或科主任，并及时邀请有关科室

医师会诊、协同抢救。必要时通知医务处或总值班，以便立即调集各相关科室值班医师、护士等人员参与抢救。诊断明确后及时转主要疾病相关科室继续治疗。在未明确收治科室之前，首诊科室及首诊医师负责治疗过程，不得以任何理由推诿和拖延抢救。

（五）患者罹患非医院诊疗科目范围内的疾病，首诊医师必须先评估患者病情状况，判断是否存在急危重症情况。如病情平稳，向患者提供适当的就医建议，履行告知义务并书写转诊医疗记录。急危重症需抢救的患者按照急危重症患者抢救制度进行诊疗。各科首诊医师均应将患者的生命安全放在第一位，严禁在患者及家属面前争执、推诿。

（六）住院患者需多次申请同一专业会诊的，首次会诊科室承担患者整个住院周期的首诊职责。

（七）患者接受各种诊疗措施时，由每一个诊疗手段的操作人对这个诊疗阶段承担首诊职责，操作人包括所有医务人员，不仅限于医师。

三级医师查房制度

一、三级医师查房制度的定义

指患者在住院期间，由不同级别的医师以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动的制度。

二、三级医师查房的基本原则

(一) 实行在科主任领导下的三种不同级别的医师查房制度。三种级别原则上为具有高级、中级和初级三个不同层次或资质的医师，包括但不限于科主任/主任医师(副主任医师)-主治医师-住院医师(含有执业医师资格证的规培医师)。

(二) 不能满足患者三个不同级别的医

师进行诊疗管理的，实行主诊组合并运行。

（三）遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任管理的工作原则。

（四）查房前，下级医师应做好相应的查房准备工作，明确查房的患者及患者数、影像学资料、化验检查报告等病历资料。

（五）查房应遵循以下程序

住院医师报告病历摘要、目前病情、检查化验结果并提出需要解决的问题；查房时参加查房的医务人员应按照自下而上的原则逐级发表意见；主持人应根据查房的目的作必要的检查和分析并提出处理意见；查房报告病历、讨论、讲解时，均应声音清晰。查房后经治医师应将查房内容详实记载，上

级医师应对记载内容进行核实修正并签字确认，各项操作及查体均应严格遵守院感防控要求，防止交叉感染。

三、三级医师查房的周期

（一）高级医师每 3-5 天查房 2 次，查房时应有主治医师、住院医师，必要时可邀请护理人员、临床药师等相关人员参加。

（二）中级医师每天查房 1 次，查房时应有主诊组的住院医师（含规培医师）、进修医师、实习医师参加。新入院患者主治医师应在 24 小时内查房，急危重症患者入院当天必须由主治医师及（或）以上医师查房。

（三）初级医师对所管理的患者每日上、下午至少查房 2 次，急危重症和新入院患者

及手术患者须重点查房并增加巡视次数，发现病情变化及时处理，必要时可请上级医师查房。新入院患者，首次查房应在患者入院 1 小时内完成，急危重症患者应在到达病房时立即查看患者。

（四）如下级医师无法按时完成查房时，由本组上级医师代为查房。高级医师无法按时查房时由科主任代为查房。

四、三级医师查房内容

（一）高级医师查房内容

指导疑难病例的诊断和治疗，并能体现出当前国内外最新医疗水平的进展；审查对新入院、危重患者的诊断、诊疗计划；决定重大手术及特殊检查治疗；抽查医嘱、病历、

医疗、护理质量；听取下级医师、护士对诊疗的意见；决定患者出院、转院。进行必要的教学工作，包括对各级医师的指导，重点帮助主治医师解决在诊疗中未能解决的问题。

（二）中级医师查房内容

对所管患者进行系统查房；对新入院、危重、诊断未明、分型不清、治疗效果欠佳的患者进行重点检查；听取下级医师、护士的反映；倾听患者陈述；对出、转院标准进行判断并及时向上级医师或科主任汇报。对下级医师的病历书写和病程记录进行检查，及时发现问题并给予具体帮助和指导；了解患者病情变化并征求对医疗、护理等方面的

意见及建议；核查医嘱执行情况与治疗效果。进行必要的教学工作，包括对住院医师、进修医师及规培医师进行指导，检查住院医师对实习医师的带教完成情况。

（三）初级医师查房内容

重点巡视急危重、疑难、新入院、诊断不清及术后患者，同时有计划地巡视一般住院患者；审查各种检查报告单，分析检查结果，提出进一步检查和治疗意见并上报上级医师；检查当天医嘱执行情况，给予必要的临时医嘱、次晨特殊检查医嘱；询问、检查患者饮食情况；主动征求患者对医疗、护理等方面的意见及建议；住院医师要详细记录上级医师的诊疗意见，认真执行上级医师的

指示，并及时向上级医师报告执行情况；书写病历相关内容，要求对危重患者随时检查并记录，负责修改进修、实习医师书写的各种医疗记录，审查和签发实习医师处方、化验检查单、会诊申请单等医疗文件。负责督导实习医师，向实习医师讲解诊断要点、查体方法、治疗原则、疗效判定及诊疗操作要点，修改实习医师书写的病历，查房时进行考查性提问。

（四）查房记录

查房过程或结果，由主管医师在当天负责书写，病情平稳时可以每 2-3 天合并记录一次，除上级医师履行管理职责、审核病历中补录或修改的内容外，不允许倒记和随意

补记(除抢救记录外),病情不稳定时随时记录。

五、三级医师查房的基本规范

(一)病历严禁放在病床上,可由住院医师、规培医师、进修医师、实习医师手持病历。

(二)注意做好保护性医疗。查房时,仅限于谈及医疗和该患者疾病治疗相关的话题。凡对患者有不利影响的讨论和对下级医师的批评均不应在床前进行,应予以回避。

(三)医务人员要衣着整洁、佩带工牌。查房期间病区应保持安静,查房人员应将手机处于静音或振动状态,非特殊情况,参加查房人员不应迟到、早退,处理紧急情况需要

退出查房时应征得上级医师的同意。

（四）对患者查体时应注意保护隐私，适当遮挡、避免无关人员窥视。

会诊制度

一、会诊制度的定义

会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动，规范会诊行为的制度称为会诊制度。

二、会诊类型

（一）院内会诊

- 1.普通会诊；
- 2.急会诊（含术中急会诊）；
- 3.多学科会诊。

（二）院外会诊

- 1.医师外出会诊；

2.邀请院外专家会诊;

3.远程会诊。

三、会诊指征

(一)普通会诊:患者罹患疾病超出本科室诊疗范围,但患者病情平稳,需转至相关科室诊治的;或患者在罹患本科室疾病的基础上伴有诊疗范围外的疾病,患者病情平稳需要相关科室协助诊治的。

(二)急会诊(含术中急会诊):患者罹患疾病超出本科室诊疗范围和处置能力,且经评估病情危重可能随时危及生命,需要院内其他相关科室立即给予协助诊疗、参与抢救的。绝对禁止假急诊。

(三)多学科会诊

1.疑难、急危重症病例需要相关科室协助诊治的；急危重症患者需要及时抢救的；拟行重大手术前因病情复杂、涉及多个学科，需要协助诊治的；医疗纠纷需要分析判断的；以专业基础性疾病收住入院后经诊断有其他专业情况或存在合并症等的。

2.出现以下情况时，必须向医务处申请组织院内多学科会诊，同时医务处工作人员参加：

临床确诊困难或疗效欠佳的疑难、危重病例；拟邀请院外专家会诊或院内多个科室会诊（超过3个专业）的病例；出现严重并发症的病例；已发生医疗纠纷、医疗投诉或可能出现纠纷的病例。

四、申请会诊和受邀会诊医师资质与职责

（一）申请会诊的医师资质

1.普通会诊：主治及以上职称的医师。

2.急会诊（含术中急会诊）：不受资质限制，但首选在岗最高资质医师。

3.多学科会诊：科主任（副主任）或病区主任（副主任）。职责：申请会诊的医师负责准备患者资料，必须全程陪同会诊，并向受邀会诊医师介绍患者基本情况和诊疗过程，清晰、准确表明会诊目的、会诊要求。

（二）受邀会诊的医师资质

1.普通会诊、急会诊（含术中急会诊）：由总住院医师担任；若科室无总住院医师，

则由科主任安排高年资住院医师（临床工作 > 3 年）以上职称医师会诊；术中会诊原则上为副主任医师以上人员参与手术或抢救。

2.多学科会诊：参加院内多学科会诊的医师必须是副主任医师及以上职称，特殊情况下可以为高年资主治医师（主治临床工作 > 3 年）。

职责：按时完成会诊，院内会诊医师必须到病房亲自查看患者，认真书写会诊意见。

3.医师外出会诊、远程会诊：必须为副主任医师及以上人员。

（三）其他事宜

1.点名会诊时会诊申请人员必须是同级别医师，在接到同级别医师的点名会诊时，

被点名医师应亲自前往会诊。

2. 受邀会诊医师如不能明确诊断或处理患者疾病时应及时请示上级医师共同会诊。低年资住院医师、进修医师、轮转医师、规培医师、实习医师均不得独自承担会诊任务。
3. 会诊申请医师及受邀医师均应认真仔细并笔迹清晰地填写会诊记录单。

五、会诊时限要求

（一）急会诊“会诊发出”和“会诊收到”以受邀会诊医师接电话时间为节点；普通会诊“会诊发出”和“会诊收到”以 HIS 系统会诊申请单发出时间及书写会诊意见时间为节点。

（二）急会诊医师需在接到会诊邀请的

10 分钟内到达申请会诊科室或手术室；平会诊需在 24 小时内完成会诊。

六、会诊流程

（一）普通会诊：由主管医师提出，主诊医师同意，填写《会诊记录单》，普通会诊通过 HIS 系统发送，点名会诊申请医师在填写《会诊记录单》的同时需电话通知被点名医师。在 24 小时内完成会诊，并填写会诊意见，打印签字后夹入病历保存。若会诊意见直接填写在纸质会诊记录单上，则会诊医生必须在 HIS 系统上点击“确认”会诊方可完成。

（二）急会诊：由申请科室填写《会诊记录单》，并电话通知受邀会诊科室进行急会诊。急会诊完成后，受邀会诊医师即刻填

写会诊意见，并打印签字后夹入患者病历夹保存。若会诊意见直接填写在纸质会诊记录单上，则受邀会诊医生必须在 HIS 系统上点击“确认”会诊方可完成。术中急会诊：术者将需邀请的医师及目的告知巡回护士，由巡回护士协助电话通知受邀医师本人或所在科室的总住院甚至医务处或总值班，总住院、医务处或总值班通知、协调安排相关会诊医师后及时将结果反馈给巡回护士和术者。必要时向医务处处长、主管院长或值班院领导汇报。

（三）多学科会诊：由主诊医师提出，科室主任同意，原则上需提前半天报医务处同意或由医务处根据医院相关科室实际情

况制定并协商多学科会诊时间，申请科室需填写《兰州大学第二医院多学科会诊申请表》；院内多学科急会诊可先电话汇报医务处或医院总值班（非正常工作时间）根据要求先行安排，后补申请表。

多学科会诊由科主任主持，科主任外出时由科副主任或指定人员（原则上为科室高职）主持，必要时将邀请医务处负责人甚至主管院长参加多学科会诊。会诊意见由经治医师整理、上级医师签字后记入病程记录。

（四）医师外出会诊、邀请院外专家会诊：参考《兰州大学第二医院医师外出会诊与外请专家会诊管理规定》（院发〔2018〕198号）执行。

（五）远程会诊：其他医疗机构的患者因病情或其他原因，由其医务管理部门至少提前半天与医务处进行沟通联系，提出远程会诊邀请，并将患者资料进行上传。医务处将指定专人及时进行远程会诊系统调试和对接，并根据患者的病情抽调相关专业副主任医师以上人员按约定时间参加远程会诊，远程会诊时会诊医师将通过远程会诊系统与患者的主管医师进行沟通交流，给出会诊意见。远程会诊完毕后会诊医师需填写会诊意见单，由医务处专人反馈给申请医院以便备案。

七、会诊过程应注意的问题

（一）会诊申请科室应严格掌握会诊指

征，减少会诊的随意性，杜绝非病情所需的急会诊。

（二）因患者病情危重，为挽救生命计划一次性输血超 2000ml 以上者，所在科室应及时邀请临床输血科医务人员前来会诊；临床输血科在接到会诊邀请时，应立即派主管检验师以上职称人员前往会诊，提出临床安全用血的指导意见。

（三）会诊申请医师应做好会诊前的相关准备工作。会诊时申请科室需有经治医师或值班医师在场报告病史，陪同查体，了解会诊意见，并及时记录。会诊医师应认真检查，深入分析病情，提出有针对性、可操作、具有专科指导意义的会诊意见，并详细填写

《会诊记录单》，需要做专科检查的，应根据患者病情尽快安排。

（四）院内多学科会诊时经治医师要详细的进行病历汇报，上级医师予以补充，与会人员要仔细聆听、认真检查和讨论，提出明确的会诊意见。主持人或医务处要进行小结，遇有意见分歧时，综合分析会诊意见，形成统一的诊疗方案。

（五）任何科室或个人不得以任何理由或借口拒绝按正常途径邀请的各种会诊要求。对不执行会诊制度的医生和科室，将按

《兰州大学第二医院医务人员不良执业行为积分管理实施细则》追究当事人责任。

（六）禁止患者及其家属持会诊单自行

前往会诊科室会诊

（特殊患者及特殊科室除外）。

（七）VTE 及 AMS 会诊按照静脉血栓栓塞症（VTE）防治与管理实施方案、《抗菌药物应用管理(AMS)实施办法》予以执行。

兰州大学第二医院会诊记录单

科室 病区 住院号

姓名 性别 年龄 床号

简要病历及会诊目的 申请日期 申请时间

会诊科室 科室

要求会诊医生 申请医生

会诊意见 会诊日期 会诊时间

会诊科室 会诊医生

兰州大学第二医院多学科会诊申请表

科室：_____ 床号：_____ 住院号：_____

患者姓名		性别		年龄		职业	
目前诊断：							
病情摘要：							
科室讨论意见：							
科主任签字：							
_____ 年 月 日							
讨论目的							
邀请科室及专家							
拟会诊时间		地点		主管医生			
申请日期		科室联系人及电话					
注意事项：1. 疑难、危重病例讨论需先经科室内讨论，未能解决问题时再向医务处提交申请进行全院多学科会诊。未经过全科讨论而直接申请多学科会诊的，医务处将不予安排；申请科室应提前打印病情摘要。 2. 参加多学科会诊的人员原则上须副高及以上职称，参加讨论者接到通知后应按时参加讨论； 3. 申请多学科会诊的科室，除患者突发情况需紧急讨论外，一般需提前半天向医务处提交申请。							

分级护理管理制度

一、总则

（一）分级护理是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和生活自理能力，确定并实施不同级别的护理，分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。临床护士应实施与病情相适应的护理，保障患者安全，提高护理质量。

（二）分级护理标准按卫生部颁发的《综合医院分级护理指导原则》为指导制定。

1.由医师根据病情开启护理等级医嘱，护士执行。

2.护士可根据患者病情变化及时与医师联系，提出合理建议。

3.护理级别分为特级护理及一、二、三级护理，分别设置标记。

二、分级依据

(一)具备以下情况之一的患者，可以确定为特级护理：1.维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者。

2.病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。

3.各种复杂或者大手术后、严重创伤或者大面积烧伤的患者。

(二)具备以下情况之一的患者，可以确定为一级护理：1.病情趋向稳定的重症患者。

2.病情不稳定或随时可能发生变化的患者。

3.手术后或治疗期间需要严格卧床的患者。

4.自理能力重度依赖的患者。

（三）具备以下情况之一的患者，可以确定为二级护理：

1.病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者。

2.病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者。

3.病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

（四）具备以下情况之一的患者，可以确定为三级护理：病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者。

三、护理要点

（一）特级护理

1.设专人 24 小时护理，备齐急救药品、器材，随时准备抢救。

2.遵医嘱及时、准确记录患者生命体征及出入量。

3.遵医嘱正确实施治疗。

4.根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，实施安全措施。

5.保持患者的舒适和功能体位。

6.实施床旁交接班。

（二）一级护理

1.每 1 时巡视患者，观察患者病情变化。

2.根据病情，记录患者生命体征。

3.遵医嘱正确实施治疗。

4.根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，实施安全措施。

5.提供护理相关的健康指导。

（三）二级护理

1.每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化。

2.根据病情，记录患者生命体征。

3.遵医嘱正确实施治疗。

4.根据患者病情，正确实施护理措施和
安全措施。

5.提供护理相关的健康指导。

（四）三级护理

1.每 3 小时巡视患者，观察患者病情变

化。

- 2.根据病情，记录患者生命体征。
- 3.遵医嘱正确实施治疗。
- 4.提供护理相关的健康指导。

值班和交接班制度

一、值班制度

(一) 由科主任负责排班，并在每月月初上报医务处备案，科室人员必须服从科主任的值班安排。

(二) 值班医师资格：值班医师分为一线值班医师、二线值班医师及总住院医师。一线值班医师由住院医师、规培医师、进修医师及以上资格医师担任，必须具有医师资格证、医师执业证，两证不全者不得单独值班。二线值班医师由高年资主治医师（主治临床工作 ≥ 3 年）及以上资格医师担任。

(三) 一线值班医师在总住院医师指导下负责科室内各项医疗工作。一线值班医师

负责新入院或急诊患者的诊疗，一线值班医师不得参加当天平诊或急诊手术。

（四）二线值班医师负责处理科室内出现的疑难及抢救工作，同时指导总住院医师完成院内疑难危重患者的会诊。无总住院医师的科室由二线值班医师负责指导一线值班医师的相关临床工作。多病区科室可根据专业需要设一名或多名二线值班医师，二线值班医师值班期间不得擅自离岗，须在科室值班室值守。

（五）总住院医师负责指导一线值班医师开展科内的临床诊疗工作，参加院内普通会诊、急会诊以及协助其他科室患者的抢救工作。

（六）各相关病区均实行 24 小时值班制，各级值班人员须按时交接班，做好科室的临床诊疗工作。

（七）值班者不得擅离工作岗位，因工作需要离开科室的，务必告知科室其他当（值）班人员原因及去向，保证通讯畅通以便联系，并尽快赶回。总住院医师遇有急诊手术时，二线值班医师代总住院医师履行总住院职责，负责科室内的各项医疗及会诊工作。

（八）病区值班医师接班后应及时巡视病区，查看病区内所有住院患者，尤其是新入院、治疗效果欠佳、急危重症及术后患者，同时做好教学查房工作。在患者病情变化时，

应立即前往查看患者并及时处理。

（九）病区总住院医师、值班医师每晚必须查房。

（十）值班时遇到特殊情况，如群体事件或特殊疑难检查时应及时报告上级医师甚至科主任，由医务处或医院总值班协调解决。

（十一）科室主任、副主任负责督察和处理突发事件。

（十二）值班者在值班期间不得进行与工作无关的活动。

二、交班制度

（一）医师交接班内容包含危重、新入院、拟行手术及术后三天内、特殊检查前后

患者的病情变化及尚待处理的工作。危重及四级手术患者当日必须做到床前交接，并认真书写交接班记录。医技科室接班后须检查设备运行情况、试剂准备情况、当日质控情况。

（二）值班医师须按要求认真填写值班、交接班记录，妥善保管并交接值班钥匙和值班记录本。

（三）交班要清楚、明确，做到“交不清不接班”，交、接班医师进行记录双签字。

（四）科室晨交班由一线值班医师将值班期间病房情况向全科医护人员进行汇报，向经治医师交清危重患者情况、当班新入院患者情况及尚未处理的工作，二线值班医师

及总住院医师予以适当补充，上级医师及科主任可予以点评并进行相关工作安排。

三、预值班制度

（一）预值班是指在值班，特别是节假日时增设预备值班人员。即在原有值班人员（一线、二线、总住院）的基础上再增加预备值班人员，以便在同时有多名患者需要急诊抢救、会诊等紧急情况下，能够迅速组织后备急救力量，确保急、危、重症患者得到及时有效的救治。

（二）预值班人员必须是副主任医师以上职称。

（三）预值班人员必须在排班本上明确标记。

（四）预值班人员必须保证电话 24 小时通畅，以便有效应对各种突发事件；预值班人员不得随意变更自己的联系方式，若有变更时须在预值班前向科室汇报及时更改。若确有特殊情况需请假应事先向科主任汇报，以便及时调整预值班人员，并将调整结果及时通知值班人员和接替人员。

（五）预值班人员无法取得联系的或借故拖延、不及时到位甚至拒绝到位者，则视为脱岗，将交由医院相关部门予以严肃处理。

疑难病例讨论制度

一、疑难病例范围

疑难病例是指入院三天未能确诊，或治疗方案难以确定，或治疗效果不佳，或病情复杂、涉及多个学科，或疗效极差的疑难杂症，或住院时间超过 30 天、花费较高，或涉及重大疑难手术，或非计划再次手术治疗，或 ICU 患者住院超过 72 小时的病例。

二、疑难病例讨论的组织

（一）一般疑难病例讨论由科主任主持，科室有关人员参加，认真进行讨论，尽早明确诊断，提出诊疗方案，并做好讨论记录备查。

(二) 重大疑难病例可报请医务处通过院内外会诊形式进行。讨论前申请科室做好充分准备，讨论应先印发病情摘要，供参加讨论人员了解。疑难、危重病例经治医师应将有关资料(如病史、各种化验单、检查单、影像资料、病理报告等)加以整理，报告病史、介绍病情和各种检查检验结果及诊疗经过、存在的问题，初步诊断，提出讨论目的、要求、治疗意见。科室或病区主任作为讨论主持人，与会者充分发表意见、各抒己见，结束时主持人应作总结性发言。

三、疑难病例讨论记录

(一) 疑难病例讨论时科室应指定专人进行记录，病历中需新建病程，记录患者基

本信息、讨论时间、地点、参加人员、主持人、记录人、讨论结果。详细的讨论记录实行专册管理，不再纳入病历归档。

（二）专册管理要求：科室建立疑难病例讨论记录文件夹，讨论内容详细记录在《疑难病例讨论记录单》中。打印后由记录人及主持人签名，一式贰份，一份由科室另册管理，一份交至医务处备案专册存档，科室专册保存时限为 3 年。

四、其他要求

（一）疑难病例讨论可以一个科室进行，也可以几个科室联合进行讨论。

（二）疑难病例讨论时不允许患者、家属或其他委托人参加。若家属或委托人要求

了解讨论结果，应由科室指定专人给予解答，解答内容应记录在病程记录中，包括家属或委托人姓名，其他参加讨论的人员不得私自回答。

兰州大学第二医院疑难病例讨论记录单

时间： 地点：

主持人： 记录人：

参加人员(其他科室人员需注明学科、姓名、职称)：

汇报病例：

需解决的问题：

发言要点：

讨论结果：

记录人签字： 主持人审核签字：

备注:打印后由记录人及主持人签名，一式贰份，一份由科室另册管理，一份交至医务科，医务科整理后交由病案科专册存档。

急危重患者抢救制度

一、急危重患者抢救注意事项

（一）患者急性起病，诊断未明，根据其症状的诊疗流程，必须立即处置，否则可能导致重要脏器功能损害或危及生命。

（二）患者急性起病，诊断明确，根据诊疗规范，必须立即处置，否则可能延误最佳治疗时机或危及生命，如有明确治疗时间窗的疾病。

（三）患者生命体征不稳定并有恶化倾向。

（四）出现检验或检查结果危急值，必须紧急处置的患者。

（五）患者出现其他预计可能出现严重

后果，必须紧急处置的病情。

二、抢救分类

临床科室急危重患者抢救由现场级别或年资最高的医师主持。

（一）科内一般抢救：总住院医师或主治医师和护士长负责组织实施抢救。抢救工作中遇有诊疗困难时，应及时请示上级医师或科主任，迅速解决；如需会诊，应本着“先科内、后科外”的原则，及时组织会诊；各类医务人员接到抢救急会诊通知后应随请随到。

（二）多科抢救：对复合伤或患多种疾病的患者，要坚持先危后重、先重后轻的原则，先由威胁生命的主伤或主病科室接诊抢

救。对其他科的疾病，由主治科室负责邀请相关科室参加抢救，严格执行首诊负责制。

（三）突发事件抢救：当接诊群体突发事件患者时，急诊护士即刻通知值班医师，并上报医务处（或医院总值班）；急诊科护士负责为每位患者编号、建卡，保证在第一时间建立良好的抢救秩序；凡是被呼叫参加抢救的医师，无论级别、科室均应立即前往现场，不得以任何理由推诿；对需要转送的患者严格按照转运制度进行转运；现场抢救由急门诊主任负责，并根据规定上报院领导。

三、抢救资源配置与紧急调配管理

（一）抢救设备严格执行《全院抢救设备管理及紧急调配制度》，一切抢救物品实

行六固定(定数量、定位置、定人管理、定期检查、定期消毒、定期维修)。各类抢救设备要保持性能良好，防止抢救时出现故障，抢救室物品一律不外借，值班护士要做好物品交接班，并做好签名记录。各临床医技科室医务人员必须知晓抢救设备位置及使用方法，知晓抢救设备缺乏或故障时代替设备的调配流程。

(二) 医务处、护理部共同制定人员紧急调配制度，并定期组织紧急演练。

(三) 临床药学部负责制定并执行《抢救药品保障制度》，各临床医技科室医务人员必须知晓抢救药品使用流程、补药流程。

(四) 各临床科室须每日保留 1 张应急

床位，如遇紧急情况由医务处床调中心统一调配。

（五）需进入急救绿色通道患者参照《医院急救绿色通道管理制度》执行。

（六）相关部门协作规定：抢救工作期间，临床药学部、检验医学中心、放射影像科等功能检查科室应满足临床抢救工作的需要，不得以任何理由或借口拒绝或推迟，后勤保障处、设备处应保证水、电、气的供应。

四、抢救执行及记录

（一）在抢救过程中，护士在执行医师的口头医嘱时，应复述一遍，并认真、仔细核对抢救药品的药名、剂量，抢救完毕后医

师据实补开医嘱。

（二）实施抢救的医师要认真及时向患者家属交代病情和抢救情况，并填写病危通知单一式贰份，一份交患者家属留存，另一份贴在病历中以备留存。

（三）抢救记录内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员信息等，抢救时间具体到分钟。参与抢救的医护人员按规定做好各项抢救纪录，因抢救患者未及时书写的，必须在抢救结束后 6 小时内完成。

（四）超过医院诊治能力的危重患者如病情允许需要转院的，经科主任同意后，由主管医师向患者家属讲明病情及转运途中

风险，征得患者家属同意并履行知情告知签字后进行，同时上报医务处或医院总值班备案。

术前讨论制度

一、术前讨论遵循原则

（一）除紧急抢救生命为目的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。非紧急抢救生命的急诊手术也须完成术前讨论。

（二）住院患者的术前讨论包含日间住院手术，在医学影像下的介入诊疗、内镜下的诊疗等高危有创操作或手术。

（三）门诊手术术前讨论由参加门诊手术的医师及相关人员在术前共同进行讨论。讨论结果记录在门诊病历上，记录内容包括：适应症、禁忌症、手术方式、麻醉方式、注意事项等。

二、术前讨论模式

术前讨论分为手术组讨论、主诊组内讨论、病区内讨论和全科讨论四种模式。

（一）手术组讨论：是指计划参与该手术的医师及相关成员参加术前讨论，一般为一级手术，由主管医师主持。

（二）主诊组内讨论：是指主诊组内全体成员参加术前讨论，一般为二级手术，由主管的副主任医师及主诊医师主持。

（三）病区内讨论：是指同一科室的两个或以上主诊组内所有成员参加术前讨论，一般为三级手术，由手术医师所在主诊组主诊医师主持。

（四）全科讨论：单病区的科室以科室

全体成员参与讨论，由科室主任主持；多病区的科室可根据手术规模及手术医师业务能力在病区内、两个及以上病区内或科室內全体成员参与讨论，由科室主任或病区主任主持。一般为四级手术、难度大、复杂、多学科、新开展的、高风险的或手术方案难以确定的手术、探查性手术、毁损性手术或者病情较重、年老体弱、非计划二次手术、可能存在或已存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术及有其它特殊情况的手术；必要时须邀请麻醉科医师、临床药师及医务处人员参加。其中术前经评估需大剂量用血的，临床输血科医师必须参加。

（五）部分手术风险极大的疑难、危重

或涉及多学科合作的手术，需在手术前由科主任报请医务处组织院内多学科会诊讨论，拟定相关诊疗方案。首次讨论难以确定合适的治疗方案者可进行多次会诊讨论。

（六）术前讨论应在术前一周内组织进行，手术前一天必须完成（急诊手术除外）；术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署知情同意书。

三、术前讨论内容

包括患者术前病情及承受能力评估(包括生理、心理和家庭、社会因素)；临床诊断和诊断依据；手术指征与禁忌证、拟行术式及替代治疗方案；手术风险评估；术中、术后注意事项，可能出现的风险及应对措施；术前准

备情况;手术方案;围手术期护理具体要求;麻醉方式与麻醉风险等。

四、术前讨论结论记录

择期手术由主诊组医师记录，非择期手术由手术医师记录。记入的内容由术者签名确认，表示术前讨论完成。术前讨论内容:临床诊断、手术指征、拟行术式、麻醉方式、术中术后可能出现的风险及应对措施、特殊的术前准备内容、术中、术后应当充分注意的事项等。

五、监督与管理

术前讨论是防止疏忽、差错，保证手术质量的重要措施之一，必须认真执行。未执行术前讨论的，麻醉科手术室有权拒绝手术。

死亡病例讨论制度

一、死亡病例讨论范围和主体

在门、急诊已由医院医务人员接诊后发生死亡的患者或在住院期间发生死亡的患者均需进行死亡讨论，门、急诊死亡患者由最终接诊医师所在科室完成死亡讨论。

各临床科室坚持死亡病例上报制度，应及时填写《死亡病例报告单》，一式三份，一份交归入病历，两份报送医务处。

二、死亡病例讨论时限

死亡病例讨论须在患者死亡的5个工作日内完成；特殊病例，如死因不明、涉及纠纷和刑事案件的死亡病例必须在6小时内完成

讨论。尸检报告出具 5 个工作日内必须再次讨论。

三、死亡病例讨论的组织

（一）死亡讨论由科/病区主任主持，若科/病区主任在患者死亡后 1 周内因故均不在岗，应向医务处申请指定并经同意后，由本科室副主任主持，接受多学科诊治的死亡患者，由医务处负责组织并主持，邀请相关科室副主任医师以上医师参加。

（二）低风险死亡、产生医疗纠纷的死亡患者，科室确定死亡病例讨论时间后上报医务处，由医务处负责主持。

（三）死亡病例讨论应做到科学、公正、严谨，认真分析死亡原因，吸取诊疗过程中

的经验与教训。

四、死亡病例讨论记录

（一）死亡病例讨论应指定专人记录，病历中需新建病程，记录患者基本信息、讨论时间、地点、参加人、主持人、记录人、讨论结果。详细的讨论记录实行专册管理，不再纳入病历。

（二）专册管理要求：科室建立死亡病例讨论记录文件夹，讨论内容详细记录在《死亡病例讨论记录单》。打印后由记录人及主持人签名，一式贰份，一份由科室另册管理，一份交至医务处备案专册存档，科室专册保存时限为 3 年。

五、死亡病例汇总分析

医务处负责汇总分析死亡病例，全院死亡病历分析每季度进行一次；对短期内死亡人数超过常态死亡发生趋势的，快速启动汇总分析，并在全院范围进行通报。

六、其他事宜

禁止患者、家属或其他委托人参加死亡病例讨论会。若家属或委托人要求了解讨论结果，应由科室指定专人给予解答，解答内容应记录在病程记录中，包括家属或委托人姓名，其他参加讨论的人员不得私自回答。

兰州大学第二医院死亡例讨论记录单

患者姓名： 性别： 年龄： 住院号：

科室： 讨论时间： 讨论地点：

主持人： 记录人：

参加人员（其他科室人员注明学科、姓名、职称）：

汇报病例：

发言要点：

讨论结果：

记录人签字： 主持人审核签字：

备注：打印后由记录人及主持人签名，一式贰份，一份由科室另册管理，一份交至医务科，医务科整理后交由病案科专册存档。

查对制度

一、患者身份识别

患者在院期间应被正确识别身份，包括门诊、急诊，住院患者。

（一）识别内容：住院患者核对内容包括病案号、姓名、性别、出生日期；门诊患者核对内容包括就诊卡、姓名、性别、出生日期、身份证号。

（二）识别时机：在对患者进行问诊、给药、标本采集、检验、检查、输血或血制品、治疗、侵入性操作、手术、进行特殊饮食之前，以及患者转交接时都需要进行患者身份核对。

（三）识别方法：使用两种以上核对方

法对患者进行身份识别，禁止使用病房号或床位号进行身份核对。其中门诊患者使用姓名+就诊卡号，住院患者使用腕带+住院号（床头卡）。

1.形式：腕带+询问。

2.对新生儿、意识不清、语言交流障碍等无法表明自己身份的患者通过以下形式进行身份识别：

（1）有家属在的：腕带+询问，在场家属或知晓者陈述患者的身份（住院号+姓名）；

（2）无家属在的：腕带+床头卡（住院号+姓名）。医护人员必须告知患者正确身份识别的重要性，并取得患者及其家属的配合，鼓励患者及其家属积极参与患者身份识别。

二、腕带的使用

（一）住院患者（儿）

医院统一使用蓝色、粉色两种机打腕带，红色、绿色两种手写腕带。14岁以上成人住院患者统一使用蓝色机打腕带、14岁以下住院患儿统一使用粉色机打腕带。

危重患者（儿）实行双腕带即机打腕带+红色手写腕带。

（二）急诊患者

急诊科收治的患者使用手写腕带，危重患者使用红色手写腕带，急诊平诊患者使用绿色手写腕带。

腕带填写信息要求字迹清晰规范，准确无误。填入腕带的识别信息必须经两名医务

人员核对后方可使用，若损坏或影响身份识别时，应及时纠正，经两名医务人员重新核对后方可使用。

（三）新生儿、意识不清、语言交流障碍等无法表明自己身份的患者身份识别需双人核对，身份标记方法为：

1.新生儿：产科新生儿出生后，护士应根据性别手写蓝色或粉色新生儿腕带。新生儿腕带内容包括姓名（姓名命名规则：男婴为母亲姓名+之子，女婴为母亲姓名+之女，多胞胎按出生时间依次以子1、子2、子3...，女1、女2、女3...）、出生年月日、科室、病历号。

2.意识不清、语言交流障碍等无法表明

自己身份的患者：根据入院顺序+入院日期进行编号（如：20190112-1），入院序号从每年1月1日开始，次年重新计算。无名氏身份确定后，应及时变更为新的住院号，并将曾用的无名氏的临时病案号与新住院号并存（相关联）。

三、各科室查对内容

（一）临床科室

1.开医嘱、处方或进行治疗时，应查对患者的姓名、性别、住院号（就诊卡号）。

2.执行医嘱时要进行“三查八对”：摆好药后查；服药、注射、处置前查；服药、注射、处置后查。对床号、姓名和服用药的药名、剂量、浓度、时间、用法、药品有效期。

3.清点药品时和使用药品前，要检查质量、标签、失效期和批号，如不符合要求，不得使用。

4.给药前，注意询问有无过敏史；使用毒、麻、精神类药品时要经过多次核对；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动，裂缝；给多种药物时，要注意配伍禁忌。

5.输血或血液制品前，需经两人查对无误后，方可输注；输血时须密切观察，保证安全。

（二）手术室

1.接患者时，要查对科别、住院号、姓名、性别、诊断、手术名称及部位（左右）及手术切口标志、术前用药等情况。

2.手术人员手术前再次核对科别、住院号、姓名、性别、诊断、手术部位、麻醉方法及用药。

3.手术护士在术前要检查无菌包内灭菌指标、手术器械是否齐全，各种用品类别、规格、质量是否符合要求。

4.凡体腔或深部组织手术，要在缝合前由器械护士和巡回护士严格核对大纱垫、纱布、纱卷、器械数目是否与术前数目相符，核对无误后，方可通知手术医师关闭手术切口，严防将异物遗留体腔内。

5.手术或有创操作的患者应严格按照《兰州大学第二医院手术安全核查制度》进行查对，并详细记录。

（三）临床药学部

1.处方调剂时，包括“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

2.高警示药物调配发放和使用前实行双人核对；在夜间，本岗位只有一人的情况下，采用单人两次复核查对和两次签字形式。

3.发药时，实行“四查一交代”：①查对药名、规格、剂量、含量用法与处方内容是否相符；②查对标签（药袋）与处方内容是否相符；③查药品包装是否完好、有无变质；安瓿针剂有无裂痕、各种标志是否清楚、是否超过有效期；④查对姓名、年龄；⑤交代

用法及注意事项。

（四）临床输血科

1.血型鉴定和交叉配血试验，两人工作时要“双查双签”，一人工作时要复核一次。

2.发血时，要与取血护士共同查对科别、住院号、姓名、性别、血型、交叉配血试验结果、血袋号、采血日期、血液质量。

3.发血后，受血者血液标本保留 1 周，以备必要时查对。

（五）检验医学中心

1.采取标本时，查对科别、住院号（就诊卡号）、姓名、性别、年龄、检查项目。

2.收集标本时，查对科别、床号、住院号、姓名、性别、联号、标本数量和质量。

3.检验时，查对标本的质量、试剂、检验项目、化验单与标本是否相符。

4.检验后，复核检验项目及结果。

5.发报告时，查对病区及科别。

（六）影像科室（放射影像科、核磁共振科、核医学科、超声医学中心）

1.检查时，查对科别、姓名、性别、年龄、片号、部位、项目。核磁检查前务必询问患者体内是否存在影响检查的金属植入物，或推床检查患者是否携带存在影响检查的金属物。

2.治疗时，查对科别、姓名、性别、住院号（就诊卡号）部位、条件、时间、角度、剂量。

3.使用造影剂前应当查对患者是否对造影剂过敏。

4.发报告时,查对检查项目诊断、姓名、科别。

(七) 物理治疗及针灸

1.各种治疗时,查对科别、住院号(就诊卡号)、姓名、性别、年龄、部位、皮肤、种类、剂量、时间等。

2.低频治疗时,查对极性、电流量、次数等。

3.高频治疗时,检查体表、体内有无金属异物等。

4.针刺治疗前,检查针的数量和质量。取针时,检查针的数量和有无断针。

（八）消毒供应中心

1.准备器械包时，查对器械包名称、数量、质量、清洁度。

2.发器械包时，查对器械包名称、消毒日期。

3.收器械包时，查对数量、质量、清洁处理情况。

4.高压消毒灭菌后的物件要查对化学指示卡是否达标。

（九）特检科室（功能检查，研究所、室）

1.检查时，查对科别、住院号（就诊卡号）、姓名、性别、检查目的。

2.诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、

检查结果。

3.发报告时，复核科别、住院号、姓名、性别、检查项目、结果。

（十）病理科

1.收集标本时，查对科别、姓名、性别、联号、标本及固定液。

2.制片时查对编号、标本种类、切片数量和质量。

3.诊断时查对编号、标本种类、临床诊断及病理诊断。

4.发报告时查对科别、姓名。

四、本制度未涉及科室依照查对要求，制定本科室查对制度。

手术安全核查制度

一、手术安全核查基本原则

手术安全核查由具有医院执业资质的手术医师(指术者或第一助手)、麻醉医师和手术室护士共同参与,在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前对患者身份、手术部位、手术方式等内容进行核查;同时核查结果由麻醉医师、手术医师和手术室护士三方共同确认签字。本制度适用于各级各类手术,其他有创操作可参照执行。

二、手术部位标识管理

(一)手术医师下达手术申请后并实施手术部位标示,标示时要与患者、或家属、

或其监护人共同确认。

（二）手术部位标识统一用蓝色或紫色医用皮肤标记笔标记；手术部位标识消毒和铺巾后要清晰可见，便于核对。

（三）手术部位标示方法

1.体表有皮肤切口的手术，用“+”符号标记。

2.直线切口在两端用“+”符号标记，长距离切口可在中点处加画“+”符号，点状切口可用一个“+”符号标记。

3.圆形、弧形及折线切口可用若干“+”符号标记出切口走形。

4.手术部位被包扎、固定者，于包扎物临近处用“↓”符号标记，箭头指向手术部位。

5.眼科手术在术眼眼角外侧用“→”符号标记，箭头指向术眼。

6.经自然腔道（口腔、鼻腔、外耳道、尿道、阴道、肛门）手术无需标示。

（四）患者接入手术室前必须查看手术部位标示。若无标示，禁止将患者接入手术室。

标示与手术部位不一致，麻醉医师应拒绝对患者进行麻醉；手术医师、麻醉医师、手术室护士进行手术三方安全核查时共同确认手术部位标示，任何一方有疑问时，不得实施麻醉和手术。

三、实施手术安全核查的内容

住院患者均应佩戴标有患者身份识别

信息的腕带，以便核查。所有手术均需执行以术前暂停（TimeOut）为核心的安全核查，实施三步三方（手术医师、麻醉医师、手术护士）核查：

（一）麻醉前核查：当台手术的麻醉医师主持，根据《兰大二院手术安全核查表》核查患者身份（姓名、性别、年龄、住院号）、手术方式、手术部位与标示、知情同意情况、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术前皮肤准备、静脉通道建立情况、过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

（二）术前暂停（Time-Out）：即术前暂停，是指手术开始前进行的小组核对，是手

术核对的重要环节之一。由当台的手术医师主持，内容包括共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标示，并确认风险预警等内容；器械护士汇报手术物品准备情况，巡回护士负责正确记录《兰大二院手术安全核查表》。

（三）患者离开手术室前：由当台的麻醉医师及巡回护士主持，三方再次核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式、术中用药、输血情况，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向（麻醉复苏室、病房、ICU）。

（四）手术安全核查表中的各项信息，

任何一方如有疑问，均应当场提出，三方应重新核查所有信息，直到三方共同确认为止。

（五）手术安全核查各方均应口头陈述所有信息，包括确认信息正确和提出疑问，不能用“默认”、点头或摇头、打手势等方式代替。

（六）麻醉前若患者本人对其身份、手术名称、手术部位等提出疑问，所有人员应当特别加以重视，对其进行重新核实；经核实确认无误的，应当与患者进行交流，消除其疑虑。

（七）手术安全核查结束，各方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。三方确认后分别在《手术安全核查记录单》上签名。

四、监督管理

(一) 手术科室、麻醉科与手术室负责人是本科室实施手术安全核查制度与持续改进管理工作的主要责任人。

(二) 手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后三方签字可进行下一步操作，不得提前填写三方核查表。

(三) 术前暂停 (TimeOut) 未实施，不得开始手术，所有参加手术人员有权拒绝手术。

(四) 术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

（五）术前暂停及三步安全核查不能代替麻醉医师、手术护士等单独进行的核查工作。相关人员应按照规定进行各自职责范围内的独立核查工作。

（六）住院患者《手术安全核查表》归入病历中保存；非住院患者《手术安全核查表》由手术室、其他各操作科室负责保存，保存期限 ≥ 15 年。

五、产科建立并执行产科分娩安全核查表，对经阴道分娩与剖宫产分娩的产妇，在入院时、即将分娩前或剖宫产术前、分娩后1小时、出院前四个时间节点进行安全核查。

手术分级管理制度

一、手术的定义

手术是指医务人员使用手术器械在人体局部进行操作，以获取去除病变组织、修复损伤、移植组织或器官、植入医疗器械、缓解病痛、改善机体功能或形态等为目的的诊断或者治疗措施。

二、手术分级依据风险性和难易程度不同，手术分为四级。

一级手术：简单、易操作，手术难度和风险较小的手术；由总住院或主管主治医师审批签发手术通知单。二级手术：手术难度和风险一般，比较容易操作的手术；由总住

院或主管主治医师审批签发手术通知单。三级手术：手术难度和风险较大，较复杂的手术；由副主任医师及以上医师审批、科主任签发手术通知单。四级手术：手术难度和风险极大，新开展手术，需要多科合作同时进行的手术。由科主任审批签发手术通知单。医院手术分级详见《兰州大学第二医院手术分级目录》，需调整手术级别的必须由科室申请、医务处审核。

三、手术医师的准入与授权原则

（一）依法取得医师执业资格、且执业地点注册在兰州大学第二医院的，方有资格进行各类手术。

（二）手术医师资格审核由各科室手

术资格审核小组评估考核，上报医务处复核，最终由医疗技术临床应用管理委员会审核批准。

（三）手术分级授权落实到每一位手术医师，根据医师的技术资质（医师、主治医师、副主任医师、主任医师）及其实际能力水平，参照《兰州大学第二医院手术分级目录》，确定医师所能实施和承担的相应手术级别，经医疗技术临床应用管理委员会授权后方可从事相应级别的手术操作。

（四）医务处负责建立《兰州大学第二医院手术医师手术授权管理档案》，每年更新一次；手术医师资格实行动态管理，实行“有进有出”，医务处每年组织一次对医师技

术能力的再评价与再授权，再授权依照医师实际能力提升而变动，不随职称晋升而变动。

四、手术医师资质准入审核程序

（一）手术医师提出申请

在申请手术资质准入前，医师应独立完成该专业对该项手术的例数要求，且手术操作规范、对器械及设备熟练使用，方可提出准入申请，填写《兰大二院手术医师资质准入审批表》（见附件1）。

（二）手术资格审核小组审核

手术资格审核小组由各手术科室科委会选举产生，科主任担任组长，该小组负责确定评价方法，报医务处备案。手术资格审核小组根据评价方法，结合申请者基本情况、

实际技术操作水平、围手术期管理、医德医风、患者投诉和纠纷发生等综合情况，依据《兰州大学第二医院手术分级目录》予以审核，初步认定其资质。

（三）医务处复核

医务处根据科室意见，结合日常医疗质量检查情况，提出同意开展手术级别的意见，上报医院医疗技术临床应用管理委员会审批。

（四）《手术医师资质准入审批表》经审批后的由医务处复印下发专业科室和麻醉科执行，并将手术医师级别通知信息中心进行手术级别维护，原件由医务处存档并纳入《手术医师授权档案》。

五、特殊手术资质准入审核

（一）资格准入手术：资格准入手术是指按市级或市级以上卫生行政主管部门的规定，需要专项手术资格认证或授权的手术

（如心脏介入、移植手术等）。由市级或市级以上卫生行政主管部门或其认可的专业学术机构向医院以及手术医师颁发专项手术资格准入证书或授权证明。已取得相应类别手术资格准入的手术医师才具有开展资格准入手术的权限。

（二）新技术、新项目、科研手术：新技术、新项目手术严格执行《新技术、新项目准入管理制度》，术前须经科室讨论，科主任签署《重大手术审批表》后，上报医务处

审批。

(三) 麻醉医师准入参照本制度执行。

(四) 医院禁止越级手术，紧急状态下，在上级医师暂时不能到场主持期间，值班医师需向医务处报告（夜间向医院总值班报告），由医务处或总值班协调在院最高手术级别授权医师进行手术，如相关专业无最高级别授权医师时，则申请邀请具有相关资质省内其他三级医院的医师来院会诊手术。

六、手术医师资质准入与授权管理

(一) 由医务处履行手术医师资质准入管理的监督检查职责，承担检查手术医师按规定执行情况，检查结果将纳入科室及个人医疗质量考核内容。

（二）《兰州大学第二医院手术分级目录》根据医院的学科发展，不断补充、完善和修订。原则上每两年调整一次手术分级标准。医务处每年对手术医师资格进行调整，并将调整后的审批表及时反馈信息中心、麻醉科及各专业科室。

（三）科/病区主任在签署“手术申请单”时，必须按照各手术医师的手术权限签署是否同意手术意见，如主刀医师超越手术权限，科室主任有权更换主刀医师或停止该手术。

（四）各级手术医师要严格按照已获得资质规定的权限开展手术，不得擅自超出规定范围开展手术。手术中，主刀医师不能胜任手术或发生意外时，应及时向上级医师报

告，如不请示上级医师所造成的后果由手术医师负责。根据调查结果，对责任医师给予全院通报批评、医师不良执业积分、停止该级别手术资质、调离岗位等处罚。引发医疗纠纷乃至出现违法事实时，按照国家相关法律法规予以处理。

（五）年内连续发生“非计划再次手术”，科内讨论责任认定是否延迟授权或暂停同类手术；年内发生两起及以上手术严重并发症的，由医疗技术临床应用管理委员会认定后，给予相应责任人手术资格降级3至6个月的处理，并暂停同类手术。

（六）手术资格降级者在降级期满后，重新启动该级手术准入程序。

（七）相关介入手术和内镜手术科室按本制度执行。

（八）手术医师违规操作的监督处理工作由医务处具体实施。

新技术和新项目准入制度

一、新技术、新项目定义

是指在医院范围内首次开展的，国内外比较成熟的诊疗技术项目，并具有一定的先进性和实用性。包括：侵入性、非侵入性操作，检查、手术、治疗方式、药物等，包括：

（一）临床上全新的诊疗方法和手段（包括新诊疗设备的临床应用，使用新试剂的诊断项目）。

（二）常规开展的诊疗技术的新应用（包括药物）。

（三）新的疾病或病理型的发现与诊治。

（四）常规诊疗技术核心内容的改进和完善。

(五)超出当前诊疗常规规定范围的其他技术业务。

二、新技术、新项目准入的必备条件

(一)拟开展的新技术、新项目应符合国家相关法律法规和各项规章制度。

(二)拟开展的新项目应具有科学性、有效性、安全性、创新性、效益性和符合伦理。

(三)拟开展的新技术、新项目所使用的医疗仪器须有《医疗仪器生产企业许可证》、《医疗仪器经营企业许可证》、《医疗仪器产品注册证》和产品合格证，并提供加盖本企业印章的复印件备查；使用资质证件不齐的医疗仪器开展新项目，一律拒绝进入。

（四）拟开展的新项目所使用的药品须有《药品生产许可证》、《药品经营许可证》和产品合格证，进口药品须有《进口许可证》，并提供加盖本企业印章的复印件备查；使用资质证件不齐的药品开展新项目，一律拒绝进入。

（五）拟开展的新技术、新项目所使用的检验试剂须有 CFDA 认证，如有未经认证但同时有多家使用的试点医院，由科室向医务处提供证明材料，并上报甘肃省卫生健康委员会备案。

（六）所有的新技术、新项目必须经医院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审查。

三、新技术、新项目的准入程序

新技术、新项目的申报原则上由临床医技科室制定本科室

《新技术、新项目计划》按计划申报，特殊情况实行“即时申报，即时审核，常态监督”。

（一）立项

1.申报新技术、新项目的负责人应是本院临床、医技科室具有副主任医师及以上技术职称的人员或科主任，要首先在科室进行可行性研究，在确认其安全性、有效性及包括伦理、道德方面评定的基础上，本着实事求是指导临床实践，同时要具备相应的技术条件、人员和设施，经科室集中讨论和科主

任同意后，认真填写《兰州大学第二医院医院新技术、新项目准入申请表》，科主任签署意见后报送医务处核查。

2.涉及多科合作开展的新技术和新项目，有主导科室的，由主导科室负责组织填报《兰州大学第二医院医院新技术、新项目准入申请表》；没有主导科室的，由医务处组织讨论协调，并确定主导科室。

3.开展的新技术和新项目属于国家和甘肃省卫生健康委员会规定的“限制类技术”目录之中的，应按照国家及甘肃省卫生健康委员会的相关规定进行备案管理。需要向全国医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送“限制类技术”开展情况。

4.创新型新技术、新项目的审批及管理，执行国家《医疗技术临床应用管理办法》。

5.凡从外院学习后拟开展的新技术，申请人须提供手术编码，便于编码管理。

（二）论证

医务处对《兰州大学第二医院医院新技术、新项目准入申请表》进行形式审核，审核合格后，组织医院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审查论证。

（三）审批

1.科室新开展一般诊疗技术项目填写申请表向医务处申请，在本院《医疗机构执业许可证》范围内的，由医务处审核，组织医疗技术临床应用管理委员会和医院医学伦

理审核后，分管院长审批。

2.新技术和新项目为本院《医疗机构执业许可证》范围外的，分管院长审批后，由医务处向上级有关部门申报审核。需要新增加收费项目的由财务处负责向物价部门申报收费标准，批准后方可实施；医保报销与否，由医保处上报至上级医保部门审批。

3.申请开展限制类使用技术的按照国家卫健委或省卫健委相关规定执行。

四、新技术、新项目应用管理

（一）新技术和新项目管理期限

1.新技术和新项目管理期限是指从获得批准开展之日起至转为常规技术项目的时间。

2.一般情况下,安全性、有效性肯定的成熟技术,如已获国家批准的检查,检验项目,管理周期一般为半年到一年;

3.安全性、有效性需要进一步观察的技术,如手术类技术,管理周期一般为1—2年或更长。具体时间和例数可由申请科室提出,医疗技术临床应用管理委员会审核后确定。

(二) 新技术和新项目应用

1.开展时间和观察例数达到管理要求的新技术和新项目,临床科室可以向医疗技术临床应用管理委员会提出转为常规技术的申请。

2.医疗技术临床应用管理委员会对技术开展情况、疗效、并发症及不良事件发生

情况进行评估,必要时邀请外院专家参加,证实其应用过程安全、有效,可转为常规技术。转为常规技术后,应有新技术和新项目推广的培训,确保所有应用该新技术和新项目的人员具备同样的实施能力,至少有不少于一个上述管理期限的重点观察过程,并进行专项监督管理,以避免推广过程中出现可避免的负性事件。

3.新技术、新项目准入实施后,申请科室应将有关技术资料妥善保存。制定技术规范,以及相对应的新技术应急预案,有切实可行的应急措施。

五、新技术、新项目评估管理制度

(一) 新技术和新项目评估管理

1.经批准开展的新技术和新项目实行科室主任负责制,督促项目负责人按计划执行并取得预期效果,医务处履行监管责任。2.实施该项新技术和新项目过程中的医师应向患者及其委托人履行告知义务,尊重患者及委托人的意见,在征得其同意并在相应知情同意书上签字后方可实施。3.科室质控小组对开展的新技术和新项目进行定期追踪,督察项目的进展情况,及时发现医疗技术风险,并督促及时采取相应控制措施,将医疗技术风险降到最低程度。

4.项目负责人至少每 3 个月将新技术和新项目的开展情况(诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、不良反应、

随访情况等)和科室质控小组的质控评价意见,由科主任签字后上报医务处备案并建立新技术、新项目档案。

(二) 新技术和新项目动态管理

1. 医务处负责新技术和新项目的动态管理,重点评估新技术和新项目的质量安全情况和技术保证能力,对存在严重质量问题或者不再符合有关技术管理要求的,应立即停止。

2. 新技术和新项目开始使用 3 个月内进行首次评估,由申请科室填写《兰州大学第二医院新技术、新项目中期自评表》。根据新技术和新项目的特点和开展例数等,每 3 个月至半年进行一次评估。转为常规技术前的

评估,原则上要有两次以上评估。

3.有下列情形之一的,应当立即停止该技术、项目在医院开展:

(1) 该项新技术和新项目被国家卫生健康委员会废除或者禁止使用。

(2) 从事该项新技术和新项目主要专业技术人员或关键设备、设施及其他辅助条件发生变化,不能正常临床应用。

(3) 发生与该项新技术和新项目直接相关的严重不良后果。

(4) 该项新技术和新项目存在医疗质量和医疗安全隐患。

(5) 该项新技术和新项目存在新近发现的伦理缺陷。

(6) 该项新技术和新项目临床应用效果与申请时不相符。

(7) 新近证实为未经临床研究论证的新技术和新项目。

(8) 甘肃省卫生健康委员会规定的其他情形。

4. 有下列情形之一的，应对该技术、项目进行重新审定：

(1) 准予该项医疗技术诊疗科目登记后 1 年内未在临床应用的，特殊科室予以情况说明后可适当延长。

(2) 该项医疗技术中止 1 年以上拟重新开展的。

六、开展的新技术和新项目,实行科室主任负责制,当出现以下任意一项,必须及时上报医务处。

(一)该新技术和新项目出现并发症或不良反应。

(二)因人员、设备等各种客观因素造成新技术和新项目不能继续开展的。

(三)申请科室认为需要暂停或中止此项新技术和新项目的。

(四)当出现重大情况如:导致患者出现致死、致残、致医疗纠纷以及重要脏器严重功能损害等。

兰州大学第二医院开展医疗新技术、
新项目申报表

项 目 名 称	
项 目 负 责 人	
申 报 科 室	
项 目 起 止 时 间	
申 报 日 期	

医务处 2019 年 1 月

填表说明

1.医疗新技术、新业务是指医院、科室尚未开展过的项目。

2.该申报表所申报的项目是指在本年度内拟开展的医疗新技术、新业务项目。3.依靠新设备、新试剂开展的新技术、新业务必须在所需要的设备到位后方可申报。4.填写申报表要实事求是、认真仔细、表达明确、文字严谨，字迹要求工整、清晰易辨。各栏空格不够时，请自行加页。5.外语要同时用原文和中文表达。首次出现的缩写词须注出全称。

6.项目负责人为第一责任人。

7.本申请表由科主任签署意见后上报医

务科。

8.所有申报的新技术、新业务必须经医院伦理委员会、医疗技术临床应用管理委员会审核通过后方可开展。9.填写申请表前请仔细阅读《兰大二院医疗新技术和新项目准入制度》。

一、基本情况

基本信息	名称					
	申报方向	<input type="checkbox"/> 新技术 <input type="checkbox"/> 新项目	起始年月	年 月至 年 月		
项目负责人情况	姓名		职称		职务	
	联系电话					
	主要技术领域					
新技术和新项目简介						
	科室推荐意见	科室负责人（签字）： 年 月 日				
	新项目类别	一类技术 <input type="checkbox"/> 二类技术 <input type="checkbox"/> 三类技术 <input type="checkbox"/>				
	是否已有收费项目	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
	是否已有医保报销项目	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				

二、新项目详细情况

新开展技术或项目目前国内外应用现状：			
临床需求程度及推广应用价值：			
新项目的实用性、创新性、科学性：			
新项目的先进性、实用性及经济效益分析：			
工作基础条件：			
计划 进度	起始时间	截止时间	完成的主要指标（可考核）
应用 前景	[]1. 填补国内空白 2. 填补省内空白 3. 填补院内空白		

三、承诺与审核

负责人承诺:

我保证所填报的内容真实有意义,符合本次申报的规定。如获批准,将严格按照新技术、新业务管理的有关规定,以科学严谨的态度认真开展工作,保证按时完成。

新项目负责人(签字):

医务处意见:

负责人(签字): 年 月 日

医学伦理委员会意见:

主任委员(签字): 年 月 日

医疗技术临床应用管理委员会:

主任委员(签字): 年 月 日

兰州大学第二医院新技术、新项目中期自评表

项目名称:					
科室:			项目负责人:		
科主任签字:					
项目开展时间: 年 月至 年 月					
开展病例: 共计 例					
序号	病历号	姓名	性别	疾病名称	有效评价
科室自我评价:					
诊疗病例数:					
适应症掌握情况:					
临床应用效果:					
并发症:					
合并症:					
不良反应:					
随访情况:					

安全性:

社会效益与经济效益:

需说明的其他问题:

医务处评价及后续要求:

(字数不限, 可另附页)

“危急值”报告制度

一、“危急值”的定义

“危急值”是指检验/检查结果提示患者可能处于有生命危险的边缘状态，临床医师需要及时根据检验/检查结果迅速给予患者进行有效医疗干预，否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。

二、“危急值”报告的目的

（一）“危急值”是涉及患者生命安全的重要指标，可提示临床医师对生命处于危险边缘状态的患者采取及时、有效的医疗干预或抢救，避免患者发生意外出现严重后果。

（二）“危急值”报告能有效提高医技科

室工作人员的主动性和责任心，增强医技人员主动参与临床诊断、治疗的服务意识，促进临床、医技科室之间的沟通与合作，提升医疗质量，确保患者安全。

（三）医技科室及时准确的检验、检查结果可为临床诊断和治疗提供可靠依据，能更好地为患者提供安全、有效、及时的诊疗服务。

三、“危急值”报告和处理程序

（一）门、急诊患者“危急值”报告程序

医技科室工作人员发现门、急诊患者检验（查）出现“危急值”情况，应及时通知门、急诊医师，由门、急诊医师及时通知患者或家属取报告并及时就诊；一时无法联系

患者时，工作时间应及时向门诊部、医务处报告，非工作时间应向总值班报告，必要时门诊部应帮助寻找该患者，并负责跟踪落实，做好相应记录。医师须将诊治措施记录在门诊病历中。

（二）住院患者“危急值”报告程序

1.医技人员发现“危急值”情况时，检验（查）人员首先要确认检查仪器、设备和检验过程是否正常，核查标本是否有误，操作是否正确，在确认临床及检验（查）过程无异常的情况下，才可以将检验（查）结果发出，并立即（10分钟内完成）电话通知科室护理站该住院患者的“危急值”结果，同时报告本科室当班负责人，并做好“危急值”详细

登记。

2.病区医护人员在接到“危急值”报告电话，应及时（10分钟内）通知主管医师进行处理，非工作时间应通知值班医师进行处理。

3.主管医师或值班医师在接到“危急值”报告后，应及时向上级医师汇报，根据该患者的病情及“危急值”结果，对该患者采取相应处理措施，并在病程记录中详细记录“危急值”结果、分析、处理情况、处理时间，同时在“危急值”报告登记本上做详细记录。“危急值”病程记录应在接到“危急值”的4小时内完成。

（三）体检中心“危急值”报告程序

医技科室发现“危急值”后，立即电话通

知体检中心。体检中心接到“危急值”报告后，需立即通知体检患者速来医院接受紧急诊治。体检中心负责跟踪落实并做好相应记录。

四、登记制度

“危急值”的报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”原则。各临床科室、医技科室应分别建立检验（查）“危急值”报告登记本，对“危急值”处理的过程和相关信息做详细记录。医护人员接到电话通知患者的“危急值”结果时，必须进行复述确认。

五、工作要求

（一）要求临床科室人人掌握“危急值”报告项目与“危急值”范围和报告程序。各科专人负责“危急值”报告制度的落实。

（二）“危急值”报告制度的落实情况，将纳入科室质量考核内容。医务处、护理部将定期或不定期检查各临床医技科室“危急值”报告制度的执行情况，对制度执行不力、流于形式并造成医疗纠纷者，医院将按相关规定进行处理。

（三）疾病相关的“危急值”项目和阈值的设置，临床科室可向医务处提出申请，医务处组织相关专家审核、确定，并在全院公布并执行。

兰州大学第二医院“危急值”项目及报告范围

一、检验医学中心“危急值”报告范围

检验医学中心“危急值”报告范围				
生化项目	项 目		低 值	高 值
	钾		<2.5mmol/L	>6.5mmol/L
	钠		<120mmol/L	>160mmol/L
	氯		<80mmol/L	>120mmol/L
	钙		<1.6mmol/L	>3.5mmol/L
	葡萄糖	成人	<2.2mmol/L	>25.0mmol/L
		新生儿	<1.6mmol/L	>16.6mmol/L
	尿素		>36mmol/L (肾病科除外)	
	肌酐		>450 μ mol/L (肾病科除外)	
	尿酸		>720 μ mol/L (肾病科除外)	
	淀粉酶		>500U/L	
	肌酸激酶		>2500U/L (骨科、神经外科除外)	
	CK 同工酶-MB		>300U/L	
	临检项目	WBC	普通患	<1.0 \times 10 ⁹ /L
血液科			<0.5 \times 10 ⁹ /L	>50 \times 10 ⁹ /L
PLT		普通患	<20 \times 10 ⁹ /L	>1000 \times 10 ⁹ /L
		血液科	<10 \times 10 ⁹ /L	>1000 \times 10 ⁹ /L

临检项目	Hb	普通患	<40g/L	>200g/L
		新生儿	<90g/L	>250g/L
	PT	>150 秒		
	APTT	>180 秒		
	TT	>150 秒		
	FIG	<0.5g/L		
	D-Dimer	>35mg/L		
心肌损伤项目	肌钙蛋白 T	>100ng/L		
	肌红蛋白	>58ng/ml		
	肌酸激酶同工酶质量	>10ng/mL		
血气分析	二氧化碳分压	<60mmHg	>60mmHg	
	氧分压	<40mmHg		
	血氧饱和度	<75%		
微生物	血液、骨髓、无菌体液培养出致病菌（排除污染和定植菌） 无菌体液包括脑脊液、胸水、腹水、关节腔积液、心包积液、玻璃体、房水。			
	标本中培养出高致病性细菌：高致病性细菌包括炭疽芽孢杆菌、布鲁氏菌属、鼻疽伯克菌、霍乱弧菌、鼠疫耶尔森菌。			

二、医学影像及功能检查“危急值”报告范围

（一）中枢神经系统：

1.严重的脑内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；

2.硬膜下/外血肿急性期；

3.脑疝、急性脑积水；

4.颅脑 CT 或 MRI 扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；

5.脑出血或脑梗塞复查 CT 或 MRI，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过 15% 以上。

（二）脊柱、脊髓疾病：

X 线检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成

角畸形、锥体粉碎性骨折压迫硬膜囊。MRI 显示脊髓离断损伤的患者。

（三）呼吸系统：

- 1.气管、支气管异物；
- 2.液气胸，尤其是张力性气胸；
- 3.肺栓塞、肺梗死。

（四）循环系统：

- 1.急性主动脉夹层动脉瘤；
- 2.致命性心律失常：
 - （1）心室扑动、颤动；
 - （2）室性心动过速；
 - （3）多源性、RonT 型室性早搏；
 - （4）频发室性早搏并 Q-T 间期延长；
 - （5）预激综合征伴快速心室率心房颤动；

(6)心室率大于 180 次/分的心动过速;

(7)二度 II 型及二度 II 型以上的房室传导阻滞;

(8)心室率小于 40 次/分的心动过缓;

(9)大于 2 秒的心室停搏。3.颈动脉狭窄 (>90%);

4.急性动脉栓塞;

5.短期内出现大量心包积液,前壁前厚度大于等于 3cm;

6.心脏破裂合并心包填塞;

7.心脏普大合并急性心衰;

8.大面积心肌坏死;

9.心腔血栓;

10.心脏瓣膜较大赘生物形成;

11.射血分数过低 (<25%)。

(五) 消化系统: 1.食道异物;

2.消化道穿孔、急性肠梗阻;

3.急性胆道梗阻;

4.急性出血坏死性胰腺炎;

5.肝脾胰肾等脏器破裂或大血管破裂腹腔出血。

(六) 颌面五官:

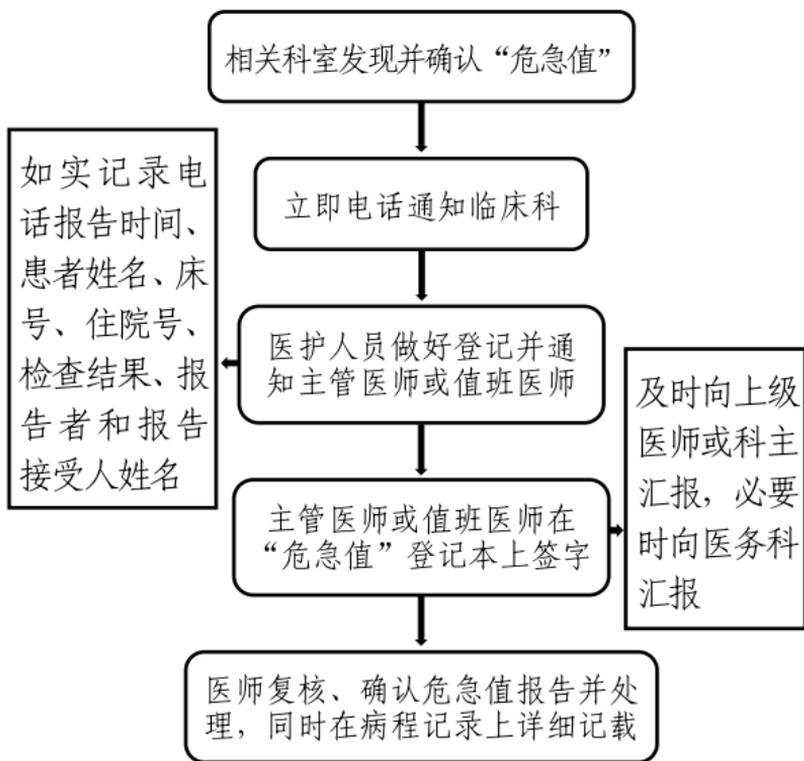
1.眼眶内异物;

2.眼眶及内容物破裂、骨折;

3.颌面部、颅底骨折。

(七) 宫外孕破裂并腹腔内出血, 晚期妊娠出现羊水过少、心率过快, 先兆早产、流产, 胎盘早剥、胎盘植入, 胎死宫内, 急性睾丸扭转。

兰州大学第二医院 “危急值” 报告流程



备注：各临床科室若对建立的“危急值”报告项目有特殊要求，请及时与相应科室联系。

病历管理制度

一、总则

(一) 严格执行国家卫健委《病历书写基本规范》(2010版)、《电子病历应用管理规范(试行)》(2017版)、《医疗机构病历管理规定》。

(二) 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

(三) 病历书写使用中文,通用外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。诊断和手术应当按照疾病和手术分类名称填写。

(四) 病历书写应规范使用医学术语,表述准确,语句通顺,标点准确,打印清晰。

（五）病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

（六）病历书写人员要求

1.本科实习医师可书写日常病程记录，带教的本院注册的执业医师审阅、修改并签名。不得书写首次病程、住院大病历、抢救记录、手术记录、开医嘱。

2.具有医师资格证与医师执业证的专业硕士与进修医师权限等同于住院医师，可书写病历、记录病程，要求带教的本院上级医师审阅、修改并签名，两类人员都不得独立开立医嘱。3.具有医师资格证与医师执业证的规范化培训医师权限等

同于住院医师，可书写病历、记录病程，

由其带教的本院上级医师审阅、修改并签名。但不得独立开立医嘱。

4.本院注册的执业医师，均可独立书写病历、记录病程、在权限范围内开立医嘱。

5.上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

二、病历书写基本要求

（一）门（急）诊病历书写内容及要求

1.门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料。

2.门（急）诊病历首页内容填写包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等

项目。

3.门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

（1）初诊病历记录书写内容包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名。

（2）复诊病历记录书写内容包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名。

（3）每次诊查，均应填写日期，急诊必须加填具体就诊时间。请求他科会诊时，应当将会诊目的及本科初步意见在病历上填

写清楚。

(4) 门(急)诊病历记录由本院具有执业资质的接诊医师在患者就诊时及时完成。对需要住院的患者,由相关科室医师签写住院证,并由在病历上写明住院的原因和初步印象诊断。

(5) 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录,重点记录留观期间病情变化和诊疗措施,记录简明扼要,并注明患者最终去向。

(6) 门(急)诊抢救危重患者后,书写抢救记录。抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

(7) 门诊手术及非紧急抢救生命的急

诊手术也须完成术前讨论,术前讨论记录包含:适应症、禁忌症、手术方式、麻醉方式、注意事项等。

(二) 住院病历书写内容及要求

1.住院病历内容包括住院病案首页、各类评估表单、入院记录、病程记录、手术知情同意书、麻醉知情同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)知情同意书、病危(重)通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

2.入院评估是指患者入院后,由主管医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可

分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

(1)入院记录、再次或多次入院记录在患者入院后24小时内完成。

(2)再次或多次入院记录,是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一科室时书写的记录,要求及内容基本同入院记录。现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结,然后再书写本次入院的现病史。

(3)患者入院不足24小时出院的,可以书写24小时内入出院记录,不再书写入院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情

况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱，医师签名。

(4) 患者入院不足 24 小时死亡的，可以书写 24 小时内入院死亡记录，不再书写入院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（抢救经过）、死亡原因、死亡诊断，医师签名。

3.入院记录的要求及内容:

(1) 患者一般情况:包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者。

(2) 主诉:是指促使患者本次就诊的主要症状（或体征）及持续时间。一般不超过

20 字。

(3)现病史:是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗方面的详细情况,应当按时间顺序书写。内容包括:

发病情况:记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

主要症状特点及其发展变化情况:按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素,以及演变发展情况。

伴随症状:记录伴随症状,描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

发病以来诊治经过及结果:记录患者发病后到住院前,在院内、外接受检查与治疗

的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别。

发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录，包括疾病诊断、用药情况（药物名称、剂量、频次用法）。

（4）既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史。

（5）个人史，婚育史、月经史，家族史：

个人史：记录患者出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育情况。

家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（6）体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，

一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统。

（7）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

（8）辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查项目、检查结果。

（9）初步诊断是指主管医师根据患者入院时的情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查

病例必须列出所考虑的可能性较大的诊断。

4.病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性评估诊疗记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项。

(1)首次病程记录的要求及内容：首次病程记录是指患者入院后由主管医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院后8小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划。

病例特点：应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征。

拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断):根据病例特点,提出初步诊断和诊断依据;对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析;并对下一步诊治措施进行分析。

诊疗计划:提出具体的检查及治疗措施安排。

(2) 日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性评估诊疗记录。书写日常病程记录时,首先标明记录时间,另起一行记录具体内容,要及时反映病情变

化、分析判断、处理措施及效果观察。要记录更改重要医嘱的原因、辅助检查结果异常的处理措施、诊治过程中需向患者和（或）家属交代的病情、诊治情况及他们的意愿。

病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。

病重患者，至少 2 天记录一次病程记录。

病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。

拟行手术的患者入院 3 天内要有手术医师查房记录，术后患者应连续 3 天记录病程，出院前一天必须记录病程，内容包括当天患者病情、是否达到出院标准、上级医师是否

同意出院等。

(3) 医师查房记录上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、

鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院 24 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职称、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划。

各级医师应严格按照《兰州大学第二医院三级医师查房制度》进行查房，高级医师每 3-5 天查房 2 次，中级医师每天查房 1 次，初级医师对所管理的患者每日上、下午至少查房两次，危重和新入院患者及手术患者重

点查房并增加巡视次数，发现病情变化及时处理。查房过程或结果，由主管医师在当天负责书写，病情平稳时可以每 2-3 天合并记录一次。除上级医师履行管理职责、审核病历中补录或修改的内容外，不允许倒记和随意补记（除抢救记录外），病情不稳定时随时记录。

（4）交（接）班记录是指患者主管医师发生变更时，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年

龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名。

急、危重及四级手术患者当日做到床前交接，并认真书写交接班记录。

交班要清楚、明确，做到“交不清不接班”，交、接医师进行记录双签字。

（5）阶段小结是指患者住院满 30 天，由主管医师每月所作病情及诊疗情况总结。

阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名。

交（接）班记录、转出记录可代替阶段

小结，但必须写明“交（接）班记录并阶段小结”、“转出记录并阶段小结”。

（6）转科记录是指患者住院期间因病情需要转往其他科室救治时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。

转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（患者抢救情况下，可先转出患者，转出科室医师在患者转出后 1 小时内补完记录）。

转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，

患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名。

(7) 术前小结是患者手术前，由主管医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟行手术名称和方式、麻醉方式，及注意事项，并记录术者术前查看患者相关情况。

(8) 术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项。

(9)抢救记录是指患者病情危重,采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者,未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记,并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称。记录抢救时间应当具体到分钟。

(10)有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如胸、腹腔穿刺、骨髓穿刺、胃镜、支气管镜检查等)的记录。

记录应当在操作完成后由操作者即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、过程是否顺利、有无不良反应、操作

后注意事项、是否向患者说明患者一般情况、结果及操作医师签名。具体体现在病程记录（主管医师为操作者）或会诊记录（会诊医师为操作者）或操作检查报告单（在检查科室如内镜中心、超声科等）。

操作告知由操作医师具体负责。

（11）会诊记录是指在会诊医师给出会诊意见后申请医师应在病程记录中记录会诊意见及执行情况。急会诊会诊医师即刻填写会诊意见，普通会诊在 24 小时内会诊医师填写会诊意见。

（12）出院记录是指主管医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后 24 小时内完成。内容主要包括入院日

期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、住院天数、疾病转归、离院方式（转院应写清接受医疗机构名称及接受科室名称）、出院医嘱、随访建议、医师签名。

（13）死亡记录是指主管医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断。记录死亡时间应当具体到分钟。

5.另页书写的记录

（1）疑难病例讨论记录需新建病程，记

录患者基本信息、讨论时间、地点、参加人、主持人、记录人、讨论结果。详细的讨论记录实行专册管理，不再纳入病历。

(2) 死亡病例讨论记录需新建病程，记录患者基本信息、讨论时间、地点、参加人、主持人、记录人、讨论结果。详细的讨论记录实行专册管理，不再纳入病历。

(3) 术前讨论记录:择期手术由主诊组医师记录,非择期手术由手术医师记录。记入的内容由术者签名确认,表示术前讨论完成。术前讨论内容:临床诊断、手术指征、拟行术式、麻醉方式、术中术后可能出现的风险及应对措施、特殊的术前准备内容、术中、术后应当充分注意的事项等。

(4) 麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、住院号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

(5) 手术记录是指手术者(特殊情况下由第一助手，术者签名)书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理情况的特殊记录，应当在术后 24 小时内完成。内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院号)、手术日期、术前诊断、

术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出血、植入器械以及其它术中出现的情况及处理。

(6) 麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后

患者麻醉恢复情况进行访视的记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、住院号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。

(7) 病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点

书写。内容包括患者姓名、科别、住院号、床位号、页码、记录日期和时间、生命体征（包括体温、脉搏、呼吸、血压）出入液量、病情观察记录、护理措施和效果、护士签名。记录时间应当具体到分钟。

6. 辅助检查

（1）住院 48 小时以上必须要有血尿常规化验结果。

（2）输血前必须检查乙肝五项、生化检验、丙肝抗体、梅毒抗体及 HIV。

（3）对辅助检查阳性与重要阴性结果必须在 48 小时内有分析记录。

（4）根据医院《危急值报告制度》的内容，收到危急值后必须有分析及处理记录。

7.知情同意所有的知情同意签订都必须符合医院《告知制度》。知情同意的签订应在诊疗医嘱下达当日完成。

三、病历质量控制规定

(一)病历质量控制分为运行病历质量控制和终末病历质量控制。

(二)病历质量控制为三级管理

1.一级管理：主管医师认真检查每份运行及终末病历，对病历的书写格式、内容、病程记录中的分析、三级医师查房制度的执行情况、诊断依据、鉴别诊断、诊断、诊疗计划、各项重要的辅助检查、医嘱单等全部进行检查。

2.二级管理：科室质控医师每天检查已

出院病案，及时将缺漏项目、错误事项等不足之处反馈给临床主管医师，限时在允许范围内予以完善、纠正、修补。科主任检查并审签出院病案，对疑难危重病例、重大手术病例、死亡病例以及疑难危重病例讨论、术前讨论、死亡病例讨论重点检查，每份经主任审签的病案都应为甲级病案。病区护士长应认真检查每份病案中与护理有关的各种记录。

3.三级管理：医务处负责组织专人检查病历质量，对运行病历及出院病历的时效性、准确性、完整性进行评价。

四、病历存档及借阅规定

（一）病历存档规定

1.运行病历保存在科室护理站病历夹车中。非本科医护人员不得翻阅（会诊医师及医院质控专家除外）。

2.手术、转科、会诊的患者病历，由本院医护人员进行相互交接，不得由患者或家属携病历交接。

3.终末纸质病案资料由病案科保管，电子病历信息由病案科及信息中心共同严格保管。严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、盗取病案资料，保证病案资料的客观真实完整，住院病案保存期限不得少于30年（自患者出院之日起），电子门（急）诊病历保存期限不得少于15年（自患者就诊之日起）。做好安全防护措施，以防止病历丢失或

被未经许可的人使用，保护患者、医务人员和医院的权益。

（二）病历借阅规定

1.除涉及对患者实施医疗活动的本院执业医师及医务质控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。在使用病案过程中不得随意向外单位和或无关人员透露病案内容，不得以任何形式将病案转借他人。借阅时间原则上不超过3天，特殊情

况下最长期限为2周。2.因临床工作需要借阅查阅时，需征得科室主任、病案科同意。

3.因科研、教学工作需要借阅查阅病案时，需征得医务处同意，原则上每次所借病历

不得超过 20 份。4.公、检、法、医保等卫生行政单位，原则上病历原件不予外借，复印件须经医务处审核备案后方可复印。5.本院医师不得借阅本人亲属及与本人存在利益关系的患者病历。

6.病历借阅人应对所借病历负有保管职责，不得扩散、涂改、毁损、遗失、擅自复印、转借他人或带出医院，违者须承担由此引起的一切责任。

7.病历借阅具体流程遵照医务处相关规定执行。

抗菌药物分级管理制度

一、抗菌药物应用管理原则

抗菌药物应用管理遵照《抗菌药物应用管理(AMS)实施办法》文件,实施AMS管理策略。

二、抗菌药物分级原则

抗菌药物分级管理目录根据《抗菌药物临床应用指导原则》

(国卫办医发〔2015〕43号)文件,为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三类进行管理,具体划分标准如下:

(一)非限制使用级:经长期临床应用证明安全、有效,对病原菌耐药性影响较小,

价格相对较低的抗菌药物，应是已列入基本药物目录，《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

（二）限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

（三）特殊使用级：具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用；抗菌作用较强、抗菌谱广，经常或过度使用会使病原菌过快产生耐药的；疗效、安全性方面的临床资料较少，不优于现用药物的；新上市的，在适应证、疗效或安全性方面尚需进一步考证的、价格昂贵的抗菌药物。

具体目录详见《抗菌药物应用管理（AMS）实施办法》（院发〔2018〕135号）文件。

三、抗菌药物分级目录管理

临床药学部结合医院使用情况，根据省级卫生行政主管部门制定的抗菌药物分级管理目录，制定抗菌药物供应目录，并向卫生行政主管部门备案。根据医院使用情况及及时调整抗菌药物供应目录品种（调整周期原则上为2年，最短不得少于1年），并于

每次调整后15个工作日内向卫生行政主管部门备案。

四、抗菌药物分级使用及管理的资质与授权

（一）具有高级专业技术职务任职资格的医师，可授予特殊使用级抗菌药物处方权。

（二）具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，可授予限制使用级抗菌药物处方权。

（三）具有初级专业技术职务任职资格的医师，授予非限制使用级抗菌药物处方权。

（四）医务处组织 AMS 专家小组每年对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训，医师和药师经培训并考核合格后，方可获得相应的处方权和调剂资格。

（五）禁止越级使用特殊使用级抗菌药物，门诊禁用。

(六)特殊使用级抗菌药物必须经 AMS 专家组会诊同意后，由具有相应处方权医师开具处方，会诊实行三人制会诊制度，会诊流程参详见《抗菌药物应用管理（AMS）实施办法》（院发〔2018〕135号）文件。

五、抗菌药物遴选、采购、处方点评管理（含处方和调剂权限动态的管理）、调剂、临床应用评估和督查均参照《抗菌药物应用管理（AMS）实施办法》文件执行。

临床用血审核制度

一、严格执行《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》。

二、临床医师严格按《临床输血技术规范》有关的输血适应证，掌握好各类输血指征，遵照合理、科学用血的原则，制订各类成分血用血计划，不得浪费和滥用血液。

三、因患者病情需输血治疗时，主管医师决定需输血量、血液成份、性质，逐项填写《临床输血申请单》，逐级核准签字，同受血者血样至少在预定输血日期前一天（急诊用血即刻）送交临床输血科备血。

四、凡需输血的患者，在输血前必须做相应的检测，包括血常规、乙肝五项、甲肝抗体、丙肝抗体、梅毒抗体及 HIV 抗体。

五、决定输血治疗前，主管医师应尽告知义务，向患者或其家属说明输血的不良反应和经血传播疾病的可能性，征得患者或家属的同意，并由医患双方在《输血治疗知情同意书》上签字。

《输血治疗知情同意书》入病历保存。因抢救生命垂危的患者等特殊情况，需紧急输血且不能取得患者或其近亲属意见的，经医务处或医院总值班批准后，可实施输血治疗，并记录在病历中。

六、临床用血申请分级管理

(一) 成人失血量在 600ml 以下的原则上不输血。

(二) 同一患者一天申请备血少于 800ml (或红细胞 4U) 以下的, 由具有中级以上专业技术职务资格的医师提出申请, 上级医师核准签发后, 方可备血。

(三) 同一患者一天申请备血在 800ml 至 1600ml (或红细胞 4U 至 8U) 的, 由具有中级以上专业技术职务资格的医师提出申请, 经上级医师审核, 科主任核准签发后, 方可备血。

(四) 同一患者一天申请备血达到或超过 1600ml (或 8U) 的, 由具有中级以上专

业技术职务资格的医师提出申请，经上级医师审核，科主任核准签发后，报医务处批准，方可备血。

（五）临床输血一次性备用 1600ml 以上（或单例患者用 RBC 超过 10U）的，需科室主任审核签名或输血科医师会诊，由输血科主任核准签名后报医务处批准。

（六）以上第二款、第三款和第四款规定不适用于急救用血。急诊用血后应当按照以上要求及时补办手续。

七、经治医生/护理人员采集血样连同输血申请单送交到临床输血科工作人员手中，双方进行逐项核对。核对信息无误，血样验收合格，临床输血科工作人员方可接收，并

立即登记。登记信息必须齐全。

八、临床输血科要逐项核对输血申请单、受血者和供血者血样，复查受血者和供血者 ABO 血型（正、反定型），并常规检查患者 Rh（D）血型（急诊抢救患者紧急输血时 Rh（D）检查可除外），正确无误时可进行交叉配血。

九、临床输血科两人值班时，交叉配血试验由两人互相核对；一人值班时，操作完毕后自己复核，并填写配血试验结果。

十、临床取血者须为本院职工，学生及其他人员不得取血。取血时，须携带取血箱。取血、发血双方必须共同查对无误，共同签

字，方可发出血液。

十一、严格按《临床输血规范》输血，输血效果评价记录在病历中。输血过程中严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理，并在病历中记录。

十二、急救用血制度及流程(一)急救输血指征急救用血必须符合下列三种情况之一：1.患者急性失血达自身血容量的40%以上。

2.患者已呈失血性休克状态。

3.突然无法控制的快速出血（如胸腹腔大血管破裂、肝脾破裂等）。

4.急诊手术用血。

（二）急救用血原则

1. Rh 血型 D 阳性患者：需输注红细胞者，选用相容血型悬浮红细胞或洗涤红细胞，需输血浆者，选用相容血型血浆。

2. Rh 血型 D 阴性患者输注 Rh 血型 D 阳性红细胞时，根据需要输注的血量，一次性足量输注 ABO 同型红细胞悬液。

3. 输注剂量：维持血红蛋白水平至 80-100g/L 即可（新生儿溶血病需换血治疗者例外）。

（三）急救用血流程

1. 由接诊医师评估，当患者需要急救输血后，立即告知家属并签署《临床输血知情同意书》，开立医嘱、填写临床输血申请单，

由二线医师医师标明“紧急输血”并签字，打电话至临床输血科。同时开立传染病全套、血型鉴定、交叉配血医嘱。（紧急输血的，需在 HIS 上修改血标本打印标签：将血型鉴定和交叉配血合为一个标签）

2.护理人员负责立即抽血，血型鉴定及交叉配血标本与临床输血申请单须在 10 分钟内送至临床输血科，传染病全套标本送至检验医学中心，在临床输血科等待取血。

3.临床输血科在接到有标明“紧急输血”，且有科室副主任医师以上级别医师签字的临床输血申请单及血标本后，应在 20-25 分钟内完成血型鉴定及交叉配血，由科室护理人员立即取血回科。

4.危重孕产妇用血必须在 30 分钟内完成。

5.当患者病情危急来不及鉴定患者血型，或临床输血科告知为疑难血型患者的情况下，可由接诊医师告知家属并签署《未交叉试验相关知情同意书》，在同意书上须注明“疑难血型患者紧急用血，配合性输注通用血”。核对知情同意书后，临床输血科应在 5 分钟内发出第一袋未经交叉配血的 O 型红细胞（O 型红细胞必须正反定型相符），并在血袋上标明发血时尚未完成交叉配血试验，对于有生育需求的女性患者须慎重。

6. 大剂量输血，即 24 小时内输血量超过 1600ml，需填写大剂量输血审批表。

（四）注意事项

1. Rh 血型 D 阴性患者输注 Rh 血型 D 阳性红细胞，如再次输注 Rh 血型 D 阳性红细胞，有可能发生溶血反应，危及生命。

2. 如为生育期女性 Rh 血型 D 阴性患者，输注 Rh 血型 D 阳性红细胞后，不可孕 Rh 血型 D 阳性胎儿。因此，可能失去生育能力。

3. 临床输血科制定急救用血应急预案，各临床科室遵照执行。

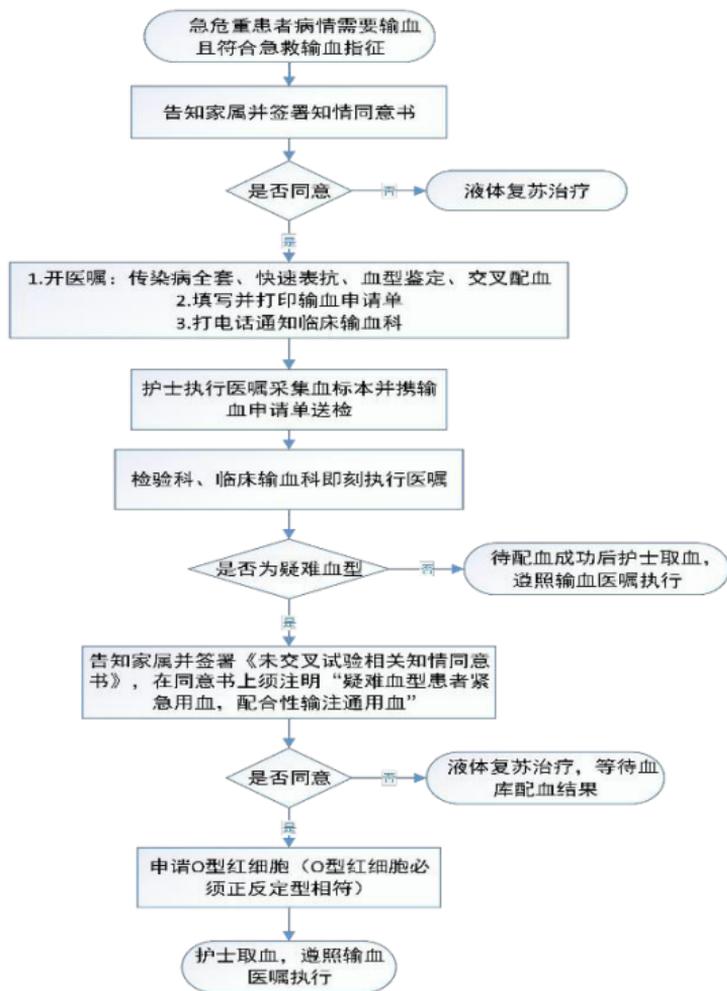
4. 临床输血科每月汇总不符合急救用血的病历，并报医务处，医务处核实确定为不符合急救用血的，在绩效中予以扣罚。

十三、医务处及临床输血科对临床用血进行督查，发现问题及时反馈。对违反本制度，所造成的后果由责任医师、责任护士负责。根据调查结果，对责任医师、责任护士给予全院通报批评、不良执业积分、停止临床资质、调离岗位等处罚。引发医疗纠纷乃至出现违法事实时，按照国家相关法律法规予以处理。

兰州大学第二医院大剂量用血审批表

受血者姓名		性别		年龄	
住院号		科别		床号	
申请日期			用血日期		
临床诊断					
输血目的					
既往输血史	有 () 无 ()	既往输 血不良 反应史	有 () 无 ()	妊娠史	有 () 无 ()
预定输血成分及数量					
受血者情况	ABO 血型		HGB(g/L)	HCT	
	Rh(D)血型				
主治医生签名			科室主任签名		
输血科意见:		输血科主任 (负责人) 签名:			
医务处意见:		医务处签名 (盖章):			
<p>备注: 1.科室主管医师逐项认真填写表格,于输血日期前将审批表送至输血科,急救用血在事后补办手续。 2.审批表一式二份:一份输血科存档,一份存入病历。</p>					

兰州大学第二医院急救用血流程



信息安全管理制度

一、本制度适用于医院所有信息系统，涉及软硬件的使用和信息数据保存。

二、保密信息包括：医院员工的用户名和密码、患者信息、院内所有管理文档及数据。

三、用户名及密码管理

（一）员工的用户名由人事处统一分配，各职能部门批准使用者的使用权限及使用范围，由信息中心统一开通，并授予初始密码。

（二）员工不得将本人的用户名及密码告知他人，应定期修改自己的密码。

（三）任何人员不得使用他人的用户名及密码，也不得将工作范围内可接触到的数

据告诉其他未经授权的人员；离开操作终端时需退出系统，及时关机。

（四）员工不得为自己方便，私自将用户名及密码告知他人操作未经授权的工作；实习生、见习员工、进修人员、规培人员须在代教老师的指导下才可以使用医院信息系统，实习生不可单独使用计算机。

四、所有保密信息都受到保护，未经授权不得打印和拷贝。任何人不得将含有医院信息的计算机或各种存储介质交与无关人员，更不得利用医院数据信息获取不正当利益。

五、医院的计算机软硬件安装和卸载工作必须由信息中心管理员进行；员工必须按

照计算机正确的使用方法操作计算机系统。严禁暴力使用计算机或蓄意破坏计算机软硬件。

六、医院计算机仅限于医院内部工作使用，原则上不允许接入互联网。因工作需要接入互联网的，经部门领导审核申请批准后交信息中心管理员负责接入。接入互联网的计算机必须安装正版的反病毒软件。

七、医院任何科室如发现或怀疑有计算机病毒侵入，应立即断开网络，同时通知信息中心管理员处理。

八、院内计算机使用要求

（一）不得安装游戏和工作无关的软件，

内网计算机上除了医院指定用系统外，不得安装运行其他任何程序及游戏，不得私自卸载任何软件，不得私自存储任何文件，不得任意外接任何设备（如 U 盘、移动硬盘、移动光驱、蓝牙等）。

（二）员工在使用授权范围内的系统时，应仔细阅读信息中心颁布的各系统管理制度。信息中心负责对新员工进行相关系统使用培训。

九、不得在医院网络中制作、复制、查阅和传播国家法律、法规所禁止的信息。不得在医院网络中进行国家相关法律法规所禁止的活动。