

书名：

《四川省医院护理质量管理评价标准（试行）
-2014 版》

四川省医院护理质量管理评价标准编委会

主 编：温贤秀

常务编委：成翼娟 陈先云 李继平 黄 敏 蒋运兰 李 锐 蒋文春

编 委： 胡秀英 赵佛容 白晓霞 郑建华 宋锦平 肖静蓉 张义辉

李玉莲 何 梅 宁宁 杨彬 张安琴 李 渠 唐佳玉

余元星 蒋 蓉 陈晓霞 杨 莉 王玉琼 彭文涛 杨兴华

糜建文 何述萍 刘素蓉 李淑琴 吴显和 胡定伟 毛崇秋

刘丽黎 李 卡 林代琼 马智群 王琼莲 袁 丽 吴丽琼

陈光琼

序

护理工作是医疗卫生工作的重要组成部分，护理工作质量直接关系到患者的生命健康和安全，关系到人民群众对医疗卫生服务的满意程度，决定着国家卫生行业和医疗机构的公众形象。当前，我省各级医疗机构正在深入开展和推进“优质护理服务示范工程”、“患者安全目标管理”、“等级医院评审”等全国性卫生工作管理与改革实践活动，这些活动均把护理管理和护理质量持续改进作为了医院管理水平的重要评价内容。

为全面提高全省临床护理工作质量，促进护理服务的科学化、制度化、标准化和精细化发展，使护理工作“贴近临床、贴近社会、贴近患者”，并实现全省护理事业稳定、协调和可持续发展，四川省卫生计生委委托四川省护理质量控制中心组织全省三级医院 40 多位护理专家，共同编著了《四川省医院护理质量管理评价标准（试行）-2014 版》。该标准包括 2 个部分 45 项，内容科学、实用、操作性强，是全省护理人员的行为准则、护理管理者的工作指南。本标准的制定，充分运用了当今全球有关质量管理的新理念、新模式与新方法，包括全面质量管理（TQM）理念、质量管理追踪方法学、PDCA 循环理论、品管圈等质量管理工具等方面，这套质量管理评价标准的完成，凝集了全省数十名护理专家的智慧 and 心血，汇集了全省多家医院（包括：四川省人民医院、四川大学华西医院、华西口腔医院、四川省肿瘤医

院、成都中医药大学附属医院等）多年积累的宝贵经验。在此，我代表省卫生计生委对参与编著《四川省医院护理质量管理评价标准（试行）-2014 版》的各家医院及各位专家表示衷心的感谢！

国际质量管理大师朱兰教授指出：21 世纪是质量的世纪。当前，我国卫生工作改革进入了前所未有的攻坚阶段，21 世纪同样也是医院管理和医疗服务质量管理规范化的世纪。各级医疗机构及其护理管理者应树立全面质量管理和全员质量教育培训的意识，按照《四川省医院护理质量管理评价标准（试行）-2014 版》的要求，创造条件建机制、营造氛围抓质量、锐意改革促发展，通过不断学习和开展护理质量管理与控制活动，加快医院护理质量和护理管理水平更上新台阶。同时，省护理质量控制中心及各市（州）护理质控分中心应充分履行区域内质量监管的职责，以点带面，形成全面质量管理的联动之势，为我省卫生事业和护理工作的现代化发展推波助澜。

四川省卫生和计划生育委员会副主任 张祖芸

2014 年 5 月

前 言

医疗护理质量管理是医院管理的中心工作，加强医疗护理质量管理、提高服务质量和患者满意度，是各级医疗机构管理工作的重要目标，也是医院生存与发展的前提。护理质量评价指标是进行护理质量评价的重要手段和工具，对护理工作具有导向和促进作用，是护理质量持续改进的关键。通过对质量指标的评价，找出护理工作中存在的问题，持续改进质量，不断满足人们日益增长的护理服务需求。

为了规范全省的护理质量管理，使之逐步朝向科学化、制度化、标准化和精细化方向发展，在四川省卫生计生委的领导和指导下，由四川省护理质量控制中心组织护理质量管理专家委员会成员，依照美国学者 Donabedian 提出的从要素质量（结构）、环节质量（过程）、终末质量（结果）三个方面进行评价的“结构—过程—结果”模式，参考了原卫生部颁发的《三级综合医院评审标准（2011 版）》、《二级综合医院评审标准（2012 版）》、三级专科医院评审标准（2011 版）及相关行业规范，同时，紧密结合四川省护理质量管理的工作实际，制定了《四川省医院护理质量管理评价标准（试行）-2014 版》。本“质量管理评价标准”包括通用标准和专科标准 2 个部分 45 项，内容涵盖了护理管理质量评价标准、护理服务质量评价标准、护理安全管理质量评价标准、分级护理质量评价标准、专科护理质量评价标准等诸方面。本标准的制定与下发，将用以指导和规范今后一段时期内

全省各级医疗机构的护理质量管理与质量持续改进工作。

随着我国护理学科的发展和护理改革的不断深入推进，各层级护理人员应不断转变护理质量管理观念，扎实开展医院护理质量管理和控制活动。在新医改体制下，护理质量管理面临新的挑战，四川省护理质量控制中心将以“一万年太久，只争朝夕”的务实精神，充分发挥中心的职能作用，认真履行职责，在营造全省护理质量文化氛围、完善质量管理评价标准、构建全省护理质量控制网络、督导与监控全省护理质量、培训护理质量管理专业人员等方面创造性地开展工作，与全省各级医院及其专家成员一道，精诚团结、锐意进取，共同推动全省医院护理质量管理水平再上新台阶。

四川省护理质量控制中心

2014 年 5 月

第一部分

四川省医院护理质量管理评价标准

四川省医院护理质量管理评价标准说明

为规范我省护理质量管理与评价工作，指导全省各级医院对护理质量进行有效管理与控制，四川省护理质量控制中心组织护理专家，结合国家相关法律、法规、规范及行业标准，制订了四川省护理质量评价标准 45 项，其中临床通用标准 24 项、专科标准 21 项，现将标准的制订进行说明：

一、 评价标准制定依据

本评价标准的制订参考了我国等级医院评审标准、学科建设指南及基本要求、国家相关法律法规及管理规范、国家及卫生行政部门行业标准等。

二、 评价标准的适用范围

本评价标准适用于全省二、三级综合及专科医院，社区医院及未评级别的医院若有开展类别相同的护理活动，应根据实际情况参考使用。

三、 评价标准的使用说明

（一） 评价标准的分类

本评价标准的监控项目分 A、B 两类。A 类为必选项目，作为每一所医院必查的项目；B 类为可选项目，可根据医院的实际情况自行选取。（A 类：患者身份识别与沟通、安全用药管理、跌倒/坠床管理、压疮管理、输血管理、抢救车管理、导管护理、患者约束管理、特级护理、一级护理、护理文件书写、护理人力资源管理、手术室、ICU。其余为 B 类）。

（二）评价标准的使用要求

本评价标准具有一定宏观性，各医院可在此基础上根据医院质量管理的现状细化各项评价标准；但涉及到的相关质量指标，不得低于该标准的要求。

（三）评价标准的使用频率

各项评价标准的检查频率可根据医院自身质量管理现状、上一年度护理质量管理中存在的问题、护理活动的重要性、危险性、成本及是否易造成伤害等因素，决定检查频率。

（四）评价标准的编号说明

每一个评价标准均有文件编号，文件编号代表的意思是质量评价标准的分类及编号。如《患者身份识别与沟通管理质量评价标准》的文件编号为：**ZLBZ-TA001**：质量标准-通用 A 类 1 号；《围手术期管理质量评价标准（病区）》文件编号为：**ZLBZ-TB013** 质量标准-通用 B 类 13 号；《重症医学科护理管理质量评价标准》文件编号为：**ZLBZ-ZA02**，质量标准-专科 A 类 2 号。

（五）检查与记录说明

1. 检查对象：各临床科室

（1）临床科室自评主要针对每位护理人员的落实情况

（2）大科（片区）、护理部针对每个临床科室的落实情况

2. 检查方法

采用实地查看、现场访视、访谈及资料查阅等

3. 检查记录

（1）“√”表示正确（或完整），各项完全相符

(2) “×” 表示不正确（或不完整），有一项不相符均属；

(3) “NA” 表示不涉及该项目（如一级护理中“帮助/协助男性患者剃胡须”，妇科无男性患者，不涉及此项；“帮助/协助失禁患者清洁肛周”，如患者无失禁情况，不涉及此项）

4.分值与结果计算

(1) 评价标准的每一条款，根据其重要程度分别赋予 5 分、3 分、1 分。

(2) 应得总分=总分-未涉及项目分

(3) 实得总分=所有涉及项目实际得分总和

(4) 得分百分率=实得总分/应得总分×100%

(5) 评价标准中所涉及的指标计算方法，详见该评价标准的具体计算说明。

本评价标准为试行标准，通过 1-2 年的完善，将会进行修订，依照敏感指标逐步精简。对于本评价标准中未包括的评价项目如医院感染管理、专科护理及满意度评价标准等，医院可选择其他合适的评价标准进行应用。

四川省护理质量控制中心

2014.05

四川省护理质量控制中心	患者身份识别与沟通 管理质量评价标准	文件编号：ZLBZ-TA001
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 5 分	有患者身份识别与腕带使用管理相关制度	1						
	有无名患者身份识别的方法和核对流程	1						
	有患者转科、转院的相关制度	1						
	有开具医嘱的相关制度及澄清流程	1						
	有危急值报告制度与流程	1						
过程 85 分	身 份 识 别 与 查 对	I C U 患者使用“腕带”作为身份识别标识	3					
		新生儿使用“腕带”作为识别身份的标识	3					
		手术患者使用“腕带”作为身份识别标识	3					
		急诊抢救患者使用“腕带”作为身份识别的标识	3					
		意识不清患者使用“腕带”作为身份识别的标识	3					
		语言交流障碍的患者使用“腕带”作为身份识别的标识	3					
		输血患者使用“腕带”作为身份识别的标识	3					
		为上述患者进行诊疗活动时必须核对“腕带”信息	3					
		诊疗活动时主动邀请患者或近亲属陈述患者姓名	3					
		诊疗活动时至少同时使用姓名、年龄两项核对患者身份	3					
		操作前查对医嘱与患者信息是否一致	3					
		操作前查对药品质量、有效期及药物配伍禁忌	3					
		操作前查对输液用物质量及有效期	3					
		操作中查对患者信息、治疗处置项目与医嘱是否一致	3					
		操作后再次核对上述信息	3					
		对上述工作有自查、讲评、总结、改进与记录	3					
	医 嘱 执 行	用药医嘱抄（转）录后双人查对并签名	3					
		只在实施紧急抢救时执行临时口头医嘱	1					
		执行者需复述，双人查对无误后执行	3					
		有疑问或模糊不清医嘱澄清后执行	3					
		医嘱班班双人查对并签名	1					
		护士长每周参与医嘱大查对并签名	1					
		对医嘱执行有自查、讲评、总结、改进与记录	3					
	转 科 转 诊	患者转科/转诊前进行病情及活动能力评估	3					
		对转科/转诊患者进行病情小结	3					
		患者转科/转诊专人护送	1					
		转科/转诊患者有身份、病情及病历资料等交接并记录	3					
		对转科/转诊工作有自查、讲评、总结、改进与记录	3					
	危 急 值 管 理	有危急值管理目录	1					
		接获非书面危急值报告，接听者应大声复述，确保准确无误	1					

		接获危急值报告后及时报告经治或值班医生	1						
		危急值报告记录规范、完整，有报告者、接听者及医师签名	3						
		对危急值管理有自查、讲评、总结、改进与记录	3						
结果 10分	无医嘱执行缺陷		5						
	无因身份识别或沟通不畅导致的不良事件发生		5						
总分	100	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	安全用药管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-TA002
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 5 分	有特殊管理药品（麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等）的使用与管理规章制度		1						
	有高浓度电解质、易混淆（听似、看似）的药品的贮存要求		1						
	有静脉药物配制操作规范		1						
	有输液反应应急预案		1						
	执行给药医嘱的护士资质符合要求		1						
过程 76 分	药品 管理	药品专人管理	1						
		备用药品定基数管理	1						
		对备用药品数量、质量及有效期进行动态管理	3						
		病房药品严格交接班，有交接记录	1						
		毒麻 药品	保险柜存放	1					
			双锁管理	3					
			专人管理药柜钥匙	1					
			销毁双人签名	3					
		高危 药品	有高危药品目录	1					
			专柜存放	3					
			二级医院加锁管理（等级医院评审标准要求）	1					
			有高危警示标识	1					
		冰箱 药品	分区存放	1					
			冰箱内高危药品有警示标识	1					
			易混淆药品有警示标识	1					
			药品有启用日期及过期日期	1					
			冰箱温度符合药品存放要求	1					
			每日有温度监测记录	1					
		抢救 药品	有抢救药品目录及数量清单	1					
			抢救车内高危药品有警示标识	1					
			抢救车内易混淆药品有警示标识	1					
			每班检查药品数量、质量及有效期	3					
			抢救药品用后及时补充完整	1					
		外用 药品	专柜存放	1					
			分类放置	1					
			标识醒目	1					
			有启用日期及过期日期	1					
			属危险品（如酒精类）分柜存放	1					
			属危险品上锁管理	1					

		有危险品警示标识	1						
	药品使用	严格遵医嘱用药	1						
		给药前查对医嘱与患者用药信息	1						
		配制药品前查对药品的有效期及质量	3						
		配制药品前检查溶媒的有效期及质量	3						
		配制药品前检查输液用物的效期及质量	3						
		给药时主动邀请患者及其亲属陈述患者姓名	3						
		给药时核对患者姓名、住院号、药名、剂量、浓度、给药时间及途径	3						
		给药后再次核对上述信息	3						
		注射给药时严格执行无菌技术操作	3						
		口服药分次发放	3						
		协助患者服药	1						
		每次给药均有记录并归入其病历留存	1						
		药物不良反应报告处理及时	1						
		用药指导	告知患者及其亲属用药目的、药物服用方法及注意事项	3					
	告知患者及其亲属必要时向药师进行专业用药咨询		1						
	对安全用药有自查、讲评、总结、改进与记录		3						
	结果 19分	无裸装	1						
		无混装	3						
无过期		5							
无变质		5							
无给药错误		5							
总分	100	应得总分:							
实得总分:									
得分百分比:									
接受检查者签名:									
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									

检查人:

四川省护理质量控制中心	住院患者跌倒/坠床 管理质量评价标准	文件编号：ZLBZ-TA003
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 3 分	有患者跌倒/坠床管理制度		1						
	有患者跌倒/坠床处理与报告流程		1						
	有患者跌倒/坠床风险评估工具		1						
过程 37 分	风险评估	高危患者入院有跌倒/坠床风险评估	3						
		根据患者病情、用药变化进行动态评估	3						
		风险评估分值与患者实际病情相符	1						
	风险预防	高风险患者有警示标识	3						
		高风险患者有预防措施	5						
		高风险患者预防措施有效落实	5						
		告知患者及家属预防跌倒/坠床相关知识并记录	5						
	对患者跌倒/坠床管理制度流程有培训		1						
	有患者跌倒/坠床监控数据收集和统计		3						
	患者跌倒/坠床案例运用质量管理工具进行分析		5						
	根据改进结果完善相关制度及防范措施		3						
结果 10 分	高危患者入院时跌倒/坠床风险评估率 100%		5						
	无患者跌倒/坠床发生		5						
总分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3. 跌倒高危患者入院风险评估率=完成风险评估患者人数/检查总人数×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	住院患者压疮管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-TA004
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 3分	有患者压疮评估与报告制度及流程		1						
	有患者压疮诊疗与护理规范		1						
	有患者压疮风险评估工具		1						
过程 40分	风险评估	高危患者入院有压疮风险评估	3						
		根据患者病情、用药变化进行动态评估	3						
		风险评估分值与患者实际病情相符	1						
	风险预防	高风险患者有警示标识	3						
		高风险患者有预防措施	3						
		预防措施有效落实	5						
		高风险患者及时上报	1						
		高风险患者有监管记录	3						
		告知患者及家属压疮预防相关知识并记录	3						
	压疮处理	压疮处理规范	3						
		对压疮管理制度、流程及护理规范有培训	1						
	有压疮数据收集和统计		3						
	对压疮案例运用质量管理工具进行分析		5						
	根据改进结果完善相关制度及预防措施		3						
结果 7分	护理人员知晓压疮管理相关制度和规范		1						
	高危患者入院时压疮的风险评估率 $\geq 90\%$		3						
	无非预期压疮发生		3						
总分	50	应得总分:							
实得总分:									
得分百分比:									
接受检查者签名:									
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分 $\times 100\%$									
3. 压疮高危患者入院压疮风险评估率=完成压疮风险评估患者人数/检查总人数 $\times 100\%$									

检查人:

四川省护理质量控制中心	输血管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-TA005
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 4 分	有临床输血管理相关制度和实施细则		1						
	有血标本采集流程		1						
	有标本运送及交接制度		1						
	有控制输血严重危害（SHOT）的预案		1						
过程 39 分	有输血相关制度与流程的培训并记录		1						
	标本 采集 送检	采集血标本时采血人持输血申请单和贴好标签的试管至患者床旁	1						
		床旁当面核对患者姓名、性别、年龄、病案号、病室/门急诊、床号、血型 and 诊断	3						
		标本采集完成后必须再次核对标本管、输血申请单信息与患者相符	3						
		采血人在输血申请单上记录采集时间并签名	1						
		及时将血标本与输血申请单一起送至输血科	1						
		与输血科做好标本的交接与记录	3						
	取血	持取血通知单至输血科取血	1						
		与发血者共同核对患者姓名、性别、年龄、病案号、病室/门急诊、床号、血型、有效期及配血试验结果及血液外观等，准确无误后双方签字	5						
		血液制品从输血科取出后 30min 内输注，科室无自行储血	1						
	血液 输注	输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏、血液颜色是否正常，准确无误后方可输血	3						
		输血时由两名医护人员带病历及交叉配血报告单共同到患者床旁，核对患者姓名、性别、年龄、病案号、病室/门急诊、床号、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器输血，并双签名	5						
		输血开始前 15min 以 2ml/min 为宜，若无不良反应，再根据患者病情和年龄调整输注速度	1						
		1 袋全血或红细胞应在 4 小时内输完	1						
		血小板、血浆、冷沉淀等应以患者能耐受的最快速度输注	1						
		连续输注全血、成分血的输血器宜 4 小时更换 1 次	1						
		密切观察发现输血不良反应及时报告处理，并填报《输血不良反应回报单》	3						
		输血完毕，将输血记录单及交叉配血报告单贴在病历中	1						
		每袋血均有输血记录，输血记录书写规范、信息完整	1						
	使用输血器和辅助设备（如血液复温）操作规范		1						

	输血完毕血袋及时送回输血科并有记录	1						
结果 7分	护理人员对输血相关制度知晓率 100%	1						
	护理人员熟悉输血严重危害（SHOT）方案、处置规范与流程，知晓率 100%	1						
	无输血不良事件发生	5						
总分	50	应得总分：						
		实得总分：						
		得分百分比：						
		接受检查者签名：						
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.护理人员对输血相关制度知晓率=知晓人数/抽查总人数×100%								
4.护理人员对输血严重危害处置规范流程知晓率=知晓人数/抽查总人数×100%								

检查人：

四川省护理质量控制中心	导管护理质量评价标准	文件编号：ZLBZ-TA006
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准	分值						说明及异常处理措施
结构 3分	有导管护理常规	1						
	有导管脱落的应急预案与处理流程	1						
	有导管脱落风险评估工具	1						
过程 39分	遵医嘱为患者置管	1						
	告知 PICC 置管目的及注意事项	3						
	PICC 置管患者履行书面同意手续	3						
	告知深静脉置管目的及相关注意事项	3						
	深静脉置管患者履行书面同意手续	3						
	置管患者有导管脱落风险评估并记录	3						
	导管脱落高风险患者有预防措施	3						
	根据护理常规落实导管护理	5						
	告知患者置管及导管护理注意事项	3						
	各种导管标识清楚（导管名称、置管时间等）、固定牢固	3						
	观察引流液的颜色、性质、气味及引流量并记录	3						
	按相关规范要求更换导管及引流袋并严格无菌技术操作	3						
	对非预期拔管事件有统计分析与改进	3						
结果 8分	无非预期拔管事件	3						
	无导管相关并发症	5						
总分	50	应得总分：						
		实得总分：						
		得分百分比：						
		接受检查者签名：						
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								

检查人：

四川省护理质量控制中心	患者约束管理质量 评价标准	文件编号: ZLBZ-TA007
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

病历号及检查结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 6分	有实施患者保护性约束的相关管理制度	3						
	有实施保护性约束的知情告知同意书	3						
过程 39分	对护理人员进行保护性约束相关管理制度进行培训	5						
	遵医嘱对患者实施保护性约束	3						
	告知患者/家属实施保护性约束的目的	3						
	告知患者/家属实施保护性约束的注意事项	3						
	有实施知情告知同意书面记录	3						
	定时观察评估患者皮肤完整性并记录	5						
	每 2 小时轮流放松约束肢体 5-10 分钟	3						
	定时观察评估患者肢体血循环并记录	5						
	定时观察评估患者呼吸并记录	3						
	约束 24 小时与医师讨论是否解除约束并有记录	3						
	对患者身体约束率有统计分析与改进	3						
结果 5分	无约束不当造成的不良事件	5						
总分	50	应得总分:						
		实得总分:						
		得分百分比:						
		接受检查者签名:						
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.住院患者身体约束率=实施身体约束患者人次/住院患者总人次×100%								

检查人:

四川省护理质量控制中心	抢救车管理质量 评价标准	文件编号: ZLBZ-TA008
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

受检人员及结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 2分	有抢救车管理制度	1						
	有抢救车物品交接登记本及管理定置图	1						
过程 41分	抢救 药物	有抢救药品目录及数量清单	1					
		高危抢救药品有警示标识	1					
		易混淆抢救药品有警示标识	1					
		每班检查抢救药品数量、质量及有效期	5					
		抢救药品用后及时补充完整	1					
	抢救 用物	抢救车内物品数量与基数相符	1					
		抢救物品用后及时补齐	1					
		每班检查物品有无过期或破损	3					
		每班检查 CPR 用物是否齐备完好	3					
		每班检查吸氧用物是否齐备完好	3					
		每班检查吸引装置是否齐备完好	3					
		每班检查简易呼吸器是否性能完好	3					
		每班检查电动吸痰器性能是否完好	3					
		每班检查氧气枕是否充盈	1					
		特殊专科抢救物品种类及数量与基数相符	3					
		血压计有计量检测合格标识并在有效期内	1					
		应急灯亮度充足	1					
		抢救车专人管理	1					
		抢救车每班交接有记录	1					
		护士长每月检查 1 次有记录	1					
		对抢救车管理有自查、讲评、总结、改进与记录	3					
结果 7分	护理人员熟悉抢救药物的名称、作用及用法		1					
	抢救药品完好率 100%		3					
	抢救器材完好率 100%		3					
总分	50	应得总分:						
		实得总分:						
		得分百分比:						
		接受检查者签名:						
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.抢救药品完好率=抢救药品完好数量/抢救药品总数×100%								
4.抢救器材完好率=抢救器材完好数量/抢救器材总数×100%								

检查人:

四川省护理质量控制中心	特级护理质量评价标准	文件编号: ZLBZ-TA009
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

病历号及检查结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 2 分	有符合病区实际的特级护理分级标准	1						
	有特级护理服务内容及要求的公示	1						
过程 88 分	基础 护理 15	帮助患者面部清洁	1					
		帮助患者整理头发	1					
		必要时帮助患者床上洗头	1					
		必要时帮助患者床上擦澡	1					
		帮助男性患者剃胡须	1					
		帮助患者清洁口腔	1					
		帮助患者清洁会阴	1					
		帮助失禁患者清洁肛周	1					
		帮助患者清洁手/足部	1					
		帮助患者进食/水	1					
		帮助患者翻身	1					
		指导患者有效咳嗽	1					
		帮助患者床上移动	1					
		为患者及时更换衣服/床单	1					
		帮助患者剪指/趾甲	1					
	病情 观察 29 分	专人守护患者	1					
		评估患者病情及安全风险	3					
		根据患者病情制订护理计划	3					
		严密监测体温、脉搏、呼吸、血压、意识及其它病情观察指标	5					
		准确记录出入量	1					
		责任护士掌握患者姓名及主要诊断	1					
		责任护士知晓患者适宜的饮食	1					
		责任护士了解患者睡眠状况及排泄状况	1					
		责任护士了解患者心理状态并给予疏导	1					
		责任护士掌握患者主要病情	3					
		责任护士掌握患者主要治疗	3					
		责任护士掌握患者主要护理问题及措施	3					
		责任护士掌握患者潜在危险及预防措施	3					
	专科 护理 31 分	有效落实专科护理措施	3					
		按医嘱正确实施药物治疗	3					
		输液滴速与患者病情或医嘱要求相符	3					
		按医嘱正确实施各种治疗处置	3					
		治疗处置过程中患者隐私保护到位	3					

		各类导管标识清楚,护理规范	3						
		患者卧位安全舒适符合病情需要	3						
		严格床旁交接班	1						
		对呼吸机相关肺炎（VAP）发病率有统计分析与改进	3						
		对中心静脉置管相关血流感染发生率有统计分析与改进	3						
		对留置导尿管相关泌尿系感染发病率有统计分析与改进	3						
	健康 指导 13分	根据患者病情及需求制订健康教育计划	1						
		患者接受有创护理操作前告知患者/家属治疗目的及注意事项，并履行书面同意手续。	3						
		患者接受保护性约束前告知患者/家属目的及注意事项，并履行书面同意手续。	3						
		根据患者/家属需求开展多种形式（个别指导、集体讲解、文字宣传、座谈会等）的健康指导	1						
		告知患者/家属适宜的饮食及注意事项	1						
		告知患者/家属适宜的活动及注意事项	1						
		告知患者/家属药物治疗目的及注意事项	1						
		告知患者/家属特殊检查前后的注意事项	1						
		告知患者/家属医疗、护理和康复措施	1						
结果 10分	护理级别符合患者病情与自理能力		1						
	基础护理合格率≥85%（二级医院）～90%（三级医院）		3						
	特级护理合格率≥90%		3						
	健康教育覆盖率 100%		3						
总分	100	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.基础护理得分百分比≥90%为合格， 基础护理合格率=合格人数/检查总人数×100%									
4.特级护理得分百分比≥80%为合格， 特级护理合格率=合格人数/检查总人数×100%									
5.健康教育覆盖率=接受健康教育患者人数/检查患者总人数×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	一级护理质量评价标准	文件编号：ZLBZ-TA010
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准	分值						说明及异常处理措施
结构 2 分	有符合病区实际的一级护理分级标准	1						
	有一级护理服务内容及要求的公示	1						
过程 88 分	基础 护理 15	帮助/协助患者面部清洁	1					
		帮助/协助患者整理头发	1					
		必要时帮助/协助患者床上洗头	1					
		必要时帮助/协助患者床上擦澡	1					
		帮助/协助男性患者剃胡须	1					
		帮助/协助患者清洁口腔	1					
		帮助/协助患者清洁会阴	1					
		帮助/协助失禁患者清洁肛周	1					
		帮助/协助患者清洁手/足部	1					
		帮助/协助患者进食/水	1					
		帮助/协助患者翻身	1					
		指导患者有效咳嗽	1					
		帮助/协助患者床上移动	1					
		为患者及时更换衣服/床单	1					
		帮助/协助患者剪指/趾甲	1					
	病情 观察 34 分	每小时巡视患者	1					
		评估患者病情及安全风险	5					
		根据患者病情制订护理计划	3					
		根据患者病情及医嘱测量体温、脉搏、呼吸、血压、意识等	3					
		根据医嘱记录出入量	1					
		责任护士掌握患者姓名	1					
		责任护士掌握患者诊断	1					
		责任护士知晓患者适宜的饮食	1					
		责任护士了解患者睡眠状况及排泄状况	1					
		责任护士了解患者心理状态并给予疏导	1					
		责任护士掌握患者主要病情	3					
		责任护士掌握患者主要治疗	3					
		责任护士掌握患者主要护理问题及措施	5					
		责任护士掌握患者潜在危险及预防措施	5					
	专科 护理 24 分	有效落实专科护理措施	3					
		按医嘱正确实施药物治疗	5					
		输液滴速与患者病情或医嘱要求相符	3					

		按医嘱正确实施各种治疗处置	3						
		治疗处置过程中患者隐私保护到位	1						
		各类导管标识清楚护理规范	3						
		患者卧位安全舒适	3						
		严格交接班，重点突出	3						
	健康 指导 15 分	根据患者病情及需求制订健康教育计划	1						
		患者接受有创护理操作前告知患者/家属治疗目的及注意事项，并履行书面同意手续。	3						
		患者接受保护性约束前告知患者/家属目的及注意事项，并履行书面同意手续。	3						
		根据患者/家属需求开展多种形式（个别指导、集体讲解、文字宣传、座谈会等）的健康指导	3						
		告知患者/家属适宜的饮食活动及注意事项	1						
		告知患者/家属药物治疗目的及注意事项	1						
		告知患者/家属特殊检查前后的注意事项	1						
		告知患者/家属医疗护理和康复措施	1						
		告知患者/家属出院后工作及生活注意事项	1						
	结果 10 分	护理级别符合患者病情及自理能力	1						
基础护理合格率≥85%（二级医院）～90%（三级医院）		3							
一级护理合格率≥90%		3							
健康教育覆盖率 100%		3							
总 分	100	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.基础护理得分百分比≥90%为合格， 基础护理合格率=合格人数/检查总人数×100%									
4.一级护理得分百分比≥80%为合格， 一级护理合格率=合格人数/检查总人数×100%									
5.健康教育覆盖率=接受健康教育患者人数/检查患者总人数×100%									

检查人:

四川省护理质量控制中心	护理文件书写质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-TA011
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 1 分	有符合医院实际的《护理文件书写实施细则》		1						
过程 93 分	体温 单	页面整洁，无涂改、无破损	1						
		患者信息填写完整、准确	1						
		新入院、转入、发热(体温 ≥ 37.5)、危重、术后患者每日至少测 4 次体温、脉搏、呼吸	3						
		高热患者(体温 ≥ 39)每日测 6 次体温、脉搏、呼吸，连续测至体温正常 3 天	3						
		一般患者每日测 2 次体温、脉搏、呼吸	1						
		高热患者降温处理后半小时监测体温并有标识	3						
		各种特殊标记绘制正确	3						
		入院时测量患者身高有记录	1						
		入院时测量患者血压有记录	1						
		住院期间根据病情或医嘱测量血压并记录	3						
		入院时测量患者体重有记录	1						
		住院期间每周或据医嘱测量体重并记录	1						
		根据病情或医嘱记录出入量	1						
	医嘱 单	页面整洁，无遗漏、无破损	1						
		患者信息填写完整、准确	1						
		医嘱处理及时	3						
		医嘱执行正确	5						
		签名符合病历要求	1						
		药敏试验结果标记及时、正确	3						
	护理 记录 单	患者入院 2 小时进行自理能力等级(Barthel 指数)评分,并记录	3						
		住院患者有病情评估并记录	3						
		高危患者入院当班内进行跌倒/坠床风险评估并记录	3						
		根据患者病情、用药变化进行动态评估并记录	3						
		跌倒/坠床高风险患者有预防措施	5						
		高危患者入院当班内进行压疮风险评估并记录	3						
		压疮高风险患者有预防措施	5						
		疼痛患者入院有疼痛评估并记录	1						
		疼痛患者有处理措施及药物治疗后的追踪记录	1						
		转诊/转科前对患者进行病情及风险评估并记录	3						
		危重症患者有护理计划	3						
		按护理计划有效落实护理措施	5						

		对护理计划及措施进行效果评价并记录	1						
		患者病情变化有护理措施与观察记录	3						
		患者特殊检查治疗有护理措施与观察记录	3						
		患者特殊用药后有观察记录	3						
		提供符合患者个体需求的疾病及健康指导	3						
		依据患者需求制定个体化的出院计划	1						
		转诊、转科或出院时有护理小结	3						
		护理记录规范，无不当的复制、粘贴、缩写或专有名词，无错字	1						
结果 6分	护理文书书写合格率（三级医院≥95%；二级医院≥90%）		3						
	出院病历按顺序装订保存，无缺项、漏项		3						
总分	100	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.护理文书书写合格率=护理文书书写合格分数/检查总份数×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	护理人力资源管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-TA012
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

受检人员及结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 5 分	有护理人员聘用制度及管理规定	1						
	有护理岗位管理制度	1						
	有护理岗位说明书（包括工作任务、任职条件及工作标准）	1						
	护理人员资质符合岗位要求	1						
	有外来进修人员的技术资质管理的规定、规范与程序	1						
过程 36 分	护理人员专业技术职称聘任符合医院聘任制度规定	1						
	实施护理人员分层岗位管理	1						
	实行责任制整体护理分工	5						
	每位护理人员平均负责病人数≤8 人，职责明确	1						
	分管患者病情危重程度符合护理人员能级水平	1						
	人力 配置	病房护理人员总数与实际床位比不低于 0.4：1	1					
		手术室护士与手术间之比不低于 3：1	1					
		I C U 护士与实际床位之比不低于 2.5:1	1					
		新生儿护士与实际床位之比不低于 1.5： 1	1					
		特殊部门护理人力配置符合国家相关要求	1					
	人力 调配	有紧急护理人力资源调配方案或调配规定	1					
		建立机动护理人力资源库	1					
		根据病区特点弹性排班	3					
		病区安排有机动班次	1					
		科学调配护理人员，有记录	1					
	绩效 考核	对护理人员实施岗位绩效考核，考核结果与绩效、晋职、晋升、评优、评先挂钩	3					
		绩效考核方案体现与工作量、工作质量、患者满意度、护理难度及技术要求等挂钩	5					
		绩效考核体现多劳多得、优劳优酬	3					
		绩效考核体现同工同酬	3					
		有多种途径方便护理人员查询绩效结果	1					
结果 9 分	护理人员知晓岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准	1						
	护理人员知晓紧急护理人力资源调配方案或调配规定	1						
	护理人员知晓绩效考核方案	1						
	护理人员满意度≥90%	3						
	护理人员离职率≤5%-10%	3						
总 分	50	应得总分：						
		实得总分：						
		得分百分比：						

接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示							
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%							
3.护理人员离职率=年护理人员离职人数/护理人员总数×100%							
4.护理人员满意度参照卫生部“护士满意度调查表”进行调查与统计							

检查人：

四川省护理质量控制中心	围手术期管理质量 评价标准（病区）	文件编号：ZLBZ-TB013
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 3分	有围手术期患者管理制度		1						
	有围手术期患者护理常规		1						
	有围手术期患者护理流程		1						
过程 42分	入院 护理	2小时内完成患者病情及自理能力评估	1						
		当班内完成患者安全风险评估	3						
		急/危重症患者制订护理计划	3						
		当班内完成患者入院指导	1						
	术前 护理	术前特殊检查患者有观察记录	1						
		特殊检查患者有健康指导并记录	1						
		依据医嘱落实术前准备	1						
		对患者进行术前病情及护理相关风险评估并记录	1						
		告知患者手术相关知识及注意事项	1						
		与手术室工作人员核对患者信息并做好交接	3						
	术后 护理	与手术室或麻醉科人员交接患者手术情况及病情	3						
		按手术护理常规观察病情并记录	3						
		患者术后卧位符合病情需要	1						
		患者术后卧位安全舒适	3						
		导管标识清楚，护理规范	1						
		按医嘱正确实施药物治疗	3						
		观察记录患者用药与治疗反应	1						
		对术后患者进行病情及安全风险评估	3						
		有效落实护理措施	3						
		告知患者术后适宜的饮食及注意事项	1						
		告知患者术后适宜的活动及注意事项	1						
		告知患者术后药物使用注意事项	1						
		告知患者出院后医疗、护理和康复措施	1						
		告知患者出院后随访及生活注意事项	1						
结果 5分	措施落实到位，无术后护理并发症		5						
总分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	围手术期管理质量 评价标准（手术室）	文件编号：ZLBZ-TB014
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 3 分	有围手术期患者管理制度		1						
	有围手术期患者护理常规		1						
	有围手术期患者护理流程		1						
过程 36 分	术前 护理	根据医院的实际,按照患者病情及手术需要访视患者	1						
		评估患者病情及手术安全风险	1						
		介绍手术相关事项	1						
		了解患者心理状况, 有效心理支持	1						
		与病房护理人员核对患者信息并做好交接记录	3						
		核对患者手术部位及标识	1						
		清点手术物品、器械并记录	3						
	术中 护理	遵医嘱正确、规范使用预防性抗菌药	3						
		根据手术恰当安置手术体位	1						
		根据患者需要采取保护措施, 避免术中压疮发生	1						
		严格执行无菌技术操作规范	3						
		娴熟配合手术	1						
		术中定时巡视并记录	1						
		保持术中静脉输液畅通无渗漏	1						
		有效落实输血规范, 记录准确并双签名	3						
		加压输血专人守护	1						
		根据手术时间监测患者体温并记录	1						
		根据患者需要采取保暖措施	1						
		及时记录患者手术中情况	1						
		清点并记录手术中添加的物品及器械	1						
	术后 护理	手术结束评估患者病情, 有记录	1						
		专人护送患者回麻醉复苏室、ICU 或病房	1						
		与麻醉复苏室、ICU 或病房护理人员做好患者病情、药品、资料及物品交接并有记录	3						
		器械、材料合格标识张贴规范	1						
结果 11 分	无手术过程中异物遗留的发生		5						
	物品清点数目相符无遗漏		3						
	无体位不当造成手术患者的皮肤、神经、肢体等损伤		3						
总分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	二、三级护理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-TB015
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 2 分	有符合病区实际的二、三级护理分级标准		1						
	有二、三级护理服务内容及要求的公示		1						
过程 87 分	基础 护理 15	协助患者面部清洁	1						
		协助患者整理头发	1						
		必要时协助患者床上洗头	1						
		必要时协助患者床上擦澡	1						
		协助男性患者剃胡须	1						
		协助患者清洁口腔	1						
		协助患者清洁会阴	1						
		协助失禁患者清洁肛周	1						
		协助患者清洁手/足部	1						
		协助患者进食/水	1						
		协助患者翻身	1						
		指导患者有效咳嗽	1						
		协助患者床上移动	1						
		为患者整理床单元	1						
		协助患者剪指/趾甲	1						
	病情 观察 31 分	按二、三级护理标准要求巡视患者	1						
		评估患者病情及安全风险	5						
		根据患者病情测量体温、脉搏、呼吸、血压等	3						
		根据医嘱记录出入量	1						
		责任护士掌握患者姓名及诊断	1						
		责任护士知晓患者适宜的饮食	1						
		责任护士了解患者睡眠状况	1						
		责任护士了解患者排泄状况	1						
		责任护士了解患者心理状态并给予疏导	1						
		责任护士掌握患者主要病情	3						
		责任护士掌握患者主要治疗	3						
		责任护士掌握患者主要护理问题及措施	5						
		责任护士掌握患者潜在危险及预防措施	5						
	专科 护理 29 分	有效落实专科护理措施	5						
		按医嘱正确实施药物治疗	5						
		输液滴速与患者病情或医嘱要求相符	3						
		按医嘱正确实施各种治疗处置	5						
		各类导管标识清楚、护理规范	5						

		患者卧位安全舒适	3						
		治疗处置过程中患者隐私保护到位	3						
	健康 指导 12 分	根据患者/家属需求开展多种形式（个别指导、集体讲解、文字宣传、座谈会等）的健康指导	3						
		告知患者/家属适宜的饮食活动及注意事项	1						
		告知患者/家属药物治疗目的及注意事项	3						
		告知患者/家属特殊检查前后的注意事项	3						
		告知患者/家属医疗护理和康复措施	1						
		告知患者/家属出院后工作及生活注意事项	1						
结果 11 分	护理级别符合患者病情及自理能力		1						
	基础护理合格率 $\geq 85\%$ （二级医院） $\sim 90\%$ （三级医院）		5						
	健康教育覆盖率 100%		5						
总 分	100	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分 $\times 100\%$									
3.基础护理得分百分比 $\geq 90\%$ 为合格， 基础护理合格率=合格人数/检查总人数 $\times 100\%$									
4. 健康教育覆盖率=接受健康教育患者人数/检查患者总人数 $\times 100\%$									

检查人：

四川省护理质量控制中心	仪器设备管理质量 评价标准	文件编号: ZLBZ-TB016
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

仪器名称编号及结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 3分	有仪器设备使用制度	1						
	有仪器设备使用意外的应急预案	1						
	仪器设备有使用说明书	1						
过程 36分	仪器设备有操作规程(sop)	1						
	仪器设备专人管理	1						
	仪器设备分类、定点放置	1						
	仪器设备编号管理	1						
	有仪器设备使用的培训	3						
	抢救仪器设备使用人员有培训考核记录	1						
	仪器设备发生故障及时维修,有记录	1						
	每日检查呼吸机性能是否良好并记录	5						
	每日检查除颤仪性能是否良好并记录	5						
	每日检查电动吸痰器性能是否良好并记录	5						如与抢救车管理同时检查,此两项只纳入抢救车管理计算
	每日检查简易呼吸器性能是否良好并记录	5						
	血压计定期计量检测	3						
	血糖仪定期计量检测	3						
	仪器设备用毕及时清洁、消毒处理	1						
结果 11分	意外情况的处理符合预案的要求	3						
	抢救设备器材完好率 100%	5						
	使用的计量器具检测合格率 100%	3						
总分	50	应得总分:						
		实得总分:						
		得分百分比:						
		接受检查者签名:						
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示;不符合要求在检查结果栏内“×”表示;不涉及该项目,在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.抢救器材完好率=抢救器材完好数量/抢救器材总数×100%								
4.计量器具检测合格率=计量器具检测合格数量/计量器具检测总数×100%								

检查人:

四川省护理质量控制中心	手卫生管理质量 评价标准	文件编号: ZLBZ-TB017
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

受检人员及结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 4分	有手卫生管理相关制度	1						
	有手卫生管理实施规范	1						
	手卫生设施配置齐全、数量足够	1						
	配置的手卫生设施使用便捷	1						
过程 37分	对护理人员提供手卫生培训,有记录	1						
	★清洁、无菌操作前洗手	3						
	★接触患者前洗手	3						
	★接触患者后洗手	3						
	★接触患者血液、体液、分泌物、排泄物后洗手	3						
	★接触患者周围环境后洗手	3						
	▲采用六步或七步洗手	3						
	▲流动水洗手,且揉搓时间至少 15 秒	3						
	▲速干手消毒剂揉搓时间至少 15 秒	3						
	▲干手用品一次性使用	3						
	▲关水过程不污染清洁的手	3						
	洗手皂液采用一次性包装	3						
	对手卫生工作有自查、讲评、总结、改进与记录	3						
	护理人员手卫生培训率 100%	3						
结果 9分	护理人员洗手依从性≥95%	3						
	护理人员洗手正确性≥95%	3						
总分	50	应得总分:						
		实得总分:						
		得分百分比:						
		接受检查者签名:						
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目,在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.手卫生培训率=接受培训人数/检查总人数×100%								
4.依从性=落实★项目数/★项目总数×100% 正确率=落实▲项目数/▲项目总数×100%								

检查人:

四川省护理质量控制中心	护士长行政管理质量 评价标准	文件编号: ZLBZ-TB018
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 3分	护士长资质符合相关专业要求		1						
	护士长经过岗位培训		1						
	有质量安全管理小组, 分工明确		1						
过程 38分	工作 计划	年计划体现以“患者安全目标”为重点管理内容	3						
		依据年计划制定每月工作重点	1						
		依据每月工作重点安排每周工作	1						
	工作 总结	每月对工作完成情况进行小结,以数据为主	1						
		每半年对工作进行分析改进	3						
		每年对工作进行分析、对比分析与改进	3						
	业务 管理	每月组织业务学习 1 次, 记录完整	1						
		每月组织护理查房 1 次, 记录完整	1						
		每月组织操作培训 1 次, 记录完整	1						
		组织疑难病例讨论, 记录完整	1						
		每月组织护患沟通会 1 次, 记录完整	1						
		制、修订新技术、新业务的操作规程及护理常规	1						
		实施人性化管理, 排班兼顾临床需要和护士意愿	1						
		陪伴管理规范, 病房有序	1						
		无菌物品专人管理, 无过期	3						
	质量 管理	质量管理小组成员按职责落实工作任务	1						
		对质量小组成员进行质量管理相关培训	1						
		依据上一年质量监控结果制订质量监控计划及目标值	3						
		依据专科特点及需要制订专科质量评价标准	1						
		质量标准 2 年修订 1 次, 修订符合要求	1						
		每周有质量监控重点及讲评分析	3						
		运用 PDCA 方法改进护理质量问题,有案例呈现	3						
	资料 管理	护理管理相关资料齐全, 填写及时完整	1						
		资料定期整理, 分类归档保存	1						
结果 9分	管理到位, 无护理不良事件		3						
	无护理投诉		3						
	各项护理质量指标达标		3						
总 分	50	应得总分:							
实得总分:									
得分百分比:									
接受检查者签名:									
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									

检查人:

四川省护理质量控制中心	护理人员岗位培训质量 评价标准	文件编号: ZLBZ-TB019
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 8 分	有护理人员岗位培训管理制度		1						
	各管理层级有护理人员岗位培训实施方案		1						
	有各岗位、各层级护理人员岗位培训计划		5						
	专人负责临床教学工作		1						
过程 33 分	岗前 培训	有效落实新进护理人员岗前培训计划	1						
		对新进护理人员进行相关理论知识培训,有记录	1						
		对新进护理人员进行相关操作技能培训, 有记录	1						
		岗前培训内容符合新进护理人员的岗位需要	1						
		岗前培训考核合格后独立上岗	1						
		对岗前培训教学质量和培训效果进行评价	1						
	层级 培训	有效落实各层级护理人员岗位培训计划	1						
		按计划落实理论知识培训, 有记录	1						
		按计划落实护理操作培训, 有记录	1						
		培训内容符合各层级护理人员的岗位需求	1						
		对各层级护理人员的培训有效果评价	1						
		根据培训效果改进培训方法及内容	1						
	专科 护士 培训	有效落实专科护士培训计划	1						
		根据专科护理发展及专科护理岗位需要, 送培专科护士	1						
		专科护士数量逐年增加,与各专科发展相适应	1						
		取得省级及以上的专科护士培训合格证书护理人员的岗位与专业相对应	1						
	临床 师资 培训	有效落实临床师资培训计划	1						
		培训内容符合临床教学工作需要	1						
		培训考核合格后才能胜任带教工作	1						
		定期对临床师资进行评价考核, 有记录	1						
		根据评价与考核结果动态调整师资	1						
	机动 库 岗 位 培 训	有效落实机动库护理人员培训计划	1						
		培训内容符合机动库护理岗位需求	1						
		机动库护理人员培训有记录	1						
	管理 岗 位 培 训	有效落实护理管理人员岗位培训计划	1						
		护士长上岗前经过管理培训	1						
		培训内容符合护理管理岗位需求	1						
	急救 知识	有急救知识技能培训计划	1						
		按计划落实急救知识培训, 有记录	1						

	技能	按计划落实急救技能培训，有记录	1						
	培训	培训考核合格后才能胜任急救及危重患者管理工作	3						
结果 9分	年度继续医学教育达标率≥90%		3						
	三基考核合格率 100%		3						
	急救知识与技能考核合格率 100%		3						
总 分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.年度继续医学教育达标率=达标人数/参加总人数×100%									
4.三基考核合格率=合格人数/考核总人数×100%									
5.急救知识与技能考核合格率=合格人数/考核总人数×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	护理服务质量评价标准	文件编号：ZLBZ-TB020
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

受检人员及结果

项目	质量标准	分值						说明及异常处理措施
结构 2分	有优质护理服务方案及便民措施	1						
	有患者权利的图文介绍资料	1						
过程 43分	护理人员有效落实保护患者合法权益	1						
	护理人员履行知情同意及告知义务	1						
	对接受临床实验的患者进行知情告知并签订同意书	1						
	为患者进行暴露躯体检查及治疗时提供隐私保护措施	3						
	根据患者民族习惯和宗教信仰提供针对性服务措施	1						
	为残疾人及行动不便患者提供轮椅、推车等辅助设施	1						
	定期开展患者满意度调查	1						
	对患者满意度调查进行统计分析	1						
	根据满意度调查结果及患者建议改进护理工作	3						
	入院 服务	有效落实患者入院制度及流程	1					
		有效落实急诊患者入院制度与流程	1					
		急诊入院流程便捷	1					
		危重患者实施先抢救后办理相关手续	1					
		为有困难或行动不便的无家属患者提供帮助	3					
	住院 服务	根据病区情况为患者提供预约住院服务	1					
		为住院患者提供入院指导	3					
		为住院患者提供疾病相关健康指导	3					
	转诊 转科	有效落实转诊/转科服务流程	1					
		告知并协助患者及家属转诊/转科	1					
		为有困难或行动不便的无家属患者提供帮助	1					
	出院 服务	有效落实出院服务相关制度和流程	1					
		为患者提供出院指导	3					
		为有困难或行动不便的无家属患者提供帮助	3					
		为有需要的患者提供出院随访或预约诊疗服务	3					
	对上述工作有自查、讲评、总结、改进与记录		3					
结果 5分	患者对护理服务满意度≥95%		5					
总分	50	应得总分：						
实得总分：								
得分百分比：								
接受检查者签名：								
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果								

栏内“NA”表示
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%
3.患者满意度参照卫生部“住院患者体验与满意度”调查表进行调查与统计

检查人：

四川省护理质量控制中心	护理人员行为规范管理 质量评价标准	文件编号: ZLBZ-TB021
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

受检科室:

检查日期:

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 1分	有护理人员行为规范要求		1						
过程 44分	着装	护理人员工作服整洁	1						
		着裙装裙边不外露	1						
		着裙装穿肉色过膝长袜	1						
	仪表	仪表端庄	1						
		佩戴服务牌上岗	3						
		在岗不画浓妆	1						
		在岗不戴戒指	1						
		在岗不戴耳环	1						
		在岗不戴手镯	1						
		指甲长短符合职业要求	1						
		在岗发不过肩	1						
		留海不过眉	1						
		头饰符合要求	1						
	言语	落实首问负责制	5						
		语言文明规范	1						
		无冷、硬、顶现象	3						
		来有问声, 去有送声	1						
		接听电话语言文明规范	1						
		不在公共场所高声喧哗	3						
		不在公共场所谈论与工作无关事项	1						
		不在公共场所谈论患者及家属隐私	5						
	行为	遵守医院规章制度	1						
		行为举止符合职业要求	1						
		服务主动热情, 无推、拖现象	3						
		站姿文明规范	1						
		坐姿文明规范	1						
		在岗不玩手机	1						
		在岗时间不看与专业无关书籍	1						
结果 5分	无护理服务投诉		5						
总分	50	应得总分:							
实得总分:									
得分百分比:									
接受检查者签名:									
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									

四川省护理质量控制中心	护理投诉管理质量 评价标准	文件编号: ZLBZ-TB022
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

检查结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 5 分	有投诉管理制度	1						
	有投诉处理流程	1						
	有投诉渠道、投诉电话公示	3						
过程 34 分	对护理人员进行纠纷防范及处理相关培训	5						
	有培训效果评价和记录	1						
	专人负责处理投诉	1						
	有明确的投诉处理时限规定	1						
	按时限规定有效落实投诉处理	5						
	发生投诉事件后组织原因分析	5						
	发生投诉事件后有改进措施	5						
	根据分析和改进结果,完善和优化管理制度或流程	3						
	有统一的投诉管理记录,记录完整、规范,定期归类整理	3						
	对护理投诉有自查、讲评、总结、改进与记录	5						
结果 11 分	护理人员知晓投诉处理流程	3						
	患者及员工知晓投诉渠道	3						
	无护理投诉或投诉在萌芽阶段及时有效处理	5						
总 分	50	应得总分:						
		实得总分:						
		得分百分比:						
		接受检查者签名:						
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								

检查人:

四川省护理质量控制中心	不良事件管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-TB023
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

检查结果

项目	质量标准	分值						说明及异常 处理措施
结构 4分	有护理不良事件报告制度	1						
	有护理不良事件报告流程	1						
	有多种上报途径	1						
	有鼓励护理人员主动上报不良事件的激励机制	1						
过程 33分	对不良事件管理制度进行培训并有记录	3						
	对不良事件上报流程进行培训	1						
	严格按照不良事件上报时限要求及时上报	3						
	发生不良事件后组织讨论并有记录	5						
	对不良事件进行根本原因分析	5						
	针对原因采取具体可行的改进措施	5						
	对改进措施的执行情况有评价	5						
	根据改进结果, 完善和优化安全管理制度或措施	3						
	对不良事件呈报实行非惩罚制度	3						
结果 13分	护理人员对不良事件报告制度及流程的知晓率 100%	5						
	护理人员知晓上报途径	3						
	无缓报、漏报和瞒报	5						
总分	50	应得总分:						
		实得总分:						
		得分百分比:						
		接受检查者签名:						
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.不良事件报告制度及流程知晓率=护理人员知晓人数/接受检查的护理人员总数×100%								

检查人:

四川省护理质量控制中心	病区环境管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-TB024
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

检查结果

项目	检查标准	分值						说明及异常 处理措施
结构面 4 分	病区分区明确，布局流程科学合理	1						
	病区基础设施配备齐全	1						
	配备应急呼叫系统	1						
	有适宜危重患者使用的可移动病床	1						
过程面 41 分	病区环境清洁、舒适	1						
	就诊及住院环境安全	3						
	便于患者活动的防滑扶手装置性能良好	3						
	有禁止吸烟的醒目标识	1						
	消防通道畅通	1						
	病 房	整洁、安静，适合患者休养	1					
		卫生洗漱设施性能良好	1					
		多人病室各病床之间有隔帘	1					
		每季度清洗隔帘及窗帘一次	1					
	治疗室	治疗室专人负责每日清理	1					
		物品定位放置	1					
		标识醒目，张贴规范	1					
		标识与物品相符	1					
		物品每日清理无过期	5					
		用后物品处理规范	1					
	护士站	护士站专人负责每日清理	1					
		护士站整洁有序	1					
		电脑清洁，编号管理	1					
		打印机清洁，编号管理	1					
		条码机清洁，编号管理	1					
		医务人员一览表标识统一规范	1					
		记事栏按要求使用磁钉，清洁美观	1					
	库 房	库房专人负责清理	1					
		库房整洁，物品放置有序	1					
		存放柜编号管理	1					
		标识醒目，张贴规范	1					
		标识与物品相符	1					
		无积压多余物品	1					
	清洁间	清洁间整洁有序	1					
		物品放置规范	1					

		拖布分区管理、存放及使用	3						
结果面 5分		就诊住院环境良好，医疗用房符合国家综合医院建设标准要求	5						
总分	50	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		被检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	手术室护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZA01
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 15 分	制度 职责	有健全的手术室工作制度	1						
		有手术室各环节的工作流程	1						
		有手术室突发事件的应急处理预案	1						
		有手术室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	护士长具备护师（二级医院）、主管护师(三级医院)及以上专业技术职务任职资格	1						
		护士长具有 3 年（二级医院）~5 年(三级医院)及以上手术室工作经验，具备一定教学与管理能力	1						
		护士与手术间之比不低于 3:1	1						
		手术室专科护士比例≥30%	1						
		手术室工作经历 2 年以内的护理人员占总数≤10%(二级医院)~20%(三级医院)	1						
		有各层级人员的资质及岗位技术能力要求	3						
	功能 布局	手术室三区分区明确、标识清楚、符合功能流程	1						
		设有工作人员及患者出入通道	1						
		物流流向合理，洁污分开	1						
过程 61 分	业务 管理	对护理人员进行手术室专业理论培训与考核，有记录	3						
		对护理人员进行手术室专业技术培训与考核，有记录	3						
		对工作人员进行院感相关知识培训，有记录	3						
		对工作人员进行突发事件的应急处理的培训，有记录	1						
		根据护士的资质能力及手术分级制度，合理安排手术	3						
		对运送工人、保洁员进行岗位培训与考核，有记录	3						
		手术间温度维持在 21~25℃，有监测记录	1						
		手术间湿度维持在 30%~60%，有监测记录	1						
		有效落实急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制	1						
		三步（麻醉前、手术下刀前、患者离室前）三方（手术医师、麻醉医师、护士）安全核查落实到位，记录完整	5						
		术前、术中、关闭胸、腹、体腔前双人严格清点、核对术中器械、敷料、缝针并记录	5						
		手术标本专人管理	1						
		手术标本定点存放，上锁管理	3						
		手术标本送检及时有交接记录	1						
		定期与临床科室沟通，针对临床意见或建议改进工作，有记录	3						
		专人管理易燃易爆的危险品及气体等	1						

		有危险品警示标识	1						
质量管理		建立以科护士长、护士长与相关人员组成的质量与安全 管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		落实质量管理及追溯制度	1						
		对术前访视率有统计分析与改进	1						
		对《手术安全核查》执行率有统计分析与改进	3						
		对手术部位正确标记执行率有统计分析与改进	3						
		对手术过程中异物遗留发生率有统计分析与改进	3						
		对手术中压疮发生率有统计分析与改进	3						
		质量管理资料完整，体现持续改进成效	3						
				对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3				
结果 24分		择期手术《手术安全核查》实际执行率 100%	5						
		涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术正确标记执行率 100%	3						
		手术医生对护理工作满意度≥90%	3						
		手术患者对护理工作满意度≥95%	3						
		无手术部位错误发生	5						
		无手术标本差错或遗失发生	5						
总分	100	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果 栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.手术安全核查率=核查落实合格人数/检查总人数×100%									
4.手术正确标记执行率=正确标记手术部位数/应标记手术部位总数×100%									

检查人：

四川省护理质量控制中心	重症医学科护理管理 质量评价标准	文件编号: ZLBZ-ZA02
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 13 分	制度 职责	有重症医学科护理工作制度	1						
		有重症医学科护理工作流程	1						
		有重症医学科突发事件的应急处理预案	1						
		有重症医学科各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	护理人员配备符合学科建设指南要求 (ICU 护士与实际床位之比不低于 2.5:1)	1						
		专科护士比例 ≥ 30%	1						
		护士长具有主管护师以上专业技术职务任职资格, 在重症监护领域工作 3 年以上	1						
		护理人员经过重症医学专业理论和技能培训考核合格	1						
		护理人员有 2 年以上临床护理工作经验	1						
	设施 设备	配置必要的监测和治疗设备, 符合《重症医学科建设指南》要求	1						
		重症医学床位占医院总床位的比例达到 2%-8%	1						
		重症医学科每床使用面积不少于 15 平方米, 床间距大于 1 米	1						
		最少配备一个单间病房, 使用面积不少于 18 平方米, 用于收治隔离病人	1						
过程 79 分	业务 管理	对护理人员进行重症医学专业理论培训和考核, 有记录	3						
		对护理人员进行重症医学专业技能培训和考核, 有记录	3						
		对护工及护理员进行岗位培训与考核, 有记录	1						
		护工及护理员不单独从事危重患者的生活护理	1						
		对保洁员进行岗位培训与考核, 有记录	1						
		气管插管/机械通气患者如无禁忌, 抬高床头 30-45°	3						
		气管插管/机械通气患者每 2~6 小时口腔护理 1 次	3						
		指导患者正确咳嗽, 必要时实施胸部物理治疗	3						
		吸痰时严格执行无菌技术, 操作规范	3						
		深静脉置管患者保持导管穿刺部位清洁、干燥	1						
		定期更换穿刺点敷料 (无菌纱布 2 天, 专用贴膜 7 天), 敷料出现潮湿、松动、污染时立即更换	3						
		置管及更换敷料时严格执行无菌技术操作	3						
		留置尿管患者保持尿液引流系统通畅、完整	1						
		导尿管脱落或尿管密闭系统破坏, 更换导尿管	1						
		疑似导尿管阻塞更换导管, 不得冲洗	1						
		留置尿管患者至少 2 次/天清洁尿道口	3						
		长期留置导尿管患者, 按常规更换导尿管和集尿袋	3						
		仪器设备专人负责日常管理	1						
		仪器设备有 SOP、保养和维修记录	1						
		有效落实患者转入和转出标准及转出流程	1						

		患者外出检查医护人员护送并备好急救用物	3						
		患者转入、转出专人护送，做好病情、资料及物品交接，有记录	3						
		有效执行一次性医用耗材管理流程	1						
	质量管理	建立以科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		对呼吸机相关肺炎（VAP）发病率有统计分析与改进	3						
		对中心静脉置管相关血流感染发生率有统计分析与改进	3						
		对留置导尿管相关泌尿系感染发病率有统计分析与改进	3						
		对重症患者压疮发生率有统计分析与改进	3						
		对各类导管管路滑脱与再插率有统计分析与改进	3						
		对重症患者人工气道脱出例数有统计分析与改进	3						
		对重症患者实施保护性约束率有统计分析与改进	3						
		运用质量管理工具进行质量管理与持续改进	3						
		质量管理资料完整，体现持续改进成效	3						
		对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3						
结果 8分	仪器和设备保持随时启用状态		3						
	抢救技术操作考核合格率 100%		5						
总分	100	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2. 应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3. 抢救技术操作考核合格率=合格人数/考核总人数×100%									
4.重症医学科医院感染管理按照医院感染管理相关行业标准及《重症医学科建设与管理指南（试行）》要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	急诊护理管理 质量评价标准	文件编号: ZLBZ-ZB03
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 15 分	制度 职责	有急诊科护理工作制度	1						
		有急诊科护理工作流程	1						
		有急诊科突发事件的应急处理预案	1						
		有急诊科各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	护理人员配备符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本要求	1						
		急诊护士有 3 年以上临床护理工作经验	1						
		急诊在岗护士护师以上职称不少于 40%（二级医院）～70%（三级医院）	1						
		急诊科固定的护士不少于在岗护士的 60%（二级医院）～75%（三级医院），梯队结构合理	1						
		护士长具有主管护师及以上专业技术职务任职资格，5 年以上急诊临床护理工作经验	1						
		急诊护士经过急诊专业训练，具备独立抢救工作能力	3						
	设施 设备	急诊科布局符合医院感染控制和急诊快捷流程特点	1						
		仪器设备及药品配置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的标准要求	1						
		根据需要设置相应数量的抢救床，每床净使用面积不少于 12 平方米	1						
过程 70	业务 管理	对护理人员进行抢救技能（包括高级心肺复苏技能）培训，有记录	5						
		每 2 年对护理人员的抢救技能进行再培训，有记录	3						
		对重大突发事件进行医疗抢救演练,有记录	3						
		对轮转的护理人员上岗前进行培训，有记录	1						
		急诊、急救实行 7×24 小时服务	1						
		落实首诊负责制	5						
		专人负责急诊检诊、分诊工作，资质符合要求	1						
		急诊检诊、分诊用物齐备，符合要求	1						
		急诊检诊、分诊做到一问、二看、三查、四分诊、五记录	3						
		有效分流，实施急诊分区救治，急危重症患者得到及时抢救	3						
		有完整的登记资料，能够对患者的来源、去向以及急救全过程进行追溯	1						
		传染病、疑似传染病及特殊感染患者及时隔离，有记录	3						
		需要紧急抢救的急危重症患者，实行先抢救后付费	3						
		为急诊患者提供便捷的入院服务	1						
		转送急危重症患者前实施病情评估，选择适宜时机，履	5						

		行知情同意							
		转送患者专人护送，做好病情、资料及物品交接，有记录	3						
		对群体伤员抢救进行登记与总结分析	1						
		急救设备专人管理，定期检查和维修，有记录	3						
		急救药品专人管理，定期检查和更换，有记录	3						
		有效落实重点病种（如急性创伤、急性心肌梗塞、急性脑卒中、急性心力衰竭、急性呼吸衰竭等）抢救流程，抢救工作及时有序	3						
		急诊科在实施重大抢救、突发公共卫生事件或群体灾害事件救治时，按规定及时报告医院相关部门	3						
		急诊抢救患者抢救记录及时、准确、完整，符合规范要求	1						
	质量管理	建立由科主任、护士长与相关人员组成质量与安全工作小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		对接受急诊诊疗总例数与死亡例数进行统计分析与改进	1						
		对进入急诊抢救室总人数与死亡例数进行统计分析与改进	1						
		对急诊分诊与急诊就诊患者例数之比进行统计分析与改进	1						
		对急诊高危患者在“绿色通道”停留时间进行统计分析与改进	1						
		对急诊高危患者收住院比例进行统计分析	1						
分诊准确率进行统计分析与改进		1							
	运用管理工具开展质量管理与持续改进	3							
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3							
结果 15	抢救设备完好率 100%	5							
	抢救药品完好率 100%	5							
	护理人员每年抢救设备操作与技能考核合格率大于 70%(二级)~100%（三级）	5							
总分	100	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.抢救药品完好率=抢救药品完好数量/抢救药品总数×100%									
4.抢救器材完好率=抢救器材完好数量/抢救器材总数×100%									
5.抢救技术操作考核合格率=合格人数/考核总人数×100%									
6.急诊科医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准及《急诊科建设与管理指南（试行）》要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	消毒供应中心管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB04
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 30 分	制度 职责	有健全的消毒供应中心工作制度	1						
		有消毒供应中心各环节的工作流程	1						
		有消毒供应中心突发事件的应急处理预案	1						
		有消毒供应中心各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	根据 CSSD 的工作量及岗位需求，科学合理配置具有执业资格的护士、消毒员和其他工作人员	1						
		护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格	1						
		消毒员资质能力符合岗位要求，并具有特种设备作业证	3						
		工作人员经过专业技能培训	3						
	设施 设备	清洗消毒设备及配套设施的配置满足医院临床工作需要，符合规范要求	1						
		配备有相应的个人防护用品（目镜、口罩、面罩、帽子、防护手套、防水衣或防水围裙、防护鞋洗眼装置等）	1						
	功能 布局	消毒供应中心相对独立，周围环境清洁，无污染源	1						
		内部环境整洁，通风采光良好	1						
		辅助区、工作区（去污区、检查包装灭菌区及无菌物品存放区）分区明确	1						
		物品处理由洁到污，不交叉、不逆流	3						
		人员流向由洁到污，不交叉、不逆流	3						
		工作区域空气流向由洁到污，去污区保持相对负压，检查包装及灭菌区保持相对正压	1						
		工作区域温度、湿度、机械通风的换气次数符合要求	1						
		去污区、检查包装灭菌区和无菌物品存放区之间有实际屏障	1						
		去污区与检查、包装及灭菌区之间有洁、污物品传递通道	1						
		各区有人员出入缓冲间（带），并设有洗手设施	1						
		无菌物品存放区内无洗手池	1						
		工作区域照明符合要求	1						
过程 57 分	业务 管理	对工作人员进行业务技能培训，有记录	1						
		对工作人员进行院感相关知识培训，有记录	1						
		对工作人员进行职业防护相关知识培训，有记录	1						
		对工作人员进行突发事件的应急处理的培训，有记录	1						
		对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应	3						
		外来器械消毒灭菌管理规范，物品转运符合规范要求	1						
		清洁剂、包装材料、消毒灭菌监测材料符合规范要求	1						
		设施/设备专人负责日常管理，有保养和维修记录	1						

		定期与临床科室沟通，了解服务质量及科室需求	1						
	质量管理	建立由护士长、质检员、设备维护保养人员、组长或教学老师等组成的质量监控小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		预真空压力蒸汽灭菌器每日灭菌运行前行 BD 试验，有记录	3						
		每月至少抽查 3-5 个待灭菌包内所有物品的清洗质量，有记录	3						
		每锅灭菌进行物理监测，结果符合要求，有记录	3						
		每一灭菌包均使用化学指示带、指示卡进行灭菌效果监测	3						
		按规范要求落实灭菌效果生物监测：压力蒸汽灭菌每周 1 次、环氧乙烷灭菌每批次 1 次、过氧化氢等离子灭菌每天 1 次，有记录	3						
		消毒物品每季度监测 1 次，有记录	1						
		一次性无菌医疗用品每一批次有质量检验合格报告，有记录	3						
		运用质量管理工具进行质量与安全管理，体现持续改进	3						
	安全管理	高、低温灭菌器专人操作	1						
		每日灭菌前对预真空压力蒸汽灭菌器进行安全检查，有记录	1						
		高压蒸汽灭菌器操作人员持证上岗	1						
		灭菌设备定期检查、保养，有记录	1						
		灭菌器新安装、移位、大修后按规范要求进行物理、化学监测及连续 3 次生物监测，合格后方可使用	3						
		灭菌物品与未灭菌物品分开放置，无混放	3						
		健全质量追溯记录，缺陷产品及时召回并采取补救措施	3						
		开展不良事件根本原因分析与改进	3						
		回收工具与无菌物品运送工具分开使用	1						
使用后的车辆应清洗消毒处理，干燥存放		1							
专人定期进行水、电、气安全检查，有记录	1								
对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3							
结果 13 分	器械、物品清洗质量监测符合标准要求		3						
	器械、物品消毒灭菌合格率 100%		5						
	无菌物品包装规范、标识清楚，无不合格物品发放		5						
总分	100	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.器械、物品消毒灭菌合格率=检查合格的物品件数/检查物品总数×100%									
4.消毒供应中心医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准及《消毒供应中心管理规范》要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	血液透析室护理管理 质量评价标准	文件编号: ZLBZ-ZB05
护理质量评价标准		制订日期: 2014.05
		修订日期: 第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 12 分	制度 职责	有血液透析室护理工作制度	1						
		有血液透析室护理工作流程	1						
		有血液净化标准操作流程	1						
		有血液透析室突发事件的应急处理预案	1						
		有血液透析室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	每台血液透析机至少配备 0.4 名护士	1						
		护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格, 具备 3 年以上透析护理工作经验	1						
		护士具有 3 个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历	1						
		从事血液透析器复用的人员经过培训, 符合复用技术要求	1						
	设施 设备	建筑布局和工作流程符合医院感染控制要求	1						
		每个血液透析单元及水处理间的使用面积符合《血液透析室基本标准》与学科建设指南要求	1						
		设备、设施的配置满足医院临床工作需要, 符合国家法律、法规及相关标准要求	1						
过程 76 分	业务 管理	对护理人员进行血液净化专业理论培训和考核, 有记录	3						
		对护理人员进行血液净化专业技能培训和考核, 有记录	3						
		对护理人员进行血液净化常见并发症及透析意外的处理培训, 有记录	3						
		对护理人员进行设备操作培训, 有记录	1						
		对从事血液透析器复用的人员进行培训, 有记录	1						
		有效落实患者接诊、实名制登记与信息核对工作	1						
		患者卧位安全舒适	1						
		检查透析器材有无破损及过期, 有记录	3						
		对血液传播性疾病患者实施分区、专机隔离透析	1						
		连接、安装并预充透析器和管路, 调节透析机各项报警指标	1						
		按动静脉穿刺原则或导管处置原则正确建立患者血管通路	1						
		正确连接患者动静脉血路与透析器动静脉血路	3						
		操作中严格执行无菌操作原则	3						
		准确执行透析医嘱	3						
		透析过程中密切观察患者病情变化, 及时发现、处理治疗中的并发症	3						
		观察患者穿刺针眼、管路与透析器连接口有无渗(漏)血	3						
		每小时观察并记录生命体征及透析相关指标	1						
		诊疗过程中有效落实患者隐私保护措施	1						
		透析结束后包扎穿刺部位, 注意保暖	1						
		透析前后测量患者体重并记录	1						

		告知患者饮食、日常生活、自我管理注意事项	1						
		透析护理记录规范、准确、及时、完整	1						
		为患者建立透析档案，管理规范	1						
		按要求做好透析区域、透析机、物体表面及地面消毒擦拭	1						
		设施、设备专人负责日常管理	1						
		每台透析机建立信息档案，内容包括技术信息和操作信息、操作运行与维修记录等	1						
		每台水处理机建立信息档案，内容包括技术信息和操作信息、消毒和冲洗记录、保养维修记录等	1						
		专人规范配制透析液，双人查对，有记录	3						
		使用符合国家标准透析液和透析粉	1						
		有效落实透析器材登记制度与使用流程，有记录	1						
		有效落实《血液透析器复用操作规范》，告知患者并签署知情同意书	3						
		复用登记记录完整，复用案例与透析器可追溯	1						
		透析器及管路等一次性医用耗材有领取、使用登记	1						
		按照医疗废物管理条例规范处置医疗废物并登记	3						
		质量管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1					
	质控小组成员分工及职责明确		1						
	对年度血液透析总例数有统计分析		1						
	对年度血透中严重并发症发生例次有统计分析		1						
	对年度可复用透析器复用率与平均复用次数有统计分析		1						
	对年度腹膜透析例次有统计分析		1						
	对水处理质量进行监测（每月细菌培养 1 次，每 3 个月内毒素检测 1 次，化学污染物监测合格），有记录		1						
	透析用水定期进行残余氯及硬度检测及电导率监测，有记录		1						
	每月对水处理系统进行冲洗、消毒，有记录		1						
	每月对透析液进行细菌培养，有记录		1						
	不定期抽查透析液的电解质浓度，有记录		1						
	运用质量管理工具开展质量管理与持续改进		3						
	质量数据准确，上报及时		1						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3						
	结果 12 分		透析机及透析器材符合国家标准	3					
		透析液和透析粉符合国家标准	3						
		水处理设备符合国标要求	3						
		透析用水质量监测合格	3						
		总分 100	应得总分：						
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.血液透析室医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准及《血液透析室建设与管理指南》、《血液透析室管理规范》要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	产房护理管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB06
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 16 分	制度 职责	有产房护理工作制度	1						
		有产房护理工作流程	1						
		有助产技术规范	1						
		有产房突发事件的应急处理预案	1						
		有产房各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	每张产床至少配备 2 名护士，每 2~3 张待产床至少配备 1 名护士	1						
		护师以上职称占护士总数的 20%以上	1						
		助产人员有执业资格，且每年接受助产技术业务培训不少于 30 学时	3						
		护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格及 2 年以上产房护理工作经验	1						
	设施 设备	建筑布局和工作流程符合医院感染控制要求	1						
		一般设施设备、接产设备、新生儿专用设备及复苏抢救设备等，符合《四川省助产技术服务机构基本条件》要求	1						
		待产床每床使用面积不少于 6m ² ，分娩室面积不少于 20m ²	1						
		设有隔离待产床	1						
		产床与待产床的设置与医疗机构的服务能力、工作量及床位相适应	1						
过程 74 分	业务 管理	对护理人员进行《孕产期保健工作规范》和相关诊疗技术进行培训和考核，有记录	3						
		定期对护理人员进行新生儿相关疾病知识及新生儿复苏技术培训	3						
		对保洁员进行岗位培训与考核，有记录	1						
		对孕妇进行骨盆、胎位、胎心及胎先露检查，有记录	3						
		严密观察产程进展，正确绘制和应用产程图，发现产程异常及时处理，有记录	3						
		遵医嘱正确使用缩宫素	1						
		正确掌握手术助产指针，规范实施助产技术	3						
		助产过程中严格执行无菌技术操作	3						
		助产过程中落实职业防护措施	1						
		婴儿娩出后，正确处理脐带及新生儿评分	1						
		检查新生儿有无窒息，及时复苏并记录	1						
		检查新生儿有无产伤、出生缺陷，做好记录并上报	1						
		新生儿护理处置规范，保暖措施到位	1						
		新生儿佩戴腕带和胸卡，信息完整（包括产妇床号、姓名、住院号、出生时间、新生儿性别、体重、身长）	3						
		按《孕产期保健工作管理办法》，新生儿出生后 1 小时内，落实早吸吮和母婴抚触	3						
		产后仔细检查胎盘、胎膜、产道情况，有记录	3						

		产后严密观察产妇生命体征、宫缩及阴道出血情况，2 小时后转回母婴同室病区	3								
		实施陪伴分娩，为产妇提供全程生理及心理支持	1								
		有效落实孕产妇隐私保护	1								
		与母婴同室病区做好产妇及新生儿的交接，有记录	5								
		有效落实待产、接产、产后及新生儿安全核查，有记录	5								
		分娩、手术物品做到“三查对”（开包前、铺桌时、下台前），有记录	5								
		按要求规范处置胎盘、死胎或死婴，有记录	1								
		为孕产妇提供分娩全程健康教育（待产、分娩中配合、自我监测和产后注意事项）	1								
		有效落实产后回访，有记录	1								
		出生医学证明的开具符合相关规定，专人管理	3								
		手术器械、一次性物品专人管理，每日清理，有记录	1								
	质量管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1								
		小组成员分工及职责明确	1								
		对新生儿出生窒息死亡率有统计分析	1								
		对新生儿出生缺陷发生率有统计分析	1								
		运用质量管理工具开展质量管理与持续改进	3								
		相关质量数据准确、上报及时	3								
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3								
结果 10 分	抢救药品完好率 100%		5								
	新生儿复苏器材完好率 100%		5								
总 分	100	应得总分：									
实得总分：											
得分百分比：											
接受检查者签名：											
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示											
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%											
3.抢救药品完好率=抢救药品完好数量/抢救药品总数×100%											
4.新生儿复苏器材完好率=复苏器材完好数量/复苏器材总数×100%											
5.产房医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准及《四川省助产技术服务机构基本条件》要求执行和日常监管											

检查人：

四川省护理质量控制中心	新生儿病室护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB07
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 13 分	制度 职责	有新生儿病室护理工作制度	1						
		有新生儿病室护理工作流程	1						
		有新生儿病室护理专业技术规范	1						
		有新生儿病室突发事件的应急处理预案	1						
		有新生儿室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	新生儿病室护士与床位的比例不低于 0.6:1	1						
		1 名护理人员负责 4~6 名普通患儿或 2~3 名重症患儿	1						
		护士长具备护师（二级医院）、主管护师（三级医院）及以上任职资格且有 1 年（二级医院）~2 年（三级医院）以上新生儿护理工作经验	1						
		新生儿室护理人员专业理论考核合格	1						
		新生儿室护理人员专业技术考核合格	1						
	设施 设备	建筑布局和工作流程符合医院感染控制要求	1						
		配备光疗箱、保温、辐射式抢救台、新生儿监护仪或无创呼吸机等基础设施设备，符合《新生儿病室建设与管理指南》要求	1						
		每床使用面积不少于 3m ² 平方米，床间距不小于 1 米	1						
过程 77 分	业务 管理	对护理人员进行新生儿专业理论培训和考核，有记录	3						
		对护理人员进行新生儿专业技能培训和考核，有记录	3						
		对护工、护理员及保洁员进行岗位培训与考核，有记录	1						
		护工及护理员不单独从事危重患儿的生活护理	3						
		对工作人员进行突发事件的应急演练，有记录	3						
		使用“腕带”作为新生儿身份识别的标识	3						
		新生儿入、出暖箱或蓝光箱有记录	1						
		有效落实新生儿光疗、氧疗护理	3						
		有效落实皮肤护理，观察有无红臀、皮疹、破损、脓包疹等	3						
		新生儿保暖措施落实到位	3						
		新生儿体位护理落实到位	1						
		气管插管/机械通气患儿如无禁忌，抬高床头 30-45°	3						
		气管插管/机械通气患儿每 2~6 小时口腔护理 1 次	3						
		吸痰时严格执行无菌技术，操作规范	3						
		深静脉置管患儿保持导管穿刺部位清洁、干燥	3						
		定期更换穿刺点敷料（无菌纱布 2 天，专用贴膜 7 天），敷料出现潮湿、松动、污染时立即更换	1						

		置管及更换敷料时严格执行无菌技术操作	3						
		留置尿管患儿保持尿液引流系统通畅、完整	1						
		导尿管脱落、疑似阻塞或密闭系统破坏，更换导尿管	1						
		留置尿管患儿洗必泰清洁尿道口，至少 2 次/天	1						
		长期留置导尿管患儿，按常规更换导尿管和集尿袋	1						
		开展个性化喂养，按需喂养，方法正确	3						
		开展早产儿发展性照护（如鸟巢护理、婴儿抚触、非营养性吸吮护理）及指导	3						
		有效落实新生儿入、出院交接流程，与家属确认签字并记录入、出院时间	3						
		新生儿入、出病室对接送人员进行身份确认，做好病情、资料及物品交接，有记录	3						
		仪器设备专人负责日常管理,保养和维修有记录	1						
	质量管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理工作小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		对呼吸机相关肺炎（VAP）发病率有统计分析与改进	3						
		对中心静脉置管相关血流感染发生率有统计分析与改进	3						
		对留置导尿管相关泌尿系感染发病率有统计分析与改进	3						
		运用质量管理工具开展质量管理与持续改进	3						
		对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3						
结果 10 分		无喂养不当造成的不良事件	5						
		使用腕带识别新生儿身份落实率 100%	5						
总分	100	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.新生儿腕带使用落实率=使用腕带患儿数/检查患儿总数×100%									
4.新生儿室医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准及《新生儿病室建设与管理指南》要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	儿科重症监护室护理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB08
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 11 分	制度 职责	有儿科重症监护室护理工作制度	1						
		有儿科重症监护室护理工作流程	1						
		有儿科重症监护室突发事件的应急处理预案	1						
		有儿科重症监护室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	护理人员配置符合要求	1						
		经过危重症专科护士培训比例不低于 30%	1						
		护士长具有主管护师以上专业技术职务任职资格，有 2 年以上重症监护领域工作经验	1						
		护理人员有 2 年以上临床护理工作经验	1						
	设施 设备	建筑布局和工作流程符合医院感染控制要求	1						
		结合《重症医学科建设指南》及《新生儿病室建设与管理指南》要求，配备必要的监测和治疗设备	1						
		配备有单间，用于隔离患儿的收治	1						
过程 71 分	业务 管理	对护理人员进行儿科重症医学专业理论培训和考核，有记录	3						
		对护理人员进行儿科重症医学专业技能培训和考核，有记录	3						
		对工作人员进行医院感染管理相关知识培训，有记录	3						
		对工作人员进行突发事件的应急演练，有记录	3						
		对护工及护理员进行岗位培训与考核，有记录	1						
		护工及护理员不单独从事危重患儿的生活护理	1						
		对保洁员进行岗位培训与考核，有记录	1						
		使用“腕带”作为患儿身份识别的标识	3						
		有效落实患儿转入和转出标准及转出流程	1						
		患儿转入、转出专人护送，做好病情、资料及物品交接，有记录	3						
		患儿外出检查医护人员护送并备好急救用物	1						
		气管插管/机械通气患儿如无禁忌，抬高床头 30-45°	3						
		气管插管/机械通气患儿每 2~6 小时口腔护理 1 次	3						
		根据患儿需要指导正确咳嗽，必要时实施胸部物理治疗	1						
		吸痰时严格执行无菌技术，操作规范	3						
		深静脉置管患者保持导管穿刺部位清洁、干燥	1						
		定期更换穿刺点敷料（无菌纱布 2 天，专用贴膜 7 天），敷料出现潮湿、松动、污染时立即更换	3						
		置管及更换敷料时严格执行无菌技术操作	3						

		留置尿管患者保持尿液引流系统通畅、完整	1						
		导尿管脱落或尿管密闭系统破坏，更换导尿管	1						
		疑似导尿管阻塞更换导管，不得冲洗	1						
		长期留置导尿管患儿，按常规更换导尿管和集尿袋	3						
		开展个性化喂养，按需喂养，方法正确	3						
		有效落实皮肤护理，观察有无红臀、皮疹、破损、脓包疹等	3						
		仪器设备专人负责日常管理	1						
		仪器设备保养和维修有记录	1						
	质量管理	建立以科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		对呼吸机相关肺炎（VAP）发病率有统计分析与改进	3						
		对中心静脉置管相关血流感染发生率有统计分析与改进	3						
		对留置导尿管相关泌尿系感染发病率有统计分析与改进	3						
		运用管理工具开展质量管理与质量持续改进	3						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3						
结果 18分	仪器和设备保持随时启用状态		3						
	抢救技术操作考核合格率 100%		5						
	使用腕带识别新生儿身份落实率 100%		5						
	无护理不当造成的不良事件		5						
总分	100	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.抢救技术操作考核合格率=合格人数/考核总人数×100%									
4.新生儿腕带使用落实率=使用腕带患儿数/检查患儿总数×100%									
5.儿科重症监护室医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准及《重症医学科建设与管理指南（试行）》的要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	内窥镜室护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB09
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 14 分	制度 职责	有内窥镜室工作制度	1						
		有内窥镜室工作流程	1						
		有内窥镜室突发事件的应急预案	1						
		有内窥镜室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	内窥镜室护士数量、人员梯队与所承担的任务相适应，满足临床工作需要	1						
		护士长具备主管护师以上任职资格且 2 年以上内窥镜室工作经验	1						
		内窥镜室人员经过岗前培训及内镜检查专业技能培训	1						
		各类、各层级人员的资质能力符合要求	1						
	设施 设备	内镜室内镜及清洗消毒设备的配置与医院规模及接诊患者数相适应，符合《内窥镜清洗消毒技术规范》的要求	1						
		内镜检查室设计及空间区域划分符合环境保护、人员防护及医院感染管理的要求	1						
		有独立的内镜诊疗室和内镜清洗消毒室	1						
		按要求配备符合国家标准防护用品（如工作服、防渗透围裙、口罩、帽子、手套等）	1						
		所用设备、仪器、药品符合国家相关标准	1						
		医用耗材符合国家有关要求，证件齐全，质量和来源可追溯	1						
过程 73 分	业务 管理	对护理人员进行岗前及内镜检查专业知识培训，有记录	3						
		对工作人员进行医院感染管理相关知识培训，有记录	3						
		告知患者检查治疗目的，并协助完善知情同意书	1						
		告知患者检查治疗前、后注意事项及术中配合要点	3						
		不同部位内镜的诊疗工作分开进行	3						
		有效落实患者隐私保护	3						
		诊疗活动及内镜清洗消毒过程中防护措施落实到位	3						
		有效落实内镜及附件的清洗、消毒、灭菌流程	3						
		软式内镜的清洗、消毒、灭菌符合《内窥镜清洗消毒技术规范》要求	3						
		硬式内镜的清洗、消毒、灭菌符合卫生部《内窥镜清洗消毒技术规范》要求	3						
		内镜清洗消毒登记齐全，内容包括患者姓名、使用内镜的编号、清洗时间、消毒时间及操作人员姓名等，内镜质量可追溯	3						

		使用符合《消毒管理办法》的消毒剂、消毒器械或设备	1						
		按规范要求配置多酶洗液，浓度符合要求	3						
		多酶洗液浸泡时间符合要求，有记录	3						
		多酶洗液每清洗 1 条内镜后更换，有记录	3						
		不同部位内镜的清洗消毒设备分开使用	1						
		检查标本送检及时、规范	1						
		医疗废物处理符合医院感染管理感染控制的要求	1						
		内镜及附件灭菌后按无菌物品储存	3						
		专用柜或内镜存放间每周清洁消毒 1 次	1						
		专人负责设备维护保养，有记录	1						
		内镜及器械一人一用一消毒	1						
	质量管理	建立以科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		每日定时监测消毒剂浓度，有记录	3						
		定期对有关设备设施进行检测	3						
		消毒后的内镜每季度进行生物学监测，有记录	3						
		灭菌后的内镜每月进行生物学监测，有记录	3						
		按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息，信息真实、准确	3						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	3						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3						
结果 13 分	护士无违规执业，无超范围执业		3						
	消毒后的内镜监测合格（细菌总数＜20cfu/件，不能检出致病菌）		5						
	灭菌后的内镜及活检钳监测合格（无菌检测合格）		5						
总 分	100	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.内窥镜室医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准及《内窥镜清洗消毒技术规范》要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	介入诊疗室护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB10
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 8 分	制度 职责	有介入诊疗护理工作制度及介入室管理制度	1						
		有介入诊疗工作流程	1						
		有介入诊疗突发事件的应急处理预案	1						
		有介入诊疗室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	护理人员配置与医院功能任务相适应, 满足临床需要	1						
		护理人员经相应培训机构或三甲医院介入治疗专业技术培训 3 月以上, 并考核合格	1						
	设施 设备	设备设施符合《综合介入诊疗技术管理规范》等相关要求	1						
		有介入手术室(造影室), 设置符合诊疗技术管理规范	1						
过程 33 分	业务 管理	对护理人员进行介入治疗专业技术培训考核, 有记录	1						
		对护理人员进行介入诊疗突发事件应急预案培训, 有记录	1						
		定期对相关人员进行职业防护培训及演练, 有记录	1						
		为患者提供 24 小时介入诊疗服务	1						
		提供符合国家相关要求的防护用品	1						
		介入诊疗时患者敏感器官和组织有防护	1						
		介入诊疗时有效落实环境保护措施	1						
		介入诊疗时工作人员职业防护措施落实到位	1						
		手术安全核查落实到位, 记录完整	3						
		告知患者介入手术配合要点及注意事项	1						
		告知患者介入手术后药物治疗、活动等注意事项	3						
		定期对相关人员进行健康检查, 建立健康档案	1						
		工作人员佩戴放射剂量监测牌并执行特殊工种休假制度	1						
		使用经相关管理部门审批的综合介入诊疗器材, 有合格的相关证件	1						
		介入诊疗器材及药品专人负责管理	1						
		介入诊疗器材及药品专柜存放	1						
		介入诊疗器材购入、使用有登记, 器材来源可追溯	1						
		患者病历中留存植入体内的介入诊疗器材条形码或其他合格证明文件	1						
		规范使用一次性综合介入诊疗器材	1						
		急救器材及药品专人管理, 班班交接, 有记录	1						
		设备专人管理, 有保养、维护、维修记录	1						
		医疗废物管理规范, 符合要求	1						
	质量	建立科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						

	管理	质控小组成员分工及职责明确	1						
		定期对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测，放射剂量检测在标准范围内，有记录	1						
		运用管理工具，开展质量管理与持续改进	1						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3						
结果 9分	对介入手术室护理满意度 $\geq 90\%$		3						
	环境保护及职业防护落实到位，无职业危害事件发生		3						
	抢救药品器材完好率 100%		3						
总分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分 $\times 100\%$									
3.抢救药品器材完好率=急救物品器材完好数量/检查项目总数 $\times 100\%$									
4.介入诊疗室医院感染管理按照医院感染管理相关行业标准的要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	麻醉复苏室护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB11
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 9 分	制度 职责	有麻醉复苏室护理工作制度	1						
		有麻醉复苏室护理工作流程	1						
		有麻醉复苏室应急处理预案	1						
		有麻醉复苏室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	麻醉复苏室护理人员的配备满足临床需要	1						
		护理人员经麻醉复苏专业知识技能培训考核合格	1						
		护士长具有主管护师以上专业技术职务任职资格及以上专业技术职务任职资格	1						
	设施 设备	有独立的麻醉复苏室	1						
		麻醉复苏室设施设备配置符合国家相关要求	1						
过程 35 分	业务 管理	对护理人员进行手术后复苏专业知识与技能培训考核，有记录	1						
		对护理人员进行麻醉过程中的意外与并发症处理培训，有记录	1						
		对参与疼痛评估治疗的医护人员进行定期培训考核，有记录	1						
		严密观察患者生命体征、血氧饱和度等，有记录	3						
		观察患者术后镇痛效果及有无并发症，有记录	1						
		观察麻醉后患者的恢复状态，有记录	1						
		对患者进行 Steward 评分，有记录	1						
		遵医嘱正确、及时给予药物治疗	3						
		保持患者呼吸道通畅	3						
		吸痰时严格执行无菌技术，操作规范	1						
		各种导管标识清楚，护理规范	1						
		有效落实术后复苏患者转入和转出标准及流程（转出患者 Steward 评分≥4 分）	1						
		患者转入、转出专人护送，做好病情、资料及物品交接，有记录	3						
		准确记录患者转入、转出麻醉复苏室的时间	1						
		真实、准确、完整记录患者的监护和治疗处置过程	1						
		对患者进行访视，有记录	1						
		仪器设备专人管理，有保养和维修记录	1						
		麻醉药品专人管理，符合规范要求	1						
	质量 管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						

		质控小组成员分工及职责明确	1						
		对转入、转出（Steward 评分 ≥ 4 分）麻醉复苏室患者例数进行统计分析	1						
		运用质量管理工具进行质量管理与持续改进	3						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3						
结果 6分	抢救药品器材完好率 100%		3						
	麻醉护理记录合格率 95%（二级医院） \sim 100%（三级医院）		3						
总分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分 $\times 100\%$									
3.抢救药品器材完好率=抢救物品器材完好数量/检查项目总数 $\times 100\%$									
4.麻醉护理记录合格率=护理记录合格数/检查总数 $\times 100\%$									
5.麻醉复苏室医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	感染科护理管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB12
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常处理措施
结构 11 分	制度 职责	有感染科护理工作制度	1						
		有感染科护理工作流程	1						
		有感染科突发事件的应急处理预案	1						
		有感染科各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	感染科护士配置符合国家相关要求，满足临床工作需要	1						
		护士长具备主管护师及以上任职资格	1						
		护理人员经过传染病防治法律法规及感染性疾病专业知识技能培训合格	3						
	设施 设备	功能布局合理，分区清楚，符合医院感染预防与控制要求	1						
		医疗设施设备配置符合国家对医院感染性疾病科建设要求	1						
过程 30 分	业务 管理	对工作人员进行传染病防治知识和技能培训，有记录	3						
		对工作人员进行医院感染控制相关制度、规范的培训与考核，有记录	1						
		对工作人员进行职业暴露应急处理的培训及演练，有记录	3						
		对护理人员进行突发事件应急处理的培训演练，有记录	1						
		公示感染性疾病的就诊流程	1						
		不同种类感染性疾病患者分室安置、隔离标识清楚	1						
		根据疾病传播途径及危险程度采取分级防护措施	3						
		为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品	1						
		为患者进行诊疗处置时采取适宜的防护措施	3						
		采用多种形式向患者/家属提供常见传染病预防知识	1						
		协助疾病预防控制中心进行疫情调查、采样与处理	1						
		传染病按规定时间上报相关部门，登记项目完整	1						
		按规范要求处置各类医疗废物	1						
	质量 管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		对职业暴露案例有统计分析与改进	1						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	3						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3						
	结果 9 分	无因管理问题导致传染病播散		3					
相关人员对职业防护和职业暴露处置知晓率≥95%（二级医院）～100%（三级医院）		1							
传染病防治知识与技能考核合格率≥95%（二级医院）～100%（三		3							

	级医院)							
	传染病处置流程知晓率≥95% (二级医院) ~100% (三级医院)	1						
	传染病报告率、报告及时率 100%	1						
总 分	50	应得总分:						
		实得总分:						
		得分百分比:						
		接受检查者签名:						
注: 1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示; 不符合要求在检查结果栏内“×”表示; 不涉及该项目, 在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.职业防护、职业暴露及传染病处置知晓率=知晓人员总数/抽查人员总数×100%								
4.传染病防治知识与技能考核合格率=考核合格人数/考核总人数×100%								
5.感染性疾病科医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准及国家对二级以上综合医院感染性疾病科建设要求执行和日常监管								

检查人:

四川省护理质量控制中心	康复医学科护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB13
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 12 分	制度 职责	有康复科护理工作制度	1						
		有康复科护理工作流程	1						
		有康复护理常规	1						
		有康复护理技术操作规范	1						
		有康复意外紧急处置预案与流程	1						
		有康复科各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	康复科护士与床位的比例不低于 0.3:1	1						
		护士长具备主管护师及以上任职资格	1						
		护理人员经过康复护理知识与技能的培训与考核	1						
	设施 设备	门诊、病区及相关公用场所符合国家无障碍设计规定的相关标准要求	1						
		设施设备配备符合《综合医院康复医学科基本标准（试行）》要求	1						
		每床使用面积不少于 6m ² ，床间距不少于 1.2m ²	1						
过程 32 分	业务 管理	对护理人员进行康复护理知识与技能的培训，有记录	3						
		对护理人员进行康复意外紧急处置预案与流程培训，有记录	1						
		对护理人员进行质量与安全的教育与培训，有记录	1						
		对患者进行康复护理评定（如 ADL 评分等），有记录	1						
		根据患者病情制定康复护理计划	3						
		告知患者 / 家属康复护理计划	1						
		有效落实康复护理计划	3						
		对康复护理计划进行阶段评价，有记录	1						
		患者卧位安全	1						
		患侧肢体良姿位摆放	1						
		有效落实患者隐私保护措施	1						
		为患者提供轮椅、平车、助行器等便民措施	1						
		对出院/转诊患者进行随访，提供康复训练指导	1						
		为出院患者提供预约诊疗服务，有记录	1						
		告知患者 / 家属康复治疗护理的目的、注意事项及配合要点等	1						
		仪器设备专人负责日常管理	1						
		康复设备每 3 个月检查 1 次，有记录	1						
	质量 管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		运用质量管理工具进行质量管理与持续改进	3						

		质量管理资料完整，体现持续改进成效	1						
		对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3						
结果 6分		护理人员质量与安全的培训完成率≥90%	3						
		康复设备完好率≥90%	3						
总分	50	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1. 能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2. 应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3. 质量与安全培训率=接受培训护理人员数/康复护理人员总数×100%									
4. 康复设备完好率=设备完好数/康复设备总数×100%									
5. 康复医学科医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	肿瘤科护理管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB14
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 9 分	制度 职责	有肿瘤科护理工作制度	1						
		有肿瘤科护理工作流程	1						
		有肿瘤科突发事件的应急预案	1						
		有肿瘤科各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	肿瘤科护士配置符合国家相关要求，满足临床工作需要	1						
		护士长具有主管护师及以上专业技术职务任职资格及 3 年以上专业护理工作经验	1						
		护理人员经过肿瘤疾病专业知识技能培训	1						
	设施 设备	功能布局合理，符合医院感染管理要求	1						
		医疗设备和设施配置符合国家相关要求	1						
过程 35 分	业务 管理	对护理人员进行肿瘤疾病专业知识技能培训，有记录	3						
		对护理人员进行化疗药物外渗、外溅及疼痛治疗风险防范等应急处理的培训，有记录	1						
		实施化疗药物集中配制	1						
		落实化疗药物预处理和给药流程，化疗给药双人核查	1						
		观察和处理患者化疗毒性反应及化疗药物渗漏	1						
		为护理人员提供符合国家相关要求的职业防护用品	1						
		为患者进行化疗时采取有效的防护措施	1						
		按照医疗废物管理条例规范处置化疗废弃物	1						
		患者入院后 8 小时内完成疼痛评估，有记录	1						
		对癌痛患者选择合适的评分方法进行动态评估，有记录	1						
		观察患者疼痛程度、性质变化状况，有记录	1						
		遵医嘱按规定时间间隔规律性给予止痛药，有记录	3						
		记录患者疼痛治疗药物种类及剂量滴定、疼痛程度及病情变化及药物副反应	1						
		实施癌痛健康教育，患者能正确进行疼痛评分	1						
		对出院癌痛患者止痛治疗效果进行追踪随访	1						
		为患者实施有创诊疗（如有创镇痛诊疗操作、PICC 及中心静脉置管等）前，主动与患者/家属沟通，并履行书面同意手续	1						
		置管记录及时完整	1						
		对实施有创操作人员实行资格授权管理，有记录	1						
		告知患者导管维护相关知识及注意事项	1						
		告知患者化疗、放疗及疼痛治疗相关知识及注意事项	1						
		告知患者局部皮肤保护、肢体功能锻炼方法及注意事项	1						

		关注患者/家属的心理需求，提供个性化护理服务及心理指导	1						
	质量管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		开展全程癌痛治疗质量监控，定期评价疼痛诊疗效果	1						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	3						
		对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3						
结果 6分		癌痛治疗病历档案完整，定期总结评价	3						
		知情同意资料完整，填写齐全	3						
总分	50	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3. 肿瘤科医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	中医科护理管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB15
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 13 分	制度 职责	有中医科护理工作制度	1						
		有中医科护理工作流程	1						
		有国家中医药管理局发布的优势病种中医护理方案，无方案的病种有相关疾病护理常规	1						
		有中医护理技术操作规程	1						
		有中医科突发事件的应急处理预案	1						
		有中医科各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	护理人员总数与实际床位比不低于 0.4 : 1	1						
		护士长具有主管护师及以上任职资格，从事中医临床护理 5 年以上，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术	1						
		护理人员接受过中医药知识技能岗位培训	1						
	设施 设备	设施设备配备符合《综合医院中医临床科室基本标准》要求	1						
		床位设置与医院规模和临床需要相适应（床位占医院床位数≥5%）	1						
		每床使用面积不少于 6m ²	1						
		根据医院实际设置规范的中药房与中药煎药室	1						
过程 31 分	业务 管理	对护理人员进行中医药专业知识培训，有记录	3						
		对护理人员进行中医护理方案及中医护理常规培训，有记录	3						
		对护理人员进行中医护理技术操作规程培训，有记录	1						
		对护理人员进行突发事件的应急处理培训，有记录	1						
		开展中医特色护理服务	3						
		遵医嘱正确实施中医药治疗	3						
		观察患者治疗不良反应，有记录	1						
		为患者提供多种形式具有中医特色的康复和健康指导	3						
		告知患者中药服药方法及注意事项	1						
		告知患者膳食、康复锻炼、养生保健等相关知识及注意事项	3						
		为患者提供出院后随访和预约服务，有记录	1						
	质量 管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	3						

	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3						
结果 6分	病床使用率≥85%	3						
	为患者提供中医特色健康教育覆盖率 100%	3						
总分	50	应得总分：						
		实得总分：						
		得分百分比：						
		接受检查者签名：						
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.中医特色健康教育覆盖率=接受中医特色健康教育患者人数/检查患者总人数×100%								
4.中医科医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准要求执行和日常监管								

检查人：

四川省护理质量控制中心	移植病区护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB16
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 12 分	制度 职责	有移植病区护理工作制度	1						
		有移植病区护理工作流程	1						
		有移植病区突发事件的应急处理预案	1						
		有移植病区各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	移植病区护士配置符合国家相关要求，满足临床工作需要	1						
		护士长具备主管护师及以上任职资格，有 3 年以上移植患者护理经验	1						
		护理人员经过器官移植专业培训并考核合格	3						
	设施 设备	功能布局合理，分区明确，符合医院感染管理要求	1						
		医疗设备设施配置符合国家对移植技术管理规范的要求	1						
		移植病房床位设置符合国家对移植技术管理规范的要求	1						
过程 35 分	业务 管理	对护理人员进行器官移植专业知识和技能的培训，有记录	3						
		护理人员进行器官移植相关技术规范培训，有记录	3						
		对护理人员进行医院感染预防及消毒隔离相关知识和技能的培训，有记录	1						
		关注患者/家属的心理需求，提供个性化护理服务及心理指导	1						
		为移植患者提供符合要求的隔离病房（500 个/立方米细菌含量以下）	1						
		术后严密监测患者生命体征，切口情况等，有记录	1						
		密切观察患者有无排斥反应，及时报告医生并协助处理，有记录	3						
		根据医嘱准确记录出入量	1						
		为移植患者提供保护性隔离措施	1						
		各类导管标识清楚，护理规范	1						
		遵医嘱正确给予药物治疗	3						
		告知患者免疫抑制作用、服药方法、毒副作用及注意事项，有记录	3						
		告知患者 / 家属对患者进行保护性隔离的目的及注意事项	3						
		告知患者/家属出院后工作、生活及生育等注意事项	1						
		为移植患者提供术后随访服务，有记录	1						
	质量 管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	3						

	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3						
结果 3分	护理人员器官移植专业知识培训合格率 100%	3						
总分	50	应得总分：						
		实得总分：						
		得分百分比：						
		接受检查者签名：						
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示								
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%								
3.器官移植专业知识培训合格率=培训考核合格人数/参加培训的护理人员总数×100%								
4.移植病区医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准要求执行和日常监管								

检查人：

四川省护理质量控制中心	层流室护理管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB17
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

病历号及检查结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 11 分	制度 职责	有层流室护理工作制度	1						
		有层流室护理工作流程	1						
		有实施造血干细胞移植护理常规	1						
		有层流室突发事件的应急处理预案	1						
		有层流室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	层流室护士配置符合国家相关要求，满足临床工作需要	1						
		护士长具备主管护师及以上任职资格，有 3 年以上造血干细胞移植患者护理经验	1						
		护理人员经过造血干细胞移植培训	1						
	设施 设备	功能布局合理，分区明确，符合医院感染管理要求	1						
		医疗设备设施配置符合《非血缘造血干细胞移植技术管理规范》和《非血缘造血干细胞采集技术管理规范》要求	1						
		有 4 张床位以上的百级层流病房	1						
过程 36 分	业务 管理	对护理人员进行造血干细胞移植专业知识和技能的培训，有记录	3						
		对护理人员进行造血干细胞移植相关技术规范培训，有记录	3						
		对工作人员进行医院感染预防及消毒隔离相关知识培训，有记录	1						
		关注患者/家属的心理需求，提供个性化护理服务及心理指导	1						
		为造血干细胞移植患者提供符合要求的百级层流病房	1						
		术后严密监测患者生命体征、观察排斥反应，及时报告医生并协助处理，有记录	5						
		为患者提供保护性隔离措施	1						
		遵医嘱正确给予药物治疗	3						
		各类导管标识清楚，护理规范	3						
		告知患者免疫抑制作用、服药方法、毒副作用及注意事项，有记录	3						
		告知患者 / 家属对患者进行保护性隔离的目的及注意事项	1						
		告知患者/家属出院后工作、生活及生育等注意事项	1						
		为患者提供术后随访服务，有记录	1						
	质量	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管	1						

	管理	理小组							
		小组成员分工及职责明确	1						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	3						
		质量数据准确，上报及时	1						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3						
结果 3分	护理人员造血干细胞移植培训合格率 100%		3						
总分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.造血干细胞移植培训合格率=培训考核合格人数/应参加培训的护理人员总数×100%									
4.层流室医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	门诊护理管理质量 评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB18
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 14 分	制度 职责	有门诊管理工作制度	1						
		有门诊工作流程	1						
		有门诊突发事件的应急处理预案	1						
		有门诊各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	门诊护士数量与所承担的任务相适应，满足门诊工作需要	1						
		护士长具备护师以上任职资格且 2 年以上门诊工作经验	1						
		护理人员经过岗前培训及服务规范的培训	1						
	设施 设备	建筑布局符合患者就诊流程和医院感染管理需要	1						
		门诊有配备适宜座椅的等候休息区	1						
		有便于残疾人就诊的无障碍设施及辅助用具	1						
		有候诊排队提示系统	1						
		有明显的就诊与路径标识	1						
		有多种方式的出诊信息公示	1						
		有医院建筑平面图、清晰易懂的服务标识及安全警示标识	1						
过程 76 分	业务 管理	对工作人员进行突发事件应急处理的培训演练，有记录	3						
		对工作人员进行服务规范的培训，有记录	3						
		提供 24 小时入院服务	1						
		为患者提供多种形式的预约诊疗服务	1						
		有效落实分时段预约诊疗服务	1						
		设立咨询服务台，有效落实首问负责制	3						
		为患者提供就诊指南	1						
		设有流动护理服务岗位，主动巡视，根据患者需求引导就诊	3						
		优化门诊布局结构与就医流程，为患者提供便捷服务	1						
		提供多种便民措施（如轮椅、平车、雨伞、一次性纸杯等）	1						
		为患者提供医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目公示服务	1						
		对就诊患者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理	1						
		为特殊患者（如残疾人、无近亲属陪护行动不便患者）及有困难的患者提供导医、入院等服务	3						
		设置健康教育宣传栏，提供健康教育咨询	1						

		为患者提供健康资料	1						
		耐心解答患者提出的问题并提供咨询指导	3						
		告知患者特殊检查的相关准备及配合事项	3						
		诊疗过程中有效落实患者隐私保护	3						
		根据就诊患者流量调配医疗资源，满足患者就诊需要	1						
		临床科室没有空床或医疗设施有限时协调处理及时	1						
		患者入院专人护送，做好病情、资料及物品交接，有记录	3						
		为急危重症患者提供优先诊疗及入院服务	3						
		急危重症患者转运时医护人员护送并备好急救用物	3						
		出现紧急意外事件反应迅速，处理得当	3						
		开展预约诊疗及双向转诊服务，专人负责管理，有记录	3						
		对出院复诊患者、慢性病患者提供预约服务，有记录	1						
		门诊大厅、候诊区及诊室秩序良好	1						
	质量管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		对门诊预约率进行统计分析并改进	3						
		对门诊流量进行实时监测，合理调配医疗资源	3						
		开展患者满意度调查，有分析及改进措施	5						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	5						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		5						
结果 6分	三级医院患者预约率>门诊量 50%		5						
	患者对门诊护理服务满意度二级医院≥80~90%；三级医院 85%~95%		5						
总分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.门诊医院感染管理按照医院感染管理相关行业技术标准要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	急诊观察室护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB19
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门:

检查日期:

受检科室:

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 9 分	制度 职责	有急诊观察室护理工作制度	1						
		有急诊观察室护理工作流程	1						
		有急诊观察室突发事件的应急处理预案	1						
		有急诊观察室各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	急诊观察室护士数量与所承担的任务相适应, 满足临床工作需要	1						
		护士长具有主管护师(三级医院)或护师(二级医院)任职资格且 1 年(二级医院)~2 年(三级医院)以上急诊工作经验	1						
		急诊观察室人员经过岗前培训及急诊专业知识技能培训	1						
	设施 设备	功能布局合理符合医院感染控制和急诊快捷流程特点	1						
		仪器设备及药品配置符合《急诊科建设与管理指南(试行)》的标准要求	1						
过程 32	业务 管理	对护理人员进行抢救技能培训, 有记录	1						
		对护理人员进行突发事件应急处理的培训演练, 有记录	1						
		有效落实首问负责制	1						
		对观察床、椅进行固定编号管理	1						
		留观患者使用腕带作为身份识别标识	1						
		对急诊留观超过 72 小时的患者, 积极协调处理, 妥善安排	1						
		巡视观察患者病情,发现患者病情变化及时报告并协助处理	1						
		责任护士掌握留观患者主要病情及治疗	1						
		责任护士掌握留观患者主要护理问题及措施	1						
		责任护士掌握留观患者潜在危险及预防措施	1						
		按医嘱正确实施药物治疗	3						
		输液滴速与患者病情或医嘱要求相符	1						
		按医嘱正确实施各种治疗处置	1						
		治疗处置过程中患者隐私保护到位	1						
		各类导管标识清楚,护理规范	1						
		帮助/协助患者完成生活护理	1						
		急危重症患者外出检查医护人员护送并备好急救用物	1						
		患者入院、转诊专人护送, 并做好病情、资料及物品交接, 有记录	1						
		患者接受有创护理操作前告知患者/家属治疗目的及注意事项, 并履行书面同意手续	1						

		患者接受保护性约束前告知患者/家属目的及注意事项，并履行书面同意手续	1						
		根据患者/家属需求开展多种形式的健康指导	1						
		告知患者药物治疗、饮食、活动等相关注意事项	1						
		留观患者观察记录及时、准确、完整，符合规范要求	1						
		留观患者有完整的信息登记资料，能对患者的来源、去向以及观察治疗全过程进行追溯	1						
	质量管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		运用管理工具，开展质量管理与持续改进	1						
		对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3						
结果 9		抢救设备完好率 100%	3						
		抢救药品完好率 100%	3						
		无超过 72 小时留观患者	3						
总分	50	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.抢救药品完好率=抢救药品完好数量/抢救药品总数×100%									
4.抢救器材完好率=抢救器材完好数量/抢救器材总数×100%									
5.急诊观察室医院感染管理按照医院感染管理相关行业标准及《急诊科建设与管理指南（试行）》要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	儿科门急诊护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB20
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 9 分	制度 职责	有儿科门急诊护理工作制度	1						
		有儿科门急诊护理工作流程	1						
		有儿科门急诊突发事件的应急处理预案	1						
		有儿科门急诊各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	儿科门急诊护士数量与所承担的任务相适应，满足临床工作需要	1						
		护士长具有主管护师及以上专业技术职务任职资格，有 2 年以上儿科工作经验	1						
		护理人员经过岗前培训及儿科门急诊专业知识技能培训	1						
	设施 设备	功能布局合理符合医院感染控制和门急诊快捷流程特点	1						
		仪器设备配置满足临床工作需要，符合国家标准要求	1						
过程 35 分	业务 管理	对护理人员进行抢救知识技能培训，有记录	1						
		对护理人员进行突发事件应急处理的培训演练，有记录	1						
		有效落实首问负责制	3						
		主动巡视为有困难的患儿及家属提供帮助	1						
		为患儿及家属提供便民措施（如茶杯、开水等）	1						
		安全警示标识醒目，并提供安全相关指导	1						
		主动巡视及时发现患儿病情变化，积极配合处理与抢救	3						
		至少同时使用两种方式（如姓名、年龄、出生年月、病历号等）核对患儿身份	1						
		主动邀请患儿或其近亲属陈述患儿姓名	1						
		按医嘱正确实施药物治疗	3						
		输液滴速与患儿病情或医嘱要求相符	1						
		按医嘱正确实施各种治疗处置	3						
		治疗处置过程中隐私保护到位	1						
		急危重症患儿转运时医护人员护送并备好急救用物	3						
		急危重症患儿抢救记录及时、准确、完整，符合规范要求	1						
		根据患儿/家属需求开展多种形式（个别指导、集体讲解、文字宣传、座谈会等）的健康指导	1						
		告知患儿家属/家属饮食、活动、药物服用方法及药物注意事项	1						
		患儿接受有创护理操作前告知患者/家属治疗目的及注意事项，并履行书面同意手续	1						
		有完整的信息登记资料，能对患儿的来源、去向以及观	1						

		察治疗全过程进行追溯							
	质量管理	建立由科主任、护士长与相关人员组成质量与安全工作小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	1						
		对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录	3						
结果 6分		抢救器材完好率 100%	3						
		抢救药品完好率 100%	3						
总分	50	应得总分：							
		实得总分：							
		得分百分比：							
		接受检查者签名：							
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.抢救器材完好率=抢救器材完好数量/抢救器材总数×100%									
4.抢救药品完好率=抢救药品完好数量/抢救药品总数×100%									
5.儿科门急诊医院感染管理按照医院感染管理相关行业标准要求执行和日常监管									

检查人：

四川省护理质量控制中心	门诊口腔科护理管理 质量评价标准	文件编号：ZLBZ-ZB21
护理质量评价标准		制订日期：2014.05
		修订日期：第 0 次修订

检查部门：

检查日期：

受检科室：

受检人员及结果

项目	质量标准		分值						说明及异常 处理措施
结构 13 分	制度 职责	有门诊口腔科护理工作制度	1						
		有门诊口腔科护理工作流程	1						
		有常用口腔治疗材料调拌技术操作标准	1						
		有门诊口腔科突发事件的应急预案	1						
		有门诊口腔科各类、各层级护理人员工作职责	1						
	人力 资源	门诊护士与开放椅位之比不低于 0.4(二级医院)~0.6(三级医院): 1	1						
		门诊护士中具有大专及以上学历者≥20%(二级医院)~40%(三级医院)	1						
		护理人员经过口腔专业相关知识的培训	1						
		护士长具有护师及以上专业技术职务任职资格及 5 年以上专业护理工作经验(三级)	1						
	设施 设备	各诊疗区域划分明确、布局合理、符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要	1						
		医疗设施设备配置符合国家相关要求	1						
		各专业诊室牙科综合治疗椅位满足患者诊疗需要	1						
		每椅位净使用面积不得低于 6m ²	1						
过程 35 分	业务 管理	对护理人员进行口腔专业知识技能培训, 有记录	1						
		对护理人员进行常用口腔治疗材料调拌技术操作培训, 有记录	1						
		对护理人员进行“四手”操作技术培训考核, 有记录	1						
		对工作人员进行医院感染管理及职业防护相关知识培训, 有记录	1						
		告知患者检查治疗目的及注意事项	1						
		有创诊疗征得患者同意并协助完善知情同意书	1						
		患牙治疗前, 治疗医师、护士共同实施治疗牙位的核对并记录	3						
		护理人员按照工作流程主动配合治疗工作	1						
		诊疗过程中有效落实患者隐私保护措施	1						
		为患者提供多种形式的口腔健康指导	1						
		主动帮助患者协调解决就诊相关问题, 为老年人、孕妇、残疾人等特殊人群安排提前就诊服务	1						
		为患者提供预约诊疗服务	1						
		为患者提供便民服务	1						
		诊疗过程中有效落实个人防护	1						

		有效落实消毒隔离及牙科手机防回吸等措施	1						
		按《口腔诊疗器械消毒灭菌技术规范》要求，对器械进行回收、分类、清洗、保养及灭菌	1						
		有效落实口腔卫生材料使用三级管理（医院、科主任/护士长、医师），有记录	1						
		口腔卫生材料的使用符合医院感染管理有关要求	1						
		口腔诊疗器械灭菌处理规范	1						
		医疗废物处理符合医院感染管理感染控制的要求	1						
		医疗设备、口腔诊疗器械专人管理	1						
		专人负责设备维护保养，有记录	1						
	质量管理	建立以科主任、护士长与相关人员组成的质量与安全管理小组	1						
		质控小组成员分工及职责明确	1						
		进行患者满意度调查与分析改进	1						
		对开展"四手"操作率进行统计分析与改进	1						
		运用管理工具开展质量管理与持续改进	1						
	对上述工作有自查、总结、讲评、改进与记录		3						
结果 5分	人员配备合理，四手操作开展率二级医院≥10%~50%；三级医院≥60%~80%（不含教学用椅）	1							
	患者/家属对护理服务满意度二级医院≥80%-90%；三级医院≥85%-95%	3							
	医务人员手卫生正确率达100%	1							
总分	50	应得总分：							
实得总分：									
得分百分比：									
接受检查者签名：									
注：1.能正确执行者于检查结果栏内“√”表示；不符合要求在检查结果栏内“×”表示；不涉及该项目，在检查结果栏内“NA”表示									
2.应得总分=总分-未涉及项目分 实得总分=涉及项目得分总和 得分百分率=实得总分/应得总分×100%									
3.四手操作率=落实四手操作人次/检查总人次×100%									
4.门诊口腔科医院感染管理按照医院感染管理相关行业标准及《口腔诊疗器械消毒灭菌技术规范》要求执行和日常监管									

检查人：

第二部分

国家及卫生行政部门管理规范、学科建设指南、行业标准等

医院手术部（室）管理规范

（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强医院手术安全管理，指导并规范医院手术部（室）管理工作，保障医疗安全，根据《医疗机构管理条例》、《护士条例》和《医院感染管理办法》等有关法规、规章，制定本规范。

第二条 本规范适用于各级各类医院。其他设置手术部（室）的医疗机构，参照本规范进行管理。

第三条 医院应当根据本规范，完善医院手术部（室）管理的各项规章制度、技术规范和操作规程，并严格遵守执行，加强手术安全管理，提高医疗质量，保障患者安全。

第四条 各级卫生行政部门应当加强对医院手术安全的管理工作，对辖区内医院手术部（室）的设置与管理进行指导和检查，保证患者安全和医疗质量。

第二章 基本条件

第五条 医院手术部（室）应当具备与医院等级、功能和任务相适应的场所、设施、仪器设备、药品、手术器械、相关医疗用品和技术力量，保障手术工作安全、及时、有效地开展。

第六条 手术部（室）应当设在医院内便于接送手术患者的区域，宜临近重症医学科、临床手术科室、病理科、输血科（血库）、消毒供应中心等部门，周围环境安静、清洁。

医院应当设立急诊手术患者绿色通道。

第七条 手术部（室）的建筑布局应当遵循医院感染预防与控制的原则，做到布局合理、分区明确、标识清楚，符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。

则。

手术部（室）应设有工作人员出入通道、患者出入通道，物流做到洁污分开，流向合理。

第八条 手术间的数量应当根据医院手术科室的床位数及手术量进行设置，满足医院日常手术工作的需要。

第九条 手术间内应配备常规用药，基本设施、仪器、设备、器械等物品配备齐全，功能完好并处于备用状态。

手术间内部设施、温控、湿控要求应当符合环境卫生学管理和医院感染控制的基本要求。

第十条 手术部（室）应当根据手术量配备足够数量的手术室护士，人员梯队结构合理。

三级医院手术部（室）护士长应当具备主管护师及以上专业技术职务任职资格和 5 年及以上手术室工作经验，具备一定管理能力。二级医院手术部（室）护士长应当具备护师及以上专业技术职务任职资格和 3 年及以上手术室工作经验，具备一定管理能力。

手术室护士应当接受岗位培训并定期接受手术室护理知识与技术的再培训。

根据工作需要，手术室应当配备适当数量的辅助工作人员和设备技术人员。

第十一条 洁净手术部的建筑布局、基本配备、净化标准和用房分级等应当符合《医院洁净手术部建筑技术规范 GB50333—2002》的标准，辅助用房应当按规定分洁净和非洁净辅助用房，并设置在洁净和非洁净手术部的不同区域内。

第三章 手术安全管理

第十二条 手术部（室）应当与临床科室等有关部门加强联系，密切合作，以患者为中心，保证患者围手术期各项工作的顺利进行。

第十三条 手术部（室）应当建立手术标本管理制度，规范标本的保存、登记、送检等流程，有效防止标本差错。

第十四条 手术部（室）应当建立手术安全核查制度，与临床科室等有关部门共同实施，确保手术患者、部位、术式和用物的正确。

第十五条 手术部（室）应当加强手术患者体位安全管理，安置合适体位，

防止因体位不当造成手术患者的皮肤、神经、肢体等损伤。

第十六条 手术部（室）应当建立并实施手术中安全用药制度，加强特殊药品的管理，指定专人负责，防止用药差错。

第十七条 手术部（室）应当建立并实施手术物品清点制度，有效预防患者在手术过程中的意外伤害，保证患者安全。

第十八条 手术部（室）应当加强手术安全管理，妥善保管和安全使用易燃易爆设备、设施及气体等，有效预防患者在手术过程中的意外灼伤。

第十九条 手术部（室）应当制订并完善各类突发事件应急预案和处置流程，快速有效应对意外事件，并加强消防安全管理，提高防范风险的能力。

第二十条 手术部（室）应当根据手术分级管理制度安排手术及工作人员。

第二十一条 手术部（室）工作人员应当按照病历书写有关规定书写有关医疗文书。

第四章 医院感染预防与控制

第二十二条 手术部（室）应当加强医院感染管理，建立并落实医院感染预防与控制相关规章制度和工作规范，并按照医院感染控制原则设置工作流程，降低发生医院感染的风险。

第二十三条 手术部（室）应当通过有效的医院感染监测、空气质量控制、环境清洁管理、医疗设备和手术器械的清洗消毒灭菌等措施，降低发生感染的危险。

手术部（室）应当严格限制非手术人员的进入。

第二十四条 手术部（室）应当严格按照《医院感染管理办法》及有关文件的要求，使用手术器械、器具及物品，保证医疗安全。

第二十五条 手术部（室）的工作区域，应当每 24 小时清洁消毒一次。连台手术之间、当天手术全部完毕后，应当对手术间及时进行清洁消毒处理。

实施感染手术的手术间应当严格按照医院感染控制的要求进行清洁消毒处理。

第二十六条 手术部（室）应当与临床科室等有关部门共同实施患者手术部

位感染的预防措施，包括正确准备皮肤、有效控制血糖、合理使用抗菌药物以及预防患者在手术过程中发生低体温等。

第二十七条 医务人员在实施手术过程中，必须遵守无菌技术原则，严格执行手卫生规范，实施标准预防。

第二十八条 手术部（室）应当加强医务人员的职业卫生安全防护工作，制订具体措施，提供必要的防护用品，保障医务人员的职业安全。

第二十九条 手术部（室）的医疗废物管理应当按照《医疗废物管理条例》及有关规定进行分类、处理。

第五章 质量管理

第三十条 医院应当建立健全手术部（室）的质量控制和持续改进机制，加强质量管理和手术相关不良事件的报告、调查和分析，定期实施考核。

第三十一条 医院应当建立手术部（室）质量管理档案追溯制度，加强质量过程和关键环节的监督管理。

第三十二条 各级卫生行政部门应当加强对所辖区域医院手术部（室）工作的检查与指导，促进手术部（室）工作质量的持续改进和提高。

第六章 附则

第三十三条 本规范自 2010 年 1 月 1 日起施行。

重症医学科建设与管理指南（试行）

第一章 总则

第一条 为加强对医疗机构重症医学科的建设与管理，保证医疗服务质量，提高医疗技术水平，合理使用医疗资源，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律法规，制定本指南。

第二条 医院的重症医学科参照本指南建设和管理。

第三条 重症医学科负责对危重患者及时提供全面、系统、持续、严密的监护和救治。

第四条 重症医学科以综合性重症患者救治为重点，独立设置，床位向全院开放。

第五条 各级卫生行政部门应加强对医院重症医学科的指导和检查；医院应加强对重症医学科的规范化建设和管理，落实其功能任务，保持患者转入转出重症医学科的通道畅通，保证医疗质量和安全，维护医患双方合法权益。

第二章 基本条件

第六条 重症医学科应具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。

第七条 重症医学科必须配备足够数量、受过专门训练、掌握重症医学的基本理念、基础知识和基本操作技术，具备独立工作能力的医护人员。其中医师人数与床位数之比应为 0.8:1 以上，护士人数与床位数之比应为 3:1 以上；可以根据需要配备适当数量的医疗辅助人员，有条件的医院还可配备相关的设备技术与维修人员。

第八条 重症医学科至少应配备一名具有副高以上专业技术职务任职资格的医师担任主任，全面负责医疗护理工作和质量建设。

重症医学科的护士长应当具有中级以上专业技术职务任职资格，在重症监护领域工作 3 年以上，具备一定管理能力。

第九条 重症医学科必须配置必要的监测和治疗设备，以保证危重症患者的救治需要。

第十条 医院相关科室应具备足够的技术支持能力，能随时为重症医学科提供床旁 B 超、血液净化仪、X 线摄片等影像学，以及生化和细菌学等实验室检查。

第十一条 重症医学科病床数量应符合医院功能任务和实际收治重症患者的需要，三级综合医院重症医学科床位数为医院病床总数的 2%-8%，床位使用率以 75%为宜，全年床位使用率平均超过 85%时，应该适度扩大规模。重症医学科每天至少应保留 1 张空床以备应急使用。

第十二条 重症医学科每床使用面积不少于 15 平方米，床间距大于 1 米；每个病房最少配备一个单间病房，使用面积不少于 18 平方米，用于收治隔离病人。

第十三条 重症医学科位于方便患者转运、检查和治疗的区域，并宜接近手术室、医学影像学科、检验科和输血科（血库）等。

第三章 质量管理

第十四条 重症医学科应当建立健全各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，并严格遵守执行，保证医疗服务质量。

第十五条 重症医学科应当加强质量控制和管理，指定专（兼）职人员负责医疗质量和安全管理。

医院应加强对重症医学科的医疗质量管理与评价，医疗、护理、医院感染等管理部门应履行日常监管职能。

第十六条 重症医学科收治以下患者：

（一）急性、可逆、已经危及生命的器官或者系统功能衰竭，经过严密监护和加强治疗短期内可能得到恢复的患者。

（二）存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过严密的监护和有效治疗可能减少死亡风险的患者。

（三）在慢性器官或者系统功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过严密监护和治疗可能恢复到原来或接近原来状态的患者。

（四）其他适合在重症医学科进行监护和治疗的患者。

慢性消耗性疾病及肿瘤的终末状态、不可逆性疾病和不能从加强监测治疗中获得益处的患者，一般不是重症医学科的收治范围。

第十七条 下列病理状态的患者应当转出重症医学科：

（一）急性器官或系统功能衰竭已基本纠正，需要其他专科进一步诊断治疗；

（二）病情转入慢性状态；

（三）病人不能从继续加强监护治疗中获益。

第十八条 重症医学科的患者由重症医学科医师负责管理，患者病情治疗需要时，其他专科医师应及时提供会诊。

第十九条 医院应采取措施保证重症医学科医师和护士具备适宜的技术操作能力，并定期进行评估。

第二十条 对入住重症医学科的患者应进行疾病严重度评估，为评价重症医学科资源使用的适宜性与诊疗质量提供依据。

第二十一条 医院应建立和完善重症医学科信息管理系统，保证重症医学科及时获得医技科室检查结果，以及质量管理与医院感染监控的信息。

第二十二条 重症医学科的药品、一次性医用耗材的管理和使用应当有规范、有记录。

第二十三条 重症医学科的仪器和设备必须保持随时启用状态，定期进行质量控制，由专人负责维护和消毒，抢救物品有固定的存放地点。

第四章 医院感染管理

第二十四条 重症医学科要加强医院感染管理，严格执行手卫生规范及对特殊感染患者的隔离。严格执行预防、控制呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致感染的各项措施，加强耐药菌感染管理，对感染及其高危因素实行监控。

第二十五条 重症医学科的整体布局应该使放置病床的医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域和医务人员生活辅助用房区域等有相对的独立性，以减少彼此之间的干扰和控制医院感染。

第二十六条 重症医学科应具备良好的通风、采光条件。医疗区域内的温度应维持在 $(24 \pm 1.5)^\circ\text{C}$ 左右。具备足够的非接触性洗手设施和手部消毒装置，单间每床1套，开放式病床至少每2床1套。

第二十七条 对感染患者应当依据其传染途径实施相应的隔离措施，对经空气感染的患者应当安置负压病房进行隔离治疗。

第二十八条 重症医学科要有合理的包括人员流动和物流在内的医疗流向，有条件的医院可以设置不同的进出通道。

第二十九条 重症医学科应当严格限制非医务人员的探访；确需探访的，应穿隔离衣，并遵循有关医院感染预防控制的规定。

第三十条 重症医学科的建筑应该满足提供医护人员便利的观察条件和在必要时尽快接触病人的通道。装饰必须遵循不产尘、不积尘、耐腐蚀、防潮防霉、防静电、容易清洁和符合防火要求的原则。

第五章 监督管理

第三十一条 省级卫生行政部门可以设置省级重症医学科质量控制中心或者其他有关组织对辖区内医疗机构的重症医学科进行质量评估与检查指导。

第三十二条 医疗机构应当配合卫生行政部门及其委托的重症医学质量控制中心或者其他组织开展对重症医学科的检查和指导，不得拒绝和阻挠，不得提供虚假材料。

第六章 附则

第三十三条 设在医疗机构相关科室内开展本科重症患者治疗的科室和病房参照本指南管理。

第三十四条 本指南由卫生部负责解释。

附件：1. 重症医学科医护人员基本技能要求

2. 重症医学科基本设备

重症医学科医护人员基本技能要求

一、医师

(一) 经过严格的专业理论和技术培训并考核合格。

(二) 掌握重症患者重要器官、系统功能监测和支持的理论与技能，要对脏器功能及生命的异常信息具有足够的快速反应能力：休克、呼吸功能衰竭、心功能不全、严重心律失常、急性肾功能不全、中枢神经系统功能障碍、严重肝功能障碍、胃肠功能障碍与消化道大出血、急性凝血功能障碍、严重内分泌与代谢紊乱、水电解质与酸碱平衡紊乱、肠内与肠外营养支持、镇静与镇痛、严重感染、多器官功能障碍综合症、免疫功能紊乱。要掌握复苏和疾病危重程度的评估方法。

(三) 除掌握临床科室常用诊疗技术外，应具备独立完成以下监测与支持技术的能力：心肺复苏术、颅内压监测技术、人工气道建立与管理、机械通气技术、深静脉及动脉置管技术、血流动力学监测技术、持续血液净化、纤维支气管镜等技术。

二、护士

(一) 经过严格的专业理论和技术培训并考核合格。

(二) 掌握重症监护的专业技术：输液泵的临床应用和护理，外科各类导管的护理，给氧治疗、气道管理和人工呼吸机监护技术，循环系统血液动力学监测，心电监测及除颤技术，血液净化技术，水、电解质及酸碱平衡监测技术，胸部物理治疗技术，重症患者营养支持技术，危重症患者抢救配合技术等。

(三) 除掌握重症监护的专业技术外，应具备以下能力：各系统疾病重症患者的护理、重症医学科的医院感染预防与控制、重症患者的疼痛管理、重症监护的心理护理等。

重症医学科基本设备

一、 每床配备完善的功能设备带或功能架，提供电、氧气、压缩空气和负压吸引等功能支持。每张监护病床装配电源插座 12 个以上，氧气接口 2 个以上，压缩空气接口 2 个和负压吸引接口 2 个以上。医疗用电和生活照明用电线路分开。每个床位的电源应该是独立的反馈电路供应。重症医学科应有备用的不间断电力系统（UPS）和漏电保护装置；每个电路插座都应在主面板上有独立的电路短路器。

二、应配备适合的病床，配备防褥疮床垫。

三、每床配备床旁监护系统，进行心电、血压、脉搏血氧饱和度、有创压力监测等基本生命体征监护。为便于安全转运患者，每个重症加强治疗单元至少配备 1 台便携式监护仪。

四、 三级综合医院的重症医学科原则上应该每床配备 1 台呼吸机，二级综合医院的重症医学科可根据实际需要配备适当数量的呼吸机。每床配备简易呼吸器（复苏呼吸气囊）。为便于安全转运患者，每个重症加强治疗单元至少应有 1 台便携式呼吸机。

五、每床均应配备输液泵和微量注射泵，其中微量注射泵原则上每床 4 台以上。另配备一定数量的肠内营养输注泵。

六、其他必配设备：心电图机、血气分析仪、除颤仪、心肺复苏抢救装备车（车上备有喉镜、气管导管、各种管道接头、急救药品以及其他抢救用具等）、纤维支气管镜、升降温设备等。三级医院必须配置血液净化装置、血流动力学与氧代谢监测设备。

急诊科建设与管理指南（试行）

第一章 总 则

第一条 为指导和加强医疗机构急诊科的规范化建设和管理，促进急诊医学的发展，提高急诊医疗水平，保证医疗质量和医疗安全，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律法规，制定本指南。

第二条 二级以上综合医院急诊科按照本指南建设和管理。

第三条 急诊科是医院急症诊疗的首诊场所，也是社会医疗服务体系的重要组成部分。急诊科实行 24 小时开放，承担来院急诊患者的紧急诊疗服务，为患者及时获得后续的专科诊疗服务提供支持和保障。

第四条 各级卫生行政部门应当加强对急诊科的指导和监督，医院应当加强急诊科的建设和管理，不断提高急救能力和诊疗水平，保障医疗质量和安全。

第二章 设置与运行

第五条 急诊科应当具备与医院级别、功能和任务相适应的场所、设施、设备、药品和技术力量，以保障急诊工作及时有效开展。

第六条 急诊科应当设在医院内便于患者迅速到达的区域，并临近大型影像检查等急诊医疗依赖较强的部门。

急诊科入口应当通畅，设有无障碍通道，方便轮椅、平车出入，并设有救护车通道和专用停靠处；有条件的可分设普通急诊患者、危重伤病患者和救护车出入通道。

第七条 急诊科应当设医疗区和支持区。医疗区包括分诊处、就诊室、治疗室、处置室、抢救室和观察室，三级综合医院和有条件的二级综合医院应当设急诊手术室和急诊重症监护室；支持区包括挂号、各类辅助检查部门、药房、收费等部门。

医疗区和支持区应当合理布局，有利于缩短急诊检查和抢救距离半径。

第八条 急诊科应当有醒目的路标和标识，以方便和引导患者就诊，与手术室、重症医学科等相连接的院内紧急救治绿色通道标识应当清楚明显。在医院挂号、化验、药房、收费等窗口应当有抢救患者优先的措施。

第九条 急诊科医疗急救应当与院前急救有效衔接，并与紧急诊疗相关科室的服务保持连续与畅通，保障患者获得连贯医疗的可及性。

第十条 急诊科应当明亮，通风良好，候诊区宽敞，就诊流程便捷通畅，建筑格局和设施应当符合医院感染管理的要求。儿科急诊应当根据儿童的特点，提供适合患儿的就诊环境。

第十一条 急诊科抢救室应当临近急诊分诊处，根据需要设置相应数量的抢救床，每床净使用面积不少于 12 平方米。抢救室内应当备有急救药品、器械及心肺复苏、监护等抢救设备，并应当具有必要时施行紧急外科处置的功能。

第十二条 急诊科应当根据急诊患者流量和专业特点设置观察床，收住需要在急诊临时观察的患者，观察床数量根据医院承担的医疗任务和急诊病人量确定。急诊患者留观时间原则上不超过 72 小时。

第十三条 急诊科应当设有急诊通讯装置（电话、传呼、对讲机）。有条件的医院可建立急诊临床信息系统，为医疗、护理、感染控制、医技、保障和保卫等部门及时提供信息，并逐步实现与卫生行政部门和院前急救信息系统的对接。

第三章 人员配备

第十四条 急诊科应当根据每日就诊人次、病种和急诊科医疗和教学功能等配备医护人员。

第十五条 急诊科应当配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。

第十六条 急诊科应当有固定的急诊医师，且不少于在岗医师的 75%，医师梯队结构合理。

除正在接受住院医师规范化培训的医师外，急诊医师应当具有 3 年以上临床工作经验，具备独立处理常见急诊病症的基本能力，熟练掌握心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、心电复律、呼吸机、血液净化及创伤急救等基本技能，并定期接受急救技能的再培训，再培训间隔时间原则上不超过 2 年。

第十七条 三级综合医院急诊科主任应由具备急诊医学副高以上专业技术职务任职资格的医师担任。二级综合医院的急诊科主任应当由具备急诊医学中级以上专业技术职务任职资格的医师担任。

急诊科主任负责本科的医疗、教学、科研、预防和行政管理工作，是急诊科

诊疗质量、病人安全管理和学科建设的第一责任人。

第十八条 急诊科应当有固定的急诊护士，且不少于在岗护士的 75%，护士结构梯队合理。

急诊护士应当具有 3 年以上临床护理工作经验，经规范化培训合格，掌握急诊、危重症患者的急救护理技能，常见急救操作技术的配合及急诊护理工作内涵与流程，并定期接受急救技能的再培训，再培训间隔时间原则上不超过 2 年。

第十九条 三级综合医院急诊科护士长应当由具备主管护师以上任职资格和 2 年以上急诊临床护理工作经验的护士担任。二级综合医院的急诊科护士长应当由具备护师以上任职资格和 1 年以上急诊临床护理工作经验的护士担任。

护士长负责本科的护理管理工作，是本科护理质量的第一责任人。

第二十条 急诊科以急诊医师及急诊护士为主，承担各种病人的抢救、鉴别诊断和应急处理。急诊患者较多的医院，还应安排妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科等医师承担本专业的急诊工作。

第二十一条 急诊科可根据实际需要配置行政管理和其他辅助人员。

第四章 科室管理

第二十二条 急诊科应当建立健全并严格遵守执行各项规章制度、岗位职责和相关诊疗技术规范、操作规程，保证医疗服务质量及医疗安全。

第二十三条 急诊科应当根据急诊医疗工作制度与诊疗规范的要求，在规定时间内完成急救诊疗工作。急诊实行首诊负责制，不得以任何理由拒绝或推诿急诊患者，对危重急诊患者按照“先及时救治，后补交费用”的原则救治，确保急诊救治及时有效。

第二十四条 急诊应当制定并严格执行分诊程序及分诊原则，按病人的疾病危险程度进行分诊，对可能危及生命安全的患者应当立即实施抢救。

第二十五条 急诊科要设立针对不同病情急诊病人的停留区域，保证抢救室危重病人生命体征稳定后能及时转出，使其保持足够空间便于应对突来的其他危重病人急救。

第二十六条 急诊科内常备的抢救药品应当定期检查和更换，保证药品在使用有效期内。麻醉药品和精神药品等特殊药品，应按照国家有关规定管理。

第二十七条 急诊科应当对抢救设备进行定期检查和维护，保证设备完好率

达到 100%，并合理摆放，有序管理。

第二十八条 急诊科医护人员应当按病历书写有关规定书写医疗文书，确保每一位急诊患者都有急诊病历，要记录诊疗的全过程和患者去向。

第二十九条 急诊科应当遵循《医院感染管理办法》及相关法律法规的要求，加强医院感染管理，严格执行标准预防及手卫生规范，并对特殊感染病人进行隔离。

第三十条 急诊科在实施重大抢救时，特别是在应对突发公共卫生事件或群体灾害事件时，应当按规定及时报告医院相关部门，医院根据情况启动相应的处置程序。

第三十一条 医院应当加强对急诊科的质量控制和管理，急诊科指定专(兼)职人员负责本科医疗质量和安全管理。

第三十二条 医院及医务管理部门应当指定专(兼)职人员负责急诊科管理，帮助协调紧急情况下各科室、部门的协作，指挥与协调重大抢救和急诊患者分流问题。

第三十三条 医院应当制定主要常见急危重症的抢救流程和处置预案，做到急诊科抢救关键措施及相关医技等科室支持配合有章可循。各类辅助检查部门应当按规定时间出具急诊检查报告，药学等部门应当按有关规定优先向急诊患者提供服务。

第三十四条 医院应当建立保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊的相关制度。其他科室接到急诊科会诊申请后，应当在规定时间内进行急诊会诊。

第三十五条 医院应当建立急诊病人优先住院的制度与机制，保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。

第三十六条 医院应重视对急诊科的安全保卫工作，加强对急诊科的安全巡视，保证急诊科正常工作秩序。

第三十七条 医院应当根据急诊工作的性质和特点，对急诊科医务人员在职称晋升和分配政策方面给予倾斜。

第五章 检查评估

第三十八条 省级卫生行政部门应当设置急诊医疗质量控制中心对辖区内医疗机构的急诊科进行检查指导与质量评估。

第三十九条 医疗机构应当对卫生行政部门及其委托的急诊医疗质量控制中心开展的对急诊科的检查指导和质量评估予以配合，不得拒绝和阻挠，不得提供虚假材料。

第六章附则

第四十条 开展住院医师规范化培训的地区，急诊医师应当经过规范化培训并考核合格。

第四十一条 承担核辐射及化学中毒等患者救治任务的急诊科，应按照有关规定配备相应防护设备和物品。

第四十二条 纳入院前急救网络并承担院前急救任务的急诊科，还应按规定配备相应的人员、车辆、设备和装置，按院前急救有关规定管理。

第四十三条 设置急诊科的专科医院和其他类别医疗机构参照本指南进行建设和管理。

第四十四条 本指南由卫生部负责解释。

第四十五条 本指南自发布之日起施行。

- 附件：1. 急诊科仪器设备及药品配置基本标准
2. 急诊医师、护士技术和技能要求

附件 1

急诊科仪器设备及药品配置基本标准

一、仪器设备

心电图机、心脏起搏/除颤仪、心脏复苏机、简易呼吸器、呼吸机、心电监护仪、负压吸引器（有中心负压吸引可不配备）、给氧设备（中心供氧的急诊科可配备便携式氧气瓶）、洗胃机。三级综合医院还应配备便携式超声仪和床旁 X 线机。有需求的医院还可以配备血液净化设备和快速床旁检验设备。

二、急救器械

一般急救搬动、转运器械，各种基本手术器械。

三、抢救室急救药品

心脏复苏药物；呼吸兴奋药；血管活性药、利尿及脱水药；抗心律失常药；镇静药；止痛、解热药；止血药；常见中毒的解毒药、平喘药、纠正水电解质酸碱失衡类药、各种静脉补液液体、局部麻醉药、激素类药物等。

附件 2

急诊医师、护士技术和技能要求

一、急诊医师应掌握的技术和技能

（一）独立处理各种急症（如高热、胸痛、呼吸困难、咯血、休克、急腹症、消化道大出血、黄疸、血尿、抽搐、晕厥、头痛等）的初步诊断和处理原则；

（二）掌握下列心脏病和心率失常心电图诊断：室颤、宽 QRS 心动过速、房室传导阻滞、严重的心动过缓等；

（三）掌握创伤的初步诊断、处理原则和基本技能；

（四）掌握急性中毒的诊断和救治原则；

（五）掌握暂时未明确诊断急危重症的抢救治疗技能；

（六）能掌握心肺脑复苏术，气道开放技术，电除颤，溶栓术，动、静脉穿刺置管术，心、胸、腹腔穿刺术，腰椎穿刺术，胸腔闭式引流术，三腔管放置术

等；

（七）熟练使用呼吸机，多种生理监护仪，快速床旁检验（POCT）技术、血糖、血气快速检测和分析等。

二、急诊护士应掌握的技术和技能

- （一）掌握急诊护理工作内涵及流程，急诊分诊；
- （二）掌握急诊科内的医院感染预防与控制原则；
- （三）掌握常见危重症的急救护理；
- （四）掌握创伤患者的急救护理；
- （五）掌握急诊危重症患者的监护技术及急救护理操作技术；
- （六）掌握急诊各种抢救设备、物品及药品的应用和管理；
- （七）掌握急诊患者心理护理要点及沟通技巧；
- （八）掌握突发事件和群伤的急诊急救配合、协调和管理。

血液透析室建设与管理指南

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 为指导和加强医疗机构血液透析室的规范化建设和管理,提高血液透析治疗水平,保证医疗质量和医疗安全,根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律法规,制定本指南。

第二条 设置肾病内科的二级以上医院可以设置血液透析室,并参照本指南建设和管理。

第三条 血液透析室是利用血液透析的方式,对因相关疾病导致慢性肾功能衰竭或急性肾功能衰竭的患者进行肾脏替代治疗的场所。通过血液透析治疗达到清除体内代谢废物,排出体内多余的水分,纠正电解质和酸碱失衡,部分或完全恢复肾功能。

第四条 各级卫生行政部门应当根据当地医疗服务需求,做好血液透析室设置规划,加强对血液透析室的指导和监督。

第五条 医院应当加强血液透析室的建设和管理,不断提高血液透析治疗水平,保障医疗质量和安全。

第二章 基本条件

第六条 血液透析室应当具备与其功能和任务相适应的场所、设施、设备和人员等条件。

第七条 血液透析室应当包括透析治疗区、水处理区、治疗区、候诊区、接诊区、库房和患者更衣室等基本功能区域。各功能区域应当合理布局,区分清洁区与污染区,清洁区包括透析治疗区、治疗区、水处理区和库房等。

第八条 透析治疗区由若干透析单元组成。每个透析单元由一台透析机和一张透析床(椅)组成,每个透析单元面积不少于 3.2 平方米,床(椅)间距不小于 0.8 米。

第九条 血液透析室应当设置 4 个以上透析单元。

第十条 水处理区面积应为水处理机占地面积的 1.5 倍以上,地面承重应符合设备要求,水处理设备应避免日光直射。

第十一条 血液透析室应当设置护士站,护士站应当便于对患者实施观察及技术操作。

第十二条 血液透析室应当配备符合规定的透析机、水处理装置、抢救基本设备、供氧装置、中心负压接口或可移动负压抽吸装置、双路供电系统和通风设备。

第十三条 血液透析室应当满足透析患者,配备足够数量、经过卫生行政部门指定机构不少于 6 个月的透析专业培训并考核合格的医护人员。

第十四条 独立建制的血液透析室应当至少配备 3 名执业医师,并实行三级医师负责制;设置在相关科室内的血液透析室,其医师可由相关科室统一安排,应当有至少 1 名主治医师负责血液透析室的日常工作。

第十五条 血液透析室医师负责制定和调整患者透析方案、处理急慢性并发症、评估患者的透析质量等,并做好相关记录。

第十六条 三级医院血液透析室负责人应当由具备副高以上专业技术职务任职资格,并具有丰富透析专业知识和工作经验的执业医师担任。二级医院血液透析室负责人应当具有中级以上专业技术职务任职资格,并具有一定血液透析工作经验的执业医师担任。

第十七条 血液透析室护士的配备应当根据透析机和患者的数量以及透析环境等合理安排,每名护士负责操作及观察的患者应相对集中且数量不得超过 4 个。

第十八条 血液透析室护士应当熟练掌握血液透析机及各种血液透析通路的护理、操作,严格执行各项操作规程,定期巡视患者及机器运作情况,做好相关护理记录。

第十九条 血液透析室应当配备护士长或护理组长,三级医院血液透析室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的主管护师担任,二级医院血液透析室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的护师担任。

第二十条 设置 10 台以上透析机的血液透析室应当配备 1 名具备机械和电子学知识及一定的医疗知识、熟悉透析机和水处理设备的性能结构、工作原理和维修技术、具有技师或工程师资质的专职技师。

第二十一条 血液透析室技师负责透析设备日常维护,保证正常运转,定期

进行透析用水及透析液的检测，确保其符合质量要求。

第二十二条 血液透析室根据工作需要，可配置其他工作人员。

第三章 科室管理

第二十三条 血液透析室应当建立并严格执行消毒隔离制度、透析液及透析用水质量检测制度、相关诊疗技术规范和操作规程、设备运行记录与检修制度等制度。

第二十四条 血液透析室应当保持空气清新，光线充足，环境安静，符合医院感染控制的要求。

（一）清洁区应达到《医院消毒卫生标准》中规定 III 类环境的要求；

（二）清洁区应当每日进行有效的空气消毒；

（三）每次透析结束应更换床单、被单，对透析间内所有的物品表面及地面进行消毒擦拭。

第二十五条 血液透析室应当建立医院感染控制监测制度，包括环境卫生学监测和感染病例监测，分析原因并进行整改，如存在严重隐患，应当立即停止收治患者，并将在院患者转出。

第二十六条 血液透析室应该设立隔离治疗间或隔离区域，配备专门的透析操作用品车，对乙型肝炎患者进行隔离透析，工作人员人员相对固定。

第二十七条 医务人员和患者更衣区应当分开设置，根据实际情况建立医务人员通道和患者通道。医务人员进入清洁区应当穿工作服、换工作鞋，对患者进行治疗或者护理操作时应当遵循医疗护理常规和诊疗规范。

第二十八条 根据设备的要求定期对水处理系统进行冲洗、消毒，定期进行水质检测，确保符合质量要求。每次消毒和冲洗后测定管路中消毒液残留量，确定在安全范围。

第二十九条 血液透析室应当建立透析液和透析用水质量监测制度。

（一）透析用水每月进行 1 次细菌培养，在水进入血液透析机的位置收集标本，细菌数不能超出 200cfu/ml；

（二）透析液每月进行 1 次细菌培养，在透析液进入透析器的位置收集标本，细菌数不能超过 200cfu /ml；

（三）透析液每三个月进行 1 次内毒素检测，留取标本方法同细菌培养，内毒素不能超过 2eu/ml；

（四）自行配置透析液的单位应定期进行透析液溶质浓度的检测，留取标本方法同细菌培养，结果应当符合规定；

（五）透析用水的化学污染物情况至少每年测定一次，软水硬度及游离氯检测至少每周进行1次，结果应当符合规定。

第三十条 透析管路预冲后必须2小时内使用，超过2小时没有使用应作报废处理。

第三十一条 血液透析室应当建立规范合理的透析诊疗流程，制定严格的接诊制度，实行患者实名制管理。

第三十二条 血液透析室应当为透析设备建立档案，对透析设备进行日常维护，保证透析机及其他相关设备正常运行。

第三十三条 血液透析室使用的医疗设备、医疗耗材、医疗用品等应当符合国家标准，并按照国家相关规定进行使用和管理。

第三十四条 血液透析室应当建立良好的医患沟通渠道，按照规定对患者履行告知手续，维护患者权益。

第三十五条 血液透析室应当建立血液透析患者登记及病历管理制度。透析病历包括首次病历、透析记录、化验记录、用药记录等。

第三十六条 严格执行一次性使用物品的规章制度。经国家食品药品监督管理局批准的可以重复使用的血液透析器应当遵照卫生部委托中华医学会制定的《血液透析器复用操作规范》进行操作。

第三十七条 血液透析室的医疗废弃物管理应当按照《医疗废物管理条例》及有关规定进行分类和处理。

第四章 检查评估

第三十八条 卫生行政部门可以设置血液透析质量控制中心或者其他有关组织，对辖区内医疗机构血液透析室的质量和安全管理进行评估与检查指导，促进血液透析室工作质量的持续改进。

第三十九条 医疗机构应当对卫生行政部门及其委托的机构开展的检查指导和质量评估予以配合，不得拒绝和阻挠，不得提供虚假材料。

第五章 附则

第四十条 具有独立处理肾病内科专业常见疾病的能力和急慢性透析并发

症处理及综合抢救能力的乡镇卫生院和社区卫生服务中心,经县级以上卫生行政部门考核同意后,可以按照本指南设置血液透析室。

第四十四条 本指南由卫生部负责解释。

第四十五条 本指南自发布之日起施行。

新生儿病室建设与管理指南（试行）

第一章 总 则

第一条 为指导和加强医疗机构新生儿病室的规范化建设和管理，提高新生儿疾病的诊疗水平，保证医疗质量和医疗安全，根据《中华人民共和国执业医师法》、《传染病防治法》、《医疗机构管理条例》、《护士条例》和《医院感染管理办法》等有关法律法规规章，制定本指南。

第二条 新生儿病室是设置在医疗机构内，收治胎龄 32 周以上或出生体重 1500 克以上，病情相对稳定不需重症监护治疗新生儿的房间，可以设一间或多间。

第三条 二级以上综合医院应当在儿科病房内设置新生儿病室。

第四条 医疗机构应当建立完善新生儿病室的管理制度，加强新生儿病室管理，提高医疗质量，保障患儿安全。

第五条 各级卫生行政部门应当加强对新生儿病室的设置规划和管理，对辖区内新生儿病室的设置与管理进行指导和监督。

第二章 基本条件

第六条 新生儿病室应当具备与其功能和任务相适应的场所、设施、设备和技术力量。

第七条 新生儿病室的建筑布局应符合医院感染预防与控制的有关规定，做到洁污区域分开，功能流程合理。

第八条 新生儿病室应当设置在相对独立的区域，接近新生儿重症监护病房。

第九条 新生儿病室床位数应当满足患儿医疗救治的需要，无陪护病室每床净使用面积不少于 3 平方米，床间距不小于 1 米。有陪护病室应当一患一房，净使用面积不低于 12 平方米。

第十条 新生儿病室应当配备负压吸引装置、新生儿监护仪、吸氧装置、氧浓度监护仪、暖箱、辐射式抢救台、蓝光治疗仪、输液泵、静脉推注泵、微量血糖仪、新生儿专用复苏囊与面罩、喉镜和气管导管等基本设备。有条件的可配备吸氧浓度监护仪和供新生儿使用的无创呼吸机。

第十一条 新生儿病室应当配备必要的清洁和消毒设施，每个房间内至少设

置 1 套洗手设施、干手设施或干手物品，洗手设施应当为非手触式。

第十二条 新生儿病室应当根据床位设置配备足够数量的医师和护士，人员梯队结构合理。其中医师人数与床位数之比应当为 0.3:1 以上，护士人数与床位数之比应当为 0.6:1 以上。

第十三条 新生儿病室医师应当有 1 年以上儿科工作经验，并经过新生儿专业培训 6 个月以上，熟练掌握新生儿窒息复苏等基本技能和新生儿病室医院感染控制技术，具备独立处置新生儿常见疾病的基本能力。

第十四条 三级医院和妇幼保健院新生儿病室负责人应当由具有 3 年以上新生儿专业工作经验并具备儿科副高以上专业技术职务任职资格的医师担任；二级医院和妇幼保健院新生儿病室负责人应当由具有 3 年以上新生儿专业工作经验并具备儿科中级以上专业技术职务任职资格的医师担任。

第十五条 新生儿病室护士要相对固定，经过新生儿专业培训并考核合格，掌握新生儿常见疾病的护理技能、新生儿急救操作技术和新生儿病室医院感染控制技术。

第十六条 三级医院和妇幼保健院新生儿病室护理组负责人应当由具备主管护师以上专业技术职务任职资格且有 2 年以上新生儿护理工作经验的护士担任；二级医院和妇幼保健院新生儿病室护理组负责人应当由具备护师以上专业技术职务任职资格且有 2 年以上新生儿护理工作经验的护士担任。

第十七条 新生儿病室可根据实际需要配置其他辅助人员，经过培训并考核合格。

第三章 科室管理

第十八条 新生儿病室应当建立健全并严格执行各项规章制度、岗位职责和相关诊疗技术规范、操作流程，保证医疗质量及医疗安全。

第十九条 新生儿如出现病情变化需要重症监护者，应当在进行必要的抢救后，及时转入重症监护病房，在转运过程中应当给予患儿基础生命支持。

第二十条 新生儿病室应当对有感染高危因素的新生儿进行相关病原学检测，采取针对性措施，避免造成医院感染。

第二十一条 对患具有传播可能的感染性疾病、有多重耐药菌感染的新生儿应当采取隔离措施并作标识。

第二十二条 新生儿病室医护人员在进行诊疗、护理过程中应当严格执行查

对制度，实施预防和控制感染的措施，确保医疗安全。

第二十三条 新生儿病室应当严格限制非工作人员进入，患感染性疾病者严禁入室。

第二十四条 配奶间环境设施应当符合国家相关规定。配奶间工作人员应当经过消毒技术培训且符合国家相关规定。

第二十五条 新生儿病室设施、设备应当定期检查、保养，保持性能良好。

第二十六条 新生儿病室应当加强消防安全管理，安全使用和妥善保管易燃易爆设备、设施，防止发生火灾事故。

第二十七条 新生儿病室应当制订并完善各类突发事件应急预案和处置流程，提高防范风险的能力，快速有效应对意外事件，确保医疗安全。

第二十八条 新生儿病室工作人员应当按照病历书写有关规定书写有关医疗文书。

第二十九条 医疗机构应当加强对新生儿病室的质量控制和管理，医务管理部门应当指定专（兼）职人员负责新生儿病室的管理。

第三十条 医院应当建立新生儿病室质量管理追溯制度，完善质量过程和关键环节的管理，加强对新生儿诊疗不良事件的报告、调查和分析，提高医疗质量。

第四章 医院感染预防与控制

第三十一条 新生儿病室应当加强医院感染管理，建立并落实医院感染预防与控制相关规章制度和工作规范，并按照医院感染控制原则设置工作流程，降低医院感染危险。

第三十二条 新生儿病室应当通过有效的环境卫生学监测和医疗设备消毒灭菌等措施，减少发生感染的危险。

第三十三条 新生儿病室应当保持空气清新与流通，每日通风不少于 2 次，每次 15-30 分钟。有条件者可使用空气净化设施、设备。

新生儿病室工作人员进入工作区要换（室内）工作服、工作鞋。

第三十四条 新生儿病室按照规定建立新生儿病室医院感染监控和报告制度，开展必要的环境卫生学监测和新生儿医院感染目标性监测。

针对监测结果，应当进行分析并进行整改。存在严重医院感染隐患时，应当立即停止接收新患儿，并将在院患儿转出。

第三十五条 新生儿病室使用器械、器具及物品，应当遵循以下原则：

（一）手术使用的医疗器械、器具及物品必须达到灭菌标准。

（二）一次性使用的医疗器械、器具应当符合国家有关规定，不得重复使用。

（三）呼吸机湿化瓶、氧气湿化瓶、吸痰瓶应当每日更换清洗消毒，呼吸机管路消毒按照有关规定执行。

（四）蓝光箱和暖箱应当每日清洁并更换湿化液，一人用后一消毒。同一患儿长期连续使用暖箱和蓝光箱时，应当每周消毒一次，用后终末消毒。

（五）接触患儿皮肤、粘膜的器械、器具及物品应当一人一用一消毒。如雾化吸入器、面罩、氧气管、体温表、吸痰管、浴巾、浴垫等。

（六）患儿使用后的奶嘴用清水清洗干净，高温或微波消毒；奶瓶由配奶室统一回收清洗、高温或高压消毒；盛放奶瓶的容器每日必须清洁消毒；保存奶制品的冰箱要定期清洁与消毒。

（七）新生儿使用的被服、衣物等应当保持清洁，每日至少更换一次，污染后及时更换。患儿出院后床单元要进行终末消毒。

第三十六条 新生儿病室应当根据相关规定建立消毒清洁制度，并按照制度对地面和物体表面进行清洁或消毒。

第三十七条 新生儿医务人员在诊疗过程中应当实施标准预防，并严格执行手卫生规范和无菌操作技术。

第三十八条 发现特殊或不明原因感染患儿，要按照传染病管理有关规定实施单间隔离、专人护理，并采取相应消毒措施。所用物品优先选择一次性物品，非一次性物品必须专人专用专消毒，不得交叉使用。

第三十九条 医务人员在接触患儿前后均应当认真实施手卫生。诊疗和护理操作应当以先早产儿后足月儿、先非感染性患儿后感染性患儿的原则进行。接触血液、体液、分泌物、排泄物等操作时应当戴手套，操作结束后应当立即脱掉手套并洗手。

第四十条 新生儿病室的医疗废弃物管理应当按照《医疗废物管理条例》及有关规定进行分类、处理。

第五章 检查评估

第四十一条 各级卫生行政部门及委托的相关机构应当加强对辖区医疗机构新生儿病室管理的检查与指导，促进新生儿病室工作质量的持续改进。

第四十二条 医疗机构应当对卫生行政部门及其委托机构开展的检查指导

和质量评估予以配合，不得拒绝和阻挠，不得提供虚假材料。

第六章 附则

第四十三条 有条件的综合医院以及儿童医院、妇产医院和二级以上妇幼保健院可以设置独立的新生儿病房。

新生儿科病房分医疗区和辅助区，医疗区包括普通病室、隔离病室和治疗室等，有条件的可设置早产儿病室。辅助区包括清洗消毒间、接待室、配奶间、新生儿洗澡间（区）等，有条件的可以设置哺乳室。

新生儿病房参照本指南进行建设与管理。

第四十四条 本指南由卫生部负责解释。

第四十五条 本指南自发布之日起施行。

综合医院康复医学科建设与管理指南

第一条 为指导和规范综合医院康复医学科建设和管理，提高综合医院康复医疗服务能力和水平，满足人民群众日益增长的康复医疗服务需求，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律法规，制定本指南。

第二条 本指南是对综合医院设置康复医学科和开展康复医疗服务的基本要求。综合医院康复医学科应当按照本指南进行建设和管理。

第三条 综合医院康复医学科是在康复医学理论指导下，应用功能评定和物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理康复、传统康复治疗、康复工程等康复医学诊断和治疗技术，为患者提供全面、系统的康复医学专业诊疗服务的临床科室。

第四条 二级以上（含二级，下同）综合医院应当按照《综合医院康复医学科基本标准》独立设置科室开展康复医疗服务，科室名称统一为康复医学科。鼓励有条件的综合医院开展心理康复咨询工作。

第五条 综合医院应当具备与其功能和任务相适应的诊疗场所、专业人员、设备设施以及相应的工作制度，以保障康复医疗工作的有效开展。

第六条 综合医院应当根据医院级别和功能提供康复医疗服务，以疾病、损伤的急性期临床康复为重点，与其他临床科室建立密切协作的团队工作模式，选派康复医师和治疗师深入其他临床科室，提供早期、专业的康复医疗服务，提高患者整体治疗效果，为患者转入专业康复机构或回归社区、家庭作好准备。

第七条 综合医院应当与专业康复机构或者社区卫生服务中心建立双向转诊关系，实现分层级医疗，分阶段康复，使患者在疾病的各个阶段均能得到适宜的康复医疗服务，提高医疗资源利用效率。

第八条 综合医院应当采取适宜技术开展以下康复诊疗活动：

一、疾病诊断与康复评定：包括伤病诊断，肢体运动功能评定、活动和参与能力评定、生存质量评定、运动及步态分析、平衡测试、作业分析评定、言语及吞咽功能评定、心肺功能评定、心理测验、认知感知觉评定、肌电图与临床神经电生理学检查等。

二、临床治疗：针对功能障碍以及其他临床问题，由康复医师实施的医疗技术和药物治疗等。

三、康复治疗：在康复医师组织下，由康复治疗师、康复护士、康复工程等专业人员实施的康复专业技术服务。包括：

- （一）物理治疗（含运动治疗和物理因子治疗）；
- （二）作业治疗；
- （三）言语吞咽治疗；
- （四）认知治疗；
- （五）传统康复治疗；
- （六）康复工程；
- （七）心理治疗。

第九条 综合医院应当鼓励运用中医药技术和方法开展康复服务。

第十条 综合医院应当根据本指南要求切实加强对康复医学科的管理，不断提高康复医疗服务能力，保证医疗质量和安全，满足患者康复医疗服务需求。

第十一条 综合医院应当认真遵守有关法律、法规、标准、诊疗护理指南、常规，建立、健全康复医疗服务工作制度，制定康复医疗质量控制标准，并认真有效地组织实施，持续改进康复医疗服务质量。

第十二条 综合医院应当保证康复专业技术人员层次、结构合理，岗位职责分工明确，团队协作特征鲜明，服务流程科学、规范，病历书写符合要求，信息资料保存完整。

第十三条 综合医院应当科学制订康复医学人才培养目标以及岗位培训计划，不断提高康复医学专业人员的业务素质和水平。

第十四条 综合医院应当重视和加强住院患者的医疗安全管理，有效控制医院感染和预防并发症，防止发生二次残疾。

第十五条 综合医院康复医学科就医环境应当体现“以病人为中心”的服务宗旨，便利、舒适、整洁、温馨。门诊、病区及相关公用场所应当执行国家无障碍设计规定的相关标准，医务人员应当善于了解和体察患者心理，服务热情、礼貌、耐心、细致。

第十六条 综合医院康复医学科诊疗活动应当达到以下指标：

- （一）康复治疗有效率 $\geq 90\%$ ；
- （二）年技术差错率 $\leq 1\%$ ；
- （三）病历和诊疗记录书写合格率 $\geq 90\%$ ；
- （四）住院患者康复功能评定率 $> 98\%$ ；

（五）三级综合医院康复医学科的平均住院日不超过 30 天，二级综合医院康复医学科的平均住院日不超过 40 天。

第十七条 综合医院应当保证各类康复设备维护良好，每 3 个月检查 1 次，并有相关记录，设备完好率>90%。

第十八条 综合医院应当提供统一、规范的康复医疗服务，康复医学专业人员和康复医疗专业设备应当由康复医学科归口管理，避免资源浪费，保证康复医疗质量和患者安全。

第十九条 省级卫生行政部门应当设置省级康复医疗质量控制中心，对辖区内康复医学科设置和康复医疗服务质量进行评估和质量控制。综合医院应当积极配合卫生行政部门和康复医疗质控中心开展的检查和质控工作。

第二十条 本指南由卫生部负责解释。

第二十一条 本指南自发布之日起施行。卫生部《综合医院康复医学科管理规范》（卫医发〔1996〕13 号）同时废止。

临床输血技术规范

第一章 总则

第一条 为了规范、指导医疗机构科学、合理用血，根据《中华人民共和国献血法》和《医疗机构临床用血管理办法》（试行）制定本规范。

第二条 血液资源必须加以保护、合理应用，避免浪费，杜绝不必要的输血。

第三条 临床医师和输血医技人员应严格掌握输血适应证，正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术，包括成分输血和自体输血等。

第四条 二级以上医院应设置独立的输血科（血库），负责临床用血的技术指导和技术实施，确保贮血、配血和其他科学、合理用血措施的执行。

第二章 输血申请

第五条 申请输血应由经治医师逐项填写《临床输血申请单》，由主治医师核准签字，连同受血者血样于预定输血日期前送交输血科（血库）备血。

第六条 决定输血治疗前，经治医师应向患者或其家属说明输同种异体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，并在《输血治疗同意书》上签字。《输血治疗同意书》入病历。无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，应报医院职能部门或主管领导同意、备案，并记入病历。

第七条 术前自身贮血由输血科（血库）负责采血和贮血，经治医师负责输血过程的医疗监护。手术室的自身输血包括急性等容性血液稀释、术野自身血回输及术中控制性低血压等医疗技术由麻醉科医师负责实施。

第八条 亲友互助献血由经治医师等对患者家属进行动员，在输血科（血库）填写登记表，到血站或卫生行政部门批准的采血点（室）无偿献血，由血站进行血液的初、复检，并负责调配合格血液。

第九条 患者治疗性血液成分去除、血浆置换等，由经治医师申请，输血科（血库）或有前科室参加制订治疗方案并负责实施，由输血科（血库）和经治医师负责患者治疗过程的监护。

第十条 对于 Rh（D）阴性和其他稀有血型患者，应采用自身输血、同型输血或配合型输血。

第十一条 新生儿溶血病如需要换血疗法的，由经治医师申请，经主治医师核准，并经患儿家属或监护人签字同意，由血站和医院输血科（血库）提供适合

的血液，换血由经治医师和输血科（血库）人员共同实施。

第三章 受血者血样采集与送检

第十二条 确定输血后，医护人员持输血申请单和贴好标签的试管，当面核对患者姓名、性别、年龄、病案号、病室/门诊、床号、血型和诊断，采集血样。

第十三条 由医护人员或专门人员将受血者血样与输血申请单送交输血科（血库），双方逐项核对。

第四章 交叉配血

第十四条 受血者配血试验的血标本必须是输血前 3 天之内的。

第十五条 输血科（血库）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。

第十六条 凡输注全血、浓缩红细胞、红细胞悬液、洗涤红细胞、冰冻红细胞、浓缩白细胞、手工分离浓缩血小板等患者，应进行交叉配血试验。机器单采浓缩血小板应 ABO 血型同型输注。

第十七条 凡遇有下列情况必须按《全国临床检验操作规程》有关规定作抗体筛选试验：

交叉配血不合时；对有输血史、妊娠史或短期内需要接收多次输血者。

第十八条 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。

第五章 血液入库、核对、贮存

第十九条 全血、血液成分入库前要认真核对验收。核对验收内容包括：运输条件、物理外观、血袋封闭及包装是否合格，标签填写是否清楚齐全（供血机构名称及其许可证号、供血者姓名或条形码编号和血型、血液品种、容量、采血日期、血液成分的制备日期及时间，有效期及时间、血袋编号/条形码，储存条件）等。

第二十条 输血科（血库）要认真做好血液出入库、核对、领发的登记，有关资料需保存十年。

第二十一条 按 A、B、O、AB 血型将全血、血液成分分别贮存于血库专用冰箱不同层内或不同专用冰箱内，并有明显的标识。

第二十二条 保存温度和保存期如下：

品种	保存温度	保存期
----	------	-----

1. 浓缩红细胞（CRC） $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ ACD：21 天 CPD；28 天 CPDA；35 天
2. 少白细胞红细胞（LPRC） $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ 与受血者 ABO 血型相同
3. 红细胞悬液（CRCs） $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ （同 CRC）
4. 洗涤红细胞（WRC） $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ 24 小时内输注
5. 冰冻红细胞（FTRC） $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ 解冻后 24 小时内输注
6. 手工分离浓缩血小板（PC-1） $22\pm 2^{\circ}\text{C}$ （轻振荡）24 小时（普通袋）或 5 天（专用袋制备）
7. 机器单采浓缩血小板（PC-2）（同 PC-1）（同 PC—1）
8. 机器单采浓缩白细胞悬液（GRANs） $22\pm 2^{\circ}\text{C}$ 24 小时内输注
9. 新鲜液体血浆（FLP） $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ 24 小时内输注
10. 新鲜冰冻血浆（FFP） -20°C 以下 一年
11. 普通冰冻血浆（FP） -20°C 以下 四年
12. 冷沉淀（Cryo） -20°C 以下 一年
13. 全血 $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ （同 CRC）
14. 其他制剂按相应规定执行

当贮血冰箱的温度自动控制记录和报警装置发出报警信号时，要立即检查原因，及时解决并记录。

第二十三条 贮血冰箱内严禁存放其他物品；每周消毒一次；冰箱内空气培养每月一次，无霉菌生长或培养皿（90mm）细菌生长菌落 $<8\text{CFU}/10$ 分钟或 $<200\text{CFU}/\text{m}^3$ 为合格。

第六章 发血

第二十四条 配血合格后，由医护人员到输血科（血库）取血。

第二十五条 取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、血型有效期及配血试验结果，以及保存血的外观等，准确无误时，双方共同签字后方可发出。

第二十六条 凡血袋有下列情形之一的，一律不得发出：

1. 标签破损、漏血；
2. 血袋有破损、漏血；
3. 血液中有明显凝块；
4. 血浆呈乳糜状或暗灰色；
5. 血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；

6. 未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交界面上出现溶血;
7. 红细胞层呈紫红色;
8. 过期或其他须查证的情况。

第二十七条 血液发出后, 受血者和供血者的血样保存于 2—6℃ 冰箱, 至少 7 天, 以便对输血不良反应追查原因。

第二十八条 血液发出后不得退回。

第七章 输血

第二十九条 输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容, 检查血袋有无破损渗漏, 血液颜色是否正常。准确无误方可输血。

第三十条 输血时, 由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号、门急诊/病室、床号、血型等, 确认与配血报告相符, 再次核对血液后, 用符合标准的输血器进行输血。

第三十一条 取回的血应尽快输用, 不得自行贮血。输用前将血袋内的成分轻轻混匀, 避免剧烈震荡。血液内不得加入其他药物, 如需稀释只能用静脉注射生理盐水。

第三十二条 输血前后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道。连续输用不同供血者的血液进, 前一袋血输尽后, 用静脉注射生理盐水冲洗输血器, 再接下一袋血继续输注。

第三十三条 输血过程中应先慢后快, 再根据病情和年龄调整输注速度, 并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:

1. 减慢或停止输血, 用静脉注射生理盐水维持静脉通路;
2. 立即通知值班工程师和输血科(血库)值班人员, 及时检查、治疗和抢救, 并查找原因, 做好记录。

第三十四条 疑为溶血性或细菌污染性输血反应, 应立即停止输血, 用静脉注射生理盐水维护静脉通路, 及时报告上级医师, 在积极治疗抢救的同时, 做以下核对检查:

1. 核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录;
2. 核对受血者及供血者 ABO 血型、Rh(D) 血型。用保存于冰箱中的受血者与供血者血样、新采集的受血者血样、血袋中血样, 重测 ABO 血型、RH(D) 血型、不规则抗体筛选及交叉配血试验(包括盐水相和非盐水相试验);
3. 立即抽取受血者血液加肝素抗凝剂, 分离血浆, 观察血浆颜色, 测定血

浆游离血红蛋白含量；

4. 立即抽取受血者血液，检测血清胆红素含量、血浆游离血红蛋白含量、血浆结合珠蛋白测定、直接抗人球蛋白试验并检测相关抗体效价，如发现特殊抗体，应作进一步鉴定：

5. 如怀疑细菌污染性输血反应，抽取血袋中血液做细菌学检验；

6. 尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白；

7. 必要时，溶血反应发生后 5-7 小时测血清胆红素含量。

第三十五条 输血完毕，医护人员对有输血反应的应逐项填写患者输血反应回报单，并返还输血科（血库）保存。输血科（血库）每月统计上报医务处（科）。

第三十六条 输血完毕后，医护人员将输血记录单（交叉配血报告单）贴在病历中，并将血袋送回输血科（血库）至少保存一次。

第三十七条 本规范由卫生部负责解释。

第三十八条 本规范自 2000 年 10 月 1 日起实施。

附件一 成分输血指南

附件二 自身输血指南

附件三 手术及创伤输血指南

附件四 内科输血指南

附件五 术中控制性低血压技术指南

附件六 输血治疗同意书

附件七 临床输血申请书

附件八 输血记录单

附件九 输血不良反应回报单

附件一

成分输血指南

一、成分输血的定义

血液由不同血细胞和血浆组成。将供者血液的不同成分应用科学方法分开，依据患者病情的实际需要，分别输入有关血液成分，称为成分输血。

二、成分输血的优点

成分输血具有疗效好、副作用小、节约血液资源以及便于保存和运输等优点，各地应积极推广。

三、成分输血的临床应用

(一) 红细胞

品名 特点 保存方式及保期期 作用及适应证 备注

浓缩红细胞 (CRC) 每袋含 200ml 全血中全部 RBC, 总量 110ml~120ml, 红细胞压积 0.7~0.8。含血浆 30ml 及抗凝剂 8~10ml, 运氧能力和体内存活率等同一袋全血。规格: 110~120ml/袋 $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ ACD: 21 天 CPD: 28 天 CPDA: 35 天

作用: 增强运氧能力。适用: ①各种急性失血的输血; ②各种慢性贫血; ③高钾血症、肝、肾、心功能障碍者输血; ④小儿、老年人输血 交叉配合试验

少白细胞红细胞 (LPRC) 过滤法: 白细胞去除率 96.3~99.6%, 红细胞回收率 >90%; 手工洗涤法: 白细胞去除率 $79\pm 1.2\%$, 红细胞回收率 $>74\pm 3.3\%$; 机器洗涤法: 白细胞去除率 >93%, 红细胞回收率 >87%。 $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ 24 小时 作用: (同 CRC)适用: 1. 由于输血产生白细胞抗体, 引起发热等输血不良反应的患者; 2. 防止产生白细胞抗体的输血 (如器官移植的患者) 与受血者 ABO 血型相同

红细胞悬液 (CRCs) 400ml 或 200ml 全血离心后除去血浆, 加入适量红细胞添加剂后制成, 所有操作在三联袋内进行。规格: 由 400ml 或 20ml 全血制备 (同 CRC) (同 CRC) 交叉配合试验

洗涤红细胞 (WRC) 400ml 或 200ml 全血经离心去除血浆和白细胞, 用无菌生理盐水洗涤 3~4 次, 最后加 150ml 生理盐水悬浮。白细胞去除率 >80%, 血浆去除率 >90%, RBC 回收率 >70%规格: 由 400ml 或 200ml 全血制备 (同 LPRC) 作用: 增强运氧能力。适用: ①对血浆蛋白有过敏反应的贫血患者; ②自身免疫性溶血性贫血患者; ③阵发性睡眠性血红蛋白尿症; ④高钾血症及肝肾功能障碍需要输血者 主侧配血试验

冰冻红细胞 (FTRC) 去除血浆的红细胞加甘油保护剂, 在 -80°C 保存, 保存期 10 年, 解冻后洗涤去甘油, 加入 100ml 无菌生理盐水或红细胞添加剂或原血浆。白细胞去除率 >98%; 血浆去除 >99%; RBC 回收 >80%; 残余甘油量 <1%。洗除了枸橼酸盐或磷酸盐、 K^{+} 、 NH_3 等。规格: 200ml/袋 解冻后 $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ 24 小时 作用: 增强运氧能力适用: ①同 WRC②稀有血型患者输血; ③新生儿溶血病换血; ④自身输血 加原血浆悬浮红细胞要做交叉配血试验. 加生理盐水悬浮只做主侧配血试验

(二) 血小板

手工分离浓缩血小板 (PC-1) 由 200ml 或 400ml 全血制备。血小板含量为

$\geq 2.0 \times 10^{10}/\text{袋}$ $20 \sim 25\text{ml}$ $\geq 4.0 \times 10^{10}/\text{袋}$ $40\text{ml} \sim 50\text{ml}$ 规格: $20 \text{ ml} \sim 25\text{ml}/\text{袋}$ $40 \sim 50\text{ml}/\text{袋}$ $22 \pm 2^\circ\text{C}$ (轻振荡) 24 小时 (普通袋) 或 5 天 (专用袋制备) 作用: 止血。适用: ① 血小板减少所致的出血; ② 血小板功能障碍所致的出血 需做交叉配合试验, 要求 ABO 相合, 一次足量输注。

机器单采浓缩血小板 (PC-2) 用细胞分离机单采技术, 从单个供血者循环液中采集, 每袋内含血小板 $\geq 2.5 \times 10^{11}$, 红细胞含量 $< 0.41 \text{ ml}$. 规格: $150 \sim 250\text{ml}/\text{袋}$ (同 PC-1) (同 PC—1) ABO 血型相同

(三) 白细胞

机器单采浓缩白细胞悬液 (GRANs) 用细胞分离机单采技术由单个供血者循环血液中采集。每袋内含粒细胞 $\geq 1 \times 10^{10}$. $22 \pm 2^\circ\text{C}$ 24 小时 作用: 提高机体抗感染能力。适用: 中性粒细胞低于 $0.5 \times 10^9/\text{L}$, 并发细菌感染, 抗生素治疗 48 小时无效者。(从严掌握适用症) 必须做交叉配合试验 ABO 血型相同

(四) 血浆

新鲜液体血浆 (FLP) 含有新鲜血液中全部凝血因子血浆蛋白为 $6 \sim 8\text{g}/\%$; 纤维蛋白原 $0.2 \sim 4\text{g}/\%$; 其他凝血因子 $0.7 \sim 1$ 单位/ ml 规格: 根据医院需要而定。 $4 \pm 2^\circ\text{C}$ 24 小时 (三联袋) 作用: 补充凝血因子, 扩充血容量。适用: ① 补充全部凝血因子 (包括不稳定的凝血因子 V、VIII); ② 大面积烧伤、创伤。 要求与受血者 ABO 血型相同或相容

新鲜冰冻血浆 (FFP) 含有全部凝血因子。血浆蛋白为 $6 \sim 8\text{g}/\%$; 纤维蛋白原 $0.2 \sim 0.4\text{g}/\%$; 其他凝血因子 $0.7 \sim 1$ 单位/ ml 规格: 自采血后 6-8 小时内 (ACD 抗凝剂: 6 小时内; CPD 抗凝剂: 8 小时内) 速冻成块规格: 200ml , 100ml , 50ml , 25ml -20°C 以下一年 (三联) 作用: 扩充血容量, 补充凝血因子。适用: ① 补充凝血因子; ② 大面积创伤、烧伤。 要求与受血者 ABO 血型相同或相容 37°C 摆动水浴融化

普通冰冻血浆 (FP) FFP 保存一年后即为普通冰冻血浆规格: 200ml , 100ml , 50ml , 25ml -20°C 以下四年 作用: 补充稳定的凝血因子和血浆蛋白。作用: ① 主要用于补充稳定的凝血因子缺乏, 如 II、VII、IX、X 因子缺乏; ② 手术、外伤、烧伤、肠梗阻等大出血或血浆大量丢失 要求与受血者 ABO 血型相同

冷沉淀 (Cryo) 每袋由 200ml 血浆制成。含有: VIII 因子 $80 \sim 100$ 单位; 纤维

蛋白原约 250mg;血浆 20ml 规格: 20ml -20℃以下一年 适用:①甲型血友病;②血管性血友病(vWD)③纤维蛋白原缺乏症 要求与受血者 ABO 血型相同或相容

附件二

自身输血指南

自身输血可以避免血源传播性疾病和免疫抑制,对一时无法获得同型血的患者也是唯一血源。自身输血有三种方法:贮存式自身输血、急性等容血液稀释(ANH)及回收式自身输血。

一、 贮存式自身输血

术前一定时间采集患者自身的血液进行保存,在手术期间输用。

1. 只要患者身体一般情况好,血红蛋白 $>110\text{g/L}$ 或红细胞压积 >0.33 ,行择期手术,患者签字同意,都适合贮存式自身输血。

2. 按相应的血液储存条件,手术前 3 天完成采集血液。

3. 每次采血不超过 500ml(或自身血容量的 10%),两次采血间隔不少于 3 天。

4. 在采血前后可给患者铁剂、维生素 C 及叶酸(有条件的可应用重组人红细胞生成素)等治疗。

5. 血红蛋白 $<100\text{g/L}$ 的患者及有细菌性感染的患者不能采集自身血。

6. 对冠心病、严重主动脉瓣狭窄等心脑血管疾病及重症患者慎用。

二、 急性等血液稀释 (ANH)

ANH 一般在麻醉后、手术主要出血步骤开始前,抽取患者一定量自身在室温下保存备用,同时输入胶体液或等渗晶体补充血容量,使血液适度稀释,降低红细胞压积,使手术出血时血液的有形成份丢失减少。然后根据术中失血及患者情况将自身血回输给患者。

1. 患者身体一般情况好,血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ (红细胞压积 ≥ 0.33),估计术中有大量失血,可以考虑进行 ANH。

2. 手术降低血液粘稠度,改善微循环灌流时,也可采用。

3. 血液稀释程度,一般使红细胞压积不低于 0.25。

4. 术中必须密切监测血压、脉搏、血氧饱和度、红细胞压积尿量的变化,必要时应监测患者静脉压。

5. 下列患者不宜进行血液稀释:血红蛋白 $<100\text{g/L}$,低蛋白血症,凝血机能障碍,静脉输液通路不畅及不具备监护条件的。

三、回收式自身输血

血液回收是指用血液回收装置，将患者体腔积血、手术失血及术后引流血液进行回收、抗凝、滤过、洗涤等处理，然后回输给患者。血液回收必须采用合格的设备，回收处理的血必须达到一定的质量标准。体外循环后的机器余血应尽可能回输给患者。

回收血禁忌证：

1. 血液流出血管外超过 6 小时。
2. 怀疑流出的血液被细菌、粪便、羊水或毒液污染。
3. 怀疑流出的血液含有癌细胞。
4. 流出的血液严重溶血。

注

① 自身贮血的采血量应根据患者耐受性及手术需要综合考虑。有些行自身贮血的患者术前可能存在不同程度的贫血，术中应予以重视。

②适当的血液稀释后动脉氧含量降低，但充分的氧供不会受到影响，主要代偿机制是输出量和组织氧摄取率增加。ANH还可降低血液粘稠度使组织灌注改善。纤维蛋白原和血小板的浓度与红细胞压积平行性降低，只要红细胞压积 >0.20 ，凝血不会受到影响。与自身贮血相比，ANH方法简单、耗费低；有些不适合自身贮血的患者，在麻醉医师严密监护下，可以安全地进行 ANH 方法简单、耗费低；有些不适合自身贮血的患者，在麻醉医师的严密监护下，可以安全地进行 ANH；疑有菌血症的患者不能进行自身贮血，而 ANH 不会造成细菌在血内繁殖；肿瘤手术不宜进行血液回收，但可以应用 ANH。

③回收的血液虽然是自身血，但血管内的血及自身贮存的血仍有着差别。血液回收有多种技术方法，其质量高低取决于对回收血的处理好坏，处理不当的回收血输入体内会造成严重的后果。目前先进的血液回收装置已达到全自动化程度，按程度自动过滤、分离、洗涤红细胞。如出血过快来不及洗涤，也可直接回输未洗涤的抗凝血液。

④术前自身贮血、术中 ANH 及血液回收可以联合应用。

附件三 手术及创伤输血指南

四、浓缩红细胞

用于需要提高血液携氧能力，血容量基本正常或低血容量已被纠正的患者。低血容量患者可配晶体液或胶体液应用。

1. 血红蛋白 $>100\text{g/L}$, 可以不输。
2. 血红蛋白 $<70\text{g/L}$, 应考虑输。
3. 血红蛋白在 $70\sim100\text{g/L}$ 之间, 根据患者的贫血程度、心肺代偿功能、有无代谢率增高以及年龄等因素决定。

五、 血小板

用于患者血小板数量减少或功能异常伴有出血倾向或表现。

1. 血小板计数 $>100\times10^9/\text{L}$, 可以不输。
2. 血小板计数 $<50\times10^9/\text{L}$, 应考虑输。
3. 血小板计数在 $50\sim100\times10^9/\text{L}$ 之间, 应根据是否有自发性出血或伤口渗血决定。
4. 如术中出现不可控渗血, 确定血小板功能低下, 输血小板不受上述限制。

六、 新鲜冰冻血浆 (FFP)

用于凝血因子缺乏的患者。

1. PT 或 APTT $>$ 正常 1.5 倍, 创面弥漫性渗血。
2. 患者急性大出血输入大量库存全血或浓缩红细胞后 (出血量或输血量相当于患者自身血容量)。
3. 病史或临床过程表现有先天性或获得性凝血功能障碍。
4. 紧急对抗华法令的抗凝血作用 (FFP: $5\sim8\text{ml/kg}$)。

七、 全血

用于急性大量血液丢失可能出现低血容量休克的患者, 或患者存在持续活动性出血, 估计失血量超过自身血容量的 30%。

回输自体全血不受本指征限制, 根据患者血容量决定。

注: ①红细胞的主要功能是携带氧到组织细胞。贫血及容量不足都会影响机体氧输送, 但这两者的生理影响不一样的。失血达总血容量 30%才会有明显的低血容量表现, 年轻体健的患者补充足够液体 (晶体液或胶体液) 就可以完全纠正其失血造成的血容量不足。全血或血浆不宜用作扩容剂。血容量补足之后, 输血目的是提高血液的携氧能力, 首选红细胞制品。晶体液或并用胶体液扩容, 结合红细胞输注, 也适用于大量输血。

② 无器官器质性病变的患者, 只要血容量正常, 红细胞压积达 0.20 (血红蛋白 $>60\text{g/L}$) 的贫血不影响组织氧合。急性贫血患者, 动脉血氧含量的降低可以被心输出血的增加及氧离曲线右移而代偿; 当然, 心肺功能不会和代谢率增高的

患者应保持血红蛋白浓度 $>100\text{g/L}$ 以保证足够的氧输送。

③ 手术患者在血小板 $>50\times 10^9/\text{L}$ 时,一般不会发生出血增多.血小板功能低下(如继发于术前阿斯匹林治疗)对出血的影响比血小板计数更重要.手术类型和范围、出血速率、控制出血的能力、出血所致后果的大小以及影响血小板功能的相关因素(如体外循环、肾衰、严重肝病用药)等,都是决定是否输血小板的指征。分娩功能的相关因素(如体外循环、肾衰、严重肝病用药)等,都是决定是否输血小板的指征。分娩妇女血小板可能会低于 $50\times 10^9/\text{L}$ (妊娠性血小板)而未必输血小板,因输血小板后的峰值决定其效果,缓慢输入的效果较差,所以输血小板时应快速输注,并一次性足量使用。

④ 只要纤维蛋白原浓度大于 0.8g/L ,即使凝血因子只有正常的30%,凝血功能仍可能维持正常。即患者血液置换量达全身血液总量,实际上还会有三分之一自体成分(包括凝血因子)保留在体内,仍然有足够的凝血功能。应当注意,休克没得到及时纠正,可导致消耗性凝血障碍。FFP的使用,必须达到 $10\sim 15\text{ml/kg}$,才能有效。禁止用FFP作为扩容剂,禁止用FFP促进伤口愈合。

附件四

内科输血指南

一、 红细胞:

用于红细胞破坏过多、丢失或生成障碍引起的慢性贫血并伴缺氧症状。血红蛋白 $<60\text{g/L}$ 或红细胞压积 <0.2 时可考虑输注。

二、 血小板:

血小板计数和临床出血症状结合决定是否输注血小板,血小板输注指征:

血小板计数 $>50\times 10^9/\text{L}$ 一般不需输注

血小板 $10\sim 50\times 10^9/\text{L}$ 根据临床出血情况决定,可考虑输注

血小板计数 $<5\times 10^9/\text{L}$ 应立即输血小板防止出血

预防性输注不可滥用,防止产生同种免疫导致输注无效.有出血表现时应一次足量输注并测CCI值。

$$\text{CCI} = (\text{输注后血小板计数} - \text{输注前血小板计数}) / (10^{11}) \times \text{体表面积}(\text{M}^2) / \text{输入血小板总数}(10^{11})$$

注:输注后血小板计数为输注后一小时测定值。CCI >10 者为输注有效。

三、 新鲜冰冻血浆:

用于各种原因(先天性、后天获得性、输入大量陈旧库血等)引起的多种凝

血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ或抗凝血酶Ⅲ缺乏,并伴有出血表现时输注。一般需输入 10~15ml/kg 体重新鲜冰冻血浆。

四、 新鲜液体血浆:

主要用于补充多种凝血因子(特别是Ⅷ因子)缺陷及严重肝病患者。

五、 普通冰冻血浆:

主要用于补充稳定的凝血因子。

六、 洗涤红细胞:

用于避免引起同种异型白细胞抗体和避免输入血浆中某些成分(如补体、凝集素、蛋白质等),包括对血浆蛋白过敏、自身免疫性溶血性贫血患者、高钾血症及肝肾功能障碍和阵发性睡眠性血红蛋白尿症的患者。

七、 机器单采浓缩白细胞悬液:

主要用于中性粒细胞缺乏(中性粒细胞 $<0.5 \times 10^9/L$ 、并发细菌感染且抗菌素治疗难以控制者,充分权衡利弊后输注。

八、 冷沉淀:

主要用于儿童及成人轻型甲型血友病,血管性血友病(vWD),纤维蛋白原缺乏症及因子Ⅷ缺乏症患者。严重甲型血友病需加用Ⅷ因子浓缩剂。

九、 全血:

用于内科急性出血引起的血红蛋白和血容量的迅速下降并伴有缺氧症状。血红蛋白 $<70g/L$ 或红细胞压积 <0.22 ,或出现失血性休克时考虑输注,但晶体液或并用胶体液扩容仍是治疗失血性休克的主要输血方案。

附件五

术中控制性低血压技术指南

术中控制性低血压,是指在全身麻醉下手术期间,在保证重要脏器氧供情况下,人为地将平均动脉压降低到一定水平,使手术野出血量随血压的降低而相应减少,避免输血或使输血量降低,并使术野清晰,有利于手术操作,提高手术精确性,缩短手术时间。

一、 术中控制性低血压主要应用于①血供丰富区域的手术,如头颈部、盆腔手术;②血管手术,如主动脉瘤、动脉导管未闭、颅内血管畸形;③创面较大且出血可能难以控制的手术,如癌症根治、髋关节断离成形、脊柱侧弯矫正、巨大脑膜瘤、颅颌面整形;④区域狭小的精细手术,如中耳成形、腭咽成形。

二、 术中控制性低血压技术的实施具有较大的难度,麻醉工程师对该技术

不熟悉时应视为绝对禁忌。对有明显机体、器官、组织氧运输降低的患者，或重要器官严重功能不全的患者，应仔细衡量术中控制性低血压的利弊后再酌性使用。

三、 实施术中控制性低血压应尽可能采用扩张血管方法，避免拟制心肌功能、降低心输出量。

四、 术中控制性低血压时，必须进行实时监测，内容包括：动脉血压、心电图、呼气末 CO₂、脉搏、血氧饱和度、尿量。对出血量较多的患者还应测定中心静脉压、血电解质、红细胞压积等。

五、 术中控制性低血压水平的“安全限”在患者之间有较大的个体差异，应根据患者的术前基础血压、重要器官功能状况、手术创面出血渗血状况来确定该患者最适低血压水平及降压时间。

注：

组织灌流量主要随血压和血管内径的变化而变化，血压降低，灌流量也降低。如果组织血管内径增加，尽管灌注压下降，组织灌流量可以不变甚至增加。理论上，只要保证毛细血管前血压大于临界闭合压，就可保证组织的血流灌注。器官对血流的自身调节能力在面的血流灌注降低、出血量减少时，重要器官血管仍具有较强的自主调节能力，维持足够的组织血供。另一方面，器官血压的自身调节低限并不是该器官缺血阈，器官组织丧失自身调节血流能力的最低压高于该组织缺血的临界血压。所以，如果术中控制性低血压应用正确，则可以安全有效地发挥他减少出血、改善手术视野的优点。

附件六：

XXXX 医院 输血治疗同意书

姓名： 性别：（男/女）年龄 病案号： 科 别

输血目的： 输血史：有/无 孕 产

输血成分： 临床诊断：

输血前检查：ALT U/L： HBsAg ； Anti-HBs ；
HBeAg ； Anti-HBe ； Anti-HBc ； Anti-HCV ；
Anti-HIV1/2 ；

输血治疗包括输全血、成分血，是临床治疗的重要措施之一，是临床抢救急危重患者生命行之有效的有效的手段。

虽然我院使用的血液，均已按卫生部有关规定进行检测，但由于当前科技水平的限制，输血仍有某些不能预测或不能防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下：

1. 过敏反应
2. 发热反应
3. 感染肝炎（乙肝、丙肝等）
4. 感染艾滋病、梅毒
5. 感染疟疾
6. 巨细胞病毒或 EB 病毒感染
7. 输血引起的其他疾病

ALT: U/L HBsAg:

Anti-HIV1/2:

梅毒：

申请医师签字:

主治医师审核签字:

申请日期: 上/下午 时

(备注:) 请医师逐项认真准确填写, 请于输血日前送输血科/血库。

受血者姓名: 受血者姓名:

病案号: 病案号: 病区 床号

血型: No. 00000000 血型: No. 00000000

附件八：

XXXX 医院输血记录单

病案号	姓名	性别	年龄	血 型	科别
病区	床号	输血性质：	常规 紧急	大量	特殊供血者姓名
血型：供血者血袋号：		血量复检血型结果：交叉配血试验结果：不规则			
抗体筛选结果：其他检查结果：					
复检者：	配血者：	发血者：		取血者：	
发血时间： 年 月 日 上/下午 时					

附件九：

XXXX 医院患者输血不良反应回报单 No. 0000000

患者姓名	性别	年龄	科室	病案号
血型	诊断			
供血者	血型	储血号	输血量	ml
输用何种血液：1. 红细胞悬液 单位 2. 浓缩血小板 袋， 3. 冷沉淀 袋， 4. 全血 ml 5. 血浆 ml 6. 其它：				
不良反应：	无	有（发热，过敏，溶血，细菌，血红蛋白尿其他）		
输血史：	无	有	次数	其他 孕 产
注：本回报单务必请临床医师认真填写，及时送回输血科/血库。				
发血日期	年	月	日	

填报人

医疗机构病历管理规定

(2013年版)

第一章 总则

第一条 为加强医疗机构病历管理,保障医疗质量与安全,维护医患双方的合法权益,制定本规定。

第二条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和,包括门(急)诊病历和住院病历。病历归档以后形成病案。

第三条 本规定适用于各级各类医疗机构对病历的管理。

第四条 按照病历记录形式不同,可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。

第五条 医疗机构应当建立健全病历管理制度,设置病案管理部门或者配备专(兼)职人员,负责病历和病案管理工作。

医疗机构应当建立病历质量定期检查、评估与反馈制度。医疗机构医务部门负责病历的质量管理。

第六条 医疗机构及其医务人员应当严格保护患者隐私,禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

第二章 病历的建立

第七条 医疗机构应当建立门(急)诊病历和住院病历编号制度,为同一患者建立唯一的标识号码。已建立电子病历的医疗机构,应当将病历标识号码与患者身份证明编号相关联,使用标识号码和身份证明编号均能对病历进行检索。

门(急)诊病历和住院病历应当标注页码或者电子页码。

第八条 医务人员应当按照《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范(试行)》和《中医电子病历基本规范(试行)》要求书写病历。

第九条 住院病历应当按照以下顺序排序:体温单、医嘱单、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病

程记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、死亡记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料。

病案应当按照以下顺序装订保存：住院病案首页、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料、体温单、医嘱单、病重（病危）患者护理记录。

第三章 病历的保管

第十条 门（急）诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构建有门（急）诊病历档案室或者已建立门（急）诊电子病历的，经患者或者其法定代理人同意，其门（急）诊病历可以由医疗机构负责保管。

住院病历由医疗机构负责保管。

第十一条 门（急）诊病历由患者保管的，医疗机构应当将检查检验结果及时交由患者保管。

第十二条 门（急）诊病历由医疗机构保管的，医疗机构应当在收到检查检验结果后 24 小时内，将检查检验结果归入或者录入门（急）诊病历，并在每次诊疗活动结束后首个工作日内将门（急）诊病历归档。

第十三条 患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。

医疗机构应当在收到住院患者检查检验结果和相关资料后 24 小时内归入或者录入住院病历。

患者出院后，住院病历由病案管理部门或者专（兼）职人员统一保存、管理。

第十四条 医疗机构应当严格病历管理，任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

第四章 病历的借阅与复制

第十五条 除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

第十六条 其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应当向患者就诊医疗机构提出申请，经同意并办理相应手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊医疗机构。

第十七条 医疗机构应当受理下列人员和机构复制或者查阅病历资料的申请，并依规定提供病历复制或者查阅服务：

- （一）患者本人或者其委托代理人；
- （二）死亡患者法定继承人或者其代理人。

第十八条 医疗机构应当指定部门或者专（兼）职人员负责受理复制病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人提供有关证明材料，并对申请材料的形式进行审核。

- （一）申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；
- （二）申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；
- （三）申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；
- （四）申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

第十九条 医疗机构可以为申请人复制门（急）诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志（入院记录）、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

第二十条 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴

定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，医疗机构可以根据需要提供患者部分或全部病历：

（一）该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明；

（二）经办人本人有效身份证明；

（三）经办人本人有效工作证明（需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致）。

保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

第二十一条 按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，申请人要求复制病历时，可以对已完成病历先行复制，在医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行复制。

第二十二条 医疗机构受理复制病历资料申请后，由指定部门或者专（兼）职人员通知病案管理部门或专（兼）职人员，在规定时间内将需要复制的病历资料送至指定地点，并在申请人在场的情况下复制；复制的病历资料经申请人和医疗机构双方确认无误后，加盖医疗机构证明印记。

第二十三条 医疗机构复制病历资料，可以按照规定收取工本费。

第五章 病历的封存与启封

第二十四条 依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历复制件。

医疗机构申请封存病历时，医疗机构应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构可以在公证机构公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

第二十五条 医疗机构负责封存病历复制件的保管。

第二十六条 封存后病历的原件可以继续记录和使用。

按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完

成,需要封存病历时,可以对已完成病历先行封存,当医师按照规定完成病历后,再对新完成部分进行封存。

第二十七条 开启封存病历应当在签封各方在场的情况下实施。

第六章 病历的保存

第二十八条 医疗机构可以采用符合档案管理要求的缩微技术等对纸质病历进行处理后保存。

第二十九条 门(急)诊病历由医疗机构保管的,保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年;住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于 30 年。

第三十条 医疗机构变更名称时,所保管的病历应当由变更后医疗机构继续保管。

医疗机构撤销后,所保管的病历可以由省级卫生计生行政部门、中医药管理部门或者省级卫生计生行政部门、中医药管理部门指定的机构按照规定妥善保管。

第七章 附则

第三十一条 本规定由国家卫生计生委负责解释。

第三十二条 本规定自 2014 年 1 月 1 日起施行。原卫生部和国家中医药管理局于 2002 年公布的《医疗机构病历管理规定》(卫医发〔2002〕193 号)同时废止。

内窥镜清洗消毒技术规范

第一章 总则

第一条为规范医疗机构内镜清洗消毒工作，保障医疗质量和医疗安全，制定本规范。

第二条本规范适用于开展内镜诊疗工作的医疗机构。

第三条开展内镜诊疗工作的医疗机构，应当将内镜的清洗消毒工作纳入医疗质量管理，加强监测和监督。

第四条各级地方卫生行政部门负责辖区内医疗机构内镜清洗消毒工作的监督管理。

第二章 基本要求

第五条开展内镜诊疗工作的医疗机构应当制定和完善内镜室管理的各项规章制度，并认真落实。

第六条从事内镜诊疗和内镜清洗消毒工作的医务人员，应当具备内镜清洗消毒方面的知识，接受相关的医院感染管理知识培训，严格遵守有关规章制度。

第七条内镜的清洗消毒应当与内镜的诊疗工作分开进行，分设单独的清洗消毒室和内镜诊疗室，清洗消毒室应当保证通风良好。内镜诊疗室应当设有诊疗床、吸引器、治疗车等基本设施。

第八条不同部位内镜的诊疗工作应当分室进行；上消化道、下消化道内镜的诊疗工作不能分室进行的，应当分时间段进行；不同部位内镜的清洗消毒工作的设备应当分开。

第九条灭菌内镜的诊疗应当在达到手术标准的区域内进行，并按照手术区域的要求进行管理。

第十条工作人员清洗消毒内镜时，应当穿戴必要的防护用品，包括工作服、防渗透围裙、口罩、帽子、手套等。

第十一条根据工作需要，按照以下要求配备相应内镜及清洗消毒设备：

一、内镜及附件：其数量应当与医院规模和接诊病人数相适应，以保证所用器械在使用前能达到相应的消毒、灭菌合格的要求，保障病人安全。

二、基本清洗消毒设备：包括专用流动水清洗消毒槽（四槽或五槽）、负压吸引器、超声清洗器、高压水枪、干燥设备、计时器、通风设施，与所采用的消毒、灭菌方法相适应的必备的消毒、灭菌器械，50 毫升注射器、各种刷子、纱布、

棉棒等消耗品。

三、清洗消毒剂：多酶洗液、适用于内镜的消毒剂、75%乙醇。

第十二条内镜及附件的清洗、消毒或者灭菌必须遵照以下原则：

一、凡进入人体无菌组织、器官或者经外科切口进入人体无菌腔室的内镜及附件，如腹腔镜、关节镜、脑室镜、膀胱镜、宫腔镜等，必须灭菌。

二、凡穿破粘膜的内镜附件，如活检钳、高频电刀等，必须灭菌。

三、凡进入人体消化道、呼吸道等与粘膜接触的内镜，如喉镜、气管镜、支气管镜、胃镜、肠镜、乙状结肠镜、直肠镜等，应当按照《消毒技术规范》的要求进行高水平消毒。

四、内镜及附件用后应当立即清洗、消毒或者灭菌。

五、医疗机构使用的消毒剂、消毒器械或者其它消毒设备，必须符合《消毒管理办法》的规定。

六、内镜及附件的清洗、消毒或者灭菌时间应当使用计时器控制。

七、禁止使用非流动水对内镜进行清洗。

第十三条内镜室应当做好内镜清洗消毒的登记工作，登记内容应当包括，就诊病人姓名、使用内镜的编号、清洗时间、消毒时间以及操作人员姓名等事项。

第十四条医院感染管理部门应当按照本规范，负责对本机构内镜使用和清洗消毒质量的监督管理。

第三章 软式内镜的清洗与消毒

第十五条软式内镜使用后应当立即用湿纱布擦去外表面污物，并反复送气与送水至少 10 秒钟，取下内镜并装好防水盖，置合适的容器中送清洗消毒室。清洗步骤、方法及要点包括：

一、水洗

（一）将内镜放入清洗槽内：

1、在流动水下彻底冲洗，用纱布反复擦洗镜身，同时将操作部清洗干净；

2、取下活检入口阀门、吸引器按钮和送气送水按钮，用清洁毛刷彻底刷洗活检孔道和导光软管的吸引器管道，刷洗时必须两头见刷头，并洗净刷头上的污物；

3、安装全管道灌流器、管道插塞、防水帽和吸引器，用吸引器反复抽吸活检孔道；

4、全管道灌流器接 50 毫升注射器，吸清水注入送气送水管道； 5、用吸引器吸干活检孔道的水分并擦干镜身。

(二) 将取下的吸引器按钮、送水送气按钮和活检入口阀用清水冲洗干净并擦干。

(三) 内镜附件如活检钳、细胞刷、切开刀、导丝、碎石器、网篮、造影导管、异物钳等使用后,先放入清水中,用小刷刷洗钳瓣内面和关节处,清洗后并擦干。

(四) 清洗纱布应当采用一次性使用的方式,清洗刷应当一用一消毒。

二、酶洗

(一) 多酶洗液的配置和浸泡时间按照产品说明书。

(二) 将擦干后的内镜置于酶洗槽中,用注射器抽吸多酶洗液 100 毫升,冲洗送气送水管道,用吸引器将含酶洗液吸入活检孔道,操作部用多酶洗液擦拭。

(三) 擦干后的附件、各类按钮和阀门用多酶洗液浸泡,附件还需在超声清洗器内清洗 5~10 分钟。

(四) 多酶洗液应当每清洗 1 条内镜后更换。

三、清洗

(一) 多酶洗液浸泡后的内镜,用水枪或者注射器彻底冲洗各管道,以去除管道内的多酶洗液及松脱的污物,同时冲洗内镜的外表面。

(二) 用 50 毫升的注射器向各管道冲气,排出管道内的水分,以免稀释消毒剂。

第十六条软式内镜采用化学消毒剂进行消毒或者灭菌时,应当按照使用说明进行,并进行化学监测和生物学监测。

第十七条采用 2%碱性戊二醛浸泡消毒或者灭菌时,应当将清洗擦干后的内镜置于消毒槽并全部浸没消毒液中,各孔道用注射器灌满消毒液。非全浸式内镜的操作部,必须用清水擦拭后再用 75%乙醇擦拭消毒。

第十八条需要消毒的内镜采用 2%碱性戊二醛灭菌时,浸泡时间为:

(一) 胃镜、肠镜、十二指肠镜浸泡不少于 10 分钟;

(二) 支气管镜浸泡不少于 20 分钟;

(三) 结核杆菌、其他分枝杆菌等特殊感染病人使用后的内镜浸泡不少于 45 分钟。

第十九条需要灭菌的内镜采用 2%碱性戊二醛灭菌时,必须浸泡 10 小时。

第二十条当日不再继续使用的胃镜、肠镜、十二指肠镜、支气管镜等需要消毒的内镜采用 2%碱性戊二醛消毒时,应当延长消毒时间至 30 分钟。

第二十一条采用其它消毒剂、自动清洗消毒器械或者其他消毒器械时,必须符

合本规范第十二条第五款的规定，并严格按照使用说明进行操作。

在使用器械进行清洗消毒之前，必须先按照第十五条的规定对内镜进行清洗。

第二十二条软式内镜消毒后，应当按照以下方法、步骤进行冲洗和干燥：

一、内镜从消毒槽取出前，清洗消毒人员应当更换手套，用注射器向各管腔注入空气，以去除消毒液

二、将内镜置入冲洗槽，流动水下用纱布清洗内镜的外表面，反复抽吸清水冲洗各孔道。

三、用纱布擦干内镜外表面，将各孔道的水分抽吸干净。取下清洗时的各种专用管道和按钮，换上诊疗用的各种附件，方可用于下一病人的诊疗。

四、支气管镜经上述操作后，还需用 75% 的乙醇或者洁净压缩空气等方法进行干燥。

第二十三条采用化学消毒剂浸泡灭菌的内镜，使用前必须用无菌水彻底冲洗，去除残留消毒剂。

第二十四条内镜附件的消毒与灭菌方法及要点包括：

一、活检钳、细胞刷、切开刀、导丝、碎石器、网篮、造影导管、异物钳等内镜附件必须一用一灭菌。首选方法是压力蒸汽灭菌，也可用环氧乙烷、2%碱性戊二醛浸泡 10 小时灭菌，或者选用符合本规范第十二条第五款规定的适用于内镜消毒的消毒剂、消毒器械进行灭菌，具体操作方法遵照使用说明。

二、弯盘、敷料缸等应当采用压力蒸汽灭菌；非一次性使用的口圈可采用高水平化学消毒剂消毒，如用有效氯含量为 500mg/L 的含氯消毒剂或者 2000 mg/L 的过氧乙酸浸泡消毒 30 分钟。消毒后，用水彻底冲净残留消毒液，干燥备用；注水瓶及连接管采用高水平以上无腐蚀性化学消毒剂浸泡消毒，消毒后用无菌水彻底冲净残留消毒液，干燥备用。注水瓶内的用水应为无菌水，每天更换。

第二十五条灭菌后的附件应当按无菌物品储存要求进行储存。

第二十六条每日诊疗工作结束，用 75% 的乙醇对消毒后的内镜各管道进行冲洗、干燥，储存于专用洁净柜或镜房内。镜体应悬挂，弯角固定钮应置于自由位。

储柜内表面或者镜房墙壁内表面应光滑、无缝隙、便于清洁，每周清洁消毒一次。

第二十七条每日诊疗工作结束，必须对吸引瓶、吸引管、清洗槽、酶洗槽、冲洗槽进行清洗消毒，具体方法及要点包括：

一、吸引瓶、吸引管经清洗后，用有效氯含量为 500mg/L 的含氯消毒剂或者

2000 mg/L 的过氧乙酸浸泡消毒 30 分钟，刷洗干净，干燥备用。

二、清洗槽、酶洗槽、冲洗槽经充分刷洗后，用有效氯含量为 500mg/L 的含氯消毒剂或者 2000 mg/L 过氧乙酸擦拭。消毒槽在更换消毒剂时必须彻底刷洗。

第二十八条每日诊疗工作开始前，必须对当日拟使用的消毒类内镜进行再次消毒。如采用 2%碱性戊二醛浸泡，消毒时间不少于 20 分钟，冲洗、干燥后，方可用于病人诊疗。

第四章 硬式内镜的清洗消毒

第二十九条硬式内镜的清洗步骤、方法及要点包括：

- 一、使用后立即用流动水彻底清洗，除去血液、粘液等残留物质，并擦干。
- 二、将擦干后的内镜置于多酶洗液中浸泡，时间按使用说明。
- 三、彻底清洗内镜各部件，管腔应当用高压水枪彻底冲洗，可拆卸部分必须拆开清洗，并用超声清洗器清洗 5～10 分钟。
- 四、器械的轴节部、弯曲部、管腔内用软毛刷彻底刷洗，刷洗时注意避免划伤镜面。

第三十条硬式内镜的消毒或者灭菌方法及要点包括：

- 一、适于压力蒸汽灭菌的内镜或者内镜部件应当采用压力蒸汽灭菌，注意按内镜说明书要求选择温度和时间。
- 二、环氧乙烷灭菌方法适于各种内镜及附件的灭菌。
- 三、不能采用压力蒸汽灭菌的内镜及附件可以使用 2%碱性戊二醛浸泡 10 小时灭菌。
- 四、达到消毒要求的硬式内镜，如喉镜、阴道镜等，可采用煮沸消毒 20 分钟的方法。
- 五、用消毒液进行消毒、灭菌时，有轴节的器械应当充分打开轴节，带管腔的器械腔内应充分注入消毒液。
- 六、采用其它消毒剂、消毒器械必须符合本规范第十二条第五款的规定，具体操作方法按使用说明。

第三十一条采用化学消毒剂浸泡消毒的硬式内镜，消毒后应当用流动水冲洗干净，再用无菌纱布擦干。

采用化学消毒剂浸泡灭菌的硬式内镜，灭菌后应当用无菌水彻底冲洗，再用无菌纱布擦干。

第三十二条灭菌后的内镜及附件应当按照无菌物品储存要求进行储存。

第五章 内镜消毒灭菌效果的监测

第三十三条消毒剂浓度必须每日定时监测并做好记录，保证消毒效果。

消毒剂使用的时间不得超过产品说明书规定的使用期限。

第三十四条消毒后的内镜应当每季度进行生物学监测并做好监测记录。

灭菌后的内镜应当每月进行生物学监测并做好监测记录。

消毒后的内镜合格标准为：细菌总数 $<20\text{cfu/件}$ ，不能检出致病菌；灭菌后内镜合格标准为：无菌检测合格。

第三十五条内镜的消毒效果监测采用以下方法：

（一）采样方法：监测采样部位为内镜的内腔面。用无菌注射器抽取 10ml 含相应中和剂的缓冲液，从待检内镜活检口注入，用 15ml 无菌试管从活检出口收集，及时送检，2 小时内检测。

（二）菌落计数：将送检液用旋涡器充分震荡，取 0.5ml，加入 2 只直径 90mm 无菌平皿，每个平皿分别加入已经熔化的 45°C – 48°C 营养琼脂 15ml–18ml，边倾注边摇匀，待琼脂凝固，于 35°C 培养 48 小时后计数。结果判断：菌落数/镜=2 个平皿菌落数平均值 $\times 20$ 。

（三）致病菌检测：将送检液用旋涡器充分震荡，取 0.2ml 分别接种 90mm 血平皿、中国兰平皿和 SS 平皿，均匀涂布， 35°C 培养 48 小时，观察有无致病菌生长。

第六章 附则

第三十六条医疗机构设有内镜诊疗中心的，其建筑面积应当与医疗机构的规模和功能相匹配，设立病人候诊室（区）、诊疗室、清洗消毒室、内镜贮藏室等。

诊疗室内的每个诊疗单位应当包括：诊疗床 1 张、主机（含显示器）、吸引器、治疗车等，每个诊疗单位的净使用面积不得少于 20 平方米。

第三十七条本规范自 2004 年 6 月 1 日起施行。

原《医院感染管理规范（试行）》第六章第十一节“内镜室的医院感染管理”同时废止，其它与本规范不一致的规定以本规范为准。

综合医院中医临床科室基本标准

一、科室设置

（一）作为医院的一级临床科室。

（二）设立中医病床，床位数不低于医院标准床位数的 5%。具有一定规模的医院，可根据实际需要设立独立病区。

（三）设立中医门诊，三级医院门诊开设中医专业不少于 3 个，二级医院不少于 2 个。

二、人员

（一）每床至少配备 0.4 名中医类别医师和 0.4 名护士。

（二）三级医院中医临床科室主任应当具有中医类别副主任医师以上专业技术职务任职资格，从事中医临床专业 10 年以上。二级医院中医临床科室主任应当具有中医类别主治医师以上专业技术职务任职资格，从事相关专业工作 6 年以上。

（三）主管中医病房的护士长应当系统接受过中医药知识技能岗位培训，能够指导护士开展辨证施护和运用中医护理技术。

三、医疗用房

（一）门诊诊室的面积应满足开展业务的需求。三级医院净使用面积不少于 90 平方米，二级医院净使用面积不少于 60 平方米。

（二）病房每床建筑面积不少于 40 平方米，或不低于医院临床科室平均每床建筑面积；每床净使用面积不少于 6 平方米，或不低于医院临床科室每床平均净使用面积。

四、设备配备

（一）基本设备：诊断床、听诊器、血压计、温度计、治疗推车、脉枕、针灸器具、火罐、电冰箱、计算机等。

（二）根据专科业务工作需要，配备相应的专科诊疗设备。

五、执行中医药行业标准规范，并制定各项规章制度，有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，并成册可用。

六、综合医院中西医结合、民族医临床科室及专科医院中医、中西医结合、民族医临床科室参照本《基本标准》执行。

医疗机构口腔诊疗器械消毒技术规范

第一章 总 则

第一条 为规范医疗机构口腔诊疗器械的消毒工作，保障医疗质量和医疗安全，制定本规范。

第二条 本规范适用于综合医院口腔科、口腔医院、口腔诊所等开展口腔科诊疗科目服务的医疗机构。

第三条 开展口腔科诊疗科目服务的医疗机构，必须将口腔诊疗器械的消毒工作纳入医疗质量管理，确保消毒效果。

第四条 各级地方卫生行政部门负责辖区内医疗机构口腔诊疗器械消毒工作的监督管理。

第二章 基本要求

第五条 开展口腔科诊疗科目服务的医疗机构应当制定并落实口腔诊疗器械消毒工作的各项规章制度，建立、健全消毒管理责任制，切实履行职责，确保消毒工作质量。

第六条 从事口腔诊疗服务和口腔诊疗器械消毒工作的医务人员，应当掌握口腔诊疗器械消毒及个人防护等医院感染预防与控制方面的知识，遵循标准预防的原则，严格遵守有关的规章制度。

第七条 医疗机构应当根据口腔诊疗器械的危险程度及材质特点，选择适宜的消毒或者灭菌方法，并遵循以下原则：

一、进入病人口腔内的所有诊疗器械，必须达到“一人一用一消毒或者灭菌”的要求。

二、凡接触病人伤口、血液、破损粘膜或者进入人体无菌组织的各类口腔诊疗器械，包括牙科手机、车针、根管治疗器械、拔牙器械、手术治疗器械、牙周治疗器械、敷料等，使用前必须达到灭菌。

三、接触病人完整粘膜、皮肤的口腔诊疗器械，包括口镜、探针、牙科镊子等口腔检查器械、各类用于辅助治疗的物理测量仪器、印模托盘、漱口杯等，使用前必须达到消毒。

四、凡接触病人体液、血液的修复、正畸模型等物品，送技工室操作前必须消毒。

五、牙科综合治疗台及其配套设施应每日清洁、消毒，遇污染应及时清洁、消毒。

六、对口腔诊疗器械进行清洗、消毒或者灭菌的工作人员，在操作过程中应当做好个人防护工作。

第八条 医务人员进行口腔诊疗操作时，应当戴口罩、帽子，可能出现病人血液、体液喷溅时，应当戴护目镜。每次操作前及操作后应当严格洗手或者手消毒。

医务人员戴手套操作时，每治疗一个病人应当更换一付手套并洗手或者手消毒。

第九条 口腔诊疗过程中产生的医疗废物应当按照《医疗废物管理条例》及有关规定、规章的规定进行处理。

第十条 口腔诊疗区域和口腔诊疗器械清洗、消毒区域应当分开，布局合理，能够满足诊疗工作和口腔诊疗器械清洗、消毒工作的基本需要。

第三章 消毒工作程序及要点

第十一条 口腔诊疗器械消毒工作包括清洗、器械维护与保养、消毒或者灭菌、贮存等工作程序。

第十二条 口腔诊疗器械清洗工作要点是：

一、口腔诊疗器械使用后，应当及时用流动水彻底清洗，其方式应当采用手工刷洗或者使用机械清洗设备进行清洗。

二、有条件的医院应当使用加酶洗液清洗，再用流动水冲洗干净；对结构复杂、缝隙多的器械，应当采用超声清洗。

三、清洗后的器械应当擦干或者采用机械设备烘干。

第十三条 口腔诊疗器械清洗后应当对口腔器械进行维护和保养，对牙科手机和特殊的口腔器械注入适量专用润滑剂，并检查器械的使用性能。

第十四条 根据采用的消毒与灭菌的不同方式对口腔诊疗器械进行包装，并在包装外注明消毒日期、有效期。

采用快速卡式压力蒸汽灭菌器灭菌器械，可不封袋包装，裸露灭菌后存放于无菌容器中备用；一经打开使用，有效期不得超过 4 小时。

第十五条 牙科手机和耐湿热、需要灭菌的口腔诊疗器械，首选压力蒸汽灭菌的方法进行灭菌，或者采用环氧乙烷、等离子体等其他灭菌方法进行灭菌。

对不耐湿热、能够充分暴露在消毒液中的器械可以选用化学方法进行浸泡消毒或者灭菌。在器械使用前，应当用无菌水将残留的消毒液冲洗干净。

第十六条 每次治疗开始前和结束后及时踩脚闸冲洗管腔 30 秒，减少回吸污染；有条件可配备管腔防回吸装置或使用防回吸牙科手机。

第十七条 口腔诊疗区域内应当保证环境整洁，每日对口腔诊疗、清洗、消毒区域进行清洁、消毒；每日定时通风或者进行空气净化；对可能造成污染的诊疗环境表面及时进行清洁、消毒处理。每周对环境进行一次彻底的清洁、消毒。

第四章 消毒与灭菌效果监测

第十八条 医疗机构应当对口腔诊疗器械消毒与灭菌的效果进行监测，确保消毒、灭菌合格。

灭菌效果监测采用工艺监测、化学监测和生物监测。工艺监测包括灭菌物品、洗涤、包装质量合格；灭菌物品放置灭菌器的方法合格；灭菌器的仪表运行正常；灭菌器的运行程序正常。

第十九条 新灭菌设备和维修后的设备在投入使用前，应当确定设备灭菌操作程序、灭菌物品包装形式和灭菌物品重量，进行生物监测合格后，方可投入使用。

在设备灭菌操作程序、灭菌物品包装形式和灭菌物品重量发生改变时，应当进行灭菌效果确认性生物监测。

灭菌设备常规使用条件下，至少每月进行一次生物监测。

第二十条 采用包装方式进行压力蒸汽灭菌或者环氧乙烷灭菌的，应当进行工艺监测、化学监测和生物监测；采用裸露方式进行压力蒸汽灭菌的，应当对每次灭菌进行工艺监测、化学监测，按要求定期进行生物学监测。

第二十一条 使用中的化学消毒剂应当定期进行浓度和微生物污染监测。

浓度监测：对于含氯消毒剂、过氧乙酸等易挥发的消毒剂应当每日监测浓度，对较稳定的消毒剂如 2%戊二醛应当每周监测浓度。

微生物污染监测：使用中的消毒剂每季度监测一次，使用中的灭菌剂每月监测一次。

第五章 附 则

第二十二条 本规范自 2005 年 5 月 1 日起施行。

原《医院感染管理规范》（试行）及其它与本规范不一致的规定以本规范为准。

第三部分 常用护理评估量表

Morse 跌倒评估表

评分项目	评	分	
跌倒史	无=0 分	有=25 分	
超过 1 个医学诊断	无=0 分	有=15 分	
行走辅助	卧床休息、由护士照顾 活动或不需要使用=0 分	使用拐杖、手杖、助行器 =15 分	扶靠家具行走=30 分
静脉治疗/甘露锁	无=0 分	有=20 分	
步态	正常、卧床休息不能活 动=0 分	双下肢虚弱乏力=10 分	残疾或功能障碍=20 分
认知状态	量力而行=0 分	高估自己或忘记自己受限 制=15 分	

住院患者跌倒危险因素评估量

评分项目	评 分		评分日期
	0 分	1 分	
生活自理能力	有	无	
肢体活动能力	有	无	
表达能力正常	是	否	
睡眠正常	是	否	
视力正常	是	否	
辅助工具	否	是	
跌倒史	否	是	
药物（近期使用可 造成头晕、步态 不稳、体位性低 血压等药物）	否	是	
评分结果			
评分者			

儿童住院患者跌倒危险因素评估表

评估内容	评 分	
	0 分	1 分
一般情况：		
年龄≤3 岁	否	是
眩晕全身虚脱感	否	是
跌倒史	否	是
视力、听力障碍	否	是
意识情况（障碍）	否	是
肢体功能：		
肢体残疾	否	是
下肢残疾	否	是
骨关节异常	否	是
使用药物：		
镇静剂	否	是
利尿剂	否	是
抗癫痫药	否	是
排泄情况：		
腹泻	否	是
尿频	否	是

Braden 评分表

分项	评分			
感知 机体对压力所引起的 不适感的反应能力	1 完全受限 对疼痛刺激没有反应（没有呻吟、退缩或紧握）或者绝大部分机体对疼痛的感觉受限。	1 非常受限 只对疼痛刺激有反应，能通过呻吟或烦躁的方式表达机体不适。或者机体一半以上的部位对疼痛的或不适感觉障碍。	3 轻度受限 对其讲话有反应，但不是所有时间都能用语言表达不适感。或者机体的一到两个肢体对疼痛的或不适感觉障碍。	4 没有改变 对其讲话有反应，机体没有对疼痛或不适的感觉缺失。
潮湿 皮肤处于潮湿状态的 程度	1 持久潮湿 由于出汗、小便等原因皮肤一直处于潮湿状态，每当移动病人或给病人翻身时就可发现病人皮肤是湿的。	2 非常潮湿 皮肤经常但不总是处于潮湿状态。床单每班至少换一次。	1 偶尔潮湿 每天大概需要换两次床单。	2 很少潮湿 皮肤通常是干的，只需按常规换床单即可。
活动能力 躯体活动的的能力	1 卧床不起 限制在床上。	2 局限于轮椅 行动能力严重受限或没有行走能力。需协助才能坐上轮椅。	3 偶尔步行 白天在帮助或无需帮助的情况下偶尔可以走一段路。每天大部分时间在床上或椅子上度过。	4 经常步行 每天至少 2 次室外行走，白天醒着的时候至少每 2 小时行走一次。
移动能力 改变/控制躯体位置的 能力	1 完全受限 没有帮助的情况下不能完成轻微的躯体或四肢的位置变动。	2 严重受限 偶尔能轻微地移动躯体或四肢，但不能独立完成经常的或显著的躯体位置变动。	3 轻度受限 能经常独立地改变躯体或四肢的位置，但变动幅度不大。	4 不受限 独立完成经常性的大幅度体位改变。
营养 平常的食物摄入模式	1 重度营养摄入不足 从来不能吃完一餐饭，很少能摄入所给食物量的 1/3 。每天能摄入 2 份或以下的蛋白量（肉或者乳制品），很少摄入液体，没有摄入流质饮食。或者禁食和/或清流摄入或静脉输入大于 5 天（每份蛋白质为 25 克）	2 营养摄入不足 很少吃完一餐饭，通常只能摄入所给食物量的 1/2 。每天蛋白摄入量是 3 份肉或乳制品。偶尔能摄入规定食物量。或者可摄入略低于理想量的流质或者管饲。	3 营养摄入适当 可摄入供给量的一半以上。每天 4 份蛋白量（肉或者乳制品），偶尔拒绝肉类，如果供给食物通常会吃掉。或者管饲或 TPN 能达到绝大多数的营养所需。	4 营养摄入良好 每餐能摄入绝大部分食物从来不拒绝食物，通常吃 4 份或更多的肉和乳制品，两餐间偶尔进食。不需其他补充食物。
摩擦和剪切力	1 已成为问题 移动是需要中到大量的帮助，不可能做到完全抬空而不碰到床单，在床上或椅子上时经常滑落。需要大力帮助下重新摆体位。痉挛、挛缩或躁动不安通常导致摩擦。	2 有潜在问题 躯体移动乏力，或者需要一些帮助，在移动过程中，皮肤在一定程度上会碰到床单、椅子、约束带或其他设施。在床上或椅子上可保持相对好的位置，偶尔会滑落下来。	3 无明显问题 能独立在床上或椅子上移动，并且有足够的肌肉力量在移动时完全抬空躯体。在床上和椅子上总是保持良好的姿势。	
Braden Scale: 15~18 低危; 13~14 中危; 10~12 分 高危; ≤9 分 极高; 当 Braden Scale < 12 分时需上报。				

Braden 评分表

分 项	评 分			
感知	1. 完全受限	2.非常受限	3.轻度受限	4.没有改变
潮湿	1.持久潮湿	2.非常潮湿	3.偶尔潮湿	4.很少潮湿
活动能力	1.卧床不起	2.局限于轮椅	3.偶尔步行	4.经常步行
移动能力	1.完全受限	2.严重受限	3.轻度受限	4.不受限
营养	1.重度营养摄入不足	2.营养摄入不足	3.营养摄入适当	4.营养摄入良好
摩擦和剪切力	1.已成为问题	2.有潜在问题	3.无明显问题	
Braden Scale: 15~18 低危; 13~14 中危; 10~12 分 高危; ≤9 分 极高; 当 Braden Scale < 12 分时需上报。				

早期预警评分系统（MEWS 评分表）

项目 \ 评分	3	2	1	0	1	2	3
体温（℃）		≤35.0	35.1-36	36.1-38	38.1-38.5	≥38.5	
呼吸（次/分）		≤8		9-14	15-20	21-29	≥30
心率（次/分）		≤40	41-50	51-100	101-110	111-130	>130
收缩压（mmHg）	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
意识水平				清醒	对声音有反应	对疼痛有反应	无反应

Steward 苏醒评分

项目 \ 评分	2	1	0
清醒程度	完全苏醒	对刺激有反应	对刺激无反应
呼吸通畅程度	可按医师吩咐咳嗽	不用支持可以维持呼吸道通畅	呼吸道需要予以支持
肢体活动度	肢体能作有意识的活动	肢体无意识活动	肢体无活动

评分在 4 分以上方能离开手术室或恢复室。

Barthel 指标（BI）评定量表

序号	项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1	进食	10	5	0	—
2	洗澡	5	0	—	—
3	修饰	5	0	—	—
4	穿衣	10	5	0	—
5	控制大便	10	5	0	—
6	控制小便	10	5	0	—
7	如厕	10	5	0	—
8	床椅转移	15	10	5	0
9	平地行走	15	10	5	0
10	上下楼梯	10	5	0	—
Barthel 指数总分：_____分 注：根据患者的实际情况，在每个项目对应的得分上划“√”					

自理能力分级

自理能力等级	等级划分标准	需要照护程度
重度依赖	总分 ≤40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分 41~60 分	大部分需要他人照护
轻度依赖	总分 61~99 分	少部分需要他人照护
无需依赖	总分 100 分	无需他人照护

参考资料:

- 【1】卫生部《三级综合医院评审标准（2011）》卫医管发（2011）33号
- 【2】卫生部《二级综合医院评审标准（2012）》卫医管发（2012）2号
- 【3】卫生部《重症医学科建设与管理指南（试行）》卫办医政发（2009）23号
- 【4】卫生部《急诊科建设与管理指南（试行）》卫医政发（2009）50号
- 【5】卫生部《医院手术部（室）管理规范（试行）》卫医政发（2009）90号
- 【6】卫生行业标准通告（国卫通（2013）6号）WS/T 431-2013 护理分级； WS/T 433-2013 静脉治疗护理技术操作规范
- 【7】卫生部通告卫通（2009）10号《医院消毒供应中心管理规范》、《清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《清洗消毒及灭菌效果监测标准》
- 【8】卫生部《新生儿病室建设与管理指南（试行）》卫医政发（2009）123号
- 【9】国家卫计委《医疗机构新生儿安全管理制度（实行）》国卫办医发（2014）21号
- 【10】卫生部《医疗机构病历管理规定(2013年版)》2013-12-17 国卫医发（2013）31号
- 【11】中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《临床输血技术规范》卫医发[2000] 184号
- 【12】卫生部《癌症疼痛诊疗规范（2011年版）》卫办医政发（2011）161号
- 【13】温贤秀, 蒋文春.护理质量绩效管理 [M].成都: 西南交通大学出版社, 2013.
- 【14】彭磷基.国际医院管理标准（JCI）中国医院实践指南 [M].北京: 人民卫生出版社, 2008.
- 【15】王曙红.临床护理评价量表及应用 [M].长沙: 湖南科学技术出版社, 2011.
- 【16】卫生部关于印发《非血缘造血干细胞移植技术管理规范》和《非血缘造血干细胞采集技术管理规范》的通知 卫医发（2006）253号
- 【17】卫生部《孕产期保健工作管理办法》、《孕产期保健工作规范》卫妇社发（2011）56号
- 【18】卫生和计划生育委员会《综合介入诊疗技术管理规范》卫办医政发（2012）87号
- 【19】《综合医院康复医学科基本标准（试行）》卫医政发（2011）31号
- 【20】《口腔诊疗器械消毒灭菌技术规范》卫医发[2005]73号
- 【21】卫生部《三级口腔医院评审标准》卫医管发（2012）16号
- 【22】《内窥镜清洗消毒技术规范》卫法监发[2003]330号
- 【23】《血液净化标准操作规程（2010版）》卫医管发（2010）15号
- 【24】《血液透析室管理规范》卫医政发（2010）35号
- 【25】卫生部《肝脏、肾脏、心脏、肺脏移植技术管理规范》卫医发（2006）243号
- 【26】《中华人民共和国母婴保健法》（2001年6月20日中华人民共和国国务院第308号令发布）