**泗洪县第一人民医院**

**制度汇编**

（内部资料）

2020年

1. 医院规章制度

第一章 行政管理工作制度

泗洪县第一人民医院章程

序 言

泗洪县第一人民医院前身为泗洪县妇产儿童医院，通过县财政整体收购后，2019年8月1日正式运营，定位为集医疗、教学、科研、公共卫生服务为一体的综合性医院。2019年12月18日，医院与徐州医科大学附属医院建立紧密型医联体，为徐州医科大学附属医院泗洪分院。

为建立现代医院管理制度，根据《关于加强公立医院党的建设工作的意见》、《医疗机构管理条例》、《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》、《公立医院领导人员管理暂行办法》、《国家卫生健康委员会党组关于印发加强公立医院党的建设工作的意见实施办法的通知》和《关于开展制定医院章程试点工作的指导意见》等国家有关法律法规、规章和规范性文件，结合医院实际，制定本章程。

# 第一章 总 则

第一条 举办主体：泗洪县人民政府。

第二条 医院名称：第一名称为泗洪县第一人民医院，第二名称为徐州医科大学附属医院泗洪分院；中文简称：泗洪一院；英文名称：SIHONG FIRST HOSPITAL。

第三条 医院地址：江苏省泗洪县建设北路2号；医院网址：www.shxdyyy.com。

第四条 医院性质：非营利性医疗机构，具有独立法人资格。

第五条领导体制：实行党委领导下的院长负责制，党委书记是医院的法定代表人。

第六条 功能定位：医院承担临床医疗、医学教育、医学科研、预防保健等任务，是县级医疗中心。同时充分发挥县级公立医院的示范带头作用，积极打造以泗洪县第一人民医院为龙头的公立医院集团。

第七条医院宗旨：贯彻落实新时期我国卫生与健康工作方针，坚持以人民健康为中心，以救死扶伤、防病治病、提高人民健康水平和促进医学事业发展为宗旨。

第八条医院核心理念：以人为本，生命至上，团结奋进，开拓创新。

第九条 发展目标：力争2022年通过二级甲等综合医院评审验收，2024年达到三级医院水平，全面建成高水平的县域及周边区域医疗中心。

# 第二章 医院外部治理体系

## 第一节 举办主体的权利与义务

第十条举办主体按照党和政府赋予职责和法律法规规定，依法履行领导责任、保障责任、管理责任、监督责任，维持医院的公益性。

第十一条 举办主体行使医院的举办权、重大事项决策权、资产收益权等，行使涉外合作交流、与其他投资主体投资合作、注册举办新的机构、重大投资建设、大型医用设备配置等重大发展权。

第十二条 举办主体审定医院章程、发展规划、重大项目、收支预算等。

第十三条举办主体以公益性和运行绩效为核心对医院实施年度绩效考核，考核结果与举办主体对医院的投入等挂钩。

第十四条 上级党委和政府任免（聘任）医院党政领导人员，开展年度考核和任期目标考核，坚持考用结合，将考核结果与选拔任用、培养教育、管理监督、激励约束、问责追责等结合起来，推动能上能下，促进担当作为。建立容错纠错机制，激励医院领导人员不断推进工作创新。

第十五条 举办主体对医院预算管理、财务收支和国有资产运营情况进行监管，并监督医院实现公益性目标。

第十六条举办主体为医院建立科学补偿机制提供条件，理顺医疗服务价格，落实政府投入，保障医院可持续发展。

## 第二节 医院的权利与义务

第十七条 医院在举办主体的指导下，履行相关职责，承担相关义务：

（一）贯彻落实新时期我国卫生与健康工作方针，坚持公益性，保障人民群众健康，推动医院各方面工作健康发展。

（二）为人民群众提供医疗保健、疾病预防、健康教育、健康科普等医疗和一定的公共卫生服务。

（三）承担院校医学教育、毕业后医学教育和继续医学教育，不断提升医学人才能力素质和工作水平。

（四）开展临床医学和基础医学研究，推动医学科技成果转化。

（五）承担重大活动医疗保障任务，承担突发公共事件的医疗卫生救助。

（六）根据规划和需求，经举办主体和有关部门批准，可与社会力量合作举办新的非营利性医疗机构或在人才、管理、服务、技术、品牌等方面建立协议合作关系。

（七）经举办主体和有关部门批准，与相关医疗机构组成医联体或医共体，推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。

（八）开展对口帮扶、送医下乡等健康扶贫和志愿者服务工作。

（九）承担上级党委和政府交办的其他事项。

第十八条医院的业务范围以泗洪县事业单位登记管理局登记的业务范围和宿迁市卫生健康委核发的医疗机构执业许可证登记内容为准。医院在登记的业务范围内从事活动，一切活动遵守国家有关法律、法规和部门规章，不受任何机关、团体、个人侵犯或非法干涉。

第十九条坚持依法治院，建立医疗机构依法决策、依法管理、依法执业机制，健全医院法治工作制度、合规性审查制度和法律顾问制度，推动医院内部治理现代化。

第二十条 医院依法依规行使内部人事管理、机构设置、资源配置、中层干部聘任、人员招聘和人才引进、内部绩效考核与薪酬分配、年度预算执行等运营管理自主权。

第二十一条医院接受上级党委和政府有关部门的业务指导和监督管理，接受审计、财政、价格、医保、卫生健康等政府部门及举办主体的监督，保证医院日常执业行为及财务收支状况的健康运行。

第二十二条 医院主动接受社会监督和舆论监督。建立健全第三方满意度评价机制，建立完善的监督评价体系；依法实行院务公开，真实、完整、及时地公布服务信息，主动接受社会评价和监督。

# 第三章 医院内部治理体系

## 第一节 党委、纪委

第二十三条医院设立中国共产党泗洪县第一人民医院委员会（以下简称医院党委）。医院党委发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。主要职责如下：

（一）贯彻落实党的基本理论、基本路线、基本方略，贯彻落实党的卫生与健康工作方针，贯彻落实深化医药卫生体制改革政策措施，坚持公立医院公益性，确保医院改革发展正确方向。

（二）依照有关规定讨论和决定医院改革发展、财务预决算、预算绩效、“三重一大”、内部组织机构设置，以及涉及医务人员权益保障等的重大问题。

（三）坚持党管干部原则，按照干部管理权限领导医院干部的选拔任用工作，认真做好退休干部工作。

（四）坚持党管人才原则，讨论决定医院人才工作的政策措施，创新用人机制，优化人才成长环境。

（五）做好思想政治、意识形态和宣传工作，开展社会主义核心价值观教育，弘扬崇高精神，加强医德医风、精神文明和医院文化建设。

（六）完善医院党组织设置和工作机制，提升组织力，增强政治功能，严格党的组织生活，扩大党内基层民主，抓好发展党员和党员教育管理监督服务工作。严格执行“三会一课”、民主生活会和组织生活会、主题党日等制度。

（七）履行全面从严治党主体责任，支持纪检机构履行监督责任，加强医院党风廉政建设和反腐败工作。

（八）全面落实党的统一战线方针政策，做好统战工作。

（九）领导和支持工会、共青团等群团组织和职工代表大会开展工作。

第二十四条医院党委实行集体领导和个人分工负责相结合的制度。设党委书记1名，主持党委全面工作，是医院党建工作的第一责任人，医院党政领导班子其他党员成员严格落实“一岗双责”。医院党委委员数量、党委副书记职数以上级党委批复为准。党委书记、副书记、党委委员按照干部管理权限和基层党组织选举有关规定产生。任期按党内有关规定执行。

第二十五条公立医院内设机构党组织是党在公立医院全部工作和战斗力的基础，要充分发挥战斗堡垒作用，着力提升组织力、突出政治功能，认真履行直接教育党员、管理党员、监督党员和组织群众、宣传群众、凝聚群众、服务群众的职责。参与内设机构重大问题的决策，保证内设机构行政负责人充分行使职权。

第二十六条医院设立纪律检查委员会（以下简称医院纪委）。医院纪委在医院党委和上级纪委的领导下，全面落实监督执纪问责职责。主要职责如下：

（一）检查医院贯彻落实党的路线方针政策和医院重大决策部署的情况。

（二）监督党员干部特别是关键岗位、重要人员履职和用权情况。

（三）开展党纪教育，推进廉政文化建设，筑牢党员干部拒腐防变的思想道德和法纪防线。

（四）开展作风督查，促进医院严格落实中央八项规定。

（五）完善反腐倡廉制度规范，构建系统化防治腐败工作制度体系。

（六）依纪依法查办案件，坚决惩治腐败行为。

第二十七条医院纪委书记是履行医院党风廉政建设监督责任的第一责任人。医院纪委副书记职数和纪委委员数量以上级纪委批复为准。医院纪委书记、副书记、纪委委员按照有关规定和程序选举产生。医院纪委任期与医院党委任期相同。

第二十八条 医院为党组织活动提供必要条件，设立党委办公室、组织、宣传、统战、纪检等党务工作机构，保障活动场所和活动经费，党建工作经费列入医院年度经费预算。

## 第二节 医院领导班子

第二十九条医院设院长1名。院长是医院运营管理的第一责任人，在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。副院长职数按相关规定配置。副院长负责协助院长分管相关工作。医院设置总会计师1人，协助院长管理医院经济和运营工作。行政领导人员每个任期一般为三至五年。

第三十条 医院领导班子成员由上级党委和政府按照干部管理权限，根据工作需要和领导班子建设实际，依照相关程序选拔任用。院长和分管医疗、科研、教学等相关业务的副院长，一般应当从医疗卫生领域选拔。院领导班子成员定期述职，接受举办主体的考核和医院职工的评议。

第三十一条院长的主要职责：

（一）负责医院的日常运行管理，召集和主持院长办公会会议，组织开展医疗、教学和科研等业务工作，落实政府办医目标，不断提高医院为人民群众服务的水平。

（二）在医院党委领导下，参与制定并负责组织实施医院中长期发展规划、年度工作计划，加强学科建设和人才培养，促进医院科学发展。

（三）按照相关程序建立健全医院内部管理制度，促使医院高效运营；合理配置和有效利用医院资产，维护资产的安全完整。

（四）每年向医院党委会、职工代表大会报告工作，组织处理有关行政工作提案；尊重和维护专业委员会、群团组织的合法权益，支持其履行职权。

（五）法律、法规、规章规定的其他职责。

第三十二条 医院领导班子实行任期目标责任制。任期目标按照上级对公立医院改革发展的要求，依照相关规定和医院实际确定。

第三十三条 医院领导班子及其成员实行年度考核和任期考核。考核评价以任期目标为依据，以日常管理为基础，以公益性为导向，注重工作实绩和社会效益；坚持党建工作与业务工作同步考核。

因年龄、健康等原因，或被认定为不适宜担任现职的，按照有关规定予以组织调整或者组织处理。

第三十四条 医院贯彻全面从严治党要求，完善院领导班子的监督约束机制，构建严密有效的监督体系，发挥党内监督、民主监督、法律监督、审计监督和舆论监督等作用，督促领导班子认真履职尽责，依法依规办事，保持清正廉洁。

## 第三节 医院内部机构

第三十五条 医院依据相关法律法规和国家规定，结合医院宗旨、发展目标、业务范围和实际需要，本着精简、高效、统一的原则，设立职能部门和临床医技科室。

职能部门主要职责：执行医院管理决定；执行、细化医院在医疗、教学、科研、护理、信息、行政、后勤等方面的管理制度；为医院业务发展及学科建设提供决策依据与管理支持。

临床医技科室主要职责：依法组织开展学科范围内的相关医疗执业活动，为患者提供诊疗、护理、康复和健康咨询等服务；负责提高本科室质量管理和患者服务水平；开展学科建设、医学教育、人才培养和科研工作；承担医院交办的其他工作。

第三十六条医院依法设置工会、妇委会、共青团等群众组织。各群众组织在党委的领导下，履行各自职责。工会依法组织员工参与医院的民主决策、民主管理和民主监督。民主党派基层组织依照法律和各自章程开展活动。

第三十七条医院职工代表大会（以下简称医院职代会）是医院实行民主管理的基本形式，是职工依法行使民主管理权利的机构。医院职代会每年举行1-2次。医院职代会行使下列职权：

（一）听取并审议医院章程及各项规章制度的制定和修订情况报告，提出意见和建议。

（二）听取并审议院长工作报告、总体发展规划、年度工作计划、重大改革方案、财务工作及其他专项工作报告等重大问题，提出意见和建议。

（三）审议并监督落实涉及职工切身利益的福利待遇、薪酬分配等有关的重大事项，维护职工合法权益。

（四）审议上一届（次）医院职代会提案的办理情况报告，检查监督职代会决议、代表提案的落实，听取和反映职工的意见和要求。

（五）按照有关规定对医院领导班子进行民主监督和评议。

（六）讨论其他需要经医院职代会审议、通过或决定的事项。

（七）医院职代会闭会期间，遇重大事项需要征求职代会代表意见时，可临时召集职代会代表对所议事项征求意见并进行符合职代会规定的有效表决。

第三十八条医院根据工作需要设立学术、医疗、信息、教育、科研、药事、伦理等专业委员会，辅助医院行政领导班子对相应具体事务进行专业化决策与管理。

# 第四章 医院员工

第三十九条医院员工系指医院依法聘用的全体工作人员。

第四十条医院坚持德才兼备、以德为先的用人标准，贯彻民主、公开、竞争、择优的原则，实行公开招聘制度，推行岗位管理制度，按需设岗、按岗聘用、合同管理。

第四十一条医院员工享有下列权利：

（一）按工作职责和有关规定申请及合理使用公共资源。

（二）在思想政治表现、职业道德、业务水平和工作实绩等方面获得公正评价。

（三）公平获得职业发展所需要的机会和条件。

（四）公平获得各种奖励和荣誉称号。

（五）知悉医院改革、建设和发展及关涉切身利益的重大事项，参与民主管理和监督，对医院工作提出意见和建议。

（六）就职务晋升、岗位聘任、福利待遇、评先评优、纪律处分等事项表达异议和提出申诉。

（七）依照法律、法规、规章、医院规定和合同约定，获得薪酬及其他福利待遇。

（八）法律、法规、规章与合同约定的其他权利。

第四十二条医院员工应当履行下列义务：

（一）以人为本，践行全心全意为人民健康服务的宗旨和医院文化理念。

（二）遵纪守法，自觉遵守国家法律法规、行业规章和医院各项制度规定。

（三）尊重患者，优质服务，保护患者的生命健康权、人格权、知情权、隐私权以及民族习惯和宗教信仰。

（四）爱岗敬业、精益求精，不断提高业务能力和服务水平。

（五）廉洁行医，恪守医德。不得有收受“红包”和“回扣”以及其他有违医德、有损患者权益的言行。

（六）法律、法规、规章与合同约定的其他义务。

第四十三条医院兼职教授、退休后返聘人员及其他医疗、科研、教学、管理工作者，在医院工作期间，依法、依规、依约享有相应权利，履行相应义务。

# 第五章 运行管理

## 第一节 基本原则

第四十四条 医院建立健全科学高效的决策、激励、竞争和监督机制，保持正确办院方向，提高医院运行效率，形成维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行机制，努力实现社会效益与运行效率的有机统一。

## 第二节 决策机制

第四十五条党委会议的决策范围：

（一）重大决策事项：医院贯彻执行党和国家的路线方针政策、法律法规和上级决定的重大部署；党的建设、意识形态、思想政治建设、党风廉政建设等重要工作；医院重要改革、发展建设和学科建设等规划以及年度工作计划；医院人才工作规划、人才引进方案与政策措施；医院重要规章制度；内部组织机构、人员岗位的设置和重要调整；评优评先及奖励、职工薪酬分配及福利待遇和关系职工权益的重要事项；医院年度财务预算方案、决算情况的审定和预算执行与决算审计、预算绩效管理情况；医院重要资产处置、重要资源配置；以及其他重大决策事项。

（二）重要人事任免事项：医院管理的干部、内部组织机构负责人以及享受相应待遇的非领导职务人员的任免，给予党纪政纪处分，推荐后备干部、党代会代表、人大代表、政协委员等人选，以及其他重要干部人事任免事项。

（三）重大项目安排事项：各级各类重点建设项目，国内国（境）外交流与合作重要项目，大型医用设备、大宗医院耗材、器械物资采购和购买服务，基本建设和大额度基建修缮项目，以及其他重大项目安排事项。

第四十六条院长办公会议的议事决策范围：

（一）讨论决定贯彻落实党委会决议的有关措施。

（二）讨论通过拟由党委会研究决定的重大决策、重大项目安排和大额度资金使用事项的方案。

（三）讨论决定重要人事管理事项：如职称评聘、常规晋升晋级及日常人员招用、解聘、调动等医院人事工作的事项；招生培训、一线岗位人才引进等医院人才培养工作的事项。

（四）讨论决定医院医疗、教学、科研和行政管理中其他需要集体决策的事项。

第四十七条会议集体决策程序：

（一）党委会议由党委书记召集并主持，不是党委委员的院长、副院长可列席会议。党委会议决定重要事项，应当逐项进行讨论和表决，以赞成人数超过应参会人数半数为通过。

（二）院长办公会议由院长召集并主持，院行政班子领导人员和纪委书记参加会议，党委其他班子成员可视议题情况列席。院长办公会议讨论研究事项，与会人员应当明确表示同意、不同意或缓议的意见，院长应当在广泛听取与会人员意见基础上，对讨论研究的事项作出决定。

（三）重要行政、业务工作应当先由院长办公会议讨论通过，再由党委会议研究决定。院长办公会议的重要议题，应当在会前听取书记意见。重大事项提交集体决策前，书记、院长和有关领导班子成员应当个别酝酿、充分沟通，书记、院长意见不一致的议题应暂缓上会。

党委会、院长办公会实行主要领导末位发言制，遵循保密要求和近亲属及利益关联回避原则。

第四十八条医院学术、医疗、信息、教育、科研、药事、伦理等专业委员会主任和成员由院长提出人选，报医院党委会议审定，院长任命。各专业委员会依照章程运作。

第四十九条坚持以会议形式集体决策重要事项。党委会、院长办公会须有半数以上成员到会方能召开，讨论决策重要事项时须有三分之二以上成员到会方能召开，会议记录完整存档。

第五十条医院各科室（部门）成立管理团队，负责制定科室（部门）的民主决策制度、管理团队会议制度以及科室（部门）会议制度，实行科（部门）务公开，推行民主管理。

## 第三节 激励机制

第五十一条 医院实行目标责任制，各层级、各部门管理人员结合实际工作制定统一协调、切实可行、有据可考的发展目标和工作规划。

医院发展规划由院领导班子会议集体讨论、医院党委会议研究并交职工代表大会讨论审议后报举办主体审批；科室（部门）工作计划由本科室（部门）管理团队讨论制定，经主管院领导审核，报院领导班子会批准通过并备案。

发展规划和工作计划要有落实保障机制，坚持责任到人、任务到岗，明确时间和质量要求。

第五十二条医院坚持精神奖励与物质奖励相结合，奖励与惩罚相结合，建立激励约束机制。对爱岗敬业、表现突出、作出重大贡献或在突发事件中表现突出的集体和人员给予奖励；对违法违纪、失职渎职的人员予以相应处分。

第五十三条聘用晋升：医院实行岗位管理制度，逐步实行评聘分开，签订聘用合同，定期考核，能上能下；基于人员结构比例和学科发展，公平、公正、公开考评，专家评审委员会严格把关，纪检监察部门全程监督，并经全院公示通过后晋升。

第五十四条绩效考核：医院建立院科（部门）两级考核制度，考核结果作为岗位聘用、选拔晋升、评先奖优、薪酬分配、问责追责的重要依据。

对科室（部门）考核主要围绕医疗质量、运营效率、持续发展和满意度评价等方面建立科学合理、有针对性、可操作的考核方案并定期修订，不设定创收等经济指标。

对个人考核建立以聘用合同和岗位职责为依据、以工作绩效为重点、以服务对象满意度为基础的考核办法。

第五十五条薪酬分配：落实“两个允许”的要求统筹考虑编制内外人员薪酬待遇。合理确定医院薪酬水平；建立与岗位职责、工作业绩、实际贡献紧密联系的分配机制，向关键和紧缺岗位、高风险和高强度岗位、高层次人才、业务骨干和作出突出成绩的医务人员倾斜。医务人员个人薪酬不与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。

第五十六条职业发展：医院建立健全以岗位职责任务为基础的培训制度，为员工成长成才提供良好的条件。落实住院医师规范化培训、专科医师规范化培训和继续医学教育等制度，提高各类人员履行岗位职责的能力水平。

## 第四节 监督机制

第五十七条 党纪监督：充分发挥党委的领导作用，保障党的政策方针在医院实行；全面从严治党，加强医院党风廉政建设和反腐败工作。

医院纪委是医院的党内监督机构，在医院党委和上级纪委的领导下，依据党章和党内法规履行监督责任。

医院设立党风监督员、特邀监察员和社会监督员，建立健全党风行风监督体系。

第五十八条 外部监督：医院接受卫生健康行政部门的统一规划、统一准入、统一监管，接受上级党委和政府对医院运营管理情况的日常监督和年度绩效考核，按照医疗行业协会、学会等社会组织的引导，依法经营、严格自律。

第五十九条 内部监督：医院职代会是医院依法保障职工参与民主管理和监督、维护职工合法权益的基本组织形式，医院鼓励和支持职工通过职代会和其他正常途径对医院的工作提出意见和建议。

医院实行院务公开制度，对“三重一大”事项以多种形式向全院通报，接受全院职工监督。

第六十条医院建立内部审计制度，设立审计机构，依法独立行使审计职权，对医院业务活动、内部控制进行审计，对内部机构负责人经济责任进行审计。

## 第五节 医疗质量安全管理

第六十一条 医疗质量与患者安全是医院管理的核心。医院坚持“以患者为中心”，建立全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度，促进医疗质量的持续改进。实施改善医疗服务行动计划，提升患者满意度。

第六十二条医疗质量管理实行院、科两级责任制。院长是医院医疗质量管理的第一责任人，各科室主任是本科室医疗质量管理的第一责任人。

第六十三条 健全医院质量管理组织体系，设置医疗质量与安全管理委员会、质量管理部门和科室质量与安全管理小组等，明确职责，实现决策、控制、执行三个层面的管理。

第六十四条各科室及医务人员严格遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准等有关要求开展诊疗工作，严格遵守医疗质量安全核心制度，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

第六十五条各科室定期对医务人员进行“基础理论、基本知识、基本技能”的训练与考核，把“严格要求、严密组织、严谨态度”落实到各项工作中。

第六十六条医院建立不良事件上报系统，强化重点部门、重点人员、重点环节的安全管理，完善工作流程和应急预案，建立健全医疗安全风险防范体系。

第六十七条医院定期开展患者和员工满意度调查，努力改善患者就医体验和员工执业感受。

第六十八条医院设立患者投诉与服务部门，开设医患纠纷处理窗口，对外公布医患纠纷处理制度、服务流程和投诉电话，支持医患之间依法处理矛盾纠纷，支持医疗纠纷人民调解组织参与本院医患纠纷调解服务。

## 第六节 财务资产管理

第六十九条 医院经费来源主要包括财政拨款收入、事业收入、上级补助收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入和其他收入。医院对占有、使用的国有资产依法依规实施管理。任何个人不得侵占、挪用医院资产。

第七十条医院实行“统一领导、集中管理”的财务管理体制。财务收支、预算决算、预算绩效、会计核算、成本管理、价格管理、资产管理等工作必须纳入医院财务部门统一管理。

第七十一条 医院实施全面预算管理，建立健全预算管理制度；强化成本核算与控制，逐步实行医院全成本核算。

第七十二条 医院依照相关财经法律法规和制度，结合医院宗旨，制定本院财务会计管理制度、内部控制制度、国有资产管理制度和对外投资合作制度等；依法进行会计核算，实行财务监督，加强经济管理，提高经济效益，实现国有资产保值增值。

第七十三条 医院接受捐赠须严格遵守国家法律法规，坚持自愿无偿、公益性和公开性原则。捐赠的使用须按照医院宗旨、捐赠协议约定和相关规定开展。

第七十四条 医院执行政府相关部门的价格标准和管理要求，执行所在地统一的政府采购政策。

第七十五条 医院因法定情形应当终止的，应当在举办主体和其他有关部门的指导下，成立清算机构，完成清算工作。医院终止后的剩余资产，在举办主体和有关机关的监督下，按照有关法律法规进行处置。

## 第七节 后勤、设备、物资和信息管理

第七十六条医院后勤管理秉承“安全第一、服务患者、服务一线”的原则，按照规范化、标准化、专业化、信息化、智能化的要求，建立健全“后勤一站式”服务模式，推进医院后勤服务社会化。

第七十七条医院强化发展建设规划编制和项目前期论证，落实基本建设项目法人责任制、招标投标制、合同管理制、工程监理制、质量责任终身制等。

第七十八条医院合理配置适宜医学装备，建立采购、使用、维护、保养、处置全生命周期管理制度。药品、耗材等采购依据国家规范实行制度化管理。

第七十九条 医院要按照国家和行业发布的信息化相关标准和规范性文件要求，大力推进信息化标准化、规范化建设，基于医院信息平台建立实用共享的医疗信息系统，推进医院内部信息系统与区域全民健康信息平台互联互通，强化医疗健康数据分析应用，提高医院服务质量和管理效率。积极应用新兴信息技术，不断拓展医疗服务空间和内容，优化医疗服务模式。完善信息安全保护制度，强化患者隐私保护，加强医院网络和信息安全建设管理。

## 第八节 文化建设

第八十条医院弘扬和践行“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的崇高精神，塑造医德高尚、医术精湛、医风严谨的行业风范。传承院训，围绕从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”的转变，着力培育和塑造医学人文精神，打造有温度的医院，提供有关怀的医疗，培养有文化的医生。通过常态化思想教育、文化载体建设、文化理念与管理制度的深度融合，引导员工树立共同的使命追求、价值观念和行为方式，激发员工爱院、敬业、奉献的热情，增强医院凝聚力，不断提高医院文化软实力。

第八十一条 医院围绕文化建设目标愿景制定建设规划，分解任务目标，形成工作机制。医院保障文化建设充足的经费和人员投入。

第八十二条 强化精神引领，注重选树宣传先进典型，发挥典型示范带头作用，围绕典型人物打造医院品牌。

第八十三条将文化元素融入医院环境建设，以患者为中心设计诊疗分区、就诊流程，充分利用院内空间建设医院文化宣传阵地，营造健康氛围，增强患者信心，倡导医患和谐。设置文化设施，建设文化场馆，打造文化传播品牌。

第八十四条 积极履行社会责任，服务和贡献社区；开展公益活动，帮扶弱势群体，以医院文化引领社会文明。

第八十五条**院歌：待定**

第八十六条 医院院训：**以人为本，生命至上，团结奋进，开拓创新**

第八十七条医院院徽：

第八十八条 医院院庆日：8月1日。

第六章 附 则

第八十九条医院有下列情形之一的，应当修改章程：

（一）章程规定事项与法律、法规、规章和国家有关政策相冲突的。

（二）法律、法规、规章和国家有关政策发生变化，需要对章程进行相应调整的。

（三）医院名称、类别等级、办医宗旨、发展目标等实际情况发生变化的。

（四）章程内容与患者利益或员工整体利益不符或有明显冲突的。

（五）有权提议修改章程的机构认为应当修改章程的其他情形。

第九十条医院按照如下程序修订章程：

（一）成立章程修订工作小组，形成章程的修订意见。

（二）将章程修改意见提交院长办公会、党委会审议，形成章程修订草案。

（三）将章程修订草案提交医院职代会听取意见，由医院职代会审议通过。

（四）报请举办主体和上级主管部门审查批准。

（五）以医院名义发布，并报送登记管理机关备案。

第九十一条医院依据本章程制定完善相关规章制度，按照本章程实施管理。医院规章制度有关规定，凡与本章程不一致的，以本章程为准。

本章程未尽事宜，依照国家法律、行政法规及国家政策办理。

第九十二条本章程由医院制定、修改、发布、解释，由泗洪县卫生健康局监督实施。

第九十三条 本章程自下发之日起施行。

泗洪县第一人民医院院长行政查房制度

一、行政查房是院长带领行政各职能部门负责人深入科室，对科室各项工作进行全面检查、现场办公解决问题的一种管理形式。

二、通过定期深入科室重点抓医疗、护理、教学、科研、后勤保障以及服务质量、病人生活等工作，听取病员和医务人员的意见，表扬好人好事，改进工作。

三、对在查房中发现的问题，要按医院有关规定限期整改。凡院长在查房中提出需要解决的事项，有关职能科室要加强督办，并将承办进展情况、处理结果向院长或分管院长汇报，并转告医院办公室。

四、行政查房每周周一下午进行。每次查房前由院办负责通知参加行政查房人员集中，统一行动。

泗洪县第一人民医院院长办公会议制度

院长办公会是医院行政、业务议事决策机构，由院长召集并主持，不是院长、副院长的党委领导班子成员可列席会议。组成人员为医院领导班子成员和纪委书记，院办负责人列席会议，院长根据议题情况确定其他列席人员。

会议必须有超过半数以上的会议成员到会方可举行。研究决定重大问题时，应有 2/3 以上院领导出席方能举行。院长办公会组成人员因特殊情况不能与会者，应事先向院长请假并征得同意。

对于院长办公会讨论决定的事项，如有涉及本人或其亲属利益关系，或其它可能影响公正决策的情形，参与决策或列席人员应当予以回避。

院长办公会一般每周召开1次，如遇特殊情况可随时召开。

院长办公会主要议事范围和内容：

1. 讨论决定贯彻落实党委会决议的有关措施。

2. 讨论通过拟由党委会研究决定的重大决策、重大项目安排和大额度资金使用事项的方案。

3. 讨论决定重要人事管理事项：如职称评聘、常规晋升晋级及日常人员招聘、解聘、调动等医院人事工作的事项；人才培训、培养工作的事项。

4. 讨论决定医院医疗、教学、科研和行政管理中其他需要集体决策的事项。

凡各分管领导和职能科室职权范围内可以决定、协调解决的问题，一般不列入院长办公会议议题。

凡提交院长办公会的议题，分管院领导须责成相关职能科室事先进行充分调研、论证，形成比较成熟的建议方案。对涉及多个职能科室的议题，相关职能科室要经过充分沟通、协商，形成统一的处理建议。

凡属于委员会和领导小组范围内的事务，应经过委员会和领导小组咨询、评定或审议，再提交院长办公会讨论。

对专业性、技术性较强的重要事项，应经过专家论证、风险评估，以及技术、政策、法律咨询，或委托第三方专业机构形成评估方案，再提交院长办公会讨论。

对事关医院干部职工切身利益的重要事项，应通过一定的调研方式，广泛听取干部职工的意见建议，形成调查研究报告后，再提交院长办公会讨论。

对涉及院长重大事项或特别复杂的问题，由分管院领导提前向会议组成人员通报，经过充分沟通且无重大分歧后，再提交院长办公会讨论。

对提交院长办公会讨论的议题，须由相关部门（科室）提供汇报材料。汇报材料要简明扼要，突出重点，内容包括：议题背景情况（议题简述、调研论证情况、政策依据等）、需讨论决定的事项、建议方案（2 个以上为宜）等。凡属规章制度、政策性文件等，需包括起草缘由及依据、征求意见的范围和过程及意见采纳情况、主要特色亮点等；若是对原有制度进行修订的，要说明其异同。

提出议题的部门（科室）要将分管院领导审定后的议题汇报材料，至少于会前 1个工作日报送院办，由院办及时送达院领导阅知。若议题涉及保密事项或因其它特殊原因难以提前报送的，经院长批准后，可将有关材料直接带到会场。

办公室对议题整理汇总后，形成《院长办公会议题》提交院长审定。

有下列情形之一的不安排议题：

1. 议题准备不充分，未明确解决方案或缺少必要材料，无法提交会议研究决定的。

2. 所提处理意见和办法与有关政策规定冲突的。

3. 对涉及多部门的议题，未能形成统一意见的。

4. 未经分管领导审阅，议题涉及重要方案、计划、文件需办公会充分研究，未事先报领导班子成员阅知的。

5. 不属于院长办公会议事范围的。

重要行政、业务工作应当先由院长办公会议讨论通过，再由院党委会议研究决定。院长办公会议的重要议题，应当在会前听取书记意见。重大事项提交集体决策前，书记、院长和有关领导班子成员应当个别酝酿、充分沟通，书记、院长意见不一致的议题应暂缓上会。

会议召开日期和议题确定后，由院办负责通知参会人员和列席人员。

院长办公会必须按事先拟定的议题议事，一般不得临时动议。

院长办公会议事实行一事一议，其程序为：一般先由提出议题的部门（科室）负责人或分管院领导简要汇报情况，提出解决问题的建议方案，需要时可由相关部门（科室）负责人作补充说明；与会人员就该议题充分发表意见，展开讨论，列席人员可参与讨论，但不参与表决；院长办公会实行主要领导末位发言制，院长最后发表意见并归纳、集中与会成员意见，作出明确决定。与会人员如对重要事项意见分歧较大，一般应暂缓作出决定，待进一步调查研究、交换意见后再行讨论。

与会人员不得在会后发表与会议决议不一致的意见。如有不同意见，允许保留或在下一次院长办公会上重申。

院长办公会的会务工作由院办负责，包括收集议题、会议通知、准备会议有关材料、做好会议记录的整理和归档工作、制发会议纪要等。

院长办公会通过的决议，由院办根据院长授权及时将会议内容向缺席人员通报。未经授权，任何人不得将会议决议事项和讨论情况以任何形式外传。

议题承办部门必须严格按会议决议执行。涉及多部门参与的工作，由承办部门牵头协调、组织实施。

各分管领导要部署所分管部门（科室）贯彻、执行，并做好检查和督促工作。

在情况发生变化或执行决议过程中出现新问题，不适宜或不可能按原决议执行时，应由分管院领导提请院长办公会进行复议。紧急情况需临时调整原决议，须由院长在征求有关院领导意见后进行调整，但应在下次院长办公会上予以通报。

泗洪县第一人民医院请示报告制度

凡有下列情况，必须及时逐级向有关部门及院领导请示报告。

一、遇有严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病及必须动员全院力量抢救的病员时。

二、凡有重大手术、重要脏器切除、截肢、首次开展的新手术、新疗法、新技术和自制药品首次临床应用时。

三、紧急手术而病员的家属和单位领导不在时。

四、发生医疗事故或严重差错时。

五、丢失或损坏贵重器材、药品和剧毒药品时。

六、发现成批药品失效或变质时。

七、收治涉及法律和政冶问题及存在争议或不能确诊的病人时。

八、重大经济开支。

九、增补、修改医院规章制度、技术操作常规时。

十、工作人员因公出差、院外会诊、接受院外任务时。

十一、参加院外进修学习、接收来院业务进修人员时。

十二、发生病人逃跑、伤人、自杀以及有自杀迹象的病员时。

十三、丢失重要机密文件时。

十四、职工发生打架斗殴或与社会人员发生冲突时。

十五、其他需要报备请示的事项。

泗洪县第一人民医院院总值班制度

1、参加院总值班人员为院领导、职能部门负责人及经批准的机关工作人员。

2、院总值班的主要任务是：负责处理非办公时间的医务、行政和临时事宜；及时传达、处理上级指示和紧急通知；签收机密文件；承接未办事项，负责检查夜间工作人员的工作情况等。

3、院总值班由院办统一安排。排班采取依次轮转的办法。凡因特殊情况要求暂不排班或不能参加总值班者，须经分管院领导同意，并提前与院办联系。

4、凡总值班排班表发出后，因故不能参加值班者，由自己负责调班，但不得由非总值班人员代班。

5、院总值班人员不得擅自离岗，下科室检查工作或处理事务要随身携带子电话，便于及时取得联系。

6、值班人员要认真做好值班记录，并负责在次日晨会上作交班报告。值班公物要当面移交接班人员。

7、值班人员次日补休壹天，由科室自行安排。

泗洪县第一人民医院社会监督制度

1、医院要设立社会监督电话和意见箱，并有专人负责管理。

2、建立医院领导与所在地区联系制度，听取和了解所在地区群众的反映与意见。

3、不定期向病人发放“问卷调查表”，进行满意度调查。

4、聘请社会行风监督员，定期召开有关人员座谈会，征求意见。

5、医院须实施下列公开制度：

（1）上岗人员佩戴附有本人照片、姓名和编号、科室、职称或职务等内容的胸卡。

（2）公开张贴卫生部制定的医务人员医德规范。

（3）公开主要检查、治疗、手术、住院的收费项目及标准，公开常用药品价格和自费药品品种。

（4）对出院病人出具其费用结算凭证。

（5）公开门诊专家姓名、职称、专科、时间、挂号费标准等。

（6）公开重大检查和手术的时间安排。

（7）公开张贴致病人及家属的公开信，阐明医院服务宗旨，明确优质服务的有关规定。

泗洪县第一人民医院信访工作制度

1.本制度所称信访，是指群众采用书信、电子邮件、传真、电话、网络平台及走访等形式向本院反映情况、提出建议、意见或提出投诉请求，依法应当由本院受理的活动。由上级机关交办或其他部门转办的属于本院受理范围的信访事项，按照本制度办理。

2.医院主要负责人是本院信访工作的第一责任人。成立院信访工作领导小组，医患调解中心负责信访日常工作。重大信访问题通过召开领导小组会议，及时通报情况，研究意见，协调处理。

泗洪县第一人民医院信访领导小组

组 长：许 柯、尹忠诚

副组长：邵 雷、钱 敏、戴文献

组 员：许 刚、施学文、彭兰兰、张 伟、彭延花

**3.**实行院领导包抓重点信访事项制度。对重大、复杂的信访事项，院主要领导应亲自批办，组织专题研究，确保办结落实。对于赴京、赴省集体上访及上级部门交办的信访案件，要逐案落实领导包案责任制。包案领导要全程参与案件的调查、协调和处理，确保信访事项依法按政策处理到位。

**4.**实行矛盾纠纷定期排查会商制度。对矛盾纠纷隐患每月进行一次排查，并建立排查化解台帐。对排查出的矛盾纠纷，要认真进行汇集研判和任务交办，落实工作责任，明确处理解决时限和要求。院领导班子每季度召开一次信访形势研判会，研究解决存在的信访突出问题。对本级职权范围内难以解决的问题，要及时上报上一级相关职能部门。

**5.**来信来访、电话举报实施登记

（1）来信管理：对各类信访信件，由专人负责拆阅，按要求认真做好登记。并按处理来信的程序，送领导审阅。负责信件审阅的领导，按“分级负责，分工归口”和区别轻重缓急的原则及时进行办理。对需转其主管部门或其上级机关处理的信件，要按规定做好登记签收手续；对转办信件，属纪检监察业务范围的，按照分级负责的原则处理，不属纪检监察业务范围的，按照分工归口的规定办理。

（2）来访管理：凡群众个人或集体来访反映问题，接访人员必须文明礼貌接待。接待人数要两人以上，仔细耐心听取反映情况，认真做好记录。记录结果要让来访人员签名确认。接访时，应依据有关的政策、法律法规给予认真解答，不许诺，不信口开河。对情绪激动的来访者，要耐心细致做好疏导工作，对来访者要求院领导接访的，由接待科室做好安排，并派人陪同接访。

（3）电话举报管理：凡来电要求举报的，接听人员要认真接听，做好详细记录。举报人举报完毕后，接听人应将其举报内容复述一遍进行核对，经整理后及时报送呈批。对重要的举报电话可进行录音处理。录音完毕，应注明来电的有关情况并及时整理呈报。

**6.**加强对群众来信来访情况的综合分析，对本院信访情况每季度统计一次,年终对信访情况作出工作总结。

**7.**及时收集、筛选信访中反映的重要情况和问题。对重大问题或带苗头性、倾向性的问题及时做好上报反映或专题报告。

**8.**深入调查研究，认真总结查办信访案件、有效解决信访问题等方面的经验。按有关规定向市信访部门上报相关工作报表。

泗洪县第一人民医院院长接待日制度

1. 每周三下午为院领导接待群众来访时间，由院领导轮流负责接待。
2. 接待群众来访要遵循以下原则：正确贯彻执行党的路线、方针、政策，分工负责，归口办理，件件有结果。
3. 对群众来访反映的问题，自己能够解决的要主动予以解决，需要集体研究后解决的要先做好解释工作，研究后及时答复，属于职能科室处理的问题，批转或责成有关部门答复处理。
4. 每次接待群众来访的内容、处理结果都要填入《院领导接待日记录》，由院办公室保管，年终归档。
5. 要为来访群众守密，不得散布群众来访反映的问题。

泗洪县第一人民医院考勤管理制度

全体职工自觉遵守工作纪律，按医院规定作息时间上、下班，临床医技科室须提前五分钟入岗，行政后勤科室上下班均需脸部识别打卡并将排班表提前上报到院办，上报后无特殊情况不得随意调班，确需调班的由部门或科室负责人到院办备案。

1. 迟到或早退30分钟以内扣除绩效50元， 30分钟以上按旷工半天处理。

2. 工作期间私自外出1小时内扣除绩效100元，超过1小时按旷工半天处理。

3. 工作期间发现违规违纪行为的，除按相关规定处罚外，另给予一定的经济处罚。发现一次扣除绩效50元；被卫健局督查办查到的，依情节扣除绩效200-500元；被县级及以上机关查处的，依情节扣除绩效500-1000元。

4.旷工一律按旷工时间工资的3倍扣除工资；年内累计旷工3天以上者，待岗3个月；连续旷工3天或年内累计旷工5天的，为严重违纪，给予辞退，作自动离职处理。

5.排班与出勤不符的，发现一次扣除科室负责人绩效200元，当事人100元。

6. 原则上不予积休，因工作需要不能及时排休的，科室尽可能在当月或次月安排调休，自行调休的按旷工处理。

7. 所有人员必须在保障工作正常开展的情况下方可请假。中层干部请假1天须经分管领导同意，1天以上须经主要领导批准；其他人员请假3天内由科室、部门、院办和分管领导审核批准，3天以上须经主要领导批准。所有请假必须提前履行审批程序，审批完成后及时交办公室存档。特殊情况不能及时完成审批手续的，经领导同意后，回单位上班时及时完善请假手续。

泗洪县第一人民医院公务接待管理制度

一、严格实行公务用餐制度。确需安排就餐的，负责接待的同志需提请领导同意后，由办公室统一安排，用餐标准、陪客人数不得超过上级有关规定。所有接待，均要事前填写《客情通知单》、《泗洪县公务宴请登记备案表》，并报卫健局督查室、县纪委监委派驻第三纪检监察组备案，任何个人不得随意安排招待或超标准招待，未经统一安排发生的费用，一律自理。

二、来宾接待要从严掌握就餐标准。县内各单位联系工作原则上不安排就餐，确需安排的，一律安排工作餐。上级领导检查调研工作和招商引资客商招待标准由主要领导视情确定。

三、严格餐费结算。及时办理招待费结算，报销招待费时，需提供发票、菜单、《客情通知单》、《泗洪县公务宴请登记备案表》、《泗洪县公务招待费报销登记单》等，经办公室核对后，按程序履行相关报销手续；不按就餐标准，超标准的部分不予结算。

四、对违反公务招待规定造成影响的，报派驻纪检监察组查处，并区别不同情况追究有关当事人的经济责任，情节严重的给予纪律处分。

五、来宾住宿须经主要领导同意，由办公室统一安排。

泗洪县第一人民医院车辆使用管理规定

为加强车辆管理，保证院行政及医疗用车的需要，本着“合理使用、节约支出”的原则，经研究，对院行政及医疗用车使用管理作如下规定：

一、院行政及医疗用车由院办公室统一管理。车辆原则上限本县内使用，县内用车由院办公室酌情统筹安排，凡长途用车或特殊需要用车，须提前报经院主管领导批准。无派车通知，驾驶员不得私自出车。

二、行政用车坚持公车公用的原则，因私用车一律不予安排。商务车、轿车限于院领导及医院公务活动时使用。如遇特殊情况需将车辆借出，需填写公务车辆临时外用登记单，经院主要领导审批同意后，方可使用。各科室因公用车需上报院办审批，获批后方可用车。

三、医院救护车辆仅限日常医疗业务使用，任何科室不得私自或未获得批准使用救护车辆。

四、实行专车专用制度，医疗用车驾驶人员实行 24 小时值班制。由院办派车。

五、加强行车安全管理。小车班要定期组织驾驶人员学习交通法规，不断增强行车安全意识，严禁车辆及司机带“病”出车。出车途中应严格遵守交通规则，不得超车违章行驶，确保行车安全。

六、建立健全出车登记制度，驾驶人员每次出车均应将出车地点、开车时间、公里数、耗油数等进行详细登记，作为考核奖惩和材料消耗管理的依据。

七、加强车辆维修保养工作，实行定人定车管理。建立车辆维修保养计划及检修审批制度，做到定期和平时保养相结合，发现故障及时检修，使车辆保持良好的技术状态。

八、车辆平时应停放在院内指定位置。出车后及时做好车辆的清洗保洁和必要的消毒工作，保证车辆整洁卫生、舒适安全。

九、驾驶人员必须坚守工作岗位，遵守劳动纪律，按时上、下班，在班时间不得进行娱乐活动，严禁酗酒。接到出车通知后应立即出车，因故离岗或休息须办理请假手续。违规者，将按规定严肃处理。

泗洪县第一人民医院医院电话管理规定

为充分利用现代先进的通信技术，提高通信服务功能和水平，与市电信局共同组建“远程控电话虚拟网”（以下简称“虚拟网”），同时，为改善病房通信状况，满足病人及其亲属通信需求，在院内各病房设置“健康卡”电话。为加强院内电话管理，本着“方便工作、节约支出”的原则，特作如下规定：

1.科室电话配置标准

门诊：每分诊台配置虚拟网电话 1 部（对内）。

急诊：①护士站、医生办分别配置虚拟网电话各 1 部。②急诊各窗口科室可按需配置虚拟网电话（对内）。

病区：护士站、医生办（以专科为单位）分别配置虚拟网电话各1部。

行政后勤科室：①每个职能部门配置虚拟网电话1部。确因工作需要经申请可增设 1 部。②各班组按需配置虚拟网电话。

2.虚拟网电话管理权限

网内通信维护管理全部由市电信局负责，科室电话如存在障碍，请拨打内线“12357”。本院通信管理由院办公室负责。各科室未经审批同意不得随意拆装、移机或变更通信功能。

3.虚拟网电话用户收费标准

（1）无电话固定收费。

（2）网内通话不收通话费。

（3）网内用户拨打网外各种电话，按省、市规定标准收费。

4.虚拟网电话功能设置

每个虚拟网用户单位均可享有电信公网的所有电话新功能，也可进行使用权限限制，限制等级分为四级：内部通话、市话、国内长途、国际长途，由各科室按实际工作需要自主选择，并及时向院办提出申请，经院领导审批同意后，由院办公室统一办理。

5.虚拟网电话费用管理

（1）电话费定额管理单位及方法：

以科室（专科）为电话费定额管理单位，其费用实行“定额管理、节余留用、超支自付、按月结算”的办法，电话费定额标准纳入科室成本核算，超额部分从科室月奖金中扣除。

（2）电话费定额标准：

临床科室：①根据科室实际开放床。②临床科室按床位定额标准不满30元的补足至3O元。③临床科室如床位数或话机数改变则电话费定额标准作相应改变。

医技科室：医技科室按临床专科床位平均数计算；未分二级专科但人数超过40人的医技科室按临床专科最高床位数计算。

行政后勤科室：根据科室对外业务联系情况分成三类：①经常对外联系的科室，每月电话费定额120元。②一般对外联系的科室，每月电话费定额80元。③较少对外联系的科室，每月电话费定额40元。

（3）其他有关部门的电话费定额管理问题：

药剂科、医疗设备处、采购中心：建立电话使用登记制度，电话费超支部分经分管院长审批后处理。

6.医院办公电话由院办公室统一管理。

7.各科室因工作需要申请安装办公电话，须由使用科室填写《电话安装使用申请》，注明装机理由、位置，经科室负责人签字报分管院长批准后，办公室安排有关工作人员前往安装。

8.所有外线电话原则上只开通市话，因工作确需开通长途电话的，须由使用科室填写《长途电话开通使用申请》，注明开通事由、话机号码，经科室负责人签字报分管院长批准后，办公室统一办理。

9.未经办公室同意，任何科室、个人不得擅自移动话机或私接电话。

10.电话出现故障时，由使用科室经办人或负责人报办公室维修。话机因人为和非自然原因损坏的，由当事人或使用科室负责赔偿；自然报废的，由使用科室填写《话机报废处理申请》，注明报废时间、话机号码，经科室负责人签字报办公室统一调配。

11.因工作需要确需移动话机的，由使用科室填写《话机移动使用申请》，注明原话机位置、号码和新位置，经科室负责人签字。

12.所有职工应自觉树立节约意识和形象意识，内部通话使用“内线号”，对外联络时使用“外线号”，通话时简洁明确、语言文明、礼貌热情。

13.医院电话主要用于办公业务，不得公话私用、拨打声讯电话和信息电话等。

14.本规定由院办公室负责解释。

泗洪县第一人民医院大事记记载规定

一、为便于系统地查考医院在各个历史阶段的发展情况，需要结合日常工作，记载和保存医院各方面的重大活动和重要事项的资料，搞好大事记。

二、记载的内容：

（1）党委和医院行政的命令、指示、计划、决议、措施、会议及科以上干部的任免和调动。

（2）医疗工作方面的重大改革和重要医疗措施制订，重要会议活动，重大差错事故以及其它重要事项。

（3）科学研究工作的重大进展、发明、创造及重大技术革新成果。

（4）医院基本建设较大工程的施工、竣工日期及其建筑面积和经费使用情况。

（5）购置重要仪器设备和物资器材及总务工作方面的重大事项。

（6）领导体制与组织机构的变动及重要管理制度的改革。

（7）参加全国、全省、全市性集会、活动（包括业务性集会和活动），以及参与发表各种声明等活动。

（8）外宾或其它院外单位来院参观和本院外出参观的有关事项。

（9）党、团、工会的重要活动。

（10）其它重要事项。

三、大事记由院办负责整理，各职能部门每月将本部门工作范围内的大事记报院办汇总，集中整理后立卷归档。

泗洪县第一人民医院档案收集制度

一、档案收集包括档案的接收、征集以及网络数据采集等方式。

一、凡记录反映本院改革发展和管理运行情况具有日后查考利用价值的各种文字、图表、材料，均列为归档范围。

三、任何个人都不得以任何理由拒绝向办公室归档移交对单位有价值的档案材料。

二、各部门、科室兼职档案员应根据归档范围将材料收集齐全，按立卷要求整理组卷，交档案室检查后编排、装订、归档、保管。

三、档案室应根据归档范围，认真及时地做好文件的接收工作，并与有关部门及人员办好交接登记手续。

四、对归档不完整的，以及不符合归档要求的文件材料，档案室要及时向有关部门和人员进行收集。

五、对外出开会、调研或出国学习考察带回来的文件和资料，档案室应及时主动向有关部门和人员收集。

六、了解本院的日常工作和中心工作，主动与全院各部门和科室联系，采取平时收集和定期收集相结合的方法，确保应归档的文件资料完整齐全、及时归档。

泗洪县第一人民医院档案整理归档制度

一、根据国家档案局档案分类原则，结合本院实际，编制科学的分类方案。妥善保管。

二、根据文件资料所反映的不同问题，区别不同保管期限，进行系统整理、合理组卷。

三、经过整理的档案，必须保持文件之间的有机联系，便于保管和利用。

四、凡立卷材料必须纸质优良，规格统一，书写规范，字迹清楚。禁止用铅笔、圆珠笔书写，也不能用复写纸复写。对不符合要求的要返工重制。案卷的封面要采用国家规定的标准格式，并按规定填写。

五、案卷编目要正确，书写要用毛笔或钢笔，字迹要工整、清晰。

六、任何部门、个人不得将档案材料据为己有长期存放或拒绝归档。

泗洪县第一人民医院档案库房管理制度

一、档案库房门窗牢固，及时关闭上锁。钥匙要专橱保管，不得随身携带。库房和档案柜钥匙妥善保管，人离落锁。

二、非库房工作人员不得擅自入内，因工作需要进入库房时，必须有本室人员陪同。

三、保持库房内卫生，档案入库要作消毒处理，人员入库换鞋，穿工作服。

四、库房内要配备好“六防”设施（防火、防盗、防潮、防虫、防尘、防强光），库房内严禁吸烟和存放易燃易爆物品及食物等其他物品。

五、库房内橱具排列整齐合理，要经常打扫、擦拭和通风，保持室内清洁卫生，防尘、防潮、防霉变。

六、库房内保持整洁和通风良好，定期开关空调、去湿机，并作好每日的温湿记录（库房温度应控制在14-24c<±2℃>，湿度应控制在45-60%<±5%>）。

七、档案排放整齐有序，便于管理和查找利用。

八、定期检查统计，搞好档案统计分析，及时掌握档案管理情况，对破损或变质的档案及时修补、复制或作其它技术处理。

九、经常检查库房内电源线路及其他安全设施，及时排除各种隐患。

十、库房内档案定期检查，发现问题及时汇报，及时解决。

泗洪县第一人民医院档案借阅制度

一、本单位工作人员因工作需要查阅利用档案、资料，须经档案室同意，办理登记手续，凡涉及核心机密档案，经有关领导批准方可查阅。

二、查阅档案一般在档案室内，任何人不得擅自将档案、资料带出室外。

三、因工作需要借出档案，必须办理借阅登记手续，用完后要按期归还，借出时间一般不超过一周。借阅档案必须妥善保管，不得拆散、圈点、涂改、抽出和对外传播，不得转借他人使用，不得摘抄或复制，如需摘抄、复制，要经档案室同意，重要内容须经主管部门负责人批准。

四、档案室对借出的档案应及时催还，归还时必须当面点清，并在登记簿上注销。如发现损坏、丢失，应立即追查，并上报有关部门查处。

五、借阅档案者，必须注意保密和保证档案的绝对安全。在档案借阅期间发生的一切问题，一律由借阅人负责。

六、外单位查阅档案者必须持单位介绍信，经有关领导批准后方可查阅。

七、在查阅档案时，只准查阅自己需要部分，不准随意翻阅其它部分的内容，阅后要当面交点清楚。

泗洪县第一人民医院档案保密制度

一、按照《中华人民共和国保守秘密法》有关规定，自觉遵守各项档案管理制度和规定，严守机密。

二、严格执行档案接收、借阅、鉴定和销毁制度，认真履行登记、审批、签字手续。

三、档案工作人员不得擅自复印、摘抄或传播具有内部和秘密性质的档案材料或内容。

四、外借档案，必须有安全的箱、柜存放。节假日前及时催还，防止丢失。

五、未经批准，不得将档案带出档案室，不得私自复印、摘抄和随意传播档案内容。

六、未立卷的文件材料，保管有序，不随意乱放。

七、带有密级的档案，要在案卷的右上角标上密级标记，机密以上的档案，应专柜存放。

八、档案实行集中统一保管，专人管理，专柜、箱存放，非档案管理人员不得随意进入档案库房。

九、违反本制度规定，视情节轻重，分别给予批评教育或纪律处分，泄露国家秘密并造成损失的人员，将按照《保密法》、《档案法》等有关规定，追究其法律责任。

泗洪县第一人民医院档案鉴定与销毁制度

一、档案的鉴定、销毁工作必须有组织、有领导地进行。在分管领导的领导下由档案室、相关职能部门和有关立卷单位人员组成鉴定小组负责此项工作。

二、鉴定小组根据国家档案保管期限的有关规定，对档案要认真进行鉴定，对已超过保管期限的档案进行鉴定，鉴定工作结束后应提出工作报告。

三、经过鉴定，对确无保存价值的档案进行登记造册，经领导审批后办理销毁。

四、凡需销毁的档案应送档案行政主管部门指定的地点销毁，并指定两人以上负责监销，防止档案遗失和泄密，监销人员必须在销毁清册上签名。

五、通过鉴定，如有个别案卷和文件未被批准，尚须保存，亦应在销毁清册上注明。销毁清册由档案室列入档案保管。

六、档案销毁清单需要编制1-3份，一份送上级机关审查批准；一份送领导审查批准；一份留档案室备查。

1. 人事管理制度

泗洪县第一人民医院岗前培训制度

为加强新员工思想教育，提高新员工职业道德素质，根据《医务人员医德规范及实施办法》文件精神，结合我院实际，对每年新招录的员工进行7-14天的岗前教育，使新员工深入了解医院历史、文化，全面熟悉安全生产、院感、相关法律法规及医院各项规章制度，明确义务和责任，尽快适应医院工作要求，特制定本制度。

一、凡我院新招聘人员，必须参加医院集中开展的新员工岗前培训，未参加岗前培训的新员工原则上不许上岗。岗前培训的考核作为医院新员工试用期考核评价内容之一。

二、新员工的岗前培训，由人事科结合相关职能部门制定岗前培训课程并组织考试。

三、岗前培训由人事科制定培训计划统一组织、安排，各职能科室负责进行相关规章制度、规范的具体宣教工作和技能培训。

四、岗前培训一般定于每年 7-8 月份，主要采取集中培训方式。集中岗前培训时间不少于一周。主要内容包括：

1. 院领导与新职工见面会；

2. 医院基本概况、劳动纪律教育、人事管理制度、福利政策等教育（由人事科负责）。

3. 党风廉政教育（由党办负责）；

4. 医院行风建设、医德医风，职业道德、廉洁行医教育（由行风办负责）；

5. 工会相关工作（由工会负责）；

6. 医疗质量安全核心制度、住院医师规范化培训（“三基”考试相关规定和医师资格考试相关规定)、基本技能操作、临床教学、爱婴医院知识培训、医患沟通及技巧（由医务部负责）；

7. 国际疾病手术分类及病历首页填写规范（由医务部负责）；

8. 医院感染诊断监测报告、职业安全防护、手卫生、学习传染病报告管理制度、院内感染管理工作（由感染管理科负责）；

9. 护理质量管理、护理文件书写、优质护理服务，护士规范化培训、医护沟通及技巧（由护理部负责)

10. 医院信息安全及信息系统简介（由信息科负责）；

11. 医疗保险相关政策培训（由医保科负责）；

12. 法律、法规及消防安全知识培训（由总务科负责）；

13. 其它需要培训的知识(由人事科根据需求安排相应职能部门负责)。

五、参加岗前培训人员，不得无故迟到、早退或者缺席，

岗前教育结束要进行考核，考核合格方可上岗。岗前教育与试用期相结合，试用期内仍需坚持岗位教育，试用期考核合格者方可转正。

六、培训后，负责培训的各职能科室要对岗前培训的教学质量和培训效果进行评价，并进行培训总结、提出整改措施。

七、各部门的岗前培训负责人原则上为各相关科室主任。

泗洪县第一人民医院外事管理工作暂行规定

为加强对我院出国工作和国际交流工作的管理，根据国务院、省政府有关规定，结合我院具体情况，制定本规定。

一、出国工作

（一）因公出国

因公出国包括按国家统一计划招生、选派、执行统一经

费开支规定的“国家公派”出国和按部门、地方、单位计划选派、执行部门、地方、单位经费开支规定（包括个人经单位同意和支持，取得各种奖学金和国内外资助）的“单位公派”出国以及参加国际学术会议、出访考察、技术培训等出国。

1.公派出国留学：包括研究生、大学生、进修实习、访问学者（包括高级访问学者）。

基本条件：

1. 热爱祖国、热爱社会主义，坚持四项基本原则，思

想品德优良，爱医院、爱岗位，工作表现突出，政治审查合格。

（2）医院的业务技术骨干或管理工作骨干。

（3）外语考试，成绩合格。

（4）同意执行如下规定：①按期回国，回本院工作；需

要延长在国外逗留期限，须经医院批准；不得申请豁免回国服务义务。②公派出国留学回到医院工作的服务期限为：在国外第一年，服务期五年，每延长半年增加服务期一年。③公派出国留学人员服务期未满或医院支付匹配资金的，参照医院所支付的研究生培养费或匹配资金，交纳保证金。按期回医院后全部退还（不计利息）。

（5）身体健康，经省、市级医院检查符合出国的规定标准。

选派程序：

①个人申请，科室计划安排。计划安排的总原则是：出国留学人员纳入“科室所有脱产学习人员不超过科室在编总人数的四分之一”。

②提交经科室和主管部门签字同意的申请报告，留学内容和具体计划的书面报告等有关资料。

③报请院党委讨论同意，经人事科办理有关手续，凡未经人事科办理有关手续的一律停发工资。

④签定协议书，交纳保证金。研究生服务期未交纳保证金的计算办法：

［研究生期间的培养费（含基本工资）/ 研究生服务期（月）］×研究生服务期末满时间（月）工资待遇、经费开支及假期要求：①在批准出国期限内，国内工资照发，停发交通费和卫生津贴。逾期不归者，从超期的第二个月起停发工资。超期一年内停薪留职，超过二年后仍不归者，是否保留公职由院党委决定。②医院按照规定标准报销出国制装费、出国外语考试费、培训费、办理出国手续的国内差旅费、护理费、签证费、体检费等，非医院组织和批准的其他出国外语考试费，亲友迎送出国人员的国内差旅费、公证费、保险费、国外包括医疗费、参加学术会议费、邮费、电话费在内的一切费用等均自理。

2.公派出国工作：包括援外医疗、合作科研、其他劳务性工作。

（1）援外医疗任务按上级有关规定执行。

（2）合作科研，其他劳务性工作经院党委讨论同意后与医院签定协议，其费用开支、工资待遇按上级有关规定或协议执行。

3.参加国际学术会议

（1）须提交参加会议的必要资料和被会议选中的论文，

经院党委讨论同意，人事科办理手续。

（2）费用开支按院有关规定执行，出国期间工资待遇不变。

（3）参加得到邀请组织或国内其他单位提供全部经费资助的学术会议。须提交邀请信件及有关资料，一切费用自理。出国期间工资待遇不变。

4.技术培训

经院党委审批，由人事科办理经费开支、工资待遇，按有关规定和协议执行。

5.出访、考察

按有关规定执行，手续经人事科办理。

（二）因私出国

1.自费出国：

（1）自费出国人员必须热爱祖国、热爱社会主义、坚持四项基本原则，思想品德优良，工作表现积极，政治审查合格。

（2）个人申请，科室和主管部门同意，报院党委批准后经人事科办理有关手续。

（3）研究生在本院服务期未满要求自费出国的，须以研究生培养费（含基本工资）交纳保证金。

（4）自费出国人员申请豁免回国服务义务，原则上不予批准。

（5）自费出国，一切费用自理，从出国（境）下一月起停发工资。未经批准，逾期不归，是否保留公职由院党委决定。按期回医院工作者，医院参照工资给予奖励。

（6）自费出国经批准转为公派的，其工资待遇从批准之日起按公派出国规定办理。

保证金的计算办法：

［研究生培养费（含基本工资）/研究生服务期（月）］]

×服务期未满时间（月）凡未按规定交纳保证金，按自动离职处理，医院不出具任何证明和材料。

2.出国探亲：

（1）公派出国研究生，出国半年以后，配偶可以申请探亲。探亲费用自理；探亲期限三个月，最多不得超过六个月；从第七个月起，是否保留公职，由医院决定。探亲之日起停发工资，按期回国后补发三个月工资（不含交通费和卫生津贴）。

（2）自费出国配偶探亲，原则上参照以上规定执行。

（3）亲友探亲，从探亲之日起停发工资，超过七个月，是否保留公职，由医院决定。

（4）出国探亲，都须由个人申请，科室同意，报院党委审批，经人事科办理有关手续，凡不经人事科办理手续者停发工资。

二、国际交流工作

（一）随着医院的发展，国际交流将日益增多，为做好外事接待工作，作如下规定：

1.根据工作和学科发展需要，邀请国外专家、学者来院访问、讲学和学术交流。须由科室根据需要做出计划，向医院申请，经院党委批准后由人事科、医务部、护理部等有关部门协同办理邀请手续。费用按有关规定执行。

2.非我院邀请要求顺访我院，须从有利促进医院专业发展的目的出发，由科室向医院提出申请，由院领导同意后予以接待。医院可酌情提供某些方便，不负担任何费用。

3.我院职工的国外亲友、同学、导师等非因公来访。医院在可能的范围内提供有关方便，费用自理。

（二）组织管理：

（1）我院外事工作，在党委和院长领导下，由人事科主管。

（2）人事科负责承办出国人员的有关手续，执行工资待遇；负责出国人员回国后半个月内办理报到手续并填写《出国人员回国登记表》；完成上级机关布置的其它外事工作任务。

（3）医务部、护理部负责制定人才培养规划和出国人员计划，组织出国外语考试和培训，收存出国人员有关专业国外水平和发展的调查报告及回国后开展工作的设想；及时组织他们向同行、科、部门、院领导作出国留学报告，达到一人出国大家受益。

（4）医务部、护理部等有关部门参与出国人员的计划制定和管理。

（5）政治审查：党政干部按干部管理权限政审，专业技术干部由人事科负责政审。

三、附则：

1.本规定中的基本工资指基础性绩效工资、奖励工资之

和工资指工资单中的所有项目。

2.本规定自下发之日起执行，以前文件中凡与本规定相抵触的，按本规定执行。

泗洪县第一人民医院卫生专业技术职务聘任工作有关规定

1.聘任原则

（1）实行评聘分开，在定编、定岗、定任务的基础上，根据岗位对人员素质的要求聘任。

（2）根据岗位设置方案聘任，岗位可以向下挪用。

（3）坚持岗位考核制度，制定专业技术岗位职责考核实施细则，加大考核力度，实行择优聘任。

（4）聘用原则上应具备相应的任职资格，但因岗位限制而未聘用的专业人员，经领导同意可在院内流动，也可不聘或低聘，还可根据院的实际情况实行“职务缓聘，待遇从优”的办法。

（5）聘任由院、科（部门）两级负责。高级岗位职务由院聘任；中、初级职务由科（部门）推荐院聘任。

（6）在平等竞争的基础上，实行双向选择，聘与被聘双方应履行各自义务。院、科（部门）对不称职人员有权处理和解聘。

2.聘任条件

（1）热爱祖国，拥护中国共产党的领导，贯彻党的卫生工作方针，遵纪守法，维护社会公德，具有良好的职业道德，团结协作，服从组织分配，全心全意为人民服务。

（2）尽职尽责，积极主动地完成岗位职责所规定的各项工作任务及临时性特殊任务，接受院定期的政治思想和业务考核。

（3）身体健康，能完成本职工作。

（4）因工作需要和学科梯队建设需要延聘、返聘的离、退休人员，应承担和完成延聘、返聘后的工作任务。

3.聘期

（1）受聘人员聘期一般为 3 年，最长不超过 5 年。

（2）接近离退休年龄的专业技术人员，聘期一般不超过法定离退休时间。

（3）经院批准延聘人员，延聘的时间一般不超过 1 年。特殊工作需要，经研究同意后，可适当延长聘期。

4.聘任办法及程序

（1）中、初级专业技术人员的聘任由本人申请，专科或部门根据定编、定岗数额和岗位设置要求及考核结果推荐，经大科和医院同意，送人事科办理聘任手续。

（2）高级职务专业技术人员的聘任由本人申请，医院根据定编、定岗数额和岗位设置要求及考核结果审批，人事科办理聘任手续。

泗洪县第一人民医院职工退休若干问题的暂行规定

为做好职工退休工作，根据国务院国发(1978)104 号《国务院关于安置老弱病残干部的暂行办法》、 国务院关于工人退休、退职的暂行办法》、人退发(1990)5 号《人事部关于高级专家退（离）休有关问题的通知》等文件精神，结合我院实际，现对有关问题作如下规定：

1.退休条件

（1）根据国家有关规定，凡符合下列条件者，应该退休：工人：男年满 60 周岁，女年满 50 周岁，连续工龄满 10 年。干部：男年满 60 周岁，女年满 55 周岁，连续工龄满 10 年。

（2）经医院证明，完全丧失工作能力，符合下列条件，可办理退休：男年满 50 周岁，女年满 45 周岁，连续工龄满 10 年。

（3）因工致残，经医院证明，完全丧失工作能力的可办理退休。

（4）凡在本专业岗位上工作的女性副高级职称人员，如身体健康，能坚持正常工作，本人自愿，可到 60 周岁退休。

2.关于延长退休年龄

根据工作需要和身体条件，对符合《国务院关于高级专家离休、退休若干问题的暂行规定》中所规定的四个条件，同时具备在医疗临床第一线工作的高级职称人员经组织同意可申报延长退休年龄。

泗洪县第一人民医院返聘工作的暂行规定

为充分发挥到龄高级专业技术人员的积极作用，根据有关文件精神，经医院研究决定，对返聘有关问题作如下规定：

1. 返聘条件

（1）确因工作需要。

（2）医生系列的高级专业技术人员。

（3）其他系列具有特殊需要经医院研究同意的。

（4）能坚持正常工作，认真履行岗位职责，遵守医院各项规章制度，执行《一次申告待岗方案》的规定，维护医院和科室集体利益，不得在外单位搞兼职活动，不得私自外转病人、外开各种检查单，服从科室的工作安排。

2. 返聘形式

（1）全聘：和在职人员一样，全天上班。

（2）半聘：坚持半天班（上午）。

（3）专家门诊：按科室的时间安排准时上专家门诊。

3. 返聘待遇

（1）全聘者享受同级同类人员同等待遇。

（2）半聘者享受院内岗位职务津贴 50%，绩效津贴按科室二次分配方案执行，不再享受公休假待遇，其他待遇按原有关规定执行。

（3）只看专家门诊者根据原档案工资按原规定执行。

4. 返聘形式的年龄要求

（1）60 周岁至 65 周岁（含 65 周岁），可由本人任意选择全聘、半聘、只看专家门诊三种形式其中一种形式。

（2）65 周岁至 70 周岁（含 70 周岁），可由本人任意选择半聘、只看专家门诊两种形式其中一种形式。

（3）70 周岁以上，可选择只看专家门诊一种形式。

5. 返聘程序

（1）要求返聘者本人提出书面申请，送科主任或科室负责人签署意见交人事科报院领导审批。

（2）人事科根据领导意见与本人签定返聘协议书。

6. 返聘聘期返聘人员聘期一般为一年，时间从院签定协议

书之日算起。

7. 解聘辞聘制度

（1）凡违反本规定第一款返聘条件第 4 条者，科室可提出解聘申请报院审批后解聘。

（2）因身体状况不能从事原返聘工作者，科室应及时提出停聘申请报院办理停聘手续。

（3）返聘期内，本人根据需要可提出辞聘书面申请送科主任或科室负责人签署意见后报院审批，由人事科办理辞聘手续。

8. 本规定由人事科负责解释。

泗洪县第一人民医院关于假期保险福利待遇的有关规定

一、年(工)休假待遇

1. 工作人员累计工作已满1年不满10年的，年休假5天；已满10年不满20年的，年休假10天；已满20年的，年休假15天（按周年计算，对年对月，学龄不计入）。

国家法定休假日、休息日和国家规定的探亲假、婚丧假、产假的假期，不计入年休假的假期。

2. 工作人员有下列情形之一的，不享受当年的年休假：

（1）工作人员依法享受寒暑假，其休假天数多于应休年休假天数的；

（2）工作人员请事假累计20天以上且单位按照规定不扣工资的；

（3）累计工作满1年不满10年的工作人员，请病假累计2个月以上的；

（4）累计工作满10年不满20年的工作人员，请病假累计3个月以上的；

（5）累计工作满20年以上的工作人员，请病假累计4个月以上的。

工作人员已享受当年的年休假，年内又出现以上五种情形之一的，不享受下一年的年休假。

3. 工作人员请事假且未被扣发工资的，累计超过5天以上（不含5天）的天数应抵减当年的年休假天数；当年已休满假后又请事假的，累计超过5天以上（不含5天）的天数应抵减下一年度的年休假天数，抵减天数超过本人应休假天数的，则下一年度不再享受年休假（原则上一年累计事假不得超过30天）。当年脱产进修学习超过 6 个月的，不再安排休假。

4. 假期原则上当年一次休完，如确因工作需要，经科室和分管领导同意可在当年 12 月底前办理完请假手续，假期延至翌年一季度前休完。

二、探亲假待遇

1. 探望配偶，每年给予一方[探亲假](https://www.66law.cn/special/tqj/" \t "_blank" \o "探亲假)一次，30天；

2. 未婚员工探望父母，每年给假一次，20天，也可根据实际情况，2年给假一次，45天；

3. 已婚员工探望父母，每4年给假一次，20天。

4. 有关规定和要求：

（1）探亲假均包含法定节假日（元旦、春节、五一、国庆）和双休假日。

（2）探亲假每年只能给予一方探亲假一次。

（3）分配或调入我院工作的，当年不享受探亲假。

（4）职工当年与配偶团聚 30 天以上，未婚职工和父母团聚 20 天以上，不再享受探亲假待遇。

三、病假待遇

（一）病假时限及待遇：

1、2 个月以内发基本工资。

2、6 个月以内，工作年限不满 10 年，从第三个月起发基本工资 90％。

3、6 个月以内，工作满 10 年及以上的发基本工资 100％。

4、6 个月以上，工作年限不满 10 年，从第 7 个月起发基本工资 70％。

5、6 个月以上，工作年限满 10 年，不满 20 年，从第 7 个月起发基本工资 80％。

6、6 个月以上，工作年限满 20 年及以上的发基本工资 90％。

（二）有关规定和说明：

1、基本工资指职务工资、津贴、职岗津贴之和。

2、病假超过三个月的，同时取消当年的辅助性补偿工资。

四、事假待遇

1、15 天以内，发职务工资(不含津贴即活工资部分)、职岗津贴。

2、15 天以上，停发全部工资(包括基本工资和补偿性工资)。

五、婚假、流产假、产假、计划生育假待遇

（一）婚期

1. 按法定结婚年龄(女20周岁，男22周岁)结婚的，依法办理结婚登记的夫妻，在享受3天的国家法定婚假基础上，再延长十天婚假。

2. 婚假包括公休假和法定假，在探亲假(探父母)期间结婚的，不另给假期。

3. 婚假必须一次性休完，不能间断的使用。

4. 再婚的可享受法定婚假。

（二）流产假

1. 怀孕未满4个月流产的，享受15天产假；

2. 怀孕满4个月流产的，享受42天产假。

（三）产假

1. 对依国家婚姻法履行正式登记手续，符合国家规定怀孕、生育的女性员工，顺产产假128天；难产的，增加产假15天；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿，增加产假15天。

## 2. 对依国家婚姻法履行正式登记手续、夫妻生育符合国家规定的男员工，在配偶生育时，男员工享有护理假15天。护理假须于孩子的出生日期起一次性休完。

（四）计划生育假

1. 宫内放节育环：自手术之日起休假3天，7日内不得安排重体力活。

2. 取节育环：休息1天

（五）丧假

1. 职工的直系亲属（父母、配偶和子女）及公婆、岳父母死亡时，给予3天的丧假，如必须去外地处理丧事时，可根据路程远近，另给予路程假。

2. 在批准的丧假和路程假期间，职工的工资[照发](https://baike.baidu.com/item/%E7%85%A7%E5%8F%91" \t "_blank)。

六、放射假

每年假期2-4周。

泗洪县第一人民医院干部人事档案管理制度

一、干部人事档案管理部门工作职责

（一）按照干部管理权限依法管理好干部档案，为国家

积累档案史料。

（二）及时收集、鉴别和整理干部人事档案材料，把好档案材料入口关，及时清理所缺材料并告知有关部门补充齐全。

（三）按照规定办理干部人事档案的查阅、借阅和转递。

（四）认真做好登记干部职务、工资的变动情况。

（五）为有关部门提供干部人事档案材料的情况。

（六）认真做好干部人事档案的安全、保密、保管和保护工作。

（七）调查研究干部人事档案工作情况，制定规章制度，做好干部人事档案的业务建设和宏观业务指导。

（八）推广、应用干部人事档案现代化管理技术，逐步实现干部人事档案管理的信息化和现代化。

（九）定期向档案管(室)移交死亡干部的档案。

（十）办理其他有关事项。

二、干部人事档案材料收集补充制度

（一）按照《干部人事档案收集归档规定》，经常通过有关部门收集干部任免、调动、考察考核、培训、奖惩、工资、入党等工作中新形成的干部材料，不断充实完善干部人事档案的内容。

（二）收集的干部人事档案材料必须是组织上形成的，或者是组织上审定认可的材料，未经组织同意，个人提供的材料不得收集。

（三）凡新参加工作的国家干部、地方新安置的部队转业干部，都应填写“干部履历表”和“干部自传”，审核后，补充进干部人事档案。

（四）干部人事档案材料的形成部门，必须按照有关规定规范制作干部人事档案材料，建立干部人事档案材料收集归档机制，在材料形成之日起 1 个月内按要求送交干部人事档案管理部门并履行移交手续，任何组织和个人不得以任何理由积压归档材料。

（五）掌握形成干部人事档案材料的信息，及时、主动地向有关部门索要应归档材料。

（六）注意做好材料收集中的安全保密工作，不得泄露材料内容。

（七）认真办理干部人事档案材料收集登记和交接手续。

三、干部人事档案材料鉴别归档制度

（一）对收集的干部档案材料必须根据有关规定，归档前必须经过认真审查、鉴别，符合要求的才能归档。

（二）归档的材料必须真实、完整、文字清楚，对象明确，手续完备，未经鉴别，任何人都不得擅自销毁干部人事档案材料，不得私自将不属于归档范围的材料归档或从干部人事档案中撤出材料。

（三）对干部人事档案材料进行鉴别，必须判定材料是否属于所管干部的材料及应归入干部档案的内容，必须审查材料是否齐全、完整，手续是否完备。

（四）鉴别中发现涉及干部政治历史问题或其他重要问题，需要查清而未查清的材料及未办理完毕的材料，不能归入干部档案，应交有关组织处理。

（五）鉴别时，发现档案中缺少有关材料，要及时进行登记并收集补充。

（六）凡是干部人事档案材料归档或从干部人事档案中撤出材料，必须由专人把关，对比较重要材料的取舍，应请示主管领导。

（七）经鉴别应销毁的干部人事档案材料要进行登记，履行批准手续后方可销毁。

（八）鉴别工作应纳入干部档案工作正常业务，应随时或定期进。

（九）干部人事档案材料必须是铅印、胶印、油印或用蓝黑墨水、碳素墨水、墨汁书写。凡圆珠笔、铅笔、红墨水、纯蓝墨水书写的材料，必须经过复制方可归档。

（十）归入的干部人事档案材料均应按照《干部档案整理工作细则》进行整理立卷。

四、干部人事档案整理制度

（一）严格按照《干部档案工作条例》和《干部档案整理工作细则》的要求进行，整理工作做到真实、完整、规范。

（二）干部档案管理部门要配备齐全相关设备（切纸刀、打孔机等），使用标准的档案卷夹、类号等文具用品，确保档案整理工作质量。

（三）严格执行分类、编排、修整、打印、装订的档案整理程序，做到认真鉴别、分类准确；编排有序，层次清楚；技术科学，修补完整；目录清楚，打印工整；两边对齐，装订美观。

（四）干部档案整理人员应认真、仔细，不得折皱或损坏档案材料。对不符合标准用纸的档案材料，要进行裱糊或折叠、剪裁等技术加工。

（五）干部档案整理人员不得私自涂改、抽取或伪造档案材料，不得擅自处理或销毁档案材料。档案整理后，要认真复核，合乎要求方能入卷。

（六）每两年对管理的档案进行一次新材料的补充和整理工作。对整理后的档案，经认真核对后，方可入库。

五、干部人事档案查(借)阅制度

（一）干部人事档案原则上不对外提供使用。有下列用途之一的，经干部人事档案管理部门批准后，方可进行查借阅。

1.干部考察、任免、调动、政治审查、组织处理、入

党、出国（境）、退（离）休、工资待遇、治丧、制作档案副本等组织人事工作；

2.办理案件；

3.办理社会保险、公证；

4.经批准进行的编史修志、撰写大事记或人物传记、举

办展览或纪念活动。

（二）查阅干部人事档案的单位须派两名正式中共党员干部，持《干部档案查（借）阅审批表》按干部管理权限办理审批手续，不得以一般行政介绍信、调查材料介绍信等证明材料或工作证、身份证等为凭证查阅干部档案。

（三）干部人事档案管理部门，应根据规定，确定是否提供和提借材料，并对提供查阅的档案进行登记。

（四）除组织人事科因工作需要外，任何人不得查阅和借用上级和同级干部的档案。除办理案件外，查借阅单位只能查借阅人事关系在本单位的干部档案。任何人不得查阅和借用本人及亲属的档案。

（五）查阅干部档案材料一般只能摘抄。特殊情况需要复制的，须事先在《干部档案查借阅审批表》中列出需要复制的材料明细，并经批准方可复制。

（六）干部档案一般不予外借。因治丧等特殊情况确需借出使用的，必须履行严格的审批程序，本地区单位必须在借出之日起五个工作日内归还，外地区单位必须在借出之日起十个工作日内归还。借出使用的档案和摘抄、复制的档案材料，要妥善保管，不得转借，不准无关人员和干部本人翻阅。

（七）持有《查阅干部档案审批表》，但审批手续不完备，未写明查阅理由，查档人不符合规定，查阅本人及其直系亲属档案的，干部人事档案管理人员有权拒绝提供查阅。

（八）查阅人员必须严格遵守保密制度，不得泄密或擅自向外公布档案内容。

（九）查阅人员要爱护干部人事档案，严禁在档案材料上圈画、批注、涂改、折叠，不得抽换、拆散档案材料。

六、干部人事档案计算机管理制度

（一）爱护机器设备，熟悉机器性能，按程序规范操作。

（二）充分发挥《干部人事档案管理信息系统》的功能，建立完整的档案信息数据库，利用该系统完成档案查借阅、转递、目录及零散材料的管理和“四统一”管理。

（三）以干部人事档案和干部人事工作中形成的正式文件为依据采集信息并及时维护，确保信息内容的准确、完整和新鲜。

（四）新进干部档案和零散材料的信息录入在三个月内完成；干部档案索引每半年打印一次；日常管理信息每年汇总一次，并做好有关资料的立卷工作。

（五）对新维护的档案管理信息要及时备份，并登记备份的时间和主要内容。

（六）不得随意使用外来磁盘，确需要使用时要进行病毒检查，防止机器故障造成信息的损坏或丢失。

（七）未经批准不得提供、复制干部信息，无关人员不得查看干部信息，贮有保密信息的载体严禁外传。软件应由专人保管。

（八）利用干档信息对干部队伍进行综合分析，为领导决策提供服务。

七、干部人事档案转递制度

（一）干部人事档案应随着干部管理权限的变化及时转递。干部人事档案管理部门在接到干部任免、调动或管理权限变动通知后，应在 30 天内将调出的干部档案转给新的干部人事档案主管部门，避免人档分离。

（二）县及相当于县以上的党委组织、人事部门，可以直接转递干部人事档案。

（三）转出的档案必须完整齐全，并按规定经过认真的整理装订，不得扣留材料或分批转出。

（四）转递干部人事档案必须经过严格密封，通过机要交通转递、邮政EMS 或派专人送取，严禁将干部人事档案交干部本人自带或公开邮寄。

（五）接收干部档案的单位，经核对无误后，应在回执上签名盖章，并立即将回执退回转出单位；对个人自带的档案，档案部门有权拒绝接收。

（六）对转出的干部档案，逾期一个月未见回执退回，要及时发函、发传真、电话催取，以防丢失。回执退回后，将其贴在转递通知单的存根上。

（七）转递档案必须填写“干部人事档案转递通知单”，办理登记手续。

（八）凡是转出的干部人事档案或材料均应严密包封，并加盖机密章。

八、干部人事档案检查核对制度

（一）干部人事档案管理部门对所管理的档案要定期地进行检查核对，一般每半年核对一次，发现问题，及时解决。每半年按干部名册核对一次干部档案名单，管人与管档相一致，杜绝有人无档或有档无人的现象。

（二）凡提供利用的干部人事档案，在收回时，要严格检查，经核对无误后，方可入库。

（三）整理好的干部人事档案入库前，要逐人、逐卷、逐份、逐页进行检查核对，发现差错，及时纠正。

（四）转出和接受干部人事档案时，应将材料与目录检查核对一遍，防止张冠李戴或缺少材料。转递干部人事档案时，一要清点材料，整理装订；二要注销档案名册，注明转出去向；三要办理转递手续。

（五）凡收集的干部人事档案材料，应检查是否属于归档材料，是否完整齐全，是否符合归档要求，是否手续完备。

（六）输入计算机的干部人事信息须与干部人事档案核对无误后方可使用。

九、干部人事档案保管和安全保密制度

（一）严格按照《中华人民共和国档案法》、《中华人民共和国保守秘密法》，做好干部人事档案的保管保密工作。

（二）干部人事档案管理部门，应设立专用档案库房(室)，配置铁质档案柜，妥善保管干部人事档案。

（三）干部人事档案库房(室)必须备有防火、防潮、防蛀、防盗、防光、防高温等设施。安全措施应经常检查，保持库房的清洁和适宜的温、湿度。

（四）要设置专门的档案查阅室和档案人员办公室。档案库房、阅档室和档案人员办公室应三室分开。

（五）干部人事档案库房(室)和档案柜，应明确专人管理。管理人员工作变动时，必须办理好交接手续。

（六）非管理及无关人员一律不得进入档案库房(室)。

（七）干部档案工作人员要严格遵守保密制度，不准向无关人员谈论档案内容，不准用电话提供干部的全面情况和涉及其他重要问题的材料，严禁任何人携带干部人事档案材料进入公共场所和娱乐场所。

（八）干部人事档案工作中形成的需销毁材料不得自行处理，须经档案管理部门分管领导批准后，统一登记，统一销毁。

（九）干部人事档案工作人员及其在本单位的直系亲属的干部人事档案，由所在单位组织指定有关部门专人保管。

十、送交干部人事档案材料制度

（一）各组织人事、纪检监察、教育培训、审计、统战等部门，应建立送交干部人事档案材料归档的工作制度。

（二）干部人事档案材料的形成部门，应在材料形成的一个月内，主动送交干部人事档案管理部门归档。

（三）任何组织与个人，不得以任何理由积压、滞留应归档的材料。

（四）干部人事档案管理部门，应与各有关部门建立联系制度，保持收集材料的渠道畅通。

（五）干部人事档案管理部门，对未能按时递交档案材料的部门，应主动与有关部门联系。

（六）发现递交归档的材料，不符合归档要求的，及时通知有关部门补送或补办手续。

十一、干部人事档案审核通报制度

（一）干部人事档案管理部门须在新任职干部任命通知下发后1个月内，按照标准完成新任职干部的档案审核和转递工作。

（二）干部人事档案管理部门对报送的档案要逐页逐项核对材料，保证各类材料完整齐全、手续完备、整理规范、信息确、无错装材料、无涂改材料。如档案材料有涂改的，应先对涂改情况和原因进行了解核实，并向上级干部人事档案管理部门做出书面说明放入档案十类中。

（三）拟报送的干部人事档案需做到材料分类准确、排列有序、目录清楚，技术加工和装订符合要求。干部人事档案管理部门在办理转递手续前，要将审核情况及档案中存在的问题在《干部档案报送单》说明，经分管领导签批同意后装入档案十类中，才可办理转递手续。

（四）上级干部人事档案管理部门在接收新任职干部档案时，要按照标准逐卷逐页逐项进行审核。经审核不合格的，一律不予接收，并退回原干部人事档案管理部门重新审核、整理。

（五）上级干部人事档案管理部门要定期对新任职或接收的干部档案审核情况进行通报。凡经审查不合格退回原干部人事档案管理部门的、任职通知下发后未按时转递干部人事档案的，上级干部人事档案管理部门将定期通报。

泗洪县第一人民医院一次申告待岗方案

为进一步加强行风、职业道德建设力度，规范服务行为，深入人事制度改革，促进人文精神创建，根据《事业单位人事管理条例》（国务院令第 652 号）的精神，制定我院一次申告待岗方案，如下：

指导思想坚持以患者为中心，以社会满意为目标，通过实施一次申告待岗制度，进一步端正服务思想，增强服务意识，改善服务态度，提高服务质量，规范服务行为，促进行风、职业道德建设，从而提高我院社会综合服务满意度，树立我院新时代人文主义行业形象。

实施对象和范围：凡本院工作人员，包括在职职工、返聘的离退休职工，因病员、病员家属、社会各界、医院内申告以及各类考核有下列问题之一并经查实者进行待岗。合同工、临时工、进修人员以及不在岗的离退休职工有下列相关问题者也要作出相应处理。态度生硬，服务态度差，言语不当，与患者或其家属发生争吵、冲突，经查责任在医方者。不实行首诊负责制，拒绝接待患者，或由其他个人原因延误患者抢救、治疗，造成不良影响或后果。不遵守部门劳动纪律，经常迟到、早退、脱岗，延误工作，屡教不改者。以医（技）谋私、违反行业规范、行为不诚信正直，索取患者额外利益者。在业务往来、基建工程、项目招标、药品器械等物资购销过程中谋取私利、存在不廉洁行为，经查属实者。私自向患者出售医用药品及其他物品者。违反临床操作规程，发生责任性或技术性事故，不接受教育，不服从有关规定处理者。缺乏本职工作能力，消极怠工，不能履行自己岗位职责者。不服从医院组织管理和院、科领导指令，挑起事端或放任家属、亲友纠缠，谩骂领导和同事者。

未经医院批准擅自搞业务和兼职服务，动用医院设备耗材为科室或个人谋取私利者。私自外出参与会诊、手术、讲学、外转患者、外开各种检查单两次以上者（包括返聘的离退休人员），其他有损单位利益、形象、信誉，造成严重不良影响者。弄虚作假、违反相关规定，开与病情不符的诊断证明者。一次申告待岗的程序、办法申告的接收单位为人事科和行风办（人事科以接收劳动纪律、岗位职责方面的申告为主，行风办以接收行风和服务行为方面的申告为主），人事科或行风办接到申告后会同所在支部、部门、科室领导调查，核实后写出书面材料经院有关会议研究通过，交人事科处理。院领导接收到申告，由上级主管部门调查处理。

被退送人事科的待岗人员应在规定时间内去人事科报到，服从人事科的管理和安排。待岗时间最长期限为 3 个月。3 个月内如能深刻检讨，经原科室或愿意接受的科室考察合格后，本人写出书面保证，经人事科、接收科室和本人三方签字后方可复岗。

待岗人员在待岗期间要努力学习、反省错误，完成人事科或人事科委托部门、科室安排的临时性工作，并根据错误性质按有关规定接受其他处理。待岗人员待岗期间待遇，待岗人员在待岗期间只发基本工资，不享受绩效奖金待遇。待岗期满无科室接收者自行下岗。待岗者本年度内不得申报晋升高一级专业技术职务，年终考核不合格。

非全日制用工受到一次性申告处理，即预解除聘用协议。进修、实习人员受到一次申告处理，即取消进修实习资格，退回原单位。返聘职工与在职职工同样接受处理，3 个月内无部门、科室聘用者则解除返聘。

未返聘的离退休人员每受到一次申告，停止享受公费医疗半年。

本方案由人事科、行风办制定相应实施细则并负责解释。

泗洪县第一人民医院年度考核工作实施意见

根据《事业单位人事管理条例》关于事业单位工作人员年度考核相关规定和省委组织部、省人社厅要求，为严格考核制度、规范考核程序、强化考核作用，结合我院工作实际，现制定如下实施意见：

一、年度考核范围对象

医院年底前在职在册人员。病假（因公负伤除外）、事假、非单位派出外出学习累计超过半年的工作人员，不参加年度考核。

二、年度考核等次比例

年度考核结果分为优秀、合格、基本合格、不合格四个等次。被确定为优秀等次的人数，一般掌握在参加考核总人数的15%以内。

参加扶贫，或赴省外挂职及援藏、援疆等工作人员的年度考核按有关规定组织实施，如被确定为优秀等次的，不占本院优秀等次的指标。

优秀等次人员，应适当向临床一线医务人员倾斜；管理岗位优秀等次的人员原则上应不超过参加考核的管理人员总数的15%。

三、年度考核参考标准

（一）管理人员年度考核各等次的基本标准。

**优秀：**正确贯彻执行党的路线、方针、政策，模范遵守国家的法律、法规和各项规章制度，廉洁奉公，精通业务，工作勤奋，有改革创新精神，出色地履行岗位职责，工作成绩突出，服务对象满意度高。

**合格：**正确贯彻执行党的路线、方针、政策，自觉遵守国家的法律、法规和各项规章制度，廉洁自律，管理业务熟练，工作积极，较好地履行岗位职责，完成工作任务，服务对象较为满意。

**基本合格：**贯彻执行党的路线、方针、政策，遵守国家的法律、法规和各项规章制度，管理业务素质一般，未完全履行岗位职责，基本完成工作任务，在工作中存在一定失误，服务对象满意度一般。

**不合格：**业务素质较低，组织纪律较差，难以适应工作要求，或工作责任心不强，履行岗位职责差，不能完成工作任务，在遵纪守法方面存在错误，在工作中存在严重失误，服务对象不满意。

（二）专业技术人员年度考核各等次的基本标准。

**优秀：**拥护党的路线、方针、政策，模范遵守国家的法律、法规及各项规章制度，职业道德好，工作责任心强，勤奋敬业，专业技术能力强、水平高或提升快，工作有创新，出色地履行岗位职责，在专业技术岗位工作中成绩突出，服务对象满意度高。

**合格：**拥护党的路线、方针、政策，自觉遵守国家的法律、法规及各项规章制度，有较好的职业道德，工作负责，业务熟练，专业技术能力较强或提高较快，能够履行岗位职责，完成工作任务，无责任事故，服务对象较为满意。

**基本合格：**遵守国家法律、法规及各项规章制度，业务素质和职业道德表现一般，专业技术能力一般，基本完成工作任务，未完全履行岗位职责，在工作中存在一定失误，服务对象满意度一般。

**不合格：**业务素质低，组织纪律较差，工作责任心不强，专业技术能力低，难以适应工作要求，不能履行岗位职责，不能完成工作任务，在遵纪守法方面存在错误，在工作中存在严重失误或造成责任事故，服务对象不满意。

（三）工勤技能人员年度考核各等次的基本标准。

**优秀：**政治思想表现好，模范遵守法律、纪律和各项规章制度，精通业务，工作勤奋，责任心强，确保劳动安全，工勤技能能力强、水平高，出色地履行岗位职责，工作成绩突出，服务对象满意度高。

**合格：**政治思想表现好，自觉遵守法律、纪律和各项规章制度，熟悉业务，工作积极，无责任事故，注重劳动安全，工勤技能水平较高，能够履行岗位职责，完成工作任务，服务对象较为满意。

**基本合格：**政治思想表现一般，工勤技能能力水平一般，未完全履行岗位职责，基本完成工作任务，忽视劳动安全，出现事故苗头或发生轻微事故，服务对象满意度一般。

**不合格：**组织纪律较差，工勤技能能力水平差，难以适应工作要求，不能履行岗位职责，不能完成工作任务，工作责任心不强，忽视劳动安全、违反工作和操作规程，在工作中存在严重失误或发生严重责任事故，在遵纪守法方面存在错误，服务对象不满意。

受行政处分人员的年度考核等次的确定，按照中组部、人社部、监察部《事业单位工作人员处分暂行规定》（人社部函〔2012〕290号）办理；受党纪和政纪处分的，参照《关于公务员惩戒有关问题的通知》（人社部发〔2010〕59号）》执行，按对其年度考核结果影响较重的处分确定年度考核等次。

对在年度考核中被定为基本合格或者不合格不服的，可按照中组部、人社部《事业单位工作人员申诉规定》（人社部发〔2014〕45号）的规定申请复核、申诉。

四、年度考核基本程序

设立非常设性的考核小组，制订考核计划和实施方案，负责考核工作的具体组织实施。考核小组由院领导班子、人事科、纪检监察有关人员及有关科室负责人和职工代表组成。考核小组成员在考核工作中按照有关规定实行回避制度。

年度考核一般采取个人总结或述职、绩效分析、专项工作检查、结合部门内部评议、服务对象满意度调查等办法，对工作人员一年中德能勤绩廉等方面进行综合评定。具体程序如下：

（一）组织全体工作人员学习考核相关文件和政策规定；

（二）被考核人对全年的德、能、勤、绩、廉主要情况进行总结、述职；

（三）考核小组通过多种形式听取职工意见或服务对象意见；

（四）被考核人所在科室负责人在听取职工意见和服务对象满意度的基础上，根据平时工作情况、专项工作检查、科室内部评议和个人总结等写出评语，提出考核等次意见，填写在个人年度考核登记表“主管领导评鉴意见”一栏。被考核人为科室负责同志的，主管领导评鉴意见由分管领导填写；

（五）考核小组对主管领导提出的考核意见进行审核；

（六）拟确定为优秀等次的人员名单在本院进行公示，公示时间为7个工作日；

（七）单位负责人确定考核等次。对被确定为基本合格或不合格等次的，必须以书面形式通知被考核人，并将复印件报组织、人社部门备案；

（八）将考核结果存入本人档案并按要求报组织、人社部门审核备案。

五、年度考核结果使用

（一）年度考核被确定为优秀等次的，参加竞（晋）聘上岗时在同等条件下可予以优先；

（二）年度考核被确定为合格及以上等次的，按照有关规定相应调整工资待遇；本年度计算为竞聘更高等级岗位的任职年限；

（三）年度考核结果作为竞聘调整岗位、续订聘用合同的依据；

（四）年度考核被确定为基本合格、不合格等次以及无故不参加年度考核的，薪级工资不予晋升，工资待遇按有关规定执行。

六、年度考核有关事项

（一）院领导人员的年度考核，由县卫健局按照干部管理权限组织实施。

（二）新进工作人员首次就业，在试用期内参加年度考核，只写评语，不确定等次；非首次就业的，全年总工作时间不满12个月的，参加年度考核，只写评语，不确定等次；全年总工作时间满12个月的，由本院进行年度考核并确定等次，涉及在原单位工作的有关情况由原单位提供。

（三）派出挂职锻炼、学习培训、执行其他任务的工作人员，除特殊规定外，一般由本院进行年度考核，主要根据挂职锻炼、学习培训以及执行其它任务的表现确定等次。相关情况由其挂职锻炼、学习培训以及执行其它任务的所在单位提供。

（四）对无正当理由不参加年度考核的人员，经教育后仍拒绝参加的，其考核结果直接确定为不合格等次。

（五）个人诚信情况纳入年度考核范围。凡出现文明交通、建设市场等领域失信行为的，其考核等次确定按现有规定（宿公通〔2015〕28号、宿建发〔2017〕193号等）执行。

泗洪县第一人民医院人才队伍建设规划

科技的竞争就是人才的竞争，科技的关键在于有创新的人才。人才是创业之本，是高科技发展的核心。“一代新人才，一代新科技”，“治国之道，唯在用人”。为贯彻“全国人才工作会议”精神，加快我院[卫生](http://www.cnwmz.com/html/jiguandanwei_tag/weisheng/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "卫生)科技人才引进和培养，建设一支高素质的科技人才队伍，不断提高我院的医疗质量和服务水平，现对我院卫生科技队伍建设提出如下[规划](http://www.cnwmz.com/html/jiguandanwei_tag/guihua/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "规划)。

一、[医院](http://www.cnwmz.com/html/shehuidanwei_tag/yiyuan/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "医院)人才资源现状  
（一）人才资源的数量与结构。从我院目前专业技术队伍现状来看，高层次人才十分短缺，在我院现有的专业技术人员中，硕士学位，占专业技术人员的比例较低，市级拔尖人才，占专业技术人员比例较低，学科带头人，占专业技术人员比例较低。以上分析来看，人才的匮乏，已经制约了医院的发展，从长远利益来讲，很难适应医疗市场的竞争，最终会在激烈的医疗市场竞争中被淘汰。因此，加强人才的开发是摆在我们面前的重要任务，也是医院今后发展的需要。

（二）人才开发培养中的问题

1、人才总量少，高层次人才不足。

2、人才断层现象较突出。正高职称局限于接近退休人员中，正规本科人员在55岁以上，40岁以下，40~55岁人员学历较低。

3、人才开发、培养能力差。即派出学习归来人员开展的新技术、新业务与派出人员的数量不成比例；培养后的效果与不培养前相差不多，即投入大，产出少。

4、人才资源专业结构不合理。突出表现在小专业无人愿干，大专业人满为患。

5、人才流失严重。培养出的能够支撑一个专业的人员外流。

二、人才队伍建设的指导思想与目标

（一）指导思想

以党的的“十六大”和“全国人才工作会议”精神为指导，从我院实际情况出发，制定和完善各项科技人才政策，建立一套良好的人才管理体制，充分调动和发挥我院科技人才的作用。坚持学历[教育](http://www.cnwmz.com/html/jiguandanwei_tag/jiaoyu/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "教育)与非学历教育并重，培养与引进并重，稳定队伍，提高素质，改善结构，优化环境，培养和造就一支与我院医疗卫生需求相适应的用得上，留得住的科技人才队伍

（二）工作目标

1、扩大人才队伍结构的主要预期目标：五年内全院临床医疗人员本科学历占80，硕士[研究生](http://www.cnwmz.com/html/qiuzhi_tag/yanjiusheng/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "研究生)学历占15，博士研究生学历占5；10年内，临床医师本科学历占60，硕士研究生学历占30，博士研究生学历占10。五年内培养和引进学科带头人10人，10年内培养和引进学科带头人20人。

2、调整和优化人才队伍结构的主要预期目标：人才在各专业、病区间分布趋于合理，人才的专业、年龄结构和高、中、初级专业技术人才的比例趋于合理。

3、提高人才队伍整体素质的主要预期目标：在提高[思想政治](http://www.cnwmz.com/html/jiaoyulw_tag/sixiangzhengzhi/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "思想政治)素质、加强职业道德建设的同时，使人才的知识水平和能力素质有较大提高。使高层次人才与学科带头人的竞争力达到较高水平。

三、实施人才培养战略，建设一支高素质的卫生科技队伍

（一）坚持高起点，加速高层次人才的开发

1、要不拘一格选拔优秀人才。看资历不唯资历，要重能力，重水平，重实绩。努力营造年轻人脱颖而出的氛围。

2、要大胆启用优秀的高学历人才。高学历人才基础素质好，理论功夫扎实，有较强的发展潜力和后劲，优秀的高学历人才作为高层次人才队伍的后备军，能实现人才建设的可持续发展。

(二)坚持多种形式并举培养高层次人才

1、配合市卫生局选派优秀的青年骨干出去深造，利用进修、培训、参加学术会议和合作研究等多种形式。通过广泛的学术交流，使高层次科技人才，获得更多的科技前沿新信息、新技术、新思路。

2、压担子，工作实践锻炼人才。将年青的科技骨干推上第一线，给位子、交任务、压担子、定目标、岗位练兵。

3、名师带徒。选派年轻技术骨干拜师取经，开阔眼界，提高水平。

（三）坚持以重点专业为龙头,加强学科带头人建设

1、制订具体的培养计划。最根本的是搭建让他们发挥才干的舞台，让他们在实践中摔打、摸索、提高。本着缺什么补什么的原则，针对每个学科带头人的具体情况，拿出定向的培养方案。对专业技术有欠缺的，采取外出进修，技术帮带等办法；管理经验不足的，通过办培训班，建立领导干部联系人制度，进行传帮带。此外，还要注意培养他们的创新能力、协调能力、思维工作能力等。

2、要创造条件，让每个学科带头人在任期内都内部承担1~2项科研课题或开展1~2项新业务、新技术。

3、实行重点倾斜，采取超常措施，对重点专业资金设备重点保障，对重点专业的科技人才进修、读研、晋级、提拔优先考虑。

四、稳定现有人才队伍，加强适宜人才的培养，改善人才梯队结构

（一）现代人才管理应由完全依靠学科带头人转向注重学科带头人与人才梯队结构合理并举，因此，对于后备人才梯队的培养及结构的调整也不容忽视。

1.坚持从实际出发，以业绩、能力、贡献为主的原则，评价和使用在职卫生技术人员。对急需的、缺乏的、贡献大的卫生技术人员，在申报、评聘专业技术职称时给予倾斜，在开展新技术、新业务等方面优先给予经济及设备支持。

2.加强教育培训

（1）学历教育：加强教育培训坚持院校培养的主渠道，出台优惠政策，舍得花本钱，鼓励中青年科技人员脱离工作岗位，到国内著名医学院校、科研院所攻读硕士、博士学位。

（2）继续做好住院医师规范化培养工作。高等医学院校的本、专科[毕业生](http://www.cnwmz.com/html/qiuzhi_tag/biyesheng/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "毕业生)，硕士研究生、博士研究生按照国家规定都要参加相应阶段的规范化培训。必须按照培训大纲，精密实施，严格要求，做好医师的基本功训练。

（3）加强继续医学教育，使卫生技术人员的知识结构不断优化。医院将在今后工作中，提高教育投入，加大支持力度，促进在职卫生技术人员不断的掌握新技术、新知识、新理论。

（二）加大人才引进力度，促进医院专业学科的发展。

1、加强与国内知名医院的合作，带动我院专业学科的发展。在未来5年，加强与国内知名医院的合作与往来，对医院重点专业进行重点扶持，具体做法是：采取引进的方式，一是具有针对性地引进国内知名医院的先进技术，二是聘请客座专家为我院重点专业的兼职教授，定期来我院进行讲学和技术指导，特别是我院的心血管专业和骨外科专业是市级的重点专业，通过技术引进，客座专家的技术指导，把国内先进的医疗技术学到手，使其专业水平在我市乃至我省同专业中达到领先水平，争取创出市级乃至省级的龙头专业并通过对重点专业学科的扶持来带动其他专业学科的发展，争取在今后的10年中，再创2至3个市级重点专业。

2、重点选择，引进高层次人才，推动医院医学科技的发展。所谓高层次人才，不仅是指高学历，高职称，而且更重要的是指能够为医院带来先进的医学理念和先进的医疗技术，使一个专业的医疗技术水平迅速提高、并能取得良好的社会效益和经济效益。从而推动整个医院发展的人才。在人才的引进上，医院坚持事业留人，待遇留人，感情留人，我院将根据医院的发展需要，重点选择，争取在今后的5年内引进高层次人才，来带动专业学科的发展，取得成效后，力争再过5年对具有发展潜力的专业再引进高层次人才，来带动医院医学科技的发展。

3、统筹规划，引进高学历人才，加快人才队伍的梯队建设。医院将根据专业技术人员的学历结构，专业技术人员的梯队建设，医院专业发展的需要，实施有计划，有步骤地引进高学历人才战略，引进的对象是国内著名医学院校的博士研究生和硕士研究生。引进的形式是有重点、有选择地到医学院校直接招聘；社会公开招聘。为吸引更多的博士研究生，硕士研究生来我院工作，医院将采取两项措施：一是加大医院[宣传](http://www.cnwmz.com/html/jiguandanwei_tag/xuanchuan/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "宣传)力度，努力改善医院的硬件设施和外部环境，为他们营造良好、舒适的工作和[生活](http://sh.cnwmz.com/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "生活)环境；二是制定相应的引进高学历人才优惠政策;加大高学历人才引进力度。按照医院发展规划，今后五年内每年至少引进博士研究生1—2名，硕士研究生5—6名。重点专业以引进博士研究生为主，其他临床科室以硕士研究生为主，使重点专业科室至少有1名博士研究生，2名硕士研究生，其他临床专业科室至少2名硕士研究生。

五.加强组织领导,建立健全人才激励机制,完善保障措施。

1、组织领导。坚持党管人才的原则,继续做好人才的选拔，培养，引进和使用。院[党委](http://www.cnwmz.com/html/jiguandanwei_tag/dangwei/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "党委)从战略高度认识人才工作的极端重要性，并列入议事日程。同时加强对规划实施的监督检查，及时解决出现的新情况、新问题。组织[人事](http://www.cnwmz.com/html/jiguandanwei_tag/renshi/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "人事)部门要充分发挥职能作用。与有关科室密切配合，共同抓好落实，努力形成尊重知识，尊重人才的良好氛围。

2、建立和完善人才激励机制和保障措施

(1)要尊重人才成长规律，体现公平竞争的用人原则。制定学科带头人任期目标责任制，实行科[主任](http://www.cnwmz.com/html/zhiyezhiwei_tag/zhuren/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "主任)竞争上岗,结合任期考核，形成”人员能进能出，职务能上能下，待遇能高能低的激励竞争机制。

(2)每年从医疗收入中拿出一定比例作为“科技人才发展基金”用于年轻科技人才接受继续教育，重大科技创新项目、重点课题和高层次学术交流活动的费用。

(3)对学科带头人实行倾斜政策。凡被选拔为院中青年学科带头人者，发放技术津贴；优先学习、培训、考察、参加学术会议或出国进修；每人每年报销书报费一定金额；每年进行一次免费健康查体；优先照顾分配住房。

(4)完善奖励机制。对引进的高层次学科带头人，除发放国家规定的工资标准以外，医院可实行成果重奖或实行年薪聘用制，聘用期满后来去自由，即可解决引进人才的后顾之忧。继续加大对科技创新，开展新技术、新业务的奖励力度。设立科技成果奖、科研课题奖、优秀[论文](http://www.cnwmz.com/html/lunwen/" \t "http://www.cnwmz.com/html/31201608/_blank" \o "论文)奖、科技成果推广奖、新技术新业务奖。使人才在创新中得到实惠。

(5)制定引进人才优惠措施，优化高层次人才生活环境。对引进的高层次人才不受编制和年度增人计划的限制；提供优厚的安家费和科研启动经费；努力改善他们的居住条件，解决夫妻两地分居和子女上学等实际问题，解除他们的后顾之忧。

人才工程建设是一个复杂的系统工程，我们本着以炽热的情感感化人，以宽广的技术平台吸引人，以良好的工作、生活条件满足人，我们的事业一定能兴旺发达。

泗洪县第一人民医院医学重点人才培养计划

为努力提升医院的学科水平和综合能力，加强医学重点人才培养，形成学科和学术技术带头人梯队，经医院重点专科、重点人才评审领导小组审定，决定对省重点专科、市重点学科，和院重点专科建设和省、市、院级重点人才，加强扶持力度并制订实施办法如下：  
　　一、院设立重点学科、专科建设专项经费。  
　　1、省、市级重点学科、重点专科给予上级经费数额相等资金匹配。（并视学科发展情况可适当增加）。  
　　2、院重点专科给予扶持资金。  
　　3、重点专科开展重大新业务所需设备及病人医疗费用医院将给予支持。  
　　4、基础资金的支出用于科室的业务发展和人才培养（学术交流、课题调研、资料费、提供出国考察经费等）。  
　　二、重点学科、重点专科在人员调配上给予政策倾斜。  
　　三、重点专科建设要明确一个主攻方向，针对关键技术问题，集中力量有所突破，从而形成专科优势。  
　　四、可采取与市、省、及国内外高等医学院校、科研单位联合建设的形式，基础与临床紧密结合，专科建设、课题研究和人才培养共同发展，确保重点专科建设高起点、高标准、高水平和高效益。  
　　五、重点专科要制定切实可行的人才培养计划，五年内培养出2－3名年龄在45岁以下的业务骨干，逐渐形成结构更加合理的人才梯队。  
　　六、加大重点专科的制度建设，为其创造良好的科研条件和学术环境，切实做好人、财、物等配套和后勤保障工作，以保障专科建设目标的实现。  
　　七、院重点专科建设、重点人才培养领导小组将对院重点专科实行全过程动态管理和目标考核，并签定合同书。每半年组织专家委员会对照考核指标进行检查。未达标将给予警告，限期整改，考核仍不合格的不再列入院重点专科，并停止资助。  
　　八、医院年终经考核对在实施重点专科建设工作中取得显着成绩的科室、学科带头人和有关人员给予表彰，对突出的科室和个人实行重奖。  
　　九、院重点人才培养周期（二年内），给予基础扶持资金。基础扶持资金用于开展科学研究，参加全国、省、市相关学术交流活动，出版专着，国内外进修学习、购买资料所需费用等。  
　　十、入选对象须和院签定培养合同，院人才培养领导小组将对其进行目标考核，每半年考评一次。评估考核的重点是学术技术水平、实际工作能力、学术地位、医、教、研工作业绩及培养经费使用情况。  
　　十一、入选对象可聘请国内、外医学界相关专业着名专家作为自己的导师，定期给与课题、业务技术指导。  
　　十二、医院每年将根据“人才培养领导小组”考核结果，对培养对象成绩显着者给与表彰和奖励，对贡献突出者实行重奖。对完不成考核目标者停止资助，实行淘汰制。

泗洪县第一人民医院专业技术人员外出进修管理规定

一、专业技术人员外出进修原则

各科室根据学科建设规划，按照专业对口、学以致用和满足临床工作需要的原则，有计划地选派本科室专业技术人员到国内高水平医院进修学习，第一次进修首选到我院紧密型医联体进修学习。根据各科室计划，在不影响正常工作的前提下轮替安排人员进修或参观学习，进修一般时间为6月-1年，参观学习时间一般为1-3月。

二、专业技术人员外出进修条件与要求

热爱医院和本专业，原则上应该具备中级以上职称。遵守医院的规章制度，思想进步，业务素质较高，积极配合科室及医院的工作。急需开展新技术、新项目的科室，由科主任书面申请，优先安排进修或参观学习。

因学科发展需要，科室可申请选派骨干人才到省外进修，申请省外进修的医师，进修计划必须经过个人申请、分管院长审批，提请院长办公会研究通过，并确定省外进修的具体技术项目及返回后具体开展计划。因医院发展需要，需临时外派人员外出进修或培训学习，不受上述条件的限制，外派人员数量、资质、待遇、学习时间由院方根据实际情况酌定。

以科研合作或实验室研究形式到省外医疗机构进行的研修，不属于本规定界定的进修管理范围，也不作为有效职称聘任进修。

三、外出进修人员审批程序

各科室根据本科室实际情况于每年 1月 1日，6月30日前上报当年进修申请，并将下一年度外出进修学习计划报科教科、护理部审批备案，经科教科、护理部审核批准后实施。

符合进修条件者，在科教科、护理部领取进修申请表，科室主任审核签字后，附进修申请一份，报科教科、护理部备案。

外出进修人员接到进修通知后将行程时间上报科教科、护理部并到院办请假，填写“泗洪县第一人民医院外出学习登记表”，原件送至科教科、护理部存档。

四、外出进修人员管理

外出进修人员需遵守国家法律、法规以及进修医院的各项规章制度，若违反所在医院的规章制度，受到劝退处分，或触犯国家法律受到制裁的，除应受到处分或制裁外，本次进修视为无效进修。

组织人事科负责对外出进修人员进行统一管理，对每位外出进修专业技术人员建立档案，包括进修申请、进修期间学习情况汇报、结业后个人学习总结、进修鉴定、结业证及科室考核等。该档案将一并进入该专业技术人员的技术档案。外出进修人员因特殊原因需请假时，除向进修医院有关部门办理请假手续外，应同时向科教科、护理部办理请假手续，未办理请假手续擅离医院者以旷工处理。外出进修人员应按计划完成进修学习，如因科室特殊原因要提前结束进修时，提出书面申请，报分管院领导批准。因个人原因不能完成进修任务，中途自行返院的，视为无效进修。

科教科、护理部不定期对外出进修学习人员的劳动纪律及学习情况进行督查。包括电话随访，信息中心调取工作痕迹等。一次无故缺岗，给予警告并扣除1月绩效，两次无故缺岗，全院通报并扣除2月绩效，三次无故缺岗即视为无效进修。进修期满后3天内，回科教科、护理部报到。其他特殊情况，提交院党政联席会议讨论决定。

五、外出进修专业技术人员学习期间内待遇

圆满完成进修任务，取得进修合格证返院后，医院报销进修学习相关费用。专业技术人员外出进修期间原则上可享受全工资，绩效工资由医院发放，标准为同年资专业技术人员原科室原岗位、同职称绩效的 80%。进修学习期间内的住宿，原则上是由进修单位统一安排，如因特殊情况自己联系住宿的，需事先报院办批准，费用凭发票报销，报销标准北京、上海、广东地区标准原则上不超过 1200 元/月，其他地区原则上标准不超过800 元/月。

按财务规定标准乘坐车船（国内），每半年报销 1 次往返路费。

六、追踪进修成效

1. 外出进修前，所有人员必须提交进修申请，明确外出进修学习的具体技术项目内容以及进修结束后技术开展规划（技术开展路线及预计每年开展例数）。

2. 进修结束后个人提交进修小结，详细阐述个人所学习到的新的诊疗技术（与进修申请相对照），并在科室范围内对进修学习技术开展业务讲座（不少于 2 次）。

3. 进修完成后 3 个月内主动提交技术开展支撑材料（病案号，门诊开展记录），和科室讲座幻灯片并附讲座现场照片及参加人员签名。

1. 医疗工作制度

泗洪县第一人民医院院科两级管理制度

为了加强医院的科学管理，保证各项工作目标的实现，全面完成各项任务，现根据医院实际情况，制定院、科两级奖惩制度。

一、总体要求

医院实行院长负责制，科室实行科主任负责制，全院各级各类人员必须遵守国家的法律法规和各项规章制度，严格履行岗位职责，严格按操作规程办事。做到层级管理清晰，责、权、利明确，医院管理有章，医疗活动有序，严格考核，奖罚分明，使医院逐步走向科学化、现代化管理的轨道。

二、考核方式

考核方式主要采取查问看和暗访、集中与分散、综合与单项等办法，并按各项工作的量化标准和主、客观指标进行考核评定。

1、医院接受上级卫生行政部门的年终综合目标管理、等级医院复查考核，以及有关行政部门对医院单项工作和指令性任务的考核。

2、医院组织有关人员每季度对全院各科室的综合情况考核一次，年未进行全年工作的总体考核；各职能处室按分管的工作不定期的对临床各科室的单项工作进行考核。

3、各科室每月对本科室的工作及工作人员履行职责、完成任务情况进行考核。

三、考核内容

1、国家有关卫生政策落实情况，上级下达的指令性任务完成情况。

2、医院各项规章制度执行情况，各级各类人员履行岗位职责情况。

　3、医护质量、服务流程方面情况。

4、医疗教学、医疗科研方面情况。

5、社会效益和经济效益指标完成情况。

6、财务与经济管理方面的情况

7、精神文明和行风建设情况。

8、医院环境和爱国卫生情况。

9、医院安全（包括医疗安全）和社会治安综合治理情况。

四、奖惩办法

1、院级领导在年度考核中，因贯彻执行国家卫生政策不力、指令性任务完成不好、综合目标管理项目没完成、管理不到位或不作为等情况，取消年终奖励和个人精神文明奖，停发三至六个月的管理津贴。因管理不善，严重渎职，给医院工作造成严重影响的，报上级部门给予党纪政纪处分。

2、科室负责人在医院的季度考核和年度考核中，如果综合目标和单项任务没有按有关要求达标、不严格执行各项规章制度和操作规程的，无故不参加医院各种会议或不按要求贯彻执行的、不严于管理或奖惩不逗硬的、出现医疗事故的等情况，除按医院有关规定落实奖惩外，取消科室班子的年终奖励和申报精神文明科室资格，停发一至三个月管理津贴。因管理不善，严重渎职，出现医疗责任事故，给予党纪政纪处分。

3、各级各类工作人员在科室每月的考核检查中，如果没有严格履行岗位职责、不遵守医院各项规章制度、没有完成各项任务指标、在工作中出现严重的差错事故等情况，科室负责人按医院和本科室的有关规定进行奖惩。如果情节恶劣、影响很坏、拒不改正，上报医院进行处理，除下岗学习、自找岗位外，给予党纪政纪处份。

附：科室医疗质量管理方案

根据《二级医院评审标准》的要求，科室制订本方案，具体如下：

一、 通过科学的质量管理，建立正常、严谨的工作秩序，确保医疗质量与安全，杜绝医疗事故的发生，促进医院医疗技术水平，管理水平，不断发展。

二、通过检查、分析、评价、反馈、整改等措施，达到医疗质量持续改进，以不断提高我院医疗质量水平，保证医疗安全。

三、健全质量管理及考核组织1、建立科室医疗质量管理控制小组：由科主任、副主任职称以上医师和护士长组成。

（1）管理制度：在医院医疗质量管理委员会的指导下，对本科室医疗质量进行经常性检查。重点是质量上的薄弱环节、不安全因素以及诊疗操作常规、医院规章制度、各级人员岗位职责的落实情况。根据检查情况提出奖惩意见，与目标管理考评挂钩，并作为年终评比、晋职晋级的依据。定期向医院医疗质量管理委员会报告本科室医疗质量管理工作情况以及对加强质量管理控制工作的意见和建议。督促、落实医院医疗质量管理委员会对本科提出的医疗质量存在问题的整改意见。每月至少召开一次科室医疗质量管理控制小组会议，分析探讨科内医疗质量状况、存在问题以及改进措施，做好会议记录。

（2）实施措施：定期组织科室医护人员学习医德规范，坚定救死扶伤、无私奉献的高尚医德；利用早会或其他时间经常性地组织学习医院各项规章制度、相关法律、法规、岗位职责、诊疗护理操作常规等，使医护人员能够熟知熟记，严格执行；根据科室具体情况，对容易发生医疗问题或纠纷的诊疗操作、技术项目等制定有针对性的防范、处理措施和应急预案，形成书面文字，经常性地组织学习；对医疗、护理工作进行随时监控，不定期抽查，发现问题及时处理并加以改进，定期向医院医疗质量管理委员会进行口头或书面汇报。

四、实时检查控制是医疗质量管理控制的重点，是预防医疗缺陷、减少医疗纠纷、全面提高医疗质量的重要手段。医疗质量实时控制方法如下：

（一）控制方式 1．现场控制：通过住院病人的动态诊疗信息发现医疗偏差。 2．前馈控制：通过住院病人的有关检查信息，在医师做出主要治疗前发现医疗偏差，及时纠正。 3．反馈控制：通过各项诊疗活动结果的分析，总结经验教训，不断提高诊疗水平。

（二）检查手段 1．病案调查。检查病历书写情况，评价病历质量。 2．疾病相关检查。通过临床了解医技科室检查质量（阳性率），通过病理报告了解诊断符合率、医技科室检查阳性率等。3．逻辑功能检查。通过逻辑功能检查评价病案质量等。如疑难病例、死亡病例应有讨论记录等。

五、实施全程医疗质量管理与持续改进 1、严格执行技术操作规范、常规和标准，加强基础医疗质量、环节医疗质量和终末医疗质量管理；认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度；切实落实和督查首诊负责制、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重病人抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等医疗制度，在全程医疗质量管理中及时发现医疗质量和医疗安全隐患并进行动态监控。2、重点做好三大重点工作（①建立新的医疗质量考核体系，②合理检查，③合理用药。）加强四个层次管理（①抓好住院医师的规范化培训和管理，②加强主治医师的管理、④充分发挥三级查房督导团的作用，⑤加强高年资医师的管理）。4、通过检查、反馈、评价、整改等措施，持续改进医疗质量。

六、切实加强医疗技术规范管理 1、完善医疗技术准入、应用、监督、评价制度，并完善医疗技术意外处置预案和医疗技术风险预警机制，定期检查、督导及落实，坚决杜绝未经批准、或安全性和有效性未经临床实践证明的医疗技术在该科应用。 2、严格审核与新开展的医疗技术或项目相适应的技术力量、设备与设施，实施确保病人安全的方案，并建立相应的管理制度，对新开展的医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价。 3、新开展的医疗技术，必须符合伦理道德规范，充分尊重病人的知情权和选择权，特别注意病人安全的保护。 医疗质量管理与控制基础知识。

七、临床科室负责人是科室抗菌药物临床应用管理第一责任人。科室应将抗菌药物临床应用管理作为医疗质量和科室管理的重要内容纳入工作安排；科室和医疗组层层落实责任制，建立、健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监管机制；明确抗菌药物合理应用控制指标，医院与临床科室负责人继续签订抗菌药物合理应用责任状，把抗菌药物合理应用情况作为科室和医务人员绩效考核重要依据；并作为科室主任综合目标考核以及医务人员晋升、评先评优的重要指标。

泗洪县第一人民医院医疗质量管理与持续性改进制度

一、医院必须把工作质量放在第一位， 把医疗质量管理与持续性改进纳人各项工作中。

二、医院成立医疗质量管理小组，专(兼)职人员负责医疗质量管理及持续性改进工作。

三、医院医疗质量管理小组根据上级有关要求和医院医疗、护理工作的实际，建立切实可行的质量管理制度、实施方案、考核办法。

四、 加强对医院全体人员的质量管理教育，督促医护人员严格执行各项规章制度、操作规程，杜绝差错事故，保证医患权利。

五、医疗质量管理小组建立定期会议制度。各科室每月检查，院医疗质量管理小组每季度组织-次全院检查。

六、医疗质量管理工作要有文字记录，由质量管理小组定期检查，进行讲评，提出改进意见。有利于不断改进医院医疗服务技巧，提高医疗服务质量。

七、医疗质量管理的检查结果与个人考评挂钩，以促进医疗质量管理与持续性改进工作的真正落实。

附：泗洪县第一人民医院医疗质量管理和持续改进方案

医疗质量管理是医院管理的核心，不仅和病人的生命息息相关，也直接关系到医院的生存和发展。为了使医疗质量管理落实到位，不断持续改进，根据《江苏省二级医院评审标准实施细则》，特制定本方案。

一、目的

通过科学的医疗质量管理，建立正常、严谨的工作秩序，确保医疗质量与安全，杜绝医疗事故的发生，促进医院医疗技术水平，管理水平不断提高。通过检查、分析、评价、反馈、整改等措施，达到医疗质量持续改进，以不断提高我院医疗质量水平，保证医疗安全。

二、院领导分工

许 柯（副院长 主持工作）：负责县第一人民医院全面工作。主抓党建、党风廉政、财务、人事、规划、绩效考核、行风建设工作。

邵 雷（副院长）：负责综合目标考核、绩效考核、规划、设备管理、药事管理、基本药物制度、医保、安全生产、安全保卫、原单位职工信访稳定工作。

钱 敏（副院长）：负责党建、党风廉政、工青妇、监察、后勤、公共卫生服务、预防保健、护理、信息化建设、宣传、12345热线网络问政、意识形态工作。协助许柯同志做好人事工作。

戴文献（副院长）：负责医疗、医政、医教、行风建设、卫生应急、科技、院内感染、健康扶贫、策应扶持、平安医院创建、医疗纠纷处理、等级医院评审工作。

三、考核组织  
(一)成立院、科两级医疗质量管理组织

1.医疗质量管理委员会

由院长负责，分管院长、医务科、医院专家和临床、医技科室负责人组成。

2.科室医疗质量管理控制小组

由科主任、副主任职称以上医师和护士长组成。

四、保障制度与程序

1．医院医疗质量理委员会

（1）管理制度：医院医疗质量管理委员会管理制度见《泗洪县第一人民医院医疗质量管理委员会工作制度》。

（2）实施流程：主要有建立、修改年度质量控制目标值；病历书写质量检查；医疗环节（流程）质量实时检查监控；医技环节（流程）质量实时检查监控；医疗质量专题调研评价；医疗质量量化综合评价、总结报告；医疗纠纷、医疗过失、医疗事故分析、评价、教训总结与改进。

2．科室医疗质量管理控制小组

（1）管理制度：在医院医疗质量管理委员会的指导下，对本科室医疗质量进行经常性检查。重点是质量上的薄弱环节、不安全因素以及诊疗操作常规、医院规章制度、各级人员岗位职责的落实情况。根据检查情况提出奖惩意见，与目标管理考评挂钩，并作为年终评比、晋职晋级的依据。定期向医院医疗质量管理委员会报告本科室医疗质量管理工作情况以及对加强质量管理控制工作的意见和建议。督促、落实医院医疗质量管理委员会对本科提出的医疗质量存在问题的整改意见。每月至少召开一次科室医疗质量管理控制小组会议，分析探讨科内医疗质量状况、存在问题以及改进措施，做好会议记录。

（2）实施流程：定期组织科室医护人员学习医德规范，坚定救死扶伤、无私奉献的高尚医德；利用早会或其他时间经常性地组织学习医院各项规章制度、相关法律、法规、岗位职责、诊疗护理操作常规等，使医护人员能够熟知熟记，严格执行；根据科室具体情况，对容易发生医疗问题或纠纷的诊疗操作、技术项目等制定有针对性的防范、处理措施和应急预案，形成书面文字，经常性地组织学习；对医疗、护理工作进行随时监控，不定期抽查，发现问题及时处理并加以改进，定期向医院医疗质量管理委员会进行口头或书面汇报。

五、环节控制

环节（流程）质量实时检查控制是医疗质量管理控制的重点，是预防医疗缺陷、减少医疗纠纷、全面提高医疗质量的重要手段。医疗质量实时控制方法如下：

（一）控制方式

1．现场控制：通过住院病人的动态诊疗信息发现医疗偏差。

2．前馈控制：通过住院病人的有关检查信息，在医师做出主要治疗前（如手术等）发现医疗偏差，及时纠正。

3．反馈控制：通过各项诊疗活动结果的分析，总结经验教训，不断提高诊疗水平。

（二）检查手段

1．病案调查。检查病历书写情况，评价病历质量。

2．疾病相关检查。通过临床了解医技科室检查质量（阳性率），通过病理报告了解诊断符合率、医技科室检查阳性率等。

3．逻辑功能检查。通过逻辑功能检查评价病案质量等。如手术病人应有术前讨论、手术记录、切口愈合等级、手术费等；疑难病例、死亡病例应有讨论记录等。

六、质量管理持续改进

1.严格执行技术操作规范、常规和标准，加强基础医疗质量、环节医疗质量和终末医疗质量管理；认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度；切实落实和督查首诊负责制、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重病人抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等医疗制度，在全程医疗质量管理中及时发现医疗质量和医疗安全隐患并进行动态监控。

2.特别警惕“三个重点”的医疗安全防范，重点部门、重要岗位如急诊科、重症监护室等；重点（关键）环节如危重病人管理、围手术期病人管理、有创诊疗操作等；重要岗位如临床值班、三级医师查房等医院要采取督导检查、落实制度等多种方式保障重点部门、重点环节和重点岗位医疗质量安全。

3.做好三大重点工作

①建立新的医疗质量考核体系

②合理检查

③合理用药

4.抓好四个重要环节

①进一步提高急诊质量

②进一步提高手术质量

③进一步提高医技质量

④进一步提高病历质量

5.加强四个层次管理

①抓好住院医师的规范化培训和管理

②加强主治医师的管理

③充分发挥三级查房督导团的作用

④加强高年资医师的管理

6.通过检查、反馈、评价、整改等措施，持续改进医疗质量。

七、切实加强医疗技术规范管理

1.完善医疗技术准入、应用、监督、评价制度，并完善医疗技术意外处置预案和医疗技术风险预警机制，定期检查、督导及落实，坚决杜绝未经批准、或安全性和有效性未经临床实践证明的医疗技术在我院应用。

2.严格审核与新开展的医疗技术或项目相适应的技术力量、设备与设施，实施确保病人安全的方案，并建立相应的管理制度，对新开展的医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价。

3.新开展的医疗技术，必须符合伦理道德规范，充分尊重病人的知情权和选择权，特别注意病人安全的保护。

泗洪县第一人民医院医疗质量监督管理制度

为进一步提高我院的诊疗质量,持续改进诊疗工作,落实院科两级质量管理与质量控制,确保医疗质量与安全,特制定本制度。

健全院科两级质控管理组织。

1. 院级质量管理由医院质量安全管理委员会负责,其下设质控办公室。
2. 质控办职责为：

在委员会领导下对全院医疗质量管理进行监督、检查、指导。

依据有关法律、法规、标准结合本院实际,修订和完善医院质量标准,并对全院医疗质量进行全面监督、检査、评价,促进医疗质量持续提高。

检查和指导各科医疗质管理小组制定切实可行的质量管理方案,落实医疗质量管理目标、计划、效果评价及奖惩措施。

开展医务人员质量意识教育。对新职工和进修、实习人员进行岗前培训,进行质量管理教育、风险意识防范和法律知识培训。

定期对医疗质量问题进行分析研讨。及时向委员会及有关院领导反馈,提出提高医疗质量的具体措施和建议,提出修订和完善管理规定的意见。

根据情况适时召开科室主任月会或质控员例行会议。遇有特殊殊情况可临时召开,研究问题,总结工作。

保存相关的质控记录和会议记录资料。

成立科室质量控制小组由科主任、副主任、护士长及质控医师组成。其职责为：

在医疗质量管理委员会指导下对本科室医疗质量进行经常性检查。

检查本科室质量上的薄弱环节、不安全因素以及诊疗常规、操作规范、医院规章制度、各级各类人员岗位职责的落实情况。

依据检查情况提出奖惩意见与目标管理考评持钩。

定期向医院质量管理委员会报告本科室医疗质量管理工作情况以及对加强医疗质量管理控制工作的意见和建议。

每月至少召开一次科室质控小组会议分析探讨科内医疗质量状况、存在问题以及改进措施做好会议记录。

诊疗质量监督管理的主要方式

科级监控即定点监控,每月进行一次由各科室自我进行检查监控,发现问题及时改进。

院级监控

每月监控每月1次,由医务部、质控中心、院感科等科室进行监控。监控目标主要为病案质量、各种统计指标、院内感染、传染病报告等对科级监控情况进行汇总、评价同时对住院病历进行抽查对单病种质量及医疗缺陷进行监控,不定期对重点问题进行督查。

每季监控每季度进行一次由院长对全院医疗质量进行考核与综合评价,提出处理意见,并对科级监控情况进行评价同时由院病案质量管理委员会成员对已出院的病案进行检查评级。

环节监控各项医疗活动中的医疗质量进行动态监控。

终末监控每个病人诊疗活动完毕的医疗质量总评监控。

诊疗质量监督管理的具体措施

针对医院制定的各项制度进行医疗质量管理的科级监控及院级监控,持续落实、检查、考核、评价、反馈、监督、改进。

落实和检查《首诊负责制》、《三级医师查房制度》、《病历讨论制度》、《会诊制度》、《危重病人抢救制度)、《值班、交接班制度》《病人入、出院制度》、《病人转科、转院制度》《临床用血审核制度》《医疗请示报告制度》等。

对病历进行环节监控和终末监控,落实和检查有关病案各项制度《病历书写基本规范》、《住院出院病历质量评定标准》、《病历管理规定》等。

合理用药情况《抗菌素临床应用指导原则》、《抗菌药物的分级使用制度》及有关抗菌药物临术应用整治的各项相关指标的落实情况等。

落实和检查《单病种质量控制方案与考核制度》。

落实和检查《医患沟通制度》和《病情告知制度》的执行情况。

有效防范、控制医疗风险,及时发现医疗质量和安全隐患,落实《医疗纠纷处理程序》和《医疗纠纷防范处置预案》等。

加强院感指标的达标,落实和检查《突发医院感染事件应急预案》、《医院感染监测制度》、《医院感染报告制度》等。

加强传染病的及时报告,落实和检查《传染病疫情报告制度》。

四、建立完善的诊疗质评价和反馈机机制

(一)现场反馈和处理在平时的院科两级监控中,及时对发现的诊疗缺陷、错误进行指出并纠正。

(二)院周会通报对在绩效考核检查中发现的重点及普遍存在的一些诊疗质量问题在医院的科主任、护士长参加的院周会上进行通报,要求各科室及时改进。

(三)每季度的院质量管理委员会的综合绩效考核总结评价医院质量管理委员会对每季度的综合绩效考核进行汇总、评价,根据汇总结果一方面在院周会上公布;另一方面与各科的绩效工资发放情况进行挂钩。

(四)每年各季度绩效考核结果汇总与年度的评先、评优、年度考核及职称聘任相结合。

(五)建立个人医疗质量档案,与个人的业务档案相结合,将医疗质量管理中的各项考核结果纳入个人的质量管理档案,进行终身保存。

泗洪县第一人民医院医疗安全教育制度

为持续改进医疗质量、增强医务人员的医疗安全意识，改善医疗 服务，保障医疗安全、提高医院管理水平，促进医院快速科学发展， 结合医院具体实际，特依据相关法律法规及医疗管理规定制定本制度。

一、医院每季度举办一次医疗安全教育培训讲座，健全法律法规培训考核机制，做到依法行医。培训内容主要为医疗卫生管理法律、法规、 部门规章等。

二、依据医疗安全核心制度，对医务人员进行医疗关键流程(主要 指危重病人管理、手术期管理、输血与药物不良反应、诊疗操作等)的 培训教育。

三、落实全院医务人员“三基三严”的培训考核，做到相关档案完 备、真实，记录详细。

四、强化心肺复苏等基本操作技能的培训考核，要求全员掌握操作 要领。

五、定期组织《医疗机构病历管理规定》、《病历书写基本规范》等 方面培训工作，强化病历规范书写，不断提高病历书写质量。

六、定期组织临床合理、规范用药知识讲座，加强对新进人员的用 药督导工作，避免乱用药及大处方。

七、强化护理操作规程和操作技能培训工作，确保护理服务优质、 规范、温馨、安全。

八、搞好无菌操作技术培训及院感相关法律法规学习，加强院感管 理工作。

九、制定医患沟通制度，定期组织开展医患沟通经验、技巧交流活 动，营造和谐的医患关系。

十、加强医护人员文明用语教育宣传工作，做到文明行医。

十一、组织开展医护人员行为规范和道德准则学习，加强医护人员 行风建设。

十二、规范医疗风险告知义务，尊重及保护患者合法权益。

十三、规范医疗纠纷防范措施和处理流程，避免纠纷矛盾升级。

十四、做好健康教育、病房安全管理等宣传教育工作，争取患者理解与配合。

泗洪县第一人民医院医疗质量管理制度

医疗质量是医院发展之本，优质的医疗质量必然产生良好的社会效益和经济效益。为保证我院在医疗市场竞争中保持优势、不断发展，特此制定全程医疗质量控制制度，以求正确有效地实施标准化医疗质量[管理](http://www.hxyjw.com/hospital/system/" \t "_blank)。全程医疗质量控制系统的人员组成可分为医院医疗质量管理委员会、科室医疗质量控制小组和各级医务人员自我管理三级管理体系。

一、医院医疗质量管理委员会

医院医疗质量管理委员会由院领导和[专家](http://www.hxyjw.com/hospital/pofessor/" \t "_blank)教授组成，院长任主任，院长是医疗质量管理工作的第一责任者。医疗质量控制办公室作为常设的办事机构。其职责分述如下：

1、医疗质量管理委员会职责

（1）教育各级医务人员树立全心全意为患者[服务](http://www.hxyjw.com/hospital/service/" \t "_blank)的思想，改进医疗作风，改善服务态度，增强质量意识。保证医疗安全，严防差错事故。

（2）审校医院内医疗、护理方面的规章制度，并制定各项质量评审要求和奖惩制度。

（3）掌握各科室诊断、治疗、护理等医疗质量情况．及时制定措施，不断提高医疗护理质量。

（4）对重大医疗、护理质量问题进行鉴定，对医疗护理质量中存在的问题，提出整改要求。

（5）定期向全院通报重大医疗、护理质量情况和处理决定。

（6）对院内有关医疗管理的体制变动，质量标准的修定进行讨论，提出建议，提交院长办公会审议。

2、医疗质量控制办公室职责

（1）医疗质量控制办公室接受主管院长和医疗质量管理委员会的领导，对医院全程医疗质量进行监控。

（2）定期组织会议收集科室主任和质控小组反映的医疗质量问题，协调各科室质量控制过程中存在的问题和矛盾。

（3）抽查各科室住院环节质量，提出干预措施并向主管院长或医院医疗质量管理委员会汇报。

（4）收集门诊和病案质控组反馈的各科室终未医疗质量统计结果，分析、确认后，通报相应科室人员并提出整改意见。

（5）每季度向医院提出全程医疗质量量化考核结果，以便与绩效工资挂钩。

（6）定期编辑医疗质量简报和不良医疗文件公示栏。

二 、科室医疗质量控制小组

科室是医疗质量管理体系的重要组成部分，科主任是科室医疗质量的第一责任者。科室质控小组职责如下：

（1）各科室医疗质量控制小组由科主任或副主任、护士长和其他相关人员3-5人组成。

（2）结合本专业特点及发展趋势，制定及修订本科室疾病诊疗常规、药物使用规范并组织实施，责任落实到个人，与绩效工资挂钩。

（3）定期组织各级人员学习医疗、护理常规，强化质量意识。

（4）参加医疗质控办公室的会议，反映问题。收集与本科室有关的问题，提出整改措施。

三、医务人员自我管理

在医疗活动过程中，医务人员的个人行为具有较大的独立性，其个人素质、医疗技术水平对医疗质量影响较大，是质量不稳定的主要因素，是质量控制的基本点。在质控过程中，特别要强调三级医师负责制度、会诊制度和病例讨论等把关制度，确保医疗质量控制的正确实施。对各级医务人员的要求分述如下：

1．门诊医师

（1）严格执行首诊医师负责制。

（2）询问病史详细、物理检查认真，要有初步诊断。

（3）门诊病历书写完整、规范、准确。

（4）合理检查，申请单书写规范。

（5）具体用药在病历中记载。

（6）药物用法、用量、疗程和配伍合理。

（7）处方书写合格。

（8）第二次就诊诊断未明确者，接诊医师应：a. 建议专科就诊；b.请上级医师诊视；c. 收住院。

（9）第三次就诊诊断仍未明确者，接诊医师应：a. 收住院；b. 患者拒绝住院需履行签字手续。

（10）按专科收治病人。

（11）按病情需要，注明特殊入院方式：车送或陪护。

2．病房住院医师

（1）病人入院30分钟内进行检查并作出初步处理。

（2）急、危、重病人应即刻处理并向上级医师报告。

（3）按规定时间完成病历书写（普通病人24小时、危重病人6小时内完成；首次病程记录当班完成，急诊病人术前完成）。

（4）病历书写完整、规范，不得缺项。

（5）24小时内完成血、尿、便化验，并根据病情尽快完成肝、肾功能、胸透和其它所需的专科检查。

（6）按专科诊疗常规制定初步诊疗方案。

（7）对所管病人，每天至少上、下午各巡诊一次。

（8）按规定时间及要求完成病程记录（会诊、术前讨论、术前小节、转出和转入、特殊治疗、病人家属谈话和签字、出院小节和死亡讨论等一切医疗活动均应有详细的记录）。

（9）对所管病人的病情变化应及时向上级医师汇报。

（10）诊疗过程应遵守消毒隔离规定，严格无菌操作，防止医院感染病例发生。若有医院感染病例，及时填表报告。

（11）病人出院时须经上级医师批准，应注明出院医嘱并交代注意事项。

3．病房主治医师

（1）及时对下级医师开出的医嘱进行审核，对下级医师的操作进行必要的指导。

（2）新入院的普通病人要在48小时内进行首次查房。除对病史和查体的补充外，查房内容要求有：①诊断及诊断依据；②必要的鉴别诊断；③治疗原则；④诊治中的注意事项。

（3）新入院的急、危、重病人随时检查、处理，并向上级医师汇报病情。

（4）及时检查、修改下级医师书写的病历，把好出院病历质量关，并在病历首页签名。

（5）入院3天未能确诊或有跨专业病种的病例时应及时举行科内或科间会诊。

（6）待诊病人在入院1周内仍诊断不明时，向主任请示病例讨论或院内会诊。

（7）按科室规定正确分级使用抗生素和专科用药。

（8）手术和介入治疗前亲自检查病人，做好术前准备，按手术分级管理标准拟订严密的手术方案并实施。术后即刻完成术后记录，24小时完成手术记录。

（9）术后严密观察患者病情变化，并做好术后工作。

（10）负责治愈患者出院的审批手续，并向上级医师汇报。

4．病房主任（副主任）医师

（1）组织或参与制定本科质量管理方案、各项规章制度、诊疗和操作常规。

（2）指导下级医师做好医疗工作，督促检查下级医师执行各项制度和诊疗常规。

（3）对新入院的普通病人要求72小时内进行首次查房；危重病人至少每日查房1次；病人病情变化应随时查房；每周组织全科查房2次。

（4）查房内容除对病史和查体的补充外，普通病人应有：①诊断及其诊断依据；②鉴别诊断；③治疗原则；④有关方面的新进展。未确诊病人应有：①鉴别诊断；②明确的诊断思路和方法；③拟定相应的治疗措施。危重病人应有：①当前的主要问题；②解决主要问题的方法。

（5）疑难病例及入院1周未确诊病例，组织科内讨论或院内会诊，必要时向医务部申请院外会诊或远程会诊。

（6）指导和监督下级医师正确分级使用抗生素和专科用药。

（7）组织术前和重要治疗前病例讨论，指导下级医师做好术中、术后医疗工作。重大手术和重要治疗要亲自参加。

（8）审批未愈患者出院，并指导病人出院后的继续治疗。

（9）审签主治医师审查的转科、出院病历。

泗洪县第一人民医院医疗质量监控和评价制度

为提高医疗服务质量，规范医疗行为，确保医疗安全，防范医疗事故发生，制定本制度。

一、医疗质量监控

1、各临床科室或个人可以用书面、电话等方式，把了解或掌握的医疗质量隐患及时反映到医教管理部门。

2、临床科主任为科室医疗质量监管第一责任人，负责本科室的医疗质量管理与监控。

3、医教管理部门每季进行一次全所医疗质量大检查，深入了解各临床科室的医疗质量管理情况，在检查中发现的医疗质量问题当面向科室负责人反馈，提出整改意见并监督整改。通报医疗质量检查结果。

4、医教管理部门对医疗流程、医疗设施和患者群体等方面存在的安全隐患，要及时制定安全目标、处置预案和处理措施，防范医疗事故的发生。

二、医疗质量评价

1、临床科室每个月召开一次医疗质量与安全会议，本着实事求是的原则，围绕管理、医疗技术制度、规章制度落实等，解析评价医疗质量。

2、全所医疗质量评价工作由所医疗质量管理委员会负责，对平时和医疗质量大检查中发现的医疗质量问题进行客观评价，对严重违反医疗质量安全的责任人提出处理意见；对医疗质量管理提出整改措施并监督落实。

泗洪县第一人民医院危重患者抢救制度

1.危重患者的抢救工作,一般由科主任、正(副)主任医师负责组织并主持抢救。科主任或正(副)主任医师不在时,由职称最高的医师主持抢救工作,但必须及时通知科主任或正(副)主任医师。特殊病人或需多专业协同抢救的病人,应及时上报医务科、业务副院长。原则上由医务科或业务副院长领导抢救工作,并指定主持抢救工作者, 以便组织有关科室共同进行抢救工作。2.参加危重病人抢救的医护人员必须明确分工,紧密合作,各司其职。对危重病人不得以任何借口推迟抢救,必须全力以赴,分秒必争。各种记录及时全面。涉及到法律纠3.参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下,执行医嘱。执行口头医嘱时应复诵一遍,事后及时补记医嘱。并严密观察病情变化,随时将医嘱执行情况和病情变化报告主持抢救者。4.安排有权威的专门人员及时向患者家属或单位讲明病情及预后,以期取得家属或单位的配合, 了解患者家属的意见,告知内容须记录在病历上。发出病重(危)通知书,医师和家属双签字,完成告知义务。两个科室以上联合抢救时,须共同承担告知义务,以主要实施科室(如手术)为主。5.抢救记录,要求及时、准确、完整。内容包括: 病情变化情况,抢救时间(精确到分)、抢救经过、检查和治疗的时间、参加抢救人员及技术职称、上级医师意见及执行情况、是否下达病重、病危通知书,有无知情同意书及家属签字等;死亡患者须注明死亡时间和死亡原因。 6.拒绝抢救的患者,须有详细记录及患者直系亲属代表签字。一定要详细交代检查、抢救与治疗的必要性、可能的作用、副作用;强调拒绝抢救的后果。7.抢救工作期间,药房、检验、放射或其他检查科室,应积极配合抢救。8.急、危重症患者离开病房检查治疗或进入手术室的途中,须有医务人员陪同,根据患者情况,携带必要的抢救设备及药品。9.患者死亡后,医生须向患者家属提出尸检建议,并将家属意见记入病历,家属签字。家属同意尸检的,须按程序填写尸检同意书。10.各科的抢救设备须处于良好的备用状态。有关医护人员必须熟练掌握各种抢救设备的使用。危重患者抢救流程

人员安排与组织形式安排具有一定的临床经验和技术水平的医师和护士担任抢救工作,必要时立即报告上级医师及科主任,对重大抢救,根据病情提供抢救方案,并立即呈报院领导、医务部及护理部。抢救药品、器材、设备齐全完备,做到定人管理,定点放置,定期消毒,定量供应,定时核对,用后随时补充。

值班人员熟练掌握各种器械、仪器的性能及使用方法。抢救药品一般不外借,以保证应急使用。参加抢救人员全力以赴,明确分工,紧密配合,听从指挥,坚守岗位,严格执行各种规章制度。医师到来之前护理人员应根据病情给予紧急处理,如吸氧、吸痰,测血压,疏通静脉通路,行人工呼吸,胸外心脏按压,配血,止血等。危重患者就地抢救,病情稳定后方可移动。有监护室的病区可酌情移至监护室。详细记录严格执行交接班制度及查对制度,对病情变化、抢救经过、各种用药等应及时详细记录,并及时提供诊断依据。

抢救完毕整理用物,除做好抢救登记和消毒外,必须在6小时内做好护理记录的补记。其他及时与患者家属及单位联系。

危重患者抢救制度及流程危重患者抢救流程人员安排与组织形式安排具有一定的临床经验和技术水平的医师和护士担任抢救工作,必要时立即报告上级医师及科主任,对重大抢救,根据病情提供抢救方案,并立即呈报院领导、医务部及护理部。

抢救药品、器材、设备齐全完备,做到定人管理,定点放置,定期消毒,定量供应,定时核对,用后随时补充。值班人员熟练掌握各种器械、仪器的性能及使用方法。抢救药品一般不外借,以保证应急使用。参加抢救人员全力以赴,明确分工,紧密配合,听从指挥,坚守岗位,严格执行各种规章制度。医师到来之前护理人员应根据病情给予紧急处理,如吸氧、吸痰,测血压,疏通静脉通路,行人工呼吸,胸外心脏按压,配血,止血等。

危重患者就地抢救,病情稳定后方可移动。有监护室的病区可酌情移至监护室。详细记录严格执行交接班制度及查对制度,对病情变化、抢救经过、各种用药等应及时详细记录,并及时提供诊断依据。

抢救完毕整理用物,除做好抢救登记和消毒外,必须在6小时内做好护理记录的补记。其他及时与患者家属及单位联系。

泗洪县第一人民医院医疗技术临床应用论证管理制度

为进一步规范医院医疗技术临床应用和完善新技术的准入、评估，保障医疗安全，提高医疗质量和医疗技术水平，根据国家卫健委《医疗技术临床应用管理办法》（国家卫健委[2018 第 1号]）结合我院的实际，特制定本制度。

第一章 医疗技术的分类及分级

第一条 医疗技术具有下列情形之一的，禁止应用于临床（以下简称禁止类技术）：

（一）临床应用安全性、有效性不确切；

（二）存在重大伦理问题；

（三）该技术已经被临床淘汰；

（四）未经临床研究论证的医疗新技术。

禁止类技术目录由国家卫生健康委制定发布或者委托专业组织制定发布，并根据情况适时予以调整。

第二条 禁止类技术目录以外并具有下列情形之一的，作为需要重点加强管理的医疗技术（以下简称限制类技术），由省级以上卫生行政部门严格管理：

（一）技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高专业要求，需要设置限定条件的；

（二）需要消耗稀缺资源的；

（三）涉及重大伦理风险的；

（四）存在不合理临床应用，需要重点管理的。

国家限制类技术目录及其临床应用管理规范由国家卫生健康委制定发布或者委托专业组织制定发布，并根据临床应用实际情况予以调整。省级卫生行政部门可以结合本行政区域实际情况，在国家限制类技术目录基础上增补省级限制类技术相关项目，制定发布相关技术临床应用管理规范，并报国家卫生健康委备案。

第三条 对限制类技术实施备案管理。医疗机构拟开展限制类技术临床应用的，应当按照相关医疗技术临床应用管理规范进行自我评估，符合条件的可以开展临床应用，并于开展首例临床应用之日起 15 个工作日内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。备案材料应当包括以下内容：

（一）开展临床应用的限制类技术名称和所具备的条件及有关评估材料；

（二）本机构医疗技术临床应用管理专门组织和伦理委员会论证材料；

（三）技术负责人（限于在本机构注册的执业医师）资质证明材料。

备案部门应当自收到完整备案材料之日起 15 个工作日内完成备案，在该医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明，并逐级上报至省级卫生行政部门。

第四条 未纳入禁止类技术和限制类技术目录的医疗技术，医疗机构可以根据自身功能、任务、技术能力等自行决定开展临床应用，并应当对开展的医疗技术临床应用实施严格管理。

第二章 新技术临床应用准入备案

新技术和新项目是指近年来在国内外医学领域具有发展趋势（即通过新手段取得的成果），在本院尚未开展过的项目和尚未使用的临床医疗新手段，或是仅少量开展属于外请专家示范性和教学性的技术。包括新诊疗技术方法的引进、新的疾病或病型的发现与诊治、新仪器设备的临床应用、创新技术的临床应用等。

第一节 医疗新技术准入申请准备

第一条 开展医疗新技术临床应用前临床科室、医技科室必须统一向医院医务部提交申报材料，经医院“医疗技术临床应用管理委员会”和医学伦理委员会审核同意后方可实施。

第二条 申报医疗新技术临床应用前，科主任或新技术负责人必须组织相关人员仔细分析新技术的一般情况、特殊性以及存在的风险和影响，针对项目的安全性、先进性、经济性、社会适用性等进行科学、严谨的可行性论证。

第三条对开展新技术临床应用的技术和设备等条件进行评估，详细拟订技术规范、操作规程、规章制度。明确新技术第一操作者的最低职称限定标准及相关人员职责。完善相应的自我约束、鼓励和监察机制。认真做好各项准备工作。

第四条 多学科联合开展的新技术临床应用项目需成立新技术管理小组，管理小组由项目负责人和相关学科的科主任或技术骨干组成，组长由申报科室主任或项目负责人担任。

第二节 医疗新技术准入申请

第一条 科室主任或项目负责人，按照申报要求，认真填写《新技术申请表》（详见附件），备齐有关材料，提前按规定报医务部。医院每半年统一审核。提交材料应包含以下内容：

（1）科室基本情况；

（2）开展该项医疗技术的目的、意义和实施方案；

（3）该项医疗技术的基本概况，包括国内外应用情况、适应证、禁忌证、不良反应、技术路线、质量控制措施、疗效判定标准、评价方法，与其他医疗技术诊疗同种疾病的风险、疗效、费用及疗程比较等；

（4）详细拟定新技术的技术规范、操作规程、规章制度、告患者知情同意书、保障患者安全的风险处置预案等；

（5）开展该项医疗技术具备的条件，包括主要技术人员的执业注册情况、资质、相关履历，已具备的设备、设施、其他辅助条件、风险评估及应急预案；并明确新技术第一操作者的最低职称限定标准和人员职责；

（6）拟开展的新技术、新项目所需的医疗仪器、药品等须提供《生产许可证》、《经营许可证》、《产品合格证》等各种相应的批准文件复印件。

（7）其他需要说明的问题。

第二条 按国家卫健委、江苏省卫健委要求申报限制类医疗技术备案的，相关科室在医务部指导下按照上级要求准备相关资料，医务部负责申报备案协调工作。

第三条 无收费标准的新项目、新技术，由财务科、审计处等部门负责向物价部门申报收费标准并备案，医保目录外项目的由医保科等部门办理纳入医保支付的申报工作。

第四条 新技术分级评估:根据新技术、新项目的科学性、先进性、实用性等分为五个等级：

（1）国际级新技术、新项目是指国际领先、国内首例，在国际医学领域产生重大影响的技术。

（2）国家级新技术、新项目是指国内领先，在国内医学领域产生重大影响的技术。

（3）省级新技术、新项目是指省内领先，在省内医学领域产生重大影响的技术。

（4）市级新技术、新项目是指在我市首次开展，在本市区域内有重大影响的技术。

（5）市级新技术、新项目是指在我院首次开展的技术。

第三节 医疗新技术的准入审核

第一条 对于属于医疗新技术为分非限制级者，且属于无创技术或项目、医疗风险较小、本地区其他医院已广泛应用并具有较好疗效和效益，并已有相应的收费标准者，由医务科及分管院长审核授权。

第二条 对于属于我院医疗新技术新项目为限制级技术，或非限制级技术中有创技术、医疗风险较大、易致死致残；或存在其他特殊情况者，由医务科及分管院长进行初步审核后，由医院医疗技术管理委员会和医学伦理委员会专家进行论证，必要是邀请院外专家参与，做出书面意见，经医务科汇总，给予审核意见。

第三条 对于各科室所提出的新技术新项目的准入申请，无论批准与否，医务科均予以书面答复，说明理由或注意事项。

第四条 各科室严禁未经审核自行开展新技术、新项目的临床应用，否则，将视作违规操作，由此而引起的医疗或医学伦理上的缺陷、纠纷、事故，将由当事科室或个人承担。

第四节 限制类医疗技术的申报及备案

第一条 国家卫健委和江苏省卫健委规定需审核备案的限制类医疗技术，要向相应的上级卫生行政部门指定的技术审核机构申请医疗技术临床应用能力技术审核，经上级卫生行政部门批准后，必要的进行诊疗科目变更登记后方可开展。

第二条 科室和医务人员申请开展限制类医疗技术前，应当确认符合下列条件：

（1）该项医疗技术符合相应卫生行政部门的规划；

（2）有卫生行政部门批准的相应诊疗科目或可以变更增加相应诊疗科目；

（3）有在本机构注册的、能够胜任该项医疗技术临床应用的主要专业技术人员；

（4）有与开展该项医疗技术相适应的设备、设施和其他辅助条件；

（5）该项医疗技术通过本机构医疗技术管理委员会和医学伦理委员会审查；

（6）完成相应的临床试验研究，有安全、有效的结果；

（7）近 3 年相关业务无不良记录；

（8）有与该项医疗技术相关的管理制度和质量保障措施；

（9）省级以上卫生行政部门规定的其他条件。

第三条 相关科室和医务人员应当按照卫生行政部门的要求准备相应的审核材料，保证材料客观、真实、有效，上报医务部审核，整理后报上级部门审核备案。

第四条 有下列情形之一的，相关科室和医务人员不得申请限制类类医疗技术临床应用：

（1）申请的医疗技术是卫生部废除或者禁止使用的；

（2）申请的医疗技术未列入相应目录的；

（3）申请的医疗技术距上次同一医疗技术未通过临床应用能力技术审核时间未满 12 个月的；

（4）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第五条 技术审核通过后，医务部负责到卫生行政部门进行备案、办理诊疗科目项下的医疗技术登记，登记后方可在临床应用相应的医疗技术。

第六条 相关科室和医务人员应当自限制类医疗技术准予开展之日起，每年向医务部报告临床应用情况，包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、合并症、不良反应、随访情况等。

第三章 医疗新技术临床应用管理

第一条 医务部作为主管部门，对于全院的医疗新技术临床应用进行全程管理和评价，制定医院新技术新项目管理档案。医务科对医院开展的新项目新技术进行不定期督查，将新技术实施情况向医院医疗技术管理委员会汇报，对新技术实施过程中存在的问题进行分析，并提出指导性建议或意见，及时发现医疗技术风险，并敦促相关科室及时采取相应措施，以避免医疗技术风险或将其降到最低限度。

第二条 医疗新技术实施过程中，各级人员必须严格执行技术规范、操作规程及各项规章制度，服从科室管理。科主任、项目负责人应认真组织、严格把关、定期进行质量监控，检查实施情况，及时发现各种问题并予以有效的解决。

第三条 在新技术新项目临床应用过程中，应充分尊重患者的知情权和选择权，并注意保护患者安全，及时履行告知义务。主管医师应向患者或其委托人详细交待病情，重点交待新技术对于患者的适应性、效益性和可能存在的风险及费用情况，尊重患者及委托人意见，在征得其同意并在《知情同意书》上签字后

方可实施。

第四条 项目负责科室应建立完整的技术档案。内容包括：申报、备案材料，实施过程中遇到的问题及解决办法，调整或修改原方案的情况，工作进度、阶段报告及上级备案意见等。

第五条 各科室在开展新技术临床应用过程中做好应用记录和总结分析工作，完善疗效的评价分析，具体要求如下：

（l）认真记录病历资料，随访观察疗效；

（2）定期总结病历，每半年对新技术实施情况进行评估，填写《新技术、新项目开展情况追踪登记表》（详见附件），《追踪登记表》中详述开展例数、疗效、经济及社会效益、质量评价等；

（3）检索文献、查阅资料，与其它医院进行比较；

（4）年终将本年度开展的新技术病例进行分析总结上报；

（5）根据开展情况写出报告或文章。

医务部针对汇总情况进行有重点的抽查核实，必要时聘请院外专家指导评估。

第六条 经医院评估，符合先进性、安全性等要求的技术项目鼓励继续开展，并给予适当奖励。不符合先进性、安全性等要求的技术项目，医务部根据评估结论决定该技术院内停止使用。

第四章 医疗新技术临床应用的动态评估

第一节 医疗新技术临床应用的暂停、停止应用与恢复应用

第一条 医疗新技术应用过程中，出现不良后果或技术问题时，有关人员必须采用措施保证医疗安全并及时向科主任、项目负责人报告。科主任、项目负责人应立即向医务科报告，并组织相关人员查找原因，认真分析，及时采取措施予以整改。发生下列情况之一者，应立即暂停临床应用：

（1）发生涉及违反国家、省、市等法律，法规和相关规定的或该项医疗技术被卫生部废除或者禁止使用的；

（2）从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用；

（3）发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果；

（4）该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患的或发生与医疗技术相关的重大医疗意外事件的；

（5）该项医疗技术存在伦理缺陷；

（6）该项医疗技术临床应用效果不确切；

（7）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第二条 暂停医疗技术临床应用由项目所属科室向医务部书面提出终止报告，说明情况，申明理由，提出建议；医务部召集医疗技术管理委员会专家集体讨论做出评估结论，医务部书面通知科室停止该技术的临床应用。经医疗技术管理委员会集体讨论评估决定，认为暂停该技术临床应用的情况不存在或与医疗技术无关，医疗技术本身不存在相关缺陷，能保证患者安全的，医务部书面通知科室可以继续该技术的临床应用。

第三条 医疗技术问题明确，有可能影响医疗质量和医患安全的诊疗技术，必要时可以简化程序，由院长、主管副院长或医务部处长口头通知停开，并需记录在案；

第四条 科室或专业技术人员发现诊疗项目存在缺陷，严重影响医疗质量或医患安全时，紧急情况下应当立即停止操作，报告科主任，或直接报告医务部做出相应处理。

第五条 对于终止或暂停的诊疗项目，条件具备后，由医务部或项目所属科室提出重开意见，经医院医疗技术管理委员会和医学伦理委员会组成的评估小组集体评估讨论，分管院长和医务部决定并书面通知相关科室重新开展该技术的临床应用。

第二节 医疗新技术评估组织与评估职责

第一条 医疗新技术评估小组由医院医疗技术管理委员会和医学伦理委员会相关专家及设备、管理人员等组成，必要时邀请院外医疗技术、医疗保险、财务、质量安全、法律等专家参加，每次评估会议成员不少于 10 人。评估小组会议由主管副院长或医务部处长主持。

第二条 评估小组依据法律法规和规章制度，从确保医疗质量与医患安全出发，认真分析所评诊疗项目，全面权衡全院设施条件，认真进行评估讨论，对下列事项提出明确意见：

（1）认为所评项目是否终止，并明确相应理由；

（2）对于认为停止使用、待机复开的项目，提出恢复准备工作的意见和要求；

（3）对于未认定终止的项目，提出确保质量和安全的改进意见和要求。医院医疗新技术的终止、完善、重开准备、重新开展均须认真按照医务部书面通知的评估专家意见执行。

第三条 科室报告、评估会议记录、项目终止与重新开展通知等相关资料应当齐全，由医务部列入医疗技术档案保存，按年度移交医院档案室保管。

第四条 全院已经开展的诊疗项目，未经履行上述程序，操作岗位不得任意终止；已经终止的诊疗项目，未履行评估与重开认定程序，操作岗位不得擅自重新开展。

第五章 医疗新技术试用期、报告制度及转化为常规技术

第一条 医院限制类医疗新技术的临床试用期为 2 年，非限制类医疗新技术中具有创伤性的技术临床试用期为 1 年，非限制类医疗新技术中非创伤性技术临床试用期为半年。

第二条 新技术临床试用期间，科室应自试用开始后每半年对新技术实施情况进行评估，填写《新技术开展情况追踪登记表》，并将追踪登记表上报医务部。试用期满后，提交《试用期工作总结表》（详见附件），内容包括该技术安全性、实用性、社会效益、经济效益，工作中出现的问题及解决办法，工作成绩与不足，对学科建设和医院发展所做的贡献以及前景预测和下一步工作计划等内容。

第三条 试用期满后，科室将试用期工作总结和转化为常规技术申请报告上交医务部。医务部审核后按备案权限提交有关部门和领导备案。

第四条医疗新技术转为常规技术后不再作为新技术进行评估，相关科室和医务人员按照技术操作规程和人员资质等要求等应用该技术。

第六章医疗常规技术的管理

第一条医疗常规技术包括目前已正常开展现存的技术和经试用期满转为常规技术的医疗新技术。

第二条医务部负责全院医疗常规技术的管理、监督工作，开展日常监督管理工作。

第三条相关科室在医疗常规技术应用过程中应密切关注医疗技术项目的发展和科学研究进展，结合医院情况及时引进、开发，进行医疗技术革新，实现医疗技术的不断进步和医疗质量提高。

第四条 科室和医务人员在工作中发现医疗常规技术临床应用暂停等情况时，参照医疗新技术的评估的规定启动再评估程序。

第七章 其他

第一条 手术分级管理与人员准入、医学临床实验和医学科研项目的申报和与医疗新技术应用相关的设备购置等按照医院有关规定执行。

第二条 我院开展的所有医疗技术应严格按照管理制度进行规范化临床应用，特别是限制类技术的临应用。对于各科室开展的医疗技术的规范应用，科主任是应用管理的第一责任人。医务部进行监管。

第三条 本制度由医务部负责解释和做出补充规定。

第四条 本制度自 2019 年 3 月 1 日起实施，此前医院有关规定与制度不同的按本规定执行，此后相关法律法规、部门规则、上级卫生行政部门有不同规定的按其执行。

泗洪县第一人民医院实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等高风险诊疗技术

操作授权管理制度

为规范高风险诊疗技术的管理，加强医疗技术和人员资质的准入，减少安全隐患，提高医疗质量，降低医疗风险，保障患者医疗安全，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗技术临床应用管理办法》，结合我院实际，制定本制度：

一、高风险诊疗技术操作资格的授权范围包括所有进行本诊疗操作的执业医师与注册护士。未经授权的个人，除非在有充分正当理由的紧急情况下，不得从事诊疗操作。

二、手术、麻醉、介入、腔镜诊疗技术及限制类医疗技术项目列入高风险诊疗技术管理范围，对实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗技术的医师进行资格分级授权。

三、组织领导成立医院高风险诊疗技术资格许可授权考评领导小组。

组 长：杨 云；

副组长：陈媛媛；

成员：由院医疗技术管理委员会成员组成。

高风险诊疗技术资格许可授权考评领导小组负责高风险诊疗技术的资质准入审批与管理，办公室设在医务部，杨煜处长任办公室主任。

四、制定徐医附院高风险诊疗技术项目目录。

五、由院学术委员会负责建立相应的资格许可授权程序与机制。

（一）进行高风险诊疗技术项目的人员必须经授权后方能有资格准入，资格认定后，未予授权的人员不得开展相应操作。

（二）由院医疗技术管理委员会成员与专业人员组成考评组织。

（三）提供需要资格许可授权的诊治操作项目的操作常规与考评标准，并实施培训与教育。

（四）应当结合操作者的理论水平和实际操作技能，对其熟练掌握程度进行认定。

六、审批程序

（一）各临床科室从事高风险诊疗技术人员填写相关技术开展申请表。

（二）各科室对申请人进行考核，根据其实际操作能力等条件，同意后由科主任签署意见上报医务部。

（三）医务部根据其职称、手术权限申报材料等申报条件予以审核，对符合要求者报院医疗技术技术管理委员会。

（四）院医疗技术管理委员会根据相关规定，结合本人手术操作能力等进行综合评定，并签署审批意见。

七、高风险诊疗技术实行追踪管理，开展高风险诊疗技术的科室自项目开展日起，每年对高风险诊疗技术开展情况进行总结，并将总结报告报送医务部备案。

八、高风险诊疗技术的资格许可授权实行动态管理，每两年复评一次，当出现下列情况，医院将取消或降低其进行操作的权力。

（一）达不到操作许可授权所必需资格认定的新标准者。

（二）在本周期内发生 2 次或 2 次以上医疗事故或过错的。

（三）在操作过程中明显或多次违反操作规程。

九、高风险诊疗技术通常需由授权医师完成的，但不限于有正当理由的紧急情况下。

泗洪县第一人民医院麻醉医师资格分级授权管理制度

一、麻醉与镇痛病人的分类

1、参照美国麻醉医师协会（ASA）病情分级标准：I～V 级ASA 分级标准：

第Ⅰ级：病人心、肺、肝、肾、脑、内分泌等重要器官无器质性病变；

第Ⅱ级：有轻度系统性疾病，但处于功用代偿阶段；

第Ⅲ级：有明显系统性疾病，功用处于早期失代偿阶段；

第Ⅳ级：有严重系统性疾病，功用处于失代偿阶段；

第Ⅴ级：无论手术与否，均难以挽救病人的生命。

2、特殊手术麻醉及操作技术心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

3、新开展项目、科研手术。

4、参考手术分级目录（江苏省 2017 版）。

二、麻醉与镇痛医师级别

依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，规范麻醉医师的级别。所有麻醉医师均应依法取得执业医师资格。

1、住院医师

（1）低年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以内，或获得硕士学位、曾从事住院医师岗位工作 2 年以内者。

（2）高年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以上，或获得硕士学位、取得执业医师资格、并曾从事住院医师岗位任务 2 年以上者。

2、主治医师

（1）低年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以内，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以内者。

（2）高年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以上，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以上者。

3、副主任医师：

（1）低年资副主任医师：从事副主任医师岗位任务 3 年以内。

（2）高年资副主任医师：从事副主任医师岗位任务 3 年以上者。

4、主任医师:受聘主任医师岗位任务者。

三、各级医师麻醉与镇痛权限

1、低年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级Ⅰ～Ⅱ级病人的麻醉如神经阻滞麻醉、低位椎管内麻醉及部分全麻，一二级手术（手术分级，下同）的麻醉，气管插管术等。

2、高年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级Ⅱ～Ⅲ级病人的麻醉、二三级手术麻醉、初步熟悉心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

3、低年资主治医师

可独立开展 ASA 分级Ⅱ～Ⅲ级手术病人的麻醉、二三级手术麻醉、初步掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

4、高年资主治医师

可独立开展 ASA 分级Ⅲ～Ⅳ级手术病人的麻醉、三四级手术麻醉、熟练掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，控制性降温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

5、低年资副主任医师

可独立开展 ASA 分级Ⅳ～Ⅴ级病人的麻醉、四级手术的麻醉，轮转疼痛门诊。

6、高年资副主任医师

指导下级医师操作疑难病人的麻醉及处置下级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治等。

7、主任医师

指导各级医师操作疑难病人的麻醉及处置各级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治，开展新项目、极高风险手术麻醉等。

四、麻醉与镇痛审批程序

1、科主任按医师级别确定每例手术的麻醉医师名单。需要全科会诊的，至少提前 1 天交科主任组织全科会诊并审批。

2、科主任审批全科每例手术的主麻、副麻名单，确保医师级别与手术分类相对应，签字生效。原则上，不同意越级麻醉。特殊状况下可以同意，但必需保证有上级医师在场指导。

3、病人选择医生时应以执行医师分级麻醉制度为前提。

五、麻醉与镇痛审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同状况、不同类别手术的审批权限。科主任的书面签字应落实在手术通知单的审批经过栏目中。

1、择期手术由科主任审批。

2、急诊手术由住院总审批。

3、夜班及节假日手术由科主任或住院总审批。

六、特殊麻醉与镇痛审批权限

1、资格准入麻醉与疼痛诊治

资格准入麻醉与镇痛是指按市级或市级以上卫生行政主管部门的规定，需要专项资格认证或授权的麻醉与镇痛。由市级或市级以上卫生行政主管部门或其认可的专业学术机构向医院以及医师颁发专项麻醉与镇痛资格准入证书或授权证明。已取得相应类别麻醉与镇痛资格准入的麻醉医师才具有主持资格准入麻醉与镇痛的权限。

2、高度风险麻醉

高度风险麻醉是指麻醉科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务部，由医务部决议自行审批或提交业务副院长审批，获准后，由指定的主任医师或高年资副主任医师负责实施。

3、急诊手术麻醉

预期手术的麻醉级别在值班医生麻醉权限级别内时，可施行麻醉。若属高风险或预期麻醉超出自己麻醉权限级别时，应紧急报告二线值班，必要时向科主任上报。但在需紧急抢救生命的状况下，在上级医师暂时不能到场主持手术麻醉时期，值班医生在不违背医疗原则的前提下，有权、也必需按详细状况主持其以为合理的抢救，不得延误抢救时机。

4、新技术、新项目

（1）一般的新技术、新项目须经科内讨论，同时按照相关程序进行审批备案。

（2）高风险的新技术、新项目须经科内由医院上报省卫健委备案。必要时由省卫健委委托指定的学术团体论证，并经院医疗技术管理委员会和伦理委员会评审同意后方能在医院实施。

七、麻醉医师资格分级授权程序

1、麻醉医师可独立承担麻醉时，或麻醉医师根据前述有关条款需晋级承担上一级麻醉时，应当根据自己的资历、实际技术水平和操作能力等情况，交本科室主任。

2、科主任根据要求对其考评，同时组织科内专家小组对其技术能力进行讨论评价，考核合格后，统一汇报医务部审批。

3、医务部组织相关专家小组进行评估。

4、医务部复核认定后，提交医院医疗技术管理委员会讨论通过。

5、医疗技术管理管理委员会主任签批。

6、麻醉医师资格分级授权结果院内公示。

7、医务部备案。

八、监督管理

1、医务部履行管理、监督、检查职责。

2、各手术科室负责全院麻醉分级管理的日常监督工作，如发现有越级麻醉或未按规定履行麻醉审批程序而自行麻醉者，手术科室有权拒绝配合或向医务部举报。

3、不定期检查执行情况，其检查结果将纳入医疗质量考核项目中。

4、对违反本规范超权限麻醉的科室和责任人一经查实，将追究科室负责人的责任，并按照医院相关规定处理，由此引发的医疗纠纷，违规人员个人承担相应的法律和经济赔偿责任。

# 新技术和新项目准入管理制度

为促进我院持续发展，提高学科整体医疗技术水平，进一步规范新技术、新项目的申报和审批流程，完善新技术项目的临床应用质量控制管理，保障医疗安全，提高医疗质量，根据《医疗技术临床应用管理办法》结合我院的实际，特制订本制度。

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

二、我院对新技术项目临床应用实行三类管理。

第一类医疗技术项目：安全性、有效性确切，由我院审批后可以开展的技术。

第二类医疗技术项目：安全性、有效性确切，但涉及一定伦理问题或风险较高，必须报省卫生厅备案后才能开展的技术项目。

第三类医疗技术项目：安全性、有效性不确切，风险高，涉及重大伦理问题，或需要使用稀缺资源，必须报卫生部审批后才能开展的医疗技术项目。

三、新技术、新项目准入的必备条件

（一）拟开展新技术、新项目应符合相关国家法律法规和各项规章制度。

（二）拟开展新技术、新项目应具有科学性、先进性、安全性、创新性、效益性。

（三）拟开展新技术、新项目所使用的医疗仪器须有《医疗仪器生产企业许可证》、《医疗仪器经营企业许可证》、《医疗仪器产品注册证》和合格证，并提供加盖企业印章的复印件备查。一律禁止使用资质证件不齐的医疗仪器开展新技术、新项目。

（四）拟开展的新技术、新项目所使用的药品须有《药品生产许可证》、《药品经营许可证》和合格证，进口药品须有《进口许可证》。并提供加盖企业印章的复印件备查。一律禁止使用资质证件不齐的药品开展新技术、新项目。

（五）拟开展新技术、新项目的人员有相关的学习经验，有些技术需要上岗证明或资格证书。

四、新技术、新项目准入申报流程：

（一）立项：每年初拟开展新技术、新项目的科室，负责人认真填写《医疗新技术临床应用申请表》，经科室讨论科主任审核签章后报医务科。

（二）论证：每项新技术、新项目应在《医疗新技术临床应用申请表》中就以下内容进行详细的阐述，医务科对符合新技术新项目开展原则的项目论证备案。

1、立项依据（技术原理、国内外应用和准入情况）

2、申请科室开展该项技术的必要性与可行性（开展该项技术的必要性、新技术应用方案、学科人员及设施、设备条件）。

3、技术临床应用效果评价。

4、需提供的其他相关资料。

（三）申报的新技术、新项目需在我院执业机构许可证批准、登记的诊疗科目范围内。不符合新技术开展原则的项目，临床不得开展。

五、新技术、新项目准入审批流程

（一）医务科对科室申报的新技术、新项目进行审查，审查内容包括：

1、《医疗新技术临床应用申请表》；

2、申报新技术、新项目是否符合国家相关法律法规和规章制度、诊疗操作常规；

3、申报的新技术、新项目是否具有科学性、先进性、安全性、可行性和效益性；

4、科室参加的成员、专业、职务、职称、相关研究成绩、分工及职责、是否能够满足开展需要；

5、其他应当提交的材料。

（二）对于拟开展属于第一类医疗技术项目的新技术、新项目，医务科审核后，符合条件者，提交至学术委员会讨论、审核并出具结论，审核通过者提交至医学伦理委员会审核，同意实施开展的即可实行。对于第二类、第三类医疗技术，按有关要求进一步批准实施。

六、新技术、新项目临床应用质量控制流程：

（一）批准后医疗新技术、新项目，实行项目负责人负责制，按计划具体实施，医务科负责协调和保障，以确保此项目顺利开展取得预期效果。

（二）在新技术、新项目临床应用过程中，主管医师应向患者或其委托人履行告知义务，尊重患者及委托人的意见，征得其同意方可实施。

（三）新技术、新项目在临床应用过程中制定保障患者安全的措施与风险处置预案，当出现下列情况之一的，主管医师应当立即停止该项目的临床应用，并启动医疗技术风险预警机制、医疗技术损害处置预案等相应应急预案，项目负责人立即向医务科报告。医务科根据实际情况报告学术委员会、医学伦理委员会进行讨论，由其决定是否中止新技术、新项目。

1、开展该技术的主要专业技术人员发生变动或者主要设备、设施及其它关键辅助支持条件发生变化，不能正常临床应用的；

2、发生与该项技术直接相关的严重不良后果的；

3、发现该项技术存在医疗质量和安全隐患的；

4、发现该项技术存在伦理道德缺陷的。

七、新技术、新项目监督管理流程：

（一）医务科作为主管部门，对于全院开展的新技术、新项目进行全程管理和评价，制定医院新技术、新项目管理档案。

（二）各科室在开展新技术、新项目过程中所遇到的各种问题，应及时向医务科汇报。

（三）医务科定期追踪项目的进展情况，及时发现医疗技术风险，并督促项目负责人及时采取相应措施，将医疗技术风险降到最低程度。

（四）新技术、新项目时限周期为1年，起始时间从医院批准或上级卫生部门批准之日起计算。周期满后项目负责人将开展新技术、新项目的情况作出总结，医务科组织专家进行评审、评奖。评审后不再纳入新技术、新项目管理，列为常规技术管理，科室可继续开展应用。

八、保障患者安全的措施

（一）向患者及家属告知开展此技术的目的、风险、注意事项、可能发生的并发症及预防措施，并签署知情同意书。

（二）对准入开展的技术必须制定合理的治疗方案，包括医疗、护理等各项准备工作，并制定相应的风险预防预案。

（三）临床科室务必严格遵守诊疗技术操作规范和诊疗指南及适应症。根据患者病情、可选择的治疗方案、患者经济承受能力等因素综合判断治疗措施，因病施治，合理治疗。

九、保障患者安全的风险处置预案

（一）立即消除致害因素

技术损害因素一旦发生，首先发现者应当立即设法终止致害因素；当致害因素的识别和判定有困难时，应当立即通知上级医护人员指导处理，不可迟疑拖延。

（二）组织会诊协同抢救

损害较轻、不致造成严重后果者，当事科室要酌情组织科内会诊，妥善处理（由科主任或高年资副主任医师主持）；对于情节严重的技术损害，应当根据需要邀请院内外专家会诊，共同抢救（科主任主持），要及时把握“最佳时机”进行救治，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止扩大，把医疗损失弥补到最低限度。

十、各科室严禁未经审批自行开展新技术、新项目，否则，将视作违规操作，由此引起的医疗或医学伦理上的缺陷、纠纷、事故将由当事人及其科室负责人承担全部责任。

泗洪县第一人民医院医疗技术评估制度

为了加强医疗技术临床应用管理，提高医疗质量，保障医疗安全，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《国家卫生健康委医疗技术临床应用管理办法》等有关法律、法规和规章，结合我院实际情况，特制定本制度。

一、医疗技术分类

根据 2018 年《国家卫生健康委医疗技术临床应用管理办法》，医疗技术分：禁止类医疗技术：医疗技术具有下列情形之一的，禁止应用于临床（以下简称禁止类技术）：

（一）临床应用安全性、有效性不确切；

（二）存在重大伦理问题；

（三）该技术已经被临床淘汰；

（四）未经临床研究论证的医疗新技术。

限制类医疗技术：是指禁止类技术目录以外并具有下列情形之一的，作为需要重点加强管理的医疗技术（以下简称限制类技术），由省级以上卫生行政部门严格管理：

（一）技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高专业要求，需要设置限定条件的；

（二）需要消耗稀缺资源的；

（三）涉及重大伦理风险的；

（四）存在不合理临床应用，需要重点管理的。

一般临床医疗技术：是指未纳入禁止类技术和限制类技术目录的医疗技术，医疗机构可以根据自身功能、任务、技术能力等自行决定开展临床应用，并应当对开展的医疗技术临床应用实施严格管理。

二、审核程序

（一）一般临床医疗技术

该类医疗技术临床应用由我院医疗技术临床应用管理委员会审核，具体申报程序如下：

1、科室提出申请，并填写医疗技术临床应用准入申请表。

2、医务科对申报材料进行初审，申报科室根据医务科要求补充有关材料。

3、申请材料完备后，医务科将其呈报院医疗技术临床应用管理委员会审核，必要时邀申请科室进行答辩。

4、医务科负责将审核结果反馈科室并按相关规定报卫生行政部门备案.

（二）限制类医疗技术

该类医疗技术临床应用需由我院医疗技术临床应用管理委员会审核后报江苏省卫生健康委备案，具体申报程序如下：

1、科室提出申请，并填写相关医疗技术临床应用能力技术审核申请书。

2、医务科对申报材料进行初审，申报科室根据医务科要求补充有关材料。

3、申请材料完备后，由医务科呈报院医疗技术临床应用管理委员会及伦理委员会审核，必要时邀申请科室进行答辩。

4、医务科按照相关要求，备齐材料，上报江苏省卫生健康委备案。

5、医务科负责将备案结果反馈科室，并做好相关存档。

三、实施与管理

（一）科主任为医疗技术临床应用申报监管负责人，须对本科开展的医疗技术进行监管，发现问题除积极予以处理外，应立即报告医务科及有关部门，不得迟报、瞒报、漏报。

（二）医务部为院内管理已审批医疗技术的职能部门，有责任为科室提供支持和服务。医务科应定期检查医疗技术的实施情况，尤其是新开展医疗技术的实施情况，定期向院医疗技术临床应用管理委员会汇报。

（三）院医疗技术临床应用管理委员会负责对其他类医疗技术临床应用能力进行技术审核，对限制类医疗技术临床应用能力进行审核后上报备案，并对医疗技术定期进行安全性、有效性和合理应用情况进行评估。

（四）凡未经院医疗技术临床应用管理委员会及上级管理部门批准开展的项目，各科室不得自行开展，否则将追究科主任或科室负责人责任。

（五）医院定期对在我院开展的医疗技术进行评估，评估内容主要为技术开展的质量安全情况，技术保障能力等。特别是针对限制类医疗技术，严格按照技术临床应用管理要求和技术要求进行重点评估。凡出现下列情况之一者，应立即停止该医疗技术临床应用。

1、该医疗技术被国家卫生健康委列为“禁止类技术”；

2、从事该医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果；

3、该医疗技术在本机构应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或者伦理问题，或者发生与技术相关的严重不良后果；

4、发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或者存在重大质量、安全或者伦理缺陷。当出现第 2、3 项情形，属于限制类技术的，应当立即将有关情况向省卫生行政主管部门报告，依据省卫生行政主管部门决定取消相应医疗技术临床应用备案，在机构《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明。出现第 4 项情形的，应当立即将有关情况向省级卫生行政部门报告。省级卫生行政部门应当立即组织对该项医疗技术临床应用情况进行核查，确属医疗技术本身存在问题的，可以暂停该项医疗技术在本地区的临床应用，并向国家卫生健康委报告，国家卫生健康委收到报告后，组织专家进行评估，决定需要采取的进一步管理措施。

（六）医院定期对我院医师的临床医疗技术能力进行动态评估。根据评估结果，医院及时调整医师技术临床应用权限。

（七）新技术和新项目开展后要立即进行评估，包括科室内评估和院内专家评估。

1、各科室对于新技术、新疗法，一经开展即应完善对疗效的评价分析，不断总结经验，改正不足，使其更加完善。

（l）认真记录病历资料，随访观察疗效。

（2）定期总结病历，与常规操作进行比较。

（3）检索文献、查阅资料，与其它医院进行比较。

（4）年终将本年度开展的双新病例进行分析总结上报。

（5）根据开展情况写出报告或文章。

2、院内专家组评估：

（1）医院成立医疗技术临床应用管理委员会评估。

（2）评估期限：对医院拟开展的新技术项目每年评估一次。

（3）评估内容：技术项目的先进性、安全性、有效性、可推广性等。

（4）必要时聘请院外专家指导评估。

（5）科室按要求提供总结、相关病历、查新检索资料、科内评估结论。

（6）根据评估结论决定新技术是否先进、安全、疗效明显、费用低廉等，决定该项技术是否有应用推广价值。经院内专家组评估，符合先进性、安全性等要求的技术项目鼓励继续开展，并在年终给予适当奖励。不符合先进性、安全性等要求的技术项目，写出评估报告，报院长审批后，技术项目终止开展。

本制度自发布之日起开始实施，由医务部负责解释。

泗洪县第一人民医院医疗技术分级授权与动态管理制度

一、手术分级

根据手术的风险性、复杂性和技术难易程度不同，手术分为四级（包括介入、腔镜等各种微创手术）：

（一）一级手术：风险较低，过程简单，技术难度低的普通手术。

（二）二级手术：有一定风险，过程复杂程度一般，有一定技术难度的手术。

（三）三级手术：手术风险较高，过程较复杂，技术难度较大的手术。

（四）四级手术：手术风险高，过程复杂，技术难度大的重大手术。手术分级目录由省卫生厅另行下发。

二、医疗机构手术级别范围

各级各类医疗机构的手术级别范围必须与其功能和任务相适应，具备开展手术所必需的能力、水平、设施、设备、管理制度、操作规程等条件。被国家卫健委、省卫健委纳入特殊管理的手术项目应符合相关规定。

（一）三级医院：三级医院是向含有多个地区的区域提供以高水平专科医疗服务为主，兼顾预防、保健和康复服务并承担相应的高等医学院校教学和科研任务的区域性医疗机构；是省或全国的医疗、教学、科研、预防相结合的技术中心，是国家高层次的医疗机构，可开展各级手术，但应侧重开展三、四级手术，并加强围手术期管理，切实提高手术技术水平，确保医疗质量和安全。

（二）二级医院：二级医院是向含有多个社区的地区提供以医疗为主，兼顾预防、保健和康复医疗服务并承担一定教学和科研任务的地区性医疗机构，完成一、二、三级手术，侧重二、三级手术，应注意质量水平的提高，并重视围手术期的准备和处理。有条件的二级甲等医院经省辖市卫生行政主管部门审核同意，可开展部分四级手术。

（三）一级医院（乡镇卫生院和由一、二级医院转型的社区卫生服务中心）：是向一个社区提供基本医疗、预防、保健和康复服务的基层医疗机构，完成一级手术，并应注意其质量水平的提高；一级甲等医院经核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门（以下简称“登记机关”）审核同意，可开展部分二级手术。

（四）未明确级别的医院和其他医疗机构手术级别范围，由登记机关在其手术级别审核权限范围内确定。登记机关无权确定医疗机构手术级别范围的，应报请上一级卫生行政部门审核确定。

（五）专科医院手术级别范围由省辖市卫生行政主管部门根据其级别、功能、任务适当调整并审核确定。

三、手术医师分级

手术医师应依法取得《医师资格证书》和《医师执业证书》。根据手术医师取得相应的卫生专业技术职务任职资格、受聘的专业技术职务、从事相关专业的年限，手术医师分级如下：

（一）住院医师

1、低年资住院医师：担任住院医师 3 年以内。

2、高年资住院医师：担任住院医师 3 年以上。

（二）主治医师

1、低年资主治医师：担任主治医师 3 年以内。

2、高年资主治医师：担任主治医师 3 年以上。

（三）副主任医师

1、低年资副主任医师：担任副主任医师 3 年以内。

2、高年资副主任医师：担任副主任医师 3 年以上。

（四）主任医师

四、各级医师手术权限

根据“医师服从医疗机构”的原则，医疗机构应在本规范限定的或卫生行政部门核定的手术级别范围内，根据对具有不同专业技术职务任职资格的医师开展不同级别的手术进行限定，并认真填写《手术权限申请表》《手术医师能力考核表》进行审核后授予相应的手术权限。我院手术分级授权按医师从事专业进行个性化授权，根据从事专业授权能够开展的具体手术项目，而不再笼统授予三级或四级手术权限，不允许跨学科开展手术。

（一）低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握一级手术。

（二）高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师指导下逐步开展二级手术。

（三）低年资主治医师：熟练掌握二级手术，并在上级医师指导下，逐步开展三级手术。

（四）高年资主治医师：掌握三级手术，有条件者可在上级医师指导下，适当开展一些四级手术。

（五）低年资副主任医师：熟练掌握三级手术，在上级医师指导下，逐步开展四级手术。

（六）高年资副主任医师：在主任医师指导下，开展四级手术，亦可根据实际情况单独完成部分四级手术、新开展的手术和经省级以上卫生行政部门批准的临床试验、研究性手术。

（七）主任医师：熟练完成四级手术，开展新的手术，或经省级以上卫生行政部门批准的重大临床试验、研究性手术。

五、手术审批管理

医疗机构应建立严格的手术审批制度，按以下要求经审批后方可开展：

(一)常规手术审批

1、一级手术：由主治医师审批，并签发《手术通知单》。

2、二级手术：由科主任审批，高年资主治医师以上人员签发《手术通知单》。

3、三级手术：由科主任审批，副主任医师以上人员签发《手术通知单》，报医务管理部门备案。

4、四级手术：由科主任审批，高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》，报医务管理部门备案。

(二)特殊手术审批

1、凡属下列情形之一的可视作特殊手术：

（1）被手术者系外宾、华侨，港、澳、台同胞，特殊保健对象等。特殊保健对象包括高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人等；

（2）各种原因导致毁容或致残的；

（3）涉及法律风险，可能引起司法纠纷的；

（4）同一病人 24 小时内需再次手术的；

（5）高风险手术；

（6）邀请外院医师参加手术者的；

（7）人体器官移植手术；

（8）虽已广泛应用于临床，但在本院属首次开展的手术；

（9）重大的新手术以及临床试验、研究性手术；

（10）卫生部和省卫生厅有其他特殊技术准入要求的。

2、特殊手术须组织科内讨论，填写《手术审批申请单》，经科主任签署意见，报医务管理部门审核、院领导审批后，由高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

3、第（4）种情形的特殊手术，如在非正常工作时间或病情危急的情况下，先组织科内讨论，经科主任签署意见并向医务管理部门、院领导汇报，经批准同意后先行手术，术毕 24 小时内补办手续。

4、第（8）（9）种情形的特殊手术，参照《徐医附院新技术新项目准入制度》，完成审批手续后方可实施，并由高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

（三）在《医师执业证书》注册地点外开展手术的，需按《执业医师法》有关规定或《医师外出会诊管理暂行规定》的要求执行。外藉医师的执业手续按《外国医师来华短期行医暂行管理办法》有关规定执行。

（四）在急诊或紧急情况下，为抢救病员生命，在无相应手术资格医师可寻时，经治医师应当机立断，可超越被核准的手术权限，争分夺秒积极抢救，并及时向上级医师和总值班汇报，不得延误抢救时机。

（五）手术审批、通知等实施信息化管理的医疗机构，应采用电子签名；未实行电子签名的，应打印出纸质《手术审批申请单》、《手术通知单》，按照审批、通知程序规定履行相应的手写签名手续。

六、权限管理

(一)手术人员资格权限按照卫健委《医疗技术临床应用管理办法》的有关规定进行动态管理。

(二)手术按照已确定的手术人员分工进行，不得越级手术。手术中根据病情需要扩大手术范围，或改变预定术式，需请示上级医师，按照医师分级手术范围规定进行手术。施行越级手术时，需经科主任批准并必须有上级医师在场指导。

(三)除正在进行的手术需请示上级医师指导情况之外，上级医师不得未经给患者查房或会诊、未参加术前讨论，而直接参加手术。对违反本管理办法超权限手术的科室和责任人，一经查实，将追究科室负责人和责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，将严格按照《徐州医科大学附属医院医患纠纷处理办法》追究相应人员责任。

（四）对于国家和省级限制类医疗技术，应严格按照相应管理规范进行临床应用。对没有进行技术备案的医师，严禁开展相应限制类技术的临床应用。对违规开展的医务人员严肃追究相应人员责任。

六、医疗技术权限动态管理

(一)医师必须严格遵守法律、法规及规章制度，医院各级医师要严格落实此制度，不能超越。凡因不遵守手术分级管理制度而发生纠纷，由当事人负有完全责任。

(二)各科室科主任根据各科的实际情况，组织科室人员进行讨论，初步确定每一位手术医师的手术级别，报医务部，由医务部组织医院医疗技术临床应用管理委员会讨论通过，记入医师个人技术档案。

(三)科主任依据此制度，严格加强科室管理，每位手术医师必须在各自的手术级别中开展手术。

(四)对于工作能力较强，能够胜任高一级医师手术的医师，必须在上级医师指导下，完成此手术 10 例以上，由个人提出申请，科室讨论，形成书面材料报医务部，经医院医疗技术临床应用管理委员会人员观摩手术或观看手术录像讨论通过后，方可实施此类手术，并记入个人技术档案（如果没有通过者，1 年后可再由本人提出申请）。

(五)对连续两年发生两起以上因手术造成医疗纠纷或手术效果不理想的人员，经医院医疗技术临床应用管理委员会讨论后，停此类手术并降一级执行，直至取消手术资格，并由医务部备案；重新恢复手术级别，需经医院医疗技术临床应用管理委员会考核后裁定。

(六)若遇紧急特殊情况，科室或医师超范围开展与本人级别不相称的手术，需邀请上级医师会诊或经医务部（行政值班）同意、分管院长批准后进行。如遇特殊情况或急症手术时，应积极抢救病人，并同时报医务部（行政值班）备案，抢救结束后补齐相关手续。

(七)各科室在执行该规范的过程中，可根据医学发展的要求和本科室手术医师的技术水平，仪器、设备条件经医院医疗技术临床应用管理委员会讨论在此手术分级的基础上增加不同级别的手术术式，但不能减少。

(八)对于业务能力差，不能胜任本人级别手术的医师，由科主任主持科室人员进行讨论，向医务部做出书面报告，由医务部组织医院医疗技术临床应用管理委员会进行讨论，做出该医师具体的手术级别，并报请院领导批准。

(九)手术医师根据个人的手术能力，完全能够胜任本人级别手术，而科主任不允许做此类手术时，可与科主任进行沟通，沟通不成时，可直接向医院技术委员会提出申诉，经医院技术委员会讨论后裁定。

（十）手术医师每两年进行一次能力考核和再授权。

（十一）对于限制类技术的临床应用，各科室科主任根据各科的实际情况，组织科室人员按照相关限制类技术应用管理规范进行论证，初步确定科内医师的资质，报医务部，由医务部组织医院医疗技术临床应用管理委员会讨论通过，报省卫健委备案并记入医师个人技术档案。

医师必须严格遵守法律、法规及规章制度，医院各级医师要严格落实此制度，凡因未备案医师违规开展限制类技术而发生所有后果，由当事人负有完全责任。

对于业务能力差，不能胜任相关限制类医疗技术临床应用的医师，由科主任主持科室人员进行讨论，向医务部做出书面报告，由医务部组织医院医疗技术临床应用管理委员会进行讨论，把该医师备案资质撤除，报请院领导批准后报省卫健委撤除该医师相关限制类技术资质备案。

医师限制类技术临床应用能力每两年进行一次能力考核和再授权。

泗洪县第一人民医院医疗技术风险预警机制

一、目的

为了及早发现医疗技术风险，加强预警监控，防止医疗事故，确保医疗安全，制定本预警机制。

二、范围

医疗技术风险是指医疗服务过程中存在或出现的可能发生医疗失误或过失导致病人死亡、伤残以及躯体组织、生理功能和心理健康受损等不安全事件的危险因素，无论不良后果是否发生以及患者是否投诉，均属预警监控范围。

三、原则

医疗技术安全预警工作要遵守“以病人为中心”的服务宗旨，以卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规为准绳，以深挖细找医疗质量和安全各环节存在的安全隐患为主要手段，达到及时消除安全隐患并警示责任人，从而确保医疗安全的目的。

四、要求

医院领导、职能管理部门、各科室、各级各类专业技术人员，按职责和分工，各司其职，各负其责，做好预警工作。

五、技术风险预警分级

根据工作和医疗活动中因失误造成的医疗缺陷的性质、程度及后果，将技术风险预警分为三级。

（一）一级预警项目

指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，但尚未给患者或医院造成损害或招致患者投诉等不良后果的情形。

1 、违反工作纪律

（1）上班或值班时间擅自离岗、脱岗，班前班中饮酒影响正常工作；

（2）为患者进行诊疗服务过程中，不遵守职业礼仪，聊天、打手机；

（3）违反职业道德和医疗保护原则，不负责任地透露或散布有关患者的情况；

（4）不负责任地任意解释医院规定和其他科室、其他医务人员的工作，造成患方误会或不满；

（5）诊疗工作中违反医疗保险有关规定；

（6）违反医德规范，以医谋私，吃拿卡要，收受红包。

2 、违反诊疗规范

（1）违反首诊负责制有关规定；

（2）危重患者来诊后，未在 3 分钟内开始抢救；

（3）门急诊医师对 3 次就诊未能确诊的患者未安排会诊或请上级医师复诊；

（4）门诊、急诊或住院医师会诊时，未在规定时限内到达，或未诊查者只看病历进行“书面会诊”或“电话会诊”；

（5）门急医师不见病人即开具“住院通知单”；

（6）病房医师不查病人即开写医嘱；

（7）三级医师查房不及时、不认真，记录、签名、审签不规范、不及时；

（8）住院患者病情恶化处理效果不佳时，未及时请上级医师会诊指导；

（9）疑难病例未及时提请科内、科间或院外会诊；

（10）对需要立即执行的医嘱，医师未通知护理人员从而导致执行延迟；

（11）对危重患者未进行床头交接班，或未按规定书写交班记录；

（12）临床医师发现传染病未按要求进行报告，出现迟报、漏报；

（13）麻醉医师对手术患者术前未查房，或术后 24 小时内未随访；

（14）手术科室对重大手术未按手术分级管理权限履行报批手续；

（15）手术医师在手术后未及时诊查患者，患者手术后 3 日内无上级医师查房；

（16）错发、漏发药品，但未造成不良后果，尚未引起患者投诉；

（17）因医方对择期手术准备不足，延误手术进行；未按医院要求上午 8 时整时开展手术；

（18）供应或使用过期失效的灭菌器械或不合格材料，尚未造成良后果；

（19）护理环节未正确执行医嘱；

（20）错采标本，错贴标签，错用抗凝剂等导致不能正常检验；

（21）违反处方管理规定，药物适应证、禁忌证、剂量、用法、配伍等方面出现错误，尚未造成不良后果；

（22）发生严重工伤、重大事故、传染病暴发流行等事件时，未及时上报；

（23）患者转科治疗过程中，转出科室未提前联系妥当或转入科室借故拒绝或拖延转入。

3 、医疗保障缺陷

（1）抢救药品器材质量不合格，过期失效，供应、补充、更换不及时，账物不符；

（2）设备、器材出现故障，维修不及时影响正常使用；

（3）医技科室对仪器设备疏于维护，违规操作，导致结果失真；

（4）医技科室疏于查对，弄错标本、项目或检查部位；

（5）遗失检查检验标本；

（6）特殊标本、病理标本保存时间不符合上级规定；

（7）检查检验结果出现可疑、矛盾资料或意外阳性结果时，未进行复核、主动报告或未通知临床科室及时重查；

（8）药剂科未能及时发现处方中用药不当、用法错误、配伍禁忌、违规超量等风险；

（9）调配中药处方时，对需要先煎、后下、冲服等特殊处理的药物未单包注明；

（10）调配中草药不使用计量器具；

（11）营养餐内有异物或质量、卫生达不到规定要求；

（12）划价收费错误，导致患方投诉；

（13）计算机网络疏于维修和管理，导致运行障碍，影响正常作。

4 、诊疗记录缺陷

（1）门急诊医师未及时、规范书写门急诊病历；

（2）门急诊病历、住院病历中未记录药物过敏史，输血患者未记录输血史；

（3）未在规定时限内完成入院记录、首次病程记录、日常病称记录及规定应当记录的其他资料；

（4）对转科转院患者，未书写转科、转院记录；

（5）对意外死亡病例，未及时报告医务部或总值班；

（6）大中型手术未按手术分级管理规定进行术前讨论并完成讨论记录；

（7）未认真履行知情同意手续，并及时、规范、严密地签订知情同意文书；

（8）诊疗资料记录不真实、不完善、不及时、不规范，造成安全隐患；

（9）出具各种虚假诊断证明，或超越专业权限出具医学证明；

（10）各种诊疗记录和资料书写不规范、字迹潦草、签名不正规、越权签名或未进行审签；

（11）以刮、涂、擦等违规方式修改病历资料；

（12）诊疗科室、病案室保管不周，造成病历丢失、损坏或被违规复制。

（二）二级预警项目

1、因发生一级风险预警引起患方投诉；

2、一年内累计发生两次及两次以上风险预警；

3、由于责任者的过失，造成非事故性医疗缺陷，给医院造成经济损失（经协商、调解或法院判决），金额低于 3000 元人民币。

（三）三级预警项目

1、一年内发生两次及两次以上二级风险预警；

2、由于责任者的过失，造成非事故性医疗缺陷，给医院造成经济损失（经协商、调解或法院判决），金额超过 3000 元人民币；

3、出现医疗事件酿成医疗纠纷，虽未认定为医疗事故，但责任者过失严重，情节恶劣，严重损害了医院声誉；

4、发生严重违反医德医风事件，被上级通报或新闻媒体曝光，造成较坏的社会影响。

六、医疗技术风险预警信息来源

（一）各级各类查房：医师三级查房、护理查房、临床药师查房、院长查房、医德医风查房等；

（二）职能管理部门日常检查、监督、考核、评价、分析、反馈；

（三）各级各类专业技术人员日常工作中的反映和积累；

（四）义务监督员提供；

（五）卫生行政部门和上级领导机关监督检查提示或通报；

（六）患方反映、投诉、举报；

（七）医疗纠纷、医疗事故启示等。

七、医疗技术风险预警处置程序

（—）立案

1、自查立案 医务部、护理部、门诊部、临床科室、医技科室、药剂科及其他有关部门日常工作中检查发现预警项目内容，均有权利和义务立案处理。

2、投诉立案 院办室、党办室、纪检审计部门、医务部、护理部等职能管理部门接到投诉，经核实确系风险预警内容时，应在 24 小时内立案。

（二）处理程序

1、属于自查立案的，应当限期整改并做好记录。

2、属于投诉立案的，应在受理投诉后 48 小时内通知被投诉单位并限期整改，

3、被二、三级医疗技术风险预警警示的当事科室或当事人，接到通知后最迟在 48 小时内必须主动作出检讨或说明，根据情节、后果、态度和整改结果，10 日内作出处理。

4 、经依法鉴定认定为医疗事故的医疗事件，按照处理医疗事故的相关规定以及医院有关规定处理。

（三）处罚

1、根据警示等级、情节轻重与后果，参照态度和一贯表现，确定处罚度。

2、做出处罚决定时，要区别直接责任与间接责任，合理地确定责任者在综合原因中应负的责任比重。

3、对于受到风险警示的部门和个人，坚持教育为主、处罚为辅的原则；对于及时发现风险、努力补救、避免重大事故发生的工作人员，应当给予一定的奖励。

泗洪县第一人民医院特定（单）病种管理制度

为加强特定（单）病种（以下简称单病种）质量管理与控制工作，建立本机构单病种管理的指标体系，制订单病种医疗质量参考标准，促进医疗质量精细化管理，制定本制度。

单病种质量管理是一种标准化的，以病种（或手术）为单位而进行的全程医疗质量管理的新方法，它以明确诊断标准的单一疾病（或手术）种类为一个质量评价单位，通过对疾病诊疗全过程，包括诊断、检查、治疗、治疗效果以及医疗费用等，实施标准化控制，达到提高医疗质量促进医疗资源合理利用的目的。

医院实行院科两级单病种管理，医疗质量管理部门负责医院单病种管理，科室医疗质量工作小组负责本科室单病种管理。临床科室应设立病种管理联络员协助科室医疗质量工作小组做好单病种管理。

医院通过电子病历系统实行信息化单病种数据采集、上报管理。

电子病历系统对第一二诊断或者手术符合单病种纳入标准的病例进行提醒，符合排除标准的医务人员应及时提交不上报申请；

上报表实行分阶段填写，出院时统一提交的上报模式；

对于转科患者医务人员应在转科前填报完本科室涉及单病种上报内容；

医务人员应在患者出院时完成单病种填报工作；

科室应在单病种上报三日内完成内容的审核工作，不符合要求的应及时联系上报人员修改。

科室每月应对单病种上报情况进行统计分析，不断提高上报合格率，持续提高单病种管理水平。

医疗质量管理部门对全院单病种上报数据进行不定期抽查，提出并落实改进措施，按季度发布单病种质量控制指标结果。

医院将单病种管理纳入科室绩效考核及医师定期考核。

本制度由医疗质量管理部门负责解释。

泗洪县第一人民医院保障患者合法权益制度

一、患者的权益指患者在患病就医期间所拥有的而且能够行使的权利和应该享受的利益，医务人员应当尊重和维护患者的合法权益。

二、医务人员应该依法维护患者基本的权益即有权获得适宜的医疗诊治。

1、享受平等医疗权，凡患者不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重，都有权受到礼貌周到、耐心细致、合理连贯的诊治服务。

2、享受安全有效的诊治，凡病情需要，有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件，都有权获得。

3、有权要求清洁、安静的医疗环境，并有权知道经管医生及护士的姓名。

4、有权了解有关诊疗、治疗、处置及病情预后等确切内容和结果，并有权要求对此做出通俗易懂的解释从医疗角度不宜相告的或当时未明确诊断的，应向其家属解释。

5、有权了解各种诊治手段的有关情况，如有何辅助作用，对健康的影响，可能发生的意外及合并症、预后等。

三、医务人员应尊重患者自由选择和拒绝治疗的权利

1、患者有权根据医疗条件或自己的经济条件选择医院、医护人员，医疗及护理方案。

2、患者在法律允许的范围内(精神病、传染病患者的某些情况属不允许范围)可拒绝治疗、也有权拒绝某些实验性治疗，但医生应说明拒绝治疗的危害。

3、不违反法律规定的范围内，有权自动出院，但必须向医院和医生做出对其出院及后果不负责任的声明与签字。

四、医务人员应尊重和维护患者的隐私权

1、患者在医疗过程中，对由于医疗需要而提供的个人的各种秘密或隐私,有要求保密的权利。医务人员应严守私密，不随意向外人泄露。

2、患者有权对接受检查的环境要求具有合理的声音、形象方面的隐蔽性。有异性医务人员进行某些部位的体检治疗时，有权要求第三者在场。

3、在进行涉及床边会诊、讨论时，可要求不让不涉及其医疗的人参加;有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读。

五、患者有监督自己的医疗及护理权益实现的权利

1、患者有权监督医院对自己所实施的医疗护理工作，如果患者的正当要求没有得到满足，或由于医护人员的过失造成患者身心的损害，患者有权向医院提出质问或依法提出上诉。

2、患者在接受治疗的过程中，无论由谁支付医疗费用，患者有权审查其支付的账单，并有权要求解释各项支出的用途。

六、医务人员应充分尊重患者的知情同意权，严格遵守我院《知情同意制度》的有关规定，履行告知义务。

七、医务人员应主动了解患者的民族和有无宗教信仰，尊重患者的民风俗习惯和宗教信仰，对患者提出的有关民族风俗习惯和宗教信仰的要求，在客观条件允许和不影响治疗的前提下，应充分配合，尽量满足。

泗洪县第一人民医院出院患者随访管理制度

为把医疗服务贯穿落实到患者诊疗康复的全过程，使住院患者的院外康复和继续治疗能得到科学、专业、规范、便捷的技术服务和指导，努力实现院前、院中、院后医疗服务的一体化，特制定出院患者随访制度如下：

一、随访范围：凡在我院住院出院的患者均需进行出院后随访（自动出院患者、有纠纷苗头的患者、科主任认为不需要随访的患者除外）。急、危、疑难病人、慢性病病人、需定期复诊的病人及病情康复较慢的病人随访率要求达到 100%。

二、责任人与职责：各病区负责对本病区出院后的患者进行出院随访。随访责任人：以“谁主管、谁负责”为原则，管床医生为第一责任人，负责随访工作。随访情况由管床医生按要求填写，并根据随访情况决定是否与上级医师、科主任一起随访。科主任对住院医师的分管出院患者随访情况每月至少检查一次，对没有按要求进行随访的医务人员应进行督促。

三、随访时间：根据患者病情和治疗需要而定，一般要求在出院后一周内进行第一次随访，治疗用药副作用较大、病情复杂和危重的病人出院后应随时随访，需长期治疗的慢性病人或疾病恢复慢的病人出院后 2--4 周内应随访一次，此后视情间隔 2--3 个月随访一次。

四、随访方式：以电话随访为主，也可开展入户走访或书信随访等方式,均无应答者列为失访,即停止随访工作。若已死亡则向其亲属了解死亡的时间及死亡的原因,结束随访。

五、随访的内容：了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导患者正确服药、合理膳食及注意康复训练，提醒患者按时回院复诊等；患者在住院期间，对就医环境、医护人员服务态度、医疗效果满意度等服务信息。随访后应做好记录。

六、随访时，随访医师的语气应亲切、温和，耐心听取患者或家属意见，诚恳接受批评，采纳合理化建议，做好随访记录。随访中，对患者的询问、意见，如不能当即答复，应告知相关科室的电话号码或帮忙预约专家。随访后对患者提出的意见、要求、建议、投诉，应及时逐条整理综合，报相关职能科室或部门处理。

七、随访中，若患者对医疗服务有不满情绪时应尽量容忍，耐心说服，晓之以理，动之以情，不得恶言相待，更不得与患者发生争执。

八、各病区均要建立出院患者随访信息登记档案，内容应包括：患者姓名、性别、年龄、病历号、职业、科室、经管医生、入出院日期、入院诊断、出院诊断、联系电话、家庭详细地址等内容，由患者本次住院期间的管床医生负责填写。

九、办理入院手续时有关工作人员应要求患者详细填写工作单位、家庭住址、职业、联系电话等项目。

十、随访办公室负责对各病区及医师的出院患者随访工作进行检查指导与考核，考核结果纳入科室管理工作，对应医院有关考核管理办法进行奖惩。

泗洪县第一人民医院患者参与医疗安全管理制度

医疗安全是医患双方共同的责任，鼓励患者参与医疗安全活动不仅充分体现了患者的权利，也诠释了医院以患者为中心的服务理念。其中既包括医务人员要为患者及其家属提供相关的健康知识教育，又包括患者在就诊时应提供真实病情、真实信息。诊疗过程中患者参与医疗安全有助于及时发现不良因素、可有效的避免医疗缺陷、保证医疗安全，增加医疗透明度，对构建和谐医患关系将起到积极促进作用。为此，我院制定本制度。

一、医务人员有鼓励患者参与医疗安全活动的责任和义务。

二、医务人员应引导患者在就诊时提供真实病情和真实信息，并向患者宣传提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。

三、医务人员在诊疗过程中，应有意识的为患者及其家属提供与患者疾病诊疗相关的健康知识教育，以协助患方对诊疗方案做出正确理解与选择，从而更积极的配合治疗。为患者提供健康知识教育的方式可以多种多样。

四、实施任何诊疗活动前，医务人员应亲自与患者或家属沟通，取得患者或家属的确认；其中特殊检查（治疗）、创伤性诊治活动前需知情同意签字确认，以确保医疗行为的顺利进行。

五、鼓励患者在查体前向医务人员提出洗手要求。

六、主动邀请和鼓励患者参与医疗安全管理，，尤其是患者在接受手术、介入或有创操作前告知其目的、操作方式和风险，并请患者参与手术部位的确认。

七、主动邀请患者及其家属参与治疗计划的制定、实施和医疗决策过程。最大限度地促进医患沟通，有利于医务人员根据患者病情及个体差异的不同制定出适应每个患者的详细、科学的治疗（手术）方案，当患者病情变化的时候能够及时调整修改治疗（手术）方案。以提高患者及其家属的知情权和自我护理能力，利于改善患者的健康状况。

八、严格落实查对制度和身份识别制度。患者接受手术（介入）、有创诊疗操作前医务人员应主动邀请患方说出身份，并参与疾病诊断和部位、手术（介入）方式、操作项目的核对。标本采集、输液、输血、药物使用等各类诊疗活动时，邀请和鼓励患者主动参与医疗安全管理，请患方自报姓名、诊断和相关药物过敏或严重不良反应信息，医患双方主动查对。

九、需要使用设备或耗材的，医务人员应为患者提供设备和材料的相关信息。让患者对操作有所了解，以确认设备及耗材和患者身份具有唯一对应性，以及和相应费用的对应性。

十、鼓励患者向药学人员提出安全用药咨询，主动获取安全用药知识。药物治疗时，医务人员应告知患者用药目的与可能发生的不良反应，充分体现患者的知情权，并邀请患者参与用药时的查对。

十一、护士在进行护理和心理服务时，应告知患者护理操作的目的、操作的步骤以及如何配合及配合治疗的重要性。

十二、对儿童、老年、孕妇、行动不便和残疾患者，用语言提醒、搀扶、请人帮助和警示标识等办法邀请患方主动参与，防止患者跌倒事件的发生。

十三、科室利用宣传栏、专题讲座、健康大讲堂等方式，宣传和鼓励患者（近亲属）参与医疗安全活动；在适当场合张贴安全用药宣传资料，及方便患者随处领取降压、降糖、抗肿瘤等特殊药物科普折页等。

十四、医务人员必须认真对待患者（近亲属）对病情和各项诊疗活动的反映及意见。

十五、医务人员应鼓励患者对不理解、不明白的问题多问，对于患者的提问要耐心认真的解答。

十六、宣传科定期组织开展健康大讲堂活动，鼓励临床科室根据自身情况开展健康知识普及及活动，加强前期宣传，并为患者提供咨询和反馈的途径（固定电话、电子邮箱等）。

十七、在医院网站上创建健康教育模块，为患者提供有关健康和疾病的知识，增加患者对疾病的认识；在门诊、病区等处张贴宣传页，向患者介绍疾病常识、手术或特殊治疗措施、医院规章制度等。制作健康教育小册子，内容由各科室自行拟定，可包括对特定疾病的简单解释、特殊医疗护理检查操作过程、面对疾病的正确心态、正当用药指导等。

十八、医院建立投诉机制，向患方公开本院接待患者投诉的主管部门（医患关系办公室）、投诉的方式及途径，鼓励患者通过认真填写《满意度调查表》反馈住院期间对医疗服务的意见和建议。

十九、落实出院患者回访制度。医院职能科室及病区进行出院患者回访工作，并进行记录小结分析。对患者治疗效果，满意度情况，改进意见等调查，同时对患者的健康促进进行指导，促进医疗持续改进。

泗洪县第一人民医院保护病人隐私权制度

病人隐私权是指病人不愿意告人或不愿意公开的有关人格尊严的私生活秘密。根据卫生部颁发的《医务人员医德规范及实施办法》及《护士条例》第三章第十八条规定“护士应当尊重、关心、爱护病人，保护病人的隐私”等条款，特制定本规定。

一、树立保护病人隐私的观念，加强相关的卫生行政法规的学习及宣传，提高全院医务人员的法律素质。正确处理权利与义务，注意保护病人隐私，把法律意识转化为自觉的依法行使权利、履行义务的法律行为。

二、强化法规意识，提高道德修养。严格区分正常介入隐私和利用职务之便侵犯病人隐私的界限，医务人员应按照技术操作规程办事。即介入病人隐私的行为完全是基于诊疗病人疾病的目的，如男医生检查女性病人必须有女同事或家属在场；一般体检没有必要暴露身体时则不必让病人暴露身体；特殊检查确需病人裸露检查时，必须向病人说明原因，并要求其他医护人员在场；在诊疗中与治病无关的事不做，与诊疗无关的话不问。

三、加强病案管理与监督，提高病案使用者保护病人隐私权的意识，提高职业自律性。认真落实病案借阅制度、病案外调复印制度、病案保密制度，不得以口头形式或书面形式公开病案中的隐私，更不能利用工作之便索取非法利益。

四、加强病人的维权意识，提高病人自我保护能力。

五、加强就医环境的改造和设施更新，使病人隐私能够得到最大限度的保护，建立单独隔离小诊室、急救室、注射室、综合治疗室，男女病人分开。男医生检查女病人隐私部位要有屏障遮掩且要有女同事或病人家属在场。检验人员要妥善保管好病人化验单，核实被检验者后才能发给其检验结果单。

泗洪县第一人民医院三级医师查房制度

建立三级医师治疗体系，实行主任医师（或副主任医师、科主任）、主治医师和住院医师三级医师查房制度。主任医师（副主任医师、科主任）或主治医师查房，应有住院医师和相关人员参加。主任医师（副主任医师、科主任）查房每周 2 次；主治医师查房每日 1 次。住院医师对所管患者实行 24 小时负责制，实行早晚查房。对急危重患者，住院医师应随时观察病情变化并及时处理，必要时可请主治医师、主任医师（副主任医师、科主任）临时检查患者。对新入院患者，住院医师应在入院 8 小时内再次查看患者，主治医师应在 48 小时内查看患者并提出处理意见，主任医师（副主任医师、科主任）应在 72 小时内查看患者并对患者的诊断、治疗、处理提出指导意见。工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房 2次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。查房前要做好充分的准备工作，如病历、X 光片、各项有关检查报告及所需要的检查器材等。查房时，住院医师要报告病历摘要、目前病情、检查化验结果及提出需要解决的问题。上级医师可根据情况做必要的检查，提出诊治意见，并做出明确的指示。

查房内容：

住院医师查房，要求对所管患者进行系统查房。要求重点巡视急危重、疑难、待诊断、新入院、手术后的患者；检查化验报告单，分析检查结果，提出进一步检查或治疗意见；核查当天医嘱执行情况；给予必要的临时医嘱、次晨特殊检查的医嘱；询问、检查患者饮食情况；主动征求患者对医疗、饮食等方面的意见。

主治医师查房，要求对新入院、急危重、诊断未明及治疗效果不佳的患者进行重点检查与讨论；听取住院医师和护士的意见；倾听患者的陈述；检查病历；了解患者病情变化并征求对医疗、护理、饮食等的意见；核查医嘱执行情况及治疗效果。

主任医师（副主任医师、科主任）查房，要解决疑难病例及问题；审查对新入院、重危患者的诊断、诊疗计划；决定重大手术及特殊检查治疗；抽查医嘱、病历、医疗、护理质量；听取医师、护士对诊疗护理的意见；进行必要的教学工作；决定患者出院、转院等。

泗洪县第一人民医院患者身份识别制度

1.为保证医疗安全，来院就诊的每位患者必须如实填写门诊病历和住院病历首页上的身份信息。

2.门、急诊患者的身份识别：门、急诊护士在对患者进行评估时需核对患者姓名、年龄、性别、病历号等基本信息。

3.住院患者身份识别

（1）入院患者到达病区时，接诊护士应核对科室、患者姓名、住院号、性别、年龄、诊断、报销类别等信息是否与患者就诊卡、住院证上的信息相符。

（2）建立和执行住院患者手腕带标识管理制度。

（3）所有住院患者必须佩戴手腕带作为身份识别标志及诊疗操作前查对依据。腕带上标注医院名称、科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号。佩戴手腕带时填入的识别信息必须经两人核对，若损坏更新，同样须经两人核对。

(4)佩戴手腕带前，应仔细核对患者信息。要求患者陈述自己的姓名；对无法沟通的患者，应请在场的家属证实患者的身份。

（5）在对患者实施任何检查、诊疗操作前或转运患者前应核对手腕带信息，并让患者自己陈述姓名，确认患者身份。

（6）若手术中需取下手腕带，术后应与患者病历一同带出手术室，巡回护士应与接患者护士交接清楚，确认患者身份后立即重新佩戴。

4.转接和交接班时认真识别患者身份，对病区内患者转床、转科或对产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、使用镇静药物等重点患者，均要识别和核对患者身份，严格执行查对制度，由转诊医师和护士同接诊医师和护士与患者（家属）或受委托人核对。

5.操作前和辅助检查前识别：医务人员在操作前要按照规章制度对患者进行查对和识别。至少同时使用两种方法识别患者身份，禁止仅以床号作为识别的唯一依据。标本采集、输血、输液、给药时由护士或医技人员核对患者身份。行心电图、B超、胸片、CT、MRI、病理检查等辅助检查时，由辅助科医技人员及护送的工作人员共同核对患者身份。

6.高危诊疗活动前识别：在对患者进行介入检查治疗术、胃肠镜检查、血液透析等诊疗活动前由操作医师、护士与患者（家属）或受委托人进行核对。

泗洪县第一人民医院疑难、危重、高危病例“二次沟通”工作制度

一、“二次沟通”的定义

本制度所称“二次沟通”是指医务人员在对患者的诊治情况已经进行医患沟通的基础上，对疑难、危重、实施重大手术或有产生医疗纠纷隐患的患者，在医患沟通办公室组织主持下，由医患沟通办公室工作人员、医务人员、患方人员三方共同在医患沟通办公室特定场所，针对患者病情、治疗方案、相关风险、预后等相关问题，进行再次医患沟通。

二、“二次沟通”的适用患者范围

1、病情出现重大变化、主要治疗方案改变的患者；

2、病情危重、有重大合并症、病情进展快预后差、患者及家属心理期望值高，治疗效果可能不理想的患者；

3、治疗费用高昂，治疗效果不确切的患者；

4、重大、高危、致残或涉及法律风险等手术患者；

5、手术指证明确，但患方人员之间意见不一致，或由于认知障碍不能理解告知内容和明确表达意愿的患者；

6、实施我院尚未开展的医疗新技术患者；

7、实施非计划再次手术的患者（急诊除外）；

8、其他有医疗安全隐患的患者。

9、对医疗投诉发生较多临床科室，医患沟通办公室可要求临床科室制定出本科室需“二次沟通”高危患者范围并上报医患沟通办公室备案监督实施，

三、“二次沟通”的实施流程

1、临床科室须提前一天向医患沟通办公室电话联系，预约“二次沟通”时间，医患沟通办公室负责确定和安排具体沟通时间。

2.二次沟通前，临床科室需完成相关病历资料，在二次沟通前，医患沟通办公室工作人员对病历形式及内容完整性进行审核并与医务人员交流，拟定医患沟通重点和沟通策略。

3.医患沟通办公室负责在约定时间组织、主持“二次沟通”并做好文字记录、录音、录像和患方人员签字等工作。妥善保存资料，必要时安排安保人员，确保医患沟通秩序和安全。

4.医疗组长应参与“二次沟通”具体实施，医疗组长确因特殊情况无法参与的，可指定具有中级及以上职称经治医师参与，参与者必须熟悉患者病情，完全了解治疗方案和风险。对拟实施手术患者的沟通，应当由第一手术医师参与沟通。患方参与“二次沟通”人员为患者本人、近亲属、法定代理人及签署授权委托书的委托代理人。

5．医患沟通办公室工作人员在主持二次沟通过程中应询问患方人员是否了解患者的诊断和病情、拟实施的手术和治疗目的、意义及相关风险，对医务人员向其告知的内容还有什么不明白、不理解的地方，还有什么问题想询问医生等，对重点风险给予再次特别强调，并当面询问患方人员对拟实施手术或治疗的选择意见及是否愿意承担相关风险，由患方将选择的意见签署在二次沟通登记表中并签名确认。

四、“二次沟通”的考核评价

医患沟通办公室对“二次沟通”执行情况进行记录和考核，并纳入到院医疗安全管理考核评价体系。

以上规定自本通知下发之日起开始实施。

泗洪县第一人民医院医疗纠纷预防与处理办法

第一章 总 则

第一条为了有效预防与处理医疗纠纷，维护医患双方的合法权益，维护正常医疗秩序，构建和谐医患关系，根据《侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《医疗纠纷预防和处理条例》、《医疗机构投诉管理办法》及有关法律规定结合我院实际情况制定本办法。

第二条 本办法所称医疗纠纷，是指本院医务人员在履行职务活动中，医患双方因诊断、治疗、护理等诊疗活动产生的后果及其原因引发的争议。

第三条 处理医疗纠纷，应当遵循事实清楚、依据充分、定性准确、责任明确、责罚相当、及时公正的原则。

第四条 全院各部门、各科室应当积极参与医疗纠纷的预防和处理，不得推诿、懈怠、拖延、抵触。

第二章 医疗纠纷预防

第五条 医务人员在诊疗活动中，应当遵守医疗卫生管理法律、法规和诊疗规范，恪守医疗服务职业道德，尊重和平等对待患者。

第六条 医务人员在发生或者发现可能给患者造成人身损害的医疗行为后，必须立即采取补救措施并向所在科室主任报告。当事科室应当及时向医院相关职能部门报告，科室主任应即刻组织人员采取有效措施进行处置，避免或者减轻给患者造成人身损害后果。

第七条 医院实行高危患者“二次医患沟通制度”，对高危、实施重大手术或有产生医疗纠纷隐患的患者，在医患沟通办公室组织主持下，由医患沟通办公室工作人员、主治医师、患方三方共同到医患沟通办公室，针对患者病情、治疗方案、相关风险、预后等相关问题，进行再一次更深入的沟通。

第八条 医院将投诉管理纳入医疗质量安全管理体系。各医疗投诉管理机构定期对投诉情况进行归纳分类和分析研究，及时发现医院管理、医疗质量、医疗服务中的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。

第九条 我院实行“医疗安全不良事件报告制度”，对临床诊疗活动中及医院运行过程中，任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件，按照《徐医附院医疗安全（不良）事件报告管理办法》执行。

第三章 医疗纠纷处理

第十条 医疗纠纷投诉接待实行“首诉负责制”。任何部门、科室及工作人员不得以任何理由推诿投诉人。投诉人向有关部门、科室投诉的，受理投诉的部门、科室要耐心听取来访者反映的问题、意见、建议和要求，对于能够当场协调处理的，尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或科室应当主动地将投诉人引导到医院相关纠纷解决部门进行处理。根据纠纷性质，分别由下列部门作为投诉管理机构：

（一）属医疗业务方面的投诉，管理机构分别为医务部、医患沟通办公室、护理部、门诊部；

（二）属医德医风、服务态度和违规违纪方面的投诉，管理机构为纪委、行风办；

（三）属医疗业务以外的投诉，经调查确与医院设施、设备、药品、收费服务或管理相关的，管理机构为总务处、设备处、财务处、医保办、病房管理科、保卫处等部门；

第十一条 医疗投诉管理机构接到投诉后，应当在 24 小时内向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况，当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合，当事科室接到投诉管理机构“医疗纠纷受理通知”后，应及时组织调查、核实和讨论，在规定时间内按要求提供书面情况说明、初步责任认定及科室初步处理意见。投诉管理机构在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，反馈给投诉人或相关部门，做好法院应诉、鉴定、调解等相关工作。

第十二条 医疗纠纷发生科室的科主任、护士长为纠纷处理第一责任人，应全程参与医疗纠纷的处理，积极配合医疗投诉管理机构做好医疗纠纷处理工作。医疗纠纷处理过程中涉及的医患沟通、诉讼、鉴定、调解等相关工作，相关部门、科室的负责人和工作人员必须服从医疗投诉管理机构的调度与安排，积极做好患者及家属的解释和安抚工作，并妥善保存病历，收集和保存有关实物及证据。对于不服从医疗投诉管理机构的调度与安排，造成医院损失扩大的的科室和个人，医院将按相关规定予以处罚，由此造成的损失由相关责任人全部承担。

第十三条 医患沟通办公室按照下列流程妥善处理医疗纠纷

（一）医患沟通办公室接到住院患者或亲属对诊疗问题的书面投诉后，由医患沟通办公室负责通知相关科室、人员在 3 日内提供书面报告，书面报告包括下列主要内容：患者的基本情况、诊疗经过、针对患方提出的争议事项的原因分析、是否存在医疗过失，科室已经采取的处理措施、下一步需要改进的措施，对医疗纠纷的处理意见等，报告须由科室主任签字认可。

（二）医患沟通办公室对医疗纠纷进行调查核实后，在 7 个工作日内安排医患见面。通过医患见面进一步核实有关问题细节并明确双方争议的问题焦点。

（三）医患沟通办公室根据患者书面投诉材料、科室调查讨论意见和医患见面情况，归纳医疗纠纷争议焦点和经调查核实的情况提交院医疗安全委员会讨论。紧急、特殊情况应及时向分管院领导汇报。

（四）医患沟通办公室负责将院医疗安全委员会讨论意见与患方沟通或通过第三方调解，如医患双方就医疗纠纷处理能达成一致意见，该医疗纠纷即处理终结。如双方不能达成一致意见，建议患方通过司法途经解决。

第十四条 医院定期召开医疗安全委员会会议，讨论并认定医疗纠纷的性质、处理意见、责任分担、责任人处理建议及医疗安全改进意见等。特殊情况下由院安全委员会授权医患沟通办公室组织临时专家讨论小组进行讨论、提出处理意见。临时专家讨论小组由 3-5 名以上相关专业高年资副高以上职称专家组成。

医疗投诉管理机构依据临时专家讨论小组讨论意见积极处理纠纷，减少对医院造成不良影响，并将讨论意见及处理结果报院医疗安全委员会备案。

第十五条 保卫处负责医疗纠纷处置工作中的安全保卫工作。保卫处应当保护当事科室的医务人员的安全，并配合医疗投诉管理机构、责任科室积极创造医患沟通的条件，以便尽快、有效解决纠纷。医患双方沟通时，必要时由保卫处指派保卫人员全程陪同医院沟通代表，不得离开沟通现场，确保医院沟通代表人身安全。

对于扰乱、破坏医院正常工作秩序以及侵害医务人员人身安全和医院财产安全的行为，保卫处要果断制止，并负责现场取证，需公安机关处理的应及时报警和协助公安机关处理。对于停尸病房的医疗纠纷，接待人员应及时告知患者家属关于尸体处理、尸检等相关法律、法规的规定。尸体拒不移离医疗场所的，保卫处应及时向公安机关等主管部门报告，与公安机关一起做好尸体处置工作，确保尸体及时移离医疗场所。

第十六条 党委宣传部应建立和完善医疗纠纷舆情应对机制，应实时监测医疗纠纷相关舆情，加强对医疗纠纷舆情的分析研判，实时把握事件发展态势，并与相关部门及时沟通，防止医疗纠纷舆情事件对医院造成不良影响。医疗纠纷舆情危机事件发生时，党委宣传部应与相关部门及时沟通、快速反应、共同应对，确保信息渠道畅通，掌控话语权，正确引导社会舆论，避免对医院造成不良影响。

第四章 医疗纠纷责任

第十七条 医疗纠纷责任人受到卫生行政等部门处理的，按相应处理意见办理。

第十八条 依据医疗纠纷发生原因和责任严重程度等，按照《医疗机构从业人员行为规范》、《事业单位工作人员处分暂行规定》、《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》等相关规定报院党委会或院长办公会讨论决定后给予责任人处理或党纪、政纪处分。

第十九条医疗纠纷产生赔偿的，相关责任人应当按比例承担赔偿额，责任人承担的赔偿额按院赔偿总额分段比例累加计算，扣到责任人的绩效核算单元，具体承担比例如下：

1、赔偿额≤10 万元部分，科室承担 30%；

2、10 万元<赔偿额≤30 万元部分，科室承担 20%；

3、赔偿额>30 万元部分，科室承担 10%；

4、医疗安全委员会根据纠纷性质、严重程度、责任大小等情况，可以对经济处罚比例作出上浮 10%-20%的调整。

5、医疗纠纷涉及多科室的，各科室承担责任比例由院医疗安全委员会采取无记名投票表决决定。

6、医疗纠纷经院医疗安全委员会讨论后认为存在一定问题，不宜进行民事诉讼，而当事人认为不存在问题，要求进行民事诉讼的，法院判决或调解赔偿额高于院医疗安全委员会认定的赔偿额的，医院只承担院医疗安全委员会认定赔偿额的 70%，其余赔偿额由责任人承担。

第二十条 经医院批准开展的新业务、新技术，在充分履行告知义务，积极采取防范措施，没有明显违反相关法律、法规、规章、医疗操作规范和医院各项医疗制度的情况下发生的医疗纠纷赔偿可以减轻当事人的责任，具体减轻责任的比例由院医疗安全委员会讨论决定。

第四章 附 则

第二十一条 本办法自印发之日起实施。

泗洪县第一人民医院医疗纠纷突发事件应急处置预案

第一条 为有效预防和处置医疗纠纷突发事件，对医疗纠纷引发的突发事件作出快速反应，建立医疗纠纷突发事件多部门、多科室联合处置机制，规范医疗纠纷突发事件处置程序，保障医患双方合法权益，维护正常医疗秩序和社会稳定，制定本预案。

第二条 本预案适用于我院各科室医疗过程中发生的严重影响医疗工作秩序和社会稳定的医疗纠纷突发事件应急处理。医患双方在医疗活动中，对医疗过程和结果在认识上产生意见、分歧及争议，不能通过正常途径解决，发生危害医院财产和医务人员、患者人身安全及严重破坏医疗秩序的行为，甚至引发社会治安事件或群体性事件，包括但不限于以下几种形式：

1、有职业医闹或社会黑恶势力等参与，造成打、砸、抢、烧等严重违反《治安管理处罚法》及严重扰乱正常诊疗秩序的行为。

2、在医疗机构内停尸闹丧、身着孝服、设灵堂、烧纸钱、摆花圈、拉横幅标语、张贴大字报、围堵大门、堵塞交通、占据医疗机构办公场所，干扰医疗机构正常秩序的行为。

3、阻碍医师依法执业，侮辱、诽谤、威胁、殴打医务人员或者侵犯医务人员人身自由、干扰医务人员正常生活，情节严重的。

4、发布侮辱、恐吓等不良信息，公然侮辱或者捏造事实诽谤、辱骂医务人员，干扰医务人员及其家属正常工作、生活的。

5、在网络发布信息，形成网络舆情，对我院造成不良影响的。

6、有其它严重影响医疗秩序的行为，经劝说无效的。

第三条 为加强对医疗纠纷突发事件应急处置的组织领导，医院成立医疗纠纷突发事件处置应急领导小组，分设接待处理组、调查分析组、安全保卫组、宣传报道组、后勤保障组。

接待处理组

按纠纷所涉业务范围，由医患沟通办公室、门诊部、护理部、行风办等部门牵头接待处理。接待处理部门做好患方投诉人的接待、记录工作，归纳医疗纠纷争议焦点和经调查核实的情况，向院医疗安全委员会提出书面报告，紧急、特殊情况应及时向分管院领导汇报。

调查分析组

医疗纠纷突发事件发生后由院医疗安全委员会授权医患沟通办公室组织临时专家组及时进行讨论、决定处理方案。临时专家组由 3-5 名以上相关专业高年资副高以上职称专家组成，对事件经过、诊疗行为是否有过错、纠纷处理意见等进行讨论、决议。纠纷接待处理部门依据临时专家组讨论决议，尽快解决纠纷，

避免造成严重不良影响，并将讨论决议及处理结果报院医疗安全委员会备案。

3．安全保卫组

1）保卫处负责医疗纠纷突发事件处理中工作人员的人身安全。保卫处接到医疗纠纷突发事件报告后，保卫人员应在 5 分钟内到达现场，保护医务人员人身及财产安全，维持现场秩序，收集医闹、暴力伤医证据，配合公安机关开展相关工作。

2)协助公安机关加强现场警力配备，及时有效控制局面，驱散无关人员，恢复医疗机构正常秩序，对涉及违法、犯罪的当事人依法采取强制措施，有效处理社会治安事件或群体性事件。

3)对于停尸病房的医疗纠纷，保卫处应及时向公安机关报告，协助做好尸体处理工作，确保尸体及时移离医疗场所。

4)医患双方沟通时，保卫处指派保卫人员全程陪同医院沟通代表，不得离开沟通现场，确保沟通代表人身安全。

4、宣传报道组

党委宣传部应建立和完善医疗纠纷突发事件舆情应对机制。党委宣传部应实时监测医疗纠纷相关舆情，加强对医疗纠纷舆情的分析研判，实时把握事件发展态势，负责同新闻媒体沟通，做好应对新闻媒体采访的准备工作，力求客观、公正报道医疗纠纷。医疗纠纷舆情危机事件发生时，党委宣传部应与相关部门及时沟通、快速反应、共同应对，确保信息渠道畅通，掌控话语权，正确引导社会舆论，避免对医院造成不良影响。

后勤保障组

病案室负责患者病案资料保管、复印。患方申请复印病历的，按照有关规定履行相关手续后，予以复印病历资料。信息中心、医保办负责患者相关信息查询、资料调取工作。

第四条 应急预案启动：医疗纠纷突发事件发生时，事发科室应积极主动报告相关管理部门。报告流程：护士→医师→科主任→医患沟通办、门诊部、护理部 →院领导。当事科室、医务人员须在 12 小时内就突发事件经过递交书面报告，科室同时提出初步处理意见，上报纠纷接待处理部门。

第五条 发生医疗纠纷突发事件科室的科主任、护士长为医疗纠纷突发事件应急处理第一责任人，发生医疗纠纷突发事件后，当事人员要及时向科主任、护士长汇报。科主任、护士长应全程参与医疗纠纷突发事件的应急处理，积极配合医患沟通办公室等相关部门做好医疗纠纷突发事件应急处理工作。

第六条 应急响应终止：医疗纠纷引发的突发事件得到有效控制，医院正常医疗秩序恢复后，医患双方通过协商或进入调解、诉讼等途径，应急预案响应终止，转入一般医疗纠纷处理程序。在医疗纠纷突发事件处置结束后，纠纷接待处理部门应及时向院安全委员会、院领导汇报医疗纠纷突发事件发生经过及调查处理的结果。

第七条 评估总结：医疗纠纷突发事件应急处理领导小组应对事件的发生、应急处置、处置结果进行全面评估与总结，对纠纷处理中发现的医院管理、医疗质量、医疗服务中的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。

第八条 本预案自发布之日起实施。

泗洪县第一人民医院合理用药制度

为加强医疗机构药物临床应用的管理，建立统一、规范的药物使用管理机制，推进临床合理用药，保障医疗质量和医疗安全，根据《卫计委发布关于加强全国合理用药监测工作的通知》（卫办医政发〔2009〕13号）文件精神，特修订我院合理用药管理办法：

1. 在医院“药事管理与药物治疗学委员会”下设“合理用药管理组”（下称“管理组”），由医务、药学、院感、护理、信息、医保、检验、临床专家等组成。办公室设在医务科，负责日常工作。
2. “管理组”结合医院实际制订本院临床合理用药监督管理细则，根据本单位用药情况提出合理用药目标和要求，并组织实施；定期开展合理用药评价，对各科室药物使用情况进行分析，对存在的问题及时提出改进措施；定期公布全院及重点科室的常见病原菌及耐药情况，提出临床经验用药方案；定期组织医务人员进行合理用药知识宣教，努力提高本单位药物合理使用水平。
3. “管理组”应积极开展工作，每月举行一次例会，根据检查情况判断用药合理性，考核、奖惩不合理用药情况，并将结果在一定范围内进行通报。对重点人员由纪委谈话，进行教育。对药品超量情况，进行限量或停止使用。
4. “管理组”下成立“合理用药工作组”，“管理组”办公室定期或不定期组织工作组进行病历、处方用药检查，并进行分析评价，着重对下列情况进行监测：
   1. 制定各科室抗菌药物临床应用考核指标，包括使用率、使用强度，手术相关科室还包括预防用药率及合理率，每月考核。
   2. 每月考核门急诊抗菌药物处方比例。
   3. 对抗菌药物应用数量、金额在前10位的品种及前10名的人员用药进行督查。
   4. 定期对围术期抗菌药物使用进行督察。
   5. 对辅助性用药数量、金额在前5位的品种及前10名的人员用药进行督查。
   6. 对医保超支用药情况进行督查。
   7. 对因剂型、规格等包装发生改变的药品用药情况进行督查。
   8. 对临床违反药品说明书的用药情况进行督查。
   9. 对发生药品不良事件的用药情况进行督查。
   10. 对中药注射剂用药情况进行督查。
   11. 对高危药品用药情况进行督查。
   12. 对门诊处方用药情况进行督查。
   13. 对发生异常用药情况的药品进行督查。
5. 对药物用量动态监测和超常预警的用药情况，按规定每2月一次，对其他用药情况进行定期和不定期抽查，至少每月一次，并对抽查情况做好记录和台账。每月底前上报院“管理组”办公室。
6. 对因剂型、规格等包装发生改变的药品，药材科及时跟踪、分析、评价，并按规定做好台账。
7. 其他医院或地区发生不良行为异常用药情况，及时跟踪并将结果上报院“管理组”办公室。
8. 合理用药应作为本单位医疗质量管理和综合目标管理的重要内容，按照临床诊疗规范《抗菌药物临床应用指导原则》的要求，定期开展门诊和住院病人合理用药的评价工作，并将科室使用情况纳入医疗质量考核指标，个人使用情况与评优、评先及绩效考核挂钩。

泗洪县第一人民医院医疗不良事件主动报告激励制度

一、主动报告原则

1、主动报告制度依据保密性、自愿性和非处罚性为处理原则,鼓励医务人员主动报告。 

2、报告者可以报告自己发生的问题,也可以报告所见他人发生的问题。如原报告系统采取了匿名的形式,对报告人应严格保密。

3、主动报告者应遵循真实、本人亲身经历的原则陈述事件,不得故意编造虚假情况,不得诽谤他人,否则将根据其造成的后果和影响,承担相关的行政和法律责任。 

4、报告中违反相关规定和制度的行为,属于非主观故意,未造成后果的免于处罚。 

5、主动报告人员为消除医疗、护理安全隐患提出合理化建议的,对保障医疗、护理安全有贡献的,经医务部或护理部讨论决定将给予适当奖励。 

二、医疗安全不良事件报告程序

当发生不良事件后，当事人应立即报告科主任和医务部或护理部，填写书面《医疗安全不良事件报告表》，记录事件发生的具体时间，地点，过程，采取的措施等内容，一般不良事件要求24～48小时内报告，重大事件，情况紧急者应在处理的同时，口头上报告医务部或护理部，医务部或护理部接到报告后立即调查分析事件发生的原因，影响因素及管理等各个环节，并制定改进措施。针对科室报告的不良事件，组织相关人员分析制定对策，及时消除不良事件造成的影响，尽量将医疗纠纷消灭在萌芽状态。每月在医护质量通报上公布分析处理结果，并跟踪处理及改进意见的落实情况，落实情况列入每月的考评内容。

三、医疗安全不良事件报告的内容

根据医疗安全不良事件所属类别不同，我院划分为18类，内容涵盖医疗，护理，医技等部门。

1、病人辨识事件：诊疗过程中的病人或身体部位错误。

2、治疗、检查或手术后异物留置体内。

3、手术事件：麻醉手术过程中的不良事件。

4、呼吸机事件：呼吸机使用相关不良事件。

5、药物事件：医嘱，处方，调剂，给药，药物不良反应等相关的不良事件。

6、特殊药品管理事件：病人在院内自行服用或注射管制药品。

7、跌倒事件：因意外跌至地面或其它平面。

8、院内感染相关事件：可疑特殊感染事件。

9、医疗沟通事件：因医疗信息沟通过程或沟通信息失真导致的不良事件，包括检验，检查结果判读错误或沟通不良。

10、医疗处置事件：诊断，治疗，技术操作等引起的不良事件。

11、检查，治疗或手术后神经受损。

12、输血事件：医嘱开立、备血、传送及输血相关不良事件。

13、医疗设备事件：设备故障导致的不良事件。

14、伤害事件：言语冲突、身体攻击、自伤等事件。

15、病人不满：病人或家属对工作人员不满。

16、针扎事件：包括针刺、锐器刺伤等。

17、医疗器械事件：内固定断裂、松动。

18、其它事件：非上列之异常事件。

四、医疗不良事件奖惩机制

⒈每年由医务部和护理部对不良事件报告中的突出个人和集体提出奖励建议并报请院办公会通过。

⒉定期对收集到的不良报告进行分析，公示有关的好建议给予表扬。

⒊医疗安全不良事件隐瞒不报，与科室当月综合质量考评挂沟，不良事件报告落实差的科室，年底与科主任综合目标考核挂沟。

⒋若医疗安全不良事件隐瞒不报，最终引发医院赔款，在医院医疗纠纷赔款标准基础上酌情上浮。

⒌当不良事件发生时，当事者应主动上报，若应报告而未报告（48小时内应完成书面报告），经发现后将追究相关责任。

⒍不良事件的当事者若未主动报告，他人亦可报告，经查证确认后，报告者给予表彰或表扬。

⒎对个人报告者保密的前提下给予奖励，并给予不具名的公开表彰，定期对及时整改和持续改进的科室和个人给予表扬。

泗洪县第一人民医院医疗不良事件报告制度

医疗不良事件报告是医务人员根据规定的要求和途径，上报已经发生的医疗不良事件，通过全员职工及时、主动地报告影响病人安全的事故隐患或潜在风险，管理人员收集分析医疗不良事件发生的原因，采取相应的措施，最大限度地避免类似事件的再次发生，以达到持续改进医疗质量，减少医疗缺陷，防范医疗不良事件的发生，确保医疗安全的目的。

一、建立医疗不良事件报告制度的目的:

医疗不良事件的全面报告有利于医疗管理部门对医疗纠纷、事故和隐患有宏观的认识，便于分析原因及处理的合理性，从而制定行之有效的控制措施。

二、建立医疗不良事件报告制度的原则：

坚持行业性、自愿性、保密性、非处罚性和公开性的特性

三、医疗不良事件的认定:

医疗不良事件是指临床诊疗活动中以及医院运行过程中，任何可能影响病人的诊疗结果、增加病人的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。按照产生原因，医疗不良事件可分为一般医疗不良事件和重大医疗不良事件两类。

1、符合下列条件之一者，为一般医疗不良事件：

（1）医务人员在诊疗护理过程中按技术操作规程进行诊疗护理，但由于诊疗、治疗护理水平有限等原因过失而造成患者人生损害的事件。

（2）医务人员在诊疗护理过程中按技术操作规程进行诊疗护理，但因实验检查器械或设备原因过失而造成或未造成患者人生损害的事件。

（3）医务人员在诊疗过程中按技术操作规程进行诊疗护理，但因在诊疗或操作过程中，未能预见或预见不够等原因过失而造成或未造成患者人生损害的事件。

（4）医务人员在诊疗护理过程中未能充分尊重患者的知情同意权，是医疗信息沟通过程或沟通信息失真导致的不良事件。

（5）医疗机构设施存在缺陷，未尽到足够的安全义务导致的不良事件。

2、符合下列条件之一者，为重大医疗不良事件：

（1）擅离职守对急危重患者借故推诿拖延，贻误诊治和抢救时间；

（2）诊治中遇到明知复杂疑难问题，不请示或不执行上级医师的指导，擅自处理；或在抢救危重病人时，上级医师在接到下级医师报告后不及时处理；

（3）手术治疗中开错部位、搞错器官、遗留异物在病人体内的；

（4）麻醉方式、部位、药物剂量错误，麻醉过程中不认真观察病情变化；

（5）因不遵守操作规程、不查对而造成错发、错配、错用药物、或违法药物配伍禁忌、或不按规定做药物过敏试验。

（6）护理中不按规定交接班、不遵守医嘱、不严格执行查对制度等，违法作规程。

（7）不认真执行消毒隔离制度和无菌技术操作规程，供应的器械、敷料、药品不符合要求。

（8）检验、病理、放射等技术诊察中，丢失活弄错标本，拍错部位，配错血；漏报、错报、迟报结果及违反操作制度与操作规程延误治疗。

（9）不按医疗原则，滥用毒麻限制药品，不见病人乱开药、开错药。

（10）患者治疗过程中发生意外事件或严重并发症，或患者病情危重，家属对诊断、治疗效果不满意，有发生医疗纠纷征兆的。

四、医疗不良事件报告

一般医疗不良事件发生后，当事人或现场人员应在2小时内向科主任、主管部门、相关职能部门报告；重大医疗不良事件发生后，当事人或现场人员应在30分钟向科主任、主管部门、相关职能部门报告，并及时填报医疗不良事件报告表，相关部门在事件处理终结后应对事件发生的原因、经过、结果进行分析，提出整改意见并及时反馈，规定整改时间、责任到人。医疗不良事件发生后，当事人应积极采取有效措施，妥善处理好病人，应尽量避免事件原因对病人产生危害或阻止危害进一步扩大。科主任和当事人应积极参与和配合相关部门了解情况，查明真相，妥善处理好病人后续治疗问题，尽量使病人危害减少到最小程度。

五、医疗不良事件报告奖励

医院积极鼓励医疗不良事件报告，各科室和职能部门各级各类人员发现医疗不良事件均有义务和责任向有关部门报告，科室应制定不良事件处理预案，并对本科室人员处置不良事件流程进行培训，有典型意义的应组织讨论，吸取教训。

1、凡及时医疗不良事件（不含当事人）将根据事件大小、性质、后果给予报告人适当奖励。

2、当事人及时报告一般医疗不良事件，对未造成医疗损害后果及损失的，一律免责，对已造成医疗损害后果及医院损失的，根据事件发生的原因、性质、结果，可免除或减轻当事人的处罚。

六、医疗不良事件隐瞒责任追究

医院各级人员已发现不良事件，应及时向规定部门报告，不得瞒报，迟报或者授意他人瞒报、迟报。对医疗不良事件已经发生或能预见发生的当事人，隐瞒不报、迟报，或者授意他人瞒报、迟报，一经查实严肃处理。

1、一般医疗不良事件未及时上报，后经查实未查实不良后果者，将给予当事人院内批评教育。

2、一般医疗不良事件未及时上报，导致严重后果的，将根据事件大小，性质和后果程度给予全员通报批评并依据后果给予相应处罚。

3、重大医疗不良事件未及时上报，未产生严重后果的，给予全员通报批评，取消责任人及所在科室当年评优评先资格，并给予相应的经济处罚。

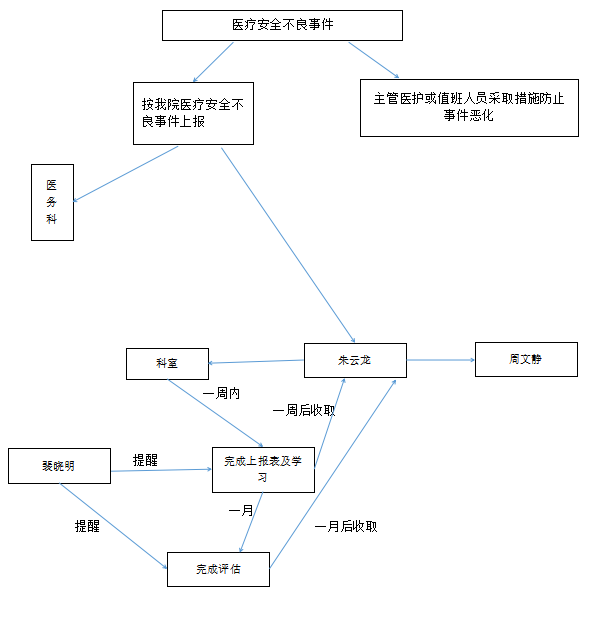
4、重大医疗不良事件未及时上报一旦产生严重后果的，给予责任人待岗或辞退，给予科室负责人免职处理。

七、医疗不良事件报告制度的执行

1、造成社会影响的重大医疗纠纷，责任关系不清、或当事人对科室分析处理有争议的病例，有医务科主持，组织相关人员进行讨论，。其余纠纷争议病例有所在科室组织病案讨论，医务科视具体情况派人参加科室讨论后2日内形成书面材料递交医务科存档。

2、事件处理完毕，医务科根据情节，按照相关规定给予当事人相应的处罚；选择适当时机，在一定范围内组织案例讨论、分析、吸取教训。

附：泗洪县第一人民医院不良事件上报流程



泗洪县第一人民医院医疗（不良）事件报告管理办法

（试行）

医疗安全（不良）事件（简称不良事件）报告是发现医疗安全隐患，防范医疗事故、提高医疗质量、促进医疗管理和医疗技术进步和保障患者利益的重要措施。

通过报告不良事件及疑似不良事件，及时发现潜在的不安全因素和事故隐患，有效避免医疗差错与纠纷的发生，保障患者的安全，具体管理办法如下：

一、不良事件的定义

医疗安全（不良）事件是指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中，任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

二、不良事件的分级

依据对患者损伤的程度，不良事件分为四级。

Ⅰ级事件（警告事件）——非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

警告事件采取强制性报告管理，包括但不仅限于《侵权责任法》和《医疗事故处理条例》中界定的一、

二级医疗事故、原卫生部《医疗质量安全事件报告暂行规定》中规定的特大医疗质量安全事件、重大医疗质量安全事件、原卫计委《医疗安全（不良）事件/错误报告》内九级损害分级界定中的 I 级、H 级、G 级事件。

Ⅱ级事件（不良后果事件）——在医疗过程中因诊疗活动而非疾病本身造成的患者机体与功能损害。

不良后果事件采取强制性报告管理，包括但不限于《侵权责任法》和《医疗事故处理条例》中界定的三、四级医疗事故，原卫生部《医疗质量安全事件报告暂行规定》中规定的一般医疗质量安全事件、原卫计委《医疗安全（不良）事件/错误报告》内九级损害分级界定中的 F 级、E 级、D 级事件。

Ⅲ级事件（未造成后果事件）——虽然发生了错误事实，但未给机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

未造成后果事件采取鼓励性上报管理，还包括原卫计委《医疗安全（不良）事件/错误报告》内九级损害分级界定中的 C 级和 B 级事件。

Ⅳ级事件（隐患事件）——由于及时发现，错误在实施之前被发现并得到纠正，未造成危害。

隐患事件采取鼓励性上报管理，包括原卫计委《医疗安全（不良）事件/错误报告》内九级损害分级界定中的 A 级事件。

三、不良事件的类别

根据医疗不良事件所属类别不同，我院划分为7类:

1. 病房诊治问题：包括错误诊断、严重漏诊、错误治疗、治疗不及时、院内感染等。

2. 不良治疗：包括错用药、多用药、漏用药、药物不良反应、输液反应、输血反应等。

3. 意外事件：包括跌倒、坠床、烫伤、自残、自杀、失踪、猝死等。

4. 辅助诊查问题：包括报告错误、标本丢失、标本错误、检查过程中出现严重并发症等。

5. 手术相关问题：如手术患者、部位和术式选择错误、患者术中死亡、术中术后出现并发症、手术器械遗留在体内、住院期间同一手术的再次手术、 麻醉相关事件等。

6. 医患沟通：包括医患沟通不良、医患语言冲突、医患行为冲突等。

7. 其他非上列导致医疗不良后果的事件。

四、接收报告部门

1. 医疗不良事件尚未发生纠纷的或者有发生纠纷苗头的上报医患沟通办公室/医务部/门诊部。

2. 护理不良事件上报护理部；

3. 院内感染及传染病相关不良事件报感染管理科；

4. 药品不良事件上报药剂科；

5. 输血不良事件上报输血科/检验科；

6. 器械及设备不良事件上报设备科；

7. 设施(水、电、建筑等)不良事件上报后勤/总务科；

8. 服务/行风不良/无法分类事件上报院办；

9. 治安及保卫安全不良事件上报保卫处;

10. 摔伤、跌例、氧气、吸引器、电梯等不良事件上报后勤/总务科。

五、医疗不良事件报告、处理流程

1. 当发生不良事件后，科室负责人督促当事人填写书面《医疗不良事件报告表》，记录事件发生的具体时间、地点、过程、采取的措施等内容。一般不良事件要求24∼48h内报告，重大事件、情况紧急者（不良事件可能迅速引发严重后果的，如意外坠楼、术中死亡、住院期间意外死亡等）应在处理的同时口头或电话上报告职能部门，院总值班。

2. 职能科室接到报告后立即调查分析事件发生的原因、影响因素及管理等各个环节，制定对策及整改措施，督促相关科室限期整改，及时消除不良事件造成的影响，尽量将医疗纠纷消灭在萌芽状态。

3.涉及药物不良反应、院内感染、输血反应的实行双重填报。

4. 每月5日前各相关部门应将本部门上月医疗不良事件报告及处置情况统计汇总后报医务处备案。

六、奖惩办法

1. 基本要求：

（1）每个医疗组年度上报至少≥3 例/年；每个病区护理单元年度上报至少≥2 例/年,医技科室年度上报至少≥4 例/年。

（2）上报内容包括不良事件发生的时间、地点、患者情况、损害程度、原因分析等。

（3）上报的不良事件内容真实，可追溯。

2. 奖励：

（1）鼓励自愿报告，对主动报告且积极整改者，每例给予 50 元奖励。对阻止重大安全事故发生的报告者每例给予 500 元奖励【1】。

（2）对提出建设性意见，给予表扬和奖励；对避免医院重大损失等特殊情况报经院党委或院长办公会同意给予特别嘉奖。

（3）上报的不良事件不作为处理责任人的依据。

3. 惩罚：

（1）隐瞒不报经查实，视情节轻重予以经济处罚，每例50-100元。

（2）对已发生投诉，科室尚未按不良事件上报的，经调查投诉情况属实的，扣 500 元/例。

（3）经调查上报情况不属实，存在弄虚作假的，取消奖励，并按 200 元/例扣罚。

（4）迟报、漏报、少报不良事件情况纳入科主任、医疗组长、护士长的年终考核。

七、不良事件信息的分析与持续改进

1. 相关管理部门需每季度对不良事件分析一次，分析统计的结果进行公示；及时跟进易发不良事件的人、岗位、诊疗环节及患者情况；对典型的、对医院产生重大影响的不良事件尽早介入，协调相关部门尽量控制不良事件的发展。

2. 相关管理部门根据不良事件统计情况对全院进行质量安全教育，增强全员质量与安全意识，对重点易发的个人、部门联系实际进行案例教育。

3. 相关管理部门对易发不良事件的人员、科室下发医疗安全持续改进建议书，有针对性的制定持续改进措施，督促整改，通过持续改进不断完善诊疗环节。对带有规律性的薄弱诊疗环节及时实行预警管理，提前制定对策，预防不良事件发生。

4. 每年度对全年不良事件上报进行总结、通报，根据相关规定进行奖惩。

六、以上规定自本通知下发之日起开始实施。

泗洪县第一人民医院电子病历应用管理规定

一、实施电子病历系统的管理部门

1.医务部、护理部负责电子病历系统医疗规则的制定、应用、质量控制和封存。

2.病案统计室负责出院病历的管理,包括:归档、保管、调阅、质控检查、储存和复制。

3.信息中心负责电子病历系统建立、运行、维护与变更。

二、电子病历系统使用身份获取及权限

1.临床医护人员电子病历使用身份获取以临床科室为单位,一个用户名对应一名操作人员。

2.本院执业医师申请电子病历使用身份,由本人提出申请,填写《电子病历使用身份申请表》,经所在科室主任同意,报医务部批准备案后,由信息中心发放用户名和初始密码。

3.规范化培训阶段的医师、进修医师申请电子病历使用身份,由科教处提出申请,填写《电子病历使用身份申请表》,明确在各专科学习工作的时限,交医务部批准备案后,由信息中心发放用户名和初始密码。

4.实习生、研究生电子病历使用身份由临床学院、护理部提出申请,填写《电子病历使用身份申请表》,由信息中心授权,临床学院、护理部专人负责维护。

5.护理人员申请电子病历使用身份,由本人提出申请,经护理部批准备案后,由信息中心发放用户名和初始密码。

6.各级医师有病历书写、浏览修改,病历质量控制和病历检索等操作权限,上级医师对下级医师书写的病历有修改、质量控制权限。

7.领取电子病历用户名和初始密码后,应及时修改初始密码,并对本人身份标识的使用负全部责任;使用过程中如遇密码遗忘,可向信息中心申请办理密码重新设置事项。

三、电子病历书写及打印

1.电子病历书写应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则,书写符合卫生部《病历书写基本规范》(2010版)和江苏省卫生厅《病历书写规范(第四版)》的要求。

2.书写电子病历时同一患者的相同信息可以复制拷贝,拷贝内容必须校对,不同患者的信息,只能复制描述结构,不得复制内容。

3.医护人员按照规定时限书写、修改、审阅电子病历后,须打印并由相关医务人员签名后,方具有法律效力。

4.使用文字处理软件编辑、打印的病历文档,不属于电子病历。

5.电子病历打印纸张为16开打印纸。

6.医务人员必须严格遵守病历保密规定,不得随意打印病人电子病历,打印失败的病历必须及时销毁。

7.打印字迹应清楚易认,符合病历保存期限和复印的要求,打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改,已完成录入打印并签名的病历不得修改。

8.患者出院7天内,医务人员必须书写完全部电子病历,打印签字后提交归档,如在规定时限内未提交归档,电子病历将自动归档。

9.电子病历归档后不能添加和修改。

10.电子病历部分项目书写、打印时限一览表。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 书写完成时限(小时) | 打印时限(小时) |
| 入院记录(含再次或多次入院记录) | 24 | 48 |
| 首次病程录 | 8 | 48 |
| 主治医师首次查房记录 | 48 | 48 |
| 转出记录 | 转出前 | 转出前 |
| 紧急情况转出后6h | 即时打印 |
| 转入记录 | 24 | 满页打印 |
| 抢救记录 | 抢救结束后6h | 即时打印 |
| 有创诊疗操作记录 | 操作完成后即刻书写 | 满页打印 |
| 会诊记录 | 会诊后即刻完成 | 即时打印 |
| 术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、手术同意书、麻醉同意书、授权委托书 | 术前 | 术前 |
| 手术记录 | 术后24h | 即时打印 |
| 术后首次病程记录 | 术后即刻 | 满页打印 |
| 出院记录、死亡记录 | 出院后24h | 即时打印 |
| 死亡病例讨论记录 | 患者死亡一周内 | 满页打印 |
| 特殊检查、特殊治疗同意书 | 检查、治疗前 | 即时打印 |
| 病程记录 | 病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次 | 即时打印 |
| 病重患者，至少2天记录一次 | 满页打印 |
| 病情稳定的患者，至少3天记录一次 | 满页打印 |
| 24小时内入出院记录 | 24 | 即时打印 |
| 24小时内入院死亡记录 | 24 | 即时打印 |
| 住院病案首页 | 24 | 即时打印 |

说明:病历书写和打印完成时间,均以患者入院时间为起始点计算。

四、电子病历的质量控制

1.电子病历实行院级、科室(病区)、书写者三级质量控制体系,实行病历质量网络实时监控,发现问题及时反馈、及时解决,持续改进。

2.住院患者到病区办理入住手续的时间,为电子病历开始进行质量监控的时间。

3.院级质控按月进行,每月抽取一定比例的运行、归档病历,考核结果纳入医疗质量考核和医师定期考核中,并与职称聘用挂钩。

4.电子病历模板管理

①医务人员使用系统提供的模板书写病历。

②各科室要统一管理病种模板的存储,不得随意另创模板。

③如需系统外的模板,可提交医务部审核、论证后维护进系统使用。

5.关于电子病历的质控点

①入院记录须在24小时内书写完成,首次病程录须在8小时内书写完成。

②手术病历在手术前必须完成术前小结、术前讨论、手术同意书、麻醉同意书、授权委托书等所有相关记录,打印签字后存入病历。

③转科前,应将所有病历记录打印签名完成后再行转科。

④住院病案首页于患者出院后24小时内完成。

五、电子病案的管理

1.住院电子病历于患者出院时,经上级医师审核确认后归档,归档后的电子病历由病案统计室统一管理和使用,任何科室和个人不得利用用电子病历资料牟取不正当利益,不得损害电子病历所涉患者的合法权益。

2.现阶段电子病历采用电子数据和纸质版本同步保存的方式,归入病案室统一保存,储存期限与卫生部规定的纸质病历保存期限一致。电子数据储存的版本应与纸质版本完全一致,

打印的纸质版本应为电子病历的清洁版本,且统一规格、字体、格式、纸张等,确保打印出的纸质病历符合长期保存的要求。

1. 本院医务人员(含进修、实习人员)因医、教、研等工作需要,经专科主任批准后,向病案管理人员提出申请、办理调阅手续后方可调阅使用;调阅人员应在约定的范围和时限内完成查阅,超出借阅时间,病历将自动收回病案室保管。

泗洪县第一人民医院处方权管理制度

为了加强执业医师管理,规范医师处方权,按照《医疗机构管理条例》、《执业医师法》《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》《麻醉药品临床应用指导原则》《精神药品临床应

用指导原则》和《医师定期考核办法》等相关规定,现对我院的处方权管理提出如下管理办法：

1.医师要取得处方权,必须具备医师资格证和注册在我院的医师执业证书。

2.新职工或外院调入人员(包括已取得医师执业证书者),进院后须及时办理变更注册手续,待取得注册在我院的医师执业证书后方可参加医务部组织的处方权培训,经考核合格后授予处方权。

3.医师要开具麻醉处方,应具备主治以上任职资格同时参加麻醉药品临床使用与规范化管理培训,考试合格并获得《麻醉药品临床使用与规范化管理培训考试合格证书》。

4.取得处方权的医师临床用药权限以卫生厅认定的资格为准,按其注册的执业类别和执业范围行使处方权。

5.医师应当在医务部、药剂科签名留样和处方章备案后,方可开具处方。

6.退休、辞职和解聘人员,医院收回其处方权。退休返聘人员需要聘用科室到医务部备案后继续行使处方权。

7.申办《麻醉药品专用卡》的《癌症诊断证明书》须由获得麻醉处方权的高级职称医师出具并加盖处方章。

8.进修医生和研究生暂不授予处方权。

9.临床医师在行使处方权过程中,如有违反《执业医师法》、《处方管理办法》、《麻醉药品临床应用指导原则》、《精神药品临床应用指导原则》和《医师定期考核办法》等规定情形者,参照相关规定处理。

10.出现下列情形之一的,处方权予以取消:(一)被责令暂停执业;(二)考核不合格离岗培训期间;(三)被注销、吊销执业证书;(四)不按照规定开具处方,造成严重后果的;(五)不按照规定使用药品,造成严重后果的;(六)因开具处方牟取私利。

11.丢失处方章,应及时向医务部及药剂科报失,暂停处方章使用,一月后由医务部补发;私刻处方章一经发现,停止处方权,经培训合格后重新发放处方权;未取得处方权或被取消处方权的医师开具处方的,依法给予行政处分。

12.取得处方权的医师,有权开具《病情证明书》、《死亡医学证明书》及其他医疗文书。出具虚假证明材料者,情节轻微的给子行政处分,停止处方权6个月;出具虚假证明延误治疗、给患者造成精神伤害或者其他危害后果的,给予行政处分,停止处方权1年,并处以相应的经济处罚。

泗洪县第一人民医院手术分级管理制度

一、手术分级

根据手术的风险性、复杂性和技术难易程度不同,手术分为四级(包括介入、腔镜等各种微创手术)：

(一)一级手术:风险较低,过程简单,技术难度低的普通手术。

(二)二级手术:有一定风险,过程复杂程度一般,有一定技术难度的手术。

(三)三级手术:手术风险较高,过程较复杂,技术难度较大的手术。

(四)四级手术:手术风险高,过程复杂,技术难度大的重大手术。

二、手术医师分级

手术医师应依法取得《医师资格证书》和《医师执业证书》。根据手术医师取得相应的卫生专业技术职务任职资格、受聘的专业技术职务、从事相关专业的年限,手术医师分级如下:

(一)住院医师

1.低年资住院医师:担任住院医师3年以内。

2.高年资住院医师:担任住院医师3年以上。

(二)主治医师

1.低年资主治医师:担任主治医师3年以内。

2.高年资主治医师:担任主治医师3年以上。

(三)副主任医师

1.低年资副主任医师:担任副主任医师3年以内。

2.高年资副主任医师:担任副主任医师3年以上。

(四)主任医师

三、各级医师手术权限

根据“医师服从医疗机构”的原则,医疗机构应在本规范限定的或卫生行政部门核定的手术级别范围内,根据对具有不同专业技术职务任职资格的医师开展不同级别的手术进行限定,并对其专业能力进行审核后授予相应的手术权限。

(一)低年资住院医师:在上级医师指导下,逐步开展并熟练掌握一级手术。

(二)高年资住院医师:在熟练掌握一级手术的基础上,在上级医师指导下逐步开展二级手术。

(三)低年资主治医师:熟练掌握二级手术,并在上级医师指导下,逐步开展三级手术。

(四)高年资主治医师:掌握三级手术,有条件者可在上级医师指导下,适当开展一些四级手术。

(五)低年资副主任医师:熟练掌握三级手术,在上级医师指导下,逐步开展四级手术。

(六)高年资副主任医师:在主任医师指导下,开展四级手术,亦可根据实际情况单独完成部分四级手术、新开展的手术和经省级以上卫生行政部门批准的临床试验、研究性手术。

(七)主任医师:熟练完成四级手术,开展新的手术,或经省级以上卫生行政部门批准的重大临床试验、研究性手术。

四、手术审批管理

医疗机构应建立严格的手术审批制度,按以下要求经审批后方可开展：

(一)常规手术审批

1.一级手术:由主治医师审批,并签发《手术通知单》。

2.二级手术:由科主任审批,高年资主治医师以上人员签发《手术通知单》。

3.三级手术:由科主任审批,副主任医师以上人员签发《手术通知单》,报医务管理部门备案。

4.四级手术:由科主任审批,高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》,报医务管理部门备案。

(二)特殊手术审批

1.凡属下列情形之一的可视作特殊手术：

(1)被手术者系外宾、华侨,港、澳、台同胞,特殊保健对象等。特殊保健对象包括高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人等;

(2)各种原因导致毁容或致残的;

(3)涉及法律风险,可能引起司法纠纷的;

(4)同一病人24小时内需再次手术的;

(5)高风险手术;

(6)邀请外院医师参加手术者的;

(7)人体器官移植手术;

(8)虽已广泛应用于临床,但在本院属首次开展的手术

(9)重大的新手术以及临床试验、研究性手术;

(10)卫生部和省卫生厅有其他特殊技术准入要求的。

2.特殊手术须组织科内讨论,填写《手术审批申请单》,经科主任签署意见,报医务管理部门审核、院领导审批后,由高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

3.第(4)种情形的特殊手术,如在非正常工作时间或病情危急的情况下,先组织科内讨论,经科主任签署意见并向医务管理部门、院领导汇报,经批准同意后先行手术,术毕24小时内补办手续。

4.第(8)种情形的特殊手术,须组织科内讨论,填写《手术审批申请单》,经科主任签署意见,报医务管理部门审核、院领导审批并报登记机关备案后,由高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

5.第(9)种情形的特殊手术,需报经省级以上卫生行政部门组织的论证,并经医学伦理委员会评审后方能在医院实施。对重大涉及生命安全和社会环境的项目还需按规定上报国家有关部门批复。

泗洪县第一人民医院医疗技术管理制度

为进一步规范医院医疗技术临床应用和完善新技术的准入、评估，保障医疗安全，提高医疗质量和医疗技术水平，根据国家卫计委《医疗技术临床应用管理办法》结合我院的实际，特制定本制度。

一、医疗技术服务应符合国家有关规定

（一）各临床医技科室提供的医疗技术服务，应当是核准的执业诊疗科目内的成熟医疗技术，并且具有相应的专业技术人员支持系统，能确保技术应用的安全、有效。

（二）不得使用未经卫生行政部门批准或安全性和有效性未经临床证明的技术；

（三）各科不得使用在临床应用卫生行政部门废除或禁止使用的医疗技术。

（四）对须经卫生行政部门特许批准范围的特殊医疗技术项目，必须遵循医学伦理与职业道德，严格遵守相关卫生管理法律、法规、规章、诊疗规范和常规，医院与医师应按照法规要求报批，未经批准的医院与医师严禁开展此类技术服务。

（五）进行的医疗技术科研项目，必需符合伦理道德规范，

按规定批准。在科研过程中，充分尊重患者的知情权和选择权，并注意保护患者安全。

（六）各科建立完善的医疗技术风险预警机制与医疗技术损害处置预案，并组织实施。

二、各科拟开展的新技术、新业务须报医院学术委员会审批后方能实施开展，要求：

（一）拟开展的新技术、新业务须与我院的等级、功能任务、核准的诊疗科目相适应；

（二）有相适应的专业技术能力、设备与设施及确保病人安全的方案；

（三）当技术力量、设备和设施发生改变，可能会影响到医疗技术的安全和质量时，应当中止此项技术。按规定进行评估后，符合规定的，方可重新开展。

三、建立健全医疗技术档案

（一）对新开展的医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现医疗技术风险，并采取应对措施，以避免医疗技术风险或将其降到最低限度，

（二）建立新开展的医疗技术档案，以备查。建立诊疗规范及质量考核标准新技术、新业务在临床正式应用后，医院及时制定发布临床诊疗规范、操作常规及质量考评标准，并列入质量考核范畴。

泗洪县第一人民医院术前病例讨论制度

一、目的

为了有效降低手术风险，保证患者手术治疗安全，特制定术前病例讨论制度。

二、定义

凡病情较重较复杂或难度较大的手术、新开展的手术、探查性手术或对年老体弱、合并其它重要疾病及有其它特殊情况的手术均要进行术前病例讨论流程标准。

三、职责

1.医务部负责制定和修订术前病例讨论制度。

2.手术科室的医师负责执行术前病例讨论制度。

3.手术科室主任负责监督和检查本科室术前病例讨论制度的执行。

4.医务部负责监督和检查全院术前病例讨论制度的执行。

5.主管院长负责监督检查医务部考核术前病例讨论制度的执行。

四、程序

1.术前讨论病例

（1）诊断尚不明确的探查性手术。

（2）诊断明确的大型手术，操作复杂的手术。

（3）并发症多或易产生严重并发症的手术。

（4）患者有重要脏器功能不全或体质特殊，易导致较大风险的手术。（5）需多科协作配合完成的手术。

（6）新开展技术项目的手术和外请专家开展的手术。

（7）初次担任某一中型以上手术的术者的手术。

（8）丙级类及以上手术均应在术前组织讨论。

2.术前病例讨论参加人员

（1）丙级、乙级类手术由诊疗组讨论，诊疗组人员参加。

（2）甲级类手术由全科组织讨论，由科主任主持，科内所有医师参加，手术医师、护士长、责任护士、麻醉科主任、手术室护士长参加。

（3）疑难、高危、特殊手术、致残手术、新开展手术、外请专家开展手术的须报医务部批准，全院术前讨论由医务部主任主持，相关科室人员参加。

3.讨论前准备

讨论前应将有关资料准备好，并通知相关人员参加，相关人员应详细查阅有关医学资料和书籍。

4.讨论内容

术前诊断及其依据；手术适应证；禁忌症；手术条件；术前准备、手术方法及步骤；麻醉方式、术中可能发生意外及其应对措施、是否履行了手术同意书签字手续；手术室的配合要求；术后注意事项；术后处理等

5.讨论记录、术前准备和术后小结

（1）术前讨论情况记入病历。术者及助手人员安排等，应如实记录所有参加讨论人员的发言及主持人的总结性发言。

（2）主持者应根据讨论结果，积极做好思想、组织技术、物资等准备工作，决定手术人选，如重大手术，按照规定填写特殊手术申请单报医务部审查批准。

（3）非急诊的大、中级手术的术前讨论应在手术前一天完成，会议纪要由主治医师记录并整理，经主任医师（副主任医师）或主治医师审签后列入病案和记录本内。

（4）主任医师（副主任医师）或主治医师对重大手术应根据手术的情况，尽早地完成术后小结，小结应较全面，总结经验教训，以提高技术水平，必要时，术后小结可邀请有关科室人员参加。

五、考 核

1.考核方法

（1）参加科室和全院术前讨论，考核讨论对象、准备、程序、记录是否符合规定要求。

（2）查阅疑难术前患者病历，《术前病例讨论记录本》，考核讨论是否及时、是否分别按发言人记录、有无结论性意见及审签。

2.考核周期

（1）临床科室主任每月对本科室考核一次，并进行反馈，上报医务部。

（2）医务部每月对全院考核一次，并进行反馈，并上报主管院长。

（3）主管院长每月对医务部考核术前病例讨论制度执行情况进行考核，并进行反馈。

六、罚则

1.对于未按规定组织术前讨论科室，科主任每次罚款100元。

2.对于未及时参加讨论者，每次罚款50元。

3.对于未按规定记录和审签者，每次罚款50元。

4.对于未按规定报告和填写《术前病例讨论记录》，每次罚款100元。

6.对于未完成术前病例讨论制度一级、二级质控者，每次罚款20--50元。

7.对于未执行术前病例讨论制度，导致医疗不良事件者，按《泗洪县第一人民医院医疗事故纠纷处理及医疗安全先进科室奖励办法》处理。

8.对于弄虚作假者,每次罚款100元,三次以上者,做开除处理。

七、附则

1.本制度为泗洪县第一人民医院医疗质量和医疗安全管理的核心制度。

2.本制度自2019年8月1日下发之日生效，最终解释权归医院医务部拥有。

输血管理相关制度

泗洪县第一人民医院供血工作制度

一、输血科应按照规定范围供血，特殊情况下经主管部门领导批准，方可对规定范围外的医疗供血单位供应。紧急情况下先应供应，同时按规定程序履行报批手续；

二、向临床供血时必须依据临床科室的申请和患者的病情，提供患者所须的血液及成分血；

三、严格执行《中华人民共和国献血法》和卫生部关于印发《临床输血技术规范》，做到临床规范用血；

四、遵循科学合理用血的原则，积极开展成分输血、自身输血，提高临床用血疗效，严防血源性传染病的发生与传播；

五、交叉配血和发血，必须严格执行规章制度和操作规程，必须做到双查双签，无禁忌方可发出。

泗洪县第一人民医院输血管理制度

一、严格掌握输血适应症，对于手术用血应事先做好计划。对输血量及所需各种成分血（红细胞、白细胞、血小板、血浆等）要严格掌握；

二、输血前必须对患者进行乙肝五项、丙型肝炎抗体、梅毒抗体、爱滋病抗体和谷丙转氨酶检测，阳性结果必须记录并告知患者（家属）；

三、患者需要输血时，医生应向家属讲请输血的利弊，与患者共同签定输血同意书后，方可输血；

四、输血申请单由经治医师填写，严格执行审批制度，经上级医师审签后同血样一起提前送至输血科；

五、为做到有计划地供血，除急诊外，凡需输血者均应提前申请，各种血液成分应提前1天，全血及红细胞悬液<2000ml提前2天，2000ml以上者提前3天；

六、工勤人员和家属一律不许代替医护人员取血和代替医师签字、填写血型、用血量以及改填输血申请单；

七、取血者与发血者应严格执行“双查双签”制度，共同认真查对科别、姓名、住院号、血型、血类、储血量、输血日期、交叉配合结果和血液质量，以确保输血安全；

八、输血时，必须由医护人员密切观察有无不良反应，遇有疑问或异常情况时，应立即停止输血，并通知输血科查找原因，待查清原因后再作处理；

九、从输血科取走的血液，因强烈震荡、破损、污染、放置室温时间过长而造成的浪费，应由用血科室负责；

十、输血后，如有输血反应，经治医生应及时填写《输血反应卡》，交输血科，血袋、输血器具于24小时内一并送回输血科，以便进行输血疗效观察和登记；

十一、为了防止保证输血安全，防止意外发生，血液从输血科取走后，一律不能再回输血科。

泗洪县第一人民医院血液质量管理制度

一、对血液中心取来的血液，必须进行核查，外包装应完好无损，标签填写完整，清楚，准确。

二、每天检查贮血质量，发现异常情况，如血浆层变色（变灰、变黑等）或出现气泡及絮状物，红细胞色泽变紫色等，不能发出使用。严重脂肪型的血浆不能发出使用。

三、病房已启封的及输剩的血液不能使用。

四、过期的血液不能使用。

五、每天询问输血反应及输血感染相关疾病情况，并作详细记录，发现较严重的输血反应要追踪查因，发现输血后感染相关疾病要及时上报医务科。

六、每天定时观察贮血冰箱温度，并作记录，确保冰箱正常运行及贮血安全。

七、如遇特殊情况确需启封血液时，必须在超净工作台上进行，启封后的血液必须立即输用，超净工作台需定期清洁消毒。

泗洪县第一人民医院输血科标本管理制度

一、配血标本送到输血科后，接受标本时，检查输血申请单上相关信息，如血量、标本条码号、姓名、血型、病房、床号齐全，如有遗漏应拒收；

二、初检和复检标本送到实验室后，要检查留样试管、标签、编号、血型是否齐全，注意标本份数、来源和日期等；

三、查血标本留样足量，并观察是否有溶血、乳糜血，如有上述现象应重新留取标本并做好记录；

四、受血者、供血者配血标本和全血复检标本，实验后要放冰箱4-6℃保留7天时间，以便病人用血后发生问题时，查找原因。血清标本应放在-20C以下温度保存半年以上，以备患者输血后发生输血反应和输血传染病的追查；

五、实验室废弃的血标本，必须在焚烧炉焚烧，以免污染环境；

六、阳性结果注意保密，阳性标本应严格管理，消毒后处理，所用实验器材，用后焚烧或消毒。

泗洪县第一人民医院输血科标本接收制度

一、初检和复检标本送到实验室后，要有转入交接和登记手续；

二、检查留样试管、标签、标号、姓名、血型是否齐全，如有遗漏应拒收。检查合格，双方签字，做好登记，注明标本份数、来源、日期等；

三、查血标本留样是否有3-4ml，并观察是否溶血、乳糜血，如有此现象应在留本并做好记录；

四、将血标本试管放37C水浴10分钟，以利血清的析出；

五、孵育后的标本，经离心后以次分发进行各项检测。

泗洪县第一人民医院回收血袋管理制度

一、输血科在发放血液制品时，按照发放的去向分两大类：手术室、各病区。

二、输血科对发放的血液制品严格按照血袋上的条形码编号，逐个记录在出库登记本上、并记录病区及签字；

三、病区、手术室在给病人输血完毕后，在2-8℃冰箱保留血袋二十四小时，送至血库。

四、血库对病区、手术室送回的，逐个记录在回收登记本上。

五、每天下午血库按照血液制品发出和回收的时间，逐个核对。

六、按以上数字集中在一起，由专人回收处理，在专用登记本上签字。

泗洪县第一人民医院报废血液制品处理制度

一、临床上退回输血科的血液制品、过期及需要报损的血液制品，用剪刀把血袋毁型，血液制品倒入2000mg/L有效氯溶液，血袋也置于2000 mg/L有效氯溶液浸泡60min，在回收血袋登记本上记录血袋条形码，并注明病区或报损情况及签字。

二、退回血库的血液制品、过期及需要报损的血液制品均由输血科负责人操作。过期报损的血液制品需在专用登记本上记录情况，说明原因。

三、当月月底填写报损申请表，交分管院长签字后送财务报损。

泗洪县第一人民医院输血反应登记制度

一、凡接到临床科室反映有输血反应时，输血科医师应及时深入临床科室，妥善处理并报告输血科负责人；

二、记录发生输血反应患者的姓名、血型、住院号、科室、所输血液制品的名称、献血员姓名、血液编号、输入量、反映症状、处理方法、结果等；

三、及时收回因输血反应未输完的血液，重复交叉配血和正反定型，必要时进行抗体检测以及其他相关检测；

四、将检测结果及时反馈给临床科室以利临床医师对症治疗；

五、输血科医师应经常深入临床科室，了解输血情况，及时发现输血反应，并宣传教育输血反应防治知识，提高临床诊断输血反应能力；

六、严重的输血反应，在处理后（必要时应及时）一周内由科领导上报医科。

泗洪县第一人民医院临床用血申请制度

一、申请用血应由经治医师详细填写《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备血，电话、口头备血无效。

二、申请用血必须抽取受血者血液3mL，连同申请单送检验科备用进行交叉配合试验。如果用血量超过800mL或4个单位以上，标本须酌量增加。

三、受血者配血实验的血标本必须是输血前1天的，逾时需重新抽血；一次输入3个献血者血液的受血者，如仍须输血，必须重新抽血做交叉配合试验。

四、血液均有不长的保质期，所有用血量尽量按照病情需要申请，避免浪费。

五、根据《医疗机构临床用血管理办法》2012版相关规定，临床用血申请单上要写明用血时间，非急救病人用血请提前一天备血；同一患者一天申请备血量少于800毫升的，由中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后方可备血；备血800毫升至1600毫升的，由中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科主任核准签发后方可备血；备血量达到或超过1600毫升的，由中级以上专业技术职务资格医师提出申请，科主任核准签发后报医务部门批准方可备血。

六、备用血以两天为限，逾期无效，但需延期使用者必须预先通知，以便及时补充备血。

七、新鲜血、全血、特殊用血（包括Rh阴性血液、冷沉淀、血小板、白细胞）必须提前一天与血库预约，以便血站及早预约、分离、洗涤、分装；新鲜血、全血备血必须经科主任签名，报医务科核准签字后送输血科与血站联系；临床特殊用血必须在规定的时间内尽早输用、及时记帐，避免浪费。

八、临床领取用血时，务必认真查对，一经出库不能退还。

九、以上未尽事宜，以2012年《医疗机构临床用血管理办法》为准。

泗洪县第一人民医院临床用血审核制度

一、临床医师应严格掌握输血适应症，正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术，提倡成分输血。

二、临床输血前经治医师应向病人交待有关输血的必要性和可能发生的后果。签署输血同意书，紧急抢救用血如家属不在场无法签字时应向医务科报告。

三、病房正常手术用血和治疗用血应提前一天申请，由经治医师填写《临床输血申请单》，由主治医师核准签字后与受血者血样一起在用血前一天送交储血室备血，双方进行逐项核对、签字验收。如病人未进行血型检查时，经治医师先申请进行血型检查。

四、医院紧急抢救用血由经治医生电话通知输血科用血血型、用血量，输血科接通知后及时联系血源。经治医生迅速将配血单填写好后送达输血科，如无血型应先由护士抽交叉血样送输血科。

泗洪县第一人民医院临床输血知情同意制度

一、输血治疗前，经治医生必须与患者或家属谈话。告知：

患者病况需要输血治疗；

输血可能发生不良反应；

存在经血液传播疾病的可能性。

二、为避免发生上述情况，经治医生应动员患者在可能情况下自身输血或家属、亲友互助献血。

三、凡异体血液输注需征得患者及其家属同意，并签订输血同意书后方能实施输血。

四、输血治疗同意书必须与病历同时存档。

泗洪县第一人民医院医院输血质量过程管理制度及监控流程

一、医院输血质量过程管理制度

1．血液必须保存在指定的血库冰箱内，温度应保持在4℃保

存温度不当可能导致血细胞破坏或细菌感染。血液自血库取出后应在30分钟内输入，若输血延迟，必须将血液归还血库保存。

2．严格遵守无菌操作原则和无菌操作技术规程。

3．严格执行核对制度。

4．根据医嘱进行输血，应向患者解释输血的过程，要求患

者及时报告不良反应。

5．输注两个以上供血者的血液时，应间隔输入少量等渗盐

水，避免产生免疫反应。

输入血液中不可加入其他药品或高渗性或低渗性溶液，

以防血液凝集或溶血。

输血过程中密切观察输血反应，尤其是输血开始15分钟，

护士应监测患者的生命体征和皮肤变化，密切观察有无先兆输血反应的症状和体征，并及时处理。若出现严重的输血反应，立即停止输血，输入生理盐水，余血和输血器送血库，分析原因并通知医生。

二、医院输血质量过程监控流程

1．输血申请单由经治医生填写，主治医师核准后签字。交护士站由护士采集受血者血样。

2．护士根据输血申请单填写的资料对受血者采集血样，采

集前核对患者姓名、性别、年龄、病案号、病室、床号、血型和诊断后采集血液3毫升放入紫色或蓝色试管内，上下混均3次，并在试管上写上患者姓名、贴上病人条码等，采血护士《临床输血申请单》中抽血人一栏签名，送交到输血科。

3．护士将病人标本送至输血科，与输血科接收标本者两人

共同核对病人相关信息以示确认。

4．交配试验须两人确认无误后方可通知护士取血（急诊除外）。

5．取血：取血与发血的双方必须共同核对、患者姓名、性

别、病案号、供血者条码、血型、血液品种失效期，所有项目一致，双方签字方可发出血液。

6．护士取回血后：

（1）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。

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、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进行输血。

取回的血应尽快输用，不得自行储血。输血前将血袋

内的成分轻轻混匀，避免剧烈震荡，血液内不得加入其它药物，如需稀释只能用静脉注射生理盐水。

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时，前一袋血输尽后，用静脉注射生理盐水冲洗输血器，再接下一袋血继续输注。

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。

（6）输血完毕后，输血记录单（交叉配血报告单）贴在病历中，血袋放冰箱保存24小时后放入医疗废物桶内，待回收处理。由后勤人员收集后统一销毁，注明收集时间和收集人签字。

泗洪县第一人民医院安全输血措施及预防输血感染制度

一、杜绝溶血性输血反应：急性溶血性反应大都是由于责任心不强所致（如配错血、临床抽错血）。迟发性溶血反应一般由于不规则抗体未能检测出来所致。控制方法：

ABO血型、Rh血型初检（检验科）；

复检ABO正定型、ABO反定型和Rh（D）血型；

抗体筛查，必要时做抗体鉴定；

交叉配血用卡和聚凝胺配血法；

疑难配血加用卡式抗人球蛋白法等。

二、避免和减少输血不良反应。

成分输血：根据病人实际需要，分别输入有关血液成分具

有疗效好，副作用小等优点。成分输血率达90%以上。

输用全血、红细胞悬液、洗涤红细胞制品时，进行白细胞

滤除，滤除率可达99.8%，可避免或减少由白细胞所引起的，非溶血性热源反应，避免或减少经白细胞传播病毒；避免或减少因细胞碎片微聚物引起的肺栓塞；避免或减少输血相关移植物抗宿主病（TA-GVHD）；避免或减少输血相关免疫抑制。

积极开展自身输血。

严格掌握输血适应症，输血科按有关规定，根据临床申请

和病人具体情况，

科学合理地调配供血。

三、杜绝责任性差错发生。

经治医师逐项填写“输血申请单”，内容完整、准确，输血科不接受缺乏必要资料或内容不准确的申请单。

1.护士抽血时，一定要核准病人身份，如姓名、性别、年龄、住院号、床号、血型等，立即贴好条码签，并在输血申请单上或试管上签名。

2.血样送达输血科时，由送检医护人员和输血科双方进行逐项核对。

3.输血科配血时，核对病人标本与申请单一致，检查血袋包装，标签填写内容；有效期及血液外观如颜色、凝块、颗粒、气泡、溶血等，正确无误时才可进行交叉配血。

4.配血合格后，由医护人员到输血科取血。

5.取血与发血的双方共同核对患者姓名、性别、住院号、床号、血型、血液有效期、配血结果以及血液外观，共同签字发出。

四、保证血液质量

1．储血条件、温度符合要求。

2．血液发出后不得退回。

五、输血不良反应处理

按照“输血不良反应处理程序”处理，填写不良反应回报单送输血科。

泗洪县第一人民医院临床输血的监护制度

一、临床输血的监护：

1.严格查对：由两名医护人员对“输血申请单”、交叉配血报告单和血袋标签上的内容逐一仔细核对；检查血袋有无破损、渗漏，血液有无凝块、变色等异常情况。

2.确认受血者：输血前，医护人员应面对受血者，核查受血者姓名、病床号（住院号）等资料，询问并让受血者或家属回答相关问题，以确认受血者并记录在案。

3.使用合乎国家标准的一次性输血器。

4.严格执行输血的无菌操作程序。

二、输血中监护：

1.除生理盐水外，输血前和输血过程中，不得向血液内加任何药品。

2.严格控制一般输血的速度：输血的前15分钟应缓输（每分钟为2毫升，约30滴）；15分钟后若受血者无不良反应，可酌情调整输注速度。

3.输血的全过程应随时观察受血者情况，尤其是输血开始的15分钟内，医护人员应留在受血者床边严密观察，以便一旦出现异常症状能及时发现。对婴幼儿、意识不清、全麻、用大量镇静剂等不能表述自我感受的受血者，尤应注意有无输血不良反应。

4.若发现可疑的输血不良反应时，医护人员必须立即报告主管医生及输血科迅速采取措施，缓输或停输血液及做出治疗处理。

三、输血后的监护：

1.输血科对受血者的血型、交叉配血等原始记录必须保存十年以备查。

若发生输血不良反应，应由临床医护人员向输血科提交“输血反应卡”及留有残余血液的血袋，由输血科调查。如怀疑输血不良反应与采供血机构有关，必须书面报告采供血机构，严重的输血不良反应则应报告上级卫生行政部门。

泗洪县第一人民医院输血不良反应与处理预案

【目的】 及时发现各种输血不良反应，正确及时对症处理，确保临床输血安全。

【范围】 包括受血者输入各种血液制品过程中或输注后发生用原来疾病无法解释的新症状和体征，以及评估和处理措施。

【程序】

一、输血过程中或输血后护士观察记录病人症状和体征，出现以下症状要减慢或停止输血，立即通知主管医师和输血科人员，静脉注射生理盐水维持静脉通路。

1、发热反应：输血中或输血后1-2小时内，体温升高1℃或以上，有时伴头痛、烦躁、皮肤潮红等。

处理措施：发热反应轻者，先减慢输血速度，若症状继续加重，应立即停止输血并通知医生，撤下输血器注明“输血反应”，查究原因并对症处理（高热给予物理降温，寒颤者保温），遵医嘱应用抗过敏药物，严密观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化。

2、过敏反应：荨麻疹、皮疹、哮喘、腹泻、血管神经性水肿，严重可出现过敏 性休克。

处理措施：除按发热反应处理外，按过敏性休克抢救；有呼吸困难者，给高流量吸氧，喉头严重水肿，协助医生作气管切开。

溶血反应：

急性溶血反应：寒战、发热、头痛、腰背痛、恶心、呼吸困难、血红蛋白尿、尿少，严重者出现DIC和急性肾功能衰竭，全麻下手术区出现严重出血及低血压。

迟发性溶血反应：输血后1天以后出现低热、黄疸、血红蛋白尿。

处理措施：这是输血反应中最严重的一种，一旦发现，应立即停止输血更换输血器输注生理盐水保持静脉畅通并通知医生，保留余血和病员血标本，重作血型鉴定和交叉配血试验，双侧腰部给予热敷，以解除肾血管痉挛，保护肾脏；碱化尿液，以增加血红蛋白溶解度，减少沉积，避免肾小管阻塞，遵医嘱静脉输碳酸氢钠；对尿少、尿闭者，按急性肾功能衰歇处理，纠正水电解质紊乱，防止血钾增高，酌情行血浆交换（严重贫血者先输同型血）；严密观察血压、尿量、尿色的变化。

4、循环负荷过重反应：输血过快或过量导致心力衰竭或急性肺水肿。如发生按急性肺水肿的原则处理，

处理措施：停止输血，酌情帮助病员端坐，四肢轮扎，有效地减少静脉回心血量；高流量输氧通过25-30%的酒精湿休后吸入，以改善肺部气体交换；遵医嘱应用镇静、镇痛、扩血管、强心、利尿等药物，以减轻心脏负荷。

5、细菌污染反应：低血压、发热、发冷、呼吸困难，严重者出现少尿、休克， 发生DIC

处理措施：一旦发现，除立即停止输血和通知医生外，应将剩余血送检验科，作血培养和药敏试验。高热者，给予物理降温，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压，准确记录出入水量，严密观察病情，早期发现休克先兆，配合抗休克、抗感染治疗。

二、输血工作人员接临床通知后立即到患者床边查看、查找原因并记录。 将剩余的血制品及《临床输血不良回报单》带回输血科。

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和供血者血样、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。

8.将剩余的血制品及《临床输血不良回报单》送回血站进行血液质量检测，待血液质量检测结果出来后输血科报告给临床。

9.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。

三、临床医师处理措施：临床医师按相应症状对症应急处理，并汇报病区主任和输血科，共同会诊，尽快找出原因并上报医务科。

四、输血科主任对输血不良反应进行相关检测和评估，对相关试验结果进行解释并详细填写评估记录保存到临床病例中。

五、输血科主任与临床医师合作尽快找出输血反应原因，及时上报医务科，资料保存十年。当输血反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，输血科主任应积极参与解决。

六、如属医疗事故应指派专人妥善保管有关的各种原始资料，严禁伪造、隐匿、销毁。对现场实物及检验所用标本在医患双方现场核对后封存保留以备检验。

注：同时停止同一病房或手术室所有输血，防止标本错误。

泗洪县第一人民医院怀疑血型不合引起的输血不良反应处理程序

【目的】 及时发现血型不合输血不良反应，正确及时对症处理，确保临床输血安全。

【范围】 包括受血者输入各种血液制品过程中或输注后发生用原来疾病无法解释的新症状和体征，以及评估和处理措施。

【程序】

一、立即抽取受血者血液加肝素抗凝、离心，观察血浆颜色，并进行血常规、血浆游离血红蛋白含量测定；

二、核对用血申请单、血袋标签、交叉配血报告单；

核对受血者及献血者ABO、Rh（D）血型。用保存于冰箱中的受血者与献血者血标本、新采集的受血者血标本、血袋中剩余血标本，重测ABO、Rh（D）血型、不规则抗体筛选及交叉配血试验（盐水介质和抗人球蛋白试验）；

四、如发现特殊抗体，应作进一步鉴定；

五、留取输血反应后第一次尿送检（急性溶血性输血反应属血管内溶血，尿中有血红蛋白）。

六、输血科主任负责解释上述试验结果。

泗洪县第一人民医院怀疑血液污染引起的输血不良反应处理程序

【目的】 及时判断是否属于血液污染引起的输血不良反应，正确及时对症处理，确保临床输血安全。

【范围】 包括受血者输入各种血液制品过程中或输注后发生用原来疾病无法解释的新症状和体征，以及评估和处理措施。

【程序】

一、观察血袋剩余血的物理性状：如有无混浊、膜状物、絮状物、气泡、溶血、红细胞变成暗紫色、血凝块等，有上述情况之一均提示有细菌污染的可能；

二、取血袋剩余血直接作涂片或离心后涂片镜检，找污染细菌（阴性不能排除细菌污染）；

三、取血袋剩余血和患者血液，在37℃作需氧菌和厌氧菌细菌培养；

四、外周血白细胞计数：如中性粒细胞与输血前相比明显增多，对诊断有帮助。

五、输血科主任负责解释上述试验结果。

泗洪县第一人民医院差错事故的登记、报告制度及处理程序

一、一般差错血型鉴定错误、漏报、错报、误报检测结果。

二、严重差错

1．错发血液并已给患者输入，已发生严重输血反应。

2．各种原因造成血液污染，已将污染血液输入患者体内但未引起严重反应者。

三、事故

1．错发血液已输入患者体内发生严重反应并导致患者脏器功能损害或死亡者。

2．各种原因造成血液污染，已输入患者体内导致患者脏器功能损害或者死亡者。

四、报告及处理办法

1．建立差错事故登记本，设置登记人员，负责差错事故登记，每月在月报表内认真填写。

2．差错发生后，科主任及相关人员应主动与临床科室协作，迅速处理，防止差错发展为事故；并注意查找原因，努力减少事故所导致的危害。

3．当发生差错事故时，当事人应于差错事故发生后三天内提交书面分析材料，说明事件经过、差错、事故的处理与结果，分析原因及教训。科主任应于一周内组织科室人员分析原因，找出教训，提出改进措施。

4．差错事故定性后，依据医院相关差错事故处理办法进行处理。

泗洪县第一人民医院临床科室及医师临床用血评价及公示制度

医疗机构临床用血管理办法第三十条指出：医疗机构应当建立科室和医师临床用血评价及公示制度。将临床用血情况纳入科室和医务人员个人工作考核指标体系。为了进一步加强医院临床用血的管理，促进更加科学、安全、合理的临床用血，特制订本制度。

一、临床用血评价制度：

临床用血的评价主要包括:

①用血合理性的评价;

②输血后疗效的评价。

医疗机构临床用血管理办法第二十八条明确提出：医疗机构应当建立临床用血医学文书管理制度。医师应当将患者输血适应症的评估、输血过程和输血后疗效评价情况记入病历；《临床输血治疗知情同意书》、《输血记录单》随病历保存。

1．用血合理性的评价：主要是看是否严格按照输血适应证进行输血。输血适应证应严格按照《临床输血技术规范》的要求制定,以保证用血的安全。

2．输血后疗效的评价：主要是指在输血后，医师要给予输血治疗后疗效评价，看患者输血后较输血前有无疗效或有无输血不良反应的发生。如有输血不良反应发生，应严格按照输血不良反应处理程序进行。

二、临床用血公示制度：

制定临床用血专项检查制度，将检查结果在全院通报，并由医院制定相应的奖惩措施，以严格加强临床用血的管理、促进临床科学、合理、安全的用血。

1．检查人员：由医务科组织成立临床用血专项检查小组；

2．检查方法：每季度检查一次，抽取输血病历至少30份；

3．检查内容包括以下几方面：

1）《临床输血申请单》的填写是否规范；

2）输血前是否有传染病检查；

3）输血前患者是否签写《输血治疗同意书》；

4）是否有相关实验室检查，是否有临床输血指征；

5）大量用血是否有审批；

6）是否有患者输血适应症的评估、输血过程和输血后疗效评价情况；

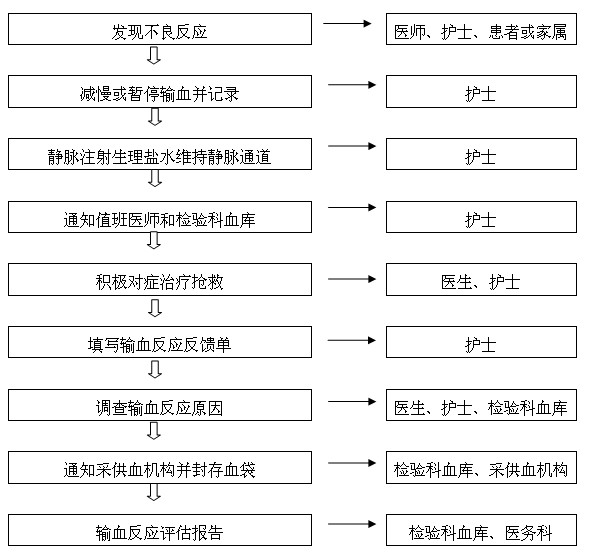
泗洪县第一人民医院临床输血不良反应处理及评估制度

一、目的：由于人类血液成分的复杂性和多样性，几乎不存在完全同型的血液成分，这使受血者可能发生多种不良反应或潜在的风险。为及时正确处置输血不良反应，尽可能避免或减轻输血不良反应对患者造成的伤害，制订本制度。

二、术语：

1.输血不良反应：是指受血者输入血液或血液制品过程中或输注结束后出现某些症状和体征，并且用原有疾病不能解释。

2.即发反应（即发型输血不良反应）：是指输血当时和输血后24小时内发生的反应。

 3.迟发反应（迟发型输血不良反应）：在输血后几天、十几天或几十天后发生的反应。

4.输血相关：是指与输血有直接关系，含输血过程和输血后。

三、输血不良反应预防：患者输血时应先慢后快，输血过程前15分钟输注速度应缓慢，滴速不应超过5ml/min，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。

输血不良反应处置基本流程

五、输血不良反应处置

1.凡发生与患者输血相关的不良反应事件，必须被视为疑似输血不良反应。

2.发现不良反应减慢或暂停输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路，并立即通知值班医师；

3.值班医师应及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

4.值班医师判定为患者疾病引起的反应，可继续输血，但须密切观察。

5.轻微输血反应，经对症处理后，症状减轻或消失，可继续输血，但必须密切观察。

6.输血反应较重，应停止输血，积极对症治疗。

7.疑为溶血性或细菌污染性输血反应

8.应立即停止输血，用生理盐水维护静脉通路，及时报告上级医师，积极治疗抢救。

9.通知采供血机构，封存血袋；立即调查输血不良反应原因，为治疗抢救提供有利情况。

10.填写输血不良反应反馈单。

六、输血不良反应调查

1.轻微输血反应的调查由经治医师负责；较重输血反应的调查由患者收治科室负责；严重输血反应的调查由医务科负责。检验科血库应积极配合输血不良反应调查工作。

3.轻微输血反应经对症治疗症状消失或减轻的，在输血不良反应反馈单上记录反应类型、处理过程和处理结果并送检验科血库，同时记录在病历上。

4.输血反应较重的，患者收治科室与检验科血库一起查找原因，将调查结果记录在输血不良反应反馈单和病历上，输血不良反应反馈单送检验科血库。

5.患者输血史、过敏史；检测患者免疫球蛋白；调查输注血液情况。

6.其他需要调查的因素。

（1）严重输血反应，医务科组织包括经治医师、输血科人员在内的专业人员查找原因，将调查结果记录在输血不良反应反馈单和病历上，输血不良反应反馈单送检验科血库。

（2）疑为溶血性或细菌污染性输血反应调查。

核对用血申请单、血袋标签、交叉配血记录；核对

受血者及供血者血型。

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）；

立即抽取受血者血液加肝素抗凝剂，分离血浆，观

察颜色，测定血浆游离血红蛋白含量；

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，作进一步鉴定；

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；

尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白；

必要时，溶血反应发生后5-7小时测血清胆红素含

量。

七、疑似输血传染疾病调查处理

1．查阅当时输血前检测结果。

2．具体见制度《经血传播疾病的控制、登记、报告和调

查处理工作制度》。

八、输血不良反应评估

1．填写输血不良反应反馈单上报检验科血库并在病历中

记录反应处理过程。

检验科血库登记输血不良反应反馈单，以月为单位

医务科上报。

严重输血不良反应，检验科血库应认真分析输血反应

原因，给予正确的反应评估报告，将评估结果反馈给临床科室并上报医务科。

九、相关记录

输血不良反应反馈单

输血不良反应评估报告。

泗洪县第一人民医院输血标本采集流程和输血前核对制度

一、护理人员接到临床输血申请单后，必须核对患者的姓名、性别、年龄、科室、床号、住院号、诊断和输血治疗知情同意书。必须在采血管上贴上条形码标签，填写患者的姓名、科室、床号、采血时间。

二、抽取血型交叉配血试验标本时，必须有二名护士（夜间一人当班时与值班医生）到患者的床边，按照输血申请单共同核对床号、姓名后方可抽血。同时有二名以上患者需备血时，必须严格遵守“一人一次一管”的原则，应逐一分别采集血标本，严禁同时采集二名患者的血标本。

三、血标本与输血申请单由医护人员或专职人员送交输血

科，双方进行逐项核对，申请单与血标本标签内容不符合时，退回申请单，重新采集血标本，原标本留输血科保存，备查。

四、配血合格后，由护理人员到输血科取血。

五、取血和发血的双方必须共同核对患者的姓名、性别、年龄、科室、床号、住院号、血型、血袋号、血液有效期、血液外观及交叉配血试验结果等，准确无误后，双方共同签名后方可发出。

六、输血前由二名护士（夜间一人当班时与值班医生）按照“三查，十对”标准，严格查对输血记录单及血袋标签上的各项内容，检查血袋有无破损渗漏、血液颜色是否正常，准确无误方可实施输血。

七、输血时，由二名护士（夜间一人当班时与值班医生）带病历共同到患者床边核对患者的科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号、血型等，确认与输血记录单相符，再次核对血液后，用标准的输血器进行输血，并观察2~3分钟后方可离开。

八、输血核对内容记录于《护理输血安全记录单》上。

泗洪县第一人民医院输血反应急处理制度

一、输血护士熟悉输血不良反应标准，能准确判断是否发生输血反应。

二、立刻停止输血，更换输液管，改换生理盐水保持静脉畅

通。

三、报告医生并遵医嘱给药。

四、若为一般过敏反应，情况好转者可继续观察并做好记录。

五、必要时填写输血反应报告卡，上报输血科。

六、怀疑溶血等严峻反应时，保留血袋并抽取患者血样一起送输血科。

七、患者家属有异议时，立刻按有关程序对输血器具进行封存。

【处理流程】

立刻停止输血→更换输液管→改换生理盐水→报告医生→遵医嘱给药→严密观察并做好记录→必要时填写输血反应报告卡→上报输血科→怀疑严重反应时→保留血袋→抽取患者血样→送输血科。

泗洪县第一人民医院输血相容性检测室内质量控制管理程序

1目的

建立输血相容性检测室内质控管理程序，规范室内质控操作流程，以便能够发现实验室常用试剂、耗材的质量问题及反应体系的稳定性问题，及时采取纠正和补救措施，提供本实验室检测结果一致性的证据，确保输血相容性检测结果达到预期的质量标准。

2适用范围

适用于输血相容性检测实验室室内质量控制管理。

3职责

3.1各检测岗位人员负责所检测项目的室内质量控制过程。

3.2实验室负责人负责监督执行。

4工作程序

4.1质控品来源

商品化质控品、第三方实验室提供或实验室自制质控品。

4.2技术要求

4.2.1由生产商或供应商提供的试剂盒应包括抗原阴性、阳性对照品和抗体阴性、阳性对照品，严格按照试剂盒说明书的质控技术要求进行操作。

4.2.2自制质控品，必须经本实验室鉴定，获得明确的抗原或抗体特异性表达结果。排除冷凝集、自身抗体、异常蛋白干扰等情况。

4.3质控品常规使用前的确认

4.3.1生产商或供应商提供的试剂盒对照品应在有效期内使用，并于每次实验操作前进行检查，发现标本明显的颜色变化、溶血应放弃使用并更换新的质控品。

4.3.2自制质控品：

4.3.2.1抗凝全血标本：未经其他处理，参照红细胞保存期，使用前同样检查外观，排除溶血、细菌污染等情况。

4.3.2.2红细胞溶液：经盐水或其他缓冲液处理，一般当天使用。

4.3.2.3稀释后抗血清：4℃保存，根据需要量，按月配置，使用前检查是否存在颜色变化、细菌污染等。

4.4实施质控的频次：常规实验应该在每天实验开始前进行，实验中途更换试剂批号后应重做质控实验，特殊实验应在每次实验前进行。

4.5常规检测前将质控品于室温放置30分钟后使用，所用质控标本类型应与实验项目要求相一致，检测操作人员必须具备上岗资质，仪器设备及室内温度、环境均应相对固定。

4.6质控品选择基本要求：每次质控试验应至少选择一个阳性对照质控品，一个阴性对照质控品。选择符合要求的质控品。

4.7过程控制

4.7.1 ABO、RhD血型鉴定（微柱凝胶）

4.7.1.1一般选择2个质控标本。

4.7.1.2要求1个标本A型，1个标本B型。

4.7.1.3同时，两个标本RhD不同型，即一阴一阳。

4.7.2不规则抗体筛查（微柱凝胶）

4.7.2.1一般选择2个质控标本。

4.7.2.2一个不含有不规则抗体，一个含有已知其类型的不规则抗体。

4.7.2.3可以使用商品化质控品，也可以使用自制质控品，因为只使用血浆或血清便于保存，可以使用自制标化IgG抗D。

4.7.3交叉配血试验（微柱凝胶）

4.7.3.1选择1个含有不规则抗体的质控标本作为受者。

4.7.3.2选择2个与受者ABO同型的质控标本作为供者，要求两个供者标本中，一个含有可与受者不规则抗体反应的抗原，另一个不含有可与受者不规则抗体反应的抗原。

4.7.3.3再选择2个与受者ABO血型不同型的质控标本作为供者（两个供者之间要求也不同型）。

4.7.3.4 5个标本直抗均为阴性。

4.8试剂控制

4.8.1抗A、抗B血清与反定A、B细胞：

采用互相验证的方法进行质量控制，即同时对A、B细胞进行正定型，只要Ac与抗A，Bc与抗B能够出现4+强度的凝集反应，即认为质控合格。

4.8.2凝聚胺试剂：进行阴阳性质控。

4.8.2.1阳性质控：O型RhD阳性红细胞与标化后的IgG抗D反应。

4.8.2.2阴性质控：O型RhD阳性红细胞与AB型血清或血浆（经确认无不规则抗体），也可以使用全自动微柱凝胶抗人球方法的质控品，但阳性抗体应该使用凝聚胺试剂进行定标。

4.8.3抗人球蛋白试剂：方法同凝聚胺试剂。

4.9质控结果的记录：操作人员应按照质控登记表上的内容要求认真填写质控结果。

4.10质控品检测数据分析

质控品样本检测结束后,应将检测结果与预期结果进行比较，结果一致，可以开展进一步的检测工作，结果不一致，要分析查找原因，必要时要重复实验。

5相关记录

《血型血清学实验室室内质量控制（过程控制）登记表》

《血型血清学实验室室内质量控制（试剂控制）登记表》

泗洪县第一人民医院输血科各种应急保障措施及预案

目的：在实际工作中，血液供应紧张、停电故障、仪器设备发生故障、试剂盒发生质量问题时，为保障紧急抢救患者情况下血液能快速的安全输注于临床，制定应急用血保障措施

范围：适用于满足输血科可能遇到突发情况，对输血造成影响的各种保障措施。

一、组织与职责

1、为做好临床应急输血工作，确保应急用血顺利实施，成立临床应急用血领导小组

1.1组长：戴文献

1.2成员：蔡冰 施学文 彭兰兰 袁东红 黄永 陈继良 杨云 许刚。

2职责

2.1 临床用血领导小组根据临床用血实际情况，决定是否启动本预案，并负责本预案实施过程重大事项的决策。

2.2 组长负责应急用血应急工作的统一领导，决策和现场指挥

2.3 医务部负责各科室协调与信息上报，并监督执行预案。

2.4 输血科负责与血站的联系工作及预案的具体实施。

2.5 各临床科室科主任负责本科室的应急工作

2.6 总务科负责应急用血的后勤保障工作（通信、人员、交通）

二、应急保障措施：

（1）血液供应紧张：如果县血站没有足够的库存血液，则立即与市中心血站联系，进行协调调度解决并报告科主任。遇到特殊血型的血液（如Rh(D)阴性）紧急用血时，若市中心血站没有库存，可向市中心血站输用同型或相容性冰冻红细胞。如市中心血站无法解决时，要求血站与省血站或其他血站进行联系，寻找合适的血液供应临床，以保证患者治疗需要。当与其他血站联系仍无法解决时，要与临床科室联系，进行患者直系亲属的血型检查工作，发现与患者相同血型的献血人员后，及时联系血站进行采血。血液的采集与检测要求按紧急情况处理，以最快的速度完成各项检查，保证尽快供应临床。

（2）仪器设备故障：科室主任接到异常情况报警后，立即到现场确认异常情况的性质：观察有误、错误操作、偶发现象或确属不能立即排除的故障；用红牌故障标志标示故障仪器，放置到其它实验室，以防被错误使用；小型仪器送仪器部门维修，大型贵重仪器关闭电源开关，取下电源插头，用相应防尘罩遮蔽仪器；有满足要求的替用设备的，启用替用设备（准用仪器）。借用其他部门仪器设备时，及时联系借用并核实该设备的使用状态。替用、借用或备用设备的使用在满足质量要求的同时，必须同时满足实验室管理措施（特别是防污染）的要求；不能解决的问题，及时与供应方会同解决。根据双方合同约定，及时通知供应方。供应方技术支持人员将在规定的时间内随身携带备用设备到达现场；仪器维修后取下红色故障标志，换上未校准标示牌；维修的仪器必须经验收合格并供需双方签名后才能重新启用。调试实验通过后，去掉未校准标示牌；科室主任须检查并随时跟踪所采取措施的有效性。未能及时排除故障时，在科主任批准下，积极联系附近的其他实验室（已经得到认可）检验，以满足病人和临床或科研需求。

（3）试剂盒质量问题：试剂盒质量发生问题，经核实后，及时通知供货商迅速更换另一批次试剂，使用前需先作质量检测，合格后方可使用。

（4）发生停电时，首先与电工班进行联系，确定发生原因和备用发电时间。若为短暂停电，有急需输血患者时，则将设备连接到备用电源（UPS）进行配血试验，但不能融化血浆。血液发出无法打印报告单时，可手工填写，以保证临床输血程序的正常进行，待来电后再补打印报告单。

（5）输血管理微机系统故障：无论是软件还是硬件问题，首先进行重新启动，

查看是否正常。若仍无法使用，有需要紧急输血的患者时，则先进行手工填写输血报告单发血，通知信息管理科维修，待修好后再补打报告单。

（6）信息发布：

仪器设备故障或试剂质量问题不能得到解决，估计将会影响到检测报告的及时发出时，可将标本送至其它实验室检查；如已影响到报告的及时发出，通过布告或者院内网络在门诊报告处向病人公告和向相关病区公告，取得病人的谅解。如果需要较长时间解决，则暂时发出停做通知。仪器设备故障或试剂质量问题得到解决后通过布告或者院内网络通知病人和相关医生。

三、应急后勤保障

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 职 务 | 姓 名 | 联系方式 |
| 宿迁中心血站联系人 | 值班室 | 0527-84385995 |
| 分管院长 | 戴文献 | 13951068357 |
| 医务科负责人 | 施学文 | 15950610886 |
| 总务科负责人 | 许刚 | 15052775288 |
| 输血科负责人 | 陈继良 | 15052772122 |
| 车管科负责人 | 许刚 | 15052775288 |

泗洪县第一人民医院血液预订管理

一、根据本院临床用血需求向泗洪县中心血站上报用血需求计划，同时安排专职取血人员到血站领取血液。

二、我院需特殊稀有血型血液时，应提前三天预约，并负责向临床医生做好解释工作，与宿迁市中心血站积确认取血时间。

泗洪县第一人民医院血液接收核对、入库、贮存管理制度

全血、血液成分入库前要认真验收核对。内容：运输条

件、物理外观、包装是否合格，血袋是否有破损，标签字迹是否清晰、内容是否完整。标签上标明供血机构名称及许可证号、供血者条形码编号、血型、品种、血量、采血日期、成分制备日期、效期、储存条件等。

二、进入输血科（血库）的血液及成分，必须入库登记。登记内容：献血者条形码编号、血型、品种、血量、采血日期、效期、入库时间、入库人、移交人等。

三、全血、成分血按A、B、O、AB血型分类储存于血库专用冰箱或专用冰柜不同层内，标识明显。不同日期的血液依先后次序存放，整齐排列，不能倒置，以便发血时观察红细胞和血浆层界面。

四、红细胞类制品2～8℃保存，血浆和冷沉淀-20℃以下保存。

五、当储血冰箱的温度自动控制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，每天定时作冰箱温度记录。

六、各类血液及成分严格按照规定储存期限保存，过期血一律不得用于临床，严格执行报废血的报批手续，并作好相关记录。

七、根据临床和库存需要，每天作好用血计划和预约血液工作，节约血液，避免浪费。

八、每天下班前，做好血液交接工作，核对实际库存数量、电脑储存数量是否一致。

九、储血冰箱内严禁存放其它物品，冰箱每周消毒一次，冰箱消毒效果监测每月一次，菌落数＜80cfu/10min或＜200cfu/m3(培养皿90mm细菌培养)，无霉菌生长。

十、必须随时储存足量的A、B、O、AB型血液，不能空库和缺型，随时保证临床用血需要。

十一、做好储血室内的物表、地表、空气消毒工作，并作好记录。

十二、做好报废血液和医疗废物的处理工作。

泗洪县第一人民医院领血、发血出库管理制度

一、从血站领取血液时，派经过培训的专业技术人员持取血证领取。

二、从输血科（血库）领取血液，由经过培训的医护人员持取血单领取。

三、输血科（血库）有专人负责发血或谁配血谁发血，禁止非专业人员发血。

四、取血与发血的双方必须共同查对受血者姓名、性别、年龄、住院号、病区、床号、血型，献血者条形码号、血型、血量、品种、配血结果、有效期、失效期及血液的外观质量等，准确无误后，双方签字发血。

五、凡有下列情况之一者，一律不得发血：

(1)标签破损、字迹不清；

(2)血液中有明显血凝块；

(3)血袋有破损、漏血；

(4)血浆呈乳糜状（暗灰色）或红色（溶血）；

(5)血浆中有大量气泡、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有溶血；

(7)红细胞层呈紫色；

(8)过期或其它需要查证的情况。

六、配血结果未出来前或配血结果有疑问时严禁发血。血液发出后，受血者和供血者血样于2～6℃冰箱保存至少7d。

七、血液发出后不得退回输血科（血库），医护人员取血时，一次只能领取一位受血者的血液，决不允许一人同时领取几位受血者的血液。

八、输血后的血袋保存在2～8℃冰箱至少保存1天。

泗洪县第一人民医院血液储备要求及计划、库存预警管理

一、血淮储备计划

为了更好服务临床，保证血液在有效期范围内使用，根据医院病人情况制定如下血液储备要求及计划。

a)A型、B型、O型红细胞全液储备量为各20个单位

b)A型、B型、O型、AB型血浆储备量为各4200毫升

二、血液库存预警标准

根据临床用血情况以及紧急用血时对血液制品的选择性，我院对输血科的血液库存储备制定了明确标准，当库存低于以下标准时，启动预警程序

a)A型、B型、O型红细胞全液储备量为各4个单位

b)A型、B型、O型、AB型血浆储备量为各2000毫升

三、用血储备计划具体措施

当用血储备低于以上预警标准时及时联系取血人员到中心血站取血补充血库储存。

泗洪县第一人民医院大量输血申请、审批、分组管理制度

一、严格控制600毫升以下的输血申请，失血量600毫升以下原则上不输血，确因病情需要须经科主任及医务部批准后方可输成分血。

二、患者的血红蛋白低于80g/L以下、血细胞压积低于30％以下才可以考虑输血。申请量在600毫升－1000毫升，由经治副主任医师或主治医师签字；红细胞悬液大于8单位，全血大于2000毫升，须经输血科医生会诊，由输血科主任签字后报医务部批准。

三、急救输血（大量失血、急性创伤、换血）：红细胞悬液大于5单位，全血大于1000毫升，由申请科室的科主任或副主任签字后，送输血科配血取血。

四、紧急情况下需大量输血时，因需要争取时间抢救患者生命，可口头或电话向输血科主任或医务部申请大量用血（红细胞悬液大于10单位，全血大于2000毫升），事后要补办大量用血申请审批手续。

五、大手术、器官移植及体外循环等治疗需输全血时，须经输血科医生会诊，由输血科主任签字后报医务部批准。

六、一次申请备血量达到或超过10个单位的，需由患者所在科室组织讨论、科室主任签字，经输血科(血库)审核后，再报医务部门批准(急诊抢救用血除外)。同时，同一患者24小时累计用血超过10个单位且超过备血量的，需由输血科(血库)报医务部门备案，并由临床用血管理委员会进行用血后评价。

泗洪县第一人民医院紧急用血预案

根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等文件精神，为了加强我院临床应急用血的规范化管理，确保病人用血安全，我院在坚持合理、科学用血的基础上，对我院发生紧急医疗意外、需用血情况下，为了维护了人民群众的健康和保障医疗安全，制定本预案：

一、各科临床医师，严格掌握紧急输血的临床输血指征。遇到需紧急输血的情况，立即向患者或家属说明需紧急输血的原因，并说明输血可能出现的不良反应，并在《输血同意书》上签字。立即写交叉配血单及输血申请单》。

二、医院指定检验师章驰为专职配血人员，一天24小时内有关抽血、交叉配血的整套设施完善无缺。一有紧急配血通知，立即能行动启用，执行工作。专职负责配血人员接到输血申请单后，查对患者姓名、性别、年龄、病室门诊、床号、抽血、定血型，同时上报医务科，医务科应及时与泗洪县中心血站联系，以示血液中心提前作好发血的准备工作。

三、紧急用血申请单直送输血中心（泗洪县中心血站），双方进行逐项核对血型、数量。

四、从输血中心取回血时，当事人需逐项核对取血申请单，血型和数量无误后，带血送回。

五、将取回血液当面交输血科值班人员，并由检验人员逐一查对取血申请单，血型数量。由输血科交叉配血，供血。

六、医院“急救车”值班车司机必须随时保证“急救车”的车况良好，并保持24小时通讯畅通，如因有事需外出时必须向医务科报告，并留有联系方式，保证随叫随到，违者取消“急救车”值班资格并按医院考核办法相关条例处罚，造成后果者另行考核。

七、医院“急救车”救护车车内随时备有到市血液中心站取血所用的取血申请单，以防因工作需要（接、送病人等）外出时，医院可随时和司机联系取回所需血液。

责任人：章驰 电话：88359746 手机：13815767785

泗洪县第一人民医院输血管理委员会信息反馈制度

每半年召开输血管理委员会会议必要时邀请相关临床

科主任参加会议。

二、组织传达学习上级有关文件精神。

三、听取临床科室主任及相关人员和输血科主任反馈，全院

临床用血情况（成分输血率、输血前检查、输血指针的掌握、审批制度、Rh阴性比例、输血反应等情况）。

根据上级文件精神要求，临床科室及输血科反馈的信息

由主任委员提出整改措施及方案。

泗洪县第一人民医院输血前检查及核对制度

一、输血前必须对患者进行输血前检查包括血型（正反定型、大D三项）血常规（血色素）转氨酶、乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病、等检测，凡遇输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血的患者，应告知患者，并建议筛选不规则抗体，阳性结果必须记录并告知患者家属。

二、收检验单时，要查填写是否规范，查临床诊断、输血目的、输血史和妊娠史、病人的姓名、性别、年龄、科室、床号、病案号、输血前检查、申请医师及科主任意见的填写是否清楚，查交费手续。

三、血标本必须核对输血申请单上提供的病人姓名、性别、床号、住院号与实际病人是否一致。如果二者不一致，必须重新抽取标本、不允许修改错误标签或错误申请单。

四、检查标本的数量与质量。受血者全血样本2ml（每增加一借助全血或红细胞的输注，配血样本须增加1ml），稀释和溶血的标本不能使用。

五、血制品入库的查对制度：

1.运输条件：血站送血人员必须用放置了冰袋的专用储血箱运输血液（血小板除外）

2.外观检查：（凡血袋有以下情形之一的，一律不得入库）

①标签破损、字迹不清；

②血袋有破损、漏血；

③血液中有明显凝块；

④血浆呈乳糜状或暗灰色；

⑤血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；

⑥未摇动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。

3.标签的查对：包括供血机构名称及许可证号、供血者姓名或条形编号和血型、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（或条形码），储存条件等。

六、受血者血样的查对制度

1．护士持输血申请单和贴好标签的试管当面核对申请单上患者姓名、性别、年龄、病案号、病室/门急诊、血型、输血史、孕产史、诊断及医生、科室主任的签字。（如备全血超过2000ml需医务科签字备案，急诊用血除外）。

2．受血者标本上标明病人的姓名、住院号、病室、床号、采血日期。

3．受血者标本上标明的资料不能涂改，否则应退回重抽。

4．急诊和手术室用血可以暂时没有科主任和医务科的签名，第二天补签。

七、交叉配血时的查对制度

1．受血者配血的标本必须是输血前三天之内的。

2．配血者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可除外），正确无误时可进行交叉配血。

3．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，应进行交叉配血实验。机器采浓缩血小板、血浆等应ABO血型同型输注。

4．两人值班时，交叉配血实验由两人互相核对并签名；一人值班时，操作完毕后自己复核，并填写配血实验结果。

八、发血时的查对制度

1．配血合格后，由医护人员到输血科取血。

2．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、血液有效期及配血实验结果，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。

3.凡血袋有下列情形之一的一律不得发出：

标签破损，字迹不清；

血袋有破损，漏血；

血液中有明显凝块；

血浆呈乳糜或暗灰色；

血浆中有明显气泡，絮状物或交界面上出现溶血；

未摇动时血浆层与红细胞得界面不清或界面上出现溶血；

红细胞层呈紫红色；

过期或其它须查证的情况。

4．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。

5．血液一经发出后不得退回。

九、输血前核对制度，输血前两名医护人员再核对交叉配血报告单及血袋各项内容，执行双人、双核对、签字。输血完毕填写输血记录单和输血不良反应记录表。

泗洪县第一人民医院输血科医疗废弃物处理制度

实验室废弃物的处理是安全管理一个重要方面，本着符合医疗废弃物管理条例的基本要求，本实验室根据以下四点要求：

一、 容器要求

二、生物危害或其他危害的标识

三、实验室废弃物在实验室内处理办法

四、送医疗机构集中处理的要求，分别制定了以下几点：

1.所有实验室废弃物皆应放置在一个指定的、防破裂、防渗漏的容器内。根据其危害性质，分类放置，容器上有明显标志，如具有生物危害的实验室废弃物应放置在双层黄色塑料口袋中；尖锐器具应防在防破裂、耐穿刺的容器中。

2.废弃物在实验室内处理有专人负责，按要求将废弃物处理后方得携带出室外。

3.含有病原微生物的废弃物，应消毒或灭菌后处理；含有毒性物质的废弃物应进行无害化处理；无害化处理后的废液可由下水道排出；含同位素标记的试剂、废液、用具等应用专门容器、在专门地点存放，10个半衰期后方可处理；

4.必须由医疗机构集中处理的实验室废弃物，按医疗机构规定，及时送往专设地点集中处理。运送途中防止废弃物的泄露、丢失；

5.废弃物存放处应有防鼠、蝇、蟑螂等进入的设施；

6.废弃物的种类、数量、最终去向应有记录。

泗洪县第一人民医院输血前检测实验程序

一、实验要求

血清和血浆都可以用于交叉实验和抗体检测，最好是血清标本，标本使用限制在3天内含有肝素等抗凝标本可以用凝血酶或硫酸鱼精蛋白处理使其凝集析出血清。允许通过静脉输液口采集标本，但必须丢弃受残留静脉输液影响的5ml标本。一般不允许使用溶血标本，对急性溶血性贫血和烧伤病人的溶血标本，在实验前后必须做溶血程度的比较。标本和输血申请单上的所有资料必须填写清楚并完全符合，否则应重抽标本。对所有用国的献血员和受血者标本必须在1-6℃冰箱至少保存7天，所有实验都必须保证观察和记录同时进行，且记录和资料都必须至少保存5年。

二、血型检测

要求完成病人ABO正反定型、Rh（D），献血员血型ABO正定型（必要时做Rh血型），D阴性病人必须做Du实验确定。

三、交叉试验

1.受血者交叉配血时所用的标本必须是输血前3天之内的。

2.配血时要逐项对输血申请单、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）检查除外），正确无误时可进行交叉配血。

3.凡是输注全血、浓缩红细胞、红细胞悬液、洗涤红细胞、冰冻红细胞、浓缩红细胞、手工分离浓缩血小板等患者，应该进行交叉配血试验。机器单采浓缩血小板、冷沉淀、新鲜血浆应与ABO血型同型输注。

4.凡遇有下列情况时必须按《全国临床检验操作规程》要求完成凝聚胺交叉试验和检测不完全抗体的交叉试验（酶法、聚凝胺法、抗人球蛋白法）。除紧急输血和自身输血外，所有输入红细胞的其他制品均要求做血交叉试验。

5.其他试验：另外必须开展的试验有抗人球蛋白试验，抗体筛选、抗体鉴定、新生儿溶血病的全套实验。

泗洪县第一人民医院临床输血安全管理制度

输血前和输血时须双人核对（2名医护人员）。

接血后尽快输注（尽可能半小时内使用），2单位或者400ml血要在4小时内输注完毕 。

输血前、连续输用不同献血者的红细胞制剂时，用生理盐水冲洗输血器。血液内不得加入其他药物。

输血过程应先慢后快(特殊情况除外）。严密观察病人有无输血不良反应，如出现反应及时处理，并填写输血反应回报单送血库。

输血器至少每4小时更换1次，输血袋保留24小时后按医用垃圾处置。

输血前、开始15分钟、输血结束时做好观察和记录。

泗洪县第一人民医院输液质量问题报告制度

1. 各护理站、输液室、各药房在调配和使用静脉输液时，发现疑似质量问题的情况，立即报告该药品所发部门。如病人已发生不良反应，应同时上报院不良反应监测中心，另按药物不良反应处理。
2. 当事人或部门应在当日写出包括发现疑似输液质量问题的经过、药物名称、批号等内容的书面报告并连同该输液一起上交药房。
3. 输液室、各药房在接收到静脉用药质量问题报告后，立即确认是否属于药品质量问题。对于确属或疑似静脉用药质量问题的情况，立即上报药材科质量管理部门。
4. 药材科质量管理部门立即通知各药房、药品营运中心将该批号的该药品封存和暂停使用，并在第一时间迅速将已发出的本批药品全部收回，防止事故再次发生。
5. 对于疑似静脉用药质量问题的情况，药材科质量管理部门应上报有关部门对该批次药进行检测。
6. 对于确属输液质量问题的情况，应由药品营运中心将该批药品召回。
7. 药品质量管理部门负责进行调查，三天内写出书面报告，内容包括：事件内容、发生经过、造成损失或后果以及处理意见、经验教训、今后避免事故发生的措施等，上交上级主管部门。

## 

## 泗洪县第一人民医院输液严重不良反应报告制度

输液疗法是临床常用的治疗方法，是临床抢救和治疗患者的重要措施之一。在输液过程中发生的严重不良反应，必须高度重视，及时处理并上报，现制定以下输液严重不良反应报告制度：

1. 临床科室凡发生输液严重不良反应后，首先向医院药品不良反应监测中心报告并进行相应处理，同时报告医务部、护理部、感控科。夜间向总值班报告，由总值班向相关科室报告。按规定填写报告表，并呈报给院不良反应监测中心。
2. 发生输液不良反应后，在按医疗护理常规进行处理的同时，护士应将剩余的残留液连同输液管按无菌原则进行封存。并注明残留液中所配的药物名称、剂量、给药输液时间、前一组输液药物名称、剂量，提供同一批号尚未使用的输液用物备查。
3. 由医务部组织有关专家对发生严重不良反应的病人诊治。
4. 医院不良反应监测中心随时接收药品不良反应上报材料，现场了解实际情况，会同有关人员进行现场分析。不良反应监测中心将ADR报告做分析预评筛选工作，根据需要将收到的材料按类别分送专家组有关人员分析评议。
5. 医院不良反应监测中心在15个工作日内向上级监测机构报告。

## 

泗洪县第一人民医院临床路径管理制度

一、总则

本制度适用于医院临床路径管理委员会、科室临床路径管理小组、临床路径个案管理员与医务人员。

二、引用文件

下列文件中的条款通过本制度的引用成为本制度的条款。

附件：1、泗洪县第一人民医院临床路径实施申请承诺书

1、卫计委医管司[2009]97号文件《临床路径管理指导原则》

2、《临床路径应用指南》北京大学医学出版社

3、卫医政发[2009]116号文件《关于开展临床管理试点工作的通知》

4**、**卫医政发[2011]574号文件《关于进一步加强临床路径管理试点工作的通知》

三、定义

1、临床路径（Clinical Pathway,CP）定义：是以现代最新技术为依据，针对某病种事先设计好诊断和治疗路线，在日常医疗工作中，以该路线为指引，为每个病人制定临床日常表，按照日程化的诊疗护理常规为病人提供临床服务，是一种包含了质量保证、整体护理、医疗成本控制的诊疗标准化方法。

2、变异的概念：按纳入标准进入路径的个别患者，偏离临床路径的情况或在沿着标准临床路径接受医疗护理的过程中，出现偏差的现象称为变异。

3、变异的分类：按照变异发生的性质，变异有正负之分，根据变异的性质，正变异是指计划好的活动或结果提前进行或完成；负变异是指计划好的活动或结果推迟进行或完成。按照造成变异的原因，可以分为疾病转归造成的变异、医务人员造成的变异、医院系统造成的变异、患者需求所造成的变异四种类型。

四、组织机构及职责

（一）临床路径管理委员会

主 任 委员：尹忠诚

副主任委员：戴文献

委 员：（排名不分先后）

武怡、郑雯、施学文、殷铭东、彭兰兰、陈向前、何敏、丁建中、徐艳艳、陈秋萍、黄永、魏锋、王喜梅

秘 书：孔路曼

（二）主任职责

1、负责临床路径推行的总体规划及大型学术活动的组织协调；

2.、审定全年医院临床路径目标。

（三）临床路径技术管理委员会主要职责

1、确定医院临床路径开发与实施的规划和相关制度；

2、协调临床路径开发与实施过程中遇到的问题；

3、确定实施的病种；

4、审核临床路径文本；

5、组织临床路径相关的培训工作；

6、审核临床路径的评价结果和改进措施。

（四）临床路径指导评价小组主要职责（由分管副院长戴文献负责）

1、对临床路径的开发、实施进行技术指导；

2、临床路径的评价指标和评价程序；

3、对临床路径的实践效果进行评价和分析；

4、根据评价分析结果提出临床路径管理的改进措施。

（五）临床路径实施小组主要职责（由科主任任组长，科室医护人员及相关医务人员为成员）

1、科主任职责：在医务处与质量管理处领导下，组织制定科内临床路径实施目标和方案；负责指导、监督全科临床路径顺利、有效地实施；

2、科室临床路径管理员职责：在科主任领导下，负责本小组临床路径病种项目的申请、流程制定、效果评估、变异分析及下级医师培训等具体工作；

3、负责本科室临床路径相关资料的收集、记录和整理；

4、负责提出科室临床路径的病种选择建议，并同药剂、检验及财务等部门共同制定临床路径文本；

5、结合临床路径实施情况，提出临床路径文本的修订建议；

6、参与临床路径实施效果与分析，并根据临床路径实施的实际情况科室医疗资源进行合理调整。

（六）临床路径个案管理员职责（由科室具有副主任以上职称或主诊医师担任）

1、负责实施小组与委员会、指导评价小组的日常联络；

2、牵头临床路径文本的起草，指导经治医师分析病人变异情况；

3、指导每日临床路径诊疗项目的实施，加强与患者的沟通；

4、根据临床路径实施情况汇总、分析本科室医护人员对临床路径修订的建议，并向实施小组报告。

（七）护理部主要职责

1、在临床路径技术管理委员会的领导下，负责临床路径中护理路径实施的各项工作；

2、向进入临床路径患者介绍住院期间为其提供的诊疗服务计划及健康宣教；

3、向患者征询意见并检查督促路径实施过程中医护工作完成情况；

4、临床路径实施过程和实施效果内容记录；

5、实施相应的生理和心理护理工作，执行医嘱。

（八）信息科主要职责

1、在临床路径管理委员会领导下，负责临床路径实施的信息化建设工作；

2、负责临床路径信息系统的相关软件的开发、维护和导入；

3、负责对实施临床科室和管理部门操作的培训指导；

五、临床路径的申请与管理

（一）临床路径新病种的开发实施项目管理

1、临床科室在提出新病种临床路径申请前，应首先成立申请病种的临床路径实施项目管理小组；

2、临床路径个案管理员应该由主诊医师或副主任以上（包含副主任）医师担任；

3、临床路径实施小组成员应同时包括医疗与护理人员；

4、在科室临床路径实施小组的指导下，个案管理员全面主持项目团队的各项工作，负责临床路径的申请、路径文本的制作与日常实施管理；包括制定方案、召集会议、组织实施、监督落实、检查协调等，并对项目的进程、质量、成本、效益等负责。

（二）申请条件为各临床科室在条件成熟时均可向医院临床路径指导评价小组提交临床路径开发申请，临床路径申请的病种必须满足以下条件

1、常见病、多发病：申请病种全年单病种入院病例超过100例，申请病种全年计划入径率超过50%，申请病种全年计划入径总例数超过100例；

2、治疗方案准确、技术相对成熟、诊疗费用相对稳定、实施过程中变异相对较少；

3、优先考虑卫生行政部门已经制定1010种临床路径推荐参考文本的病种；

4、申请病种临床路径实施应取得科室第一负责人、所有责任组长及至少科内70%的医务人员认可；

5、卫生行政主管部门有特殊要求的，采取强制申请；

6、临床路径实施申请时，申请人应向临床路径指导评价小组提供以下资料：该病种参考诊疗指南、该病种实施前的评估表、临床路径实施申请书及目标承诺书。

（三）临床路径病种申请的评估及批准

1、临床路径指导评价小组在接到临床科室临床路径实施申请后应在5个工作日内组织评估并将评估意见上报临床路径管理委员会并反馈科室临床路径实施小组；

2、评估内容主要为申请条件中各项，1项以上（包括1项）不符合者可认为评估不通过；

3、临床路径申请评估通过后，临床路径管理委员会可批准该路径实施。

（四）临床路径流程（文本）制作

1、临床路径病种申请批准后，临床路径项目组长可组织制定路径流程表单；

2、标准表单由文本格式和表单格式组成；

3、根据本院实际，遵循循征医学原则，确定完成临床路径标准诊疗流程需要的时间，原则上不超过卫生行政部门要求的住院日时间；

4、参照卫计委已经制定1010种临床路径推荐参考文本；参照本院其他病种临床路径文本及表单格式；遴选该病种符合住院日的病历2份参照诊疗计划，制定科室标准路径流程文本和表单；

5、科室讨论备选治疗方案时要遵循抗生素应用规章制度和分级管理的原则。

（五）临床路径流程审核

1、接到临床路径流程表单后，质量管理处在5个工作日内组织临床路径指导评价小组对流程表单进行审核（具体见临床路径流程审核表），作出同意或提出审核意见报临床路径技术管理委员会，并向申请人反馈审核意见；

2、临床路径专家小组负责对临床路径医嘱流程、医疗流程及变异分析表单的审核；

3、护理部负责护理工作流程的审核；

4、临床路径指导评价小组负责临床路径病人版本的审核；

（六）临床路径流程修订

　　申请人在收到临床路径指导评价小组书面审核意见后，在5个工作日内应针对审核意见进行讨论、修订，并将修订后各类表单再次提交临床路径指导评价小组，临床路径指导评价小组在5个工作日内再次组织审核。

1. 临床路径流程录入

　　临床路径流程审核合格后，临床路径指导评价小组在2个工作日内提交信息处进行信息录入，录入完毕后请申请人复核签字。

1. 流程操作培训

　　信息录入完毕后信息处应根据申请科室要求提供必要的操作技术培训。

1. 临床路径流程实施

　　1、流程信息录入后，临床路径个案管理员应在科主任领导下组织科内实施。

2、临床路径个案管理员负责组织对科内实施的临床路径予以登记（具体见《临床路径管理记录本》）；

3、每例临床路径实施后应在患者出院时进行满意度测评；

　　4、个案管理员应每月在科内公布及向质量管理处报告临床路径实施情况，重点向质量管理处报告应入径而未入径的病例，科主任应对应入径而未入径的病例进行原因分析、整理，提醒、诫勉相关责任人；

1. 临床路径管理指标
2. 入组率（入径率）、完成率及规范实施率指标

　　入组率不低于50%，入组后完成率不低于70%，规范实施率不低于80%。低于目标值需分析说明原因。

（二）医疗质量管理与控制指标

1、效率指标：临床路径管理病种平均住院日较前缩短或持平，如有延长需说明原因。

2、医疗质量与医疗安全指标：

临床路径管理病种死亡率、医院感染发生率、手术部位感染率，30日内再住院率、非计划重返手术室发生率、常见并发症发生率较前下降或持平，如有升高需说明原因。

临床路径管理病种治愈及好转率较前升高或持平，如有下降需分析说明原因。

加强对抗菌药物合理使用的管理。预防性抗生素使用率较前下降或持平，如有升高需分析说明原因。

3、卫生经济学指标：

加强对单病种总费用和总药费的监控。临床路径管理病种单病种总费用和药费较前下降或持平，如有升高需分析说明原因。

加强对重点科室医疗费用的（治疗费）的监控。对心血管介入、神经血管介入、肿瘤、骨科等重点科室医疗费用加强监控，尤其是高值耗材的使用进行管理，规范诊疗行为，控制不合理医疗费用。各单病种平均治疗费较前下降或持平，如有升高需分析说明原因。

4、医疗服务和患者满意度指标：

加强对临床路径入组患者告知率监控。临床路径入组患者告知率不低于70%，低于70%需分析说明原因。

加大对临床路径患者满意度调查监控：每季度进行满意度分析反馈，整改存在问题，各科室满意度回收率应大于50%，满意度不低于90%，低于目标值需说明原因。临床路径的分析与评估，临床路径实施后个案管理员应定期对临床路径实施情况进行分析与评估。

七、临床路径绩效考核

（一）奖励标准

科室每完成一例临床路径，并经医保科确认符合单病种管理要求，给予200元奖励计入科室绩效。

（二）处罚标准

根据《泗洪县第一人民医院临床路径管理考核表》（总分100分），以下内容有扣分的，每扣一分罚科室10元：临床路径管理记录本（20分）、统计分析（30分）、临床路径培训（10分）、患者知情同意（20分）、病历书写（20分）。

泗洪县第一人民医院预约诊疗实施方案

**目前我省医疗服务和医疗秩序正在逐步恢复，为加强医院感染控制，缩短患者在医院等待时间，减少交叉感染的风险，切断疫情传播途径，保障人民群众健康安全，经研究，特制订如下实施方案。**

**一、具体内容**

**（一）推进全面预约诊疗服务。自2020年3月12 日开始，除急诊、发热门诊外，泗洪县第一人民医院所有普通门诊、专科门诊及专家门诊开展预约诊疗服务。鉴于目前大多数患者无预约挂号诊疗的习惯，以及我院信息化建设尚未完善等原因，结合实际情况，现阶段我院开展现场挂号与电话预约、诊间预约、社区转诊预约相结合的预约诊疗形式（具体流程见附件）。我院将进一步加快信息化建设进程，尽快实现网络挂号、手机APP预约、微信预约、门诊现场自助预约等预约诊疗服务。**

**（二）开展多种形式的宣传告知。在现有预约诊疗方式的基础上积极寻求拓展预约诊疗服务的途径，并通过网站、媒体、张贴告示、分发宣传单等多种形式宣传预约挂号方式，稳步推进各项措施细化落地。**

**（三）合理调整门诊服务范围。重点保障危急重症和疑难复杂疾病患者的诊疗服务，切实保证急症患者的就诊需求，加强急诊预检分诊管理，避免无急诊指征患者在急诊就诊。**

**（四）实行分时段预约诊疗。结合往年同期各科室门诊诊疗量、接诊医师人数、复诊就诊高峰等情况，将诊疗时段进行科学划分，合理安排各时段就诊号源，确定各诊疗时段的就诊人数，降低院内人员聚集、拥挤带来的交叉感染风险。安排志愿者加强重点区域就诊秩序管理，严格规范医生出诊时间，做好临时停诊等情况的提前告知、疏导和替补安排，优先保证按时到诊患者的就诊需求。**

**（五）加强患者用药保障。对于患者急需而暂未采购的药品，可通过临时采购、物流配送、送药上门等方式，解决患者用药需求。我院根据患者用药需求，在使用国家基本药物目录基础上，同时配备相应的目录外零差价药品，加快与上级医疗机构用药衔接。**

**（六）全面落实实名就诊制度。我院目前已推行实名就诊制度，现阶段积极推进信息化建设，力争尽早通过人脸比对、身份信息验证等手段，保证患者就诊信息的真实、完整、连贯，为追踪新冠肺炎感染者密接人群、及时采取防控措施提供依据。**

**二、工作要求**

**（一）加强门诊安全管理。切实落实《医疗机构内新型冠状病毒感染预防和控制技术指南（第一版）》《医疗机构新冠肺炎防控技术方案》相关要求，充分利用“苏康码”做好患者安全信息核查，实施分类管理。严格做到“一人一诊一室（间）”，在候诊、结算、取药等环节保持患者之间距离不少于1米。加强预检分诊和发热门诊管理，做好有发热、咳喘等症状患者的排查，对于可疑新冠肺炎病例，严格按照疑似病例转运要求及时转运至定点收治医院。联合本地公安部门，坚决维护新冠肺炎疫情期间正常诊疗秩序和社会稳定。**

**（二）强化督导监督。院内成立督查小组，加强监督检查力度，及时了解我院预约诊疗开展情况、门诊调整情况、预检分诊情况及院感防控情况等，把防控措施落在实处，严防院内人群集聚及院内交叉感染和传染病传播流行的发生。**

**（三）注重宣传引导。利用各种渠道，加强预约诊疗、分时段就医、实名制就医等政策的宣传，引导公众预约挂号、分时段取号、按时就诊，减少等候时间。充分发挥公共媒体作用，广泛宣传疾病防治知识，促进患者树立科学就医、有序就医理念。**

**附件：泗洪县第一人民医院预约诊疗流程**

附件：

泗洪县第一人民医院预约诊疗流程

**根据《关于在新冠肺炎疫情期间全面实行预约诊疗的通知》（苏防救治〔2020〕36号）文件精神，为减少疫情防控期间医院门急诊患者聚集，防止交叉感染，保障人民群众和医务人员生命健康，泗洪县第一人民医院自3月12日起开通预约诊疗服务。**

**广大市民（请实名就诊）可通过以下任何一种方式进行预约诊疗服务：**

1. **电话预约**
2. 一站式服务中心：0527—80790223
3. 挂号收费处：0527—88359748

**预约时间：**上午8:00—11:30 下午14:00—16:30

**就诊者需提供身份证号及手机号码等信息。**

**二、诊间预约**

当日就诊结束后需复诊的患者，到门诊大厅一站式服务中心进行下一次门诊预约挂号登记。

**三、社区转诊预约**

社区转诊请联系门诊部殷主任。

联系电话：13951535119

**预约时间：**上午8:00—11:30 下午14:00—16:30

泗洪县第一人民医院危重患者抢救制度及流程

1.危重患者的抢救工作,一般由科主任、正(副)主任医师负责组织并主持抢救。科主任或正(副)主任医师不在时,由职称最高的医师主持抢救工作,但必须及时通知科主任或正(副)主任医师。特殊病人或需多专业协同抢救的病人,应及时上报医务科、业务副院长。原则上由医务科或业务副院长领导抢救工作,并指定主持抢救工作者, 以便组织有关科室共同进行抢救工作。2.参加危重病人抢救的医护人员必须明确分工,紧密合作,各司其职。对危重病人不得以任何借口推迟抢救,必须全力以赴,分秒必争。各种记录及时全面。涉及到法律纠3.参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下,执行医嘱。执行口头医嘱时应复诵一遍,事后及时补记医嘱。并严密观察病情变化,随时将医嘱执行情况和病情变化报告主持抢救者。4.安排有权威的专门人员及时向患者家属或单位讲明病情及预后,以期取得家属或单位的配合, 了解患者家属的意见,告知内容须记录在病历上。发出病重(危)通知书,医师和家属双签字,完成告知义务。两个科室以上联合抢救时,须共同承担告知义务,以主要实施科室(如手术)为主。5.抢救记录,要求及时、准确、完整。内容包括: 病情变化情况,抢救时间(精确到分)、抢救经过、检查和治疗的时间、参加抢救人员及技术职称、上级医师意见及执行情况、是否下达病重、病危通知书,有无知情同意书及家属签字等;死亡患者须注明死亡时间和死亡原因。 6.拒绝抢救的患者,须有详细记录及患者直系亲属代表签字。一定要详细交代检查、抢救与治疗的必要性、可能的作用、副作用;强调拒绝抢救的后果。7.抢救工作期间,药房、检验、放射或其他检查科室,应积极配合抢救。8.急、危重症患者离开病房检查治疗或进入手术室的途中,须有医务人员陪同,根据患者情况,携带必要的抢救设备及药品。9.患者死亡后,医生须向患者家属提出尸检建议,并将家属意见记入病历,家属签字。家属同意尸检的,须按程序填写尸检同意书。10.各科的抢救设备须处于良好的备用状态。有关医护人员必须熟练掌握各种抢救设备的使用。危重患者抢救流程

人员安排与组织形式安排具有一定的临床经验和技术水平的医师和护士担任抢救工作,必要时立即报告上级医师及科主任,对重大抢救,根据病情提供抢救方案,并立即呈报院领导、医务部及护理部。抢救药品、器材、设备齐全完备,做到定人管理,定点放置,定期消毒,定量供应,定时核对,用后随时补充。

值班人员熟练掌握各种器械、仪器的性能及使用方法。抢救药品一般不外借,以保证应急使用。参加抢救人员全力以赴,明确分工,紧密配合,听从指挥,坚守岗位,严格执行各种规章制度。医师到来之前护理人员应根据病情给予紧急处理,如吸氧、吸痰,测血压,疏通静脉通路,行人工呼吸,胸外心脏按压,配血,止血等。危重患者就地抢救,病情稳定后方可移动。有监护室的病区可酌情移至监护室。详细记录严格执行交接班制度及查对制度,对病情变化、抢救经过、各种用药等应及时详细记录,并及时提供诊断依据。

抢救完毕整理用物,除做好抢救登记和消毒外,必须在6小时内做好护理记录的补记。其他及时与患者家属及单位联系。

危重患者抢救制度及流程危重患者抢救流程人员安排与组织形式安排具有一定的临床经验和技术水平的医师和护士担任抢救工作,必要时立即报告上级医师及科主任,对重大抢救,根据病情提供抢救方案,并立即呈报院领导、医务部及护理部。

抢救药品、器材、设备齐全完备,做到定人管理,定点放置,定期消毒,定量供应,定时核对,用后随时补充。值班人员熟练掌握各种器械、仪器的性能及使用方法。抢救药品一般不外借,以保证应急使用。参加抢救人员全力以赴,明确分工,紧密配合,听从指挥,坚守岗位,严格执行各种规章制度。医师到来之前护理人员应根据病情给予紧急处理,如吸氧、吸痰,测血压,疏通静脉通路,行人工呼吸,胸外心脏按压,配血,止血等。

危重患者就地抢救,病情稳定后方可移动。有监护室的病区可酌情移至监护室。详细记录严格执行交接班制度及查对制度,对病情变化、抢救经过、各种用药等应及时详细记录,并及时提供诊断依据。

抢救完毕整理用物,除做好抢救登记和消毒外,必须在6小时内做好护理记录的补记。其他及时与患者家属及单位联系。

泗洪县第一人民医院急、危重症患者入院制度

为了确保危急诊患者得到及时、有效的医疗救治，最大限度的争取抢救的时间，进一步提高危急诊患者抢救成功率，特制定危急诊患者紧急会诊和优先入院抢救的相关规定，进一步规范危急诊患者入院的服务流程。

1.急诊科为急、危重病人入院设立了绿色通道。全体人员必须有急诊服务的窗口意识，熟悉急诊科工作制度，严格执行各项规章和技术操作常规，坚守岗位。

2.以抢救生命为原则，一律实行优先抢救优先检查和优先住院与医疗相关的手续后补办的原则，先救治，后交费。

3.实行首诊责任制，实施抢救科室及检验、输血、放射、药剂、手术等相关辅助科室的医护人员必须全力抢救，无条件为患者提供方便，不得以任何理由推诿患者，延误患者的最佳诊疗时机。

4.在抢救过程中，如需相关科室会诊，抢救科室呼叫院内抢救会诊原则上相关科室医生在10分钟内，紧急情况5分钟内到达。

5.实行上报制度，在进行危重病人和急诊抢救的同时，必须向科主任、医务科报告患者病情及抢救情况，正常工作日报告所在医务科，夜间或休息日报告院总值班，由医务科或院总值班协调相关科室协助抢救，并在必要时组织抢救会诊。

6.急诊科、手术室、ICU、药房、血库、检验科和功能影响检查等科室必须对重点病种患者救治的病人提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务。

7.各辅助检查科室须及时接受标本和患者检验常规项目自检查开始到出具结果≤30分钟。心电图、影像常规检查开始到出具结果≤30分钟超声检查开始到出具结果时间≤30分钟。有关科室在完成上述检查结果之后，须及时电话告知患者所在的科室。

8.相关科室医务人员必须熟悉本科室重点病种急诊抢救流程和职责。凡需多个科室协同抢救的患者，原则上由对患者生命威胁最大的疾病的专科科室收治。如有争议，急诊科医师有权裁决，或由医务科(或总值班室)决定。急诊科医师收住病人，科室不得以任何借口推诿拒收。

9.对公共突发事件(如交通事故)，有3名以上伤员的重大抢救时，应在紧急救治的同时，江即报告总务科或总值班，启动相关的应急预案。对重点病和期及时登计定总、分析，质高评价、反优。

10.对重点病种要及时登记，定期总结、分析、质量评价、反馈，并提出持续改进措施，上报医务科。

泗洪县第一人民医院急诊科院前急救与院内急诊科交接班制度

为保障我院院前急救与院内急诊之间的“绿色通道”有效衔接，根据卫生部有关文件精神并结合我院工作实际，特制定本规定。

一、院前急救:

1、 120救护车出诊快捷(小于3分钟)，院前急救规范施行一系列必要的尽力、合理救治处理措施。从急救现场到急救车途中的搬运过程中的监护、急救、处理。

1. 急危重病人，途中向家属进行必要的告知谈话。

3、转运过程中应事先将病情电话告知急诊科值班医生，院前院内紧密联系与交接、协同抢救。

二、院前院内在急救功能上的密切配合，形成紧密的链式连接。

1、保证院前院内信息互通:急救病人病情通报120中心、急救中心/救护车、医院的“三方通话”。

2、病人转送与安置:危重病人病情及时向院内急诊科通报，尽快转运回医院，在转运过程中告知医院要求会诊的医生、仪器设备、药物的准备。接诊护士、护工、有关医生等在救护车到达时立即接诊。救护车返回院内，做到抢救室的抢救设备已开启，需要会诊的相关医师到位，医院各相关部门做好必要准备。基层医疗机构向我院转运急危重症患者时，应提前与急诊科联系并通过120急救中心转运患者;急诊科在初步了解患者病情、相关专业床位情况确定允许接收后，立即通知120急救中心进行患者转运工作。急诊科在接收此类患者时应与转运者进行当面交接，如目前病情与转运患者途中的车内监护、急救、处理措施等情况，同时做好登记。

3、院内通道的通畅保证:包括急诊科的急救绿色通道、必要的备用特别通道、电梯等设备通畅，以便在救护车到达时立即用于病人的院内转送。流程为:救护车、急诊科/室、抢救室(ICU/CCU/导管室/手术室)、留观室/住院病房。

三、病人的院前院内交接：

急救病人交接:指急危重症病人经院前急救送达医院后，院前医生将病人病情病史等与医院接收人员交接。按院前与院内不同情况和要求分为如下两方面:

1、院内工作要求:接到急救信息/得知急救车到达,准备推床并接诊、(按信息)进行相应的院内抢救准备。

2、院前工作要求:确定生命体征，按院前急救规范进行必要处理，并作出“拟诊”，做好到院内交接准备——到达急诊科——正确、迅速地将病人转至院内(推)床上——与院内医护人员进行病人和病情交接。

四、完善院前院内急救链的有关因素：

1、急诊科设有24小时导诊(分诊)人员，随时到急诊科大门前迎接急危重病人入急诊抢救室抢救。当值班医、护人员接到急、危重病人入院通知时，应立即做好抢救准备，检查好所需抢救设备和备用抢救药品。

2、为了保证急、危重病人的抢救工作及时、准确、有效地进行， 对“急救绿色通道”急、危重病人一律实行优先抢救、优先检查和优先住院原则，再补办医疗相关的手续。

3、遇重大抢救必须报告科主任，白天同时报告医务部，夜间报告行政总值班，必要时由医务部或行政总值班组织医院抢救小组成员进行抢救会诊，也可以由急诊科主任直接请相关专业的抢救组成员会诊抢救。急诊科主任和护士长随叫随到，组织协调抢救工作。急诊抢救呼叫院内抢救会诊10分种内到达。

4、进入绿色通道及其他急危重病人的检查、取药、住院应优先处理。

5、对绿色通道抢救的病人，值班医师必须尊重家属的知情权，根据病情告知病重或病危，并签字;如没有家属和委托人的急、危重病人，按《急救绿色通道管理规程》处理。

6、为保证抢救及时，遵循生命权高于知情同意权原则，对绿色通道抢救病人的各类有创操作，值班医师按照国家有关规定和实际情况可以先操作后补谈话、签名，并及时将当时情况记录于病程记录中。

7、抢救病历应由相关医护人员根据实际情况填写完整并妥善保管。

8、 值班医护人员及其他相关工作人员必须对急危重病人全力抢救，不得以任何理由推诿、延误病人的诊疗。

泗洪县第一人民医院危重新生儿救治中心专科医疗基本工作制度

一、各级医师职责

（1）新生儿科主任职责：

1）、在院长及各有关职能部门领导下，全面负责本科的医疗、教学、科研、护理、预防、保健、宣传、人才培养及行政管理工作。为本科各项管理工作的第一责任人。

2）、根据医院工作要点，拟定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

3）、对本科职工进行医德教育，教育职工遵守安全操作程序，严格无菌操作；改善服务态度，提高医疗质量，严防医疗差错事故的发生。

4）、组织本科职工学习政治和业务操作技术，协助院领导做好本科职工的业务考核、晋升、奖惩工作，安排实习生和进修人员的业务学习工作。

5）、定期深入基层指导工作，发现问题，及时研究对策，帮助基层解决问题。

6）、组织本科教学、审定科研课题设计，组织开展新技术的科学研究，吸取新技术应用于儿科诊疗工作。

7）、指导本科医务人员，做好诊疗登记，严格管理医疗病历及诊察资料，教育职工遵守保密规定。

8）、定期查房指导下级医生的医疗工作，组织病案讨论及会诊，对危重病人要及时组织人员进行抢救，及时解决医疗工作中的疑难问题。对于本科转诊转院的病人，必须请示院领导同意后，方可转诊或转院。

9）、负责督促检查卫生宣传、疫情报告工作；深入科室检查业务工作开展情况与医疗保健工作任务完成情况，督促医疗业务统计工作，按期统计报送院办公室。

10）、负责本科室固定物品、器械、急救药品的管理工作。

11）、督促科室人员完成传染病上报工作。

12）、提高医疗质量、确保医疗安全。副主任协助主任负责相应的工作。

（2）、新生儿科主任医师（副主任医师）职责

1）、在科主任领导下，指导全科的医疗、教学、科研、护理、预防、保健、宣传、人才培养及行政管理工作。

2）、定期查房并亲自参与指导急、重、疑难病例的抢救处理与特殊、疑难、死亡病例的讨论会诊。同时，加强与患者的沟通交流，严格履行告知义务（术前分级谈话、各项检查等）

3）、指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作，有计划的开展基本功训练。

4）、担任教学、进修和实习人员的培训工作。

5）、定期参加门诊工作。

6）、运用国内、外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。

7）、定期检查病历质量。

8）、指导全科结合临床开展科学研究工作。副主任医师参照主任医师职责执行。

（3）、新生儿科主治医师职责：

1）、在科主任领导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、护理、预防、保健、宣传、人才培养及行政管理工作。

2）、认真执行《医务人员医德规范及实施办法》。

3）、严格遵守单位的一切规章制度。

4）、爱岗敬业，按要求认真、及时、热情、保质保量地完成（本职岗位）各项工作，坚决杜绝推诿、敷衍、草率及不良行为发生。

5）、要不断加强政治思想理论和业务知识的学习，努力提高自身思想修养和业务技术水平。

6）、服从领导分配，做好各项应激性工作。

7）、对工作中需登记，归档的要及时完善，做好资料积累、学习经验，不断改进，提出合理化建议。

8）、在业务及上级医师的指导下，承担门诊医疗、预防、保健等工作指导医师处理一般疑难技术问题。

（4）、新生儿科住院医师职责：

1）、在科主任领导和主治医师指导下，负责完成指定的医疗工作。

2）、认真执行各项规章制度、诊疗常规和技术操作常规，合理使用抗生素，严防医院感染与差错事故。

3）、担任病房日常诊断治疗工作，开具遗嘱，并检查其执行情况。

4）、按时完成医疗文书书写。检查、改正实习医师书写的医疗文书。及时完成出院小结及出院病历归档。

5）、对所管病人应全面负责，在下班以前做好交班工作，重症病人应床旁交班。

6）、对所管病人每天至少上、下午各查房一次，上级医师查房时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见，请他科会诊时应陪同诊视。

7）、及时向主治医师报告诊断、治疗上的困难及病员的病情变化，提出需要转院的意见。

8）、防止感染、差错事故、传染病疫情流行，应积极处理，立即报告组长。

9）、及时完成传染病报告等各种上报材料。

二、危重新生儿转运制度

一、我国新生儿转运标准《实用新生儿学》

1、早产儿：出生体重＜2000g或胎龄＜34周；

2、呼吸窘迫：不论何种呼吸道疾患，有下列情况之一者：FiO2＞0.4仍缺氧者；需机械呼吸者；呼吸道有梗阻症状者；反复呼吸暂停者。

3、循环衰竭：血压低，少尿，皮肤充盈不佳者。

4、窒息后：神经系统异常（肌张力低、抽搐、抑制状态）；酸中毒难以纠正；低血糖、低血钙等代谢紊乱。

5、外科疾患：膈疝，气管食管瘘，胃肠道畸形等。

6、产伤。

7、先天性心脏病。

8、其他：母糖尿病；新生儿溶血病；宫内发育迟缓；出血性疾病；严重感染等。 还有其他需要监护治疗的高危儿。

二、新生儿危重病例单项指标：凡符合下列指标一项或以上者可确诊为新生儿危重病例。

1、需行气管插管机械辅助呼吸者或反复呼吸暂停对刺激无反应者。

2、严重心律紊乱，如阵发性室上性心动过速合并心力衰竭、心房扑动和心房纤颤、阵发性室性心动过速、心室扑动和纤颤、房室传导阻滞（Ⅱ度Ⅱ型以上）、心室内传导阻滞（双束支以上）。

3、弥漫性血管内凝血者。

4、反复抽搐，经处理抽搐仍持续24h以上不能缓解者。

5、昏迷患儿，弹足底5次无反应。

6、体温≤30℃或＞41℃。

7、硬肿面积≥70%。

8、血糖＜1.1mmol/L（20mg/dl）

9、有换血指征的高胆红素血症。

10、出生体重≤1000克。

三、转运前的处理及判断

1、选择一个就近、技术力量雄厚的上级医院，及时通知上级医院进行转运。

2、转运前应积极治疗、密切监护和稳定患儿的体内环境，不能认为患儿马上要被转运而不闻不问。

3、转运前应对患儿的下列状态作出判断

（1）、心血管功能：有无心力衰竭，什么原因引起？如有心衰则限制入液量，选用利尿剂及地高辛。皮肤灌注不好者，分析原因：失血？严重感染？心功能不全？酸碱紊乱？采取相应的措施，用多巴胺、碳酸氢钠或机械呼吸等措施。若有严重心律失常，予相应药物治疗。

（2）、肺部情况：呼吸功能如何（结合体格检查及血气分析），需否气管插管？如存在缺氧，青紫应调整FiO2，做持续气道正压（CPAP）呼吸，若已做机械通气则调整呼吸器参数，并应了解有无气胸存在，作相应处理。

（3）、了解体温及环境温度。

（4）、了解生化/代谢状态：如低血糖、酸中毒、低钠血症。低血糖，应迅速纠正，酸中毒者纠正至pH≥7.2低钠血症应逐渐纠正。

（5）、有无重度细菌感染：根据病史、体检、血白细胞计数及等检查分析细菌感染的可能性，若考虑有细菌感染即应抽血培养，并开始抗生素治疗。

（6）、了解中枢神经系统情况：是否过度兴奋或抑制，有无颅内出血？如有惊厥注射苯巴比妥。

（7）、有无外科疾患。

四、制定规范转诊同意书及转运情况介绍

1、转诊前要填写转诊记录单：包括病史、辅助检查结果和治疗进行详细登记，有助于减少转运风险及后续处理。

2、向家长解释患儿病情、转院的原因、预后的估计和转运风险等问题，取得家长的理解与合作是成功转运的基础。

3、患者及其家属的知情同意、医院间资料的一致是减少医疗纠纷或在医疗纠纷中取得主动的关键。

4、家长在转运同意书签字后才能转运，对那些确属无法挽救的患儿则不必转运。

5、转运小组在返回时应带患儿的X线片或CT片及病历复印件。同族免疫性溶血，血小板减少等疾患时，应取母血10ml备检验之需。

6、将患儿接回后填写转运记录并小结本例转运工作。

五、转运设备、药品及人员：

新生儿转运救护车内应设有：电源、氧气、压缩空气、转运暖箱、监护仪（血压监测仪、体温检测仪、经皮氧分压仪、二氧化碳分压仪）、呼吸器等。

1、转运暖箱：暖箱是转运必不可少的设备，患儿能否保持正常体温对预后有很大影响，它应能很好地固定在抢救车内，并有安置呼吸器、心率、呼吸监护仪、输液泵等医疗器械的支架。转运暖箱应有蓄电池，以便在无外接电源的条件下继续工作。暖箱应预热，超低出生体重儿的箱温调节到35℃，箱温应根据不同出生体重来设置。

2、监护仪：①具声、光报警功能的心率、氧饱和度与呼吸监护仪；②微量血糖监测仪；③、血压监测仪；④体温检测仪；⑤经皮氧分压仪；⑥二氧化碳分压仪等。

3、呼吸器：有持续气流、压力限制，具有IPPV，IMV，PEEP/CPAP的通气方式，并有湿化装置，空氧混合仪的呼吸器。

4、药品包括：5%葡萄糖、10%葡萄糖 、25%葡萄糖、生理盐水、注射用水、5%碳酸氢钠、10%葡萄糖酸钙、苯巴比妥、地高辛、地西泮、维生素K1、氨茶碱、肺表面活性物质、白蛋白、泮库溴铵（潘夫龙）、氨苄青霉素、头孢噻肟、肾上腺素、异丙肾上腺、多巴胺、多巴酚丁胺、利多卡因、酚妥拉明、速尿、氢化可的松、肝素。

5、人员：一般派新生儿科专业医师或经过新生儿专业培训的儿科医师一名与合格的护士一名前往转诊医院，接运病儿。

六、转运中病情的观察和处理

1、要保持所有转运设备良好的工作状态；

2、持续监测患儿生命体征，包括体温、心率、呼吸、意识、肌张力及末梢循环情况；

3、置暖箱保暖，根据患儿体重设定不同的温度：

＜1000g 为 36～35℃

1000～1500g 为 35～34℃

1501～2500g 为 34～33℃

＞2500g 为 32～33℃

4、注意患儿体位，予侧卧位，防止呕吐，及时清理呼吸道分泌物，保证气道通畅，以安全带缚好患儿身体，头肩部保持同一水平线，尽量减少途中震荡。

5、将转运暖箱与救护车呈垂直方向放置，锁定箱轮，以减少途中颠簸对患儿脑部血流的影响。

6、如途中患儿病情恶化，应将救护车暂停路边进行抢救，待病情稳定后继续转运。

7、途中注意保持各种管道通畅，防止脱落及移位。

8、需要氧疗的患儿可选择头罩吸氧、气囊面罩加压给氧、人工辅助通气及持续气道正压呼吸（CPAP）等方式，但要进行氧疗监测。

9、使用静脉留置针穿刺技术迅速建立静脉通路，方便急救用药及补液。

10、及时控制惊厥、降低颅内压、纠正酸中毒、低血糖，维持途中患儿的内平衡。

11、转运外科疾患的病儿时要注意体位：（1）脑脊膜膨出、骶尾部畸胎瘤取俯卧位；（2）后鼻孔闭锁、小下颌畸形等引起呼吸道梗阻亦取俯卧位；（3）食管闭锁、气管-食管瘘取半卧位；（4）膈疝取侧卧位，正常侧在上，并抬高头部。胃肠道梗阻及膈疝患儿应放鼻胃管以减压，隔15分钟抽取内容物一次；食管闭锁者放引流管至食管盲端，应经常抽取内容物，口咽部亦要经常吸引，以避免吸入。

三、入院管理制度

（1）、按照各类疾病收入住院治疗标准制度或流程，由本院具备执业医师资质的医师通过病情诊断来决定住院与否。

（2）、每一个患者从门诊、急诊收入院时应有完整的记录，应含有明确的住院日期、入院时患者身体状态、精神状况的评价，向患者进行说明，取得理解与同意。

（3）、患者住院持门诊、急诊医师签署的住院证、本人身份证、医疗保险证或医疗保险卡到入院处办理住院手续。

（4）、急、危、重患者按照“先救治、后交费”原则优先收治，不得拒收或推诿。各病区须保留1—2张急诊床位，保证急危重患者的收治。

（5）、门诊设置住院患者服务处，解答住院患者相关问题，协助办理住院手续。遇到行动不便、高龄等特殊患者，导诊护士应护送至入院接诊处。

（6）、入院接诊处办理入院登记手续时，应录入患者姓名、性别、年龄等基本信息，并测量体重、血压、脉搏、呼吸等，收费处在办理交费手续时应注明省、市、职工（居民）医保等情况。

（7）、危重患者入院时，应由医护人员用平车推送至病房，并与病区医护人员进行床旁病情交接；对行走不便的患者应主动搀扶、护送至病房。

（8）、病区护士对入院患者应热情接待，详细介绍住院须知和病区环境，准备好住院病历，并通知主管医师进行检查处理，同时将有关资料输入计算机，对于职工（居民）医保患者应进行相关证件核查。

四、出院管理制度

（1）、患者出院应由本科的主治医师或上级医师查房决定，并通知住院处办理出院手续，病房护理人员应依结账单发给出院证、出院小结等文件，并清点收回患者住院期间所用医院的物品。

（2）、医师、护士有责任根据病情为出院患者给予必要的服药指导、营养指导、康复训练指导、生活或工作中的注意事项等信息服务。

（3）、为出院患者出具出院诊断证明，主要内容包括：入院时情况、诊断名称、治疗方法、效果、出院带药以及出院的注意事项等。

（4）、倡导并有计划推行主管医师对出院患者进行随访，必要时可向社区医疗服务机构介绍患者诊疗情况，以保持服务的连贯性。

（5）、病情不宜出院而患者或家属要求自动出院者，医师应加以劝阻，充分说明可能造成的不良后果，如说明无效者应报请科主任批准，有患者或其家属在病历中签署相关知情文书后办理出院手续，方可离院。经主管医师通知出院而不出院者，应通知所在单位或有关部门接回或送回。

五、转科（转出、转入）制度

（1）、凡因病情需要转科的患者、经被邀请科室会诊、如同意转科、应在转入科室安排好床位后 ，方可转科。

（2）、决定转科后，转出科室主管医师应先通知患者和家属，明确告知转科的原因、目的及转科存在的风险，待患者和家属同意后方可转科；对于拒绝转科的患者，要求明确告知不转科存在的风险，并要求患者和家属签字。

（3）、转出科室主管医师书写“转科记录”，评估转运途中可能存在的风险、并做好相应准备；病区护士结清账目并与住院处联系妥当后，由工作人员携带全份病历及有关资料护送患者到转入科室、必要时应有主管医师和护士护送，并当面将患者特殊情况进行交班。

（4）、转入科室主管医师在患者转入后详细询问病史、检查患者，做出诊断和治疗计划，并及时写好“转入记录”。

（5）、如转科患者患有2种以上不同疾病或在原有疾病尚未治愈，而必须转入他科治疗时，转出科应在病史中对原有疾病的诊疗意见交代清楚，必要时应进行随访。

（6）、感染性疾病科患者需转他科时，应在患者传染期过后，方可转出。其他科发现患者有传染病需隔离诊治示，应经感染性疾病科医师会诊确诊后转感染性疾病科，未明确前可由双方医师协商，患者先采取床边隔离及相应消毒措施。

六、母乳喂养保障制度

（1）、全科室医护人员认真执行本院有关母乳喂养的政策，提高实施母乳喂养的认识，落实医院实施母乳喂养的规定。

（2）、加强技术培训工作，提高母乳喂养的指导水平，本科室人员必须经过18小时培训3小时实习合格后方可上岗，新进人员接受培训，并要合格才能上岗。

（3）、认真落实新生儿科工作制度，管理措施，为母乳喂养和母婴同室创造良好的环境和条件，除有医疗指征外，一律实行24小时母婴同室。

（4）、除有母乳喂养禁忌症外，本院出生的病理新生儿均实行母乳喂养，医护人员认真指导哺乳方法及有关知识。

（5）、在母乳或婴儿有传染病需要隔离时，母乳应在隔离期间坚持挤奶，保持泌乳状态，以利隔离期后继续哺乳。

（6）、医护人员应认真监督，除母乳外禁止给新生儿用糖水及任何食物，除非有医疗指征外，禁止使用奶瓶和橡皮奶头或其做安慰物，更不能宣传或使用母乳代用品。

（7）、新生儿科大夫每天必须进产科病房，检查新生儿，填写新生儿病历。

七、产、儿科合作制度

依据上级文件精神，为提高围生保健水平，降低窒息、早产儿及其并发症发生率，降低婴儿死亡率及儿童死亡率，加强产儿科医生产前、产时及产后各时期的密切合作，特制定本制度。

（1）、高危孕妇定期会诊制度：对高危孕产妇，当宫内条件不适宜胎儿生存，并威胁到孕妇生命安全时，根据医院现有技术力量，产科与儿科医生共同协商，决定使胎儿及时娩出还是宫内转运。

（2）、产儿科每周交班会：为了使新生儿医生掌握孕妇，尤其是高危孕妇的情况，做好新生儿出生后的观察，产儿科的医生与护士长每周定期召开一次交班会，对重点的孕产妇情况进行通报，使儿科医生掌握即将出生的高危胎儿情况，做好相应的准备措施同时将高危新生儿的情况及时汇报给产科医生。

（3）、所有高危孕产妇分娩时均有儿科医生到场，24小时随叫随到，做好复苏和抢救准备，并做好及时转运准备。

（4）、儿科医生坚持每天到产科查房，密切观察新生儿生命体征的变化，及时发现新生儿异常情况及时处理，发现危重儿及时会诊治疗，及时阻断了新生儿疾病的发展，必要时转院。

（5）、对新生儿分娩后重点观察4小时，尤其是Apgar评分低、母有糖尿病、母亲产前曾有发热或有胎膜早破史等新生儿，避免母婴同室内新生儿急症的发生。儿科医生对母婴同室的婴儿进行每日的体检，定期巡视病房，定期培训母婴同室护理人员，并与产科医生及护理人员及时交流产妇及婴儿情况共同管理。

（6）、儿科要配合产科做好产妇及家属的工作。对有产科合并症的婴儿酌情配合产科医生做好宣教工作，如产钳后皮肤损伤、血肿、轻度HIE等，儿科医生协助产科作解释工作，尽量不给家属增加思想负担，甚至配合产科做好上门随访，儿科成为产科医生坚强后盾。

（7）、加强培训医护人员的窒息复苏、新生儿常见疾病的早期诊断、新生儿护理等知识。

八、伦理学评估和审核制度

1、医学伦理委员会在院长和分管院长的领导下开展工作，以规范医务科技行为，保护受试者、研究者及应用者的合法权益，强化法制意识和医德观念为主要任务。

2、医学伦理委员会以《纽伦堡法典》、《赫尔辛基宣言》，医学国际组织理事会及世界卫生组织的有关文献为指导原则，在我国法律法规、制度政策及道德规范的约束下，依照我院规章制度开展医学伦理相关工作。

3、审核涉及人体的药品临床试验、医疗新技术、新仪器设备、器官移植、医疗辅助生育、克隆技术与基因工程以及其他涉及医务科技行为的项目，是否符合医学伦理道德要求。

4、审核临床科研、医疗教学或其成果的医学伦理道德问题。

5、定期审查和监视上述项目的医务科技行为，审查上述情况/条件下所出现的严重不良事件。

6、通知没有预见的安全问题，并监督缺陷的整改。

7、进行有关医德医风、政策法规、道德规范的咨询，组织专题培训或研讨会。

九、医疗设备操作、管理制度

（1）、科室必须设立兼职或专职设备管理人员，负责仪器设备的申请购置、仪器保管、日常维护、使用指导、安全检查、设各定期核对、信息反馈及报废等工作。

（2）、所有的仪器设备必须建立操作规程，保养维护制度，并认真做好使用情况登记，保证性能良好，发现问题及时修理。对大型贵重仪器设备应安排专人负责。

（3）、高、精、稀缺仪器必须有专人操作使用，定期检查未经技术训练之人不得使用仪器。

（4）、仪器使用前应组织学习，充分掌握新仪器的性能和使用方法，各项仪器建立使用说明卡，挂于仪器上。

（5）、定期清理呼吸机管道，监护仪导联线及血压计袖带，保证抢救设备完好率为100％。

（6）、仪器设备原则上不外借，特殊情况必须经设备科同意，院领导审批后方能外借。

十、特殊药品管理制度

（1）、病室应设置毒麻药品专厨、专屉加锁进行管理并指定专人负责，按需要固定基数，由医师开出处方，向药房领回。

（2）、领用时应有专用处方，交接班应认真按数清点。

（3）、定时清点并检查药品质量，如发现有沉淀、变色、过期等现象，不得使用，所有安瓿药必须有原装盒保存。

（4）、毒麻药品除设有交接班本外，还须有使用登记本，用后登记并保留安瓿备查，如有剩余药液，须经第二人核实后方可丢弃。

（5）、调配毒麻药品时，剂量要准确，尽量做到相互核对，禁止估量配药。

（6）、用毒麻药品时应单独处方开写，并用药品全称，一律不得缩写，一次处方总量不得超过一日极量，其一次量不得超过常用剂量，超量使用时，必须由处方医师另行签字，以示负责。

（7）、此类药品无瓶签或瓶签模糊不清发生怀疑时需进行分析鉴定，无误后才能使用，数量少不值得分析时，按规定报废销毁。

（8）、负责毒麻药品的保管人员，调动时需办理交接手续方可调离，如有数量差错，必须认真查清，根据情况给予妥善处理。

十一、抗菌药物分级使用管理制度

（一）、抗菌药物临床应用实行分级管理。根据安全性、疗效、细菌耐药性、价格等因素，将抗菌药物分为三级：非限制使用级、限制使用级与特殊使用级。具体划分标准如下：

1、非限制使用级抗菌药物是指经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物；

2、限制使用级抗菌药物是指经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物；

3、特殊使用级抗菌药物是指具有以下情形之一的抗菌药物：

（1）具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；

（2）需要严格控制使用，避免细菌过快产生耐药的抗菌药物；

（3）疗效、安全性方面的临床资料较少的抗菌药物；

（4）价格昂贵的抗菌药物。

（二）、预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首先选用非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下合并感染或者病原菌只对限制使用类抗菌药物敏感时，可以选用限制使用级抗菌药物；严格控制特殊使用级抗菌药物使用。

（三）、对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训。医师经考核合格后获得抗菌药物处方权，药师经考核合格后获得抗菌药物调剂资格。具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予限制使用级抗菌药物处方权。具有高级专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予特殊使用级抗菌药物处方权。

（四）、临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指征，经抗菌药物管理工作组指定人员会诊同意后，由具有相应处方权医师开具处方。门诊医师不得开具特殊使用级抗菌药物处方。特殊使用级抗菌药物会诊人员由具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科等具有高级专业技术职务任职资格的医师和感染专业临床药师担任。

（五）、紧急情况下，医师可以越级使用抗菌药物，处方量应当限于1 天用量，同时应在病程记录中说明越级使用的原因。如果需要继续使用，必须经上级医师会诊同意使用该级别级抗菌药物后，由具有相应处方权限的医师开具处方、医嘱。

（六）、严格控制门诊患者静脉输注使用抗菌药物比例（不超过10 %）。

（七）、利用信息化手段，促进抗菌药物合理应用。

1、如抗菌药物使用人员权限（抗菌药物的分级管理，有相应资格的医师才能开具相应级别的抗菌药物、特殊使用级的抗菌药物经会诊后，要使用的，根据会诊结论，由具有相应处方权限的医师开具处方、医嘱）

2、处方审核系统（自动识别处方的合理性、提示处方医师药品的配伍禁忌、药品相互作用、不良反应等）

3、I类清洁切口（特别是4类代表手术）抗菌药物使用的规范管理，对I类切口使用抗菌药物（预防）作严格限制，卫计委规定预防用药不超过30%。7种原则上不预防使用抗菌药物的I类切口手术（甲状腺、乳腺、腹股沟疝、关节镜检查、颈动脉内膜剥脱、颅骨肿物切除和白内障手术）非特殊情况下一般不预防用药。凡是I类切口需要预防使用抗菌药物时，应在病程记录上写明原因（仅在下列情况时可考虑预防用药：（1）手术范围大、时间长、污染机会增加；（2）手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术、眼内手术等；（3）异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起博器放置、人工关节置换等；（4）高龄或免疫缺陷者等高危人群；（5）糖尿病患者（6）肿瘤化疗患者。同时用药时间控制在24小时内，特殊情况下延长至48小时。

4、门诊医师不得开具特殊使用级抗菌药物处方。

十二、安全管理制度

（1）、加强职业道德教育，认真学习《医务人员职业道德规范及实施办法》，认真履行《执业医师法》第二十二条规定的五项义务。

（2）、严格遵守《医疗事故处理条例》第二章规定的医疗事故预防与处置的各项规定，严格做到本章所规定的一个必须，一个严禁和二十三个应当履行的职责。

（3）、牢固树立“医疗安全第一”的观念，坚持医疗管理中安全有效的原则，杜绝事故，减少差错和缺陷。

（4）、努力提高医疗安全意识，强化观念。严格执行卫生法律、行政法规、部门规章、基本医疗制度、诊疗护理规范和常规。落实医疗安全责任目标。

（5）、严格执行首诊负责制、会诊转诊制、危重病人抢救制、值班、交接班制度、三级医师查房制度、术前谈话制度、手术分级和手术审批制度，重大手术、疑难、死亡病例讨论等医疗制度。

（6）、严格执行病历书写规范，及时、真实、完整、正确书写病历。严格执行知情同意的原则，切实履行告知义务，健全和执行患方签字制度，尊重患者或家属的知情权、选择权、决定权。

（7）、科主任、主任（副主任）医师定期门诊，主治、高年资医师门诊把关。科室要制定相应的安全医疗防范措施，强调岗位责任制，人人在岗在位，随叫随到。

（8）、急诊科按各科抢救常规进行抢救，抢救常规图表上墙。做好急诊登记，保管好留观病历。

（9）、护理部、药房严格执行查对制度，严防发错药、配错药、用错药、打错针、搞错剂量、贴错标签、写错用法，不发配伍禁忌或不符合规定、皮试阳性或需做皮试而未经皮试的药物。发现错误的处方或医嘱要退回，由医师更正后方能发药。

（10）、保障抢救药品供应。急救器材、药品定量、定位、定人管理，使之处于应急状态。

（11）、麻醉、剧毒、贵重药品按规定保管。

（12）、严格执行院感的有关规定。

（13）、严格执行血型鉴定、交叉配血、血液入库、发血、输血等相关规定，避免和减少医源性的事故发生。

（14）、医技科室必须做好室内、室间质控。加强与临床联系，避免因缺乏沟通而造成纠纷。

（15）、加强对进修生、实习生管理，严格执行进修生、实习生带教的有关规定。

（16）、严格执行医疗事故防范预案、医疗事故处理预案和医院急救预案，防患于未然。

（17）、坚持医疗缺陷、事故登记、报告、讨论、处理制度。

（18）、每年修订医疗安全保障方案，一切从医院实际出发，切实加强医疗安全防范。

（19）、严格执行病历保管、借阅、复印制度。

（20）、坚持开好每季安全医疗例会，分析缺陷、差错、事故所致医疗纠纷原因， 及时提出整改意见，把医疗安全落实到实处。

十三、不良预后处置管理制度

（1）、医疗不良事件发生后，当时科室和当事人必须在24小时内就事实经过写书面报告，同时提出初步处理意见，上报主管领导或主管职能部门。

（2）、医疗体系的纠纷由医务科、医疗不良事件管理委员会适时组织本院医疗事故鉴定委员会，按照《医疗事故处理条例》的相关规定进行调查，根据调查结果对纠纷原因做出初步鉴定。

（3）、非医疗体系的纠纷由其主管职能部门组织相关部门进行调查。

（4）、医院根据本院初步鉴定对医疗纠纷、当事科室和当事人进行处理。

（5）、患方、当事科室或当事人对本院初步鉴定有异议的，可申请进行医学鉴定或司法鉴定，医院根据鉴定结果进行处理。

（6）、当事科室和当事人必须配合完成医院或鉴定机构的调查处理。

十四、不良事件防范与报告制度

1、加强对医疗安全的管理，由院科两级质控小组定期检查，发现问题及时整改，以确保安全医疗。

2、继续强化安全医疗意识，切实做到医疗安全工作人人有责。各科室按计划做好医疗安全教育，常抓不懈，警钟常鸣。

3、加强医护人员的医德教育和业务素质的培养，增强工作责任性，提高三级查房质量。

4、严格实施医院急救预案，做好首诊负责。开设绿色通道，全力抢救危重病人。

5、发现可能为不良事件的医务人员须及时处理病人，并立即报科主任，科主任认定为不良事件或可能不良事件，要尽快上报相关职能部门或总值班（夜间和节假日），及时填写《医疗不良事件报告表》。

十五、突发事件应急处置预案

（一）、患儿发生呛奶等窒息时的应急预案

（一）、各班检查负压吸引装置处于完好备用状态，并且护理人员要随身备小儿一次性吸痰器一付，以便急用。

（二）、当患儿发生窒息时，立即将患儿取侧身头低位，给予拍背，使吸入呼吸道的奶汁或痰液排出，同时配合使用一次性吸痰器予清理呼吸道，并请旁人通知其他医务人员。

（三）、其他医护人员应迅速备好负压吸引用品（吸痰盘）和吸氧用品，必要时给窒息患儿行负压吸引和给氧。

（四）、当患儿发生神志不清，呼吸、心跳停止时，应立即进行人工呼吸、心外按压、加压给氧等复苏抢救，必要时行气管插管，遵医嘱给予抢救用药，直至患儿恢复自主呼吸与心跳。

（五）、护理人员应严密观察患儿生命体征、神志和瞳孔变化，必要时行心电监护。

（六）、抢救结束后6小时内据实准确的记录抢救过程。

（七）、待患儿病情平稳后分析引起窒息的原因，对于呛奶引起的窒息应指导家属掌握正确喂奶方法。

（八）、呼吸道分泌物多的患儿要多翻身拍背，痰液粘稠者遵医嘱雾化后予拍背吸痰，平时要指导家长如何观察患儿正常的面色与呼吸。

**流程图：**

立即清理呼吸道、给氧

↓

通知医生

↓

继续抢救

↓

观察生命体征

↓

记录抢救过程

↓

加强防范措施

（二）、患儿发生坠床的应急预案

（一）、患儿的病床应有护栏，并且有家属陪伴。

（二）、指导家属正确使用护栏，夜间睡眠时要让患儿睡于有护栏保护的那侧。

（三）、加强安全宣教，不要让患儿单独在床上玩耍，尤其是不要在床上蹦跳。

（四）、意识不清或躁动不安的患儿，要24小时有人看护，必要时应用约束带保护。

（五）、发生坠床时，应立即来患儿身边，通知医生检查受伤情况，判断有无危及生命的症状或骨折、软组织损伤等，必要时外科会诊。

（六）、根据伤情采取相应的急救措施。

（七）、密切观察病情变化，并准确记录，认真做好交接班。

**流程图：**

发生坠床

↓

护士立即赶到

↓

通知医生

↓

查看受伤情况

↓

判断病情

↓

采取相应急救措施

↓

严密观察病情

↓

准确记录

↓

做好交接班

**（三）、患儿突发性猝死应急预案**

（一）、值班人员应严格遵守医院及科室各项规章制度，坚守岗位，加强巡视，及时发现病情变化，尽快采取抢救措施。

（二）、急救物品做到“四固定”，班班清点，同时检查急救物品性能，保证急用时可随时投入使用。

（三）、医护人员应熟练掌握心肺复苏流程、常用急救仪器性能、使用方法、注意事项。仪器及时充电。

（四）、若发现患儿突发猝死，应迅速做出准确判断，第一发现者不要离开，就地进行心肺复苏抢救，请他人通知医生。

（五）、增援人员到达后，根据患儿情况，配合医生采取各项抢救措施。

（六）、抢救中应注意心、肺、脑复苏，开放静脉通路。

（七）、在抢救时要合理摆放各种仪器与物品，利于抢救进行，注意随时清理环境。

（八）、参与抢救的人员应注意互相密切配合，严格查对，及时做好记录，并认真做好与家属的沟通与安慰工作。

（九）、按《医疗事故处理条例》规定，在抢救结束后6小时内，据实准确记录抢救过程。

（十）、抢救无效死亡，协助家属将尸体运走，在抢救过程中注意对同室患儿及家属进行安慰。

**应急程序:**

防范措施到位→猝死后立即抢救→通知医生→继续抢救→告知家属→记录抢救过程

**（四）、小儿惊厥的应急预案：**

（一）、惊厥发作时不要搬运，应就地抢救，立即松解患儿衣扣，让患儿去枕平卧，头偏向一侧，以防衣服对颈、胸部的束缚影响呼吸及呕吐物误吸发生窒息。将舌轻轻向外牵拉，防止舌后坠阻塞呼吸道引起呼吸不畅，及时清除呼吸道分泌物及口腔呕吐物，保持呼吸道通畅。

（二）、保持安静，禁止一切不必要的刺激，治疗、护理尽量集中进行。

（三）、供给氧气，窒息时施行人工呼吸。

（四）、立即按医嘱给予止惊药物：地西泮（安定），每次0.1-0.25g/kg（最大剂量10mg），静脉缓慢推注，速度应小于每分钟1mg，必要时20分钟后可重复，此药起效快，5分钟内生效，但作用时间短暂，注射速度过快时可致呼吸抑制；苯巴比妥钠，每次8-10mg/kg，肌肉注射，此药作用时间长，不良反应小；10％水合氯醛，每次0.5ml／kg，保留灌肠。

（五）、对因止惊：低血糖引起的惊厥，必须静注葡萄糖；低血钙引起的惊厥，须补充钙剂或镁剂。惊厥伴高血压者宜给降压药，惊厥持续时间长并出现呼吸节律改变或瞳孔大小不等时，疑有脑水肿者，宜同时应用脱水剂。因食物中毒或药物中毒所致惊厥，必须做相应的处理。

（六）、一般护理：

1、防止外伤：

（1）、对已出牙的患儿在上下齿之间放置牙垫或人工气道，防止舌咬伤。

（2）、床边设置防护床档，防止坠床。有栏杆的儿童床应在栏杆处放置棉垫，以防患儿抽搐时碰到栏杆上，同时注意将床上的一切硬物移开，以免造成损伤。若患儿发作时倒在地上，应就地抢救，及时移开可能伤害患儿的一切物品，切勿用力强行牵拉或按压患儿肢体，以免骨折或脱臼。对可能再次发生惊厥的患儿要有专人守护。

2、卧床休息，每4小时一次测量体温，体温突然升高或骤降时要随时测量并记录。

3、及时采取正确、合理的降温措施。

物理降温常用方法有：打开包被、冷水毛巾湿敷额部、解热贴敷前额、温水擦浴等方法。必要时按医嘱采用药物降温。

4、观察降温过程中有无虚脱表现，如面色苍白，大量出汗等，出现虚脱时应立即处理。 降温后出汗较多，应及时更换衣服及被褥，防止受凉。

5、做好口腔护理。根据病情鼓励患儿多饮水，进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化的流质或半流质。

6、观察病情变化：

（1）、注意患儿体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔及神志改变。发现异常及时通报医生，以便采取紧急抢救措施。

（2）、惊厥发作时，应注意惊厥类型。若惊厥持续时间长、频繁发作，应警惕有无脑水肿、颅内压增高的表现，如发现患儿收缩压升高、脉率减慢、呼吸节律慢而不规则、双侧瞳孔扩大，则提示颅内压增高，应及时报告医生，并及时采用降颅内压措施。

（3）、密切观察患儿用药后的反应，有无药物的副作用。

7、健康教育：

（1）、根据患儿及家长的接受能力选择适当的方式向他们讲解惊厥的有关知识。让家长明白惊厥经急救停止发作以后，还应继续彻底地进行病因治疗，以防止惊厥复发。

（2）、指导家长掌握惊厥发作时的应对措施。如发作时要就地抢救，指压人中穴，保持安静，不能摇晃或抱着患儿往医院跑，以免加重惊厥，造成机体损伤。应在发作缓解时迅速将患儿送往医院查明原因，防止再发作。

（3）、对高热惊厥的患儿家长应说明高热惊厥发作易于缓解，但以后也容易复发，及时控制体温是预防惊厥的关键措施，指导家长在患儿发热时进行物理降温和药物降温的方法。

（4）、对原有癫痫的患儿，要说明擅自停药的危害性，应按时服药，不能随便停药。同时强调定期门诊随访的重要性，根据病情及时调整药物。

（五）、小儿休克应急预案

（一）、平卧位，下肢应略抬高，以利于静脉血回流。如有呼吸困难可将头部和躯干适当抬高，以利于静脉血回流。如有呼吸困难可将头部和躯干适当抬高，以利于呼吸。给予吸氧，必要时人工辅助通气。

（二）、保持呼吸道通畅，尤其是休克伴昏迷者。方法是将患儿颈部垫高，下颌抬起，使头部后仰，同时偏向一侧，以防呕吐物和分泌物误吸人呼吸道。

（三）、补充血容量，及时恢复血流灌注，是抗休克的基本措施。必须迅速建立1—2条大管径的静脉输液通道，快速输入2：l等张含钠液扩容，并同时采血配血。纠正酸中毒，保持水、电解质平衡。

（四）、注意患儿的转运。对休克患儿搬运越轻越少越好，尽可能就地抢救。在运送途中，应有专人护理，随时观察病情变化，并做好急救准备。

（五）、对有可能或已经发生休克的小儿，应针对病因，采取相应的预防措施。对外伤小儿要进行及时而准确的急救处理。活动性大出血者要确切止血；骨折部位要稳妥固定，并予止痛；软组织损伤应予包扎，防止污染；呼吸道梗阻者需行气管切开。

（六）、必须充分做好手术患儿的术前准备，包括纠正水与电解质紊乱和低蛋白血症；补足血容量；全面了解内脏功能。还要充分估计术中可能发生休克的各种因素，采取相应的预防低血容量休克的措施。

（七）、一般护理：

1、注意给体温过低的休克患儿保暖，盖上被、毯。伴发高热的感染性休克患儿应给予降温。

2、在禁食期间，由静脉供给全胃肠外营养，以后根据病情逐渐供给胃肠内营养。

3、严重感染患儿，采用敏感抗生素静脉滴注，积极清除原发病灶（如引流排脓等），对某些可能并发休克的外科疾病，抓紧术前准备，及早手术治疗。血液细菌培养及药物

敏感试验应在抗生素使用前采样。

4、严密观察患儿的脉搏、血压、呼吸及尿量等情况，并随时记录。要特别观察患儿的精神症状，因为精神症状可反映患儿的中枢神经系统尤其是脑的血液灌注量与供氧量，对病情的判断具有整体性意义。

5、血管活性药物应用时应保持匀速输入，并观察药物的疗效与不良反应。

6、烦躁不安者可予镇静剂。

7、对年长儿做好心理上的安抚，休克患儿的意识常是清醒的，对突然的病情变化可产生不同的心理效应，如害怕、恐惧、焦虑等，这些反应与休克之间会形成负反馈的恶性循环。护士要选择适当的语言来安慰患儿，耐心解释有关病情变化，以稳定患儿情绪，减轻患儿痛苦。同时做好患儿家长或陪伴人员的安慰工作。

8、做好对家长的心理支持与健康教育：耐心做好家长的病情解释工作，让家长了解患儿的病情，检查与治疗的目的、意义、注意事项，使家长配合治疗。指导家长做一些基本的护理如给患儿适当的保温，保持合适的体位。在适当时候对家长进行儿童意外防范、紧急事件处理方面的医学常识教育。

**（六）、新生儿病房医院感染应急管理预案**

（一）、当疑有医院感染暴发，科室负责人立即汇报给感控科。

（二）、将感染病例进行严密接触隔离。

（三）、配合感控科查找感染源。对感染病人、接触者、可疑传染源环境、物品、医护人员及陪护人员等进行病原学检查。对感染病人周围人群进行详细的流行病学检查。

（四）、组织有关专家及时进行会诊，查找引起感染的因素。

（五）、制定控制措施。包括对病人进行适当治疗，进行正确的消毒灭菌处理，隔离病人，必要时控制病人数或停止接收新病人，医护人员自身防护，免疫接种或服药等。

（六）、感控科分析调查资料，综合做出判断，写出调查报告。

（七）、病区总结经验，制定并落实防范措施。

**（七）、输液反应应急预案**

1、立即停止输液或保留静脉通道，改换其他液体和输液器。

2、报告医生并遵医嘱给药。

3、情况严重者就地抢救，必要时行心肺复苏。

4、记录患者生命体征，一般情况和抢救过程。

5、及时报告医院感控科、药剂科、消毒供应中心、护理部。

6、保留输液器和药液分别送消毒供应中心和药剂科，同时取相同批号的液体、输液器和注射器分别送检。

7、患者家属有异议时，立即按有关程序对输液器具进行封存。

**流程图：**

立即停止输液

↓

更换液体和输液器

↓

报告医生

↓

遵医嘱给药

↓

就地抢救

↓

观察生命体征

↓

记录抢救过程

↓

及时上报

↓

保留输液器和药液

↓

送检

十六、定期随访制度

（1）、科室要建立出院病人信息档案：内容应包括：姓名、单位、住址、联系电话，住院治疗结果、出院诊断和随访情况等内容。

（2）、随访范围：所有出院后需院外继续治疗、康复和定期复诊的患者均在随访范围内。

（3）、随访要求：

1）、科室要指定专人负责随访工作。

2）、随访工作负责人要详细收集病人资料，建立随访病人资料库。

3）、随访范围内病人在出院3-5天内进行第一次随访，特殊病人根据需要随时随访，随访范围内病人至少随访1次以上。

（4）、随访方式：包括电话随访、接受咨询、复查等。

（5）、随访内容包括：一是了解出院病人出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导病人如何用药、如何康复、何时回院复诊、病情变化后处置意见等专业技术性指导；二是进行住院满意度调查并征求病人及家属的建议和意见。

（6）、医院和科室向社会公布医疗和咨询服务电话，接受健康咨询、预约专家、预约检查。

（7）、工作人员应耐心解答病员及家属的有关咨询，凡属专业性较强的问题不能准确回答的，要很礼貌的告诉对方找有关科室或专家咨询，并告知联系方式。

（8）、医院每年召开一次医德医风监督员座谈会，征求社会和病人的意见和建议；倾听患者提出的合理化建议，改善医院的服务质量。

（9）、医院职能部门定期、不定期抽查随访情况，对随访制度落实较差、随访情况低于随访要求的，将分别给予通报批评、扣分、罚款处理。

十七、探视制度

（1）、患儿入院时值班护士与主治医师一同应向家长简明扼要介绍探视制度，设备及患儿病情。

（2）、NICU每周二、四、六下午14:30-15:30为探视时间，由NICU护士长将患儿用小车推至探视间，与家长沟通，告知家长患儿在院期间的奶量、尿量、大小便次数及哭闹等，让患儿家长亲眼看见自己的孩子在院的变化，满足患儿家长的心理需求。

（3）、家长在探视间看过宝宝后 ，到接待室由主治医师负责接待。详细告知患儿病情并解答问题，对于病情特别危重的患儿，我们每天早上查房后会主动和家属电话联系，告知患儿目前病情发展状况及治疗方案，充分维护患者的知情权和选择权。

十八、出生缺陷报告制度

（1）、建立新生儿出生缺陷登记簿，如实填写围产儿出生缺陷登记表每月定期上报。

（2）、分娩室发现出生缺陷儿应在24小时内报告本科出生缺陷检测负责人，并做好表、卡、册的原始登记。

（3）、一旦发现并确诊的出生缺陷儿或残疾儿童，在家属知情同意的情况下书写出生缺陷病例或疑似病例照片。

（4）、无法确诊的报告科负责人，在24小时内组织上级医院妇产医师及新生儿医师会诊。

（5）、已经确诊的出生缺陷儿告知家属到上级医院进一步诊断或治疗纠正。

（6）、加强相关科室医务人员专业知识培训，做到不错报、漏报或迟报。

十九、死亡报告卡管理制度

（1）、医院各科均应设立死亡病例登记报告本。

（2）、值班医师发现死亡病例立即填写居民死亡医学证明书，报告至预防保健科。

（3）、居民死亡医学证明书内容及相关信息要详细填写，不得漏项，不能迟报、漏报。

（4）、预防保健科在接到居民死亡医学证明书后，7日内进行网络直报，保证及时准确。

（5）、各科室主任为责任人，负责督促本科室死亡病例的报告，审核工作，要切实负责。

（6）、医务科、预防保健科组织巡查、督导，提高报告率，发现不报或违犯此规章制度者与科室的综合目标挂钩，进行奖罚处理。

（7）、配合市、县级疾控中心按时完成开展的死亡调查及监测工作。

二十、死亡新生儿遗体处理制度

（1）、尊重生命尊严，尊重少数民族的丧葬习俗，尊重宗教习俗，提供人文关怀服务。

（2）、将胎儿遗体、婴儿遗体纳入遗体管理，依据《山东省殡葬管理条例》的规定，交由家属妥善处理。严禁将婴儿遗体按医疗废物实施处理。因患传染病死亡的，按照《中

华人民共和国传染病防治法》的有关规定处理。

（3）、在医院因引产、死胎等原因产生的胎儿遗体，由手术医师向产妇及家属展示后，及时将胎儿遗体转运至太平间，告知产妇及家属须按照《山东省殡葬管理条例》处理胎儿遗体，也可以授权委托医院处理。

（4）、婴儿死亡后由所在科室出具《死亡通知书》，及时将婴儿遗体移送太平间，告知死者家属须按照《山东省殡葬管理条例》处置婴儿遗体，也可以授权委托医院处理。

（5）、胎儿遗体及婴儿遗体移送太平间，告知死者家属须按照《山东省殡葬管理条例》处理婴儿遗体，也可以授权委托医院处理。

（6）、胎儿遗体及婴儿遗体移送太平间时，应做好详细的尸体的登记，交接，存放手续。

（7）、家属授权委托医院处理的，须签署《知情同意书》及相应的《授权委托书》，医院按《山东省殡葬管理条例》及时通知火葬场火化，相关费用由死者家属承担。

（8）、胎儿遗体及婴儿遗体已移放太平间后，死者家属在规定的时间内，凭《死亡医学证明书》或《死亡通知书》、《身份证》或《户口薄》等到太平间领取胎儿、婴儿遗体。

（9）、太平间工作人员查验死者家属身份后， 及时通知殡仪馆、火葬服务站接运遗体，并详细登记患者尸体的交接、转运、存放、处理等资料，办理遗体移交手续。

（10）、被死者家属遗弃在医院、而且在规定时间内无人认领的胎儿遗体、婴儿遗体，医院通知县公安局，有县司法机关出具火化通知，按无名尸处理。

（11）、根据《尸体出入境和尸体处理的管理规定》，严禁医务人员从事尸体买卖和各种盈利性活动，对违反规定的工作人员要进行严肃查处。

（12）、对拒绝、阻碍殡葬管理工作人员依法执行公务或者侮辱、殴打管理人员的、由公安局依照《中华人民共和国治安管理处罚条例》给予处理，构成犯罪的、依法追究刑事责任。

泗洪县第一人民医院患者知情同意制度

一、认真履行知情同意手续，既是法律赋予患者的权利，也是医疗机构及医务人员的法定责任和义务。正确处理患者知情同意权与医务人员告知义务的关系，是密切医患关系、防范医疗纠纷、提高医疗质量、保证医疗安全的必要条件。

二、医务人员在医疗过程中有义务告知患者的主要内容包括：

1、医院的基本情况、主要医务人员的职称、学术专长等；

2、医院规章制度中与患者诊疗工作有利益关系的内容；

3、疾病诊断，可能的病因，病情程度及发展情况，需要采取何种治疗措施及相应的后果等；

4、诊疗措施，诊疗方法的准确性，有无副作用，检查结果对诊断的必要性、作用等；

5、手术的目的、方法、成功率、预期效果以及术中可能预料的后果、潜在危险等；

6、预计需支付的费用；

7、出现医疗纠纷的解决程序。

三、对操作简单、无严格并发症或并发症发生率低的有创检查、治疗，向患者交代检查、治疗的意义并征得同意后，可以不履行书面告知手续，如周围静脉穿刺、肌肉注射等。

四、对操作过程较为复杂、有可能发生严重并发症或并发症发生率较高以及治疗后果难以准确判定的有创检查、治疗，必须履行书面知情同意手续，主要包括：

1、手术同意书：必须由术者或第一助手亲自向患者和家属告知并签字，其中一类手术、部分二类手术及疑难手术必须由副主任医师（含）以上人员向患者和家属告知并签字。

2、麻醉同意书：应由实施麻醉的医师向患者和家属告知并签字。

3、输血同意书：患者需要输血时，由主管主治医师向患者和家属告知并签字；紧急情况下，可由医师或值班医师进行告知并签字。

1. 介入检查、治疗同意书：由术者向患者和家属进行告知并签字。
2. 术中告知：术中出现意外情况及术中改变手术方式时，必须由术者或副主任医师（含）以上人员向患者家属进行告知并签字。
3. 透析治疗告知：应由主管医师或值班医师向患者和家属进行告知并签字。
4. 美容、整形治疗告知：由术者向患者就治疗方式、术后效果（尤其术后不良结果）等进行告知并签字。
5. 有创检查和治疗告知：由主管医师或值班医师向患者和家属进行告知并签字。
6. 使用高质、高耗医用材料告知：由主管主治医师（含）以上人员向患者和家属进行告知并签字。
7. 新技术、新项目应用告知：应由科主任或副主任医师（含）以上人员向患者和家属进行告知并签字。

五、患者履行知情同意手续的，要求患者具有行使知情同意权的资格，即患者具有完全民事行为能力。当患者具有完全民事行为能力时，知情同意权必须由患者本人作出方为有效，其他人员不得代为行使，其他情况应由授权委托代理人来代为行使。

六、患方履行知情同意手续的人员顺序：

1、应由患者本人或监护人、委托人行使，委托代理人应按照患者配偶、父母、成年子女、其他近亲属的先后顺序依次担任；无直系或近亲属的患者，可由所在单位、街道办事处或村民委员会指定人员担任；

2、患者虽具有完全民事行为能力，在不违反保护性医疗制度时，由本人履行书面签字手续；

3、患者虽具有完全民事行为能力，但需采取保护性医疗制度时，应采取授权委托人代为行使知情同意权；

4、患者虽具有完全民事行为能力，但不能理解诊疗的内容和程序，不能权衡利弊得失，不能对所用诊疗方案做出评价，不能根据自己的知识和能力做出决定，不能理解自己所决定的行为将产生的后果，由委托代理人行使。

5、对于不能完全行使民事行为能力的昏迷患者、精神病发作期患者、痴呆、未成年人、残疾人等，由符合法律规定的人员代为行使；

6、患者委托代理人时，应由患者本人和拟委托代理人共同签署《授权委托代理书》，被委托人应向医疗机构提交个人身份证、证明与患者关系的户籍材料等。

七、特殊情况下的知情同意手续处理方法

1、对急诊、危重患者、拟实施抢救性的手术、有创检查、治疗、输注血液及血液制品、实施麻醉时，在患者本人无法履行知情同意手续又与亲属无法取得联系，或其亲属短时间内不能来医院履行有关手续且病情又不允许等待时，应由经治医师提出医疗处置方案，经科主任签署意见后，报医疗主管部门或院领导批准实施。

2、在患者不能行使民事行为能力时，如出现患者亲属不同意拟对患者实施的抢救性治疗措施，由经治医师明确告知不接受抢救性治疗可能出现的不良后果，以及医院对此不承担责任，并详细记录，医患双方签名后存入病历档案，方可同意患者亲属的要求。

3、对急诊、危重患者正在实施抢救性治疗措施，患者亲属要求终止治疗，但患者又不能行使民事行为能力时的处置：要求接患者出院的参照第（2）条处理，但科室谈话人员应是主治医师以上人员；对于人工辅助器械维持生命的患者，其亲属要求继续留院诊疗，但又要求停止人工辅助器械者，医务人员应当拒绝其要求。

4、拟行术中冰冻切片快速病理检查的患者，应办理知情同意手续。术中临时决定实施该项检查，由术者或指定医师与患者亲属补办接受术中冰冻切片快速病理检查知情同意手续。

5、尸检的知情同意：所有死亡患者均应由医务人员向患方提出尸检的要求，履行尸检的知情同意手续。对拒绝尸检又不签字者，由经办医师将谈话内容、时间、地点以及参加人员等情况记录在病历上；患方对患者死因有异议的，必须向患方明确提出在规定时间内进行尸检的要求。

附：泗洪县第一人民医院知情同意告知程序

1、患者就医时享有知情权和同意权，在医疗活动中，要履行好告知及知情同意义务。

2、常规告知，医疗常规问题的告知包括：入院须知、患者入院时医患沟通记录单、患者知情同意授权委托书、患者住院期间医患沟通记录单、医保自费项目同意书、病危通知单等。

3、特殊告知，在医疗过程中，进行临床试验、药品试验、医疗器械试验、手术、麻醉、输血以及特殊检查、特殊治疗等应向患者及家属交代清楚，得到理解并签署同意书，包括手术知情同意书、麻醉知情同意书、输血治疗同意书、有创性诊断、治疗操作知情同意书、高耗材知情同意书、进行临床试验、药品试验、医疗器械试验等，要按照国家相关法律法规签署相应的知情同意书。

4、在各项知情同意文件的签署中，患方必须由患者本人或其指定代理人签字，如由其代理人签字必须同时签署“患者知情同意授权委托书”方能生效。

投诉、纠纷不良事件相关制度

泗洪县第一人民医院患者投诉处理制度

1、医院建立有医疗服务质量领导小组，并在医务科设立服务监督和医疗投诉办公室，负责调查、处理、病人投诉、医患矛盾、医疗纠纷，保证医疗工作正常运转。

2、通过公示栏、电子显示屏等方式向社会公布投诉举报电话（80795991），保证到晚8时电话畅通。

3、正常工作日内由院办负责接待投诉；晚8时和节假日由总值班负责接待，无论解决与否，均向医疗投诉处理小组反馈。

4、 接待部门应认真倾听患者投诉意见，态度和蔼，不僵化矛盾，用较通俗的语言做好解释和沟通工作，以取得家属或患者的理解与配合。

5、 投诉接待人员应认真、如实的记录投诉意见，调查事实经过，第一时间内患者反馈调查和处理结果，当日不能及时解决的，应在五个工作日内及时反馈调查和投诉处理意见

6、医疗投诉办公室应定期对投诉意见和存在的服务缺陷进行整理，在业务分析会上进行公示，要求责任科室限时整改，并对责任人和责任科室按规定进行处罚。

7、 落实请示报告制度，对医疗差错、医疗事故或医疗缺陷涉及经济赔偿的，应及时向主管院长、院长汇报，给予相应处理。

8、 医疗投诉经医务科接待、协调、处理后仍无法解决的医疗纠纷，可建议病人或家属通过医疗责任保险、医疗纠纷调解中心协商解决或按法定程序进行医疗鉴定、法律诉讼，同时将处理情况上报主管院长、院长。

9、 医疗服务质量领导小组应定期总结投诉受理情况，结合医疗护理工作，制定整改方案，改变工作流程，促进医疗服务质量持续改进；

10、加强医院人文教育、爱岗教育，诚信服务，增进医患沟通，减少医疗服务投诉。

泗洪县第一人民医院病人投诉处理制度

为进一步加强医院管理，强化内部监督制约机制，充分尊重病人知情权和选择权，构建和谐的医患关系，现结合我院的工作实际，制定病人投诉处理制度。

一、凡有患者或家属采用书信、电话、直访等形式向我院提出投诉意见的，均属投诉处理范围。办理投诉的工作人员与投诉事项或被投诉人有直接利害关系的，应当回避。

二、医院大厅设有投诉信箱，投诉电话，每周由一位院长参与接待病人投诉。

三、医院大厅导医咨询台设有病人投诉点，随时接待病人投诉，并负责将病人带到院办、医务科。

四、院办、医务科负责受理和办理本院的病人或家属投诉处理事项，其主要工作是：

1、全面负责处理医院各种纠纷和患者投诉，减少患者或家属投诉的环节和渠道，加快投诉的处理速度，设立病人投诉处理登记本。

2、热情接待来访者,耐心听取来访者反映的问题、意见、建议和要求，认真做好记录，细心解释，并及时向接待院长、分管院长反馈情况,按规定的投诉处理程序办理。

3、及时受理、处理投诉事项，发现问题，坚决整改。

4、一般投诉情况，交由所在科室先作处理，所在科室再把处理意见上报院办、医务科备存。凡有医疗费用投诉的，一律由财务科负责处理。若病人对处理意见仍不满意的由院办、医务科与所在科室一道处理，并将调查核实处理结果和处理意见上报医院领导研究决议。

五、院办、医务科要认真做好投诉意见的信息收集、分析、整理和综合工作。凡有信访投诉，来信要及时拆阅，并按信访内容分类登记，注明来源、内容摘要、承办去向和办理结果等，并对存在的突出问题，要提出意见和建议。

六、对上级部门和领导批示需要调查的重要投诉信访件，院办、医务科要及时组织、协调、协助有关部门认真调查核实，并将调查核实结果和处理意见上报医院领导集体研究。

七、凡有患者直接向科室或职能部门投诉，受理投诉的部门应将投诉意见、建议完整收集，并将各种意见、建议上交院办、医务科,重要问题交院长办公会议审议。

八、办理的投诉事项应在收到投诉意见的当天解决,特殊情况在7个工作日内办理完毕，并将办理结果答复投诉人或部门。对上级交办的投诉事项，应当按要求时限办结，并及时将办理结果送报。不能按期办结的，应当以文字情况予以说明。

九、投诉意见办理完毕后，调查报告、约谈记录、函询答复等投诉意见的办理结果记录要在15个工作日内立卷归档。

泗洪县第一人民医院关于门急诊投诉处理流程

门急诊是医院的门脸，是患者就诊的第一个窗口，门急诊各部门的服务好坏，门急诊医生的诊疗水平、说话对错等等都直接影响患者的就诊感受，因而，门急诊也是医院投诉事件的高发地带，就门诊部现实情况，结合医务部纠纷处理流程，特制定以下投诉处理流程，请相关部门及人员照此流程执行。

1、门诊投诉分为几种情况:第一种是投诉到上级医疗主管机构后反馈至我院责成门诊部调查处理的，第二种是向院长或院办投诉后系门急诊发生交门诊部调查处理的，第三种是直接投诉到门诊部的。

2、门诊部应常规备有投诉登记及投诉记录本，日常由门诊护士长管理，护士长休息期间由门诊部副主任或急诊主任管理，不管是遇到第一条中哪种情况，门诊护士长(门诊部副主任、急诊主任)第一时间接待投诉人或电话联系投诉人，详细了解患者及投诉人姓名、年龄、联系方式、投诉具体事由、有何疑问或诉求，作好记录，并复印或拍照患者门诊病历留存。

3、事分轻重缓急，投诉处理一般需1--3个工作日，如投诉事件非医疗过错，或投诉人只是对某事存在疑惑或不满，护士长或其他接待人员可直接向投诉人解释或致歉，并在记录本上记录处理结果。

4、如被投诉对象具体到某人，门诊护士长应通知到相应负责人(如门诊人员找高主任，急诊找许主任等)对被投诉人进行情况了解及调查取证(如门诊病历，监控录像等)，并在投诉记录中详细记录。

5、约谈及调查后，如被投诉人无明显过错，由相应负责人联系投诉人作出合理解释，并记录处理结果，如投诉人因种种原因无法沟通或解释无效，可上报门诊部及医务科进行进一步沟通及协调。

6、如调查取证后发现与投诉人所诉事实相符，并且被投诉人确实存在过失行为的，由相关负责人视情节轻重拟定相应处理意见上报门诊部及医务部，同时填写不良事件报告交医务部存档，由门诊部及医务部拿出最终处理意见，并与投诉人进行沟通协调，相关负责人根据门诊部及医务部意见在记录本上记录处理结果。

泗洪县第一人民医院医疗投诉处理流程

一、患方投诉程序

1、投诉渠道

患者及其家属（以下简称为“患方”）对医疗过程、结果有异议时，可以与临床医师及科室领导沟通，也可以向门诊部、医务部（科、部）、医患关系办公室、社会工作部、院办、党办等职能部门，以及院领导投诉。临床科室或职能部门接到患方投诉后，根据患方投诉内容可进行相关简单处理。复杂或索赔金额争议较大的医疗纠纷，应及时向主管医疗纠纷处理工作的职能部门（以下简称为“职能部门”）移转相关材料和投诉信息，使医疗纠纷进入规范的处理程序中。

2、投诉方式

患方的投诉方式可以是口头或者书面，如：面谈、电话、信访以及电子邮件等。

3、投诉接待时间

患方投诉一般应当在工作时间内，由相关职能部门接待，特殊情况在工作时间外，由医疗机构指定部门或总值班接待。

二、职能部门接待程序

1、患方来访时，应做好接待服务工作，作好投诉接待记录，其中包括：患者基本情况（患者姓名、就诊科室、投诉人姓名及其与患者的关系、联系地址、联系电话等）、反映相关科室和个人的主要问题等情况、事实经过及投诉要求等。投诉接待记录要有投诉人签名，注明时间。妥善保存患方提供的相关证明资料（如门诊病历、处方、收费单据、其他医疗机构病历、诊断证明、病理报告、X 光片等），可以应患方要求向其出具签收证明。初次接待工作所获信息对医疗纠纷处理十分重要，应予高度重视。

2、根据患方提出的主要问题，和其对有关病情及诊断治疗情况的认识，安排临床科室的有关负责人和当事医务人员，在职能部门工作人员的陪同下，与患方进行沟通、说明解释有关诊疗情况。

3、向患方履行知情告知义务，应当向患方提供《医疗纠纷告知书》，说明医疗纠纷的解决途径和流程（包括复印病历、尸检建议等）及医疗机构答复时间。

4、负责安排保管医疗纠纷所涉及的证据（病历、护理记录、实物、X 光片、病理片及蜡块等）。应患方要求或主动向患方建议封存病历，封存病历可以是复印件，也可以是原件。如果患方坚持要求封存病历原件，应当在封存之前，将全部病历材料予以复印。职能部门工作人员应当在患方代表、相关科室医务人员在场的情况，在医疗机构病案管理部门场所或处理医疗纠纷职能部门复印病历，将复印件装入“封存病历专用档案袋”，粘封档案袋后，在该袋上的骑缝处由患方代表签署姓名及封存日期后，使用透明胶带在各骑缝处粘贴封存。封存件由职能部门负责保存，以备医疗事故鉴定组织和公检法等机构使用。职能部门应当向患方出具一式两份的封存证明，由医、患双方签字盖章。患方要求复印或封存病历时，医疗机构应按国家规定审核患方身份，核对签名的患方代表身份，留存患方代表身份证复印件。患方按规定要求复印、复制有关病历资料，应当支付相应的复印病历资料的费用。

5、患者死亡的医疗纠纷，职能部门应当向患者近亲属提出尸检建议，告知其有要求尸检的权利。患者死亡后家属提出异议，医疗机构应当向患者近亲属提出尸检建议。尸检应当经死者近亲属填写尸检申请书并签字，患方未填写尸检申请书，视作其不同意尸检。也可邀请非医疗机构人员在场证明告知尸检的相关过程，或采取录音录像等方式留取告知证据。尸检应当在患者死亡后四十八小时以内进行，具备尸体冻存条件，尸检可以延长至七日。按照《医疗事故处理条例》规定，医、患任何一方拒绝进行尸检，或拖延尸检时间超过法定时限，影响对死因的判定，由拒绝或拖延的一方负责。尸检费用可由医疗机构先行垫付，但患者家属要求患者所在医疗机构回避，联系其他医疗机构进行尸检，可作为例外情况。尸体运送费、保管费的支付可根据生效的医疗事故技术鉴定结果或者是法律诉讼判决而定。按照《医疗事故处理条例》规定，尸体存放的时间一般不得超过十五日。逾期不处理尸体的，医疗机构向患方进行告知，经医疗机构所在地卫生行政部门批准，并报经同级公安部门备案后，医疗机构可按照有关规定予以处理。

三、医疗机构内部调查程序

1、科室调查

职能部门接到患方投诉后，应尽快将患方的投诉材料转交涉及的有关科室主任；科室领导应尽快组织调查、分析讨论工作。

(1)当事医务人员或相关人员，整理有关事件经过，书写病历摘要或诊疗经过。涉及多个科室，应当由各科室分别书写，再由主要诊疗科室负责根据各科书面材料整理完成一份反映整个诊疗经过的病历摘要或诊疗经过。

(2)组织全科医生或相关人员就患方投诉所涉及问题，进行科学、客观、认真的分析讨论，针对本科诊疗过程中存在问题，以及问题的性质、科室的处理意见归纳总结为书面材料，经科主任签名认可后上交职能部门。（签名后上交职能部门，便于档案管理）。科室调查工作原则上应在七日内完成。遇特殊情况不能按时完成的，科室应提前告知职能部门并书面说明原因。职能部门负责督促科室、个人完成调查工作，并对其进度、完成情况及时向院领导汇报，向患方进行沟通说明。

(3)职能部门可安排适当的时间，由科室负责人与患方代表进行沟通，就有关医疗纠纷涉及主要问题，本着实事求是的态度做出说明、解释，完成首次答复，原则上不超过七日。患方可以进行记录。患方代表在与科室沟通后，仍存有异议或提出新的问题和要求，（可以根据患方意见进行书面汇总），继续向职能部门反映。

2、职能部门提请医疗管理委员会讨论

职能部门对医疗纠纷可以进行必要调查，包括咨询相关临床专家、法律顾问（律师等）。组织临床科室与患方进行沟通后，仍不能达到共识时，应及时提请医疗质量管理委员会讨论分析、做出医疗行为是否存在过错的结论性意见。结论性意见一般在患者投诉书提出之日起三十-六十日内做出，送达患方，一式两份请患方签收（或者留取患方收到结论的相关证明资料），患方和医疗机构各保存一份。

医疗质量管理委员会讨论分析的结论性意见，只代表医疗机构一方的结论或观点，不是医疗事故技术鉴定。患方仍有权利依照相关法律规定程序申请医疗事故技术鉴定。

四、医患双方的和解

1、医患沟通

医疗机构及医务人员有尊重患方知情权的义务，应当就患者病情及诊断治疗经过做出专业性的说明解释，加强与患方的沟通，消除误会、化解矛盾。部分医疗纠纷中，患方情绪比较激动、难以沟通，应避免患方与当事医务人员直接接触，相关沟通程序可由职能部门及临床科室主任或指定负责人完成。

2、和解

医患双方通过沟通，遵循合法、合理的原则，互谅互让，达成一致和解意见。应当签订一式两份的协议书，由医、患双方签字盖章。（建议：和解协议书最好经法院出具调解书）。医方应当由法定代表人或其授权委托人签字，并加盖医疗机构公章；患方应当是由患者本人或者是其法定监护人、患者授权委托人。死者近亲属（应当是依《继承法》规定死者全体第一顺序继承人授权的代表人）签字，并留存相关人员身份证明材料。部分医疗纠纷争议不大，经沟通、协商，由临床科室或医务人员自行向患方做出数额较小的补偿，达成的和解，应当有职能部门参与，签订协议书，并加盖医疗机构公章。法院诉讼的庭审过程中也可以经“法庭主持调解”。

3、第三方调解

目前社会有多种第三方的调解机构，由政府联合机构、司法局、各种学会、协会、保险公司、保险经纪代理公司等，成立医疗纠纷调解中心，作为第三方进行医疗纠纷调解工作，缓和医、患双方“非此即彼”的尖锐矛盾，医疗机构可以根据医疗机构具体情况分析、研讨，选择相应方式实施。

医疗纠纷鉴定有利查清医疗行为是否存在过错、与患者损害后果之间是否存在因果关系，有利于解决医疗纠纷，医疗机构应当积极主张。

1、医疗事故技术鉴定

(1)鉴定的提起

按照《医疗事故处理条例》、《民事诉讼法》的相关规定，以下三种情况可以向医学会提起鉴定：医、患双方当事人共同委托、县级以上地方卫生行政部门交由、人民法院委托。医疗机构首先应当申请地区、市级医学会鉴定。法院委托可不受《条例》限制，也可以直接向省、直辖市级医学会委托。鉴定费由申请鉴定一方预先缴纳，或医、患双方各自预先缴纳一份。

(2)鉴定的受理和材料准备

医学会自受理医疗事故技术鉴定之日起五日内，通知医疗机构和患方提交鉴定所需材料，医疗机构自收到通知之日起十日内提交材料，材料包括病历摘要（一式十份）、书面陈述及答辩意见（一式十份）、病历原件及相关资料（各种影像片子、病理切片等），以及医务人员认为有必要向鉴定专家提交的文献、教科书相关资料。

(3)鉴定专家的抽取

《医疗事故处理条例》规定专家鉴定组组成人数应为三人以上单数，医学会根据案情复杂程度和涉及学科来决定鉴定专家人数，多数情况下是三—五人，也有七—十一人的情况。涉及多学科专业的，参加鉴定的主要学科专业的专家不得少于全体专家鉴定组成员的二分之一，医疗机构可以在申请鉴定时，或者在医学会通知抽取鉴定专家时，提出主要学科的专业。

根据法律规定，医疗机构在有下列情形之一的可以向医学会申请鉴定专家回避：①鉴定专家是本案医疗事故争议的医疗机构当事人或者患方的近亲属；②鉴定专家与本案医疗事故争议有利害关系的；③鉴定专家与本案医疗事故争议医、患双方有其他关系，可能影响公正鉴定的。

(4)鉴定会的准备

参加医疗事故技术鉴定的医、患双方当事人每一方人数不超过三人，医疗纠纷相关科室应安排科室主任或当事医务人员（主管医生、责任护士等），以及负责医疗纠纷处理工作的职能部门工作人员准备参加鉴定会。如果涉及多个科室和当事人超过三人时，当事医务人员可以到鉴定现场，在鉴定会场外等待专家提问.

在鉴定会召开之前，职能部门应组织临床科室及法律顾问认真讨论，准备答辩陈述材料及参加鉴定会发言和回答专家的提问。

(5)参加医疗事故技术鉴定会

进入会场的顺序为先患方后医方，在鉴定会场上医方遇到认识的鉴定专家请勿打招呼、致意。鉴定会开始后，患方先陈述十五分钟，医方再陈述十五分钟。医疗机构陈述中，由主管医生先向鉴定专家汇报病情简介（诊治过程），科室主任做补充，职能部门或律师进行答辩，注意时间分配不要超过时限。医、患双方陈述后，进入专家提问环节。最后，医、患双方还有各自的五分钟的最后陈诉时间，医方可以将专家提问的问题进行整理，尤其是对医疗机构不利的问题，做出答辩回答。鉴定会不是法庭，也不是辩论会，医、患双方在鉴定会上不能直接对话，所以对患方提出的问题可以不予回答。鉴定专家的提问，则必须回答。对鉴定专家提出的问题，仅做客观回答，不需进行过多的解释，更不要向鉴定专家反问。鉴定会结束后，医方先退场，患方再退场，以免患方产生误会。

(6)医疗事故鉴定结论

医学会自收到医、患双方当事人提交的有关鉴定材料之日起四十五日内组织鉴定并出具医疗事故技术鉴定书。鉴定书按照委托或交由单位，分别送达医、患双方、卫生局、法院。医患双方任何一方对首次医疗事故技术鉴定结论不服的，可以自收到首次医疗事故技术鉴定书之日起十五日内，向原受理医疗事故争议处理申请的卫生行政部门或法院提出再次鉴定的申请，或由医、患双方当事人共同委托省、自治区、直辖市医学会组织再次鉴定。

2、司法鉴定

最高法院发布《关于参照＜医疗事故处理条例＞审理医疗纠纷民事案件的通知》以后，在法院诉讼过程中，对不构成医疗事故的医疗纠纷，患方大多提出要求再次进行司法鉴定，法院一般也予以支持。法医进行临床医学的鉴定，目前法律尚没有明确规定，按照现有《医疗事故处理条例》规定，应当由临床医学专家和法医结合进行，医疗机构可以在法庭审理中，抗辩其缺少法

律明确授权。但在目前的司法实践中，医疗机构还要积极应对，加强与法医的沟通，争取对医疗过程的正确认识和理解。

（1）司法鉴定的提起

在法院诉讼中，法院一般应当事人的申请委托进行。非诉讼时，根据《司法鉴定程序通则》规定，司法鉴定机构接受司法机关、仲裁案件当事人的司法鉴定委托。在诉讼案件中，在当事人负有举证责任的情况下，司法鉴定机构也可以接受当事人的司法鉴定委托，一般情况下是通过律师事务所。

（2）鉴定会的准备

司法鉴定不需要抽取专家，司法鉴定人主持鉴定。部分鉴定过程中，可邀请临床专家参加听证会，对此法律没有明确规定。司法鉴定对当事人双方出席鉴定的人数没有强制性规定，司法鉴定机构内部规定中通常是不超过三人。如果需要多人参加，当事人可提前与司法鉴定机构联系。鉴定会的发言及资料准备同医疗事故鉴定。

（3）参加鉴定会

司法鉴定法医更注重从医务人员的法律注意义务角度去分析、考虑问题，并且对医疗诊治过程中的细节更加注意。医疗机构应根据患方起诉理由认真准备，熟悉掌握诊疗过程的情况，做好答辩准备。

（4）司法鉴定结论

根据司法部2007 年10 月1 日实施《司法鉴定程序通则》规定，司法鉴定机构应当在与委托人签订司法鉴定协议书之日起三十个工作日内完成委托事项的鉴定

六、法律诉讼

1、诉讼准备工作

医疗机构接到人民法院的通知、起诉传票及患方起诉书后，职能部门应当组织当事科室相关人员与律师进行开庭的准备，针对原告的起诉要点讨论、分析医疗机构是否存在问题，准备答辩状，提交相关证据（病历、相关教科书、文献）、医疗事故鉴定申请书等。

2、证据交换

在法院主持下进行证据交换时，需将准备好的证据（一般一式三份，法院及当事人双方各一份）交给法院，注意仔细清点页数并签好收条，提交病历原件时，一定要索取收取证明，避免由于其它原因导致证据的遗失，影响诉讼，同时接受患方提交的证据，交给医疗机构案件的代理人，作质证意见准备。

3、庭审

进入法律诉讼程序后主要由律师进行代理，但诉讼代理人一般应由相关科室的专业专家和律师共同担任并一起出庭，专家对专业问题进行答辩，有利于帮助法官和律师了解医学专业问题，同时向法官提供相关的资料（教科书、文献等）。任何一方当事人对一审法院判决不服的，可以自收到判决书之日起十五日内，向原受理法院的上级法院提出上诉。可向原受理法院递交上诉状，缴纳上诉费，如在上诉期满后七日内未交纳上诉费的，按自动撤回上诉处理。上诉期间原一审判决不生效。按照《民事诉讼法》的规定，上诉期满未上诉或两审终审后，判决即发生法律效力。任何一方对判决不服的，在发生效力后的二年内都可以提出申诉申请再审，但不影响执行。

七、信息管理

医疗纠纷处理过程所产生的各种文件及相关材料，应及时整理归档，并做好信息上报工作。

1、建档

医疗纠纷档案管理的原则，一般是按时间、个案编号归档。

医疗纠纷处理材料的档案目录顺序：

(1) 首次接待来访的工作记录（患方的基本情况、投诉的主要意见等）

(2) 患方书面投诉材料

(3) 有关科室的病历摘要及对医疗纠纷争议问题的认识（科室讨论意见）

(4) 医疗机构医疗管理委员会的结论性意见

(5) 医、患双方签署的和解协议

(6) 进入民事诉讼程序的相关起诉状、答辩状、医、患双方提交的诉讼证据（复印件、目录清单等）、一审判决或裁定、患方或医方民事诉讼上诉状、医、患双方对应的上诉答辩状、法院二审判决或裁定，以及可能涉及再审的相关材料

(7) 医疗事故技术鉴定的相关材料

(8) 医疗机构内部处理决定及整改的措施等（体现医疗质量的持续改进）

2、归档

医疗纠纷处理材料，是医疗机构宝贵的管理资源。资料归档，可以长期保留，作为资料有利于医疗机构总结经验、教训，为医疗质量的持续改进提出重要的数据支持。其价值不亚于病历资料，须加强管理和保管。医疗纠纷的处理周期，经常出现跨超年度的现象，归案的原则以医疗纠纷处理终结为标准，以年度总结，将相关材料整理，移交档案室。

3、工作统计

在日常工作中，将患者递交的投诉书、当事科室的病历摘要、科室意见、鉴定材料及诉讼材料等信息及时录入数据库，做好日常工作数据登记及统计，可以按季度、年度制作小结，报相关部门。

4、按照相关规定做好医疗事故上报工作

八、医疗机构内部处理和整改提高

1、职能部门可根据医疗管理委员会意见或医疗事故技术鉴定结论，或者是生效的法律诉讼判决，向主管院领导提交整改方案或建议。以及对相关责任人的经济和行政方面的处理建议，报院长办公会形成决议，在医疗机构内部进行通报。

2、职能部门负责敦促相关科室针对有关医疗纠纷在医疗技术、医疗管理方面存在的问题，制定出切合实际的整改措施，并形成文字材料汇报相关领导和职能部门备案。

九、相关工作程序。

1、“医闹”事件的内部安全保卫

针对医疗纠纷的“医闹”事件，在充分尊重患方知情权的基础上，妥善做好接待工作，同时，也要做好自身安全的保卫工作。有条件的情况下，可以在接待室安装录音、录像监视设备。也可以联系第三人在场、或有保安人员进行必要的常规巡视。重大事件及时通知保卫处等内部安全保卫部部门，尽快赶到现场，防止事态扩大，必要时报警。针对患方采取的极端措施（诸如，患者家属拒不同意将死者遗体移送太平间；在医疗机构内外张贴大小字报、抬棺游行、搭设灵堂等；威胁医务人员人身安全，等等），医疗机构应当有专人负责进行劝说，保安人员到场维持秩序，同时留取相关影像等证据，并立即报警，由警方对涉嫌治安管理、刑事犯罪的情况及时进行控制和必要的笔录取证，书面告知患方正确的处理程序。医疗机构可以与当地公安部门共同建立医院“警务工作站”，在处理医疗纠纷的过程中，尽量使医患双方保持冷静，避免暴力事件的发生。医疗纠纷处理人员所持态度立场应当中立、避免将自己处在对立面状况，谈话的语言应温和、中肯、防止矛盾激化。坚持依法处理，双方调解自愿的原则。，双方调解自愿的原则。

2、接待新闻媒体

医疗机构应当重视和加强与新闻媒体的沟通。强化“危机公关”意识，引导正确的舆论导向，客观、公正地报道医疗纠纷处理情况。医疗机构应有专人负责（新闻发言人）记者的接待工作，事先准备介绍案件，阐明医疗机构观点，进行鉴定分清责任，依法处理，维护医、患双方合法权益。医疗机构日常工作中，也要充分利用媒体的宣传引导作用，促进医、患沟通，缓解紧张的医患关系，促进医疗机构工作的良性发展。

3、医务人员法制意识的培训和教育

(1)每年组织新分配的医务人员进行法规培训，对全院医务人员采取定期培训，开展法律讲座、案例分析，有针对性地邀请专业人员对科室进行培训、座谈等等活动，作好医疗纠纷的防范工作。

(2)重点科室、项目的“事前干预”（或“事前控制”）

临床科室做好对患者的术前病情评估工作，当评估出某患者危险系数高于普通患者的情况下，应向职能部门主动提出申请，职能部门提前进行干预，在手术之前组织多科会诊，同患者进行深入细致的术前谈话，并要求临床科室在病历中做好术前会诊及谈话记录，对患者的知情同意书、患者病历书写、术前检查及相关诊疗过程进行严格规范与核查。职能部门还应针对术中难点的问题，重点帮助和监督临床科室及手术医生的技术准入等环节，同时还要对患者的术后恢复情况进行跟踪管理，及时了解术后病程记录等情况。

(3)加强医疗机构内部的“风险管理”多数患者与医务人员有着良好的医患关系，极个别患者或家属对医疗行为服务过程不理解或难以接受，有时也混杂其他社会因素，发生医疗纠纷。医务人员在实际工作中应善于总结，及时发现纠纷苗头，尽可能地将医疗纠纷早期发现，及时干预，正确引导，消灭在萌芽中。医疗纠纷中存在着“证据瑕疵”，病历管理中“涂改、补加、丢失”现象较严重，导致在诉讼中对医疗机构不利因素，也反映医务人员“风险和法律意识”淡薄，医疗机构职能部门应当检查、监督医务人员，严格依据卫生部《病历书写基本规范》试行中的规定书写和修改。

4、医疗机构应有相对固定的法律工作者参与医疗纠纷的调解工作，如果有条件可以聘请专业的律师团队，保证医疗纠纷在法律的基础上得以解决。

泗洪县第一人民医院医疗投诉原因分析

一、非医源性投诉主要如下：

 1、服务态度差，语言生硬（54宗）；

2、履行岗位职责不到位，缺乏敬岗爱业的精神（23宗）；

3、医患沟通语言缺失，医患双方语言冲突（38宗）；

4、对医疗收费存在分歧（13宗）。

二、针对上述投诉事件共性的分析，主要原因：

1、医院方面：

（1）缺乏主动服务意识，医患沟通缺失。医务人员没有真正树立“以病人为中心”的服务理念，不能切身做到换位思考，主动关心和帮助病人的意识不够，尤其是工作繁忙时回答问题不够耐心，解释不够仔细，甚至敷衍和推诿患者，引起病人和家属的不满。

（2）工作场所不注重小节。表现在工作场所谈论与工作无关的事，甚至一边工作一边打电话，没有顾及到病人的存在，使病人产生被冷落的感觉或对医务人员履行岗位职责的敬业精神产生不信任。

（3）对病人不能做到一视同仁，尤其表现为本院职工、朋友、熟人就诊和治疗时，给予优先处置，由此埋下投诉隐患。

（4）工作责任心不够强或有章不循，缺乏严谨的工作态度。

（5）业务水平不高和操作技能不精。表现在个别医务人员技术操作时未能做到稳、准、轻、快，特别是小儿头皮针静脉注射，由于很多新毕业的[护理](http://www.39kf.com/healthy/nurse/" \t "_blank)人员，缺乏[临床](http://www.39kf.com/focus/lc/" \t "_blank)操作经验，难以做到“一针见血”，小儿的痛哭，使其父母对医务人员诸多不满，进而投诉。

2、患者及家属方面：主要是对就医环境和流程提出过高要求，过分强调“优诊”，缺乏对医务人员工作的理解以及存在偏见。

三、对策与整改措施

1、 加强法律法规学习，提高法律意识  通过印发各项法律法规学习资料到各科室，特别是“二高”联合发布《关于办理[商业贿赂](http://www.39kf.com/focus/zt/syhl/" \t "_blank)刑事案件适用法律若干问题的意见》的资料，使每一位医务人员在行医过程中懂法，学法，每年参加一次普法学习的考试，增强法律意识，提高法律常识，学会利用法律的武器来保护自己，同时要求依法行医，照章办事，提高医疗质量，保障医疗安全，预防[医疗纠纷](http://www.39kf.com/treatment/manual/jf/index.shtml" \t "_blank)的发生。

2、提高医疗技术诊疗水平，最大限度地预防医疗纠纷的发生  医疗技术水平是预防[医疗事故](http://www.39kf.com/treatment/manual/jf/index.shtml" \t "_blank)发生的基本保证。各级医务人员必须重视医疗技术水平的提高，通过自学、专家查房、专题讲座、疑难病例会诊讨论等多种形式提高医务人员的技术水平，鼓励年轻医生立足本职工作，积极开展科研项目，营造一种积极向上的学习氛围，努力提高业务技术水平，最大限度地预防医疗纠纷的发生。

 3、实行院科二级管理目标责任制  医院是由院科两级管理组织构成的，加强院科两级管理，健全激励机制，是医院实现可持续发展的不竭源泉。加强院科两级管理，包括医疗管理、行政管理、质量管理和经济管理以及医德医风建设等各个方面，在科主任的任期内，与科主任签订目标管理责任书，充分发挥科主任在医疗质量管理中的作用，明确职责，分层管理，一级抓一级，形成良好的工作机制，同时健全激励机制，通过制定完善的院科两级分配方案，把科室人员的各种待遇与科室的经营效益挂钩，充分调动起科室人员干事创业的积极性。对管理不善的科室主任实行一定的处罚。通过以上的措施，减少医疗投诉、纠纷的发生。

4、规范医疗服务行为  医疗服务本身就是一个服务过程，要求各级医务人员始终以病人为中心，加强上下级之间、科室之间、医生之间、医护之间的协调和配合，以病人为中心，开展“整洁、关爱、便利”的医疗服务活动，建立绿色通道，发放就医就诊温馨提示宣传手册，减少病人因就医程序不明而带来的麻烦，出台《泗洪县第一人民医院医务人员医德考评制度实施方案》，使服务理念形成一种发自内心，形于行为的自然过程。特别是针对我院的医技辅助检查科室，病人多，工作量大，患者争先恐后，如果不规范医疗服务行为及就诊顺序，就会造成人员混乱，扰乱正常的工作秩序。

5、改善服务态度，加强医患沟通  服务态度不好、医患沟通障碍是造成患者投诉的主要原因。为此，我院出台了一系列改善服务态度，提高服务质量的制度。如《泗洪县第一人民医院医患沟通制度》、《泗洪县第一人民医院工作人员礼貌服务公约》、《泗洪县第一人民医院工作人员文明用语》、《泗洪县第一人民医院医德考评制度实施方案》等。将在平时工作中的表现与职务晋升、晋职晋级、岗位聘用、评先评优、定期考核、年度考核挂钩。通过出台这些制度，提高各级医务人员的自身素质，培养高尚医德情操，学会交流和人际关系的技巧，重视与患者的情感沟通交流，尊重患者的人格，尊重患者的知情同意权，防止医患关系对立，减少医患之间的误解，提高医务人员的威信，增强患者对医务人员的信任感，从根本上减少医疗投诉、医疗纠纷，杜绝医疗事故的发生。

6、落实医疗规章制度，确保医疗安全  违反医疗规章制度是引起医疗投诉、医疗纠纷、医疗事故的主要原因之一，各级医务人员必须牢记：病人的事无大小，均应认真对待；同时，举证责任的倒置要求医务人员必须遵守各项规章制度，为医疗事故责任的判断提供科学的依据。

泗洪县第一人民医院重大医疗纠纷处理制度

(一)目的

为应对处置重大医疗纠纷事件,维护临床诊疗秩序和职能部门办公秩序,规范各相关部门在应急处置中的职责,理顺接待和处理流程,特制定本制度。

(二)定义

重大医疗纠纷是指符合下列情况之一的：

1.围手术期或内镜、穿刺等有创操作实施后出现患者死亡、重度残疾或其他严重不良后果所引发的医疗纠纷。

2.患方多人来访、情绪激动、存在打砸暴力倾向的医疗纠纷。

3.患方多次来访,有缠访、闹访倾向的医疗纠纷。

4.其他相关纠纷处理部门视具体情况认为属于重大医疗纠纷的情况。

重大医疗纠纷同时适用普通医疗纠纷处理相关规定。

(三)基本要求

医院有应对重大医疗纠纷的部门职责及清晰可行的处理程序。

(四)具体细则

1.发生重大医疗纠纷时,院内各部门职责

(1)在发生重大医疗纠纷时,院内应紧急成立重大医疗纠纷特别工作组,工作组成员包括纠纷投诉管理部门、协调部门、保卫部门及当事科室。

(2)纠纷投诉管理部门是重大医疗纠纷处置的主要工作部门。纠纷投诉管理部门应当妥善处理重大医疗纠纷,及时向工作组领导汇报重大医疗纠纷处置情况,组织召开工作组工作会议。

(3)相关科室在重大医疗纠纷处理期间应配合纠纷投诉管理部门处理纠纷。

(4)在院内发生重大医疗纠纷期间,保卫部门应采取紧急措施保证医院工作人员人身安全和医院财产安全;对于特殊区域或医院有重大活动期间应采取临时特别保护措施;在遇到患方采取极端行为时,应及时到场,控制局面,劝离闹访者,必要时及时通知公安机关。

(5)各相关职能部门应配合纠纷投诉管理部门妥善处理纠纷。

(6)工作组办公室设在纠纷投诉管理部门,负责会议的组织与记录工作。

2.处理程序

(1)在遇到重大医疗纠纷时,科室应及时报告纠纷投诉管理部门,紧急情况下应通知保卫部门处理;纠纷投诉管理部门应及时向工作组组长汇报重大医疗纠纷的情况,必要时组织工作组召开紧急工作会议。

(2)重大医疗纠纷处置管理工作组工作会议各成员应做到信息共享,充分沟通:会议应当形成记录包括:纠纷投诉管理部门说明事件情况与进展,需要各部门配合协调事宜;各部门充分讨论分析事件性质与应对策略,厘清分工,积极配合,最终形成统一、具体的应对方案;妥善处理重大医疗纠纷。

医患接待部门应当设立一键报警设备,与保卫处联动快速响应,保证医疗秩序和人员安全。

(3)对于院内有重大活动时,保卫部门应当紧急启动特殊区域保卫措施,如启用门禁等措施。

(4)纠纷投诉管理部门或临床科室等在遇到患方众多人员来访时,应及时通知保卫部门,做好安保工作。

(5)患方以任何理由采取极端方式(拉横幅、摆灵堂、撒纸钱、扰乱临床科室工作、办公区域吵闹、扰乱会场等非理性行为)威胁医院财产安全或工作人员人身安全时,医院工作人员应及时通知保卫处和公安部门依法维权,保卫部门应及时到场,控制局面,劝离闹访者,保护医院财产和职工人身安全。

泗洪县第一人民医院危急值报告制度及流程

为加强临床检验“危急值”的管理，确保"危急值"及时反馈，保证医疗安全，结合我院实际情况，特制定本制度，请各科室遵照执行。

“危急值”是指检验结果与正常参考范围偏离较大，表明患者可能正处于生命危险的边缘状态，此时如果临床医生能及时得到检验信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，可能挽救患者的生命，否则就可能出现严重后果，失去最佳抢救时机，甚至危及生命。

各医技科室在确认检查结果出现“危急值”后，应立即报告患者所在临床科室，不得瞒报、漏报或延迟报告，并填写《医技科室危急值报告登记本》，详细记录检验日期、患者姓名、住院号、病床号、检验项目、检验结果、复查结果、临床电话、临床联系人、报告人等项目，并将检查结果发出。临床科室接到“危急值”报告后，并填写详细《临床科室危急值接收登记本》，应立即采取相应措施，抢救病人生命，保障医疗安全。

一、“危急值”报告程序

1、医技科室工作人员发现“危急值”情况时，检查(验)者首先要确认仪器、设备和检查过程是否正常，操作是否正确;核查检验标本是否有错，检验项目质控、定标、试剂是否正常，仪器传输是否有误。在确认检查(验)过程各环节无异常的情况下，需立即电话通知临床科室人员“危急值”结果，并在《检查(验)危急值报告登记本》上逐项做好“危急值”报告登记。

2、临床检验科必须在《检查(验)危急值结果登记本》上详细记录，并简要提示标本异常外观性状，如溶血、黄疸、乳糜状等。

3、记录应有以下内容：患者姓名、性别、年龄、住院号、临床诊断、申请医师、检验项目、检验结果、收到标本时间、报告时间、检验报告者、通知方式、接收医护人员姓名。

4、对原标本妥善处理之后保存待查。

5、各医技科室要在检查(验)报告“危急值”项目处加盖“危急值”提示章。临床检验科凡打印报告除加盖“危急值”提示章外，在项目结果后还有 “HH”或“LL”的提示。

6、各医技科室在对病人检查过程中发现急、危、重病人出现危急症状应立即启动急诊急救应急预案，并与临床医生、护士联系，采取紧急抢救措施。

7、门诊检验报告“危急值”项目处加盖“危急值”提示章，门诊医生见到盖有“危急值”提示章的检验报告应引起高度重视并及时处理。

8、临床科室人员在接到“危急值”报告电话后，应在临床科室《危急值报告登记本》上做好记录，同时及时通知主管医生或值班医生，做好下一步的救治工作。

9、主管医生或值班医生如果认为该结果与患者的临床病情不相符，应进一步对病人进行检查;如认为检验结果不符，应关注标本留取情况。必要时，应重新留取标本送检进行复查。若该结果与临床相符，应在30分钟内结合临床情况采取相应处理措施，同时及时报告上级医师或科主任。

10、主管医生或值班医生需6小时内在病程记录中记录接收到的“危急值”报告结果和所采取的相关诊疗措施。

二、 “危急值”报告制度的落实情况，将纳入医院绩效考核。医技科室如未按要求向临床科室报告危急值结果，一次扣罚1分;临床科室未及时处理一次扣罚1分，病历无记录一次扣罚0.5分;《危急值报告登记本》登记不及时、漏登或缺项过多，扣0.5分。

三、各临床、医技科室在实际诊疗工作，如发现所拟定“危急值”项目及“危急值”范

围需要更改或增减，请及时与医务处联系，以便逐步规范医院“危急值”报告制度。

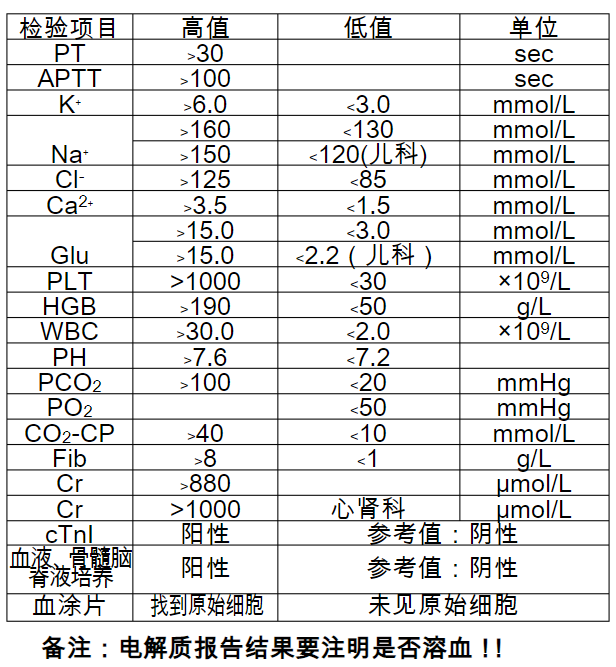
四、医院医疗管理职能部门应该定期检查和总结“危急值报告”的工作，每年至少要有一次总结，重点是追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值报告”的持续改进的具体措施。

五、在实验室操作手册中应包括危急界值实验的操作规程，并对所有与危急界值实验有关的工作人员，包括医护人员进行培训。临床检验的“危急值报告”作为医院管理评价的重要标准，积极创造条件，逐步建立检验医师制。

六、“危急值”报告项目及报告范围。

医技科室危急值报告范围

(一)、检验科“危急值”报告项目



(二)、心电检查“危急值”报告项目

1、心脏停搏

2、急性心肌缺血(不适宜平板)

3 、急性心肌损伤

4、急性心肌梗死

5、致命性心率失常

(1)心室扑动、颤动

(2)室性心动过速

(3)多源性、ront型室性早搏

(4)频发室性早搏并Q-T间期延长

(5)预激伴快速心房颤动

(6)心室率大于180次/分的心动过速

(7)二度Ⅱ型及高度、三度房室传导阻滞

(8)心室率小于45次/分的心动过缓

(9)大于2秒的心室停搏

(三)、CT室“危急值”报告项目

1、严重的颅脑血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期

2、硬膜下/外血肿急性期

3、脑疝

4、颅内急性大面积脑梗死(范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上)

5、液气胸，尤其是张力性气胸(除外复查病人)

6、肺栓塞

7、急性主动脉夹层

8、消化道穿孔

9、急性胰腺炎

10、肝脾胰肾等腹腔脏器出血

11、眼眶内异物

(四)、放射科“危急值”报告项目

1、一侧肺不张

2、气管、支气管异物

3、液气胸，尤其是张力性气胸(大于50%以上)

4、急性肺水肿

5、心包填塞、纵隔摆动

6、急性主动脉夹层动脉瘤

7、食道异物

8、消化道穿孔、急性肠梗阻(包括肠套叠)

9、外伤性膈疝

10、严重骨关节创伤：

(1)脊柱骨折伴脊柱长轴成角畸形

(2)多发肋骨骨折伴肺挫裂伤及或液气胸;

(3)骨盆环骨折。

(五)、超声科“危急值”报告项目

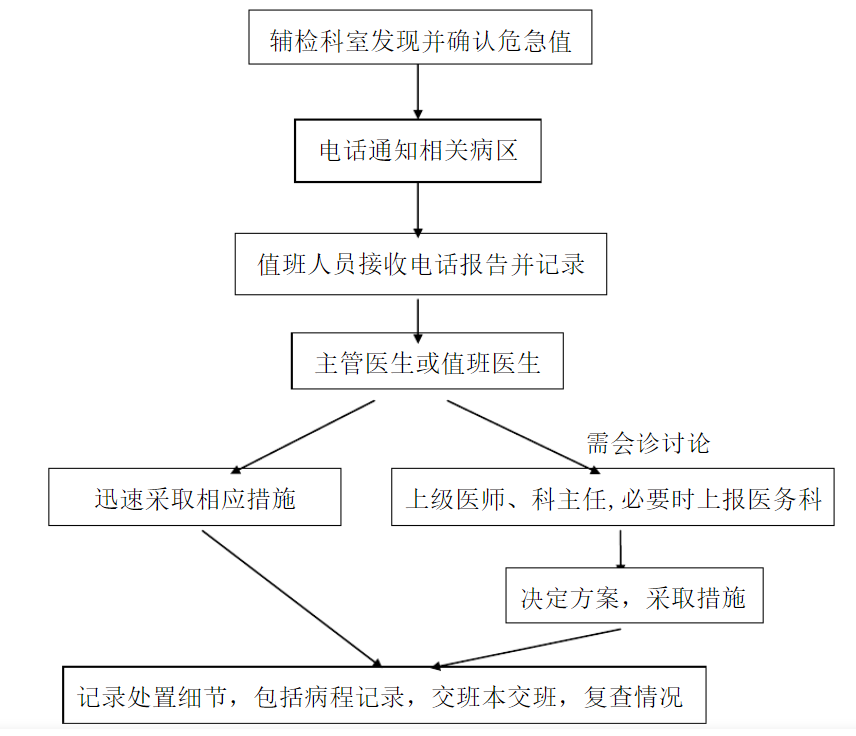
1、急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重病人

2、大量心包积液，前壁前厚度大于等于3cm，合并心包填塞

3、怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血

4、晚期妊娠出现羊水过少、心率过快

附件：危急值报告流程



检验“危急值”报告流程

1.住院病人检验“危急值”报告流程

1.1凡检验科工作人员遇到检验结果达到检验“危急值”时，应立即向本组专业主管（组长）报告，经审核和复核后立即电话通知病区护士，电话报告检验结果，记录对方接电话者的姓名。小组做好记录，包括报告时间、检验者、报告者和复检结果。

1.2病区护士接到检验科电话通知，可派人到检验科取报告单，并及时将书面检验报告交床位医师或值班医师。检验地带网

1.3检验“危急值”检测确认后，通过LIS和HIS接口直接实时向病区护士和医生工作站发出屏闪或警示框，给出危急值内容（包括患者基本信息、检测项目、检测结果等），并立即通过电话通知病区护士，请临床医护人员作相应的处理。

2.门、急诊病人检验“危急值”报告流程

2.1凡检验人员遇门、急诊病人检验“危急值”时，同样立即电话报告本组专业主管(组长)，经审核和复核后立即通知门、急诊医师。如果无法通知时，应通知门诊部或急诊护理部门或通知医院总值班医师，同时通过医护工作站以屏闪或警示框方式报告医护人员，请临床医护人员作相应的处理。

2.2作好相关记录，记录内容同住院病人检验“危急值”报告程序。

3.医护工作站接到危急值电话通知后和屏闪或警示框后，必须以工号或密码形式登陆方可退出屏闪恢复工作站，同时系统自动保留执行者相关记录，并可通过HIS系统自动跟踪记录随后的相应诊疗处理过程。

4.检验科、护理部、医务处分别制定相应的危急值处理程序，危急值项目的标准操作规程和危急值报告登记制度等。检验地带网

5. 危急值的定义进行不定期的维护：

5.1临床科室如对危急值标准有修改要求，或申请新增危急值项目，请将要求书面成文。科主任签字后交检验科修改。

5.2检验科按临床要求进行修改，并将申请保留。

5.3如遇科室间标准、要求不统一，提交医教科协商解决。

泗洪县第一人民医院会诊制度

一、凡遇疑难、危重病例，需要他科协助诊治的，应及时申请会诊。

二、会诊包括科内会诊、科间会诊、急诊会诊、院级会诊、外请专家会诊、多学科联合会诊。

（一）科内会诊：由经治医师提出，科主任召集本科有关人员参加。

（二）科间会诊：由经治医师提出，上级医师同意，经治医师填写会诊记录单。常规会诊应在24小时内完成，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。

（三）急诊会诊必须在10分钟内到达，携带必备的器械，并在会诊结束后即刻完成会诊记录，确因抢救病人不能完成会诊任务的，应即刻向上级医师或科主任报告并通知总值班。

（四）院级会诊：由科主任提出，经医务科同意并确定会诊时间，通知有关人员参加。一般由申请科室科主任主持，医务科派人参加。

院级会诊流程：

1、会诊前：经治医师将病历资料准备完善，医务科收到申请后，组织各相关科室专家参加会诊。

2、会诊时：医务科工作人员负责协调会诊，被邀请专家准时参加会诊。申请会诊的科室主任主持会诊，经治医师汇报病历，提出提请会诊需要解决的诊疗问题，上级医师补充；被邀请的专家到病房查看病人，询问病史，仔细查体后进行集体讨论，提出会诊意见，经治医师详细记录，最后由主持人总结发言。

3、会诊后：经治医师书写会诊记录，并将专家会诊提出的诊疗方案和执行情况记录在病程记录中。

（五）外请专家会诊：遇本院不能解决的疑难病例、危重病例或本院无相应学科，或者患者及其家属要求外院会诊的，可邀请外院专家会诊。

外请专家会诊流程：

由科主任提出，经医务科同意，并与有关专家和单位联系，确定会诊时间。会诊由申请科室科主任主持。申请会诊科室按要求填写《外请专家申请表》和《外请专家会诊反馈表》，报医务科备案。

（六）多学科联合会诊：对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，应实施多学科联合会诊，为患者制定最佳的住院诊疗计划。恶性肿瘤患者的多学科联合会诊应有肿瘤内科医师和临床药师参加。对肿瘤化学治疗药物的超常规、超剂量、新途径的用药方案，应由临床医师和临床药师通过病例讨论确定。多学科联合会诊流程参照院级会诊。

三、应邀参加会诊的医师应本着对患者高度负责的态度全力配合，认真阅读病历，仔细查体，积极提供有助于诊断和治疗的意见和建议。

四、各科室要安排好值班工作，确保按规定的时限完成会诊任务。常规会诊应派主治医师以上人员前往会诊，急会诊在工作时间内派主治医师以上人员会诊，非工作时间先由一线值班医师会诊，根据患者情况必要时请二线医师及时前往会诊，协助处理，完成会诊任务。院级会诊应派科主任或诊疗小组组长参加。

五、单人单科常规会诊和急会诊时，邀请会诊科室的经治或值班医师应陪同会诊，详细介绍病情。

六、按《病历书写基本规范》完成与会诊有关的医疗文书的书写。单人单科会诊时会诊记录单另页书写，分别由申请医师和会诊医师书写。多学科联合会诊时，由经治医师在病程记录纸上书写会诊记录，紧接病程记录，不需另立单页，但需在横行适中位置标明题目“会诊记录”。其内容应包括会诊日期、参加会诊的人员姓名、职称以及会诊医师对病史和体征的补充和诊疗意见等。

七、医务科负责检查会诊制度落实情况，将院内会诊制度纳入医疗质量考核体系中，并与科室奖金挂钩。

泗洪县第一人民医院疑难复杂及罕见病联合管理制度

为了确保危急诊患者得到及时、有效的医疗救治，最大限度的争取抢救的时间，进一步提高危急诊患者抢救成功率，特制定危急诊患者紧急会诊和优先入院抢救的相关规定，进一步规范危急诊患者入院的服务流程。

1.急诊科为急、危重病人入院设立了绿色通道。全体人员必须有急诊服务的窗口意识，熟悉急诊科工作制度，严格执行各项规章和技术操作常规，坚守岗位。

2.以抢救生命为原则，一律实行优先抢救、优先检查和优先住院与医疗相关的手续后补办的原则，先救治，后交费。

3.实行首诊责任制，实施抢救科室及检验、输血、放射、药剂、手术等相关辅助科室的医护人员必须全力抢救，无条件为患者提供方便，不得以任何理由推诿患者，延误患者的最佳诊疗时机。

4.在抢救过程中，如需相关科室会诊，抢救科室呼叫院内抢救会诊原则上相关科室医生在 10 分钟内紧急情况 5 分钟内到达。

5.实行上报制度，在进行危重病人和急诊抢救的同时，必须向科主任、医务科报告患者病情及抢救情况，正常工作日报告所在医务科，夜间或休息日报告院总值班，由医务科或院总值班协调相关科室协助抢救，并在必要时组织抢救会诊。

6.急诊科、手术室、ICU、药房、血库、检验科和功能影响检查等科室必须对重点病种患者救治的病人提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务。

7.各辅助检查科室须及时接受标本和患者，检验常规项目自检查开始到出具结果≤30 分钟。心电图、影像常规检查开始到出具结果≤30 分钟。超声检查开始到出具结果时间≤30 分钟。有关科室在完成上述检查结果之后，须及时电话告知患者所在的科室。

8.相关科室医务人员必须熟悉本科室重点病种急诊抢救流程和职责。凡需多个科室协同抢救的患者，原则上由对患者生命威胁最大的疾病的专科科室收治。如有争议，急诊科医师有权裁决，或由医务科（或总值班室）决定。急诊科医师收住病人，科室不得以任何借口推诿拒收。

9.对公共突发事件（如交通事故），有 3 名以上伤员的重大抢救时，应在紧急救治的同时，即报告总务科或总值班，启动相关的应急预案。对重点病和期及时登计定总、分析，质高评价、反优。

10．对重点病种要及时登记，定期总结、分析、质量评价、反馈，并提出持续改进措施，上报医务科。

泗洪县第一人民医院

加强中、西医基础学科与临床学科、辅助诊疗学科的交叉融合制度

在应对重大疑难疾病的挑战中，不管西医还是中医，靠单打独斗或局部作战很难取得令人满意的效果。在临床实践过程中西医临床协同思维，追求中医、西医诊疗方法上的优势互补、病症结合，从而达到临床疗效的最大化是必然选择。

研究重大疑难疾病的发生发展规律，促进中西医结合学科发展，发挥中西医各自优势，坚持以人为本的理念，多学科、全方位协作，形成医疗、教学、科研相结合，从预防、治疗到康复的中西医协作防治重大疑难疾病诊疗体系。

一、中西医临床协作势在必行：临床实践过程中采用中西医临床协同思维，追求中医、西医诊疗方法上的优势互补、病症结合，从而达到临床疗效的最大化士必然选择。中西医结合治疗非典型肺炎的临床研究、中西医结合的诊疗模式方法的确立与应用、中西医研发新药服务临床都是中西医协同思维指导下取得的斐然成果。

二、具体协作：响应国家中医药管理局、国家卫生健康委员会与中央军委后勤保障卫生局决定共同开展疑难疾病中西医临床协作，我院整合现有资源，优势互补、加强联合、协同攻关、中西融合、提高疗效为原则，建设重大疑难疾病中西医临床协作平台，充分发挥中医、西医各自特色和优势，从临床入手，针对重大疑难疾病的发生、发展过程中的一阶段、关键环节，挖取整理中医药治疗经验和特色方法，开展中西医临床协作，以提高临床疗效为目的，在临床实践基础上形成专家广泛共识的中西医结合的诊疗方案。研究重大疑难疾病的发生发展规律，促进中西医结合学科的发展，发挥中西医各自优势，坚持以人为本的理念，多学科、全方位协作、形成医疗、教学、科研相结合，从预防、治疗到康复的中西医协作防治重大疑难疾病诊疗体系，推动中西医临床协作机制建设和服务模式创新，促进中西医协同创新发展。

三、应取得的成果：中西医专家采用中西医协同思维联合攻关重大疑难疾病，将有利于中医学突破局限与短板，有利于加快中医学现代化进程，在互补中发挥更大效能，应能产生以下5方面的成果，即出疗效、出方案、出成果、出人才、、出模式。

1.出疗效：由徐州医科大学附属医院为牵头单位，开展中西医结合诊疗，西医重在探索病因、早期诊断，找到有效干预的关键因素，中医通过辩证施治，改善患者的生活质量和临床症状，取得满意的临床疗效。

2.出方案：重大疑难疾病一般都很复杂，不可能靠中医的单方、验方或者一具体方法就能解决，需中西医相互配合的诊疗方案，建立中西医人员紧密协作的会诊、联合门诊、联合查房、联合病例讨论、学术联合等协作模式及医疗制度，形成独具特色的中西医结合诊疗方案，促使临床疗效的提高。

3.出成果：未来我们期盼通过重大疑难疾病，在中西医临床协作项目只能够解决目前的医学难题，获取成果，造福人类。

4.出人才：协作项目将在一定程度上探索重大疑难疾病中西医协作人才培养新途径，实现人员协作常态化，开展高层次中西医人才交叉培养，完善中西医结合高层次人才培养模式。

5.出机制：中西医临床协同思维解决重大疑难疾病应以病人为中心，因地制宜，视不同情况，即可以由西医作为主体，也可以由中医作为主体，还可以中医、西医齐头并进，在学科层面积极推进单病种多学科的综合诊疗模式，真正实现中医与西医的强强联合与优势互补，逐步建立中西医临床协作长效机制。

第四章 护理工作制度

泗洪县第一人民医院临床路径与单病种护理质量控制制度

护理三级质控网络负责对临床路径与单病种护理质量实施监控。

凡病区新开展临床路径与单病种的护理表单一律报护理部审核备案。

临床路径护理部分的内容应符合疾病护理常规要求。

护理人员知晓本岗位相关临床路径的工作流程。

制定临床路径与单病种护理质量标准，内容包含患者入院处置、病情观察、用药护理、心理护理、健康教育等。

三级质控网络定期质量评价，针对存在问题与缺陷进行总结分析，修订评价标准，提出改进措施，体现质量持续改进。

泗洪县第一人民医院患者身份识别制度

1.为保证医疗安全，来院就诊的每位患者必须如实填写门诊病历和住院病历首页上的身份信息。

2.门、急诊患者的身份识别：门、急诊护士在对患者进行评估时需核对患者姓名、年龄、性别、病历号等基本信息。

3.住院患者身份识别

（1）入院患者到达病区时，接诊护士应核对科室、患者姓名、住院号、性别、年龄、诊断、报销类别等信息是否与患者就诊卡、住院证上的信息相符。

（2）建立和执行住院患者手腕带标识管理制度。

（3）所有住院患者必须佩戴手腕带作为身份识别标志及诊疗操作前查对依据。腕带上标注医院名称、科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号。佩戴手腕带时填入的识别信息必须经两人核对，若损坏更新，同样须经两人核对。

(4)佩戴手腕带前，应仔细核对患者信息。要求患者陈述自己的姓名；对无法沟通的患者，应请在场的家属证实患者的身份。

（5）在对患者实施任何检查、诊疗操作前或转运患者前应核对手腕带信息，并让患者自己陈述姓名，确认患者身份。

（6）若手术中需取下手腕带，术后应与患者病历一同带出手术室，巡回护士应与接患者护士交接清楚，确认患者身份后立即重新佩戴。

4.转接和交接班时认真识别患者身份，对病区内患者转床、转科或对产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、使用镇静药物等重点患者，均要识别和核对患者身份，严格执行查对制度，由转诊医师和护士同接诊医师和护士与患者（家属）或受委托人核对。

5.操作前和辅助检查前识别：医务人员在操作前要按照规章制度对患者进行查对和识别。至少同时使用两种方法识别患者身份，禁止仅以床号作为识别的唯一依据。标本采集、输血、输液、给药时由护士或医技人员核对患者身份。行心电图、B超、胸片、CT、MRI、病理检查等辅助检查时，由辅助科医技人员及护送的工作人员共同核对患者身份。6.高危诊疗活动前识别：在对患者进行介入检查治疗术、胃肠镜检查、血液透析等诊疗活动前由操作医师、护士与患者（家属）或受委托人进行核对。

泗洪县第一人民医院临床护理人员规范化培训制度

新入职护理人员由护理部统一安排岗前培训。培训结束后统一参加考试，合格后方可进入临床工作。

护理人员有义务和权利在职接受护理规范化培训。

护理部负责根据上级部门的培训要求制定护理人员的具体培训目标与实施细则。

护理部和各科室有明确的人员负责管理培训工作，选择合适的人员负责培训教学。

制定科学的考核评价指标与方法，严格考核，保证规范化培训的有效实施和培训质量。

规范化培训内容包括职业道德教育、基础理论、基本知识、基本技能、专科理论、专科技能培训、管理、教学和科研能力培训等方面。

规范化培训形式和方法可根据不同级别分层级培训。

未完成规范化阶段培训，不得进入下一轮培训。

泗洪县第一人民医院输血查对制度

接收血库送来的血液时：

须检查血袋上的采血日期、有效期，血/血制品有无凝血块/溶血、变色、气泡，血袋有无破损及封口是否严密。

血袋上受血者和供血者的信息是否与交叉配血单上的信息相符。

有以上任何情况之一，应立即与血库联系并将血液退回。

输血前必须经二人核对，核对无误后在交叉配血单上签执行者和协助者的全名。

交叉配血单上受血者的姓名、住院号是否与住院病历信息相符。

交叉配血单上受血者的姓名、住院号、血型是否与血袋上的标签相符。

交叉配血单上供血者的血袋号、血型、血量是否与血袋上的标签相符。

交叉配血单上受血者的血型是否与血型鉴定单上的血型相符。

交叉配血单上受血者和供血者的血型是否相符。

交叉配血结果。

有以上任何疑问之一，不得执行输血。

输血时由两位医务人员到患者病床前核对患者身份和血型。

检验/病理标本查对制度

根据医嘱核对检验试管/容器标签。

留取检验/病理标本时应确认患者身份，以防混淆。

检验/病理科接收标本时，需有签收记录。

泗洪县第一人民医院护理奖惩与绩效考评制度

1. 奖励
2. 护理部为弘扬先进，激励全体护士共同进步，定期对各级护理人员进行绩效考核，对评选出的各类先进单元及个人进行奖励。
3. 根据医院护理质量考核标准进行通报表扬及奖励。
4. 根据护士的工作数量、质量和患者满意度等对护士进行综合考评，考评结果与评优等相结合。
5. 护理先进个人及先进集体的评定，科研、教学、夜班、优秀党员（团员）等的评选奖励，分别按医院、护理部的评选标准及程序进行。
6. 处罚
7. 根据医院护理质量考核标准，实行护理质量安全零缺陷目标管理，对护理质量不达标的科室或个人进行通报批评并处罚。
8. 发生差错事故，按《医疗事故处理条例》（国务院2002年9月1日）和《医疗纠纷预防和处理条例》（国务院2018年10月1日）进行处理。
9. 发生患者投诉，按患者投诉处理制度执行。
10. 聘用期间违反合同约定，按合同规定处理。
11. 值班期间违反值班管理制度时，视情节轻重，进行相应处罚。

泗洪县第一人民医院护士能级管理实施方案

（2020年）

为深入推广优质护理服务，全面落实责任制整体护理模式，充分调动各级护理人员的积极性。挖掘其工作潜力，为患者提供全面、全程、优质、高效、专业、人性化的护理服务，确保整体护理服务水平的不断提高。按照国家卫生部2012年关于实施医院护士岗位管理的指导意见，结合我院护理工作现况，实施我院2020版护士能级管理试行方案。

一、目的

1.通过实施能级管理，将有限的护理人力资源发挥最大潜能，以提升护理管理水平，提高护理专业技能。

2.通过实施能级管理明确各级护理人员的职责要求。

3.通过实施能级管理充分调动各级护理人员的工作积极性，提高临床护理质量和护理工作水平，确保医疗安全。

二、护士能级管理分级原则

根据护理人员的临床能力分为N0、N1、N2、N3、N4五个层级，每一层级设有不同的培训计划及目标，并赋予不同的工作职责和能力要求。

临床科室根据护理部要求制定出切合职称实际情况的岗位能级要求、考核标准，在符合专项指标如学历、职称、工作年限、工作经历等基础上，各科室结合自身护理人力配置情况，对应护士分层级标准确定护士层级，体现能级护士的岗位职责。不同层级护士分管不同病情轻重、护理难度和技术要求的患者，充分对应。

三、领导小组

组 长：钱 敏

副组长：郑 雯 彭兰兰

组 员：金绍梅 朱小花 刘 芳 朱素娟 张 静

陈 靖 冯春艳 张梅娟 许小曼 张成丽

石婷月 吕金平 周 荣

四、护士能级管理小组的职责

1.在院长和分管院长领导下，负责制定护士层级管理体制，根据护理人员的不同能级，给予不同的权限，履行不同的岗位职责和工作任务。满足不同病人、不同病情的需要，确保护理质量。

2.制定护士分层级管理实施方案及培训的相关制度。

3.协调实施过程中的遇到的问题。

4.对实施过程和效果进行评价及分析并提出持续改进措施。

5.组织对各层级护士的考核及晋升评定。

6.指导各层级护士的绩效分配。

五、临床护理岗位的护士能级管理方法

1.考评级别及时间

1）护理部组织考评：晋升N4、N3级别由护理部组织考评，每年3月进行，科室护士长负责向护理部集中申报新评定的晋级护士名单，个人填写《泗洪县第一人民医院临床护理岗位晋级申请表》及《泗洪县第一人民医院护士能级综合考核评价标准》（各能级）自评部分，由护理部按要求组织考评小组进行考评并进行审核批准，考评结束《泗洪县第一人民医院临床护理岗位晋级申请表》 《泗洪县第一人民医院护士能级综合考核评价标准》交护理部存档。

2）科室自行组织考评：晋升N1、N2级别每年3月进行，科室护士因学历、职称、工作年限、专业年限、专科、专业知识技能（取得专科、专业证书）等的提升，符合晋级条件的应由护士本人向科室护士长提出晋级申请，个人填写《泗洪县第一人民医院临床护理岗位晋级申请表》及《泗洪县第一人民医院能级护士综合考核评价标准》（各能级）自评部分，护士长按要求每年及时组织科室考评小组对申请人进行考评，考评结束《泗洪县第一人民医院临床护理岗位晋级申请表》交护理部存档，《泗洪县第一人民医院护士能级综合考核评价标准》交科室存档。

3）参与年度能级考核的护理人员填写《泗洪县第一人民医院临床护理岗位年度考核申请表》及《泗洪县第一人民医院护士能级综合考核评价标准》（各能级）。考核方式参照晋级考核。

2.护理部监督内容及要求包括：考核科室执行护理部能级管理办法的正确性、考评过程的公平性，查看考评记录，调查科室各能级护士的评价，审核批准由科室申报的名单等。

3.晋级/年度考评内容及要求：（详见各能级考核表）

4.晋级与降级

按照能级标准评定，若达标准将继续担任原有任职级别或晋级高一级别，若未达标准者则不能晋升高一级别或继续担任原有任职级别，按降级处理，待下一轮评定时本人再提出晋级申请。

泗洪县第一人民医院优质护理服务工作方案

（2020年）

2020年是医院迈入转型发展的开局之年，作为医院重要组成部分的护理队伍，更要以此为契机，狠抓护理服务，深化优质护理服务内涵，扎实推进转型。为进一步推动优质护理服务在广度和深度方面持续发展，以“落实整体护理”为核心，以“深化优质护理内涵、开展特色护理”为主题，围绕“二甲医院评审标准”要求，在总结 2019 年度优质护理服务活动经验的基础上，制定 2020年优质护理服务工作方案如下：

一、工作目标

全面深入开展优质护理服务，以实施护士岗位管理为切入点，充分调动护士工作积极性，激励护士服务临床一线，创新服务举措，从关键环节、服务流程入手，改善患者就医感受，提高患者满意度。

二、工作重点

针对转型发展中的 2020 年，结合我院自开展优质护理服务以来的经验与不足，在新的一年中围绕以下重点开展优护工作：

（一）认清形势，解放思想，进一步增强提高护理服务质量的责任感和紧迫感。

（二）加强护理队伍建设，提高各级护理人员专业水平。

（三）全院护士统一思想，明确任务，共同参与，狠抓落实，扎实推进服务质量工程，助力医院高质量转型发展。

（四）推动护理信息化发展，为优护提供保障。

（五）培树典型，展示白衣天使形象，打造独具“泗洪县第一人民医院护理”特色的服务品牌。

三、优质护理服务领导小组

组 长：钱 敏

副组长：郑 雯 彭兰兰

组 员：金绍梅 朱小花 刘 芳 朱素娟 张 静 陈 靖 张梅娟 许小曼 吕金平 周 荣 石婷月 张成丽

冯春艳

## 四、活动范围

全院各临床科室，门诊、手术室等全部护理单元

五、活动主题

狠抓护理服务，扎实推进转型

六、具体方案

（一）各临床科室要切实贯彻落实护理服务，深入开展优质护理服务，变被动服务为主动服务，通过一系列举措，实现护理工作贴近患者、贴近临床、贴近社会的“三贴近”。

（二）根据拟增设科室需求，进一步完善人力资源配置，调整人员结构。临床护理单元实行弹性排班，根据工作量、技术难度、专业要求和工作风险等因素合理配置和调整护理人力，认真执行护士人力资源调配方案，加强应急小组成员的培训及考核，保证护士的应急调配。护士排班兼顾临床需要和护士意愿，体现对患者的连续、全程、人性化护理。

（三）建立完善我院护理质量敏感指标监测体系。对全院护理工作的共性指标及结合各个专科的特点严格把控患者安全重点环节的护理工作质量，降低护理不良事件的发生率、杜绝护理差错事故。

（四）加强护士岗位规范化培训，结合责任制整体护理要求，有针对性制订护士在职分层培训计划并负责实施，提高护士对患者的评估、病情观察、康复指导和护患沟通等能力。加强对护士长的培训与考核，提高其管理能力。

（五）护理人员要重视创新性、开拓性工作，加大宣传力度，展示泗洪一院护士新形象，努力在主流媒体中发出泗洪一院护理的声音，发挥引导和示范作用。

（六）鼓励临床各专科护理组建立多种形式的护患交流平台，利用现代化信息技术进行健康教育普及、专科护理特色宣传、相关疾病指导、护理问题咨询等。

（七）逐步推进护理专科建设，促进护理专业向高、精、尖发展，提高临床护士的核心工作能力，依托专科特色，拓展服务范围，注重基础护理与专科护理的齐头并进，为患者提供更加优质、专业、个性化的护理服务。

（八）在深化优质护理服务质量内涵的同时，进一步拓展优质护理服务的广度。发展延伸护理服务，鼓励对出院患者进行随访，与科室医疗团队配合进行出院病人照护工作；做为区域性医疗中心对医联体医院及帮扶单位通过多种形式，带动提高护理服务能力，为社区群众提供专业化优质护理服务。

（九）按照医院部署改革绩效考核制度。注重临床表现和层级使用，建立合理的绩效考核和分配制度，将绩效考核结果与护士的职称晋升、学习进修、奖励评优等挂钩，向夜班、工作量大、技术性难度高、工作风险大的临床护理岗位倾斜，体现多劳多得、优绩优酬，调动护士工作积极性。

（十）落实支持保障措施。关心护士的身心健康，改善护士的工作条件，切实落实多部门联席会议、行政查房制度，深入临床一线解决实际问题，减少病房护士从事非护理工作，提高护理工作效率。

全年计划完成 “护理志愿服务队”、 “5.12”国际护士节等一系列活动使全员牢固树立“一切以病人为中心”的服务意识和责任意识，通过夯基础、补短板、创特色、求实效等举措，提升护理温度，营造人文环境，回归护理本职，开创泗洪一院优质护理的新阶段。

泗洪县第一人民医院“一病一品”优质护理服务活动方案

（2020年）

自2010年“优质护理服务示范工程”启动以来，如何推广“以病人为中心”的整体护理模式并寻求专业化的护理行为已成为探索优质护理服务专业内涵建设的重要课题。在深入推广优质护理服务的背景下，我院护理部现拟将从各病房实际收治的主要病种入手，开展以“一病一品”为理念的疾病专科护理建设活动。

一、活动背景

“一病一品”理念的根本立足点是为了提升护理品质，其精髓在于针对某个病种，坚持“以病人为中心”的理念，并以“热心接、耐心讲、细心观、诚心帮、温馨送、爱心访”这一贯穿患者入院、住院、出院和随访全过程的“优质护理服务链”为疾病护理实践过程的主线，突出患者角度对护理服务的愿望与体验，同时依据循证护理的步骤，通过权威的资料来源收集实证资料，制订最佳的疾病护理服务流程、护理方案和专科护理品牌。“一病一品”有别于传统的疾病护理常规，其更强调护理行为的科学性、护理过程的评判性以及护理人员对患者生理、心理、社会需求等体验的关注，其精练的总结和归纳，便于护理人员掌握和实践，也确保护理工作高效、优质、科学地运行。

二、活动对象

全院各护理单元

三、活动内容与形式

全院各护理单元围绕服务发展、科学监管、提升素质等方面工作，以培育一项重点、特色或创新工作作为本科室的护理品牌工作，根据项目化管理的要求，按照项目申报、项目实施、项目总结等流程步骤进行推进。我院护理部将组织项目评审，对创建活动优胜项目进行表彰。

四、实施步骤

第一阶段：项目申报（2020年6-7月）

各护理单元在总结、分析优质护理服务开展情况的基础上，结合各专科疾病特色和病人的需求，制定本护理单元创建“一病一品”优质护理服务活动方案，确定“一病一品”项目，以展示各护理单元品牌特色和创新服务，进一步推动医院文化建设。7月底前完成项目的书面申报并上交至护理部。护理部对各单元申报项目进行讨论，统筹安排确定护理各单元的“一病一品”项目，形成全院“一病一品”项目汇总表。

第二阶段：项目实施（2020年8-9月）

项目确定后，各实施单元及时制订项目实施方案，建立项目管理工作台帐，包括活动计划、目标进度安排、组织方法、实施步骤等，按照计划进行项目实施与推进。

第三阶段：效果评价（2020年10-11月）

项目实施后，各护理单元做好相关总结和自我评价，完成参与项目评审准备工作。上报总结时要有完整的原始材料，包括项目策划、实施记录（时间、地点、内容、参加人数）、经验推广材料、现场照片或录像等。护理部适时追踪项目实施过程中的问题的整改效果、及时评价“一病一品”优质护理服务活动的成效。

第四阶段：效果验收、项目评审（2020年12月）

护理部对创建“一病一品”优质护理服务活动效果进行验收，全面总结经验，宣传推进优质护理、深化护理改革创新的进展和成效，推动优质护理服务深入可持续发展。

五、主要评审标准

1.真实性：工作项目符合真实情况和客观实际，有项目实施记录、项目实施总结。由项目实施护理单元以文字的形式（包括书面材料和纪实材料等），将项目成果叙述清楚。文字应简练，可根据条件辅以必要的实物、照片、录像等。

2.先进性：项目设计和组织形式科学、有新意，符合医疗卫生行业发展的方向和总体趋势，符合工作实际。

3.创新性：在内容、方式和方法上体现独创性，具有鲜明的特点。

4.实效性：工作项目具有较强的典型引路和示范带动作用，有较强的影响力，得到上级部门的肯定；对全院护理工作具有推广应用价值。

泗洪县第一人民医院护理延伸服务工作方案

（2020年）

依据国家卫计委制定的《全国护理事业发展规划(2016-2020年)》要求，进一步拓展护理服务外延，推动优质护理服务深入发展，我院特制定泗洪县第一人民医院护理延伸服务工作方案。

一、成立小组

　　成立泗洪县第一人民医院护理延伸服务小组，由分管副院长任组长，护理部主任任副组长，各科室护士长任组员。

二、小组职责

1.负责制定护理延伸服务工作方案、服务内容等，并负责组织实施。

2.与医院多部门的协调合作。

3.负责合理排班，由于护理延伸服务工作时间均为业余时间，因此，在排班过程中错开临床工作。

4.组织开展户外义务活动。

5.定期召开小组成员会议，听取工作信息反馈，制订更完善的护理延伸服务方案。

6.定期进行工作总结。

三、参加护理延伸服务护士资质要求

1.爱岗敬业、医德高尚、廉洁行医，对待工作有责任心，具有无私奉献精神。

2.工作5年以上，有专科特长，临床经验丰富、理论知识扎实、技术娴熟的护理骨干。

3.中级及以上职称护理人员或专科护士。

四、组织实施

1.积极应对突发公共卫生事件。

2.承担政府指派的社区护理服务。

3.医院推进的延伸护理服务，具体计划表如下：

泗洪县第一人民医院护理志愿服务队组建方案

（2020年）

为深入贯彻落实上级部门要求，进一步加强优质护理建设，我院护理部决定组建“护理志愿服务队”，**要以南丁格尔为榜样，尽己所能，帮助他人，服务社会，践行红十字人道、博爱、奉献精神，开展护理志愿服务。**

一、指导思想

积极发扬“奉献、友爱、互助、进步”的志愿精神，把护理服务延伸至社区、学校、农村、社会福利和残疾人康复机构等地，为人民群众做实事、办好事。

二、组织领导

组 长：钱 敏

副组长：郑 雯 彭兰兰

组 员：金绍梅 朱小花 刘 芳 朱素娟 张 静

陈 靖 张梅娟 许小曼 吕金平 周 荣

石婷月 张成丽 冯春艳

三、组建对象

全院护理人员均可参加。

四、组建原则

“护理志愿服务队”按照自愿报名的原则进行，作为护理人力资源储备，服从志愿者服务安排。

五、志愿者招募条件

1.热心社会公益事业，有较强的社会责任感和奉献精神；

2.品行端正，遵纪守法；

3.能履行学护理志愿服务组织的有关规定。

六、工作要求

（一）加强领导，精心组织。

成立“护理志愿服务队”是贯彻落实上级部门要求，是扎实开展志愿服务工作，推进护理活动常态化的重要举措。护理部高度重视，加强领导，精心组织，确保组建任务圆满完成。

（二）注重宣传，营造氛围。

通过多种途径，大力弘扬南丁格尔精神，广泛普及志愿理念，推动形成关心、支持和参与护理志愿服务的良好氛围，让更多护理人员自觉加入到护理志愿服务活动中来，促进志愿服务工作顺利开展。

泗洪县第一人民医院患者安全管理制度

一、 患者身份识别制度

1.为保证医疗安全，来院就诊的每位患者必须如实填写门诊病历和住院病历首页上的身份信息。

2.门、急诊患者的身份识别：门、急诊护士在对患者进行评估时需核对患者姓名、年龄、性别、病历号等基本信息。

3.住院患者身份识别

（1）入院患者到达病区时，接诊护士应核对科室、患者姓名、住院号、性别、年龄、诊断、报销类别等信息是否与患者就诊卡、住院证上的信息相符。

（2）建立和执行住院患者手腕带标识管理制度。

（3）所有住院患者必须佩戴手腕带作为身份识别标志及诊疗操作前查对依据。腕带上标注医院名称、科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号。佩戴手腕带时填入的识别信息必须经两人核对，若损坏更新，同样须经两人核对。

(4)佩戴手腕带前，应仔细核对患者信息。要求患者陈述自己的姓名；对无法沟通的患者，应请在场的家属证实患者的身份。

（5）在对患者实施任何检查、诊疗操作前或转运患者前应核对手腕带信息，并让患者自己陈述姓名，确认患者身份。

（6）若手术中需取下手腕带，术后应与患者病历一同带出手术室，巡回护士应与接患者护士交接清楚，确认患者身份后立即重新佩戴。

4.转接和交接班时认真识别患者身份，对病区内患者转床、转科或对产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、使用镇静药物等重点患者，均要识别和核对患者身份，严格执行查对制度，由转诊医师和护士同接诊医师和护士与患者（家属）或受委托人核对。

5.操作前和辅助检查前识别：医务人员在操作前要按照规章制度对患者进行查对和识别。至少同时使用两种方法识别患者身份，禁止仅以床号作为识别的唯一依据。标本采集、输血、输液、给药时由护士或医技人员核对患者身份。行心电图、B超、胸片、CT、MRI、病理检查等辅助检查时，由辅助科医技人员及护送的工作人员共同核对患者身份。6.高危诊疗活动前识别：在对患者进行介入检查治疗术、胃肠镜检查、血液透析等诊疗活动前由操作医师、护士与患者（家属）或受委托人进行核对。

二、腕带标识管理制度

1.急诊抢救室和留观、住院患者必须佩戴手腕带，作为各项诊疗操作前识别患者身份的标识。

2.腕带上标注医院名称、科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号。如无家属患者有意识障碍、精神异常或智障等，可暂取名填写无名氏后加住院号，如无名氏+住院号。

3.患者入病房时病区护士认真核对患者信息后填写手腕带，佩戴于患者左手腕，核对方法：

（1）一般情况下由护士与患者共同核对；

（2）特殊情况（意识障碍、感觉器官功能障碍及无行为能力等）有家属陪护的，由护士与家属或患者委托授权人共同核对；无家属陪护的，由两名当班医护人员共同核对。

4.腕带一般佩戴在患者的左手腕上，如病情禁忌，则依次佩戴在右手腕、左脚踝、右脚踝上。若有遗失或损坏，及时更新。

5.女性患者佩戴粉红色手腕带，男性患者佩戴蓝色手腕带。新生儿出生后，女婴佩戴婴儿粉红色手腕带，男婴佩戴婴儿蓝色手腕带。

6.按操作规范给患者佩戴腕带，垫1-2指按紧搭扣，松紧适宜，防止扭曲；注意患者佩戴腕带部位皮肤完整，手部血运良好，每班检查患者腕带皮肤情况。

7.出院时去除手腕带，转科患者须经双人核对后重新更换手腕带，以确保患者标识准确。

8.将使用腕带识别工作纳入科室护理质控检查项目中。

三、标本采集管理制度

1.护士应掌握各种标本的正确采集方法。 2.采集标本严格遵照医嘱执行。

3.严格执行查对制度，医嘱和检查单逐项核对无误后，方可执行。

4.认真核对化验单内容，包括科室、姓名、年龄、性别、床号、住院号（门诊号）以及检验项目等。

5.根据检验项目正确选择标本容器，如空白试管、抗凝管等；检查容器有无破损、裂痕；容器标签上注明患者科室、床号、姓名等。

6.标本采集时护士携带检验单再次核对患者身份、检验项目、标本采集量以及标本容器是否吻合，严格执行查对。

7.输血、配血抽取标本时，必须两人核对后抽取并在输血申请单上签名。

8.不得在输液的同侧肢体或中心静脉管道采血，以免血液被稀释或输入的液体影响测定结果。

9.标本采集后及时查对送检，送检过程避免振荡。 10.建立《标本送检登记本》，由接收部门人员签字确认。

四、患者术前确认制度

1.建立《手术患者安全交接记录单》，详细记录科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号、诊断、手术日期、皮肤情况等。

2.术前病房护士与手术室人员再次检查患者皮肤准备情况，核对患者腕带信息无误后，签好《手术患者安全交接记录单》，由手术室人员陪同患者，携带病历、《手术患者安全交接记录单》、药品及术中所需物品，将患者接入手术室。

3.手术室护士查对患者腕带信息、手术名称、手术部位标识、皮肤情况、病历、术中所需物品、药品无误后，在《手术患者安全交接记录单》上签字确认，并将患者送人指定手术间。

4.巡回护士与麻醉医师再次查对患者腕带信息、病历、手术部位。

5.手术医师、麻醉医师、巡回护士三者共同查对无误后，在《手术安全核查表》上签字，方可开始手术。

五、患者安全转运制度

1.转运前：

（1）病情评估：对病情进行正确的评估是整个流程的基础。

（2）解释：告知患者、通知家属，联系转往科室或相关检查科室。

（3）备齐用物：转运工具、病历、X片、CT片、MRI片等，根据病情备急救药品器械及其他物品。

（4）搬运患者到轮椅或平车前后，应妥善处理动静脉管路，固定引流装置。

（5）重点：导管安全原则，确保通畅、妥善固定、标识在位、防止感染。

 2.转运中：

（1）注意保暖。

（2）密切监测各项生命指征（始终站在患者头侧）。

（3）保证生命支持设备工作稳定。

（4）转运过程中患者头部始终处于高位。

（5）保证各种管路固定可靠。

（6）防止患者发生意外损伤。

（7）做好心理护理。

3.转运后交接：

（1）确认患者身份：腕带、病历、患者本人或家属。

（2）确保患者安全转移至病床上。

（3）评估生命体征。

（4）交接患者存在的关键问题。

（5）交接各种管道：静脉置管（外周静脉、深静脉）、其他管道（胃管、尿管、引流管等）。

（6）皮肤情况：伤口、压疮。

（7）用药情况：药物过敏史、抗生素的使用等。

（8）物品：（X片、CT片、MRI片、病历等）。

（9）床边交接完毕后，需双方护士共同填写《住院患者安全转运护理交接记录单》，确认无误后签名。

六、患者交接管理制度

为有效防止医疗护理过失，消除安全隐患，提高医疗护理服务质量，保障医疗护理安全，特制定本制度。

1. 建立临床科室之间患者交接管理规范和流程，由接送医务人员跟患者或家属核对识别，并做好交接和识别记录。

2. 建立急诊与病房、急诊与ICU、急诊与手术室之间的患者交接管理规范和流程，由接送医务人员与患者或家属核对识别，并做好交接和识别记录。 3. 建立手术与病房或ICU之间的患者交接管理规范和流程，由手术医师术前核对好患者身份后由麻醉师、护士核对，确定好身份和手术部位并书面记录后方可行手术。术后由麻醉师、护士与ICU医生、护士交接患者并核实身份，并做好记录。

4. 建立产房与病房、产房与新生儿病房之间的患者交接管理规范和流程，由医师、护士、助产士产前产后对患者进行识别和交接，做好记录。

泗洪县第一人民医院分级护理制度

分级护理是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和生活自理能力，确定并实施不同级别的护理。

分级护理分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。

一、特级护理

具备以下情况之一，可确定为特级护理：

1. 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；
2. 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；
3. 各种复杂或者大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

护理要求：

1. 严密观察患者病情变化，监测生命体征；
2. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
3. 根据医嘱，准确测量出入量；
4. 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；
5. 保持患者的舒适和功能体位；
6. 实施床旁交接班。

二、一级护理

具备以下情况之一，可确定为一级护理：

1. 病情趋向稳定的重症患者；
2. 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；
3. 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
4. 自理能力重度依赖的患者。

护理要求：

1. 每小时巡视患者，观察患者病情变化；
2. 根据患者病情，测量生命体征；
3. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
4. 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；
5. 提供护理相关的健康指导。

三、二级护理

具备以下情况之一，可确定为二级护理：

1. 病情趋于稳定/未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；
2. 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；
3. 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

护理要求：

1. 每2小时巡视患者，观察患者病情变化；
2. 根据患者病情，测量生命体征；
3. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
4. 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；
5. 提供护理相关的健康指导。

四、三级护理

病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可以确定为三级。

护理要求：

1. 每3小时巡视患者，观察患者病情变化；
2. 根据患者病情，测量生命体征；
3. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
4. 提供护理相关的健康指导。

第五章 门诊工作制度

泗洪县第一人民医院门诊工作制度

1、在分管院长的领导下，门诊部主任负责门诊的医疗、护理和行政管理工作，临床各科主任应加强对本科门诊的业务技术指导。各科应确定一位主治医师及以上职称的医师负责本科门诊工作。

2、各科室参加门诊工作的医务人员，在门诊部或医务部统一领导下进行工作。

3、门诊医护人员应派有一定经验的执业医师、注册护士担任，医师出诊须经过医务部资格审查并报门诊部备案。出诊医师由各科室派出并相对固定，专家门诊由副主任医生以上职称出诊，普通门诊由主治医生出诊。

4、各级出诊医师应严格执行门诊首诊负责制、会诊制度等各种医疗核心制度，规范书写门诊病历和开具检查申请单、处方。要根据因病施治的诊治原则，合理检查，科学合理用药。

5、对疑难病患者就诊两次不能确诊者，接诊医师应及时请本科室上级医师诊视或进行科间会诊。如需要多个专科协同诊疗者或疑难病就诊 3 次以上尚未明确诊断者，应提交门诊部办公室组织多学科会诊。

6、对某些慢性疾病和专科疾病，医院根据具体情况设立专科门诊和专病门诊。

7、做好预检分诊工作，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。建立感染性疾病门诊、发热门诊、肠道门诊，做好疫情报告。

8、对急重、高龄及来自远地的患者应优先安排就诊。

9、门诊工作人员要严格遵守劳动纪律，着装整洁，佩戴胸卡，文明用语，礼貌服务，态度和蔼，耐心细致解答问题。

10、门诊检验、放射等各种检查要做到操作规范，报告及时准确。门诊手术应根据条件规定一定范围。医师要加强对换药室、治疗室的检查指导，必要时要亲自操作。

11、门诊各科与住院处及病房应加强联系，以便根据病床使用及患者情况，有计划地收容患者住院治疗。

12、门诊应保持清洁整齐，改善候诊环境，加强候诊教育和健康宣教，提供各项便民措施，执行预约诊疗服务工作制度，指导患者预约就诊，简化就医流程，方便患者就医。

13、对基层或外地转诊的患者，要认真诊治，在转回基层医院或原地时要提出诊治意见。

泗洪县第一人民医院门诊安全管理制度

一、消防安全管理

1、医院的消防安全管理工作认真贯彻执行有关消防工作的法律法规，落实“谁主管、谁负责”的原则，实行逐级消防安全责任制，门诊部的负责人是本部门消防安全的第一责任人。

2、门诊部负责对门诊各级各类人员进行消防安全知识的培训教育，增强门诊人员的安全防火意识和正确处理消防突发事故的能力，定期在保卫处的管理指导下进行消防演练及培训。

3、各诊区诊室的消防安全由各楼层分管护士专人负责，门诊区域内各科室的化验室、治疗室均由具体管理者或各科室主任负责。每日专人负责、严格交接班。具体内容为：每日检查所负责区域内的水、电、气、电脑及各种医疗设备的安全使用情况，下班后及时关闭；负责氧气、氮气等各种危险医用气体的存放、使用、气瓶维护等工作；定期检查所管辖区域内的消防设施和器材，保证其正常使用，发现过期及时和保卫处或门诊部联系；所管辖人员要熟练掌握消防设施、器材的摆放位置、数量、 操作方法；负责管辖区域内的安全出口和消防疏散通道的畅通，不得占用和堵塞疏散通道；禁止本部门人员使用电炉、电饭煲等电器。

4、门诊部联合保卫处、病房管理科、总务处等相关职能部门定期开展消防安全监督检查，对在消防安全检查中提出的火灾隐患和不安全因素提出整改意见，发放《徐医附院门诊安全警示单》，督促相关部门和科室必须在规定时间内按规范要求整改，并报告保卫处或门诊部复查。

二、环境安全管理

1、门诊区域各级各类工作人员应了解与本岗位相关的安全知识和危害因素，以及可能出现的安全隐患，并重点排查。员工一旦发现有安全隐患，应第一时间采取必要的保护和应急措施，并及时上报主管部门。

2、门诊部区域在人员集中的活动场所，须设置固定警示标识，如禁止攀爬、注意防滑、严禁吸烟等，必要时根据实际情况增设防滑、防盜、扶手等安全设施。

3、对不明来源，留存在公共场所的可疑物品(手提箱、行李包等)，应及时通知保卫部门处理，不得擅自打开或搬动，以免发生意外。

4、门诊部联合各部门加强门诊各级各类工作人员各种安全知识的培训工作，内容包括突发事件紧急处理预案、个人防护装置的放置和正确使用、医疗仪器/电器设备的安全使用、电梯等门诊常用设施设备的使用规范等。

5、门诊部、保卫处等相关部门定时巡查 ,督促做好预防性的维护，确保制度的执行，评价整改措施的落实，避免不安全的事件发生。

泗洪县第一人民医院门诊电子病历质量评价、考核管理制度

门诊病历是患者就医后留存的具有法律效力的医疗文件，随着门诊电子病历的推广应用，为了促进我院门诊（电子）病历质量稳步提高，特制定我院门诊电子病历质量评价、考核管理制度制度。

指导思想

实行全面质量管理和全程质量控制。建立门诊电子病历的全程质量控制流程和全程质量管理体系。明确质量管理内容并将其纳入医疗管理部门的日常工作，实施动态监控并与科室目标考核责任制结合，保证质控措施的落实。

以各类法律法规、规章制度为依据，不断修订完善质量考核体系及考核标准。

门诊部有计划、有针对性地进行检查、监督，对出诊医师普遍存在的门诊电子病历中存在的问题，进行专门调研并制定全面的干预措施。

门诊病历质量三级质控体系

人员构成、职责、工作内容

一级质控：各科室质控小组，负责本科室医务人员门诊病历书写知识的培训、考核；负责本科室门诊电子病历模板的修订；每月抽查本科室有出诊资格医师的门诊电子病历，每科室每人 10 份，及时反馈并跟进落实整改。

二级质控：门诊部，负责对全院有出诊医师资格的人员进行门诊病历书写规范的培训工作。现出诊科室 32 个专科，二级质控小组每月每科室抽取 20 份门诊电子病历进行检查，定期分析全院门诊电子病历质量并提出持续改进措施，反馈给相关科室并提交医疗质量委员会审议。

三级质控：业务副院长、医疗管理职能部门负责人、部分科主任、护士长组成的医疗质量委员会，负责审议全院门诊电子病历质量分析报告，制定或修订病历质量评价、考核、奖惩等制度，每季度至少召开一次例会。针对医院门诊病历存在的缺陷提出防范及持续改进措施。

结果反馈

科室质控管理小组指定一名质控联络员（主治医师及以上职称人员），每月进行科室门诊病历质量督导活动，对当月门诊病历运行过程中发现的问题进行总结分析，提出整改措施。

二级质控小组将每月抽查病历中存在的问题及时与相关科室沟通反馈，限时整改。每月对检查结果进行汇总，在院周会上通报。

门诊病历质控目标

门诊电子病历书写率为 100%。（每位患者挂号就诊后，接诊医师均应书写电子病历）门诊电子病历书写合格率≥95%为合格，100%为优秀（书写合格率=各科室抽取病历中合格数/各科室

抽取病历数）。

门诊病历书写基本要求

门诊病历是患者在医疗机构门诊就医过程中，医务人员对患者诊疗经过的记录，包括就诊时间和科室、病史、体格检查、相关检查、诊断及处理意见等记录。门诊病历为电子版，每位患者挂号就诊后，接诊医师均应即时书写电子病历，根据信息功能尽可能打印、粘贴。病历书写内容应客观、准确、及时、完整、规范，重点突出、表述准确、层次分明，主诉和现病史相一致。病历书写应当使用中文和医学术语。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。门诊电子病历书写过程中不允许出现错字，就诊当日 00:00 后不能进行修改。电子版门诊病历信息科要有备份。

门诊电子病历格式与说明

（一）初诊病例

主诉：要简明扼要、规范，包括主要症状（或体征）及持续时间，不少于 4 个字，原则上不超过 20个字。

现病史：现病史要重点突出，包括本次发病的起病日期、主要症状、伴随症状、病因、诱因、体征、他院诊治情况及疗效，病情的发展、演变及过敏史等。

既往史：简要叙述与本次疾病有关的既往史。

家族史：简要叙述与本次疾病有关的家族史。

体格检查：要详细记录阳性体征和有助于鉴别诊断的阴性体征。

门诊诊断：指医师根据患者病史，体格检查，既往检查结果和诊疗过程等，作出的初步诊断，并不是所有的检查完成并获得结果后所作出的判断。门诊诊断应当按规范书写诊断病名，如暂时不能明确，可写“\*\*症状或体征原因待查”；也可在疑诊病名后加“？”，多个诊断按主次依次排列。

门诊处置：要具体包括处方和治疗方法、进一步检查措施或建议、法定传染病应注明疫情报告情况，必要的病情交代，对患者拒绝的检查或治疗应予以说明，必要时可要求患者签名。

建议：提醒患者复诊时间、注意事项等。

（二）门诊复诊病历

主诉：可写“\*\*\*疾病复诊”或书写主诉。

既往史：同初诊病历。

家族史：同初诊病历

现病史：主要描述上次诊治后的病情变化和治疗反应，不可用“病情同前”代替现病史，重点记录检后送回的报告单结果。对于外院转入患者，严禁使用“病史同前”替代在本院的病史书写。

体格检查：着重记录原来的阳性体征变化和新发现的阳性体征。

门诊诊断：诊断无变化者填写同样诊断，诊断改变者则需写新的诊断。

门诊处置：需要补充的实验室或器械检查项目；同一科室三次不能确认患者诊断，接诊医师应请上级医师或相关科室会诊，上级医师或会诊医师写明会诊意见及会诊日期和时间并签名，如仍未能明确建议患者多学科会诊（MDT），余同初诊病历。电子病历（包括初诊和复诊）要求医师必须电子签名。

（四） 门诊科间会诊记录

1. 首诊科室医师根据患者病情，若需要他门诊科室会诊者，由病人持门诊病历和电子会诊申请单直接前往会诊诊室，电子申请单应填写简要病史、体格检查和必要的辅助检查结果、初步诊断、会诊目的与要求。不宜搬动的患者及需要隔离的传染病患者，应邀会诊医师应迅速到达申请科室进行会诊。

2. 会诊医师应将会诊意见详细记录在门诊病历上，并同时签署全名；属本科疾病由会诊医师处理，不属本科诊疗范围的病人应转科被邀请科室或再请其他有关科室会诊。

门诊病历质量奖惩管理规定

抽查中发现门诊电子病历未写或不合格，每份扣除个人绩效绩效 50 元，每季度连续两次及以上不及格，每份扣除个人绩效绩效 100 元。科室门诊电子病历合格率为≥95%，每月检查结果进行公示，不合格科室扣除 200 元，如果科室每季度连续两个月及以上不合格，院周会通报批评并扣除 500 元。每季度持续三个月门诊病历合格率为 100%，考核为优秀的科室各奖励 500 元。

泗洪县第一人民医院门诊会诊工作制度

一、门诊医师应严格遵守首诊负责制，当门诊患者病情超出超出本科专业范围，需要其他专科协助诊疗时，需行科间会诊。

二、科间会诊由首诊医师提出，填写电子会诊单，应填写简要病史、体格检查和必要的辅助检查结果、初步诊断、会诊目的与要求。

三、会诊由具有执业资质的主治医师及以上职称医生接诊。如会诊科室只有专家门诊时，由当日坐诊的高级职称专家接诊。

四、会诊医师职责为：详细阅读病历，了解患者的病情，亲自诊察患者，会诊后提出诊治意见并详细记录。会诊过程要严格执行诊疗规范，充分尊重患者知情权。

五、门诊医师如处理有困难时应及时请示上级医师协助解决，如遇病情疑难复杂或需要多学科共同协作者，应及时向门诊部进行申请，门诊部择期进行多学科会诊。

六、不宜搬动的患者及需要隔离的传染病患者，应邀会诊医师应迅速到达申请科室进行会诊。

七、门诊诊治过程中如发现危重患者，门诊医师在进行询问患者、必要的体格检查、书写病历的同时，应与急诊室取得联系，安排专人护送患者到急诊室，必要时门诊医师应护送患者到急诊室并与急诊室医生交班。

泗洪县第一人民医院门诊首诊负责制度

一、患者在门诊首先就诊的科室为首诊科室，接诊医师为首诊医师，首诊医师对患者的检查、诊断、治疗等工作负责。

二、首诊医师应热情接待患者，详细询问病史，认真进行体格检查和必要的辅助检查，提出诊断和处理意见，并及时规范书写病历，不得以任何理由拒绝诊治患者。

三、经初诊认为本专业疾病，首诊医师根据病情对患者进行治疗或收住院。如诊断或治疗有困难时，应及时请上级医师会诊。

四、经初诊后认为是非本专业疾病，首诊医师应指导患者到相应专科就诊。

五、经初诊后认为患者的疾病涉及多学科，首诊医师应先完成病历记录和体格检查，及时请上级医师进行指导，必要时进行科间会诊或提交门诊办公室组织多学科会诊。

六、复合伤或涉及多科室的危重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，所有的有关科室须协力抢救，不得推诿。各科室分别进行相应的处理并及时做好病历记录。

七、各科首诊医师均应以患者为中心，将患者生命安全放在第一位，以医院整体利益为重，通力协作，严禁推诿行为。

泗洪县第一人民医院多学科联合会诊制度

为了规范重症疑难患者诊治工作,发挥多学科综合力量,提高重症疑难病人诊疗水平,经研究制定本制度。

一、联合会诊目的：

从各个专科角度研究讨论重症疑难患者病情及诊疗方案,提出交叉学科间的诊疗建议解决诊疗过程中的难题,拓展专科人员的整体医学思路。

二、联合会诊适用对象：

危重症患者;疑难患者:住院患者入院7日内未确定诊断者、涉及多脏器严重病理生理异常者、涉及重大手术治疗者;高龄合并多科基础疾病者;科内难以解决,需多科联合讨论

研究的特殊病例；

三、参加科室人员条件：

本科室和涉及患者病情的相关科室,医务部、护理部参与。参加医务人员原则上要求副高以上职称人员,必要时可邀请外院专家参加。

四、联合会诊程序:

1.由科室主任提出申请;

2.医务部同意并确定查房时间、通知相关科室

3.主管医生汇报病例,要求资料齐全;

4.分批次床边查看病人

5.讨论并提出相关意见;

6.主管医生记录并汇总意见

7.主管医生整理形成书面材料并报医务部备案。

泗洪县第一人民医院远程医疗会诊管理制度

(一)目的

为规范医院远程医疗会诊工作流程,最大限度地满足患者的医疗需求,根据《医疗机构管理条例》《医疗机构管理条例实施细则》《卫生部办公厅关于加强远程医疗会诊管理的通知》等规定,制定本管理制度。

(二)定义

远程医疗会诊是医疗机构间运用通讯技术和计算机多媒体技术,采用网络视频、音频同步的方式,为患者完成病例分析、病情诊断和进一步确定治疗方案的医疗咨询服务。规范远程医疗会诊管理的制度称为远程医疗会诊管理制度。

(三)基本要求

1.参加远程医疗会诊医师必须是取得执业证书,并在医院办理医师注册、变更或多机构备案的临床、医技科室的学科带头人或业务骨干,具有主任医(技)师任职资格者、或由科主任指定的取得副主任医(技)师及以上任职资格者。

2.远程医疗中心由医疗远程会诊中心(也可以是医务部门或其他相关部门)负责管理,信息中心协助技术支持医疗远程会诊中心(也可以是医务部门或其他相关部门)负责接收远程会诊的申请、安排会诊时间;信息科负责设备调试、日常维护。

3.医疗远程会诊中心(也可以是医务部门或其他相关部门)负责协调申请方、会诊(培训)专家、信息科,确定并通知远程会诊(培训)时间。

4.信息中心提供远程医疗会诊技术支持平台,确保接收和发出的信息快捷、准确，会诊前提前完成与远程会诊医院的对接调试。为保证会诊流程畅通,需工程师协助至会诊结束。

5.申请会诊对象限于疑难危重病例及少见病例,并且已经经过科内或全院会诊,仍然不能明确诊断或治疗效果不佳者。

（四）具体细则

1.应邀会诊

(1)医疗远程会诊中心(也可以是医务部门或其他相关部门)负责受理外院远程医疗会诊的申请,并进行初步审核。

(2)若同意会诊申请,要求申请会诊的医院提前把病例资料(病历摘要、各种检验报告单、检查报告单、影像资料、照片、各类电生理描记图和病理图文资料)传送至远程会诊信息平台。

(3)医疗远程会诊中心(也可以是医务部门或其他相关部门)与相关科室确定会诊专家及会诊时间,会诊的病历资料至少在会诊前转发给会诊专家。

(4)会诊结束后,由会诊专家填写会诊记录表,医疗远程会诊中心(也可以是医务部门或其他相关部门)将会诊记录表留档后发送至申请医院。

2.申请会诊

(1)申请科室填写远程医疗会诊申请单及患者知情同意书,提前报送主管部门审核并报请业务副院长批准。

(2)审核批准后,申请会诊医院的主管部门与被申请远程会诊单位的主管部门约定会诊时间及专家安排。

(3)申请科室将会诊病例资料(病历摘要、各种检验报告单、检查报告单、影像资料、照片、各类电生理描记图和病理图文资料)传送至远程会诊信息平台。

(4)申请科室的相关人员应在会诊约定时间前提前携带病历资料进人医院远程医疗会诊中心,必要时请患者一同前往。

(5)申请科室指定医师汇报病历和诊疗情况,回答会诊专家的提问,并详细认真记录会诊意见,会诊记录存入病历。

泗洪县第一人民医院急诊绿色通道管理办法

为了确保急诊危重病人得到有效的医疗救治,最大限度争取抢救的时间,进一步提高危重患者的抢救成功率,减少欠逃费现象,医院决定加强急诊绿色通道管理。急诊科、手术室、ICU、药房、检验科和功能影像检查等科室必须对进入急诊绿色通道救治的病人提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务。结合医院实际,经院务会议研究决定,特制定关于本规定。

一、急诊绿色通道的服务人群:

1、所有生命体征不稳定的病人;

2、预见可能出现危及生命的各类危急重病人;

3、需要紧急医学处置,但暂无支付能力的病人。

二、急诊抢救绿色通道的服务原则

以抢救生命为原则,一律实行优先抢救、优先检查和优先住院与医疗相关的手续补办的原则,先救治,后交费。

三、急诊绿色通道的工作制度

1、实行首诊负责制,实施抢救科室及检验、输血、放射、药剂、功能科等相关辅助科室的医护人员必须全力抢救,无条件为患者提供方便,不得以任何理由推诿患者,延误患者的最佳诊疗时机。各科室对盖“绿色通道”专用章的申请单、处方须快速反应优先处理。

2、实行医生和护士24小时值班制度,抢救设备和备用抢救药品齐备,随时做好危重病人和急诊抢救的准备。

3、在抢救过程中,如需院内会诊,被邀科室医生原则上在10分钟内到达。

4、为保证抢救及时,若病人需要进行有创操作的,抢救医生医师应先留取血样,再送检验科进行梅毒、艾滋和乙丙肝的监测。

5、对绿色通道抢救的病人,抢救医师必须尊重患者的知情权,及时告知病情及变化,积极进行医患沟通,根据病情发放病重或病危通知。

6、在进行危重病人急诊抢救的同时,必须向医务科或者总值班报告病情及抢救开展情况。正常工作日报告医务科,非正常工作时间报告总值班,由医务科或院总值班协调有关科室参与抢救,必要时组织抢救会诊。

7 、各科室值班人员(包括医生、护士、医技、药剂、后勤维修保障人员等)接到急诊科急会诊或其它紧急请求后,必须于10分钟内到达急诊科或请求地点,科室人员不得以任何借口推诿。

四、急诊绿色通道的工作程序

1、急诊科发现符合绿色通道开通条件的患者时,须立即报告医生启动“急诊绿色通道”救治程序。急诊科医生根据初步的病情判断,尽快下达建立静脉通道、监测生命体征、进行各种救治措施和相关检查的口头或书面医嘱。急诊科护士尽快准确执行。

2、急诊值班医护人员在抢救病人的同时电话报告医务科或总值班申请开通绿色通道,书面审批可在抢救结束后补办,尽可能留取病人、公安系统陪同人员的有效证件或号码,在急诊抢救、治疗、用药、检查等申请单上加盖“绿色通道”专用章,并填写“绿色通道登记本”上的各相关信息。

3、各相关科室凭“绿色通道”专用章优先办理,保证在最短时间内完成检查治疗项目并及时反馈检查结果。经“绿色通道”收治的病人如病情严重,仍按照先救治后缴费的原则继续给予救治,办理入院时在住院证上加盖“绿色通道”专用章。对需要住院的病人,应由急诊室护士联系拟入住科室并陪同,与病房当班护士做好交接班并做好记录。

4、急诊科值班护士除按急诊危重病人抢救记录外,还应详细记录各种检查项目、使用的药品和材料并保管收费单原件,以作为催缴费用的依据。

5、首诊医生要执行对患者的抢救、向上级医生或科主任报告、组织会诊、完成各种医疗文书、必要时陪同患者进行检查或转送患者的任务。

6、对需做各种辅助检查确诊的危重患者,必须由医生或护理人员陪同,边抢救、边检查。

7、各辅助检查科室须及时接受标本和患者。检验常规项目自检查开始到出具结果≤30分钟。心电图、影像常规检查自检查开始到出具结果≤30分钟。超声自检查开始到出具结果时间≤30分钟。有关科室在完成上述检查结果之后,须及时电话告知患者所在的科室。

8、凡需多个科室协同抢救的患者,原则上由对患者生命威胁最大的疾病的专科科室收治。如有争议,急诊科医师有权裁决,或由医务科(或总值班)决定,科室不得以任何借口推诿拒收。

9、对突发公共事件(交通事故、中毒等),有3名以上伤病员的重大抢救时,应在紧急救治的同时,立即报告医务科或总值班,启动相关的应急预案。

五、急诊绿色通道的管理

1、急诊科要尽可能详细登记通过急诊绿色通道救治的患者的接诊时间、详细住址、联系人、联系方式、患者最后的去向(包括转诊科室、转入医院和死亡)等资料,每月底上报医务科。

2、医务科要加强对急诊绿色通道的管理,每月审查绿色通道审批单;定期追踪检查,开展急诊绿色通道医疗质量讲评;不定期举行急诊绿色通道实地演练,促使急诊绿色通道工作不断完善。

4、急诊科当班医师在抢救结束后完善绿色通道审批单,如未完整填写而造成欠逃费流失的,由申请人承担。

5、要做好绿色通道病人的所有费用登记,当确实无法催缴病人费用时,在绿色通道开通后所发生的所有费用由医院支出,不扣相关科室绩效奖金。

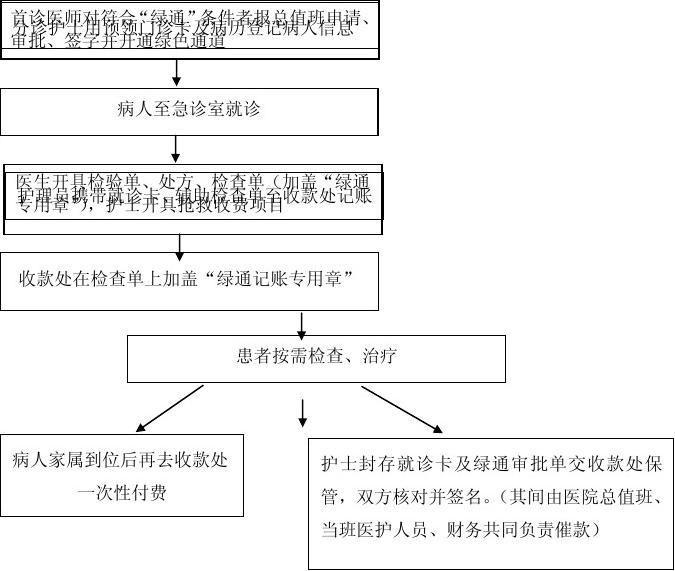
6、“绿色通道专用章”使用权为当班医生、护士。各班次严格做好交接,严格按规定使用,对于印章丢失或不按规定使用造成不良后果追究当事人责任,催缴费用由当班医护负责,擅盖“绿色通道专用章”者每次扣当事人500元。

六、绿色通道流程图(见附件)。

七、本规定下发文后即执行。

附件:

绿色通道流程图



泗洪县第一人民医院疾病应急救助管理制度

泗洪县第一人民医院疾病应急救助管理制度

为规范开展疾病应急救助工作,解决身份不明或无能力负担医疗费用患者的急救保障问题,维护人民群众的健康权益,对我院疾病应急救助工作规定如下:

一、疾病应急救助对象

疾病应急救助基金的救助对象是在本地范围内发生的急重危伤病需要急救但无法查明身份或基本生活难以维持无力支付相应费用的患者,具体对象如下:

1.无法查明身份患者。

2.属于城乡低保对象、农村“五保”供养对象、重度残疾人、低收入家庭等,且基本生活难以维持无力支付相应费用的患者。

疾病应急救助基金用于支付救助对象的符合我市城镇基本医疗保险和新型农村合作医疗保险支付范围的急救医疗费用。

疾病应急救助基金不得用于支付有负担能力但拒绝付费患者的急救医疗费用,不得用于解决各级各类医疗机构历史上未足额收到的医疗欠费

医疗机构对符合上述条件的患者紧急救助所发生的费用,可向疾病应急救助基金申请补助。

二、疾病应急救助处理细则

1、医院收治疾病应急救助对象后,必须及时、有效对需紧急救治的患者施救。任何科室及个人不得以任何理由拒绝、推诿或拖延救治“三无”病人及符合急危重症救助标准的病人。

2、急重危伤病标准及诊疗规范按照国家卫计委《需要紧急救治的急危重伤病标准及诊疗规范》执行,在实施救助过程中,医疗机构应参照城镇基本医疗保险和新型农村合作医疗保险诊疗目录进行救治和用药。

3、科室和医务人员在应急救助过程中,应尽量收集患者基本信息

4、医院在接收疾病应急救助对象时,须请送达者在病历上签字,“120”接诊的救护人员到现场救治时,应请现场群众签字证明,现场没有群众的,救护人员应做好相关记录。

5、医院在接收疾病应急救助对象后,应及时向当地派出所、民政机关书面报告,由派出所、民政部门对救助对象进行身份甄别、负担能力认定。派出所和民政部门根据核实和认定情况在《疾病应急救助患者确认审批表》填写相关信息并盖章。涉及道路交通事故社会救助基金核实的,由事发地公安交管部门经办。

6、疾病应急救助结束后需救助的对象,应及时与当地民政救助机构联系,转入民政救助机构实施民政救助,并完善交接手续。

泗洪县第一人民医院门诊急危重症患者优先处置制度

为保障门诊急危重症患者的就诊安全，减少门诊就诊等待时间，及时得到有效的医疗处置，现结合我院门诊实际情况，制定门诊急危重症患者就诊优先处置制度。

一、服务对象：在门诊就诊过程中，尚不需要立即抢救的急危重症患者或病情容易变化，不能耐受较长等候时间的特殊患者。包括高龄、残疾、高危孕产妇、行动不便以及其他情况需要优先处置者。

二、服务内容：优先分诊、优先就诊、优先检查、优先取药。

三、服务要求：

1、有效识别需要优先处置的患者。对于重症、高龄、残疾、高危孕产妇等患者，各分诊岗位或者各窗口服务人员要及时识别，积极给予优先处置。门诊的保安、导医、物业人员也有义务主动帮助上述患者进行优先处置。

2、首诊医生对于以上患者要仔细评估病情，主动指导患者进入下一个诊疗环节。如有必要，及时护送患者进入急诊绿色通道，并做好病情交接，不得延迟或推诿。

3、各诊室护士站、检查和辅助科室要严格落实优先处置制度，密切配合、简化手续、相互支持。

泗洪县第一人民医院门诊首诊负责制度

一、患者在门诊首先就诊的科室为首诊科室，接诊医师为首诊医师，首诊医师对患者的检查、诊断、治疗等工作负责。

二、首诊医师应热情接待患者，详细询问病史，认真进行体格检查和必要的辅助检查，提出诊断和处理意见，并及时规范书写病历，不得以任何理由拒绝诊治患者。

三、经初诊认为本专业疾病，首诊医师根据病情对患者进行治疗或收住院。如诊断或治疗有困难时，应及时请上级医师会诊。

四、经初诊后认为是非本专业疾病，首诊医师应指导患者到相应专科就诊。

五、经初诊后认为患者的疾病涉及多学科，首诊医师应先完成病历记录和体格检查，及时请上级医师进行指导，必要时进行科间会诊或提交门诊办公室组织多学科会诊。

六、复合伤或涉及多科室的危重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，所有的有关科室须协力抢救，不得推诿。各科室分别进行相应的处理并及时做好病历记录。

七、各科首诊医师均应以患者为中心，将患者生命安全放在第一位，以医院整体利益为重，通力协作，严禁推诿行为。

泗洪县第一人民医院门诊医师出诊管理制度

为规范门诊出诊医师的管理，提高门诊服务质量，确保医疗安全，规定如下：

一、门诊出诊医师应具有中华人民共和国医师资格证书、中华人民共和国执业医师执业证书及处方权。专家门诊由已取得副主任医师及以上职称的临床医师担任；普通门诊由已取得主治医师职称的临床医师担任，专家门诊不得由普通医师代替。

二、专家门诊严格实行准入和退出制度，副主任医师以上的专家个人填写《徐医附院专家门诊出诊申请表》，出诊时间由各科室统筹安排,保证相对固定,由科室主任向门诊部提出申请，经人事处、医务部审核后，门诊部审核汇总后报分管院长批准后实施，实行开通门诊电子病历权限、预约上线等后续工作。专家（包括返聘专家）因为各种原因不再继续出诊，也应由科主任提出申请，门诊部审核后报分管院长批准后实施。

三、出诊医师应严格执行各项医疗规章制度和诊疗规范，病历书写及处方开具符合规范要求，合理用药、合理检查、合理治疗，对病人认真负责，在完成本岗位诊疗工作后能主动指导患者进入下一诊疗环节。

四、出门诊医生应着装规范、佩戴胸牌，使用文明用语，保护患者隐私，严格遵守门诊各项规章制度。

五、专家门诊、普通门诊、专科门诊、专病门诊均实行全日制门诊，按时开诊，不得迟到、早退，出诊医生应急须离岗者，如院内重要会诊、危重患者抢救、重大手术等,必须向门诊部请假，由科室安排同等或以上职称的医生代替，妥善处理好各种相关事宜,确保患者的就诊需求。

六、出专家门诊者,因各种原因停诊三个月(含三个月)以上,需书面申请，科室主任签字，递交门诊部。

七、门诊不得随意停诊，如因故不能开诊，要提前一天以上书面填写申请单通知门诊部，在请假单上明确标明替诊医师，替诊医师原则上应为同级别或以上级别专家职称，由科主任签字盖章，门诊部主任签字后执行。如遇特殊情况，书面填写申请单报请科主任签字后，门诊部报请院领导批准方可执行。

八、门诊部负责定期进行检查、考核。发现迟到、早退、无故脱岗、未请假随意停诊者，第一次违反给予批评教育，处予 200 元罚款；第二次违反给予院周会点名批评，处予 500 元罚款；第三次违反给予院周会点名批评，扣发当月专家门诊挂号绩效，本年度累计三次以上暂停其专家门诊，反复违规且坚决不予

改正者取消其专家门诊资格。

泗洪县第一人民医院门诊与辅助科室协调制度

一、门诊部全面负责门诊与辅助科室之间的联系工作，督促各科室共同做好门诊各项工作。

二、门诊临床科室与医技科室应保持密切联系与沟通，及时解决科室协作中出现的各种问题。

三、普通医技检查要满足门诊需求，当日完成检查和报告。若出现特殊情况，医技科室应与门诊部服务台联系说明情况，及时做好患者的解释沟通工作。

四、辅助检查科室检查出门诊患者有危急值时，应按医院《危急值的报告制度与程序》的规定，向门诊医生及时报告并说明情况。

五、若发生突发意外事件，各科室之间应协作处理，尽可能把突发事件的影响和危害程度降至最低。

六、对开展的新项目，医技科室应及时将检查的方法和临床意义与门诊相关科室沟通，以满足门诊医师的诊疗需要。

泗洪县第一人民医院门诊预约诊疗服务工作制度

一、在分管院长的领导下，由门诊部全面负责医院门诊预约诊疗工作，本着公开、公平的原则加强门诊预约挂号管理，与相关部门密切协作，做好门诊预约工作。

二、门诊部专人负责预约诊疗的管理工作，及时维护及更新预约平台上门诊专家出诊信息，保证患者准确择医预约就诊。

三、医院实施实名制分时段预约诊疗，为患者提供多种形式的预约方式，包括现场预约（服务台、自助机）、电话预（95169,12580）、省网络平台预约、手机终端预约（徐医附院 APP、微医 APP、微信预约、支付宝预约）、诊间预约、社区双向转诊预约、随访后预约、体检后预约等方式。

四、专家门诊、专科门诊、普通门诊、复诊均开展预约诊疗服务，所有门诊号源全部开放预约，可提前预约 1-7 天的号源，基层转诊预约预留 20%号源，预约挂号患者优先就诊。

五、预约挂号采取实名制，患者预约、就诊均应提供真实、有效的实名身份信息和证件（身份证、医保卡），接待人员必须做好预约就诊人员相关信息和就诊需求登记，安排好预约就诊相关工作。

六、医院通过网站、微信公众号、电子屏幕等方式公示专家门诊和专科门诊信息，预约挂号须知、预约流程及预约方式。多种形式进行广泛宣传，努力提高患者预约的依从性。

七、为保障预约门诊工作的有序开展，专家出诊应严格遵守《徐医附院门诊医师出诊管理规定》，如因故不能开诊，要提前一天以上书面填写申请单通知门诊部，在请假单上明确标明替诊医师，替诊医师原则上应为同级别或以上级别专家职称，科主任签字盖章。门诊部及时通知患者取消预约或更改预约专家。

八、门诊预约人员定期进行预约流程、操作、形式、应急预案的规范化培训，提高预约诊疗服务能力。

九、门诊部定期进行预约诊疗服务工作评价，及时调整修正相关流程、指标等，不断优化服务流程，方便患者就诊。

泗洪县第一人民医院门诊医学检验、检查结果互认制度

一、检验、检查结果互认原则

（一） 保证质量，确保安全。进行临床诊疗活动时，检验、影像检查结果的互认应以不影响疾病诊疗为前提，医患双方应遵循疾病的变化规律，恪守诊疗常规，由临床医生根据诊疗需要科学选择互认结果，确保医疗质量和医疗安全。

（二） 知情同意，资料齐备。在诊疗过程中，由诊治医生根据病人的具体病情判断是否认可外院的检查结果，进行院内会诊或再次检查。须向病人或家属明确说明并将复查依据在病历中予以记载。对予以认可的外院检验、检查结果应在病历中载明，包括检验、检查结果、检查机构名称、检查日期、检查编号、

检验流水号等资料。

（三）互认条件：同一地区的三级医院之间的医学检验、医学影像检查均互认。三级医院对二级医院的检验、检查结果的认可，由三级医院的临床医师判定。如二级医院的检验、检查结果符合诊断资料的质量要求，三级医院也可以认可，不再复查。

二、检验、检查结果互认项目的范围

第一类：临床检验类项目：

（一）临床生化：包括钾、钠、氯、钙、磷、葡萄糖、尿素、肌酐、尿酸、总胆固醇、甘油三酯、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶、肌酸激酶、碱性磷酸酶、g-谷氨酰基转移酶。

（二）临床血液：包括白细胞、红细胞、血红蛋白、红细胞压积、血小板、平均红细胞体积、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞血红蛋白浓度。

（三）临床免疫：包括甲状腺功能测定、乙肝表面抗原、乙肝表面抗体、乙肝 e 抗原、乙肝 e 抗体、乙肝核心抗体、丙肝抗体。

第二类：医学影像检查项目：

（一）普通放射线检查，包括普通平片、CR、DR。

（二）使用大型医用设备的检查项目，包括 PET－CT、PET、SPECT、CT、MRI、DSA 等。

（三）其他医技类检查项目：包括心电图，B 超等。

三、检验、检查结果不互认范围

有下列情形之一者可不列入互认范围或不受互认限制：

1、 因病情变化，已有检验、检查结果难以提供参考价值的（如与疾病诊断不符合等）。

2、 是在疾病发展过程中临床检验、检查结果容易产生较大幅度变化，且对疾病诊断有一定影响的。

3、 检验、检查项目意义重大的（如实施手术等重大医疗措施前）。

4、 检验、检查结果与病情明显不符的。

5、 急诊、急救病人。

6、 患者或其亲属要求做进一步检查的。

7、 既往临床检验结果报告的时效性对疾病的诊断难以提供参考价值的。

8、 其它符合诊疗需要的不可预测情形。

泗洪县第一人民医院专家门诊管理制度

一、专家门诊严格实行准入和退出制度，由具备本专业副主任医师、主任医师专业技术资格的医师承担，须经人事处聘任。

二、取得聘任资格的医师申请出专家门诊者，个人填写《徐医附院专家门诊出诊申请表》，出诊时间由各科室统筹安排,保证相对固定,由科室主任向门诊部提出申请，经人事处、医务部审核后，门诊部审核汇总后报分管院长批准后实施，实行开通门诊电子病历权限、预约上线等后续工作。专家（包括返聘专家）因为各种原因不再继续出诊，也应由科主任提出申请，门诊部审核后报分管院长批准后实施。

三、出诊专家应严格执行各项医疗规章制度和诊疗规范，病历书写及处方开具符合规范要求，合理用药、合理检查、合理治疗，对病人认真负责，在完成本岗位诊疗工作后能主动指导患者进入下一诊疗环节。

四、出专家门诊者,因各种原因停诊三个月(含三个月)以上,需书面申请，科室主任签字，递交门诊部。

五、出门诊专家应着装规范、佩戴胸牌，严格遵守门诊各项规章制度。出诊专家应急须离岗者，如院内重要会诊、危重患者抢救、重大手术等,必须向门诊部请假，由科室安排同等或以上职称的专家代替，妥善处理好各种相关事宜,确保患者的就诊需求。

六、专家门诊实行全日制门诊，按时开诊，不得迟到、早退；不得随意停诊，如因故不能开诊，要提前一天以上书面填写申请单通知门诊部，在请假单上明确标明替诊医师，替诊医师原则上应为同级别或以上级别专家职称，由科主任签字盖章，门诊部主任签字后执行。如遇特殊情况，书面填写申请单报请科主任签字后，门诊部报请院领导批准方可执行。

七、门诊部负责定期进行检查、考核。发现迟到、早退、无故脱岗、未请假随意停诊者，第一次违反给予批评教育，处予 200 元罚款；第二次违反给予院周会点名批评，处予 500 元罚款；第三次违反给予院周会点名批评，扣发当月专家门诊挂号绩效，本年度累计三次以上暂停其专家门诊，反复违规且坚决不予改正者取消其专家门诊资格。

泗洪县第一人民医院保护门诊病人隐私的规范与措施

一、接诊病人时，要做到一医一患一诊室，其他病人均应在诊室外等候，如有人擅闯诊室，医护人员应当制止。

二、导医分诊护士需维持就诊候诊秩序，确保病人就诊有序。

三、各科室应设有屏风、隔帘或其他遮隔措施。

四、在对病人进行需裸露身体检查过程中，未征得本人或家属同意，不得安排进修实习人员观摩。为异性病人进行检查和治疗时，需有病人家属或其他同事陪伴，并阻止无关人员进入。

五、急诊科建立单独隔离的小诊室、急救室、注射室、中医综合治疗室，男女病人分开。

六、接诊艾滋病病人时，未经病人本人或其监护人同意，不得泄露艾滋病病毒感染者和病人及其家属的姓名、住址、工作单位等个人信息。妥善保管有关资料，未经市防治艾滋病工作委员会办公室批准，不得向任何单位和个人提供。

七、针灸理疗室及其他治疗室在对病人进行裸露治疗时，应有屏风或隔帘等遮隔。

八、妥善保管门诊日志登记本，不得随意放在桌上，用完应随时放入抽屉内，防止病人有关资料泄露。

九、影像科、功能科检查结果应指定专人保管，由病人或家属报名签字领取，如有必要，应要求病人(或委托人)出示病历或就诊卡等相关材料。

第六章 药事工作制度

## 泗洪县第一人民医院药事质量管理和监控制度

1. 根据各部门工作性质和内容，建立其相应的考核项目和工作指标。
2. 科主任按制定的各项考核项目和工作指标，每月对科室各专业小组进行督查，检查台账记录，现场抽查。
3. 调剂部门（包括门急诊药房、住院药房）每月随机抽查药品盘点准确率，检查药品质量、药品纠错、不合理处方、麻精药发放、温湿度、排药核对、病区药品检查等记录，现场检查双签率、精麻毒贵重药品账物是否符合、高浓度电解质区域和药品警示标识；随机抽查发药窗口用药讲究和贴签情况。
4. 药库每月随机抽查药品盘点准确率，检查药品质量、药品效期管理、药品验收、在库养护、不合格药品、温湿度记录。
5. 每月检查病历、出院病人用药教育、药品不良反应报告、审方、处方分析记录。
6. 各部门每月统计记录每月处方数、静脉药物配置数、处方双签率、点账账物符合率、药品支出结存率、药品报损率、留言表扬人数、药品纠错、药物咨询、药品出库量、药品供应数、处方差错、投诉、病历报告数、出院病人用药教育数、药品不良反应报告数、审核处方数和问题处方数、处方分析等情况，汇总工作质量统计表，上报科主任。
7. 督查结果在相关会议上反馈、点评，并纳入对各专业小组及组长的考核，与奖金分配和组长聘任挂钩；并要求各小组组长及时针对问题进行整改。

## 泗洪县第一人民医院药事管理与药物治疗学委员会工作制度

1. 医院药事管理与药物治疗学委员会工作程序

(1)药事管理委员会的产生：药事委员会委员实行兼职聘任制，由院长或主管业务的副院长提名，院长办公会通过批准。一般由院长或主管业务的副院长担任主任委员。特殊情况可由药事委员会主任委员提名按上述程序做出调整。

(2)主任委员负责召集委员会开会研究医院药事管理的有关问题，必要时可邀请院内外有关专家参加。主任委员不能履行其职责时，可由副主任委员依次临时主持药事委员会的工作。

(3)原则上会议每半年一次，总结和检查工作，安排下阶段工作。与特殊情况可由主任委员同意召开临时会议。

(4)药事委员会会议的决议应经参加会议的三分之二以上委员同意方可通过。

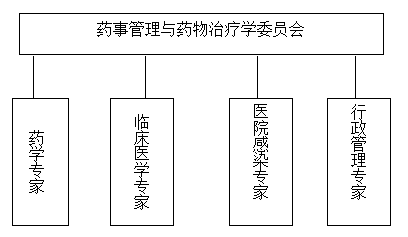
(5)药材科是药事委员会的执行机构，负责落实药事委员会的决议。在药事委员会闭会期间，药材科可以在其权限范围内，履行其药事管理职能，做出临时性决定。在此期间遇不能自行处理的事项，应及时向主任委员请示，或依据本条第二款的规定提议召开临时会议。药材科的所有临时性决定均应在下次药事委员会会议上进行通报，并经会议通过方可成为正式决议。

（6）药事委员会秘书协助主任委员收集议案，准备会议议题，资料和文件，负责做会议记录，整理记录，编制会议纪要，并向全体委员通报。秘书应负责建立包括各种原始记录、凭证在内的《医院药事管理与药物治疗学委员会会议档案》，整理、保存药事委员会的文件和档案。

（7）药事管理与药物治疗学委员会下设药品质量监督管理小组、药品采购管理小组、特殊药品管理小组、抗菌药物管理小组、不良反应监测领导小组及合理用药管理小组共六个工作小组。工作小组设组长一名，副组长两名，组员若干名。组长由药事管理与药物治疗学委员会委员兼任。各小组每年至少召开一次研讨会，总结交流经验，学习、培训相关知识和技能。

（8)药事委员会向医院负责，有责任向医院报告工作情况。

2.医院药事管理与药物治疗学委员会组织结构



泗洪县第一人民医院抗菌药物临床应用管理工作制度

为促进我院抗菌药物合理使用，加强抗菌药物临床应用和监督管理工作，保证医疗质量和医疗安全，特制订本管理制度，相关科室要认真履行工作职责，相互协作，完成工作任务。

一、明确抗菌药物临床应用管理责任制

建立抗菌药物临床应用管理组织机构，层层落实责任，建立健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监督管理机制。

管理部门:医务部

二、开展抗菌药物临床应用基本情况调查

对院科两级抗菌药物临床应用情况开展调查：抗菌药物品种、剂型、规格、使用量、金额、使用量排名前10位的抗菌药物品种，住院患者抗菌药物使用率、门诊抗菌药物处方比例，填写《抗菌药物临床应用基本情况调查表》，并按要求上报。

管理部门：药剂科

三、建立完善药物临床应用技术操作体系

按要求定期为医师提供抗菌药物临床应用相关专业培训，对临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导，并参与抗菌药物临床应用管理工作。开展培训时由医务科负责具体工作。

管理部门：医务部、药剂科

四、严格落实抗菌药物分级管理制度

1、医师经过抗菌药物临床应用培训并考核合格后，具备医师职称的授予非限制级抗菌药物处方权，主治医师职称的授予限制级抗菌药物处方权，副高以上职称的授予特殊使用级抗菌药物处方权。

管理部门：医务部、药剂科

2、药师进行抗菌药物相关专业知识和规范化管理培训，经过培训并考核合格后，授予相应的抗菌药物调剂资格。

管理部门：药剂科、医务部

3、明确抗菌药物分级目录，对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定，明确各级医师使用抗菌药物的处方权限。工作形式：由医务科下发抗菌药物分级目录，组织各科室医师认真学习或集中学习。按照《抗菌药物临床应用指导原则》，有明确的限制使用和特殊使用抗菌药物临床应用程序，并严格执行。医务科对各级医师处方权限严格把关，信息科在医院HIS系统中设置每位医师的处方权限。

管理部门：医务部、各临床科室、药剂科、信息科

4、抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内。住院患者抗菌药物使用率不超过60%；门诊患者抗菌药物处方比例不超过20%。抗菌药物使用强度力争控制在40DDD以下。

工作方式：

（1）组织全体医师学习抗菌药物使用率和使用强度的合理规范，做到人人知晓认可。

管理部门 ：医务部、院感科、药剂科

（2）科主任严格把关，对临床医师医嘱、病历、处方按标准严格监管，发现违规现象，立即纠正。

管理部门：各临床科室

（3）医院合理用药工作组定期对抗菌药物使用率和使用强度进行检查，处罚，公示和反馈。

管理部门：医务部、药剂科

5、开展抗菌药物临床应用与评估，定期开展抗菌药物临床应用检测，分析我院及临床各科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现使用量异常增长、使用量排名半年以上居于前列且频繁适应症超剂量使用、企业违规销售以及频繁发生药物严重不良反应等情况，要及时上报院领导。

管理部门：药剂科

6、加强临床微生物检测和细菌耐药监测。根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本，送检率不低于30%；接受限制使用级抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本，送检率不低于50%；接受特殊使用级抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本，送检率不低于80%。开展细菌耐药监测工作。定期发布细菌耐药信息，针对不同的细菌耐药水平采取相应应对措施。

管理部门：医务部、检验科、药剂科

7、落实抗菌药物处方点评制度。每月组织对具有抗菌药物处方权25%的医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于50份处方、医嘱。根据点评结果，对合理使用抗菌药物前10名的医师，向全院公示；对不合格使用抗菌药物前10名的医师，在全院范围内进行通报。点评结果作为医务人员绩效考核重要依据。对出现抗菌药物超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权。限制处方权后，仍连续出现2次以上超常且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。

管理部门：医院合理用药工作组

8、严格查处抗菌药物不合理使用情况。医院按照《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》等法律法规，加大对抗菌药物不合理使用的查处力度。对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的医师，医院视情节轻重予以警告、限期整改、暂停处方权、取消处方权、降级使用、吊销《医师执业证书》等处理。对于抗菌药物临床不合理应用问题的科室，医院视情形给予警告、通报批评处理；问题严重的，追究科室负责人责任。

管理部门：医院合理用药工作组。

泗洪县第一人民医院抗菌药物分级管理制度

根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应以及药品价格等因素，我院将基本药物品种目录中的抗菌药物分为非限制性使用、限制性使用与特殊使用三类进行分级管理

一、分级原则

（一）“非限制使用”药物：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物，以临床需要使用。

（二）“限制使用”药物：与第一线抗菌药物相比较，这类药物在疗效。安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制使用，应控制使用。

（三）“特殊使用药物”：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚少，或并优于现用药物者；药品价格昂贵，应严格控制使用。

二、分级管理

（一）临床医师可根据诊断和患者病情开具非限制性使用抗菌药物处方；患者需要应用限制性使用抗菌药物治疗时，应经具有主治医师以上专业技术职务任职资格的医师同意，并签字后使用；患者病情需要应用特殊抗菌药物，应具有严格临床用药指征或确凿依据，应用时经具有高级专业技术职务任职资格医师或科主任同意，并在病程记录上签字后使用。

（二）紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限1-3天用量。节假日由科主任总值班签字。

（三）各临床主任为科室抗菌药物分级管理使用的第一责任者，负责对本制度执行情况的检查、督导。

（四）医务部将抗菌药物进行分级管理及合理用药纳入综合目标管理，并定期检查。

泗洪第一人民医院抗感染药物使用管理制度

为了切实贯彻执行江苏省卫生厅《关于下发(江苏省医院抗感染药物使用管理规范)的通知)和南京市卫生局宁卫医院〖2003〗第47号文件，加强抗感染药物合理应用，遏制抗感染药物应用中存在的滥用现象。特制定规定如下：

1、加强管理，严格执行规范。医院药事委员会全面负责抗感染药物管理，制定抗生素招标计划、品种、档次，每季度初例会一次，听取药剂科、医教科、感染办、门诊办上季度日常管理工作汇报，经常检查和监督工作，分析情况掌握动态，调控抗生素的使用率。

2、医务科负责检查、督促、指导医护人员严格执行抗感染药物应用原则和细则，每月检查或抽查住院病人使用抗生素情况，掌握一、二、三线药品使用情况。

3、药剂科具体负责抗感染药物应用管理，采购供应，每月抗生素用量排名。加强对临床用指导，主动为临床用药服务，逐步参加用药查房。负责全院门诊抗生素用药调查。

4、院感染办：每季度对病区抗生素使用和病原学检查情况和院内感染进行调查，将调查结果向药事会报告。

5、护理部：指导、督促护理人员学习和掌握抗生素临床应用的基本知识及新理论、新方法。

6、门诊办每月抽查门诊病人使用抗生素情况，以及一、二、三线药品使用变化。

7、临床各大病区、急诊科等科室成立药事管理小组，科主任指定专人具体登统计每月出院病人抗生素使用，病原学检测、病种类型、IⅡⅢ联抗生素等指标，并协助医务科、院感办等职能科室进行抗生素调查，药敏调查，联合用药情况的汇总，药效调查，院内感染现状调查等。

8、全院医师应严格遵守一、二、三线抗生素的使用权限审批备案制，①住院医师处方权限为一线药，主治医师处方权限为一、二线药物，科主任和副主任医师及主任医师处方权限为一、二、三线药物。②住院医师、主治医师在值班或急诊时遇到严重感染的情况，可用二、三线抗生素，应补报科主任批准，并报医务科备案。③联合用药3种及以上抗感染药物要有药敏监测报告，且须经科主任批准并报医务科备案。

9、全院医师必须严格掌握抗感染药物应用的适应症、禁忌症，做到针对患者病情能用一线药的不用二线药，能用窄谱药的不用广谱药，能够单用的不联合用药，即要注重疗效又要注重价格，降低病人药费支出。

10、临床各大病区的主任和医师应把抗生素使用作为三级查房的必备内容。上级医师在查房中应指导、检查、督促下级医师合理使用抗生素，下级医师应主动请示上级医师待同意后下医嘱，如不遵守上级医师医嘱，轻者批评，重者待岗。

11、病区管床医师在治疗感染性疾病过程中，如因病情变化，需调整抗生素必须先做药敏，同时向上级医师和科主任汇报，必要时请求会诊，绝不允许下级医师不经请示，自作主张，自行其是更改医嘱，一经查实，给予严肃处理。

12、对重症感染病人，采集标本送外院进行血药浓度监测。

13、每年组织科主任和主治以上医师参加省、市抗生素使用培训班，举办抗生素合理规范应用培训班，并邀请专家讲课以更新理论和知识。

14、检验科具体负责全院微生物学监测。开展病原体的培养、分离鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析，向药事委员会反馈，并向全院公布。

泗洪第一人民医院抗菌药物管理工作制度和监督管理机制

为了进一步加强我院抗菌药物临床应用管理，促进抗菌药物合理使用，有效控制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全，根据省、市有关文件的要求，我院成立抗菌药物临床应用工作组，建立抗菌药物管理工作制度和监督管理机制，具体内容如下：

抗菌药物临床应用工作组

组 长： 邵雷

副组长：陈向前、戴文献、张健、吴雪红、殷铭东、施学文、曹青、黄永、许大龙、陆峰、何敏及其他各临床科室主任及各科室护士长。

工作组职责：

（一）贯彻执行抗菌药物管理相关的法律、法规、规章，制定本机构抗菌药物管理制度并监督实施。

（二）制定本机构抗菌药物供应目录和抗菌药物临床应用相关技术性文件，并监督实施。

（三）对本机构抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。

（四）对医务人员进行抗菌药物管理相关法律、法规、规章制度和技术规范培训，组织对公众合理使用抗菌药物宣传教育。

工作制度及监督管理机制

按照工作组四条职责，全体成员相互协作，认真履行工作职责，完成分管工作任务。

明确抗菌药物临床应用管理责任制

建立抗菌药物临床应用管理组织机构，层层落实责任，建立健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监督管理机制。

负 责 人：邵雷

开展抗菌药物临床应用基本情况调查

对我院科两级抗菌药物临床应用情况开展调查：抗菌药物品种、剂型、规格、使用量、金额、使用量排名前10位的抗菌药物品种，住院患者抗菌药物使用率、门诊抗菌药物处方比例，填写《抗菌药物临床应用基本情况调查表》，并按要求上报。

建立完善药物临床应用技术操作体系

我院已按要求定期为医师提供抗菌药物临床应用相关专业培训，对临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导，并参与抗菌药物临床应用管理工作。开展培训时由医务科负责具体工作。

四、严格落实抗菌药物分级管理制度

医师经过抗菌药物临床应用培训并考核合格后，具备医师职称的授予一线抗菌药物处方权，主治医师职称的授予二线抗菌药物处方权。

药房人员进行抗菌药物相关专业知识和规范化管理培训，经过配训并考核合格后，授予相应的抗菌药物调剂资格。

明确抗菌药物分级目录，对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定，明确各级医师使用抗菌药物的处方权限。工作形式：由医务科下发抗菌药物分级目录，组织各科室医师认真学习或集中学习。按照《抗菌药物临床应用指导原则》有明确的限制使用和特殊使用抗菌要素临床应用程序，并严格执行。医务科对各级医师处方权限严格把关，并让每位医师明确自己的权限。

抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内住院患者抗菌药物使用率不超过60%；门诊患者抗菌药物处方比例不超过20%。抗菌药物使用强度力争控制在40DDD以下。

工作方式：

组织全体医师学习抗菌药物使用率和使用强度的合理规范，做到人人知晓认可。

院长严格把关，对临床医师医嘱、病历、处方按标准严格监管，发现违规现象，立即纠正。

抗菌药物临床应用管理组成员，由组长组织定期对抗菌药物使用率和使用强度进行检查，处罚，公示和反馈。

开展抗菌药物临床应用与评估，定期开展抗菌药物临床应用检测，分析我院及临床各科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现使用量异常增长、使用量排名半年以上居于前列且频繁适应症超剂量使用、企业违规销售以及频繁发生药物严重不良反应等情况，要及时上报院领导。

加强临床微生物检测和细菌耐药监测。根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本，送检率不低于30%；开展细菌耐药监测工作。定期发布细菌耐药信息，针对不同的细菌耐药水平采取相应应对措施。

落实抗菌药物处方点评制度。对每月组织对25%的具有抗菌药物处方权医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于50份处方、医嘱。根据点评结果，对合理使用抗菌药物前3名的医师，向全院公示；对不合格使用抗菌药物前3名的医师，在全院范围内进行通报。点评结果作为医务人员绩效考核重要依据。对出现抗菌药物超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权。

严格查处抗菌药物不合理使用情况。卫生行政部门按照《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》等法律法规，加大对抗菌药物不合理使用的查处力度。对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的医师，卫生行政部门或医疗机构应当视情节轻重予以警告、限期整改、暂停处方权、取消处方权、降级使用、吊销《医师执业证书》等处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的科室，医疗机构应当视情形给予警告、限期整改、通报批评处理；问题严重的，追究医疗机构负责人责任。

工作时具体分工：

组 长：定期组织召开抗菌药物临床应用管理工作组会议，不断检查工作。

成 员：执行组长分配的工作任务，协助组长做好相关工作。完成分管工作，检查抗菌药物使用情况时，服从组长、副组长工作分配，按时按要求完成检查任务。

附：泗洪第一人民医院抗菌药物临床应用管理责任制

为了进一步加强抗菌药物临床应用管理，优化抗菌药物临床应用结构，提高抗菌药物临床合理应用水平，有效遏制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全，依据《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用管理办法》等文件精神，结合我院实际，经医院药事管理与药物治疗学委员会、院长办公会研究制定本管理规定。

一、组织机构和职责 ： 许柯院长是抗菌药物临床应用管理第一责任人。

（一）成立抗菌药物管理工作组

组 长：许柯

副组长：戴文献

成 员：张健、吴雪红、施学文、殷铭东、曹青、黄永、许大龙、陆峰、何敏及各科室护士长。

抗菌药物管理工作组职责：

1、贯彻执行抗菌药物管理相关的法律、法规、规章，制定本机构抗菌药物管理制度并监督实施。

2、制定本机构抗菌药物供应目录和抗菌药物临床应用相关技术性文件，并组织实施。

3、对本机构抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。

4、对医务人员进行抗菌药物管理相关法律、法规、规章制度和技术规范培训，组织对患者合理使用抗菌药物宣传教育。

（二）配备专职的临床药师，负责对本院各临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导，指导患者合理使用抗菌药物，并参与本院抗菌药物临床应用管理工作。

（三）根据临床实际需要,检验科积极开展微生物培养、分离、鉴定和药物敏感试验等工作，为病原学诊断提供技术支持，负责本院常见致病菌分布和耐药监测工作，参与本院抗菌药物临床应用管理工作。

（四）各临床科室根据自身学科特点，制定本科室常见疾病抗菌药物临床应用规范

二、抗菌药物临床应用管理

（一）实施抗菌药物分级管理制度

抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三级。

1、非限制使用级抗菌药物是指经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

2、限制使用级抗菌药物是指经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

3、特殊使用级抗菌药物是指具有以下情形之一的抗菌药物：

（1）具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物。

（2）需要严格控制使用，避免细菌过快产生耐药的抗菌药物。

（3）疗效、安全性方面的临床资料较少的抗菌药物。

（4）价格昂贵的抗菌药物。

抗菌药物分级管理目录根据卫生部、卫生厅的规定适时调整。 严格执行特殊使用级抗菌药物临床应用管理流程，特殊使用级抗菌药物不得在门（急）诊使用 。

（二）严格执行抗菌药物遴选和定期评估制度

1、新引进抗菌药物品种，应当由临床科室填写提交申请表，经药剂科提出意见后，报抗菌药物管理工作组审议，抗菌药物管理工作组

2／3以上成员审议同意后，提交药事管理与药物治疗学委员会审核，经药事管理与药物治疗学委员会2／3以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。 对存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差或者违规促销使用等情况的抗菌药物品种，临床科室、药学部门、抗菌药物管理工作组和药事管理与药物治疗学委员会可以提出清退或者更换意见。清退或者更换获得抗菌药物管理工作组1/2以上成员同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。清退或者更换的抗菌药物品种原则上12个月内不得进入本院药物采购供应目录。

2、严格控制抗菌药物购用品种、品规数量，保障抗菌药物购用品种、品规结构合理。抗菌药物品种原则上不超过40种;同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购;深部抗真菌类抗菌药物不超过5个品种；头霉素类抗菌药物不超过2个品规；三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规；碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过3个品规；氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过4个品规。 因特殊治疗需要，需使用抗菌药物供应目录以外抗菌药物的，可以启动临时采购程序。临时采购由临床科室提出申请，填写抗菌药物临时用药申请表，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、 规格、数量、使用对象和使用理由，经医院药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作小组审核同意后，由药剂科临时一次性购入使用。 同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序原则上每年不得超过5例次。如果超过5例次，要讨论是否列入本机构抗菌药物供应目录。调整后的抗菌药物供应目录总品种数不得增加。

3、确因临床工作需要，需采购的抗菌药物品种、规格超过上述规定，应及时向上级卫生行政部门提出申请，并详细说明理由。由上级卫生行政部门核准申请抗菌药物的品种、规格、数量和种类。

（三）严格控制抗菌药物临床应用相关指标

1、医院住院患者抗菌药物使用率不超过60%，门诊患者抗菌药物处方比例不超过20%，急诊患者抗菌药物处方比例不超过20%，抗菌药物使用强度力争控制在每百人天40DDDs以下。

2、住院患者手术预防使用抗菌药物时间控制在术前30分钟至2小时（剖宫产手术除外），抗菌药物品种选择和使用疗程合理。

3、I类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过30%，原则上不联合预防使用抗菌药物。其中，腹股沟疝修补术（包括补片修补术）、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术患者原则上不预防使用抗菌药物；I类切口手术患者预防使用抗菌药物时间原则上不超过24小时。

4、根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于30%；接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于50%；接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于80%。

（四）定期开展抗菌药物临床应用监测与评估

医院定期开展抗菌药物临床应用监测，如有条件，可利用信息化手段加强抗菌药物临床应用监测；分析本机构及临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现使用量异常增长、使用量排名半年以上居于前列且频繁超适应症超剂量使用、企业违规销售以及频繁发生药物严重不良事件等情况，及时调查并采取有效干预措施。

（五）严格医师和药师资质管理

医院每年度对医师和药师开展抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训、考核工作，医师经培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权；药师经培训并考核合格后，授予抗菌药物调剂资格。 对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训和考核，内容包括：

1、《药品管理法》、《执业医师法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《国家基本药物处方集》、《国家处方集》和《医院处方点评管理规范》等相关法律、法规、规章和规范性文件；

2、抗菌药物临床应用及管理制度；

3、常用抗菌药物的药理学特点与注意事项；

4、常见细菌的耐药趋势与控制方法；

5、抗菌药物不良反应的防治具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予限制使用级抗菌药物处方权。具有高级专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予特殊使用级抗菌药物处方权。 紧急情况下，医师可以越级使用抗菌药物，处方量应当限于1天用量。越级使用抗菌药物应当详细记录用药指证，并应当于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续，填写越级使用抗菌药物申请表

（六）落实抗菌药物处方点评制度

医院组织感染、药学、微生物等相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。充分运用信息化手段，每个月组织对25%的具有抗菌药物处方权医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于50份处方、医嘱，重点抽查外科、内儿科、妇科、产科、重症医学科等临床科室以及I类切口手术病例。

三、监督考核与奖惩

（一）医务科、药剂科、院感科等职能部门应当加强对全院抗菌药物临床应用情况的监督检查。

（二）建立抗菌药物临床应用情况排名、公示和诫勉谈话制度。对临床科室和医务人员抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行排名，对排名情况予以公示；对合理使用抗菌药物前10名的医师，向全院公示；对不合理使用抗菌药物前10名的医师，在全院范围内进行通报。对排名前三名且无正当理由者或者发现严重问题的临床科室负责人和医师进行诫勉谈话。

（三）将抗菌药物临床应用情况纳入科室绩效考核指标体系；并将抗菌药物临床应用情况作为科室和个人评优评先、任期考核、职称评定、职务任命等重要参考条件。

1、临床医务人员每年必须参加抗菌药物知识培训、考核，对于考核不合格的取消抗菌药物处方权及调剂资格，扣绩效工资20元。

2、临床医师应根据患者病情合理用药，接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于30%；接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于50%，接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于80%，每降低1个百分点扣绩效工资10元，每上升一个百分点奖励10元。抗菌药物使用不合理1例扣绩效工资20 元。

3、门诊不得使用特殊使用级抗菌药物，发现1例扣医生绩效工资20 元；越级使用抗菌药物未经审批者，每例扣绩效工资20元。

药师发现门诊使用特殊级抗菌药物的处方，应拒绝调配，并及时与医师沟通，无法解决的上报医务科。在处方点评中发现门诊使用特殊级抗菌药物的处方，每发现一张扣药师绩效工资20元。

4、检验科每月公布药敏试验结果，每季度进行细菌耐药趋势分析，供临床医师用药参考。如未及时完成，扣罚绩效工资40元。如因质控问题对临床科室出现误导，扣罚绩效工资40元。

5、院感科应将检验科临床微生物室提供的信息及时通报临床科室。如未及时完成，由分管领导负责考核，扣罚当月绩效工资40元。

6、药剂科应当保证全院的抗菌药物供应，做好临床药学和处方 点评工作，并根据药事管理与药物治疗学委员会的要求及时调整抗菌药物。如出现问题，由分管领导负责考核，视情节轻重进行处罚。

7、医务科应加强对各部门的抗菌药物管理工作进行督导，定期组织专家进行全院抗菌药物检查与考核。如未能按时完成，由分管领导负责考核，视情节轻重进行处罚。

8、药事管理与药物治疗学委员会、抗菌药物管理工作组和处方点评专家组成员在抗菌药物管理过程中，未能及时、正确履行相应职责者，每次扣罚当月绩效工资40元。

9、对于分解到科室的抗菌药物临床应用指标，每项超过一个百分点，扣罚科室当月绩效工资40元。

（四）对出现抗菌药物超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；限制处方权后，仍连续出现2次以上超常处方且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。 有下列情况之一的，判定为超常处方：

1、无适应证用药；

2、无正当理由开具高价药的；

3、无正当理由超说明书用药的；

4、无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的。

（五）医师出现下列情形之一的，应当取消其抗菌药物处方权：

1、抗菌药物培训考核不合格的；

2、未按照规定开具抗菌药物处方造成严重后果的;

3、未按照规定使用抗菌药物造成严重后果的；

4、开具抗菌药物处方牟取私利的。

（六）药师连续3次以上未按照规定审核抗菌药物处方与医嘱，或者发现处方不适宜、超常处方未进行干预且无正当理由的，取消其抗菌药物调剂资格。

（七）医师处方权和药师药物调剂资格取消后，在6个月内不得恢复。

（八） 加强对抗菌药物生产、经营企业在本院促销活动的监管，并对抗菌药物临床应用异常情况时开展调查，对违规促销的企业和抗菌药物，应当及时采取警告、暂停进药、清退等措施。 有下列情况之一的，判定为异常情况：

1、使用量异常增长的抗菌药物；

2、半年内使用量始终居于前列的抗菌药物；

3、经常超适应证、超剂量使用的抗菌药物；

4、企业违规销售的抗菌药物；

5、频繁发生严重不良反应的抗菌药物。

四、法律责任

（一）医师出现以下情形之一的，按照《执业医师法》第三十七条的规定给予警告或者责令暂停六个月执业活动；情节严重的，上报上级医政部门，由上级医政部门吊销其执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

1、未取得抗菌药物处方权或者被取消抗菌药物处方权后仍开具抗菌药物处方的；

2、未按照本办法规定开具抗菌药物处方造成严重后果的；

3、使用未经批准抗菌药物的；

4、索取、收受药品生产、经营企业财物或者通过开具抗菌药物牟取不正当利益的；

5、违反本办法其他规定的。

（二）药师出现以下情形之一的，按照《药品管理法》有关规定，给予警告或者暂停六个月执业活动；情节严重的，依法给予降级、撤职、开除处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

1、违反《药品管理法》第二十六条、三十四条的规定，违法购入未经批准抗菌药物的；

2、违反《药品管理法》第二十七条的规定，未调剂审核处方、医嘱，造成患者严重损害的；

3、未按照本办法规定，私自增加抗菌药物品种和规格的；

4、违反《药品管理法》第九十条的规定，在药品购销、临床应用中牟取不当利益的；

5、违反本办法其他规定的。

## 药材科管理制度

## 泗洪县第一人民医院门、急诊、感染、中药房管理制度

1. 门、急诊、感染、中药房调剂工作制度
2. 遵守院部和科室各项规章制度，树立全心全意为人民服务的正确思想，对工作认真负责，对患者耐心解释，礼貌待人，文明服务，努力提高处方调配质量和药学服务质量。
3. 配方应按处方制度予以审查，对不符合要求或不合理处方应与医师联系，及时处理并记录，超剂量使用的处方医师必须再次盖章确认，麻醉、精神药品应按相应管理制度调配。
4. 加强药品管理，凭方发药，要做到一配一核，双签字（核对药名、剂量、用法），单人当班做到单人双签字。
5. 配发药品时必须做到“四查十对”。查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、规格、数量、标签；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。
6. 发出的药品应注明患者姓名和药品名称、用法、用量。
7. 定期检查药品的质量、效期，过期或变质药品应按规定妥善处理，各类药品要做到先产先出，近期先出，原包装损坏药品要保留，按流程集中处理或报损。
8. 贮药瓶和贮药盒须标签清楚，药品按不同性质、剂量、药理作用分别摆放，标签与药品应相符合，急救药品可相对集中贮存，以便及时供应。
9. 补充装置瓶内药品时，应认真查对，对不同规格，不同厂商，不同形状（颜色），不同效期的药品不得混放。
10. 毒、麻、精神药品按照有关规定管理。
11. 每半年至少要进行一次处方或用药调查并有分析报告。
12. 严守劳动纪律，做到准时开窗，不迟到，不早退，不擅自离开工作岗位，工作场所不得会客。
13. 经常保持室内外整洁，室内严禁吸烟，最后离开本部门者，应进行安全检查。
14. 贵重药品管理制度
15. 按上级有关规定和医院临床用药的实际情况，单价为200元（/片/支/粒）以上者列为贵重药品管理范围（包括自费药品），每日盘点。
16. 贵重药品又分为一类和二类，一类贵重药品须建立逐日消耗交班表和日清月结收支帐。
17. 凡属一类贵重药品，值班人员必须每日认真盘点，填写逐日消耗交班表，如有差错和丢失现象按科有关规定酌情处理。
18. 统计员每日根据门诊用药消耗数量及时补充药品，以保证临床用药，当日消耗的贵重药品应及时登记入帐，并应帐物相符。
19. 自费药品均按上级有关规定执行，严禁自费药品公费报销的现象发生。
20. 贵重药品如有自然破损，应按上级规定的报损制度执行，认真清点破损药品，填写药品溢耗单，由科室负责人签字方能上报财务，予以报销。
21. 值班人员调配处方时，应计价准确，调配无误，凡计价误差大，或错发及多发出的贵重药，均按差错登记处理。
22. 属公费医疗的患者，应按公费医疗制度执行，严格控制和杜绝滥开大处方的现象。
23. 贵重药品应定期检查有效期限，严防过期失效的药品使用于临床。
24. 凡属生物制品的药品均按要求冷藏保存，易潮解和霉变的药品应存放于干燥通风处。
25. 严格执行《药品管理法》，严防伪、假、劣药混入。
26. 严格执行贵重药品逐日消耗制度，贵重药品每月盘点一次，并认真填写盘点明细表，上报财务科。
27. 贵重药品一律由调剂室按医师处方发放，晚间急症病人所用药品，次日须补办手续。

1. 药房交接班制度
2. 急诊药房员工负责传递记录相关信息，做好交接班工作。
3. 门急诊药房组长负责对急诊药房交接班制度执行情况的监督。
4. 科室每月进行督查。
5. 急诊药房员工每天上班前先查看交接班内容，根据相关要求认真执行。
6. 下班前检查记录好的交接内容，并签名。
7. 交接内容包括日期、时间、处方量、贵重药品账、相关通知、各窗口所发生的情况等。
8. 急诊药房组长应每周对交接班制度执行情况进行检查。
9. 科室每月进行督查并纳入小组考核。

1. 药品咨询工作制度
2. 药品基本信息的告知
3. 药品名称，规格，剂型，数量。
4. 药品的药效和用途，用药时间、用药的剂量及给药的途径。
5. 错过用药时间的处置方法。
6. 需避免的药品、食物及酒精。
7. 特殊剂型药品用法的指导
8. 定量喷雾吸入剂（吸入方法，呼吸动作，憋气时间）。
9. 眼用制剂（点滴数，抬眼皮，压泪腺，间隔时间，使用期限）。
10. 鼻用制剂（交替用药次序，间隔时间）。
11. 耳用制剂。
12. 外用塞剂（纳入深度）。
13. 需要特别提醒的问题
14. 患者是否患有：糖尿病、溃疡病、过敏；患者是否12岁以下。
15. 治疗范围狭小的药品，注意用药剂量，个体情况。
16. 近效期药品，提醒尽快使用。
17. 对温度、光线敏感药品，注意储存。
18. 药品疗效及可能的副作用的告知。
19. 个体治疗项目的告知。
20. 预期的疗效及疗效的监测。
21. 可能的副作用及处理方法。
22. 用药过量的处置。

1. 药品信息传递制度
2. 门、急诊、感染、中药房负责及时将药品的最新供应信息送交门诊办公室。
3. 住院药房负责及时通知各病区。
4. 调剂部门每星期从药库进药后，根据药品的最新动态，打印书面通知，内容包括：
5. 新增药品的品种、剂量、零售价。
6. 恢复供应药品的品种、剂量、零售价。
7. 断档药品的品种、剂量、及缺货原因。
8. 药品通知打印完毕，门急诊药房及时送交门诊办公室，由门诊办公室通知临床各科室；住院药房则及时通知各病区。

1. 调剂窗口患者用药交待制度

为规范窗口发药药师对患者的用药交待行为，指导患者合理用药、减少药品不良反应及增加患者用药依从性，制定本制度。

1.用药交待要求：口齿清楚，表达清晰；通俗易懂，合理解答；耐心引导，重点交代；注意反馈，鼓励询问。

2.用药指导内容：药品用量；用药时间；用药方法；注意事项；可能发生的药物不良反应；药品储存方法。

3.重点患者的用药交待：

1. 65岁以上患者的用药剂量，根据患者的年龄和肝、肾功能情况调整；
2. 婴、幼儿患者的剂量，必须根据体重或体表面积计算；儿童患者应根据体重或年龄计算；
3. 原则上，喹诺酮类药物不能用于18岁以下患者，四环素类药物不能用于8岁以下儿童；
4. 婴幼儿和儿童使用氨基糖苷类药物时，密切注意耳毒性；
5. 孕妇用药，按药物的妊娠安全性等级，适时提醒；
6. 肿瘤化疗患者的用药剂量及用药频次须重点审核；
7. 重点药物如氨基糖苷类药物、丙戊酸钠、氨茶碱，必要时建议进行血药浓度监测。
8. 重点药物甲氨蝶呤、华法林、胰岛素制剂的使用注意事项。
9. 高危药品的浓度范围。

4.药师发药时对患者进行用药交代和用药指导必要时提供给患者书面用药指导材料，主要包括以下方面：

1）提供患者药品使用说明书。

2）给发出的药品贴上标注用法、用量的标贴。

3）须冷藏的药品贴冰箱冷藏标记。

4）在药品咨询台为患者提供药品使用注意事项的宣传小册子。

5）印有特殊使用注意事项的药品使用方法的纸质用药指导材料。

6）有特殊情况的患者（如聋哑）可以通过手写用药方法纸质材料交给患者。

7）提供中草药使用便民服务卡。

1. 调剂窗口服务规范
2. 接待要求

脸色要温和，语言要热情，语调要适中，招呼要主动

对病人热情主动文明礼貌

接配方态度和蔼面带微笑

发药品保质保量指导用法

作解释耐心细致通俗易懂

给方便想法设法我为人人

1. 服务宗旨

一切为病人着想，实实在在为病人提供方便

为了病人的一切，真心实意为病人解决问题

1. 规范服务要求

先外后内，先解决后协调，杜绝一个“推”字

认真仔细，实行唱药服务，避免一个“争”字

有求必应，尽力解决困难，提供一个“便”字

1. 便民措施

对规定照顾的病人，专窗优先配方，缺货登记，到货及时通知

代配邮寄，送药上门，遗漏药品，专册登记，方便寻找

根据需要，提供药品盛器包装

## 

## 泗洪县第一人民医院住院药房管理制度

1.住院药房工作制度

1. 负责本院各病区药品调配、保管、病区小药柜的督促检查，药品消耗统计盘点等工作。
2. 配方时仔细审查医嘱、处方，做到“四查十对”。准确无误后方可发药，发现疑问时及时与病区联系，不得擅自更改。
3. 配药时，严禁直接用手抓药，不得将过期失效、霉变药品发给病人，发药时做到先进先用，近效期先用。
4. 严格执行卫生部《药品管理法》及《毒、麻、精神药品管理办法》，并使用专用处方或单独处方，调配、核对者双签名以示负责。
5. 药品定位存放，定期检查质量，注意药品有效期。对变质、破损药品制表上报，经科主任批准作报废处理。
6. 发药时书写清楚，向患者交代明确，急诊抢救药品随到随配。出院带药处方，有专人调配、专人发放，避免差错。
7. 严格执行国家物价政策，药品调价时，及时更改公示栏，及时报增报减。
8. 实行季度盘点制度。盘点准确，帐物相符，误差率符合正负3%。
9. 工作时思想集中、坚守岗位，保持工作室内清洁，安静，并做好安全保卫工作。
10. 建立差错事故登记制度，发生重大差错事故时必须及时向上级报告。
11. 不得私自为他人兑换药品。

2.住院药房片剂排药岗位卫生制度

1. 片剂排药场所
2. 每日上岗前，用消毒溶液清洁桌面，擦洗地面，不留死角。
3. 各病区医嘱药品的领取，在专用区域内进行。
4. 非授权人员不得进入本室。
5. 排药工具
6. 每日上岗前用75%酒精溶液擦拭仪器。
7. 储药罐应保持清洁，定期消毒。
8. 排药工作人员

排药人员去除手上的所有饰物，使用抗菌皂液进行消毒。

3.外用公药发放工作制度

为规范外用公药的发放工作，根据《中华人民共和国药品管理法》及实施细则、《医疗机构药事管理规定》制定本细则。

1. 外用公药必须根据药品请领单发放，并做好记录汇总。
2. 发放外用公药时应该核对领用单位名称，药品浓度、规格、总量，以及护士长签名，符合要求方可发放。
3. 根据发放量的多少，及时做好外用公药的补充工作，保证全院各科消毒、外用公药的供应。
4. 发放、储存外用药水的场所应保持清洁，定期消毒。

4.病区医嘱运送工作规程

1. 病区医嘱送药到病区。
2. 住院药房药学人员负责将经核对的医嘱药品放入专用交接柜并上锁。
3. 运送人员应检查专用车完好无损，将药品装车，运送人员核对签收后负责运往各病区。
4. 病区主班护士负责核对签收。
5. 运送人员送往病区时应注意安全，防止颠簸造成药品破损。在运送过程中发现药品破损应由运送人员负责。
6. 医嘱运送至病区后，交由病区主班护士开锁、验收、签字，如发现问题，应及时与住院药房联系解决。
7. 运送人员带回签收簿交与住院药房。
8. 运送人员应及时向住院药房报告运送过程中出现的任何问题。
9. 住院药房应及时记录医嘱运送交接中出现的各种情况及处理结果。

5.病区备药管理制度

1. 各病区护士长负责病区备药的日常管理，同时接受药材科的指导和监管。
2. 住院药房定期对病区备药进行检查，内容包括药品的外观质量、贮存状况、效期、账物符合等，并及时将检查情况向护理部通报。
3. 为保证临床抢救、治疗及时，各病区可根据实际情况，提出定量备药申请，包括药品的品名、规格、数量。
4. 备药由病区所属科主任和护士长签名申请，医务部、护理部签名同意，报药材科审核批准后，交住院药房发放。
5. 备药申请一式四份，病区、医务部、护理部、药材科各一份。
6. 病区备药使用和补充应做到先产先出、近期先用，有效期2个月以内的药品及时与住院药房联系处理。
7. 过期或变质药品应及时向住院药房报告，并由住院药房回收处理。
8. 原包装瓶破损的药品应由2人以上签字确认，及时交住院药房处理。
9. 补充备药装置瓶内药品时，应认真查对，对不同规格、不同厂家、不同性状及颜色、不同效期的药品不得混放。

## 泗洪县第一人民医院药库管理制度

（一）药库工作制度

1. 负责全院医疗及科研用药(包括原料、化学试剂)，药品包装材料等的计划、采购、供应和保管分发等工作。
2. 保管人员根据本院用药目录和临床用药需要每月造一次计划，经科主任审批后由采购员组织落实货源，保证临床基本用药和抢救药品的供应。新药由临床科室办理申请手续，提交药事委员会审议通过后纳入用药计划。
3. 每周向各药房发放药品一次，接到领药单的第二天应将药品发出，不得随便回答缺货。药库不得直接凭处方发药（特殊情况经科主任批准），并把好出库验收关。
4. 药库人员必须遵守劳动纪律，考核制度，不脱岗，不做与工作无关的私事，要努力学习，认真做好岗位工作。
5. 做好药库安全保卫工作，上下班要进行安全检查，严禁烟火。非药库工作人员不得随便入内，发现问题及时上报。
6. 药库人员调动时，必须做好交接手续。
7. 室内外、桌面等保持整洁，不得随意堆放私人杂物。
8. 到货、缺货品种，药价调整及时通知有关科室。

（二）药品采购管理制度

1. 根据《药品目录》及保管人员提出的采购计划，经科主任审核后进行药品采购。
2. 采购人员必须遵守《药品管理法》及其《实施办法》的有关规定，在医院规定的正规渠道中采购合格药品。
3. 严格执行药品招投标有关规定，按合同采购药品。
4. 严格按照有关规定采购特殊药品、进口药品等。
5. 对药品中质量不合格、数量短缺或破损的品种，应及时与商业公司或厂家联系退货或协商解决。
6. 不允许以任何形式索取、收受贿赂。
7. 采购人员须随时掌握市场价格和供货信息，熟悉和了解临床用药情况，做好向临床推荐新药的工作，把市场供应和临床用药结合起来。
8. 负责计算机采购方面的维护工作。

（三）药品验收储存、养护、出库制度

* 1. 验收储存

1. 药品入库必须严格验收，不合格的药品不得入库。购回的药品原则上应于48小时内办理入库手续。
2. 验收内容包括：品名、数量、批准文号、注册商标、厂牌、生产批号、有效期、规格、药品合格证或检验报告、包装及外观等。进口药品要核对进口药品注册证、口岸检验报告或药品通关单。
3. 药品按药理作用分类，定位存放，排列整齐，标记清楚，品种与标签相符。不得着地堆放，防止药品霉败变质。
   1. 养护
4. 药品保管人员上下午各检测一次库房内温、湿度，并记录签名。
5. 依据季节气候的变化按药品性能对温、湿度的特殊要求，利用仓库现有条件和设备，采取密封、避光、通风、降温、除湿等一系列养护方法，调控温、湿度，预防药品发生质量变异。
6. 在养护中发现质量问题，立即暂停发货，并尽快通知科主任及时处理。
7. 每天检测一次冰箱内温、湿度，并记录签名。
   1. 出库
8. 药品出库遵循“先进先出，近期先出”的原则，按批号发放。
9. 按确认后的各二级库的请领单发放药品，仔细核对品名、规格、产地、批号、实发数量、结存数量，如发放数量不足，或更换药品，须及时与各二级库沟通。
10. 请领单一式两联，随货送至二级库，经二级库保管核对确认无误签字后，将第一联返回药库。
11. 发药后及时清理库房，保持整洁。

（四）药品退货管理制度

1. 药房退回的药品
2. 依据各药房退药申请单将退回的药品放至规定地点。
3. 仔细核对退回药品的品名、规格、产地、数量、批号、有效期等，并在登记本上登记。
4. 对不能办理退货手续的药品，应及时做出解释，如遇特殊情况，应向科主任汇报。
5. 退回供货公司的药品
6. 仓库保管员将欲退药品目录交至采购员，由采购员通知供应商来药库办理手续。
7. 药库将药品交给供应商，并做记录。
8. 采购员督促供应商在当月内开出退票。
9. 保管员接到退票后及时在电脑上做退货处理，并交会计确认。

（五）药品价格管理制度

1. 凡在本医院销售的药品必须严格执行国家及省市价格主管部门制定的药品价格政策，因病施治，合理用药，切实维护患者的合法利益。
2. 对购进药品，要区别挂网药品及单独定价药品，严格分类核实，执行相应价格。
3. 对通过医院药事管理委员会购入的新药，必须要求供应商提供该品种的药品价格公示表的价格。
4. 对医院自制制剂零售价格按保本微利原则制定，在报经市物价局批准后，按批准价格执行。
5. 对集中招标、挂网、备案采购的药品，按照江苏省医疗机构药品集中采购交易监督管理平台确定的招标、挂网、备案药品最高临时零售价执行。
6. 对国家、省市相关物价部门调整的药品价格，按照《江苏省药品价格》及相关法定调价依据，接到通知后，药库及时对库存药品进行盘点，更新药品价格，并将调价品种、数量制表汇总上报。
7. 为了增加药品价格的透明度，除了病区打印每日清单外，门诊和住院部相应位置都应对药品价格实行张榜公示。
8. 医生开具处方时应以药品通用名书写，且字迹清晰；划价时应按价格主管部门规定的药品价格准确划价。
9. 所有进入本院各药房销售的药品，其名称、产地、剂型、规格、价格，都应在电子显示屏显示。
10. 药品价格管理实行部门负责制，药品价格出现差错，视情况给予有关部门负责人及直接责任人批评和经济处罚。
11. 实行专人专线负责医院药品价格的协调处理。
12. 本制度自公布之日起执行。

（六）药品红单处理制度

1. 药品批量退货
2. 药品由各调剂部门退回药库，药库集中退供应商。
3. 调剂部门开红色领用单给药库，药库签收。
4. 调剂部门凭单支出，记零售价。
5. 药库凭单收入，记批发价，打印收入单，交财务处（产生批发差价）。
6. 药库凭公司红单作支出（零售价）。
7. 药库开手工收入单，注明成交价、批发价、零售价。
8. 药品破损让利——药房
9. 药库将红单作手工红色收入单，按发票金额记，注明支出部门。
10. 药库不做支出。
11. 调剂部门按发票价调整库存类支出。
12. 供应商让利——医院
13. 药库将药品红票作手工红色收入单交财务。
14. 药库按发票金额记，无差价，注明出账单位。
15. 药库不作支出。
16. 纠正单价，药库将发票按红蓝颜色不同手工做收入单交财务处

（七）抢救特需药品申请与采购制度

1. 临床科室提出书面申请，简述申请原由，写明所需药品的通用名、剂型、规格、一次疗程所需用量，并由科主任同意签名。
2. 医务部审核同意。
3. 药剂科主任审核同意。
4. 药库登记备案。
5. 药库按实际需要一次性进行采购。
6. 在非工作日内，凡临床急救用品本院无替代品种，经医务部或行政总值班通知，药库可向外紧急采购，事后按一般采购程序进入采购计划、主任审核，入库、请领。

（八）麻醉药品、第一类精神药品管理实施细则（药库）

1. 按规定采购麻醉精神药品，做好采购计划，保持合理库存。
2. 货到即验，双人清点，双人验收并签字。
3. 验收时发现破损、缺少按规定向供货单位查询处理。
4. 做好入库记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。
5. 在库储存实行专人负责，专柜加锁，双人双锁。
6. 做好出库记录，日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人、和领用人签字。
7. 在药监部门的监督下销毁过期失效的麻醉精神药品，并做好销毁记录。
8. 库房内安装报警装置，做好安全工作。

（九）医用氧采购、验收、储存、发放使用管理制度

根据卫生部相关规定：医用氧（包括液态氧和气态氧）实行药品批准文号管理；医用氧的采购和管理工作纳入各医院药剂科，严格按照药品管理。为了切实保证医用氧气质量，加强用氧安全管理，特制定此制度。

1. 医用氧的采购验收
2. 购进医用氧应当从具有《药品生产许可证》、《药品GMP证书》的生产企业或《药品经营许可证》、《药品GSP证书》的经营企业购进具有批准文号的医用氧，医用氧的质量应符合国家标准的要求。严禁购进工业氧。
3. 采购部门应严格审查供应商资质，建立医用氧供应商档案，包括《药品生产许可证》、《药品GMP证书》或《药品经营许可证》、《药品GSP证书》、工商执照、销售人员身份证等相关证照复印件，法定代表人的授权委托书及质量保证协议。
4. 购进医用氧应有合法票据，做到票、帐、物相符。仓库工作人员应认真对医用氧进行验收，验明品名、生产企业、生产日期、批号、有效期、检验合格证明，氧气瓶的压力等标识，并建立医用氧购进验收记录，严把医用氧的购进关。
5. 医用氧的储存、保养及搬运
6. 氧气瓶存放的地点，严禁烟火，禁止易燃易爆，油类等危险物品入内或混放。须有专人负责管理，做好安全防火防爆工作，备有灭火器材。
7. 氧气瓶的管理、搬运人员严格执行安全操作规程和安全制度。氧气瓶搬运谨防撞击，搬运及使用人员须注意安全，不准吸烟。氧气瓶阀门和管道开关须勤查，关闭好，不允许有漏气现象。非工作人员不准动用。
8. 医用氧的发放
9. 各用氧科室，根据使用情况给予一定数量的氧瓶基数，用空氧瓶向药剂科换取医用氧气瓶。用氧科室每周做一次医用氧计划并交药剂科汇总后统一采购。
10. 科室领用的氧气瓶本着谁使用谁负责的原则，对氧气使用人员进行安全培训，正确使用气瓶，使用完毕应及时关闭阀门，严禁吸烟和明火，确保使用安全。
11. 使用科室一旦发现气瓶有损坏或漏气等安全隐患，不得继续使用应立即告知药剂科给予更换，情况危急应报医院安全办，防安全事件发生。
12. 药材科对医用氧使用科室的氧气瓶定期或不定期清盘，发现遗失，由所在科室负责赔偿。

（十）抗菌药物临时采购制度与程序

1. 根据《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号），第二十二条 因特殊治疗需要，医疗机构需使用本机构抗菌药物供应目录以外抗菌药物的，可以启动临时采购程序。临时采购应当由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，经本机构抗菌药物管理工作组审核同意后，由药材科门临时一次性购入使用。
2. 医疗机构应当严格控制临时采购抗菌药物品种和数量，同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序原则上每年不得超过5例次。如果超过5例次，应当讨论是否列入本机构抗菌药物供应目录。调整后的抗菌药物供应目录总品种数不得增加。
3. 医疗机构抗菌药物临时采购情况应当每半年向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。经医院抗菌药物管理工作组研究，特制定我院抗菌药物临时采购管理办法。
4. 临时采购的抗菌药物范围是指按照卫生部、省卫生厅《抗菌药物临床应用专项整治方案》 医院向省卫生厅申报备案的抗菌药物目录以外的品种。
5. 抗菌药物临时采购仅限于抢救、突发性疾病、灾情、疫情、院长查房、科间会诊、全院大会诊或外院专家会诊等急需的抗菌药物。
6. 抗菌药物临时申购程序：由临床科室主任填写“抗菌药物临时采购申请表”，由抗菌药物管理工作组给出意见，分管院长审批后，由药材科主任核实，药材科一次性购入。
7. 抗菌药物临时用药仅限于一次性采购， 用量不超过一个疗程， 再次使用时需再次申请。
8. 临时采购的抗菌药物，申请人必须保证该药品在有效期内使用完毕，若因过期造成损失由申请人负责，并将在2年内不再受理该申请人的抗菌药物及其他药品的临时采购申请。
9. 抗菌药物临时采购每个品种原则上每年不得超过5次，超过5次的品种，医院药事管理与药物治疗委员会要讨论是否将该品种纳入医院抗菌药物供应目录，并上报省卫生厅备案，医院抗菌药物供应目录总品种数不得超过35种。
10. 抗菌药物临时申购品种必须是中标品种，招标周期之后新上市的品种必须是政府集中招标采购网上品种。

## 泗洪县第一人民医院基数药品管理制度

1.根据各科室实际情况设定基数药品种类和数量（含急救药品，麻醉及一类精神药品、大输液制剂等），并由护理部、药材科、医务部审核并盖章方可生效。

2.需要有专门的储存位置存放基数药品，并由专人保管钥匙，交接给夜班时，需要有交接记录，并由当事人签名。

3.基数药品储存柜里必须附有基数药品清单，帐物相符率达100%。

4.急救药品柜中不得混放其他药品。

5.药品的贮存保养：存放药品的温湿度适当，做到避光、冷处、阴凉处分类存放。需要避光的药品打开包装后无裸露存放的现象。

6.药品的效期管理及保管：按批号、效期有序排放，近效期先出，标示醒目，药品批号不超过2个，病区专管护士每月自查库存基数药品，检查数量、质量并记录，药材科、护理部每月1次定期检查，确保无过期、变质失效及难以确定有效期的药品。

7.在基数药品的效期到期前一个月，凭《病区药品更换登记本》和相应药品到药房办理报废及请领手续。

8.特殊药品管理（特殊药品目录见附录）

（1）各临床科室麻醉药品、第一类精神药品的使用管理

1）储存：配备必要的防盗设施，不得与其它药品混放并有相应的标识，专柜加锁，钥匙由专人(双人)保管。

2）专人管理：备用麻醉药品和第一类精神药品注射剂的各病区应在护士长统一领导下指定专人负责麻醉药品和第一类精神药品的帐物管理；设立“麻醉药品、第一类精神药品交接班记录本”（精二药品也需专用记录本），交班时帐物须核准并双签名，确保帐物相符（精确到批号）。

3）麻醉药品和第一类精神药品的备用：各病区及手术室应根据医疗实际需要申报备用麻醉药品和第一类精神药品品种、数量，上报医务部批准，到住院药房办理相关手续备案，由住院药房发给备用量，作为各科备用药品，否则不得备用。

4）麻醉药品和第一类精神药品的日常领用：有备用针剂的科室凭电脑医嘱单、专用处方和空安瓿领取；无备用药品凭电脑医嘱单和专用处方领药，首次领药不需要空安瓿，病区患者使用完，护士放于空安瓿回收盒中，待二次领药时，凭电脑医嘱单、专用处方和空安瓿领取。

5）麻醉药品和第一类精神药品残余液、空安瓿、废贴的处理：医院各病区、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂有残余液时，必须有二人在场立即销毁处置；麻醉药品和第一类精神药品使用后的空安瓿和废贴必须交回住院药房统一销毁处理，并认真填写“麻醉药品、第一类精神药使用登记表（病区）”。

6）使用过程中的特殊处理：患者拒绝使用已经剖开的麻醉药品和第一类精神药品针剂，除按残余液处理外，还应在处方及“麻醉药品、第一类精神药使用登记表（病区）”上写明“患者拒绝使用”(住院药房不予退换麻精药品处方药)。

7）各临床使用科室备用数量过多需要退库时，药师应填写“麻精药品进销卡”，办理入库手续后重新使用。

8）使用麻醉药品和第一类精神药品后，应对患者进行严密观察，了解治疗效果及反应情况，并及时记录在案。当患者发生除治疗目的外的不良反应时，应采取积极的治疗措施，同时执行“药品不良反应处理”制度。

9) 对于麻醉、精神药品，医生开立处方只能为临时医嘱，不得开长期医嘱。

（2）各临床科室高危药品的使用管理

护理工作站原则上不存放高危药品（抢救车除外），如确有需要，可提出申请，限量存放。护士站需对高危药品的效期管理，保持先进先出，保持安全有效。高危药品如氯化钾注射液、浓氯化钠注射液等应使用警示标识，单独存放。高危药品在使用时，严格执行给药的5R原则，核对病人姓名、床号、药品名称、药物剂量及给药途径等5项内容。药材科、护理部定期检查本院的高危药品管理使用情况，发现问题及时解决处理。

（3）各临床科室毒性药品的使用管理

毒性药品必须按药品储存要求妥善存放，必须专人负责、专柜加锁、专用账册、专册登记，详细记录收、支、存情况，定期盘点，帐物相符率应达到100%。毒性药品发生破损时须立即处理，用适宜包装密封后保管。破损、过期、变质或其他质量问题不能使用的毒性药品，保管人员应报部门负责人确认，经院领导审核同意后，向卫生主管部门提出监督销毁申请，并在卫生主管部门指定的时间和地点进行销毁处理，并做好相关记录。

附录：

1. 本院麻醉药品品种及规格：

盐酸哌替啶注射液（度冷丁）50mg；

盐酸吗啡注射液 10 mg；

枸橼酸芬太尼注射液 0.1mg；

枸橼酸舒芬太尼注射液 50mg；

盐酸瑞芬太尼注射液 1mg；

马来酸麦角新碱注射液0.2g;(易制毒化学品)

2. 本院精神药品品种及规格:

地西泮注射液（安定） 10mg；

地西泮片（安定） 2.5mg；

氯硝西泮片2mg；

艾司唑仑片1mg；

注射用苯巴比妥 0.1g

曲马多注射液100mg；

麻黄碱注射液 30mg（易制毒，按精二管理）；

咪达唑仑注射液（力月西）5mg；

酒石酸布托啡诺注射液<诺扬> 1mg；

枸橼酸咖啡因注射液 20mg；

3. 本院病区高危险药品

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 泗洪县第一人民医院须有明确高危药品标示的药品目录 | | |
| 药品名称 | 剂型 | 规格 |
| 胰岛素 | 注射液 | 10ml:400u/瓶 |
| 氨茶碱注射液 | 注射液 | 10ml:0.25g/支 |
| 盐酸肾上腺素注射液 | 注射液 | 1mg/1ml |
| 肝素钠 | 注射剂 | 2ml:12500u/支 |
| 50%葡萄糖注射液 | 注射液 | 50%/20ml |
| 50%葡萄糖注射液 | 注射液 | 50%/250ml |
| 10%浓氯化钠注射液 | 注射液 | 10%/10ml |
| 氯化钾 | 注射液 | 1g/10ml |
| 去乙酰毛花苷注射液 | 注射液 | 0.4mg/2ml |

4. 毒性药品管理品种目录

（1）毒性中药品种（27种）

砒石（红、白） 砒霜 水银 生马钱子 生川乌 生草乌 生白附子 生附子 生半夏 生南星 生巴豆 斑蝥 青娘虫 红娘子 生甘遂 生狼毒 生藤黄 生千金子 生天仙子 闹羊花 雪上一枝蒿 白降丹 蟾酥 洋金花 红粉 轻粉 雄黄

（2）毒性西药品种（13种）

去乙酰毛花甙丙 阿托品 洋地黄毒甙 氢溴酸后马托品 三氧化二砷 毛果芸香碱 升汞 水杨酸毒扁豆碱 亚砷酸钾 氢溴酸东莨菪碱 士的年 亚砷酸注射液 A型肉毒毒素及其制剂。其中三氧化二砷病区按照毒麻药品管理，但不需要另开收工处方。

注： 1.除亚砷酸注射液、A型肉毒毒素制剂以外的毒性药品西药品种是指原料药；中药品种是指原药材和饮片，不含制剂。 2.毒性药品的西药品种阿托品、毛果芸香碱等包括其盐类化合物。

（3）药品类易制毒化学品品种目录

1.麦角酸  2.麦角胺  3.麦角新碱 4.麻黄素、伪麻黄素、消旋麻黄素、去甲麻黄素、甲基麻黄素、麻黄浸膏、麻黄浸膏粉等麻黄素类物质

友情提示：药材科可提供“麻醉药品、第一类精神药使用登记表（病区）”，其他记录表单请护理部自备。

护士站药品管理制度

（1）各病房药柜的药品，根据临床病种和需要，经专业主任审核，报护理部、药材科和医务部审批后设置一定数量的基数，便于临床应急使用，工作人员不得擅自取用。不得使用过期、变质的药品。

(2）药柜内口服药应使用统一药瓶，药瓶内不能混放不同规格、颜色的药片，瓶签清洁、规范，有药品通用名、规格。

(3）及时清退病人未使用完的针剂等余药，贵重药物专人专用。

(4）麻醉药品、第一类精神药品严格按照《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》进行管理，做到专人、专册、专柜、专锁、专处方。

①各病区、手术室存放麻醉药品、第一类精神药品应当配备必要的防盗设施。储存各环节应专人负责，明确责任，交接班有记录（需用专用记录本）。专柜专锁，班班交接，做到帐物相符（精确到批号）。

②患者使用的麻精药品（注意：包括精二），需要登记“麻精药品使用记录本”。

③患者使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂或者贴剂的，再次调配时，应当要求患者将原批号的空安瓿或者用过的贴剂交回，并记录收回的空安瓿或者废贴数量。

④各病区、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂时应收回空安瓿，核对批号和数量，并作记录。由专人负责计数记录，并将空安瓿、贴剂交给药房并登记。

⑤发现麻醉药品、第一类精神药品丢失或者被盗、被抢的或者发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品情况，应当立即向病区护长、科护长、护理部、药材科等上级主管部门（晚上及节假日向夜巡护长及医院总值班汇报）及药品监督管理部门报告。

(5）根据药品种类、性质、针剂、内服、外用、剧毒、有明显标志，并分别放置，专人管理。药柜每周整理一次，包括清洁卫生、清点药品数量、检查药品质量，发现过期药品及变质药品，搜集整理及时清理。发现药瓶标签与药品不符，标签模糊或经涂改者，不得使用。同类针剂但不同批号不得混放。

(6）凡抢救药品，必须定放在抢救车上或设专用抽屉加锁存放，并保持一定基数，编号排列，定位存放，从左到右依次提取使用，每次用完及时补充，每日检查，保证随时应用。

## 

## 泗洪县第一人民医院药品效期管理制度

1.药品有效期管理制度

1. 科室各部门负责本部门药品的有效期检查管理工作。
2. 住院药房定期检查病区抢救车及病区备药的有效期。
3. 药库、调剂部门对入库和上架的药品查验效期和外观质量。
4. 每月对在库药品进行循环质量抽查，抽查项目包括效期、外观质量、破损情况等。
5. 药库2年效期内药品以及调剂部门半年效期内药品应列表，并按月修正效期药品一览表。
6. 每月进行药品有效期检查，上报近期（离有效期三个月）药品的品名、规格、数量、供方，严格监控使用情况，必要时进行调剂使用和退货。
7. 先产先出，易变先出，近期先出。进货验收时，注意效期的标示。出库时遵循发陈储新的原则，存放时遵守近期在前、远期在后的原则，保证药品的质量。
8. 住院药房每月对病区抢救车及病区备药进行检查，检查的内容包括数量、批号、效期、外观质量等。
9. 药库在采购药品时，原则上不得采购效期在八个月之内的药品。在临床有特殊需求时，请示科主任同意后方可采购适量的近期药品，以供临床急需之用。
10. 药库每月向二级库以书面形式通报近期药品的品种，以便二级库及时核对药品效期，防止过期失效，造成损失。
11. 效期在三个月之内的药品，二级库原则上应做退库处理，由药库与医药公司联系，进行调换。
12. 二级库对效期较近的药品应有明显标示和提示，做到近期先用、远期后用。
13. 变质或过期药品应有红色标牌严禁使用，尽快销毁处理，并做好记录，并按规定处理。

2.病区基数药品效期管理制度

1. 各科根据自身特点，制定相应药品目录及基数，药柜和抢救车内药品须建立批号、效期登记本。
2. 基数药品清单一式二份，包括药名、规格、数量。
3. 不同批号的药品需分盒存放，并分别注明批号、效期。
4. 药品必须按照“先进先出”、“近期先出”的原则使用。
5. 在基数药品的效期到期前一个月，病区凭基数药品更换登记本到药房更换。
6. 基数药品更换登记本上须护士长、药房组长签字。
7. 药房在每月最后一周的周三下午，为病区更换新效期基数药品。
8. 年终由药房将报损品种及金额按病区分类、统计，上报医务部、护理部、财务部和分管院长，届时，按医院管理规定执行。

## 

## 泗洪县第一人民医院麻醉、精神药品管理制度

1.麻醉药品、第一类精神药品管理规定

为加强麻醉药品和精神药品的管理，依据《中华人民共和国药品管理法》及实施细则、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》结合我院实际情况制定本细则。

1. 建立由分管药事管理的院领导负责，医务、药学、护理、保卫等部门参加的麻醉药品、精神药品管理领导小组，药材科指定专人负责麻醉药品、一类精神药品的日常管理工作。
2. 将麻醉药品、一类精神药品管理列入医院年度目标责任制考核，建立麻醉药品、一类精神药品使用专项检查制度，并定期组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。
3. 建立并严格执行麻醉药品、一类精神药品的采购、验收、储存、保管、发放、调配、使用、报残损、销毁、丢失等制度，制定各岗位人员职责。
4. 根据卫计委《处方管理办法》要求，做好麻醉药品、精神药品的处方管理工作。
5. 麻醉药品、一类精神药品管理人员应当掌握与麻醉药品、精神药品相关的法律、法规、规定，熟悉麻醉药品、一类精神药品的使用和安全管理工作。
6. 积极参加上级部门组织的麻醉药品、一类精神药品有关法律、法规、规定、专业知识的培训。

2.麻醉药品、第一类精神药品三级管理制度

为严格我院麻醉药品精神药品的管理, 保证麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用，根据《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》等有关法律、法规，结合我院情况，特制定本制度。

* 1. 药库管理

麻醉药品、精神药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。入库验收应当采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。在验收中发现缺少、缺损的麻、精药品应当双人清点登记，报药材科主任、医务部、分管院长办理相关手续处理。对过期、损坏的麻、精药品进行销毁时，应当向所在地卫生行政部门提出申请，在卫生行政部门和医院保卫处共同监督下进行销毁，并对销毁情况进行登记。

* 1. 药房管理

对麻、精药品储存等各个环节应制定专人负责，明确责任，交接班应当有详细的记录。麻、精药品实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或者追回。麻、精药品保管必须配备保险柜，门、窗须有防盗设施。药房应配备专柜作为周转柜，并配备相应的防盗措施。建立处方保管、领取、使用、退回、销毁管理制度。处方的调配人、复核人应当仔细核对麻、精药品处方，对不符合规定的麻、精药品处方，应当拒绝发药。应当对麻、精药品处方进行专册登记，内容包括：患者（代办人）姓名、性别、年龄、身份证编号、病历号、疾病名称、药品名称、规格、数量、批号、处方医师、处方编号、处方日期、发药人、复核人，做到帐、 物、批号相符。 专用账册的保存应当不少于过药品有效期后2年。

患者使用的麻、精药品为注射剂或者贴剂的，再次调配时，应当要求患者将原批号的空瓶或是用过的贴剂交回。患者不再使用麻、精药品时，应当要求患者将剩余的药品无偿交回，按规定进行销毁处理。

* 1. 病区、手术室管理

病区、手术室必须配备专柜并专人负责管理，到住院药房领取备案的麻、精药品基数，并登记，采取电子处方、手工处方、空安瓿三样一致情况下在药房取药；病区、手术室必须做好麻、精药品的交接班和使用的各项记录。

3.麻醉药品、第一类精神药品管理实施细则

为严格我院麻醉药品精神药品的管理，保证麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用，根据国务院颁布的《麻醉药品和精神药品管理条例》、卫计委颁布的《医疗机构麻醉药品、 第一类精神药品管理规定》《麻醉药品和精神药品临床应用指导原则》和《处方管理办法》 等有关法律、法规，结合我院情况，特制定本制度。在医院内管理、开具、调剂麻醉、精神药品的工作人员必须严格执行本制度。

1. 管理要求
   1. “泗洪县第一人民医院麻醉、精神药品管理领导小组”由分管院长负责，以医务部、药材科、护理部、保卫处主管领导组成。各管理单位、设有麻醉药品、一类精神（下称麻、精一）药品基数的相关科室、病房均须指定工作责任心强、业务熟悉的人员专门（兼职）管理，该指定人应保持相对固定。其他日常工作由药材科承担。
   2. 医院对麻醉、精神药品的管理实行科室目标责任制。麻精药品实行：药库、药房、使用部门“三级管理”，实行：双专人负责、专柜加双锁、专用帐册、专用处方、专册登记“五专管理”。麻精药品入库、出库、使用实行批号管理。药材科建立麻、精一使用专项检查制度，并定期组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。
   3. 医院根据管理需要在门诊、急诊、住院等药房设置麻、精一药品周转柜，周转库（柜）应当每天结算。门诊、急诊、住院等药房发药窗口麻、精一药品调配基数不得超过本机构规定的数量。
   4. 药材科建立并严格执行麻、精一的采购、储存、保管、发放、调配、使用、报残损、销毁、丢失及被盗案件报告、值班巡查等制度，制定各岗位人员职责。
   5. 医院定期对涉及麻、精一的管理、药学、医护人员进行有关法律、法规、规定、专业知识、职业道德的教育和培训。
   6. 对麻、精一药品的购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或者追回。
2. 采购
   1. 麻、精一药品采购：由药材科指定专门药学专业人员，凭印鉴卡向具有麻精药品经营权的批发企业定点购买麻、精一药品。药材科负责人应对每次采购药品的品种、数量严格审查。第二类精神药品根据临床用药需求制定采购计划。从药品监督管理部门批准的具有第二类精神药品经营资质企业购买。
   2. 麻、精一药品入库验收必须货到即验，双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。入库验收须采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。
3. 处方权获得
   1. 医院按照有关规定，定期对本院执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻、精一药品的处方权，药师经考核合格后取得麻、精一调剂资格。
   2. 医师取得麻、精一药品处方权后，方可在本机构开具麻、精一药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻、精一药品调剂资格后，方可在医院调剂麻、精一药品。
   3. 医务部须将具有麻、精一药品处方资格的执业医师名单及其变更情况和签名留样及时在药材科存档。
4. 处方开具与调剂
5. 处方
6. 原则
   * 1. 医师须按照卫计委制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉、 精神药品处方。
     2. 医师必须使用麻醉、精神药品专用处方开具麻醉、精神药品。
     3. 开具的麻醉、精神药品处方应书写完整，字迹清晰。
     4. 处方前记写明患者姓名、性别、年龄、身份证号、病历号、疾病名称。住院患者还应写明病床号。
     5. 处方正文的药品名称、剂型、规格、剂量、用法、用量要准确规范。
     6. 处方后记必须有处方医生签全名并盖章。医师处方签字须与备案签名字样一致。
     7. 凡在我院使用麻醉、精神药品的患者，必须建立病历，患者病历必须交医院门诊办公室保管，严禁将病历交患者保存。开方医师必须将临床诊断、使用药品情况详细记录在病历上，以备检查。
     8. 在医院就诊的癌症疼痛患者和其他危重患者需要麻、 精一药品时，患者或者其亲属可以向医师提出申请。具有麻、精一药品处方资格的执业医师认为要求合理的，要及时为患者提供所需麻、精一药品。
     9. 除需长期使用麻、精一药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医院内使用。
     10. 医院须要求长期使用麻、精一药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每3个月复诊或者随诊一次。
7. 处方流程：
   * 1. 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻、精一药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，确定患者需要使用麻、精一药品。医生与患者共同签署《麻、精一药品使用知情同意书》，患者持签名并有经主治医师盖章的知情同意书到办公室建门诊病历，病案室留存知情同意书原件，复印患者身份证，如患者委托亲属代办，应同时提供代办人身份证复印件，并将两者身份证复印件及知情同意书复印件贴在门诊病历中，并在门诊病历封面上加盖麻醉药品使用章。患者持盖章后病历回诊室开药后，到药房领取药品；患者取完药后将门诊病历交回办公室 。
     2. 其它门诊、急诊需开具麻醉药品、一类精神药品患者，患者或代办人到挂号室挂号后持患者加盖麻醉药品使用章的门诊病历直接到医生办公室开药。
8. 处方用量
   * 1. 除需长期使用麻、精一药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医院内使用。
     2. 第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。
     3. 第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。
     4. 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻、精一注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。
     5. 为住院患者开具的麻、精一药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。
     6. 对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于院内使用。
9. 处方调配
   * 1. 对麻、精一药品处方，处方的调配人、核对人应当仔细核对，签署姓名，并予以登记；对不符合本条例规定的，处方的调配人、核对人应当拒绝发药。
     2. 药师应当对麻、精一药品处方登记批号并按年月日逐日编制顺序号。
     3. 药材科须根据麻醉药品和精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为3年。
     4. 麻醉药品处方至少保存3年，精神药品处方至少保存2年。
     5. 使用麻、精一药品注射剂或者贴剂的，再次调配时，须将原批号的空安瓿或者用过的贴剂交回，并记录收回的空安瓿或者废贴批号及数量。
     6. 收回的麻、精一药品注射剂空安瓿、废贴由专人负责计数、监督销毁，并作记录。
     7. 麻、精一药品不得退药，对剩余的麻、精一药品须无偿交回药材科，由药材科按照规定销毁处理。
     8. 门诊药房设置固定发药窗口，有专人负责麻、精一药品调配。
     9. 为院外使用麻醉药品非注射剂型、精神药品患者开具的处方不得在急诊药房配药。
10. 储存
    1. 医院须设立专库或者专柜储存麻、精一药品。专库设有防盗设施并安装报警装置；专柜使用保险柜。专库和专柜实行双人双锁管理。
    2. 各相关科室、病房储存麻、精一药品必须有专人负责、专库（柜）加锁。对进出专库（柜）的麻、精一药品建立专用帐册，进出逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字，做到帐、物、批号相符。
11. 使用

病房使用麻醉药品应设立基数，专柜加锁，专册登记，登记表内容包括：药品名称、剂型、规格、基数、日期、床号、患者姓名、性别、疾病名称、数量（支/片）、处方医师、执行护士、核对护士、药品批号、原存数、补充数、现存数、空安瓿数。病房由专人凭领药凭证、空安瓿向住院部药房请领。病房交接每班清点，每班有专人签名负责。

1. 报损与销毁

医院对存放在本单位的过期、破损的麻醉药品和精神药品，应当按照有关程序提出申请，由医院保卫部门负责监督销毁，对销毁情况进行登记。

1. 监督管理
   1. 药材科每月将本院麻、精一药品进货、销售、库存、使用的数量以及流向进行清点。
   2. 一旦发生麻醉药品和精神药品被盗、被抢、丢失或者其他流入非法渠道的情形，案发部门须立即采取必要的控制措施，同时报告科负责人，医务部，主管院领导，医院立即上报公安、卫生、药品监督相关管理部门。
2. 法律责任 凡违反《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》和《处方管理办法》有关规定者，按有关法则处罚。
3. 本制度由医务部、药材科负责解释。

4.病区麻醉药品、第一类精神药品管理规定

1. 严格执行国家《麻醉药品和精神药品管理条例》及《处方管理办法》等有关管理规定。
2. 建立病区麻醉药品、第一类精神药品（以下简称麻、精一）基数清单。
3. 由取得麻醉处方权的医师，按照卫计委制定的《麻醉药品和精神药品临床应用指导原则》《处方管理办法》，开具麻醉、精一药品处方。
4. 麻醉医师必须按麻醉药品、第一类精神药品的实际消耗数，开立处方并上交空安瓿，空安瓿数必须与相应处方的品种和数量一致。
5. 同一名患者使用麻醉药品、精一药品注射剂的剩余量不足1支时，必须有二人在场立即倒入水池流水冲走处理，并在处方上注明“余量废弃”后双签字。
6. 麻醉药品、精一药品的储存和发放实行批号管理和追踪，登记药品领入日期、品名、规格、批号、数量、患者姓名、床号、用药时间、每次用药剂量、领药护士签字等。一种药品不能超过两个批号，并按照先进先出、近期先出、易变先出的原则发放。
7. 麻醉药品、精神药品储存各环节应实行专人负责、专柜加锁，明确责任。交接班应有交接班记录。
8. 对麻醉药品、第一类精神药品建立使用登记本，药品领入、使用均需记录，记录内容包括：日期、品名、剂型、规格、数量、批号、有效期、领药人、复核人，做到账、物、批号相符。
9. 麻醉、精一药品的消耗，须做到日清日结，帐物相符率须达100%。
10. 麻醉、精一药品的存放专柜必须有明确的警示标志。
11. 麻醉、精一神药品的存放柜必须配备必要的防盗措施。
12. 在麻醉、精一神药品的储存和保管过程中，发现异常必须立即向医院有关部门报告。

麻醉、精一药品只能开具临时医嘱，最多开具一天常用量（哌替啶注射液为一次常用量），并在临时医嘱备注中注明实际用法，红色手工处方应规范书写。非基数麻醉、精一药品领入后，由专门的护士专柜保管，并登记，不与普通基数药品混合摆放，每次用药时，管床护士领取一次用量并登记使用，或当面指导患者用药。

5.手术室麻醉药品、第一类精神药品管理制度

1. 严格执行国家《麻醉药品和精神药品管理条例》及《处方管理办法》等有关管理规定。
2. 麻醉医师必须经过麻醉药品和第一类精神药品使用知识和规范化管理的培训，并经医务部考核合格后，取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权。
3. 取得处方权的医师，应当按照卫计委制定的《麻醉药品和精神药品临床应用指导原则》，开具麻醉药品和第一类精神药品处方。
4. 麻醉药品和一类精神药品的处方开立，必须符合国家《处方管理办法》的有关管理规定。
5. 麻醉药品、一类精神药品的储存、消耗、领入必须有专人负责，明确责任，交接班应当有专册登记本。
6. 麻醉药品、一类精神药品的领入、消耗、储存、批号，实行专册登记管理。
7. 空安瓿的回收，实行数字及批号专册登记管理。
8. 麻醉药品、一类精神药品的帐物相符率，达100%。
9. 麻醉药品、一类精神药品必须存放保险柜，配备必要的防盗措施。
10. 在麻醉药品、一类精神药品的储存和保管过程中，发现异常必须立即向医院有关部门报告。

6.麻醉药品、第一类精神药品丢失及被盗事件报告制度

为规范管理麻醉药品和一类精神药品，防止丢失被盗，依据《中华人民共和国药品管理法》及实施细则、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》制定本细则。

1. 建立麻醉药品、一类精神药品的丢失及被盗案件的报告登记簿，内容包括：日期，药品名称，规格，数量，批号，发现者，复核者等。
2. 在麻醉药品、一类精神药品的运输、储存、保管等过程中，发现麻醉药品、一类精神药品有丢失及被盗，应立即报告所在地的公安部门、SFDA和卫生主管部门。
3. 科主任应立即对丢失被盗事件展开调查，并将调查情况及时上报各相关部门。
4. 食品药品监督管理部门和卫生主管部门在各自职责范围内，按照有关法律、法规依法查处，构成犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。

7.麻醉药品、第一类精神药品缺损处理制度

为规范麻醉药品和一类精神药品的缺损处理，根据《中华人民共和国药品管理法》及实施细则、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》制定本细则。

1. 药材科各相关部门应做好麻醉药品、一类精神药品的缺损登记工作。内容包括：日期，品名，规格，生产产家，批号，效期、缺损原由、数量、经手人、复核人、处理结果等。
2. 科主任汇总并提出处理建议，定期上报院麻醉药品、一类精神药品管理机构，经主管领导签字后报卫计委。
3. 药材科各相关部门在专用账册中记录处理结果。

8.麻醉药品、第一类精神药品销毁制度

为规范麻醉药品和一类精神药品空安瓿、废贴的回收、销毁，破损、退回以及 不符合药品质量标准的麻醉药品和一类精神药品的销毁。依据《中华人民共和国药品管理法》及实施细则、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》制定本细则。

1. 调剂部门按规定回收的麻醉药品、一类精神药品空安瓿、废贴，应及时登记销毁，内容包括：日期，空安瓿或废贴名称，数量，经手人，复核人，备注等。
2. 药剂科各相关部门发现麻醉药品、一类精神药品缺损、退回以及不符合药品质量标准的，应及时登记，内容包括：日期，品名，规格，生产厂家，批号，效期，缺损数量，无偿交还数量，经手人，复核人，处理结果，备注等，药库负责汇总并定期上报院麻醉药品、一类精神药品管理机构登记备案，由其提出申请，经报辖区内卫生行政部门批准同意后销毁。
3. 麻醉药品、一类精神药品的销毁应在辖区内卫生行政部门专人监督下进行，并做好登记。

9.麻醉药品、第一类精神药品批号管理制度

为确保麻醉药品、精神药品使用的安全性和可靠性，根据《麻醉药品和精神药品管理条例》和《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品的管理规定》，制定本院麻醉药品、一类精神药品批号管理制度”。

1. 药库、药房和临床科室的管理原则

药库、药房、各临床科室药房分别作为一、二、三级药品备用部门。从药库药品出入库，药房对药品的调入，发放到科室将药品应用于患者，各部门的采购、领用、发药、使用、回收、销毁等需按照以下流程进行批号管理。

1. 按批号入库
2. 药库管理员在将麻醉药品、一类精神药品采购入库时，要将麻醉药品、一类精神药品的详细资料如药名、剂型、规格、数量、批号、失效期、生产厂家等录入电脑。领药时，各药房在电脑里填写“申领药品单据”，填写领药数量，保存数据，将该领药单据发送到药库。药库管理员确认药品，登记批号，按申请单据发药出库。领药科室将领回的麻醉药品、一类精神药品核对药名、规格、数量、批号等无误后，将申领药品验收入库。 领回的药品必须按批号和数量在麻醉药品和一类精神药品账册和登记本上登记。

发药时，药师根据《处方管理办法》的要求，对麻醉药品、精神药品处方进行审查。核对处方与电脑医嘱一致后发药，发放麻精药品时若药品有多种批号，则采用先进先出原则，选择旧批号先发放。在每张处方背后注明所发药品批号，每日结算，做到帐物相符，并记录空安瓿回收数量及批号。

1. 按批号使用

科室将麻醉药品、精神药品领回后，登记在“麻醉药品、一类精神药品使用记录本”上，记录药名、规格、数量、批号等，专柜加锁。病人使用时，记录病人信息以及使用药品的药名、规格、数量、批号，作为备查。每日专人负责专

1. 按批号发药

柜钥匙保管，做好交接班清点记录。

1. 按批号回收

病区凭使用完的药品空安瓿或废贴及医嘱单、手工麻精处方来药房换取麻精药品，药房接收空安瓿或废贴后登记批号及数量，由专人负责统计总数、监督销毁，并作记录。

1. 按批号报损及销毁

医院对存放在本单位的过期、破损的麻醉药品和精神药品，应当按照有关程序提出申请，由上级主管部门和医院保卫部门共同负责监督销毁，对销毁情况进行登记。

1. 第二类精神药品管理制度
   1. 二类精神药品管理规定

为加强精神药品的管理，保证其规范安全的使用，依据《中华人民共和国药品管理法》及实施细则、《麻醉药品和精神药品管理条例》制定二类精神药品管理规定。

1. 定点采购。采购二类精神药品，应从药品监督管理部门批准的具有二类精神药品经营资质企业购买。
2. 双人验收。根据临床用药需求制定采购计划，购入药品双人验收，查验购药凭证，清点药品数量，检查药品质量，详细记录相关信息。专柜加锁储存。储存药品必须有安全防范措施，严防药品丢失。
3. 药库实行专用帐册管理。调剂部门使用药品做到“日清日结”。
4. 遵循专用处方和用量要求。处方至少保存 2 年。
5. 定期检查药品质量。对过期、损坏的药品要及时申请销毁，保证在用药品的账物相符和药品质量完好。
6. 认真审核处方，促进合理用药。严格按照规定的药品适应症、用法、用量使用药品，作好用药指导，对于单张处方超过用药天数的特殊情况，必须由处方医师注明诊断并双签字后，方可调配。对于用药不合理的处方应拒绝调配。要防止重复取药，避免套购药品的现象发生。
7. 对过期、损坏的药品要登记造册，向卫生行政部门申报销毁。
   1. 第二类精神药品管理细则
8. 药材科主任负责对本科室第二类精神药品的质量和管理进行督查。
9. 调剂部门组长和药库组长负责对本部门第二类精神药品的质量和管理进行检查。
10. 第二类精神药品只能用于本院医疗和科研的需要。
11. 第二类精神药品必须使用精神药品专用处方，医师应根据临床治疗需要合理使用精神药品，如发现有违反规定、超量使用精神药品者，药剂人员有权拒配。
12. 第二类精神药品处方量应严格按照医务部、门诊办公室、药材科下发的《关于调整麻醉药品、精神药品使用限量的通知》执行，特殊情况医师应注明理由后，处方用量可适当延长（神经科每次不超过一个月用量），处方保存两年备查。
13. 第二类精神药品定期盘点，做到账物相符。
14. 第二类精神药品处方不得外配。

## 泗洪县第一人民医院高危药品管理制度

高危险药品是指药理作用显著且迅速、易危害人体的药品。特点是出现的差错可能不常见，而一旦发生则后果非常严重，使用不当会对患者造成严重伤害或死亡。为促进该药品的合理使用，减少不良反应，按A,B,C等级分类法，制订如下管理制度。

1. 本制度参考美国的医疗安全协会的分类，结合我院实际用药情况制定。
2. 高危险药品使用前要进行充分的安全性论证，有确切适应症时才能使用。
3. A级高危药品是高危药品管理的最高级别，是使用频率高，一旦用药错误，患者死亡风险最高的高危药品；B级高危药品是高危药品管理的第二层，包含的高危药品使用频率较高，一旦用药错误，会给患者造成严重伤害，但给患者造成伤害的风险等级较A级低；C级高危药品是高危药品管理的第三层，包含的高危药品使用频率较高，一旦用药错误，会给患者造成伤害，但给患者造成伤害的风险等级较B级低。
4. 高危药品存放架应标识醒目，设置特殊警示牌提醒相关人员注意。各部门对高危药品应设置专门的存放药架，不得与其他药品混合存放。高危药品柜分层分格将不同剂型、易混淆的药品按顺序区分摆放。护理工作站原则上不存放高危药品（抢救药除外），如确有需要，可提出申请，限量存放。
5. 加强高危药品的效期管理，保持先进先出，保持安全有效。调配和发放要实行双人复核，确保发放准确无误。
6. 定期对高危药品目录进行更新，新引进高危险药品要经过充分论证，引进后要及时将药品信息告知临床。
7. 药师定期和临床医护人员沟通，加强高危险药品的不良反应监测，并定期总结汇总，及时反馈给临床医护人员。

8、护理人员执行A级高危药品医嘱时应注明高危，双人核对后给药。

9、A、B级高危药品应严格按照法定给药途径和标准给药浓度给药。超出标准给药浓度的医嘱，医生须加签字。门诊药房药师和治疗班护士核发C级高危药品应进行专门的用药交代。

10、本院高危药品目录

附件1：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **泗洪县第一人民医院A级高危药品目录** | | | | |
| **级别** | **类别** | **药品名称** | **剂型** | **规格** |
| A | 肾上腺素受体激动剂 | 盐酸肾上腺素注射液 | 注射液 | 1mg/1ml |
| A | 重酒石酸去甲肾上腺素注射液 | 注射液 | 2mg/1ml |
| A | 异丙肾上腺素 | 注射液 | 1mg/2ml |
| A | 重酒石酸间羟胺注射液 | 注射液 | 10mg/1ml |
| A | 盐酸去氧肾上腺素注射液 | 注射液 | 10mg/1ml |
| A | 盐酸多巴胺注射液 | 注射液 | 20mg/2ml |
| A | 盐酸多巴酚丁胺注射液 | 注射液 | 20mg/2ml |
| A | 间羟胺注射液 | 注射液 | 10mg/1ml |
| A | 静脉用肾上腺素能受体拮抗药 | 甲磺酸酚妥拉明注射液 | 注射液 | 10mg/1ml |
| A | 高渗注射液 | 50%葡萄糖注射液 | 注射液 | 50%/20ml |
| A | 硫酸镁注射液 | 注射液 | 2.5g/10ml |
| A | 10%氯化钾 | 注射液 | 1g/10ml |
| A | 10%氯化钠 | 注射液 | 1g/10ml |
| A | 胰岛素（皮下或静脉用） | 胰岛素 | 注射液 | 10ml:400u/瓶 |
| A | 100ml 以上的灭菌注射用水 | 灭菌注射用水 | 注射液 | 500ml |
| A | 吸入或静脉麻醉药 | 丙泊酚 | 注射液 | 200mg/20ml |
| A | 中长链丙泊酚 | 注射液 | 0.2g/20ml |
| A | 吸入用七氟烷 | 吸入剂 | 120m |
| A | 依托咪酯脂肪乳注射液 | 注射液 | 20mg/10ml |
| A | 静脉用强心药 | 去乙酰毛花苷注射液 | 注射液 | 0.4mg/2ml |
| A | 环磷腺苷葡胺 | 注射液 | 60mg/2ml |
| **A** | 静脉用抗心律失常药 | 利多卡因注射液 | 注射液 | 0.1g/5ml |
| **A** | 普罗帕酮注射液 | 注射液 | 35mg/10ml |
| **A** | 硝酸甘油注射液 | 注射液 | 5mg/1ml |
| **A** | 阿托品注射液 | 注射液 | 0.5mg/1ml |
| **A** | 维拉帕米注射液 | 注射液 | 5mg/2ml |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **泗洪县第一人民医院B级高危药品目录** | | | | |
| **级别** | **类别** | **药品名称** | **剂型** | **规格** |
| B | 抗血栓药 | 肝素钠 | 注射剂 | 2ml:12500u/支 |
| B | 低分子量肝素钠 | 注射剂 | 0.4ml:5000IU/支 |
| B | 硬膜外或鞘内注射药 | 盐酸罗哌卡因注射液 | 注射剂 | 75mg/10ml |
| B | 盐酸布比卡因注射液 | 注射剂 | 37.5mg/5ml |
| B | 放射性静脉造影剂 | 碘佛醇注射液 | 注射液 | 33.9g/50ml |
| B | 静脉用异丙嗪 | 异丙嗪注射液 | 注射液 | 25mg/1ml |
| B | 静脉用中度镇静药 | 咪达唑仑 | 注射剂 | 10mg/2ml |
| B | 地西泮注射液 | 注射剂 | 10mg/2ml |
| B | 苯巴比妥 | 冻干粉 | 0.1g/瓶 |
| B | 酒石酸布托啡诺注射液 | 注射液 | 1mg/1ml |
| B | 小儿口服用中度镇静药 | 水合氯醛溶液 | 溶液剂 | 500ml |
| B | 阿片类镇痛药，注射给药 | 枸橼酸芬太尼注射液 | 注射剂 | 0.1mg/2ml |
| B | 枸橼酸舒芬太尼注射液 | 注射液 | 50ug/1ml |
| B | 注射用盐酸瑞芬太尼 | 注射剂 | 1mg |
| B | 盐酸哌替啶注射液 | 注射剂 | 50mg /1ml |
| B | 盐酸吗啡注射液 | 注射剂 | 10mg /1ml |
| B | 凝血酶冻干粉 | 凝血酶冻干粉 | 注射剂 | 500IU |
| B | 静脉用催产素 | 缩宫素注射液 | 注射剂 | 5IU/ml |
| B | 缩宫素注射液 | 注射剂 | 10IU/ml |
| B | 静脉用抗肿瘤药 | 注射液甲氨蝶呤 | 注射液 | 1000mg/10ml |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **泗洪县第一人民医院C级高危药品目录** | | | | |
| **级别** | **类别** | **药品名称** | **剂型** | **规格** |
| C | 肌肉松弛剂 | 注射用苯磺酸顺阿曲库铵 | 粉针 | 10mg |
| C | 注射用苯磺酸阿曲库铵 | 粉针 | 25mg |
| C | 氯化琥珀胆碱 | 注射液 | 0.1g/2ml |
| C | 口服化疗药 | 来曲唑片 | 片剂 | 2.5mg×10片/盒 |

高危药品标示

****

## 

## 泗洪县第一人民医院高毒性药品管理制度

1.医疗用毒性药品管理制度

1. 为加强本院医疗用毒性药品的管理，根据《中华人民共和国药品管理法》，《医疗用毒性药品管理办法》、《医疗机构药品监督管理办法》等要求，结合本院实际，制订本制度。
2. 本规定所称医疗用毒性药品（以下简称毒性药品），系指毒性剧烈，治疗剂量与中毒剂量相近，使用不当会致人中毒或死亡的药品。
3. 本规定适用与本院毒性药品的采购、验收、保管、调剂、配制、使用等环节处理。
4. 院药事管理与药物治疗学委员会特殊管理药品管理组负责毒性药品的监督管理，并定期组织检查。
5. 毒性药品必须从取得毒性药品经营资格的药品批发企业购进，严格参照《医疗用毒性药品管理办法》的规定、双人签字、验收到最小包装。
6. 毒性药品必须按药品储存要求妥善存放，必须专人负责、专柜加锁、专用账册、专册登记，详细记录收、支、存情况，定期盘点，帐物相符率应达到100%。
7. 毒性药品发生破损时须立即处理，用适宜包装密封后保管。破损、过期、变质或其他质量问题不能使用的毒性药品，保管人员应报部门负责人确认，经院领导审核同意后，向卫生主管部门提出监督销毁申请，并在卫生主管部门指定的时间和地点进行销毁处理，并做好相关记录。

2.药品类易制毒化学品管理制度

1. 为加强本院的药品类易制毒化学品管理根据《中华人民共和国药品管理法》，《易制毒化学品管理办法》等要求，结合本院实际，制订本制度。
2. 本规定适用于本院药品类易制毒化学药品采购、保管、养护、调剂、使用等环节管理。
3. 药品类易制毒化学药品必须向取得该类药品经营资格的药品批发企业购进，禁止现金采购。
4. 设置专（库）区储存药品类易制毒化学品，有明显标识。专库应当设有防盗设施，设置电视监控设施，安装报警装置。
5. 建立药品类易制毒化学品专用账册，专用账册保存2年备查。
6. 药品类易制毒化学品入库须双人验收，出库须双人复核。做到帐物相符，双人签字。
7. 发生药品类易制毒化学品被盗、被抢、丢失或者其他流入非法渠道情形的，立即报告本地公安机关和食品药品监督管理部门。
8. 对过期、损坏的药品类易制毒化学品应当登记造册，及时向上级主管部门申请销毁并记录。

## 泗洪县第一人民医院危险品管理制度

1.危险品管理制度

1. 药库从我院规定的经营渠道中购买。
2. 药库管理人员熟悉危险品分类及理化性质，分别储存、保管。
3. 按照临床需要制订采购计划，少量多次地采购，尽量减少在库保管时发生危险的可能。
4. 验收入库时，核清试剂等级、名称、产地、规格、金额等，建立卡片，做好进、销、存记录，做到帐物相符。

危险品是指受光、热、空气、水分、撞击等外界因素的影响而引起自燃、助燃、燃烧、爆炸或具有腐蚀性、刺激性和剧烈毒性的药品。按照其理化性质和危害性可划分为以下7类：

1. 易爆炸品：即受到高热、摩擦、撞击或与其他物质接触，发生剧烈的化学反应而产生大量的气体和热量，同时，气体体积急剧膨胀而引起爆炸的化学药品，如硝酸甘油、硝酸戊四醇酯、苦味酸、硝化纤维和硝酸铵等。
2. 压缩气体和液化气体：在受热、撞击或容器受损的情况下，有引起爆炸、燃烧或中毒的危险，如环氧乙烷、液态氧、压缩氧气和二氧化碳等。
3. 易燃液体：在常温下以液体形态存在，极易挥发为蒸气，遇光能引起燃烧或爆炸，如汽油、麻醉乙醚、石油醚、甲醇、乙醇、丁醇、松节油和桉叶油等。
4. 易燃固体：开始燃烧时温度较低，容易引起燃烧，受热、冲撞、摩擦或与氧化剂等其他物质接触，能引起剧烈的燃烧或爆炸，释放出有毒的气体，如黄磷在空气中即能自燃，金属钾、钠遇水后起剧烈反应产生氢气而燃烧，碳粉、锌粉及浸油的纤维药品亦极易燃烧，其他易燃固体还有硫磺、樟脑和龙脑等。
5. 氧化剂和有机氧化物：具有较强的氧化性能，遇酸、碱、热、潮湿、冲击或与易燃有机物、还原剂接触后发生分解并引起燃烧或爆炸，如高锰酸钾、氢化钾和过氧乙酸等。
6. 毒害品：具有强烈的毒害作用，超剂量服食或接触皮肤即可引起中毒或死亡，如氰化物 (钾、钠)、亚砷酸及其盐类、可溶性钡制剂、黄降汞、乙酸苯汞、磷化锌及中药28种毒性药品中的金属和矿物质，如砒霜、红升丹、白降丹等。
7. 腐蚀性药品：具有强烈的腐蚀性，接触人体或其他物质后即产生腐蚀作用，出现破坏损伤现象，如医疗机构检验科所使用的硫酸、硝酸、盐酸、甲酸、冰醋酸、苯酚、氢氧化钾、氢氧化钠、浓氨溶液和甲醛溶液等。

我院化学消毒试剂目录

|  |  |
| --- | --- |
| **品种名称** | **规格** |
| 超级多酶清洗液 | 5L/桶 |
| 石蜡油 | 500ml |
| 95%乙醇 | 500ml |
| 洁肤柔免洗手凝胶 | 500L |
| 3M免洗手清洗液 | 500ml |
| 百能免洗手液 | 700ml |
| 利尔康牌75%乙醇消毒液 | 50ml |
| 利尔康牌75%乙醇消毒液 | 500ml |
| 利尔康牌75%乙醇消毒液 | 2500ml |
| 利尔康碘伏消毒液 | 500ml |
| 利尔康碘伏消毒液 | 60ml |
| 过氧化氢溶液 | 100ml |
| 84消毒液 | 468ml |
| 84消毒液 | 518ml |
| 名德牌消毒片 | 100片 |
| 速溶泡腾消毒片 | 500片 |
| 芙润莱泡腾消毒片 | 500g |
| 美林牌欣净消毒剂 | 4g\*120袋 |

2.危险化学品应急处理预案

为防止安全事故发生，完善应急管理机制，迅速有效地控制和处置可能发生的事故，保护医患人身安全和医院的财产安全，本着预防与应急并重的原则，制定本预案。

危险化学品事故主要有泄漏、火灾（爆炸）两大类。其中火灾又分为固体火灾、液体火灾和气体火灾。主要原因又分为认为操作失误和设备缺陷。针对事故不同类型，采取不同的处置措施。其中主要应对措施包括：灭火、隔绝、堵漏、拦截、稀释、中和、覆盖、泄压、转移、收集等。有关部门应当按照下列规定，采取必要的应急处置措施，减少事故损失，防止事故蔓延、扩大。

1. 预防工作
2. 建立健全各种规章制度，落实安全生产责任。
3. 定期进行安全检查，强化安全生产教育。
4. 库房加强通风、完善避雷设施。
5. 采用便捷有效的消防、治安报警措施。
6. 保证消防设备、设施、器材的有效使用。
7. 当事故发生时
8. 立即组织营救和救治受害人员，疏散、撤离或者采取其他措施保护危害区域内的其他人员。
9. 移走所有火源并保持泄漏区通风良好,撤离附近人员。
10. 小规模泄漏，可用吸附剂(如碎布)吸收后放入干净密闭容器中再行处理。
11. 大规模泄漏，则需建堤围堵(用土、砂等)，防止其扩散,并寻求环保及供方支援处理。
12. 泄漏救灾人员必须有安全防护用具。
13. 化学污染区未清理完毕前,禁止非相关人员出入。
14. 当化学品沾在身体上时，应先用清水清洗，严重者即刻就医。
15. 迅速控制危害源，测定危险化学品的性质、事故的危害区域及危害程度。
16. 针对事故对人体、动植物、土壤、水源、大气造成的现实危害和可能产生的危害，迅速采取封闭、隔离、洗消等措施。
17. 对危险化学品事故造成的环境污染和生态破坏状况进行监测、评估，并采取相应的环境污染治理和生态修复措施。

成立药材科危险化学品事故应急救援指挥小组，负责组织实施危险化学品事故应急救援工作。

危险化学品事故发生后，指挥小组成员赶赴事故现场进行现场指挥，及时向院保卫科、主管院长通报现场情况，协助院应急指挥部门制定现场救援方案，组织现场抢救。负责组织药材科危险化学品事故应急救援演练。

1. 事故紧急报告
2. 报告程序

①发生危险化学品事故，危险化学品贮存使用部门的负责人应立即进行人员疏散、灭火等必要的救援。并立即上报部主任及药材科危险化学品事故应急指挥小组，发生火灾时应及时报警，药材科危险化学品事故应急指挥小组成员要立即赶赴事故现场。

②药材科危险化学品事故应急指挥小组接到事故报告后，立即按照药材科危险化学品事故应急救援预案，做好指挥、领导工作。并及时将有关情况向院领导、院总值班及院保卫科进行通报。

1. 报告内容

事故快速报告内容要简洁明了，报告内容应包括事故发生时间、地点、事故类别、初步判断事故原因、人员伤亡及经济损失等情况。

1. 危险化学品生产重大泄漏事故处置措施
2. 发生危险化学品泄漏时特别注意：

①当如果泄漏物是易燃易爆的气体，事故中心区应严禁火种、切断电源、禁止车辆进入、立即在边界设置警戒线。根据事故情况和事故发展，确定事故波及区人员的撤离。所有参加救助的车辆及动力工具必须配备火星熄灭装置，以防止在救助过程中产生火花，从而引发火灾事故。

②现场指挥人员应密切注意危险化学品泄漏动态和清除方案的实施，制止在危险条件下进行应急救援。

③禁止无关车辆和人员进入泄漏现场。

④进入现场救援人员必须配备必要的个人防护器具。

⑤如果泄漏物是有毒的，应使用专用防护服、隔绝式空气面具。立即在事故中心区边界设置警戒线。根据事故情况和事故发展，确定事故波及区人员的撤离。

⑥应急处理时严禁单独行动，要有监护人，必要时用水枪、水炮掩护。

1. 泄漏源控制

堵漏。采用合适的材料和技术手段堵住泄漏处。

1. 泄漏物处理

围堤堵截：筑堤堵截泄漏液体或者引流到安全地点。

稀释与覆盖：向有害物蒸气云喷射雾状水，加速气体向高空扩散。

收容（集）：对于大型泄漏，可选择用隔膜泵将泄漏出的物料抽入容器内或槽车内；当泄漏量小时，可用沙子、吸附材料、中和材料等吸收中和。

废弃：将收集的泄漏物运至废物处理场所处置。用消防水冲洗剩下的少量物料，冲洗水排入污水系统处理。

我院在用化学危险品目录

|  |  |
| --- | --- |
| **品种名称** | **规格** |
| 75%乙醇 | 50ml |
| 75%乙醇 | 500ml |
| 75%乙醇 | 2500ml |
| 95%乙醇 | 500ml |
| 84消毒液 | 468ml |
| 84消毒液 | 518ml |

## 泗洪县第一人民医院易混淆药品的管理制度

1. 为加强我院的药品管理，防止药品混淆事件的发生，制定本制度。
2. 易混淆药品包括包装相似、听似、看似药品，一品多规药品，多剂型药品等。
3. 药库、药房、备有药品的临床科室应规划限定区域排位贮备，原则上易混淆药品应分开放置，避免同一排放置。不同的品种、外观相似、读音相近等易导致混淆差错的药品，应采取安全有效的措施，设置明显的警示标识，制定易混淆药品的系列目录。需要冷藏保存的易混淆药品配备冰箱分类存放，并设置识别标识。
4. 药品专管员应严格审核易混淆药品的储存和摆放，避免混淆差错的发生。
5. 药房工作人员和护理人员应学习掌握易混淆药品的鉴别知识，加强监测易混淆药品，发药时应细心缜密，严防纰漏疏失，规避医疗风险。
6. 药材科负责我院易混淆药品管理工作的具体实施。
7. 由于工作疏忽渎职造成医疗执业差错事故时，严查追究当职者责任。

我院易混淆（听似）药品目录：

|  |  |
| --- | --- |
| **药品名称** | **规格** |
| 多磺酸粘多糖乳膏 | 14g |
| 复方多黏菌素软膏 | 10g |
|  |  |
| 琥珀酸亚铁缓释片 | 0.2g\*2板\*12片 |
| 琥珀酸亚铁片 | 0.1g\*24s |
|  |  |
| 硝酸咪康唑乳膏（达克宁） | 20g |
| 硝酸咪康唑栓 | 0.2g\*7 |
|  |  |
| 孟鲁司特钠咀嚼片（平奇） | 4mg\*5片 |
| 孟鲁司特钠咀嚼片（顺尔宁） | 4mg\*5片 |
|  |  |
| 头孢克肟干混悬剂 | 0.1g\*6袋 |
| 头孢克洛干混悬剂 | 0.125g\*6 |
| 克洛己新干混悬剂 | 250mg:8.0mg\*9袋 |
|  |  |
| 对乙酰氨基酚滴剂 | 15ml:1.5g |
| 对乙酰氨基酚栓 | 0.15g\*10S |
|  |  |
| 妥布霉素地塞米松滴眼液 | 5ml:15mg |
| 妥布霉素滴眼液（托百士） | 5mg\*5ml |
|  |  |
| 丙酸氟替卡松气雾剂（辅舒酮） | 125ug |
| 丙酸氟替卡松鼻喷雾剂（辅舒良） | 50ug\*120喷 |
|  |  |
| 维生素D滴剂（胶囊型） | 400iu\*30s |
| 维生素AD滴剂（胶囊型） | 24粒/盒 |
| 维生素AD滴剂 | 10ml |
|  |  |
| 磷酸奥司他韦胶囊 | 75mg\*10 |
| 磷酸奥司他韦颗粒 | 15mg\*10袋 |
|  |  |
| 盐酸多巴安注射液 | 20mg:2ml |
| 盐酸多巴酚丁胺注射液 | 20mg:2ml |
|  |  |
| 注射用绒促性素 | 2000单位 |
| 注射用尿促性素 | 75单位 |
|  |  |
| 盐酸丁卡因注射液 | 5ml:50mg |
| 盐酸布比卡因注射液 | 5ml:37.5mg |
| 利多卡因注射液 | 0.1g\*5ml |
| 利多卡因胶浆 | 10g:0.2g |
|  |  |
| 利可君片 | 20mg\*24片\*2板 |
| 利君沙片 | 0.125g\*24 |
|  |  |
| 0.9氯化钠注射液 | 10ml：90mg |
| 10%氯化钠注射液 | 10ml:1g |
|  |  |
| 盐酸肾上腺素注射液 | 1mg:1ml |
| 去甲肾上腺素 | 1ml:2mg |
| 异丙肾上腺素 | 2ml:1mg |
|  |  |
| 丙泊酚乳状注射液 | 20ml：0.2g |
| 丙泊酚中长链脂肪乳注射液 | 20ml：0.2g |
|  |  |
| 注射用苯磺酸阿曲库铵 | 25mg |
| 注射用苯磺酸顺阿曲库铵 | 10mg |
|  |  |
| 肝素钠注射液 | 2ml：1.25万IU |
| 低分子肝素钠 | 0.5ml：5000u |
|  |  |
| 缩宫素注射液 | 5u\*1ml |
| 缩宫素注射液 | 10u\*1ml |

## 泗洪县第一人民医院患者使用自备药品管理制度

为加强患者自备药品的使用管理，保证用药安全、防止医疗纠纷。特制定患者使用自备药品管理制度。

一、凡住院患者治疗需要的药品均由药学部门供应，一般不得使用患者自带药品，仅在某些特殊情况下且自备药符合使用指征，经过审批，方可按照药品说明书或诊疗规范下达自备药品医嘱，医嘱上须注明“自备药品”，并写明用法和用量。必要时，签知情同意书。

二、特殊情况是指：病情危急，医院内无备药或替代药品可供，或一般病情，按医院规定申请采购而买不到的药品。

三、自备药品使用前，患者或家属需提供相应能证明药品质量合格的材料（如提供附有药品清单的购药发票、药品说明书等），不能说明合法来源及没有法定说明书或说明书不完整的，医院有权拒绝执行。

四、护士严格按医嘱执行。对患者自带药品统一管理，按时发放，并做好记录。

五、病区药房定期对自备药品的使用管理进行检查和指导。

六、医务科、药材科、护理部定期对自备药品的使用管理进行监督检查，对存在问题进行通报，并责成相关部门进行整改。

七、使用程序

1、由使用科室医生根据临床需要填写“自备药品使用审批表”， 详细记录自备药品的规格、产地、剂型、数量、批号、效期等；审查患者自备药品的来源、质量；向患者或其家属讲明使用自备药品可能出现的（主要的或严重的）药品不良反应和注意事项，明确医患双方的相关责任和义务，签署知情同意书。

2、护士负责核查患者的自备药品，对符合规定的，按药品说明书规定的储存条件储存保管，统一管理。严格执行给药医嘱，按时给药；自备药品配制和使用前，由护士按常规要求进行查对；使用自备药品时，由责任护士负责给药，并做好相关记录。

3、患者因使用自备药品发生意外者，医院应秉持人道主义原则，积极履行抢救义务。

八、使用注意事项

1、不得使用药品标志不清晰的、过期的、变质的药物。

2、患者提供的自备药品仅供患者本人使用，他人不得使用。

3、医务人员不得给患者使用无医嘱的任何药品。

4、住院患者自备药品使用审批表纳入病历归档永久保管。

5、违反上述有关规定，擅自使用患者自备药品或自备药品使用审批表填写不完整所造成的一切不良后果，由相关科室和责任人承担。情节严重的给予行政处罚。

附件：

1.泗洪县第一人民医院住院患者自备药品使用审批表

科室（病区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 姓名 | |  | | 性别 | |  | 年龄 | |  | 住院号 | |  |
| 诊断 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 使用自备药品理由：（第1/2项需药剂科负责人签字确认）  1.非本医疗机构常备药品，且无法通过“临时购药”途径采购。 □  2.病情急需，药剂科积极采购仍然无法供应。 □ | | | | | | | | | | | | | | |
| 自备  药品  信息 | 药品通用名称 | | 规格 | | 数量 | | 生产企业 | | | | | | 用法用量 | |
|  | |  | |  | |  | | | | | |  | |
| 药品来源 | | 批准文号 | | | | 生产批号 | | | 有效期 | | | 贮存条件 | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 患者使  用自备药品责  任状 | 使用该药后可能出现相关药物的不良反应。在根据病情，切实按用药操作技术规范使用自备药品的情况下，仍有可能发生以下难以避免的用药意外、并发症或其他情况：  患者因个体差异等特殊情况对药物发生过敏、中毒等不良反应，导致休克、心跳呼吸骤停、脑死亡、严重多脏器功能损害以及其他难以预料的意外和并发症等。  我已知晓使用该药后可能出现的药品不良反应或无效治疗、甚至有害治疗等情况，经慎重考虑，我对使用自备药品可能出现的风险表示充分的理解，并接受可能因药品质量问题造成的一切后果，以及自愿承担使用该药后产生的一切责任。  以上内容已知晓，自愿使用上述自备药品。  患者（家属）签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 科室  意见 | 科主任签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 药剂科意见 | 药剂科负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

备注：为确保患者安全，自备药品原则上不允许在本院使用。

**泗洪县第一人民医院患者自带药品使用知情同意书**

患者（住院号： ）因 疾病需要在外院或药店购买了药品 （生产厂家： 批准文号： 批号： ） ，现要求到泗洪县第一人民医院用上述药品治疗，我保证药品来源正规并按规定进行保存，购买发票复印件附后。

自带药品治疗存在以下问题：

1、因药品保存条件不符合要求，可能造成药品失效变质。

2、由于药品来源问题，可能存在假劣药品。医生无法从外观了解药品是否假劣和变质现象。

3、因存在上述情况，影响治疗效果和发生不良反应，造成病人损失和伤害。

4、使用该药后可能出现相关药物的不良反应。在根据病情，切实按用药操作技术规范使用自备药品的情况下，仍有可能发生难以避免的用药意外、并发症或其他情况。

5、患者因使用自备药品发生意外者，医院应秉持人道主义原则，积极履行抢救义务，但相关费用由患方承担。

上述问题医生已详细对本人告知，我已知晓使用该药后可能出现的药品不良反应或无效治疗、甚至有害治疗等情况，经慎重考虑，我对使用自备药品可能出现的风险表示充分的理解，并接受可能因药品质量问题造成的一切后果，以及自愿承担使用该药后产生的一切责任。

患者（家属）签名： 谈话医生：

亲属与患者的关系： 日期：

## 泗洪县第一人民医院药品召回制度

1. 响应国家食品药品监督管理局(SFDA)召回药品的文件。
2. 响应供方召回药品的文件。
3. 有下列情况发生的必须召回药品：

1）药品调配、发放错误；

2）已证实或高度怀疑药品被污染。

3）制剂、分装不合格或分装差错。

4）药品使用过程中发现或患者投诉并证实为不合格药品或存在安全隐患的。

5）药品监督管理部门公告的质量不合格药品、假药、劣药，召回药品。

6）已过期失效的药品。

7）生产商、供应商主动要求召回的药品。

1. 上述召回由药库通知各调剂部门。各调剂部门应及时收集药品后退回药库。药库将退回药品按规定放入不合格品区，听候处理或就地销毁或退回供方。供方开红单。
2. 近效期、原包装破损或有质量问题的药品由各调剂部门主动退回药库，药库退回供方，供方开红单或调换新品。
3. 接到上级部门的药品召回通知或国家通报的问题药品，药材科应及时通知各科室停止使用该药品，并将该药品从各病区和药房退回药库，等待处理。
4. 积极协助药品生产企业或药品供应商履行药品召回义务，按照召回计划的要求及时传达、反馈药品召回信息，控制和收回存在安全隐患的药品。

在医院发现使用的药品存在安全隐患的，应立即停止使用该药品，通知药品供应商，并向药品监督管理部门报告。

1. 调剂及发放错误的药品应紧急召回：分发错误的药品由责任部门负责召回，必要时报告科主任及院部。

在门诊发现发错药，首先应该第一时间通知病人，了解病人有否服用或使用，通知其回来处理。

住院药房应第一时间通知该病区护士，了解病人有否服用，通知护士尽快把发错的药品拿回药房处理。

药库通知各药房，尽快把发错的药品带回药库处理。

## 泗洪县第一人民医院药品损耗、报废处理制度

1. 报损药品包括：

1）为了突发群体事件的医疗需要而购进不能退换的药品；

2) 抢救必备的药品；

3）药品调剂过程中损坏的药品；

4）储存不当造成失效的药品；

5）药品拆零过程中损坏、污染的药品；

6）标签或安瓿上，品名或效期模糊的药品；

7）过期药品；

8）临床使用中发现安全隐患的药品。

1. 在库药品若有破损、原包装短缺等情况，应填写药品损耗、报废登记本，并作相应处理。
2. 药品损耗、报废登记内容应包括：日期、品名、批号、数量、金额、原因等项目。
3. 凡经批准报废的药品必须做好销毁工作，不得流失、随意丢失。
4. 对易燃易爆的危险品、毒、废药品，应报上级批准后，方可销毁，必须进行灭害化处理，并派人监督销毁。

## 泗洪县第一人民医院药物监控干预管理制度

1. 药材科每年度根据我院用药目录，选择价格单、适应症强、需重点保护的药品，进入重点监控药品目录，并按月统计其用量报医务室。
2. 每月分析重点监控药品用量，提出暴量（无特殊原因同比增加百分之五十）的药品名单。
3. 医务部、药材科确认药品暴量后，报分管院长批准进行限量。
4. 对被投诉滥用的药品，且确有证据证实有促销行为的药品，根据情节轻重，给予停药3-6个月直至退出本院用药目录的处理。
5. 对医师用药不合理而造成患者退药的，由门办、药材科汇总，交院考评会处理。
6. 药材科定期组织退出药品评估，同时应控制拟退出药品的存量。
7. 院药事管理委员会收到退出药品申请后，应积极组织论证，充分讨论，慎重决定。
8. 药材科接到院药事管理委员会退出药品核准决定后，与相关各方积极沟通，妥善处理退出药品的库存，并清出本院用药目录。
9. 一旦药品退出后，原则上不再进入本院用药目录。

## 泗洪县第一人民医院药品异动管理制度

为规范我院药品的采购，加强药品的使用管理和监控，保障药品质量，确保临床用药安全、有效、经济，根据《药品管理法》、《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《药品说明书和标签管理规定》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定本规定。

* 1. 药品异动定义

药品异动，是指药品信息变更、药品使用数量及药品其它情形的异常变化。

* 1. 药品异动的分类
     1. 药品信息异动

药品信息异动，指药品的剂型、规格、形状、最小包装量、价格、最小外包装、说明书、内外标签格式及内容、药品资质以及药品供应等发生的变动。

* + 1. 药品使用数量异动

药品使用数量异动，是指同一品种药品临床当月使用数量比前三月平均使用数量变动≥20%。

* + 1. 其他情形异动

其他情形异动，是指药品信息异动、药品使用数量异动之外的其他异动情形，如违规、违纪等不良行为造成的异动。

* 1. 药品异动的监管
     1. 药品信息异动的监管

1. 当药品的信息发生变更时，药品生产（经营）企业应遵照《药品说明书和标签管理规定》及时通报医院药材科，并出示书面的更改理由和省级以上药品监督管理部门的批准文件。
2. 药材科应对药品信息变更资料进行审核，经审核确认无误的，该药品可继续正常使用，否则暂停该药品的使用，上报院药事管理委员会研究决定是否继续使用。
3. 药材科应遵照药品验收、入库的相关规章制度，认真、仔细核对所有进库品种药品，如发现问题，应暂停该品种药品的使用，并按规定及时上报。
4. 药材科应定期查看药品信息的相关内容，如发现药品信息有变更，但未收到生产（经营）企业的相关书面通知的，应立即暂停使用并按规定上报。
5. 药材科定期搜集政府部门通告的药品重大异动信息，并及时报告院药事管理委员会以研究应对措施。
   * 1. 药品使用数量异动的监管
6. 信息处、医务部、质量管理办公室、纪委监察室定期监控药品使用数量。当月使用数量比前三月平均使用数量变动≥20%的药品，应立即上报院药事管理委员会合理用药管理小组。
7. 合理用药管理小组接到药品异动报告后，应组织相关部门初步调查药品异动产生的原因。经调查，属于合理因素导致异动的，继续正常使用；属于不合理因素导致异动的，立即提交院药事管理委员会，并立即通知药材科暂停该品种药品的使用。
8. 对暂停使用的药品，由医务部牵头，药材科、纪委监察室、公费医保办公室、门诊部、质量管理办公室、信息处等相关部门协作，详细调查异动原因，并将调查结果上报合理用药管理小组讨论。合理用药管理小组将讨论结果上报院药事管理委员会以做出处理决定。
   * 1. 其他情形异动的监管

医务部、纪委监察室、质量管理办公室、公费医保办公室等相关部门发现药品使用违规、违纪等异动情况、用量排名居前和发生严重不良事件的药品，由各部门履行监管职责，并及时上报合理用药管理小组进行讨论。

* 1. 药品异动的处理

对药品异动的处理由院药事管理委员会研究决定, 重大事项提交院部决定。医务部、纪委监察室、药材科等相关部门负责处理决定的执行。

* + 1. 对单个药品使用数量超1000个最小包装单位的医师，及时予以告知；经调查有违规使用药品行为的医师，予以诫勉谈话并记入个人医德考评档案和医师定期考核档案；当年度被诫勉谈话2次以上的，年度考核不得评优；考核年度被诫勉谈话3次以上或任职期间诫勉谈话累积5次以上的，暂缓职称晋升1次；情节特别严重的，按有关规定处理。
    2. 对无正当理由造成药品使用数量异常上升的，情节较轻者，及时警示相关科室和当事医师，责令其限期改正；情节严重者，酌情扣除科室综合目标考核分0.5-2分。
    3. 发生3次以上违反《医院感染管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》及相关规定不合理使用抗菌药物情况，或抗菌药物合理应用抽查合格率50%以下的，限制其抗菌药物处方权3-6个月。
    4. 发生3次以上未按诊疗规范、药品说明书开具处方，或药品合理应用抽查合格率50%以下的，限制其相关药物处方权3-6个月。
    5. 因开具处方牟取私利或限制处方权期间发生2次以上未按诊疗规范、药品说明书开具处方的，取消当事医师处方权，离岗学习3-6个月，期满后经考核合格的，方可再次申请获取处方权。
    6. 对异动药品及药品生产（经营）企业的处理

1. 药品生产（经营）企业未及时通报药品信息异动的，立即停止该企业相关药品的使用。经药品异动信息调查后，再行研究决定是否恢复使用，由此产生的一切不良后果由该企业承担。
2. 对于无正当理由发生异动的药品，对其生产（经营）企业进行诫勉谈话。
3. 对于无正当理由发生2次及以上异动的药品，经查实存在不合理用药行为的，暂停其使用，并由药品生产（经营）企业承担由此产生的一切不良后果。
4. 对于存在不合理使用现象的药品，视情节限制其临床应用的数量、应用科室及医师。
   1. 本规定自发布之日起实施，由院药事管理委员会负责解释。

## 泗洪县第一人民医院冷链药品管理制度

为保障冷藏药品质量，规范冷藏药品的运输、储存保管和养护行为，提高管理水平，根据《药品管理法》、《药品管理法实施条例》等法律、法规，制定本制度。

内容：

1. 冷藏药品的运输必须用冷藏箱，领取冷藏药品时必须配置相应的冷藏设备。
2. 冷藏药品在运输过程中，冷藏药品发放、运送、接受人员要进行温度监测记录。
3. 冷链设备必须做到专物专用，不得挪作它用。
4. 冷藏药品要进入冷链系统保存，并由专人负责保管。
5. 冷藏药品保存期间要进行温度监测，每天上班后和下班前各测量1次冷藏药品温度，并如实记录监测结果；做好停电、停机、故障维修记录，管理员因故外出不能进行日常监测时做好交接班。
6. 储存的冷藏药品要摆放整齐，冷藏药品与箱壁，冷藏药品与冷藏药品间应留有1-2cm的空隙，冷藏药品要按品名和效期有序分类摆放。
7. 冷链设备要经常进行保养，经常保持电冰箱的清洁，做到无灰尘、无污染，电冰箱蒸发器结霜温度超过4小时要及时化霜和除霜，长期停止使用时，应将箱内外擦净，每周开机2小时。冷藏箱和冷藏背包使用过擦净水迹，保持箱内干燥和清洁。

8. 冷链设备出现异常或故障应及时报告，由专业人员进行检查和修理，非专业技术人员不得随便拆卸。

9. 制定我院冷藏药品目录。

|  |  |
| --- | --- |
| 泗洪县第一人民医院冷藏药品目录 | |
| **药品** | **规格** |
| 垂体后叶注射液 | 1ml:6u/支 |
| 盐酸丁卡因注射液 | 5ml:50mg |
| 注射用尿促性素 | 75单位/支 |
| 注射用绒促性素 | 2000单位/支 |
| 重组人干扰素α2b注射液 | 300万/支 |
| 静注人免疫球蛋白(pH4) | 2.5g(5%:50ml) |
| 卡前列素氨丁三醇注射液 | 1ml：250ug/支 |
| 胰岛素注射液 | 400u/支 |
| 破伤风抗毒素 | 1500iu/支 |
| 凝血酶冻干粉 | 500IU/瓶 |
| 苯磺酸顺阿曲库铵 | 10mg/支 |
| 双歧杆菌三联活菌散 | 2g\*6包 |
| 阴道用乳杆菌活菌胶囊 | 0.25g×5粒(阴道用)/盒 |
| 重组人促红素注射液(CHO细胞) | 1ml:3000IU×1/支 |
| 重组人干扰素a2b阴道泡腾胶囊 | 80万IU×4粒/盒 |
| 重组人粒细胞刺激因子 | 200ug:1.2ml/支 |
| 卡前列甲酯栓（低于-5度） | 0.5mg/支 |
| 马来酸麦角新碱注射液 | 1ml:0.2mg |
| 猪肺磷脂注射液 | 1.5ml:0.12g |

## 泗洪县第一人民医院药品盘点制度

目的：规范药品盘点行为，提高管理水平。适用范围：药材科全体人员。责任人：药材科各部门负责人、质控管理人员

内容：

1. 药库、药房每月进行一次统一的月盘点。盘点工作由各部门组长负责组织，药材科主任统一协调。
2. 药库、药房月盘点的时间为每月的最后一个工作日，季盘点为当月的最后一天。
3. 为便于复核，盘点当日，各库原则上不得进行出入库操作。
4. 盘点之前整理药品批号，按序排放，近期排列在前。
5. 药库、药房对库存的所有药品进行盘点清查，盘点表中所列药品按货位码排序。盘点时根据盘点表对货位码上的药名、规格、批号进行逐一核对，清点数量并登记。对盘点数据有修改的，将原数据用一斜杠划掉，在其右上角重写数据。
6. 对于盘点表中暂没有列入的药品，盘点结束时立即确定货位码，并添加至盘点表中。
7. 盘点结束后，由药材科督导小组组织人员对盘点情况进行随机抽查。品种抽查复核率不低于3%。
8. 盘存结束后，由各部门将盘点表按统一格式输入电子表格，上交至会计处，由总账会计复核并交至药材科主任审核并存档备查。
9. 药库、药房盘盈、盘亏查找原因，并再次盘核，不符的，详细说明。
10. 药房月盘点的时间为每月的最后一个工作日，季盘点为当季的最后一天。
11. 各部门盘点开始前，必须结清所有出入库清单及业务。
12. 统一各药房盘点开始时间。
13. 盘点期间除急诊、住院患者抢救药品外，停止业务操作。如有业务发生，需对盘存数进行调整。
14. 对盘点期间药房发药的数据，按药品名称、规格、批号、效期数量、作业时间进行手工登记。
15. 明确账前账后的计数概念，在盘点开始后处方的药名旁做记号。
16. 实盘结束后记录结束时间，并根据盘点期间处方上的调配数量对盘存数进行调整。
17. 盘点期间发生业务时，盘存数的调整原则为：药品盘点后发生的调配数量不计数；盘点前发生的调配数量须加上盘存数。
18. 盘点结束后，应即时将盘点数据导入系统中，并复核无误；系统将当月药品消耗结存量导出，以便核对。

## 泗洪县第一人民医院药品上架管理制度

目的：为保证药品质量和环境整洁，规范药品上架行为，提高管理水平，制定本制度。

适用范围：药材科全体人员

责任人：药材科各部门负责人、质控管理人员

内容：

1．药房应配备与医疗规模相适应的药品货架及柜台并保持清洁卫生。

2．药品应按品种、用途或剂型分类摆放，标签放置正确，字迹清晰。

3．按药品的药理类别布局，内服药与外用药应分柜存放，标志明显清晰。

4．需冷藏的药品存放在符合规定的冷藏设施中。

5．特殊管理药品专柜存放，专人管理，双人双锁，有安全防盗设施。

6．拆零药品存放于拆零专柜，并保留原包装和标签。

7．药架上的药品应避免阳光直射，需避光、密闭储存的药品应有防护措施。

8．凡上架的药品，应按月进行检查，并做好药品质量检查记录，发现质量问题及时下架，暂 停使用，放入不合格药品柜，做好登记，并报分管主任处理。

## 泗洪县第一人民医院废弃药品包装处置管理制度

为加强医院废弃药品包装处置管理，规范废弃药品包装处置行为，根据卫计委办公厅《关于加强医疗机构废弃药品包装处置管理工作的通知》（卫办医政函〔2012〕681号）、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》（卫医发〔2005〕438号）、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》（卫计委令36号）等文件精神，特制定此制度。

1.废弃药品包装定义：废弃药品包装是指医院内废弃的药品内外包装盒、直接接触药品的包装材料和容器等。

2.废弃药品包装处置管理

1. 各调剂部门负责人指定和管理临时收集人员。
2. 废弃药品包装收集点有醒目标示牌。
3. 临时收集人员负责本部门废弃药品包装处置工作。
4. 各调剂部门严格按照有关管理规定做好麻醉药品、 第一类精神药品废弃空安瓿、贴剂的回收、核对和记录。
5. 药材科定期将麻醉药品、第一类精神药品失效、破损情况汇总，报院领导审核批准后，登记、销毁。
6. 各调剂部门定期将回收的麻醉药品、第一类精神药品废弃空安瓿、贴剂，在监督者的见证下，由销毁者销毁。
7. 单包装金额达500元以上的贵重药品包装应先进行损形（撕或剪）处理并进行登记。
8. 毁形后的废弃药品包装，统一收集后交由医院相关部门处置。
9. 本制度解释权归医务部和药材科。

## 

## 泗洪县第一人民医院药物临床应用管理评价制度

1. 药师协助抗感染办公室及各临床科室负责制定本院抗生素使用规范和评价检查。
2. 药师负责不良反应报告的收集呈报与合理用药宣传教育。
3. 药品质量管理组织负责药品质量监督管理。
4. 抗菌药物使用管理。结合本院实际，药师协助抗感染办公室及各临床科室制定本院抗生素使用规范，并协同医务部及抗感染办公室，定期对院内抗生素的使用进行评价与检查。
5. 药物不良反应监测报告管理。药材科的药物不良反应报告员每月按时将全院各科送交的药物不良反应报告情况整理和汇总并上报。
6. 药物疗效及安全性管理。定期分析本院药物使用情况，积极组织评价本院所用药物的临床疗效与安全性，提出淘汰药品品种意见。
7. 毒、麻、精神药品使用管理。药材科组织检查毒、麻、精神等药品的使用和管理情况，发现问题及时纠正。
8. 主动开展合理用药宣传。临床药师组织药学教育、培训和监督、指导本院临床各科室合理用药。
9. 药品质量监督管理。由药材科及其下设各专业小组主要负责人组成药品质量管理组织，在院药事管理委员会的领导下对药品进行质量监督管理工作：搜集和整理日常药品质量信息；监督各部门药品质量管理工作；药品采购、使用管理；药品不良反应报告的情况等。

## 泗洪县第一人民医院退药管理制度

为加强药品的规范管理，保证药品质量和患者用药安全，防止因退药引起的医疗纠纷，根据《药品管理法》、《医疗机构药事管理办法》等法律法规有关要求，结合我院实际，制定本规定。

1. 门诊药房退药管理制度

药品是一种特殊商品，凡属下列情况，一律不得退药：

1. 无原始相应收费凭据的。
2. 包装受损（如破损、有污渍、输液药品粘有病人姓名等非药品标示或有粘贴痕迹等）、药品质量发生变化的。
3. 药品有特殊保存要求院方无法控制的（如：要求冷处保存药品等；要求避光保存的药品裸瓶不得退药）。
4. 不能提供完整最小包装的拆零药品。
5. 传染病用药。
6. 麻醉、精神、毒性等特殊药品（麻醉药品免费回退待销毁除外）。
7. 一般情况下超过15日发出药品不得退药。

在确认患者属我院就诊购药，能提供购药原始票据的情况下，在保障药品质量前提下，对符合下列条件之一的情况，可予退药：

1. 患者在用药过程中出现过敏反应或其它不良反应，无法继续使用的。
2. 确属处方用药不当（禁忌症、超治疗用量、重复用药等），患者不宜继续使用该药的。
3. 患者因病情变化，或门诊转住院，需要调整治疗方案的。
4. 病员在院死亡后，未使用完的药品。
5. 其他医方责任导致患者不能继续使用的。
6. 药品的内外包装无破损、无污迹，可继续使用。
7. 药品品名、规格、批号等与我院发出的药品完全一致。

退药程序：

1. 门诊病人需提供用药原始凭据，确认病人确有使用本院药品。
2. 医师填写《临床科室退药申请表》，门诊病人直接到药房窗口。
3. 药房工作人员核对药品品名、规格、厂家、批号是否与药房发出药品完全一致，详细检查回退药品质量，做出同意退药与否意见。
4. 药房工作人员按照患者收据单号核查所退药品数量，将缺少的药品写在收据的上方，嘱患者去收费处交费。
5. 核对新收据；无误后，药房工作人员在原收据和处方上双人签字（不能用签章），在电脑上执行退药；处方留在药房，收据交患者。
6. 患者持收据到收费处退费。
7. 病区药房退药管理制度
   1. 一般情况药品一经发出，如无质量问题，一律不得退换。
   2. 住院病人如停止医嘱、转科、转院、死亡等特殊情况，不再使用某种药品，或病人使用过程中发生相关不良反应，不能继续使用该药品时，科室可到药房办理退药手续。
   3. 退回的药品要保证包装完好、无污染，已拆封或标签脱落、包装破损、变形污染的药品不得退回。
   4. 冷藏保存的药品如必需退回时，可以记账，但不得收回实物。
   5. 拆零的口服药一律不退。
   6. 住院病人由经主治医师、护士核对住院医嘱，确定退回药品必须是我院药房发出的，其批号要与药房现存药品或最近一批药品的批号一致。
   7. 退药必须由主管医师填写退药申请单，说明退药原因，由科主任审核签字，交病区药房确认后方可进入退药流程，超过3天以上的医嘱不予以退药。
   8. 退药必须由本院医务人员到药房办理，禁止病人或病人家属到药房办理退药手续。

退药其他相关规定如下：

* + 1. 退药时间：为确保药品安全，中班、夜班除特殊情况外均不办理退药。
    2. 临床医师应严格按照《处方管理办法》的有关规定开具处方，遵循“最小有效剂量，最短必须疗程”的用药原则，做到合理用药。
    3. 临床医师在开具处方时，应认真询问患者既住用药信息，了解药物过敏史，耐心告知药物治疗计划及药物可能产生的不良反应及并发症，指导其正确用药方法。
    4. 药剂人员必须严格执行操作规程和处方管理制度，严格把好发药关，对不合格处方要主动与处方医师联系及时纠正，对有配伍禁忌、超剂量的处方，药剂人员应拒绝调配。
    5. 药剂人员应加强药学服务，履行告知义务，通过药物咨询窗口，主动为患者提供用药咨询服务，提高患者用药依从性。
    6. 工作人员加强工作责任心，避免由于自身差错造成的退药。
    7. 各科室医师不合理退药情况按月上报质管部，纳入临床科室质量考核；因临床用药不当必须退回的药品造成经济损失的，报财务科由相应责任人负担。
    8. 因厂家药品质量存在问题的无条件予以退药，并及时上报领导处理。

## 泗洪县第一人民医院药品安全性监测管理制度

责任人：药材科全体工作人员

内容：

1. 药品在院内流通和使用的整个过程都存在安全性问题，为确保患者用药安全，特制定本制度。
2. 严格药品的购进、验收、储存、领用、使用等各环节管理，加强药品质量监测。
   1. 药品的购进应严格按照《药品采购制度》执行，采购员应认真审核药品供应商和药品生产厂家的相关资质，首营品种、首次供货企业应按照《首次采购品种审核管理制度》、《首次供货企业审核管理制度》执行，首营药品采购一个月后，根据《首营药品用药反馈制度》要求应及时发放调查表，及时了解临床用药相关信息。
   2. 购进药品的检查验应按照《药品检查验收制度》执行，必须进行药品内外包装及标识的检查，生物制品、进口药品应有相关检验报告书，验收合格的药品方可办理入库。
   3. 各药房对于发出退回药品的验收，应逐批进行质量检查，验收到剂量最小包装，验收合格方可收回。
   4. 药库应按照药房的“药品领用单”进行药品发放，认真核对品名、规格、产地、请领数量，药房领药员应按照领用单认真检查，确认无误后方可领回。
   5. 药房调剂人员应严格按照“四查十对”原则审核、调配、核对及发放药品。
   6. 病区药品应严格按照《病区备用药品管理制度》执行，每月定期进行药品效期、药品数量、药品质量等相关检查，保证患者用药安全。
3. 加强药品不良反应监测，严格按照《药品不良反应监测和报告制度》进行不良反应报告的填写和上报。
4. 及时了解医务人员、患者对药品的评价、意见及建议，加强药品缺陷监测。
5. 加强药品调剂各环节安全隐患监测，减少发生差错的概率。
6. 合理使用药品，降低用药风险。

## 泗洪县第一人民医院药害事件监测报告管理制度

药品安全危害事件（以下简称药害事件）是指突然发生，对社会公众健康造成或可能造成严重损害的重大药品质量事件、群体性药害事件、严重药品不良反应事件、重大制售假劣药品事件及其他严重影响公众健康的突发药品安全事件。

根据药品突发事件的性质、危害程度、涉及范围，可能或已经对社会造成的不良影响，将突发事件分为三个等级。

一级：重大药害事件。指药害事件在全院范围影响大，波及范围广，蔓延势头紧已经发生一人以上死亡、或者三人以上重伤、或者致人严重残疾、或者十人以上轻伤或者其他严重后果严重的事件。

二级：较大药害事件。指药害事件在医院范围影响扩大，蔓延势头有升级趋势，已经导致一人重伤、或者五人以上轻伤或者其他严重后果的事件。

三级：一般药害事件。指药害事件在一定区域内造成较大影响，危害较为严重，具有较为明显的蔓延势头，已经导致一人以上、五人以下轻伤或其他严重后果的药品药害事件。

1. 组织机构与职责
2. 医院成立由院长任组长、有关分管院长为副组长、相关科室负责人为成员的药害事件应急工作领导小组（以下简称领导小组），负责全院药品药害事件应急处理的领导指挥、协调和决策工作。
3. 领导小组下设办公室，负责药害事件的组织协调和处理日常工作，包括收集、分析和综合有关药品安全检测信息，提出预警建议。
4. 领导小组办公室下设综合、督导和后勤保障三个工作组。

1）综合组主要职责是组织、协调和实施药害事件应急工作预案；药害事件发生时，组织协调相关部门联动和配合；建立药害事件处理责任制和责任追究制，对有关责任人提出处理意见；组织撰写总结报告；及时与新闻媒体联系，通报或发布有关情况。

2）督导组主要职责是深入现场，调查取证、收集药害事件第一手信息资料，根据事件的势态，必要时依法采取行政强制措施，向领导小组办公室报告现场情况，提出相关的措施建议，根据领导小组决定迅速采取有效措施控制事态蔓延。

3）后勤保障组主要职责是经费保障、车辆调度等后勤服务工作。

1. 药害事件的报告制度
2. 医院任何科室和个人有权及时向领导小组报告药害事件。药害事件的发生单位负有及时向有关部门报告药品药害事件的义务。
3. 各医疗科室在获悉有关药害事件信息时，应立即向领导小组办公室报告，重大药害事件信息需在2小时内上报，不得隐瞒、缓报和谎报。
4. 各医疗科室在接到药害事件的信息或报告后，应立即进行情况调查、分析和汇总，在规定时间内上报领导小组办公室，重大药害事件可越级上报。
5. 根据药害事件的发展势态，应急报告分为初次报告、动态报告和总结报告。

初次报告内容：事件发生的时间、地点、涉及人数、潜在影响、发展趋势分析、拟采取的措施等。

动态报告内容：根据药害事件的发展趋势，及时报告药害事件的发展、变化以及采取的应对或处理措施。

总结报告内容：主要包括事件的因果分析和应对措施的探讨，对今后类似事件的防范和建议等。

1. 各医疗科室在接到药害事件信息报告后，应在1小时内报告领导小组办公室；领导小组办公室在接到报告经核实情况后，根据药害事件的性质，在2小时内报告市食品药品监管局同时报同级人民政府。
2. 药害事件的处置程序

药品安全事件发生后，按照药害事件的性质和等级分别采取以下三套应急程序进行处置。

第一套程序：发生一级药害事件时启动。

1. 接到药害事件报告后，院领导小组及办公室应立即进入应急状态，对报告的内容进行核实，确认后下达指令，督导组尽快赶赴现场，同时报告同级人民政府和市食品药品监管局。
2. 到达现场后应立即组织、协调有关部门开展以下工作：采取紧急措施，控制事态发展；协助医疗卫计委门，开展伤员救治工作；查明事件原因，依法提取有效证据；对有证据证明可能危害人体健康的药品及其有关证据材料采取查封、扣押等行政强制措施，对质量可疑的药品进行抽样送检；已流入社会的有毒有害物品立即采取紧急控制措施，对源头和流通、使用渠道进行全面监控。必要时会同公安、卫生等有关部门，迅速组织协调有关单位采取紧急控制措施，以控制药害事件的进一步发展。
3. 现场处理工作实行动态报告制度。即每4小时一次向院应急工作领导小组和当地政府报告药害事件的应急工作情况，以便及时采取有效措施，控制事态的发展。
4. 院应急工作领导小组实行领导在岗、车辆备勤、通讯畅通，有关人员都要服从所在单位的统一调度。
5. 院应急工作领导小组，加强应急值班制度，设专门值班室，安排双人24小时值班电话，做好记录。
6. 加强与新闻媒体的沟通，及时向媒体发布药害事件的动态，公正舆论，稳定人心，消除恐慌。
7. 加强后勤保障工作，各级有关单位要保障交通工具及其他所需物品的及时提供。

第二套程序：发生二级药害事件时启动。

1. 接到药害事件报告后，院应急工作领导小组应立即进入应急状态，对报告的内容进行核实，确认后下达指令，派出督导组立即启动相应的应急预案，在第一时间内赶到现场。
2. 到达现场后应立即组织开展以下工作：采取紧急措施，控制事态发展；协助医疗卫计委门，开展伤员救治工作；查明事件原因，依法提取有效证据；对有证据证明可能危害人体健康的药品及其有关证据材料采取查封、扣押等行政强制措施，对质量可疑的药品进行抽样送检；已流入社会的有毒有害物品立即采取紧急控制措施，对源头和流通、使用渠道进行全面监控。必要时会同公安、卫生等有关部门，迅速组织协调有关单位采取紧急控制措施，以控制药害事件的进一步发展。
3. 现场处理工作实行动态报告制度。即每8小时一次向院应急工作领导小组报告药害事件的应急工作情况，以便及时采取有效措施，控制事态的发展。
4. 院应急工作领导小组的有关人员都要服从所在单位的统一调度，休假人员立即返回工作岗位，开通通讯工具，保持通讯畅通。
5. 院应急工作领导小组要加强应急值班制度，设专门值班室，安排双人24小时值班电话，做好记录。
6. 加强与新闻媒体的沟通，及时与新闻媒体联系，通报有关情况，稳定势态。

第三套程序：发生三级药害事件时启动。

1. 接到药害事件报告后，院应急工作领导小组立即进入应急状态，畅通应急通讯联络系统，及时调度和综合、分析、汇总应急工作情况，向领导小组报告。
2. 院应急工作领导小组要立即启动相应的应急预案，派工作组于1小时内赶赴现场，迅速组织开展药害事件的调查及现场处理工作。每12小时一次向院应急工作领导小组报告一次药害事件的应急工作情况，以便及时采取有效措施，控制事态的发展。
3. 院应急工作领导小组的有关人员都要开通通讯工具，保持通讯畅通。
4. 院应急工作领导小组要加强应急值班制度，设专门值班室，安排双人24小时值班电话，做好记录，及时向领导汇报。
5. 加强与有关部门的协作开展应急工作。领导小组办公室主动与有关政府部门联系，沟通情况，通报信息，协调工作。
6. 联系新闻媒体或通过网站，发布有关药害事件信息以及采取的应对措施。
7. 其他应对措施。

三套程序由领导小组组长下达指令，启动第一套程序时，应同时报告市食品药品监管局。

## 泗洪县第一人民医院用药错误监测报告制度

为了加强临床用药的安全性，减少用药错误的发生，制定用药错误监测报告制度。

1. 监测范围
2. 临床用药过程中的用药错误。如由于医嘱错误、医嘱转录错误及护士加药错误或输液错误等。
3. 药品调剂过程中的用药错误。如调剂错误或由于发药交代不清造成的用药错误。
4. 监测报告责任人
5. 药材科、医务部负责用药错误的监测报告工作。
6. 临床用药中出现的用药错误应立即报告医务部。
7. 调剂过程中出现的用药错误立即报告部门负责人及分管科主任。
8. 改进工作重点
9. 了解院内外发生的用药错误类型，用于预防用药错误，改进用药环节和培训员工，用于预防此类错误重复发生。从制度上、管理上查找原因，总结经验、吸取教训。

对员工进行有计划的教育培训，药师、医师、护士都要参与用药错误培训。

## 泗洪县第一人民医院药品不良反应监测报告制度

药品不良反应监测与报告是保障患者用药安全，提高合理用药水平的重要措施，也是一项责任重大的工作，根据国家药品监督管理局和卫计委下发文件，特定本制度。

1. 此制度适用于全院科室，对临床、职能部门及医技科室均有约束与要求。
2. 在医院药品不良反应监测委员会领导下开展工作。
3. 药材科内设院药品不良反应监测中心和专职监测员，负责全院药品不良反应监测与上报工作。
4. 医院各临床科室的护士长及住院总医师为本科室兼职药品不良反应监测员，负责本科室药品不良反应的收集与上报。
5. 医院药品不良反应监测中心向上级药品不良反应中心领取报告表格和有关软件，并发放给各临床科室监测员。
6. 临床科室监测员发现药品不良反应可疑事件或药害事件后，及时督促本科室有关医师或护理人员按规定填写报告表，并呈报给院药品不良反应监测中心，发现药品严重不良反应后，医护人员应对患者积极救治、严密监护，保持医疗记录的完备，同时在第一时间上报院不良反应监测中心，收集并保存可疑药品及物品。
7. 院药品不良反应监测中心收到药品不良反应上报信息后，立即赶赴现场会同医护人员对患者不良反应发生情况进行核实分析，审查药品不良反应报表的填写。中心将ADR报告做分析预评筛选工作，根据需要将收到的材料按类别分送专家组有关人员分析评议。
8. 院不良反应监测中心接收到药品新的或严重不良反应报告后，立即赶赴现场进行核实与调查分析，需要时将调查材料送予专家组分析评估，指导医护人员填写报告表，如遇药品严重不良反应需补充填写“药品严重不良反应/事件调查分析表”，并对相关的药品及物品进行保存。
9. 院不良反应监测中心将收集到的“药品不良反应/事件报告表”和其他药品不良反应信息按有关规定定期向上级ADR监测机构上报。一般的药品不良反应30日上报一次；严重、新的不良反应病例尽快诊治和处理，并在15个工作日内向上级监测机构报告，遇见导致死亡的药品严重不良反应病例应立即上报上级监测机构。
10. 院药品不良反应监测中心汇总药品不良反应报告资料，对本院收集到的药品不良反应报告和监测资料定期进行分析评价与总结，印发专辑作为资料保存。每月将当月接收到的药物不良反应信息归类汇总，每月将当月的药品严重不良反应报告作分析总结，一同上报医院相关部门。
11. 院药品不良反应监测中心应认真保存所有上报的“药品不良反应/事件报告表”及不良反应监测文件资料，药品严重不良反应的调查分析表与报告表及分析总结材料应单独存档。未经国家药品监督管理局公布的药品不良反应监测统计资料，不得外传。
12. 每年年终院药品不良反应监测中心统计各科室药品不良反应及药害事件上报情况，评选先进集体与先进监测员，对主动、积极上报的集体、个人给予表扬与嘉奖。
13. 定期向分管领导汇报，出现问题及时请示汇报。

## 泗洪县第一人民医院药品分装工作制度

1. 分装药品时必须认真核对药品的品名、数量及规格是否与药袋上注明的一致。
2. 分装药品、包装袋上要标明药品、数量和分装日期，药袋封口要牢。
3. 分装药品时严格执行消毒隔离制度，防止药品污染和变质。
4. 同一分装台上不得同时分装两种药品，防止药品互相混杂。
5. 分装完毕应及时清场，现场不得有遗留物。
6. 分装记录应完整，项目包括：药名、规格、批号、效期、厂名、数量、日期、分装规格及分装人、核对人。
7. 保证各药房包装药品的及时供应。

## 泗洪县第一人民医院药材科信息系统应急预案

1. 门急诊药房
2. 信息系统突发故障，听从现场指挥及时疏导滞留病员，做好解释工作，开足发药窗口，手工配发药品。
3. 对故障时就诊的门急诊病员，根据诊室医师开具的处方，按照手工收费操作流程，配发药品，同时保存好病人处方。
4. 急诊急救、危重病人，采取“先治疗后收费”的应急流程，具体如下：
5. 暂押病人或代办人的有效身份证件（身份证或医保IC卡），根据医师处方，配发药品，同时保存好病人处方和有效身份证件。
6. 应急情况下无有效身份证件的，采取依据处方药品价格暂收取押金的方法，并给予当事人双方签字确认的一式两份收条，根据医师处方，配发药品，同时保存好病人处方、收条和暂收取的押金。
7. 待信息系统恢复后根据统一部署配合相关部门，提供暂存的病人手工处方作电脑信息输入收费后，药房再行电脑发药确认。
8. 住院药房

住院药房如遇信息系统故障，按照医生手写医嘱，开具医师处方，配发药品，待信息系统恢复后正常运行后，手工处方作电脑输入，药房再行电脑发药确认。

## 泗洪县第一人民医院处方/用药医嘱审核干预制度

为了规范我院处方调剂，促进合理用药，保障医疗安全，根据《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《处方管理办法》等有关法律法规，制定本制度。

1. 药师应在处方调剂之前,根据临床应用指导原则、临床路径、临床诊疗指南和药品 说明书等对处方/用药医嘱的合理性进行审核。

2. 药品调剂部门具有药师以上专业技术职务任职资格的人员承担处方/用药医嘱审核工作。

3. 药品调剂部门审核的处方/用药医嘱包括门诊/急诊处方笺、住院病人口服药用药医嘱、住院病人注射剂用药医嘱、特殊管理药品(麻、精、毒、放射性药品)处方、出院带药处方。

4. 审核的内容包括处方/用药医嘱的合法性、完整性、合理性。

5. 门诊/急诊处方审核内容包括：

1. 检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、规范、完整，并确认处方的合法性；

（2）门诊处方一般不得超过7日用量,急诊处方一般不得超过3日用量，对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由；

（3）规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；

（4）处方用药与临床诊断的相符性；

（5）单次剂量、用法的正确性；  
（6）选用剂型与给药途径的合理性；  
（7）是否有重复给药现象；  
（8）是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；

（9）是否有药品使用禁忌症或其它用药不适宜情况。

7. 住院病人口服药用药医嘱审核内容包括：

1. 医嘱信息是否完整、规范；

（2）住院病人口服药实行单剂量调配；

（3）包括门诊/急诊处方审核内容的（3）—（9）项。

8. 住院病人注射剂用药医嘱审核内容包括：

（1）包括全部住院病人口服药用药医嘱审核内容；

（2）住院病人注射剂实行日剂量调配；

（3）确认多种静脉药物配伍的适宜性，分析药品的相容性与稳定性；

（4）确认选用溶媒的适宜性；

（5）确认药品与包装材料的相容性。

9. 特殊管理药品处方审核内容包括：

（1）是否使用相应的专用处方开具特殊管理药品；

（2）处方前记、正文和后记书写是否清晰、规范、完整，并确认处方的合法性；

（3）未整支使用的药品是否注明剩余量的废弃处理，以及是否具有医护双签字；

（4）处方药品品规、处方用量是否符合相关法律法规；

（5）包括门诊/急诊处方审核内容的（4）—（9）项。

10. 出院带药处方审核内容包括：

（1）处方总金额不得超过300元；

（2）出院带药处方不得开具注射剂（胰岛素除外），处方药品不得超过15日量；

（3）包括全部住院病人口服药用药医嘱审核内容。

11. 处方/用药医嘱审核结果包括合理处方/用药医嘱和不合理处方/用药医嘱。不合理处方/用药医嘱包括不合法处方/用药医嘱、不规范处方/用药医嘱、不适宜处方/用药医嘱及超常处方/用药医嘱（包括：①无适应证用药；②无正当理由开具高价药的；③无正当理由超说明书用药的；④无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的）。

12. 药师对不合理处方进行有效干预，及时与医师沟通。

1)药师经处方/用药医嘱审核后，认为是不合法或超常处方/用药医嘱，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并应当记录，按照有关规定报告处理。

2)药师经处方/用药医嘱审核后，认为是不规范或不适宜处方/用药医嘱，应当告知处方医师，请其调整并签名，否则不得调剂。因病情需要的超剂量等特殊用药，医师应再次签名确认，否则不得调剂。对处方/用药医嘱存在错误而医师不同意修改的，应拒绝调配，并报上级协调解决。

13. 审方药师每日将不合理处方/用药医嘱统一分类归档，每月对不合理处方/用药医嘱进行汇总、分析，并能提出处方/用药医嘱改进建议，提高合理用药水平，保证患者用药安全。

## 泗洪县第一人民医院药材科文件管理制度

1. 文件的管理
2. 文件不得外借、流失。
3. 文件的起草、修订、审批、分发、保管等有相应的程序和规定。
4. 文件应定期审阅，及时修订。
5. 建立文件总目录，发放新版文件时同时收回旧版文件。旧版文件不出现在各工作部门现场。
6. 各种记录内容要真实，字迹要清晰，按规定的期限保存。
7. 文件的起草、发布、修改
8. 由专人负责编写、修改本部门相关文件，本科任何员工都可以建议编写新的文件、修改或废除现行的文件。
9. 在文件编写过程中应征求文件所涉及部门的意见，讨论协商，达成一致，使文件的实施具有可操作性。
10. 文件的起草、文件的修改均需经科主任核准后才能发布生效。
11. 文件编号规则

本部门文件编号规则按规定执行。

1. 文件的废除

文件的废除由小组提出书面意见科主任组织审阅和批准。

1. 文件的分布及保管
2. 正式签发的文件称为文件的原件，由科室统一保存，并定期归档。
3. 根据各小组的需要，由科室统一向院质控办提出申请，批准后将复印件分发给各小组，各小组收文后签署姓名、日期。
4. 经批准废除的文件，应通知有关小组，在分发通知时收回被废除的原文件。
5. 收回的原文件应由科室向院质控办提出申请，批准后统一销毁。
6. 科室保存全部文件的索引，该索引应及时、准确。索引的内容包括：文件的名称、编号。每次发布新的文件或发布修改后的文件时，必须修改文件的索引。

## 泗洪县第一人民医院药材科安全管理制度

1. 严格执行《中华人民共和国药品管理法》及有关药政法规，保证安全用药。
2. 在采购药品时，必须严格执行有关规章制度，杜绝假、劣药品进入医院，确保药品质量。
3. 在调配处方时，严格执行“四查十对”制度（查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、规格、数量、标签；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断）。
4. 急诊药房坚持24小时值班制度。认真、积极地配合临床抢救和治疗工作。
5. 必须严格麻醉药品管理，做到“五专”（专人保管、专柜加锁、专用处方、专用帐册、专册登记）；严格精神药品、医用毒药和贵重药品的管理，坚持盘点制度，做到帐物相符。
6. 危险品仓库做到“三铁一器”（铁门、铁窗、铁栏杆、报警器）和专人保管，科内定期组织检查。
7. 下班前关好门、窗、水、电，做好预防事故、预防案件工作。
8. 严格遵守院内各项行政管理制度，加强临时工的管理，杜绝各类行政事故的发生。
9. 计算机安全管理。

1) 各小组工作人员负责其所操作的计算机的开机及关机，在自己的权限内进行操作，随时检查计算机运行状态是否正常，如遇问题及时处理并上报。

2) 每个操作人员必须使用自己的密码登录，不准使用他人密码进入运行程序。

3) 计算机线路铺设由信息科负责，不得私拉乱接。

## 

## 泗洪县第一人民医院药材科信息管理制度

目的：建立药材科信息管理制度，规范信息形成、保存和使用行为，提高质量管理水平和效率。

责任人：药材科全体人员。

内容：

1. 本制度对药材科各类信息的形成、保存、使用进行了规定。
2. 信息指在药学服务、生产、科研、教学等过程中形成的涉及药品的采购、储存、使用情况，患者情况、开方医师情况，计划、预算、决算等药品技术、经济信息，制剂处方、工艺、检验标准、生产计划等生产信息，新药和新制剂的研究计划、资料、数据等科研信息，教学计划、教案等教学信息，各种检查、考核的结果、记录、档案等管理信息，包括：处方、账簿、凭证、记录、表格、报告、论文、教案、数据、图片、声音资料等各种形式的文字情报和电子文件。
3. 药品信息的形成

1)各信息形成点须保证所形成信息的准确、完整、可靠。在信息形成点从事工作的人员必须对所形成信息的准确性、完整性、可靠性负责。

2)信息形成点包括医院药事管理委员会记录工作、采购计划形成、入库记录工作、请领单据形成、库房发药记录、药品使用单位接收药品记录形成、划价、处方核销、药品数据修改、清点数据形成、记账和财务处理、制剂处方和工艺拟订、生产计划形成、投料记录形成、操作记录形成、检查检验技术报告形成、研究计划形成、原始记录形成、数据处理、管理人员常规和临时报告形成等。

1. 信息的保存

1)验收记录、入库单据、处方、药品使用记录、账簿、凭证、检验报告、原始记录等按照国家行政管理部门的规定保存。

2)其他报告、记录、表格、数据等按照医院或药材科的规定时限保存。

3)各负有信息保存责任的部门必须建立登记制度，在登记本上登记保存信息的名称、类型、保存时间、保存地点、经手人和复核人签字。

4)各二级科室主任对职权范围内的信息保存工作负责。

1. 信息的使用

1)调阅权限

药材科主任、副主任、秘书、信息管理员、质量管理员可以调阅全部信息；各二级科室主任、副主任可以调阅本科室信息；各岗位员工可以调阅自己职责范围内的信息。

2)权限外的信息调阅须经本二级科室主任批准，并经信息保存部门主任许可、登记，方可调阅。

3)各负有信息保存责任的部门必须建立信息调阅登记制度，对信息调阅进行登记，在登记本上登记调阅人员姓名、信息类型、时间、调阅人和主管人员签字。

4)调阅权限的调整可由信息使用部门提出，经药材科主管信息工作的主任或副主任批准后调整。

5)信息的披露和公开应以不侵犯医院、药材科、药材科员工、患者、开方医师等相关利益群体的利益为原则。披露之前应经药材科主管信息工作的主任或副主任同意。

6)不得私自向无关人员提供任何形式的信息，不得未经许可私自提供有偿的信息服务。

7)非公开信息应注意保密。

1. 计算机信息的管理

1)计算机信息由药材科信息管理员负责。

2)药材科所有员工在涉及到计算机信息的形成、保存和使用时，必须接受信息管理员的指导、监督和管理。

3)修改计算机信息时必须进行登记。应由信息管理员负责建立计算机信息修改登记本，登记修改项目、修改前内容、修改后内容、修改原因、修改时间、修改人签字等项目。

未尽事宜由药材科主管信息工作的主任或副主任根据具体情况做出决定，并通报药材科核心领导小组。

泗洪县第一人民医院医用耗材入库验收管理制度

1、根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械使用质量监督管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范》和《医疗机构医用耗材管理规定》等文件要求，建立医用耗材入库验收制度。

2、医用耗材由采购供应办公室专人验收合格后方可入库。无质量合格证明、过期、失效或者淘汰的医用耗材不得入库。不得私自验收未经准入的材料。

3、验收人员须熟练掌握各种医用材料验收标准，在规定的验收区内按验收程序进行操作。验收时，要做到“三查八对”。“三查”即：查包装是否完整，有无破损、潮湿、变形、污染；查包装标签标示是否符合要求；查产品效期是否符合要求。“八对”即：对产品名称、规格型号、数量、价格、生产厂家、产地、供货商、注册证号是否与和采购计划相符。

4、验收合格的医用耗材应当及时入库登记；验收不合格的还应当注明不合格事项及处置措施。对需要冷藏、冷冻的医用耗材进行验收时，应当对其运输方式及运输过程的温度记录、运输时间、到货温度等质量控制状况进行重点检查并记录，不符合温度要求的应当拒收。

5、购进医用耗材应当查验供货者的资质和医用耗材的合格证明文件，建立进货查验记录制度。记录事项包括：

（1）医用耗材的名称、型号、规格、数量；

（2）医用耗材的生产批号、有效期；

（3）生产企业的名称；

（4）供货者的名称、地址及联系方式；

（5）相关许可证明文件编号等。

进货查验记录应当真实，验收记录上应当标记验收人员姓名和验收日期，并按照国务院食品药品监督管理部门规定的期限予以保存。

泗洪县第一人民医院医用植入、介入、高值耗材采购管理制度

为适应医院工作需要，控制医疗费用不合理增长，控制医院成本，规范医院行为，按照《医疗器械使用质量监督管理办法》、进一步加强医用耗材管理，特制订本制度。

植入医疗器械是指借助外科手术全部或者部分进入人体或自然腔道中、并在手术过程结束后长期留在体内或部分留在体内至少30天以上的医疗器械，简称植入物。高值医用耗材是指直接作用于人体、对安全性有严格要求、价格相对较高（单个医用耗材价格超过2000元，以及单次手术操作使用同一品种医用耗材累计价格超过2000元）的医用耗材，简称高值耗材。介入诊断和治疗中的配件、导管、导丝以及植入人体管腔内的专用器械。

一、组织领导

成立医用植入、介入、高值耗材采购监管领导小组，人员组成同医院耗材采购管理小组。

二、工作职责

贯彻与执行有关法律法规；负责审定全院医用耗材特别是高值耗材采购、使用、管理工作计划及规章制度；审议高值耗材采购管理的年度预算和执行情况；对高值耗材集中采购各环节工作流程进行监管。

三、人员分工

医用植入、介入、高值耗材采购监管领导小组，定期召开会议，研究高值耗材采购目录、新品引进、替换品种等。医务部主要负责审核医疗产品临床需求、护理部负责审核护理产品临床需求，药材科负责审核产品各项资质及汇报在用耗材品规，财务科负责耗材能否收费进行审核，感染管理科负责对耗材涉及院感相关内容进行审核。招标办负责监督高值耗材采购的招投标；院办负责监督采购谈价全过程；医务部、护理部、院办公室、药材科、医保处对高值医用耗材的临床合理应用及处置进行联合监管和检查。

四、植入、介入、高值耗材采购规定

1、药材科负责日常采购、验收入库、保管、发放供应和管理，其他任何科室和个人不得以任何名义自购、自销或试用。

2、各使用科室，根据上年度实际使用量，编制植入、介入材料和高值耗材采购计划。

3、在省级集中采购入围耗材目录范围内遴选本院使用的植入材料和高值耗材目录。

4、进一步加强溯源管理。采购员要认真做好采购记录，采购目录有帐可查、方便查找、留档备案，医用高值耗材（包括植入类耗材）必须进行条形码管理，未纳入条形码管理的高值耗材需建立登记本，按品牌、品名、规格、价格、患者姓名、住院号、使用人、条形码等逐一登记。

5、对价格特高值医用耗材使用实行申请审批备案制度：为了控制患者费用，规范临床行为。使用单价4万元以上的医用耗材前，相关临床科室须填写“特高值医用耗材申请表”，注明理由，申请人、科主任签字，医务部审核，需分管医疗副院长及分管耗材副院长审批后再由药材科实施和备案。

五、使用管理

1、坚持因病施治、合理使用的原则，严格按照《医疗器械监督管理条例》、要求进行临床使用管理。规范高值医用耗材临床应用，保障医疗质量与安全。

2、临床验证使用的植入材料或高值耗材必须手续完备，经医院伦理委员会讨论通过后方可进入医院使用。

3、临床医生和使用科室不得使用未经招标采购的植入材料和高值耗材，也不得使用不在医院供货协议内高值耗材。特殊情况需临时使用的新品种，由临床科室按照加急采购流程进行；价值在1万元以上的品种由药材科组织与供应商谈判，签定购货合同后再进入验收、使用程序。急救（含节假日、晚夜间）情况下特殊使用的品种，应电话医务部报批，并在3个工作日内补办完手续。

4、认真执行医疗核心制度，三、四级手术术前组织讨论，严格掌握手术适应症，应用植入材料和高值耗材前要与患者签订《知情同意书》，术中更改手术方案与患方签署《术中变更手术同意书》。

5、手术记录应详细记录病变部位、植入材料和高值耗材的品名、规格。

6、植入材料和高值耗材的条形码应分别粘贴在病历和《高值耗材使用登记本》上，患者住院费用清单提供的费用信息与条形码信息一致。

7、建立有植入材料和高值耗材使用不良事件报告制度，临床医生主动向主管部门和医疗管理部门报告。

8、凡属一次性医用耗材必须按规定确保一次性使用，用后销毁处理并记录，严禁重复使用一次性无菌器械。

六、监督管理

1、医用耗材合理应用评价小组定期对植入材料和高值耗材临床合理应用和处置情况进行监督、评价和管理。检查、反馈及整改措施等相关内容定期上报“医院医疗质量持续改进工作会议”。

2、会议确认的高值耗材不合理使用情况按《医用耗材合理应用评价管理规定》执行，给予当事人或当事科室直接经济处罚、科室收入扣减、绩效考核扣分等办法处理。

七、本规定自发布之日起实施。

**医院批准引进的医用植入、介入、高值耗材**

**使用前与患者或患者家属谈话，并签订《知情同意书》**

**使用**

**使用后在病历中粘贴条形码**

**未纳入系统进行条形码管理的品种，在高值耗材登记本登记**

泗洪县第一人民医院高值医用耗材临床应用管理制度

为进一步加强高值医用耗材（以下简称“高值耗材”）临床应用遴选、采购、储存、使用、监测、评价、监督全过程的闭环管理，促进临床科学、规范、合理使用高值耗材，不断规范临床诊疗行为，提高医疗质量，为患者提供安全有效、方便可及、价格合理的医疗服务，依据苏卫医政〔2019〕24号文《关于进一步加强医疗机构高值医用耗材临床应用管理的意见》及医疗机构医用耗材管理办法要求，特制定本规定。

本规定所称高值耗材是指直接作用于人体、对安全性有严格要求、生产使用必须严格控制、价格相对较高的消耗型医疗器械，主要包括血管介入类、非血管介入类、电生理类、起搏器类、骨科、神经外科、普外科、心胸外科、眼科、口腔科、体外循环及血液净化等类别的植入、置入类高值耗材。重点是单个医用耗材价格超过1000元，以及单次手术操作使用同一品种医用耗材累计价格超过1000元的医用耗材。

一、组织领导

（一）成立高值耗材临床应用管理委员会。医院党委书记、院长任主任委员，分管医疗、采供的副院长任副主任委员，成员包括党政办、党办、院办、医务部、护理部、质量管理办公室、公费医保办公室、感染管理办公室、监察室、审计处、计财处、资产处、信息处、采购供应办公室、招标管理办公室和行风办等部门负责人及临床科室大科行政主任共同组成。高值医用耗材临床应用管理过程中，根据任务不同分别由责任部门牵头，相关部门配合，各司其职，分工合作。

高值耗材临床应用管理委员会的职责:

1、贯彻执行医用耗材有关法律法规和政策，制定、审核医院高值耗材管理工作规章制度并监督实施。

2、建立高值耗材遴选制度，在临床科室申报的基础上遴选确定医院高值耗材使用目录并组织采购。

3、监督、分析、评估医院高值耗材使用情况，包括不合理使用预警、重点耗材分析、质量安全不良事件报告等，指导临床合理使用高值耗材；

4、对医务人员和患者开展高值耗材相关法律法规和政策文件的教育培训和宣传。

5、把高值耗材临床应用管理纳入科主任年度考核和任期考核、医师定期考核以及科室绩效考核。

6、完成上级行政部门和有关机构交办的其他工作。

7、主任委员或其委托人为高值耗材临床应用管理委员会会议召集人，出席人数不得少于全部成员人数的三分之二。委员必须准时参加会议，有特殊情况需请假。每季度至少召开一次会议并做好会议记录，主任委员可决定临时召开高值耗材临床应用管理委员会会议。高值耗材临床应用管理委员会会议的决议或制定的高值耗材管理相关规定，以管理文件形式通知全院各部门执行。

（二）成立临床科室高值耗材应用管理小组。科主任任组长，科室医用耗材管理员（行政科副主任）任副组长，成员包括科室管理小组成员及相关副主任医师职称以上人员，小组成员人数应为单数，一般控制在5-11人，可根据科室整体人员数量不同适当调整。

高值耗材应用管理小组的职责：

1、认真落实医院关于高值耗材临床应用管理的各项制度和规定。

2、把高值耗材临床应用管理纳入科室业务管理、行风管理和绩效考核。

3、定期召开分析、评估本科室高值耗材临床应用管理会议，原则上每季度召开一次，如因工作需要可增开。有事不能参加会议的成员，要履行请假手续。每次会议要认真做好会议记录，作为年终考核的重要依据。

二、工作目标

1、2020年，建立健全高值耗材临床应用管理组织体系，完善管理制度，实现责任明确、流程规范、措施有效、监管严格。

2、到2021年底，初步形成合法合规、运转高效、风险可控、问责严格的高值耗材管理机制。

三、工作任务

（一）严格高值耗材遴选和采购。严格执行国家和省高值耗材集中采购有关规定，通过采购平台采购高值耗材。按照合法、安全、有效和适宜的原则，遴选高值耗材，报医用耗材管理委员会批准，建立供应目录，并不超过3年进行重新遴选，实行动态管理。对于临时性采购供应目录之外高值耗材的，须经医用耗材管理委员会主任委员或其委托人批准后方可实施，对重复多次使用的高值耗材，按照《医用耗材准入管理规定》的程序及时纳入目录管理。遇有突发公共卫生事件等需要使用相应高值耗材时，可不受目录限制及临时采购的限制，但须在事后3个工作日内补办完相关手续。禁止生产企业向临床科室直接配送高值耗材。

（二）加强院内高值耗材储存环节管理。采购供应办公室负责高值耗材的验收、存储及发放工作，并督促加强二级库管理，完善入库、领用、使用登记，保证高值耗材全过程信息的可追溯性。验收人员须熟练掌握各种高值耗材验收标准，在规定的验收区内按验收程序进行操作。验收时，要做到“三查八对”。“三查”即：查包装是否完整，有无破损、潮湿、变形、污染；查包装标签标示是否符合要求；查产品效期是否符合要求。“八对”即：对产品名称、规格型号、数量、价格、生产厂家、产地、供货商、注册证号是否与和采购计划相符。验收合格后方可入库，并将查验记录保存至使用终止后2年，未使用的高值耗材查验记录应保存至规定使用期限结束后2年，已使用的植入性高值耗材查验记录应永久保存。医院在手术室、导管室等设立高值耗材库房，库房面积、设施设备及条件应当与高值耗材品种、数量相适应，按照《医用耗材库房管理制度》进行管理，定期对库存高值耗材进行养护和质量检查，确保高值耗材安全有效存储，并认真填写《库房定期检查记录本》。按照《医用耗材出库管理制度》，对出库的高值耗材进行核对，确保发放准确，产品合格和安全，并按照剩余有效期由短至长顺序发放，严禁发放使用过期高值耗材。

（三）加强申领和临床使用管理。根据医疗服务范围和医疗技术能力，按照《江苏省手术分级管理规范》，由医务部明确各级医师手术及诊疗操作资质；执行手术和诊疗操作的医师必须具有相关资质并经高值耗材临床应用知识培训合格后，方能使用该类高值耗材，培训相关材料留档保存。高值耗材由临床科室根据需要向采购供应办公室申领使用，并与发放人共同确认出库耗材信息。高值耗材在遴选前如需试用，由使用科室组织必要性、可行性及安全保障措施论证，交采购供应办公室备案，并作为医院遴选高值耗材的依据。

按照国家有关规范、指南，将高值耗材使用与单病种管理、临床路径管理、支付管理、绩效管理等工作相结合，遵循安全、有效、经济的原则合理使用高值耗材。采购供应办公室根据前一年度医院十一大类高值耗材使用率、使用金额等情况，确定下一年度高值耗材重点管理品种，每个类别不少于3个品种，并报高值耗材临床应用管理委员会批准。建立高值耗材使用登记，记录高值耗材信息、患者信息以及诊疗信息，由手术医生签字确认，保证耗材可溯源、可追踪。

各级医师要认真执行疾病诊疗常规，严格手术指征和高值耗材应用适应证，使用前与患者签署《知情同意书》，除紧急抢救治疗外，要具体说明使用的产品名称、规格、型号、生产企业和金额。医师应认真记录手术操作过程，详细记录病变部位、使用高值耗材的名称、规格、型号和数量，并将使用的高值耗材产品条形码粘贴在住院病历和耗材使用登记单中。做到《知情同意书》、手术操作记录和耗材使用登记单上的耗材使用信息一致。

（四）定期开展高值耗材临床应用监测与评估。医务部和质量管理办公室负责医院高值耗材监测与评价工作，高值耗材临床使用情况纳入医院质量控制体系，加强高值耗材质量控制，建立高值耗材使用质量安全报告、不良反应监测、重点监控、超常预警和评价制度，对高值耗材临床使用安全性、有效性和经济性进行监测、分析和评价，对临床医师高值耗材使用行为进行点评和干预。采购供应办公室负责统计每月医院百元医疗收入消耗卫生材料金额；统计医院、科室和医师重点管理的高值耗材品种的使用率、使用金额。对医院和临床科室高值耗材使用趋势进行分析，根据工作情况，确定符合科室实际的高值耗材使用金额数，重点关注使用量异常增加、使用率连续位居前列的品种，在高值耗材临床应用管理委员会会议上进行汇报，由医务部和质量管理办公室负责点评，并对不合理使用情况及时采取干预措施。

（五）加强高值耗材临床应用信息化管理。建立高值耗材信息管理制度，建设管理信息系统，并与电子病历等相关业务系统对接，实现重要监测与管理数据向省、市医疗服务综合监管平台实时上传，充分运用信息化手段促进高值耗材临床合理应用。高值耗材管理信息系统功能应包括高值耗材遴选、采购管理；验收入库和院内统一标识码存储管理；加强对高值耗材全生命周期监管，初步建立高值耗材唯一标识系统，做好唯一标识与高值耗材管理、HIS系统的对接工作，形成从源头生产到最终临床使用全链条联动，切实保障用械安全。耗材一、二级库入出库和申请领用登记管理；医师高值耗材使用权限和高值耗材出库人员资格管理；高值耗材质量安全报告、不良事件监测、使用金额、使用率等统计分析；高值耗材临床应用动态监测、点评评估和超常预警等功能。应落实网络信息与数据安全责任，严禁开展商业目的的高值耗材相关信息统计，或为医用耗材营销人员统计提供便利。

（六）推动高值耗材信息公开。采购供应办公室每半年在OA网公示高值耗材价格、总体用量、各科耗占比；资产处和医保管理办公室负责主动向患者提供包括耗材名称、品规和收费价格等详细内容的费用清单，门诊区域提供自助设备查询所用耗材信息，提高医疗费用透明度。

（七）建立高值耗材临床应用督导制度。严格落实卫生领域行风管理有关规定，加强警示教育，做到廉洁购用。由监察室、行风办、医务部、质量管理办公室和采购供应办公室向全院公示合理使用高值耗材的科室和医师名单，通报不合理使用的科室和医师，对存在明显不合理使用情况的科室负责人进行诫勉谈话，并通过信息系统向省卫生健康委报送高值耗材临床使用量、使用金额、百元医疗收入消耗卫生材料及相关数据信息。

（八）严肃查处高值耗材不合理使用情况。高值耗材临床应用管理委员会加强对高值耗材管理工作的指导与管理，定期进行监督检查。对存在高值耗材临床不合理应用问题的医师，视情节依法依规予以通报批评、暂停或取消手术权、医师定期考核不合格、吊销《医师执业证书》等处理；涉嫌犯罪的，依法移交司法部门处理。对于存在高值耗材临床不合理应用问题的科室，视情节予以通报批评、限期整改等处理，情节严重的，撤销科室主任行政职务。

泗洪县第一人民医院医用耗材管理制度

为适应城市公立医院综合改革需要，控制医疗费用不合理增长，控制医院成本，规范医院行为，进一步加强医用耗材管理，特制定本规定：

医用耗材指医疗机构在开展医疗服务过程中使用的,按国家相关法规纳入医疗器械注册管理的或取得上级行政主管部门行政许可并具有医疗特征的消耗性材料，包括一次性及可重复使用医疗器械等，简称医材。

一、组织领导

（一）成立医用耗材管理委员会。医院院长任主任委员，分管采供、医疗的副院长任副主任委员，成员包括：医务部、护理部、监察室、院办、采购供应办公室、计财处、资产处、审计处、感染管理办公室、质量管理办公室、公费医保办公室、招标管理办公室等部门负责人及相关临床科室专家共同组成。

医用耗材管理委员会的职责:

1、贯彻执行有关法律、法规、规章。审核制定医院医用耗材管理工作规章制度，并监督实施。

2、审议医院医用耗材管理的年度工作计划和工作总结。

3、制定医院医用耗材基本供应目录；建立医用耗材遴选制度；指导并参与医用耗材采购的招投标。

4、逐步推动医用耗材相关临床诊疗指南和医用耗材临床应用指导原则的制定与实施，监测、评估本机构医用耗材使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理使用医用耗材，尤其是高值医用耗材的临床合理应用进行监管和检查。

5、分析、评估使用医用耗材风险和医用耗材不良反应、医用耗材损害事件，并提供咨询与指导。

6、对医务人员进行有关医用耗材管理法律法规、规章制度和合理使用医用耗材知识教育培训。

7、完成上级行政部门和有关机构交办的其他工作。

8、主任委员或其委托人为医用耗材管理委员会会议召集人，出席人数不得少于全部成员人数的三分之二。委员必须准时参加会议，有特殊情况需请假。每季度至少召开一次会议并做好会议记录，主任委员可决定临时召开医用耗材管理委员会会议。医用耗材管理委员会会议的决议或制定的耗材管理相关规定，以管理文件形式通知全院各部门执行。

（二）成立医用耗材采购领导小组。由分管采供的副院长任组长，医务部长任副组长，成员包括采购供应办公室、护理部、审计处、计财处、资产处、感染管理办公室和招标管理办公室共同组成。其职责是对生产厂家提出的增加或替换医用耗材品种进行初审和价格谈判，负责对医用耗材使用质量督促检查和卫生监督，参与医用耗材的有关考察与调研，严把医用耗材质量关。

（三）成立医用耗材合理使用评价管理小组。由分管医疗的副院长任组长，医务部任副组长，成员包括院办、监察室、护理部、质量管理办公室、感染管理办公室、公费医保办公室和采购供应办公室共同组成。医用耗材合理使用评价管理小组实行例会制度，对医用耗材的临床合理应用进行监控、监督、评价及管理。

二、采购范围、采购权限

1、 医院的医疗、科研、教学用医用耗材统一由采购供应办公室组织采购、供应和管理，其他任何科室和个人不得以任何名义自购、自销或试用。若违反规定擅自购进医用耗材，采购供应办公室不予办理入库，一切后果由当事人负责。

2、 对有选择可竞争的大宗、特殊、价高等医用耗材的采购，应引入公开招标、询价招标等采购方式，使采购行为科学、透明、公开、公正。招标前医用耗材采购领导小组可安排相关人员，有选择、有重点对产品质量、性能、价格以及供应商的资质、实力、服务及信誉等组织考察。严格执行国家、江苏省、南京市关于医用耗材集中采购相关规定。

3、在引进医疗设备时，应该同时考虑配套使用的医用耗材在设备全生命周期内可能发生的成本，附机器配套耗材购置清单，以便综合考虑性价比。未列入清单内、不能单独收费的机器专用、无替代产品的垄断耗材，未经医用耗材采购领导小组及设备委员会讨论通过的，视为厂家赠送，采购供应办公室不予采购。

三、采购原则

1、 严格执行国家、省、市等有关规定，严禁购进证照不全的产品，对“健”字号品种一律不得购进。坚持质量第一、价格优惠、渠道正宗、货比三家、公平公开、以销定购、确保供应。

2、坚持降低医疗成本，减轻患者费用负担的原则。优质和价格合理的产品优先考虑采购。

3、采购要做到“五公开”、“十不准”。

“五公开”：公开进货渠道；公开医用耗材价格；公开业务洽谈；公开验收结果；公开进货品种、数量。

“十不准”： 不准违规接受社会捐赠资助；不准为商业目的统方；不准违规私自采购、销售和使用医用耗材；不准收受回扣；不准参加有关厂商的宴请、娱乐、旅游和各种会议等；不准一人单独洽谈业务；不准在家或非办公场所洽谈业务；货、票未到齐或不符或验收不合格不准入库；计划、采购、验收不准一人代替完成；不准私自更改采购计划（品种、数量、渠道）。

4、采购管理采用协议、合同模式。严格执行协议、合同采购。凡是长期供货的医用耗材品种，原则上须与供应商签订院内供货协议。所有院内协议、合同须通过审计，经法人委托分管采供的副院长签批后方能生效，协议有效期一般一年。以供应商及产品相关资质的最近效期为协议期限。在协议范围内的品种，采购计划经采购供应办公室主任审批后，实施采购。

协议、合同以外非常规品种医用耗材采购，单次价值在3万元及以上的采购，须签订院内购货合同。单次采购价值在3万元以下、1万元以上的采购，由分管采供的副院长审批，特殊情况需院长审批；单次采购价值在1万元以下的采购，由采购供应办公室主任审批；3万元以下的采购均须谈价后签订科内合同，作为采购及财务付款依据。

5、 任何科室和个人不得擅自使用无协议的产品，不得私自将本部门医用耗材给外院、个人使用。

6、 对国内外厂商及有关单位赠送、赞助医院和科室的医用耗材，应积极争取，在资产管理系统办理入库手续，由医院相关部门和采购供应办公室根据科室实际需要决定使用权（领用成本不列入科室支出），任何科室和个人不得擅自据为己有。

7、 采购员实行轮岗制，最长任期四年。任期内认真做好采购记录，及时完成报账手续。卸任时做好平稳交接工作。

四、采购程序

1、采购供应办公室负责医用耗材新品准入登记工作，由生产企业填写《医用耗材准入登记表》在规定时间内提交，采购领导小组初筛后，医疗产品由医务部下发给相关临床科室（护理产品由护理部组织护理专家进行评审），科室管理小组成员及相关专家进行初评并形成评审意见，医用耗材管理委员会定期根据采购领导小组初筛和临床科室初评意见进行终审，评审原则遵照《医用耗材准入管理规定》中医用耗材遴选原则。通过后形成会议纪要，采购领导小组、申请科室（必要时）和供应商谈判，签订采购协议，进入采购流程。

2、特殊情况需临时使用的新品种（抢救患者必须，医院无同类替代品种，手术和治疗无法开展），由临床科室填写《一次性医用耗材特殊申购登记表》，经医务部审批确属临床治疗必需，采购供应办公室审查相关证件合格，医用耗材采购领导小组组长审批，价值在3万元以上的品种由采购领导小组、申请科室和供应商谈判，签订购货合同后再进入采购、使用程序。急救（含节假日、晚夜间）情况下特殊使用的品种，应电话联系医务部负责人同意批准，并在3个工作日内补办完相关手续。

3、采购员要认真做好采购记录，做到有账可查、方便查找、留档备案，确保能够追溯至每批产品的进货来源。

4、 采购供应办公室应树立服务临床的意识，保证常用医用耗材的供应，对临床急需医用耗材，凡已办审批手续的，要积极组织货源，保证供应，满足需要。

5、 采购供应办公室应建立与我院有医用耗材业务联系的厂商销售档案，登记有关供应商资质、服务、行为、支持、配合和产品质量等情况，完善考评体系，建立退出机制。签订供货协议的同时，与供应商签订《医疗卫生机构医药产品廉洁购销合同》，对违反规定的供应商一经发现，立即终止其供货权。

五、使用管理

1、使用科室要安排专人负责医用耗材的管理，有计划地做好申购工作，避免积压和过期。

2、在使用医用耗材前，应当按照产品说明书的有关要求进行检查。使用无菌医用耗材前，应当检查直接接触医用耗材的包装及其有效期限。包装破损、标示不清、超过有效期限或者可能影响使用安全、有效的，不得使用。未纳入条形码管理的高值耗材需建立登记本，按生产厂家、产品名称、规格型号、价格、患者姓名、住院号、使用人、条形码等逐项登记。

3、严格按照《医疗器械监督管理条例》、《医疗质量管理办法》和《医疗机构诊断和治疗仪器应用规范》要求使用医用耗材；应严格遵守使用高值医用耗材进行诊疗相关医疗技术的适应症、禁忌症；使用前由执行诊疗操作的医师复核，核对患者信息、医用耗材类型，确认无误后方可实施操作；执行诊疗操作的医师应掌握所使用耗材可能引起的并发症，并能及时采取相应预防、处理措施。

4、坚持因病施治、合理使用的原则，应当充分尊重患者的知情权和选择权，做好相应的告知和病历记载，使用高值医用耗材（包括植入、介入耗材）时，必须征得患者或其家属同意，并且签署《高值医用耗材使用知情同意书》后方可使用；手术或诊疗操作中更改治疗方案，需要与患方签署《高值医用耗材使用变更知情同意书》。医师应认真记录手术操作过程，记录病变部位、使用高值医用耗材的名称、规格、型号和数量，并将使用的高值医用耗材产品条形码粘贴在住院病历中。做到《高值医用耗材使用知情同意书》、《高值医用耗材使用变更知情同意书》、条形码、手术操作记录和收费清单中的耗材信息一致。

5、进一步加强溯源管理。高值医用耗材（包括植入、介入类耗材）进行条形码管理，其他一次性使用无菌医用耗材实行批次管理。

6、凡属一次性医用耗材使用医用耗材必须按规定确保一次性使用，用后销毁处理并记录，严禁重复使用。

7、建立不良事件监测与报告制度与程序。有鼓励相关不良事件监测与报告措施和报告记录。

8、严格按照《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械临床试验规定》有关要求进行临床试用管理。

9、定期对医用耗材临床合理应用情况进行监控、监督、评价和管理。

六、财务管理

1、加强医用耗材核算管理。实行金额管理、数量统计、实耗实销、实时结算的管理办法。库管员按照《医用耗材采购规定》要求认真做好入、出库管理。专职会计按要求提供医用耗材管理情况月报表，做到账目清楚、账物相符、账账相符。

2、库管员每月汇总已办理收货的医用耗材发票，填写单据报销凭证，库管员、采购员、采购供应办公室主任及分管采供的副院长签字后，专职会计汇总生成当月付款报表，交计财处付款。

3、对须支付预付款的采购需谨慎操作。价值在1000元以上由分管采供的副院长审批，价值在2万元以上由院长审批。

泗洪县第一人民医院医用耗材采购制度

为了进一步加强医用耗材采购管理，规范和明确采购、供应和管理程序，保证医教研工作正常开展，特制定本规定：

1. 采购范围、采购权限

医院医疗、科研、教学用医用耗材统一由采购供应办公室办公室组织采购、供应和管理。

二、采购程序

1、签订供货协议或购货合同

凡需长期采购的医用耗材，与供应商签订供货协议；临时、单次购买的医用耗材，价格在3万元及以上的，与供应商签订购货合同。单次采购价值在3万元以下的，由分管副院长审批，谈价后签订科内合同，作为采购及财务付款依据。

采购供应办公室预约供应商签订协议或合同洽谈时间，由医用耗材采购领导小组和临床专家与供应商谈判，确定产品购买价格，填写议标单，签订供货协议或购货合同。

供货协议或购货合同一式六份，供应商法人代表（或企业负责人）和经办人签字加盖公司印章，采购供应办公室主任和采购员签字后，由审计处出具审计意见，院长或院长委托分管采供副院长签字批准加盖医院合同章，供货协议或购货合同完成。六份协议原件分别由采购供应办公室、审计处、计财处、资产处（物价科）、招标管理办公室和供应商留存。

谈价原则：严格按照国家、江苏省和南京医用耗材集中采购目录中标价格执行。未进入上述集中采购目录的医用耗材，供应商须提供国内2-3家同类医院进货发票复印件或其他省、市、军区中标目录价格供参考，签订供货协议同时，与供应商签订《医疗卫生机构医药产品廉洁购销合同》，对违反规定的供应商一经发现，立即终止其供货权。

供应商需要提供的资质证明材料（复印件加盖单位公章备存）：企业法人营业执照（三证合一，营业执照、税务登记证和组织机构代码证）；医疗器械生产或者经营的许可证或者备案凭证；医疗器械注册证或者备案凭证；销售人员身份证复印件，加盖本企业公章的授权书原件；产品授权代理书应当载明授权销售的品种、地域、期限，注明销售人员的身份证号码；进口产品英文授权需附中文翻译件；产品彩页；说明书。消毒剂、消毒器械提供消毒产品生产企业卫生许可证、国产消毒剂和消毒器械卫生许可批件或消毒产品卫生安全评价报告和消毒产品安全评价报告备案登记表。

2、协议续签

供货协议有效期一般一年，以供应商及产品相关资质的最近效期为协议期限。一年内未使用、多品种常用耗材用量极少、用量列同类最末位的耗材终止续签协议；年销售量不足10万元的供应商，协议到期后建议归并供应商。供货协议续签由使用科室提出申请，同时采购员及时整理好协议到期的供应商清单，统计年销售总量和单品种使用量，并填写协议续签申请，报采购供应办公室主任审核，报医用耗材采购领导小组组长审批通过后及时预约供应商续签协议。

3、申请领用

供货协议签订后，采购供应办公室及时将院内医用耗材产品编码维护进资产管理系统，通知临床科室经资产管理系统申领或申购。纳入条形码管理的高值耗材，由供应商在库房备货，使用前医生经HIS系统申请。

4、采购

协议内品种，采购计划经采购供应办公室主任签批后实施。采购供应办公室应确立服务临床的思想，保证常用医用耗材供应，对临床急需的医用耗材，凡已办审批手续，要积极组织货源，确保供应。

采购员按供货协议或购货合同范围实施采购，严格执行财务制度，及时做好报销、销账工作。采购过程中认真做好采购记录，内容包括：详细记录订购时间、医用耗材名称、原产地、规格、型号、数量、单价、总价、使用科室、申请人、生产企业的名称、供货者的名称（包括联系人、联系电话）、相关许可证明文件编号等，做到有账可查、方便查找、留档备案，确保能够追溯至每批产品的进货来源。

5、验收、入库

严格入库验收制度，严把医用耗材质量关，库管员、采购员对购进的各种医用耗材及时、准确、完整地做好验收记录，发现质量问题立即报告，在用库存品种不见产品不办理入库。配送品种由医用耗材验收员和使用部门收货人员共同验收并在验收登记表上共同签字，采购供应办公室定期抽检。专业性特殊的耗材验收，需使用部门相关人员共同参与。在用库存品种验收入库后，库管员及时在资产管理系统中进行收货，保证账卡和实物相符。条形码管理的高值耗材验收后在HIS系统入库。收费后，医用耗材收费数据从HIS系统导入资产管理系统，库管员在资产管理系统完成收货发放操作。

验收内容包括：医用耗材的名称、型号、规格、数量；医用耗材的生产批号、有效期；生产企业的名称；供货者的名称及联系方式；相关许可证明文件编号；产品合格证明（检验报告）、进口产品入境货物检验检疫证明或报关单、产品说明书、外包装、标签（进口产品必须有中文标签，标签中的产品名称和规格型号与实物一致）和其他质量问题等，做好记录并保存纸质材料。

6、保管

库房应以“安全、方便、节约”的原则，正确选择仓位，合理使用仓容，堆码合理、整齐，无倒置现象。实行色标管理，合格区为绿色、退货区为黄色、不合格区为红色。

根据医用耗材的性能及要求，调整温湿度，每日记录温湿度2次。库房内应配置垫仓板以保持与地面距离，避光通风、符合要求的照明、消防设施，定期扫除和消毒，做好防盗、防火、防潮、防霉、防虫、防鼠、防尘、防污染工作。

库管员应及时向采购员和采购供应办公室主任反馈信息，对库存耗材定期检查盘点并记录，做到先进先发、近期先发、按批次发放，做到账账相符、账物相符。对近效期耗材增加检查频率，保证质量，减少库存（库存不超过一个月用量），防止积压、浪费、损坏、过期。有质量问题的耗材放入不合格区存放，待查明原因后，作退货或销毁处理，处理结果有记录。若属假劣产品则应报当地药监部门处理。库管员不得自行采购任何物品、擅自与供货商联系送货入库。

7、出库

临床科室经资产管理系统申领的库存耗材，库管员完成资产管理出库。经资产管理系统申购的无库存耗材或临时购买品种，供应商将医用耗材验收员和临床科室共同签字的验收登记表和发票一并送医用耗材采购员助理，采购员助理校对后交医用耗材库房，库管员复核后办理出库手续。条形码管理的高值耗材，库管员审核临床医生经HIS申请的耗材申请单后扫码出库，出库后未使用的按规定办理退库手续。

医用耗材库管员每月汇总已办理收货的医用耗材发票，填写单据报销凭证，经办人、验收人签字，采购供应办公室主任及分管采供的副院长签字，专职会计形成汇总表单报计财处审批、院长签批，方可报销、付款。

专职会计根据医用耗材消耗情况每月及时向采购供应办公室主任及相关人员提供报表。严格执行预算管理，控制医用耗材库存，加速资金周转。对某些须支付预付款的采购需谨慎操作，价值在1000元以上由分管采供的副院长审批。价值在2万元以上由院长审批。

8、下送、配送

在用库存品种，临床科室每周经资产管理申领，医用耗材库房每周按片下送。在用无库存品种，临床科室每周经资产管理申购，采购员汇总申购单下采购订单，通知供应商按要求配送，医用耗材验收员和临床科室在验收登记表上签字确认。

9、对厂商赠送的医用耗材，应积极争取，办理资产管理入库手续，由医院相关部门和采购供应办公室根据科室实际需要决定使用权（领用成本不列入科室支出），任何科室和个人不得擅自据为已有。

本规定自公布之日起执行，凡以前有关规定与本规定有冲突的，一律按本规定执行。

泗洪县第一人民医用耗材采购信息档案管理制度

1、根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械使用质量监督管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范》和《医疗机构医用耗材管理规定》等文件要求，建立医用耗材采购信息管理档案。

2、医用耗材采购信息档案管理，包括供货者和所购医用耗材的合法资质、采购协议书（合同书）、采购记录、进货查验记录、储存记录、使用记录、销毁记录、评价记录和安全性检测记录等。合法资质包括：营业执照；医疗器械生产或者经营的许可证或者备案凭证；医疗器械注册证或者备案凭证；销售人员身份证复印件，加盖本企业公章的授权书原件；授权书应当载明授权销售的品种、地域、期限，注明销售人员的身份证号码；进口产品英文授权需附中文翻译件；产品彩页；产品说明书。（所有资质证明为原件复印件加盖供应商公章）

3、在采购医用耗材时，应当建立采购记录。记录应当列明医用耗材的名称、规格（型号）、注册证号或者备案凭证编号、单位、数量、单价、金额、供货者、购货日期等。并按照国家分类编码的要求，对医用耗材进行唯一性标识，并妥善保存高风险医用耗材购入时的包装标识、标签、说明书、合格证明等原始资料，以确保这些信息具有可追溯性。

4、应当对医用耗材采购、评价、验收等过程中形成的报告、合同、评价记录等文件进行建档和妥善保存，保存期限为医用耗材使用寿命周期结束后5年以上。进货查验记录应当保存至医用耗材有效期后2年；无有效期的，不得少于5年。植入类医用耗材进货查验记录应当永久保存。

5、档案管理员要按规定的项目和内容认真收集和整理。资料应真实、完整、可靠。格式应统一规范，便于查找。

6、及时做好档案信息的补充、更新工作。

7、严禁将档案材料私自外卖。未经审批，不得私自销毁档案材料。

8、档案管理人员工作变动时，要按规定程序办理档案移交手续。

泗洪县第一人民医院医用耗材出库管理制度

1、根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械使用质量监督管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范》和《医疗机构医用耗材管理规定》等文件要求，建立医用耗材出库管理制度。

2、医用耗材出库应当复核并建立记录，复核内容包括使用科室（使用人）、医用耗材的名称、规格（型号）、注册证号或者备案凭证编号、生产批号、生产日期和有效期（或者失效期）、生产企业、数量、出库日期等内容。医用耗材出库应当遵循近效期者先出的原则。

3、发现以下情况不得出库：

（1）医用耗材包装出现破损、污染、封口不牢、封条损坏等问题。

（2）标签脱落、字迹模糊不清或者标示内容与实物不符。

（3）医用耗材超过有效期。

（4）存在其他异常情况的医用耗材。

4、需要冷藏、冷冻运输的医用耗材装箱、装车作业时，应当由专人负责，并符合以下要求：

（1）车载冷藏箱或者保温箱在使用前应当达到相应的温度要求。

（2）应当在冷藏环境下完成装箱、封箱工作。

（3）装车前应当检查冷藏车辆的启动、运行状态，达到规定温度后方可装车。

泗洪县第一人民医院医用耗材合理应用评价管理制度

为了进一步加强管理，规范医疗行为，推动临床合理使用医用耗材，保障医疗安全和医疗质量，维护医患权益，促进学科诊疗技术水平的提升与发展，现对医用耗材的合理应用评价制定以下管理规定。

一、组织机构

由医院医用耗材合理使用评价管理小组对临床合理应用进行评价。

二、临床合理应用监管

1、医用耗材合理使用评价管理小组实行例会制度，对医用耗材的临床合理应用进行监控、监督、评价及管理。

2、合理应用评价对象：

（1）高值医用耗材等重点品种当月使用数量无正当理由超过前3月平均用量50%以上的；

（2）质量管理办公室、公费医保办公室检查中发现临床应用存在问题的品种；

（3）新引进经临床应用满半年的品种；

（4）临床多次申请临时使用的品种。

三、医用耗材合理使用评价标准

1、临床医务人员严格遵守使用医用耗材诊疗相关医疗技术的适应症、禁忌症。

2、临床使用前由执行诊疗操作的医务人员复核，核对患者信息、医用耗材类型，仔细检查包装完好情况，确保消毒到位，确认无误后方可实施操作。

3、密切关注使用过程中可能引起的并发症，及时采取相应处理措施。

4、使用高值医用耗材（包括植入、介入耗材）前，临床医师须与患者或家属进行沟通，说明其治疗目的、可用的选择、疗效、使用方法及可能引起的不良反应等，达成共识并签署《高值医用耗材知情同意书》后方可使用；手术或诊疗操作中更改治疗方案，需要与患方签署《高值医用耗材变更知情同意书》。医师应认真记录手术操作过程，记录病变部位、使用高值医用耗材的名称、规格、型号和数量，并将使用的高值医用耗材产品条形码粘贴在住院病历中。做到《高值医用耗材知情同意书》、《高值医用耗材变更知情同意书》、条形码、手术操作记录和收费清单中的耗材信息一致。

5、需要使用后销毁的医用耗材，严格按照上级相关规定进行销毁，并做好记录。

四、医用耗材不合理使用的处理

对医用耗材不合理使用的处理由院医用耗材合理应用评价管理小组研究决定, 重大事项提交院部决定。

1、对存在临床不合理使用医用耗材现象的，情节较轻者，及时警示相关科室和当事医师，责令其限期改正；情节严重者，酌情扣除科室综合目标考核分2-5分，扣除责任医师1-3个月绩效考核奖；情节特别严重或造成重大后果的，按有关规定处理。

2、因使用医用耗材牟取私利的，视情节轻重离岗学习3-6个月，并按有关规定处理。

3、临床应用医用耗材过程中违反医保相关要求的，按医保规定进行处理；因不合理使用医用耗材导致医保费用扣减的，经医院核实后，由当事科室及责任人承担有关责任。

4、对发现临床存在不合理使用现象的医用耗材，经评价可能与其生产（经营）企业有关的，对相关企业进行诫勉谈话。

5、对于存在不合理使用现象的医用耗材，视情节限制其临床应用的数量、应用科室及医师。

6、发现医用耗材存在不良销售行为的，暂停该品种的使用3个月，并由生产（经营）企业承担由此产生的一切不良后果。

7、发现生产（经营）企业存在2个以上品种不良销售行为的，停止该企业所有品种的使用，并由生产（经营）企业承担由此产生的一切不良后果。

五、本规定自发布之日起实施，由医院医用耗材合理应用评价管理小组负责解释。

泗洪县第一人民医院医用耗材使用、管理培训和考核制度

1、根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械使用质量监督管理办法》和《医疗器械临床使用安全管理规范》等文件要求，建立医用耗材使用、管理培训和考核制度。

2、应当对医用耗材临床使用技术人员和从事医用耗材保障的医学工程技术人员建立培训、考核制度。组织开展新产品、新技术应用前规范化培训，开展医用耗材临床使用过程中的质量控制、操作规程等相关培训，建立培训档案，定期考核、检查评价。

3、临床使用医用耗材应当严格遵照产品使用说明书、技术操作规范和规程，对产品禁忌症及注意事项应当严格遵守，需向患者说明的事项应当如实告知，不得进行虚假宣传，误导患者。按照产品说明书、技术操作规范等要求使用医疗器械。

4、将医用耗材使用权限与手术分级管理、医疗技术准入相结合，增强合理使用的自觉性和规范性。逐步制定诊疗指南，明确医用耗材使用适应症，针对不同专科、不同疾病的特点，与临床路径管理相结合，制定符合临床实际、科学合理的医用耗材使用规范及管理办法。

泗洪县第一人民医院医用耗材库房管理制度

1、根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械使用质量监督管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范》和《医疗机构医用耗材管理规定》等文件要求，建立医用耗材库房管理制度。

2、医用耗材库房的选址、设计、布局、建造、改造和维护，应当符合医用耗材储存的要求：

（1）库房内外环境整洁，无污染源；

（2）库房内墙光洁，地面平整，房屋结构严密；

（3）有防止室外装卸、搬运、接收、发运等作业受异常天气影响的措施；

（4）库房有可靠的安全防护措施，能够对无关人员进入实行可控管理。

3、防止医用耗材的混淆、差错或者被污损，应当根据医用耗材的质量特性进行合理储存，并符合以下要求：

（1）按说明书或者包装标示的储存要求储存医用耗材。

（2）储存医用耗材应当按照要求采取避光、通风、防潮、防虫、防鼠、防火等措施（设施如：货架、地排、灭火器、温湿度计等）；库房温度、湿度应当符合所采购医用耗材说明书或者标签标示的要求，对有特殊温湿度储存要求的医用耗材，应当配备有效调控及监测温湿度的设备或者仪器。

（3）搬运和堆垛医用耗材应当按照包装标示要求规范操作，堆垛高度符合包装图示要求，避免损坏医用耗材包装(摆放要求离地20厘米，离墙5厘米)。

（4）根据国家认可的标准分类编码，按照医用耗材的储存要求分库（区）、分类存放，有相应的货位号、标签与物资名称一致；医用耗材与非医用耗材应当分开存放；并应当按质量状态采取控制措施，实行分区管理，包括待验区、合格品区、不合格品区、发货区等，并有明显区分（如可采用色标管理，设置待验区为黄色、合格品区和发货区为绿色、不合格品区为红色），退货产品应当单独存放。

（5）医用耗材应当按规格、批号分开存放，医用耗材与库房地面、内墙、顶、灯、温度调控设备及管道等设施间保留有足够空隙。

（6）储存医用耗材的货架、托盘等设施设备应当保持清洁，无破损。

（7）医用耗材储存作业区、辅助作业区应当与办公区和生活区分开一定距离或者有隔离措施。非作业区工作人员未经批准不得进入储存作业区，储存作业区内的工作人员不得有影响医用耗材质量的行为。

（8）医用耗材储存作业区内不得存放与储存管理无关的物品。

4、应当对基础设施及相关设备进行定期检查、清洁和维护，并根据库房条件、外部环境、医用耗材有效期要求等对医用耗材进行定期检查，建立检查记录。内容包括：

（1）检查并改善储存与作业流程。

（2）检查并改善储存条件、防护措施、卫生环境。

（3）每天上、下午不少于2次对库房温湿度进行监测记录。

（4）对库存医疗器械的外观、包装、有效期等质量状况进行检查。

（5）对冷库温度自动报警装置进行检查、保养。

（6）应当对库存医用耗材有效期进行跟踪和控制，采取近效期预警，超过有效期的医用耗材，放置在不合格品区，然后按规定进行销毁，并保存相关记录。

5、库房内保证合理的库存量，防止短缺或挤压，应当对库存医用耗材定期进行盘点，做到账物相符。

6、医用耗材库房保管员月末按时结账，产生医用耗材购销存汇总表、供应商明细表、医用耗材出库汇总表等报表。

7、非本部门工作人员不得擅自进库房,库管员离开库房要随手关门,下班后断水、断电，防止盗窃，保管好库房物资。

泗洪县第一人民医院医用耗材准入管理制度

为了进一步加强医用耗材准入管理，严格规范医用耗材的引进流程，满足临床工作的需求，保障医疗安全和医疗质量，现对医用耗材的申请和准入制定以下管理规定。

一、组织机构

1、由医用耗材管理委员会负责医用耗材的引进审批。医用耗材采购领导小组负责医用耗材引进的初审和价格谈判。

2、成立医院医用耗材准入临床评审专家库，成员包括各临床医技科室正副主任、相关临床专家、科护士长、各护理学组组长。

二、准入流程

1、采购供应办公室负责医用耗材新品的申请登记工作。

（1）各医用耗材生产企业（进口产品由总代理）在医院网站下载申请表格，按要求填写完整后在规定时限内提交。

（2）提交申请时需一并提供下列材料：企业法人营业执照；医疗器械生产或者经营的许可证或者备案凭证；医疗器械注册证或者备案凭证；销售人员身份证复印件，加盖本企业公章的授权书原件；产品说明书；样品。消毒剂、消毒器械提供消毒产品生产企业卫生许可证、国产消毒剂和消毒器械卫生许可批件或消毒产品卫生安全评价报告和消毒产品安全评价报告备案登记表。（复印件加盖单位公章备存）

（3）每份表格仅限申报一种产品，填写不完整或附件材料不齐全的，不予受理。

2、采购供应办公室、医务部、护理部、资产处负责医用耗材新品申请的初步审核工作。

（1）采购供应办公室对医用耗材、生产企业及其委托人的资质进行审核；

（2）采购供应办公室会同资产处对同类产品价格、收费状况进行审核；

（3）医务部、护理部对医用耗材的临床应用价值、需求程度及使用医用耗材的相关技术进行审核；

3、通过初步审核的品种，由采购供应办公室对根据应用范围的不同进行分类，一般分为两类：专科品种、多科和公用品种，并对医院现有同类品种的生产企业和单价作出说明；

4、医用耗材采购领导小组对准入申请进行初审。

5、初审通过的医用耗材准入申请，医疗产品由医务部下发给相关临床科室组织专家进行二次评审，护理产品由护理部组织护理专家进行二次评审。

（1）多科及公用品种由大内科或大外科组织二次评审，评审小组人员由大科行政主任及专家库相关专家组成；

（2）专科品种由专科组织进行，专科评审小组由科室管理小组及相关副主任医师职称以上人员组成；

（3）评审小组成员人数应为单数，一般控制在5-11人，可根据科室整体人员数量不同适当调整；

（4）评审采用小组讨论，根据少数服从多数原则形成小组统一意见并签署评审表。

6、新型医用耗材遴选原则：

（1）各项资质符合要求，品牌、生产（经营）企业信誉良好，无不良记录；

（2）具备物价收费标准，价格合理；

（3）医院及相关科室、人员具有使用该医用耗材相关技术的资质；

（4）开展临床诊疗新技术项目或医学研究所需的医用耗材；

（5）国产品种、医保范围内品种优先考虑；

（6）较现有同类型医用耗材有明显的优越性及可替代性；

（7）同类型产品一般不超过四种，保留优质和价格合理的产品；

（8）非新项目新技术，不准入国家、省、市集中采购目录以外的品种。

7、医院医用耗材管理委员会根据二次评审结果负责对新品种医用耗材进行终审，采用无记名投票的方式，超过半数以上同意的品种引进入院，并形成会议纪要。

8、临床确需使用而医院无替代产品的新型医用耗材，由临床科室组织讨论，详细说明病例情况及应用理由，填写《一次性医疗用品特殊申购登记表-急》经医务部负责人审核医疗需求、采购供应办公室审核资质合格和医用耗材采购领导小组组长审批同意后，临床方可一次性使用。

三、监督管理

1、医用耗材的引进审批工作每季度进行一次。每季度最后一个月的1-15日为受理新品报告时间，以采购供应办公室收到材料确认登记时间为准。

2、未通过审批的品种，两个周期内不得再次申报。

3、未经正常申请程序，科室或个人自行购买、使用或试用医用耗材的，医院将追究相关科室和个人的责任，情节较轻者，扣除科室综合目标考核分5分，扣除责任人1个月绩效考核奖；情节严重者，按相关规定处理。

4、评审过程中如发现有影响评审公正、公平原则的，医院将追究相关科室和个人的责任，情节较轻者，扣除科室综合目标考核分5-10分，扣除责任人1-3个月绩效考核奖；情节严重者，交由纪检等部门按相关规定处理。

四、本规定自发布之日起实施，由医院医用耗材采购领导小组负责解释。

## 泗洪县第一人民医院中标药品采购管理制度

医疗机构药品集中招标采购是解决药品购销领域中商业贿赂行之有效的方法之一。为落实江苏省纠风办、市卫计委、市招标办的指示精神，落实江苏省医疗机构药品集中招标采购工作的要求，规定如下。

1. 原则
2. 认真执行上级的相关规定，落实江苏省医疗机构药品集中招标采购工作，使用中标药品。认真执行卫计委《处方管理办法》的规定，严格落实同一通用名称药物不超过两个规格。
3. 采购药品选择标准 在保证药品质量的前提下，一是满足临床需要为前提；二是满足不同层次患者的需求；三是对医院使用的重复品种、抗菌药物类等药物严格把关。
4. 调整中标药品须经过医院药事管理委员会会议通过药品调整方案后实施。
5. 要求
6. 提高认识，按照卫计委的要求认真落实药品集中招标采购的工作。
7. 采购使用中标药品，严格执行中标药品物价政策，认真执行医院相关的采购制度。
8. 坚决纠正药品采购中的不正之风，药品采购的相关岗位要认真落实医院的相关药品采购的管理规定。
9. 坚持严格管理，防止假劣药品进入我院。

药材科对采购工作中出现的问题，及时上报医院处理。

泗洪县第一人民医院采购药品审批管理制度

(一)临时采购药品适用范围

1.定义

临时用药是指未列入医院基本用药供应目录内，不常规购入，但针对临床紧急抢数特殊病种特殊需要，可经过单独申请和批准临时申购的药品。

2.临时采购药品的范围包括:

(1)抢救用药、突发性疾病及特殊个案用药(包括罕见病例、非常规用药)、新药(本院无同类药品)。

(2)因突发公共卫生事件紧急用药。

(3)专科或外院专家会诊等急需的药品。

(4)省部级以上科研课题涉及的科研用药，通过医院伦理委员会及药事管理与药物治疗学委员会，可根据临床科研需求情况临时采购，申请时附科研研究方案及科研立项批准件复印件。

(二)临时采购药品申请程序

1.由科室主任提出临时购药申请，填写《泗洪县第一人民医院药品临时采购申请单》（见附件1）。申请单中注明药品名称(包括通用名、商品名)、剂型、规格、所需数量、使用对象和购药原因及医生联系方式和使用部门，并由临床科室主任审核签字。

2.随后申请单交至药剂科并经药剂科主任审批签字。院内第一次申请药品建议做卫生技术评估。

3.药剂科确认后，申请单交至医务部审核并经医务部主任、主管院长审批签字。

4.审核批准后，签字后交采购部门，采购部门按申请单中的申请量购买。

5.药品人库后立即通知门诊/住院药房，药房再立即通知临床科室，申请科室接到药房到货通知后应及时记账领用。

6.突发事件应急处理所需药品，可由药剂科主任即刻通知采购部门及时购买，随后补办相应手续。

**临时采购流程图**

科室抢救

通知申请科室使用药品

药品送达

医务部、主管院长审批

向医药公司采购

临时用药

抢救药

药品目录外抢救药

填写临时用药申请单

药剂科主任

次日补填临时用药申请单，注明“抢救用药”

药品目录外临时用药

（三）临时用药注意事项

1.临时用药注明所用药品规格、数量，仅限一次性采购，一次申请量原则上不得多于单人份、一个疗程用量，请申请医师根据患者病情掌握购药数量，如无正当理由造成所申购药品的积压或浪费者，该损失由申购科室或申购医师承担。

2.跨专业科室申请临时购药不予采购。不得临时采购与本医院现有药品目录同类或相类似作用的品种，辅助性药物。

（四）药事管理与药物治疗学委员会决议

药物品种临时采购超过5例次时则由药事管理与药物治疗学委员会讨论是否该药品种列入泗洪县第一人民医院药物供应目录。由申请人填写新药申请廉洁承诺书（附件2），临床科室与药材科共同完成《泗洪县第一人民医院新药引进申请表》（附件3）。择期召开药事管理与药物治疗学委员会，由相关科室对所选品种进行介绍，实行记名或无记名投票，原则上票数超过2/3为通过。经药事管理与药物治疗学委员会讨论最终审核通过的药品予以公示。

附件1 :

泗洪县第一人民医院急救、特需和新药药品临时采购申请单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名 | 性别 | | 病区 | | 床号 | | | | 住院号 | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |
| 药品通用名称 | 商品名 | | 剂型 | | 规格 | | | | 所需数量 | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |
| 临床适应症 | 医保信息 | | 使用部门 | | | | 申请医生联系方式 | | | | |
|  |  | |  | | | |  | | | | |
| 江苏省药品采购平台信息 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 临床科室申请理由及讨论意见 | | | | | | | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | | 科主任签字： | | | |  | |
| 药材科意见 | | |  | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | | 科主任签字： | | | |  | |
| 医务部意见 |  | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 医务部主任签字： | | | | | | | | | | | |
| 分管院长意见 | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | |
| 分管院长签字： | | | | | | | | | | | |
| 药品采购部门办理情况 | | 采购渠道 | | 到货日期 | | | | 采购人 | | | 填表时间 |
| 已买（ ）未买（ ） | |  | |  | | | |  | | |  |

## 

附件2

泗洪县第一人民医院医院临床科室新药申请

廉洁承诺书

为了严把新药准入关,坚决抵制医药购销中的不正之风，医院药事管理与药物治疗学委员会成员和各临床科室专家将严格遵守廉洁自律承诺，承诺内容如下：

1、加强廉政建设,增强自身的法制观念和反腐能力，廉洁行医。

2、坚持原则,秉公办事,自觉抵制医药购销中的不正之风,做到:不接受药品经销商送的礼金礼品、有价证券、购物券、回扣、佣金;不私下接触、参与宴请和娱乐活动;不索要好处费、赞助费和宣传费:不代支付旅游费用、报销各种消费凭证。

3、拒绝药品经销商给予的礼金、有价证券等,无法拒绝的应及时上交医院纪检监察部门,按有关规定处理。

4、作为新药引进的申请人,我保证所申请的新药\_\_\_\_\_\_\_ 等\_\_ 个品种（见申请表）是我科室专业治疗必须的,并对所在科室所申请新药的合理使用进行监督管理,若发生所申请新药临床不合理应用（包括但不限于如所申请药品剂型、规格、数量与临床使用不符而导致药品不合理损耗）及其它违规、违纪行为,本人愿承担监督管理等相关责任。

5、本承诺书一式二份将留存医院办公室、药材科存档。

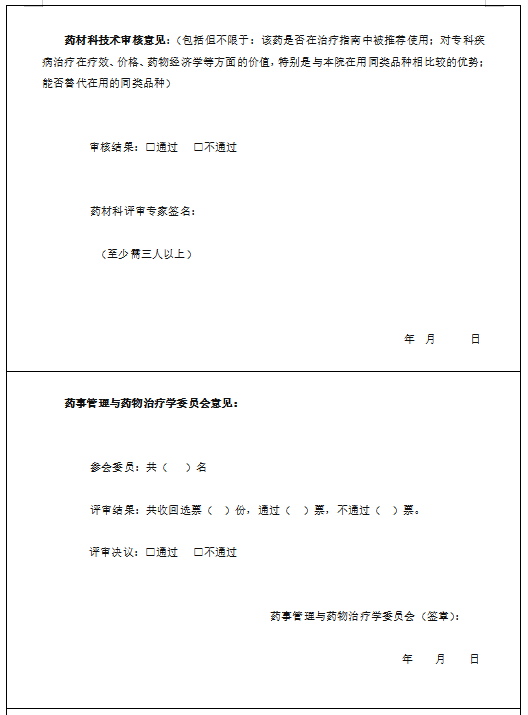
承诺人：

## 年 月 日

附件3

泗洪县第一人民医院新药引进申请表

## 微信图片_20200911102000



## 泗洪县第一人民医院国家基本药物优先使用制度

为了进一步规范基本药物使用和管理，保障人民群众基本用药，根据卫计委（原卫计委）等九部委《关于建立国家基本药物制度的实施意见》和《江苏省国家基本药物制度实施意见》，结合我院实际，制定本规定。

* 1. 为积极推进国家基本药物制度，保障人民群众用药，减轻医药费用负担，医生和药剂人员要执行国家基本药物优先使用的原则。
  2. 凡国家基本药物和江苏省补充目录药物必须全部在“江苏省药品采集监督管理平台”上采购，价格按政府招标价执行。
  3. 药材科要定期公示基本药物价格，接受公众监督。
  4. 各科室应首先选择使用药材科提供的国家和江苏省补充的基本药物目录中的品种。
  5. 药事管理与药物治疗学委员会和相关专家对基本药物使用情况实施监控，按月通报各临床科室国家基本药物和江苏省补充基本药物用药品种数比。
  6. 药材科应定期组织对临床医师、药师进行基本药物优先、合理使用相关知识培训。
  7. 实行处方点评制度，由药事管理与药物治疗学委员会和相关专家，定期对基本药物处方和处方调剂指标执行情况进行跟踪检查、统计分析。定期公布不合理处方与药品调剂以及超常预警，干预不合理用药行为。对使用基本药物比例不达标的科室和严重不合理用药的医师进行通报批评，并由业务院长对医师和科主任进行诫勉谈话。
  8. 优先使用国家基本药物情况列入科室绩效考核范围，并对不达标科室进行相应的处罚。科室使用国家基本药物和江苏省补充基本药物品种数比例未达标的，按相关规定处罚，由于特殊情况或特殊病人等因素影响未达标者，结合处方点评酌情扣减。

## 泗洪县第一人民医院基本药物配备使用管理制度

为进一步深化医药卫生体制改革，加快推进实施基本药物制度，促进临床合理用药，有效控制药品费用增长，减轻群众就医负担，按照国家基本药物制度的有关内容和要求，特制定我院基本药物配备使用管理规定。

1. 基本药物的范围
2. 基本药物指的是能够满足基本医疗卫生需求，剂型适宜、保证供应、基层能够配备、国民能够公平获得的药品，主要特征是安全、必需、有效、价廉。
3. 本规定所称基本药物，是指国家基本药物目录和江苏省增补药物目录中收载的药品。
4. 目标与组织管理
5. 药事与药物治疗学委员会负责本院基本药物遴选使用的监督落实责任。
6. 加强临床用药管理，促进优先配备使用基本药物，提高基本药物使用比例，减轻患者药品费用负担。
7. 高度重视，加强领导，把基本药物使用比例指标，纳入医院年度目标考核评价，与控制药品收入比例工作相结合，明确责任目标，认真抓好落实。
8. 按规定配备和使用基本药物。
9. 管理措施
10. 积极宣传国家基本药物政策，加大基本药物使用的宣传与教育力度，提高医师和患者使用基本药物的自觉性。
11. 优先配备基本药物。其配备使用的基本药物通用名品种数占基本药物目录（含省增补药物）通用名总数的比例原则上不少于70%。
12. 加强基本药物价格管理，严格按照国家和省现行价格政策销售基本药物。实行价格公示制度，接受社会监督。及时公布医院基本药物购进和供应信息，医院基本药物供应目录应及时下发临床科室。
13. 临床用药应遵循基本药物优先使用的原则，医师在制定诊疗计划时，根据病人实际病情，原则上优先考虑使用基本药物。
14. 做好基本药物目录的遴选、采购、配送工作。医院临床应用的基本药物全部从江苏省基本药物招标采购平台采购，在药品验收入库后7个工作日内完成网上签收单的信息填写，确认。并做好基本药物的入库验收、在库养护。
15. 及时进行基本药物货款结算。从交货验收合格到付款时间原则上不超过60天。
16. 监督管理
17. 加强医院基本药物使用的监督管理，逐步建立监测评估机制，按月对使用基本药物品种和金额占处方量的比例进行统计。
18. 认真贯彻执行药品管理法律、法规和相关政策规定，坚持临床合理用药制度，加强基本药物应用管理，严格处方评价管理制度，对未按照规定使用基本药物的科室与医生，参照医院相关规定进行处理。

## 泗洪县第一人民医院药品的进账与出账管理制度

1. 药品的进账
2. 新药需建立药品目录。
3. 药品单价的变动应按文件规定及时调整。
4. 按药品来源分类进账、打印药品收入单并核对发票的总金额。
5. 采购人、验收人、复核人在收入单上签名。
6. 科主任审核签名后送财务部门审核汇款。
7. 药库药品的出账
8. 按药品领用单上连续凭证号的品名、规格、单位及实发数出账。
9. 打印药品出库单。
10. 发药人、复核人应根据药品请领单对药品出库单进行复核、校对，签字后送领用部门。
11. 调剂部门药品的进账按药品领用单上连续凭证号的品名、规格、单位及实发数进账
12. 调剂部门药品的出账
13. 门急诊部门按处方或药品请领单上的药名、规格及实发数出账。
14. 住院药房按打印出的药房医嘱单或请领单上的药名、规格及实发数出账。

## 泗洪县第一人民医院新药引进管理制度

加强新药引进及药品采购供应管理工作，保证用药安全、经济、有效，保障人民身体健康，根据《中华人民共和国药品管理办法》以及相关的法规，结合我院实际，制定本规定。

新药是指第一次进入本院的通用名药品（包括剂型、剂量）。

1. 新药引进及采购原则
2. 新药引进及药品采购工作，应坚持公开、公平、公正的原则，确保引进质量优、疗效好、价格廉的药品使用于临床。
3. 新药引进必须是中标产品，临床特殊使用非中标药品时，按照《医院特殊药品采购管理规定》办理。
4. 新药引进一般应重点考虑以下三点：1）按照上级的规定，应购入中标药品；2）国家批准生产的一、二类新药；3）国家医保药品目录。
5. 采取互惠互利的原则，与药品生产企业、经营企业共赢。
6. 我院新药引进及药品采购管理工作由院药事管理委员会负责监督，日常管理工作由药材科负责实施。
7. 新药引进程序
8. 新药的引进主要由适应症科室的医师按规定填写用药申请，并经科主任签名同意。
9. 药材科根据各生产商产品的质量、品牌、价格、服务提出评估意见。
10. 各专业药事小组讨论，通过遴选相关临床科室的药品，提出医院使用和管理的建议。
11. 药事管理委员会审议通过后，新药进入医院用药目录。
12. 药材科与药品的生产商或供应商签订药品质量保证协议。
13. 新药的采购按照本院有关药品采购管理制度执行。
14. 新药的定价应执行省网价格，不在省网的由供货公司提供省级以上价格主管部门提供的有效定价单，核实无误后方可入库使用。有效定价单由药品采购员保存备查。

## 泗洪县第一人民医院药品遴选制度

为进一步加强我院药品临床应用管理，满足我院临床的需求，切实保障患者安全、有效、经济、合理用药，按照《药品管理法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《中国国家处方集》等规定制定本制度。

* 1. 遴选组织

我院药事管理与药物治疗学委员会全面负责药品的遴选工作，由各临床专家及药事管理与药物治疗学委员会委员组织药品遴选评审组，医务部、监察室、药材科共同组成药品遴选工作组，监察室兼负整个药品遴选过程的监督作用。

* 1. 遴选原则

1. 入选药品应具备安全、有效、经济、适宜的原则，充分考虑药品的安全性，临床治疗效果，兼顾药品价格，满足不同需求的人群。
2. 执行《处方管理办法》规定：注射剂和口服制剂同一通用名下只能选择2个不同规格或不同生产厂家的品种，即“一品二规”。
3. 保证我院重点专科品种齐全，临床科室基本满足需求的前提。
4. “品种优先”原则：
   1. 一类新药；疗效强、毒副作用小，剂型更适合临床应用；疗效长，减少给药次数等特点的药物优先。
   2. 优先配备使用国家基本药物。参考国家药监局公布的《国家基本药物目录》中品种，保证临床使用基本药品的比例。
   3. 能国产不合资，能合资不进口，品牌可靠，价格优势的品种优先。
5. “品种不选”原则：
   1. 在我院有相同通用名超出“一品二规”者不得入选；同类品种较多且价格无优势者不选或少选。
   2. 作用功效不明确、不良反应报道多的品种不选。
   3. 异形规格，剂型、品牌不可靠的品种不选。
   4. 因有不良记录、售后服务不规范、质量不合格等原因，而造成既往淘汰的品种不选。
   5. 落标品种不选、未投标或未招标品种少选或不选；非医保品种或医保丙类（即自付比例为100%）的品种尽量少选。
   6. 遴选流程与方法
6. 药材科承担药物遴选登记工作，对资质合格的品种根据药理作用进行初步分科、统计药品医保等其他相关信息。
7. 上报医院药事管理与药物治疗学委员会，药事管理与药物治疗学委员会根据实际情况，组织召开药事会。
8. 药事管理与药物治疗学委员会小组讨论、评审、确定最终引进的药物品种。
9. 药材科对药事会议确定的品种，根据实际情况实施采购。
   1. 药品淘汰
10. 严格执行法定淘汰，对国家食品药品监督管理局撤销批准文号的药品，按规定淘汰，不得使用。
11. 在用药品，如符合以下条件者，报送药事委员会讨论予以淘汰。
    1. 药品虽然有效但毒副反应大，对患者有不可逆转的危害性；
    2. 药品虽有一定疗效，但有一定的毒副反应，且目前已有较好的药品可以代替；
    3. 药品无疗效或疗效不确，较长时间药厂不生产，医生也已不用的；
    4. 虽然已进入医院药品目录，但长期（6个月）呆滞不用的。
12. 省统一招标采购落标品种，按规定予以淘汰，不再使用。

附：抗菌药物遴选原则

根据卫计委《2012年全国抗菌药物临床应用专项整治活动方案》抗菌药物临床合理应用专项整治活动方案要求，为贯彻《抗菌药物临床应用管理办法》加强我院抗菌药物的规范使用，结合抗菌药物分级管理目录，制定我院抗菌药物分类遴选原则如下：

1. 优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。
2. 优先选用各类感染性疾病临床治疗指南推荐药物；优先选用《卫计委办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发〔2009〕38号）推荐的常见手术预防用抗菌药物；尽量选用卫计委颁布的抗菌药物分级管理目录之内的药物。
3. 在品种分配上尽可能覆盖现有抗菌药物解剖-治疗-化学结构（ATC）分类，兼顾窄谱及广谱的抗菌药；品种选择上优先考虑临床用药习惯及疗效，选择疗效或安全性方面临床资料较充分的药物，尽量不选或少选具有严重不良反应的药物以及各级不良反应中心或专业学术期刊有多次不良反应报道的药物。
4. 在剂型品规选择上，尽量选择同一通用名下现有剂型、品规较全的药物，以便兼顾儿科及特殊人群用药；兼顾品牌、质量、价格以及服务，优先选择品牌可靠的药物，避免选择有药品不良异动、供货不及时、售后服务不佳等不良记录且屡教不改的产销企业的药物；优先选择质量可靠且价格有优势的药物，综合考虑质量和价格因素，不单以价格作为决定性因素。
5. 参考临床目前抗菌药物耐药情况，避免选择易引起细菌快速耐药的抗菌药物，避免选择耐药率高的抗菌药物。三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型应当不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规。 碳青霉烯类抗菌药物注射剂型应当不超过3个品规。氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型应当各不超过4个品规。
6. 遴选急、重、危症所必需的抗菌药物。
7. 在尽可能满足临床需求的同时，适当增加《抗菌药物分级管理目录》中的“非限制使用”的药物，严格限制“特殊使用”的抗生素品种临床使用。

## 泗洪县第一人民医院药品退出制度

1. 有下列情况之一者，药材科应组织退出评估：
2. 使用中发生严重不良反应，且不良反应的频次较高。
3. 呆滞药品（三个月以上基本不用），有替代药品的。
4. 使用量极少，发生批量过效期的。
5. 自费药品进院后，半年不用或基本不用。
6. 未进入本期药品招标目录。
7. 相关部门召回的。
8. 药材科定期组织退出药品评估，同时应控制拟退出药品的存量。
9. 院药事管理委员会收到退出药品申请后，应积极组织论证，充分讨论，慎重决定。
10. 药材科接到院药事管理委员会退出药品核准决定后，与相关各方积极沟通，妥善处理退出药品的库存，并清出本院用药目录。
11. 一旦药品退出后，除一品双名原因外，原则上不再进入本院用药目录。

## 泗洪县第一人民医院处方管理制度

1.处方管理制度

为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据卫计委 《处方管理办法》(以下简称《办法》)、《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《麻醉药品和精神药品管理条例》等有关法律、法规，结合我院实际，制定本细则。

1. 加强组织学习，深入贯彻《处方管理办法》的落实与实施，不断提升医院处方管理水平。
2. 严格要求处方书写规范，并定期开展处方点评
   1. 患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。
   2. 每张处方限于一名患者的用药。
   3. 处方应以蓝色或黑色笔书写，字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。
   4. 药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”、“按说明书服用”等含糊不清字句。
   5. 处方中有规定作皮试的药品时，医师须在相应药品名称前注明皮试结果，或“续用”。
   6. 患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时要注明体重。
   7. 西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方，中药饮片应当单独开具处方。
   8. 开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。
   9. 中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。
   10. 药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。
   11. 除特殊情况外，应当注明临床诊断。
   12. 开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。
   13. 处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药材科门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。
3. 医院按照有关规定，对执业医师和药师进行麻醉药品、精神药品、抗菌药物使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后由医院授予麻醉药品和第一类精神药品的处方权、和相应级别抗菌药物处方权，药师经考核合格后分别取得麻醉药品、第一类精神药品调剂资格和抗菌药物调剂资格。医师、药师要在医院签名留样或者专用签章备案后，可开具处方、调配处方。
4. 医院按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种，处方组成类同的复方制剂1～2种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。
5. 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过3天。处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。
6. 医院按照相关规定，严格控制麻醉药品、精神药品的使用
7. 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，按照我院《门急诊癌症疼痛患者就诊取药流程》开取药品。为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。
8. 第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。
9. 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。
10. 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为1日常用量。
11. 盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于院内使用。
12. 医师利用计算机开具、传递普通处方时，应当同时打印出纸质处方，其格式与手写处方一致；打印的纸质处方经签名或者加盖签章后有效。药师核发药品时，应当核对打印的纸质处方，无误后发给药品，并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。
13. 药师应当按照操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。
14. 药师应当对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：
15. 规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定。
16. 处方用药与临床诊断的相符性。
17. 剂量、用法的正确性。
18. 选用剂型与给药途径的合理性。
19. 是否有重复给药现象。
20. 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌。
21. 其它用药不适宜情况。
22. 医院建立处方点评制度，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。
23. 医院相关职能部门负责监督管理工作，对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。医师出现下列情形之一的，处方权由医院予以取消：
24. 被责令暂停执业；
25. 考核不合格离岗培训期间；
26. 被注销、吊销执业证书；
27. 不按照规定开具处方，造成严重后果的；
28. 不按照规定使用药品，造成严重后果的；
29. 因开具处方牟取私利。
30. 严格处方的保存管理工作。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。处方保存期满后，经医务部长、分管院长批准、登记备案，方可销毁。医院根据麻醉药品和精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为3年。

门急诊癌症疼痛患者取药流程

门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻、一精药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，确定患者需要使用麻、一精药品。医生与患者共同签署《麻、一精药品使用知情同意书》，患者持签名并有经治医师盖章的知情同意书到办公室建门诊病历，病案 室留存知情同意书原件，复印患者身份证，如患者委托亲属代办，应同时提供代办人身份证复印件， 并将两者身份证复印件及知情同意书复印件贴在门诊病历中，并在门诊病历封面上加盖麻醉药品使用章。患者持盖章后病历回诊室开药后，到药房领取药品；患者取完药后将门诊病历交回办公室 。

2.处方点评制度

为规范我院处方点评工作，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《处方管理办法》（2007）和《医院处方点评管理规范》（2010）中“各级医院应当按照本规范，建立健全系统化、标准化和持续改进的处方点评制度，开展处方点评工作，并在实践工作中不断完善”的要求，制定本制度。

处方点评是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。处方点评是医院持续医疗质量改进和药品临床应用管理的重要组成部分，是提高临床药物治疗学水平的重要手段。

1. 组织管理

我院处方点评工作在院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会领导下，由医务部和药材科共同组织实施，日常操作由医务部质控科会同药材科质量管理小组负责执行。

* 1. 处方点评领导小组：院药物与治疗学委员会合理用药监督指导小组负责我院处方点评工作的领导、总体布署、制度制定与监督执行，保障处方质量的持续改进与提高。
  2. 处方点评专家组：由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成，为处方点评工作提供专业技术咨询。
  3. 处方点评工作小组：由药材科质量管理小组负责组织处方点评的具体工作。日常工作由3个分组协调配合完成：门急诊处方点评工作分组、住院医嘱点评工作分组和药学技术支持分组，药材科责成各部门负责人对点评工作和结果负责。处方点评工作小组成员应当具备以下条件：①具有较丰富的临床用药经验和合理用药知识；②具有中级以上药学专业技术职务任职资格。

处方点评领导小组：由院药物与治疗学委员会合理用药监督指导小组现行成员构成

处方点评专家组：由医务部根据规范人员构成确定

处方点评工作小组：药材科现行质量管理小组成员构成，各部门负责人分别对以下分组的点评工作和结果负责。

1. 处方点评的实施
2. 点评周期：每月一次。
3. 抽样率与抽样方法：

《规范》要求“医院药材科门应当会同医疗管理部门，根据医院诊疗科目、科室设置、技术水平、诊疗量等实际情况，确定具体抽样方法和抽样率，其中门急诊处方的抽样率不应少于总处方量的1‰，且每月点评处方绝对数不应少于100张；病房（区）医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不应少于1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于30份。”

抽样量：依据我院当前门急诊处方量及住院医嘱量决定抽取份额。

抽样方法：各药房处方样本抽取时应该考虑的因素包括：符合统计学随机要求、临床科室本身的处方比例、特殊药品及方便门诊处方剔除等，各部门可按抽样量要求平均分布到日完成，具体方法由各药房根据自身实际情况制定。医嘱抽取可按临床科室当月出院人数比例、兼顾小科室按适当比例轮抽。

1. 填写点评表：门急诊处方点评填写《处方点评工作表》、病区用药医嘱的点评填写《病区医嘱点评工作表》。
2. 点评要求：处方点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录。处方点评工作小组在处方点评工作过程中发现不合理处方，应当及时报告药材科质量管理小组并通知医务部质控科，并在每月形成点评结果报告。
3. 专项处方点评：根据药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题，确定点评的范围和内容，对特定的药物或特定疾病的药物（如国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、辅助治疗药物、激素等临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围手术期用药等）使用情况进行专项处方点评。该项工作待专项处方点评的方法及要求制定后开始执行。
4. 逐步利用信息技术建立处方点评系统，逐步实现与医院信息系统的联网与信息共享。
5. 处方点评的结果

不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

不规范处方的判定：有下列情况之一的

1. 处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；
2. 医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；
3. 药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；
4. 新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；
5. 西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；
6. 未使用药品规范名称开具处方的；
7. 药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；
8. 用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；
9. 处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；
10. 开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；
11. 单张门急诊处方超过五种药品的；
12. 无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；
13. 开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的；
14. 医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的；
15. 中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

不适宜处方的判定：有下列情况之一的

1. 适应证不适宜的；
2. 遴选的药品不适宜的；
3. 药品剂型或给药途径不适宜的；
4. 无正当理由不首选国家基本药物的；
5. 用法、用量不适宜的；
6. 联合用药不适宜的；
7. 重复给药的；
8. 有配伍禁忌或者不良相互作用的；
9. 其它用药不适宜情况的。

超常处方判定：有下列情况之一的

* 1. 无适应证用药；
  2. 无正当理由开具高价药的；
  3. 无正当理由超说明书用药的；
  4. 无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的。

1. 点评结果的应用与持续改进
2. 每月末由医务部质控科组织处方点评专家组对处方点评小组提交的点评结果进行讨论，并报领导小组审核。
3. 领导小组通过每月的科主任例会平台定期公布处方点评结果，通报不合理处方所涉及的临床科室和当事人。根据处方点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，并向医院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会报告。
4. 在处方点评过程中，点评小组发现可能造成患者损害的，应当及时上报并采取相应措施，防止损害发生。
5. 院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会根据处方点评领导小组提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。
6. 处方和医嘱点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，建立健全相关的奖惩制度。
7. 监督管理

医院应当加强处方质量和药物临床应用管理，规范医师处方行为，落实处方审核、发药、核对与用药交待等相关规定。

* 1. 定期对医务人员进行合理用药知识培训与教育。
  2. 处罚：

①对于开具超常处方的医师按照《处方管理办法》的规定予以处理；一个考核周期内（一年为一个考核周期）5次以上开具不合理处方的医师，应当认定为医师定期考核不合格，离岗参加培训；对患者造成严重损害的，卫生行政部门应当按照相关法律、法规、规章给予相应处罚。

② 药师未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交待或未对不合理处方进行有效干预的，医院采取教育培训、批评等措施；对患者造成严重损害的，卫生行政部门应当依法给予相应处罚.

3.查对制度

为加强药品的复核查对，保证药品使用规范、安全，依据《中华人民共和国药品管理法》及实施细则、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》等有关法律法规，并结合我院实际，制定此细则。

1. 调剂窗口凭方发药，要做到一配一核，双签字（核对药名、剂量、用法），单人当班做到单人双签字。
2. 配发药品时必须做到“四查十对”。查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、规格、数量、标签；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。补充药品时，应认真查对，对不同规格，不同厂商，不同性状（颜色），不同效期的药品不得混放。

(3) 发放外用公药时应核对领用单位名称，药品浓度、规格、总量，以及护士长签名，符合要求方可发放。

(4) 退药时应严格核对原配发药品清单，仔细检查药品质量和有效期。

(5) 药品入库应查验发票的专用章、税号是否有效、查验进口药品的注册证、口岸药检报告是否有效、合格证，查验药品质量，如：效期、批准文号、外观质量等、查验实物的品种、单位和数量是否与发票一致。

4.差错（事故）管理制度

为最大限度的保护患者的合法权益，及时分析差错（事故）的原因和提出相应的整改建议，在第一时间内采取相应的补救措施，并防止差错（事故）的发生，依据《中华人民共和国药品管理法》及实施细则、《医疗机构药事管理规定》、《医疗事故处理条例》并结合我院实际情况，制定本细则。

1. 发生差错，应立即报告组长。
2. 组长发现或接到差错（事故）应立即采取相应的补救措施，并填写差错（事故）登记表，如实详细记录差错（事故）经过，上报科主任。
3. 一类差错报医务部，事故需同时报医务部、院部。

科主任协助组长分析差错（事故）发生的原因，并提出相应的整改建议和措施。

1. 科主任根据差错（事故）的轻重、产生的影响、造成的后果和相关的管理条例，提出对差错（事故）责任人和涉及人员的处理意见，经科核心小组讨论，做出处理决定并记入个人档案。
2. 科主任对差错（事故）的整改措施是否落实进行督查，定期在全科分析差错（事故）的原因，汲取经验教训，持续改进。
3. 差错（事故）发生后，所有相关人员不得弄虚作假、隐瞒、掩盖事实，如有发现，要追查当事人的责任，并按有关规定加重处理。

附件：事故、差错分类

1. 医疗责任事故：

有下列之一者，应认定为医疗责任事故。

1. 凡因玩忽职守、擅离岗位，延误发药时间，影响病人及时抢救；或不遵守操作规程，将药错配、错发；或不懂装懂，主观臆断，将错误处方配方；或外用药当内服药，或搞错药物用法、剂量、部位，导致病员严重后果者。
2. 凡因超过中毒剂量或估计药量，引起病员严重后果者。
3. 凡已知伪劣药品或有规定的禁用药品，仍继续使用发生而引起严重后果者。
4. 凡借故推诿、拒发急救、急需药物，影响抢救造成严重后果者。
5. 医疗技术事故：凡属工作人员已尽职尽责，但因技术水平所限或缺乏基本知识，在药品制剂、调配和发放过程中失误而直接造成严重后果者。
6. 严重差错（一类差错）：有下列之一者，应认定为严重医疗差错。
7. 凡在工作中由于技术或责任原因发生了错误，虽给病员造成一定的痛苦，但经积极抢救后功能基本恢复，未造成严重后果者。
8. 凡属病员用药后可引起严重后果的药物已经发出窗口，由第三者发现而终止，如破伤风抗毒素、青霉素（皮试+？）、氯化钾注射液等，虽未造成严重后果亦应视为严重差错。
9. 一般医疗差错（二类差错）凡从药房窗口错发的一般药物，一旦误服不致造成痛苦，也不会造成严重后果者；对静脉药物配置中心而言，则指将医嘱药品多配、少配、错配或用错剂量、冲错溶媒或搞错病区、病人。

5.处方保管制度

为了加强对处方的管理，规范处方保管工作中的各项环节，根据《处方管理办法》的相关规定，制定本制度。

1. 处方的登记
   1. 药房按照《处方管理办法》将审核、调剂并签字后的处方储存在处方盒中，当班药师在当日工作结束后，将处方装订整齐，麻醉药品和精神药品单独装订。装订好的处方装袋，并对处方数量进行逐日登记。
   2. 调剂室工作人员按日将装袋的处方装入纸箱保存，在纸箱上注明处方时间、处方类别等信息便于处方保管。
2. 处方的保存
   1. 药房每季度将已装箱的处方交由处方保管室保存，填写交接单并由交接双方在交接单上签字确认。
   2. 处方保管室按照处方的日期及处方的类别对处方进行分类保存。
   3. 处方保存期限，普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。
3. 处方的销毁
4. 超过保存期限的处方每年两次进行统一销毁，销毁方式为锅炉房焚烧，销毁时有专人负责全程监控销毁过程。
5. 处方销毁时填写销毁登记表，登记表填写处方数量、类别等信息，并由药房调剂室组长、药材科主任、主管院长及销毁人签字确认。

## 泗洪县第一人民医院抗菌药物管理制度

一、组织设置

1. 医院药事管理委员会全面负责抗菌药物管理。作为主任委员的院长（或分管院长）全面负责此项工作。医务部（科）、感染科、感染管理科等部门或科室的主要负责人应为药事管理委员会成员。
2. 药事管理委员会下设抗菌药物管理办公室，由该办公室负责日常抗菌药物管理工作（按国家规范要求应为药材科负责）。办公室设在药材科，药材科主任任办公室主任，办公室成员应包括医务部（科）、感染管理科、护理部等部门的主要负责人及感染科、呼吸科等临床科室抗菌药物咨询专家。
3. 临床科室设药物管理小组负责科室抗菌药物管理。小组应由科主任、护士长、有抗菌药物应用经验的专业人员组成，可视情况派驻微生物专业人员，以协助工作。

二、职责与任务

1. 药事委员会根据医院内抗菌药物管理的目标、任务和要求，制定工作计划并组织实施与监督。检查与指导抗菌药物管理办公室的工作。定期对医院的抗菌药物的购进、使用、停用进行审定。
2. 抗菌药物管理办公室在药事委员会领导下具体负责抗菌药物应用管理：
   1. 制定医院抗菌药物合理应用管理细则并组织实施与监督；
   2. 定期对抗菌药物应用情况、全院微生物监测情况及医院感染情况进行总结、分析和通报；及时为临床提供抗菌药物信息及临床经验用药方案；指导临床抗菌药物使用；
   3. 结合医院抗菌药物使用及微生物监测情况有计划调整医院抗菌药物的购进、使用和停用。
   4. 督促临床人员严格执行抗菌药物应用的管理制度和应用原则。
   5. 组织相关知识的培训。
   6. 组织检查与考评。
   7. 有条件的应开展血药浓度监测工作。
   8. 组织评价各类抗菌药物的不良反应，提出淘汰疗效较差和不良反应严重的抗菌药物的建议。
3. 医务部负责督促、指导医护人员严格执行抗菌药物合理应用的相关制度，协助组织医务人员的相关培训，参与检查与考核。
4. 感染管理科协助拟定合理用药的规章制度，并参与监督实施，定期向抗菌药物管理办公室提供院内感染的相关信息。
5. 护理部协助组织培训，督促、指导护理人员严格执行相关制度。
6. 检验科负责全院微生物学监测，开展病原体的培养、分离鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析，并向抗菌药物管理办公室提供相关信息。有条件的医院应开展耐药菌（如耐甲氧西林金黄色葡萄球菌MRSA、耐万古霉素金黄色葡萄球菌VRSA、耐万古霉素肠球菌VRE）的监测。
7. 临床科室药物管理小组负责科室抗菌药物使用现状的收集，药敏调查、联合用药情况的汇总，药效调查，感染现状的调查及信息反馈。

三、管理办法

1. 将常用抗菌药物划分成非限制使用、限制使用、特殊使用三类进行分级管理。临床医师可据患者病情开具非限制使用抗菌药物；患者病情需要应用限制使用抗菌药物时，应经主治医师以上专业职称任职资格的医师同意，并签名；患者病情需要应用特殊使用抗菌药物，应具有严格临床用药指征或确凿依据，经抗感染或有关专家会诊同意，处方需经高级专业职称任职资格医师签名。在紧急情况下临床医师可越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限1天用量。
2. 分级原则

* 非限制使用级：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响小，价格相对较低的抗菌药物。
* 限制使用级：是指经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。
* 特殊使用级：具有以下情形之一的抗菌药物：
  1. 具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；
  2. 需要严格控制使用，避免细菌过快产生耐药的抗菌药物；
  3. 疗效、安全性方面的临床资料较少的抗菌药物；
  4. 价格昂贵的抗菌药物。

1. 抗菌药物管理办公室定期对病原体分布、种类、药敏及院内感染情况进行综合分析，并向全院通报。定期对临床抗菌药物使用情况进行调查，将调查结果向药事委员会报告，并具体落实药事委员会作出对抗菌药物临床使用进行调整的决定。定期分析部分重点科室的常见病原菌分布及耐药情况，提出临床经验用药方案。
2. 三级医师查房应含有抗菌药物应用内容（如抗菌药物使用、更改及停用等）；临床药师要加强对临床用药的指导，参加查房，主动为临床用药服务，并向临床医务人员提供有关抗菌药物的信息。
3. 定期对临床用药情况进行监督考核与科学评估。
4. 药房出售抗菌药物亦应参照上述办法执行。

四、抗菌药物临床应用管理

1. 严格执行《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《国家处方集》等相关规定及技术规范，加强对抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理。
2. 按照省级卫生行政部门制定的抗菌药物分级管理目录，制定抗菌药物供应目录，并向核发《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。抗菌药物供应目录包括采购抗菌药物的品种、品规。未经备案的抗菌药物品种、品规，不得采购。
3. 严格控制抗菌药物供应目录的品种数量。同一通用名称抗菌药物品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种。具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复列入供应目录。
4. 确因临床工作需要，抗菌药物品种和品规数量超过规定的，应当向核发《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门详细说明原因和理由。
5. 定期调整抗菌药物供应目录品种结构，并于每次调整后15个工作日内向核发《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。调整周期原则上为2年，最短不得少于1年。
6. 按照国家药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进抗菌药物，优先选用《国家基本药物目录》、《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。
7. 抗菌药物应当由药材科门统一采购供应，其他科室或者部门不得从事抗菌药物的采购、调剂活动。临床上不得使用非药材科门采购供应的抗菌药物。
8. 因特殊治疗需要，需使用抗菌药物供应目录以外抗菌药物的，可以启动临时采购程序。临时采购应当由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，经医院抗菌药物管理工作组审核同意后，由药材科门临时一次性购入使用。
9. 严格控制临时采购抗菌药物品种和数量，同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序原则上每年不得超过5例次。如果超过5例次，应当讨论是否列入本院抗菌药物供应目录。调整后的抗菌药物供应目录总品种数不得增加。应当每半年将抗菌药物临时采购情况向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。
10. 建立抗菌药物遴选和定期评估制度。遴选和新引进抗菌药物品种，应当由临床科室提交申请报告，经药材科门提出意见后，由抗菌药物管理工作组审议。抗菌药物管理工作组三分之二以上成员审议同意，并经药事管理与药物治疗学委员会三分之二以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。抗菌药物品种或者品规存在安全隐患、疗效不确定、耐药率高、性价比差或者违规使用等情况的，临床科室、药材科、抗菌药物管理工作组可以提出清退或者更换意见。清退意见经抗菌药物管理工作组二分之一以上成员同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案；更换意见经药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后执行。清退或者更换的抗菌药物品种或者品规原则上12个月内不得重新进入本院抗菌药物供应目录。
11. 具有高级专业技术职务任职资格的医师，可授予特殊使用级抗菌药物处方权；具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，可授予限制使用级抗菌药物处方权；具有初级专业技术职务任职资格的医师，可授予非限制使用级抗菌药物处方权。药师经培训并考核合格后，方可获得抗菌药物调剂资格。应当定期对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训。医师经培训并考核合格后，方可获得相应的处方权。
12. 抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训和考核内容应当包括：
13. 《药品管理法》、《执业医师法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《国家基本药物处方集》、《国家处方集》和《医院处方点评管理规范》等相关法律、法规、规章和规范性文件；
14. 抗菌药物临床应用及管理制度；
15. 常用抗菌药物的药理学特点与注意事项；
16. 常见细菌的耐药趋势与控制方法；
17. 抗菌药物不良反应的防治。
18. 严格掌握使用抗菌药物预防感染的指证。预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首选非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下合并感染或者病原菌只对限制使用级抗菌药物敏感时，方可选用限制使用级抗菌药物。
19. 严格控制特殊使用级抗菌药物使用。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指证，经抗菌药物管理工作组指定的专业技术人员会诊同意后，由具有相应处方权医师开具处方。特殊使用级抗菌药物会诊人员由具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科、微生物检验科、药材科门等具有高级专业技术职务任职资格的医师、药师或具有高级专业技术职务任职资格的抗菌药物专业临床药师担任。
20. 因抢救生命垂危的患者等紧急情况，医师可以越级使用抗菌药物。越级使用抗菌药物应当详细记录用药指证，并应当于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。
21. 严格控制门诊患者静脉输注使用抗菌药物比例。
22. 开展抗菌药物临床应用监测工作，分析本院及临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，对抗菌药物不合理使用情况应当及时采取有效干预措施。
23. 根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物。临床微生物标本检测结果未出具前，可以根据当地和本院的细菌耐药监测情况经验选用抗菌药物，临床微生物标本检测结果出具后根据检测结果进行相应调整。
24. 开展细菌耐药监测工作，建立细菌耐药预警机制，并采取下列相应措施：
    * 1. 主要目标细菌耐药率超过30%的抗菌药物，应当及时将预警信息通报医务人员；
      2. 主要目标细菌耐药率超过40%的抗菌药物，应当慎重经验用药；
      3. 主要目标细菌耐药率超过50%的抗菌药物，应当参照药敏试验结果选用；
      4. 主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物，应当暂停针对此目标细菌的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复临床应用。
25. 建立本院抗菌药物临床应用情况排名、内部公示和报告制度。对临床科室和医务人员抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行排名并予以内部公示；对排名后位或者发现严重问题的医师进行批评教育，情况严重的予以通报。按照要求对临床科室和医务人员抗菌药物临床应用情况进行汇总，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门报告。非限制使用级抗菌药物临床应用情况，每年报告一次；限制使用级和特殊使用级抗菌药物临床应用情况，每半年报告一次。
26. 充分利用信息化手段促进抗菌药物合理应用。
27. 对以下抗菌药物临床应用异常情况开展调查，并根据不同情况作出处理：
28. 使用量异常增长的抗菌药物；
29. 半年内使用量始终居于前列的抗菌药物；
30. 经常超适应证、超剂量使用的抗菌药物；
31. 企业违规销售的抗菌药物；
32. 频繁发生严重不良事件的抗菌药物。
33. 加强对抗菌药物生产、经营企业在本院销售行为的管理，对存在不正当销售行为的企业，应当及时采取暂停进药、清退等措施。
34. 定期组织相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施点评，并将点评结果作为医师定期考核、临床科室和医务人员绩效考核依据。
35. 对出现抗菌药物超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权。
36. 医师出现下列情形之一的，取消其处方权：
    * 1. 抗菌药物考核不合格的；
      2. 限制处方权后，仍出现超常处方且无正当理由的；
      3. 未按照规定开具抗菌药物处方，造成严重后果的；
      4. 未按照规定使用抗菌药物，造成严重后果的；
      5. 开具抗菌药物处方牟取不正当利益的。
37. 药师未按照规定审核抗菌药物处方与用药医嘱，造成严重后果的，或者发现处方不适宜、超常处方等情况未进行干预且无正当理由的，取消其药物调剂资格。
38. 医师处方权和药师药物调剂资格取消后，在六个月内不得恢复其处方权和药物调剂资格。
39. 将抗菌药物使用管理纳入医院监督管理内容，检验科应定期发布药敏试验结果信息，以利指导医疗机构合理使用抗菌药物。
40. 医院必须加强合理用药管理，杜绝不适当的经济激励。不得以任何形式将处方者开出的药品处方与个人或科室经济利益挂钩。
41. 抗菌药物使用率应力争小于50%，治疗用药病原学检测送检率应达到60％。
42. 建立符合标准的临床微生物实验室，配备相应设备及专业技术人员，开展病原微生物培养、分离、鉴定及细菌药敏试验工作；并建立室内质量控制标准，接受室间质量评价检查。
43. 临床医师必须接受抗菌药物合理应用规范的培训。住院医生在5年规范化培训中将增加抗菌药物相关知识的考核内容；主治医生及其以上人员必须参加培训学习并记继续教育学分。
44. 本规范执行情况应纳入医院内部质量管理考核。与科室挂钩，与个人挂钩，奖惩分明。

2.抗菌药物分级管理制度

根据卫计委《抗菌药物临床应用管理办法》（卫计委第84号令）以及“省卫计委关于贯彻落实《抗菌药物临床应用管理办法》的通知”苏卫医〔2012〕40号等文件精神，进一步规范我院抗菌药物合理使用，特调整我院抗菌药物临床应用分级管理制度和“特殊使用”级抗菌药物临床应用程序，请各科室认真执行。

1. 抗菌药物分级原则
2. 非限制使用级抗菌药物。经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。
3. 限制使用级抗菌药物。是指经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。
4. 特殊使用级抗菌药物。是指具有以下情形之一的抗菌药物：

①具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；

②需要严格控制使用，避免细菌过快产生耐药的抗菌药物；

③疗效、安全性方面的临床资料较少的抗菌药物；

④价格昂贵的抗菌药物。

1. “抗菌药物分级管理目录”由医院药事管理与药物治疗学委员会根据江苏省抗菌药物分级管理目录（苏卫医〔2012〕40号文件）的规定制定，新药引进时应同时明确其分级管理级别。
2. 严格落实抗菌药物分级管理制度
3. 医院应当对本机构医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训。医师经考核合格后获得抗菌药物处方权，药师经考核合格后获得抗菌药物调剂资格。
4. 医疗机构明确本机构抗菌药物分级目录，对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定，明确各级医师使用抗菌药物的处方权限；按照《抗菌药物临床应用指导原则》，有明确的限制使用抗菌药物和特殊使用抗菌药物临床应用程序，并能严格执行。严禁超处方权和违反程序使用抗菌药物。
5. 医疗机构和医务人员应当严格掌握使用抗菌药物预防感染的指证。预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首选非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下合并感染或者病原菌只对限制使用级抗菌药物敏感时，方可选用限制使用级抗菌药物；严格控制特殊使用级抗菌药物使用。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。
6. 抗菌药物分级管理办法
7. 临床医师经培训并考核合格后可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物处方。具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予限制使用级抗菌药物处方权。具有高级专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予特殊使用级抗菌药物处方权。
8. 临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指证，经抗菌药物管理工作组指定的专业技术人员会诊同意后，由具有相应处方权医师开具处方。
9. 特殊使用级抗菌药物会诊人员由具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科、微生物检验科、药材科门等具有高级专业技术职务任职资格的医师、药师或具有高级专业技术职务任职资格的抗菌药物专业临床药师担任。
10. 因抢救生命垂危的患者等紧急情况，医师可以越级使用抗菌药物。越级使用抗菌药物应当详细记录用药指证，并应当于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。
11. “特殊使用”级抗菌药物使用程序：
12. 临床有使用“抗菌药物临床应用分级管理目录”中特殊使用级抗菌药物指征时，填写“江苏省特殊使用级抗菌药物临床使用会诊单”。
13. 经会诊专家同意后，抗菌药物临床应用管理办公室盖章确认后，由经培训并考核合格的，具有三级抗菌药物处方权的医师开具处方，并按照会诊专家意见使用。
14. “会诊单”放置该病人病历中。
15. 紧急情况下，医师可以越级使用抗菌药物，处方量应当限于1天用量，但应在病程记录中予以说明，使用次日按照上述要求补办相关手续。
16. 具体实施办法

根据以上要求于计算机系统中设置每个抗菌药物的级别，设置各级医师处方、医嘱权限，“特殊使用”级抗菌药物须经会诊同意并经抗菌药物管理办公室确认后该病例方可使用。

1. 督导、考核办法
2. 成立抗菌药物临床应用管理领导小组和工作小组，对临床抗菌药物的分级使用进行监管。
3. 对出现抗菌药物超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；限制处方权后，仍连续出现2次以上超常处方且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。
4. 对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的医师，卫生行政部门或医疗机构应当视情形依法依规予以警告、限期整改、暂停处方权、取消处方权、降级使用、吊销《医师执业证书》等处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的科室，医疗机构应当视情形给予警告、限期整改；问题严重的，撤销科室主任行政职务。

3.特殊使用级抗菌药物临床应用评价标准

为贯彻落实卫计委《抗菌药物临床应用管理办法》，严格执行抗菌药物分级管理制度，促进我院特殊使用级抗菌药物合理使用，根据《医院抗菌药物临床应用管理工作制度》和《医院抗菌药物分级管理制度》等文件，结合我院实际，特制定本评价标准。

1. 应用标准
2. 临床医师在使用特殊使用级抗菌药物时要严格掌握适应证。
3. 特殊使用级抗菌药物的选用，原则上应根据病原学检查和药敏试验结果。如果药敏结果中有非限制或限制级抗菌药物对此病原菌敏感，则不建议选用特殊使用级抗菌药物。
4. 危重患者在未获知病原菌及药敏结果前，如专家组专家会诊提出根据病情需要使用特殊级抗菌药物，则可以经验用药。
5. 因抢救生命垂危的患者等紧急情况下，临床医师可越级使用，处方权仅限于医疗组长或值班医师，“特殊使用级”抗菌药物只限一日剂量，但是使用医师要在病程记录中有详细记录，并应当于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。
6. 特殊使用级抗菌药物使用指征，必须满足如下条件：

①感染严重者

1. 有败血症、脓毒症等血行感染。
2. 有休克、呼吸衰竭、DIC等合并症。
3. 脏器穿孔引起的急性腹膜炎、急性盆腔炎等。
4. 感染性心内膜炎、化脓性心包炎等。
5. 严重的肺炎、骨关节感染、肝胆系统感染、蜂窝组织炎、重度烧伤、严重复合伤、多发伤及合并重症感染者。
6. 混合感染的患者。

②免疫功能低下患者发生的感染

1. 接受免疫抑制剂治疗。
2. 接受抗肿瘤化学疗法或接受大剂量肾上腺皮质激素治疗者。
3. 血WBC< 1 \*109/L或中性粒细胞<0.5 \* 109/L。
4. 脾切除后不明原因的发热者。
5. 艾滋病或先天性免疫功能缺陷者。

③病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感的感染。

④当患者使用限制级抗菌治疗无效，或治疗效果不明显时方可治疗性应用。

1. 满足上述条件，需要使用特殊使用级抗菌药物的患者，在病程记录中必须详细记录病情，记录会诊专家意见、用药理由以及与家属沟通情况。
2. 监督管理
3. 全院医师要根据《抗菌药物临床应用管理办法》中“特殊使用”的分级管理标准，按照我院抗菌药物分级管理制度，严格、合理应用处方权限。患者病情需要应用“特殊使用级”抗菌药物的应具有严格临床用药指征或确凿依据，须参照以上评价标准执行，凡使用特殊使用类抗菌药物的病例，应在病程记录中体现用药理由及原因分析。
4. 药材科负责根据以上评价标准，每月进行特殊使用类抗菌药物的合理性评价，并上报医务科审核。对不合理使用特殊使用级抗菌药的科室及临床医师，医务科予以通报公示并限期整改。

4.围手术期抗菌药物预防使用管理规范

根据《抗菌药物临床应用管理办法》和《卫计委办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》要求，为进一步加强我院围手术期抗菌药物预防性应用的管理，改变过度依赖抗菌药物预防手术感染的状况，特制订本规范。

1. 预防用药目的

预防手术后切口感染，以及清洁-污染或污染手术后手术部位感染及术后可能发生的全身性感染。

1. 基本原则

根据手术野是否有污染或污染可能，决定是否预防用抗菌药物。

1. 清洁手术（Ⅰ类切口）：手术野为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。Ⅰ类切口一般不预防使用抗菌药物，仅在下列情况时可考虑预防用药：
2. 手术范围大、时间长、污染机会增加；
3. 手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术、眼内手术等；
4. 异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起博器放置、人工关节置换等；
5. 高龄(>70岁)；
6. 糖尿病控制不佳；
7. 恶性肿瘤放、化疗中；
8. 免疫缺陷或营养不良等高危人群。
9. 清洁-污染手术（Ⅱ类切口）：上、下呼吸道、上、下消化道、泌尿生殖道手术，或经以上器官的手术，如经口咽部大手术、经阴道子宫切除术、经直肠前列腺手术，以及开放性骨折或创伤手术。由于手术部位存在大量人体寄殖菌群，手术时可能污染手术野引致感染，故此类手术需预防用抗菌药物。
10. 污染手术（Ⅲ类切口）：由于胃肠道、尿路、胆道体液大量溢出或开放性创伤未经扩创等已造成手术野严重污染的手术。此类手术需预防用抗菌药物。
11. 污秽/感染手术（Ⅳ类切口）：已失活组织的陈旧创伤手术、已有临床感染或脏器穿孔的手术等，如腹腔脏器穿孔腹膜炎、脓肿切除术、气性坏疽截肢术等，属抗菌药物治疗性应用，不属预防应用范畴。
12. 品种选择

抗菌药物的选择视预防目的而定。

1. 预防术后切口感染，应针对金黄色葡萄球菌(以下简称金葡菌)选用药物。预防手术部位感染或全身性感染，则需依据手术野污染或可能的污染菌种类选用，并参考本院细菌耐药状况选用品种，如结肠或直肠手术前应选用对大肠埃希菌和脆弱拟杆菌有效的抗菌药物。
2. 预防性应用的抗菌药物必须是疗效肯定、安全、使用方便及价格相对较低的品种。除泌尿外科手术外，不得使用氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。任何氨基糖苷类抗生素不得用于围手术期感染的预防。
3. 手术时预防用抗菌药物的具体选择，可参照卫计委公布的《常见手术预防用抗菌药物表》。基于卫计委相关要求并结合我院实际（目前抗菌药物供应及分级管理目录等），医院制订了适合我院目前情况的《常见手术预防用抗菌药物表》，请各科室部门遵照执行。
4. 给药时机和应用疗程
5. 对具有预防感染用药适应症的患者，要按照《抗菌药物临床应用指导原则》有关规定，术前0.5-2小时内给药或麻醉诱导时开始给药，抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程和手术结束后4小时。
6. 清洁手术（Ⅰ类切口），如手术时间较短（<2小时）术前用药一次即可；如果手术时间超过3小时，或失血量大（>1500 mL），可手术中给予第2剂，总的预防用药时间一般不超过24小时，必要时延长至48小时。
7. 清洁-污染手术的预防用药时间亦为24 h，必要时可延长至48 h，但要注明原因。
8. 污染手术（Ⅲ类切口）可依据患者情况酌量延长（通常3-7天）。对手术前已形成感染者，抗菌药物使用时间应按治疗性应用而定。
9. Ⅰ类手术抗菌药物预防性使用
10. 我院重点控制Ⅰ类切口手术抗菌药物的预防使用，具体按我院“外科Ⅰ类（清洁）切口手术围手术期抗菌药物预防使用规范”管理。
11. Ⅰ类切口（清洁）手术一般不预防使用抗菌药物，仅当患者存在相关风险时方可考虑预防用药。确需使用时，要严格掌握适应症、药物选择、用药起始与持续时间等。
12. 腹股沟疝修补术（包括补片修补术）、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术、关节镜检查手术、颈动脉内膜剥脱手术、颅骨肿物切除手术和经血管途径介入诊断手术，不预防使用抗菌药物。

5.抗菌药物处方点评制度

为规范我院抗菌药物处方点评制度，提高抗菌药物处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《卫计委办公厅关于继续深入开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》中“医疗机构组织感染、药学等相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评”的要求制定本制度。

抗菌药物处方点评是根据相关法规、技术规范，对抗菌药物处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现抗菌药物临床应用存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床抗菌药物合理应用的过程。

1. 组织管理

我院抗菌药物处方点评工作在院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会领导下，由医务部和药材科共同组织实施，日常操作由医务部质控科会同药材科质量管理小组负责执行。

1. 抗菌药物处方点评领导小组：院药物与治疗学委员会合理用药监督指导（抗菌药物管理）小组负责我院抗菌药物处方点评工作的领导、总体布署、制度制定与监督执行，保障抗菌药物处方质量的持续改进与提高。
2. 抗菌药物处方点评专家组：由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成，为处方点评工作提供专业技术咨询。
3. 抗菌药物处方点评工作小组：由药材科质量管理小组负责组织处方点评的具体工作。日常工作由3个分组协调配合完成：门急诊处方点评工作分组、住院医嘱点评工作分组和药学技术支持分组，药材科责成各部门负责人对点评工作和结果负责。处方点评工作小组成员应当具备以下条件：①具有较丰富的临床用药经验和合理用药知识；②具有中级以上药学专业技术职务任职资格。

抗菌药物处方点评工作小组：药材科现行质量管理小组成员构成，各部门负责人分别对以下分组的点评工作和结果负责。

①门急诊处方点评工作分组

②住院医嘱点评工作分组

③药学技术支持分组

1. 抗菌药物处方点评的实施
2. 定期对抗菌药物处方进行点评，每月一次。
3. 抽样率与抽样方法：医院药材科门应当会同医疗管理部门，根据《整治方案》要求对25%的具有抗菌药物处方权医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于50份处方、医嘱。
4. 重点抽查感染科、外科、呼吸科、重症医学科等临床科室以及I类切口手术和介入诊疗病例。
5. 抗菌药物处方点评的结果的应用与持续改进
6. 每月末由医务部质控科组织处方点评专家组对处方点评小组提交的点评结果进行讨论，并报领导小组审核。
7. 领导小组通过每月的科主任例会平台定期公布抗菌药物处方点评结果，通报不合理处方所涉及的临床科室和当事人。根据点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，并向医院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会报告。
8. 在抗菌药物处方点评过程中，点评小组发现可能造成患者损害的，应当及时上报并采取相应措施，防止损害发生。
9. 院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会根据抗菌药物处方点评领导小组提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。
10. 处方和医嘱点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，建立健全相关的奖惩制度。

6.抗菌药物用量动态监测制度

1. 信息科每季度统计全院使用数量和使用金额排序前10位的抗菌药物，并将结果上报医务部。
2. 信息科每月对门诊抗菌药物处方比例进行统计，并将结果上报门诊办公室。
3. 信息科每月对住院患者抗菌药物使用率进行统计，并将结果上报医务部。
4. 药材科会同信息科，每半年对全院抗菌药物使用强度进行监测，并将结果上报医务部。
5. 药材科、抗感染办、信息科每月对I类切口手术和介入治疗抗菌药物预防使用率进行监测，并将结果上报医务部。
6. 医务部、门诊办公室根据上报的各项数据，对相关科室及个人进行考评。

7.抗菌药物使用超常预警和异动监测制度

为了遏制抗菌药物滥用，促进合理使用，提高临床治疗水平，确保病人用药安全，减少卫生资源浪费，减轻病人的不合理医疗费用负担，结合我院实际情况，特制定本制度。

1. 医务部会同药材科、信息处共同进行抗菌药物用量动态监测工作。
2. 信息处每月统计抗菌药物使用量和使用金额排名前十位的品种、使用量异常增长的抗菌药物，由医务部进行全院通报。
3. 信息处统计对使用抗菌药排名前十名的医生名单，由医务部组织专家组，对这前十名医生使用抗菌药品的合理性进行检查，并写出调查报告，交医务部。
4. 药材科对抗菌药物临床应用合理性与安全性进行严密监控，对于使用量异常增长的、半年内使用量始终居于前列的抗菌药物、经常超适应症使用的、超剂量使用的品种、频繁发生严重不良事件以及有企业违规销售行为的品种进行抽查，并写出调查报告，交医务部。
5. 医务部针对调查报告中的内容进行核查，确实存在问题者进行相应处理：
6. 视情节轻重对当事医师进行诫勉谈话、通报批评、经济处罚、处方权限定或取消等；
7. 抗菌药物销售金额每月排名前5位且存在明显不合理使用者予以警告，连续3次警告的抗菌药物暂停使用3月；
8. 对经查属实的违规销售品种，由药事管理与药物治疗学委员会讨论后暂停使用3个月或限量使用，屡次发现者予以清退处理。

8.清洁手术抗菌药物预防使用管理规定

为规范我院外科清洁（Ⅰ类切口）手术围手术期预防用抗菌药物（以下称预防用药）的管理，促进合理用药，减少细菌耐药，降低医药费用，依据《抗菌药物临床应用指导原则》（卫办医政发〔2004〕285号）和《卫计委办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发〔2009〕38号）、抗菌药物临床应用整治活动等规定，制定本规范。

1. 总则
   1. Ⅰ类（清洁）切口手术的手术野为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官，例如颈部外科（含甲状腺）手术、乳腺手术、血管外科手术、腹外疝手术、门体静脉分流术或断流术、脾切除术等，经皮肤内窥镜的胃造瘘口术、腹腔镜胆囊切除术和内窥镜逆行胆胰管造影术等预防用药纳入外科Ⅰ类（清洁）切口手术管理。
   2. 本规范适用于外科Ⅰ类（清洁）切口手术预防用药工作相关的医师、药师、护士、患者及其他相关人员。
   3. 外科Ⅰ类（清洁）切口手术预防用药应当遵循安全、有效、经济的原则。
   4. 预防用药不能代替严格的无菌操作。
2. 预防用药的适应证
3. 外科Ⅰ类（清洁）切口手术预防用药目的：预防手术部位感染，包括切口感染和手术所涉及的器官和腔隙感染，但不包括与手术无直接关系、术后可能发生的全身性感染。
4. 一般情况下，外科Ⅰ类（清洁）切口手术不需预防用药，仅在下列情况时考虑预防用药：
5. 手术范围大、持续时间超过该类手术的特定时间或一般手术持续时间超过2小时、污染机会多；
6. 手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如大血管手术、门体静脉分流术或断流术、脾切除术等；
7. 异物植入术，如异物植入的血管外科手术等；
8. 有感染高危因素者，如高龄（>65岁）、糖尿病、恶性肿瘤、免疫功能缺陷或低下(如艾滋病患者、肿瘤放化疗患者、接受器官移植者、长期使用糖皮质激素者等)、营养不良等；
9. 经监测认定在病区内某种致病菌所致手术部位感染发病率异常增高；
10. 经皮肤内窥镜的胃造瘘口术、内窥镜逆行胆胰管造影术有感染高危因素；经皮肤内窥镜的腹腔镜胆囊切除术者。
11. 预防用药的选择
12. 选择抗菌药物时要根据手术部位的常见病原菌、患者病理生理状况、抗菌药物的抗菌谱、抗菌药物的药动学特点、抗菌药物的不良反应等综合考虑。原则上应选择相对广谱、效果肯定、安全及价格相对低廉的抗菌药物，一般选择非限制性药物，特殊情况选择限制级药物，具体参见“常见手术预防用抗菌药物表”。
13. 外科Ⅰ类（清洁）切口手术主要感染病原菌是葡萄球菌（金黄色葡萄球菌和凝固酶阴性葡萄球菌），一般首选第一代头孢菌素作为预防用药。经皮肤内窥镜的胃造瘘口术、腹腔镜胆囊切除术和内窥镜逆行胆胰管造影术是进入腹腔空腔脏器的手术，主要感染病原菌是革兰阴性肠杆菌，建议使用第二代头孢菌素。具体预防用药选择见附表，表中所列抗菌药物的剂量均为成人剂量。
14. 对β-内酰胺类过敏者，可选用克林霉素（0.6～0.9克静脉给药）预防葡萄球菌感染；可选用氨曲南（1～2克静脉给药）预防革兰阴性杆菌感染。
15. 在耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）检出率高的病区，如果进行人工材料植入手术，可选用万古霉素（0.5～1克静脉给药）或去甲万古霉素（0.4～0.8克静脉给药）预防感染。
16. 小儿剂量参照药品说明书或按公式（小儿剂量＝小儿体重×成人剂量/70千克）计算。
17. 外科Ⅰ类（清洁）切口手术预防用药不宜联合用药。
18. 预防用药的给药方法
19. 严格把握预防用药时机。应于切开皮肤(粘膜)前30分钟或麻醉诱导时开始给药，万古霉素或去甲万古霉素应在术前2小时给药，在麻醉诱导开始前给药完毕，以保证在发生细菌污染之前血清及组织中的药物已达到有效浓度。
20. 预防用药应静脉滴注，溶媒体积不超过100毫升，一般应30分钟给药完毕，以保证有效浓度。对万古霉素或去甲万古霉素、克林霉素另有规定，按药品说明书等有关规定执行。
21. 抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程和手术结束后4小时。选择半衰期短的抗菌药物时，若手术时间超过3小时，或失血量超过1500毫升，应补充一个剂量，必要时还可用第三次。
22. 一般应短程预防用药，择期手术结束后不必再用。若患者有明显感染高危因素，或应用人工植入物时，可再用一次或数次至术后24小时，特殊情况可延长至术后48小时。
23. 预防手术部位感染的其他措施
24. 实施外科Ⅰ类（清洁）切口手术应在符合国家规定的手术室进行。
25. 尽量缩短手术前住院时间，减少院内感染的机会。
26. 做好术前准备工作，使病人处于最佳状态，如控制糖尿病患者的血糖、改善营养不良状况、积极治疗原有感染等。
27. 手术备皮：毛发稀疏部位无需剪毛；毛发稠密区可以剪毛，且应在进入手术室前即刻备皮。
28. 严格遵守术中无菌原则，细致操作，保护组织，彻底止血。切口的感染与失活组织多、残留有异物、血块、死腔等关系密切，局部用温生理盐水冲洗创腔或伤口有助于清除血块、异物碎屑和残存细菌，不提倡用抗菌药物溶液冲洗创腔或伤口。
29. 尽量不放引流装置，如需放置应使用闭合式引流装置，并尽早拔除。长时间放置引流装置不是持续预防用药的指征。
30. 尽可能使用单股不吸收缝线缝闭切口皮肤，使用可吸收缝线缝闭切口皮肤以下各层组织。需出院后拆线的手术患者尽可能到病房由手术医生负责拆线。若发现切口感染，应及时进行相关抗感染治疗，有渗出或脓液的应及时取样做病原学检查。
31. 需连台的外科Ⅰ类（清洁）切口手术应安排在Ⅰ类（清洁）切口手术后。在污染或污秽切口手术后应关闭手术室进行消毒，符合要求方可实施连台手术。
32. 术前患者和医护人员的准备、环境消毒、器械灭菌、术中通风、围手术期保温、术后伤口护理等均应严格参照中华医学会外科学分会制订的《外科手术部位感染预防指南》中相关规定执行。
33. 用药管理
34. 严格控制氟喹诺酮类、新上市的、限制性使用和特殊使用的抗菌药物预防性应用于外科Ⅰ类（清洁）切口手术。
35. 对于有特殊病理、生理状况的患者，预防用药应参照《抗菌药物临床应用指导原则》、药品说明书等规定执行。
36. 各临床科室、细菌室、感控科应加强抗菌药物临床应用与细菌耐药监测工作，定期进行细菌耐药分析，并根据耐药病原菌的分布及其耐药状况，上报调整预防用药的种类，并及时通报。
37. Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例控制在30%以下；
38. 手术预防用药在病程录应有记录。

9.细菌耐药监测与预警管理制度

为贯彻卫计委《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》，进一步加强和规范抗菌药物临床应用管理，根据《卫计委办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》，结合医院工作实际，制定本制度。

1. 临床加强患者微生物检验样本送检，防止滥用抗菌药导致耐药。
2. 检验科微生物室进行耐药监测、分析，及时向院感科上报细菌耐药情况。
3. 院感科以简报的形式每季度向全院通报细菌耐药性情况。
4. 药事管理和药物治疗学委员会对细菌耐药监测和预警制定干预措施，以指导临床抗菌药物合理应用。
5. 对主要目标细菌耐药率超过30%的抗菌药物，应及时将预警信息通报本机构医务人员。
6. 对主要目标细菌耐药率超过40%的抗菌药物，应提示临床医务人员慎重经验用药。
7. 对主要目标细菌耐药率超过50%的抗菌药物，应提示临床医务人员参照药敏试验结果选用。
8. 对主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物，应暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。
9. 严格控制围手术期抗菌药物预防性应用的管理，特别是要重点加强Ⅰ类切口手术预防用药的管理。
10. 治疗性应用抗菌药物需要有指征，应尽早查明感染病原，根据病原种类及细菌药物敏感试验结果选用抗菌药物。在开始抗菌治疗前，先留取相应标本，立即送细菌培养，以尽早明确病原菌和药敏结果。危重患者在未获知病原菌及药敏结果前，先给予抗菌药物经验治疗，获知细菌培养及药敏结果后，对疗效不佳的患者调整给药方案。
11. 严格执行抗菌药物分级管理制度，特别是加强“特殊使用”抗菌药物的使用和管理。特殊使用的抗菌药物需按照我院《“特殊使用级”抗菌药物应用管理规定》或《抗菌药物分级管理制度》执行。
12. 医院合理用药评价专家组定期对全院抗菌药物情况进行评价分析，并将各科室抗菌药物使用情况列入考核目标。

## 泗洪县第一人民医院突发事件药事管理制度

1.突发事件药事管理应急预案

第一章 总则

一、目的：为确保突发应急事件发生后能迅速处理，保证药学服务质量及医疗救护工作的顺利完成，制定本预案。

二、依据：本预案根据《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》等有关法律法规和规定及相关文件，结合医院实际制定。

三、适用范围：

本预案适用于各种意外紧急需要医疗救援的所有状况，包括传染病、中毒抢救、水灾、地震、火灾、车祸等。

1．预警系统的启动，发生突发应急事件时，根据其性质、类别及严重程度，启动应急响应。由当班人员立即直接通知主任，主任负责全科的协调工作，并即时通知药库、药房组长负责协调工作，各相关部门负责人应积极组织相关人员，按照医院的部署，完成各项抢救工作。

2．启动应急响应，启动一级应急响应：由药剂科主任负责协调工作。启动二级应急响应：由各药房负责人负责协调工作。启动三级应急响应：药房工作人员服从救援分配，响应全科工作。

3．抢救紧急呼叫，如遇抢救患者，当班人员应准备好急救药品，积极主动地参与抢救工作。当药品短缺时，应主动与药库或其他药房联系，尽快补足，同时应运用专业知识积极寻找代用品解决问题。

第二章 组织机构及职责

一、医院设立应急领导小组，全面领导应急工作。组长由院长担任，副组长由分管院领导担任，成员由医院各部门主要负责人组成。

应急领导小组主要职责：贯彻落实各级应急管理的法律法规、规章制度；接受市委市政府的应急决策、部署和领导；接受卫生厅应急指挥机构的调度；研究建立和完善医院应急体系；研究决定医院重大应急决策和部署；统一领导医院应急工作；指挥医院系统应急处置实施工作

二、医院设立突发事件中医院药事管理委员会，主要职责包括

1．制订、审核治疗及预防用药方案：包括一线人员、二线人员和其他医务人员的预防用药方案和突发应急事件治疗用药方案；并制定相应的突发应急事件相关用药目录，及突发应急事件抢救用药目录。

2．审核紧急备药品种的剂型、数量等，审核抢救用药目录如呼吸衰竭用药、循环衰竭用药、肝肾功能不全用药、中毒抢救、水灾、火灾、地震、车祸等用药；

3．制定、审核药物安全性监测方案：

三、药剂科在突发事件中行使药事委员会的职责，并设立药剂科突发应急事件领导小组，其成员包括：科主任、副主任、各药房负责人、药库人员。

四、药剂科下设5个专业职能组，其职能分别为：

1．人力资源组：由科主任负责在突发事件中的人员整合，包括各组工作人员的重新定岗、人员调配、新组临时性岗位的人员安排、排班，一旦进入一级应急响应状态，应宣布全科停休，全体人员预留24小时联系电话。

2．药品保障供应组：由药库工作人员负责，其主要职责如下：

（1） 从多渠道获取药品信息，进行市场信息的追踪；并根据医院制订的治疗指南或专家组意见做基本采购计划，包括治疗指南或专家组指定的药物目录中药品，需要考虑药物治疗方案之间的相互替代性。在采购过程中保证紧缺药品供应。

（2） 负责医院药品及消毒剂的采购、保管、发放工作。

（3） 中毒抢救、水灾、地震、火灾等抢救药品，可能不属医院常备药品，但必须掌握这些药品由哪些制药企业生产及其供应渠道。

（4） 供应库存药品和协调各药房抢救药品的调剂。

3．药品调剂组：由调剂部门的组长负责，其主要工作为：

（1） 进行医院日常药品的调剂工作，执行其他与调剂相关的临时性任务。

（2） 进行切实有效的防护（应考虑有传染的病人到门诊），手工传递的处方应进行消毒并妥善保管，避免院内交叉感染。

（3）如遇传染病人需设专门药房，其常规工作包括：药品领发、排班、帐物管理和消毒等。

（4）为临床提供用药信息，保障药品供应，储备药品的会诊计划，防止积压，做面向患者的用药咨询和宣传工作。

4．药学监测组：临时任命，负责突发事件中药物信息和药物安全性方面的工作。

（1）及时收集整理药物信息，以适当的方式向临床传递合理用药信息。

（2) ADR监测、报表的收集和上报，反馈。

5．药品质量控制组：临时任命，其工作包括：对所有采购药品、捐赠药品进行质量控制。

第三章 应急处置

一、遇有上述突发应急事件启动应急响应以后药剂人员必须按照方案各就各位开展工作。除上述分工外，各药师都要积极主动、灵活机动采取措施，勇于参与抢救工作。

二、传染病突发应急事件后药学工作的善后处理

1．为传染病病人提供药品供应的病房药房应设置在清洁区，因特殊需要进入污染区、半污染区的药品善后处理应按以下办法进行处理。

2．用于治疗住院传染病病人的药品，应在清洁区摆药。每日摆药以整包装药品不应进入污染区、半污染区。但由于特殊需要进入污染区的药品，在传染病得到有效控制，污染区准备撤除时，应对污染区剩余药品进行消毒处理。污染区剩余药品消毒应在污染环境及房屋的终末消毒后进行。剩余药品消毒方法采用0.2%～0.5%过氧乙酸溶液浸泡。消毒后的剩余药品视为医用垃圾，可装入双层黄色垃圾袋，到指定地区处理，不得回收使用。污染区药品消毒销毁前，应进行帐册登记，金额统计。

3．进入半污染区的药品的处理。药品应尽可能不进入半污染区。特殊需要进入半污染区的药品，在传染病得到有效控制，半污染区准备撤除时，应对半污染区剩余药品进行消毒处理。进入半污染区的剩余药品的消毒应在所处环境及房屋终末消毒后进行，半污染区内药品外包装或者原包装消毒采用0.2%～0.5%的过氧乙酸溶液擦拭。已打开原包装的口服药品不得回收使用。其余药品在外包装、原包装擦拭消毒后，经院感染办检查批准后可继续使用。半污染区的药品消毒后进行帐册登记、金额统计。

4．传染病后消毒药品的处理。抗传染病工作需要准备充足的消毒药品，其消毒药品主要以过氧乙酸和含有效氯产品为主。阶段性防治传染病工作结束后，应首先联系其他使用单位，以减少浪费和避免环境污染。消毒药品过期后，不得进行销售。

5．积压药品的处理。阶段性防治传染病工作结束后，在保证药品的有效期内正常使用外，如存在积压药品，应及时全面统计，积压药品信息首先向供应商、并通过及时反馈，以避免盲目进货。库内待处理积压药品，在盘点入帐后向其他使用单位联系或与供应商协商，帮助联系使用。过期失效后不得进行使用，并应建帐统计，按有关规定报损销毁。

6．突发事件药事管理应急预案也适用于其他突发应急事件发生的药事应急管理预案，要根据突发环境事件的性质、类别等不同灵活应对。

第四章 应急保障

一、通信与信息保障

1．医院按照统一系统规划、统一技术规范、统一组织建设，建立有线和无线相结合应急通信系统，确保应急处置过程中的通信畅通。

2、医院行政值班（应急）坚持24小时值班制度，应急状态下相关人员24小时保持通讯畅通制度。定期核查、随时更新发布。

二、应急队伍保障

1．医院按照“平急结合、反应快速”的原则，建立健全应急队伍体系，加强应急医疗救援队伍、应急专家队伍建设和管理，做到专业齐全、人员精干、装备精良、反应快速，并逐步建立社会应急医疗资源协作机制，持续提高突发事件应急处置能力。

2、医院建立应急医疗救援队伍，主要负责院内、院外应急医疗救援；各部门不断完善应急救援队伍，负责科室内区应急医疗救援工作，按医院要求参加其他应急医疗救援。

三、应急物资装备保障

1．医院建立健全应急物资装备储存、调拨和紧急配送机制。根据各类突发事件处置需要，在部门储备相应的设备、设施、器材、装备等物资，并建立快速反应联动机制，确保应急抢险救援工作需要。

2．医院建立应急物资管理标准，确保各类救援药品、器械等物资的日常维护良好、配置充足，并做到及时补充、更换。

3．医院实行应急救援资源共享、统一调拨机制，各部门参与应急救援物资的调配。

四、经费保障

1．医院设立应急处置专项资金，财务部门统一纳入年度资金预算，医院在年度财务预算中优先安排，特别紧急情况下可先保证拨款支付，再按照程序办理预算变更或预算追加手续。

2．应急专项经费主要用于应急设备设施、队伍装备、信息通讯、治安交通、物资储备、培训演练等方面需要。

五、技术保障和其他

1．医院建立应急科技支撑体系，将应急科学研究工作纳入科技发展计划予以重点支持，开展应急装备的研制开发、应急理论与技术研究，借鉴国内外先进处置经验，组织开展突发事件预测、预防和应急处置等方面的科学研究。

2．根据医院实际情况，不断引进、更新应急技术，改进应急技术设备，提高应急设施水平，为医院预防和处置突发事件提供高效、准确、快捷、先进的技术保障。

第五章 培训和演练

1．医院制定年度应急培训计划，每年组织一次医院应急演练培训，明确应急培训内容、培训对象、培训方法、培训要求。

2．医院根据实际情况，定期组织突发事件应急预案演练，增强应急处置的实战能力。通过演练，不断增强预案的有效性和操作性。每年至少举行1次；现场处置方案结合实际工作需要适时开展演练，要明确应急演练的通知下发、实施方案、内容、时间、地点、要求等。

3．成立专业队伍，加强医疗救治工作等基本知识的培训，定期开展对应急队伍的实战演练，提高现场应急处置能力。

4．加强宣传培训，要充分发挥媒体、院报、知识教育的宣传作用开展工作，加强职业安全防护应急工作的培训指导，提高防范意识和现场处理能力。

第七章 奖惩

对在突发事件处置过程中做出突出贡献的单位和人员，医院给予表彰和奖励。在突发事件处置过程中工作不力，造成恶劣影响或严重后果的单位和个人，医院按照有关规定追究其责任。

第八章 附则

一、本预案自发布之日起实施。

二、突发事件医疗救治药品目录

突发事件医疗救治药品目录

|  |  |
| --- | --- |
| **药物类别** | **药品名称** |
| 1、非甾体类消炎、退热药 | 布洛芬、对乙酰氨基酚、 |
| 2、肾上腺皮质激素 | 地塞米松、氢化可的松琥珀酸钠 |
| 3、非麻醉性镇痛药品 | 盐酸曲马多 |
| 4、麻醉用药 | 吗啡、杜冷丁、芬太尼、利多卡因、 |
| 5、胃肠解痉药 | 阿托品、消旋山莨菪碱 |
| 6、肌肉松弛剂 | 氯化琥珀胆碱，苯磺酸阿曲库铵 |
| 7、镇静催眠、抗焦虑药 | 地西泮、苯巴比妥、艾司唑仑 |
| 8、抗癫痫药 | 丙戊酸钠 |
| 9、抗休克血管活性药 | 多巴胺、肾上腺素、去甲肾上腺素、间羟胺、多巴酚丁胺 |
| 10、呼吸中枢兴奋剂 | 尼可刹米、洛贝林、 |
| 11、强心药 | 去乙酰毛花苷 |
| 12、抗心律失常药 | 盐酸普罗帕酮 |
| 13、降血压药 | 盐酸拉贝洛尔、硝本地平缓释片 |
| 14、抗心绞痛药 | 硝酸甘油、 |
| 15、抗变态反应药 | 异丙嗪 |
| 16、利尿药 | 呋塞米 |
| 17、促凝血药 | 酚磺乙胺、氨甲苯酸、 |
| 18、解毒药 | 亚甲蓝、碘解鳞定、纳洛酮 |

2.患者服用假劣药品或调剂错误导致人身损害应急预案

第一章　总则

　　第一条　为及时、妥善处置由患者服用假、劣药或调剂错误药品导致人身损害等情况，确保人体用药安全有效，维持正常的医药经济秩序，最大限度地降低危害和损失，根据根据《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》，结合我院实际，制定本预案。

　　第二条　本预案适用于因患者服用假、劣药或调剂错误药品引发的，造成或可能造成导致人身损害的事件。

　　第三条　医院成立由假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害应急处置领导小组，对医院依法处理假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害突发事件的应急工作实施统一指挥、监督和管理。

第二章 组织机构及职责

　　第四条　医院应急领导小组由分管副院长任组长，药材科主任和医务处处长任副组长。

　　应急领导小组的职责：

（一）修订假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害的处置预案；

（二）研究制定假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害的处理工作措施和程序；

（三）负责指挥假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害事件的应急处理工作，协调有关部门的关系，确保应急处理工作快速有效开展，控制危害扩大，最大限度地减少损失；并及时向上级有关部门报告；

（四）负责医院假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害事件应急处理专业队伍的建设和培训；

（五）报请上级部门假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害事件应急处理工作总结报告。

　　第五条　医院应急领导小组下设办公室，药材科负责人任主任。

办公室的职责：

（一）综合协调医院假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害事件预警和日常监督管理工作；

（二）综合协调医院假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害事件信息的收集、分析、评估工作；

（三）负责对假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害事件的调查，必要时协助有关部门实施控制；

（四）组织实施应急领导小组的各项指令，提出应急处理建议和应急处理措施，协助解决应急处理中的具体问题；

（五）负责假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害事件应急处理情况的总结报告。

第三章 预防控制和应急处置

　　第六条 统一指挥，协调各方。加强各部门的密切配合、快速高效地开展处置工作。

　　第七条 信息共享，立足预防。经常开展纵横两向联系（兄弟部门、药监系统和有关监测网络），及时掌握相关信息，主动防范，抓早抓实，争取把问题和矛盾解决在萌芽状态。

　　第八条 快速应对，减少损失。以最快的速度，尽最大的努力，最大限度地避免和减少人员伤亡，维护公众的生命财产安全，尽快恢复医院正常的医疗秩序。

　　第九条　有关人员在获悉发生紧急情况的信息后，必须在10分钟内向药材科汇报，报告的内容包括：发生事件的单位、人数、性质、时间、地点、原因、经过、社会反映及其他已掌握的情况。

　　第十条　药材科接到情况报告后必须立即向上级管理部门汇报。并联合相关部门必须快速到位、果断处置。

第四章 应急保障

　　第十一条 医务处迅速组织开展医疗救护工作，尽可能地减少、减轻药品或医疗器械对人员、人体的伤害；

　　第十二条 药材科迅速开展控制、追回等相关应急工作，控制事态发展；

　　第十三条 药材科迅速收集、整理药品信息，确定事件影响的范围，确保紧急情况信息报送渠道畅通、运转有序，同时，根据事态发展，及时统一做好宣传报道工作；

　　第十四条 采购供应中心及时落实救援物资供应、发放和储备；

　　第十五条 保卫处根据情况需要及时做好紧急情况的疏导解释工作，保证相关人员、单位和财产的安全。

　　第十六条　重大紧急情况处理结束后，现场处理小组要及时向领导小组提交事件处理报告。内容包括：发生事件的基本情况、事件发生的原因、处理经过、有关对策、处理结果、影响评估、事态的发展趋势等。

## 泗洪县第一人民医院特殊药品管理制度

1.特殊药品管理制度

1. 特殊药品包括麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品四类。根据本单位医疗需要，保持合理库存。凭印鉴卡购买麻醉药品和第一类精神药品，购买药品付款应当采取银行转帐方式。凭《放射性药品使用许可证》购买放射性药品，放射性药品的购进、储存、调配、应用必须严格执行国家的有关规定。
2. 麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。入库验收应当采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。在验收中发现缺少、缺损的麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品应当双人清点登记，按规定程序报本单位负责人批准并加盖公章后向供货单位查询、处理。
3. 储存麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品实行专人负责、专库（柜）加锁。对进出专库（柜）的麻醉药品、精神药品建立专用帐册，进出逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字，做到帐、物、批号相符。存放麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品必须配备保险柜，门、窗有防盗设施， 安装报警装置。
4. 对过期、损坏麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品进行销毁时，应当向卫生行政部门提出申请，在卫生行政部门监督下进行销毁，并对销毁情况进行登记。
5. 执业医师经有关麻醉药品和精神药品使用知识的培训和考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品的处方资格，方可在本单位开具麻醉药品和第一类精神药品。
6. 开具麻醉药品和第一类精神药品必须使用专用的淡红色处方，处方右上角分别标注“麻”、“精一”；第二类精神药品处方的印刷用纸为白色，处方右上角标注“精二”。 麻醉药品处方至少保存3年，精神药品、医疗用毒性药品处方至少保存2年。
7. 麻醉药品、第一类精神药品注射剂处方为一次用量；其他剂型处方不得超过3日用量；控缓释制剂处方不得超过7日用量。第二类精神药品处方一般不得超过7日用量；对于某些特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。为癌痛、慢性中、重度患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂处方不得超过3日用量；其他剂型处方不得超过7日用量。麻醉药品注射剂型仅限于本单位内使用或者由医务人员出诊至患者家中使用。医疗用毒性药品每次处方剂量不得超过二日极量。
8. 对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸哌替啶处方为一次用量，药品仅限于本单位内使用。
9. 医师开具麻醉药品、第一类精神药品处方时，应当在病历中记录。医师不得为他人开具不符合规定的处方或者为自己开具麻醉药品、第一类精神药品处方。
10. 处方的调配人、核对人应当仔细核对麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品处方，签名并进行登记；对不符合规定的麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品处方，拒绝发药。
11. 对麻醉药品、第一类精神药品处方进行专册登记，内容包括：患者（代办人）姓名、性别、年龄、身份证明编号、病历号、疾病名称、药品名称、规格、数量、处方医师、处方编号、处方日期、发药人、复核人。专用帐册的保存应当在药品有效期满后不少于2年。
12. 患者使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂或者贴剂的，再次调配时，应当要求患者将原批号的空安瓿或者用过的贴剂交回，并记录收回的空安瓿或者废贴数量，按有关规定销毁。
13. 不得为患者办理麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品退药。患者不再使用麻醉药品、精神药品时，应将麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品无偿交回本单位，并按有关规定销毁。
14. 严格执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品交接班制度，做到帐物相符。建立麻醉药品逐日消耗明细专用登记薄，第一类精神药品、医疗用毒性药品按日做消耗统计、按月汇总。
15. 任何科室、任何人不得转让或借用麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品。
16. 对丢失、被盗及被抢的麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品或发现骗取、冒领麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品的，应及时报告部门领导、医务部、保卫处、公安部门、卫生行政部门、药品监督管理部门。

2.特殊药品管理规范

一、 总则

1. 特殊药品包括麻醉药品、精神药品、放射性药品和毒性药品。 医院对特殊药品的管理和使用，必须按照国家《药品管理法》及相关的《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗用毒性药品管理办法》、《医疗用放射性药品管理办法》等法规文件执行。
2. 购用麻醉药品、精神药品、放射性药品必须经卫生行政部门批准。除放射性药品可由核医学科按有关规定进行采购管理外，其它特殊管理药品的管理由药材科负责。各部门特殊药品应贮存在易于取用的地方，根据各类特殊药品的管理要求存放，若需加锁的，钥匙应由专人保管。
3. 各部门特殊药品的使用应建立收支帐目，根据各类特殊药品的管理要求做好专册登记，逐日或逐月盘点，做到帐物相符，发现问题应当立即上报。
4. 各部门负责人承担本部门特殊药品的监管责任，指定专人定期检查和清点数目，发现问题及时解决。
5. 药材科每月一次对药房外备用特殊药品的使用情况进行检查。
6. 药材科外备用特殊药品的清单一式两份，各科室保存一份，各相关药房保存一份。
7. 特殊药品被盗、被抢、丢失或者其他流入非法渠道的情形应立即报告部门负责人，并由部门负责人报告药材科主任，再上报保卫处、医务部和省食品药品监督管理局和/或卫生行政部门，及时查处。
8. 医院购买的特殊药品只准在本单位使用，不得转售。
9. 药材科应根据国家对特殊药品管理的有关规定，执行和监督本院特殊药品的管理和使用，禁止非法使用、储存、转让或借用特殊药品，对违反相关规定的个人，由卫生行政部门、食品药品监督管理部门、公安司法机关按照有关法律法规的规定处罚和/或追究刑事责任。

二、特殊药品的分类和本院品种

1. 本制度所称麻醉药品和精神药品，是指列入麻醉药品目录、精神药品目录（以下称目录）的药品。精神药品分为第一类精神药品和第二类精神药品。目录由国务院药品监督管理部门会同国务院公安部门、国务院卫生主管部门制定、调整并公布。

1）本院麻醉药品品种及规格：

2） 本院精神药品品种及规：

1. 医疗用毒性药品（以下简称毒性药品），系指毒性剧烈、治疗剂量与中毒剂量相近，使用不当会致人中毒或死亡的药品。本院毒性药品有：
2. 放射性药品：指用于临床诊断或治疗的放射性核素制剂或者其标记药品。本院放射性药品品种：

三、麻醉药品、精神药品的使用和管理

（一）原则

按照卫计委《药品管理法》、《处方管理办法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》，进行麻醉药品、精神药品的管理和使用。

（二）组织管理与培训

医院麻醉药品和精神药品管理领导小组全面负责医院麻醉药品和精神药品的管理，药材科负责麻醉药品、精神药品的日常管理工作。麻醉药品和精神药品管理领导小组组成和药材科特殊药品管理小组组成将麻醉药品、精神药品的管理列入年度目标责任制考核。定期检查、记录结果，及时纠错。定期组织培训，学习有关的法律、法规、规章制度及麻醉药品、精神药品临床合理使用等知识。

* 1. 麻醉药品、精神药品的采购、验收、储存、保管和发放管理

1）采购麻醉药品和第一类精神药品必须到宿迁市卫生行政部门提出申请，填报 “麻醉药品、精神药品购用印鉴卡申请表”，经审核批准发给“麻醉药品、精神药品购用印鉴卡”，凭印鉴卡向定点经营单位按本单位医疗需要采购。定期检查麻醉药品、精神药品购用印鉴卡的有效期(三年)，有效期满前三个月，重新提出申请；项目有变更时，应在3日内到市级卫生行政主管部门办理变更手续。

2）麻醉药品和第一类精神药品的采购与保管必须分别由专人负责。特殊药品的采购应做好年度计划，按规定逐级申报，经卫计委批准后，到指定医药公司采购。入库应按最小单位包装逐支逐瓶验收，并做好验收记录。

3）药库的麻醉药品和第一类精神药品需储存于专用的仓库或保险柜内，双人双锁保管，配备监控设施。

4）采购麻醉药品、精神药品时必须进行严格的数量和质量检查，确保数量和质量无误后方可入库及领用。

5）严格按照各药房的领用申请出库，出库时认真核对药品名称、规格、数量、有效期等，及时做好药品的出库帐登记；保管员与药房的领药同志做好药品实物的交接工作，认真填写“麻醉药品、第一类精神药品入库验收记录专簿及进出库专用帐册”。

6）麻醉药品、精神药品管理人员必须定期检查麻醉药品、精神药品的质量和有效期，发现药品出现质量问题，立即向药材科主任汇报，经主任同意后，进行报损，严格按规定填写“麻醉药品、精神药品销毁记录表”，报请药材科主任和分管院长签字同意，向所在地卫计委申请，并在所在地卫计委工作人员的监督下销毁处理。

* 1. 麻醉药品、精神药品的使用管理

1）应遵循“WHO癌症疼痛三阶梯”治疗基本原则和卫计委印发的《麻醉药品临床应用指导原则》、《精神药品临床应用指导原则》，保障癌症患者缓解癌性疼痛和其它疾病患者慢性中重度疼痛（非癌性疼痛）治疗时麻醉药品的使用。

2）麻醉药品、精神药品处方的管理：

①医务部和药材科根据有关规定设计麻醉药品、精神药品专用处方，经分管院长审核，定量印制。

②物资库房专人管理麻醉药品、第一类精神药品处方，处方入库应当场清点，记录起止号码，入库保管。

③物资库房应建立“麻醉药品、第一类精神药品处方领用登记册”，记录以下内容： 领用日期、领用科室、处方起止号码和数量、领用人签名、发放人签名。各临床科室需要使用麻醉药品、第一类精神药品处方时，由各科室到专职管理部门领用，指定专职人员妥善保管。

④专职管理部门、各科室保管的麻醉药品、精神药品专用处方发生失窃时，应迅速向院保卫处报告，失窃处方自失窃之时起作废，并及时在院内通告。

* 1. 麻醉药品、第一类精神药品专用病历的管理：

1）对门（急）诊因镇痛需长期使用麻醉药品、第一类精神药品的癌痛、慢性中、重度非癌痛的患者，医院需建立麻醉药品、第一类精神药品专用门诊病历。

2）专用门诊病历由医院统一编号后予以保管，专用于麻醉药品、第一类精神药品的配用，不能用于其他疾病的诊疗和药品的配用。

3）医院在建立专用门诊病历时，应留存二级以上医院开具的诊断证明、患者身份证明复印件、代办人员身份证明复印件，要求其签署《知情同意书》，并于每月30日前将新建专用门诊病历患者的姓名、性别、年龄、住址、身份证明编号、疾病诊断等基本情况上报卫生行政部门。

* 1. 医生的处方权管理：

经注册后具有执业医师资格的医师经过有关麻醉药品和精神药品使用知识的培训和考核合格后，取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权。并建立“麻醉药品、第一类精神药品处方医师签名（签章）式样备案表”，留样备案表一式二份，分别由药材科与医务部备案保存。

* 1. 医生的诊疗管理：

1）具有处方权的医师在为因镇痛需长期使用麻醉药品、第一类精神药品的癌痛、慢性中、重度非癌痛的患者首次开具麻醉药品、第一类精神药品处方时，应当亲自诊查患者，为其建立专用门诊病历。

2）医生应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊患者每3个月复诊或随诊一次，若发现患者不再需要继续使用的，应及时注销其专用门诊病历，并上报所在地卫生行政部门。

3）除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医院内使用。

* 1. 处方用量管理：

1）麻醉药品、第一类精神药品注射剂处方为一次常用量；其他剂型处方不得超过3日常用量；控缓释制剂处方不得超过7日常用量。

2）第二类精神药品处方一般不得超过7日用量。对于慢性病或某些特殊情况，处方用量不超过一个月，但医师应当注明理由。

3）具有专用病历的门（急）诊癌痛、慢性中重度非癌痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂处方不得超过3日用量；其他剂型处方不得超过7日用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；住院患者的麻醉药品及第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为1日常用量。

4）特别说明：盐酸二氢埃托啡处方限一次用量，仅限医院内使用。盐酸哌替啶处方为一次用量，药品仅限于医院内使用。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。

* 1. 药师调剂权的管理：

药师经过有关麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训，考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格，方可在本机构调剂麻醉药品和第一类精神药品。具有麻醉药品调配资质的药师签字留样。

* 1. 门诊及病区药房的药品、处方及帐册保存管理：

1）麻醉药品、精神药品的管理负责人必须每天按处方核对登记册，核查药品库存和有效期，做到日日帐物相符。注意库存麻醉药品、精神药品的质量检查。  
 2）门诊、病区药房应当配备保险柜，调配窗口配备必要的防盗设施。

3）麻醉药品、第一类精神药品处方保存三年，第二类精神药品处方保存两年。处方登记专册保存期限为3年。

4）麻醉药品、第一类精神药品专用帐册的保存应当在药品有效期满后不少于两年。

* 1. 药材科麻醉药品、精神药品调配管理：

1）门诊药房应当固定发药窗口，有明显标识。

2）各药房应配备专人负责麻醉药品和第一类精神药品调配管理。

3）各药房向药库领用麻醉和第一类精神药品时，应按需要领用，实行基数管理。科室内部门之间调拨须经药材科主任批准。

4）麻醉药品和第一类精神药品应每日由专人负责清点统计工作，确保正确无误，认真做好“药房麻醉药品、第一类精神药品逐日消耗专用帐册”及“麻醉药品、第一类精神药品处方登记专册”的登记工作。

5）药剂人员调配处方时首先应核查处方是否为麻醉药品、精神药品专用处方，处方各项内容是否完整，处方医生是否有麻醉药品、精神药品处方权，处方用法用量是否符合要求。

6）医院因抢救患者急需麻醉药品，如手续不完备时，可先发放该病例一次性使用剂量，事后24小时内补办手续。

7）调配麻醉药品和精神药品，调配药师必须认真核对药品名称、规格、数量、有效期，在药袋或标签上注明患者姓名、病历号、药品名称、用法用量，并在处方上签全名。

8）发药人员必须严格核对患者姓名、药品名称、规格、数量、有效期，认真交待用药方法及注意事项，交待患者下次配药时把贴膜的废膜和空安瓿带回；并在处方上签全名。

9）除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，患者在门、急诊就诊需用麻醉药品、精神药品注射剂时，药师发给患者注射单代替麻精药品实物，由门、急诊注射室护士凭注射单向药房取药为患者使用，并根据相关依据和空安瓿向门、急诊药房调换，药师按规定进行空安瓿回收、销毁并详细登记。

10）门、急诊药房不得办理麻醉药品和精神药品的退药手续。患者停药后，患者（或患者家属）无偿交回的剩余麻醉药品和精神药品，应办理“患者剩余麻醉药品、第一类精神药品回收凭证”，医院按照规定销毁处理，并填写“麻醉药品、精神药品销毁记录表”。

11）为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为1日常用量。

12）病区第二类精神药品的使用管理：第二类精神药品凭电子医嘱每日发一日用量；出院带药及特殊情况凭电子医嘱和二类精神药品专用处方领药。

* 1. 各临床科室麻醉药品、第一类精神药品的使用管理：

1）储存：配备必要的防盗设施，不得与其它药品混放，专柜加锁，钥匙由专人保管。

2）专人管理：备用麻醉药品和第一类精神药品注射剂的各病区应在护士长统一领导下指定专人负责麻醉药品和第一类精神药品的帐物管理；设立“麻醉药品、第一类精神药品交接班记录本”，交班时帐物须核准并双签名，确保帐物相符。

3）麻醉药品和第一类精神药品的备用：各病区及手术室应根据医疗实际需要申报备用麻醉药品和第一类精神药品品种、数量，上报医务部批准，到病区药房办理相关手续备案，由病区药房发给备用量，作为各科备用药品，否则不得备用。

4）麻醉药品和第一类精神药品的日常领用：有备用针剂的科室凭电脑医嘱单、专用处方和空安瓿领取；无备用药品凭电脑医嘱单和专用处方领药，用后立即交还经登记过的空安瓿和贴膜。

5）麻醉药品和第一类精神药品残余液、空安瓿、废贴的处理：医院各病区、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂有残余液时，必须有二人在场立即销毁处置；麻醉药品和第一类精神药品使用后的空安瓿和废贴必须交回住院药房统一销毁处理，并认真填写“麻醉药品、第一类精神药品临床使用记录单”。

6）使用过程中的特殊处理：患者拒绝使用已经剖开的麻醉药品和第一类精神药品针剂，除按残余液处理外，还应在处方及“麻醉药品、第一类精神药品临床使用记录单”上写明“患者拒绝使用”；患者拒绝使用未剖开的麻醉药品和第一类精神药品针剂或医师开错，应在当日内退还病区药房。

7）各临床使用科室备用数量过多需要退库时，药师应填写“部门麻醉药品、第一类精神药品退库记录表”，办理入库手续后重新使用。

8）使用麻醉药品和第一类精神药品后，应对患者进行严密观察，了解治疗效果及反应情况，并及时记录在案。当患者发生除治疗目的外的不良反应时，应采取积极的治疗措施，同时执行“药品不良反应处理”制度。

9）效期管理：药材科每月1次定期检查，各病区应遵循先进先出、近效期先出的原则，严防过期。

* 1. 科研用药的使用管理

1）临床科学研究必须严格按照GCP原则。

2）教学、科研所需的麻醉药品制剂，由需用单位向省药品监督管理部门申请，经批准后从麻醉药品经营单位购买；所需的麻醉药品原料药、标准品和对照品由国务院药品监督管理部门批准，向指定单位购买。

（三）麻醉药品、精神药品质量管理、失窃和药品不良反应报告办法

1. 麻醉药品、精神药品管理做到制度落实、责任到人。
2. 麻醉药品、第一类精神药品须实时库存管理，做到帐物相符，如有误差应及时查实，遇失窃应保留现场，所有相关员工都不能离开, 直到找到麻醉药品或告知本部门负责人/药材科主任，迅速向院保卫处、分管院长汇报，并向所在地卫生行政管理部门、公安机关、药品监督管理部门报告。并填写意外事件报告表，上报医院行政总值班。
3. 凡因管理失职造成麻醉药品失窃者，追究当事人的责任。
4. 药库采购员按有关规定到指定的医药公司采购麻醉药品和精神药品，采购的麻醉药品和精神药品由相关医药公司用专车送到药库，药库工作人员必须逐支逐盒检查麻醉药品、精神药品的质量和完整性；每次门诊、病区药房领用麻醉药品、精神药品时，保管员必须认真核对、检查，并请领用人员协助校对，数量当面点清，及时办理出库、入库手续。
5. 药库保管员和药房麻醉药品、精神药品管理员应经常检查在库麻醉药品、精神药品的质量情况，避免过期失效，如储存过程中出现药品变质，应立即向药材科主任汇报，按规定办理报损手续，在所在地卫生行政部门工作人员监督下销毁。
6. 麻醉药品、第一类精神药品在发放和使用过程中必须按照国家有关法律法规严格管理。用药前医生应给患者建立相应的完整病历，对患者的用药史详细询问，了解有无使用麻醉药品、第一类精神药品史、成瘾史、戒断史，以决定用药选择方案。发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品的应当立即向所在地卫生行政管理部门、公安机关、药品监督管理部门报告。
7. 当患者发生药品不良反应时，除采取积极治疗措施外，并按照《药品不良反应报告和监测管理办法》上报。

（四）麻醉药品、第一类精神药品使用专项检查制度

1. 麻醉药品和精神药品管理组织每个月对麻醉药品、第一类精神药品使用进行专项检查，并认真做好检查记录，提出存在的问题和隐患，并及时纠正。
2. 药库储存条件检查：专用设备、双人双锁、防盗设施等。
3. 采购管理检查：麻醉、第一类精神药品购用印鉴卡是否合格，是否定点采购，是否保持合理库存。
4. 药库验收、保管、发放管理检查：是否严格做好“麻醉药品、第一类精神药品入库验收记录专簿及进出库专用帐册”，做到分批验收、分批发放、帐物相符、批号相符；出入库手工帐及时记录，电脑帐及时登帐。对领用部门检查：领用部门应由专人领用，出入库手工帐及时记录，电脑帐及时登帐。
5. 临床科室的麻醉药品和第一类精神药品的使用管理检查：专人专锁，查质量和效期，查帐物相符，查“麻醉药品、第一类精神药品交接班记录本”、“麻醉药品和第一类精神药品使用记录”登记是否完整。
6. 门、急诊药房、病区药房的麻醉药品和第一精神药品的使用管理检查：专人专锁，专用处方书写，帐物相符，“麻醉药品、第一类精神药品处方医师签名（签章）式样备案表”，“麻醉药品、第一类精神药品处方登记专册”，“麻醉药品、第一类精神药品逐日消耗专用帐册”，“麻醉药品、第一类精神药品空安瓿及废贴回收、 销毁记录表”，“部门麻醉药品、第一类精神药品退库记录表”，“患者剩余麻醉药品、第一类精神药品回收凭证”，“麻醉药品、精神药品销毁记录表”登记是否完整。
7. 对麻醉药品和精神药品的过期、损坏、回收和销毁的相关手续是否完善。
8. 对麻醉药品和精神药品病历管理规定和处方领用规定进行检查。
9. 麻醉药品、精神药品处方检查：麻醉药品、第一类精神药品和第二类精神药品是否使用专用处方、处方格式是否符合要求、书写是否完整、用量是否合理、医师和药师签名完整、处方按年月日逐日编制装订保存。
10. 麻醉药品、精神药品质量管理、失窃报告和药品不良反应报告情况检查。

四、毒性药品管理

1. 毒性药品管理应做到专柜加锁并由专人保管，做到双人、双锁，专帐记录。药师对使用毒性药品的处方要加强核对，审查剂量，对不清楚的处方拒绝调配。
2. 药师调配处方时，必须认真负责，剂量准确，按医嘱注明要求，并由双人审核签名盖章后才可发出。处方一次有效，取药后处方保存两年备查。
3. 需报损的毒性药品须经药材科主任、主管院长批准交上级主管部门集中销毁，销毁前要有记录，包括销毁日期、时间、地点、品名、数量、方法等，必要时拍照。
4. 因配方错误造成损失或不良后果者，应迅速追查原因，及时上报主管部门，情节严重构成犯罪的由司法部门依法追究直接责任人员刑事责任。

五、放射性药品管理

1. 医院设置核医学科，配备与其医疗任务相适应的并经核医学技术培训的技术人员。非核医学专业技术人员未经培训，不得从事放射性药品使用工作。
2. 使用放射性药品必须符合国家放射性同位素卫生防护管理的有关规定。所在地的省、自治区、直辖市的公安、环保和卫生行政部门，应当根据医疗单位核医疗技术人员的水平、设备条件，核发相应等级的《放射性药品使用许可证》，无许可证的医疗单位不得临床使用放射性药品。《放射性药品使用许可证》有效期为五年，期满前6个月，医疗单位应当向原发证的行政部门重新提出申请，经审核批准后，换发新证
3. 持有《放射性药品使用许可证》的医疗单位，负责对使用的放射性药品进行临床质量检验，收集药品不良反应等项工作，并定期向所在地卫生行政部门报告。由省、自治区、直辖市卫生行政部门汇总后报卫计委。
4. 放射性药品使用后的废物（包括患者排出物），必须按国家有关规定妥善处置。

3.特殊管理药品突发事件应急预案

第一章 总则

一、为加强医院特殊管理药品的监管，有效预防、控制和消除特殊管理药品突发事件的危害，保障公众身体健康和生命安全，根据《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗用毒性药品管理办法》、《放射性药品管理办法》及《易制毒化学品管理条例》，结合我院实际，制定本预案。

二、本预案适用于特殊管理药品在销售、运输、储存、保管和使用等环节中，突发造成或者可能造成人体健康严重伤害和严重影响公众健康的社会问题的应急处理。

三、本预案所称特殊管理药品包括麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品。

四、特殊管理药品突发事件应急处理工作，坚持预防为主、常备不懈、反应及时、条块结合、部门合作、依法处置的原则。

五、医院成立由特殊管理药品突发事件应急处置领导小组（以下简称医院应急领导小组），对医院依法处理特殊管理药品突发事件应急工作实施统一指挥、监督和管理。

六、各相关部门要大力开展特殊管理药品法律法规和特殊药品应急知识的宣传，依靠全社会的力量、预防和减少特殊管理药品对社会的危害。

第二章 组织机构及职责

一、医院应急领导小组由院长任组长，药剂科长任副组长。

应急领导小组的职责是：

（一）修订医院特殊管理药品突发事件应急处理预案；

（二）研究制定医院特殊管理药品突发事件应急处理工作措施和程序；

（三）负责指挥医院特殊管理药品突发事件应急处理工作，协调有关部门的关系，确保应急处理工作快速有效开展，控制危害扩大，最大限度地减少损失；并及时向上级有关部门报告；

（四）负责医院特殊管理药品突发事件应急处理专业队伍的建设和培训；

二、医院应急领导小组下设办公室，药剂科长任主任。

办公室的职责是：

（一）综合协调医院特殊管理药品突发事件的预警和日常监督管理工作；

（二）综合协调医院特殊药品突发事件信息的收集、分析、评估工作；

（三）负责对特殊管理药品突发事件的调查，必要时协助有关部门实施控制；

（四）组织实施应急领导小组的各项指令，提出应急处理建议和应急处理措施，协助解决应急处理中的具体问题；

（五）负责特殊管理药品突发事件应急处理情况的总结报告。

第三章 预防与控制

一、应加强特殊管理药品日常监管，制定和落实预防特殊管理药品突发事件责任制，一旦发现隐患和突发事故苗头，应及早采取应对措施。

二、相关部门各有关职能科室，应切实履行职责，加强对特殊管理药品使用的监管。

三、加强特殊管理药品使用环节的监管，定期检查特殊管理药品使用执行有关法律法规的情况，使用环节的购进、运输、储存、保管、调配、使用情况，及其问题整改落实的情况；依法对使用特殊管理药品突发事件组织调查、确认和处理，并负责有关资料的整理和情况的综合汇报。

第四章 报告与处理

一、特殊管理药品突发事件，有下列情形之一的，应启动应急程序：

（一）特殊管理药品滥用一次造成1人以上死亡或者3人以上严重中毒；

（二）注射用麻醉药品、一类精神药品及麻黄素注射液流失、被盗。

（三）医疗用毒性药品中属剧毒物品的，流失、被盗。

（四）发现麻醉药品、精神药品滥用成瘾人群。

二、特殊管理药品突发事件，有第十二条情形（一）的，事故发生地应在2小时内向卫生局和区应急领导小组办公室报告。

有第一条情形（二）至（四）的，事故发生地应在24小时内向上级领导部门报告。

三、特殊管理药品突发安全事故报告的内容：事故发生时间、地点、事故简要经过、涉及范围、死亡人数、事故原因、已采取的措施、面临的问题、事故报告单位、报告人和报告时间等。

报告特殊管理药品突发事件的形式采取电话、传真、纸质或电子文档的形式（电话报告后应以书面文字形式补报）。

任何部门和个人都不得瞒报、缓报、谎报或者授意他人瞒报、缓报、谎报特殊管理突发事件。

四、接到报告后，医院应急领导小组应当立即决定启动应急处理工作程序。

五、特殊管理药品突发事件应急处理工作按以下程度进行：

（一）立即组织力量对报告事项调查核实、确定采取控制危害扩大的措施或者对现场进行控制；

（二）按规定立即向食品药品监督管理部门报告调查情况；

（三）采取必要的药品救治供应措施；

（四）事故的分析、评估、研究应对措施。

第五章 培训和演练

1．医院制定年度应急培训计划，每年组织一次医院应急演练培训，明确应急培训内容、培训对象、培训方法、培训要求。

2．医院根据实际情况，定期组织突发事件应急预案演练，增强应急处置的实战能力。通过演练，不断增强预案的有效性和操作性。每年至少举行1次；现场处置方案结合实际工作需要适时开展演练，要明确应急演练的通知下发、实施方案、内容、时间、地点、要求等。

3．成立专业队伍，加强医疗救治工作等基本知识的培训，定期开展对应急队伍的实战演练，提高现场应急处置能力。

4．加强宣传培训，要充分发挥媒体、院报、知识教育的宣传作用开展工作，加强职业安全防护应急工作的培训指导，提高防范意识和现场处理能力。

第七章 奖惩

对在突发事件处置过程中做出突出贡献的单位和人员，医院给予表彰和奖励。

在突发事件处置过程中工作不力，未按预案的规定履行报告职责造成恶劣影响或严重后果的部门和个人，医院按照有关规定追究其责任。

第八章 附则

本预案自公布之日起施行。

## 

## 

## 泗洪县第一人民医院临床用药动态监测和超常预警管理制度

为了进一步规范合理使用药物，提高临床治疗水平，确保病人用药安全，减少卫生资源浪费，减轻病人的不合理医疗费用负担，根据卫计委及省卫计委有关要求，结合我院实际情况，制定药物用量动态监测和超常预警的管理办法。

1. 药材科应根据临床需要，合理采购药品，确保临床供应；对长期不用的滞留药品应加强与临床科室联系。
2. 信息中心每月5日前负责对上月抗菌药物、抗肿瘤药物、生物制剂的使用金额和使用数量进行统计，列出我院使用金额与数量前10名的抗菌药物名称（包括药品通用名和商品名），在此基础上统计出每种药品使用金额及用量名列前10位的科室和前10位的个人，门诊仅需统计个人。
3. 医务科每月20日前会同药材科、感染管理科、护理部等有关部门对相关科室、医疗小组及个人的病历和处方进行初步分析，并提交院药事管理与药物治疗学委员会。
4. 医院药事管理与药物治疗学委员会每月对分析结果进行专项讨论、审核，对使用合理的予以肯定，不合理的分析原因：对临床使用数量异常的药物，限定采购数量，必要时停止该药在医院的临床使用；对严重违反抗菌药物、抗肿瘤药物、生物制剂使用原则的要及时予以纠正，并与所在科室、医疗小组及个人的考核挂钩。

## 

## 泗洪县第一人民医院超药品说明书临床用药管理规定

第一条 【宗旨】为规范超药品说明书临床用药行为，保障临床用药安全、有效，根据《执业医师法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》等规定，结合实际，制定本规定。

第二条 【定义】本办法所称超药品说明书临床用药（以下简称“超说明书用药”），是指在药品说明书规定的适应症、用法、用量之外的临床用药，具体包括包括年龄、给药剂量、适应人群、适应证、用药方法或给药途径等与药品说明书中的用法不同的情况。超说明书用药不得违反药品说明书关于禁忌症的规定。

第三条 【申请】临床科室需就某一种药品超说明书使用的，应当向医务部提出书面申请。医务部负责组织相关委员会进行超说明书用药的技术、伦理、法律事项的审核。可替代药品不得申请超说明书用药。

第四条 【申请依据】超说明书用药申请，必须有诊疗指南、药典、专家共识、中华医学会专业核心杂志循证医学证据等可靠依据及科室集体讨论意见。

第五条 【审核与发布】超说明书用药，须经医院药事管理与药物治疗学委员会、医疗质量与安全管理委员会依次审核通过，并经药材科备案、发布后方可进行。必要时，可邀请院外专家参与审核工作。

第六条 【临床应用】临床科室适用经药材科发布的超说明书用药的，应当有专家会诊意见，并经主任医师批准。医护之间应当就超说明书用药进行特别沟通，并应在病历中相应记录。

第七条 【用药伦理】超说明书用药应以患者健康利益为中心，坚持有利不伤害原则。临床医师不得因自身利益超说明书用药，不得假借超说明书用药进行临床试验。

第八条 【知情同意】超说明书用药应当严格执行知情同意制度。临床医师应当详细向患者或其代理人告知超说明书用药的必要性、科学可靠性、用药风险性等必要事项，并签署《超说明书用药知情同意书》。

第九条 【不良事件报告与追踪评价】除紧急救治需要外，出现疑似超说明书用药不良事件的，医护人员应当立即停止该用药并向科主任报告。科主任接到报告后，应当紧急邀请专家会诊处理，并向药材科、医务部报告。

临床科室应当每月向药材科报告超说明书用药情况。药材科应当定期追踪评价超说明书用药的安全性、有效性。

第十条 【停止适用】药材科认为应当停止适用某一超说明书用药的，应当报医务部组织医院药事管理与药物治疗学委员会、医疗质量与安全管理委员会讨论决定。超说明书用药的停止决定由药材科发布。

第十一条 【效力】本规定仅适用于本医院，自发布之日起生效。

第七章 教学、科研及重点学科管理制度

泗洪县第一人民医院住院医师考核制度

一、日常考核及记录

（1）住院医师工作日的安排：工作日每年为240天，因事假、病假及其它事由耽搁的工作日，须在次年内补足（参照本院住院医师管理细则相关规定）。  
 （2）请假3天以下（含3天）由本人书面申请，指导教师和科室主任签字后生效，并登记在考核表上；3天以上，由医务部签字后生效；年度假期安排根据科室情况仅能在本年内予以安排。不假离开医院者，由医务部通知其家属并作出相应处理，不假离开医院者按旷工处理(见细则)，矿工超过5天以上者视情节终止培训。  
 （3）住院医师应当将当天完成的工作内容如实填写在培训工作记录本上，由指导教师逐项签字，经科室主任审核签名，工作量方可生效。

二、轮转考核

住院医师轮转完一个科室时，由该科住院医师培训管理小组按照培训实施细则要求，对住院医师进行理论、技能考核，并做好记录。考核须真实，不得走过场，一旦发现虚假作弊，成绩全部无效。

各科室应有理论考核试卷、评分标准、技能考核项目评分表，并有监考老师两人签名(备案)。  
三、年度考核

年度考核由住院医师培训委员会按照培训实施细则要求组织进行。

第一年的住院医师参加江苏省组织的执业医师考核；

第二年的住院医师由医院住院医师培训委员会组织，对住院医师实施理论、技能考核（可以采取多种形式及项目）。

第三年的住院医师参加江苏省统考的理论部分及技能考核。  
四、考核结果的认定  
 1、当月考核合格者，发放该月全额工资、补贴。当月考核不合格者，只发给基本工资，并取消补贴。

2、完成第一年培训后，学员应参加《国家执业医师资格考试》，并作为第一年年度考核成绩。两次考试未获得医师执照者将终止培训。  
 3、完成第一阶段培训并考试（考核）全部合格者，颁发《住院医师规范化培训合格证书》，不合格者将延长一年的培训（工资只发基本生活费）或终止培训。

泗洪县第一人民医院医学继续教育管理制度

一、医院医疗质量管理小组负责本院继续教育工作；日常工作由院教育干事负责。

二、继续教育领导小组定期召开会议，听取工作汇报，根据社区卫生服务工作需要制定年度业务培训、考核计划，并组织实施。

三、各临床科主任根据本科室业务情况制定年度继续教育计划，并报办公室备案。

四、本院卫生技术人员必须认真执行医院继续教育计划，学分完成情况列入个人年终考核。

五、本院中级职称及以上中级职称的卫生技术人员，每年度必须撰写（不少于1篇，2000字）专业论文或译文，并在本院医学论文交流会上交流。

六、继续教育管理要突出“四性”（针对性、实用性、全员性、先进性）、“四新”（新理论、新知识、新技术、新方法）的特点，依法规范的进行组织管理。

七、建立计算机管理，完善电子版继续医学教育档案。

八、继续教育的项目包括：

1、国家、市、区公布的继续医学教育项目；

2、院内的自管项目；

3、自学和其他形式项目；

4、远程医学继续教育（“好医生”网上医学教育项目）。

九、继续教育内容：

1、基础理论知识；

2、本专业技术知识；

3、相关学科知识、现代管理知识等。

十、继续教育形式：

1、以科室为单位，每周组织一次以上的业务学习。

2、以科室为单位，每季度末进行业务闭卷考试及技能考核。

3、每年10月份，医院组织召开一次医学论文交流会。

十一、继续教育学分计算方法：

1、Ⅰ类学分：国家、市级继续教育项目及省部级科技成果奖；

2、Ⅱ类学分：区县级、医疗卫生单位继续教育项目，发表医学论文或医学著作、远程教育、进修、在职高等医学学历教育、区县级科技成果奖，以及卫生局规定的自学学分。

十二、继续教育实行学分登记制度，卫生技术人员每年度不低于25学分、72学时，其中：

1、医、药、技人员Ⅰ类学分5分、Ⅱ类学分20分；

2、主管护师Ⅰ类学分4分、Ⅱ类学分21分；护师（士）Ⅰ类学分2分、Ⅱ类学分23分。

3、院内医学讲座每课时0.5学分。

4、取得各类学分证书后，一周内交院教育干事备案。

十三、医院接到卫生局等上级部门的各类人员培训通知后，经院长批准，教育干事负责通知有关科室，并办理培训费用等事宜。外出学习期间的交通费自理。

十四、外出参加学术活动必须经科主任同意；科主任安排好本科室工作，确保医疗安全。

十五、学分成绩由医院教育干事汇总、登记、备案，作为卫生技术职务聘任和执业注册的必备条件，并向继续教育领导小组汇报。

附：泗洪县第一人民医院卫生技术人员继续医学教育实施细则

为进一步加强我院卫生技术人员继续医学教育工作，提高继续医学教育质量和效益，根据《江苏省专业技术人员继续教育条例》、江苏省卫生计生委、人事厅《江苏省继续医学教育项目及学分管理办法》（苏卫科教〔2007〕26 号），江苏省卫生计生委《关于加强我省继续医学教育学分管理工作的通知》（苏卫科教〔2014〕9 号），《徐州市卫生技术人员继续医学教育实施细则》等有关规定文件精神，结合我院实际情况，特制定本细则。

第一章 总则

第一条 继续医学教育实行分类管理，为国家级、省级和市级项目。

第二条 经国家及江苏省继续医学教育委员会公布的项目为国家级、省级继续医学教育项目，经徐州市继续医学教育委员会评审、批准和公布的项目为市级继续医学教育项目。省继续医学教育委员会负责Ⅰ类学分项目管理；市继续医学教育委员会负责Ⅱ类学分项目管理。

第三条 继续医学教育对象通过培训班、远程教育等多种形式学习、培训获得的学分为继续医学教育学分。继续医学教育项目主办单位授予相应项目类别的学分，学员所在单位负责登记。各级各类医疗卫生机构的专业技术人员应按规定取得相应的学分数。

第四条 市卫生计生委直属医疗卫生单位、徐州市医学会、市预防医学会、市医院协会、市医师协会、市护理学会、市中医药学会、市农村卫生协会、市优生优育协会、市医学伦理学会等各专业学会可申报、举办市级以上继续医学教育项目；各二级以上医疗卫生单位经徐州市卫生计生委（徐州市继续医学教育委员会）批准也可承办市级项目。

第五条 持续推进我院继续医学教育信息化建设。每年 12 月 30 日前，各科室、部门对本年度本单位卫生技术人员参加继续医学教育学习情况、学分证明进行审核和登记，录入“继续医学教育管理系统”，并凭学分登记证书和学分证书的原件、复印件到教育处进行审核。

第二章 项目的申报、认可、公布

第六条 申报国家级、省级项目应以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为主要内容，注重项目的先进性、针对性和实用性。申报市级项目应突出知识更新和实用技术的应用推广。

第七条 国家级、省级继续医学教育项目的申报、认可、公布。立项用户（拟举办国家级、省级继续医学教育项目的科室或部门）应按规定填写《国家级继续医学教育项目申报表》或《江苏省 CME 项目申报表》，并在每年申报日期截止前报行政用户（徐州医科大学附属医院教育处）审核，由行政用户审核通过后逐级上报，经国家、省继续医学教育委员会学科组评审通过后，由省卫生计生委在每年年初公布，项目有效期为 2 年。在国家级、省级项目的申报过程中，应注意以下事项：每位项目负责人新申报的国家级和省级项目的数量不得大于 2 项，已举办的项目不得重复申报，国家级和省级项目申报内容不可一致。每个国家级继续医学教育项目，每年举办的期（次）数不超过 6 期（次）。

报新项目或办理备案项目要求报送纸质申报表或项目备案表到教育处。报送的打印材料一式两份，应与网上申报的内容完全一致并按要求加盖公章（项目网上申报后，点击项目的申请代码可显示所申报项目并进行打印）。新项目申报表“授课教师签字栏”或“项目负责人栏”须有授课教师或项目负责人签字。

申报日期截止后，无网上申报或无打印申报材料均视为无效申报。教育处在项目审核时，如非项目内容做必要的调整或修改，则以调整或修改后的网上申报数据内容为准。

第八条 市级继续医学教育项目的申报、认可、公布。拟举办市级继续医学教育项目的单位，按规定要求填写《徐州市继续医学教育项目申报表》报送教育处，由教育处统一上报至徐州市卫生计生委员会，经市继续医学教育委员会审核后，由市卫生计生委在每年分两批申报与公布，有效期为当年。

第九条 省、市级继续医学教育项目负责人应具有副高级专业技术职务，负责的项目内容必须是其从事的主要专业或研究方向；其当年申报的省级、市级继续医学教育项目均不得超过 2 项；

第十条 项目的形式包括由市继教委认可的专项培训班、科技成果推广、学术会议、专业学会经常性学术活动等。同时鼓励开展如国际学术交流、小组讨论、病案分析与讨论、现场演示等项目。

第十一条 承办单位的职责。各科室应按期举办继续医学教育项目，项目承办单位在项目开办之前应向社会发布有关项目的主要内容、具体办班时间、地点等信息。各级医疗卫生单位根据单位需要和专业技术人员的实际情况选择参加。

第十二条 举办国家级、省级项目（Ⅰ类学分项目）的科室和部门在开班前一周联系教育处，准备书面通知、课表日程、预报名花名册（须附身份证号）并加盖公章，由教育处牵头预约时间到省医师协会领取Ⅰ类学分项目学分证。Ⅰ类学分项目办班结束后一周内须将执行情况和学分管理上传至网站。登陆省卫生计生委网站，点击“继续教育项目申报”，进入“江苏省 GME 项目网上申报评审公布系统”，点击学分管理后，如实上传学员有关信息。当年未举办的省级继续医学教育项目视为自动取消。凡今年没有填报项目执行情况等办班材料的项目负责人，将暂停其申报资格。

第十三条 举办国家级、省级项目（Ⅰ类学分项目）的科室和部门，应及时报送纸质《国家级继续医学教育项目执行情况表》或《江苏省继续医学教育项目执行情况表》、项目总结、日程安排表、培训教材、学员名册、影像资料（课件、录像、照片等）、试卷等资料报送至教育处。如拟继续举办，应同时报送《国

家级继续医学教育项目备案表》或《江苏省继续医学教育项目备案表》。凡未按要求报送执行情况汇报表和备案表的项目，第 2 年不再公布。

第十四条 举办市级项目（Ⅱ类学分项目）的单位应予办班前凭书面通知、日程安排、预报名花名册至教育处预约领取市级医学继续教育电子学分（Ⅱ类学分），办班结束后一周内，应将培训名册、讲义或教材、影像资料、考试试卷等报市医学会和徐州医科大学附属医院教育处，作为核验市级医学继续教育学分证、办班质量考核的参考依据。市级已批准的继续医学教育项目，当年没有如期完成，又未经市继续医学教育办公室批准，停止项目负责人下年度市级继续医学教育项目申报资格；已批准的市级继续医学教育项目若不能如期举办，应事先向市继续医学教育办公室提出书面申请，经批准后方能变更，否则视为没有如期完成。

第三章 学分授予

第十五条 卫生技术人员继续医学教育实行学分制。按照继续医学教育的项目、性质、内容、学时授予学分。学分分为Ⅰ类学分和Ⅱ类学分。

（一）Ⅰ类学分

1．经全国继续医学教育委员会评审，批准和公布的国家级继续医学教育项目；

2．国家级继续医学教育基地申报，由全国继续医学教育委员会批准、公布的国家级继续医学教育项目；

3．经江苏省继续医学教育委员会评审，批准和公布的省级继续医学教育项目；

4．省级继续医学教育基地申报，由江苏省继续医学教育委员会批准、公布的省级继续医学教育项目；

5．经江苏省继续医学教育委员会认定，由中华医学会、中华口腔医学会、中华预防医学会、中华护理学会、中国医院协会、中国医师协会等指定社团在我省举办的继续医学教育项目；

6．为适应基层卫生专业技术人员培训、卫生突发事件应急培训，以及面向全体在职卫生人员开展培训需要，由国家卫生计生委、省卫生计生委组织和批准的培训项目（含远程医学教育项目）。

（二）Ⅱ类学分

1．市级继续医学教育项目。

2．医疗卫生单位和省级学术团体组织的继续医学教育自管项目。

3.自学、发表论文等其他形式的继续医学教育活动（论文按作者自然排序）。

第十六条 明确各级人员学分要求

（一）省级医疗卫生机构、三级医院中级及以上专业技术职务的卫生技术人员每年所获得Ⅰ类学分不低于 10 学分，Ⅱ类学分不低于 15 学分。两类学分不可互相替代。鼓励其参加国家级Ⅰ类学分项目学习。

（二）各级医疗卫生机构初级专业技术职务的卫生技术人员每年获得的学分不低于 20 学分，鼓励其参加Ⅰ类学分项目学习。

第十七条 学分授予的标准

（一）Ⅰ类学分：

1．参加国家级继续医学教育项目学习，经考核合格者，按 3 小时授予 1 学分；主讲人每小时授予 2学分。每个项目所授予学分数最高不超过 10 学分。

2．参加省级继续医学教育项目学习，经考核合格者，按 6 小时授予 1 学分；主讲人每小时授予 1 学分。每个项目所授学分数最高不超过 10 学分。

3．参加以学术会议、研讨会等形式申报的省级继续医学教育项目学习，经考核合格者，按 6 小时授予 1 学分。每个项目所授学分数最高不超过 3 学分。

（二）Ⅱ类学分：

由单位继续医学教育主管部门审核，参照以下标准授予相应的学分。

1．参加市级继续医学教育项目学习，经考核认可者，每 3 小时授予 1 学分；主讲人每 1 小时授予 2学分。

2．单位组织的学术报告、科室讲座、专题讲座、临床病理讨论会、多科室组织的案例讲座会、技术操作示范、手术示范、新技术推广等继续医学教育项目自管项目，每次授予主讲人 2 学分，授予参加者0.5 学分。每年最高不超过 10 学分。

3．由单位组织或经本科室领导同意后，自学与本学科专业有关和知识，应有明确的目标和学习计划。学习后写出综述并经认可，每 2000 字可授予 1 学分。每年最多不超过 5 学分。

4．学习由全国、省继续医学教育委员会制定或指定的杂志、音像等形式的自学资料，经考核认可，按委员会规定的学分标准授予学分。

5．在有统一刊号（ISNN、CN）的期刊发表论文和综述，按期刊类别授予学分，并按作者排序第 1 至第 3 作者依次递减 1 学分：科学引文索引（SCI）、工程索引（EI）、科学技术会议录索引（ISTP）收录的期刊（10---8 学分）

核心刊物 8---6 学分

非核心刊物 6---3 学分

内部刊物 3--- 1 学分

6．已批准的科研项目，在立项当年按以下类别授予学分，并按课题组成员排序第 1 至第 5 名依次递减 1 学分：

国家级课题（10—6 学分）

省、部级课题（8—4 学分）

市、厅级课题（6—2 学分）

7．有统一书刊号（ISBN）的医学著作，每编写 1000 字授予 1 学分；出国考察报告和国内专题调研报告，每 3000 字授予 1 学分 ；发表医学译文，每 1500 汉字授予 1 学分。

8．参加自学考试、成人学历教育和专业职称考试的考前辅导班，凡是医学专业的课程（基础或专业课）取得合格证明的，每门课授予 2 学分（只适用于一级医疗机构或社区卫生服务机构等）。

9．出版国家、省、市级继续医学教育项目的视听教材，放映时间每 10 分钟授予 1 学分；灯片每 10张授予 1 学分。每年最高不超过 5 学分。

10．参加远程继续医学教育Ⅱ类学分项目学习，经考核合格者，按课件的学时数每 3 小时授予 1 学分。每个项目最高不超过 5 学分。

第十八条 经单位批准，外出进修（含出国培训）6 个月及以上者，经考核合格，凭进修合格证书或留学回国证明视为完成每年规定的学分数。进修 6 个月以下者，经考核合格，到上一级医疗机构（省级或外市医疗机构）进修的，凭进修合格证书每个月可授予Ⅰ类学分 2 学分，市内医疗机构进修者凭进修合格证书每个月授予Ⅱ类学分 3 学分。

第十九条 执行援疆、援藏、援外医疗任务和卫生支农任务的专业技术人员，应积极参加当地有关单位组织的继续医学教育活动。工作满 6 个月者，视为完成每年规定的学分数；6 个月以下者，每月授予Ⅰ类 2 学分、Ⅱ类 3 学分。

第四章 学分登记、验证和考核

第二十条 参加继续医学教育人员，应持有省人社厅统一监制的《专业技术人员继续教育证书》，用于连续记载接受继续医学教育的情况，作为参加继续医学教育活动的凭证。

第二十一条 继续医学教育实行学分登记制度。省级项目证书由江苏省继续医学教育委员会统一印制，市级项目学分证书由徐州市继续医学教育委员会统一印制。经培训、考核合格后，由举办单位授予相应项目类别的学分证书，作为转登《专业技术人员继续教育证书》的凭证。

第二十二条 在江苏省举办的国家级继续医学教育项目，学分证书经审核并加盖江苏省继续医学教育委员会证书专用章后生效，作为继续医学教育项目Ⅰ类学分登记的依据。远程继续医学教育项目Ⅱ类学分证书，需由徐州市继续医学教育委员会办公室审核并加盖徐州市继续医学教育委员会证书专用章后生效。

第二十三条 异地举办的国家级继续医学教育项目和指定社团组织举办的由全国继续医学教育委员会统一公布的项目，如在江苏省举办，举办单位应在项目举办 2 周前将项目批准文件、通知、日程安排等资料报送江苏省继续医学教育委员会办公室备案，学员信息方能录入省学分管理系统。其余在江苏省举办的项目以每年 12 月由省卫生计生委公布认定的项目名称、学分等信息，作为各单位考核和登记学分的依据。

第二十四条 各单位要建立卫生技术人员继续医学教育档案，每年对本单位卫生技术人员参加继续医学教育的学习情况、学分证明进行审核和登记，并将继续医学教育学分完成情况作为卫生技术人员年度考核、卫生技术人员聘任、执业再注册、职称晋升的必备条件之一。对当年需申报高一级专业技术职务的卫生技术人员，学分完成情况由各单位科教（医教）处进行核实并出具证明（市卫生计生委网站登陆徐州市卫生科教管理平台继续医学教育管理系统，在统计查询栏中，选择单位和学分类别查询个人各年度学分达标情况并打印学分证书，加盖公章）。

第二十五条 各地卫生计生行政部门、医疗卫生机构、个人可登陆“继续医学教育管理系统”(徐州市卫生和计划生育委员会网站“卫生科教管理平台”栏目中），查询审核学员继续医学教育学分情况。每年市卫生计生委将组织人员对“系统”信息录入情况进行核查，凡不一致，将进行通报。

第二十六条 建立继续医学教育评估制度，定期进行检查、评估。对不能按计划实施继续医学教育项目、管理混乱、乱授学分、乱发证书的单位，暂停或取消其举办继续医学教育项目的资格。鼓励各单位依法开展继续医学教育活动。对在继续医学教工作中做出显著成绩的单位和个人，有关部门和单位应当给予表彰和奖励。

第六章 附则

第二十七条《江苏省继续医学教育项目申报表》、《江苏省继续医学教育项目执行情况汇总表》、《江苏省继续医学教育项目备案表》等可登录江苏省卫生计生委网下载（网址：http://jscme.jsma.net.cn/）；国家级可登陆 http://cmegsb.cma.org.cn/下载。

泗洪县第一人民医院科研项目管理制度

第一章 总 则

第一条 为切实贯彻医院“1234”转型发展战略，充分调动医院科技人员的创造性和积极性，鼓励医院科技人员积极申报各类科研项目，规范科技项目管理，结合我院实际情况，制定本办法。

第二条 科研项目管理是指对以我院为依托的科研项目和我院作为合作或协作单位共同参与的各类各级科研项目的全过程管理，主要内容包括科研项目申报、立项实施、中期检查、结题验收等过程的管理。

第二章 科研项目的类型与管理

第三条 科研项目按计划、合同形式和委托方式的特点分为纵向科研项目、横向科研项目、院级科研项目。

（一）纵向科研项目：

1. 我院为依托单位承担国家、部委、省市、厅局等各级政府部门的各类科研项目；

2. 我院作为合作或协作单位参与国际间、国家级、省部级、市厅级的各类科研项目，且项目合同中有明确经费分配方案。

（二）横向科研项目：通过对外开展科研活动取得的、除纵向科研项目之外的其他所有科研项目，包括技术开发、咨询、服务和实验室对外服务等。

院级科研项目：由医院设立专项建设经费资助的科研项目。

第四条科研项目的申报、实施、中期检查、验收等由科技处管理。

第五条科研项目的管理实行项目负责人责任制。项目负责人依照国家法律和相关的科研项目管理条例，认真履行项目计划任务书或项目合同书中各方约定的条款，并承担相应的责任。

第三章 科研项目的申请与立项

第六条 科技处根据各科研项目资助渠道的项目申请通知、招标指南以及其他相关信息，定期或不定期发布项目申请通知和项目申请指南，各科室应及时传达有关信息和要求，并积极动员、组织人员申报。

第七条 有限额申报要求的项目需经院内审查后择优上报。

第八条 项目上报以后，科技处及项目组应积极配合各计划主管部门的项目评审、论证或答辩工作。

第九条 项目批准通知下达后，即纳入医院科研计划统一管理，执行医院有关管理规定。项目负责人应在规定的时间内签订项目合同书，无正当理由，逾期未签订合同者视为自动放弃。

第四章 科研项目的过程管理

第十条 科研项目在实施中，项目负责人原则上不得变更研究计划和研究内容，如确需变更的，必须有充分理由，并由项目负责人及时提出申请，经科技处审批同意后方可继续开展。

第十一条 科研项目在实施中，原则上不得擅自变更项目负责人。项目负责人正常调动工作的，其在研的科研项目可按项目上级主管部门相关规定进行处置；如无相关规定，经科技处审核并报上级主管部门或委托单位批准后，原则上由项目组中院内成员按序接替担任项目负责人，由其负责科研项目的实施与科研项目经费使用管理。

第十二条 科研项目在实施中，项目负责人应按项目主管部门或委托方的要求及时报送年度进展报告、中期检查报告、结题验收报告、项目科技报告等。科技处督促项目组做好科研项目的年度进展、中期检查、结题验收等工作，并及时将有关材料报送主管部门或委托方。

第五章 科研项目的结题和验收

第十三条 纵向科研项目按合同任务书要求按时验收、结题，并提交相关验收、鉴定或结题报告等。按照合同或上级主管部门相关要求，在发表论文和出版著作等相关成果上标注项目资助来源、项目编号，经科技处审核后递交并组织专家验收。

第十四条 横向科研项目应按照合同要求按时结题验收，项目完成后经科技处审核后方可结题。

第十五条 医院自主设立的科研项目按照院级科研项目管理办法提交结题材料，经科技处组织专家审核同意后予以结题。

第十六条 除不可抗拒的原因外，纵向科研项目在研究期限内无法完成研究内容，或研究计划和研究内容变更未获批准时，造成项目被上级主管部门撤销、终止的，医院将作信用不良记录列入“黑名单”。

第十七条 横向科研项目实施过程中产生合同中止或纠纷的，经济责任由项目负责人承担。医院根据科研项目中止协议，在结清应付款项、评价与分割已取得的科研成果后，按中止协议有关条款清理剩余科研项目经费。

第十八条 根据科研项目管理要求，科研项目结束后，项目负责人按照相关要求及时向科技处提交完整的技术档案资料。技术档案的内容包括项目申请书、批文、技术合同、年度进展报告、总结报告、验收报告、论文、专利证书、技术鉴定证书及经费审计报告等。

第十九条 科研项目立项后，因变更、终止、撤消、结题、延期和负责人调离等涉及科研项目经费的预算调整、结账、清算或划拨的，应按照医院科研经费管理办法的相关规定办理有关手续。

第六章 附 则

第二十条 本办法由科技处负责解释。

泗洪县第一人民医院科研质量管理制度

1．在院长领导下,伦理委员会成立专门的质量管理委员会，负责医院的科研全面质量管理工作。

2．负责制定科研质量管理目标和方案，并认真组织督促实施。

3．负责制定并完善质量管理制度，主要有：质量教育、监督检查和评价制度及质量信息收集分析处理办法等。拟定质量管理各种检查及信息反馈表，使质量工作制度化。

4．开展经常性的科研质量教育工作，制定质量教育计划并认真督促实施。

5．协助并指导其科研组的工作，推动全员科研质量管理活动的广泛开展。

6．质量管理委员会每季度活动一次，并有完整的活动记录。定期对医疗、护理、医技、药品、病案质量、后勤保障、医院安全管理等进行监督、检查、评价，提出改进意见。

7．质量管理委员会的日常工作由质量管理办公室负责。

泗洪县第一人民医院科研奖励制度

为了配合加快医院转型发展，结合等级医院评审，为提高我院科研及教学水平，激励专业技术人员积极参与重点学科创建，营造良好的学术氛围，结合我院实际情况，特制定科研奖励办法

一、奖励条件：

1.论文第一完成单位，科研立项第一牵头单位必须为泗洪县第一人民医院或徐州医科大学附属医院泗洪分院，奖金由通讯作者支配，无通讯作者奖励第一作者。

2.省、市级奖项指省委、省政府，市委、市政府颁发的奖项，部门颁发的奖项按照下一级政府定义级别。

二、奖励标准：

（一）创建重点学科奖励标准：

1.获市级重点学科，每年给予配套学科建设经费一万元，评估不合格或降级的学科停发经费。

2.市重点学科带头人当年一次性奖励一万元。

（二）论文奖励标准：

1. SCI 期刊发表的论文，报销版面费用，论著可参加当年或次年国内/国际学术活动二次，奖励标准：IF<1，3000元/篇；1≤IF<2，4000元×IF/篇；2≤IF<3，5000元×IF/篇；3≤IF<6，6000元×IF/篇；6≤IF≤10，8000元×IF/篇；10<IF，10000元×IF/篇；

非 SCI 的英文文章按中华系列杂志经验交流奖励。

2. 中华系列杂志（中华医学会主办、中国科学技术协会主管的中华系列医学杂志，以中华医学会官网为准，不包括增刊）发表论文一篇，报销版面费用，论著奖励5000元，经验交流奖励3000元。

3. 中文核心期刊（以北京大学出版的《中文核心期刊要目总览》最新版为准，不包括增刊）发表论文一篇，报销版面费用，论著奖励3000元。

4.科技核心期刊（统计源期刊，不包括增刊）发表论文一篇，报销版面费用，论著奖励2000元/篇。

5.其他期刊发表的论著奖励：200元╱篇，不予报销版面费用。

（三）科技成果奖励标准

1. 获国家级科技成果奖及中华医学奖、部、省级一等奖，奖励20万；

2. 获中华医学奖二等奖，奖励10万；三等奖，奖励5万；

3. 获部、省级二等奖，奖励10万；三等奖，奖励5万；；

4. 获江苏医学奖一等奖、二等奖、三等奖，分别奖励5万、3万、2万；

5. 省医学新技术引进特等奖奖励5万元，一等奖奖励3万元，二等奖奖励2万元，三等奖奖励1万元；

6. 获市级科技进步奖一等奖、二等奖、三等奖，分别奖励4万、2万、1万；

其他奖项根据获奖级别综合评定。

（四）立项获批奖励标准

申请获得获国家、部省级、市厅级课题立项或基金，第一完成人按总经费的15%、10%、7%给予奖励，国家级课题最高奖30万元，省部级课题最高奖励20万元，市厅级课题最高奖励3万仅获得立项，无科研经费的项目，单位给予一定的配套经费。

每年院方对科研项目汇总一次，年终统一奖励。

此办法自文件下发之日期起执行。

泗洪县第一人民医院科研诚信管理暂行制度

第一章 总则

第一条 为贯彻落实中共中央办公厅国务院办公厅《关于进一步加强科研诚信建设的若干意见》（厅字〔2018〕23号）、中共中央办公厅国务院办公厅《关于进一步完善中央财政科研项目资金管理等政策的若干意见》（中办发〔2016〕50号）、国务院《关于优化科研管理提升科研绩效若干政策的通知》（国发〔2018〕25号）、江苏省委省政府《关于深化科技体制机制改革推动高质量发展若干政策》（苏发〔2018〕18号）、江苏省教育厅《关于贯彻落实省委省政府关于深化科技体制机制改革推动高质量发展若干政策的实施细则》（苏教科〔2018〕9号）及江苏省委办公厅省政府办公厅《关于进一步加强全省科研诚信建设的实施意见》（苏办〔2019〕39号）等文件精神，加强我院科研诚信建设，提高相关责任主体的信用意识，规范学术行为，维护学术道德，弘扬科学精神，结合我院实际，特制定本办法。

第二条 本办法适用于科研项目全过程，包括指南编制与咨询、申报与受理、评审与立项、执行与验收、监督与评价等过程，以及科研创新平台、科研奖励、人才项目等的申报与受理、评审与认定、考核与验收等过程。

第三条 本办法所称科研诚信管理包括科研诚信建设和科研失信行为管理。

第四条 科研诚信管理对象包括我校所有教职工、研究生、本科生及其他以苏州大学名义从事学术活动的人员。

第五条 科研诚信管理遵循“客观公正、科学合理，鼓励创新、宽容失败，标准统一、分级分类，强化监督、一票否决”的原则。

第六条 科研诚信建设的主要任务包括建立规章制度、明确管理责任、完善内部监督、加强预防教育等。科研失信行为管理的主要任务包括失信行为调查和认定、失信行为记录与惩戒等。

第七条 科学技术研究部、人文社会科学处在泗洪县第一人民医院伦理委员会（以下简称“院伦理委员会”）的指导下，全面负责全校科研诚信管理工作。各科室（部）学术分委员会在院学术委员会指导下，承担各科室（部）的科研诚信建设和科研信用主体责任，发挥评议、评定、受理、调查、监督、咨询等作用。

第二章 科研诚信建设

第八条 人力资源处在与新聘用人员签订聘用合同时要约定科研诚信义务和违约责任追究条款。

第九条 科学技术研究部、人文社会科学处在科研项目、科研经费使用、科研创新平台、科研奖励、人才项目等工作中全面推行科研诚信承诺制度，参与实施的科研人员须签署科研诚信承诺书，对科研过程、科研成果等的真实性、完整性负主体责任。

第十条 各科室（部）、科研机构要通过岗位职责说明书、工作守则、行为规范等内部规章制度，对本单位人员遵守科研诚信要求及责任追究作出明确规定或约定。

第十一条 各科室（部）、科研机构要加强科研诚信教育预防，在员工入职、职称职务晋升和科研项目申报、检查等重要节点开展科研诚信教育。对在科研诚信方面存在倾向性、苗头性问题的人员，各二级单位要及时开展提醒谈话、批评教育。

第十二条 各科室（部）、科研机构要成立科研诚信督导组，选派思想作风过硬、学术诚信合格的教师任成员，报学术委员会备案，由科研诚信督导组定期抽查本单位科研人员的原始研究数据、图表等。

第十三条 各科室（部）、科研机构要加强科研成果管理，建立学术论文发表诚信承诺制度、科研过程可追溯制度，加强科研活动记录和科研档案保存，完善内部监督约束机制。各科室（部）、科研机构应对本单位拟公布的成果进行真实性审查。

第十四条 科研人员要恪守科学道德准则，遵守科研活动规范，践行科研诚信要求。

第十五条 科研团队或课题组负责人、科研项目负责人、研究生导师等要充分发挥言传身教作用，加强对团队或课题组成员、项目成员、所指导的学生等的科研诚信教育与管理，对学术论文或知识产权等科研成果的署名、研究数据及图表的真实性、实验的可重复性等进行审核把关。

第三章 科研失信行为管理

第十六条 科研失信行为，是指科研人员参与科研活动违反科研诚信规定的行为。

第十七条 科研失信行为包括:

（一）剽窃、抄袭、侵占他人学术成果；

（二）篡改他人研究成果；

（三）伪造科研数据、资料、文献、注释，或者捏造事实、编造虚假研究成果；

（四）未参加研究或创作而在研究成果、学术论文上署名，未经他人许可而不当使用他人署名，虚构合作者共同署名，或者多人共同完成研究而在成果中未注明他人工作、贡献，或未经项目负责人同意标注资助基金项目；

（五）在申报课题、成果、奖励和职务评审评定、申请学位、导师增列等过程中提供虚假学术信息；

（六）买卖论文、由他人代写或者为他人代写论文；

（七）将已录用的学术论文一稿多发；

（八）其他根据医院或者有关学术组织、相关科研管理机构指定的规则，属于科研失信的行为。

第十八条 院学术委员会建立“泗洪县第一人民医院科研人员失信行为数据库”，记录科研失信行为，并根据需要供查询。

第十九条 院学术委员会负责调查并认定科研失信行为，确实存在科研失信行为的，由院学术委员会记入“泗洪县第一人民医院科研人员失信行为数据库”。

第二十条 相关职能部门联合各学科室（部）、科研机构对相关科研人员的失信行为进行惩戒。

根据情节轻重，给予通报批评、诫勉谈话、组织处理、纪律处分、解除聘用合同等处理，并责令限期改正，撤销或追缴违规所得。涉嫌违法的移送司法部门处理。在当年先进评选、职称职务晋升和科研项目、科研奖励、人才项目等申报中“一票否决”。根据情节轻重，一定年限内不得评选先进、晋升职称职务，不得申报科研项目、科研奖励、人才项目等。

第二十一条 科研人员在失信调查和认定阶段具有申辩权。对已认定的失信行为或惩戒处理有异议的,可向校学术委员会提出申诉。

第四章 附则

第二十二条 本办法由院学术委员会、科学技术研究部、人文社会科学处负责解释。

泗洪县第一人民医院临床试验（医疗器械、诊断试剂）伦理审查流程



泗洪县第一人民医院医学伦理审查工作程序

(一)申请

医学伦理审查申请人首先应按照统一格式向医学伦理委员会提出正式资料，包括且不限于：①临床试验申请书;②受试者同意书;③研究计划一份。

(二)受理

医学伦理委员会应在受到医学伦理审查申请后的5日内应决定是否受理该申请。对不符合受理条件的，医学伦理委员会不予受理。不予受理的，医学伦理委员会应说明理由。决定受理后，医学伦理委员会通知申请人缴纳相关费用，并在交费后30日内组织医学伦理委员会相关专家组进行审查。在正式进行审查前，医学伦理委员会应将申请人提交的相关资料按照医学伦理审查专家组专家人数复印后分别送达各位专家。医学伦理审查专家组专家可以向申请人要求提交特殊资料，但应通过医学伦理委员会办事机构联络，严禁医学伦理审查专家组专家与申请人私自联系。

(三)审查

医学伦理委员会的专家委员，应依照医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理技术操作规范、常规，运用医学科学原理和专业知识，独立进行医学伦理审查工作。临床试验计划的审查，必须有医学伦理委员会专家组过半数专家出席，决议事项必须出席委员三分之二以上同意。

医学伦理委员会就人体试验(包括药品审查、医疗器械审查和医疗技术审查)主要审查如下内容：①拟定本院人体试验范围;②拟定人体试验计划应包括的内容及审查要点;③审核人体试验计划;④审核受试者权益与伦理道德法律事宜;⑤评估人体试验的进程及其结果;⑥其它有关人体试验事项。

医学伦理委员会应对申请人提出的临床试验计划审查如下方面：①本计划的研究背景、目的及预期疗效的适当性;②本计划所拟步骤和方法的周详性;③受试者的选择/排除标准的适当性;④评估研究结果所作检验项目的必需性;⑤本计划中受试者基本人格保障的适当性;⑥主持人及协同试验人员学识和能力的适当性;⑦计划书的完整性;⑧个案报告表的完整性;⑨受试者同意书的完整性;⑩计划整体的评估。

(四)申请变更

临床试验计划经医学伦理委员会审查通过后，如计划有变更时，需重新进行审查，并说明必须变更的内容、理由。医学伦理审查申请人应另提变更计划后的临床试验同意书格式，并用黑体字注明“变更后计划”的字样。

(五)终止审查

如果有下列情形之一的，医学伦理委员会可终止医学伦理审查：①当事人未按规定提交有关材料的;②提供的材料不真实的;③拒绝缴纳费用的;④有碍于医学伦理审查的其它情形。

(六)阶段报告与中断与终止实施

临床试验计划经医学伦理委员会审查，依法通过后，交付试验主持人进行试验。依计划进度至少在计划进行一半的实施期间，应提出阶段报告。如其期间超过一年，每年应提出报告一次。阶段报告应以书面形式，必要时应请试验主持人列席说明。如医学伦理委员会认有安全顾虑者，可以决定终止其试验。临床试验计划主持人或医学伦理委员会通过检查认为，患者的健康状况不适宜进一步进行医学试验时，可以适时干预。必要时，终止或中断医学试验，以保护患者的利益。

临床试验完成或试验到期，临床试验的主持人应向医学伦理委员会提出试验情形报告书，经审查通过后，依法需呈报的应将结果呈报相应的行政主管部门。未提出报告的，不得继续进行其它试验。

泗洪县第一人民医院医学伦理委员会章程

随着生命健康科学和创新的生物技术所取得的快速发展，面对医疗、科学技术、卫生政策迅速发展所带来一系列生命伦理问题，医院伦理委员会在提升以病人为中心的服务和在涉及人体生命的道德与伦理问题的实践中发挥积极重要的作用，加强医学伦理道德建设，促进生命伦理学原则与现代生物医学实践紧密结合，是医院现代化发展的需要。

第一章 总则

**第一条** 医院伦理委员会是在院长领导下，为发展在本医院内的医学伦理问题进行医学伦理决策的咨询机构。

**第二条** 医院伦理委员会遵守赫尔辛基宣言的规定，遵循国际公认的不伤害、有利、公正、尊重人的原则以及合法、独立、称职、及时和有效的工作原则开展工作。

**第三条** 医院伦理委员会以维护人的健康利益、促进医学科学进步、提高以病人为中心的服务意识为工作目标，兼顾医患双方的利益，积极促进医院生命伦理学的实施与发展。

第二章 组织机构

**第四条** 医院伦理委员会由一定数量（7－15人）的医、护、药、医技科技人员、医院管理工作者、法律工作者、医学心理工作者及社会工作者（必要时可聘请宗教工作者）组成，设正、副主任委员各一人，委员若干人。

**第五条** 医院伦理委员会委员实行任期制，任期四年。可以连任。委员可根据需要有所变更。如有变动，应及时补充，以保证足够数量的委员开展工作。

**第六条**  医院伦理委员会主任、副主任委员由院长任命。主任委员不在时，由副主任委员代行主任委员职权。

**第七条** 伦理委员会成员应接受有关生命伦理学和卫生法的教育和培训，委员会应制定培训计划，以不断提升委员的素质和能力。

**第八条** 伦理委员会设秘书1名，负责受理伦理审查项目、安排会议日程、会议记录、决议通告、档案管理及其它日常工作。

第三章 任务

**第九条** 医院伦理委员会的主要任务是维护患者及医务工作者的权益，论证本院的医学伦理及生命伦理问题，开展生命伦理学普及教育活动，对涉及人体或人体标本的项目进行伦理审查和批准，并提供咨询服务。

1. 评价、论证本院开展的涉及人体试验的科学研究课题的

伦理依据，贯彻知情同意原则，审查知情同意文件，对研究课题提出伦理决策的指导性建议。

**第十一条** 讨论、论证本院临床实践中遇到的生命伦理难题，提出伦理咨询意见。

**第十二条** 对本院已经实施或即将引进的医学创新技术；对已经开展或即将开展的重大医疗技术；对医务人员或病人（包括病人亲属） 咨询与请求；对院长提出委托的事件，进行生命伦理的讨论、论证。

第四章 工作程序

**第十三条** 医院伦理委员会接受委托人咨询论证的文件必须由委托人提出申请，填写申请表并提供完整的资料及委托目的。

**第十四条** 医院伦理委员会采取阅卷，实地考察调查、听证等方式，对项目或事件进行全面了解。

**第十五条** 医院伦理委员会的例会程序为：（1）介绍被论证事件的原本（2）查验有关论据（3）提问（4）论证（5）表决。

**第十六条** 医院伦理委员会根据所论证项目或事件的情况，可邀请有关领域的专家参加讨论，论证。

**第十七条** 医院伦理委员会论证的事件如与委员会委员有关时，请委员回避。

**第十八条** 医院伦理委员会接受院长提出的咨询，需将所论证的结果以记要的形式，由主任委员签署，向院长提出咨询报告，供院长决策参考。不以医院伦理委员会名义公开发表。如被接受、采纳，应以院长名义发布结果。

**第十九条** 医院伦理委员会及其成员，对于论证事件中的医学伦理咨询意见，只作为讨论意见记录在案，供决策参考，不具有直接行政效力。

第五章 跟踪审查

伦理委员会对所有批准的研究进展进行跟踪审查，从作出决定开始直到研究终止。

1、形式

（1）现场督察、到达研究专业科室，访视研究者和受试者，检查知情同意过程和知情同意书签署情况，检查研究是否遵循试验方案、GCP规范和伦理委员会批件的要求；

（2）听取临床试验机构年度工作总结和临床研究进展报告；

（3）根据研究方案的性质和可能发生的不良事件，在批准研究时确定的跟踪审查计划；

（4）以下情况和事件要求研究者及时向伦理委员会报告，重新审查：

A、对方案的任何修改，其可能影响受试者权利和安全，或影响研究的实施；

B、与研究实施和研究产品有关的、严重的和意外的不良事件，以及研究者、申办者和管理机构所采取的措施；

C、可能影响研究受益/风险比的任何事件或新信息。

2、要求

（1）需做出跟踪审查决定时，法定到会人数应符合本规程的规定；

（2）跟踪审查的决定应公布并传达给申请者；

（3）凡研究暂停、提前终止，申请者应及时书面通知伦理委员会暂停、终止的原因，暂停、提前终止的研究所取得的结果的总结应递交伦理委员会；

（4）研究的最后总结报告副本应递交伦理委员会。

第六章 文件及档案

1、建档：

（1）伦理委员会工作制度，操作规程，审查程序，伦理委员会工作人员职责；

（2）伦理委员会成员任命文件，伦理委员会委员声明，保密承诺，利益冲突声明，伦理委员会成员专业履历，独立顾问聘请书，伦理委员会成员通讯录；

（3）申请者提交的伦理审查申请表，以及所有申请材料的一份副本。

（4）伦理委员会审查受理通知书，会议日程，伦理委员会会议签到表，投票单，会议记录，伦理委员会审查批件的副本。

（5）伦理委员会成员与申请者或有关人员就申请、决定和跟踪审查问题的往来信件。跟踪审查期间收入到的所有书面材料。研究暂停或提前终止的通知。研究的最后总结或报告；

（6）伦理委员会成员培训计划，培训资料。

（7）伦理委员会年度工作总结。

2、档案管理

秘书负责文档存取，办理借阅和返还手续。文件存档至少到研究结束后5年。

附录

1、伦理审查原则与职权范围

伦理审查应遵循以下原则：

1. 对受试者的危险最小；
2. 试验危险性/受益比合适；
3. 对受试者的选择无偏向；
4. 试验前需取得书面知情同意书；
5. 保证不公开受试者的资料；
6. 受试者参加试验不受压力；
7. 保证研究者及研究条件合格

伦理审查职权范围：

伦理委员会负责审查和监督医院任何涉及人或人体标本的研究项目，包括：

（1）审查所有涉及人或人体标本、组织的研究项目是否伦理要求；

（2）有权要求研究人员提供或修订研究方案和知情同意文件；

（3）终止或暂停已批准的试验；

（4）审查执行中的研究项目方案及知情同意书的修订；

（5）监测已审批项目的实施；

（6）审查上报的已审批项目实施过程中发生的与研究有关及无关的不良事件

2、伦理审批工作程序

表决制度：

（1）医学伦理委员会对项目的审查意见应在讨论后以无记名投票的方式进行表决。只有参与审查的伦理委员会成员才有表决权；

（2）参加该项目的委员在审查和表决时应回避，不参与投票；

（3）会议有2/3以上（含2/3）委员参加才可开会，同意票应超过法定到会人数的半数；

（4）审查的结果可以是：①同意②作必要的修改后同意③修改后再议④不同意；

（5）非正式的建议可作为决定的附件；

（6）对否决项目及修改后再议项目应详细说明其理由。

3、伦理委员会主任、副主任、委员及秘书职责

主任职责：

（1）在院长的领导下，行使伦理委员会主任的职责；

（2）有权对伦理委员会成员进行推荐及任免；

（3）制定或修改伦理委员会章程；

（4）审核并签署评审意见；

（5）主持伦理委员会每月例会及其他会议；

（6）积极参与医院医学伦理道德建设；

（7）负责伦理委员会有关培训和继续教育，积极促进医学伦理学之间的工作，并加强本领域的国内（际）交流。

副主任职责

（1）协助伦理委员会主任做好各项工作；

（2）负责安排伦理委员会委员的GCP培训及继续教育；

（3）指导伦理委员会秘书做好档案管理工作及其他日常工作；

（4）伦理委员会主任不在时，由副主任代行主任职责。

委员职责：

（1）对提交审查的研究项目进行充分审查，参加伦理委员会会议并对研究项目进行讨论和评价；

（2）对伦理委员会记录进行保密；

（3）积极参加生物医学研究伦理学和生物研究的继续教育。

秘书职责：

（1）负责伦理委员会的日常管理工作，并向主任委员报告；

（2）负责受理审查申请材料，告知申请材料需补充的缺项；

（3）定期组织伦理委员会会议，一般每月安排1次伦理委员会会议，根据情况，必要时可增加会议次数；

（4）根据安排的会议日程通知伦理委员会委员参加会议，在会议前将审查材料提交伦理委员会委员预审；

（5）负责安排会议日程以及会议刻录；

（6）根据审查结果准备评审意见，提交主任委员审核签发，及时将审查决定传达给申请人；

（7）对所有批准的研究项目组织合适的跟踪审查，包括修正方案审查，不良事件报告审查等；

（8）负责安排伦理委员会与申请者、委员、受试者之间的联系；

（9）负责起草伦理委员会年度工作总结，提交主任委员审定；

（10）负责伦理委员会经费管理工作；

（11）就伦理委员会相关工作为主任委员提供必要的管理支持；

（12）负责伦理委员会文件档案的管理和归档。

**医院伦理委员会的功能**

一、政策研究功能

医院的发展和改革面临着各种各样的伦理问题，医院伦理委员会将对医院发展的重要决策提供伦理咨询，确保重大决策符合道德要求，保证医院发展按正确方向进行。

二、教育培训功能

医院伦理委员会应承担对医院工作人员、患者及社区群众的医学伦理教育和培训任务。

三、咨询服务功能

一是对解决医患纠纷提供咨询。二是对临床治疗措施和特殊技术应用的道德性质提供咨询服务。

四、审查批准功能

卫生部已经明确要求临床药理试验基地、人工辅助生殖技术等机构成立伦理审查委员会，开展相应的伦理审查和监督。

泗洪县第一人民医院干细胞临床研究项目备案管理规定

一、总则

1. 干细胞临床研究定义：干细胞临床研究指应用人自体或异体来源的干细胞经体外操作后输入（或植入）人体，用于疾病预防或治疗的临床研究。体外操作包括干细胞在体外的分离、纯化、培养、扩增、诱导分化、冻存及复苏等。

2. 干细胞临床研究必须遵循科学、规范、公开、符合伦理、充分保护受试者权益的原则。研究项目预防或治疗疾病的效果优于现有的手段；或用于尚无有效干预措施的疾病，用于威胁生命和严重影响生存质量的疾病，以及重大医疗卫生需求。

3.机构对干细胞临床研究项目进行立项审查、登记备案和过程监管，并对干细胞制剂制备和临床研究全过程进行质量管理和风险管控。

4. 省级卫生计生行政部门与省级食品药品监管部门负责干细胞临床研究的日常监督管理。对机构干细胞制剂和临床研究质量以及风险管控情况进行检查，发现问题和存在风险时及时督促机构采取有效处理措施。

5. 国家卫生健康委员会与国家药品监督管理局负责干细胞临床研究政策制定和宏观管理，组织制定和发布干细胞临床研究相关规定、技术指南和规范，协调督导、检查机构干细胞制剂和临床研究管理体制机制建设和风险管控措施，促进干细胞临床研究健康、有序发展。

二、项目负责人和制剂质量授权人员资质及职责

1. 由机构主要负责人正式授权，具有正高级专业技术职称，具有良好的科研信誉。

2. 主要研究人员经过药物临床试验质量管理规范（GCP）培训，并获得相应资质。

3. 项目负责人应当全面负责该项研究工作的运行管理；制定研究方案，并严格执行审查立项后的研究方案，分析撰写研究报告；掌握并执行标准操作规程；详细进行研究记录；及时处理研究中出现的问题，确保各环节符合要求。

4. 质量受权人应当具备医学相关专业背景，具有至少三年从事干细胞制剂（或相关产品）制备和质量管理的实践经验，从事过相关产品过程控制和质量检验工作。质量受权人负责审核干细胞制备批记录，确保每批临床研究用干细胞制剂的生产、检验等均符合相关要求。

三、项目立项与备案

1. 项目负责人提交有关干细胞临床研究项目备案材料分别经机构学术委员会及伦理委员会审查。

2. 机构学术委员会对申报的干细胞临床研究项目备案材料进行科学性审查并出具学术审查意见。

3. 机构伦理委员会按照涉及人的生物医学研究伦理审查办法相关要求，对干细胞临床研究项目进行独立伦理审查并出具伦理审查批件。

4. 机构学术委员会和伦理委员会审查通过的干细胞临床研究项目，由机构主要负责人审核立项。

5. 干细胞临床研究项目立项后在医学研究登记备案信息系统登记相关信息。

6. 机构将（1）机构申请备案材料诚信承诺书（2）项目立项备案材料（3）机构学术委员会审查意见（4）机构伦理委员会审查批件（5）所需要的其他材料 送至省级卫生计生行政部门与食品药品监管部门审核，审核通过后向国家卫生健康委员会与国家药品监督管理局备案。

四、临床研究

1. 临床研究人员必须用通俗、清晰、准确的语言告知供者和受试者所参与的干细胞临床研究的目的、意义和内容，预期受益和潜在的风险，并在自愿原则下签署知情同意书，以确保干细胞临床研究符合伦理原则和法律规定。

2. 干细胞的来源和获取过程应当符合伦理。对于制备过程中不合格及临床试验剩余的干细胞制剂或捐赠物如供者的胚胎、生殖细胞、骨髓、血液等，必须进行合法、妥善并符合伦理的处理。

3. 在临床研究过程中，所有关于干细胞提供者和受试者的入选和检查，以及临床研究各个环节须由操作者及时记录。所有资料的原始记录须做到准确、清晰并有电子备份，保存至临床研究结束后 30 年。对干细胞制剂应当从其获得、体外操作、回输或植入受试者体内，到剩余制剂处置等环节进行追踪记录。干细胞制剂的追踪资料从最后处理之日起必须保存至少 30 年。

4. 研究人员应当按年度在医学研究登记备案信息系统记录研究项目进展信息。

5. 临床研究结束后，应当对受试者进行长期随访监测，评价干细胞临床研究的长期安全性和有效性。对随访中发现的问题，应当报告机构学术、伦理委员会，及时组织进行评估鉴定，给予受试者相应的医学处理，并将评估鉴定及处理情况及时报告省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

6. 机构自行提前终止临床研究项目，应当向备案部门说明原因和采取的善后措施。

五、研究报告制度

1. 机构应当及时将临床研究中出现的严重不良反应、差错或事故及处理措施、整改情况等报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

2. 严重不良事件报告

2.1 如果受试者在干细胞临床研究过程中出现了严重不良事件，如传染性疾病、造成人体功能或器官永久性损伤、威胁生命、死亡，或必须接受医疗抢救的情况，研究人员应当立刻停止临床研究，于24 小时之内报告机构学术、伦理委员会，并由机构报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

2.2 发生严重不良事件后，研究人员应当及时、妥善对受试者进行相应处理，在处理结束后 15 日内将后续工作报告机构学术、伦理委员会，由机构报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门，以说明事件发生的原因和采取的措施。

3. 差错报告

3.1 如果在操作过程中出现了违背操作规程的事件，事件可能与疾病传播或潜在性的传播有关，或可能导致干细胞制剂的污染时，研究人员必须在事件发生后立即报告机构学术、伦理委员会，并由机构报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

3.2 报告内容必须包括：对本事件的描述，与本事件相关的信息和干细胞制剂的制备流程，已经采取和将要采取的针对本事件的处理措施。

4. 研究进度报告

4.1 凡经备案的干细胞临床研究项目，应当按年度向机构学术、伦理委员会提交进展报告，经机构审核后报国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

4.2 报告内容应当包括阶段工作小结、已经完成的病例数、正在进行的病例数和不良反应或不良事件发生情况等。

5. 研究结果报告

5.1 各阶段干细胞临床研究结束后，研究人员须将研究结果进行统计分析、归纳总结、书写研究报告，经机构学术、伦理委员会审查，机构主要负责人审核后报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

5.2 研究结果报告应当包括以下内容：（1）研究题目（2）研究人员名单（3）研究报告摘要（4）研究方法与步骤（5）研究结果（6）病例统计报告（7）失败病例的讨论（8）研究结论（9）下一步工作计划。

六、附则

1. 按照《干细胞临床研究管理办法》完成的干细胞临床研究,不得直接进入临床应用。

2. 本管理制度不适用于已有规定的、未经体外处理的造血干细胞移植，以及按药品申报的干细胞临床试验。依据《干细胞临床研究管理办法》开展干细胞临床研究后，如申请药品注册临床试验，可将已获得的临床研究结果作为技术性申报资料提交并用于药品评价。

3. 未经干细胞临床研究备案擅自开展干细胞临床研究，以及违反规定直接进入临床应用的机构和人员，按《中华人民共和国药品管理法》和《医疗机构管理条例》等法律法规处理。

泗洪县第一人民医院伦理审查申请/报告指南制度

一、目的

为指导主要研究者/申办者、科研课题负责人提交药物/医疗器械临床试验项目以及利用人体组织或数据研究的伦理审查申请/报告,特制定本指南。

二、范围

本指南适用于本院医学伦理委员会、主要研究者/申办者、科研课题负责人及研究团队。

三、伦理审查申请/报告的类别

1.初始审查

初始审查是指首次伦理委员会的首次审查，初始审查申请是指首次向伦理委员会提交的审查申请。初始审查申请：符合上述范围的研究项目，应在研究开始前提交伦理审查申请，经批准后方可实施。

2.跟踪审查

跟踪审查是指初始审查之后的审查，包括修正案、研究进展、严重不良事件、违背方案、暂停/终止研究、结题的审查。跟踪审查申请/报告是指向伦理委员会提交的上述内容的审查申请/报告。

1）修正案审查申请：研究过程中若变更主要研究者，对临床研究方案、知情同意书、招募材料等的任何修改，应向伦理委员会提交修正案审查申请,经批准后执行。为避免研究对受试者的即刻危险，研究者可在伦理委员会批准前修改研究方案，事后应将修改研究方案的情况及原因，以“修正案审查申请”的方式及时提交伦理委员会审查。

2）研究进展报告：应按照伦理审查批件/意见规定的跟踪审查频率，在截止日期前 1 个月提交研究进展报告；申办者应当向组长单位伦理委员会提交各中心研究进展的汇总报告；当出现任何可能显著影响研究进行、或增加受试者危险的情况时，应以“研究进展报告”的方式，及时报告伦理委员会。如果伦理审查批件有效期到期,需要申请延长批件有效期，应通过“研究进展报告”申请。

3）严重不良事件报告：严重不良事件是指临床研究过程中发生需住院治疗、延长住院时间、伤残、影响工作能力、危及生命或死亡、导致先天畸形等事件。发生严重不良事件，应在获知后 24 小时内向伦理委员会报告。

4）违背方案报告：需要报告的违背方案情况包括：①重大的违背方案：研究纳入了不符合纳入标准或符合排除标准的受试者，符合中止试验规定而未让受试者退出研究，给予错误治疗或剂量，给予方案禁止的合并用药等没有遵从方案开展研究的情况；或可能对受试者的权益/健康以及研究的科学性造成显著影响等违背 GCP 原则的情况。②持续违背方案，或研究者不配合监察/稽查,或对违规事件不予以纠正。凡是发生上述研究者违背 GCP 原则、没有遵从方案开展研究，可能对受试者的权益/健康、以及研究的科学性造成显著影响的情况，研究者/申办者的监察员应提交违背方案报告。为避免研究对受试者的即刻危险，研究者可在伦理委员会批准前偏离研究方案，事后应以“违背方案报告”的方式，向伦理委员会报告任何偏离已批准方案之处并作解释。

5）暂停/终止研究报告：研究者/申办者暂停或提前终止临床研究，应及时向伦理委员会提交暂停/终止研究报告。

6）研究完成报告：临床试验结束时，该批件失效，应及时向伦理委员会提交研究完成报告。

3.复审

复审申请：上述初始审查和跟踪审査后，按伦理审查意见“作必要的修正后同意” 、“作必要的修正后重审” ，对方案进行修改后，应以“复审申请”的方式再次送审，经伦理委员会批准后方可实施；如果对伦理审查意见有不同的看法，可以“复审申请”的方式申诉不同意见，请伦理委员会重新考虑决定。

4.提交伦理审查的流程

送审

送审责任者：研究项目的送审责任者一般为主要研究者或申办者。

准备送审文件：根据送审文件清单，准备送审文件、方案和知情同意书，注明版本号和版本日期。填写申请/报告的表格：根据伦理审査申请/报告的类别，填写相应的“申请”初始审查、修正案审査、复审申请）或“报告”（研究进展、严重不良事件、违背方案、暂停/终止研究、结题报告）。提交：首先提交 2 套送审文件，通过形式审查后，准备书面送审材料若干份（与参会人数一致）， 以及方案/知情同意书/招募材料等电子文件（PDF 格式），送至伦理委员会办公室。

领取通知

补充/修改送审材料通知：伦理委员会办公室受理后，如果认为送审文件不完整，文件要素有缺陷，发送补充/修改送审材料通知，告知缺项文件、缺陷的要素，以及最近审查会议前的送审截止日期。

接受审查的准备

会议时间/地点：办公室秘书组会电话/短信/QQ 群通知。准备向会议报告：主要研究者或研究者准备报告内容，提前 15 分钟到达会场。

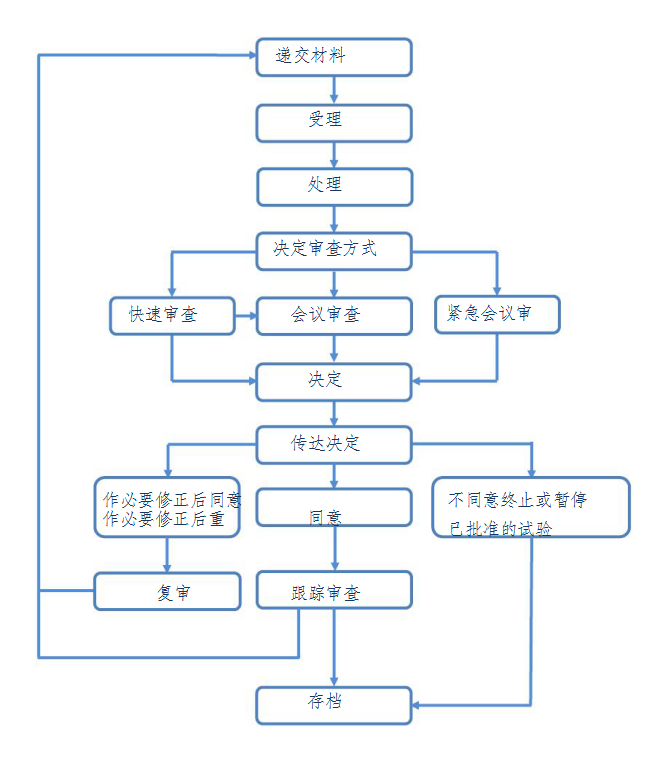
四、审查工作流程

1、药物临床试验、医疗器械临床试验项目经机构办公室审核并通过，涉及人的生物医学研究项目经院科技处审核并通过后；

2、递交有项目负责人签名的伦理审查申请报告至伦理委员会；

3、按照“申请伦理审查递交资料清单”要求准备伦理审查资料；

4、伦理委员会审查工作流程如下:



五、伦理审查的时间

伦理委员会每月召开一次审查会议（每个月最后一个星期四），需要时可以增加审査会议次数。伦理委员会秘书组受理送审文件后，一般需要 1 周的时间进行处理，请在会议审查 10 日前提交送审文件。研究过程中出现重大或严重问题，危及受试者安全时，或发生其他需要伦理委员会召开会议进行紧急审查和决定的情况，伦理委员会将召开紧急会议进行审查。

六、审查决定的传达

伦理委员会办公室在做出伦理审查决定后 10 个工作日内，以“伦理审查批件”或“伦理审查意见”的书面方式传达审查决定。如果审查意见为肯定性决定(同意继续研究，或不需要采取进一步的措施)，并且审查类别属于研究进展审查、严重不良事件审查、违背方案审查、暂停/终止研究审查、结题审查，以及上述审查类别审查后的复审，伦理委员会的决定可以不传达。申请人在伦理委员会受理送审材料后两个月内没有收到伦理委员会的审査意见，视作伦理审查意见为“同意” 或“不需要采取进一步的措施” 。

七、伦理审査的费用

药物/医疗器械临床试验项目合同，以及科研课题经费的预算应包括伦理审査费用，伦理审查费归医院财务处统一管理。每个临床试验项目的伦理审査费用为 3000-5000 元人民币；科研项目：纵向课题、横向课题的伦理审查费用为 1000 元人民币，其中，院课题、自选无经费资助课题免费。

八、免除审査

符合以下情况的生物医学研究项目可以免除审查：

1.在正常的教育、培训环境下开展的研究，如：①对常规和特殊教学方法的研究；②关于教学方法、课程或课堂管理的效果研究，或对不同的教学方法、课程或课堂管理进行对比研究。

2.涉及教育、培训测试（认知、判断、态度、成效）、访谈调查、或公共行为观察的研究。

1）以下情况不能免除审查：

（1）以直接或通过标识符的方式记录受试者信息；

（2）在研究以外公开受试者信息可能会让受试者承担刑事或民事责任的风险，或损害受试者的经济、

就业或名誉；

（3）上述不能免除审查的情况，如果受试者为政府官员或政府官员候选人，或者国家有关法规要求

在研究过程中及研究后对私人信息必须保密的情况，则可以免除审查。

2）“涉及访谈调查，公共行为观察的研究”的免除审查一般不适用于儿童与未成年人，除非研究者不参与被观察的公共行为。

3.对于既往存档的数据、文件、记录、病理标本或诊断标本的收集或研究，并且这些资源是公共资源，或者是以研究者无法联系受试者的方式（直接联系或通过标识符）记录信息的。

4.食品口味和质量评价以及消费者接受性研究：

1)研究用健康食品不含添加剂；或

2)研究用食品所含食品添加剂在安全范围，且不超过国家有关部门标准，或化学农药或环境污染物含量不超出国家有关部门的安全范围。关于特殊受试人群免除审查的规定：免除审查不适用于涉及孕妇、胎儿、新生儿、试管婴儿、精神障碍人员和服刑劳教人员的研究。研究者不能自行做出“免除伦理审查”的判断，应向本伦理委员会提交免除审查申请，以及研究方案等相关材料，由伦理委员会主任或授权者审核确定。

九、免除知情同意

1.利用以往临床诊疗中获得的医疗记录和生物标本的研究，并且符合以下全部条件，可以申请免除知情同意：

1）研究目的是重要的；

2）研究对受试者的风险不大于最小风险；

3）免除知情同意不会对受试者的权利和健康产生不利的影响；

4）受试者的隐私和个人身份信息得到保护；

5）若规定需获取知情同意，研究将无法进行（病人/受试者拒绝或不同意参加研究，不是研究无法实施、免除知情同意的理由）；

6）只要有可能，应在研究后的适当时候向受试者提供适当的有关信息。若病人/受试者先前已明确拒绝在将来的研究中使用其医疗记录和标本，则该受试者的医疗记录和标本只有在公共卫生紧急需要时才可被使用。

2.利用以往研究中获得的医疗记录和生物标本的研究（研究病历/生物标本的二次利用），并且符合以下全部条件，可以申请免除知情同意：

1）以往研究已获得受试者的书面同意，允许其他的研究项目使用其病历或标本。

2）本次研究符合原知情同意的许可条件。

3）受试者的隐私和身份信息的保密得到保证。

十、免除知情同意书签字

1.以下两种情况可以申请免除知情同意签字：

1）当一份签了字的知情同意书会对受试者的隐私构成不正当的威胁，联系受试者真实身份和研究的唯一记录是知情同意文件，并且主要风险就来自于受试者身份或个人隐私的泄露。在这种情况下，应该遵循每一位受试者本人的意愿是否签署书面知情同意文件；

2）研究对受试者的风险不大于最小风险，并且如果脱离“研究”背景，相同情况下的行为或程序不要求签署书面知情同意。例如，访谈研究，邮件/电话调查。

2.对于批准免除签署书面知情同意文件的研究项目，伦理委员会可以要求研究者向受试者提供书面告知信息。

泗洪县第一人民医院重点科室建设规划

为加强重点学科建设，提高我院业务水平，通过进一步完善和强化重点专科和专病建设，带动全院的技术发展与进步，以高技术、高质量的医疗服务，特制定以下制度：  
一、规划的重点专科  
根据社会对医疗服务的需求，流行病学情况和我院的医疗资源情况，规划六个临床学科为重点专科。儿科系统重点专科为：儿内科、新生儿科。外科系统重点专科为：产科、妇科。医技系统重点专科为：超声医学科。保健系统重点专科为：儿保科等。  
二、技术项目及科研能力要求  
重点学科将形成技术精湛，服务优良，设备完善，以诊治疑难病为重点，具有相当规模的标志性管理现代医学专科。具备较强的解决本学科疑难、复杂、危重病症能力；具有对本学科关键技术、方法消化吸收和创新的能力；具有研究开发通用医学适宜技术的能力，并能加以优化和推广应用；具有较强的开展国内外技术合作研究和学术交流的能力，科室建设在省、市内处于领先水平。  
三、基础设施和基本设备规划  
在投入方面，以在充分挖掘现有设施和设备潜力的基础上，根据技术发展的需要逐步添置新的设备为原则。在使用方面，以资源共享为主，以专科使用为辅。  
1、加强完善基础设施建设,不断提高就医环境继续不断完善基础设施建设，使各科室布局更合理，广大患者感受到舒适的就医环境。  
2、购置必要的高精尖诊疗设备，优化诊疗条件。  
医院的发展，必须要有必要的、符合医院发展的各项仪器设备与技术的支撑。在未来几年，随着重点专科建设，医院会根据自身发展陆续添置其他的高精尖治疗设备，不断提高诊疗条件。  
四、人才培养  
加强重点专科人才培养是重点专科建设的基础，对重点专科的人才培养将给予倾斜政策。  
1、通过每年引进素质好的本专业本科生、研究生或调入确有专长的实用型人才不断充实我院的人才队伍。  
2、邀请院内专家学者到院进行学术讲座、手术指导、科研项目指导等，尽快提升我院年轻队伍的技术业务水平。  
3、制定政策及奖惩机制鼓励职工自学岗位成才。  
4、注重业务学习，定期开展专题讲座，定期开展技术操作考核、比赛等形式，逐步提高医务人员的理论与实际水平。通过不断努力，逐步形成专业作风严谨、医德高尚、技术精湛的学科带头人和一支老中青相结合的稳定的技术人才队伍。  
六、经济支持政策  
对于重点学科将给予经济上的倾斜政策，以促进其发展。对重点专科新购置的与开展技术项目、等级医院所要求的技术项目相配套的、社会效益好但成本回收期较长的，同时具有标志性的设备，在完成年度规定的重点专科技术项目要求时可适当延长折旧期限。  
七、管理与考核  
根据重点学科要达到的建设目标和要求对实施目标进行管理和定期考核。各重点临床科主任负责重点学科的日常管理。科室要制定切实可行的技术发展规划和年度计划，并付诸实施。医院定期对相关内容进行考核，并将执行情况通报全院。对未按规定的要求和进度完成建设的项目科室提出整改，并视具体情况决定是否撤消建设计划。对完成建设目标，通过考核和验收、成效显著者，作为滚动支持的依据。重点学科实行滚动管理，优留劣汰，三年为一周期，进行评估考核，重新认定，从而鼓励各科室争创重点专科的积极性。

泗洪县第一人民医院重点学科建设规划

为有计划地加强重点学科建设，进一步突出我院特色，更好地服务于人民群众，制定此规划：

1. 现有的重点学科

我院现有科室19个，共有6个重点专科：儿内科、新生儿科为市重点专科，妇科、产科、超声医学科、儿保科为县重点专科。

1. 重点学科建设的近期规划：
2. 医院建立重点学科建设的组织管理体系和有关管理规定。
3. 除现有重点专科外其他临床科室建设为重点学科。
4. 培养学科带头人：学科带头人由副主任医师担任，要采取走出去、请进来的方式，加强培养，使其在本学科的专业水平大大提高。
5. 充实中青年力量，形成人才梯队，要积极争取调进和聘用中青年医师，形成合力的技术梯队，优化人员结构。
6. 被确立的重点学科，配备专科必需的仪器设备与必要的实验室检查项目。
7. 实施步骤：
8. 争取五年内将建设成更多市级重点专科。
9. 对新确立的重点学科建设医院有政策及资金支持。在床位、人员、设备等方面给与倾斜，为专科建设创造良好的发展环境。
10. 提高学术水平，制定重点病种的临床路径和诊疗规范，并在临床中加以应用，不断完善。
11. 加强医疗质量管理：医务科根据重点专科的建设目标和要求设施管理，并且定期考核。

泗洪县第一人民医院参加学术会议的规定

为提高我院科研及教学水平，营造良好的学术氛围，提升我院的学术水平和知名度，同时保证我院的正常医疗、教学秩序，结合我院实际情况，对于科技人员参加各种学术会议暂行规定如下：

一、各种学术会议是指由国家、省、市卫计委等卫生行政部门批准的，经卫计委注册的学会及研究会主办的二级、三级学术会议（全国、省、市），以及华东地区、淮海经济区的学术会议。

二、医学会、医师协会、护理学会、中医药学会、口腔医学会、医院管理协会委员（含理事、学会秘书、大会交流发言者等）可参加相应级别、相应专业学会专业会议，会议产生的相关费用，可全部报销。

三、根据工作需要经医院批准原则上非委员高级职称人员每年可参加1次国内/省内学术会议。参加学术会议必须持有出席会议的正式通知，由科主任审批签字后经分管领导批准，参加会议后相关资料需到科教科备案后方可报销，会议产生的相关费用，可全部报销。

四、医院可以报销学术会议类型：

医学会（中华/江苏省/宿迁市）、医师协会（中国/江苏省/宿迁市）、护理学会（中华/江苏省/宿迁市）、医院管理协会（中华/江苏省/宿迁市）、中医药学会（中华/江苏省/宿迁市）、口腔医学会（中华/江苏省/宿迁市）等。

五、 凡外单位邀请本院医技人员参加研讨会、鉴定会、讲学等，经费应由邀请单位负责。

第八章 医院感染管理制度

## 泗洪县第一人民医院感染管理成员工作职责

1. 小组主要职责
2. 负责本科室/部门感染预防与控制各项工作，结合本科室/部门感染防控工作特点，制定相应的感染预防与控制制度，经感染管理科审核后组织实施。
3. 根据本科室/部门主要感染防控特点，包括医院感染主要部位、主要病原体、主要侵袭性操作、多重耐药菌感染特点，制定相应的感染预防与控制措施及流程，并组织落实。
4. 根据本科室/部门所开展诊疗活动特点，定期开展感染防控风险隐患排查，尤其是重点环节、重点人群及重点操作，通过评估列出本科室/部门感染防控的主要风险因素和优先干预次序。
5. 重视并及时准确做好本科室/部门健康保健相关感染的主动监测工作，建立本科室侵入性诊疗操作名录，制定相关防控制度及流程措施并落实；每月一次对监测、防控工作的落实情况汇总分析，根据数据进行持续质量改进。
6. 短期内发现有3 例或以上临床症状相同或相近的感染病例，尤其是病例间可能存在具有流行病学意义的共同暴露因素或共同感染来源时，无论有无病原体同种同源检测结果或检测回报结果如何，立即报告感染管理科，并积极协助调查。
7. 结合本科室/部门多重耐药菌感染及细菌耐药情况，落实医院抗菌药物管理的相关规定，督促检查本科室感染病例的病原学送检情况，加强多重耐药菌的监测与隔离措施落实，监督临床医师合理使用抗感染药物。
8. 负责对本科室/部门所有人员（包括医护人员、护工、保洁员、配餐员、患者及患者家属）感染防控管理知识和技能的培训。
9. 督促并做好本科室/部门工作人员的消毒隔离、无菌技术、职业防护、一次性用品管理、抗菌药物合理使用及多重耐药菌管理等感染防控基本制度措施落实，发现问题及时整改并做好相应记录。
10. 接受医院对本科室/部门感染防控管理工作的监督、检查与指导，落实感染防控管理相关改进措施，评价改进效果，做好相应记录。
11. 定期完成或配合感染管理科完成本科室的环境卫生学及消毒灭菌效果等监测任务。
12. 按时参加医院组织召开的医院感染防控信息员会议，及时向感染管理科汇报本科室医院感染防控工作。
13. 兼职感染监控医生职责
14. 负责本科室/部门感染防控的各项工作，保证感染预防和控制制度贯彻落实。
15. 根据本科室/部门主要感染特点，包括感染主要部位、主要病原体、主要侵袭性操作和多重耐药菌感染特点，制定相应的感染预防与控制措施及流程，并组织落实。
16. 配合感染管理科进行本科室/部门感染监测、及时报告医院感染病例，同时督促进行病原学检查，并应每月一次感染监测、防控工作的落实情况进行自查、分析，发现问题及时改进，并做好相应记录。
17. 发现有感染暴发、流行趋势时，立即向科主任及医院感染管理科汇报，积极协助调查感染可能发病原因，并提出有效控制措施积极进行落实。
18. 结合本科室/部门多重耐药菌感染及细菌耐药情况，落实医院抗菌药物管理的相关规定，督促检查本科室/部门感染病例的病原学送检情况，加强耐药菌的监测与隔离措施落实。
19. 负责协助本科室/部门感染管理小组组织本科室人员的感染防控、多重耐药菌及抗菌药物相关知识的培训。
20. 负责组织对本科感染病例进行讨论，记录完善。
21. 监督和指导本科医师合理使用抗菌药物，根据病原学检验及药敏试验结果对感染患者合理用药。
22. 按时参加医院组织召开的医院感染防控信息员会议，及时向感染管理科汇报科室医院感染管理工作。
23. 兼职感染监控护士职责
    1. 负责本科室/部门感染防控各项工作，保证感染预防和控制制度贯彻落实。
    2. 督促并做好本科室工作人员的消毒隔离、无菌技术、职业防护、一次性用品管理、抗菌药物合理使用及多重耐药菌管理等感染防控措施，发现问题及时落实并做好相应记录。
    3. 负责对本科室/部门所有人员（包括医护人员、护工、保洁员、配餐员、患者及患者家属）感染防控管理知识和技能的培训。
    4. 定期完成/配合感染管理科完成本科室的环境卫生学及消毒灭菌效果监测工作，不合格者予以反馈，并查找可能原因再次追加监测直至合格为止。
    5. 接受医院对本病区感染防控工作的监督、检查与指导，落实医院感染防控管理相关改进措施，评价改进效果，做好相应记录。
    6. 发现有感染流行趋势时，立即向科主任及医院感染管理科汇报，积极协助调查感染发病原因，提出有效控制措施并积极进行落实。
    7. 督促检查本科室/部门医疗废物分类、收集工作。

按时参加医院组织召开的医院感染防控及传染病管理信息员会议，及时向感染管理科汇报本科室医院感染管理工作。

泗洪县第一人民医院全体工作人员感染防控管理工作职责

1. 全体工作人员践行“人人都是感控实践者”的理念，将感染防控理念和要求融入到诊疗活动全过程、全环节、全要素之中。
2. 全体工作人员牢固树立三线思维，感染防控是贯穿诊疗活动的“主线”、是保证患者安全的“底线”和依法执业的“红线”；在各项诊疗活动中严格执行我院医院感染管理的各项规章制度及SOP。
3. 掌握抗感染药物临床合理应用原则，做到合理使用。
4. 掌握医院感染诊断标准。
5. 发现感染病例，及时送病原学检验及药敏试验，查找感染源、感染途径，控制蔓延，积极治疗病人，如实报告本科室感染管理小组及感染管理科。
6. 发现有感染流行趋势时，及时报告感染管理科，并协助调查。
7. 参加预防、控制感染知识的培训。
8. 掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤等职业暴露的发生。

## 泗洪县第一人民医院感染预防与控制制度

1. 建立健全感控分级管理组织体系
2. 组建我院感控组织体系，采用三级管理模式，包括医院感染防控管理委员会、感染管理科、各临床/部门感控管理小组。
3. 医院感染防控管理委员会人员组织组成及职责按照我院《泗洪县第一人民医院感染防控管理委员会工作职责》执行。
4. 各临床以及科室按照我院《泗洪县第一人民医院各科室及部门感染小组及成员工作职责》制度，配置数量充足、结构合理的感控兼职人员，组建本科室医院感染防控管理小组，明确成员职责。
5. 明确各层级内部及外部沟通协作机制。
6. 开展感染主动监测工作，加强防范化解感染暴发能力建设
7. 按照我院院感染防控监测及报告管理相关制度、SOP，通过感控专职人员，在全院开展医疗相关感染全面综合性监测以及目标性监测。
8. 临床一线医务人员履行感染监测与报告义务第一责任人的主体责任。临床主管医生必须掌握医院感染诊断标准，及时做好医院感染病例的诊断、上报，同时完善病原微生物监测，医院感染病例的病原微生物送检率应≥80%。
9. 各职能部门为开展医院感染监测提供物资、人员和经费等方面的保障；并将感染的监测质量、结果评价及数据利用等纳入医疗质量安全管理考核体系。
10. 感染管理科每季度通过院周会、微信群及简讯等方式向临床反馈感染防控监测结果。各科室需对反馈的感染监测结果组织学习，保证全院了解掌握。
11. 定期开展医院感染暴发报告及处置相关制度及SOP 培训并组织演练。临床各科发现有疑似感染暴发时，应按感染暴发报告及处置相关制度及SOP 要求执行，感染管理科进行调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理。
12. 定期对消毒、灭菌效果及医院环境进行监测，汇总分析并做好结果反馈，发现问题及时查找原因并采取控制措施；加强对各科室清洁消毒、无菌技术操作等各项措施的督查并做好反馈，以期达到持续改进。
13. 定期评估感染防控风险，严格执行感染防控各项措施
14. 感染管理科以及各临床医技科室按照我院《泗洪县第一人民医院感染防控风险评估制度》开展感染防控风险评估工作。明确影响本院及本科室感控的主要风险因素和优先干预次序。根据风险评估结果，合理设定或调整干预目标和策略，采取基于循证证据的干预措施并执行。
15. 严格执行我院及科室的标准预防、多重耐药菌预防与控制、侵入性器械/操作相关感染防控制度等感染防控措施。标准预防主要包括手卫生、隔离、环境清洁消毒、诊疗器械/物品清洗消毒与灭菌、安全注射等措施。
16. 各临床及以及科室应加强资源配置与经费投入，以保障感染防控标准预防措施的落实；不得以控制成本和支出为由，挤占、削减费用，影响标准预防措施的落实。
17. 对消毒药械和一次性使用医疗器械做到入院前证件审核，使用中效果及使用后处置管理全过程监督，一次性物品坚决杜绝复用，确保安全。
18. 按照国务院《医疗废物管理条例》、原卫生部《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、《江苏省医疗卫生机构医疗废物管理规定》、泗洪县第一人民医院医疗废物及未被污染的输液瓶/袋管理相关制度及SOP 等相关要求严格管理医疗废物。
19. 医务部、护理部、感染管理科等相关部门建立协作机制，联合开展院级督查，每月至少一次对全院各临床科室感染防控措施落实及感染防控管理质量督查工作，督查结果每月通过护士长例会、院周会等形式进行汇总反馈并追踪整改效果，每季度通过监测简报向临床科室反馈。
20. 开展防控感染的全员培训
21. 按照泗洪县第一人民医院感染防控培训教育相关制度，制订培训大纲和培训计划，定期开展感染防控法律法规、基本知识和技能专项培训。
22. 培训对象覆盖全体医务人员以及医疗机构的管理、后勤（包括外包服务）等人员，培训内容针对不同岗位特点设定，并组织培训效果考核。
23. 将参加培训情况以及考核结果作为重要内容，纳入医师定期考核、护士执业注册、药学、医技以及其他人员档案管理等，并与职称晋升、绩效分配、评优评先等挂钩。

## 泗洪县第一人民医院感染防控管理质量督查及考评制度

1. 惩罚机制

严格按泗洪县第一人民医院《关于切实强化泗洪县第一人民医院感染防控领域重大风险防范工作的通知》文件精神要求落实各项感染防控惩罚机制。

1. 感染管理质量：

医院感染管理科每月对临床各科室进行感染管理质量督察，对病区感染管理质量进行评分（百分制），若出现下列情况则按规定处理：

* 凡不足80分的科室，扣除绩效分1 分（感染管理质控指标分值总分为10 分）。
* 连续三个月质量检查分数低于80分科室，需要组织全科人员针对院感科质量检查中提出的问题进行自查和培训，将培训资料（签到、照片及内容）及制定的整改措施形成文字资料送至感染管理科保存；
* 对于省市县各级检查或我院感染管理科督察中指出的违反医院感染管理相关规定，严重威胁医疗安全的问题连续三个月不予整改的，取消参加优秀科室评比资格。
* 年度平均分低于80分取消参加优秀科室评比资格，并于次年1 月份扣除科室奖金500 元。
* 对质量督查过程中违反感染防控相关制度的本院工作人员第一次发现给予口头警告，第二次给予通报批评并公示，第三次再出现同样问题给予经济处罚，扣当事人奖金1000 元，并报告至岗位相关管理部门（如医生报至医务部、护士和护理员报至护理部，保洁人员报告至病房管理科），该个人取消年度评优资格。
* 对质量督查过程中违反感染防控相关制度的实习医生、实习护士、进修及规培人员，第一次发现给予口头警告，第二次给予通报批评并公示，第三次再出现同样问题给予经济处罚，扣除相关个人、带教老师各1500 元，并将事件报告至相关管理部门（实习医生、规培及进修人员报至教育处、实习护士报至护理部）记录至档案，考核给予不合格。

1. 医院感染监测

各科室需配合感染管理科完成本院的医院感染全面综合性监测及目标性监测，如出现下列情况，则按规定处理：

* 疑似或确诊医院感染病例的送检率低于80%，扣除绩效分1 分（院感管理质控指标分值总分为10 分）；
* 如发生感染聚集病例，疑似医院感染暴发或医院感染暴发事件，隐瞒不报，或因报告不及时，造成严重医疗事故，对医院造成恶劣影响者，扣除部门/科室负责人当月奖金500元，给予全院通报批评并取消科室及相关责任人当年评优选先资格；

1. 感染防控培训

* 对于医院组织的医院感染管理相关培训，要求参加培训人员无故缺席者扣当事人奖金100 元。对于考核不合格者限期补考，第二次考核仍不合格者，扣当月奖金500 元。
* 科室培训计划中应包含感染防控及管理相关内容，若年度未进行感染防控相关培训，则扣除科室奖金500 元。
* 职称晋升或执业注册人员如在该周期内未达到要求的年度感染防控培训时数或考核不合格，未获得培训合格证，取消下一轮聘任职称或注册的资格。

1. 医疗废物及固体废物管理

* 生活废物和医疗废物混放，医疗废物分类、回收违反相关规定每次扣科室绩效500 元。
* 可回收生活废物与其他生活废物混放，回收违反相关规定每次扣科室绩效500 元。

1. 奖励机制

根据考核资料年终的汇总结果，由感染管理科制定年度的奖励方案，对年度内获得优秀的科室/部门及感染管理小组成员给予一定的奖励。

## 泗洪县第一人民医院多重耐药菌管理联席会议制度及培训制度

1. 联席会议的主要任务
2. 在院领导的统一领导下，针对多重耐药菌感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作，制订并执行落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。
3. 根据微生物实验室提供的细菌耐药检测统计相关数据及细菌耐药监测变化趋势图，与药事委员会联合研究防控对策及干预措施，有效预防和控制多重耐药菌的传播。
4. 每季度召开一次联席会议，各部门根据分工汇报所开展的工作或解决的问题，提出所需讨论以及需要其他部门共同协调解决的问题，会上讨论并研究解决方案。
5. 联席会议人员

分管医疗的院长担任组长。成员：感染管理科、医务部、药材科、微生物实验室、护理部、相关临床科室等。

1. 各部门分工
2. 检验室
3. 每季度对各科室微生物送检情况中存在问题进行反馈、分析与改进。
4. 每季度对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌（CR-AB）、耐碳青霉烯肠杆菌科细菌（CRE）、多重耐药/泛耐药铜绿假单胞菌（MDR/PDR-PA）等多重耐药菌重点监测菌检出情况进行反馈。
5. 每季度向全院公布一次全院及重点科室（新生儿室等）常见细菌菌株及其药敏情况、细菌耐药监测变化趋势图，并做出相关分析。同时提交给药事委员会、感染防控管理委员会。
6. 药材科
7. 每季度根据微生物实验室提供的最新抗菌药物敏感性总结报告和耐药趋势分析，结合对临床科室多重耐药菌患者的用药合理性进行指导监督检查结果，对存在问题或缺陷进行分析。
8. 每季度根据检验室提供的抗菌药物耐药情况，结合各科室所使用抗菌药物，将需要预警、警告、限制使用的抗菌药物在会上讨论并提交药事管理委员会，实施干预措施。
9. 感染管理科
10. 每季度对日常感染管理质量督查过程中发现的多重耐药菌防控措施执行相关问题进行反馈。
11. 每季度对临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率进行统计分析并反馈。
12. 每季度对多重耐药菌预防控制措施的依从性进行反馈。
13. 有细菌耐药监测及预警机制。在发现多重耐药菌感染患者和定植患者后，利用危急值信息平台在第一时间反馈相关临床科室并有记录，同时短信通知感染管理科、医疗组长及科室感染监控信息员，以便及时采取有效的治疗及控制措施。
14. 医务部
15. 每季度检查及公布各科室使用抗菌药物的情况，存在问题进行分析与总结。
16. 每季度反馈本部门对多重耐药菌防控措施落实情况的督查结果以及整改建议。
17. 护理部
18. 每季度反馈本部门对多重耐药菌防控措施落实情况的督查结果以及整改建议。
19. 临床科室
20. 在联席会议上提出多重耐药菌防控方面相关建议。
21. 多重耐药菌感染预防控制知识培训制度
22. 培训范围、内容及方式
23. 医院感染管理专职人员

* 培训内容：接受多重耐药菌控制相关法律、法规、指南、标准的培训；掌握多重耐药菌的流行病学、感染危险因素、耐药机制:诊断、治疗、预防与控制的方法，接受多重耐药菌新进展、耐药新机制、相关的消毒、隔离方法、防控措施的培训；了解本院多重耐药菌的流行趋势、危险因素等相关知识，为指导我院的多重耐药菌的感染控制工作作好充分准备。
* 培训方式：科室内学习，参加如各级卫生行政部门组织的相关培训班及学术活动。

1. 微生物工作人员

* 培训内容：掌握多重耐药菌最新的检测技术、正确判定方法及实验室感染防控知识，学习多重耐药菌流行病学、感染危险因素，接受预防与控制医院内多重耐药菌感染的制度与措施的培训，掌握职业卫生防护与职业暴露处置相关知识。
* 培训方式：参加继续教育项目、讲课、座谈等。

1. 临床医护人员

* 培训内容：学习多重耐药菌流行病学、感染危险因素、耐药机制方面的知识：掌握多重耐药菌的诊断、治疗、预防和控制措施：加强合理使用抗菌药物、消毒隔离、手卫生、个人防护、医疗废物等相关知识的培训。
* 培训方式：参加继续教育、新上岗人员岗前培训、讲课、座谈、面对面指导、科室内学习等。

1. 工勤人员

* 培训内容：不断强化多重耐药菌感染病人所处环境的清洁、消毒流程、医疗废物处置、手卫生知识、个人防护相关知识的培训。
* 培训方式：讲课、座谈、现场面对面交流等，新上岗人员由感染管理科负责培训。

1. 培训要求
2. 制定培训计划，按要求开展相关知识培训。每年至少开展1次全院性的多重耐药菌感染控制知识培训。
3. 临床感控小组负责本科室工作人员培训工作，要求人人知晓相关的隔离预防措施，培训有记录。
4. 考核

建立培训考核机制，将考核成绩与科室绩效及个人业务考核挂钩。

## 泗洪县第一人民医院感染暴发报告责任制

1. 成立领导小组及职责
2. 为加强对感染防控的组织领导，明确相关职责，成立感染防控应急领导小组。具体名单见我院感染防控应急处置领导小组及专家组名单。
3. 相关工作职责：感染防控应急处置领导小组负责研究并制定感染防控预案；发生感染流行时对应急处置进行统筹安排及指导；对感染病例实施医疗救治，提出相应的预防控制措施；统筹协调相关科室、部门开展工作；督促应急处置的安全防护；按有关要求向上级报告情况。
4. 责任追究
5. 感染暴发报告及应急处置工作实行领导负责制和责任追究制。
6. 领导小组对感染暴发应及时调查核实，及时部署防控措施，按要求上报市卫生局和市疾控中心。主管院长为感染暴发报告管理的第一责任人。
7. 各科室上报感染病例，科主任为报告本科感染暴发和防控的第一责任人，主管医生为直接责任人。
8. 科室和个人对感染不得瞒报、缓报和谎报。若因为瞒报、缓报及漏报而导致感染暴发，根据相关感染管理法律法规的规定，承担主要责任人和直接责任人的法律责任。
9. 各临床科室要对感染暴发的调查、处置工作予以配合，不得拒绝、阻碍，不得提供虚假材料。相关科室要认真落实感染暴发应急处置措施。如发生阻碍、推诿处置的现象，除在院内通报批评外，还要承担法律责任。

附件1：

感染防控及传染病应急处置领导小组

组长：许珂；副组长：尹忠诚、邵雷、钱敏、戴文献；

组员：张伟、彭延花、郑雯、彭兰兰、殷铭东、许刚、袁东红、段广银、曹青、付勇

附件2**：**

感染防控及传染病应急处置专家组

组长：戴文献、武怡、陈向前、施学文；

组员：张健、曹青、殷铭东、陆峰、陈能赟、黄海燕、潘建淑、李健、杨云、袁东红、骆联群。

泗洪县第一人民医院感染管理相关部门及科室的感染防控管理职责

一、医务部的感染防控管理职责与落实

1.协助组织医师和医技部门人员预防、控制医院感染知识的培训与考核；

2.按泗洪县第一人民医院相关感染防控制度负责日常监督指导医师和医技人员落实感染预防与控制的措施；

3.有全院抗菌药物临床应用的管理、监测和评价制度。

4.有“抗菌药物临床应用和管理实施细则”和“抗菌药物分级管理制度”，有明确的限制使用抗菌药物和特殊使5.用抗菌药物临床应用程序，实行责任制管理。

6.协助对医务人员进行抗菌药物合理应用的培训。

7.有定期抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告，有改进措施，及时为临床提供抗菌药物信息。

8.督促临床医务人员严格执行抗菌药物应用的管理制度和应用原则。

9.当发生感染暴发时，负责组织、协调相关科室、部门开展感染调查与控制的工作，根据需要进行医师和医技人力调配，组织对患者的治疗和善后处理。

二、护理部的感染防控管理职责与落实

1.协助组织全院护理人员感染预防与控制知识的培训与考核；

2.按泗洪县第一人民医院相关感染防控制度负责日常监督指导护理人员落实各项感染预防与控制，尤其是基本感染防控的措施；

3.当发生感染暴发时，根据需要进行护士人力调配。

4.后勤、设备等相关主管部门的感染防控管理职责与落实有感染预防与控制相关设施、设备，包括清洗、消毒、5.灭菌、通风系统、一次性使用物品、防护用品的保障制度与措施，并落实；

6.医院新建、改建与扩建应有论证，并应符合感染预防和控制的要求；

7.有医疗废物管理规章制度和岗位职责，落实并符合以下要求：

8.有专人负责医疗废物处理工作，知晓相关知识；

9.医疗废物的分类收集、运送、暂存、交接等工作符合有关法规的要求，有相应记录；

10.医疗废物处置设施设备运转正常，有运行日志；

11.有医疗废物处置人员的防护制度，防护用品配备合格，使用得当；

12.有医疗废物泄露应急预案。

13.有医用织物的管理制度，织物的管理符合WS/T 508的要求；

14.配合医院感染管理部门完成对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具和物品的相关证明的审核；

15.有主管部门对制度与岗位职责落实情况的监管和持续质量改进记录。

第九章 财务管理工作制度

泗洪县第一人民医院财务管理工作制度财务管理办法及实施细则

1. 总则

第 1 条

为了适应社会主义市场经济和医疗卫生事业发展的需要，加强医院财务管理和监督，规范医院财务行为，提高资金使用效益，根据《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《政府会计准则——基本准则》、《政府会计准则——具体准则》、《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》（财会【2017】25 号）、《医院执行政府会计制度操作指南》（国家卫健委财务司组织编写），结合我院实际情况，制定本办法及实施细则。

第 2 条 医院财务管理的基本原则是：执行国家有关法律、法规和财务规章制度；坚持厉行节约、勤俭办事业的方针；正确处理社会效益和经济效益的关系，正确处理国家、单位和个人之间的利益关系，保持医院的公益性。

第 3 条 医院财务管理的主要任务是：科学合理编制预算，真实反映财务状况；依法组织收入，努力节约支出；健全财务管理制度，完善内部控制机制；加强经济管理，实行成本核算，强化成本控制，实施绩效考评，提高资金使用效益；加强国有资产管理，合理配置和有效利用国有资产，维护国有资产权益；加强经济活动的财务控制和监督，防范财务风险。

第 4 条 医院应设立专门的财务机构，按国家有关规定配备专职人员，会计人员应当具备从事会计工作所需要的专业能力。医院的总务处、药学部门、医疗设备管理处、国有资产管理处等部门须设立专职财务人员，业务上接受财务科的专业指导，并定期轮岗。二级单位财务人员必须按照国家和医院相关财务政策办理会计事项，科室负责人需对会计事项的合法性、真实性负责。财会人员的任免和调动应按照国家和医院规定办理。

第 5 条 医院实行“统一领导、集中管理”的财务管理体制。医院的财务活动在医院负责人及总会计师领导下，由医院财务部门集中管理。

第二章 预算管理

第 6 条 预算是指医院按照国家有关规定，根据事业发展计划和目标编制的年度财务收支计划。医院预算执行政府会计制度中预算会计体系，采用收付实现制编制，由收入预算、支出预算和预算结余组成。医院所有收支应全部纳入预算管理，不得以各种名义或借口私设“小金库”。

第 7 条 医院实行全面预算管理，建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等环节。

第 8 条 医院按照《中华人民共和国预算法》、《预算管理制度（2019 版）》，本着 “量力而行，量入为出”的原则和零基预算的编制要求做到收支平衡不留缺口。对年度预算执行情况进行全面分析，根据年度事业发展计划以及预算年度收入的增减因素，测算编制收入预算；根据业务活动需要和可能，编制支出

预算，包括基本支出预算和项目支出预算。编制收支预算必须坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则。不得编制赤字预算。

第 9 条 预算收入管理

根据《政府会计制度—基本准则》第 19 条规定，预算收入指医院在预算年度内依法取得的并纳入预算管理的现金流入。医院应将各项收入全部纳入预算，统一核算，统一管理。医院各项预算收入应依法取得，符合国家法律、法规和规章制度规定。预算收入的编制，应参考上年度实际收入水平，结合预算年度医院事业发展和工作任务计划，以及医疗收费标准等因素确定。预算收入包括：财政拨款预算收入、事业预算收入、上级补助预算收入、附属单位上缴预算收入、经营预算收入、债务预算收入、非同级财政拨款预算收入、投资预算收益和其他预算收入。医院预算收入一般在实际收到时予以确认，以实际收到的金额计量，医院应当加强对预算收入的管理，严禁隐瞒、截留、挤占和挪用。

第 10 条 预算支出管理

根据《政府会计制度—基本准则》第 21 条规定，预算支出指医院在预算年度内依法取得的并纳入预算管理的现金流出。预算支出包括：事业支出、经营支出、上缴上级支出、对附属单位补助支出、投资支出、债务还本支出和其他支出。医院应将各项支出全部纳入预算管理，建立健全支出管理制度。医院各项支出应当严格执行国家有关规章制度和医院规定的开支范围和开支标准执行。医院预算支出一般在实际支付时予以确认，以实际支付的金额计量。从财政和卫健委取得的有关指定项目和用途的专项资金，应专款专用、单独核算。

第 11 条 医院应按照规定调整预算。财政部门核定的财政补助等资金预算及其他项目预算执行中一般不予调整。当医院发展计划有较大调整，或者根据国家有关政策需要增加或减少支出、对预算执行影响较大时，医院应当按照规定程序提出调整预算建议，经卫健委审核后报财政部门按规定程序调整预算。收入预算调整后，相应调增或调减支出预算。

第 12 条 年度终了，医院应按照财政部门决算编制要求，真实、完整、准确、及时编制决算。年度决算由单位负责人和财务负责人审核签章后及时报送卫健委，并接受审计监督。

第 13 条 预算结余分配

根据《政府会计制度—基本准则》第 23 条规定，预算结余指医院在预算年度内预算收入扣除预算支出后的资金余额，以及历年滚存的资金余额。包括：财政拨款结转（余）、非财政拨款结转（余）、专用结余、经营结余、其他结余等。医院预算结余按是否限定用途，分为结转资金和结余资金。医院不以预算会计相关结余数作为提取专用结余基数，而是按规定比例以财务会计下医疗盈余作为基数提取专用结余，按 2019 年《政府会计制度》和卫健委规定的比例分别转入累计盈余、职工福利基金科目中。

第 14 条 医院应当加强结余资金的管理，按照国家规定正确计算与分配结余。医院结余资金应按规定纳入部门预算，在编制年度预算和执行中需追加预算时，按照财政部门的规定安排使用。医院动用财政项目补助收支结转（余），应严格执行财政部门有关规定和报批程序。

第三章 收入管理

第 15 条 根据《政府会计制度—基本准则》第 42 条规定，收入指报告期内导致医院净资产增加的、含有服务潜力或者经济利益的经济资源的流入。收入包括财政拨款收入、事业收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入和其他收入。

第 16 条 医院所有收入来源合法合规，纳入医院财务科统一核算、统一管理。医院提供医疗服务、开展科教活动，要依法办事，必须符合国家法律法规和医院相关制度规定。

（一）医院应当在提供医疗服务（包括发出药品）并收讫价款或取得收款权利时，按照国家规定的医疗服务项目收费标准计算确定的金额确认为医疗收入。医院给予病人或其他付费方的折扣不计入医疗收入。

（二）医院应当根据科研教学业务实质，选择合同执行时间进度、已发生费用占合同整体费用的比例等方法合理确定合同完成进度来确认科教收入。

（三）医院应加强财政补助收入管理，保证收入及时确认和记录，不得提前或推迟确认收入，不得虚列和隐瞒收入。

（四）医院其他收入内容零星分散，应正确合理组织其他收入，纳入财务科统一核算与管理，任何科室部门不得私自收取现金，严禁设置账外账和小金库。

第 17 条 医院要严格执行国家物价政策，建立健全各项收费管理制度。医院制定《物价管理制度（2019版）》，按制度要求不得随意调整收费项目和收费标准，不能自立项目乱收费。对于新开展的各项检查、治疗服务项目，其收费标准应先报主管部门和物价管理部门审批后执行，任何科室不得擅自新增项目和提高收费标准。

第 18 条 医院在开展医疗活动过程中，必须将社会效益放在首位，应承担更多的社会责任，充分体现医院公益性。同时医院在组织收入活动中强调经济效益，加强管理，通过提高技术、服务质量、工作效率增加经济效益。将社会效益和经济效益结合起来，不能单纯追求经济效益而忽视社会效益。对于门诊、住院特殊情况，应首先抢救病人，开通绿色通道，及时登记欠费人姓名和详细地址，约定还款日期，并由经办人负责收回欠费，具体流程参照《住院病人绿色通道（欠费解锁）审批规定》执行。

第 19 条 医院加强收费凭证的管理，建立健全收费凭证的管理制度，医院门急诊、住院收费必须按照有关规定使用财政部门统一监制的收费票据，严禁使用虚假票据。全院范围内使用的各种收据、有价证券、收费日报表等必须由财务科统一印刷领购，设专人保管并负责编号、领发、登记和销号，防止错收错发漏收，加强内控管理。

第 20 条 加强对收费凭证的日常稽核、验证工作，票据管理员对门诊、住院票据使用情况应结合日报表分户账页等进行核对，财务科派专人每月随机抽查，如发现问题，及时问询并汇报财务负责人，视问题轻重及时作出处理，具体参照《收入复核管理办法》、《住院处票据复核管理规定》。

第 21 条 医疗收入原则上当日发生当日入账，并及时结算。严禁隐瞒、截留、挤占和挪用。现金收入不得坐支。财务科应切实加强对门诊收费处、住院处的管理，进一步完善管理制度，督促门诊收费员、住院处收费员做到日清日结，防止押账、押款挪用。

第 22 条 医院托管单位实行“独立核算、自负盈亏”，但要求每月将营业收入、营业成本和利税情况报财务科，并接受财务科和审计处监督检查。

第 23 条 医院变卖废品收入及国有资产处置变价收入，应由国有资产管理处、总务处、医疗设备管理处等归口部门按照科室具体规定及流程处置，所有收入应及时上缴财务科，由财务科按照财务制度要求核算和处理，不得以任何名义私存、发放或违反规定进行开支。

第 24 条 对于各社会团体、单位、个人以实物形态或货币资金方式给予的捐赠，按照医院相关捐赠流程进行，各科室应将实物全部入库处理，货币资金应及时全额纳入医院大账统一管理。

第四章 费用管理

第 25 条 根据《政府会计制度—基本准则》第 45 条规定，费用指报告期内导致医院净资产减少的、含有服务潜力或者经济利益的经济资源流出。费用包括业务活动费用、单位管理费用、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用和其他费用。

第 26 条 医院应严格执行国家财经法律法规和医院财务相关规定的开支范围、开支标准。开展医疗服务过程中，对一切开支应精打细算、合理安排；提倡勤俭节约，反对铺张浪费；少花钱、多办事、提高资金使用效益。

第 27 条 医院的各项支出在院党委统一领导下，由归口科室管理，财务科对合规性进行审核，分管院领导、主管院领导审批后，统一安排资金使用。

分级归口管理，根据部门预算和计划由有关职能部门负责。各项费用报销凭证要由有关部门负责人签字。财务科负责监督、审核和具体办理。

第 28 条 加强项目资金管理，医院从财政部门、主管部门取得的有指定用途的项目资金，应当按照文件精神进行专款专用，并按主管单位要求报送项目资金使用情况，项目完成后接受财政部门、主管部门的检查验收。对于不同来源的科教项目资金，应按照国家有关规定和医院科研经费使用相关规定进行管理，由归口部门具体负责，不得截留、挤占、挪用和违反规定转拨资金。

第 29 条 医院要增强资金管理工作的预见性、主动性和科学性，避免因决策失误造成的损失。医院资金使用决策应基于医疗活动的会计信息、医疗信息、市场信息等基础上，结合医院发展目标制定。在执行过程中严格控制，以保证有效实施，提高资金使用效益。医院各职能科室必须按照下发的支出预算执行，如需调整的，具体流程参照《预算管理制度（2019 版）》执行。

第 30 条 医院应严格执行省财政相关国库集中支付规定、政府采购有关规定执行。任何部门、任何个人不得随意购置任何器械、设备和材料，否则，财务科拒绝付款，有关部门不得办理入库手续，其经济后果由当事人承担。

第五章 成本管理

第 31 条 成本管理是指医院通过成本核算和分析，提出成本控制措施，降低医疗成本的活动。

第 32 条 成本管理的目的是全面、真实、准确反映医院成本信息，强化成本意识，降低医疗成本，提高医院绩效，增强医院在医疗市场中的竞争力。

第 33 条 成本核算是指医院将其业务活动中所发生的各种耗费按照核算对象进行归集和分配，计算出总成本和单位成本的过程。成本核算应遵循合法性、可靠性、相关性、分期核算、权责发生制、按实际成本计价、收支配比、一致性、重要性等原则，具体参照《成本核算办法（2019 版）》。

第 34 条 根据核算对象的不同，成本核算分为科室成本核算、医疗服务项目成本核算、病种成本核算、床日和诊次成本核算。在以上核算对象为基础进行成本核算的同时，医院开展医疗全成本核算，应将财政项目补助支出所形成的固定资产折旧、无形资产摊销和库存物资等纳入成本核算范围；还应在医疗成本核算的基础上，将科教项目支出形成的固定资产折旧、无形资产摊销和库存物资等纳入成本核算范围。

第 35 条 各类科室成本应本着相关性、成本效益关系及重要性等原则，按照分项逐级分步结转的方法进行分摊，最终将所有成本转移到临床服务类科室。

第 36 条 医院应根据成本核算结果，采取不同方法及时分析实际成本变动情况及原因，把握成本变动规律，提高成本效率。

第 37 条 医院应在保证医疗服务质量的前提下，采取有效措施纠正、限制不必要的成本费用支出差异，控制成本费用支出。

第六章 流动资产管理

第 38 条 依据《政府会计制度——基本准则》第 27 条规定，资产是指医院过去的经济业务或者事项形成的，由医院控制的，预期能够产生服务潜力或者带来经济利益流入的经济资源。

第 39 条 流动资产是指预计在 1 年内（含 1 年）耗用或者可以变现的资产，包括货币资金、短期投资、应收及预付款项、存货等。

第 40 条 货币资金包括库存现金、银行存款、零余额账户用款额度、其他货币资金等。医院应当严格遵守国家有关规定，建立健全货币资金管理制度。

第 41 条 库存现金管理

收入的现金要当日存入银行，不得坐支，严格执行医院核定的库存限额，不以白条抵库。现金支付必须按照国家《现金管理暂行条例》、《现金报销管理办法》的规定使用现金，尽量减少现金支付。医院严格遵守现金管理制度同时，建立并不断完善现金内部控制，强化对关键环节的风险控制。会计、出纳岗位分设，不能一人兼任两个岗位；定期或不定期对库存现金进行盘点；不得私设“小金库”，违反国家财经纪律。

第 42 条 银行存款、其他货币资金、零余额用款额度管理

医院应当根据《人民币银行结算账户管理办法》的规定严格开立银行结算账户，严格按照国家票据法、支付结算办法等有关规定办理银行存款收支业务。医院银行结算账户只能开立一个基本户，用于办理日常转账结算和现金收付。医院不得为还贷、还债和套现而多头开立基本户；不得出租、出借银行存款账户；不得违反规定在异地存款和贷款而开立账户；不得为个人和其他单位提供信用担保；不得将单位的资金以个人名义开立账户存储。对于银行账户、零余额账户开立、撤销银行账户信息应向省卫健委、省财政厅报备。银行账、票分管，支票印签分管，网银采取多级复核，密钥分人保管，防止资金错发，形成制约关系。对账人员要及时进行全面的对账工作，在认真处理各项资金收支基础上，定期及时核对账务，编制银行存款调节表（按月编报），及时清理未达账项。

第 43 条 往来账管理

应收及预付款项是指医院在开展业务活动和其他活动过程中形成的各项债权，包括应收账款、预付账款、财政应返还额度、应收股利、应收利息和其他应收款等。财务科要加强对往来款项的管理，定期分析，及时处理债权债务。对应收款要及时催收，特别是对病人的应收医疗款，应设专人催收，对长期呆账确认无法收回的要经过清查，分清责任，报批后核销。对医保病人的欠费，应及时同医保处联系核对及时结清，具体流程参照《预付款及其他应收款管理办法》。年度终了，医院可采用余额百分比法、账龄分析法、个别认定法等方法计提坏账准备。累计计提的坏账准备不应超过年末应收医疗款、其他应收款科目余额的 2%-4%。计提坏账准备的具体办法参照《关于医院执行<政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表>的补充规定》、《关于医院执行<政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表>的衔接规定》。

第 44 条 周转金管理

周转金是医院为维持正常业务活动而设置的具有专门用途，可以不断循环使用的资金，主要包括临时周转金、结算周转金等。临时周转金核定办法：法定节假日期间，根据窗口单位每日资金报表中实际需求量，估计出平均所需金额。结算周转金的核定办法：根据上年的种类应收款和暂付款的每月平均余额，减各类预期收款和暂存款的每月平均余额乘规定周转期来确定。

第 45 条 存货管理

存货是指医院为开展医疗服务及其他活动而储存的低值易耗品、卫生材料、药品、其他材料等物资。存货要合理确定储备定额，定期进行盘点，年终必须进行盘点清查，保证账实相符。对于盘盈、盘亏、变质、毁损等情况，应当及时查明原因，根据管理权限报经批准后及时进行处理。总务处、医疗设备管理处要对低值易耗品建立辅助明细账，对各类物资进行数量、金额管理，反映低值易耗品分布、使用以及消耗情况。低值易耗品报废收回的残余价值，按照归口部门相关制度处理。医院要建立健全自制药品、材料管理制度，按类别、品种进行成本核算。自制药品、材料按自主定价或备案价入库。

第七章 在建工程、固定资产管理

第 46 条 固定资产是指单位价值在 2000 元及以上（其中：专业设备单位价值在 3000 元及以上），使用期限在一年以上（不含一年），并在使用过程中基本保持原有物质形态的资产。单位价值虽未达到规定标准，但耐用时间在一年以上（不含一年）的大批同类物资，应作为固定资产管理。医院固定资产一般包括房屋及构筑物、通用设备、专用设备、家具用具装具、文物及陈列品等，医院成立国有资产管理处，指定专人对固定资产进行管理，参照《政府会计准则第 3 号—固定资产》，《政府会计准则—应用指南—固定资产》及国有资产管理处关于固定资产管理的相关规定执行。文物和陈列品，动植物，图书、档案，单独计价入账的土地，以名义金额计量的固定资产，加强实物管理，不计提折旧。

第 47 条 固定资产按实际成本计量。

第 48 条 医院原则上应当根据固定资产性质，在预计使用年限内，采用平均年限法或工作量法计提折旧。计提固定资产折旧不考虑残值。在确定固定资产的折旧方法时，应当考虑与固定资产相关的服务潜力或经济利益的预期实现方式。固定资产折旧方法一经确定，不得随意变更。当月增加的固定资产，当月

开始计提折旧；当月减少的固定资产，当月不再计提折旧；已提足折旧仍继续使用的固定资产，不再计提折旧。

第 49 条 为增加固定资产的使用效能或延长其使用寿命而发生的改建、扩建或大型修缮等后续支出，应当记入固定资产及其他相关资产；为维护固定资产的正常使用而发生的修理费等后续支出，应当计入当期支出。

第 50 条 医院应当对固定资产定期进行实地盘点。对盘盈、盘亏的固定资产，应当及时查明原因，并根据规定的管理权限，报经批准后及时进行处理。

第 51 条 国有资产管理处要对固定资产采取电子信息化管理，定期与财务部门核对，做到账账相符、账卡相符、账实相符。

第 52 条 医院无偿调拨、出售、出让、转让、置换、对外捐赠、报废固定资产或者发生固定资产毁损时，应当按照国有资产管理处具体规定处理。

第 53 条 年终对全院财产物资进行清查，由国有资产管理处、财务科、医疗设备管理处、总务处、药学部抽调专人组成进行清查，对清查结果要写书面报告，对于清查问题提出处理意见，由财务科作相应的账务处理。对由于工作失职造成的损失应追究有关人员的责任。

第八章 无形资产管理

第 54 条 无形资产是指不具有实物形态而能为医院提供某种权利的资产。包括专利权、著作权、版权、土地使用权、非专利技术、商誉、医院购入的不构成相关硬件不可缺少组成部分的应用软件及其他财产权利等。

第 55 条 无形资产在取得时应当按照成本进行初始计量，具体管理流程详见国有资产管理处关于无形资产管理制度。医院原则上应当根据无形资产性质，在预计使用年限内，采用平均年限法摊销摊销时不考虑残值。当月增加的无形资产，当月开始摊销；当月减少的无形资产，当月不再摊销；已摊销完仍继续使用的无形资产，不再摊销。

第九章 对外投资管理

第 56 条 对外投资是指医院以货币资金购买国家债券或以实物、无形资产等开展的投资活动。对外投资按照投资回收期的长短分为长期投资和短期投资。投资回收期 1 年以上（不含 1 年）的为长期投资。长期投资分为长期债权投资和长期股权投资。长期股权投资持有期间，通常应当采用权益法进行核算。医院无权决定被投资单位的财务和经营政策或无权参与被投资单位的财务和经营政策决策的，应当采用成本法进行核算。

第 57 条 医院应在保证正常运转和事业发展的前提下严格控制对外投资，投资范围仅限于医疗服务相关领域。医院不得使用财政拨款、财政拨款结余对外投资，不得从事股票、期货、基金、企业债券等投资。

第 58 条 医院投资应按照国家有关规定进行资产评估，并按评估确定的价格作为投资成本。医院认购的国家债券，按实际支付的金额作价。

第 59 条 医院应遵循投资回报、风险控制和跟踪管理等原则，对投资效益、收益与分配等情况进行监督管理，确保国有资产的保值增值。

第十章 负债管理

第 60 条 依据《政府会计准则——基本准则》第 33 条规定，负债是指医院过去的经济业务或者事项形成的，预期会导致经济资源流出医院的现时义务。包括流动负债和非流动负债。流动负债是指预计在 1 年内（含 1 年）偿还的负债，包括短期借款、应付票据、应付及预收账款、应付职工薪酬、应交增值税、其他应交税费等。非流动负债是指流动负债以外的负债，包括长期借款、长期应付款等。

第 61 条 负债市医院资金来源的重要组成部分，医院在开展医疗活动中，有一定数量的负债，对医院正常业务活动开展具有积极意义。医院应合理安排负债规模，保证合理使用和按期偿还，并随时掌握自身偿债能力，化解财务风险。

第 62 条 医院应遵循原则：适度负债原则、效益性原则、控制成本原则。医院应对不同性质的负债分别管理，及时清理并按照规定办理结算，保证各项负债在规定期限内归还。因债权人特殊原因无法偿还负债，医院应规定计入其他收入。医院原则上不得借入非流动负债，确需借入的，应按规定在省厅债务系统中报备。医院要正确合理筹措资金、使用资金，不能盲目举债，不能超过自身偿债能力举债。

第 63 条 预计负债指医院因或有事项所产生的现时义务而确认的负债，如对未决诉讼等确认的负债。预计负债应当按照履行相关现时义务所需支出的最佳估计数进行初始计量，在确定最佳估计数时，应当综合考虑与或有事项有关的风险和不确定性、未来事项等因素。

第 64 条 医院应加强病人预交金管理。预交金额度应根据病人病情和治疗的需要合理确定。

第十一章 净资产管理

第 65 条 根据《政府会计准则——基本准则》第 39 条规定，净资产是指医院资产减去负债后的净额，其金额取决于资产和负债的计量。主要包括累计盈余、专用基金、本期盈余、权益法调整。

第 66 条 累计盈余管理

累计盈余包括财政项目盈余、医疗盈余、科教盈余和新旧转换盈余。按照《关于医院执行<政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表>的补充规定》，年末医院累计盈余科目为借方余额的，应按照规定确定的用于弥补医疗亏损的金额，冲减“累计盈余—新旧转换盈余”科目。“累计盈余——医疗盈余”按规定用于弥补亏损，需要剔除财政基本拨款形成的及非同级财政拨款等具有限定用途资金形成的盈余，如不足以弥补亏损，可继续使用“累计盈余——新旧转换盈余”弥补。医院应加强对累计盈余的管理，统筹安排，合理使用。对于累计盈余滚存较多的医院，在编制年度预算时应安排一定数量的累计盈余。

第 67 条 专用基金管理

专用基金，即医院按照规定提取或设置的具有专门用途的净资产。主要包括职工福利基金、医疗风险基金和其他专用基金。专用基金要专款专用，不得擅自改变用途。职工福利基金是指医院根据有关规定，按财务会计下医疗盈余（扣除财政基本拨款形成的盈余以及非同级财政拨款等具有限定用途资金形成的盈余）计算提取的专门用于职工福利设施、集体福利待遇的净资产。医疗风险基金是指医院根据有关规定，按财务会计下相关数据计算提取专门用于支付医疗风险保险或医疗事故赔偿的净资产。医院累计提取的医疗风险基金比例不应超过当年医疗收入的 1‰-3‰，具体比例可根据医院实际情况制定。其他专用基金是指按照有关规定提取、设置的其他专门用途的净资产。医院应加强对职工福利基金、医疗风险基金的管理，统筹安排，合理使用。对于职工福利基金、医疗风险基金滚存较多的医院，可以适当降低提取比例或者暂停提取。

第 68 条 权益法调整

权益法调整，即医院持有的长期股权投资采用权益法核算时，按照被投资单位除净损益和利润分配以外的所有者权益变动份额调整长期股权投资账面余额而形成的净资产。

第十二章 决算报告和财务报告

第 69 条 医院应当编制决算报告和财务报告。决算报告的编制主要以收付实现制为基础，以预算会计核算生成的数据为准。财务报告的编制主要以权责发生制为基础，以财务会计核算生成的数据为准。

第 70 条 决算报告是综合反映医院年度预算收支执行结果的文件。决算报告应当包括决算报表和其他应当在决算报告中反映的相关信息和资料。

第 71 条 财务报表是对医院财务状况、运行情况和现金流量等信息的结构性表述，包括会计报表和附注。会计报表至少包括资产负债表、收入费用表、净资产变动表、现金流量表、医疗业务收入费用明细

表、成本报表等。附注是对会计报表中列示项目所做的进一步说明，以及对未能在这些列表中列示项目的说明。

第 72 条 医院应通过相关指标对医院财务状况进行分析，具体分析参考政府会计制度附表。

第 73 条 医院应当向省卫健委和省财政厅按年度报送决算报告，按月度、年度报送财务报告。医院年度决算和财务报告应按规定经过注册会计师审计，通过省卫健委统一组织安排。

第 74 条 医院在办理年度决算前，应对财产物资、债权、债务进行全面清查盘点，对盘盈、盘亏、报废、毁损等按本制度规定及时处理。

第十三章 财务分析

第 75 条 财务分析是财务管理的重要组成部分。为了促进医院更好地完成各项任务，财务科应统一负责，积极组织各有关部门对经济活动资料进行收集和分析，分析结果应及时反馈给院领导和有关部门，以便领导决策。

第 76 条 财务分析的主要内容包括：预算执行情况分析、收支及资金运用情况分析、资产负债、净资产情况、成本核算情况等，通过财务分析来评价医院业务活动和经济活动的效果。

第 77 条 财务分析重要指标有医疗质量指标、工作质量指标、成本效益指标等，具体指标可参考基本数据及绩效考核表。医院的财务分析一般采用指标对比法、因素分析法，并注意采用现代科学分析方法。

第十四章 财务监督、内控管理

第 78 条 财务监督是根据国家有关法律、法规和财务规章制度，对医院的财务活动及相关经济活动所进行的监察和督促。财务监督的主要内容包括：预算管理的监督、收入管理的监督、支出管理的监督、资产管理的监督、负债管理的监督等。

第 79 条 内部控制是指一个单位为了实现其经营目标，保护资产的安全完整，保证会计信息资料的正确可靠，确保经营方针的贯彻执行，保证经营活动的经济性、效率性和效果性而在单位内部采取的自我调整、约束、规划、评价和控制的一系列方法、手段与措施的总称。

第 80 条 为加强医院内控管理，加强财务监督，规范医院经济管理行为和财务会计行为，医院根据《会计法》、《行政事业单位内部控制规范》等法律法规的要求，制定《内部控制制度》（2019 版）

第 81 条 单位负责人对本单位内部控制制度的建立健全及有效实施负责。财务部门及财会人员应依法行使职责，严格执行内部财务会计控制制度，充分发挥财务会计的监督职能，对不符合本内控要求的业务，有权拒绝办理。其它业务部门及相关人员应严格执行内部控制制度，并及时向财务部门提供真实、完整的原始资料。

第 82 条 内部控制管理对医院财会机构和财人员岗位责任制、会计核算流程、财务不相容职务分离、收入管理制度、支出管理制度、收支审批责任、货币资金内部控制制度、债权债务内部控制制度、收费票据管理制度、会计档案内部控制制度、财务电子信息化系统权限控制方面进行全面管控。

第 83 条 医院财务监督应当实行事前监督、事中监督、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，接受财政、审计和主管部门的监督。建立健全医院内部控制制度，实行内部牵制，确保医院财务管理规范运营，有效规范医院经济管理行为和财务行为，加强财务监督。

第十五章 附 则

第 84 条 医院举办非独立法人分支机构的收支是医院财务收支的一部分，必须纳入医院财务统一管理。

第 85 条 医院会计科目、会计核算、账簿设置、账务处理程序，财会人员内部分工，由财务科按 2019 年施行的《政府会计制度——基本准则》、《政府会计制度——具体准则》、《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》（财会【2017】25 号）的规定及省卫健委具体要求执行。

第 86 条 基建投资财务管理可参照《基建财务管理办法（2019 版）》执行。

第 87 条 总务处、医疗设备管理科、药学部门、人事处等部门依照本办法精神结合本部门实际情况，分别制订实施细则并及时通知财务科，财务科应会同有关部门负责监督实施。

第 88 条 本办法由财务科负责解释。

第 89 条 本办法自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

泗洪县第一人民医院预算管理制度

第一章 总则

第 1 条 预算是医院未来一定时期内经营计划的数量表现形式，是经营和管理计划正式的、量化的、货币化的表现。预算既是计划工作的成果，又是控制经营生产活动的依据。为更好地适应社会主义市场经济发展和医疗卫生体制改革的需要，切实提高医院的管理水平、工作效率和经济效益，现根据国家的有关方针、政策、制度和规定，严格贯彻执行《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《政府会计准则——基本准则》、政府会计准则——具体准则》、 政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》（财会【2017】25 号），并结合我院实际情况，特制定本制度，自 2020年 1 月 1 日起施行。

第 2 条 预算管理体系是医院根据战略规划、经营目标和资源状况，运用系统方法编制的整体经营、投资、筹资等的行动计划。医院经济活动的前后衔接、相互关联、有序排列形成一套完整的报表体系，它体现了医院对未来经济活动的预测能力，通过实际经营结果与预算进行对比分析，可以对医院的经营活动实行过程控制，促进医院经营目标的完成。

第 3 条 医院预算管理的必要性在于强化公立医院公益性和政府有效监管，明确所有者和管理者的责权，形成决策、执行、监督相互制衡，制定有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的机制，严格预算管理，加强财务监管和运行监督。

第 4 条 本制度的主要内容包括：总则，预算的组织结构，预算的编制，预算的审批与执行，预算的调整、分析与决算，预算的评价与考核，附则等。

第 5 条 本医院的年度预算期限为当年 1 月 1 日至 12 月 31 日，以医院的经营目标为依据、医疗业务收支预算为起点，编制全年的收入、业务支出、发展性项目支出等预算，组成年度预算。医院应当根据部门预算执行的相关要求，做好相关项目的立项和储备工作，完善项目评审机制，为编制年度部门预算和三年滚动规划打好基础。

第二章 预算的组织结构

第 6 条 医院的预算管理组织机构包括医院党委会的预算专项会议、财务部门的预算分析会以及预算责任体系。

第 7 条 院党委会是医院预算管理的最高机构，在预算组织机构中居于核心地位，以预算专项会议的

形式审议或审查各项预算事项，听取预算实施结果的分析汇报。

第 8 条 财务部门为预算管理组织的常设部门，由其负责预算相关事项的日常处理和预算的整理、汇总、编制。

第 9 条 预算管理组织机构在预算管理中的主要职责：

1、审议通过预算管理的相关政策、规定、制度等；

2、结合医院事业发展计划，组织预测年度预算目标；

3、审议通过年度预算目标、编制方法和编制程序；

4、根据医院的经营目标，审批医院年度预算，听取医院预算执行情况的汇报，审议各部门提出的预算调整方案，并上报主管部门；

5、定期检查和分析预算执行情况，听取财务部门及其他部门的汇报，提出改进意见，督促预算管理目标的实现

第 10 条 财务部门在预算管理中的职责：

1、传达医院的年度预算目标；

2、参加有关预算的医院审议会议，向其他部门传达预算的编制方针、程序、具体指导各部门的预算编制；

3、根据预算的编制原则，初步审查、协调和平衡各部门的财务预算，制定医院的预算草案；

4、召开各部门预算规划会议，讨论平衡预算，并报医院预算管理组织机构审批；

5、根据上级主管部门审批后的预算，分解、细化、下发到科室、职能部门，并且跟踪实际执行情况。

6、初审各部门提出的预算调整方案，汇集科室、职能部门预算调整申请；

7、对预算执行过程的会计核算进行监控，各项支出收入是否得到有效控制，有无违反财务法规和会计制度；

8、预算执行完毕后，按要求及时形成预算执行反馈和预算分析报告。

第 11 条 医院的各医疗科室及财务科、人事处、党委组织部、党委宣传部、纪委办公室、审计处、院办公室、信息中心、医疗设备管理处、基建办公室、总务处等职能部门具体负责本部门业务涉及的预算的编制、执行、调整、监督等工作，并配合财务部门做好医院总预算的综合平衡、协调、分析、控制等工作。科室主要负责人参与医院财务预算工作的全过程，并对本部门财务预算执行结果承担责任。

第三章 预算的编制

第 12 条 医院预算执行政府会计制度中预算会计体系，采用收付实现制编制，由收入预算、支出预算和预算结余组成。医院所有收支应全部纳入预算管理，不得以各种名义或借口私设“小金库”。

第 13 条 年度预算编制的原则：

1、根据国家的方针、政策和卫健委下达的事业计划指标、任务，结合医院实际情况，按照省卫健委、财政厅关于做好部门预算编制要求,本着“一要吃饭,二要建设”的原则,“量力而行，量入为出”的原则和零基预算的编制要求做到收支平衡不留缺口。

2、医院对年度预算执行情况进行全面分析，根据年度事业发展计划以及预算年度收入的增减因素，测算编制收入预算；根据业务活动需要和可能，编制支出预算，包括基本支出预算和项目支出预算。编制收支预算必须坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则。不得编制赤字预算。

3、要坚持勤俭办事业的原则，做到开源节流，增收节支，努力挖掘内部潜力，提高资金使用效率。

第 14 条 预算编制程序

1、由财务科根据年度事业计划、工作任务和卫健委年度差额补助指标提出预算指标建议，并拟定年度预算草案。由财务科组织院内各科室上报相应的收入、业务量与基本支出以及发展性项目预算，并上报预算管理组织机构审议，审议通过后报主管部门审批。按照省级部门预算编制程序要求，实行“三下两上”

的方法，经卫健委批复的年度部门预算由财务科统一掌握执行。

2、在执行过程中，如果受到客观因素影响，预算变化较大时，由财务科在认真核算的基础上，及时提出调整预算和财务收支计划的意见，并上报预算管理组织机构审议，审议通过后上报主管部门审批。

3、预算编制项目按医院执行的会计制度和省级部门预算编制规定的收、支科目执行，对购置专项和大型修缮等支出，总务处、医疗设备管理处、基建办公室应提出详细的计划经费概算，并有详细的项目论证说明及预算项目先后顺序。

第 15 条 收入、业务量预算的编制

医院应将各项收入全部纳入预算，统一核算，统一管理。医院各项预算收入应依法取得，符合国家法律、法规和规章制度规定。预算收入及业务量的编制，应参考上年度实际收入、工作量水平，结合预算年度医院事业发展和工作任务计划，以及医疗收费标准等因素确定。主要内容包括：医疗收入、药品收入、其他收入、差额预算补助、专项补助和其他医疗服务收入等。各科室预算负责人依赖以往预算执行情况编报下一年度收入、业务量预算，测算时做到认真细致、实事求是。

第 16 条 基本支出预算的编制

1、医院应将各项支出全部纳入预算管理，建立健全支出管理制度。医院各项支出应当严格执行国家

有关规章制度和医院规定的开支范围和开支标准执行。

2、有关职能部门根据业务部门提出的要求和医院经济状况，于当年预算上报截止日前，将翌年经费

支出概算上报财务科。所有支出费用经归口科室上报，由财务科进行汇总，并且通过预算批复形式下发与相关归口科室。

3、支出预算应本着既要保证医疗业务活动需要，又要合理节约的原则，根据预算年度事业发展计划、

工作任务、人员编制、有关开支定额标准和物资供应计划及价格变化因素等情况计算编制。

第 17 条 发展性项目的编制

医院发展性项目主要指固定资产购置、医院基建工程以及信息网络构建等和医院发展相关的专项支出。

应按照《江苏省省级财政专项资金管理办法》（省政府第 63 号省长令）的要求，强化发展性项目的管理。

总务处、医疗设备管理处、基建办公室等归口职能部门应按照预算控制指标，合理安排招投标等程序，

并将招投标采购申请交由财务科进行预算审核，交招标采购部门进行采购，以保证供应。分期资金使用计

划报财务科审核、备案，并由财务科根据具体情况安排支付。

第 18 条 预算上报与下达

由财务科负责对上述各科室上报的收入、业务量、支出预算进行汇总，并上报预算管理组织机构，通过预算管理组织机构对年度预算进行审批，并将审批后结果上报省财政预算系统并下发至各职能科室。

第四章 预算的审批与执行

第 19 条 预算审批顺序为：先下级，后上级；先定性审批，后定量核准；先由归口部门进行统计，后报财务部门。

医院各职能科室应按照省财政批复的部门预算计划规范开支。财务部门对所有支出的预算执行情况进

行记录。符合“三重一大”的支出项目需要经党委会会审批，财务部门根据审批结果安排相应资金的支付。

第 20 条 支出审批的管理原则

1、应当按照批准的部门预算和计划所规定的用途办理各项支出。

2、执行国家财政、财务制度和开支标准及开支范围。

3、各项资金的使用要划清资金渠道，分别列支。

4、购置大型、贵重仪器设备和大型修缮，事先要进行可行性论证和专家评议，并提出方案，报医院党委会或相关主管部门审批后，按部门预算安排支出，并积极筹措资金，确保投资项目的顺利实施。一般性购置和修缮，要经常进行，以保证医疗教学科研等工作需要

第 21 条 支出审批管理细则

1、医院的各项支出在院党委统一领导下，由归口科室管理，财务科对合规性进行审核，分管院领导、主管院领导审批后，统一安排资金使用。

2、分级归口管理，根据部门预算和计划由有关职能部门负责。各项费用报销凭证要由有关部门负责人签字。财务科负责监督、审核和具体办理。

3、支出项目的要求

（1）人员经费（工资、补助工资、职工福利费、离退休人员费用）应严格按照批准的劳动工资计划和国家规定的标准执行。

（2）“三公经费”及相关开支需按照中央八项规定及其实施细则的精神，结合省财政批复预算金额，坚持勤俭节约，严格控制相应支出。

1. 差旅费用，按照文件《差旅费管理办法》执行。必须按规定报经批准，并在出差结束后及时办理报销手续。报销差旅费先由财务人员审核计算，再由部门负责人、财务负责人签字，经相关院领导审批签字后方可报销。

（4）根据实际需要科学合理地定出药品、卫生材料、其他材料的最高库存量和最低库存量，以保证医疗业务的正常运转及流动资金的合理运用。

（5）一般业务费，应在保证业务需要的前提下，采用定消耗定额和消耗比例以及“以收定支”等办法进行管理。

（6）专项资金（专项补助、专用基金、专项借款、其他专项资金）要合理筹措、统一使用。

第 22 条 任何部门、任何个人不得随意购置任何器械、设备和材料，否则，财务科拒绝付款，有关部门不得办理入库手续，其经济后果由当事人承担。

第 23 条 加强项目资金管理，医院从财政部门、主管部门取得的有指定用途的项目资金，应当按照文件精神进行专款专用，并按主管单位要求报送项目资金使用情况，项目完成后接受财政部门、主管部门的检查验收。对于不同来源的科教项目资金，应按照国家有关规定和医院科研经费使用相关规定进行管理，

由归口部门具体负责，不得截留、挤占、挪用和违反规定转拨资金。医院应严格执行省财政相关国库集中支付规定、政府采购有关规定执行。任何部门、任何个人不得随意购置任何器械、设备和材料，否则，财务科拒绝付款，有关部门不得办理入库手续，其经济后果由当事人承担。

第 24 条 严格按照省卫健委、财政厅规定的比例从业务收支结余中提取职工福利资金、医疗风险基金等，各项专用基金的使用，要按照有关开支范围和开支标准专项列支。

第 25 条 各职能部门应对照已确定的责任指标，定期或不定期地对部门及人员责任指标完成情况进行检查，实施考评。医院对重大预算项目和内容，将密切跟踪其实施进度和完成情况，实行严格监控。

第 26 条 医院预算一经批准下达，各部门必须认真组织实施，将预算指标层层分解，从横向和纵向落实到内部各部门、各环节和各岗位。

第五章 预算的调整、分析与决算

第 27 条 医院应按照规定调整预算。财政部门核定的财政补助等资金预算及其他项目预算执行中一般不予调整。当事业发展计划有较大调整，或者根据国家有关政策需要增加或减少支出、对预算执行影响较大时，医院应当按照规定程序提出调整预算建议，经县卫健委审核后报财政部门按规定程序调整预算。收入预算调整后，相应调增或调减支出预算。

第 28 条 医院预算的调整应符合以下要求：

1、预算调整事项符合发展战略和现实医疗服务活动状况；

2、预算调整重点放在预算执行中出现的重要的或非正常的关键性差异方面；

3、预算调整方案客观、可行。

第 29 条 医院财务部门应加强与归口部门的沟通和联系，确保相关业务预算的执行情况能够相互监督、核对一致。并利用有关财务、业务、市场、技术、政策、法律等方面的信息资料，从定量与定性两个层面充分分析预算执行的现状、发展趋势及其存在的问题。对于预算执行差异，客观分析产生的原因，提出解决措施或建议。

第 30 条 运用财务报告和其他有关资料，采用差异分析、对比分析等方法监控预算执行情况，及时向预算管理组织机构和各职能部门报告或反馈预算执行进度，执行差异及其对医院预算目标的影响，促进医院完成预算目标。定期组织召开预算执行分析会议，通报预算执行情况，研究、解决预算执行中存在的问题，提出改进措施。

第 31 条 年度决算的编制，应按下列要求，认真、及时、准确地编报。

1、要认真总结医院预算安排及执行情况，财务管理及资金使用效果等方面经验教训，并系统的整理、分析财会基础资料。

2、在编制财务决算时，必须做好以下各项基础工作：

（1）年终，财务科应同开户行做好对账工作，并主动同主管机关核对各项拨款数额，做到不重不漏。

（2）认真做好财产清查工作，由各职能科室对固定资产、低值易耗品、库存药品、卫生材料、其他材料以及专项物资进行盘点，做到账实相符；及时清理各种往来款项，对库存现金要进行清查、核对，确保账款相符。

（3）编报的年度决算，必须分清资金渠道做到报表齐全、内容完整、准确、账表相符，并附有对决策资料进行科学分析后而撰写的决算文字说明。

（4）年度决算由院长和总会计师签字盖章后及时报送主管机关。

第六章 预算的评价、考核

第 32 条 预算是各科室和项目绩效考核的基础和比较对象，医院实行对预算执行情况的评价、考核制度，并与相应的激励机制挂钩，实施事后控制，可以增强预算管理过程的完整性和权威性。

第 33 条 预算评价的主要内容包括：

1、是否按预算编制程序及日程进度完成预算的编制；

2、是否严格执行经批准的预算；

3、预算编制、执行的准确程度；

4、评价医院的预算管理系统及预算的完成情况，分析医院财务状况和经营状况。

第 34 条 对预算的考核包括预算完成的情况，预算编制准确性与及时性等指标；考核指标为：结余预算指标、收入预算指标、费用预算指标等。

第 35 条 对于预算年度考核执行率偏低的科室和项目，除特殊事项需要，在安排下一年度预算时，将予以适当调减。对于支出预算年度考核执行率不足 80%的科室，其基本支出、发展性项目（除特殊事项需要）第二年的上报将予以控制，不得超出头一年该科室预算支出的总量。

第 36 条 考核结果按医院相关制度规定，对相关责任部门、责任人进行奖惩。

第七章 附则

第 37 条 本制度由财务科负责解释。

第 38 条 本制度自颁布之日起执行，过去与本制度相抵触的有关规定，同时废止。

财务科管理制度

泗洪县第一人民医院债权债务内部控制制度

本制度所指债权是指本院因有偿调拨存货、处理固定资产、提供劳务、预付工程款等，应向购货单位或接受劳务单位收取的款项及单位内部职工借款，主要包括应收账款、应收票据、预付账款、其他应收款；债务是过去的交易、事项形成的现时义务，履行该义务预期会导致经济利益流出本院，主要包括应付账款、应付票据、预收账款、其他应付款。

* 债权管理制度

一、 应收债权的确认界定

(一) 应收账款的确认。在调拨、转让或提供劳务的行为已经完成，与交易相关的收入确认时形成的债权。

(二) 应收票据的确认。因调拨、转让或提供劳务等，收到的票据形成的债权，其确认应与应收账款确认相同。

(三) 预付款项的确认。按照规定签订合同或协议，并经院长授权批准，按合同规定预付给供货方货款总额一定额度的货款，确认为预付款项。

(四) 其他应收款的确认。发生的非购销活动的应收债权为其他应收款，包括各种赔款、存出保证金、备用金及应向职工收取的各种垫付款项等。财务科根据授权及相关责任部门提供的原始凭证和资料，经审核无误后确认。

二、应收在院病人医药费以及应收医疗款管理

（一）财务科根据住院收费处每日上报的缴费日报表，编制记账凭证，登记应收在院病人医药费以及应收医疗款。

（二） 财务科每月核对在院病人的应收与已收医药费是否与系统中核算发生的医药费一致。

（三） 建立出院病人个人欠费管理制度。专人负责，对个人欠费的审批权限作出规定，对大额债权必须采取保全措施。二级以上医疗机构应设置相应的欠费催收人员，以加强欠费催收工作。对个人欠费应进行账龄分析，催收人员根据分析结果以函证、上门催收等形式进行催收。

（四）及时结算应收住院病人医药费。超过3年无法收回的医疗款作为坏账处理，坏账损失经过清查，报主管部门批准后，在坏账准备中冲销。年终按年末应收医疗款和应收在院病人医药费科目余额的3％～5％计提坏账准备。当年坏账准备不足冲销的，应分清原因，分别处理。

（五）每月核对各种医疗保险的应收医疗款，医疗保险应收医疗款必须核对当期医保结算中心实际付款与拒付之和与应收医疗款一致，并按各种医疗保险类型设置应收医疗款和拒付医疗款明细账。

（六） 财务科门应定期与医保结算中心核对帐目，保证账账相符。加强对医保结算中心核定的退报、外地就诊、超总控等费用的核对工作，及时催收医保结算费用。

三、 其他应收款管理

（一） 其他应收款是指除应收医疗款和应收在院病人医药费以外的其他各种应收和暂付款项，主要包括预付工程款和设备款等大额款项、备用金、差旅费借款和其他零星借款等。

（二） 建立其他应收款管理制度。财务科门应指定专人负责其他应收款的账务登记工作，分门别类记录其他应收款的发生情况，便于清理和催收。借款经办人在借支、预支项目完成后应及时办理报销，同时将余款全部缴清。对于经办人在借支、预支项目完成后三个月内仍未办理相关报销手续的，财务科必须向其发出书面催款通知，无正当理由拒绝清账者，经财务科处长和院长批准后，从其工资中分月强制扣款清账。

（三） 对于大额款项需依据相关合同，并由收款单位提供相应的预付款保证函。定期核对保证金和抵押金，确保在正常期限内收回。

四、 财务控制

（一） 设置债权管理岗位，建立债权明细账，监督债权审批，禁止一人办理债权业务的全过程。

（二） 对收回的应收医疗款、其他应收款和列入坏账后重新收回的款项及时入账，杜绝账外款。

（三） 对有长期业务往来关系的单位建立完整信息资料，并对其信息实行动态管理，及时更新。

（四） 对可能成为坏账的应收款项应及时报告院领导，由其进行审查，确定是否确认为坏账。

（五）列作坏账损失的应收账款项必须符合以下条件之一：

1、因债务人破产或死亡，依照民事诉讼法以其破产财产或遗产（包括义务担保人的财产）清偿后，确定无法收回的应收款项

2、经单位和上级批准的债务人逾期履行偿债义务超过三年仍无法收回的应收账款。

（六）对确实无法收回的款项，经办人应书面说明原因，财务科提出书面报告，报院长审批后完成会计账务处理，核销呆账并对已列销的坏账建立台账同时做好备查登记。

五、 医疗欠费管理

（一） 为进一步加强医院的经济管理，明确各级人员的职责，控制病人医疗欠费，降低可控成本，减少经济损失，提高医院经营效益，特制定本制度。

1、住院病人在办理住院手续时，住院收费处每日核对所缴押金，并做缴款。

2、住院收费处定期向临床科室发放各种医疗保险类病人欠费汇总名单，及单个病人欠费《催款通知单》，由相关临床科室主任或护士长签收，临床科室负责将欠费《催款通知单》下发到病人或家属手中。

3、 欠费的自费病人需补足医疗预收款后，方可办理药品、检查、治疗、手术等费用记账结算手续。

4、 住院收费处定期对在院以及出院病人的欠费情况进行统计汇总。应将该信息反馈给临床科室，各科室及时清理欠费。年底住院收费处将各种不结款病人的出院手续一并结转到财务科，并将欠费情况及科室意见上报院领导。

5、 对于因责任心不强而造成逾期应收医疗款和坏账损失的财务人员和其他相关人员予以警告，造成重大损失者予以经济处罚。

（二）欠费管理具体工作标准

1、每月统计并上报上上月待出院尚未结算欠费病人明细

（1）每月5日统计上上月待出院尚未结算欠费病人明细，将统计结果上传至内网，便于各病区护士长及医生催收欠款。明细中若有解锁病人，需要与住院处核实是否该病人有解锁清单，并联系相关负责人和病区及时催收该病人欠费。其中职工医保及居民医保病人的欠费统计在未办理结算之前，欠费金额按照总计金额扣除其自付金额计算。

操作步骤：HIS系统——住院系统——查询——住院病人查询——待出院病人—出院日期：上上月（月初—月底）——性质：自费农保等各类性质分别统计—查询——欠费病人——打印——引出内容：住院号、姓名、床号、入院日期、出院日期、预缴金额、总计金额、自费金额、余额、科室、性质、医疗小组——整理汇总表格——上传至内网，发通知，置顶于20日。

（2）次月5日将上月汇总仍未结算病人清单报送至改革办，欠费金额与各科室绩效挂钩。并逐一核查之前上报的欠费病人是否办理结算手续，已追回的欠费病人明细同样体现在报改革办表格中，改革办按规定返还已扣绩效；表格一式两份并加盖财务章，一份交予改革办，一份财务科留存。电子表格上报处长（邮件方式）。

2、定期整理并清算待出院尚未结算的自费性质病人。按季度将自费性质的已发证明出院尚未结算病人明细统计，交由住院处根据财务科要求统一结账，并将整理的发票、当日结账日报表上交至财务科，财务科做好发票保管工作。

3、办理病人住院结算业务。前期清理欠费中由住院处结算的病人如需进行结算，需要病人或代办人携带病人及代办人身份证等身份证件、预交金条交至财务科，根据病人住院号信息在《本月未结账病人清单》中查询做好结算登记。

根据病人发票上的信息，做结算工作。需要退病人款项时，写支出报销单（退病人xxx出院结账费用，住院号：xxxxxx），注明退款金额，附件包含发票记账联、完整足额的预缴金单以及病人和代办人身份证件复印件。预缴金单有缺失的，通过查询住院系统缴款信息后，填写预缴金单丢失说明，并要求病人或代办人签字。支出报销单粘贴后，需经办人及财务科处长签字，票据稽核会计审核无误后盖稽核章交现金会计进行结算，病人或代办人核实无误后在领款人签字并留联系电话，结算款与发票一并交由病人或其代办人。

4、定期编制医疗欠费报告 。每隔半年或一年，根据省厅要求上报年度门急诊、住院欠费病人明细表及报告，对欠费管理工作中存在的问题进行分析并提出改进建议。电子版发送至卫生厅规财处邮箱，纸质版加盖公章后邮寄至卫生厅规财处。

5、定期清理欠费

（1）每年度定期整理在院已发证明出院尚未结算病人的明细，申请信息中心将该明细中所有性质的病人从后台结转成自费性质，以便住院处统一结账。

（2）住院处根据财务科要求统一结账，并将整理的发票、当日结账日报表上交至财务科，财务科做好发票保管工作。

6、提出欠费管理工作存在的问题，定期编写分析报告。进行欠费管理工作的过程中，发现问题及时汇报，并要做出适当的处理。定期对欠费管理中存在的问题进行分析，并提出相应的解决对策，形成书面总结报告。

7、办理其他与病人欠费管理相关的业务

六、 备用金管理

（一） 为了加强备用金的管理，提高资金利用效率，有效控制资金占用，特制定本制度。

1、 备用金是指由财务科拨出的固定数额现金，委托出纳或其他专人保管，用于办理部门日常零星支出，定期将有关业务凭证交给财务科门进行报销，并补齐备用金定额。医院的备用金主要有财务出纳备用金、门诊挂号收费备用金、住院结算备用金、等。

2、 根据业务活动需要确定备用金定额，并设专人管理备用金。

3、 根据规模大小、业务量等情况，合理确定各类收费人员的备用金数额，由财务负责人审批。

4、 收费人员不得将备用金抵作他用。收费人员调出收费岗位时，必须及时交回备用金。

5、 财务科门在抽查收费人员账款相符情况时，应同时抽查备用金使用情况。

* 债务管理制度

为确保各项债务的按期偿还，维护医院的良好形象，制定本制度。

一、医院债务

（一）医院的债务主要分为流动负债和长期负债。

（二） 医院的债务是指医院所承担的能以货币计量，需要以资产或劳务偿还的债务，它代表的是医院对其债权人应承担的经济责任。

（三）流动负债包括偿还期1年内的短期借款、应付账款、医疗预收款、预提费用、应交超收款、应付工资和应付社会保障费等。长期负债是指偿还期在1年以上的长期借款和长期应付款等。

二、应付债务的界定：

（一）应付款项的确认。根据购销合同对所购商品的所有权已转移或劳务已发生为标志，即可确认记列为应付账款。

（二）其他应付款的确认。发生非购销或非接受劳务应付的款项记为其他应付款。主要为本单位承担的租金、暂收其他单位和个人的款项、存入保证金、应付社会保障金等，按实际发生金额予以确认。

三、严格控制债务规模

（一） 医院树立效益意识和风险意识，防止因盲目扩大债务规模而影响医院正常业务的开展。

（二） 大额债务属于医院重大的经济事项，必须经决策层研究确定，决策前要做好充分的论证工作。

（三） 财务科门应指定专人负责应付账款、其他应付款的登记、核销、对账工作，建立严格的岗位责任制度，按费用类别合理设置二级明细账，建立“三核对”制度，即每月总账和明细账余额核对，明细账与管理部门核对，年末与供应单位核对，以保证账账相符。

（四） 控制应付账款规模，严格执行支出申请、审批、审核及支付的管理制度。

四、债务清理和结算

（一） 及时清理和结算债务。及时组织相关人员清理各种应付款项和预收款项等，对有关借款和应交款要保证在规定的期限内偿还和缴纳。

（二） 财务科设置债务管理岗位，定期核对并及时清理债务。禁止一人办理债务业务的全过程。

（三） 建立债务明细账，核算应付款项。

（四） 分别管理不同性质的债务，及时清理并按照规定办理结算，保证各项负债在规定期限内归还。

（五） 建立应付债务账龄分析制度，按合同（协议）约定合理调度资金，及时清偿债务，维护医院信誉，防范由此而造成的财务风险。

（六） 因债权人原因确实无法偿还的债务，经院务会批准可计入其他收入。

五、预收医疗款制度

（一）为维护医院利益，确保各项医疗收入的及时收回，保护病人的权益，制定本制度。

1、 按照相关规定制定预交金额度和收取预交金。

2、 收取预收医疗款必须开具由结算人员出具预收医疗款临时收据，临时收据一式三份，一份交病人，一份作为收入凭证，一份留存，并做好相关信息的记录与核对。

3、严格执行预交金的收、退、作废的操作规程。

4、 严禁挪用预收医疗款，当日预交金当日入账，不得坐支。

5、 预收医疗款实现系统内双重核对，即收费系统内部至少提供两种不同方式的提取数据，实现收款人员与审核人员间的核对，数据一致后审核人员及时确认预收医疗款收入。

6、 预收医疗款实行收费员、收费处审核责任人和财务科审核责任人三级审核控制。

（1）收款人员负责准确收取预交金，并开具由结算人员出具预收医疗款临时收据，临时收据一式三份，一份交病人，一份作为收入凭证，一份留存。

（2）收费处审核责任人负责审核当天预交金总额，送存银行报送财务科门审核责任人审核。

（3）财务科审核责任人每日核对预收医疗款报表与进账单是否一致。

（4）收费处和财务科均设置预收医疗款账目，每月双方进行核对。

7、 财务科不定期检查预收医疗款，依法追究挪用当事人的责任。

8、 建立债务授权审批、合同、付款和清理结算的控制制度。定期进行债务清理，编制债务账龄分析报告，及时清偿债务，防范和控制财务风险。

* 债权、债务岗位责任制

1、项目负责人为本项目应收及应付款项管理的第一责任人，负责款项全过程管理。

2、财务负责人组织应收、应付款项的日常管理工作。

3、财务科为应收、应付款项管理的主办部门，其他相关部门为应收、应付款项管理的协办部门，各部门应设立专、兼职的管理人员，部门之间要密切配合、互通情况，共同做好应收、应付款项管理工作。

4、 财务科门职责：

（1）办理应收、应付款项的管理工作；

(2)负责编制并下达应收款项催收计划及催收方案，并按月组织相关部门完成应收款项的清收工作；

(3)负责建立健全应收款项台账，定期编制应收款项明细表；

(4)严格按照医院资金管理和使用的有关规定，加强对外借款、对外预付账款的控制和监督；

(5)负责应收款项管理的分析总结工作，针对问题及时提出管理建议；

(6)及时偿还债务，避免长期债务情况的发生；对已形成的债务，合理确定偿还时间和规模；

(7)与债权方及时沟通、核对，财务困难时，要得到债权方的理解，避免造成不良影响。

泗洪县第一人民医院内部审计制度

第一章 总 则

第一条 为进一步加强我院内部审计工作，建立健全内部审计制度，充分发挥内部审计作用，促进医院持续健康发展，根据《中华人民共和国审计法》、《审计署关于内部审计工作的规定》和《卫生计生系统内部审计工作规定》及有关法律法规，结合我院实际，特制订本规定。

第二条 本规定所称内部审计，是指对本单位及所属单位财政财务收支、经济活动、内部控制、风险管理实施独立、客观的监督、评价和建议，以促进单位完善治理、实现目标的活动。

第三条 内部审计机构和内部审计人员从事内部审计工作，应当严格遵守有关法律法规、本规定和内部审计职业规范，忠于职守，做到独立、客观、公正、保密。内部审计机构和内部审计人员不得参与可能影响独立、客观履行审计职责的工作。

第四条 医院党组织、主要负责人对医院内部审计工作的有效实施负责。

第五条 医院内部审计工作坚持全面覆盖、应审尽审；实事求是、客观公正；凡审必严、防微杜渐；促进管理、推动改革的原则。

第六条 医院内部审计工作依法接受国家审计机关和上级主管部门的指导和监督，并积极支持和配合国家审计机关和上级主管部门工作。

第二章 内部审计机构和人员管理

第七条 审计科是医院设置的独立的内部审计机构，在医院党组织、主要负责人的直接领导下开展内部审计工作，向其负责并报告工作。

第八条 内部审计人员应当具备从事审计工作所需要的专业能力。医院应当严格内部审计人员录用标准，支持和保障审计科通过多种途径开展继续教育，提高内部审计人员的职业胜任能力。

第九条 审计科负责人应当具备中级以上相关专业技术职称或者 5 年以上审计、会计工作经历，其任免应当征求上级主管部门意见。

第十条 医院应当保障审计科和内部审计人员依法依规独立履行职责，任何单位和个人不得打击报复。

第十一条 审计科履行内部审计职责所需经费，应当列入医院预算。

第十二条 对忠于职守、坚持原则、认真履职、成绩显著的内部审计人员，由医院予以表彰。

第三章 内部审计职责和权限

第十三条 审计科应当按照国家有关规定和医院的要求，履行下列职责：

（一）制定审计工作办法和流程；

（二）编制年度审计工作计划；

（三）重大政策执行、事业发展目标完成情况审计；

（四）预算执行和财务收支、工程建设、采购、国有资产管理及其他所有经济活动事项审计；

（五）医院内部管理的领导干部经济责任审计；

（六）内部控制评价及风险管理审计；

（七）其他审计。

第十四条 审计科开展内部审计工作时应有下列权限：

（一）要求被审计部门按时报送发展规划、战略决策、重大措施、内部控制、风险管理、财政财务收

支等有关资料（含相关电子数据，下同），以及必要的计算机技术文档；

（二）参加或列席医院有关会议，召开与审计事项有关的会议；

（三）参与研究制定有关的规章制度，提出制定内部审计规章制度的建议；

（四）检查有关财政财务收支、经济活动、内部控制、风险管理的资料、文件和现场勘察实物；

（五）检查有关计算机系统及其电子数据和资料；

（六）就审计事项中的有关问题，向有关部门和个人开展调查和询问，取得相关证明材料；

（七）对正在进行的严重违法违规、严重损失浪费行为及时向医院主要负责人报告，经同意作出临时制止决定；

（八）对可能被转移、隐匿、篡改、毁弃的会计凭证、会计账簿、会计报表以及与经济活动有关的资料，经批准，有权予以暂时封存；

（九）提出纠正、处理违法违规行为的意见和改进管理、提高绩效的建议；

（十）对违法违规和造成损失浪费的被审计部门和人员，给予通报批评或者提出追究责任的建议；

（十一）对严格遵守财经法规、经济效益显著、贡献突出的被审计部门和个人，可以向医院党组织、

主要负责人提出表彰建议。

第十五条 审计科应当有计划的开展内部审计工作，实现审计全覆盖。

审计科结合医院工作规划、管理需要和审计力量合理安排各年度审计项目，逐步实现一个审计周期内的审计全覆盖。一个审计周期为 5 年。

第四章 审计实施

第十六条 审计科按照党政联席会议审批后的年度审计工作计划实施审计工作。临时增加的专项审计工作按照规定程序审批后实施。

第十七条 审计科实施审计应当遵循内部审计准则及相关规定明确的程序，主要包括：制订工作方案、组建审计项目工作组、下达审计通知书、组织现场审计、制作工作底稿、沟通审计结果、出具审计报告、督促问题整改等。

第十八条 审计科开展医院内部管理领导干部经济责任审计及其他特定审计事项时，应当遵守国家规定的审计程序和要求。

第十九条 审计科根据审计业务的需要，除涉密项目外，可以向社会购买审计服务。购买服务时应当按照法律法规履行程序，委托具有相应资质的社会中介机构开展内部审计工作，并监督检查审计业务质量。

第二十条 审计科应当采取督导检查、分级复核、质量评估等方式强化审计工作质量控制。

第二十一条 审计科应当加强内部审计信息化建设，提高审计能力、质量和效率。

第二十二条 审计科应当建立健全审计档案管理制度，并按照有关规定保管档案资料。

第二十三条 内部审计人员与被审计部门、被审计部门主要负责人或者审计事项存在利害关系的，应当回避。

泗洪县第一人民医院成本核算制度

第一章 概述

第 1 条 医院实行成本核算的目的和意义

1、成本核算是社会主义市场经济的客观要求，成本核算是我院在深化卫生改革的大形式下的必然选择。

2、实行成本核算可以及时客观地反映医院成本变动情况。

3、可以促使医院加强经济核算管理，促进管理的科学化、现代化。

4、有利于增强职工的成本核算费用意识，节支降耗，降低服务成本，以较小的投入取得较大的社会效益和经济效益。

5、促进医院走优质、高效、低耗可持续发展之路，增强医院的核心竞争力，使人民群众享有质优价廉的医疗服务。

6、能为医院成本测算打好基础，为科学制定医院服务价格和完善补偿机制提供科学依据，争取更多的政策支持。

7、为医疗保险制度改革服务。

8、为正确评价医院绩效提供信息资料。

第 2 条 成本核算的对象和内容

1、对象：医院成本归属对象

2、内容：按核算层次分为三个层次：①院级成本：包括医疗成本和药品成本。②责任中心成本：包括临床科室、医技科室、药品供应、医疗辅助、行政管理等各最小责任中心的成本。③服务单元成本：项目成本、诊次成本、床日成本、病种成本、出院人次成本等。

第 3 条 成本核算原则

1、合法性原则 应当遵循国家、省内有关成本核算的相关法律、规范制度。本核算办法的编制依据为《江苏省医院成本核算与管理规范（2019 版）》。

2、可靠性原则 所有成本数据应当真实、可靠。

3、相关性原则 凡能够直接确认耗用成本中心的成本支出应直接计入，反之则按受益情况在各受益单元间进行分配。

4、分期核算原则

医院的成本核算期间应与会计核算期间、统计期间相互一致，保证统计信息和财务 会计信息的相关性，为科室成本确定分摊依据。

5.权责发生制原则 严格按照权责发生制原则进行核算，待摊费用、预提费用、修购基金（折旧）、资产摊销、坏账准备的核算根据费用的受益期确定。

6、按实际成本计价原则 计算应当按实际发生额核算，不得以估价成本、计划成本代替实际成本。

7、收支配比原则 收入必须与取得时付出的成本费用相配比。

8、一致性原则 医院存货计价方法和成本分摊基础一经确定，在一个会计年度内不得改变，以保证科室成本核算的稳定性。

9、重要性原则 对主要费用、主要部门要采用详细方法进行分配计算。对于一般费用和部门，对成本影响不大的可以合并简化计算和分配。

第 4 条 成本核算工作要求：

（一）做好成本核算的基础工作

1、清产核资：对医院的资产进行全面清查，健全资产管理明细帐卡，包括：资产清查、产权登记、价值确认、资产核实。

2、建立健全实物资产管理制度，包括：计量、计价、验收入库、领退、转移、报废、清查和盘点制度。

3、规范成本核算的原始记录和凭证传递流程。内容包括：负责信息来源的科室、有关人员的处理程序、处理期限。

4、核定费用的开支标准，明确费用的审批权限，做到有章可循。

5、核定可行的消耗定额等。

（二）划分各种费用界限

1、成本费用和其它支出的界限

2、直接成本和间接费用的界限

3、资本性支出和收益性支出的界限

4、月费用界限

5、各成本单和费用界限

（三）确定结算办法

1、国家有统一规定的按统一规定方法结算。

2、国家无统一规定的按医院有关规定（内部结算办法）确定的内部结算价格结算。

第二章 组织体系

第 5 条 组成形式

医院实行集中核算形式，由医院成本核算办公室集中负责成本的预测、预算、核算、控制、考核、成本报表和分析工作，各有关科室负责登记有关原始资料，填报有关原始凭证，并进行初步审核、整理、汇总。

第 6 条 组织机构

成本核算实行院长负责制，在院长委托下由财务科长直接负责，以财务科作为成本核算办公室，由成本会计岗的相关人员具体负责，相应责任参见<医院成本核算人员的岗位职责>。

第 7 条 人员配备

成本核算的日常工作由财务部门负责，内设相应的成本会计岗位。医院各成本核算单元设立一名兼职或专职成本核算员（即成本专管员），一般由护士长或医疗组秘书担任，行政科室由科主任或科主任委派人员担任。

第 8 条 实行成本核算责任制

1、院长：对成本核算的合法性、合理性、真实性及正常运转承担责任，带头执行党和国家的有关方针、政策，坚持正确的办院方针，以最少的劳动耗费和占用取得较好的医疗效果，确保核算资料的真实，在人力、物力、财力各方面保证成本核算工作的顺利开展。

2、主管财务的科室负责人：是院长领导医院成本核算工作的直接助手，具有除院长以外对成本核算管理的最高领导地位，直接组织医院内部各部门、各科室建立健全成本核算工作责任制，组织编制成本计划，发动职工在医疗服务活动和其他活动过程中的各个环节开展成本核算工作。

3、成本核算相关部门包括：行政部门由办公室主任负责；医疗及相关责任科室，由科室负责人负责；各部门具体负责本部门内有关成本核算工作。各科室成本核算员对本部门成本耗费承担责任，对上报财务

部门的成本核算数据全面负责，对有关科室的控制指标负责，成本核算业务受财务科领导。财务部门应健全原始记录，核算各科室及本部门内部成本执行情况，分析各环节存在的问题，提出改进意见和措施。

4、各科室在负责人的领导下，具体负责各科室的成本核算工作，健全原始记录，控制科室成本消耗，对执行情况进行分析，执行考核奖惩制度，对本科室成本消耗承担责任。

5、成本核算人员按照有关规定设置成本核算项目，做到结构合理、项目齐全、负责收集、整理成本核算数据，按规定的项目、程序、方法和时限要求，准确计算、编报、分析、预测和控制。

第三章 成本责任中心

第 9 条 成本责任中心按服务性质分为直接医疗类、医疗技术类、药品供应类、医疗辅助类、管理服务类。

1.直接医疗类科室：指直接为病人提供医疗服务, 并能体现最终医疗结果、完整反映医疗成本的科室。包括门诊科室、住院科室（临床诊疗类、临床护理类）。

2.医疗技术类科室：指为直接医疗科室及病人提供医疗技术服务的科室。包括检验科、影像诊断科、手术室等。

3.药品供应类科室：指为直接医疗科室及病人提供药品的科室。包括药剂科、药库、药房等。

4. 医疗辅助类科室：指服务于直接医疗科室和医技科室，为其提供动力、生产、加工及辅助服务、业务的科室。包括木工班、电工班、铁工班、中央空调、洗衣房、设备维修、供应室、电梯班、住院处、门诊收费处、保管室等。

5.管理服务类科室：指管理和组织医院业务开展的行政管理科室。包括院办、党办、纪委、宣传科、工会、团委、医务部、护理部、财务科、信息中心、设备处等。

第四章 成本核算帐务体系

第 10 条 费用要素和成本项目

1、费用要素：根据医院费用发生的经济性质，医院成本核算费用要素分为：

1001 在编人员工资与津补贴：针对在编人员的岗位工资、薪级工资、职岗津贴、交通费、降温费、取暖费、通讯补贴、政府津贴、护龄津贴、卫生津贴、特殊津贴、综合目标奖、事业单位奖金、年终奖、出勤奖、专家门诊、其他津补贴 G、加班费、生育保险、新职工提租补贴、煤气初装费、生活补贴。

1002 非在编人员工资津贴：针对人事代理与合同制员工的岗位工资、薪级工资、职岗津贴、交通费、降温费、取暖费、通讯补贴、政府津贴、护龄津贴、卫生津贴、特殊津贴、综合目标奖、事业单位奖金、年终奖、出勤奖、专家门诊、其他津补贴 G、加班费、生育保险、新职工提租补贴、煤气初装费、生活补贴。

1003 在职人员保障与福利：包含在编人员与非在编人员的伙食补助费、基本养老保险费、职业年金缴费、基本医疗保险、失业保险、工伤保险、生育保险、其他社保缴费，以及住房公积金、医疗费等

1004 对个人和家庭的补助：主要包含离休费、退休费、退职（役）费、抚恤金、生活补助、救济费、医疗费补助、助学金、奖励金、职工子女学费、职工子女医疗费、其他一次性补助、职工家属医疗费、其他对个人和家庭的补助等。

2001 计价卫生材料：包含计价卫生材料、血费、计价影像材料费、计价化验材料费、计价植入器材费、计价介入器材费、计价其他卫生材料费。

2002 非计价卫生材料：包含医用气体、非计价影像材料费、非计价化验材料费、非计价植入器材费、非计价其他卫生材料费。

3001 西药：专用医疗材料中的西药费。

3002 中成药：专用医疗材料中的中成药费。

3003 中草药：专用医疗材料中的中药饮片费。

4001 自筹固定资产折旧：包含使用自筹资金购买的房屋及构筑物折旧、专用设备折旧、通用设备折旧、家具用具装备折旧。

4002 财政固定资产折旧：包含使用财政资金购买的房屋及构筑物折旧、专用设备折旧、通用设备折旧、家具用具装备折旧。

4003 科教固定资产折旧：包含使用科教经费购买的房屋及构筑物折旧、专用设备折旧、通用设备折旧、家具用具装备折旧。

5001 自筹经费购置资产摊销：包含使用自筹资金购买的无形资产的折旧费用。

5002 财政经费购置资产摊销：包含使用财政资金购买的无形资产的折旧费用。

5003 科教经费购置资产摊销：包含使用科教资金购买的无形资产的折旧费用。

6001 计提医疗风险基金：专用基金下用于提取当月的医疗风险基金。

7001 办公业务费：包含办公费、印刷费、咨询费、手续费、邮电费、差旅费、因公出国（境）费、租赁费、会议费、培训费、公务接待费、劳务费、委托业务费、公务交通补贴、租车费用、出租车费用、其他交通工具费用等。

7002 计量运行费：包含水费、电费、取暖费、物业管理费、燃料费、维修费、过桥过路费、保险费、安全奖励费、其他公务用车费用。

7003 维修维护费：包含专业设备维修费、房屋建筑物维修费、网络信息系统运行维护费、其他维修费。

7004 其他材料费：主要指低值易耗品和其他材料。

7005 其他费用：包含科基金、质检(检测)费、诉讼费、会费、车辆保险费（其他交通工具）、驾驶员安全奖励（其他交通工具）、病人伙食费、合作项目支出、业务奖励、业务费\_其他、广告宣传费、提取科研基金、咨询费\_科教资金、其他商品和服务支出\_其他、委托业务费、劳务费\_其他、讲课费、会务(评审)费、稿费、租赁费、车辆年审费、车辆维修费、车辆保险费、注射乙肝免疫球蛋白、福利基金、工会经费、其他物业支出、洗涤费、医疗废物处置费、垃圾处理费、外购药品费、外院检查治疗费。

2、成本项目：根据医院的业务特点和各类费用的经济用途，医院成本项目为：

(1)人员经费：核算在职人员的基本工资、补助工资、绩效工资、其他工资、社会保障费以及离退休人员支出等；

(2)卫生材料费：核算直接用于医疗服务活动的各种卫生材料、一次性材料、医用的低值易耗品消耗等；包括血费、氧气费、放射材料费、化验材料费、其他卫生材料支出；

(3)药品费：是指医院为开展业务活动发生的药品耗费，包括西药、中草药、中成药耗费；

(4)固定资产折旧费：是指按规定提取的固定资产折旧。本科目核算医疗机构计提的固定资产折旧费，出租固定资产折旧费列其他支出；按照资金来源可分为自筹资金、财政项目资金、科教项目资金；

(5)无形资产摊销费：医院各科室的无形资产摊销费用，按照资金来源可分为自筹资金、财政项目资金、科教项目资金；

(6)计提医疗风险基金：采用直接计入方式当月归集的风险基金费用。

(7)其他费用：采用直接计入方式归集到 (7)其他费用：核算办公费、宣传学习费、差旅费、邮电费、工会经费、福利费、业务招待费等；

第 11 条 成本核算账户

成本核算账户有：直接医疗成本、医疗技术成本、药品供应成本、医疗辅助成本、管理服务成本。其中，医疗辅助成本账户用以归集后勤和其它辅助部门所发生的成本，根据服务对象将服务成本分摊记入医疗成本、药品成本、医疗辅助成本成本和管理服务账户为过渡账户。

第五章 成本核算程序

第 12 条 成本核算的一般程序

医院总成本由医疗直接成本、药品直接成本、辅助成本以及管理成本构成。

医院发生的各项成本性支出，首先通过费用要素（成本项目）进行归集，凡能直接计入到各科室的费用，皆应直接计入；无法直接计入的，通过合理的方法分配计入；辅助成本按一定的方法进行分摊；管理成本按人员比例进行分摊。考虑医疗业务的特殊性，不进行辅助科室和管理科室之间的交互成本分配。核算流程如下：

1、直接成本核算：对本期全院发生的成本类支出，按成本核算单元、费用发生明细项目进行追溯(直接计入)和分摊(水、电费等),其中人员支出追溯至个人并按岗位及工时考勤信息直接计入或分摊至各成本核算单元，公用支出直接计入或按相关原则分摊进入各成本核算单元，计算出各核算单元的直接成本；

2、辅助成本分摊：将医疗辅助科室的成本按服务对象和相关分摊基础按成本项目分摊至医疗类(直接医疗和医疗技术)科室和药品供应科室，并实现分项结转，计算出各医疗类核算单元的医务成本、药品供应类核算单元的药事成本及直接医疗类的项目成本(医务成本)、医疗技术类的项目成本(医务成本)；

3、管理成本分摊：将管理服务类科室的管理成本按成本项目分分摊至各医疗类(直接医疗和医疗技术)科室和药品供应类科室，并实现分项结转；计算出各核算单元的医疗成本、药品成本以及直接医疗类的项目成本(医疗成本)、医疗技术类的项目成本(医疗成本)、药品单品成本；

4、医疗技术(含手术)成本分摊：将医疗技术成本(分医务成本和管理成本)按成本项目分摊至直接医疗科室，并实现分项结转；计算直接医疗科室的医疗总成本及诊次医疗成本、床日医疗成本、单病种医疗成本；

5、医药成本计算：汇总直接医疗科室的医疗成本和药品成本，计算直接医疗科室的医药总成本及诊次成本、床日成本、单病种成本等单位成本；

6、单病种计算：汇总单病种医疗项目成本和单病种药品成本，计算单病种成本。

第 13 条 辅助费用的归集与分配

1、辅助部门费用的归集

医院的辅助部门，是指为开展医疗活动而提供后勤、保障、物资供应的部门，这些部门发生的费用即为辅助部门费用。辅助部门费用的归集按照费用要素进行归集。

2、辅助部门费用的分配

辅助部门费用按照“谁受益谁承担”的原则进行分配，分配方法采用直接分配法，首先在医疗支出和药品支出之间进行分配，然后再分配到直接医疗、医疗技术、药品供应类核算单元，并实行分项结转。相关项目的主要分配方法如下（如科室日常业务性质发生变化，可按实际情况修改分配方法）：

（1）水、电工班：根据当月发生的实际费用总额，除以当月的水、电用量(生活用水电直接记入管理费用)，计算出每单位水、电单价，然后再根据各部门水、电消耗量计算出各受益部门应承担的费用。

（2）木、电、铁维修班：根据各班组的支出成本，分别计算出维修工时成本和材料消耗成本，按照每工时成本，分摊到受益部门，对材料成本根据各受益部门消耗数按实计算。

（3）中央空调：按供气量或供气、暖时间、面积、容积进行分摊。

（4）洗衣房：根据总成本和总洗涤量，测算出每公斤洗涤成本(也可按每件物品系数)，按各部门洗涤量的大小进行分配。

（5）设备维修：因设备处具有管理的职能，也提供设备维修服务，医院可根据实际，将人员等成本分成管理部门和设备维修两块，管理的按管理费用分配方法，设备维修的可参照水电维修分配方法。

（6）供应室：根据总成本和各种敷料消耗、消毒量、消毒时间等综合因素，分别计算出每种敷料、各种消毒器械的单位成本。对于一次性材料、敷料可按进价分配，对于消毒物品可采用系数法，计算出总的消毒量，然后再按每部门的消毒量分配成本。

（7）病员食堂：可按医院提供的补助数额(包括人员经费、水电、气等)作为病员食堂成本，按照病区实际占用床日数计算出每床日应分摊的费用，再乘以各病区实际占用床日数得出各病区的分配数。

（8）电梯班：根据电梯的电费、折旧、维修费、人员工资等成本，按各核算单元的业务量进行分配。

（9）住院处：按各科室收入进行分配。

（10）收费处：按各科收入、工作量进行分配。

（11）其他辅助部门。

第 14 条 管理费用的归集与分配

1、管理费用的归集

管理部门是指为开展医疗活动施行管理、监督的部门。这些部门发生的费用以及全院性的费用支出、即为管理费用。管理部门费用的归集按费用要素进行归集。

2、管理费用的分配

管理费用在医疗支出和药品支出之间按人员比例进行分配，并实行分项结转，核算到直接医疗、医疗技术、药品供应类核算单元。

第 15 条 医疗服务费用的归集与分配

1、医疗服务费用的归集

医院的医疗服务部门是指医院直接从事医疗服务的各环节，包括医疗技术类和直接医疗类。医疗服务部门费用的归集按成本项目进行归集。

2、医疗服务费用的分配

（1）将医疗技术类费用按成本项目分摊到门诊和住院各核算单元(按各核算单元实际发生的医疗技术类服务项目的成本或收入进行分摊)，并实行分项结转。

（2）将手术室发生的费用按成本项目分摊到各核算单元(按各核算单元的手术项目成本或收入等标准进行分摊)，并实行分项结转，具体分摊方法以成本核算专职人员的判断为主。

第 16 条 药品费用的归集与分配

1、药品费用的归集

药品部门是指医院从事药品采购、保管、发放以及药品管理工作的部门。包括：药剂科、药库、门急诊药房、住院药房以及门急诊挂号、门急诊药品收费、住院药品收费等相关部门。药品费用的归集按照成本项目进行归集。

2、药品费用的分配

药品采购成本按药品实际使用金额分摊到各科室；药品经营成本按药品收入进行分配。首先在门诊和住院药品之间进行分摊，然后再分摊到各科室。

第六章 成本计算

第 17 条 医院总成本的计算

医院总成本=医疗成本(医务成本+管理成本)+药品成本(药事成本+管理成本)

医疗成本=门诊医疗成本+住院医疗成本

药品成本=门诊药品成本+住院药品成本

第 18 条 医院科室成本的计算

医院科室成本计算是以医院的成本核算单元为对象，通过成本费用归集、分配和计算的过程(包括医疗技术类、直接医疗类、药品供应类)。

公式：科室总成本＝科室直接成本＋科室间接成本＝科室医务(药事)成本+管理成本

计算医疗服务项目成本时，科室成本不包含药品成本；计算诊次成本、床日成本、病种成本时科室成本包含药品成本。

第 19 条 项目成本的计算

项目成本计算是以医疗收费项目为核算对象，在科室成本计算的基础上将科室成本进一步分摊到各医疗服务项目中，计算出各医疗服务项目成本的过程。分摊的依据一般按各项目收入比分摊。

计算公式为：

某项目应分摊成本=(科室成本合计/科室收入合计)\*该项目收入

第 20 条 医院诊次成本、床日成本的计算

医院诊次成本、床日成本的计算是以诊次和床日为核算对象，在科室成本核算的基础上将科室成本进一步分摊到门急诊人次、住院床日中，计算出诊次成本、床日成本的过程。分摊依据是工作量即门急诊总人次和住院总床日。计算公式如下：

全院平均诊次成本=全院门急诊科室成本之和÷全院总门急诊人次

各临床科室诊次成本=各科室门诊成本÷各科室门诊人次

全院平均实际占用床日成本=全院住院科室成本之和÷全院实际占用总床日

各临床科室实际占用床日成本=各住院科室成本÷各科室实际占用床日数

每诊次(床日)成本包括每诊次(床日)医疗成本、每诊次(床日)药品成本。

第 21 条 出院人次成本的计算

出院人次成本的计算是以出院人次为核算对象，将住院成本平均分摊到出院人次的过程。

计算公式为：出院人次成本=每出院人次医疗成本+每出院人次药品成本

第 22 条 病种成本的计算

病种成本的计算是以病种为核算对象，按一定流程和方法归集计算的过程。计算公式为：

某病种成本=(该病种医疗项目成本总和+药品成本总和)÷该病种病例总数

第七章 成本报表

第 23 条 成本核算报告根据成本核算账簿有关资料定期编制，每月 1 次。主要包括医院各科室直接成本表、医院临床服务类科室全成本表、医院临床服务类科室全成本构成分析表、医院科室运行成本计算表、医院诊次成本表、医院床日成本表、医院项目成本表、医院病种成本表、出院人次成本表及各责任中心损益表、成本分析表等。

第八章 成本管理

第 24 条 根据现代医院管理制度的建设要求，医院应当围绕战略目标和运营计划，结合预算管理，建立健全定额测算、成本计划、成本核算、成本分析、成本控制、成本考评相关管理制度；强化成本核算基础工作，建立业务数据稽核校验机制，确保成本数据质量，不断提高成本管理规范化、精细化、科学化水平。

第 25 条 医院拥有自己的指标体系，分析成本实际执行情况。可以使用的方法包括保本分析法、差异分析法、比率分析法、趋势分析法等。编制成本分析报告，对成本数据进行分析，并提出改进措施。

第 26 条 医院应当在保证医疗质量和医疗安全的前提下，按照经济性、适用性、全员性原则，依据成本定额、成本计划和成本费用开支标准，对成本形成的全过程进行控制，努力实现成本最优化目标。成本控制的措施包括预算约束控制、可行性论证控制、财务审批控制、关键环节控制、资源采购与配置控制、临床路径控制、技术创新控制等。

第 27 条 强化成本考核与评价，通过医院的绩效激励体系，激励科室自觉控制可控成本。

第 28 条 大力推进成本管理信息化，对相关基础数据进行规范集成并自动传递（或提供给）成本管理系统调用，成本系统根据《江苏省医院成本核算与管理规范（2019 版）》要求提供相关功能，包括基础字典维护、自动采集业务数据、自动分摊间接成本、自动生成规范成本报表和分析报告等功能，确保成本核算和会计核算数据的一致性。

第 29 条 本办法由财务科负责解释。

第 30 条 本办法自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

泗洪县第一人民医院资产管理制度

医院的一切资产均为医院所有，必须纳入医院账内统一核算和监督。任何人或医院都不得保留账外资产，以防流失。

第一章 货币资金管理

货币资金主要包括现金及银行存款。医院应加强货币资金管理，严格遵守《现金管理暂行条例》和《银行结算办法》。

（一）现金管理

1、医院在业务经营中取得的各项收入必须全部交到医院财务，及时入账，任何部门、任何个人都不得以任何理由或者以任何形式截流或者挪用。

2、门诊挂号收费处和进出院收费处收取的现金当日存入银行，并注明款项来源，不得坐支。财务科应定期或不定期地对现金缴存情况进行检查。

3、医院只有院长根据相关权限规定有货币资金使用和流动资产处理的审批权。

4、现金的收支范围严格执行国家的现金管理规定。任何人均不能以未经批准或不符合财务要求的票据字条等充抵现金，更不能擅自挪用现金，不得坐支现金。

5、对医院的货币资金和其他流动资产必须加以严格的管理，货币资金的使用和流动资产处理必须按照规定的审批权限经有关领导签字，否则不得支付和处理。

6、严格按照国家《现金管理暂行条例》规定的用途使用现金，医院对外经济往来、到外地采购物资所需款项，除限额内允许支付现金外，应通过银行办理转帐结算。

7、加强对现金的控制，不定期地进行现金库存检查，经财务部门领导批准，由两名或两名以上财务人员同时查库。查库要作出查库记录，由财务部门领导签字批准并有查库人员及出纳同时签字。

8、每笔现金支出都必须根据审核无误并经主管领导审批的原始凭证支付，并编制记账凭证；每笔现金收入也必须根据审核无误的原始凭证编制记账凭证。

9、借用现金，申请人应填制现金借款单，写清金额、用途、借款人、借款时间、归还（或核销）时间，且必须按期归还（或核销）。逾期不还者将按照医院有关规定予以处罚。

10、借用现金必须由主管领导审核确认，经主管领导批准签字后方可领用。

11、除差旅费、派遣员工工资和必须以现金支付的1000元以内的采购款外，其他支出均不能借用现金，严禁因私借款。

12、对造成损失的责任人，依医院有关规定追究其责任。

13、库存现金要做到日清月结，做到帐帐、帐款相符，并编制现金日报表。如发现不符，应及时查明原因，做出处理。

14、加强现金管理，落实各项防范措施，确保现金保管存放安全。

（二）银行存款管理

1、按照国家有关规定开立银行帐户，以办理有关存款、取款及转帐结算等业务。遵守银行的有关制度，接受银行监督，不出租、出借、套用或转让银行帐户。

2、医院所有支票均由财务科签发，填妥付款金额、日期、用途等有关内容，严禁携带空白支票外出。领用支票者，须妥善保管支票，并及时向财务科结报。如发生支票丢失、被盗，应及时向财务科报告，若对医院造成经济损失，一律由其承担全部责任，并赔偿经济损失。领用支票者如把支票移作他用，假公济私、谋取私利的，一律按贪污论处。

3、根据合同、协议的规定，由业务部门申办的对外支出等需要银行办理汇票、电汇、银行本票等方式支出时，由经办业务部门填写费用支出报销单或医院规定内其他单据，交相关主管领导审核后，方可支出。

4、日常采购物资或支出费用领用支票按规定填写费用支出报销单报主管领导审批。

5、严格控制签发空白支票，如因特殊情况确需签发，必须在支票上写明收款单位名称、用途、签发日期和规定限额，在银行规定开空白支票范围内才可以开出。

6、银行存款收支后，应按顺序逐笔登入“银行存款日记帐”，按日结出余额，每月与银行对帐单核对，如有差额，必须逐笔查明原因，编制“银行存款调节表”，调节相符。如有差错，应及时查明原因，属于帐务上的错误，应由会计人员更正；属于银行错误，应通知银行更正。

7、每日的银行收付业务应根据审核无误的原始凭证逐笔登记银行存款日记账并结出余额，定期与银行对账单核对并编制银行存款余额调节表，月末与总账核对。必须保证账帐、账实相符。

8、采用银行汇票，汇兑等其他结算方式的要严格按照《票据法》和银行规定，按照本制度规定的内部申请、审批程序和银行的结算制度办理。

（三）支票的领取及管理

1、支票领取：

（1）领取支票，先填制费用支出报销单，写明用途、金额、使用人等项，经有关财务人员审核、财务科长复核、院长签字批准后方能领取。

（2）签发支票，在填写费用支出报销单时，须提交符合审批程序的用款报告及附件（合同、采购单、计划书等）。

（3）持票人应对支票妥善保管，如丢失，将由个人承担经济责任。

2、支票管理：

（1）所签发支票应填写收款医院、日期、金额（限额）、用途，不准签发空白支票。

（2）建立银行支票使用登记簿，详细登记每笔银行支票的领用时间、号码、用途、金额、领用人、收款单位等。

（3）会计人员应每日准确掌握账户余额，不准发生空头、透支资金。

（4）会计人员应及时申购支票，并妥善保管。

（5）医院财务专用章、法人章分专人妥善保管。

（6）支票和财务专用章、法人章保管人员必须分工不得为同一人员。

（7）作废的支票，要及时注明“作废”，并妥善保管，统一注销。

第二章 应收帐款管理

（一）应收账款的管理规定如下：

1、应收账款的确认：以销售或者提供劳务实现为标志，即发票一经开出，即形成应收账款

2、应收账款的发生：医院在决定提供信用于客户之前，应对该客户的资信情况进行详细调查，并按相应的权限批准信用额度，最终由院长决定是否对客户提供商业信用。

3、财务科应认真登记客户往来台帐，按照应收单位、部门或个人分别核算，及时核对、催收应收款项。应根据客户的欠款情况，分析其信誉程度，及时采取相应的措施收回欠款，防止拖欠，减少呆帐的形成。

4、所有应收帐项均按帐龄基准记存。医院负责应收账款的财务人员必须经常核查所有应收帐项，确定每项账款的可收性，并每月编制帐龄账目分析，财务科长审核。此分析将作为设立坏帐准备及坏帐确认的基准。

5、医院应根据经验确定其本年度每月坏帐应计项目。该应计项目将作为计提坏帐准备的基础。

6、所有被视为无法收回的应收账款将根据实际金额计入坏帐损失。坏帐确认还应考虑以下条件：

（1）、债务人破产或死亡，以其破产或遗产清偿后，仍然不能收入回；

（2）、债务人逾期末履行偿债义务超过三年仍不能收回。

7、对于不能收回的应收款项，要分清原因，进行处理。对超出三年以上确实无法收回的应收帐款，报经主管部门审批后，确认为坏账方可作坏帐处理。

8、医院对应收款项的管理应遵循“谁经办，谁负责，及时清理”的原则。财务科定期考核应收账款回收期等指标，确定奖惩措施。

（二）应收账款交接

1、业务人员岗位调换、离职、必须对经手人的应收款进行交接。

2、交接前应核对全部报表，有关交接项目概以交接清单为准，交接清单若经交、接、监单方签署盖章即视为完成交接，日后若发现账目不符时由接交人负责。

（三）其他应收款的管理比照上述应收账款的管理执行。

第三章 预付账款管理

（一）预付账款，必须要根据合同办理，由经办人申请，各部门主管审核确认，经财务科核对无误，上报医院院长签字批准。

（二）预付账款应按对方单位或个人设明细帐进行明细分类核算．定期检查预付账款，监督合同的履行。

（三）财务负责人定期检查预付账款的使用情况。每年年终，医院应全面清查，并与对方核对清楚后书面签章确认。

（四）对无正当理由不及时办理销账手续，长期占用医院资金的，财务可停止办理该部门任何新的预付款申请，并将逾期未核销预付款对应的合同商，必要时医院可以采取法律行动直至得到清理。

（五）对确实无法收回或核销的款项，应详细分析原因后及时处理，不得长期挂账。由于工作人员失误造成的，要追究有关部门和经办人的责任；对因对方原因造成的预付款无法收回或核销，并已尽追索义务的，应按照医院审批程序报批后以坏账处理予以核销。

泗洪县第一人民医院内部控制制度

第一条 为加强内部控制制度建设，规范医院经济管理行为和财务会计行为，根据《会计法》、《行政事业单位内部控制规范》等法律法规的要求，结合医院实际，制定本制度。

第二条 医院负责人对本单位内部控制制度的建立健全及有效实施负责。财务部门及财会人员应依法行使职责，严格执行内部财务会计控制制度，充分发挥财务会计的监督职能，对不符合本内控要求的业务，有权拒绝办理。其它业务部门及相关人员应严格执行内部控制制度，并及时向财务部门提供真实、完整的原始资料。

第三条 医院内部控制制度在外部环境变化、单位业务职能调整和管理要求提高的情况下，进行适时的修订和完善。

第四条 本制度未尽事宜，参照各项具体业务的管理制度执行。

第五条 本制度由财务科负责解释。

第六条 本制度自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

泗洪县第一人民医院价格管理奖惩制度

一、严格按照物价管理权限和国家规定的作价办法搞好价格管理。

二、医院物价管理和考核工作由财务科和医保科具体负责，各科室由护士长负责。

三、认真执行物价政策和管理制度，实行明码标价。

四、加强物价宣传工作，定期或不定期地宣传物价政策，通报物价执行情况，树立医院良好的社会形象。

五、定期对全院各科室收费情况进行考核和检查，对检查结果严格奖惩兑现。

六、实行自我约束和社会监督相结合，设立举报箱，公布监督电话，定期听取社会物价监督员和患者的意见，对举报问题及时进行处理。

七、科室新增医疗服务收费项目，应在正式开展前一个月将收费标准测算报价格科，财务科和医保科双审核后及时向泗洪县医保局申报。

八、新增或变动的收费项目，一律按上级正式批准文件的标准执行，任何科室不得擅自作价收费。

九、各科室应耐心解答患者及有关人员对收费问题的查询，积极维护医院良好的社会声誉。 物价考核和奖惩制度：

（一）价格科每月对各科室收费情况进行检查考核，核 对收费明细与病历记录是否相符,检查有无违反物价政策的收费行为。考核结果报经管办严格奖惩兑现，并与年终评优挂钩。

（二）考核按百分制奖惩。

1. 常用医疗收费标准未公示的扣1分，未置于醒目位置的扣0.5分。

2. 擅自增加收费项目、重复收费、分解收费、提高收费标准、多收乱收、少收漏收费每项扣1分。

3. 一个月内错收费退款超过2人次的扣0.5分，以此类推。

4. 患者向科室询问物价问题时，不认真解答，推诿患者的一次扣0.5分。

5. 患者向医保和卫监局等有关部门投诉乱收费问题，经查证属实的，一人次扣2分。

6. 因收费价格对医院造成不良影响或引起经济纠纷以及严重后果的，并按医院综合管理相关条例处罚。

泗洪县第一人民医院价格管理信息化制度

为了规范我院价格信息化管理，防止不良信息对医疗收费库的印象，确保软件系统操作与数据维护的准确性、完整性、规范性与安全性，对医疗服务项目，药品和卫生耗材价格维护进行以下规定：

1. 价格信息软件的日常管理由信息科负责管理。

2. 医疗服务项目价格维护由专职物价员维护，信息科协助完成，库房的负责人审核。

3. 药品价格维护由药品会计维护，信息科协助完成，库房专职物价员审核。

4. 卫生耗材的价格维护由库房专职会计维护，信息科协助完成，库房专职物价员审核。

泗洪县第一人民医院医疗服务成本测算和成本控制管理制度

一、成本测算基本框架

医院医疗服务成本测算分为三个层次：医院成本测算、科室成本测算和服务项目成本测算。根据《医院财务制度》，医院总成本由医疗服务成本和药品经营成本构成，包括行政和后勤科室费用在内的管理费用，按医疗和药品部门的人员比例分摊计入到医疗服务成本和药品经营成本中。为了便于分摊医疗服务成本，根据科室服务功能，将医院医疗科室分为医疗辅助、医疗技术、临床等三类。

根据医疗服务项目成本测算的需要，将医院医疗部门分为直接成本科室和间接成本科室，并把间接成本科室的成本按照一定的分摊系数分摊到直接成本科室中去。直接成本科室为医疗技术和临床科室，间接成本科室为医疗辅助科室。

二、医疗服务项目成本测算步骤

（一）医院总成本

1. 医院总成本

医疗服务成本与药品经营成本之和构成医院总成本。

2. 医疗服务成本

根据《医院会计制度》关于支出项目的规定，将医疗成本分为十四类：

（1）工资

（2）补助工资

（3）其他工资

（4）职工福利费

（5）社会保障费

（6）公务费

（7）卫生材料

（8）其他材料

（9）低值易耗品

（10）业务费

（11）购置费

（13）修缮费

（14）租赁费

（15）其他费用

3. 药品经营成本

根据《医院会计制度》，药品经营成本除上述十四类成本外，还包括药品成本和原材料成本。

（二）测算科室成本

1. 成本科室确定

在得到医疗服务总成本后，将成本分摊到各医疗科室。医疗科室分为直接成本科室和间接成本科室，直接成本科室为直接产出医疗服务项目的科室，间接成本科室不直接产出医疗服务项目。直接成本科室包括临床和医疗技术两类科室，间接成本科室为医疗辅助科室。

为便于成本归集和计算，可将医院二级独立核算科室定为成本测算基本单位。

2. 测算各科室成本

各科室各类成本的计算方法：

（1）工资

各科室工资=各科室人数×人均工资

（2）补助工资

各科室补助工资=各科室人数×人均补助工资

（3）其他工资

各科室其他工资=各科室人数×人均其他工资

（4）职工福利费

各科室职工福利费=各科室人数×人均职工福利费

（5）社会保障费

各科室社会保障费=各科室人数×人均社会保障费

（6）公务费

为便于成本分摊，将公务费分为水费、电费、燃料费和其他公务费。

水费：若科室有用水记录，可直接计入，剩余部分按其余科室人员比例分摊。若无用水记录，可估算用水大户的水费，计入后剩余部分再按其余科室人员比例分摊。

电费：若科室有用电记录，可直接计入，剩余部分按其余科室人员比例分摊。 若无用电记录，可估算用电大户的电费，计入后剩余部分再按其余科室人员比例分摊。

燃料费：若科室有用燃料记录，可直接计入，剩余部分按其余科室人员比例分摊。若无记录，可估算用燃料大户的费用，计入后剩余部分再按人头分摊。

其他公务费：按各科室人员比例分摊。

（7）卫生材料费

按各医疗科室领用材料比例分摊。

（8）其他材料费

按各医疗科室领用材料比例分摊。

（9）低值易耗品

按各医疗科室领用低值易耗品比例分摊。

（10）业务费

按医疗科室人头分摊。

（11）购置费

根据财政部、卫生部颁布的《医院财务制度》，购置费分为按规定提取的修购基金和小型设备购置费，根据成本测算分摊的需要将提取的修购基金分为提取房屋修购基金、提取设备修购基金、提取其他资产修购基金。某科室房屋修购基金=医疗科室按规定提取的房屋修购基金×（某科室房屋面积/医疗科室房屋面积总合）某科室设备修购基金=医疗科室按规定提取的设备修购基金×（某科室设备面积/医疗科室房设备总值）

某科室其它固定资产修购基金=医疗科室提取的其它固定资产修购基金×（某科室其他固定资产总值/医疗科室其他固定资产总值）某科室小型设备购置费=医疗科室小型设备购置费×（某科室设备面积总值/医疗科室设备总值）

（12）修缮费

为便于分摊成本，将修缮费分为房屋修缮费、设备维修费、零星工程等三项。

某科室房屋修缮费=医疗科室房屋修缮费×（某科室房屋面积/医疗科室房屋面积总和）

某科室设备维修费=医疗科室设备维修费×（某科室设备综合/医疗科室设备总和）某科室零星工程=医疗科室零星工程×（某科室人数/医疗科室人数）

（13）租赁费

按各医疗科室实际租赁费计入。

（14）其他费用

按各医疗科室人头分摊。

（三）测算直接成本科室的总成本

为了测算医疗服务项目成本，将间接成本科室的成本分摊到直接成本科室, 得到各直接成本科室的总成本。间接成本科室包括消毒供应室、门诊办公室、门诊部、挂号室、门诊收费处、住院处、住院病案室、住院收费处等医疗辅助科室和手术室。具体分摊办法如下。

1. 消毒供应室成本分摊

某直接科室所分摊到的消毒供应室成本 =消毒供应室成本×消毒供应室向该科室分摊的百分比,消毒供应室成本分摊的百分比已通过专题调查获得，其结果已编入计算机程序。

1. 门诊办公室、门诊部、挂号室、门诊收费处等科室成

本分摊

各临床科室门诊分摊到的成本=上述科室成本×（某临床科室门诊人次/临床科室门诊人次合计）

1. 住院处、住院病案室、住院收费处等科室成本分摊

各临床科室病房分摊到的成本=上述科室成本×（某临床科室住院床日数/临床科室住院床日数合计）

1. 手术室成本分摊

各临床科室分摊到的成本=手术室成本×[某临床科室手术项目成本当量（点数）/临床科室手术项目成本当量（点数）合计]

（四）测算医疗服务项目成本

通过前面成本分摊，得到了涵盖医疗服务项目的直接成本科室的总成本，扣除另收材料成本后，采用成本当量（点数）法将科室成本分摊到医疗服务项目上。直接成本科室医疗服务项目成本当量指各服务项目的成本点数，即同科室各医疗服务项目之间的比价关系。该点数通过“成本测算项目调查表”，由专家根据项目技术难易及物质消耗等情况进行判断获得。通过计算某服务项目点数占该科室所有服务项目点数合计的比值，将直接成本科室总成本分摊到该服务项目上。计算公式如下：

某服务项目单位成本=该项目所在科室成本×{某服务项目成本当量（点数）/∑[该科室各服务项目成本当量（点数）×服务列数]}

（五）测算医疗服务项目社会平均成本

在测算出各医院医疗服务项目成本后，可进一步测算社会平均成本。社会平均成本主要指全成本的社会平均成本。各地也可以根据需要测算扣除财政经常性补助和药品差价收益后的社会平均成本。社会平均成本可以是不同级别医院的平均成本，例如省级医院项目平均成本、地级医院项目平均成本、县级医院项目平均成本；可以是区域内社会平均成本，例如某省项目平均成本、某地区项目平均成本。计算公式如下。

某级别医院某医疗服务项目平均成本=∑（某医院该项目单位成本×项目服务列数）/该级别医院该项目服务列数合计

某区域内某医疗服务项目平均成本=各级别医院该医疗服务项目平均成本合计/医院级别个数

与医疗服务项目成本测算不同，在测算诊次、床日成本时，直接成本科室只有临床科室，间接成本科室包括所有医疗辅助科室和医疗技术科室。同时，药品经营成本也要分摊到诊次、床日成本中。因此，除医疗服务项目成本测算所做间接成本科室分摊外，诊次、床日成本的计算还需进行下列分摊。

1. 分摊医疗辅助科室成本

氧气室成本分摊

某临床科室所分摊到的氧气室成本 =氧气室成本×氧气室向该临床科室分摊的百分比

1. 分摊医疗技术科室成本

医疗技术科室包括检验类科室、影像类等科室。

某临床科室所分摊到的医疗技术科室的成本=医技科室成本×医技科室向该临床科室提供服务量的百分比

1. 分摊药品经营成本

某临床科室分摊到的药品经营成本=药品经营成本×药品经营科室向该临床科室提供服务量的百分比

上述三类科室成本向临床科室分摊的百分比已通过专题调查获得，其结果已编入计算机程序。

1. 计算诊次和床日成本

全院平均诊次成本＝全院各门诊科室成本合计÷全院总门急诊人次

全院平均床日成本＝全院各病房科室成本÷全院总床日数

某临床科室诊次成本＝该科室门诊成本÷该科室门急诊人次

某临床科室床日成本＝该科室病房成本÷该科室床日数

泗洪县第一人民医院价格公示制度

根据国家卫计委、物价局相关最新文件精神，以及《关于进一步落实医疗机构价格公示制度的通知》的要求，制定本制度。

一、医疗服务项目、医用耗材等物价收费的价格，必须严格按照公开和透明的原则进行公示，自觉接受患者及各级主管部门的监督。

二、医院的各类物价管理必须严格纳入 HIS 系统统一管理，遵守医院物价管理规定。各级各类人员不得违反规定随意更改医疗服务项目、医用耗材等物价收费的内容。

三、凡医疗服务项目、医用耗材等物价收费的价格有变动的，相关部门必须及时通知更新价格库，确保价格调整准确准时。

四、在医院服务场所显著位置，采用电子显示屏、公示栏等方式公示常用医疗服务项目、医用耗材等价格；在门诊及每个病区设置自助服务终端系统，提供住院日清单查询及其他信息查询功能。

五、医疗服务价格公示的内容包括：医疗服务项目名称、项目内涵、除外内容、计价单位、价格等有关情况。

六、医院各级工作人员有义务为患者提供多种形式的医药费用查询服务，并明确告知住院患者费用查询方式。

七、公示内容实行动态管理，对变更的价格及收费项目和标准及时更新。

八、在医院显著位置公示政府价格举报电话和医院价格服务监督电话。

泗洪县第一人民医院内部控制制度

第一条 为加强内部控制制度建设，规范医院经济管理行为和财务会计行为，根据《会计法》、《行政事业单位内部控制规范》等法律法规的要求，结合医院实际，制定本制度。

第二条 医院负责人对本单位内部控制制度的建立健全及有效实施负责。财务部门及财会人员应依法行使职责，严格执行内部财务会计控制制度，充分发挥财务会计的监督职能，对不符合本内控要求的业务，有权拒绝办理。其它业务部门及相关人员应严格执行内部控制制度，并及时向财务部门提供真实、完整的原始资料。

第三条 医院内部控制制度在外部环境变化、单位业务职能调整和管理要求提高的情况下，进行适时的修订和完善。

第四条本制度未尽事宜，参照各项具体业务的管理制度执行。

第五条 本制度由财务科负责解释。

第六条 本制度自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

泗洪县第一人民医院财会机构和财会人员岗位责任制

一、院财务机构内部控制制度

(一)财务机构

1、单位的财务机构应相对独立

根据《会计法》及医院会计业务的需求设置财务科，并按照不相容职务相互分离和内部牵制的原则配备财会人员，明确各岗位职责。财务科由分管院长领导，具有相对独立性。

2、财务科业务范围

(1)执行国家财政法规和医院财务制度，贯彻落实上级文件精神及各项规章制度及办法；

(2)加强全院的财务会计基础工作及日常管理核算，完善全院的财务会计工作管理手段及各项内部控制制度；

(3)定期编制会计报表，核算业务收入、费用支出的真实性、合法性；分析指标完成情况；按时汇总，及时向领导提供财务报告；

(4)强化全院的资金管理，对全院的资金运用进行有效的统筹调配、控制、监督；

(5)加强债权债务、资产的管理、分析、清理，防止资产流失，对全院的资产管理进行监督及不定期的核实；

(6)负责制定全院财务会计工作网络化发展计划，并组织实施。

(二)财会人员管理要求

1、财会人员配备要求

(1)财会人员实行从业资格管理，财会人员要具有与其岗位、职位相适应的能力，并取得从业资格证书和相应的专业技术资格。不得任用不具备会计从业资格的人员从事财会工作。会计从业资格证书必须按照规定注册登记、年检。

(2)财会人员必须熟悉国家财经法律、法规、规章和制度，严守职业道德，敬业爱岗。并不断的提高自己的政治素质，业务素质，不断的完善自己。

(3) 院各岗位财会人员应当有计划地进行轮换。为促使财会人员全面熟悉业务，不断提高工作质量，同时也防止舞弊现象的产生,医院财会人员岗位定期轮换。

(4)财会人员要按照规定参加继续教育,对未接受继续教育或未完成继续教育规定时间的财会人员,不予办理会计从业资格证书年检。

2、会计机构、会计人员职权范围

(1)会计机构、会计人员有权拒绝办理或纠正违法会计事项。

(2)会计机构、会计人员有权监督会计资料和财产物资。

(3)会计机构、会计人员有权对在财产管理、经济核算中的违纪现象向领导反映，并提出处理建议。

(4)会计机构、会计人员有权对在财产管理、经济核算中的成绩突出者向领导反映，并提出奖励建议。

(5)会计机构、会计人员有权向有关部门索取有关数据、资料。

(6)会计机构、会计人员有权对院长授权的计划内开支进行审批。

3、对财会人员的考核

院应当定期检查财会人员遵守职业道德情况,并作为财会人员晋升、晋级、聘任专业职务、表彰奖励的重要考核依据。

财会人员违反职业道德的，由院进行处罚；情节严重的，由会计从业资格证书发证机关吊销其会计从业资格证书或按规定取消其专业技术资格。

4、财会人员工作移交

财会人员工作调动或因故离职,必须将本人所经管的财会工作,在一定期限内,全部移交给接替人员。没有办清交接手续的,不得调动或者离职。

5、会计档案的传递

编制凭证的各岗位人员，应当及时、准确的编制并打印会计凭证，主管会计及时审核，所有记账凭证在次月的10日以前传递到档案管理会计处，以备及时整理、装订，并在财务科保存一年后移交到院档案部门。

#### 二、财会人员岗位责任制

(一)本院财会工作岗位分为会计师、财务科长、财务副科长、总账会计、票据审核、往来帐核算、工资核算、票证管理、会计档案管理、出纳等。

财会人员分工应当做到相互牵制、相互制约，严禁一人兼任不相容的岗位或独自操作会计业务全过程。

出纳人员不得兼任稽核、会计档案保管和收入、支出、费用、债权债务账目的登记工作，不得填制收付款记账凭证。

（二）财会工作岗位在不违反内部牵制制度的前提下，可以一人一岗，一人多岗或一岗多人。财会人员的工作岗位应当有计划地进行轮换，一般4年轮岗一次为宜。

# 泗洪县第一人民医院会计核算流程

本制度所指会计核算流程是会计活动从原始凭证取得、会计凭证填制、会计账簿登记，到财务会计报告编制的会计核算过程。

#### 一、会计凭证

1．根据实际发生的经济业务事项按照国家统一会计制度的规定取得或填制原始凭证。

2. 经办人取得或填制原始凭证应当办理以下手续：

（1）经办人在原始凭证上签名或盖章（以下简称签章），列明经济业务内容，并由验收人或证明人在原始凭证上签章；

（2）批准人在原始凭证上签署意见并签章；

（3）经办人及时将手续完备的原始凭证送交财务科。逾期长久的经济业务事项，财务科有权不予受理，责任由经办人承担。

3.经上级部门批准的经济业务或本院实施的重大业务，应当将有关文件作为原始凭证的附件。如文件需单独归档，应当附文件的复印件或在凭证上注明批准机关名称、日期和文件字号。

4.财会人员有义务和权力对原始凭证的真实性、合法性、有效性进行审核：

（1）原始凭证的内容是否真实；

（2）凭证内容填写是否齐全，单位名称、计量单位、数量、单价和金额填写是否准确，文字和数字填写是否清楚，凭证中有无不规范的改动；

（3）发票是否有财政部门统一监制章，行政事业性收费收据是否有财政部门监制章，从外单位取得的收据、发票是否加盖单位财务专用章或发票专用章；

（4）审批手续是否完备；

（5）报销购买图书、药品及其他实物是否附有与发票金额相符的项目明细表；

（6）工资及劳保费支付标准的变更和一次性奖金的支付是否合规。

经审核，对于存在内容填写不全，手续不完备，计算差错等技术性错误的凭证，应退还经办部门或经办人，补办手续、更正错误或重新填制；对于违反国家政策、法令、制度的原始凭证，不予受理，并向财务科相关人员报告；财务科不予制止或纠正的，应当向院长报告。

1.出纳人员根据收付款凭证办理完收付结算后，在记账凭证上签章，每日业务终了，应编制现金日报表，将办理完收付业务的记账凭证交制证人员。

2.制证人员应根据审核无误的原始凭证和有关资料，及时填制记账凭证；对有差错的记账凭证，应按照有关规定予以退回或要求其更正；记账凭证编制完毕，交稽核人员审核。

3. 主管会计对记账凭证进行审核：

（1）记账凭证是否附有原始凭证，所附原始凭证的内容是否真实、合法、有效，附件张数的填写是否正确；

（2）记账凭证日期的填写是否正确；

（3）会计科目的运用是否正确；

（4）制证人员、记账人员、稽核人员、签名或盖章是否齐全，收款和付款凭证是否有出纳人员签名或盖章；

（5）对记账凭证的差错是否按规定进行更正。

4.主管会计审核凭证后在记账凭证上签章，将记账凭证交会计档案管理人员整理装订归档。

#### 二、会计账簿

1.本院按照《会计法》、国家统一医院会计制度的规定，结合本院会计业务的需要设置会计账簿。本院发生的所有经济业务事项都必须在依法设置的会计账簿上统一登记、核算。

2.记账人员于每年会计业务开始前，根据会计业务需要，向财务提出账簿设置、科目开设的意见并经批准后，开设账簿。年初科目余额应与上年末的结余额一致。

3.必须使用上级财务主管部门统一规定的会计账簿。会计账簿包括总账、明细账、日记账和其他辅助性账簿。

4.出纳人员应根据办理完毕的现金和银行存款的收、付款凭证，每天编制现金、银行日报表。

5.每日现金结余额不得超过库存限额。银行结余额与银行对账单月末余额不一致的，会计人员应当查明原因，编制“银行存款余额调节表”。

6.账簿记录发生错误，不准涂改、挖补、刮擦或用药水消除字迹，不得重新抄写，必须用划线更正法、红字更正法或补充登记法进行更正。

7.定期对会计账簿记录的数字与货币资金、有价证券、库存实物与往来单位或个人等进行核对，保证账证、账账、账实相符。

8.账证核对由记账人员与凭证填制人员相互核对。

9.账账核对由记账人员相互核对。

10.账实核对，现金日记账与库存现金的核对由出纳人员进行；财产物资明细账与实物资产的核对由记账人员与物资管理部门、固定资产技术管理部门人员相互核对，每年至少进行一次；银行存款日记账与银行对账单的核对由财务科长或其指定人员进行；应收、应付明细账余额与对方单位或个人的核对，由记账人员出具签认单，并与对方财务部门进行相互核对，相关业务部门配合，每年至少进行一次。

11.财会人员应按规定在月末、季末、年末对各账户进行结账，结账期不得提前或延后。年度终了，账务人员、出纳人员应将会计账簿及时交会计档案管理人员。

#### 三、财务会计报告

1.本院按照《医院财务会计制度》有关规定编制财务会计报告。

2.任何部门和个人不得授意、指使、强令财务部门编制或提供虚假的或隐瞒重要事实的财务会计报告，不得篡改或者授意、指使、强令他人篡改会计报表的有关数字。

3.院长对本院财务会计报告的真实性、完整性负责。

4.本院向不同会计资料使用者提供的财务会计报告，其编制基础、编制依据、编制原则和方法必须一致。

5.院长应当组织、协调有关部门向财务科及时提供编制财务会计报告所需的有关资料。

6.编制财务会计报告以前，必须进行以下工作：

（1）组织财务、综合、技术、材料等部门进行全面的财产清查，核实债权债务。

（2）检查相关的会计核算是否按国家统一的会计制度规定进行。

（3）检查是否存在因会计差错、会计政策变更等原因需要调整前期或本期相关项目的事项。

（4）按规定进行对账，核实各会计账簿与会计凭证、会计账簿之间、会计账簿的结余金额与财产物资实有金额是否一致。

（5）按规定进行结账，不得提前或者延后。年度结账日为公历年度每年的12月31日；半年度、季度、月度结账日分别为公历年度半年、每季、每月的最后一天。

7.财务科在准备工作完成以后，根据登记完整、核对无误的会计账簿记录和其他有关资料编制会计报表、会计报表附注和财务情况说明书。财务会计报告编制后，必须进行账表及表内、表间关系核对。

8.财务会计报告编制完成后，由财务审核无误后在财务会计报告封面上签字并盖章，然后送院长审查并签字盖章，批准上报。

9.财务科 在规定的期限内向上级财务主管部门报送财务会计报告。

10.自留的财务会计报告内容必须与上报的相一致。

# 泗洪县第一人民医院财务不相容职务分离

为了加强财务管理，使财务岗位之间能形成相互监督、相互制约的机制，避免舞弊现象的发生，更好的保护财产安全，根据《中华人民共和国会计法》、《江苏省医疗机构财务会计内部控制规定（定稿）》的有关规定，结合医院实际情况，特制定本制度。

一、禁止一人办理收入业务的全过程

(一) 提供服务与收取费用应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 价格管理与价格执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 收入票据保管与使用应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 办理退费与退费审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(五) 收人稽核与收入经办应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

二、禁止同一部门或一人办理支出业务的全过程

(一) 支出的申请与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 支出的审批与执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 支出的执行与审核应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 支出的审核与付款结算应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

三、禁止一人办理货币资金业务的全过程

(一) 现金和银行存款的支付，由财务部门负责人或其授权的代理人审核，不能由同一个人办理付款业务；

(二) 出纳不得兼任稽核、票据管理和会计档案保管工作；

(三) 出纳不得兼任收入、

(四) 支出、债权和债务账目的账务登记工作；

(五) 严禁一人保管支付款项所需的全部印章。

四、禁止同一部门或一人办理固定资产业务的全过程

(一) 固定资产购建计划的编制与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 固定资产购建的验收取得与款项支付应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 固定资产购建的审批与执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 固定资产处置的申请与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(五) 固定资产业务的执行与相关会计记录应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

五、禁止同一部门或一人办理工程项目业务的全过程

(一) 工程项目建议、可行性研究与项目决策应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 工程项目概预算编制与审核应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 工程项目实施与价款支付应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 工程项目竣工决算与竣工审计应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

六、禁止一人办理债权或债务业务的全过程

(一) 债权或债务业务经办与会计记录应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 债权或债务业务会计记录与出纳应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 债权或债务业务经办与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 债权或债务业务总账与明细账核算应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(五) 债权或债务业务审查与记录应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

七、禁止同一部门或一人办理财务电子信息软件开发、系统操作、系统维护和档案保管等业务的全过程

(一) 财务电子信息软件开发与系统操作应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 财务电子信息系统操作与维护应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 财务电子信息系统操作和档案保管应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

# 

泗洪县第一人民医院会计档案内部控制制度

一、本制度所指会计档案是指会计凭证、会计账簿和财务会计报告等会计核算专业资料，是记录和反映单位经济业务的重要史料和证据，包括但不限于使用书面方式或电子方式存储的各类会计核算资料。

二、按照职务分离、内部牵制原则，出纳人员不得兼任会计档案的保管工作。

会计档案立卷

财务科会计档案管理人员必须按照归档要求，在会计年度终了两个月内整理立卷、装订成册，编制会计档案保管清册。

会计档案形成后,在未交档案部门保管期间,由财务科会计档案管理人员专人管理，专柜存放，并严格执行会计档案定期检查制度、会计档案借阅、复制登记制度及安全和保密制度。

会计档案移交

会计档案移交档案管理部门时，财务科会计档案管理人员要编制移交清册及移交目录，交接双方核对无误后分别签字盖章。

档案管理部门接收移交的会计档案，应保持财务部门移交时原卷册的封装；个别需要拆封重新整理的，档案管理部门应当会同财务部门档案管理人员共同拆封整理。

会计档案查阅

本院人员查阅会计档案，要经财务科长批准，并在会计档案查阅登记簿上进行登记；外单位人员、审计、公安、监察或其他相关部门查阅会计档案，要有正式介绍信，并经财务科长批准后办理登记手续。

查阅人员不得将会计档案携带外出，原则上不得进行复印，如有特殊需要，需报经财务科长批准。

会计档案销毁

会计档案销毁要严格按照以下程序执行：

1、由本单位档案管理部门提出销毁意见，会同财务部门共同鉴定，确认无误后编制会计档案销毁清册，经院长在会计档案销毁清册上签署意见批准后，双方派人共同监销。

监销人员在会计档案销毁后，要在销毁清册上签名或盖章，并将销毁情况书面报告院长。

2、对于其中未了结的债权债务原始凭证及其他涉及未了事项的原始凭证，应单独抽出，另行立卷。单独抽出立卷的会计档案，要在会计档案销毁清册和会计档案保管清册中列明。

3、保管期限为3年以下的会计档案，不向档案部门移交，自行保管、销毁。

# 泗洪县第一人民医院收入管理制度

此收入管理制度是为进一步完善医院收入管理，在原有规章制度进行认真梳理的基础上进行补充。医院收入是指医院开展医疗业务活动及其他活动依法取得的非偿还性资金，以及从财政和主管部门取得的专项补助经费。医院收入应符合国家有关的法律法规和政策规定，依法组织并及时确认。

一、收入确认

(一) 专项补助经费 即医院从财政和卫生主管部门或主办单位取得的专项经费，此项收入应根据相关部门的要求，纳入单位预算体系，及时确认收入，专款专用。

(二) 医疗收人 即医院在医疗业务活动中取得的收入，包括挂号收入、床位收入、诊察收入、检查收入、治疗收入、手术收入、化验收入、护理收入和其他收入等。上述各项收入按照物价管理部门制定的医疗服务收费项目和价格，依法取得。

(三) 药品收入 即医院在开展医疗业务活动中取得的中、西药品收入，药品收入要严格执行零差价且依法取得。

(四) 除上述以外符合国家相关规定的收入均纳入其他收入管理。

二、收入管理

(一) 医院的全部收入要纳入财务科门统一核算和管理。其他部门和个人不得私自收取任何费用。严禁私设“小金库”和账外账。

(二) 医院的各项收入要认真执行国家的物价政策，严格执行物价部门批准的收费标准。

(三) 医院取得各项收入必须开具按规定统一印制的票据，不得使用规定以外的不合规票据。

(四) 各项收入按财务规定及时入账。

1. 按照《会计法》的要求，以每月自然天数为收入的确认时间，以权责发生制为基础，保证医院收入核算及时准确。

2. 门诊收费处和挂号收费员每日编制收入日报表，住院收费员每日编制日报表，先由收费处复核会计每日审核日报表，审核无误后打印汇总住院病人费用结帐日报表并交至财务科，再由财务科二次审核并按月编制收入明细报表。

3. 定期对收入实现情况进行分析，主要针对收入结构状况和增减变动情况，评价收入差异变动原因，找出存在的问题和不足，提出改进的建议和意见。

4. 合理设置与收入相关的岗位，明确收入岗位的职责、权限，收入业务发生与收款业务职能；收入票据使用与审核保管职能，收入票据保管与出纳职能，收入退款与审批等不相容职能岗位分离。

本制度与以前财务科制定财务管理规章制度不一致的，一律按本制度执行。本制度自发布之日起实行。

# 泗洪县第一人民医院支出管理制度

此管理制度是为进一步完善医院支出管理，在原有规章制度认真梳理的基础上进行补充。加强医院财务管理，依法组织收入，努力节约支出，提高资金使用效益，促进事业的发展，使医院各项经费管理有章可循，根据国家《医院财务管理》、《医院财务管理制度》、《会计法》、《现金管理暂行条例》的要求，结合本院的实际，特制定本管理办法。

本办法适用于本院支出管理。

一、支出管理职责

1. 医院的一切财务支出活动必须严格遵守国家法律法规和财务规章制度。
2. 严格现金管理，大于现金支付额度的支出，应当使用银行转账支票结算，如因特殊原因使用现金时，应当由财务部门负责人审核签字。
3. 按照权利与责任对等原则，审批人员负有各自的权利和责任。按照审批权限和要求履行审批职责，在审批过程中出现失职应承担相应的责任。

二、支出申请管理：

医疗机构的财务支出包括：业务支出（人员经费、药品费、卫生材料费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金、其他费用。其他费用下设办公费、维修（护）费、物业管理费等）和其他支出等。

1. 财务部门要依据本年批复的年度预算和单位资金安排，复核用款计划。
2. 财务支出用款计划需在财务部门备案，监督实施。
3. 院长负责审批一定支出范围内的支出。

三、分级归口管理，根据部门预算和计划由相关职能部门负责。具体分工如下：

1. 党办、宣传科：宣传学习（报刊、杂志、广播、电视、文娱、政治活动等）费用
2. 院办：邮电费、电话费、公务车辆的配件及修理费、招待费
3. 人事处：职工工资、临时工工资、社保费用、和离退休人员费用
4. 组织科：援疆、陕人员费用、党日活动费用
5. 医务部：医技人员夜班费、进修费、医疗纠纷赔偿费用
6. 科技处：外出参加学习班及学术会议费用、科研费用
7. 教育处：住院医及全科医相关费用
8. 护理部：护士进修、出学习开会及其他费用
9. 设备处：医疗设备购置、入库设备的安装修理费、卫生材料及低值易耗品的购置、入库管理及设备、材料的相关运杂费
10. 总务处：水、电、气消耗、医疗垃圾（危险品）处置、办公用品、其他材料的购置，一般设备、其他固定资产的购置及维修费。
11. 病房管理科：液氧费、洗涤费、物业费、印刷费等.
12. 信息中心：信息设备购置、图书购置、网络信息维护了费用

三、支出管理程序

1. 财务科稽核人员负责原始凭证的填制；
2. 职能科室负责人负责审核签字；
3. 财务负责人审核签字；
4. 分管副院长负责审批签字；
5. 主管院长负责审核批准。

四、支出审核的原则

医院的所有支出在支付时必须由财务科进行审核。对支出的原始凭证、项目真实性、完整性、合法性审核，认真审核签批手续是否齐全，是否有预算或超预算支出。

五、支出审核的范围

1. 已列入本年度计划的基本建设工程项目支出；
2. 设备采购支出；
3. 修缮项目支出；
4. 购置卫生材料、其他材料、低值易耗品和办公用品支出等；
5. 药品采购支出；
6. 专项费用支出；
7. 单位维持日常运转的其他支出。

六、支出审核的内容

* 1. 报销的发票必须是由税务和财政部门监制的正式发票

或收据；

* 1. 发票或收据上项目填写必须齐全；
  2. 发票或收据上必须加盖单位财务专用章；
  3. 发票或收据大小写金额必须相符；
  4. 发票或收据不得涂改和挖补；
  5. 发票丢失视同丢失现金，责任自负。
  6. 预算审批计划文件（含增补预算审批计划文件）。
  7. 审批程序中各权限范围的审核、审批签字。
  8. 合同原件。
  9. 工程项目结算付款须有工程进度报告、工程项目完工验收单、结算审计报告等。
  10. 设备购置结算付款须有设备购置清单、设备验收单等。
  11. 其他凭证：要素完整；签字手续齐备；数量和金额清晰、完整、准确。
      1. 支出报销流程和审批权限

根据其职责、权限和相应程序，审批人员对申请报告和费用进行审批。按照权利与责任对等原则，审批人员在审批过程中出现失职应承担相应的责任。审批权限如下：

（一）流程



（二）费用开支审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 费用开支项目 | 金额 | 部门负责人 | 财务负责人  （元及以上） | 分管院领导 | 主管院领导 |
| （一）差旅费 | ----元以内、标准内支出 | √ | √ | √ |  |
| ----元以上及超出标准支出 | √ | √ | √ | √ |
| （二）招待费 | ----元以下 | √ | √ | √ |  |
| ----元以上（含--元） | √ | √ | √ | √ |
| （三）业务费用 | ----元以下 | √ | √ | √ |  |
| ----元以上（含----元） | √ | √ | √ | √ |
| （四）购置低值易耗品 | ---元以下 | √ | √ | √ |  |
| ----元以上（含---元 ） | √ | √ | √ | √ |
| （五）房屋及机器设备维修 | ----元以内、预算额内 | √ | √ | √ |  |
| ----元以上、超预算及  无预算 | √ | √ | √ | √ |
| （六）购建医疗用固定资产 | -----元以内、预算额内 | √ | √ | √ |  |
| ------以上、超预算及  无预算 | √ | √ | √ | √ |
| （七）购建非医疗用固定资产 | -----元以内、预算额内 | √ | √ | √ |  |
| -----元以上、超预算及  无预算 | √ | √ | √ | √ |
| （八）人员费用：如讲课费、加班费、劳务费、工资等都需要主管院领导签字 | | | | | |

八、写规范及票据粘贴要求

（一）、报销单填写规范

填写报销单字迹工整、清晰，金额不得涂改，凡需填写大小写金额的单据，大小写金额必须相符，相关内容填写完整。费用报销单必须用蓝、黑钢笔或签字笔书写，不可使用圆珠笔或铅笔书写。

具体填写说明

1、在“姓名”处填写报销人姓名。

2、日期如实填写报销时的日期。

3、“事由”处填写费用支出的用途。

4、“支出金额”此处填写实际发生金额，“附件张数”填写报销的单据的数量。

5、人民币大写字样：零 壹 贰 叁 肆 伍 陆 柒 捌 玖 拾 佰 仟 万

6、在费用报销单右下角的“经手人/领款人”处由报销人签字，财务经办会计在“财务稽核人”处签字。

（二）、票据粘贴要求

1、票据粘贴在粘贴单上，用胶水粘贴。票据粘贴要求平整，粘贴后不能超过粘贴单的范围。

2、发票由左往右贴，由下往上贴。火车票尽量往后面贴，因为它的金额在前面，如果贴得太前，贴上报销单后会把金额挡住。

3、如果发票量大，要分门别类，按规格大小统计一起粘贴。

4、尽量把发票贴均匀，平整，以便财务部装订成册。

九、财务科付款要求

1. 财务人员要按照医院的各项支出管理规定，严格审核相

关原始单据。

1. 财务人员要按照医院的支出审批管理制度，确定相应签

字手续完备后，方可付款。

1. 支票签发必须填写收款单位名称（与发票一致）、日期、

金额及用途，并由领款人签字

1. 需现金支付的，应严格遵循国家现金管理条例的规定。
2. 所有的借款必须在经济活动结束后一个月内还款。

十、现金支取范围

严格按照如下开支范围支付现金：

1. 个人劳动报酬，包括劳务、讲课费及其它专门工作报酬；
2. 支付给个人的各种奖金，包括按照国家规定颁发给个人

的各种科学技术、文化艺术、体育等各种奖金；

1. 各种劳保、福利费及国家规定对个人的其它现金支出；
2. 出差人员必须随身携带的差旅费；
3. 结算起点以下的零星支出。

本制度与以前财务科制定财务管理规章制度不一致的，一律按本制度执行。本制度自发布之日起实行。

# 

# 泗洪县第一人民医院货币资金内部控制制度

一、本制度所指货币资金是指现金、银行存款和其他货币资金。

二、货币资金由院财务科统一集中管理，所有货币资金收支都必须纳入院财务科统一核算。院内其他任何部门未经财务部门授权，不得擅自办理收付款业务和出具收据。院内任何部门和人员在对外经济往来中，收取的各种名义的回扣、劳务费、手续费、配合费等应及时交由院财务科计入法定账册。

三、财务根据规定组织有关部门与人员编制年度现金流量预算和月份、季度执行预算，并认真组织实施，合理运作资金，适度保持现金持有量，发挥资金最大效益。

四、出纳人员不得兼任稽核、会计档案保管和收入、支出、费用、债权债务账目的登记工作，出纳岗位实行定期和不定期轮换。

五、按规定使用现金，超过结算起点，不得支付现金。不得从本单位的现金收入中直接支付现金。除发零星工资奖金、差旅费、独生子女医药费、学费、零星报销费用使用现金外，其他结算金额超过1000元以上的，如无特殊情况不得支付现金。对收取的水电费、以及出售的废、旧料收入、固资残值收入等要及时交财务科存入银行，不得坐支和作他用。

六、各类资金的审批人应当根据规定，在授权范围内进行审批，不得超越审批权限审批。经办人应当在职责范围内，按照审批人的批准意见办理货币资金业务。对于审批人超越授权范围审批的货币资金业务，财会人员有权拒绝办理。

七、对于大额货币资金支付业务，实行院长办公会集体决策和审批。

八、银行账户的开设和终止必须经财务科批准。

#### 泗洪县第一人民医院现金控制制度

1.本制度所指现金是指院财务科控制的用于零星开支的库存现金。现金的收付及保管只能由出纳人员负责，其他人员未经授权，不得管理库存现金。

2.本院现金收支业务的范围和额度，遵照国家《现金管理暂行条例》的规定执行。对不属于现金收支范围或超过收支额度的业务，必须通过银行办理转账结算。

3.出纳员负责办理收款业务，不得同时担任开票和编制现金收款凭证工作。

4.收取的现金必须及时入账，不得私设“小金库”，不得账外设账。

5.收取的现金应当及时存入银行，不得直接用于支付自身经济业务的支出。因特殊情况需要坐支现金的，应当事先报经开户银行审查批准。

6.对现金支出实施以下控制：

（1）有关部门或个人因业务活动需要预支现金时，应当提前向审批人提交现金预支申请，注明款项的用途、金额等内容，必要时附相关有效证明。

（2）有权审批人根据其职责、权限和规定的程序对预支申请进行审批。对不符合规定的现金支付申请，审批人应当拒绝批准。审批人应当在权限范围内审批，不得越权审批。

（3）财务科稽核人员对批准后的现金预支申请进行复核，复核现金支付的范围、批准额度、权限、程序是否正确，手续及相关单证是否齐备等，复核无误后交由出纳人员支付现金。

（4）出纳人员应当根据审核无误的现金付款凭证，按规定办理现金支付手续；

（5）业务人员报销时，应当取得合法的原始凭证，业务部门负责人，必须对原始凭证进行审核并签字盖章，院长批准后，主管会计应当审查原始凭证，审核原始凭证反映的经济业务内容是否真实、合法和有效，支出范围和额度是否与申请批准的一致，原始凭证的填制是否符合规定要求，审核无误后由财会人员编制现金付款凭证，财务科长应当在付款凭证及其相关附件签章；

(6)出纳人员根据复核无误的付款凭证和所列数额，按规定办理现金支付或报销手续，及时登记现金日记账，并在付款凭证和所附原始凭证上加盖“付讫”戳记。

7. 现金必须存放在保险柜内，不得在保险柜内放置个人现金、存款单据及有价证券等，不得在保险柜内放置其他物品，不得以白条充抵库存现金。

8. 院财务科应当配备验钞机，出纳人员必须对收存入库的现钞进行验证。

9. 财务指定财会人员定期与出纳员对账，核对现金明细账（或总账）的发生额及余额与现金日记账是否相符，确保现金收支业务会计核算资料的真实完整。

10. 财务科应当加强库存限额的管理，超过限额的现金，应当及时存入银行。出纳人员应当每日清点库存现金实有数，并与现金日记账余额相互核对，确保账实相符。对发现的现金短缺或溢余，应当及时查明原因，报经审批后处理。

11. 财务科定期或不定期地清查库存现金，核对现金日记账，确保现金资产的安全完整。

银行存款控制

1. 本制度所指银行存款是指存入银行或其他金融机构账户上的货币资金。医院按照《人民币银行结算账户管理办法》的规定开立和使用银行账户。只能在银行开立一个基本存款账户，用于本单位经济活动范围内的资金收付。

2. 办理银行收付款业务时，实施以下控制：

(1)业务部门根据业务需要，按照规定，授权经办人员办理涉及银行收付款项的经济事项。

(2)审批人员应当在授权范围内对业务事项进行审核、审批。对超越审批权限的审批事项，财会人员应当拒绝办理。

(3)经办人员在办理业务时，必须取得合法的原始凭证。应当根据经济事项的类别、性质、以及对方单位的信用情况和本段的财务政策，会同财会人员确定收付款项的结算方式及结算时间；

(4)对于银行收付款业务，业务主管和经办人员必须在相应的原始凭证上签字盖章，注明经济业务事项的内容、用途等，购置实物资产的必须附有验收部门或领用人员的验收签章。

(5)财务或其指定人员必须对原始凭证及相关银行结算凭证进行审核，审查原始凭证的基本内容是否完整，审查经济业务事项是否真实、合法、合规，审查经济业务事项是否得到批准、是否超越审批权限和范围办理，业务经办人员和主管人员、分管副院长、院长是否在原始凭证上签字或盖章。对不符合规定的，财务部门应当要求经办人员补办手续或拒绝办理，对审核无误的，财务或其指定人员应当在相关原始凭证上签字或盖章，表示同意收付，会计人员根据审核无误的原始凭证及相关批示，编制银行收付款记账凭证。

(6)出纳人员根据银行收付款凭证，按照银行结算办法的要求，办理收付结算手续，并及时登记银行存款日记账。对办理完毕的银行收付款业务，应当在收付款记账凭证和所附原始凭证上加盖“收讫”或“付讫”戳记。

3. 主管应当定期与出纳员进行对账，核对银行存款明细账（或总账）的发生额及余额与银行存款日记账是否相符，核对银行存款日记账与银行对账单是否相符；财务科长应当不定期抽查银行收付款凭证与银行存款日记账是否相符；月末，会计人员应当编制银行存款余额调节表，确保银行结存余额准确无误。财务科长应对现金、银行存款日记账进行审查、核对，每月不少于2次，审查情况要有记录，或在会计账簿余额栏外盖章签字，发现问题及时处理。

财务科应当严格遵守银行结算纪律，不准签发没有资金保证的票据或远期支票，套取银行信用；不准签发、取得和转让没有真实交易和债权债务的票据，套取银行和他人资金；不准无理拒绝付款，任意占用他人资金。

#### 泗洪县第一人民医院票据和印章管理制度

1.票据会计经财务科批准后统一办理与货币资金相关票据的购买、保管、领用、注销等工作，并专设登记簿进行记录，防止空白票据的遗失和被盗。

2.财务专用章和法人代表名章应由财务科长保管，个人名章必须由本人或其授权人员保管，不得擅自将自己保管的印章交他人使用，也不得私自接受他人保管使用的印章。各类印章应当妥善保管。

3.各类印章应当严格按照规定的业务范围和批准程序使用。必须明确需要单位负责人签字或盖章的经济业务事项和范围，不得乱用、错用。按规定需要由单位负责人签字或盖章的经济业务，必须严格履行签字或盖章手续。

监督检查

财务应当定期或不定期地对货币资金的运作管理情况进行检查。对监督检查过程中发现的货币资金内部控制中的薄弱环节，应当及时采取措施，加以纠正和完善。

泗洪县第一人民医院收费票据管理制度

此制度是为进一步完善医院票据管理，在原有规章制度进行认真梳理的基础上进行补充。加强对与资金相关票据的管理，规范各种票据的领用、保管、使用等事项，特制定本制度。本制度适用于与资金相关票据的业务办理。

一、门诊和住院票据管理流程

(一) 购买门诊和住院票据应持“宿迁市财政票据购、领、使用记录簿”和转账支票，到宿迁市财政局综合处办理购买手续。购买数量应根据日常票据使用数量估算，一般为半年用量。应做到及时购买，避免出现断档现象，影响收费工作。

(二) 根据日常发票平均用量，打电话通知新华印刷厂送票据。票据送达时，当场查验票据的数量及票段，核对无误后签收送货单，并让门诊收费处或住院处票据管理人员核对无误后在门诊或住院票据登记簿上签字。如果发现票据的数量或票段错误，应当场联系新华印刷厂相关人员，再送正确的票据，错误的票据返厂处理，更正后再次送回。确保票据正确无误，避免影响收费工作。

(三) 核销票据采用二级核销。一级核销为一级核销员根据每日收费员使用票段登记表，逐一登记每个收费员使用票段核销时间，之后在发票领取登记表上一级核销人处签字，后上交给二级核销员。二级核销为二级核销员根据已上交的发票领取登记表核销已使用完毕的某批次票据，核销完毕后在发票领取登记表上二级核销人处签字。如发现问题，核销员之间应及时沟通，追溯查找原因，相关人员应作相应说明。确保核销的票据票号连续，票据数量和票段正确无误。

(四) 定期将门诊或住院发票存根运到仓库存放。定期清点，将超过存放期限的发票存根及时清理，按规定销毁。不用的发票应登记在册，妥善存放。存放票据的仓库应门窗上锁，钥匙由专人保管，确保票据安全存放。

二、结算票据管理流程

(一) 购买结算票据应持“宿迁市财政票据购、领、使用记录簿”和上一期已使用核销完毕的结算票据，到宿迁市财政局综合处办理购买手续。将购回的结算票据按顺序编号，登记在票据购领销登记簿上。

(二) 根据业务需要，规定结算票据领用人范围。领用时，领用人应在票据购领销登记簿上签字。核销结算票据时，应对照总账系统中记录的凭证，将每张票据对应的凭证号登记在收据核销登记表中。如无法找到收据对应的凭证，应联系收据领用人查找原因，并作相应说明。结算票据上记录的收入项目与总账系统记录的凭证应保证一致，做到票账相符。

三、内部收据管理流程

(一) 根据日常用量，及时联系印刷厂印制内部收据。印制的数量一般为一年用量。印制的内部收据应保证票号连续，如出现错号、断号，应在内部收据购领销登记簿上作出说明。

(二) 根据业务需要，规定内部收据领用人范围。领用时，领用人应在内部收据购领销登记簿上签字。核销内部收据时，应对照总账系统中记录的凭证，将每张收据对应的凭证号登记在收据核销登记表中。如无法找到收据对应的凭证，应联系收据领用人查找原因，并作相应说明。内部收据上记录的收入项目与总账系统记录的凭证应保证一致，做到票账相符。

四、住院票据复核流程

（一）一级复核。住院处专人复核每日的住院票据，并及时上缴财务。

（二）二级复核。住院处班长抽查一级复核的住院票据，抽查比例为20%。

（三）三级复核（财务科复核）

1、三级复核人员抽查一级和二级复核的住院票据。其中一级复核抽查比例为10%，二级复核抽查比例为10%。

2、财务科主管人员抽查三级复核人员复核的住院票据，抽查比例为1%。

注：每一级复核均应建立抽查明细记录本，财务定期检查。

五、住院票据复核内容

票据复核包括住院预缴金收据复核和住院医药费结算收据复核。复核住院票据应根据个人日报表所列示的内容与相应个人交来的预缴金收据和结算收据进行核对。核对无误后，再将个人报表与汇总日报表进行核对。

（一）住院预缴金收据复核

住院预缴金收据复核包括收预缴金收据和退预缴金收据的复核。

1、收预缴金收据复核

（1）按照汇总日报表列示的操作员结账的顺序将个人日报表排序，再按序整理个人交来的收预缴金收据。

（2）个人交来的收预缴金收据票号应当连续，如果出现断号或其中某一票号预缴金收据丢失，收费员应当文字说明原因，并且应有住院处班长和财务科处长审批签字。

（3）个人交来的收预缴金收据首尾号与个人日报表中列示的使用票段一致。如果不一致，收费员应当文字说明原因，并且应有住院处班长和财务科处长审批签字。

2、退预缴金收据复核

（1）退预缴金收据的票号应当与个人日报表的票号一致，并盖作废章。

（2）退预缴金正常情况：

①退住院的预缴金收据（黑联）后应附住院通知单，通知单上必须有医生签字，退预缴金收据上应有病人签字。

②预缴金交错病人的，退预缴金收据上应有双方病人签字，并标有重新开出预缴金收据的票号，并且应有住院处班长和财务科长签字。

③退当天的预缴金收据，两联（黑、蓝）必须齐全。

④出院病人退银联方式的预缴金收据，应有病人签字。如果出院病人丢失预缴金收据，收费员应填写预缴金收据丢失声明，病人应在声明上签字，以此抵作退的预缴金收据。

（3）退预缴金非正常情况

隔天退现金方式或银联方式（退住院或出院除外）的预缴金收据，收费员应写说明，并且应有住院处班长和财务科处签字。

1. 住院医药费结算收据复核

1、个人交来的结算收据黑联和红联应分开装订。当天结算收据所附的出院病人退的预缴金收据应齐全。

2、个人交来的结算收据（存根联）票号应连续，如果出现断号或其中某一票号结算收据丢失，收费员应当文字说明原因，并且应有住院处班长和财务科处长签字。

3、个人交来的结算收据首尾号与个人日报表中列示的使用票段一致。如果不一致，收费员应当文字说明原因，并且应有住院处班长和财务科处长签字。

4、作废结算收据的情况：（作废的结算收据应盖作废章）

①当天作废的结算收据应三联（绿、黑、红）齐全。如果作废其他收费员当天的结算收据，只有收据联（绿联）一联的，应有住院处班长签字。

②自费转农保作废的结算收据，应有农保办盖章和住院处班长签字。

③农保金额或职工医保、居民医保基金金额结算错误，作废的结算收据应有医保办盖章和住院处班长签字。

④出院病人发现有未做检查已记账的医疗费用，需作废的结算收据，应有医生或病区盖章说明和住院处班长签字。

⑤以上四种情况除外作废的结算收据，应有经办收费员文字说明，并有住院处班长和财务科处长签字。

(三)个人与汇总日报表核对

1、使用票段应当逐一打钩核对一致。

2、退预缴金收据和作废结算收据的票号应当逐一打钩核对一致。

注：凡是住院处异常的票据，经办人应写说明，并且应有住院处班长和财务科处长签字。

（四）住院票据个人领、用、销登记

1、一级复核人员每日登记个人住院票据领、用、销情况。个人住院票据核对无误后，将住院票据使用时间、使用票段、使用数量等录入住院票据领用销登记表。

2、各类审核票据、报表，均应整理整齐，及时交财务科票据管理人员进行三级复核，对于审核过程中发现的问题应及时调查原因并上报。

3、三级复核人员定期复核住院票据个人领用销登记表，定期核销批量住院票据。

六、住院票据复核责任制

（一）票据复核采用分级制度，追究相关人员责任，其中：

1、二级复核发现一级复核的票据不符合复核标准，将追究一级复核人员的责任。

2、三级复核发现一级复核或二级复核的票据不符合复核标准，将追究相应级别复核人员的责任。

3、财务主管复核发现三级复核的票据不符合复核标准，将追究三级复核人及相关人员责任。

4、具体责任落实:每张票据20元，在绩效中扣除。

本制度与以前财务科制定财务管理规章制度不一致的，一律按本制度执行。本制度自发布之日起实行。

泗洪县第一人民医院差旅费管理制度

为加强和规范我单位差旅费管理，推进厉行节约反对浪费，根据《泗洪县机关事业单位差旅费管理办法》（洪财规﹝2016﹞1号）文件精神，并结合我单位实际，制定本办法。

一、城市间交通费（宿迁市辖区除外）

1. 出差人员应当按规定等级乘坐交通工具。乘坐交通工具为：火车硬席（硬座、硬卧），高铁/动车二等座，轮船（不包括旅游船）三等舱，飞机经济舱，其他交通工具（不包括出租小汽车、旅游车）凭实名票据报销。未按规定等级乘坐交通工具的，超支部分由个人自理。

2. 到出差目的地有多种交通工具可选择时，出差人员在不影响公务、确保安全的前提下，应选乘相对经济便捷的交通工具。

二、市内交通费

1. 工作人员出差市内交通费按出差自然（日历）天数计算，市内交通费标准为：到泗洪县外出差每人每天80元包干使用，到常驻地外县内其他地区（除青阳、大楼、重岗、戚庄、经济开发区、五里江等）出差的，交通费每人每天30元包干使用。

2. 参加会议或培训两天或以上的，按规定报销往返两天的交通费补助，需附培训通知及单位安排计划。

3. 出差人员由单位派车的，不给予市内交通费补助。

三、伙食补助费

1. 工作人员出差伙食补助费按出差自然（日历）天数计算。

2. 到宿迁市区及其他县区出差的，伙食补助费按每人每天80元标准报销。凡单位派车且当天往返的，按20元/人/天补助，确需发生工作餐的，需经请示分管领导同意后，在规定额度内凭票据报销，超支部分由个人自理。

3. 到基层检查指导等工作，任务不足半天或基层已安排工作餐的，不予以报销伙食补助。

4. 到宿迁市外出差的，伙食补助费按每人每天100元给予补助，会议或培训组织机构统一安排食宿的，不予以报销伙食补助，如未统一安排食宿的，提供当日在外就餐发票或收据，可给予伙食补助，需附会议或培训通知及单位安排计划。

5. 驾驶员因公务出差且未安排就餐的可报差旅费，由办公室统一填单，参照标准，由驾驶员本人来报销。

四、住宿费

严格执行相关住宿费限额标准，选择安全、经济、便捷的宾馆住宿，一般情况不得超过350元/人/天，在限额标准内据实报销。

五、报销管理

1. 当月出差的差旅费原则上应于当月报清，因特殊原因报销截止日期可延至次月5个工作日，以后不再予以补报。

2. 出差人员填写差旅费报销单，须本人填写，并分次填写，不得由他人代写，如多人同时参加会议或培训，可填报同一张差旅费报销单。

3. 差旅费报销时应当提供出差审批单、机票、车船票、住宿发票等相关凭证，出差人员对其真实性负责。

4. 本办法由办公室负责解释。

泗洪县第一人民医院财务电子信息化系统权限控制制度

为了确保医院财务信息系统的正常、安全、高效运行，保证会计信息的真实性、及时性、保密性、安全性，财务科依据《财务科信息化管理制度》、《财务数据密码管理规定》，对会计核算人员系统权限进行管理。这里所指的系统包括用友财务系统、科基金系统、科研系统、成本系统。

所有使用系统人员需要进行登记，填写《财务科系统权限审批表》，系统管理员、财务负责人签字后，由系统管理员对应设置并存档。

一、对于用友系统、成本系统，制单人员有录入功能、查询功能、打印功能，而对账人员、出纳人员只有查询功能，其他人无权浏览。

二、对于科研系统，财务科有支出功能，相关科研课题审批科室有录入功能。财务科设置出纳、对账人员有权限登陆系统，可查阅全院人员科研信息，而相关审批科室只有所属课题范围的浏览权限。

三、科基金系统，系统管理员有录入权限，出纳有支出权限，科室负责人有权查询所属科室基金，其他人无权浏览。

所有系统密码需定期修改，不得告知他人。系统录入错误，不得删除，只能做负数冲销处理，保留修改痕迹。

后附:财务数据密码管理规定、权限审批单

附1：

财务数据密码管理规定

一、电脑密码保护

财务工作人员应将自己使用的电脑设置密码保护，并定期更换，在离开座位时、下班时要将电脑待机或者关闭，防止别人使用电脑、信息数据泄露。

二、成本系统密码保护

成本系统指定账务制单人员、复核人员、主管人员、信息维护人员登录权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

三、用友数据密码保护

用友系统指定账务制单人员、复核人员、主管人员、信息维护人员登录权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露，其他人员没有权限登陆。需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

四、HIS系统(科研系统、科基金系统、物价系统)密码保护

（一）科研系统要指定现金出纳、银行出纳、科研系统对账人员登陆及录入权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限录入，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

（二）科基金系统要要指定现金出纳、银行出纳、科基金系统对账人员登陆及录入权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

（三）物价系统要指定物价管理员登陆权限，设置密码保护，定期更改，防止数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

五、网上银行密码保护

网上银行指定银行出纳、银行对账人员登陆使用，其他人没有权限登陆，密码定期更换，网银U盾不得外借，不用时放置柜中，防止账户信息泄露。

泗洪县第一人民医院医疗服务价格管理制度

为了正确执行国家价格政策,规范价格行为,严格按照上级主管部门和物价部门的收费标准合理收费,保护患者合法权益,加强医院收费管理,保障医院利益不受损害,特制定我院医疗服务价格管理制度。

一、建立健全内部价格监督机制。医院成立价格监督领导小组，小组成员由医保、医务、护理等有关人员参加。定期或不定期对收费科室进行监督检査。查出的违法收入要及时、如数退还患者,并向患者致歉。建立奖惩制度,把价格管理作为考核科室工作的重要指标之一。

二、完善价格公示制度。应在显著位置公示医疗服务价格(包括项目编码、项目名称、项目内涵、计价单位、实际执行价格和收费依据等)、常用药品和主要医用耗材价格。价格变动时,应及时变更相应的公示内容。

三、建立患者住院费用清单査询制度,增加医疗费用透明度。要逐项记录住院患者每日发生的医疗费用(费用清单包括医疗服务、药品及另行收费的医用耗材的名称、单价、数量、金额等)。在患者入院时,要告知患者每日医疗费用查询方式,各科室护士站负责提供患者查询要求。毎日向患者发放住院费用一日清单,患者出院时,要对患者住院期间发生的毎一笔费用进行复核,住院费用核实无误后,给患者办理费用结账手续,同时向需要的患者免费提供住院总费用清单。门(急)诊患者根据要求提供费用清单,包括收费名称、单价、数量、金额等。

四、建立医疗价格政策执行情况的自查制度。配备专职物价管理人员,自觉规范医疗收费行为,每月定期进行自查,有无对医疗收费自定收费项目、超标准收费、重复收费和漏收费现象,不允许科室以任何形式的分解收费和比照项目等乱收费行为。并对检查情况进行分析写岀书面报告,提岀整改措施。通过经常性地自律性检查,实现无违法收费的不良记录。

五、完善患者投诉处理管理制度。医院有义务接受患者对价格问题的咨询和医疗费用问题的查询,并如实向患者提供价格或费用信息在医院门诊大厅显著位置公布医院价格监督投诉电话,设立举报信箱、意见簿。要认真对待毎位患者的投诉,及时受理处置患者投诉,详细记载调查结果、处理意见,并及时回复投诉人。

六、为适应医疗技术进步和开展医疗服务的需要,在《医疗服务价格》之外,各相应科室如有条件开展新医疗服务项目的,应按规定程序申报,物价管理员应积极指导科室填报新项目成本测算表,提出收费标准的建议,报医保科审核,待医保局审批后执行。

七、手术室耗材收费及医用耗材加成收费规定:手术室可收取《医疗服务价格》项目中所需的特殊缝线、特殊止血材料除外内容;凡未列除外内容或在相关说明中未明确规定可以另行收费的医疗器械用材料等,手术室均不得在项目之外另行收费。

八、明确医疗收费管理职能。要加强对药品和医用耗材日常监管,建立健全管理制度,医保科、药材科、信息科等相关职能科室要加强协作,不定期组织药品和医用耗材价格自查工作,药品零售价和医用耗材价格应严格按照国家价格政策规定作价原则、作价方法核定药品和医用耗材价格,并做好检查记录,发现问题及时纠正。明确管理职能:医用耗材和药品调价由医保科按国家规定专人负责调价。医疗服务项目、价格由医保科科专人负责录入审核把关。在医疗收费管理中,因职能部门管理不到位,未及时通知相关科室或相关科窒未及时调整价格的,造成违反收费标准,应追究当事人责任,并按相关规定处理。

九、（1）住院病人的住院时间确定:按规定住院时间计算:按计入不计出的原则,即不论当天什么时间入院,按一天计算,出院时,不论当天何时离开,不计收当天住院床位费

（2）在院内需转科的病人,当天只能收取一次的住院床位费、住院诊查费、护理费(上午转科的病人,三项费用由转入科室收取,下午转科的病人,三项费用由转出科室收取),转科病人不可以多收住院床位费、住院诊査费和护理级别;（3）病人在办理岀院当天,护理费、住院诊査费可按规定:如病人出院当日接受医院提供的上述各项医疗服务,医院可收取相关费用;如医院当日未向出院病人提供上述各项医疗服务,不得收费。

十、建立健全医院内部价格管理制度,严格医药费用管理,杜绝不合理收费。

（1）、医院严格执行国家药品价格政策和医疗服务项目价格。禁止在国家规定之外擅自设立收费项目,严禁分解项目、比照收费和重复收费。

（2）、公开收费项目和标准。在显著位置通过电子触摸屏、电子显示屏、公示栏、价目表等公示医疗服务价格、常用药品和主要医用耗材的价格。

（3）、严格执行住院患者费用毎日清制度,将药品、医用耗材和医疗服务名称、数量、单价、金额等通过适当方式告知患者。患者出院时提供详细的总费用清单。

（4）、接受患者价格咨询和费用查询,如实提供价格或费用信息,及时处理患者对违规收费的投诉。

（5）、完善医疗服务项目的病历记录和费用核査制度,定期对患者费用进行核查,病历没有记录的医疗服务项目不得收取费用。

十一、各科室有下列行为之一的,按医院规定给予处罚：

（1）科室和医务人员在国家规定的收费项目和标准之外,自立、分解项目收费或提高标准加收费用的。

（2）在医疗服务过程中,医务人员违反收费管理制度、临床科室和个人私自收费的。

（3）没有按规定提供医疗服务而收取费用的;有提供医疗服务而未收取费用的或漏收费的。

（4）医务人员开大处方、滥用药、乱检查,增加患者医药费用负担。

（5）科室和个人私自进药、卖药,及药品购买过程中的不正当行为。

（6）其他违反《医疗服务价格》的行为。

同时要求,要建立医药价格调整、医疗服务成本核算和成本控制等管理制度,科学规范收费行为;要建立新增医疗服务项目价格申报制度。还要建立价格公示制度、费用清单制度、医药价格自查制度、价格投诉管理制度、价格管理奖惩制度等。

十二、本制度自发文之日起执行。

泗洪县第一人民医院新增医疗服务价格项目管理制度

为规范医院医疗服务项目价格管理，促进医疗技术及时进入临床应用，满足患者的医疗需求，根据《江苏省新增医疗服务项目价格管理办法》，结合我院实际，制定本制度。

一、新增医疗服务项目。是指未纳入《江苏省医疗服务项目价格》（以下简称项目规范），经临床试验、专家论证，能够提高诊断治疗水平且诊疗效果明显，可在医疗机构开展的医疗新技术、新项目。医疗服务项目开展所涉及的新增特殊医用材料，参照新增医疗服务项目管理。

二、新增医疗服务项目价格的申报、审核、实施和管理，适用医院各临床科室。

三、新增医疗服务项目由临床科室提出书面申请，并提供以下材料：

（一）食品药品监督管理部门批准的医疗器械注册证、生产经营许可证、使用说明书，列入甲、乙类大型医用设备管理目录的需同时提供配置许可批准文件。

（二）诊疗规范，逐项完整填报《江苏省新增医疗服务项目申报表》，并按要求提供工作原理、操作技术规范（程序）、质量标准、适用范围及可能产生的技术风险等说明材料。

（三）价格材料，填报《江苏省新增医疗服务项目价格申报表》，并提供仪器设备、特殊医用耗材、试剂等财务票据、采购合同或协议、入出库单，仪器设备维修合同或协议等；申请单独收费的特殊医用材料，需提供已公布省市招标采购价格及销售发票；外省市已立项的应提供项目批准文件。

（四）国家级正式刊物公开发表的临床应用资料及其他需要说明的事项。

四、临床科室协同财务处填报《江苏省新增医疗服务项目价格申报表》成本相关信息：水电气费用、劳务费用、仪器及设备折旧费、维修费、专用房屋折旧及维修费用。

五、新增医疗服务项目价格试行期两年。试行期间国家有新规定的，按国家规定执行。试行期满后需要继续执行的，相关科室应当在试行期满前六个月向财务处报送试行期间的价格材料（按照本办法第六条的规定），财务处协同完善成本核查、送价格主管部门审批；逾期未报送的，项目价格自试行期满之日起停止执行。

六、对新增医疗服务项目价格执行公示制度，按照服务内容、服务规范提供服务。

泗洪县第一人民医院医疗服务价格自查制度

为了加强和规范我院医疗服务收费管理,严格执行国家物价政策,防止过度医疗和违规收费,有效减轻患者就医经济负担,特制订我院医疗服务收费自查制度,由医院费用管理小组负责实施。

一、价格自查工作原则

1. 定期检查、不定期抽查和有投诉则必查相结合，检查有记录，处理有程序，结果有反馈。通过持续改进，完善医疗服务收费管理。

2. 自查的定期检查的时间为每季度一次。

二、价格自查工作流程

1. 医院费用管理小组以病历、检查报告单、费用清单为基础，以现行医疗服务收费标准为依据进行全方面检查。

2. 检查过程中发现的问题及时汇总成文后报告院领导，并下发整改通知书，和医疗收费服务自查情况简报，督促各科室迅速整改存在问题。

3. 召开全院护士长以上会议通报自查情况，分析问题原因，加强收费政策的培训，规范医疗护理行为。

三、价格自查工作任务

1. 检查是否有自立项目收费、重复收费、分解收费、无医嘱收费和私自收费的违规收费行为。

2. 检查医嘱、各类检查报告单、收费清单，实际服务数量等是否匹配。

3. 检查是否存在违规收取未经批准的一次性材料费和违规收取药品费用。

4. 检查全院是否按照物价政策规范计费，计费单位是否准确。

5. 检查是否有应收未收的漏费现象。

泗洪县第一人民医院医疗服务价格调价管理制度

为规范医院医疗服务项目价格管理，贯彻落实《省政府关于进一步深化价格改革切实加强价格监管的意见》，就我院市场调节价医疗服务项目，制定本制度。

1. 实行市场调节价管理的医疗服务项目由省级价格主管

部门会同卫生计生、人力资源和社会保障部门制定，主要包括价格管理权限放开的医疗服务项目和特需医疗服务项目。

1. 实行市场调节价管理的医疗服务项目根据市场竞争变

化和公立医院改革进展情况动态调整。

三、实行市场调节价管理的医疗服务项目由医院自主确定价格。制定和调整价格应以合理的医院成本为基础，体现医疗服务技术含量、医疗风险程度，兼顾市场供求、综合考虑群众、医保的承受能力和当地经济社会发展水平等。

四、临床科室如需调整实行市场调节价管理的医疗服务项目价格，须提出书面申请。

五、实行市场调节价管理的医疗服务项目价格必须保持一定时期内相对稳定，价格调整周期不少于 6个月，一次提价幅度不得超过 50%。执行前需公示一周并告知当地医保、卫生、人力资源社会保障部门后执行。

六、坚持患者自愿的原则，按照服务内容、服务规范提供服务。特需医疗服务必须在保障基本医疗的前提下开展，不得降低服务质量，强制或诱导患者选择特需服务。

七、医保科要会同相关部门加强监督，及时掌握价格管理权限放开的医疗服务项目和特需医疗服务项目价格变化情况，发现异动及时提醒、告诫相关科室。

医保管理及考核办法

泗洪县第一人民医院医保管理及考核办法

为进一步规范医院基本医疗保险诊疗行为，为城乡居民、职工等参保人员就医提供正确、合理、有效的基本医疗服务保障，现结合实际拟定我院基本医疗保险内部管理及考核办法：

一、管理规定

（一）就医管理

1.严格执行《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《宿迁市公立医疗机构医疗服务项目价格目录》标准，做到因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、不断提高医疗质量。

2.医护人员应[坚持](http://www.unjs.com/Special/jianchi/" \t "http://www.unjs.com/fanwenwang/gzzd/_blank)“以病人为中心，以质量为核心”的[思想](http://www.unjs.com/Special/sixianggongzuozongjie/" \t "http://www.unjs.com/fanwenwang/gzzd/_blank)，不断优化就医流程，掌握基本医疗保险报销相关政策、规定，尽到告知义务，为就诊病人提供优质、便捷、低廉、高效的医疗服务。

3.参保病人就诊时，首诊医务人员应认真核对身份、信息，层层把关，遏制冒用或借用医保身份开药、诊疗等违规行为；对于交通事故、打架斗殴、工伤、自杀等非医保基金支付范围的就医病人，管床医生要严格审查，并在病历上按规定如实记录病史和治疗经过，严禁弄虚作假。

4.医务人员应严格管控诊疗行为，不得因完成考核指标拒收、推诿病人。

5.诊疗过程中，因病情需要须使用特殊检查、特殊治疗、特殊用药和特殊材料等自费项目时，必须征得病人或家属同意并签字认可，使用贵重药品及高值耗材需经科主任审签后报医务部审批、备案（急诊、抢救48小时内补办）后留存备查。

6.门诊及住院病历，应按规定书写规范、齐全，各种检查治疗、用药及出院带药需符合病情及相关规定。门诊处方及住院病历，应妥善保存备查，门诊处方至少保存2年，住院病历至少保存15年。

（二）用药管理

1.严格按《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》及《医保考核》有关备药率的要求，根据医院实际[情况](http://www.unjs.com/Special/qingkuangshuoming/" \t "http://www.unjs.com/fanwenwang/gzzd/_blank)配备好医保目录内中、西药品，满足医保病人就医需要。

2.临床用药应与主要诊断和病历记载一致；不得在医嘱外开药，不得搭车开药和超限量开药；控制用药品种，尤其是疗效不确切、价格昂贵的辅助药。

3.要严格掌握用药指征和梯度，按照医保政策和抗生素使用原则，尽量使用价廉质优、疗效肯定的甲类药品；不得引导病人使用高档进口药和新药、特药、广告药，对《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中规定限制使用范围的药品应符合限制使用范围，凡超范围使用视为自费药品，必须告知病人或家属征得同意并签字。

4.严格按照急性病人不超过七日量，慢性病人不超过十五日量，规定疾病(肝炎、肺结核、精神并癌症、糖尿并冠心病)不超过一个月量，并应在处方上注明疾病名称。患者出院带药，一般疾病不超过3天、慢性疾病不超过7天，并在病历中作好记载。治疗项目不属于出院带药范围。

5.医务人员应熟悉《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有关内容，对控制用药应严格《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定的适应症使用。使用蛋白类制品应达到规定生化指标，并经医务科审批方可使用，有效期最长为5天。

（三）收费、结算管理

1.严格执行物价收费标准，严禁随意增加项目、自立项目、分解项目、重复收费、乱收费，收费清单与医嘱、记录、处方等相符。不得将超指标内容分解收费名目或转嫁成自费项目；严禁将报销范围外的药品、诊疗项目窜改名目收费套取国家医保基金。

2.参保病人日常刷卡就医和出院结账过程中，如出现异常数据，应及时与信息科或上级部门联系，查明原则保证结算数据的正确性。

3.挂号、计费应直接用医保卡读卡操作，绝对不允许采用输入保障号操作。刷卡操作时要保证对卡操作[成功](http://www.unjs.com/Special/chenggongrenshidegushi/" \t "http://www.unjs.com/fanwenwang/gzzd/_blank)后，才能把卡取出来，药品输入要慎重，不要输错，不要随便退药。

4.出院操作首先由护理办公人员核对患者所有的费用无误后方可执行出院医嘱；住院收费处仔细审核患者药品、费用执行完成后才予办理出院手续，以保证上传的数据完整、正确。

5.遇刷卡障碍时操作人员应做好解释工作，并及时[报告](http://www.unjs.com/baogao/" \t "http://www.unjs.com/fanwenwang/gzzd/_blank)信息管理人员，严禁擅自进行非法操作或推诿病人。

6.外地参保病人科室和医保科要全面告知报销流程及手续，并出具相关手续。

（四）计算机系统维护管理

1.重视信息管理系统的开发和建设，医保新政策出台时，按统一要求及时下载和修改程序，使其符合规定，为参保病人提供全天候持卡就医服务。

2.要妥善维护医保局提供的终端软件，不得出现人为原因导致数据篡改、丢失或设备损坏。医保系统出现故障时应及向医保局信息处报告，并限期排除，以保证系统的正常运行。

3.每天检查上传下载的进程是否正常。

4.医院上传下载的[时间](http://www.unjs.com/Special/zhenxishijiandemingyan/" \t "http://www.unjs.com/fanwenwang/gzzd/_blank)间隔不能设置太长(一般为20分钟)，更不能关掉上传下载进程，导致数据不能及时上传下载，影响参保人员个人账户。严禁修改数据库中的索引和触发器。

5.医院新进医保目录内药品以及新上诊疗项目要由药材科和物价员提供依据，信息科负责维护上传。

二、考核措施

（一）成立基本医疗保险考核工作小组

组长：许柯、尹忠诚

副组长：邵雷

成员：施学文、武怡、郑雯、彭兰兰、曹青、刘敏、郁志飞、王建、饶芬、李裴、张瑾

考评小组办公室设在医保科，由饶芬任主任，负责对医疗保险报销政策的传达、学习和日常考评工作进行组织、协调。

1. 考核小组工作职责

1.医务科负责监管、考评临床一线医务人员诊疗行为等是否符合规定；

2.护理部负责监管、考评护理人员护理行为、收费行为是否符合规定；

3.药剂科负责监管、考评医生用药行为是否符合规定；

4.财务科负责监管、考评收费、报销窗口工作人员是否符合执行，并做好全院住院人次、科室次均费用等指标的统计、分析。

（三）考核处理办法

因科室或医务人员个人原因对造成医院经济损失，或违反《泗洪县医疗保险定点医院服务协议》等规定受到上级部门处罚的：

一般情况下，对科室和个人处理办法：

1.违规收费、不合理收费造成的经济损失50%由科室或个人承担；

2.违规用药、不合理用药造成的经济损失由医务人员全额承担；

3.对实行按病种的病人，违反临床路径要求减少医疗服务,对实行按病种或按床日的病人,将未达到出院标准的参保病人办理出院的，每例罚款500元；

4.无医保病人自费诊疗项目同意书，每例罚款50元；

5.自费药品、贵重药品及高值耗材未征求病人同意签字者，每例罚款200元，同时承担病人不能报销和支付的费用；

6.参保人员进行彩超、CT等医用设备检查时，未按规定进行登记。检查结果为阳性的图片、报告未进行档案存档管理的，以及将检查结果正常的图片改为阳性图片的。每例罚款500元，同时承担所检查费用；

7.杜绝挂床住院和冒名顶替住院现象，违规者，每例罚款200元，造成的经济损失由科室或个人承担；

8.出院带药未上医嘱，超标准带药的，每例罚款100元（出院带药标准：不超过2种，普通患者不超过7天量，慢性病不超15天量）；

9.意外伤害未按要求上报审批，造成的经济损失由科室或责任人承担50%；

10.特殊（高值）耗材（单价大于等于2000元）使用未审批使用，每例罚款200元；如医保局拒付，科室承担相应费用；

严重情况，处理办法：

1.私自将以下不属于基本医疗保险支付范围疾病换名目进行报销医保，该病人住院报销费用由科室和（或）责任人承担（如工伤、交通事故、自杀、他杀、误服、故意伤害、与职业有关的所有疾病等）。

2.造成医院受到上级部门约谈、限期整改的情况，给予责任科室和（或）责任人200-1000元扣款；

3.造成医疗保险协议被暂停的情况，给予责任科室和（或）责任人2000-10000元扣款；

4.造成医疗保险协议被解除的情况，给予责任科室10000元扣款，责任人待岗或解除聘用合同处理。

（四）考核奖励办法

因科室医务人员熟知医保政策、规范诊疗行为后给医院带来的经济效益，医院将奖励到科室

1.符合临床路径结算的单病种，总费用低于定额标准的，差额部分提10%-15%对科室进行奖励。

1. 本办法自下发之日起执行，由医院负责解释工作。

附：泗洪县第一人民医院关于成立打击欺诈骗保工作方案

为切实加强医疗保障基金监管，整顿规范医疗保障运行秩序严厉打击医疗保障领城欺诈骗保行为，根据《关于即发全省打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动实施方案的通知》(苏人社发〔2018〕247号)、《关于印发宿迁市打击欺诈骗取医疗保障基金专项整治行动方案的通知》(宿人社发〔2018〕242号)文件的部署安排，决定在我院成立打击欺诈骗取医疗保障基金领导小组。具体工作方案如下：

一、工作目标

聚焦医疗保障领域违法违规和欺诈骗保行为，以住院和门诊服务服务为主要检査内容，加大医疗保障反欺诈工作力度，形成高压态势，达到宣传法规、强化管理、浄化环境、震慑犯罪的目的。通过该小组，增强医患双方遵守医疗保障管理规定的自觉性，进一步完善医疗保障治理体系，构建多部门联动机制，实现源头防范，保障医保基金安全。

二、组织领导和工作机构

成立泗洪县第一人民医院打击欺诈骗取医疗保障基金领导小组(以下简称“领导小组”)。领导小组成员由医务部、护理部、药材科、财务科、医保科分管负责人组成。领导小组下设办公室，办公室设在医保科，具体负责组织协调和日常工作。各科室要参照成立专项行动检查队伍，开展检查工作。专项小组成员科室职责分工如下：

1.医保科负责拟定检查方案并牵头组织实施；

2.医务科负责监管、考评临床一线医务人员诊疗行为等是否符合规定；

3.护理部负责监管、考评护理人员护理行为、收费行为是否符合规定；

4.药剂科负责监管、考评医生用药行为是否符合规定；

5.财务科负责监管、考评收费、报销窗口工作人员是否符合执行，并做好全院住院人次、科室次均费用等指标的统计、分析。

三、范围和内容

结合智能监控筛查疑点、投诉举报线索，结合随机抽样，对医保开展检查。针对有举报线索的案例，开展重点检查，一查到底。检查重点如下：

1.通过虚假宣传、以体检等名目诱导骗取参保人员住院等行为；

2.留存、盗剧、冒用参保人员社会保障卡等行为;

3.人证不符、恶意挂床住院、虚构医疗服务、伪造医疗文书或票据行为;

4.协助参保人员开具药品用于变现，从而套取医保基金等不法行为;

5.虚记、多记药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施费用的行为;

6.串换药品、器械、诊疗项目等行为;

7.分解收费、超标准收费、重复收费、套用项目收费等违规收费行为;

8.不合理诊疗和其他违法违规及欺诈骗保等行为;

四、工作要求

（一）高度重视，加强组织领导。各科室要高度重视，切实加强组织领导，落实工作责任，扎实做好医保监管工作。要加以指导，精心制定方案，认真组织实施，严格按要求确保完成检查任务。对检查中发现的间题，要做到不掩饰、不回避、不推诿、不护短，严格依法办事、按规定程序处理。

（二）密切配合，形成工作合力。检查工作涉及面广、政策性强，工作难度大，各有关科室要密切配合，齐抓共管。要落实检查责任，做到一級抓一级，层层抓落实。各相关科室要互通信息及时反馈工作动态，真正形成反欺诈检查的合力。

（三）严肃纪律，廉洁工作。各科室在开展检查中，要严格遵守国家法律法规，依法行政，严格遵守廉政规定，严禁利用工作之便刁难检查对象，不得收受检查对象的财物和宴请等。不得因检查影响病区和门诊的正常工作秩序。

（四）剖析总结，完善制度。检查结束后，要全面总结，对发现的问题要认真剖析，分析原因，找准症结，举一反三，堵塞漏洞，完善管理措施，从源头治理。

附：泗洪县第一人民医院关于深化医保支付方式改革实施方案

为推进医保支付方式改革，严格规范基本医保责任边界。基本医保重点保障符合临床必需、安全有效、价格合理原则的药品、医疗服务和基本服务设施相关费用。充分发挥医保在医改中的基础性作用，结合我院实际，制定本实施方案。

1. 总体要求

（一）指导思想

全面建立并不断完善符合我院实际的医保支付体系。规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者。与疾病治疗无直接关系的费用，不得纳入医保支付范围。对医保目录内的药品和医疗服务项目，科学合理确定医保支付标准，全面开展以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革。

（二）基本原则

着力保障参保人员基本医疗需求，严格规范基本医保责任边界，重点保障符合“临床必需、安全有效、价格合理”原则的药品、医疗服务和基本服务设施相关费用，促进医疗资源合理利用，筑牢保障底线。

（三）主要目标

根据客观控费指标的合理调控,结合统筹外个人负担、服务满意度等情况，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，按床日付费占比明显下降。

二、主要内容

重点推行按病种付费。建立专项审核、监管机制实行病种总费用定额付费方式。完善符合我院基本医疗需求的临床路径等行业技术标准。加强临床路径管理，严格执行医疗项目技术规范等行业技术标准。明确病历及病案首页书写规范，实现医疗服务项目名称和内涵的统一，为推行按病种付费打下良好基础。原则上对诊疗方案和出入院标准比较明确、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的病种，实行按病种付费。

实行多元复合式医保支付方式。针对不同医疗服务特点，推进医保支付方式分类改革。对住院医疗服务，主要按病种、按床日。对不宜打包付费的复杂病例和需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，可按床日付费。对诊断明确、疗效确切、个体费用差异不大的病种或治疗方式,实行病种总费用定额付费,并明确医疗总费用个人负担比例。同时加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估，规范我院诊疗行为。降低住院率,缩短住院天数节省医疗资源,减轻患者负担。

加强药品采购管理，对临床用量大、采购金额高、多家企业生产的基本药物和非专利药品，通过推进联盟带量采购，量价挂钩，联合议价，以量换价，对部分专利药品、独家生产药品，建立公开、透明、多方参与的价格谈判机制。建立多部门共同参与的药品采购机制,通过量价挂钩的谈判竞价,有效降低价格,节约我院运行成本。

加大对套取、骗取医保基金行为的查处力度。强化医保服务监控医师、药师管理。强化医保对医疗行为的监管。完善医保服务协议管理，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制。避免支付方式改革出现推诿病人，减少必要服务或降低服务质量等现象，加强医保局与我院的协商机制，形成共识。同时，加强医保医疗服务监管，探索将医保监管延伸到医务人员医疗服务行为的有效方式，强化医务人员管理。建立医疗机构效率和费用信息公开机制，定期公开费用、患者负担水平等指标，接受社会监督，并为参保人就医选择提供参考。切实加强内部管理,建立与支付方式改革相适应的控费机制,加强成本管理,坚持因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费,为参保人提供良好的医疗服务。

巩固我院取消药品加成改革成果，合理调整医疗服务项目价格，对符合基本医疗保险支付范围的医疗服务项目，价格调整后的医疗费用按规定纳入医疗保险支付范围。

不断完善医保信息系统，确保信息安全。推进我院医保数据集中管理，推动医保、医疗、医药数据信息共享。

三、组织实施

（一）加强领导，密切协作。支付方式改革是发挥医保基础性作用的关键，是深化医改的重要抓手。我院要高度重视，切实加强组织领导，积极推进医保支付方式及相关领域改革，做好改革政策衔接，发挥政策合力。医保科将与各科室根据各自职能职责，加强协同配合，及时研究解决问题，形成工作合力。

（二）抓好落实，注重评估。要及时开展改革效果评估，既要纵向评估改革前后医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平、参保人员健康水平等情况，妥善做好支付方式改革的全面衔接，实现平稳过渡。

（三）加强宣传，正确引导。医保支付方式改革是一项长期而又复杂的系统工程。我院要加强政策解读和宣传，正确引导舆论，妥善回应社会关切，争取患者的理解和支持，确保顺利推进各项支付方式改革工作。

泗洪县第一人民医院关于成立打击欺诈骗取医疗保障基金小组的工作方案

为切实加强医疗保障基金监管，整顿规范医疗保障运行秩序严厉打击医疗保障领城欺诈骗保行为，根据《关于即发全省打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动实施方案的通知》(苏人社发〔2018)247号)、《关于印发宿迁市打击欺诈骗取医疗保障基金专项整治行动方案的通知》(宿人社发(2018]242号)文件的部署安排，决定在我院成立打击欺诈骗取医疗保障基金领导小组。具体工作方案如下：

一、工作目标

聚焦医疗保障领域违法违规和欺诈骗保行为，以住院和门诊服务服务为主要检査内容，加大医疗保障反欺诈工作力度，形成高压态势，达到宣传法规、强化管理、浄化环境、震慑犯罪的目的。通过该小组，增强医患双方遵守医疗保障管理规定的自觉性，进一步完善医疗保障治理体系，构建多部门联动机制，实现源头防范，保障医保基金安全。

二、组织领导和工作机构

成立泗洪县第一人民医院打击欺诈骗取医疗保障基金领导小组(以下简称“领导小组”)。领导小组成员由医务部、护理部、药材科、财务科、医保科分管负责人组成。领导小组下设办公室，办公室设在医保科，具体负责组织协调和日常工作。各科室要参照成立专项行动检查队伍，开展检查工作。专项小组成员科室职责分工如下：

1.医保科负责拟定检查方案并牵头组织实施；

2.医务科负责监管、考评临床一线医务人员诊疗行为等是否符合规定；

3.护理部负责监管、考评护理人员护理行为、收费行为是否符合规定；

4.药剂科负责监管、考评医生用药行为是否符合规定；

5.财务科负责监管、考评收费、报销窗口工作人员是否符合执行，并做好全院住院人次、科室次均费用等指标的统计、分析。

三、范围和内容

结合智能监控筛查疑点、投诉举报线索，结合随机抽样，对医保基金使用情况开展检查。针对有举报线索的案例，开展重点检查，一查到底。检查重点如下：

1.通过虚假宣传、以体检等名目诱导骗取参保人员住院等行为；

2.留存、盗剧、冒用参保人员社会保障卡等行为;

3.人证不符、恶意挂床住院、虚构医疗服务、伪造医疗文书或票据行为;

4.协助参保人员开具药品用于变现，从而套取医保基金等不法行为;

5.虚记、多记药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施费用的行为;

6.串换药品、器械、诊疗项目等行为;

7.分解收费、超标准收费、重复收费、套用项目收费等违规收费行为;

8.不合理诊疗和其他违法违规及欺诈骗保等行为;

四、工作要求

（一）高度重视，加强组织领导。各科室要高度重视，切实加强组织领导，落实工作责任，扎实做好医保监管工作。要加以指导，精心制定方案，认真组织实施，严格按要求确保完成检查任务。对检查中发现的间题，要做到不掩饰、不回避、不推诿、不护短，严格依法办事、按规定程序处理。

(二)密切配合，形成工作合力。检查工作涉及面广、政策性强，工作难度大，各有关科室要密切配合，齐抓共管。要落实检查责任，做到一級抓一级，层层抓落实。各相关科室要互通信息及时反馈工作动态，真正形成反欺诈检查的合力。

（三）严肃纪律，廉洁工作。各科室在开展检查中，要严格遵守国家法律法规，依法行政，严格遵守廉政规定，严禁利用工作之便刁难检查对象，不得收受检查对象的财物和宴请等。不得因检查影响病区和门诊的正常工作秩序。

（四）剖析总结，完善制度。检查结束后，要全面总结，对发现的问题要认真剖析，分析原因，找准症结，举一反三，堵塞漏洞，完善管理措施，从源头治理。

泗洪县第一人民医院新技术专项经费使用管理办法

一、使用原则： 院新技术专项资金纳入财务处统一管理，专项经费要确保专款专用，单独核算，任何科室和个人不得改变资金性质和用途，不得以各种名义挤占、挪用。

二、适用范围： 重新技术专项资金由医院投入，主要用于更新和添置对重点技术开展有重大影响的实验器材和设备等。专项资金具体使用范围包括以下各项开支：

1、设备、材料费。用于重点技术所需的实验技术、实验材料（动物）的投资，包括购置样品、药品和小型设备，以及设备租用、折旧、运输等费用。

2、管理费。用于新技术的调研和应用论证、组织实施、印制文件制度和合同等有关资料等方面的支出。对管理费实行总额控制（小于总经费 10%）,由重点技术第一申报人管理和使用。

3、培训费。用于聘请院外专家进行和新技术相关的讲座、查房、带教等费用。

4、会务费和差旅费。用于参加与新技术相契合的学术会议、学习和制定相关技术规范等会议和培训的支出。（会务费不包含召开相关学术会议的费用）

6、版面费。和新技术相契合的学术论文的发表费用。

7、院新技术专项资金报销流程。经费使用必须提前上报医务部签字同意，使用后由重点技术第一申报人签字通过，上报医务部和财务处审批，经院长审批签字后方可报销。

8、院新技术专项资金不得用于科室人员津贴、奖金及绩效工资等，院新技术第一申报人要严格控制支出，保证资金按规定范围使用，不得开支上述范围以外的其它支出。

9、院新技术专项经费使用必须在实施周期内，技术结题后专项经费不能再进行使用（版面费在结题后 1 年内）。

泗洪县第一人民医院临床重点专科建设专项资金管理办法

一、使用原则：

重点专科建设专项资金纳入财务科统一管理，专项经费要确保专款专用，单独核算，任何科室和个人不得改变资金性质和用途，不得以各种名义挤占、挪用。

二、适用范围：

重点专科专项资金由政府投入，医院予以配套资金奖励，主要用于引进和更新添置对重点专科发展有重大影响的关键性技术、人才和设备等。专项资金具体使用范围包括以下各项开支：

1. 设备、材料费。用于重点专科建设所需的技术设备、材料的投资，包括购置样品、药品和小型设备，以及设备租用、折旧、运输等费用。

2. 管理费。用于重点专科的科室管理和重点专科检查、印制文件制度和合同等有关资料等方面的支出。对管理费实行总额控制,由学科带头人管理和使用。

3. 培训费。用于聘请院外专家进行和重点专科建设相关的讲座、查房、带教等费用。

4. 会议费。用于对重点专科建设工作进行研讨和学习交流会议的有关支出。

5. 会务费。用于重点专科建设人才梯队建设，对专业技术人员进行重点专科建设规范、学习和制定相关技术规范等会议和培训的支出。

6. 差旅费。用于制定或修订重点专科建设标准和文件制度以及参加专业学术会议等有关的差旅费。

7. 重点专科建设专项资金报销流程。经费使用必须提前上报医务部、分管院长、院长签字同意，使用后由科室主任签字通过，上报医务部和财务科审批，经院长审批签字后方可报销。

8. 重点专科建设专项资金不得用于科室人员津贴、奖金及绩效工资等，学科带头人（科主任）要严格控制支出，保证资金按规定范围使用，不得开支上述范围以外的其它支出。

三、重点专科建设管理规定：

重点专科实行动态管理，评审周期原则为 3-5 年。科主任要根据重点专科建设周期预算专项资金使用预算，并不断完善资金使用公示制度，建立专科建设进度评价机制。

1. 列入重点专科的科室要制定发展规划和年度达标计划，并于每年 12 月份前向财务科和医务部提交重点专科建设专项资金使用预算。

2. 如果出现学科带头人调动工作、重点专科建设项目条件变化等重大事项，应及时报医务部，经医院院长办公会议研究决定后决定专项资金是否继续使用。

3. 重点专科实行动态管理，对于考核合格的科室，本年度结存的专项经费，结转下一年度按规定继续使用。对于被淘汰的科室，由财务科及时清理专项资金帐目，结余经费暂时冻结，如果下一轮入选，可结转后继续使用，如果被淘汰，则由医院收回，转存其他重点专科使用。

4. 医院不定期组织督查小组按照重点专科建设达标计划的内容和考核指标，对重点专科建设情况、专项资金使用情况等进行年度考核管理。

泗洪县第一人民医院科研经费管理办法

一、科研经费的主要来源

（一）国家、省（部）、市（厅）等上级主管部门直接下拨的纵向科研经费。

（二）协作单位按合作协议拨付的横向科研经费。

（三）医院经费直接划拨的院科研经费及相关配套经费。

（四）其它渠道获得的研究经费。

二、科研经费的使用原则

项目负责人应按照专款专用的原则，合理使用研究经费,并承担相应的责任。科技处对研究经费的使用过程进行管理和监督，确保科研经费规范使用。

三、科研经费的管理

（一）科技处获悉拨款情况后及时到财务查询确认，科技处管理人员按照“专款专用”的原则单独建立科研经费财务帐号。

（二）凡调离我院人员的科研经费，经协商并办理相关手续，可变更项目负责人交由相关人员代理完成。逾期未能或无法完成的项目，其经费由科技处统筹安排，同时报党委办公会审核。

四、纵向科研经费的具体支出范围和支出限额：纵向科研经费的使用应严格按照项目合同书或计划书的项目预算执行，项目经费由直接费用和间接费用组成。

（一）直接费用

直接费用中各类经费开支限额及开支标准，各类纵向科研项目应严格按照各专项资金的管理办法执行。不得擅自调整、变更预算和扩大科研经费开支范围。

1、设备费：是指项目实施过程中购置、运输、安装或试制专用仪器设备，对现有仪器设备进行升级改造，以及租赁外单位仪器设备而发生的费用。

2、材料费：是指在项目实施过程中购买原材料、试剂、药品、动物等购置费，大型仪器设备等消耗的各种原材料、辅助材料等低值易耗品的采购及运输、装卸、整理等费用。

3、测试化验加工费：是指在项目实施过程中支付给外单位（包括项目承担单位内部独立经济核算单位）的检验、测试、化验及加工等费用。

4、燃料动力费：是指在项目实施过程中相关大型仪器设备、专用科学装置等运行发生的可以单独计量的水、电、气、燃料消耗费用等。

5、差旅费：是指在项目实施过程中开展科学实验（试验）、科学考察、业务调研、学术交流等所发生的外埠差旅费、市内交通费用等。

6. 会议费：是指在项目实施过程中为组织开展学术研讨、咨询以及协调项目等活动而发生的会议费用。项目承担单位应当按照国家和省有关规定，严格控制会议规模、会议数量、会议开支标准和会期。

7、国际合作与交流费：是指在项目实施过程中项目研究人员出国及国外专家来华工作的费用。国际合作与交流费应当严格执行国家和省外事经费管理的有关规定。

8、出版/文献/信息传播/知识产权事务费：是指在项目实施过程中，需要支付的版面费、资料费、专用软件购买费、文献检索费、专业通信费、专利申请及其他知识产权事务等费用。

9、劳务费：是指在课题研究开发过程中支付给课题组成员中没有工资性收入的相关人员的劳务性费用，如项目临时聘用人员、研究生、博士后、访问学者及聘用的研究人员、科研辅助人员等均可参照当地科学研究和技术服务业从业人员平均工资水平，根据其在项目研究中承担的工作任务确定劳务费，其社会保险补助纳入劳务费科目开支。具体支出范围根据各专项资金管理办法决定，支出限额以主管部门规定及预算批复额为准，一律使用转账支票或汇款进行结算。

10、专家咨询费：是指在项目实施过程中支付给临时聘请的咨询专家的费用。专家咨询费不得支付给参与项目管理相关的工作人员。专家咨询费的开支标准应当按照国家、省、市科技经费管理的相关规定执行。

11、其他支出：是指在项目实施过程中发生的除上述费用之外的其他合理支出。其他支出应当在申请预算时单独列示，单独核定。

（二）间接费用

间接费用是指承担单位在组织实施项目过程中发生的无法在直接费用中列支的相关费用。主要包括：承担单位为项目研究提供的房屋占有，日常水、电、气、暖消耗，有关管理费用的补助支出，激励科研人员的绩效支出以及课题审计费、论证费、评审费等。

1.间接费用使用实行总额控制，按照不超过直接费用扣除设备费后的一定比例核定，具体比例如下：

500 万元以下的部分为 20%；

500 万元至 1000 万元的部分为 15%；

1000 万元以上的部分为 13%。

（三）协作费用

1.协作费用根据项目预算中核定的数额及相应协作合同，向指定协作单位转拨经费。

2.项目负责人在开展科研活动过程中发生的支出，应与科研任务具有相关性，不得将无关的支出在科研经费中列支；必须取得真实、合法票据进行财务报销，不得使用假发票；必须按照实际开展的科研活动据实支出，不得虚构经济业务或通过非法手段取得票据套取科研经费。经费的使用应遵守医院财务管理制度，并接受医院财务部门的监督和审计部门的审计。

（四）转拨经费管理

1.与其他单位合作申报的科研项目，需要按预算转出科研合作经费或协作费时，必须签订科研合作合同。项目负责人应提供科研项目批件、项目合同、合作合同、经费预算、合作单位的合法有效财务凭据等相关材料，经医院科研、财务部门审批，由科技处经办人至财务处办理经费转拨手续。

2.项目负责人应及时严格按预算办理经费转拨手续，并加强对外拨经费的监督管理。不得层层转拨、变相转拨经费，不得借科研协作之名，将科研经费挪作它用或转入与项目负责人有直接经济利益关系的关联单位。院内各项目之间转账必须要有与项目有关的实质性的业务内容，不得随意相互转拨科研经费。

（五）决算与结余经费管理

1.科研项目结题时，项目负责人应至财务处查询项目收支情况，根据编报项目决算的要求和规定，严格按照批准的资助项目经费预算及科研项目财务明细账目，实事求是编报资助项目经费决算并对项目决算的真实性、准确性负责,财务处和科技处应予以指导和审查。

2.科研项目结余经费是指课题结束或因故终止时，科研项目经费总预算减去实际总支出后的余额。结余经费的处理应按项目主管部门管理规定执行。需退回主管部门的，根据主管部门相关文件通知要求执行；符合主管部门规定可留存在医院的，项目负责人可以继续用于科研活动相关支出。

五、横向科研项目经费的管理及使用

（一）横向科研项目合同或协议一经生效，其经费到位后，由科技处办理立户手续。其经费支出按照该横向项目合同中项目支出明细使用。

（二）税费：按照财务规定收取一定比例的税费。

科研经费审批流程课题负责人携带发票、相关材料至科技处填写《泗洪县第一人民医院科研经费审批单》

六、经科技处申报获批的其它项目经费参照本办法执行。

七、本办法同时参照《国家自然科学基金资助项目资金管理办法》及其他省（部）级、市厅级项目经费管理办法执行。

八、本办法由科技处负责解释。

第十章 招投标办公室工作制度

泗洪县第一人民医院招标投标管理办法

第一章总则

为了规范医院的采购行为，加强对招标投标活动的监督管理，维护招标投标活动双方权益，依据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及相关法律、法规等规定，制定本办法。

第二条 医院及医院委托的有法定资格的采购代理机构进行的招标投标活动，适用本办法。

第三条 招标分为公开招标和邀请招标。

公开招标，是指招采部门依法以招标公告的方式邀请不特定法人或者其他组织投标。

邀请招标，是指招采部门以投标邀请书的方式邀请三家以上特定法人或者其他组织投标。

第四条 医院的工程、货物、服务类采购项目及其他需要进行招标的项目要严格按照年度预算和计划进行招标采购，临时计划（含三重一大项目）需经院办公会或招标采购领导小组审批。金额按以下标准执行：

工程施工类单项合同估算价100万元（含）、工程货物类单项合同估算价50万元（含）、工程服务类（工程服务是指勘察、设计、监理、全过程工程咨询，下同）单项合同估算价30万元（含）以上一律进场（县公共资源交易中心）按《中华人民共和国招投标法》及其实施条例以招标方式发包。

工程施工类单项合同估算价20万元（含）～100万元、工程货物类单项合同估算价20万元（含）～50万元按《中华人民共和国政府采购法》及其实施条例之规定开展采购，也可以按《中华人民共和国招投标法》及其实施条例之规定以招标方式发包。

工程施工类单项合同估算价20万元、工程货物类单项合同估算价20万元、工程服务类单项合同估算价30万元以下，以及其他依法可以不招标的项目，由本单位依据公平、公正的原则自行决定发包方式。

第五条 院内招标项目一般应采用公开招标的方式。

各部门不得将应当以公开招标方式采购的项目化整为零或者以其他方式规避公开招标采购。

第六条 任何单位和个人不得阻挠和限制供应商自由参加招标投标活动，不得指定货物的品牌、服务的供应商，以及采用其他方式非法干涉招标投标活动。

第七条 在招标投标活动中，招采部门工作人员、评标委员会成员及其他相关人员与投标商有利害关系的，必须回避。投标商认为上述人员与其他投标商有利害关系的，可以申请其回避。

第八条 参加医院投标活动的投标商，应当是按中国法律、行政法规规定满足参加招标投标活动条件的中外供应商。

第二章 组织机构及职责

第九条 医院成立招标采购工作领导小组，负责研究决定与招标采购工作相关的重大事项。招标采购工作领导小组由院长任组长，分管招标、采购的副院长和纪委书记任副组长，相关部门的分管院领导及部门负责人为成员。医院招标采购工作领导小组的主要职责：

（一）全面负责医院的招标采购工作；

（二）研究制定医院招标采购工作的相关规章制度；

（三）讨论决定医院招标采购工作中的重大事项；

（四）审定医院“招标采购评审专家库”成员；

（五）审定应招标而因特殊情况无法实施招标的重大项目的采购方式；

（六）讨论、审定重大项目的招标采购工作。

第十条 医院设立招投标办公室（以下简称招标办），在医院招标采购工作领导小组的领导下，归口管理招标工作。

招投标办公室的主要职责：

（一）贯彻国家政府采购与招投标的方针政策和法律法规，拟订医院招标工作的相关规章制度和具体实施办法；

（二）建立、管理医院“招标评审专家库”；

（三）接受招标申请，审核项目相关资料，确定招标实施方式；

（四）审查招标文件，发布招标信息，接受投标报名；

（五）组织审查投标人资质，发出招标文件；

（六）按照规定组织开标，公示评审结果，发布中标公告，发出中标通知书；

（七）经医院招标采购工作领导小组或监督小组审定，组织竞争性谈判、单一来源采购、询价采购等；

（八）对按照规定应纳入国家（地方）政府采购或招标的事项，配合主管部门做好相关工作；

（九）负责招标相关文件资料的归集、整理和立卷归档；

（十）委托招标代理机构进行招标；

（十一）配合医院相关部门做好招标中的投诉以及法律纠纷等相关事宜；

（十二）负责相关数据的统计上报及汇总分析；

（十三）完成领导交办的其他工作。

第十一条 建立招标工作监督机制。医院设立由纪检、审计等相关部门组成的招标采购工作监督小组，对招标采购工作的相关环节进行监督。

招标采购工作监督小组的主要职责：

（一）依据国家法律法规和医院相关规定，拟订医院招投标监督工作的规章制度；

（二）会同相关招采部门在“招标采购评审专家库”中抽选评审专家；

（三）对招标采购过程和相关事项进行监督；

（四）受理招标采购中的有关投诉；

第十二条 医院招标采购项目实行专家评审制。

一般项目的评审应通过随机抽选方式组成评标委员会。通过随机方式难以确定合适评审专家的，经院招投标领导小组同意后，可由招采部门会同招标采购监督小组采取选择性方式确定评标专家。评审专家组的评审结果将作为确定中标人的依据。

第三章 招标

第十四条 项目申请部门或归口管理部门一般应在招标公示前 20 日，向招采部门提供《泗洪县第一人民医院招标采购项目审批表》。

第十五条 确定招标方式和投标单位

（一）招采部门根据招标采购项目金额大小、技术要求、工程状况、市场行情，与项目申请部门、招标监督小组商定招标采购方式，报分管院领导同意后执行，特殊情况报招标领导小组决定。

（二）邀请招标的项目可由项目申请部门和归口管理部门提供拟邀标的投标单位建议名单。除竞争性谈判、单一来源采购方式外，其他招标采购方式参与的投标单位和询价厂商均不得少于三家。

第十六条 招采部门按照本办法的规定组织开展招标活动。

一般情况下，货物、工程、服务类等项目预算金额≥20 万元的，原则上由招标办委托有资质的代理机构进行招标采购。

第十七条 招标办委托采购代理机构招标的，必须与采购代理机构签订委托协议，确定委托代理的事项，约定双方的权利和义务。

第十八条 采用招标方式采购的，自招标文件开始发出之日起至投标人提交投标文件截止之日止，不得少于二十日。

第十九条 采用邀请招标方式采购的，招采部门在医院指定的媒体上发布资格预审公告，公布投标人资格条件，资格预审公告的期限不得少于七个工作日。

投标人应当在资格预审公告期结束之日起三个工作日前，按公告要求提交资格证明文件。招采部门会同招标采购监督小组从评审合格投标人中通过随机方式选择三家以上的投标人，并向其发出投标邀请书。

第二十条 公开招标公告应当包括以下主要内容：

（一）招标采购单位的名称、地址和联系方法；

（二）招标项目的名称、数量或者招标项目的性质；

（三）投标人的资格要求；

（四）获取招标文件的时间、地点、方式及招标文件售价；

（五）投标截止时间、开标时间及地点。

第二十一条 招采部门根据招标项目的特点和需求编制招标文件。招标文件包括以下内容：

（一）投标邀请；

（二）投标人须知（包括密封、签署、盖章要求等）；

（三）投标人应当提交的资格、资信证明文件；

（四）投标报价要求、投标文件编制要求和投标保证金交纳方式；

（五）招标项目的技术规格、要求和数量，包括附件、图纸等；

（六）合同主要条款及合同签订方式；

（七）交货和提供服务的时间；

（八）废标条款；

（九）投标截止时间、开标时间及地点；

（十）评标方法和评分标准；

（十一）医院规定的其他事项。

招标文件中应规定并标明实质性要求和条件。

第二十二条 依法必须进行招标的项目必须按照规定发布资格预审公告或者招标公告。

第二十三条 招采部门根据需要可以要求投标人提交符合招标文件规定要求的备选投标方案，但应当在招标文件中说明，并明确相应的评审标准和处理办法。

第二十四条 招标文件规定的各项技术标准应当符合国家强制性标准。

招标文件不得要求或者标明特定的投标人或者产品，以及含有倾向性或者排斥潜在投标人的其他内容。

第二十五条 招采部门可根据需要，就招标文件征询有关专家或者供应商的意见。

第二十六条 采购项目在招采部门在发布招标公告、发出投标邀请书或者发出招标文件后，不得擅自终止。

第二十七条 招采部门根据招标采购项目的具体情况，可以组织投标人现场考察或者召开开标前答疑会，但不得单独或者分别组织只有一个投标人参加的现场考察。

第二十八条 开标前，招采部门和有关工作人员不得向他人透露已获取招标文件的投标人的名称、数量以及可能影响公平竞争的有关招标投标的其他情况。

第二十九条 招采部门在招标文件要求提交投标文件截止时间五日前对已发出的招标文件可以进行必要澄清或者修改，并以书面形式通知所有招标文件收受人。该澄清或者修改的内容为招标文件的组成部分。

第三十条 招采部门根据具体情况，可以延长投标截止时间和开标时间，将变更时间书面通知所有招标文件收受人。

第四章 投标

第三十一条 投标人是响应招标并且符合招标文件规定资格条件和参加投标竞争的法人、其他组织或者自然人。

第三十二条 投标人应当按照招标文件的要求编制投标文件。投标文件应对招标文件提出的要求和条件作出实质性响应。

投标文件由商务部分、技术部分、价格部分和其他部分组成。

第三十三条 投标人应当在招标文件要求提交投标文件的截止时间前，将投标文件密封送达投标地点。招采部门收到投标文件后，应当签收保存，任何部门和个人不得在开标前开启投标文件。

在招标文件要求提交投标文件的截止时间之后送达的投标文件，为无效投标文件，招采部门应当拒收。

第三十四条 投标人在投标截止时间前，可以对所递交的投标文件进行补充、修改或者撤回，并书面通知招采部门。补充、修改的内容应当按招标文件要求签署、盖章，并作为投标文件的组成部分。

第三十五条 投标人根据招标文件载明的标的采购项目实际情况，拟在中标后将中标项目的非主体、非关键性工作交由他人完成的，应当在投标文件中载明。

第三十六条 两个以上供应商可以组成一个投标联合体，以一个投标人的身份投标。

以联合体形式参加投标的，联合体各方均应当具有独立承担民事责任的能力。采购主管部门根据采购项目的特殊要求规定投标人特定条件的，联合体各方中至少应当有一方符合采购人规定的特定条件。

联合体各方之间应当签订共同投标协议，明确约定联合体各方承担的工作和相应的责任，并将共同投标协议连同投标文件一并提交招采部门。联合体各方签订共同投标协议后，不得再以自己名义单独在同一项目中投标，也不得组成新的联合体参加同一项目投标。

第三十七条 投标人之间不得相互串通投标报价，不得妨碍其他投标人的公平竞争，不得损害医院或者其他投标人的合法权益。

投标人不得以不正当手段谋取中标。

第三十八条 招标文件中明确投标保证金的数额及交纳办法。投标人投标时，应当按招标文件要求交纳投标保证金。

招标文件规定的投标保证金数额，原则不超过采购项目概算的百分之二，但最低不低于五千元人民币。投标保证金可以采用电汇、转账支票、银行汇票等形式从投标人基本账户交纳。投标人未按招标文件要求交纳投标保证金的，招采部门将拒绝接收投标人的投标文件。

联合体投标的，可以由联合体中的一方或者共同提交投标保证金，以一方名义提交投标保证金的，对联合体各方均具有约束力。

第三十九条 招采部门在中标通知书发出后五个工作日内退还未中标供应商的投标保证金，在采购合同签订后将中标供应商的投标保证金转为履约保证金。投标商因自身原因未办理退还保证金的，医院不承担任何责任。

第五章开标、评标与定标

第四十条

开标在指定地点，按照招标文件确定的时间公开进行；招采部门开标前，通知监督小组到现场监督开标活动。

第四十一条 开标由招采部门主持，评标委员会评审，投标人和有关方面可派代表参加。

第四十二条 开标时，由投标人或者其推选的代表检查投

标文件的密封情况，经确认无误后，由工作人员当众拆封，宣读投标人名称、投标价格和投标文件的其他主要内容。

第四十三条 开标时，投标文件中开标一览表(报价表)内容与投标文件中明细表内容不一致的，以开标一览表(报价表)为准。

投标文件的大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准；总价金额与按单价汇总金额不一致的，以单价金额计算结果为准；单价金额小数点有明显错位的，以总价为准，并修改单价；对不同文字文本投标文件的解释发生异议的，以中文文本为准。

第四十四条 开标过程应当由招采部门指定专人负责记录，并存档备查。

第四十五条 投标截止时间结束后参加投标的供应商不足三家的，除采购任务取消情形外，招采部门应当报告院招标采购工作领导小组，由招标采购工作领导小组参照以下原则处理：

（一）招标文件没有不合理条款、招标公告时间及程序符合规定的，同意采取竞争性谈判、询价或者单一来源方式采购；

（二）招标文件存在不合理条款的，招标公告时间及程序不符合规定的，应予废标，并责成招采部门按规定重新招标。

在评标期间，出现符合专业条件的供应商或者对招标文件作出实质响应的供应商不足三家情形的，可以比照前款规定执行。

第四十六条 评标工作由招采部门负责组织，具体评标事务由招采部门按规定组建的评标委员会负责，并独立履行下列职责：

（一）审查投标文件是否符合招标文件要求，并作出评价；

（二）要求投标人对投标文件有关事项作出解释或者澄清；

（三）推荐中标候选供应商名单，或者受招采部门委托按照事先确定的办法直接确定中标供应商；

（四）向招标监管部门报告非法干预评标工作的行为。

第四十七条 评标委员会由采购申请部门代表和有关技术、经济等方面的专家组成，成员人数应当为五人以上单数。其中，技术、经济等方面的专家不得少于成员总数的三分之二。采购数额在 300 万元以上、技术复杂的项目，评标委员会中技术、经济方面的专家人数须为五人以上单数。

评标委员会成员名单原则上应在开标前确定，并在招标结果确定前保密。

第四十八条 评标专家应当熟悉政府采购、招标投标的相关政策法规，熟悉市场行情，有良好的职业道德，遵守招标纪律，从事相关领域工作满八年并具有高级职称或者具有同等专业水平。

第四十九条 招采部门应当会同医院纪检部门对专家实行动态管理。

第五十条 招采部门应当在纪检部门监督下，从医院采购评审专家库中，通过随机方式抽取评标专家。

招标采购机构对技术复杂、专业性极强的采购项目，通过随机方式难以确定合适评标专家的，经监督小组同意，可以采取选择性方式确定评标专家（包括院外专家）。

第五十一条 评标委员会成员应当履行下列义务：

（一）遵纪守法，客观、公正、廉洁地履行职责；

（二）按照招标文件规定的评标方法和评标标准进行评标，对评审意见承担个人责任；

（三）对评标过程和结果，以及供应商的商业秘密保密；

（四）参与评标报告的起草；

（五）配合招采部门的投诉处理工作；

（六）配合招采部门答复投标人提出的质疑。

第五十二条 招标采购的评标方法分为最低评标价法、综合评分法。

第五十三条 最低评标价法，是指以价格为主要因素确定中标候选供应商的评标方法，即在全部满足招标文件实质性要求前提下，依据统一的价格要素评定最低报价，以提出最低报价的投标人作为中标候选供应商或者中标供应商的评标方法。

最低评标价法主要适用于标准定制商品及通用服务、工程类项目，其它特定的条件下也可适用。

第五十四条 综合评分法，是指在最大限度地满足招标文件实质性要求前提下，按照招标文件中规定的各项因素进行综合评审后，以评标总得分最高的投标人作为中标候选供应商或者中标供应商的评标方法。

综合评分的主要因素是：价格及按照招标文件中事先规定的技术、财务状况、信誉、业绩、服务等，对招标文件的响应程度以及相应的比重或者权值等。

评标时，评标委员会各成员应当独立对每个有效投标人的标书进行评价、打分，然后汇总每个投标人每项评分因素的得分。

采用综合评分法的，除执行统一价格标准的服务项目外，采购人或其委托的采购代理机构应当依法合理设置价格分值。货物项目的价格分值占总分值的比重（权重）不得低于 30%，不得高于 60%；服务项目的价格分值占总分值的比重（权重）不得低于 10%，不得高于 30%。

综合评分法中的价格分统一采用低价优先法计算，即满足招标文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。其他投标人的价格分统一按照下列公式计算：

投标报价得分=(评标基准价／投标报价)×价格权值×100

采购人或其委托的采购代理机构对同类采购项目采用综合评分法的，原则上不得改变评审因素和评分标准。

评标总得分＝F1×A1＋F2×A2＋……＋Fn×An

F1、F2……Fn 分别为各项评分因素的汇总得分；

A1、A2……An 分别为各项评分因素所占的权重(A1＋A2＋……＋An＝1)。

第五十六条 评标遵循下列工作程序：

（一）投标文件初审。初审分为资格性检查和符合性检查。

1、资格性检查。依据法律法规和招标文件的规定，对投标文件中的资格证明、投标保证金等进行审查，以确定投标人是否具备投标资格。

2、符合性检查。依据招标文件的规定，从投标文件的有效性、完整性和对招标文件的响应程度进行审查，以确定是否对招标文件的实质性要求作出响应。

（二）澄清有关问题。对投标文件中含义不明确、同类问题表述不一致或者有明显文字和计算错误的内容，评标委员会可以要求投标人作出必要的澄清、说明或者纠正。投标人的澄清、说明或者纠正应当采用书面形式，由其法人代表或者授权委托人签字，并不得超出投标文件的范围或者改变投标文件的实质性内容。

（三）比较与评价。按招标文件中规定的评标方法和标准，对资格性检查和符合性检查合格的投标文件进行商务和技术评估，综合比较与评价。

（四）推荐中标候选供应商名单。中标候选供应商数量应当根据采购需要确定，但必须按顺序排列中标候选供应商。

1、采用最低价评标法的，按投标报价由低到高顺序排列。投标报价相同的，按技术指标优劣顺序排列。评标委员会认为，排在前面的中标候选供应商的最低投标价或者某些分项报价明显不合理或者低于成本，有可能影响商品质量和不能诚信履约的，应当要求其在规定的期限内提供书面文件予以解释说明，并提交相关证明材料；否则，评标委员会可以取消该投标人的中标候选资格，按顺序由排在后面的中标候选供应商递补，以此类推。

2、采用综合评分法的，按评审后得分由高到低顺序排列。得分相同的，按投标报价由低到高顺序排列。得分且投标报价相同的，按技术指标优劣顺序排列。

(五)编写评标报告。评标报告是招采部门根据评标委员会全体评标成员签字的原始评标记录和评标结果编写的报告，其主要内容包括：

1、招标的主要内容、开标日期和地点；

2、评标委员会成员名单；

3、评标方法和标准；

4、开标记录和评标情况及说明，包括投标无效投标人名单及原因；

5、评标结果和中标候选供应商排序表；

第五十七条 在评标中，不得改变招标文件中规定的评标标准、方法和中标条件。

第五十八条 投标文件属下列情况之一的，应当在资格性、符合性检查时按照无效投标处理：

（一）应交未交投标保证金的；

（二）未按照招标文件规定要求密封、签署、盖章的；

（三）不具备招标文件中规定资格要求的；

（四）不符合法律、法规和招标文件中规定的其他实质性要求的。

第五十九条 在招标采购中，出现下列情形之一的，应予废标：

（一）符合专业条件的投标商或者对招标文件作实质响应的投标商不足三家的；

（二）出现影响采购公正的违法、违规行为的；

（三）投标人的报价均超过了采购预算，采购人不能支付的；

（四）因重大变故，采购任务取消的。

招采部门应将废标理由通知所有投标人。

废标后，除采购任务取消情形外，若不能采取其他采购方式继续执行采购的项目，招采部门将重新组织招标。

第六十条 招采部门在评标时采取必要措施，保证评标在严格保密的情况下进行。

任何单位和个人不得非法干预、影响评标办法的确定，以及评标过程和结果。

第六十一条 招采部门组织招标的采购项目，应当在评标结后五个工作日内确定中标供应商，并按规定进行公示。

由招标办委托的采购代理机构在评标结束后五个工作日内将评标报告送医院招标办。招标办在收到评标报告后五个工作日内，报招标采购工作领导小组汇报招标情况。

第六十二条 中标供应商因不可抗力或者自身原因不能履行采购合同的，招采部门报请招标采购工作领导小组批准后可以与排位在中标供应商之后第一位的中标候选供应商签订采购合同（以此类推，但不能超过第二位）。

第六十三条 在确定中标供应商前，招采部门不得与投标人就投标价格、投标方案等实质性内容进行谈判。

第六十四条 中标供应商确定后，中标结果应当在医院指定的媒体上发布公告。公告内容应当包括招标项目名称、中标供应商名单、招采部门电话。

在发布公告的同时，招采部门应当向中标供应商发出中标通知书，中标通知书对医院和中标供应商具有同等法律效力。

招采部门同时应当将中标结果书面通知归口管理部门。

中标通知书发出后，相关部门改变中标结果，或者中标供应商放弃中标，应当承担相应的责任。

第六十五条 投标人对中标公告有异议的，应当在中标公告发布之日起三个工作日内，以书面形式向招采部门提出质疑。招采部门在收到投标人书面质疑后七个工作日内，对质疑内容作出答复。

质疑供应商对招采部门的答复不满意或者招采部门未在规定时间内答复的，可以在答复期满后十五个工作日内按有关规定，向医院纪检部门投诉。纪检部门在收到投诉后三十个工作日内，对投诉事项作出处理决定。

处理投诉事项期间，医院纪检部门可以视具体情况书面通知招采部门和归口管理部门暂停签订合同等活动，但暂停时间最长不得超过三十个工作日。

第六十六条 归口管理部门自中标通知书发出之日起三十个工作日内，按照招标文件和中标供应商投标文件的约定，与中标供应商签订书面合同。所签订的合同不得对招标文件和中标供应商投标文件作实质性修改。

招标采购过程中不得向中标供应商提出任何不合理的要求，作为签订合同的条件，归口管理部门不得与中标供应商私下订立背离合同实质性内容的协议。

第六十七条 归口管理部门按照有关规定将采购合同报审计处、财务处审核，未经审核的合同不得签订。

第六章 验收与付款

第六十八条 按照采购合同约定，主管部门对所采购的项目在规定时间内按照医院要求就同约定的条款进行验收，并在验收完毕后签署验收报告；对于大型或复杂的采购项目，在需要的情况下可邀请国家认可的质量检测机构参加验收。验收方成员应在验收书上签字，并承担相应的法律责任。

进口免税仪器设备的验收，由职能部门组织进行，用户不得自行开箱。

第六十九条 医院采购资金支付原则上由签订合同的主管部门负责办理。

第七章 采购档案

第七十条 采购或档案管理部门对医院采购项目每项采购活动的采购文件应妥善保存，不得伪造、变造、隐匿或销毁。采购文件的保存期限为从采购结束之日起至少保存十五年。

1.采购文件包括采购公告、采购活动记录、采购报告、招标文件、投标文件、评标记录、合同文本、验收证明、质疑答复、投诉处理决定及其他有关文件、资料。

2.采购活动记录至少应当包括下列内容：

（1）采购项目类别、名称；

（2）采购合同、价格；

（3）采购方式；

（4）确定中标供应商的原因。

第八章 责任

第七十一条 招标采购相关部门有下列情形之一的，责令限期改正，给予警告，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，由医院给予处分，并予通报：

（一）应当采用公开招标方式而擅自采用其他方式采购的；

（二）未发布采购信息公告的；

（三）将必须进行招标的项目化整为零或者以其他任何方式规避招标的；

（四）以不合理的要求限制或者排斥潜在投标人，对潜在投标人实行差别待遇或者歧视待遇，或者招标文件指定特定的供应商、含有倾向性或者排斥潜在投标人的其他内容的；

（五）无正当理由不按照依法推荐的中标候选供应商顺序确定中标供应商，或者在评标委员会依法推荐的中标候选供应商以外确定中标供应商的；

（六）在招标过程中与投标人进行协商谈判，或者不按照招标文件和中标供应商的投标文件确定的事项签订采购合同，或者与中标供应商另行订立背离合同实质性内容的协议的；

（七）中标通知书发出后无正当理由不与中标供应商签订采购合同的；

（八）拒绝有关部门按规定实施监督检查的。

第七十二条 招标采购相关部门及其工作人员有下列情形之一，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，按照有关法律规定处以罚款，有违法所得的，并处没收违法所得，由医院给予处分，并予通报：

（一）与投标人恶意串通的；

（二）在采购过程中接受贿赂或者获取其他不正当利益的；

（三）在有关部门依法实施的监督检查中提供虚假情况的；

第七十三条 有本办法第七十一条、第七十二条违法违规行为之一，并且影响或者可能影响中标结果的，应当按照下列情况分别处理：

（一）未确定中标候选供应商的，终止招标活动，依法重新招标；

（二）中标候选供应商已经确定但采购合同尚未履行的，撤销合同，从中标候选供应商中按顺序另行确定中标供应商；

（三）采购合同已经履行的，给采购人、投标人造成损失的，由责任人承担赔偿责任。

第七十四条投标人有下列情形之一的，按投标文件的规定，通过投标保证金予以处相应的处理，列入不良行为记录名单，在三年内禁止参加医院采购活动，并予以公告。

（一）提供虚假材料谋取中标的；

（二）采取不正当手段诋毁、排挤其他投标人的；

（三）与招标采购相关部门、其他投标人恶意串通的；

（四）向采购部门行贿或者提供其他不正当利益的；

（五）在招标过程中与采购相关部门进行协商谈判、不按照招标文件和中标供应商的投标文件订立合同，或者另行订立背离合同实质性内容的协议的；

第七十五条中标供应商有下列情形之一的，招采部门不予退还其交纳的投标保证金；情节严重的，由纪检部门将其列入不良行为记录名单，在三年内禁止参加医院采购活动，并予以通报：

（一）中标后无正当理由不与医院签订合同的；

（二）将中标项目转让给他人，或者在投标文件中未说明，且未经我院同意，将中标项目分包给他人的；

（三）拒绝履行合同义务的。

第七十六条评标委员会成员有下列行为之一的，责令改正，给予警告：

（一）明知应当回避而未主动回避的；

（二）在知道自己为评标委员会成员身份后至评标结束前的时段内私下接触投标人的；

（三）在评标过程中擅离职守，影响评标程序正常进行的；

（四）在评标过程中有明显不合理或者不正当倾向性的；

（五）未按招标文件规定的评标方法和标准进行评标的。

上述行为影响中标结果的，中标结果无效。

第七十七条评标委员会成员或者与评标活动有关的工作人员有下列行为之一的，给予警告，对评标委员会成员取消评标委员会成员资格，不得再参加任何医院采购招标项目的评标。

（一）收受投标人、其他利害关系人的财物或者其他不正当利益的；

（二）泄露有关投标文件的评审和比较、中标候选人的推荐以及与评标有关的其他情况的。

第九章附则

第七十八条本办法自发布之日起施行。

第十一章 采购中心制度

泗洪县第一人民医院采购管理办法

第一章 总则

第一条为规范我院的采购管理工作，提高资金的使用效益，维护医院的合法权益，促进廉政建设，依据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及相关法律、法规等规定，制定本办法。

第二条采购金额在《泗洪县第一人民医院采购限额标准》以下的采购活动，均适用本办法。具体范围如下：货物、工程类项目单台（件／套／个／项）或同批预算金额＜20万元、服务类项目预算金额＜20万元的，由招标采购办公室招标采购。

第三条 本办法所称采购，是指以合同方式有偿取得货物、工程和服务的行为，包括购买、租赁、委托、雇用等。

本办法所称货物，是指各种形态和种类的物品，包括原材料、燃料、设备、产品等。本办法所称工程，是指建设工程，包括建筑物和构筑物的新建、改建、扩建、装修、拆除、修缮等 。

本办法所称服务，是指除货物和工程以外的其他采购对象。

第四条 医院采购行为遵循公开透明原则、公平竞争原则、公正原则和诚实信用原则 。

第五条 医院采购行为原则上严格按照批准的预算执行。

第六条 采购工作实行归口管理，各归口管理部门的主要职责：

1. 根据项目的性质，按照医院的相关规定，组织并做好项目的考察、论证 、审批等前期准备工作。

2 . 组织编制招标文件和合同文本，会同财务审计科审核工程项目的工程量清单和招标控制价。

3. 组织相关部门、单位对采购项目投标人或潜在投标人的资质、经营状况、技术力量等进行考察。

4. 组织招标答疑和工程现场踏勘，编制招标答疑文件。

5. 选派专业人员参与对投标人的资格审查。

6. 选派代表参与项目评审。

7. 组织项目合同的洽谈、审查与签订，监督合同执行，组织项目验收。各归口管理部门应根据本办法及相关实施细则，制定适合本部门实际的管理办法，明确与项目单位的责权关系，规范业务流程。

第二章 采购管理

第七条 采购管理按以下金额标准规定执行：

1. 货物类：限额标准（20万元 ）以下、单台（件／套／个／项）或同批预算金额≥10 万元的项目由招标采购办公室原则上按招标或竞争性谈判或单一来源方式采购；单台（件／套／个／项 ）或同批预算金额＜10万元，且一年内采购过相同产品，经招标采购领导小组同意，且使用部门认可后可采用续标方式直接采购 。

2. 工程类：限额标准（20万元）以下、预算金额≥5万元的项目由招标采购办公室组织招标，＜ 5万元的项目由招标采购办公室原则上采用年度公开招标的方式确定施工单位，由总务科（基建办）报施工预算经财务审计科审核后施工。

3. 服务类：限额标准（2 0万元）以下、单项预算金额≥5万元的项目由招标采购办公室按招标或竞争性谈判或单一来源方式采购；预算金额＜ 5万元、且一年内招标采购过相同产品，经招标采购工作领导小组同意，且使用部门认可后可采用续标方式直接采购。

第八条 因特殊情况需紧急采购时，预算金额≥5万元的项目需经院党政联席会或招标采购领导小组同意、预算金额＜5 万元的项目需经分管院领导同意，可先行组织货源、抢修施工，在两天内补办手续并由相关院领导签字确认。财务审计科依据项目规模大小采取跟踪审计或结算审计。

第九条 归口管理部门需填写《泗洪县第一人民医院招标采购项目审批表》，完成后方可进行招标采购。

第三章 采购实施

第十条 采购的方式 ：

1. 公开招标；

2. 邀请招标；

3. 竞争性谈判；

4. 单一来源采购；

5. 询价；

6. 医院采购监管部门认定的其他采购方式。

第十一条 各采购方式的程序规定如下：

1. 公开招标采购、邀请招标采购，依法委托代理公司采购，并与代理公司签订委托代理协议，配合开展采购活动。

2. 竞争性谈判采购

( 1 )符合下列条件之一的货物、工程和服务类可采用竞争性谈判方式采购：

①招标公告后没有供应商投标或没有合格供应商投标，或重新招标未能成功的；

②技术复杂或性质特殊，不能确定详细规格或具体要求的；

③采用招标所需时间不能满足用户紧急需要的；

④不能事先计算出价格总额的。

( 2 ) 实施竞争性谈判采购方式的，应遵循下列基本程序 ：

①成立竞争性谈判小组。谈判小组由采购人及有关人员≥3人的单数组成。

②明确谈判程序、谈判内容、合同草案条款以及评定成交的标准等事项。

③确定邀请不低于三家参加谈判的供应商名单。

④ 谈判。谈判小组所有成员集体与供应商分别进行谈判。谈判中谈判的任何一方不得透露与谈判有关的其他供应商的技术资料、价格和其他信息。谈判内容有实质性变动的，谈判小组以书面形式通知谈判的供应商。

⑤ 确定成交供应商。谈判结束后，谈判小组根据符合采购需求、质量、服务、最低价的原则确定成交供应商，并将结果通知所有参加谈判的末成交供应商。

3. 单一来源采购

( 1 ) 符合下列条件之一的货物、工程或服务，可采用单一来源方式采购：

①只能从唯一供应商采购的；

②发生了不可预见的紧急情况不能从其他供应商采购的；

③必须保证原有采购项目一致性或服务配套的要求，需要继续从原供应商处添购，且添购资金总额不超过原合同采购金额百分之十的。

( 2 ) 采取单一来源方式采购的，采购部门与供应商须遵循有关法律规定，在保证采购项目质量和双方商定合理价格的基础上进行采购 。

( 3 ) 单一来源采购小组由采购、用户、审计、纪监部门及有关人员组成。

4. 询价采购

( 1 ) 采购的物资规格、标准统一，现货货源充足且价格变化幅度小的采购项目，可采用询价采购 。

( 2 ) 实施询价采购方式的，遵循下列程序 ：

①成立询价小组。询价小组由采购部门、用户、有关人员组成。询价小组应对采购项目的价格构成和评定成交的标准等事项作出规定。

②询价小组根据采购需求，从符合相应资格条件的供应商名单中确定不少于三家的供应商，并向其发出询价通知书让其报价。

③询价。询价小组要求被询价的供应商一次报出不得更改的价格。

(4) 确定成交供应商。询价小组根据符合采购需求、质量、服务、最低价的原则确定成交供应商，并将结果通知所有被询价的未成交供应商。

第十二条 在招标采购中，出现下列情况之一的，应予废标：

（一）符合专业条件的供应商或对招标文件中作出实质性响应的供应商不足三家的；

（二）出现影响采购公正的违法、违规行为的；

（三）投标人报价超过了采购预算，采购人不能支付的；

（四）因重大变故，采购任务取消的。采购人应将废标理由通知所有投标人。

废标后，除采购任务取消情况外，招标采购办公室重新组织招标。

第十三条 参与医院采购的评标人员，由使用科室、归口部门及分管院长组成。特殊项目经纪检部门同意后，可由招标采购办公室直接确定人员组成员。与供应商有利害关系的人员必须回避。

第十四条 主管部门和中标人应当自中标之日起三十日内，按照投标文件确定的事项签订采购合同。所订的合同不得对招标文件和中标人的投标文件作实质性修改。

第十五条 主管部门和供应商按照平等、自愿的原则签订采购合同，明确双方的权利和义务。

1. 采购合同依法签订后，合同双方当事人均应按照合同约定履行各自的义务，并不得擅自变更、中止或者终止合同。

2. 医院采购合同在履行过程中，如需追加与合同标的相同的物资、工程、服务的，在不改变合同其他条款的前提下，可以与供应商协商签订补充合同，但所有补充合同的采购金额不得超过原合同采购金额的百分之十 。

3. 合同书原件由财务科、归口管理部门集中归档。

第四章 验收与付款

第十六条 按照采购合同约定，主管部门对所采购的项目在规定时间内按照医院要求就共同约定的条款进行验收，并在验收完毕后签署验收报告；对于大型或复杂的采购项目，在需要的情况下可邀请国家认可的质量检测机构参加验收。验收方成员应在验收书上签字，并承担相应的法律责任。进口免税仪器设备的验收，由职能部门组织进行，用户不得自行开箱。

第十七条 医院采购资金支付原则上由签订合同的主管部门负责办理。

第五章 采购档案

第十八条 采购或档案管理部门对医院采购项目每项采购活动的采购文件应妥善保存，不得伪造、变造、隐匿或销毁。采购文件的保存期限为从采购结束之日起至少保存十五年。

1. 采够文件包括采购公告、采购活动记录、采购报告、招标文件、投标文件、评标记录、合同文本、验收证明、质疑答复、投诉处理决定及其他有关文件、资料。

2 . 采购活动记录至少应当包括下列内容：

( 1 ) 采购项目类别、名称；

( 2 ) 采购合同、价格；

( 3 ) 采购方式；

( 4 ) 确定中标供应商的原因。

第六章 责任

第十九条 医院各相关部门以及人员，必须加强法律意识，严格遵守《政府采购法》、《招标投标法》等相关法律、法规，认真组织实施医院的采购活动。

第二十条 各部门在实施采购活动中，有下列行为之一的，应当承担相应责任：

1. 必须进行集中采购的项目而不实施集中采购；必须进行招标的项目而不招标，或者将必须招标的项目化整为零，以其他任何方式规避招标。

2. 以不合理的条件限制、排斥潜在投标人，对潜在投标人实行歧视待遇或限制投标人之间竞争，或者指定供应商。

3. 必须进行招标的项目，与投标人就投标价格、投标方案等实质性内容进行谈判。

第七章 附则

第二十一条 本办法自发布之日起施行。

泗洪县第一人民医院后勤库房及物资领用管理制度

为保证医院后勤物资保管得当，调度与使用合理、及时、有效，制定本制度。

一、适用范围

凡医院被服、办公用品、劳保用品、采暖五金、电器设备以及其他相关材料等均由库房保管，并适用本制度。

二、物资采购办法

物资采购按照县财政局《关于预算单位实行网上商城采购的通知》（洪财发〔2018〕102号）文件要求执行，其他物资采购详见《泗洪县第一人民医院招标管理办法》和《泗洪县第一人民医院货物与服务项目分散采购实施细则》。

三、库房管理要求

1. 库存物品要建账建卡，做到入库有验收，出库有凭证，登记账目及时，保证库存物品数字准确，帐、卡、物相符，做到逐日清点。

2. 严格物品验收入库手续，验收人员须清点数字、验收质量后，方可签字办理入库手续。

3. 各种物资按类存放，顺序编号建卡。凡经批准报残物品和帐外物品，应登记明确，不得与其它物品混杂存放。

4. 库内不得代存其它物品（除极特殊情况，经院领导特批外），其它一律拒绝存放。

5. 保管人员应了解掌握各类物品的性能用途、使用方法，按领用单限定的品名、数量单价分发各类物品，做到计划供应、满足需要、防止浪费。

6. 各种物资不得外供和私用，特殊领用情况必须经院领导批准。

7. 库房要保持通风、干燥、清洁，注意安全，做到防火、防盗、防防潮、防鼠，严谨烟火。

四、出入库管理流程

1. 物物资领用须本着厉行节约的原则，凡未纳入科室成本核算的物资，领用时须持有院主管领导签批的领用申请单，领用申请单须由领用科室负责人签字，库管员见单方能出货。

2. 物资出库后领用人应在出库单上签字，签字清晰完整。

3. 库管员收货入库前应认真核对采购清单，如发现数量不符、名称不符、质量明显不合格的应拒收，并与采购员及时联系更换或退货事宜。

五、安全管理要求

1. 闲杂人员未经同意不得进入库房。

2. 库房内严禁烟火，严禁在库房内吸烟，不得以任何理由秉烛入库。

3. 库房严谨私拉乱接电源及电器。

4. 库管员应爱护好库房内外消防设施，发现消防设施损坏应及时上报。

5. 库房门窗应经常检查有无损坏，库房门应随开随关。

6. 库管员下班离库前必须巡库一次，清查问题隐患。

泗洪县第一人民医院货物与服务项目分散采购实施细则

第一条 为规范我院分散采购管理工作，合理简化采购工作流程，提高采购效率，根据国家有关法律法规及《泗洪县第一人民医院采购管理办法》规定，结合院内采购限额标准的要求，制定本细则。

第二条  本细则所指的分散采购项目是指招标采购办公室负责的设备科库房物资、总务科库房物资、其他物资等货物（主要指固定资产类）项目单台（件/套/个/项）或工程类、服务类项目预算金额＜20 万元的采购项目。

第三条  医院实行三级分散采购管理体系：

一、单项或者批量预算金额 10 万元(含)以上的货物服务类项目，原则上由招标采购办公室委托第三方采购代理机构组织采购；

二、 3万元(含)以上 10 万元(不含)以下的项目，一般由招标采购办公室组织相关部门参加，组成三名或以上人员的采购小组对采购项目进行内部评审，确定成交供应商；

三、3万元(不含)以下的项目，由招标采购办公室视具体情况采取本细则规定的采购方式进行采购。

第四条  分散采购的方式主要包括询价、竞争性谈判、竞争性磋商、单一来源、协议采购、网上商城、网上竞价、续标等。

第五条  货物服务工程类项目分散采购按照以下程序进行：

（一）参照询价方式的分散采购程序：询价小组向符合资格条件的供应商发出采购货物询价通知书，要求供应商一次报出不得更改的价格，采购人确定满足采购要求且价格最低的供应商为成交供应商。

（二）参照竞争性谈判方式的分散采购程序：谈判小组与符合条件的供应商就采购货物服务工程事宜进行谈判，供应商按照要求提交响应文件和最后报价，采购人确定满足采购要求且价格最低的供应商为成交供应商。

（三）参照竞争性磋商方式的分散采购程序：磋商小组与符合条件的供应商就采购货物服务工程事宜进行磋商，供应商按照要求提交响应文件和报价，采购人确定满足采购要求且价格、质量、服务综合评审最优的供应商为成交供应商。

（四）参照单一来源方式的分散采购程序：经论证只能从唯一供应商处采购的项目，采购评审小组与单一供应商就质量、价格和服务进行商谈，确定成交供应商。

（五）采用市场直接采购方式的，按如下程序组织实施：招标采购办公室应先进行市场调研，取得符合要求的供应商信息及相应市场价格信息，本着货比三家的原则，择优选择成交供应商。

（六）医院货物服务分散采购项目也可使用电子化采购平台或其他电商平台进行网上采购，确定成交供应商。

（七）采购需求具有相对固定性、延续性、价格未发生变化或价格变化幅度在 10％以内的服务项目，在年度预算能保障的前提下，可以续签一年合同，但合同履行期限总计不得超过三年。

第六条  单项次金额在 1万元及以上的采购项目原则上应按相关规定签订合同。能够即时结清交付完毕的经济业务、临时采购、紧急物资采购的，且金额在 1万元以下的，原则上可以不签订书面合同。合同须报分管招标采购的院领导签批同意。

第七条分散采购的合同依据医院制定的合同范本拟定，采购合同的标的、价款、质量、履行期限等主要条款应当与成交供应商的响应文件内容一致。

第八条 合同的全面履行、验收工作由使用部门、归口管理部门负责。使用部门及归口管理部门应依据合同约定，督促成交供应商按时、保质保量完成项目。

第九条  采购工作人员必须严守纪律、严格执行规定，主动接受监督检查。滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的人员，视情节轻重，由医院给予相应的处分，并承担相应的经济责任；涉嫌违法犯罪的，移送有关国家机关依法处理。

第十条   本实施细则由招标采购办公室负责解释。

第十一条  本实施细则自发布之日起施行。

第十二章 信息中心工作制度

泗洪县第一人民医院计算机及网络设备安全使用制度

为保障全院计算机软件、硬件、网络及电子设备的安全稳定运行，减少因操作不当造成设备损坏或者网络故障，提高设备使用效率，特制定本使用制度。

一、严格执行正常开/关机。下班后关闭计算机并断开电源，注意防潮、防火、防盗。

二、计算机主机和显示器应放置在通风良好的位置并保持电脑周围10厘米的空间距离，保持设备干燥、清洁。不得将计算机靠近水源、暖气等设备。

三、业务系统（医护工作站、电子病历等）使用结束后需要用户注销或者直接退出；业务系统的用户名和密码由个人负责保管，不得借与他人使用。

四、严禁使用U盘、移动硬盘等外接存储设备；严禁使用内网计算机设备进行手机充电；严禁带电插拔各种连接电缆。

五、严禁将个人笔记本、其它电脑（包括外网电脑）和网络设备（包括交换机、路由器、AP等）接入内网网络。

六、未经信息科允许，严禁私自挪动、拆卸、更换计算机及网络设备，不得私自插拔网线。严禁内外网计算机设备更换使用，若擅自安装拆卸造成损坏由责任人赔偿。

七、未经信息科允许，严禁使用非法程序或软件统计、查询内网上的数据。

八、未经信息科允许，严禁部门和个人在内网计算机设备安装程序和软件。严禁复制、删除或修改计算机上已安装的系统及软件。

九、严禁在医院计算机终端计算机做非业务操作（如下载观看视频、玩游戏、购物、聊天等与工作无关的事情）。严禁将移动查房使用的IPAD用于其他用途。

十、未经信息科允许，不得开放网络共享功能。

泗洪县第一人民医院信息系统权限管理制度

为了加强我院信息系统用户账号和权限规范化管理，确保应用程序的安全、有序、稳定的运行，防范应用风险特制定本制度。

一、对各用户的系统登录活动进行严格的管理，并按照各用户的身份对用户的访问权限进行严格的控制。

二、信息系统用户、角色、权限划分和制定，以管理部门（人事科、医务部、护理部等）审批确认申请单为依据，分配各科室人员的权限及口令。取得相应资格证的工作人员账号由工作人员提出书面申请，由本科室负责人签字确认、相关管理部门确认签字后，上交信息中心办理账号开通程序。

三、所有信息系统须指定系统管理员负责用户和权限管理的具体操作。管理部门可指定一名管理员进行二级权限登记操作。

四、每人有且仅有一个账号，严禁一人多账号登记注册。

五、工作人员对所持用户名、口令应予以保护，如因保护不善而造成的不良后果由本人（密码权限所属人）承担。造成严重后果者移交院方处理。

六、密码所属者在执行操作完毕后应立即退出，如未及时退出，一旦被他人利用对系统执行非正常操作，如造成严重后果，移交院方处理；如未造成损失，一经发现未退出系统并且人员未在岗，将处以罚款。

七、因工作岗位变动，调动、离职等原因导致使用权限发生变化或需要注销账号时，以审批确认单为依据，及时更改或注销账号。

八、账号信息泄露或遗失时，应在24小时内通知管理人员，及时停用或更改账号权限或密码，保证信息系统数据安全，并进行书面记录。

泗洪县第一人民医院信息科岗位职责

信息科科长岗位职责

1、负责信息科的日常管理工作，制定年度工作计划，提出信息化发展规划和计划建设。

2、制定信息科各项管理制度，并监督各项管理制度的落实。

3、围绕医院发展战略及部署，领导信息科开展信息化建设。

4、监督信息科各项工程的建设质量。

5、协调院内外各单位在网络建设中存在的问题。

6、负责信息科人员、经费、资产等管理工作。

7、组织信息科技术人员参加国内外专业学术会议及培训，提高业务水平。

8、负责对信息科聘用人员进行考核，并提出考核意见及使用建议。

9、负责定期总结信息科工作，并提供书面总结报告。

10、完成院领导交办的其他工作。

信息科秘书岗位职责

1、负责信息科文件的整理、分类、保管、归档。

2、负责收集信息科各类文档资料。包括：各项管理制度、值班记录、各类设备使用手册、维修卡及维修记录、软件项目资料、文档及使用手册等。

3、负责保管各类软硬件项目协议书、合同等资料，协助科主任定期查看合同执行情况。

4、了解计算机网络系统低质易耗品需求，制定计算机低质易耗品年度计划，上报计算机低质易耗品年度使用情况分析。

5、协调与相关科室的关系，协助主任完成科室管理工作。

信息科工程师岗位职责

1、在中心主任的领导下，负责拟定并执行医院信息系统管理的具体实施细则。

2、主持、指导和协助综合或专业性信息系统的总体设计、功能划分、软件开发、运行、验收，参与全过程的监督、管理工作。

3、协助主任完成信息科职责范围内的各项工作及分工负责的有关工作。

4、追踪计算机科技发展动态，提出软、硬件升级换代的建议和方案，经批准后组织实施。

5、负责制定单位与国际互联网连通、网址注册、网页设计和制作、网上信息广告发布，以及员工上网管理监控等技术方案。

6、负责对信息科技术员和基础数据维护员进行计算机知识和操作技能的培训，指导技术员进行全院计算机知识的操作技能的培训。

7、关注网络安全发展动态，提出切实可行的预防措施，谨防病毒侵袭。

8、掌握计算机常用部件的原理和维护方法，指导技术员对全院通过计算机的硬件进行维护，定期检查、保养，解答用户咨询。

9、完成领导临时交办的其他任务。

信息科技术员岗位职责

1、负责信息科日常维护工作。

2、负责全院网络系统的运行监测、维护，保证网络正常运行。

3、负责全院计算机及内网打印机维护工作，及时维修或联系硬件厂商。

4、负责全院信息系统维护工作，及时处理系统数据异常情况。

5、完成领导临时交办的其他任务。

信息科网络系统管理员岗位职责

1、协助中心主任制定本单位局域网建设及网络发展总体规划，并组织实施。

2、负责网络管理规章制度的建立，帮助用户解决使用网络的疑难问题。

3、负责维护本单位网络主干通信设备，保证网络通信畅通。

4、负责网上资源的管理，负责入网计算机IP地址的申请、分配、登记和管理等工作，为新开通网络线路连接的用户提供服务。负责网络监测和管理，杜绝利用网络从事与工作无关的活动。负责网络管理资料的整理和归档。

5、负责网络安全和保密工作，密切关注计算机病毒发展动态，提出切实可行的预防措施，谨防外带存储器和网络病毒侵袭。对服务器进行定期的查毒、杀毒，对系统漏洞安装安全补丁，采取有效措施，防止网络破坏和攻击。

6、负责处理局域网主干线和交换机设备的故障；接待并处理终端用户的网络通信故障。

7、负责楼宇布线工程材料验收、现场施工检查、完工验收工作。

8、监视网络运行，调整网络参数，调度网络资源，保持网络安全、稳定、畅通。

9、学习网络新技术，优化和扩展局域网功能；负责计算机信息技术人员和其他网络应用人员的培训。

10、完成中心领导交办的其他任务。

信息科信息管理员岗位职责

1、负责医院网站建设和主页动态信息的采集、制作与发布；及时更新服务内容；负责本单位主页信息和BBS的监控，及时处理不良信息。

2、负责信息化建设相关文件资料的收集、归类与整理；做好资料收集、编目、建档、检查和保管工作。

3、建设和统一管理院内分布式Web信息站点，指导各部门发布公共信息；开发和建设公共服务信息管理系统，提供公共服务信息的发布、查询等功能。

4、完成中心领导交办的其他任务。

信息科数据库管理员岗位职责

1、负责医院各数据库的日常维护及监控，参与相应项目的数据库整理和收集，记录每日数据库工作日志。

2、按照职责给予各数据库管理和维护人员不同的操作权限。

3、定期检查数据库的使用情况，了解数据库的存贮情况（包括存贮过程及空间是否正常），完成数据库的异地备份工作。

4、了解和掌握数据库的所有结构、配置，所有数据库的表单及其之间的相互关系，并将数据库的有关书面资料加以整理并存档。

5、负责数据库的数据安全、保密工作。

信息科软件员岗位职责

1、负责信息科各项软件开发任务的具体实施，按时按量完成软件设计实施任务。

2、负责软件设计前期需求分析、详细设计，及时与需求科室部门沟通，确认软件最终呈现功能。

3、负责软件开发完成后的测试工作。

4、负责软件测试完成后的发布、上线工作。

5、收集、记录和整理过程中详细的文档，负责及时归档处理。

信息科项目实施负责人岗位职责

1、实施项目负责人是指根据项目合同签订的内容，由中心主任指定专人负责该项目实施的责任人。

2、实施项目负责人必须熟悉该项目合同、技术协议等相关文件，做好项目实施前的各项准备工作。

3、负责与项目公司协调，协助公司进行项目的实施。协调公司和各临床科室之间的关系。并定期召开协调会，处理好项目实施过程中出现的任何问题。

4、督促项目计划的按期进行。随时掌握项目的实施进度，保证项目按照实施计划进行。

5、安排项目小组成员的工作，定期检查项目小组成员的工作进展及工作质量。

6、及时向中心主任汇报项目的实施进展以及在实施过程中出现的问题，对于可能解决的问题力求及时处理，对于一些重大或复杂的问题应及时报告中心主任。

7、准确、详细地记录项目实施日志。对实施过程中出现的状况及解决方案做详细的文字记录。负责收集、记录和整理项目详细的文档，做好项目验收后的材料归档。

8、配合项目公司测试应用软件，提交测试报告。

9、协助项目应用科室做好项目验收工作，并参与项目验收。

10、项目正式运行后，负责监督项目的正常运行及日常管理。定期检查项目在科室应用运行情况。

11、若实施负责人变更，负责完成工作任务及各种文档的交接工作。

信息科统计分析员岗位职责

1、具有使用常用统计分析软件的能力，具备关系数据库基础知识，有数据库结构设计和软件编程能力。负责管理网上备份的历史数据，设计并实现数据的提取、过滤、概括、标准化及加载，建立、管理医院的数据库。

2、配合科室全成本核算，每月定期向院领导和医院各管理部门提供上月的运行数据分析结果，每年的2月底之前向院领导和医院各管理部门提供上一年的运行数据分析结果，内容包括收入分析、支出分析、医疗费用分析、成本分析、医疗指标质量信息分析等。

3、了解院领导和医院各管理部门对数据查询和分析的需求，完成用户的查询和分析需求。

信息科资产管理员岗位职责

1、负责科室内固定资产账目的管理、登记、建档、报废工作。

2、记录科内人员固定资产设备的领用登记、保管和使用工作。

3、负责全院计算机设备和软件及网络监察设备的预算、计划、审批、验收、报废鉴定。

4、定期对科室内固定资产进行盘点，并及时记录。

信息科专业组职责

综合管理组——知所想，创所能

综合管理组分一组和二组，分别负责我院外科和内科的科室病区内日常信息相关工作的管理和维护工作。主要职责如下：

1、负责院内内网计算机、打印机及应用软件的安装、运行、调试及维护工作。

2、负责医院各信息系统操作使用培训，协助并指导医务人员对医院信息系统软件正常操作。

3、汇集整理临床科室日常信息化相关问题，汇报负责专业组进行统一处理，提高临床一线系统使用效率。

4、完成院领导和中心主任交付的其他临时性任务。

网络平台组——常备不懈，有备无患

网络平台组为信息科专业组，主要负责机房网络平台及附属设备、弱电智能化工程，网络安全等全生命周期管理。主要职责如下：

1、全生命周期管理，包括申请、论证、购置、安装、调试、规划、升级、改造、维护、维修和报废等管理。

2、机房网络平台设备包括：各种服务器、存储和各种网络设备（交换机、防火墙、路由器和各种网络安全设备等），以及保障这些平台设备运行的基础软件系统，和各种网络管理软件等。

3、机房附属设备包括配电、UPS、消防、安全防范系统、空调和机房环境等设备。

4、确保本部、东院和西院的机房网络平台设备和机房附属设备正常运行，以及相关IP等网络地址管理。

5、负责与外部相连的各种内外网线路及其相关设备正常运行。

6、负责医院的各种零星布线的规划和验收。

7、负责联网门禁、监控（联网于新大楼）系统管理与维护。

8、负责我院新病房主楼二十二、二十三层相关科室设备管理与维护。

9、负责全院网络安全工作，包括防病毒、防入侵、防火墙设置等任务。

10、负责本部、东院弱电智能化项目建设。

11、完成院领导和中心主任交付的其他临时性任务。

软件组——简于外，强于内

软件组为信息科专业组，主要负责我院收费处、住院处、医保办、药房等信息系统管理、维护、开发、升级等工作。主要职责如下：

1、根据医院各方面的需求，统筹考虑并提出软件引进计划并论证，在获批准后会同有关人员组织实施，其过程必须遵循既定的规程和技术，力求在实施的第一时间内了解对方的有关软件技术和流程，掌握前台使用和后台维护的方法。在不影响本院既有的系统正常运行的情况下，向对方提供有关接口数据。

2、协助有关人员及时解决医院（临床）信息系统维护和使用中的遇到的疑难问题，对共性问题或以文本加以说明，或通过与技术支持公司联系进行必要修改。

3、担负部分适合医院的应用软件开发任务，项目主要来源于医院、部门和科室的需求。

4、为日常的数据查询服务提供程序，负责特殊数据查询的全过程。

5、源代码的编写须按照软件组既定的制度执行，关键语句或模块须进行通用的注释。源代码在项目组内实行共享式管理，项目组负责人为直接负责人，不得发生外泄、丢失、覆盖或删除等信息安全事故。

6、对引进软件和开发软件要进行必要的论证和测试，参加人员组成包括质控组、网络组和其他技术人员等，人数不得低于角色标准人数。论证和测试要生成报告并存档。

7、完成院领导和中心主任交付的其他临时性任务。

系统与数据库组

负责我院信息系统数据库管理维护工作。

网络与数据安全快速响应组

1、保障全院内外网网络、存储、数据库等系统正常运行。

2、及时处理网络及数据库故障。

教学与培训管理组

1、负责医学院相关教学工作。

2、组织信息科实习生带教工作。

数据查询管理组

负责完成临床医技科室一次性统计数据需求。

资产管理组

负责全院计算机设备和软件及网络监察设备的预算、计划、审批、验收、报废鉴定。

会议与手术示教管理小组

1、负责形象宣传系统、会议室、手术转播、远程会诊等设备维护与管理。

2、负责院内网会务服务相关任务。

泗洪县第一人民医院信息科日常工作管理制度

为了加强信息科工作管理，明确工作责任，提高服务质量，保障我院信息系统及网络稳定运行，特制定本制度。

一、日常行为规范

1、遵守医院规章制度，不迟到，不早退，坚守岗位，认真履行职责，保持通信联络畅通，不得擅离职守。

2、保持良好的精神风貌，保证服务质量和效率。

3、始终保持办公场所整洁卫生，务必做好防火、防盗、防雷、防潮、防高温等工作，发现异常及时向主管领导汇报或报警。

4、实行首接负责制。第一位接到维护电话人员，认真记录，并及时处理问题。若不能独立解决，则内部通知相关责任人，并确认问题处理完成。

5、按照医院请假手续进行休假，外出期间实行A/B角制度。信息科值班人员可以按规定调休，原则上休息二日及以下需告知组长，休息三日及以上需向科主任请假。

二、值班制度

1、信息科实行24小时值班制（2064）和工作日小组值班制，科室每日设置1名24小时值班人员，各小组每日设置1名值班人员，全员轮流值班。

2、非值班人员在正常工作时间均为备班人员，协助值班人员完成工作任务。

3、值班人员按时认真填写《值班日志》，记录报修科室、报修人、报修时间、故障问题、维护结束时间和维护结果等，严格执行交接班制度。

4、值班人员在接到报修或咨询时应及时处理，并做好记录，电话不能解决的，应立即现场处理。

5、值班人员（2064）负责值班当日的主机房安全检查，记录机房温湿度及UPS、空调设备运行情况。发现异常，及时通知相关负责人员。

6、值班人员（2064）在工作时间，原则上不直接处理用户问题，主要司职记录相关问题，并告知相关负责人；在非工作事件，原则上独立处理授权范围内一切维保事宜。

7、值班人员在维保工作中确实出现困难，可直接向有关专业组或本组专业人员求助。

8、应急快速响应小组成员保持24小时手机开机状态，确保有效响应。

9、节假日期间，软件组成员实行听班制，网络组实行现场巡检制，并与中心值班人员沟通，及时书写值班日志。

三、交接班制度

1、科室规定每日上午8:00为交接班时间。工作日8:00，全员参加交班会议，值班人员在会议中总结前一天工作内容，说明未处理故障，完成工作交接；非工作日8:00，值班人员和接班人员自主交接班，说明未处理故障。

2、在交接班中发生未处理故障，由交接班人员负责处理，接班人员协助处理。

3、值班人员（2064）交接班结束后可以正常调休。工作日值班休息一日，周末值班休息二日。

四、岗位考核制度

1、人员考核程序按照医院人事处制度执行。

2、在职人员实行定期考核制度，分为半年度、年度考核，考核需提交个人工作总结，各组组长提交小组总结。

3、科室试用期新员工，自动成为信息科轮转人员，按季度在各小组进行轮转值班，学习各小组工作内容，熟悉信息科日常基本事务。小组轮转结束后，根据个人实际表现、科室人员反馈信息进行考核，并最终由科主任确定定岗。

4、针对考核不合格，或具有过失等行为，根据情节严重程度进行处罚。处罚形式有：通报批评，书面检讨，扣除绩效，换岗，待岗，退回人事处。

五、离岗离职制度

1、离岗离职职工程序按照医院人事处制度执行。

2、回收工作人员系统权限授权，注销其所有信息系统账号。

3、工作人员离岗离职时，应交接以下内容：

①信息科管理信息系统设计的用户名和密码；

②负责相关项目的文档资料汇总；

③个人职务需要所持的所有与工作相关信息的文件、资料、图标、笔记、报告、存储介质、仪器等载体，确保信息相关内容不泄露；

4、工作人员离职离岗时，返还全部属于信息科固定资产设备。

泗洪县第一人民医院信息安全管理制度

为加强我院信息安全管理工作，保证信息系统及网络安全、稳定运行，防治泄密和传输非法信息，根据国家有关规定，结合我院实际情况，特制定本制度。

日常行为安全

1、信息科人员认真贯彻“八防”政策：防火、防水、防盗、防尾随、防泄密、防高温、防断电、防气体意外泄露。

2、办公室定期一切设备与设施，及时维修与维护。工作设备（包括计算机、笔记本、投影仪等器材），公共设施以及无人工作区域，管理落实到人，明确责任，实行目标管理。

3、下班或离开时，及时关闭电脑主机、显示器及插线板等，消除用电等方面的安全隐患。

4、当日值班人员在人员下班离开后，检查门窗、饮水机等设备是否关闭，落实安全措施。

设备使用安全

1、内网计算机仅作为医院信息系统工作站使用，由信息科统一使用内网系统镜像。使用桌面管理软件屏蔽USB端口，禁止使用控制面板和计算机属性等工具更改系统信息，避免病毒传播。

2、内网计算机、打印机设备由信息科人员现场安装，未经允许，不得随意挪动、拆卸和外借，不能做其他用途。

3、计算机登录检测，利用网络准入技术保证只有授权的计算机才可以使用网络，通过网卡识别技术拒绝非授权计算机登录系统。

4、在应用系统中只开放与访问用户相对应的应用权限，并且需要通过密码检测通过才能使用系统。

5、所有服务器、主干交换机及其他系统主要设备由制定负责人管理，设备的配置、安装、调试有负责人与厂商工程师共同完成。任何人不得擅自操作网络设备、修改网络参数和服务器的相关设置，不得随意拆卸和移动。

6、各类软件系统的维护、增删、配置的更改，各类硬件设备的添加、更换必须按规定进行详细登记和记录，对各类软件、现场资料、档案整理存档。

中心机房安全

1、中心机房和信息管理办公室隔离分设，设置专管人员。

2、严格执行机房管理制度，非机房人员进入机房按流程办理审批及登记，与工作无关人员禁止入内。

3、非机房工作人员未经许可不得擅自上机操作，禁止对运行设备及各种配置参数进行更改。如因工作需求更改，一般情况在夜间进行，并制订计划书和应急方案。

4、严禁在网络服务器等设备上安装一切与工作无关软件。

5、对服务器等网络设备进行详细的记录，包括设备的检查记录、服务器启停记录，服务器运行情况和对用户的监控记录等，确保计算机系统的正常运行。

6、值班人员定期巡检各机房设施，认真、如实、详细填写《机房巡查日志》等核查表单，记录机房运行情况，以备后查。

7、不定期对机房内设置的附属设备、消防器材、监控设备进行检查，以保证其有效性。

8、信息科系统管理维护人员对服务器系统和主要网络设备的设置与维护应当做好登记、备案、审核与备份工作。

网络运行安全

1、我院网络分为外网和内网，内网与外网在物理上完全隔离。严禁一台设备同时使用内网和外网资源。

2、内网为临床信息系统工作网络，设置网络准入条件，符合条件的设备可以使用内网资源，非法用户屏蔽；外网连接外部公网，实行实名制认证策略，非认证人员禁止使用。由信息科专人负责准入和认证设置。

3、未经主任批准，任何人不得更改网络拓扑结构、交换机和路由器配置参数。

4、网络平台由科主任指定专人管理和维护，实行安全等级保护和用户使用权限控制。用户名口令的分配设置专人负责，不得泄露于其他无关人员。

5、严禁使用医院网络从事危害国家、医院和公共利益活动。

6、计算机网络系统设施附近施工，不得危害网络系统的安全。若无法避免，须提前通知网络中心，经科主任同意并采取保护措施后，方可实施。

防病毒、防入侵、防漏洞安全

1、采用国家许可的正版防病毒软件并及时更新软件版本。

2、所有使用内网网络的设备均安装杀毒软件，定期对系统进行漏洞修补、木马病毒查杀操作。

3、所有进入网络使用的移动存储设备，必须经过严格杀毒处理，对造成“病毒”蔓延的有关人员，给予处罚。

4、未经管理人员允许，不得在服务器安装新软件，包括信息科新开发的软件。确认安装前，应进行病毒检测。

5、对于计算机病毒和危害网络系统安全的其他有害数据信息的防范工作，由网络中心负责处理。在进行安全检查时，所有人员积极配合并提供详细情况和资料。

6、外网设置防火墙，同时对路由器设置风暴阻拦。限制外网下载权限，禁止利用任何不可靠路径下载未知软件。

运行监控安全制度

1、指定专人每日进行系统监控日志查看、分析和记录工作。监控内容包括：设备运维系统、病毒扫描系统、机房环控系统、漏洞修补系统等实时安全监控类系统。

2、专职人员随时监控中心设备运行状况，发现异常情况应立即按照预案规程进行操作，并详细记录异常警报，及时上报处理，防止影响医院网络及系统运行。

4、网络管理人员定期对网络安全漏洞进行检测，关注病毒库更新情况，及时对安全系统升级。

5、信息科人员具有较强的病毒防范意识，定期进行病毒检测，重点关注具有文件传输性质的服务器，发现病毒立即处理并通知专职人员进行防范，同时记录日志文档。

密码安全保密制度

1、工作中不得泄露国家机密、医院机密。拷贝或者借用涉密载体必须履行审批手续。涉密信息在存取、打印、复制、删除等处理过程中，应严格由指定人员操作，不得擅自给予他人，禁止泄露、外借、转移专业数据。

2、机房工作人员恪守保密制度，不得擅自泄露中心各种信息资料与数据。

3、为确保数据的安全保密，对各业务单位、业务部门送交的数据及处理后的数据都必须履行交接登记手续。

4、对服务器采取严格的保密防护措施，防止非法用户侵入。

5、保密设备及密码、密钥、技术资料等指定专人保管，设立系统管理员。

6、系统管理员负责注册用户，设置口令，授予权限，对网络和系统进行监控。

7、加强系统用户权限管理，在各类程序的授权上，不给操作人员超出本职责范围的权限。

8、采取定期更换管理员口令，如非系统管理员在特定情况下需要使用管理员口令，在口令使用完毕后立即对原口令进行作废处理，同时更改使用新口令。

数据库授权权限安全

1、信息科管理人员要明确管理职责，不得擅自将自己操作权限转交他人；不得超越权限操作。

2、信息科数据库服务器采用数据库与操作系统身份验证模式登录，密码采取分段式管理方式，由信息科负责人、信息系统操作人员掌握，需操作服务器数据库时，必须输入操作系统密码和数据库密码及信息系统密码才能实现查询修改等功能。

3、对于主要网络设备和计算机服务器系统，信息科应正确分配权限，并加严密的口令给予保护，口令应定期修改，任何非系统管理员严禁使用、扫描或猜测口令。

4、每周进行一次全备份，每日进行一次增量备份，数据和文档及时归档，备份介质由专人负责登记、保管。

5、非数据库管理员严禁擅自对数据库进行拷贝、导入/导出、修改配置等操作。

6、运用系统软件和应用软件的相应功能，合理设置了系统的使用权限：

①设定数据库的安全级：通过安全设定，确保各类数据库只能被授权的合法用户使用，未经授权的用户无论通过什么程序和软件工具都不能访问数据库。

②设定应用数据的安全性：通过设定权限控制用户对特定数据的使用。

③设定使用人员角色管理属性：医院内部各类工作人员繁杂，通过对角色进行授权，对同类所有人员进行授权，既保证数据共享，又保证数据的安全。

7、数据库访问密码保护，在客户端不存在透明的数据库访问密码，应用系统使用的数据库密码加密存放，并可随时修改密码。

8、严格按照预制操作流程对数据库进行操作，对新业务及特殊情况需要变更流程应先进行详细安排，由负责人批准后，方可执行。所有操作变更必须有书面日志记录。

数据备份和应急措施安全

1、定期对医院数据进行备份工作，采取以下四种方法对数据进行备份：

①采用冷备与热备相结合的方法，对文件服务器上的数据进行定期热全备份与不定期冷全备份。

②采用增量备份的方法，每天对数据库进行增量热备份。

③我院利用ORACLE数据库DATAGUARD功能在中心机房建立应急/备份服务器，并在异地机房内架设异地备份/冗灾服务器，与主服务器数据库实时同步。

④存放数据的磁盘全部为RAID 5+ Hot Spare或者RAID 6格式，任两块磁盘出现故障都不会造成数据丢失。

2、严格按规章制度要求做好各种数据、文件的备份工作，严格实行异地存放、专人保管。所有重要备份文档定期整理装订，由专人保管，以备后查。

3、应急措施：我院利用ORACLE数据库DATAGUARD功能在中心机房建立了应急/备份服务器，与主服务器数据库实时同步，即使主服务器出现不可逆故障，应急/备份服务器可在十几分钟内代替主服务器运行。

4、灾难恢复：建立一套完整的灾难恢复方案，在病房大楼机房内架设了异地备份/冗灾服务器，即使中心机房出现了不可恢复的灾难性损害，异地备份/冗灾服务器也可在十几分钟内代替主服务器运行。保障全院的信息不中断。

泗洪县第一人民医院信息科机房管理制度

机房是我院信息系统运行的重要核心。为了科学、有效的管理机房，保障全院网络安全，促进信息系统的高效稳定运行，特制定本规章制度。

一、机房管理人员行为准则

1、 机房管理人员的确定与授权由信息科管理委员会和质量管理小组共同确定，并作为其工作督查机构。不定期对人员及执行情况进行检查，并作为人员考核依据。

2、机房管理人员要保持中心机房及各分机房的环境卫生。禁止在机房内吸烟、喝水、吃食物、嬉戏，保持机房安静。对于意外或工作中造成机房内的污渍，及时采取措施清理干净。

3、机房管理人员和进入机房的人员必须更换工作专用鞋或穿鞋套。严禁携带易燃、易爆、具有腐蚀性和强磁场物品及其它与机房工作无关的物品进入机房。

4、禁止带领与机房工作无关的人员进出机房，绝不允许与机房工作无关的人员直接或间接操纵机房任何设备，外来人员进入机房必须有专门的工作人员全面负责其行为安全。

5、 禁止使用机房设备做与本职工作无关的事情。

6、 机房管理人员应每日认真检查中心机房及UPS电源室内所有设备的运行状况，负责管理和维护（包括温度、湿度、电力系统、网络设备、消防设备等），并做好详实的记录，出现问题及时联系相关人员进行维护。

7、 各机房严禁堆放一切与机房工作无关的物品，严禁将机房空间用作仓库，保持机房清洁及设备安全。

8、 注意机房的防晒、防水、防潮，维持机房环境通爽，注意天气对机房的影响，下雨天时应及时主动检查和关闭窗户、检查去水通风等设施。

9、 机房管理人员负责内外网病毒服务器病毒码的及时更新，服务器操作系统安全补丁、漏洞检测及修补、病毒防治等工作。

10、 机房管理人员负责全院网络的安全，监控网络流量并制定适合的管理和防护策略。

11、机房管理人员坚持每周到各分机房点巡视，了解各机房设备、系统等运行情况。

二、机房进出入管理制度

1、本机房工作人员进出所管理的机房时，需持本人门禁卡刷卡进入。其他单位员工因工作需要进入机房时，凭本人工作证件登记后，经授权在机房管理人员陪同下方能进入机房。

2、进入机房的外来人员及携带的物品，均须接受检查，详尽、如实地填写机房出入登记表上的相关内容，机房维护人员负责监督工作，确认无误后方可进入。

3、外单位员工进入机房前，根据不同的工作属性，需要提供相应的文件资料。属于工程施工类的，需出示机房施工进出审批表、本人有效身份证件经同意后才能进出机房。

4、参观人员进入机房需由本单位人员陪同，陪同人员应全程陪同并承担参观过程的管理责任。陪同人员应提前完成有关审批手续。进出中心机房的参观由信息科领导负责审批。

5、外来人员进出机房，需遵守机房相关管理规定，保持机房卫生、整洁，进入机房要求穿机房专用鞋或戴鞋套。

6、机房门禁卡管理系统应有专人管理，门禁卡严格控制，统一调配；门禁卡按照一人一卡的原则配置，设置确定的权限，不得借给他人使用；持卡人应刷卡出入权限规定的机房，确保门禁系统的记录完整、真实；持卡员工要妥善保管门禁卡，不得随意擅自将门禁卡借予他人使用。

7、设备厂商人员进入机房需向网络管理组提交申请及相关材料，由中心领导进行审批。设备厂商提供的操作计划应明确设备供应商技术人员每步操作步骤对网络、设备、业务的影响，事前要制定应急保障预案，在发生紧急情况后按照预案进行相应操作。

8、设备厂商人员进入机房后应严格按照操作计划进行，不得对任何不在审批计划范围内的设备进行操作或超出审批计划范围进行操作。若因厂商人员超计划操作，造成网络安全故障，相关厂商除承担一切损失外，同时信息科将视情况予以相应处罚。

9、设备厂商人员进入机房后，网络管理组应派专人全程现场配合，配合过程中应认真监督，对于设备厂商人员对设备的每步操作，要认真核查，确保网络设备安全。如因监督不力，造成网络安全故障，相关部门应根据本管理条例，对有关责任人进行教育、处罚。

10、设备厂商人员现场操作完成后，需经信息科相关负责人确认后方可视为操作完成。

三、数据保密及备份操作管理

1、 中心机房设置数据库管理员，保证数据库24小时正常工作并做好各系统数据库月、周、日备份工作，备份集由专人管理确保数据的准确无误。

2、对数据实施严格的安全与保密管理，防止系统数据的非法生成、变更、泄露、丢失及破坏。

3、 严格执行各种数据、文件的备份工作。中心服务器数据库要定期进行双备份，并严格实行异地存放、专人保管。所有重要文档定期整理装订，专人保管，以备后查。

4、根据数据的保密规定和用途，确定使用人员的存取权限、存取方式和审批手续。

5、禁止泄露、外借和转移专业数据信息，未经批准不得随意更改业务数据。

泗洪县第一人民医院智能化工程项目管理条例

为了智能化工程建设的顺利开展和按时按质完成医院对信息科弱电工作的部署目标，结合实际情况，特制定信息科智能化工程管理条例。

一、工作内容

1.组织完成智能化开工审批手续，协调施工过程中的外部关系；

2.协助招投标及签订施工合同；

3.按照法律规范及合同规定和程序对建设项目进行从开工至竣工的全过程管理，实现项目合同目标；

4.制定相关项目管理及推进方案，报请医院批复后并实施。

二、日常工作制度

1.组织制度

(1)实行科室负责人领导下的项目管理人（指定专业工程师担任）负责制。

(2)根据智能化项目需要成立项目组，下设不同职责的执行人员。

2.会议制度

(1)实行定期现场办公制度（周一至周五早上8:00-下午5:00点）；

(2)值班制度：周六、周日，施工方正常施工时，安排专人值班；

(3)定期例会制度（暂定周五下午3:00点）:监理、施工单位主要负责人、项目人员参加，解决施工过程中存在的问题。

(4)不定期会议:对施工过程中存在的困难、问题需要及时解决落实的专题会议，紧急会议。

(5)协调组织并参与监理方组织的监理例会，（暂定周二下午3：00点）和不定期的各项专题会议。

(6)监督、参与施工单位的安全、生产、质量、进度会议，提出合理的施工方法及工艺。

3.检查制度

(1)本科室项目工程师会同监理、施工方相关专业人员，每天进行一至二次的现场作业点的安全、质量、进度巡查（周一至周五），及时对过程控制，发现问题应口头和书面通知并用，限时要求施工单位整改，整改后必须进行复查，直至合格为止。

(2)周小查：由科室项目负责人进行一周一查（暂定周二上午9：30分），监理、施工各主要负责人、相关专业负责人参加的安全、质量、进度检查，检查过程中发现的问题，以书面文字、影响、照片结合的形式及时下发施工单位，限时整改，整改过程和完毕时应进行复查，直至合格。

(3)月大检查：每月至少一次不定时的大检查或分部分项检查，建立检查表、评比标准，进行现场安全、质量、进度讲评，形成书面检查、评比报告。

(4)各项检查结果应及时形成书面、影像资料报科室负责人审查后，提交相关单位负责人签认。

(5)各岗位实行书面总结、计划，分周、分月报计划和分阶段目标计划的报告制度。

(6)写出管理日志，注明当日巡查、情况及时间记录、工程会议、检查事项、工程签证、设计变更、施工质量、进度、安全问题及相关处理措施、落实情况等，必须当天书写，不准事后补写。

三、岗位责任制

1.管理岗位轮岗责任制

(1) 项目管理人对科室负责人负责，积极配合院其他部门完成项目相关工作。

(2) 项目管理人严格执行轮岗责任制，接受院纪委、行风办、审计处的监督。

(3)按周、月、年制定生产计划及总结，协助制定项目目标、协调内外关系。

(4)组织、参与、起草、审查招标文件，评定招标文件，拟定项目合同主要条款。起草、审查由不同人员负责并报送科室负责人审批。

(5)组织参与施工进度计划，材料供应计划，资金需求计划的制定和初步审查，抓好项目施工成本控制与管理。

(6)主持日常工作例会，周、月、及分部分项检查。

(7)正确指导施工单位的安全、质量、进度及文明施工。

(8)审阅、办理或督促处理施工单位之间的来往函件。

(9)组织工程竣工的初步验收。

2. 信息智能化工程项目岗位责任制

(1)实行双人负责制，接受科室负责人领导。

(2)明确分工和职责，各司其职，相互配合，重点环节实行双人联签制。

3. 智能化维修改造类项目岗位责任制

(1)实行双人负责制，接受科室负责人领导。

(2)起草并保存与施工、监理单位的来往函件及各种法律文件并上报科室负责人审阅。

(3)组织项目施工审批所需资料。

(4)进行施工现场工程量的统计，审核（初审）并进行核算。

(5)组织工程质量的安全检查，做好施工现场安全事故预防工作，并作好记录。

(6)组织对于隐蔽工程的验收，确保所记录的资料真实完整。

(7)做好工程施工部位及现场安全文明施工的巡查，并记录工作。

(8)审查批复施工方作业计划，预算资料及相应业务，批复质量整改措施，并检查落实情况和各方工程联系单的草拟回复，并报科室负责人审查。

(9)材料验收和工程竣工验收等重点环节实行双人联签制。

4.工程档案资料管理岗位责任制

(1)设置工程档案资料管理员，接受科室负责人领导。

(2)项目工程文件资料，应严格分级保密，未经上级领导同意，不得将涉及有秘密的资料透露给施工方或其他单位和个人。

(3)由各项目负责人签订的合同及合同文件，必须确认合同方的法律资格，经相关部门审查，报科室负责人审批签署后，方可交合同与另一方实施，根据合同、图纸由工程部统一发放，相关专业工程师保留一套，要善保管使用，竣工后交回科室，以备存档或满足其他需要。

(4)收集整理好施工、监理、公司来往函件并保存，建立资料台账。

(5)督促指导施工单位的资料跟进完善，做到工程竣工、资料齐备，以备报验和存档。

(6)做好各种会议的文字记录，及施工相关影响图片资料的保管工作。

(7)将收集到的各类档案资料按照档案管理规定整理后尽快移交给医院档案室存档。

泗洪县第一人民医院信息化建设规划

* 1. 项目规划清单

**泗洪县第一人民医院信息化建设规划**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、业务信息系统规划** | | | | |
| 序号 | 系统大类 | 系统子类 | 系统名称 | 备注 |
| 1 | 基础平台 | 基础平台 | 基础配置平台 |  |
| 2 | HIS | 门户管理 | 全院系统统一门户 | 单点登录 |
| 3 | 门诊 | 就诊卡管理平台 | 支持实名制 |
| 4 | 门急诊预约挂号 | 分时段预约 |
| 5 | 门急诊分诊排队叫号 | 等候区诊室屏 |
| 6 | \*门急诊自助服务平台（银医合作） | 各类自助终端  （报告打印） |
| 7 | 门急诊收费系统 | 多种支付方式 |
| 8 | 综合支付管理平台 | 财务对账管理 |
| 9 | 门急诊医生工作站 |  |
| 10 | 门急诊护士工作站 |  |
| 11 | 门诊中西医药房系统 |  |
| 12 | 门急诊输液管理系统 |  |
| 13 | 急诊留观系统 |  |
| 14 | 门诊多媒体导医系统 | 支持移动端 |
| 15 | 门诊信息发布 | 大屏、条屏 |
| 16 | 门急诊应急系统 |  |
| 17 | 住院 | 住院出入结算管理系统 |  |
| 18 | \*住院自助服务（银医合作） | 各类自助终端 |
| 19 | 住院医生工作站 |  |
| 20 | 住院护士工作站 |  |
| 21 | 病区药房系统 |  |
| 22 | 医技管理系统 |  |
| 23 | 数据上报 | 区域医疗平台数据上报 |  |
| 24 | 省妇幼专科数据上报 |  |
| 25 | 手术室 | 手术麻醉管理系统 |  |
| 26 | 输血管理 | 临床输血流程闭环管理 |  |
| 27 | 输血科信息管理系统 |  |
| 28 | 市用血平台对接 |  |
| 29 | 移动医疗 | 无线网络 | \*病区无线网络全覆盖 | 运营商4G |
| 30 |  | 移动医生查房系统 | 手机移动端 |
| 31 | 移动护理系统（文书、质控、查房） | PDA（每病区8台） |
| 32 | 移动输液系统 | PDA |
| 33 | 便民服务 | 互联网+医疗 | 互联网服务 |  |
| 34 | 预约服务 |  |
| 35 | 就诊服务 |  |
| 36 | 实名认证 |  |
| 37 | 满意度调查 |  |
| 38 | LIS | 检验系统 | 检验信息管理系统 |  |
| 39 | 微生物信息管理系统 |  |
| 40 | 条码申请单管理 |  |
| 41 | 实验室质控指标分析 |  |
| 42 | 流水线及自动审核 |  |
| 43 | EMR | 电子病历 | 门（急）诊电子病历 | 妇幼专科集成 |
| 44 | 住院医生、护士电子病历 | 临床路径、单病种 |
| 45 | 病历质控系统 |  |
| 46 | 电子病历归档系统 |  |
| 47 | 电子病历归档全文检索 |  |
| 48 | HRP | 运营管理 | 人事管理 |  |
| 49 | 卫生材料管理系统 |  |
| 50 | 高值耗材管理系统 |  |
| 51 | 固定资产管理系统 |  |
| 52 | 消毒供应室管理系统 |  |
| 53 | 病案管理 |  | 病案管理系统 |  |
| 54 | 统计管理系统 |  |
| 55 | 病案首页上报 |  |
| 56 | 院感管理 |  | 院感管理系统 |  |
| 57 | 院感数据上报 |  |
| 58 | PACS | \*影像管理 | RIS、PACS、超声升级 |  |
| 59 | 接口 |  |
| 60 | 药事管理 | 药事管理 | 药库管理系统 |  |
| 61 | 抗菌药物分级管理系统 |  |
| 62 | 医保管理 |  | 医保智能审核监控 | 控费、统计 |
| 63 | 单病种付费管理 |  |
| 64 | 医保对接 |  |
| 65 | 全院集中预约平台 |  | 检验、检查统一资源池，  入院准备中心（床位） |  |
| 66 | 消息管理 | 消息管理平台 | 危急值管理平台 |  |
| 67 | 全院消息管理 |  |
| 68 | 医疗协同 |  | 远程会诊 | 医联体平台  \*远程设备 |
| 69 | 远程影像、教学、会议 |
| 70 | 分级诊疗、双向转诊 |
| 71 | OA |  | 办公自动化系统 | 支持移动端 |

\*注：规划方案中未列及的信息系统及功能模块请厂商依照《电子病历系统功能应用水平分级评价方法及标准》（2018版）、《全国医院信息化建设标准与规范》（2018版）、《二级医院评审标准（2016年版）》、《江苏省县（市）级综合医院（二级）评价标准与细则》等标准补足。

* 1. 项目进度要求
     1. 第一阶段：夯实基础（6个月）

以二甲综合医院建设为导向，建立健全医院信息标准体系，制定包括数据元标准、数据传输描述、数据存储标准、数据交互标准，协议转换标准等，完成支撑医院基本管理和运营的信息系统包括HIS、LIS、EMR、及其他相关业务系统的接口对接建设。

* + 1. 第二阶段：全面提升（3个月）

以电子病历四级测评为核心，在一期建设稳定运行的基础上，深化临床业务信息系统的建设，以电子病历四级测评和实际业务需求为出发点，查漏补缺，加强临床信息化建设的深度和广度，全面提升医院临床信息化的水平。

* + 1. 第三阶段：深化扩展（3个月）

以二甲综合医院建设为目标，结合评审标准要求，完善以患者为中心的便民服务体系的建设，包括自助服务系统、微信公众号、居民APP等。健全医院绩效考核、人力资源管理、物资管理、医疗设备管理等运营系统的建设，实现管理的科学化、规范化和智能化，实现医院精细化管理的目标。加强医疗管理系统的构筑，如院内急诊管理系统、院感管理系统、血透管理系统等。最终实现业务能力专、医疗服务模式新、学科建设强、管理水平高、具备信息化感知支撑的本地领先的数字化医院的目标。

**二、公司方案介绍要求**

采用PPT形式介绍，时间40分钟以内，10-20分钟解答环节，包括如下内容：

**2.1公司介绍**

实力、资质、案例

**2.2方案介绍**

详细方案、功能清单（报价）、实施方案、实施团队

**2.3特色及亮点**

公司及产品优、劣势

**2.4售后服务方案**

售后服务内容、售后驻场团队、需求响应时间

泗洪县第一人民医院信息系统权限管理制度

为了加强我院信息系统用户账号和权限规范化管理，确保应用程序的安全、有序、稳定的运行，防范应用风险特制定本制度。

一、对各用户的系统登录活动进行严格的管理，并按照各用户的身份对用户的访问权限进行严格的控制。

二、信息系统用户、角色、权限划分和制定，以管理部门（人事科、医务部、护理部等）审批确认申请单为依据，分配各科室人员的权限及口令。取得相应资格证的工作人员账号由工作人员提出书面申请，由本科室负责人签字确认、相关管理部门确认签字后，上交信息中心办理账号开通程序。

三、所有信息系统须指定系统管理员负责用户和权限管理的具体操作。管理部门可指定一名管理员进行二级权限登记操作。

四、每人有且仅有一个账号，严禁一人多账号登记注册。

五、工作人员对所持用户名、口令应予以保护，如因保护不善而造成的不良后果由本人（密码权限所属人）承担。造成严重后果者移交院方处理。

六、密码所属者在执行操作完毕后应立即退出，如未及时退出，一旦被他人利用对系统执行非正常操作，如造成严重后果，移交院方处理；如未造成损失，一经发现未退出系统并且人员未在岗，将处以罚款。

七、因工作岗位变动，调动、离职等原因导致使用权限发生变化或需要注销账号时，以审批确认单为依据，及时更改或注销账号。

八、账号信息泄露或遗失时，应在24小时内通知管理人员，及时停用或更改账号权限或密码，保证信息系统数据安全，并进行书面记录。

泗洪县第一人民医院外网管理规定

目前我院各临床、医技及职能科室均具备使用外网条件，为了合理配置和安全使用我院网络资源，特制定本规定。

一、账号申请

我院采用实名制认证上网管理方式，需本人提交申请单申请认证账号。申请单内容包括使用人工号、姓名、办公地点、办公用途，并必须由科室负责人签字确认。

二、上网行为管理

在工作时间内，严禁浏览与工作无关的网站；在工作时间外，严禁浏览黄赌毒等敏感站点。严禁使用我院外网发布不良言论，一旦核实，有个人承担责任。

三、上网位置

科室病区使用外网的地点要具有私密性，严禁在医疗办公区域内使用外网网点。对于特殊需求的位置，需要申请说明，在院领导同意的情况下根据实际情况进行网点的布置和接通。

四、路由器

严禁私自接入路由器等网络中继转换设备，严禁盗用他人的资源。信息中心将通过管理和技术的手段进行管控。违反上述规定将被取消该网点使用外网的资格。

泗洪县第一人民医院信息数据查询管理制度

为进一步深化治理医药购销领域商业贿赂工作，规范医疗服务行为，维护患者和医疗机构及其工作人员的合法权益，避免为不正当商业目的统计医生个人和临床科室有关药品、耗材用量信息，建立防控医药购销领域商业贿赂长效机制，结合我院实际，特制定院内信息数据查询规范管理制度。

一、适用范围：本制度仅适用于一次性使用的统计查询内容，长期使用统计表单归属于软件系统更改范畴。

二、申请流程

临床医技科室及职能部门因工作需要，有统计数据需求的，提出书面申请，填写《泗洪县第一人民院数据查询申请表》。科室负责人签字确认后，根据查询内容提请医务部、办公室、信息科等部门审批签字，手续齐全后由信息科指定工作人员完成。

三、信息科人员严格执行此制度，未经书面审批的统计查询，严禁工作人员擅自操作。一旦发现，信息中心将对涉事人员严肃处理，一切后果由个人承担。

四、信息科工作人员完成统计工作后，将申请单汇总至信息科指定人员登记保管，做好工作记录，记录数据流向信息。

五、定期检查、汇总工作记录，监督统计查询工作运行情况。

泗洪县第一人民医院数据查询申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请科室 |  | 联系电话 |  |
| 申请人 |  | 数据用途 |  |
| 查询  内容  描述 | |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| 查询结果要求 | 查看□ | 打印□ | 复制数据□ |
| 科室主任意见 |  | 医务部意见 |  |
| 办公室意见 |  | | |
| 信息科意见 |  | | |
| 指定查询人 |  | 实际查询时间 |  |
| 查询数据流向 |  | | |
| 备注 |  | | |

说明:

1.查询数据仅供本院内参考,不作为证明使用。

2.查询时间安排应避开服务器使用高峰期。

3.查询工作在3个工作日内完成。

泗洪县第一人民医院信息使用部门与信息科沟通协调机制

为保障信息化建设的顺利实施，建立科学、规范、合理的信息管理机制，与各部门建立良好的沟通协调机制与途径，确保信息使用流畅，结合我院工作实际，特制定本制度。

一、沟通原则 尊重、合作、服务、共识、持续改进。

二、沟通方式

1.信息化领导小组开展信息专题会议。

2.各科室信息化建设兼职信息管理员负责本科室新需求的收集整理，了解存在问题，及时向信息科提交书面反馈。

3.科室走访。信息科根据工作需要，定期安排人员进行科室走访调研工作，了解业务科室对我院信息系统的意见和建议。

4.电话告知。医院信息系统中出现的程序错误，由发现人直接向信息科提出。

5.与院外专业公司、人员通过网络、会议等方式学习新技术。

三、沟通内容

1.对信息网络设备、计算机设备硬件的意见、要求、建议。

2.对信息管理系统软件方面的意见、要求、建议。

3.对信息科其他方面的意见、要求、建议。

四、信息科处理反馈

1.建立沟通记录本，记录科室意见，分类整理汇总，定期将处理结果反馈相关科室。

2.接到问题后，尽快进行测试，及时修改和更新。

3.接到各科室需求后，及时组织讨论，提交相关公司开发。部分暂时不能实现的功能，应书面答复提交科室，告知不能实现的原因。可以处理部分修改完成后，在医院内网发布更新通知。

4.更新程序后，信息科具体分管人员应跟踪应用的效果，和需求提出部门沟通，确定是否满足需求，收集更新后的问题，持续改进。

泗洪县第一人民医院信息系统应急处理预案

总则

一、目的

　　为有效防范医院信息系统运行过程中产生的风险，预防和减少突发事件造成的危害和损失，建立和健全医院计算机信息系统突发事件应急机制，提高计算机技术和医院业务应急处理和保障能力，确保患者在特殊情况下能够得到及时、有效地治疗，确保计算机信息系统安全、持续、稳健运行，特制定本预案。

　　二、工作原则

　　统一领导，分级负责，严密组织，协同作战，保障有力。

　　三、适用范围

　　适用于医院信息网络及各类应用信息系统。

四、启动条件

1.机房主服务器发生不可抗拒因素（不可预知的突发故障）导致全院信息系统停止运行30分钟以上时。

2.突发供电系统大范围停电，供电系统不能及时修复，并且备用电源亦不能提供电源，造成全部电脑不能运行。

3.遇机房搬迁、设备维护、维修等，需要信息系统停止运行时，于停机前3天将停机计划和方案分别上报医院信息化建设领导小组和信息系统应急领导小组，停机时间视当时情况尽可能安排在晚22：00～凌晨6：00时，将影响降至最小。

“信息系统应急预案”实施责任制：

一旦发生上述情况之一，应迅速启动“信息系统应急预案”。信息科在第一时间汇报院领导，如遇夜间或节假日有关使用部门立即上报总值班，总值班通知信息科人员，信息科人员到场后作出初步结论，汇报院领导，并通知财务处、总务处、护理部等相关责任部门。信息科开展相应的处理，如发生不能自行处理的因素，立即通知签约的服务公司派相关技术工程师到场处理。

组织机构和职责

　　根据计算机信息系统应急管理的总体要求，特成立医院信息系统应急保障领导小组（简称应急领导小组），负责领导、组织和协调全院计算机信息系统突发事件的应急保障工作。

1、应急领导小组成员由信息科主任指定，日常工作由信息科承担，其他各部门积极配合。

2、领导小组职责：

（1）制定医院内部网络与信息系统应急处置预案。

（2）做好医院网络与信息系统应急工作。

（3）协调医院内部各部门之间的网络与信息系统应急工作，协调与软件、硬件供应商、线路运营商之间的网络与信息系统应急工作。

（4）组织医院内部及外部的技术力量，做好应急处置工作。

医院信息系统出现故障报告程序

当各工作站发现计算机访问数据库速度迟缓、不能进入相应程序、不能保存数据、不能访问网络、应用程序非连续性工作时，要立即向信息科报告。

信息科工作人员对各工作站提出的问题必须高度重视，做好记录，经核实后及时给各工作站反馈故障信息，同时召集有关人员及时进行分析，如果故障原因明确，可以立刻恢复的，应尽快恢复工作；如故障原因不明、情况严重、不能在短期内排除的，应立即报告应急领导小组，在网络不能运转的情况下由应急领导小组协调全院各部门工作，以保障全院医疗工作的正常运转。

医院信息系统故障分级

根据故障发生的原因和性质不同，分为三类和其它故障：

一类故障：由于机房遭遇水灾、火灾；机房电力、温 控系统故障；服务器、存储、核心交换机不能正常工作；院内及至分院光纤损坏；全院网络不通；关键应用数据丢失、被篡改或删除；软件应用系统不能正常使用等以上情况造成的信息网络瘫痪。

一类故障由信息科上报信息化建设领导小组，由信息化建设领导小组组织协调恢复工作。

二类故障：由于计算机病毒感染造成的多台终端不能正常工作；单个楼宇网络不通（包括单个楼宇内一层或多层网络不通）；关键系统中的单个应用程序模块不能正常运行；单个或多个非关键应用系统不能正常使用。

二类故障由各科室报告信息科，由信息科集中解决。

三类故障：由于单一终端的网络、软硬件故障，单一病人信息丢失、偶然性的数据处理错误、某些科室违反工作流程引起系统故障。由于各工作人员操作不熟练或使用不当造成的错误。

三类故障由各科室联系信息科协调解决。

其它故障：由于医保线路、医保中心端引起的医保系统故障。

其它故障由财务处、医保办、农合办与信息科协调解决。

各部门的具体协调安排

1、所有手工工作的统一时间须由医务部或信息科通知，相关单位严格按照通知时间协调工作，在未接到新的指示前不准私自操作计算机。

2、门诊挂号工作协调

（1）门诊挂号协调工作由财务处长负责协调请示，如手工挂号的转入、转出时间等；

（2）当网络系统中断时，改为手工挂号，仍需正常分配门诊号；

（3）网络恢复后，及时将中断期间的患者挂号信息输入到计算机；

3、门诊收费系统工作协调

（1）由财务处长负责总体协调，并与信息科保持联系，及时反馈沟通最新消息；

（2）当网络系统运行中断超过60分钟时，应通知收款处转入手工收款工作；

（3）门诊收款工作人员应建立手工发票使用登记本，对发票使用情况做详细登记；

（4）当系统恢复正常时，由收款处负责人负责对网络运行稳定性进行监测，如不稳定，及时向信息科反映情况。

（5）在接到使用计算机的指令并重新启动运行后，门诊收款负责人应组织收款员逐步转入到机器操作。

4、住院费用核算系统工作协调

（1）由财务处长总体负责协调工作；

（2）原则上不在财务处进行费用补录，由住院处工作人员进行补录，防止帐目混乱；

（3）当系统停止运行超过2天时，对普通出院患者，推迟出院结算时间。对急出院的患者应根据病历和临床科室护士工作站记录，进行手工核算出院。

（4）在网络停止运行期间，出院患者急需结算时，应由该科护士工作站追查是否还有正在进行的检查，向住院处提供详细费用情况后，方可送交核算。

5、临床工作系统协调

（1）临床科室工作由医务部、护理部共同协调；

（2）网络故障期间临床科室详细记录患者的所有费用执行情况；

（3）科室详细填写每个患者的药品请领单（包括姓名、住院号、费别、药品名称及用量），一式两份，一份用于科室补录医嘱，另一份送西药房；

（4）出院带药由经管医生负责掌握经费情况，如出现费用超支情况由该医生负责；

（5）根据医务部通知恢复运行时间，按要求补录所有医嘱(包括护理、检查、药品等)。

（6）如患者急需出院，应向住院处提供详细费用情况，对正在进行的检查应予以说明。

6、医技检查工作协调

（1）在网络停运期间应详细留取检查申请单底联；

（2）网络恢复后，由临床科室医生补录医嘱，医技科室根据检查申请单底联复核后，进行执行完成操作；

（3）对出院快、或有出院倾向的患者，各临床科室在申请单上注明，检查科室应及时通知科室或住院处沟通费用情况。

7、药房、药库工作协调

（1）药品移库应严格按照信息科规定的时间及要求进行计算机操作；

（2）网络故障时，各药房根据门诊诊室或临床科室提供的处方或药品请领单发药；

（3）网络恢复时对临床科室补录的发药医嘱进行发药补确认，同时与发药时药品请领单内容详细核对，如发现内容不符，必须详细追查；

（4）网络恢复后，对出院带药处方由临床科室医生及时进行录入；

（5）数据补录工作结束后，应查看系统内库存与实际库存相符情况。

各信息点接到重新运行通知时，需重新启动计算机，整体网络故障的工程恢复工作，由信息科严格按照服务器数据管理要求进行恢复工作。

网络故障应急流程

　　◇全院网络整体故障

故障描述：全院网络不通

应急处理流程：

1、当信息科一旦确定为网络整体故障时，首先是立刻报告应急小组领导，同时组织恢复工作，并充分考虑到特殊情况如节假日、病员流量大、人员外出及医院有重大活动等对故障恢复带来的时间影响。

　　2、当发现网络整体故障时，各部门根据故障恢复时间的程度将转入手工操作，具体时限明确如下（如病人或病情需要可随时转入手工操作)：

　　（1）30分钟内不能恢复一一启动门急诊应急系统，门急诊收费、门急诊药房进入应急系统操作

（2）60分钟内不能恢复——住院登记、门诊医生、药房等部门转入手工操作。

　　（2）6小时内不能恢复——住院医生工作站、护士工作站、手术室、医技检查转入手工操作。

　　（3）24小时以上不能恢复——全院各种业务转入手工操作。

3、信息科组织恢复流程

（1）机房组人员迅速排查故障原因并联系维保公司技术人员到场协助；

（2）核心交换机硬件故障将业务切换至冗余核心交换机并联系供应商提供备件服务，备件到场后组织人员更换、调试；

（3）核心交换机软件故障备份现有配置后恢复原有备份配置文件。

◇局部网络故障

故障描述：部分楼宇或楼宇内部分楼层网络不通

应急处理流程

1、机房组人员迅速排查故障原因并赶赴现场确认故障交换机型号；

2、从备件库中取出相应的备用交换机拿到现场替换故障交换机并调试至网络恢复；

3、故障交换机返厂维修，修好后放入备件库。

机房IT设备故障

◇网络服务器和存储故障

故障描述：大面积业务系统不能正常使用

网络服务器和存储故障是因硬件或软件原因致使医院信息管理系统运行停止，一旦发生故障，按下列规程处理。

　　1、网络服务器和存储由机房管理员管理。发现问题，在及时处理的同时迅速向科室领导汇报。故障排除后，应完成故障报告，在技术讨论会上汇报。

　　2、遇到较大故障，信息科工作人员应迅速集合，集体攻关。具体分为3个组做以下工作：

　　故障检修组：集中系统管理员继续分析故障、查找原因、修复系统。

　　技术联络组：迅速与软、硬件供应商取得联系，采取有效手段获得技术支持。

　　院内协调组：通知全院各科室故障情况，并到关键科室协助数据保存。

　　3、全院各系统使用科室制定相应的系统故障数据保护措施，发现停机，应保存断点，保护原始数据，断点前后表单分开存放。

　　4、在停机期间，相关科室应组织数据抢录小组在岗待命，一旦系统恢复，当日应立即完成对重要数据的录入，第二天完成全部数据补录。

　　5、故障排除后，信息科工作技术组应按制定方案分片包干，协助重要科室进行数据补录工作。

　　6、故障排除后2天内，信息科应组织技术研讨会，分析故障原因，制定预防措施，完成故障排除报告应急领导小组。

机房附属设施故障

◇供电系统故障应急预案

定期检查机房供电设备的运行状况和电路线缆器材情况，当发生下列突发事件时，应按照以下方案处置：

1、当机房发生市电供电突然停电或是电源异常时。首先应和总务处联系确认是否正常停电以及预计停电时间。检查不间断电源（UPS）的电池可供电时间，确保设备正常运行。如遇到突然断电，应及时将不在UPS电源供电范围内的设备及时断电，预防突来电瞬间电流过大导致设备损坏等现象。

2、当确定停电时间超出机房UPS承载范围后，首先确定停电的范围（门诊、住院部），并立即通知医院信息化建设领导小组，由其统一指挥、协调各部门做好停电应急准备，在UPS供电电量仅剩20%时，严格按照操作手册停掉服务器和磁盘阵列电源，最后停交换机和路由器等，等待电力恢复。

3、遇到市电或者UPS二者各自不供电的情况下，由当班值班人员打电话到总务科，告之情况让其进行抢修，总务科抢修后告之预计修好时间。如超过30分钟就应立即通知医院信息化建设领导小组，由其统一指挥、协调各部门做好停用应急准备。

4、当确定停电原因是在本身供电系统范围内。立即联系总务科并汇报给信息科负责人。对于恢复时间过长（＞24小时），要立即通知医院信息化建设领导小组协调各部门做好停用应急准备。启用信息系统故障应急预案，全院进入手工模式。

5、恢复供电后，严格按照操作程序逐步恢复机房设备和UPS的供电，以防瞬间电流过大造成设备损坏。

◇空调系统故障应急预案

定期对空调的运行情况进行检查，如有报警信息，应及时查找故障原因，对于不能自行排除的问题，应及时与外协公司进行联系解决。

1、当中心机房主空调因故障无法制冷，应立即开启备用空调给予降温；

2、如备用空调不能满足机房内温度要求，威胁到主要业务的应用服务器的情况下，值班人员应按照业务重要性优先等级次序，逐步关闭无关设备或非重要设备。

3、如备用空调不能正常启动，致使机房内环境温度超过摄氏40度时，则首先应开启机房门窗降温，其次如果室外温度高或者降温效果不明显则应在机房进出口位置摆放风扇形成空气对流进行降温，最后按顺序关闭服务器设备（具体操作参照供电系统应急预案）。

应急数据恢复工作规定

　　1、当服务器确认出现故障时，由系统管理员按《数据备份恢复方案》 进行系统恢复。

　　2、当网络线路不通时，网络管理员应立即到场进行维护，当光纤损坏时应立即使用备用光纤进行恢复，交换机出现故障时，应使用备用交换机。

　　3、对每次的恢复细节应做好详细记录。

4、平时应定期对全系统备份数据要进行模拟恢复一次，以检查数据的可用性。

发生意外火灾预案

1、一旦机房发生火灾，应遵照下列原则：首先保人员安全；其次保关键设备、数据安全；三是保一般设备安全。

2、工作人员立即通知119电话报警和保卫处，人员及时撤离。

3、当发现机房有火灾发生，且火势未起时，可以酌情利用现场的灭火器进行灭火；

4、如果火势已起，人员应立即离开发生火灾的机房，并关闭发生火灾的机房大门。启动气体灭火设备。

启动方式有如下两种方式：

（1）拿出启停按钮钥匙，开启发生火灾机房门口的气体启动按钮，30秒延时后，相应机房的七氟丙烷气体喷射进行灭火；

（2）到气体灭火控制盘处，按下标有发生火灾机房标志的红色气体启动按钮，此按钮无延时，相应机房的七氟丙烷气体立即喷射进行灭火。

5、释放气体进行灭火时人员应远离现场以免发生意外。

6、发生火灾气体喷洒结束后，机房内底部留有残余气体，此时打开新风系统，让机房内空气流动，待机房内无残余七氟丙烷气体时，工作人员再行进入机房。

7、气体系统设备的日常维护：应定期对七氟丙烷气体灭火钢瓶气密性进行检查，检查方法是观察钢瓶上的压力表指数是否在规定正常的范围内，如果已低于正常范围，即通知外协公司对钢瓶进行充装维修。

自然灾害和盗抢应急预案

1、发生自然灾害后，首先应组织人员撤离现场。当确认灾害不会对人造成伤害后，在回机房检查设备，立刻向上级领导汇报，并联系相关网络和设备厂家，积极做好灾后恢复工作，确保在最短时间内恢复机房正常运转。

2、发生盗抢事件后，要保护好现场后报警，并向上级领导汇报情况。待现场处理完毕后，要组织人员估计损坏情况，并联系相关网络和设备厂家，积极做好恢复工作。

机房水患应急预案

1、发生机房水患后，第一目击者应立即通知信息科负责人；

2、若空调系统出现渗漏水，应立即停止故障空调,将机房内的积水清除干净，并及时联系设备供应方进行处理，必要情况下可以临时用电扇对服务器进行降温。

3、若为墙体或窗户渗漏水，应立即通知总务科，及时清除积水，进行墙体或窗户维修，避免不必要的损失。

病毒感染或遭受恶意软件攻击应急预案

1、感染一般计算机病毒，不影响系统正常工作，由信息科工作人员检查每台机器，升级杀毒软件并查杀病毒，保证每台机器没有病毒。事后，信息科负责追查病毒来源，追究相关责任，杜绝类似情况发生。

2、感染病毒情况比较严重，影响系统正常运行，信息科工作人员立即报告信息科负责人，并立即请示医院信息化应急处理领导小组，根据情况采取相应措施，确保信息系统正常运转。事后，信息科负责追查病毒来源，追究相关责任，杜绝类似情况发生，并上报医院信息化应急处理领导小组。

3、遭遇外部非法恶意软件攻击时，立即上报医院信息化应急处理领导小组并到宁城县公安局备案。及时快速查明非法用户入侵地点，及时中断入侵地点工作站或网络输出端口与系统的连接，待确认系统安全后，恢复正常运行。

遭遇雷击应急预案

1、计算机机房已经安装有防雷设备，基本能最大程度的防止雷击，保护信息系统关键设备的安全。万一遭受雷击，机房管理员要第一时间通知信息科负责人，立即检查设备损害情况，并上报医院信息化硬件处理领导小组。

2、设备损坏程度不影响信息系统正常运行的情况下，及时维修设备，尽量减少损失。

3、损坏严重，影响信息系统正常运行，酌情启动“手工操作”。

应急保障

　　1、组织管理措施：应急组织机构要进行层层把关，层层落实，对组织机构中的人员及联系方式，要做到及时更新，并进行定期的安全知识培训。

　　2、技术保障：一方面进行网络设备的安全加固，例如增加防火墙、入侵监测设备等，对已知的系统漏洞及时安装补丁程序，另一方面要进行技术储备，对内部进行人员定期培训，同时采取通过向专业网络安全公司购买安全服务的方式，加强处理紧急情况的能力和效率。

　　3、在网络工程建设和规划方面，要切实加强网络安全方面考虑，设计时要考虑设备的冗余备份，信息存储的异地备份等。

感染病毒或遭受恶意软件攻击应急处理流程



停电应急处理流程图



雷击应急处理流程图



火灾应急处理流程图



水灾应急处理流程图



第十三章 设备管理制度

# 泗洪县第一人民医院医疗设备使用管理制度

一、各使用科室应确保医用设备的完好和安全，防止流失和损坏，充分发挥医用设备的使用效益，保证临床、教学、科研的需要。

二、医用设备的保管、使用由使用科室负责。价值较高的可移动医用设备，科室应明确专人保管。

三、使用科室应当严格按照产品说明书等要求使用医用设备，使用前必须对使用人员进行培训，并保存相关的培训记录。使用科室应保证医用设备存放和使用的场所、设施及条件符合产品说明书要求。对温度、湿度等环境条件有特殊要求的，还应当监测和记录贮存区域的温度、湿度等数据。

四、设备科应定期对有特殊要求的医用设备及使用场所的情况进行检查并记录巡查结果。

五、使用科室对大型医用设备应制定严格的操作规程，制成卡片挂在医用设备上或醒目地贴在操作者便于看到的位置，使用时严格按操作程序进行。大型医用设备须由专人负责日常管理，并有使用记录。大型医用设备使用科室应在明显位置，公示有关医用设备的主要信息，包括医用设备名称、注册证号、规格、生产厂商、启用日期和医用设备管理人员等内容。

# 泗洪县第一人民医院医用设备维修制度

一、设备科维修技术人员负责全院的医用设备的维修工作。

二、医用设备需维修时，使用部门人员电话联系设备维修人员检修。

三、因缺乏技术资料、配件、维修条件等原因无法自修的，使用科室填写故障设备维修申请单，向设备科及办公室申报并报分管领导批准后备案。由设备科负责联系外修；凡未经备案的，其费用不予报销。

四、定期对仪器设备进行维护和保养（包括监督由厂家负责进行的定期保养）。

五、维修技术人员利用本院力量搞好维修工作，减少外修，节约费用。

## 泗洪县第一人民医院仪器设备管理制度

1. 每年对相关设施进行检查，对部分养护设施设备应按规定及时进行养护和修理。
2. 每年一次校验相关仪器、仪表、量具、衡器等的精密度。校验合格者要有明显的合格标志。
3. 制定大型仪器管理目录，健全各种资料技术档案。
4. 大型仪器的定义：超过一万元的仪器。
5. 计量仪器仪表主要是指用于配制和检验的一切计量器具，包括天平，温、湿度计、压差计、滴定管、分度吸管、容量瓶、紫外分光光度计、自动旋光仪、酸度计、电导率仪、砝码、架盘天平、托盘扭力天平、电子天平、案秤、台秤等。
6. 对计量器具进行验收，确保质量符合要求。对质量不合格及运输过程中所致的精密度差或损坏应及时处理。
7. 精度仪器应放置在清洁、干燥的环境中，放置台案应平稳。

# 泗洪县第一人民医院医用设备三级保养制度

一、由各医疗科室对本科的医用设备做好一级保养，每天开机前、关机后均应对使用的医用设备按照产品说明书的要求进行检查，并进行清洁、校验、整理、复原等工作，使医用设备每天处于良好状态。对环境有特殊要求的医用设备，要根据其技术管理要求，分别采取恒温、防磁、防震、稳压、避光、润滑等维护措施。

二、设备科维修技术人员或专业技术服务公司对医用设备定期进行二级保养，包括预防性检查、检验、校准、保养、维护，确保机器性能良好。设备科维修技术人员应每半年对生命支持类、急救类及 50 万元以上大型医用设备使用状态、主要性能、安全防护等情况进行检查，必要时可邀请厂家技术人员协助检查。需要按国家规定强制检定的医用设备，应根据相关管理部门规定的时间进行计量、检测，并保存相关记录。

三、设备科维修技术人员或专业技术服务公司，定期或按需对重点、大型设备进行三级保养，包括检测、拆解保养维护，易损部件更换。

四、当医疗科室发现仪器设备在使用中出现异常情况，应及时断电，关机停止使用，控制仪器设备的损坏程度。

五、仪器设备发生故障后，各医疗科室应及时通知设备科派专业维修人员前往检修或送到设备科检修。

六、设备科维修人员接到医疗科室通知后，应尽快对设备进行事故分析检查和修复。

七、各医疗科室要指定设备操作人员，要求操作人员严格按操作规程操作，并经常与设备科加强联系，和维修人员紧密配合，做好设备的保养工作。

# 泗洪县第一人民医院医用设备处置全生命周期管理制度

一、医疗仪器设备处置全生命周期管理工作由设备科负责。

二、凡确属不能使用或不安全、技术严重滞后的仪器设备可以申请报废。

三、凡申请设备报废的科室需填写报废申请单送交设备科，申请单应认真填写，不能缺项，尤其设备状况及报废理由要详细填写。

四、申请报废的设备经工程师初步鉴定并报设备科审核，由设备科定期组织院医用设备报废鉴定小组进行讨论。

五、经医院设备报废鉴定小组讨论通过的报废设备，处统一处置。

六、医疗仪器设备报废条件：

根据卫生部和卫生厅有关文件，凡符合下列条件之一的医疗仪器设备应予以报废：

1、国家主管部门发布淘汰的仪器设备品目及种类；

2、未达到国家计量标准，又无法校正修复者；

3、严重污染环境，不能安全运转或可能危及人身安全和人体健康，又无法维修或无改造价值者；

4、超过使用寿命，性能指标明显下降又无法修复者（普通简单设备使用 5 年），另外还有下述规定：

a. 凡购买超过需求或由于工作任务变更累计停用一年以上的仪器设备，应调剂使用。

b. 在用仪器设备技术下降，可降级使用或调剂使用。

c. 对欲降级使用或调剂使用的仪器设备，在降级或调剂使用前应先办理相关手续。

第十四章 后勤保障制度

泗洪县第一人民医院基本建设项目法人责任制

项目法人对工程建设的全过程管理负责，保证按照项目建设需要组织完成项目建设，对项目建设的工程质量、工程进度、资金管理和生产安全负总责，并接受上级分管领导和项目主管部门监督。主要内容如下：

一、根据工程项目建设需要，负责组建项目管理的组织机构，任免行政、技术、财务、质量安全等负责人。

二、组织初步设计文件的编制、审核、报批等工作，并负责组织施工图设计审查和设计交底。

三、依法对工程项目的设计、监理、施工和材料及设备等组织招标。与中标单位签订合同，履行合同约定的权利和义务。

四、负责办理工程质量监督手续和主体工程开工报告报批手续。

五、遵守工程项目建设管理的相关法规和规定，按批准的设计文件和基本建设 序组织工程项目建设。

六、负责筹措工程建设资金、制订年度资金计划和施工计划，对工程质量、进度、工期、安全生产、资金进行管理，监督和检查各参建单位全面履行工程建设合同。

七、负责组织制定、上报在建工程安全生产预案，完善各种安全生产措施，监督检查参建单位完善工程质量和安全管理体系，落实施工安全和质量管理责任，对在建工程安全生产负责。

八、负责与项目所在地人民政府及有关部门协调，创造良好的工程建设环境。

九、负责组织工程完工结算、编制工程竣工财务决算，完善竣工前各项工作，申报工程竣工审计和竣工验收，负责工程竣工验收后的资产交付使用。

十、负责通报工程建设情况，按规定向主管部门报送计划、进度、财务等统计报表。

十一、负责工程建设档案资料收编整理工作，检查验收各参建单位档案资料的收集、整理、归档。负责申请工程竣工前的档案资料报验工作，负责竣工资料的移交和备案。

泗洪县第一人民医院基础建设工程监理制

一、为了进一步规范和加强监理工作，根据国家颁布的《建筑法》和《监理工作规范》及《江苏省建设工程安全生产管理办法》的有关规定，结合我院实际情况，制定本制度。

二、凡在医院范围内从事建设、改扩建工程监理工作的监理单位，必须遵守本制度。

三、监理单位是工程质量、进度、投资和安全文明施工控制的责任主体，应对其所实施监理的工程的质量、进度、投资和安全文明施工负责。总务科有协助管理的义务和责任。

四、监理单位应根据医院委托的监理工程项目，选派素质好的总监、总监代表及专业监理工程师，组成强有力的项目监理班子，采取切实可行的措施，严格按照国家颁布的《监理工作规范》实施监理工作，以实现质量、进度、投资和安全四控制的目的。

五、医院现场管理人员既是工程管理的总协调员，又是对监理工作加强监督与检查的管理员。

六、监理单位必须严格按照《监理工作规范》实施监理工作，对医院负责。

七、监理单位选派的总监、总监代表及专业监理工程师须经医院认可。总监每周在现场不得少于5个工作日；总监代表必须常驻施工现场；专业监理工程师依所承担的施工任务进驻现场。以上工作人员未经医院批准不得擅自离开工作岗位。

八、监理单位应认真地履行下列职责：

1.根据《监理工作规范》和医院委托的监理业务范围，结合实际，编写出切合实际的监理规划、监理实施细则报总务科审查批准。

2.配合医院审查建设单位和分包单位的资质，并提出审查意见。

3.详细阅读施工图纸，对施工图纸不清楚和不切实际的地方，向设计单位提出意见或建议。

4.负责审定施工单位提交的开工报告、施工组织设计、进度计划、技术方案，审查和处理设计变更。

5.组织和主持施工过程中的各种协调会议，并对施工过程中发现的问题提出处理意见和建议。

6.根据施工进度的实施情况做好监理日记，按期编制《监理月报》，及时向总务科报告施工进度、质量、安全和文明施工等工作情况。工程竣工后提交一份完整的监理报告。

7.检查施工单位投入工程项目的人力、材料、主要设备及其使用、运行情况。

8.按照设计图和国家规范标准，检查施工单位的施工工序、加工工艺及施工质量情况，切实做好旁站工作。

9.负责核查进场材料、设备、购配件的原始凭证、检测报告等质量证明文件，并进行现场质量认定。必要时对进场材料、设备、购配件应进行平行检验。与此同时，参与医院对材料价格的认定。

10.负责工程质量验收和隐蔽工程验收，参与总务科组织的基础工程、隐蔽工程及其它须收方验收的工程，并与总务科收方人员共同审查签认。

11.审核施工单位的进度款支付申请和工程竣工结算资料。

12.审签分部工程和整体工程的质量检验评定资料，审查施工单位提出的竣工申请，对待验收工程进行质量检查，参加工程的竣工验收。

13.做好监理日志，尤其是对其职责范围内的检查、检验内容要做好监理记录，以便备查。

14.主持或参与质量事故的调查和处理。

15.向总务科提供咨询意见。

16.切实做好安全文明施工的检查、监督与管理。

17.对施工单位违反《建筑施工规范》和安全文明施工有关规定的行为，应敦促其限期整改，并给予处理处罚。

九、监理单位不得无故刁难施工单位，不得接受施工单位的吃请、礼品、礼金，不得与施工单位串通一气，弄虚作假，损害医院利益。

十、医院现场管理人员应加强对现场监理工作的管理和监督，对监理单位违反《监理工作规范》和本办法规定的行为，应提出处理处罚建议，经医院主管领导批准执行。

十一、对于任何处理处罚决定，总务科应出据处理处罚通知书。通知书一式四份，总务科、现场管理人员、监理公司、总务科主管校领导各一份。对于经济处罚决定，其处理处罚通知书应另加一份送医院财务处，由医院财务处从其监理费中扣除。

十二、有下列行为之一者，给予警告、罚款等处理处罚。情节严重者，取消其单位在我院从事监理的资格。

1.监理单位选派的总监、总监代表及专业监理工程师违反本办法第七条的规定，未保证工作时间，未经我院主管领导批准擅自离开工作岗位，发现一次给予警告处理，两次以上（含两次）处以200—500元的罚款。

2.监理人员未按医院委托的监理业务范围履行监理职责，该审查的未审查，该检测的未检测，该记录的而未记录，该旁站的而未旁站等，一经发现处以500—2000元的罚款。情节严重者，除给予罚款外，责令监理单位更换监理人员。

3.监理人员无理刁难施工单位，经医院调查后情况属实，给予警告处理。情节严重者，责令监理单位更换监理人员。

4.监理人员不得收受监理报酬以外的任何好处。无特殊情况，监理人员接受施工单位的吃请，发现一次处300—500元的罚款。监理人员收受施工单位的礼品、礼金，一经发现处以重罚，并责令监理单位更换监理人员。

5.由于监理人员失职，造成质量、安全事故，除监理单位赔偿经济损失外，对监理单位处以10000—20000元的罚款，并且该监理公司三年内不准在我院从事任何监理项目。

6.监理人员与施工单位串通一气，弄虚作假，损害医院利益，一经发现处以重罚，并责令监理单位更换监理人员。

7.监理单位未执行医院《基本建设安全文明施工管理办法》的有关规定，对现场文明施工管理和监督不力，除对施工单位给予处罚外，对监理单位应给予经济处罚，可处以500—1000元的罚款。

十三、本制度自发布之日起施行。

泗洪县第一人民医院基础建设合同管理制度

为了加强和规范我院的基建合同管理工作，维护我院正当权益、保护我院利益和规避合同风险，促进我院对外基础工程建设活动的开展，规范合作行为，确保合同履行质量，根据《中华人民共和国合同法》、及国家的其它相关法律、法规和政策，并结合我院实际情况，特制定本管理办法。

我院合同管理的内容包括：合同签订、合同履行、合同监督和责任追究等。

一、合同签订与履行的管理

我院所有对外基建合同必须依据《中华人民共和国合同法》及国家相关法律、法规和政策，并遵照我院的有关规定进行签订，确保我院的合法权益。

职能部门对所管理的合同的真实性、合法性、合理性负责，并在合同签订过程中履行以下职责：

1.负责审查合同他方的主体资格及资信状况。具体包括：

（1）营业执照。重点审查拟定的合同标的是否与营业执照核定的业务（经营）范围一致，营业执照的年限及年检情况等；

（2）从事合同项目的资质证明等；

（3）合同他方的法人代表身份或法人代表授权委托书；

（4）必要时要求合同他方提供主要的财务报表以及其从事相关业务的业绩证明材料。

2.负责起草或审核合同草案，组织相关人员与合同他方进行合同谈判，重大合作项目（指合同金额在5万人民币以上或合同期限在3年以上的合作项目）须按我院要求组成项目小组，对合同条款进行把关；

3.负责对合同基本条款的完备情况进行审查。一般包括合同他方当事人的名称或姓名、注册地址或住址、合同标的、数量、质量、价款或酬金、合同期限、履约地点和方式、合同变更和解除、违约和违约责任以及合同的仲裁和诉讼等；

4.负责或协助处理合同纠纷；

5.负责签订补充合同或变更合同。

二、合同签订流程及注意事项

1.合同初稿由职能部门起草后，经各相关部门会签、定稿，由主管领导审批并组织签订，重大合作项目（指合同金额在5万人民币以上或合同期限在3年以上的合作项目）须经项目小组讨论决定。各类合同的补充及变更照此程序办理。

2.非法定代表人签订的合同须持有法定代表人授权签署的《授权书》。未经我院法定代表人授权，我院任何科室或个人不得擅自代表我院签订任何合同。

3.对外合同一经签订，主管部门负责跟踪落实合同的执行情况，并监督合同他方履行合同义务，及时向分管院领导报告异常情况，确保合同条款的履行。重大合作项目须每年检查合同落实情况并将书面总结呈交分管院领导。

三、合同检查及责任追究

1.由医院财务部门对合同进行监督、检查。院办负责牵头与组织协调，采取定期检查与随机抽查相结合，对医院基建合同执行情况进行检查监督，对违反本办法的进行责任追究。

2.未按本办法规定报批、审核、备案，擅自对外签订合同给我院造成经济损失或不良影响的，负责签订合同的人员须承担相应的经济和法律责任。

3.科室或个人在合同签订或执行过程中玩忽职守、循私舞弊、索要财物或收受贿赂，我院视情节严重按照有关规定进行责任追究和处理；构成犯罪的，移交司法机关处理。

泗洪县第一人民医院医院基本建设项目招投标管理制度

为有效加强医院建设工程的规范管理,不断推进工程项目管理的制度化建设,以保证“质量、进度、投资”三大目标的有效实现,规范建设工程的招投标工作、提高经济效益，较好地选择中标单位，避免违规、违法行为的发生。根据《中华人民共和国招标投标法》、《江苏省建设工程招标投标管理条例》、中央七部委新颁发的条例等有关法律、法规的规定，结合医院实际情况，特制订此招投标管理制度。

一、招标范围

(一)建筑工程勘察、设计、图审等单位的确定;

(二)代建、监理、招标代理等服务单位的确定;

(三)施工单位的确定;

(四)工程重要材料、设备采购招标;

二、招标项目的提出

(一)根据建设项目进展情况，按照计划要求和项目的轻重缓急由相关责任人提出招标项目，经院领导同意后组织实施。

(二) 工程施工类单项合同估算价100万元（含）、工程货物类单项合同估算价50万元（含）、工程服务类（工程服务是指勘察、设计、监理、全过程工程咨询，下同）单项合同估算价30万元（含）以上一律进场（县公共资源交易中心）按《中华人民共和国招投标法》及其实施条例以招标方式发包。

工程施工类单项合同估算价20万元（含）～100万元、工程货物类单项合同估算价20万元（含）～50万元按《中华人民共和国政府采购法》及其实施条例之规定开展采购，也可以按《中华人民共和国招投标法》及其实施条例之规定以招标方式发包。

工程施工类单项合同估算价20万元、工程货物类单项合同估算价20万元、工程施工类单项合同估算价30万元以下，以及其他依法可以不招标的项目，由本单位依据公平、公正的原则自行决定发包方式。

三、项目招投标信息的公布、报名及预审

(一)拟实施的项目招标信息由分管院长批准后，由项目经手责任人负责公布：

1. 自行招投标的，在医院外网公布招标信息;

2. 公开招投标的，由经办责任人(或委托招标代理公司)在法定报刊和网上公布信息。

(二)项目投标的报名由项目经办责任人(或招标代理公司)负责报名登记。

(三)报名截止后，由项目经办责任人组织相关人员(2-3名)进行资格预审，不符合预审资格要求应删除，而后上报基建科长审定。

四、项目招标文件流程及质量控制

(一)拟实施项目的招标文件归口项目经办责任人负责起草、编制，实行公开招投标的由招标代理公司起草、编制，完成后按流程提交、审阅或修改，程序为：项目经办责任人→基建科长→纪检监察→分管院长→院长，100万元以上的项目还需提交院长书记联席会议审定。

(二)审定后的招标文件由项目经办责任人组织发售给经资格预审合格的投标单位，对公开招投标的由招标代理公司发售给经资格预审合格的投标单位。

五、开标与评标要求

(一)项目投标的开标日程以项目招标文件规定的日程为准，按要求准时开标。

(二)开标时需按要求设列开标、唱标、监标和记录。投标单位对开标结果确认签字后有效。

(三)项目评标人员组成和要求

1. 自行招标项目的评标专家组成。应依照项目的性质规模和涉及使用范围、要求等因素选择相适应的相关人员参加(单数)，评标专家应不少于5人，分别由商务、技术专业人员组成，必要时延伸使用部门人员，纪委、监察作全过程监督。

2. 公开招投标的评标专家组成均按国家、政府的有关要求产生。

3. 评标专家应主动回避投标人中与自己有利害关系的项目评标。

4. 评标专家在审标、评标过程中必须认真履行评标职责，以招投标文件为依据，以专业知识为支撑，以责任意识为准绳，客观公正地进行审标与评标，确保评标质量。同时对评标过程、细节保密。

5. 实行评标与询标的分离。对投标文件存在的商务、技术等方面表述欠缺，评标专家认为有必要进一步询标，以明确商务、技术等方面表述，提高中标后的履行力，由评标专家罗列询标提纲提交基建科长后实施。

6. 询标由基建科长、监察室主任、财务负责人等组成，必要时延伸至使用科室负责人或具体归口管理的负责人。完成询标后，返还评标小组，由评标小组收集、汇总。

7. 完成对评标结果统计、汇总签字等工作后，由项目经办责任人(或招标代理公司)起草评标报告，经评标专家认可签字后形成评标报告，提交决标领导小组进行决标。

六、决标

(一)医院基建招标领导小组对项目招投标的评标结果及时履行决标，参与决标的人员不少于应到成员的三分之二。

(二)决标成员应在评标结果推荐的前3名侯中标人进行，原则确定第一名为中标人。排名第一的中标候选人放弃中标、因不可抗力提出不能履行合同，或者招标文件规定应当提交履约保证金而在规定的期限内未能提交的，可以确定排名第二的中标候选人为中标人。

(三)决标结果确认以院办通知书或决标报告书(决标人员签字院办盖章)为准。

(四)项目招投标经手责任人在接到院办通知书或决标报告后，履行办理相关中标手续和合同起草、编制工作，并按合同审批、签注流程办理，完成后整理、归集、存档。同时报送纪委、监察一份备案。

七、违反、过错追究

(一)任何未按本办法实施的行为，均以未履行责任作违反、过错追究。追究按违反、过错造成的情节、影响和后果，建议予以通报批评、经济处罚、行政处罚、调离岗位等处理。

(二)违反、过错的责任追究，以运作环节的作用大小和前因后果为依据，确认项目行为人应承担的责任：

1. 项目经手责任人自动作出的行为，均由项目经手责任人独立承担责任。

2. 经审核、审定作出的行为，在项目经手责任人列报资料反映真实、表达完整的前提下，由审核人、审定人承担责任。若列报资料反映不够真实与完整，由流程列报、审批各环节责任人承担。列报有隐瞒事实真相或主观表述混淆导致审核、审定作出的过错行为，资料列报经手责任人，应承担全部或主要责任。

3. 违反、过错责任追究由纪委、监察室提出处理意见，报院长书记联席会讨论作出。

泗洪县第一人民医院医院招标投标管理办法

第一章总则

为了规范医院的采购行为，加强对招标投标活动的监督管理，维护招标投标活动双方权益，依据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及相关法律、法规等规定，制定本办法。

第二条 医院及医院委托的有法定资格的采购代理机构进行的招标投标活动，适用本办法。

第三条 招标分为公开招标和邀请招标。

公开招标，是指招采部门依法以招标公告的方式邀请不特定法人或者其他组织投标。

邀请招标，是指招采部门以投标邀请书的方式邀请三家以上特定法人或者其他组织投标。

第四条 医院的工程、货物、服务类采购项目及其他需要进行招标的项目要严格按照年度预算和计划进行招标采购，临时计划（含三重一大项目）需经院办公会或招标采购领导小组审批。金额按以下标准执行：

工程施工类单项合同估算价100万元（含）、工程货物类单项合同估算价50万元（含）、工程服务类（工程服务是指勘察、设计、监理、全过程工程咨询，下同）单项合同估算价30万元（含）以上一律进场（县公共资源交易中心）按《中华人民共和国招投标法》及其实施条例以招标方式发包。

工程施工类单项合同估算价20万元（含）～100万元、工程货物类单项合同估算价20万元（含）～50万元按《中华人民共和国政府采购法》及其实施条例之规定开展采购，也可以按《中华人民共和国招投标法》及其实施条例之规定以招标方式发包。

工程施工类单项合同估算价20万元、工程货物类单项合同估算价20万元、工程服务类单项合同估算价30万元以下，以及其他依法可以不招标的项目，由本单位依据公平、公正的原则自行决定发包方式。

第五条 院内招标项目一般应采用公开招标的方式。

各部门不得将应当以公开招标方式采购的项目化整为零或者以其他方式规避公开招标采购。

第六条 任何单位和个人不得阻挠和限制供应商自由参加招标投标活动，不得指定货物的品牌、服务的供应商，以及采用其他方式非法干涉招标投标活动。

第七条 在招标投标活动中，招采部门工作人员、评标委员会成员及其他相关人员与投标商有利害关系的，必须回避。投标商认为上述人员与其他投标商有利害关系的，可以申请其回避。

第八条 参加医院投标活动的投标商，应当是按中国法律、行政法规规定满足参加招标投标活动条件的中外供应商。

第二章 组织机构及职责

第九条 医院成立招标采购工作领导小组，负责研究决定与招标采购工作相关的重大事项。招标采购工作领导小组由院长任组长，分管招标、采购的副院长和纪委书记任副组长，相关部门的分管院领导及部门负责人为成员。医院招标采购工作领导小组的主要职责：

（一）全面负责医院的招标采购工作；

（二）研究制定医院招标采购工作的相关规章制度；

（三）讨论决定医院招标采购工作中的重大事项；

（四）审定医院“招标采购评审专家库”成员；

（五）审定应招标而因特殊情况无法实施招标的重大项目的采购方式；

（六）讨论、审定重大项目的招标采购工作。

第十条 医院设立招投标办公室（以下简称招标办），在医院招标采购工作领导小组的领导下，归口管理招标工作。

招投标办公室的主要职责：

（一）贯彻国家政府采购与招投标的方针政策和法律法规，拟订医院招标工作的相关规章制度和具体实施办法；

（二）建立、管理医院“招标评审专家库”；

（三）接受招标申请，审核项目相关资料，确定招标实施方式；

（四）审查招标文件，发布招标信息，接受投标报名；

（五）组织审查投标人资质，发出招标文件；

（六）按照规定组织开标，公示评审结果，发布中标公告，发出中标通知书；

（七）经医院招标采购工作领导小组或监督小组审定，组织竞争性谈判、单一来源采购、询价采购等；

（八）对按照规定应纳入国家（地方）政府采购或招标的事项，配合主管部门做好相关工作；

（九）负责招标相关文件资料的归集、整理和立卷归档；

（十）委托招标代理机构进行招标；

（十一）配合医院相关部门做好招标中的投诉以及法律纠纷等相关事宜；

（十二）负责相关数据的统计上报及汇总分析；

（十三）完成领导交办的其他工作。

第十一条 建立招标工作监督机制。医院设立由纪检、审计等相关部门组成的招标采购工作监督小组，对招标采购工作的相关环节进行监督。

招标采购工作监督小组的主要职责：

（一）依据国家法律法规和医院相关规定，拟订医院招投标监督工作的规章制度；

（二）会同相关招采部门在“招标采购评审专家库”中抽选评审专家；

（三）对招标采购过程和相关事项进行监督；

（四）受理招标采购中的有关投诉；

第十二条 医院招标采购项目实行专家评审制。

一般项目的评审应通过随机抽选方式组成评标委员会。通过随机方式难以确定合适评审专家的，经院招投标领导小组同意后，可由招采部门会同招标采购监督小组采取选择性方式确定评标专家。评审专家组的评审结果将作为确定中标人的依据。

第三章 招标

第十四条 项目申请部门或归口管理部门一般应在招标公示前 20 日，向招采部门提供《泗洪县第一人民医院招标采购项目审批表》。

第十五条 确定招标方式和投标单位

（一）招采部门根据招标采购项目金额大小、技术要求、工程状况、市场行情，与项目申请部门、招标监督小组商定招标采购方式，报分管院领导同意后执行，特殊情况报招标领导小组决定。

（二）邀请招标的项目可由项目申请部门和归口管理部门提供拟邀标的投标单位建议名单。除竞争性谈判、单一来源采购方式外，其他招标采购方式参与的投标单位和询价厂商均不得少于三家。

第十六条 招采部门按照本办法的规定组织开展招标活动。

一般情况下，货物、工程、服务类等项目预算金额≥20 万元的，原则上由招标办委托有资质的代理机构进行招标采购。

第十七条 招标办委托采购代理机构招标的，必须与采购代理机构签订委托协议，确定委托代理的事项，约定双方的权利和义务。

第十八条 采用招标方式采购的，自招标文件开始发出之日起至投标人提交投标文件截止之日止，不得少于二十日。

第十九条 采用邀请招标方式采购的，招采部门在医院指定的媒体上发布资格预审公告，公布投标人资格条件，资格预审公告的期限不得少于七个工作日。

投标人应当在资格预审公告期结束之日起三个工作日前，按公告要求提交资格证明文件。招采部门会同招标采购监督小组从评审合格投标人中通过随机方式选择三家以上的投标人，并向其发出投标邀请书。

第二十条 公开招标公告应当包括以下主要内容：

（一）招标采购单位的名称、地址和联系方法；

（二）招标项目的名称、数量或者招标项目的性质；

（三）投标人的资格要求；

（四）获取招标文件的时间、地点、方式及招标文件售价；

（五）投标截止时间、开标时间及地点。

第二十一条 招采部门根据招标项目的特点和需求编制招标文件。招标文件包括以下内容：

（一）投标邀请；

（二）投标人须知（包括密封、签署、盖章要求等）；

（三）投标人应当提交的资格、资信证明文件；

（四）投标报价要求、投标文件编制要求和投标保证金交纳方式；

（五）招标项目的技术规格、要求和数量，包括附件、图纸等；

（六）合同主要条款及合同签订方式；

（七）交货和提供服务的时间；

（八）废标条款；

（九）投标截止时间、开标时间及地点；

（十）评标方法和评分标准；

（十一）医院规定的其他事项。

招标文件中应规定并标明实质性要求和条件。

第二十二条 依法必须进行招标的项目必须按照规定发布资格预审公告或者招标公告。

第二十三条 招采部门根据需要可以要求投标人提交符合招标文件规定要求的备选投标方案，但应当在招标文件中说明，并明确相应的评审标准和处理办法。

第二十四条 招标文件规定的各项技术标准应当符合国家强制性标准。

招标文件不得要求或者标明特定的投标人或者产品，以及含有倾向性或者排斥潜在投标人的其他内容。

第二十五条 招采部门可根据需要，就招标文件征询有关专家或者供应商的意见。

第二十六条 采购项目在招采部门在发布招标公告、发出投标邀请书或者发出招标文件后，不得擅自终止。

第二十七条 招采部门根据招标采购项目的具体情况，可以组织投标人现场考察或者召开开标前答疑会，但不得单独或者分别组织只有一个投标人参加的现场考察。

第二十八条 开标前，招采部门和有关工作人员不得向他人透露已获取招标文件的投标人的名称、数量以及可能影响公平竞争的有关招标投标的其他情况。

第二十九条 招采部门在招标文件要求提交投标文件截止时间五日前对已发出的招标文件可以进行必要澄清或者修改，并以书面形式通知所有招标文件收受人。该澄清或者修改的内容为招标文件的组成部分。

第三十条 招采部门根据具体情况，可以延长投标截止时间和开标时间，将变更时间书面通知所有招标文件收受人。

第四章 投标

第三十一条 投标人是响应招标并且符合招标文件规定资格条件和参加投标竞争的法人、其他组织或者自然人。

第三十二条 投标人应当按照招标文件的要求编制投标文件。投标文件应对招标文件提出的要求和条件作出实质性响应。

投标文件由商务部分、技术部分、价格部分和其他部分组成。

第三十三条 投标人应当在招标文件要求提交投标文件的截止时间前，将投标文件密封送达投标地点。招采部门收到投标文件后，应当签收保存，任何部门和个人不得在开标前开启投标文件。

在招标文件要求提交投标文件的截止时间之后送达的投标文件，为无效投标文件，招采部门应当拒收。

第三十四条 投标人在投标截止时间前，可以对所递交的投标文件进行补充、修改或者撤回，并书面通知招采部门。补充、修改的内容应当按招标文件要求签署、盖章，并作为投标文件的组成部分。

第三十五条 投标人根据招标文件载明的标的采购项目实际情况，拟在中标后将中标项目的非主体、非关键性工作交由他人完成的，应当在投标文件中载明。

第三十六条 两个以上供应商可以组成一个投标联合体，以一个投标人的身份投标。

以联合体形式参加投标的，联合体各方均应当具有独立承担民事责任的能力。采购主管部门根据采购项目的特殊要求规定投标人特定条件的，联合体各方中至少应当有一方符合采购人规定的特定条件。

联合体各方之间应当签订共同投标协议，明确约定联合体各方承担的工作和相应的责任，并将共同投标协议连同投标文件一并提交招采部门。联合体各方签订共同投标协议后，不得再以自己名义单独在同一项目中投标，也不得组成新的联合体参加同一项目投标。

第三十七条 投标人之间不得相互串通投标报价，不得妨碍其他投标人的公平竞争，不得损害医院或者其他投标人的合法权益。

投标人不得以不正当手段谋取中标。

第三十八条 招标文件中明确投标保证金的数额及交纳办法。投标人投标时，应当按招标文件要求交纳投标保证金。

招标文件规定的投标保证金数额，原则不超过采购项目概算的百分之二，但最低不低于五千元人民币。投标保证金可以采用电汇、转账支票、银行汇票等形式从投标人基本账户交纳。投标人未按招标文件要求交纳投标保证金的，招采部门将拒绝接收投标人的投标文件。

联合体投标的，可以由联合体中的一方或者共同提交投标保证金，以一方名义提交投标保证金的，对联合体各方均具有约束力。

第三十九条 招采部门在中标通知书发出后五个工作日内退还未中标供应商的投标保证金，在采购合同签订后将中标供应商的投标保证金转为履约保证金。投标商因自身原因未办理退还保证金的，医院不承担任何责任。

第五章开标、评标与定标

第四十条

开标在指定地点，按照招标文件确定的时间公开进行；招采部门开标前，通知监督小组到现场监督开标活动。

第四十一条 开标由招采部门主持，评标委员会评审，投标人和有关方面可派代表参加。

第四十二条 开标时，由投标人或者其推选的代表检查投

标文件的密封情况，经确认无误后，由工作人员当众拆封，宣读投标人名称、投标价格和投标文件的其他主要内容。

第四十三条 开标时，投标文件中开标一览表(报价表)内容与投标文件中明细表内容不一致的，以开标一览表(报价表)为准。

投标文件的大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准；总价金额与按单价汇总金额不一致的，以单价金额计算结果为准；单价金额小数点有明显错位的，以总价为准，并修改单价；对不同文字文本投标文件的解释发生异议的，以中文文本为准。

第四十四条 开标过程应当由招采部门指定专人负责记录，并存档备查。

第四十五条 投标截止时间结束后参加投标的供应商不足三家的，除采购任务取消情形外，招采部门应当报告院招标采购工作领导小组，由招标采购工作领导小组参照以下原则处理：

（一）招标文件没有不合理条款、招标公告时间及程序符合规定的，同意采取竞争性谈判、询价或者单一来源方式采购；

（二）招标文件存在不合理条款的，招标公告时间及程序不符合规定的，应予废标，并责成招采部门按规定重新招标。

在评标期间，出现符合专业条件的供应商或者对招标文件作出实质响应的供应商不足三家情形的，可以比照前款规定执行。

第四十六条 评标工作由招采部门负责组织，具体评标事务由招采部门按规定组建的评标委员会负责，并独立履行下列职责：

（一）审查投标文件是否符合招标文件要求，并作出评价；

（二）要求投标人对投标文件有关事项作出解释或者澄清；

（三）推荐中标候选供应商名单，或者受招采部门委托按照事先确定的办法直接确定中标供应商；

（四）向招标监管部门报告非法干预评标工作的行为。

第四十七条 评标委员会由采购申请部门代表和有关技术、经济等方面的专家组成，成员人数应当为五人以上单数。其中，技术、经济等方面的专家不得少于成员总数的三分之二。采购数额在 300 万元以上、技术复杂的项目，评标委员会中技术、经济方面的专家人数须为五人以上单数。

评标委员会成员名单原则上应在开标前确定，并在招标结果确定前保密。

第四十八条 评标专家应当熟悉政府采购、招标投标的相关政策法规，熟悉市场行情，有良好的职业道德，遵守招标纪律，从事相关领域工作满八年并具有高级职称或者具有同等专业水平。

第四十九条 招采部门应当会同医院纪检部门对专家实行动态管理。

第五十条 招采部门应当在纪检部门监督下，从医院采购评审专家库中，通过随机方式抽取评标专家。

招标采购机构对技术复杂、专业性极强的采购项目，通过随机方式难以确定合适评标专家的，经监督小组同意，可以采取选择性方式确定评标专家（包括院外专家）。

第五十一条 评标委员会成员应当履行下列义务：

（一）遵纪守法，客观、公正、廉洁地履行职责；

（二）按照招标文件规定的评标方法和评标标准进行评标，对评审意见承担个人责任；

（三）对评标过程和结果，以及供应商的商业秘密保密；

（四）参与评标报告的起草；

（五）配合招采部门的投诉处理工作；

（六）配合招采部门答复投标人提出的质疑。

第五十二条 招标采购的评标方法分为最低评标价法、综合评分法。

第五十三条 最低评标价法，是指以价格为主要因素确定中标候选供应商的评标方法，即在全部满足招标文件实质性要求前提下，依据统一的价格要素评定最低报价，以提出最低报价的投标人作为中标候选供应商或者中标供应商的评标方法。

最低评标价法主要适用于标准定制商品及通用服务、工程类项目，其它特定的条件下也可适用。

第五十四条 综合评分法，是指在最大限度地满足招标文件实质性要求前提下，按照招标文件中规定的各项因素进行综合评审后，以评标总得分最高的投标人作为中标候选供应商或者中标供应商的评标方法。

综合评分的主要因素是：价格及按照招标文件中事先规定的技术、财务状况、信誉、业绩、服务等，对招标文件的响应程度以及相应的比重或者权值等。

评标时，评标委员会各成员应当独立对每个有效投标人的标书进行评价、打分，然后汇总每个投标人每项评分因素的得分。

采用综合评分法的，除执行统一价格标准的服务项目外，采购人或其委托的采购代理机构应当依法合理设置价格分值。货物项目的价格分值占总分值的比重（权重）不得低于 30%，不得高于 60%；服务项目的价格分值占总分值的比重（权重）不得低于 10%，不得高于 30%。

综合评分法中的价格分统一采用低价优先法计算，即满足招标文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。其他投标人的价格分统一按照下列公式计算：

投标报价得分=(评标基准价／投标报价)×价格权值×100

采购人或其委托的采购代理机构对同类采购项目采用综合评分法的，原则上不得改变评审因素和评分标准。

评标总得分＝F1×A1＋F2×A2＋……＋Fn×An

F1、F2……Fn 分别为各项评分因素的汇总得分；

A1、A2……An 分别为各项评分因素所占的权重(A1＋A2＋……＋An＝1)。

第五十六条 评标遵循下列工作程序：

（一）投标文件初审。初审分为资格性检查和符合性检查。

1、资格性检查。依据法律法规和招标文件的规定，对投标文件中的资格证明、投标保证金等进行审查，以确定投标人是否具备投标资格。

2、符合性检查。依据招标文件的规定，从投标文件的有效性、完整性和对招标文件的响应程度进行审查，以确定是否对招标文件的实质性要求作出响应。

（二）澄清有关问题。对投标文件中含义不明确、同类问题表述不一致或者有明显文字和计算错误的内容，评标委员会可以要求投标人作出必要的澄清、说明或者纠正。投标人的澄清、说明或者纠正应当采用书面形式，由其法人代表或者授权委托人签字，并不得超出投标文件的范围或者改变投标文件的实质性内容。

（三）比较与评价。按招标文件中规定的评标方法和标准，对资格性检查和符合性检查合格的投标文件进行商务和技术评估，综合比较与评价。

（四）推荐中标候选供应商名单。中标候选供应商数量应当根据采购需要确定，但必须按顺序排列中标候选供应商。

1、采用最低价评标法的，按投标报价由低到高顺序排列。投标报价相同的，按技术指标优劣顺序排列。评标委员会认为，排在前面的中标候选供应商的最低投标价或者某些分项报价明显不合理或者低于成本，有可能影响商品质量和不能诚信履约的，应当要求其在规定的期限内提供书面文件予以解释说明，并提交相关证明材料；否则，评标委员会可以取消该投标人的中标候选资格，按顺序由排在后面的中标候选供应商递补，以此类推。

2、采用综合评分法的，按评审后得分由高到低顺序排列。得分相同的，按投标报价由低到高顺序排列。得分且投标报价相同的，按技术指标优劣顺序排列。

(五)编写评标报告。评标报告是招采部门根据评标委员会全体评标成员签字的原始评标记录和评标结果编写的报告，其主要内容包括：

1、招标的主要内容、开标日期和地点；

2、评标委员会成员名单；

3、评标方法和标准；

4、开标记录和评标情况及说明，包括投标无效投标人名单及原因；

5、评标结果和中标候选供应商排序表；

第五十七条 在评标中，不得改变招标文件中规定的评标标准、方法和中标条件。

第五十八条 投标文件属下列情况之一的，应当在资格性、符合性检查时按照无效投标处理：

（一）应交未交投标保证金的；

（二）未按照招标文件规定要求密封、签署、盖章的；

（三）不具备招标文件中规定资格要求的；

（四）不符合法律、法规和招标文件中规定的其他实质性要求的。

第五十九条 在招标采购中，出现下列情形之一的，应予废标：

（一）符合专业条件的投标商或者对招标文件作实质响应的投标商不足三家的；

（二）出现影响采购公正的违法、违规行为的；

（三）投标人的报价均超过了采购预算，采购人不能支付的；

（四）因重大变故，采购任务取消的。

招采部门应将废标理由通知所有投标人。

废标后，除采购任务取消情形外，若不能采取其他采购方式继续执行采购的项目，招采部门将重新组织招标。

第六十条 招采部门在评标时采取必要措施，保证评标在严格保密的情况下进行。

任何单位和个人不得非法干预、影响评标办法的确定，以及评标过程和结果。

第六十一条 招采部门组织招标的采购项目，应当在评标结后五个工作日内确定中标供应商，并按规定进行公示。

由招标办委托的采购代理机构在评标结束后五个工作日内将评标报告送医院招标办。招标办在收到评标报告后五个工作日内，报招标采购工作领导小组汇报招标情况。

第六十二条 中标供应商因不可抗力或者自身原因不能履行采购合同的，招采部门报请招标采购工作领导小组批准后可以与排位在中标供应商之后第一位的中标候选供应商签订采购合同（以此类推，但不能超过第二位）。

第六十三条 在确定中标供应商前，招采部门不得与投标人就投标价格、投标方案等实质性内容进行谈判。

第六十四条 中标供应商确定后，中标结果应当在医院指定的媒体上发布公告。公告内容应当包括招标项目名称、中标供应商名单、招采部门电话。

在发布公告的同时，招采部门应当向中标供应商发出中标通知书，中标通知书对医院和中标供应商具有同等法律效力。

招采部门同时应当将中标结果书面通知归口管理部门。

中标通知书发出后，相关部门改变中标结果，或者中标供应商放弃中标，应当承担相应的责任。

第六十五条 投标人对中标公告有异议的，应当在中标公告发布之日起三个工作日内，以书面形式向招采部门提出质疑。招采部门在收到投标人书面质疑后七个工作日内，对质疑内容作出答复。

质疑供应商对招采部门的答复不满意或者招采部门未在规定时间内答复的，可以在答复期满后十五个工作日内按有关规定，向医院纪检部门投诉。纪检部门在收到投诉后三十个工作日内，对投诉事项作出处理决定。

处理投诉事项期间，医院纪检部门可以视具体情况书面通知招采部门和归口管理部门暂停签订合同等活动，但暂停时间最长不得超过三十个工作日。

第六十六条 归口管理部门自中标通知书发出之日起三十个工作日内，按照招标文件和中标供应商投标文件的约定，与中标供应商签订书面合同。所签订的合同不得对招标文件和中标供应商投标文件作实质性修改。

招标采购过程中不得向中标供应商提出任何不合理的要求，作为签订合同的条件，归口管理部门不得与中标供应商私下订立背离合同实质性内容的协议。

第六十七条 归口管理部门按照有关规定将采购合同报审计处、财务处审核，未经审核的合同不得签订。

第六章 验收与付款

第六十八条 按照采购合同约定，主管部门对所采购的项目在规定时间内按照医院要求就同约定的条款进行验收，并在验收完毕后签署验收报告；对于大型或复杂的采购项目，在需要的情况下可邀请国家认可的质量检测机构参加验收。验收方成员应在验收书上签字，并承担相应的法律责任。

进口免税仪器设备的验收，由职能部门组织进行，用户不得自行开箱。

第六十九条 医院采购资金支付原则上由签订合同的主管部门负责办理。

第七章 采购档案

第七十条 采购或档案管理部门对医院采购项目每项采购活动的采购文件应妥善保存，不得伪造、变造、隐匿或销毁。采购文件的保存期限为从采购结束之日起至少保存十五年。

1.采购文件包括采购公告、采购活动记录、采购报告、招标文件、投标文件、评标记录、合同文本、验收证明、质疑答复、投诉处理决定及其他有关文件、资料。

2.采购活动记录至少应当包括下列内容：

（1）采购项目类别、名称；

（2）采购合同、价格；

（3）采购方式；

（4）确定中标供应商的原因。

第八章 责任

第七十一条 招标采购相关部门有下列情形之一的，责令限期改正，给予警告，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，由医院给予处分，并予通报：

（一）应当采用公开招标方式而擅自采用其他方式采购的；

（二）未发布采购信息公告的；

（三）将必须进行招标的项目化整为零或者以其他任何方式规避招标的；

（四）以不合理的要求限制或者排斥潜在投标人，对潜在投标人实行差别待遇或者歧视待遇，或者招标文件指定特定的供应商、含有倾向性或者排斥潜在投标人的其他内容的；

（五）无正当理由不按照依法推荐的中标候选供应商顺序确定中标供应商，或者在评标委员会依法推荐的中标候选供应商以外确定中标供应商的；

（六）在招标过程中与投标人进行协商谈判，或者不按照招标文件和中标供应商的投标文件确定的事项签订采购合同，或者与中标供应商另行订立背离合同实质性内容的协议的；

（七）中标通知书发出后无正当理由不与中标供应商签订采购合同的；

（八）拒绝有关部门按规定实施监督检查的。

第七十二条 招标采购相关部门及其工作人员有下列情形之一，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，按照有关法律规定处以罚款，有违法所得的，并处没收违法所得，由医院给予处分，并予通报：

（一）与投标人恶意串通的；

（二）在采购过程中接受贿赂或者获取其他不正当利益的；

（三）在有关部门依法实施的监督检查中提供虚假情况的；

第七十三条 有本办法第七十一条、第七十二条违法违规行为之一，并且影响或者可能影响中标结果的，应当按照下列情况分别处理：

（一）未确定中标候选供应商的，终止招标活动，依法重新招标；

（二）中标候选供应商已经确定但采购合同尚未履行的，撤销合同，从中标候选供应商中按顺序另行确定中标供应商；

（三）采购合同已经履行的，给采购人、投标人造成损失的，由责任人承担赔偿责任。

第七十四条投标人有下列情形之一的，按投标文件的规定，通过投标保证金予以处相应的处理，列入不良行为记录名单，在三年内禁止参加医院采购活动，并予以公告。

（一）提供虚假材料谋取中标的；

（二）采取不正当手段诋毁、排挤其他投标人的；

（三）与招标采购相关部门、其他投标人恶意串通的；

（四）向采购部门行贿或者提供其他不正当利益的；

（五）在招标过程中与采购相关部门进行协商谈判、不按照招标文件和中标供应商的投标文件订立合同，或者另行订立背离合同实质性内容的协议的；

第七十五条中标供应商有下列情形之一的，招采部门不予退还其交纳的投标保证金；情节严重的，由纪检部门将其列入不良行为记录名单，在三年内禁止参加医院采购活动，并予以通报：

（一）中标后无正当理由不与医院签订合同的；

（二）将中标项目转让给他人，或者在投标文件中未说明，且未经我院同意，将中标项目分包给他人的；

（三）拒绝履行合同义务的。

第七十六条评标委员会成员有下列行为之一的，责令改正，给予警告：

（一）明知应当回避而未主动回避的；

（二）在知道自己为评标委员会成员身份后至评标结束前的时段内私下接触投标人的；

（三）在评标过程中擅离职守，影响评标程序正常进行的；

（四）在评标过程中有明显不合理或者不正当倾向性的；

（五）未按招标文件规定的评标方法和标准进行评标的。

上述行为影响中标结果的，中标结果无效。

第七十七条评标委员会成员或者与评标活动有关的工作人员有下列行为之一的，给予警告，对评标委员会成员取消评标委员会成员资格，不得再参加任何医院采购招标项目的评标。

（一）收受投标人、其他利害关系人的财物或者其他不正当利益的；

（二）泄露有关投标文件的评审和比较、中标候选人的推荐以及与评标有关的其他情况的。

第九章附则

第七十八条本办法自发布之日起施行。

泗洪县第一人民医院工程项目质量终身负责制度

按照县卫健局医院基建工程质量监督相关文件要求，为加强我院基础工程建设项目管理，结合我院实际情况，特制订泗洪县第一人民医院工程项目质量终身负责制，具体制度内容如下：

一、参与我院基础工程建设、监理、设计勘察、施工单位的有关人员依法对工程质量进行管理。并对工程质量终身负责。

二、建设单位法人必须做为工程项目法人，或由法人受权委托具有相应资质的专业人员做为单位工程建设法人代表，行使质量管理权利，承担质量责任。

三、建设单位必须同监理、设计、勘察、施工部门签订合同。各方按合同约定对建设工程负有质量责任。

四、工程项目设计者监理人员及施工员对工程项目质量终身负责。

五、项目经理做单位工程负责人对单位工程质量负主要责任。

六、材料采购供应部门对工程使用材料质量终身负责。

七、健全质量管理体系。工程档案归档及时，保证工程项目责任的可追踪性。每一质量问题必须责任明确。落实到人。

八、工程技术负责人、技术员负责单位工程质量工作并对工程结构负责。工程质量终直接负责。

九、分包工程负责人对分包工程质量终身负全责。并向总承包单位提供分包工程项目的质保体系及有关技术质量资料，存入档案备查。

第十五章 院安全管理制度

泗洪县第一人民医院安全生产管理制度

一、安全设施、设备管理和检修、维修制度

1．为保证安全生产有关设施、设备的正常使用特制定本制度。

2．本院安全生产设施、设备分成两类，即医疗性质和非医疗性质类。

3．本院医疗性质设施、设备归设备科管理，非医疗性质设施、设备归总务科管理。

4．所有设施、设备均应定期维护、检修以便发现问题及时处理。

5．各科室均要建立设施设备维修、使用记录，以便更好的了解设备情况。

6．各科室设施、设备中易损物品更换需经相关科室备案。

7．设施、设备损坏后，须经相关科室认定后，方可更换新设备。

8．所有设施、设备的安全使用归设备所有科室负责，且必须符合操作规范。

二、安全管理制度

1．为了保障医院医疗活动的正常运行，特制定本制度。

2．医院各科室必须树立安全第一的观念，把安全工作作为整体工作重中之重来抓。

3．临床科室安全生产工作重点是确保病人得到正常的治疗，并且保证病人不受到医疗损害。

4．其它相关科室以保证临床正常运行为重点，以病人为中心，保证病人能安全就医。

5．院长为医院安全生产第一责任人，各科主任为各科安全生产第一责任人。

6．各种安全生产问题，一旦出现，医院将根据事件情节轻重给以相应处理。

三、消防安全管理制度

1．逐级建立领导防火责任制，院长为消防安全第一责任人，领导全院消防安全工作，主管副院长负责各岗位消防安全工作，各级负责人要尽职尽责。

2．生产岗位实行防火责任制，落实到人，每个职工必须明确履行自己岗位的防火职责，

3．按照《公安部消防器材配置规定》，根据防火和灭火的需要，配置相应种类、数量的消防器材、设备和设施。要做到定期检修、更新，保证齐全、有效。

4．全院范围内除特殊许可地方外，严格实行“严禁吸烟"的制度。

5．普及消防知识，对职工定期进行消防训练和考核，进行防火安全教育，达到“四懂”、“四会”。

6、消防安全工作与生产同时布置，检查、总结、评比和奖罚。对违反消防规定制度的科室和个人，要按照《治安管理处罚条例》的有关规定进行处罚。

四、生产安全事故报告和调查处理制度

1.为了及时报告、统计、调查和处理职工伤亡事故，积极采取预防措施，防止伤亡事故，特制订本规定。

2.本规定所称伤亡事故，是指职工在劳动过程中发生的人身伤害、急性中毒事故。

3.伤亡事故的报告工作必须坚持实事求是，尊重科学的原则。

4.伤亡事故发生后，负伤者或事故现场有关人员应当立即直接报告负责人。

5.负责人接到接负责人重伤、死亡、重大死亡事故报告后，应当立即报告接主要负责人，并请示上报县卫健局及其他有关单位。

6．发生死亡、重大伤亡事故时，安全管理人员应立即赶赴现场，保护事故现场并迅速采取必要措施抢救人员和财产，防止事故扩大；

7.安全管理部门应当依照国家有关规定统计、报告伤亡事故。

五、院长安全生产职责

1．院长是单位安全生的产第一责任人，对本单位的安全生产工作全面负责。

2．加强安全生产管理，负责建立并落实全员安全生产责任制。

3．严格执行国家有关安全生产的法律、政策和制度，加强对职工进行安全教育培训，接受安全培训考核。

4．负责健全安全生产管理机构，充实安全生产专职管理人员。听取安全工作汇报，决定安全工作的开展。

5．主持召开安全生产会议，研究解决安全生产中的重大问题。

6．组织对重大事故的调查处理，落实事故的“四不放过”原则，坚持发生重大事故上报制度。

六、安全生产领导小组工作职责

  1．认真贯彻执行国家和上级的安全生产的方针、政策、法律、法规和制度。在院长和安全委员会的领导下负责本单位的安全管理、监督工作。

2．负责组织制订、修订本单位安全卫生管理制度和安全技术规程，编制安全技术措施计划，并监督检查执行情况。

3．参与新建、改建、扩建工程的“三同时"审查和监督，使其符合职业安全卫生技术要求。

4．负责锅炉、压力容器和特种设备的日常管理和大修工作。

5．负责组织安全生产大检查，督促解决有关安全方面存在的问题，纠正违章指挥和违章作业现象、遇有危及安全生产的紧急情况，有权令其停止作业，并立即报告有关领导。

6．会同有关部门，对职工进行安全知识教育和培训，组织新职工的三级安全教育，配合上级部门搞好特种作业人员的安全技术培训和考核，组织开展各种安全活动。

7．负责抓好劳动保护用品、保健食品和防暑降温饮料的计划采购、管理、发放和使用的检查工作。

8．负责生产、火灾、爆炸等事故的汇总、统计上报。

七、主管安全生产工作负责人职责

1、按照安全管理条例，谁主管谁负责的原则，对单位的安全生产工作负责。

2．监督检查职能科室安全职责履行和各项安全生产规章制度的执行情况，及时纠正医疗活动中的失职和违章行为。

3．组织职能科室对事故的调查处理，并及时向上级安全生产监管部门报告。

4．组织安全生产大检查，落实重大生产事故隐患的整改，编制安全生产文字资料，留档备查。

5.负责医院职工和新进人员安全生产培训、教育和考核工作。

6.定期召开安全生产工作会议，分析单位安全生产动态，及时解决安全工作存在的问题。

7、按照上述安全职责，制定年度安全生产工作计划，并在工作中进一步落实。总结上一年安全生产工作。

泗洪县第一人民医院保卫科工作制度

为切实加强院内安全保卫管理工作，规范科学管理，确保医院内部安全稳定，切实维护临床一线工作正常有序开展，结合我院实际情况制定本制度。

1. 保卫科值班室应24小时轮换值班，着重对医院财务科、收款处、药房、输液室等重点科室实行治安巡逻，维护医院安全稳定。
2. 保卫科值班人员对待患者及其家属，应做到笑脸迎送，用文明礼貌语，树立医院第一形象，并做好机动车停放指引工作。
3. 工作期间必须认真负责，严禁任何人员携带各种违禁品、危险品进入院区
4. 每日开展防火巡查，如实填写巡查记录，并由当班巡查人员签字。
5. 处理好院领导下派的其他工作任务。

泗洪县第一人民医院保卫科工作人员岗位职责

一、在保卫科科长的领导下，负责医院治安、消防、监控工作。

二、认真学习专业知识，提高业务工作能力，明确治安保卫方面的目的和任务。

三、坚持贯彻“以防为主”的方针。落实“三防”（防火、防盗、防灾害事故）措施。

四、经常开展安全检查，及时发现隐患，积极向科长汇报，提出安全保卫工作的意见和建议。

五、在保卫科长的领导下，负责调查处理医院内部的治安案件和民事纠纷及突发事件，积极协助公安部门侦破刑事案件。

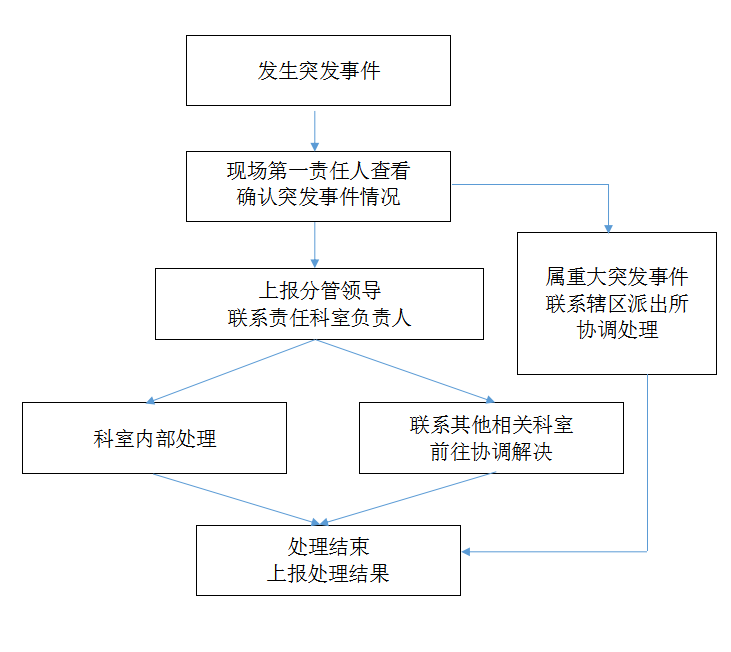
六、督促各实验室做好易燃、易爆、剧毒药品的管理工作，杜绝一切事故的发生。

七、经常检查消防器材，保持消防器材设备处于良好状态。

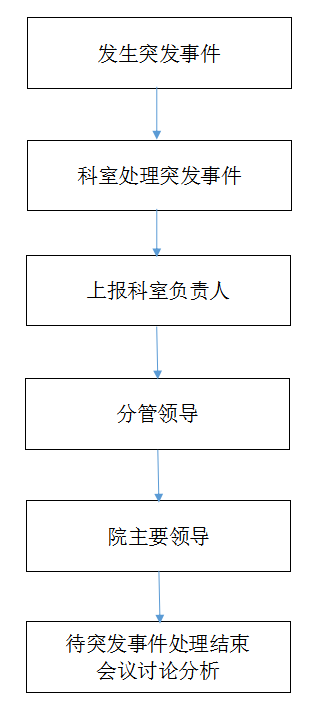
八、完成科长交给的其它工作任务。

泗洪县第一人民医院重大突发事件处理及上报流程

处理流程：



上报流程：



泗洪县第一人民医院安全突发事件应急处置预案

一、工作性质及任务：

为防患于未然，妥善处置安全突发事件，努力防止不良事态的扩大蔓延，按照“统一领导、分级负责、快速反应，协同应对”的原则，制定本预案。

本预案中的安全突发事件，是指院内发生的影响医疗安全、生产安全、公共医疗秩序和医院日常工作的事件。

二、工作机构及相关职责：

1．医院安全突发事件领导小组：

（1）小组成员：

组 长：许柯书记

副组长：邵雷、钱敏、戴文献副院长

组 员：张伟、彭延花、许刚、施学文

（2）小组职责： 指导协调医疗、护理、院感、保卫、后勤及相关科室积极开展预防、防范工作；完善各项管理制度，改善医疗服务质量；并对医院内突发的安全事件进行评估、协调、指导处理。

（3）院办职责：

接到安全突发事件后立即对事件性质进行评估，根据事件性质通知领导小组人员部分或全部到场，随时汇总一线处理情况，及时向相关领导及突发事件领导小组汇报，协调各部门人员参与突发事件处理，做好网络舆情管理，尽可能降低不良事件的影响，事件处理结束后及时终止预案，并做好突发的安全事件的总结报告工作。

（4）夜间院总值班职责：

受理病人、家属的投诉；纠正医疗、服务工作的偏差；与相关科室一道就病人及家属的疑问做出解答；如遇到不能解决的问题，及时通知院办启动突发事件应急处置预案。

（5）医务部职责：

完善医疗管理制度、强化医疗业务以及法律法规培训，配合医疗纠纷调处办公室做好医疗纠纷的评估以及处理工作，遇重大公共卫生事件时，统筹协调全院医务人员参与救治、转运等工作，确保患者安全医疗秩序稳定。

（6）护理部职责：

完善护理管理制度、强化医疗业务以及法律法规培训，配合医疗纠纷调处办公室做好护患纠纷的评估以及处理工作，遇重大公共卫生事件时，统筹协调全院护理人员参与救治、转运等工作，确保患者安全医疗秩序稳定。

（7）后勤职责：

负责处理各类生产安全事件，包括且不限于停电、停水、中央空调、电梯故障、重大灾害天气应对等，如遇到重大生产安全事件及时通知院办启动突发事件应急处置预案。

（6）保卫科职责：

处置各类治安事件，协助处理医疗安全以及生产安全事件，接受医院各部门的纠纷通报，对纠纷现场派出专人进行监控、提供安保力量，确保医护人员人身安全以及医院财产安全，就治安事件的处理搜集、提供依据，如遇到不能解决的问题及时通知院办启动突发事件应急处置预案。

三、处置程序：

1.现场人员发现院内安全突发事件，白班通知院办，夜班中班期间通知总值班。

2.院办根据事件性质通知相应部门负责人指导或参予处理。

3.事件处置困难或事态升级，及时通知院办，院办对事件进行再次评估后决定是否启动《泗洪县第一人民医院安全突发事件应急处置预案》。

4.事件处理结束后由院办终止《泗洪县第一人民医院安全突发事件应急处置预案》，并做好事件总结及汇报工作。

泗洪县第一人民医院消防安全责任人消防安全职责

医院法人代表是消防安全责任人，对本单位的消防安全工作全面负责并履行下列消防安全职责：

一、贯彻执行消防法规，保障医院消防安全符合规定，掌握医院的消防安全情况。

二、将消防工作与医院经营、管理等活动统筹安排，批准实施年度消防工作计划；

三、为医院的消防安全提供必要的经费和组织保障；

四、确定逐级消防安全责任，批准实施消防安全制度和保障消防安全的操作规程；

五、组织防火检查，督促落实火灾隐患整改，及时处理涉及消防安全的重大问题；

六、根据消防法规的规定建立专职消防队、义务消防队；

七、组织制定符合医院实际的灭火和应急疏散预案，并实施演练。

泗洪县第一人民医院总务科工作职责

在医院分管副院长以及总务科科长的领导下，面对时代发展现状和医院发展目标，掌握现代管理理论，更新管理理念，运用科学的管理方法，对后勤保障工作实行全面管理。

一、依据国家有关法律法规及医院有关规章制度制定部门的各项条例、规程和制度。

二、及时做好与特种设备第三方维保公司对接工作，传达上级部门和医院领导的指示精神、具体要求并落实执行，对其维保工作进行监督和管理。

三、对于发现的重大问题、隐患、处理意见和结果以及对重大事件、大额支出等事宜及时向上级汇报。

四、负责全院的能源供给保障，即对水、电、暖、冷、氧气等医院所需能源及其应用的设备进行全面、安全、

正常运转有效维修保养的管理。

五、负责食堂的管理。

六、负责确保污水处理日常加药以及突发设备故障及时联系维修人员确保设备运行处于良好状态。

七、负责医院基础建设的分步实施计划及新、扩、改建工程的计划管理和实施工作，使医院建筑逐步适应现发展的需要。

八、组织全体职工参加全员素质培训及各专业技能培训。

九、对全体职工进行安全生产、劳动保护等方面的法律法规教育。

泗洪县第一人民医院消防控制室值班人员岗位职责

一、要有较强的责任心，对工作认真负责。

二、按时交接班，值班期间不得无故离岗脱岗，如有发现则严肃处理。

三、必须认真详细的填写值班记录和交接班记录。

四、监控室是机密重地，非值班人员不得随意出入监控室。

五、熟悉各种设备维护性能和使用方法，严格遵守操作规程。

六、熟悉监控装置的布防位置、性能、及时掌握其运行情况。

七、爱护和定期进行维护保养，保证监控设备运行正常。

八、严格遵守保密规定，不对外泄漏、谈论技术防范监控系统及监控部位有关情况。

九、不得随意删改监控、系统文件等，不得私自拆卸监控设备。

十、值班时间不得从事与工作无关的事情。

十一、做好监控室清洁卫生工作。

泗洪县第一人民医院消防控制室值班制度

1. 消防控制室应符合国家规范要求，配备专人二十四小时值班，每班组不少于两人，严禁脱岗。
2. 消防控制室值班人员应具备高中以上文化程度和良好的身体素质，热爱本职工作，责任心强，具有一定的相关专业知识，并经消防专业培训取得消防职业资格证书，持证上岗。
3. 消防控制室严禁吸烟和使用明火作业，严禁存放危险化学物品和无关杂物，严禁无关人员进入。
4. 值班时间必须坚守岗位，不得聊天，打私人电话，不得在监控室内会客，严禁脱岗、睡岗和酒后上岗，不得使用监控室电脑做与工作无关事情。
5. 控制室内公示各楼层消防安全平面图以及火灾发生后消防设施的操作规程。
6. 认真落实交接班、报警设施检测，发生火灾信号处理，灭火操作设备检查等记录制度，要严密监视设备运行状况，遇有重大情况要及时报告。
7. 加强卫生管理，保证室内环境、消防设施和监控设施整洁，表面无浮尘。
8. 爱护管理好消防控制室各项设备，严格遵守操作规程吗，不得无故中断消防和监控系统，不得删除监控资料及消防自动报警设施运行记录，发现问题及时上报分管领导，确保消防和监控系统正常运行。
9. 做好消防控制室院内监控信息保密工作，未经分管领导允许严禁任何人以任何理由调取院内监控录像。
10. 严禁擅自关闭火灾自动报警、灭火系统及监控系统，切断消防或监控电源。

泗洪县第一人民医院消防设施、器材维护保养制度

一、消防设施器材维护实行定期维护保养制度，具体由消防控制室组织实施，各部门发现消防设施器材出现的问题要及时向消防控制室报告，维修不及时或管理不当将追究相关负责人的责任。

  二、消防设施器材日常管理实行部门归口管理，各部门对本责任区内的消防设施器材的完好有效情况负责，并确定专人具体负责。

  三、与具有建筑消防设施维护保养能力的单位签订维护保养合同，每月进行一次维护保养，每年至少进行一次功能检测，确保其正常使用。

  四、灭火器至少每年委托维修单位对所有灭火器进行一次检查。凡使用过和失效不能使用的灭火器，必须委托维修单位进行检查，更换已损件和重新充装灭火剂和驱动气体。必须落实灭火器报废制度，超过使用期限的灭火器予以强制报废，重新选配新灭火器。建立灭火器档案资料，记明配置类型、数量、设置位置、检查维修单位（人员）、更换药剂的时间等有关情况。

  六、每两年对消防水池、消防水箱全面进行检查，修补缺损和防腐处理；每年对水源的供水能力进行一次测定；每季度对报警阀进行一次放水试验，对管道控制阀进行一次检修；每两个月利用末端试水装置对水流指示器进行试验；每月对消防水池、消防水箱及消防气压给水设备的水位和压力进行一次全面检查；消防水泵每月启动运转一次并模拟自动控制启动运转一次；电磁阀每月检查一次并作启动实验；每月对全部喷头进行一次外观检查；室外消火栓、水枪、水带由保卫科每周进行一次检查。以上检查要记入保卫科防火巡查记录。

  七、不准随便动用火灾区域报警器、手动报警按钮、消防插孔电话、自动喷水灭火报警阀、防火卷帘手动开关等，发现损坏要及时报告。

泗洪县第一人民医院消防安全管理人岗位职责

医院根据需要确定医院的消防安全管理人，消防安全管理人对单位的消防安全责任人负责，实施和组织落实下列消防安全管理工作：

1、拟定年度消防工作计划，组织实施日常消防安全管理工作。

2、组织制订消防安全制度和保障消防安全的操作规程并检查监督其落实情况。

3、拟定消防安全工作的资金投入和组织保障方案。

4、组织实施防火检查和火灾隐患整改工作。

5、组织实施对医院消防设施、灭火器和消防安全标志的维护保养，确保其完好有效，确保疏散通道和安全出口畅通。

6、组织管理专职消防队和义务消防队。

7、在职工中组织开展消防知识、技能的宣传教育和培训，组织灭火和应急疏散预案的实施和演练。

8、完成医院消防安全责任人委托的其他消防安全管理工作。

9、定期 向消防安全责任人报告消防安全情况 ，及时报告涉及消防安全的重大问题。

第十六章 对外合作与交流制度

### 泗洪县第一人民医院紧密型医共体“三重一大”事项决策实施细则

根据《中国共产党党内监督条例》《中国共产党重大事项请示报告条例》等党内法规，充分发挥集体领导的作用，严格落实“三重一大”决策制度，结合实际，特制定如下实施细则。

一、实施原则

（一）坚持集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则。凡属职责范围内的“三重一大”事项，都应充分发扬民主，集体讨论后以会议形式作出决定，提高领导班子科学、民主和依法决策的能力和水平。

（二）坚持集体领导和个人分工负责相结合的原则。领导班子成员应正确处理民主与集中的关系，充分发挥集体领导作用，实行班子成员分工负责，保证权力规范使用，防止权力的滥用。

（三）坚持实事求是的原则。决策前要注重调查研究，广泛听取各方面意见，自觉接受各方面的监督，确保决策符合实际。

（四）坚持按规定流程办理的原则。凡属“三重一大”事项，应通过会议形式集体讨论决定，不得以传阅、会签和个别征求意见等方式代替集体决策。

（五）坚持责任追究的原则。“三重一大”事项集体决策出现的失误、执行不力或错误执行并造成严重损失的行为，按照实事求是、客观公正的原则进行责任追究。

二、决策范围

（一）重大事项决策。年度规划、工作计划的制定和调整；重要工作部署，需请示报告的重要事项；年度预算的制定和调整；领导班子分工、内部机构设置、职能调整等事项；重大项目评估，重大事故处理、重要信访矛盾和突发事件应急处置等方面的重大事项；国有资产处置；党风廉政、意识形态、精神文明、党建工作、工会活动、考察培训等重大事项；其他有较大影响的决策事项。

（二）重要干部任免。按照干部管理权限，研究并决定管理干部的推荐、选拔、任免、调动、奖惩和后备干部人选确定；研究推荐拔尖人才、学科带头人等事项；重要人事任免和职工调动，人员招聘、竞争上岗和重点岗位轮岗，人员考核和奖励，违规违纪人员处理，考勤和请销假等事项。

（三）重要项目安排。投资、购置、维修、采购计划，每年度列入工程建设项目及资金安排；一定数额以上的建筑、装修工程项目；批量采购一定数额以上的采购及处置；举办、承办的重大活动；其他需要集体决策的重大项目安排。

（四）大额资金使用。年度资金预算安排；年度经费预算及需追加的经费开支；一定数额以上的大宗物品采购；未列入或列入财政预算，单项支出数额一定数额以上的资金使用。

三、决策程序

（一）酝酿决策。

1.加强调查研究。“三重一大”事项决策前，应进行广泛深入的调查研究，充分听取各方面意见。对专业性、技术性较强的事项，必要时应进行专家论证、技术咨询、决策评估；对与职工和人民群众利益密切相关的事项，应实行听证或公示制度。

2.进行沟通协调。“三重一大”事项决策前，班子成员可通过适当形式对有关议题进行调研酝酿，提出初步方案，但不得作出决定或影响集体决策。

3.按照程序提议。“三重一大”事项议题须经分管领导同意后,再提请班子会议审议确定，必要时可提交职工代表大会表决。除遇重大突发事件和紧急情况外，不得临时动议。

4.做好相关准备。议题材料包括实施方案和科学论证材料。材料要在领导班子会议召开前送达参会领导，使其有足够的时间了解相关情况。

（二）集体决策。

1.决策“三重一大”事项的会议，应有三分之二以上班子成员到会方可召开。

2.在决策“三重一大”事项的会议上，班子成员应对决策建议逐个明确表示同意、不同意或缓议的意见，并说明理由。因故未到会的班子成员可以书面形式或电话表达意见。

3.领导班子主要负责人或主持会议的其他负责人应在其他班子成员充分发表意见的基础上，最后发表意见。

4.逐项作出决策。会议决定多个事项时，应逐项表决。对意见比较一致的议题，形成会议决定；对讨论中意见分歧较大或发现有重大问题尚不清楚的，除在紧急情况下按多数意见执行外，应暂缓决策，待调查研究后再作决策；表决可根据讨论事项的不同内容，按照少数服从多数的原则，采取口头、举手投票或其他方式进行。推荐、提名科室负责人和决定科室负责人任免事项，应按照规定方式进行表决。对“三重一大”事项，要以班子成员应到会成员达到三分之二或以上同意后形成决定。

5.形成会议记录。要写明会议时间、地点、出席人、列席人、缺席人、主持人、记录人，要注明议题的提议人，要详细如实记录每位发言人的讨论情况。集体决策时的讨论和表决情况要逐一记录，办公室要做好会议文件、记录等资料的归档工作。

（三）决策实施。

1.“三重一大”事项经领导班子会议决策后，由班子成员按分工和职责组织实施。遇有分工和职责交叉的，由领导班子明确一名班子成员牵头。

2.班子成员对决策内容需明确表态，有不同意见的，可以保留，但在没有作出新的决策前，应按照决策无条件执行。同时，可按组织程序向总院反映意见。

3.班子成员不得擅自改变集体决策，确需变更的，应由领导班子重新作出决策；如遇重大突发事件和紧急情况作出临时处置的，应在事后及时向领导班子报告；未完成事项如需领导班子重新作出决策的，经再次决策后，按新的决策执行。

4.实行“三重一大”事项报告审批备案制度，超过一定数额以上以上的单项设备购置、修缮、基建等项目，需附可行性论证报告、集体研究决议报总院，审批后报卫生健康主管部门备案实施。

四、监督检查

（一）分院及时向总院报告“三重一大”事项的执行情况，并将贯彻本办法的情况列入班子组织生活会和述职述廉的重要内容。分院领导班子对制定、执行“三重一大”制度的工作负总责。

（二）分院贯彻和执行“三重一大”事项决策制度情况，将作为班子及成员年度考核和党风廉政建设责任制考核的重要内容。

（三）紧密型医共体党建与行风建设督导办公室负责“三重一大”制度落实情况的监督检查，通过专项检查，强化事前、事中、事后监督，监督情况及时向总院领导班子报告。

五、责任追究

（一）分院执行院长为“三重一大”事项决策第一责任人，带头执行民主集中制，切实抓好“三重一大”集体决策制度的组织实施；班子成员要认真落实集体领导下的分工负责制。

（二）坚决对拒不执行或擅自改变集体决策的，集体决策执行不力或错误执行并造成严重损失的，应根据《中国共产党纪律处分条例》、《关于实行党风廉政建设责任制的规定》，追究有关责任人的责任。

（三）分院领导班子决策失误或涉嫌违纪违法的，应在查明情况、分清责任的基础上，分别追究相关人员的相应责任。

（四）责任追究的方式有责令检查、诫勉谈话、通报批评、责令辞职、免职、党纪政纪处分、移送司法机关处理等。

六、本实施细则自印发之日起实施。

泗洪县第一人民医院医共体章程

泗洪县第一人民医院关于印发《泗洪县第一人民医院医疗服务共同体章程》的通知

各部门、科室:

现将《泗洪县第一人民医院医疗服务共同体章程》印发，请各部门、科室严格按照《章程》执行。

附:泗洪县第一人民医院医疗服务共同体章程

附件：

泗洪县第一人民医院医疗服务共同体章程

第一章总则

第一条为合理配置医疗资源，优化资源结构，提高优质资源利用效率，建立科学有效的分级诊疗、双向转诊等分工协作机制，整体提高县域医疗资源的配置和使用效率，促进县乡两级联动发展，同步提高县乡两级医疗服务能力，在县医改委领导下和医疗服务共同体建设领导小组指导下成立由泗洪县第一人民医院牵头拟与泗洪县界集区域卫生中心（建设中）、 泗洪县双沟区域卫生中心（筹备中）自愿组建“泗洪县第一人民医院医疗共同体(以下简称医疗服务共同体)”，为规范医疗服务共同体的运行，特制订本章程。

第二条运行原则: 资源共享、优势互补、基层首诊、分级诊疗、上下联动、共同发展。

第三条目标: 构建基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗机制，让群众就近享受优质医疗服务。

第四条宗旨: 以泗洪县第一人民医院的资源、技术为支撑，带动乡镇卫生院服务能力快速提升; 以合作医疗按人头打包付费改革为切入点，乡镇卫生院和村卫生室为纽带，推进分级诊疗。

第二章医疗服务共同体组织机构

第五条机构组成

组建理事会: 医疗服务共同体内各成员单位均为理事，理事长1名(由第一人民医院院领导担任)，副理事长由医疗服务共同体内全体理事会议推选产生。设立医疗服务共同体办公室，办公室设在院办，负责医疗服务共同体日常事务管理及各成员单位联络协调及资全结算工作。各成员单位成立相应机构，负责医疗服务共同体本院有关管理和协调工作。

第三章医疗服务共同体及成员单位职责

第六条理事会职责

(一)制定医疗服务共同体战略目标和发展规划。

(二)制定并在医疗服务共同体各医疗机构推行统一标准的运营管理制度和职责规范。

(三)科学合理地确定医疗服务共同体内各医疗机构的规模，布局和功能。

(四)建立医疗服务共同体内不同层次、不同类别的医疗机构分工协作机制。制定在各医疗机构之间实现分级诊疗、双向转诊、上下联动、差异化服务、大型医疗设备共享和检查结果互认的具体制度和措施。

(五)制定医疗服务共同体医疗机构管理层的任职资格、选拔任用等方面的管理制度。

(六) 对医疗服务共同体内医疗机构人力资源、资金、资产进行统一管理。

(七)建立医疗服务共同体各医疗机构物资统一配送体系，实现后勤保障系统资源共享。

(八)统筹医疗服务共同体内各医疗机构的专业学科发展、大型医疗设备购置及重要人才的引进。

(九)统一组织科研项目以及重大技术项目的攻关。

(十)规范各种业务管理标准，建立统一、规范的医疗服务流程，建立各种检验、功能检查项目申请和实现业务管理资源的共享。建工会学发标准的信息，逐步建立医疗服务共同体统检查报告的通用制度，平台，实现网络系统和数据信息的共享。

(十一)对医疗服务共同体成员单位提供技术支持人员培训和管理指导。

(十二)拟定医疗收入和保结余资金在成员单位之间的分配。

(十三)修改章程。决定医联体其它有关事项等。

第七条泗洪县第一人民医院职责:

负责组织制定医疗服务共同体内各项规章制度，承担一般疑难复杂疾病和常见多发病的诊疗: 实现与成员单位有效对接，做好辖区病人的接、转诊等管理工作: 统筹协调医疗服务共同体内各医疗机构床位的使用和管理，建立一体化管理机制; 做好医务人员上下交流和出诊工作: 承担成员单位专科对口扶持、人员带教与培训、检查检验绿色通道和远程会诊等工作。负责组织医疗服务共同体日常工作例会，做好工作信息和数据的收集、汇总等其他工作，及时向县医疗服务共同体领导小组和县卫计局报送。

第八条成员单位职责:

(一) 承担辖区内常见病、多发病的诊疗和慢性病治疗管理，开展部分常规诊疗技术和康复、护理等治疗。负责接受上级医院根据需要下转病人的后续治疗。

(二) 负责中心卫生室开展居民签约服务工作的推广，采取各种措施鼓励居民签约就诊，引导患者优先在基层、县内就诊，逐级转诊，确保本区域内病人县域就诊率逐年提高并达到90%左右。

(三) 接受医疗服务共同体理事会的领导、指导、监督和检查，执行医疗服务共同体理事会决定，服从理事会纪律，支持医疗服务共同体工作，维护医疗服务共同体的利益，完成医疗服务共同体理事会安排的各项任务。

第四章权利与义务

第九条泗洪县第一人民医院权利与义务。

1.组织制定双向转诊、、负责医疗服务共同体的日常工作运行，对口扶持，人员培训。检验检查绿色通道，建立面向成员单位的会诊、诊新，检查中心医种多点执业等政陆特超市在片服生的同体工作计划。

2.承担一般疑难复杂疾病和常见多发病的诊疗，开展具有较高技术合量的医疗技术和常规诊疗技术，努力控制县城住院病人外转，为实现将90%左右住院患者留在县内提供技术支撑、负责成员单位上转病人的接受及治疗，并确保建立上转病人接诊绿色通道，为上转患者提供良好服务。

3、负责联系上级医院，确定县外三级综合医院或专科医院作为县外转诊定点医院，与其建立稳定的合作关系，做好县内外转病人的转诊服务。转出病人相对集中送往合作医院，并定期评估合作医院的技术水平、服务质量、医疗费用及病人满意度等。

4、利用自身优势，开展医疗服务共同体内医疗机构的后勤化社会服务。

5、拟定医保结余资金在成员单位之间的分配草案，并享有结余资金受益权。

第十条医疗服务共同体成员单位的权利与义务。医疗服务共同体成员平等享有本章程规定的权利，共同履行本章程规定的义务。医疗服务共同体成员享有下列权利:

(一) 在医疗服务共同体内的资源共享权。

(二)成员单位可增挂医疗联合体牌子。

(三) 对医疗服务共同体的工作进行监督。

(四) 享有医保资金结余的受益分配权。

(五) 医疗服务共同体理事会赋子的其他权利。

(六) 享有向牵头单位提出技术帮扶需求的权利。

医疗服务共同体成员应履行下列义务:

(一)执行医疗服务共同体理事会的决议，服从医疗服务共同体理事会的管理。

(二)维护医疗服务共同体的声誉和利益。

(三) 医疗服务共同体成员之员之间实行双向转诊。

(四)因结合作，题全大局，加强内路。

(五) 医疗服共同体理事会规定的其他义务。

第五章监督与问责

第十一条本医疗服务共同体内各成员单位必须按照章程要求开展工作，并接受理事会县医疗服务共同体领导小组、县卫计局的监督管理。

第十二条本医疗服务共同体成员单位问发生的有关争议，首先由理事会会议解决。理事会不能解决的争议，提请县医疗服务共同体领导小组、县卫计局协调解决。

第十三条问责

(一)医疗服务共同体成员单位均为问责对象。各成员单位要严格按照卫生行政部门、医保经办机构等相关部门要求，认真履行职责，落实相关规章制度，严格基金管理，确保基金安全有效使用。

(二)医疗服务共同体各成员单位在县、乡、村首诊，分级诊疗、双向转诊等医疗活动中，因工作不协调、不能顾全大局、不服从医疗服务共同体理事会管理的机构或个人，以及侵犯群众利益或违反医保政策等违规违法行为进行问责。

(三)理事单位发生问责事项的，视情节轻重、损害和影响程度进行问责:未能完成理事会下达的年度工作任务，但情节轻微，对医疗服务共同体工作推进损害和影响较小的，由理事长对成员单位负责人进行诚勉谈话、取消当年“医疗服务共同体”内部评先评优资格，责令作出书面检查。

2.未能完成理事会下达的年度工作任务，情节较重、对医疗股响较大的，由理事长责令单位负责人务共同体工作推进损害和影响较大的，责令限期整改，并适当在理事会上公开检查、并子以通报批评、扣减该单位当年度医保结余资金受益分配。

3.未能完成理事会下达的年度工作任务情节严重、对医疗服务共同体工作推进损害和影响较大的，由理事会议计论决定取消该院当年度医保结余资金受益，同时向县医疗服务共同体领导小组和卫计局报告，扣减该单位财政补助经费，直至建议免去院长职。

第十四条理事会会议原则上每年举行2次，由理事长提议召开。理事会要充分发扬民主，重大事项，到会的理事必须占理事会成员的半数以上，表决时同意票必须超过到会人数半数以上，方可做出相应的决议。

第六章附则

第十五条医疗服务共同体成立后，成员单位之间的合作期限如将自动延续。未做特别规定，服各共同体实施情况，可以适时。

第十六条本章程根据县域区疗服务关同修改。

泗洪县第一人民医院医共体工作制度

1. 完善好各种工作制度。完善基层首诊、双向转诊、重点专科对口帮扶、人员带教与培训、检查检验绿色通道、远程会诊、绩效管理、薪酬体系和经济利益分配等工作制度，逐步建立起合理的工作人员管理机制、安全共享的信息管理机制、全面连续的健康管理工作机制，保证各项工作健康运行。
2. 合理完善调配医疗专家资源机制制度。卫生院要为常驻专家提供必要的工作和生活条件，设立诊室。常驻专家要下的去、坐得住，搞好医疗管理、门诊、查房、手术、带教和会诊等工作，要遵守医院的工作纪律，按时上下班，出满勤、干满点。若有特殊情况，分别向所在医院和驻值医院请假。
3. 开展进修培修工作制度。各成员单位要有计划选派医务人员到牵头医院进修和参加培训。如有常驻专家，则对驻值医院医务人员每月至少开展一次集中培训。
4. 实施分级诊疗制度。对常见病、多发病、慢性病引导患者在基层首诊。对在我院治疗的患者，根据病情需要及时转至上级医院。完善双向转诊绿色通道。
5. 充分利用微信、电视等，通过发放宣传单或者到集市义诊等活动，进行宣传，提高群众知晓率。完善各项考核制度，对专家接诊、会诊、查房、手术、培训等情况进行考核，重点考核服务数量、质量、业务收入及患者满意度等内容。

泗洪县第一人民医院以医保支付方式改革的医疗联合体管理运营工作实施方案

按照县卫计委医药卫生体制改革“保基本、强基层、建机制”的总体要求，我院积极开展县镇一体化管理试点，建立了我院拟与泗洪县界集区域卫生中心（建设中）、 泗洪县双沟区域卫生中心（筹备中）两个医疗联合体，实施了医疗一体化管理，提升了医联体内基层医疗卫生机构的服务能力，为进一步深化医药卫生体制改革、医保支付方式改革，根据县卫计委实施意见有关精神，在前期医联体试点工作的基础上，全面推进我院医疗联合体管理工作，特制定实施方案如下：

一、总体思路

按照上下联动、资源共享，合作共赢、共同发展的原则，统筹整合县乡医疗卫生机构资源，建立以我院为主体、乡镇卫生院为成员单位的医疗联合体。医联体以医疗业务统筹管理为重点，逐步实施更加紧密的人、财、物一体化管理，最大程度的发挥县乡医疗卫生资源效益。

二、工作目标

（一）整合县乡医疗卫生资源，促进县乡两级医疗机构联动发展，整体提高医疗资源利用率。

（二）提升县乡医疗服务能力,减少住院病人外流，实现“县域病人就诊率90%以上”的医改目标。

（三）建立县乡分工协作机制，逐步建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度。

（四）全面对标医联体模式以医保支付方式等利益机制。

四、管理模式

以我院为主体单位，乡镇卫生院为成员单位，建立两个医疗联合体，乡镇卫生院依据其功能定位、专业特色、双方意愿分别纳入某一医联体。

医联体成员单位隶属关系不变、单位法人不变、产权归属不变、法律责任不变、功能定位不变、职工身份不变、监管机制不变。

（一）实施人员上下流动，提高基层服务能力

建立医联体内部人员合理流动机制，促进卫生技术人员上下流动。主体单位专业技术人员在晋升、聘任中高级职称前到医联体成员单位服务。主体单位组建若干个专家服务团队，根据需要，到成员单位开展专家坐诊、会诊、手术示教、教学查房等帮扶服务。成员单位制定计划，定期选派具备培养潜质的卫生专业技术骨干到主体单位进修、轮训，不断提高基层医疗单位服务能力。

（二）推广适宜技术项目，拓宽基层服务项目

医联体主体单位在充分调查了解成员单位医疗技术服务现状的基础上，医基层需求为导向，医技术推广为手段，从安全性、有效性、规范性和适宜性出发，以常见病、多发病防治实用技术为重点，科学合理选择适合基层实际的适宜技术，加强疾病筛查、急诊急救、诊疗规范、康复保健等方面的技术推广应用，突出基层特色和优势，扶持特色专科建设。

（三）共享优质医疗资源，提高资源利用效率

充分利用医联体主体单位优质医疗资源的优势，补齐成员单位医疗资源短板，提高优质医疗资源利用率。以区域卫生信息平台为基础，医联体主体单位成立远程会诊中心，开展远程医疗服务。逐步建立医学影像、医学检验、消毒供应、消毒监测、临床用血等医疗资源共享制度和流程，解决基层医疗单位因医疗资源配置不足造成的不规范、不达标问题。

（四）广泛开展业务培训，提高医疗技术水平

建立多渠道业务培训途径，为基层医疗单位培养一批擅长诊治常见病、多发病和慢性病的医务人员。主体单位定期安排资深定期到成员单位查房、坐诊、会诊、讲座等多种形式的业务指导，不断巩固基本技能。医联体主体单位将成员单位医务人员列入继续医学教育培训对象，成员单位按照培训计划安排医务人员参加，不断更新医学知识和技能。

（五）完善双向转诊机制，建立分级诊疗制度

建立医联体主体单位与成员单位之间的双向转诊机制，签订双向转诊协议，制定双向转诊流程。按照患者自愿、分级诊治、连续治疗、安全便捷的原则，制定合理、便捷、畅通的双向转诊细则。成员单位将因条件所限不能救治的急危重症患者转往主体单位，主体单位将康复期和慢性病患者转回成员单位。对需上转、下转的病人，建立双方联系人制度，提供“一站式”转诊服务。

（六）定期组织指导考核，提高综合管理水平

主体单位将医院管理考核延伸到成员单位。主体单位组建医疗、护理、院感、医技、药剂等侧面的专家组，指导成员单位规范操作、规范运行、规范管理。主体单位定期对成员单位进行综合考核，并指导成员单位制定并落实整改措施。帮助成员单位完善医疗服务管理制度，优化医疗服务工作流程，整体提高基层医疗单位综合管理水平。

（七）完善医联体激励约東机制

1．推行医保支付激励引导机制。积极开展紧密型医联体整体医保总额付费管理试行，实行“总额预付、合理超支分担、结余留用”的医保基金管理方式。医保经办机构对医联体内各医疗机构年度总额控制指标进行合并计算，以上一年度实际发生数为基数，综合考虑医疗服务数量、质量以及合理增长等因素，由医保经办机构与紧密型医联体谈判确定当年医保总额控制指标。合理拉开紧密型医联体内不同层级医疗机构之间就诊报销比例差异。

2．完善绩效共享激励机制。医联体内医疗机构按照契约规定建立利益分配制度，合理确定医务人员绩效待遇。重点向临床线、业务骨千、关键岗位、家庭医生服务团队倾斜。

五、工作步骤

（一）开展对接调研。医联体主体单位与成员单位进行对接，主体单位对成员单位的人员配备、设备配置、技术项目、运营状况等进行全方位调查。

（二）签订合作协议。在摸底调查的基础上，根据成员单位的不同情况，主体单位与每个成员单位商定一个适宜的医联体合作模式，并协商签订医联体合作协议。

（三）落实下派人员。根据成员单位的需求，主体单位落实下派人员，报县卫生计生局备案，并制定下派人员管理规定，协商确定下派人员待遇。

1、手术指导费；

2、坐诊、会诊、查房、讲课。费用由基层单位承担。

（四）全面组织实施。自2019年08月1日起，根据协议内容，医联体主体单位和成员单位全面落实人员调配、技术推广、资源共享、业务培训、双向转诊、指导考核等工作。

（五）开展总结评价（定期）。泗洪县第一人民医院牵头，每季度调度、汇总、分析医联体运行情况，每半年进行一次总结通报，每年进行一次总结评比，总结经验，完善提高。

六、保障措施

（一）高度重视，加强领导。推进医疗联合体管理，逐步建立分级诊疗制度，是国务院提出的深化医改的重大举措，有利于合理配置医疗资源，提高基层服务能力，促进基本医疗卫生服务均等化。

（二）明确责任，密切配合。我院负责医联体内部管理工作，要成立专门的医联体管理办公室，确定分管领导，明确专职工作人员，制定人员调配、技术推广、资源共享、业务培训、双向转诊、指导考核等工作制度和工作计划，并抓好落实、定期调度。

医联体成员单位要根据工作需要和合作协议，做好宣传发动，加强与上级主体单位的沟通与配合，积极参与主体单位安排的各项工作任务，及时反映工作中的困难和问题。

（三）加强考评，确保实效。定期进行调度、检查、总结，及时协商解决工作中遇到的新问题、新情况。

1. 行政部门（班组）和行政、医疗护理人员职责
2. 院级委员会职责

泗洪县第一人民医院各专业委员会职责

一、医院管理委员会职责

1. 在院长领导下，负责讨论研究医院发展中的重大问题，对医院重大决策提出意见或建议。

2. 对上级机关的重要指示和医院的重大工作进行布置、研究，并制定贯彻落实的措施。

3. 审议医院的办院方针、发展计划、科室设置、年度工作计划、人才培养 计划、重大科研项目和技术设备引进计划等。

4. 审议医院的管理条例、管理性的规章制度以及奖金分配方案。

5. 审议医院经费预决算、大型设备购置及大型基本建设维修等项目的实施方案。

二、医疗质量管理委员会

1．在院长或业务院长领导下，负责医院医、药、护、技等的质量管理工作。

2．开展全员医疗质量教育，不断强化职工质量意识。

3．负责制定和修改医疗质量管理方案及各种质量考核标准。

4．负责制订各种质量管理措施，并检查落实。

5．定期召开临床科主任会议，研究需要解决的主要问题。

6．认真做好调查研究，做好质量分析，给院领导提供决策依据。

三、护理质量管理委员会职责

1．在院长或主管院长领导下，负责医院的护理质量管理。

2．确立医院的的护理质量管理方针和工作计划。

3．根据各项工作制度、岗位职责、质量考核标准、工作程序，定期进行护理质量的监控和护理人员的培训。

4．负责督促各级护理质控组对全院各科室的护理工作进行护理质量检查，落实各项核心制度和护理常规。

5．定期组织护理专家及管理人员对全院发生的护理差错进行讨论，分析和讲评，提出整改意见与防范措施。

6．年终总结医院护理质量中存在的问题，作出修订计划，以不断提高医院的护理质量。

7．学习国内外先进护理管理经验，组织好护理科研工作。

四、医院药事管理委员会职责

1．监督、检查医院贯彻执行国家有关药事管理法律、法规和卫生行政部门 药事工作的规定；

2．负责制定医院药物临床应用指导原则、管理办法或实施细则，并督导实施；

3．根据国家《基本用药目录》，检查审定各科用药计划，制订调整本院“基本用药目录”和处方手册，定期审定需要增加或淘汰的药品品种；

4．审核各种申请购入新药和新制剂，并按有关规定报上级备案或批准；

5．审查药品采购计划及实际执行情况，决定特殊紧缺药品分配使用方案；

6．定期组织检查各科药品使用、管理情况及自配制剂的质量；

7．指导监督临床各科合理用药，分析药物不良反应，研究防止用药事故和药源性疾病的措施，确保安全有效用药；

8．督查毒、麻、精神及放射性等特殊管理药品的临床使用与规范化管理情况，及时研究存在的问题与隐患，提出改进与完善管理意见。

五、医院感染管理委员会职责

1.认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施；

2.根据预防医院感染和卫生学要求，对医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见；

3.研究并确定医院的医院感染管理工作计划， 并对计划的实施进行考核和评价；

4.研究确定医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任；

5.研究制定医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案；

6.建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；

7.根据医院病原体特点和耐药现状， 配合药事管理委员会提出合理使用抗菌 药物的指导意见；

8.其他有关医院感染管理的重要事宜。

六、医院病案管理委员会职责

1．在业务院长领导下工作，负责全院病历管理，质量控制，成员由富有临床经验的副主任医师、护师以上人员组成；

2．病案管理委员会负责全院住院病历、归档病历、门诊病历的质量监督、 检查、评比，提出奖惩意见；

3．定期召开会议，分析、讨论、通报病案质量，也可根据实际情况随时召开会议，研究存在问题，提出改进意见；

4．对全院病案管理的总体情况，进行研究，提出意见，改进工作，提高质量，使医院的病案管理逐步正规化、科学化。

七、输血质量管理委员会职责

1.制定临床安全用血的指导意见和措施；

2.举办输血知识讲座及新业务新技术学习班；

3.协调输血科与相关科室有关工作事宜；

4.分析、评估临床输血治疗效果、输血不良反应和输血后感染发生原因；

5.组织专家对重大输血差错、事故进行鉴定，并向医院提交总结性报告和结论；

6.监督输血科的日常业务工作，促进输血新技术的推广和运用。

泗洪县第一人民医院院质量管理委员会职责

1．在院长领导下,负责医院的全面质量管理工作。

2．负责制定全院质量管理目标和方案，并认真组织督促实施。

3．负责制定并完善质量管理制度，主要有：质量教育、监督检查和评价制度及质量信息收集分析处理办法等。拟定质量管理各种检查及信息反馈表，使质量工作制度化。

4．开展经常性的质量教育工作，制定质量教育计划并认真督促实施。

5．组建和整顿 QC 小组，协助并指导其工作，推动全员质量管理活动的广泛开展。

6．质量管理委员会每季度活动一次，并有完整的活动记录。定期对医疗、护理、医技、药品、病案质量、后勤保障、医院安全管理等进行监督、检查、评价，提出改进意见。

7．质量管理委员会的日常工作由质量管理办公室负责。

泗洪县第一人民医院院安全管理委员会职责

1．在院长领导下，全面领导并负责医院的安全保卫工作。

2．做好安全保卫的宣传教育工作，增强全院职工的法律意识和做好“三防”工作的自觉性。

3．组织制定和督促检查医院的安全保卫制度和各项技术防范措施，确保要害部门的安全和各类安全设施的完好。

4．切实加强治安管理，协助公安机关查处发生在医院内的各类刑事和治安案件。

5．协助有关部门做好保密工作。

6．完成领导和公安机关交办的其他任务。

泗洪县第一人民医院院医疗质量管理委员会职责

1．在院长领导下，负责医疗质量管理和监控工作。

2．审查、研究全院医疗质量管理目标和方案及医疗事故防范处理预案，为质量决策提供依据。

3．根据现代化医院管理要求，研究制定院、科医疗质量管理制度和质量管理标准及质量检查考核奖惩办法，推动医疗质量管理工作制度化、标准化建设。

4．开展经常性的质量教育工作，研究制定质量教育计划并督促实施。

5．协助相关部门做好医疗缺陷的原因调查分析和性质鉴定工作。

6．定期开展医疗质量评价分析，查找存在问题，拟定整改措施，指导并改进质量管理工作。

7．院医疗质量管理委员会每季度活动一次，特殊需要可随时召开。

8．院医疗质量管理委员会日常工作由医疗质量监控办公室负责。

泗洪县第一人民医院医院病案管理委员会职责

1．在业务院长领导下工作，负责全院病历管理，质量控制，成员由富有临床经验的副主任医师、护师以上人员组成；

2．病案管理委员会负责全院住院病历、归档病历、门诊病历的质量监督、 检查、评比，提出奖惩意见；

3．定期召开会议，分析、讨论、通报病案质量，也可根据实际情况随时召开会议，研究存在问题，提出改进意见；

4．对全院病案管理的总体情况，进行研究，提出意见，改进工作，提高质量，使医院的病案管理逐步正规化、科学化。

七、输血质量管理委员会职责

1.制定临床安全用血的指导意见和措施；

2.举办输血知识讲座及新业务新技术学习班；

3.协调输血科与相关科室有关工作事宜；

4.分析、评估临床输血治疗效果、输血不良反应和输血后感染发生原因；

5.组织专家对重大输血差错、事故进行鉴定，并向医院提交总结性报告和结论；

6.监督输血科的日常业务工作，促进输血新技术的推广和运用。

泗洪县第一人民医院院医疗安全委员会职责

1．在院长领导下，对全院医疗安全工作实施全程动态管理。

2．医疗安全管理委员会每季度召开一次全体委员会议，及时学习贯彻卫生主管部门对医院医疗安全管理方面的有关文件精神，听取各位委员对安全医疗工作情况的汇报。

3．开展经常性的医疗安全教育，做到警钟常鸣，常抓不懈，增强医务人员的医疗安全意识。

4．定期组织分析全院医疗安全工作中的隐患，查找原因，制定整改措施，并狠抓落实。

5．及时召集会议，研究讨论在医疗服务过程中发生的医疗缺陷或医疗纠纷，明确性质，分清责任，提出处理意见，并形成书面材料，由医务部按规定程序对医、患双方进行协调处理。

泗洪县第一人民医院院药事管理委员会职责

1．在院长领导下，负责审定医院的用药计划。

2．制（修）订医院基本用药的品种目录及处方手册。

3．组织评价新老药物的临床疗效与不良反应，并提出淘汰品种意见。

4．研究解决医院医疗用药中的重大问题。

5．监督检查医院贯彻执行药政法规及有关规章制度的情况，发现问题，指导改进。

6．组织检查毒、麻、精神及放射性等药品的使用管理情况，发现问题及时纠正。

7．对医院注册制剂申报工作进行协调，并对所需提供的有关资料进行审查，提出意见。

8．协调督促临床药学工作的开展，组织药学教育、培训和监督，指导本院临床各科室合理用药。

## 泗洪县第一人民医院药事管理与药物治疗学委员会职责

（一）医院药事管理与药物治疗学委员会的职责

1. 贯彻执行医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章。审核制定本医院药事管理和药学工作规章制度，并监督实施。
2. 制定本医院药品处方集和基本用药供应目录。
3. 推动药物治疗相关临床诊疗指南和药物临床应用指导原则的制定与实施，监测、评估本医院药物使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理用药。
4. 分析、评估用药风险和药品不良反应、药品损害事件，并提供咨询与指导。
5. 建立并遵循药品遴选制度，审核本医院临床科室的新药申请；审核药品品种或者供应企业的调整。
6. 监督和指导麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品的临床使用与规范化管理。
7. 对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识教育培训；向公众宣传安全用药知识。
8. 及时处理解决医院医疗用药中的重大问题和药疗事故。
9. 药材科负责药事管理委员会的日常工作。

（二）医院药事管理与药物治疗学委员会各工作小组职责

医院药事管理与药物治疗学委员会下设六个工作小组，分别为“特殊药品管理小组”、 “抗菌药物管理小组”、 “不良反应监测管理小组”、 “合理用药管理小组”。“药品质量监督管理小组”、“药品采购管理小组”，各小组工作职责如下：

1. 特殊药品管理小组：贯彻执行《药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》、《处方管理办法》、《医疗用毒性药品管理办法》、《放射性药品管理办法》等相关法律法规。不定期对医务人员进行麻醉药品、精神药品、毒性药品、放射性药品的相关法规和知识培训，并对培训效果进行考核。定期组织开展麻醉药品、精神药品使用管理的专项检查，及时纠正存在的问题和隐患。
2. 抗菌药物管理工作组：贯彻执行药事管理和抗菌药物使用管理相关的法律、法规、规章。制定本院抗菌药物管理制度，并监督实施。制订本院抗菌药物供应目录，推动抗菌药物临床应用相关技术性文件的制定与实施。对本院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测。定期分析、评估监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。对医务人员进行有关抗菌药物管理法律、法规、规章制度和技术规范的教育培训，组织合理使用抗菌药物知识的公众宣传教育工作。
3. 药品不良反应监测管理小组：在药事管理与药物治疗学委员会下工作，对全院用药中发生的不良反应与药害等事件进行监测、登记，按规定上报药品不良反应监测中心，并及时处理、善后。负责全院医务人员的药品不良反应与药害事件上报指导和培训工作，及时向全院临床科室提供药品不良反应信息。
4. 合理用药管理小组：在药事管理与药物治疗学委员会下工作，主要职责是规范临床药物应用，提高药物治疗效果。运用药物经济学理论和方法监督、检查、分析本院药品使用动态，防止药物滥用和不合理使用。进行处方与医嘱点评。异动药品监测与预警管理。监测评估药物合理使用情况。
5. 药品质量监督管理小组：建立医院药品质量管理体系，组织实施药品质量管理相关规定，保证药品质量。管理人员依照相关规定行使质量管理职权，协助药事管理与药物治疗学委员会对全院范围内使用的药品质量进行监督检查，发现问题及时向药事管理与药物治疗学委员会报告，并作出相应的处理决定，确保患者用药安全。
6. 药品采购管理小组：医院成立药品采购管理小组，负责全院药物引进、淘汰等工作，并负责对药品采购、退出等相关资料的整理收集。

泗洪县第一人民医院抗菌药物管理工作领导小组的职责

1、贯彻执行医疗机构药事管理和抗菌药物使用管理相关的法律、法规、规章。制定本机构抗菌药物管理制度，并监督实施。

2、制订本机构抗菌药物供应目录，推动抗菌药物临床应用相关技术性文件的制定与实施。

3、对本机构抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。

4、对医务人员进行有关抗菌药物管理法律、法规、规章制度和技术规范的教育培训，组织合理使用抗菌药物知识的公众宣传教育工作。

泗洪县第一人民医院感染防控管理委员会工作职责

委员会职责

认真贯彻国家及省市医院感染防控管理方面的法律法规及技术规范、标准，审核本医院感染预防和控制管理相关规章制度、医院感染诊断标准并监督实施；

根据感染预防与控制相关卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见；

研究并确定本医院的感染预防与控制管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价；

研究并确定本医院的感染预防与控制重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制感染工作中的责任；

研究并制定本医院发生感染暴发及出现不明原因传染性疾病或特殊病原体感染病例等事件时的控制预案；

建立会议制度，定期研究、协调和解决有关感染预防与控制管理方面的问题；

根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见；

部署其他有关感染预防与控制的重要事宜。

医院感染防控管理委员会会议制度

每季度至少召开1 次医院感染防控管理委员会会议，讨论研究本院感染防控

管理上存在的问题，遇到特殊/紧急情况随时组织召开；

会议由医院感染防控管理委员会主任委员主持召开；

每位参加会议的委员必须签到，如有特殊情况不能参加的，须提前向委员会主任或秘书请假；

出席人员不得少于委员会总人数的3/4；

委员会秘书负责进行会议记录，会后由医院感染管理科负责汇总编写会议记录，并向有关部门通报。

泗洪县第一人民医院院输血管理委员会职责

1．在院长的领导下，对全院临床输血工作进行质量监控、协调和指导。

2．宣传贯彻国家有关血液制品管理和临床输血管理的相关法规，增强职工临床用血安全意识。

3．指导全院的输血管理工作，监控临床输血工作质量。

4．开展临床输血新技术的研究和推广，指导临床科学合理用血。

5．定期听取各委员对临床输血工作的汇报、建议，并分析问题、研究对策。

6．按期进行工作总结，向院长汇报。

泗洪县第一人民医院医院质量与安全管理委员会职责

1.负责完成医院质量与安全管理，对医院质量与安全进行综合评估，对医院的业务发展提出切实可行的规划。

2.负责制定和完善医院质量与安全管理制度、持续改进方案，对各项医院质量与安全标准、各种诊断治疗技术操作规程和各种医疗文件的书写进行规范，指导科室开展医院质量管理工作，促进医疗安全。

3.定期举办医院质量与安全培训会，提高医院质量管理水平。

4.定期组织相关人员对科室的医院质量管理进行监督、检查、评价，并提出整改意见。按医疗质量标准规范医疗环节，使质量水平不断提高。

5.对医院质量管理的发展趋势进行前瞻性研究，探索更为严谨、更为科学的医院质量评价方法。

6.医院质量管理委员会根据实际情况每季度开一次会议。

泗洪县第一人民医院医院医学伦理委员会职责

根据世界医学大会《赫尔辛基宣言》和世界卫生组织《人体细胞、组织和器官移植指导原则(草案)》、国际医学科学组织理事会《涉及人的生物医学研究国际伦理准则》，卫生部《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》、国家食品药品监督管理局《药物临床试验质量管理规范》、《药物临床试验伦理审查工作指导原则》、《医疗器械临床试验规定》，以及国家各项医疗技术管理规范，履行以下职责：

（一）负责对涉及人的生物医学研究进行伦理审查。涉及人的生物医学研究包括以下活动：采用现代物理学、化学和生物学方法在人体上对人的生理、病理现象以及疾病的诊断、治疗和预防方法进行研究的活动；通过生物医学研究形成的医疗卫生技术或者产品在人体上进行试验性应用的活动。

（二）保护受试者合法权益，维护受试者尊严，促进生物医学研究规范开展；

（三）对本机构开展涉及人的生物医学研究项目进行伦理审查，包括初始审查、跟踪审查和复审等；

（四）在本机构组织开展相关伦理审查培训。

（五）根据伦理审查工作的需要不断完善组织管理和制度建设。

（六）制定标准操作规程和制度，以确保伦理审查工作的规范性与一致性。

泗洪县第一人民医院医疗技术管理委员会职责

（一）负责医院技术发展规划的咨询服务及新技术审核，负责医疗技术申报审批，负责医院重大设备购置的咨询服务。

（二）研究国内外手术管理体系，结合医院实际情况，定期制定或修订医院手术管理制度和实施方案。

（三）论证医院手术评价标准及手术管理程序，指导科室开展手术管理工作，提高手术质量，保障手术安全。

（四）开展手术管理教育培训工作，定期举办手术管理培训，共同提高手术管理水平。

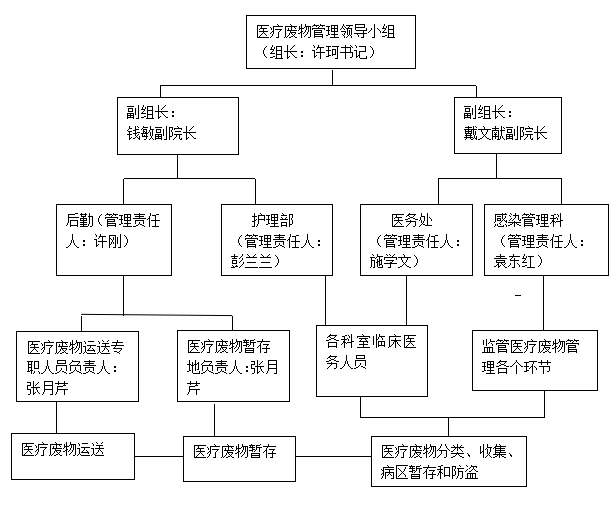
（五）定期督导检查医院手术管理制度的执行情况。

（六）定期召开医院手术管理委员会会议，讨论手术管理相关问题。

（七）及时完成年度工作和专项工作报告，并提交医院院长审查。

泗洪县第一人民医院医疗废物管理小组职责

1. 在院长领导下，负责对医疗废物的产生、收集、转送、贮存、处置各个环节进行全程监督管理。
2. 认真贯彻落实《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》，结合医院工作实际，建立完善《泗洪县第一人民医院医疗废物管理实施方案》并认真组织实施。
3. 加强全院医护人员、运输工人等职业培训，明确主管部门、协同部门、医疗废物生产者、处理者的责任和义务，落实各级各类人员岗位责任制，提高对医疗废物处置的认识和法制观念。
4. 制定完善医院医疗废物管理制度和处理程序，按要求对不同废物使用彩色处理袋分袋处理，妥善封存，做到标识清晰；监督检查对医疗废物存放场地的定期消毒工作。
5. 全面落实医疗废物申报登记交接制度，建立交接登记本，认真清点登记，并落实专人保管好医疗废物交接登记本。
6. 不断改进医疗废物管理工作，预防院内感染，杜绝二次污染的发生。

附件：泗洪县第一人民医院医疗废物管理组织体系及职位图

1. 行政管理部门（班组）职责

泗洪县第一人民医院医疗保险管理办公室

1、在院长领导下，负责各项医疗保险政策的宣传贯彻落实和医保业务管理工作。

2、积极宣传医保政策，使本院职工和病人全面了解掌握并遵照执行。

3、建立完善我院与现行医保政策相匹配的各项管理制度，保证医疗保险制度的顺利实施。

4、检查督促各科室严格执行医保的各项政策和规章制度，按照现行医保政策和管理规定为病人提供医疗

服务，办理相关审批手续。

5、认真做好医保病人的咨询服务工作，及时协调解决医保病人在就医过程中遇到的各种问题。

6、进行医保工作调研，不断总结经验，及时向市医保管理部分反馈信息，提出建议和意见。

7、配合财务处、信息中心做好医保病人结账和医保管理信息的统计分析、上报工作。

8、完成领导交办的各项临时性任务。

泗洪县第一人民医院医疗质量管理办公室

1. 组织制定并实施医院医疗质量管理制度；

2. 建立医院医疗质量监控指标体系及评价方法；

3. 对本机构医疗质量进行监测、预警，运用管理工具统计分析医疗质量指标、风险数据、重大质量缺陷等资料，对医疗质量实施监控，并定期总结、分析、反馈，落实改进措施；

4. 根据医院医疗质量考核指标及标准制定科室医疗质量控制目标，并定期进行考核评价；

5. 实施本机构年度医疗质量控制实施方案；

6. 实施本机构医疗质量持续改进实施方案；

7. 制定本机构医务人员医疗质量管理相关法律法规、核心制度、技术规范及质量管理工具等的培训制度；

8. 负责各级专业质控中心管理工作，负责专业质控中心质控活动开展督导工作；

9. 研究提高医疗质量科学化及信息化管理水平，实现院科两级医疗质量监管体系；

10. 定期向医院医疗质量（病案质量）管理委员会汇报医疗质量（病案）情况及本办公室工作情况。

泗洪县第一人民医院医患沟通办公室

1、在院长、分管副院长的领导下，负责医院医疗纠纷的调查处理、医患沟通和医疗风险的管理工作。

2、组织相关部门做好医疗风险的识别、登记、评估、防范等工作。

3、按照规定要求，及时向卫生行政部门呈报医疗安全及投诉/纠纷事件，负责院内医疗不良事件上报的汇总、分析工作。

4、负责医疗纠纷的沟通及接待、登记、调查取证、收集资料、递交讨论、协调处理等工作。

5、配合相关部门做好医疗纠纷的调解和信访处置工作。

6、配合医学会等部门做好医疗纠纷的医疗损害（事故）鉴定工作。

7、配合或协助医院法律顾问做好医疗纠纷的法律诉讼相关工作。

8、配合宣传部门，协助完成相关媒体针对医疗纠纷的采访、沟通工作。

9、定期组织召开一次医疗安全委员会会议，及时对医疗纠纷进行讨论、分析，汇总会议讨论意见，上报院领导，为医院领导决策提供参考意见；分析医疗安全情况，提出整改措施。

10、向院领导、相关职能部门和业务科室提出医疗安全有关的合理化建议。

11、根据院内相关制度拟定医疗纠纷责任人经济处罚和行政处理初步意见，供医院领导决策参考。

12、负责全院高危、重大手术患者二次沟通和评价工作。

13、参与医院医疗安全、医疗纠纷相关的规章制度的制定和完善工作。

14、协助医院相关部门处理由于服务态度、劳动纪律、医疗收费、工作责任心等引起的纠纷接待、调查、反馈和处理等事项。

15、负责医疗纠纷档案的整理、归档及保管工作。

16、负责全院医务人员的医疗纠纷法律法规和医疗纠纷防范及处理培训、案例讲评工作。

17、做好上级领导交办的其他工作。

1. 行政工作人员职责

泗洪县第一人民医院院长职责

一、全面负责医院工作。

二、组织制定医院工作计划和发展规划，布置、检查、总结医院工作。

三、领导临床教学、科研和业务技术培训工作，制定教学、科研、培训计划并组织实施，不断提高医院的教学、科研和技术水平。

四、组织领导医疗护理工作，定期深入门诊、病房了解业务开展情况，并采取积极有效措施，不断地提高医疗质量。

五、组织领导本院承担的预防保健工作，完成政府和业务主管部门交给的预防保健工作任务。

六、加强医德医风建设，教育员工树立以病人为中心的服务宗旨，不断改善服务态度，改进医疗作风和工作作风。

七、督促检查规章制度和技术操作规程的执行，严防差错事故的发生。

八、根据集团董事长授权，组织领导医院工作人员的招聘、任免、奖惩、调动及提升等工作。

九、加强对后勤工作的领导，审查物质供应计划，保证医疗工作的需要。

十、负责医院经营管理和财务管理工作，制定科学的绩效考核制度，加强财务预决算，调动全院工作积极性，不断提高医院经济效益。

泗洪县第一人民医院业务副院长职责

一、在院长领导下，分管全院的医疗、护理、医技、信息、科研、教育、培训等医疗业务工作。

二、督促检查医疗制度、医疗护理常规和技术操作规程的贯彻于落实。

三、深入科室，了解病人的诊断、治疗和护理情况，组织危、重症病人的会诊、抢救工作。定期分析医疗指标，采取措施，不断提高医疗护理质量。

四、组织全院医务人员的业务技术学习、知识更新和医学院校实习生的临床教学工作。

五、领导医疗业务、统计、病案、计量等项工作。

六、负责医院的学科建设和新技术引进工作。

七、组织领导门诊、急诊工作，掌握危重病员的入院情况。

八、监督检查转诊、会诊、疫情报告、院内感染及医院预防保健和卫生宣教等工作。

九、负责医院信息工作，组织制定信息工作计划规划，推进数字化医院建设进程。

泗洪县第一人民医院办公室主任职责

一、在院长领导下，负责办公室的组织领导工作。

二、组织安排院务活动和各种行政会议，做好会议记录，必要时印发会议纪要；检查和催办会议决定事项的贯彻落实。

三、协助院领导处理日常行政事务，做好上传下达和沟通联络工作，协调职能部门工作关系，维持机关正常办公秩序。

四、深入基层调查研究，提出改进工作的意见和建议，当好领导的参谋和助手。

五、负责文秘管理工作。指导文秘人员草拟各种文件材料。

六、做好各级来文及医院行政公文的管理，提出拟办意见。领导批阅后的文件要督促落实。对基层科室或个人上报的各项指示、报告、工作汇报等，要及时处理或向主管领导汇报。必要时，提交院办公会研究解决。

七、审校全院印章的刻制，督促本科室人员做好医院行政印章、介绍信的使用，防止发生差错事故。

八、负责上级行政领导机关因公来院的接待工作。组织和管理国内外有关单位的友好协作交流工作；会同有关部门做好来访宾客的接待工作。

九、领导文秘、打字、档案、收发等日常工作，负责全院对内、对外宣传的口径和资料的审核。

十、按照医院综合目标管理规定，负责做好对临床科室的部分单项考核工作。

十一、督促检查、考核本科室工作人员执行岗位责任制情况。

十二、组织承办院领导交办的其他工作。

泗洪县第一人民医院组织人事科职责

一、认真执行国家有关人力资源、劳动报酬、劳动用工、社会保险等方面的政策、法律法规及主管上级的规定；做好职工奖惩、劳动组织管理、社会保障和劳资计划统计工作。

二、负责做好医院人力资源的开发、利用、管理及职工劳动报酬的调整、审批、执行；参与制定劳动报酬的取酬原则和医院的经济责任制；测算奖金和工资性津补贴的分配办法并组织发放。

三、负责医院组织机构的设置和定员定编、机构调整及岗位的设定工作。

四、负责办理医院员工的招收、招聘、定级、考勤、辞退、请销假及办理复转军人的接待安置工作。

五、负责做好员工劳动合同的签订、解除、续签、变更等工作。

六、负责员工基本养老、基本医疗、失业、工伤、生育等社会保险及职工企业年金、补充医疗、住房公积金的提缴和各类保险基金的账户的管理工作。

七、贯彻执行国家和上级主管部门及医院制订的有关职工奖惩办法和条例，办理职工行政方面的奖惩事宜。

八、负责办理医院劳动力的使用、调配及劳务合同、劳动力价格制定工作。

九、配合有关部门做好劳动保护工作，参与各类伤残事故的调查处理和员工死亡后的善后处理及抚恤工作。

十、负责医院各类专业技术职称工作的报名、报批和相关考试的组织工作。

十一、负责对职工离退休的初步审查并报送上级批准。

十二、负责健全公司职工人事档案和专业技术档案，并负责其业务管理工作。

十三、参与公司质量、职业健康安全、环境管理体系文件的编制和修订。

十四、严格执行公司质量、职业健康安全、环境管理体系文件的有关规定及相关记录的建立和保存。

十五、完成公司领导交办的其他工作。

泗洪县第一人民医院医务部主任职责

一、在院长领导下，具体负责医务部的组织领导工作。

二、拟订全院医疗工作计划，经院长批准后组织实施。经常督促检查，按时总结汇报。

三、深入临床业务科室，了解和掌握全院医疗工作情况。组织重大抢救和院外会诊。

四、对医疗事故进行调查，组织讨论，及时向院长提出处理意见。

五、负责组织实施临时性院外医疗任务和对基层的技术指导工作。

六、协调科室之间的工作，改进门诊、急诊工作流程，保证医疗工作的顺利运转。

负责实施、检查全院医务技术人员的业务训练和技术考核。不断提高业务技术水平。

七、督促检查药品、医疗器械的供应和管理工作。

八、组织医务部工作人员的业务学习，抓好病案统计、图书资料管理工作。

九、组织院内外各种医疗业务的检查、评估及考核。

十、加强与卫生行政主管机关的联系，承办医政工作。

十一、协助人事科做好卫生技术人员的试用、晋升、奖惩、调配工作。督促各种医疗制度和常规、规程、规范的执行，定期检查，采取措施，提高医疗质量，严防差错事故。

十二、组织实施全院的医疗、教学、科研工作。

十三、完成院长和主管领导叫办的其他工作。

泗洪县第一人民医院院内感染管理办公室主任职责

一、在院长领导下，负责本办的业务及行政管理工作。

二、贯彻执行有关医院感染的各项法令和规定，执行各项监测制度，定期监测、分析、报告发病情况。

三、制定本科年度工作计划，组织实施与考核本科各项任务指标完成情况。

四、掌握有关医院感染信息，对本院医院感染监测结果定期分析、总结与反馈。经常与各科室取得联系，做好医院感染的监测、控制和预防工作。

五、负责科内业务学习，努力提高科室各级人员医院感染管理工作的业务水平。

六、结合实际开展科研、教学工作。

七、负责组织对全院医务人员进行医院感染监控业务知识培训教育工作。

八、完成医院领导交办的临时任务。

泗洪县第一人民医院病案室主任职责

一、在医务科长领导下进行工作。

二、经常检查各科病历书写情况，提出改进意见，提高病历书写质量。

三、负责病案的回收、整理、装订、归档、检查和保管工作。

四、负责病案资料的索引、登记、编目工作。

五、查找再次入院和复诊病员的病案号，保证病案的供应，按规定办理借阅病案的手续。

六、提供教学、科研、临床经验总结等使用的病案。

七、做好病案室的管理工作，保持清洁、整齐、通风、干燥，防止病案霉烂，虫蛀和火灾。

泗洪县第一人民医院病案管理员职责

一．在医教部主任领导下进行工作。

二、负责病案的回收、整理、归档、借阅、摘录及保管。

三、负责病案资料的索引、登记和编目。

四、提供教学、科研、临床经验总结，以及医院管理等所需的病案。

五、查找再次入院病人的病案号，承办病人转院病案资料的转退手续。

六、督促检查和指导科室做好病案首页的填写和病案整理等工作。

七、学习、运用国内外先进的病案、科技资料管理方法及经验，掌握外文打字、电子计算机操作、资料复印和微缩等技术，开展新业务、新技术和科研工作，总结工作经验。

八、配合临床科室做好病例随诊工作，建立随诊工作程序，按时完成定期随诊、专题随诊工作。

九、负责病案室的防火、防霉、防虫蛀、防强光、防丢失和病案资料保密工作。

泗洪县第一人民医院财务科长职责

一、在院长的领导下，负责监督和指导医院各项财务管理和会计业务以及财政制度的执行。

二、全面负责本部业务管理工作，指导院内其他职能部门财务人员的业务，并协调财务部与其他职能部门的关系。定期检查有关物资管理部门的药品、财产、材料管理情况，协助建立有关财务管理制度。

三、负责制定医院财务管理办法，会计核算方案和具体执行方案。

四、熟悉和掌握各项财务规章制度，贯彻执行政府各项方针政策、法规和制度，遵守国家财经纪律，抵制各项不合理开支，发现问题及时向领导汇报并纠正。

五、加强医院资金管理，负责指导编制医院经费收支预算、计划和决算，掌握预算内外资金的安排、调配，使医院有限资金产生最大的经济效益。及时将预算、计划执行情况向院长汇报。

六、负责制定科室内各岗位的责任制，认真组织财务岗位责任制的实施。合理安排财务人员，切实做好财务岗位责任制考核工作。抓好财务档案管理、立卷、归档工作，按期向集团档案室移交

七、与人事部门取得联系，负责财务人员的定期业务学习、业务考核、职称晋升等事项。

八、定期向院长汇报医院财务工作，按照会计核算科目及会计资料有关数据组织好经济活动分析，针对经营管理中存在问题，及时向领导提出建议。

九、承办院长交给的其他临时任务。

泗洪县第一人民医院医保办主任职责

一、在财务部主任领导下，负责全院医保管理工作。

二、认真贯彻落实医疗保险有关政策，严格执行医疗保险要求及规定。

三、负责制订本院落实医疗保险的有关规定和各项控制指标。

四、负责协调与社保部门的各项工作来往事宜，包括申报新技术新项目等。

五、负责编写医疗保险业务收入月报表，报送市社会保险部门。

六、负责医疗保险审批用药，病人转诊、大型仪器检查的管理工作。

七、认真填写医疗保险工作日常考核评分表，要及时准确审核住院病历，确保参保患者及时结账；抽查门诊处方，发现问题及时处理并有详细记录。

八、负责对员工进行有关医疗保险政策法规的培训工作。

九、负责有关医疗保险的投诉处理工作。

十、加强医疗保险政策宣传，及时更换医疗保保险政策宣传栏。

十一、完成领导临时交给的各项工作任务。

泗洪县第一人民医院总务科长职责

一、在院长领导下，负责医院的后勤全部工作。

二、教育部门职工树立后勤工作为医疗临床一线服务的思想，坚持下送、下收、下修，不断改善服务态度，提高服务质量。

三、负责安排员工住宿、房屋维修、设备维修、水电、环卫、车辆、保卫、食堂等方面工作，保证医疗、科研、经营等项工作的顺利进行和员工生活的稳定。

四、经常到科室了解医疗及有关部门的需要，根据人力、物力、财力的可能，制定工作计划，检查督促执行情况，研究工作中存在的问题，改进工作，总结经验。

五、组织后勤人员学习制度和业务，不断提高服务水平。

六、负责制定后勤工作计划，并督促实施。

七、完成领导交给的临时工作。

泗洪县第一人民医院保安队长职责

一、实行24小时值班制，按时交接班并认真做好值班记录。

二、牢固树立“安全第一”、“服务第一”的思想，发现问题随叫随到，及时调查处理，并随时报告主管领导及有关部门。

三、定时在院区巡逻察看，发现情况及时处理。

四、重要节日，每日一次率同有关部门进行安全防范处理，对重要、要害部门重点防范，发现问题及时报告主管领导协调解决。

五、建立安全教育制度，对新入院病人、新进院职工、重点部门操作人员进行安全与专业技术教育，树立安全意识，提高专业水平。

六、建立会议制度与专业技能训练制度定期检查考核，每月进行一次安全检查，发现苗头及时处理。

七、对要害部门建立相应的管理制度，每月进行岗位、设备、措施、制度的考核，并将此结果纳入所在科室人员的奖惩范围。

八、对进入院区施工、维修、执行项目建筑合同单位及临时居住人口实行安全管理，保证杜绝各种不安全因素及不良倾向的事情发生。

泗洪县第一人民医院医患沟通办公室主任职责

1、全面负责医疗纠纷处置与防范工作，向医务部主任和分管院领导负责。

2、根据院领导的指示精神，及时制定出医患沟通办公室的工作计划，并做到定期有总结汇报。

3、领导组织办公室全体工作人员，接受患者医疗纠纷投诉，及时深入调查，拟定处理方案，向院领导及时汇报，及时执行院领导的处理意见。

4、组织本部门积极配合卫生行政部门，信访部门，医疗纠纷人民调解委员会等部门的医疗纠纷调解、接访工作。

5、全面负责组织、协调各相关科室和法律顾问做好医疗纠纷诉讼和医疗损害（事故）鉴定工作。

6、组织召开院医疗安全委员会会议工作。

7、组织做好全院高危、重大手术患者二次沟通和评价工作。

8、配合医疗质控部门，做好医疗纠纷防范工作。

9、配合宣传部门，做好媒体的医疗纠纷相关采访、沟通工作。

10、组织做好全院医务人员医疗安全和医疗法律法规培训和医疗纠纷讲评工作。

11、做好上级领导交办的其他工作。

12、副主任协助主任做好相关工作

泗洪县第一人民医院医患沟通办公室干事工作职责

1、 在主任领导下，办公室工作人员互相分工合作，共同完成办公室日常工作。

2、完成投诉接待，来信、来访、来电投诉，负责接收、处置信访部门等各种渠道转交的投诉，并及时汇报。

3、坚持首诉负责制，对不属于本部门受理的投诉，负责联系协调相关部门受理。

4、做好各种渠道的投诉登记，投诉谈话记录，投诉电话记录，医疗纠纷评估记录，二次沟通记录及各种会议记录。

5、及时向医疗纠纷责任科室送达投诉材料，告知医疗纠纷反馈书面材料的期限，并及时督导医疗纠纷答复材料的反馈。

6、负责医疗纠纷医患沟通安排和通知医患双方人员工作。

7、负责病历资料的调取、复印、登记和保管工作。

8、为医疗安全委员会会议准备相关材料，负责会议讨论意见汇总工作。

9、完成医疗纠纷调查、取证、分析、并拟定初步处理意见。准确、及时向相关各方反馈医疗纠纷调查情况和处理意见。

10、配合相关部门，组织医疗纠纷科室责任人和法律顾问做好医疗损害（事故） 鉴定准备工作，并参与鉴定工作。

11、积极参与并配合法律顾问做好医疗诉讼案件的应诉和相关诉讼材料准备工作。

12、负责办公室各类文书和视听资料的收集、整理、复制、保管工作，及时整理文书档案和电子档案并做好归档工作，加强各种档案管理和安全，严格执行各类文书、各类物品的送达、交接签收手续。

13、做好高危、重大手术二次沟通安排和记录、汇总、分析、总结工作。

14、每季度对医疗纠纷工作进行分类、分析、总结，并提出初步医疗纠防范建议。

15、负责院内医疗不良事件上报、汇总、分析工作。

16、负责草拟年度总结，年度工作计划，经主任修改后上报分管院领导。

17、做好医疗安全和医疗法律培训工作。

18、做好后勤保障工作，负责领取办公室各种物品。

19、完成主任交办的其他工作。

泗洪县第一人民医院门诊部主任职责

一、在医务部领导下，负责门诊部的医疗、护理、教学、科学研究和行政管理工作。

二、组织制订门诊部的工作计划。经医务部主任批准后组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

三、负责领导、组织、检查门诊病员的诊治和急诊、危重、疑难病员的会诊和抢救工作。接收大批外伤、中毒、传染病员时，要及时上报，并采取相应措施。

四、定期召开门诊系统会议，协调各科关系，督促检查医务人员贯彻各项规章制度，医护常规技术操作规程。整顿门诊秩序，改进医疗作风，改善服务态度，简化各种手续，方便病员就诊，不断提高医疗护理质量，严防差错事故。

五、负责组织门诊工作人员做好卫生宣教、清洁卫生、消毒隔离、疫情报告等工作。

六、领导所属人员的业务训练，妥善安排进修、实习人员的工作。

七、领导接待和处理门诊方面的群众来访、来信工作。

门诊部副主任协助主任负责相应的工作。

泗洪县第一人民医院门诊护士长职责

一、在护理部主任、医务科或门诊部领导下，负责门诊护理行政管理，督促检查护理人员完成所分工的任务。

二、制定工作计划，负责护理人员分工排班，经常深入各科门诊检查护理质量，复杂的技术应亲自执行或指导护士操作。搞好传、帮、带，不断提高技术水平。

三、督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。并检查指导各诊室做好开诊前准备及卫生宣传工作。

四、督促教育护理人员提高窗口服务意识、改善服务态度，经常巡视输液与候诊病员的病情变化，对较重的病员应提前诊治或送急诊室处理。

五、督促卫生员保持门诊的整洁，做好消毒隔离工作，并组织及时供应开水和饮具。

六、组织护士业务学习，指导实习护士的工作。开展护理科学研究及时总结经验。

副护士长协助护士长负责相应的工作。

护理部主任职责

一、在院长领导下全面负责护理管理工作，拟定全院护理工作计划，经院长、业务院长审批后实施。检查护理工作质量，按期总结汇报。

二、负责拟定和组织修改全院护理常规，并严格督促执行。检查指导各科室做好基础护理和执行分级护理制度。

三、深入科室，对抢救危重病员的护理工作进行技术指导。

四、负责拟订在职护士培训计划及落实措施，组织全院护理人员的业务技术训练。定期进行业务技术考核。

五、掌握全院护理人员工作、思想、学习情况。负责院内护理人员的调配，提出护理人员升、调、奖、惩的意见，对于护理人员发生的差错事故得与各科室共同研究处理。

六、审查各科室提出的有关护理用品的申报计划和使用情况。

七、协助有关部门安排护士生活上有关问题。

八、检查、指导门诊、急诊、病房、手术室、供应室的业务管理，使之逐步达到制度化、常规化、规范化。

九、担任护士教学、实习任务，负责贯彻护士学校的教学及临床实习计划。

十、主持召开全院护士长会议，分析护理工作情况，并定期组织护士长相互检查、学习和交流经验，不断提高护理质量。

十一、组织领导全院护理科研工作及护理新技术的推广。

泗洪县第一人民医院护理部主任职责

一、在院长领导下全面负责护理管理工作，拟定全院护理工作计划，经院长、业务院长审批后实施。检查护理工作质量，按期总结汇报。

二、负责拟定和组织修改全院护理常规，并严格督促执行。检查指导各科室做好基础护理和执行分级护理制度。

三、深入科室，对抢救危重病员的护理工作进行技术指导。

四、负责拟订在职护士培训计划及落实措施，组织全院护理人员的业务技术训练。定期进行业务技术考核。

五、掌握全院护理人员工作、思想、学习情况。负责院内护理人员的调配，提出护理人员升、调、奖、惩的意见，对于护理人员发生的差错事故得与各科室共同研究处理。

六、审查各科室提出的有关护理用品的申报计划和使用情况。

七、协助有关部门安排护士生活上有关问题。

八、检查、指导门诊、急诊、病房、手术室、供应室的业务管理，使之逐步达到制度化、常规化、规范化。

九、担任护士教学、实习任务，负责贯彻护士学校的教学及临床实习计划。

十、主持召开全院护士长会议，分析护理工作情况，并定期组织护士长相互检查、学习和交流经验，不断提高护理质量。

十一、组织领导全院护理科研工作及护理新技术的推广。

泗洪县第一人民医院感染科及成员工作职责

医院感染管理科职责

依据国家和本地区卫生行政部门有关医院感染管理的法律、法规及标准，拟定全院感染防控管理规划、工作计划，组织制定院级层面感染防控管理各项规章制度，经医院感染防控管理委员会批准后，具体组织实施、监督和评价。

负责全院各级各类人员预防、控制感染预防与控制相关知识与技能的培训、考核。

按《医院感染监测规范》的要求全面开展各项监测工作，认真做好医疗保健相关感染发病情况的监测、耐药菌监测等，制定针对重点环节、重点人群与重点部位高危险因素管理与监测计划。定期对医院环境卫生学及消毒、灭菌效果进行监督、监测。及时汇总、分析监测结果，发现问题，制定相应的控制措施，并组织实施。

对医院发生的感染流行、疑似暴发聚集性事件进行报告及流行病学调查分析，提出控制措施，并组织实施。

定期对临床各科室的感染防控管理质量进行督查，指导临床感染预防与控制基本措施执行情况，督促检查重点部位及重点环节的感染防控措施的落实。

定期开展全院感染防控风险评估工作，明确影响本院感染防控的主要风险因素和优先干预次序。根据风险评估结果，合理设定或调整干预目标和策略，采取基于循证证据的干预措施。

参与药事管理委员会关于抗感染药物应用的管理，协助拟定合理用药的规章制度，并参与监督实施。

对购入的消毒药械、一次性使用医疗、卫生用品相关证件进行审核，对其储存、认真落实国家及省市医疗废物相关法律法规，严格医疗废物分类管理及污水处理情况的监督检查。

组织开展感染预防与控制方面的科研工作。

及时向主管领导和管理委员会上报感染预防与控制管理动态，并向全院通报。

医院感染管理科科长职责

在院长和医院感染防控管理委员会的直接领导下，负责全院感染预防与控制工作。

据国家和本地区卫生行政部门有关感染的法律、法规及标准，拟订感染管理科的工作计划、院级层面感染防控各项制度，经委员会批准后组织实施，并定期督促检查，按时总结汇总。

带领本科人员共同完成科室工作计划，积极开展感染防控的专题研究，认真贯彻落实感染防控管理制度，努力降低各项感染管理指标。

负责组织全院各级各类人员预防、控制感染相关知识与技能的培训、考核。

参与药事管理委员会关于抗感染药物合理使用的管理，协助拟定合理用药的规章制度，并参与监督实施。

督促本科人员认真执行各项规章制度和操作规程，保证监测质量，及时有效地控制感染暴发、流行。

组织本科人员的业务学习和技术考核，并对本科人员的晋升、奖惩提出具体意见。

认真落实国家及省市医疗废物相关法律法规要求，组织对全院医疗废物收集、运送及暂存处的管理及污水处理情况进行监督检查。

医院感染管理专职人员职责

严格执行医院感染防控工作计划，认真监督、检查医院及各科室医院感染防控规章制度落实情况。

在科主任领导下，做好全院各级各类人员预防、控制感染知识与技能的培训与考核。

完成医疗保健相关感染全面综合性及目标性监测工作，定期对医院环境卫生学、消毒、灭菌效果进行监督、监测；及时汇总、分析监测结果，发现问题，制定相应的控制措施，并追踪督查落实情况。

加强重点环节、重点人群、重点部位的感染防控工作，对感染疑似暴发、流行事件进行调查分析，提出控制措施，并实施及督察。

熟练掌握感染预防与控制的新理论、新知识；及时了解国内外感染防控发展的现状；积极开展医疗保健相关感染的专题研究。

定期对临床各科室的感染预防与控制质量进行督查，指导临床执行消毒隔离、职业防护等相关措施，督促检查重点部位及重点环节的感染预防与控制措施的落实。

参与临床抗感染药物使用的管理，配合医务科对临床抗感染药物合理使用的的督查。

做好全院医疗废物收集、运送及贮存及污水处理情况的全程监督检查工作。

医院感染防控管理工作中应善于发现问题并及时向主管领导报告。

## 泗洪县第一人民医院门诊药房人员岗位职责制度

（一）门诊药房组长岗位职责与岗位说明

1．门诊药房组长岗位职责

1. 在主任的领导下，全面负责门诊药房的各项日常工作。
2. 对上级领导布置的任务做到认真传达，保证落实。
3. 带领全组人员严格执行各项规章制度，认真履行岗位职责。
4. 组织全组工作人员进行政治、业务学习，做好记录。
5. 合理安排落实本组人员的工作任务，保证调剂工作正常进行。
6. 负责与门诊部及各临床科室的联系，听取各方面的意见，提高工作质量。
7. 负责与本科室其它科室的联系与协调，保质保量地做好药品供应工作。
8. 妥善处理窗口的纠纷，遇重大差错及时上报有关领导、部门，并协助处理，做好记录。
9. 做好后勤保障及卫生、安全督查工作。
10. 做好本组人员奖金的发放工作，坚持原则，公开、公平、公正。
11. 依照特殊药品管理规定，负责麻醉药品和一类精神药品的专项管理工作。
12. 工作中以身作则，团结本组同志，实事求是地反映群众的意见和建议。
13. 参加季度盘点并协助二级库管复核盘点统计结果，做好药品的质量管理工作。
14. 监督、检查药品价格的执行情况。
15. 负责考勤，抓好考勤制度。
16. 负责计算机、打印机等相关设施的管理，出现问题及时与相关部门联系。

2．门诊药房组长岗位说明

1. 具有较强的组织能力和管理能力。
2. 有较丰富的药学知识。
3. 协助二级库管人员做好药品供应工作和价格公示工作。
4. 熟悉药品说明书。
5. 严格执行药品质量管理法和处方质量管理条例。
6. 监督和检查全组人员的工作状况和质量。
7. 做好麻醉药品、一类精神药品管理工作。
8. 工作步骤上与部门发展计划同步。

（9）安排并指导好实习生、进修生的实习、进修工作。

(10) 积极参加多种培训和学习。

（二）门诊药房调配人员岗位职责与岗位说明

1．门诊药房调配人员岗位职责

1. 遵守本科室的各项工作制度，执行岗位操作规范。
2. 以病人为中心，按文明窗口的要求上岗服务。
3. 服从组长的领导及工作安排。
4. 电脑输入处方后核对、发放门诊处方用药，投药出门诊的差错率≤万分之一。
5. 按公费医疗管理规定，审核公费处方，完成公费处方的调配。
6. 负责本窗口当日处方的清点，确保与电脑报表的一致性。
7. 按效期先后的原则补充操作台的药品。
8. 参加药房的月度盘点工作。
9. 回答病员有关药品的询问或指示病员到咨询窗口询问。
10. 接待药品质量投诉，向组长或保管员反馈药品质量的信息。
11. 接待退药、检查发出药品等事宜。
12. 严格执行物价政策，及时按规定执行药品调价公示。
13. 熟练掌握与本职工作相关的计算机操作程序，并执行计算机管理的有关规定。
14. 完成实习生调配、实习带教任务。
15. 不断进行继续教育学习，完成继续教育学分，不断充实自己。
16. 保证药品的定点摆放，定期检查药品质量。
17. 给病人交代用药时书写清楚，仔细明确，态度和蔼，服务周到。

2．门诊药房调配人员岗位说明

1. 具有初级以上职称的药师。
2. 掌握基本的药理、药剂学知识。
3. 熟悉药品说明书。
4. 严格执行药品质量管理法。
5. 严格执行处方管理条例。
6. 每日完成处方调配工作。
7. 能对实习、进修人员进行指导。
8. 积极参加各种培训和学习。

（三）二级库保管员岗位职责与岗位说明

1．二级库保管员岗位职责

1. 遵守院、本部门及科室的各项工作制度，服从领导工作安排。
2. 负责二级库药品的保管、领用，对新增药品、缺药品种、及时进行电脑维护。
3. 负责贵重药品的保管，定期核对账物，做到账物相符。
4. 及时领取、调用急需药品和特需药品，保证临床用药，满足患者需求。
5. 定期检查药品效期并登记，建立药品效期档，按效期管理要求，做到近期先用，远期后用，不得造成人为药品过期失效。
6. 参加药房的盘点，负责盘点统计工作，按时将汇总数据交药品会计。
7. 根据药库下发的调价单，24小时内清点调价药品，将调价药品的报增报减数据及时送交药品会计。调价药品及时予以公示。
8. 负责电脑、打印机的日常维护工作。
9. 定期检查整理药架，内容包括：品名、规格、批号、效期及贵重药品的数量与登记卡是否相符。
10. 熟练掌握电脑的基本操作，执行计算机管理的有关规定。
11. 及时修改、完善电脑中已存在药品的基本信息。

2．二级库保管员岗位说明

1. 具有初级以上职称的药师。
2. 严格执行药品质量管理法和处方质量管理条例。
3. 掌握基本的药学知识。
4. 熟悉药品说明书。
5. 熟悉常用的药品使用、周转周期。
6. 做好药品的效期管理和药品质量反馈工作。
7. 及时、准确地做好药品价格调整及公示工作。
8. 保障小组药品供应和管理。
9. 协助组长做好本小组的日常管理工作。
10. 对实习、进修人员进行指导。
11. 积极参加各种培训和学习。

### 泗洪县第一人民医院急诊药房人员岗位职责制度

（一）急诊药房组长岗位职责与岗位说明

1．急诊药房组长岗位职责

1. 在主任的领导下，全面负责急诊药房的各项日常工作。
2. 对上级领导布置的任务做到认真传达，保证落实。
3. 带领全组人员严格执行各项规章制度，认真履行岗位职责。
4. 负责本组人员的工作安排及排班，保证24小时急诊调剂工作的正常运行。
5. 负责与急救中心以及相关科室的工作联系与协调，及时处理，反馈各方面的意见。
6. 负责与本科室其它科室的联系与协调，保质保量地做好药品供应工作。
7. 妥善处理窗口的纠纷，遇重大差错及时上报有关领导，并协助处理，做好记录。
8. 做好后勤保障及卫生、安全督查工作。
9. 做好奖金的分配工作，坚持原则，公开、公正、公平。
10. 依照特殊药品管理规定，负责麻醉药品和一类精神药品的专项管理工作。
11. 工作中以身作则，团结本组同志，实事求是地反映群众的意见和建议。
12. 参加盘点并复核盘点统计结果。
13. 监督、检查药品价格的执行情况及处方合格率。
14. 每次领药应及时输入电脑，和药库配合，做好二级库的保管工作及药房质量的管理工作。
15. 负责计算机、打印机等相关设施的管理，出现问题及时与相关部门联系。
16. 严格按照《麻醉药品使用管理规定》，做好麻醉药品日报表和月报表 。

2．急诊药房组长岗位说明

1. 具有较强的组织能力和管理能力。
2. 有较丰富的药学知识。
3. 严格执行药品质量管理法和处方质量管理条例。
4. 熟悉药品说明书。
5. 监督和检查全组人员的工作状况和质量。
6. 做好节假日、星期天的值班工作安排。
7. 做好二级库保管员工作及麻醉药品、一类精神药品的管理工作。
8. 工作步骤上与部门发展计划同步。
9. 安排并指导实习、进修人员的工作。
10. 积极参加多种培训和学习。

（二）急诊药房调配人员岗位职责与岗位说明

1．急诊药房调配人员岗位职责

1. 遵守本科室的各项工作制度，执行岗位操作规范。
2. 以病人为中心，按文明窗口的要求上岗服务。
3. 服从工作安排。
4. 按公费医疗管理规定，审核公费处方，完成公费处方的调配、计价。
5. 核对、发放急诊病员及急诊观察室病员处方用药。
6. 负责急诊、观察病员的处方计价。
7. 按效期先后的原则补充药架上的药品。
8. 统计当班处方数量。
9. 回答窗口病员及家属的询问，接待退药、发出药品等事宜。
10. 接待药品质量投诉，向组长或保管员反馈药品质量的信息。
11. 坚守工作岗位，班班交接，按时交接班，24小时窗口不离人，未经同意不得随意换班。
12. 熟练掌握与本职工作相关的计算机操作程序，并执行计算机管理的有关规定。
13. 参加药房的季度盘点工作。
14. 夜班工作人员核对、发放各病区急需药品处方。
15. 完成实习生调配，实习带教任务。
16. 钻研业务，努力提高自身业务水平，为病员提供优质服务。

2．急诊药房调配人员岗位说明

1. 具有初级、中级药师职称。
2. 严格执行《药品质量管理法》和《处方质量管理条例》。
3. 掌握基本的药理、药剂知识。
4. 熟悉药品说明书。
5. 做好安全、卫生工作。
6. 夜班人员及时到住院药房调配特需药品。特殊情况下可与部门内有关人员及院总值班联系并解决。
7. 保质保量完成每日急诊、急诊留观病人的处方调配。
8. 发放夜间病区急需药品。
9. 能对实习、进修人员进行指导。
10. 积极参加各种培训和学习。

### 泗洪县第一人民医院中药房人员岗位职责制度

（一）中药房组长岗位职责与岗位说明

1．中药房组长岗位职责

1. 在主任的领导下，全面负责中药房各项日常工作。
2. 对上级领导布置的任务做到认真传达，保证落实。
3. 带领全组人员严格执行各项规章制度，认真履行岗位职责。
4. 组织全组工作人员进行政治、业务学习，做好记录。
5. 合理安排落实本组人员的工作任务，保证调剂工作正常进行。
6. 负责与中药房及各临床科室的联系，听取各方面的意见，提高工作质量。
7. 负责与本科室其它科室的联系与协调，保质保量地做好药品供应工作。
8. 妥善处理窗口的纠纷，遇重大差错及时上报有关领导、部门，并协助处理，做好记录。
9. 做好后勤保障及卫生、安全督查工作。
10. 依照特殊药品管理规定，负责麻醉药品和一类精神药品的专项管理工作。
11. 工作中以身作则，团结本组同志，实事求是地反映群众的意见和建议。
12. 参加季度盘点并协助二级库管复核盘点统计结果，做好药品的质量管理工作。
13. 监督、检查药品价格的执行情况。
14. 负责考勤，抓好考勤制度。
15. 负责计算机、打印机等相关设施的管理，出现问题及时与相关部门联系。
16. 加强对中药颗粒剂工作的管理，保证病人服用的安全性和质量。

2．中药房组长岗位说明

1. 具有较强的组织能力和管理能力。
2. 有较丰富的药学知识。
3. 协助二级库管人员做好药品供应工作和价格公示工作。
4. 严格执行药品质量管理法和处方质量管理条例。
5. 监督和检查全组人员的工作状况和质量。
6. 做好麻醉药品、一类精神药品管理工作。
7. 工作步骤上与部门发展计划同步。
8. 安排并指导好实习生、进修生的实习、进修工作。
9. 积极参加多种培训和学习。

### 泗洪县第一人民医院住院药房人员岗位职责制度

（一）住院药房组长岗位职责与岗位说明

1．住院药房组长岗位职责

1. 在主任的领导下，全面负责住院药房的各项日常工作。
2. 对上级领导布置的任务做到认真传达，贯彻落实。
3. 督促全组人员严格执行各项规章制度，认真履行岗位职责。
4. 组织全组工作人员进行政治、业务学习，做好记录。
5. 合理安排落实本组人员的工作任务，保证本科室工作正常进行。
6. 负责与临床各科室的联系与沟通，听取、处理临床意见，满足临床需求。
7. 负责与本科室其它科室的联系与协调，保质保量地做好药品供应工作。
8. 妥善处理窗口的纠纷，遇重大差错及时上报有关领导、部门，并协助处理，做好记录。
9. 依照特殊药品管理规定，负责麻醉药品和一类精神药品的专项管理工作。
10. 做好后勤保障及卫生、安全督查工作。
11. 做好本组人员奖金的发放工作，坚持原则，公开、 公正、公平。
12. 工作中以身作则，团结本组同志，实事求是地反映群众的意见和建议。
13. 定期抽查病区小药柜，监督、指导小药柜的管理。
14. 监督、检查药品价格的执行情况。
15. 参加月度盘点并协助二级库保管员复核盘点统计结果及做好药品质量管理工作。
16. 负责计算机、打印机等相关设施的管理，出现问题及时与相关部门联系。
17. 加强对病区退药质量管理，保证病人用药的安全。

2．住院药房组长岗位说明

* 1. 时刻保持和党中央一致，具有良好的职业道德和团队精神，爱岗敬业。
  2. 具有较强的组织能力和管理能力。
  3. 有较丰富的药学知识。
  4. 熟悉药品说明书。
  5. 严格执行药品质量管理法和处方质量管理条例。
  6. 协助二级库管人员做好药品供应工作和价格公示工作。
  7. 监督和检查全组人员的工作状况和质量。
  8. 协调好与各病区医师、护师的工作关系。
  9. 严格病区退药管理。
  10. 做好麻醉药品、一类精神药品的管理工作。
  11. 工作步骤上与部门发展计划同步。
  12. 安排并指导实习生、进修生的实习、进修工作。
  13. 在部门内或组内的业务学习每年授课一次以上。
  14. 积极参加多种培训和学习。

（二）住院药房调配人员岗位职责与岗位说明

1．住院药房调配人员岗位职责

1. 遵守本科室的各项工作制度，执行岗位操作规范，以病人为中心，按文明窗口的要求上岗服务。
2. 服从领导及工作安排。
3. 核对、发放住院病人的各类处方，投药出门差错率≤万分之一。
4. 回答窗口病员的询问，遇有疑问及时与病区联系。
5. 接待药品质量投诉，向组长或保管员反馈药品质量的信息。
6. 依照公费药品管理规定，对全自费药品按先付款，后取药的原则发放。按先进先出的原则补充调剂台的药品。
7. 参加药房的季度盘点工作。
8. 严格执行药品近期先出、远期后用的调配原则，把好药品出入质量关。
9. 参加麻醉药品、精神药品处方的调配、复核、专册登记工作。
10. 掌握电脑的基本操作，执行计算机管理的有关规定，出现故障应及时向组长汇报。
11. 完成节假日的值班工作。
12. 严格把握病区退回药品的质量关，保证病人的用药安全。
13. 完成实习生调配，实习带教任务。
14. 参加院内科室业务学习，努力提高自身业务水平，为病员提供优质服务。

2．住院药房调配人员岗位说明

* 1. 具有初级以上职称的药师。
  2. 掌握基本的药理、药剂学知识。
  3. 熟悉药品说明书。
  4. 严格执行《药品质量管理法》、《处方质量管理条例》。
  5. 做好节假日值班的安全工作。
  6. 对处方上出现的问题及时与病区联系并解决，实行首问负责制。
  7. 能从事住院药房的处方调配。
  8. 按照病区的划分或时间段的划分按时保质完成任务。
  9. 能对实习、进修人员进行指导。
  10. 完成部门交给的多种教学任务。
  11. 积极参加多种培训和学习。

（三）住院药房摆药人员岗位职责与岗位说明

1．住院药房摆药人员岗位职责

1. 遵守本科室的各项工作制度，执行岗位操作规范。
2. 服从组长的领导及工作安排。
3. 发放病区小药柜基数药品。
4. 每日及时做好长期医嘱用药前的准备工作。
5. 核对、发放电脑处方临时医嘱用药，常规医嘱用药，投药差错率≤万分之一。
6. 对电脑处方有疑问及时与病区取得联系，准确无误后方可继续调配。
7. 严格执行药品近期先用、远期后用的调配原则，及时将药品质量信息反馈给组长。
8. 参加药房的月度盘点工作。
9. 熟练掌握电脑的基本操作，执行计算机管理的有关规定，出现故障及时向组长汇报。
   1. 负责病区小药柜药品管理的日常督查工作。
   2. 参加院或部门业务学习，努力提高自身业务水平，为病员提供优质服务。

2．住院药房摆药人员岗位说明

1. 具有初级以上职称的药师。
2. 不得用手直接接触药品。
3. 认真执行药品质量管理法。
4. 认真执行处方质量管理办法。
5. 对处方上出现的问题及时与病区联系并解决，实行首问负责制。
6. 能从事住院药房的处方调配。
7. 按照病区的划分或时间段的划分按时保质完成任务。
8. 能对实习、进修人员进行指导。
9. 积极参加多种培训和学习。

（四）住院药房片剂排药人员岗位职责与岗位说明

1．住院药房片剂排药人员岗位职责

1. 按操作步骤正确打印配方单，审方合格后，准确按单配齐药品。
2. 仔细核对配方单、病人姓名、病区名。
3. 严格按照规范处理各类差错、内差、回退等并做好记录。
4. 审方合格率≥95%，双签率100%，贵重药品账物符合率100%。
5. 负责药品补充上架工作，并做到先产先出、勤加少加，仔细核对，对同品种不同片型应分开使用。
6. 发现差错、内差，及时报告，协助处理并吸取教训。
7. 负责包干区域的清洁工作。
8. 服从部门和组长的临时安排。

2．住院药房片剂排药人员岗位说明

1. 药学大专以上学历。
2. 药士以上职称，一年以上调剂科室工作经验。
3. 具有相应的专业理论基础，熟悉处方制度，掌握整个摆药工作的流程。
4. 认真贯彻执行本科室的各项规章制度和各种操作规范。
5. 有一定的审方能力，能纠正明显的配伍错误。
6. 能按时完成摆药工作量。

（五）住院药房针剂发药人员岗位职责与岗位说明

1．住院药房针剂发药人员岗位职责

1. 按操作步骤正确打印配方单，准确按单配齐药品。
2. 仔细核对电脑配方单及病区名，正确无误后发药，双签率100%。
3. 严格按规范处理发药中的特殊情况，如各类差错、内差、回退等并做好记录。
4. 负责药品补充上架工作，并做到先产先出、勤加少加，仔细核对，发出药品应保持清洁。
5. 发现差错，应及时报告，协助处理并吸取教训。
6. 负责包干区域的清洁工作。
7. 服从部门和组长的临时安排。

2．住院药房针剂发药人员岗位说明

1. 药学大专以上学历。
2. 药师以上职称，两年以上调剂科室工作经验。
3. 具有相应的专业理论基础，熟悉处方制度，掌握整个调剂配发工作流程。
4. 有一定的审方能力，能纠正明显的配伍错误。
5. 认真贯彻执行本科室的各项规章制度和各种操作规范。
6. 有较高的工作效率，能按时完成调剂配发工作量。
7. 有一定的协调沟通能力，正确处理好与各相关部门的工作关系。

（六）住院药房二级库保管员岗位职责与岗位说明

1．二级库保管员岗位职责

1. 遵守院、部门及本科室的各项工作制度，服从领导及工作安排。
2. 负责二级库药品的保管、领用，对新增药品、缺药品种、调价信息及时进行信息维护。
3. 负责贵重药品的保管，定期核对账物，做到账物相符。
4. 及时领取、调用急需药品和特需药品，保证临床用药，满足患者需求。
5. 建立药品效期档，按效期管理的要求，做到近期先用，远期后用，不得造成人为药品过期失效。
6. 参加药房的盘点，负责盘点统计工作，按时将汇总数据交药品会计。
7. 根据药库下发的调价单，24小时内清点调价药品，将调价药品的报增报减数据及时送交药品会计。
8. 负责电脑、打印机的日常维护工作。
9. 定期检查整理药架，内容包括：品名、规格、批号、效期及贵重药品的数量与登记卡是否相符。
10. 熟练掌握电脑的基本操作，执行计算机管理的有关规定。
11. 及时修改、完善电脑中已存在药品的基本信息。

2．二级库保管员岗位说明

* 1. 严格执行《药品质量管理法》和《处方质量管理条例》。
  2. 掌握基本的药学知识。
  3. 熟悉药品说明书、常用的药品使用和周转周期。
  4. 做好药品的效期管理和药品质量反馈工作。
  5. 及时、准确地做好药品价格调整及公示工作。
  6. 保障小组药品供应和管理。
  7. 协助组长做好本小组的日常管理工作。
  8. 对实习、进修人员进行指导。
  9. 积极参加各种培训和学习。

## 

## 泗洪县第一人民医院急救药品管理岗位职责与岗位说明制度

1.急救药品管理岗位职责

1. 负责室内急救药品的管理工作。
2. 配合做好每月一次的急救药品的检查工作。
3. 负责请领、补充急救药品，并注明原因，办好组长审核及必要时的部门主任签字手续。
4. 急救药品的使用应按有关规定执行。
5. 如有急救药品超过使用期限，负责向科室主任报告，查明原因，经科室主任签字后，双人在场销毁，并做好记录。

2.急救药品管理岗位说明

1. 药学专业本科及以上学历，药师以上职称，两年调剂工作经验，主要负责急救药品的管理。
2. 基本掌握本专业的业务理论和操作技能。
3. 认真贯彻执行本科室的各项规章制度和各种操作规范。
4. 有较高的工作效率，能保证急救药品的正常使用。

### 泗洪县第一人民医院药库岗位职责制度

（一）药库组长岗位职责与岗位说明

1．药库组长岗位职责

1. 在主任的领导下，带领全组成员牢固树立“一切为临床服务”的宗旨，保质保量完成本部门的各项工作任务。
2. 认真贯彻执行院药事管理委员会、院药品采供领导小组关于药品采供工作的各项决议。履行院药品采供领导小组秘书职责。全面落实全院医教研用药和急救特需药品的供应。
3. 负责药库各项规章制度、岗位职责和操作规范的制定，并在日常工作中督促检查。
4. 依照医院有关规定，认真审核中西药采购计划、核清每月上报财务的发票及入库单据、审核确认药品调价、审核药库盘盈报亏帐目、办理全院临床验证用药的引进手续。
5. 负责倾听、收集药房药师、临床医师和病员对药品质量的反馈意见，作出处理意见，保证临床用药安全。
6. 负责组织新药登记和新药档案的整理工作，并为药材科的“药品信息”提供新药相关信息。
7. 负责药库自动化系统的规划、组织落实和实用功能的开发与完善。
8. 组织制作各类《药品目录》、药品价格公示、盘点报表和各种采供信息报表，为院部门领导对药品采供工作作出决策提供依据。
9. 依据《药品经营质量管理规范》（GSP）要求，规划、落实药品养护的硬件建设。
10. 建立与整理与药品规范化管理相关的各种档案：供药公司渠道资质、各类药政管理文件、药品购药合同、进口药品注册证、药品产地规格及包装更换说明等。
11. 组织提供我部门对临床发布的药品咨询信息，为医生合理用药提供帮助。
12. 工作中以身作则，团结本组同志，实事求是地反映群众的意见和建议。随时准备接受完成院部门领导布置的各项临时任务。

2．药库组长岗位说明

1. 具备丰富的药品知识和专业基础理论，熟悉我院各类药品的品规、主要药理作用和临床适应证，掌握国家《药品管理法》及相关药政管理法规和规章，掌握国家药品价格执行政策，了解最新政策走向及动态。准确把握院药事管理委员会和院药品采供管理领导小组制定的我院药品管理的若干规定。熟悉国内外药品发展现状及新药研究进展。
2. 协调好药库日常采购-保管-财务管理等工作主线上的各个环节，保证临床医教研、急救特需用药的供应。按照《药品经营质量管理规范》（GSP）实施在库药品的储存管理。熟练掌握计算机基本操作技能，开发计算机网络功能提升部门内管理水平。
3. 积极参加各种培训，完成上级规定的继续教育任务。
4. 认真带教实习生、进修生，完成本部门交给的各种教学任务。

（二）药库采购员岗位职责与岗位说明

1．药库采购员岗位职责

1. 服从组长的领导和工作安排，遵守院、本部门及科室的各项规章制度。
2. 严格遵守《药品管理法》采购药品，禁止购买“三无药品”、非准字号药品和无进口药品注册证的进口品种。
3. 每周就保管员生成的采购建议表，制定药品订购单，按药品招标合同采购药品。临时计划药品、急救和特需药品按医院相关管理办法办理。麻、毒、精神药和危险品的采购应严格按有关规定执行。采购员应千方百计组织货源，保证临床用药需要。
4. 坚持执行《采购计划回单》制度，及时掌握各供药公司对采购计划的完成情况。
5. 根据国家计委和省市物价部门的药品价格文件，对全院计算机系统中的药品价格进行调整，准确及时地下达调价通知。
6. 密切跟踪并收集药品市场信息，分析药品供应形势。
7. 负责计算机系统中采购工作台的维护工作。
8. 坚持从院采供领导小组规定的购药渠道采购药品。严格执行医院关于职业道德规章制度中的“六公开”、“十不准”采购纪律。
9. 认真核对每月上报院财务部门的购药发票和入库凭证。
10. 负责办理全院临床各科室自行采购的化学试剂的入库手续。

2．药库采购员岗位说明

1. 爱岗敬业，奉公守法，具备在任何时刻均以医院利益为第一位的坚定信念。认真负责、团结协作。严守医院药品采供信息。
2. 熟悉我国医药市场行情信息及掌握国家《药品管理法》、相关药品管理法规和规章，掌握我院各种药品品规、品牌产地、主要药理作用和临床适应证。准确把握国家药品价格执行政策。掌握《药品经营质量管理规范》（GSP）对药品采购管理的相关条例。关注国内外药品发展现状及新药研究进展。
3. 科学合理地采购药品，购买日常药品既准确及时、又兼顾医院获取最大经济利益。临时采购、急救和特需用药办理严格按操作程序。密切关注药品市场供应信息，千方百计满足临床用药需求。在药品调价中，能准确把握文件所列的产品名称、规格、剂型、GMP等级等产品属性。掌握计算机基本操作技能。
4. 对实习、进修人员进行岗位指导，积极参加各种培训，完成上级规定的继续教育学分。

（三）药库保管员岗位职责与岗位说明

1．药库保管员岗位职责

1. 服从组长的领导和工作安排，遵守院、本部门及科室的各项规章制度。
2. 每周制定常规药品采购建议表。临时采购药品、急救和特需药品严格按照医院相关管理办法办理。
3. 依据药品质量验收制度，办理药品入库。发现问题及时记录并作质检处理。购进药品在验收入库上架后，当即在计算机系统中完成验收登录。
4. 按药品剂型与贮藏要求分库养护药品，参照《药品经营质量管理规范》（GSP）要求执行。库内药品按药理作用分区分类定位上架存放，定期维护药品货位。
5. 依据计算机生成的药品请领发药单，每周向各药房、各病区按序发放药品。严格执行“先进先出，近期先出”的原则。
6. 按相关规定管理药品效期。
7. 经部门领导审核，新引进的药品；更换商品名称、规格、产地及包装的药品；应及时向信息维护员提供说明书，保证全院计算机系统信息与实物一致。
8. 认真处理每笔药房向药库、药库向供药公司的退货。出入库药品数量帐目做到“日清周结，帐物相符”。根据计算机盘点报表，每月核对一次库存、每季度盘点一次，及时将盘盈报亏报请部门主管批准。
9. 麻醉药品和一类精神药品严格执行“五专”保管制度，二类精神药品执行“四专”保管制度。购入的化学试剂不得供药用。特殊情况须经检验合格后方可使用。易燃、易爆、易腐蚀的化学药品，应分别按理化性质分类，单独存放于危险品库房。
10. 负责计算机系统保管工作台的维护。
11. 负责所辖库房的卫生保洁工作。
12. 严格执行库房安全保卫制度，做好“三防”工作。

2．药库保管员岗位说明

1. 爱岗敬业，奉公守法。树立全心全意为临床、为药房服务的观念，细致负责、吃苦耐劳、团结协作，以医院大局利益为重。严守医院药品采供信息。
2. 熟练掌握我院临床常用药品的保管方法，掌握我院各种药品的品规、品牌产地、主要药理作用和临床适应证，掌握《药品经营质量管理规范》（GSP）对药品库房管理的相关条例。熟悉《药品管理法》及相关药品管理法规和规章。关注国内外药品发展现状及新药研究进展。
3. 制定药品采购计划科学合理，既能满足各个药房的日常需要，又保证库存药品达到分级管理的资金周转要求。对入库药品的质量优劣有敏锐的判断能力，杜绝假冒伪劣药品入库。在库药品安放井然有序、按贮存要求分类保管确保药品质量。药品的入库、出库、退货、缺货等各项记录完整，库内品种帐目清楚、帐物相符。具备计算机基本操作技能。
4. 夜间或节假日及时解决临床急需用药。

（四）药库危险品仓库保管员岗位职责与岗位说明

1．药库危险品仓库保管员岗位职责

1. 负责危险品仓库的管理工作。
2. 每天上班后应对仓库的门、窗以及库内存放的物品进行巡查，发现异常立即报告。检查温湿度情况并做好记录。
3. 保持库内卫生整洁，合理安排库内堆位，物品按性质分区存放，预留足够的安全距离和安全高度。
4. 入库时严格把好验收关，核对名称、产地、规格、数量，做好各种验收记录。
5. 出库时按临床科室请领单，仔细发放，双人核对。做到先进先发，以防保管期过长变质。
6. 每月月底按时清点库存，保证账物相符。
7. 每天下班前对库区的门、窗进行检查，确认防火、防盗等设备完好。做好温湿度登记，确认无隐患后才可离岗下班。

2．药库危险品仓库保管员岗位说明

1. 负责危险品仓库的管理工作。
2. 熟悉和了解相关的政策法规，爱岗敬业，文明行医，具有良好的职业道德，有较高的工作效率，能按时完成相应的工作量。

（五）药库信息员岗位职责与岗位说明

1．药库信息员岗位职责

1. 负责药库药品基本信息维护工作
   1. 新增新引进的药品基本资料，修改、完善电脑中已存在药品的基本信息。
   2. 负责药品剂型、药品分类、药品生产厂家代码、药库用户权限及基数药的维护。
2. 负责药房药品基本信息维护工作
   1. 新增、修改药房药品的基本信息。
   2. 负责药品标准价格的维护，即省公费医疗、市公费医疗、自费药品的维护。
   3. 负责药品用法代码、使用频次代码的维护。
3. 负责全部门药品标准数据库的维护。
4. 负责江苏省及宿迁市医保系统药品基本信息的维护。
5. 负责与信息中心协调药材科软件使用中的问题
   1. 对新程序进行测试，并负责指导相关的同志进行操作。
   2. 汇总电脑使用过程中出现的异常情况，向领导反映，并与信息中心取得联系，以期得到及时解决。
6. 负责全院临床医师对电脑中药品基本信息的咨询工作。
7. 应用多种平台处理各种药品目录及统计信息报表。
8. 负责国家药品价格监测网数据上报工作。
9. 定期深入药库与药房，核对数据库药品属性。负责搜集、整理在用药品说明书，及时更新、完善说明书档案。
10. 负责电脑室的保洁、设备的维护和保管工作。

2．药库信息员岗位说明

1. 爱岗敬业，奉公守法。未经部门主任允许不以任何形式向任何部门或个人提供医院药品采供或销售信息。认真负责、细致耐心、团结协作。
2. 掌握我院构成药品常规属性的各种名称、规格、产地、剂型、各种价格、GMP等级、价格管理方式等规范表示方法，掌握药品编码和输入码的编码规则及编码方法熟练掌握数据库应用、常用办公软件等计算机基本操作，熟练掌握我院药品计算机管理网络的各项操作，并能指导各类人员的使用。在日常工作中具备对计算机网络中出现的各类问题的敏锐判断能力和协调解决能力。
3. 对实习、进修人员进行计算机药品管理系统应用能力的培训和指导。积极参加各种培训，完成上级规定的继续教育学分。

## 泗洪县第一人民医院药材科人员岗位职责制度

1.药材科主任岗位职责与岗位说明

1.1主任岗位职责

1. 在院长领导下，围绕医院的中心工作和发展目标，全面负责本部的业务技术和行政管理工作。
2. 组织贯彻执行《中华人民共和国药品管理法》及其相关行政法规，依法管理。
3. 负责制定本部门的发展目标、规划和工作计划，组织实施，经常督促检查各部门工作，定期总结汇报。
4. 组织拟定本院《泗洪县第一人民医院基本用药目录》和药品采购计划，经院药事委员会批准后组织实施。
5. 负责组织药品调剂、药品质量检验工作，以保证临床用药的合理和安全。
6. 严格执行《抗菌药物临床应用三级管理指导原则》，落实和监督与其相关的各项工作。
7. 负责督促本部门人员履行岗位职责，认真执行技术操作规程和各项规章制度。进行安全教育，预防事故和差错。
8. 严格执行国家颁布的有关“麻醉药品、精神药品的管理办法”，组织药学人员认真学习，并监督检查麻醉药品、精神药品和医疗用毒性药品的使用和管理。
9. 掌握国内外药学进展，组织开展新业务、新技术和科研工作，总结经验。
10. 负责本部门人员继续教育的各项工作，进行药学道德、组织纪律以及医院药学人员责任心、事业心的教育。
11. 协助院长做好医院药事管理委员会的日常工作。
12. 定期召开部门管理小组会，讨论部门重大问题，督促、检查各部门工作任务的完成情况。
13. 负责对全部人员的考核、奖惩、晋升以及培养使用等工作，供有关部门决策参考。
14. 药材科副主任参照药材科主任职责执行。

1.2主任岗位说明

1. 严格执行《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构管理条例》和《卫生技术人员职务试行条例》，以服务病人为中心，药德并举。有良好的职业道德和团队精神，并具有较强的业务水平和管理能力。
2. 对国内外药学理论知识和技术的最新动态有广泛的掌握和了解。
3. 对本部门的科研发展工作能做到计划、实施和落实。
4. 严格执行《药品管理法》、《处方管理条例》，对麻醉药品、精神药品医疗用毒性药品严格按照国家相关规定进行管理和使用。
5. 督促医院抗菌药物的三级管理，定期检查执行情况并汇报。
6. 建立健全的药事工作的各项工作制度和技术操作规程。
7. 以遵循安全、有效、经济的原则，引导药学工作的进一步发展。
8. 做好本部门药学人员的继续教育的各项工作，从药学发展的角度，有计划地培养专业技术人员和引进优秀人才。
9. 掌握新药动态和市场信息，以便在药品集中招标采购中做到公正、公平和合理。

2.药材科副主任岗位职责和岗位说明

2.1副主任岗位职责

1. 在主任的领导下，积极协助主任做好部门的各项工作和任务。
2. 其他参照药材科主任职责执行。

2.2副主任岗位说明

参照药材科主任职责执行。

3. 药学专业技术职务岗位职责与岗位说明

3.1主任药师岗位职责与岗位说明

3.1.1主任药师岗位职责

1. 在部门主任的领导下，指导本部门各项业务技术工作。
2. 了解掌握与医院药学工作相关的各项药事法规，依法从事医院药学工作和药学研究。
3. 指导复杂的中西药调配和制剂，保证配发的药品质量合格，安全有效。
4. 督促和检查麻、精、毒和贵重药品的使用、管理以及中西药品检验鉴定工作。
5. 经常深入科室，了解用药情况，征求用药意见，介绍新药，必要时参加院内疑难病例大会诊及病例讨论。
6. 开展药学研究，配合临床开展新制剂、新技术的研制和推广。
7. 做好部门内各级人员业务培养提高工作。
8. 副主任药师参照主任药师职责执行。

3.1.2主任药师岗位说明

1. 负责本学科技术和发展工作，指导培养下级药师。
2. 爱岗敬业，具有良好的职业道德。
3. 具有较高的专业理论水平和操作技能，及时了解国内外本专业动态，充分运用国内外先进知识和技术，认真把握质量关。
4. 具有全面丰富的药学专业知识，具备研究、解决药学专业技术上疑难问题的能力。
5. 具有较高的带教和组织实施科研的能力，能指导带教下级药师熟练掌握基础操作和科研实施，培养和提高下级药师的专业水平。
6. 掌握电脑操作技术

3.2主管药师岗位职责与岗位说明

3.2.1主管药师岗位职责

1. 在主任领导和主任药师指导下进行工作。
2. 掌握药学知识，承担患者和临床用药的咨询工作。
3. 负责药品、原药材的检验、鉴定，保证药品质量符合药典规定。
4. 组织参加科学研究和技术革新，配合临床研究制作新药，了解使用效果，征求意见，改进剂型，提高疗效。
5. 承担指导药品调配、制剂、加工炮制、药品检验等工作。
6. 检查麻、精、毒、贵重药品和其他药品的使用、管理情况，发现问题及时处理。
7. 组织本部门技术人员的业务学习。

3.2.2主管药师岗位说明

1. 药学及相关专业本科及以上学历。
2. 敬业爱岗，具有良好的职业道德。
3. 具有一定的专业理论水平和实际操作技能，认真把好质量关。
4. 熟练掌握药学基本理论和专业理论，经常阅读中外文期刊，及时了解本专业发展动态。
5. 负责药品质量管理，保证药品符合质量标准要求，负责毒、麻、精、高危物品、贵重药品等的使用和管理，发现问题能及时处理。
6. 积极参加药学研究，配合临床研制新制剂、新剂型，并了解使用效果，不断改进，提高疗效。
7. 熟悉和掌握常用药品的理论性质、药理作用，不良反应以及用法用量等，有较强的审方能力，能做好医务人员和患者的用药咨询工作。
8. 具有一定的带教能力，能培养和提高下级药师的业务水平。
9. 按规定必须掌握电脑技术者，应达到国家规定的相应级别。

3.3药剂师岗位职责与岗位说明

3.3.1药剂师岗位职责

1. 在主任领导和主管药师指导下进行工作。
2. 指导和参加药品调配、制剂工作。认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
3. 负责药品检查鉴定和药检仪器的使用保养，保证药品质量符合药典规定。
4. 参加科学研究和技术革新，配合临床研究制作新药，了解使用效果，征求意见，改进剂型，并经常向各科室介绍新药知识。
5. 检查麻、精、毒、贵重药品和其他药品的使用、管理情况，发现问题及时研究处理，并向上级报告。
6. 掌握药学基本知识，承担窗口用药常识咨询。
7. 指导药剂士的业务学习和工作。
8. 参加院、部门组织的专业知识培训，接受上级药师的业务指导。

3.3.2药剂师岗位说明

1. 药学本科及以上学历。
2. 敬业爱岗，具有良好的职业道德。
3. 具有相应的业务理论和操作技能，熟悉处方制度，掌握整个调剂工作的流程。
4. 认真贯彻执行本部门各项规章制度和各种操作规范，熟练调配处方、制备制剂，研究解决技术上的疑难问题。
5. 参加药品的质量检查和药品不良反应的报告工作。
6. 对下级药学人员的工作进行技术指导。
7. 逐步掌握一门外语，借助词典查阅外文资料。

3.4药剂士岗位职责与岗位说明

3.4.1药剂士岗位职责

1. 在药师的指导下进行工作。
2. 按照分工，负责药品的预算、请领、分发、保管、采购、报销、回收、下送、登记、统计和药品制剂与处方调配的工作。
3. 主动深入科室，征求意见，不断改进药品供应工作，检查科室的药品使用、管理情况，发现问题及时研究处理，并向上级报告。
4. 认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格管理麻、精、毒和贵重药品及其他药品，严防差错事故。
5. 经常检查和校正天平、冰箱、干燥灭菌器及注射液过滤装置等设备，保持性能良好。
6. 参加院、部门组织的专业知识培训，接受上级药师的业务指导。

3.4.2药剂士岗位说明

1. 药学大专及以上学历，药士任职资格。
2. 爱岗敬业，具有良好的职业道德。
3. 基本掌握本专业的业务理论和操作技能，具有一定的专业理论基础。
4. 在上级药师指导下努力工作，同事之间相互尊重、相互配合、相互支持。
5. 认真贯彻执行本部门的各项规章制度和各种操作规程，严格按操作规程进行调剂、制剂和药品管理，防止差错。
6. 能深入临床科室，征求意见，不断改进药品供应工作，检查临床科室药品的使用、管理情况，发现问题及时研究处理，并向上级报告。

3.5药品（制剂）会计岗位职责与岗位说明

3.5.1药品（制剂）会计岗位职责

1. 严格按照国家有关财务规定，进行账簿设置、科目使用，准确填报相关表单并在规定时间内由部门主任核准后上报。
2. 严格遵守劳动纪律，认真执行各项规章制度。经常向院财务部咨询，并听从财务部有关业务和政策指导。
3. 负责各药房的药品收支账务工作。

3.5.2药品（制剂）会计岗位说明

1. 爱岗敬业，具有良好的职业道德和较强的法律意识。
2. 具有一定的本专业理论水平，熟练掌握财会基础理论和专业理论，经常了解相关法律法规，及时了解本专业发展动态，更新知识。
3. 有按照规定进行医院自制制剂成本核算能力。
4. 有按时完成各类报表制作的能力。

3.6 IT工程师岗位职责与岗位说明

3.6.1 IT工程师岗位职责

1. 对部门新购计算机和各类使用软件提出建议和意见，供决策参考。
2. 定期巡视、检查和维护在岗计算机及相关设备，并有记录。
3. 负责建立和管理计算机档案。
4. 负责部门相关的培训计划的制定和落实，并有考核。
5. 及时完成部门交办的其他工作。

3.6.2 IT工程师岗位职责与岗位说明

1. 具有一定的专业理论，熟练掌握计算机基础理论和专业理论，经常阅读相关中外文期刊，及时了解本专业发展动态，更新知识。
2. 有编制应用软件的能力。
3. 有解除和排除计算机使用过程中出现的问题和故障的能力。
4. 有较强的带教能力，能培养和提高各类专业技术人员的计算机实际操作水平。
5. 有快速制作多媒体的能力。

泗洪县第一人民医院医保结算岗位职责

1、每月对农保办报送各县区的农合报表进行核对，给予签字盖章，确保报送数据的准确

性。

2、对财务医保基金数与医保办医保基金数进行核对，催收对账完成后签字版的核对表,

保证财务应收医疗款的准确性。

3、对所有收入的医保款项分地区分性质分种类的进行核对、分款及登记。

4、整理医保基金拨付率表及各月收入的医保款项发送相关科室给予催款提醒。

5、不定期的联合相关科室完成各地医保中心下发的医保数据核对及回款对账。

6、对各地区各种类性质的医保以及拨付情况进行分析，及时发现问题，即使与相关科室

沟通

7、完成临时交办的与医保基金拨付相关的工作任务。

泗洪县第一人民医院质控干事职责

1.深入科室了解危重病人的病情，检查护理工作质量和效率，及时发现和指正环节质量中。

2.参与对护理单元危重病人护理质量、护理文件书写质量的检查。

3.定期抽查护理单元危重病人基础护理工作。

4.定期对各护理单元的急救物品、病房管理、消毒隔离等情况进行全面检查，提出书面意见。

5.实地了解病人对护理工作的满意度，做到有记录、有反馈。

6.参与护士的“三基”理论及技能考核。

7.负责其他事务性工作及临时性工作。

泗洪县第一人民医院医疗质量管理办公室主任职责

1.在院长及分管院长的领导下全面负责医疗质量管理办公室工作，规范化、科学化、制度化管理医院

医疗质量，不断完善和提高医疗质量管理的水平；

2.负责定期组织对医院医疗质量管理体系运行情况进行检查；

3.负责组织建立医院医疗质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈；

4.负责组织实施医院医疗质量管理的各项制度；

5.负责医院医疗质量考核指标的监测、预警，并组织落实持续改进措施；

6.负责组织制定临床科室医疗质量考核指标并定期考核评价；

7.组织协调医务人员医疗质量管理相关法律法规、核心制度、病历书写规范及质量管理工具的培训工作；

8.负责院级医疗质控人员及科室质控联络员管理工作；

9.负责各级专业质控中心管理工作，组织协调质控中心日常工作；

10. 认真完成由医院领导交办的其它工作。

泗洪县第一人民医院医疗质量管理办公室干事职责

1.在医疗质量管理办公室主任管理下开展工作；

2.运用管理工具对医疗质量指标、风险数据、重大质量缺陷等资料统计分析、总结、反馈，并提出持续改进措施；

3.负责特定（单）病种上报、病历质量控制、临床路径管理等医疗质量的督导检查；

4.负责院级质控员质控任务的分配、考核工作；

5.负责质管办与科室质控及临床路径等联络员的联系；

6.积极参加医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范、质量管理工具的培训；

7.督导挂靠医院的省级、市级专业质控中心质控工作的开展；

8.负责协调参加省市专业质控中心各临床专科的质控工作，并提供质控相关指标数据；

9.完成质管办主任交办的其他工作。

泗洪县第一人民医院医保办主任职责

一、在财务部主任领导下，负责全院医保管理工作。

二、认真贯彻落实医疗保险有关政策，严格执行医疗保险要求及规定。

三、负责制订本院落实医疗保险的有关规定和各项控制指标。

四、负责协调与社保部门的各项工作来往事宜，包括申报新技术新项目等。

五、负责编写医疗保险业务收入月报表，报送市社会保险部门。

六、负责医疗保险审批用药，病人转诊、大型仪器检查的管理工作。

七、认真填写医疗保险工作日常考核评分表，要及时准确审核住院病历，确保参保患者及时结账；抽查门诊处方，发现问题及时处理并有详细记录。

八、负责对员工进行有关医疗保险政策法规的培训工作。

九、负责有关医疗保险的投诉处理工作。

十、加强医疗保险政策宣传，及时更换医疗保保险政策宣传栏。

十一、完成领导临时交给的各项工作任务。

泗洪县第一人民医院消防安全管理人岗位职责

医院根据需要确定医院的消防安全管理人，消防安全管理人对单位的消防安全责任人负责，实施和组织落实下列消防安全管理工作：

1、拟定年度消防工作计划，组织实施日常消防安全管理工作。

2、组织制订消防安全制度和保障消防安全的操作规程并检查监督其落实情况。

3、拟定消防安全工作的资金投入和组织保障方案。

4、组织实施防火检查和火灾隐患整改工作。

5、组织实施对医院消防设施、灭火器和消防安全标志的维护保养，确保其完好有效，确保疏散通道和安全出口畅通。

6、组织管理专职消防队和义务消防队。

7、在职工中组织开展消防知识、技能的宣传教育和培训，组织灭火和应急疏散预案的实施和演练。

8、完成医院消防安全责任人委托的其他消防安全管理工作。

9、定期 向消防安全责任人报告消防安全情况 ，及时报告涉及消防安全的重大问题。

泗洪县第一人民医院消防安全责任人消防安全职责

医院法人代表是消防安全责任人，对本单位的消防安全工作全面负责并履行下列消防安全职责：

一、贯彻执行消防法规，保障医院消防安全符合规定，掌握医院的消防安全情况。

二、将消防工作与医院经营、管理等活动统筹安排，批准实施年度消防工作计划；

三、为医院的消防安全提供必要的经费和组织保障；

四、确定逐级消防安全责任，批准实施消防安全制度和保障消防安全的操作规程；

五、组织防火检查，督促落实火灾隐患整改，及时处理涉及消防安全的重大问题；

六、根据消防法规的规定建立专职消防队、义务消防队；

七、组织制定符合医院实际的灭火和应急疏散预案，并实施演练。

第四章 医疗人员职责

泗洪县第一人民医院临床科主任职责

一、在医务部领导下，负责本科的医疗、教学、科研及行政管理工作。

二、制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

三、领导本科人员，对病员进行医疗护理工作，完成医疗任务提高服务意识与服务水平。

四、定时查房，共同研究解决重危疑难病例诊断治疗上的问题。

五、督促本科人员，认真执行各项规章制度和技术操作常规，严防并及时处理差错事故。

六、确定医师轮换、值班、会诊、出诊。组织领导有关本科对挂钩医疗机构的技术指导工作、帮助基层医务人员提高医疗技术水平。

七、参加门诊、会诊、出诊，决定科内病员的转科转院和组织临床病例讨论。

八、领导本科人员的业务训练和技术考核，提出试用、升、调、奖、惩意见。妥善安排进修、实习人员的培训工作。组织并担任临床教学。

泗洪县第一人民医院临床主任医师职责

1、在科主任领导下，指导全科医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。

2、定期查房并亲自参加指导急、重、疑难病例的抢救处理与特殊疑难和死亡病例的讨论、会诊。

3、指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作，有计划地开展基本功训练。

4、担任教学和进修、实习人员的培训工作。

5、定期参加门诊工作。

6、运用国内外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。

7、督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。

8、指导全科医务人员结合临床开展科学研究工作。

副主任医师参照主任医师职责执行。

泗洪县第一人民医院临床主治医师职责

1、在科主任领导和主任医师指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、预防工作。

2、按时查房，具体参加和指导住院医师进行诊断、治疗及特殊诊疗操作。

3、掌握病员的病情变化，病员发生病危、死亡、医疗事故或其他重要问题时，应及时处理，并向科主任汇报。

4、参加值班，门诊、会诊、出诊工作。

5、主持病房的临床病例讨论及会诊、检查、修改下级医师书写的医疗文件，决定病员出院，审签出（转）院病历。

6、认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查本病房的医疗护理质量，严防差错事故。协助护士长搞好病房管理。

7、组织本组医师学习与运用国内外先进医学科学技术，开展新技术、新疗法、进行科研工作，做好资料积累，及时总结经验。

8、担任临床教学，指导进修、实习医师工作。

泗洪县第一人民医院临床住院医师职责

1、在科主任领导和主治医师指导下，按住院医师规范化培训计划并取得执业资格后，承担相应的医疗、教学、科研等工作。新毕业的医师实行三年二十四小时住院医师负责制。

2、担任住院、门诊、急诊的值班工作，对病员进行检查、诊断、治疗，开写医嘱并检查其执行情况。住院医师对所管病员应全面负责，在下班以前，作好交接班工作。对需要特殊观察的重症病员，用口头方式向值班医师交班。

3、书写病历，新入院病员的病历，一般应于病员入院后 24 小时内完成。检查和修改实习医师的病历记录。并负责病员住院期间的病程记录，及时完成出院或死亡病员的各项记录及病历首页的填写，按时做好病案整理和移交归档工作。

4、向主治医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病员病情的变化，提出需要转科或出院的意见。

5、参加科内查房。对所管病员每天至少上、下午各巡诊一次，科主任、主治医师查房巡诊时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。请他科会诊时，应陪同诊视。

6、认真执行各项规章制度、技术操作规程和岗位职责，担任并指导实习医师进行各项诊疗技术操作，严防差错事故。

7、随时了解病员的思想、生活情况，征求病员对医疗护理工作的意见，做好病员的思想工作。

8、参加业务学习、技术训练，完成住院医师培训任务，提高业务技术水平。

9、经科主任批准，担负一定的科研和教学任务，协助上级医师做好进修、实习医师的培训工作。

10、完成科主任和上级医师交办的各项任务。

泗洪县第一人民医院供应室主任职责

一、在护理部主任领导下，负责组织医疗器材、敷料的制备、消毒、保管、供应和行政管理工作。

二、督促本室人员认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。

三、定期检查高压灭菌器的效能和各种消毒液的浓度，经常鉴定器材和敷料的消毒效果，发现异常，立即上报检修。

四、对所属人员进行勤俭节约的教育，做好敷料回收和器材的修旧利废工作。

五、组织所属人员深入临床科室，实行下送下收。检查所供应器材、敷料的使用情况，征求意见，改进工作。

泗洪县第一人民医院麻醉科主任职责

一、在医务部领导下，负责全科的医疗、教学、科研、行政管理等工作。

二、制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

三、根据本科任务和人员情况进行科学分工，密切配合手术和对危重病员进行抢救工作。

四、领导麻醉师（士）做好麻醉工作，参加疑难病例术前讨论，对手术准备和麻醉选择提出意见，必要时亲自参加操作。

五、组织本科人员的业务训练和技术考核。对本科人员试用、晋升、奖惩提出具体意见。

六、领导本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。

七、确定本科人员轮换、值班、会诊、出诊等事宜。与手术室密切配合，共同搞好科室工作。

八、审签本科药材的请领和报销，检查使用与保管情况。

泗洪县第一人民医院药剂科主任职责

一、在医务部领导下，领导药剂科各项工作。制定药剂科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

二、拟定药材预算、采购计划，经院长批准后组织实施。

三、组织领导药品调配与制剂工作，指导或亲自参加复杂的药剂调配和制剂，保证配发的药品质量合格。

四、督促和检查毒、麻、限剧、贵重药品的使用、管理以及药品检验鉴定工作，领导所属人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，确保安全，严防差错事故。

五、经常深入科室，了解需要，征求意见，主动供应。得知有危重病员抢救时，组织人员积极参加，主动配合。

六、领导所属人员进行业务学习，进行技术考核，提出试用、升、调、奖、惩的意见。

七、督促检查各相关科室的药品使用、管理情况和药房、药库中西药物的保管储存情况。

八、组织实施药品登记、统计工作。组织参与过期、失效药品的申报及销毁工作。

九、确定本科人员轮换和值班。

泗洪县第一人民医院检验科主任职责

1、在院长的领导下，负责本科各专业的检验、教学、科研和行政管理等工作。

2、制定本科工作计划，并组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

3、督促检查本科人员认真执行各项规章制度，检验操作规程和质量控制标准，做好消毒隔离工作。

4、参加部分检验工作。检查各专业的检验质量（包括室内质控情况及室间质评成绩）。

5、督促科内人员正确使用与保管菌株、剧毒危险品和器材，审签药品、器材的请领与报销，经常检查安全措施的落实情况，严防差错事故。

6、负责本科人员的业务学习、技术训练和继续教育计划的实施。安排进修、实习人员的培训。组织并担任教学工作。

7、确定本科专业人员分工、调班（临时调度）、值班和外出服务等工作安排。

8、制定本科的科研规划并组织实施。学习应用国内外先进技术，不断提高检验技术水平。

9、负责本科考勤考核、提出聘、升、调、奖、惩等意见。督促本科人员做好登记统计工作，做好经济核算、奖金分配等工作。

10、经常与临床科室联系，征求意见，改进工作。

副主任协助主任负责相应的工作。

泗洪县第一人民医院主任检验医（技）师职责

1、在科主任领导下，指导全科的检验、教学、科研、技术培训与理论提高工作。

2、经常检查检验质量，担任特殊检验技术工作，解决本科业务上的复杂疑难问题。

3、指导科内各级检验人员，做好检验工作，有计划地开展基本功训练。

4、经常深入临床科室征询对检验工作的意见，介绍新的检验项目和临床意义，必要时参加临床科室疑难病例讨论或查房，主动配合临床医疗工作。

5、担任教学和进修、实习人员的培训工作，负责本科人员的业务学习和技术考核，不断提高业务技术水平。

6、学习运用国内外先进经验，吸收最新科研成就，不断改进检验工作，开展新的检验项目。

7、督促下级检验人员，认真贯彻执行各项规章制度和检验操作规程，严防差错事故。

8、指导全科结合临床医疗，开展科学研究工作。

副主任检验医（技）师参照主任检验医（技）师职责执行。

泗洪县第一人民医院主管检验医(技)师职责

1、在科主任和主任检验医（技）师的领导下，负责指导本科的检验、教学和科研工作。

2、参加检验工作，检查科内的检验质量，解决业务上的复杂疑难问题。

3、担任教学工作，指导进修、实习人员的学习，做好科内技术人员的培养提高工作。

4、开展科研工作，协助科主任制定科研规划，并督促实施。学习应用国内外新技术、不断改进检验工作。

5、深入临床科室，征求意见，改进工作，主动配合临床医疗工作。

检验医(技)师职责

1、在科主任领导和上级检验医（技）师指导下进行工作。

2、担任检验并指导检验士进行工作，核定检验结果，负责试剂配制，定期检查校正检验试剂和仪器，严防差错事故。

3、负责菌种、毒株、剧毒危险品、贵重器材的管理，担任检验试剂和器材的请领、报销等工作。

4、协助开展科学研究和技术革新，不断开展新项目，提高检验质量。

5、担任教学和进修、实习人员的培训工作。

6、担任本专业质量控制工作。

泗洪县第一人民医院检验医(技)师职责

1、在科主任领导和上级检验医（技）师指导下进行工作。

2、担任检验并指导检验士进行工作，核定检验结果，负责试剂配制，定期检查校正检验试剂和仪器，严防差错事故。

3、负责菌种、毒株、剧毒危险品、贵重器材的管理，担任检验试剂和器材的请领、报销等工作。

4、协助开展科学研究和技术革新，不断开展新项目，提高检验质量。

5、担任教学和进修、实习人员的培训工作。

6、担任本专业质量控制工作。

泗洪县第一人民医院输血科主任职责

1、在院长领导下，负责临床输血管理、教学、科研和科室行政管理工作。

2、制定本科发展规划和年度计划，并认真组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

3、宣传贯彻国家有关血液制品管理和临床输血管理的相关法规和规章，增强职工临床用血的安全意识和执法意识。

4、督促检查本科人员认真执行临床输血管理规定和医院各项规章制度、技术操作规程、岗位职责及质量控制标准，严防差错事故，确保临床安全用血。

5、负责临床输血管理，参加临床会诊和病例讨论会，指导临床科室科学合理用血，协调解决输血治疗中的有关问题。

6、指导本科人员的业务学习，技术训练和继续教育等工作。

7、担任教学和进修、实习人员的培训工作。

8、学习运用临床输血新理论，开展临床输血新技术的研究和推广，遵循科学、合理的用血原则，提高输血医学理论和技术水平。

9、确定本科人员分工、值班、调休等事宜。负责科内人员考勤考绩和绩效分配，提出聘、升、调、奖、惩等意见。

10、审签本科器材、物资的请领和报销，并检查使用与管理情况。

输血科主任检验医（技）师职责

1、在科主任领导下，指导临床输血医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。

2、参加并指导临床输血医疗和相关的输血检验工作，解决本科业务上的复杂疑难问题。

3、检查督促下级医技人员严格执行临床输血管理的有关规定和医院各项规章制度及技术操作规程，检查监控临床输血工作质量，严防差错事故，确保安全用血。

4、参加会诊和临床病例讨论会，对临床输血治疗工作提出意见和建议，指导临床科室科学合理用血。

5、指导本科人员的业务学习、技术训练、继续教育等工作，对本科技术人员的晋升、考评等提出意见。

6、担任教学和进修、实习人员的培训工作。

7、学习、介绍、应用国内外临床输血新知识、新理论，组织全科人员开展临床输血新技术的研究和推广，提高临床输血治疗的水平。

8、协助科主任搞好本科行政管理工作。

副主任医（技）师参照主任医（技）师职责执行。

泗洪县第一人民医院输血科主任检验医（技）师职责

1、在科主任领导下，指导临床输血医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。

2、参加并指导临床输血医疗和相关的输血检验工作，解决本科业务上的复杂疑难问题。

3、检查督促下级医技人员严格执行临床输血管理的有关规定和医院各项规章制度及技术操作规程，检查监控临床输血工作质量，严防差错事故，确保安全用血。

4、参加会诊和临床病例讨论会，对临床输血治疗工作提出意见和建议，指导临床科室科学合理用血。

5、指导本科人员的业务学习、技术训练、继续教育等工作，对本科技术人员的晋升、考评等提出意见。

6、担任教学和进修、实习人员的培训工作。

7、学习、介绍、应用国内外临床输血新知识、新理论，组织全科人员开展临床输血新技术的研究和推广，提高临床输血治疗的水平。

8、协助科主任搞好本科行政管理工作。

副主任医（技）师参照主任医（技）师职责执行。

泗洪县第一人民医院输血科主管检验医（技）师职责

1、在科主任领导和主任医（技）师指导下，负责临床输血医疗和一定范围的教学、科研工作。

2、参加并指导本科下级医技人员完成血型鉴定、交叉配血实验、血液过滤和发血等工作，指导并协助下级医技人员解决业务上的复杂疑难问题，如不能解决，应及时请示汇报。

3、协助督促检查科内各项规章制度、技术操作规程和岗位职责的执行情况，严防差错事故，保证临床及时安全用血。

4、主动深入临床科室，了解输血情况，改进输血技术，减少输血不良反应。

5、负责科内各种试剂、器材、物资的管理工作。

6、协助组织全科人员的业务学习，承担教学工作，担任进修、实习人员的培训。

7、协助科主任制定科研计划并督促实施，做好科研资料的积累和保管工作。

8、负责核查、填写输血科的各项记录，并做好统计、汇总上报和输血有关资料的保管工作。

9、完成科主任和上级医（技）师交办的工作。

泗洪县第一人民医院输血科检验医（技）师职责

1、在科主任领导和上级医（技）师指导下，负责输血科日常输血检验和一定的教学、科研工作。

2、参加科室值班，及时完成值班期间临床输血的相关检验和发血工作，严格做好血液出入库、核对、领发登记，保证临床科室及时安全用血。

3、严格执行临床输血管理规定和医院各项规章制度及技术操作规程，认真履行岗位职责，严防差错事故，确保安全用血。

4、深入临床科室，宣传临床输血知识，了解输血治疗的效果，协助调查输血不良反应，推广输血新技术，主动征求意见，不断改进工作。

5、协助病人家属办理输血相关手续，热情做好接待、宣传和解释工作。

6、担任一定的教学和科研任务，协助上级医师做好进修、实习医师的培训工作。

7、参加业务学习，技术训练，完成住院医师培训任务，不断提高业务水平。

8、完成科主任和上级医（技）师交办的各项任务。

泗洪县第一人民医院放射科主任职责

一、在医务部领导下，负责本科的医疗、教学、科研、行政管理工作。

二、制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

三、根据本科任务和人员情况进行科学分工，保证对病员进行及时的诊断和治疗。

四、定期主持集体阅片，审签重要的诊断报告单，亲自参加临床会诊和对疑难病例的诊断治疗，经常检查放射诊断、治疗和投照质量。

五、经常与临床科室取得联系，征求意见，改进工作。

六、组织本科人员的业务训练和技术考核，提出试用、升、调、奖、惩的意见。学习、使用国内外的先进医学技术。督促科内人员做好资料积累与登记、统计工作。

七、组织领导本科人员，认真执行各项规章制度和技术操作规程，检查工作人员防护情况，严防差错事故。

八、确定本科人员轮换、值班和休假。

九、审签本科药品器材的请领与报销，经常检查机器的使用与保管情况。

泗洪县第一人民医院超声科（室）心电图室主任职责

一、在医务部领导下，负责本室的医疗、预防、行政管理工作。

二、制订科室工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

三、根据本科室任务和人员情况进行科学分工，保证对病人进行及时准确的诊断。

四、定期组织集体阅片、审签重要的诊断报告单，亲自参加临床会诊和对疑难病例的诊断，经常检查诊断和照片的质量。五、经常和临床科室取得联系（每月不少于二次），征求意见，改进工作，做好记录。

六、组织本科人员的业务训练和技术考核，提出试用、升、调、奖、惩的意见，学习使用国内外的先进医学技术，督促科室人员做好资料积累与登记、统计工作。

七、组织本科人员，认真执行各项规章制度和技术操作规程，检查本科室人员的防护情况，严防差错事故。

八、确定本科室人员的轮换、值班和休假。

九、审签本科药品、器材的请领和报销，经常检查机器的使用与保养情况。

泗洪县第一人民医院科室医疗质量与安全管理小组职责

（1）各科室医疗质量管理小组由科主任或副主任、护士长和其他相关人员3-5人组成。

（2）结合本专业特点及发展趋势，制定及修订本科室疾病诊疗常规、药物使用规范并组织实施，责任落实到个人，与绩效工资挂钩。

（4）在科主任的领导和院质管办的指导下负责本科室医、护质量控制检查工作，每份终末病历由科主任和质控员负责质控达标。

（5）对各种医疗文书的书写情况按规范进行检查（病历、处方、申请单、报告单、护理等），并做好质量检查记录。

（6）对执行医院核心制度情况进行检查，对各项护理制度执行情况进行检查。  
（7）参加医疗质量管理办公室的会议，反映问题。收集与本科室有关的问题，提出整改措施。

（8）定期组织各级人员学习医疗、护理常规，强化质量意识。

（9）对检查中发现的问题及时报告科主任并提出改进意见。

泗洪县第一人民医院驾驶员职责

一、坚守岗位，做好开车前的一切准备工作，任务下达，迅速出车。

二、定期做好车辆的检修、保养和救护车的清洁消毒工作，保持车况良好，节约汽油，安全行驶，详细记录车辆运行情况。

三、遵守交通规则。任务完成立即返回，不私自出车。

四、爱护公物，管好材料和工具，并做好防火工作。

五、驾驶员实行二十四小时值班制。

1. 护理人员职责

泗洪县第一人民医院门诊护士长职责

一、在护理部主任、医务科或门诊部领导下，负责门诊护理行政管理，督促检查护理人员完成所分工的任务。

二、制定工作计划，负责护理人员分工排班，经常深入各科门诊检查护理质量，复杂的技术应亲自执行或指导护士操作。搞好传、帮、带，不断提高技术水平。

三、督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。并检查指导各诊室做好开诊前准备及卫生宣传工作。

四、督促教育护理人员提高窗口服务意识、改善服务态度，经常巡视输液与候诊病员的病情变化，对较重的病员应提前诊治或送急诊室处理。

五、督促卫生员保持门诊的整洁，做好消毒隔离工作，并组织及时供应开水和饮具。

六、组织护士业务学习，指导实习护士的工作。开展护理科学研究及时总结经验。

副护士长协助护士长负责相应的工作。

泗洪县第一人民医院急诊室护士长职责

一、在护理部主任、医务科或门诊部领导下，进行工作。

二、组织安排、督促检查护理人员配合医师做好急诊抢救工作。经常巡视观察室病员，按医嘱进行治疗护理。做好各种记录和交接班。

三、督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，复杂的技术要亲自执行或指导护士操作，严防差错事故。

四、切实加强对护理人员的业务训练，定期进行考试考评，提高急诊抢救业务的基本知识和技术水平。

五、组织护士准备各种急救药品、器材，定量定点定位放置，并经常检查补充、消毒、更换。

六、负责护理人员排班，制定工作计划，检查护理质量，总结经验。

七、负责抢救器材和被服、用品的计划请领工作。

八、督促护士做好隔离消毒，防止交叉感染。

九、督促护士保持室内外清洁、整齐、安静，做好隔离消毒。

泗洪县第一人民医院病房护士长职责

一、在护理部的领导和科主任的业务指导下，根据护理部及科内工作计划，制订本病房具体计划，并组织实施。

二、负责检查了解本病房的护理工作，参加并指导危重、大手术及抢救病人的护理。督促护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查护理病史的书写及医嘱的执行情况，加强医护配合，严防差错事故。

三、随同科主任和主治医师查房，参加科内会诊及大手术或新开展的手术前、疑难病例、死亡病例的讨论。

四、负责本病房护理人员的政治思想工作，教育护理人员加强责任心，提高服务意识，改善服务态度，遵守劳动纪律。

五、组织本病房护理查房和护理会诊，积极开展新技术新业务及护理科研工作。

六、组织领导护理人员的业务学习及技术训练、技术考核。

七、负责管理好病房，包括护理人员的合理分工，病房环境的整洁、安静、安全，病人和陪住、探视人员的组织管理，各类仪器、设备、药品的管理。

八、负责指导和管理实习、进修人员，并指定护师或有经验、有教学能力的护士担任带教工作。

九、督促检查护士做好清洁卫生和消毒隔离工作。

十、定期召开工休座谈会，听取患者对医疗、护理及饮食等方面的意见，研究改进病房管理工作。

副护士长协助护士长负责相应的工作。

泗洪县第一人民医院手术室护士长职责

一、在护理部主任的领导下，负责手术室的行政管理、护理工作和手术安排，保持整洁、肃静。

二、根据手术室任务和护理人员的情况，进行科学分工，密切配合医生完成手术，必要时亲自参加。

三、督促各级人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，并严格要求遵守无菌操作规程，做好伤口愈合统计分析工作。

四、组织护士开展业务学习与业务技术考核，指导进修、实习护士工作。

五、督促所属人员做好消毒工作，按规定进行空气和手的细菌培养，鉴定消毒效果。

六、认真执行查对和交接班制度，严防差错事故。

七、负责手术室的药品、器材、敷料、卫生设备等物请领工作，并随时检查急诊手术用品的准备情况，检查毒、麻限剧药及贵重器械的管理情况。

八、督促手术标本的保留和及时送检。

九、负责接待参观事宜。

副护士长协助护士长负责相应的工作。

1. 党群部门规章制度及工作人员职责

第一章 党、群系统工作制度

泗洪县第一人民医院党建工作制度

为了切实加强医院党的建设工作，充分发挥党组织的政治核心作用和监督保证作用，进一步推进医院党建工作的科学化、规范化、制度化，特制定党建工作制度如下：

1、发展党员制度

遵循建党“十六字”方针，严格按照党员标准，认真履行发展党员程序，作到成熟一个发展一个，严把“入口”关。

2、“三会一课”制度

（1）支部大会每季度召开一次，向全体党员报告支部工作、党内思想状况，讨论、决定本支部的重大问题，传达贯彻上级党组织的决议、指示等。

（2）支部委员会每月召开一次，研究和处理支部经常性工作。检查和监督党支部大会通过的各项计划和决议的落实情况。

（3）党小组会每月召开一次。党小组会的内容要紧密围绕党支部近期任务以及党员的思想、工作等实际情况来确定。

（4）党课每年 2—4 次。党课力求形式多样，联系实际，深入浅出，使党课教育卓有成效。

3、民主生活会制度

（1）支部要定期安排党员的民主生活会，党委、支部民主生活会每年一次。院领导应参加领导干部和所在支部的双重民主生活会。

（2）民主生活会前，党支部或党小组要提前做好安排，确定议题和时间、地点，通知党支部或党小组的全体党员。

（3）认真做好民主生活会的准备工作，切实提高民主生活会的质量。民主生活会要遵循“团结—批评与自我批评—团结”的方针，要围绕中心议题交流思想认识，采取与人为善的态度开展批评与自我批评，达到统一思想、增强团结、共同提高的目的。

4、党的生活制度

（1）支部大会、党小组会以及总支、支部组织的各种活动，每个党员都必须参加（除值班、外出进修学习外），有事应请假，不得无故缺席。

（2）党员活动日内容由党建办统一安排，各支部具体负责落实。

（3）党员活动日内容必须按计划进行，不得挤占和挪用。如遇特殊情况不能按时进行，应利用其他时间补上，以保证党员活动日的落实。

（4）党委、支部书记要认真过好双重组织生活，自觉接受群众监督。

（5）各支部要严格执行党的组织生活制度，认真考勤，支部对每次活动的人员、时间、形式、内容等如实做好详细记录，对无故缺席者，应在一定范围内进行批评教育。

5、外出党员管理制度

（1）党员临时外出工作、开会、学习、考察等，只需持党员证明信，其组织关系仍在原单位。外出时间在三个月至一年的党员，要携带党员证明信参加所在单位的党组织生活。党员外出时间在一年以上，应转正式关系，并要求每半年向原总支、支部汇报一次思想、工作和学习情况。

（2）对出国进修学习、参观、考察的党员，要根据国家教委和外交部《关于留学人员党员组织关系接转程序和党费收交办法的通知》文件的有关规定严格管理。

6、党费交纳制度

共产党员按照党章规定向党组织交纳党费，是增强党的组织观念，履行党员义务的重要内容。根据工资制度改革后的工资收入情况，现将党员交纳党费的办法规定如下：

（1）党费交纳标准：

在职党员每月收入在3000元以下（含3000元）者，交纳月工资收入的0.5%；3000元以上至5000元（含5000元）者，交纳1%；5000元以上至10000元（含10000元）者，交纳1.5%；10000元以上者交纳2%。

第7类党员每月以基本离退休费或基本养老金（不含津补贴）为计算基数，5000元以下（含5000元）的按0.5%交纳党费，5000元以上的按1%交纳党费。

（2）预备党员经上级党委批准后，从支部大会通过的当月开始交纳党费。

（3）党员如有工资调整，应于调整工资的当月按规定比例交纳党费，补发工资应从补发工资当月起按比例补交党费。

（4）党员应自觉交纳党费。如有特殊情况不能亲自交纳或不能按月交纳时，可委托其他党员代交或预交、补交，预交、补交时间一般不得超过六个月。

（5）对不按规定交纳党费的党员，党支部应及时对其进行批评、教育。

7、党组织换届选举制度

（1）按照党章规定，党的基层委员会，每届任期三年或四年，应按规定进行换届选举。

（2）按照党章规定，党的总支委员会、支部委员会、每届任期两年或三年，应按规定进行换届选举。

8、民主评议党员制度

民主评议党员制度是新形势下加强党的建设的一项重要制度，根据上级党委的有关部署和要求，按照中发[1988]13 号文件精神，进一步健全民主评议党员制度，做好民主评议党员工作。并与年终支部总结、表彰优秀党员工作相结合，一般每年初（终）进行一次。

泗洪县第一人民医院党支部会议制度

第一条 为认真落实卫健局党委关于“重大事项决策、重要干部任免、重要项目安排、大额度资金的使用，必须经集体讨论做出决定”的制度（以下简称“三重一大”制度），，充分发挥集体领导的核心作用，保证决策的民主化、科学化，结合本单位实际，特制定本制度。

第二条 医院领导班子对重大事项决策、重要干部任免、重要项目安排、大额度资金的使用，按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的原则，由党支部集体讨论决定，不得以任何其它形式替代。

第三条 凡涉及卫生改革、发展和稳定，关系职工切身利益的重大问题，均属重大事项决策的范围，主要内容包括：

（一）党和国家的卫生工作方针、政策，县委、政府及上级卫健部门有关会议和文件精神的贯彻落实。

（二）有关卫健系统党的组织和思想作风建设、精神文明建设、党风廉政建设和反腐败工作的重大决策。

（三）年度计划、改革举措。

（四）卫生队伍建设，包括领导班子建设，部门设置及人员的奖惩，人才引进等。

（五）上报县委、政府和上级卫生部门的重要请示、报告。

（六）内部规章制度的建立、修订和废除。

（七）涉及职工住房、晋升等切身利益的事项。

（八）重大人身伤亡以及突发事件的应急处置。

（九）党支部认为应当由集体研究决定的其它重大事项。

第四条 重要干部任免是指按照干部管理权限进行的推荐、调整和任免，主要内容包括：

（一）科室领导干部的任用。

（二）后备干部的推荐选拔。

（三）有突出贡献的专家及中青年专家的推荐。

（四）职工的年终考核。

（五）人大代表、政协委员、党代会代表候选人的推荐。

第五条 重要项目安排的主要内容包括：

（一）未列入预算的大宗物资、设备采购等。

（二）未列入预算的办公场所和家属区的装修、改造、维修等修缮工程项目。

（三）党支部认为应当由集体研究决定的其他重要项目安排。

第六条 预算外资金单项支出及对外捐款、赞助等大额资金的使用，经总支委集体讨论决定。

第七条 凡“三重一大”事项上会议题由支部委员提出，书记与副书记协商确定。办公室负责收集议题，并提前通知参加会议人员。党政主要领导事先交换意见，统一思想。重要干部任免决策之前，严格按照《党政领导干部选拔任用工作条例》及相关规定中确定的程序执行。

第八条 党支部会议讨论决定重大事项必须有半数以上委员参加、研究干部任免必须有三分之二以上委员参加，方可召开会议。根据工作需要，相关业务人员可列席会议。

第九条 会议在讨论议题时，首先由主要领导报告情况。会议主持人充分发挥民主，认真听取每位委员的意见，对少数人的意见，也认真予以考虑。决定事项可采取口头、举手的方式进行表决。研究推荐、提名和决定干部任免、奖惩事项时，应当逐个表决。会议要坚持少数服从多数的原则，表决事项以赞成票超过应到会人数的半数为通过。对意见分歧较大、带有实质性的有争议事项，如时间允许，应暂缓做出决定，待进一步调查研究、交换意见后，再召开会议决议。

第十条 会议要严格按照预定议题进行，不能临时动议会议议题或表决事项，特别是不能临时动议重大议题或重要人事任免事项。

第十一条 凡前次党支部会议做好的决策，如需再次上会复议，必须有支部委员1人动议，会前须经书记和副书记协商同意，否则不得复议。

第十二条 党支部会议集中研究讨论“三重一大”事项决策的情况，包括决策参与人、决策事项、决策过程、决策结论等，由专人做好记录，详细记录表决的结果。讨论干部任免事项，应如实记录推荐、考察、酝酿、讨论和决定情况。对所决策事项形成会议纪要、决定等，经党支部会议主持人审阅签发后，在一定范围内公示，接受干部群众监督。

第十三条 党支部会议讨论与委员本人及亲属有关的议题时，有关委员应主动回避；对尚未正式公布的会议决策和需保密的会议内容，与会人员不得外泄；需要上级审批或备案的事项，要按规定及时办理相关手续。

第十四条 党支部会议对“三重一大”事项做出决议后，按照集体领导和个人分工负责相结合的要求，分管委员要及时安排相关科室负责人进行决策的实施并督促检查，及时将落实情况向党政主要领导汇报，确保决策的落实。

第十五条 党支部会议集体形成的决议，任何个人无权改变，个人和少数人有不同意见允许保留，但在集体没有重新改变决策前，必须无条件服从。如在执行过程中情况发生变化，需要改变原来的集体决定，必须经领导班子集体复议，做出新的决定，并按新的决定执行。

第十六条 凡属下列情况之一，造成严重政治影响和重大经济损失的责任人，要根据事实、性质、情节承担责任，依法依纪进行追究。

（一）不执行或不正确执行本办法，应当集体讨论决定的事项未经集体讨论，而由个人或少数人决定，或由于紧急情况，未经集体讨论决定，事后不及时通报的。

（二）虽经集体研究，但其决策有悖国家法律法规、党纪政纪条规和干部选拔任用条例的。

（三）对于重大事项未做调查研究，盲目决策导致决策失误的。

（四）未向领导及时提供真实情况而造成错误决定的。

（五）不遵守、不执行集体决定，或未能按照集体决定和分工履行自己的职责，或擅自改变集体决定，给工作造成损失的。

（六）执行决策后发现可能造成损失，不及时报告和采取措施纠正的。

（七）其他因违反“三重一大”制度而造成失误的。

第十七条 本规定自下发之日起执行。

泗洪县第一人民医院党政领导干部廉洁勤政的规定

1.自觉坚持以医疗为中心，搞好医疗服务，尽职尽责，努力工作，顾全大局，严守纪律，做到令行禁止，同党中央在思想上、政治上保持高度一致。

2.自觉坚持民主集中制原则，重大问题集体讨论决定，继承和发扬党的理论联系实际、密切联系群众、批评与自我批评的作风和实事求是、艰苦朴素的传统，把自己置于党和群众的监督之下。

3.克己奉公，不搞特殊，不利用职权谋私利，不开后门，不走后门，严格执行财务制度。勤俭节约，不做违反原则或超出规定的事。

4.自觉遵守组织人事纪律。选拔使用干部，职称晋升，要任人唯贤，不搞亲疏，注重实绩。不利用职权安排子女、亲属，严格按组织原则和规定程序办事。

5.不收受贿赂，不用公款请客送礼。因工作关系需要招待的客人按规定办事，注意节约，不铺张浪费。

6.严格执行收费标准，不做违反物价政策的事。努力提高医疗质量，做到优质高效服务。

7.提高工作透明度，自觉接受监督检查，凡职工群众应当知道的事，都应通过适当形式，实行政务公开，公诸于众。

8.要身体力行“三个代表”思想，坚决执行党风廉政建设、领导干部廉洁自律及行风有关规定。

9.要兢兢业业，勤奋工作，不断提高工作效率和工作水平，解放思想，与时俱进，勇于探索，创造性地开展工作，成绩显著。

泗洪县第一人民医院干部谈话制度

为贯彻落实党管干部的原则，加强对我院各级干部的监督管理，结合我院实际情况，制定本制度。

1、谈话对象

院中层干部（机关部门负责人、支部书记、科主任、专科主任）。

2、谈话内容

（1）工作情况谈话。主要是一年来工作、学习、思想以及在工作中遇到的困难、问题及意见和要求。原则上每年进行一次。

（2）任职前的谈话。对拟提拔聘用的干部，在任（聘）用决定下达之前进行谈话，在肯定成绩的基础上，指出目前还存在的不足，对今后工作提出更高的要求。

（3）免、降职前的谈话。对拟免职、降职的中层干部在肯定其优点和工作成绩的同时，指出缺点与问题，帮助干部分析原因，总结经验教训，放下思想包袱，明确努力方向。

（4）情况反馈谈话。针对谈话对象的不同情况、不同特点，采取不同方式和方法，做到有的放矢，注重效果；谈话力求客观公正，对成绩要肯定，对存在的缺点和不足要明确指出，对错误要批评教育，帮助他们从中吸取教训，改正错误。

（5）告诫谈话。在干部考察中，对在党风党纪方面存在突出问题，群众反映较大，人民来信较多，造成一定影响及大多数群众认为不称职的领导干部，应及时地有针对性地找本人谈话，告诫干部克服工作中暴露出的缺点和不足，自觉加强党性修养，严于律己，认真完成组织交给的各项任务。

在干部交流、下派挂职、出国出境考察等重大事情前，及时谈话，提醒要注意的有关事项。

3、谈话要求

（1）按照院领导所分管的单位及科室，要求每年找每位中层干部谈话不少于 1 次。

（2）要以经常性的谈话为主，并注意谈话的方式，从爱护干部、调动积极性出发，做好思想政治工作。

（3）加强谈话前的沟通联系，充分做好谈话前的各项准备工作。既要联系工作谈思想，又要注意了解基层工作中的困难，认真听取他们的建议、意见和要求。

4、检查监督

组织科要做好领导干部谈话以后的跟踪考察工作，及时掌握干部谈话后的表现，并把干部谈话后的表现情况列为干部考察和年度考核的一项内容。

泗洪县第一人民医院纪委谈话工作制度

1．谈话目的：全面了解和掌握党员干部的思想作风、工作作风、生活作风及廉洁自律等方面的情况，加强对党员干部的教育、管理和监督，促进党员干部廉洁自律，推进医院党风廉政建设和反腐败工作。

2．谈话原则：坚持立足教育、着眼防范、关口前移、主动监督的原则，做到早警戒、勤提醒、常监督，促进党员干部勤政廉洁廉政。

3. 谈话主体：医院纪委领导和（或）其他负责同志为谈话工作的责任主体即谈话人，谈话人应当不少于 2 人；各部门、科室主要负责人、人财物等重要岗位工作人员以及群众有反映的党员干部为谈话对象。

4. 谈话方式：谈话由纪委组织实施。个性问题可采用个别谈话的方式进行；普遍性问题可采用会议或集体谈话的方式进行。

5. 谈话类型及内容：

（1）调查了解性谈话

了解谈话对象及所在部门或科室贯彻执行党的路线方针政策和医院党委、行政的决议、决定、指示以及重大决策、重要工作部署情况，特别是遵守政治纪律、政治规矩情况；了解谈话对象及所在部门或科室贯彻落实党风廉政建设责任制，履行“一岗双责”，开展党风廉政建设和反腐败工作情况；针对当前医院党风廉政建设和反腐败工作中存在的突出问题，结合实际提出意见、建议和要求；对其他需要互相沟通和共同研究的问题进行交流。

（2）履新谈话

对新任职的中层干部在干部上任之初或在新任职一段时间后进行廉政教育，沟通思想，鼓劲打气，明确廉政责任和要求，教育谈话对象认真贯彻执行党和国家的路线方针政策，模范各项纪律，正确对待和行使权力，勤政廉政，遵纪守法，加强党性和思想道德修养，自觉接受组织和群众的监督；明确与其所任职务相应的党风廉政责任。

（3）提醒谈话

在日常工作中，发现党员干部政治思想、履行职责、工作作风、道德品质、廉政勤政等方面存在苗头性、倾向性问题，贯彻执行医院党委重要决策部署、履行党风廉政建设主体责任、落实“一岗双责”等方面不够得力，需要提醒并予以改进的，进行提醒谈话。

（4）谈话提醒

在信访举报工作中，发现党员干部可能存在违规违纪问题，需要采取谈话的方式予以调查核实或者进行警示提醒，或者在监督检查、经济责任审计等工作中，发现党员干部存在违反作风建设、廉洁自律、党风廉政建设责任制等相关规定以及违规违纪问题，情节轻微，不需要立案查处的，进行谈话提醒。

（5）诫勉谈话

了解核实有关党员、干部在党风廉政建设方面的有关情况，并对其进行警诫教育和劝勉。主要是了解谈话对象执行廉洁自律各项规定的情况，重点了解以下几个方面的问题：一是在遵纪守法、廉洁自律和作风建设方面发生的苗头性问题；二是群众反映较多，虽不构成违纪，但已产生不良影响的问题；三是群众举报属实，但属于自查自纠范围的问题；四是组织上认为需要提醒、告诫的其他问题。

6.谈话程序：

（1）根据工作需要，纪委研究确定谈话主题和对象。

（2）纪委向谈话对象下发谈话通知书，告知其谈话的时间、地点等。

（3）由谈话人按照要求对谈话对象进行谈话。谈话时，主谈人应向谈话对象说明谈话主题及原因，指出谈话对象需要注意或者需要核实了解的问题，认真听取谈话对象对有关问题的解释和说明，针对谈话对象存在的问题提出相应要求等。

（4）对干部进行谈话，谈话记录由纪委留存备查。对需要由谈话对象所在部门或科室整改的问题，向其所在部门或科室发出整改通知书，必要时也可提出纪律检查建议或监察建议。

（5）对经诫勉谈话后半年内仍无改进者，院纪委可以向组织部门、上级纪委或院行政提出对谈话的任用建议。

7.谈话纪律及要求：

谈话人应当遵守以下纪律及要求：

（1）在谈话前做好谈话准备，并根据反映或者发现的问题列出谈话提纲。

（2）对谈话的内容严格保密，不得为谈话对象通风报信。

（3）坚持原则，公道正派，不得借机包庇和袒护谈话对象，不得利用谈话谋取个人利益或者对谈话对象进行打击报复。

（4）谈话人与谈话对象有直接利害关系的，应当回避。

谈话对象应当遵守以下纪律及要求：

（1）按照约定的时间、地点接受谈话，不得借故推诿、拖延。

（2）对谈话要正确对待，表明态度，如实作出解释和说明，不得隐瞒、编造、歪曲事实和回避问题，并在谈话记录上签字。

（3）就某些问题需要作出进一步说明的,要以书面形式表述并及时交给院纪委。

（4）对存在的问题必须在限期内写出情况说明或书面检查，提出自律整改意见，交给院纪委，并在限期内切实整改。

泗洪县第一人民医院信访工作制度

1.本制度所称信访，是指群众采用书信、电子邮件、传真、电话、网络平台及走访等形式向本院反映情况、提出建议、意见或提出投诉请求，依法应当由本院受理的活动。由上级机关交办或其他部门转办的属于本院受理范围的信访事项，按照本制度办理。

2.医院主要负责人是本院信访工作的第一责任人。成立院信访工作领导小组，医患调解中心负责信访日常工作。重大信访问题通过召开领导小组会议，及时通报情况，研究意见，协调处理。

泗洪县第一人民医院信访领导小组

组 长：许 柯、尹忠诚

副组长：邵 雷、钱 敏、戴文献

组 员：许 刚、施学文、彭兰兰、张 伟、彭延花

**3.**实行院领导包抓重点信访事项制度。对重大、复杂的信访事项，院主要领导应亲自批办，组织专题研究，确保办结落实。对于赴京、赴省集体上访及上级部门交办的信访案件，要逐案落实领导包案责任制。包案领导要全程参与案件的调查、协调和处理，确保信访事项依法按政策处理到位。

**4.**实行矛盾纠纷定期排查会商制度。对矛盾纠纷隐患每月进行一次排查，并建立排查化解台帐。对排查出的矛盾纠纷，要认真进行汇集研判和任务交办，落实工作责任，明确处理解决时限和要求。院领导班子每季度召开一次信访形势研判会，研究解决存在的信访突出问题。对本级职权范围内难以解决的问题，要及时上报上一级相关职能部门。

**5.**来信来访、电话举报实施登记

（1）来信管理：对各类信访信件，由专人负责拆阅，按要求认真做好登记。并按处理来信的程序，送领导审阅。负责信件审阅的领导，按“分级负责，分工归口”和区别轻重缓急的原则及时进行办理。对需转其主管部门或其上级机关处理的信件，要按规定做好登记签收手续；对转办信件，属纪检监察业务范围的，按照分级负责的原则处理，不属纪检监察业务范围的，按照分工归口的规定办理。

（2）来访管理：凡群众个人或集体来访反映问题，接访人员必须文明礼貌接待。接待人数要两人以上，仔细耐心听取反映情况，认真做好记录。记录结果要让来访人员签名确认。接访时，应依据有关的政策、法律法规给予认真解答，不许诺，不信口开河。对情绪激动的来访者，要耐心细致做好疏导工作，对来访者要求院领导接访的，由接待科室做好安排，并派人陪同接访。

（3）电话举报管理：凡来电要求举报的，接听人员要认真接听，做好详细记录。举报人举报完毕后，接听人应将其举报内容复述一遍进行核对，经整理后及时报送呈批。对重要的举报电话可进行录音处理。录音完毕，应注明来电的有关情况并及时整理呈报。

**6.**加强对群众来信来访情况的综合分析，对本院信访情况每季度统计一次,年终对信访情况作出工作总结。

**7.**及时收集、筛选信访中反映的重要情况和问题。对重大问题或带苗头性、倾向性的问题及时做好上报反映或专题报告。

**8.**深入调查研究，认真总结查办信访案件、有效解决信访问题等方面的经验。按有关规定向市信访部门上报相关工作报表。

医德医风教育制度

泗洪县第一人民医院医德医风教育制度

一、为加强医院精神文明建设，推动医德医风建设，完善医德医风日常考核管理，现根据卫生部和省州县卫生系统对医德医风工作要求及医疗卫生法律法规，结合本院实际，制定本制度。

二、本制度所指医德医风是指医务人员在服务患者的行医过程中，应遵循的职业道德、行为规范和行业风气。

三、医德医风考核管理适用于本制度。违反医德医风行为规范的，依据《医院员工手册》、《医院职工奖惩条例》及有关院纪院规的规定处理。

四、医院医德医风领导机构为医德医风建设领导小组，由院党政领导担任正副组长，其成员有各部门行政职能处室负责人组成，定期召开医德医风建设工作会议，研究并部署工作。

五、医德医风工作会议主要职责：

1. 认真传达贯彻卫生部及省州县卫生系统有关医德医风工作指示精神；

2. 审定医德医风年度工作计划，督促、检查计划执行情况，协调全院医德医风工作；

3. 对严重违反医德医风行为规范的人和事作出处理决定；

4. 讨论修改并完善医德医风考核管理制度；

5. 听取办公室医德医风工作报告，研究并部署工作。

六、医德医风专职部门常设党办，主要承担职责：

1. 组织制定实施年度医德医风建设工作计划、措施，协调医德医风相关工作；

2. 定期分析医德医风状况，提出整改意见和处理建议；

3. 对医德医风档案实施管理；

4. 负责医德医风考核和管理，及时反馈信息；

5. 受理医德医风投诉，会同相关部门调查核实，负责开列整改通知单，限期加以整改，督促各部门做好医德医风建设工作。

七、医德医风办每月汇总医德医风情况，并向医德医风建设领导小组作出如实报告，由院党政领导在周会上进行医德医风讲评，对典型人和事进行通报批评和表扬。

八、医德医风办应当加强对各科室及其医务人员医德医风状况的监督检查，督促各部门加强医德医风建设，认真做好医疗服务质量，不断提高病人满意度。

九、医德医风工作实行院科两级管理，应遵循“谁主管，谁负责”的原则，有专人负责医德医风建设工作。各部门统筹安排本科室医德医风建设工作，把医德医风建设工作纳入常态长效管理。同时，对医德医风工作采取问责制，对医德医风建设工作中出现的问题，要追究相关领导责任。

十、院医德医风考评小组由院党政领导及党办、院办、人事处、等部门负责人组成，具体实施对医院职工医德医风考核。各部门医德医风考评小组人员由各部门自行决定。医德医风考核结果纳入人事科对职工年度考核，与职工个人岗位聘用、晋升晋级、评选各类先进挂钩。

十一、院科定期召开医德医风考评会议，对员工医德医风实施年度考核，做到奖优罚劣。医德医风考评会议主要职责：

1. 对涉及严重违反医德医风行为规范的人和事，做出处理意见；

2. 接受医德医风当事人的申诉，并进行复议；

3. 对患者投诉及表扬的人和事提出考核意见；

4. 形成医德医风综合考评意见；

5. 对医德医风考评结果有建议权。

十二、医德医风培训教育由党办、院办、人事科、医务科、护理部、等部门共同实施。人事科、医务科、护理部及各部门应当加强对新职工、进修医生、住院医师的医德医风教育和管理。

十三、积极发挥院外行风监督员及外聘满意度测评人员在医德医风监督检查中的作用，促进医德医风建设。同时，要重视社会对医德医风的评价，认真做好行业满意度测评、问卷调查以及投诉信箱等方面工作。

十四、医德医风办应当加强各科室以及医务人员医德医风状况的检查，督促各部门加强医德医风建设，做好医疗服务质量工作，不断提高病人满意度。

十五、医德档案依照《关于在卫生系统建立医德档案制度的通知》和院《医德档案工作实施细则》、《医德档案管理办法》的规定进行管理。

十六、本制度解释权归医德医风办，本制度自颁布之日起试行。

泗洪县第一人民医院坚持公立医院公益性的措施

在上级部门的正确领导下，我院坚持“简便廉验，安全有效，服务患者，惠泽一方”的宗旨，不断深化“以病人为中心”的服务理念，紧紧围绕“把人民群众健康权益放在第一位”的主题，着力解决群众看病难，看病贵等问题，推出了一系列以病人为中心的公益服务新举措，充分体现了公立医院的公立性。

1. 降低服务成本，控制两费增长。

一是开展常见病优势病种临床路径工作；推行基

本医疗服务标准化，落实社保部门规定的基本医疗保障药物目录备药率、使用率及自费药品控制率等考核指标，落实卫生部门确定的基本药品使用比例、药品收入占业务收入比例＜49%，实行医学检验、医学功能检查和医学影像检查质量认证、结果互认制度；推广运用合理用药，充分发挥中医药诊疗价格相对低廉的优势，通过缩短平均住院日，提高治愈好转率，从而控制两费增长。

二是不断提高医疗业务水平，确保医疗安全，为市民

提供精准的高水平医疗服务。

1. 坚持以病人为中心，规范流程，为市民提供便民

服务，提高市民满意度。

以公立医院改革和创先争优活动为契机，以病人为中心，以人民群众满意为出发点和落脚点，着力提升医疗服务水平，持续改进医疗质量。

一是规范流程，优化环境。将改善人民群众看病就医感受作为加强医疗服务工作的创新点和突破点，合理安排门急诊服务；在门诊大厅公布就诊流程、挂号取药需知及使用医保卡注意事项，有效地指引、方便患者就医；

二是广泛开展便民门诊服务。开设便捷门诊，为患者转处方、开各种检查单等提供快捷的医疗服务；在门诊大厅设置导医台。社会服务部，为患者提供免费量血压，咨询及解难答疑，并配备必要的担架，轮椅等，免费为患者服务，最大限度的满足病人的需求。

1. 落实公共卫生责任，开展健康讲座、义诊等关爱

活动，提高市民满意度。

一是成立家庭医生、治未病中心，充分发挥儿科、妇产科的优势，开展爱心门诊，门诊调养咨询、医疗服务和进社区等发挥我院特色优势的措施，为市民提供价格低廉的诊疗服务。

二是成立健康俱乐部，开展形式多样的健康讲座等关爱活动。定期为市民开展健康知识讲座、专题咨询及义诊活动，并免费向市民发放健康知识手册。

三是不断改进工作，提高市民满意度。对前来我院就诊住院的患者开展满意度调查，收集整理市民对我院工作提出的建议和意见，不断改善工作。

1. 完成政府职能，积极承担社会医疗责任，完成卫

生下乡，对口支援组派医疗对等任务。

一是按照上级部门的要求，按时完成对口支援工作。充分发挥我院的龙头作用，加快我县城乡医疗事业的发展，经常派出医生、专家到乡镇卫生院进行业务指导，密切双方关系，指定高年资主治医师为主的经验丰富的医务人员与对口支援医院的初中级医务人员建立师带徒指导关系;免费接收受援卫生院医务人员的进修。

二是为了人民群众的身体健康，奉献爱心，回报社会对我院事业的长期信赖和支持，我院每年都会派资历高的医师进行义诊活动，得到群众的一致好评。

三是完成各级卫生管理部门指定的各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业及边远地区医疗服务援助项目。

泗洪县第一人民医院医德医风及行风建设教育实施方案

为了“加强医德医风建设，提高医疗服务质量”进一步加强医德医风建设，促进医疗服务质量持续改进和提高，努力构建和谐医患关系，加快卫生诚信体系建设，推进卫生事业科学发展，更好地为人民健康服务。按照上级部署，现就我院开展“优化医疗服务 树立行业新风”为主题的活动实施如下：

一、指导思想

坚持以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，紧密联系卫生改革与发展实际和医疗卫生队伍建设现状，以开展“优化医疗服务，树立行业新风”专题活动为载体，引导医务人员树立正确的世界观、人生观、价值观，增强抵制不正之风的能力，增强全局观念，发扬优良传统，构建安全和谐的医疗服务氛围，为促进我市卫生事业又好又快发展和海峡西岸经济区建设提供有力保证。

二、成立组织，加强领导

为了加强对我院医德医风集中教育活动的组织领导，决定成立泗洪县第一人民医院医德医风集中教育活动领导小组。成员名单如下：

组　长: 许柯  
副组长: 许 刚

成 员：黄 永、饶 芬、张 瑾

三、工作重点及措施

1、提高认识、明确职责

在院“医德医风建设与考评领导小组”的领导下，实行分工负责、分级管理。科主任是科室管理的第一责任人。做到解放思想，更新观念，提高认识，层层抓落实。

将医德医风年度考评作为科室年终综合考评的重要内容之一，每一位医务人员建立个人考评档案，每一年为一个考评周期，考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。考评结果与年度评先评优、注册、晋升、聘用挂钩。

2、强化教育，提高素质

通过多种形式经常性进行政治思想教育和职业道德教育，将加强医德医风建设与开展深入学习实践科学发展观活动相结合，与精神文明创建相结合。教育广大职工牢记全心全意为人民服务的宗旨，树立正确的荣辱观、人生观、价值观，做白求恩、王忠诚式的医务工作者，树立忠于职守、爱岗敬业、乐于奉献、文明行医的卫生行业新风，加强职业道德、职业纪律、职业责任、职业技能教育，增强全体职工的自律意识。

3、院院联手，行风共建

继续与上级部门继续深入开展“行风共建活动”，总结经验，改进不足，促进我院医德医风建设和医院的健康发展、可持续发展和科学发展，创建行风共建的长效机制。

4、强化监督，稳中求升

坚持“五个监督”不放松，即党内监督、党外监督、依法监督、社会监督、自我监督。聘请了社会行风监督员，定期座谈、交流，广泛征求意见和建议，不断改进工作；开展病人满意度调查，设立意见箱和意见本；公布投诉电话，专人接待投诉，做到有诉必答，有诉必果，有责必究，有错必改。始终坚持“以病人为中心”，把患者安全与利益放在第一位的服务宗旨，使医院工作稳中求升。

5、完善制度,奖优罚劣

完善制度，科学管理，尊重患者的知情权、选择权，切实维护医患双方的合法权益，按照“医患沟通制度”要求，严格抓落实，减少纠纷发生，进一步和谐医患关系，实行制度规院，提升医院综合管理水平，促进医院可持续健康发展。

6、明确纪律，令行禁止

严格执行省卫生厅颁布的全省卫生系统“十条禁令”和市卫生局制定的行业纪律“十不准”，继续深入开展纠风工作和治理医药购销领域商业贿赂工作，明确各项政策和纪律要求。

（1）不准在医疗服务中索要，接受患者及其亲友的“红包”、物品和宴请；

（2）不准在国家规定的收费标准和项目之外，自立名目收费；

（3）不准医务人员私收费；

（4）不准推诿、训斥、刁难病人；

（5）不准开大处方、滥用抗生素、进行不合理检查、治

（6）不准未经批准外出行医、会诊、义诊；

（7）不准在药品采购中索要、接受生产、经销单位和个人以任何名义和形式给予的回扣、提成；

（8）不准违反药品集中招标采购政策规定，不按购销合同采购中标药品，或以其他方式规避药品集中招标采购；

（9）不准任何医疗卫生单位公职人员以任何名义，在药品、医疗设备采购、重大基建项目决策中违反程序，暗箱操作，或在从事业务和诊疗活动中接受商业贿赂；

（10）不准在卫生监督执法中滥用职权、徇私枉法。

对于违反上述规定的，按照《执业医师法》第三十七条、《护士条例》第十七条、十八条、十九条、卫生监督、刑法修正案等法律法规和有关党纪政纪之规定，分别移交相应机构作出严肃处理。

7、价格合理，依规收费

实行信息公示制度、收费查询制度和住院患者一日清单制度，财务上统一收费标准，杜绝漏收、多收、重复收费，增加收费管理的透明度。

四、考评

根据原卫生部《医师定期考核管理办法》及江苏省卫计委《关于印发<江苏省医师定期考核管理办法实施细则>的通知》（苏卫规（医政）〔2015〕1号）精神进行考评，每年度为一考评周期。

泗洪县第一人民医院医德医风八大承诺

健康所系、性命相托。面对群众的信任，社会的期待，我庄严承诺：

一、热爱祖国，忠于人民，遵纪守法，依法行政，恪守医德，文明行医，廉洁执业。

二、坚持政治理论、政策法规、职业道德规范及业务技术学习，刻苦钻研，孜孜不倦，精益求精，全面发展。

三、谨遵“全心全意为人民服务”的宗旨，坚持“以病人为中心”服务理念，合理诊治、合理检查、合理用药。

四、尊重服务对象的人格和权利，尊重患者的选择权、知情权，保护患者隐私，自觉接受患者和社会的监督。

五、文明执业，礼貌待人，佩证上岗，规范着装，严格执行“首问、首诊负责制”，不得推诿、训斥、刁难服务对象。

六、严格执行党风廉政和行风建设各项规定，拒绝接受医疗设备、卫生耗材、药品、试剂等生产、销售企业或代理推销人员以各种名义、形式给予的回扣、提成，不谋取任何形式的不正当利益。

七、坚守医务人员职业道德，不开具虚假医学证明，不隐匿、伪造或违反规定涂改、销毁医学文书及有关资料，不参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销。

八、顾全大局、团结协作、和谐共事，积极参加社会公益性服务活动。

以上承诺，请广大群众监督。

泗洪县第一人民医院医德医风目标责任制

1. 加强制度建设和文化建设，与时俱进，创新进取，努力提升医疗质量、保障医疗安全、提高服务水平。
2. 认真履行管理职责，努力提高管理能力，依法承担管理责任，不断改进工作作风，切实服务临床一线。。
3. 遵纪守法，依法执业。自觉遵守国家法律法规，遵守医院规章和纪律，严格执行医院的各项制度规定。
4. 加强医疗、护理质量管理，建立健全医疗风险管理机制。

5、尊重人才，鼓励公平竞争和学术创新，建立完善科学的人员考核、激励、惩戒制度，不从事或包庇学术造假等违规违纪行为。

1. 优质服务，医患和谐。言语文明，举止端庄，认真践行医疗服务承诺，加强与基层的交流与沟通，自觉维护行业形象。
2. 恪尽职守，勤勉高效，严格自律，发挥表率作用。
3. 以人为本，践行宗旨。坚持救死扶伤、防病治病的宗旨，发扬大医精诚理念和人道主义精神，以病人为中心，全心全意为人民健康服务、
4. 爱岗敬业，团结协作。忠诚职业，尽职尽责，正确处理同行同事间关系，互相尊重，互相配合，和谐共事、
5. 廉洁自律，不索取和收受非法财物，不利用职务之便谋取不正当利益不收受医疗器械、药品、试剂等生产、经营企业或人员以各种名义、形式给予的回扣、提成，不参加其安排、组织或支付费用的营业性娱乐活动。

泗洪县第一人民医院医德医风管理组织体系

医德医风管理组织体系分四级。一级为医院医德医风工作领导小组。二级为医德医风办公室。三级为医德医风第一工作部至医德医风第十工作部。四级为医德医风工作专业科室小组。

医院医德医风工作领导小组由院党委成员组成医德医风办公室挂靠在党委办公室医德医风基层工作部由党总支成员组成医德医风工作专业科室小组由党支部书记、正副科主任、正副护士长组成。

各级职责 ：

**㈠**医德医风工作领导小组职责

1. 认真贯彻上级关于医德医风方面的文件精神决策医德医风方面的重大事项布署医德医风工作。
2. 研究决定除医院医德医风文件规定以外的奖惩。
3. 督促检查医德医风工作。

**㈡**医德医风办公室职责

1. 按照医德医风领导小组的意图具体抓好医德医风工作2、制定医德医风方面的计划、实施方案和规章制度，做好总结工作
2. 做好上情下达下情上报工作
3. 组织参加医德医风方面的活动
4. 组织做好医德医风测评工作
5. 落实奖惩工作
6. 做好督促检查工作
7. 做好调查研究，对查出的问题做好反馈整改工作
8. 负责医德医风教育工作
9. 做好患者投诉的接待工作
10. 组织督促协调各总支各职能部门医德医风的落实工作12、抓好医患沟通工作

13、完成医德医风工作领导小组交办的其它工作任务。

㈢医德医风基本工作部职责

1. 落实医德医风工作领导小组和办公室下达的任务
2. 检查督促本单位的医德医风工作
3. 管理本单位的医德医风档案
4. 配合办公室做好医德医风测评、检查工作
5. 督促本单位所辖科室反馈问题整改落实工作
6. 对于投诉的意见做好调查督促落实
7. 参加医院医德医风方面的活动

8、抓好服务态度、服务质量和医患沟通工作。

㈣医德医风工作专业科室小组的职责

1. 认真落实上级部署工作
2. 做好投诉的调查工作
3. 做好医德考评工作
4. 抓好医德医风教育工作
5. 落实好医疗惠民便民措施
6. 督促各医疗组的医患沟通工作
7. 定期召开医患座谈会

8、抓好服务态度和服务质量工作。

按照上级和我院领导小组指示精神不定期召开会议研究部署医德医风工作。充分利用院周会、网络传达贯彻上级指示精神宣传医德医风先进人和事培养先进典型。

医德医风办公室不定期与相关职能部门沟通共同完成领导交办的任务带动全院。

泗洪县第一人民医院医德医风教育制度

1. 医德医风教育的目的：通过深入规范、系统的医德医风教育，不断增强全院医务人员全心全意为人民服务的理念，提高医务人员医德水准，进一步提高医疗服务质量，确保医疗、教学、科研、管理等各项工作任务顺利进行。
2. 医德医风教育的主要内容。

（1）党和国家的医疗卫生工作的路线、方针、政策。

（2）医疗卫生相关法律法规及医院规章制度。

（3）卫生系统各类人员的医德规范、行为规范、服务规范等行风相关规范及规定。

（4）卫生行风和职业道德建设工作中的先进典型人物和事迹。

（5）各级卫生行政部门以及医院颁发的有关卫生行风和职业道德建设的制度、规范及文件。

（6）《医学伦理学》、《心理学》等有关理论。

3、医德医风教育的主要方法

（1）大型主题教育活动可以利用院、总支、科室动员会、看录像、听报告会等形式进行。

（2）以科室、班组为单位组织学习，举办各种形式的培训：如座谈会、报告会、分组讨论等形式，

进行有关理论知识的学习、先进典型事迹宣传。

1. 院报、网站、宣传栏、媒体宣传、组织医德医风知识考试与竞赛活动等。

（4）把医德医风教育贯穿于医院的各项日常工作中，与医院开展的各项活动有机结合。

4、医德医风教育的时间和考核

（1）医院每年相对集中一定时间开展医德医风教育。主要是结合院党委、医院中心工作任务，采取

定期、不定期的方法开展。

（2）各科室妥善安排学习与临床工作。根据工作实际与医院医德医风学习计划，科学、合理安排学

习时间、内容，保障医德医风教育的顺利进行。

（3）科室、医务人员医德医风教育纳入医德医风考评内容，与综合目标管理责任制考核挂钩，作为

科室、个人评优评先、晋级晋升等的重要考评依据，并实施一票否决。

（4）各科室、部门要认真组织、严格考核，严禁迟到和早退，有事要履行请假手续。

（5）学习情况记入医德医风档案，每人年度内不得少于 4 次医德医风学习。

泗洪县第一人民医院医务人员医德考评制度

1、院行风建设领导小组负责全院职工的医德考评。

2、院行风办负责完善医德考评标准，对医德考评工作进行检查、指导和考核结果的评定，保证考评工作规范进行。

3、医德考评要坚持实事求是、客观公正的原则，坚持定性考评与量化考核相结合，与医务人员的晋升、聘任、年度考核、定期考核等工作相结合。

4、每位医务人员都要建立电子医德档案，医德考评结果记入医务人员医德档案，实行一人一档的电子档案管理。

5、医德考评一年为一个考评周期。

6、医德考评工作分为四个步骤：自我评价；科室评价；总支评价；医院评价。

7、医德考评基本标准分 100 分，为医务人员的基础分，设立加分和扣分项目。

8、医德考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。

9、医务人员定期考核中的职业道德评定，以医德考评结果为依据。考核周期内，有一次以上医德考评结果为较差的，认定为考核不合格。

泗洪县第一人民医院行风工作责任追究制度

为加强行风和职业道德建设，规范医疗服务行为，医院要坚持“管行业必须管行风”、“谁主管谁负责”原则，压实责任，进一步强化行风建设主体责任；要把行风建设工作纳入医院、科室的中心工作，做到与业务工作同部署、同落实、同检查、同考核；重点抓问题整改、抓工作落实、抓长效机制常态运行，确保长效机制的各项措施落到实处。根据省、市有关行风工作的要求和规定，特制定我院行风工作任追究制度，要求全院干部职工认真贯彻执行。

1.行风工作责任追究制度实行三级责任人制度，分别为院领导、各科部门负责人、岗位工作人员。

2.行风工作坚持党委领导下的院长负责制，坚持各级干部“一岗双责”制度，坚持“谁主管谁负责”“管行业必须管行风”的原则。

3.院长对全院行风和职业道德建设工作负有总的领导责任，分管领导对分工范围内的行风工作负有分管领导责任，科室负责人为科室行风工作第一责任人，对科室的行风工作负直接领导贵任，岗位工作人员对其个人行为负完全责任。

4.强化院、科两级负责制，科室部门要切实履行职责，把行风、职业道建设与其他各项工作紧密结合，同布置、同落实、同检查、同考核，按照《（行风和职业道德建设考核细则》，加大监督、检查力度，院行风办对全院行风工作每月至少检查一次，并将检查结果在院周会上反馈，奖惩兑现。

5.年终考核时，把行风、职业道德建设与科室各项工作任务完成情况一并考核验收，作为年终评选的重要条件。对严重违反职业纪律或给医院造成不良影响的，实行一票否决。因工作不负责任，科室出现严重行风问题或处理不力的科室负责人，年度考核不得评为优秀。

6.科室部门负责人要对职责范围内发生的违法违纪案件和明令禁止的不正之风问题及时报告或积极组织和配合有关部门查处，否则年度考核科室部门不得评为先进集体，个人不得评为优秀。

7.全院职工必须认真遵守行风和职业道德纪律的各项规定，增强自律意识，努力提高个人素质，如出现行风问题，应按考核规定接受处理。

8.行风办每月对全院的行风状况检査一次，并将结果反馈，如不查、漏查均按严重差错处理。

9.对出院病人、住院病人、门诊病人问卷等调查反映的问题，无特殊原因，未按期整改的，追究有关科室负责人的责任。

10.院内检査，同一问题整改不力（重复出现二次以上），除按规定处罚当事人外，同时追究相关的领导责任。

11.在上级检查中，责任范围内出现行风问题，被点名批评给医院造成不良影响的，追究相关科室的领导责任，严重者按照医院有关规定处理。实行行风建设工作负有总的领导责任，分管领导对分工范围内的行风工作负有分管责任，把行风工作与医院各项工作紧密结合，同布置、同落实、同检查、同考核。

泗洪县第一人民医院行风投诉处理管理制度

1、行风办负责病人投诉接待工作。接待投诉人和接听投诉电话，要认真填写投诉登记表；对投诉的问题及时与相关科室通报，认真核实，重大事件投诉的信息及时报告分管院领导。

2、畅通病人投诉渠道：设立投诉电话、邮箱。通过媒体、医院电子屏、病历本、医院网站、公示牌等方式向社会公布。在医院各病区、窗口单位、医院醒目位置设立意见箱、意见簿。

3、对投诉做好分类处理。行风办业务范围内投诉的由行风办直接处理；不属于行风办业务范围内的投诉行风办做好引导；需要相关部门共同处理的投诉由行风办协调相关部门统一解决。

4、直接到相应部门投诉者应由相应部门接待，非本部门管理范围者，工作人员应为投诉人做好引导并与相关部门做好交接处理工作。

5、病人投诉处理的原则：贯彻“以病人为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则，做到投诉有接待、处理有程序、结果有反馈、责任有落实。

6、病人投诉受理实行首问（诉）负责制。各科室的主要负责人为处理病人投诉的第一责任人，不得推诿，不得拖延。

7、行风投诉由行风办整理、分析，作为年度医德医风考评的依据之一。

8、病人投诉经核实情况属实而科室存在过错者，由分管职能部门根据医院有关规定进行相应处罚，重大问题上报分管院领导。

9、病人有效投诉与科室、个人的年度评奖评优挂钩。

10、病人投诉处理时间节点：行风办公室在接到投诉后，一般在 3-5 个工作日内向投诉人反馈处理情况。涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项，在 10 个工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见。若因问题复杂需增加时间进一步调查时，应事先向投诉者告知。

11、对投诉问题的处理及整改意见，及时向科室反馈并追踪落实情况。

12、定期分析研究投诉事件，提出整改措施，进一步完善有关制度。

泗洪县第一人民医院行风信访工作制度

1、在院党委、行政的领导下，坚持谁主管、谁负责的原则，按照上级文件精神及医院有关规定，受理行风职责范围内的群众信访问题。

2、坚持文明接访，热情诚恳，认真处理来信，接待来访、来电，倾听患者和家属的意见、建议、要求，接受人民群众的监督，全心全意为人民服务。

3、在政策规定范围内，努力为信访人员排忧解难。对行风办不能解决的问题，应积极、妥善地做好转办工作，禁止推诿。

4、在处理群众信访问题时要实事求是，以事实为依据，维护医患双方的合法权益，注意解决实际问题与思想教育相结合。

5、对来信来访按要求登记。直接办理的在 3-5 个工作日内办理完毕，并视情况将办理结果答复信访人；情况复杂的，时限可以适当延长。

6、对于重要的、比较难于处理的信访问题，应及时报送有关领导阅示，按照领导批示做好相关问题的调查处理或督办。

7、对上级机关交办的信访事项，应按时限要求完成，并将有关问题的处理情况，按要求及时向上级部门、单位领导报告；不能按期办结的，应当向交办机关说明情况。

8、在办理信访事项过程中，不得将信访人的资料及有关情况透露出去，为信访人保密。任何科室、个人不得打击、报复信访人。

9、定期对信访工作进行总结，改进工作，改善服务。

泗洪县第一人民医院群众信访﹙来访、来电、来信﹚接待制度

1、按照上级文件精神及医院有关规定，受理行风职责范围内的群众信访问题，并进行调查核实、处理。

2、公示专门的监督电话、意见箱、邮箱、意见簿，每日开启全院的意见箱，查阅医院监督邮箱、意见簿，记录开箱记录，并核查处理，整改、反馈。

3、坚持文明接访，热情诚恳，认真负责。专人接待来访，接待来访、接听电话应做到热情和气，礼貌待人。接待人员在接访﹙听﹚时要认真听、看、问、记和分析，善于抓重点，积极进行疏导，努力保持稳定。在政策规定范围内，努力为信访人员排忧解难。对行风办不能解决的问题，应积极、妥善地做好转办工作，禁止推诿，努力件件得到妥善处理。

4、接待来访，应按照以下程序办理：

（1）阅看来访者所携带的书面材料，耐心听取来访者的意见建议和要求；

（2）记录来访者反映的主要问题，并向来访者复述，进行核对；

（3）根据反映的情况，在政策规定范围内，向来访者做必要的答复和解释。

5、接听来电，应按照以下程序办理：

（1）记录来电号码、姓名、地址、联系方式等一般信息，听取来电者的意见建议和要求；

（2）记录来电者反映的主要问题，并向来电者复述，进行核对；

（3）根据反映的情况，在政策规定范围内，向来电者做必要的答复和解释。

6、直接处理行风办业务范围内的信访问题，对上级部门交办、领导批办的信访件，核查处理，将处理结果或反馈情况及时上报，并归档。

7、接待群众信访，能够当场解决的应当场解决；不能当场解决的，要认真调查核实、处理、反馈；对群众信访提出的过高、无理要求，应做好教育、疏导工作，对反映不属于行风办职责范围内问题应做好引导工作，妥善办理群众信访。

8、实事求是，以事实为依据，维护医患双方的合法权益，注意解决实际问题与思想教育相结合。

9、对于重要的、比较难于处理的信访问题，应及时摘要报送有关领导阅示，按照领导批示抓好相关问题的调查处理或督办。对上级转办的信访案件，应按时限要求完成，并将有关问题的处理情况，按要求、及时地向上级部门、单位领导报告和向有关病人反馈。

10、严格遵守纪律，做好保密工作，严禁泄密。

11、建立健全“医院行风工作来信来访接待记录”台帐，按照台帐记录要求对信访资料表登记编号，做到记录有内容、落实有措施、答复有群众回应。

## 泗洪县第一人民医院各部门权责清单

## 院办

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科室** | **序号** | **职权名称** | **责任事项** |
| 1 | 院办公室 | 1 | 会议组织 | 安排各种行政会议，负责会议记录、纪要、决议的印发，并督促检查执行。 |
| 2 | 印章使用管理 | 专人保管，一事一申请，仔细核对领导签字，经核对无误的方可用章，坚持用印有据、前后统一、事实相符。 |
| 3 | 公务接待 | 负责接待工作的总体协调包括交通工具、食宿安排等；规范公务接待流程；来宾就餐均采用工作餐形式；严格按照接待标准，控制开支。 |
| 4 | 办公用品采购 | 严格按照程序进行招标、购买，纪委监督招标 |
| 5 | 车辆管理 | 合理派车，保障院领导及临床科室公务用车 |
| 6 | 督办、督查 | 根据院领导布置的工作任务，责任分工，督导科室落实 |
| 7 | 通讯管理 | 按照规定维护机房正常交换机维修保养升级工作。负责全院电话正常运转。 |

## 党办、人事科、医务科

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科室** | **序号** | **职权名称** | **责任事项** |
| **2** | **党办** | **1** | **会议组织** | **组织安排党委主持的各种会议和开展的活动，做好党委会议的记录** |
| **2** | **起草党委相关文件** | **根据党委会研究的意见，负责起草和制订党委的决议、决定、报告、工作计划、总结等各类文件。** |
| **3** | **传达并组织学习上级文件** | **根据上级规定和党委的意见，负责组织传达上级党委的指示精神，组织安排党员和党员干部学习党的方针、政策，做好集中传达和组织，安排阅读党内文件的工作。** |
| **4** | **党风建设及反腐倡廉** | **督导、配合纪委抓好党风廉政建设及反腐倡廉工作，签订党风廉政责任书，维护医院风清气正的工作环境** |
| **5** | **党建工作** | **负责全院党的组织工作，安排好党的组织生活，督促检查各党支部活动情况，抓好党员管理、教育以及组织发展工作，负责接待外调、政审，接转党的组织关系，按时收缴党费。** |
| **6** | **干部管理** | **制定考核方案，实施平时考核和年度考核。按照“五好干部”的标准，做好中层及护士长的动态考核，讨论决定考核优秀、称职、基本称职及不称职人员，为院党委在使用干部方面提供科学依据** |
| **7** | **群团工作** | **在院党委的领导下安排部署医院群团工作，指导工会、共青团积极开展活动** |
| **8** | **离退休工作** | **丰富离退休职工的生活，组织召开各种活动，** |
| **9** | **统战工作** | **在党委的领导下，积极做好统战工作。抓好统战工作的宣传教育，支持统战对象开展活动。定期召开统战对象座谈会，沟通情况，听取意见。严格按上级政策规定，做好台胞及海外归来人员的接待工作和宣传工作。** |
| **10** | **印章使用管理** | **严格执行医院的印章使用规定，做好申请和使用登记** |
| **11** | **精神文明建设** | **安排部署医院精神文明建设工作，负责搜集整理精神文明创建工作中的各种文字材料** |
| **12** | **信访稳定** | **指导、配合纪委做好来信、来访、群众接待，维护医院稳定发展** |
| **13** | **医院宣传** | **结合医院中心开展的工作，宣传亮点及名医、名科，并做好宣传文字的把关及舆情监测** |
| **14** | **宣传品印刷** | **严格按照医院下发的《招标管理办法》执行** |
| **3** | **人事科** | **1** | **统筹管理** | **1、人事科科长在院长领导下，根据人事工作政策、制度和有关规定，担任人员的调出、调入工作。2、掌握熟悉干部业务水平、组织能力和政治思想情况，提出提拔、配备、使用意见。3、主动和有关科室研究，提出全院工作人员的考核、晋升、奖惩和调整工资意见。4、及时组织新引进的研究生、招聘的大、中专毕业生以及新招收职工和新调入我院职工的岗前教育。5、与有关科室配合制定全院在职培训。6、做好全院职工的岗位设置及管理工作。7、按照国家规定，做好工作人员的退职退休工作。8、负责管理工作人员档案，完成收集、整理档案材料及全院的人事统计、人员鉴定工作。9、按照《河南省事业单位人员年度考核规定》，每年组织开展对医院职工的年度考核工作。** |
| **2** | **工资核算** | **1、熟悉国家劳动工资政策以及有关工资管理制度。2、负责人事报表统计、劳动工资等报表，分析统计数据，及时向领导反馈信息，建立积累各种原始统计资料。3、负责工资核算情况及劳动工资方面有关问题的协调。4、根据每月报送考勤，负责统计探亲、婚、丧、病、事假人员的统计。5、负责员工考核、考勤、奖惩、工资等管理工作,协助工会做好职工生活福利工作。6、负责医院员工岗位变动及调整的工资审定。7、负责医院的工资（包括各类津贴）的审核、汇总等工作。8、及时向上级部门报送劳资和工资变动审批表等。9、完成科长交代的其他工作。** |
| **3** | **社会保险办理** | **1、熟悉社会保险相关政策，掌握办理流程、手续。2、根据国家相关政策和法律法规，负责办理医院员工基本养老保险、医疗保险、生育保险、工伤保险、失业保险的管理工作。3、与社保局相关负责人定时沟通，汇报，负责社会保险的缴纳、核定、审查、确认等工作。4、根据国家和省市有关职工基本养老保险关系转移接续的规定，为符合条件的职工办理养老保险转移接续手续。5、对每月新进、辞职、调动、退休和死亡人员办理社会保险的增加、减少、停止、转移和接续手续；填写社会保险局发放的制式表格，手续准备齐全后及时办理。7、每年向社保局进行本年度保险基数的申报和核查。** |
| **4** | **编制管理** | **1、熟悉事业单位编制管理相关政策，掌握办理流程、手续。2、与市编办相关负责人定时沟通，汇报，负责办理单位增编、减编、编制核查等工作。3、对新进、辞职、调动、退休和死亡人员办理编制的增加、减少手续。4、熟练掌握事业单位编制管理系统的操作。5、做好编制核查工作。6、做好事业单位法人登记证的年检工作。** |
| **5** | **档案管理** | **1、负责人事科行政资料、文书等档案资料的收集、整理、分类、鉴定、保管、归档、查阅、销毁和统计。2、认真学习《档案法》和有关档案工作知识，严格履行岗位职责,遵守档案工作制度，认真执行档案管理的各项规定。3、作好防火、防潮、防丢失等安全工作，确保档案完整无缺失。熟悉业务，积极主动作好电子档案、文件档案的管理工作，及时、准确地提供档案资料。4、严格档案借阅制度，实现安全借阅，为有使用权的需要者提供  高效服务。5、作好每年档案资料的收进、移出、借阅、利用、登记、统计等工作，不断提高档案管理水平。6、保持办公环境干净、整洁，不允许无关人员随意进入档案室，以免造成档案丢失或泄密。7、服从医院安排和协调，认真完成上级交给的各项临时指令性任务。** |
| **6** | **招聘** | **1、按医院和各科室用人计划要求视情况发布招聘公告、审核应聘人员的条件，核实符合条件人员的各类证件原件（学历证书、学位证书、资格证、执业证、身份证等）、收取复印件，并与相应科室进行对接，对应聘人员进行考核、试工、鉴定等环节，考核合格者后由人事科通知受聘者办理报到等陆续手续。2、平时筛选简历，甄选人才并主动联系和告知其情况。3、丁香园人才招聘网、各类报纸等媒介发布招聘信息并进行招聘对接工作，联系符合要求的应聘人员。** |
| **7** | **考勤管理和派遣人员管理** | **1、熟悉事业单位劳务派遣管理相关政策，掌握办理流程、手续。2、熟悉《劳动法》、《合同法》及相关法律法规。3、对新进劳务派遣人员做好个人信息登记。4、做好劳务派遣人员试用期的考核工作。5、与市人才派遣公司相关负责人定时沟通，负责劳务派遣人员的劳动聘用合同的签订。6、对新进及辞职人员协助人才派遣公司办理相关手续。7、和派遣公司及时做好对接工作，负责委托派遣人员费用交纳工作。8、每个月内网进行考勤的收取和核对，及时通知错报和漏报人员等问题科室，并和相关科室沟通上报人员情况。** |
| **8** | **病事假假条管理** | **1、对全院人员所有假条进行登记和留存。2、熟知所有假别的要求和流程，并告知前来请假的人员。3、每星期向院办上报中层人员请假情况。** |
| **4** | **医务科** | **1** | **医疗质量** | **加强医疗质量管理，包括对全院运行病历抽查及督导，督导核心制度在运行病历中落实情况，每月质量月报进行总结及院简报总结；组织院内外会诊，督导医疗各种台账完成情况，加强组织死亡病历讨论、危重症病人管理，监控手术科室非计划再次手术；医疗总值班管理，针对医疗总值班发现问题跟踪督导；“三基三严”的培训和考核，每月“双十病历”评析工作总结、督导、培训，七师查房；临床路径管理与医疗质量与安全管理委员会例会日常工作，新业务、新技术申报、评审等。积极做好临床协调工作，对医院医疗质量进行监管和提高，起草医疗质量相关文件，对临床科室督导检查，对有关数据进行上报。** |
| **2** | **医疗安全** | **主要为制定预防和处置医疗事故预案，处理医疗纠纷、投诉等事项，加强法律法规、医患沟通培训，保障我院医疗安全。同时，做好医疗安全相关记录及材料存档。** |
| **3** | **应急管理** | **负责制定医院医疗应急预案，对医院医疗突发事件应急响应，减少突发事件损害。** |
| **4** | **依法执业** | **对我院医师的注册、变更进行办理，严格处方权管理，对临床科室依法执业监督，包括放射校验管理，医师资格考试报名工作。** |
| **5** | **对口支援** | **开展中牟、淮阳等地的对口支援工作，签订对口支援合同，不定期派出医务人员到受援医院，开展临床诊疗、教学培训等技术援助活动。** |
| **6** | **医师管理** | **负责安排部署新进医师考核、轮转及日常管理，及来我院进修人员管理工作。** |
| **7** | **定点项目的申报、管理公益活动** | **对我院烧伤无主患者定点救治医院、烧伤工伤保险治疗康复定点医院、白内障免费复明手术定点医院等工作的申报准备及管理。胸痛中心、高级卒中中心日常工作的协调与监管。** |
| **8** | **组织、实施** | **微笑行动、免费白癜风治疗、免费白内障复明手术、儿童先天性心脏病免费治疗等公益活动的组织、协调和实施工作。** |
| **9** | **图书馆管理** | **负责图书馆文献更新、日常卫生等工作。** |
| **10** | **其他工作** | **领导交办的其他工作，及上级部门临时性工作（如迎检）。** |

**护理部**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科室** | **序号** | **职权名称** | **责任事项** |
| **5** | **护理部** | **1** | **护理质量与安全管理** | **每月对全院护理质量进行检查、汇总、分析、反馈，达到护理质量持续改进，针对护理安全问题进行专项检查，每季度召开质控大会，向全院反馈质控检查结果，提出下一季度整改方案** |
| **2** | **护理安全（不良）事件收集、整理、反馈** | **每周收集全院护理安全（不良）事件，每月、每季度分析并制定防范措施，对典型、严重不良事件在护士长例会上进行护理安全风险警示教育，达到全院共享。** |
| **3** | **护理查房** | **实行三级查房，护士长、科护士长、护理部不定时对全院各护理单元查房** |
| **4** | **护理会诊** | **针对病区护理难点，典型、疑难病例、新业务等组织护理专家进行会诊** |
| **5** | **护理病例讨论** | **每月组织护理病例讨论2次** |
| **6** | **压疮上报** | **对病区上报的压疮病例，组织压疮小组专家会诊，进行临床指导** |
| **7** | **住院患者满意度调查** | **每月实行第三方调查方式对全院住院患者进行满意度调查，客观真实地反映出住院患者感受** |
| **8** | **新入职护士岗前培训** | **每月实行第三方调查方式对全院住院患者进行满意度调查，客观真实地反映出住院患者感受** |
| **9** | **分层级培训** | **制定《新入职护士岗前培训计划》，详细制定培训内容，准备课件，组织新入职护士的岗前培训，凡是新入职护士均进行岗前培训后分配至临床各科室** |
| **10** | **专科培训** | **针对各专业特点，制定专科培训计划，各科室根据计划进行培训及考核，并上报护理部，护理部每季度对科室专科培训质量进行督导、检查** |
| **11** | **专科护士培训** | **根据国家专科护士培训要求，每年选派各专科护士参加河南省护理质量控制及护理人员培训中心组织的专科护士培训** |
| **12** | **护理管理培训** | **每年组织护士长参加省、市护理管理学习班，在院内组织护理管理人员学习各项管理制度及管理方法** |
| **13** | **实习护士带教** | **每年接受护理实习生近300人，按照实习带教方案，对实习生进行岗前培训，安排临床实习科室轮转，对带教老师严格要求，学生实习结束后进行考核，书写实习鉴定册，定期召开实习生座谈会。** |
| **14** | **进修护士带教** | **接收各下级医院来我院进修学习，根据进修护士的计划，安排到相应科室，对进修生严格管理，进修结束后发放结业证书及进修护士满意度调查表** |
| **15** | **护理培训质量督导检查** | **每季度对全院护理单元培训工作进行督导、总结、反馈** |
| **16** | **护理科研管理** | **组织督促护理人员申报护理科研项目，积极完成科研项目并进行科研成果鉴定；申报省、市在职人员继续教育项目；组织护理人员积极撰写专业论文及完成继续教育学分；积极加入国家级、省级、市级护理学会组织的相关专业委员会，并参加学术交流。** |
| **17** | **新进人员管理** | **根据医院计划，配合人事科进修新护士招聘工作，对新进护士建立纸质、电子技术档案，详细记录新进人员信息，安排试工科室，试工期满后，进行试工鉴定。** |
| **18** | **辞职人员管理** | **辞职人员书写辞职信，经科室、护理部及医院同意并办理离职手续后，撤出其档案，返还执业证书。** |
| **19** | **在职人员档案管理** | **护理人员档案分纸质档案盒电子技术档案，每年对在职护理人员纸质档案进行编号排列，便于查询、更新管理；将护理人员理论和技能考核分数记录在电子技术档案中** |
| **20** | **护理人员执业证管理** | **对每年考过资格证书护理人员进行执业证注册，对将过期执业证进行延续注册，对外院转入我院护理人员执业地点进行变更** |
| **21** | **各层级护士晋升工作** | **根据护理人员人员层级管理制度，每年组织一次全院护士层级晋级工作** |
| **22** | **召开护士长会议** | **每周召开全院护士长会议一次，对上周工作进行总结，对上周存在缺陷问题进行通报和警示，根据医院重点工作，提出要求，并对本周工作进行安排，书写会议纪要下发各科室。** |
| **23** | **日常办公用品管理** | **办公用品请领、保管。** |
| **24** | **夜班费统计** | **每月进行全院各护理单元夜班费上报、审核、统计、审批。** |
| **25** | **在岗信息统计** | **每月对全院护理人员在岗情况进行上报、统计、审核，掌握在岗人员的动态信息，便于合理进行人力资源调配。** |
| **26** | **护理宣传** | **及时搜集护理各种相关信息，并进行撰写文章、上报、审核、发表至医院仲彝周报、医院官网、医院官方微信、省市相关宣传部门等。** |
| **27** | **编辑仲彝护理周报** | **每周针对护理动态、护理质量、优质护理服务亮点等进行及时总结，编辑，完成。** |
| **28** | **会诊费统计** | **每月进行全院各护理单元会诊费上报、审核、统计、审批。** |
| **29** | **劳动纪律督导** | **根据医院加强劳动纪律管理，护理部要求科护士长对所管区域护理人员在岗情况进行督导，护理部干事对医院各区域进行责任分工，随时抽查护士长及护理人员在岗情况，并在医院早交班会上进行总结反馈。** |
| **30** | **公章管理** | **公章实行专人管理，盖章有登记、签名** |
| **31** | **护理工作汇报** | **每周对护理工作进行总结并安排下周工作，在每周六职能科室汇报会上进行汇报。** |
| **32** | **审核护士长值班交班内容** | **每天督导护士长总值班交班内容，并对护理缺陷进行跟踪整改，对护理亮点进行全院推广。** |
| **33** | **天使志愿者活动** | **每周六上午组织护理人员参加天使志愿者活动。** |

**病案室、科教科、财务科**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科室** | **序号** | **职权名称** | **责任事项** |
| **6** | **病案室** | **1** | **病案复印** | **1.每日完成接待病人及外调单位病案查询和复印工作；2.认真核查出院手续、有效证件后或证明后，予以接待，并在做好登记；有一定阶段的总结、分析；3.接待调阅工作时，应严格执行病历复印制度，服务热情，不得擅自脱岗；4.对每日复印调阅的病案进行整理排序，以协助病案的归档上架工作。** |
| **2** | **病案回收整理** | **1.对全院各病区出院病历进行回收，并对所收病历签字；2.对回收的病历，按照《医疗机构病历管理规定》（2013年版）的要求排序，依次整理、装订。要求每份病历排序正确、完整，装订固定良好；3.认真检查回收整理的病历，保证病历内容前后一致，如发现错误及时纠正；4.对整理、装订的病历在病案管理系统内进行回收登记，当天回收整理的病历当天进行回收登记，以保证病历回收时间的准确性；5.每月将出院病人登记表打印，并进行核对；对未及时归档病历进行催交。** |
| **3** | **病案归档调阅** | **1.做好病案的归档工作，每日病历及时归档，保证工作的连续性；2.每日完成接待全院科研、教学，临床医师及特殊需要病案的调阅供应，并做好登记，及时做好催还工作；有相应的总结、分析；3.定期对上架病历进行检查，对摆放错误的病历及时调整，做好已上架病历排放的准确性，以保证病历调阅与查找；4.人员不足或遇有科室大批量工作时，协助病案复印及回收组进行工作；5.依据病案安全保护制度，定期进行安全检查并做记录，做好病案库房的安全工作。** |
| **4** | **病案袋书写** | **1.对归档病历病案口袋的书写，根据厚度为每份病案书写一个或多个病案袋，不能有漏；2.书写要求：住院号、姓名以入院证为准，科别以出院科别为准，日期以出院日期为准。书写准确清晰，易于辨认；3.对于分册装订的病历，一册一个病案袋，每册书写准确清晰，并注明共几册，第几册；4.病案袋书写完将病历装入口袋时，应对病案号进行核对，对病历进行核对。避免错号和病案装错病案袋；5.病案袋不足时，及时通知物品保管科领取。** |
| **5** | **病案质量检查** | **1.检查全部出院病人病历，检查内容为：病历内容要完整，不能缺项、少页，是否按书写格式内容要求完成病历，各级医师签字是否完整准确；按照《郑州市第一人民医院病历检查评分标准》评出甲级病历、乙级病历、丙级病历及单项否决病历，将评判结果按病区进行汇总，上报质控员；2.对有问题需要修改的病历，填写在记录本上，及时通知医师到病案科进行修改，按规定时间修改后，归档上架；3.建立医师修改病历登记本，以备查询和统计病历书写质量；4.负责接待来访修改病历医师的咨询，进行现场解答和指导；5.在检查医师书写病历过程中，注意病案整理、装订、病案袋书写等病案科工作环节的错误，发现问题及时反馈有关人员予以纠正。** |
| **6** | **疾病和手术编码** | **1.严格按照ICD-10和ICD-9-CM-3的要求对病案首页的各项诊断和手术操作进行编码；2.及时完成出院病案的编码工作。对于出院后未及时提交的病历，提交后及时编码录入；3.浏览首页信息的完整性、准确性，对缺项、书写错误等问题应及时反馈到质控组，并做好记录，以备查核；有一阶段的总结、分析；4.疾病和手术编码库的维护；5.随时为医疗、教学、科研等提供编码检索应用。** |
| **7** | **科教科** | **1** | **继续医学教育** | **举办继续医学教育项目、办理继续医学教育学分卡、组织参加继续医学教育审核** |
| **2** | **科研管理** | **负责科研项目申报、结题成果鉴定** |
| **3** | **重点学科管理** | **负责重点学科申报、管理工作** |
| **4** | **实习生管理** | **负责医疗实习人员在院实习期间所有管理工作** |
| **5** | **进修管理** | **安排、监督、管理院内外出进修人员及院外来院进修人员** |
| **6** | **医学会** | **负责学会任职领取、发放、报送工作** |
| **7** | **院校合作** | **对接科研、教学、人才培养等工作** |
| **8** | **财务科** | **1** | **票据管理** | **负责票据的收付、保管工作；负责审核票据的合法性、准确性、真实性；负责各类票据的审批、领购手续；不定期抽查门诊收费员、住院收费员、出纳的票据使用及保管情况；** |
| **2** | **编制会计凭证** | **收入凭证制单；支出凭证制单；根据原始凭证编制会计凭证、会计账簿；** |
| **3** | **编制会计报表** | **根据原始会计凭证、会计账簿编制会计报表，并审查核对，整理立卷，装订成册；保证各种报表说明简明扼要，内容全面，中心突出，各种报表数据准确，编报及时；** |
| **4** | **现金收支管理** | **严格把好现金支付关；每日盘点库存现金，做到账款相符；不得白条抵库；严格保持现金支票，专设登记薄登记；核对备用金；收费人员负责患者医疗费的收款工作；** |
| **5** | **工资奖金核算** | **核算职工工资：核对各科室考勤,按规定比例扣除病、事﹑产假工资,根据总务科提供的水电明细表进行工资扣除;奖金录入及发放：根据各科室上交的奖金明细表进行录入,按比例扣除个人所得税后送交银行;公积金管理：负责每年公积金年检,并负责新入职﹑离职人员办理事项；** |
| **6** | **银行往来款管理** | **定期进行其他应收款、其他应付款等款项的清查核对；负责银行支票的管理，银行支出及转账业务的记账；负责催收、清理银行拨付和各项往来款项；妥善保管印章和空白支票；经常核对银卡存款和对账单；** |
| **7** | **成本费用核算** | **负责日常报销的审核；根据成本费用核算制度，进行会计核算和财务处理；** |
| **8** | **固定资产管理** | **负责对有关财产使用部门进行财产管理核算；负责固定资产入库管理；负责固定资产卡片管理；负责固定资产盘点、报废管理；负责固定资产清查盘点；负责固定资产明细账管理；** |
| **9** | **印章管理** | **妥善保管印章，按规定用途使用；** |

**医学装备科**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科室** | **序号** | **职权名称** | **责任事项** |
| **9** | **医学装备科** | **1** | **科长** | **在医院院长和主管院长的领导下，主持医学装备科的全面工作。 1．根据医院工作计划，结合实际情况制定本科室的工作计划，组织实施并做好总结工作。 2.负责组织实施全院医疗设备、医用卫生材料、器械、试剂等物资的采购、供应管理、维修等工作，保证医疗、教学、科研、预防工作的顺利进行。 3.审查各科室提出的医疗设备、医用卫生材料的请购计划以及月采购计划，组织有关人员进行会编、制定，报请主管院长审批后实施。 4.了解、检查各科室对医疗设备、器械的需求和使用、管理情况。做好合理供应和调配，发现问题及时处理，并做好医疗设备的功能宣传及应用推广工作。 5.按照国家有关政府采购规定，负责组织编制大型医疗设备购置计划，按照批准的计划配合各使用部门和市卫生局招标办共同做好采购工作。 6.组织安排医疗设备的提运、验收、安装、维护、索赔等工作。 7.安排和组织全科的工作，负责本科室人员的业务培训，检查和考核全科人员工作情况，协调科内各项工作关系，指导科内各项管理工作。 8.组织制定、修改仪器设备管理的各项规章制度。 9.完成院领导交办的其它工作。 10.必须遵纪守法，禁止利用职务之便谋取不正当利益。** |
|  |  | **2** | **档案管理员** | **1．负责医疗设备档案资料管理工作。2．负责医疗设备资料收集工作。3．协助医疗设备验收工作。4．负责医疗设备资料信息的微机输入工作。5．负责医疗设备使用管理登记工作。6．负责医疗设备资料信息咨询工作。** |
|  |  | **3** | **医疗设备专（兼）职管理员** | **1．医疗设备专管员在科室主任/护士长的领导下、医学装备科的指导下开展日常管理工作。 2．按照医学装备管理部门制定的日常维护检查内容的规定，对生命支持类、急救类设备进行检查并在检查表上进行登记。每月由医学装备维护巡查人员对检查内容进行审核。 3．掌握科室医疗设备的位置，制定本科室设备的操作规程、注意事项，保证科室帐、物相符。 4．科室设备指定专人负责，严格使用登记，对设备按规定进行日常维护保养，出现问题及时报修，保证设备处于良好状态。 5．熟悉科室计量器具种类和数量，按照要求将本科室计量器具送交医学装备科进行计量检测，确保计量器具的及时检测与使用在有效期内。 6．配合科主任、护士长建立科内培训计划，对使用人员进行规章制度和操作技能的培训考核，并在考核记录本上对考核情况进行登记。 7．参与科室设备的申购、安装验收、质控、报修、报废工作，按要求定期对本科室设备使用情况进行评估上报。 8. 配合经管办、医学装备科管理人员完成资产清查盘点工作。 9．按照《医疗器械不良事件管理办法》和我院《医疗安全（不良）事件报告制度》要求，对科室不良事件进行上报。** |
|  |  | **4** | **维修人员** | **1．在科长领导下开展工作，对各科医疗设备进行检修并做好记录，确保设备正常运转。 2．加强业务学习，提高维修技能，树立全心全意为医院、为病人服务的理念。 3．服从管理，听从安排，严格遵守医院的各项规章制度。 4．按照设备类别及所属科室分工协作，严格执行责任制，保证设备正常运转。 5．坚持面向临床，急用先修，方便科室。一般故障当天修好，当天不能修好的应及时向使用科室解释说明；三天以上不能修好或需外送修理要报告科长，组织会诊或外送维修。 6．坚守岗位，外出维修应写清去向行踪，工作完成后及时填写维修维护记录。 7．每周完成责任科室设备巡检工作，发现问题及时记录并解决。 8．根据设备种类不同，按周期做好设备的维护保养工作并做好记录。** |
|  |  | **5** | **库房危险品管理人员** | **1．严格化学危险品存、出库手续，做到帐物相符，发现差错，及时查明原因并予以纠正。 2．易燃易爆物品的储存应当符合有关安全、防火的规定，与其他物品分开存放，具有通风、防爆、防晒、防火等条件。 3．经常巡视化学危险品仓库以及周围环境，严禁明火，消除事故隐患，配备消防设施。 4．剧毒物品应当必须放在专用铁皮柜内，加锁保管，并建立存放档案、领用登记记录，包装严格管理统一回收，不得改作他用。 5．每月对危险品进行清查、核对，发现问题及时上报整改。** |
|  |  | **6** | **计量管理人员** | **1．在科长的领导下进行工作，具体负责医院各项强检计量器具的管理，负责与上级计量部门联系，定期检定。 2．熟悉计量法和计量规程，认真贯彻执行国家和上级有关计量工作的方针和政策。 3．积极宣传普及计量基本知识，提高只顾对计量工作重要性的认识，做好国家法定计量单位的过度工作。 4．积极参与医疗、科研新技术的开展工作，解决其中计量测试技术问题。 5．负责全院计量标准器具，定期送上级计量部门检定，不得以任何借口推迟检定或故意漏检，超期不得使用。 6．参与编制购买计量器具计划和分配方案，并负责验收和定期检查工作。 7．责计量器具的维修和保养、正确使用，降级报废和检修等各项计量管理工作。 8．负责制定全院计量器具管理目录，对计量器具随时检查和抽检，发现失灵和失准的，应制止科室继续使用，及时联系计量部门进行技术检定，检定无误或修复后，方可使用。 9．经常深入科室，了解掌握计量器具情况，发现问题及时向领导汇报，妥善处理。** |
|  |  | **7** | **仓库管理人员** | **1．在科长的领导下进行工作，具体负责医院的医疗设备、医疗耗材、医用卫生材料等的验货、保管、发放工作。 2．所有物品都必须严格办理入库、验收、登记手续。 3．对库存物品要加强管理，定期盘点，建账建卡，对盈亏负责，做到账务相符。 4．物品要分类存放，排列整齐，对物品的有效期进行跟踪，防止积压、浪费、霉烂、损坏、变质、盗窃。 5．根据月用量及库存情况，和采购人员一起制定常用物品的月采购计划。 6．库房内严禁烟火，非库房工作人员一律不得入内** |
|  |  | **8** | **采购人员** | **在主管院长及科长的领导下进行工作 1．学习贯彻执行国家有关物资采购的政策及法律法规，认真执行医院的各项规章制度。 2．在主管院长及科长的领导下开展工作，具体负责医院的医疗、教学及科研所需的医疗物资的采购供应。 3．协同仓库保管员合理的做好每月的常用物资的采购计划，报上级主管部门及主管院长审批后，按计划进行采购。 4．必须按照主管院长及科长审批后的采购计划进行采购，及时准确做好物资的供应等工作，不得擅自更改采购计划。 5．负责收集采购物资的“三证”及供货商的有效证件，严把采购质量关，不得采购三无及不合格产品。 6．采购人员应做到“勤跑、勤问、勤想”，在价格上多做比较。对临床急需物品必须全力以赴，积极采购，保证临床供应。 7．多与临床沟通，及时反馈采购信息，对因故不能及时采购到的物品，应及时和所需科室沟通。 8．必须遵纪守法，禁止利用职务之便谋取不正当利益。** |

**总务科**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科室** | **序号** | **职权名称** | **责任事项** |
| **10** | **总务科** | **1** | **后勤物资供应** | **负责做好全院后勤的物资的采购、供应及下收、下送工作** |
| **2** | **用电安全管理** | **负责医院用电安全，做好电力保障，做好节能减排。** |
| **3** | **被服洗涤管理** | **负责临床被服的洗涤上门收集、清点、缝补和下送发放工作。** |
| **4** | **急救车辆管理** | **对急救车辆的运行、维修、监管。** |
| **5** | **污水处理管理** | **负责全院的污水处理工作、做好登记、检验、上报等按照环保规定严格执行。** |
| **6** | **锅炉供暖保障** | **负责全院工作区及生活区的冬季采暖工作，做好节能减排** |
| **7** | **生活用水保障** | **负责全院的生活用水以及二次供水的管理，每月对临床用水量进行抄表统计。** |
| **8** | **医用氧气保障** | **负责医疗液氧、瓶氧的管理，并做好负压吸引、空气的设备管理、维修。** |
| **9** | **食堂餐饮保障** | **负责营养餐厅、职工餐厅的餐饮保障，做好卫生、质量、价格等方面的监督管理。** |
| **10** | **空调维修维护** | **负责对全院中央空调、分体空调、层流净化设备的管理、维修、维护。** |

**保健科、门诊办公室、医保科**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **号** | **科室** | **序号** | **职权名称** | **责任事项** |
| **11** | **保健科** | **1** | **计划生育管理** | **掌握本院计划生育情况和育龄妇女的婚、育、节育措施落实情况** |
| **2** | **休假审批** | **对职工请休婚假、产假、流产假、独生子女护理假以及7天以下同种疾病病假的审批** |
| **3** | **住院报销** | **负责本院职工及其直系亲属入住我院优惠报销** |
| **4** | **印章使用管理** | **职工计划生育相关证明、计划免疫接种证明** |
| **5** | **疾病预防控制** | **传染病、慢性病、食源性疾病以及死亡病例报告管理** |
| **6** | **计划免疫** | **疫苗的采购、管理以及接种** |
| **7** | **职工体检** | **组织本院职工进行健康体检，整理体检人员名单** |
| **12** | **门诊办公室** | **1** | **召开门诊系统会议** | **协调门诊各部门关系** |
| **2** | **印章使用管理** | **按规定开具介绍信、出具门诊证明** |
| **3** | **督办、督查** | **督促检查门诊医务人员贯彻各项规章制度、医护常规、技术操作规程** |
| **4** | **门诊质控** | **定期对门诊处方、门诊病历、进行检查，加强医技科室管理，协助医务科对医技科室月查、评比** |
| **5** | **门诊坐诊医师** | **做好门诊医师考核工作，对出席普通门诊和专家门诊的医师进行全面考评** |
| **6** | **其他事项** | **完成领导交办的其他工作** |
| **13** | **医保科** | **1** | **科室医保管理** | **深入病房进行医保工作检查，核对确认参保患者身份，审核外伤患者，做好病房医保管理工作，每天到参合患者床前进行身份核实、解答患者疑问、详细讲解新农合相关政策、注意事项、报销所需证件等管理工作。** |
| **2** | **服务患者** | **解答患者就医过程中有关医疗保险政策问题，疑难、特殊情况向上级部门请示、咨询，做好解释工作。做好新农合窗口服务、政策解释工作，协助患者办理转诊手续，遇到特殊情况及时向相关部门请示、协助患者解决。** |
| **3** | **慢性病管理** | **多途径开展慢性病知识宣传，鼓励符合标准的患者申报，做好市医保患者资料收集、整理、上报、慢性病卡发放及后续管理等工作** |
| **4** | **维护对照** | **与医院信息科、药剂科、医保住院处等相关部门联系，做好药品及诊疗项目维护对照工作** |
| **5** | **医保政策宣传** | **负责医保、新农合政策的宣传、落实和管理工作，及时掌握新政策，做到上传下达。** |
| **6** | **沟通协调** | **负责与上级社保部门及各在新农合管理部门的沟通协调、开展工作** |
| **7** | **接待上级检查督导** | **接待各级医保、新农合部门对我院医保、新农合工作的检查、指导，并及时沟通联络，发现问题及时解决** |
| **8** | **项目审批** | **对住院参保患者特殊检查、治疗等项目进行审核。** |
| **9** | **报表报送** | **在规定时间内报送各类医疗保险、新农合月报表及相关资料** |
| **10** | **费用结算** | **负责与各医保中心、各县市区新农合办结算医院垫付医保、新农合医疗费用** |
| **11** | **离休、师职干部服务** | **做好对离休干部、师职干部就医服务工作** |

泗洪县第一人民医院医务人员失信行为标准及惩戒细则

为加强医德医风建设，构建和谐医患关系，建立“信用、高效、为民”的医疗服务长效机制，依据《中华人民共和国医师法》、《护士条例》等卫生法律法规，对医护人员建立个人信用档案，该档案人事科存档，各职能部门监督并登记，年底汇总记录到个人信用档案，为此特制定本标准。

一、失信行为的标准

　 1、未经卫生计生行政部门登记，擅自在注册地点以外的医疗、预防、保健、计划生育技术服务机构进行执业活动的；

　　2、跨执业类别进行执业活动的；

　　3、未取得相应资格独立开展诊疗活动的；

　　4、收受患者及其亲友财物的；

　　5、收受医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或其工作人员给予的回扣、提成或者谋取其他不正当利益的；

　　6、通过介绍病人到其他单位检查、治疗或者购买药品、医疗器械等收取回扣或者提成的；

　　7、在服务过程中对患者使用不文明、违反医德医风的言行,造成一定社会影响的；

　　8、对患者实施不合理用药、不合理检查、不合理治疗，情节轻微的；

　　9、给患者用错药，未造成后果，但隐瞒不报的；

　　10、出具虚假医学证明文件，参与虚假违法医疗广告宣传和药品医疗器械促销的；

11、泄露传染病人、病原携带者、疑似传染病病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的；

12、违反人事代理约定或拒不执行单位聘用、进修培训等契约规定的。

13、隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料的；

14、未按照规定做好医院感染预防控制工作，未有效实施消毒或无害化处置，造成疾病传播、流行的；

15、未依法履行传染病和食源性疾病监测、报告、调查、处理职责，造成后果的；

16、书写假病历、假检查、假用药的；

17、发生医疗事故或发现传染病疫情，患者涉嫌伤害事件或非正常死亡，不按照规定报告的；

18、代他人参加医师或护士资格考试的；

19、倒卖麻醉药品、第一类精神药品的；

20、发生自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故以及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时，不服从医院调遣的；

21、不严格执行河南省物价收费标准，重复、分解收费、自增项目、制定价格标准者；“医嘱、报告单、一日清单”三单不一致，导致病人投诉或造成医院损失者；

22、违反国家计划生育政策者；

二、失信行为的惩戒

1、医护人员的失信行为违反了法律法规要依据《中华人民共和国执业医师法》、《护士条例》以及其它规定进行处罚。

2、医护人员发生一般失信行为所列条款之一的，由医疗机构给予以下处罚：

（1）在单位内进行通报批评。

　（2）取消当年评选先进资格。

　（3）列入年度重点考核对象。

　（4）医师定期考核不合格。

　（5）暂缓晋升职称一年。

　（6）给予降职及经济处罚。

（7）给予开除或者留用察看处罚。

泗洪县第一人民医院黑名单制度

为认真贯彻执行失信联合联合惩戒机制“黑名单”制度，依据《中华人民共和国医师法》、《护士条例》等卫生法律法规，制定本制度。

1. “黑名单”对象是经查实存在违反法律法规、不履行法定义务、违反诚实信用原则、弄虚作假、侵犯患者合法权益等失信行为，并在社会上造成了不良影响的医护人员。法律法规规定可以免责的行为除外。
2. 有以下七种行为之一的，属于严重失信行为，被列入黑名单：
3. 医护人员因为违反法律法规被行政机关处以罚款、没收违法所得、没收非法财物、吊销执业证书等被卫生计生主管部门认定为重大行政处罚的。
4. 医护人员发生重大医疗事故，负主要责任的。
5. 医护人员因侵权、违约等行为损害患者合法权益，被人民法院判决承担全部或部分主要民事责任，或被人民法院判处刑罚的，或拒不执行法院判决、裁定的。
6. 医护人员收受红包药品耗材回扣、开单提成、套取骗取医保、乱收费、收受红包、过度检查等违反法律法规政策规定，造成严重社会不良影响的。
7. 医护人员因法律法规政策规定的其他情形，需要纳入严重失信名单管理的。

泗洪县第一人民医院行风信访工作制度

1、在院党委、行政的领导下，坚持谁主管、谁负责的原则，按照上级文件精神及医院有关规定，受理行风职责范围内的群众信访问题。

2、坚持文明接访，热情诚恳，认真处理来信，接待来访、来电，倾听患者和家属的意见、建议、要求，接受人民群众的监督，全心全意为人民服务。

3、在政策规定范围内，努力为信访人员排忧解难。对行风办不能解决的问题，应积极、妥善地做好转办工作，禁止推诿。

4、在处理群众信访问题时要实事求是，以事实为依据，维护医患双方的合法权益，注意解决实际问题与思想教育相结合。

5、对来信来访按要求登记。直接办理的在 3-5 个工作日内办理完毕，并视情况将办理结果答复信访人；情况复杂的，时限可以适当延长。

6、对于重要的、比较难于处理的信访问题，应及时报送有关领导阅示，按照领导批示做好相关问题的调查处理或督办。

7、对上级机关交办的信访事项，应按时限要求完成，并将有关问题的处理情况，按要求及时向上级部门、单位领导报告；不能按期办结的，应当向交办机关说明情况。

8、在办理信访事项过程中，不得将信访人的资料及有关情况透露出去，为信访人保密。任何科室、个人不得打击、报复信访人。

9、定期对信访工作进行总结，改进工作，改善服务。

泗洪县第一人民医院群众信访﹙来访、来电、来信﹚接待制度

1、按照上级文件精神及医院有关规定，受理行风职责范围内的群众信访问题，并进行调查核实、处理。

2、公示专门的监督电话、意见箱、邮箱、意见簿，每日开启全院的意见箱，查阅医院监督邮箱、意见簿，记录开箱记录，并核查处理，整改、反馈。

3、坚持文明接访，热情诚恳，认真负责。专人接待来访，接待来访、接听电话应做到热情和气，礼貌待人。接待人员在接访﹙听﹚时要认真听、看、问、记和分析，善于抓重点，积极进行疏导，努力保持稳定。在政策规定范围内，努力为信访人员排忧解难。对行风办不能解决的问题，应积极、妥善地做好转办工作，禁止推诿，努力件件得到妥善处理。

4、接待来访，应按照以下程序办理：

（1）阅看来访者所携带的书面材料，耐心听取来访者的意见建议和要求；

（2）记录来访者反映的主要问题，并向来访者复述，进行核对；

（3）根据反映的情况，在政策规定范围内，向来访者做必要的答复和解释。

5、接听来电，应按照以下程序办理：

（1）记录来电号码、姓名、地址、联系方式等一般信息，听取来电者的意见建议和要求；

（2）记录来电者反映的主要问题，并向来电者复述，进行核对；

（3）根据反映的情况，在政策规定范围内，向来电者做必要的答复和解释。

6、直接处理行风办业务范围内的信访问题，对上级部门交办、领导批办的信访件，核查处理，将处理结果或反馈情况及时上报，并归档。

7、接待群众信访，能够当场解决的应当场解决；不能当场解决的，要认真调查核实、处理、反馈；对群众信访提出的过高、无理要求，应做好教育、疏导工作，对反映不属于行风办职责范围内问题应做好引导工作，妥善办理群众信访。

8、实事求是，以事实为依据，维护医患双方的合法权益，注意解决实际问题与思想教育相结合。

9、对于重要的、比较难于处理的信访问题，应及时摘要报送有关领导阅示，按照领导批示抓好相关问题的调查处理或督办。对上级转办的信访案件，应按时限要求完成，并将有关问题的处理情况，按要求、及时地向上级部门、单位领导报告和向有关病人反馈。

10、严格遵守纪律，做好保密工作，严禁泄密。

11、建立健全“医院行风工作来信来访接待记录”台帐，按照台帐记录要求对信访资料表登记编号，做到记录有内容、落实有措施、答复有群众回应。

泗洪县第一人民医院行风投诉处理管理制度

1、行风办负责病人投诉接待工作。接待投诉人和接听投诉电话，要认真填写投诉登记表；对投诉的问题及时与相关科室通报，认真核实，重大事件投诉的信息及时报告分管院领导。

2、畅通病人投诉渠道：设立投诉电话、邮箱。通过媒体、医院电子屏、病历本、医院网站、公示牌等方式向社会公布。在医院各病区、窗口单位、医院醒目位置设立意见箱、意见簿。

3、对投诉做好分类处理。行风办业务范围内投诉的由行风办直接处理；不属于行风办业务范围内的投诉行风办做好引导；需要相关部门共同处理的投诉由行风办协调相关部门统一解决。

4、直接到相应部门投诉者应由相应部门接待，非本部门管理范围者，工作人员应为投诉人做好引导并与相关部门做好交接处理工作。

5、病人投诉处理的原则：贯彻“以病人为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则，做到投诉有接待、处理有程序、结果有反馈、责任有落实。

6、病人投诉受理实行首问（诉）负责制。各科室的主要负责人为处理病人投诉的第一责任人，不得推诿，不得拖延。

7、行风投诉由行风办整理、分析，作为年度医德医风考评的依据之一。

8、病人投诉经核实情况属实而科室存在过错者，由分管职能部门根据医院有关规定进行相应处罚，重大问题上报分管院领导。

9、病人有效投诉与科室、个人的年度评奖评优挂钩。

10、病人投诉处理时间节点：行风办公室在接到投诉后，一般在 3-5 个工作日内向投诉人反馈处理情况。涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项，在 10 个工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见。若因问题复杂需增加时间进一步调查时，应事先向投诉者告知。

11、对投诉问题的处理及整改意见，及时向科室反馈并追踪落实情况。

12、定期分析研究投诉事件，提出整改措施，进一步完善有关制度。

泗洪县第一人民医院行风建设督查制度

1、建立健全院行风建设督查小组，隶属医院行风建设领导小组，日常事务由行风办负责。

2、行风督查由院行风办牵头，负责督查活动的安排、人员召集、督查情况记录、问题的督促整改和有关工作的协调、反馈等。

3、定期督查医院行风相关现状、上级要求以及专项工作的贯彻落实及工作成效评估。

4、督查可以通过发放问卷、召开座谈会、走访、检查等形式，征集意见建议。

5、督查原则上每季度一次，并做好每次督查实况记录及问题处理记录。

6、对督查中发现的问题：及时向行风建设领导小组或分管领导汇报，提出相应的奖惩建议和有关问

题的整改意见；视情况口头或书面通知整改；督促相关科室、部门落实整改。

7、对督查中发现的好人好事，报院行风建设领导小组或有关领导审批，酌情表扬或奖励。

泗洪县第一人民医院患者综合满意度跟踪调查制度

1、门、急诊患者跟踪调查，是指患者在门、急诊就诊完结或在检查、取药等候、输液等诊疗空隙期间，医院为了解患者﹙或家属﹚就医感受及服务满意度而进行的问卷调查，可以由门诊部、行风办等部门直接派人或委派分诊人员、志愿者等开展。

2、住院患者跟踪调查，是指患者在住院期间，由行风办、护理部等职能部门对患者或家属的住院感受和对医疗服务满意与否进行的专项问卷调查，并征集患者及家属对医疗服务的意见、建议。召开病员工休座谈会、行风监督员座谈会广泛听取意见建议，并进行问卷调查，抓好反映问题的落实整改与反馈。

3、出院病人跟踪调查，是指在患者出院后，医院为掌握和了解患者在住院期间的感受及对医院服务综合满意度所进行的调查，由随访办、行风办等相关职能部门组织进行，采取电话、短信随访、问卷函调等形式。同时医院积极参加省、市卫计委组织的出院病人第三方进行的满意度调查工作。

4、问卷调查主要内容：包括患者及家属对医院的总体印象、医院环境、行风状况、所接触的医务人员技术、服务态度，对医院窗口单位工作人员的服务满意度、医疗收费是否满意放心、“红包”问题、服务流程等问题以及患者及家属认为最满意的医务人员、最不满意的医务人员以及对医院医疗服务有何建议等。

5、调查人员对患者、家属要文明礼貌，虚心听取他们的意见、建议，并作详细记录，能够当场解决的问题当场解决；不能解决的要及时和该病区护士长、科主任沟通了解，努力钝化矛盾，及时汇报医务部、护理部、行风办、门诊部等相关部门提请解决。

6、院行风办、护理部、门诊部、随访办等相关职能部门及时汇总患者对医院服务综合满意度调查情况，对患者及家属反映的问题、提出的意见建议及时处理，并向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况，核查后努力解决，当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合，在查清事实，分清责任的基础上提出处理意见，重要﹙重大﹚问题上报院行风建设领导小组审批后处理，并反馈给出院病人或家属。

7、综合满意度问卷调查统计结果列入各科室、部门月度、年终行风考核，记入医德医风档案，与评优评先、晋级晋升挂钩，重大行风问题实施一票否决，并按月在《行风简报》上进行通报。

泗洪县第一人民医院第三方评价的制度

一、医院建立第三方评价的指导思想

随着医学模式的转变，医院越来越重视患者的体验和需求，委托独立、客观、具有资质的第三方﹙徐州市万人市场调查有限公司﹚评价机构对医院服务进行整体评价，确保客观、公正、科学、规范地开展第三方评价，抓好问题的持续改进，促进医院服务不断提升。真实掌握病人、社会大众对医院医疗服务的真实感受、存在的问题。

二、第三方评价的实施

为确保第三方评价结果的权威性，院行风办会同第三方评价机构确立更具有客观性和适用性第三方评价指标体系框架，指标遵循“客观、公正”的原则，并随着医院工作时间不断完善，由第三方评价架构采取电话随访出院病人的方式进行，有 14 个指标考核内容，全面反映医院医疗内容的全覆盖和服务部门的全覆盖。院行风办从信息中心提取所有出院病人住院号、住院科室、病人姓名、电话等 18 项信息提供给第三方评价机构，第三方评价机构按照每个病区﹙ICU、CCU 科室不参加，死亡病人家属不参加评价﹚出院病人的 10%的比例进行电话随访。

三、结果反馈、整改提高

第三方评价机构将评价结果以书面形式向医院报告，同时提供录音资料。医院根据第三方提供的报告，在院周会上向全院通报，并向存在问题的科室、部门发放整改通知，行风办将对涉及的科室、部门整改结果进行复查。

四、进入第三方评价的效果评估。

通过引入第三方评价，建立健全病人、社会大众满意度测评的社会评价体系，对于提高医院形象，促进医院服务持续改进提升具有重要的现实意义和深远影响。通过吸收外部评价主体，弥补了医院内部、行政主管部门评价的局限与不足，从根本上克服了内部评价双重角色的矛盾，确保评价结果的独立性和客观性。同时第三方评价机构可以较全面地反映民意表达，客观上对医院形成了“倒逼”压力，使医院更加注重病人、社会大众的就医感受，促进医院全面整改提高，促进医院持续健康发展。

1. 第三方评价的管理

行风办根据第三方评价机构提供评价结果，结合医院工作实际设计和改进第三方评价指标，建立第三方评价数据库，时时维护、数据录入、数据统计、分析评估、过程监控管理、结果反馈等工作。

1、医院根据第三方评价机构提供对医院服务的意见和建议，并以此为动力，改进工作，持续提高医院服务质量。

2、按照医院服务流程，病人对其要求满足程度的感受，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施评价活动。

3、建立第三方评价数据库，有质量控制体系予以确保各种评价结果的客观公正。

4、调查结果分析，建立评价数据库

⑴问卷能够体现出医院各个领域的褒贬之处。

⑵督导负责制：实行分片负责制，二级督导负责制。

⑶复查内容：按提供的问卷进行，选择全部或部分科室结果复查。

⑷建立社会评价数据库。

泗洪县第一人民医院严禁收受“红包”的规定

1、医务人员必须认真履行《中华人民共和国医德规范及实施办法》，恪守职业道德，提倡敬业精神，做到廉洁自律，文明行医。

2、医务人员在医疗活动中不准以任何理由接受患者及其亲属的“红包”、物品和宴请。

3、医务人员对馈赠钱物当时难以谢绝的，必须于 24 小时内报告或上交到科室行风监督员处，行风监督员负责登记在“上交退还红包登记本”上，行风监督员在 3 个工作日内退还给病人或病人家属，并把登记本的行风办联上报到行风办登记录入至医德档案。

4、若未能联系到当事人的，将“红包”上交行风办，由行风办交财务科，将所开收据保存作为资料。

5、对主动拒收、上交“红包”的医务人员，在院内表扬，同时将有关情况记入个人及所在科室医德档案，给予相应加分，作为评先评优、晋职等的重要参考依据之一。

6、对无正当理由逾期不报告、不上交的，视同收受“红包”处理。对于接受患者及其亲属的“红包”、物品和宴请的，一经查实，视情节轻重与职称评聘、晋升、评优等结合起来，严肃处理。

8、科室负责人没尽管理责任，或对本科、本部门人员的违规违纪熟视无睹，甚至知情不报，根据情节，同时给科室负责人相应处理。

9、对于群众就“红包”问题的投诉要认真受理，做到有诉必查、查实必处。

泗洪县第一人民医院对索要和收受“红包”行为的处理规定

为认真贯彻上级关于加强党风廉政和卫生行风建设的要求，落实医疗卫生行风建设“九不准”规定，严肃查处医疗服务中的不规范行为，特制订“对索要和收受红包行为的处理规定”如下：

1、医疗卫生工作人员利用职务之便对索要和收受红包行为一经查实，将区别不同情节，依据有关法规、纪律和程序，进行严肃查处。“红包”的不正当收益，全部没收。

2、区别收受“红包”款额（款额包括两年内多次收受“红包”的累计数），区别进行处罚：数额不满1000 元的，给予行政警告处分，其中情节轻微的，可免予行政处分；数额在 1000 元以上不满 2000 元的，给予行政警告或严重警告处分；数额在 2000 元以上不满 4000 元的，给予行政严重警告处分；数额在 4000元以上不满 5000 元的，给予行政撤销职务处分。数额在 5000 元以上未受到法律制裁的，除给予行政处分外，按照《执业医师法》第 37 条规定，责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书；凡收受回扣、“红包”数额在 1000 元及以下，有索取等恶劣行为或屡犯的，除按上述规定处理外，在年度考核中定为不合格；数额在 1000 元及以下、情节轻微、平时工作表现好，在年度考核中难以确定等次的人员，可先予以告诫，期限为三至六个月，告诫期满有明显改进的，可定为合格等次，仍表现不好的，定为不合格等次。

3、对存在上述行为的医疗卫生人员，视情节及后果，可以同时给予待岗、延迟专业技术资格申报年限、降聘专业技术职务、调岗、扣发奖金、聘用人员解聘、进修人员退回、临时合同人员解雇，在一定范围内通报等。是共产党员的，并视情节给予相应的党纪处分。

4、收受“红包”情况严重的科室，不得评为先进科室，在文明创建活动中，实行单项否决，并根据党风廉政建设责任制和行风建设责任制的要求，追究科室负责人的责任。

泗洪县第一人民医院医务人员不良行为登记制度

为进一步加强卫生行风建设，提高医疗卫生服务规范的约束力，完善医德档案的管理，鞭策卫生员工自警、自律，远离不规范医疗行为，特制订“医务人员不良行为登记制度”如下：

1、医务人员，指的是全院各类医护人员、管理人员、工勤人员、进修生和实习生等。

2、医务人员不良行为，指在医疗卫生服务过程中，违反国家卫生部“八项行业纪律”、“江苏省医疗机构服务规范”、医疗卫生行风建设“九不准”、徐州市卫生局“五条禁令，十不准”等规定及被投诉核查属实的一切不规范行为。

3、分别建立医院和科室的“医务人员不良行为登记本”，对医务人员在行医过程中出现的不良行为进行随时登记。

4、科室对记录在案的不良行为科主任或护士长要定期通报讲评（原则上每月不少于 2 次），并在台帐当前页上记录下讲评情况和讲评人姓名，提高透明度和说服力；医院对记录在案的不良行为，要通过谈话等形式告知本人。情节严重、影响恶劣的行为，是科室登记的由科主任、护士长，是医院登记的由医院行风办分别提出处理意见、建议，报单位“行风建设领导小组”讨论，按行风建设相关规定予以处罚。医务人员不良行为登记要真实、客观、透明度高、原始材料完整。

5、认真落实领导接待制度、信访工作制度、问卷调查制度、病（陪）人座谈会等制度，定期开启“意见箱”、查阅“意见本”，加强与各级“卫生行风监督员”联络沟通，广开信息渠道，了解掌握医务人员不良行为第一手材料。对“意见箱”、病（陪）人座谈会、院外行风监督员座谈会、来信来访等渠道反映出的不良行为，要及时摘要记录进“不良行为登记台帐”。

6、对医务人员不良行为，视情节给下列处理：

(1)诚勉谈话。

(2)点名批评或通报批评。

(3)扣免奖金或加倍经济处罚。

(4)缓聘、降聘技术职称或降级、降职、撤职。

(5)是中共党员的，同时给予相应的党纪处分。

(6)构成刑事犯罪的，交司法机关依法处理。

(7)收受“红包”、回扣、开单提成和礼品不按规定时间上交的，依据相关

规定加重处理。

1. 由于管理混乱、措施不力而发生上述现象而造成严重后果的，应追究有关部门、科室负责人的责任。

医务人员不良行为记入医德档案进行医德考核。

泗洪县第一人民医院社会监督制度

1、医院要设立社会监督电话和意见箱，并有专人负责管理。

2、建立医院领导与所在地区联系制度，听取和了解所在地区群众的反映与意见。

3、不定期向病人发放“问卷调查表”，进行满意度调查。

4、聘请社会行风监督员，定期召开有关人员座谈会，征求意见。

5、医院须实施下列公开制度：

（1）上岗人员佩戴附有本人照片、姓名和编号、科室、职称或职务等内容的胸卡。

（2）公开张贴卫生部制定的医务人员医德规范。

（3）公开主要检查、治疗、手术、住院的收费项目及标准，公开常用药品价格和自费药品品种。

（4）对出院病人出具其费用结算凭证。

（5）公开门诊专家姓名、职称、专科、时间、挂号费标准等。

（6）公开重大检查和手术的时间安排。

（7）公开张贴致病人及家属的公开信，阐明医院服务宗旨，明确优质服务的有关规定。

泗洪县第一人民医院首诉负责制

为了强化医院对患者的责任意识，充分体现医院实行的人性化管理，有效缓解医患之间的矛盾，进一步增强服务意识和提高服务质量，在医患之间建立起诚信机制，树立和维护医院在患者心目中所应有的形象，根据卫生部《医院投诉管理》有关要求，特制订《泗洪县第一人民医院首诉负责制度》：

1. 全院各科室和职能部门均有责任受理病人和群众（以下简称投诉人）来信、来访、来电和其他邮件等反映我院医德医风、医疗服务质量、医疗服务收费、服务态度、院务公开、医患关系、医院环境等方面问题的投诉。

2、投诉人向有关科室和职能部门投诉的，受理投诉的科室、部门工作人员应当予以热情接待，耐心细致地做好解释工作，稳定投诉人情绪，避免矛盾激化。

3、受理投诉的科室和投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《投诉登记表》，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字（或盖章）确认。

4、对于能够当场协调处理的投诉，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，受理投诉的科室应当主动报告有关职能科，并引导投诉人到职能管理部门投诉。

5、科室或职能部门受理投诉后，应当及时向当事科室和相关人员了解、核实情况，在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并向投诉人反馈。当事科室和相关人员应当予以积极配合。

6、各科室之间要做好内部的投诉移交、沟通和协调工作。对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，受理科室应当及时向分管领导汇报，并立即采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。对重要投诉件院长应当批阅，分管领导应对分管工作的投诉信件做出批示，研究处理投诉工作中的突出问题。

泗洪县第一人民医院门诊首问负责制

一、最先受理病人或家属咨询的医院职工为第一责任人。负责解答、引领、处理病人或家属在医院范围内提出的医疗服务项目、寻医问药、科室设置、办事程序、信访投诉等各类问题。为病人提供优质满意的服务。

二、每位职工（包括实习、进修、物业、保安）在医院任何场所凡遇到患者或其他人员咨询时，无论其事与自己是否有关，都应耐心解释，或将其介绍到有关部门或者指定到相关地点，当好“二传手”。

三、首问负责制形式包括：面对面回答询问，回答电话询问，受理来信来访。

四、做到有问必答，禁用不知道之类词语必须使用文明语言，注意回答时目光、面貌、语气、语调等，努力体现亲切、和蔼、诚恳。即使询问者提问有不合理之处，也应耐心作出合理解释说明。

五、门诊咨询服务台、分诊台、收费处、药房窗口等首问责任人对到医院就医、检查、咨询的服务对象，要主动热情接待、耐心细致解释，不得以任何理由推诿或任由服务对象反复来回奔走，要想法设法帮助服务对象解决问题。

六、属于本人职责范围内事情，要立即予以答复，属于本部门职责范围内的问题当事人不能答复的，需立即请示本部门领导，按领导指示答复。不属于本部门、本人职责范围内的问题，不得推卸，要积极将提问者指引到相关部门，直达有人接待。对于来信来访或其它不能马上回答问题，一定要记录首次接待时间，并按医院有关规定按时答复。

七、遇到要临时帮助的病人应主动上前提供帮助，如病人轮椅上坡、危重病人行走不便等，均应主动询问，尽可能提供帮助和方便。

泗洪县第一人民医院院级党政领导同志保密守则

1、机要文件在办公室阅办，阅办中有事离开办公室，要将文件锁好，阅办后及时退给机要人员，不得随便堆放在桌上，不积压、不横传。

2、不将机要文件带回家。如确需在家中阅办的，由机要人员负责送阅，阅后当即带回，不托人捎带。

3、不擅自复制、摘抄、销毁和私自留存秘密文件、资料。

4、不在非保密笔记本上记录秘密事项。记有秘密事项的保密笔记本必须严格保管，不得丢失，用完后交档案室统一销毁。

5、参加上级各种会议带回的秘密级文件，要按规定及时交档案室登记、保管，随用随借，不在个人手中保存。

6、外出工作或开会不携带机要文件，因工作需要携带时，应由本人或指定专人严格保管；不携带秘密文件、资料进入公共场所或进行社交活动。

7、不在无保密保障的有线和无线通讯以及普通邮政信件中谈论、传达、书写自己知悉的秘密；不与家属、亲友、熟人及其他无关人员谈论秘密事项。

8、不在私人通信及公开发表的文章、著作、讲演中涉及秘密。

9、出国访问考察、参加涉外活动和接受记者采访时，不携带秘密文件、资料，不涉及或提供秘密。确因工作需要涉及秘密时，要按规定办理审批手续。

10、发生失密事件，要及时向党支部报告，以便组织查找，采取补救措施。

泗洪县第一人民医院职工代表大会条例

第一章 总 则

第一条 为保障职工当家作主管理医院的民主权力，建立职工代表大会制度，以增强职工主人翁的责任感，充分调动职工的积极性，特制定本条例。

第二条 职工代表大会是医院民主管理的基本形式，是保障与发挥工会组织和职工代表在审议医院重大决策、监督行政领导、维护职工合法权益等方面的民主监督机构。

第三条 职工代表大会遵照党的方针、政策和国家的法律、指令，在党委领导下行使职权，正确处理国家、集体和职工个人三者利益关系，协调医院内部工作，深化医院改革，积极支持院长行使职权，促进医疗、教学、科研质量的提高。

第四条 职工代表大会的组织原则是民主集中制。

第二章 职 权

第五条 医院职工代表大会根据国家政策、法令和任务要求，行使下列职权：

㈠听取院长的工作报告、财务预决算、参加讨论和评议医院管理目标、改革方案等重大决策及主要规章制度。

㈡参与讨论制定职工福利、职工奖惩、劳动保护措施等有关职工切身利益等方面的条例或规定。

㈢评议与监督医院各级领导干部的工作。

㈣修改和完善职工代表大会条例。

第六条 院长定期向职工代表大会报告工作，广泛听取职工代表关于医疗、教学、科研和行政管理方面的意见和建议，对正确的意见和合理化建议应积极研究采纳并付诸实施。职工代表大会要支持院长行使职权，维护指挥系统的权威，教育职工不断提高主人翁责任感，自觉遵守劳动纪律，严格执行规章制度和技术操作规程，履行岗位职责。

第三章 职工代表

第七条 职工代表大会代表，由职工直接选举产生。代表的比例占职工总数的百分之八左右，凡是本单位享有公民权的正式职工，均有选举权和被选举权。

职工代表大会实行常任制，每 3～5 年改选一次，可连选连任。职工代表受选举单位职工监督，原选举单位的职工有权依照规定程序，增补或撤换本单位职工代表。

职工代表大会应有医护人员、医技人员、工勤人员、管理人员和领导干部等各类人员的代表参加，其中医务人员不得少于职工代表总数的 60％，青年职工和女职工代表的比例不少于代表总数的 30％。

第八条 职工代表的条件

㈠坚持四项基本原则，拥护党的路线、方针、政策。

㈡忠诚人民卫生事业，关心医院建设，有与时俱进、改革开拓精神。

㈢办事公道、作风正派。

㈣联系群众，热心为群众办事。

第九条 职工代表的权利

㈠在职工代表大会上有选举权、被选举权和表决权。

㈡代表按照规定的程序，有权提出提案、议案。

㈢有权查询院领导和有关科室执行职工代表大会决议和提案落实情况。

㈣因行使正当民主权利而遭受打击报复时，有权向上级机关申诉、控告。

㈤有权对职代会的工作提出批评或建议。

第十条 职工代表的义务

㈠模范地遵守党的方针、政策和国家的法律、指令，严格遵守劳动纪律和规章制度，做好本职工作。

㈡积极宣传和带头执行职工代表大会的决议，做好职工代表大会交给的各项工作。

㈢密切联系群众，如实反映群众意见。代表和维护职工的合法权益。

㈣努力学习，不断提高政治觉悟、业务技术水平和管理能力。

㈤模范地遵守社会公德，带领群众加强职业道德建设，树立社会主义新风尚。

第四章 组织制度

第十一条 召开职工代表大会时，选举大会主席团主持会议。主席团成员包括医护人员、医技人员、工勤人员、管理人员和党政工团主要领导干部。

第十二条 职工代表大会每三~五年召开一次。每次会议必须有三分之二以上的代表出席。遇有重大事项经三分之一代表提议，或根据医院党委、院长的建议，可以临时召开会议或组长扩大会。职工代表大会进行选举和做出决议，必须有全体代表的半数通过方为有效。

第十三条 职工代表大会的议题要广泛听取群众意见，经大会主席团审议后，提请职工代表大会通过。

第十四条 职工代表大会期间，下设秘书组、选举工作组、提案审查组和会务组。

第十五条 在医院党委领导下，院工会委员会为职工代表大会的工作机构，会同有关部门进行职工代表大会的筹备工作、会务工作及大会闭会期间的日常组织工作，办理职工代表大会交办的事项。

第五章 科室（部门）的民主管理

第十六条 科室（部门）的民主管理由所属工会分会的委员会主持。

第十七条 本条例经职工代表大会通过后施行。

第二章 党委办公室职责

泗洪县第一人民医院党委组织部职责

一、根据党的路线、方针、政策和党委的要求以及上级党组织下达的任务，结合本院的实际情况，制定有关实施党的组织工作方面的具体措施，经党委批准后认真贯彻执行，并按要求向党委和上级组织汇报。

二、与党委宣传科、纪委共同抓好党员的思想政治教育，上好党课，不断提高党员素质和党组织的 战斗力。

三、坚持“坚持标准、保证质量、改善结构、慎重发展”的原则，严把党员“入口”关，积极慎重地做好党员发展工作。

四、引导基层党支部积极开展“两学一做”活动，管理好党员日常组织生活，督促检查各级党组织民主生活制度执行情况。

五、根据“好干部”标准和干部管理权限，管理好干部及后备干部，负责办理考核、任免等具体工作。

六、负责党员管理工作。及时接转党员组织关系；收交、管理好党费；做好党员有关资料统计、汇 总、上报和归档工作。

七、负责离休干部的管理工作。从新形势下离休干部工作的特点和实际出发，做好各项服务工作。

八、配合纪委抓好党风廉政建设工作。

九、做好党委交办的其他工作。

泗洪县第一人民医院党委宣传部职责

一、在院党委领导下，在上级单位对口部门的指导下，在各支部的支持下，做好全院干部职工思想教育工作。

1.党委中心组理论学习。为加强院党委领导班子建设，提高党委班子成员的政治理论水平、政策水平和工作能力，制定党委中心组学习计划并落实。制定党委中心组学习制度，推进制度落实和及时更新。

2.党员教育工作。会同纪委和组织科，研究制定实施党员教育计划，具体负责对党员的教育。制定党员教育制度，推进制度落实和及时更新。

3.政治学习工作。有计划地组织对全院职工进行党的路线、方针、政策以及形势、政治理想信念等方面的教育。制定职工政治学习制度，推进制度落实和及时更新。

4.政治思想调研。定期调查分析全院职工的思想情况，及时向院党委、院领导反映，为领导决策提供参考。

二、在院党委领导下，负责医院品牌建设和文化建设牵头工作。

1.不断深化品牌建设。联合各部门，充分利用各种机会和形式，实事求是地做好对外和对内宣传报道，树立医院的良好形象，不断扩大医院在国内外的品牌影响力和知名度。

2.不断加强文化建设。在院党委的领导下，紧扣时代文化主流，联合医院各部门，不断推进医院物质文化、行为文化、制度文化、精神文化建设，打造特色鲜明的医院文化，并做好文化传承、累积和创新，以文化建设立品牌、树形象、促发展、促团结。含活动组织、先进个人、先进事迹挖掘报道等。

三、在院党委领导下，负责医院的对外宣传报道和院内氛围宣传工作。

1.对外宣传工作。加强与新闻媒体的联系、沟通与合作；组织对外宣传报道，负责新闻媒体记者采访的接待、组织和协调工作；负责审核医院对外宣传的新闻稿件。

2.对内宣传工作。不断完善自有宣传平台和宣传渠道建设，包括医院官方网站、微信公众号、宣传栏、宣传橱窗、展板、电子屏等；充分利用院内宣传平台及时准确做好院内动态信息报道。

四、在院党委的领导下，组建院通讯员队伍，并不断加强队伍建设。

为全方位做好医院动态信息报道工作，从全院各科室选拔人员组成通讯员队伍，对人员调整及时征集递补。制定通讯员培训计划、考核标准和奖惩措施，形成专项制度，并推进落实。

五、负责全院健康教育工作，包括健康促进医院建设、健康科普宣传的日常工作。

1.健康促进医院。联合其它部门，按照健康促进医院的创建标准，做好常规管理和创建筹备工作。

2.健康科普宣传。联合临床各科室，印制科普宣传资料，投放在科室宣传栏，方便病人自取和宣教。

六、联合全院各部门、各科室做好文明创建工作，含国家、省、市文明单位创建和文明城市创建工作。

1.文明单位创建。含文明单位和精神文明单位创建，联合各部门，按照创建标准，做好日常管理和资料筹备。

2.文明城市创建。在市文明办和院文明城市创建领导小组的带领下，联合各部门，按照创建标准，做好创建管理和资料筹备。

七、舆情监控与研判，协助相关部门做好突发事件的媒体应对工作。

1.舆情监测。做好舆情系统管理，加强日常舆情监测，按照每天早晚至少两次的检测频率查看，根据舆论动态判断舆情走向，及时向院里报告，为医院决策提供依据。

2.突发事件应对。配合好相关部门做好突发事件舆情应对，按照医院处置要求，及时、准确、有效地发布事件信息，

避免不良舆情发生。

八、做好意识形态管理工作。

在意识形态领导小组的带领下，联合各部门、科室、支部做好意识形态监督、调查、报告、引导工作，倡导正确的政治方向，积极的世界观、价值观，弘扬正能量。

九、做好院党委、院领导临时交办的其他工作。

第三章 党委办公室主任职责

泗洪县第一人民医院党支部书记职责

1、宣传和执行党的路线、方针、政策和上级党委决议，充分发挥党员的先锋模范作用，团结、组织党内外的干部和群众，努力完成各项工作任务。

2、组织党员认真学习马列主义、毛泽东思想、邓小平理论和“三个代表”重要思想，学习党的路线、方针、政策及决议，学习党的基本知识和科学、文化、业务知识。

3、对党员进行教育，管理和监督，提高党员素质，增强党性，严格党的组织生活，开展批评和自我批评，监督党员切实履行义务，保证党员权利不受侵犯。

4、密切联系群众，经常了解群众对党员、党组织工作的批评和意见，维护群众的正当权利和利益，做好群众的思想工作。

5、制定党支部工作计划，检查支部决议的贯彻执行情况，按时向支部大会和上级党委报告工作。

6、对要求入党的积极分子进行教育和培养，做好经常性的发展党员工作，重视在临床一线和青年中发展党员。

7、结合实际深入细致地进行思想政治工作，保证医疗、预防、科研、教学等各项任务的完成。

8、经常与科主任取得联系，主动沟通，互相配合，互相支持，做好工作。

支部副书记协助书记进行工作。

泗洪县第一人民医院纪委办公室（监察室）科长职责

一、在分管院领导的领导下，负责纪检监察科的日常工作。根据医院中心工作和纪检监察工作的要求，制定工作计划，并组织实施。

二、落实院党委、纪委和上级纪检监察部门相关文件、指示精神，组织落实并贯彻实施对监察对象执行国家政策、法律、法规和医院各项规章制度的监督工作。

三、开展反腐倡廉教育，进行遵纪守法、正确履行职责和廉洁自律等的教育，对监察对象的履职尽责情况进行监察。

四、畅通信访举报途径，接待群众来信来访，受理群众对监察对象的投诉、检举、控告，及时汇报和调查，并按规定提出处理意见和建议。

五、积极配合院纪委查处违法违纪违规案件。

六、参与对招投标、干部任免、人员录用等涉及人、财、物的重要事项进行监督检查。

七、加强自身建设，与时俱进，不断提升专业能力。

八、协助纪检检察机关做好案件的调查。

九、完成领导和上级纪检监察机关交办的其他任务。

泗洪县第一人民医院行风办主任岗位职责

一、在院党委、行政的领导下，贯彻落实院行风建设相关工作。

二、认真贯彻执行院党委和上级部门行风工作部署，结合医院行风建设工作实际情况，制定医院行风建设工作计划并组织实施，同时做好督促、检查，及时反馈，按期总结汇报，促进行风工作持续改进。

三、不断完善行风建设各项规章制度，深入科室，了解和检查规章制度的落实情况，发现问题，督促整改。

四、从实际出发，采取多种形式，对全院人员进行职业道德教育，树立先进典型，大力弘扬正气。

五、不断完善医德考评和医德档案管理工作，并做好督促、检查落实的情况。

六、负责医院行风信访工作，尤其是疑难信访，做好登记和调查处理。加大信访工作力度，采取积极有效措施，提高信访办结率。

七、组织召开工休座谈会、行风监督员座谈会，进行病员满意度调查，广泛征集意见建议，畅通监督渠道。抓好行风督导检查工作，努力提高社会综合满意度。

八、认真分析医院行风状况，及时与相关科室、部门联系沟通，进行反馈与汇报，并提出可行性的意见和建议。

九、认真完成上级领导、分管领导交办的其他工作。

泗洪县第一人民医院组织委员职责

1、在院党支部领导下，抓好中层干部队伍建设，根据《党政领导干部选拔任用工作例》的有关规定，建立科学规范的干部选拔任用制度，做好干部的培养、选拔、考察、任免工作。

2、根据上级党委要求和院党支部工作安排，制定组织工作的长远规划和年度工作计划，并组织落实。

3、根据建党方针和新时期的要求，负责制定党员发展计划，积极做好党员发展工作，严把党员入口关。

4、引导基层党支部积极开展“争先创优”活动，负责管理好党员组织生活，督促检查各级党组织民主生活制度执行情况。

5、按照新时期要求和“四化”方针，加强组织科自身建设，转变思想，改变作风，深入基层，调查研究，了解、掌握党员干部的主要情况。

6、负责离休干部的管理工作，从新形势下离休干部的特点和实际出发，做好各项服务工作。

7、负责检查、指导本科室的文件、资料的立卷、归档工作。

8、做好院党支部交办的临时任务。

泗洪县第一人民医院纪检委员职责

1、在分管院领导的领导下，负责纪检监察科的日常工作。根据医院中心工作和纪检监察工作的要求，制定工作计划，并组织实施。

2、落实院党委、纪委和上级纪检监察部门相关文件、指示精神，组织落实并贯彻实施对监察对象执行国家政策、法律、法规和医院各项规章制度的监督工作。

3、开展反腐倡廉教育，进行遵纪守法、正确履行职责和廉洁自律等的教育，对监察对象的履职尽责情况进行监察。

4、畅通信访举报途径，接待群众来信来访，受理群众对监察对象的投诉、检举、控告，及时汇报和调查，并按规定提出处理意见和建议。

5、积极配合院纪委查处违法违纪违规案件。

6、参与对招投标、干部任免、人员录用等涉及人、财、物的重要事项进行监督检查。

7、加强自身建设，持续深化“三转”，与时俱进，不断提升专业能力。

8、协助纪检检察机关做好案件的调查。

9、完成领导和上级纪检监察机关交办的其他任务。

泗洪县第一人民医院宣传委员职责

1、在院党支部领导下，负责科室的业务管理工作。

2、根据党支部工作计划，制定宣传思想工作计划，并负责组织实施。

3、会同纪委和组织科，研究制定党员教育计划，抓好党员教育工作。

4、负责通讯报道工作，积极组织院内外宣传活动。

5、针对热点问题分析职工的思想情况，及时为院党支部、院领导决策提供参考。

6、组织开展思想政治工作研究，不断探索改进和加强思想政治工作的方式方法。

7、审订全院公费报刊（不含专业性报刊）的订阅。

8、做好院党支部、院领导临时交办的其他工作。