



北京协和医院

PEKING UNION MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

医疗常规

药剂科

工作常规

北京协和医院 编



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



北京中医药大学

BEIJING UNIVERSITY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

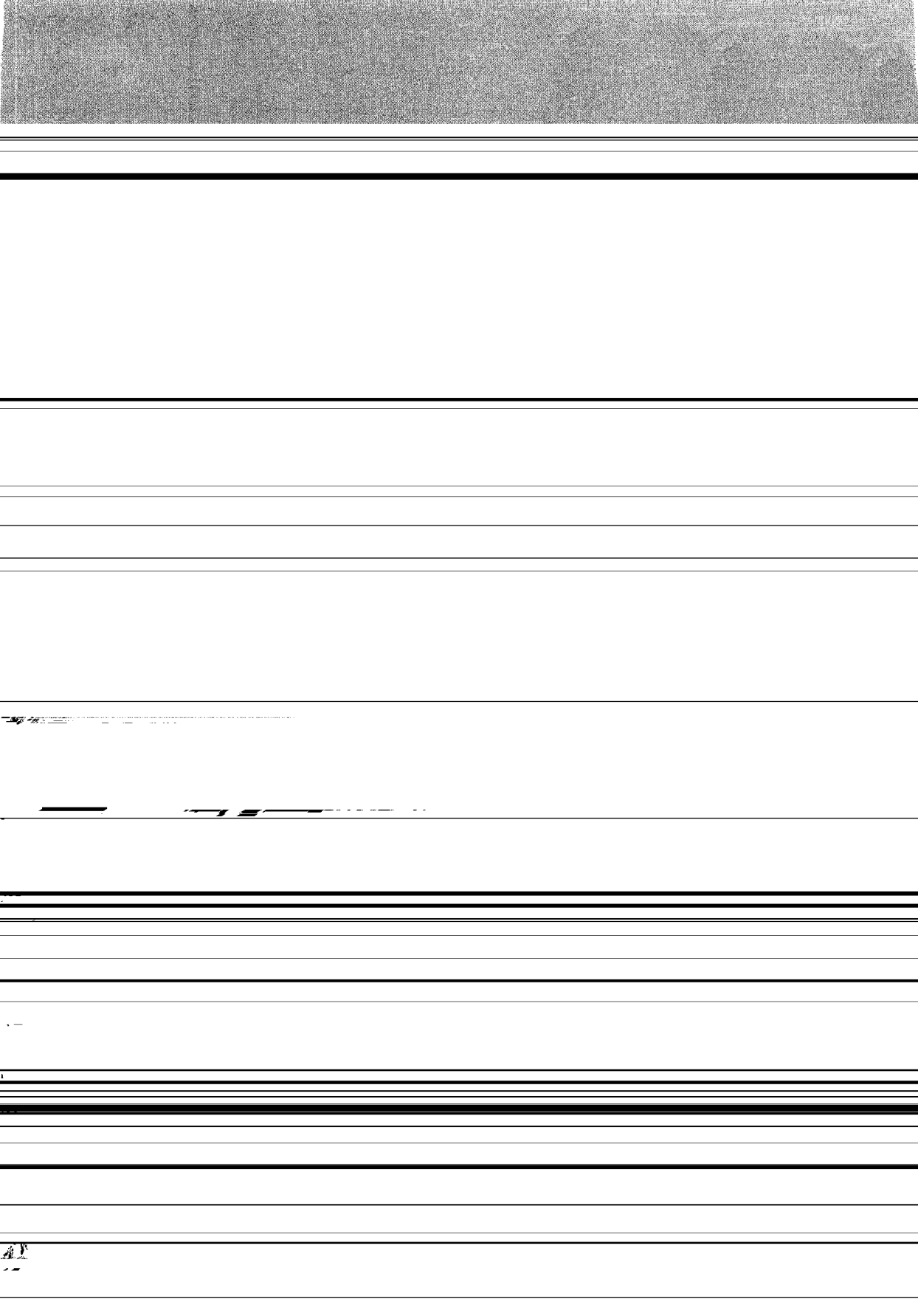
医疗常规

药 剂 科

工作常规

张 彦 编 著

中国中医药出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

药剂科工作常规/北京协和医院编著. —北京:
人民卫生出版社, 2012. 3
(北京协和医院医疗常规)
ISBN 978-7-117-15398-0

I. ①药… II. ①北… III. ①药剂人员-工作-规
范-北京市 IV. ①R94-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 273699 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

药剂科工作常规

编 著: 北京协和医院
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592
印 刷: 三河市双峰印刷装订有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 710×1000 1/16 印张: 11
字 数: 209 千字
版 次: 2012 年 3 月第 1 版 2012 年 3 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-15398-0/R·15399
定 价: 22.00 元
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

医疗质量是医院永恒的主题,严格执行诊疗常规和规范各项操作是医疗质量的根本保证。2004年,我院临床各科专家教授集思广益,编写出版了《北京协和医院医疗诊疗常规》系列丛书(以下简称《常规》),深受同行欢迎。《常规》面世7年以来,医学理论和临床研究飞速发展,各种新技术、新方法不断应用于临床并逐步成熟,同时也应广大医务人员的热切要求,对该系列丛书予以更新、修订和再版。

再版《常规》丛书沿袭了第一版的体例,以我院目前临床科室建制为基础,扩大了学科覆盖范围。各科编写人员以“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)和“三严”(严肃的态度、严密的方法、严格的要求)的作风投入这项工作,力求使《常规》内容体现当代协和的临床技术与水平。

该丛书再版正值北京协和医院九十周年华诞。她承载了协和人对前辈创业的感恩回馈、对协和精神的传承发扬、对社会责任的一份担当。我们衷心希望该丛书能成为业内同道的良师益友,为提高医疗质量,保证医疗安全,挽救患者生命,推动我国医学事业发展作出贡献。对书中存在的缺点和不足,欢迎各界同仁批评指正。

赵玉沛

2011年9月于北京

目 录

第一篇 制 度

第一章 院级药事管理制度	1
第一节 药事管理与药物治疗学委员会职责	1
第二节 关于临时申购药品的管理办法(201106 版)	2
第三节 药品品种暂停使用制度(201106 版)	2
第四节 药品品种更新评审原则(201106 版)	3
第五节 同品种药品切换制度(201106 版)	4
第六节 新制剂品种审定和申报制度	5
第七节 “药品说明书之外的用法”管理规定(201106 版)	5
第八节 药品不良反应报告制度(201106 版)	6
第九节 药物警戒站工作管理制度	7
第十节 捐赠药品管理制度	9
第二章 基本制度	12
第一节 药品经济管理制度	12
第二节 药品质量管理制度	15
第三节 近效期药品管理办法	17
第四节 制剂调拨和委托外加工制度	18
第五节 抗菌药物使用指导原则	19
第六节 高危药品管理制度	21
第七节 血液制品用量监控措施	32
第八节 形似及音似药品管理规定	32
第九节 药品报损、销毁制度	34
第十节 关于各科室临床用药中意外损坏药品的请领制度	35
第十一节 临床科室基数药品管理制度	35
第十二节 差错事故管理制度(附差错报告表)	36

第十三节 药事管理应急预案	40
第十四节 药房信息管理系统(PIS)应急预案	41
第十五节 抢救药品管理办法	42

第二篇 操作 规 程

第一章 药事管理操作规程	43
--------------	----

第一节 新药申请及审批流程(201106版)	43
第二节 临时申购药品规程(201106版)	49
第三节 药品不良反应报告与监测规程	50
第四节 药品质量问题报告及处理规程	54
第五节 药品用量动态监测、超常规用药预警及分析规程	57
第六节 处方点评操作规程	57
第七节 抗菌药物监测操作规程	59

第二章 药品供应操作规程	62
--------------	----

第一节 药品购入的资格审定	62
第二节 过会药品采购流程	62
第三节 政府储备药品临时采购流程	64
第四节 麻醉药品、一类精神药品采购流程	64
第五节 毒性药品相关操作流程	66
第六节 药品价格相关操作流程	66
第七节 药品付款流程	67
第八节 药品库主数据信息建立及相关信息变化的维护等操作规程	68
第九节 药品会计账务工作操作规程	71
第十节 试剂请领与报账操作规程	75
第十一节 科室请领与报账药品操作规程	78
第十二节 药品流转标准操作规程	80
第十三节 药库库管工作规程	82

第三章 调剂操作规程	86
------------	----

第一节 药品调配差错事故预防规范	86
第二节 贵重药品管理规范	88
第三节 门诊药房收方操作规程	88

第四节	门急诊药房处方审核调配发药操作规程	90
第五节	门急诊药房退药处理流程	94
第六节	门急诊药房“毒、麻、精一类”药品调配发药操作规程	95
第七节	门诊药房 A 型肉毒素调配发药操作规程	96
第八节	门诊药房腹膜透析液调配发药操作规程	96
第九节	病房药房出院带药标准操作规程	97
第十节	病房药房贵重药品及中成药品发放标准操作规程	98
第十一节	病房药房科室领药标准操作规程	98
第十二节	单剂量包药机摆药标准操作规程	99
第十三节	单剂量包药机维护标准操作规程	99
第十四节	病房药房口服药品手工摆药标准操作规程	101
第十五节	病房药房退药标准操作规程	102
第十六节	病房药房药品请领(含临购)标准操作规程	103
第十七节	病房药房针剂统领发放标准操作规程	104
第十八节	病房药房麻醉药品、一类精神药品发放标准操作规程	104
第十九节	病房药房药品效期管理标准操作规程	107
第二十节	病房药房造影剂手工记账处方管理规程	108
第二十一节	手术室药品发放标准操作规程	108
第二十二节	输液站药品配送标准操作规程	109
第二十三节	病房自动配药柜药师操作标准规程	110
第四章	临床药学服务操作规程	114
第一节	病房查房操作规程	114
第二节	临床会诊操作规程	114
第三节	门诊用药咨询操作规程	115
第四节	药物信息检索操作规程	115
第五节	老年综合门诊与老年病房多科会诊操作规程	116
第五章	自制制剂操作规程	118
第一节	制剂生产工艺操作规程	118
第二节	制剂配制基本操作规程	127
第三节	制剂室设备操作规程	130
第四节	制剂室物料管理规程	138
第五节	制剂室卫生操作规程	141

第六章 药品检验标准操作规程.....145

 第一节 医院制剂质量检验操作规程145

 第二节 药品检验室基本操作规程157

 第三节 仪器设备操作规程.....160

第一篇 制 度

第一章

院级药事管理制度

第一节 药事管理与药物治疗学委员会职责

一、药事管理与药物治疗学委员会的组成及会议制度

1. 药事管理与药物治疗学委员会(简称“药事会”)由院长担任主任委员,主管院长、医务处处长、药剂科主任、临床药理中心主任为副主任委员,药剂科副主任为秘书。全院在职正高、副高职称医师和在院工作的退休教授共同组成委员(专家库)。

2. 药事管理与药物治疗学委员会原则上每季度或每半年召开一次会议,具体视情况而定。

二、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,审核制定本机构药事管理和药学工作规章制度,并监督实施。

2. 制定本机构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、评估本机构药物使用情况,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,提供咨询与指导;关注药品的质量与用药安全,及时将有关信息通报临床。

5. 建立药品遴选制度,审核本机构临床科室申请的新购入药品,调整药品品种或者供应企业以及申报医院制剂;评价药物的临床疗效与安全性,淘汰或暂

停不适用的品种和制剂。

6. 监督、指导麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品的临床使用与规范化管理。

7. 对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识教育培训;向公众宣传安全用药知识。

第二节 关于临时申购药品的管理办法 (201106 版)

临时申购(简称“临购”)药品是指未经医院药事会审批的临床急需药品。依据医院药事管理制度,对虽已上市但尚未进入我院用药目录的药品一般不常规购入,但针对临床某些特殊情况,可经过单独申请和批准临时申购。

1. 临时申购原则上仅限高干病区和 ICU 抢救用药。

2. 各临床科室需根据临床实际情况,经过认真研究,综合考虑各项因素,慎重提出申请;逐项认真填写《北京协和医院临时申购药品审批表》(见表 2-1-4),应重点写明临床使用紧迫性和必要性、不可替代的理由。

3. 具体流程 见第二篇中第一章的第二节“临时申购药品规程(201106 版)”。

4. 申请科室的科主任应定期组织人员对临时申购的药品进行评估,如是否符合临床路径或治疗指南、有无循证依据或共识支持等,并上报药事会(简称“上会”)。

5. 药事会和纪委将不定期对相关科室的临购情况进行院内公示(展板和局域网)。同时也将邀请非申请人所在科室外的专家 3~5 人对一段时间内的《北京协和医院临时申购药品审批表》(表 2-1-4)进行评估,对用药是否妥当及合理性给出书面意见,在药事会上通报。

第三节 药品品种暂停使用制度(201106 版)

1. 随着新药品种、规格的不断增加,为保证药品质量、促进临床合理用药,减少药品的库存和积压,减少差错和医疗纠纷的发生,药品的品种应保持在一个合理的数量范围内。

2. 药事会不定期讨论暂停品种,有下列情况之一者列为暂停品种:

(1) 国家法规明令禁止的品种、临床出现严重不良反应、严重质量问题的品种立即停止销售并报告主管院长。

(2) 非临床必需、且有替代的长期库存不用的品种,指:

1) 一年内出库记录 ≤ 200 个最小包装者,或上报药事会批准后仅采购使用

一个批次。

(2) 库存积压指标——半年不出库,或出库到调剂室后因无人使用被退回的品种。

(3) 经营手段不当的品种,特别是促销决定用量(如更换医药代表引起使用量大起大落)的品种。

(4) 北京市医药集中采购服务中心公布的中标目录外的品种。已被暂停品种如需再用,需履行重新上报药事会申请手续。

3. 药品暂停原则及方式

(1) 每年定期公布新药申请人名单、申请的品种数、通过药事会审评批准进入医院的数目、年或月用量及被淘汰的品种数。

(2) 暂停使用的品种采用协商方式,根据制度由各科自动提出或由药剂科提供数据,交给相关科室主任组织讨论,结果报药事会讨论决定。

(3) 同类别药品采取进一出一的原则,根据临床实际需要,如新品种比老品种具显著优点,则淘汰老品种。

(4) 药品规格过多,容易造成混淆和差错,对于多种规格的品种,在满足临床需求情况下采用少而精的原则。形似及音似的药品选择时宜少不宜多,以减少发药、用药时可能出现差错的风险。

第四节 药品品种更新评审原则(201106 版)

用药品种是代表我院临床治疗水平的标志之一。为保持其科学性、先进性、经济性和公平性,特制定药事会的药品品种更新评审原则。

1. 对提高临床治疗水平有重大意义的创新药,优先选用。

2. 同一类药 根据临床实际需要,品种保持合理数量,申请的新品种与老品种相比,必须有显著优点,同类药中采取进一出一的原则。

3. 仿制药 在有效性和安全性与原开发厂产品相同的条件下,遵循卫生部一品两规的要求,原开发厂产品和仿制品品种最多各一种的原则,根据质量、价格、GMP 状况、服务和公平的原则选择某一品牌。如同一品种多家生产,由药剂科根据择优原则提出具体厂牌并通知药事会。

4. 复方制剂 以起主要作用的成分通用名来算一品两规,如头孢**+不同的酶抑制剂以头孢**来计。

5. 对不同发酵菌或不同生物合成工艺制备,不同盐、酯、糖基、酸根等修饰的药品,按临床有效的原则,对临床无治疗差异的药品以母体化合物通用名为主要考虑因素,选择最佳的品种,以避免因类似效应而引入过多无序产品。如盐酸xx沙星或甲磺酸xx沙星等,以母体xx沙星计。

6. OTC 品种不宜过多、过滥,基本满足需要即可。
7. 中成药 同西药管理模式,也需不定期评价和淘汰不适用的品种。
8. 所有要求新增入医院处方集的药品都必须填写申请表(详见表 2-1-1)并履行相关程序(详见第二篇中第一章的第一节“新药申请及审批流程”)。

第五节 同品种药品切换制度(201106 版)

近年来,因资源的短缺、行业标准的改变,以及因市场机制、国家药物政策、行政执法监督、招标和市场管理等原因引发的药品短缺经常出现,甚至因一些临床必需药品发生短缺而影响抢救和治疗的事件时有发生。因招标、厂家停产、药品质量、价格、主动召回等原因,导致我院在用药目录中的临床必需药品出现缺货的事件已发生过几十起,需要从中标目录中选择不同厂家的同品种药品进行替代。因不同厂家的制药工艺和药品质量不同,为保证临床用药的安全性,结合药品的种类及用药特点来制定有关替代时切换的制度是非常必要的。

1. 当药库上报缺货时,由药剂科负责人启动同品种切换程序,向药事会递交请示,情况紧急或无法等到药事会开会的情况下直接报医务处和主管院长,经批准后即行替代,必要时可与主要用药科室的主任、药剂科临床药学组药师共同讨论后确定替代治疗药。

2. 切换原则与程序 原用药因停产、或不面向中国市场、或更新注册文号待批准等原因无法供应时,药品采购员先从北京市医药集中采购服务中心采购库中搜索其他厂家的同品种产品,列出,以供选择。

(1) 一般口服制剂或外用制剂:原则上由药剂科根据经验尽量选择有信誉的老药厂或有其他产品在我院使用的药厂作为替换厂家,请示获批准后即可由药剂科采购,并及时在局域网以药品快讯的形式通知全院。

(2) 高风险品种:高风险品种主要指注射剂(包括化学药品注射剂、中药注射剂)、多组分的天然药物制剂、生物制品、大容量注射剂、复方制剂、剂量或工艺变更更大的缓控释制剂等。

这些品种存在不同厂家生产工艺不同以及为通过审核标准做一些原料、辅料、包材等方面的改进的情况,但一些厂家不能提供生物等效性或临床试验报告。这些“变更”和不确定性可能给临床用药安全带来风险。因此建议在进行切换前要求厂商提供药品质量标准及一定量的样品及其检验报告书,其中一部分药品送交临床试用,具体方案可由药理中心依照临床试验的方式进行管理,主要目的是考察安全性;另外一部分药品送交药剂科进行质量核查,以避免或减少不良事件(如亮菌甲素、甲氨蝶呤等)的发生,给患者和医院安全带来不必要的麻烦。

主要使用科室进行必要的试用和安全性观察后,做出可替换或不可替换的结论,负责临床试验的科主任签字后由临床药理中心返回药剂科,药剂科汇总安全性考察和质量核查报告后报送医务处和主管院长批准后,再行正式切换和常规采购。

第六节 新制剂品种审定和申报制度

1. 临床科室需用的新制剂应先与药剂科主任协商后,填写《新制剂申请单》,经院药事会同意后方可由药剂科研制。

2. 药剂科药学研究室结合临床要求,参考国内外相关文献材料、新制剂研制规范及要求、标准、本院制剂的操作规范和实际情况,设计处方,试制新制剂小样。

3. 在制备的同时建立质控方法并开始着手进行稳定性考察工作,在确定初步的处方后试制小样,同时配合用药医师观察该制剂临床应用情况,按需进行必要的调整。若含麻醉、精神药品时,应遵守麻醉药品管理有关规定,并进行必要的毒理、药理试验,否则不能直接用于临床。

4. 按北京市药品监督管理局新制剂申报的要求进行新制剂的申报工作。

5. 新制剂用于临床后,要密切观察疗效、不良反应等,半年到一年后进行疗效评价并由临床科室填写评价单。

6. 药剂科与临床科室共同组织评价该制剂的全面情况。

7. 在取得药监部门制剂批准文号后,正式定为本院制剂。

8. 在各项手续完备,且处方工艺等成熟后,转到制剂室生产。

第七节 “药品说明书之外的用法” 管理规定(201106版)

1. “药品说明书之外的用法”是指药品使用的适应证、给药方法或剂量不在国家食品药品监督管理局批准的药品说明书之内。其具体含义包括适应证、使用人群、给药剂量或给药途径等与药品说明书内容不同。

2. “药品说明书之外的用法”通常是经过广泛研究、已有大量文献报道的。随着临床证据的积累,某些“药品说明书之外的用法”可能会成为药品说明书中的用法。

3. 尽管“药品说明书之外的用法”在当前药物治疗中发挥着重要的作用,但它涉及医疗责任、伦理学、医保报销以及药品安全性和有效性等一系列问题。我国对“药品说明书之外的用法”尚无明确立法。为了保障患者得到有效治疗,同

时规避医疗风险,根据国外相关资料,进行以下建议:

(1) 各临床科室由科主任负责对本科室范围内的“药品说明书之外的用法”进行全面的收集、整理和评价,上报医务处。各科可将“药品说明书之外的用法”分列成:国际权威指南规范级、国内学会指南级、学会专业组专家共识级 3 个档次。

(2) 医务处组织相关专家,从国内外临床试验,权威参考资料、指南或专家意见等方面,对上报的“药品说明书之外的用法”进行讨论和评价。

(3) 对于证据充分的“药品说明书之外的用法”,在医务处备案后,可在提出申请的科室内(或全院内或经申请科室专家会诊的科室)使用。备案材料在药剂科留存,以作为药师审方和点评处方的依据。

(4) 对于证据不充分或未经医务处备案的“药品说明书之外的用法”,临床科室在使用前须向医务处提出申请,医务处根据实际情况组织专家讨论。

(5) 在使用“药品说明书之外的用法”时,医师应告知患者可能获益和存在的治疗风险,必要时应让患者签署知情同意书。

(6) 若处方中含有“药品说明书之外的用法”,经医务处备案的则由医师签字并注明日期;未经备案的医师则应注明用药原因、签字并注明日期。

(7) 信息处协助在计算机开具处方或医嘱时实现“药品说明书之外的用法”进行系统提示和再签字功能。

(8) 随着循证医学的发展和临床安全性评价的深入,各专科应关注对已批准的“药品说明书之外的用法”的更新,需变更的及时上报医务处,中止某些不安全、不合理的用法,以保障患者用药安全,降低医院的医疗风险。

(9) 为降低医院的医疗风险,不允许为外地患者多带药,以及为规避医保限制等而采取在处方及出院带药医嘱上多开药、实际用量口头告知患者等操作,要求医嘱与用药标签标示的用法用量相一致;病历医嘱、出院带药领药单和出院诊断证明书上的用药剂量和用法须一致。如不遵守此规定,全部责任由开方医师个人承担。

第八节 药品不良反应报告制度(201106 版)

1. WHO 对药品不良反应的定义:为了预防、诊断、治疗疾病或改变人体的生理功能,人在正常用法用量情况下使用药品所出现的不期望的有害反应。

2. 不良反应包括药物的副作用、毒性作用、后遗反应、过敏反应、特异质反应、抗感染药物引起的二重感染、依赖性以及致癌、致畸、致突变作用等。

3. 为保证我院用药安全,全院医务人员都应重视药品不良反应的监测和报告。在我院应用的药品发生不良反应后,要及时报告药剂科或病人安全办公室。

药剂科负责全院药品不良反应资料的收集、管理、上报工作,并对药品不良反应病例进行整理分析,定期向院药事会及北京市药品不良反应监测中心上报。病人安全办公室与药剂科建立数据共享机制。

(1) 每个科室或病房设 1~2 名药品不良反应监管员,负责本科室或病房的药品不良反应上报工作。医师、护士和药师均应积极地注意在患者身上发生的药品不良反应。

(2) 接到不良反应报告后,积极调查并确定药品不良反应的发生。

(3) 由医师、护士或药师负责填写药品不良反应报告表,报告所有可疑的药品不良反应,特别是严重的药品不良反应和由新药引起的可疑的药品不良反应。

(4) 报告者应认真和详细填写表格中有关患者的资料,准确描述患者发生不良反应的过程和转归情况,以及患者合并用药的情况。

(5) 认真填写药品不良反应结果,并对原患疾病的影响和药品不良反应进行分析。

(6) 将完整的不良反应报告表格报告院药事会及北京市药品不良反应监测中心。

(7) 发生严重不良反应应在 24 小时内报告上级。

(8) 发生严重不良反应、需进行药物紧急封存时,医患双方应当共同对现场实物进行封存和启封,封存的现场实物由医院保管,需要检验的应当由医患双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验;有争议时由卫生行政部门指定。

(9) 如发现药品群体不良事件,应当积极救治患者,迅速开展临床调查,分析事件发生的原因,必要时可采取暂停药品的使用等紧急措施。

(10) 新入院的药品,提出申请的医师有责任并积极报告该药品一年内发生的不良反应,如未发生不良反应,也需做零记录报告至药剂科。

(11) 我院为北京市药监局药品不良反应监测中心十家药物警戒站之一,发生药品不良反应后均应上报药剂科,由药剂科上报药监局药品不良反应监测中心。

(12) 医院设立药品不良反应报告奖励机制,医务处病人安全办公室统计不良事件报告数,对主动报告且报表合格的科室给予一定的奖励。

第九节 药物警戒站工作管理制度

1. 为实现对药品质量、不合理用药、药品不良反应等各种不安全因素的全面监测、综合分析和预警,逐步实现对“药品安全预警信号”早发现、早预防、早处理的工作目标,特制定本规定。

2. 本院实行药品安全预警强制报告制度,不良事件发生后,应在最短时间
内详细报告,报告一般采取网络在线报告,对紧急、严重的突发药品不良事件采
取电话报告、纸质书面报告等快速报告形式,对新发现的和罕见的、严重的和群
发的药品不良事件,报告时限如下:

(1) 新发现的和罕见的药品不良事件:应自发现之日起 7 日内报告。

(2) 严重药品不良事件:应自发现之日起 3 日内报告。其中引起死亡的药
品不良事件应自发现之时起 24 小时内报告,并于 15 日内提交死亡病例摘要或
死亡病例讨论记录。

(3) 群体药品不良事件:应自发现以下药品不良事件之时起 4 小时内向国
家药品不良反应监测中心电话报告。

1) 本单位在使用同一生产厂家、同一品种、同一批号药品的过程中,30 日
内累计发现 2 例以上(含 2 例)严重药品不良事件。

2) 本单位在使用同一生产厂家、同一品种、同一批号药品的过程中,30 日
内累计发现 5 例以上(含 5 例)一般药品不良事件。

3. 药品不良事件报告程序

(1) 当事科室应当在 2 个工作日内向医务处书面报告,造成死亡、伤残或重
要器官功能损伤的严重不良事件应在事件发生后 4 小时内,应首先电话报告医
务处或院总值班,并在事件发生后 1 个工作日内向医务处书面报告。

(2) 发生不良事件时,对患者负有主管责任的临床科室和不良事件发生所
在科室均为当事科室,都有按照本管理规定报告的责任。当事人或科室应当向
医务处或院总值班报告。

(3) 医务处接到不良事件和患者安全隐患报告后,应当及时组织专人协同
临床医务人员进行调查、分析、归类,将不良事件和安全隐患的分析结果反馈报
告科室,会同相关科室共同提出整改意见并监督整改意见的执行,改进医疗制
度、管理体系和服务流程。

(4) 由药剂科将不良事件的讨论结果上报国家药品不良反应监测中心。

(5) 对由国家药品不良反应监测中心追溯回来的不良反应,应及时作出调
查并上报医务处作相关处置。

4. 奖励与处罚措施

(1) 不良事件报告本身不会导致对当事人的处罚。除非患者投诉并导致赔
偿的,按《北京协和医院医疗风险管理办法》执行。

(2) 发生不良事件不按照本规定报告的,负有报告责任的科室将被记录 1 次
违规行为并纳入该科室的绩效考核,情节严重时追究当事人或科室负责
人的行政责任。如果此不良事件将来发生赔偿,未按照本规定上报的科室就
该事件按照《北京协和医院医疗风险管理办法》应承担的赔偿比例由 10% 调整