

医院工作制度及工作人员职责

中山医学院革命委员会

一九七三年五月

前

言

以路线为纲，建立和健全医院工作制度，是医院斗、批、
改运动的一个重要组成部分，是贯彻落实毛主席无产阶级卫生
路线的大事。因此，对于加强附属医院建设，具有方向性的，
十分重要的意义。

为进一步落实毛主席关于“改革不合理的规章制度”的指
示，学院根据各附属医院的广大医务人员、职工群众，对医院
工作制度提出的修改意见，同时参考了兄弟院校试行的各种规
章制度，对去年编写的《医院工作制度和工作人员职责》（草
案）进行了修订，现下发各附属医院统一试行。各医院要切实
加强领导，充分发动群众，认真总结经验，使之不断充实和完
善。

中山医学院革命委员会

一九七三年五月

目 录

I、附属医院性质、任务和管理体制	7
一、性质与任务	7
二、管理体制	7
II、医院工作制度	8
一、医院行政管理制度	8
(一) 会议制度	8
(二) 医院领导查房制度	8
(三) 请示报告制度	9
(四) 关于医疗事故、差错的几项规定	10
(五) 入院、出院制度	14
(六) 探病、陪人制度	15
(七) 病案室工作制度	15
(八) 医疗统计工作制度	17
(九) 图书室工作制度	18
(十) 请、销假制度	19
(十一) 职工医疗保健制度	20
(十二) 卫生工作制度	21
二、医疗护理工作制度	22
(一) 门诊工作制度	22

(二) 急诊室工作制度	2 5
附：急诊范围	2 6
(三) 值班、交接班制度	2 7
(四) 查房制度	2 8
(五) 病历书写制度	2 9
(六) 处方制度	3 0
(七) 查对制度	3 1
(八) 护理制度(基础护理及三级护理)	3 4
(九) 会诊、转科、转院制度	3 5
(十) 急症、危重伤病员抢救制度	3 6
(十一) 手术制度	3 7
(十二) 麻醉工作制度	3 9
(十三) 消毒隔离制度	4 1
(十四) 病房管理制度	4 3
(十五) 住院规则	4 3
(十六) 病案讨论制度	4 4
(十七) 分娩室工作制度	4 5
(十八) 婴室工作制度	4 6
(十九) 放射科工作制度	4 7
(二十) 理疗科(室)工作制度	4 8
(二十一) 心电图室、脑电图室工作制度	4 9
(二十二) 同位素室工作制度	5 0
(二十三) 药房工作制度	5 0

(廿四) 檢驗科工作制度	5 1
(廿五) 血庫工作制度	5 2
(廿六) 供应室工作制度	5 3
(廿七) 科室医疗仪器、药品、物资管理制度	5 5
三、后勤部門工作制度	5 6
(一) 总务工作制度	5 6
(二) 财务管理监督制度	6 0
(三) 膳食管理制度	6 2
四、医院机关和各级医务人员职责	6 4
一、医院机关职责	6 4
(一) 办公室职责	6 4
(二) 政治处职责	6 4
(三) 医教处职责	6 6
(四) 院务处职责	6 7
二、各级医务人员职责	6 9
(一) 临床科各级医务人员职责	6 9
1. 科主任职责	6 9
2. 病区区长和主治医生职责	7 0

3.	经治医生职责	7 1
4.	进修医生职责	7 1
5.	实习医生职责	7 2
6.	科护士长职责	7 3
7.	区护士长职责	7 4
8.	护士职责	7 5
9.	病区工人职责	7 6
10.	配餐员职责	7 6
(二)	放射科人员 职责	7 7
1.	科主任、主治医生、经治医生职责	7 7
2.	放射科技师职责	7 7
3.	放射科技士(技术员)职责	7 8
(三)	理疗科(室)人员 职责	7 9
1.	科主任、主治医生、经治医生职责	7 9
2.	理疗科技师职责	7 9
3.	理疗科技士(技术员)职责	7 9
(四)	药房人员 职责	8 0
1.	药房主任(负责人)职责	8 0
2.	药师职责	8 1
3.	药剂士(员)职责	8 2
(五)	检验科人员 职责	8 2
1.	检验科主任(负责人)职责	8 2
2.	检验技师 职责	8 3

3. 檢驗士(員) 职责	84
(六) 营养师 职责	84

I、附属医院性质、任务和管理体制

一、性质、任务

医学院的附属医院（即教学医院），是医学院教学基地之一，在教学、医疗、科研三结合的新体制中，附属医院占有重要的地位。

附属医院工作的基本任务：是以马列主义、毛泽东思想为指针，坚决执行毛主席的无产阶级教育、医疗卫生路线，坚决贯彻毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，为培养无产阶级的全心全意为人民服务的医疗卫生人员和提高人民的健康水平，为把医院建设成符合工农劳动群众根本利益的，符合社会主义社会面貌的新型医院而不断地奋斗。

二、管理体制

附属医院的管理体制，实行党委一元化领导，在医学院党委的统一领导下，建立医院党委（总支）——支部，两级领导制。在行政、业务方面，建立革委会——科（室）——病区，三级管理制。坚持党的一元化领导，医院革委会是在医院党委统一领导下，主持医院各项工作的领导机构。在基层科（室），由党支部对科（室）工作实行领导。

党委、革委会的办事机关设办公室、政治处、医教处、院务处、（附属三、肿瘤、眼科医院暂设三处）。

为了更好地实现教学、医疗、科研三结合，在附属医院设立各门临床课程的教研组和教学组，教研组的主任、副主任和教学组长分别兼任医院临床科的主任、副主任。

II、医院工作制度

一、医院行政管理制度

(一) 会议制度

提倡少开会，开短会，会前要出“安民告示”，会议要充分发扬民主，集中正确意见，作出决定，贯彻执行。

1. 院办公会：每周一次，由院领导主持，机关领导参加，传达上级指示，小结本周工作，研究安排下周工作。

2. 院周会：每周一次，由院领导主持，科(区)领导和机关干部参加，传达上级指示，小结本周工作，布置下周工作。

3. 科(区)务会：每周一次，由科(室、区)领导主持，传达上级指示，小结本周工作，研究和布置下周工作。

4. 工休座谈会：院每季召开一次，由革委会三处一室派人参加。科(区)每月召开一次，征求意见，密切工休关系。

5. 评教评学会：每月召开一次，由主管教学的科主任(或副主任)主持，教师和学员代表参加，总结教育革命经验，研究存在问题和解决方法，加强师生革命团结。

(二) 医院领导查房制度

1. 医院领导到科室查房，是为了坚持深入教学、医疗、科研第一线，密切联系群众，及时发现问题，实行面对面指导工作。

2. 医院领导查房每周一次，分科进行。查房时，机关有关人员参加。

3. 医院领导查房着重了解各科教学、医疗、科研等任务完成的情况；以及工作人员的学习、工作、服务态度的情况；听取

工作人员和病员对医院工作的批评、建议和要求。能解决的问题应及时解决，一时不能解决的，研究后及时答复。

(三) 请示报告制度

为了加强党对医疗工作的领导，使领导机关及时了解医疗工作上的情况，增强组织纪律观念，必须切实执行如下请示报告制度。

1. 危重与死亡病人报告制度：凡住院危重病人，需组织全院力量抢救时，应及时报告医院医教处，并发出病危通知单，及时通知其家属和单位。对住院的高干病人、外宾病人和上级指定治疗的病人病危时，还应由医院医教处及时报学院医教组及有关部门。

死亡病人应填写死亡病人报告单，在一周内报病案室转医教处。

对死亡原因不明或急死的病人，除动员家属单位作尸检外，应立即上报医院医教处。

2. 重要手术报告制度：凡住院病人须施行重大手术（包括新开展的重大手术、破坏性大或危险性大的手术）时，需填写重要手术报告单，手术前三天报医院医教处审查决定。高干、外宾和上级指定治疗的病人须行重大手术时，还应及时报学院领导与有关部门研究后决定。

3. 凡首次开展重大的新技术、新疗法，事先要向医院领导和医教处请示报告。

4. 如发现甲类传染病，除及时报防疫部门外，还应及时报医院医教处和学院医教组。

5. 凡发生医疗事故、严重差错、贵重仪器损坏等应及时报医院医教处。

6. 除上述各项，医院发生其他重大问题或重大事故，均应立即报医院领导和学院有关部门。

(四) 关于医疗事故、差错的几项规定

医务人员必须对工作极端的负责任，对技术精益求精，全心全意地为人民服务，不断提高医疗质量，千方百计地杜绝医疗差错事故的发生。一旦发生了差错事故，要立即组织抢救，努力挽回损失，并找出原因，吸取教训，订出防范措施，避免再次发生。

1. 医疗事故的定义

凡在医疗过程中，由于各种原因，直接或间接地造成病人死亡、残废、机体损害，或促使病情恶化而增加病员严重痛苦者，均属医疗事故。

医疗事故按其发生的性质，分为责任事故、技术事故和责任兼技术事故。

凡医务人员由于政治责任心不强，缺乏深厚无产阶级感情，不认真履行职责，违反工作制度及技术操作规程，或对危重伤病员不予抢救，或因不及时处理而失去抢救时机，或不及时请示报告，不懂装懂，盲目诊治，甚至将病人作试验等所造成的医疗事故，均属责任事故。

凡医务人员在治疗过程中，由于病员存在某些器官、组织的异常生理和结构，造成诊断、治疗（手术）的错误，或因病情变化急骤，缺乏经验，当时又无上级医生在场，因而造成的医疗事故，均属技术事故。

凡由于经验不足，技术水平不够，诊断治疗有一定困难，

但因责任心不强，不及时请示上级医生，或工作不认真细致，因而造成的医疗事故，均属责任兼技术事故。

2. 医疗事故的范围

凡属下列情节或有类似情况者，应作医疗事故处理。

(1) 凡急重伤病员需迅速治疗，而医务人员片面强调手续和制度，不及时抢救治疗，以致丧失治疗时机，造成不良后果者。

(2) 凡因责任心不强，未作周密调查，粗枝大叶，以致拖延诊断、治疗，或在治疗中已发现原诊断治疗有错误，但未立即纠正，因而造成不良后果者。

(3) 值班人员擅离职守，未发现伤病员病情突然变化，以致失去治疗时机而造成死亡，或已发现病情有恶化趋势而不及时报告主管（或上级）医生组织抢救，因而造成不良后果者。

(4) 凡手术前不认真讨论研究，准备不周，术中粗枝大叶，损伤重要组织器官，或将异物遗留于术手腔内，以及消毒不严、护理不周而造成不良后果者。

(5) 凡不认真执行医嘱或执行不当，违反护理操作规程而发生烫伤、烧伤、服错药、打错针而造成不良后果者。

(6) 药房工作人员因责任心不强，配、发药错误，或未经检查而发出变质药物，或医务人员写错药物剂量，或有配伍禁忌，而不通知有关医务人员仍超剂量发出，造成严重后果者。

(7) 检验科工作人员由于弄错标本，填错报告，或配错试剂致使检验结果不准，因而延误诊断造成严重后果者。

(8) 血库保管血液不当，发生污染和错取血液，混乱血型，

致使伤病员出现严重反应或死亡者。

(9) 放射科诊断错误，遗漏重要发现，或写错部位，因而影响临床诊断并造成严重后果者。

(10) 病理科诊断错误，遗漏重要发现，因而影响临床诊断并造成严重后果者。

(11) 麻醉过程超量使用麻药，或操作错误，因而造成伤病员死亡或不良后果者。

(12) 理疗时发生电击伤、烧伤、烫伤，以及治疗超过规定时间或部位，因而造成不良后果者。

(13) 对药物、器材以及贵重仪器未行妥善保管，或违反技术操作规程，以致发生变质、烧坏、爆炸，给国家造成严重损失者。

3 医疗事故的分级

根据情节及造成不良后果的严重程度，大体上把医疗事故分为三级：

一级事故：凡由于工作的严重错误，直接或间接造成以下后果，均属一级事故。

(1) 按病情不致死亡而造成死亡，病人虽属危重而加速病人死亡者。

(2) 按病情不致残废而造成病者机体难以修复的严重残废者。

(3) 造成病人重要器官全部丧失生理功能者。

二级事故：凡由于工作上的错误，造成下列后果者，均属二级事故。

(1) 造成病人残废，或使病人器官、机体局部丧失生理功能，因而严重影响病人的健康，或遗留终身痛苦者。

(2) 造成病人身体严重损害（包括严重烧伤、烫伤、中毒、感染或其他合并症等），危及病人生命，需进行抢救才能挽回者。

三级事故：由于工作上的错误，造成病人病情恶化或加重，增加治疗困难或延长治疗日期，以致增加病人不必要的痛苦和经济负担者。

4. 医疗事故处理原则：

(1) 事故发生后，领导应正视出现的问题，首先以严肃负责的态度对事故发生的原因，进行全面深入的调查了解，倾听各方面（包括当事人）的意见，具体分析，实事求是地作出正确的结论，认真总结经验，提高认识，吸取教训。

(2) 对一般医疗事故的处理，应从政治教育入手，本着“惩前毖后，治病救人”、“教育从严，处理从宽”的精神，提高思想和两条路线斗争觉悟，既要看到事故的后果，又要看到发生事故的原因、情节及当事人一贯表现与对错误的态度，全面考虑，分别处理。对严重事故，而本人对事故认识很差，应根据其情节及后果予以适当的纪律处分。

(3) 发生事故后应指定专人接待病人家属，耐心说明情况，给予劝慰。对因事故而增加的医疗费用，按下列原则处理：

① 因事故而造成死亡者，医药及住院费酌情减收或全部免费。

② 因事故造成残废或损害而增加的医疗及住院费免收。

5. 医疗事故的上报及审批制度

(1) 凡发生事故后，应即报告党支部、科主任、医教处及

院领导。一、二级事故由医院医教处及时报告学院医教组，并于一周内由病区（科）进行检查、讨论分析，填写“医疗事故个案报告表”一式三份，逐级上报。由医院组织“事故鉴定小组”，由医院领导、政治处、医教处、有关科室领导派人参加，对事故进行鉴定和审批。

(2) 需对当事人进行纪律处分的医疗事故案件，应按有关干部管理范围办理处分手续。

6. 医疗差错的定义及处理

由于检查、化验、诊断、治疗、配药发药、护理等错误，致影响诊断，延长治疗时间或增加病者的痛苦，但后果并不严重者叫做医疗差错。医疗工作上的差错所造成的后果虽轻于事故，但差错是事故的苗头，也必须认真对待，不可忽视。各科应建立医疗差错登记制度，定期检查总结，按月填报。

(五) 入院、出院制度

1. 病人住院须持医生签具之住院证及单位证明，到住院处办理手续。自费患者一般应预交部分留医费，特殊情况（如急诊等）可于入院后24小时内补办。门诊或急诊收治病人，应先与病房取得联系。

2. 入院病人，除急重者外，应先经入院处理室进行清洁处理，代保管衣物，并介绍探访制度。

3. 医务人员应主动向入院病人介绍病区情况及住院规则。

4. 病人出院时，主管医生应及时把住院情况扼要记录于门诊病历上，以便复诊观察。

5. 病人出院前一天，到住院处办理出院手续（特殊情况例

外)，出院时应清点住院所用之物。

6. 根据病情不应出院而病人或家属要求出院者，经多次耐心解释无效，须报科主任同意后始能出院。病情已好转，无须继续住院治疗而病人不肯出院者，应加以说服，必要时与病人单位联系，协商解决。

7. 病人出院时，医务人员要讲清出院后注意事项，主动征求意见，并热情欢送。

(六) 探病、陪人制度

1. 住院病人一般不留陪人。如重病人需要留陪人者，须经医生或区护士同意，可留一个陪人，发给陪人证。陪人证不得借给别人使用。

2. 陪人必须遵守医院各项制度，保持病室安静、清洁，及时转达病员病情，协助护理工作。

3. 为了不影响病员的诊疗和休息，探病者须凭探病证按医院规定时间（星期一至星期日，每天下午3时至7时，星期日上午10时至12时）探视，节日探病时间另行规定。每次探视不得超过二人，特殊情况，须经病区同意。危重病员凭联系单或重危通知可随时探视。

4. 陪人和探病者不能随意更换病室用具。损坏公物，照价赔偿。携物外出，应经病房或守门值班人员检查。

5. 传染病员一般不准探视，特殊情况需探视时，按传染病科规定进行。

6. 为保证儿童身体健康，不得带1米以下儿童进入病房。

(七) 病案室工作制度

1. 病案管理

(1) 病案室负责全院各科住院病案的管理工作，包括病案的整理、装订、检查、登记、编目、保管、供应等各项工作，为医疗、教学和科研提供参考资料。

(2) 病案的编号，采用自1号至无限号。

(3) 编制病人姓名索引卡片，包括姓名、性别、年龄、籍贯、职业、住址、住院号、X光号、入院日期、出院日期、科别诊断、治疗效果等。

(4) 编制疾病分类和手术分类的索引卡片，包括：年、月、住院号、姓名、性别、年龄、科别、手术、教学病例、死亡病例、解剖病例等。

(5) 病人出院后主管医生应于24—48小时内写好病历首页，按规定整理好病案，经出院病案讨论和主治医生签名后，放置固定地方，病案室人员每周到各科收取一次。

(6) 病人住院期间的各种检查单，应由医护人员按规定及时粘贴于病历上。

(7) 出院病案应按下列顺序装订：病案首页、出院记录或死亡记录、病历、体检、病程记录、会诊单、术前记录、麻醉记录、手术记录、术后记录、各种检查单（包括各种检验单、X光、病理、心电图报告等）、特别表格、各项介绍信及有关证明、治疗记录、专页护理记录、体温表。

(8) 住院病案应长期保存，并经常做好防火、防霉、防蛀等工作。

(9) 急诊死亡病案由病案室按月汇订保管，以备查考。