

医疗质量与安全管理

张 彬 付春生 主编

YILIAO ZHILIANG YU
ANQUAN GUANLI



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

医疗质量与安全管理

YILIAO ZHILIANG YU ANQUAN GUANLI

主 审 朱恒鑫

主 编 张 彬 付春生

副主编 王 胜 修培宏 任泽旺

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 胜	王宝春	王淑英	付春生
乔一泽	任泽旺	李 萍	李光耀
李向景	李复领	杨巧芝	杨春玲
张 彬	张连荣	张青玉	张书广
陈建中	武建胤	修培宏	徐银才
高恒强	郭文年	郭式敦	崔丽华
梁永广	靳卫国	路庆良	



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

医疗质量与安全管理/张 彬,付春生主编. —北京:人民军医出版社,2005.7
ISBN 7-80194-761-4

I. 医… II. ①张…②付… III. 医院-卫生服务-质量管理 IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 055154 号

策划编辑:丁金玉 文字编辑:伦踪启 陈 鹏 责任审读:黄栩兵

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编:100842

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:17.5 字数:418 千字

版次:2005 年 7 月第 1 版 印次:2005 年 7 月第 1 次印刷

印数:0001~4000

定价:35.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

内 容 提 要

本书共七章。参照美国联合委员会国际部《医院评审标准》和卫生部《医院管理评价指南》(试行)等质量标准要求,分别制定了医疗质量安全管理规章制度与规范、医疗质量应急预案与流程、常见急危重症抢救程序、急性中毒诊治规范及创伤急救诊治规范。贯彻“以人为本”和“持续改进”原则,制定了医疗质量管理与安全评价标准,具有较强的实用性和可操作性。本书可供全国各级医疗机构医务人员学习借鉴。

责任编辑 丁金玉 伦踪启

序 言

美国质量管理专家 J. M. Juran 认为,20 世纪是“生产力的世纪”,21 世纪则是“质量的世纪”,追求质量是人类社会进步的标志。医疗质量是医院的生命,是医院管理的核心内容,是医院生存与发展的根本。

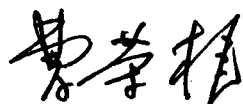
当前,医学科学技术迅猛发展,新理论、新技术、新方法不断在临床实践中得到广泛推广与应用。医学模式的转变,人口的老龄化和疾病谱的变化,带动了临床诊疗方式和医务人员执业行为的重大变革;入世后,国外医疗服务观念、服务模式的引进与实践,对国内医疗市场带来新的冲击与挑战。处于特定“转型期”的各级医院,正处于前所未有的变革之中。在医疗市场的竞争中,竞争压力决定了医院必须选择国际通用的质量标准,以提高自身竞争力,与国际医疗质量的要求接轨。

人是生产力中最重要的因素,医疗质量的高低,关键在于提高卫生技术队伍整体素质,而提高医疗质量安全,关键是各级医疗机构和医务人员的执业行为必须建立在制度化、标准化和规范化的基础上。品质管理大师克劳士比在论述规范和标准在质量管理中的地位时说:“第一次就把事情做对。”他认为,“质量就是符合要求。首先要知道什么是对的,如何做才能达到这个标准”。因此,规范临床管理及医务人员的医疗行为,让大家懂得做什么,懂得如何做,注重预防为主及树立医疗警惕观念,是新形势下提高医疗质量、确保医疗安全、防范医疗风险的重要举措。

正是基于这样的思路,《医疗质量与安全管理》出版发行了。该书的编者长期从事医院管理工作,他们为本书的编撰倾注了心血和汗水。该书是一部指导临床管理的技术标准用书。其内容涵盖了临床各个学科,以科学性、指导性、可操作性为主旨,可供全国各级医疗机构的医务人员学习参考。

该书系统地总结了近年来质量管理研究的最新成果,尤其是重点参考了美国联合委员会国际部编写的《医院评审标准》和卫生部新近出台的《医院管理评价指南》(试行)等质量管理与安全的标准和要求,广泛吸收了国内外质量管理的最新研究成果和技术,吸收了国内外医疗质量管理的成功经验,较好地兼顾了高新理论、成熟经验与实用技术的结合,突出了“以人为本”和“持续改进”的特点,同时研究、制定了一套科学实用的医疗质量管理与安全评价标准,基本上能够科学地指导临床科室进行质量与安全管理。

我相信,《医疗质量与安全管理》的出版发行,将进一步促进临床工作的规范化、标准化,将有利于提高广大医务人员的综合素质;有利于提高医疗质量与医疗安全;有利于加强医疗卫生工作的管理,保护广大人民群众的健康。



2005. 4

前 言

《医疗质量与安全管理》是一部规范医院医疗质量与安全管理的指导用书。

该书是在卫生部发布《医院管理评价指南》(试行)的新形势下出版的。

《医院管理评价指南》(试行)主要包括医疗质量全程管理和持续改进,注重基础质量,特别是医疗质量和医疗安全核心制度的落实,关键环节、重要部门、要害岗位的管理,确保医疗安全,维护患者的合法权益,尊重、关爱患者,建立医患沟通制度等内容。它将指导医院坚持以患者为中心,为广大人民群众提供优质、高效、安全、便捷和经济的医疗服务。

《医疗质量与安全管理》一书,贯彻落实了《医院管理评价指南》(试行)中的医疗质量管理的指导思想和原则。

传统的医疗质量概念,是指医疗服务的及时性、安全性和有效性,主要是指诊断是否正确、及时,诊疗时间的长短及有无差错、医疗工作效率的高低等。随着医疗质量管理的发展,医疗质量管理概念发生了新的变化。与传统质量概念不同的是,新的医疗质量概念是医疗技术、管理方法和经济效益的综合体现。要求医院在质量管理中,不但要为患者提供医疗服务和技术性服务,而且还要体现“以人为本”和“医疗质量持续改进”的管理重点,实现质量管理方法和经济效益的和谐统一。

新的医疗质量管理理念,体现了美国卫生机构资格认证联合委员会(Joint Commission on Accreditation of Hospital)倡导的医疗质量管理思想,同时还体现了国际“全面质量管理”、PDCA及“临床路径管理”、“实时控制”、ISO9000 质量认证、“循证医学”等现代管理方法。

新的医疗质量管理理念,对新时期我国医疗质量管理提出了新的要求和挑战。

该书的发行,旨在强化各级医疗机构的质量意识,规范临床医务人员的医疗行为,进一步促进临床诊断、治疗的科学化、规范化和标准化,使医务人员的临床医疗工作有章可循、有法可依。其内容丰富,涵盖了临床各个学科,以科学性、指导性、可操作性为主旨,可供全国各级医疗机构的医务人员遵循和参考。

管理是一门在实践中不断发展的科学。能够为我国的医疗质量管理尽一份绵薄之力,是本书编者的初衷。但限于水平,本书难免会存在一些问题和不足,纰漏之处,欢迎各级卫生医疗机构和广大临床医务人员批评指正。

本书在编写过程中得到北京大学朱恒鑫教授的悉心指导和帮助,并承蒙人民军医出版社的大力配合与支持,在此表示衷心感谢!

主 编

2005 年 5 月

目 录

第一章 医疗质量安全管理制度与规范	(1)
第一节 七大核心制度	(1)
第二节 病例讨论制度	(3)
第三节 查房制度与规范	(4)
第四节 会诊制度	(6)
第五节 医嘱制度	(7)
第六节 医师值班、交接班制度	(7)
第七节 死亡报告制度	(8)
第八节 查对制度	(8)
第九节 三级查房规范与注意事项	(9)
附:教学查房规范	(11)
第十节 门诊首诊负责制制度	(12)
第十一节 急诊首诊负责制制度	(12)
第十二节 科室诊疗流程规范	(13)
第十三节 转院、转科、出院制度	(14)
第十四节 科室患者转入、转出优先诊疗程序与原则	(15)
第十五节 120 及急诊科、手术室专门监管制度	(16)
第十六节 科室普通患者诊治方案确认的流程	(16)
第十七节 科室疑难患者诊治方案确认的流程	(17)
第十八节 住院患者诊疗方案临时改变时决定的程序	(17)
第十九节 临时改变治疗方案或更改手术方式报告授权程序	(18)
第二十节 科室人员紧急替代制度	(18)
第二十一节 质量关键过程流程	(18)
第二十二节 危重患者管理制度	(20)
第二十三节 危重患者报告访视制度	(21)
第二十四节 抢救工作制度	(22)
第二十五节 异常医疗信息请示报告制度	(22)
第二十六节 医疗差错及事故登记报告处理制度	(23)
第二十七节 关于紧急封存患者病历及反应标本的程序	(23)
第二十八节 科室防范医疗纠纷及事故发生的重点措施	(24)
第二十九节 医疗投诉及纠纷的处理程序	(24)
第三十节 《医疗事故处理条例》员工教育措施	(25)
第三十一节 新技术新业务准入管理制度	(25)

第三十二节	新技术、新业务管理制度	(26)
第三十三节	手术分级管理制度	(29)
第三十四节	手术过程管理规范	(37)
第三十五节	手术患者安全管理制度	(39)
第三十六节	外科患者围手术期管理制度及流程规范	(40)
第三十七节	专家门诊管理制度	(42)
第三十八节	关于病案环节质量管理的职责规定	(43)
第三十九节	关于加强心肺脑复苏工作的规定	(44)
第四十节	医师基本规范	(45)
第四十一节	临床住院医师工作规范	(46)
第四十二节	关于签署医疗活动知情同意书的规定	(47)
第四十三节	有创操作报批制度	(49)
第四十四节	抗菌药物管理与应用规范	(50)
附:药敏报告		(51)
第四十五节	药物不良反应监察报告制度	(52)
第四十六节	临床输血管理规范	(54)
第四十七节	临床输血指征	(57)
第四十八节	安全输血操作规程	(59)
第四十九节	临床研究、试验、调查管理规定	(60)
第二章	医疗质量应急预案与流程	(64)
第一节	医院突发公共卫生事件应急预案	(64)
第二节	医疗风险差错、事故防范及应急预案	(67)
第三节	批量突发意外伤害事件抢救应急预案	(70)
第四节	出现 SARS 患者或疑似患者应急预案	(72)
第五节	突发人禽流感防治应急预案	(77)
第六节	急危重症患者处理应急预案	(80)
第七节	处理急危重症患者流程预案	(81)
第八节	血吸虫病重大疫情应急处理预案	(83)
第九节	院内紧急意外事件应急预案	(87)
第十节	医院火灾应急预案	(88)
第十一节	医院感染暴发应急预案	(88)
第十二节	职业中毒的应急处理预案	(93)
第十三节	放射事故和核事故的应急处理预案	(102)
第三章	常见急危重症抢救程序	(107)
第一节	心肺脑复苏程序	(107)
第二节	急性呼吸衰竭抢救程序	(108)
第三节	急性心肌梗死抢救程序	(109)
第四节	急性左心衰竭、肺水肿抢救程序	(110)
第五节	严重心律失常抢救程序	(110)

第六节 休克抢救程序.....	(111)
第七节 急性肾功能衰竭抢救程序.....	(112)
第八节 急性中毒抢救程序.....	(113)
第四章 急危重症诊治规范	(114)
第一节 心脏骤停.....	(114)
第二节 心律失常.....	(115)
一、阵发性室上性心动过速	(115)
二、阵发性室性心动过速	(116)
三、心房纤颤	(117)
四、二、三度房室传导阻滞.....	(117)
五、控制心律失常药物治疗的注意事项	(118)
第三节 急性心肌梗死.....	(119)
第四节 急性左心衰竭.....	(120)
第五节 高血压危象.....	(121)
第六节 休 克.....	(122)
一、感染性休克	(122)
二、失血性休克	(123)
三、过敏性休克	(124)
第七节 呼吸衰竭.....	(125)
第八节 急性呼吸窘迫综合征.....	(126)
第九节 重症支气管哮喘.....	(128)
第十节 弥散性血管内凝血.....	(129)
第十一节 上消化道出血.....	(130)
第十二节 急性肾功能衰竭.....	(132)
第十三节 糖尿病昏迷.....	(134)
一、糖尿病酮症酸中毒	(134)
二、高渗性非酮症糖尿病昏迷	(135)
三、低血糖危象	(136)
四、乳酸性酸中毒	(137)
第十四节 甲亢危象.....	(138)
第十五节 脑血管意外(中风).....	(139)
第十六节 癫痫持续状态.....	(141)
第五章 急性中毒及其他因素所致急症诊治规范	(143)
第一节 急性中毒抢救程序.....	(143)
一、安眠药中毒	(144)
二、有机磷农药中毒	(144)
三、急性酒精中毒	(145)
四、急性动物性中毒	(146)
五、急性植物性中毒	(147)

六、化学性中毒	(149)
第二节 中暑	(151)
第三节 电击伤	(152)
第四节 溺水	(152)
第六章 创伤急救诊治规范	(154)
第一节 创伤急救基本技术	(154)
一、止血	(154)
二、包扎	(155)
三、骨折的固定	(155)
四、伤员的搬运	(156)
第二节 脑损伤	(157)
一、脑震荡	(157)
二、脑挫裂伤	(158)
三、原发脑干损伤	(159)
四、外伤性颅内血肿	(159)
五、开放性颅脑损伤	(160)
六、火器颅脑损伤	(161)
第三节 胸部损伤	(161)
一、胸壁挫伤	(161)
二、肋骨骨折	(162)
三、外伤性气胸	(162)
四、外伤性血胸	(163)
五、创伤性窒息	(163)
六、肺爆震伤	(164)
七、气管支气管破裂	(164)
八、食管破裂	(165)
九、心脏损伤	(165)
第四节 腹腔内脏器损伤	(166)
一、腹部创伤的诊断和治疗原则	(166)
二、腹内各种内脏损伤的特点和处理原则	(167)
第五节 泌尿系损伤	(170)
一、肾脏损伤	(170)
二、膀胱损伤	(171)
三、尿道损伤	(172)
第六节 烧(烫)伤	(173)
第七章 医疗质量安全管理持续改进评价标准	(175)
第一节 内/外科系统质量安全管理与持续改进评价标准	(175)
第二节 住院病历质量评价标准	(180)
第三节 ICU 质量安全管理与持续改进评价标准	(185)

第四节	急诊科质量安全管理与持续改进评价标准	(190)
第五节	麻醉科质量安全管理与持续改进评价标准	(193)
第六节	检验、放免专业质量安全管理与持续改进评价标准	(196)
第七节	输血质量安全管理与持续改进评价标准	(199)
第八节	病理专业质量安全管理与持续改进评价标准	(201)
第九节	药学专业质量安全管理与持续改进评价标准	(204)
第十节	血液净化质量安全管理与持续改进评价标准	(207)
第十一节	医学影像专业质量安全管理与持续改进评价标准	(209)
附:	常用医疗卫生法规	(213)
附录 A:	中华人民共和国传染病防治法	(213)
附录 B:	中华人民共和国母婴保健法	(225)
附录 C:	中华人民共和国执业医师法	(229)
附录 D:	医疗事故处理条例	(235)
附录 E:	医疗事故技术鉴定暂行办法	(244)
附录 F:	病历书写基本规范(试行)	(250)
附录 G:	医院管理评价指南(试行)	(256)

第一章 医疗质量安全管理制度与规范

第一节 七大核心制度

一、首诊负责制度

(1)所有到医院门、急诊就诊的患者均应得到有效的就医指导,首诊接诊医师应认真负责地进行诊治,耐心解答患者所提出的问题。不能处理的问题应及时请门诊组长或上级医师诊治;不是本科的疾病应认真、及时转诊或请会诊,并向患者及家属解释清楚,不得推诿患者。对于急诊转诊,值班医师应负责护送,以免发生危险。

(2)所有收入各病区的患者均应得到及时的检查、治疗。若发现本科不能处理的问题应及时请有关科室会诊,必要时转入相应科室进行治疗,并向患者及家属解释清楚。若有本科相关的疾病应负责随诊,继续协助治疗。

二、三级查房制度

(1)科主任每周查房 1 次,常规安排在每周五上午。

(2)主任或副主任医师查房每周 1 次,常规安排在每周二或周四下午。

(3)主治医师查房每日 1 次。

(4)住院医师查房每日 2 次,上、下午各 1 次,对危重病人 24h 随时查房。

(5)节假日查房每日 2 次,分别在上午 8:00 和下午下班以前进行。

(6)急诊由门急诊二线组长或副主任医师和一线医师及实习医师查房,每日常规查房 2 次,分别在上午 8:00 和下午 4:00。

三、疑难、危重病例会诊讨论制度

1. 对疑难患者

(1)各病区收治的疑难病例应在各病区主任的指示下尽快完善各项检查。

(2)全科每周进行 1 次疑难病例讨论,各病区疑难病例必须提交全科病历讨论,以最终确诊,并明确治疗、手术方案。讨论须由科主任或副主任主持,相关医师参加,术者必须参加,病历中及记录本中应详细记录。讨论前经治医师应准备好相关材料,必要时检索文献。

(3)对科内讨论不能明确诊治方案的患者,应报告院方(医务处),以组织全院或相关科室联合会诊,或请院外专家会诊。

(4)节假日或急诊疑难患者应由值班组副主任医师主持进行疑难病例讨论,做好详细记

录,并向科主任及院总值班汇报,以明确诊治方案,避免延误病情。

2. 对危重患者

(1)各治疗组(或病区)在病房主任或副主任医师带领下,应及时讨论、确定治疗方案,并密切监护患者,认真观察病情变化,及时记录病程。

(2)在每日下午全科交接班时,主管医师向科主任及质量管理小组汇报病情,进行进一步讨论,及时发现诊治过程中的问题、调整治疗方案。

(3)交班后主管医师及值班医师应立即落实科内讨论意见,并于病历上记载。

(4)对于特殊危重患者除以上讨论外,应及时组织全科讨论及相应科室的全院讨论。

四、术前讨论制度

(1)每周五上午为全科术前讨论时间,由科主任直接领导,对下周拟进行的大、中型手术、有严重并发症的手术、疑难手术进行讨论。

(2)除提交全科讨论的手术外,其他手术应在各病区进行,由各病区主任或病房组长主持。

(3)术前讨论前填写“术前讨论单”,由术者签字。

(4)术前讨论时,主管医师应做到对术前讨论患者准备必要、充足的材料,包括化验、造影、CT等。有重点地介绍病情,并提出自己或专业小组的诊断及治疗方案。必要时检索有关资料。

(5)各级医师充分发言,提出自己的意见和见解。

(6)科主任最后指导、完善制定出的治疗方案。

(7)各级医师必须遵守、落实科主任制定的诊疗方案。并将讨论结果记录于记录本及病历中。

(8)术前谈话应有术者或本院高年资医师参加,医师应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告诉患者,及时解答患者的咨询,避免对患者产生不利的后果。

(9)手术前1d由各病区医师填写手术通知单,病区主任或病房组长签字,送交手术室,统一安排手术。

五、死亡病例讨论制度

对于死亡病例讨论应在患者死亡后1周内,在科内进行,由各病区主任及病房组长主持,全体医护人员参加。

讨论应涉及:回顾患者发病整个过程及治疗经过,讨论死亡原因,总结诊治过程中的经验及应该吸取的教训等。

死亡病例讨论内容用专用记录本记载。

六、三查十对制度

三查:摆药时查;服药、注射、处置前查;服药、注射、处置后查。

十对:对床号、姓名、性别、年龄、药名、剂量、浓度、时间、用法和有效期。

七、病历书写制度

(1)病历一律用蓝黑或黑色钢笔书写,字迹要清楚端正,内容要准确完整,文字简练,不得

随意涂改、删改、倒填、剪贴等。

(2) 病历书写医师签全名。

(3) 病历和病历首页一律用中文书写,疾病和手术分类名称必须使用国际(ICD-10 和 ICD-9-CM-3)标准或国内学术机构公布的命名填写,对无中文译名的公认的综合征,要写英文全名。

(4) 术后化疗的诊断,首页统一写××术后状态。在首页翻页特殊治疗一栏处注明化疗内容。

(5) 病案中术前谈话签字、重要内容的谈话签字,以及出院诊断证明书签字,必须由本院医师承担。

(6) 病历具有法律效力,如有重要的修改处一定要签名或盖章,以示负责。

(7) 入院记录住院病历应在患者住院后 24h 内完成。实习医师、进修医师书写的住院病历,本院指导医师应负责审查修改并签名。危重、急症患者要及时书写首次病程记录,普通患者要求在 8h 内完成。

(8) 病程日志应详细记载患者全部诊治过程,危重或病情突然变化的病例应随时记录,病情平稳 72h 后允许 2~3d 记录 1 次病程日志,慢性患者允许 5d(含休息日)记录 1 次。

(9) 阶段小结:①第 1 次阶段小结应在住院后 4 周末完成;②以后每个月写 1 次阶段小结。

(10) 转科患者要求转出科室写“转科记录(转出记录)”,转入科室写“转入记录”,外院转入本院的患者按新入院患者办理。主管医师换班时要写“交班记录”,接班医师写“接班记录”。

(11) 出院(包括转院)病历应于患者出院后 48h 内完成,在逐项认真填写病历首页后,主治医师、科主任审查签名后方可归档。

(12) 死亡病历应于患者死亡后 24h 内完成,要求保管好所有资料,不得丢失。做好抢救记录,死亡讨论记录和死亡记录。凡做尸解者,应有详细的尸检记录及病理诊断资料,纳入死者病案。

(13) 每一项记录前必须有日期、时间。用北京标准时间 24h 方法、阿拉伯数字顺序书写表示,如 1989-12-19,9:20。

(14) 各种病历记录均应按卫生部及省主管部门制定并下发的《病历书写》规范要求认真书写。

第二节 病例讨论制度

一、临床病例(临床病理)讨论

1. 选择适当的在院或已出院(包括死亡)的病例举行定期或不定期的临床病例(临床病理)讨论会。

2. 临床病例(临床病理)讨论会,可以一科举行,也可以几科联合举行。临床科室与病理科联合举行时,称“临床病理讨论会”。

3. 举行临床病例(临床病理)讨论时,必须事先做好准备,负责主治的科应将有关材料加以整理,尽可能做出书面摘要,事先发给参加讨论的人员,以便做好发言准备。

4. 讨论时,由经治科室科主任或主任医师、副主任医师主持,并负责介绍及解答有关病情、

诊断、治疗等方面的问题,提出分析意见(病历由住院医师报告)。会议结束时由主持人做总结。

5. 临床病例(临床病理)讨论会应有记录,可以全部或摘要记入病历内。

二、出院病例讨论

1. 科室定期(每月至少2次)举行出院病历讨论会,作为出院病历归档的最后审查。

2. 出院病例讨论会可以分科举行(由科主任主持)或分病室(专业组)举行[由主任(副)医师主持],经管的住院医师、进修医师和实习医师参加。

讨论内容如下:

- (1)记录内容有无错误或遗漏;
- (2)病历是否按规定顺序排列;
- (3)审查出院诊断和治疗效果;
- (4)是否存在问题,取得那些经验教训。

三、疑难病例讨论

凡遇疑难(诊治有困难)病例由科主任或主任(副主任)医师主持,有关人员参加,及时组织讨论,尽早明确诊断,提出治疗方案。

四、术前病例讨论

对重大、疑难及新开展的手术,必须进行术前讨论,由科主任或主任医师主持,医务处、手术医师、麻醉医师、护理及有关人员参加,定出手术方案、术中、术后观察事项、护理要求等,必要时经分管院长批准。讨论情况记入病历,对一般手术专业组也要进行讨论。

五、死亡病例讨论

死亡病例应及时讨论。尸检病例待病理报告后进行,但不迟于2周,由科主任主持,医护和有关人员参加。特殊病例讨论,必要时医务处派人参加。讨论情况应记入病历。

第三节 查房制度与规范

一、查房制度

1. 共性要求

(1)对住院患者要有固定医师负责,实行住院医师、主治医师、主任(副主任)医师三级负责制。查房一般在上午进行,上级医师查房,下级医师必须参加。主任(副主任)医师查房每周至少1次,主治医师查房每日1次,住院医师对所管患者每日至少查房2次。

(2)查房前医护人员要做好准备工作。如病历、X线片、各项有关检查报告及所需用的检查器材等。查房时要自上而下逐级严格要求,认真负责。经治住院医师要报告简要病历、当前病情并提出需要解决的问题,主任或主治医师根据情况做必要的检查和病情分析,并下达指示。

(3)对疑难、危重等特殊患者,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(副主任)医师查看患者,协助处理。

(4) 护理查房每周进行 1 次,由护士长组织护理人员检查护理质量,结合实际教学,研究解决疑难问题。

2. 主任(副主任)医师查房制度

(1) 主任(副主任)医师查房每周 1 或 2 次,常规安排在每周二、周四上午。

(2) 参加人员包括:主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师、进修医师、实习医师和护士长、责任护士以及有关人员。

(3) 查房程序:由主任(副主任)医师带领巡视所有病房本专业患者,对重点患者进行床旁问诊和查体,由经治医师报告病历,介绍病情,最后由主任(副主任)医师明确诊断并制定治疗方案。

(4) 主任(副主任)医师查房要解决疑难病例、危重患者和审查新入院患者的诊断和治疗计划;决定重大手术和特殊检查治疗;抽查医嘱、病历和护理质量;听取医师、护士对诊疗和护理的意见;对下级医师、进修医师和实习医师进行必要的教学和培训工作;定期做学术讲座,介绍本学科专业领域的新进展和新成果。

(5) 由经治医师在病历上对主任(副主任)医师查房意见做相应记录,各级医师对主任(副主任)医师的查房指示要认真执行并及时反馈。

二、查房规范

1. 科主任查房规范

(1) 科主任每周查房 1 次,常规安排在每周三或周五上午。

(2) 参加人员包括科主任、主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师、进修医师、实习医师和护士长、责任护士以及有关人员。

(3) 查房程序,由科主任带领巡视病房,对重点患者进行床旁问诊和查体,随后集中进行讨论。讨论首先由经治医师报告病历,介绍病情,并提出需要解决的问题;再由各级医师对有关问题发表意见,进行充分的讨论;最后由科主任总结,对有关问题进行解答,对患者的诊断和治疗做出明确的指示,并在病历中科主任查房意见上做记录和签字。

(4) 科主任查房要解决疑难病例、危重患者和审查新入院患者的诊断和治疗计划;决定重大手术和特殊检查治疗;抽查医嘱、病历和护理质量;听取医师、护士对诊疗和护理的意见;进行必要的教学工作;定期做学术讲座,介绍本学科的新进展和本科室的科研成果。

(5) 由病房组长或指定医师对科主任查房做查房记录并存档,经治医师在病历上做相应记录,各级医师对科主任查房指示要认真执行并及时反馈。

2. 主治医师查房规范

(1) 主治医师查房每日 1 次。

(2) 参加人员包括主治医师、住院医师、进修医师和实习医师。

(3) 主治医师查房要求对病房本组所管患者进行系统查房,尤其对新入院、危重、诊断不明、治疗效果不好的患者进行重点检查、讨论;检查病历并纠正其中错误记录;检查医嘱执行情况 and 治疗效果,提出进一步处理意见;

(4) 主治医师对危重、疑难患者和遇到重大问题时(如决定患者会诊、转院、出院等)应该及时向本组副主任医师或本病区组长请示、汇报。

(5) 由经治医师在病历上对主治医师查房意见做相应记录。

(6)主治医师参加交代病情及手术签字。

3. 住院医师查房规范

(1)住院医师查房每日2次,上、下午各1次,对危重患者24h随时查房。

(2)住院医师查房应该全面巡视病房本组所管患者,重点巡视危重、疑难、待诊、新入院、手术后患者,分析各项检查结果,下达当日的治疗检查医嘱并检查医嘱执行情况,必要时要了解患者的思想情况,做必要的解释和安慰等思想工作。

(3)住院医师应该在病历上及时记录查房结果,及时向上级医师报告诊断、治疗上的困难及患者病情变化,对特殊观察重症患者应该24h内随时查房并在下班前向值班医师交班。

(4)上级医师查房前,住院医师应该做好准备,如病历、X线片、各项有关检查报告和所需用的检查器材等。

(5)住院医师应该及时在病历上记录上级医师的查房意见并认真执行及时反馈。

4. 节假日查房规范

(1)节假日查房每日2次,分别在上午8:00和下午4:00。

(2)参加人员包括:三线主任医师或副主任医师、二线主治医师、一线住院或进修医师和值班实习医师以及值班护士。

(3)值班组医师要坚守岗位,与科主任或值班科领导保持联系畅通,随叫随到。

(4)查房时应巡视病房所有患者。对手术后和疑难、危重以及急诊收入院的患者要重点检查和讨论,明确诊断,制定治疗方案,对需要手术的患者应立即急诊手术。

(5)对诊疗过程中出现的问题应及时上报科主任和院总值班。

5. 急诊查房规范

(1)急诊由门急诊二线专业组长或副主任医师带领一线医师及实习医师查房,每日常规查房2次,分别在上午8:00和下午4:00。

(2)急诊二线和一线都应该保证随叫随到,对危重患者应随时查房观察病情变化,并及时收治患者。

(3)急诊二线和一线对急诊留观的所有患者都应认真检查和讨论,分析各项检查结果,尽快明确诊断,决定治疗方案。对诊断不明、危重和需要手术的患者应尽快收入病房。

(4)每晚值班二线必须进行晚查房(下午6:00),掌握留观患者情况,及时收治患者。

6. 行政查房规范 院领导及各职能科室负责人,可有计划地定期参加各科查房,检查了解患者治疗情况和临床工作各方面存在的问题,及时研究解决。

第四节 会诊制度

1. 凡遇疑难病例,应及时申请会诊

2. 科间会诊 由经治医师提出,上级医师同意,填写会诊单。应邀医师一般要在1d内完成,并写会诊记录。如需专科会诊的轻病员,可到专科检查。

3. 急诊会诊 被邀请的人员,必须随请随到。

4. 科内会诊 由经治医师或主治医师提出,科主任召集有关医务人员参加。

5. 院内会诊 由科主任提出,经医务科(处)同意,并确定会诊时间,通知有关人员参加。一般由申请科主任主持,医务科(处)要有人参加。