

浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书

烧伤管理诊疗常规与 技术规范

*Standard Management and Technical
Regulations for Burn Surgery*

主 编◎韩春茂

副 主 编◎陈国贤 王 帆 林 才 华海平



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

烧伤管理诊疗常规与 技术规范

*Standard Management and Technical
Regulations for Burn Surgery*

主 编◎韩春茂

副 主 编◎陈国贤 王 帆 林 才 华海平



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

烧伤管理诊疗常规与技术规范 / 韩春茂主编. —杭州:
浙江大学出版社, 2014. 8
ISBN 978-7-308-13622-8

I. ①烧… II. ①韩… III. ①烧伤—诊疗—技术操作
规程 IV. ①R644-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 173109 号

烧伤管理诊疗常规与技术规范

主编 韩春茂

策 划 陈晓嘉
责任编辑 徐素君
封面设计 黄晓意
出版发行 浙江大学出版社
(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)
(网址: <http://www.zjupress.com>)
排 版 杭州中大图文设计有限公司
印 刷 杭州杭新印务有限公司
开 本 889mm×1194mm 1/16
印 张 8.5
字 数 220 千
版 印 次 2014 年 8 月第 1 版 2014 年 8 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-308-13622-8
定 价 38.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部联系方式: 0571-88925591; <http://zjdxcbbs.tmall.com>

《烧伤管理诊疗常规与技术规范》

编 委 会

主 编:韩春茂

副 主 编:陈国贤 王 帆 林 才 华海平

编 委:韩春茂 陈国贤 王 帆 林 才 华海平
刘政军 沈月宏 陈 炯 孙建平 仇旭光
郑国平 张元海

讨论人员:陈正英 翁旭豪 仇佩庆 廖和根 牟晓欣
李华涛 蔡海军 范友芬 叶胜捷 杨顺江
章伏生 陈国强 陈洪福 蒋金珩 康青松
沈明强 时述党

第二版序言

为进一步规范医疗服务行为,原浙江省卫生厅于2003年编辑出版了《浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书》。该丛书出版以来,作为我省各级医疗机构和医务人员日常管理和技术规范化的工具书,起到了重要作用。

随着科学技术的进步和社会经济的发展,作为全省医务人员和医疗行政机构管理和技术规范化的工具书,本丛书需要不断地完善。为此,本丛书编委会组织了我省各相关学科的诸多资深专家,本着以实践应用为主,兼备各种理论和基础阐释,理论联系实践,经验和科学发展并存的指导思想,开展了第二版的编写工作。新一版丛书在保留上一版中经实践证明有效的经验的同时,也根据我省的医院管理与临床实践的发展加入了许多新的内容,完善了新的制度以及各种技术规范。在第二版的编写中,病历、护理、药事、麻醉、病理、检验、肿瘤等各质控中心发挥了重要的组织协调作用,在此,我谨向参与第二版丛书编写工作的各地卫生行政部门、各有关医疗机构、质控中心和医学院校及全体编审人员表示衷心的感谢。

随着医疗事业的发展,管理规范也必须与时俱进,我诚恳地希望读者不吝赐教并批评指正,以便再版时修订。

浙江省卫生和计划生育委员会主任

杨毅

2014年1月

前 言

烧伤外科是一门三级学科,属于外科学范畴,但是因为其涉及很多的病理生理、感染免疫、脏器功能支持和重症医学,所以需要烧伤专科医生掌握更多的内科领域知识。我国自从1958年上海成功救治烧伤面积达89%、Ⅲ度烧伤面积达23%的患者以后,烧伤救治水平一直处于世界领先水平。但是随着循证医学的兴起和医疗服务规范需求的增加,烧伤专科的管理、诊疗常规和技术规范并没有随之完善。2005年和2007年,卫生部委托中华医学会烧伤外科分会组织全国著名烧伤专家分别编写了国内第一部《临床技术操作规范——烧伤分册》和《临床诊疗指南——烧伤外科学分册》。随着时间流逝和许多医疗知识的不断更新,以及各地区烧伤诊疗工作的不同特点,有必要制定浙江省的烧伤管理专科管理、诊疗常规和技术规范。1995年起,浙江省烧伤救治技术指导中心就一直履行浙江省的烧伤救治水平的提高和管理职能。此次在卫生厅医政处的直接领导下,浙江省烧伤救治技术指导中心组织骨干成员开展了《烧伤管理诊疗常规与技术规范》的编撰工作,经过全体成员的反复讨论、斟酌,形成了文稿。期望本书能对广大专业同道开展日常医疗工作有所帮助。

医疗工作属于实践性很强的领域,本书由于编写讨论人员均来自浙江省的烧伤专家,因此可能会有一定局限,不当之处有待广大烧伤专业医护人员在工作中不断总结经验,提出改进意见。总之,希望本书的出版会有利于我省乃至全国烧伤医学事业的发展。

目 录

第一章 各级医院烧伤外科专科设置基本标准	1
第一节 三级综合性医院烧伤外科专科设置基本标准	1
第二节 二级综合性医院烧伤外科专科或专业组设置基本标准	2
第二章 烧伤外科专科各项管理规章制度	4
第一节 各级人员的职责	4
第二节 十大工作制度	8
第三节 门诊工作制度	16
第四节 科研和教学制度	18
第三章 烧伤外科基本诊疗常规	20
第一节 烧伤急诊处理	20
第二节 烧伤入院处理	22
第三节 轻度烧伤	23
第四节 中度烧伤	24
第五节 重度烧伤和特重度烧伤	26
第六节 吸入性损伤	27
第七节 手烧伤	29
第八节 头面部烧伤	32
第九节 电烧伤	34
第十节 碱烧伤	36
第十一节 酸烧伤	37
第十二节 氢氟酸烧伤	38
第十三节 黄磷烧伤	40
第十四节 苯酚烧伤	41
第十五节 烧伤康复治疗	42
第十六节 慢性伤口处理的基本技术规范	44

第四章 烧伤外科基本诊疗技术规范	47
第一节 烧伤休克复苏技术规范	47
第二节 烧伤创面处理基本技术规范	50
第三节 烧伤营养支持治疗技术规范	75
第四节 烧伤感染防治技术规范	92
第五节 烧伤外科护理常规	100
第五章 烧伤外科消毒技术规范	119
第一节 烧伤感染源	119
第二节 消毒隔离措施	120
第三节 消毒灭菌法	122

第一章

各级医院烧伤外科专科设置基本标准

第一节 三级综合性医院烧伤外科专科设置基本标准

三级综合性医院烧伤外科提供热力、低温及其他原因所致皮肤组织损伤的早期和后期治疗等专科医疗服务,诊治的疾病包括热力烧(烫)伤、电烧伤、化学烧伤、放射线烧伤、冻伤、各种皮肤创面及瘢痕整复等。

一、科室和床位

1. 科室 至少设有独立的烧伤外科病房、烧伤外科专科门诊和烧伤外科专科门诊换药室。
2. 床位 至少设有烧伤外科专科床位 20 张。

二、人员

1. 至少配备 6 名具备《医师资格证书》和本专业职称的执业医师,其中正高职称医师 1 名,从事烧伤外科工作 12 年以上;副高职称 2 名,从事烧伤外科工作 7 年以上;主治医师职称 2 名以上,从事烧伤外科工作 3 年以上。
2. 科主任要求 具备烧伤外科正高职称,从事烧伤外科工作 12 年以上。
3. 护士要求 至少有 10 名护士,其中至少 1 名具有主管护师以上职称。
4. 烧伤专科医师准入标准仍需等待国家标准出台,暂时可参考以下要求:
 - (1)具有本科及以上学历;
 - (2)经过住院医师规范化培训;
 - (3)在三级综合医院或烧伤专科医院进修半年及以上。

三、设备

(一)专科设备

1. 必备设备 翻身床(儿科除外)、烧伤保温设施、浸浴设施、辊轴刀及取皮鼓。
2. 可选设备 悬浮床、呼吸机、纤维支气管镜、电动取皮机、轧皮机、碎皮机及功能康复设施。

(二)基本设备

1. 病房 氧气、吸引器、超声雾化器、扩创缝合包、监护仪、消毒设备及常用急救设备。
2. 手术室(可与医院共享) 手术床、麻醉机、监护设备(有创及无创)、烧伤外科手术器

械(辊轴刀、取皮鼓、电凝器、高频电刀、气囊止血带)、骨科手术器械、无影灯及消毒设备。

3. 监护室 翻身床(儿科除外)、烧伤保温设施、气管插管、气管切开器械包、输液泵、氧气及吸引器、监护设备(有创及无创)、呼吸机(可与医院共享)、血液透析仪(可与医院共享)、除颤仪(可与医院共享)及消毒设备。

4. 具有开展诊疗项目所需的其他设备。

四、需具备的手术能力

切(削)痂植皮术(手术面积 $\geq 20\%$)、自体微粒皮移植术,头面部、四肢、躯干烧伤自体皮(刃厚、中厚、全厚皮片)移植术,头面部、四肢、躯干各种组织瓣移植及功能重建术,各种平面的截肢术,各部位瘢痕挛缩松解皮瓣(皮片)移植术。

五、相关辅助科室配备要求

医院需配有外科(普外科、骨科、神经外科、心胸外科、泌尿外科)、内科(心内科、呼吸科、消化科)、耳鼻咽喉科、眼科、儿科、麻醉科、检验科、放射影像科(CT、B超、MRI)等相关科室。烧伤专科医院应该配有普外科、内科、麻醉科、检验科、放射影像科等相关科室。

六、相关制度基本要求

需制定各项规章制度、人员岗位责任制,有国家规定或认可的烧伤外科诊疗规范、感染管理规范、消毒技术规范。

第二节 二级综合性医院烧伤外科专科 或专业组设置基本标准

二级综合性医院烧伤外科提供热力、低温及其他原因所致皮肤组织损伤的早期和后期治疗等专科医疗服务,诊治的疾病包括热力烧(烫)伤、电烧伤、化学烧伤、放射线烧伤、冻伤、各种皮肤创面及瘢痕整复等。烧伤的早期诊疗限定在轻中度烧伤患者。(市区级医院重点学科参照三级医院标准)

一、科室和床位

1. 科室 至少设有独立的烧伤外科病房或专业组。
2. 床位 至少设有烧伤外科专科床位 10 张。

二、人员

1. 至少配备 3 名具备《医师资格证书》和本专业职称的执业医师,其中副高职称医师 1 名,从事烧伤外科工作 7 年以上;主治医师职称 1 名以上,从事烧伤外科工作 3 年以上。
2. 科主任或负责人要求 具备烧伤外科副高职称,从事烧伤外科工作 7 年以上。
3. 护士要求 至少有 5 名护士,其中至少 1 名具有主管护师以上职称。
4. 烧伤专科医师准入标准尚未有国家标准出台,暂时可要求如下:
 - (1)具有本科及以上学历;

(2) 经过住院医师规范化培训;

(3) 在三级综合医院或烧伤专科医院进修半年及以上。

三、设备

(一) 专科设备

1. 必备设备 烧伤保温设施、辊轴刀。

2. 可选设备 翻身床、呼吸机、电动取皮机及功能康复设施。

(二) 基本设备

1. 病房 氧气、吸引器、超声雾化器、扩创缝合包、监护仪、消毒设备及常用急救设备。

2. 手术室(可与医院共享) 手术床、麻醉机、监护设备(有创及无创)、烧伤外科手术器械(辊轴刀、取皮鼓、电凝器、高频电刀、气囊止血带)、骨科手术器械、无影灯及消毒设备。

3. 具有开展诊疗项目所需的其他设备。

四、需具备的手术能力

切(削)痂植皮术(手术面积 $\geq 10\%$),四肢、躯干烧伤自体皮(刃厚、中厚、全厚皮片)移植术,各种平面的截肢术,各部位瘢痕挛缩松解皮瓣(皮片)移植术。

五、相关辅助科室的配备要求

医院需配有外科(普外科、骨科、神经外科、心胸外科、泌尿外科)、内科(心内科、呼吸科、消化科)、眼科、儿科、麻醉科、检验科、放射影像科(CT、B超、MRI)等相关科室。烧伤专科医院应该配有普外科、内科、麻醉科、检验科、放射影像科等相关科室。

六、相关制度基本要求

需制定各项规章制度、人员岗位责任制,有国家规定或认可的烧伤外科诊疗规范、感染管理规范 and 消毒技术规范。

第二章

烧伤外科专科各项管理制度

第一节 各级人员的职责

一、科主任职责

医院实行院长领导下的科主任负责制。临床科主任负责本科的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作,其工作受医院相关职能部门的指导和监督。

1. 根据医院的工作计划和要求,负责制定科室的工作计划和工作制度,并组织实施、督促和考核,逐步形成科主任负责制下的目标管理和效益管理。

2. 组织科室人员学习相关法律法规和各项规章制度,严格执行医疗质量、医疗安全工作制度以及医疗技术操作规范;督促本科人员依法行医、规范行医。

3. 按照“为患者服务至上”的核心理念,督促本科人员不断提高医疗质量和服务质量,确保医疗安全,减少或避免医疗纠纷和医疗事故争议的发生。

4. 对医院或业务部门指派的任务,科主任负责组织和协调工作。

5. 与时俱进,具有创新精神,领导本科人员不断学习和引进国内外先进的医疗技术和经验,根据科室需要,按程序开展新技术、新项目、新方法的申报和应用;积极投入科研活动,在本学科内争取学术领先地位和取得较大的科研成果。

6. 定期行政查房,及时发现和解决日常工作中的具体问题,负责对科室内、科室与科室之间的工作协调和处理,并及时向医院或有关行政职能部门汇报请示;按时完成各种医疗信息、医疗文书的审核上报工作。

7. 领导全科人员认真完成教学任务,加强对进修医师和实习医师的管理。

8. 组织实施科室的成本和效益测算,制定符合科室的各种分配方案。

9. 根据科室工作需要,向医院或有关职能部门提交医疗设备、药品和其他物资采购申请报告。

10. 按时出席各种会议,有事必须请假时,应安排好其他人员参加;各种外出必须在相应职能部门办理请假登记手续。

科室副主任协助科主任负责相应的工作。

二、主任医师职责

主任医师负责指导科室或病区(医疗组)医疗、教学、科研、预防、技术培养与理论提高工作。在科主任领导下,主任医师是科室或病区(医疗组)日常医疗活动的主要责任人。

1. 遵守医院、科室制定的规章和工作制度,服从科主任的工作安排。
 2. 认真执行三级医师查房制度,定期查房;组织参与并指导急、危重、疑难病例的抢救处理和死亡病例的讨论。
 3. 运用国内、外先进技术指导临床实践,并不断引进和开展新技术、新项目和新方法。
 4. 负责病区内医疗安全规程的实施与管理,及时发现和处理各种医疗纠纷的隐患,必要时须及时向科主任或医院职能部门反映。
 5. 督促下级医师严格执行各项规章制度和技术操作规范,及时做好各项医疗工作,负责对查房记录的审核和签名。
 6. 有计划地开展业务技术的培训培养工作,提高下级医师的医疗技术水平、教学水平及科研能力,不断提高医疗质量和服务质量。
 7. 定期参加专家门诊工作,承担有关教学、科研工作以及职能部门指派的任务。
 8. 按要求对进修、实习人员进行相应的业务培训。
- 副主任医师参照主任医师职责执行。

三、主治医师职责

在科主任领导和主任(或副主任)医师指导下,负责本科一定范围的医疗、教学、科研、预防工作,是治疗组内诊疗计划制定和落实的具体责任人。

1. 严格执行各项规章制度和技术操作规范,及时发现和处理医疗组存在的问题,做到依法行医和规范行医。
2. 严格执行三级查房制度,按规范进行医疗查房,全面掌握医疗组内患者的情况;具体参加和指导下级医师进行诊断、治疗及特殊诊疗操作。
3. 参加科室安排的值班、门(急)诊和会诊工作;担任临床教学,指导进修医师、实习医师工作。
4. 主持一定范围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,是病历书写质量的主要责任人。
5. 对疑难、急、危重病例(含新入院患者)进行诊疗或发生病例死亡、医疗纠纷或争议和其他重大医疗事件时,必须及时处理,并向上级医师和科主任汇报。
6. 组织本组医师学习和运用国内、外先进医疗技术;在上级医师的指导下,开展新技术、新项目和新方法工作;积极开展科研工作,并做好资料的收集、汇总和整理。

四、住院医师职责

在科主任领导和上级医师指导下,根据工作能力、权限,负责相应的医疗工作。

1. 严格执行各项规章制度和技术操作规范,做到依法行医、规范行医;必须尊重患者的知情选择权、隐私权,恰当地履行自己的告之责任。
2. 服从科室、科主任的安排,对已取得执业医师资格和注册证的住院医师,可独立担任值班、门诊、急诊和部分会诊工作。
3. 严格执行上级医师的医嘱,认真做好病历书写、查房、会诊以及其他诊疗活动。上级医师查房前应认真准备好患者的病史、体检和相关辅助检查的资料。
4. 按规范进行查房(早晚两次查房),及时发现问题,做好请示汇报工作,并做好相应的

记录;对重危患者和有特殊情况的患者必须做好交接班工作。

5. 加强“三基”培训、培养,不断提高业务技术水平。

6. 承担一定的带教任务,按要求对进修医师、实习医师做相应的指导。

五、住院总医师职责

1. 在科主任的领导和上级医师的指导下,协助科主任做好科内各项业务和日常医疗行政管理工作。

2. 协助科主任组织学习相关法律法规和各项规章制度,检查督促规章制度和技术操作规范的贯彻执行,协助科主任处理医疗纠纷或争议。

3. 协助科主任做好科室各项医疗统计和登记工作,参加科室的医疗安全和质量控制工作,做好相关的文字资料的记录和整理工作。

4. 协助科主任及上级医师组织和参加科内疑难危重患者的会诊、抢救和治疗工作,负责对住院、进修、实习医师的培训和日常管理工作。

5. 可以代理科主任出席常规会议,协助科主任安排科室的排班及行政科主任授权的部分职责。

6. 遵守与职称相应的职责。

六、主诊医师职责

主诊医师应该为副主任医师或以上技术职称,并有能力负责整个医疗组的各项工作。

1. 部分医院实行主诊医师负责制,要求主诊医师在科主任的直接领导下开展工作,全面负责组内的医疗、教学和科研工作。

2. 患者病情明显变化或家属对患者的诊治结果不满意时,应积极处理并立刻向科主任报告。

3. 病情复杂超出自己的能力时,及时向科主任报告,由科主任协调处理。

4. 指导下级医师的业务技能,做好手术的分级管理。

5. 参加院内外各类突发事件的应急救治工作,并接受各种临时指定性任务。

七、护士长职责

1. 在护理部及科主任领导下,根据护理部科内工作计划制定本病区具体护理工作计划,并付诸实施。

2. 负责本病区护理工作,按时完成月计划、周重点。参加并指导危重、大手术及抢救患者护理,根据工作需要随机调度人力、物力,保证救治和安全。

3. 加强病区管理,开展个体绩效评估。要求病区工作人员严格执行各项规章制度和技术操作规程,落实岗位责任制,加强责任心,改善服务态度,密切医护配合,严防差错事故发生。

4. 参加科主任查房,参加科内会诊、大手术或疑难或死亡病历讨论,深入了解护理工作情况,不断提高护理质量。

5. 组织本病区业务学习和技术培训,包括护理查房、业务学习、小讲课、护理病例查房和操作训练。引导护士开展新业务、新技术及护理科研工作,促进护理学科发展。

6. 指定专人负责、保管及请领病区物品、药品、器材、办公用品等,定期检查。
7. 创造良好的休养环境,督促清洁员、配餐员做好卫生和消毒隔离工作,定期召开工休座谈会,及时听取意见,不断改进工作。
8. 负责指导和管理实习、进修人员,并指定有教学能力的护师担任带教工作,落实教学计划。

副护士长协助护士长负责相应工作。

八、主管护师职责

1. 在护士长领导下和本科科主任业务指导下从事临床护理、教学、管理工作。
2. 参加病区三级查房和病例讨论,解决本科护理业务的疑难问题,参与制定重危、疑难患者护理计划并组织实施。
3. 负责组织本科护理查房和护理会诊,对护理业务技术进行具体指导,不断提高护理水平。
4. 参与本科护师、护士的业务培训及承担临床实习进修生的教学任务,拟订培训计划,负责讲课,落实培训和教学计划。
5. 对本病区发生的护理差错、事故进行分析讨论,并提出改进意见和防范措施。
6. 协助病区护士长对病区护理工作质量进行评价,并提出改进意见。
7. 对患者护理科研、教学、护理技术革新提出设想和计划,并组织实施。

九、护师(士)职责

1. 在护士长及科主任领导和指导下,认真做好护理工作。
2. 严格执行消毒隔离制度、交接班制度、查对制度、急危重抢救制度和护理安全制度
3. 熟练掌握本科室常用及专用设备、仪器的使用规则,如翻身床、烧伤治疗仪、呼吸机/器、悬浮床、各种监护仪等。
4. 严密观察病情变化,正确记录出入量,认真做好基础护理、烧伤各期的护理和创面的护理,防止并发症的发生。
5. 加强与患者沟通,做好心理护理。
6. 注意患者营养,帮助患者提高食欲,满足患者的机体需要量。
7. 向患者和家属做好健康宣教。

十、护士责任组长职责

1. 履行主管护师职责。
2. 在护士长领导下做好分管患者的护理。
3. 指导责任护士如何运用护理程序的评估、诊断及措施的落实。
4. 做好患者家属的健康宣教。
5. 指导责任护士做好心理护理。
6. 对责任护士予以技术指导。
7. 征求家属和患者对护理工作的意见。
8. 与主管医生沟通有关患者的健康问题。

第二节 十大工作制度

一、三级医师查房制度

(一) 主任医师查房制度

主任(或副主任医师)负责本医疗组或病区所有患者的医疗工作,是整个诊疗过程的主要责任人和指导者。

各科都必须安排一名或若干名副主任以上职称的医师具体负责病房的医疗工作。

主任或副主任医师必须定期进行查房并做到以下几方面:

1. 主任(或副主任)医师每周至少较全面地查房一次。择期手术患者术前术后必须有主任(或副主任)医师查房记录。
2. 查房的重点是对患者诊断和治疗等进行系统的分析,并明确提出诊疗方案。
3. 对危重、疑难患者,主任(或副主任)医师有责任及时提请科室讨论或组织院内会诊。
4. 主任(副主任)医师查房时,对于需调整的诊疗措施应予明确指示,并负责指导和督促下级医师对各项诊疗活动的实施。
5. 主任(或副主任)医师必须及时审核由下级医师记录其查房内容的病程记录,并在3天内亲笔签名认可。

(二) 主治医师查房制度

在上级医师的指导下,主治医师是治疗组各患者诊疗计划制定和落实的具体责任人。

1. 应每日查房一次。查房时,对诊疗计划需做到及时制定、及时实施和及时检查。
2. 查房的重点是进一步了解和掌握患者病情、症状、体征以及诊治情况;负责对住院医师或进修医师有关诊疗经过进行针对性督检,并提出进一步的措施。
3. 对疑难、危重或诊断、治疗方案有重大修订的病例,须及时向上级医师或科主任汇报,必要时提请科内或科外有关专家进行会诊。
4. 必须认真执行上级医师的指示意见以及其他科室的会诊意见;若有异议,须及时提出讨论。
5. 应根据查房结果负责督促和指导下级医师完成各项诊疗活动。
6. 对新入院的患者,入院后48h内,必须有主治医师查房记录。对下级医师记录其查房的内容必须有主治医师的审核并签字,一般患者必须在3d内亲笔签名认可,重、危患者当日签名。

(三) 住院医师查房制度

住院医师查房应做到以下几方面:

1. 必须进行早查房和晚查房(每日两次)。
2. 查房时应对所管的患者作全面认真地巡视,及时完成和处理各项医疗检查,适时进行各种治疗,及时开出或停止各项医嘱。要做到患者的病情变化、处理与记录相一致。病程记录要符合书写规范。
3. 应带领实习医师认真进行查房。若查房发现病情变化要及时向上级医师汇报,并做好相应处理,危、重患者要做好交接班记录。

4. 查房时有责任对实习医师病历书写质量及时进行检查、纠正不规范的书写并及时签名,要保证患者的诊疗计划及时而规范地完成,并指导实习医师规范诊疗。

5. 对上级医师的查房医嘱要及时规范地执行,如有异议应及时请示上级医师。

一个比较规范的三级查房必须做到:

1. 住院医师汇报病史,提供准备好的各项资料。

2. 主治医师总结病史,对提出自己的观点、思路和查房的目的要求。

3. 主任(或副主任)医师根据病史,对提供的各项资料及巡视患者所了解的情况(病情)提请各级医师探讨、分析;最后总结,提出自己的诊断及诊断依据、治疗方案及手段、注意事项、监测手段和疗效评价。对诊断不明的患者提出进一步的思路,并有责任及时提请全科或跨科医师讨论、会诊。

4. 查房结束后,在病历中由住院医师按规范记载主任(主治)医师查房的内容。

二、病例讨论制度

病例讨论主要是指因医疗质量、教学科研以及法律法规等需要而开展的讨论。科室应当定期或不定期举行临床病例(含临床病理)讨论会。讨论会可以单科举行,也可以多科联合举行,必要时可由医务科或科教科牵头组织。

病例讨论制度包括疑难危重病例讨论、手术前讨论和死亡病例讨论制度。

(一) 疑难、危重病例讨论制度

1. 各科必须建立疑难、危重患者讨论制度。主要对临床工作中疗效不确切和诊治困难的病例组织讨论。

2. 科室每月至少组织一次疑难、危重病例讨论,并每月上报医务科。

3. 讨论由科主任或具有副主任医师以上专业技术职称的医师主持,必须有三级医师参加。

4. 讨论前必须预先通知,各级医师事先作好充分准备,确保讨论的质量和效果。

5. 讨论结果在病历上必须规范地记录,其内容包括:讨论日期、主持人及参加人员名单、专业技术职务、简要病情、讨论目的和讨论后的总结意见等。另外,科室必须将每次讨论记载在医院统一的登记本上。

6. 凡涉及多个学科的疾病,必须组织全院相关科室的大会诊。

7. 对急诊室危重患者的抢救,尤其是涉及多科的病例讨论和会诊时,急诊科具体负责和组织;必要时医务科(或行政总值班)协助、组织抢救工作。

8. 三次门诊未能确诊的病例,必要时科室需及时组织安排讨论或建议专家门诊。

(二) 手术前讨论制度

1. 手术前讨论旨在制定正确的治疗方案,提高手术疗效,手术科室应常规执行。

2. 手术前讨论由科主任或正(副)主任医师主持,讨论时手术者必须参加,术前讨论应在手术前一天完成。

3. 讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施等。经治医师在病历上应记录参加讨论者的姓名、专业技术职务、讨论日期、讨论结果以及记录者的签名等。

4. 重大、疑难危重患者的手术,新开展的手术,毁损性手术以及涉及其他专科的手术等,