

附件 2

江苏省二级妇幼保健院评审标准实施细则

一、适用范围

本细则适用于江苏省内二级妇幼保健院。共设置 7 章 68 节。

第一章至第五章共 60 节 276 条 545 款细则，用于对二级妇幼保健院实地评审，并作为妇幼保健院自我评价与改进之用；在本说明的各章节中带“★”为“核心条款”，共 38 条。

第六章共 6 节 31 条监测指标，用于对二级妇幼保健院的运行、服务质量与安全指标的监测与追踪评价。

第七章附录共 2 节，对二级妇幼保健院建筑指标和医疗设备提出基本要求。

二、项目分类

（一）基本条款

适用于所有二级妇幼保健院。

（二）核心条款

为保证妇幼保健院的功能定位正确、医疗保健服务质量与安全，对最基本、最常用、必须做到的标准条款，且若未达到合格以上要求势必影响妇幼公共卫生、医疗保健服务质量与安全的标准，列为“核心条款”，带有★标志。

（三）可选条款

主要是指由于区域卫生规划与妇幼保健院功能任务的限制，或是

须由卫生健康行政部门审批，不是由妇幼保健院自行决定即可开展的项目。

第一章至第五章各章节的条款分布见表 1。

表 1 第一章至第五章各章节的条款分布

名称	节	条	款	核心条款★
第一章保证妇幼保健院正确的发展方向	3	14	21	2
第二章辖区妇幼健康业务管理质量与持续改进	9	33	41	4
第三章妇幼保健服务质量安全管理与持续改进	29	145	360	21
第四章服务流程管理	8	29	40	4
第五章机构管理	11	55	83	7
合计	60	276	545	38

三、评审结果表达的方式

(一) 评审结果采用 A、B、C、D、E 五档表达方式

A-优秀

B-良好

C-合格

D-不合格

E-不适用，是指卫生健康行政部门根据妇幼保健院功能任务未批准的项目，或同意不设置的项目。

判定原则是要达到“B-良好”档者，必须先符合“C-合格”档的要求，要到“A-优秀”，必须先符合“B-良好”档的要求。

(二) 标准条款的性质结果

评分说明的制定遵循 PDCA 循环原理，P 即 Plan，D 即 Do，C 即

Check, A 即 Act, 通过质量管理计划的制订及组织实现的过程, 实现医疗保健质量和安全的持续改进。

由于标准条款的性质不同, 结果表达如表 2。

表 2 第一章至第五章标准条款的评价结果

A	B	C	D
优秀	良好	合格	不合格
有持续改进, 成效良好	有监管有结果	有机制且能有效执行	仅有制度或规章或流程, 未执行
PDCA	PDC	PD	仅 P 或全无

四、评审结果

表 3 第一章至第五章评审结果

项目类别	第一章至第五章标准条款			核心条款		
	C 级	B 级	A 级	C 级	B 级	A 级
甲等	≥90%	≥60%	≥20%	100%	≥70%	≥20%
乙等	≥80%	≥50%	≥10%	100%	≥60%	≥10%

目录

第一章 保证妇幼保健院正确的发展方向.....	6
一、坚持妇幼卫生工作方针，保证正确的发展方向.....	6
二、建设规模、功能和任务符合区域卫生规划.....	7
三、承担政府指令性任务.....	10
第二章 辖区妇幼健康业务管理质量与持续改进.....	11
一、管理组织.....	11
二、管理质量与持续改进.....	12
三、妇幼健康服务网络管理.....	14
四、妇幼健康信息管理.....	15
五、妇幼健康教育与健康促进.....	16
六、妇幼公共卫生服务项目管理.....	18
七、群体筛查服务质量管理.....	19
八、母子健康手册使用与管理.....	20
九、托幼机构卫生保健管理.....	21
第三章 妇幼保健服务质量安全管理与持续改进.....	22
一、质量管理组织.....	22
二、质量管理与持续改进.....	23
三、医疗保健技术管理.....	26
四、住院诊疗管理.....	28
五、患者安全管理.....	32
六、婚前保健管理.....	37
七、孕前保健管理.....	39
八、孕期保健管理.....	40
九、产前筛查与产前诊断技术管理.....	42
十、高危孕产妇管理.....	46
十一、分娩管理.....	47
十二、促进自然分娩.....	54
十三、促进母乳喂养.....	54
十四、新生儿病房和新生儿重症监护室管理.....	56

十五、儿童保健管理	58
十六、高危儿童管理	60
十七、妇女保健管理	61
十八、计划生育技术服务管理	62
十九、妇女儿童营养保健管理	64
二十、妇女儿童心理保健管理	65
二十一、妇女儿童康复治疗管理	66
二十二、妇女儿童中医服务管理	68
二十三、手术治疗管理	68
二十四、麻醉管理	71
二十五、医院感染管理	76
二十六、感染性疾病管理	80
二十七、医技质量安全管理	81
二十八、病历（案）管理	104
二十九、护理管理	108
第四章 服务流程管理	117
一、预约诊疗服务管理	117
二、门诊服务管理	117
三、急诊服务及绿色通道管理	119
四、住院、转诊、转科、转介流程管理	121
五、基本医疗保障服务管理	122
六、维护服务对象合法权益	123
七、投诉管理	124
八、就诊环境管理	125
第五章 机构管理	126
一、依法执业	126
二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制	128
三、人力资源与科教管理	129
四、信息与图书管理	132
五、财务与价格管理	134
六、医德医风管理	136
七、后勤管理	137
八、医学装备管理	141
九、应急管理	144
十、院务公开	145
十一、社会评价	146
第六章 日常统计学评价指标	147
第一节 辖区保健管理指标	148
第二节 机构运行基本监测指标	150

第三节	住院患者医疗保健质量与安全监测指标	152
第四节	特定（单）病种质量监测指标	168
第五节	合理用药监测指标	178
第六节	医院感染控制质量监测指标	182
第七章	附录	185
第一节	二级妇幼保健院建筑指标基本要求	185
第二节	二级妇幼保健院医疗设备基本要求	188
附件	妇幼保健院评审法律规范首字母索引	191

第一章 保证妇幼保健院正确的发展方向

一、坚持妇幼卫生工作方针，保证正确的发展方向

评审标准	评审要点
1.1.1 坚持“以保健为中心、以保障生殖健康为目的，保健和临床相结合，面向群体、面向基层和预防为主”的妇幼卫生工作方针。	
1.1.1.1 坚持“以保健为中心、以保障生殖健康为目的，保健和临床相结合，面向群体、面向基层和预防为主”的妇幼卫生工作方针。	<p>【C】 1.领导班子成员及孕产保健、儿童保健、妇女保健（含计划生育技术服务）、信息管理、健康教育、办公室、医务保健管理等岗位的中层干部能够熟练掌握并准确理解妇幼卫生工作方针、目标和职责任务等。 2.一般业务人员知晓妇幼卫生工作方针。</p> <p>【B】符合“C”，并 本院发展战略、规划、年度计划等能够体现妇幼卫生工作方针及国家和省级妇幼发展规划的要求。</p> <p>【A】符合“B”，并 有证据表明妇幼卫生工作方针在日常工作中得到贯彻落实。</p>
1.1.2 是由政府举办、不以营利为目的、具有公共卫生性质的公益性事业单位。	
1.1.2.1 是由政府举办、不以营利为目的、具有公共卫生性质的公益性事业单位。（★）	<p>【C】 1.由政府举办，不得以任何形式变更妇幼保健院所有权的性质，不以营利为目的。 2.妇幼保健院为第一设置名称（以本院执业许可证为准）。 3.妇幼保健院性质明确，履行公共卫生服务职能。</p> <p>【B】符合“C”，并 落实《关于卫生事业补助政策的意见》规定：专业公共卫生机构所需基本建设、设备购置等发展建设支出由政府根据公共卫生事业发展需要足额安排，所需人员经费、公用经费和业务经费根据人员编制、经费标准、服务任务完成及考核情况由政府预算全额安排。</p> <p>【A】符合“B”，并 近2年政府提供的保健院人员、公务和业务经费逐步增加。</p>
1.1.2.2	【C】

控制特需服务规模。	<p>1.特需服务门诊量占总门诊量的比例≤10%。 2.住院特需服务床位数占实际开放床位数的比例≤10%。</p> <p>【B】符合“C”，并有控制特需服务规模的措施与动态管理机制。</p>
1.1.3 以妇女儿童为中心提供妇幼健康服务，强化公共卫生服务责任，突出群体保健功能。	
<p>1.1.3.1 围绕妇女儿童健康开展服务，不得向综合医院模式发展。强化公共卫生责任，突出群体保健功能。 (★)</p>	<p>【C】</p> <p>1.以妇女儿童健康为中心开展服务，妇产科、儿科床位数不少于全院总床位数的80%，且原则上不得设置与功能定位和职能任务无关的科室。 2.强化公共卫生责任，院长为第一责任人，院长及业务院长熟悉公共卫生政策。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.妇产科、儿科床位数不少于全院总床位数的90%。 2.孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部（含计划生育技术服务）负责人掌握本辖区近3年妇女儿童死亡及健康状况、人口和计划生育服务状况。</p> <p>【A】符合“B”，并未加挂综合医院名称，以妇幼保健为主要发展方向。</p>
1.1.4 按照全生命周期和三级预防的理念，以一级和二级预防为重点，为妇女儿童提供从出生到老年，内容涵盖生理和心理的主动、连续的服务与管理。	
<p>1.1.4.1 按照全生命周期和三级预防的理念，以一级和二级预防为重点，为妇女儿童提供从出生到老年，内容涵盖生理和心理的主动、连续的服务与管理（实际提供的服务与本院执业许可证登记项目保持一致）。</p>	<p>【C】</p> <p>1.突出一级、二级预防与主动服务的理念，将孕产妇健康检查、儿童健康检查、妇女常见病查治、妇女“两癌”筛查、计划生育技术服务、健康教育与健康促进等列入服务重点，纳入年度工作计划，并落实。 2.基本保健服务内容连续、齐全，具体要求如下： (1)孕产保健部：提供婚前、孕前、孕期、分娩期、产褥期保健服务；对高危孕产妇进行专案管理；提供产科住院服务；开展辖区群体保健管理，根据辖区服务人口配备专职群体保健管理人员，从事群体保健工作专职管理人员不少于2人。 (2)儿童保健部：提供新生儿保健、新生儿疾病筛查、儿童生长发育、营养、心理卫生、眼及视力保健、口腔保健、耳及听力保健、儿童常见病诊治等服务；对高危儿进行专案管理；提供儿科住院服务；开展辖区群体保健管理，根据辖区服务人口配备专职群体保健管理人员，从事群体保健工作专职管理人员不少于2人。 (3)妇女保健部（含计划生育技术服务）：提供青春期保健、更年期保健、乳腺保健、妇女常见病诊治等服务，履行计划生育宣传教育、优生指导、药具发放、信息咨询、随访服务、生殖保健和人员培训等职能任务；提供妇科住院服务以及计划生育技术相关服务；开展辖区群体保健管理，根据辖区服务人口配备专职群体保健管理人员，从事群体保健工作专职管理人员不少于2人。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.提供中医儿童保健、儿童康复服务； 2.提供中医妇女保健、妇女心理卫生、妇女营养服务。</p> <p>【A】符合“B”，并有促进科室提供主动服务的制度与措施，深入辖区为高危人群提供主动服务。</p>

二、建设规模、功能和任务符合区域卫生规划

评审标准	评审要点
1.2.1 功能任务和定位明确，保持适度规模。	
1.2.1.1	【C】

设置符合区域卫生规划，功能任务和定位明确，规模适度。	1.妇幼保健院设置符合卫生健康行政部门规定的二级妇幼保健院基本标准，获得批准二级资格至少正式执业三年以上。 2.实有床位不少于 100 张。 3.符合省级或市级卫生健康行政部门规定的其他要求。
	【B】 符合“C”，并 平均住院日≤6 天。
1.2.2 依据功能任务，确定本院发展目标和中长期发展规划。有科学的总体发展建设规划并经相关部门批准。	
1.2.2.1 依据本院的功能任务，明确本院的宗旨、愿景与目标。	【C】 1.依据本院的功能任务，明确本院的宗旨、愿景与目标。 2.本院宗旨、愿景与目标及功能任务由各部门和职工共同讨论制订并经职代会通过。 3.应用多种途径有效地教育全体员工知晓本院的宗旨、愿景与目标及功能任务，并向服务对象、社会宣传。
	【B】 符合“C”，并 员工知晓本院宗旨、愿景与目标的内涵，知晓率≥80%。
	【A】 符合“B”，并 员工知晓本院宗旨、愿景与目标的内涵，知晓率≥90%。
1.2.2.2 制订中长期发展规划以及年度计划。	【C】 1.根据本院的愿景与目标以及功能任务，制订中长期发展规划以及年度计划。 2.规划应涵盖辖区妇幼卫生工作内容，与本院规模、经营方针及策略、功能任务相一致。 3.规划内容包括目标、实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算以及年度安排等。
	【B】 符合“C”，并 1.中长期规划以及年度计划由各部门共同参与，经过集体讨论，并征求职工意见，经过职工代表大会讨论通过。 2.科室员工对本科室计划的主要目标知晓率≥80%。
	【A】 符合“B”，并 各部门管理人员、各科室负责人对本院的规划目标以及本部门、本科室的计划任务知晓率≥90%。
1.2.2.3 总体发展建设规划经相关部门批准。	【C】 1.有本院总体发展建设规划并经相关部门批准。 2.按国家法律、法规及相关规章组织实施基本建设项目、在建项目及大型维修项目。
	【B】 符合“C”，并 1.总体发展建设规划与本院发展规划相符。 2.各建设项目档案完整。
	【A】 符合“B”，并 加强基本建设全程监督管理，重大项目实行第三方审计，接受有关部门监督，未发现被查实的违规、违纪、违法案件。
1.2.2.4 建筑符合国家建设标准和消防规范，满足规模适宜、功能完善、布局合理、流程科学、节能环保、安全运行的要求。	【C】 1.建筑符合国家建设标准和消防规范。 2.建筑满足医院感染管理和医疗保健服务流程的需要，符合卫生学要求。
	【B】 符合“C”，并 所有建筑均符合消防安全要求，通过环境评估。
	【A】 符合“B”，并 新建、改建、扩建的建筑体现“以妇女儿童健康为中心”的理念，满足医疗保健服

	务流程优化的需要，做到持续改进。
1.2.3 本院建设和内部设置体现保健和临床相结合的发展模式。围绕妇女全生命周期和儿童健康服务优化配置内部资源，服务流程合理，科室设置规范。	
1.2.3.1 优化配置内部资源、规划服务流程及科室设置。完善全生命周期和三级预防服务体系，体现保健和临床相结合的发展模式（与细则 1.1.4.1 服务要求一致）。	<p>【C】</p> <p>1.以服务对象为中心整合科室设置，满足妇女儿童保健和临床服务需求。</p> <p>2.“各业务部门”职能任务明确，工作制度与人员岗位职责健全，并落实。</p> <p>3.建立“各业务部门”组织架构、协调机制、服务流程、质量标准、考核办法等运行机制。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.“各业务部门”负责人具有高级职称，专业工作年限不少于 5 年。</p> <p>2.“各业务部门”负责人掌握相关临床医学、预防医学、妇幼保健管理学知识。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>各业务部定期分析、研究本部门工作运行质量，有季度通报、半年总结及年度评估报告，并持续改进。</p>
1.2.3.2 科室设置规范，按《各级妇幼健康服务机构业务部门设置指南》进行内部设置（与细则 1.1.4.1 服务要求一致）。	<p>【C】</p> <p>科室设置规范，业务部门设置科室按照《各级妇幼健康服务机构业务部门设置指南》，数量不少于 80%。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>以上科室设置数量达 90%。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>以上科室设置数量达 100%。</p>
1.2.3.3 开展母婴保健专项技术服务的卫生专业技术人员配置及其结构满足卫生健康行政部门有关技术规范的要求，并具备相应岗位的任职资格。	<p>【C】</p> <p>1.从事婚前保健、产前诊断（筛查）、助产技术、终止妊娠和结扎手术服务的人员必须取得相应法定执业资格及《母婴保健技术考核合格证书》。</p> <p>2.人员数量与结构符合卫生健康行政部门有关技术规范的要求。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>科主任具有高级职称。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>近 2 年所有从事母婴保健专项技术服务的人员按要求接受过培训。</p>
1.2.4 产科、新生儿科等重点科室专业技术水平在本辖区同行业优势明显；服务能力和质量处于本辖区前列。	
1.2.4.1 产科、新生儿科等重点科室专业技术水平、服务能力和质量在本辖区同行业优势明显；并处于本辖区前列。	<p>【C】</p> <p>近二年住院病历首页数据分析显示证实重点科室的病种、专业诊疗技术水平、数量与质量处于本辖区前列。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>有市级卫生健康行政部门批准的重点科室。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>有省级重点科室。</p>
1.2.5 有承担本辖区产科、新生儿科专业急危重症诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力，能提供产科、新生儿科急危重症诊疗服务。	
1.2.5.1 能承担产科、新生儿科急危重症的诊疗。	<p>【C】</p> <p>1.有承担本辖区产科、儿科急危重症诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。</p> <p>2.检验与医学影像（含超声）诊疗部门可提供（24 小时/每天*7 天/每周）急诊诊疗服务。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>重症监护病室有明确的重症监护病室患者收治标准，并实施。</p>

	【A】符合“B”，并有独立的孕产妇重症监护室（MICU）和新生儿重症监护室（NICU）。
1.2.6 医技科室服务能力	满足本院医疗保健服务需求，重点专业水平和质量处于本辖区前列。
1.2.6.1 医技科室服务项目设置、专业技术人员配备与技术能力符合省级或市级卫生健康行政部门规定的标准。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.医技科室的设置、专业技术人员和设备配备符合省级或市级卫生健康行政部门规定的二级妇幼保健院标准。 2.医技科室至少设有药剂科、检验科、超声医学科、放射影像科、手术室、病理科、消毒供应室/中心、病案室。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.医技科室主任具有高级职称的比例≥50%。 2.临床实验室和超声等医学影像项目实行统一管理、资源共享（不含非收费项目）。 <p>【A】符合“B”，并 医技科室主任具有高级职称的比例≥70%。</p>
1.2.6.2 检验科、超声医学科等重点医技科室专业技术水平与质量处于本辖区前列。	<p>【C】</p> <p>达到省级卫生健康行政部门规定的二级妇幼保健院医技科室的技术项目或服务项目要求。</p> <p>【B】符合“C”，并提供依据证实专业优势、擅长诊断技术的水平、质量处于本辖区前列。</p> <p>【A】符合“B”，并 检验科或超声医学科为市级以上重点专（学）科。</p>

三、承担政府指令性任务

评审标准	评审要点
1.3.1 承担政府分配的为基层培养人才的指令性任务，制订相关的制度、培训方案，并有具体保障措施。	
1.3.1.1 承担政府分配的为基层培养专业人才的指令性任务，制订相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.对政府指令的基层人才培养任务，有相关制度和具体措施予以保障。 2.有每年为基层培养专业人才的实施计划，并组织实施。 3.有参与支援下级医疗保健机构服务纳入各级人员晋升考评内容的明确规定，到基层服务医师人数和时间达到省级卫生健康行政部门要求。 <p>【B】符合“C”，并有完整的项目培养资料，包括学员名单、授课课件、学时、考核和评价等。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门监督管理对基层人才培养工作，对培养效果进行追踪评价。</p>
1.3.2 根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规，承担传染病的预防、发现、报告及转诊等任务。	
1.3.2.1 根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病的预防、发现、报告等任务。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有专门部门依据法律法规和规章、规范负责传染病管理工作。 2.有指定人员负责传染病疫情监控、报告以及传染病预防工作。 3.应卫生健康行政部门的要求设置传染病分检点，有传染病预检、分诊制度，对传染病患者、疑似传染病患者应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊。 4.有对特定传染病的特定人群实行医疗救助的相关制度和保障措施。 5.按规定落实新生儿卡介苗和乙肝疫苗首针预防接种及乙肝表面抗原阳性孕产妇所生新生儿乙肝免疫球蛋白注射工作。

	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.门诊、住院诊疗信息登记完整，传染病报告、诊疗和消毒隔离、医疗废物处理规范。</p> <p>2.对发现的法定传染病患者、病原携带者、疑似患者的密切接触者采取必要的治疗和控制措施。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关职能部门对传染病管理定期监督检查、总结分析，持续改进传染病管理，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散。</p>
1.3.3	在国家分级诊疗制度框架内，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。
1.3.3.1	<p>【C】</p> <p>在国家分级诊疗制度框架内，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，并落实。</p>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>相关职能部门对双向转诊结果定期进行追踪随访、总结分析及效果评价。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>转诊单位间有定期联席会议制度并落实，不断改进双向转诊工作。</p>
1.3.4	根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成本院基本运行状况、医疗保健技术、医疗保健信息和用药监测等相关数据报送工作，数据完整、真实可靠。
1.3.4.1	<p>【C】</p> <p>1.有向卫生健康行政部门报送数据与其他信息的制度与流程，按规定完成本院基本运行状况、医疗保健技术、医疗保健信息和用药监测等相关信息报送工作。</p> <p>2.有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。</p> <p>3.按照有关规定及时、完整、准确上报妇幼卫生相关信息和数据。</p>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>落实信息报送前的审核程序，实行信息报告问责制。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>当地卫生健康行政或统计部门提供信息显示，近三年内：</p> <p>(1)未发生统计数据上报信息错误；</p> <p>(2)未出现瞒报或报送虚假数据现象。</p>

第二章 辖区妇幼健康业务管理质量与持续改进

一、管理组织

评审标准	评审要点
2.1.1	有负责辖区妇幼健康业务质量的院内管理组织，院长为第一责任人。
2.1.1.1	<p>【C】</p> <p>1.有负责辖区妇幼健康业务质量的院内管理组织，院长任组长，人员构成包括分管院长、孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部（含计划生育技术服务）、健康教育、信息管理及相关职能科室主要负责人。有明确的工作制度及职责，并落实。</p> <p>2.组织架构及职能分工体现决策、控制与执行三个层次；有组织架构图，院长为第一责任人，指定职能科室负责组织、协调、监督。</p>

	<p>【B】符合“C”，并 院长在管理质量与持续改进中起领导作用，分管院长负责具体落实。</p> <p>【A】符合“B”，并 对辖区妇幼健康业务质量管理工作进行定期考核，持续改进管理质量，有证据表明成效显著。</p>
2.1.2 职能部门履行指导、检查、考核、评价和监督职能。	
2.1.2.1 职能部门履行指导、检查、考核、评价和监督职能。	<p>【C】 1.根据卫生健康行政部门妇幼健康重点工作，制订实施的具体措施与考核方案。 2.有履行指导、检查、考核、评价的完整工作记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.有对辖区妇幼健康业务管理的重点部门、关键环节、关键时段进行的监管记录。 2.有季度通报、半年总结及年度评估报告。</p> <p>【A】符合“B”，并 运用质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料对辖区妇幼健康业务质量实施监控，持续改进有成效。</p>
2.1.3 孕产保健部、儿童保健部和妇女保健部（含计划生育技术服务）负责人是本业务部门辖区业务管理质量的第一责任人，负责落实相关任务。	
2.1.3.1 各部门负责人是本业务部门辖区业务管理质量的第一责任人，负责落实相关任务。	<p>【C】 1.各部门均有辖区妇幼健康业务质量管理小组，业务部负责人为第一责任人。 2.制订本部门的质量管理年度工作计划及监控重点。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.各部门负责人掌握的关键质量指标至少包括： (1)高危孕产妇、高危儿等重点人群管理； (2)技术指导频次、覆盖面等关键环节管理； (3)辖区业务数据及时性、完整性、准确性等质量控制管理。 2.有季度通报、半年总结及年度评估报告。</p> <p>【A】符合“B”，并 科室负责人、质控小组负责收集本科室质量与安全数据，运用质量管理工具展示近两年管理成效的变化趋势。</p>

二、管理质量与持续改进

评审标准	评审要点
2.2.1 贯彻落实各级卫生健康行政部门辖区业务管理相关规定。	
2.2.1.1 执行卫生健康行政部门有关辖区业务管理制度和工作规范等规定。	<p>【C】 1.各业务部门落实各级卫生健康行政部门有关辖区妇幼健康服务管理办法、管理制度、工作规范、技术标准、业务指南等规定，按要求对辖区群体保健工作进行技术指导、培训与监督。 2.有制度保证落实各级卫生健康行政部门的规定。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门定期检查、总结分析、反馈相关规定执行情况。</p> <p>【A】符合“B”，并 有证据表明近2年持续改进有成效。</p>
2.2.2 协助卫生健康行政部门制订辖区妇幼健康工作相关政策、规章制度、评估标准和工作方案等。	

<p>2.2.2.1 协助卫生健康行政部门制订辖区的妇幼健康工作相关政策、规章制度、评估标准和工作方案等。</p>	<p>【C】 有证据表明近两年协助卫生健康行政部门起草制订辖区内妇幼健康工作相关政策、规章制度、评估标准和工作方案等。</p> <p>【B】符合“C”，并 受卫生健康行政部门委托，近两年在重要政策出台前有针对性地开展调研工作，并形成报告。</p> <p>【A】符合“B”，并 报告有数据支撑，有分析，有建议。</p>
<p>2.2.3 制订辖区妇幼健康服务质量和持续改进方案并组织实施。</p>	
<p>2.2.3.1 制订辖区妇幼健康服务质量管理方案并实施，对工作质量进行考核，持续改进管理质量。</p>	<p>【C】 1.根据当年卫生健康行政部门妇幼健康工作的要点，明确年度质量管理的重点。 2.制订辖区妇幼健康服务质量和持续改进方案，落实责任部门。 3.制订辖区妇幼健康服务质量考核标准、考核办法、考核指标，定期进行考核。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.责任部门对考核结果进行分析、总结、反馈及提出改进措施。 2.考核工作记录完整。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对责任部门的质量管理工作进行监督管理。</p>
<p>2.2.3.2 有妇幼健康服务质量关键环节、重点人群管理标准与措施。 (★)</p>	<p>【C】 1.有辖区保健工作重点环节如降低非医学指征剖宫产率、出生缺陷防控、孕产妇死亡评审、孕产妇危重症评审、新生儿死亡评审、孕产妇和新生儿危重症的转运及急救、促进母乳喂养等的管理制度与措施，并落实。 2.有重点人群如高危孕产妇、危重孕产妇、高危儿童等的管理方案与措施，并落实。 3.制度、方案、措施符合法律法规、规范及相关规定，且符合本区域实际。</p> <p>【B】符合“C” 职能部门定期检查、分析、反馈，提出改进措施，持续提高管理水平。</p> <p>【A】符合“B”，并 有证据表明近2年妇幼健康管理质量逐年提高。</p>
<p>2.2.4 开展妇幼健康政策和业务培训，推广适宜技术。</p>	
<p>2.2.4.1 开展妇幼健康政策和业务培训。</p>	<p>【C】 1.有辖区妇幼健康培训的年度计划及实施方案，并落实。 2.对辖区内的产、儿科医护人员、妇幼保健及健康教育工作人员培训，内容包括相关政策、管理、技术、服务和应急演练等。 3.培训相关资料保存完整，有通知、课程表、签到簿、教案、班前班后问卷、音像资料、总结等，并整理成册。 4.每年培训次数≥2次。</p> <p>【B】符合“C”，并 对培训工作进行评估、有追踪，持续改进培训质量。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对培训工作实施统一管理，并进行质量监督。</p>
<p>2.2.4.2 推广适宜技术。</p>	<p>【C】 1.制订辖区适宜技术推广的相关规划、年度计划及实施方案，并落实。 2.有相关职能部门对适宜技术推广工作实行统一管理。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.适宜技术推广有重点，符合当地工作实际，针对性强。</p>

	2.年指导基层开展适宜技术≥1项。 【A】符合“B”，并 相关职能部门对适宜技术推广工作有追踪、有评估，持续改进推广质量。
2.2.5 受卫生健康行政部门委托，依法对《出生医学证明》进行业务管理。	
2.2.5.1 受卫生健康行政部门委托，依法对《出生医学证明》进行业务管理。	【C】 1.设立专人负责日常事务性管理，明确岗位职责及工作制度，各项管理制度齐全，并落实。 2.受委托对辖区《出生医学证明》相关证件的储存、发放、登记等情况进行管理，有对辖区《出生医学证明》管理情况进行督导的记录。 3.严格落实真伪鉴定、配发、保管工作要求和责任追究制度。 4.签发、换发、补发等流程及印章管理符合国家卫生健康行政部门规定。 5.对《出生医学证明》发放工作及流程进行宣传。 6.按要求进行废证管理，废证率<1%。
	【B】符合“C”，并 1.实现《出生医学证明》全程信息化管理。 2.管理和签发人员培训率达 100%。 3.实现《出生医学证明》的档案化管理。
	【A】符合“B”，并 1.与公安户籍部门建立良好的协作管理机制。 2.近 2 年内辖区内未出现《出生医学证明》倒卖、转让、毁损、丢失等重大事件。

三、妇幼健康服务网络管理

评审标准	评审要点
2.3.1 协助卫生健康行政部门健全辖区内妇幼健康服务网络，收集分析网络运行信息。	
2.3.1.1 协助卫生健康行政部门健全辖区内妇幼健康服务网络，掌握网络运行状况。	【C】 1.协助卫生健康行政部门健全辖区内妇幼健康服务网络，网络覆盖所有提供妇幼健康服务的医疗卫生机构。 2.掌握辖区内近 3 年各级妇幼保健机构及其业务部门设置情况、人员数量与构成、设备设施配置、服务内容、服务数量与质量等运营状况。 3.定期召开辖区内妇幼保健工作例会，例会主题明确，能够解决实际问题。
	【B】符合“C”，并 掌握辖区内提供妇科、产科、儿科、妇幼保健服务的各级各类医疗卫生机构名称、性质，及其相应科室人员数量与构成、设备设施、服务内容、服务数量与质量等情况，定期分析并形成报告。
	【A】符合“B”，并 对辖区妇幼卫生资源配置进行专题调研，对调研中发现的问题进行分析，提出改进措施，并向同级卫生健康行政部门报告。
2.3.2 协助卫生健康行政部门建立辖区内提供妇幼健康服务的各级各类医疗卫生机构分工协作机制和双向转诊机制，并对其开展的服务进行技术指导和质量控制。	
2.3.2.1 协助卫生健康行政部门建立辖区内提供妇幼健康服务的各级各	【C】 1.协助卫生健康行政部门建立各级各类医疗卫生机构妇幼健康服务的分工协作机制和双向转诊机制，对健康问题管理、疾病管理、技术推广、人才培养等工作提出协作规划或计划、实施方案、考核机制等。

类医疗卫生机构分工协作机制和双向转诊机制，并对其开展的服务进行技术指导和质量控制。	2.分工协作机制内容应涵盖妇幼公共卫生服务和妇女儿童基本医疗保健服务。 3.协作机制和双向转诊机制应覆盖城乡基层三级妇幼卫生服务网络。
	【B】 符合“C”，并 1.定期调研分工协作机制和双向转诊制度运转情况，进行总结、分析、反馈，提出改进措施。 2.妇幼健康医联体、产儿科或专科联盟运行良好。
	【A】 符合“B”，并 有证据表明，近3年辖区各级各类医疗卫生机构分工协作机制和双向转诊机制逐年巩固，并得到加强。
2.3.2.2 对开展的服务进行技术指导和质量控制（★）	【C】 1.根据当地工作计划、有关实施方案及公共卫生服务项目等要求，及时完成技术指导和质量控制工作任务，年度频次与覆盖面符合要求。 2.服务指导及质量控制重点突出，目的明确，能够解决实际问题。 3.档案资料分类管理，资料齐全。
	【B】 符合“C”，并 对工作中存在的问题进行分析，提出解决问题的意见建议，并落实。
	【A】 符合“B”，并 有证据表明本年度辖区妇幼卫生工作质量比上年度有所提高。
2.3.3 协助卫生健康行政部门建立辖区孕产妇和新生儿急危重症转诊网络，完善运行机制。	
2.3.3.1 协助卫生健康行政部门建立辖区孕产妇和新生儿急危重症转诊网络，完善运行机制。	【C】 1.协助卫生健康行政部门建立辖区孕产妇和新生儿急危重症转诊网络。明确网络中各级各类机构和人员的职责。 2.建立转诊流程，包括急危重症的评估与分类、转运、交接、诊治及结果跟踪反馈。 3.组建辖区救治专家组，建立工作制度。
	【B】 符合“C”，并 对孕产妇和新生儿急危重症转诊网络进行管理，包括人员培训、技术指导和质量控制。
	【A】 符合“B”，并 对孕产妇和新生儿急危重症转诊网络运行情况进行分析评价，持续改进工作质量。
2.3.4 协助卫生健康行政部门成立辖区孕产妇死亡评审、新生儿死亡评审专家组，及时开展孕产妇、新生儿死亡评审工作。定期召开危重孕产妇和危重新生儿病例讨论会，协调各相关部门参与危重孕产妇的急救工作。	
2.3.4.1 协助卫生健康行政部门成立辖区孕产妇死亡评审、新生儿死亡评审专家组，及时开展孕产妇、新生儿死亡评审工作。	【C】 1.有辖区孕产妇死亡评审、新生儿死亡评审专家组，专家成员涵盖妇产科、儿科、计划生育、妇女保健、儿童保健、急救医学、外科、内科、重症医学等相关学科专业技术人员。 2.完善工作制度。 3.提交年度本辖区内孕产妇和新生儿死亡主要原因的分析材料，为行政部门决策提供依据。
	【B】 符合“C”，并 对孕产妇和新生儿急危重症转诊网络进行管理，包括人员培训、技术指导和质量控制。
	【A】 符合“B”，并 对孕产妇和新生儿急危重症转诊网络运行情况进行分析评价，持续改进工作质量。
2.3.4.2 定期召开危重孕产妇和危重新生儿病例讨论会，协调各相关部门参与危重孕产妇的急救工作。	【C】 1.每年召开危重孕产妇病例讨论会、危重新生儿病例讨论会至少一次。 2.完善工作制度。 3.提交年度本辖区内危重孕产妇和新生儿急救工作的分析材料，为行政部门决策提供依据。

四、妇幼健康信息管理

评审标准	评审要点
2.4.1 有负责辖区信息管理的部门，完善辖区妇幼健康信息管理网络，建立信息管理机制。	
2.4.1.1 有负责辖区信息管理的部门。	<p>【C】</p> <p>1.有负责信息管理的部门，人员类别包括妇幼保健和信息技术专业，专职工作人员数量≥3名。</p> <p>2.科室工作制度健全，人员职责明确，并落实。</p> <p>【B】符合“C”，并 科主任具有相关专业中级职称，从事信息管理相关工作年限 5 年以上，掌握妇幼健康信息工作有关法律法规、规范等知识。</p> <p>【A】符合“B”，并 定期研究信息工作管理与质量，并持续改进。</p>
2.4.1.2 建立辖区妇幼健康信息管理工作制度、业务标准、工作机制和工作规范，保证信息上报及时、完整、准确。	<p>【C】</p> <p>1.院主管领导在妇幼健康信息工作中起领导作用。</p> <p>2.建立辖区妇幼健康信息管理工作机制，有信息网络机构和人员名单，有妇幼健康信息工作制度、工作规范、业务标准等技术文件，且不低于国家有关规定。</p> <p>3.制订妇幼健康信息工作方案及信息工作流程，明确各级各类信息管理人员职责，工作流程合理。相关人员明确自身职责，掌握工作流程。</p> <p>4.定期对妇幼健康信息人员进行逐级培训，培训有计划、有重点、有经费保证。</p> <p>5.对信息资料进行档案化管理。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.辖区内未接受培训的从事信息工作人员≤5%。</p> <p>2.信息填报正确、完整，上报及时达 100%。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.辖区内未接受培训的从事信息工作人员≤1%。</p> <p>2.信息上报及时性、完整性在上级相关考核连续 3 年满分。</p>
2.4.2 协助卫生健康行政部门建立辖区信息数据中心，完善区域妇幼健康数据中心，并与区域卫生信息平台交互共享。	
2.4.2.1 协助卫生健康行政部门建立辖区信息数据中心，完善区域妇幼健康数据中心，并与区域卫生信息平台交互共享。	<p>【C】</p> <p>1.完善区域妇幼健康数据中心，收集、管理辖区妇幼健康信息。</p> <p>2.区域妇幼卫生信息化建设符合国家信息管理相关标准。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.与区域卫生信息平台互联互通，包含居民健康档案、医院信息系统、公共卫生信息系统和检验信息系统等。</p> <p>2.妇幼健康信息平台覆盖辖区 80% 提供妇幼健康服务的机构。</p>
2.4.3 具有良好的信息安全策略、安全手段、安全环境及安全管理措施，保证妇幼健康信息安全。	
2.4.3.1 具有良好的信息安全策略、安全手段、安全环境及安全管理措施，保证妇幼健康信息安全。	<p>【C】</p> <p>1.具有良好的信息安全制度、安全手段、安全环境及安全管理措施，并落实到位。</p> <p>2.建立信息安全应急预案，并落实。</p> <p>3.加强机房和网络安全建设，建成二级以上信息安全等级保护。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门定期检查信息安全，找出影响信息安全的因素，提出改进措施，并落实。</p>

	【A】 符合“B”，并连续3年无信息安全事件发生。
2.4.4 对妇幼健康信息进行质量控制和分析利用，为卫生健康行政部门决策及妇幼健康服务的开展提供数据支持。	
2.4.4.1 对辖区妇幼健康信息进行质量控制和分析利用，为卫生健康行政部门决策及妇幼健康服务的开展提供数据支持。（★）	【C】 1.定期开展信息质量控制，分析辖区妇幼健康状况及其影响因素，提出改进工作的建议。 2.定期分析辖区妇幼健康服务状况，进行需求分析。 3.定期分析辖区妇幼健康服务管理状况，对辖区妇幼健康服务进行全面、动态监管。 【B】 符合“C”，并对辖区妇幼健康状况、服务状况、管理状况进行半年总结及年度报告，为卫生健康行政部门决策提供数据支持。 【A】 符合“B”，并 1.依托信息平台实现机构、人员和服务的动态监管，对妇女儿童健康指标进行预警提示。 2.用近2年的证据表明，信息被卫生健康行政部门或政府采用。

五、妇幼健康教育与健康促进

评审标准	评审要点
2.5.1 有健康教育科，负责妇幼健康教育与健康促进工作，职责明确。	
2.5.1.1 有健康教育科，负责妇幼健康教育与健康促进工作，职责明确，制订健康教育年度工作计划并完成。	【C】 1.有独立的健康教育科，有专人负责，按卫生健康行政部门要求落实岗位人员。科室工作制度完善，人员岗位职责明确，并落实。 2.制订院内、辖区健康教育工作计划，并实施。 【B】 符合“C”，并 1.健康教育科主任具有相关专业中级职称，有5年以上健康教育工作经历。 2.院主管领导在健康教育工作中起领导作用。 【A】 符合“B”，并 定期研究健康教育质量，持续改进有成效。
2.5.2 制作并发放妇幼健康教育材料。	
2.5.2.1 制作并发放妇幼健康教育材料。	【C】 1.制作妇幼健康教育材料，包括宣传画、宣传折页、影视光盘、日常用品标示标记等。 2.健康教育材料具有普及性、科学性，针对性强，易读易懂，便于群众接受。健康教育材料内容覆盖孕产保健、儿童保健、妇女保健及计划生育技术服务。 【B】 符合“C”，并 针对工作形势和重点，制作有针对性的专题健康教育材料。 【A】 符合“B”，并 发放健康教育材料，覆盖辖区相关妇幼健康服务机构。
2.5.3 开展多种形式的健康教育活动，并对健康教育效果进行评价。	
2.5.3.1 开展多种形式的健康教育活动，活动有目	【C】 1.开展多种形式的健康教育活动，如孕妇学校、家长学校、育儿学校、影视作品、平面媒体、微信、微博、网络、专题宣传活动等，每项活动均有计划，目的

<p>的、有计划、有落实并持续改进，记录完整。</p>	<p>性强。</p> <p>2.建立妇幼健康咨询及服务热线电话，提供咨询服务。</p> <p>3.按要求完成卫生健康行政部门指定的健康教育任务。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.对每项重大活动进行总结，分析活动中的问题，提出改进措施。</p> <p>2.定期统计分析咨询热线的热点问题，并开展针对性的健康教育。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>对健康教育活动效果进行评价，有持续改进活动质量的案例。</p>
<p>2.5.3.2 开设孕妇学校（育儿学校），将促进自然分娩、母乳喂养、妊娠风险识别与防范等列入其常规教学内容。（★）</p>	<p>【C】</p> <p>1.有孕妇学校，且面积≥30m²，配备有专用教学设备、宣传资料。</p> <p>2.定期开设孕妇学校课程，教学内容至少包括：</p> <p>(1)妊娠风险、孕产期高危病征和高危儿的自我识别（胎心、胎动的监测）与防范等；</p> <p>(2)孕期营养和体重管理、心理问题识别与防控；</p> <p>(3)自然分娩与剖宫产的正确选择；</p> <p>(4)母乳喂养及乳房护理；</p> <p>(5)育儿知识。</p> <p>3.有相对固定师资且经过相关培训，有相关的宣教教材。</p> <p>4.孕妇学校开课每月不少于8期。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.有稳定的政策支持和资金投入。</p> <p>2.纳入产科质量和爱婴医院的管理内容。</p> <p>【A】符合“B”，</p> <p>职能部门定期开展教学评估，对孕妇学校教学质量进行评价，持续改进教学质量。</p>
<p>2.5.3.3 开展院内个性化的健康教育服务。</p>	<p>【C】</p> <p>1.针对妇女儿童的主要健康问题，开展健康教育门诊服务（如妊娠期糖尿病一日门诊、母乳喂养指导门诊、儿童生长发育指导）。</p> <p>2.制订常见病健康教育常规，并落实。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>有职能部门对健康教育门诊工作质量进行定期评价，服务质量不断提高。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>近2年健康教育门诊量逐步增加。</p>
<p>2.5.4 建立辖区妇幼健康教育工作网及协作机制，提供辖区妇幼健康教育培训。</p>	
<p>2.5.4.1 建立辖区内以妇幼健康服务机构为依托的妇幼健康教育工作网及协作机制，提供辖区妇幼健康教育培训。</p>	<p>【C】</p> <p>1.建立辖区内以妇幼健康服务机构为依托的妇幼健康教育工作网，并与辖区内相关部门协作与交流，策划并组织开展辖区内健康教育与健康促进活动。</p> <p>2.定期进行辖区健康教育培训，资料完整。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.每年有不少于两次的辖区内健康教育和健康促进活动。</p> <p>2.定期对辖区妇幼健康教育工作进行指导、评价，提出改进意见。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>有证据表明近2年健康教育网络运行质量不断提高。</p>
<p>2.5.5 建立妇幼健康教育评价机制，对健康教育效果进行评估并持续改进。</p>	
<p>2.5.5.1 建立妇幼健康教育评</p>	<p>【C】</p> <p>有妇幼健康教育效果评价体系，对健康教育效果进行定期评估。</p>

价机制，对健康教育效果进行评估并持续改进。	【B】 符合“C”，并 评价指标应包括妇幼健康知识知晓率、健康行为形成率、健康教育参与活动参与率等。
	【A】 符合“B”，并 妇幼健康知识知晓率、健康行为形成率、健康教育参与活动参与率较上一年度提高。

六、妇幼公共卫生服务项目管理

评审标准	评审要点
2.6.1 落实上级项目管理方案，协助卫生健康行政部门制订项目实施方案。	
2.6.1.1 协助卫生健康行政部门制订项目实施方案，并落实。	【C】 1.根据上级妇幼卫生工作及妇幼公共卫生服务项目有关政策及要求，协助卫生健康行政部门制订本地区有关妇幼公共卫生服务项目实施方案，并协助实施。 2.掌握辖区妇幼公共卫生服务项目实施情况，进行技术指导，记录完整。
	【B】 符合“C”，并 1.技术指导覆盖面及频率达到卫生健康行政部门要求。 2.技术指导具有针对性，能够解决项目执行中的难点问题。
	【A】 符合“B”，并 对项目技术指导工作进行半年及年度总结分析，提出改进措施，持续改进有成效。
2.6.2 协助卫生健康行政部门对妇幼公共卫生服务项目进行培训、督导及实施效果评估，持续改进项目工作。	
2.6.2.1 协助卫生健康行政部门对妇幼公共卫生服务项目进行培训、督导及实施效果评估，持续改进项目工作。	【C】 1.协助卫生健康行政部门制订妇幼公共卫生服务项目培训、督导方案、评估标准等。 2.受委托对项目进行督导及实施效果评估，并对项目实施情况进行跟踪。
	【B】 符合“C”，并 1.督导、评估工作记录完整，覆盖面达到 100%。 2.对督导、评估结果进行分析、总结、反馈及提出改进措施。
	【A】 符合“B”，并 有证据表明项目技术管理工作得到同级或上级卫生健康行政部门的表彰。
2.6.3 推广应用妇幼公共卫生服务项目成果。	
2.6.3.1 对妇幼公共卫生服务项目取得的成果在辖区推广应用，不断扩展服务覆盖面。	【C】 对妇幼公共卫生项目取得的成果在辖区推广应用，制订推广计划，并落实。
	【B】 符合“C”，并 推广工作有具体负责科室及负责人，任务目标明确，并落实。
	【A】 符合“B”，并 在区域内项目推广成效明显，在辖区内建立长效工作机制推广项目的内容和方法等。

七、群体筛查服务质量管理

评审标准	评审要点
2.7.1 建立辖区妇女儿童主要健康问题、高危孕产妇和高危儿筛查网络和管理机制。	
2.7.1.1 建立辖区群体筛查网	【C】 1.建立辖区群体筛查网络，制度完善，职责明确。

<p>络，制订筛查工作制度、筛查流程等。</p>	<p>2.将群体筛查工作纳入年度工作目标考核，完成年度工作目标任务。</p> <p>3.协助卫生健康行政部门制订辖区筛查工作制度、筛查流程等，筛查内容至少包括：</p> <p>(1)产前筛查；</p> <p>(2)高危孕产妇筛查；</p> <p>(3)高危儿筛查；</p> <p>(4)新生儿疾病筛查（包括新生儿遗传代谢病、先天性心脏病、听力障碍等）；</p> <p>(5)妇女乳腺癌、宫颈癌筛查。</p> <p>4.建立辖区高危孕产妇、高危儿童分级转诊机制，并落实。</p> <p>5.孕产妇规范妊娠风险筛查评估率 100%，高危孕产妇专案管理率 100%。</p> <p>6.工作人员熟悉产前筛查、新生儿疾病筛查、妇女“两癌”筛查等有关国家及本地区相关规定。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.辖区产前筛查、新生儿苯丙酮尿症（PKU）和先天性甲状腺功能减低症（CH）筛查、新生儿听力障碍筛查率达到卫生健康行政部门要求。</p> <p>2.辖区符合产前诊断条件的孕妇产前诊断率达到卫生健康行政部门的要求。</p> <p>3.孕产妇保健管理率、7岁以下儿童保健管理率达到卫生健康行政部门要求。</p> <p>4.疑难或特殊病例及时转诊，并追踪随访。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>定期对筛查工作进行业务指导、督导，提出改进措施，持续提高筛查质量。</p>
<p>2.7.2 对从事筛查工作的人员进行技术培训，对筛查工作进行管理。</p>	
<p>2.7.2.1 对从事筛查工作的人员进行技术培训，对筛查工作进行管理。</p>	<p>【C】</p> <p>1.对群体筛查服务人员队伍进行筛查技术培训，培训有计划、有目标、有重点、有评估，不断提高群体筛查人员技术水平。</p> <p>2.从事筛查的技术人员按有关筛查项目的要求参加技术培训并取得相应的证书。</p> <p>3.建立辖区群体筛查阳性病例转诊机制，并落实。</p> <p>4.对群体筛查确诊病例建立档案并进行跟踪管理，建立群体筛查确诊病例管理制度，并落实。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.阳性及确诊病例管理数量、管理质量连续 2 年逐年提高。</p> <p>2.本机构确诊病例管理率≥95%。</p> <p>3.职能部门对上述工作进行督导、检查、反馈。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>定期收集群体筛查工作数据，对数据进行分析，对筛查工作提出改进意见，并向同级卫生健康行政部门报告。</p>
<p>2.7.3 对群体筛查工作进行质量控制，持续改进筛查质量。</p>	
<p>2.7.3.1 对群体筛查工作质量进行控制，持续改进筛查质量。</p>	<p>【C】</p> <p>1.按国家及省有关技术规范对群体筛查进行质量控制。</p> <p>2.新生儿疾病筛查（包括新生儿遗传代谢病、先天性心脏病、听力障碍等）质量控制涵盖筛查、诊断等相关机构、筛查方法及环节。</p> <p>3.产前筛查质量控制涵盖各筛查单位、各筛查方法及环节。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>本单位群体筛查实验室项目质评连续 3 年合格。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>对群体筛查质量控制情况进行半年及年度分析，提出改进意见，持续改进有成效。</p>

八、母子健康手册使用与管理

评审标准	评审要点
2.8.1 协助卫生健康行政部门制订辖区内统一的母子健康手册管理制度及规范。	
2.8.1.1 协助卫生行政部门制订辖区内统一的母子健康手册管理制度及规范。	【C】 1.有辖区内统一的母子健康手册管理制度并落实。 2.落实手册使用规范。 3.指导孕产妇完成母子健康手册自我记录内容填写。
	【B】 符合“C”，并 1.本机构母子健康手册使用率 100%。 2.辖区母子健康手册使用率≥90%。 3.推进母子健康手册信息化建设或推广使用母子健康手册 APP、微信公众号。
	【A】 符合“B”，并 1.对手册管理制度及规范结合本地实际定期进行修订。 2.实现母子健康手册与妇幼卫生信息平台互联互通。
2.8.2 对母子健康手册的管理制度及使用进行培训、督导，持续改进工作质量。	
2.8.2.1 对辖区母子健康手册管理制度、使用等内容进行培训、督导。	【C】 1.有母子健康手册管理制度、使用运转流程、发放等相关内容的培训材料。 2.有母子健康手册使用的督导方案。
	【B】 符合“C”，并 对辖区内的相关机构每年至少进行一次培训与督导，有记录。
	【A】 符合“B”，并 有数据或实例体现辖区母子健康手册使用情况持续改进。
2.8.3 收集母子健康手册使用与管理相关信息，进行分析利用。	
2.8.3.1 收集母子健康手册使用与管理相关信息，进行分析利用。	【C】 1.有辖区母子健康手册使用与管理各项工作登记工作文书、统计报表。 2.本机构有母子健康手册使用与管理各项工作登记、工作文书、统计报表等。
	【B】 符合“C”，并 对收集相关信息资料进行审核与复核，并进行质量控制。
	【A】 符合“B”，并 实现母子健康手册内容信息化管理，每年对母子健康手册使用与管理情况进行分析，并向卫生健康行政部门报告。

九、托幼机构卫生保健管理

评审标准	评审要点
2.9.1 落实《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》等要求。	
2.9.1.1 落实《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》等要求。	【C】 1.依据《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》及有关规范建立本辖区实施细则或管理制度。 2.受卫生健康行政部门委托，制订辖区内托幼机构卫生保健工作规划、年度计划并组织实施。

	<p>【B】符合“C”，并制订辖区内托幼机构卫生保健工作评估实施细则，建立完善的质量控制体系和评估制度。</p> <p>【A】符合“B”，并有辖区阶段性托幼机构卫生保健工作分析总结。针对辖区托幼机构卫生保健工作中的问题，提出改进建议和具体措施，并不断完善业务管理工作制度。</p>
2.9.1.2 对辖区托幼机构卫生保健工作信息进行收集。	<p>【C】 掌握辖区内托幼机构卫生保健情况，为卫生健康行政部门决策提供相关依据。</p> <p>【B】符合“C”，并掌握辖区近3年托幼机构卫生保健状况。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.托幼机构卫生保健信息系统与辖区妇幼卫生信息平台实现互联互通。 2.有证据表明托幼机构卫生保健信息被同级或上级卫生健康行政部门采纳。
2.9.2 受卫生健康行政部门委托，对辖区托幼机构卫生保健工作进行卫生评价。	
2.9.2.1 开展辖区托幼机构卫生保健工作卫生评价。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.对新设立的托幼机构进行招生前的卫生评价工作，并出具卫生评价报告。 2.制订卫生学评价工作流程，并向社会公开。 3.卫生评价内容涵盖环境卫生、个人卫生、食堂卫生、保健室或卫生室设置、卫生保健人员配备、工作人员健康检查、卫生保健制度等。 <p>【B】符合“C”，并对取得办园（所）资格的托幼机构每3年进行1次卫生保健工作综合评估，并将结果上报卫生健康行政部门，资料完整。</p> <p>【A】符合“B”，并每年对卫生学评价工作进行总结分析，不断改进评价质量。</p>
2.9.3 对辖区托幼机构卫生保健工作进行业务指导与业务培训，持续改进工作质量。	
2.9.3.1 对辖区托幼机构卫生保健工作进行业务指导与业务培训，有专人负责。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有辖区托幼机构卫生保健工作业务指导与业务培训工作方案或年度计划，有专人负责，并落实。 2.业务指导内容应包括托幼机构膳食营养、体格锻炼、健康检查、卫生消毒、疾病预防、预防意外伤害等。 3.每年举办辖区乡镇儿童保健医生、托幼机构相关人员（如园长、分管园长、卫生保健人员、保育员、食堂从业人员等）卫生保健培训，培训相关资料保存完整，有通知、课程表、签到簿、教案、班前班后问卷、音像资料、总结等，并整理成册。 4.培训应具有针对性，对辖区托幼机构卫生保健工作存在的薄弱环节进行针对性培训。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.对辖区业务培训每年不少于1次，业务指导和督导每年不少于2次。 2.新进托幼机构卫生保健人员卫生保健知识培训率达100%。 3.根据当地疾病的流行状况进行专题督导。 <p>【A】符合“B”，并有近2年数据或实例体现定期分析问题，持续改进工作质量。</p>

第三章 妇幼保健服务质量安全管理与持续改进

一、质量管理组织

评审标准	评审要点
3.1.1 院长是本院质量管理第一责任人。院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会人员构成合理，职责明确。依据本院组织架构，明确各部门职能与管理流程。	
3.1.1.1 院长是本院质量管理第一责任人。领导和协调各相关部门工作发挥作用。	<p>【C】</p> <p>1.院长负责确定本院质量管理团队（主要包括院质量与安全管理委员会、各相关委员会、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等）的职责，实行质量改进与患者安全管理问责制，建立多部门质量管理协调机制。</p> <p>2.院长任院质量与安全管理委员会主任，负责确定与实施全院质量管理和持续改进总体方案，以及监控指标。（见 3.2.1）</p> <p>3.实现院科分级负责制，有全院质量管理组织架构图，能清楚反映全院质量管理组织结构，体现院长是第一责任人。</p> <p>【B】符合“C”，并 院长或分管领导负责确定监测流程，质量改进和患者安全活动的年度重点工作，并传递到全体职工。</p> <p>【A】符合“B”，并 院长负责确定各职能部门对质量改进与患者安全监控管理的责任重点，并提供技术及其他支持。</p>
3.1.1.2 院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会人员构成合理，职责明确。	<p>【C】</p> <p>1.根据需要设置，包括但不限于：医疗保健质量与安全管理委员会、护理质量管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会等，有工作章程或制度。</p> <p>2.各委员会至少每半年召开一次工作会议，有记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 各委员会人员构成合理，每季度召开一次会议，由相关职能部门负责日常工作，履行职责活动有记录。</p>
3.1.2 院各相关职能部门	组织实施全面医疗保健质量管理与医疗保健安全管理工作，并落实持续改进方案。
3.1.2.1 各职能部门组织实施全面质量与安全管理工 作，严格督导考 核，定期分析，及时 反馈，落实整改。	<p>【C】</p> <p>1.医疗、保健、护理等管理职能部门根据本院总体目标，制订并实施相应的质量与安全管理工作计划与考核方案。</p> <p>2.承担履行指导、检查、考核和评价医疗保健质量管理职能，工作有记录。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.职能部门对重点部门、关键环节、重点时段的质量安全管理工作进行季度检查与年度评价，有记录（见 3.2.1）。</p> <p>2.有多部门质量管理协调机制。</p> <p>【A】符合“B”，并 职能部门对收集的质量与安全信息、风险数据、重大质量缺陷等数据资料，运用质量管理工具展示管理成效的变化趋势，有季度通报、半年小结、年度总结报告，并对公开的数据质量和结果的可靠性承担责任。</p>
3.1.3 科主任是科室质量	与安全管理第一责任人，负责组织落实质量与安全管理及持续改进相关任务。
3.1.3.1	【C】

科主任是科室质量与安全管理第一责任人，负责组织落实质量与安全管理及持续改进相关任务。	1.科主任为第一责任人，有科主任、护士长与质量控制人员组成的科室质量与安全管理小组，有年度工作计划及监测重点。 2.对科室质量与安全进行定期检查，并召开会议，提出改进措施。
	【B】 符合“C”，并 1.各业务科室主任负责关键质量指标，如重返与安全类、特定（单）病种质控指标等。至少包括但不限于： (1)医疗保健科室应将住院时间超过30天与出院后0至30天内再入院的患者作为大查房重点，有评价分析记录； (2)手术科室应将“非计划再次手术”作为手术质量管理“危急值”，实施监测、原因分析、反馈、整改和控制活动； (3)患者安全目标（见第三章第5节）监控指标； (4)特定（单）病种质量监控指标。 2.各医技科室主任对“检查结果报告”可信度负责，按照规范/指南实施室内质控与参加室间质控。
	【A】 符合“B”，并 各科质控小组收集本科室质量与安全数据，运用质量管理工具展示管理成效的变化趋势，有季度通报、半年小结、年度总结报告，并对公开的数据质量和结果的可靠性承担责任。

二、质量管理与持续改进

评审标准	评审要点
3.2.1 有医疗保健质量管理和持续改进总体方案，涵盖结构质量、过程质量、结果质量的关键监控指标及考核办法。有医疗保健质量关键环节、重点部门、重点时段管理标准与监控措施。	
3.2.1.1 有全院医疗保健质量管理和持续改进总体方案，涵盖结构质量、过程质量和结果质量的关键监控指标及其考核办法。	<p>【C】 院长负责确定全院医疗保健质量管理和持续改进总体方案，除有宗旨、目标、方针外，监控项目至少应包括，但不限于： (1)合理使用抗菌药物和其他药品； (2)合理使用血液和血制品； (3)围手术期管理与手术分级管理； (4)各类手术与介入操作及并发症； (5)麻醉与镇痛管理； (6)医院感染管理； (7)住院病历管理； (8)急诊与ICU管理； (9)高危孕产妇管理； (10)高危儿管理； (11)医疗保健护理缺陷与不良事件管理； (12)服务对象、员工满意度管理。</p> <p>【B】符合“C”，并 确定全院实施患者安全监控指标的频率、范围和方法。</p> <p>【A】符合“B”，并 对方案执行、制度落实、考核结果等内容有分析、总结、反馈及改进措施。</p>
3.2.1.2 有医疗保健质量关键环节、重点部门、重	<p>【C】 1.相关人员知晓本岗位的医疗保健质量关键环节管理标准与监控措施。 (1)危急重症患者识别、急救与转诊管理；</p>

<p>点时段的管理标准与监控措施。</p>	<p>(2)高危孕产妇管理； (3)高危儿管理； (4)围手术期管理； (5)输血与药物管理； (6)有创诊疗操作管理； (7)本院设定的其他医疗保健质量关键环节管理等。 2.重点部门人员知晓本部门的管理标准与监控措施，至少包括，但不限于： (1)急诊室； (2)手术室； (3)产房/产科； (4)腔镜室； (5)重症监护病房（室）； (6)新生儿室/病房； (7)本院设定的其他重点部门等； 3.相关人员知晓本部门的重点时段管理标准，至少包括，但不限于： (1)周六、日，节假日； (2)中午、夜间单独值班时； (3)上下班交接班时； (4)就诊者急剧增加时。</p> <p>【B】符合“C”，并 医务、保健、护理等管理部门履行监管职责，对各项管理标准与措施的落实情况有定期检查、分析、反馈，有改进措施及成效。</p>
<p>3.2.2 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定完善的覆盖医疗保健全过程的质量管理规章制度，并及时更新，切实保证服务质量。</p>	
<p>3.2.2.1 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定完善的覆盖医疗保健全过程的质量管理规章制度，并及时更新，切实保证服务质量。</p>	<p>【C】 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定完善的覆盖医疗保健全过程的质量管理规章制度，并及时更新。</p> <p>【B】符合“C”，并 统一管理各类质量与安全管理规章、制度、规范、标准/指南等文件的制定、审核、批准、发布、修订、更新、作废等流程。</p> <p>【A】符合“B”，并 依质量与安全管理持续改进的进展，及时更新各类相关质量与安全管理规章制度规范，并实施更新后的培训与教育（近三年）。</p>
<p>3.2.2.2 有医疗保健技术操作规程及诊疗指南。</p>	<p>【C】 1.有医疗保健各专业技术操作规程和诊疗指南。 2.对医务人员进行培训，使医务人员掌握并严格遵循本专业岗位相关规范和指南开展医疗保健工作。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门对规范、指南的执行情况有督导检查与整改措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 根据医学发展和本院实际，对规范和指南及时进行补充完善（近三年）。</p>
<p>3.2.3 强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核，把“严格要求、严密组织、严谨态度”落实到各项工作中。</p>	
<p>3.2.3.1 强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训</p>	<p>【C】 1.有各专业、各岗位“三基”培训及考核制度。 2.有根据不同层次及专业的卫生技术人员的“三基”培训内容、要求、重点和培训计划。</p>

与考核，把“严格要求、严密组织、严谨态度”落实到各项工作中。	3.有与培训相适宜的技能培训设施、设备及经费保障。 4.有指定部门或专职人员负责实施。
	【B】符合“C”，并 落实培训及考核计划，在岗人员参加“三基”培训覆盖率 100%。
	【A】符合“B”，并 在岗人员参加“三基”考核合格率≥95%。
3.2.4 建立医疗保健风险防范确保就诊者安全的机制，严格执行《医疗质量安全事件报告暂行规定》，按规定报告质量安全（不良）事件与隐患缺陷，不隐瞒和漏报。	
3.2.4.1 有医疗保健风险管理方案。	【C】 1.有医疗保健风险管理方案，包括医疗保健风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。 2.针对主要风险制订相应的制度、流程、预案或规范，严格落实，防范不良事件的发生。 3.发生医疗保健不良事件，相关人员主动报告，无隐瞒和漏报，有记录。 4.根据情况对员工进行医疗保健风险事件的预警通告。
	【B】符合“C”，并 相关职能部门对医疗保健风险防范制度、流程、预案执行情况有检查、反馈、改进措施。
	【A】符合“B”，并 建立跨部门的协调与讨论机制。
3.2.4.2 开展全员防范医疗风险确保患者安全的相关知识、技能的教育与培训。	【C】 1.院长负责将年度监测流程，质量改进和患者安全活动的重点工作传递到全体职工。 2.各职能部门有针对共性问题开展全院防范医疗保健风险的相关教育与培训，其中包括患者安全典型案例教育。 3.各科室主任、护士长依专业特点开展防范医疗风险的相关教育与培训，其中包括患者安全典型案例教育。
	【B】符合“C”，并 对重点部门、关键环节的医务人员的培训率≥85%。
	【A】符合“B”，并 院、科级领导接受质量管理培训后，能够将 PDCA 原理与质量管理工具及方法，运用到质量管理持续改进实践活动中去（用近三年案例）。
3.2.5 建立医疗保健质量控制、安全管理信息数据库，为制订质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。	
3.2.5.1 建立医疗保健质量控制、安全管理信息数据库，为制订质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。	【C】 1.院长负责确定院内医疗保健质量控制、安全管理信息数据库，具体项目范围见第六章。 2.院长负责确定主要监测数据，包括结构质量、过程质量和结果质量，确定每一项监测数据的范围、方法和频率。 3.院长指定部门负责收集和分析相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理人员调阅使用。 4.院长指定专人负责数据分析，包括与自身、外部、标准进行比较。
	【B】符合“C”，并 1.对监测数据、安全（不良）事件、差错、事故等信息开展根本原因分析，并利用分析结果评价改进效果。
	2.将内部监测数据验证，纳入科室/部门负责人岗位职责中，对数据质量承担责

	任。 3.院长对向外公布的数据质量和结果的可靠性承担责任。
	【A】 符合“B”，并 对评审前三年开展医疗保健质量控制、安全管理信息数据分析情况，运用质量管理工具展示成效，有季度通报、半年小结、年度总结报告。

三、医疗保健技术管理

评审标准	评审要点
3.3.1 提供与功能和任务相适应的医疗保健技术服务，符合法律、法规、部门规章、规范性文件和行业规范的要求，符合医疗机构诊疗科目范围要求，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。	
3.3.1.1 依据法律法规开展医疗保健技术服务，与功能任务相适应。	<p>【C】</p> <p>1.医疗保健技术服务项目符合医疗机构执业许可证中诊疗科目范围要求，与功能任务相适应。</p> <p>2.有指定部门负责医疗保健技术管理工作，实行分级分类管理，有统一的审批、管理流程。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.管理人员和医务人员知晓医疗保健技术管理要求。</p> <p>2.相关职能部门履行监管职责。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>有完整的管理资料，无违法违规开展医疗保健技术服务的记录（用近三年案例）。</p>
3.3.1.2 医学伦理委员会承担医疗保健技术伦理审核工作。	<p>【C】</p> <p>1.医学伦理管理委员会承担医疗保健技术伦理审核工作，重点是限制类医疗保健技术等以及新技术、新项目的审核。</p> <p>2.有医学伦理审核的回避程序。</p> <p>3.伦理委员会讨论的结论意见应记载入相关的住院病历。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>相关职能部门和伦理委员会对医疗保健技术的实施履行全程监管。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>开展的医疗保健技术经过伦理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例（用近三年案例）。</p>
3.3.2 医疗保健技术管理符合《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法、《医疗机构管理条例》等相关规定，建立分级分类管理、监督评价和档案管理制度。	
3.3.2.1 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。（★）	<p>【C】</p> <p>1.按照《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法、《医疗机构管理条例》实行医疗技术分级分类管理及准入管理，对限制类技术和高风险技术，有管理制度及相关技术规范。</p> <p>2.不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.有本院技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。</p> <p>2.有技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。</p> <p>3.有完整的医疗保健技术管理档案资料。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗保健技术分级、准入、中止</p>

	有动态管理，保障医疗安全（用近三年案例）。
3.3.2.2 对开展母婴保健技术服务进行监督管理。 (★)	<p>【C】 1.凡开展婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断、助产技术、施行结扎手术和终止妊娠手术技术服务，必须经卫生健康行政部门审查批准，取得《母婴保健技术服务执业许可证》。 2.相关技术人员应取得《母婴保健技术考核合格证书》，不得跨科目从业。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.有母婴保健技术分类目录，包括相应具有资质人员目录。 2.有完整的母婴保健技术管理档案资料。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门有监管，根据监管结果的评价，对母婴保健技术准入、中止有动态管理，保障母婴安全（用近三年案例）。</p>
3.3.3	有医疗保健技术风险预警机制和医疗保健技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗保健技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现并降低医疗保健技术风险。
3.3.3.1 有医疗保健技术风险预警机制和医疗保健技术损害处置预案，并组织实施。	<p>【C】 1.院长负责指定职能部门按照相关法规要求管理全院诊疗技术的应用。 2.职能部门管理人员和医务人员知晓相关医疗技术风险处置与损害处置预案和处置流程。</p> <p>【B】符合“C”，并 对可能影响到医疗保健质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）发生变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。</p>
3.3.3.2 有新技术准入与风险管理。	<p>【C】 1.有新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序。 2.申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价。 2.职能部门有完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结与监管资料。</p> <p>【A】符合“B”，并 职能部门有监管，根据监管评价，实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。</p>
3.3.4	开展的科研项目符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。在科研过程中实行全程质量管理，充分尊重受试者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护受试者安全。
3.3.4.1 有医疗保健科研项目中 使用医疗保健技术的 管理制度与审批程 序，充分尊重受试者 的知情权和选择权。	<p>【C】 1.有医疗保健科研项目中使用医疗保健技术的相关管理制度与审批程序。 2.医疗保健科研项目中使用医疗保健技术应有充分的可行性与安全性论证、保障就诊者安全的措施和风险处置预案。 3.医疗保健科研项目中使用医疗保健技术应有医学伦理审批。 4.充分尊重受试者的知情权和选择权，签署知情同意书。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.医疗保健技术主管部门监管职责明确，履行监管职能。 2.相关人员知晓本部门、本岗位开展的医疗保健科研项目管理制度与审批程序的管理要求。</p> <p>【A】符合“B”，并 有全程追踪、阶段总结和结题的效果评价，用以改进管理工作，有完整的档案资料（用近三年案例）。</p>
3.3.5	对实施手术、介入、麻醉、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授权”制，定期进行技术能力与质量绩效的再评价。

3.3.5.1 实行高风险技术操作的卫生技术人员授权制度。（★）	【C】 1.有实施手术、麻醉与镇痛、介入、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度与审批程序。 2.有需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。
	【B】 符合“C”，并 1.相关人员能知晓有复评和取消、降低操作权利的相关规定，有执行记录文件。 2.相关人员可通过多种形式获得授权信息。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理，每三年一次再授权，授权管理资料完整（用近三年案例）。

四、住院诊疗管理

评审标准	评审要点
3.4.1 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为就诊者提供规范的同质化服务。	
3.4.1.1 由具有法定资质的医务人员为患者提供病情评估/诊断。	【C】 1.有对患者病情评估管理制度、操作规程与程序，至少包括：患者病情评估的重点范围、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等。 2.实施评估的医务人员具备法定资质。 3.有对医务人员进行患者病情评估的相关培训。
	【B】 符合“C”，并 医师、护士对患者病情评估的结果，保持沟通，相互印证，为制订医疗、保健、护理诊疗方案/计划提供依据和支持。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门对上述工作履行监管职责。
3.4.2 根据现有医疗保健资源，按照现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南及临床路径规范诊疗行为；用单病种质量管理等质控指标，监控临床诊疗质量。	
3.4.2.1 按照临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南、临床路径，规范诊疗行为。	【C】 1.医务人员能知晓本岗位应遵循的临床诊疗指南、疾病诊疗规范和药物临床应用指南等。 2.每个科室至少执行一个临床路径。
	【B】 符合“C”，并 1.将指南、规范、临床路径用于指导医师的诊疗活动，规范诊疗行为。 2.每个病区至少执行一个临床路径。
	【A】 符合“B”，并 根据医学进展与循证医学原则，结合本院现有医疗保健资源，及时更新临床诊疗工作指南/规范（每年更新≥5%），保证其适用性和有效性，有执行前的培训与教育。
3.4.2.2 根据病情，选择适宜的 临床检查。	【C】 严格遵循临床检验、影像学检查、腔镜检查、各种功能检查、病理等各种检查项目的适应症，并明确排除禁忌症。
	【B】 符合“C”，并 进行需要知情同意的有创检查前，向患者充分说明，征得患者同意并签字认可。
	【A】 符合“B”，并

	依据检查、诊断结果对诊疗计划及时进行变更与调整。对重要的检查、诊断阳性与阴性结果的分析与评价意见应记录在病程记录中。
3.4.2.3 规范使用与管理抗菌药物。	【C】 临床使用抗菌药物符合《抗菌药物临床应用指导原则》等规范，实行三级管理。
	【B】 符合“C”，并 定期开展抗菌药物临床应用监测与评估，按细菌耐药的信息调整抗菌药物使用。
	【A】 符合“B”，并 1.抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内，符合相关规定。 2.信息系统支持抗菌药物管理。
3.4.2.4 遵守激素类药物与血液制剂的使用指南或规范。	【C】 1.有激素类药物与血液制剂的使用指南或规范，方便查询。 2.按照规范与程序使用激素类药物及血液制剂。
	【B】 符合“C”，并 对激素类药物、血液制剂使用处方（医嘱）实施权限管理。
	【A】 符合“B”，并 药学与临床定期评价激素类药物及血液制品使用适应症，有改进措施。
3.4.2.5 规范使用与管理肠道外营养疗法。（可选）	【C】 有肠道外营养疗法的规范或指南。
	【B】 符合“C”，并 对肠道外营养疗法使用处方（医嘱）实施权限管理。
	【A】 符合“B”，并 1.按处方（医嘱）由药学部门集中配制肠道外营养注射剂，符合注射剂配制 GMP 规范要求。 2.不具备药学部门集中配制条件，应由经药学部门培训与考核合格的注册护理人员配制。
3.4.2.6 肿瘤化学治疗等特殊药物的规范使用。（可选）	【C】 1.有肿瘤化学治疗等特殊药物的使用指南或规范，方便查询。 2.对使用肿瘤化学治疗处方（医嘱）实施权限管理。 3.实施肿瘤化学治疗应以病理检查结果为依据，没有病理检查结果的应通过病例讨论确定。 4.临床质控医师和临床药师共同定期评价肿瘤化学治疗药物使用适应证，有记录。
	【B】 符合“C”，并 实施肿瘤化学治疗的医师与护士知晓可能发生不良反应的处置预案，并遵循。
	【A】 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制订。
3.4.3 每位住院患者均有适宜的诊疗方案/计划（检查、药物治疗、手术治疗、康复治疗等），由高年资主治医师以上人员负责评价与核准，并记入病历。	
3.4.3.1 加强住院诊疗活动质量管理。	【C】 1.住院诊疗活动是在科主任领导下完成，实行分级管理。 2.根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗小组。 3.对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求，并执行。
	【B】 符合“C”，并 诊疗小组的组长由高年资主治以上医师担任，对本组收治患者的诊疗活动承担责任，落实三级医师查房制度，确保医疗保健质量与安全。

	<p>【A】符合“B”，并有院科两级的诊疗质量监督管理，对存在问题及时反馈。</p>
<p>3.4.3.2 每位住院患者均有适宜的诊疗计划，由高年资主治医师以上人员负责评价与核准。 (★)</p>	<p>【C】 根据患者的病情评估，制订适宜的诊疗方案，包括检查、治疗、护理、康复计划等，由高年资主治医师以上负责评价与核准。 (1)诊疗方案包括检查计划、治疗计划、护理计划、康复治疗计划等。 (2)患者病情严重程度评估的结果为诊疗方案提供依据和支持。 (3)依据检查、诊断结果对诊疗计划及时进行变更与调整。 (4)对重要的检查、诊断阳性与阴性结果的分析与评价意见应记录在病程记录中。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.根据检查结果分析判断，适时调整诊疗方案，并分析调整原因和背景。 2.有院科两级的质量监督管理制度，对存在问题及时反馈。</p> <p>【A】符合“B”，并 监管检查有成效，上级医师对诊疗方案核准率达 100%。</p>
<p>3.4.3.3 开展临床路径与特定（单）病种过程质量管理。</p>	<p>【C】 1.院长确定实施临床路径与特定（单）病种过程质量管理及监测指标（至少包含卫生健康委已发布的相关的特定（单）病种）。 2.院长确定实施临床路径与特定（单）病种过程质量管理的科室，实行管理问责制。 3.医务科、护理部、质量管理部门会同科室主任制订体现多专业协同的“临床路径与特定（单）病种诊疗指南/规范”文件。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室主任负责实施本专业临床路径与特定（单）病种过程质量管理项目，确保监测指标的病种 ICD-10 编码、采集方法和频率，数据均应源于住院病历、门急诊病历的“证据”。</p> <p>【A】符合“B”，并 科室质控小组对本科室的特定（单）病种过程质量数据，运用质量管理工具展示管理成效的变化趋势，有季度通报、半年小结、年度总结报告，并对公开的数据质量和结果的可靠性承担责任（近三年）。</p>
<p>3.4.4 有院内、外会诊管理制度与流程，对重症与疑难患者实施多学科联合会诊，提高会诊质量和效率。</p>	
<p>3.4.4.1 有院内会诊管理制度与流程。</p>	<p>【C】 1.有院内会诊管理制度与流程，包括：会诊医师资质与责任、会诊时限、会诊记录书写要求，并落实。 2.对重症与疑难患者实施多学科联合会诊，对须实施多学科联合会诊的“重症与疑难患者”有明确定义。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门履行监管职责。至少每季度或不定期对会诊相关科室间沟通、会诊及时性和有效性定期评价，对问题与缺陷进行反馈，并提出整改建议。</p>
<p>3.4.4.2 有医师外出会诊管理制度与流程。</p>	<p>【C】 1.有医师外出会诊管理的制度与流程，包括：本院医师外出会诊、会诊医师资质与责任。 2.建立医师外出会诊管理档案。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门对外派医师会诊制度落实情况监督管理。</p>

	<p>【A】符合“B”，并加强医疗机构间沟通，追踪外派医师会诊质量。</p>
3.4.5 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。	
3.4.5.1 对患者的出院指导与随访有明确的制度与要求。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有对出院指导与随访工作管理相关制度和要求。 2.经治医师、责任护士根据病情对出院患者提供用药指导、营养指导、康复训练指导等服务，包括在生活或工作中的注意事项等。 3.建立与完善住院患者出院后的随访、指导与转介流程，并落实。 4.有对特定患者（根据医疗保健/科研需要）定期随访制度，采取多样随访形式，并有记录。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.向社区医师提供患者治疗建议方案，保证患者诊疗连续性。 2.对随访工作落实情况有记录。 <p>【A】符合“B”，并相关职能部门对出院指导及随访工作落实情况有总结及评价，有改进措施。</p>
3.4.6 科室质量与安全管理小组能定期分析影响住院诊疗（检查、药物治疗、手术治疗等）计划/方案执行的因素，对手术非计划重返病例、住院时间超过 30 天的患者，进行管理与评价，优化医疗服务系统与流程。	
3.4.6.1 由科主任、护士长与质量控制人员组成质量与安全管理小组，负责本科室医疗保健质量和安全管理。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由科主任、护士长与质量控制人员组成质量与安全管理小组负责本科室医疗保健质量和安全管理。 2.有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 3.进行质量与安全管理培训与教育。 <p>【B】符合“C”，并质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析、整改。</p> <p>【A】符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。</p>
3.4.6.2 科室有明确的质量与安全指标，院与科室定期评价，有持续改进的效果。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.科室有明确的质量与安全指标，包括：住院重点疾病的总例数、死亡例数、两周与一个月内再住院、手术非计划重返例数等；患者安全类指标；合理用药监测指标；医院感染控制质量监测指标。 2.定期分析质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的医疗服务能力与质量水平。 <p>【B】符合“C”，并根据院科室质量与安全管理需要，建立本科室的质量与安全指标并定期分析，有针对性的改进措施。</p>
3.4.6.3 根据《病历书写基本规范》，对住院病历质量实施监控与评价。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有病历书写基本规范与住院病历质量监控管理规定。 2.将病历书写基本规范作为医师岗前培训的基本内容之一，医师知晓率 100%。 3.将病历书写作为临床医师“三基”训练的主要内容之一。 4.将病历质量评价结果用于临床医师技能考核，并有反馈。 5.科室有病历质控人员，定期开展质控活动，有记录。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有住院病历质量监控与评价的信息化系统。 2.相关职能部门履行监管职责，有评价、分析、反馈及整改措施。 <p>【A】符合“B”，并</p>

	甲级病历率≥90%，无丙级病历。
3.4.6.4 各临床科室对出院患者平均住院日有明确的要求。	【C】 1.各临床科室对出院患者平均住院日有明确的要求。 2.有缩短平均住院日的具体措施。有解决影响缩短平均住院日的各个瓶颈环节等候时间的措施（如患者预约检查、院内会诊、检查结果、手术前等）。
	【B】 符合“C”，并 1.相关管理人员与医师均知晓缩短平均住院日的要求，并落实各项措施。 2.应用“临床路径”控制患者平均住院日。
	【A】 符合“B”，并 平均住院日达到控制目标。
3.4.6.5 对住院时间超过 30 天的患者进行管理与评价。	【C】 1.对住院时间超过 30 天的患者进行管理与评价有明确管理规定。 2.科室将住院时间超过 30 天的患者，作大查房重点，有评价分析记录。
	【B】 符合“C”，并 相关职能部门履行监管职责，有定期监管检查，并有分析、反馈和改进措施。
	【A】 符合“B”，并 根据对超过 30 天住院患者的分析，对持续改进住院管理质量措施的成效有评价。

五、患者安全管理

评审标准	评审要点
3.5.1 确立查对制度，识别就诊者身份。新生儿、婴幼儿必须佩带腕带。对入院患者采用唯一编码管理。	
3.5.1.1 对就诊者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。	【C】 1.对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。 2.对就诊者住院病历身份施行唯一标识管理，如使用医保卡、新型农村合作医疗卡编号或身份证号码等。
	【B】 符合“C”，并 对提高就诊者身份识别的正确性有改进方法，如在重点部门（急诊、新生儿科/室、ICU、产房、手术室）使用条码管理。
3.5.1.2 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用包括姓名在内的两种身份识别方式核对就诊者身份，确保对正确的就诊者实施正确的操作。（★）	【C】 1.有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时就诊者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让就诊者或其近亲属陈述就诊者姓名。 2.至少同时使用包括姓名在内的两种身份识别方式，如出生日期、年龄、性别、病历号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 3.相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。
	【B】 符合“C”，并 诊疗活动中严格执行查对制度，查对方法正确。
3.5.1.3 完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿科/室、母婴同室病房之间流程）中对就诊者	【C】 1.就诊者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿科/室、母婴同室病房之间的交接。 2.对重点就诊者，如产妇、新生儿，手术、急诊患者，无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定。 3.对无法进行身份确认者，有身份标识的方法和核对流程。

的识别措施，健全转科交接登记制度。	【B】 符合“C”，并 相关职能部门对上述工作有督导检查。
3.5.1.4 使用“腕带”作为识别就诊者身份的标识，重点是重症监护病房（室）、新生儿科/室，手术室、产房、急诊室等部门，以及意识不清、抢救、输血、不同语种语言交流障碍者等；对传染病、药物过敏等特殊就诊者有识别标志（腕带、床头卡或指纹）。	【C】 相关人员知晓对需使用“腕带”作为识别身份标识的就诊者和科室有明确制度规定。
	【B】 符合“C”，并 1.部分重点就诊者使用“腕带”识别就诊者身份，至少包含，不限于 (1)急诊抢救室和留观者； (2)住院者中有创诊疗、输液与输血者； (3)无名氏、意识不清、语言交流障碍、镇静期间者； (4)新生儿和婴幼儿； (5)设定的其他就诊者。 2.部分重点科室使用“腕带”识别就诊者身份，至少包含，不限于 (1)重症监护病房（室）； (2)新生儿科/室； (3)手术室； (4)产房； (5)急诊室； (6)设定的其他科室。 3.对传染病、药物过敏等特殊就诊者有识别标志（腕带、床头卡或指纹）。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门对上述工作进行督导检查，月有通报、季有小结、年有总结，有改进措施。
3.5.2 确定在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。	
3.5.2.1 在住院患者的常规诊疗活动中，按规定以书面方式开具完整的医嘱或处方。	【C】 1.有开具医嘱相关制度与规范。 2.医务人员对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。
	【B】 符合“C”，并 医嘱、处方合格率≥95%。
3.5.2.2 在实施紧急抢救的情况下，必要时可口头下达临时医嘱；护士应对口头临时医嘱完整重述确认，在执行时双人核查；事后及时补记。	【C】 1.相关人员知晓紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。 2.医师下达的口头医嘱，执行者需复述确认，双人核查后方可执行。 3.下达口头医嘱并在结束抢救后 6 小时内及时补记。
3.5.3 建立并实施患者风险评估及手术安全核查制度。确保手术安全，防止手术患者、手术部位及术式发生错误。	
3.5.3.1 有手术患者术前准备的相关管理制度。择期手术的各项术前检查与评估工作全部完成后方可下达手术医嘱。	【C】 1.有手术患者术前准备的相关管理制度。 2.择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。
	【B】 符合“C”，并 择期手术术前准备制度落实，执行率达 100%。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，有检查、分析、改进。

<p>3.5.3.2 有手术部位识别标示相关制度与工作流程。</p>	<p>【C】 1.有手术部位识别标示相关制度与流程。 2.相关人员知晓对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记。 3.对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。 4.对新生儿、婴儿应防色素沉着。</p> <p>【B】符合“C”，并 患者送达术前准备室或手术室前，均已标记手术部位。</p>
<p>3.5.3.3 有手术安全核查、手术风险评估制度与工作流程。（★）</p>	<p>【C】 1.有手术安全核查与手术风险评估制度与流程，并明确由由手术医师、麻醉师、护士三方共同核查。 2.实施三步核查，正确即时记录。 (1)第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。 (2)第二步：手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护理人员执行并向手术医师和麻醉医师报告。 (3)第三步：患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。 3.手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程，实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容，并正确记录。 4.手术安全核查项目填写完整。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 手术核查、手术风险评估执行率 100%。</p>
<p>3.5.4 执行手卫生规范、落实医院感染控制的基本要求。</p>	
<p>3.5.4.1 按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。</p>	<p>【C】 根据《医务人员手卫生规范》的要求，有手卫生管理相关制度和实施规范。</p> <p>【B】符合“C”，并 手卫生设备和设施配置有效覆盖全院各诊疗单元≥90%</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门有监管，医务人员手卫生依从性≥70%；手术室、产房及新生儿室医务人员手卫生依从性达 100%。</p>
<p>3.5.4.2 医护人员在诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）。</p>	<p>【C】 1.普及手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）的宣教、图示。 2.对医务人员提供手卫生培训。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.相关职能部门对手术室、产房、新生儿室、各类 ICU 等重点科室有监管。 2.医务人员手卫生正确率达≥90%。</p> <p>【A】符合“B”，并 医务人员手卫生正确率≥95%。</p>

3.5.5 加强药品管理，提高用药安全。	
3.5.5.1 严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品、药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理的规章制度。	【C】 1.严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的使用管理制度。 2.有麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定。 3.相关员工知晓管理要求，并遵循。
	【B】 符合“C”，并 药学部门与相关职能部门对上述工作督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定，符合率 100%。
3.5.5.2 有高浓度电解质、化疗药物及易混淆（听似、看似）等药品的贮存与识别要求。	【C】 1.有高浓度电解质、化疗药物等药品的存放区域、标识和贮存方法的规定并落实。 2.对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”。 3.相关员工遵循管理要求，具备识别技能。
	【B】 符合“C”，并 药学部门与相关职能部门定期对上述工作督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 对高浓度电解质、化疗药物及包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率 100%。
3.5.5.3 严格管理终止妊娠药品、促排卵药品。	【C】 1.有终止妊娠药品、促排卵药品管理制度。 2.药学部门与使用科室备用的终止妊娠药品、促排卵药品专区（或专柜）存放，有明晰的警示标识，且全院标识统一。 3.药学部门对终止妊娠药品、促排卵药品处方进行专册登记，包括：发药日期、使用对象姓名和年龄、临床诊断、药品名称、规格、数量、处方医师等。 4.药学部门每月核对本科室终止妊娠药品、促排卵药品出、入库及使用数量，做到购、销、存帐相符，帐物相符。 5.各种记录和凭证保存至超过药品有效期，但不得少于 3 年。
	【B】 符合“C”，并 1.药学部门定期对使用科室备用的终止妊娠药品、促排卵药品进行督导、检查、总结、反馈，提出整改措施。 2.药学部门定期对本院终止妊娠药品、促排卵药品使用情况进行分析、反馈，提出整改措施。
	【A】 符合“B”，并 1.相关职能部门监督检查，持续改进有成效。 2.全院终止妊娠药品、促排卵药品使用合理，无违规用药。
3.5.5.4 处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。	【C】 1.相关人员知晓所有处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并有转抄和执行者签字。正确执行核对程序≥90%。 2.开具与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌，按药品说明书应用。

	<p>【B】符合“C”，并 药师遵循与执行处方审核与用药医嘱审核的相关要求。</p> <p>【A】符合“B”，并 正确执行核对程序达 100%。</p>
3.5.6 临床“危急值”报告制度。	
3.5.6.1 根据本院实际情况确定“危急值”项目和标准，建立“危急值”管理制度与工作流程。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有临床危急值项目、定义、标准、报告制度与工作流程。 2.医技部门（含临床实验室、医学影像部门、心电图等）有“危急值”项目表。 3.相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。 <p>【B】符合“C”，并 根据临床需要和实践总结，更新和完善危急值管理制度、工作流程及项目表。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门定期（每年至少一次）对“危急值”报告制度的有效性进行评估。</p>
3.5.6.2 严格执行“危急值”报告制度与流程。 (★)	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容，能够有效识别和确认“危急值”，并及时报告给临床部门。 2.接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录就诊者识别信息、危急值内容、和报告者的信息，按流程复核确认无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。 3.医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。 4.相关人员知晓上述制度与流程，并正确执行。 <p>【B】符合“C”，并 信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。</p> <p>【A】符合“B”，并 有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。</p>
3.5.7 防范与减少患者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件发生。	
3.5.7.1 对就诊者进行风险评估，主动向高风险就诊者告知跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等风险，有警示标识，采取有效措施防止意外事件的发生。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相关人员知晓并实施对高风险住院患者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等风险评估。 2.根据病情或用药变化再评估，主动告知风险及防范措施，并在病历中记录。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.环境有防止跌倒、烫伤等安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑、警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、床挡、饮水防烫伤设施等。 2.高危患者入院时风险评估率≥90%。
3.5.7.2 有就诊者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件报告制度、处理预案与工作流程。	<p>【C】</p> <p>各相关科室收集跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息的质量监控指标数据记录，至少每季度进行分析，提出改进建议。</p> <p>【B】符合“C”，并 护理部根据就诊者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件的年度分析报告，完善防范措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 护理部用评审前三年数据及案例证实落实预防就诊者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件措施的成效。</p>

3.5.8 防范与减少患者压疮发生。	
3.5.8.1 有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	【C】 1.相关人员知晓压疮风险评估与报告制度、工作流程。 2.相关人员知晓压疮诊疗与护理规范。
	【B】 符合“C”，并 各病区对高风险患者入院时压疮风险评估率≥90%。
3.5.8.2 落实预防压疮的护理措施。	【C】 相关人员掌握并实施预防压疮的护理规范及措施。
	【B】 符合“C”，并 护理部及各病区对每个新发压疮案例均有分析及改进措施，月有通报、季小结、年总结。
	【A】 符合“B”，并 护理部用评审前三年数据及案例证实落实预防压疮措施的成效。
3.5.9 建立质量安全（不良）事件报告制度；妥善处理质量安全（不良）事件，并对质量安全（不良）事件进行质量持续改进。	
3.5.9.1 有主动免责报告医疗保健安全（不良）事件、差错与隐患的制度与可执行的工作流程，并让医务人员充分了解。	【C】 1.有医疗保健安全（不良）事件的报告制度与流程。 2.对医务人员进行医疗保健安全（不良）事件、差错、隐患的定义和免责、主动报告制度的教育培训。 3.医务人员知晓免责、主动医疗保健安全（不良）事件、差错、隐患的报告制度、途径与流程。
	【B】 符合“C”，并 每百张床位年报告≥10件（不含药物不良反应及医疗器械安全事件）。
3.5.9.2 定期分析医疗保健安全信息，对重大不安全事件要有质量持续改进，利用信息资源改进医疗保健安全管理。	【C】 至少每半年通报一次医疗保健安全信息分析结果，并提出具体改进措施。
	【B】 符合“C”，并 对每起由于医疗保健安全（不良）事件造成患者死亡及致残的重大事件进行质量持续改进。
	【A】 符合“B”，并 利用评审前三年医疗保健安全数据及案例证实落实改进措施有成效。
3.5.10 患者参与医疗保健安全活动。	
3.5.10.1 针对患者疾病诊疗，为患者及其近亲属、授权委托人提供相关的健康知识教育，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。	【C】 1.有医务人员履行患者参与医疗保健安全活动责任和义务的相关规定。 2.针对患者疾病情况，向患者及其近亲属、授权委托人提供相应的健康教育，提出供选择的诊疗方案。 3.宣传并鼓励患者或其近亲属参与医疗保健安全活动，如在就诊时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。
	【B】 符合“C”，并 就诊者及其近亲属、授权委托人了解针对疾病情况的可选择诊疗方案。
3.5.10.2 主动邀请患者参与医疗保健安全活动。	【C】 1.医务人员知晓重点环节，应邀请患者或其家属主动参与医疗保健安全管理的具体措施与流程，至少应做到，但不限： (1)患者在接受手术等有创诊疗前； (2)患者在接受介入诊疗前； (3)患者在接受腔镜诊疗前； (4)患者在接受麻醉前；

	(5)患者使用药物治疗前； (6)患者在接受输液前； (7)患者在接受输血前。
	【B】 符合“C”，并 药学人员向患者提供安全用药咨询（重点：高危药品、肿瘤治疗药品、抗菌药、中止妊娠药品等）。 (1)向门急诊患者提供安全用药咨询。 (2)向住院者提供安全用药咨询。
	【A】 符合“B”，并 医务科、护理部等职能部门对患者参加医疗保健安全活动有定期的检查、总结、反馈，并提出整改措施。

六、婚前保健管理

评审标准	评审要点
3.6.1 按《婚前保健服务工作规范（修订）》要求开展婚前保健工作。有婚前保健工作制度、人员职责、工作常规。	
3.6.1.1 按《婚前保健服务工作规范（修订）》要求，开展婚前保健工作。有婚前保健工作制度、人员职责、工作常规。	【C】 1.有婚前保健工作制度、人员职责、工作常规，并定期更新和组织落实。 2.婚前保健工作常规符合相关法律法规、规章、诊疗指南、技术规范。 3.相关科室工作人员知晓婚前保健工作的制度、职责、常规。 【B】 符合“C”，并 科室定期开展质量检查，并有分析总结及质量改进措施。 【A】 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期考核。
3.6.2 婚前保健工作人员、设施设备、技术服务符合《婚前保健服务工作规范（修订）》的要求。	
3.6.2.1 人员具备相应资质和《母婴保健技术考核合格证书》，定期接受婚前保健专业技术培训、并具备履行岗位职责的服务能力。	【C】 1.从事婚前保健工作的人员，取得相应资质和《母婴保健技术考核合格证书》，主检医师必须获得中级以上职称。 2.有从业人员培训计划，应定期接受婚前保健专业技术培训和继续教育，有记录。 3.婚前保健专业技术人员熟练掌握相关专业知识与操作规程。 4.提供婚前咨询和指导服务的医师具有良好人际沟通技能和健康教育的能力。 【B】 符合“C”，并 至少有1名副高以上职称医师从事婚前保健服务。
3.6.2.2 房屋设施设备符合《婚前保健工作规范（修订）》要求。	【C】 1.设有专用的男、女婚前医学检查室、婚前卫生宣教室和咨询室、检验室及其他相关辅助科室。配备有相应的服务设施设备，且处于功能状态。 2.婚前保健服务环境温馨、整洁，布局合理，能做到保护个人隐私。 【B】 符合“C”，并 1.定期对设施设备进行维护保养。 2.检查方法、检验方法与质量符合相应技术规范（指南）。 【A】 符合“B”，并 结合当地习俗，设置个性化服务场所。
3.6.2.3 技术服务符合《婚前	【C】 1.婚前医学检查内容包括询问病史、体格检查、常规辅助检查和其他特殊检查，其

保健工作规范（修订）》要求。	他特殊检查应根据需要及自愿原则确定。
	2.采用多种方法为服务对象进行婚前健康教育，其内容包括有关性保健和性教育、新婚避孕知识及计划生育指导、孕前保健知识、遗传病的基本知识、影响婚育的有关疾病的基本知识、其他生殖健康知识。
	3.对婚前医学检查发现的异常情况及服务对象提出的具体问题进行解答、提供信息和提出医学意见，帮助受检对象在知情的基础上做出适宜的决定，对不能确诊的遗传性疾病、传染病、有关精神病及重要脏器、生殖系统等疑难病症实行转诊。
	【B】 符合“C”，并对异常情况及时追踪结果，提供必要的延续服务。
	【A】 符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，定期对婚前医学检查和健康教育内容进行检查评估。
3.6.3 建立婚前保健服务	各种工作登记，及时准确收集、统计相关信息，及时上报，定期总结分析，提出对婚前保健服务工作的意见和建议。
3.6.3.1 建立婚前保健服务	【C】
各种工作登记，及时准确收集、统计相关信息，定期总结分析，提出对婚前保健服务工作的意见和建议。	1.规范填写婚前保健医学检查表和婚前医学检查证明。 2.婚前保健服务各种工作登记种类齐全，填写规范，内容齐全。 3.定期上报婚前保健相关报表。 4.婚前保健各项资料分类存档，保存完整。
	【B】 符合“C”，并定期对婚前保健服务工作数据进行收集、分析、总结，及时发现问题，提出改进意见和建议，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并根据辖区影响婚育相关疾病的流行病学特点，向卫生健康行政部门提出建议，落实改进措施，并对效果进行追踪。

七、孕前保健管理

评审标准	评审要点
3.7.1 按《孕前保健服务工作规范（试行）》要求开展孕前保健工作，有孕前保健工作制度、人员职责、工作常规。	
3.7.1.1 按《孕前保健服务工作规范（试行）》要求开展孕前保健工作。	【C】
	1.有孕前保健工作制度、人员职责、工作常规，定期更新并落实。 2.孕前保健工作常规符合相关法律法规、规章、诊疗指南、技术规范。 3.相关科室工作人员知晓孕前保健工作的制度、职责、常规。
	【B】 符合“C”，并科室定期开展质量检查，有分析总结及质量改进措施。
	【A】 符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，定期考核。
3.7.2 孕前保健服务的工作人员、设施设备、技术服务符合《孕前保健服务工作规范（试行）》的要求。	
3.7.2.1 人员具备相应资质，定期接受孕前保健专业技术培训。	【C】
	1.从业人员取得相应资质，定期接受孕前保健专业技术培训和继续教育，有记录。 2.孕前保健专业技术人员熟练掌握相关专业知识和诊疗常规与操作规程。 3.提供孕前咨询服务的医师应具有良好人际沟通技能和综合服务能力。
	【B】 符合“C”，并至少有1名副高以上职称医师从事孕前保健服务。

<p>3.7.2.2 房屋、设施设备符合《孕前保健服务工作规范（试行）》要求。</p>	<p>【C】 1.设有孕前保健专科门诊，有男、女孕前医学检查、孕前卫生宣教的服务场所。配备有相应的服务设施设备，且处于功能状态。 2.孕前保健服务环境温馨、整洁，布局合理，能做到保护个人隐私。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.定期对设施设备进行维护保养。 2.检查方法、检验方法与质量符合相应技术规范（指南）。</p> <p>【A】符合“B”，并结合当地习俗，设置个性化服务场所。</p>
<p>3.7.2.3 技术服务符合《孕前保健服务工作规范（试行）》的要求。</p>	<p>【C】 1.孕前医学检查内容包括询问病史、体格检查、辅助检查和其他专项检查，其他专项检查包括严重遗传病、可能引起胎儿感染的传染病及性传播疾病、其他影响妊娠的疾病等，应根据需要及自愿原则确定。 2.采取多种方法系统地为服务对象进行孕前健康教育，内容包括有关生理和心理保健知识；有关生育的基本知识；孕前及孕期运动方式、饮食营养和环境因素对生育的影响；出生缺陷及遗传性疾病的防治等； 3.对孕前保健对象的健康状况进行综合评估，遵守普遍性指导和个体化指导相结合的原则，对可计划怀孕的夫妇进行孕前准备指导。 4.对医学检查发现的异常情况及服务对象提出的具体问题进行解答、提供信息和提出医学意见，帮助受检对象在知情的基础上做出适宜的决定，必要时提供转介服务。</p> <p>【B】符合“C”，并对异常情况及时追踪结果，提供必要的延续服务。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期对孕前医学检查和健康教育内容进行检查评估。</p>
<p>3.7.3 建立孕前保健服务各种工作登记，及时准确收集、统计相关信息，及时上报，定期总结分析，提出对孕前保健服务工作的意见和建议。</p>	
<p>3.7.3.1 建立孕前保健服务各种工作登记，及时准确收集、统计、相关信息，定期总结分析，提出对孕前保健服务工作的意见和建议。</p>	<p>【C】 1.规范填写孕前保健医学检查表。 2.各种工作登记种类齐全，填写规范。 3.资料分类存档，保存完整。</p> <p>【B】符合“C”，并 定期对孕前保健服务工作数据进行收集，总结分析，发现问题，提出改进意见和建议，有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 持续改进工作质量有成效，并对效果进行追踪与反馈。</p>

八、孕期保健管理

评审标准	评审要点
3.8.1	按《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》等要求开展孕期保健工作。
3.8.1.1 按《孕产期保健工作	<p>【C】 1.有孕期保健工作制度、人员职责、工作常规，并定期更新和组织落实。</p>

<p>管理办法》和《孕产期保健工作规范》等要求开展孕产期保健工作，有孕产期保健工作制度、人员职责与工作常规。</p>	<p>2.孕产期保健工作常规符合相关的法律法规、规章、诊疗指南、技术规范，至少包括有孕产期初诊、复诊，高危妊娠管理等主要内容的工作流程和孕早、中、晚期保健内容，高危妊娠诊疗常规等内容。</p> <p>3.相关科室工作人员知晓孕产期保健工作的制度、常规、职责。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室定期开展质量检查，并有分析总结及质量改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期考核。</p>
<p>3.8.2 孕产期保健的工作人员、设施设备、技术服务符合《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》的要求。</p>	
<p>3.8.2.1 人员具备资质，定期接受孕产期保健专业技术培训。</p>	<p>【C】</p> <p>1.从业人员取得相应资质，定期接受孕产期保健专业技术培训和考核合格，有记录。</p> <p>2.专业技术人员熟练掌握相关专业知识和诊疗常规、操作规程。</p> <p>3.提供孕产期健康教育的医师应具有良好人际沟通技能和健康教育的能力，从事本专业3年以上工作经验，且具有国家级继续教育培训经历或三级医院进修经历。</p> <p>4.提供高危妊娠诊治服务的医师应具有诊治高危妊娠的能力，从事本专业5年以上工作经验，主治以上职称。</p> <p>【B】符合“C”，并 至少有1名高级职称医师从事孕产期保健服务。</p>
<p>3.8.2.2 房屋、设施设备符合《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》的要求，且能满足业务开展的需要。</p>	<p>【C】</p> <p>1.设有产前检查门诊、高危妊娠门诊、孕妇学校。配备有相应的服务设施设备，且处于功能状态。</p> <p>2.孕产期保健服务环境温馨、整洁，布局合理，能做到保护个人隐私。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.定期对设备设施进行维护保养。</p> <p>2.检查方法、检验方法与质量符合相应技术规范（指南）。</p> <p>【A】符合“B”，并 结合当地高危妊娠的发生情况，设置妊娠期专病门诊（如：妊娠期糖尿病一日门诊、妊娠期高血压疾病门诊等）。</p>
<p>3.8.2.3 技术服务符合《孕产期保健工作规范》的要求。</p>	<p>【C】</p> <p>1.孕产期检查内容包括健康教育与咨询指导、全身体格检查、产科检查及辅助检查，能提供规范要求的所有检查项目。</p> <p>2.采取多种方法系统地为服务对象进行孕产期健康教育，其内容包括妊娠期生理与各期保健、孕期营养与体重管理、产前筛查及产前诊断的意义与时间、母乳喂养、孕妇自我监测胎动及异常症状的识别、促进自然分娩等。</p> <p>3.对服务对象的健康状况进行综合评估，遵守普遍性指导和个体化指导相结合的原则，对未发现异常的孕妇进行孕产期保健指导。</p> <p>4.落实高危孕产妇风险评估制度，对高危孕产妇实行专册登记管理并随访，监测、治疗妊娠合并症及并发症，严格执行高危孕产妇分级管理规定，必要时转诊。</p> <p>5.对服务对象提出的具体问题进行解答、提供信息和提出医学意见，帮助受检对象在知情的基础上做出适宜的决定。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室定期对孕产期保健质量进行分析总结并提出持续改进措施（近三年案例）。</p> <p>【A】符合“B”，并 开展相关科研或推广新技术，并能将科研成果应用于孕产期保健管理与诊治（近三</p>

	年情况)。
3.8.3	按照卫生健康行政部门要求,建立孕期保健服务各种工作登记,及时准确收集、统计相关信息,及时上报,定期总结分析,掌握孕产妇的健康情况,确定孕期保健工作重点,提出对孕期保健服务工作的意见和建议。
3.8.3.1	按照卫生健康行政部门要求,建立孕期保健服务各种工作登记,及时准确收集、统计相关信息,定期总结分析,掌握孕产妇的健康情况,确定孕期保健工作重点,提出对孕期保健服务工作的意见和建议。
	<p>【C】</p> <p>1.孕期保健服务各种工作登记种类齐全,填写规范,主要包括孕产妇保健手册、产前检查登记、高危妊娠登记及随访登记等。</p> <p>2.定期上报孕期保健相关报表。</p> <p>3.资料分类存档,保存完整。</p> <p>【B】符合“C”,并定期对孕前保健服务工作数据进行收集,总结分析,发现问题,提出改进意见和建议,有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”,并持续改进工作质量有成效,并对孕期保健效果进行追踪与反馈。</p>

九、产前筛查与产前诊断技术管理

评审标准	评审要点
3.9.1	开展产前筛查技术的机构和人员要符合当地卫生健康行政部门的管理要求。
3.9.1.1	机构要符合当地卫生健康行政部门的管理要求。
	<p>【C】</p> <p>1.有产前筛查诊疗组织,设主任1名,由从事产前筛查技术服务的副高以上专业技术职称的医师担任。</p> <p>2.有宣教室、遗传咨询门诊、影像(超声)科、妇产科、儿科等专业科室。</p> <p>3.有医学伦理委员会。</p> <p>【B】符合“C”,并有生化免疫实验室可开展孕妇血清学筛查技术。</p>
3.9.1.2	人员要符合当地卫生健康行政部门的管理要求。
	<p>【C】</p> <p>1.遗传咨询人员为接受过临床遗传专业培训、中级以上技术职称的临床医师。</p> <p>2.从事产前超声检查的医师必须具有相应的执业医师资格;承担中、晚期妊娠系统胎儿超声检查的医师应为大专以上学历,且具有中级以上超声医学专业技术职称,接受过产前超声诊断的系统培训。</p> <p>3.产前筛查技术服务的人员熟悉有关产前筛查、产前诊断的法律、法规和有关规定。</p> <p>【B】符合“C”,并开展孕妇血清学筛查的生化免疫实验室技术主管人员为大专以上学历、技师以上专业技术职称。</p>
3.9.1.3	有产前筛查工作的各项规章制度、操作规程和岗位职责。
	<p>【C】</p> <p>有以下规章制度、操作规程和岗位职责,并落实:</p> <p>(1)人员岗位职责。</p> <p>(2)人员行为准则。</p> <p>(3)与产前诊断机构的工作联系制度。</p> <p>(4)科室工作制度。</p> <p>(5)医学伦理委员会工作制度。</p> <p>(6)诊疗常规。</p>

	<p>(7)技术操作规程。</p> <p>(8)标本采集与管理制度。</p> <p>(9)药品、设备和材料管理制度。</p> <p>(10)质量控制管理规定。</p> <p>(11)控制院内感染（消毒隔离）制度。</p> <p>(12)产前筛查阳性孕妇会诊转诊和追访制度。</p> <p>(13)新生儿出生缺陷监测制度。</p> <p>(14)专科档案管理制度。</p> <p>(15)信息统计报告制度。</p> <p>(16)知情同意制度等。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室质量管理小组对上述制度落实情况定期进行自查，对发现的问题有分析有改进。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对科室质量管理小组的工作有监管。</p>
<p>3.9.2 开展产前筛查项目，尊重孕妇知情选择权利。对产前筛查的资料和标本有专人保管。</p>	
<p>3.9.2.1 开展产前筛查项目，尊重孕妇知情选择权，做好知情同意并签署书面知情同意文件，相关内容记录于产前筛查病历。对产前筛查的资料和标本有专人保管。</p>	<p>【C】</p> <p>1.开展产前筛查技术服务的医疗保健机构，提供如下服务：</p> <p>(1)产前咨询；</p> <p>(2)对妊娠 7-20 周的孕妇进行血清生化免疫筛查；</p> <p>(3)对孕妇进行超声影像筛查；</p> <p>(4)孕期保健和生育健康知识的普及；</p> <p>(5)预防先天缺陷和遗传性疾病的健康教育。</p> <p>2.尊重孕妇知情选择权，做好知情同意并签署书面知情同意文件，并做好相关内容记录。</p> <p>3.对产前筛查的资料和标本有专人保管。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.产前筛查结果须以书面报告形式送交被筛检者。筛查报告应包括筛查项目所针对的先天缺陷与遗传性疾病发生的概率、具体数值和相应的临床建议。</p> <p>2.对于产前筛查技术和结果，经治医师应向孕妇或家属告知技术的安全性、有效性和风险性，使其理解可能存在的风险和结果的不确定性。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对上述工作有监管。</p>
<p>3.9.3 无产前诊断技术资质的机构要与经许可开展产前诊断技术的机构建立合作关系，并签订技术合作协议，保证筛查发现的高危可疑病例能得到后续诊断。</p>	
<p>3.9.3.1 无产前诊断技术资质的机构要与经许可开展产前诊断技术的机构建立合作关系，并签订技术合作协议，保证筛查发现的高危可疑病例能得到后续诊断。</p>	<p>【C】</p> <p>1.无产前诊断技术资质的机构要与经许可开展产前诊断技术的机构建立合作关系，并签订技术合作协议。</p> <p>2.发现孕妇有下列情形之一者，应当提供咨询服务，并以书面形式如实告知孕妇或其家属，建议孕妇进行产前诊断：</p> <p>(1)羊水过多或者过少者；</p> <p>(2)胎儿发育异常或者胎儿有可疑畸形者；</p> <p>(3)孕早期时接触过可能导致胎儿先天缺陷的物质的；</p> <p>(4)有遗传病家族史或者曾经分娩过先天性严重缺陷婴儿者；</p> <p>(5)有 2 次以上不明原因的流产、死胎或新生儿死亡者；</p> <p>(6)孕妇年龄≥35 周岁的；</p>

	<p>(7)筛查结果异常者。</p> <p>3.不得进行非医学需要的胎儿性别鉴定。医学上需要进行性别鉴定的，需转诊到指定的医疗保健机构进行。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.产前筛查发现或可疑胎儿异常，但孕妇拒绝转诊进行产前诊断选择继续妊娠的，应对胎儿及新生儿进行追踪监测，并详细记录。</p> <p>2.追踪监测中发现为出生缺陷的新生儿，按出生缺陷监测管理要求填写“出生缺陷报告卡”，并逐级上报。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对上述工作有监管。</p>
<p>3.9.4 开展产前诊断技术的机构和人员要符合《产前诊断技术管理办法》等相关规定，产前诊断技术的覆盖面符合卫生健康行政部门规划要求（可选）。</p>	
<p>3.9.4.1 机构取得产前诊断技术服务资质，医务人员取得《母婴保健技术考核合格证书》。</p>	<p>【C】</p> <p>1.开展产前诊断技术服务获得卫生健康行政部门批准文件。</p> <p>2.设有医学伦理委员会。</p> <p>3.从事产前诊断技术的卫生专业技术人员具有《母婴保健技术考核合格证书》。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.对胎儿可进行先天性缺陷和遗传性疾病的诊断与筛查。对采用细胞遗传学技术可诊断的染色体病作出产前诊断。</p> <p>2.能开展遗传咨询、细胞遗传等产前诊断技术服务，采用细胞遗传学方法等国家认可的相关技术，对孕妇实施胎儿染色体检查。</p> <p>3.具备羊膜腔穿刺技术及相关设备器材。</p> <p>【A】符合“B”，并 能开展分子遗传等产前诊断技术服务。</p>
<p>3.9.4.2 产前诊断技术的覆盖面符合卫生健康行政部门规划要求。</p>	<p>【C】</p> <p>1.产前诊断技术的覆盖面符合卫生健康行政部门规划要求。</p> <p>2.依据《产前诊断技术管理办法》的要求，产前诊断以及具体技术服务项目与卫生健康行政部门核发的母婴保健技术服务执业许可证中的诊疗范围一致。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室对所有开展产前诊断技术质量、安全、适宜性有定期效果、效益分析和评价。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对所提供产前诊断技术质量和安全有监督、问题分析及反馈，有数据或实例显示对存在问题的持续改进有成效。</p>
<p>3.9.5 经批准开展产前诊断技术的机构设有产前咨询及遗传咨询门诊。尊重孕妇知情选择权利。有专人定期进行产前诊断术后及产后随访。对产前诊断的资料和标本有专人保管（可选）。</p>	
<p>3.9.5.1 设有产前咨询及遗传咨询门诊，开展产前筛查和产前诊断工作。</p>	<p>【C】</p> <p>1.设有产前咨询及遗传咨询门诊。</p> <p>2.按照《产前诊断技术管理办法》及相关配套文件、省级卫生健康行政部门相关文件开展产前筛查和产前诊断工作。</p> <p>3.做好产前诊断的知情告知，签署知情同意书。</p> <p>4.产前诊断标本的获取要符合医院感染管理规范的要求。</p> <p>【B】符合“C”，并 应有落实诊断阳性病例后续诊断的相关制度与程序，有保证措施。</p> <p>【A】符合“B”，并</p>

	对所有进行产前诊断的孕妇进行跟踪回访，由专人负责，对回访质量有评价并记录。
3.9.5.2 对异常胎儿处理有制度保障。	【C】 1.对异常胎儿处理和随访有规章制度，并执行。 2.处理前履行告知义务，并签署知情同意书，符合伦理要求。 3.对需要特殊处理的孕产妇的引产必须符合当地卫生健康行政部门的规定。
	【B】 符合“C”，并 1.科室对监管中存在问题与缺陷有具体改进措施。 2.相关职能部门对制度执行情况有监管，对存在问题和缺陷有反馈意见。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门有数据或实例证实有持续改进成效。
3.9.5.3 知情同意符合伦理要求。	【C】 1.对孕妇实施诊断与干预治疗前，应充分履行告知义务，并符合伦理要求。 2.当畸形胎儿被检出后，医师应对孕妇进行科学的指导，尊重孕妇的选择。
	【B】 符合“C”，并 相关职能部门对制度执行情况有监管，对存在的问题及时反馈。
3.9.5.4 规范书写产前诊断的病历。	【C】 1.产前诊断病历应符合《病历书写基本规范》。 2.有相关制度和程序规范产前诊断病历书写。
	【B】 符合“C”，并 相关职能部门对产前诊断病历书写有检查，有反馈点评。
3.9.5.5 有专人定期进行产前诊断术后、产后随访。	【C】 1.有专人定期进行产前诊断术后、产后随访。 2.如实填写随访登记表，确保回访质量。
	【B】 符合“C”，并 1.专人定期术后、产后随访率 $\geq 90\%$ 。 2.对特殊病例和疑难病例应进行定期的临床随访，记录相关的检查和随访结果。 3.针对回访结果，科室应进行分析研究，对结果不符的病例进行讨论，并提出改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1.专人定期术后、产后随访率达到 100%。 2.相关职能部门对随访工作有监管。
3.9.5.6 对产前诊断的资料和标本有专人保管。	【C】 1.对产前诊断的资料和标本有专人保管，有相关制度流程。 2.相关职能部门对保管制度执行有监管，按照病历管理规定执行，并落实保管年限。 3.血清标本于-70 摄氏度，保存期为产后 1 年，对于需长期病情动态观察的病人标本一律于-70 摄氏度长期保存。用于诊断性实验的玻片保存 3 年，异常核型玻片保存 20 年。 4.实验室在获取足够的能够完成分析所需的中期分裂相细胞之前，要保存有部分原始标本、细胞培养物或细胞沉淀物。每个产前诊断病例至少有 2 个细胞的核型图像照相记录并永久保存电子版或者相片。 5.对单基因遗传病或多基因遗传病基因产前诊断 DNA 或 RNA 标本置于-70 摄氏度以下保存。检查标本保存 3 年，异常标本保存 20 年。
	【B】 符合“C”，并

	<p>1.应用信息系统对产前诊断的资料和标本进行管理，储存的标本有完整的档案。</p> <p>2.细胞培养及染色体标本制备的实验室记录按实验室工作日志保存档案，保存期限5年以上。</p> <p>【A】符合“B”，并遗传代谢病酶学产前诊断蛋白质标本置于-70摄氏度以下保存。检查标本保存3年，异常标本保存20年。</p>
<p>3.9.6 加强产前筛查质量全程监控管理，科室质量与安全管理小组能用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，定期评价质量，促进持续改进。</p>	
<p>3.9.6.1 有科室质量管理小组，有开展工作的记录，有质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标。</p>	<p>【C】</p> <p>1.由科主任、护士长与质量控制小组负责质量和安全管理，有工作记录。</p> <p>2.有保证服务质量的相关文件。</p> <p>(1)科室工作人员行为准则及职责。</p> <p>(2)实施产前筛查技术的伦理原则、保护性医疗制度和保护病人隐私制度、知情同意制度。</p> <p>(3)标本采集与管理制度、消毒清洁制度、仪器设备管理制度、药品试剂管理制度。</p> <p>(4)疑难病例会诊制度及转诊制度。</p> <p>(5)跟踪回访制度、统计汇总及上报制度。</p> <p>(6)质量控制管理规定、科研业务学习制度。</p> <p>3.有诊疗规范。</p> <p>4.有产前筛查与产前诊断质量与安全指标，有产前诊断技术资质的机构适用以下指标：（可选）</p> <p>(1)取材手术的质量与安全指标：羊膜腔穿刺术一次穿刺成功率 99%以上，术后1周胎儿丢失率小于0.5%；绒毛取材术一次穿刺成功率 98%以上，术后1周胎儿丢失率小于1.5%；经皮脐血管穿刺术一次穿刺成功率 90%以上，术后1周胎儿丢失率小于2%。</p> <p>(2)实验室工作的质量与安全指标：至少建立两个独立的培养系统分别置于不同的培养箱中，诊断失败率小于2%。</p> <p>(3)染色体核型分析报告，应由2名经认证审批的专业技术人员签发，审核人员必须具有副高以上专业技术职称。</p> <p>(4)产前诊断病例的追踪与随访：产前诊断术后随访率>95%；核型异常的病例应进行随访。</p> <p>5.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。</p> <p>【B】符合“C”，并对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.有单基因或多基因遗传病的基因产前诊断规范。（可选）</p> <p>2.有遗传代谢病的酶学产前诊断规范。（可选）</p>
<p>3.9.6.2 诊疗质量全程监控管理；定期评价诊疗质量，有落实持续改进措施的记录。</p>	<p>【C】</p> <p>1.科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有记录。</p> <p>(1)自我检查。</p> <p>(2)专（兼）职人员质控活动。</p> <p>(3)有差错事故的防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程 and 规定与记录。</p> <p>2.相关人员知晓本部门的质量与安全指标要求。</p>

	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.科室能定期统计与分析质量及安全指标，评价有记录（问题与缺陷）。</p> <p>2.本科/室/组能够开展全面质量管理活动。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>对评价、监管结果（问题与缺陷）有持续改进的事实。</p>

十、高危孕产妇管理

评审标准	评审要点
3.10.1 根据相关工作要求和技术规范，建立高危孕产妇管理制度和 workflows，明确人员职责。	
3.10.1.1 依据各级卫生健康行政部门发布的有关工作和技术规范，制订高危孕产妇管理相关制度、人员职责、工作流程和重点部门质量管理措施。	<p>【C】</p> <p>1.落实各级卫生健康行政部门发布的有关孕产期保健、高危孕产妇管理工作要求和规范，根据《江苏省高危孕产妇管理规范（试行）》制定高危孕产妇管理制度、人员职责和工作流程。</p> <p>2.高危孕产妇管理关键环节（如筛查、接诊与转诊、救治、随访、宣教等）有工作指标及工作流程。</p> <p>3.对高危孕产妇提供连续服务，孕期保健门诊、高危孕产妇门诊、急诊室、产房、产科病房、手术室、重症监护病房、新生儿病房、产后门诊等相关部门衔接流畅。</p> <p>4.对各相关科室医护人员进行管理制度、技术规范、工作流程等培训，相关医护人员掌握并遵循。</p>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.孕产保健部定期开展常规质量安全检查，并根据检查结果持续改进质量管理。</p> <p>2.管理制度、技术规范、工作流程知晓率≥90%。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关职能部门履行监管职责，有分析、反馈，有改进措施。</p>
3.10.2 开设高危孕产妇门诊，制定主要病种诊疗常规，对高危孕产妇实行专案管理，定期进行随访。	
3.10.2.1 开设高危孕产妇门诊，有主要病种诊疗常规，对高危孕产妇实行专案管理。（★）	<p>【C】</p> <p>1.有高危孕产妇门诊，具备主治医师以上职称的专职人员负责，工作职责明确。</p> <p>2.有高危孕产妇筛查制度、服务流程（从孕产保健→分娩期→产褥期保健的连贯服务流程）。</p> <p>3.对“高危孕产妇”有明确的定义，有主要病种诊疗常规，包括妊娠期高血压疾病、妊娠期贫血、前置胎盘、胎盘早剥、胎膜早破、妊娠期糖尿病、早产、胎儿宫内窘迫、羊水过少、常见的妊娠期合并内外科疾病以及产后抑郁症等。</p> <p>4.实行高危妊娠首诊负责制，组建由主管院长、医务处（科）、产科、妇科、新生儿科、产前诊断、麻醉、医技等有关科室业务骨干组成的危重孕产妇抢救小组，接受高危孕妇的转诊。</p> <p>5.为高危孕产妇建立专案，按照风险程度分别以“绿、黄、橙、红、紫”进行分级标识，加强分类管理，有高危孕产妇随访工作记录。</p>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.定期对工作进行总结分析，发现问题，提出改进措施。</p> <p>2.高危孕产妇管理率 100%。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关职能部门定期检查考核，对存在问题与缺陷有改进措施。</p>

3.10.3 有高危孕产妇识别与救治技术的培训方案和计划，定期开展孕产妇危重症评审。	
3.10.3.1 有高危孕产妇识别与救治技术的培训计划和方案，不断提高医务人员的高危孕产妇识别与救治能力。	【C】 1.有高危孕产妇识别与救治技术培训年度计划和方案，并落实。 2.有培训教案、大纲和教材；有指定部门或专职人员负责实施。 3.有危重孕产妇紧急救治的绿色通道和孕产妇抢救工作流程、危重孕产妇急救应急预案并实施演练。
	【B】 符合“C”，并 专业技术人员培训覆盖率 100%。
	【A】 符合“B”，并 参训人员考核合格率 100%。
3.10.3.2 定期开展孕产妇危重症评审，总结经验与教训，提高综合救治能力。	【C】 1.有孕产妇危重症评审工作制度、评审方案。重点是获得本院连贯的医疗保健服务的情况，除诊疗质量外，还至少有： (1)高危孕产妇服务从孕产保健→分娩期→产褥期保健的连贯性； (2)高危孕产妇保健与医疗信息传递及时正确性。 2.有孕产妇危重症评审专家组。 3.孕产妇危重症评审每季度不少于一次。
	【B】 符合“C”，并 对评审提出的问题及缺陷进行改进，不断提高救治能力。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门对评审意见的整改情况进行监管。

十一、分娩管理

评审标准	评审要点
3.11.1 机构和相关人员按照《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法以及卫生健康行政部门有关规定取得相应资质。	
3.11.1.1 机构和相关人员按照《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法以及卫生健康行政部门有关规定取得相应资质。	【C】 1.机构具备卫生健康行政部门核准的相关资格。 2.助产技术人员取得《母婴保健技术考核合格证书》。 3.分娩室“24 小时×7 天”服务，每例接产时必须由 2 名以上助产技术人员在场，高危妊娠分娩时必须由产科医师和新生儿医师在场。 4.相关助产人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1.每年对已经取得《母婴保健技术考核合格证书》助产人员，进行能力与安全评价，有记录。 2.助产人员有继续教育培训计划和执行记录。
	【A】 符合“B”，并 有相应的管理组织及主管职能部门监管。
3.11.2 有分娩质量管理相关制度，明确人员职责。建立分娩风险管理和预警的制度与流程。	
3.11.2.1 有助产管理和分娩质量管理相关制度和人员职责，制订分娩管	【C】 1.有各项助产管理和分娩质量管理的相关工作制度及执行记录，有专人负责。 2.相关助产人员知晓本岗位的管理制度要求。 3.根据相关法律法规、规章制度和相关标准，结合本院实际，制订分娩质量和持

<p>理质量和持续改进方案并落实。</p>	<p>续改进方案。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由中级职称以上医师负责产房质量管理。 2.科室至少每季度对方案执行和制度落实进行考核评价，有记录。 3.对考核结果进行分析，并提出改进措施。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>科室有定期检查的结果，有持续改进的事实。</p>
<p>3.11.2.2 建立分娩风险管理和预警的制度与流程，确保助产技术项目安全、有效、适宜。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立分娩风险管理和预警的制度与流程。 2.有分娩风险防范的相关制度与程序文件。 <ol style="list-style-type: none"> (1)有产房的质量与安全管理制度。 (2)有分娩相关的各种诊疗常规。 (3)有明确的岗位职责，各级医护人员知晓自己的岗位职责。 (4)有明确的质量安全指标。 (5)定期召开医疗安全会议，并有相应记录。 3.有分娩风险防范的具体措施。 <ol style="list-style-type: none"> (1)产房人员熟悉产房各项安全管理制度，并严格执行。 (2)有定期各项安全指标的院内抽查及科内自查，并有相应记录。 (3)及时发现安全隐患，记录在案并制订防范措施。 4.有新生儿复苏、心肺复苏、肩难产、产后出血、子痫、羊水栓塞处理流程与措施。 5.助产人员熟悉本岗位的风险防范与预警要求。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有记录证实相关管理职能部门执行监管的责任。 2.有定期举行产科急救预警演练的记录。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>有相关职能部门定期检查的结果，有持续改进的事实。</p>
<p>3.11.3 分娩室设置应布局</p>	<p>合理，符合管理规范要求。</p>
<p>3.11.3.1 分娩室设置符合《医院感染管理办法》和《医院隔离技术规范》要求，布局合理，有分娩室的管理制度，有检查监督部门执行记录。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有分娩室的管理制度。 2.产房相对独立，周围清洁无污染源。 3.分娩区总面积应在 100 平方米以上，应集中设在病区一端，远离污染源，应有污染区、缓冲区、清洁区、隔离产房与污物专用通道。 4.产房应有调温、控湿设备，温度保持在 24~26℃，湿度以 50~60%为宜，新生儿抢救台温度在 30~32℃。各房间应设足够的电源接口。 5.洗手区域水龙头采用非手触式（脚踏式、肘式、感应式），室内配备动态空气消毒装置。 6.隔离待产室和分娩室所有器械应单独使用，用后的产房、产床应彻底消毒。 7.艾滋病病毒感染孕产妇住院分娩的院感防控符合相关要求。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有记录证实相关管理职能部门执行监管的责任。 2.缓冲区：面积不小于 20m²。 3.分娩间单人单间，每间面积不小于 25m²，内设有独立的洗手间；若设置为两张产床的分娩室，每张产床使用面积不少于 20m²。 4.有单独的可陪产的独立分娩室。 5.产房设有独立的产科手术室，或产房有到达手术室的快速通道。

	<p>【A】符合“B”，并 相关职能部门与医院感染管理部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。</p>
<p>3.11.3.2 有产程中所需物品、药品、抢救包、抢救流程图和急救设备，固定位置，定期检查维护，及时补充和更换。</p>	<p>【C】 1.有产程中所需物品、药品、抢救流程图和急救设备的管理制度。 2.配备专门抢救包(如产后出血包括宫纱、气囊填塞器具等、子痫抢救包、羊水栓塞抢救包等)、长效宫缩剂、新生儿复苏器材等。 3.分娩室设备、急救药品齐全，满足分娩操作的需要，固定位置，定期检查维护，及时补充和更换，有定期检查维护记录。 4.相关人员熟悉本部门管理要求，熟悉药品及急救设备位置及性能。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.配备专门的仪器维修人员、维护手册。 2.科室有每月定期检查产程中所需物品、药品和急救设备的记录，对问题与缺陷有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门（医务科、护理部、药剂科、设备科等）对问题与缺陷改进效果有评价、有记录。</p>
<p>3.11.4 加强产程管理。分娩前应进行母婴再评估/诊断。产程中依照规范进行各项诊疗及操作并完整记录。减少孕产妇及新生儿并发症。遇有特殊治疗及处理，应及时与本人或委托人充分沟通，并获得同意，相关内容有记录。</p>	
<p>3.11.4.1 按照诊疗规范进行各项诊疗及操作，减少孕产妇及新生儿并发症。</p>	<p>【C】 1.熟练掌握产前检查及正常分娩的处理技术。 (1)高危妊娠的筛查、诊断、处理。 (2)妊娠高血压疾病的诊断及处理。 (3)产科急危重症的早期识别。 (4)各种催、引产术的技术、方法和并发症的处理。 (5)正确绘制产程图。 (6)难产的识别、紧急处理。 (7)产程中母婴监测技术：阴道检查、生命体征的检查、胎心监护、羊水异常的识别等。 (8)软产道损伤的处理技术。 (9)产科出血的预防、诊断、鉴别诊断、正确测量及估计出血量的方法、处理。 (10)心肺复苏技术。 (11)消毒和隔离技术。 (12)健康教育和咨询指导技术。 (13)母乳喂养适宜技术。 (14)新生儿危险因素识别、紧急处理，新生儿复苏技术（包括气管插管）。 (15)预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播技术。 2.分娩前由具有法定资质的医师和助产人员按照制度、程序进行母婴再评估/诊断，其结果应记录在病历上。 3.用产科诊疗规范、指南及临床路径规范诊疗工作，从临床诊疗流程与病历记录的诊疗方案中证实执行力。 4.相关人员知晓本岗位的履职要求。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.医务人员掌握各种难产诊疗技术。 2.有各种孕产妇急危重症、高危妊娠和高危新生儿的诊疗规范，有急危重症的抢救流程。</p>

	<p>3.产房医护人员经培训考核合格，并有记录（包括新上岗人员培训和再培训）。</p> <p>4.有高危评分、头盆评分及宫颈评分记录。</p> <p>5.科室有月度质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改意见。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.有分娩镇痛技术的应用规范与产程影响的处理流程。</p> <p>2.每年有至少2次关于产科诊疗规范的再培训，并有书面记录。</p> <p>3.相关职能部门对质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改效果有评价。</p>
<p>3.11.4.2 无医学指征禁止干预产程进展。产程干预时须有明确的医学指征，有干预效果评价制度及记录。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有明确的产程干预医学指征、流程与操作规程，有促进自然分娩措施。</p> <p>2.产科医生应掌握产程干预的医学指征，并应进行每年至少1次培训，有书面的培训记录。</p> <p>3.控制无指征人工破膜率在10%以下、会阴侧切率在30%以下。</p> <p>4.有缩宫素的使用规范和阴道助产技术的操作规程，如产钳助产、吸引器助产、臀牵引等。</p> <p>5.中级以上职称的产科医生应熟练掌握产程干预指征；住院医师应基本掌握产程干预指征。</p> <p>6.开展陪伴分娩和分娩镇痛技术并有记录。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.产科医生每年至少2次培训，有书面的培训记录。</p> <p>2.有对孕产妇进行相关宣教的相关制度。产妇基本了解自己接受了哪些产程干预及原因。</p> <p>3.科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有记录。</p> <p>(1)操作者自我检查。</p> <p>(2)专（兼）职人员质控活动。</p> <p>(3)有差错事故防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程和规定，并有记录。</p> <p>4.科室每月组织召开质量评估会议，分析评估上月的围产儿死亡、出生缺陷、新生儿窒息、产后出血、剖宫产率、抗菌药物使用、伤口愈合不良、病案质量、急危重症抢救等事宜，并提出整改措施。</p> <p>5.科室建立质量安全考评制度，并计入个人绩效考核。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>有月度产程干预评估结果（问题与缺陷），有持续改进的记录。</p>
<p>3.11.5 选择合理分娩方式。有阴道助产及剖宫产手术前评估和审批制度，规范管理急诊剖宫产手术，降低非医学需要剖宫产率。</p>	
<p>3.11.5.1 有明确的阴道助产医学指征，阴道助产须经有资质的助产人员评估并实施。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有明确的阴道助产医学指征及技术操作规程。</p> <p>2.阴道助产须经有资质的主治医师以上人员进行评估及实施。</p> <p>3.相关人员知晓本岗位的履职要求。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.有事实与记录证实相关管理职能部门履行监管的责任。</p> <p>2.科室有月度检查的结果（问题与缺陷）及持续改进的事实。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关职能部门对质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改效果有评价。</p>
<p>3.11.5.2 阴道分娩转行剖宫产有明确的医学指征。有明确的转行剖宫产</p>	<p>【C】</p> <p>1.有人工破膜及缩宫索引产和缩宫产的管理流程，并严格执行，对阴道分娩转剖宫产的医学指征有明确的书面规定，实施至少1年以上。</p> <p>(1)有阴道分娩转行剖宫产手术前评估管理规定，并须经有资质的主治医师以上人</p>

<p>手术前评估和审批制度，有明确的剖宫产知情告知制度。</p>	<p>员评估审批。</p> <p>(2)产房中阴道分娩中转剖宫产由中级职称以上医师判定及处理。</p> <p>(3)阴道分娩中转剖宫产率控制在 10%以内。</p> <p>(4)阴道助产率控制在 5%以下，会阴侧切率应低于 30%。</p> <p>(5)新生儿窒息率应在 10%以下。</p> <p>(6)抽查病历医学指征合格率应达到 90%以上。</p> <p>2.有阴道分娩转剖宫产知情告知制度，遵照执行。</p> <p>3.对相关人员每年至少进行 1 次再培训，并有书面的培训记录。</p> <p>4.相关人员熟知本岗位的履职要求。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.定期对中转剖宫产病例的手术指征与近期并发症进行分析和总结，有记录。</p> <p>(1)抽查病历医学指征合格率达到 100%。</p> <p>(2)阴道分娩中转剖宫产率控制在 8%以下。</p> <p>(3)会阴侧切率应低于 15%。</p> <p>(4)新生儿窒息率在 5%以下。</p> <p>2.对相关人员每年至少进行 2 次再培训，并有书面的培训记录。</p> <p>3.科室有月度检查的结果（问题与缺陷）及持续改进的事实。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.有事实与记录证实相关职能部门履行监管的责任。</p> <p>2.相关职能部门有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。</p>
<p>3.11.5.3 用制度和流程规范管理急诊剖宫产手术，有明确的急诊剖宫产手术管理规范和流程，有急诊剖宫产的管理制度和审批流程。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有实行急诊剖宫产分级管理制度及审批流程，并由主治以上医师决定。</p> <p>2.有急诊剖宫产绿色通道，确诊后 30 分钟内到达手术室。</p> <p>3.新生儿急救人员随叫随到。</p> <p>4.配备超声诊断仪器及技术人员。</p> <p>5.相关人员知晓本岗位的履职要求。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.对急诊剖宫产根据危重程度进行分级，记录在病历中。</p> <p>2.在手术室有施行阴道助产的条件。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.至少有一名新生儿医师在分娩现场。</p> <p>2.相关职能部门有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。</p>
<p>3.11.5.4 实施剖宫产过程质量控制（指标详见本细则第六章第四节）。（★）</p>	<p>【C】</p> <p>1.将剖宫产过程质量指标作为规范诊疗行为重要措施。</p> <p>2.有控制剖宫产的相关保障制度与工作流程，相关医师知晓并遵循。</p> <p>3.非医学需要剖宫产率控制在 10%以下。</p> <p>4.有术前、术中、术后护理保障措施，提供健康教育服务。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.至少每月一次对剖宫产过程质量指标执行力进行评价。</p> <p>2.对存在问题与缺陷有改进的措施。</p> <p>3.近三年非医学需要剖宫产率呈逐年下降。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.职能部门对问题与缺陷改进措施的成效有评价。</p> <p>2.用结构质量、过程质量、结果质量指标实施剖宫产质量控制。</p>
<p>3.11.6 依照诊疗规范进行各项诊疗及操作。</p>	
<p>3.11.6.1</p>	<p>【C】</p>

<p>有符合医疗卫生管理法规的各项诊疗规范和技术操作常规，处理能力与本院功能、任务相一致。</p>	<p>1.有各项诊疗规范和技术操作常规。 2.具有识别严重产科并发症与合并症的能力。 3.将“加强高危妊娠和剖宫产手术管理，提高产科工作质量，确保母婴安全”纳入院内医疗保健质量管理工作中，健全产科服务管理体系。</p> <p>【B】符合“C”，并定期开展产科质量自我评估与分析，对危重孕产妇紧急救治的绿色通道和孕产妇抢救工作流程、危重孕产妇急救应急预案的实施效果进行分析评估。</p>
<p>3.11.6.2 有产科危重病种管理相关的工作制度和诊疗流程，有相关人员的职责。</p>	<p>【C】 1.有产科危重病种管理的工作制度、诊疗流程。 2.相关人员知晓相关岗位职责。</p> <p>【B】符合“C”，并科室有月度检查的结果（问题与缺陷）及持续改进的事实。</p> <p>【A】符合“B”，并相关职能部门对质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改效果有评价。</p>
<p>3.11.7 分娩时有具备新生儿复苏能力的医护人员在场，有危重情况时新生儿抢救的制度和流程。</p>	
<p>3.11.7.1 有分娩时具备新生儿复苏能力的医护人员在场的制度，有新生儿抢救制度和规范的新生儿复苏流程。</p>	<p>【C】 1.有分娩时要求具备新生儿复苏能力的医护人员在场的制度。 2.每次分娩，产房或手术室至少有 1 位熟练掌握新生儿插管技术的医护人员在场。 3.有新生儿抢救制度和规范的新生儿复苏流程。 4.对新上岗人员进行新生儿复苏的培训，考核合格后方可上岗，并有相应的记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.有新生儿科主治医师以上医生进入产房协助处理高危妊娠分娩和实施新生儿复苏的程序。 2.科室对全体助产人员每年 1 次的新生儿复苏标准进行再培训与考核合格，并有相应的记录。 3.科室有月度定期检查新生儿复苏记录，对问题与缺陷有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并有事实与记录证实主管职能部门对问题与缺陷改进效果有评价。</p>
<p>3.11.8 具备对危重孕产妇及时救治的人员、设备、药品、设施和场所，有相应的技术规范和操作规程。</p>	
<p>3.11.8.1 抢救床位满足抢救需求，设备、药品处于完好备用状态，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备。</p>	<p>【C】 1.有危重症救治室，至少有一张抢救床位。 2.危重症救治室配置的设备、药品能满足对危重孕产妇的救治需要。至少配备以下设备，但不限于：监护仪、呼吸机、输液泵和微量注射泵/床、心电图机、除颤仪、心肺复苏抢救车（车上备有喉镜、气管导管、各种管道接头、急救药品以及其他抢救用具等）等。 3.储备的药品、一次性医用耗材的管理和使用有规范与流程、有记录。 4.对医护人员使用各种抢救设备有培训和考核。 5.设备处于备用状态，有维护监测记录，并有明确标识。</p>

	<p>【B】符合“C”，并 医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 1.通过信息系统及时获得医学影像的检查结果。 2.相关职能部门对制度执行有监管，并持续改进。</p>
3.11.8.2 人员熟练掌握心肺复苏指南的操作技能，定期评价对紧急事件处理的反应性。	<p>【C】 1.有定期全员心肺复苏技能考核与评价制度与程序。 2.熟练掌握心肺复苏指南的操作技能。 3.有心肺复苏技能考核与评价记录。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 1.定期评价对紧急事件处理的反应性。 2.有记录证明相关职能部门已履行了监管责任。 3.对存在的问题与缺陷有记录，有改进。</p>
3.11.8.3 有危重症孕产妇救治的工作制度、岗位职责、技术规范和操作规程。	<p>【C】 1.有危重症救治的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。 2.对入住危重症救治室的患者实行疾病严重程度评估。 3.有对上述制度、职责、规范及流程的培训。工作人员知晓各项抢救流程。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 疾病严重程度评估率达到 100%。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 对产后大出血、羊水栓塞、深静脉栓塞等产后危重抢救流程定期有演练。</p>
3.11.9 有《出生医学证明》签发与资料存储的场所，有管理和签发流程、工作制度、填写规范并落实。	
3.11.9.1 有《出生医学证明》存储的场所，有《出生医学证明》签发的场地，并配备必要的设备和设施。	<p>【C】 1.有专门储存《出生医学证明》的场所，有《出生医学证明》签发的场地。 2.配备与业务相适应的设备、设施。 3.严格履行申领告知义务和保管工作要求。</p>
3.11.9.2 有《出生医学证明》管理和签发操作流程，工作制度并落实。管理、签发人员分工明确。	<p>【C】 1.有《出生医学证明》管理和签发的工作制度。 (1)《出生医学证明》的管理类资料、签发类资料进行分类、整理、组卷、归档，编写案卷目录，妥善规范保管。 (2)利用计算机对《出生医学证明》进行管理，签发产生的电子文件能按国家相关要求保存，《出生医学证明》存根及其相关资料按首次签发、换发分类进行归档，永久保存。 (3)《出生医学证明》签发机构及印章备案表、申领计划表、入库、出库登记本、首次签发、换发申请表、登记本、废证登记本、《出生医学证明》授权委托书等工作登记和工作文书，定期进行统计分析，上报统计报表。 2.有《出生医学证明》管理负责人、签发人员的工作职责并落实。 3.有《出生医学证明》管理和签发的操作流程，严格落实签发、证章分开、档案管理、废证管理、真伪鉴定、工作要求和责任追究制度。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 定期开展《出生医学证明》管理制度、签发流程、登记质量、人员资质、印章管理等环节与流程质量督查并有记录。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 有事实与记录证实相关职能部门对问题与缺陷改进效果有检查、有记录、有评</p>

	价、有反馈。
--	--------

十二、促进自然分娩

评审标准	评审要点
3.12.1 有促进自然分娩、降低非医学需要剖宫产的相关制度和工作机制并落实，明确人员职责，开展定期评估，落实改进措施，控制剖宫产率。	
3.12.1.1 有促进自然分娩、降低非医学需要剖宫产率的相关制度和工作机制，明确人员职责，开展定期评估，控制剖宫产率。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有促进自然分娩、降低非医学需要剖宫产率的相关制度和工作机制，人员职责明确。 2.有促进自然分娩的具体措施，有明确的质量管理目标，明确各相关部门质量管理职责，并落实。 3.有质量管理考核标准，并实施考核。 <p>【B】符合“C”，并 科室每月检查，对问题与缺陷有分析、总结、反馈及改进措施。</p>
3.12.2 按规定配备助产士，对助产人员进行定期培训，提高助产技术服务水平。	
3.12.2.1 按规定配备助产士，保障助产士队伍的稳定。对助产人员进行定期培训。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.按照国家相关规定配备助产士，有稳定助产士队伍的相关政策。 2.有助产人员促进自然分娩的专题培训计划与考核制度。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.落实培训计划及考核制度，助产人员接受培训率 100%。 2.有与培训相适宜的技能培训设施和设备。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有培训及考核结果的分析、总结，实施改进措施，有成效。 2.助产人员考核合格率 100%。
3.12.3 开展促进自然分娩知识技能培训与健康教育，将促进自然分娩纳入孕妇学校常规教学内容。	
3.12.3.1 开展促进自然分娩知识技能培训与健康教育，为孕产妇提供自然分娩、母乳喂养及婴儿护理有关知识的教育与培训。将促进自然分娩纳入孕妇学校常规教学内容。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有促进自然分娩宣教的师资及教材，对医务人员进行促进自然分娩知识技能培训。 2.孕妇学校课程中有促进自然分娩、孕妇体重控制、孕妇营养、孕产妇心理保健等健康宣教内容。 3.在本院接受产前检查的孕妇中 100%接受过自然分娩知识的宣教。 4.在本院接受产前检查的孕妇中促进自然分娩知识的知晓率 60%以上。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.在本院接受产前检查的孕妇中促进自然分娩知识的知晓率 80%以上。 2.对存在的问题与缺陷有改进措施。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.在本院接受产前检查的孕妇中促进自然分娩知识的知晓率 90%以上。 2.相关职能部门对存在的问题与缺陷改进措施的成效有评价。

十三、促进母乳喂养

评审标准	评审要点
3.13.1 有促进母乳喂养的管理制度和评价体系并组织实施，建立多部门、多学科协作机制促进母乳喂	

养,有独立哺乳区,设施设备齐全。	
3.13.1.1 有促进母乳喂养管理的制度和评价体系,并组织实施。	【C】 1.建立爱婴医院领导小组和技术指导小组,职责分工明确,负责爱婴医院及母乳喂养质量管理工作。 2.有促进母乳喂养管理的规定和相关制度,应与WHO《促进母乳喂养成功十项措施》、《国际母乳代用品销售守则》、《母乳代用品销售管理办法》和《医疗机构新生儿安全管理制度》保持一致并组织落实。 3.有评价母乳喂养工作的质量指标。定期评价,有记录。 4.有明确的母乳喂养禁忌症。
	【B】 符合“C”,并 工作职责落实到位,分工明确,有多部门、多科室之间协调机制。
	【A】 符合“B”,并 院内纯母乳喂养率≥80%。
3.13.1.2 应设独立哺乳区,满足就诊对象的哺乳需求。	【C】 1.门诊就诊区设置一定数量的独立哺乳区,满足就诊对象的哺乳需求,标示醒目。 2.哺乳区内配备基本设施及哺乳必要设备:如洗手池、座椅、打包台、遮挡帘等。 3.哺乳区的设立应该符合消毒隔离要求。 4.有哺乳区的管理制度,并有专人负责,并落实。
3.13.2 开展母乳喂养知识技能培训与健康教育,将促进母乳喂养纳入孕妇学校常规教学内容。	
3.13.2.1 定期对全员进行爱婴医院管理及母乳喂养知识与技能的培训与考核。	【C】 1.开展岗前教育,所有新上岗人员进行不少于18小时的母乳喂养知识、技能培训。 2.每年对妇科、产科、儿科、新生儿科医护人员及业务管理人员进行不少于3小时的母乳喂养知识与技能培训。 3.每年对全院医护人员进行爱婴医院管理和母乳喂养知识与技能培训至少一次。 4.每年对院内从事母乳喂养工作的医护人员进行母乳喂养规定、知识及技能的考核,且有记录可查。 5.母乳喂养知识、技能考核合格率≥80%(80分为合格)。
	【B】 符合“C”,并 母乳喂养培训覆盖率100%。
	【A】 符合“B”,并 母乳喂养知识、技能考核合格率100%。
3.13.2.2 将促进母乳喂养纳入孕妇学校常规教学内容,有形式多样的健康教育方法和手段向孕产妇及家庭宣传母乳喂养的知识和技能。	【C】 1.将母乳喂养知识与技能内容纳入孕妇学校常规授课内容。 2.开展院内及辖区内母乳喂养健康教育活动。 3.利用宣传折页、展板、海报、视频、网站及微信平台等多种形式进行母乳喂养知识与技能的宣传。 4.100%的住院孕产妇接受过母乳喂养的健康教育。 5.80%以上住院孕产妇能够正确回答以下9个问题中的7个。 (1)母乳喂养的好处; (2)纯母乳喂养的定义以及6个月内纯母乳喂养和继续母乳喂养到2岁或以上的重要性; (3)分娩后早接触、早开奶的重要性;

	<p>(4)24 小时母婴同室的重要性； (5)产妇喂奶的正确体位及婴儿含接的姿势； (6)按需哺乳的重要性； (7)如何保证产妇有充足的乳汁； (8)特殊情况如艾滋病、病毒性肝炎母亲的母乳喂养； (9)产妇上班后如何坚持母乳喂养。 6.80%以上的住院产妇能够掌握母乳喂养的正确体位及含接姿势。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.分娩后早开奶、早接触的比例达 90%；24 小时母婴同室比例 90%； 2.近两年住院期间产妇纯母乳喂养率逐年提高。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门定期对出现问题及时分析，并做好质量持续改进。</p>
<p>3.13.2.3 开展母乳喂养咨询服务，为特殊情况的母亲（如艾滋病、病毒性肝炎、结核感染等）及家庭提供母乳喂养咨询服务及健康教育。</p>	<p>【C】 1.设立母乳喂养咨询室或咨询门诊，为孕产妇和家庭提供母乳喂养咨询服务。 2.主动为特殊情况的母亲如艾滋病、病毒性肝炎、结核感染的母亲及家庭提供母乳喂养咨询，指导母亲采取合理的喂养方式，确保母婴健康。 3.将出院产妇信息及时转到基层医疗卫生机构。 4.设立母乳喂养咨询电话，并将热线号码告知所有孕产妇及家属。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.咨询信息登记完善，有追踪记录。 2.80%以上的产妇知道出院后获取母乳喂养后续支持服务的具体方法和途径。</p> <p>【A】符合“B”，并 为特殊情况的母亲提供母乳喂养咨询服务达到 95%。</p>
<p>3.13.3 有预防和处埋婴儿呛奶、室息的措施并落实。</p>	
<p>3.13.3.1 有预防婴儿呛奶和室息的措施并落实。</p>	<p>【C】 1.对孕产妇及家庭进行婴儿喂养防呛奶、防室息等安全问题的健康教育。 2.将哺乳安全纳入科室风险管理。 3.有预防和处埋婴儿呛奶、室息等措施并落实。 4.对相关医务人员进预防和处理婴儿呛奶、室息的知识与技能的培训。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关科室医务人员掌握预防和处埋婴儿呛奶、室息的知识与技能。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门定期对安全措施的实施进行督导，出现问题及时分析，并做好质量持续改进。</p>
<p>3.13.4 设有配奶间，为无法实行母婴同室的新生儿获得母乳提供方便。</p>	
<p>3.13.4.1 母婴区、新生儿科病房设立配奶间，为特殊需求的婴儿统一配制婴儿用奶。</p>	<p>【C】 1.在母婴区、新生儿科设立配奶间。 2.配奶间的设立符合医院感染控制要求，室内空气流通，有空气消毒设备及空调，有洗手设备、冰箱等。 3.有配奶间的管理制度，有操作规程与流程，由经过培训的专人负责。 4.婴儿配方奶粉的采购和使用，符合卫生健康行政部门有关规定。 5.需要添加配方奶喂养时，应该与婴儿监护人签订知情同意书，将添加配方奶原因及可能对母婴带来的危害进行告知。</p> <p>【B】符合“C”，并 专人全面负责婴儿用奶的质量监督，有记录。</p> <p>【A】符合“B”，并</p>

	1.相关职能部门定期（至少每年两次）对配奶间管理情况进行评价，有记录。 2.对存在的问题有改进措施及成效评价。
--	--

十四、新生儿病房和新生儿重症监护室管理

评审标准	评审要点
3.14.1 设置新生儿病房，	其布局、设备设施、专业人员配置符合卫生健康行政部门相关要求。
3.14.1.1 新生儿病房设置符合《新生儿病室建设与管理指南（试行）》的基本要求，病床数量符合本院功能任务和实际收治新生儿需要。	【C】 1.新生儿病房应当设置在相对独立的区域，与普通儿科病房分隔，不得混合。 2.无陪护病室每床净使用面积不少于 3 平方米，床间距不小于 1 米。有陪护病室应当一患一房，净使用面积不低于 12 平方米。 【B】 符合“C”，并设置隔离病室。
3.14.1.2 根据新生儿病房规模配备医护人员，确保正常医疗护理工作顺利进行。	【C】 1.新生儿病房医师人数与实际开放床位数之比应当为 0.3:1 以上，护士人数与实际开放床位数之比应当为 0.6:1 以上。 2.新生儿病房实施责任制护理，由新生儿专业人员担任，工作 2 年以上人员占 50% 以上。 3.相关人员知晓本部门、本岗位的职责要求。 【B】 符合“C”，并 1.新生儿病房负责人应当由具有 3 年以上新生儿专业工作经验并具备儿科中级职称 3 年以上的医师担任。 2.新生儿病房护理组负责人应当由 3 年以上护师职称，且有 3 年以上新生儿护理工作经验的护士担任。
3.14.2 设置新生儿重症监护室，符合机构功能任务和实际收治患者需要。（可选）	
3.14.2.1 新生儿重症监护室病床数量和人员符合本院功能任务和实际收治新生儿需要。	【C】 1.新生儿重症监护室（NICU）病床数量符合本院功能任务和实际收治重症新生儿需要。护理人员与床位数比例应满足:护士与新生儿床位之比不低于 1.5:1。 2.NICU 医生应具备专科以上学历、2 年以上的儿科工作经历，且经过专科技术培训并合格者。 3.医生应掌握新生儿常见危重疾病的诊疗常规，熟练掌握新生儿复苏、气管插管、穿刺等常用技术。 4.护士应熟练掌握暖箱、辐射抢救台、微量输液泵以及生命体征监护仪等设备的应用。 5.相关人员知晓本部门、本岗位的职责要求。 【B】 符合“C”，并 每年度根据需求对 NICU 床位数进行评估，满足危重新生儿诊治需求。
3.14.2.2 NICU 的患者入住、出科符合指征。实行病情“危重程度评估”。	【C】 1.有 NICU 入住、出科指征。 2.实行患者病情“危重程度评估”，有方法有标准。 3.患者病情“危重程度评估”结果记入病历，符合危重评分标准的危重患者 > 50%。 【B】 符合“C”，并

	<p>1.病情评估，符合危重的患者>60%。</p> <p>2.严重并发症发生率低于 10%。</p> <p>3.早产儿视网膜病在早产儿中发生率低于 5%。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.科室至少每季评价收住新生儿的适宜性，并以患者病情“危重程度评估”结果，评价临床诊疗质量。评价改进措施的有效性。</p> <p>2.符合危重评分标准的危重患者>80%。</p>
3.14.3 由有资质的医师和护士按照制度和流程对新生儿进行病情评估。	
3.14.3.1 由有资质的医师和护士按照制度、流程对新生儿进行病情评估。	<p>【C】</p> <p>1.有新生儿病情评估/诊断管理制度与流程。</p> <p>(1)新生儿病情评估重点范围。</p> <p>(2)评估人的资质。</p> <p>(3)评估标准与内容。</p> <p>(4)时限要求。</p> <p>(5)记录文件格式等。</p> <p>2.对临床科室医生与护士实施培训。</p> <p>3.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。</p> <p>【B】符合“C”，并 有记录证实新生儿病情评估/诊断的结果，能为诊疗（手术）方案（计划）提供依据和支持。</p> <p>【A】符合“B”，并 有记录证实相关管理职能部门执行监管的责任。</p>
3.14.4 设备、药品配置处于完好备用状态，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握新生儿心肺复苏的基本技能。	
3.14.4.1 设备、药品配置处于完好备用状态，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握新生儿心肺复苏的基本技能。	<p>【C】</p> <p>1.新生儿病房应当配备吸痰和吸氧装置、喉镜、复苏设备、空气-氧气混合仪、暖箱、辐射抢救台、微量输液泵、蓝光治疗仪等基本设备。</p> <p>2.具备有加温湿功能的空气-氧气混合仪吸氧设备与 CPAP 呼吸机。</p> <p>3.医护人员熟练使用各种抢救设备，并经过新生儿复苏技术培训且考试合格。</p> <p>4.医护人员熟练掌握新生儿心肺复苏技术。</p> <p>5.急救设备、药品及物品配置齐全、标识清楚，有清单和基数。</p> <p>【B】符合“C”，并 NICU 应当配备吸氧设备或 CPAP 辅助通气、多功能呼吸机、床边血气分析仪、床边 X 光机、超声仪以及各种穿刺包等急救仪器设备。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对医护人员定期培训考核有监管，有记录并持续改进。</p>
3.14.5 医院感染监控管理对重点项目有预防与监控方案、有质量控制指标，并能得到切实执行。	
3.14.5.1 医院感染监控管理对重点项目有预防与监控方案、有质量控制指标，并能得到切实执行。	<p>【C】</p> <p>1 新生儿病房的建筑布局应当符合医院感染预防与控制的有关规定，做到洁污区域分开，功能流程合理。</p> <p>2.环境条件满足诊疗需要，工作区域应包括医疗区、接待区、配奶区、洗浴区等符合医院感染管理要求。</p> <p>3.科内专/兼职医院感染管理人员由主治医师和主管护士组成，职责明确。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.科室有专人负责医院感染管理小组，有院感管理制度和流程，包括各种院感爆发时的应急预案。</p>

	2.科室能按照制度和流程要求，定期总结科室院内感染发生情况，并提出整改意见，有书面记录。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门按照制度和流程，落实监督检查，有记录（问题和缺陷），有持续改进。

十五、儿童保健管理

评审标准	评审要点
3.15.1 按照《全国儿童保健工作规范（试行）》及相关技术规范等要求开展儿童保健工作，有儿童保健管理制度、工作计划、人员职责。	
3.15.1.1 按《全国儿童保健工作规范（试行）》及相关技术规范等要求，制订儿童保健管理制度、工作计划、人员职责。	<p>【C】</p> <p>1.有儿童保健管理制度、工作计划、人员职责，并落实。 2.相关科室工作人员知晓儿童保健工作的制度、职责。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室定期自我检查，有总结、分析、改进。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期考核。</p>
3.15.1.2 儿童保健服务场所相对独立分区，布局合理、设施、设备符合《全国儿童保健工作规范（试行）》要求。	<p>【C】</p> <p>1.门诊区域范围$\geq 500\text{m}^2$，儿童保健门诊与疾病门诊严格分区、流向合理，有分诊区和候诊区，符合儿童特点。 2.科室标识规范，服务流程清楚，设施、设备符合《全国儿童保健工作规范（试行）》标准要求。 3.专科门诊的设置应与《全国儿童保健工作规范（试行）》的要求一致，即设置儿童营养门诊、生长发育门诊、儿童心理卫生门诊、高危儿管理门诊等，有测量区和完善的体格评价工具。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.候诊区设施符合儿童特点，有$\geq 10\text{m}^2$哺乳区，有$\geq 50\text{m}^2$婴幼儿活动区。 2.有$\geq 20\text{m}^2$科学育儿宣教室，有健康教育宣传栏、有视频、宣传折页及宣传栏等多种健康教育形式。</p>
3.15.2按本院执业范围和业务部门设置要求开展儿童保健服务。建立儿童保健服务规范及主要疾病的诊疗常规和操作规程。能解决儿童保健部分疑难问题，并给予规范的治疗和指导。	
3.15.2.1 从事儿童保健工作的人员应取得相应的执业资格，并接受儿童保健专业技术培训。	<p>【C】</p> <p>1.从业人员都必须具有医师资格证书和医师执业证书。 2.有专业技术人员的培训计划，定期进行儿童保健专业知识与技能培训，并有执行记录。 3.主治以上职称的医师有国家级继续教育培训经历。</p>
3.15.2.2 建立儿童保健服务规范及主要疾病的诊疗常规和操作规程。	<p>【C】</p> <p>1.开展儿童保健常规服务，有儿童保健服务常规。 2.有儿童营养性疾病、生长发育、儿童心理、儿童眼、口腔、耳鼻喉主要疾病的诊疗常规和操作规程，并落实。 3.专科设置符合国家相关工作规范和要求。 4.科室专业人员掌握相关诊疗常规及操作规程。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.各专科门诊至少有一位中级以上职称医师。</p>

	2.科室每月进行保健质量监督评估（问题与缺陷），持续改进工作质量。 【A】 符合“B”，并 相关职能部门对质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改效果有评价。
3.15.2.3 能诊断并解决儿童保健部分疑难问题，并具备相应的认知、行为、语言评估方法，能够将疾病和发育的特点相结合，给予规范的治疗和指导。	【C】 1.儿童保健医生应掌握本专业的疑难问题的诊断标准和评估方法，包括精神发育迟滞、孤独症谱系障碍、行为障碍性疾病（注意缺陷-多动障碍）、生长偏异等，并按临床指南或诊疗常规开展早期识别、筛查、诊疗和转诊工作。 2.有儿童保健疑难问题会诊、转诊制度并有执行记录，高级职称医师负责诊疗高危与疑难问题。 3.有相应的健康教育资料。 【B】 符合“C”，并 1.具备相应的认知、行为、语言评估方法，能够将疾病和发育的特点相结合，给予规范的治疗和指导。 2.有部分疾病的筛查方法，如婴幼儿孤独症筛查量表，注意缺陷多动障碍筛查量表，儿童行为量表等。
3.15.3 按照卫生健康行政部门要求，做好儿童保健表、卡、册登记管理，并总结分析，提出对儿童保健工作的意见和建议。	
3.15.3.1 按卫生健康行政部门要求，做好儿童保健表、卡、册登记管理，并总结分析，提出对儿童保健工作的意见和建议。	【C】 1.有儿童保健表、卡、册登记管理制度，有专人管理。 2.儿童保健表、卡、册记录规范，有统计，有分析。 【B】 符合“C”，并 科室定期对工作登记进行汇总分析，并提出改进措施。 【A】 符合“B”，并 有证据表明，向卫生健康行政部门提出意见和建议并被采用。

十六、高危儿童管理

评审标准	评审要点
3.16.1 根据相关工作要求和规范，建立高危儿管理相关工作制度，明确人员职责。	
3.16.1.1 有高危儿管理相关制度和人员职责。	【C】 1.有高危儿管理工作常规、个案管理制度、疑难病例讨论制度、随访制度、会诊制度、转诊工作流程，有管理人员职责，并落实。 2.有管理工作指标。 3.有执行相关制度、履行职责的工作记录。 【B】 符合“C”，并 相关职能部门履行监管职责，有分析、反馈和整改措施。
3.16.2 设立高危儿专科门诊，开展高危儿童筛查、监测、干预及转诊服务工作，制定主要病种诊疗常规，具备相应的设备设施，对高危儿实行专案管理，定期进行随访。	
3.16.2.1 设立高危儿专科门诊，开展高危儿童筛查、监测、干预等服	【C】 1.有高危儿专科门诊，有高危儿童筛查评估、早期发育监测、早期干预及早期发育促进咨询指导等工作常规、技术操作规程。 2.有高危儿主要病种诊疗常规，高危儿专科门诊至少有一位高年资中级职称医

务工作，制定主要病种诊疗常规，有相应的设备设施。	师。 3.场地、设施、设备能满足所开展的高危儿保健随访服务项目要求。 4.专业技术人员知晓相关工作常规、技术操作规程。
	【B】符合“C”，并 科室定期对高危儿专科业务技术进行培训及考核，并有记录。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门定期检查考核，对存在问题与缺陷有改进措施。
3.16.2.2 对高危儿童建立专案，有专人负责，并进行追踪随访管理。 (★)	【C】 1.对高危儿有明确的定义，建立专案，试行高危儿分级管理，有随访制度。 2.指定部门或专职人员负责高危儿随访专科档案管理。
	【B】符合“C”，并 1.定期收集高危儿随访专科档案相关资料信息，汇总分析高危儿早期发育的主要问题或重点问题，并提出改进措施，不断提高高危儿随访服务质量。 2.高危儿童管理率≥98%。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门定期检查考核，对存在问题与缺陷有改进措施。
3.16.3 有高危儿识别技术的培训方案和计划，并组织实施。	
3.16.3.1 有高危儿识别技术的培训计划和方案，不断提高医务人员的高危儿识别与救治能力。	【C】 1.有本院及各相关科室高危儿识别技术培训年度计划和方案，并组织实施，有记录。 2.有培训教案、大纲和教材。
	【B】符合“C”，并 相关职能部门定期对培训效果进行抽查考核。

十七、妇女保健管理

评审标准	评审要点
3.17.1 按卫生健康行政部门相关规范等要求开展妇女保健工作，有妇女保健管理制度、工作规范、工作计划、人员职责。	
3.17.1.1 按卫生健康行政部门相关规范等要求，制订妇女保健管理制度、工作规范、工作计划、人员职责。	【C】 1.有妇女保健管理制度、工作规范，人员职责明确，有工作计划并落实。 2.科室工作人员知晓妇女保健工作的制度、规范及工作职责。
	【B】符合“C”，并 科室定期自我检查，有记录、有总结、分析、改进措施。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，有记录。
3.17.2 按本院执业范围和业务部门设置要求开展妇女保健服务。建立妇女保健服务常规及常见病、多发病的诊疗常规和操作规程。能解决妇女保健部分疑难问题，并给予规范的治疗和指导。	
3.17.2.1 从事妇女保健工作的人员应取得相应的执业资格，并接受妇女保健专业技术培训。	【C】 1.从业人员都必须具有医师资格证书和医师执业证书。 2.有专业技术人员的培训计划，定期接受妇女保健的专业知识与技能培训，有执行记录。 3.提供咨询服务者应有本专业 2 年以上工作经验，主治以上职称医生有国家级继续教育培训经历或三级医院进修经历。

<p>3.17.2.2 有妇女保健服务常规和常见病、多发病的诊疗常规和操作规程。</p>	<p>【C】 1.开展妇女保健常规服务，有妇女保健服务技术操作规程和临床诊疗指南。 2.专科设置符合国家妇女保健相关工作规范、技术规范。 3.科室专业人员掌握本专业岗位相关诊疗常规及操作规程并在医疗保健服务工作中严格遵循。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.各专科门诊至少有一位中级以上职称医师。 2.科室每月进行保健质量监督评估（问题与缺陷），持续改进工作质量。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改效果有评价。</p>
<p>3.17.2.3 能解决本专业的妇女保健部分疑难问题，给予规范的治疗和指导。</p>	<p>【C】 妇女保健医生应掌握本专业的疑难病种的诊断标准和评估方法，包括盆底功能障碍性疾病、不孕症、妇科内分泌疾病等，并按临床指南或诊疗常规开展筛查和诊疗工作，制订干预措施及治疗方案。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.有妇女保健疑难问题会诊、转诊制度并有执行记录。 2.由高级职称医师负责诊疗疑难病例。</p> <p>【A】符合“B”，并 开展相关科研，指导相关工作。</p>
<p>3.17.3 按照卫生健康行政部门要求，有妇女保健各种工作登记，定期总结分析，提出对妇女保健服务工作的意见和建议。</p>	
<p>3.17.3.1 按照卫生健康行政部门要求，对妇女保健科各部门各种工作做好规范条理的登记，进行分类建档，定期总结分析。</p>	<p>【C】 1.青春期保健、更年期保健、乳腺保健、妇女病普查普治等门诊有分类建档的专科基本信息及病历资料。 2.对需要随访者应根据登记的相关联系方式进行随访，并对治疗效果及病情预后做好随访登记。 3.对来访咨询或电话网络咨询者进行基本信息录入，并登记咨询内容及解决方案。</p> <p>【B】符合“C”，并 对妇女保健各种工作记录定期进行统计分析，根据分析结果及时发现问题，并提出改善妇女保健服务工作的意见建议，有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 有证据表明，向卫生健康行政部门提出意见和建议并被采用。</p>

十八、计划生育技术服务管理

评审标准	评审要点
<p>3.18.1 执行卫生健康行政部门有关计划生育技术服务规范。有计划生育技术服务质量与安全管理制度并落实。</p>	
<p>3.18.1.1 机构有计划生育技术服务执业许可，相关医务人员具备相应岗位的任职资格</p>	<p>【C】 1.开展计划生育技术服务项目、服务的类别和范围需经卫生健康行政部门批准。从事计划生育技术服务工作的医务人员须取得卫生健康行政部门要求的相应资质。</p>

与能力，有计划生育服务管理相关工作制度、岗位与人员职责，质量管理有指定人员负责。	<p>2.有计划生育服务管理相关工作制度、岗位与人员职责，相关医务人员知晓本岗位的职责。质量管理有指定人员负责。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.每年对已经取得资格认定的医务人员，有能力与安全再评价的记录。 2.相关医务人员有继续教育培训计划和执行记录。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。</p>
3.18.1.2 业务用房与设备设施管理	<p>【C】 1.业务用房符合卫生健康行政部门相关规定。 (1)有开展终止早期妊娠手术、放、取宫内节育器等技术服务的手术室： ①手术室相对独立，周围清洁无污染。 ②手术室总面积应在 30 平方米以上，应有缓冲区、清洁区、污染区与污物专用通道。 ③手术室应有调温、控湿设备，温度保持在 22~25℃，湿度以 35~60%为宜，各房间应设足够的电源接口。 ④洗手区域水龙头采用非手触式（脚踏式、肘式、感应式），室内配备动态空气消毒装置。 (2)有观察康复区域： ①至少有一间观察康复室，1~3 个床位，最好与手术室和抢救室相邻。 ②光线充足、通风良好，色调淡雅、柔和、温馨。 ③每床占使用面积 7 平方米以上。</p> <p>2.有对相关设施和设备的管理制度，设有专人管理。</p>
3.18.2 禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠。	
3.18.2.1 有禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠的相关措施。（★）	<p>【C】 1.有禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠制度，有指定负责人监督落实。 2.在重点区域(产科、超声检查室、门诊候诊区)等场所设置禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠的醒目标识。 3.实施医学需要的胎儿性别鉴定，由三人以上的专家组集体审核。经诊断，确需终止妊娠的，为其出具医学诊断结果，并通报县级卫生健康行政部门（有产前诊断资质的机构适用）。 4.承担施行终止妊娠手术的医务人员，应在手术前查验、登记受术者身份证、医学诊断结果或相应的证明。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。</p>
3.18.2.2 对人工终止妊娠药物的使用需遵循相关规定。	<p>【C】 1.终止妊娠药品必须在取得《母婴保健技术服务许可证》或《计划生育技术服务机构执业许可证》的医疗保健机构内，并在持有《母婴保健技术考核合格证书》的执业（助理）医师指导下，监护使用。 2.使用科室备用的终止妊娠药品专区存放，有明晰警示标识，账物相符。</p> <p>【B】符合“C”，并 药学部门定期检查，对存在问题和缺陷有分析、反馈、改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，持续改进有成效。</p>

3.18.3 有计划生育技术服务诊疗常规和操作规程，有计划生育并发症处理常规，定期对医务人员进行培训。	
3.18.3.1 有计划生育技术服务诊疗常规和操作规程，有计划生育并发症处理常规，开展计划生育手术应签署知情同意书，定期对医务人员进行培训。	【C】 1.有计划生育技术服务诊疗常规和操作规程。 2.熟练掌握各种计划生育手术。 (1)放、取宫内节育环。 (2)人工流产术（负压吸宫、钳刮术）的技术、方法和并发症的处理。 (3)药物流产的适应症和并发症的处理。 (4)中期妊娠引产技术、方法和并发症的处理。 (5)输卵管结扎术、输卵管复通术的方法和并发症的处理。 3.开展计划生育手术均签署知情同意书。 4.相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1.有计划生育并发症的处理常规。 2.定期对医护人员进行培训和考核，有记录（包括新上岗人员培训和再培训）。 3.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪，实施改进措施有成效。
3.18.3.2 为育龄女性（包括流产后女性和产后妇女）提供避孕节育知识的教育与指导。	【C】 1.有育龄女性（包括流产后女性和产后妇女）计划生育咨询服务制度与流程。 2.可提供基本的宣教资料（如纸质宣传单页或手册、模型、避孕药具、宣传板等）放置在候诊区、诊室、流产后观察室等场所，便于观看或取阅。 3.门诊及病房提供多种形式的避孕节育知识健康教育、咨询和就诊指导，并成为日常工作内容。有健康教育场地和一对一咨询场所。 4.由经过培训的计划生育技术服务人员提供标准化的健康教育内容，包括人工流产危害、流产后立即避孕的必要性和科学避孕方法选择等内容。
	【B】 达到“C”，并 有相对固定的咨询服务人员，并定期接受培训。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门履行监管的职责，有定期检查。
3.18.4 有计划生育技术服务相关信息登记、统计和上报工作制度，并有专人负责。	
3.18.4.1 有与计划生育服务相关的信息登记、统计和上报制度，设有专人负责并定期向主管的卫生健康行政部门报告。	【C】 1.有与计划生育服务相关的信息登记、统计和上报制度。 2.有专人负责统计并定期向主管的卫生健康行政部门报告。
	【B】 符合“C”，并 1.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。 2.有事实与记录证实相关职能部门履行监管的责任。
	【A】 符合“B”，并 有证据表明，向卫生健康行政部门提出意见和建议并被采用。

十九、妇女儿童营养保健管理

评审标准	评审要点
3.19.1 按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童营养保健工作。建立妇女儿童营养保健服务的转介机制和流程。	

<p>3.19.1.1 按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童营养保健工作。有具备相应资质的专业人员，有相关制度、职责并落实。</p>	<p>【C】 1.开展妇女儿童营养保健服务，开设孕产妇、儿童营养专科门诊。有相应资质的专业人员，人员职责明确，有与工作开展相适应的设备、设施。 2.有妇女儿童营养保健相关的工作制度和常规(如孕期营养、妊娠期糖尿病、儿童喂养与营养指导、营养测评及干预、饮食行为评估及干预、营养性疾病诊治等)、技术操作规程，并落实。 3.科室专业人员知晓相关工作职责，掌握技术规范、诊疗常规等。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.专科门诊至少有一位中级以上职称医师。 2.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪，实施改进措施有成效。</p>
<p>3.19.1.2 有妇女儿童营养保健服务的转介机制和流程。</p>	<p>【C】 1.院内有妇女儿童营养保健服务的转介服务工作要求、制度和转介流程。 2.各业务科室有转介服务工作登记、接受登记。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室每季度有转介服务工作量、内容等情况的统计和分析。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对转介服务有监督检查，不断完善转介服务流程。</p>
<p>3.19.2 提供营养评价、膳食营养咨询指导服务。</p>	
<p>3.19.2.1 提供营养评价、膳食营养咨询指导服务。</p>	<p>【C】 1.开设专科营养门诊。 2.提供营养咨询服务。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.提供各类营养不良/营养失衡妇女儿童的营养支持方案。 2.对妇女儿童实施营养评估，接受特殊、疑难及危重患儿的营养会诊。</p>
<p>3.19.3 对妊娠期糖尿病孕妇、早产儿、低出生体重儿、营养不良和单纯性肥胖儿童等孕产妇儿童营养性疾病的重点人群建立专案，进行诊断、干预评估和追踪随访，并提供个性化的营养健康教育。</p>	
<p>3.19.3.1 对妇女儿童营养性疾病的重点人群建立专案，进行诊断、干预评估和追踪随访。</p>	<p>【C】 对妊娠期糖尿病孕妇、早产儿、低出生体重儿、营养不良和单纯性肥胖儿童等妇女儿童营养性疾病的重点人群建立专案并提供营养指导。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。 2.对重点人群进行诊断、干预评估和追踪随访，有记录。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对改进结果有跟踪，实施改进措施有成效。</p>
<p>3.19.3.2 对重点人群提供个性化的营养健康教育服务。</p>	<p>【C】 由经过培训的人员提供标准化的宣教内容，并纳入孕妇学校、家长学校、育儿学校的教学内容。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.有多种形式的疾病营养指导、营养健康教育资料。 2.对重点人群提供个性化的营养与健康宣传教育服务。 3.对重点人群中的住院对象在出院时提供个性化膳食营养指导。</p>

二十、妇女儿童心理保健管理

评审标准	评审要点
3.20.1 按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童心理保健工作。建立妇女儿童心理保健服务的转介机制和流程。	
3.20.1.1 按照国家相关工作规范、技术规范等要求开展妇女儿童心理、监测、干预及转诊工作。有妇女儿童心理保健管理相关工作制度、岗位职责。	【C】 1.开展妇女儿童心理保健服务。 2.按照《孕产期保健工作规范》、《儿童心理保健技术规范》等国家相关工作规范、技术规程要求，有妇女儿童心理保健相关的工作制度、岗位职责和诊疗常规、技术操作规程及心理性疾病转诊流程并落实。 3.科室专业人员知晓相关工作职责，掌握诊疗常规、技术规范与流程等。
	【B】 符合“C”，并 1.开设妇女儿童心理专科门诊。 2.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪评价。
3.20.1.2 有妇女儿童心理保健服务的转介机制和流程。	【C】 1.院内有妇女儿童心理保健服务的转介服务工作要求、制度和转介流程。 2.各业务科室有转介服务工作登记、接受登记。
	【B】 符合“C”，并 科室每季度有转介服务工作量、内容等情况统计和分析。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门对转介服务情况进行检查，不断完善转介服务流程。
3.20.2 提供儿童心理行为发育异常筛查和妇女儿童心理疾病的识别、心理咨询、心理行为异常康复指导和基本干预训练、心理健康促进等服务。	
3.20.2.1 有妇女、儿童心理卫生的服务场所、专业人员、设备、设施。	【C】 1.有布局和流程合理的相对独立分区，满足工作需要，设心理测量与评估室、心理咨询与治疗室。 2.从事妇女儿童心理保健门诊的专业技术人员应取得相应的任职资格，知晓本岗位职责。具备妇女儿童心理保健的知识与技能，掌握心理评估、康复训练、心理放松训练等基本技能。 3.有与工作开展相适应的设备、设施，包括心理测量量表、工具、软件等。
	【B】 符合“C”，并 能开展团体治疗。
	【A】 符合“B”，并 具有沙盘、生物反馈治疗等设备。
3.20.3 对更年期综合症、产后抑郁、儿童智力发育障碍、运动发育障碍、儿童孤独症患者等重点人群建立专案，进行管理和追踪随访，并提供个性化的心理健康教育。	
3.20.3.1 对妇女儿童心理疾病的重点人群建立专	【C】 1.有重点人群专案管理工作制度，有专人负责。 2.医务人员应负责对就诊资料予以保密。

案，进行诊断、干预评估和追踪随访。	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.对更年期综合症、产后抑郁、儿童智力发育障碍、运动发育障碍、儿童孤独症患者等重点人群建立专案，有相对固定的人员负责提供诊断、干预评估、转诊和追踪随访，有记录。</p> <p>2.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪评价。</p>
3.20.3.2 多渠道、多形式开展对妇女、儿童心理保健的健康教育活动，提供个性化的心理健康教育。	<p>【C】</p> <p>1.有相关健康教育资料（如纸质宣传单页或手册、宣传板等）放置在候诊区、诊室等场所，便于观看或取阅；开展多渠道、多形式的健康教育活动。</p> <p>2.由经过培训的人员提供标准化的健康教育内容，包括孕产期心理保健、更年期心理保健、儿童心理卫生等内容，纳入孕妇学校、育儿学校的教学。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.对重点人群提供个性化的心理健康健康教育服务。</p> <p>2.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪评价。</p>

二十一、妇女儿童康复治疗管理

评审标准	评审要点
3.21.1 按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童康复治疗工作。建立妇女儿童康复治疗服务的转介机制和流程。	
3.21.1.1 按照卫生健康行政部门有关工作规范、技术规范等要求开展妇女儿童康复治疗，有妇女儿童康复保健管理相关工作制度、岗位与人员职责。	<p>【C】</p> <p>1.按照卫生健康行政部门有关工作规范、技术规范等要求开展妇女儿童康复治疗。</p> <p>2.有相关的工作制度、诊疗常规、技术操作规程，人员职责明确。</p> <p>3.科室专业人员知晓相关工作制度与职责，掌握技术规范、诊疗常规与流程等。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有评价。</p>
3.21.1.2 有妇女儿童康复治疗服务的转介机制和流程。	<p>【C】</p> <p>1.院内有妇女儿童康复的转介服务的工作制度和转介流程。</p> <p>2.各业务科室有转介服务工作登记、接受登记。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室每季度有转介服务工作量、内容等情况统计和分析。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对转介服务有监督检查，不断完善转介服务流程。</p>
3.21.2 对妇女产后、盆底功能障碍和发育异常儿童等提供康复治疗前评估、康复治疗方案、康复治疗和指导、治疗效果评估。	
3.21.2.1 康复医师对每位需要	<p>【C】</p> <p>1.康复医师对每位需要进行康复治疗的患者有明确的诊断与治疗前评估，并制订康</p>

进行康复治疗的患者有明确的诊断与治疗前评估，制订康复治疗方	复治疗方案。 2.康复治疗由康复医师、治疗师、护士、病人及家属共同落实，要给予患者康复治疗和指导。
	【B】符合“C”，并 科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪评价。
3.21.2.2 有妇女儿童康复治疗效果评定标准与程序。定期对康复治疗与训练效果进行评估。	【C】 1.有妇女儿童康复治疗效果评定的标准与程序。定期对每一个患者康复治疗与训练效果进行系统的效果评估。 2.相关人员知晓效果评定的标准与程序并落实。
	【B】符合“C”，并 科室有自查记录，对存在问题与缺陷进行评估、分析、反馈和整改。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。
3.21.3 对妇女产后、盆底功能障碍和儿童脑瘫等重点人群建立专案，进行管理和追踪随访，并提供个性化的康复治疗健康教育。	
3.21.3.1 对妇女产后、盆底功能障碍和儿童脑瘫等重点人群建立专案，进行诊断、干预评估和追踪随访，有记录。	【C】 1.有对重点人群建立专案管理制度，专人负责。 2.对妇女产后、盆底功能障碍和儿童脑瘫等重点人群建立专案，有相对固定的人员负责，提供诊断、干预评估、转诊和追踪随访，有记录。
	【B】符合“C”，并 科室有自查记录，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。
3.21.3.2 提供个性化的康复治疗健康教育。	【C】 1.对康复治疗的妇女及儿童家长提供个性化的康复治疗健康教育服务。 2.将康复治疗纳入孕妇学校、家长学校等的教学内容。 3.开展家庭康复指导。
	【B】符合“C”，并 科室有自查记录，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。

二十二、妇女儿童中医服务管理

评审标准	评审要点
3.22.1 按照有关工作规范、技术规范，开展妇女儿童中医医疗保健服务。	
3.22.1.1 按照有关工作规范、技术规范，开展妇女	【C】 1.按照有关工作规范、技术规范，根据本院专业特色，开设中医专业不少于 2 个，孕产保健、儿童保健、妇女保健均要提供不少于 2 种中医诊疗技术服务。

儿童中医医疗保健服务。	2.根据本院规模、条件和工作需要，配备中医诊疗设备。 3.中医师具备中医类别任职资格。 【B】 符合“C”，并能够提供中成药、针灸、推拿等中医服务。
3.22.2 有中医诊疗规范，将中医药服务的理念和方法融入到妇女儿童医疗保健服务中。	
3.22.2.1 有中医诊疗规范，开展辨证施治。	【C】 1.有中医特色的诊疗规范，开展辨证施治。 2.应用及推广中医适宜技术。 3.根据中医或中西医结合特色，开展培训与教育活动。 【B】 符合“C”，并定期自查、评估、分析、整改。 【A】 符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，定期评价、分析和反馈。
3.22.2.2 将中医药服务的理念和方法融入到妇女儿童医疗保健服务中，建立妇女儿童中西医医疗保健服务的双向转介机制和流程。	【C】 有中医与西医医疗保健服务的双向转介服务流程，为妇女儿童提供多方位的医疗保健服务，有转介服务记录。 【B】 符合“C”，并中医与西医医疗保健服务的双向转介率逐年提高。

二十三、手术治疗管理

评审标准	评审要点
3.23.1 实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度，建立定期手术医师资格和能力评价与再授权的机制，建立医师技术操作及手术档案，为定期手术医师资格和能力评价与再授权提供依据。	
3.23.1.1 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。	【C】 1.手术分级授权管理，实施能力评价，落实到每一位手术医师，公示名单。 2.手术医师的手术权限与其资格、能力相符。 3.手术医师均知晓，执行率 100%。 4.计划生育手术医师还须取得《母婴保健技术考核合格证书》资格。 【B】 符合“C”，并科室建立医师技术操作及手术档案，记录每位医师的手术名称、职位、例数、并发症、预防性抗菌药使用、输血量及非计划再次手术发生情况等信息，为定期手术医师资格和能力评价与再授权提供依据。 【A】 符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理。
3.23.2 有患者病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范制定诊疗和手术方案，依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案，均应记录在病历中。	
3.23.2.1 有患者病情评估与术前讨论制度。	【C】 1.有患者病情评估制度，在术前完成病史、体格检查、影像与实验室资料等综合评估。 2.有术前讨论制度。根据手术分级和患者病情，确定参加讨论人员及内容，内容包括： (1)患者术前病情评估的重点范围；

	<p>(2)手术风险评估；</p> <p>(3)术前准备；</p> <p>(4)临床诊断、拟施行的手术方式、手术风险与利弊；</p> <p>(5)明确是否需要分次完成手术等。</p> <p>3.对相关岗位人员进行培训。</p>
	<p>【B】符合“C”，并对术前讨论有明确的时限要求并记录在病历中。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对制度落实情况定期检查，并有分析、反馈和整改措施，改进有成效。</p>
3.23.2.2 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。（★）	<p>【C】</p> <p>1.为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。</p> <p>2.手术治疗计划记录于术前病程记录中，至少包括，但不限于：</p> <p>(1)术前诊断；</p> <p>(2)拟施行的手术名称；</p> <p>(3)可能出现的问题与对策；</p> <p>(4)确定术者、一助；</p> <p>(5)由上级医师签名确认；</p> <p>(6)本院设定的其他内容等。</p> <p>3.根据手术治疗计划或方案进行手术前的各项准备。</p>
	<p>【B】符合“C”，并对高难高风险手术有明确定义，其手术治疗计划或方案由副高级以上医师或科主任签名确认。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施，改进有成效。</p>
3.23.3 患者手术前的知情同意包括术前诊断、手术目的和风险、手术方式、是否输血、抗菌药物的使用、高值耗材的使用与选择，以及其他可选择的诊疗方法等。	
3.23.3.1 在患者手术前履行知情同意。	<p>【C】</p> <p>1.手术医师知晓落实患者知情同意管理的相关制度与程序。</p> <p>(1)手术前谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中；</p> <p>(2)手术前应向患者或其近亲属、授权委托人充分说明手术指征、手术风险与利弊、手术方式、是否输血、抗生素的使用、高值耗材的使用与选择、可能的并发症及其他可供选择的诊疗方法等，并签署知情同意书；</p> <p>(3)肿瘤手术应以病理诊断为决定手术方式的依据。根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者或其近亲属、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署知情同意书；</p> <p>(4)手术前应向患者或其近亲属、授权委托人充分说明使用血与血制品的必要性，使用的风险和利弊及其他可选择办法等。</p> <p>2.对术前履行知情同意有明确的时限要求，并记录。</p> <p>3.知情同意书应由手术医师先签署，然后由患者或近亲属、授权委托人签署。</p> <p>4.对临床科室手术医师进行相关教育与培训。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 相关职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 知情同意书签署规范，内容完整，合格率 100%。</p>
3.23.4 建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。	
3.23.4.1	<p>【C】</p>

有重大手术报告审批制度。	<p>1.手术医师知晓有重大手术（包括急诊情况下）报告审批管理的制度与流程。</p> <p>2.有明确需要报告审批的手术目录。</p> <p>3.对临床科室手术医师进行相关教育与培训。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室对特殊手术严格执行报告审批制度，书写内容完整，自查合格率 100%。</p>
3.23.4.2 有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。	<p>【C】</p> <p>1.手术医师知晓急诊手术管理的相关制度与流程。</p> <p>2.有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施，改进有成效。</p>
3.23.5 手术的全过程情况和术后注意事项及时、准确地记录在病历中；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。	
3.23.5.1 按照《病历书写基本规范》完成手术记录与术后首次病程记录。	<p>【C】</p> <p>1.手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记录（特殊情况下，由一助书写，主刀签名）。</p> <p>2.参加手术的医师在术后即时完成术后首次病程记录。</p> <p>3.手术记录内容，至少包括，但不限于：</p> <p>(1)一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）；</p> <p>(2)手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法；</p> <p>(3)手术经过、术中出现的情况及处理；</p> <p>(4)手术标本去向、出血与输血量；</p> <p>(5)手术方式变更有上级医师签名确认；</p> <p>(6)本院设定的其他内容等。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 手术记录和病程记录及时、完整，合格率 100%。</p>
3.23.5.2 手术离体组织（肿瘤）必须做病理学检查，明确术后诊断，并记录。	<p>【C】</p> <p>1.手术医师知晓对手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程，肿瘤手术切除组织送检率 100%。</p> <p>2.手术护士知晓手术室有具体措施保障规定与执行程序。</p> <p>【B】符合“C”，并 对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果记入病程记录。</p> <p>【A】符合“B”，并 手术离体组织送检率 100%。</p>
3.23.6 做好患者手术后治疗、观察与护理工作，并记录在相应的医疗文书中。	
3.23.6.1 制订患者术后医疗、护理和其他服务计划。	<p>【C】</p> <p>相关人员知晓有术后患者管理相关制度与流程。</p> <p>(1)手术后医嘱必须由手术医师或由手术者授权委托的医师开具。</p> <p>(2)每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。</p> <p>(3)对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。</p> <p>(4)在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、或再手术等方案。</p> <p>【B】符合“C”，并 科主任与质量管理小组履行监管职责，并有定期分析、反馈和整改措施。</p>

	<p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施，改进有成效。</p>
3.23.6.2 手术后并发症的风险 评估和预防措施到 位。	<p>【C】 1.医务人员熟悉手术后常见并发症。 2.对大型手术、高危手术患者有风险评估 3.手术后并发症的预防措施落实到位。</p> <p>【B】符合“C”，并 术前术后有风险评估、有预防“深静脉栓塞”、“肺栓塞”等并发症的常规与措施， 并得到遵循。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施，改进有成效。</p>
3.23.7 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。	
3.23.7.1 有“非计划再次手术” 的监测、原因分析、 反馈、整改和控制体 系。（★）	<p>【C】 手术医师知晓“非计划再次手术”是对手术科室质量评价的重要指标及其相关管理制度。</p> <p>【B】符合“C”，并 把“非计划再次手术”指标作为对手术医师资格评价、再授权的重要依据。</p> <p>【A】符合“B”，并 职能部门与科主任应将“非计划再次手术”作质量“危急值”管理，即时现场处理与 评价，提出改进措施，改进有成效。</p>

二十四、麻醉管理

评审标准	评审要点
3.24.1 实行麻醉医师资格分级授权管理制度与规范，有定期能力评价与再授权的机制。	
3.24.1.1 实行麻醉医师资格分 级授权管理，并有明 确的制度。	<p>【C】 1.麻醉医师知晓麻醉医师资格分级授权管理相关制度与程序。 2.麻醉分级授权管理落实到每一位麻醉医师，权限设置与其资格、能力相符。</p> <p>【B】符合“C”，并 独立实施麻醉的医师须具备中级以上职称。</p> <p>【A】符合“B”，并 主管部门对授权情况实施动态管理。有监督检查、反馈、处理。</p>
3.24.1.2 对麻醉医师有定期执 业能力评价和再授权 制度。	<p>【C】 1.有定期对麻醉医师执业能力评价与再授权的制度，并落实。 2.麻醉医师均能知晓上述制度。</p> <p>【B】符合“C”，并 有麻醉医师定期执业能力评价与再授权的档案资料。</p> <p>【A】符合“B”，并 公开麻醉医师权限，及时更新相关信息。</p>
3.24.1.3 麻醉医师经过严格的 专业理论和技能培	<p>【C】 1.麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。 2.每位麻醉医师均经心肺复苏高级教程培训，能熟练掌握。跟踪最新指南，及时</p>

训，完成继续教育。	<p>更新心肺复苏流程。</p> <p>【B】符合“C”，并麻醉医师定期（至少每年）接受继续教育知识更新。</p> <p>【A】符合“B”，并麻醉医师继续教育达标率≥95%。</p>
3.24.1.4 手术麻醉人员配置合理。	<p>【C】</p> <p>1.人员配置合理，基本满足临床需要。手术室护理人员人数与手术台比例不低于2.5:1。</p> <p>2.有明确的岗位职责，相关人员知晓本岗位的履职要求。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.麻醉科主任具有高级职称任职资格。</p> <p>2.护士长应当具有中级以上职称。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.麻醉医师人数与手术台比例不低于2:1。</p> <p>2.每张手术台配备一名麻醉住院医师及一名主治以上的麻醉医师。</p>
3.24.2 实行患者麻醉前病情评估制度，制订治疗计划/方案，风险评估结果记录在病历中。	
3.24.2.1 有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。	<p>【C】</p> <p>1.有患者麻醉前病情评估制度，至少包括，但不限于</p> <p>(1)明确患者麻醉前病情评估的重点范围。</p> <p>(2)手术风险评估。</p> <p>(3)术前麻醉准备。</p> <p>(4)对临床诊断、拟施行的手术、麻醉方式与麻醉的风险、利弊进行综合评估。</p> <p>(5)本院设定的其他内容等。</p> <p>2.对高风险择期手术、新开展手术或麻醉方法，进行麻醉前讨论。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>相关职能部门履行监管职责，有监管检查、反馈、改进措施，改进有成效。</p>
3.24.2.2 由具有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制订麻醉计划。	<p>【C】</p> <p>1.由具有资质和授权的麻醉医师为每位手术患者制订麻醉计划。</p> <p>2.麻醉计划记录于病历中，包括拟施行的麻醉名称、可能出现的问题与对策等。</p> <p>3.根据麻醉计划进行麻醉前的各项准备。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>按照计划实施麻醉，变更麻醉方法要有明确的理由，并获得上级医师的指导和同意，家属知情，记录于病历/麻醉单中。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>科主任与质控小组每月应对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、分析。</p>
3.24.3 患者麻醉前的知情同意，包括麻醉方式的选择，麻醉中、麻醉后可能发生的意外和并发症以及其他可能的选择。	
3.24.3.1 履行麻醉知情同意。	<p>【C】</p> <p>1.在麻醉前应由麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人进行知情同意。</p> <p>2.向患者、近亲属或授权委托人说明，至少包括，但不限于：</p>

	<p>(1)麻醉前病情评估的结果； (2)所选的麻醉方案风险、益处； (3)术后镇痛风险、益处； (4)其他可供选择的方案； (5)本院设定的其他内容等。 3.签署麻醉知情同意书并存放在病历中。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 相关职能部门履行监管职责，科室持续改进有成效。</p>
<p>3.24.4 实施麻醉操作的全过程必须记录于病历/麻醉单中。</p>	
<p>3.24.4.1 执行手术安全核查， 麻醉的全过程在病历 /麻醉单上得到充分 体现。</p>	<p>【C】 1.按照规定，执行手术安全核查。 2.按规定内容书写麻醉单。 3.麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 1.科室有专门质控人员负责定期检查、反馈。 2.相关职能部门有检查、反馈、总结，有改进措施。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 1.麻醉师参加手术安全核查并签字达 100%。 2.麻醉单及相关记录真实、准确、完整，符合规范，合格率 100%。</p>
<p>3.24.4.2 有麻醉过程中的意外 与并发症处理规范。</p>	<p>【C】 1.麻醉医师 100%知晓麻醉过程中的意外与并发症处理规范与流程。 (1)有及时报告的流程。 (2)处理过程应该得到上级医师的指导。 (3)处理过程记录于病历/麻醉单中。 2.麻醉医师对规范和流程的知晓率。 3.各项麻醉意外与并发症的预防措施落实到位。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 至少每半年一次“落实麻醉意外与并发症的预防和应急处理措施”的再培训。</p>
	<p>【A】符合“B”，并。 医务科、科主任、质控小组对每一发生麻醉意外和并发症的病例皆行讨论、分析、整改，有记录，改进有成效。</p>
<p>3.24.4.3 有麻醉效果评定。</p>	<p>【C】 有麻醉效果评定的标准与流程，对每例麻醉有效果评定的记录。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 科主任与质控小组每季度对麻醉效果资料进行分析、评价、总结，有改进措施。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 科主任、质控小组运用质量管理工具展示麻醉效果的变化趋势，改进有成效。</p>
<p>3.24.5 有全身麻醉后复苏管理，管理措施到位，实施规范的全程监测，记录麻醉后患者的恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。</p>	

<p>3.24.5.1 有全身麻醉后复苏管理措施，配置合理设备，管理措施到位。</p>	<p>【C】 1.有全身麻醉后的复苏管理措施，实施规范的全程监测。 2.复苏需配备吸氧设备，包括无创血压和血氧饱和度在内的监护设备，并配备呼吸机等必须设备及抢救用药，满足需求。</p> <p>【B】符合“C”，并设施设备处于备用状态。</p>
<p>3.24.5.2 全身麻醉患者复苏的监护结果和处理均有记录。</p>	<p>【C】 1.全身麻醉患者复苏的监护结果和处理均有记录。 2.全身麻醉患者 Steward 评分结果记录在病历中。</p>
<p>3.24.6 建立分娩镇痛和术后患者的镇痛治疗管理规范与程序，能有效执行。</p>	
<p>3.24.6.1 建立分娩镇痛和术后患者的镇痛治疗管理规范与流程，能有效地执行。</p>	<p>【C】 1.麻醉医师掌握分娩镇痛与术后镇痛管理与治疗规范，至少还应做到： ①麻醉医师保障母婴安全，参与分娩过程； ②签署分娩镇痛知情同意书； ③有明确分娩镇痛禁忌证； ④有明确分娩镇痛中监测内容。 2.对参与术后疼痛治疗的相关医护人员进行定期培训与考核。</p> <p>【B】符合“C”，并评价术后镇痛治疗效果有记录。</p>
<p>3.24.7 建立麻醉科与输血科/血库（或输血管理组织）的有效沟通，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。</p>	
<p>3.24.7.1 建立麻醉科与输血科/血库（或输血管理组织）的有效沟通，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。</p>	<p>【C】 1.有手术中用血的相关制度与流程，手术用血有严格的指征。 2.有麻醉科与输血科/血库（或输血管理组织）沟通的流程。 3.有手术用血前评估和用血疗效评估。 4.相关人员知晓术中用血的制度与流程，并严格执行。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.麻醉科与手术科室和输血科/血库（或输血管理组织）等人员能有效沟通，保障术中输血及时、合理、安全。 2.科室定期对术中用血进行总结、分析、整改。 3.相关职能部门进行检查、反馈，对存在的问题，及时整改。</p> <p>【A】符合“B”，并术中合理用血率$\geq 95\%$。</p>
<p>3.24.8 科室质量与安全管理小组能用麻醉工作质量和安全管理规章、岗位职责、各类麻醉技术操作规程、质量与安全指标来确保患者麻醉安全，定期评价服务质量，促进持续改进，确保患者麻醉安全。</p>	
<p>3.24.8.1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，开展质量与安全</p>	<p>【C】 1.由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责科室质量与安全管理。 2.有完善的规章制度、岗位职责、诊疗规范、操作规程。 3.有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。</p>

管理。	<p>【B】符合“C”，并 质量与安全管理小组履行职责，定期对制度进行自查、评估、分析，有整改措施。</p> <p>(1)术后随访制度。 (2)麻醉不良事件无责上报制度。 (3)手术安全核查与手术风险评估制度。 (4)麻醉药品管理制度。 (5)麻醉质量监测指标数据可靠性评估。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对措施落实情况进行追踪评价，改进有成效。</p>
3.24.8.2 开展质量与安全管理培训。	<p>【C】 1.依据院质量与安全管理计划，制订本科室质量与安全培训计划并实施。 2.相关人员知晓培训内容，掌握并执行核心制度、岗位职责、诊疗常规、技术操作规程并严格遵循。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.对质量与安全管理制度、诊疗常规、操作规程等进行检查落实。 2.对质量与安全管理的培训重点内容进行考核。</p> <p>【A】符合“B”，并 培训覆盖率 100%，培训考核合格率≥95%。</p>
3.24.8.3 定期收集、分析麻醉质量数据，开展麻醉质量评价。	<p>【C】 1.定期收集麻醉质量与安全相关的数据。 (1)麻醉工作量：各种麻醉例数。心肺复苏例数、麻醉复苏室例数等。 (2)严重麻醉并发症：麻醉意外死亡、误咽、误吸引发梗阻、出麻醉复苏室全身麻醉患者 Steward 评分≥4 分的例数等。 (3)各类术后患者自控镇痛（PCA）例数。 2.运用适宜的评价方式与工具，定期开展麻醉质量评价。 3.将麻醉并发症的预防措施与控制指标作为科室质量与安全管理与评价的重点内容。 4.定期评价“手术安全核查与手术风险评估制度”的执行情况。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.科质控小组对收集的本科室数据，运用质量管理工具展示管理成效的变化趋势，有季度通报、半年小结、年度总结报告。 2.根据评价结果，进行分析、总结，针对存在的问题采取改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门有监管，持续改进有成效，质量有提高。</p>

二十五、医院感染管理

评审标准	评审要点
3.25.1 有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规章要求，并与本院功能任务及医疗保健服务相匹配。	
3.25.1.1	【C】

<p>依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。</p>	<p>1.院长负责确定医院感染管理组织的职责，成立医院感染管理委员会，实行管理问责制，至少每年召开两次工作会议，有会议记录或会议简报。</p> <p>2.院长负责确定医院感染监测的重点和年度重点工作，并传递到全体职工。</p> <p>3.医院感染管理部门配专职人员，具有岗位培训证书，明确工作制度与职责，负责人具备中级以上职称任职资格。</p> <p>4.科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.医院感染管理纳入医院质量与安全管理总体方案。</p> <p>2.有对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查，定期召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>2年内无重大院内感染暴发责任事件。</p>
<p>3.25.1.2 有相应的规章制度，将医院感染的预防与控制贯彻于所有医疗保健服务中。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有根据相关法律法规制订的医院感染预防与控制制度。</p> <p>2.有针对所有医疗保健活动和工作流程而制订的具体措施，并落实。</p> <p>3.医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门院感特点。</p> <p>4.全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。</p> <p>5.有针对各级各类人员的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容，并落实。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>院感管理部门、医务科、护理部、质控部门等对医院感染控制效果进行追踪与评价，对发现问题及缺陷及时反馈，有改进措施。</p>
<p>3.25.2 按照《医院感染监测规范》监测重点环节、重点人群、高危因素及手术室、产房、母婴同室病房、新生儿病房等，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。</p>	
<p>3.25.2.1 由感染专职人员开展目标性监测，对重点环节、重点人群与高危因素的监测，对主要部位感染有具体预防控制措施并实施。（★）</p>	<p>【C】</p> <p>1.医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。</p> <p>2.有院感染监测计划，有目标性监测，监测的目录/清单范围符合《医院感染监测规范》要求，并覆盖全部医院感染监测项目及不同标本类型。</p> <p>3.对重点环节、重点人群与高危因素实施监测（范围、方法、频率，数据来源追踪）：</p> <p>(1)导管相关性血源感染（CRBSI）千日感染率；</p> <p>(2)呼吸机相关肺炎（VAP）千日感染率；</p> <p>(3)尿路感染（UTI）千日感染率；</p> <p>(4)I类切口感染率（按手术风险分类）；</p> <p>(5)省级卫生健康行政部门及本院设定的监测项目。</p> <p>4.落实对主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，至少包含，但不限于：</p> <p>(1)下呼吸道感染的预防控制；</p> <p>(2)手术部位感染的预防控制；</p> <p>(3)导尿管相关尿路感染的预防控制；</p> <p>(4)血管导管相关血流感染的预防控制；</p> <p>(5)皮肤软组织感染的预防控制；</p> <p>(6)省级卫生健康行政部门及本院设定的防控项目。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制订针对性的控制措施。</p>

	<p>【A】符合“B”，并对评审前三年实施感染控制监测的数据进行分析，运用质量管理工具展示业绩变化的趋势，做到季度通报、半年小结、年度总结报告。</p>
<p>3.25.2.2 手术室、产房、母婴同室病房、新生儿病房的医院感染管理。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合《医院感染管理办法》中对医院感染管理的基本要求。 2.手术室、产房周围环境必须清洁、无污染源，相对独立。 3.母婴同室病房内每张产妇床位的使用面积不应少于 6m²，每名婴儿应有一张床位，占地面积不应少于 2m²。 4.新生儿病房应相对独立，布局合理，有 NICU、隔离室、配奶间、沐浴室、治疗室等，严格管理。 5.艾滋病病毒感染住院患者的院感防控应符合相关要求。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.隔离待产室和隔离分娩室所有器械应单独使，用后的产房、产床应彻底消毒。 2.相关人员均知晓管理要求。 <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门与院感管理部门履行监管职责，有监管检查、反馈、改进措施，改进有成效。</p>
<p>3.25.2.3 有医院感染暴发报告流程与处置预案。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相关人员知晓医院感染暴发报告流程与处置预案，有医院感染暴发报告的信息核查机制。 2.有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。 3.有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施。 <p>【B】符合“C”，并根据医院感染暴发情况确定指挥系统、重点科室和重点人员，制订各类演练的脚本，并进行演练。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。 2.相关人员对医院感染暴发报告流程和处置预案知晓率大于 90%。
<p>3.25.3 执行手卫生规范，</p>	<p>实施依从性监管与改进活动。</p>
<p>3.25.3.1 执行手卫生规范，实施依从性监管。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期开展手卫生知识与技能的培训，并有记录。 2.手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求。 3.医务人员手卫生知识知晓率达 100%。 <p>【B】符合“C”，并 重点科室能开展手卫生依从性和正确性监测，有院科两级对手卫生规范执行情况的监督检查，有整改措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 医务人员手卫生依从性不断提高，洗手方法正确率≥95%。</p>
<p>3.25.4 有多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理的规范与程序，实施监管与改进活动。</p>	
<p>3.25.4.1 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有医院感染管理部门、微生物实验室（检验部门）、药学部门、医疗保健科室对多种耐药菌管理定期联席会制度，有牵头部门，分工明确，职责清楚。

<p>序，实施监管与改进。</p>	<p>2.针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作，制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。</p> <p>(1)有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒的制度等。</p> <p>(2)根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。</p> <p>(3)有落实耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）或耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯肠杆菌(CRE)、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌(CRAB)和铜绿假单胞菌（CRPA）的控制措施。</p> <p>3.对临床医护人员和微生物实验室或检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，有相应的隔离措施和实施记录。细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。</p> <p>2.至少每半年向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.多重耐药菌医院感染控制有效，抗菌药物使用合理。</p> <p>2.医院临床微生物实验室能满足临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性分析的需求。</p> <p>3.相关职能部门对多重耐药菌医院感染情况的监督检查，根据监管情况采取相应改进措施。</p>
<p>3.25.5 有细菌耐药监测及预警机制，各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。</p>	
<p>3.25.5.1 有细菌耐药监测及预警机制，各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。</p>	<p>【C】</p> <p>有细菌耐药监测及预警机制，并定期（至少每季度）进行反馈，指导合理使用抗菌药物。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>临床重点部门负责人了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。</p>
<p>3.25.6 消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员能获得并正确使用符合国家标准消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。</p>	
<p>3.25.6.1 根据国家法规，结合本院具体情况，制订全院和不同部门的消毒与隔离制度。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有全院和重点部门的消毒与隔离工作制度。</p> <p>2.有保障重点部门落实消毒与隔离制度，并执行，至少包含，但不限于：</p> <p>(1)各重症监护病房（室）；</p> <p>(2)新生儿室/病房；</p> <p>(3)分娩室/产房；</p> <p>(4)手术室（含门诊、住院、急诊）；</p> <p>(5)内镜室；</p> <p>(6)感染性疾病科；</p> <p>(7)口腔科；</p> <p>(8)消毒供应室/中心；</p> <p>(9)省级卫生健康行政部门及医院设定的重点部门。</p>

	<p>3.所有医务人员防护用品符合国家规定。</p> <p>4.有对医务人员进行医院感染相关知识、消毒与隔离技术、职业暴露预防处置的教育与培训，有培训考核记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 院感管理部门对重点部门落实消毒与隔离制度进行监督检查。</p> <p>【A】符合“B”，并 医院感染管理组织能运用质量管理工具展示消毒与隔离工作情况和存在问题缺陷根据分析结果，提出改进措施有半年及年度分析报告（近二年）。</p>
3.25.6.2 有满足消毒要求的合格设备、设施与消毒剂。	<p>【C】</p> <p>1.有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂。</p> <p>2.医用耗材、消毒隔离相关产品符合国家的有关要求，证件齐全，质量和来源可追溯。</p> <p>3.院感控部门对医用耗材、消毒隔离相关产品采购质量有监管。</p> <p>4.定期对消毒剂的浓度、有效性等进行监测。</p> <p>【B】符合“C”，并 院感控部门对设备设施及消毒剂检测结果进行定期分析与反馈及改进。</p>
3.25.6.3 消毒供应的清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	<p>【C】</p> <p>1.有清洗消毒及灭菌技术操作规程。</p> <p>2.有清洗消毒及灭菌效果有监测的程序与规范，判定标准。</p> <p>3.相关人员知晓相关规范并执行。</p> <p>4.消毒供应的清洗消毒及灭菌效果监测落实到位，并有原始记录与监测报告，灭菌合格率 100%。</p> <p>【B】符合“C”，并 消毒供应室定期自查，发现问题及时整改。</p> <p>【A】符合“B”，并 院感控部门会同护理部对落实情况有监管、评价，对存在问题与缺陷有改进措施。</p>
3.25.7 按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。	
3.25.7.1 按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。	<p>【C】</p> <p>1.按照《医疗废物管理条例》要求制订本院医疗废物（包括污水处理）管理制度与处理规范。</p> <p>2.各类医疗废物、污水处理符合相关规范。</p> <p>3.对相关人员进行培训，医疗废物、污水处理人员知晓相关规定并能严格遵照执行。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门履行监管，对落实情况进行监督检查。</p> <p>【A】符合“B”，并 医疗废物、污水处理符合规范，监测合格，资料完整，通过环保部门评估。</p>
3.25.8 按照卫生健康行政部门的要求上报医院感染监测信息。	
3.25.8.1 按照卫生健康行政部门的要求上报医院感染监测信息。	<p>【C】</p> <p>按照卫生健康行政部门的要求上报医院感染监测信息。</p> <p>【B】符合“C”，并 有指定专人负责上报医院感染监测信息，信息经过审核，保障真实、准确。</p> <p>【A】符合“B”，并 医院感染管理组织将本单位的监测结果与省市医院感染质量控制中心发布本地区的医院感染监测信息比较分析，并运用质量管理工具展示业绩变化的趋势，做到季度通报、半年小结、年度总结报告。</p>

二十六、感染性疾病管理

评审标准	评审要点
3.26.1 根据相关法规及辖区卫生健康行政部门的要求设置感染性疾病科（门诊）/发热门诊/肠道传染病门诊等部门，其建筑规范、医疗设备设施和人员应符合国家有关规定。	
3.26.1.1 根据相关法规及辖区卫生健康行政部门的要求设置感染性疾病科（门诊）或发热门诊/或肠道传染病门诊等部门，其建筑规范、医疗设备设施和人员应符合国家有关规定。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根据相关法规要求设置感染性疾病科（门诊）/发热门诊/肠道传染病门诊，其建筑规范、医疗设备和设施基本符合规范，人员符合规范。 2.有感染性疾病患者就诊流程规定并公示。 3.出诊医师具有感染性疾病的诊断能力，具有临床微生物学、抗菌药物应用、传染病学、流行病学等专业知识及丰富的临床经验。 4.对医护人员进行相关制度、规范的培训。
3.26.2 落实传染病预检分诊制度，实行首诊负责制，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者，协助专业公共卫生机构及有关部门进行突发公共卫生事件和传染病疫情调查、采样与处理以及相关控制传播措施。	
3.26.2.1 落实传染病预检分诊制度，实行首诊负责制，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者，协助专业公共卫生机构及有关部门进行突发公共卫生事件和传染病疫情调查、采样与处理以及相关控制传播措施。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相关人员知晓传染病的门、急诊预检分诊制度，并得到遵循。 2.执行“首诊负责制”，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者。 <p>【B】符合“C”，并有重点传染病防治和突发公共卫生事件救治小组。</p>
3.26.3 为医务人员提供符合国家标准消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。	
3.26.3.1 为医务人员提供符合国家标准消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有根据医务人员在工作时的危险性程度采取分级防护的规定，防护措施适宜。 2.医务人员使用的消毒与防护用品应当符合国家医用级标准，配置完整、充足，便于医务人员获取和使用。 3.接触血液、体液、分泌物、排泄物等物质以及被其污染的物品时应当戴手套。 4.诊疗艾滋病患者，医护人员应严格遵守《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护指导原则》。 5.相关人员知晓职业暴露的应急预案，处置流程，并组织演练。 <p>【B】符合“C”，并有职业暴露的完整登记、处置、随访等资料，并根据案例或阶段分析改进职业防护工作。</p> <p>【A】符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，定期对落实情况监督检查。</p>
3.26.4 有专职人员负责传染病疫情报告与管理工作，突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告规范，实行网络直报。	
3.26.4.1	【C】

有专职人员负责传染病疫情报告与管理工 作，突发公共卫生事件与传染病疫情监测 信息报告规范，实行 网络直报。	1.根据《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《国家突发 公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》制订突发公共卫生事件和传 染病疫情信息监测报告的制度与流程。 2.按照国家相关规定，实行传染病网络直报。 3.有专职人员负责传染病疫情报告卡的收集、汇总登记、核对以及报送等工作。 4.有传染病疫情报告、登记、核对以及奖惩等相关制度并组织培训，相关人员知 晓有关规定。
3.26.5 定期对全体医务人员 进行传染病防治知识和技能的培 训与传染病处置演练，做好院 内预防传染病的健康教育工 作。	
3.26.5.1 定期对全体工作人员 进行传染病防治知识 和技能的培训与传染 病处置演练，做好院 内预防传染病的健康 教育工作。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有全员传染病防治知识和技能培训的计划。 2.定期开展传染病防治知识和技能培训，内容包括： <ol style="list-style-type: none"> (1)传染病防治的法律、法规、规章、技术操作规程； (2)传染病流行动态、诊断、治疗、疫情报告、预防； (3)传染病的处置规范与处置流程； (4)职业暴露的预防和处理等。 3.采用多种形式向公众开展常见传染病预防知识的教育和咨询。 4.针对艾滋病等重大传染病开展预防教育咨询、患者教育和随访。提高患者治疗依从性和随访率。 <p>【B】符合“C”，并 根据传染病疫情，适时开展传染病处置演练，根据演练总结改进传染病管理，提高应急处置能力。</p>

二十七、医技质量安全管理

评审标准	评审要点
3.27.1 药事管理工作和 完善本院药事管理组织	药事管理工作和药事管理部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善本院药事管理组织和药学部门。
3.27.1.1 设立药事管理与药物 治疗学委员会，健全 药事管理体系，有药 事管理工作制度，配 备相应的药学专业技 术人员。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.按照《医疗机构药事管理规定》的相关要求，设立药事管理与药物治疗学委员会及若干相关的药事管理小组，职责明确，有相应工作制度，日常工作由药学部门负责。 2.药剂科负责药品管理、药学专业技术服务以及临床药学工作。 3.相关职能部门指定专人，负责与本院药物治疗相关的行政事务管理工作。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.药事管理与药物治疗学委员会人员组成符合规定，定期召开专题会议，研究药事管理工作，每年不少于4次，有完整的相关资料，资料真实。 2.药学部门负责人具有高等学校药学专业或者临床药学专业专科以上学历，及本专业中级以上技术职务任职资格。 3.医务科与药剂科职责明确，有协调机制。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.药学专业技术人员不少于本院卫生专业技术人员的8%。 2.有药事管理工作计划和年度工作总结，体现药事管理持续改进。
3.27.2 加强药剂管理，	规范药品采购、储存、调剂、制剂，保障药品供应和基本药物优先使用。

<p>3.27.2.1 有药品采购供应管理制度与流程，经合理遴选的药品有适宜的贮备。</p>	<p>【C】 1.有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供药渠道，由药学部门统一采购供应。 2.制订本院“药品处方集”、“基本用药供应目录”，并以多种形式方便医务人员获取。 3.列入“药品处方集”和“基本用药目录”中的药品有适宜的储备，每年增减调整药品率≤5%。 4.销售、使用的制剂经过批准。 5.有药品遴选制度，遵循“一品两规”要求，药品遴选科学、合理，品种满足医疗保健需求。</p> <p>【B】符合“C”，并定期评估药品储备情况，有定期评估分析报告和提出改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并85%以上药品库存周转率少于 10~15 天，库存药品资金周转率少于 25 天。</p>
<p>3.27.2.2 有药品贮存制度，贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。</p>	<p>【C】 1.有药品贮存相关制度，定期对库存药品进行养护和质量检查。 2.药品贮存基本设施与设备符合规定：根据药物性质和贮存量配置有温、湿度控制系统，有冷藏、避光、通风、防火、防虫、防鼠、防盗设施和措施。设施、设备质量均符合规定，运行正常。 3.根据药品的性质、特点分别设置冷藏库、阴凉库、常温库。 (1)化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分别贮存，分类定位存放。 (2)防腐剂、外用药、消毒剂等药品与内服药、注射剂分区储存。 (3)“毒、麻、精”药品、高危药品、易燃易爆、强腐蚀性等危险性药品按有关规定分别设库，单独贮存，设置有统一警示标识。 4.药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。 5.实行药品采购、贮存、供应计算机管理，药品库存量及进出量、调剂室库存量及使用量定期盘点、账物相符。 6.药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品应指定专人管理。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.药库与药品存放区域远离污染区，温湿度和照明亮度符合有关规定；药品库按规定设置有验收、退药、发药等功能区域。 2.有药品效期管理相关制度与处理流程。效期药品先进先用、近期先用，对过期、不适用药品及时妥善处理，有控制措施和记录。</p> <p>【A】符合“B”，并药品管理资料完整、详实，有可追溯措施，如：实行条形码管理。</p>
<p>3.27.2.3 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。</p>	<p>【C】 1.有药品验收相关制度与程序，保证每个环节药品的质量。 2.药学部门至少每季对医疗保健科室备用药品的管理与使用进行一次检查。</p> <p>【B】符合“C”，并药学部门对药品质量抽查结果及科室备用药品管理检查情况进行分析、总结，并向主管职能部门反馈。</p> <p>【A】符合“B”，并 1.相关职能部门对上述工作进行监管，有措施，有改进，有落实。 2.库房、药房发出药品质量合格率 100%。</p>
<p>3.27.2.4 按照《处方管理办</p>	<p>【C】 1.按《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》等有关规定制订药品调剂制</p>

<p>法》落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂质量。</p>	<p>度和操作规程。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.调剂作业有足够的空间与照明，门急诊药房实行大窗口式或者柜台式发药；住院调剂室口服摆药区域环境清洁整齐、卫生符合要求。 3.有措施避免药品分装，如需药品分装，应有操作规程、适当的容器，外包装有药品名称、剂量及原包装的批号、效期和分装日期。 4.药品使用遵循先拆先用，先到先用的原则。 5.调剂处方流程合理，按有关规定做到“四查十对”。调剂过程至少有第二人核对，独立值班时双签字核对。 6.药品调剂时，药师以上人员承担审核、核对和发药工作，依据《处方管理办法》的相关要求审核处方/用药医嘱是否规范、适宜。 7.住院医嘱单按照处方管理，药师依据完整的用药医嘱作为调剂的依据，确保用药适当性及正确性。 8.有发药差错登记、分析和改进措施。 9.对药师进行定期的、有针对性的药学技能和差错防范培训。 10.设有用药咨询窗口（台），由药学人员为就诊者提供用药咨询，有咨询记录，并针对就诊者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。 2.审核和核对方或用药医嘱后调剂配发药品。发药时根据具体情况对就诊者进行用药交代和用药指导，关注特殊群体的用药指导。必要时为就诊者提供书面用药指导材料。 3.对于住院患者口服药品，应由医师下达医嘱，药学技术人员统一摆药，护士按照核对程序实施发药，注射剂按日剂量发药，确保给药安全。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.执行发药差错报告，调剂室年出门差错率≤0.01%。 2.有促进临床合理用药持续改进的措施，对临床不合理用药进行干预效果分析，体现多环节防范与持续改进效果。
<p>3.27.2.5 制剂的配制与使用符合有关规定。（可选）</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.配制的制剂持有《医疗机构制剂许可证》，取得制剂批准文号，有制剂质量标准。 2.有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学专业技术人员。 3.经省级药品监督管理部门批准后，制剂方可在医疗机构之间调剂使用。 <p>【B】符合“C”，并 有主管药师以上专人负责制剂原料、制剂成品质量检验，原始记录及复核记录齐全。</p> <p>【A】符合“B”，并 有制剂质量改进措施和召回制度。</p>
<p>3.27.2.6 有肠外营养液和危害药物等静脉用药的调配规定。（可选）</p>	<p>【C】 静脉用药在病房（区）分散调配的应参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》进行改善，有管理制度、有措施。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.肠外营养液和静脉用危害药物由药学部门集中调配与供应。按照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》相关规定进行管理与操作，有相关工作制度。 2.有主管药师以上人员审核处方和参与静脉药物临床应用，对不适宜用药者定期分析、总结，能有效干预。 3.集中调配有卫生健康行政部门颁发的准予集中调配的许可证或批复件。

	<p>4.处方合格率>99%，二级库账物相符率>99.9%。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.有输液质量问题和输液严重不良反应报告相关规定。</p> <p>2.药剂科对临床出现的输液质量问题和就诊者输液后的严重不良反应有分析报告、改进措施。</p>
<p>3.27.2.7</p> <p>按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，确保基本药物的优先合理使用。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。</p> <p>2.药学部门有专门人员定期对医师处方是否优先合理使用基本药物进行评价、分析及向相关职能部门反馈。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>相关职能部门定期对优先使用国家基本药物情况进行监督、协调，满足基本医疗服务需要。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.国家基本药品目录列入本院用药目录，有相应的采购、库存量。</p> <p>2.对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊、住院）的比例、品种使用率、金额等指标符合卫生健康行政部门的规定。</p>
<p>3.27.2.8</p> <p>对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有专人负责管理存放于急诊室、各病房（区）的急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品，有管理和使用的制度与领用、补充流程。</p> <p>2.由医务科、护理部、药学部门联合确认，各相关科室的急救备用药品目录及数量。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>由医务科、护理部、药学部门联合，至少每季核查各诊疗单元的急救备用药品，实物与数量帐卡一致。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>各科室备用急救等备用药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。</p>
<p>3.27.2.9</p> <p>有药品召回管理制度。</p>	<p>【C】</p> <p>有药品召回管理制度与处置流程，妥善保存，收集保留所有原始记录。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>发现假、劣药品时，按规定及时报告有关部门并迅速召回，有导致人身损害的相关的处置预案与流程。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.有及时追回调剂错误的药品规定，用评审前三年数据证实。</p> <p>2.及时分析调剂错误原因，有整改措施。</p>
<p>3.27.2.10</p> <p>建立完善的药品管理信息系统，与院内整体信息系统联网运行。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有药品管理计算机软件系统，并与院内整体信息系统联网运行。且符合《电子病历基本规范（试行）》的相关规定，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。</p> <p>2.有信息系统联网的处方用药技术支持软件。有完善药品查询系统，方便有关人员查询、适时获取正确的药品信息。</p> <p>3.药库和调剂室有药品进、销、存、使用等实时管理系统，实行药品定额和数量化管理，包括药品账目和统计、处方点评分析统计等。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>对抗菌药物等实行计算机处方权限管理</p>

	<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有适宜的合理用药监控系统，能为处方审核提供技术支持，并定期更新。 2.通过用药监控系统，对抗菌药物等实行计算机用药时限管理。
3.27.3 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”以及终止妊娠药品、促排卵药品、抗菌药物使用合理，管理规范。	
3.27.3.1 执行“特殊管理药品”管理的有关规定，终止妊娠药品、促排卵药品使用合理，管理规范。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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”以及终止妊娠药品、促排卵药品按照法律法规、规章等制订相应的管理制度。 2.“特殊管理药品”有安全设施，药库设置有“毒、麻、精”药品专用库（柜），配有安全监控及自动报警设施；调剂室有专用保险柜，各病房（区）、手术室等有防盗设施；放射性药品按有关规定执行。 3.有“麻、精”药品实行三级管理、“五专”管理和批号管理的制度与程序，开具的药品可溯源到使用药品者。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.药学部门定期对临床科室“特殊管理药品”管理和使用进行检查，至少每月 1 次。 2.药学部门定期对全院（包括门诊和住院）使用“终止妊娠药品”、“促排卵药品”合理性进行点评，每季 1 次。 3.相关科室有相应的“特殊管理药品”、终止妊娠药品及促排卵药品管理制度，并严格实行。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>“特殊管理药品”、终止妊娠药品及促排卵药品使用合理（适应症、用法、用量、给药途径），各项管理符合卫生健康等行政部门管理要求。</p>
3.27.3.2 有抗菌药物临床应用管理组织，并制订章程，明确职责。对抗菌药物的不合理使用有检查、干预和改进措施。（★）	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.成立抗菌药物临床应用管理组织，院长是抗菌药物临床应用管理第一责任人。 <ol style="list-style-type: none"> (1)将抗菌药物临床应用管理作为医疗保健质量和机构管理的重要内容纳入工作安排。 (2)明确抗菌药物临床应用管理组织机构，以及各相关部门在抗菌药物临床应用管理中的职责分工，层层落实责任制。 (3)根据各医疗保健科室不同专业特点，设定抗菌药物应用控制指标。 2.医疗保健科室负责人是本科室抗菌药物临床应用管理第一责任人。 <ol style="list-style-type: none"> (1)将抗菌药物临床应用管理作为本科质量管理的重要内容，并纳入医师能力评价。 (2)设定本科抗菌药物应用控制执行指标并落实。 3.院长与医疗保健科室负责人签订抗菌药物合理应用责任状。 <p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本院抗菌药物使用强度、门急诊抗菌药物处方比例及住院患者抗菌药物使用率符合卫生健康行政部门规定要求。 2.按卫生健康行政部门要求向本辖区监测网报送抗菌药物和细菌耐药监测信息。有对全院抗菌药物临床应用的管理、监测、干预前后分析报告，体现改进效果。
3.27.3.3 根据《抗菌药物临床应用指导原则》结合本院实际情况制订	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有“抗菌药物临床应用和管理实施细则”、“抗菌药物分级管理制度”、本院抗菌药物分级管理目录，并能根据安全性、疗效、细菌耐药性、药品价格及临床使用等情况对本院抗菌药物分级目录进行动态调整。

<p>“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”，并检查落实情况。</p>	<p>2.对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定。 3.感染专业医师、微生物检验专业技术人员和药师能够提供抗菌药物临床应用技术支持并参与管理工作。 4.相关职能部门组织对医务人员进行抗菌药物合理应用培训。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.有“特殊管理抗菌药物”临床应用评价标准，并实施监控和干预，临床应用基本合理。 2.住院患者治疗用抗菌药物微生物样本送检率符合卫生健康行政部门规定要求。 3.每月至少抽查门诊急诊处方 100 张、住院病历 30 份，发现问题，及时反馈整改。</p> <p>【A】符合“B”，并 1.医师处方及医嘱无违规越级现象。 2.门诊无特殊使用级抗菌药物的处方。</p>
<p>3.27.3.4 建立抗菌药物遴选和定期评估制度，加强抗菌药物购用管理。（★）</p>	<p>【C】 1.本院抗菌药物品种遴选经过院抗菌药物管理工作组织讨论确定，有会议记录。 2.抗菌药物品种数符合国家卫生健康委规定要求。 3.定期调整抗菌药物供应目录品种结构，调整周期原则上为2年，最短不得少于1年。 4.明确抗菌药物品种启动临时采购的程序。</p> <p>【B】符合“C”，并 抗菌药物购用品种、品规结构合理，品规符合卫生健康行政部门要求。（如头霉素、三代及四代头孢菌素（含复方制剂）、碳青霉烯类、氟喹诺酮类、深部抗真菌类品规）。</p> <p>【A】符合“B”，并 同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序每年不得超过 5 例次。</p>
<p>3.27.3.5 落实各类手术（特别是 I 类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定。（★）</p>	<p>【C】 1.手术室管理规范，认真落实《外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）》，做好感染预防控制工作。 2.有围术期预防性应用抗菌药物管理相关规定，对各类手术围术期预防性应用抗菌药物进行规范管理。 3.相关医师知晓并执行上述制度与规范。 4.对围术期抗菌药物的使用进行常规监控和有效管理，并有月报告制度。</p> <p>【B】符合“C”，并 I 类切口（手术时间≤2 小时）手术，预防性抗菌药物使用率符合卫生健康行政部门管理规定。</p> <p>【A】符合“B”，并 “围术期预防感染”规范，围术期预防使用抗菌药物各项管理（包括使用品种、疗程、用药时机等）符合指导原则及卫生健康行政部门规定要求。 (1)手术前预防性抗菌药物选用符合规范要求。 (2)预防性抗菌药物在手术前一小时内开始使用。 (3)手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml，术中可给予第二剂。 (4)择期手术在结束后 24、48、72 小时内停止预防性抗生素使用的时间。</p>
<p>3.27.4 医师按照《处方管理办法》要求开具处方，护士抄（转）录用药医嘱及执行给药医嘱遵守操作规程，开展处方点评和药物安全性监测工作，促进合理用药。</p>	
<p>3.27.4.1 临床药物治疗执行有关法规、规章制度，</p>	<p>【C】 1.有临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相关规定与程序。</p>

遵循相关技术规范。	2.有超说明书用药管理的规定与程序。
	<p>【B】符合“C”，并 对本院用药金额和用药数量排序前十位的药品进行统计分析，提出干预建议，至少每季度一次。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 对本院超常用药趋势及时干预，有追踪、有落实、有成效。</p>
3.27.4.2	【C】
医师开具处方，应严格按照《处方管理办法》的要求执行。已开具处方，并遵医嘱使用的药品应记入病历。	<p>1.有本院处方管理实施细则，对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。</p> <p>2.医师处方签名或签章式样，与在医务科、药学部门留样备案相一致。医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。</p> <p>3.处方书写规范、完整，处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合《处方管理办法》规定。</p> <p>4.患者就诊前和正在使用的所有处方及医嘱用药应在病历中记录。</p> <p>5.所有的用药信息在出院或转院时归入其病历留存。</p>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.处方书写规范、用药合理，不合理处方≤1%。</p> <p>2.处方药品通用名使用率达 100%。</p> <p>3.病程记录中有明确的用药依据及分析。</p>
3.27.4.3	【C】
护士抄（转）录用药医嘱及执行给药医嘱应遵守操作规程，必须经过核对，确保准确无误。	<p>1.经过资格认定及相关培训的护理人员方可执行给药医嘱。</p> <p>2.用药医嘱抄（转）录须经核对，确保准确无误，并有转抄者签名。</p> <p>3.有防范给药差错的措施，护士根据处方或医嘱给药时须对药品名称、用法用量、给药途径、药品效期、外观质量等进行核对与检查，并签字确认。</p> <p>4.护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应，发生异常应与医师沟通。</p> <p>5.有特殊情况使用患者自带药品的相关规定。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。确需使用应符合规定。</p>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.给药前要尊重患者对药物使用的知情权。</p> <p>2.护士按照给药时间分次为患者发放口服药品，并说明用法。</p>
3.27.4.4	【C】
开展处方点评，建立药物使用评价体系。	<p>1.有按《医院处方点评管理规范（试行）》的要求制订机构处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。</p> <p>2.每月至少抽查 100 张门急诊处方和 30 份出院病历进行点评。</p> <p>(1)有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评。</p> <p>(2)对 I 类切口手术病例使用抗菌药物进行专项点评。</p> <p>(3)重点抽查感染科、重症监护病房（室）等临床科室。</p>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.定期发布处方评价指标与评价结果，定期进行通报和超常预警。纳入医师与药师业绩考核目标，实行奖惩管理。</p> <p>2.对不合理用药进行干预。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 有案例证实，根据点评结果，落实整改措施，提高合理用药。</p>
3.27.4.5	【C】
实施药品不良反应和	1.有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序，有鼓励报告的措施。

<p>用药错误报告制度，建立有效的药害事件调查、处理程序。</p>	<p>2.医师、药师、护士及其他医护人员相互配合对患者用药情况进行监测，重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应，并有原始记录。</p> <p>3.发生严重药品不良反应或药害事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析，按规定上报卫生健康行政部门和药品监督管理部门。</p> <p>4.将患者发生的药品不良反应如实记入病历中。</p> <p>【B】符合“C”，并对严重用药错误报告有分析，有整改措施。</p> <p>【A】符合“B”，并建立药品不良事件报告信息平台，与医疗安全（不良）事件统一管理。</p>
<p>3.27.4.6 有完善的突发事件药事管理应急预案，药学人员可熟练执行。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有完善的突发事件药事管理应急预案，组织层次清晰，人员分工明确，体现良好的合作，各部门无缝隙衔接，对突发事件善后工作及还原应急能力有明确规定。</p> <p>2.有本院的突发事件医疗救治药品目录。</p> <p>【B】符合“C”，并有应急预案的执行培训，相关人员熟悉预案流程、应急药品具有可及性和质量保证。</p> <p>【A】符合“B”，并有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。</p>
<p>3.27.5 配备临床药师，</p>	<p>参与临床药物治疗，提供用药咨询服务，加强质量控制，促进合理用药。</p>
<p>3.27.5.1 开展以病人为中心、以合理用药为核心的临床药学工作。</p>	<p>【C】</p> <p>1.根据《医疗机构药事管理规定》，至少配设1名专职临床药师，有工作制度和岗位职责，</p> <p>2.以适当形式为全院医务人员提供适时的药物相关信息和咨询服务，将药品信息分析作为本院药品遴选的参考。</p> <p>【B】符合“C”，并开展处方点评、药物临床应用评价，定期向药事管理组织报告监测结果与用药分析。</p> <p>【A】符合“B”，并临床药师参与临床药物治疗相关工作的时间≥85%。</p>
<p>3.27.5.2 收集本院药品管理系统绩效的主要监测数据。</p>	<p>【C】</p> <p>1.由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组负责药学部的质量和安全管理。</p> <p>2.对药学部门有明确的质量与安全控制指标。</p> <p>3.科室开展定期评价活动。</p> <p>【B】符合“C”，并科室每季度对落实质量及安全控制指标进行分析、评价，结合医院药物安全性监测的结果，提出整改措施。</p> <p>【A】符合“B”，并运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。</p>
<p>3.27.6 临床检验部门符合《医疗机构临床实验室管理办法》等相关管理要求，服务项目满足临床诊疗需要，能提供24小时急诊检验服务。制定相应的制度、流程和标准操作规程，并遵照实施。开展室内质控和参加室间质评，保证检验结果的准确性。</p>	
<p>3.27.6.1 临床检验项目满足临</p>	<p>【C】</p> <p>1.按照《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，全院临床实验室集中设置，统</p>

床需要。	<p>一管理，资源共享。</p> <p>2.开展检验项目满足医疗保健服务需要。</p> <p>3.对本院医疗保健诊疗需要，而不能提供的检验项目，可委托其他同级及以上的医疗机构或独立的临床检验中心提供服务，或多院联合开展服务，但应签署委托服务协议，有质量保证条款。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.建立检验与保健、临床科室间协调会议制度，每年 1-2 次，共同改进检验工作质量和服务质量。</p> <p>2.微生物检验项目对院内感染控制及合理用药提供充分支持。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.以书面或网络形式定期（至少每季）向医疗保健科室通报细菌耐药情况。</p> <p>2.至少每半年一次向医疗保健科室征求对项目设置合理性意见，持续改进，确保检验项目满足医疗保健服务需求。</p>
3.27.6.2 提供24小时急诊检验服务。	<p>【C】</p> <p>1.能提供 24 小时急诊检验服务。</p> <p>2.明确急诊检验报告时间，临检项目≤30 分钟出报告，生化、免疫项目≤2 小时出报告。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>急诊检验项目 100%在规定时间内报告。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>开展急诊尿 hCG 和血 β-hCG、凝血功能、D-二聚体和 C 反应蛋白等指标的测定。</p>
3.27.6.3 实施危急值报告制度。	<p>【C】</p> <p>1.有危急值报告制度与报告流程。</p> <p>2.根据医疗保健需要，与医疗保健科室共同制定危急值报告项目和范围。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>检验人员熟悉危急值报告项目和范围。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.有完整的危急值报告登记资料。</p> <p>2.相关职能部门监督检查。</p>
3.27.6.4 有实验室安全管理制度和流程，并配置安全防护设施。	<p>【C】</p> <p>1.检验部门负责人为实验室安全第一责任人，负责管理实验室安全管理制度和流程。</p> <p>2.实验室工作人员知晓本工作流程及本人的安全准则。</p> <p>3.配置安全防护设施，至少包含，但不限于：</p> <p>(1)配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施及耗材，并保证以上设施可正常工作；</p> <p>(2)设立适当的警示标识，对生物安全、防火防爆安全、化学安全等做出充分警示；</p> <p>(3)设置易燃、易爆物品专门的储藏室、储藏柜，由专人负责，有储存清单与使用制度。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.开展安全制度与流程管理培训，相关人员知晓本岗位的履职要求。</p> <p>2.实验室出口处设有专用手部消毒设备。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。</p> <p>2.如开展放射免疫分析和其他使用放射性同位素的检测，有确保使用放射性同位</p>

	素时患者和工作人员的安全性的措施。
3.27.6.5 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.实验室生物安全分区合理，有明确的实验室生物安全等级标识。 2.至少应符合二级生物安全实验室（BSL-2）要求。
3.27.6.6 实验室制订各种传染病职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.制订各种传染病职业暴露后应急预案。 2.相关人员知晓职业暴露的应急措施与处置流程。 <p>【B】符合“C”，并对实验室工作人员进行职业暴露的培训及演练，并作相关记录。</p> <p>【A】符合“B”，并有职业暴露处置登记及随访记录，有根据职业暴露的案例分析改进职业暴露管理。</p>
3.27.6.7 实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.制订针对不同情况的消毒措施并实施。 2.定期监控各种消毒用品的有效性。 3.有标本溢洒处理流程。 4.相关人员掌握消毒办法与消毒用品的使用。 <p>【B】符合“C”，并相关职能部门定期检查，有记录。</p>
3.27.6.8 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	<p>【C】</p> <p>依据相关法律法规要求制定实验室废弃物、废水的处理流程并落实。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有明确的责任人，定期检查整改，以保证对人员及环境的危害降至最低。 2.实验室有高压灭菌器、符合实验室工作量需求、整理规范。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.院感管理部门有监管记录，有改进措施，改进有成效。 2.实验室用高压灭菌器每年相关部门的鉴定证书。
3.27.6.9 实验室建立化学危险品的管理制度。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立化学危险品的管理制度，有清单和安全数据表。 2.指定专门的储存地点，专人管理，对使用情况做详细记录。 <p>【B】符合“C”，并有化学危险品溢出与暴露的应急预案。</p> <p>【A】符合“B”，并相关职能部门有监管的记录，有持续改进的事实。</p>
3.27.6.10 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明确规定临床检验工作人员的资质与能力要求。从事临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。 2.分子生物学实验室、HIV 初筛实验室检验人员经培训考核后持卫生健康行政部门核发的上岗证方可独立工作。 <p>【B】符合“C”，并分子生物学实验室、HIV 初筛实验室≥60%员工持证上岗。</p> <p>【A】符合“B”，并科室负责人具备检验专业中级以上技术职称。</p>

<p>3.27.6.11 不同实验室组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。</p>	<p>【C】 1.不同实验室应组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。 2.选择并授权具有相关资质、经验丰富及较高技术水平和业务能力的人员负责检验全程质量控制工作及结果解释工作。</p> <p>【B】符合“C”，并对授权工作实行动态管理。</p> <p>【A】符合“B”，并有主管部门监督检查，评价培训效果。</p>
<p>3.27.6.12 临床实验室常规开展室内质控，保证每一项检验结果的准确性。（★）</p>	<p>【C】 1.制定实验室室内质控规则，定期评估室内质控各项参数及失控率。 2.室内质控重点项目： (1)临床化学、免疫学、血液学和凝血试验的质量控制流程。 (2)血涂片评价和分类计数的质量控制流程。 (3)细菌、分枝杆菌和真菌检测的质量控制流程。 (4)尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程。 (5)对未知标本进行血清学检测时，须同时进行已知滴度的血清阳性质控和阴性质控。 3.室内质控覆盖实验室全部检测项目及不同标本类型，保证每检测批次至少有 1 次室内质控结果。</p> <p>【B】符合“C”，并有效处理失控，应详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响，提出预防措施。</p> <p>【A】符合“B”，并实验室应采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质评，保证每一项检验结果的准确性。</p>
<p>3.27.6.13 严格执行检验报告双签字制度。</p>	<p>【C】 1.严格执行检验报告双签字制度（急诊除外）。 2.指定经验丰富，技术水平和业务能力较高的人员负责检验报告的审核。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.制定复检制度并保留相关的复检记录。 2.报告单必须有检验者、审核者双签名。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门有监管的记录，有持续改进的事实。</p>
<p>3.27.6.14 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。</p>	<p>【C】 严格遵守国家或地方卫生健康行政部门的相关规定，制定明确的检验报告时限（TAT）。 (1)临检常规项目≤30 分钟出报告。 (2)生化、免疫常规项目≤1 个工作日出报告。 (3)微生物常规项目≤4 个工作日。 2.每月评估检验结果的报告时间时限，符合率≥90%。</p> <p>【B】符合“C”，并 明确规定“特殊项目”清单，原则上不应超过 2 周时间，提供预约检测。</p> <p>【A】符合“B”，并 1.对有疑问或灰区的结果，提出跟踪检验或进一步补充检验的建议。 2.相关职能部门有监管的记录，有持续改进的事实。</p>

3.27.6.15 检验报告格式规范、统一。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.检验报告单格式规范、统一，有书写制度，包含患者信息，标本类型、样本采集时间、结果报告时间。 2.报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称，项目名称符合相关规定。 3.检验报告采用国际单位或权威学术机构推荐单位，并提供参考范围。
3.27.6.16 有管理试剂与校准品制度，保证检验结果准确合法。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有专人管理试剂与校准品管理的相关制度，有明确的岗位职责，有使用登记制度。 2.统一采购试剂与校准品，途径合法，全部符合法规规定的标准，皆有相应的批准文号。 3.无使用过期试剂。 4.监测冰箱温度，并控制良好、记录完整。
	<p>【B】符合“C”，并无因试剂和校准品管理问题影响检验结果的准确性的情况发生。</p>
3.27.6.17 有完整的标本采集运输指南、交接规范及检验回报时间控制等相关制度。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.实验室与护理部、医院感染控制部门共同制订完整的标本采集运输指南，临床相关工作人员可以方便获取。 2.实验室有明确的标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。
	<p>【B】符合“C”，并 专人负责标本处理和保存，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度 24 小时监控。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.对标本能全程跟踪，检验结果回报时间（TAT）明确可查。 2.按规定保留标本，常规血清标本保存不少于 7 天。
3.27.6.18 参加室间质评或能力验证计划。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.室间质评或能力验证应覆盖实验室内全部检测项目及不同标本类型 2.参加本区域室间质量评价计划或能力验证计划。
	<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明确无法提供相应评价计划的项目的目录/清单。 2.对无法提供相应评价计划的项目，应有替代评估方案。
	<p>【A】符合“B”，并 参加省级室间质量评价计划或能力验证计划，通过率≥95%。</p>
3.27.6.19 保证检测系统的完整性和有效性。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程，有定期校准、维修维护记录。 2.使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。 3.对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。
	<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有专人负责仪器设备保养、维护与管理。 2.有定期校准、维修维护记录。
3.27.6.20 所有 POCT 项目均应开展室内质控，并参加室间质评。	<p>【C】</p> <p>有规定对所有 POCT 项目开展室内质控，并参加室间质评。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 定期对 POCT 结果进行比对，并包括大型仪器检测结果与各 POCT 点之间的比对，并明确比对的允许偏倚，POCT 项目比对≥95%。</p>

	【A】符合“B”，并对超出允许范围的应及时进行校准和纠正，有工作记录。
3.27.6.21 实验室信息管理完善。	【C】 1.建立实验室信息管理系统。 2.实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理。
	【B】符合“C”，并 1.提供自助取化验报告单系统。 2.标本使用条形码管理。 3.实验室数据至少保留3年以上查询资料。
	【A】符合“B”，并 实验室信息管理系统与院信息系统联网，贯穿于检验全程管理。
3.27.7 病理科服务项目	满足临床诊疗需要。制定相应的制度、流程、诊断常规和标准操作规程，并遵照实施。
3.27.7.1 病理科应具有与其功能和任务相适应的服务项目。	【C】 1.至少开展细胞学诊断。 2.对本院尚不能提供的部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签订委托服务协议，有明确的委托服务形式与质量保证条款。
	【B】符合“C”，并 能开展石蜡切片、术中快速冰冻切片病理学检查。
	【A】符合“B”，并 病理科集中设置，统一管理。
3.27.7.2 病理科应具有与其功能和任务相适应的工作场所。	【C】 病理科布局合理，符合生物安全的要求，设置细胞学制片室和病理档案室、标本存放室与诊断室等，污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度。
	【B】符合“C”，并 剧毒、易燃、易爆物品有专人保管，有相应的记录。
3.27.7.3 病理科有必需的专业 技术设备。	【C】 病理技术室专业技术设备配置： (1)液基薄层细胞检测设备、染色设备、冰箱恒温箱、烘烤箱或烤片设备、空调和排风设备等。 (2)病理科医师每人配备双目光学显微镜1台。
	【B】符合“C”，并 病理技术室专业技术设备配置： (1)石蜡切片机、冰冻切片机或快速石蜡设备、自动脱水机、组织包埋机、通风橱、一次性刀片或磨刀机、涂片机等。 (2)标本存放室：专用标本存放柜。
3.27.7.4 由具备病理学诊断所 规定资质的医师从事 诊断工作。	【C】 1.病理科的人员配置合理，满足工作需要，有各级各类人员岗位职责。 2.无病理执业证书和非病理专业技术任职资格的医师，不得出具病理报告，包括细胞病理学报告。
	【B】符合“C”，并 1.出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习1~3年。 2.快速病理诊断医师应当具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有5年以上病理阅片诊断经历。
	【A】符合“B”，并

	有完善的医师专业水平定期考核制度。
3.27.7.5 由具备病理专业资质的技术人员制作细胞涂片、冰冻切片、石蜡切片和免疫组化检测，其质量与时限符合相关规定。（“免疫组化”可选）	<p>【C】</p> <p>1.病理技术人员应当具有相应的专业学历，并接受继续教育与技能培训。</p> <p>2.细胞学涂片由具备病理专业资质的技术人员制作的，有质量要求与完成时限。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.有病理技术人员资格与分级授权管理制度与程序。</p> <p>2.冰冻切片、石蜡切片及免疫组化检测均是由具备病理专业资质的技术人员制作的，有质量要求与完成时限。</p> <p>【A】符合“B”，并对授权的工作人员有再评价、再授权。</p>
3.27.7.6 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施，遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。	<p>【C】</p> <p>1.有定期对取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测报告，保证有害气体浓度在规定许可的范围，每年至少有一次院外年度检测报告。</p> <p>2.有对工作中产生的废弃有害液体统一回收的制度与程序，确保用专用仪器回收处理或具有资质的机构回收处理，严禁随意倾倒入下水道。</p> <p>3.严格区分污染区、非污染区。</p> <p>4.有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范。</p> <p>【B】符合“C”，并病理科接触有害品的工作人员定期体检。</p> <p>【A】符合“B”，并病理取材应按照 P2 级实验室设计，应有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。</p>
3.27.7.7 病理检查申请单必须完整填写患者相关的资料，字迹清晰、内容完整。	<p>【C】</p> <p>有病理申请书书写的相关规定要求。</p> <p>(1)患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期。</p> <p>(2)患者临床病史和其他（检验、影像）检查结果、手术所见及临床诊断。</p> <p>(3)取材部位、标本件数。</p> <p>(4)既往曾做过病理检查者，需注明病理号和病理诊断结果。</p> <p>(5)结核、肝炎、HIV 等传染性标本，需注明。</p> <p>【B】符合“C”，并随机抽查申请单均达到要求。</p> <p>【A】符合“B”，并信息系统支持病理科医师方便调取申请病理检查患者的相关病历资料。</p>
3.27.7.8 有制度保证从病理标本采集到标本运送到病理科不出现差错，除特别要求外，标本需用 10%中性甲醛缓冲液固定。	<p>【C】</p> <p>1.有标本采集、送达、固定时间记录（时间精确到分钟）及标本交接的相关规定与程序。</p> <p>(1)标本和申请单的核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人应有登记和相关人员的签字。有标本和申请单交接等相关制度。</p> <p>(2)标本使用 10%中性甲醛缓冲液固定，固定液的量不少于组织体积的 3~5 倍（要确保标本全置于固定液之中），特殊要求除外。</p> <p>(3)标本从离体到固定的时间不宜超过半小时。</p> <p>(4)空腔标本和大的实质性脏器标本必须及时切开，固定过夜，第二天取材。</p> <p>(5)原则上不接收口头申请的标本，特殊情况下，可先按流程接收和处理标本，需在限定的时间内（如 24 小时）补充书面病理申请单，否则不应出具书面病理报告。</p> <p>2.有不合格标本处理的制度与程序。</p> <p>(1)不合格标本包括，申请单与相关标本未同时送达病理实验室；申请单中填写的</p>

	<p>内容与送检标本不符合；标本上无有关患者姓名、科室等标志；申请单内填写的字迹潦草，不清；申请单中漏填重要项目；标本严重自溶、腐败、干涸等；标本过小，不能或难以制作切片；其他可能影响病理检查可行性和诊断准确性的情况。</p> <p>(2)不能接收的申请单和标本需当即退回申请医师，不予存放，并记录。</p> <p>(3)曾被拒收的标本再次送检合格，需在申请单上标注。</p> <p>【B】符合“C”，并有完整的标本交接登记资料，定期对不合格标本发生原因进行总结分析，反馈到责任科室和个人。</p> <p>【A】符合“B”，并标本交接制度与流程相关人员知晓率≥95%，并有效执行。</p>
<p>3.27.7.9 病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。（可选）</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.取材前阅读申请单中的内容，初步判断病变的性质。 2.核对申请单的编号与标本的编号、标本的份数是否相符，申请单与标本应有双标识和双核对。 3.标本检查和取材应按照有关的操作规程进行。 4.有标本观察的文字记录。 5.有取材工作记录单，取材结束后必须核对组织块。 6.组织块的编号应该每块分别编号，一一对应。 7.取材后剩余的标本在标本柜中妥善保存至病理报告发出后的2周。 8.剩余的病理标本按“医疗废物”的规定处理，不可随意丢弃。
<p>3.27.7.10 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。（可选）</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有对蜡块、切片、取材工作记录单三相核对的规定与程序。 <ol style="list-style-type: none"> (1)针对不同组织（如小活检、骨组织、淋巴结等），优化制片、染色流程，保证切片质量。 (2)制片过程中如出现异常，应立即与有关的病理医师联系，并报告科主任，查清事实，采取相应的补救措施。常规制片应在取材后1~2个工作日内完成。 2.腔镜小的活检、穿刺等需连续切片不少于6片。 <p>【B】符合“C”，并常规切片的优良率应≥90%。</p> <p>【A】符合“B”，并常规切片的优良率应≥95%。</p>
<p>3.27.7.11 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。（可选）</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有保证术中快速病理诊断合理使用指征的规定与程序。 2.有术中快速病理诊断的操作规定与程序。 <ol style="list-style-type: none"> (1)在术前向患者或其近亲属、授权委托人告知术中快速病理诊断的局限性，签署术中快速病理诊断知情同意书。 (2)对于难以明确诊断、交界性病变、送检组织不适宜等状况，病理医师可以不作明确诊断，等待石蜡切片报告。 (3)术中快速病理诊断报告必须采用书面形式（可传真或网络传输），为防止误听和误传，严禁采用口头或电话报告的方式。 (4)从标本接收到发出报告的时间，应在病理申请单上注明。术中快速病理诊断报告应由病理医师签署全名。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有单件标本的冰凍切片制片应在15分钟内完成的规定与程序。 2.有病理诊断报告在30分钟内完成的规定与程序。 <p>【A】符合“B”，并</p>

	术中快速病理诊断准确率应 $\geq 95\%$ 。
3.27.7.12 有制度保证特殊染色操作规程。（可选）	<p>【C】 有特殊染色技术员经过专门培训与授权的规定与程序。 (1)每一批次的特殊染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。 (2)每种特殊染色，必须有本实验室的操作规程和技术规程。 (3)更换新的染色试剂后，必须使用染色阳性和阴性组织进行验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留2年。 (4)特殊染色时所产生的有毒的污染性液体应专门回收，严禁随处倾倒。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 特殊染色结果不能作为最终诊断，必须由病理医师结合形态学综合判断。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 特殊染色质量达到室间质评的合格标准，有相关操作规定与流程。</p>
3.27.7.13 有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。（可选）	<p>【C】 1.有免疫组化技术员经过专门培训与考核授权的相关规定与程序。 2.有相关操作规定与程序文件。 (1)每一批次的免疫组化染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。 (2)必须建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程，并及时更新。 (3)更换抗体后，需要有用阳性和阴性组织进行有效性验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留2年。 (4)免疫组化染色过程中产生的有毒液体（如 DAB）应专门回收，严禁随处倾倒。 (5)病理医师必须熟悉各种抗体染色结果，阳性信号表达部位、其诊断应用范围，以期做到正确的结果判读。 (6)单纯的免疫组化染色结果不能作为最终诊断，必须由病理医师结合形态学综合判断。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 免疫组化染色的质量要达到室间质评的合格标准。</p>
3.27.7.14 病理实验室应有仪器、试剂的管理制度和完善的记录。	<p>【C】 1.有仪器设备的运行、维修档案。 2.有完整的试剂登记、有效期和使用档案。 3.有冰箱运行温度记录。 4.有仪器设备、试剂使用制度与程序。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 有因病理仪器、试剂所致安全事件报告、调查和处理流程。</p>
3.27.7.15 病理诊断应按照相应的规范，有复查制度、科内会诊制度。	<p>【C】 1.有规范病理诊断的相关制度与流程。 2.病理医师进行诊断前，核对申请单和切片核查是否相符。 3.阅读申请单上所有填写的内容，对于不清楚的内容及时联系送检医师。 4.病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明，常规诊断报告准确率$\geq 95\%$。 5.因特殊原因迟发报告，应向临床医师说明迟发的原因。 6.有科内疑难病例会诊制度，并有相应的记录和签字。</p>
	<p>【B】符合“C”，并 1.常规诊断报告准确率$\geq 97\%$。 2.相关主管职能部门对相关制度落实有监管，重点是冰冻与石蜡诊断质量。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 常规诊断报告准确率$\geq 99\%$。</p>

<p>3.27.7.16 病理诊断报告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。</p>	<p>【C】 1.对病理诊断报告内容与格式有明确规定。 (1)病理号、送检标本的科室、患者姓名、性别、年龄、标本取材部位、门诊号和（或）住院号。 (2)标本的大体描述、镜下描述和病理诊断。 (3)其他需要报告或建议的内容。 (4)报告医师签名（盖章），报告时间。 (5)病理诊断报告内容的表述和书写应准确和完整，用中文或者国际通用的规范术语。 2.有病理诊断与临床诊断不符合时，涉及病变部位或病变性质，需重新审查。 3.明文规定严禁伪造病理诊断报告，不得向临床医师和患方提供有病理医师签名的空白病理学报告书。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.病理诊断报告应在5个工作日内发出≥85%，疑难病例和特殊标本除外。 2.原始样品过小或在采集过程中挤压严重，或取材代表性不够，影响正确的诊断，均需在报告中说明。</p> <p>【A】符合“B”，并 病理诊断报告在5个工作日内发出≥95%，病理报告书书写内容与格式全部符合规范。</p>
<p>3.27.7.17 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。</p>	<p>【C】 有病理诊断报告补充、更改或迟发的管理制度与程序： (1)病理报告发出后，如发现非原则性的问题，可以补充报告的形式进行修改。 (2)病理报告发出后，如发现原则性的问题则需做出更改并立即通知临床医生。</p> <p>【B】符合“C”，并 由于某些原因（包括深切片、补取材检测、特殊染色、免疫组织化学染色、脱钙、疑难病例会诊或传染性标本延长固定时间等）延迟取材、制片，或是进行其他相关技术检测，不能如期签发病理学诊断报告书时，需以口头或书面告知有关临床医师或患方，说明迟发病理学诊断报告书的原因，有记录。</p> <p>【A】符合“B”，并 每一份补充或更改的病理报告均遵循了病理报告补充或更改的制度与审核批准流程，并需在病理档案中有完整记录。</p>
<p>3.27.7.18 有保证细胞学诊断规范、准确的相关制度。</p>	<p>【C】 1.有细胞学标本采集的相关规范。穿刺细胞学标本的采集，由具备操作资质的病理学医师或临床医师执行，并严格执行无菌操作。 2.对细胞学筛查与细胞学诊断有相关的制度与流程： (1)核对申请单与涂片是否相符。 (2)细胞病理诊断报告在2个工作日内发出，疑难病例和特殊病例除外。 (3)细胞学筛查工作由具有资质的筛查人员进行，由病理医师复审签字发出。 (4)细胞病理学诊断报告的签发必须由具有资质的病理医师完成。</p> <p>【B】符合“C”，并 对细胞病理学诊断报告的签发有授权，抽查达到规定要求≥90%。</p>
<p>3.27.7.19 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，解释病理检查结果，为临床诊断与外科手术方案提</p>	<p>【C】 1.有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，并落实。 2.有完整资料证实上述制度得到有效执行。</p> <p>【B】符合“C”，并 定期（至少每季度一次）召开临床病理讨论会。</p>

供支持。	
3.27.8 放射影像和超声影像等医学影像科室的服务项目满足临床诊疗需要，提供 24 小时急诊影像服务。制定相应的制度、流程、诊疗常规和标准操作规程，并遵照实施。提供规范的医学影像诊断报告。	
3.27.8.1 医学影像科室通过医疗机构执业诊疗科目许可登记。放射影像符合《放射诊疗管理规定》等要求，取得《放射诊疗许可证》等相应资质，提供诊疗服务满足临床需要。	<p>【C】 1.医学影像科室通过医疗机构执业诊疗科目许可登记。放射影像符合《放射诊疗管理规定》等要求，取得《放射诊疗许可证》等相应资质。 2.提供医学影像服务项目与本院功能任务一致，能满足临床需要。 3.X 线摄影、超声检查提供“24 小时×7 天”的急诊检查服务。</p> <p>【B】符合“C”，并有明确的服务项目、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告，能遵循执行。</p> <p>【A】符合“B”，并 PACS 系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅。</p>
3.27.8.2 科室有必要的紧急意外抢救用的药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	<p>【C】 1.科室有紧急意外抢救预案，有必要的紧急意外抢救用的药品器材。 2.有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。</p> <p>【B】符合“C”，并科室指定专人负责应急管理，有演练，急救药品器材具有可及性和质量保证。</p> <p>【A】符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，有记录。</p>
3.27.8.3 建立健全各项规章制度和技术操作规程，落实岗位职责，有质量控制措施。	<p>【C】 1.建立各项规章制度、诊疗常规和技术操作规程。 2.有各级各类人员岗位职责。 3.有质量控制措施及质量指标。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.员工知晓各项规章制度和本人岗位职责，掌握岗位相关的技术操作规程，并能够认真遵守和执行。 2.有大型影像设备检查阳性率统计数据与分析报告（近三年），大型 X 线设备检查阳性率≥50%。</p> <p>【A】符合“B”，并根据国家相关要求和工作需要，及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规程进行完善和修订。</p>
3.27.8.4 定期校正放射诊疗设备、超声检查设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，并符合有关标准与要求。	<p>【C】 定期对放射诊疗设备、超声检查设备及其相关设备进行校正和维护，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求。</p> <p>【B】符合“C”，并有专职/兼职人员负责对设备进行定期校正和维护，并有记录，设备运行完好率在 95% 以上。</p> <p>【A】符合“B”，并每件设备的定期校正和维护均落实到人（有清单，设备有标牌提示）。</p>
3.27.8.5 采用多种形式，开展图像质量评价活动。	<p>【C】 采取多种形式，开展图像质量评价活动。</p> <p>【B】符合“C”，并将图像质量评价的结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。</p> <p>【A】符合“B”，并有评价结果分析与持续质量改进措施，不断提高影像图像质量。</p>

<p>3.27.8.6 医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。</p>	<p>【C】 1.科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。 2.影像报告由具备资质的医学影像诊断专业医师出具。 3.诊断报告按照流程经过审核，有审核医师签名。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.有提供影像报告时限要求，报告时间，普通报告精确到“时”，急诊报告精确到“分”。 2.影像报告书写质量优良达 90% 以上。 3.诊断质量： (1)医学影像诊断与手术后符合率≥90%。 (2)医学影像报告漏诊、误诊率小于万分之一。</p> <p>【A】符合“B”，并 科质控小组每月对诊断报告质量进行分析评价，落实改进措施，改进有成效。</p>
<p>3.27.8.7 有重点病例随访与反馈制度，有疑难病例分析与读片会。</p>	<p>【C】 1.有重点病例随访与反馈相关制度。 2.有专人负责并定期召开疑难病例分析与读片会。 3.有临床医师参加的疑难病例分析与读片会由放射科主任主持，有记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 有重点病历随访与反馈、疑难病例分析读片会的完整资料。</p> <p>【A】符合“B”，并 1.通过重点病例随访分析评价，改进诊断工作，提高诊断质量。 2.疑难病例分析与读片会参加人员覆盖科室 80% 人员。</p>
<p>3.27.8.8 有医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。（放射影像适用）</p>	<p>【C】 1.有放射安全管理相关制度与落实措施。 2.有医学影像科通过环境评估的环评报告，对超过标准的设备或场所及时处理的完整资料。 3.专人负责安全管理，有放射废物处理登记和监管记录。 4.在影像检查室门口设置电离辐射警告标志。</p> <p>【B】符合“C”，并 有专人负责安全管理工作，至少每季度有一次常规安全检查，并根据检查结果，持续改进安全管理。</p>
<p>3.27.8.9 有受检者和工作人员防护措施。（放射影像适用）</p>	<p>【C】 1.有完整的放射防护器材与个人防护用品，保障医患防护需要（包括床边移动 X 线检查）。 2.有受检者的防护措施，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护（包括床边移动 X 线检查）。 3.影像科人员按照规定佩戴个人放射剂量计。 4.由专人负责放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。 5.影像科人员按照规定每年进行健康检查。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.影像检查前医务人员主动告知辐射对健康的影响，指导受检者进行防护。 2.有员工放射剂量监测数据分析和针对超标原因的改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。</p>
<p>3.27.8.10 制定放射安全事件应</p>	<p>【C】 1.各相关人员熟悉放射安全事件应急预案、相关流程以及本部门、本科室和本人</p>

<p>急预案并组织演练。 (放射影像适用)</p>	<p>职责有放射安全事件应急预案。 2.有辐射损伤的具体处置流程和规范。 【B】符合“C”，并 进行放射安全事件应急预案综合演练，有整改措施并组织落实。</p>
<p>3.27.9 由具备法定资质的卫生技术人员实施脑电图检查、心电图检查和腔镜检查等特殊诊疗服务，由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果。</p>	
<p>3.27.9.1 特殊检查室卫生技术人员应依法获得资质，负责日常管理及医疗业务工作。</p>	<p>【C】 1.对特殊检查部门的各级各类人员均有明确的资质与能力要求。 (1)特殊检查室人员按照相关规定接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格与授权的人员、专业技师，应有专业资格证书。 (2)人员数量、人员梯队与所承担的任务相适应，能完成日常工作中常规操作及疑难病例处理。 (3)所有人员经过岗前培训。 2.相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。 【B】符合“C”，并 1.特殊检查室负责人必须是有经验的特殊检查专业或经过特殊检查技术培训的主治医师以上职称。 2.无非卫生技术人员执业或执业范围与注册项目不符。 【A】符合“B”，并 相关职能部门按照规定和制度实行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施，改进有成效。</p>
<p>3.27.9.2 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果。</p>	<p>【C】 1.有出具诊疗报告，解读检验结果的相关规定。 2.各种诊疗报告签署和发出均由具备专业资质的执业医师执行。 【B】符合“C”，并 无不具备资质人员签发报告。 【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，对存在问题与缺陷提出整改措施，对整改情况进行追踪与成效评价，有记录。</p>
<p>3.27.10 落实输血管理的法律、法规和临床输血技术规范，制定输血管理文件并实施。落实临床用血申请及审核制度，履行用血报批手续，严格掌握输血适应证，做到安全、有效、科学用血。有控制输血严重危害（SHOT）的方案并实施。</p>	
<p>3.27.10.1 依据输血管理的法律、法规和临床输血技术规范制定输血管理文件。</p>	<p>【C】 1.依据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法（试行）》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范，制定相关管理制度。 2.有临床输血管理组织和职能管理部门，履行对全院临床输血监管指导工作职能并有活动记录。 3.有组织全院性输血相关的法律、法规、规范、制度的培训记录。 4.有“临床输血管理实施细则”和考核办法。 【B】符合“C”，并 1.临床输血管理组织按照输血工作的相关管理要求，开展质量管理工作，对存在问题有改进措施并得到落实。 2.相关职能部门进行督导检查，对存在问题进行追踪与改进成效评价，有记录。 【A】符合“B”，并 1.临床医护人员对输血相关制度知晓率≥95%，并严格落实。 2.有全院输血管理工作的定期总结、分析、反馈和持续改进。</p>

	对特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程。 【A】符合“B”，并 1.输血前检测率 100%。 2.输血治疗知情同意书签署率 100%。
3.27.10.7 有临床用血前评估和用血后效果评价制度，严格掌握输血适应证，做到安全、有效、科学用血。	【C】 1.对输血适应证有严格管理规定。 2.根据患者病情和实验室检测指标进行输血指征综合评估，记入病历。 3.有用血后效果评价管理要求。 【B】符合“C”，并 临床科室能将用血后效果评价的结果记入病历。 【A】符合“B”，并 相关职能部门按规定管理输血适应证，每季度有输血适应证评价与分析用血趋势。（用近三年案例说明）
3.27.10.8 输血治疗病程记录完整详细。	【C】 1.输血治疗病程记录完整详细，至少包括输血原因，输注成分、血型 and 数量，输注过程观察情况，有无输血不良反应等内容。 2.记录输血方式与输血后的效果评价。 【B】符合“C”，并 手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致；输血量与发血量一致。 【A】符合“B”，并 1.有输血治疗病程记录质量的督导检查和改进措施。 2.输血治疗病程记录 100%符合规范要求。
3.27.10.9 落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。	【C】 有输血申请审核登记和用血报批登记制度。 (1)输血申请单审核率为 100%。 (2)大量用血报批审核率 100%。 (3)用血的申请单格式规范、书写规范、信息记录完整。 (4)临床单例患者用全血或红细胞超过 10U 履行报批手续，需要科室主任签名，报医务科批准。 【B】符合“C”，并 紧急用血必须履行补办报批手续。 【A】符合“B”，并 医务科对临床履行用血报批情况进行评价，有对存在问题提出整改的记录。
3.27.10.10 做好血液入库、贮存和发放管理。（可选）	【C】 1.有血液库存管理，包括血液预订、接收核对、入库、贮存、出库等内容。 (1)血液的出入库记录完整率为 100%。 (2)血液有效期内使用率为 100%。 (3)用血的发血单、输血记录单格式和书写规范、信息记录完整。 2.对血库领出血液进行检查核对。 (1)按规定检查从血库领取的血液必须核对已和受血者作过交叉配血试验的血袋，并确认受血者是否正确。 (2)血液发出前，必须书面确认用于输血的血液，以及供血者和受血者的血型无误。 (3)血液发出前，还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹象，以及其他肉眼可见的任何异常现象。

	<p>(4)由血库发血者和临床科室领血者共同按规定或流程执行核对。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。相关职能部门按照制度和流程落实监督检查，并有改进措施。</p>
<p>3.27.10.11 有输血前的检验和核对制度，实施记录及时、规范，并保存。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有输血前的检验和核对制度，实施记录及时、规范，且保存。 (1)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。 (2)按照要求规范开展输血前检验项目：血型（包括 RhD）交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物等指标。 (3)交叉配血必须采用能检查不完全抗体的介质或实验方法。 (4)血液发出后，受血者和献血血标本于 2℃~6℃保存至少 7 天。 (5)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、签字制度。 2.临床输血记录合格率和保存完整率为 100%。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室按照制度和流程要求检查落实情况，对存在的问题及时整改。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，对存在的问题有追踪。</p>
<p>3.27.10.12 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。（可选）</p>	<p>【C】</p> <p>1.有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。 2.使用血液存放环境符合规定，有监测记录。 (1)不同血型的全血、成分血分型分层存放或在不同冰箱存放，标识明显。 (2)储血冰箱有不间断的温度监测与记录。 (3)血液保存温度和保存期符合要求。 (4)贮血冰箱定期消毒，记录保存完整。 (5)贮血冰箱定期进行细菌监测，记录保存完整。 3.输血器械符合国家标准，“三证”齐全。 (1)血袋按规定保存、销毁，有记录。 (2)一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室检查制度落实情况，对存在的问题及时整改。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，对存在的问题有追踪。</p>
<p>3.27.10.13 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有明确规定的流程，确保患者输血过程中的安全。 2.明确规定输血前在患者的床旁由两名工作人员准确核对受血者和血液信息。 3.明确规定从取血到输血结束的最长时限。 4.在血液输注过程中不得添加任何药物。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.制定使用输血器和辅助设备（如血液复温）的操作规程与流程。 2.输血全过程的信息应及时记录于病历中。</p> <p>【A】符合“B”，并 严密监护输血全过程，及时发现输血不良反应，按规定及时处理。</p>
<p>3.27.10.14 有应急用血预案，并</p>	<p>【C】 有紧急抢救配合性输血管理应对预案。</p>

能得到落实。	<p>(1)紧急抢救配合性输血管理。</p> <p>(2)紧急抢救输血非同型管理。</p> <p>(3)有配血、储血设备故障的应急管理。</p> <p>(4)夜间、节假日输血管理。</p> <p>【B】符合“C”，并明确紧急用血的批准及执行部门的职责，相关科室/部门有保障措施。</p> <p>【A】符合“B”，并对近三年信息与案例，评价本院紧急用血的执行情况，与本院规定的要求保持一致。</p>
3.27.10.15 有控制输血严重危害（SHOT）的方案与实施情况记录。	<p>【C】相关医务人员熟悉输血严重危害（SHOT）方案、处置规范与流程，知晓率100%。</p> <p>(1)监测输血的医务人员经培训，能识别潜在的输血不良反应症状。</p> <p>(2)有确定识别输血不良反应的标准和应急措施。</p> <p>(3)发生疑似输血反应时医务人员有章可循，并应立即向医务科和患者的主管医师报告。</p> <p>(4)一旦出现可能为速发型输血反应症状时（不包括风疹和循环超负荷），立即停止输血，并调查其原因。要有调查时临床及时处理患者的规范。</p> <p>(5)医务科应根据既定流程调查发生不良反应的原因，确定是否发生了溶血性输血反应。立即查证：</p> <p>①患者和血袋标签确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血。</p> <p>②查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错。</p> <p>③肉眼观察受血者发生输血反应后的血清或血浆是否溶血。如果可能，该标本应和受血者输血前的标本进行比较。</p> <p>④用受血者发生输血反应后的标本做直接抗人球蛋白试验。</p> <p>(6)实验室应制定加做其他相关试验的要求，以及做相关试验的标准。</p> <p>(7)上述试验结果记录到受血者的临床病历中。</p> <p>(8)输血后献血员和受血者标本应依法至少保存7天，以便出现输血反应时重新进行测试。</p> <p>【B】符合“C”，并医务科对输血不良反应评价结果的反馈率为100%。</p> <p>【A】符合“B”，并医务科对输血严重危害（SHOT）案例，运用质量管理工具展示管理成效的变化趋势，有季度通报、半年小结、年度总结报告，并对公开的数据质量和结果的可靠性承担责任。</p>
3.27.10.16 有输血相容性检测的实验室的管理制度。	<p>【C】</p> <p>1.有输血前的检测管理制度。</p> <p>2.用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。</p> <p>3.用于输血相容性检测的仪器设备符合相应要求。</p> <p>【B】符合“C”，并输血相容性检测报告内容完整性100%。</p>
3.27.10.17 做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。	<p>【C】建立和实施与检测项目相适应的室内质量控制流程，应包括：</p> <p>(1)质控品的技术规则定义。</p> <p>(2)质控品常规使用前的确认。</p> <p>(3)实施质控的频次。</p>

	(4)质控品检测数据的适当分析方法。 (5)质控规则的选定。 (6)试验有效性判断的标准。 (7)失控的判定标准、调查分析、处理和记录。
	【B】 符合“C”，并 参加本地区室间质量评价应当按常规检测方法与常规检测标本同时进行，不得另选检测系统，保证检测结果的真实性。
	【A】 符合“B”，并 参加省级室间质量评价机构组织的输血前相关血液检测室间质量评价，成绩合格。

二十八、病历（案）管理

评审标准	评审要点
3.28.1 病历（案）管理符合《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范。	
3.28.1.1 按照《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范的要求，设置病案科（室）。	【C】 设置病案科（室），配置病案管理人员满足工作需要，形成梯队，非相关专业的人员<50%。 【B】 符合“C”，并 配设计算机系统等相应的设施、设备。 【A】 符合“B”，并 由取得医疗、护理或管理中级以上职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科（室）。
3.28.1.2 制订病案管理、使用等方面的制度、规范、流程等执行文件。并对相关人员进行培训与教育。	【C】 1.有病案工作制度和人员岗位职责。 2.有病案工作流程。 3.建立门(急)诊病历和住院病历编号制度，为同一患者建立唯一的标识号码。 4.工作人员知晓本岗位职责和履职要求，熟悉病案管理的有关法律、法规和规章。 【B】 符合“C”，并 1.有人员培训的规划。 2.有参加病案专业继续教育的记录。 3.病案科（室）对制度和流程落实情况进行检查，对存在问题与缺陷有改进措施。 【A】 符合“B”，并 1.病案管理人员均接受规范培训，并有记录。 2.相关职能部门有监管，对改进措施进行追踪与成效评价。
3.28.2 门诊、急诊、抢救、留观、住院病历书写符合《病历书写基本规范》要求，按现行规定保存病历资料，保证可获得性。有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。保护病案及信息的安全，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。	
3.28.2.1 按规定为门诊、急诊、住院患者写书病历记录。	【C】 1.医师要按照规范书写门诊、急诊、住院患者病历。 2.保存每一位来院就诊者的基本信息。 【B】 符合“C”，并 住院患者的姓名索引：

	<p>(1)患者个人的基本信息。 (2)项目包括：姓名、性别、出生日期（或年龄）。 (3)使用二代身份证采集身份证号、住址甚至照片信息。 (4)联系人、电话、住院科室等详细信息。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对病历书写质量整改措施进行追踪与成效评价，持续改进病历质量。</p>
<p>3.28.2.2 为每位门诊、急诊患者建立就诊记录或急诊留观病历。</p>	<p>【C】 1.对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。 2.为急诊留观患者建立病历。 3.急诊病房的病历按照住院病历规定执行。</p> <p>【B】符合“C”，并 建立门诊、急诊医师工作站，有处方及检查化验报告等查询功能。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门要对病历质量整改措施进行追踪与成效评价，持续改进病历质量。</p>
<p>3.28.2.3 为每位住院患者建立并保存病案。</p>	<p>【C】 1.为每位住院患者建立病历，并保存。 2.有唯一识别病案资料的病案号。 3.每位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。 4.已建立电子病历的妇幼保健院，应当将病历标识号码与患者身份证明编号相关联，使用标识号码和身份证明编号均能对病历进行检索。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.在规定时限内为患者及时调取住院病历，保证患者就诊时对所需病案的可及性。 2.通过一个病案的编号可获得所有的历史诊疗记录。 3.保证病案的完整性、连续性。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门有监督，病案管理有持续改进。</p>
<p>3.28.2.4 住院病案首页应有主管医师签字，应列出患者所有与本次诊疗相关的诊断与手术、操作名称。</p>	<p>【C】 1.病案首页上，各级医师签字符合病案首页填写相关要求，体现三级医师负责制。 2.病案首页诊断填写完整，主要诊断的正确率达到 100%。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.病案首页中的疾病诊断顺序、主要诊断与主要手术、操作选择应符合国家卫计委与国际疾病分类规定要求。 2.病案首页中的诊断可在病程、检查化验报告中获得支持依据。 3.病历中各种手术与操作并发症、使用药物及器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。 4.有临床科室自查及相关主管职能部门督查，有整改措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对整改措施落实情况进行追踪与评价，监管与持续改进有成效。</p>
<p>3.28.2.5 病程记录及时、完整、准确，符合国家卫计委《病历书写基</p>	<p>【C】 1.病程记录及时、完整、准确，符合《病历书写基本规范》。 2.病程记录根据病情观察、查房情况结合检查结果有分析、有判断，体现医疗组三级医师的诊断思路和处理方案。</p>

本规范》。	【B】 符合“C”，并 科室质量小组对本科室医师书写的病程记录进行评价，促进提高病程记录质量。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对病历质量有监管，持续改进有成效。
3.28.2.6 保持病案的可获得性。	【C】 1.保持病案的可获得性。 (1)有方法（如病案示踪系统）控制每份病案的去向。 (2)病案如果没有其他替代品，如：影像、缩影，病案则不能打包存放或远距离存放（委托存放）。 2.有3年病案存放的发展空间。 3.对未归的病案有催还的实际记录。 4.对借阅病案的使用期限和使用范围有明确的规定。 5.患者出院后，住院病历在7个工作日之内回归病案科（室）达≥90%。
	【B】 符合“C”，并 1.患者出院后，住院病历在3个工作日之内回归病案科（室）达≥90%。 2.病案科（室）与相关职能部门对患者出院后病历未能及时回归病案科（室）的科室进行追踪、分析、改进管理，保障回归率。
	【A】 符合“B”，并 患者出院后，住院病历在2个工作日之内回归病案科（室）达≥95%，在7个工作日内回归病案科（室）达100%。
3.28.2.7 有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案。	【C】 1.病案科（室）工作人员知晓保护病案及信息安全的相关制度有应急预案。 2.有管理制度范与程序，防止病案丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。 3.病案科（室）有防盗、防尘、防湿、防霉、防蛀、防高温措施。 4.配置相应的消防器材，消防安全符合规范。
	【B】 符合“C”，并 科室定期进行安全检查，对存在问题和缺陷及时改进。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，对存在的问题有追踪。
3.28.2.8 有《病历书写基本规范》的实施文件，发至每位医师。	【C】 1.有《病历书写基本规范》的实施文件，每位医师均能方便获取。 2.病历书写作为临床医师“三基”训练主要内容之一。 3.有病历书写的相关培训与训练计划。
	【B】 符合“C”，并 病历书写作为住院医师、进修生、研究生、实习生岗前培训的主要内容之一，考核合格后方可上岗。
3.28.2.9 有病历质量控制与评价组织。	【C】 1.有病历质量控制与评价组织，由具备主治医师以上资格且有5年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持。 2.有病历质量监控评价标准，相关医师均知晓标准内容。
	【B】 符合“C”，并 各质量管理小组定期对病历质量进行检查与评价，作为医师考核内容。
	【A】 符合“B”，并 1.年度住院病案总检查数占总住院病案数≥70%，病历甲级率≥90%，无丙级病历。

	2.院科两级及时通报病历检查情况，反馈至各科室和责任医师，对存在问题与缺陷及时改进。
3.28.2.10 有病案服务管理制度，有借阅、复印或复制病历资料的规定，为本院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有病案服务管理制度，有明确的服务规范与程序，有借阅、复印或复制病历资料的规定。 2.病案服务限于相关医务人员及管理人员，患者及其代理人，公安机关，检察院、法院等有关司法机关，医疗保险机构相关人员。 3.依照法律、法规和规章为患者及其代理人、司法机关和医疗保险机构人员提供病案服务，履行借阅、复印或复制申请核查与病案信息核查。 4.有完整的病案服务登记信息，包括借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复印或复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。 5.履行借阅、复印或复制申请核查与病案信息核查职责。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.确定的特定范围内住院病历，借阅、复印或复制病案有批准制度与程序。 2.有院内回避与保护患者隐私的规范与措施。 <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对病案服务有监管，保障病案依法借阅、调取、复印便捷。</p>
3.28.3 采用国家卫生健康行政部门发布的疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM-3 对出院病案进行分类编码，建立科学的病案库管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。推进电子病历的建设。	
3.28.3.1 采用国家卫生健康行政部门发布的疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9CM-3，对出院病案进行分类编码。（★）	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.对出院病案进行疾病分类，编码符合国家规定。 2.疾病分类编码人员有资质与技能要求。 <p>【B】符合“C”，并 病案科（室）定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。</p> <p>【A】符合“B”，并 医师熟悉疾病分类与手术操作分类，有本院信息系统的支持。</p>
3.28.3.2 建立出院病案信息的查询系统。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有出院病案信息的查询系统。 2.病案首页内容完整、准确。 3.病案首页全部资料信息录入查询系统，至少能为评审提供 2 年以上完整信息。 <p>【B】符合“C”，并 查询系统资料完整、功能完善。 (1)根据病案首页内容的任意项目，单一条件查询住院患者的病案信息。 (2)根据病案首页内容的两个或两个以上的项目，复合查询住院的病案信息。</p> <p>【A】符合“B”，并 提供 3 年内完整病案首页信息。</p>
3.28.3.3 电子病历符合《电子病历基本规范（试行）》。（可选）	<p>【C】</p> <p>建立电子病历系统。电子病历系统应符合《病历书写基本规范》与《电子病历基本规范（试行）》要求。</p> <p>【B】符合“C”，并 有基于电子病历的临床信息系统，电子病历系统具备病案质量控制功能。</p> <p>【A】符合“B”，并 信息系统能满足病案基本信息的采集，医疗保健质量指标数据的统计与分析。</p>

二十九、护理管理

评审标准	评审要点
3.29.1 建立二级（院-科室）护理管理组织体系，实施护理垂直管理，有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。	
3.29.1.1 建立二级（院-科室）护理管理组织体系，实施护理垂直管理。	【C】 1.有院长（或副院长）领导下的二级（护理部-护士长）护理管理体系，实施护理目标管理。分管领导定期参与研究，讨论并指导护理工作。 2.护理部负责全院护理人员的继续教育与培训。 3.护理部负责全院护理工作的质量管理。 4.有措施保障落实护理工作的中长期规划、年度计划、有年度总结。
	【B】 符合“C”，并 1.护理部负责对全院护理人员进行绩效考核与薪酬分配。 2.分管院长对护理管理工作有监管及督查。 3.护理管理岗位人员定期参加管理培训或相应的继续教育培训。
	【A】 符合“B”，并 1.护理管理组织体系完善，有效运行。 2.与相关科室及职能部门有联系会议或其他协调机制，持续改进有成效。
3.29.1.2 有护理质量与安全管理组织，职责明确，落实到位，有监管措施。	【C】 1.在机构质量与安全管理委员会下设护理质量与安全管理委员会，定期召开会议研究，护理质量与安全职责明确。 2.有质量管理工作制度、护理质量监测指标及年度护理质量与安全管理委员会的工作计划，并落实。 3.护理单元有护理质量和安全管理小组，负责落实护理质量与安全管理工作。
	【B】 符合“C”，并 1.护理单元护理质量与安全管理小组，每月对护理质量与安全管理有自查、分析与整改。 2.专职人员负责护理质量管理，有考核记录。 3.职能部门对护理单元的护理质量与安全管理工作有检查与监督。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，医院护理质量与安全管理规范。
3.29.2 按照《护士条例》的规定，对护士实施分层级管理。有护士管理规定、岗位管理制度，明确岗位职责，岗位技术能力要求和工作标准。	
3.29.2.1 依法执业，有护士（含助产士）管理规定，实行岗位管理和分层管理，有岗位职责和工作标准，各类各级护士资质，岗位技术能力要求和工作标准。	【C】 1.有适合本院实际情况的护士管理规定、岗位管理规定、明确护理岗位设置和岗位职责。 2.实施护士分层管理，明确各类各层级护士技术能力要求和工作标准，落实岗位培训方案。 3.有护理人员执业资质管理规定，特殊岗位护理人员需经过专科化培训，取得相关资质。 4.各层级护理人员能力符合相关岗位职责和工作标准。 5.相关人员知晓本部门、本岗位的人员资质与审核规定和程序及履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1.科室对各层级护理人员资质的落实和履职情况有自查、分析、整改。 2.有相关职能部门（人事科、护理部）及用人科室共同管理的用人机制。

	<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.护理部对岗位职责、护理人员分层管理有检查和督促。 2.对护士管理工作有追踪和评价，持续改进有成效，护理人员资质符合执业要求，护士岗位管理和分层管理落实到位。
3.29.3 护士资源配备与机构的功能和任务一致，有护理单元护士的配置原则。以护理工作量为基础，对护理人力资源实行弹性调配，有紧急状态下调配预案。	
3.29.3.1 有护理单元护士人力配置的依据和原则，合理调配护士人力，满足临床工作需要。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.以护理工作量为基础，依据专科特点，护理等级，制定护理人力资源动态调配方案和措施，有调配记录。 2.科室护士人员结构合理并与专科技术相适应，护士能力与分管患者护理级别相符。 3.根据病人数和工作量合理配置护士负责病人数。 <p>【B】符合“C”，并 普通病房每位护士平均负责病人数≤8人，并体现护士能力与病人危重程度相符的原则。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根据病人数和工作量配置夜班护士数。 2.持续改进有成效，护士人力资源调配工作落实到位。
3.29.3.2 根据收住患者特点、护理等级比例、床位使用率，合理配置人力资源。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.护士人力资源配备和机构的功能、任务及规模一致： <ol style="list-style-type: none"> (1)医疗保健一线护士占全院护士总数的比例≥95%； (2)全院病区护士与实际开放床位比≥0.4:1； (3)手术室护士与手术床之比≥2.5:1； (4)母婴同室病房、新生儿病房护床比≥0.6:1； (5)NICU、PICU护床比≥1.5:1； (6)每2张待产床应配1名助产士，每张产床应配备3名助产士。 (7)ICU的护床比≥2.5~3:1。 2.有护理岗位说明书，包括工作任务和任职条件。 3.有护士专业技术职称聘任符合机构聘任制度规定。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病房护士总数与实际开放床位比大于0.5:1（床位使用率≥93%），或病房护士总数与实际开放床位比不低于0.6:1（床位使用率≥96%，床位使用率≥96%每增加3%使用率，护士配置增加0.1；平均住院日小于10天）。 2.基于护理工作量、岗位要求合理配置护士。 <p>【A】符合“B”，并 职能部门对护理单元护士配置和使用情况有检查、分析、反馈。</p>
3.29.3.3 实行紧急状态下护理人力资源调配方案。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有保障实施弹性人力资源调配的实施方案。 2.对护理储备人员有培训和考核，可满足紧急状态下的调配。 3.相关人员知晓人力资源调配预案和流程。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.科室对可供紧急状态或特殊情况下人力资源调配有演练，对存在问题有整改使用。 2.有护士储备，可供紧急状态下或特殊情况下调配使用。 <p>【A】符合“B”，并 职能部门对护理人力资源有调配方案和检查，持续改进有成效。</p>

3.29.4 建立绩效考核制度，将考核结果与护士的评优、评先、晋升、薪酬分配相结合，实现同工同酬，优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。	
3.29.4.1 建立绩效考核制度，将考核结果与护士的评优、晋升、薪酬分配相结合，实现优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。	【C】 1.有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求绩效考核方案。 2.有保障护士实行同工同酬，并享有相同的福利待遇和社会保险的制度。 3.绩效考核方案能够体现优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。 4.绩效考核方案制订应充分征求护士意见。
	【B】 符合“C”，并 1.绩效考核方案能够通过多种途径方便护士查询，知晓率≥80%。 2.科室对绩效考核方案实施过程中存在问题进行分析、讨论、完善。 3.绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。 4.护士每年离职率≤10%。
	【A】 符合“B”，并 1.相关职能部门履行监管职责，有定期监管检查，并有分析、反馈和改进措施。 2.护士每年离职率≤5%
3.29.5 有护士在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录、落实专科护士制度，发挥专科护士作用。	
3.29.5.1 有护士在职继续教育培训和考评。	【C】 1.有护士在职继续教育培训与考评制度。 2.有护士分层培训计划，并由护理部有专人负责落实。 3.有开展培训的经费、设备设施等资源保障。 4.每年护士外出参加培训与学习>5%。
	【B】 符合“C”，并 1.科室对在培培训计划的落实有检查。 2.常规培训经费列入年度预算。 3.每年护士外出培训和学习>10%
	【A】 符合“B”，并 1.培训计划有督查、考核。 2.护士规范化培训符合省卫健委要求，落实率 100%。 3.护理部对各层级护士培训实施有督查、对存在问题有分析、有改进。
3.29.5.2 落实专科护理培训要求，培养专科护理人才。	【C】 1.根据本院功能及需要，培养临床所需的专科护士。 2.有开展专科护士日常训练所需的师资、设备设施等资源保障。 3.按照《专科护理领域护士培训大纲》等要求，有本院专科护士培训方案和培养计划，并落实。
	【B】 符合“C”，并 1.科室对专科护士的培训、使用情况有评价和考核。 2.发挥专科护士作用，掌握本专科护理最新进展，在医院临床护理中起引领作用。
	【A】 符合“B”，并 护理部对专科护士的培训和使用情况有检查与监管。
3.29.6 实行护理目标管理责任制，岗位职责明确，落实护理制度、护理常规、操作规程等，有相应的监督与协调机制。	
3.29.6.1 实行护理目标管理责任制、岗位职责明	【C】 1.有全院护理管理目标及各项护理标准并实施。 2.护理单元有护理管理目标及各项护理标准并实施。

确。	<p>3.相关人员知晓上述内容并履行职责。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.科室护士长负责落实本科室护理管理目标并按标准实施护理管理。 2.相关职能部门对科室护理管理目标、护理质量执行有定期的检查、评价、分析、反馈，有整改措施。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>对护理管理目标及各项护理标准落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。</p>
<p>3.29.6.2</p> <p>依据法律法规、行业标准、指南、职能等落实护理制度、护理常规、操作规程等，有相应的监督。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根据法律法规、行业标准、临床指南适时制定并及时修订护理制度、护理常规和操作规程。 2.对护理核心制度（分级护理、查对、交接班、安全输血、身份识别等制度）和岗位职责有培训、考核。 3.相关护理人员掌握上述内容并执行。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.对开展的新项目、新技术有相应的专科护理常规补充和完善。 2.护理单元对护理常规、操作规程、护理核心制度落实情况有自查、分析、反馈及整改。 3.护理部履行监管职责，有定期检查、分析、反馈，有改进措施。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>护理常规、操作规程、护理核心制度落实好，持续改进有成效。</p>
<p>3.29.6.3</p> <p>有危重患者护理常规及技术规范、工作流程及应急预案，对危重患者有风险评估和安全防范措施。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.护理人员知晓并掌握危重患者管理制度、护理常规及技术规范，工作流程及应急预案。 2.有与危重症相关知识和操作技能的培训和考核。 3.密切观察危重患者的病情变化，实施风险评估和安全防范措施。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.科室对危重症患者护理质量进行自查，对存在问题有分析、有整改。 2.护士知晓相关制度、规范、流程及预案并落实。 3.由具有相应能力的护士为危重症患者实施护理。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.职能部门对危重症护理质量有指导、督查和评价。
<p>3.29.6.4</p> <p>有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程并组织培训。 2.护士能规范并熟练使用胎心监护仪、输液泵、注射泵、心电监护仪、除颤仪、吸引器等常用仪器和抢救设备。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.对使用中可能出现的意外情况有处理预案及措施。 2.科室及相关职能部门对常用仪器、设备和抢救物品定期进行检查和督查、分析、整改。 3.职能部门对护理人员的抢救仪器的操作能力和培训效果进行督查和监管。
<p>3.29.7 根据分级护理的原则和要求，实施护理措施，有护理质量评价标准，有质量可追溯机制。</p>	
<p>3.29.7.1</p> <p>根据分级护理的原则和要求，实施护理措施，有护理质量评价标准，有质量可追溯</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依据《综合医院分级护理指导原则》及《护理分级》标准的规定，制订符合本院特色的分级护理制度。 2.落实分级护理制度，根据患者病情及时调整护理级别，护理级别标识明显。 3.护理人员掌握分级护理内容，护理措施到位，能够充分体现专科护理特色。

机制。	<p>4.分级护理制度有培训和考核，并落实。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有护理质量监控指标，对存在问题有改进措施。 2.护理部对护理分级落实情况有检查、监管、评价。
3.29.8 实施“以服务对象为中心”的整体护理工作模式，优质护理服务落实到位，保障措施得力。	
3.29.8.1 实施“以服务对象为中心”的整体护理，为患者提供适宜的护理服务。（★）	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根据“以服务对象为中心”的整体护理工作模式，制订实施方案。 2.根据患者生理、心理、社会心理特点，评估患者的需求，制定护理措施，体现护理人员工作中的责任制。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.责任护士每天评估患者，掌握所负责患者的诊疗护理信息，有效开展健康教育、康复指导和心理护理： <ol style="list-style-type: none"> (1)一般资料：床号、姓名、性别、年龄、主管医师； (2)主要诊断、第一诊断； (3)主要病情：住院原因、目前身体状况、临床表现、饮食、睡眠、大小便、活动情况、心理状况等； (4)治疗措施：主要用药和目的、手术名称和日期； (5)主要辅助检查的阳性结果； (6)主要护理问题及护理措施； (7)病情变化的观察重点。 2.责任护士能运用专科护理知识和技能对患者进行综合评估、分析，动态调整护理措施并落实到位。 <p>【A】符合“B”，并 依据患者的个性化护理需求制订护理计划，护理人员掌握相关的知识。</p>
3.29.8.2 优质护理服务落实到位。（★）	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有优质护理服务规划、目标及实施方案。 2.对护士长有明确考核内容。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.护理部有推进开展优质护理服务的保障制度和措施。 2.本院支持保障措施，至少包含以下要求，但不限于 <ol style="list-style-type: none"> (1)本院消毒供应室/中心能够为病房提供下收下送服务； (2)病房使用的口服药品、静脉用药等由院方统一配送； (3)患者陪检（急危重症除外）不需护士负责； (4)送标本不需护士负责； (5)院方补充护理辅助用具，方便临床使用。 3.科室对优质护理服务落实情况有检查，对存在问题及时改进。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.与相关科室与职能部门有联系会议或其它协调机制。 1.职能部门对科室优质护理服务落实情况有检查和监督。
3.29.9 建立并落实护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度。	
3.29.9.1 定期进行护理查房、护理病例讨论。对疑难护理问题组织护理会诊。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有定期护理查房、病例讨论制度。 2.有对疑难护理问题进行护理会诊的工作制度。 3.明确护理会诊人员的资质要求。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.落实护理查房、病例讨论和护理会诊制度，解决患者实际问题。

	2.职能部门对护理查房、疑难病例讨论和护理会诊落实情况有检查和监管。
3.29.10 对产房、产科病房、新生儿病房、手术室、重症监护病房（室）、消毒供应室/中心等特殊护理单元进行护理质量管理与监测。	
3.29.10.1 有产房、产科病房、新生儿病房、重症监护病房（室）护理管理制度、规范、岗位职责、工作流程、护理常规，有突发事件的应急预案或流程。	【C】 1.产房、产科病房、新生儿病房、重症监护病房（室）有工作制度，岗位职责，护理常规及专业技术规范。 2.有突发事件的应急预案，突出专科性，对应急预案有培训。 3.护理人员知晓制度、规范、岗位职责、突发事件的应急预案或流程与履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1.护理人员岗位职责落实到位，对突发事件的应对能力有考核。 2.工作制度、岗位职责和护理常规及时修订。 3.科室对护理人员的岗位职责、护理制度、护理常规的落实，对突发事件的应对能力有自查、分析和整改措施。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对科室落实“工作制度，岗位职责，护理常规、专业技术规范”的成效与“突发事件的应急预案”演练效果有评价与持续改进的具体措施。
3.29.10.2 产房、产科病房、新生儿病房、重症监护病房（室）护理人员经专业理论与技术培训，考核合格，实施责任制护理。	【C】 1.有专科准入制度：产房、产科病房、新生儿病房、重症监护病室护理人员通过专业理论与技术培训，考核合格。 2.产房、产科病房、新生儿病房、重症监护病室实施责任制护理。新生儿病房 1 名护士平均负责≤6 名普通患儿或≤3 名重症患儿。
	【B】 符合“C”，并 1.有符合专科特点的分层培训计划、有记录、有考核。 2.职能部门对产房、产科病房、新生儿病房、重症监护病室的岗位管理、责任制护理的落实情况有评价。
	【A】 符合“B”，并 1.对落实产房、产科病房、新生儿病房、重症监护病室护理人员配置与能力有评价与持续改进的具体措施。 2.新生儿病房 1 名护士平均负责≤4 名普通患儿或≤2 名重症患儿。
3.29.10.3 有护理专项质量管理考核标准、培训及记录。安全措施落实到位。	【C】 1.有重症患者护理规范、护理质量专项考核标准，有培训。 2.有安全管理制度，有培训。 3.100%使用腕带识别身份。 4.护理人员知晓质量与安全管理主要内容与履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1.护理措施和安全措施落实到位。 2.科室定期进行自查，对存在问题有改进措施。 3.相关职能部门定期进行检查，对存在的问题，及时反馈，并提整改意见。
	【A】 符合“B”，并 按照专项护理质量管理考核标准，有考核评价与持续改进的具体措施。
3.29.10.4 提高手卫生依从性；新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴消毒规范；有传	【C】 1.每个房间内至少设置 1 套洗手设施、干手设施或干手物品，洗手设施为非手触式。 2.工作流程符合医院感染控制原则。

染病患者隔离护理措施。	3.按规范消毒新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴，有监测记录。 4.有新生儿传染病消毒隔离制度、对高危新生儿及疑似传染病新生儿隔离措施到位，标识清晰。
	【B】 符合“C”，并 1.有新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴消毒流程、新生儿沐浴、新生儿配奶的工作流程。 2.有专人负责新生儿室的医院感染监控工作，定期进行消毒规范效果及环境卫生学监测，有记录。 3.科室对各项消毒隔离制度、流程及手卫生规范，消毒规范有检查，有分析及整改。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，科室各项消毒隔离措施、流程及规范符合要求，工作人员依从性好。
3.29.10.5 手术室建筑布局合理、分区明确，标识清楚、符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。	【C】 1.手术室布局合理，分区明确，标识清楚，洁污区域分开。 2.各工作区域功能与实际工作内容保持一致。 3.医务人员知晓各工作区域功能及要求并有效执行。
	【B】 符合“C”，并 1.科室对手术室布局、分区及工作人员的依从性进行自查、分析、整改。 2.相关职能部门定期进行检查，对存在的问题，及时反馈，并提整改意见。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，手术室布局分区合理，标识清楚，工作人员依从性高。
3.29.10.6 建立手术室各项规章制度、岗位职责及操作常规，有考核及记录。工作人员配备合理。	【C】 1.有手术室管理制度、工作制度、岗位职责和操作常规。相关护理人员知晓手术室相关制度和岗位职责。 2.根据手术量及工作需要，配备护理人员、辅助工作人员和设备技术人员。手术室护士与手术台之比不低于3:1。 3.手术室护士长具备主管护师以上职称和5年以上手术室工作经验。 4.有手术室各级各类人员培训与考核计划及培训记录。
	【B】 符合“C”，并 1.对新入职手术室护理人员有考核；手术室护理人员培训能体现内容与资质要求相符合。 2.科室对各项制度、各级各类人员培训、使用与考核有自查、分析、整改。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对各项制度、各级各类人员培训、使用与考核有督查、分析、评价。
3.29.10.7 手术室执行《手术安全核查制度》，有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制度，遵医嘱正确用药，有突发事件的应急预案。	【C】 1.有手术患者交接制度并执行。 2.执行《手术安全核查制度》，有医生、麻醉师、护理人员对手术患者、部位、术式和用物等相关信息核查制度及相关落实情况记录。 3.有手术中安全用药制度和麻醉及精神药品、高危药品等特殊药品管理制度，有实施记录。 4.有手术患者标本管理制度，规范标本的保存、登记、送检等流程，有实施记录。 5.遵医嘱正确为手术患者实施术前与术中用药（包含使用预防性抗菌药）和治疗服务。 6.有手术物品清点制度，有实施记录。
	【B】 符合“C”，并

	<p>1.有突发事件的应急预案、有演练记录。</p> <p>2.科室对患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理、应急预案等有自查、分析、整改。</p> <p>3.职能部门对患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理、应急预案等有督查、分析、反馈。</p>
<p>3.29.10.8</p> <p>根据《医院感染管理办法》、《医院手术部（室）管理规范（试行）》、《医务人员手卫生规范》、《医疗废物管理条例》等要求，建立手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，并有培训、考核及监督。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，并对工作人员进行培训、考核及监督，有记录。</p> <p>2.定期对感染、空气质量、环境等进行监测，有记录。</p> <p>3.有医疗设备、手术器械及物品的清洁、消毒、灭菌及存放规定。</p> <p>4.有手术室自行消毒灭菌的手术器械及物品制度、流程及质量控制标准。</p> <p>5.有手术室工作区域定期清洁消毒制度、流程及质量控制标准。</p> <p>6.有医务人员手卫生规范和医疗废物管理制度。</p> <p>7.有医务人员职业卫生安全防护制度及必要防护用品。</p> <p>8.护理人员知晓手术室感染预防管理方面的主要内容与履职要求。</p> <p>9.医疗废物处理符合规范，有交接记录。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.认真执行职业防护制度，处理相关物品及器械时，应穿戴适宜的防护用具，防护措施落实到位。</p> <p>2.对感染控制制度的执行有监管，手卫生的执行率达 100%，记录存在问题与缺陷。</p> <p>3.定期对消毒及感控工作开展监测评价。</p> <p>【A】符合“B”，并利用评价结果持续改进消毒及感控工作，效果良好。</p>
<p>3.29.10.9</p> <p>消毒供应室/中心建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要求。工作区域划分符合消毒隔离要求。</p>	<p>【C】</p> <p>1.消毒供应室/中心相对独立，周围环境清洁，无污染源。</p> <p>2.内部环境整洁，通风、采光良好，分区（辅助区域、工作区域等）明确并有间隔。</p> <p>3.配置有基本消毒灭菌设备设施。根据工作岗位的不同需要，配备相应的个人防护用品。</p> <p>4.污染物品由污到洁，不交叉、不逆流。污染物品有污物通道，清洁物品有清洁物品通道。</p> <p>5.护理人员知晓供应室洁污区分开流程规定与履职要求。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.辅助区域包括工作人员更衣室、值班室、办公室、休息室、卫生间等。工作区域包括去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区。</p> <p>2.根据本院消毒供应室/中心的规模、任务及工作量，合理配置清洗消毒设备及配套设施，符合规范要求。</p> <p>3.去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区之间有实际屏障。去污区与检查、包装及灭菌区之间有洁、污物品传递通道；并分别设人员出入缓冲间（带）。缓冲间（带）应设洗手设施，无菌物品存放区内不应设洗手池。</p> <p>4.上述感染控制制度与措施有监管，记录存在的问题与缺陷。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.对科室落实感染控制制度的成效有评价与持续改进的具体措施。</p> <p>2.感染控制制度与措施的执行率 100%。</p>
<p>3.29.10.10</p>	<p>【C】</p>

<p>消毒供应室/中心实施集中管理,合理配备工作人员,建立与其相适应的管理体制,符合国家管理消毒供应室/中心管理规范的要求。</p>	<p>1.根据本院规模和工作量合理配备人力,设专职护士长负责,并有监督。 2.有专职消毒员,并持证上岗。 3.开展工作人员业务技能培训,确保满足岗位需求。 4.相关部门保障物资、水电气供应,设备运行正常;相关设备出现故障时,能够及时处理。</p> <p>【B】符合“C”,并 1.临床科室可重复使用的消毒物品全部采取集中管理(回收、清洗、消毒及灭菌)完成。 2.应急预案有定期演练。 3.科室对消毒物品的质量有自查、分析、改进。 4.职能部门对消毒物品的质量有督查、分析、反馈。</p>
<p>3.29.10.11 消毒供应室/中心建立清洗、消毒、灭菌效果监测制度,加强质量管理。消毒供应室/中心行业标准要求,专人负责质量监测工作。</p>	<p>【C】 1.有清洗、消毒、灭菌效果监测制度,有监测记录。 2.专人负责质量监测工作,清洗、消毒、灭菌效果监测符合监测标准要求。</p> <p>【B】符合“C”,并 质量控制过程的记录符合追溯要求追溯记录至少保存三年。</p> <p>【A】符合“B”,并 1.职能部门对科室落实监测制度的成效有评价与监督,体现持续改进,有记录。 2.信息系统能自动记录并监测清洗、消毒和灭菌过程。</p>
<p>3.29.11 有护理安全(不良)事件与隐患信息主动报告制度,进行根本原因分析,改进措施到位。有紧急意外情况的应急预案和处理流程,开展培训与演练。</p>	
<p>3.29.11.1 有主动报告护理不良事件制度与激励措施,进行根本原因分析,改进措施到位。</p>	<p>【C】 1.实行非惩罚性制度,有护理人员主动报告的激励机制。 2.有护理人员主动报告护理安全(不良)事件的教育和培训。 3.有多种途径便于护理人员报告医疗安全(不良)事件。 4.有针对不良事件案例成因分析及讨论记录。 5.定期对护理人员进行安全警示教育。</p> <p>【B】符合“C”,并 1.护理安全(不良)事件与医疗安全(不良)事件统一报告网络,统一管理。 2.护理人员对不良事件报告制度的知晓率100%。 3.科室对主动报告护理安全(不良)事件及管理有自查、分析,对存在问题进行改进。 4.职能部门对主动报告护理安全(不良)事件及管理有检查、监管、分析和反馈。</p> <p>【A】符合“B”,并 应用不良事件案例根本原因分析结果,修订护理工作制度或完善工作流程并落实培训。</p>
<p>3.29.11.2 执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理指南。</p>	<p>【C】 1.有护理技术操作培训计划并落实到位。 2.将“临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范”相关要求的手册发至对应岗位的人员。</p> <p>【B】符合“C”,并 1.护理人员熟练掌握口腔护理、静脉输液、各种注射、鼻饲等常见技术操作及并发症预防措施及处理流程。 2.科室对护理技术操作培训及护理人员操作水平有自查、分析、改进。</p>
<p>3.29.11.3</p>	<p>【C】</p>

有重点环节应急管理制度，有紧急意外情况的应急预案及演练。	1.有重点环节应急管理制度。 2.对重点环节:包括患者用药、输血、治疗、标本采集、围手术期管理、安全管理等有应急预案，有培训、有演练及记录。 3.相关岗位护理人员均知晓。
	【B】 符合“C”，并 1..护士配制化疗药、锐器处理、为隔离患者实施治疗及护理时防护措施到位。 2..科室及职能部门对重点环节的执行情况有自查、分析和改进。
	【A】 符合“B”，并 重点环节应急管理措施落实到位，紧急意外情况*的应急预案及演练成效明显，并持续改进。
3.29.12 建立护理管理信息系统。	
3.29.12.1 运用医院信息平台建立护理管理信息系统。	【C】 1.有护理管理信息系统，对护理人力资源、教学等实施信息化管理，方便护士使用。 2.有保障护理管理信息化建设的协调机制。
	【B】 符合“C”，并 能够运用数据对护理管理工作进行分析和评价。

第四章 服务流程管理

一、预约诊疗服务管理

评审标准	评审要点
4.1.1 实施多种形式的预约诊疗服务与分时段服务，对门诊就诊者和出院复诊者实行中长期预约。	
4.1.1.1 实施多种形式的预约诊疗与分时段服务，对门诊就诊者和出院复诊者实行中长期预约。	【C】 1.至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、微信、现场等预约形式。 2.出院复诊者实行中长期预约。
	【B】 符合“C”，并 专家门诊、专科门诊、出院复诊均开展预约诊疗服务。
	【A】 符合“B”，并 门诊实行分时段预约诊疗服务,登记资料完整。
4.1.2 有预约诊疗工作制度和规范，有操作流程，逐步提高预约就诊比例。	
4.1.2.1 有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高预约就诊比例。	【C】 1.有职能部门负责统一预约管理和协调工作。 2.有相关工作制度和流程支持开展多模式的预约诊疗。 3.有相关工作制度和流程支持与基层医疗保健机构合作开展预约转诊服务。 4.就诊者有方便获取的门诊和预约服务信息的途径。 5.有出诊医师管理措施，变动出诊时间提前公告。 6.相关医务人员应熟知预约诊疗服务流程。
	【B】 符合“C”，并 有专人负责预约具体工作。
	【A】 符合“B”，并

	1.门诊预约率达到门诊量 50%以上。 2.孕产期保健复诊普遍实行预约诊疗。
4.1.3 运用 APP、可穿戴设备等技术，推进“互联网+妇幼健康”，改善就诊体验，促进群众健康管理。	
4.1.3.1 运用大数据、APP、可穿戴设备等技术，推进“互联网+妇幼健康”，改善就诊体验，促进群众健康管理。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.门诊候诊区域普遍提供免费无线网络环境。 2.设立微信公众号或应用 App，利用互联网加强孕产期营养、母乳喂养、儿童生长发育、科学育儿、青春期保健、男女生殖保健、更年期保健等保健知识的健康教育。 <p>【B】符合“C”，并运用互联网提供在线预约诊疗、候诊提醒、缴费支付、诊疗报告查询、定期产检提醒、诊后随访等服务。</p> <p>【A】符合“B”，并利用具有《医疗器械注册证》的可穿戴设备开展妇女儿童健康管理。</p>

二、门诊服务管理

评审标准	评审要点
4.2.1 根据妇女儿童特点，优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少等待时间，改善服务体验，实现保健人群和疾病人群相对分流。有相关措施支持门诊服务的持续改进。	
4.2.1.1 根据妇女儿童特点，优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少等待时间，改善服务体验，有相关措施支持门诊服务的持续改进。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。 2.有门诊管理制度并落实。 3.根据妇女儿童就诊人群特点，配置完善的服务设施，有各种便民措施。 4.有缩短就诊者等候时间的措施。 5.有急危重症者优先处置的相关制度与程序。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.针对门诊重点区域和高峰时段有措施保障门诊诊疗的秩序和连贯性。 2.在儿童保健门诊等婴幼儿集中区域设立母婴室。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有减少就医环节的信息支持系统，实行门诊分层挂号缴费，或科室、诊室直接挂号缴费，或自助挂号缴费，或微信挂号缴费等服务途径。 2.信息系统支持自助打印检验检查报告。
4.2.1.2 实现保健人群和疾病就诊者相对分流。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.儿童与成人分区就诊，相对独立。 2.保健服务与疾病诊疗分区设置，相对独立。 3.健康体检、保健服务、急诊、普通疾病就诊、传染病就诊人群合理分流。 4.各区域标识醒目，指向清晰，方便就诊分流。 <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门日常监管有记录，有改进，有落实。</p>
4.2.2 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应提前告知就诊者或其家属。提供咨询服务，帮助就诊者有效就诊。	
4.2.2.1 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.以多种方式向就诊者提供出诊信息，并及时更新。 2.医务人员按时出诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知就诊者。 3.有咨询服务，帮助就诊者有效就诊。

就诊者有效就诊。	【B】 符合“C”，并 1.医务人员完成本岗位诊疗工作后能主动指导就诊者进入下一诊疗环节。 2.有奖惩措施和考核机制不断提高医务人员按时出诊率。
	【A】 符合“B”，并 1.开展满意度调查等措施，不断改善门诊服务。 2.医务人员出诊情况有登记与分析评价，持续改进出诊服务。
4.2.3 根据门诊流量调配医疗保健资源，做好门诊和辅助科室之间的协调配合。有门诊突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。	
4.2.3.1 根据门诊流量调配医疗保健资源，做好门诊和辅助科室之间的协调配合。	【C】 1.有门诊流量实时监测措施。 2.有医疗保健资源调配方案。 3.有门诊与辅助科室之间的协调机制。
	【B】 符合“C”，并 1.门诊满足就诊需要，无院方原因出现退号现象。 2.普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告。
4.2.3.2 有门诊突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。	【C】 1.有应急预案，包括建立组织、设备配置、人员技术培训、通讯保障、后勤保障等。 2.有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。
	【B】 符合“C”，并 1.有门诊突发事件预警系统，能有效地识别预警信息。 2.工作人员能够及时识别预警信息并熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。
	【A】 符合“B”，并 1.根据预警级别，及时启动应急预案，有案例证实在启动应急预案后，相关部门能积极响应。 2.有应急事件分析评价，持续改进应急管理。

三、急诊服务及绿色通道管理

评审标准	评审要点
4.3.1 设置急诊室，提供妇产科、儿科“24小时×7天”连贯不间断的急诊服务，合理配置产儿科急诊人力资源，配备经过专业培训、胜任急诊工作的医务人员，配置急救设备和药品。	
4.3.1.1 设置急诊室，急诊服务布局、设备设施符合产儿科服务特点。	【C】 1.急诊服务布局、设备设施满足产儿科服务需求。 2.在挂号、检验、药房、收费等窗口有急诊优先的标识。 3.急诊服务区域，标识醒目，救护车与急诊室有效衔接，急诊室与病房服务连续畅通。 4.各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程具有专科特点。
	【B】 符合“C”，并 独立设置急诊科。
	【A】 符合“B”，并 急诊科符合《急诊科建设与管理指南（试行）》和《医院感染管理办法》的相关基本要求。
4.3.1.2 应当配备数量适当、经过专业培训、具备	【C】 1.急诊室有妇产科、儿科医师。 2.急诊室固定的急诊护理人员不少于在岗护理人员的60%。

独立工作能力的医护人员。	<p>3.医护人员能够熟练、正确使用急诊室内的各种急救设备。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.无毕业三年以下医护人员独立执业。 2.急诊医护人员全部经过急诊专业培训，考核合格，有记录。 3.急诊医师具备独立抢救常见急危重症患者的能力，熟练掌握心肺复苏和电复律的使用。
4.3.1.3 合理配置产儿科急救仪器设备及药品。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.仪器设备及药品配置结合产儿科服务特点，参考《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本标准。 2.保障急救用仪器设备及药品，急救设备处于功能状态、性能完好、置于功能位置，满足急救需要。 3.各种急救设备操作常规随设备存放。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急救设备有专人保养维护。 2.急救药品有专人管理。 3.急救设备有应急调配机制。 4.相关职能部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。
4.3.1.4 急诊抢救团队应提供连贯不间断的急诊服务，急诊抢救工作由相应专业主治医师以上人员主持与负责。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急诊抢救工作由相应专业主治医师以上人员主持与负责。 2.急诊抢救团队涉及的各部门、各科室，有明确的职责分工与服务时限要求。 <p>【B】符合“C”，并</p> <p>急诊抢救团队连贯不间断的急诊服务，至少做到：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)药学、医学影像（普通放射、超声等）、临床检验、输血等部门能提供“24小时×7天”连贯不间断的急诊服务； (2)医疗器械部门及保障部门能提供“24小时×7天”连贯不间断的抢救设备、后勤保障支持服务。
4.3.2 落实首诊负责制，	与合作的医疗保健机构建立急诊、急救转接服务制度。
4.3.2.1 落实首诊负责制，与合作医疗机构、协作的医疗保健机构建立急诊、急救转接服务制度。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有首诊负责制度，医务人员能熟知并执行。 2.急诊患者、留观患者、抢救患者均有完整的符合规范的急诊病历，能全面反映急诊救治的全过程。 3.有急诊病历质量评价制度，评价结果纳入医师、护士个人的技能评价。 4.有急诊与合作基层医疗机构、协作的三级医疗机构建立的急诊转接服务机制。 5.转院的急危重症患者均有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯抢救。 <p>【B】符合“C”，并</p> <p>有急诊登记资料，能够对患者的来源、去向以及急救全过程进行追溯，开展质量评价。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>有与协作的三级医疗保健机构签订的急诊转接服务协议。</p>
4.3.2.2 对急诊实施管理与协调。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.重大突发事件医疗抢救由院领导负责指挥协调。 2.有关职能部门职责明确，负责协调急诊室日常管理。 3.有紧急情况下各科室、部门的协调与协作流程。 4.相关管理人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 5.重大突发事件医疗抢救有记录。 <p>【B】符合“C”，并</p>

	<p>1.每年有重大突发事件医疗抢救演练。</p> <p>2.有定期（每半年一次）对院内外紧急事件的反应能力进行评价的记录。</p> <p>【A】符合“B”，并由院领导主持急危重症患者服务质量管理组织，有实施履职的记录。</p>
4.3.3 有急危重症患者优先处置的制度与程序，落实急会诊制度，先抢救后付费，及时救治急危重症患者。建立产科、儿科急危重症等重点病种的急诊服务流程与规范。	
4.3.3.1 落实急会诊制度，先抢救后付费，及时救治急危重症患者。 (★)	<p>【C】</p> <p>1.有急诊检诊、分诊制度并落实。</p> <p>2.根据就诊者病情危险程度评估结果，进行分级管理。</p> <p>3.有急诊抢救和会诊的相关制度。会诊人员资质、会诊到达时限符合要求。</p> <p>4.有急危重症患者优先处置的制度与程序。</p> <p>5.对需要紧急抢救的急危重症患者，实行先抢救后付费的制度与程序。</p> <p>6.相关人员均知晓掌握履职要求，就诊者分诊准确性≥90%。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.检诊、分诊人员经过培训，熟悉急诊检诊、分诊业务。</p> <p>2.检诊、分诊准确率不断提高，急危重症患者得到及时救治。</p> <p>3.非急危重症患者得到妥善处置，有去向登记。</p> <p>4.切实落实急危重症患者优先处置制度。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>科室每月对检诊分诊工作准确性和急危重症患者优先处置有评价，有改进。</p>
4.3.3.2 对常见重点急危重症病种的急诊服务流程与服务时限有明文规定，能落实到位。 (★)	<p>【C】</p> <p>1.根据功能定位确定本院常见急危重症目录，特别是产、儿科急危重症目录。</p> <p>2.制订各急危重症病种急诊服务流程及服务时限，相关科室人员知晓。</p> <p>3.急诊抢救团队涉及科室至少每半年一次进行“落实急诊服务流程、服务时限和获得院内关联部门连贯服务措施”的再培训与教育。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>急诊服务体系中相关科室（包括急诊、各专业科室、各医技检查科室、药学部门以及挂号与收费等）责任明确，各司其职，确保患者能够获得连贯、及时、有效的救治。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>医务科、护理部履行监管责任，用关键质量指标与服务时限来管理与协调各个相关科室的及时服务。</p>
4.3.3.3 有急诊留观管理和优先住院的制度与流程。	<p>【C】</p> <p>1.有急诊留观管理和优先住院的制度与流程。</p> <p>2.对急诊留观时间有不超过 72 小时的规定。</p> <p>3.控制≥80%患者留观时间不超过 72 小时。</p> <p>4.急诊医务人员与相关职能部门管理人员知晓相关要求。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.控制≥90%患者留观时间不超过 72 小时。</p> <p>2.对急诊留观时间超过 72 小时的患者≥90%有科主任查房记录。</p> <p>3.有制度与程序保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收住院。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关职能部门对超过 72 小时留观患者情况有监管。</p>

四、住院、转诊、转科、转介流程管理

评审标准	评审要点
4.4.1 改善入院、出院、转诊、转科、转介服务流程，发挥保健优势，为就诊者提供全方位医疗保健服务。	
4.4.1.1 改善入院、出院、转诊、转科服务流程，方便就诊。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.执行留观、入院、出院、转科、转院的服务流程，有专人负责部门间协调。 2.为就诊者入院、出院、转科、转院提供指导和各种便民措施。 3.当科室无空床或医疗保健设施受限时有处理制度与流程，有告知患者原因和处理方案。 <p>【B】符合“C”，并 院方有规范与程序支持，对住院床位实施统一管理与控制。</p> <p>【A】符合“B”，并 信息系统可支持，实现全院床位统一管理与患者流量控制。</p>
4.4.1.2 建立医疗保健服务转介制度和流程，发挥保健优势，为就诊者提供全方位医疗保健服务。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有医疗保健服务转介制度与流程，评估就诊者情况，明确其需求，主动为就诊者提供适宜的转介服务。如：妇产科门诊与住院对象转介到妇女保健或孕产保健接受营养、心理、康复等保健服务；儿科门诊与住院对象转介到儿童保健接受营养、心理、康复等保健服务。 2.为就诊者提供转介指导包括转介科室的名称、联系方式、服务内容等。 3.对员工进行培训，强化医务人员临床与保健相结合服务理念。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.医务人员知晓上述制度与流程，并落实。 2.有数据证实本院医疗与保健服务双向转介比例持续提高。
4.4.2 为就诊者提供办理入院、出院个性化服务。为急诊患者入院制定合理、便捷的入院流程。危重患者应先抢救并及时办理入院手续。	
4.4.2.1 为就诊者提供办理入院、出院手续个性化服务和帮助。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.办理入院、出院、转院手续便捷，分时段或床边办理出院手续，提供 24 小时服务。 2.有为特殊就诊者（如残疾人、无近亲属陪护行动不便患者等）入院、出院提供多种服务的便民措施。
4.4.2.2 有为急诊患者提供合理、便捷的入院流程，危重患者应先抢救并及时办理入院手续。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有为急诊患者提供合理、便捷的入院流程。 2.危重患者应先抢救并及时办理入院手续。
4.4.3 有严格的转诊、转科交接管理制度并记录，及时传递病历与相关信息。	
4.4.3.1 有严格的转诊、转科交接管理制度，及时传递病历与相关信息，为就诊者提供连续医疗保健服务。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.转诊或转科流程明确，实施患者评估，履行知情同意，做好相关准备，选择适宜时机。 2.经治医师应向就诊者或近亲属告知转诊、转科理由以及不适宜的转诊、转科可能导致的后果，获取就诊者或近亲属、授权委托人的知情同意。 <p>【B】符合“C”，并 有病情和病历等资料交接制度并落实，保障诊疗的连续性。</p>

<p>4.4.3.2 建立规范化危急重症患者转移时的交接流程。</p>	<p>【C】 1.使用规范的模式、工具、方法，使重症患者被规范、安全地交接。 2.有措施保障在危急重症患者聚集中的诊疗单元做到，至少应在，但不限于 (1)急诊抢救室、急诊留观室； (2)各科病区； (3)重症监护病房（室）； (4)手术室； (5)产房与新生儿室。 3.相关人员知晓不同专业的诊疗单元交接记录内容的具体要求。</p> <p>【B】符合“C”，并 医务科、护理部履行协调与监管，有记录及改进的措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 信息系统可提供床边移动工作站，支持重症患者安全交接与诊疗信息即时转移。</p>
<p>4.4.4 对出院者进行健康教育和随访预约管理，告知出院后医疗、保健、护理、康复措施及相关知识。</p>	
<p>4.4.4.1 对出院者进行健康教育和随访预约管理，告知出院后医疗、保健、护理及康复措施及相关知识。</p>	<p>【C】 1.有出院者健康教育相关制度并落实。 2.有出院者随访、预约管理相关制度并落实。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.就诊者或其近亲属、授权委托人能知晓和理解出院后医疗、保健、护理和康复措施。 2.开展多种形式的随访，不断提高随访率。</p>

五、基本医疗保障服务管理

评审标准	评审要点
<p>4.5.1 严格执行基本医疗保障制度，有便捷的服务流程，严格收费管理。</p>	
<p>4.5.1.1 严格执行基本医疗保障制度，有便捷的服务流程，严格收费管理。</p>	<p>【C】 1.有指定相关部门或专人负责基本医疗保障管理工作。 2.有基本医疗保障管理相关制度和相应保障措施。 3.提供快捷的基本医疗保障预付服务。</p> <p>【B】符合“C”，并 实施“先诊疗后结算”等措施，方便就医。</p>
<p>4.5.2 公开医疗保健服务项目和收费标准，公示基本医疗保障支付项目。</p>	
<p>4.5.2.1 公开医疗保健价格收费标准和基本医疗保障支付项目。</p>	<p>【C】 1.公开基本医疗保障服务项目和收费标准。 2.公开基本医疗保障支付项目。</p> <p>【B】符合“C”，并 提供查询方式。</p>
<p>4.5.3 保障各类基本医疗保障制度参加人员的权益，强化参保者知情同意。</p>	
<p>4.5.3.1 保障各类参加基本医疗保障人员的权益，强化参保者知情同意。</p>	<p>【C】 1.维护参保人员的权益，提供基本医疗保障相关信息的咨询服务。 2.对于基本医疗保障服务范围外的诊疗项目应事先征得参保者的知情同意。</p>

六、维护服务对象合法权益

评审标准	评审要点
4.6.1 有相关制度保证	服务对象及其家属充分了解其合法权益。
4.6.1.1 服务对象及其近亲属、授权委托人对其健康状况、诊断、医疗保健措施和医疗保健风险等具有知情选择的权利。有相关制度保证医务人员履行告知义务。（★）	<p>【C】 有维护服务对象合法权益的相关制度并落实。</p> <p>【B】符合“C”，并 医务人员尊重服务对象的知情选择权利，对服务对象或其近亲属、授权委托人进行健康状况、诊断、医疗保健措施和医疗保健风险告知的同时，能提供不同的诊疗方案。</p> <p>【A】符合“B”，并 服务对象或近亲属、授权委托人对医务人员的告知情况能充分理解，并在病历中体现。</p>
4.6.2 应向服务对象或其家属说明健康状况及处理方式、特殊治疗及处置，并获得其同意，相关内容有记录。	
4.6.2.1 向服务对象或其近亲属、授权委托人说明健康状况及处理方式、特殊治疗及处置，并获得其同意，说明内容应有记录。	<p>【C】 1.医务人员在医疗保健活动中应当向服务对象或其近亲属、授权委托人说明健康状况和医疗保健措施。 (1)需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，说明内容应有记录，并取得其书面同意； (2)不宜向服务对象说明的，应当向服务对象的近亲属或授权委托人说明，说明内容应有记录，并取得其书面同意。 (3)知情同意书签署时间要求到年月日时分。 2.相关人员熟悉并遵循上述要求。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进。</p>
4.6.3 医护人员应接受过知情同意和告知方面的培训，能够使用服务对象及其家属易懂的方式、语言与其沟通，并履行书面同意手续。	
4.6.3.1 医护人员应接受过知情同意和告知方面的培训，能够使用服务对象及其家属易懂的方式、语言与其沟通，并履行书面同意手续。	<p>【C】 1.对医务人员进行维护服务对象合法权益、知情同意以及告知方面培训。 2.医务人员掌握告知技巧，采用服务对象易懂的方式进行沟通。 3.服务对象知晓告知的主要内容。 4.对实施手术、麻醉、高危诊疗操作、特殊诊疗、输血或使用血液制品、贵重药品、耗材等时履行书面知情同意手续。</p> <p>【B】符合“C”，并 知情同意书签署规范，内容完整，合格率 100%。</p>
4.6.4 开展实验性临床	医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得服务对象书面同意。
4.6.4.1 开展实验性临床医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得服务对象书面同意。	<p>【C】 1.有开展实验性临床医疗管理的相关制度。 2.有开展实验性临床医疗的审核程序。 3.实验性临床医疗实行个案全程管理。 4.参与实验性临床医疗的患者均签署知情同意书。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.患者和近亲属充分参与诊疗决策。</p>

	2.有独立的监督部门对相关的实验性临床医疗进行全程监督，并有效履行职责。
	【A】 符合“B”，并 实验性临床医疗项目档案资料完整，对监管情况有评价，有整改措施与持续改进。
4.6.5 有保护服务对象隐私的设施和安全措施，尊重民族习惯和宗教信仰。	
4.6.5.1 有保护服务对象隐私的设施和安全措施，尊重民族习惯和宗教信仰。	【C】 1.在就诊者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。 2.有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。 3.医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教、服务对象的不同习惯。 4.医护人员自觉保守服务对象隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露服务对象情况。
	【B】 符合“C”，并 1.多人病室各病床之间有间隔设施。 2.有私密性良好的医患沟通及知情告知场所。

七、投诉管理

评审标准	评审要点
4.7.1 贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立专门部门统一接受投诉，及时处理并反馈。	
4.7.1.1 贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立专门部门统一管理服务对象和医务人员投诉，及时处理并反馈。 (★)	【C】 1.有专门部门统一管理投诉。 2.有投诉管理相关制度及明确的处理流程。 3.有明确的投诉处理时限并得到严格执行。
	【B】 符合“C”，并 1.实行“首诉负责制”，科室、相关职能部门处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。 2.配置完善的录音录像设施的投诉接待室。
	【A】 符合“B”，并 1.建立发言人制度。 2.持续改进有成效。
4.7.2 公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式，同时公布上级部门投诉电话。建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。	
4.7.2.1 公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，建立健全投诉档案。	【C】 1.通过各种形式，在显要地点公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话。 2.有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。 3.规范投诉处理程序。
	【B】 符合“C”，并 建立健全投诉档案，包括书面、音像档案资料。
4.7.3 对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训。	
4.7.3.1 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，	【C】 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有完整相关资料（每年至少一次）。
	【B】 符合“C”，并

有记录。	开展典型案例教育。 【A】符合“B”，并有培训效果评价。
4.7.4 定期分析投诉意见，持续改进医疗保健服务。	
4.7.4.1 定期分析投诉意见，持续改进医疗保健服务。	【C】 1.投诉管理部门定期对投诉情况进行归纳分类和分析研究，发现院内管理、医疗保健质量的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。 2.本院定期召开投诉分析会议，分析产生投诉的原因，针对突出问题提出改进方案，并加强督促落实。 【B】符合“C”，并将投诉与绩效考核、医师考核和职能部门工作评价相结合。 【A】符合“B”，并通过投诉管理，提高服务对象对医疗保健服务和管理的满意率。

八、就诊环境管理

评审标准	评审要点
4.8.1 为就诊者提供就诊接待、引导、咨询服务。	
4.8.1.1 为就诊者提供就诊接待、引导、咨询服务。	【C】 1.有咨询服务台，专人服务，相关人员应熟知各服务流程。 2.有就诊指南或建筑平面图，并有清晰、易懂的服务标识。 3.有说明就诊者权利的图文介绍资料。 4.有便民设施（如婴儿整理台、残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车、饮水、电话、健康教育宣传以及为老年人、有困难的患者提供导医和帮助的服务）。 5.有畅通无障碍的救护车通道，适宜的供患者停放车辆的区域。 6.电梯应有服务管理人员。 7.工作人员佩戴标识规范，易于患者辨识。 【B】符合“C”，并实行“首问负责制”。
4.8.2 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有统一、明显、易懂的标识。	
4.8.2.1 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有明显、易懂的标识。	【C】 1.各诊疗单元有明显的识别与路径标识。 2.标识用字规范、清楚、醒目，导向易懂。 3.有指定部门监管维护，无破损脱落。 【B】符合“C”，并从急救入口至相关的科室有明显路径引导标识。 【A】符合“B”，并 1.根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。 2.标识与服务区域功能或路径完全相符，少数民族聚居区应有民族语言标识。
4.8.3 就诊环境清洁、温馨、舒适、安全。根据妇女儿童特点配备适宜的设施和儿童活动空间，设立无障碍通道和哺乳区。	

<p>4.8.3.1 就诊环境清洁、温馨、舒适、安全。根据妇女儿童特点配备适宜的设施和儿童活动空间，设立哺乳区。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建筑布局符合就诊流程要求，设施设备适合妇女儿童特点，避免妇女儿童受到伤害。如电线插座、饮水设备、门窗设施、楼梯扶手等均应体现保护妇女和儿童的安全措施。 2.建筑布局符合医院感染管理需要。 3.门诊工作区满足就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区。 4.有儿童活动空间。 5.有候诊排队提示系统。 6.有整洁宁静的住院病房，实际占地面积满足住院诊疗要求。 7.有卫生洗浴设施，并配备应急呼叫及防滑扶手装置。产科门诊及住院区域的卫生间要适宜孕产妇使用，应设置座便器。 8.有安全、温馨、舒适的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。 9.有安全管理、保洁管理措施。 10.门诊就诊区设置一定数量的哺乳区，满足就诊者哺乳需求，标识规范、醒目、易懂，并配备基本设施。
<p>4.8.4 执行《无烟医疗机构标准（试行）》。</p>	
<p>4.8.4.1 执行《无烟医疗机构标准（试行）》。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有禁止吸烟的宣传教育计划并组织实施。 2.有禁止吸烟的醒目标识。 <p>【B】符合“C”，并对有吸烟史的住院者进行戒烟健康教育。</p>

第五章 机构管理

一、依法执业

评审标准	评审要点
<p>5.1.1 依法取得《医疗机构执业许可证》和《母婴保健技术服务执业许可证》等。提供的诊疗项目与机构执业许可证上核准的诊疗科目相符。科室名称规范。</p>	
<p>5.1.1.1 依法取得《医疗机构执业许可证》。提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。科室命名规范。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依法取得《医疗机构执业许可证》并定期校验。机构改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，须及时完成变更登记。 2.实际提供服务的诊疗项目与《医疗机构执业许可证》核准的诊疗项目相符。 3.院内科室名称规范。 4.无对外出租、承包科室。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂于门急诊部明显位置，接受社会与公众监督检查。 2.院内命名为“中心”或“研究所”等机构均应有相应卫生健康行政部门审批文件。
<p>5.1.1.2 母婴保健专项技术服务要取得《母婴保健</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.从事婚前医学检查、产前诊断（筛查）、助产技术、终止妊娠和结扎手术的机构要依法取得《母婴保健技术服务执业许可证》。

<p>技术服务执业许可证》、《母婴保健技术考核合格证书》。</p>	<p>2.从事婚前医学检查、产前诊断（筛查）、助产技术、终止妊娠和结扎手术服务的人员必须取得相应的《母婴保健技术考核合格证书》。</p> <p>3.上述证件均在有效期内。</p> <p>【B】符合“C”，并 《母婴保健技术服务执业许可证》、《母婴保健技术考核合格证书》按国家规定进行定期校验。</p> <p>【A】符合“B”，并 近2年无违规执业事件发生。</p>
<p>5.1.2 根据相关法律、法规、规章、规范开展医疗保健活动。</p>	
<p>5.1.2.1 根据相关法律、法规、规章、规范开展医疗保健活动。 (★)</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动。 2.开展的诊疗活动符合国家相关法律法规及规范要求。 3.有医疗技术准入及监督管理的相关制度。 4.无从事非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性终止妊娠，超声检查等科室按要求悬挂警示标识。 5.按规定使用母乳代用品。 6.按规定处理死胎、死婴。 7.按规定处理胎盘。 8.卫生健康行政部门督查中未发现违法行为或对卫生健康行政部门督查发现的未达到需要处罚程度的违规行为能及时整改。 <p>【B】符合“C”，并 评审周期内无卫生健康行政部门查实的医疗保健不良行为记录。</p> <p>【A】符合“B”，并 评审周期内无一级主要责任以上医疗事故。</p>
<p>5.1.2.2 开展法律法规教育，有教育评价。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有法律法规培训计划、课程安排及相关资料。 2.每年至少开展2次法律法规全员培训。 3.新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。 <p>【B】符合“C”，并 员工对相关的常用法律法规知晓率≥90%。</p> <p>【A】符合“B”，并 员工对相关的常用法律法规知晓率≥95%。</p>
<p>5.1.3 由具备资质的专业技术人员提供医疗保健服务，不得超范围执业。</p>	
<p>5.1.3.1 在本院执业的专业技术人员全部具有执业资格，注册执业地点符合相关规定。 (★)</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有专业技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 2.各级各类专业技术人员均取得执业资格，注册地点在本院或符合卫生健康行政部门相关规定（如多点执业、对口支援等），按照本人执业范围开展医疗保健活动。 3.具有执业资格的研究生、进修人员经过本院授权，在上级医师（含护理、医技）指导下执业。 4.无专业技术人员违规执业、超范围执业及非专业技术人员从事医疗保健活动。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相关职能部门对本院专业技术人员执业监管有记录。 2.专业技术人员执业资格管理资料完整。 3.实习生、研究生、进修生执业管理资料完整。 <p>【A】符合“B”，并</p>

	用信息系统对专业技术人员执业资料进行动态管理。
5.1.4	按照规定申请医疗机构校验、发布医疗保健信息、广告真实可靠，符合法规要求。
5.1.4.1	按照卫生健康行政部门规定按时完成医疗机构校验，发布医疗保健信息、广告真实可靠，符合法规要求。
	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根据规定按时进行医疗机构校验。 2.发布的医疗保健信息真实可靠。 3.发布的医疗保健广告获得批准，符合法规要求。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有职能部门负责对发布医疗信息、医疗广告进行监督管理。 2.根据医疗保健实际情况及时更新服务信息。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关职能部门关于医疗保健广告审核、发布医疗保健信息审核资料完整，未发现虚假医疗保健信息和广告。</p>
5.1.5	有完整的院内管理的规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。
5.1.5.1	制订完整的院内管理制度、岗位职责和诊疗规范。定期对职工进行培训与教育，提高职工认真履行本岗位职责及执行相关规章制度自觉性。
	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.制订完整的院内管理制度、岗位职责、诊疗规范。 2.开展全员培训教育，提高员工执行规章制度及履行本岗位职责的自觉性。 3.各部门和全体员工熟悉本部门、本岗位相关的规章制度、岗位职责和履职要求，知晓率 80%以上。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各部门和员工对相关规章制度和岗位职责知晓率 90%。 2.相关职能部门及科室对规章制度和岗位职责、诊疗规范加强监管，对存在问题及时反馈，有改进措施。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>规章制度和岗位职责定期修订，及时更新。</p>

二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制

评审标准	评审要点
5.2.1	建立院内决策机制，实行院长负责制，重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项须经院领导班子集体讨论，并按管理权限和规定程序报批、执行。决策过程应科学有依据。
5.2.1.1	实行院长负责制，院领导应把主要精力用于机构管理工作，职责范围明确，认真履责。
	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.实行院长负责制。院领导和职能部门管理职责与责任明确。 2.院长参与妇幼公共卫生工作，熟悉妇幼卫生法律法规。 3.院领导班子及职能部门负责人共同参与研究、讨论、决策机构发展相关问题。 4.院领导深入科室，开展行政查房。 5.院领导定期将工作情况向职代会或全体员工述职，接受职工的评议。 <p>【B】符合“C”，并</p> <p>院长充分授权，尊重职能部门职责和意见。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>鼓励全体员工参与机构管理，提出建议和意见。</p>
5.2.1.2	对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等
	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.集体讨论决定重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项，接受职工监督。 2.重大事项实施前能获得职代会通过，并在决议中有记载。

事项（三重一大）须经集体讨论，集体决策并按管理权限和规定报批与公示，由职工监督。（★）	<p>【B】符合“C”，并 1.“三重一大”事项按管理权限和规定报批，按信息公开规定予以公示。 2.职工知晓率≥80%。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关重大事项应充分征求并尊重员工意见。</p>
5.2.2 管理组织机构设置清晰合理，建立决策、控制、执行机制。各部门、科室及各级管理人员职责明确，实行管理问责制。院长定期召开联席会议，履行协调职能。	
5.2.2.1 有明确的组织架构图，能清楚反映机构组织架构。	<p>【C】 1.有组织架构图，体现临床和保健相结合的涵盖妇女全生命周期和儿童健康服务的业务管理部门架构。 2.组织架构图明确体现决策、控制、执行三个层次。 3.依据组织架构，制订工作制度和流程，明确各部门职能划分，体现分层管理。各部门依此制订内部工作制度和流程。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.机构对各部门工作制度和流程统一审核、调整、更新与发布执行。 2.工作制度、流程、各部门职能等有多种渠道（如编印成册、上网等）展示，方便员工查阅。</p> <p>【A】符合“B”，并 管理人员对本部门、本岗位工作制度、工作流程和岗位职责知晓率 100%。</p>
5.2.2.2 加强管理部门的效能建设，实行目标管理责任制。	<p>【C】 1.实行目标管理责任制，有考核办法，落实目标考核奖惩措施。 2.有指定职能部门负责效能建设，提高执行力。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关职能部门人员对本部门、本岗位管理责任目标的知晓率≥80%。</p> <p>【A】符合“B”，并 对目标责任的落实情况有定期督导检查。</p>
5.2.3 管理人员了解和掌握有关法律法规和部门规章，参加管理知识教育与技能的培训。	
5.2.3.1 院科负责人掌握现行的有关法律法规和部门规章，并能够定期参加管理技能培训，掌握管理技能。	<p>【C】 1.定期组织各级管理人员参加法律法规、管理知识教育与技能的培训。 2.相关管理人员接受培训人数≥80%，培训时数每人每年≥8 个学时。</p> <p>【B】符合“C”，并 至少能运用一至二项质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具。</p> <p>【A】符合“B”，并 对有关法律法规有效执行，将管理工具运用于工作实际并取得良好成效，有总结。</p>

三、人力资源与科教管理

评审标准	评审要点
5.3.1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人事管理制度，人力资源配置符合功能任务和管理需要。	
5.3.1.1 设置人力资源管理部，人事管理制度健全。	<p>【C】 1.设置专职人力资源管理部门，组织健全，职责明确。 2.人事制度完整健全，通过多种渠道公布，方便职工查询，并能够根据有关部门要求及时更新。</p>

	<p>3.建立健全全员聘用制度和岗位管理制度。</p> <p>【B】符合“C”，并 相关人员对本部门、本岗位的履职要求知晓率≥80%。</p> <p>【A】符合“B”，并 聘用合同与劳动合同规范完善，双方责权利清晰。</p>
<p>5.3.1.2 卫生专业技术人员配置及其资格结构适应本院规模任务的需 要。</p>	<p>【C】</p> <p>1.卫技人员占全院总人数≥80%。 2.医疗保健科室配设高级职称人员的科室≥70%。 3.卫生技术人员与实际开放床位之比不低于 1.7:1。 4.病房护士与病房实际开放床位之比不低于 0.5:1。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.有院科两级人员紧急替代程序与替代方案。 2.有紧急替代人员的有效联络方式。</p> <p>【A】符合“B”，并 人才梯队建设、人力资源配置满足发展与服务需要。</p>
5.3.2	有卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术档案。
<p>5.3.2.1 卫生专业技术人员资质 的认定与聘用。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有每个岗位的说明书，包括工作任务和任职条件；每位卫技人员有明确的岗位，有实例可查。 2.职能部门为每位卫技人员建立个人技术考评档案，主要至少有： (1)执业注册证、职称、职务、文凭、学位、教育和培训等资料复印件，以及验证记录。 (2)有确定的岗位与变更程序，应具备技能的记录。 (3)有高危操作项目（含手术、麻醉、介入、腔镜等）、特殊护理岗位资质（包括：急诊、助产、麻醉等高危护理操作项目等）、高危操作岗位（如特定检验与病理项目等）等授权的记录。 (4)接受不同层次的心肺复苏技术培训，考核合格，有能胜任复苏工作的记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 人力资源管理部门会同相关职能部门及用人科室共同管理。</p> <p>【A】符合“B”，并 至少每 3 年一次对每位卫技人员资质，包括：业务水平、工作成绩和职业道德、高危操作项目授权等，进行重新审核评估有记录。</p>
<p>5.3.2.2 外来短期工作人员的技术 资质管理。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有外来短期工作人员（医学实习生、研究生、进修生、国内外来访者）直接从事医疗保健活动的资质管理制度，并与国家的法律法规和卫生健康行政部门现行规定相符。 2.明确规定对外来短期工作人员直接从事医疗保健工作所发生的医疗保健不良事件、差错、事故的处理与后果承担责任。 3.明确规定医学实习生、进修生、研究生岗位培训的项目（如执业道德、医疗文书、心肺复苏、患者安全、患者隐私保护与知情同意等），考核合格后上岗，应在上级卫生技术人员指导下工作。</p> <p>【B】符合“C”，并 明确规定，对外来短期工作人员直接从事各种有创诊疗时，事先取得患者书面知情同意。</p> <p>【A】符合“B”，并 职能部门对管辖范围内的外来短期工组人员进行监管，有详细的监管记录，有工</p>

	作质量追踪与成效评价。
5.3.3 有卫生专业技术人员岗前培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。	
5.3.3.1 实行卫生专业技术人员岗前培训制度。	【C】 1.有新员工岗前培训制度。 2.有卫生专业技术人员轮岗、转岗的上岗前培训制度。 3.有针对不同培训要求制订的岗前培训大纲、教学计划。 4.有培训考核记录并将考核结果列入个人技术档案。 5.有指定的职能部门负责相应的岗前培训工作。
	【B】符合“C”，并有完整的岗前培训资料（如执业道德、医疗文书、心肺复苏、患者安全、患者隐私保护与知情同意等）。
	【A】符合“B”，并有岗前培训教育质量评价和岗前培训的效果评价，持续改进岗前培训工作。
5.3.3.2 实施卫生专业技术人员继续教育制度。	【C】 1.有继续医学教育组织及专（兼）职人员，有职能部门负责具体组织实施。 2.有保障继续医学教育的资金投入和完善的设备设施。 3.有定期的继续医学教育督导检查，持续改进工作，检查结果与科室、个人考核挂钩。
	【B】符合“C”，并全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率≥90%。
	【A】符合“B”，并每年承担继续医学教育项目≥2个。
5.3.3.3 承担与本院功能任务相适应的医学教育项目。	【C】 1.制订教学管理制度并落实，有专人负责医学教育工作。 2.承担院外卫生技术人员进修生、专科技术培训。
	【B】符合“C”，并使用管理工具，设有相关的指标监测与评估教学工作。
	【A】符合“B”，并证据表明医学教育工作质量持续改进，教学水平不断提高。
5.3.4 实行业务人员轮岗制度，建立辖区管理人员和院内妇幼健康服务相关业务部门人员定期轮岗机制，并纳入绩效考核。	
5.3.4.1 实行业务人员轮岗制度，建立辖区管理人员和院内妇幼健康相关业务部门人员定期轮岗机制，并纳入绩效考核。	【C】 1.设置相应岗位专职负责辖区管理工作。 2.有业务人员轮岗制度，尤其是辖区群体保健管理人员和院内妇幼健康服务部门人员在妇女和儿童健康服务业务部门和科室定期轮岗。轮岗制度能够落实。
	【B】符合“C”，并业务人员轮岗执行情况纳入部、科室与个人绩效考核指标。
	【A】符合“B”，并有职能部门监管业务人员轮岗工作，持续改进轮岗工作质量。
5.3.5 加强专科建设和人才培养，培养复合型人才，有学科带头人选拔与激励机制。	
5.3.5.1 加强专科建设和人才培养，积极培育重点专科。	【C】 1.有专科建设及重点专科建设发展规划。 2.有学科带头人选拔与激励机制。 3.有人才培养计划和人才梯队。 4.有重点专科培育与支持措施，包括经费投入等。
	【B】符合“C”，并

	<p>1.有近3年来专科建设、专科培育及人才培养的相关资料。</p> <p>2.专科建设与人才培养经费到位率$\geq 80\%$（以年终财务报表数据为准）。</p> <p>【A】符合“B”，并 专科建设与人才培养经费到位率100%（以年终财务报表数据为准）。</p>
5.3.6 有制度支持鼓励医务人员参与、开展与本区域常见病、多发病相关的调查研究，并提供适当的经费、条件与设施。	
5.3.6.1 有制度支持鼓励医务人员参与、根据本区域常见病、多发病开展的相关调查研究，提供适当的经费、条件与设施。	<p>【C】</p> <p>1.有制度支持鼓励医务人员参与、根据本区域常见病、多发病开展的相关调查研究。</p> <p>2.参与各级各类外来科研课题组研究任务。</p> <p>3.提供适当的经费、条件与设施。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.具有与本院医疗技术水平相适应的科研课题选题、立项、设计及研究能力。</p> <p>2.相关职能部门对工作有监管，有追踪、有评估与持续改进。</p> <p>【A】符合“B”，并 本院作为第一主研人的科研成果得到奖励。</p>
5.3.7 有保障与鼓励群体保健人员从事群体保健工作的措施。	
5.3.7.1 有保障与鼓励群体保健人员从事群体保健工作的措施。	<p>【C】</p> <p>1.有保障与鼓励群体保健人员从事群体保健的制度。</p> <p>2.从事群体保健的工作人员待遇不低于本院同类专业技术人员的平均水平。</p> <p>3.绩效考核的分配机制有利于群体保健工作的开展。</p> <p>4.提供群体保健工作必须的交通工具、安全保障条件。</p> <p>【B】符合“C”，并 从事群体保健的工作人员待遇高于本院同类专业技术人员的平均水平。</p> <p>【A】符合“B”，并 职务、职称晋级向群体保健工作人员适当倾斜。</p>
5.3.8 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律法规，建立与完善职业安全防护的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前进行职业安全防护教育。	
5.3.8.1 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	<p>【C】</p> <p>1.有职业安全防护应急预案。</p> <p>2.有员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施。</p> <p>3.有职业安全防护的教育培训。</p> <p>4.有职业安全监测制度。</p> <p>【B】符合“C”，并 有高危岗位的个人安全监测（如放射剂量监测）记录档案（近三年）。</p> <p>【A】符合“B”，并 职能部门有监管记录、职业损害根因分析、职业安全评价。</p>

四、信息与图书管理

评审标准	评审要点
5.4.1 有以院长为核心的信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职部门，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。	
5.4.1.1	【C】

<p>建立以院长为核心的信息化管理组织及负责信息管理的专职部门、制度、中长期规划与计划。</p>	<p>1.有院级信息化领导组织，有明确的职责并定期召开专题会议，每年至少1次，有记录。</p> <p>2.依据规模，设置信息管理专职部门和人员。</p> <p>3.有信息化建设中长期规划和年度工作计划，信息化建设规划与本院中长期规划一致。</p> <p>4.多部门共同参与制订保障信息系统建设、管理和信息资源共享的相关制度，相关规章制度与信息化工作要求相适应。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.规划内容应包括实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算等。</p> <p>2.根据管理需要和信息化建设发展要求及时修订相应的规章制度。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>年度目标明确，量化可行，有追踪机制。</p>
<p>5.4.2 信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为机构管理提供决策依据。</p>	
<p>5.4.2.1 管理信息系统应用满足本院管理需求。</p>	<p>【C】</p> <p>有管理信息系统和资源管理信息系统以及相关子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等）满足管理需求。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>信息系统能准确收集、整理本院管理数据和医疗保健质量控制资料，及时生成各项相关的统计报表。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>有决策支持系统（DSS），为本院管理提供全面支撑。</p>
<p>5.4.2.2 医疗保健信息系统应用满足医疗保健工作需求。</p>	<p>【C】</p> <p>有医疗保健信息系统，主要包括医嘱处理系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询等系统。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>信息系统有门诊预约挂号和病历传递等有益于方便就诊的功能措施。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.建立基于电子病历的机构信息平台。</p> <p>2.规范医疗保健文档内容表达，支持医疗保健文档架构。</p>
<p>5.4.3 实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护服务对象隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。</p>	
<p>5.4.3.1 加强信息系统的安全保障和服务对象的隐私保护。</p>	<p>【C】</p> <p>1.实施国家信息安全等级保护制度，有落实的具体措施。</p> <p>2.有信息系统安全措施和应急处理预案。</p> <p>3.信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>实行信息系统操作权限分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、医疗保健数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人隐私。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>外部评估信息系统安全保护等级不低于第二级。</p>
<p>5.4.3.2 加强信息系统运行维护。</p>	<p>【C】</p> <p>1.有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。</p> <p>2.有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。</p> <p>3.有信息系统软件更新、增补记录。</p>

	4.有信息值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录，及时处置安全隐患。
	【B】符合“C”，并 1.有信息系统运行事件（如系统瘫痪）相关的应急预案并组织演练，各部门各科室有相应的应急措施，保障全院运营，尤其是医疗保健工作在系统恢复之前不受影响。 2.有根据演练总结开展持续改进的方案和措施。
	【A】符合“B”，并 有完善的监控制度与监控记录，及时处理预警事件，定期进行信息系统运行维护评价和改进方案，并组织落实。
5.4.4 图书室基本设置和藏书数量能满足管理、业务、教学和科研的需要，提供网络版医学文献数据库检索服务。	
5.4.4.1 图书室基本设置和藏书数量能满足管理、业务、教学和科研的需要，提供网络版医学文献数据库检索服务。	【C】 1.有医学图书室工作制度和医学图书馆信息服务制度。 2.藏书数量（包括电子图书）不低于 1000 册/百名卫技人员。
	【B】符合“C”，并 提供网络版医学文献数据库检索服务（中文）。
	【A】符合“B”，并 有网上图书预约、催还和续约。

五、财务与价格管理

评审标准	评审要点
5.5.1 执行《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《中华人民共和国审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关法规制度，财务部门设置合理、人员配置到位，财务管理体制、经济核算规范，财务制度健全，财务管理部门集中统一管理经济活动。	
5.5.1.1 执行相关法律法规，财务管理制度健全，财务管理体制和机构设置合理。	【C】 1.根据相关法律法规的要求，制订健全机构财务管理制度，并根据政策法规变动情况及时更新。 2.实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，财务活动在院长领导下，由院财务部门集中管理。 3.有内部监督制度和经济责任制。 4.有月度、季度、年度财务报告。
	【B】符合“C”，并 1.定期开展财务管理制度的培训与教育，对更新后财务管理制度有培训的记录。 2.财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。
	【A】符合“B”，并 1.无违法违规案件，无“小金库”。 2.有定期财务管理总结分析报告，持续改进财务工作。
5.5.1.2 财务管理人员配置合理，岗位职责明确。	【C】 1.财务人员配置到位，会计人员持证上岗。 2.各级各类人员有明确的岗位职责。
	【B】符合“C”，并 1.财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作 5 年以上

	<p>经历。</p> <p>2.有人员业务培训计划和执行记录。</p> <p>【A】符合“B”，并 重要岗位有轮转机制，转岗前进行新岗位上岗培训。</p>
5.5.2 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。	
5.5.2.1 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。	<p>【C】</p> <p>1.有经济活动决策机制和程序。</p> <p>2.有重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.对重大经济事项决策实行权限管理、分级负责。</p> <p>2.重大经济项目有详实、合理的立项论证报告。</p> <p>【A】符合“B”，并 对重大经济项目有跟踪评价、成本效益分析和审计，向职代会报告。</p>
5.5.3 实行成本核算，降低运行成本。控制债务规模，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。	
5.5.3.1 实现成本核算，降低运行成本。	<p>【C】</p> <p>1.有成本管理相关制度。</p> <p>2.有专职成本核算人员负责成本核算工作，有岗位职责。</p> <p>【B】符合“C”，并 加强成本控制，建立健全成本定额管理、费用审核等相关制度，采取有效措施，控制成本费用支出（近三年案例）。</p> <p>【A】符合“B”，并 根据成本分析报告，向机构管理层提交相关建议，提高机构成本效益。</p>
5.5.3.2 控制债务规模，加强资产管理，提高国有资产使用效益。	<p>【C】</p> <p>1.有收支结余管理、流动资产、固定资产和无形资产以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。</p> <p>2.医疗保健服务相关领域的对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准，并进行专项监督管理。</p> <p>【B】符合“C”，并 有对本院资产管理的监管机制，定期分析评价，保障国有资产保值增值。</p> <p>【A】符合“B”，并 有根据监管评价建议，持续改进资产管理工作，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内。</p>
5.5.4 全面落实价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格计算机管理系统信息准确。	
5.5.4.1 按照有关政策规定，合理配置价格管理人员。	<p>【C】</p> <p>1.制订和落实价格管理相应制度。</p> <p>2.有价格管理专（兼）职人员和相应的岗位职责，能够正确掌握医药价格政策。</p> <p>【B】符合“C”，并 合理配置价格管理人员，满足工作需要。</p> <p>【A】符合“B”，并 有价格管理人员考核相关制度与记录。</p>
5.5.4.2 健全、完善院内医药价格管理机制和医药价格管理制度，不断	<p>【C】</p> <p>1.全面落实价格公示制度，提高收费透明度。</p> <p>2.有明确的价格管理工作流程、管理制度，有医药收费复核制度与监管措施。</p> <p>【B】符合“C”，并</p>

改进院内价格管理工作。	<p>有价格投诉处理机制和处理程序，有专人负责价格投诉处置工作，处理及时。</p> <p>【A】符合“B”，并落实整改措施，持续改进价格管理工作，无违规收费。</p>
5.5.5 建立与完善内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对本院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对院长负责。	
5.5.5.1 建立与完善内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对本院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对院长负责。	<p>【C】 建立内部审计制度，有内部审计人员，岗位职责明确。</p> <p>【B】符合“C”，并有年度审计计划，对本院有关部门和项目进行内部审计；对政府采购项目全过程、重大经济事项进行专项审计与监督。</p> <p>【A】符合“B”，并院年度财务报告按规定经注册会计师审计，由注册会计师签发“院年度财务审计报告”。</p>
5.5.6 按照《中华人民共和国预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	
5.5.6.1 按照预算管理制度，编制年度预算。	<p>【C】 1.建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。 2.所有收支全部纳入预算管理，实行全面预算管理。</p> <p>【B】符合“C”，并按规范程序进行预算编制、审批和调整。</p> <p>【A】符合“B”，并对预算制度执行情况进行定期监管，提高预算管理水平。</p>
5.5.6.2 严格执行预算，加强预决算管理和监督。	<p>【C】 1.严格执行批复的预算，并将预算逐级分解，落实到责任科室和责任人。 2.定期进行预算执行结果的分析和考核。 3.按照规定及时编制年度决算报财政部门审核。 4.根据财政部门对决算批复意见及时调整有关数据。</p> <p>【B】符合“C”，并将部门预算执行结果、成本控制目标实现情况和业务工作效率作为内部业务综合考核内容，定期进行考核。</p> <p>【A】符合“B”，并有预算执行情况分析报告和相关的改进措施，预算管理得到加强。</p>
5.5.7 建立以公共卫生职能履行、服务质量与安全、服务数量和群众满意度为核心的院内部门和人员绩效考核制度。	
5.5.7.1 建立以公共卫生职能履行、服务质量与安全、服务数量和群众满意度为核心的院内部门和人员绩效考核制度。	<p>【C】 1.有绩效工资管理制度。 2.明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。 3.相关人员知晓分配方案。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.综合绩效考核突出医德医风、公共卫生职能履行、技术能力、服务质量、安全和数量等。 2.有持续改进内部收入分配制度，体现公平公正的事例。</p> <p>【A】符合“B”，并绩效考核与分配方案经过职工代表大会讨论通过。</p>

六、医德医风管理

评审标准	评审要点
5.6.1 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，尊重、关爱服务对象，主动、热情、周到、文明服务。	
5.6.1.1 有负责医德医风管理的组织体系，指定部门负责医德医风管理与考核。将医德医风的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有医德医风管理组织体系，指定部门负责管理与考评。 2.有多部门共同参与的医德医风考评及结果共享机制。 3.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有全院医德医风考评方案和量化标准。 2.有定期进行医德医风考评的档案（近三年）。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施，并落实（近三年）。</p>
5.6.2 有制度与相关措施对本院及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益的情况进行监控与约束。	
5.6.2.1 有制度与相关措施对机构及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益的情况进行监控与约束。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有廉洁自律的工作规范，重点部门、重点人员监控与约束相关制度。 2.对全体员工，尤其重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育。 <p>【B】符合“C”，并</p> <p>有落实重点部门、重点人员定期告诫或轮岗制度的记录。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>对存在问题和隐患有分析及反馈，有改进措施落实的记录。</p>
5.6.3 开展本院文化建设。逐步建立起以妇女儿童为中心导向的、根植于本院理念的中国特色价值趋向、行为标准。	
5.6.3.1 建立以妇女儿童为中心导向、根植于本院服务理念，并不断物化的中国特色价值趋向、行为标准。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.文化建设能够体现以妇女儿童为中心导向、根植于本院服务理念（如开展“优质护理服务”、“志愿者活动”等）。 2.有对员工价值取向的培训和教育，员工知晓率达到 90%。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有员工行为准则。 2.院内环境、员工行为规范体现本院文化特色。 <p>【A】符合“B”，并</p> <p>本院在该地区社会评价高。</p>
5.6.3.2 开展院安全文化建设。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.将安全文化建设方案或计划纳入本院建设发展规划，传递至全体员工。 2.有措施强化伦理管理，执业过程严格遵守职业道德，以保护服务对象的权利。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有措施确保进行医疗保健安全（不良）等信息监测与分析时，是不针对特定的个人。 2.有措施确保不因财务费用因素而危及患者抢救。

七、后勤管理

评审标准	评审要点
------	------

5.7.1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以妇女儿童为中心”，满足医疗保健服务流程需要。	
5.7.1.1 后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，人员岗位职责明确。后勤保障服务坚持“以妇女儿童为中心”，满足医疗保健服务流程需要。	<p>【C】 1.后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确，体现“以妇女儿童为中心”，满足医疗保健服务流程需要，有定期教育培训活动。 2.后勤人员知晓本岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。</p> <p>【B】符合“C”，并 后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。</p> <p>【A】符合“B”，并 就诊者、员工对服务工作满意度高。</p>
5.7.2 水、电、气等后勤保障满足本院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	
5.7.2.1 水、电、气等后勤保障满足本院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。（★）	<p>【C】 1.有水、电、气等后勤保障的操作规程，合理配备人员，职责明确，按规定持证上岗。 2.水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，张贴和悬挂相关操作规程和设备设施的原理图，作业人员 24 小时值班制。 3.有日常运行检查、定期定级维护保养，且台账清晰。 4.有明确的故障报修、排查、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。 5.有水、电、气等后勤保障应急预案，明确出现应急情况下优先保障水、电、气等资源供应的科室/部门，并定期组织演练。</p> <p>【B】符合“C”，并 有控制与降低能源消耗的计划、措施与目标并落实到相关科室与班组。</p> <p>【A】符合“B”，并 主管部门能运用质量管理工具对本院控制与降低能源消耗的成效进行分析、评价与持续改进，季有通报、半年有小结、年度有总结报告（近三年）。</p>
5.7.2.2 有完善的物流供应系统，物资供应满足本院需要。	<p>【C】 1.物流系统完善。 2.有明确的物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程，记录完整。 3.有适宜的存量管理及应急物资采购预案。 4.依据使用部门业务需求和意见，制订物资采购计划。</p> <p>【B】符合“C”，并 有物资下送科室相关制度并严格执行。</p> <p>【A】符合“B”，并 定期征集各部门意见，开展物流工作追踪与评价，并持续改进。</p>
5.7.3 为员工提供餐饮服务，为就诊者提供营养配餐，满足就诊者需要，保障饮食卫生安全。	
5.7.3.1 有专职部门或专人负责膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位职责。	<p>【C】 1.根据规模，有专职部门和人员负责本院（患者与员工）膳食服务。 2.有各项食品卫生安全管理制度和岗位职责，相关人员应知晓，相关监管人员应知食品安全法律法规和食品卫生知识。</p> <p>【B】符合“C”，并 膳食服务外包的，机构需确认供应商生产、运输及机构内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。</p>

	<p>【A】符合“B”，并有年度外包业务管理的内部审计与质量安全评估报告（近三年）。</p>
5.7.3.2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，符合卫生管理要求。 2.有食品留样相关制度。 <p>【B】符合“C”，并有监管评价及相关记录。</p> <p>【A】符合“B”，并有证据表明根据监管情况，不断改进食品卫生管理。</p>
5.7.3.3 有突发食品安全事件应急预案。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有根据相关法律法规制订的突发食品安全事件应急预案。 2.相关人员知晓本部门、本岗位的应急职责与应急流程。 <p>【B】符合“C”，并有根据预案开展的应急演练，有记录、有总结和改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并有证据表明持续改进措施得到落实。</p>
5.7.4 有健全的医疗废物管理制度。医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。污水管理和处置符合规定。	
5.7.4.1 建立健全医疗废物和污水处理管理制度和岗位职责。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。 2.污水处理系统符合相关法律法规的要求。 3.有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格。 <p>【B】符合“C”，并相关职能部门对制度与岗位职责落实情况有监管评价和记录。</p> <p>【A】符合“B”，并有证据表明持续改进措施得到落实。</p>
5.7.4.2 工作人员的安全防护符合规定。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有安全防护规定。 2.工作人员经过相关培训合格。 <p>【B】符合“C”，并有安全防护的监管和完整的监管资料。</p> <p>【A】符合“B”，并有证据表明持续改进措施得到落实。</p>
5.7.4.3 医疗废物处置和污水处理符合规定。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.医疗废物处置设施设备运转正常，有运行日志。 2.污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。 3.有应急预案及监管记录。 <p>【B】符合“C”，并医疗废物存放、处理符合环保要求，污水处理系统通过环保部门评价。</p> <p>【A】符合“B”，并有证据表明持续改进措施得到落实。</p>
5.7.5 安全保卫组织机构健全，制度完善，人员、设备、设施要求符合规范。	
5.7.5.1 安全保卫组织健全，	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.安全保卫组织健全。

制度完善；保卫人员配备结构合理，岗位职责明确。	2.有安全保卫部署方案和管理制度。 3.保卫人员配备结构合理，岗位职责明确。
	【B】符合“C”，并 安全保卫人员知晓自身岗位职责并经过相应的技能培训。
	【A】符合“B”，并 有职能部门对安全保卫工作进行监管，并持续改进有成效。
5.7.5.2 有应急预案，定期组织演练。	【C】 1.有安全保卫应急预案。 2.相关人员知晓安全保卫应急预案的相关内容和要求。
	【B】符合“C”，并 定期（至少每年一次）组织演练。
	【A】符合“B”，并 根据演练评价结果制定改进措施并得到落实。
5.7.6 安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	
5.7.6.1 安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	【C】 1.各种安全保卫设备设施配置完好，满足管理要求。 2.有完整的全院安全网络信息库和设备设施清单，有完整的监管记录和维护记录。 3.有视频监控系统应用解决方案，在重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心、产科、儿科、新生儿科等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。 4.视频监控室符合相关标准，有严格管理制度。
	【B】符合“C”，并 1.视频监控系统的技术要求应符合公安部“视频安防监控系统技术要求”。 2.视频监控系统应采用数字硬盘录像机等作为图像记录设备。
	【A】符合“B”，并 1.有一定维护能力或外包服务，做到在出现故障时，能在1小时内现场响应，并保证故障现场解决时间降低到2小时以内。 2.视频监控系统完好率做到100%。
5.7.6.2 合理使用视频监控资源。	【C】 1.有视频监控资源使用有制度与程序。 2.有明确的隐私保护规定，具体措施能到位。 3.进行24小时图像记录，保存时间不少于30天。
	【B】符合“C”，并 系统应具有时间、日期的显示、记录和调整功能，时间误差≤30秒。
	【A】符合“B”，并 有严格的视频监控资源使用审批和完整的资源使用记录。
5.7.7 消防系统管理符合国家相关标准，定期开展演练；灭火器材、压力容器、电梯等设备按期年检。	
5.7.7.1 消防安全管理。 (★)	【C】 1.有消防安全管理制度、教育制度和应急预案。 2.有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责。 3.消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育。 4.科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。 5.消防通道通畅，消防器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范要求。

	<p>6.每月至少组织一次消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展年度检查、季节性检查、专项检查等，有完整的检查记录。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.加强消防安全重点部门、重要部位防范与监管，有监管记录。</p> <p>2.全院职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能，知晓报警、初起火灾的扑救方法，会使用灭火器材，能自救、互救和逃生，按照预案疏散病人。</p> <p>3.定期（至少每年一次）进行消防安全重点部门的消防演练。</p> <p>【A】符合“B”，并对消防检查中发现的问题进行分析并持续改进。</p>
5.7.7.2 加强特种设备管理。	<p>【C】</p> <p>1.有特种设备（锅炉和其他压力容器、电梯等）管理制度和管理人员岗位职责。</p> <p>2.有特种设备操作规程，专人负责，作业人员持证上岗，有相关操作记录。</p> <p>3.有维护、维修、验收记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 年检合格，并公示年检标签。</p> <p>【A】符合“B”，并 主管职能部门有完整的特种设备清单和档案资料，有监管记录。</p>
5.7.7.3 加强危险品管理。	<p>【C】</p> <p>1.有危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责。</p> <p>2.作业人员熟悉岗位职责和管理要求，经过相应培训，取得相应资质。</p> <p>3.有全院危险品分布清单、采购、使用、消耗等登记资料，账物相符。</p> <p>4.危险品存放场地要符合有关管理部门制订的安全要求。</p> <p>5.有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序。</p> <p>【B】符合“C”，并 对危险品监管有定期专人巡查记录，机构信息系统能动态反映（重点为易燃、易爆和有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施）。</p> <p>【A】符合“B”，并 根据安全主管部门对职能部门的监管情况提出的整改措施得到落实。</p>
5.7.8 后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作。	
5.7.8.1 遵守国家法律、法规要求，相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，且操作人员应掌握技术操作规程。	<p>【C】</p> <p>1.遵守国家法律、法规要求，相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，法律、法规无特别要求的其他非专业特殊工种，经相关省级行业协会的培训合格。</p> <p>2.操作人员均掌握技术操作规程。</p> <p>【B】符合“C”，并 定期参加或举办相关教育培训活动。</p> <p>【A】符合“B”，并 职能部门对相关人员进行监管有记录。</p>
5.7.9 环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，美化、硬化、绿化达到环境标准要求，为服务对象提供温馨、舒适的服务环境。	
5.7.9.1 环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，环境美化、绿化，道路硬化，做到优美、整洁、舒适。	<p>【C】</p> <p>有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责本院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施。</p> <p>【B】符合“C”，并 环境优美、整洁、舒适，符合爱国卫生运动委员会和无烟医院相关要求。</p> <p>【A】符合“B”，并</p>

	有上述工作的监管制度并落实，不断改进环境卫生工作质量。
5.7.10	对全院各类外包服务质量与安全实施监督管理。
5.7.10.1	制订外包业务管理制度。
	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有主管职能部门设置专人负责全院后勤、医疗保健与医技等层面的外包业务监督管理，制订外包业务的遴选、管理等相关制度和办法。 2.所有外包业务都应有明确的、详细的合同，规定双方的权利和义务，以及服务质量与安全的内容和标准。 3.有外包业务的项目评估和审核制度与程序。 4.能根据实际情况（如政策法规、功能任务变化等）定期与外包业务承包者进行沟通和协商，必要时修订外包合同。
	<p>【B】符合“C”，并 每个项目均有考核记录，对违约事实根据合同落实违约责任。</p>
	<p>【A】符合“B”，并 每个项目均有年度外包业务管理的内部审计与质量安全评估报告（近三年）。外包业务质量改进得到落实。</p>

八、医学装备管理

评审标准	评审要点
5.8.1	医学装备管理符合相关要求，有设备论证、采购、使用、保养、维修、更新和资产处置制度与措施。
5.8.1.1	建立医学装备部门和装备管理技术队伍，人员配置合理。有相关工作制度、职责和 workflows。
	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根据“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则建立院领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备委员会。 2.根据机构规模及医学装备情况建立相应的医学装备部门和专（兼）职医学装备的管理技术队伍，人员配置合理，人员岗位职责明确。
	<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有医学装备申请、论证、决策、购置、验收、使用、保养、质控、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与 workflows。 2.相关人员知晓相关制度、 workflows 和岗位职责
	<p>【A】符合“B”，并 有职能部门监管医学装备工作并记录，不断改进医学装备管理质量。</p>
5.8.2	按照《大型医用设备配置与使用管理办法》，加强大型医用设备配置管理，优先配置功能适用、技术适宜的医疗设备。相关大型设备的使用人员持上岗证，有社会效益、临床使用效果、应用质量、功能开发等分析。
5.8.2.1	制订常规与大型医学装备配置方案。
	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.医学装备配置原则与配置标准，根据医院功能定位和发展规划制定医学装备发展规划和配置方案，优先配置功能适用、技术适宜、节能环保的装备。注重资源共享，杜绝盲目配置。 2.医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在 50 万元以上的医学装备有可行性论证。 3.购置纳入国家规定管理品目的大型设备持有配置许可证。
	<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立的医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。

	<p>2.有健全医学装备档案管理制度与完整的档案资料，单价在 5 万元以上的医学装备按照集中统一管理的原则，做到档案齐全、账目明晰、帐物相符、完整准确。</p> <p>【A】符合“B”，并有实施医学装备配置方案的全程监管和审计以及完整的相关资料。</p>
5.8.2.2 有大型医用设备成本效益、临床保健使用效果、质量等分析。	<p>【C】</p> <p>1.大型医用设备相关医师、操作人员、工程技术人员须接受岗位培训，业务能力考评合格。</p> <p>2.有医学装备使用评价相关制度。</p> <p>3.有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。</p> <p>【B】符合“C”，并分析评价报告提供给装备委员会并反馈到有关科室。</p> <p>【A】符合“B”，并有证据表明分析报告涉及的问题得到改进。</p>
5.8.3 对医疗仪器设备使用人员进行操作培训，开展医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作，定期对医疗器械使用安全情况进行考核和评估。	
5.8.3.1 对医疗仪器设备使用人员进行操作培训，开展医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作，定期对医疗器械使用安全情况进行考核和评估。	<p>【C】</p> <p>1.有医学装备临床使用安全控制与风险管理的相关工作制度与流程。</p> <p>2.有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。</p> <p>3.医疗设备操作人员经过相应设备操作培训。</p> <p>4.医疗装备部门为医疗保健科室合理使用医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.有医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。</p> <p>2.建立医疗器械安全（不良）事件报告分析、评估、反馈机制。</p> <p>【A】符合“B”，并根据风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械的使用，能运用质量管理工具对存在风险程度（案例）进行根因分析与持续改进，有年度分析报告（近三年）。</p>
5.8.3.2 加强特殊装备技术安全管理。	<p>【C】</p> <p>1.特殊装备（如高压容器、放射装置等）具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。</p> <p>2.特殊装备操作人员经过培训，具有相应的上岗资格。</p> <p>【B】符合“C”，并装备管理部门对特殊装备定期自查和监测，有完整的自查和监测资料。</p> <p>【A】符合“B”，并有根据自查和监测情况改进特殊装备安全的措施并得到落实。</p>
5.8.3.3 加强计量设备监测管理。	<p>【C】</p> <p>1.有计量设备清单、定期检测记录和维修记录等相关资料。</p> <p>2.经检测的计量器具具有计量检测合格标志，标志显示检测时间与登记记录一致。</p> <p>【B】符合“C”，并为医疗保健提供准确的计量设备，无因“计量错误”的原因所致的医疗保健安全事件。</p> <p>【A】符合“B”，并计量器具 100%具有计量检测合格标志，100%在有效期内。</p>

5.8.4 用于急救、生命支持的仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。	
5.8.4.1 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。（★）	【C】 1.有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。 2.各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。 3.有全院医学装备应急调配机制，相关人员知晓。
	【B】符合“C”，并 主管部门会同医务科、护理部定期追踪各科室急救类、生命支持类装备的状态，并记录。
	【A】符合“B”，并 1.急救类、生命支持类装备完好率 100%。 2.有备用的处于待用状态的急救类、生命支持类装备。
5.8.5 加强医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理。	
5.8.5.1 加强医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理。	【C】 1.用制度与程序统一全院管理医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理，有相关记录。 (1)采购记录、溯源管理、储存管理、档案管理、销毁记录等。 (2)采购记录内容应当包括企业名称、产品名称、原产地、规格型号、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、采购日期等，确保能够追溯至每批产品的进货来源。 2.支持主动免责报告医用耗材和一次性使用无菌器所致的相关不良事件。
	【B】符合“C”，并 主管部门对高值耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械采购与使用情况监督，有检查记录。
	【A】符合“B”，并 主管部门能运用质量管理工具对存在问题缺陷进行根因分析与持续改进，季有通报、半年有小结、年度有总结报告（近三年）。

九、应急管理

评审标准	评审要点
5.9.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府与卫生健康行政部门制定的应急预案。服从指挥，承担突发公共事件的紧急医疗救援任务和配合突发公共卫生事件防控工作。	
5.9.1.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。	【C】 1.有关人员了解国家有关法律、法规和各级政府制定的应急预案的内容。 2.明确本机构在应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务。 3.根据卫生健康行政部门指令承担突发公共事件的医疗救援及突发公共卫生事件防控工作。 4.有完备的应急响应机制。
	【B】符合“C”，并 有职能部门负责应急管理工作，相关人员熟悉应急预案以及本院的执行流程。
	【A】符合“B”，并 对参与的每项医疗救援或防控工作均有总结分析，持续改进应急管理工作。
5.9.2 建立健全本院应急管理组织和应急指挥系统，负责全院应急管理工作。	
5.9.2.1 建立健全本院应急管	【C】 1.有应急指挥系统，院长是单位应急管理的第一责任人。

理组织和应急指挥系统，负责全院应急管理工作。	<p>2.主管职能部门负责日常应急管理工作。</p> <p>3.有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。</p> <p>4.行政总值班有应急管理的明确职责和流程。</p> <p>5.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。</p>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.有信息报告和信息发布相关制度。</p> <p>2.根据法律法规要求和有关部门授权履行信息发布。</p>
	<p>【A】符合“B”，并有应急演练或应急实践总结分析，对应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。</p>
5.9.3 开展灾害脆弱性分析，明确本院需要应对的主要突发事件及应对策略。	
5.9.3.1 开展灾害脆弱性分析，明确本院需要应对的主要突发事件及应对策略。	<p>【C】</p> <p>定期(至少每年一次)进行灾害脆弱性分析，有灾害脆弱性分析报告。</p>
	<p>【B】符合“C”，并进行风险评估和分类排序，明确应对的重点。</p>
	<p>【A】符合“B”，并对应对重点进行调整，对相应预案进行修订，并开展再培训与教育。</p>
5.9.4 制定各类应急预案，提高快速反应能力。	
5.9.4.1 制定各类应急预案。(★)	<p>【C】</p> <p>1.根据灾害脆弱性分析评估和分类排序确定的重点，制订本院应对各类突发事件的总体预案和部门预案、标准操作程序。</p> <p>2.明确在应急状态下各个部门的责任和各级各类人员的职责、应急反应行动的程序。</p> <p>3.有节假日及夜间应急相关工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。</p>
	<p>【B】符合“C”，并编制应急预案手册，方便员工随时查阅，各部门各级各类人员知晓本部门和本岗位相关职责与流程。</p>
	<p>【A】符合“B”，并定期并及时修订总体预案和专项预案，持续完善。</p>
5.9.5 开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和全院的整体应急能力。	
5.9.5.1 开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和全院的整体应急能力。	<p>【C】</p> <p>制订安全知识及应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训。</p>
	<p>【B】符合“C”，并开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。</p>
	<p>【A】符合“B”，并各科室、部门每年至少组织一次系统的防灾训练。</p>
5.9.6 有停电事件的应急对策。	
5.9.6.1 有停电事件的应急对策。	<p>【C】</p> <p>1.对突发火灾、雷击、风灾、水灾等造成的意外停电，有应急措施明确应急供电的范围（手术室、产房、新生儿室、急诊等），至少每年一次演练，有记录。</p> <p>2.员工都应知晓停电时的对策程序，各个病区都设置有应急用照明灯。</p> <p>3.至少每年一次检查接地系统，对手术室、新生儿室、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地常规维护，有记录。</p>

	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.对本院备置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。</p> <p>2.供电部门24小时值班制，有完整的交接班记录。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。</p>

十、院务公开

评审标准	评审要点
5.10.1 按照有关规定，	向社会及服务对象公开信息。
5.10.1.1 按照有关规定，向社会及服务对象公开信息。	<p>【C】</p> <p>1.向社会公开的主要内容有清单，至少包括，但不限于：</p> <p>(1)机构资质信息；</p> <p>(2)医疗保健质量；</p> <p>(3)医疗保健服务价格和收费信息；</p> <p>(4)便民措施；</p> <p>(5)集中采购招标；</p> <p>(6)行业作风建设情况；</p> <p>(7)本院设定的其他需向社会公开的信息。</p> <p>2.对院内的院务公开内容有清单，至少包含，但不限于：</p> <p>(1)本院重大决策事项；</p> <p>(2)运营管理；</p> <p>(3)人事管理；</p> <p>(4)领导班子和党风廉政建设情况；</p> <p>(5)本院设定的其他需向院内公开的信息。</p> <p>3.有指定部门负责本项工作，职责明确。</p> <p>4.有便于公众知晓的多种方式公开信息，如机构网站、公告或者公开发行的信息专刊、广播、电视、报刊等新闻媒体、信息公开服务、监督热线电话、单位的公共查阅室、资料索取点、信息公开栏、信息亭、电子屏幕、电子触摸屏等场所或设施等。</p>
	<p>【B】符合“C”，并有完整的信息发布登记。</p>
	<p>【A】符合“B”，并信息更新及时。</p>
5.10.1.2 向就诊者提供查询服务或提供费用清单。	<p>【C】</p> <p>向就诊者提供医疗保健服务中所使用的药品、血液及其制品、医用耗材；接受医疗保健服务的名称、数量、单价、金额及医疗保健总费用等情况的查询服务或提供相应的费用清单。</p>
	<p>【B】符合“C”，并查询服务或费用清单清晰无误。</p>
	<p>【A】符合“B”，并患者对提供的服务满意度近2年逐步提高。</p>
5.10.2 动员职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。	

5.10.2.1 动员职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。	【C】 鼓励职工监督院务公开工作，通过座谈会、网络信息交流、职代会等多种途径听取职工意见。
	【B】 符合“C”，并 职工有多种渠道提供意见和建议。
	【A】 符合“B”，并 有证据表明，职工的合理化建议被有效采纳。

十一、社会评价

评审标准	评审要点
5.11.1 定期收集院内、外对服务的意见和建议，设计与确定社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。	
5.11.1.1 定期收集院内、外对服务的意见和建议，设计与确定社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。	【C】 1.有定期收集院内、外对服务的意见和建议的相关制度和多种渠道。 2.建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动。 3.有指定部门负责，职责明确。
	【B】 符合“C”，并 相关职能部门对所收集的意见、建议和社会评价活动结果进行分析和反馈，有持续改进措施并得到落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，满意度不断提高。
5.11.2 建立社会评价的质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。	
5.11.2.1 建立社会评价质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。	【C】 1.建立社会评价的质量控制体系与数据库，有数据库管理和应用的相关制度。 2.社会评价方案设计科学，有质量控制措施，确保社会评价结果的客观公正。
	【B】 符合“C”，并 充分运用数据分析，评价和改进本院工作。
	【A】 符合“B”，并 开展第三方社会调查与评价。

第六章 日常统计学评价指标

概述：

机构运行、医疗保健质量与安全监测指标反映医疗保健质量在一定时间和条件下的结构、过程、结果等概念和数值。由指标名称和指标数值组成。建立科学的医疗保健质量评价指标，实施持续性的医疗保健质量监测和追踪评价，是实施妇幼保健机构科学评审的基础，同样是促进医疗保健质量持续改进的重要手段。实践证明，医疗保

健质量持续改进的结果源于管理者对医疗保健质量改进的定义、测量、考核的要求与努力。

本监测指标包括辖区保健管理、机构运行、医疗保健质量与安全监测指标三部分。

第一部分辖区保健管理指标是衡量辖区群体保健工作开展情况的重要方法，是公共卫生职能发挥的重要体现，分为以下二部分：

一、辖区业务管理工作指标

二、辖区妇幼健康指标

第二部分机构运行基本监测指标部分项目及数据引自机构统计和财务报表。

第三部分医疗保健质量与安全监测指标是以过程（核心）质量指标与结果质量指标并重的模式展现，分为以下四个方面：

一、住院患者

住院医疗质量方面的重点指标，是以重返率（再住院与再手术）、死亡率（住院死亡与术后死亡）、安全指标（并发症与患者安全）三个结果质量为重点。

(一)住院重点疾病总例数、死亡例数、0-31天内再住院例数。

(二)住院重点手术总例数、死亡例数、术后非预期重返手术例数。

(三)麻醉指标。

(四)手术后并发症与患者安全指标。

二、特定（单）病种质量

质量指标是以“剖宫产、异位妊娠、子宫肌瘤、预防艾滋病/梅毒/乙肝母婴传播、社区获得性肺炎、新生儿呼吸窘迫综合征”六个特定（单）病种。质量的过程（核心）质量指标为重点，本指标适用的对象是二级妇幼保健院，重点是二级甲等妇幼保健院，属妇产专业四个特定（单）病种，属儿内科专业二个特定（单）病种。

三、合理使用抗菌药物的监测指标

是妇幼保健院抗菌药物使用的结果指标。

四、医院感染控制的监测指标

是以特定对象的结果指标为重点，即使用呼吸机、导管、导尿管三项器械所致感染的结果指标为重点，同时以手术风险评估类别来评价术后切口感染的结果指标。

第一节 辖区保健管理指标

主要包括辖区妇女儿童保健业务管理工作与妇幼健康指标两部分，分述如下：

一、辖区业务管理工作指标

$$1. \text{婚前医学检查率} = \frac{\text{该年该地婚前医学检查人数}}{\text{某年某地结婚登记人数}} \times 100\%$$

$$2. \text{产妇建卡率} = \frac{\text{该年该地区产妇建卡人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$$

$$3. \text{产前筛查率} = \frac{\text{该年该地区孕产妇产前筛查人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$$

（产前筛查率仅包括血清学筛查，不包括超声学筛查）

$$4. \text{孕产妇系统管理率} = \frac{\text{该年该地区产妇系统管理人数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 100\%$$

$$5. \text{高危产妇管理率} = \frac{\text{该年该地区高危产妇管理人数}}{\text{某年某地区高危产妇数}} \times 100\%$$

$$6. \text{孕产妇艾滋病病毒检测率} = \frac{\text{该年该地区产妇艾滋病病毒检测人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$$

$$7. \text{孕产妇梅毒检测率} = \frac{\text{该年该地区产妇梅毒检测人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$$

$$8. \text{孕产妇乙肝表面抗原检测率} = \frac{\text{该年该地区产妇乙肝表面抗原检测人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$$

$$9. \text{住院分娩率} = \frac{\text{该年该地区住院分娩活产数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 100\%$$

$$10. \text{剖宫产率} = \frac{\text{该年该地区剖宫产活产数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 100\%$$

$$11. \text{《出生医学证明》首次签发率} = \frac{\text{某年某地区当年出生当年首次签发数}}{\text{该年该地区活产数}} \times 100\%$$

12. 新生儿疾病筛查率：

$$(1) \text{新生儿苯丙酮尿症筛查率} = \frac{\text{该年该地新生儿苯丙酮尿症筛查人数}}{\text{某年某地活产数}} \times 100\%$$

$$(2) \text{ 新生儿甲状腺功能减低症筛查率} = \frac{\text{该年该地新生儿甲状腺功能减低症筛查人数}}{\text{某年某地活产数}} \times 100\%$$

$$13. \text{ 新生儿听力筛查率} = \frac{\text{该年该地新生儿听力筛查人数}}{\text{某年某地活产数}} \times 100\%$$

$$14. \text{ 新生儿访视率} = \frac{\text{该年该地新生儿访视人数}}{\text{某年某地活产数}} \times 100\%$$

$$15. \text{ 6 个月内婴儿纯母乳喂养率} = \frac{\text{24 小时内只接受母乳喂养的 0 - 5 月龄婴儿数}}{\text{0 - 5 月龄婴儿数}} \times 100\%$$

$$16. \text{ 3 岁以下儿童系统管理率} = \frac{\text{该年该地 3 岁以下儿童系统管理人数}}{\text{某年某地 3 岁以下儿童数}} \times 100\%$$

$$17. \text{ 妇女常见病筛查率} = \frac{\text{该年该地区妇女常见病实查人数}}{\text{某年某地区应查人数}} \times 100\%$$

$$18. \text{ 某项计划生育手术服务百分比} = \frac{\text{该年该地区某项计划生育手术服务例数}}{\text{某年某地区各项计划生育手术服务总例数}} \times 100\%$$

$$19. \text{ 计划生育手术并发症发生率} = \frac{\text{该年该地该项计划生育手术并发症发生例数}}{\text{某年某地某项计划生育手术例数}} \times 10000/\text{万}$$

二、辖区妇幼健康指标

$$1. \text{ 高危产妇占总产妇数的百分比} = \frac{\text{该年该地区高危产妇人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$$

$$2. \text{ 孕产妇死亡率} = \frac{\text{该年该地区孕产妇死亡人数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 10 \text{ 万}/10 \text{ 万}$$

$$3. \text{ 新生儿死亡率} = \frac{\text{该年该地新生儿死亡数}}{\text{某年某地活产数}} \times 1000\%$$

$$4. \text{ 婴儿死亡率} = \frac{\text{该年该地婴儿死亡数}}{\text{某年某地活产数}} \times 1000\%$$

$$5. \text{ 5 岁以下儿童死亡率} = \frac{\text{该年该地 5 岁以下儿童死亡数}}{\text{某年某地活产数}} \times 1000\%$$

$$6. \text{ 某种出生缺陷发生率} = \frac{\text{该年该地区患有某种先天性缺陷的围产儿数}}{\text{同期同地区围产儿数}} \times 10000/\text{万}$$

$$7. \text{ 低出生体重儿百分比} = \frac{\text{该年该地区低出生体重儿数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 100\%$$

8.5岁以下儿童生长迟缓率= $\frac{\text{该年该地5岁以下儿童年龄别身高(长)} < (\text{中位数} - 2SD) \text{人数}}{\text{某年某地5岁以下儿童身高(长)体重检查人数}} \times 100\%$

9.5岁以下儿童低体重患病率= $\frac{\text{该年该地5岁以下儿童年龄别体重} < (\text{中位数} - 2SD) \text{人数}}{\text{某年某地5岁以下儿童身高(长)体重检查人数}} \times 100\%$

10.5岁以下儿童中重度贫血患病率= $\frac{\text{该年该地6-59月龄儿童中重度贫血患病人数}}{\text{某年某地6-59月龄儿童血红蛋白检测人数}} \times 100\%$

11.5岁以下儿童肥胖率= $\frac{\text{该年该地5岁以下儿童身高(长)别体重} > (\text{中位数} + 2SD) \text{人数}}{\text{某年某地5岁以下儿童身高(长)体重检查人数}} \times 100\%$

12.妇女常见病患病率= $\frac{\text{该年该地区妇女常见病患病总人数}}{\text{某年某地区实查人数}} \times 100\%$

第二节 机构运行基本监测指标

一、解读

通过机构运行基本监测指标，监测与了解机构日常运行的基本情况。

二、监测指标

(一) 资源配置。

- 1.实际开放床位、待产与产床数量。
- 2.本院员工总数、卫生技术人员数（医师数、护理人员数、助产士数、医技人员数、药剂人员数、工程技术人员数）。
- 3.本院占地面积、总建筑面积、医疗保健业务用房建筑面积。
- 4.医疗保健科室设置比例。

(二) 工作数量。

- 1.年门诊人次。
- 2.年住院患者入院、出院人次，出院患者实际占用总床日。
- 3.年住院手术例数、年门诊手术例数、年计划生育手术例数。
- 4.年分娩产妇数、活产数。
- 5.科室间转介人次。
- 6.年对辖区医疗卫生机构进行现场业务指导、督导的次数。
- 7.年举办辖区妇幼保健专业培训班期数。

- 8.年培训辖区妇幼保健人员总人次。
- 9.年接受下级医疗卫生机构人员进修总人月数。
- 10.年举办群众性健康教育次数（讲座、面向大众的咨询活动）。
- 11.年制作并发放宣传品种数。
- 12.年通过公众媒体（报纸、电台、电视、互联网）进行宣传的次数。

（三）医疗质量。

- 1.住院患者死亡与自动出院例数。
- 2.住院手术例数、死亡例数。
- 3.住院危重抢救例数、死亡例数。
- 4.新生儿患者住院死亡率。
- 5.孕产妇危重抢救例数、死亡例数。
- 6.新生儿窒息人数及复苏成功例数。
- 7.各类别早产儿/低体重儿抢救成功率、死亡率、自动出院例数。
- 8.中医妇科、儿科门诊日均中药饮片处方数占本科室日均门诊处方总数的比例。
- 9.西医妇科、儿科室平均每月分别申请中医会诊次数。
- 10.中医病房中医治疗率。

（四）工作效率（数据引自医院财务报表）。

- 1.出院患者平均住院日。
- 2.平均每张床位工作日。
- 3.床位使用率。
- 4.床位周转次数。

（五）就诊者负担（数据引自医院财务报表）。

- 1.每门诊人次费用（元），其中药费（元）。
- 2.每住院人次费用（元），其中药费（元）。

（六）资产运营（数据引自医院财务报表）。

- 1.流动比率、速动比率。
- 2.医疗保健收入/百元固定资产。

- 3.业务支出/百元业务收入。
- 4.人员经费支出/百元业务收入。
- 5.资产负债率。
- 6.固定资产总值。
- 7.医疗保健收入中药品收入、医用材料收入比率。

(七) 科研成果(评审前五年)。

- 1.国内论文数 ISSN、国内论文数及被引用数次(以中国科技核心期刊发布信息为准)、SCI 收录论文数/每百张开放床位。
- 2.承担与完成省级及市级科研课题数/每百张开放床位。
- 3.获得省级及市级科研基金额度/每百张开放床位。
- 4.获得省级及市级科技成果奖项数/每百张开放床位。

第三节 住院患者医疗保健质量与安全监测指标

一、解读

为了解住院患者医疗保健质量与安全的总体情况,是以重返率(再住院与再手术)、死亡率(住院死亡与术后死亡)、安全指标(并发症与患者安全)三类结果质量为重点

(一) 住院重点疾病:总例数、死亡例数、0-31 天内再住院例数、平均住院日与平均住院费用。

(二) 住院重点手术:总例数、死亡例数、术后非预期再手术例数、平均住院日与平均住院费用。

(三) 麻醉指标。

(四) 住院患者安全类指标。

在本标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本第二版。

在本标准中引用的手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用《国际疾病分类手术与操作》第九版临床修订本 2011 版(刘爱民主编译)。

以下每一项目与数据指标可通过住院病历首页采集，现分别作简要说明。如某些指标有特定年龄要求，以 18 岁为界，即大于等于 18 岁或小于 18 岁进行分别统计。

二、监测指标

（一）住院重点疾病：总例数、死亡例数、0-31 天内再住院例数、平均住院日与平均住院费用。

【解读】

按每季、每年，统计每种病种期内总例数、死亡例数、15 日内再住院率、31 日内再住院率等监测指标，了解住院患者医疗保健质量的总体情况。

分母：因某疾病出院总例数。

分子（符合分母的标准，且符合以下一项者）：①某病种的“死亡”出院患者；②属于同一疾病出院后 15 日与 31 日内再住院患者。

有以下十五种重点疾病及 ICD-10 编码：

1. 产后出血 ICD-10:O72。
2. 盆腔炎性疾病 ICD-10:N71-N74。
3. 异位妊娠 ICD-10:O00。
4. 重度子痫前期 ICD-10:O14.101。
5. 早产 ICD-10:O60.1。
6. 多胎妊娠 ICD-10:O30。
7. 胎膜早破 ICD-10:O42。
8. 前置胎盘 ICD-10:O44。
9. 胎盘早剥 ICD-10:O45。
10. 新生儿窒息 ICD-10:P21。
11. 新生儿呼吸窘迫 ICD10:P22。
12. 支气管肺炎 ICD10:J18.003。
13. 小儿腹泻病 ICD10:K52.9。
14. 低出生体重儿 ICD10:P05.0-P05.1。
15. 新生儿高胆红素血症 ICD10:P59.901。

(二) 住院重点手术：总例数、死亡例数、术后非预期再手术例数、平均住院日与平均住院费用。

【解读】

按每季、每年，统计每类手术总例数、死亡例数、术后非预期的重返手术室再手术例数，了解住院患者重点手术治疗质量的总体情况。

分母：特定手术例数。

分子（符合分母，且符合以下一项者）：

①死亡例数；

②术后非预期的重返手术室再手术数。

有以下四类手术及 ICD-9-CM-3 编码：

1. 子宫切除术 ICD-9-CM-3：68.4-68.7。

2. 剖宫产 ICD-9-CM-3：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99。

3. 产钳助产术 ICD-9-CM-3：72.0-72.3。

4. 子宫颈根治性切除术 ICD-9-CM-3：67.4X05。

(三) 麻醉指标。

【解读】

按每季、每年，统计每类麻醉总例数、麻醉复苏（Steward 苏醒评分）管理、麻醉非预期的相关事件等监测指标，了解麻醉诊疗质量的总体情况。

1. 麻醉总例数/季/年。

(1) 全身麻醉例数/季/年。

(2) 脊髓麻醉例数/季/年。

(3) 其他类麻醉例数/季/年。

2. 由麻醉医师实施镇痛治疗例数/季/年。

(1) 门诊患者例数/季/年。（如，无痛人流流产等）

(2) 住院患者例数/季/年。（如，无痛分娩等）

其中：手术后镇痛/季/年。

3. 由麻醉医师实施心肺复苏治疗例数/季/年。

复苏成功例数/季/年。

4.麻醉复苏（Steward 苏醒评分）管理例数/季/年。

（1）进入麻醉复苏室例数/季/年。

（2）离室时 Steward 评分 ≥ 4 分例数/季/年。

5.麻醉非预期的相关事件例数/年。

（1）麻醉中发生未预期的意识障碍例数/季/年。

（2）麻醉中出现氧饱和度重度降低例数/季/年。

（3）全身麻醉结束时使用催醒药物例数/季/年。

（4）麻醉中因误咽误吸引发呼吸道梗阻例数/季/年。

（5）麻醉意外死亡例数/季/年。

（6）其他非预期的相关事件例数/季/年。

6.麻醉分级（ASA 病情分级）管理例数/季/年。

（1）ASA- I 级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（2）ASA- II 级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（3）ASA-III级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（4）ASA-IV级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（5）ASA- V 级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（四）手术后并发症与住院患者安全类指标。

1.住院患者压疮发生率及严重程度。

1.1 住院患者压疮发生率(%)及严重程度计算公式（表 1）。

表 1 住院患者压疮发生率(%)及严重程度计算公式

序号	指标名称	计算公式
----	------	------

1.1	患者入院前已有压疮（主要诊断中有 L89.0 受压区压疮）	分子	患者入院前有一处或多处压疮的总例次（季度）
		分母	住院患者总例数（季度）
1.1.1	ICD-10:L89.0 受压区 I 期压疮	分子	患者入院前有一处或多处一级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.2	ICD-10:L89.1 受压区 II 期压疮	分子	患者入院前有一处或多处二级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.3	ICD-10:L89.2 受压区 III 期压疮	分子	患者入院前有一处或多处三级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.4	ICD-10:L89.3 受压区 IV 期压疮	分子	患者入院前有一处或多处四级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.5	自家庭入住时有压疮的患者	分子	自家中入院时有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.6	自养老院入住时有压疮的患者	分子	自长期照护机构入院时有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.7	自其他医院转入时有压疮的患者	分子	自其他医院转入时有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.8	自其他来源入住时有压疮的病人	分子	自其他来源入院时有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1.2	住院期间发生压疮（出院次要诊断中有 ICD-10:L89 受压区压疮）	分子	住院期间有一处或多处压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）

1.2.1	ICD-10:L89.0 受压区 I 期压疮	分子	住院期间有一处或多处第一级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.2.2	ICD-10:L89.1 受压区 II 期压疮	分子	住院期间有一处或多处第二级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.2.3	ICD-10:L89.2 受压区 III 期压疮	分子	住院期间有一处或多处第三级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.2.4	ICD-10:L89.3 受压区 IV 期压疮	分子	住院期间有一处或多处第四级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.3	住院期间压疮发生率	分子	住院期间有一处或多处压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.1	骶尾椎骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生骶尾椎骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.2	坐骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生坐骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）

1.3.3	股骨粗隆处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生股骨粗隆处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.4	跟骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生跟骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.5	足踝处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生足踝处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.6	肩胛骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生肩胛骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.7	枕骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生枕骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.8	其他部位压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生其他部位所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.9	多处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生二处（含）以上所有级数压疮的患者人次
		分母	在同一次住院期间发生一处或多处所有级数压疮的患者人次

1.2 排除病例：

- (1) 住院日<5天的患者。
- (2) 皮肤与皮下组织疾病，乳腺癌的患者。
- (3) 诊断为偏瘫、截瘫或四肢瘫痪的患者。
- (4) ICD-10 编码为脊柱裂或缺氧性脑损伤的患者。
- (5) 在手术室手术进行之前或当天有 ICD-9-CM-3 手术/操作编码为清创术或带蒂移植术的患者。

1.3 压疮危险因素评估表。

- (1) Waterlow 压疮危险因素评估表（2005 年）。
- (2) Norton 压疮危险因素评估表。
- (3) Braden 压疮危险因素评估表。

（注：引自原卫生部临床护理实践指南（2011 版）P311）

1.4 压疮分期（美国国家压疮咨询委员会（NPUAP）2007 年压疮分期）。

- (1) 可疑深部组织损伤：由于压力或剪力造成皮下软组织损伤引起的局部皮肤颜色的改变（如变紫、变红），但皮肤完整。
- (2) I 期：皮肤完整、发红，与周围皮肤界限清楚，压之不退色，常局限于骨突处。
- (3) II 期：部分表皮缺损，皮肤表浅溃疡，基底红，无结痂，也可为完整或破溃的血泡。
- (4) III 期：全层皮肤缺失，但肌肉、肌腱和骨骼尚未暴露，可有结痂、皮下隧道。
- (5) IV 期：全层皮肤缺失伴有肌肉、肌腱和骨骼的暴露，常有结痂和皮下隧道。
- (6) 不能分期：全层皮肤缺失但溃疡底部覆有腐痂和（或）痂皮。

（注：引自原卫生部临床护理实践指南（2011 版）P315）

2.院内跌倒/坠床、烫伤和呕吐物吸入窒息等意外伤害发生率及伤害严重程度。

2.1 院内跌倒/坠床、烫伤和呕吐物吸入窒息等意外伤害发生率及伤害严重程度计算公式（表 2）。

表 2 院内跌倒/坠床、烫伤和呕吐物吸入窒息等意外伤害发生率及伤害严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的跌倒/坠床发生率	分子	病历中有记录的跌倒/坠床数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院人日数
1.1	因患者健康状况而造成跌倒/坠床比率	分子	因患者健康状况而造成跌倒/坠床事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒/坠床数
1.2	因治疗、药物和（或）麻醉反应而造成跌倒/坠床比率	分子	因治疗、药物和（或）麻醉反应而造成之跌倒/坠床事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒/坠床数
1.3	因环境中危险因子而造成跌倒/坠床比率	分子	因环境中危险因子而造成跌倒/坠床事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒/坠床数
1.4	因其他因素而造成跌倒/坠床比率	分子	因其他因素而造成跌倒/坠床事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒/坠床数
2	跌倒/坠床造成伤害程度	分子	跌倒/坠床造成伤害事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒/坠床数
2.1	跌倒/坠床伤害严重度 1 级比率	分子	有记录的跌倒/坠床伤害严重度 1 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒/坠床伤害事件数
2.2	跌倒/坠床伤害严重度 2 级比率	分子	有记录的跌倒/坠床伤害严重度 2 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒/坠床伤害事件数
2.3	跌倒/坠床伤害严重度 3 级比率	分子	有记录的跌倒/坠床伤害严重度 3 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒/坠床伤害事件数
3	再次发生跌倒/坠床比率	分子	两次或两次以上的有记录跌倒/坠床患者数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	一次或一次以上的有记录跌倒/坠床患者数

4	烫伤发生率	分子	有记录 I 度以上烫伤的患者例数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的烫伤伤害事件数
4.1	烫伤所致伤害严重程度为 II 度比率	分子	有记录 II 度以上烫伤的患者例数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的烫伤伤害事件数
4.2	烫伤所致伤害严重程度为 III 度比率	分子	有记录 III 度以上烫伤的患者例数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的烫伤伤害事件数
5	呕吐物吸入窒息发生率	分子	有记录呕吐物吸入窒息的患者例数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的呕吐物吸入伤害事件数
5.1	呕吐物吸入窒息伤害严重程度为死亡/脑缺血致植物人比率	分子	有记录呕吐物吸入窒息造成死亡/脑缺血致植物人患者例数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的呕吐物吸入伤害事件数
6	其他意外伤害发生率	分子	有记录其他意外伤害的患者例数
		分母	入院时评估属高风险患者例数
6.1	其他意外伤害伤害严重程度为死亡/失能比率	分子	有记录其他意外伤害致死亡/失能的患者例数
		分母	入院时评估属高风险患者例数

2.2 医院内跌倒/坠床所致伤害严重程度（试行）。

由于每例因跌倒/坠床所致伤害严重程度不同，所需的治疗也不同，因此按以下三类分级：

（1）跌倒/坠床伤害严重度 1 级，不需要或只需要稍给治疗与观察即可的伤害程度，如皮肤擦伤、软组织挫伤以及不需外科缝合处理的皮肤小裂伤。

（2）跌倒/坠床伤害严重度 2 级，需要采用缝合、外固定等医疗措施的伤害程度，如关节扭伤、软组织撕裂伤、挫伤等。

（3）跌倒/坠床伤害严重度 3 级，需要继续住院医疗及他科会诊等医疗措施的伤害程度，如骨、关节损伤、意识丧失、精神或躯体状态改变等一。

（注：目前国内尚无此类“医院内跌倒/坠床所致伤害严重程度”评判标准，在此仅引用

“International Quality Indicator Project Center for Performance Sciences,2001”文献中所的内容，暂先供参考应用，积累数据，适时再起草规范的评判标准文件）

3.各类别分娩方式新生儿产伤发生率。

(1) 产伤——新生儿。

分子：满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断 ICD-10 编码为生产伤害的出院患者。

排除病例：

1) 任意诊断编码为早产儿（出生体重<2000 克）的患者。2) 任意诊断编码为骨骼发育不良的患者。3) 任意诊断编码为臂丛神经损伤的患者。

分母：同期所有活产儿（新生儿）。

新生儿的定义-1：

1) ICD-10 编码为院内活产儿的患者。2) 入院类型为新生儿，入院时年龄为 0 天，ICD-10 诊断编码不为院外产婴的患者。

新生儿的定义-2：

1) 入院时年龄在 0~28 天（包括 28 天）之间的出院患者。2) 如果没有年龄的数据，入院类别为新生儿或 ICD-10 诊断编码为院内活产儿，且入院年龄为 0 天。

(2) 产伤——器械辅助阴道分娩。

分子：满足分母纳入和排除标准，任何其他诊断 ICD-9-CM-3 编码为 3 度或 4 度产科创伤的出院患者。

分母：同期任意手术/操作编码为器械辅助分娩的所有分娩出院患者。

(3) 产伤——非器械辅助阴道分娩。

分子：满足分母纳入和排除标准，任何其他诊断 ICD-9-CM-3 编码为 3 度或 4 度产科创伤的出院患者。

分母：同期所有阴道分娩出院患者。

排除病例：

器械辅助分娩患者。

4.各类别新生儿院内感染死亡率。

分子：发生新生儿院内感染死亡人次。

分母：同期发生新生儿院内感染人次。

5.择期手术后并发症（肺栓塞、深静脉血栓、败血症、出血或血肿、伤口裂开、猝死、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、肺部感染、人工气道意外脱出）发生率。

（1）手术并发症（严重但可治疗）导致的死亡。

分子：满足分母纳入与排除标准，出院情况为“死亡”的出院患者。

分母：同期有 ICD-9-CM-3 手术室手术编码，主要手术在入院后 2 天内进行或入院类型为择期手术，有潜在可能导致死亡的并发症（如肺炎、深静脉血栓/肺栓塞、败血症、休克/心脏骤停、消化道出血/急性溃疡）的所有外科出院患者。

1) 肺炎排除病例：

- ①入院时，已经出现肺炎情况的患者。
- ②诊断编码为病毒性肺炎的患者。
- ③呼吸系统疾病/紊乱的患者。
- ④诊断为免疫功能低下的患者。

2) 深静脉血栓/肺栓塞排除病例：

- ①年龄≥90 岁的患者。
- ②新生儿患者。
- ③入院时，深静脉血栓/肺栓塞待排除病例。
- ④入院时，已经出现肺栓塞或深静脉血栓情况（主诊断为栓塞或深静脉血栓或其他诊断为栓塞或深静脉血栓，但在入院时已存在）的患者。

3) 败血症排除病例：

排除有合并下列情况的患者：诊断为免疫功能低下且主诊断为感染或败血症且患者住院天数≤3 天。

4) 休克/心脏骤停排除病例：

- ①诊断为出血、创伤或消化道出血的患者。
- ②呼吸系统疾病/紊乱的患者。
- ③循环系统疾病/紊乱的患者。
- ④入院时，已经出现休克/心脏骤停情况（主诊断为休克/心脏骤停或其他诊断为休

克/心脏骤停，但在入院时已存在）的患者。

5) 消化道出血/急性溃疡排除的患者：

①诊断为创伤的患者。

②消化系统疾病和紊乱的患者。

③肝胆系统和胰腺疾病和紊乱的患者。

④入院时，已经出现（主要诊断中或其他诊断中，入院时已存在）消化道出血/急性溃疡、酒精中毒或 ICD-10 诊断编码为 280.0 或 285.1 的患者。

(2) 手术后伤口裂开。

分子：满足分母纳入与排除标准，任何手术/操作 ICD-9-CM-3 编码为腹部手术后裂开缝合术的出院患者。

分母：同期所有腹腔手术出院患者。

排除病例：

1) 腹部手术后裂开缝合术在第一次手术之前或当天作为第一个腹部手术进行的患者。2) 平均住院日 < 2 天的患者。3) 免疫功能不全的患者。

(3) 手术后肺栓塞或深静脉血栓。

分子：满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断 ICD-10 编码为深静脉血栓或肺栓塞的出院患者。

分母：同期有手术与操作 ICD-9-CM-3 编码的所有出院患者。

排除病例：

1) 已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）深静脉血栓或肺栓塞的患者。2) 下腔静脉中断术是唯一手术的患者。3) 下腔静脉中断术在第一次手术之前或当天进行的患者。

(4) 手术后出血或血肿。

分子：满足分母纳入与排除标准，且：

1) 任何其他诊断 ICD-10 编码为手术后出血或血肿。2) 任何手术/操作 ICD-9-CM-3 编码为手术后控制出血或血肿引流的患者。

分母：同期有手术与操作 ICD-9-CM-3 编码的所有出院患者。

排除病例：

- 1) 已存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）手术后出血或手术后血肿的患者。
- 2) 唯一的手术是手术后出血控制或血肿清除的患者。
- 3) 手术后出血控制或血肿清除在第一次手术进行之前进行的患者。

(5) 手术后髌关节骨折。

分子：满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断 ICD-10 编码为髌关节骨折的出院患者。

分母：同期有手术与操作 ICD-9-CM-3 编码的所有出院患者。

排除病例：

- 1) 主要诊断 ICD-10 编码为髌关节骨折，或其他诊断 ICD-10 编码为髌关节骨折，但入院时已存在的患者。
- 2) 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病和紊乱的患者。
- 3) 主诊断（或其他诊断，但在入院时已经存在）为癫痫、昏厥、卒中、昏迷、心脏骤停、中毒、外伤、谵妄和其他神经病、或缺氧性脑损伤的患者。
- 4) 任何诊断为转移癌、淋巴瘤或骨肿瘤或自残的患者。

(6) 手术后生理与代谢紊乱。

分子：

- 1) 满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断 ICD-10 编码为生理性和代谢性紊乱的出院患者。
- 2) 有急性肾衰竭（生理性和代谢性紊乱的亚组）的出院患者必须伴随透析的手术/操作编码。

分母：

- 1) 同期有 ICD-9-CM-3 手术室编码的所有出院患者。
- 2) 入院类型记录为择期手术。

排除病例：

- 1) 已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）生理性和代谢性紊乱或慢性肾衰竭的患者。

2) 急性肾衰竭，第一次手术进行之前进行了透析的患者。

3) 诊断编码有酮症酸中毒、高渗透压或其他昏迷（生理性和代谢性紊乱编码亚组）且主诊断为糖尿病的患者。

4) 其他诊断编码有急性肾衰竭（生理性和代谢性紊乱编码亚组）且主诊断为急性心肌梗死、心律失常、心脏骤停、休克、出血或消化道出血的患者。

（7）手术后呼吸衰竭。

分子：

1) 满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断 ICD-10 编码为急性呼吸衰竭的出院患者。

2) 满足分母纳入与排除标准，有 ICD-9-CM-3 再插管手术/操作编码的出院患者。

分母：

1) 同期有 ICD-9-CM-3 手术室编码的所有出院患者。

2) 入院类型记录为择期手术。

排除病例：

1) 已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）急性呼吸衰竭的患者。

2) ICD-10 诊断编码有神经肌肉疾病的患者。

3) 气管切开术为唯一的手术室手术的患者。

4) 气管切开术在第一次手术之前进行的患者。

5) 颅面畸形且有喉或咽部手术或脸部手术/操作且诊断编码为颅面畸形。

6) 呼吸系统疾病/紊乱的患者

7) 循环系统疾病/紊乱的患者。

（8）手术后败血症。

分子：满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断 ICD-10 编码为败血症的出院患者。

分母：

1) 同期有 ICD-9-CM-3 手术与操作编码的所有出院患者。

2) 入院类型记录为择期手术。

排除病例：

- 1) 已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）败血症或感染情况的患者。
- 2) 有免疫功能低下或癌症编码的患者。
- 3) 住院日 \leq 4天的患者。

6.盆腔手术的相关安全指标，如：盆腔感染、内出血、盆腔临近脏器损伤等。

分子：满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断 ICD-10 编码为盆腔感染、内出血、盆腔临近脏器损伤的出院患者。

分母：

- 1) 同期有 ICD-9-CM-3 手术与操作编码的所有出院患者。
- 2) 入院类型记录为择期手术。

排除病例：

- 1) 已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）败血症或感染情况的患者。
- 2) 有免疫功能低下或癌症编码的患者。
- 3) 住院日 \leq 4天的患者。

7.因用药错误导致患者死亡发生率。

分子：任何其他诊断 ICD-10 编码为因用药错误导致患者死亡的出院患者。

分母：同期全部出院患者。

排除病例：

已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）因用药错误导致患者引发任何诊断的患者。

8.输血/输液反应发生率。

分子：任何其他诊断 ICD-9-CM-3 编码为输血/输液反应的出院患者。

分母：同期全部接受过输血/输液的出院患者。

排除病例：

已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）输血/输液反应的患者。

9.手术过程中异物遗留发生率。

分子：任何其他诊断 ICD-9-CM-3 编码为手术/操作过程中异物遗留的内外科出院患者。

分母：同期有 ICD-9-CM-3 手术室手术编码的所有出院患者。

排除病例：

入院时，主诊断 ICD-9-CM-3 编码为手术/操作过程中异物遗留或其他诊断为手术/操作过程中异物遗留的患者。

10.医源性意外穿刺伤或撕裂伤发生率。

分子：满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断 ICD-9-CM-3 编码显示手术/操作过程中发生了意外切开、穿刺、穿孔或裂伤的出院患者。

分母：同期所有内外科出院患者。

排除病例：

1) 主要诊断 ICD-10 编码显示发生了技术问题（如：意外切开、穿刺、穿孔或裂伤）的患者。

2) 手术与操作编码 ICD-9-CM-3 编码显示有脊柱手术的患者。

11.重度卵巢过度刺激综合症例数。

12.多胎妊娠（非自然）例数（可选）。

第四节 特定（单）病种质量监测指标

一、概述

特定（单）病种质量管理是以病种为管理单元，是全过程的质量管理，可以进行纵向（妇幼保健院内部）和横向（妇幼保健院之间）比较，采用在诊断、治疗、转归方面具有共性，某些医疗保健质量指征是具有统计学特性的指标，可用来进行质量管理评价。

（一）病种的选择原则：

- 根据我国人群发病和患病情况、危害程度，对医疗资源消耗情况。
- 选择那些具有代表性的常见与多发疾病的诊疗过程（核心）质量。
- 可以用作考核妇幼保健院总体质量管理水平和绩效管理状况。

（二）特定病种过程质量指标的选择：

- 以国内、外权威的指南为依托，专具有共识。

- 选择具有循证医学结论——经多中心、大样本论证推荐的 1 类 A、B 级指标为重点的核心质量为指标。
- 参考国际上目前正在使用的核心质量指标。
- 邀请本专业权威专家结合中国国情进行讨论，并在妇幼保健院实地临床试用与验证。

(三) 实施特定病种过程质量监控目的：

- 对疾病诊疗进行过程质量控制。
- 是反映出全院在医疗保健质量管理整体能力与层次的一个重要的新途径。
- 在某种程度上反映出医疗保健质量的变化趋势。
- 在医院评审中是评价医疗保健质量评价的一项重要途径。
- 是医院提高医疗技术、进行持续改进的方法。
- 是评价医师诊疗行为是否符合规范及其合理性的方式之一。

二、特定（单）病种质量监测指标

(一) 剖宫产 ICD-9-CM-3:74.1。

1.剖宫产术前风险评估。

剖宫产术前风险评估应包括全面的体格检查，必要的辅助检查，特殊病例的特殊检查；胎儿检查如胎儿大小、成熟度、生物物理评分；胎盘位置；既往手术史及手术疤痕情况；孕妇孕周、体重、腹壁脂肪；产后出血风险评估；麻醉风险评估；头位分娩评分，以及是否伴有特殊感染疾病等。

2.剖宫产指征与手术方式选择。★

严格掌握剖宫产指征可降低剖宫产率及剖宫产并发症发生率。

3.预防性抗菌药物选择与应用时机。★

择期剖宫产围手术期预防性应用抗生素首选一代头孢菌素类药物；若存在感染高危因素如胎膜早破、产前出血等妊娠并发症或临产后剖宫产可选择第一代或第二代头孢菌素加甲硝唑或单用头孢西丁。

(1) 术前预防性抗菌药物的种类选择。

(2) 在胎儿娩出（断脐带）后即使用预防性抗菌药物。

(3) 手术超过三小时加用抗菌药物一次。

抗菌药物的有效覆盖时间应包括手术过程和术后 4h，若手术时间 $\geq 3h$ ，或失血量 $\geq 1500ml$ ，应加用一次抗菌药物。

(4) 术后停止使用预防性抗菌药物的时间。

一般应短程预防用药，手术当天用药结束后不必再用。若有感染高危因素者，术后 24 小时内可再用 1~3 次，特殊情况（病程有记录）可延长至 72 小时。

4. 新生儿 Apgar 评分。★

Apgar 评分分值是评价胎儿的重要指标：无窒息 8~10 分，轻度窒息 4~7 分，重度窒息 0~3 分。

5. 再次手术率。

剖宫产术后常见二次手术原因多为产后出血，子宫切口出血，盆腔脏器损伤及肠梗阻等。

6. 评估产后出血量。

胎儿娩出后 24 小时内出血量超过 500 毫升为产后出血。剖宫产产后出血原因包括子宫收缩乏力、胎盘因素、子宫切口裂伤及血管损伤、凝血功能障碍等，是我国孕产妇死亡的主要原因。

7. 手术后并发症（包括新生儿）。

剖宫产率升高使得剖宫产手术并发症的发生也增多，常见的为出血、感染及母儿损伤。

8. 为患者提供剖宫产术的健康教育。

健康教育是一种有计划、有目标、有评价的系统教育活动，通过教育能帮助产妇正确认识剖宫产术后不适反应及剖宫产并发症。

9. 切口愈合：II/甲。

剖宫产为可能感染手术，术后切口愈合不良是其常见并发症之一。

10. 术后 7 天内出院。

缩短剖宫产平均住院日，是体现产科效率的一项重要指标。发现影响剖宫产住院日的关键点，提出解决问题的措施，进行改进控制。

11.住院费用。

对剖宫产患者住院费用影响因素分析，找出各种影响因素及影响的程度，并提出合理控制住院费用的思路。

12.患者对服务满意程度评价。

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务。

（二）异位妊娠 ICD10: O00。

1.患者病情评估。

在到院 60 分钟内完成病情评估。

2.患者首次血常规、尿 hCG 和/或血 βhCG 及超声检查完成的时间。

在到院 60 分钟内完成患者首次血常规、尿 hCG 和/或血 βhCG 及超声检查。

3.药物保守治疗规范（有适应证、无禁忌证者）。

明确诊断 60 分钟内实施药物治疗（有适应证、无禁忌证）标准类型。

4.手术的时机以及手术方式的选择的合理性。

明确诊断 30 分钟内实施手术及手术方式的选择。

5.自体输血。

急性腹腔内出血多的异位妊娠患者适合回收式自体输血。

6.手术并发症。

异位妊娠手术有一定的手术并发症，如持续性宫外孕、术中或术后出血、周围器官损伤、盆腔感染以及麻醉意外等。并发症发生率的高低直接反应医疗保健质量。

7.为患者提供有关异位妊娠的健康教育，书面告知术后随访与病情监测注意事项。

为患者提供有关异位妊娠的健康教育与重点护理服务，书面告知、术后随访与病情监测注意事项可以让病人充分了解病情，配合治疗，促进病情的尽快康复。

8.切口 I /甲愈合。

一般异位妊娠患者手术切口多能 I /甲愈合。陈旧性宫外孕合并感染者除外。

9.平均住院日与费用。

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗保健质量的高低与医疗机构

的工作效率。

10.患者对服务满意程度评价结果。

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务。

（三）子宫肌瘤 ICD10: D25。

1.实施病情评估，有适应证，合理的术式选择。

实施病情评估，有手术适应证（月经过多致继发贫血（HGB<80g/L），药物治疗无效、子宫增大超过孕 10 周，或单个肌瘤直径超过 5cm、严重腹痛、性交痛或慢性腹痛，有膀胱、直肠压迫症状、能确定肌瘤是不孕或反复流产的唯一原因者、肌瘤生长较快，怀疑有恶变等），合理的术式选择（子宫全切或次全切除：肌瘤剥除术）。

2.术前住院时间。

术前根据患者的具体病情（如有内外科合并症或需肠道准备），住院时间应不超过 3 天。

3.预防性抗菌药物选择与应用时机。

单纯子宫肌瘤剥除术（浆膜下子宫肌瘤或肌壁间子宫肌瘤未穿透宫腔）可不使用抗生素。

（1）术前预防性抗菌药物的种类选择：

按照《抗菌药物临床应用指导原则》、《抗菌药物临床应用管理办法》的要求，首选使用第一、二代头孢菌素±甲硝唑或头霉素作为预防性抗菌药。

耐甲氧西林葡萄球菌发生率高的医疗机构，可选用万古霉素或去甲万古霉素预防感染。

（2）在手术前一小时内开始使用预防性抗菌药物。

（3）手术超过三小时加用抗菌药物一次。

（4）术后停止使用预防性抗菌药物的时间。

术后 24 小时停止使用抗生素，有高危因素者可延长至 48 小时。

4.手术并发症。

监控手术中、后出并发症，是评价手术质量高低的重要标志，术中术后近期常见的

并发症有：

(1) 术中术后出血、感染、脏器（输尿管、膀胱、肠管）和血管损伤、盆腔粘连、伤口愈合不良等。

(2) 腹腔镜手术的气体栓塞、皮下及腹膜后气肿、腹壁血肿、大血管损伤、切口疝等。

(3) 宫腔镜手术的子宫穿孔、周围脏器损伤、肺水肿、低钠血症。

(4) 子宫肌瘤剔除术后的术后出血。

5. 术后有关子宫肌瘤的健康教育。

通过术后有关子宫肌瘤的健康教育，可以了解整体医疗过程，有利于进一步增强医疗效果，让病人得到更满意的服务，促进术后身心健康的恢复。

6. 患者住院天数与住院费用。

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗保健质量的高低与医疗机构的工作效率。

7. 患者对服务满意程度评价结果。

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务。

(四) 艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播疾病。

1. 艾滋病母婴传播疾病。

(1) 孕期保健。

1) 进行妊娠危险因素筛查及时发现孕期并发症；进行胎儿生长发育监测；加强孕期营养监测和指导，感染 HIV 妇女在孕期应补充铁剂、叶酸、锌和其他微量元素；

2) 观察与艾滋病感染、机会性感染有关的症状和体征，监测 CD4⁺T 淋巴细胞与病毒载量的变化。用药前，进行 CD4⁺T 淋巴细胞计数、病毒载量检测及其他相关检测（包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖等）；用药过程中，每三个月进行 1 次 CD4⁺T 淋巴细胞计数及其他相关检测；孕晚期，进行 1 次病毒载量检测，并在分娩前获得检测结果；

3) 尽早服用抗病毒药物，提高抗病毒药物使用依从性，尽量减少药物耐药性；

- 4) 孕期避免羊水穿刺、胎儿镜等有产科创伤性检查;
- 5) 提供充分的咨询鼓励艾滋病感染孕产妇住院分娩;
- 6) 性生活中正确使用避孕套, 避免感染病情加重或重复感染;
- 7) 提供心理支持和综合关怀服务, 注意尊重艾滋病感染孕产妇及家庭的意愿, 并为其保密。

(2) 住院分娩、安全助产。

1) 艾滋病感染的产妇按照孕期用药方案继续服用抗病毒药物, 临产时及时和快速给予抗病毒药物;

2) 密切观察产程, 及时处理产程中出现的问题。如果出现胎膜早破或临产早期出现胎膜破裂, 应积极处理, 缩短产程;

3) 阴道分娩助产时避免产科损伤性操作, 如宫内胎儿头皮电极监测、人工破膜、会阴侧切术、产钳或吸引器助产等;

4) 艾滋病感染不作为实施剖宫产的指征;

5) 对于没有经过任何孕期保健, 临产时才来本院进行分娩的产妇, 尽快抽取血样, 用两种不同厂家或不同原理的快速诊断试剂进行 HIV 筛查试验, 再根据不同检测结果进行处理。

(3) 产后保健。

1) 产妇和所生婴儿应根据抗病毒用药方案和孕期及产时的实际用药情况继续服药, 并监测感染状况;

2) 给予正确的喂养指导和支持。提倡人工喂养, 避免母乳喂养, 杜绝混合喂养。无条件进行人工喂养时, 如选择母乳喂养应为纯母乳喂养, 并缩短喂养时间, 一般为 6 个月;

3) 加强对艾滋病感染产妇产褥期的卫生指导, 指导对产妇用过的卫生巾等物品应及时处理, 避免产后排出的血液传染接触的人或污染环境, 指导孕产妇使用的餐具、物品、用具的消毒处理。产后 42 天进行产后检查, 对母子情况作出进一步的评估;

4) 感染妇女每次性生活时使用避孕套是最佳的避孕方法;

5) 及时为产后的艾滋病感染妇女及其家庭提供关怀支持服务, 对需要治疗的产妇与抗病毒治疗部门联系, 提供抗病毒治疗服务。

2.梅毒母婴传播疾病。

(1) 孕期保健。

1) 为感染梅毒的孕妇进行母婴传播的风险评估，对孕妇进行梅毒的健康教育。

2) 在获知孕产妇感染梅毒后，应对其配偶/性伴进行相应的检测和治疗。

3) 提醒梅毒感染的孕妇及家人密切注意流产征兆。

4) 孕早期发现的感染孕妇，应于孕早期和孕晚期各进行 1 个疗程的治疗，共 2 个疗程。孕中、晚期发现的感染孕妇，应立刻给予 2 个疗程的治疗，2 个治疗疗程之间需间隔 4 周以上（最少间隔 2 周），第 2 个疗程应当在孕晚期开始，最好在分娩前一个月完成。

5) 在孕期提供充分的咨询，鼓励住院分娩，预防梅毒感染孕产妇发生早产。

6) 提供避孕套，并指导其正确使用，避免重复感染或感染其他性传播性疾病。

7) 治疗期间定期随访。每月做 1 次非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测，判断有无复发或再感染。如再次感染或复发立即再开始 1 个疗程的梅毒治疗。

8) 感染孕妇在孕晚期定期进行胎儿监护，指导孕妇自我监测胎动，了解胎儿在宫内的状况。

9) 感染孕产妇分娩前必须进行非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测，与所生新生儿非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测结果进行比较，作为后续诊治的依据。

10) 提供心理支持和综合关怀服务，注意尊重梅毒感染孕妇及家庭的意愿，并为其保密。

(2) 住院分娩、安全助产。

1) 梅毒感染不应作为实施剖宫产的指征。

2) 避免产时损伤性操作，减少产时感染的风险；并加强医疗防护，避免职业暴露。

3) 对于没有经过任何孕期保健，临产时才来本院进行分娩的产妇，更应关注孕期基本状况和感染状况的评价，在加强产时保健的基础上，同时进行梅毒、先天梅毒和母婴传播相关告知和咨询，临产时发现的感染孕产妇，也要立即给予 1 个疗程的治疗。

4) 孕期未接受规范性治疗，包括孕期未接受全程、足量的青霉素治疗，或接受非青霉素方案治疗，或在分娩前 1 个月内才进行抗梅毒治疗的孕产妇所生儿童；孕期接受

过规范性治疗，出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性、滴度不高于母亲分娩前滴度的 4 倍的儿童。治疗方案为苄星青霉素 G，5 万单位/千克体重，1 次肌内注射（分两侧臀肌）。

（3）产后保健。

1) 继续产后的梅毒治疗后的随访。

2) 指导产后避孕。在知情同意的前提下，建议采用口服避孕药、宫内节育器等高效避孕方法，并在每次性生活时同时使用避孕套。

3) 及时为产后的梅毒感染妇女提供关怀、随访和转介服务。

4) 梅毒感染孕产妇所生儿童自出生时开始，定期进行梅毒血清学检测和随访，直至排除或诊断先天梅毒。

3.乙肝的母婴传播疾病。

1) 为乙肝病毒表面抗原阳性的感染孕产妇提供乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）和肝功能检测，有条件的地区可进行乙肝病毒载量（HBV DNA）检测，必要时转介至传染病专科接受相应的诊疗服务。

2) HBV 感染孕产妇的分娩方式与常规阴道分娩、剖宫产相同。

3) 所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应于出生后 24 小时内（最好是 12 小时内，越早越好）注射乙肝免疫球蛋白 100 国际单位。注意与乙肝疫苗的注射部位不同，也不可于乙肝疫苗吸入同一注射器内注射。

4) 所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应按照《预防接种规范》中新生儿乙肝疫苗免疫程序，完成 3 剂次乙肝疫苗接种。有条件的地区，在完成第 3 剂次乙肝疫苗接种后 1~6 个月，即儿童 7 月龄至 1 周岁期间，可进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测，判断免疫效果。

（五）社区获得性肺炎--住院、儿童（ICD-10: J13-J15, J18），不含新生儿及 1-12 个月婴儿肺炎。

1.病情严重程度评估。

到达本院后首次病情严重程度评估的时间与结果，判定是否符合住院标准（重症肺炎诊断标准或收住 ICU 标准）与病情严重程度评估。

2.氧合评估。

低氧血症是严重肺炎的一个重要指标，也是预后不良的独立危险因素，吸氧可以降低低氧血症肺炎患儿的病死率。患儿至少在住院前或住院 24 小时内（吸氧前）接受动脉血气分析或指脉血氧仪检查。

3.病原学检测。

对危重肺炎患儿进行病原学检测与诊断可以提供重要的微生物学信息，帮助选择适当的抗菌药物，降低患儿病死率。

4.入院后患儿 4 小时内接受首剂抗菌药物治疗。

抗生素治疗要尽早开始，首剂抗生素治疗争取在诊断肺炎后 4 小时内使用，以提高疗效，降低病死率，缩短住院时间。

5.起始抗菌药物选择符合规范：免疫功能正常患儿开始 24 小时抗菌药物选择要符合指南要求。

（1）重症/ICU 患儿起始抗菌药物选择。

（2）非重症患儿起始抗菌药物选择。

6.初始治疗 72 小时后无效者，重复病原学检查。

初始治疗 72 小时无效定义为：症状无改善或一度改善又恶化。对于这种患儿，要重复病原学（包括痰、胸水、支气管灌洗液细菌培养，真菌培养和抗酸杆菌检查；或尿抗原检查；或双份血清抗体检查）检查，审慎调整抗菌药物，并排除并发症或非感染因素。

7.抗菌药物疗程（天数）。

要符合指南要求。

8.符合出院标准及时出院。

要符合指南要求。

9.住院天数与住院费用。

患儿住院天数与住院费用，出院时情况。

10.患儿亲属对服务满意程度评价结果。

患儿出院时应征求亲属对接受服务的体验与满意程度的评价。

（六）新生儿呼吸窘迫综合征（NRDS）ICD-10：P22.002。

1.病情严重程度评估，符合入住 NICU 标准。

入住 NICU 标准：临床出现明显的呼吸困难，X 线为 II 级以上 NRDS 表现的患儿进入 NICU 治疗。

2.主要合并症的监测。

重症 NRDS 可发生多种合并症，延长住院时间及住院费用、影响预后。主要合并症：气漏综合征、动脉导管开放、感染、慢性肺部疾病等。

3.治疗方案选择符合指征。

治疗方案选择符合指征：表面活性物质替代治疗；经鼻 CPAP；机械通气等。

4.为患儿亲属提供新生儿呼吸窘迫综合征的健康教育内容与时机。

（1）护理技术服务的质量控制关键点：为新生儿安全用氧提供临床指导。包括心肺监护、氧饱和度监护和动脉血气的监测，预防氧中毒所致的早产儿视网膜病和支气管肺发育不良等疾病发生。

（2）健康教育内容：向患儿家属讲述 NRDS 患儿氧疗的必要性和安全用氧的必要措施。

5.符合出院标准。

（1）NRDS 患儿转出 NICU 标准：患儿稳定，呼吸衰竭纠正。

（2）NRDS 患儿的出院标准：临床症状消失，X 线改变消失。

6.住院天数与住院费用。

患儿住院天数与住院费用，出院时情况。

7.患儿亲属对服务满意程度评价结果。

患儿出院时应征求亲属对接受服务的体验与满意程度的评价。

第五节 合理用药监测指标

一、解读

按每季、每年，统计合理用药的基本监测指标，了解妇幼保健院合理用药的基本情况。不设固定值，应根据各地的实际情况来确定。

二、监测指标

（一）抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）。

指标名称：抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）。

对象选择：全部门诊处方。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：单位时间内含有抗菌药物的门诊处方数。

分母：单位时间内门诊处方总数。

（二）注射剂处方数/每百张门诊处方（%）。

指标名称：注射剂处方数/每百张门诊处方（%）。

对象选择：全部门诊处方。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：单位时间内含有注射剂的门诊处方数。

分母：单位时间内门诊处方总数。

（三）药费收入占医疗总收入比重（%）。

指标名称：药费收入占医疗总收入比重（%）。

对象选择：医疗总收入中的药费总收入金额。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：年度药费总收入（万元）。

分母：年度医疗总收入（万元）。

（四）抗菌药物占西药出库总金额比重（%）。

指标名称：抗菌药物占西药出库总金额比重（%）。

对象选择：西药出库总金额中的抗菌药出库总金额。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：年度抗菌药出库总金额（万元）。

分母：年度西药出库总金额（万元）。

（五）接受抗菌药物治疗的住院患者微生物检验样本送检率。

指标名称：接受抗菌药物治疗的住院患者微生物检验样本送检率（%）。

对象选择：接受抗菌药物治疗住院患者。

指标类型：过程指标。

指标改善：

（1）接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物（合格标本）送检率不低于 30%。

（2）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（合格标本）送检率不低于 50%。

（3）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（合格标本）送检率不低于 80%。

分子：接受抗菌药物治疗的住院患者微生物检验样本送检例数。

分母：同期使用抗菌药物治疗的住院患者总例数。

计算公式：

$$\text{微生物检验样本送检率 (\%)} = \frac{\text{使用抗菌药物治疗的住院患者微生物检验样本送检例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗的住院患者总例数}} \times 100$$

（六）妇幼保健院抗菌药物品种原则上不超过 40 种。

（1）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。

（2）头霉素类抗菌药物不超过 2 个品规。

（3）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。

（4）碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过 3 个品规。

（5）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。

（6）深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品种。

本监测指标所指抗菌药物是指治疗细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原微生物所致感染性疾病的药物，不包括治疗结核病、寄生虫病和各种病毒所致感染性疾病的药物以及具有抗菌作用的中药制剂。

不包括抗结核病药、抗病毒药、抗寄生虫药；不含植物成分的抗菌药、不包括抗皮肤感染药、眼科抗感染药等外用品规。

（七）住院患者抗菌药物使用率。

指标名称：住院患者抗菌药物使用率（%）。

对象选择：全部住院患者。

指标类型：过程指标。

指标改善：比率降低（<60%）。

分子：出院患者使用抗菌药物例数。

分母：同期出院患者总例数。

计算公式：

$$\text{住院患者抗菌药物使用率（\%）} = \frac{\text{出院患者使用抗菌药物例数}}{\text{同期出院患者总例数}} \times 100$$

注：

1.以病人使用抗菌药物例数计算，一个病例中无论其使用了几种抗菌药物（包括不同剂型），都只计为1例使用抗菌药物例数。

2.出院患者使用抗菌药物（住院医嘱）包括全身作用的抗生素类和合成抗抗菌药物类，不包括抗结核病药、抗真菌药、抗病毒药、抗寄生虫药、抗皮肤感染药、眼科抗感染药等外用品规；不含植物成分的抗菌药。

（八）门（急）诊患者抗菌药物处方比例。

指标名称：抗菌药物处方数/每百张门（急）诊处方（%）。

对象选择：全部门（急）诊处方。

指标类型：过程指标。

指标改善：比率降低（<20%）。

分子：单位时间内含有抗菌药物的门（急）诊处方数。

分母：单位时间内门（急）诊处方总数。

计算公式：

$$\text{门（急）诊患者抗菌药物处方比例（\%）} = \frac{\text{单位时间内含有抗菌药物的门（急）诊处方数}}{\text{同一单位时间内门（急）诊处方总数}} \times 100$$

注：

- 1.门（急）诊患者抗菌药物处方包括抗生素类和合成抗菌药物类，不含植物成分的抗菌药。
- 2.抗结核病药、抗麻风病药、抗真菌药、抗病毒药、抗寄生虫药在此表中不列为抗菌药。
- 3.抗皮肤感染药、抗眼科感染药及含庆大霉素、喹诺酮类或其他复方的止泻药，列为抗菌药。

（九）抗菌药物使用强度。

指标名称：抗菌药物使用强度。

对象选择：全部住院病人。

指标类型：过程指标。

指标改善：比率降低（<40DDDs/每百人天）。

分子：抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）。

分母：同期收治患者住院天数。

计算公式：

$$\text{抗菌药物使用强度} = \frac{\text{住院患者抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）}}{\text{同期收治患者人天数}} \times 100$$

注：

- 1.抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）=住院患者所有抗菌药物 DDD 数的和。
- 2.某个抗菌药物的 DDD 数=该抗菌药物消耗量/DDD 值（克/DDD 值）。
- 3.DDD（Defined Daily Doses）值：WHO 推荐的日处方协定剂量。
- 4.同期收治患者人天数=同期收治患者人数×同期患者平均住院天数。

第六节 医院感染控制质量监测指标

一、解读

妇幼保健院感染控制质量改进：是以特定对象的结果指标（即使用呼吸机、导管、导尿管三项器械所致感染的结果指标）为重点，同时以手术风险评估的指数来评价不同的风险指数手术发生感染的情况。

按每季、每年，统计妇幼保健院医院感染的基本监测指标，了解妇幼保健院医院感染的基本情况。

二、监测指标

（一）呼吸机相关肺炎发病率（‰）。

指标名称：呼吸机相关肺炎发病率（‰）。

对象选择：全院所有使用呼吸机的患者。

指标类型：过程指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：呼吸机相关肺炎是机械通气一个频繁发生的并发症。呼吸机相关肺炎明显增加患者的病死率和医疗资源的消耗。呼吸机相关肺炎的发生率差异极大，很大程度上反映所在科室的医疗和护理质量。

呼吸机相关肺炎定义：感染前 48 小时内使用过呼吸机，有呼吸道感染的全身及呼吸道感染症状，并有胸部 X 线症状及实验室依据。

分子：单位时间一定范围内呼吸机相关肺炎的例数。

分母：单位时间一定范围内所有患者使用呼吸机的总日数。

计算公式：

$$\text{呼吸机相关肺炎发病率（‰）} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎的例数}}{\text{所有患者使用呼吸机的总日数}} \times 1000$$

（二）留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）。

指标名称：留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）。

对象选择：全院所有使用导尿管较多的科室使用留置导尿管的患者。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：

由留置导尿管所导致的泌尿系感染是最常见的院内感染之一，但经常会被忽视。注意无菌操作和尽早拔除不需要的导尿管是降低发病率的主要措施。

留置导尿管相关泌尿系感染的定义：留置导尿管相关泌尿系感染主要是指患者留置

导尿管后，或者拔除导尿管 48 小时内发生的泌尿系统感染。

临床诊断：患者出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，或者有下腹触痛、肾区叩痛，伴有或不伴有发热，并且尿检白细胞男性 ≥ 5 个/高倍视野，女性 ≥ 10 个/高倍视野，留置导尿管者应当结合尿培养（引自：外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）卫办医政发〔2010〕187 号）。

分子：单位时间一定范围内使用导尿管患者中的泌尿系感染人数。

分母：单位时间一定范围内患者使用导尿管的总日数。

计算公式：

$$\text{留置导尿管相关泌尿系感染发病率 (\%)} = \frac{\text{留置导尿管患者中泌尿系感染人数}}{\text{所有患者使用导尿管的总日数}} \times 1000$$

（三）手术部位感染发病率（%）（按手术风险分类）。

指标名称：不同感染风险指数手术部位感染发病率（%）。

对象选择：全部住院手术的患者或部分种类手术的患者。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：根据不同的手术风险评估类别与指数，来评价不同手术风险患者手术部位感染发病率，更公正、更客观，对象明确，有利于持续改进。

外科手术部位感染的定义：外科手术部位感染分为切口浅部组织感染、切口深部组织感染、器官/腔隙感染。

1. 切口浅部组织感染手术后 30 天以内发生的仅累及切口皮肤或者皮下组织的感染，并符合下列条件之一：

（1）切口浅部组织有化脓性液体。

（2）从切口浅部组织的液体或者组织中培养出病原体。

（3）具有感染的症状或者体征，包括局部发红、肿胀、发热、疼痛和触痛，外科医师开放的切口浅层组织。

下列情形不属于切口浅部组织感染：

（1）针眼处脓点（仅限于缝线通过处的轻微炎症和少许分泌物）。

(2) 外阴切开术或包皮环切术部位或肛门周围手术部位感染。

(3) 感染的烧伤创面及溶痂的Ⅱ度、Ⅲ度烧伤创面。

2. 切口深部组织感染无植入物者手术后 30 天以内、有植入物者手术后 1 年以内发生的累及深部软组织（如筋膜和肌层）的感染，并符合下列条件之一：

(1) 从切口深部引流或穿刺出脓液，但脓液不是来自器官/腔隙部分。

(2) 切口深部组织自行裂开或者由外科医师开放的切口。同时，患者具有感染的症状或者体征，包括局部发热，肿胀及疼痛。

(3) 经直接检查、再次手术探查、病理学或者影像学检查，发现切口深部组织脓肿或者其他感染证据。

同时累及切口浅部组织和深部组织的感染归为切口深部组织感染；经切口引流所致器官/腔隙感染，无须再次手术归为深部组织感染。

3. 器官/腔隙感染无植入物者手术后 30 天以内、有植入物者手术后 1 年以内发生的累及术中解剖部位（如器官或者腔隙）的感染，并符合下列条件之一：

(1) 器官或者腔隙穿刺引流或穿刺出脓液。

(2) 从器官或者腔隙的分泌物或组织中培养分离出致病菌。

(3) 经直接检查、再次手术、病理学或者影像学检查，发现器官或者腔隙脓肿或者其他器官或者腔隙感染的证据（引自：外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）卫办医政发〔2010〕187号）。

分子：指定感染风险指数的某种手术的手术部位感染发病例数。

分母：指定感染风险指数的某种手术的总例数。

计算公式：

$$\text{某感染风险指数手术部位感染发病率 (\%) } = \frac{\text{指定感染风险指数手术部位感染发病例数}}{\text{指定感染风险指数手术总例数}} \times 1000$$

手术后感染例数：按“手术风险评估类别”下列的要求分列记录：

(1) 0 级手术例数/季/年感染例数。

1) 浅层组织手术。

2) 深部组织手术。

3) 器官手术。

4) 腔隙内手术。

(2) I级手术例数/季/年感染例数。

1) 浅层组织手术。

2) 深部组织手术。

3) 器官手术。

4) 腔隙内手术。

(3) II级手术例数/季/年感染例数。

1) 浅层组织手术。

2) 深部组织手术。

3) 器官手术。

4) 腔隙内手术。

(4) III级手术例数/季/年感染例数。

1) 浅层组织手术。

2) 深部组织手术。

3) 器官手术。

4) 腔隙内手术。

第七章 附录

第一节 二级妇幼保健院建筑指标基本要求

二级妇幼保健院建筑必须体现“以妇女儿童健康为中心”的理念，业务用房、行政管理、后勤保障等满足医疗保健服务流程优化需要，做到持续改进。

一、妇保院基本建设总体要求

1. 总体规划科学合理。总体规划经过论证并通过当地政府批准；基本建设符合国家基本建设程序规定。

2. 妇幼保健院建筑符合国家相关规定。

二、建筑用地与建筑面积的要求

1. 平均每床占妇幼保健院总土地面积 60-80 m²。
2. 平均日门诊人数建筑面积≥5 m²。
3. 住院护理单元平均每床建筑面积≥30 m²，同时病房开间净尺寸≥3.4 米。
4. 医疗、保健、教学、科研等业务用房≥妇幼保健院总建筑面积 80%。

三、医疗、保健用房主要指标

1. 省、市（地）、县三级妇幼健康服务机构公共卫生业务用房面积分别按照 60 m²/人、65 m²/人、70 m²/人计算，人指编制人数且分别不超过 160 人、90 人、70 人。

其中孕产保健 800-1300 m²；儿童保健 1050-1600 m²；妇女保健 500-800 m²。

2. 设置床位的，医疗业务用房面积按照 200 床及以下、201-400 床、401 床及以上，每张床分别按 88 m²、85 m²、82 m²的标准另行增加建筑面积。

3. 相关业务用房面积

(1) 母婴同室病房内每张产妇床位的使用面积不应少于 6 m²，每名婴儿应有一张床位，占地面积不应少于 2 m²。

(2) 分娩区总面积应在 100 m²以上。缓冲区面积不小于 20 m²，单人间分娩床使用面积≥25 m²，双人间分娩床使用面积≥20 m²，产房内设置独立的产科手术室，使用面积≥30 m²。

(3) MICU 每床使用面积≥15 m²，床间距≥1 米。

(4) 孕妇学校面积≥30 m²。

(5) 新生儿重症监护室感染区每床使用面积不少于 9.5 m²无陪护病室每床净使用面积不少于 3 m²，床间距不小于 1m。有陪护病室应当单人间或两人间，按母婴同室病房设置。

(6) 儿童保健门诊区域范围≥500 m²，候诊区设施符合儿童特点，有≥10 m²哺乳区，有≥50 m²婴幼儿活动区。有≥20 m²科学育儿宣教室。

(7) 心理科门诊至少设置 1 间心理初诊接待室，面积至少 9 m²。至少设置 1 间专用心理治疗室，用于个别心理治疗，使用面积至少 10 m²，治疗室一面墙壁应当配有单向玻璃。至少设置 1 间心理测量室，使用面积至少 10 m²。

(8) 计划生育手术室≥30 m²以上，应有缓冲区、清洁区、污染区与污物专用通道。

至少有一间观察康复室，1~3个床位，每床使用面积7 m²以上。

(9) 检验科建筑面积占医院总建筑面积3%或床位数乘以2 m²。或检验科用房面积至少1000 m²。

(10) 新生儿听力筛查测听室使用面积10-15 m²。

四、教学和科研用房指标

教学医院平均每学生建筑面积≥5 m²，承担医学科研任务的地市级及以上妇幼保健机构，应以副高以上专业技术人员总数的70%为基数，按每人32 m²的标准增加科研用房。

五、建筑指标

1. 建筑密度≤0.35。
2. 建筑容积率0.8-1.3。
3. 绿化面积大于妇幼保健院占地面积的35%，可绿化面积覆盖率100%。
4. 机动车停放泊位（小车）与妇幼保健院实际开放床位数之比≥0.5。

六、基础配套设施

1. 院内医疗用房之间有雨廊链接，并设置残疾人通道与设施。
2. 院内出入口设置合理，做到人车分流。
3. 院内车辆停放有序，专人管理。
4. 院内道路布局合理，排水畅通，主干道路幅宽≥6米。路灯亮化满足夜间照明要求。

七、医疗保健建筑设施配备和管理

1. 建筑附属（电梯、空调、高压系统等）设施应有操作规程，人员持证上岗，安全运转，并做好书面操作和维保记录。
2. 医疗用房具有双回路供电系统和自备发电配送系统，确保医疗用电不中断。
3. 污水污物、毒气排放、放射线物质处理等均符合国家标准。
4. 水电气设施良好，运行安全，做到“三通”、“三不漏”。
5. 消防通道畅通，无障碍物。消防设备齐全，标志醒目，专人管理，设有消防预警系统。有火灾事故的应急预案并定期演练。遇紧急状态时有与外界通讯联系的可靠

方式和畅通的疏散路线。

6. 加强对放射科、检验科、医用氧舱、配电室、电梯、危险品仓库、污水站等重要部门的安全管理。

八、相关妇幼保健院建筑指标法律规范：

1. 《医院建筑设计规范》
2. 《妇幼保健机构建设标准》
3. 《新生儿病室建设与管理指南（试行）》
4. 《综合医院建设标准（2008年正式版）》
5. 《江苏省城市技术管理规定（2011版）》
6. 《全民健康保障工程建设规划》（发改社会〔2016〕2439号）

第二节 二级妇幼保健院医疗设备基本要求

医疗设备应与妇幼保健机构开展的业务范围、工作量及医疗保健人员的技术水平相适应。设备配置要坚持成熟、实用、安全、可靠的原则。

一、与二级妇幼保健院技术相适应的大型设备

DR、彩超、腔镜手术系统、全自动免疫分析系统、中央监护系统、MRI（可选）、CT（可选）、DSA（可选）、全自动染色体分析系统（可选）等。

二、MICU基本设备

1. 监护仪1套/床
2. 有创呼吸机1台（可选）
3. 无创呼吸机1台
4. 除颤器1台
5. 功能设备带/床
6. 气管插管1套
7. 血压表1/床
8. 血糖自动测定仪1件
9. 微量输液泵1台/床

10. 微量注射泵 2 台 / 床
11. 中心供氧、每床有二个插孔
12. 吸引器 1 台
13. 床边 X 光机 1 台 (可选)
14. 床旁 B 超 1 台
15. 心电图机 1 台
16. 微量血气测定仪
17. 床单位加温/降温设备
18. 多功能病床 (可选)

三、NICU 基本设备

1. 暖箱 1 台 / 床
2. 监护仪 1 套 / 床
3. 呼吸机 1 台 / 3 床
4. 气管插管 2 套
5. 远红外辐射台 1 台 / 5 床
6. 光疗箱 1 台 / 3 床
7. 床边多普勒超声仪 1 台
8. 中心供氧、每床有 2 个插孔及 1 个空气插孔
9. 微量输液泵 1 台 / 床
10. 中心吸引器 1 个插孔 / 床
11. 微量注射泵 1 台 / 床
12. 多普勒自动测血压仪 3 台
13. 血糖自动测定仪 1 件
14. 床边 X 光机 1 台 (可选)
15. 微量血气测定仪 1 台
16. 经皮测胆仪 1 台
17. 新生儿复苏呼吸气囊

18. 呼吸复苏器（T-piece）

四、急诊抢救室基本设备

1. 呼吸机
2. 心电图机
3. 除颤器
4. 多功能监护仪
5. 输液泵、输液（血）器
6. 吸引器
7. 中心供氧或氧气筒
8. 抢救车（药品、器材等）

附件 妇幼保健院评审法律规范首字母索引

妇幼保健院评审标准实施细则中引用的法律、法规及规范性文件均由国家统一发布：

1. 《病理科建设与管理指南（试行）》（卫办医政发〔2009〕31号）。
2. 《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）。
3. 《产前诊断技术管理办法》（卫生部令第33号）。
4. 《处方管理办法》（卫生部令第53号）。
5. 《大型医用设备配置与使用管理办法》（卫规财发〔2004〕474号）。
6. 《电子病历基本规范（试行）》（卫医政发〔2010〕24号）。
7. 《儿童心理保健技术规范》（卫办妇社发〔2013〕26号）。
8. 《放射诊疗管理规定》（卫生部令第46号）。
9. 《各级妇幼健康服务机构业务部门设置指南》（国卫办妇幼发〔2015〕59号）。
10. 《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》（卫办发〔2007〕296号）。
11. 《关于完善政府卫生投入政策的意见》（财社〔2009〕66号）。
12. 《国家基本药物处方集》（卫办药政发〔2009〕232号）。
13. 《国家基本药物临床应用指南》（卫办药政发〔2009〕232号）。
14. 《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》（卫办应急发〔2005〕288号）。
15. 《国家卫生计生委关于妇幼健康服务机构标准化建设与规范化管理的指导意见》（国卫办妇幼发〔2015〕54号）。
16. 《护理分级》（国卫通〔2013〕6号）（WS/T 431-2013）。
17. 《护士条例》（国务院令第517号）。
18. 《婚前保健服务工作规范（修订）》（卫基妇发〔2002〕147号）。
19. 《急诊科建设与管理指南（试行）》（卫医政发〔2009〕50号）。
20. 《疾病分类与代码（修订版）》（卫办综发〔2011〕166号）。

21. 《静脉用药集中调配操作规程》（卫医政发〔2010〕62号）。
22. 《静脉用药集中调配质量管理规范》（卫医政发〔2010〕62号）。
23. 《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号）。
24. 《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）。
25. 《临床输血技术规范》（卫医发〔2000〕184号）。
26. 《母乳代用品销售管理办法》（卫妇发〔1995〕5号）。
27. 《全国儿童保健工作规范（试行）》（卫妇社发〔2009〕235号）。
28. 《人类辅助生殖技术管理办法》（卫生部令第14号）。
29. 《人类辅助生殖技术规范》（2003版）（卫科教发〔2003〕176号）。
30. 《人类辅助生殖技术与人类精子库的伦理原则》（卫科教发〔2003〕176号）。
31. 《人类精子库基本标准与技术规范》（卫科教发〔2003〕176号）。
32. 《手术安全核查制度》（卫办医政发〔2010〕41号）。
33. 《突发公共卫生事件应急条例》（国务院令第376号）。
34. 《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》（卫生部令第37号）。
35. 《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》（卫生部、教育部令第76号）。
36. 《外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）》卫办医政发〔2010〕187号。
37. 《无烟医疗机构标准（试行）》（卫妇社发〔2008〕15号）。
38. 《新生儿病室建设与管理指南（试行）》（卫医政发〔2009〕123号）。
39. 《新生儿疾病筛查技术规范》（卫妇社发〔2010〕96号）。
40. 《医疗废物管理条例》（国务院令第380号）。
41. 《医疗机构病历管理规定》（卫医发〔2002〕193号）。
42. 《医疗机构管理条例》（国务院令第149号）。
43. 《医疗机构临床基因扩增检验实验室管理办法》（卫办医政发〔2010〕194号）。
44. 《医疗机构临床实验室管理办法》（卫医发〔2006〕73号）。
45. 《医疗机构临床用血管理办法（试行）》（卫生部令第85号）。
46. 《医疗机构新生儿安全管理制度》（国卫办医发〔2014〕21号）。

47. 《医疗机构药事管理规定》（卫医政发〔2011〕11号）。
48. 《医疗机构中药煎药室管理规范》（国中医药发〔2009〕3号）。
49. 《医疗事故处理条例》（国务院令第351号）。
50. 《医疗质量安全事件报告暂行规定》（卫医管发〔2011〕4号）。
51. 《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护指导原则》（卫医发〔2004〕108号）。
52. 《医务人员手卫生规范》（WS/T313-2009）。
53. 《医院财务制度》（财社〔2010〕306号）。
54. 《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28号）。
55. 《医院感染管理办法》（卫生部令第48号）。
56. 《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）。
57. 《医院隔离技术规范》（WS/T311-2009）。
58. 《医院会计制度》（财会〔2010〕27号）。
59. 《医院手术部（室）管理规范（试行）》（卫医政发〔2009〕90号）。
60. 《医院投诉管理办法（试行）》（卫医管发〔2009〕111号）。
61. 《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》（WS310.2-2009）。
62. 《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》（WS310.2-2009）。
63. 《医院消毒技术规范》（WS/T367-2012）。
64. 《医院中药房基本标准》（国中医药发〔2009〕4号）。
65. 《预防接种规范》（卫疾控发〔2005〕373号）。
66. 《孕产期保健工作管理办法》（卫妇社发〔2011〕56号）。
67. 《孕产期保健工作规范》（卫妇社发〔2011〕56号）。
68. 《孕前保健服务工作规范（试行）》（卫妇社发〔2007〕56号）。
69. 《中华人民共和国传染病防治法》（主席令第17号）。
70. 《中华人民共和国会计法》（主席令第24号）。
71. 《中华人民共和国劳动法》（主席令第28号）。
72. 《中华人民共和国母婴保健法》（主席令第33号）。
73. 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》（国务院令第308号）。

74. 《中华人民共和国侵权责任法》（主席令第 21 号）。
75. 《中华人民共和国审计法》（主席令第 48 号）。
76. 《中华人民共和国统计法》（主席令第 15 号）。
77. 《中华人民共和国献血法》（主席令第 93 号）。
78. 《中华人民共和国预算法》（主席令第 21 号）。
79. 《专科护理领域护士培训大纲》（卫办医发〔2007〕90 号）。
80. 《综合医院分级护理指导原则》（卫医政发〔2009〕49 号）。