

江苏省三级儿童医院评审标准实施细则（2020版）

江苏省卫生健康委员会

2020年7月

目 录

| | |
|---------------------------------------|----|
| 第一章至第六章各章节的条款分布..... | 6 |
| 第一章至第六章评审结果..... | 7 |
| 第一章医院功能与任务..... | 8 |
| 1-1 加强医院党的建设。（公立医院必选）..... | 8 |
| 1-2 建立健全现代医院管理制度，科学制定并执行医院章程..... | 9 |
| 1-3 依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划..... | 10 |
| 1-4 医院符合三级儿童专科医院基本标准..... | 11 |
| 1-5 坚持医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应社会职责义务..... | 14 |
| 1-6 承担突发公共事件的医疗救援与公共卫生事件的防控工作..... | 20 |
| 1-7 临床教育、科研及成果推广..... | 22 |
| 1-8 看病就医流向分析..... | 23 |
| 第二章医院服务..... | 25 |
| 2-1 门诊服务管理..... | 25 |
| 2-2 预约诊疗服务..... | 28 |
| 2-3 入院、出院、转科、转院服务流程管理..... | 30 |
| 2-4 基本医疗保障服务管理..... | 32 |

| | |
|----------------------------|-----|
| 2-5 医患合法权益..... | 33 |
| 2-6 投诉与医疗纠纷管理..... | 35 |
| 2-7 就诊环境管理..... | 37 |
| 2-8 医务社工和志愿者服务..... | 39 |
| 第三章医疗技术应用及管理..... | 41 |
| 3-1 依法依规开展医疗技术..... | 41 |
| 3-2 医疗技术临床应用管理..... | 42 |
| 3-3 医疗技术水平和服务能力..... | 44 |
| 3-4 人体器官捐献（可选）..... | 59 |
| 第四章医疗质量安全管理与持续改进..... | 61 |
| 4-1 质量与安全管理组织..... | 61 |
| 4-2 医疗质量管理与持续改进..... | 63 |
| 4-3 临床路径与单病种质量管理与持续改进..... | 67 |
| 4-4 住院诊疗管理与持续改进..... | 68 |
| 4-5 手术治疗管理与持续改进..... | 76 |
| 4-6 麻醉管理与持续改进..... | 85 |
| 4-7 急诊管理与持续改进..... | 93 |
| 4-8 重症医学科管理与持续改进..... | 101 |

| | |
|--|-----|
| 4-9 感染性疾病管理与持续改进..... | 103 |
| 4-10 中医管理与持续改进..... | 107 |
| 4-11 康复治疗管理与持续改进..... | 108 |
| 4-12 疼痛诊疗管理与持续改进（可选）..... | 111 |
| 4-13 药事和药物使用管理与持续改进..... | 113 |
| 4-14 临床检验管理与持续改进..... | 126 |
| 4-15 病理管理与持续改进..... | 136 |
| 4-16 医学影像管理与持续改进..... | 146 |
| 4-17 输血管理与持续改进..... | 152 |
| 4-18 医院感染管理与持续改进..... | 160 |
| 4-19 介入诊疗管理与持续改进..... | 169 |
| 4-20 血液净化管理与持续改进..... | 174 |
| 4-21 临床营养管理与持续改进..... | 180 |
| 4-22 医用氧舱管理与持续改进（可选）..... | 182 |
| 4-23 放射治疗管理与持续改进（可选）..... | 187 |
| 4-24 其他特殊诊疗管理与持续改进：本标准用于脑电图检查室、肌电图检查室、呼吸功能检查室、心电图检查室、内镜检查室）等。..... | 191 |
| 4-25 病历（案）管理与持续改进..... | 194 |
| 4-26 肿瘤科管理与持续改进（可选）..... | 199 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| 第五章护理管理与质量持续改进..... | 211 |
| 5-1 护理垂直管理体系..... | 211 |
| 5-2 护理人力资源管理..... | 212 |
| 5-3 临床护理质量管理与改进..... | 215 |
| 5-4 护理安全管理..... | 218 |
| 5-5 特殊护理单元管理..... | 220 |
| 第六章医院管理..... | 225 |
| 6-1 依法依规执业..... | 225 |
| 6-2 明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制..... | 228 |
| 6-3 人力资源管理..... | 231 |
| 6-4 临床医学教育管理..... | 235 |
| 6-5 科研管理..... | 236 |
| 6-6 信息与图书管理..... | 238 |
| 6-7 财务与价格管理..... | 243 |
| 6-8 医德医风管理..... | 248 |
| 6-9 后勤保障管理..... | 250 |
| 6-10 医学装备管理..... | 259 |
| 6-11 院务公开管理..... | 266 |

| | |
|--|-----|
| 6-12 医院社会评价..... | 266 |
| 6-13 应急管理..... | 267 |
| 第七章医院管理统计指标..... | 270 |
| 第一部分 医院基本信息..... | 271 |
| 第二部分 运行指标..... | 274 |
| 第三部分 质量管理指标..... | 279 |
| 第四部分 疾病病种管理..... | 289 |
| 一、特定病种..... | 290 |
| 二、限制类医疗技术..... | 306 |
| 三、江苏省日间手术病例统计范围（儿科无日间手术目录，建议参考成人目录）..... | 309 |
| 附件：..... | 312 |
| 附件 1：第三章 3-3-5 临床专科医疗服务能力参考标准..... | 312 |
| 附件 2：第三章 3-3-5-28 输血科医疗服务能力参考标准..... | 334 |

第一章至第六章各章节的条款分布

| 章 | 节 | 条 | 款 |
|----------------|----|-----|-----|
| 第一章医院功能与任务 | 8 | 19 | 32 |
| 第二章医院服务 | 8 | 31 | 32 |
| 第三章医疗技术应用及管理 | 4 | 22 | 65 |
| 第四章医疗质量与安全持续改进 | 26 | 131 | 292 |
| 第五章护理管理与质量持续改进 | 5 | 19 | 23 |
| 第六章医院管理 | 13 | 59 | 93 |
| 合计 | 64 | 281 | 537 |

第一章至第六章评审结果

| 项目 类别 | 第一章至第六章条款 | | |
|----------|-----------|------|------|
| | C 级 | B 级 | A 级 |
| 甲等 | ≥95% | ≥65% | ≥25% |
| 乙等 | ≥85% | ≥55% | ≥15% |

评价采用A、B、C、D、E 五档表述方式

A-优秀 B-良好 C-合格 D-不合格 E-不适用

C档中任一条款未达标，即视为C档不达标；B档满分为5分，达4分即视为B档达标；A档满分为5分，达4分即视为A档达标。

第一章医院功能与任务

| 1-1 加强医院党的建设。（公立医院必选） | | | | | |
|---|---|--|--|---------------|-------------------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 1-1-1 加强医院党的建设。 | 1-1-1-1 发挥公立医院党委的领导作用 | 各项指标符合要求： | C | 查看台账、资料，经费预算。 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1. 医院实行党委领导下的院长负责制。 | | | |
| | | 2. 医院党委职责明确。 | | | |
| | | 3. 有党委与行政领导班子议事决策制度。 | | | |
| | | 4. 有健全的党务工作机构，党建工作经费列入医院年度经费预算。 | | | |
| | | 5. 有党建工作计划、职工党建知识教育、全员警示教育常态化方案、精神文明建设要求。 | | | |
| | | 6. 落实党风廉政建设、行风建设主体责任和医院纪委监督责任，建立领导班子和领导干部、职能部门负责人、科室负责人等责任追究制。 | | | |
| | | 7. 制定全廉洁风险防控手册，严堵廉洁风险制度漏洞。 | | | |
| | | 8. 评审周期内，医院无纪检监察委处理人员、无贪污、收受贿赂等违法犯罪人员，无违反“九不准”人员。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | 1. 党务部门对各项工作落实情况有督查、有分析。 | B | 查看台账、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | A | 查看台账、资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1. 对违法违规违纪典型，做到举一反三、持续改进。 | | | | |
| | 1-1-1-2 党委讨论和决定医院重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大），实行党务、院务公开 | 各项指标符合要求： | 1. 党委研究和决定医院重大事项，由院长办公会议按照分工组织实施，并实行管理问责制。 | C | 查看党委会、行政会议记录，职代会记录，人员访谈 |
| 2. 实施前按制度提交职代会审议通过，并在决议中有记载。 | | | | | |
| 3. 相关重大事项事前有论证，按管理权限和规定报批，并依党务、院务公开的要求予以公示。 | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|
| | 开，强化民主管理与监督。 | 符合“C”，并： | B | 查看台账，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1. 有职工民主管理与民主监督制度。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看台账，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1. 全体员工均知晓医院“三重一大”等事项。 | | | |
| | 1-1-1-3 党委支持院长依法依规独立负责行使职权，医院行政领导认真履职。 | 各项指标符合要求： | C | 查看台账、资料（2个病区行政查房记录），人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1. 院长在党委领导下全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。 | | | |
| | | 2. 院领导深入科室，开展行政与质量查房。 | | | |
| | | 3. 院领导定期将工作情况向职代会或全体员工述职，接受员工的评议。 | B | 查看台账、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1. 鼓励全体员工参与医院管理，提出建议和意见。 | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查看台账、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1. 院长充分授权，员工参与医院管理得到体现。 | | | | |
| | 1-1-1-4 提升医院基层党建水平 | 各项指标符合要求： | C | 查看文件、台账、资料（5个左右支部），人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1. 医院内设机构党组织健全，人员配备符合要求。 | | | |
| 2. 医院内设机构党支部工作职责明确，落实“一岗双责”。 | | | | | |
| 3. 实现党组织和党的工作全覆盖。 | | | | | |
| 4. 党支部有党员发展、教育、管理等落实措施。 | | B | 查看台账、资料 | 5分，未达到不得分 | |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1. 党务部门对基层党组织各项工作有检查、有考核。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | A | 查看台账、资料 | 5分，未达到不得分 | |
| 1. 持续改进并取得成效，党员中无违法违纪记录、无受到党纪处分或行政处分。 | | | | | |
| 1-2 建立健全现代医院管理制度，科学制定并执行医院章程 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |

| | | | | | |
|---|------------------------------|---|-----------|--------------|-----------------|
| 1-2-1 贯彻落实现代医院管理制度 | 1-2-1-1 科学制定并执行医院章程 | 各项指标符合要求： | C | 查阅医院章程 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1. 根据医院类型，按照对应程序制订医院章程。 | | | |
| | | 2. 医院章程有关事项齐全，并报登记机关备案。 | | | |
| | | 3. 有明确的医院内部管理组织结构。 | | | |
| | | 4. 有明确的医院党委书记、院长的职责、权力清单，有明确的职能部门、科室职责清单。 | | | |
| | | 5. 有医院自主管理的议事规则和办事程序。 | B | 查看台账、现场查看 | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、领导班子、各部门、科室等严格执行医院章程。 | | | |
| | | 2、职能部门对章程执行情况有检查、有监督、有反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看台账、资料 | 5分，未达到不得分 |
| 1、能够根据职能部门反馈情况持续改进。 | | | | | |
| 1-3 依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 1-3-1 医院发展规划符合区域卫生规划和医院功能任务。 | 1-3-1-1 医院发展规划符合医院功能和区域卫生规划。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院制定发展规划，规划能体现医院功能与任务，并符合区域卫生发展规划，以及卫生健康行政部门管理要求。 | | | |
| | | 2、发展规划和管理目标能体现医院宗旨与愿景，与当地社会发展趋势相适应。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、医院规划及目标任务由全院各部门和职工共同讨论参与制定。 | | | |
| | | 2、医院应用多种途径向全体员工、患者及社会宣传医院规划目标和功能任务。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料、台账，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、不断完善医院功能，各项工作围绕发展规划及目标任务开展，并有成效。 | | | |
| 2、员工知晓医院规划及发展目标（包括医院宗旨、愿景），知晓率≥80%。并能被患者感受。 | | | | | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|-------------|-------------------|-----------------|
| 1-3-2 医院年度计划目标符合医院发展规划。 | 1-3-2-1 根据医院的功能任务和中长期规划，制定医院年度计划。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、根据医院发展规划制定年度目标和工作计划。 | | | |
| | | 2、内容具体，包括：目标、实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算安排等，以及年度实施计划。 | | | |
| | | 3、各部门、科室根据医院年度工作目标制定年度计划。 | | | |
| | | 4、医院年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。 | | | |
| | | 5、医院年度目标和工作计划经过职工代表大会讨论通过。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看资料、台账，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、各部门管理人员、各科室负责人对医院的规划目标以及本部门、本科室的计划任务知晓率≥90%。 | | | |
| | | 2、定期组织对年度计划落实情况的督查，跟踪问题持续改进。 | A | 查看资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、对年度目标和工作计划完成情况进行分析、总结，并提出改进措施，向职工代表大会报告。 | | | | | |
| 2、年度计划任务完成并持续改进，持续完成规划目标。 | | | 2.5分，未达到不得分 | | |
| 1-4 医院符合三级儿童专科医院基本标准 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 1-4-1 医院有承担符合医院功能和任务的规模、设施、设备。 | 1-4-1-1 医院保持适度规模。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅医疗机构执业许可证、资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院符合卫生健康行政部门规定的三级儿童医院设置标准。 | | | |
| | | 2、医院床位设置≥500张。 | | | |
| | | 3、医院有控制规模的具体措施。 | B | 查阅资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、年床位使用率在97% -100%。 | | | |
| 2、年床位使用率超过上述范围时，有变更核定床位的书面申请并或批准。 | | | 2.5分，未达到不得分 | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|--------------|-----------------|--|---|--------------|--------------|
| | | 符合“B”，并： 1、年床位使用率在 93% -97%。 | A | 查阅资料、台账 | 5 分，未达到不得分 | | | | |
| 1-4-1-2 医院设施满足医院功能和任务要求。 | 各项指标符合要求： 1、房屋总面积不少于 3 万平方米。 2、每床建筑面积不少于 60 平方米。 3、日平均每门诊人次占用门诊建筑面积不少于 4 平方米。 4、床位与汽车停车位之比不少于 1:0.35。 | 符合“C”，并： 1、医院设施不能满足医院基本标准时，有确保医院功能和任务落实，并有确保医疗安全有效措施。 2、医院基础设施、诊疗环境不断优化。 | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | | |
| | | | | | | 符合“B”，并： 1、医院设施不能满足医院基本标准时，有确保医院功能和任务落实，并有确保医疗安全有效措施。 2、医院基础设施、诊疗环境不断优化。 | B | 查阅资料、台账 | 2.5 分，未达到不得分 |
| | | | | | | | | | 2.5 分，未达到不得分 |
| | | | | | | 符合“B”，并： 1、符合江苏省建设用地指标（2018 年版）。（床位≥300 张，单位用地≥81 平方米/床或 12.15 亩/百床）。 2、床位与汽车停车位之比不少于 1:0.5，新建医院床位与汽车停车位之比不小于 1:1.5。 3、持续改进并取得成效。 | A | 查阅资料、台账 | 2 分，未达到不得分 |
| | 1 分，未达到不得分 | | | | | | | | |
| | 2 分，未达到不得分 | | | | | | | | |
| | 1-4-1-3 医院设备符合三级综合医院基本标准。 | 各项指标符合要求： 1、基本设备符合三级儿童医院基本标准。 2、病房每床单元设备满足标准。 3、有开展诊疗科目的其它设备。 | C | 查阅资料、台账、查看现场 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | | |
| | | | | | | 符合“C”，并： 1、专科设备满足专科设置和建设发展要求。 | B | 查阅资料、台账、查看现场 | 5 分，未达到不得分 |
| | | | | | | | | | A |

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|-----------|-------------------|-----------------|
| | | 1、设备的配置符合区域卫生规划及配置规范。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 1-4-2 医院有承担符合医院功能和任务的诊疗科目、人员梯队。 | 1-4-2-1 医院诊疗科目设置符合卫生健康行政部门设置批准。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅医疗机构执业许可证、资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、临床科室设置符合诊疗科目登记范围，满足三级儿童专科医院基本标准及业务需要。 | | | |
| | | 2、医技科室设置符合诊疗科目登记范围，满足三级儿童专科医院基本标准及临床需求。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅医疗机构执业许可证 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、按规定进行医疗机构年度校验，医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，能及时完成变更登记。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅医疗机构执业许可证 | 5分，未达到不得分 |
| | 1、按要求完成定期校验并合格。 | | | | |
| | 1-4-2-2 医院人员配备能满足医院功能任务需要。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、人事信息系统 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、卫技人员与开放床位之比 $\geq 1.2:1$ 。 | | | |
| | | 2、病房护士与开放床位之比 $\geq 0.4:1$ ；无陪护病房护士与床位之比 $\geq 0.5:1$ 。 | | | |
| | | 3、在岗病房护士人数与卫技人员之比 $\geq 50\%$ 。 | | | |
| | | 4、新生儿病室医师与床位数之比 $\geq 0.3:1$ 。 | | | |
| | | 5、各专业科室的主任应具有副高以上职称。 | | | |
| | | 6、全院工程技术人员（技师、助理工程师及以上人员）占卫技人员总数的比例 $\geq 1\%$ 。 | | | |
| 7、临床营养师 ≥ 2 人。 | | | | | |
| 符合“C”，并： | | B | 查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 | |
| 1、临床科主任具有正高职称。 | | | | | |
| 2、有一定数量的机动护理人员资源储备。 | A | 查阅资料、台账 | 2分，未达到不得分 | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|-----------|----------------|-----------------|
| | | 1、各专业科室的主任均具有正高职称。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、人员梯队结构持续改进，成效明显。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、院级领导接受过医院管理系统培训。 | | | 1分，未达到不得分 |
| 1-4-3 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病的诊疗能力。 | 1-4-3-1 医院有承担服务区域内儿童急危重症和疑难疾病的诊疗能力。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、医疗信息系统 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院具备本区域急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。 | | | |
| | | 2、重症医学科负责全院重症患者的诊治。 | | | |
| | | 3、提供24小时急危重症的诊疗服务。 | | | |
| | | 4、危重病人占比得到提升。 | | | |
| | | 5、医院限制类技术及四级手术占比得到提升。 | | | |
| | | 6.有设区市卫生健康行政部门认定的市级区域性新生儿救治中心。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账、医疗信息系统 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对急危重症和疑难疾病诊疗服务有监管。 | | | |
| | | 2.有省级卫生健康行政部门认定的区域新生儿救治中心。 | A | 查阅资料、台账、医疗信息系统 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1.有省级卫生健康行政部门认定的省级新生儿救治中心 | | | | | |
| 1-5 坚持医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应社会职责义务 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 1-5-1 依据相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告和预防等任务。 | 1-5-1-1 有健全的传染病防治组织架构，承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、查看现场 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有传染病防治组织架构，有工作领导小组、重点传染病防治和突发公共卫生事件救治专家组，有专门部门负责传染病管理工作。 | | | |
| | | 2、有专门科室承担本单位和责任区域内的传染病预防与控制。 | | | |
| | | 3、有传染病预检、分诊制度，对传染病患者、疑似传染病患者引导至相对隔离的分诊点进行初诊，门诊、住院诊疗信息登记完整。 | | | |
| | | 4、按照传染病防治有关规定及时报告疫情，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，规范保管传染病报告卡。 | | | |
| | | 5、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有处置流程及必要的治疗和控制措施。 | | | |
| | | 6、对本单位内被传染病原体污染的场所、物品有实施消毒和无害化处置的措施。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对传染病管理定期监督检查、总结分析。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，传染病防治管理工作规范，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散事件。 | | | |
| | 1-5-1-2 定期对全体医务人员进行传染病（含食源性疾病）防治知识和技能的培训与传染病处置演练。 | 各项指标符合要求： | | | |
| | | 1、有传染病防治知识和技能培训计划，并组织相关培训。 | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、医务人员知晓传染病防治相关知识，并能遵循。 | | | |
| 3、根据传染病疫情，适时开展传染病处置演练。 | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、职能部门对培训、演练有管理，对培训和演练效果有评价分析。 | | B | 查阅资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 | |
| 2、相关科室传染病处置技能的全面掌握率达100%。 | | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、持续改进有成效，全院职工对传染病处置的知晓率达100%。 | | | | |
| 1-5-1-3 规范开展食源性疾病的监测与报告工作。 | 各项指标符合要求： | | | | |
| | 1、按照食品安全风险监测计划和监测方案要求，开展食源性疾病的监测工作。承担实验室监测任务的，按规范开展食源性疾病的病原学检验。 | | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 2、发现接收的患者属于食源性疾病患者或者疑似患者的，应及时报告，并协助疾病预防控制机构开展流行病学调查。 | | | | |
| | 3、承担食源性疾病主动监测的省级哨点医院应当及时开展样本初检并按时上报 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---------|-----------------|
| | | 结果。 | | | |
| | | 符合“c”，并： | | | |
| | | 1、确诊后2个工作日内通过江苏省“食源性疾病预防与溯源系统”进行病例上报。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门定期对食源性疾病预防与保管工作进行检查、监督，并对监测情况进行总结分析。 | | 查阅资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、持续改进有成效，规范开展食源性疾病预防与保管工作，食源性疾病预防与报告的相关信息无漏报、瞒报、缓报。 | | 查阅资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、承担食源性疾病预防主动监测的哨点医院病原学检验原始记录完整、规范。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 1-5-2 根据《统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送，数据真实可靠。 | 1-5-2-1 完成医院基本运行状况、医疗技术诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送，数据真实可靠。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有向卫生健康行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药等相关信息报送工作。 | | | |
| | | 2、有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。 | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、落实信息报送前的审核程序，执行信息报告问责制。 | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、当地卫生健康行政部门或统计部门提供信息显示，近三年内：未发生统计数据上报信息错误、未发生瞒报或报送虚假数据现象。 | | | | | |
| 1-5-3 完成政府指令性援助任务（非营利 | 1-5-3-1 完成省内城乡对口支援任务将对口支援县医院 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、将对口支援下级医院工作纳入院长目标责任制管理，根据受援医院的实际情况，双方制定具体的技术指导、人才培养及管理帮扶目标和实施方案，签订协 | | | |

| | | | | | |
|---------|---|---|---|--------------|-----------------|
| 性医院必选)。 | 和乡镇卫生院(以下简称受援医院)和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划,有实施方案,专人负责。 | 议书。 | | | |
| | | 2、将受援医院考核结果纳入绩效考核与医师定期考核,并与晋升、聘任、任用、评优等挂钩。 | | | |
| | | 符合“C”,并: 1、职能部门对计划、方案和协议的落实有检查、分析、反馈。 | B | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 |
| | 1-5-3-2 完成省际对口支援和援外任务。 | 符合“B”,并: 1、持续改进有成效,实现对口支援责任目标。 | A | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 |
| | | 各项指标符合要求: 1、根据指令性任务制定具体的实施方案,明确目标、任务和措施。 | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 2、有主管该项工作的领导和科室(部门),有具体管理的措施。 | | | |
| | 1-5-3-3 建立医联体,助力基层医疗卫生机构服务能力提升。 | 符合“C”,并: 1、职能部门有管理措施的落实记录,台帐资料完整。 | B | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: 1、援助目标完成进度良好,持续改进有成效。 | A | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 |
| | | 各项指标符合要求: 1、按省、市卫生健康行政部门医联体建设规划建立医联体。 2、有医联体章程或协议,有实施方案,明确各成员单位的责、权、利关系。 3、明确主管领导,设立医联体办公室(科室),有管理措施及督查记录,台帐资料完整。 4、有双向转诊标准与程序,并有完整的台帐资料;下转患者人次(门急诊、住院)符合省级卫生健康行政部门规定。 5.将社区慢病管理纳入医院目标管理,有宣传及管理实施方案,并组织落实。 | C | 查阅双方协议、资料、台账 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | 符合“C”,并: | B | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------|---------|-----------|
| | | 1. 职能部门有监督、检查，台帐资料完整。 | | 查阅双方协议、资料、台帐，现场调阅有关数据 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进，面向基层开展远程医疗服务（包括实现远程会诊、远程教学培训、远程影像等服务） | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| | | 1-5-3-4 落实优质护理资源下沉，发挥区域辐射作用，提升基层护理能力 | C | 查阅相关资料，追踪 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | | |
| | 各项指标符合要求： 1、每年帮扶3家以上基层医疗机构或儿科（二级及以下医疗机构）。 2、有帮扶基层医疗机构的方案并落实。帮扶内容包括护理管理、技术帮扶和人才培养。 3、有措施保障帮扶方案的落实并有总结。 | | | | | | | | |
| | 符合“C”，并： 1、职能部门对被帮扶的基层医疗机构的护理工作定期进行评价、分析及整改。 | B | | | | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 符合“B”，并： 1、持续改进帮扶方案，被帮扶的基层医疗机构护理水平提升。 | A | | | | 查阅相关资料，实地查看 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1-5-4 开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防等相关知识。 | 1-5-4-1 开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防等相关知识 | 各项指标符合要求： 1、实行医防结合，有健康教育与科普宣传制度。 2、医院与科室采取多种形式开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防、无偿献血等知识。 3、有医院自发组织或与社会团体合作开展的健康教育与科普宣传社会公益活动。 | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | | 符合“C”，并： 1、职能部门对健康教育与科普宣传工作有检查与监管。健康教育与科普宣传工作落实到位。 | | | | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： | | | | A | 查阅资料、台帐 | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|---------|-------------------|-----------------|---|---------|-------------|
| | | 1、持续改进有成效。 | | | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1-5-5 控制特需服务规模（公立医院必选）。 | 1-5-5-1 控制公立医院特需服务规模。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账，查看现场 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、有控制公立医院特需服务规模的规定。 | | | | | | |
| | | 2、特需服务量占比≤10%。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账，查看现场 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 1、有控制公立医院特需服务规模的动态管理机制和措施 | | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账，查看现场 | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1、持续改进有成效。 | | | | | | | | |
| 1-5-6 认真履行行业规范，“以病人为中心”，维护人民群众健康权益。 | 1-5-6-1 优先合理使用基本药物。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账，查看采购、库存资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、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》，有优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。 | | | | | | |
| | | 2、《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购、库存量。 | | | | | | |
| | | 3. 门诊患者基本药物处方占比、住院患者基本药物使用率符合省卫生健康行政部门规定。 | | | | | | |
| | | 4. 基本药物采购品种数占比符合省卫生健康行政部门规定。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | B | 查阅资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对医师使用国家基本药物情况有自查。 | | | | | | |
| | | 2、职能部门定期对使用国家基本药物情况有检查、分析、反馈。 | | | | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | | | | | | |
| | 1、持续改进有成效，国家基本药物在医院能够优先合理使用。 | | | | | | | |
| 1-5-6-2 优化质量，改进服务，降低成本，有效控制 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | | |
| | 1、有优化质量、改进服务的方案。 | | | | | | | |
| | 2、有降低成本，控制医疗费用不合理增长的具体措施。 | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|-----------|-------------|-----------------|
| | 医疗费用不合理增长。 | 3、科室有具体落实计划。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 省卫生健康行政部门提供 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1. 医疗费用增长幅度低于全省同级、同类别医院平均水平。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 省卫生健康行政部门提供 | 5分，未达到不得分 |
| | 1. 门诊患者次均医药费用、住院患者次均医药费用均低于全省同级、同类别医院平均水平。 | | | | |
| | 1-5-6-3 优化诊疗服务流程，缩短患者门诊诊疗等候时间和住院天数。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、对医疗服务流程中存在的问题有系统调研。 | | | |
| | | 2、对影响医院平均住院日的瓶颈问题有系统调研。 | | | |
| | | 3、有根据调研结果采取缩短诊疗等候时间和住院天数的措施。 | | | |
| | | 4、平均住院日≤10天。 | B | 查阅资料、台账 | 1分，未达到不得分 |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、医院从系统管理、流程再造等方面通过多部门协作，落实整改措施，优化服务流程，提高工作效率，缩短患者诊疗等候时间和住院时间。 | | | | | |
| 2、医技科室特殊项目检查预约时间（报告时间）不断缩短，并持续改进。 | | | | | |
| 3、平均住院日小于（等于）全省同类别医院均值。 | A | 查阅资料、台账 | 2分，未达到不得分 | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、平均住院日≤8天。 | | | 5分，未达到不得分 | | |
| 1-6 承担突发公共事件的医疗救援与公共卫生事件的防控工作 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 1-6-1 医院承担突发公共事件的医疗救援 | 1-6-1-1 建立健全突发公共事件医疗救援管理组织和指 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、根据各级政府制定的各类突发公共事件应急预案及医院在应对突发公共事件中的功能和承担任务，制定本单位应急总预案及专项预案。 | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|-------------|--------------|-----------------|---|---------|-------------|
| 工作。 | 挥系统，负责突发公共事件的医疗救援工作。 | 2、有突发公共事件的医疗救援指挥系统，院长是第一责任人。 | | | | | | |
| | | 3、有负责突发公共事件医疗救援工作的职能部门及负责人，职责、任务明确。 | | | | | | |
| | | 4、有突发公共事件医疗救援队伍，有总预案和专项预案，并组织培训。 | | | | | | |
| | | 5、有突发公共事件医疗救援人员集合召唤系统及快速反应措施。 | | | | | | |
| | | 6、医院总值班有受命、启动医疗救援的流程。 | | | | | | |
| | | 7、定期组织预案的演练，对演练中存在的问题有检查、分析、整改措施。 | | | | | | |
| | | 8、有医疗救援物资和设备的储备、管理制度。定期维护、确保有效期，有自查记录。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、有成批病人救治联动机制，各科室（部门）配合、高效运行。有接诊、检伤分类、诊疗处置、分流的流程与操作规范。 | | | | B | 查阅资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、各科室（部门）负责人明确医疗救援的具体职责和任务。 | | | | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账，查看现场 | 2.5分，未达到不得分 | | | | | |
| 1、建立院前、院内医疗救治联运系统，掌握现场抢救与转送情况，实现院前与院内的信息对接。 | | | | | | | | |
| 2、持续改进有成效，医疗救援能力不断增强。 | | | | | | | | |
| 1-6-2 医院承担突发公共卫生事件的防控工作。 | 1-6-2-1 执行各级政府制定的应急预案，承担公共卫生事件的防控工作。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账，查看现场 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、严格执行各级政府制定的突发公共卫生事件应急预案，根据卫生健康行政部门的指令，承担突发公共卫生事件防控任务。 | | | | | | |
| | | 2、根据各级政府制定的防控预案及医院在应对突发公共卫生事件中的功能和承担任务，制定本单位的防控、救治预案。 | | | | | | |
| | | 3、有本院突发卫生事件的应急防控预案与执行流程。 | | | | | | |
| | | 4、有负责突发公共卫生事件应急处理的职能部门及负责人，职责、任务明确。 | | | | | | |
| | | 5、有应对突发性公共卫生事件的病人诊治、转运、消毒隔离、个人防护、医疗废物处理、防止院内交叉感染和污染等相关制度、流程和操作规范。 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------|---|-----------|---|-----------------|-----------------|-------------|
| | | 6、有应对突发公共卫生事件的设备、物资及储备、管理制度，定期维护、确保有效期，有自查记录。 | | | | | |
| | | 7、有信息报告和信息发布相关制度。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、有突发公共卫生事件防控知识的培训与预案演练。 | B | 查阅资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | | 2、职能部门及相关人员熟悉防控预案与医院执行流程，并进行监督。 | | | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | | 1、对参与的每起突发性公共卫生事件防控工作都有总结分析，持续提高应急防控能力。 | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1-7 临床教育、科研及成果推广 | | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |
| 1-7-1 能独立承担临床医学教育任务。 | 1-7-1-1 师资、设施设备发挥医学院校教学要求。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账，查看现场 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、医院具有能够承担医学院校教学的教学师资、设施设备，符合教育部对三级医院的教学要求。 | | | | | |
| | | 2、医院教学用房建筑总面积≥500平方米，多媒体设备能满足教育和培训实际需要。 | | | | | |
| | | | | 3、医院建有独立的图书馆，有数字化医学信息检索系统和手段。 | | | |
| | | | | 符合“C”，并： | B | 查阅批文、资料、台账，查看现场 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | | | 1、具备参与或承担高等学校教材（教科书）编撰能力，并已出版，或被指定为省级临床专科技术培训中心或基地。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | | | 2、医院建有临床技能模拟训练中心，教具、模拟训练器材使用方便、可及，能满足教育和培训实际需要。 | | | |
| | | | | 符合“B”，并： | A | 查阅批文、资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | | | 1、为国家级临床专科技术培训中心或基地。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、能够独立承担研究生学历教育，有研究生学位授权点，并已有毕业学员。 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|-----------|-----------------|-----------------|--|
| 1-7-2 能开展临床医学研究，发挥本区域临床医学研究中心的作用。 | 1-7-2-1 有开展临床医学研究必备的条件和设施设备，并能独立开展临床医学研究。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、批文 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有专职的医学研究管理人员，设施设备满足临床医学研究需要。 | | | | |
| | | 2、有主管领导和专职部门，有专（兼）职的医学研究队伍。 | | | | |
| | | | | | | |
| | | 3、近三年有省级医学研究成果。 | B | 查阅批文、资料、台账、基金设立 | 1分，未达到不得分 | |
| | | 符合“C”，并： | | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 1、医院设立科研基金。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 2、有省级研究成果。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | | 3、有省级重点学科或实验室。 | A | 查阅批文、资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 4、是国家药物临床试验机构。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： | | | | | | |
| 1、有国家级重点学科或实验室。 | | | | | | |
| 2、有国家级研究成果。 | | | | | | |
| 1-7-3 推广适宜卫生技术和推进科研成果转化。 | 1-7-3-1 医院将研究成果转化为实践应用，并取得成效。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有将研究成果转化实践应用的激励政策。 | | | | |
| | | 2、十年内医院有自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果转化实践应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例。 | B | 查阅批文、资料、台账 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、近十年医院至少有3项省部级研究成果转化并取得明显成效实践应用案例。 | A | 查阅批文、资料、台账 | 5分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： | | | | | | |
| 1、近十年医院至少有3项国家级研究成果推广至全国医院应用的案例，并取得显著成效。 | | | | | | |
| 1-8 看病就医流向分析 | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 1-8-1 | 1-8-1-1 建立看病 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | | |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------|---------|-----------|-----------------|
| | 就医流向分析制度 | 1、建立院内看病就医流向分析制度。 | | | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、明确专门部门负责看病就医流向分析工作，并有专人负责。 | | | |
| | | 3、按照卫生健康行政部门要求报送相关数据信息。 | | | |
| | 符合“C”，并： | | | | |
| | 1、定期对院内看病就医流向相关数据进行统计分析。 | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、能够根据分析结果有针对性加强看病流出较多病种所属科室建设，并取得成效。 | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | |

第二章 医院服务

| 2-1 门诊服务管理 | | | | | |
|--|--|---|-----------|-------------------|-----------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 2-1-1 有门诊服务管理制度与流程。 | 2-1-1-1 有门诊服务管理制度与流程。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台账、现场访谈 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、有门诊服务管理制度、流程。 | | | |
| | | 2、有实名制就诊的制度。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场检查 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、制度、流程符合门诊工作实际情况。 | | | |
| | | 2、严格执行实名制就诊制度。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | 3分，未达到不得分 |
| 1、门诊服务管理工作有分析评价，持续改进门诊服务相关制度与流程。 | | | | | |
| 2-1-2 优化门诊布局结构，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验。 | 2-1-2-1 优化门诊布局结构，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验。 | 各项指标符合要求： | C | 跟踪门诊患者就诊流程 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。 | | 现场检查 | |
| | | 2、有各种便民措施，能为患者提供人性化服务，能为患者提供便捷的检验检查结果查询途径。 | | 跟踪门诊患者就诊流程 | |
| | | 3、有缩短患者等候时间的措施，实行弹性工作制，有专家门诊限号制度，保证诊治时间充分，诊室秩序良好。 | B | 跟踪门诊患者就诊流程，查看台账资料 | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 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、实行门诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务，规范窗口服务，挂号、取药时间一般不超过30分钟。 | | | |
| 3、有减少就医环节的信息支持系统，为患者提供线上服务、移动支付、就诊提醒、结果查询、信息推送等便捷服务。 | B | 跟踪门诊患者就诊流程，实地检查信息支持系统 | 2分，未达到不得分 | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|----------------|-----------------|
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，患者对门诊就医环境和就医过程满意。 | A | 查阅台账、资料 | 5分，未达到不得分 |
| 2-1-3 公开出诊信息，医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应当提前告知患者。 | 2-1-3-1 公开出诊信息，医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应当提前告知患者。 | 各项指标符合要求： 1、以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。 | C | 现场检查，查看台账资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、医务人员安排合理，实行专家门诊全日制，按时出诊，规范停换诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。 | | | |
| | | 3、推行“一站式”服务模式，开展导医导诊，有咨询服务，帮助患者有效就诊。 | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、医务人员完成本岗位诊疗工作后能主动指导患者进入下一诊疗环节。 | B | 跟踪门诊患者就诊流程 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、有奖惩措施和考核机制，不断提高医务人员按时出诊率。 | | | 查阅资料 |
| | | 符合“B”，并： 1、开展满意度调查，依据调查结果，不断完善门诊服务。 | A | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 |
| 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。 | 2.5分，未达到不得分 | | | | |
| 2-1-4 根据门诊就诊患者流量合理调配医疗资源，做好门诊和各科室之间的协调配合。 | 2-1-4-1 根据门诊就诊患者流量合理调配医疗资源，做好门诊和各科室之间的协调配合。 | 各项指标符合要求： 1、有门诊流量实时监测措施，有针对门诊高峰时段医疗资源调配方案。 | C | 现场检查 现场模拟检查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、有门诊与临床医技科室之间的协调机制，医技科室简化流程，提高工作效率，公开承诺服务事项。 | | 现场检查，查阅资料 | |
| | | 符合“C”，并： 1、门诊满足患者就诊需要，尽量减少因医院原因出现退号现象。 | B | 跟踪门诊患者就诊流程 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告，全面推行各种检查报告及时发放制度。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、有门诊就诊情况分析评价，持续改进门诊工作。 | A | 现场检查，查阅资料 | 5分，未达到不得分 |

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--|-----------|----------------|-----------------|
| 2-1-5 有门诊各类相关突发事件处置应急预案,并有效实施。 | 2-1-5-1 有门诊各类相关突发事件处置应急预案,并有效实施。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、有门诊各类相关突发事件处置应急预案,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。 | | 模拟检查 | |
| | | 2、有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。 | | 现场检查 | |
| | | 3、抢救设施设备、物(药)品处于备用状态。 | | 现场检查,查阅资料 | |
| | | 4、工作人员能够熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。 | B | 现场检查,查阅资料 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | 1、科室对抢救设施设备、物(药)品备用状态有自查、记录。 | | | |
| | | 2、职能部门对抢救器械、药品、物品的保管及使用进行督查。 | A | 模拟检查 | 2分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | |
| | | 1、根据突发事件,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、有突发事件应急分析评价,持续改进应急管理。 | A | 查阅资料 | 3分,未达到不得分 | | |
| | | | | | |
| 2-1-6 开展多学科诊疗门诊,方便患者就医。 | 2-1-6-1 开展多学科诊疗门诊,方便患者就医。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、职能部门对多学科诊疗门诊工作有检查与监管。 | | | |
| | | 2、常规开展4种以上多学科联合诊疗项目门诊。 | B | 查看措施落实情况 | 5分,未达到不得分 |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | 1、有保障多学科诊疗门诊出诊医师数量和质量的措施。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅资料 | 5分,未达到不得分 |
| 1、有多学科诊疗门诊工作的成效分析评价,持续改进诊疗质量。 | | | | | |
| 2-1-7 有检验检查结果互认制度。 | 2-1-7-1 有检验检查结果互认制度。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、有医院间检验检查结果互认制度。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 抽查出院病历 查阅资料 | 3分,未达到不得分 |
| | | 1、检验检查结果互认制度能够落实。 | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------|-------------|-----------------|
| | | 2、职能部门定期检查执行情况。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、对检查发现的问题有反馈、有处理。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | |
| | | 1、有改进措施并落实，持续改进有成效。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 2-1-8有急危重症患者优先处置的制度与程序，在日常工作中能落实。 | 2-1-8-1有急危重症患者优先处置的制度与程序，在日常工作中能落实。 | 各项指标符合要求： | C | 现场模拟检查 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、有急危重症患者优先处置的相关制度与程序。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 现场模拟检查 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、切实落实急危重症患者优先处置制度，强化患者身份识别。 | | | |
| | | 2、职能部门定期检查执行情况。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、现场跟踪患者 | 5分，未达到不得分 |
| 1、有持续改进措施并落实。 | | | | | |
| 2-2 预约诊疗服务 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 2-2-1 有预约诊疗工作制度、规范、操作流程。 | 2-2-1-1 有预约诊疗工作制度、规范、操作流程。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场检查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有职能部门负责统一预约管理和协调工作。 | | | |
| | | 2、有预约诊疗工作制度和规范流程。 | | | |
| | | 3、有方便患者获取的门诊和预约服务公开的医疗信息。 | | | |
| | | 4、医务人员熟知预约诊疗制度与流程。 | B | 现场检查 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理 with 动态调配。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、对预约诊疗情况进行分析评价并持续改进。 | | | | | |
| 2-2-2 实施多 | 2-2-2-1 实施多种 | 各项指标符合要求： | C | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|-----------|--------|-----------------|---|-----------|-------------|
| 种形式的分时段预约诊疗服务,对复诊患者实行中长期预约。 | 形式的分时段预约诊疗服务,对复诊患者实行中长期预约。 | 1、至少开展四种以上形式的预约诊疗服务,如电话、网络、现场、诊间等预约形式,各种预约形式实现信息整合。 | | 现场模拟检查 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | | |
| | | 2、门诊实行分时段预约诊疗服务,患者可按需选择相应时段的预约号,可实时按专科、专家等条件查询预约号源。 | | | | | | |
| | | 3.专家门诊、专科门诊、普通门诊、复诊均开展预约诊疗服务,所有门诊号源全部开放预约。 | | | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | | | |
| | | 1、大力推行分时段预约诊疗和预约检查,预约时段精确到1小时以内。 | | | | B | 现场模拟 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 2、出院复诊患者按需预约。 | | | | | 查阅资料、现场检查 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | | A | | |
| 1、住院患者分时段预约检查比例达到100%。 | | 2.5分,未达到不得分 | | | | | | |
| 2-2-3 扩大预约比例,实名制预约,逐步提高患者预约就诊率。 | 2-2-3-1 扩大预约比例,实名制预约,逐步提高患者预约就诊率。 | 各项指标符合要求: | C | 现场检查 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | | |
| | | 1、有信息化预约管理平台,至少开展一种以上预约诊疗实时支付服务,降低爽约率,如手机支付、银联卡支付、第三方支付等支付形式。 | | | | | | |
| | | 2、有措施引导患者实名预约就诊,预约诊疗率 $\geq 20\%$ (预约诊疗率=预约诊疗人次/总诊疗人次)。 | | | | | | |
| | | 3.支持居民身份证等多种证件的患者身份认证(如户口簿、护照等)。支持患者身份证号或监护人身份证进行身份认证。 | | | | | | |
| | | 4.院内外各类挂号方式在本院号源池共享。 | | | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | B | 查阅资料 | 2分,未达到不得分 |
| | | 1、定期检查、反馈、分析。有提高预约就诊效率的措施,降低爽约率。 | | | | | | 3分,未达到不得分 |
| | | 2、预约诊疗率 $\geq 30\%$ 。 | | | | A | 查阅资料 | |
| | | 符合“B”,并: | | | | | | 2分,未达到不得分 |
| | | 1、预约诊疗率 $\geq 50\%$,专家门诊预约就诊率达85%以上。 | | | | | | |
| 2、患者可根据预约直接到医院诊室或检查、治疗等部门接受服务,无需二次 | | | 3分,未达到不得分 | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|------------|-------------|-----------------|
| | | 排队。 | | | |
| 2-2-4 加强与社区、基层医院的合作，建立与基层医疗机构的预约转诊服务机制。 | 2-2-4-1 加强与社区、基层医院的合作，建立与基层医疗机构的预约转诊服务机制。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场检查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、与合作的社区、基层医院合作开展预约诊疗服务，有规范、流程、协议。 | | | |
| | | 2、规范开展社区、基层医院转诊预约工作。 | | | |
| | | 3、专家号源不低于 20%投放至省预约诊疗服务平台基层转诊预约通道。 | | | |
| | | 4、有转诊预约相关制度和流程。 | B | 查阅资料、现场检查 | 3 分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、执行转诊预约相关制度和流程，落实转诊预约患者优先就诊、优先检查、优先住院。 | | | |
| | | 2、有提高转诊质量的相关培训指导。 | | | |
| 3、医院信息系统支持预约转诊、病历资料协同传输。 | A | 查阅资料 | 1 分，未达到不得分 | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、有完善的预约转诊情况分析评价，持续改进转诊工作。 | | | 5 分，未达到不得分 | | |
| 2-3 入院、出院、转科、转院服务流程管理 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 2-3-1 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者。 | 2-3-1-1 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台账资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有入院、出（转）院、转科管理制度与流程，并落实提供 24 小时服务。 | | | |
| | | 2、能为特殊患者（如新生儿、残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等）提供多种服务及便民措施。 | | | |
| | | 3、有部门或专人负责协调全院床位，提供住院床位、日间手术预约服务，体现“以患者为中心”，增加入院患者管理的透明度。 | B | 查阅资料 | 3 分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对入院、出院、转科、转院工作有检查与监管。 | | | |
| 2、落实计划性出院，保障病房诊疗秩序。 | | | 2 分，未达到不得分 | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---------------------------|----------------------------|
| | | 符合“B”，并： 1、为患者及家属提供24小时住院费用缴纳、结算服务。 2、持续改进有成效，全院床位做到信息化统筹管理，优化服务流程，方便患者。 | A | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分 |
| 2-3-2为急诊患者制定合理、便捷的入院相关制度与流程。急诊、危重患者应优先及时办理入院手续。 | 2-3-2-1为急危重症患者提供办理入院手续的个性化服务和帮助。 | 各项指标符合要求： 1、有急、危重症患者优先及时办理入院的制度与程序。 2、危重患者应先抢救并及时办理入院手续。 | C | 查阅台账资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对急危重症患者入院工作有检查与监管。 | B | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，优化急危重症患者入院服务流程，方便患者。 | A | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 各项指标符合要求： 1、有转科、转院流程，实施患者评估，履行知情同意。 2、有病情和病历等资料交接。 3、相关医务人员熟悉并执行上述流程。 | C | 查阅知情同意书 查阅台账资料 现场检查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。 | B | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，保障转科（院）患者获得连续性医疗服务。 | A | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| 2-3-3加强转科、转院患者的交接管理，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。 | 2-3-3-1加强转科、转院患者的交接，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。 | 各项指标符合要求： 1、有出院患者健康教育相关制度，并落实。 2、有出院患者随访管理相关制度，利用电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访。 3、经治医师为出院患者提供出院医嘱和康复指导。包括：服药指导、营养指 | C | 查阅台账资料，现场走访 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 各项指标符合要求： 1、有出院患者健康教育相关制度，并落实。 2、有出院患者随访管理相关制度，利用电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访。 3、经治医师为出院患者提供出院医嘱和康复指导。包括：服药指导、营养指 | C | 查阅台账资料，现场走访 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 各项指标符合要求： 1、有出院患者健康教育相关制度，并落实。 2、有出院患者随访管理相关制度，利用电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访。 3、经治医师为出院患者提供出院医嘱和康复指导。包括：服药指导、营养指 | C | 查阅台账资料，现场走访 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 各项指标符合要求： 1、有出院患者健康教育相关制度，并落实。 2、有出院患者随访管理相关制度，利用电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访。 3、经治医师为出院患者提供出院医嘱和康复指导。包括：服药指导、营养指 | C | 查阅台账资料，现场走访 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 2-3-4加强出院患者健康教育和随访管理，提高患者健康知识和出院后医疗、护理及 | 2-3-4-1加强出院患者健康教育和随访管理，提高患者健康知识和出院后医疗、护理及 | 各项指标符合要求： 1、有出院患者健康教育相关制度，并落实。 2、有出院患者随访管理相关制度，利用电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访。 3、经治医师为出院患者提供出院医嘱和康复指导。包括：服药指导、营养指 | C | 查阅台账资料，现场走访 | 任何一项指标未达到，不得“C” |

| | | | | | |
|-----------------------|-----------|--|-----------|--------|-----------|
| 后医疗、护理及康复措施的知晓度。 | 康复措施的知晓度。 | 导、康复训练指导及出院注意事项等。患者或近亲属能知晓出院后医疗、护理和康复措施。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1. 有信息系统支持出院随访工作以提高随访效率。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅台账资料 | 1分，未达到不得分 |
| | | 1、首次随访由主治医师及以上医师负责。 | | | |
| | | 2、定期对随访有效性进行总结和评估，对问题与缺陷有改进意见。 | | | |
| 3、持续改进有成效，患者随访质量不断提高。 | | | 2分，未达到不得分 | | |

2-4 基本医疗保障服务管理

| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
|--|--|--|-------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| 2-4-1 有各类基本医疗保障管理制度和相应保障措施，严格服务收费管理。 | 2-4-1-1 有各类基本医疗保障管理制度和相应保障措施，严格服务收费管理。 | 各项指标符合要求： | C | 现场核查、查阅文档 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有基本医疗保障管理制度和相应措施。 | | 现场核查 | | |
| | | 2、有专门部门负责基本医疗保障管理工作。 | | | | |
| | | 3、相关人员熟悉并遵循上述制度和措施。 | B | 查阅文档 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、职能部门对上述工作进行检查和监督。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 模拟核查，查阅文档 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、持续改进有成效，基本医疗保障管理制度得到有效落实。 | | | | | |
| | 2-4-1-2 保障各类参加基本医疗保障人员的权益，公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目，强化参保 | 保障各类参加基本医疗保障人员的权益，公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目，强化参保 | 各项指标符合要求： | C | 现场核查，查阅文档 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 1、公开基本医疗保障服务收费标准。 | | | |
| 2、公开医疗保险支付项目和标准。 | | | | | | |
| 3、向各类参保患者提供基本医疗保障相关信息和咨询服务，对于在基本医疗保障服务范围外的诊疗项目，应事先征得参保患者的知情同意。 | | | B | 查阅文档 | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | |

| | 人员知情同意。 | 1、职能部门对医疗保障管理情况有检查，分析，反馈。 | | | 5分，未达到不得分 | |
|--|--|---|---|--------------------------------|-----------------|-------------|
| | | 符合“B”，并： | A | 现场核查，查阅文档 | | |
| | | 1、持续改进有成效，基本医疗保险费用信息及时准确，参保患者权益得到保障。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| 2-5 医患合法权益 | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 2-5-1 医院有相关制度保障患者(患者或其近亲属、授权委托人)充分了解其权利。 | 2-5-1-1 患方对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利，院方有相关制度保证医务人员履行告知义务。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台账资料 抽查病历，现场走访 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有保障患者合法权益的相关制度并落实。 | | | | |
| | | 2、对患方病情、诊断、医疗措施、医疗风险和替代医疗方案、费用、高值耗材进行告知。 | | | | |
| | | | 3、患方对医务人员的告知情况能理解并在病历中体现。 | B | 查阅台账资料，现场走访 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、有职能部门对医务人员履行告知义务进行检查与监管。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、持续改进有成效，患者合法权益得到保障。 | | | | | |
| 2-5-2 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。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 | 2-5-2-1 及时向患者说明医疗风险、替代治疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者近亲属或授权委托人说明，并取得其书面同意。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台账资料 现场查看 抽查病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、对医务人员有知情同意和告知技能的培训。 | | | | |
| | | 2、医务人员能根据医患沟通的制度、流程，用患者易懂的方式、语言与患方进行沟通，并履行书面同意手续。 | | | | |
| | | | 3、实施手术、麻醉、高危诊疗操作、特殊检查、特殊治疗（如化疗、放疗）、使用血液制品、贵重药品、耗材等，医务人员能够使用患者易懂的方式、语言，与患方进行沟通并履行书面知情同意手续。 | B | 查阅台账资料 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。 | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---|------|-------------|-----------------|
| 说明医疗风险、替代治疗方案等情况,并取得其书面同意;不宜向患者说明的,应向患者近亲属或授权委托人说明,并取得其书面同意。 | | 2、职能部门对患方知情同意工作的管理有检查、分析、反馈。 | | | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅台账资料 | 5分,未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效,患方知情同意权益得到维护,满意度逐渐提高。 | | | |
| 2-5-3 保护患者的隐私权,尊重民族习惯和宗教信仰。 | 2-5-3-1 保护患者的隐私权,尊重民族习惯和宗教信仰。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅台账资料,现场走访 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。 | | | |
| | | 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、国籍及宗教患者的不同习惯。 | | | |
| | | 4、医务人员自觉保护患者隐私,除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。 | | 现场查看 | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅台账资料 | 5分,未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对患者隐私保护有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅台账资料 | 5分,未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效,患者隐私保护落实到位。 | | | | |
| 2-5-4 有保护患者隐私的设施和管理措施。 | 2-5-4-1 有保护患者隐私的设施和管理措施。 | 各项指标符合要求: | C | 现场查看 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、有私密性的诊疗环境。 | | | |
| | | 2、在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。 | | | |
| | | 3、多人病室各病床之间有间隔设施。 | | | |
| | 符合“C”,并: | B | 现场查看 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|-----------|---------------------|-----------------|--------|-------------|
| | | 1、有私密性的医患沟通及知情告知场所。 | | | 2.5分,未达到不得分 | | |
| | | 2、职能部门对保护患者隐私的设施和管理措施有检查与监管。 | | 查阅台账资料 | 2.5分,未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅台账资料 | 5分,未达到不得分 | | |
| | | 1、持续改进有成效,保护患者隐私的设施和管理措施健全,并落实到位。 | | | | | |
| 2-5-5 创建平安医院,构建和谐医患关系。 | 2-5-5-1 贯彻《执业医师法》《护士条例》,建立医务人员开展正常诊疗活动的保障措施,落实四部委《关于进一步做好维护医疗秩序工作的通知》,维护医务人员合法权益,创建平安医院,构建和谐医患关系。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅台账资料 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、开展医疗责任保险或参加医疗风险互助金。 | | | | | |
| | | 2、对重点科室、重点部位的保安巡查有督查、跟踪记录。 | | | | | |
| | | | | 符合“C”,并: | B | 查阅台账资料 | 5分,未达到不得分 |
| | | | | 1、成功创建市级及以上“平安医院”。 | | | |
| | | | | 符合“B”,并: | A | 现场调查 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | | | 1、一线员工对医院安全满意度>90%。 | | | |
| | | 2、开展医疗意外保险或医师执业责任保险。 | | | | | |
| | | | | 查阅台账资料 | 2.5分,未达到不得分 | | |
| 2-6 投诉与医疗纠纷管理 | | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |
| 2-6-1 贯彻落实《医疗机构投诉管理办法》,实行“首诉负责制”,设立或指定专门部门统一承担投诉管 | 2-6-1-1 设立或指定专门部门统一接受、处理并答复投诉人。 | 各项指标符合要求: | C | 现场查看,查阅台账资料 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、有投诉管理相关制度及明确的处理流程。 | | 查阅资料,现场走访 | | | |
| | | 2、有专门部门统一受理、处理投诉。 | | 查阅台账资料 | | | |
| | | 3、应当及时处理投诉并按照规定时限要求向患者反馈相关处理情况或者处理意见。 | | | | | |
| 4、实行“首诉负责制”,患者向有关部门、科室投诉的,接待投诉的部门、科室工作人员应当热情接待,对于能够当场协调处理的,应当尽量当场协调 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|-----------|-------------|-----------------|--------|-----------|
| 理工作，接受、处理患者投诉，及时处理并答复投诉人。 | | 解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或者科室应当主动将患者引导到投诉管理部门，不得推诿、搪塞。 | B | 现场查看，查阅台账资料 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、投诉接待室配备有录音录像设施。 | | | | | |
| | | 2、职能部门对投诉工作的管理有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | | 3、建立医疗机构、投诉管理部门、科室三级投诉管理机制，医疗机构各部门、各科室应当指定至少1名负责人配合做好投诉管理工作。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，各种投诉及时有效处理，患方对投诉处理满意度不断提升。 | A | 查阅溯源资料 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 2-6-2 公布投诉管理部门、地点、接待时间及联系方式，同时公布上级部门监督投诉电话，建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。 | 2-6-2-1 建立畅通、便捷的投诉渠道，在医院显著位置公布投诉处理程序、地点、接待时间和联系方式，同时公布上级部门监督投诉电话，建立健全投诉档案，规范投诉处理程序，持续改进医疗服务。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、公布投诉管理部门，在医院显著位置公布投诉处理程序、地点、接待时间和联系方式及上级部门监督投诉电话。 | | | | | |
| | | 2、有投诉管理制度和投诉处理程序，有记录，体现投诉处理的全过程。 | | 查看制度，查阅台账资料 | | | |
| | | 3、建立健全投诉档案。 | | | | 查看台账资料 | |
| | | 4、将投诉与年终考核、医师定期考核、医德考评、评优评先等相结合。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | B | | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门定期汇总、分析投诉信息，提出加强与改进工作的意见或者建议，并加强督促落实。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效、投诉管理规范。 | A | 查阅溯源资料 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 2-6-3 贯彻落实国务院《医疗纠纷预防和处理 | 2-6-3-1 贯彻落实国务院《医疗纠纷预防和处理条例》 | 各项指标符合要求： | C | 查看台账资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有学习培训、贯彻落实国务院《医疗纠纷预防和处理条例》和《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》的活动记录及具体举措，按照文件要求，制定相关 | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--|-----------|---------------|-----------------|
| 条例》和《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》，妥善处理医疗纠纷。 | 和《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》，妥善处理医疗纠纷。 | 制度。 | | | |
| | | 2、有医疗纠纷防范和处理的制度、预案、操作流程。 | | 查看制度，查阅台账资料 | |
| | | 3、有法律顾问、律师提供相关法律支持。 | | 查看台账资料、现场了解 | |
| | | 4、相关人员熟悉流程并履行相应职责。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门定期检查、分析、反馈。 | B | 查阅台账资料 | 3分，未达到不得分 |
| | | 2、医疗纠纷发生率较上年有所下降。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、持续改进有成效，将《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》落到实处。 | A | 查阅溯源资料 | 2分，未达到不得分 |
| 2、无因医疗纠纷处置不当导致的严重涉医案事件。 | | | 3分，未达到不得分 | | |
| 2-6-4对员工进行投诉和医疗纠纷防范及处理的专门培训。 | 2-6-4-1对员工进行投诉和医疗纠纷防范及处理的专门培训。 | 各项指标符合要求： | C | 查看台账资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有专门部门，配备专（兼）职人员，对员工进行投诉和医疗纠纷防范及处理的培训，有完整的相关资料（每年至少一次）。 | | | |
| | | 2、开展多种形式医疗风险典型案例防范教育。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对培训效果有检查和监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅溯源资料，走访医务人员 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，员工对投诉和纠纷防范及处理的能力不断提升。 | | | | | |
| 2-7 就诊环境管理 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 2-7-1 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。 | 2-7-1-1 为患者提供就诊接待引导、咨询服务。 | 各项指标符合要求： | C | 跟踪门急诊患者就诊流程 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有就诊指南、建筑平面图、清晰易懂的服务标识、说明患者权益与义务的图文介绍资料等，有专人为患者提供咨询服务，相关人员熟知服务流程。 | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------|-------------|------------|
| | | 2、有各种便民措施与服务，如：有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备；为有困难的患者提供导医和帮助；提供饮水、健康教育宣传等服务或设施；有适宜的供患者停放车辆的区域。 | | 现场跟踪 | | | |
| | | 3、有卫生、清洁、防滑、无异味的卫生间，包括专供残疾人使用的卫生设施。 | | 现场查看 | | | |
| | | 4、有预防意外事件的警示标识与措施。 | | 现场抽查工作人员 | | | |
| | | 5、工作人员着装整洁规范、佩戴标识清晰，便于患者识别。 | 符合“C”，并： 1、实行“首问负责制”。 2、职能部门定期检查与监管。 | B | 跟踪门急诊患者就诊流程 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“C”，并： | | | 查阅台账资料 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，标识规范，“首问负责制”落实到位。 | | | A | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 2-7-2 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。 | 2-7-2-1 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | | | 1、有清晰、规范、醒目、易懂的标识，尤其与急救相关的科室与路径。 | | | |
| 符合“C”，并： | B | | | 现场查看 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。 | | | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 现场查看 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 1、持续改进有成效，标识与服务区域功能或路径完全相符。 | | | | | | | |
| 2-7-3 就诊、住院的环境安全、整洁、舒适。 | 2-7-3-1 就诊、住院的环境安全、整洁、舒适。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、医院建筑布局符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要。 | | | | | |
| | | 2、就诊工作区满足患者就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区，有候诊排队提示系统。 | | | | | |
| | | 3、住院病房整洁、安静，床单元面积符合相关标准要求。 | | | | | |
| | | 4、有卫生洗浴设施，有防止跌倒的安全设施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑，并配备应急呼叫及防滑扶手装置。 | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------|-------------|-----------------|
| | | 5、有安全的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。 | | | |
| | | 6、特殊部门（手术室、新生儿室、产房等）建筑布局流程符合国家、省有关要求。 | | | |
| | | 7、提供阅读、餐饮等便民服务。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对医院环境状况有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。 | | | |
| 2-7-4 执行《无烟医疗卫生机构标准（试行）》 《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》及《江苏省禁止吸烟警句和标志制作标准与张贴规范》。 | 2-7-4-1 执行《无烟医疗卫生机构标准（试行）》 《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》及《江苏省禁止吸烟警句和标志制作标准与张贴规范》。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台账资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有执行《无烟医疗卫生机构标准（试行）》《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》及《江苏省禁止吸烟警句和标志制作标准与张贴规范》的具体措施。 | | | |
| | | 2、组织实施禁止吸烟的宣传教育。 | | | |
| | | 3、有禁止吸烟的醒目标识，规范张贴禁止吸烟警句和标识。 | | | |
| | | 4、对吸烟患者进行戒烟健康教育。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台账资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，完全符合无烟医院标准。 | | | |
| | | 2-8 医务社工和志愿者服务 | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 2-8-1 有医务社工和志愿者制度并开展工作。 | 2-8-1-1 有医务社工和志愿者制度并开展工作。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台账资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有医务社工制度。 | | | |
| | | 2、有志愿者制度。 | | | |

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|---------------------|-----------|
| | 3、有职能部门负责医务社工与志愿者工作，并对志愿者进行培训。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 现场查看、人员访谈 查阅台账资料 | |
| | 1、医务社工和志愿者开展了相应工作。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | 2、职能部门每月对医务社工和志愿者工作进行检查。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | 3、医院每年都有工作计划、工作总结，对先进人员进行表彰。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | A | 现场查看、人员访谈 查阅台账资料 | |
| | 1、设有医务社工岗位并配有专职人员。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | 2、医院有专门的职能部门负责医务社工与志愿者工作。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | 3、开通患者服务呼叫中心，统筹协调解决患者相关需求。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | 4、志愿者服务累计时长超过4000人次*小时。 | | | 2分，未达到不得分 |

第三章医疗技术应用及管理

| 3-1 依法依规开展医疗技术 | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|----|--------------|------------|-----------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 3-1-1 医院医疗服务符合法律法规、部门规章和行业规范的要求,并符合医院诊疗科目范围,符合医学伦理原则,技术应用安全、有效。 | 3-1-1-1 依据法律法规开展医疗技术服务。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅批文、资料、台帐 | 未达到要求不得“C” | |
| | | 1、医疗技术服务项目符合《医疗机构执业许可证》中诊疗科目范围,与功能任务相适应。 | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | |
| | | 1、职能部门对相关工作有监管,及时根据工作开展情况变更执业许可证内容。 | | | | |
| | 3-1-1-2 医学伦理委员会承担医疗技术伦理审核工作。 | 符合“B”,并: | B | | 5分,未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效,相关技术管理资料完整,均在有效期内。 | A | | 5分,未达到不得分 | |
| | | 各项指标符合要求: | C | | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作,有医学伦理审核的回避程序,重点是涉及伦理问题的限制类技术与诊疗新技术等审核。 | | | | |
| | 2、有医学伦理审核的回避程序。 | | | | | |
| | 符合“C”,并: | | | | | |
| | 3-1-2 建立医疗技术管理制度,医疗技术管理符合《医疗技术 | 1、职能部门和伦理委员会对医疗技术的实施全程监管,对问题及时反馈。 | B | | | 5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | A | | | 5分,未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效,医院开展的医疗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。 | | | | | | |
| 3-1-2-1 建立医疗技术管理制度,医疗技术管理符合《医疗技术临床应 | | C | | 查看现场、查阅资料、台帐 | | |
| 各项指标符合要求: | | | | | | |
| 1、有医疗技术管理制度。 | | | | | | |
| 2、开展限制类医疗技术,必须向相应卫生健康行政部门履行相应的备案手续。 | | | | | | |
| 3、有医院医疗技术分类目录。 | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|-----------|--------------------------------|---------------------|
| 临床应用管理 用管理办法》《医 疗质量管理办 法》规定。 | 用管理办法》《医 疗质量管理办 法》规定。 | 4、有完整的医疗技术管理档案数据资料。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | |
| | | 1、职能部门对医院开展的医疗技术临床应用情况有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | |
| | | 1、持续改进有成效，医疗技术临床应用做到分类、准入、中止有动态管理。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 3-2 医疗技术临床应用管理 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 3-2-1 医疗技术 组织管理完善， 流程合理。 | 3-2-1-1 医疗技术 组织管理完善，流 程合理。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、考核管理及 医务人员，查阅资料、 台帐 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、医疗技术管理组织的组织架构健全，成立医疗技术临床应用管理委员会， 科室成立技术管理小组并承担相应职责。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | |
| | | 1、有相关部门负责医疗技术临床应用管理工作，有统一的审核、管理流程。 | | | |
| | | 2、管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求，医疗技术管理组织开展相关工作。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | |
| 1、持续改进有成效，医疗技术管理流程合理，体现各级组织作用。 | | | | | |
| 3-2-2 限制类医 疗技术准入、备 案、授权与再授 权管理。不应用 未经批准或已 经废止和淘汰 的技术。 | 3-2-2-1 限制类医 疗技术准入、备 案、授权与再授 权管理，无禁止类医疗 技术应用。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、考核管理及 医务人员，查阅资料、 台帐 | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 1、有限制类医疗技术培训、考核、评估、准入、备案、授权与再授权相关管 理规定，及时修订，相关人员知晓要求内容。 | | | |
| | | 2、无禁止类医疗技术开展。 | B | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对限制类技术的授权、开展情况定期督查，及时备案经准入的限 制类医疗技术。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | | | | |
| | | | | | 5分，未达到不得分 |

| | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------|-----------------|
| | | 1、无违规越权开展限制类医疗技术情况。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 3-2-3 临床应用新技术准入管理（新技术和新项目准入制度）对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价。 | 3-2-3-1 临床应用新技术准入管理（新技术和新项目准入制度）对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、有诊疗新技术项目准入管理制度，包括立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价等管理程序。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门定期对诊疗新技术项目实施情况进行动态的全程追踪评估管理。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1、持续改进有成效，诊疗新技术阶段总结、定期评估与监管等资料完整。 | | | | | |
| 3-2-4 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并实施。 | 3-2-4-1 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并实施。 | 各项指标符合要求： | C | 考核管理及医务人员， 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有医疗技术风险处置与损害处置预案。 | | | |
| | | 2、当可能影响到医疗质量和安全的条件（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。 | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 3、管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。 | | | |
| 符合“C”，并： | A | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1、职能部门对预案起草和处置程序可行性有检查与监管。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，医疗技术风险防范与处置管理规范，监管资料完整。 | | | | | |
| 3-2-5 对实施手术、介入、麻醉等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授 | 3-2-5-1 医院建立医务人员的医疗技术资格许可授权制度、程序及考评标准，对资格许可授 | 各项指标符合要求： | C | 考核管理及医务人员， 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有医务人员医疗技术资格许可授权组织、制度、流程及目录。根据《医疗技术临床应用管理办法》的规定，主动向社会公开并接受监督。 | | | |
| | | 2、有医疗技术资格初评、复评、取消及级别变更的标准。 | | | |
| | | 3、医务人员知晓自身医疗技术资格许可的授权。 | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| 权”管理，定期进行技术能力与质量绩效的评价。 | 权实施动态管理。 | 4、有医疗技术档案与授权动态管理的数据资料。 | | 考核管理及医务人员， 查阅资料、台帐 | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对医疗技术资格授权有检查与监管。 | A | | 5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，无医务人员越级或未经授权实施医疗技术的案例。 | | | | |
| | 3-2-5-2 手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等技术实行重点管理。 | 各项指标符合要求： | 1、有手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等技术的医务人员授权目录。 | C | 考核管理及医务人员， 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 2、实施人员与授权名单一致。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | | 2分，未达到不得分 |
| | | | 1、科室对权限使用有自查。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | | | 2、职能部门对医疗技术实施权限实施全程监管。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，对资质授权的权限做到动态管理。 | | | | | | |
| 3-2-6 实施信息化技术管理手段。 | 3-2-6-1 实施信息化技术管理手段。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看信息系统 | 未达到要求不得“C” | |
| | | 1、采用信息化手段进行医疗技术临床应用管理。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、医务人员技术档案信息化管理完善，及时动态管理医疗技术。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | 5分，未达到不得分 | |
| 1、建立技术管理信息系统，合理管理医务人员技术权限。 | | | | | | |
| 3-3 医疗技术水平和服务能力 | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 3-3-1 医疗技术 | 3-3-1-1 近三年出 | 各项指标符合要求： | C | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--|----------------|-----------------|-------------------------------------|
| 服务覆盖面、双向转诊等与医院功能定位相符。 | 院患者中外埠患者占一定比例（设区市以外区域）。 | 1、≥10%。（参考省医疗服务综合监管平台中三级医院平均值调整） | | 数据平台 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、≥20%。（C+10%） | | | A |
| | | 符合“B”，并： | 1、≥30%。（C+20%） | | |
| | 3-3-1-2 近三年前往外院开展专科会诊情况。 | 各项指标符合要求： | C | 查看记录、台账 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、≥0.2例次/年/医生人数（年度外院会诊总例数/医生总人数）；有同级别医疗机构会诊。 | | | B |
| | | 符合“C”，并： | A | | |
| | | 1、≥0.4例次/年/医生人数；同级别医疗机构会诊比例≥10%。 | | | 1、≥0.6例次/年/医生人数；有省域以外会诊。 |
| | 3-3-1-3 近三年接受进修人员情况。 | 各项指标符合要求： | C | 查看记录、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、制定医院进修人员管理相关规定，并组织实施。 | | | B |
| | | 2、接受进修人员数量与床位比例≥5%；接受外市进修人员。 | A | | |
| | | 符合“C”，并： | | | 1、接受进修人员数量与床位比例≥10%；3个以上专科接受外市进修人员。 |
| | 3-3-1-4 近三年出院患者DRG组数较高。（可选） | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、≥X-30组。 | | | B |
| | | 符合“C”，并： | A | | |
| | | 1、≥X组，X为省平台统计全省三级医院DRG组数平均值增加10%。 | | | 符合“B”，并： |

| | | | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---|-------------------------|------------|
| | | 1、 $\geq X+30$ 组。 | | | 5 分，未达到不得分 |
| | 3-3-1-5 近三年下转患者例数持续提高。 | 各项指标符合要求： | C | 查看记录、医院信息系统和省医疗服务综合监管系统 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、向基层医疗卫生机构的人数年增长率在 10%以上。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 1、向基层医疗卫生机构的人数年增长率在 15%以上。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、向基层医疗卫生机构的人数年增长率在 20%以上。 | | | | |
| 3-3-2 具有较强的危重、疑难疾病诊治能力。 | 3-3-2-1 入出院诊断符合率较高。 | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、 $\geq 92\%$ 。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 1、 $\geq 95\%$ 。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、 $\geq 98\%$ 。 | | | | |
| | 3-3-2-2 急危重症患者抢救成功率较高。 | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、 $\geq 80\%$ 。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 1、 $\geq 85\%$ 。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、 $\geq 90\%$ 。 | | | | |
| | 3-3-2-3 住院患者中疑难危重患者比例较高。 | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、 $\geq 30\%$ 。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、 $\geq 35\%$ 。 | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|---|-----------------|-----------------|
| | | 符合“B”，并： 1、 $\geq 40\%$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-2-4 三、四级手术比例较高。 | | 各项指标符合要求： 1、 $\geq 50\%$ ，其中四级手术 $\geq 10\%$ 。 | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、 $\geq 60\%$ ，其中四级手术 $\geq 15\%$ 。 | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、 $\geq 70\%$ ，其中四级手术 $\geq 20\%$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、 $\geq 70\%$ ，其中四级手术 $\geq 20\%$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、 $\geq 70\%$ ，其中四级手术 $\geq 20\%$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-2-5 近三年出院患者CMI值较高。 (选用) | | 各项指标符合要求： 1、 $\geq X-0.1$ 。 | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、 $\geq X$ 组，X为省平台统计全省三级医院CMI平均值增加10%。 | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、 $\geq X+0.1$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、 $\geq X+0.1$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、 $\geq X+0.1$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-2-6 近三年低风险组死亡率较低。 | | 各项指标符合要求： 1、 $\leq X*110\%$ 。 | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、 $\leq X$ ，X为省平台统计全省三级儿童专科医院低风险组死亡率平均值。 | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： $\leq X*90\%$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： $\leq X*90\%$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： $\leq X*90\%$ 。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-3 建有一批技术水平较高、在区域范围内享有一定知名 | 3-3-3-1 建有一批技术水平较高、在区域范围内享有一定知名度的临床专 | 各项指标符合要求： 1、制定医院重点专科管理相关规定，并组织实施。 2、有省级临床重点专科 $\geq X$ 个，X为评审当年全省三级儿童专科医院临床重点专科平均数量。 | C | 查看资料、记录、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|------------|-----------------------------------|---|---------------------|-----------|
| 度的临床专科。 | 科。 | 符合“C”，并： | B | | | | | |
| | | 1、有省级临床重点专科 $\geq X*120\%$ 。 | | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | | | | |
| | | 1、承担省级专科质控中心工作，或有省专科（专病）诊疗中心，或承担国家级专科质控中心工作，或有国家临床重点专科建设项目。 | | | 5分，未达到不得分 | | | |
| 3-3-4 具有批 技术水平较高、 在区域范围内 享有一定知名 度的临床专家。 | 3-3-4-1 具有批 技术水平较高、在 区域范围内享有一 定知名度的临床专 家。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、记录、台账 | | | | |
| | | 1、5人以上在省一级学会专业委员会任职。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | | | | |
| | | 1、3人以上在国家级一级学会专业委员会任职，或担任省医学会常委以上任职。 | | | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | | | | |
| | | 1、3人以上牵头或参与制定已发布的国家级诊疗规范、指南等。 | | | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 3-3-5 临床专科 医疗服务能力 符合《江苏省三 级儿童医院医 疗技术水平标 准（2018 版）》。（见附 件1） | 3-3-5-1 心血管内 科医疗服务能力符 合相关要求。 | | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | |
| | | | | | 1、能常规开展8/10以上一般科室技术。 | | | |
| | | | | | 符合“C”，并： | B | | |
| | | | | | 1、能独立开展9/10以上一般科室技术和8/10以上重点科室技术。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | | | | | 符合“B”，并： | A | | |
| | | | | | 1、能独立开展9/10以上重点科室技术。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-5-2 呼吸内科 医疗服务能力符合 相关要求。 | 各项指标符合要求： | | | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | | | |
| | 1、能常规开展8/10以上一般科室技术。 | | | | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | | | | |
| | 1、能独立开展9/10以上一般科室技术和9/11以上重点科室技术。 | | | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 符合“B”，并： | A | | | | | | | |
| 1、能独立开展10/11以上重点科室技术。 | | | 5分，未达到不得分 | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|--|------------|
| 3-3-5-3 消化内科 医疗服务能力符合 相关要求。 | 各项指标符合要求: | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | | |
| | 1、能常规开展 8/10 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能独立开展 9/10 以上一般科室技术和 8/10 以上重点科室技术。 | | | | 5 分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并: | A | | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 9/10 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-4 血液肿瘤 科医疗服务能力符 合相关要求。 | 各项指标符合要求: | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | | |
| | 1、能常规开展 8/10 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能独立开展 9/10 以上一般科室技术和 7/9 以上重点科室技术。 | | | | 5 分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并: | A | | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 8/9 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-5 内分泌科 医疗服务能力符合 相关要求。 | 各项指标符合要求: | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | | |
| | 1、能常规开展 5/7 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能独立开展 6/7 以上一般科室技术和 6/8 以上重点科室技术。 | | | | 5 分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并: | A | | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 7/8 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-6 肾脏内科 医疗服务能力符合 相关要求。 | 各项指标符合要求: | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | | |
| | 1、能常规开展 7/9 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能独立开展 8/9 以上一般科室技术和 3/5 以上重点科室技术。 | | | | 5 分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并: | A | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------|---|---------------------|------------|
| | | 1、能独立开展 4/5 以上重点科室技术。 | | | 5 分，未达到不得分 |
| 3-3-5-7 神经内科 医疗服务能力符合 相关要求。 | 各项指标符合要求： | | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能常规开展 8/10 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、能独立开展 9/10 以上一般科室技术和 8/10 以上重点科室技术。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | | A | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 9/10 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-8 风湿免疫 内科医疗服务能力 符合相关要求。 | 各项指标符合要求： | | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能常规开展 3/5 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、能独立开展 4/5 以上一般科室技术和 4/6 以上重点科室技术。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | | A | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 5/6 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-9 新生儿内 科医疗服务能力符 合相关要求。 | 各项指标符合要求： | | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能常规开展 10/12 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、能独立开展 11/12 以上一般科室技术和 11/14 以上重点科室技术。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | | A | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 12/14 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-10 普通外科 医疗服务能力符合 相关要求。 | 各项指标符合要求： | | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能常规开展 7/9 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 8/9 以上一般科室技术和 6/10 以上重点科室技术。 | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|---------------------|------------|
| | | 符合“B”，并： 1、能独立开展 7/10 以上重点科室技术。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-5-11 心胸外科 医疗服务能力符合 相关要求。 | | 各项指标符合要求： 1、能常规开展 6/8 以上一般科室技术。 | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、能独立开展 7/8 以上一般科室技术和 11/16 以上重点科室技术。 | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、能独立开展 13/16 以上重点科室技术。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| | | 各项指标符合要求： 1、能常规开展 7/9 以上一般科室技术。 | C | | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、能独立开展 8/9 以上一般科室技术和 7/9 以上重点科室技术。 | B | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-5-12 骨科医疗 服务能力符合相关 要求。 | | 符合“B”，并： 1、能独立开展 8/9 以上重点科室技术。 | A | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 各项指标符合要求： 1、能常规开展 5/7 以上一般科室技术。 | C | | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、能独立开展 6/7 以上一般科室技术和 6/8 以上重点科室技术。 | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、能独立开展 7/8 以上重点科室技术。 | A | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-5-13 神经外科 医疗服务能力符合 相关要求。 | | 各项指标符合要求： 1、能常规开展 10/12 以上一般科室技术。 | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | | 5分，未达到不得分 |
| 3-3-5-14 烧伤整形 医疗服务能力符合 相关要求。 | | 各项指标符合要求： 1、能常规开展 10/12 以上一般科室技术。 | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： | B | | |

| | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---|------------|---------------------|------------|------------|
| | | 1、能独立开展 11/12 以上一般科室技术和 11/14 以上重点科室技术。 | A | | 5 分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | | 1、能独立开展 13/14 以上重点科室技术。 | | | 5 分，未达到不得分 | |
| | 3-3-5-15 泌尿外科 医疗服务能力符合 相关要求。 | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、能常规开展 7/9 以上一般科室技术。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 1、能独立开展 8/9 以上一般科室技术和 6/8 以上重点科室技术。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、能独立开展 7/8 以上重点科室技术。 | | | | | |
| | 3-3-5-16 新生儿外 科医疗服务能力符 合相关要求。 | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、能常规开展 4/6 以上一般科室技术。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 1、能独立开展 5/6 以上一般科室技术和 7/14 以上重点科室技术。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、能独立开展 8/14 以上重点科室技术。 | | | | | |
| | 3-3-5-17 麻醉科医 疗服务能力符合相 关要求。 | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监 管系统查看 | | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、能常规开展 4/6 以上一般科室技术。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 1、能独立开展 5/6 以上一般科室技术和 7/9 以上重点科室技术。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| 1、能独立开展 8/9 以上重点科室技术。 | | | | | | |
| 3-3-5-18 感染性疾 病科医疗服务能力 | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监 | | 未达到要求不得“C” | |
| | 1、能常规开展 9/11 以上一般科室技术。 | | | | | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|-----------------|------------|
| | 符合相关要求。 | | | 管系统查看 | |
| | | 符合“C”，并： 1、能独立开展 10/11 以上一般科室技术和 3/5 以上重点科室技术。 | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、能独立开展 4/5 以上重点科室技术。 | A | | 5 分，未达到不得分 |
| | | | | | |
| | 3-3-5-19 眼科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求： 1、能常规开展 4/6 以上一般科室技术。 | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、能独立开展 5/6 以上一般科室技术和 5/7 以上重点科室技术。 | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、能独立开展 6/7 以上重点科室技术。 | A | | 5 分，未达到不得分 |
| | | | | | |
| | 3-3-5-20 耳鼻咽喉科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求： 1、能常规开展 11/13 以上一般科室技术。 | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、能独立开展 12/13 以上一般科室技术和 14/17 以上重点科室技术。 | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、能独立开展 15/17 以上重点科室技术。 | A | | 5 分，未达到不得分 |
| | | | | | |
| | 3-3-5-21 口腔科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求： 1、能常规开展 9/11 以上一般科室技术。 | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、能独立开展 10/11 以上一般科室技术和 6/8 以上重点科室技术。 | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、能独立开展 7/8 以上重点科室技术。 | A | | 5 分，未达到不得分 |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|----------------------|--|------------|
| 3-3-5-22 皮肤科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求: | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | | |
| | 1、能常规开展 5/7 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能独立开展 6/7 以上一般科室技术和 4/6 以上重点科室技术。 | | | | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并: | A | | | 5分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 5/6 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-23 急诊医学科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求: | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | | |
| | 1、能常规开展 10/12 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能独立开展 11/12 以上一般科室技术和 8/12 以上重点科室技术。 | | | | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并: | A | | | 5分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 10/12 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-24 儿童保健科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求: | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | | |
| | 1、能常规开展 8/10 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能独立开展 9/10 以上一般科室技术和 2/4 以上重点科室技术。 | | | | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并: | A | | | 5分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 3/4 以上重点科室技术。 | | | | | |
| 3-3-5-25 康复医学科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求: | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看、现场查看 | | |
| | 1、能常规开展 11/14 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能独立开展 13/14 以上一般科室技术和 14/18 以上重点科室技术。 | | | | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并: | A | | | |

| | | | | | |
|--|---|-------------------------|------------|----------------------|------------|
| | | 1、能独立开展 16/18 以上重点科室技术。 | | | 5 分，未达到不得分 |
| 3-3-5-26 医学检验科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求： | | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能常规开展 10/13 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、能独立开展 11/13 以上一般科室技术和 4/6 以上重点科室技术。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| 1、能独立开展 5/6 以上重点科室技术。 | | A | 5 分，未达到不得分 | | |
| 3-3-5-27 医学影像科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求： | | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看、现场查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能常规开展 18/23 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、能独立开展 21/23 以上一般科室技术和 17/22 以上重点科室技术。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| 1、能独立开展 20/22 以上重点科室技术。 | | A | 5 分，未达到不得分 | | |
| 3-3-5-28 输血科医疗服务能力符合相关要求。（重点科室技术参考《江苏省医疗机构输血科（血库）建设管理规范》）（见附件 2） | 各项指标符合要求： | | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看、现场查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能常规开展 80%以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、能独立开展 85%以上一般科室技术和 60%以上重点科室技术。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| 1、能独立开展 80%以上重点科室技术。 | | A | 5 分，未达到不得分 | | |
| 3-3-5-29 药剂科医疗服务能力符合相关要求。 | 各项指标符合要求： | | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看、现场查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 1、能常规开展 12/15 以上一般科室技术。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | | 5 分，未达到不得分 |
| 1、能独立开展 13/15 以上一般科室技术和 10/12 以上重点科室技术。 | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------|----------------------|------------|
| | | 符合“B”，并： | A | | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、能独立开展11/12以上重点科室技术。 | | | | |
| | 3-3-5-30 病理科医疗服务能力符合相关要求。 | | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监管系统查看、现场查看 | 未达到要求不得“C” |
| | | | 1、能常规开展5/7以上一般科室技术。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | | |
| | | | 1、能独立开展6/7以上一般科室技术和1/3以上重点科室技术。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | | | | | |
| 1、能独立开展2/3以上重点科室技术。 | | | | | | |
| 3-3-6 亚专科设置及亚专科技术应用。 | 3-3-6-1 亚专科设置及亚专科技术应用。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、资料、记录、台账 | 未达到要求不得“C” | |
| | | 1、有亚专科设置，明确亚专科技术开展分工。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | | |
| | | 1、开设亚专科门诊。 | | | | |
| 符合“B”，并： | A | | | | | |
| 1、50%以上科室设置亚专科。 | | | | | | |
| 3-3-7 开展多学科联合诊疗。 | 3-3-7-1 开展多学科联合诊疗。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、资料、记录、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、制定医院多学科联合诊疗管理相关制度、流程等，并组织实施。 | | | | |
| | | 2、常规开展多学科联合诊疗工作，开设多学科联合诊疗门诊。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | | |
| | | 1、具有5个以上多学科联合诊疗团队。 | | | | |
| 符合“B”，并： | A | | | | | |
| 1、设置多学科联合诊疗中心。 | | | | | | |
| 3-3-8 具备较强的微创手术开 | 3-3-8-1 具备较强的微创手术开展能 | 各项指标符合要求： | C | 通过省医疗服务综合监 | 未达到要求不得“C” | |
| | | 1、医院开展腔镜等微创手术，数量占住院手术总量的15%以上。 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---|---------------|------------|
| 展能力(指内镜诊疗技术及神经血管介入、外周血管介入及综合介入)。 | 力。 | | | 管系统查看 | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、医院常规开展微创手术，数量占住院手术总量的30%以上。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | 5分，未达到不得分 |
| 1、医院常规开展微创手术，数量占住院手术总量的50%以上。 | | | | | |
| 3-3-9 具备的较强的国家和省限制类医疗技术开展能力。 | 3-3-9-1 具备的较强的国家和省限制类医疗技术开展能力。 | 各项指标符合要求： | C | 查看病历资料、记录、台账等 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、根据江苏省《限制类医疗技术目录2017版》，能开展其中共50%的项目。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、能开展国家和省限制类医疗技术共60%的项目。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1、能开展国家和省限制类医疗技术共80%的项目。 | | | | | |
| 3-3-10 能开发/开展填补空白的成熟、适用、先进医疗技术。 | 3-3-10-1 能开发/开展填补空白的成熟、适用、先进医疗技术。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、记录、台账 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、近三年开发/开展省内先进项目5项。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、近三年开发/开展国内先进项目5项。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1、近三年有发明专利5项。 | | | | | |
| 3-3-11 主持医疗学术交流活 | 3-3-11-1 主持医疗学术交流活 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、记录、台账 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、近三年每年主持设区市级以上学术交流活动。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、近三年每年主持全省学术交流活动。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1、近三年每年主持全国性学术交流活动。 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|------------|------------|------------|------------|-----------------|-----------|
| 3-3-12 能开展与医疗技术水平相适应、符合医疗技术发展需要的临床科学研究。 | 3-3-12-1 开展与省级临床重点专科水平相应的临床科学研究。 | 各项指标符合要求: | C | 查看资料、记录、台账 | 未达到要求不得“C” | | | |
| | | 1、在研省级以上项目≥6项。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并: | B | | | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 1、在研国家级项目≥6项。 | | | | | | |
| | 符合“B”，并: | A | 5分，未达到不得分 | | | | | |
| | 1、承担在研国家重大科研项目（不包括子课题）。 | | | | | | | |
| | 3-3-12-2 近三年获医疗技术相关奖项。 | 各项指标符合要求: | C | | | 查看资料、记录、台账 | 未达到要求不得“C” | |
| | | 1、近三年获省卫生健康委新技术引进奖或江苏医学奖6项以上。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并: | B | | | | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、近三年获中华医学奖或省级科技进步奖三等奖以上奖项。 | | | | | | |
| | 符合“B”，并: | A | 5分，未达到不得分 | | | | | |
| | 1、近三年以第一主持单位获省级科技进步奖二等奖以上奖项。 | | | | | | | |
| 3-3-12-3 近三年发表医疗技术相关临床科学研究论文。 | 各项指标符合要求: | C | 查看资料、记录、台账 | 未达到要求不得“C” | | | | |
| | 1、近三年在公开出版期刊发表的论文数≥医院中级以上技术人员总数的40%。 | | | | | | | |
| | 符合“C”，并: | B | | | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 1、近三年在公开出版期刊发表的论文数≥医院中级以上技术人员总数的50%。 | | | | | | | |
| 符合“B”，并: | A | 5分，未达到不得分 | | | | | | |
| 1、近三年在公开出版期刊发表的论文数≥医院中级以上技术人员总数的60%。 | | | | | | | | |
| 3-3-13 具有较强的临床教学及研究生培养能力。 | 3-3-13-1 具有较强的临床教学及研究生培养能力。 | 各项指标符合要求: | | | C | 查看资料、记录、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、能承担高等医学院校临床教学任务。 | | | | | | |
| | | 2、医学院校附属医院经教育和卫生行政主管部门联合批准，临床教学基地、实习基地通过省教育厅和省卫生健康委联合评估并发文确认，承担高等医学院校临床教学任务。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并: | | | B | | | |

| | | 1、能独立培养博士研究生。 | | | 2分，未达到不得分 | |
|---|---|--|-------------------|--------------|-----------------|--|
| | | 2、具有3个以上硕士点。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | | | |
| | | 1、临床医学博士后工作站，能够独立承担博士后教育工作。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 2、已有毕业学员。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| 3-4 人体器官捐献（可选） | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 3-4-1 取得国家卫生健康委器官移植准入的医院应设立器官捐献与获取组织（OPO），具备3名以上获得中国人体器官捐献协调员证书的器官协调员，积极开展器官捐献工作；各级各类医疗机构积极配合省级OPO组织做好人体器官捐献工作。 | 3-4-1-1 非移植医院及其医务人员应积极参与人体器官捐献工作，指定专门负责部门、人员，主动发现潜在捐献者，并及时将捐献者基本情况通报本区域所属OPO。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、各级医疗机构指定专门部门、人员参与人体器官捐献工作，有人体器官捐献管理组织，主要负责与所在区域的省级OPO沟通联系。 | | | | |
| | | 2、每年应该配合提供5例以上的潜在捐献者信息。 | | | | |
| | | 3、积极开展器官捐献宣传活动，在神经外科、急诊科、重症医学科家属等候区域张贴宣传资料。配合省级OPO每年组织一次本地区人体器官捐献推进活动。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、每年配合省级OPO成功完成器官捐献2例或提供8例以上的潜在捐献者信息。 | | | | | |
| | 符合“B”，并： | | | | | |
| | 1、每年配合省OPO成功完成器官捐献3例或提供10例以上的潜在捐献者信息。 | A | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 | 5分，未达到不得分 | | |
| 3-4-1-2 器官移植医院应积极参与人体器官捐献工作，指定专门负责部门、人员，主动发 | 各项指标符合要求： | 1、指定专门部门、人员参与人体器官捐献工作，主要负责与所在区域的省级OPO沟通联系。 | C | 查阅文件、资料，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | | | | | 2、省级OPO组织有具体的人体器官捐献工作制度及工作流程，并设立专门负责机构，有专（兼）人从事具体工作。每年度开展一次人体器官捐献省级以 |

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|-------------------|--------------|
| 现潜在捐献者，并及时将捐献者基本情况通报本区域所属 OPO。 | 上继续教育，覆盖区域内所有二级以上医院。 | | | |
| | 3、在本院每年应该完成 5 例以上的公民逝世后器官捐献。 | | | |
| | 4、积极开展器官捐献宣传活动，在神经外科、急诊科、重症医学科家属等候区域张贴宣传资料。 | | | |
| | 5、省级 OPO 在区域范围内各市组织不少于一次人体器官捐献推进活动。 | | | |
| | 符合“C”，并： | | | |
| | 1、在本院每年成功完成 8 例以上的公民逝世后器官捐献。 | B | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 | 2.5 分，未达到不得分 |
| | 2、省级 OPO 按季度定期向省卫生健康委上报人体器官捐献工作开展情况。（省级 OPO 适用） | | | 2.5 分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | A | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 | 5 分，未达到不得分 |
| 1、在本院每年成功完成 10 例以上的公民逝世后器官捐献。 | | | | |

第四章 医疗质量安全管理与持续改进

| 4-1 质量与安全管理组织 | | | | | |
|---|---|--|-----------|---|---------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-1-1 认真贯彻落实《医疗质量管理办法》 《江苏省医疗质量管理实施办法》，有质量与安全管理体 系，实行院、科两级责任制。院长是第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质量与安全管理体 系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。 | 4-1-1-1 有质量与安全管理体 系，实行院、科两级责任制。院长是第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质量与安全管理体 系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅医院文件、资料，现场抽查临床、医技、门急诊等科室台帐，现场访谈5名不同层级人员，质控中心考核结果以卫生健康委或其委托的管理部门数据为准 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、有医院质量管理组织架构图，能清楚反映医院质量管理组织结构，体现院长是医院质量管理第一责任人，科主任是科室质量管理第一责任人。 | | | |
| | | 2、院、科二级质量管理组织健全，医院质量管理组织主要包括：医院质量与安全管理委员会、各质量管理相关委员会、质量安全管理部、各职能部门、科室质量与安全管理小组等。 | | | |
| | | 3、有医院质量管理方针和目标，有年度实施计划和重点工作。 | | | |
| | | 4、院、科二级质量管理组织定期专题研究医疗质量和医疗安全工作，在质量与安全管理中发挥决策作用，有案例说明。 | | | |
| | | 5、有职能部门负责协调省级质控中心日常工作，有相关管理制度。 | | | |
| | | 6、如为经卫生健康行政部门认定的省、设区市或县（市）级质控中心，需制定专业质控目标与年度质控计划。中心年度考核结果为合格。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅文件、资料，现场访谈5名相关委员会人员，质控中心考核结果以卫生健康委或其委托的管理部门数据为准 | 1分，未达到不得分 |
| | | 1、各相关管理委员会制定年度工作计划、重点工作项目并组织实施，有分析总结，有改进措施，有记录。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、各相关委员会制定重点工作质量考核指标与标准，定期收集、汇总、分析，发现问题，提出改进措施。 | | | 1分，未达到不得分 |
| 3、各相关委员会运用质量管理工具开展质量管理，有案例说明。 | 1分，未达到不得分 | | | | |
| 4、如为经卫生健康行政部门认定的省、设区市或县（市）级质控中心，需按计划开展辖区内专业质控活动，中心年度考核成绩为优秀。 | | | 1分，未达到不得分 | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|----------------------|-----------------|---------------|
| 疗质量和医疗安全工作。科室负责人是本科室医疗质量与安全管理第一责任人。 | | 符合“B”，并： | A | 查阅文件、资料，不同委员会5名人员访谈 | | |
| | | 1、各医院质量与安全管理委员会人员组成合理，职责分工明确；有记录说明委员会体现质量管理决策层、控制层和执行层三个层次的质控作用。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 2、委员会组成部门各司其职，形成决策、控制、执行相互协调、相互促进的治理机制，积极讨论解决质量管理难点问题。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 3、有数据表明，各质量委员会重点工作持续改进有成效，并达到卫生健康行政部门工作要求。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 4、进一步加强医院质量管理组织建设，成立独立设置的质量安全管理部。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 4-1-1-2 各主管部门与职能部门履行策划、指导、检查、监督、考核、评价和控制职能。 | 各项指标符合要求： | 1、根据医院质量方针与目标，制定并实施相应的质量与安全管理工作计划与管理方案。 | C | 查阅资料、现场查看5个职能部门 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | | 2、各主管部门与职能部门履行指导、检查、监督、考核、评价和控制管理职能。有履行职责的工作记录。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场查看5个职能部门 | 2分，未达到不得分 | |
| | | 1、各主管部门与职能部门结合实际工作开展质量管理工具、数据分析统计方法的培训，有培训计划、培训签到、培训材料和培训考核。 | | | | |
| | | 2、各主管部门与职能部门能运用管理工具统计分析质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料，对质量与安全工作实施监控，并定期总结、分析、反馈，有记录。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅文件、资料，访谈5名职能部门相关人员 | 2分，未达到不得分 | |
| | | 1、质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷资料完整，提示与质量决策和质量改进相关。 | | | | |
| | 2、持续改进有成效，质量管理工作落实到位，达到相关工作要求。 | 3分，未达到不得分 | | | | |
| | 4-1-1-3 科室负责人是本科室的医疗质量 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料，人员访谈；质控中心相关工 | 任何一项未达到，不得“C” | |
| | | 1、科室主任是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量 | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|---|-----------|-------------------------|---------------|
| | 与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理，积极参加本专业质控中心组织的质控工作。 | 与安全管理小组工作，质控小组组成人员合理，分工明确，有分工职责。 | | 作由省医管中心提供材料 | |
| | | 2、制定科室质量目标，质量与安全工作计划，定期召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，有记录。 | | | |
| | | 3、科室要指定人员负责质控中心质控信息上报工作。完成本专业省级质控中心质控指标的收集、汇总、统计，按时向本专业质控中心上报质控信息和质控报告。 | | | |
| | | 4、参加质量管理方法和工具运用基本知识培训会。 | | | |
| | | 5、参加省级质控中心召开的工作会议，有记录说明。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、针对本科室存在的质量问题，设立科学合理的科室质量管理指标。 | B | 查阅5个临床、医技科室文件、资料，5名人员访谈 | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、将质量管理工具知识培训列入科室业务学习计划，有培训记录。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、管理小组对科室质量与安全进行定期自查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施并落实执行。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅5个临床、医技科室文件、资料，5名人员访谈 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，科室对质量与安全工作计划、问题改进落实到位，达到年初制定的工作目标。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、有与本科室质量缺陷内容相关的质量改进案例。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、年度省级质控中心对科室质控工作考核成绩优秀。 | | | |
| 4-2 医疗质量管理与持续改进 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-2-1 有医疗质量管理与持续改进方案，并组织实施。 | 4-2-1-1 医院制订有质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核项目、考 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、医院有医疗质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度。 | | | |
| | | 2、有院科两级医疗质量管理与监督工作流程。 | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|------------|---------------------------------|---------------|
| | 核标准、考核办法等，以及相配套制度。 | 符合“C”，并： | B | 查阅3个职能部门，5个临床、医技科室文件、资料，10名人员访谈 | |
| | | 1、科室对质量指标考核项目自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对考核存在的问题有检查、分析、反馈。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、院科二级持续改进有成效，医疗质量实现目标管理。 | A | 查阅台帐、资料 | 5分，未达到不得分 |
| | 4-2-1-2 有医疗质量关键环节重点部门管理制度与措施。 | 各项指标符合要求： | C | 抽查5个重点部门文件、台帐；5名人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）管理制度、措施和考核标准。 | | | |
| | | 2、有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护室、新生儿病房、消毒供应中心等）的管理制度、措施和考核标准。 | | | |
| | | 3、相关人员知晓本岗位相关质量管理体系及措施，并落实。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 抽查5个重点部门文件、台帐；5名人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| 1、科室有自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。 | | | | | |
| 2、职能部门定期对各项管理制度与措施的落实情况有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | A | | | |
| 1、持续改进有成效，重点部门、关键环节医疗质量不断提高。 | | | | | |
| 4-2-2 建立与执行医疗质量管理体系、操作规范、诊疗指南。 | 4-2-2-1 建立并执行医疗质量管理体系，重点是医疗质量安全核心制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、台帐、临床、医技科室人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、有医疗质量管理体系。 | | | |
| | | 2、有医疗质量安全核心制度的培训，有计划、签到、材料和考核记录。 | | | |
| | | 3、科室根据专科特点细化医院医疗质量管理体系。 | | | |
| | | 4、执行与落实各项医疗质量管理体系，重点是十八项医疗核心制度。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅临床、医技科室文 | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|---------------|
| | | 1、科室对制度执行与落实情况有自查与整改。 | | 件、台帐、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对制度执行与落实情况有检查与监管。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅文件、台帐、临床、 医技科室人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，科室对核心制度要求内容落实到位。 | | | | |
| | 4-2-2-2 应用临床诊疗指南和规范，指导和规范临床医务人员的诊疗行为。 | 各项指标符合要求： | 1、科室有临床诊疗指南和规范。 | C | 查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | | 2、开展临床诊疗指南和规范的培训。 | | | |
| | | | 3、相关人员掌握临床诊疗工作的指南/规范。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室对临床诊疗指南和规范执行情况有自查。 | B | 查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | | | | 2、职能部门对执行情况有监管，对落实中存在的问题进行分析和反馈。 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，科室医务人员均能按照规范或指南开展医疗活动，无违法、违规诊疗行为。 | | | | |
| | 4-2-3 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度”，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核。 | 4-2-3-1 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度（三严）”，强化“基础理论、基本知识、基本技能（三基）”培训与考核。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | | 1、医院有“三基”培训管理制度与方案。 | | | |
| 2、有根据不同层次及专业的卫生技术人员的“三基”培训计划。 | | | | | | |
| 3、有与培训相适宜的技能培训设施、设备及经费保障。 | | | | | | |
| 4、有相关部门负责实施“三基”培训。 | | | B | 查阅台帐、访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| 符合“C”，并： | | | | | | |
| 1、医院对“三基”培训有考核，考核结果有记录。 | | | A | 查阅台帐、资料 | 5分，未达到不得分 | |
| 2、职能部门对培训完成情况和培训考核结果有分析和总结。 | | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、资料 | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1、持续改进有成效，全体参加“三基”考核的人员考核合格。 | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------|----------------|---------------|
| 4-2-4 贯彻落实《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》，建立医疗风险防范机制，针对医疗风险制定相应制度、流程与医疗风险管理方案，确保患者安全。 | 4-2-4-1 医院针对医疗风险制定相应制度、流程与医疗风险管理方案。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、访谈 | 任何一项未达到，不得“C” | |
| | | 1、医院针对医疗风险制定相应制度与流程。 | | | | |
| | | 2、有医疗风险管理方案，包括医疗风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。 | | | | |
| | | 3、落实相关制度和流程。 | | | | |
| | | 4、参加所在地人民政府建立的医疗责任风险分担制度。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、访谈 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。 | | | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | 2、职能部门对医疗风险的防范有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、访谈现场查看 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | 1、有跨部门的防范医疗风险的协调机制。 | | | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | 4-2-4-2 落实患者安全目标。 | 各项指标符合要求： | 1、医院及科室将实施“患者安全目标”作为推动患者安全管理的基本任务。 | C | 查阅文件、资料访谈，人员抽考 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | | 2、为实施“患者安全目标”提供所需的人力与物力资源。 | | | |
| | | | 3、组织“患者安全目标”相关制度的员工培训与考核。 | | | |
| | | | 4、员工对患者安全目标的知晓率≥90%。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、资料 | 5分，未达到不得分 | |
| 1、职能部门对患者安全目标落实情况进行检查、分析、反馈，有改进措施。 | | | | | | |
| 符合“B”，并： | | A | 查阅资料，抽考3名员工 | 2分，未达到不得分 | | |
| 1、患者安全目标在医院日常运行的工作流程中得到完全落实。 | | | | 3分，1人做不到扣1分 | | |
| 4-2-4-3 开展防范医疗风险相关知识、技 | 各项指标符合要求： | 1、医院有医疗风险防范培训的计划。 | C | 查阅台帐、访谈 | 任何一项未达到，不得“C” | |

| | | | | | |
|---|---|---|-----------|--------------------------------|-----------------|
| | 能的教育与培训。 | 2、定期进行防范医疗风险的相关教育与培训。 | B | 查阅台帐、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 3、有针对共性及各科室专业特点，制定相关教育与培训的课程内容。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对培训效果有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、培训计划落实到位，医务人员防范医疗风险知识普遍提升。 | | | |
| 4-2-5 定期进行全员医疗质量和安全教育，强化医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。 | 4-2-5-1 定期进行全员医疗质量和安全教育，强化医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、根据年度患者安全目标，制定教育培训计划。 | | | |
| | | 2、定期开展形式多样的院、科两级质量与安全教育和培训，有记录。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对教育和培训效果有检查与监管。 | B | 查阅台帐、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室Ⅰ、Ⅱ级不良事件主动报告率达100%。 | | | |
| | | 2、员工能够主动参与质量与安全管理，科室患者安全持续改进案例数逐年增加。 | | | |
| 4-3 临床路径与单病种质量管理与持续改进 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-3-1 开展临床路径与单病种质量管理作为推动医疗质量持续改进的重点项目、规范临床诊疗行为 | 4-3-1-1 实施临床路径管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅医院、5个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有对临床路径管理的组织、实施的相关制度和工作职责。 | | | |
| | | 2、根据本院实际情况制定进入临床路径病种目录和文本。 | | | |
| | | 3、对“临床路径”监测指标包括：患者的入组率、入组后完成率、平均住院日、平均住院费用。 | | | |
| | | 4、临床路径实施有多部门和科室间的协调配合。 | | | |
| 符合“C”，并： | B | 查阅医院、5个临床科 | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------|--|---|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 的重要内容之一，实施临床路径与单病种质量管理。 | | 1、实现临床路径信息化管理，用信息化手段统计、分析、上报临床路径数据。 | | 室、计算机中心文件、资料、台帐，核实季报、年报 | 2分，未达到不得分 | | |
| | | 2、实施临床路径管理的病例数/本院出院病例数 $\geq 50\%$ ，入组后完成率 $\geq 70\%$ 。 | | | 1分，未达到不得分 | | |
| | | 3、职能部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。 | | | 1分，未达到不得分 | | |
| | | 4、科室对临床路径有管理和对存在问题的整改。 | | | 1分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | | | 1、实施临床路径管理的病例数占本院出院病例数比 $\geq 60\%$ ，入组后完成率 $\geq 80\%$ 。 | A | 查阅医院、5个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，现场考核 | 3分，未达到不得分 | |
| | | | 2、根据病种收治结构、路径实施情况，及时调整病种、修订文本、优化路径。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | | | | | | | |
| | 4-3-1-2 实施单病种管理。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅医院、5个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | | 1、结合本院实际情况制定单病种管理要求和措施。 | | | | |
| | | | 2、建立有单病种质量指标数据库。 | | | | |
| | | | 3、有专人按规定负责上报单病种质量管理信息。 | | | | |
| | | | | 符合“C”，并： | B | 查阅医院、5个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，核实季报、年报 | 2分，未达到不得分 |
| | | | | 1、科室对单病种管理中存在的问题有整改。 | | | |
| 2、职能部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。 | | | | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐，现场考核，查看国家单病种上报年度报告 | 2分，未达到不得分 | |
| | | | 1、上报信息准确、可靠、及时。 | | | | |
| | | | 2、单病种管理达到卫生健康行政主管部门要求。实现单病种信息化管理，用信息化手段统计、分析、上报单病种数据。 | | | | |
| 4-4 住院诊疗管理与持续改进 | | | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------------|-----------------|
| 4-4-1 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序进行患者评估,为患者提供规范的同质化服务。 | 4-4-1-1 由具有法定资质的医务人员进行患者评估。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐,检查归档及运行病历共20份 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、有患者评估管理制度,至少包括:患者评估项目及内容、评估人及资质、评估时限及记录要求等。 | | | |
| | | 2、有对医务人员进行患者评估的相关内容培训及记录。 | | | |
| | | 3、患者评估结果作为诊疗方案的依据。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅资料与现场考核 | 2分,未达到不得分 |
| | | 1、科室对患者评估执行情况有自查,存在问题有改进。 | | | |
| | | 2、职能部门对患者评估落实情况有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅资料 | 5分,未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效,患者评估规范,质量不断提升。 | | | | | |
| 4-4-2 按照医院现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南来规范临床诊疗行为;对疑难危重患者、恶性肿瘤患者,实施多学科综合诊疗,为患者制订适宜的住院诊疗计划与方案。 | 4-4-2-1 按照医院现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指导原则来规范临床诊疗行为。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、医师的诊疗活动应遵从临床诊疗指南、疾病诊疗规范和药物临床应用指导原则等。 | | | |
| | | 2、对医务人员进行相关培训与教育。 | | | |
| | | 3、规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和植(介)入类医疗器械的行为。 | B | 查阅资料与现场考核 | 5分,未达到不得分 |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | 1、职能部门对临床诊疗工作有检查与监管。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分,未达到不得分 |
| | 符合“B”,并: | | | | |
| | 1、持续改进有成效,医务人员诊疗行为规范,诊疗能力和水平不断提升。 | | | | |
| | 4-4-2-2 根据病情,选择适宜的临床检查。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、检查归档及运行病历共20份 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、根据病情,按照临床检验、影像学检查、腔镜检查、各种功能检查、电生理、病理等各种检查项目的适应证与禁忌证,选择适宜的临床检查。 | | | |
| 2、进行有创检查前,向患者充分说明,征得患者或家属同意并签字认可。 | | | | | |
| 3、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。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、科室对大型设备检查的阳性率及临床检查适宜性有定期分析和评价。 2、职能部门对临床技术应用情况有检查与监管。 | B | 查阅相关科室资料、台账，现场考核 | 2分，未达到不得分 3分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，临床技术使用规范，患者满意度不断提升。 | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-4-2-3 对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施多学科综合诊疗，为患者制订适宜的住院诊疗计划与方案。 | 各项指标符合要求： 1、有疑难危重患者、恶性肿瘤患者多学科综合诊疗的相关制度与程序，并落实。 2、为患者制订适宜的住院诊疗计划与方案。 | C | 查阅资料、台帐，检查归档及运行病历共20份 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 符合“C”，并： 1、科室对多学科综合诊疗有自查，存在问题有改进。 2、职能部门对疑难危重患者、恶性肿瘤患者诊疗工作有检查、分析、反馈。 | B | 查阅资料、台帐 | 2分，未达到不得分 3分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，多学科综合诊疗管理措施落实到位。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| 4-4-3 确立特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。 | | 4-4-3-1 在住院患者的常规诊疗活动中，应以书面方式下达完整的医嘱。 | 各项指标符合要求： 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。 3、处方合格率≥98%。 | C | 查阅资料、台帐，现场抽查5名医务人员演示流程 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 符合“C”，并： 1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： 1、处方合格率达100%。 | A | 电脑随机抽查10名住院患者的医嘱和100张门诊处方 | 5分，未达到不得分 |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---------------------|
| | 4-4-3-2 有紧急情况 下下达口头医嘱的相关制度与流程。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账，随机 抽查死亡病历 10 份， 抽考急诊抢救室、临 床、医技科室医护人员 5 人 | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 1、有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、下达口头医嘱应在抢救结束后及时补记。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5 分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 5 分，未达到不得分 |
| 1、医嘱制度规范执行，持续改进有成效。 | | | | | |
| 4-4-4 临床“危 急值”管理。 | 4-4-4-1 根据医院实 际情况确定“危急值” 项目，建立“危急值” 管理制度与工作流 程。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账，随机 抽查 5 个医技科室的危 急值登记记录本并抽 考相应的医务人员各 5 名 | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 1、有临床危急值报告制度与工作流程。 | | | |
| | | 2、医技部门(含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查与内窥镜、血药浓度监测等)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。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5 分，未达到不得分 |
| | | 1、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。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 5 分，未达到不得分 |
| | 1、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。 | | | | |
| | 4-4-4-2 严格执行 “危急值”报告制度 与流程。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账，随机 抽查有危急值的归档 及运行病历共 10 份，5 个临床科室的危急值 登记记录本并抽考相 应的医务人员各 5 名 | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 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”。 | | | |
| 2、接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、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。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、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。 | B | 现场查看运行情况 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | | 1、网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。 | A | 查阅资料、台账，现场查看运行情况 | 2分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| 4-4-5 住院诊疗工作实行分级负责制，加强住院诊疗工作质量管理。 | 4-4-5-1 住院诊疗工作实行分级负责制，加强住院诊疗工作质量管理。 | 各项指标符合要求： | | | | |
| | | 1、在科主任领导下完成住院诊疗活动，实行分级管理。 | C | 查阅资料、抽查5个科室的医疗组的不同层级医师访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 2、根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗小组。 | | | | |
| | | 3、诊疗小组的组长由副主任医师及以上人员担任，对本组收治患者的诊疗工作承担责任。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | | | | |
| | 1、科室对诊疗工作有自查，对存在问题有整改。 | B | 查阅资料、台帐 | 2分，未达到不得分 | | |
| | 2、职能部门对分级管理有检查与监管。 | | | 3分，未达到不得分 | | |
| | 符合“B”，并： | | | | | |
| | 1、持续改进有成效，分级管理措施得到有效落实。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 4-4-5-2 根据《病历书写基本规范》，对住院病历质量实施监控与评价。 | 各项指标符合要求： | | | | |
| | | 1、有住院病历质量管理制度。 | C | 查阅资料、台帐、现场抽查归档及运行病历共20份，抽考医师10人对相关知识的知晓程度 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 2、病历书写基本规范是医师岗前培训的必备培训内容，医师知晓其内容。 | | | | |
| 3、将患者病情、重要检查结果、诊疗计划变更与调整等记录在病程记录中。 | | | | | | |
| 4、病历质量评价结果用于临床医师技能考核内容之一。 | | | | | | |
| 5、甲级病历率≥90%。 | | | | | | |
| 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | | | | |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------|
| | | 1、科室、职能部门对病历质量进行自查及检查，有分析、有反馈、有改进措施。 | A | 查阅资料、台帐，现场抽查终末病历 50 份 | 2 分，未达到不得分 | |
| | | 2、甲级病历率≥95%。 | | | 3 分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | 5 分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，病历书写规范，质量不断提升，甲级病历率为 100%。 | | | | |
| | 4-4-5-3 住院患者有适宜的诊疗方案，由诊疗小组组长负责审阅签名。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、台帐，现场抽查归档及运行病历共 20 份 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、按照诊疗规范/指南为患者制订适宜的诊疗方案，包括：检查、治疗、护理内容等。 | | | | |
| | | 2、根据患者病情与检查结果，及时调整诊疗方案，并将调整的客观原因录入病程记录中。 | | | | |
| | | 3、诊疗方案由上级医生负责检查审阅签名，并在病历中体现。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | B | 查阅资料、台帐 | 2 分，未达到不得分 |
| | | 1、科室有自查，对存在的问题及时整改。 | | | | |
| 2、职能部门对患者诊疗方案书写规范有检查与监管。 | | | | | | |
| 符合“B”，并： | | A | 查阅资料、抽查归档及运行病历涉及的诊疗共 20 例 | 5 分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，每例诊疗方案均有上级医师审阅签字。 | | | | | | |
| 4-4-6用制度与程序管理院内、外会诊，明确院内会诊任务，对重症与疑难患者实施多学科联合会诊活动，提高会诊质量 | 4-4-6-1 有院内会诊管理制度与流程。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有院内会诊管理相关制度与流程。包括：会诊人员资质与责任、会诊时限、会诊记录书写要求，并落实。 | | | | |
| | | 2、根据病情对急危重症与疑难患者实施多学科联合会诊。 | | | | |
| | | 3、相关人员知晓并执行。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | B | 查阅资料 | 2.5 分，未达到不得分 |
| | | 1、科室有自查，对存在的问题及时整改。 | | | | |
| 2、职能部门对院内会诊管理有检查与监管。 | | | | 2.5 分，未达到不得分 | | |

| | | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|-------------|-----------------|-----------------|
| 和效率。 | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | | |
| | | 1、持续改进有成效，院内会诊制度得到有效落实。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 2、院内有多个学科联合会诊工作专家指导委员会，各专科有多个学科联合会诊团队，并能够长年开展工作。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | 4-4-6-2 有院间医师会诊管理制度与流程。 | 各项指标符合要求： | 1、有本院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（副主任医师以上或医院认定的高年资主治医师）与责任。 | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 2、有请外院医师来院会诊管理的制度与流程。包括：请会诊原因，拟解决问题，会诊医师姓名、资质、医院，会诊意见。 | | | |
| | | | 3、建立院间医师会诊管理档案。 | | | |
| | | | 4、相关人员知晓并执行。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、职能部门对院间会诊管理有登记与备案。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| 1、持续改进有成效，院间会诊制度得到有效落实。 | | | | | | |
| 4-4-7 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。 | 4-4-7-1 出院患者有出院记录，主要内容记录完整，与住院病历记录内容保持一致。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、患者出院记录主要内容完整，与住院病历记录内容一致，由经治医师书写，主治医师审签。 | | | | |
| | | 2、向患者告知出院记录中主要内容。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。 | | | | | |
| | 2、职能部门对病历书写有检查、分析、反馈。 | A | 查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，每份出院记录符合规范。 | | 5分，未达到不得分 | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|-----------|--------------------------------|-----------------|------|-----------|-----------------|
| | 4-4-7-2 医院对患者的出院指导与随访有明确的制度，对特定患者（根据临床/科研需要）采用多种形式定期随访。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、有出院指导与随访工作管理相关制度。对特定患者随访形式包括：书面随访、电话随访、召回、家访等，并有记录。 | | | | | | |
| | | 2、经治医师为出院患者提供出院医嘱和康复指导。包括：服药指导、营养指导、康复训练指导及出院注意事项等。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 | | | |
| | | 1、科室对随访工作落实情况有记录，为患者提供连续性服务。 | | | | | | |
| | | 2、职能部门对出院指导及随访工作落实情况有检查、分析、反馈。 | | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 1分，未达到不得分 | | | |
| | | 1、持续改进有成效，患者随访质量不断提高。 | | | | | | |
| | | 2、首次随访由主治医师及以上医师负责。 | | | | | | |
| | | 3、有对特定患者(根据临床 / 科研需要)定期随访制度，随访形式包括：书面随访、电话随访、召回、家访等，并有记录。 | | | | | | |
| 4、定期对随访有效性进行总结和评估，对问题与缺陷有改进意见。 | | | | | | | | |
| 5、对随访工作有追踪。 | A | 查阅资料、台帐 | 1分，未达到不得分 | | | | | |
| 4-4-8 对平均住院日、住院时间超过30天等医院管理评价指标，实施管理与评价，优化医疗服务，提高工作效率。 | | | | 4-4-8-1 对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 1、有缩短平均住院日的管理目标，对各临床科室平均住院日有明确的要求。 | | | | | | | | |
| 2、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。 | | | | | | | | |
| 3、相关管理人员与医护人员均知晓缩短平均住院日的要求。 | | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | B | 查阅资料 | 1分，未达到不得分 | |
| 1、科室每月对平均住院日完成情况进行自查。 | | | | | | | | |
| 2、职能部门定期对平均住院日完成情况进行分析，有反馈。 | | | | | | | | |
| 3、有提升医院信息化建设，合理配置和利用现有医疗资源的措施。 | | | | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 2分，未达到不得分 | | | | | |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-----------|--|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，平均住院日达到控制目标。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | 4-4-8-2 对住院时间超过30天的患者进行管理评价。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、对住院时间超过30天的患者有明确管理规定，并有措施。 | | | |
| | | 2、科室将住院时间超过30天的患者作为大查房重点，有评价分析记录。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对住院时间超过30天的患者履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 2、科室定期对住院超30天患者进行自查、分析，提出改进措施。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效，住院时间超过30天患者的管理达到改进住院管理质量目标。 | | | | |
| | | | | | |
| 4-4-9 主动邀请患者参与医疗安全活动，如身份识别、手术部位确认、药物使用等。 | 4-4-9-1 主动邀请患者参与医疗安全活动。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、鼓励患者主动参与医疗安全管理，尤其是患者在接受介入或手术等有创诊疗前、或使用药物治疗前、或输液输血前，并有具体措施与流程。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门患者参加医疗安全活动有定期的检查与监管，并督促相关部门整改。 | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，患者主动参与医疗安全活动措施有效落实。 | | | |
| 4-5 手术治疗管理与持续改进 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-5-1 实行手术患者评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范， | 4-5-1-1 有手术患者评估与术前讨论制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台账；抽查5个科室共20份手术病历，访谈3个科室共5名各级医 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有手术患者评估制度，内容包括：术前病史、体格检查、影像与实验室资料等。 | | | |
| | | 2、有术前讨论制度，内容包括：患者术前病情评估的重点范围、手术风险、 | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------------|---|--|--------------|-----------------|
| 制订诊疗和手术方案。依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案。实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度。 | | 术前准备、临床诊断、拟施行的手术方式、手术风险与利弊、明确是否需要分次完成手术等。 | | 师； | |
| | | 3、对术前讨论有明确的时限要求并记录在病历中。 | | | |
| | | 4、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。 | | | |
| | | 5、对相关岗位人员进行培训。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | B | 查看现场，查阅资料、台账 | 1、科室对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有自查、分析、整改。 | 3分，未达到不得分 | |
| | | | 2、职能部门履行监管职责，对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有定期的检查、分析、反馈。 | 2分，未达到不得分 | |
| | | | 符合“B”，并： | | |
| | A | 查看现场，查阅资料、台账 | 1、持续改进有成效，术前手术患者评估、讨论规范，记录完整。 | 2分，未达到不得分 | |
| | | | 2、科室及医院有质量持续改进方案及动态改进资料。 | 3分，未达到不得分 | |
| | 4-5-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。 | C | 各项指标符合要求： | 查看现场，查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 1、医院有手术医师资格分级授权管理制度。 | | |
| | | | 2、手术分级授权管理落实到每一位手术医师。 | | |
| | | | 3、手术医师的手术权限与其资格、能力相符。 | | |
| | | | 4、医院有具体的措施保障规定与程序的执行。 | | |
| B | | 查看现场，查阅资料、台账；访谈3个科室共5名各级医师 | 符合“C”，并： | | |
| | | | 1、医院有手术医师能力评价与再授权的制度与程序。 | 2分，未达到不得分 | |
| | | | 2、手术医师知晓率100%。 | 2分，未达到不得分 | |
| | | | 3、有手术医师定期业务能力评价并记录。 | 1分，未达到不得分 | |
| | | | 符合“B”，并： | | |
| A | 查看现场，查阅资料、台账 | 1、手术医师资格分级授权管理执行良好，经专业委员会审核，无越级手术 | 2分，未达到不得分 | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|------------------------|
| | 或未经授权擅自开展手术的案例。 | | | |
| | 2、手术医师资格动态管理，对授予高年资医师越级手术权限，可以降低或取消审核不合格医师手术权限，对实施评价后再授权有记录。 | | | 3分，未达到不得分 |
| 4-5-1-3 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。 | 各项指标符合要求： | C | 抽查5个科室共20份手术病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。 | | | |
| | 2、手术治疗计划记录于病历中，包括术前诊断、拟施行的手术名称、可能出现的问题与对策等。 | | | |
| | 3、根据手术治疗计划或方案进行手术前的各项准备。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 2分，未达到不得分 |
| | 1、科室有自查、分析、整改。 | | | |
| | 2、职能部门有检查与监管并有记录。 | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，手术方案完善。 | | | | |
| 4-5-1-4 在患者手术前履行知情同意。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视；抽查5个科室共20份手术病历，访谈3个科室共5名各级医师 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、有落实患者知情同意管理的相关制度与程序。 (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。 (2)手术前应向患者或近亲属、授权委托人充分说明手术指征、手术风险与利弊、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。 (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、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。 (4)手术前应向患者、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方法等。 | | | |
| | 2、对术前履行知情同意有明确的时限要求，并记录。 | | | |

| | | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|
| | | 3、知情同意书应由手术医师先签署，然后由患者或近家属、授权委托人签署。 | B | 查看现场，查阅资料、台账、病历 | 2分，未达到不得分 |
| | | 4、对临床科室手术医师进行相关教育与培训。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、针对患者采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。 | | | |
| | | 2、职能部门履行监管职责并记录，有分析反馈和整改措施。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、患者或近亲属、授权委托人对知情同意内容充分理解。 | | | |
| | | 2、知情同意书签署规范，内容完整，合格率100%。 | A | 查看现场，查阅资料、台账、病历；询问5名住院患者；现场追踪访视 | 4分，未达到不得分 |
| | | 1、患者或近亲属、授权委托人对知情同意内容充分理解。 | | | |
| | | 2、知情同意书签署规范，内容完整，合格率100%。 | | | |
| 4-5-2 医院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。 | 4-5-2-1 有重大手术报告审批制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账；访谈5名医师 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有重大手术（包括急诊情况下）报告审批管理的制度与流程。 | | | |
| | | 2、有重大手术的审批目录。 | | | |
| | | 3、相关人员知晓上述制度与流程。 | | | |
| | | 4、对临床科室手术医师进行相关教育与培训。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 | |
| | 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。有案例分析报职能部门备案。 | | | | |
| | 2、职能部门履行监管职责，有检查、分析、反馈记录。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，重大手术审批资料完整规范。 | | | | |
| 2、无违规案例。 | C | 查看现场，查阅资料、台账；访谈3名急诊科医师 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| 各项指标符合要求： | | | | | |
| 1、有急诊手术管理的相关制度与流程并培训。 | | | | | |
| 4-5-2-2 有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。 | 2、相关人员知晓上述制度和流程。 | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--------------|--------------------------------------|-----------------|
| | | 3、有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、台账；人员访谈；病例追踪检查 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有监管，对急诊手术管理措施落实情况有检查、分析、问题反馈和改进建议。 | | | |
| | | 2、有急诊手术绿色通道，并有保障措施和协调机制。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、台账；访谈3个相关职能部门管理人员 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，急诊手术及时、安全，管理规范，措施落实到位。 | | | |
| | | 2、有多部门协调机制。 | | | |
| 4-5-3 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。手术预防性抗菌药物应用的选择与使用时机符合规范。 | 4-5-3-1 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台账；访谈5名手术医师；抽查3个科室电子病历质控记录 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、手术者当日当班完成手术记录（特殊情况下由第一助手书写，主刀医师签名）。 | | | |
| | | 2、手术者或第一助手在术后即时完成术后首次病程记录。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、台账；查阅相关病历 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对手术记录与术后首次病程记录落实情况有自查、分析、及整改。 | | | |
| | | 2、主管职能部门对手术与术后记录书写落实情况有检查与信息化监管 | | | |
| | | 3、医院各临床科室统一专业内手术名称。 | A | 查看现场，查阅资料、台账 | 1分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、持续改进有成效，手术记录和病程记录书写规范。 | | | | |
| | 2、手术记录和病程记录及时、完整，合格率100%。 | C | 查看现场，查阅资料、台账 | 2分，未达到不得分 | |
| | 3、监管科室有完整的手术名称字典。 | | | | |
| | 3、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 | | | | |
| | 4-5-3-2 手术离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断，并记录。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有手术后标本的病理学检查的规定与流程。 | | | |
| | 2、手术室有具体措施保障规定与程序的执行。 | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|--|-----------|---------------------------------|------------------|--|
| | | 论的规定与程序，其结果有记录。 | | | | |
| | | 4、快速病理建立绿色通道，手术科室与病理科沟通顺畅。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | | |
| | 1、职能部门对手术后标本病理学检查规定与流程落实情况有检查与监管。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | 2、职能部门履行监管职责，有分析、反馈和整改措施。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | 3、肿瘤手术切除组织送检率100%。 | 1分，未达到不得分 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | | |
| | 1、持续改进有成效，病理学检查的规定与流程落实到位。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | 2、手术离体组织送检率100%。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | | 3、建立相关组织库。 | 1分，未达到不得分 | | | |
| | 4-5-3-3 有手术预防性抗菌药物临床应用的制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账；访谈5名手术科 室医师 | | |
| | | 1、根据《抗菌药物临床应用指导原则》，结合本院实际，制定手术预防性抗菌药物临床应用管理的相关制度、规范。 | | | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 2、对相关人员进行培训。 | | | | |
| | | 3、相关人员知晓并执行上述制度与规范。 | | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | |
| | | 1、I类切口(手术时间≤0.5-1小时、无人工植入物)手术，预防性抗菌药使用比例≤30%。 | 3分，未达到不得分 | | | |
| | | 2、职能部门履行监管职责，并有分析反馈和整改措施。 | 2分，未达到不得分 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、 台账；抽查20份手术 病历 | | |
| | 1、手术预防性抗菌药使用符合相关规范。 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 4-5-4 做好患者手术后治疗、 | 4-5-4-1 制订患者术后医疗、护理和其他 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账；访谈3个科室5 | | |
| | | 1、有术后患者诊疗护理管理相关制度与流程。 | | | 任何一项指标未达到，不 | |

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|--------------|-----------------|
| 观察与护理工作，并记录在相应的医疗文书中。 | 服务计划。 | 2、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。 | | 名各级医师；抽查 20 份手术科室病历 | 得“C” | |
| | | 3、每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。 | | | | |
| | | 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、或再手术或放化疗等措施。 | | | | |
| | | 5、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。 | | | | |
| | | 6、相关人员知晓上述制度与流程。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | 4-5-4-2 手术后并发症的风险评估和预防措施到位。 | 1、职能部门对手术后患者管理有检查与监管。 | B | 查看现场，查阅资料、台账 | 5 分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、台账；有典型案例 | 1 分，未达到不得分 | |
| | | 1、术后有医疗、护理、转送等多部门协调服务计划。 | | | 2 分，未达到不得分 | |
| | | 2、计划内容完整统一，有连续性。 | | | 1 分，未达到不得分 | |
| | 3、有重大手术并发症的案例分析报告。 | 1 分，未达到不得分 | | | | |
| | 4-5-5 定期分 | 4-5-5-1 医院对手术 | 4、有持续改进措施，改进术后质量管理。 | C | 查看现场，查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 各项指标符合要求： | | | |
| | | | 1、医务人员熟悉手术后常见并发症。 | | | |
| | | | 2、手术后并发症的预防措施落实。 | | | |
| 3、对大型手术、高危手术患者有风险评估、有预防“深静脉栓塞”、“肺栓塞”的常规与措施。 | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | |
| 1、职能部门对术后患者并发症预防有检查、分析、反馈。 | B | 查看现场，查阅资料、台账 | 5 分，未达到不得分 | | | |
| 4-5-5 定期分 | 4-5-5-1 医院对手术 | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、台账 | 2 分，未达到不得分 | |
| | | 1、术后并发症预防有效。 | | | | |
| | | 2、并发症降低。 | | | 3 分，未达到不得分 | |
| | | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|------------------------|-----------------|-----------------|
| 析影响围术期质量与安全管理的因素，对“非计划再次手术”与“手术并发症”等医院管理评价指标，实施管理与评价，改进手术质量与安全。 | 科室有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，有能够显示持续改进效果的记录。 | 1、医院对手术科室有明确的质量与安全指标，建立手术质量（特别是十八类代表性手术）管理的数据库，内容包括：住院重点手术总例数、死亡例数、术后非计划重返再次手术例数、手术后并发症例数、手术后感染例数、围术期预防性抗菌药的使用、手术切口信息。 | | 台账；访谈3个科室5名各级医师 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 2、有对患者身份识别及手术部位校准的措施。 | | | | |
| | | 3、定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的手术治疗能力与质量水平。 | | | | |
| | | 4、对临床手术科室医师与护理人员培训。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 4-5-5-2 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。 | 1、科室定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势有自查、分析、整改。 | B | 查看现场，查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 |
| | | | 2、职能部门对手术质量与安全指标有检查、分析、反馈。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 |
| | | | 1、持续改进有成效，各项质量与安全指标呈正向变化趋势。 2、有效控制非计划再次手术，比例控制持续改进有成效。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 4-5-5-2 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐；培训课件、签到 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 1、有“非计划再次手术”相关管理制度与流程。 | | | |
| | | | 2、将控制“非计划再次手术”作为对手术科室质量评价的重要指标。 | | | |
| | | | 3、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。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | | | |
| | 4-5-5-2 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。 | 1、科室对“非计划再次手术”有自查、分析、整改。 | B | 查阅资料、台帐；选取3个手术科室5名医师访谈 | 3分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对“非计划再次手术”有检查、分析、反馈。 | | | 2分，未达到不得分 | |

| | | | | | |
|---|---|--|------------|---------------------------------|-----------------|
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，手术管理措施落实到位，非计划再手术病例得到有效控制。 | A | 查阅资料、台帐；培训课件、签到 | 5分，未达到不得分 |
| 4-5-6 有手术部位识别标示、手术安全核查、手术风险评估制度和流程。 | 4-5-6-1 有手术部位识别标示制度与工作流程。 | 各项指标符合要求： 1、有手术部位识别标示相关制度与流程。 | C | 查阅制度、到手术室现场查看10例手术患者或询问手术后患者10人 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、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、患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位，执行率100%。 | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | | | |
| | 4-5-6-2 有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。 | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，手术部位识别和标示规范，合理、科学，措施落实到位。 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，手术部位识别和标示规范，合理、科学，措施落实到位。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 各项指标符合要求： 1、有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 | C | 现场查看，抽考相关人员各2名 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、实施“三步安全核查”。 | | | |
| | | 3、准备切开皮肤前，手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术安全核查”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。 | | | | | |
| 符合“C”，并： 1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | | | | | |
| | 符合“B”，并： 1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： 1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | A | 查阅台帐、查阅相关科 | | |

| | | | | | |
|---|--|--|------------|---|-----------------|
| | | 1、手术核查、手术风险评估执行率 100%。 | | 室运行病历 10 份、到手术室现场查看 10 例手术患者或询问手术后患者 10 人 | 5 分，未达到不得分 |
| 4-5-7 开展日间手术，提高医疗卫生资源的利用，缩短住院患者等待时间。 | 4-5-7-1 开展日间手术，提高医疗卫生资源的利用，缩短住院患者等待时间。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有开展日间手术相关管理制度与目录。 | | | |
| | | 2、日间手术纳入手术信息管理。 | | | |
| | | 3、对日间手术患者有随访。 | | | |
| | | 4、相关人员知晓日间手术的制度与目录。 | | | |
| | | 5、日间手术开展率 \geq 2%。日间手术开展率=日间手术量/（住院手术量+日间手术量）。 | B | 查阅资料 | 1 分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室、职能部门对日间手术有定期自查和评价，对存在问题有整改。 | | | |
| | | 2、日间手术开展率 5%-10%。日间手术开展率=日间手术量/（住院手术量+日间手术量）。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5 分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，日间手术开展率 \geq 10%。日间手术开展率=日间手术量/（住院手术量+日间手术量）。 | | | | | |
| 4-6 麻醉管理与持续改进 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-6-1 麻醉医师有专业理论和技能培训，手术麻醉人员配置合理。 | 4-6-1-1 实行麻醉医师资格分级授权管理，并有明确的制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台帐；现场追踪访视 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有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。 | | | |
| | | 3、独立实施麻醉的医师须具备中级以上专业技术职务任职资格。 | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------|
| | 4、麻醉医师知晓率 100%。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | 2分，未达到不得分 | |
| | 1、职能部门对授权情况实施动态管理，有监督检查记录。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | 2、有反馈措施。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 3、有处理。 | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、麻醉医师资格分级授权管理执行良好，无超权限操作情况。 | | | | |
| 4-6-1-2 由具有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制定麻醉计划。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 1、由具有资质和授权的麻醉医师为每一位手术患者制订麻醉计划。 | | | | |
| | 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。 | | | | |
| | 3、根据麻醉计划进行麻醉前的各项准备。 | | | | |
| | 4、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。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视 | 2分，未达到不得分 | |
| | 1、科室对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、总结、分析。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 2、职能部门履行监管职责并记录。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 3、有定期监管检查分析反馈，有改进措施。 | A | 查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视 | 3分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、对措施落实情况进行追踪评价。 | | | |
| | 2、有持续改进。 | | | | |
| 4-6-1-3 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，完成继续 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 1、有定期对麻醉医师进行专业理论和技能培训的制度。 | | | | |
| | 2、麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------|------------------|------------------|-----------|------------------------------|---|---|------------------|-----------------|
| | 教育。 | 3、麻醉医师定期（至少每年）接受继续教育知识更新。 | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 | | | | | | |
| | | 4、每一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，及时更新心肺复苏流程。 | | | | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | | | | |
| | | 1、职能部门对培训效果有检查与监管。 | | | | | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，麻醉医师专业理论和专业技能不断提升。 | | | | | | | | | |
| | 4-6-1-4 手术麻醉人员配置合理。 | 2、麻醉医师继续学分达标率≥90%。 | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 2分，未达到不得分 | | | | | | |
| | | 3分，未达到不得分 | | | | | | | | | |
| | | 各项指标符合要求： | | | | C | 查看现场，查阅资料、 台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、麻醉科主任具有副高级及以上、护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格。 | | | | | | | | | |
| | | 2、有明确的岗位职责，相关人员知晓本岗位的履职要求。 | | | | | | | | | |
| | | 3、手术室护理人员人数与手术台比例应不低于2.5：1。 | | | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 | | | | | | | | |
| 1、职能部门对麻醉人员配置情况有检查监管。 | | | | | | | | | | | |
| 符合“B”，并： | | | | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 | | | | | |
| 1、麻醉医师人数与手术台比例应不低于2：1。每张手术台配备一名麻醉住院医师及一名主治及以上的麻醉医师。 | | | | | | | | | | | |
| 4-6-2 实行患者麻醉前病情评估制度，风险评估结果记录在病历中。 | | | | | | | 4-6-2-1 有患者麻醉前访视、评估和麻醉前讨论制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | | | | | | 1、有患者麻醉前访视和评估制度。内容包括：明确患者麻醉前病情评估的重点范围、手术风险评估、术前麻醉准备、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。 | | | |
| | 2、有麻醉前讨论制度，对高风险择期手术、新开展手术或麻醉方法等进行麻醉前讨论。 | | | | | | | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、 | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|------------------|---------------------------|---------------------|
| | | 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。 | | 台账 | 3分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对患者麻醉管理工作有检查与监管。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，麻醉前评估和讨论制度落实到位。病历记录完整性100%。 | | | | |
| | 4-6-2-2 有麻醉意外与并发症处理规范。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、台账；现场 考核3名麻醉科医护人员 | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 1、有麻醉意外与并发症处理规范与流程。有及时报告的流程；处理过程应该得到上级医师的指导；处理过程记录于病历/麻醉单中。 | | | | |
| | | 2、麻醉医师知晓规范和流程，知晓率100%，落实并记录各项处理措施。 | | | | |
| | | 3、变更麻醉方法有明确的适应证，获得上级医师同意，家属知情，并记录。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | B | 查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、科室定期对麻醉意外和并发症有自查。 | | | | |
| | | 2、职能部门对科室自查落实情况有检查与监管。有改进措施。 | | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、持续改进有成效，麻醉意外、并发症、麻醉变更管理规范，质量不断提升。 | | | | | |
| | 4-6-2-3 麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、台账；抽查 20份手术病历 | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 1、按规定内容书写麻醉单，麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。 | | | | |
| 2、执行手术安全核查。 | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | B | 查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 | | |
| 1、科室有专门质控人员对麻醉相关医疗文书有定期自查、分析、整改。 | | | | | | |
| 2、职能部门对麻醉相关文书管理有检查与监管。 | | A | 查阅资料、台账；抽查 20份手术病历；现场考 核3名麻醉科医护人员 | 2分，未达到不得分 | | |
| 符合“B”，并： | | | | | | |
| 1、持续改进有成效，麻醉单及相关记录真实、准确、完整，符合规范，合格率100%。 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------|
| | | 2、麻醉师参加手术安全核查并签字达 100%。 | | | 2 分，未达到不得分 | | |
| 4-6-2-4 有麻醉效果评价。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有麻醉效果评价的规范与流程，并落实。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 2 分，未达到不得分 3 分，未达到不得分 | | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | | 2、科室能定期对麻醉效果资料记录。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 2 分，未达到不得分 1 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分 | | |
| | | 1、持续改进有成效，麻醉效果评价规范。 | | | | | |
| | | 2、定期开展分析、评价、总结。有改进措施，并落实。 | | | | | |
| | | 3、麻醉效果优良率达 100%。 | | | | | |
| | | 4-6-3 有麻醉后复苏室，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。 | 4-6-3-1 履行麻醉知情同意。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台账；人员访谈，现场追踪访谈；抽查 20 份手术病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 1、有麻醉前由麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人进行知情同意的相关制度。 | | | | | | | |
| 2、向患者、近亲属或授权委托人说明所选的麻醉方案及术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。 | | | | | | | |
| 3、签署麻醉知情同意书并存放在病历中。 | B | | | 查看现场，查阅资料、台账；人员访谈，现场追踪访谈 | 5 分，未达到不得分 | | |
| 符合“C”，并： 1、针对不同患者，采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。 | | | | | | | |
| 符合“B”，并： 1、患者对知情同意内容充分理解。 2、知情同意书内容完整性 100%。 | A | | | 查看现场，查阅资料、台账；人员访谈，现场追踪访谈；抽查 20 份手术病历 | 2 分，未达到不得分 3 分，未达到不得分 | | |
| | | | | | | | |
| 4-6-3-2 麻醉后复苏 | | | | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 | |

| | | | | | |
|------------------------------|--|--|------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| 室合理配置，管理措施到位。 | 1、麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1：3。 | 台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | 2、麻醉复苏室配备医护人员满足临床需要，至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。 | | | | |
| | 3、对麻醉复苏室的医护人员进行定期培训。 | | | | |
| | 4、复苏室每床配备吸氧设备、无创血压和血氧饱和度等监护设备，配备呼吸机、抢救车等设备，定期维护设施设备，有维护记录。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | | | |
| | 1、科室对麻醉后患者管理工作有自查、分析、整改。 | B | 查看现场，查阅资料、台账；现场考核 3 名麻醉科医护人员 | 2分，未达到不得分 | |
| | 2、职能部门对麻醉复苏室配置和管理制度落实情况有检查与监管。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | 3、对设施设备进行定期维护。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、台账 | 2分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，麻醉全程管理规范，麻醉并发症减少，质量不断提升。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | 2、配置符合规定要求，管理措施到位。 | | | | |
| | 4-6-3-3 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视；抽查 20 份手术病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。 | | | |
| | | 2、转出的患者有评价标准（Steward 评分或 Aldrete 评分等），评价结果有记录。 | | | |
| 3、有患者进入、转出麻醉术后复苏室的交接流程与内容记录。 | | | | | |
| 4、患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。 | | | | | |
| 5、准确记录患者进、出麻醉术后复苏室的时间。 | | | | | |
| 符合“C”，并： | | B | 查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视 | 3分，未达到不得分 | |
| 1、科室对麻醉复苏患者出入标准执行有自查、分析、整改。 | | | | 2分，未达到不得分 | |
| 2、职能部门对麻醉复苏患者标准落实情况有检查与监管。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、 | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|------------|---|--|
| | | 1、持续改进有成效，患者的监护和处理记录真实、准确、完整，病历记录完整率 100%。 | | 台账；现场追踪访视； 抽查 20 份手术病历 | 5 分，未达到不得分 |
| 4-6-4 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。 | 4-6-4-1 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账；抽查 5 名相关科室 医护人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有术后、慢性疼痛、癌痛患者的舒缓镇痛治疗规范。 | | | |
| | | 2、对参与舒缓治疗的相关医护人员进行定期培训与考核。 | | | |
| | | 3、麻醉医师掌握术后镇痛治疗规范与流程，并能在镇痛治疗中认真执行，镇痛治疗效果正确评价，有记录。 | | | |
| | | 4、相关器材与药品使用合理。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | 3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对术后镇痛治疗规范执行有自查，对存在的问题有分析和整改。 | | | |
| | | 2、职能部门有检查与监管。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5 分，未达到不得分 | | |
| | | 1、持续改进有成效，术后镇痛治疗管理规范。 | | | |
| 4-6-5 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。 | 4-6-5-1 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视； 抽查 20 份输血病历； 访谈 5 个科室共 5 名医 护人员 | 任何一项指标未达到，不得“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、有麻醉科与输血科沟通的流程并落实，保障术中输血及时、合理、安全。 | | | |
| | | 3、有术前用血评估和用血疗效评价制度。 | | | |
| | | 4、相关人员知晓术中用血的制度与流程，并严格执行。 | B | 查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视 | 2 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分 1 分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室定期对手术中用血、自体血回输有自查、分析、整改。 | | | |
| | | 2、职能部门对手术用血管理有检查与监管。 | | | |
| 3、麻醉科与手术科室和输血科等人员能有效沟通，保障术中输血及时、合理、安全。 | A | 查看现场，查阅资料、 | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|-----------------------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，手术用血管理规范，自体输血率不断提高。 | | 台账；现场追踪访视； | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、术中合理用血率达100%。 | | 抽查20份输血病历； 访谈5个科室共5名医护人员 | 3分，未达到不得分 |
| 4-6-6 定期分析麻醉管理评价指标，开展麻醉质量评价，确保患者麻醉安全。 | 4-6-6-1 定期分析麻醉管理评价指标，开展麻醉质量评价，确保患者麻醉安全。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有麻醉质量监测指标并采集相关数据。(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)。 | | | |
| | | 2、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。 | | | |
| | | 3、定期评价“手术安全核查与手术风险评估制度”的执行情况。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室定期开展麻醉质量评价，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。 | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对麻醉质量有检查、分析、反馈。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、建立麻醉质量数据库。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 4、定期分析指标的数据变化趋势和原因，有年度麻醉质量安全报告。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，监测指标健全，数据资料收集规范、完整。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | | 2、通过运用监控指标分析，有效落实各项针对性的改进措施，麻醉质量与安全水平提高。 | | | |
| 4-6-7 扩展麻醉医疗服务领域 优化手术相关 | 4-6-7-1 扩展麻醉医疗服务领域，优化手术相关麻醉。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、开设麻醉门诊。 | | | |
| | | 2、开展住院手术、日间手术相适应的麻醉工作。 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|-----------|--------------|---------------|
| 麻醉。 | | 3、手术患者以及有创诊疗操作前要完成手术风险评估、术前准备指导、术后恢复指导等服务。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、台帐 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、开展无痛胃镜、无痛纤维支气管镜、有创操作的镇静、镇痛的麻醉服务。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 2、科室有定期自查、分析和整改。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、职能部门有督查、分析、反馈和整改。 | A | 查看现场，查阅资料、台帐 | |
| | | 符合“B”，并： | | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，麻醉医疗服务能力提升。 | | | |
| 4-7 急诊管理与持续改进 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-7-1 急诊科布局、急诊服务支持部门设置、人力配备、仪器设备及药品配置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》和《江苏省“十三五”院前急救医疗事业发展规划》的要求。 | 4-7-1-1 急诊科布局、急诊服务支持部门设置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》和《江苏省“十三五”院前急救医疗事业发展规划》的要求。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、访谈现场查看 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、急诊科按照相关要求独立设置，其功能、布局、人员和设备配备及药品配置符合要求。 | | | |
| | | 2、急诊科的辅助检查、药房、收费等区域的距离利于急诊抢救。 | B | 查阅资料现场查看 | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、急诊科分设普通急诊患者、危重伤病患者和救护车出入口通道，并有醒目的路标及标识。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、有独立的重症监护室且≥10张监护床，监护床位数量与每日急诊患者总量比例≥1：50。 | | | |
| | | 3、职能部门有检查与监管。 | A | 查阅文件现场查看 | |
| 符合“B”，并： | 2分，未达到不得分 | | | | |
| 1、三级医院急诊科面积>3000 m ² ；急诊抢救室具备≥10张床位的抢救单元，其中包括≥2张床位的复苏单元；急诊手术室24小时开放，并有多学科合 | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--------------------|---------------|
| | | 作机制。 | | | |
| | | 2、设有保护病人隐私的分诊区域。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、成为国家或区域的急诊医疗指导中心。 | | | 1分，未达到不得分 |
| 4-7-1-2 急诊科应当配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料、访谈 现场查看 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、急诊科固定的急诊医师、急诊护理人员分别不少于在岗相应人员的50%，重点保障抢救单元护士人力配备。 | | | |
| | | 2、急诊科主任由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师担任；急诊科护士长由主管护师及以上任职资格和5年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。 | | | |
| | | 3、急诊病房及急诊监护室由全院有资质的临床医生负责，共同排班、值班。 | | | |
| | | 4、急诊手术室有专职手术护理人员或由病房手术室统一管理。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅文件、资料、访谈 现场查看 | 1.5分，未达到不得分 |
| | | 1、急诊科独立值班医师应在本院执业注册登记，具有三年以上工作经历。 | | | |
| | | 2、就诊区护士与患者比例1:10；留观护士与患者比例1:2；监护室护士与患者比例2:1。 | | | |
| | | 3、职能部门对急诊医护人员配置、任职资格、知识技能有检查与监管。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅文件、证书，现场 查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、急诊科主任由主任医师担任，博士生导师或硕士生导师，省级质控中心主任或副主任，或省医学会急诊医学分会主任委员或副主任委员。 | | | |
| | | 2、急诊科护士长由副主任护师以上技术人员担任，从事急诊工作5年以上。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 4-7-1-3 仪器设备及药品配置符合急诊科建设与管理的基本标准。急救设备处于应 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、台帐、访谈 现场查看 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、仪器设备及药品配置符合急诊科建设与管理的基本标准。 | | | |
| | | 2、保障急救用的仪器设备及药品满足急救需要。 | | | |
| | | 3、各种抢救设备操作规程随设备存放，方便使用。 | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|--------------------|
| | 急备用状态，有应急调配机制。 | 4、急救设备有专人保养维护，急救药品有专人管理，急救设备处于急备用状态，有应急调配制度。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅文件、台帐现场查看 | |
| | | 1、具备呼吸机、血液净化、创伤急救、血流动力学监测、24小时快速检测肌钙蛋白、D-二聚体等设备。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 2、科室对应急设备状态有自查，问题及时整改，记录完整。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、职能部门对急诊设备药品配置和维护情况有检查与监管。 | 2分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅文件、台帐现场查看 | |
| | | 1、配备包括心肺复苏、呼吸循环支持、床旁超声（FAST）、床旁X光机、深静脉置管、保温、加温快速输液、出凝血功能检测等设备。 | | | 3分，未达到不得分 |
| 2、随急诊救治病种变化增加相应仪器设备及药品。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| 4-7-2 急诊医务人员按计划进行技术和技能专业培训，能够熟练、正确使用各种抢救设备，掌握各种抢救技能。 | 4-7-2-1 急诊医务人员经过专业培训，考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料、访谈 现场查看 | |
| | | 1、有急诊医务人员技术和技能的年度培训计划，并组织落实。 | | | |
| | | 2、急诊医护人员全部经过急诊专业培训，考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”，有考核记录。 | | | |
| | | 3、急诊监护室固定医师与护理人员均经ICU专业培训，技能考核合格。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、访谈 | | |
| | 1、职能部门对培训效果有检查与监管。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、访谈 | | |
| | 1、职能部门对急诊人员诊疗水平有动态管理。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | 2、持续改进有成效，医护人员诊疗水平不断提升。 | 2分，未达到不得分 | | | |
| | 4-7-2-2 医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，掌握各 | 各项指标符合要求： | 1、医护人员具备高级心肺复苏基础理论、基本知识和操作技能。 2、急诊医师具备独立抢救常见急危重症患者的能力，熟练掌握高级心肺复 | C | 查阅资料、现场查看、 现场考核 |
| | | | | | |
| 任何一项未达到，不得“C” | | | | | |

| | | | | | |
|--|--------------------------------|--|---|-----------|---------------|
| | 种抢救技能，包括高级心肺复苏技能。 | 苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、电复律、呼吸机使用、血液净化和创伤急救等技能。 | | | |
| | | 3、急诊护理人员除具备常用的护理技能外，还应具有配合医师完成上述操作的能力。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、访谈 | |
| | | 1、职能部门对医护人员抢救技能有检查与监管。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 现场考核 | |
| | | 1、住院医师规范操作气管插管技术、简易呼吸器、除颤器的使用、深静脉穿刺技术。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、主治医师规范操作高级心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、电复律、呼吸机使用、血液净化和创伤急救等技能。 | | | 2分，未达到不得分 |
| 3、有记录表明医务人员抢救技能不断提升。 | 1分，未达到不得分 | | | | |
| 4-7-3 急诊服务及时、安全、便捷，建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务工作流程，提高急诊服务能力。 | 4-7-3-1 急诊服务及时、安全、便捷，提高急诊服务能力。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、有统一规范的急诊（含抢救）服务流程。有各部门、各科室职责分工与服务时限要求。 | | | |
| | | 2、医院能提供“24小时×7天”连续不间断的急诊服务，包括：内科、外科专业科室（包括介入专业）；药学、医学影像（普通放射、CT、超声等）、临床检验、输血等部门；医疗器械部门及保障部门。 | | | |
| | | 3、儿内科、儿外科、眼科、耳鼻喉科等医师承担本专业急诊工作。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场查看 | |
| | | 1、职能部门对急诊抢救工作有检查与监管。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、急诊科区域内有独立的急诊手术室。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、有供急诊科专用的医技检查部门（放射、检验、B超、CT）。 | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、现场查看 | |
| | | 1、持续改进有成效，急诊抢救流程顺畅，诊疗服务满足急诊患者救治需求。 | | | 5分，未达到不得分 |

| | | | | | |
|--|---|--|---|----------------|---------------|
| | 4-7-3-2 建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务工作流程。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、有院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务工作流程。 | | | |
| | | 2、有急诊患者病情分级分区相关管理规定。 | | | |
| | | 3、按照患者病情实施分级、分区救治。 | | | |
| | | 4、有多部门、多科室的协调机制，保障多发伤、复合伤、疑难病例的抢救治疗。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室有自查，对存在的问题及时整改。 | | | |
| | | 2、职能部门对急救实施情况有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、现场查看 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、急诊有信息系统支持，事先获取院前急救转诊患者信息，提高抢救成功率。 | | | |
| 2、有急诊网络支持系统，实现急诊与院内各相关科室、急诊与卫生健康委的信息对接。 | | | | | |
| 3、有部门定期评价医院对院内外紧急事件的反应能力，对存在问题有持续改进措施并得到落实。 | | | | | |
| 4-7-4 建立急诊“绿色通道”，加强急诊检诊、分诊，有效分流非急危重症患者，及时救治急危重症患者。 | 4-7-4-1 加强急诊检诊、分诊，有效分流非急危重症患者，及时救治急危重症患者。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看、人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、有急诊检诊和分诊制度，有专人负责急诊检诊、分诊工作；具备有效分流非急危重症患者措施；有分诊记录。 | | | |
| | | 2、检诊、分诊人员经过培训。 | | | |
| | | 3、急诊患者得到及时救治，时间节点记录清晰，有去向登记。 | | | |
| | | 4、急诊患者病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场查看、人员访谈 | 2分，未达到不得分 |
| 1、转送急危重症患者均有病情资料交接。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。 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|--------------------|---------------|---------------|
| | | 2、职能部门对急诊检诊、分诊制度落实情况有检查与监管。 | | | 1.5分，未达到不得分 | |
| | | 3、对存在的问题有持续改进措施并得到落实。 | | | 1.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | | |
| | | 1、持续改进有成效，急诊患者有效分流，急危重症患者及时有序地得到救治。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 2、急危重症患者急诊就诊等候时间有效缩短。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | 4-7-4-2 有急危重症抢救患者优先住院的制度与措施，保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。 | 各项指标符合要求： | 1、有急危重症抢救患者优先住院的制度。 | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | | 2、急危重症患者实行“先抢救、后付费”。 | | | |
| | | | 3、有拟收住院科室无床位时的应急保障措施，滞留急诊观察患者比例下降。 | | | |
| | | | 4、急危重症抢救患者经处置后，需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | | |
| | | 1、急危重症患者急诊留观滞留时间小于72小时。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对急危重症患者住院管理制度落实情况有检查与监管。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | | |
| | | 1、急诊需住院病人均能及时通过绿色通道入住相关科室。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 2、无急诊住院病人滞留急诊留观。 | | 2.5分，未达到不得分 | | |
| 4-7-5 针对重大突发事件应急医疗救援，制定重大抢救工作流程，保证绿色通道畅通。 | 4-7-5-1 针对重大突发事件应急医疗救援，制定大规模抢救工作流程，保证绿色通道畅通。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” | |
| | | 1、急诊科有根据重大突发事件应急医疗救援特点制定的大规模抢救方案和工作流程。 | | | | |
| | | 2、有重大突发事件应急医疗救援计划与演练。 | | | | |
| | | 3、相关部门组织实施和协调应急医疗救援，有记录。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、人员访谈 | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|-----------|--------------------|--------------------|
| | | 1、科室对重大突发事件应急抢救有总结分析，对存在问题有持续改进措施并得到落实。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对应对重点突发急诊医疗救援工作有检查、演练存在问题有分析、有改进建议。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，急诊应急医疗救援工作流程科学、合理，绿色通道畅通有保障。 | | | |
| 4-7-6 建立创伤、急性呼吸衰竭、急性呼吸衰竭、等重点病种的急诊服务流程与规范。 | 4-7-6-1 对急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、等重点病种的急诊服务流程与服务时限有明文规定，能落实到位。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、对急性创伤、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种的急诊服务流程与服务时限有明文规定，并且在技术、设施方面提供支持。 | | | |
| | | 2、有急诊服务体系中相关部门（包括急诊科、各专业科室、各医技检查科室、药剂科以及挂号与收费等）职责，尤其对复杂多病共患的患者诊治职责有明确要求。 | | | |
| | | 3、有培训与教育，措施落实到位。 | | | |
| | | 4、职能部门管理人员知晓任职要求。 | | | |
| | | 5、急诊服务体系相关责任部门人员知晓任职要求。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | 4-7-6-2 建有创伤急诊服务流程与服务时 | 1、职能部门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服务。 | B | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | 4-7-6-2 建有创伤急诊服务流程与服务时 | 1、缩短救治时间，提升救治成功率。 | A | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、重点病种患者，尤其是合并有多科疾病的患者得到连贯、及时、有效救治，无推诿现象。 | | | |
| | | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 |
| | | 1、急诊科医护人员参与医院创伤中心诊疗团队；建立以急诊外科为核心的 | | | |

| | | | | |
|--|--|-----------|--------------------|---------------|
| 限有明文规定，能落实到位。 | 创伤救治团队。 | | | |
| | 2、有创伤救治诊疗指南、规范和操作流程，包括现场评估、病情评估、患者转运与交接、院内急救等环节。 | | | |
| | 3、有明确的创伤各重点环节救治时间节点要求。 | | | |
| | 4、有培训与教育，相关医护人员知晓并执行。 | | | |
| | 符合“C”，并： | | | |
| | 1、通过信息化支撑，职能部门开展救治时间节点管理，对存在的问题有反馈、有改进措施。 | B | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | 2分，未达到不得分 |
| | 2、实现信息的互联互通，使院前救治与院内救治无缝连接。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | 3、建立包含远程实时传输心电图、微信群、手机短信、传真等多种形式为一体的院内信息共享平台，确保患者得到及时的诊断与鉴别诊断。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | | |
| | 1、被确定为省或区域救治中心或救治中心建设单位。 | A | 查阅文件 | 5分，未达到不得分 |
| 4-7-6-3 有保证相关人员及时参加急诊抢救和急会诊的相关制度。相关人员应当在规定时间内进行急诊会诊。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | 1、医院有首诊负责、急诊抢救和急会诊的相关制度。 | | | |
| | 2、有明确的会诊时限规定。 | | | |
| | 3、相关科室与人员均能知晓与执行。 | | | |
| | 符合“C”，并： | | | |
| | 1、科室有自查，对存在的问题有分析和整改。 | B | 查阅资料、现场查看、 人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | 2、职能部门对急诊救治相关制度有检查，存在问题有分析和问题反馈，有改进建议。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，急诊抢救和急会诊制度落实到位，患者得到及时有效救治。 | A | 查阅资料、现场查看 | 5分，未达到不得分 | |

| 4-8 重症医学科管理与持续改进 | | | | | |
|--|--|--|----|-------------------|-----------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-8-1 重症医学科布局、设备设施、专业人员资质与能力、设置及医院感染控制符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。 | 4-8-1-1 重症医学科布局、设备设施、床位设置与人力资源配置符合重症医学科建设与管理的基本要求。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅文件、资料、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、重症医学科布局符合要求，床位占医院总床位的比例至少达到 2%。每床使用面积不少于 15 平方米，床间距大于 1 米。 | | | |
| | | 2、最少配备一个单间，每天至少应保留 1 张空床以备应急使用。 | | | |
| | | 3、设备设施符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》要求，有专人负责设备维护，设备、设施处于备用完好状态。 | | | |
| | | 4、信息系统有检验、影像等医技检查信息的及时传递。 | | | |
| | | 5、重症医学科医师人数与床位数之比不低于 0.8 :1，固定医师床位比≥50%；护士人数与床位数之比不低于 3 :1(专科 ICU 护士人数与床位数之比不低于 2.5: 1)。 | | | |
| | | 6、科主任具有副高级专业技术职务任职资格。 | | | |
| | | 7、护士长具有中级以上专业技术职务任职资格，在重症监护领域工作 3 年以上。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅文件、资料、人员访谈 | 1分，未达到不得分 |
| | | 1、重症医学床位占医院总床位的比例大于 5%且小于 8%。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、信息系统有支持医疗质量管理和医院感染监控的功能。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、科主任具有主任医师资格。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 4、职能部门对重症医学科设备设施、床位及人力资源管理有检查与监管。 | A | 查看现场、查阅文件、资料、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、重症医学床位占医院总床位的比例达到 8%，护士人数与床位数之比达到 3:1 | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|-------------|-----------------------|-----------------|
| | | 2、全院重症医学床位实行统一管理。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 4-8-2 有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”，定期评价收住患者的适宜性及临床诊疗质量，并能以此评价改进措施的有效性。 | 4-8-2-1 有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、 台帐人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有重症医学科规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，并执行。 | | | |
| | | 2、有重症医学科收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程。 | | | |
| | | 3、对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估并执行，转入（出）符合标准，评分规范。 | | | |
| | | 4、按要求上报省级质控中心信息报表，内容真实、完整。 | | | |
| | | 5、抗菌药物应用、储备药品、一次性耗材使用合理、规范。 | B | 查看现场、查阅资料、 台帐人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室按照国家重症医学质控指标、科室质控标准履行日常监管，定期进行自查，运用质量管理工具对存在问题分析整改；并有记录。 | | | |
| | | 2、职能部门对重症医学科制度落实有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、有数据提示：质量与安全持续改进。 | A | 查阅文件、资料、人员 访谈 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| 2、省级质控中心年度考核结果达到优秀等级。 | | | | | |
| 4-8-3 对重症疑难患者实施多学科联合查房制度，患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。 | 4-8-3-1 建立多学科协作机制。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅文件、 资料、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有落实多学科协作相关规定与措施。 | | | |
| | | 2、以重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持。 | B | 查看现场、查阅资料、 台帐人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对多学科协作与支持有检查与监管。 | A | 查看现场、查阅资料、 台帐人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，重症疑难患者能够得到多学科联合诊治。 | | | | | |

| 4-9 感染性疾病管理与持续改进 | | | | | |
|--|---------------------------------|--|-----------|-------------------|-----------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-9-1 执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范承担本单位和责任区域内的传染病预防工作,设立疾病预防控制专职部门及医院感染管理委员会,建立健全规章制度并组织实施,规范传染病处理措施预防和控制传染病的传播和医源性感染。 | 4-9-1-1 健全传染病防治与感染性疾病诊疗组织架构。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅文件、资料,台帐 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、有健全的传染病防治与感染性疾病诊疗组织架构且职责明确。 (1)有传染病防治与医院感染管理职能部门。 (2)有传染病防治工作领导小组。 | | | |
| | | 2、依据《传染病防治法》、《医院感染管理办法》及相关法律、法规、规章和规范,完善感染管理相关的制度、流程、岗位职责、诊疗规范等。 | | | |
| | | 3、承担本单位和责任区域内的传染病预防与控制工作。 | | | |
| | | 4、开展相关制度、规范的培训。 | | | |
| | | 5、有重点传染病防治和突发公共卫生事件救治专家组。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅资料,现场考查 | 2分,未达到不得分 |
| | | 1、传染病防治与医院感染管理部门管理人员和感染性疾病科人员知晓并遵守相关制度,履行岗位职责。 | | | 1分,未达到不得分 |
| | | 2、协助疾病预防控制中心对疾病疫情调查、采样与处理的流程。 | | | 2分,未达到不得分 |
| | | 3、协助疾病预防控制中心及有关部门落实控制传染病传播措施。 | A | 查阅资料,现场查看 | 2分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | 1分,未达到不得分 |
| | | 1、传染病报告及时,感染性疾病管理规范,无因管理问题导致传染病播散。 | | | 2分,未达到不得分 |
| 2、感染性疾病救治专家组参与区域突发性公共卫生事件的救援,协助指导各类感染性疾病的救治。 | C | 查阅文件、资料,现场查看、人员访谈 | 1分,未达到不得分 | | |
| 3、有职能部门间协调机制和协调流程,共同支持传染病防治与医院感染管理工作。 | | | 2分,未达到不得分 | | |
| 4-9-2 根据标准预防的原则,采取标准防护 | 4-9-2-1 为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品,根 | 各项指标符合要求: | C | 查阅文件、资料,现场查看、人员访谈 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 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。 | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-----------|-----------------|---|-------------------|-------------|
| 措施,为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品。 | 据标准预防的原则,采取标准防护措施。 | 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、有职业防护和职业暴露相关知识培训,对职工定期体检,建立职工健康档案。 | | | | | | |
| | | 4、医务人员掌握职业暴露处置流程,能正确使用防护用品,凡接触血液、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。 | | | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | | | |
| | | 1、有职业暴露的应急预案,处置流程明确,并组织演练。 | | | | B | 查阅文件、资料,现场查看、人员访谈 | 1.5分,未达到不得分 |
| | | 2、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。 | | | | | | 2分,未达到不得分 |
| | | 3、职能部门履行监管职责,定期对落实情况监督检查。 | | | | | | 1.5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | | A | 查阅文件、资料,现场查看、人员访谈 | |
| | | 1、相关人员对职业防护和职业暴露处置知晓率100%。 | | | | | | 3分,未达到不得分 |
| | | 2、对制度落实情况进行追踪与成效评价,有持续改进。 | | | | | | 2分,未达到不得分 |
| 4-9-3 开展对传染病的监测和报告工作有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作,并按照规定进行网络直报。 | 4-9-3-1 有专门部门或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。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料,现场查看 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | | |
| 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)》制定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、有专门部门及专职人员负责传染病疫情报告与管理工作。 | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | |
| 5、传染病报告责任落实到每一位医务人员。 | | | | | | | | |
| 6、专职管理人员负责传染病报告卡的收集、汇总登记、核对以及监管等工作。 | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|-----------|--------------|-----------------|--------------------|-----------|
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看 | | | |
| | | 1、落实传染病报告责任奖惩制度。 | | | 2分，未达到不得分 | | |
| | | 2、传染病网络信息管理符合相关规定，明确疫情查询、使用权限，未经授权不得发布传染病信息。 | | | 1.5分，未达到不得分 | | |
| | | 3、职能部门对突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告履行监管，对存在问题与缺陷及时整改。 | | | 1.5分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、传染病报告登记项目完整，传染病报告率100%，传染病报告及时率100%。 | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 4-9-4 定期对医务人员进行传染病防治知识和技能以及有关传染病疫情监测信息报告工作的培训，做好院内及责任区域内的预防传染病的健康教育。 | 4-9-4-1 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | | | |
| | | 1、有全员传染病防治知识和技能培训的计划定期开展传染病防治知识和技能培训，内容包括： (1) 传染病防治的法律、法规、规章、技术操作规范。 (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。 | | | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、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。 | | | B | 查阅资料，现场查看， 人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | 1、医务人员传染病防治知识与技能考核合格率100%。 | A | 现场查看，人员考查 | 2.5分，未达到不得分 | | | |
| | 2、医务人员传染病处置流程知晓率100%。 | | | 2.5分，未达到不得分 | | | |
| | 4-9-4-2 向公众开展传染病预防知识的教育、咨询。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料，现场查看 | | | |
| | | 1、采用多种形式向公众开展传染病预防知识的教育和咨询，有教育、咨询相关资料。 | | | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|-----------|-----------------|
| | | 2、针对手足口、麻疹、水痘等常见儿童传染病开展预防教育咨询。 | | | |
| | | 3、科室有完整的教育、咨询资料。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，健康宣传和健康促进工作到位。 | | | |
| 4-9-5 根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科，其建筑规范，医疗设备和设施、人员应符合国家有关规定。 | 4-9-5-1 根据相关法律、法规、部门规章要求设置感染性疾病科，其建筑规范，医疗设备和设施、人员应符合国家有关规定。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、根据相关要求设置有感染性疾病科及配备专业医疗组，且功能职责明确。 | | | |
| | | 2、承担各类感染性疾病，特别是细菌真菌感染及发热待查的诊治会诊工作。 | | | |
| | | 3、参与感染性疾病多学科联合诊疗、抗菌药物临床应用管理。 | | | |
| | | 4、开展感染病诊疗及抗菌药物合理应用的培训和科普宣传。 | | | |
| | | 5、感染性疾病科门诊设置：可设置独立的挂号收费、呼吸道(发热)和肠道疾病患者各自的候诊区和诊室。 | | | |
| | | 6、有传染病门诊工作制度、流程、岗位职责并执行。 | | | |
| | | 7、有传染病门诊患者就诊指示标识及就诊流程规定并公示。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场访谈 | 1分，未达到不得分 |
| | | 1、科室有自查、分析、整改。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、感染性疾病科人员配置、梯队结构合理，满足工作需要，科主任具备副主任医师及以上任职资格，护士长具备主管护师及以上任职资格。 | | | 0.5分，未达到不得分 |
| | | 4、设有收治细菌真菌感染患者的感染性疾病科病房。 | | | 0.5分，未达到不得分 |
| | | 5、承担院内各类疑难危重细菌真菌感染、耐药菌感染患者的诊疗和会诊工作。 | | | 0.5分，未达到不得分 |
| 6、组织并参加医院感染病例MDT讨论。 | 0.5分，未达到不得分 | | | | |

| | | 7、参与医院抗菌药物管理审核指导工作。 | | | 0.5分，未达到不得分 | | |
|--|--|---|----|---|-----------------|--------------|---|
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅文件、资料，现场查看 | | | |
| | | 1、参与医院感染的诊断、治疗、防控工作。 | | | 2分，未达到不得分 | | |
| | | 2、参与院外区域内疑难危重感染病或突发公共卫生事件会诊救治工作。 | | | 3分，未达到不得分 | | |
| 4-10 中医管理与持续改进 | | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |
| 4-10-1 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等法规的要求。 | 4-10-1-1 中医科设置符合《综合医院中医临床科室基本标准》等行业主管部门法规基本要求。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、中医科为医院的一级临床科室、设立中医门诊。 | | | | | |
| | | 2、科主任具有中医类别的任职资格。中医师具备中医类别任职资格。 | | | | | |
| | | | | 3、护士接受过中医药知识技能岗位培训。护士长具有主管护师任职资格，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。 | B | 查阅资料、台帐、现场查看 | 2分，未达到不得分 1.5分，未达到不得分 1.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、门诊开设中医专业≥3个。 | | | | | |
| | | 2、科主任具有中医类别副主任医师任职资格，从事中医临床专业≥10年。 | | | | | |
| | | 3、护士长具有主管护师任职资格，从事中医临床护理5年以上，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。 | A | 查阅资料、台帐、现场查看 | 5分，未达到不得分 | | |
| 符合“B”，并： | | | | | | | |
| 1、持续改进有成效，中医科设置独立病区。 | | | | | | | |
| 4-10-2 建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等 | 4-10-2-1 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范，并落实。 | | | | | |
| | | 2、根据中医特色，开展培训与教育活动。 | | | | | |
| | | | | 3、相关人员知晓上述制度、本岗位职责及诊疗规范。 | B | 查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、科室内定期自查与整改。 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|
| 服务。 | | 2、职能部门对中医工作规范诊疗情况有检查与监管。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐、现场查看 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，中医诊疗规范，特色质量得到保障。 | | | | |
| | 4-10-2-2 充分发挥中医特色，建立并完善中医与西医临床科室的协作机制，为患者提供适宜的诊疗服务。 | 各项指标符合要求： | 1、有中医与西医临床科室的会诊、转诊相关制度，并落实。 | C | 查阅资料、台帐、病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 2、通过科间会诊，开展疑难危急重症的病情评估，制定适宜的诊疗方案。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 符合“B”，并： | 1、职能部门对中西医开展联合诊治工作有检查与监管。 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐、现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | | 1、持续改进有成效，中医特色诊疗在多学科综合诊疗工作发挥作用。 | | | |
| | 4-10-2-3 开展辨证施护，提供具有中医特色的优质护理服务。 | 各项指标符合要求： | 1、有中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色。 | C | 查阅资料、台帐、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 2、相关人员知晓本岗位的履职要求。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 符合“B”，并： | 1、为患者提供具有中医特色的康复和健康指导、具有中医特色的优质护理等服务。 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐、现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，中医特色诊疗服务在护理、健康教育和康复等医疗服务中得到充分体现。 | | | | | | |
| 4-11 康复治疗管理与持续改进 | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 4-11-1 进行康复治疗必要性评估，并给予 | 4-11-1-1 有康复诊疗指南/规范，康复医师对每位康复患者有 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得C | |
| | | 1、有康复医学科建设与管理制度的技术规范，并执行。 | | | | |
| | | 2、对每个康复患者有明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划；需要康复 | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--------------|-------------------|---------------|
| 规范指导。 | 明确诊断与功能评估,制订康复治疗计划。开展了临床早期康复介入服务。 | 治疗的住院患者由康复治疗师、康复护士协助康复医师共同完成康复计划或方案。 | | | |
| | | 3、开展临床早期康复介入服务,选派康复医师和治疗师深入临床科室,与科室建立协作的工作模式,为须康复治疗的患者,提供早期、专业的康复医疗服务。 | | | |
| | | 4、所有康复治疗计划需要患者及家属知晓并共同落实。 | | | |
| | | 5、科室对康复计划落实情况有自查、分析、整改。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对科室建设和管理有检查与监管,对存在的问题督促整改。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查看现场、查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效,患者康复计划按时完成。 | | | |
| 4-11-2 功能康复的过程与训练的效果有记录,康复治疗训练的人员具备相应的资质。 | 4-11-2-1 由具备相应资质的康复治疗训练人员实施康复治疗与训练。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、抽查专业人员 | 任何一项指标未达到,不得C |
| | | 1、有康复医学专业人员和康复医疗专业设备,由康复医学科统一管理。 | | | |
| | | 2、开展康复治疗训练人员掌握康复治疗训练相关的理论与技能。 | | | |
| | | 3、由具备资质的康复治疗师负责实施康复治疗和训练。 | | | |
| | | 4、对转入专业康复机构、社区及家庭的患者提供转诊后康复训练指导方案,保障康复训练的连续性。 | | | |
| | | 5、科室对落实情况有自查、分析、整改。 | | | |
| | 符合“C”,并: | B | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 | |
| | 1、职能部门对人员资质有检查与监管,对存在的问题督促整改。 | | | | |
| | 符合“B”,并: | A | 查看现场、查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效,康复训练质量不断提高。 | | | | |
| 4-11-2-2 康复治疗训练过程有规范、有 | 各项指标符合要求: | 1、有康复治疗诊疗标准、训练流程与记录规范。 | C | 查阅资料、访谈并抽查10份相关病历 | 任何一项指标未达到,不 |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------|----------------|-----------|-------------------|-----------|
| | 记录。 | 2、有综合应用作业疗法、物理治疗法、语言治疗法等规范。 | | | 得 C | | | |
| | | 3、康复治疗情况在病历中有记录。 | | | | | | |
| | | 4、有康复患者及家属满意度评价的制度与流程，并组织实施。 | | | | | | |
| | | 5、相关人员知晓上述规范和流程并落实到位。 | | | | | | |
| | | 6、科室对落实情况有自查、分析、整改。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、职能部门对科室执行情况有检查、分析、反馈，对存在的问题督促整改。 | | | | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，康复诊疗质量得到保障，患者满意度不断提高。 | | | | A | 查看现场、查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 4-11-2-3 制定康复意外紧急处置预案。 | | | | 各项指标符合要求： | 1、有康复意外紧急处置预案与流程。 | |
| 2、对相关人员进行紧急处置预案培训与考核。 | | | | | | | | |
| 3、相关人员均熟知预案处置内容，并能遵循。 | | | | | | | | |
| 4、科室对预案内容培训效果有自查、分析、整改。 | | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | | |
| 1、职能部门对科室紧急处置预案能力有检查与监管。 | B | | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | | | | |
| 1、持续改进有成效，相关人员对康复意外紧急处置内容熟练掌握，并有效落实。 | A | | 查看现场、查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 4-11-3 评估康复治疗的效果。 | 4-11-3-1 有定期的康复治疗与训练效果评定标准与程序。 | 各项指标符合要求： | | | 任何一项指标未达到，不得 C | | | |
| | | 1、有定期康复治疗与训练效果评定、无效中止康复训练的标准与程序。 | | | | | | |
| | | 2、有康复医学科诊疗活动评价指标，每一个患者都进行定期系统的效果评定。 | | | | | | |
| | | 3、其他科住院患者应由康复医师与临床医师共同进行康复训练与治疗效果 | | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-----------|-------------|---------------|
| | | 评价，并记录。 | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 4、相关人员知晓效果评定的标准与程序并落实。 | | | |
| | | 5、科室对康复效果评价落实情况有自查、分析、整改。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对科室执行康复评价标准有检查、分析、反馈，对存在的问题督促整改。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、持续改进有成效，康复治疗与训练效果不断提升。 | | | |
| | 4-11-3-2 对并发症、预防二次残疾等有评价。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 1、对康复患者并发症、预防二次残疾等有评价。 | | | |
| | | 2、有落实预防并发症、预防二次残疾的具体措施。 | | | |
| | | 3、科室对康复治疗训练效果、并发症、预防二次残疾等有自查、分析、整改。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，无二次致残发生。 | A | 查看现场、查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-12 疼痛诊疗管理与持续改进（可选） | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-12-1 医院实施疼痛诊疗服务，有相关管理制度及医师资质管理。 | 4-12-1-1 医院实施疼痛诊疗服务，有相关管理制度及医师资质管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 1、有疼痛管理相关制度，疼痛诊疗的有创操作实行资格授权管理。 | | | |
| | | 2、开展疼痛规范治疗。疼痛诊疗科目、医师资质及疼痛诊疗服务范围管理规范。 | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|-----------|------------------|---------------|
| 质管理。 | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对疼痛诊疗管理有检查监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场、查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，疼痛诊疗相关学科建立协调机制。 | | | |
| 4-12-2 依据服务范围，建立疼痛评估、疗效评估与追踪随访等相关制度，规范开展诊疗活动。 | 4-12-2-1 建立疼痛评估、疗效评估与追踪随访等相关制度，规范开展诊疗活动。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 1、建立疼痛的评估、再评估制度与流程，对疼痛进行量化评估。 | | | |
| | | 2、有对疼痛疗效评估的规范与程序，对治疗效果进行追踪随访。 | | | |
| | | 3、根据“三阶梯止痛原则”，制定适宜的个体化诊疗方案。 | | | |
| | | 4、对全院医务人员进行疼痛治疗规范的相关培训与指导。 | | | |
| | | 5、科室对诊疗规范落实情况有自查、分析和评价。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对疼痛诊疗规范执行情况有检查与监管。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查看现场、查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，对疼痛评估、疗效评估与追踪随访等管理规范。 | | | | | |
| 4-12-3 有疼痛治疗常见并发症的预防规范与风险防范程序，有相关培训教育。 | 4-12-3-1 有疼痛治疗常见并发症的预防规范与风险防范程序，有相关培训教育。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 1、有疼痛治疗风险防范与处置预案。包括：常见并发症、药物不良反应、高风险操作相关风险。 | | | |
| | | 2、相关人员接受疼痛治疗的培训教育，熟悉各种并发症、风险防范的措施与处置流程。 | | | |
| | | 3、科室自查，对存在问题有改进措施。 | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对疼痛治疗风险防范工作有检查与监管。 | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，疼痛治疗并发症预防措施规范。 | | | | | |

| 4-13 药事和药物使用管理与持续改进 | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|----|-----------|-----------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-13-1 医院药事管理工作和药学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；建立与完善医院药事管理组织。 | 4-13-1-1 医院设立药事管理与药物治疗学组织，健全药事管理体系。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、设立药事管理与药物治疗学相关组织，职责明确，有相应的工作制度。医院负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）主任委员，药学和医务部门负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）副主任委员。 | | | |
| | | 2、药学部门负责药学专业技术服务与相关药事管理工作。 | | | |
| | | 3、药事管理工作有年度计划和总结。 | | | |
| | | 4、医务部门指定专人，负责药物治疗相关的行政事务协调管理工作。医务管理部门与药学部门有协调机制。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | 4-13-1-2 有药事管理工作制度。 | 1、有医联体内药学服务标准，有对基层医疗机构的药物服务指导措施并执行。 | B | 查阅资料、台账 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、科室对药事管理工作制度、年度计划有自查，问题有分析和整改措施，并落实。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，医院药事管理有数据及结果分析，整改建议得到有效落实。 | | | |
| | 4-13-1-2 有药事管理工作制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有药事管理相应的工作制度、操作规程，并组织实施。 | | | |
| 2、有药品遴选制度和程序，动态管理医院“基本用药供应目录”。 | | | | | |
| 3、开展药事管理法律、法规及相关制度的宣传、教育、培训工作。 | | | | | |
| 4、医务人员熟悉相关药事管理法律法规及相关制度。 | | | | | |
| 5、每季度评估用药金额排序前十位的药品，对变化有分析评价说明。 | | | | | |
| 6、制定医院重点监控药品目录，并实行动态监管。 | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---------|------------|-----------------|
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对药事管理工作制度执行情况有检查与监管。 | B | 查阅资料、台帐、考查 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，药事管理工作规范、药品使用与医院功能任务相符合。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 4-13-1-3 根据医院功能任务及规模，配备药学专业技术人员，岗位职责明确。 | C | 查阅资料、现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 各项指标符合要求： 1、药学专业技术人员满足工作需要，按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。 | | | |
| | 2、各级药学专业技术人员职责明确。 | | | | |
| | 3、各级药学人员熟悉并履行本岗位职责。 | | | | |
| | 4、有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定，并有效执行。 | | | | |
| | 5、药学部门负责人应具有药学专业本科及以上学历、本专业高级技术职务任职资格。 | | | | |
| | 符合“C”，并： 1、药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的8%。药学部门副高级以上药学专业技术职务任职资格人员，应当不低于13%，教学医院应当不低于15%。 | B | 查阅资料、台帐 | 2分，未达到不得分 | |
| | 2、承担相关的临床药学本科以上教育和市级以上药物临床应用研究性课题。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 3、职能部门对药学专业技术人员配备和任职情况有检查与监管。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，药学人员配备、培养、考核和管理符合规范。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| 4-13-2 加强药品管理，规范采购、储存、调剂，有效控制药品质量，保障药品 | 4-13-2-1 有药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备。 | 各项指标符合要求： 1、有药品采购供应管理制度与流程，供药渠道合法；药学部门统一负责药品采购供应；药品采购规范，储备量与功能、任务和服务量相适应。 | C | 查阅资料、现场核查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 2、抗菌药物采购目录向卫生健康委备案，有临床采购《基本用药供应目录》外抗菌药物的制度和程序，并落实执行。 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|--------------|-----------------|-----------------|
| 供应。 | | 3、根据药品用量金额评估药品储备情况，库存药品金额月周转1次以上。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、职能部门对药品采购供应及药品储备有检查与监管。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，药品采购供应及药品储备管理规范。 | | | | | |
| | 4-13-2-2 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。 | 各项指标符合要求： | 1、有药品贮存管理制度，定期对库存药品进行养护、有效期管理和质量检查，定期盘点、账物相符。 | C | 查阅资料、台账、现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 2、药品贮存设施与设备满足药品质量要求。 | | | |
| | | | 3、设置冷藏库、阴凉库、常温库，化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分类定位存放。按规定设置验收、退药、发药等功能区域。 | | | |
| | | | 4、药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品指定专人管理。执行药品有效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、职能部门对药品贮存管理有检查与监管。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| 1、持续改进有成效，药品供应、质量和数量管理制度落实到位。 | | | | | | |
| 4-13-2-3 依据法律法规，建立和完善“麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品”等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用与管 | 各项指标符合要求： | 1、依法建立麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用管理制度。 | C | 查阅资料、台账、现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 2、执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的存放区域、标识和贮存方法的相关规定。 | | | | |
| | | 3、对相关人员进行规范培训，并遵循管理要求。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--------------|-----------------|-----------------|
| | 理规章制度。 | 1、职能部门定期对特殊管理药品的使用与管理有检查与监管。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效，特殊管理药品的管理与使用规范。 | | | | |
| | 4-13-2-4 对“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊管理药品实施全程管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、药库设置有“麻醉药品、第一类精神药品”专用库（柜），配有安全监控及自动报警设施；放射性药品按有关规定执行。 | | | |
| | | 2、在门诊、急诊、住院等药房设置麻醉药品、第一类精神药品周转库（柜），库存不得超过本机构规定的数量。周转库（柜）应当每天结算。 | | | |
| | | 3、对“麻醉药品、第一类精神药品”实行批号管理；开具的药品可溯源到患者。 | | | |
| | | 4、有特殊管理药品的应急预案。 | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、药学部门定期对特殊管理药品进行检查，至少每月1次。 | | | |
| 2、职能部门对各相关科室特殊管理药品的制度执行情况有检查与监管。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，特殊管理药品的管理规范、措施落实到位，原始记录完整。 | | | | | |
| 4-13-2-5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 1、存放于急诊科、病房（区）急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救备用药品有管理和使用制度。 | | | | |
| | 2、各相关科室有急救备用药品目录及数量清单，实行基数管理，专人负责；使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。 | | | | |
| | 3、各科室备用急救等药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。 | | | | |
| 4、药学部门每月对各科室备用药品的管理与使用情况进行检查。 | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|--|----------|------------------|------------------|-------------------------|
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、职能部门对急救备用药品管理情况有检查与监管。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | | | | | | 1、持续改进有成效，医院急救备用药品管理规范。 |
| | 4-13-2-6 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性。 | 各项指标符合要求： | | C | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、制定药品调剂制度和操作规程。药品调剂，必须设置处方、医嘱审核环节。有发药差错报告制度、差错分析登记。 | | | | |
| | | 2、发出的药品标示有用法、用量和特殊注意事项；发药时对患者进行用药交代和用药指导，必要时为患者提供书面用药指导资料。调剂过程有第二人核对，独立值班时双签字核对。 | | | | |
| | | 3、对因病情变化、医嘱调整而产生的病房（区）退药进行有效管理。 | | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | | | | | |
| 4-13-2-7 制剂的配制与使用符合有关规定。 | 各项指标符合要求： | | C | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 1、医院配置制剂，应持有《医疗机构制剂许可证》，取得制剂批准文号。 | | | | | |
| | 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、执行医疗机构制剂配制、使用规定。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。 | | B | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | | | | | 1、职能部门对制剂配制和使用管理有检查与监管。 |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--------------|-----------------|
| | 1、持续改进有成效，制剂生产管理规范。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 4-13-2-8 有肠外营养液和危害药物等静脉用药的调配规定，并执行。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、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》制定病房（区）分散调配一般静脉用药的管理制度，并执行。 | | | |
| | 2、有静脉用药调配人员岗位培训制度和培训计划，并执行。 | | | |
| | 3、有配制质量问题和严重不良反应报告相关规定，药学部对临床出现的输液质量问题和患者应用输液后的严重不良反应有分析报告。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 2分，未达到不得分 |
| | 1、肠外营养液和静脉用危害药物由药学部集中调配，调配条件符合当地卫生健康委的准入要求。 | | | |
| | 2、职能部门对肠外营养液和危害药物等静脉用药管理有检查与监管。 | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，肠外营养液和危害药物等静脉用药管理规范。 | | | | |
| 4-13-2-9 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、有药品质量管理组织，药品质量管理相关制度，职责明确。 | | | |
| | 2、有药品验收管理制度与程序，保证各环节符合质量要求。 | | | |
| | 3、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，落实整改措施。 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“C”，并： | | | |
| | 1、职能部门对药品质量管理有检查与监管。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，药品质量相关制度落实到位，保障临床用药安全。 | | | | |
| 4-13-2-10 有药品召回管理制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、制定药品（含医院制剂）召回管理制度；召回药品，妥善保存，保留原始记录。 | | | |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|------------------|-----------------|
| | | 2、有针对患者用药召回的处置预案与流程。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对药品召回管理工作有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，药品召回管理规范。 | | | |
| 4-13-2-11 建立完善的药品管理信息系统，与医院整体信息系统联网运行。 | | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、药品管理信息系统与医院信息系统联网运行，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。 | | | |
| | | 2、有完善药品查询功能。相关药品信息及时更新。 | | | |
| | | 3、有药库和调剂室药品进、销、存、使用等的实时管理系统，实行药品定额和数量化管理，包括药品帐物和统计、处方点评分析统计等。 | | | |
| | | 4、有适宜的合理用药监控软件系统，并定期升级、更新。 | | | |
| | | 5、有抗菌药物、麻醉、精神药品等处方权限与用药时限管理的监控功能。 | | | |
| | | 6、建立药师工作站，实现临床药师工作信息化，建立药师全面开展处方/医嘱的事前审方，促进临床合理用药，同时完善院内药品质量精细化管理，为临床和患者提供优质药学服务。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、建立药师全面开展处方（含电子处方和病区医嘱单）审核的流程。 | | | |
| | | 2、职能部门对药品管理信息有检查与监管。 | | | |
| | | | | 符合“B”，并： | A |
| | | 1、持续改进有成效，药品管理信息系统满足临床查询、监管和决策需求。 | | | |
| 4-13-3 依照《处方管理办法》，实行处方 | 4-13-3-1 医师开具处方应按照《处方管理办法》的要求执行。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、制定医院处方管理制度，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>点评,促进合理用药。</p> | <p>2、医师处方签名或签章式样,分别在职能部门、药学部门留样备案。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、对医务人员进行处方管理法规及相关管理制度培训。</p> <p>4、处方开具规范、完整,使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。</p> | 符合“C”,并: | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 5分,未达到不得分 | | |
| | | | | | | 1、职能部门定期对处方质量进行评价,评价结果作为考核依据。 | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅资料、台帐 | 5分,未达到不得分 | | |
| | | | | | | 1、持续改进有成效,处方质量管理制度得到有效落实。 | |
| | | <p>4-13-3-2 药师应参照《处方管理办法》对处方进行适宜性审核,对临床不合理用药进行有效干预。医院有可行的监督机制与措施。</p> | <p>各项指标符合要求:</p> <p>1、依据《处方管理办法》的相关规定,药师及以上资质人员承担处方或医嘱的审核工作,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。</p> <p>2、门诊药房设有用药咨询窗口(台),有主管药师及以上人员提供合理用药咨询服务,有咨询记录,并针对患者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作。</p> | 符合“C”,并: | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | | | | | | |
| | 符合“B”,并: | | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 5分,未达到不得分 | | |
| | | | | | | 1、持续改进有成效,处方开具规范。 | |
| | 符合“C”,并: | | A | 查看现场、查阅资料、台帐 | 5分,未达到不得分 | | |
| | | | | | | 1、持续改进有成效,处方开具规范。 | |
| | <p>4-13-3-3 开展处方点评,建立药物使用评价体系。</p> | <p>各项指标符合要求:</p> <p>1、制定医院处方点评制度及实施细则,处方点评组织健全,责任明确,对不合理用药进行干预。</p> <p>2、每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评。</p> <p>3、有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评,每年至少开展2项。</p> | 符合“C”,并: | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到,不得“C” | |
| | | | | | | | 1、制定医院处方点评制度及实施细则,处方点评组织健全,责任明确,对不合理用药进行干预。 |
| | | | | | | | 2、每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评。 |
| | | | | | | | 3、有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评,每年至少开展2项。 |

| | | | | | |
|--|--|---|---|------------------|-----------------|
| | | 4、有超说明书用药管理的规定与程序。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、 台帐 | |
| | | 1、临床药师至少在4类药物的临床应用中进行专项点评，每项每年不少于4次。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入医院质量考核评价。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场、查阅资料、 台帐 | |
| | | 1、持续改进有成效，运用信息化手段进行处方点评和数据分析，临床用药规范合理。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 4-13-4 根据相关临床诊疗指南和疾病诊疗规范，制定肠道外营养疗法、激素类药物、肿瘤化学治疗等药物临床应用指南，规范临床用药。 | 4-13-4-1 根据相关临床诊疗指南和疾病诊疗规范，制定肠道外营养疗法、激素类药物、肿瘤化学治疗等药物临床应用指南，规范临床用药。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、设立肠道外营养药、激素、肿瘤化学等特殊药物治疗管理小组，人员配置与岗位职责与医院功能和任务相符合，并执行。 | | | |
| | | 2、有肠道外营养疗法、激素类药物使用和肿瘤化学治疗等危险药物的使用指南或规范，对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训，相关人员知晓。 | | | |
| | | 3、按照指南和规范使用肠道外营养药、激素类药物和肿瘤化学治疗药，对临床用药情况有评价记录。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、 台帐 | |
| | | 1、职能部门对肠道外营养药、激素类药物和肿瘤化学治疗药使用和管理有检查与监管。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | |
| | | 1、持续改进有成效，肠道外营养药、激素类药物和肿瘤化学治疗药临床使用情况评价资料完整，使用规范。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 4-13-5 医师、药师、护理人员 | 4-13-5-1 依据《抗菌药物临床应用管理办 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、 台帐 | 任何一项指标未达到，不 |
| | | 1、医院药事管理组织设立抗菌药物管理工作组和临床应用管理专业技术团 | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--------------|-----------------|------|
| 按照法律法规、卫生行政主管部门要求及行业规范,合理使用抗菌药物,并有监督机制。 | 法》、《抗菌药物临床应用指导原则》等要求,建立抗菌药物临床合理应用的组织,制定章程和管理制度,明确职责,确保抗菌药物临床应用管理得到有效行政支持。 | 队,人员构成、职责任务、管理工作,符合《抗菌药物临床应用管理办法》相关要求。 | | | 得“C” |
| | | 2、依据抗菌药物管理相关的法律法规及规章,制定抗菌药物管理制度、抗菌药物目录和目录外抗菌药物临时采购程序并实施。 | | | |
| | | 3、抗菌药物管理工作组由医务、药学、感染性疾病、临床微生物、护理、医院感染管理等部门负责人和具有相关专业高级技术职务任职资格的人员组成,负责临床科室技术指导、咨询和专业培训。 | | | |
| | | 4、医务、药学等部门共同负责日常管理工作。 | | | |
| | | 5、对医务人员进行抗菌药物合理应用相关知识培训。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 2分,未达到不得分 | |
| | 1、参加省市或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。 | | | 3分,未达到不得分 | |
| | 2、职能部门针对临床科室抗菌药物合理用药工作落实情况有检查与监管。 | | | | |
| | 符合“B”,并: | A | 查阅资料、台帐 | 5分,未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效,抗菌药物采购合法、使用规范合理,监管措施到位,无违规处方。 | | | | |
| | 4-13-5-2 结合本院实际情况制定抗菌药物临床应用和管理实施细则,对抗菌药物使用实施分级管理。 | 各项指标符合要求: | | | |
| 1、有抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度,有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序。 | | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到,不得“C” | |
| 2、有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度,有评价标准;对监测结果有评价分析,对不合理使用有检查、干预和改进措施。 | | | | | |
| 3、有检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析对策报告,至少每半年一次。 | | | | | |
| 符合“C”,并: | | | | | |
| | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 2.5分,未达到不得分 | | |
| 1、药学部门对抗菌药物使用管理指标达标情况及处方点评结果有检查、分析、反馈。 | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------|--|---|---|--------------|-----------------|
| | | 2、相关部门对抗菌药物分级管理和使用情况进行全程联合监管，对存在问题有反馈，并实施监控和干预。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | |
| | | 1、持续改进有成效，抗菌药物追踪评价、用药指标均达到相关规定。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | 4-13-5-3 严格执行国家有关围手术期预防性应用抗菌药物管理的相关规定，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。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有围手术期预防性应用抗菌药物管理制度，重点关注Ⅰ类切口手术的预防用药。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对抗菌药物预防应用有合理性分析。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对全院各类手术及围术期抗菌药物临床应用情况有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，全院各类手术及围术期预防性应用抗菌药物管理措施落实到位，抗菌药物使用规范。 | | | |
| 4-13-6 高警示药物的管理，提高用药安全。 | 4-13-6-1 对高警示药品，听似、看似等易混淆药品的贮存与识别有严格要求，确保药品发放和使用安全。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、针对高警示药品有标识和贮存方法的规定并执行。 | | | |
| | | 2、对包装相似、听似、看似药品、一品多规格或多剂型药品的存放，全院有统一的“警示标识”。 | | | |
| | | 3、相关员工知晓警示标识含义和管理要求，能够识别和使用。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门定期对高警示药品，听似、看似等易混淆药品有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，高警示药品及各类易混淆药品的贮存管理规范。 | | | |
| | 4-13-6-2 处方或用 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场、查阅资料、 | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|-----------|--|---|---|--------------|--------------|-----------|--------------|-----------------|
| | 药医嘱在转抄（录）和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。 | 1、有用药处方或用药医嘱管理的相关制度，内容涵盖特殊情况下患者自带药品的相关规定并执行。 | | 台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | | | | |
| | | 2、开具与执行注射剂的处方或用药医嘱时应注意药物配伍禁忌，按药品说明书应用。 | | | | | | | | | |
| | | 3、住院患者治疗确需使用自带药品应符合医院相关规定。 | | | | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | | | | |
| | | 1、职能部门对处方或用药医嘱执行有检查与监管。 | | | | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | | |
| 4-13-7 有药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应，并将不良反应记录在病历之中。 | 4-13-7-1 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。 | 各项指标符合要求： | | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | | | | |
| | | 1、有药物严重不良反应应急预案及医疗救治药品目录。组织结构和人员职责具体明确，对突发事件善后工作及应急能力有明确规定。 | | | | C | | | | | |
| | | 2、应急药品储备数量和质量能够满足救治需求。 | | | | | | | | | |
| | | 3、有药物不良反应应急预案培训，相关人员熟练掌握。 | | | | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 1、职能部门对存在问题有检查与监管。 | | | | | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | | | | | | | |
| 1、持续改进有成效，处方及医嘱执行规范。 | | | | | | | | | | | |
| 4-13-8 配备临床药师，参与临床药物治疗，提供用药咨询服务。 | | | | 4-13-8-1 按《医疗机构药事管理规定》配备临床药师，开展以患者为中心、以合理用药为核心的临床药学工作。 | 各项指标符合要求： | | | | | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | | | 1、建立临床药师制，临床药师配备符合国家相关规定，为临床合理用药提供药学专业技术服务。 | | | | | | |
| | | | | | 2、结合临床药物治疗实践，为患者提供药学监护。 | | | | | | |
| | | | | | 符合“C”，并： | | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、职能部门对临床药师工作模式及成效有检查与监管。 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|---|--------------|--------------|-----------------|
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，临床合理用药服务的能力和水平不断提高。 | | | | |
| | 4-13-8-2 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗。 | 各项指标符合要求： | 1、临床药师按相关规定参与用药相关的临床工作。为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询，对患者进行用药教育。 | C | 查看现场、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 2、开展药学查房，对重点患者实施药学监护和建立药历，工作记录完整。 | | | |
| | | | 3、参加病例讨论，提出用药意见和个体化药物治疗建议，参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治。 | | | |
| | | | 4、临床药师审核患者用药医嘱，对不合理用药进行干预，有记录。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、临床药师参与临床路径及单病种质量控制药学工作。 | B | 查看现场、查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | | | | | 2、职能部门有检查与监管。 |
| | | | | | | 符合“B”，并： |
| 1、持续改进有成效，临床科室及患者对临床药师所提供的临床药物治疗服务满意度不断提升。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--------------|-----------------|
| 4-13-9 根据医疗资源情况，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。（可选） | 4-13-9-1 根据医院规模和临床需要，所设置的中药房与中药煎药室符合《医院中药房基本标准》、《医疗机构中药煎药室管理规范》等要求。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料、现场访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、根据医院规模和临床需要，设置规范的中药房与中药煎药室。 | | | |
| | | 2、有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。 | | | |
| | | 3、煎药室的位置、环境、通风、消防、煎药设施设备、容器及环境维护等符合相关规定。 | | | |
| | | 4、相关人员知晓本岗位的履职要求。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室对药品质量和中药房管理有自查。 | | | |

| | | 2、职能部门依据合同对外包服务实行监管。 | | | 2分，未达到不得分 |
|--|--|---------------------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| | | 3、职能部门对中药房与中药煎药室工作有检查与监管。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐、现场查看 | |
| | | 1、持续改进有成效，中药房与中药煎药室管理规范。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 4-14 临床检验管理与持续改进 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-14-1 临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能提供24小时急诊检验服务。 | 4-14-1-1 临床检验项目满足临床需要。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、查看现场 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、全院临床实验室集中设置，统一管理，资源共享，符合相关规定。 | | | |
| | | 2、开展的检验项目满足临床基本需要。 | | | |
| | | 3、根据临床各学科诊治病种需求，及时增加新项目。 | | | |
| | | 4、对委托其他机构所开展的检验项目，应签署委托服务协议，并有质量保证条款。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐、查看现场 | | |
| | 1、能为医院感染控制及合理用药提供微生物检验项目支持。 | | | | |
| | 2、新开展项目审批流程规范、资料完整。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、持续改进有成效，根据细菌耐药数据对医院感染控制及合理用药相关要求，每半年向临床科室通报细菌耐药情况。 | | | | |
| 2、接受其他医疗机构的标本检测，有完整相关协议并得到医院相关部门批准。 | A | 查阅资料、台帐、访谈 | 1分，未达到不得分 | | |
| 3、开展检测项目数（以检测报告项目计算项目数）≥400项。 | | | 2分，未达到不得分 | | |
| 4、微生物室能开展质谱、基因技术检测病原体，支撑高致病性细菌真菌感染的病原诊断。 | | | 2分，未达到不得分 | | |
| 4-14-1-2 能提供24 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、查看 | |

| | | | | | |
|------------------------------|---|--|--------------|------------|-----------------|
| | 小时急诊检验服务。 | 1、能提供 24 小时急诊检验服务。 | B | 现场 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、对急诊临检项目（报告时间≤30 分钟）、急诊生化和免疫项目（报告时间≤2 小时）所能提供具体项目有明确规定，并执行。 | | | |
| | | 3、能提供急诊心肌损伤标志物、凝血功能、D-二聚体和 C 反应蛋白等指标的测定。24 小时接受微生物标本，及时接种培养。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室对开展项目质控有自查。 | | | |
| | | 2、职能部门对急诊检验服务工作情况有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | 1、持续改进有成效，服务时间和项目均能满足 24 小时服务，无试剂质量事故发生。 | A | 现场 | 5 分，未达到不得分 | |
| | 4-14-1-3 检验项目、设备、试剂管理符合现行法律法规及卫生健康委标准的要求。 | 各项指标符合要求： | C | 现场 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、检验项目符合准入范围，检验仪器、试剂符合国家有关标准和准入范围的相关资料。 | | | |
| | | 2、对检验项目、设备和试剂管理所涉及现行法律法规及卫生健康委标准的要求，有培训。 | | | |
| | | 3、对各项技术参数，包括准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围有规定。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室定期对开展项目和仪器、试剂管理有自查。 | | | |
| 2、职能部门对检验项目、设备、试剂管理情况有检查与监管。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | B | 现场 | 2.5 分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效。仪器、试剂三证均在有效期内。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 现场 | 5 分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效。仪器、试剂三证均在有效期内。 | | | | | |
| 4-14-2 有实验室质量安全流 | 4-14-2-1 有实验室质量安全管理制度和 | 各项指标符合要求： | C | 访谈 | 任何一项指标未达到，不 |
| | | 1、科室主任为实验室安全责任人。各实验室设置质控员，负责质量安全工 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|------------|--------------|------------------|-------------------------------|---|-------------------|--------------|
| 程, 制度及相应的标准操作流程, 遵照实施并记录。 | 流程。 | 作。 | | | 得“C” | | | | | |
| | | 2、有实验室质量安全管理制度和流程, 包括各个场所、各工作流程及不同工作性质人员的质量安全准则。 | | | | | | | | |
| | | 3、培训各岗位人员, 使其知晓本岗位质量安全管理要求。 | | | | | | | | |
| | 符合“C”, 并: | B | 查阅资料、台账、查看现场 | | | | | | | |
| | 1、科室定期进行质量安全自查, 保存完整的各项安全相关活动记录。 | | | 1分, 未达到不得分 | | | | | | |
| | 2、按照国家卫生健康委《检验专业质控指标》开展科室质量控制, 数据完整, 有分析、有整改。 | | | 2分, 未达到不得分 | | | | | | |
| | 3、职能部门对实验室质量安全工作有检查与监管。 | A | 查阅资料、台账、查看现场、人员访谈 | 2分, 未达到不得分 | | | | | | |
| | 符合“B”, 并: | | | 3分, 未达到不得分 | | | | | | |
| | 1、持续改进有成效, 质控指标得到改善。 | | | | | | | | | |
| | 2、参加省、市专业质控中心考核, 成绩优秀。 | | | | | | | | | |
| | 4-14-2-2 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。 | 各项指标符合要求: | 1、实验室生物安全分区合理, 标识明确。 2、工作流程应避免交叉污染。 3、分子生物学实验室和 HIV 初筛实验室需安装相关门禁识别装置。 4、开展结核菌培养和/或结核菌基因扩增检测实验室的生物安全级别应至少达到 P2 实验室标准。 | C | 查阅资料、台账、查看现场 | 任何一项指标未达到, 不得“C” | | | | |
| | | | | | | | 符合“C”, 并: | | | |
| | | | | | | | 1、进入所有检测实验区域需通过相关门禁识别装置后方可进入。 | B | 查看现场、人员访谈 | 2.5分, 未达到不得分 |
| | | | | | | | 2、职能部门对实验室生物安全管理工作有检查与监管。 | | | 2.5分, 未达到不得分 |
| | | | | | | | 符合“B”, 并: | A | 查阅资料、台账、查看现场、人员访谈 | 2.5分, 未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效, 实验室生物安全分区合理、流程规范, 符合预防交叉感染的要求。 | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|------------|-------------------|-----------------|
| | 2、无违规情况。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 4-14-2-3 实验室配置充足的安全防护设施。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、查看现场、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、针对不同工作性质，按照行业规范制定个人防护管理制度。 | | | |
| | 2、配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施，并处于正常工作状态。 | | | |
| | 3、对生物安全、易燃易爆危险化学品等有警示标识。 | | | |
| | 4、有相关防护设施使用及安全防护培训。 | | | |
| | 5、实验室出口处设有手部消毒设施。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账、查看现场 | 2.5分，未达到不得分 |
| | 1、科室对相关安全设施有自查。 | | | |
| | 2、职能部门对实验室配置的安全防护设施有检查与监管。 | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账、查看现场、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| 1、有实验室工作人员健康档案（包括免疫接种状态）管理。 | | | | |
| 2、持续改进有成效，实验室安全防护设施配备合理，员工安全有保障。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| 4-14-2-4 实验室应建立微生物菌种、毒株的管理规定，并安排专人进行监督。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、查看现场、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、有微生物菌种、毒株的管理规定与流程。 | | | |
| | 2、微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。 | | | |
| | 3、有样品收集、取用的过程记录。 | | | |
| | 4、有相应的应急预案。 | | | |
| | 5、SARS、人禽流感等高感染性的一、二类病原微生物菌（毒）种和阳性样本按照有关规定送省疾病预防控制中心菌（毒）种保藏中心集中统一保存。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账、访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | 1、科室对微生物菌种、毒株管理有自查。 | | | |
| | 2、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查看现场、查阅资料、 | | |

| | | | | | |
|---|------------------------------|--|-----------|-------------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，实验室微生物菌种、毒株管理工作落实到位。 | | 台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | 4-14-2-5 实验室建立化学危险品的管理制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、查看现场、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、建立化学危险品的管理制度。 | | | |
| | | 2、建立化学危险品清单和安全数据表。 | | | |
| | | 3、指定专门的储存地点，专人管理，对使用情况做详细记录。 | | | |
| | | 4、有化学危险品溢出与暴露的应急预案。 | | | |
| | | 5、相关人员对制度和预案的知晓率 100%。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、有职能部门监管的记录。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、有根据监管情况，持续改进危险品管理工作。 | A | 查看现场、查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-14-3 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。 | 4-14-3-1 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅批文、资料、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、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、特殊岗位（H I V初筛实验、新生儿疾病筛查等）检验人员经培训考核后，持有相关部门颁发的岗位培训合格证方可独立工作。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅批文、资料、现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。 | | | |
| | | 2、职能部门对临床检验专业技术人员资质进行动态监管，有记录。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，临床检验专业技术人员资质管理规范，无违规上岗情况。 | | | |
| | | 4-14-3-2 不同实验室组织有针对性的上 | | 各项指标符合要求： | C |
| 1、有相应人员管理制度，包括：上岗、轮岗、培训、考核、授权，并落实。 | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|------------|--------------|-----------------|
| | 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、依据资质、经验、技能确定检验质量控制及结果解释的负责人员。 | | | 得“C” |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账、访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对人员资质和权限实施动态管理。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对实验室人员资质和权限有检查与监管。 | A | 查阅文件、资料、现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、培训及考核记录完整，有授权人员的定期评价，工作人员无超权限范围操作。 | | | | | |
| 4-14-4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。 | 4-14-4-1 保证每一项检验结果的准确性。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质评，实验室间的比对等方式，保证每一项检验结果的准确性。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对开展室内质控与室间质评，保障检验质量有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效，室内质控与室间质评结果达到质量控制目标。 | | | | |
| | 4-14-4-2 严格执行检验报告双签字制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有检验报告双签字管理制度（包括日常、急诊和特殊时段管理）和复检制度。 | | | |
| | | 2、有检验报告审核者的资质、技术水平和业务能力标准，并执行。 | | | |
| | | 3、审核时，重点识别标本分析前阶段由于标本不规范所带来的结果错误。 | | | |
| 4、识别并保留分析前不合格标本和复检标本的相关记录。 | | B | 查阅资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、职能部门对检验报告管理有检查与监管。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | A |
| 1、持续改进有成效，相关制度得到落实。 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|-------------------|-------------------|-----------------|--------------|-------------|
| | 4-14-4-3 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、现场查看，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有检验报告出具的管理制度和时限（TAT）要求，包括常规检测项目和特殊检查项目。 | | | | | |
| | | 2、临检常规项目≤30分钟出报告。生化、免疫常规项目≤1个工作日出报告。微生物常规项目≤4个工作日。 | | | | | |
| | | 3、有“特殊检验项目”清单，报告时限原则上不超过1周时间；提供预约检测。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | 1、科室对检验结果的报告时间有定期自查、分析与整改。 | B | 查阅资料、台账、现场查看，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | | | |
| | 2、职能部门对检验报告时限管理有检查与监管。 | | | 2.5分，未达到不得分 | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 1、持续改进有成效，检验报告时限管理工作落实到位。 | | | | | | |
| | 4-14-4-4 检验报告格式规范、统一。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账、现场查看，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| 1、有医院检验报告书写管理制度，格式规范、统一。 | | | | | | | |
| 2、报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称，并符合相关规定。 | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | |
| 4、检验报告单包含充分的患者信息，标本类型、样本采集时间、样本接收时间、结果报告时间。 | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | |
| 1、科室定期自查。 | | B | | | | 查看现场、查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| 2、职能部门对检验报告书写管理有监管。 | | | | | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | A | 查看现场、查阅资料、病历 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 1、持续改进有成效，检验报告管理规范。 | | | | | | | |
| 4-14-5 有试剂 | 4-14-5-1 有管理试 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--|-------------|--|-----------------|---|-------------------|-------------|
| 与校准品管理规定,保证检验结果准确合法。 | 剂与校准品制度,保证检验结果准确合法。 | 1、有试剂与校准品管理的相关制度,试剂与校准品符合国家标准,并有批准文号。 | | | 任何一项指标未达到,不得“C” | | | |
| | | 2、试剂与校准品有专人管理,有岗位职责及使用登记。在货柜期及开瓶有效期内使用。 | | | | | | |
| | | 3、医院统一采购,渠道合法。 | | | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | | | |
| | | 1、科室对试剂与校准品管理定期进行自查。 | | | | B | 查阅资料、台账 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对检验试剂及校准品的管理使用有监管。 | | | | | | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | | | | |
| | | 1、试剂全部符合国家标准,获得相应的批准文号。 | | | | A | 查阅资料、台账 | 2.5分,未达到不得分 |
| 2、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。 | | | 2.5分,未达到不得分 | | | | | |
| 4-14-6 为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。 | 4-14-6-1 实验室与临床建立有效的沟通方式。 | 各项指标符合要求: | | | 任何一项指标未达到,不得“C” | | | |
| | | 1、实验室与临床科室有多种形式和途径的沟通,满足临床科室对检验项目的咨询。 | | | | C | 查阅资料、台账、现场查看,人员访谈 | |
| | | 2、对新开展项目有宣传途径,解答临床对结果的疑问。 | | | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | | | |
| | | 1、至少每半年一次向临床征求对项目设置合理性意见,持续改进,确保检验项目满足临床需求。 | | | | B | 查阅资料、台账、访谈 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对咨询情况和沟通信息有检查与监管。 | | | | | | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | | | | |
| | | 1、持续改进有成效,临床科室满意度不断提升。 | | | | A | 查阅资料、台账、访谈 | 5分,未达到不得分 |
| 4-14-7 开展室内质控、参加室间质评;对床旁 | 4-14-7-1 有完整的标本采集运输指南,交接规范,检验回报 | 各项指标符合要求: | | | 任何一项指标未达到,不得“C” | | | |
| | | 1、实验室、护理部和医院感染控制部门共同制订标本采集运输指南,临床相关工作人员可以方便获取。 | | | | C | 查阅资料、台账、现场查看 | |

| | | | | | | |
|---------------------|---------------------------------------|---|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| 检验项目按规定进行严格比对和质量控制。 | 时间控制等相关制度。 | 2、实验室有标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。 | | | | |
| | | 3、对标本进行全程跟踪，检验结果回报时间（TAT）明确可查。 | | | | |
| | | 4、标本处理和保存专人负责，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度 24 小时监控。 | | | | |
| | | 5、对标本运输过程的相关人员进行规范培训。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、检验科对交接情况有自查。 | B | 查阅资料、台账、访谈 | 2.5 分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对标本采集运输管理有检查与监管，对存在问题的整改，记录完整。 | | | 2.5 分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，标本交接记录完整，标本保存符合规范。 | A | 查阅资料、台账、现场查看 | 5 分，未达到不得分 | |
| | 4-14-7-2 常规开展室内质控。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、台账、访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、实验室全部检测项目及不同标本类型均有室内质控管理制度。 | | | | |
| | | 2、每检测批次至少保证有 1 次室内质控结果，并有负责人签字。 | | | | |
| | | 3、重点室内质控流程，包括临床化学、免疫学、血液学和凝血试验；血涂片评价和分类计数；细菌、分枝杆菌和真菌检测；尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、科室定期评估室内质控各项参数及失控率。 | B | 查阅资料、台账、访谈 | 2.5 分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对室内质控工作有检查与监管。 | | | 2.5 分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | | | | | |
| | 1、持续改进有成效，室内质控文件齐全、记录完整；失控原因追踪，改进有成效。 | A | 查阅资料、台账、现场查看 | 5 分，未达到不得分 | | |
| 4-14-7-3 参加室间 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、台账 | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------|---|--------------|--------------|-----------------|-----------------|-------------|
| | 质评或能力验证计划。 | 1、有参加实验室室间质评或比对的管理制度，参加省级或省以上室间质量评价计划或能力验证计划。 | | | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 2、室间质评或能力验证应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型。 | | | | | |
| | | 3、有无法参加评价计划项目的目录或清单，并有替代评估方案。 | | | | | |
| | | 4、参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、室间质评计划成绩合格率 $\geq 80\%$ 。 | B | 查阅资料、台账、访谈 | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对室间质评工作有检查与监管。 | | | | 2分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | 1、室间质评计划成绩合格率 $\geq 90\%$ 。 | A | 查阅资料、台账 | 3分，未达到不得分 | | | |
| | 2、持续改进有成效，室间质评或能力验证计划得到有效落实。 | | | 2分，未达到不得分 | | | |
| | 4-14-7-4 保证检测系统的完整性和有效性。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、台账、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 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。 | | | | | |
| | | 2、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。 | | | | | |
| 3、有专人负责仪器设备保养、维护与管理。 | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | |
| 1、科室有仪器保养、维护记录。 | | B | 查阅资料、台账、现场查看 | | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 2、职能部门有定期校准、维修、维护记录。 | | | | | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | | | | | | |
| 1、持续改进有成效，仪器设备维护规范。 | A | 查阅资料、台账、现场查看 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 4-14-7-5 所有 POCT（现场快速检测）项 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、台账、现场查看 | 任何一项指标未达到，不 | | |
| | 1、医院制定有 POCT 项目统一管理制度并落实。 | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| | 目均应开展室内质控,并参加室间质评。 | 2、检验科定期对全院 POCT 项目进行质控管理。 | | | 得“C” |
| | | 3、对室内质控或比对结果有工作记录。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅资料、台账、现场查看 | 5分,未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对 POCT 项目工作有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅资料、台账、现场查看 | 5分,未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效,所有 POCT 项目均进行室内质控及室间质评。 | | | | |
| | 4-14-7-6 实验室信息管理完善。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台账、现场查看 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、建立实验室信息管理系统,与医院信息系统联网。 | | | |
| | | 2、实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理。 | | | |
| | | 3、提供自助取化验报告单系统。 | | | |
| 4、实验室数据至少保留3年以上在线查询资料。 | | B | 查阅资料、台账、现场查看 | 2.5分,未达到不得分 | |
| 符合“C”,并: | | | | | |
| 1、信息系统有自动报告历史结果回顾的功能。 | | | | | |
| 2、职能部门对实验室信息管理工作有改进计划并实施。 | | | | | |
| 符合“B”,并: | A | 查阅资料、台账、现场查看 | 5分,未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效,实验室信息系统支持检验项目的全程管理和服务。 | | | | | |

4-15 病理管理与持续改进

| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
|--|---------------------------------|--|----|------------|-----------------|
| 4-15-1 病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南(试行)》的要求,服务项目 | 4-15-1-1 病理科应具有与其功能和任务相适应的服务项目。 | 各项指标符合要求: | C | 查看资料、台账、现场 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、病理科设置满足医院功能任务需要,临床病理统一管理。 | | | |
| | | 2、服务项目至少开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冰冻切片、细胞学诊断。 | | | |
| | | 3、根据医院的资源情况,部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签订外包服务协议,有明确的外包服务形式与质量保障条款。 | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|-----------|------------|-----------------|
| 目满足临床诊疗需要。 | | 符合“C”，并： | B | 查看资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对服务项目和外包服务有监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、能够结合尸检结果开展临床病例讨论。 | | | |
| | 4-15-1-2 病理科应具有适宜的工作场所。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、病理科布局合理，符合生物安全的要求。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。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，病理科用房面积满足工作需要，环境达到安全防护标准。 | | | |
| | 4-15-1-3 病理科有必需的专业技术设备、设施，使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、台账、访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有专业技术设备、设施，并有目录表。 | | | |
| | | 2、病理科使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。 | | | |
| | | 3、对需要校准的仪器设备进行定期校准和维护，有记录。 | B | 查看资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、科室对专业技术设备、设施的维护保养，试剂和耗材的使用有自查，发现问题及时整改。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，病理科设施设备管理和使用完全符合国家标准，满足临床需求。 | A | 查看资料、台账、访谈 | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-15-2 从事病理诊断工作和 | 4-15-2-1 人员配备和岗位设置应满足工 | 各项指标符合要求： | C | 查看文件、资料、访谈 | 任何一项指标未达到，不 |
| | | 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。 | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|------------|-----------------|-----------------|
| 技术工作的人员资质符合《病理科建设与管理指南(试行)》要求,诊断与制片质量符合相关规定。 | 作需要,岗位职责明确。 | 2、相关人员知晓并履行本岗位工作职责。 | | | 得“C” |
| | | 符合“C”,并: | B | 查看资料、台账、访谈 | 5分,未达到不得分 |
| | | 1、科室对履行本岗位工作职责有自查。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查看资料、台账、现场访谈 | 5分,未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效,人员配备每百张病床1-2名病理科医师,技术(辅助)人员与医师比例1:2。 | | | | |
| | 4-15-2-2 由具备病理学诊断所规定资质的医师从事病理的诊断工作,由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测。 | 各项指标符合要求: | C | 查看文件、资料、访谈 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 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。 | | | |
| | | 3、科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。 | | | |
| | | 4、由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测,有质量要求与完成时限。 | B | 查看文件、资料、访谈 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | 1、科室有完善的医师授权动态管理制度,并落实,有记录。 | | | |
| | | 2、职能部门对病理诊断人员资质管理情况有检查与监管。 | | | |
| | 符合“B”,并: | A | 查看文件、资料、访谈 | 5分,未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效,人员资质达到国家标准,人才培养能够满足临床服务需求。 | | | | |
| 4-15-2-3 病理科有病理科医师人才培养计划,以及病理技术人员继续教育与技能培 | 各项指标符合要求: | C | 查看文件、资料、访谈 | 任何一项指标未达到,不得“C” | |
| | 1、有病理科医师人才培养计划,并落实。 | | | | |
| | 2、有医师专业水平定期考核制度。 | | | | |
| | 3、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。 | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---------------------|----------------------------|
| | 训。 | 4、对技能培训考核不合格人员，有再培训的记录。 | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对人才培养、继续教育与技能培训落实有监管。 | B | 查看资料、台账、现场 访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，人才培养计划得到有效落实，技术人员能力满足临床服务需求。 | A | 查看资料、台账、现场 访谈 | 5分，未达到不得分 |
| 4-15-3 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。 | 4-15-3-1 有环境安全管理程序与措施。环境保护及人员职业安全防护符合规定。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅批文、资料、现场 查看、访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 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。 | | | |
| | | 2、有废弃有害液体统一回收的制度与程序，用专用容器回收，由具有资质的机构回收处理。 | | | |
| | | 3、有完善的危险化学品（易燃品和剧毒化学品等）的登记和管理规范。 | | | |
| | | 4、有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。接触有害品的工作人员定期体检。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、病理取材室符合“P2”级实验室要求。 | | | |
| | | 2、职能部门有监管，对存在问题与缺陷的提出改进措施。 | | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，无环境污染事件和职业损害事件发生。 | B | 查看资料、台账、现场 查看 | 2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，无环境污染事件和职业损害事件发生。 | A | 查阅批文、资料、现场 查看、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| 4-15-4 及时提供规范的病理诊断报告，有严格审核制度。 | 4-15-4-1 病理诊断应按照相应的规范，有复查制度、科内会诊制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、台账、现场 访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有病理诊断规范管理相关制度和诊断报告审核流程；对申请单疑问或书写不清楚内容有及时联系送检医师规定，并有记录。 | | | |
| | | 2、有上级医师会诊制度，科内疑难病例有2名以上高级职称人员参与，并有相应记录和签字。 | | | |
| | | 3、上级医师对疑难病例报告进行复核，并签署全名。 | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--------------|-----------------|-------------|--|
| | 4、因特殊原因迟发报告，应发延迟病理报告或初步病理报告，并向临床医师说明迟发的原因。 5、病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。 符合“C”，并： 1、科室有自查，对存在的问题进行整改。 2、职能部门对相关制度落实有监管，重点是肿瘤手术标本的冰冻与石蜡诊断质量。 | | | | | |
| | | B | 查看资料、台账、现场访谈 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | | | | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | | A | 查看资料、台账、现场访谈 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 4-15-4-2 病理诊断报告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。 | 各项指标符合要求： 1、对病理诊断报告内容与格式有明确规定。 2、病理诊断报告书一般项目填写完整，内容的表述和书写准确和完整。 3、按照审核流程对病理诊断报告进行审核签发。 4、病理诊断报告应在5个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、科室有自查，对存在的问题进行整改。 2、职能部门对病理诊断报告有监管，并有记录。 | B | 查看资料、台账、现场访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | | | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，病理报告书写内容与格式全部符合规范。 | A | 现场查看、查阅资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 4-15-4-3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。 | 各项指标符合要求： 1、有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度和处理程序。 2、对各种原因（延迟取材、制片或是进行其他相关技术检测等）不能如期签发病理学诊断报告书时，有以口头或书面告知有关临床医师或患方的规 | | | | |
| | | C | 现场查看、查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|------------------|-----------------|---------------------|---|-----------|
| | | 定，并说明迟发病理学诊断报告书的原因。 | B | 现场查看、查阅资料、 台帐 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 3、发出的补充、更改或迟发病理诊断报告有原因说明和记录，并及时告知医生或患方。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、科室对补充、更改或迟发病理诊断报告有自查，分析和记录。 | | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，病理诊断报告管理制度落实到位，报告发出管理规范。 | | | | | | |
| | 4-15-4-4 建立规范的院际病理切片会诊制度。 | 各项指标符合要求： | 1、有院际病理切片会诊管理制度，院际会诊需有相关部门批准，院际会诊资料保留完整。 2、接受院际的病理学会诊的病理医师应具有高级职称。 3、书面诊断意见必须有会诊病理医师的签字。 | C | 查看文件、台帐、访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | | | | | | 符合“C”，并： | |
| | | | | | | | 1、科室有自查，对存在的问题进行整改。 | |
| | | | | | | | 2、职能部门对病理科院际会诊执行情况有检查与监管。 | |
| | | | | | | | 符合“B”，并： | |
| | | | | | | | 1、持续改进有成效，持续改进院际会诊完全达到规定要求。 2、为卫生健康委授权的本区域病理会诊中心或牵头组织单位。 | |
| 4-15-5 临床病理医师能够解读临床病理检查结果，为临床诊断提供支持服务。 | 4-15-5-1 有病理医师与临床医师沟通的相关制度，为促进病理工作服务临床提供保障。 | 各项指标符合要求： 1、有病理医师与临床医师沟通的相关制度，并落实。 2、每季度至少召开一次临床病理联合病例讨论会。 | C | 查阅资料、台帐、访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | | | | | 符合“C”，并： | | |
| | | | | | | 1、职能部门对制度落实有监管，有记录。 | | |
| | | | | | | 符合“B”，并： | | |
| | | | | | | B | 查阅资料、台帐、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | | | | | A | 查阅资料、台帐、访谈 | |

| | | | | | |
|---|--|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，临床科室对病理科的满意度高。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 4-15-6 落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。 | 4-15-6-1 病理检查的质量管理措施到位。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有病理技术规范、诊断规范和操作常规等质量管理文件。 | | | |
| | | 2、有临床回访制度及误诊分析制度。 | | | |
| | | 3、有科室医疗质量与安全控制指标。 | B | 查阅资料、台帐、访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室对质量管理工作有自查，对存在的问题有分析和改进措施。 | | | |
| | | 2、职能部门对制度落实有检查、分析、反馈。 | A | 查阅资料、台帐、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、持续改进有成效，技术诊疗规范，质量管理措施落实到位。 | | | | |
| | 4-15-6-2 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、访谈、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、病理申请单的填写符合要求，包括基本信息（如患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期等）；患者临床病史和其他（检验、影像）检查结果；取材部位、标本件数、手术所见及临床诊断；既往曾做过病理检查者，需注明病理诊断结果；结核、肝炎、HIV等传染性标本，需注明。 | | | |
| | | 2、相关人员知晓，并正规填写。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐、访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| 1、病理科对申请单书写质量进行监督，将存在的问题上报职能部门。 | | | | | |
| 2、职能部门有监管，定期对不合格申请单发生原因进行总结分析，反馈到责任科室和个人。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | A | 现场查看 | 5分，未达到不得分 | |
| 1、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。 | | | | | |
| 4-15-6-3 有制度保证从病理标本采集到 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、访谈、现场查看 | 任何一项指标未达到，不 | |
| | 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 | | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------|---------------------|-------------|
| 标本运送到病理科不出现差错。 | 关规定与程序。 | | | 得“C” |
| | 2、有标本和申请单登记、签字和交接等相关制度，签字者包括核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人等相关人员。 | | | |
| | 3、有不合格标本处理的制度与程序。 | | | |
| | 4、不能接收的申请单和标本需当即退回申请科室，并记录。 | | | |
| | 5、有标本交接登记资料，记录完整。 | | | |
| | 符合“C”，并： | | | |
| | 1、病理科对标本进行检查，将存在的问题上报职能部门。 | B | 查阅资料、台帐、访谈、 现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | 2、职能部门对不合格标本有检查、分析、反馈。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | | |
| | 1、持续改进有成效，病理标本全程管理措施落实到位，无标本差错。 | A | 查阅资料、台帐、访谈、 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | 4-15-6-4 病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。 | | | |
| | 各项指标符合要求： | | | |
| | 1、取材前阅读申请单中的内容，初步判断病变的性质。 | | | |
| | 2、取材前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志和双核对。 | | | |
| 3、标本检查和取材应按照有关的操作规范进行，取材结束后必须核对组织块。 | C | 查阅资料、台帐、访谈、 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| 4、有取材工作记录单，有标本观察的文字记录。 | | | | |
| 5、组织块的编号应该每块分别编号，一一对应。 | | | | |
| 6、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。 | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | |
| 1、科室定期对取材质量有自查与改进等记录。 | B | 查阅资料、台帐、访谈、 现场查看 | 2.5分，未达到不得分 | |
| 2、职能部门对标本全程管理有检查、分析、反馈。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐、访谈、 | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|---|---|-----------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，标本检查和取材规范，质控措施到位，整资完整。 | | 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| 4-15-6-5 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、访谈、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 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。 | | | |
| | | 3、内镜小的活检、穿刺等需连续切片不少于6片。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐、访谈、现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对制片过程有自查，问题有分析和改进措施。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅批文、现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，行业质评常规切片质量均达到优良级。 | | | |
| 4-15-6-6 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、访谈、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 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、有单件标本的冰冻切片制片应在15分钟内完成的规定与程序。 | | | |
| | | 3、有病理诊断报告在30分钟内完成的规定与程序。 | | | |
| | | 4、在术前向患者或近亲属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。 | | | |
| | | 5、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）。 | | | |
| | | 6、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书应由病理医师签署全名。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐、访谈、现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、对术中快速病理（含快速石蜡）诊断有自查，对诊断不准确病例有分析资料。 | | | |
| | 2、职能部门有检查、反馈、提出整改意见。 | | | | |

| | | | | |
|---|--|------------|---------------------|-----------------|
| | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，术中快速病理诊断准确率不断提高。 | A | 查阅资料、台帐、访谈、 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| 4-15-6-7 有制度保证特殊染色操作规范。 | 各项指标符合要求： 1、每种特殊染色，必须有本实验室的操作规范和技术规程。 | C | 查看资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 2、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。 | | | |
| | 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。 | | | |
| 符合“C”，并： 1、科室对特殊染色有自查，问题及时改进。 | B | 查看资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，特殊染色技术规范、质量不断提升。 | A | 查看资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| 4-15-6-8 有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。 | 各项指标符合要求： 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。 | C | 查阅资料、台帐、访谈、 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 2、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。 | | | |
| | 3、建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程。 | | | |
| | 4、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。 | | | |
| 5、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。 | 符合“C”，并： 1、科室对免疫组织化学染色有自查。 | B | 查看资料、台帐、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，免疫组化染色操作规范和准确，质量不断提升。 | A | 查看资料、台帐、访谈 | 5分，未达到不得分 | |

| | | | | | |
|--|---|---|------------|-------------|-----------------|
| | 4-15-6-9 有尸体剖验的配套场所和设施设备,有制度保证尸体剖验病理诊断的规范、准确。(可选) | 各项指标符合要求: | C | 查看资料、台帐、访谈 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、独立开展或有委托机构开展尸体剖验的项目,符合规范要求,并有配套场所和设施设备。 | | | |
| | | 2、有参加尸体剖验的病理医师和技术人员经过专门培训与考核授权的规定与程序。 | | | |
| | | 3、有严格的尸体剖验管理制度、流程并严格执行。 | | | |
| | | 4、有尸体剖验前相关方签署的尸体解剖知情同意书。 | | | |
| | | 5、有完整的尸体剖验档案。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | 1、科室对尸体剖验病理诊断有自查。 | | | |
| | 符合“B”,并: | A | 查看资料、台帐、访谈 | 5分,未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效,尸体剖验数量新增,临床病理讨论水平不断提升。 | | | | |
| | 4-15-6-10 参加卫生主管部门(或其委托组织)的各种实验室质控活动。 | 各项指标符合要求: | C | | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、有各种实验室质控活动计划与执行。 | | | |
| | | 2、有质控活动项目的目录/清单。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查看资料、台帐、访谈 | 2分,未达到不得分 |
| 1、按照国家卫生健康委《病理科质控指标》开展科内质控自查,数据完整,有分析、有整改。 | | | | | |
| 2、职能部门对实验室质控活动有检查与监管。 | | | | | |
| 3、有参加省级室间质量评价计划或能力验证计划,并落实。 | | | | | |
| 符合“B”,并: | | A | 查看资料、台帐、访谈 | 5分,未达到不得分 | |
| 1、持续改进有成效,实验室质控指标改进有成效,室间质评成绩全部合格。 | | | | | |
| 4-16 医学影像管理与持续改进 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|-----------------|-------------|
| 4-16-1 医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供24小时急诊影像服务。 | 4-16-1-1 医学影像服务通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅批文、查阅资料、排班表，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、医学影像服务与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目相符合，执业文件齐全并在有效期内。 | | | | |
| | | 2、X线摄影、超声检查、CT提供24小时×7天的急诊（包括床边急诊）检查服务。 | | | | |
| | | 3、有明确的服务项目、报告时限规定，公示并能遵循执行。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、有完善的PACs系统。 | | | | |
| | | 2、科室对诊疗服务开展的项目和服务情况有自查，整改，记录完整。 | | | | |
| | 4-16-1-1 医学影像服务通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。 | 4-16-1-1 医学影像服务通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。 | 3、职能部门对服务项目执业资质、服务内容和报告时限有检查、分析、反馈。 | B | 查阅资料、现场查看，人员访谈 | 1分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： | | | 2分，未达到不得分 |
| | | | 1、各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | 4-16-1-1 医学影像服务通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。 | 4-16-1-1 医学影像服务通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。 | 2、PACs系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，至少具备3年在线查询，3年以上离线存储功能。 | A | 查阅资料、现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | | 1、各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。 | | | |
| | | | 2、PACs系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，至少具备3年在线查询，3年以上离线存储功能。 | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | | |
| 1、科室有人员梯队结构和能力培训计划并实施。 | | | | | | |
| 2、职能部门对专业组设置与人员梯队结构和能力有检查与监管。 | | | | | | |
| 4-16-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。 | 4-16-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。 | | | | |
| | | 2、根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，各专业组设置合理，人员梯队结构合理。各级各类人员具有相应资质和执业资格。 | | | | |
| | | 3、科主任具备副主任医师及以上专业技术任职资格。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、科室有人员梯队结构和能力培训计划并实施。 | | | | |
| | | 2、职能部门对专业组设置与人员梯队结构和能力有检查与监管。 | | | | |
| 4-16-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。 | 4-16-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。 | 符合“B”，并： | B | 查阅资料、现场查看，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| 4-16-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。 | 4-16-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。 | 符合“B”，并： | A | 查阅文件、现场查看， | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|----------------------------|--------------------|------------------------|-----------|
| | | 1、科主任具有较强的学术和管理影响力，如担任市级专业学会/质控中心副主任委员及以上。 | | 人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 2、具有3名以上的中青年学术带头人，具备副高级以上专业技术职称，并按计划培养、考核。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | 4-16-1-3 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看， 人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、科室有紧急意外抢救预案，科室配备有急救药品器材。 | | | | |
| | | 2、科室相关人员经过急救培训，具备紧急处理的能力。 | | | | |
| | | 3、有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场查看， 人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 1、科室指定专人负责应急管理，有演练，有记录。急救药品器材具有可及性和质量保证。 | | | | |
| | | 2、职能部门对科室应急管理有检查与监管。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，科室应急药品和器材准备规范，相关人员应急救治能力达到要求。 | | | | |
| 4-16-2 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术规范，提供规范服务，保护患者隐私，实行质量控制，定期进行图像质量评价。 | 4-16-2-1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有各项规章制度和技术操作规范。 | | | | |
| | | 2、有各级各类人员岗位职责。 | | | | |
| | | | 3、科学合理设置科室质量控制指标。 | B | 查阅资料、现场查看、 抽考医护技各1人 | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、定期收集质控指标数据，有汇总、有分析，有改进建议。 | | | | |
| | | 2、科室有自查，对存在的问题有分析和整改。 | | | | |
| | | | 3、职能部门对科室制度建设和落实有检查、分析、反馈。 | A | 查阅资料 | 2分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| | | 1、持续改进有成效，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范进行完善和修订。 | | | 5分，未达到不得分 | | |
| | 4-16-2-2 采用多种形式，开展图像质量评价活动。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、采取多种形式，开展图像质量评价活动。 | | | | | |
| | | 2、有图像质量评价小组，定期对图像质量进行评价。 | | | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 1、科室对图像质量管理有自查、评价和整改。 | | | | | |
| | | 2、职能部门对图像质量管理情况有检查与监管。 | | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，省级专业质控组织每年度图像质量评价结果优秀。 | | | | | | |
| 4-16-3 提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度，有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。 | 4-16-3-1 医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“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，有审核医师签名。 | | | | | |
| | | | | 3、有影像报告时限要求。每份报告时间具体到“分”。 | B | 查阅资料，现场查看，人员访谈 | 2分，未达到不得分 |
| | | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | | 1、PACs系统能为影像诊断提供诊断格式、流程以及审核、质量监管支持。 | | | | |
| | | | | 2、科室每月对诊断报告质量检查，对存在的问题有改进措施。 | A | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | | 3、职能部门对诊断报告质量管理情况有检查、分析、反馈。 | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | | 1、质量评价结果纳入对科室服务质量与诊断医师技术能力评价内容。 | | | | |
| | | | 2、持续改进有成效，省级专业质控组织每年度图像质量评价结果优秀。 | | | | |
| | | 4-16-3-2 有影像疑难病例随访与反馈制度，有疑难病例讨论 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | | 1、有影像疑难病例随访与反馈制度。 | | | | |
| | 2、定期召开疑难病例讨论与读片会。 | | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|-------------|--------------|-----------------|
| | 与读片会。 | 3、疑难病例讨论与读片会由科主任或副主任医师以上人员主持。 | B | 查阅资料，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 4、重点病例的随访与反馈、疑难病例分析读片会有完整资料。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室对影像疑难病例管理制度的落实有自查。 | | | |
| | | 2、职能部门对影像疑难病例管理制度的落实有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、疑难病例分析与读片会参加人员覆盖科室80%人员。 | | | |
| 2、有案例说明：通过重点病例随访分析评价，改进诊断工作，提高诊断质量。 | A | 查阅资料，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| 4-16-4 有医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护及工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。 | 4-16-4-1 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅批文、资料、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有放射安全管理相关制度。 | | | |
| | | 2、有医学影像设备、场所定期检测制度和定期放射设备、场所检测报告。 | | | |
| | | 3、有放射废物处理的相关规定，放射废物处理有登记和记录。 | | | |
| | | 4、在影像检查室门口设置电离辐射警告标志。 | | | |
| | | 5、医学影像科通过环境评估。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，人员访谈 | 2分，未达到不得分 | |
| | 1、有定期放射设备、场所检测报告并对超过标准的设备或场所及时处理的完整资料。 | | | | |
| | 2、科室至少每季度有一次常规安全检查，对存在的问题进行整改。 | | | | |
| | 3、职能部门对放射安全管理制度落实有检查与监管。 | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，放射管理相关制度落实到位，患者和员工安全得到保障。 | | | | | |
| 4-16-4-2 有受检者 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看， | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|--------------------|----------------------------|-----------------|
| | 和工作人员防护措施。 | 1、有完整的放射防护器材与个人防护用品。 | | 人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 2、影像检查前医务人员告知患方辐射对健康的影响，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护。 | | | | |
| | | 3、对员工有放射安全防护培训，对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训。 | | | | |
| | | 4、相关人员按照规定佩戴个人放射剂量计。 | | | | |
| | | 5、相关人员按照规定每年进行健康检查，有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | 查阅资料，现场查看， 人员访谈 | 1分，未达到不得分 | |
| | 1、有专人负责对放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | 2、科室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。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | 3、职能部门对相关人员培训效果和放射防护制度落实有检查与监管。 | | A | 查阅资料，现场查看， 人员访谈 | 2分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | | | | 1分，未达到不得分 | |
| | 1、有员工定期进行放射安全防护培训证书或资料。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | 2、有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | 3、无放射安全(不良)事件。 | | | | | |
| | 4-16-4-3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料、现场查看、 抽考2名相关人员相关内容 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、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。 | | | | | | |
| 3、各相关科室和人员熟悉应急预案和具体处置流程。 | | B | 查阅资料、抽考2名参加演练人员 | 5分，未达到不得分 | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | |
| 1、按照放射安全事件应急预案，每年进行一次综合演练。 | | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| 符合“B”，并： | | | | | | |
| 1、持续改进有成效，演练存在问题得到及时整改，相关人员熟练掌握应急 | | | | | | |

| | | 处置流程。 | | | |
|---|---|---|------|----------------------|-----------------|
| 4-17 输血管理与持续改进 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-17-1 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范。 | 4-17-1-1 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有临床输血管理相关制度和实施细则，内容覆盖本机构临床输血管理的全过程。开展无偿献血宣传教育，提倡无偿献血。 | | | |
| | | 2、对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训，有考核。 | | | |
| | | 3、监测、分析临床用血情况，推进临床合理用血。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看台账 | 1分，未达到不得分 |
| | | 1、临床科室针对输血管理制度落实开展自查。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对输血管理制度落实有检查、分析、反馈。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、履行对本机构临床用血的规章制度监督实施，指导临床用血，调查分析临床用血不良事件及不良反应，提出干预和改进措施。 | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查看台账 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，输血管理制度得到有效落实。 | | | | |
| | 4-17-1-2 制定医院用血计划，实行动用血申请分级管理，建立临床用血评价公示制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查看台账及检查临床公示记录以医师评价记录 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有医院临床用血计划。临床异体输血量年增幅低于同期住院患者增长率和住院手术增长率。 | | | |
| | | 2、有临床用血管理制度，内容包括：用血申请分级管理、临床科室和医师临床用血评价及公示等。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看记录及台账公示 | 3分，未达到不得分 |
| 1、输血科对临床用血和计划的符合性进行分析、评价，职能部门有考核。 | | 2分，未达到不得分 | | | |
| 2、职能部门有检查、分析、反馈，每季度对科室及医师用血评价公示。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查看台账 | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|------------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，用血相关管理工作落实到位。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 4-17-2 医院有输血科，具备为临床提供24小时服务的能力，满足临床工作需要，无非法自采、自供血液行为。 | 4-17-2-1 设置输血科，职责明确并执行到位，开展质量与安全管理，持续改进输血工作。 | 各项指标符合要求： | C | 查看病程记录及培训记录，检查台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、输血科设置与医院功能和临床科室诊疗需求相适应。 | | | |
| | | 2、有工作制度、岗位职责、相关技术规范与操作规程，并对相关人员进行培训。 | | | |
| | | 3、参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗，指导临床合理用血，配合临床用血事件及输血不良反应的调查。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看病程记录及培训记录，检查台账 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、输血科主动征求临床科室对输血管理工作的意见和建议，对问题有自查。 | | | |
| | | 2、职能部门对输血科管理有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 检查台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，临床对输血科相关工作满意。 | | | |
| | 4-17-2-2 输血科人员结构、房屋设施和仪器设备均符合规定要求。 | 各项指标符合要求： | C | 现场检查及查看台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 1、输血科负责人具有输血技术工作五年以上工作经历，并接受输血相关理论和实践技能的培训和考核；输血科工作人员无影响履行输血专业职责的疾病。 | | | | | |
| 2、输血科位置远离污染源，靠近手术室和病区，布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，至少应设置血液入库前的血液处置室、血液标本处理室、储血室、发血室、输血相容性检测实验室、值班室和资料保存室。 | | | | | |
| | | 3、配备2℃~6℃储血专用冰箱、-20℃以下专用低温冰箱、2℃~8℃试剂冰箱等必备的基本设备。 | B | 查看现场及台账记录 | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、输血科实验室建筑与设施符合实验室生物安全通用要求，业务区域与生活区域分开，业务用房面积达到相关要求。 | | | |
| | | 2、职能部门对设备使用情况有检查、分析、反馈。 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---------|-----------|---------------|-----------------|
| | | 3、必备基本设备：储血专用冰箱、专用低温冰箱、试剂冰箱、标本冰箱、血小板保存箱、解冻箱、血型血清学离心机、标本离心机、恒温水浴箱、热合机、显微镜、专用取血箱、计算机及输血管理信息系统等。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场及台账记录 | | |
| | | 1、持续改进有成效，输血科人员结构、房屋设施和仪器设备均符合要求。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-17-2-3 具备为临床提供24小时供血服务的能力，满足临床工作需要。 | 各项指标符合要求： | | C | 查看台账，看现场及追踪流程 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、制订临床用血储备计划，与指定供血单位签订供血协议。无非法定渠道用血、自采/自供血液的行为。 | | | | |
| | | 2、有血液库存量的管理要求，能24小时为临床提供供血服务。有特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，确保急诊抢救用血。 | | | | |
| | | 3、有应急用血的后勤（通信、人员、交通）保障能力。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | B | 查看台账及记录 | |
| | | 1、输血科与血站建立血液库存预警机制，及时掌握预警信息，协调临床用血。 | | | | 3分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对供血和应急用血的后勤保障情况有检查、分析、反馈。 | | | | 2分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | A | 查看台账及记录 | | | |
| 1、持续改进有成效，供血满足临床需要。 | | | | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-17-3 加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证，促进临床安全、有效、科学用血。 | 4-17-3-1 开展对临床医师输血知识的教育与培训，开展临床用血评价，促进临床合理用血。 | 各项指标符合要求： | | C | 查看台账及记录 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、输血科每年至少一次为临床用血医护人员提供输血知识的教育与培训。 | | | | |
| | | 2、临床医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定有管理规定，并执行。 | | B | 查看台账及记录 | |
| | | 符合“C”，并： | | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、输血科和各临床用血科室每季度对医师合理用血有自查。 | | | | 3分，未达到不得分 |
| 2、职能部门每月对医师合理用血情况进行评价，有检查、分析、反馈。 | | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|------------------------|------------------------|
| | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，临床用血合理程度不断提升。 | A | 查看台账及记录 | 5分，未达到不得分 | |
| 4-17-3-2 执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗知情同意书”。 | 各项指标符合要求： 1、具备为准备输血的患者进行血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、H C V、H I V、梅毒抗体）的相关检测能力，并开展相关检测。 2、有输血前医患双方共同签署的输血治疗知情同意书。 3、输血治疗知情同意书保存在病历中。 4、对抢救生命垂危的患者等特殊情况下紧急输血有相关规定与批准流程。 | C | 现场查看及记录并查看病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 符合“C”，并： 1、职能部门对知情同意执行情况有检查、分析、反馈。 2、患者输血前检测率100%。 | B | 现场查看及记录并查看病历 | 3分，未达到不得分 2分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，每一例输血患者均有输血治疗知情同意书。 | A | 病历抽查 | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-17-3-3 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。 | 各项指标符合要求： 1、有临床用血前评估和用血后效果评价管理制度，内容应包括根据患者病情和实验室检测结果，进行输血指征综合评估的指标。 | C | 现场查看及记录并查看病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 符合“C”，并： 1、科室对临床用血执行情况（输血适应证、输血前评估指征、检测指标、输血后效果评价等记录）有自查。 2、职能部门对安全、有效、科学用血有检查、分析、反馈。 | B | 现场查看及记录并查看病历 | 3分，未达到不得分 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，用血前评估和用血后评价工作落实到位。 | A | 查看台账及记录 | 5分，未达到不得分 |
| | | 4-17-3-4 医院应当积极开展血液保护相 | 各项指标符合要求： 1、对围手术期血液保护等输血技术有管理规定。 | C | 现场查看及记录并查看病历 |

| | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------|--------------------|-----------------|---------|-----------|
| | 关技术，建立自身输血、围手术期血液保护等输血技术管理制度。 | 2、有支持开展血液保护相关技术的设备条件。 | B | 查看现场及记录 | 得“C” | | |
| | | 3、有开展血液保护相关技术的人员并能开展工作。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、科室有输血管理情况自查，并有与上年度用量比较的数据信息。 | | | | | |
| | | 2、职能部门对输血管理有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | 1、持续改进有成效。 | A | 查看现场及记录 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 4-17-3-5 输血治疗病程记录完整详细。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看及记录并查看病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有临床用血医学文书管理制度，并执行。 | | | | | |
| | | 2、输血治疗病程记录至少包括输血原因，不同输血方式的选择，输注成分、血型和数量，输注起止时间，输血过程观察情况，有无输血不良反应等内容。 | | | | | |
| 3、输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。 | | | | | | | |
| 4、手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录和术后记录中输血量与发血量要一致。 | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | |
| 1、职能部门对输血治疗病程记录情况有检查、分析、反馈。 | | B | | | | 查看现场及记录 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | A | | | | 查看现场及记录 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，输血治疗病程记录完整、规范。 | | | | | | | |
| 4-17-4 开展临床用血全程管理，执行输血前核对制度，做好血液入库、贮存和发放管理。 | 4-17-4-1 落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、抽查10份输血过的住院病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| 1、有临床用血申请和申请审核制度，包括：申请备血量和医师权限、审核程序及紧急用血报批手续等，并执行。 | | | | | | | |
| 2、用血的申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。 | | | | | | | |
| 3、对临床单例患者用全血或红细胞超过1600ml（8U）有职能部门审核并批准。 | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|------|-----------|---|
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，用血申请和审核制度落实到位。 | | | |
| | 4-17-4-2 建立输血管理信息系统，做好血液入库、贮存和发放管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有输血管理信息系统，有制度对血液预订、接收、入库、储存、出库及库存预警等进行管理。 | | | |
| | | 2、血液储存、运送符合国家有关标准和要求。全血、红细胞的储藏温度应当控制在2~6℃，血小板的储藏温度应当控制在20~24℃。有血液储藏温度的24小时监测记录。 | | | |
| | | 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。 | | | |
| | | 4、血液的出入库和效期内使用情况记录完整（出入库记录完整率100%，血液有效期内使用率为100%），并有出入库记录完整率和血液有效期内使用率等统计数据。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 现场查看 | 2分，未达到不得分 1.5分，未达到不得分 1.5分，未达到不得分 |
| 1、血液接发的科室和部门有自查。 | | | | | |
| 2、职能部门对血液出入库及配发血的全过程实施有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 现场查看 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，血液出入库及配发血工作符合规范。 | | | | |
| 4-17-5 开展血液质量管理监 | 4-17-5-1 有血液贮存质量监测与信息反 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项指标未达到，不 |
| 液质量管理监 | | 1、有血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度，并执行。 | | | |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|------|------|-----------------|--|
| 控,制订、实施控制输血严重危害(SHOT)(输血传染疾病、输血不良反应、输血注无效)的方案,严格执行输血技术规范。 | 馈的制度。 | 2、输血科有专人对血液贮存(存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等)有定期监测记录:(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。 | | | 得“C” | |
| | | 3、输血器械符合国家标准,“三证”齐全;输血器、血袋按医疗垃圾由用血科室按《医疗废物管理条例》和《静脉治疗护理技术操作规范》的相关规定处理。 | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | |
| | | 1、科室对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有自查、分析、整改。 | B | 查阅资料 | 2分,未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有检查与监管。 | | | 3分,未达到不得分 | |
| | | 符合“B”,并: | | | | |
| | | 1、持续改进有成效,血液贮存质量与信息反馈制度落实到位。 | A | 查阅资料 | 5分,未达到不得分 | |
| | 4-17-5-2 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。 | 各项指标符合要求: | | | | |
| | | 1、根据相关法律法规和临床输血技术规范制定输血全过程质量管理监控的管理制度、评价指标和管理流程。 | | | | |
| | | 2、有输血科对临床科室全过程管理的监控指标(包括:储血、发血、输血中、输血后等)和监测评价结果。 | | | | |
| 3、血液发出后,受血者和供血者标本于2℃~6℃保存至少7天。 | | | | | | |
| 4、从发血到输血各个交接环节要有记录,时间应精确到分钟。 | | | | | | |
| 5、所使用的输血器和辅助设备符合国家标准、操作规范与流程。 | | | | | | |
| 6、输血中实施全程监护,有输血反应处理预案报告与流程,输血不良反应发现和处理时间应精确到分钟记录在病历中。 | | | | | | |
| | 符合“C”,并: | B | 查阅资料 | | 任何一项指标未达到,不得“C” | |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|---|------|-----------|-----------|-----------------|
| | | 1、输血科与临床用血科室对上述制度的落实情况有自查、分析、整改。 | A | 查阅资料 | 2分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对输血全过程制度的落实情况有检查、分析、反馈。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，每一例患者输血全过程管理规范、监管措施落实到位。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-17-5-3 医院有输血相关应急预案，并能得到落实。 | 各项指标符合要求： | | C | 查台账、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有输血相关应急预案：内容包括紧急用血的应对、控制输血严重危害（SHOT）、超常规血量、关键设备故障等。 | | | | |
| | | 2、有关键设备故障的应急措施，包括电话、负责人及替代方式。 | | | | |
| | | 3、相关人员知晓应急预案处置流程，并能执行。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对紧急用血的执行情况（重点夜间、节假日）和输血严重危害事件发生进行抽查。 | | | | |
| 符合“B”，并： | | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，应急管理相关措施落实到位，无输血严重危害事件发生。 | | | | | | |
| 4-17-6 落实输血相容性检测的管理制度，做好相容性检测实验质量管理，确保输血安全。 | 4-17-6-1 有输血相容性检测实验室的管理制度。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有输血相容性检测实验室的管理制度，能提供输血前检验项目包括：血型 ABO 反正定型、RH(D)、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物及不规则抗体等项目。 | | | | |
| | | 2、能够提供需要输血的患者、手术患者有创诊疗操作应进行输血相容性检测检查。 | | | | |
| | | 3、交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。 | | | | |
| | | 4、用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | B | 查阅资料 | 2分，未达到不得分 |
| 1、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。 | | | | | | |

| | | 2、职能部门按照制度和流程落实有检查、分析、反馈。 | | | 3分，未达到不得分 | |
|--|---|--|---|------------------|-----------------|-----------|
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | | |
| | | 1、持续改进有成效，输血相容性检测相关制度得到落实。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| 4-17-6-2 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。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有室内质控的管理规定，包括：质控品的技术规则定义，质控品常规使用前的确认，实施质控的频次，质控品检测数据分析方法，质控规则的选定等。 | | | | |
| | | 2、有试验有效性判断和失控的判定标准。 | | | | |
| | | 3、对失控的结果有调查分析、处理，并记录。 | | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料 | |
| | | | 1、输血科对室内失控项目和室间质评不合格项目有自查。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | | 2、参加省级或国家级室间质评时，应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，且成绩合格。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | |
| | 1、持续改进有成效，室内质量控制和室间质评规范参加，输血相容性检测质量不断提高。 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 4-18 医院感染管理与持续改进 | | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 4-18-1 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，并与医院功能和 | 4-18-1-1 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查看医院相关文件，访谈委员会成员 | 任何一项未达到不得“C” | |
| | | 1、建立“医院感染管理委员会-医院感染管理部门-临床科室”三级医院感染监控体系，有制度及职责。 | | | | |
| | | 2、医院感染管理部门配备专职人员，人员配备符合1:250；临床科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。 | | | | |
| | | 3、医院感染管理纳入医院总体规划和质量与安全管理目标。并依据上级部门与医院感染管理的有关要求，制定工作实施计划并落实。 | | | | |

| | | | | | |
|-------------|---|---|---------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 任务及临床工作相匹配。 | | 4、有相关人员岗位职责，并履行。 | | | |
| | | 5、无重大医院感染责任事件。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看会议纪要及督查记录；查看上级检查问题的改进情况记录 | |
| | | 1、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。 | | | 4分，未达到不得分 |
| | | 2、对上级主管检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料 | |
| | | 1、医院感染管理部门人员专业构成合理，人员稳定。医院感染部门负责人具备感染诊治及防控专业能力。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、参加医院疑难复杂危重、多重耐药院内感染病例多学科联合诊疗，参与指导临床抗菌药物合理使用。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、感染管理部门能针对医院或区域暴发的新发病或医院感染事件，研究制定科学的感染控制措施并落实。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 4、医院有经过省级“感控医师临床研修项目”或国家“细菌真菌感染诊治培训项目(培元计划)”等感染相关专业培训的人员，并在实际中发挥作用。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | 4-18-1-2 制订相应的规章制度，将医院感染的预防与控制贯彻于所有医疗服务中。 | 各项指标符合要求： | C | 查看制度并考核人员 | |
| | | 1、有根据相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防与控制制度。 | | | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施，并落实。 | | | |
| | | 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。 | | | |
| | | 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。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查看医务处、护理部及感染管理科的督查记录及分析反馈 | | |
| | 1、职能部门对科室医院感染管理工作有检查、分析、反馈。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | A | 查看资料及访谈 | | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|-----------|------------------|-----------------|----------------|-----------|
| | | 1、持续改进有成效，医院感染管理工作落实到位。 | | | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-18-2 开展医院感染防控知识的培训与教育。 | 4-18-2-1 医院有感染管理培训计划、培训大纲和培训教材，实施全员培训。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容。 | | | | | |
| | | 2、按计划开展相关培训并有考核。 | | | | | |
| | | | | 3、相关人员掌握相关知识与技能。 | B | 查看教育部门及感染管理科资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、职能部门对培训效果进行追踪与成效评价，提出改进措施。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 现场考核 20 人 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，培训后的医务人员医院感染预防与控制知识与技能达到岗位要求。 | | | | | | | |
| 4-18-3 按照《医院感染管理办法》等相关法律法规，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监管，控制并降低医院感染风险。 | 4-18-3-1 口腔诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规和《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》的要求。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、根据《医院感染管理办法》《口腔诊疗器械消毒技术操作规范》等规章要求制订相关制度、流程。 | B | 查看资料及访谈 | | | |
| | | 2、消毒隔离工作符合规范要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品。 | | | | | |
| | | 3、医疗器械的清洁灭菌符合国家规范，提供安全的诊疗操作。 | | | | | |
| | | 4、布局流程合理，符合规范。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | A | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。 | | | | | |
| | | 2、职能部门对口腔科的医院感染管理有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 1、持续改进有成效，口腔诊疗工作符合医院感染管理规范。 | | | | | |
| 4-18-3-2 内镜诊疗 | 各项指标符合要求： | C | 查看所有内镜清洗消 | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|-----------|--------------|-----------------|-----------------|-----------|
| | 工作符合医院 感染管理相关法律法规和《内镜清洗消毒技术操作规范》的要求。 | 1、根据《医院感染管理办法》《内镜清洗消毒技术操作规范》等规章要求制订相关制度、 流程。 | | 毒情况，现场考核清洗人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 2、消毒隔离工作符合规范要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准消毒与防护 用品。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。 | B | | | 查看监测记录并考核监测方法 | 4分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对内镜清洗消毒流程有检查、分析、反馈。 | | | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | 1、持续改进有成效，内镜诊疗工作符合医院感染管理规范。 | A | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 4-18-3-3 新生儿室工作符合医院感染管理相关法律法规和《新生儿病室建设与管理指南（试行）》的要求。 | 各项指标符合要求： | | C | 现场查看及考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1. 有新生儿消毒隔离制度，并落实 | | | | | |
| | | 2. 有新生儿沐浴、配奶操作工作流程及新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒规范，并落实 | | | | | |
| | | 3. 有传染病患儿消毒隔离制度，对高危新生儿及疑似传染病的新生儿采取隔离措施，标识清晰 | | | | | |
| | | 4. 有专人负责新生儿室的医院感染监控工作，定期进行消毒灭菌效果及环境卫生学监测，有记录 | | | | | |
| 符合“C”并： | | | | | | | |
| 1. 科室对各项消毒隔离制度、流程及消毒规范有检查，有分析及整改 | | B | 现场查看及访谈 | | | | 3分，未达到不得分 |
| 2. 职能部门对新生儿室医院感染管理有检查，定期监测，有分析评价 | | | | | | | 2分，未达到不得分 |
| 符合“B”并： | | | | | | | |
| 1. 科室各项消毒隔离措施、流程及规范持续改进有成效 | A | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 4-18-3-4 医院有感染暴发报告流程与处 | 各项指标符合要求： | | C | 查看资料及现场考核 | 任何一项指标未达到，不 | | |
| | 1、有医院感染暴发报告流程与处置预案。 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|----------|-----------------|---|---------|-----------|
| | 置预案。 | 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。 | | | 得“C” | | | |
| | | 3、有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施，按要求上报。 | | | | | | |
| | | 4、相关人员知晓医院感染暴发报告流程和处置预案。 | | | | | | |
| | | 5、根据医院感染可能发生的暴发情况制定各类演练方案，并进行演练。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 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。 | | | | B | 查看资料及访谈 | 4分，未达到不得分 |
| | | 2、有医院感染暴发报告的信息核查机制。 | | | | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，演练中问题得到整改，医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。 | A | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 | | | |
| 4-18-4 医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；将医院感染情况与其他医 | 4-18-4-1 医院感染专职人员和监测设施配备符合要求，有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T 312-2009）开展目标性监测、全院综合性监测等监测工作并记录。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。 | | | | | | |
| | | 2、有医院监测计划，按照医院感染监测规范要求开展监测工作，监控应覆盖高风险科室和环节，监测的目录/清单范围符合要求。 | | | | | | |
| | | 3、科室能按照制度和流程要求，监测《医院感染监测规范》要求儿童专科医院相关的所需项目，并有记录。 | | | | | | |
| | | 4、有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、有医院感染监测记录与分析报告，定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论、总结与反馈，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。 | | | | B | 查看资料及访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | 2、有医院感染预警等过程监测软件。 | | | | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料及访谈 | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|-----------|-----------|------------------|-----------------|
| 疗机构进行比较;定期通报医院感染监测结果。 | | 1、持续改进有成效,医院感染监测指标和医院信息系统能够提供对医院感染危险因素监测及分析,满足目标性监测和全院综合性监测等管理需求。 | | | 5分,未达到不得分 | |
| | 4-18-4-2 实施重点环节、重点人群与高危因素的监测。对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。 | 各项指标符合要求: | | C | 现场查看及考核,查阅10份病历 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、有针对重点环节、重点人群与高危因素管理与监测计划,并落实。 | | | | |
| | | 2、有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估,并制定针对性的控制措施。 | | | | |
| | | 3、重症医学科开展导管相关性血源感染(CRBSI)千日感染率;呼吸机相关肺炎(VAP)千日感染率;尿路感染(UTI)千日感染率的监测与防控。 | | | | |
| | | 4、有对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施,并落实。 | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | |
| | | 1、科室有自查,对存在的问题有总结、分析、报告机制,有改进措施。 | B | 查看资料及访谈 | 2分,未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对科室监测情况进行定期核查指导,对存在的问题,及时反馈,并提出整改建议。 | | | 3分,未达到不得分 | |
| | 符合“B”,并: | | | | | |
| | 1、持续改进有成效,医院信息系统能够对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析,医院感染得到有效控制。 | A | 查看资料及访谈 | 5分,未达到不得分 | | |
| | 4-18-4-3 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。 | 各项指标符合要求: | | C | 现场查看现场考核 | 未达到不得“C” |
| | | 1、按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。 | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | B | 查看10份医院感染病例,核实诊断 | 3分,未达到不得分 |
| | | 1、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。 | | | | |
| 2、职能部门针对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,分析比较,提出改进建议。 | | | | | | |
| 符合“B”,并: | A | 查看资料及访谈 | 2分,未达到不得分 | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|-------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，医院感染管理水平不断提高。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 4-18-5 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制，对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。 | 4-18-5-1 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制，对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。 | 各项指标符合要求： | C | 追踪1名多重耐药菌患者 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、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。 | | | |
| | | 2、有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、合理使用抗菌药物、保洁与环境消毒的制度等。 | | | |
| | | 3、医院临床微生物实验室能开展临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性分析。 | | | |
| | | 4、有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制，并有具体落实方案。 | B | 查看资料及访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。 | | | |
| | | 2、职能部门对多重耐药菌医院感染情况有检查、问题分析及改进建议。 | A | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，多部门合作机制建立，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。 | | | | | |
| 4-18-6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。 | 4-18-6-1 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料及访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有细菌耐药监测及预警机制，并每半年进行反馈。 | | | |
| | | 2、各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。 | | | |
| | | 3、有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。 | | | |
| | | 4、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。 | B | 查看资料及访谈 | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| 1、痰标本占有所有送检标本70%以下 | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|-----------|----------|-----------------|
| | | 2、有上述细菌耐药监测变化趋势图。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、职能部门、药事管理组织联合对细菌耐药监测和预警，有干预措施。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料及访谈 | |
| | | 1、持续改进有成效，多部门对细菌耐药情况联合干预措施得到有效落实。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 2、有针对感染病例的多学科会诊或讨论 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、血培养及其他无菌部位标本达到送检标本50% | | | 2分，未达到不得分 |
| 4-18-7 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的消毒与防护用品；重点部 | 4-18-7-1 根据国家法规，结合医院的具体情况，制定全院和不同部门的消毒制度，并落实。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有全院和重点部门（如重症医学科、新生儿病房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）的消毒工作制度，并执行。 | | | |
| | | 2、有对医务人员进行相关知识、消毒技术的教育与培训，有培训考核记录。 | | | |
| | | 3、有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂，符合国家的有关要求，质量和来源可追溯。 | | | |
| | | 4、能根据医疗物品危险性选择正确的消毒、灭菌方法，确保消毒灭菌效果。 | | | |
| | | 5、定期针对消毒开展常规监测，包括消毒液的浓度监测、紫外线灯的强度监测以及必要的消毒后生物监测等，并有记录。 | | | |
| | | 6、相关人员知晓上述内容并落实。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看资料及访谈 | |
| | | 1、有多部门与科室协作管理机制，对消毒工作存在问题与缺陷分析、总结，提出改进措施。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对全院消毒工作进行监管，对存在的问题进行分析、总结、反馈，及时整改。 | | | 2分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | A | 查看资料及访谈 | | | |
| 1、持续改进有成效，消毒工作制度落实到位，无因消毒不合格导致的感染事件发生。 | | | 5分，未达到不得分 | | |

| | | | | | | | |
|----------------|--|-------------------------------|---|---------------------|-----------------|---------|-----------|
| 门、重点部位的管理符合要求。 | 4-18-7-2 隔离管理符合要求，医务人员防护用品使用正确，针对不同传播途径疾病的隔离与预防措施得当。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看及考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有针对免疫低下、感染性疾病等患者的隔离制度及操作流程。 | | | | | |
| | | 2、医务人员掌握隔离的原则、标准、技术。 | | | | | |
| | | | | 3、隔离设施及物品配备能满足临床需要。 | B | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、职能部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题及时整改。 | | | | | |
| | | | | 符合“B”，并： | A | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，隔离工作持续改进有成效。 | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------|-----------|
| 4-18-8 执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求 | 4-18-8-1 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。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、根据手卫生规范要求配置有效、齐全、便捷的手卫生设施。 | | | | | |
| | | 2、有手卫生相关要求（洗手方法、外科洗手操作规程等）的宣教图示。 | | | | | |
| | | | | 3、重点科室遵循相关标准要求，配置非手触式水龙头及相关手卫生设施。 | B | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、职能部门对手卫生设施设备配置情况进行检查与监管。 | | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| | | | 1、持续改进有成效，全院手卫生设施配置满足医疗安全需要。 | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|---|-----------------|-----------------|------------|-----------|
| | 4-18-8-2 医务人员在临床诊疗活动中遵循《医务人员手卫生规范》有关要求 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、根据手卫生规范要求制定手卫生管理相关制度。 | | | | | |
| | | 2、各相关部门为医务人员提供手卫生培训。 | | | | | |
| | | | | 3、医务人员能落实手卫生规范。 | B | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、科室对手卫生执行情况有自查。 | | | | | |
| | | | | 符合“B”，并： | A | 查看近2年的改进案例 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，手卫生依从性、正确性不断提高。 | | | | | |

| 4-19 介入诊疗管理与持续改进 | | | | | | | |
|---|--|--|---------|--------------|-----------------|---|--------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |
| 4-19-1 专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》等相关要求和医院功能任务要求,满足临床需要,能提供24小时诊疗服务。 | 4-19-1-1 介入诊疗技术与医院功能、任务相适应,符合医疗机构基本要求。 | 各项指标符合要求: | C | 查看现场,查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、介入诊疗技术与医院功能、任务相适应。与卫生健康行政部门核准的临床诊疗科目一致,有关介入诊疗项目按要求向相应卫生健康行政部门备案。 | | | | | |
| | | 2、有与介入诊疗项目相关临床科室,能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。根据临床需要,能提供24小时介入诊疗服务。 | | | | | |
| | | 3、有介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与工作流程。 | | | | | |
| | | 4、相关科室和人员知晓协作职能和工作流程。 | | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | | |
| | | 1、职能部门对开展项目及质量有监管,对存在问题与缺陷有总结,有改进措施。 | | | | B | 查阅资料、台账 |
| | 符合“B”,并: | A | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 | | | |
| | 1、持续改进有成效,相关科室协作良好,共同保障患者的诊疗质量与安全。 | | | | | | |
| | 4-19-1-2 有满足介入诊疗需求的导管室、大型影像诊断及诊断技术人员。 | 各项指标符合要求: | C | 查看现场,查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、有血管造影或介入导管室,设置符合诊疗技术管理规范:(1)操作室使用面积符合放射防护及无菌操作等相关要求;(2)有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品;(3)配备800mA,120KV以上并具有电动操作功能、数字减影功能和“路途”功能,影像质量和放射防护条件良好的血管造影机,并配备高压注射器。 | | | | | |
| | | 2、有磁共振(MRI)、计算机x线断层摄影(CT)、多普勒超声设备及相配套的专业诊断队伍。 | | | | | |
| | | 3、有设备使用及维护技术人员,有保证影像诊断质量的相关措施,并落实。 | | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | B | 查看现场,查阅资料、台账 |
| 1、有设备使用管理相关制度,有专人负责,有保养、维护、维修记录。 | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------|----------------------|-----------------|
| | | 2、职能部门对大型仪器设备使用与维护情况有监管与评价,对存在问题有改进措施。 | | | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | A | 查看现场,查阅资料、台账 | |
| | 1、大型影像诊断设备实现数字化,有完善的影像存储与传输系统(PACs)。 | 2.5分,未达到不得分 | | | |
| | 2、设备维修响应及时,保障安全运行,保障临床需要。 | 2.5分,未达到不得分 | | | |
| 4-19-2 执行卫生健康委制定介入诊疗技术管理规范,依法取得相应诊疗科目及人员的执业资质。 | 4-19-2-1 执行卫生健康委制定的介入诊疗技术管理规范。 | 各项指标符合要求: | C | 查看现场,查阅资料、台账 | |
| | | 1、根据卫生健康行政部门制定的介入诊疗技术管理规范,制定实施细则与流程,并执行。 | | | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 2、有相关人员培训计划、培训方案并考核。 | | | |
| | | 3、在实施介入诊疗前,必须经2名及以上具有介入诊疗资格的医师决定(其中至少1名为副主任医师),并有记录。 | | | |
| | | 4、相关人员熟练掌握本岗位技术操作规范,考核合格率≥90%。 | | | |
| | 符合“C”,并: | | | | |
| | | B | 查阅资料、台帐 | 5分,未达到不得分 | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查看现场,查阅资料、台账;现场看手术操作 | |
| | 1、持续改进有成效,相关人员无违规操作事件发生。 | 3分,未达到不得分 | | | |
| | 2、相关人员技术操作规范考核合格率100%。 | 2分,未达到不得分 | | | |
| 4-19-2-2 医师、医技和护理人员经介入治疗专业技术培训合格。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐 | | |
| | 1、有各级各类人员岗位职责,相关人员知晓,并能遵循。 | | | 任何一项指标未达到,不得“C” | |
| | 2、医师、医技和护理人员经介入治疗专业技术培训合格。 | | | | |
| | 3、人员资质符合介入诊疗项目执业要求。 | | | | |
| | 4、具有与开展的介入诊疗项目相适应的其他专业技术人员。 | | | | |
| 符合“C”,并: | B | 查阅资料、台帐 | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------|-------------|-----------------|
| | | 1、职能部门对人员上岗情况有定期检查，对存在问题有整改措施。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、有对相关人员进行培训后上岗能力的评价，并有相关资料。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | |
| | | 1、持续改进有成效，所有介入诊疗人员资质与能力符合上岗要求。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 4-19-3 掌握介入诊疗技术的适应证，规范技术操作，开展质量控制，定期质量评价。 | 4-19-3-1 有介入诊疗医师资质的授权管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有对实施介入诊疗医师资质授权管理制度与流程，相关人员知晓，并执行。 | | | |
| | | 2、在实施介入诊疗前，必须经2名及以上具有介入诊疗资格的医师决定(其中至少1名为副主任医师)，并有记录。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | |
| | | 1、授权管理落实到每一位医师，能力评价有记录。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对执行情况有检查，对存在问题有改进措施。 | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | |
| | 1、持续改进有成效，授权管理落实到位，根据评价结果动态管理，相关资料完整。 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 4-19-3-2 掌握介入诊疗技术的适应证和禁忌证，履行知情同意，保障患者安全。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、各级医师掌握介入诊疗技术的适应证与禁忌证，并严格执行。 | | | |
| 2、介入诊疗前，手术医师手术前进行术前评估与访视。在手术前到病房查看病历，检查患者，确认手术适应证。 | | | | | |
| 3、介入诊疗方案确定与实施按照授权规定执行。 | | | | | |
| 4、在实施介入诊疗前，由手术者或者第一助手向患者或近亲属进行知情同意告知，包括手术目的、手术风险、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施以及高值耗材的选择等，并签署知情同意书，保存在病案中。 | | | | | |
| 5、相关医师对上述要求知晓率100%。 | | | | | |
| 符合“C”，并： | | B | 查阅资料及相关住院 | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---------------------------|---------------------|-----------------|
| | | 1、科室定期对介入诊疗病例的适应证进行回顾总结，保障介入诊疗质量。 | A | 病历 5 份 | 3 分，未达到不得分 | |
| | | 2、职能部门对介入诊疗技术适应证有监管与评价，有改进措施。 | | | 2 分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，介入诊疗管理规范，病例符合适应证要求。 | | | 3 分，未达到不得分 | |
| | | 2、介入诊疗病例适应证符合率 100%。 | | | 2 分，未达到不得分 | |
| | 4-19-3-3 有介入诊疗工作制度、技术操作常规，开展质量控制，定期质量评价，保障介入诊疗安全。 | 各项指标符合要求： | 1、有介入诊疗工作制度、导管室管理制度、技术操作常规和介入诊疗各级各类人员岗位职责。 | C | 查阅资料，抽考 2 名医务人员相关内容 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 2、有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品等保障措施。 | | | |
| | | | 3、各级各类人员知晓相关制度和岗位职责并遵循。 | | | |
| | | | 4、对术后患者进行随访。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | | 1、有院科两级对制度与岗位职责落实情况检查、总结，对存在问题有整改措施。 | | | |
| | | | 2、职能部门对介入诊疗全程管理有检查、定期评价和分析，对存在问题有改进建议。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | 1、持续改进有成效，介入诊疗管理、术后随访和质量评价工作规范，诊疗能力和水平不断提升。 | B | 查阅资料，询问 10 名出院患者 | 3 分，未达到不得分 |
| 2、对术后患者诊治效果随访率 \geq 90%。 | | | 2 分，未达到不得分 | | | |
| | | | | | | |
| 4-19-3-4 有消毒隔离制度。 | 各项指标符合要求： | 1、介入手术室(导管室)应纳入全院感染管理和监测范围，建筑布局与流程合理，有医院感染预防与控制相关规章制度和工作流程。 | C | 1、查阅制度、工作流程及标准操作程序 2、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 2、按照相关规定，对介入手术室(导管室)实施定期监测并有记录。 | | | | 查看监测记录 |
| | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---|-------------|---|-----------------------------------|
| | | 3、对相关人员有培训与教育。 | | 查看针对科室特点开展的培训考核记录 | | | |
| | | 4、医务人员对本部门、本岗位上述制度、规范和流程知晓，并执行。 | | 1、询问医、护、工各1名 2、现场查看 | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、院科按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题与缺陷有整改措施。 | B | 1、查阅医务处、护理部及感染管理部门督查及科室自查记录 2、现场查看改进情况 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，环境、设施及人员操作等达到医院感染管理规定。 | | | | A | 1、整改措施落实 2、根据制度、工作流程及标准操作程序均落实 |
| | | 4-19-4 有介入诊疗器材登记制度，器材来源可追溯。介入诊疗器材使用符合规范。 | 4-19-4-1 有介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。 | 各项指标符合要求： | C | | |
| | | | | 1、有介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。所有诊疗器材均有合格的相关证件。 | | | |
| 2、每例介入诊疗器材使用者的病历中均有器材使用的识别标志的记录。 | | | | | | | |
| 3、医院对不可重复使用的一次性介入诊疗器材使用流程有明确规定。 | | | | | | | |
| 4、所有使用后一次性器材应按医疗废物管理并记录在案。 | | | | | | | |
| 5、所有诊疗器材均有合格的相关证件。 | | | | | | | |
| 符合“C”，并： 1、科室对器材管理和使用有自查，对存在问题有改进措施。 | B | | | 查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| 2、有多部门联合监督管理机制，职责明确，并能定期开展联合检查，对发现问题和缺陷有总结、分析及整改措施。 | | | | | | | |
| 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，全院所有介入器材管理使用规范，可追溯，无违规采购、使用案例。 | | | | | | A | 查阅资料、台帐 |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------|--------------|-----------------|
| 4-19-5 环境保护及工作人员职业健康防护符合规定。 | 4-19-5-1 环境保护及工作人员职业健康防护符合规定。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有职业病危害控制效果放射防护评价报告。 | | | |
| | | 2、有放射诊疗和放射防护管理制度，并落实。 | | | |
| | | 3、放射诊疗工作人员按照有关规定佩戴个人剂量计。 | | | |
| | | 4、患者的敏感器官和组织有防护。 | | | |
| | | 5、定期对相关人员防护进行培训，组织应急演练，并有考核。 | | | |
| | | 6、定期组织对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测、监测和检查。 | | | |
| | | 7、定期对相关人员进行健康检查，有健康档案。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门和科室对制度落实情况定期检查，对存在问题与缺陷有整改措施。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，环境保护及工作人员职业健康防护符合规定，无职业危害事件发生。 | | | | | |
| 4-20 血液净化管理与持续改进 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-20-1 依据《血液透析室基本标准》《血液透析室管理规范》及《血液净化标准操作规程》等法律法规及行业管理 | 4-20-1-1 血液透析室分区布局、设施设备符合国家法律法规及行业规范的要求。 | 各项指标符合要求： | C | 现场检查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、血液透析室根据医院感染控制要求，布局流程合理。 | | | |
| | | 2、每个血液透析单元使用面积不少于 3.2 平方米，水处理间的使用面积不低于水处理机占地面积的 1.5 倍。 | | | |
| | | 3、配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备；急救设备齐全；有必要的职业防护物品；透析器一次性使用，不得复用。 | | | |
| | | 4、至少配备具备 1 台能够上网的电脑，确保信息上报。 | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|---|--|-----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|
| 要求,建设血液透析室,满足医院功能任务要求。 | 符合“C”,并: 1、职能部门对血液透析布局及血液透析保障管理有检查,对问题和缺陷及时反馈,有改进建议。 | B | 现场查看、查看记录 | 5分,未达到不得分 | | | | |
| | | 符合“B”,并: 1、持续改进有成效,布局与分区、设施设备配置完全符合相关规定。 | | | A | 查看近2年的改进案例 | 5分,未达到不得分 | |
| | 4-20-1-2 医、护、技岗位专业设置满足医院功能与任务要求。 | 各项指标符合要求: 1、至少有2名执业医师,其中至少有1名具有肾脏病学中级以上专业技术职务任职资格。20台血液透析机以上,每新增10台血液透析机至少新增1名执业医师;血液透析室负责人应当由具备肾脏病学副高以上专业技术职务任职资格的执业医师担任。 2、护士总数与透析机之比为1:2,当班护士与透析单元数之比为1:5-6。开展连续性肾替代治疗(CRRT)技术的,另配护士;护理组长具备一定透析护理工作经验、中级以上专业技术资格。护士长具备一定透析护理工作经验,副高专业技术资格或中级专业技术资格并取得省级专科护士培训合格证书。 3、至少有1名技师,该技师应当具备机械和电子学知识以及一定的医疗知识,熟悉血液透析机和水处理设备的性能结构、工作原理和维修技术。 4、医师、护士和技师有明确的岗位职责,医师具有6个月、护士具有3个月、技师具有1个月以上省级培训基地或省卫生健康委认可的省外50医院(具体名单以省卫生健康委相关文件为准)血液透析工作经历或培训经历。 5、有保障岗位配置和人员培训的管理措施。 | C | 现场查看人员资质 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | | |
| | | 符合“C”,并: 1、职能部门对人员配置和履职能力有监管,对问题和缺陷有改进措施。 | | | | B | 查看资料及访谈 | 3分,未达到不得分 |
| | | 2、透析床位(透析机)数≥50台时,有至少2名护士取得血液净化省级专科护士培训合格证书。 | | | | | | 2分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | | | 查看近2年的改进案例 | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，医护技人员配备和履职能力达到相关要求，满足临床工作需求。 | A | | 5分，未达到不得分 | |
| 4-20-2 有质量管理制度与紧急处理预案，落实措施，保障安全。 | 4-20-2-1 有质量管理制度与岗位职责。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有质量管理制度和岗位职责，按照血液净化标准操作规程开展血液透析质量及相关工作，建立合理、规范的血液透析治疗流程。 | | | | |
| | | 2、有岗位职责，相关人员知晓其履职要求。 | | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | 查看资料及访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对相关制度、岗位职责、技术规范、操作规程的落实情况进行检查，对问题和缺陷有改进措施。 | | | | |
| | | 2、职能部门对血液透析室管理制度落实情况有检查、分析和反馈，提出改进建议。 | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查看资料 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，信息系统实现对血液透析全程质量监测、追踪和分析相关数据。 | | | | |
| | 4-20-2-2 有血液透析患者登记及病历管理制度。 | 4-20-2-2 有血液透析患者登记及病历管理制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅2份病历 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 1、有血液透析患者接诊、登记相关制度，实施患者实名制管理。 | | | |
| 2、血液透析记录等医疗文书书写符合病历书写规范要求。 | | | | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | 查看资料及访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对各类医疗文书书写制度落实情况有自查，对存在问题与缺陷及时改进。 | | | | |
| | | 2、职能部门对医疗文书管理情况有检查，对存在问题及时反馈，有改进建议。 | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查看资料 | 2分，未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效，血液透析患者登记及病历管理制度落实到位。 | | | | | |
| 4-20-2-3 有紧急意 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料及现场访谈 | 5分，未达到不得分 | |

| | | | | | |
|--|----------------------------|--|---|----------|-----------------|
| | 外情况与并发症的紧急处理预案。 | 1、有常见并发症的紧急处理流程和上报制度。 | | | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、对紧急意外情况处置有培训，相关人员均能熟练掌握。 | | | |
| | | 3、对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看资料及访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对意外情况处置流程落实及并发症登记，有检查、分析，对存在问题有改进措施。 | | | |
| | | 2、职能部门对紧急意外情况相关制度落实及培训效果有检查、问题分析及改进建议。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，紧急意外情况管理制度落实到位，并发症处理及时、规范。 | | | | | |
| 4-20-3 严格执行医院感染管理制度与流程，有完整的监测记录与应急管理预案。 | 4-20-3-1 执行医院感染管理的相关制度与流程。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有针对血液透析管理的医院感染管理的相关制度，有标准预防的防范措施 | | | |
| | | 2、有传染病患者隔离制度与具体措施。 | | | |
| | | 3、有医院感染紧急情况的处理预案，并能定期演练。 | | | |
| | | 4、血液透析机和透析管路的消毒符合要求，血液透析单元清洁消毒符合要求。 | B | 查看资料及访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室对院感相关制度落实情况有自查，对存在问题与缺陷有改进的措施。 | | | |
| | | 2、职能部门对科室院感管理情况有检查、问题分析及改进建议。 | A | 查看资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，血液透析相关的医院管理相关制度落实到位，医源性院感事件得到有效控制。 | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|------|-----------|-----------------|
| | 4-20-3-2 患者进入血液净化室前进行血液传播性 疾病检测。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有接诊制度，对所有初次透析的患者（含转诊患者）进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒、艾滋病病毒感染的相关检查，转诊患者同初诊患者，维持性血液透析患者每半年复查1次。 | | | |
| | | 2、乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体及艾滋病病毒感染的患者应当分别在各自隔离透析治疗间或者隔离透析治疗区进行专机 血液透析。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对接诊患者制度落实情况有检查，对科室存在问题与缺陷有改进建议。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，无一例初次透析和转诊透析血液传播性疾病漏检，并保证检测率为100%。 | | | | | |
| 4-20-4 血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。 | 4-20-4-1 有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程，有完整的水质量监测记录。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程。 | | | |
| | | 2、透析用水符合相关规范。 | | | |
| | | 3、透析用水定期进行总氯及硬度检测及电导率监测（前处理系统）。 | | | |
| | | 4、透析液内毒素和反渗水化学污染物按照相关规范进行监测，如检测结果超干预值能够进一步查找原因。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看资料及访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | 1、职能部门对透析液和透析用水质量有监管，对存在的问题有改进措施。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查看资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，透析液和透析用水检测达标，无水质量相关事故发生。 | | | | |
| | 4-20-4-2 透析液配制符合要求。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 1、透析液和透析粉符合国家标准。 | | | | | |
| 2、透析液配制有规范的操作流程。 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----------------|---------|-----------|
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、科室对透析液配制流程落实情况有自查。 | B | 查看资料及访谈 | 3分，未达到不得分 | | |
| | | 2、职能部门对透析液配制规程执行情况有检查，对科室存在问题与缺陷有改进建议。 | | | 2分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，透析液配制质量完全达到相关要求，无透析液相关事故发生。 | A | 查看资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-20-5 建立与完善运行中的数据库，做到实时记录。定期分析质量与安全管理指标（见第七章），保障血液透析患者的安全。 | 4-20-5-1 建立与完善运行中的数据库，做到实时记录，定期分析质量与安全管理指标，保障血液透析患者的安全。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、血液透析室有运行数据收集的制度及流程。 | | | | | |
| | | 2、建立血液透析质量方面的基础数据库，内容涵盖血液透析的工作量。 | | | | | |
| | | | | 3、建立维持性血液透析患者质量监测指标体系，定期进行统计分析。 | | | |
| | | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | | | 1、科室定期对质量管理指标进行分析评价，对存在问题有改进措施。 | B | 查看资料及访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | | | 2、职能部门对质量数据库建设及监测情况有检查、问题分析、对存在问题有改进建议。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，质量与安全管理指标健全，数据库完整，血液透析患者安全不断提高。 | A | 查看资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-20-6 执行手卫生规范 | 4-20-6-1 执行手卫生规范 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有手卫生制度并落实。 | | | | | |
| | | 2、手卫生设施齐全。 | | | | | |
| | | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | | | 1、有洗手依从性监测及消耗品用量统计。 | B | 查看资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看资料 | | | |

| | | 1、持续改进有成效,手卫生依从性不断提高。 | | | 5分,未达到不得分 |
|--|--|---|-------------|-----------|-----------------|
| 4-21 临床营养管理与持续改进 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-21-1 营养科具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。由有资质的人员从事临床营养工作,执行《食品安全法》等相关法律法规。 | 4-21-1-1 设营养科(室),并配备与其规模相适应的(医师、技师、护士、厨师、护理员等)营养专业人员,开展临床营养工作。 | 各项指标符合要求: | C | 查看批文,现场查看 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、设置营养科(室),并配备与其规模相适应的(医师、技师、护士、厨师、护理员等)营养专业人员,有各级各类人员岗位职责。 | | | |
| | | 2、营养师和护士分别具有执业医师证书和执业护士证书,并具备相应的基本技能。 | | | |
| | | 3、有营养门诊(每周不少于5个单元),肠内营养制剂的应用种类不少于10种。 | | | |
| | | 4、具备开展临床营养的设施、设备、空间等基本条件,并开展营养风险筛查和营养评估、健康体检的营养咨询服务。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅资料、现场查看 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 1、营养师占专业人员的比例≥50%,有完整的人才梯队。 | | | |
| | | 2、科室负责人应具备营养专业或医学专业学历背景,具有副主任医师以上职称。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅资料 | 2分,未达到不得分 |
| | | 1、医院有肠外营养配置室(可在药学部设置)。 | | | |
| 2、营养师与床位比不少于1:200,营养师与营养师比例不少于1:2。。 | | | | | |
| 3、科室主任为正高职或担任全国性、省级专科协会的常委。 | | | | | |
| 4、设置营养医疗区和治疗制备区,医疗区应包括营养门诊、办公区、营养代谢实验室(可设在检验科)。营养治疗制备区应包括治疗膳食配制室、肠内营养配制室和肠外营养配制室(可设在静脉配置中心)。 | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项指标未达到,不 | | |
| 4-21-1-2 设有奶库, | | | | 各项指标符合要求: | |

| | | | | | |
|---|--|--|-----------|-------------------------------|-----------------|
| | 根据需要统一配制婴儿用奶，婴儿用奶有全程质量控制。 | 1、设有奶库，有操作规范与流程。 | | | 得“C” |
| | | 2、符合医院感染控制要求。 | | | |
| | | 3、由经过培训的专人负责奶库运行。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场查看 | 1分，未达到不得分 |
| | | 1、根据需要统一配制婴儿用奶。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、对婴儿用奶的进行质量监督，有记录。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、相关职能部门定期（至少2次/每年）对奶库运行情况进行评价，有记录。 | A | 查阅资料、现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、持续改进有成效，奶库建设不断完善。 | | | |
| | | 4-21-1-3 营养科（室）有临床营养工作管理制度，并落实。 | 各项指标符合要求： | 1、临床营养工作管理制度健全，进行岗位培训并落实相关制度。 | C |
| 2、制定“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”等规章制度。 | | | | | |
| 3、有膳食医嘱执行路径。 | | | | | |
| 4、有治疗膳食种类及制备技术。 | | | | | |
| 符合“C”，并： | B | | | 查看资料 | 5分，未达到不得分 |
| 1、科室对“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”制度有定期抽查，对问题有分析及改进措施。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”能够有效落实。 | A | 查看资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-21-2 对住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重 | 4-21-2-1 对住院患者实施营养评估，接受营养会诊，提供营养支持方案，开具营 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，营养会诊记录5份及营养处方50份 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、营养师定期查房，参与临床病历讨论，完成重点患者营养评估。 | | | |
| | | 2、对有需求的住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重及大手术患者的营养会诊，并提供相应的营养治疗方案和膳食。 | | | |

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|----------------------|------------------|------------|------------------|
| 及大手术患者的营养会诊, 提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案, 开具营养处方。 | 养处方。 | 3、为各类营养不良/营养失衡患者提供营养支持方案, 开具营养处方。 | B | 查阅资料 | 5分, 未达到不得分 | | |
| | | 4、为临床医护人员提供临床营养学信息。 | | | | | |
| | | 符合“C”, 并: 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | | 4-21-3 开展营养与健康宣传教育服务, 为住院患者提供膳食营养指导, 定期评价营养诊疗质量与服务质量, 促进持续改进。 | 4-21-3-1 开展营养与健康宣传教育服务, 为住院患者提供膳食营养指导, 定期评价营养诊疗质量与服务质量, 促进持续改进。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料, 现场查看 | 任何一项指标未达到, 不得“C” |
| | | | | 1、采取多种形式开展营养与健康宣传教育。 | | | |
| | | | | 2、为住院患者提供疾病营养指导。 | | | |
| 3、定期听取并征求患者及家属的意见。 | | | | | | | |
| 4、有营养诊疗质量与服务指标。 | B | | | 查阅资料 | 2分, 未达到不得分 | | |
| 符合“C”, 并: 1、科室对营养诊疗质量与服务质量有自查。 | | | | | 3分, 未达到不得分 | | |
| 2、职能部门有检查、分析、反馈。 | A | 查阅资料 | 2分, 未达到不得分 | | | | |
| 符合“B”, 并: 1、持续改进有成效, 住院患者对临床营养指导工作满意度不断提升 | | | 3分, 未达到不得分 | | | | |
| 2、住院患者治疗膳食的就餐率≥80%。 | | | | | | | |
| 4-22 医用氧舱管理与持续改进 (可选) | | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |
| 4-22-1 依法获得《医用氧舱使用证》及《医用氧舱备案表》。执行《医用氧舱 | 4-22-1-1 医用氧舱的准入、设置与布局符合规范。 | 各项指标符合要求: | C | 查看现场, 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到, 不得“C” | | |
| | | 1、具有省、市卫生健康委或技术监督部门颁发的《医用氧舱使用证》, 执业符合相关法律法规要求, 并在有效期之内。 | | | | | |
| | | 2、医用氧舱独立设置在耐火等级为一、二级的建筑内, 或使用防火墙与其他部位分隔, 不设置在地下室内。 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|------------------|-----------------|---|------------------|-----------|
| 安全管理规定》 《医用氧气加 压舱》《医用空 气加压氧舱》等 国家颁布的法 律法规、技术标 准。 | | 3、氧舱布局合理，大、中型舱实行单通道设计，设立治疗等待区、氧舱室、抢救区、医、护办公室等。 | | | | | | |
| | | 4、医院严格按照规范设计，无自行改变原设计的情况发生。 | | | | | | |
| | | 5、医院没有自行改变舱体结构、供（排）氧系统和供（排）气系统。 | | | | | | |
| | | 6、没有自行改变原设计的医用氧舱加压介质和增加舱内吸氧面罩等。 | | | | | | |
| | | 7、人员配置、岗位职责及培训按规定执行，上岗人员（医师、操作人员、维护人员）应取得相应资格证书。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、建筑与医用氧舱的文档资料保存完整。 | | | | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | 4分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门有检查与监管。 | | | | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有保障医用氧舱规范设置的管理措施。 | | | | | | 3分，未达到不得分 |
| 2、医用氧舱的使用与管理工作有成效。 | | | | | | | | |
| 4-22-2 有医用氧舱安全管理、安全操作和各级各类人员岗位职责等制度。 | 4-22-2-1 有医用氧舱安全管理、安全操作和各级各类人员岗位职责等制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、根据《医用氧舱使用安全技术规定》和《医用氧舱安全管理规定》及《医用氧舱操作规程》等相关法律法规的要求，制定相关制度与流程，医疗护理常规，组织培训，相关人员熟知并严格执行。 | | | | | | |
| | | 2、对医用氧舱的工作人员进行相关制度、规程的培训，使其能够做到自觉执行。 | | | | | | |
| | | 3、有医用氧舱使用的制度与流程符合相关规定和技术要求，并将流程张贴在醒目位置。 | | | | | | |
| | | 4、人员配置、岗位职责及培训按规定执行，上岗人员（医师、操作人员、维护人员）应取得相应资格证书。 | | | | | | |
| | | 5、医务人员掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证，执行医嘱，有完整的工作流程及记录。 | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|-----------|------------------|------------------|
| | 6、对进舱人员实行安全宣教并有记录。 | | | |
| | 符合“C”，并： 1、职能部门对制度、流程的执行情况进行监督检查、总结反馈。 | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： 1、对存在的问题与缺陷有持续改进，相关管理制度落实到位，新增流程持续更新。 | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 |
| 4-22-2-2 人员合理配置，能履行岗位职责。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、按照舱型（婴儿舱、单人、双人舱，以及小型、中型、大型多人舱）配设医师、护理人员与技术人员等，人员结构能够满足日常诊疗工作的需要。 | | | |
| | 2、明确各级各类人员的岗位职责，相关人员均知晓。 | | | |
| | 3、对医用氧舱安全管理制度、安全操作规程，医疗护理常规，相关工作人员熟知并严格执行。 | | | |
| | 符合“C”，并： 1、职能部门对医用氧舱室进行监管，并有记录。 | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： 1、对存在的问题与缺陷有持续改进。 | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | 4-22-2-3 对进舱人员进行安全教育。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、 台账 |
| 1、有进舱人员进行安全教育的制度，并每舱教育、检查：（1）进舱人员不得携带火种和易燃、易爆物品；（2）不得穿戴能产生静电的服装、鞋、帽；（3）严禁沾染油脂的物品置于舱内。 | | | | |
| 2、在患者入舱时，按照规范要求，认真做好心理护理工作，指导患者如何配合治疗。 | | | | |
| | 3、有预防各种气源伤人的措施及应急预案。 | B | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“C”，并： 1、职能部门有进行监管，分析总结，有记录。 | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|------------------------|----------------------|-----------------|
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，患者安全管理规范，相关制度落实到位，无违规现象。 | | | | |
| | 4-22-2-4 严格执行控制氧浓度的制度与流程。 | 各项指标符合要求： | 1、有控制氧浓度的制度与流程。空气加压舱内氧浓度不应超过23%，超过时必须进行置换，置换3分钟后如达不到要求，应立即停止使用，并采取相应处理措施。 | C | 查看现场，查阅资料、 台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | | | | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | B | 查阅资料、台账；现场 抽考2名操作人员 | 2分，未达到不得分 | |
| | | 2、相关人员知晓本岗位的履职要求。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查看现场，查阅资料、 台账 | 2分，未达到不得分 | |
| | | 1、做到每一位进舱人员均严格按照要求操作。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | 2、持续改进有成效，控制氧浓度管理相关制度有效落实，无违规情况发生。 | | | | | |
| | 4-22-3 掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证，执行医嘱，有完整的工作流程及记录。 | 4-22-3-1 掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证，执行医嘱，有完整的工作流程及记录。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账；抽考 2名相关人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 1、医院对高压氧治疗的适应证、禁忌证，执行医嘱有明确的制度规定与流程要求。 | | | | | | |
| 2、高压氧治疗的医师能够严格执行临床医师的诊疗方案与医嘱。 | | | | | | |
| 3、在患者入舱时，按照规范要求，认真做好辅导、检查等护理工作，指导患者如何配合治疗有预防各种气源伤人的措施及应急预案。 | | | | | | |
| 4、有危重昏迷患者须由医护人员陪舱实施救治的相关规定。 | | | | | | |
| 5、有完整的工作流程。 | | | | | | |
| 6、操作项目、时间与签名等内容及时准确记录。 | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | |
| 1、有职能部门监管，对问题与缺陷有改进措施。 | | | | | | |
| 符合“B”，并： | | | A | 查阅资料、台账 | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----------|--|-----------------|-----------------|--|
| | | 1、每一例患者均有完整规范的治疗记录，整个治疗过程安全。 | | | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-22-4 医用氧舱由经培训并具备相应资格的医师负责，操作人员、维护人员取得相应资格证书。 | 4-22-4-1 由经培训并具备相应资格的医师负责，操作人员、维护人员取得相应资格证书。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有对医用氧舱各类执业人员资质的要求。 | | | | | |
| | | 2、诊疗活动执行医护人员三级负责制。 | | | | | |
| | | 3、医用氧舱的操作人员必须经国家卫生健康委指定的机构进行培训和考核，取得相应专业资格证书后方可上岗操作。 | | | | | |
| | | | | 4、氧舱的维护和维修工程技术人员必须通过国家特种设备局认证合格，并持有有效期内的上岗证。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看现场，查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 1、职能部门有监管记录。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、人员资格能力符合临床需求。 | | | | | | | |
| 4-22-5 按规定定期检验医用氧舱，制定紧急情况时的处理措施和方案，并定期演练。 | 4-22-5-1 按照规定定期检验医用氧舱。 | 各项指标符合要求： | C | 查看现场，查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、一年期定期检验，可由医用氧舱使用单位取得医用氧舱检验资格的人员进行，也可由认可检验单位进行。 | | | | | |
| | | 2、按照规定安排医用氧舱定期检验：三年期定期检验必须由认可检验单位进行。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、职能部门有检查与监管。 | | | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 1、持续改进有成效，各项定期检验资料完整，符合要求。 | | | | | | |
| | | 4-22-5-2 制定紧急情况时的处理措施和方案，并定期演练。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、对医用氧舱内发生“紧急意外情况”有处理措施和方案，明确各相关人员职责，有协调机制。 | | | | | |

| | | 2、定期组织应急预案培训与演练。 | | | |
|--|--|--|------|-------------|---------------|
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，紧急情况处理规范，相关人员熟练掌握流程要求。 | | | |
| 4-23 放射治疗管理与持续改进（可选） | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-23-1 依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和相关国家标准。 | 4-23-1-1 具有卫生健康委核准的“放射治疗”诊疗科目。机房建筑、放射治疗设备获得国家卫生行政管理部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅批文、查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 1、具有卫生健康委核准的“放射治疗”诊疗科目，相关执业文件核准与校验均在有效期内。 | | | |
| | | 2、机房建筑已取得国家的合格证书。具备开展放射治疗的基本设备，有基本设备清单。 | | | |
| | | 3、放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对设备的核准与校验有检查与监管。 | | | |
| | 符合“B”，并： | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效。 | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-23-1-2 具备开展放射治疗的基本技术。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，抽查专业人员 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 1、根据医院的实际情况开展相应的放疗基本技术，技术项目包括：三维适形放疗或调强放疗（占总治疗患者例数的50%以上）、常见恶性肿瘤的根治性放疗、术前或术后放疗等。 | | | |
| 2、有放射治疗的基本技术管理制度，符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。 | | | | | |
| 3、对相关技术人员进行相应的放疗的基本技术培训并考核，受训者掌握相应的放疗基本技术，所提供服务能够满足临床需求。 | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|------|---------------|
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对放射治疗技术管理情况有检查与监管。 | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效。 | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| 4-23-2 有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。 | 4-23-2-1 放射治疗前由主管医生、物理师共同制定放射治疗计划，并及时调整放疗计划。有放射治疗后患者随访。 | 各项指标符合要求： 1、有讨论放射治疗计划的制度，有放射治疗过程中根据患者情况及时调整放疗计划的相关流程。 | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 2、有放射治疗定位精确与计量准确的相关程序。 | | | |
| | | 3、放射治疗计划规范、放射治疗定位精确、计量准确。 | | | |
| | | 4、有对相关人员进行制度与程序的培训。 | | | |
| | | 5、科室对放射治疗相关制度的落实有自查，对存在问题有整改措施。 | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对科室放射治疗管理情况有监管，对存在问题有整改意见。 | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，放射治疗管理规范，有效果评价及放射治疗后患者随访。 | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| 4-23-3 实施放射治疗，有明确的规范与流程，定期进行病例讨论，开展效果评价。 | 4-23-3-1 有放射治疗质量管理制度和措施，保障质量和安全。 | 各项指标符合要求： 1、有放射治疗质量管理体系、放射治疗效果评价的规范与流程。 | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 2、有对放射治疗效果和毒副作用的评价。 | | | |
| | | 3、根据评价，有防范毒副作用、改善放疗效果的措施。 | | | |
| | | 4、定期开展疑难、危重症病例讨论。 | | | |
| | | 5、科室放射治疗质量有自查，对存在问题有整改。 | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对放射治疗质量管理工作情况有监管，对存在问题有整改意见。 | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |

| | | | | | |
|---|--|---|--------------|-----------|---------------|
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，放射治疗质量不断提升，患者满意度提高。 | A | 调查现场、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| 4-23-4 有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并得到执行。 | 4-23-4-1 有放射治疗装置操作和维护维修制度与质量保证和检测制度。 | 各项指标符合要求： 1、有放射治疗装置操作、维护维修和检测制度，有专人负责放射治疗装置的维护、维修与检测，并有记录。 | C | 查看现场、查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 2、放射部门在相关的放射场所设置明显的警示标识。 | | | |
| | | 3、放射治疗机器使用有操作指南、规范的程序及必要的联动设置。 | | | |
| | | 4、有对相关人员进行制度与流程的培训，受训人员知晓相关制度。 | | | |
| | | 5、科室对放射装置管理和人员培训计划落实有自查，对存在问题有整改。 | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对科室放射装置管理和人员培训效果有监管，对存在问题有整改意见。 | | | |
| | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，放射装置操作和管理规范，有完整的使用、维护、检测、维修记录。 | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-23-4-2 有患者与工作人员放射防护制度。 | 各项指标符合要求： 1、有患者与工作人员放射防护制度，工作人员佩戴个人放射剂量计。 | C | 查看现场、查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得C |
| | | 2、对相关工作人员放射防护有培训并有证书。 | | | |
| | | 3、科室放射防护管理制度落实情况有自查，对存在问题有整改。 | | | |
| 符合“C”，并： 1、职能部门对科室放射防护管理有监管，对存在问题有整改意见。 | | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，患者与工作人员防护管理规范，放射防护达到100%。 | | A | 查看现场、查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 | |
| 4-23-5 有放射 | | 4-23-5-1 加强对放 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、抽查相关人 |

| | | | | | | |
|--|--|---|----------------|----------------|----------------|-----------|
| 治疗意外应急预案及处置措施,有能够执行的流程。 | 射治疗意外事件管理,有放射治疗意外应急预案及处置措施。 | 1、有放射治疗意外应急预案、预防处置措施、规范与流程。 | | 员 | 任何一项指标未达到,不得 C | |
| | | 2、有对相关人员进行预防放射治疗意外应急预案及处置措施的培训,相关人员知晓并掌握。 | | | | |
| | | 3、有放射治疗意外应急演练。 | | | | |
| | | 4、科室对培训效果及预案演练问题有自查,对存在问题有整改措施。 | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | |
| | | B | 查阅资料 | 5分,未达到不得分 | | |
| | 1、职能部门对科室人员处置应急情况能力有检查,对存在问题有整改建议。 | A | 查阅资料 | 5分,未达到不得分 | | |
| | 符合“B”,并: | | | | | |
| | 1、持续改进有成效,对应急事件处置技能培训和演练管理有效落实,相关人员熟练掌握。 | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到,不得 C | | |
| | 4-23-5-2 放射诊疗工作人员能掌握心肺复苏基本技能。 | | | | 各项指标符合要求: | |
| | 1、工作区域配置有可及的相关抢救药品、器材、氧气等。相关配置(药、械)满足救治需求。 | | | | | |
| | 2、有对放射诊疗人员心肺复苏技能培训,基本心肺复苏技能考核合格。 | | | | | |
| 符合“C”,并: | B | | | | 查阅资料 | 5分,未达到不得分 |
| 1、职能部门对抢救配置、人员培训效果有检查,对存在问题有整改建议。 | A | | | | 查阅资料 | 5分,未达到不得分 |
| 符合“B”,并: | | | | | | |
| 1、持续改进有成效,所有员工均能掌握基本心肺复苏基本技能。 | C | 查看现场,查阅资料 | 任何一项指标未达到,不得 C | | | |
| 4-23-5-3 放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平符合有关规定。 | | | | 各项指标符合要求: | | |
| 1、有对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的安全管理制度。 | | | | | | |
| 2、定期对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平进行检测。 | | | | | | |
| 3、放射治疗设备和场所设置醒目的警示标志。 | C | 查看现场,查阅资料 | 任何一项指标未达到,不得 C | | | |
| 4、科室对工作场及辐射水平检测管理有安全检查记录,对存在问题及时改进。 | | | | | | |

| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对科室放射场所和辐射检测管理情况有检查与监管。 2、有定期安全检查记录。 | B | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分 | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|----|-----------------------|----------------------------|--|--|----------------------------|----------------|-----------------|--|--|
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，工作场所管理、辐射水平监测均符合有关规定或标准。 | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | | | | | | | |
| 4-24 其他特殊诊疗管理与持续改进：本标准用于脑电图检查室、肌电图检查室、呼吸功能检查室、心电图检查室、内镜检查室）等。 | | | | | | | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | | | | | | |
| 4-24-1 为患者提供满足临床诊疗需求的其他特殊诊疗服务项目，符合国家法律、法规及卫生健康委规章标准的要求。 | 4-24-1-1 根据医院的功能任务设置特殊检查室，满足临床科室诊疗需求。 | 各项指标符合要求： 1、根据医院的功能任务设置特殊检查室，符合国家法律、法规及卫生健康委规章标准的要求，满足临床科室诊疗需求。 2、诊疗科目与服务项目经卫生健康委核准，与执业许可证一致。 3、使用经核准、可适用的技术。 4、服务项目收费经物价部门批准。 5、有职能部门监管。 6、相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。 | C | 查阅批文及相关证件、抽考相关部门人员各1名 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、科室要对存在问题与缺陷改进的措施落实情况评价。 2、职能部门按照制度和流程落实监督检查，并记录问题与缺陷。 | | | | B | 查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分 | | | | |
| | | 符合“B”，并： 1、无违规执业，无超范围执业。 | | | | | | A | 现场查看 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 4-24-2 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查 | | | | 4-24-2-1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求，保证检查质量并 | 各项指标符合要求： 1、特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定，严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域。 2、特殊检查所用设备、仪器、药品必须符合国家相关标准，并经验证合格 | C | 查阅资料、现场查看、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|------------------|-----------------|
| 需求,保证检查质量并能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围,避免医务人员及其他人员接触有害物质。 | 能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围,避免医务人员及其他人员接触有害物质。 | 后方能使用,以保证检查质量和患者安全。 | B | 查阅资料、现场查看、人员访谈 | 2.5分,未达到不得分 |
| | | 3、有特殊检查室工作人员有管理制度、诊疗规范和操作流程,并培训与实施。 | | | |
| | | 4、“临床诊断报告”由经过授权、具备执业资质的人员签发。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | 1、科室对人员资质、诊疗规范、操作流程、报告签发等有自查,对存在问题与缺陷有改进措施。 | | | |
| | | 2、职能部门对规章制度和工作流程落实情况有检查,对存在问题与缺陷有反馈,提出整改措施。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | | | |
| 4-24-3 为患者提供满足临床诊疗需求的其他特殊诊疗服务项目,符合国家法律、法规及卫生健康委规章标准的要求。对突发意外事故管理规范,保障患者及员工的安全。 | 4-24-3-1 放射性分析或化学发光检测程序除符合临床生物化学的质量控制规定,还应有书面质量控制流程。 | 各项指标符合要求: | C | 核查有关证件及现场考核、查阅资料 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、依照临床生物化学的质量控制相关规定,制定放射性分析管理制度及程序;有保证使用放射性同位素时患者和工作人员安全的措施。 | | | |
| | | 2、有书面质量控制流程:包括背景计数、仪器校准、污染排除的安全检测、处理放射性核素、处理放射活性的垃圾、放置放射活性的材料、监测放射区域等。 | | | |
| | | 3、相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。 | | | |
| | | 4、检查项目按要求开展室内质控与室间质评。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | 1、室内质控、室间质评对出控结果有分析、有整改。 | | | |
| B | 查阅资料、现场查看 | 2分,未达到不得分 | | | |
| | | | 2、科室对放射分析程序及质量控制流程管理规定落实情况有检查、问题分析和持续改进。 | 2分,未达到不得分 | |
| | | | 3、职能部门对放射分析程序及质量控制流程管理规定落实情况有检查、问 | 1分,未达到不得分 | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|----------------|-----------------|-------------|
| | | 题分析及反馈，有改进建议。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅文件、资料、现场查看 | | |
| | | 1、省级质控中心年度考核结果达到优秀等级。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 2、持续改进有成效，放射性同位素相关管理制度有效落实，无患者和工作人员不安全事件。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| 4-24-3-2 有明确的故事应急预案。 | 4-24-3-2 有明确的故事应急预案。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、放射性操作区应展示简明的应急救援流程，并指定该区域的防护负责人。 | | | | |
| | | 2、有应急预案，责任分工明确，相关人员有培训，并有演练。 | | | | |
| | | 3、工作区应具备有急救药品和设备。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，人员访谈 | | |
| | | 1、对相关人员有培训与教育的记录。 | | | 1.5分，未达到不得分 | |
| | | 2、科室有自查，对存在的问题有分析和整改。 | | | 1.5分，未达到不得分 | |
| | | 3、职能部门履行监管的责任，对存在问题与缺陷提出整改措施。 | 2分，未达到不得分 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、现场查看 | | |
| | | 1、持续改进有成效，应急管理培训有成效，急救药品和设备满足应急需要。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| 4-24-4 对非住院患者输液实施统一管理，保障患者治疗安全。 | 4-24-4-1 对非住院患者输液实施统一管理，保障患者治疗安全。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有适宜的空间、设施，集中输液区域配备抢救设备与急救药物。 | | | | |
| | | 2、有非住院患者输液的管理制度、流程并实施统一管理。 | | | | |
| | | | 3、有保障用药安全的措施，对输液患者实施观察，并有记录。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看，人员访谈 | |
| | | | 1、科室对输液工作管理有自查，对存在问题有改进措施。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | | 2、职能部门对科室输液管理制度落实有检查、分析、反馈。 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看，人员访谈 | |
| | 1、持续改进有成效，输液管理规范，无非住院患者输液的严重不良事件发 | 5分，未达到不得分 | | | | |

| | | 生。 | | | | | |
|---|--|---|----|--|-----------------|-----------|-----------|
| 4-25 病历（案）管理与持续改进 | | | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |
| 4-25-1 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》和《医疗机构病历管理规定》、《电子病历应用管理规范》等有关法规、规范。 | 4-25-1-1 按照法律、法规及相关规定制订病案管理制度，人员配备合理，设备设施符合要求。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看，查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、设置病案管理部门，配备专(兼)职人员，负责病历和病案管理工作，人员配置满足工作需要。 | | | | | |
| | | 2、有病案管理相关工作制度与流程、工作人员岗位职责。 | | | | | |
| | | 3、有病案管理人员培训计划并落实。 | | | | | |
| | | | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 4、配设计算机等相应的设施、设备，有独立的病案管理系统。 | | | | | |
| | | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对病案管理工作有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| 1、有从事医疗或病案管理高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科(室)。 | | | | | | | |
| | | 2、非相关专业的人员应不高于20%。 | | | 2分，未达到不得分 | | |
| 4-25-2 按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。加强住院病案首页管理。 | 4-25-2-1 按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场核查，抽查门(急)诊病历10份 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、对来院就诊患者（门诊、急诊、住院）记录基本信息，书写和建立相关病历（包括急诊留观患者的急诊留观病历）。 | | | | | |
| | | 2、住院患者有姓名索引系统，内容至少包括：病案号、姓名、性别、出生日期（或年龄）、有效身份证号。 | | | | | |
| | | | | 3、为同一患者病历建立唯一的标识号码，通过同一患者的病历编号可获得其所有以前的住院病历资料。 | B | 查阅资料、台账 | 2分，未达到不得分 |
| | | | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、科室对患者基本信息的记录与病历建立有自查，对存在的问题与缺陷有整改。 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------|
| | | 2、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，患者就诊信息填写和病历书写项目规范，错误发生现象逐渐减少。 | | | | |
| 4-25-2-2 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，符合《病历书写基本规范》，确保病历质量。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有病历书写制度以及相关管理规定。 | | | | |
| | | 2、病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一，院级及科室均应有培训，有记录。 | | | | |
| | | 3、医务人员按病历书写基本规范要求书写病历，书写质量达到规范的基本要求。 | | | | |
| | | 4、病历中各种手术与操作并发症、使用药物、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。 | | | | |
| | | 5、病程记录应根据病情观察、查房情况并结合检查结果进行分析、判断，记录体现三级医师的诊断思路和处理方案。 | | | | |
| | | 6、电子病历账号管理规范，各类医师有自己的病历账号。 | B | 查阅资料、台账 | 2分，未达到不得分 | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | | | | | 3分，未达到不得分 |
| | | | 1、科室定期对病历质量进行自查，对存在的问题与缺陷有整改。 | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、持续改进有成效，病历书写质量逐渐提高，符合病历书写规范。 | | | | |
| 4-25-2-3 按照《住院病案首页数据填写质量规范》的要求，加强住院病案首页填写质量的管理，为DRG | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账。合格率及首页上报情况通过省医疗服务综合监管系统查看。 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、建立病案质量管理制度，确保住院病案首页质量。 | | | | |
| | | 2、按照国家卫生健康委下发的《住院病案首页数据填写质量规范》，在全院及临床科室开展住院病案首页填写培训。 | | | | |
| | | 3、住院病案首页填写完整，首页填写合格率达到90%。 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|-----------|-----------------------------|-----------------|
| | 的施行打下坚实基础。 | 4、住院病案首页数据每月 15 日前上报相关卫生健康行政部门，有专人负责上报工作。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账。合格率通过省医疗服务综合监管系统查看。 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、住院病案首页填写完整，首页填写合格率达到 95%。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门有监管，每季度有对住院病案首页填写质量的抽查、问题分析及改进建议。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、科室对住院病案首页填写存在的问题和缺陷有整改。 | A | 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、探索开展 DRG 工具的应用，利用住院病案首页数据进行绩效分析。 | | | |
| 4-25-3 采用国家卫生健康委发布的疾病分类 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。 | 4-25-3-1 采用国际疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3，对出院病案进行分类编码。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、对出院病案进行疾病分类编码，编码符合疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3 规定。 | | | |
| | | 2、疾病分类编码人员有资质与技能要求，编码人员均要接受编码培训并获得培训证书。 | | | |
| | | 3、有疾病分类与手术操作分类编码培训计划并落实。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看 | 3.5分，未达到不得分 | |
| | 1、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。 | | | 1.5分，未达到不得分 | |
| | 2、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、在医院管理中能够探索、运用 DRGs 评估方法，编码管理规范，编码与病历质量保持一致，保障相关数据准确性与真实性。 | | | | |
| | 4-25-3-2 建立出院病案信息的查询系统。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 1、有出院病案信息的查询系统，病案首页全部资料信息全部录入，至少能为检查提供 2 年以上完整信息。 | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|
| | | 2、病案首页内容填写完整、准确，符合相关规定与要求。 | B | 查阅资料，现场考查 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 3、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；两个或两个以上的项目，复合查询住院的病案信息。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈，使病案信息能提供3年内的完整病历首页信息。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | | 1、持续改进有成效，病案信息查询功能不断提升，能提供5年内完整病案首页信息。 | | | | | |
| 4-25-4 按《医疗机构病历管理规定》《电子病历应用管理规范》等保存病历资料，以保证病历及时归档，保障病历安全。加强安全管理，保护病案及信息的安全措施到位。 | 4-25-4-1 按《医疗机构病历管理规定》保存病历资料，以保证病历及时归档，保障病历安全。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场访谈病案科工作人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、采用病案示踪系统等方式，控制每份病案的去向。 | | | | | |
| | | 2、有3年病案存放的发展空间，病历保存符合管理要求。 | | | | | |
| | | 3、病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定，未归的病案有催还记录。 | | | | | |
| | | 4、患者出院后，住院病历7个工作日之内归档率达≥95%。 | | | | | |
| | | 5、医院有病历归档的方案与规定。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、科室对病历归档有自查，对存在问题有改进措施。 | | | | | |
| | 2、职能部门有检查、分析、反馈。 | B | 查阅资料、台账 | 2分，未达到不得分 | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 1、持续改进有成效，病历归档与保存管理规范，保障病历安全。 | | | | | | |
| | 4-25-4-2 医院有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案。 | 各项指标符合要求： | 1、有保护病案及信息安全的相关制度和应急预案。 | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | | | | | | 2、病案库有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施。 |
| | | | | | | | 3、配置相应的消防器材，消防安全符合规范。 |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|-----------|-----------------|
| | | 4、指定专人负责安全管理，工作人员知晓应急预案及处置流程。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室定期进行安全培训与检查，对存在问题和缺陷及时改进。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门有检查与监管。 | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、持续改进有成效，保护病案及信息安全的相关制度落实到位，病案及信息安全得到保障。 | | | |
| 4-25-5 执行借阅、复印或复制病历资料制度，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。 | 4-25-5-1 有病案服务管理制度，为医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。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有病案服务管理制度，有明确的服务规范与流程，病案服务限于相关医务人员及管理人员、患者及其授权委托人、公安机关、检察院、法院等有关司法机关、医疗保障部门、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门。 | | | |
| | | 2、依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和医疗保障部门、保险以及负责医疗事故技术鉴定的人员提供病案服务，履行查阅、借阅、复制申请核查与病案 信息核查程序。 | | | |
| | | 3、有回避与保护患者隐私的规范与措施。 | | | |
| | | 4、有完整的病案服务登记信息，包括：查阅、借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复制的内容，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。 | B | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门有检查与监管。保障病案依法借阅、调取、复印便捷，防止病案丢失、损毁、篡改，保护患者隐私。 | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，病案服务管理规范，能够满足患方、司法、保险等多方需求。 | | | | | |
| 4-25-6 加强电 | 4-25-6-1 加强电子 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场考查 | |

| | | | | | |
|---|---|--|-----------|-------------|-----------------|
| 子病历规范管理，符合《电子病历应用管理规范（试行）》的要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。 | 病历规范管理，符合《电子病历应用管理规范（试行）》的要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。 | 1、建立符合规范的电子病历系统，具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。 | | | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 2、电子病历个人信息有严格的的安全管理制度，有保护措施，并执行。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场考查 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场考查 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，电子病历完全符合《电子病历应用管理规范（试行）》，个人信息安全有保障。 | | | | | |
| 4-26 肿瘤科管理与持续改进（可选） | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 4-26-1 科室设置。 | 4-26-1-1 科室的功能、任务和定位明确，保持适度规模，符合卫生健康委规定三级医院肿瘤科标准。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅批文、资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、医院执业许可证有肿瘤科科目。 (1) 卫生技术人员与开放床位不低于 1.1:1。 (2) 病房护士与开放床位之比不低于 0.4:1。 (3) 在岗护士占卫生技术人员总数≥50%。 | | | |
| | | 2、省级卫生健康委规定的其他要求。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅批文、资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、平均住院日≤14天。 | | | |
| | | 2、开放床位明显大于执业登记床位时(>10%)，有增加床位的申请批准文件。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅批文、资料、台帐 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、对卫生健康委不定期检查提出的改进意见进行整改并取得明显成效。 | | | |
| 2、有国家卫生健康委批准的临床重点专科。 | | 2分，未达到不得分 | | | |
| 4-26-2 人员配 | 4-26-2-1 梯队结构 | 各项指标符合要求： | C | 查阅批文、资料、台帐 | |

| | | | | | |
|--|------------------------------|---|--------------|--------------|---------------|
| 备。 | 合理，资质符合省级卫生健康委规定要求。 | 1、人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生健康委规定的标准，至少保持在上周期三级医院评审时的层次。 | B | 查阅批文、资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 2、科主任、学科带头人资质符合相关规定。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、由高年资副主任医师（任职3年以上）主持临床工作。 | | | |
| | | 2、各级医师结构、数量合理。 | | | |
| | | 3、各级护理人员结构、数量合理。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、由主任医师（任职3年以上）主持临床工作。 | | | |
| | | 2、科室配置临床营养师。 | | | |
| | 3、科室配置临床药师。 | | | | |
| | 4-26-2-2 各级人员岗位职责明确，人员熟悉并履行。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、制定完整的科室管理规章制度、岗位职责、诊疗规范。 | | | |
| | | 2、开展全员培训教育，提高各级人员执行规章制度及履行本岗位职责的自觉性。 | | | |
| | | 3、科室人员知晓本科室、本岗位规章制度，岗位职责、履职要求，知晓率≥80%。 | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、科室人员知晓本科室、本岗位规章制度，岗位职责、履职要求，知晓率≥90%。 | | | | | |
| 2、规章制度，岗位职责定期修订及时更新。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | B | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | | |
| 1、有对科室人员违规、违章典型案例分析。 | | | | | |
| 2、科室对规章制度、岗位职责、诊疗规范加强监管，对存在问题及时反馈， | | | | | |
| | | A | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 2分，未达到不得分 | |
| | | | | 3分，未达到不得分 | |

| | | | | | |
|--|----------------------|--|-----------|------------|---------------|
| | | 持续改进有成效。 | | | |
| 4-26-2-3 专业技术人员具备相应岗位执业资格并依法注册，无超范围执业。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅批文、资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 | | | |
| | | 2、各级各类卫生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委相关规定（如多点执业或对口支援等），按照本人执业范围开展治疗活动。 | | | |
| | | 3、具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上级医护技人员指导下执业。 | | | |
| | | 4、卫生技术人员（含实习生、研究生、进修生、规范化培训医生）执业管理资料完善。 | B | 查阅批文、资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： 1、科室对本科卫生技术人员执业情况有检查，并接受职能部门监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： 1、无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。 | A | 查阅批文、资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | 4-26-2-4 人才培养符合相关要求。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 |
| | | 1、有科室人才培养计划，并落实。 | | | |
| | | 2、有临床专业水平定期考核制度。 | | | |
| | | 3、卫生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。 | | | |
| | | 4、对技能培训考核不合格人员，有再培训的记录。 | | | |
| | | 5、住院医师规范化培训率 100%。 | B | 查阅资料、台帐 | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： 1、科室对人才培养、继续教育与技能培训落实接受职能部门监管。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、近3年住院医师规范化培训结业考试合格率达 90%。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | 3、继续教育覆盖率 100%。 | | | | |

| | | | | | |
|--------------|--|--|---------|-----------|---------------|
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，人才培养计划得到有效落实，技术人员能力满足临床服务需求。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| 4-26-3 医疗质量。 | 4-26-3-1 科主任是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理。 | 各项指标符合要求： 1、医院和科主任签署责任状。 | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 2、科主任是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理小组工作，质管小组组成人员合理，分工明确，有分工职责。 | | | |
| | | 3、制定科室质量与安全工作计划，定期召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，有记录。 | | | |
| | | 4、积极参加医院组织的质量管理方法和工具运用基本知识培训会。 | | | |
| | 符合“C”，并： 1、针对本科室存在的质量问题，设立科学合理的科室质量管理指标。 | B | 查阅资料、台帐 | 1分，未达到不得分 | |
| | 2、将质量管理工具知识培训列入科室业务学习计划，有培训记录。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 3、管理小组对科室质量与安全进行定期自查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，科室对质量与安全工作计划、问题改进落实到位，达到年初制定的工作目标。 | A | 查阅资料、台帐 | 3分，未达到不得分 | |
| | 2、有与本科室质量缺陷内容相关的质量改进案例。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 4-26-3-2 医疗质量控制工作运行良好。 | 各项指标符合要求： 1、有专人负责填报质控数据。 | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 2、按要求上报省级质控中心信息报表，内容真实、完整。 | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、按照省级质控指标、科室质控标准履行日常监管，定期进行自查，运用 | B | 查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 |

| | | | | | | | |
|------------------------|--|--|-------------------------------------|--------------|---------------|--|-------------|
| | | 质量管理工具对存在问题分析整改；并有记录。 | A | 查阅资料、台帐 | | | |
| | | 2、接受职能部门对科室质控制度落实的检查，并分析、反馈。 | | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| | | 1、有数据提示：质量与安全持续改进。 | | | | 3分，未达到不得分 | |
| | | 2、省级质控中心年度考核结果达到优秀等级。 | | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 4-26-3-3 建立常见肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药不良反应和药液渗漏的应急处置预案。制定超说明书用药管理的规定与程序，并严格进行管理。 | 各项指标符合要求： | 1、有常见肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药不良反应和药液渗漏的应急处置预案。 | C | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” | |
| | | | 2、对紧急意外情况处置有培训，相关人员均能熟练掌握。 | | | | |
| | | | 3、对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价。 | | | | |
| | | | 4、制定超说明书用药管理的规定与程序。 | | | | |
| | | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、科室对意外情况处置流程落实及并发症登记，有检查、分析，对存在问题有改进措施。 | B | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 2分，未达到不得分 | | |
| | | | | | | 2、科室对超说明书用药处置流程落实，并向医院药事委员会备案。 | 1.5分，未达到不得分 |
| | | | | | | 3、职能部门对紧急意外情况相关制度落实及培训效果有检查、问题分析及改进建议。 | 1.5分，未达到不得分 |
| | | | | | | 符合“B”，并： | |
| | | | | | | 1、持续改进有成效，紧急意外情况管理制度落实到位，并发症处理及时、规范。 | A |
| 2、对超说明书用药规定定期修订更新。 | | | 2分，未达到不得分 | | | | |
| 4-26-3-4 机构成立肿瘤化疗专业学术委 | 各项指标符合要求： | 1、有完备的肿瘤药物使用指南，并落实。 | C | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” | | |

| | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|---|----------------------|--------------|---------------|---------------|---------|-------------|
| | 委员会，严格管理肿瘤药物处方权限。 | 2、医院成立有肿瘤化疗专业学术委员会。 | B | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 3分，未达到不得分 | | | |
| | | 3、职能部门有针对从事肿瘤化疗人员的培训与考核，相关人员须通过学习与考核取得肿瘤药物处方权限。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、科室定期组织业务学习与考核，更新知识储备，对于考核不通过者暂时收回肿瘤药物处方权。 | | | | | | |
| | | 2、对于考核不合格人员有再学习过程。 | | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | | |
| | 1、承担本区域肿瘤治疗临床路径及单病种管理方案的制定与培训。 | A | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 3分，未达到不得分 | | | | |
| | 2、科室人员在省市级肿瘤相关学术团体中任职。 | | | 2分，未达到不得分 | | | | |
| | 4-26-3-5 临床路径与单病种。 | 4-26-3-5 临床路径与单病种。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅病历、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” | | |
| | | | 1、有临床路径实施小组并履行相应的职责。 | | | | | |
| 2、有临床路径开发与实施的规划和相关制度，并组织落实。 | | | | | | | | |
| 3、对科室人员实施“临床路径与单病种质量管理”教育、培训与考核，相关人员知晓本岗位相关临床路径工作流程。 | | | | | | | | |
| 4、有临床路径与单病种质量管理信息平台。 | | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | | |
| 1、及时收集、记录实施中存在的问题与缺陷。 | | | B | | | | 查阅病历、台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| 2、通过质管小组会议对存在问题与缺陷进行总结分析，提出改进措施。 | | | | | | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | A | 查阅病历、台帐 | 5分，未达到不得分 | | | | | |
| 1、实施过程和效果进行评价分析，改进临床路径与单病种质量管理。 | | | | | | | | |
| 4-26-4 医疗技术。 | 4-26-4-1 建立医疗技术临床应用管理制度，实行医疗技术分 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、有医疗技术临床应用管理制度。 | | | | | | |
| | | 2、落实国家、省医疗技术临床应用管理相关要求，实行分级分类管理，重 | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------|---------------|---------------|
| | 级分类管理，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。 | 点是限制类医疗技术和高风险技术。 | | | |
| | | 3、非限制类医疗技术经过医院审核批准，限制类医疗技术按要求向相应卫生健康委备案。 | | | |
| | | 4、未开展卫生健康委禁止的医疗技术。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | 1、有医院医疗技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。 | B | 查阅资料、台帐 | 1分，未达到不得分 | |
| | 2、有医疗技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 3、有完整的医疗技术管理档案资料。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-26-4-2 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并组织实施。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| 1、有医疗技术风险处置与损害处置预案。 | | | | | |
| 2、有可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。 | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。 | | B | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、有医疗技术风险预警机制。 | A | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 | | |
| 4-26-4-3 有新技术准入与风险管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“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。 | | | | |
| | 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 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |

| | | | | | |
|--|--|--|---------|-------------|---------------|
| | | 访评价。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、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。 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| 4-26-5 诊疗规范。 | 4-26-5-1 开展肿瘤多学科诊疗。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、树立肿瘤综合治疗理念，建立肿瘤综合治疗模式。 | | | |
| | | 2、有开展肿瘤综合治疗的管理办法。 | | | |
| | | 3、建有以单病种或病变部位为主的多学科诊治组织≥1个。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | 2分，未达到不得分 | |
| | 1、在多学科参与的综合治疗的组织体系中有病理、影像、护理等专业医护人员。 | | | | |
| | 2、开展肿瘤综合治疗纳入医院或科室目标管理之中。 | | | | |
| | 3、职能部门履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈，有改进措施。 | A | 查阅资料、台帐 | 1分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | | | | |
| | 1、以单病种或病变部位为主的多学科诊治组织≥3个。 | | | | |
| | 2、对措施落实情况进行追踪评价，有持续改进。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | 4-26-5-2 住院收治的病人，其治疗前需经科室（病区）查房对病情进行评估，由高级技术职称的医师确定治疗方案，有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流 | 各项指标符合要求： | C | 查阅病历、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| 1、参考国家卫生健康委发布肿瘤诊疗规范与目前国际指南（如NCCN指南）制定科室的诊疗指南，规范化治疗达100%。 | | | | | |
| 2、严格实行三级查房制，通过讨论确定肿瘤分期，制订个性化治疗方案。 | | | | | |
| 3、治疗方案由高级职称医师确认。 | | | | | |
| 4、治疗方案实施前由主管医师完成患者及其亲属的知情告知。 | | | | | |
| 5、对治疗方案的疗效和毒副作用评价有明确的规范与流程。 | | | | | |
| 6、有疑难、重症及死亡病例讨论制度。 | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|-----------|---------------|---------------|
| | 程。 | 7、各级医师知晓上述规定。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅病历、台帐 | |
| | | 1、医疗文书记录完整规范。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对科室有监管，有评价，有记录。 | 3分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅病历、台帐 | |
| | 1、对问题与缺陷改进成效有评价。 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 4-26-5-3 所有治疗均需有病理（细胞学）诊断结果支持，特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅病历、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | 1、所有治疗均需有病理（细胞学）诊断结果支持。收治患者中病理细胞学诊断率 $\geq 95\%$ 。 | | | |
| | | 2、特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果，需提交科室讨论确定，并征得病人和主要家属（原则上至少2人，特殊情况可1人）共同签署的书面知情同意。 | | | |
| | | 3、各级医师知晓其任职要求。 | B | 查阅病历、台帐 | 3分，未达到不得分 |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、收治患者中病理细胞学诊断率 $\geq 97\%$ 。 | | | | | |
| 2、职能部门对科室有监管，有评价，有记录。 | | A | 查阅病历、台帐 | 2分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、收治患者中病理细胞学诊断率 $\geq 99\%$ 。 | | | | | |
| 2、对实施中问题与缺陷改进成效有评价。 | 2分，未达到不得分 | | | | |
| 4-26-5-4 为出院患者提供较详细的出院医嘱和肿瘤康复指导意见。有近期疗效评估的制度与程序，及 | 各项指标符合要求： | C | 查阅病历、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” | |
| | 1、为出院患者提供较详细的出院医嘱和肿瘤康复指导意见。 | | | | |
| | 2、有近期疗效评估的制度与程序，及时准确记录。 | | | | |
| | 3、随有访制度，按病种开展随访工作，随访率占出院病人比例 $\geq 30\%$ 。 | B | 查阅病历、台帐 | | |
| 符合“C”，并： | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|-----------|-----------|---------------|--|
| 时准确记录；对患者进行跟踪随访，生存期及病程进展等信息均应详细记录于相关医疗文件中。 | 1、对患者进行跟踪随访，生存期及病程进展等信息均应详细记录于相关医疗文件中。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | 2、职能部门对科室有监管，有评价，有记录。 | | | 2分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅病历、台帐 | | |
| | 1、对实施中问题与缺陷改进成效有评价。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-26-5-5 具有卫生健康委核准的放射治疗诊疗科目。机房建筑应取得国家的合格证书。相关设备取得许可证、相关人员具备资质。 | 各项指标符合要求： | | | |
| | 1、有卫生健康委核准的“放射治疗”诊疗科目。 | | | | |
| | 2、机房建筑已取得国家的合格证书。 | | | | |
| | 3、有定期的核准与校验。 | | | | |
| | 4、具备开展放射治疗的基本设备（直线加速器或钴-60治疗机≥1台、后装治疗机≥1台、模拟定位机≥1台、三维计划治疗系统≥1台、验证设备）。 | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” | |
| | 5、放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。 | | | | |
| | 6、人员配置与功能适宜的医师、物理师及治疗技师，并依法获取资格证书、执业证书（医学物理师暂不要求）及专业技术资格证书。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | | | |
| 1、对核准与校验资料进行分析，发现问题及时整改。 | | | 2分，未达到不得分 | | |
| 2、物理师与医师之比不低于1:5。 | B | 查阅资料、台帐 | 1分，未达到不得分 | | |
| 3、技师与医师之比不低于1:2。 | | | 1分，未达到不得分 | | |
| 4、每台加速器每天治疗≥40人次。 | | | 1分，未达到不得分 | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、无超核准的“放射治疗”诊疗科目。 | | | 1分，未达到不得分 | | |
| 2、不合格的放射诊疗设备不得购置、使用、转让和出租。 | A | 查阅资料、台帐 | 1分，未达到不得分 | | |
| 3、开展图像引导放射治疗、三维定位后装放射治疗、强适形放射治疗或旋转调强放射治疗、或更先进的技术治疗，其患者数占全部放疗患者比例≥ | | | 3分，未达到不得分 | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|------|---------|--------------|---------------|
| | | 50%。 | | | |
| 4-26-5-6 癌痛规范化诊治。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅病历、台帐、人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | 1、科室有癌痛规范化诊治流程及临床应用指南，并落实。 | | | | |
| | 2、相关人员知晓，定期培训，有记录。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | B | 查阅病历、台帐、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | 1、对于难治性疼痛，有放疗、镇痛、心理等多学科会诊制度。 | | | | |
| | 2、对于疼痛控制有分析与评价，体现在医疗文书中。 | | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | 符合“B”，并： | | A | 查阅病历、台帐、人员访谈 | 2分，未达到不得分 |
| | 1、有持续改进措施。 | | | | |
| 2、经治疗后无慢性中、重度疼痛患者，每位癌痛患者每天爆发痛次数<3次。 | | | | | |
| 4-26-5-7 有保证门诊或日间病房肿瘤化学治疗实施的必要条件。 | 各项指标符合要求： | | C | 查阅病历、台帐 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | 1、门诊、日间病房肿瘤化学治疗区域设置与运行符合规范。 | | | | |
| | (1) 有独立的门诊肿瘤化学治疗区域，布局、流程符合卫生法律法规要求。 | | | | |
| | (2) 化学治疗药物配制符合操作规范要求。 | | | | |
| | (3) 医师、护士从事肿瘤化学治疗均应具有资格。 | | | | |
| | 2、原则上以专业组为治疗小组，负责本专业病人的收治、管理及质量控制。 | | | | |
| | (1) 经讨论制定的治疗方案需由具有高级专业技术职称医师确定。 | | | | |
| (2) 治疗方案实施前由实施医师完成知情告知制度。 | | | | | |
| (3) 治疗中阶段小结及治疗后小结需由具有主治医师及以上专业技术职称的医师确认签字，并记录在相应的医疗文件中。 | | | | | |
| (4) 对治疗方案的疗效和毒副作用评价有明确的规范与流程。 | | | | | |
| 3、从事门诊肿瘤化学治疗各级医师知晓其要求。 | | B | 查阅病历、台帐 | 2分，未达到不得分 | |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、从事门诊肿瘤化学治疗医师具有高级职称≥20%。 | | | | | |
| 2、由高级职称医师实时评估治疗方案执行情况，并根据病情变化及时调整 | | | | 2分，未达到不得分 | |

| | | | | | | |
|--|--|-----------------------|--|-----------|--------------|---------------|
| | | 治疗方案。 | | | | |
| | | 3、职能部门对科室有监管，有评价，有记录。 | | | 1分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅病历、台帐 | | |
| | | 1、对问题与缺陷改进成效有评价。 | | | 5分，未达到不得分 | |
| | 4-26-5-8 有经过国家药品监督管理局批准的抗肿瘤药物临床研究基地，参与肿瘤药物临床研究相关人员获得GCP培训合格证书。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 任何一项未达到，不得“C” |
| | | | 1、参加完成抗肿瘤药物临床研究工作。 | | | |
| | | | 2、抗肿瘤药物临床研究符合GCP要求及规定。 | | | |
| | | | 3、参与肿瘤药物临床研究相关人员获得GCP培训合格证书。 | | | |
| | | | 4、有伦理委员会依据询证医学原则负责对所开展的肿瘤药物临床研究项目进行审议。 | | | |
| | | | 5、GCP有独立的区域及专职人员，各级医师参与此项工作的均知晓其履职要求。 | | | |
| | | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐、人员访谈 | |
| | | | 1、经过国家级GCP培训并考核合格的医师人数≥30%。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | | 2、每年开展临床试验用药的项目数≥5项。 | | | 1.5分，未达到不得分 |
| | | | 3、有职能部门监管，记录完整。 | | 1.5分，未达到不得分 | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐、人员访谈 | | | |
| | 1、为国家食品药品监督管理局（CFDA）批准抗肿瘤药物临床研究基地。 | | | 2分，未达到不得分 | | |
| | 2、每年开展临床试验用药的项目数≥6-8项，II III期研究≥2项。 | | | 1分，未达到不得分 | | |
| | 3、有独立的临床研究实验室。 | | | 1分，未达到不得分 | | |
| | 4、对实施中问题与缺陷改进成效有评价。 | | 1分，未达到不得分 | | | |

第五章 护理管理与质量持续改进

| 5-1 护理垂直管理体系 | | | | | |
|--|---|---|----|-----------------------------|------------------|
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 5-1-1 院领导履行对护理工作领导责任, 医院建立垂直管理体系, 对护理工作实施目标管理。 | 5-1-1-1 有在院长(或副院长)领导下的护理组织管理体系, 对护理工作实施目标管理。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料(发展规划、协调机制), 访谈, 现场查看落实 | 任何一项指标未达到, 不得“C” |
| | | 1、有在院长(或副院长)领导下的三级护理垂直管理体系, 有院长指导、协调和研究护理工作的制度, 并落实。 | | | |
| | | 2、有护理工作中长期规划、年度计划, 贯彻我省《转发国家卫生健康委等十一部门关于印发促进护理服务业改革与发展的指导意见的通知》及省护理事业发展规划的相关要求。 | | | |
| | | 3、有措施保障落实护理中长期规划、年度计划, 并有总结。 | | | |
| | | 符合“C”, 并: | B | 查阅文件、记录及有关资料, 访谈相关人员 | 3分, 未达到不得分 |
| | | 1、职能部门、科室对护理目标落实情况有监管及督查。 | | | |
| | | 2、护理目标管理有信息化支持。 | | | |
| | | 符合“B”, 并: | A | 查阅资料, 现场查看, 访谈 | 5分, 未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效, 护理管理体系有效运行, 护理规划与计划有效落实。 | | | | | |
| 5-1-2 护理管理队伍素质能力过硬, 业务水平较高, 接受过较为系统的管理知识培训。 | 5-1-2-1 三级护理管理人员达到任职要求, 具备较高的业务水平, 并定期参加管理相关知识培训。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅原始资料、台账, 并现场查看落实情况。 | 任何一项指标未达到, 不得“C” |
| | | 1、护理部主任、科护士长具备本科以上学历, 副高以上职称(含评定资格)。 | | | |
| | | 2、护士长具备本科以上学历, 中级以上职称(含评定资格), 从事本专科3年以上工作经历。 | | | |
| | | 符合“C”, 并: | B | 查阅资料、实地查看 | 2分, 未达到不得分 |
| | | 1、科护士长、护士长取得省级或市级护士长岗位培训合格证书。 | | | |
| | | 2、特殊部门(血液净化、重症监护、急诊、手术室、消毒供应中心等)护士长经过系统的专科培训。 | | | |
| 3分, 未达到不得分 | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|---|------------------------|---|-----------------|
| | | 符合“B”，并： 1、护理管理人员管理知识不断更新，每年参加省级及以上护理管理相关培训1-2次，适应岗位发展需求。 | A | 查阅资料（护士长及以上人员培训记录）、实地查看 | 5分，未达到不得分 | | |
| 5-1-3 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程 | 5-1-3-1 依据法律法规、行业指南、标准，制定并落实护理制度、常规和操作规程。 | 各项指标符合要求： 1、依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程等，并定期修订。 2、对相关人员有护理制度、常规、操作规程等方面的培训、考核。 3、落实护理制度、常规及操作规范。 | C | 查阅资料、现场查看执行情况 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 符合“C”，并： 1、科室对护理制度、护理常规、操作规程的落实情况有自查、分析、整改，措施落实有效。 2、职能部门对护理制度、护理常规、操作规程的落实情况有检查与监督，措施落实到位。 | B | 查阅资料、实地查看科室及职能部门的改进措施的落实情况 | 3分，未达到不得分 2分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，各项护理制度、常规、操作规范落实到位。 | A | 查阅资料、追踪改进成效 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 5-2 护理人力资源管理 | | | | | |
| | | 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| | | 5-2-1 实施护理人员分层级管理。 | 5-2-1-1 对护理人员实行分层级管理，明确并落实岗位设置、岗位职责、工作标准和岗位技术要求。各层级护理人员比例构成合理。 | 各项指标符合要求： 1、医院有护理岗位管理制度，护理岗位符合《医院护理岗位设置名录（2013版）》，明确岗位职责和工作标准。 2、实施护理人员分层管理，明确各层级岗位技术能力要求和培养方案，有统一的护理人员分级管理档案。 3、各级各类护理人员落实相关岗位职责和工作要求。 4、建立并实施以临床实际工作能力为主导的晋级考核制度和评价标准，实行动态管理。 | C | 查阅分层级管理相关制度、岗位设置、岗位职责、分级管理档案等；追踪护士晋级考核的落实；岗位职责落实；访谈护士各岗位层级上下流动情况。 | 任何一项指标未达到，不得“C” |

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|--|------------------------------|---|-----------------|-------------------------------|---|-----------|
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对岗位职责、护理人员分层级管理有检查与监管。 | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，N1：N2：N3：N4级护理人员比例构成合理，护理分层级管理落实。护理人员年离职率<5%。 | A | 查阅资料、个案追踪、现场访谈 | 5分，未达到不得分 | | | |
| 5-2-2 护理人员资源实行弹性调配。 | 5-2-2-1 对护理人员资源实行动态调配，有机动护理人员储备，人员调配和临床排班满足临床工作需要。排班机制灵活。 | 各项指标符合要求： 1、各护理单元护士基数根据专科特点实行差异化配置，符合《医院各科护士基数配置参考标准（试行）》。 2、实行护理人员资源动态调配，结合专科特点、护理工作量实行多种形式的弹性排班。排班体现患者病情与护士能力相适应。 3、有机动护理人员资源（N2以上）储备、调配的方案，并执行。对储备人员有培训和考核，可供紧急状态或特殊情况下调配使用。 4、夜班和各科室高峰时段，当危重病人比例超过20%，排双班。夜班机制灵活。 5、护理人员资源管理有信息化支持。 | C | 查阅护理人员名册、排班表，了解护理人员配置；追踪现场查看科室护理人员配置、护士分管床位是否能级对应；白班、夜班的护士结构和数量是否合理，满足临床需要等 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对人力资源动态调配工作有检查与监管。 | | | | B | 访谈护士长和查阅科室排班表了解护理人员资源是否动态调配和能级对应；查阅督查资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，人力资源动态调配工作落实到位。 | | | | A | 查阅资料、个案追踪、现场访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 5-2-3 建立科学合理的护士薪酬分配机制， | 5-2-3-1 薪酬分配向临床一线倾斜，绩效分配考核方案 | 各项指标符合要求： 1、建立科学合理的护士薪酬分配机制，薪酬分配重点向高风险、高强度、任务重的临床一线护士岗位倾斜。 | C | 查阅人事、护理部门绩效分配和考核相关资料、实地访谈合同制护 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|-----------------|
| 实施护理绩效考核制度。 | 体现护理风险与技术难度、护理工作质量、质量、医德医风及患者满意度。落实护理人员同岗同薪同待遇。 | 2、有基于护理风险与技术难度、护理工作质量、质量、医德医风及患者满意度的绩效分配和考核方案，绩效考核结果与评优、晋升晋级、薪酬挂钩，并落实。 | | 士 | |
| | | 3、落实编制内外的护理人员同岗同薪同待遇。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场访谈 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、护理人员绩效分配、考核有信息化支持。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对绩效分配、考核方案落实情况有检查与监管。 | A | 查阅资料和现场访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，实施优劳优得、多劳多得，充分调动护理人员积极性。 | | | | | |
| 5-2-4 护理人员在职教育培训与考评落实到位。 | 5-2-4-1 各层级护理人员岗位培训落实《江苏省实施医院护士岗位管理的指导意见》的要求，实施临床护士能力考核。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，临床个案追踪；查阅护理部上一年度常规培训经费的预算及执行情况。 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有分层级护理人员在职教育培训与考评制度，有培训计划，并落实。 | | | |
| | | 2、培训内容结合临床需求，体现不同岗位、不同专业、不同层次护理人员的特点。 | | | |
| | | 3、通过实施临床护士能力考核，对各层级护理人员岗位培训情况进行考评。 | | | |
| | | 4、护理人员在职教育培训经费列入医院年度预算并执行。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、现场查看与访谈 | 2分，未达到不得分 | |
| | 1、职能部门、科室对护理人员在职教育培训情况进行检查与监管。 | | | 3分，未达到不得分 | |
| | 2、护士在职教育培训和管理有信息化支持，能开展在线培训。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 临床个案追踪 | 5分，未达到不得分 | |
| | 2、持续改进有成效，护理人员技术能力和水平不断提升。 | | | | |
| 5-2-4-2 落实《专科护理领域护士培训大纲》，加大培养专科护理人才， | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料；个案追踪，评价N3、N4级护士和特殊科室护理人员培训计划的落实和效果， | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 1、根据护理学科发展及医院功能需要，制定并落实本院专科护理人才培养计划。 | | | | |
| | 2、每年外派专科护理骨干培训人数占护士总数的1-2%（包括省级以上专科护 | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------|-------------------------------------|-----------------|---|----------------|-----------|
| | 并合理使用。提高护理人员在职教育培训的层次和质量。专科护理技术水平较高。 | 士培训、国内外该专科护理水平较高的医院进修学习累计3个月及以上、出国（境）培训1个月以上）。 | | 评价专科护理人员的使用情况。 | | | | |
| | | 3、特殊科室（急诊、重症监护室、新生儿、手术室、血液净化、产房等）护理人员须经专业培训并考核合格方可上岗。 | | | | | | |
| | | 4、合理使用专科护理人才，可任职临床N3以上岗位或临床护理管理岗位，并有相应的待遇等配套措施，能发挥其业务专长。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、重点专科护士长、专科护理骨干符合《江苏省省级临床重点专科评分标准（2017版）》有关要求。 | | | | B | 查阅资料 临床个案追踪 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| 1、护理临床技术应用有重大突破，近三年取得省医学新技术引进评估奖项1项或市医学新技术引进奖项2项。 | | | | | | | | |
| 5-2-5 具有一批技术水平较高、享有一定学术影响力的临床护理专家。 | 5-2-5-1 具有一批技术水平较高，在区域范围内享有一定学术影响力的临床护理专家。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、5人以上在省一级学会或同级专业委员会或质量控制中心任职。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 1、2人及以上在国家一级学会专业委员会或质量控制中心任职。 | | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | | | | | |
| 1、2人及以上参与制定已发布的国家级诊疗规范、指南、评价标准等。 | | | | | | | | |
| 5-3 临床护理质量管理与改进 | | | | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | | |
| 5-3-1 落实分级护理。 | 5-3-1-1 根据《综合医院分级护理指导原则》的要求，实施分级护理，落 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料；临床个案追踪 实地查看患者（重点是危重患者）护理措施落 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、依据《护理分级》（WS/T 431-2013），制定符合医院与专科实际的分级护理制度。 | | | | | | |
| | | 2、落实分级护理制度，根据患者病情确定护理级别，护理措施到位。密切观 | | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|--|-----------------|
| | 实护理措施。 | 察患者生命体征和病情变化，及时采取措施。根据病情变化及时调整护理级别。 | | 实情况。 实地查看护理员管理、 收费是否自愿等情况。 | |
| | | 3、生活护理较重的临床科室配置护理员。护理员不得承担护士工作内容。护理员管理执行我省《关于进一步加强医疗机构护理员管理的指导意见》。 | | | |
| | | 4、有危重患者护理常规及技术规范、工作流程、风险评估、应急预案及安全防范措施。护士掌握危重患者护理相关知识和技能，如生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、护理级别与患者病情、生活自理能力相符。 | | | |
| | | 2、职能部门、科室对分级护理制度落实情况、危重症知识技能培训有检查与监管，并评价、分析存在的问题。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、分级护理（重点危重患者）护理质量持续改进有成效。 | | | |
| 5-3-2 全面开展优质护理服务。 | 5-3-2-1 实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务，患者对优质护理服务满意度高。 | 各项指标符合要求： | | 结合追踪，实地查看排班表，是否体现责任制；提供优质护理服务不少于5个典型举措；实地查看专科护理开展情况、特色护理及护理结局。 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、实施责任制整体护理工作模式。 | | | |
| | | 2、根据患者生理、心理、社会等特点，全面评估患者病情与需求，实施个性化、专业化、连续性的护理措施，为患者提供心理与健康指导、饮食指导、康复指导和出院指导。 | | | |
| | | 3、优质护理内涵深化，开展以技术为核心的专科护理，有相应的护理规范、指南，并落实。 | | | |
| | | 4、实施特色护理。制定有专科特色优质护理服务项目，并落实到位。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门、科室对优质护理相关内容的落实情况有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、护士能用专科护理知识和技能对患者进行综合评估、分析，护理措施个性 | | | | | |
| | | | B | 临床个案追踪、查阅资料 | 3分，未达到不得分 |
| | | | | | 2分，未达到不得分 |
| | | | A | 临床个案追踪、访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | | | | |
| | | | C | | |
| | | | B | 实地查看。 | 5分，未达到不得分 |
| | | | A | 实地查看。查阅上一年度全省三级医疗机构 | 3分，未达到不得分 |
| | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------|---|--|------------------|---------------------------------------|-----------------|----------------|------------|
| | | 化、人性化，落实有效。 | | 患者满意度第三方调查结果 | | | |
| | | 2、患者满意度高，优质护理服务第三方满意度均分 90 分以上。 | | | 2 分，未达到不得分 | | |
| 5-3-3 临床护理质量管理与持续改进。 | 5-3-3-1 有院-大科-科室护理质量管理组织体系，职责明确，落实到位。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台账，并现场查看落实情况；实地查看护理单元原始资料，访谈护理人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有护理质量管理委员会，定期讨论护理质量与安全，制定护理质量与安全管理工作计划及护理质量监测指标。 | | | | | |
| | | 2、大科、病区（单元）设有护理质量管理小组，并能组织临床专业骨干参与质量控制。 | | | | | |
| | | 3、临床护理质量与安全管理，有信息化支持。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | B | 查阅相关资料；追踪 | 3 分，未达到不得分 | | | |
| | 1、职能部门对大科、科室护理质量管理有检查与监管。 | | | 2 分，未达到不得分 | | | |
| | 2、有护理新技术、新方法、新设备临床应用监测评估制度，并落实。 | | | | | | |
| | | A | 查阅相关资料、相关信息系统，追踪 | 5 分，未达到不得分 | | | |
| | 符合“B”，并： | | | | | | |
| | 1、推行基于大数据的临床护理质量持续改进，有成效。 | | | | | | |
| 5-3-3-2 护理基础管理落实到位。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看；查阅护理文件，访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | 1、有保障常用仪器、设备和抢救物品有效使用的制度和流程，专人负责并落实。应急时取用方便。 | | | | | | |
| | 2、护理人员熟练使用输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等常用仪器和抢救设备。 | | | | | | |
| | 3、执行《病历书写基本规范》。简化护理记录，使用表格式护理文件，归档护理文件、非归档护理文件种类与省卫生健康委备案相符合。 | | | | | | |
| | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | | | | B | 查阅相关资料，实地查看，追踪 | 2 分，未达到不得分 |
| | 1、护理记录及时，体现病人病情变化动态过程和措施效果。 | | | | | | 3 分，未达到不得分 |
| | 2、职能部门、科室对护理人员常用仪器和抢救设备操作能力、护理文书书写有检查、分析、整改，对存在问题有改进措施。 | | | | | | |
| | A | 查阅相关资料，追踪 | | | | | |
| | 符合“B”，并： | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------|----------------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，护理人员对仪器设备能规范使用，护理文书书写规范。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | 5-3-3-3 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅相关资料，临床个案追踪 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有护理查房、疑难病例讨论、护理会诊的制度。 | | | |
| | | 2、有上述工作制度的规范流程及内容并落实。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对护理查房、疑难病例讨论和护理会诊的落实情况有检查和监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效，解决临床疑难护理问题的能力和水平不断提升。 | | | | |
| | 5-3-3-4 建立护理质量监测指标，有信息化支持，及时上报省监管系统。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅相关资料，查看信息系统，访谈相关人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、建立护理质量监测指标（详见第七章），有信息化支持，及时上报省监管系统。（可选） | | | |
| | | 2、护理人员能够根据要求掌握数据收集方法。 | | | |
| 符合“C”，并： | | B | 查阅相关资料，追踪 | 3分，未达到不得分 | |
| 1、结合本单位工作实际和质量管理需要，进一步完善和健全专科护理质量指标（除第七章所列以外）。 | | | | | |
| 2、职能部门对监测指标结果定期收集和指导，对存在的问题进行分析，并提出改进建议。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅相关资料，追踪 | 2分，未达到不得分 | | |
| 1、对监测指标分析报告有检查、整改，持续改进和提高。 | | | | | |
| 5-4 护理安全管理 | | | | | |
| 5-4-1 护理各项查对制度。 | 5-4-1-1 正确识别患者身份，落实护理各项查对制度，并使用“腕带”作 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，随机进行现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食及诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。 | | | |
| | | 2、住院患者、急诊留观、急诊抢救室患者均使用“腕带”，对传染病、药物 | | | |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|-----------------------------------|-----------------|
| | 为识别患者身份的标识，确保对正确的患者实施正确的操作。 | 过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），且有明确制度规定。 | B | 查阅相关资料，临床个案追踪 | 5分，未达到不得分 |
| | | 3、相关人员熟悉上述制度和流程并执行。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门、科室对各项查对制度的落实情况有检查、分析、整改。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、持续改进有成效，无查对错误事件发生。 | A | 查阅相关资料，临床个案追踪 | 5分，未达到不得分 |
| 5-4-2 重点环节管理和护理风险防范。 | 5-4-2-1 有护理风险防范措施，预防跌倒、坠床、压力性损伤、管路滑脱、用药错误、转运意外等发生。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料和相关患者的住院病历10份 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有预防压力性损伤的设备材料。有压力性损伤风险评估、报告制度及护理规范，护士据此落实各项措施，动态评估并有记录。 | | | |
| | | 2、有防范患者跌倒、坠床的相关制度。护士主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施，对高风险患者如行动不便和残疾等，采取适当措施（如警示标识、语言提醒、搀扶、床挡等）防止意外，动态评估并有记录。 | | | |
| | | 3、有发生患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程，相关人员知晓并执行。 | | | |
| | | 4、有预防管路滑脱、用药错误、保障转运安全等护理风险防范制度，并落实。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门、科室对各类护理风险管理有检查、分析、整改。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、持续改进有成效，预防及应对各类护理风险措施落实到位。 | B | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 |
| | | | A | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 |
| 5-4-3 护理并发症和紧急意外情况的预防处理 | 5-4-3-1 临床护理技术操作常见并发症和紧急意外情况的有预防及处理规范并落实。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅相关资料；并结合临床个案追踪，设计情境，访谈责任护士相关情况。 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范，并落实。 | | | |
| | | 2、护理人员熟练掌握本专业常见技术操作，熟悉并发症预防措施及处理流程。 | | | |
| | | 3、患者用药、输血、治疗、标本采集、管道护理、围手术期管理等重点环节的紧急意外情况有应急处置预案。 | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|-----------------|--|-----------------|
| | | 4、对相关应急预案有培训及演练，对紧急意外情况处置规范。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门、科室对上述工作有检查、分析、整改。 | B | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，护理人员技术操作规范，技术操作并发症有效控制。 | A | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 | | |
| 5-4-4 护理安全（不良）事件报告管理 | 5-4-4-1 有主动报告护理安全（不良）事件与隐患信息的制度，改进措施到位。 | 各项指标符合要求： 1、有非惩罚性护理安全（不良）事件报告制度，有护理人员主动报告的激励机制。有护理安全（不良）事件成因分析和讨论制度。 | C | 临床个案追踪，随机访谈护士，查看相关制度，是否有利于主动报告；查看相关信息系统 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 2、应用护理安全（不良）事件案例成因分析结果，修订护理工作制度或完善工作流程并落实。 | | | | | |
| | | 3、定期对护理人员进行安全警示教育。 | | | | | |
| | | 4、护理安全（不良）事件有信息化支持。 | | | | | |
| | | | | 符合“C”，并： 1、职能部门、科室对主动报告护理安全（不良）事件管理有检查、分析、整改。 | B | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 |
| | | | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，护理安全（不良）事件报告系统的敏感性不断提升，相关制度流程不断完善。 | A | 查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 |
| | | 5-5 特殊护理单元管理 | | | | | |
| | | 5-5-1 手术室 | 5-5-1-1 按照《医院手术部（室）管理规范》的要求，有手术室护理质量与安全管理建设，有手术室护理专科 | 各项指标符合要求： 1、有手术患者转运交接、安全核查、手术物品清点、手术标本管理、手术体位摆放、电外科安全等制度与流程，并落实。 | C | 1、现场查看手术隔离技术、核心制度与流程的执行情况；2、现场查看手术患者深静脉栓塞和压力型损伤的评估和护理措施；3、 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 2、有手术患者压力性损伤的评估、护理措施及效果评价；有手术患者预防低体温的措施及效果评价。有手术患者深静脉血栓的评估、护理措施及效果评价。 | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|-----------------|
| | 化建设。 | 3、有手术物品清点不清、手术患者或者手术部位错误、手术标本遗失或损坏等应急预案，有火灾、停电等应急预案并有演练记录。 | | 现场查看手术患者预防低体温措施落实以及保温效果；4、查阅应急预案的演练记录并访谈相关人员。 | |
| | | 4、有手术隔离技术规范并落实。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 1、查阅手术室专科化建设相关资料与记录，并访谈专科组成员；2、查阅相关资料，访谈护士长、质控组成员、护士和职能部门。 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、开展手术室护理专科化建设，有专科特色的手术室护理技术与内涵。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门、科室对各项制度、流程、规范、应急预案的执行以及专科护理质量指标定期有检查、分析。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅相关资料，访谈护士长。 | 3分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，患者安全有保障。 | | | 2分，未达到不得分 |
| 2、手术室专科护理质量有成效。 | | | | | |
| 5-5-2 消毒供应中心 | 5-5-2-1 按照《消毒供应中心管理规范》有消毒供应中心(室)护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。 | 各项指标符合要求： | C | 1、现场查看设备设施的配置、运行情况 2、查看消毒供应中心内、外环境；布局、流程、采光、通风等、符合规范 3、查看验收合格证原件 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 1、消毒供应中心的建设规划与医院的任务、发展相适应,周围环境和建筑布局符合国家行业标准，通过消毒供应中心（室）验收。 | 2、采取集中管理模式，医院可重复使用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心统一回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应；植入物与外来医疗器械处置及管理符合规范；内镜、口腔诊疗器械的清洗消毒灭菌依据国家相关标准。 | 1、现场查看消毒供应中心可重复使用物品清洗、消毒和灭菌的种类和处置情况； | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | 2、抽查手术室、内镜、口腔科诊疗等器械清洗消毒情况 3、外来器械处理符合流程； | |
| | | 3、根据工作性质、岗位需求及相关要求配备护理人员、消毒员和其他工作人员；消毒员持证上岗。 | | 1、查看实际开放床位数、人事及护理部门相关资料 2、查看最近3个月科室排班 3、查看消毒员相关资质 | |
| | | 4、依据国家规范建立消毒供应中心工作制度、岗位职责、操作规程、突发事件应急预案等，有培训并落实；落实清洗、包装和灭菌效果的监测工作，及时核查、正确判定各类监测结果；定期检测清洗消毒和灭菌设备；水、蒸汽、包装材料符合行业标准。 | | 1、查看制度、职责、规范、培训内容，培训记录 2、查看突发事件应急预案培训演练记录，体现专科特色 3、现场提问 4、查阅资料 | |
| | | 5、日常管理和质量追溯管理有信息化支持。 | | 1、通过信息系统查看1-2个灭菌包的追溯信息，实现闭环管理 2、通过信息系统查看物资请领、人员管理、质量控制等功能 | |

| | | | | | |
|------------|---|--|---|----------------|-------------------------------------|
| | | 符合“C”，并： 1、消毒供应中心（室）规模符合医院发展需要，执行《江苏省区域化集中消毒供应机构评价标准（试行）》。 2、重复使用的物品集中管理，各职能部门有检查、反馈、分析和整改；清洗、消毒、灭菌效果监测结果异常有分析，提出改进措施。 3、信息系统对质量控制进行数据分析，改进措施，实现可追溯，追溯信息至少保留3年。 | B | 现场查看，查阅资料 | 2分，未达到不得分 2分，未达到不得分 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续质量改进，各级人员技术能力不断提升，临床满意度高； 2、定期开展质量评价，确保提供服务的医疗机构医疗质量安全。 | A | 现场查看，查阅资料 | 2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分 |
| 5-5-3 新生儿室 | 5-5-3-1 执行《医院新生儿建设管理规范》，有新生儿感染管理与监测，安全措施落实到位。 | 各项指标符合要求： 1、建立新生儿安全管理制度，护理人员知晓质量与安全管理主要内容与履职要求，新生儿无陪病房100%使用双腕带识别新生儿身份，合理配备护理人力资源。 2、有新生儿消毒隔离制度并落实，定期有检查。有专人负责新生儿室的医院感染监控工作，定期进行消毒灭菌效果及环境卫生学监测，有记录。 3、有新生儿沐浴、配奶操作工作流程及新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒规范，并落实。 4、有传染病患儿消毒隔离制度，对高危新生儿及疑似传染病的新生儿采取隔离措施，标识清晰。 5、有新生儿护理质量专项考核标准，有重症新生儿护理规范，有培训，有落实。 6、有新生儿专科性突发应急预案，并有培训、演练。 | C | 现场查看，查阅相关资料，追踪 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 符合“C”并： 1、科室对新生儿护理质量进行自查，结果定期分析并整改。 | B | 现场查看，查阅相关资料，追踪 | 3分，未达到不得分 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|-----------|-------------------|-----------------|
| | | 2、职能部门定期对护理质量监测指标统计结果、感染管理相关工作汇总，有分析及检查。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”并： 1、持续改进有成效，各项制度、操作、规范落实到位。 | A | 现场查看，查阅相关资料，追踪 | 5分，未达到不得分 |
| 5-5-4 急诊科 | 5-5-4-1 按照《医院急诊医学科建设管理规范》有急诊科（室）护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅相关资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、急诊分诊护士具备护师以上职称，在急诊护理工作≥5年。 | | | |
| | | 2、护理人员掌握团队心肺复苏、洗胃、创伤评估等各种急救护理技能，按照急危重症的抢救流程正确实施救治。 | | | |
| | | 3、每年开展急救技能及团队合作训练，护理人员均参加基础生命支持（BLS）训练且考核合格。 | | | |
| | | 4、有针对灾害批量伤员救治的护理应急预案，定期开展相关培训和演练。 | | | |
| | | 5、急诊各区域配备足够数量且方便可取的个人防护用品，定期对急诊护理人员开展职业防护培训。有急诊工作场所暴力的应急预案和相关培训及演练。 | B | 查阅相关资料，访谈护士长和职能部门 | 符合“C”，并： |
| | | 1、急诊护理人员经过高级生命支持（PALS）训练人数≥50%。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门、科室对制度、流程、应急预案及培训落实情况有检查与监管，并评价、分析。 | | | 2分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，各项制度、操作、规范落实到位。 | A | 查阅相关资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | |

第六章 医院管理

| 6-1 依法依规执业 | | | | | |
|--|---|--|-----------|-------------------|-------------------|
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 6-1-1 依法取得《医疗机构执业许可证》，按照卫生健康行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名规范。 | 6-1-1-1 医院符合卫生健康行政部门规定相应级别设置标准，在国家医疗卫生法律、法规、规章、诊疗护理规范的框架内开展诊疗活动，按照卫生健康行政部门规定按时完成医疗机构校验，发布的医疗信息真实可靠。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院及科室命名规范，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。医疗机构名称不得对外出借，《医疗机构执业许可证》不得转让、出借。 | | | |
| | | 2、无出租或者变相出租、承包科室及院中院等情形；公立医院无租赁设备情形，不得向企业托管药房或与企业开展类似业务合作。 | | | |
| | | 3、医疗信息发布和医疗广告管理符合法规要求。 | | | |
| | 符合“C”，并： | 4、评审周期内无卫生健康行政部门查实的医疗机构不良行为记录或发生一级主责以上医疗事故。未发生群体性、组织性违规违纪事件。 | B | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对发布医疗信息、医疗广告进行监管，对诊疗活动进行全程管理，有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | 符合“B”，并： | 1、持续改进有成效，医疗机构校验完全符合要求。 | A | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 | 5分，未达到不得分 |
| | | 6-1-1-2 临床和医技科室诊疗科目或项目设置、人员梯队与技术能力符合省级卫生健康行政部门规定的标准。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 |
| | 1、临床科室诊疗科目符合卫生健康行政部门规定的相应级别医院设置标准并获得执业许可登记。一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生健康行政部门规定的标准。 | | | | |
| | | 2、医技科室、保障科室和部门人员编制、设备设施、技术能力符合省级卫生健康行政部门标准。 | | | |

| | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|--|--|-----------------|------------------|-----------------|
| | | 3、医技科室实验室项目达到集中设置、统一管理、资源共享。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | B | 现场查看、查阅资料、 台帐，追踪访视 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，科室设置和人员配置符合相关标准且满足临床工作需求。 | A | 现场查看、查阅资料、 台帐，追踪访视 | 5分，未达到不得分 | | |
| 6-1-2 医院开展法律法规教育，有教育评价。 | 6-1-2-1 医院开展法律法规教育，有教育评价。 | 各项指标符合要求： 1、有法律法规教育计划、课程安排及相关资料。 | C | 查阅文件、资料，人员 访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 2、每年开展法律法规全员教育。 | | | | | |
| | | 3、新员工经卫生法律法规教育，考核合格后方可上岗。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、将法律知识纳入医疗卫生技术人员资格准入、在职培训、年度考核，比例不低于10%。 | B | 现场查看、查阅资料、 台帐，追踪访视 | 2分，未达到不得分 | | |
| | | 2、严格按照法律法规规定的医院内部管理制度开展培训、检查、考核、评价、处理。 | | | 3分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，员工均知晓与岗位有关的法律法规知识。 | A | 查阅文件、资料，人员 访谈 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 6-1-3 由具备资质的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务，不超执业范围。 | 6-1-3-1 在医院执业的卫生技术人员全部具有执业资格，注册执业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），具有执业资格的研究 | 各项指标符合要求： 1、无聘用非卫技人员从事诊疗护理活动情形；无卫生技术人员违规执业、超范围执业。 | C | 查阅文件、资料，人员 访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | | 2、有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 | | | |
| 3、各级各类卫生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（如多点执业或对口支援等），按照本人执业范围开展治疗活动。 | | | | | | | |
| 4、具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上上级医护技人员指导下执业。 | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---------------------------------|-----------------|
| | 生、进修人员在上级带教人员(含护理、医技)指导下执业。 | 5、卫生技术人员(含实习生、研究生、进修生、规范化培训医生)执业管理资料完善。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 现场查看、查阅资料、台帐，现场考核 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对全院卫生技术人员执业情况有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视 | 5分，未达到不得分 |
| 1、对违法违规执业行为能举一反三，加强内部管理，杜绝违法违规现象发生。 | | | | | |
| 6-1-4 对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。 | 6-1-4-1 制订对外委托服务项目管理制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有职能部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。 | | | |
| | | 2、所有项目有合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。 | | | |
| | | 3、对服务项目招投标符合规范。 | | | |
| | | 4、有年度对外委托服务项目管理的质量安全评估报告。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 现场查看、查阅资料、台帐，现场考核 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对服务项目有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，所有对外委托服务项目管理符合要求。 | | | | | |
| 6-1-5 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制订各项规章制度和岗位职责，并及时修 | 6-1-5-1 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制订各项规章制度和岗位职责，并及时修 | 各项指标符合要求： | C | 查阅文件、资料，现场访谈管理人员、医务人员岗位相关法律法规知识 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、严格执行医疗机构、执业医师、护士、药品器械、医疗技术等相关的法律法规，制定完善的法律法规规定的医院内部管理制度，且符合本院实际情况。其中，各级各类员工的岗位职责中，有医德医风的要求。 | | | |
| | | 2、各项规章制度的制订、审核、批准、发布、修订、作废等有统一的管理规定和管理程序。 | | | |
| | | 3、有全员岗位职责与行为规范的教育培训。 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|
| 订完善。定期对员工进行培训与教育，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。 | 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。 | 4、各部门员工知晓相关的规章制度、岗位职责和履职要求。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查看、查阅资料、台帐， 现场考核 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 1、职能部门对制度建设有自查，有分析。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 现场查看、查阅资料、 台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| 1、持续改进有成效，能够及时修订、更新和完善医院内部管理制度，健全内部管理机制。 | | | | | | |
| 6-2 明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制 | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 6-2-1 医院管理组织机构设置合理，部门职能划分明确，各级管理人员认真履行职责。 | 6-2-1-1 医院管理组织机构设置合理，部门职能划分明确，各级管理人员认真履行职责。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查阅文件、台帐、 人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有组织架构图，医院运行状况与组织架构相符。 | | | | |
| | | 2、部门职能划分明确，部门之间管理有沟通与协调。 | | | | |
| | | 3、各级管理人员知晓本岗位职责，并执行。 | B | 查看、查阅资料、台帐， 现场考核 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、主管领导对所管部门执行情况有检查与监管。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、根据管理需要，及时调整组织架构和部门职能。 | | | | | |
| | 6-2-1-2 加强全院各科室（部门）效能建设，实行目标管理责任制。 | 6-2-1-2 加强全院各科室（部门）效能建设，实行目标管理责任制。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | | 1、有目标管理责任制实施方案。 | | | |
| | | | 2、有指定部门负责效能建设和实施。 | | | |
| | | | 3、相关人员知晓本科室（部门）管理责任目标，并落实。 | B | 查阅台帐、人员访谈， 现场考核 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“C”，并： | | | | | | |
| 1、职能部门对目标管理责任制落实有检查与监管。 | | | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅台帐，追踪访视 | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------|-----------------------------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，实现责任目标，取得良好成效。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 6-2-2 建立科室（部门）间沟通与协调机制，履行协调职能。 | 6-2-2-1 建立沟通协调机制，履行协调职能，提高工作效率。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料（查阅联席会议记录并追踪相关部门科室记录）、台帐，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、建立沟通协调机制，召开多部门工作会（如职能部门—临床—护理—医技—后勤等），并有会议记录。 | | | |
| | | 2、每次会议有明确议题和牵头部门，相关工作有落实。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、牵头部门对相关工作任务执行情况有追踪评价，有反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，科室（部门）对相关工作任务落实到位。 | A | 查阅台帐、资料 | 5分，未达到不得分 | | |
| 6-2-3 医院与科室领导定期参加管理培训，掌握现行的有关法律、部门规章，并能够运用质量管理工具，提高管理水平。 | 6-2-3-1 医院与科室领导定期参加管理培训，掌握现行的有关法律法规、部门规章，并能够运用质量管理工具，提高管理水平。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院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、管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年≥12个学时。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、相关管理人员能运用质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具分析、评估管理问题，提出改进建议。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，管理人员能够运用工具分析解决管理问题。 | A | 查阅台帐、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 | | |
| 6-2-4 建立医院运行基本统计指标数据库，保障信息准确、可追溯。 | 6-2-4-1 建立医院运行与医疗业务指标体系，定期进行分析、检查、改进管理工作。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、有明确的部门或人员负责医院运行与医疗业务指标数据收集，根据医院工作需要定期报告。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、相关部门能够使用适当的方法和管理工具对医院运行和医疗业务指标进行检查、分析、反馈。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、人员访谈 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|----------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，基于数据的医院管理决策能力和水平不断提升。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 6-2-5 根据“健康中国”战略和上级卫生健康行政部门五年规划，制定医院五年发展规划。 | 6-2-5-1 制定医院五年发展规划，明确总体目标、发展规模、重点任务、实施保障等内容，引领医院发展方向。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、根据“健康中国”战略和上级卫生健康行政部门五年规划，制定医院五年发展规划。 | | | |
| | | 2、医院五年发展规划体现医院功能任务、适应当代医学变革。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、医院五年发展规划广泛征求意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。 | | | |
| | | 2、医院五年发展规划明确总体目标、发展规模、重点任务、实施保障等内容。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、人员访谈，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| 1、医院五年规划经过职工代表大会讨论通过。 | | | | | |
| 6-2-6 对照医院五年发展规划，制定年度工作计划。 | 6-2-6-1 制订年度工作计划，确保五年发展规划有序实施。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、制定医院年度工作计划。 | | | |
| | | 2、定期总结分析医院年度工作进展情况。 | B | 查阅台帐、资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、根据医院年度计划制定各科室年度计划。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| 1、医院年度计划经过职工代表大会讨论通过。 | | | | | |
| 6-2-7 在五年发展规划基础上，医院制订相应的专项规划（分规划）。 | 6-2-7-1 在五年发展规划基础上，针对医院发展中的重点工作、难点问题，制订相应的专项规划。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、制定医院发展专项规划（分规划）。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、积极落实医院发展专项规划（分规划）并有相应举措。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|-----------|-------------|-----------------|
| | 划（分规划），补齐短板项目，厚积发展优势。 | 1、医院发展专项规划（分规划）实施后，相关工作取得明显成效。 | | 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| 6-2-8 加强健康管理学科建设。 | 6-2-8-1 加强健康管理学科建设工作，科学制定发展规划、设立专业部门、建立质控体系，探索全程健康管理服务。 | 各项指标符合要求： | C | | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、制定健康管理学科发展规划。 | | 查阅台帐、资料 | |
| | | 2、设立健康管理部并开展相应工作。 | B | 查阅台帐、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | 查阅台帐、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、有规范的健康体检信息系统。 | | | |
| | | 2、有健康管理质量控制体系。 | A | 查阅台帐、人员访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、实施全程健康管理服务，并取得成效。 | | 2分，未达到不得分 | |
| 2、建成省级健康促进医院。 | | | | | |
| 6-3 人力资源管理 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 6-3-1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。 | 6-3-1-1 设置人力资源管理部门，人事管理制度健全。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅有关资料，现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、设置专职人力资源管理部门，职责明确。 | | | |
| | | 2、有人力资源管理制度与程序，并能够根据有关部门要求及时更新。 | | | |
| | | 3、人力资源管理制度及规定有多种渠道公布，方便职工查询。 | | | |
| | | 4、全员聘用制度和岗位管理制度与满足医院发展需求同步实施。 | B | 查阅有关资料，现场考查 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、部门有定期检查与监督。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅有关资料，现场考查 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，人力资源聘任和管理规范。 | | | | | |
| 6-3-1-2 医院有 | | 各项指标符合要求： | C | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|-------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-----------------|
| | 人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案，各类人员配置及其结构适应医院任务需求。 | 1、有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案，并符合医院功能任务和整体发展规划要求。 | B | 查阅有关资料，现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 2、医院各类卫生技术人员配置符合国家有关规定，并满足工作需求。 | | | | | | |
| | | 3、有人力资源配置调整方案与调整程序并得到落实。 | | | | | | |
| | | 4、备案制人员、编外人员纳入人力资源配置方案并有效落实。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、有落实人力资源发展规划的具体措施并得到落实。 | | | | | | |
| | 6-3-1-3 专业技术人员具备相应岗位的任职资格。 | 符合“B”，并： | A | 查阅有关资料，现场考查 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 1、持续改进有成效，人才梯队建设、人力资源配置符合相关要求，满足医院发展与医疗工作需求。 | | | | | | |
| | | 各项指标符合要求： | | | | C | 查阅有关资料，现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、在院执业的卫生技术人员具备相应岗位的任职资格，医师如行多点执业需符合政府职能部门有关规定。 | | | | | | |
| | | 2、专业技术人员按照卫生健康行政部门的执业规定实施资格准入管理。 | | | | | | |
| | | 3、有专业技术人员任职资格审核程序及档案资料（经过审核认证的复印件）。 | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | | |
| 1、职能部门有检查与监管。 | | | | | | | | |
| 6-3-1-4 有人员紧急替代机制，以保证诊疗活动的连贯性。 | 符合“B”，并： | A | 查阅有关资料及监管记录 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| | 1、持续改进有成效，无超范围执业现象。 | | | | | | | |
| | 各项指标符合要求： | | | | C | 查阅有关资料，现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 1、有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案。 | | | | | | | |
| | 2、有紧急替代人员的有效联络方式。 | | | | | | | |
| | 3、相关人员知晓相应的紧急替代程序。 | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | | |
| 1、有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案。 | B | 查阅有关资料及监管记录 | 5分，未达到不得分 | | | | | |
| 2、有紧急替代人员的有效联络方式。 | | | | | | | | |
| 3、相关人员知晓相应的紧急替代程序。 | | | | | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | | |
| 1、有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案。 | | | | | | | | |
| 2、有紧急替代人员的有效联络方式。 | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--------------|---|-----------------|
| | | 1、职能部门对替代人员情况有检查与监管。 | | 记录 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅有关资料，现场考查 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，紧急情况替代人员及时到位，保障医疗工作的正常运行。 | | | |
| 6-3-2 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。 | 6-3-2-1 卫生专业技术人员资质的认定与聘用。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅考评档案、资质文件、岗位职责等资料；抽查相关人员对岗位职责的知晓情况和履职情况 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有卫生专业技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程；建立技术考评档案，包括：经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。 | | | |
| | | 2、根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理，尤其对高风险、特殊岗位实施人员授权和再授权管理。 | | | |
| | | 3、相关人员知晓上述规范和流程并落实。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、职能部门对人员管理和资质认定有检查与监管。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，技术人员评聘程序规范、制度落实到位、档案资料完整。 | | | | |
| | 6-3-2-2 外来（国内外、境内外）工作人员的技术资质管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、按照国家法律法规和卫生健康行政部门现行规定，有对外来技术人员资质管理的规定、规范与程序。 | | | |
| 2、外来技术人员直接从事患者临床各种有创诊疗时，事先取得患者书面知情同意。 | | B | 查阅台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、职能部门对管辖范围内的外来技术人员的资质有检查与监管。 | | A | 查阅台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，无外来工作人员违规执业。 | | | | | |
| 6-3-3 有卫生 | 6-3-3-1 开展卫生 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| 专业技术人员 岗前培训、住院 医师规范化培 训、继续教育和 梯队建设制度 并组织实施。 | 专业技术人员继续 医学教育工作。 | 1、有继续医学教育管理组织，管理制度和继续医学教育规划、年度实施方案， 并提供培训条件及专项经费支持。 | | | 任何一项指标未达到，不 得“C” | |
| | | 2、有完善的继续医学教育学分管理档案。 | | | | |
| | | 3、将继续医学教育与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅有关资料，现场考 查 | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、人员访谈 | | 5分，未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效，员工继续医学教育工作得到落实。 | | | | | |
| | 6-3-3-2 加强学科 建设和人才培养， 有学科带头人选拔 与激励机制。 | 各项指标符合要求： | | | | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 1、有重点学科（或专科）建设发展规划。有学科带头人选拔与激励机制。 | C | 查阅台帐、人员访谈 | | |
| | | 2、有重点学科（或专科）以及学科人才的培育与支持措施，包括经费投入等， 人才梯队合理。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅有关资料，现场考 查 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | 2.5分，未达到不得分 | |
| | | 2、有学科带头人定期考核机制 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、持续改进有成效，学科建设规划得到有效落实。 | | | | | |
| 6-3-3-3 规范住院 医师规范化培训工 作。 | 各项指标符合要求： | | | | 任何一项指标未达到，不 得“C” | |
| | 1、有住院医师规范化培训制度，培养规划、实施方案，提供培训条件及专项 经费支持。 | C | 查阅台帐、人员访谈 | | | |
| | 2、有完善的住院医师规范化培训学员管理档案。 | | | | | |
| | 3、将参加住院医师规范化培训与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。 | | | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅有关资料，现场考 查 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，住院医师首次参加结业考核理论通过率≥90%。（通过率=上一年度首次参加结业考核理论通过的人数/上一年度首次参加结业考核总人数） | A | 查阅有关资料，现场考查 | 5分，未达到不得分 | | | |
| 6-3-4 贯彻与执行《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。 | 6-3-4-1 贯彻与执行《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。 | 各项指标符合要求： 1、有职业安全防护的培训并建立员工的个人健康档案。 2、相关人员知晓职业暴露的应急预案，处置流程，并落实。 3、建立并及时更新职业安全防护的相关措施、处置流程及应急预案。 | C | 查阅有关资料，现场考查 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、对职业暴露有登记、处置、随访，有阶段分析等资料。 2、职能部门对职业暴露和职业防护有检查、分析、反馈。 | | | | B | 查阅台帐、人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，职业暴露处理规范，职业防护管理到位。 | | | | | | A |
| | | 6-4 临床医学教育管理 | | | | | | |
| | | 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| | | 6-4-1 师资、设施设备符合医学院校教学要求，独自承担临床医学教育任务。 | 6-4-1-1 师资、设施设备符合医学院校教学要求，独自承担本科临床医学教育任务。 | 各项指标符合要求： 1、医学院校教学师资、设施设备，符合教育部对教学医院的规定要求。 2、有主管院领导，专门部门和专职人员、专业教研组、专（兼）职教师负责教学管理工作。有教学规划、资金投入和保障制度，并落实。 3、完成本科临床教学与实习任务，资料完整。 | C | 查阅台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| 符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。 | B | | | 查阅台帐、人员访谈 | | | | 5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | | | | | | | A |

| | | | | | |
|---|--|--|-----------|--------------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，师资、设备设施、资金投入到位，教学管理规范。 | | 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| 6-4-2 承担医务人员规范化培训和县级医院骨干医师培训任务。 | 6-4-2-1 按照规范开展住院医师和护士等规范化培训工作和承担县级医院骨干医师培养责任 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈， 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有住院医师和护士规范化培训基地资质，有专职人员负责培训工作。 | | | |
| | | 2、有规范化培训和县级医院骨干医师培训相关管理制度措施，培训方案，课程设计、培训内容、考核等符合相关要求。 | | | |
| | | 3、对规范化培训等项目提供所需的经费、师资、设备设施等资源保障。 | | | |
| | | 4、有承担住院医师和护士等规范化培训档案（如学科、数量）管理等相关资料。 | | | |
| | | 5、能够接收外院和社会住院医师规范化培训任务。 | B | 查阅台帐、人员访谈， 现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、人员访谈， 现场查看 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，所承担培训任务管理规范、相关资料完整。 | | | | | |
| 6-5 科研管理 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 6-5-1 建立健全的创新激励、成果转化、技术推广的科研管理制度，加强创新平台建设，构建创新活力更强、临床转化效率更高、产业化 | 6-5-1-1 建立健全的科研创新管理制度，建设创新平台和构建创新体系。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈， 现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有科研工作管理制度，有鼓励医务人员参与创新激励、成果转化、技术推广等具体措施，以及有省市科教强卫工程和反对学术不端等制度和举措。 | | | |
| | | 2、有科研创新基地/平台及相应的规章制度。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科研管理部门有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 2、有科技成果转化和技术推广应用制度。 | | | |
| 3、有市级以上科研平台，近5年有科技成果转化和技术推广应用案例5例以上。 | | | | | |
| | | | | | 2.5分，未达到不得分 |

| | | | | | |
|--|---|---|------------|--------------|-----------------|
| 与普惠化更紧密衔接的创新体系。 | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | |
| | | 1、持续改进有成效，科研项目数量和科研经费与医院发展同步增加。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、有省级以上科研平台，近5年有科技成果转化和技术推广应用案例10例以上。 | | | |
| 6-5-2 开展医疗器械、药物临床试验应依法取得相关资质，并按医疗器械、药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。 | 6-5-2-1 开展药物临床试验应符合《药物临床试验质量管理规范》（GCP）。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、开展医疗器械、药物临床试验需有国家医疗器械、药物临床试验机构资质或按照国家规定进行备案。 | | | |
| | | 2、有医疗器械/药物临床试验的管理制度与SOP，并执行。 | | | |
| | | 3、有参加临床试验受试者安全保障措施，保证受试者在试验期间出现不良事件得到恰当的处理。 | | | |
| | | 4、临床试验用药品/医疗器械管理规范。试验用药品/医疗器械的供给、分发、使用、储藏及剩余药物的处理过程有记录并能反映试验过程。 | | | |
| | | 5、研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法的载入病历和病例报告表。 | | | |
| | | 6、有临床试验质量控制措施。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、医院应设有对临床试验专门的管理部门，有检查与监管的记录。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 2、对相关单位与部门稽查和视察所发现的问题有改进，有记录。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 3、临床试验资料完整，管理规范。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 4、参与过在 clinicaltrials.gov 网站上注册的由研究者发起的多中心临床研究或作为主要研究者发起过一项多中心临床研究。 | A | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 3分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 1、建立临床试验质量保证体系，并持续改进有成效。 | | | |
| 2、作为主要研究者发起过一项在 clinicaltrials.gov 网站上注册的多中心临床研究。 | | | | | |
| 6-5-2-2 有临床科 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，人员 | | |

| | | | | | |
|--|---|--|-----------------------|-----------------|---------------------------------|
| | 研项目中 使用医疗 技术的 管理制度 与审批 程序，充 分尊重 患者的 知情权 和选择 权。 | 1、有临床科研项目中 使用医疗技术的相关 管理制度与审批程序。 | | 访谈， 现场抽 查 | 任何一 项指标 未达到 ，不得 “C” |
| | | 2、临床科研项目中 使用医疗技术应有充 分的可能性与安全性 论证，有保障患者 安全的措施和风险 处置预案。 | | | |
| | | 3、临床科研项目中 使用医疗技术应有医 学伦理审批。 | | | |
| | | 4、尊重患者选择权 ，签署知情同意书。 | | | |
| | | 5、相关人员知晓开 展临床科研项目的 管理制度与审批制 度。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资 料、台 账 | 5分， 未达 到不 得分 |
| | | 1、职能部门有检 查与监 管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资 料、台 账 | 5分， 未达 到不 得分 |
| 1、持续改进有 成效， 临床科 研项目 全程管 理规范 、档案 资料完 整。 | | | | | |
| 6-6 信息与图书管理 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 6-6-1 建立以 院长为核 心的医 院信息 化建设 领导小 组，有 负责信 息管理 的专职 机构， 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 设相关 管理制 度。 | 6-6-1-1 建立 医院信 息化建 设领导 小组和 专职管 理机构 ，建立 各部门 间组织 协调机 制，制 定信息 化发展 规划， 有信息 化建设 相关管 理制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资 料、台 账 | 任何一 项指标 未达到 ，不得 “C” |
| | | 1、有院级网络安全 及信息化 领导机 构，有 明确的 职责并 定期召 开会议 ；并依 据医院 规模， 设置信 息管理 专职机 构和人 员。 | | | |
| | | 2、有保障信息系 统建设、 管理的 规章制 度。 | | | |
| | | 3、建立信息使用 与信息 管理部门 沟通协 调机制。 | | | |
| | | 4、有医院信息 化建设中 长期规 划和年 度工作 计划， 内容包 括实施 方法、 实施步 骤、信 息化建 设及运 行维护 的年度 预算等 ，并落 实。 | | | |
| | | 5、医院网络安全 及信息 化建设 的每年 度预算 应不低 于业务 收入的 1.5%。 | B | 查阅资 料、台 账 | 2分， 未达 到不 得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、院网络安全 及信息 化领导 机构每 年至少 召开一 次多部 门的信 息化建 设专题 会议。 | | | |
| 2、根据医院管 理需要 和信息 化建设 发展要 求及时 修订相 关规章 制度。 | | | 2分， 未达 到不 得分 | | |

| | | | | | |
|--|---|---|-----------|----------------------|---------------------|
| | | 3、针对年度计划执行情况，有追踪评价，有改进措施。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | |
| | | 1、持续改进有成效，年度计划落实和调整符合中长期规划目标。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | 6-6-1-2 信息系统 专业技术人员配置 合理并有专业培 训。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，现场 抽问相关人员 | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 1、人员配置能满足医院网络安全及信息管理需要，岗位设置合理，岗位职责、 技术等级明确，形成技术梯队。（人员比例每百床1人） | | | |
| | | 2、有人员档案，有教育培训、授权审批、岗位交接等考核制度，并落实。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | |
| | | 1、职能部门有检查、评估、分析、反馈。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | | 2、专职人员每年专业技术培训时间不低于20学时。 | 2分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | |
| 1、持续改进有成效，人员配置和专业技能满足医院发展需求。 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 6-6-2 医院信息 系统能够连续、 准确地采 集、存储、传递、 处理相关的信 息，为医院管 理、临床医疗和 服务提供包括 决策支持的技 术支撑。 | 6-6-2-1 医院信息 系统应用满足医院 管理、医疗和科研 工作需求。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看。 | 任何一项指标未达到，不 得“C” |
| | | 1、依据《电子病历系统功能规范（试行）》《基于电子病历的医院信息平台 技术规范》《医院信息平台应用功能指引》《电子病历系统应用水平分级评 价标准（试行）》等一系列标准、规范要求，规范建设医院电子病历系统。 | | | |
| | | 2、有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台，平 台主要包括医嘱处理系统、医生工作站系统、实验室系统、影像系统、药物 咨询、抗生素监测、处方点评分析、感染管理、床边系统、输血管理等，用 于支持医护人员的临床活动，丰富和积累临床医学知识，并提供临床咨询、 辅助诊疗、辅助决策等，以提高医疗质量。 | | | |
| | | 3、电子病历系统应用水平达到4级。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，人员访谈， 现场抽查。 | |
| 1、职能部门对信息系统满足临床需求情况有检查、评估、分析、反馈。 | 2分，未达到不得分 | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|------------------|-----------------|
| | | 2、电子病历系统应用水平达到5级。 | | | 3分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐，现场查看运行情况 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、电子病历系统应用水平达到6级或以上。 | | | |
| 6-6-2-2 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，人员访谈。 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院信息系统具备信息集成与交互共享功能。 | | | |
| | | 2、医院信息系统的各子系统能够通过信息集成平台实现信息交互与共享。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 现场查看运行情况 | 1分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对具备与基本医疗保障系统、卫生健康行政部门等系统的信息交换有管理。 | | | |
| | | 2、与城乡居民医疗保险实时信息交互。 | | | |
| | | 3、接入省医疗服务综合监管系统。 | A | 查阅资料、台帐，现场查看运行情况 | 3分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、实现院内各诊疗环节信息互联互通，信息集成平台通过《医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评标准》四级测评。 | | | |
| | | 2、持续改进有成效，区域医疗信息共享和交换（电子数据上报、医疗机构间的临床数据共享、省医疗服务综合监管系统）质量不断提升。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | | | 3分，未达到不得分 | |
| 6-6-2-3 建立医疗质量与安全管理信息相关的数据中心，为质量与安全管理决策和持续改进提供依据。 | | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有医疗质量与安全管理相关数据库，并有提取数据的管理制度。 | | | |
| | | 2、信息部门能为职能部门与临床科室提供质量与安全管理的有关数据。 | | | |
| | | 3、信息部门负责收集和处理相关信息，数据实行集中管理，职能部门能够调阅使用有关数据。 | B | 查阅资料、台帐，现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | 1、建立的数据中心，除医院运行基本监测指标数据外，还应包括下列有关数据：合理使用抗菌药物和其他药品、合理使用血液和血制品、病历质量管理、 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------------|-----------------|-------------|--------------|-----------|-----------|
| | | 手术分级管理、围手术期管理、各类手术与介入操作及并发症、麻醉管理、医院感染管理、检验质量管理、医学影像质量管理、病理质量管理、血液透析管理、医疗纠纷与事故管理、投诉管理、医疗安全不良（安全不良建议改为质量安全）事件管理、住院重点疾病、住院重点手术、特定单病种管理、患者满意度等。 | | | | | | | |
| | | 2、职能部门与临床科室能够运用数据库开展质量管理活动。 | | | | 2.5分，未达到不得分 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | A | 查阅资料、台帐，现场查看 | 3分，未达到不得分 | |
| | | 1、数据库能满足医学统计与质量管理需要，能自动根据质量管理相关指标要求生成质量统计。 | | | | | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门能够利用数据库开展数据研发、数据处理，为临床提供各种服务。 | | | | | | | |
| 6-6-3 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，保护患者隐私。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。 | 6-6-3-1 加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料（查阅联席会议记录并追踪相关部门科室记录）、台帐，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | | |
| | | 1、按照国家信息安全等级保护规定和国家标准，有信息安全保护制度。 | | | | | | | |
| | | 2、有信息系统应急处理预案。 | | | | | | | |
| | | 3、信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，应用系统的后台主机设备容灾机制完善，具有数据系统灾难快速恢复机制，实现远程备份，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施，具有网络版防病毒系统，病毒库定期升级。 | | | | | | | |
| | | 4、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（包括数据库和应用系统）、病人数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人隐私。 | | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | B | 查阅台帐、资料，人员访谈 | 1分，未达到不得分 | |
| | | 1、职能部门有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警。 | | | | | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 2、有信息安全应急演练，每年最少执行一次。 | | | | | | | |
| | | 3、医院信息系统通过三级等级保护测评，外网网站等级保护测评不低于二级。 | | | | | | | 3分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、资料 | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，每年持续进行信息系统安全等级保护测评，并根据测评意见进行改进。 | | | 5分，未达到不得分 |
| | 6-6-3-2 加强信息系统运行维护。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。 | | | |
| | | 2、有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。 | | | |
| | | 3、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。 | | | |
| | | 4、有信息系统运行事件（如系统瘫痪）应急预案并组织演练，保障运行。 | B | 查阅台帐、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门定期检查、分析、评估、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： 1、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，进行持续性的改进有成效，信息系统保证全院工作运行并有效应对突发事件。 | A | 查阅台帐、资料，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | | | | |
| 6-6-4 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实 | 6-6-4-1 根据国家统计法与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有向卫生健康行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成相关信息报送工作。 | | | |
| | | 2、有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。 | B | 查阅台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门对信息报告有监管，信息报送前有审核。 | | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，所有报送信息真实、可靠、完整，无统计数据上报信息错误。 | A | 查阅台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|-----------|---------------------------------|-----------------|-----------|------------------------|
| 可靠。 | | | | | | | |
| 6-6-5 根据临床、教学、科研和管理的需要,有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的文獻,开展多层次多种方式的读者服务工作,提高信息资源的利用率。 | 6-6-5-1 图书馆基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求,实施支持网上预约、催还、续借和馆际互借,能提供网络版医学文献数据库检索服务。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、有医学图书馆工作制度和信息服务制度,能提供文献查询服务。 | | | | | |
| | | 2、图书馆要由专人管理。藏书(中外文图书)数量符合要求(包括电子图书)不低于3000册/百名卫技人员。 | | | | | |
| | | | | 3、可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)检索服务。 | B | 查阅台帐、人员访谈 | 2分,未达到不得分 3分,未达到不得分 |
| | | 符合“C”,并: | | | | | |
| | | 1、有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。 | | | | | |
| | | 2、具有知识库查询检索功能。 | A | 查阅台帐、人员访谈,现场查看 | 5分,未达到不得分 | | |
| 符合“B”,并: | | | | | | | |
| 1、开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作,满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。 | | | | | | | |
| 6-7 财务与价格管理 | | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |
| 6-7-1 执行《会计法》《预算法》《审计法》《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关法律法规,财务机构设置合理。 | 6-7-1-1 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。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐,现场查看,人员访谈等 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、根据相关法律法规制订医院财务管理制度,并根据政策法规变动情况及时更新。 | | | | | |
| | | 2、设立专门财务管理部门,实行“统一领导,集中管理”的财务管理体制,包括成本核算等财务活动均由医院财务部门集中管理。无违法违规案件,无“小金库”。 | | | | | |
| | | 3、有月度、季度、年度财务报告。 | | | | | |
| | | 4、年度财务报告按规定经过注册会计师审计。 | | | | | |

| | | | | | |
|---|------------------------------------|---|------------------|--------------------|---------------------|
| 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、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。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅资料、台帐,现场查看,人员访谈等 | 5分,未达到不得分 |
| | | 1、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。 | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅资料、台帐,现场查看,人员访谈等 | 5分,未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效,财务管理分析报告满足决策需求。 | | | | |
| | 6-7-1-2 财务管理 人员配置合理,岗 位职责明确。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐,现场 考核 | 任何一项指标未达到,不 得“C” |
| | | 1、财务人员配置合理,会计人员应当具备从事会计工作所需要的专业能力。 | | | |
| | | 2、各级各类人员知晓本部门、本岗位的制度和职责。 | | | |
| | | 3、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3年以上经历。 | | | |
| | | 4、重要岗位有轮转机制,轮岗前进行新岗位上岗培训。 | B | 查阅资料、台帐,现场 考核 | 5分,未达到不得分 |
| | | 符合“C”,并: | | | |
| | | 1、职能部门对相关岗位配置和轮岗情况有检查与监督。 | A | 查阅资料台帐,现场考 核 | 5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | |
| | 1、持续改进有成效,财务部门各级人员管理完全符合相关要求。 | | | | |
| | 6-7-1-3 医院实行 总会计师制。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐,人员 访谈 | 未达到要求不得“C” |
| | | 1、实行总会计师制度,并按规定履行总会计师的职责和权利。总会计师知晓本岗位的履职要求。 | | | |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅资料、台帐,人员 访谈 | 5分,未达到不得分 |
| | | 1、医院对总会计师履职有保障机制与评估。 | | | |
| 符合“B”,并: | | A | 查阅资料、台帐,人员 访谈 | 5分,未达到不得分 | |
| 1、持续改进有成效,总会计师对医院财务管理与监督发挥作用。 | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--------------------|-------------------------|-----------------|-----------|
| | 6-7-1-4 建立与完善医院内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对医院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对院长负责。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，现场询问专职审计人员的岗位职责 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有医院内部审计部门及专职审计人员，有医院内部审计制度和岗位职责。 | | | | |
| | | 2、有年度审计计划，对医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。 | | | | |
| | | | 3、向职工代表大会报告审计工作情况。 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、职能部门落实审计报告相关意见和建议，有整改和成效追踪。 | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，财务管理规范，审计中各类问题完全得到落实。 | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|----------------------------|--|----------------------|---------|-----------------|-----------|
| 6-7-2 按照《预算法》和财政部门、职能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。 | 6-7-2-1 按照预算管理制度，编制医院年度预算。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“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、医院所有收支全部纳入预算管理；实行全面预算管理，除了财政预算，还要有业务预算、专门决策预算。 | | | | |
| | | | 3、按规范程序进行预算编制、审批和调整。 | B | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | |
| | | 1、职能部门定期对预算制度执行情况进行检查、分析、反馈。 | | | | |
| | | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，预算管理水平不断提高。 | | | | | | |

| | | | | | |
|--|----------------------------|---|---|------------------|-----------------|
| | 6-7-2-2 严格执行预算，加强预决算管理和监督。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，现场询问相关人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、执行批复的预算，无预算不支出；预算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，将预算考核结果、成本控制目标纳入内部业务综合考核的依据之一。 | | | |
| | | 3、按照规定及时编制年度决算报财政部门审核。 | | | |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|---------------------|------------------|--|
| | | 4、根据财务部门对决算批复意见及时调整有关数据。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门定期检查、评估、分析、反馈。 | B | 查阅资料、台帐，现场 询相关人员 | 5分，未达到不得分 | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，预算执行结果良好。 | A | 查阅资料、台帐，现场 询相关人员 | 5分，未达到不得分 | |
| 6-7-3 实行成本核算，降低运行成本。控制医院债务规模，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。 | 6-7-3-1 实现成本核算，降低运行成本。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料、台帐，人员 访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、有成本管理相关制度。 | | | | |
| | | 2、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。 | | | | |
| | | 3、有专职成本核算人员负责成本核算工作，有岗位职责。 | | | | |
| | | 4、按时完成成本核算月报表，有季度、半年和年度成本分析报表。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、建立科学精细的成本核算，开展医疗服务项目成本核算、病种成本核算。 | | | | |
| | | | 符合“B”，并： 1、职能部门根据成本分析报告，定期检查、分析、反馈。 | B | 查看资料、台帐，人员 访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | | 符合“B”，并： 1、职能部门根据成本分析报告，定期检查、分析、反馈。 | A | 查看资料、台帐，人员 访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | 6-7-3-2 控制医院债务规模，加强资产管理，提高国有资产使用效益。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | | 1、对外投资的管理制度和流程，对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准。 | | | | |
| | | 2、有流动资产，固定资产和无形资产的管理以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门定期进行专项监督管理，分析、评价。 | | | | |
| 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范 | | | | | | |
| | | | | | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范 | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 | |

| | | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|------------------|--|-----------------|--------------|-----------|
| | | 围内，国有资产保值增值。 | | | | | |
| 6-7-4 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；确保医药价格管理系统信息准确。 | 6-7-4-1 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；确保医药价格管理系统信息准确。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、按照有关政策规定，合理配置价格管理部门和人员，职责明确。 | | | | | |
| | | 2、健全、完善医院内部价格管理机制和价格管理制度，并落实。 | | | | | |
| | | | | 3、有保障价格信息关系系统，价格信息真实、准确的措施，根据国家有关规定调整价格，准确维护价格数据库信息。 | B | 查阅资料、台帐，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | A | 查阅资料、台帐，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，无违规收费。 | | | | | | | |
| 6-7-5 执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，逐步实施管采分离，对药品、耗材、大宗物品、设备、基建等规范采购或招标行为。 | 6-7-5-1 按照相关规定建立相关药品、耗材采购制度和流程，有严格管理和审批程序。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，现场询问相关人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、按照规定建立药品及医用耗材采购制度及流程，并落实。 | | | | | |
| | | 2、有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐，现场询问相关人员 | 5分，未达到不得分 | | |
| | | 1、职能部门和监管部门对上述工作的执行情况有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐，现场询问相关人员 | 5分，未达到不得分 | | |
| | 1、持续改进有成效，采购管理规范，无违规事件。 | | | | | | |
| | 6-7-5-2 按照相关规定建立医院招标制度和流程，并能得到落实。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，现场询问相关人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、按照规定建立设备和基建招标制度和流程，并落实。 | | | | | |
| | | 2、有招标管理和监督部门，实行招标的决策、实施、监督相分离。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐，现场询问相关人员 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、职能部门和监管部门有检查与监管。 | | | | | | | |
| 符合“B”，并： | | A | 查阅资料、台帐，现场询问相关人员 | 5分，未达到不得分 | | | |
| 1、持续改进有成效，招标管理规范，无违规事件。 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|--|-----------|------------------------------------|-----------------|------------------|-----------|
| 6-7-6 医院探索薪酬制度改革,实行绩效工资管理,调动员工积极性。以综合绩效考核为依据,突出服务、质量、数量,规定个人收入不与业务收入直接挂钩。 | 6-7-6-1 实施绩效工资管理,明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐,现场询问相关人员 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、有实行绩效工资管理的制度,个人收入不与业务收入直接挂钩。 | | | | | |
| | | 2、综合绩效考核体现医德医风、技术能力、服务质量和数量等。 | | | | | |
| | | | | 3、绩效考核与分配方案经过职工代表大会或医院绩效管理委员会讨论通过。 | B | 查阅资料、台帐,现场询问相关人员 | 5分,未达到不得分 |
| | | 符合“C”,并: | | | | | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | | | |
| | | 符合“B”,并: | A | 查阅资料、台帐,现场询问相关人员 | 5分,未达到不得分 | | |
| 符合“B”,并: | | | | | | | |
| 1、持续改进有成效,绩效考核方案有效落实,调动员工积极性,促进医院发展。 | | | | | | | |
| 6-7-7 落实《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》的要求,控费有成效 | 6-7-7-1 落实《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》的要求,控费有成效 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、医院有控制医疗费用不合理增长的制度。 | | | | | |
| | | 2、有控制医疗费用不合理增长的具体举措。 | B | 查阅资料、报表、台帐 | 3分,未达到不得分 | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | | |
| | | 1、门诊病人次均医药费用、住院病人人均医药费用年增长幅度符合地区卫生健康行政部门要求。 | | | | | |
| | | | | 2、职能部门对控制医疗费用不合理增长有分析与总结。 | A | 查阅资料、台帐 | 2分,未做到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | | | |
| 1、持续改进有成效。 | | | | | | | |
| 6-8 医德医风管理 | | | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | | |
| 6-8-1 执行《关于建立医务人员医德考评制 | 6-8-1-1 医院有负责医德建设与管理的组织体系,有明 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到,不得“C” | | |
| | | 1、有医德建设与管理组织体系,有专(兼)职人员负责管理与考评,并有职能部门与其他职能部门的协调机制。 | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|-----------|----------------|-----------------|
| 度的指导意见(试行)》，有医德医风管理的组织体系，尊重、关爱患者，文明服务、严禁推诿、拒诊患者。 | 确的职能部门负责医德监管与考核。建立相关制度、奖惩措施并确保落实。 | 2、有医德建设、考评、奖惩和公示等制度，有医德考评方案和量化标准，并落实。 | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 3、医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。 | | | |
| | | 4、有规范的医德考评电子档案。有多部门共同参与的医德考评及结果共享机制。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | | 1、持续改进有成效，改进措施落实到位。 | C | 模拟核查，查阅资料，现场抽查 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | 6-8-1-2 文明服务，严禁推诿、拒诊患者。 | 各项指标符合要求： | | | |
| | | 1、医院有文明服务的管理制度，并落实；无推诿、拒诊患者。 | | | |
| | | 2、员工知晓文明服务规范要求，并执行。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、职能部门有检查与监管。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅台帐、人员访谈 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，改进措施落实到位。 | | | | |
| 6-8-2 医院员工不得利用职务便利谋取不正当利益，医院有相关监管制度与约束措施。 | 6-8-2-1 有制度与相关措施监管和约束医院员工不得通过职务便利谋取不正当利益，落实“行风建设九不准”规定。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有廉洁自律的工作规范和相关制度，并落实。 | | | |
| | | 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，有廉洁自律工作的自查和督查。 | | | |
| | | 3、有重点岗位、重点人员轮岗机制，并落实。 | | | |
| | | 4、有措施并落实“行风建设九不准”规定。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐 | | |

| | | 1、职能部门有检查与监管。 | | | 5分，未达到不得分 |
|--|---|---|----|------------|-----------------|
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，无违法违规违纪案例。 | | | |
| 6-8-3 逐步建立起以患者为中心，根植于本院理念并不断物化的特殊价值趋向、行为标准的医院文化。 | 6-8-3-1 开展医院文化建设。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院文化建设纳入医院建设发展规划，有建设方案，能够体现以患者为中心导向、根植于本院服务理念。 | | | |
| | | 2、有指定部门负责，开展医院文化调研活动。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查与监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| 1、持续改进有成效，医院文化氛围和员工行为体现医院文化特色。 | | | | | |
| 6-9 后勤保障管理 | | | | | |
| 项目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 6-9-1 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“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。 | 6-9-1-1 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“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得“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“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。 | | | |
| | | 2、后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。 | | | |
| | | 3、后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。 | B | 查阅资料 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门有检查与监管。 | A | 查阅资料，满意度调查 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，患者和员工对后勤服务的满意度不断提高。 | | | | | |
| 6-9-2 后勤相关人员持证上 | 6-9-2-1 遵守国家法律、法规要求， | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不 |
| | | 1、有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录。 | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|-----------|-----------|-----------------|
| 岗,按技术操作规程工作。 | 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。 | 2、相关岗位操作人员有上岗证、操作证,非专业特殊工种,经相关级别的培训合格。 | | | 得“C” |
| | | 符合“C”,并: | B | 查阅资料、台账 | 3分,未达到不得分 |
| | | 1、职能部门有检查与监管。 | | | 2分,未达到不得分 |
| | | 2、定期对工勤技能岗位技术人员开展专业培训和继续教育。 | A | 查阅资料,现场查看 | 5分,未达到不得分 |
| | | 符合“B”,并: | | | |
| 1、持续改进有成效,后勤所有岗位人员管理要求落实到位。 | | | | | |
| 6-9-3 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗,有具体可行的措施与控制指标。 | 6-9-3-1 水、电、气等后勤保障满足医院运行需要。能利用信息化技术严格控制与降低能源消耗,有具体可行的措施与控制指标。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料,现场查看 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| | | 1、有水、电、气、电梯等人员岗位配置、岗位职责和操作规范。 | | | |
| | | 2、水、电、气供应机房有标识,有24小时应急值班制。 | | | |
| | | 3、机房有日常运行检查、定期维护保养记录,特种设备按规定定期检测并按相关要求张贴检测标签。 | | | |
| | | 4、有明确的故障报修、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,有演练。 | | | |
| | | 6、有节能降耗的改造计划或方案。 | | | |
| | | 7、有对每百元业务收入能源费用支出的统计(主要包括水、电、燃气、蒸汽等)。 | B | 查阅资料,现场查看 | 2分,未达到不得分 |
| | | 符合“C”,并: | | | 2分,未达到不得分 |
| | | 1、主管职能部门有特种设备清单和档案资料。 | | | 1分,未达到不得分 |
| | | 2、对医院能耗能实施智能化监管,并有汇总、分析及应对措施。 | | | |
| 3、职能部门有检查、分析、反馈。 | A | 查阅资料,现场查看 | 5分,未达到不得分 | | |
| 符合“B”,并: | | | | | |
| 1、持续改进有成效,后勤保障工作满足全院工作需要。 | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--|-----------------|-----------------|
| | 6-9-3-2 有完善的物流供应系统，物资供应满足医院需要。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、物流系统建设满足临床工作需求；有专职部门负责。 | | | |
| | | 2、有物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，有记录。 | | | |
| | | 3、依据使用部门业务需求和意见，制定物资采购计划，配送到所需科室（部门）。 | | | |
| | | 4、保障临床一线物资物品下收下送。 | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： 1、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，临床科室和部门对物资供应满意度不断提高。 | A | 查阅资料，现场查看，满意度调查 | 5分，未达到不得分 |
| | | 6-9-4 为员工提供膳食服务，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要，保障饮食卫生安全。 | 6-9-4-1 有专职部门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位责任。 | 各项指标符合要求： | C |
| 1、根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务，有工作人员岗位职责、职业道德、行为规范与考核制度；相关人员应知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识并符合食品安全上岗健康要求。 | | | | | |
| 2、有食品安全与卫生管理制度和膳食经营管理制度（财务管理、经营核算、设备维护、食品索证、消防安保等）。 | | | | | |
| 3、医院需确认供应商生产、运输及院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。 | | | | | |
| 4、有配送餐饮服务的措施并落实。 | B | | | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| 符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。 | | | | | |
| 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，患者和员工对膳食服务满意度不断提高。 | A | | | 查阅资料，现场查看，满意度调查 | 5分，未达到不得分 |
| 6-9-4-2 食品原料 | 各项指标符合要求： | | | C | 查阅资料，现场查看 |

| | | | | | | | |
|---|------------------------------|--|-----------|-----------|-----------------|-----------|------------|
| | 采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。 | 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。 | B | 查阅资料，台帐 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 2、有食品留样相关制度，并落实。 | | | | | |
| | | 3、相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 | | | | | |
| | | 4、有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。 | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | |
| | 1、职能部门有检查与监管。 | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | 符合“B”，并： | | | | | | |
| | 1、持续改进有成效，所有食品管理符合食品卫生管理要求。 | | | | | | |
| | 6-9-4-3 有突发食品安全事件应急预案。 | | | | C | 查阅资料，现场查看 | 未达到要求不得“C” |
| | 各项指标符合要求： | | | | | | |
| 1、有食品安全事件应急预案，定期组织培训、演练，相关人员知晓。 | B | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 符合“C”，并： | | | | | | | |
| 1、职能部门对应急演练有检查与监管。 | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | | | |
| 1、持续改进有成效，无食品安全事件发生。 | | | | | | | |
| 6-9-5 有健全的医疗废物、废液管理制度。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 | 6-9-5-1 建立健全医疗废物、废液处理管理规章制度和 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | |
| | | 1、有医疗废物、废液处理管理规章制度和 | | | | | |
| | | 2、医疗废物、废液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、废液处理工作，对从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作的人员和管理人员，进行相关法律和专业技术、安全防护及紧急处理等知识的培训，定期考核。 | | | | | |
| | | 4、医院各科室按要求进行医疗废液处置并有记录。 | | | | | |
| | | 5、具备医疗废物管理信息系统，并符合《江苏省“医疗废物管理（监管）系统”基本功能规范（试行）》相关要求，实现对医疗废物实时、全程在线监 | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|-----------|-----------|-----------------|
| 处置符合规定。 | | 控。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门定期对医疗废物、废液处置有检查、分析、反馈。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | 1、持续改进有成效，医疗废物、废液管理规范，均符合要求。 | | | | |
| | 6-9-5-2 能利用信息化技术对医疗废物处置进行监管，污水处理符合规定。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医疗废物处置暂存点、设施设备运转正常，有运行日志，交接记录完整。 | | | |
| | | 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、医疗废物处理符合环保要求，医疗污水处理系统通过环保部门评价。 | | | |
| | | 4、无环保安全事故。 | | | |
| | | 5、应实时监测医疗机构水污染排放状况，定期将医院污水送第三方检测。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、能对医疗废弃物的收集、运送实施智能化监管，并有详实的与第三方交接手续和记录。 | | | |
| | 2、职能部门定期检查、分析、反馈。 | | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，医疗废物处置和污水处理均达到要求。 | | | | | |
| 6-9-6 安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设施设备完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施， | 6-9-6-1 安全保卫组织健全，制度完善；保卫科人员配备结构合理，岗位职责明确，落实创建“平安医院”。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有安全保卫管理部门，人员配备结构合理，岗位职责明确。 | | | |
| | | 2、有全院安全保卫部署方案和管理制度，医务人员人身安全有关制度和保障措施。 | | | |
| | | 3、按照不低于在岗医务人员总数的3%或20张病床1名保安或日均门诊量的30%的标准配备保安员。 | | | |
| | | 4、相关人员对岗位职责和相关制度知晓，并执行。 | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|-----------|-----------|-----------------|
| 监控室符合相关标准。 | 5、有措施并落实创建“平安医院”九点要求。 | | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、在重点区域如门诊、急诊、病区安装一键式报警装置，与安全监控中心联网。 | | | |
| | | 2、职能部门有检查与监管。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，医务人员对安全保卫管理满意度提高。 | | | |
| | 6-9-6-2 安全保卫设备设施完好，有包含门禁、高清监控、停车管理等智能化技防设施，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，合理使用视频监控资源。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有全院安全设备设施清单，安全保卫设备设施配置完好，满足要求。 | | | |
| | | 2、有包含门禁、高清监控、停车管理等智能化技防设施。 | | | |
| | | 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、新生儿室、麻醉药品库房、重要设备等)安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。 | | | |
| | | 4、有视频监控资源和使用制度与程序，有视频监控资源使用审批和使用记录。进行24小时图像记录，保存时间≥30天，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。监控系统出现故障时，维护能在4小时内现场响应。 | | | |
| | | 5、视频监控室符合相关标准，有管理制度，有完整的监管记录和维护记录，并执行。 | | | |
| 6、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》。 | | | | | |
| 符合“C”，并： | | B | | | |
| 1、职能部门有检查与监管。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | |
| 1、持续改进有成效，重点环境、重点部位监控完全达到要求，逐步实现院内高清监控覆盖。 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|---|---|-----------|-----------------|---|-----------|-----------------|
| 6-9-7 医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。 | 6-9-7-1 消防安全管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、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，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。 | | | | | | |
| | | 2、有消防安全管理制度、培训制度和应急预案；开展年度、季度性、专项检查等，每年至少进行一次消防安全重点部门的消防演练，每月至少组织一次消防安全检查，有记录。 | | | | | | |
| | | 3、消防通道畅通，消防器材（灭火器、消防栓等）完好。重点部门、重要部位防范有监管，有记录。 | | | | | | |
| | | 4、新员工培训考核有消防安全教育内容，至少每年一次进行全院职工的消防安全教育，包括：报警、初起火灾处理程序和方法，消防器材使用，自救、互救和逃生，按照预案疏散患者等相关知识。 | | | | | | |
| | | 5、建立微型消防站和兼职消防队，定期组织演练。 | | | | | | |
| | | 6、对院内基建维修等施工项目进行消防安全监管。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | 6-9-7-2 加强特种设备管理。 | 1、科室、部门对消防通道、员工消防知识和技能、消防器材等有自查，且责任到人。 | B | 查阅资料，现场查看 | 2.5分，未达到不得分 | | | |
| | | 2、职能部门对全院消防安全管理有检查、分析、反馈。 | | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | | | |
| | 6-9-7-2 加强特种设备管理。 | 1、持续改进有成效，所有部门及建筑、通道均符合消防安全要求；全体职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能；演练中存在问题得到改进。 | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 | | | |
| | | 各项指标符合要求： | | | | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有特种设备管理的相关制度、操作规范和岗位职责。 | | | | | | |
| 2、有专人负责，相关人员持证上岗，有相关操作记录；有培训及三级安全教育卡。 | | | | | | | | |
| | 3、有维护、维修、验收记录。 | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|-----------|-----------|-----------------|
| | | 4、年检合格，并公示年检标签。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料，现场查看 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、科室对所拥有的特种设备制度落实、维护等自查。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、职能部门对特种设备清单、科室自查和档案资料等管理有检查、分析、反馈。 | A | 查阅资料，现场查看 | |
| | | 符合“B”，并： | | | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，特种设备管理规范，无违规使用现象。 | | | |
| 6-9-8 为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。 | 6-9-8-1 环境卫生符合爱国卫生运动相关要求，环境美化、绿化、道路硬化，做到优美、整洁、舒适。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作，制定环境卫生工作计划并组织实施。 | | | |
| | | 2、医院环境优美、整洁、舒适，符合爱国卫生运动委员会要求。 | B | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门有检查与监管。 | A | 查阅资料，现场查看 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，工作计划落实到位，完全符合爱国卫生运动相关要求。 | | | | | |
| 6-9-9 对外包服务质量与安全实施监督管理。 | 6-9-9-1 制订外包业务管理制度。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料，现场查看 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有主管职能部门与专人负责外包业务管理，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。 | B | 查阅资料，现场察看 | 2分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、有外包业务的评价、监督和考核机制。 | | | |
| 2、有考核有记录，对违约事实根据合同落实违约责任。 | | | 2分，未达到不得分 | | |

| | | | | | |
|--|--|---|-----------|-------------|-----------------|
| | | 3、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。 | | | 1分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，现场察看 | |
| | | 1、有年度外包业务管理质量安全评估报告。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 2、有年度外包业务管理的内部审计报告。 | | | 2分，未达到不得分 |
| | | 3、持续改进有成效，符合外包业务管理要求。 | | | 1分，未达到不得分 |
| 6-9-10 基本建设规划管理和制度建设。 | 6-9-10-1 医院基本建设有经过论证和政府或上级主管部门批准的总体规划，总体规划正在计划实施中。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院基本建设总体规划符合医院发展思路和发展目标。 | | | |
| | | 2、医院总体规划经过各方面专家论证并切实可行。 | B | 查看文件 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、医院基本建设总体规划得到政府或上级主管部门的批准。 | A | 查阅资料，查看现场 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | 1、医院在建基本建设项目符合总体规划。 | | | | |
| | 6-9-10-2 基本建设管理组织机构健全，规章制度完善，管理职责明确。 | 各项指标符合要求： | C | 查看资料 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、基本建设管理组织机构健全，有完善的规章制度，工程建设推行“四制”管理(项目法人责任制、工程监理制、招投标制、合同管理制)，基建管理岗位明确，分工合理。 | | | |
| | | 2、基建管理人员熟悉医院基本情况，掌握基本建设程序和相关规定。 | B | 查看资料 | 2.5分，未达到不得分 |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、基本建设管理人员有定期学习和培训活动。 | | A | 查看资料 | 2.5分，未达到不得分 | |
| 2、根据建设项目情况，有持续和建设项目使用科室沟通，征求意见，使项目设计更合理，更优化。 | | | | | |
| 符合“B”，并： | | | | | |
| 1、持续改进有成效，符合基建工作的要求。 | | | 5分，未达到不得分 | | |

| 6-10 医学装备管理 | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------|------------------------------|-----------------|
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 | |
| 6-10-1 根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求,建立和完善医学装备管理部门,人员配置合理,制订符合医院功能定位和发展规划的常规与大型医学装备配置方案。 | 6-10-1-1 建立和完善医学装备管理体系、医学装备管理制度和岗位职责。 | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐,现场考核两名相关人员 | 任何一项指标未达到,不得“C” | |
| | | 1、建立医学装备三级管理体系,设立由院领导负责的医疗器械管理委员会,承担指导医疗器械临床使用管理和监督工作。委员会由医疗行政管理、医学工程、临床医学及护理、医院感染管理部门、医保、信息等专业人员组成,明确各部门及人员责任。负责对医院医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动、质量控制、使用考核等重大事项进行评估、论证和监督,有记录。 | | | | |
| | | 2、医学装备管理部门根据医院功能和任务需求,配备专业管理人员和专业技术人员。 | | | | |
| | | 3、遵循“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则,制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责,并执行。 | | | | |
| | | 4、配置合理维修人员和维修场地,涉及有毒有害作业应有合适的维修场所和有效防护; | | | | |
| | | 符合“C”,并: | | | | |
| | 6-10-1-2 根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求,制订符合医院功能定位和发 | 6-10-1-2 根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求,制订符合医院功能定位和发 | 1、医学装备委员会对医学装备管理部门工作计划进展和人员管理有检查、分析、反馈 | B | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 |
| | | | 符合“B”,并: | A | 查阅资料、台账 | 5分,未达到不得分 |
| | | | 1、持续改进有成效,医学装备发展规划落实到位。 | | | |
| | | | 各项指标符合要求: | C | 查阅资料、台帐,人员资质,培训记录;现场考核两名相关人员 | 任何一项指标未达到,不得“C” |
| 1、根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求,制订符合医院功能定位和发展规划的常规与大型医学装备配置方案。 | | | | | | |
| 2、有医学装备论证、决策、购置、验收、培训、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程,实行采购业务的决策、实施、监督相分离,有记录。 | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------|-----------------|
| | 展规划的常规与大型医学装备配置方案。 | 3、医学装备使用部门设专职或兼职管理人员。医学装备使用人员有培训和考核，合格后方可上岗操作。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐、人员资质；现场考核两名相关人员 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、有医学装备管理各项制度落实情况的监管和考核机制，有监管和考核记录。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，医学装备配置方案和管理要求得到有效落实。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| 2、有考核的相关资料。 | | | | | |
| 6-10-2 根据医院功能定位和发展规划，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。 | 6-10-2-1 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。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在50万元及以上的医学装备有可行性论证。 | | | |
| | | 2、有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。 | | | |
| | | 3、建立医学装备档案管理制度，相关档案资料齐全。单价在5万元及以上的医学装备档案集中统一管理，对使用期限长的大型医疗器械，应当逐台建立使用档案，记录其使用、维护等情况。 | | | |
| | | 4、有医学装备使用评价相关制度。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。 | | | |
| | | 5、甲乙类大型设备严格实行配置证管理制度。 | B | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、医学装备管理部门对制度建设、档案资料、账目、设备管理和使用情况等有自查。 | | | |
| | | 2、医学装备管理部门对医学装备配置、审计结果、分析报告有监管，提出改进建议，及时报送医学装备委员会。 | A | 查阅资料，台帐 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--------------|--------------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有成效，医学装备管理工作得到落实。 | | | 5分，未达到不得分 |
| 6-10-3 按照患者安全管理目标和医疗核心制度要求，加强医学装备安全管理，对医疗器械临床使用安全控制与风险管理有明确的工作制度和流程，建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。 | 6-10-3-1 按照患者安全管理目标和医疗核心制度要求，有医学装备临床使用安全控制与风险管理、医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度和流程。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，现场考核两名相关人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、建立医学装备安全管理与监管制度，遵从安全操作使用流程，加强对装备警报提示系统的管理。 | | | |
| | | 2、有医学装备质量保障要求，如：操作开机自检，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求。对暂停或终止使用的高风险器械有记录。 | | | |
| | | 3、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。 | | | |
| | | 4、临床及医技科室使用部门与医学装备管理部门人员知晓上述要求。 | | | |
| | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| | 1、使用部门和医学装备管理部门对医学装备、医疗器械安全管理有自查，有风险程度分析和使用情况的分析，有记录。 | | | | |
| | 2、职能部门有监管、分析、反馈。 | | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料，台帐 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，医学装备安全管理措施到位，保障临床工作安全使用。 | | | | |
| 6-10-3-2 加强特种设备和特殊医学装备安全管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | |
| | 1、高压容器等特种设备和放射装置等特殊医学装备具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。 | | | | |
| | 2、特种设备和特殊医学装备管理人员与操作人员经过培训，具有上岗资格。 | | | | |
| | 3、放射与放疗等医学装备相关机房环境安全符合要求。医学装备管理部门对机房环境有自查和监测，并有记录。 | | | | |
| | 符合“C”，并： | | | | B |

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------|
| | | 1、医学装备管理部门对特殊装备定期自查和监测，有记录。 | | 报告，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、医学装备管理部门有检查、分析、反馈。 | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，特种设备和特殊医学装备安全措施得到有效落实。 | | | |
| | 6-10-3-3 定期校正放射诊疗设备及其相关设备，技术指标、安全和防护性能符合有关标准与要求。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有放射和诊断影像设备的管理制度，并落实。 | | | |
| | | 2、定期检查、维护、校准和监测，有记录。 | | | |
| | | 3、技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求，有行政监管部门检测报告。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、使用科室对放射诊疗设备使用情况有自查。 | | | |
| | | 2、职能部门对放射和诊断性影像等设备定期检查、维护和校准有监管。 | A | 查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| | 1、持续改进有成效，所有放射诊疗设备监测均符合要求。 | | | | |
| | 6-10-3-4 加强计量设备检测管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、监测报告，现场查看，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| 1、有计量设备监测管理的相关制度，并落实。 | | | | | |
| 2、统一设置计量设备清单，清单上所列计量设备必须进行检测；有两年内计量设备清单、定期检测记录和计量不合格设备的维修记录等相关资料。 | | | | | |
| 3、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。 | | | | | |
| 4、相关人员知晓上述内容。 | | B | 查阅资料、台帐、监测报告，现场查看，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 | |
| 符合“C”，并： | | | | | |
| 1、使用科室对计量设备使用情况有自查，有记录。 | | | | | |
| 2、医学装备管理部门对计量设备定期自查和监测，有记录。 | 2.5分，未达到不得分 | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|------------------------|-----------------|---|--|-------------|
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，计量设备使用均符合规范。 | A | 查阅资料、台帐、监测报告，现场查看，人员访谈 | 5分，未达到不得分 | | | |
| 6-10-4 加强医疗仪器设备使用人员的操作培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。 | 6-10-4-1 建立医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度，职能部门加强监管，提供咨询服务与技术指导。 | 各项指标符合要求： 1、有保障常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度、培训计划及具体课程安排。培训内容涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施。 2、医学装备管理部门为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。 3、有医疗设备操作规程并随设备存放，操作手册由装备管理部门管理和存档，方便查阅。 4、对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录。 | C | 查阅资料、台帐、培训记录，现场查看，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 符合“C”，并： 1、科室对培训情况和效果有自查。 2、职能部门有检查、分析、反馈。 | | | | B | 查阅资料、台帐、培训记录，人员访谈 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，全员仪器设备使用人员操作和维护规范。 | | | | | | A |
| | | 6-10-5 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，应用信息化技术实施医学装备可视化、全流程的管理，急救、生命支持系统 | | | | 6-10-5-1 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，应用信息化技术实施医学装备全流程的管理，急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，逐步建 | 各项指标符合要求： 1、有保障医学装备使用管理相关制度和规范，有临床使用记录。 2、医学装备管理部门对医学装备保养、维修、校验等实施统一管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。 3、有使用部门和医学装备管理部门对医学装备保障情况的登记资料。 4、应用信息化技术实施医学装备全流程的管理，有医学装备论证、决策、购置、验收、培训、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关工作的全程记录，信息真实、完整、准确。 | C |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐，现场 | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------|----------------------------|------------------------|
| <p>仪器装备要始终保持有待用状态，建立全院应急调配机制。</p> | <p>立全院应急调配机制。</p> | <p>1、医学装备部门对医学装备重大故障维修情况有分析报告。</p> | <p>A</p> | <p>查看，人员访谈</p> | <p>2.5分，未达到不得分</p> |
| | | <p>2、职能部门根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施。</p> | | | <p>2.5分，未达到不得分</p> |
| | | <p>符合“B”，并：</p> | | | <p>5分，未达到不得分</p> |
| | | <p>1、持续改进有成效，全院医学装备实现全生命周期信息化管理且管理规范，满足临床使用需求。</p> | | | <p>5分，未达到不得分</p> |
| | <p>6-10-5-2 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持有待用状态。</p> | <p>各项指标符合要求：</p> | <p>C</p> | <p>查阅资料、台帐，现场查看，抽查设备状态</p> | <p>任何一项指标未达到，不得“C”</p> |
| | | <p>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。</p> | | | |
| | | <p>2、各科室急救类、生命支持类装备时刻保持有待用状态。</p> | <p>B</p> | <p>查阅资料、台帐，现场查看，抽查设备状态</p> | <p>5分，未达到不得分</p> |
| | | <p>符合“C”，并：</p> | | | |
| | | <p>1、医学装备部门应用信息化技术对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。</p> | | | |
| | | <p>符合“B”，并：</p> | | | |
| <p>1、持续改进有成效，急救类、生命支持类装备完好率100%。</p> | <p>A</p> | <p>查阅资料、台帐，现场查看，抽查设备状态</p> | <p>5分，未达到不得分</p> | | |
| <p>6-10-5-3 建立全院保障装备应急调配机制。</p> | <p>各项指标符合要求：</p> | <p>C</p> | <p>查阅资料、台帐，现场抽问相关人员</p> | <p>任何一项指标未达到，不得“C”</p> | |
| | <p>1、有医学装备日常管理工作和意外应急管理等相关制度，建立应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。</p> | | | | |
| | <p>2、医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。</p> | <p>B</p> | <p>查阅资料、台帐，现场抽问相关人员</p> | <p>5分，未达到不得分</p> | |
| | <p>符合“C”，并：</p> | | | | |
| | <p>1、职能部门对医学装备应急调配有演练和监管。</p> | | | | |
| | <p>符合“B”，并：</p> | | | | |
| <p>1、持续改进有成效，全院医学装备应急调配有保障。</p> | <p>A</p> | <p>查阅资料、台帐，现场抽问相关人员</p> | <p>5分，未达到不得分</p> | | |
| <p>6-10-6 依据国家相关规定，加强对医用耗材</p> | <p>6-10-6-1 依据国家相关规定，加强高值医用耗材、一</p> | <p>各项指标符合要求：</p> | <p>C</p> | <p>查阅资料、台帐，现场抽问相关人员</p> | <p>任何一项指标未达到，不得“C”</p> |
| | | <p>1、依据国家相关规定制订高值医用耗材、一次性使用的无菌器械及其他医用耗材管理制度及实施细则，并执行。</p> | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------|-----------------|---|------------------|-------------|
| 的溯源、不良事件监测与报告的管理。 | 次性使用的无菌器械和其他医用耗材的管理。 | 2、有高值医用耗材临床应用遴选、采购、储存、使用、监测、评价、监督等管理的程序，并有记录。 | | | | | | |
| | | 3、有高值医用耗材使用程序与记录。 | | | | | | |
| | | 4、有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | | | |
| | | 1、科室对高值医用耗材使用情况有自查。 | | | | B | 查阅资料、台帐，现场抽问相关人员 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 2、相关职能部门对高值医用耗材管理的全过程有检查、评估、分析、反馈。 | | | | | | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 符合“B”，并： | | | | A | 查阅资料、台帐，现场抽问相关人员 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，医用耗材实施全程管理，并符合相关要求。 | | | | | | |
| 6-10-7 根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》和《医疗器械使用质量监督管理办法》，对医学装备使用质量管理的的要求，落实医学装备全面质量管理与改进制度。 | 6-10-7-1 按照三级管理体系，分别建立全院性、医学装备部门以及临床使用科室的医学装备质量与安全管理组织，医学装备使用科室（或部门）将医疗仪器设备管理和使用纳入科室管理。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐、培训记录，现场抽问相关人员 | 任何一项指标未达到，不得“C” | | | |
| | | 1、设立由院领导负责的医疗器械临床使用安全管理委员会，委员会由医疗行政管理、临床医学及护理、医院感染管理、医疗器械保障管理等相关人员组成，明确各部门及人员责任。负责制定医疗器械临床使用安全管理制度，建立健全医院医疗器械临床使用安全管理体系，指导医疗器械临床安全管理和监测工作。 | | | | | | |
| | | 2、医学装备使用科室（或部门）设专职或兼职人员管理科室医学装备。 | | | | | | |
| | | 3、从事医学装备质量和安全管理的员工接受医学装备质量管理基本知识和基本技能培训与教育。 | | | | | | |
| | | 4、医院、使用部门应分别建立明确的质量与安全指标，并开展定期评价活动，解读评价结果。 | | | | | | |
| | | 5、有医疗设备使用不良事件报告与监测管理制度和流程，并执行。 | | | | | | |
| | | 符合“C”，并： | | | | B | 查阅资料、台帐，现场抽问相关人员 | 2.5分，未达到不得分 |
| | | 1、医学装备部门对医学装备使用质量与安全管理情况有检查、分析、反馈。 | | | | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | | A | 查阅资料、台帐，现场 | |

| | | 1、持续改进有成效，医学装备管理规范、使用科室满意度不断提高。 | | 抽问相关人员 | 5分，未达到不得分 |
|---|---|---|------------|--------------|-----------------|
| 6-11 院务公开管理 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 6-11-1 按照国家有关规定，医院向社会及员工公开信息。 | 6-11-1-1 医院有向社会及员工公开信息管理部门、工作制度与程序。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。 | | | |
| | | 2、有院务公开工作制度与流程，有公开内容、形式、程序和时限。 | | | |
| | | 3、院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关信息。 | | | |
| | | 4、有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台账 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对公开的信息进行监管，及时更新相关信息。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | | | |
| 1、持续改进有成效，社会和员工对公开方式与公开内容满意。 | A | 查阅资料 | 未达到要求不得“C” | | |
| 6-12 医院社会评价 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 6-12-1 按照患者的服务流程，社会及其要求满足程度的感受，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。 | 6-12-1-1 按照患者的服务流程，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动，确保社会评价结果的客观公正。 | | | |
| | | 2、有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度与流程，且有多种渠道。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 阅资料、台帐，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| 1、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。 | | | | | |

| 价活动。 | | 符合“B”，并： | A | 查阅评审前一年度省或所在市第三方满意度调查结果 | 5分，未达到不得分 |
|---|--|---|-----------|-------------------------|-----------------|
| | | 1、持续改进有效，不断提高满意度患者满意度高于全省平均值 | | | |
| 6-13 应急管理 | | | | | |
| 项 目 | 基本要求 | 主要内容和评审要点 | 档次 | 评审方法 | 评档标准 |
| 6-13-1 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。 | 6-13-1-1 建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。 | | | |
| | | 2、有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。 | | | |
| | | 3、医院总值班有应急管理的明确职责和流程。 | | | |
| | | 4、有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人。 | | | |
| | | 5、相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 | | | |
| | | 6、有信息报告和信息发布相关制度。 | B | 查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门对应急管理有检查与监管。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，应急管理责任落实到位。 | | | | | |
| 6-13-2 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。 | 6-13-2-1 开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、在灾害脆弱性分析报告，制定医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确各个部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐，人员访谈 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门定期进行灾害脆弱性分析、评估，有监管。 | | | |
| | | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、持续改进有成效，及时完善应急预案和调整应对策略。 | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|------------------------------|-----------------|
| 6-13-3 开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。 | 6-13-3-1 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医院的整体应急能力。 | 各项指标符合要求： | C | 查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视， 应急考核 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院有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，组织考核。 | | | |
| | | 2、各科室（部门）每年至少组织一次系统的应急演练。 | | | |
| | | 3、开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。 | | | |
| | | 4、培训考核内容涵盖了本地区、本院需要应对主要公共突发事件。 | | | |
| | | 5、相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。 | | | |
| | | 符合“C”，并： | B | 查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视 | 5分，未达到不得分 |
| | | 1、职能部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管。 | | | |
| | 符合“B”，并： | A | 查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视 | 5分，未达到不得分 | |
| | 1、持续改进有成效，医院应急能力不断提升。 | | | | |
| | 6-13-3-2 医院有停电事件的应急对策。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看，查阅台帐、 资料，追踪访视 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、医院有停电的总体对策，职能部门及重点科室有应急预案。 | | | |
| | | 2、明确应急供电范围、实施应急供电的演练，确保手术室、ICU等主要场所应急用电。 | | | |
| | | 3、员工知晓停电时的对策程序。 | | | |
| 4、供电部门24小时值班制，有完整的交接班记录。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。 | | | | | |
| 符合“C”，并： | | B | 现场查看，查阅台帐、 资料，追踪访视 | 2分，未达到不得分 | |
| 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。 | | | | | |
| 2、定期检查接地系统，对手术室、ICU、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。 | | | | | |
| 3、职能部门定期检查与监管。 | | | | | |
| 1分，未达到不得分 | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---|-----------|-------------------|-----------------|
| | | 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，停电应急管理工作落实到位，预案有可操作性。 | A | 现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视 | 5分，未达到不得分 |
| 6-13-4 合理进行应急物资和设备的储备。 | 6-13-4-1 制定应急物资和设备储备计划，且有严格的管理制度及审批程序，有适量应急物资储备，有对应应急物设备短缺的紧急供应渠道。 | 各项指标符合要求： | C | 现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视 | 任何一项指标未达到，不得“C” |
| | | 1、有应急物资和设备的储备计划与紧急供应保障措施。 | | | |
| | | 2、有应急物资和设备的管理制度、审批程序。 | | | |
| | | 3、有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记。有定期维护，确保有效，自查有记录。 | B | 现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视 | 5分，未达到不得分 |
| | | 符合“C”，并： | | | |
| | | 1、职能部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管。 | | | |
| 符合“B”，并： | A | 现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视 | 5分，未达到不得分 | | |
| 1、持续改进有成效，应急物资和设备储备管理能够满足医院应急需求。 | | | | | |

第七章医院管理统计指标

一、分类：指标共为医院基本信息、运行指标、质量管理指标以及疾病病种管理四大类。

二、统计指标来源：

- 1、国家卫统 1-1：医院基本运行情况表； 4-1：住院病案首页；三个批次单病种质量指标(2009-2012)。
- 2、麻醉、重症医学、急诊、临床检验、病理、医院感染管理质量控制指标(2015 版)
- 3、江苏省人力资源管理系统
- 4、国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见（国办发〔2019〕4 号）

三、数据标准

- 1、疾病名称采用《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10 编码）。疾病分类编码以 ICD-10(GB/T14396-2016)为准。
- 2、手术名称采用《国际疾病分类手术与操作》（ICD-9-CM-3 编码）。手术编码以 ICD-9-CM-3（2017 版）为准。

第一部分 医院基本信息

医院基本信息是特指医院内各类与医院服务有关的统计数据。定期分析评价相关数据，对医院合理配置人力、物力和医疗卫生资源利用，保障医院服务，最大限度地向社会提供优质高效的医疗服务均具有重要的现实意义。包括：资源配置、人力资源、科研成果、临床教学与患者诊治费。

| 项目类别 | 指标名称 |
|------|--------------------------|
| 资源配置 | 年末房屋建筑面积（平方米） |
| | 其中：医院医用建筑面积（业务用房面积）（平方米） |
| | 编制床位数量（核定床位） |
| | 实有床位数量（实际开放床位） |
| | 其中：特需服务床位 |
| | 重症医学科床位 |
| | 急诊留观床位 |
| | 重症医学科床位占医院开放床位数的比例 |
| | 重症医学科医师数、护士数与床位数之比 |
| | 特需医疗服务占比 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|--------------------|---|
| 人力资源 | 在编人数 在岗职工数（全院员工总数） 卫生技术人员数（医师数、护理人员数、医技人数） 卫生技术人员职称构成比 麻醉人员职称构成比 药学专业技术人员构成比 血液净化专业医、护、技岗位人员占比 急诊科固定的医师、护理人员占比 每百张病床药师人数 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比 医护比 |
| 科研成果（评审前五年） | 国内论文数 ISSN/每百张开放床位 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）/每百张开放床位 SCI 收录论文数/每百张开放床位 承担国家科研课题数/每百张开放床位 完成国家科研课题数/每百张开放床位 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|-------------------------|--|
| | 承担省级科研课题数/每百张开放床位 完成省级科研课题数/每百张开放床位 获得国家科研基金额度/每百张开放床位 获得省级科研基金额度/每百张开放床位 省部级及以上科技进步奖及新技术引进奖 |
| 临床教学（评审 前五年） | 是否为行政部门确定的住院医师规范化培训基地医院 主编高等学校教材（教科书）数（本） 国家级临床医学中心数（个） 国家临床重点专科数（个） 国家级临床重点学科数（个） 省级临床重点专科数（个） 省医学重点学科数（个） 国家级质量控制中心数（个） 省级质量控制中心数（个） 国家药物临床试验机构（基地）数 国家级或省级的实验室数 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|------------|------------|
| 患者诊治费 | 每门诊人次费用（元） |
| | 其中：药费（元） |
| | 每住院人次费用（元） |
| | 其中：药费（元） |
| | 医疗收入增幅 |
| | 门诊次均费用增幅 |
| | 门诊次均药品费用增幅 |
| | 住院次均费用增幅 |
| 住院次均药品费用增幅 | |

第二部分 运行指标

医院运行指标是医院营运活动后产生的结果。运行指标的监测分析、比较对提高医院经济管理水平，增强医疗服务能力，走优质、高效、低耗的可持续发展之路具有十分重要的意义。包括：工作负荷、工作效率、资产运营、DRGs（诊断相关分组）评价。

| 项目类别 | 指标名称 |
|------|------|
|------|------|

| 项目类别 | 指标名称 |
|------|--|
| 工作负荷 | <p>总诊疗人次数</p> <p> 其中:门诊人次数(年门诊人次)</p> <p> 急诊人次数</p> <p> 其中:死亡人数</p> <p>总诊疗人次中: 预约诊疗人次数</p> <p>观察室留观病例数(留观人次)</p> <p> 其中: 死亡人数</p> <p>健康检查人次数</p> <p>入院人数(年住院患者入院例数)</p> <p>出院人数(年住院患者出院例数)</p> <p> 其中:转往基层医疗卫生机构人次数</p> <p> 死亡人数</p> <p>住院病人手术人次数</p> <p> 其中: 三级手术人次数</p> <p> 四级手术人次数</p> <p>门诊病人手术人次数</p> |

| 项目类别 | 指标名称 |
|------|--|
| | <p>日间手术人次数</p> <p>年病重例数和比例</p> <p>年病危例数和比例</p> <p>出院患者实际占用总床日</p> <p>年实际开放总床日数</p> <p>年实际占用总床日数</p> <p>门诊处方总数</p> <p> 其中：使用抗菌药物的处方数</p> <p>药物不良反应报告例数</p> <p>大型医用影像设备检查阳性率：CT、MRI、 DSA、SPECT、PET-CT</p> <p>门诊人次数与出院人次数比</p> <p>下转患者人次数（门急诊、住院）</p> <p>日间手术占择期手术比例</p> <p>出院患者手术占比</p> <p>出院患者微创手术占比</p> <p>门诊患者基本药物处方占比</p> |

| 项目类别 | 指标名称 |
|------|--|
| | 住院患者基本药物使用率 基本药物采购品种数占比 国家组织药品集中采购中标药品使用比例 每名执业医师日均住院工作负担 |
| 工作效率 | 出院患者平均住院日 平均每张床位工作日 床位使用率 病床周转次数 |
| 资产运营 | 总资产 流动资产 非流动资产 其中：固定资产(固定资产总值) 在建工程 负债与净资产 流动负债 非流动负债 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|------|---|
| | 净资产 其中：事业基金 专用基金 流动比率（流动资产/流动负债） 速动比率（速动资产/流动负债） 医疗收入/百元固定资产 业务支出/百元业务收入 资产负债率 医疗收入中药品收入比率 医疗收入中医用材料收入比率 门诊收入占医疗收入比例 门诊收入中来自医保基金的比例 住院收入占医疗收入比例 住院收入中来自医保基金的比例 医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例 人员支出占业务支出比重 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|------------------------------------|--|
| | 收支结余 |
| DRGs（诊断相关分组） 评价 （可选） | DRG组数 CMI值（病例组合指数） 时间效率指数 费用效率指数 低风险组死亡率 DRGs总权重 病种平均住院日（排名前10病种） 住院时间超过30天出院人数 |

第三部分 质量管理指标

建立科学的医疗质量评价指标是实施医疗机构科学评价的基础。通过持续性的医疗质量评价监测，可以对医疗机构质量管理过程进行追踪评价，运用基于客观衡量数值的定量指标，对医院过程质量和结果质量进行评价是促进医疗质量持续改进的重要手段。

根据医院管理的实际情况、指标产生范围及指标可及性，本质量管理指标群包括：基本监测指标、患者安全管理、疾病或手术管理、医院感染管理、药事管理监测、临床路径管理、专科质量控制指标、康复医学科、血液净化、输血科、护理质量管理等指标。

| 项目类别 | | 指标名称 |
|---------|------------------|--|
| 基本监测指标 | 非手术患者 | 住院患者总例数、死亡例数、当日再住院例数、平均住院日与住院费用 |
| | 手术（或操作） | 患者总台次、死亡例数、非计划再次手术、术前住院日与住院费用 |
| 患者安全管理 | 住院患者 | 住院患者出院当天再住院率、患者出院2-31天内再住院率 |
| | 非手术患者并发症 | 肺部感染、压疮发生、跌倒/坠床发生、人工气道意外脱出例数 |
| | 手术（或操作）患者相关术后并发症 | 手术患者术后并发症的总例数、择期手术后、急诊手术术后并发症总例数，包括：伤口裂开、手术过程中异物遗留、医源性气胸、医源性意外穿刺伤或撕裂伤、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓发生例数、出血或血肿、生理与代谢紊乱、呼吸衰竭、脓毒症等 |
| | 信息上报 | 不良事件上报总例数，其中输血反应发生例数、输液反应发生例数 |
| 疾病或手术管理 | 代表性（重点）病种 | 代表性疾病（重点）的总例数、死亡例数、再住院例数、平均住院日与住院费用，肺部感染、压疮发生、跌倒/坠床发生等并发症 |
| | 代表性（重点）手术或操作 | 代表性（重点）手术或操作的总台次、死亡例数、术前住院日、住院日与住院费用、手术后并发症例数、非计划再次手术 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|--|--------------------|
| | 例数 |
| 1. 医院感染管理质量控制指标（2015年版） 13个指标 | 医院感染发病（例次）率 |
| | 医院感染现患（例次）率 |
| | 医院感染病例漏报率 |
| | 多重耐药菌感染发现率 |
| | 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA） |
| | 耐万古霉素肠球菌（VRE） |
| | 耐碳氢霉烯鲍曼不动杆菌（CR-AB） |
| | 耐碳氢霉烯铜绿假单胞菌（CR-PA） |
| | 耐碳氢霉烯大肠杆菌（CRE） |
| | 耐碳氢霉烯肺炎克雷伯菌（CRE） |
| | 多重耐药菌感染检出率 |
| | 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA） |
| | 耐万古霉素肠球菌（VRE） |
| | 耐碳氢霉烯鲍曼不动杆菌（CR-AB） |
| 耐碳氢霉烯铜绿假单胞菌（CR-PA） | |

| 项目类别 | 指标名称 |
|---|-----------------------|
| | 耐碳氢霉烯大肠杆菌 (CRE) |
| | 耐碳氢霉烯肺炎克雷伯菌 (CRE) |
| | 医务人员手卫生依从率 |
| | 住院患者抗菌药物使用率 |
| | 抗菌药物治疗前病原学送检率 |
| | I类切口手术部位感染率 |
| | I类切口手术抗菌药物预防使用率 |
| | 呼吸机相关肺炎发病率 (%) |
| | 留置导尿管相关泌尿系感染发病率 (%) |
| | 血管导管相关血流感染率 (%) |
| 2. 麻醉专业医疗质量控制指标 (2015年版) 17个指标 | 麻醉科医患比 |
| | 各 ASA 分级麻醉患者比例 |
| | 急诊非择期麻醉比例 |
| | 各类麻醉方式比例 |
| | 麻醉开始后手术取消率 |
| | 麻醉后监测治疗室 (PACU) 转出延迟率 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|--|-----------------------------------|
| | PACU 入室低体温率 |
| | 非计划转入 ICU 率 |
| | 非计划二次气管插管率 |
| | 麻醉开始后 24 小时内死亡率 |
| | 麻醉开始后 24 小时内心跳骤停率 |
| | 术中自体血输注率 |
| | 麻醉期间严重过敏反应发生率 |
| | 椎管内麻醉后严重神经并发症发生率 |
| | 中心静脉穿刺严重并发症发生率 |
| | 全麻气管插管拔管后声音嘶哑发生率 |
| | 麻醉后新发昏迷发生率 |
| 3. 重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版） 15个指标 | ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率 |
| | 小儿危重评分（PCIS）≤90 收治率（入 ICU 24 小时内） |
| | 感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率 |
| | 感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率 |
| | ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|--|---------------------------|
| | ICU深静脉血栓（DVT）预防率 |
| | ICU患者预计病死率 |
| | ICU非计划气管插管拔管率 |
| | ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率 |
| | 非计划转入ICU率 |
| | 转出ICU后48h内重返率 |
| | ICU 呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率 |
| | ICU 血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率 |
| | ICU导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发病率 |
| 4. 急诊专业医疗质量控制指标（2015年版） 10个指标 | 急诊科医患比 |
| | 急诊科护患比 |
| | 急诊各级患者比例 |
| | 抢救室滞留时间中位数 |
| | 急诊抢救室患者死亡率 |
| | 急诊手术患者死亡率 |
| | ROSC(心肺复苏术后自主呼吸循环恢复)成功率 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|---|-----------------|
| | 非计划重返抢救室率 |
| 5. 病理专业医疗质量控制指标（2015年版） 16个(含3个省质控指标) 指标 | 每百张病床病理医师数 |
| | 每百张病床病理技术人员数 |
| | 标本规范化固定率 |
| | HE染色切片优良率 |
| | 免疫组化染色切片优良率 |
| | 术中快速病理诊断及时率 |
| | 组织病理诊断及时率 |
| | 细胞病理诊断及时率 |
| | 各项分子病理检测室内质控合格率 |
| | 免疫组化染色室间质评合格率 |
| | 各项分子病理室间质评合格率 |
| | 细胞学病理诊断质控符合率 |
| | 术中快速诊断与石蜡诊断符合率 |
| | 病理诊断填写完整率 |
| | 病理诊断编码正确率 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|--|------------------------|
| | 临床与病理诊断符合率 |
| 6. 临床检验专业医疗质量控制指标（2015年版） 15个指标 | 标本类型错误率 |
| | 标本容器错误率 |
| | 标本采集量错误率 |
| | 血培养污染率 |
| | 抗凝标本凝集率 |
| | 检验前周转时间中位数 |
| | 室内质控项目开展率 |
| | 室内质控项目变异系数不合格率 |
| | 室间质评项目参加率 |
| | 室间质评项目不合格率 |
| | 实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目） |
| | 实验室内周转时间中位数 |
| | 检验报告不正确率 |
| | 危急值通报率 |
| | 危急值通报及时率 |

| 项目类别 | 指标名称 |
|--------|--|
| 药事管理监测 | 抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%） |
| | 注射剂处方数/每百张门诊处方（%） |
| | 药费收入占医疗总收入比重（%） |
| | 抗菌药物占西药出库总金额比重（%） |
| | 常用抗菌药物种类与可提供药敏试验种类比例（%） |
| | 药物不良反应例数 |
| 临床路径管理 | 医院临床路径总病种数 |
| | 医院临床路径总入组例数、入组后完成例数、变异例数、退出例数、未入例数、各组比率、平均住院日、平均住院费用、死亡率 |
| | 各病种临床路径入组例数、入组后完成例数、变异例数、退出例数、未入例数、各组比率、平均住院日、平均住院费用、死亡率 |
| 康复医学科 | 康复治疗有效率、年技术差错率、住院患者康复功能评定率、设备完好率 |
| | 各类康复治疗人数、平均住院日、平均费用、治疗效果(各类康复治疗ICD编码：Z50) |
| | 康复治疗并发症发生率、死亡率（院内骨折、院内骨化性肌炎、院内肺栓塞、院内皮肤损伤、院内感染） |
| 血液净化 | 年度血液透析（简称“血透”）总例数 |
| | 年度血透治疗总例次（普通血透、高通量血液透析、血液透析滤过、血液滤过、单纯超滤例次） |

| 项目类别 | | 指标名称 |
|--------|------|--|
| | | 年度维持性血透患者的死亡例数、年度维持血透患者透析1年内死亡率 |
| | | 年度血透中严重（可能严重危及患者生命）并发症发生例次 |
| | | 年度血透患者乙肝病毒表面抗原或E抗原转阳病例数 |
| | | 年度血透患者丙肝病毒抗体转阳病例数 |
| | | 年度血透转腹透例数、血透转肾移植例数 |
| | | 年度溶质清除（尿素下降率URR>65%）患者比例 |
| | | 年度维持性血透患者血红蛋白达标率 |
| | | 年度血管通路类别：动静脉内瘘、中心静脉血透导管、动静脉直接穿刺、其他血管通路例次 |
| | | 年度血压控制（透析间期血压90/60~150/90mmHg）例数 |
| | | 年度腹膜透析例次 |
| 输血科指标 | | 成份输血比率 |
| | | 室内质控项目开展率 |
| | | 室内失控项目数 |
| | | 室间质评合格率 |
| 护理质量管理 | 共用指标 | 非计划拔管发生率（%） |

| 项目类别 | | 指标名称 |
|------|------|------------------|
| | | 住院患者压疮发生率（‰） |
| | | 住院患者跌倒/坠床发生率（‰） |
| | | 住院患者身体约束率（‰） |
| | | 用药错误例数 |
| | 专科指标 | 会阴切开率（‰） |
| | | 血液透析科室护士人力占比 |
| | | 血液透析治疗完成率（‰） |
| | | 急性心肌梗死患者便秘发生率（‰） |
| | | 术中电灼伤发生例数（例） |

第四部分 疾病病种管理

医院应有病种质量管理。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（医院内部）和横向（医院之间）比较，在诊断、治疗、转归方面具有共性，某些具有医疗质量特性的统计指标可用来进行质量管理评价。包括：特定病种、限制类医疗技术、日常手术病例等各类医院统计病种。

一、特定病种

此特定病种系由江苏省卫生健康委发布的单病种质量控制指标而确定。统一要求，特定病种进入医院后的各个诊治环节均应有时间节点的记录。

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|--|---|
| <p>1. 儿童社区获得性肺炎</p> <p>主要诊断 ICD-10 编码为： J13-J15, J18.1（年龄小于 18 岁）</p> <p>不含新生儿及 1-12 个月婴儿肺炎。</p> | <p>（一）住院时病情严重程度评估；</p> <p>（二）氧合评估；</p> <p>（三）病原学检测；</p> <p>（四）抗菌药物使用时机；</p> <p>（五）起始抗菌药物选择符合规范；</p> <p>（六）住院 72 小时病情严重程度再评估；</p> <p>（七）抗菌药物疗程（天数）；</p> <p>（八）符合出院标准及时出院；</p> <p>（九）疗效、住院天数、住院费用（元）。</p> <p>（十）患儿亲属对服务满意度评价结果。</p> |
| <p>2. 围手术期预防感染质量控制指标</p> <p>适用手术与操作 ICD-9-CM-3 编码：</p> <p>（1）甲状腺瘤切除术</p> | <p>（一）手术前预防性抗菌药物选用符合规范要求；</p> <p>（二）预防性抗菌药物在手术前一小时内开始使用；</p> <p>（三）手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml，术中可给予第二剂；</p> |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|---|--|
| <p>(2) 膝半月板切除术: 80.6</p> <p>(3) 腹股沟疝单侧/双侧修补术: 53.0, 53.1</p> <p>(4) 阑尾切除术: 47.0</p> <p>(5) 腹腔镜下胆总管囊肿切除术 (包含胆囊切除术)</p> <p>(6) 闭合性心脏瓣膜切开术: 35.00-35.04</p> <p>(7) 动脉内膜切除: 38.1</p> <p>(8) 足和踝关节固定术和关节制动术: 81.11-81.18</p> <p>(9) 其他颅骨切开术: 01.24</p> <p>(10) 椎间盘切除术或破坏术: 80.50</p> | <p>(四) 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>(五) 手术野皮肤准备与手术切口愈合。</p> |
| <p>3. 新生儿呼吸窘迫综合征 (NRDS) ICD-10: P22.002</p> | <p>(一) 病情严重程度评估, 符合入住 NICU 标准</p> <p>(二) 主要合并症的监测</p> <p>(三) 治疗方案选择符合指征</p> <p>(四) 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</p> <p>(五) 符合出院标准</p> <p>(六) 住院天数与住院费用</p> <p>(七) 患儿亲属对服务满意程度评价结果</p> |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|------------------------------|---|
| 4. 儿童血小板减少性紫癜 ICD-10:D69.303 | (一) 病情严重程度评估 (二) 治疗药物选择与应用时机 (三) 治疗药物相关并发症与治疗 (四) 为患儿亲属提供健康教育内容与时机 (五) 符合出院标准 (六) 住院天数与住院费用 (七) 患儿亲属对服务满意程度评价结果 |
| 5. 儿童哮喘质量监测指标 ICD-10:J45.9 | (一) 病情严重程度评估 (二) 激素治疗符合指征 (三) 为患儿亲属提供健康教育内容与时机 (四) 符合出院标准 (五) 住院天数与住院费用 (六) 患儿亲属对服务满意程度评价结果 |
| 6. 化脓性脑膜炎 ICD-10:G00.9 | (一) 病情严重程度评估 (二) 主要并发症的检测 (三) 抗生素选择符合指征 |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|---------------------------------|---|
| | <p>(四) 肾上腺糖皮质激素使用指征</p> <p>(五) 符合出院标准及时出院</p> <p>(六) 住院天数与住院费用</p> <p>(七) 患儿亲属对服务满意程度评价结果</p> |
| 7. 小儿间隔缺损质量监测指标 ICD-10:Q21 | <p>(一) 手术前的病情严重程度评估的时间与结果</p> <p>(二) 符合手术、或介入适应症。</p> <p>(三) 预防性抗菌药物选择与应用时机</p> <p>(四) 术后活动性出血或血肿的再手术时间</p> <p>(五) 手术后发生并发症的种类与时间</p> <p>(六) 为患儿亲属提供小儿室间隔缺损术的健康教育内容与时机</p> <p>(七) 切口 I /甲愈合</p> <p>(八) 住院天数与住院费用</p> <p>(九) 患儿亲属对服务满意程度评价结果</p> |
| 8. 先天性巨结肠质量监测指标 ICD-10:Q43. 1-2 | <p>(一) 病情严重程度评估</p> <p>(二) 病理结果与手术指征的选择</p> <p>(三) 预防性抗菌药物选择与应用时机</p> |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|---|---|
| | (四) 手术后并发症的发生与再手术 (五) 输血量 \leq 200ml (六) 切口 II/甲愈合 (七) 为患儿亲属提供健康教育内容与时机 (八) 住院天数与住院费用 (九) 患儿亲属对服务满意程度评价结果 |
| 9. 先天性髋关节脱位质量监测指标 ICD-10:Q65.0-1 | (一) 病情严重程度评估 (二) 手术指征与术式的选择 (三) 预防性抗菌药物选择与应用时机 (四) 手术后并发症的发生与再手术 (五) 输血量 (六) 切口 II/甲愈合 (七) 为患儿亲属提供健康教育内容与时机 (八) 住院天数与住院费用 (九) 患儿亲属对服务满意程度评价结果 |
| 10. 新生儿 ABO 溶血病 (P55.102) | (一) 12 小时内溶血试验检查率; (二) 光疗失败行换血治疗率; |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|------------------------------------|--|
| | (三) 出入院诊断符合率; (四) 平均住院天数; (五) 平均住院费用。 |
| 11. 原发性免疫性血小板减少症 (D69. 300) | (一) ITP 患者血小板 $\leq 20 \times 10^9/L$ 的收治率; (二) 骨髓形态学检查率; (三) 口服糖皮质激素使用率; (四) 慢性/难治性 ITP 收治率; (五) 重症 ITP 的缓解率; (六) 抗生素使用率; (七) 丙种球蛋白使用率; (八) 持续性或慢性 ITP 治愈好转率; (九) 颅内出血发生率; (十) 感染发生率; (十一) 二线治疗选择率; (十二) 慢性 ITP 切脾率; (十三) 血小板输注率; (十四) 平均住院天数; (十五) 平均住院费用。 |
| 12. 儿童急性淋巴细胞白血病 (C91. 000) | (一) MICM 诊断符合率, (二) 诱导治疗成功率, (三) D19 天微小残留病检出率, (四) 严重感染发生率, (五) 严重合并症发生率, (六) 维持治疗完成率, (七) 维持治疗剂量调整率, |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|-------------------------------|--|
| | (八) 5年无病生存率; (九) 平均住院天数; (十) 平均住院费用。 |
| 13.重症肌无力(眼肌型)(G70.002) | (一) 眼肌型演变为全身型发生率; (二) 丙球使用率; (三) 并发症发生率; (四) 治愈好转率; (五) 死亡率; (六) 复发率; (七) 平均住院天数; (八) 平均住院费用。 |
| 14.甲状腺功能亢进症(E05.900) | (一) 出入院诊断符合率; (二) 抗生素使用率; (三) 并发症; (四) 副作用发生率; (五) 平均住院天数; (六) 平均住院费用。 |
| 15.1 型糖尿病 E10.900 | (一) 出入院诊断符合率; (二) 抗生素使用天数; (三) 平均住院天数。 |
| 16.川崎病 M30.300 | (一) 诊断符合率; (二) 抗生素使用率; (三) 重症川崎病的收治比例; (四) 激素应用比率; (五) 超声异常发生率; |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|--------------------|---|
| | (六) 丙球延迟应用发生率; (七) 平均住院天数及费用 |
| 17.过敏性紫癜 (D69.000) | (一) 抗生素使用率; (二) 激素应用比例; (三) 消化道出血发生率; (四) 住院周期和费用, (五) 治愈率 |
| 18.感染性腹泻 (A09.004) | (一) 抗生素使用率; (二) 特殊级抗生素使用率; (三) 特殊级抗生素使用前病原学检查率; (四) 并发症发生率; (五) 治愈好转率; (六) 死亡率; (七) 出入院符合率; (八) 平均住院天数; (九) 平均住院费用。 |
| 19.消化性溃疡 (K27.901) | (一) 是否活动性出血; (二) 是否存在贫血; (三) 是否需要胃镜下止血; (四) 治愈好转率; (五) 死亡率; (六) 平均住院天数; (七) 平均住院费用。 |
| 20.手足口病 (B08.401) | (一) 入院第一诊断为手足口病, 符合诊断标准。 (二) 肠道病毒抗体、DNA 检查; |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|--------------------------------|--|
| | (三) 腰椎穿刺检查比率; (四) 脑脊液阳性率; (五) 脑电图阳性率, (六) 重症手足口病、病毒性脑膜脑炎、脑脊髓炎确诊比率; (七) 心电监护吸氧比率; (八) 甘露醇使用率; (九) 丙球使用率; (十) 脑脊液复查比率; (十一) 并发症、后遗症发生率; (十二) 住院天数; (十三) 住院费用; (十四) 抗生素使用比率。 |
| 21.传染性单核细胞增多症 (B27.900) | (一) 入院第一诊断为传染性单核细胞增多症, 符合诊断标准。 (二) 入院查腹部 B 超、肝肾功能和 EBV-DNA、EB 抗体检查; (三) 更昔洛韦或阿昔洛韦使用率、平均使用天数; (四) 重症传单、EBV-HLH 比率, (五) 骨髓穿刺比率, (六) 出院前复查肝功能、血常规+异淋、腹部 B 超比例; (七) 出院后专科门诊随访监测血常规+异淋、EBV-IgM、EBV-DNA; (八) 并发症发生率; (九) 住院天数; (十) 住院费用; (十一) 抗生素使用比例。 |
| 22.急性肾小球肾炎 (N00.902) | (一) 24 小时内尿液; (二) 血补体 C3 检查率; |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|--------------------------|--|
| | (三) 抗“O”检查率； (四) 抗生素使用前病原学检查率； (五) 初始抗生素选择规范率； (六) 并发症发生率； (七) 治愈好转率； (八) 死亡率； (九) 出入院符合率； (十) 平均住院天数； (十一) 平均住院费用。 |
| 23.ANCA 相关性血管炎 (M31.802) | (一) 24 小时内血肾功能电解质、血气分析、自身抗体、补体检查率； (二) 7 日内肾活检率； (三) 病情好转率； (四) 死亡率； (五) 出入院诊断符合率 |
| 24.感染性休克 (R65.201) | (一) 入出院诊断符合数； (二) 好转率 (%)； (三) 死亡率； (四) 入 ICU 1 小时内给予抗生素例数及比率； (五) 感染性休克 3h 集束化治疗 (bundle) 完成率； (六) 感染性休克 6h 集束化治疗 (bundle) 完成率； (七) 抗菌药物治疗前病原学送检率 |
| 25.百草枯中毒 | (一) 入出院诊断符合数 (例)； (二) 好转率 (%)； (三) 死亡率； (四) 口服中毒患者白陶土洗胃例数； |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|---------------------|---|
| | (五) 辅助通气人数; (六) 血液灌流率(%) ; (七) 血液灌流距中毒时间≤4 小时例数; (八) 血液灌流距中毒时间>4 小时例数; (九) 血液灌流距就诊时间≤1 小时例数; (十) 血液灌流距就诊时间>1 小时例数; (十一) 糖皮质激素使用例数及比例; (十二) 免疫抑制剂使用例数及比例; (十三) 出院者平均住院天数 |
| 26.肱骨髁上骨折 (S42.401) | (一) 抗生素平均使用天数; (二) 切开复位内固定比率; (三) 医源性神经损伤比率; (四) 儿童肱骨髁上骨折神经并发症恢复比率; (五) 非计划二次手术率; (六) 切口 I /甲愈合率; (七) 平均住院费用; (八) 平均住院天数; |
| 27.漏斗胸 (Q67.600) | (一) 抗菌素平均使用天数; (二) 平均手术时间; (三) 平均 ICU 停留时间; (四) 非计划二次手术率; (五) 切口 I/甲愈合率; (六) 平均住院费用; (七) 平均住院天数; (八) 复发率。 |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|----------------------|--|
| 28.小儿甲状舌管囊肿（Q89.202） | （一）抗生素平均使用天数； （二）平均监护室监护时间； （三）非计划二次手术率； （四）手术死亡率； （五）术后复发率； （六）切口甲级愈合率； （七）平均住院天数； （八）平均住院费用。 |
| 29.小儿淋巴管瘤（D18.100） | （一）手术切除率； （二）平均住院天数； （三）非计划二次手术率； （四）切口 I /甲愈合率； （五）平均住院费用； （六）婴幼儿小儿淋巴管瘤在儿童体表肿瘤中的构成比； （七）术前抗生素预防用药例数； （八）头面部淋巴管瘤术后进 ICU 的例数； （九）淋巴管瘤术后感染率； （十）淋巴管瘤再次注射治疗次数； （十一）头面部淋巴管瘤占全部淋巴管瘤的比例。 |
| 30.精索静脉曲张（I86.101） | （一）治疗前诊断率； （二）微创手术率； （三）治疗有效率； （四）手术并发症发生率； （五）不良反应评估率； （六）平均住院费用 |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|-------------------------|---|
| 31.疤痕包茎 (N47.X0A) | (一) 治疗前诊断率; (二) 临床路径进入率; (三) 术前住院天数; (四) 治疗有效率; (五) 手术并发症发生率; (六) 不良反应评估率; (七) 平均住院费用; (八) 平均住院天数 |
| 32.先天性肥厚性幽门狭窄 (Q40.000) | (一) I类切口预防性使用抗生素规范率; (二) 腹腔镜手术中转开腹率; (三) 非计划二次手术率; (四) 术后平均禁食时间; (五) 切口 I/甲愈合率; (六) 年腹腔镜手术例数; (七) 平均住院费用; (八) 平均住院天数; (九) 出入院符合率。 |
| 33.淋巴管瘤 (D18.100) | (一) 手术切除率, (二) 平均住院天数, (三) 非计划二次手术率, (四) 切口 I/甲愈合率, (五) 平均住院费用, (六) 术前抗生素预防用药例数, (七) 术后感染率。 |
| 34.附耳 (Q17.001) | (一) 平均住院天数, |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|-----------------------|--|
| | (二) 非计划二次手术率, (三) 切口 I/甲愈合率, (四) 平均住院费用, (五) 术前抗生素预防用药例数, (六) 术后感染率。 |
| 35. 头皮肿物 (R22.002) | (一) 预防性抗生素使用比例; (二) 全切除比例; (三) 复发比例; (四) 非计划二次手术率; (五) 切口 I/甲愈合率; (六) 平均住院费用; (七) 平均住院天数 |
| 36. 颅骨凹陷性骨折 (S02.90A) | (一) 平均住院天数; (二) 术前住院天数; (三) 平均住院费用; (四) 切口 I/甲愈合率; (五) 预防性抗生素使用比例; (六) 抗生素平均使用天数; (七) 非计划二次手术率; (八) 医源性颅内出血比例 |
| 37. 生长发育迟缓 (R62.801) | (一) 入院后小儿神经发育量表测定率发育商或智力测试检查率; (二) 头颅核磁、视力筛查、听力筛查、骨盆筛查、脑电图等检查率; (三) 康复评估率; (四) 出入院诊断符合率; (五) 好转率。 |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|----------------------------|---|
| 38. 脑性瘫痪 (G80.900) | (一) 入院后小儿神经发育量表测定率; (二) 头颅核磁、视力筛查、听力筛查、骨盆筛查、脑电图等检查率; (三) 康复评估率; (四) 肉毒毒素使用率; (五) 辅助器具使用率; (六) 出入院诊断符合率; (七) 好转率。 |
| 39. 食道镜检查+异物取出术 (98.0201) | (一) 实施手术前的评估与术前准备; (二) 预防性抗菌药物选择与应用时机; (三) 内科原有疾病治疗; (四) 手术后并发症治疗; (五) 为患者提供食道镜检查+异物取出术的健康教育; (六) 住院 3 天内出院; (七) 患者住院天数与住院费用。 |
| 40. 支气管镜检查+异物取出术 (98.1502) | (一) 实施手术前的评估与术前准备; (二) 抗菌药物选择与应用时机; (三) 内科原有疾病治疗; (四) 手术后并发症治疗; (五) 为患者提供支气管镜检查+异物取出术的健康教育; (六) 住院 4 天内出院; (七) 患者住院天数与住院费用。 |
| 41. 耳前瘻管 (Q18.102) | (一) 实施手术前的评估与术前准备; (二) 抗菌药物选择与应用时机; (三) 内科原有疾病治疗; (四) 手术后并发症治疗; |

| 特定病种 | 病种质量控制指标 |
|---------------------|---|
| | (五) 住院 4 天内出院。 |
| 42. 共同性斜视 (H50.400) | (一) 每年完成手术例数; (二) 入院出院诊断符合率; (三) 平均住院天数; (四) 非计划二次手术率; (五) 切口 I/甲愈合率; (六) 平均住院费用; (七) 术前抗生素预防用药例数; (八) 治愈好转率 |
| 43. 上睑下垂 (H02.400) | (一) 每年完成手术例数; (二) 平均住院天数; (三) 非计划二次手术率; (四) 切口 I/甲愈合率; (五) 平均住院费用; (六) 术前抗生素预防用药例数; (七) 治愈好转率 |

二、限制类医疗技术

江苏省限制临床应用的医疗技术目录（2017 版）

| 序号 | 医疗技术项目名称 |
|----|--|
| 1 | 心血管疾病介入诊疗技术 |
| 2 | 血液净化技术（含血液透析、血浆置换、腹膜透析等技术） |
| 3 | 体表器官再造技术，含全鼻再造术、耳廓再造术、乳房再造术、指再造术（足趾游离移植法）、眼窝再造术等 |
| 4 | 白内障超声乳化技术 |
| 5 | 准分子激光角膜屈光手术 |
| 6 | 医用高压氧治疗技术 |
| 7 | 下颌角、下颌骨各型截骨术 |
| 8 | 游离皮瓣移植技术 |
| 9 | 人工肝支持系统 |
| 10 | 各型脊柱侧凸以及后突畸形的矫形手术 |
| 11 | 人工椎体植入手术 |
| 12 | 无抽搐性电休克治疗 |
| 13 | 自体造血干细胞移植 |
| 14 | 口腔颌面部软组织缺损游离瓣移植修复术 |
| 15 | 口腔颌面部骨缺损游离骨瓣移植修复术 |
| 16 | 全身麻醉技术 |
| 17 | 特殊类型神经阻滞治疗技术 |
| 18 | 经食道超声心动图监视技术 |
| 19 | 体外循环技术 |

| | |
|----|--------------------------------|
| 20 | 纵膈肿物切除术 |
| 21 | 肺自体移植术 |
| 22 | 鞍区肿瘤切除术 |
| 23 | 全身高能 X 线（及钴 60 γ 线）照射技术 |
| 24 | 肉毒毒素注射技术 |
| 25 | 体外膜氧合技术（ECMO） |
| 26 | 冠状动脉旁路移植术 |
| 27 | 单肺通气技术 |
| 28 | 人工耳蜗植入术 |
| 29 | 气管成形术 |
| 30 | 全喉切除术 |
| 31 | 脊髓型颈椎病治疗术 |
| 32 | 巨结肠根治术 |
| 33 | 胆道重建技术 |
| 34 | 基因芯片诊断技术 |
| 35 | 口腔种植诊疗技术 |
| 36 | 人工髋关节置换技术 |
| 37 | 人工膝关节置换技术 |
| 38 | 综合介入诊疗技术 |
| 39 | 外周血管介入诊疗技术 |
| 40 | 神经血管介入诊疗技术 |
| 41 | 呼吸内镜诊疗技术（三、四级） |
| 42 | 消化内镜诊疗技术（三、四级） |

| | |
|----|------------------|
| 43 | 普通外科内镜诊疗技术（三、四级） |
| 44 | 泌尿外科内镜诊疗技术（三、四级） |
| 45 | 妇科内镜诊疗技术（三、四级） |
| 46 | 胸外科内镜诊疗技术（三、四级） |
| 47 | 关节镜诊疗技术（三、四级） |
| 48 | 脊柱内镜诊疗技术（三、四级） |
| 49 | 儿科呼吸内镜诊疗技术（三、四级） |
| 50 | 儿科消化内镜诊疗技术（三、四级） |
| 51 | 小儿外科内镜诊疗技术（三、四级） |
| 52 | 鼻科内镜诊疗技术（三、四级） |
| 53 | 咽喉科内镜诊疗技术（三、四级） |

三、江苏省日间手术病例统计范围（儿科无日间手术目录，建议参考成人目录）

| 序号 | 疾病名称 | 第一诊断名称 | 手术名称 |
|----|----------|---|--|
| 1 | 血栓性外痔 | 血栓性外痔（ICD-10：I84.3） | 血栓性外痔切除术（ICD-9-CM-3：49.47） |
| 2 | 胃、结、直肠息肉 | 胃息肉（ICD-10：K31.701） 直肠息肉（ICD-10：K62.1） 结肠息肉（ICD-10：k63.5） | 内镜下息肉切除术 内镜下胃息肉切除术 ICD-9CM-3：43.41；排除 43.4109（内镜下胃静脉曲张结扎术）和 43.4110（内镜下胃静脉曲张硬化术）； 内镜下直肠息肉切除术 ICD-9CM-3：48.36 内镜下大肠息肉切除术 ICD-9CM-3：45.42 |
| 3 | 乳腺纤维瘤 | 乳腺纤维腺瘤（ICD-10：D24） | 乳腺肿瘤切除术（ICD-9-CM-3：85.21） |
| 4 | 老年性白内障 | 老年性白内障（ICD10：H25.901） | 超声乳化白内障摘除术+人工晶体植入术（IOL） （ICD-9-CM-3：13.41+13.71） |

| | | | |
|----|-------------|-----------------------------|---|
| 5 | 斜视 | 共同性斜视 (ICD-10: H50.0-H50.4) | 共同性斜视矫正术 (ICD-9-CM-3: 15.1-15.5) |
| 6 | 声带良性肿物 | 声带息肉 (ICD-10: J38.102) | 支撑喉镜下声带息肉切除术 (ICD-9-CM-3: 30.0901/30.0902) |
| 7 | 耳前瘻管 | 先天性耳前瘻管 (ICD-10: Q18.102) | 瘻管切除术 (ICD-9-CM-3: 18.2101) |
| 8 | 包茎、包皮过长反复感染 | 包茎 (ICD-10: N47.x00) | 包皮环切术 (ICD-9-CM-3: 64.0001) |
| 9 | 慢性尿潴留 | 尿潴留 (ICD-10: R33.x00) | 膀胱穿刺造瘘术 (ICD-9-CM-3: 57.1101) |
| 10 | 输尿管结石 (简单) | 输尿管结石 (ICD-10: N20.100) | 输尿管镜下钬激光碎石术 (ICD-9-CM-3: 56.0x03 和 56.0x06) |
| | 膀胱结石 | 膀胱结石 (ICD-10: N21.000) | 膀胱镜下碎石取石术 (ICD-9-CM-3: 57.1904) |
| 11 | 血尿 | 血尿 (ICD-10: R31.x00) | 膀胱镜尿道镜检查术 (ICD-9-CM-3: 57.3201、58.2201) |
| 12 | 腹股沟疝 | 腹股沟疝 (ICD-10: K40.2, K40.9) | 腹股沟疝修补术 (ICD-9-CM-3: 53) |

| | | | |
|----|------|------------------------|-------------------------|
| 13 | 头皮肿块 | 头皮肿物 (ICD-10: R22.002) | 皮肤病损切除术 (ICD-9-CM-86.3) |
|----|------|------------------------|-------------------------|

附件：

附件 1：第三章 3-3-5 临床专科医疗服务能力参考标准

江苏省三级儿童医院医疗技术水平标准（2018 版）

1、三级儿童医院临床科室技术标准（重点科室应同时达到一般科室的标准）

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|------|----------|--|--|
| 一、内科 | 1、感染性疾病科 | <p>1、败血症的诊断和治疗。</p> <p>2、细菌性及病毒性脑膜脑炎诊断和治疗。</p> <p>3、巨细胞病毒感染的诊断和治疗。</p> <p>4、细菌、病毒、支原体等病原体引起的肺部感染诊断和治疗。</p> <p>5、轮状病毒肠炎的诊断和治疗。</p> <p>6、细菌性痢疾的诊断和治疗。</p> <p>7、手足口病的诊断和治疗。</p> <p>8、不明原因发热病例的诊断和治疗。</p> <p>9、EB 病毒感染诊断和治疗。</p> <p>10、小儿结核病的诊断和治疗。</p> <p>11、麻疹、水痘、腮腺炎等及其并发症的诊断和治疗。（可选）</p> | <p>1、难治性化脓性脑膜炎治疗。</p> <p>2、多重耐药菌感染性疾病的诊断和治疗（≥10 例/年）。</p> <p>3、重症传染性单核细胞增多症（≥5 例/年）。</p> <p>4、重症手足口病的诊断和治疗（≥20 例/年）。</p> <p>5、深部真菌病的诊断和治疗。</p> |

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|--------|--------|---|--|
| 2、心脏内科 | | 1、复杂先天性心脏病的诊断。 2、各种心律失常的诊断与治疗。 3、心包穿刺术。 4、运动平板试验。 5、重症心肌炎、心肌病的诊断与治疗。 6、心源性休克的诊断与治疗。 7、各种原因引起的心功能不全的诊断与治疗。 8、左、右心导管术以及选择性心血管造影术。 9、感染性心内膜炎的诊断和内科治疗 10、儿童高血压的诊断和治疗 | 1、常见恶性心律失常的药物治疗和电复律。 2、复杂心律失常的诊断与治疗。 3、严重心功能不全的诊断与治疗。 4、有能力安装临时起搏器和/或永久起搏器。 5、设有心脏重症加强治疗病房（心电监护及血流动力学监测）。 6、多种先天性心脏病的经皮封堵治疗（≥200例/年）。 7、常规开展经皮主动脉瓣狭窄以及肺动脉瓣狭窄球囊扩张成形术。 8、常规开展主动脉缩窄球囊扩张成形术。 9、快速心律失常射频消融术（每年独立开展20例或以上）。 10、有能力配合心胸外科完成复杂先心病的镶嵌治疗。 |
| | 3、呼吸内科 | 1、儿童肺功能检查。 2、脓胸、脓气胸及胸腔积液的诊断和治疗。 3、支气管哮喘的规范化诊断和治疗。 4、儿童少见肺部疾病的诊断及治疗（肺含铁血黄素沉着症、弥漫性间质性肺炎、嗜酸细胞增多性肺炎、变应性血管炎性肉芽肿、闭塞性细支气管炎等）。 5、应用纤支镜诊治儿童肺不张、难治性肺炎。 6、重症肺炎的诊断和治疗。 7、慢性咳嗽的诊断和治疗。 8、FENO 检查。 9、应用纤支镜对外科手术患儿进行气道评估。 | 1、婴幼儿纤维支气管镜检查。 2、婴幼儿肺功能检查。 3、先天性支气管、肺发育异常的诊断和治疗。 4、难治性哮喘的诊断和治疗。 5、儿童肺活检（可选）。 6、肺泡灌洗液检查。 7、气道反应性测定。 8、睡眠监测评估。 9、经电子气管镜取异物。 10、经支气管镜行氩气刀及冷冻治疗（可选）。 11、支气管哮喘的过敏原测定及脱敏治疗。 |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|--------|---|--|
| | 10、呼吸道感染行多病原联合检测。 | |
| 4、消化内科 | 1、能够正确、规范地诊断与治疗小儿消化系统常见病多发病。 2、消化道畸形（胃扭转，先天性幽门肥厚，肠旋转不良，美克尔憩室，先天性巨结肠等）的诊断。 3、胆汁淤积性肝病的诊断和治疗。 4、食物过敏致胃肠道疾病的诊断和治疗。 5、功能性胃肠道疾病的诊断和治疗。 6、幽门螺旋杆菌感染的规范化诊断和治疗。 7、常规开展规范的胃镜、肠镜检查。 8、开展内镜下治疗：内镜下取异物；内镜下息肉治疗（圈套摘除术及电灼术）；食管狭窄扩张术。 9、消化道出血的诊断和治疗。 10、慢性腹泻合并营养不良的诊断和治疗。 | 1、难治性腹泻病的诊断和治疗（≥20例/年）。 2、炎症性肠病的诊断和治疗。 3、急性重症胰腺炎的诊断和治疗。 4、开展胃肠道动力疾病的特殊检查（食管、肛门直肠压力测定）或食管pH值动态监测。 5、消化道大出血的综合抢救，急诊内镜诊断及内镜下治疗（食管、胃底静脉曲张出血镜下治疗，其他原因出血的内镜下止血治疗）（≥20例/年）。 6、肝脏穿刺活检术。 7、开展人工肝支持系统。 8、遗传代谢性肝病基因诊断技术（≥20例/年）。 9、胃肠起搏术（慢性便秘、功能性消化不良、胃轻瘫的治疗）及生物反馈治疗术（慢性便秘及功能性排便障碍的治疗）（可选）。 10、开展胶囊内镜或小肠镜检查（可选）。 |
| 5、肾脏内科 | 1、难治性肾病的诊断和治疗。 2、IgA肾病的规范性诊治。 3、肾小管疾病的规范性诊治（包括肾小管酸中毒、肾小管碱中毒、低磷性佝偻病等）。 4、复杂尿路感染的诊治。 5、急性肾损伤的规范化诊治。 | 1、先天性或遗传性肾脏疾病的诊治（≥10例/年）。 2、肾血管病变的诊断（可选）。 3、慢性肾功能衰竭的规范化诊治（≥10例/年）。 4、溶血尿毒综合征的规范化诊治。 5、血液净化技术（血液滤过、连续肾替代、血液灌流、血浆置换、免疫吸附、腹膜透析）（≥10例/年）。 |

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|----|----------------|--|--|
| | | 6、肾组织活检及病理检查。 7、红斑狼疮以及狼疮性肾炎的规范化诊治。 8、儿童遗尿症的规范化诊治。 9、过敏性紫癜以及肾炎的规范化诊治。 | |
| | 6、风湿免疫科 | 1、风湿热的规范诊断和治疗。 2、幼年特发性关节炎的诊断和治疗。 3、川崎病的诊断和治疗。 4、系统性红斑狼疮的诊断和治疗。 5、过敏性紫癜的诊断和治疗。 | 1、难治性幼年特发性关节炎的治疗（≥10例/年）。 2、重型狼疮或狼疮危象的诊断和治疗（≥5例/年）。 3、皮炎的诊断和治疗（≥5例/年）。 4、巨噬细胞活化综合征的诊断和治疗（≥5例/年）。 5、免疫缺陷病的基因诊断和治疗（≥5例/年）。 6、重症川崎病（KDSS KD 耐药、KD 合并冠脉巨瘤等）诊治（≥15例/年）。 |
| | 7、神经内科 | 1、中枢神经系统感染的诊断和治疗。 2、惊厥的鉴别诊断及持续状态的治疗。 3、中枢神经系统占位的诊断。 4、格林—巴利综合征的诊断和治疗。 5、难治性癫痫的诊断和治疗。 6、癫痫的诊断和治疗。 7、重症肌无力的诊断和治疗。 8、脑性瘫痪的诊断和治疗。 9、急性脑脊髓炎的诊断和治疗。 10、神经血管性头痛的诊断与治疗。 | 1、脑血管病的鉴别诊断和治疗。 2、神经系统自身免疫性疾病的诊断和治疗。 3、良性癫痫伴中央颞区棘波（BECT）的诊断和治疗。 4、睡眠中癫痫性电持续状态的诊断和治疗。 5、神经电生理辅助诊断神经源性、肌源性疾病。 6、Guillain-Barrez 综合征、急性播散性脑脊髓膜炎、重症肌无力的诊断和治疗。 7、肌电图的检查。 8、神经皮肤综合征的诊断。 9、癫痫性脑病的诊断和治疗。 |
| | 8、内分泌科 | 1、性早熟的诊断和治疗。 | 1、肾上腺皮质功能危象的治疗。 |

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|-----------|--|---|--|
| 9、血液（肿瘤）科 | | 2、生长激素缺乏症（包括矮小症）的诊断和治疗。 3、儿童肥胖症的诊断和治疗。 4、先天性肾上腺皮质增生症的诊断和治疗。 5、甲状腺功能减退、甲状腺功能亢进的诊断和治疗。 6、糖尿病的诊断治疗。 7、尿崩症的诊断和治疗。 | 2、糖尿病酮症酸中毒的诊断和治疗。 3、特殊类型肾上腺皮质增生症的诊断与治疗。 4、先天性遗传性代谢缺陷病的诊断和治疗。 5、动态血糖监测及胰岛素泵治疗糖尿病。 6、性发育异常（DSD）疾病的诊断及治疗（≥10例/年）。 7、低血糖的诊断与治疗（≥3例/年）。 8、甲状旁腺功能异常的诊断与治疗。 |
| | | 1、再障的诊断和治疗（含免疫抑制治疗）。 2、特发性免疫性血小板减少症的诊断和规范化治疗。 3、贫血的诊断、鉴别诊断和治疗。 4、急性白血病的诊断和治疗。 5、噬血细胞综合征的诊断和治疗。 6、朗格罕细胞组织细胞增生症诊断和治疗。 7、白血病的MICM分型和标准化治疗。 8、实体瘤的诊断和治疗。 9、血友病的诊断、治疗与随访（登记系统）。 10、DIC的诊断与治疗（登记系统）。 | 1、疑难罕见血液病的诊断与治疗（包括范可尼贫血、骨髓增生异常综合症、溶血尿毒综合症/血栓性血小板性紫癜、幼年慢性粒细胞白血病、WAS）。 2、重型再障的规范化治疗：免疫治疗与干细胞移植。 3、开展儿童白细胞的规范化诊疗（≥50例/年），建立独立的血液实验室（包括白血病MICM分型、白血病MRD、出凝血全套、血液病理）。 4、药物浓度检测指导的血液病的规范化和个体化治疗（MTX, CsA, 万古霉素，等需要浓度监测的均应该开展浓度检测，并开展药物代谢基因多态性检测）。 5、独立开展造血干细胞移植用于治疗儿童各种相关疾病、1年存活达到80%以上，能够处理各种合并症，3-4度移植物抗宿主病（GVHD）的诊断与治疗。 6、血浆置换与血滤在血液病中的应用（可与急诊科合作）。 7、多学科联合诊断、治疗各种儿童实体恶性肿瘤。 8、开展恶性肿瘤营养评估与干预。 |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|----|--|---|
| | | 9、开展血友病的多学科综合治疗。 |
| | <p>1、新生儿缺氧缺血性脑病的诊断和治疗。</p> <p>2、新生儿颅内出血的诊断和治疗。</p> <p>3、新生儿黄疸、溶血病的诊断和治疗。</p> <p>4、新生儿呼吸窘迫综合征（肺透明膜病）表面活性物质替代治疗。</p> <p>5、新生儿出血性坏死性小肠结肠炎的诊断和治疗。</p> <p>6、新生儿胎粪吸入性肺炎的诊断和治疗。</p> <p>7、新生儿颅内感染的诊断和治疗。</p> <p>8、PICC 置管及管理技术。</p> <p>9、TORCH 感染的诊断和治疗。</p> <p>10、全胃肠外营养（TPN）。</p> <p>11、胆汁淤积症的诊断和治疗。</p> <p>12、新生儿败血症的诊断与治疗。</p> | <p>1、新生儿重症监护技术（含无创、有创）（≥100 例/年）。</p> <p>2、危重新生儿辅助通气技术（常频、高频通气技术）（≥100 例/年）。</p> <p>3、经脐静脉插管或同步外周血管换血术。</p> <p>4、极低体重儿和超低体重儿的管理技术（≥50 例/年）。</p> <p>5、床旁 PDA 结扎或 ROP 的诊治。</p> <p>6、新生儿高胆红素血症神经损伤的诊断与治疗。</p> <p>7、早产儿脑损伤早期康复。</p> <p>8、新生儿休克诊断与治疗。</p> <p>9、新生儿持续肺动脉高压的诊断和治疗（可选）。</p> <p>10、新生儿脑氧合和脑功能监测（可选）。</p> <p>11、遗传代谢病筛查（可选）。</p> <p>12、新生儿支气管纤支镜检查（可选）。</p> <p>13、新生儿肾脏替代治疗 CRRT（可选）。</p> <p>14、头部和全身亚低温治疗重度 HIE。</p> |

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|------|--------|---|---|
| 二、外科 | 1、普外科 | 1、消化道畸形的诊断和治疗。 2、颈部肿瘤和腹部肿瘤的手术治疗。 3、小肠、结肠造瘘术。 4、经肛门先天性巨结肠根治术。 5、甲状舌骨囊肿切除术及甲状腺次全切除术等甲状腺手术。 6、会阴瘘直肠内修补术。 7、腹腔镜手术：腹腔镜阑尾切除术等。 8、胆管扩张症的手术治疗：囊肿切除+胆道重建术。 9、腹部创伤急诊救治。 | 1、肝叶切除术或规则性右/左半肝切除术（可选）。 2、小儿腹腔镜辅助胆道重建。 3、小儿腹腔镜巨结肠根治术。 4、小儿腹腔镜辅助治疗腹膜后肿瘤（可选）。 5、巨大腹膜后肿瘤切除术（直径>8cm）或特殊类型肿瘤如嗜铬细胞瘤等（可选）。 6、甲状腺肿瘤微创术（可选）。 7、Penã或前路或腹腔镜下治疗肛门直肠畸形。 8、小儿腹腔镜下脾切除术（可选）。 9、双镜联合，胆道镜检查及取石术，胆管狭窄成形术（可选）。 10、腹腔镜下消化道畸形诊治。 |
| | 2、心胸外科 | 1、漏斗胸、鸡胸矫治术。 2、纵膈肿瘤切除术。 3、肺叶切除术。 4、各种类型的膈疝、膈膨升修补术(开放)。 5、动脉导管结扎术。 6、体外循环下房缺、室缺修补术。 7、体外循环下法洛三联症矫治术。 8、胸部外伤的治疗(气胸、血胸、肋骨骨折、肺挫伤)。 | 1、复杂心血管畸形诊治：完全性大血管转位、房室管畸形、主动脉缩窄、主动脉弓中断、永存动脉干、先天性血管环畸形、右心室双出口、左心室流出道梗阻、三尖瓣下移畸形、冠状动脉畸形、功能性单心室、心脾综合征等（≥20例/年）。 2、新生儿（≤28天）先天性心脏病手术治疗（≥10例/年）。 3、完全性肺静脉异位引流手术治疗（≥5例/年）。 4、室隔完整的肺动脉闭锁手术治疗（≥3例/年）。 5、Glenn手术和Fontan手术（≥2例/年）。 6、心脏移植术（可选）。 |

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|----|---------------|--|---|
| | | | 7、心脏瓣膜置换术或成形术（≥10例/年）。 8、食管超声下经皮（经胸）先心病封堵术（可选）。 9、ECMO（体外膜肺氧合）技术（≥1例/年）。 10、气管成形术（可选）。 11、胸腔镜下肺叶或肺段切除术（≥10例/年）。 12、胸腔镜下肿瘤切除术（≥10例/年）。 13、胸腔镜下膈疝、膈膨升修补术（≥10例/年）。 14、胸腔镜下食管闭锁矫治术（可选）。 15、纤维支气管镜诊断及治疗（气管、支气管病变）（可选）。 16、胃镜诊断及微创治疗（食管、胃等病变）（可选）。 |
| | 3、骨科 | 1、马蹄内翻足畸形的矫治术。 2、婴幼儿发育性髋关节脱位矫治手术。 3、脑性瘫痪矫形术。 4、肌性斜颈矫正术。 5、四肢骨肿瘤及瘤样病变的治疗。 6、四肢畸形的矫治（肘内翻、肘外翻、膝内翻、膝外翻）。 7、骨折的微创治疗。 8、儿童骨折的手术治疗。 9、青少年运动损伤的治疗。 | 1、大年龄发育性髋关节脱位矫治手术（≥30例/年） 2、发育性髋关节脱位术后再脱位手术矫治（≥5例/年）。 3、Perthes病手术治疗（≥5例/年）。 4、骨外固定技术。 5、脊柱或髋部骨肿瘤及瘤样病变的诊断和治疗（≥5例/年）。 6、脊柱畸形矫治术（可选）（≥5例/年）。 7、关节镜技术（≥15例/年）。 8、骨骺阻滞术和骨骺导向性生长手术（≥15例/年）。 9、陈旧性孟氏骨折的手术（≥30例/年）。 |
| | 4、泌尿外科 | 1、肾盂输尿管成形术。 2、尿道下裂一期成形术。 | 1、肾上腺肿瘤切除术。 2、经内窥镜后尿道瓣膜切除术。 |

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|----|-----------------|---|--|
| | | 3、阴茎下弯矫正术。 4、肾或部分肾切除术。 5、肾脏肿瘤切除术。 6、睾丸肿瘤手术。 7、膀胱镜诊疗技术。 8、输尿管异位开口手术治疗。 9、隐匿阴茎手术治疗。 | 3、尿流动力学检查。 4、尿道上裂成形术（可选）。 5、气膀胱腹腔镜技术。 6、腹腔镜肾盂输尿管成型术。 7、后尿道狭窄、闭锁手术（可选）。 8、两性畸形矫形术（可选）。 |
| | 5、神经外科 | 1、各类颅内血肿清除术。 2、颅内凹陷骨折复位术。 3、开放性颅脑外伤清创术。 4、小儿脑膜、脑膜脑膨出和脊膜、脊髓膨出修补术。 5、脑积水分流术。 6、硬膜下积液手术。 7、潜毛窦切除术。 | 1、后颅凹肿瘤切除术。 2、脑室内肿瘤切除术。 3、椎管内肿瘤切除术。 4、大脑半球肿瘤切除术。 5、脊髓栓系松解术。 6、颅缝早闭重建术（可选）。 7、神经内窥镜辅助下的各种手术（可选）。 8、常见颅内脑血管畸形切除手术。 |
| | 6、烧伤整形外科 | 一、烧伤 1、烧伤的治疗（面积在 30%以下，治愈率 80%以上）。 2、脱痂植皮术。 3、切取头皮邮票植皮术。 二、整形 1、体表肿瘤切除术。 2、游离皮片移植术。 3、深层血管瘤、淋巴管畸形综合治疗。 4、瘢痕挛缩畸形松解植皮术。 | 一、烧伤 1、面积 $\geq 20\%$ 重度烧伤的诊治（ ≥ 20 例/年）。 2、呼吸道烧伤的治疗。 3、负压创面治疗术。 4、新生儿大面积烧伤的治疗。 5、网状植皮术或复合植皮术。 二、整形 1、小耳畸形全耳再造术。 2、唇裂继发鼻畸形的矫治术。 |

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|----|----------------------------------|---|--|
| | | 5、任意皮瓣转移术。 6、先天性耳廓畸形矫治术。 7、皮肤扩张器植入术。 8、唇裂修复术。 9、腭裂修复术。 | 3、新生儿唇腭裂修复术。 4、上睑下垂矫正术。 5、重度会阴疤痕切除成形术。 6、内窥镜辅助治疗体表包块（可选）。 7、儿童轴型皮瓣移植术或可选游离皮瓣移植术（ ≥ 10 例/年）。 8、一二鳃弓综合症的综合治疗（延长，面横裂修复，脂肪充填）（ ≥ 20 例/年）。 9、眶距增宽矫治术、面裂矫治术、综合征型颅缝早闭矫正术、儿童下颌骨延长术（可选）（ ≥ 5 例/年）。 |
| | 7、新生儿外科 (≤ 6 个月) | 1、消化道畸形的诊断和治疗。 2、腹部肿瘤的手术治疗。 3、肠造瘘术。 4、先天性肥厚性幽门狭窄的腹腔镜手术治疗。 5、骶尾部畸胎瘤切除术。 6、低位无肛手术。 （符合 5 条即可） | 1、巨型脐膨出和腹裂的手术。 2、新生儿腹腔镜辅助诊断及手术。 3、经腹或经肛门先天性巨结肠根治术。 4、腹腔镜下先天性巨结肠根治术。 5、前矢状入路或后矢状入路肛门成形术治疗肛门直肠畸形。 6、腹腔镜下肛门成形术治疗肛门直肠畸形。 7、胆道闭锁的手术治疗：肝门空肠 Roux-Y 吻合胆道重建术。 8、胆管扩张症的手术治疗：囊肿切除+胆道重建术。 9、腹膜后肿瘤切除术。 10、腹腔镜下消化道畸形的诊断和治疗。 11、腹腔镜辅助治疗。 |

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|---------|--|---|--|
| | | | 12、新生儿食管闭锁的手术。 13、新生儿膈疝修补术。 14、早产儿（≤34周）或低体重儿（≤2000g）手术。 （符合8条即可） |
| 三、急诊医学科 | | 1、心肺复苏术（CPR）。 2、重度昏迷，颅内高压的诊断与急救。 3、休克的抢救。 4、多脏器功能障碍综合征的早期诊断与抢救。 5、呼吸衰竭的抢救。 6、急性中毒的抢救。 7、癫痫持续状态的抢救。 8、糖尿病酮症酸中毒的抢救。 9、脓毒症的规范化诊治。 10、常频呼吸机的应用。 11、重症脑炎的诊断与治疗。 12、哮喘危重状态的抢救。 | 1、开展亚低温治疗。 2、常频、高频呼吸机的应用。 3、多脏器功能衰竭的监护、抢救。 4、呼吸功能（含呼吸力学和呼气末二氧化碳）和血气动态监测。 5、连续性有创血压监测（必选）。 6、ARDS的诊断和抢救。 7、床旁血液净化治疗（连续肾脏替代、血浆置换，血液灌流等）。 8、有创血流动力学监测：PiCCO，CVP，动脉血压等（至少开展一项）。 9、床边即时检验（POCT）：包括血气分析、血电解质、乳酸、血红蛋白、异常血红蛋白、凝血功能、PCT，D-二聚体、脑钠肽、心肌损伤标志物等（至少开展三项）。 10、独立开展纤维支气管镜（可选）。 11、重症超声（可选）。 12、ECMO（可选）。 |
| 四、麻醉科 | | 1、麻醉前评估、准备及制定麻醉实施方案。 2、手术病人进行有创和无创的血压、心率、心电、血氧饱和 | 1、单侧肺通气技术、（支气管阻塞器的应用）（≥50例/年）。 |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|---------|---|---|
| | <p>度及体温的连续定量检测；全麻病人进行呼气末二氧化碳监测。</p> <p>3、各种阻滞麻醉、吸入麻醉、静脉全麻和复合麻醉。</p> <p>4、各专科手术和麻醉处理。</p> <p>5、低温麻醉、控制性降压、体外循环麻醉并具备相应的监测设备和技能。</p> <p>6、危重、疑难病人（休克、创伤、脏器功能不全等）手术进行麻醉处理的条件和技能。</p> <p>7、围术期危重病人监测和抢救工作，设置麻醉恢复室（RR床位与手术台数比例为1:2~4）。</p> <p>8、术后镇痛、无痛诊断性检查的条件和技能。</p> <p>9、机械通气支持的条件与技能。</p> <p>10、高喉头喉镜处理困难气管插管的技能。</p> <p>11、异型气管导管和喉罩的应用。</p> <p>12、心脏、心肺复苏、除颤起搏技术和设备。</p> | <p>2、新生儿心脏手术麻醉（≥10例/年）。</p> <p>3、早产儿手术麻醉。</p> <p>4、新生儿唇裂修补手术麻醉（≥10例/年）。</p> <p>5、儿童脑肿瘤手术麻醉（≥20例/年）。</p> <p>6、经食道超声心动图检查（≥100例/年）。</p> <p>7、视频喉镜气管插管技术（≥2000例/年）。</p> <p>8、麻醉深度监测技术。</p> <p>9、肌松监测技术。</p> <p>10、自体血回输技术（≥100例/年）。</p> <p>11、血栓弹力图检测技术。</p> <p>12、出凝血功能检测技术。</p> <p>13、超声引导深静脉穿刺、神经阻滞技术（≥200例/年）。</p> <p>14、复杂困难气道（小下颌）等处理技术。</p> |
| 五、康复医学科 | <p>康复评定（≥300例/年）</p> <p>1、脑损伤早期评估。</p> <p>2、运动功能。</p> <p>3、平衡与协调功能。</p> <p>4、语言评定。</p> <p>5、感知和认知功能。</p> <p>6、日常生活自理能力。</p> <p>康复治疗（≥1000人次/年）</p> | <p>康复评定（≥900例/年）</p> <p>1、临床步态分析。</p> <p>2、吞咽功能评定。</p> <p>3、电生理。</p> <p>4、“ICF 评定”</p> <p>5、“神经肌肉病的评定”</p> <p>康复治疗（≥3000人次/年）</p> <p>1、力量和耐力训练。</p> |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|---------|---|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1、运动疗法。 2、作业治疗。 3、言语治疗。 4、水疗。 5、物理因子治疗（电、磁、超声等）。 6、中国传统康复治疗（中医针灸、推拿）。 7、矫形器应用和训练。 8、高压氧治疗。（可选） | <ol style="list-style-type: none"> 2、神经—肌肉促进技术。 3、平衡/协调训练。 4、转移训练。 5、感觉统合训练。 6、吞咽治疗。 7、感知和认知障碍的训练。 8、神经阻滞治疗。 9、儿童康复机器人。 10、早期干预。 11、悬吊训练。 12、核心稳定性训练。 13、引导式教育。 |
| 六、儿童保健科 | <ol style="list-style-type: none"> 1、健康体检与生长监测。 2、神经心理发育测验与评价。 3、语言发育评估与指导。 4、营养状况评估与指导。 5、生长发育迟缓的诊断/治疗/预防。 6、营养相关疾病的诊断/治疗/预防。 7、高危儿的随访和早期干预。 8、儿童保健的调查研究和评估。 9、疾病预防与保健指导。 10、健康教育。 | <ol style="list-style-type: none"> 1、儿童孤独症的诊断、教育及训练（可选）。 2、儿童多动症的诊断、教育及治疗。 3、慢病儿童（肥胖，营养不良，过敏，发育迟缓等）生长发育的管理。 4、心理咨询与指导。 |
| 七、眼科 | <ol style="list-style-type: none"> 1、常见屈光不正的诊断和治疗。 | <ol style="list-style-type: none"> 1、眼球贯通伤缝合术。 |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|---------|--|--|
| | 2、弱视的诊断和综合治疗。 3、开展眼科超声检查。 4、睑内翻倒睫手术治疗。 5、先天性鼻泪管阻塞的冲洗探通治疗。 6、水平斜视的手术治疗。 | 2、复杂斜视的手术治疗（≥30例/年）。 3、泪道置管手术。 4、上睑下垂手术治疗（≥20例/年）。 5、先天性白内障手术治疗（≥30例/年）。 6、先天性眼底疾病筛查、早产儿视网膜病变筛查及干预。 7、开展视觉电生理检查。 |
| 八、耳鼻咽喉科 | 1、食道异物取出术。 2、扁桃体切除术。 3、内窥镜下腺样体切除术。 4、睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断与治疗。 5、听功能评估技术（耳声发射、声导抗、电测听、脑干诱发电位）。 6、耳前瘘管切除术。 7、外耳异物取出术。 8、鼻腔异物取出术。 9、咽部异物取出术。 10、扁桃体消融术。 11、支撑喉镜下喉部手术。 12、体内外变应原检测与变应原特异性免疫治疗。 13、外耳及外耳道良性肿瘤切除术。 | 1、改良根治术+鼓室成形术。 2、电子耳蜗植入。 3、儿童功能性鼻窦内窥镜手术。 4、婴幼儿听力减退诊断与干预技术。 5、发声功能评估技术（含纤维喉镜或电子喉镜检查）。 6、气管镜下异物取出术。 7、耳廓支架置入术/耳廓支架取出术（可选）。 8、甲状舌骨囊肿切除术。 9、鼻甲射频消融术。 10、鼻内镜下腺样体消融术。 11、食道扩张支架去除（可选）。 12、外耳道成形术。 13、小耳畸形耳廓再造术。 14、耳聋的基因诊断。 15、头颈部鳃裂囊肿、瘘管切除。 16、梨状窝漏手术。 17、新生儿喉软化手术。 |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|-------|---|--|
| 九、口腔科 | 1、龋病的诊断、充填治疗。 2、牙髓根尖周病的诊断、治疗设计和根管治疗。 3、氟化物防龋。 4、窝沟封闭术。 5、口腔粘膜病诊断治疗。 6、多生牙拔除术。 7、口腔颌面软组织损伤清创术。 8、唇、舌系带修整术。 9、乳牙早失间隙保持术。 10、口腔不良习惯矫治术。 11、功能矫治。 | 1、根管治疗术。 2、活髓切断术。 3、根尖诱导成形术。 4、咬合诱导。 5、牙外伤的处理。 6、X线头影测量及模型分析诊断。 7、乳牙期、替牙期错殆畸形矫治术。 8、恒牙期固定矫治术。 |
| 十、皮肤科 | 1、药疹的诊断和治疗。 2、皮肤良性肿瘤的诊断和治疗。 3、病毒性疱疹皮肤病诊断和治疗。 4、特应性皮炎的诊断和治疗。 5、银屑病、湿疹、脓疱疮、白癜风、荨麻疹、多形红斑等皮肤病的诊治。 6、微波与冷冻治疗。 7、皮肤真菌镜检。 | 1、重度药疹的治疗（≥5例/年）。 2、遗传性皮肤病的诊疗（≥5例/年）。 3、皮肤病理。 4、皮肤病光疗。 5、过敏源检测（血清和/或皮肤）。 6、皮肤病激光和医学美容治疗。 |

备注：临床科室如设置实验室，需符合国家、省有关规定。

2、三级儿童医院医技科室技术标准（重点科室应同时达到一般科室的标准）

| 专科 | | 一般科室 | 重点科室 |
|---------|---------|--|--|
| 一、医学影像科 | 1、放射科 | <p>设备要求:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、大型 X 线机、DR、胃肠造影机。 2、床边摄片机、C 臂 X 机。 3、螺旋 CT。 4、MR。 5、DSA。 6、数字化儿童牙科正畸全景设备。 7、PACS 系统。 <p>影像诊断学要求:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、能开展 X 线摄影(包括 CR 或 DR)、床旁摄影及相应诊断等。 2、能开展心、血管、呼吸、胆道、胃肠道、脑、内分泌、泌尿生殖系等影像学检查及诊断。 3、能开展全身各部位的 CT 检查及诊断。 4、能开展全身 MR 检查及诊断。 5、能开展符合儿童特点的介入放射(包括肠套叠空气整复术、先心病的介入诊断治疗、实体瘤血管化疗灌注)。 6、能开展新生儿疾病的影像诊断。 7、能开展 HRCT、CT-MRP、CT-MIP、CT-MinIP、CT-VR 重建。 8、能开展 MR 三维重建、MR 水成像、MR 血管成像、MR 弥散成像。 | <p>设备要求(除一般科室拥有的设备外):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、数字化胃肠造影机。 2、多排螺旋 CT。 3、高场 MR。 4、大型 DSA。 <p>影像诊断学要求:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、能开展无创性心脏功能成像(≥ 10 例/年)。 2、能开展全身血管的影像学诊断。 3、能开展 CT 介入穿刺活检(≥ 5 例/年)。 4、能开展 CT 仿真内镜成像。 5、能开展心脏 MR(≥ 10 例/年)、MR 波谱成像(≥ 20 例/年)、MR 化学位移成像。 6、能开展 MRI 脑部的纤维束(DTI/DTT)成像。 7、能开展脑部 MRI 的 SWI 成像。 8、能开展 MRI 灌注成像。 9、能开展 DSA 下的脑血管造影(≥ 30 例/年)。 |
| | 2、超声诊断科 | <p>设备要求:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、彩色多普勒超声诊断仪。 2、床边超声诊断仪。 3、超声骨密度测定仪。 | <p>设备要求(除一般科室拥有的设备外):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、高档多功能彩色多普勒超声诊断仪、配备心脏三维检查软件。 2、配有各种多功能探头[包括高频探头(7、 |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|-------|---|--|
| | <p>超声诊断要求：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、开展儿童腹部的超声检查与诊断（包括消化、泌尿、生殖系统和小儿肠套叠的超声诊断）。 2、浅表小器官的超声检查与诊断（包括甲状腺、眼睛、睾丸、卵巢和内分泌疾病）。 3、儿童纵隔、胸膜病变的超声检查与诊断。 4、先天性心脏病的超声检查与诊断、血管病变的超声检查与诊断。 5、床边急诊超声检查与诊断。 | <p>5~10mHZ)、腔内探头（含食管内探头）。</p> <p>3、PACS 系统</p> <p>超声诊断要求（除一般科室要求之外）：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、儿童心脏超声功能成像。 2、复杂/紫绀型先天性心脏病（5 种及以上）超声诊断。 3、介入超声检查诊断和治疗性穿刺。 4、经食道心脏超声检查（≥20 例/年）。 5、发育性髋关节发育不良的超声检查（≥50 例/年）。 6、新生儿头颅超声检查（≥100 例/年）。 |
| 二、检验科 | <ol style="list-style-type: none"> 1、常规开展 350 项临床检验收费项目（以检验报告单项目为准），不得开展法定已淘汰的项目和方法；专业设置应包括临床血液学、临床体液学、临床化学、临床免疫学、临床微生物学、临床分子生物学。检验仪器、校准品、质控品、试剂、耗材三证齐全，性能参数经验证符合国家有关部门标准和准入范围。POCT 项目（如快速血糖、血气、心肌标志物等）设备比对率达 85%。 2、各专业开展项目及技术要求 <ol style="list-style-type: none"> （1）临床血液学：开展血常规、溶血、凝血、纤溶和血小板聚集功能检测等试验；血常规检查有显微镜复检规则（假阴性率不超过 3%），复检应在报告中说明。 （2）临床体液学：开展各种体液（尿液、粪便、痰液、脑脊液、胸腹水、尿道分泌物、阴道分泌物、各种穿刺液等）的物理、化学、涂片检查；尿沉渣分析仪有显微镜复检规则（用水平离心机获取沉渣）， | <ol style="list-style-type: none"> 1、常规开展临床检验收费项目大于 500 项。POCT 项目全院设备比对率达 100%。 2、应用质谱和/或基因测序等技术。 3、所有专业的检测项目均常规开展用外对照质控物进行的室内质控工作，室内质控项目数占开展的总项目的 90%，80%的项目的 RCV 符合小于国家推荐要求；参加国家卫计委临床检验中心组织的部分室间质评活动，参加江苏省临床检验中心组织的全部室间质评活动合格率大于 90%。 4、有 2 名以上检验医师，应负责检验项目的临床应用培训和咨询，参加临床会诊；建立实验室参考范围；负责检验结果的解释；定期参 |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|----|--|--|
| | <p>复检应在报告中说明。</p> <p>(3) 临床化学：开展蛋白、酶类、脂类、电解质、心肌标志物、蛋白电泳、激素、代谢产物、血气分析等检测。</p> <p>(4) 临床免疫学：开展体液免疫、细胞免疫、病原体血清学（重点包括消化、呼吸以及神经系统的病毒标志物）、肿瘤标志物、自身抗体、特定蛋白、过敏原等检测； ELISA、发光等技术检测病原体标志物等定性项目应设置灰区范围。金标等 POCT 技术检测病原体标志物结果只用于粗筛仅供临床参考，不能作为临床诊疗活动依据。</p> <p>(5) 临床微生物学：开展涂片、染色、培养、鉴定、药敏等试验及耐药因子的检测；微生物鉴定到种，药敏试验的抗生素应及时更新并满足临床治疗和临床耐药性监测；全年细菌培养阳性率不低于 25%，有苛养菌、厌氧菌的培养阳性记录；血培养阳性率\geq8%；无菌样本占比\geq25%。</p> <p>(6) 临床分子生物学：实验室必须获得省临床检验中心技术验收合格才能开展病原体、肿瘤、个性化用药、生殖遗传等相关基因项目检测。</p> <p>3、建立实验室质量体系，所有开展项目均建立 SOP 文件，所有用于检测的仪器设备均建立校准、操作、维护的 SOP 文件，保留工作相关记录。</p> <p>4、制定《检验项目医生手册》和《标本采集运输手册》。对标本能全程跟踪，采集、接收、报告等时间点明确真实，检验结果回报时间(TAT)明确可查。部分检验结果要有儿童的参考区间。</p> <p>5、所有专业的检测项目均常规开展用外对照质控物进行的室内质控工作，室内质控项目数占开展的总项目的 85%以上，RCV 符合省推荐</p> | <p>加查房，参加临床疑难病例讨论会。</p> <p>5、开展少见或特殊检验项目；对辖区内下级医院检验科的疑难检验结果给予指导和帮助，如进行可疑结果的确认实验。</p> <p>6、根据国际/国家实验室管理标准和规范进行实验室管理（如 ISO15189 认可）。</p> |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|------------|---|---|
| | <p>要求：须参加江苏省临床检验中心组织的各专业项目的室间质评活动，参评率 100%，合格率大于 80%。参加国家卫生健康委临床检验中心组织的部分特殊项目室间质评活动，合格率 > 80%。</p> <p>6、实验室信息管理系统（LIMS）与医院信息系统（HIS）联网。实验室信息管理系统（LIMS）功能至少应包括检验项目申请、标本采集时间、接收时间、检测时间、报告时间，室内和室间质量控制，试剂与仪器管理，标本条形码管理，检验报告发送和查询、质量体系文件管理、实验室温湿度监控等。具有完整的国家卫生健康委临床检验质控中心规定的质量指标的统计模块。</p> <p>7、检验报告格式及内容符合《病历书写基本规范》《江苏省病历书写规范（第 2 版）》要求，有报告审核制度及记录，有危急值报告制度及记录。</p> <p>8、实验室生物安全符合《江苏省临床实验室生物安全规范》要求。</p> | |
| 三、病理科 | <ol style="list-style-type: none"> 1、全身各部位活体组织病理检查与诊断。 2、细胞病理学检查与诊断。 3、开展手术中快速活体组织病理学检查与诊断。 4、儿科疑难疾病的病理诊断。 5、应用免疫组织化学技术（或免疫荧光技术）、特殊染色技术辅助诊断。 6、常规切片优良率 ≥ 90%。 7、完成小儿的全身尸体剖验检查与诊断，特殊部位的尸体剖验检查与诊断，猝死的病理诊断（可选）。 | <ol style="list-style-type: none"> 1、进行疑难病理会诊，指导下级医院的工作。 2、开展原位杂交技术辅助病理诊断。 3、开展基因突变检测和基因测序，为个体化治疗提供依据。 |
| 四、药学部（药剂科） | 1、调剂工作 | 1、有经国家食品药品监督管理局认证批准的 |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|----|---|--|
| | <p>(1) 门诊药房：实行大窗口或柜台式发药；有为特殊病人的服务规范及窗口；有特殊药品调配窗口、有专门的门诊咨询窗口或咨询室。</p> <p>(2) 中药房：能提供中药饮片的调剂和煎煮等服务。</p> <p>(3) 急诊药房：设置在急诊科内；有符合急诊救治需要的药品；有24小时的药学调剂服务。</p> <p>(4) 住院病区药房：有符合收治住院患者临床诊疗需要的药品，口服药品实行单剂量调配，注射剂按日剂量调配。根据诊疗需求设定病区基数药品目录及急救车药品目录，并定期检查。有夜间临时医嘱取药的程序。</p> <p>(5) 逐步建立静脉药物配置中心（室），能开展肠外营养、细胞毒药品和其他的静脉药物集中调配工作。</p> <p>(6) 药品调剂的质量管理：有调配药品“四查十对”的标准操作规程。有医师及药师签字留样，签名与药房留样的符合率达到100%；门诊处方每张药品数≤5个品种；门诊处方、住院医嘱审核率100%；门诊处方（含中药饮片）复核率100%；普通处方调配合格率≥95%；麻醉药品、精神药品处方合格率100%。门诊处方与住院医嘱用药药品名称通用名（化学名）使用率达100%。调配药品的出门差错率≤0.1%；饮片配方总量误差≤±5%；调配药品用法用量标示率达100%；药学技术服务满意度≥90%。</p> <p>2、药品供应工作</p> <p>(1) 药品供应率≥95%；发出药品质量合格率100%；药品库存周转率少于15日；无假药、劣药，无保健药品；帐帐相符、帐物相符，盘点误差率±3%；年报损金额≤0.5%（饮片≤1%）。</p> <p>(2) 有抗菌药物、特殊药品、药品效期、药品遴选、药品引进和淘</p> | <p>国家药物临床研究机构。</p> <p>2、有国家级临床药师培训基地，有经规范化培训的带教临床药师不少于3名。（可选）</p> <p>3、有与HIS联网运行的药学信息管理系统及合理用药系统，能实时动态地提供临床药学信息咨询服务及药物使用监管。</p> <p>4、HIS联网的全医嘱审核系统，住院患者用药医嘱须经药师审核通过后方可执行。</p> <p>5、配备专职临床药师≥10人，专职临床药师至少参与10个以上专科、10种以上疾病的药物治疗，书写药历≥100份/年。</p> <p>6、审核全院临床路径即单病种用药规范，合理率达100%。</p> <p>7、有药师专科门诊或联合门诊，参与院内多学科综合治疗(MDT)。</p> <p>8、有对特定的药物或特定疾病的药物（如国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、辅助治疗药物、激素、及肿瘤患者和围手术期用药等）使用情况进行的专项处方点评，点评涵盖范围不少于四种，每种每年不少于4次。</p> <p>9、有治疗药物浓度监测室，治疗药物监测数≥10项，并常规开展室内质控及室间质评活动。</p> |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|----|---|---|
| | <p>汰等的管理制度与程序；制定并定期修订本医疗机构《抗菌药物目录》、《基本用药目录》和《医院处方集》，每年增减调整药品率≤5%。</p> <p>（3）基本药物的采购使用基本符合要求；抗菌药物临时采购、使用符合要求。</p> <p>3、制剂与药检工作</p> <p>制剂室必须具有省食品药品监督管理局颁发的有效的《医疗机构制剂生产许可证》，制剂品种必须具有药品监督管理局批准的制剂生产文号，有制剂质量标准；药检室制剂检验率 100%。</p> <p>4、临床药学工作</p> <p>（1）临床药师工作：配备专职临床药师≥5 人；参与 3 个以上专科、5 种以上疾病的药物治疗；临床药师参与临床查房、医嘱审核、会诊与抢救、病例讨论、药学查房、药学监护；书写药历≥50 份/年；进行治疗药物监测，推行个体化给药方案；临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间≥85%。</p> <p>（2）药物不良反应监测：药学部有医院药品不良反应监测办公室；有药品不良反应监测报告程序、分析与评估等制度；有药品不良反应处置机制流程。</p> <p>（3）建立有医院抗菌药物临床应用管理领导小组、抗菌药物专家指导小组、抗菌药物临床应用管理办公室，有完善的工作机制，抗菌药物实行分级管理，按“非限制使用、限制使用和特殊使用三个等级”在 HIS 系统设置有临床医师相应的使用权限。定期开展抗菌药物临床应用监测与评价。</p> <p>（4）合理用药管理：会同医疗管理部门，制定药物临床应用评价标准，落实处方点评制度，开展合理用药监测与管理工作。对临床不合</p> | <p>10、有药物基因组学检测实验室，能开展个体化用药服务。</p> <p>11、新的及严重药品不良反应报告数量大于全部数量的 15%，建立用药错误监管制度及流程。</p> <p>12、说明书用药管理制度、流程，有定期对超说明书用药处方医嘱进行点评制度。</p> |

| 专科 | 一般科室 | 重点科室 |
|----|---|------|
| | 理用药、药品异动情况通报或公示。每月门急诊处方的抽样率不应少于总处方量的 1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于 30 份。 （5）药物信息服务：有药学信息情报室,每季出版指导临床合理用药的药物讯息。 | |

备注：附件 1 中缺输血科医疗服务能力参考标准，目前输血科只有《江苏省医疗机构输血科（血库）建设管理规范（暂行）》，具体见附件 2。

附件 2：第三章 3-3-5-28 输血科医疗服务能力参考标准

江苏省医疗机构输血科（血库）建设管理规范（暂行）

一、总则

第一条 为了加强医疗机构临床输血管理，规范输血科（血库）建设，保证临床用血安全，根据《中华人民共和国献血法》、卫生部《医疗机构临床用血管理办法（试行）》及《临床输血技术规范》等有关规定，结合我省实际，制定本规范。

第二条 输血科（血库）是医院开展输血相关诊疗活动和提供其它输血服务的科室。本规范是医院输血科（血库）建设管理的基本标准，是对医院输血科（血库）检查评价的基本依据。

第三条 本规范包括医院输血科（血库）科室设置、功能与任务、建筑与设施、人员配置、仪器设备、原辅材料、安全卫生、业务管理、计算机管理和质量管理等。

第四条 医疗机构应当加强临床输血管理，设立由院领导、业务主管部门、相关科室负责人及专家组成的临床输血管理委员会，贯彻落实临床用血相关法律法规，规范、指导和监督临床用血工作；协调处理临床用血工作中的重大问题；开展临床科学、合理、安全用血的教育和培训。

二、科室设置

第五条 医疗机构开展临床输血业务，应设置输血科、血库或指定相关科室负责。

第六条 三级综合医院、年用量大于 5000 单位的三级专科医院和二级综合医院应设置独立建制的输血科；未设置输血科的二级及以上医院应设立独立血库；二级以下医院应由检验科负责开展临床输血业务，并参照血库标准进行建设管理。

承担辖区内临床用血储存任务的医疗机构应设立输血科或独立血库，履行储血点和输血科（血库）功能。

三、功能与任务

第七条 输血科在医院临床输血管理委员会的领导下，负责医院临床用血管理，指导临床输血技术应用，参与临床输血会诊，配合临床实施输血治疗，开展输血科研与教学。

血库在医院临床输血管理委员会的领导下，负责医院临床用血管理，推广临床输血技术应用，参与临床输血会诊。

第八条 根据临床用血需要，制定用血计划，定期向供血机构申报用血计划，做好血液储存、发放工作。

承担储血点任务的输血科（血库）还应做好辖区内医疗机构临床用血的血液储存、发放工作。

第九条 按照卫生部《临床输血技术规范》的要求，为临床输血提供血型鉴定、交叉配血、血清抗体筛选和输血相关实验室诊断。

第十条 对输血工作实施全面质量管理，加强血液质量控制。

第十一条 负责临床用血制度执行情况的监督检查，开展临床输血疗效的评估，建立临床输血预警系统。

第十二条 及时向供血机构反馈血液质量和服务质量等问题。

第十三条 做好无偿献血、互助献血、临床用血政策的宣传，并配合做好相关事宜。

四、建筑与设施

第十四条 输血科(血库)业务用房的使用面积应满足其功能和任务的需要，输血科不少于 200m²，血库不少于 80m²。

第十五条 业务用房应靠近病区 and 手术室，环境洁净、采光良好、空气流通，符合卫生学要求，应具备双路供电和畅通的通讯设施。

第十六条 输血科至少应设置储血室、配血室、发血室、值班室、办公室、洗涤室及库房；血库至少应设置储血室、配血室、发血室、值班室。各室布局、流程应合理。

第十七条 应有存放易燃、易爆和有腐蚀性等危险品的安全场所。

第十八条 消防、污水处理、医疗废物处理等设施应符合国家相关规定。

五、人员配置

第十九条 输血科（血库）人员的配备应与其功能任务相适应。年用血量大于 10000 单位的，应至少配备 8 人，其中临床医学专业至少 1 人；年用血量在 5000-10000 单位的，应至少配备 6 人，有条件的应配备临床医学专业人员 1 名；用血量在 5000 单位以下的，至少配备 4 人；未设置输血科（血库）的，应由检验科指定专人负责输血工作。

第二十条 输血科（血库）人员应具有医学中等以上学历及初级以上卫生技术职称，并经过临床输血专业知识和操作技能的培训。其中医学检验技术人员比例不低于 70%，卫生技术人员高、中、初级职称比例 1:3:5 为宜。

第二十一条 输血科主任应具有医学大学本科以上学历或高级卫生技术职称，从事临床医疗或医技工作五年以上，有丰富的临床输血相关专业知识及一定的管理能力，并能成为医院输血医学学科带头人。

血库主任应具有医学大学专科以上学历或中级卫生技术职称，从事临床医疗或医技工作三年以上，有临床输血相关专业知识及一定的管理能力。

六、仪器设备

第二十二条 仪器、设备的配置应能满足输血科（血库）业务工作的需要(见附件 1)。

第二十三条 使用的仪器、设备应符合国家相关标准。仪器、设备的生产商和供应商应具有国家法律、法规所规定的相应资质。

第二十四条 建立和实施仪器设备的确认、维护、保养、校准和持续监控等管理制度，明确维护和校准周期，所有设备必须满足预期使用的要求。

第二十五条 计量器具应符合检定要求，有明显的检定合格标识。

第二十六条 关键设备应有惟一性标签标记，维护、校准及使用记录完整，并有专人负责管理。

第二十七条 应有输血科（血库）关键设备发生故障时的应急预案，明确应急措施实施的人员及职责。

七、试剂与材料

第二十八条 建立和实施血型鉴定、交叉配血等试剂与试验材料管理制度。包括试剂与材料生产商和供应商的资质评估，试剂与材料的评估、选购、验收、储存、登记、发放、使用以及库存管理等。

第二十九条 试剂与材料生产商和供应商应具有国家法律、法规所规定的相应资质。选用的试剂与材料应符合国家相关标准，并能保证供给。

第三十条 每批试剂与材料使用前应进行确认并记录，记录应包括确认的人员、方法、质量控制方法和接收标准等。

八、安全与卫生

第三十一条 应遵从《实验室生物安全通用要求》中的相关规定。

第三十二条 应建立和实施输血科(血库)安全与卫生管理制度。

第三十三条 工作场所清洁区、半清洁区和污染区分区明确，标识清楚。应制定与实施清洁和消毒规程，配备消毒灭菌和环境温度、湿度控制设施，并持续监控和记录；有安全防护与急救设施，标识醒目。储血室、治疗室应符合《医院感染管理规范》II类环境要求。

第三十四条 应严格执行《医疗废物管理条例》、《医院感染管理规范》、《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》等有关规定，防止交叉感染。

第三十五条 应建立工作人员健康档案，每年对工作人员进行一次经血传播病原体感染情况的检测（包括HBsAg、抗-HCV、抗-HIV和梅毒），患有经血传播疾病的人员不得从事输血科（血库）相关工作。

第三十六条 应限制非授权人员进入输血科(血库)工作区域。

九、业务管理

第三十七条 建立健全输血科（血库）各项工作制度和岗位职责（附件2）。

第三十八条 按照卫生部《临床输血技术规范》的要求，制定并实施本单位血液接收、核查、保存、发放、收回、报废、输血相容性检测及相关实验诊断的技术操作规程，确保临床用血安全。

第三十九条 临床所用血液必须由卫生行政部门指定的采供血机构提供，不得使用非指定机构提供的血液和原料血浆，不得向其他医疗机构提供血液。严禁违规自采自供血液和再分离制备血液成分。

第四十条 制定本院年、月、周用血计划，定期向供血单位申报；根据临床用血情况，设定本单位各类血液品种的安全库存量，一般不少于 3 天日常急诊用量；根据供血单位血液库存信息，协调临床医疗择期用血。

第四十一条 推行科学、合理、有效、安全的临床输血，积极开展成分输血和自身输血，为临床提供咨询和服务。

第四十二条 输血科（血库）应指导取血人员做好血液运送过程中冷链的保护，有权拒绝非医护人员或未接受培训人员取血。

第四十三条 应建立输血不良反应报告处理规程，有专人负责对临床输血不良反应进行调查与处理。遇到重大输血事故或血液质量问题应及时向医院临床输血管理委员会、供血机构和当地卫生行政部门报告。

第四十四条 开展的业务工作范围

（一）血型血清学检测（附件 3）

（二）输血科可根据临床需要，开展自身输血、病理性血液成分去除、血浆置换及全血置换等输血治疗。

十、质量管理

第四十五条 医院法定代表人为输血质量管理的第一责任人，输血科负责人为输血质量管理的具体责任人，输血科所有员工对其职责范围内的质量负责。

第四十六条 质量管理应符合国家法律、法规标准的要求。

第四十七条 输血科（血库）人员应接受质量管理培训，定期考核评估，并建立业务技术档案。

第四十八条 开展输血新技术必须经过审核确认。

第四十九条 应建立输血科(血库)会议制度,定期对输血质量和技术问题进行分析、评估与持续改进。

第五十条 每月对本院用血情况统计分析,并向医院临床输血管理委员会报告输血管理工作。及时向临床科室反馈临床用血情况并给予指导。

第五十一条 建立与实施输血文案保存管理规程。从血液入库、配血到发放的全过程记录应完整,保证其可追溯性。记录内容真实、项目完整、清晰可辨,更改应留有原记录痕迹并有更改者签名。记录保存应符合国家相关规定,病人用血记录至少保存 10 年。

十一、计算机管理

第五十二条 应建立和使用临床输血计算机信息管理系统。血液入库、贮存、发放等整个过程应实行计算机管理。

第五十三条 采取有效措施保证数据安全,避免非授权人员对计算机管理系统的入侵与更改,制定严格的用户授权制度,控制不同用户对数据的查询、录入、更改等权限。定期对数据库进行安全备份及保存。

第五十四条 实施全省血液安全网络管理系统,并按要求执行。

十二、附则

第五十五条 本规范解释权归省卫生厅。

第五十六条 本规范自颁布之日起实施。

第五十七条 本规范下列用语的含义:

血液:指全血、血液成分。

输血:指根据病情的实际需要,患者输入血液或血液成分的过程。

冷链：指用于血液贮存和运输的系统，包含两个要素，一是组织和管理血液贮存和运送的人员；一是安全贮存和运送血液的设备。

年用血量：指全年全血与红细胞制剂用量之和。

输血文案：指输血科（血库）与血液工作有关的文字记录。

仪器设备

输血科必备设备：贮血专用冰箱（ $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ ）、贮血专用低温冰箱（ -200C 以下）、标本贮存冰箱、试剂冰箱、快速血浆融化仪、水浴箱、血型血清学专用离心机、普通离心机、微量移液器、普通光学显微镜、热合机、采血秤、血小板恒温振荡保存箱、普通天平、净化台、生物安全柜等。

有条件的输血科可配备：血细胞分离机、酶标仪、血液细胞分析仪、温控离心机、微量振荡器、红细胞洗涤机等。

血库必备设备：贮血专用冰箱（ $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ ）、贮血专用低温冰箱（ -200C 以下）、标本贮存冰箱、试剂冰箱、水浴箱、血型血清学专用离心机、普通离心机、普通光学显微镜、热合机、采血秤。

输血科（血库）岗位职责、技术操作规程和工作制度

一、各级各类人员岗位职责

1、输血科（血库）主任岗位职责

2、输血科（血库）工作人员岗位职责

二、技术操作规程

- 1、血液接收、入库、核查、保存、发放、收回、报废规程
- 2、临床标本采集、运送规程
- 3、标本接收、处理、保存、外送检测、安全处置规程
- 4、检测（实验）报告发放、收回、更改和重新签发规程
- 5、交叉配血操作规程
- 6、（ABO、Rh）血型鉴定操作规程
- 7、ABO 标准细胞配制操作规程
- 8、抗体效价测定操作规程
- 9、ABH 血型物质测定操作规程
- 10、不规则抗体筛选和鉴定操作规程
- 11、吸收、放散试验操作规程
- 12、新生儿溶血病鉴定操作规程
- 13、自身输血、输血治疗操作规程
- 14、输血前传染病因子检测项目操作规程
- 15、仪器使用操作规程
- 16、输血不良反应报告、登记、处理规程

- 17、差错的识别、报告、调查和处理的规程
 - 18、清洁和消毒操作规程
 - 19、突发事件应急管理预案（急救用血、关键仪器设备、供电、信息系统）
 - 20、室内质控、室间质评管理规程
 - 21、输血文案保存管理规程
 - 22、信息管理系统使用、维护管理规程
- 三、主要工作制度
- 1、输血科(血库)会议制度
 - 2、人员培训与技术考核制度
 - 3、值班制度
 - 4、差错事故的登记、报告制度
 - 5、血液质量监控管理制度
 - 6、仪器设备管理制度
 - 7、试剂与材料管理制度
 - 8、库房管理制度
 - 9、安全与卫生管理制度

10、医疗废物管理制度

输血相关实验室检查

输血科：

一、红细胞血型检查：ABO 血型正反定型、RhD 定型、唾液中 ABH 血型物质的测定、吸收放散试验、其它血型鉴定。

二、血型抗体的检测：不规则血型抗体筛选、不规则抗体特异性鉴定、血型抗体效价检测。

三、交叉配血试验（盐水介质+酶、聚凝胺、抗人球蛋白试验其中一项）。

四、有条件的单位应开展与临床输血相关的其他项目，如：新生儿溶血病检查、coomb's 试验、血小板抗体检测、白细胞抗体检测、白细胞 HLA 分型等。

血库：

一、红细胞血型检查：ABO 血型正反定型、RhD 定型。

二、血型抗体的检测：血型抗体效价检测、不规则血型抗体筛选。

三、交叉配血试验（盐水介质+酶、聚凝胺、抗人球蛋白试验其中一项）。