# 关于二级综合医院等级评审工作的申请

来源：网络 作者：风月无边 更新时间：2024-06-24

*第一篇：关于二级综合医院等级评审工作的申请医字〔2024〕号\*\*\*人民医院关于二级综合医院等级评审的申请\*\*\*卫生局：兹有\*\*\*人民医院，根据《\*\*\*市二级综合医院评价标准与实施细则（试行）》进行了自查自评，基本符合二级甲等医院要求，特申...*

**第一篇：关于二级综合医院等级评审工作的申请**

医字〔2024〕号

\*\*\*人民医院

关于二级综合医院等级评审的申请

\*\*\*卫生局：

兹有\*\*\*人民医院，根据《\*\*\*市二级综合医院评价标准与实施细则（试行）》进行了自查自评，基本符合二级甲等医院要求，特申请评审。

附自查汇总、总结、初审意见各三份。

申请单位：\*\*\*人民医院

2024年8月8日

\*\*\*卫生行政部门：

2024年8月8日

**第二篇：二级综合医院等级评审工作实施方案**

二级医院等级评审工作实施方案

各科室：

为进一步加强医院内涵建设，提升医院服务能力和管理水平，更好地满足人们群众就医需求，根据《卫生部二级医院等级评审标准和实施细则（2024年版）》要求，我院将正式启动二级综合医院等级评审工作，为确保创建工作有序、有力、有效推进，结合我院实际情况，特制定本方案。

一、指导思想

以《二级综合医院评审实施细则》为标准，以提高医疗质量、保证医疗安全、提升服务水平为核心，以等级医院评审工作为动力，进一步加强医院管理，强化科室建设及整体内涵建设，提升医院综合水平，促进医院管理、医疗质量、医院服务、医疗安全、诊疗效果、学科建设、技术水平和社会效益有明显提升；不断完善医院科学管理长效机制，提高医院整体实力和医院服务质量，促进医院全面、协调、可持续发展。

二、组织领导

（一）、成立二级甲等医院评审领导小组 组 长： 副组长： 成 员：

（二）评审领导小组下设评审办公室，主 任： 副主任：

成 员：各职能科室负责人

（三）、领导小组下设五个迎评小组

1、管理组

（1）、管理组一组（行政管理组）组 长：

成 员：各职能科室负责人（2）、管理组二组（医政管理组）组 长: 成 员：各临床科室主任（3）、管理组三组（院感管理组）组 长：

成 员：各临床科室护士长

2、临床组（1）、临床组一组 组 长： 副组长： 成 员：

（3）、临床三组（护理管理组）组 长：

成 员：各临床科室护士长

3、药事、医技、门诊组

组 长： 成 员：

4、财务组 组 长： 成 员：

5、综合组 组 长： 成 员：

评审工作实行主要领导挂帅，分管领导主抓，职能部门及各科室各负其责的工作责任制。评审领导小组及评审办公室全面负责评审工作的组织协调工作。

各职能部门要克服畏难情绪，加强组织领导，明确责任分工，根据医院实方案，及时进行工作布置、落实，认真组织学习培训，加大督促指导、检查考核，做好资料的收集整理建册归档工作。各小组在组长的具体负责下，责任到人，有计划、有步骤地完成迎评工作。

三、实施步骤与要求

（一）第一阶段：学习动员阶段

1、医院召开全院职工动员大会，宣讲等级评审工作的重要性，布置实施方案、各阶段工作安排和工作要求，调动全院每一个职工的积极性，齐心协力，通力合作，扎扎实实地做好工作.2、评审办公室根据（2024年版）》的要求和我院实际情况，分解任务，落实到科室部门和责任人。

3、各临床科室应紧密联系工作实际，认真学习《二级综合医院评审标准》按照要求，逐条落实，做好本科室评审工作计划，落实工作措施，召开工作会议，做好宣传发动工作。

4、根据医院阶段性工作重点，利用网站、宣传栏、医院信息等多种形式广泛宣传、层层动员。营造“人人参与、事事关系”的浓厚氛围。

（二）第二阶段：自查整改阶段

1.各职能部门及科室，根据本部门、科室的工作情况，按照评审标准的要求，逐条对照检查，对没有做到位的工作及时完善。各职能部门及科室工作要衔接，各种资料要相互对应。努力做到能得到的分坚决不能丢。

2、医院统一组织模拟评审检查方式，针对普遍问题、薄弱环节，重点突破，分组进行一次全院达标自查，对医院达标工作进行全面考评验收。

3、根据模拟考评验收得分情况，全院反馈，进一步查漏补缺。

4、评审领导小组收集、整理、审阅全套自查资料，并向卫生行政部门递交评审申请。

（三）第三阶段：持续整改提高阶段。

各科室部门根据检查检查反馈结果，找出工作中存在的不足，根据评审领导小组的整改意见，提出本科室部门具体的整改措施加以整改。重点是项目内容空缺部分，一定要在本阶段制定计划、逐一落实解决。

（四）第四阶段：冲刺迎评阶段

1、根据自查评分情况，对扣分项目进行梳理，对通过的项目予以总结。

2、对没有达标的项目进行最后冲刺，迅速全面整改，落实整改责任人，明确整改时间。

3、全院职工以良好的精神面貌、优质的服务、过硬的基本功和精湛的技术，迎接评审专家的考核评审。

等级评审工作量大，涉及到医院的方方面面，需要全院各科室全体职工的共同努力才能完成。医院各科室要围绕等级医院评审这个工作统一思想统一认识统一行动严格按照评审标准及实施方案落实具体工作。全院职工要以饱满的热情，积极的态度，扎实的工作，从我做起，从细节做起，找出差距，用实际行动弥补差距，团结一心，确保二甲医院评审顺利通过。

**第三篇：二级医院等级评审工作汇报材料**

XXX人民医院

二级甲等医院等级评审工作汇报材料

尊敬的各位领导、各位专家：

今天，大家冒着严寒莅临我院检查指导工作，我代表全院干部职工表示热烈的欢迎，并真诚的恳请你们对我院的工作提出宝贵的意见。

为贯彻落实卫生部2024年“医疗质量万里行”活动方案，进一步规范医院管理，促进医疗服务和医疗质量的持续改进，确保医疗安全，市卫生局制定了下发了《滨州市二级综合医院等级评审标准》（试行）方案。我院接到《试行标准》后，院领导高度重视，将此事列为头等大事进行专题研究和布置。多次召开各层次负责人会议对照标准逐条进行梳理，严格按标准要求落实到人，并利用行政查房、开调度会等方式进行了摸底排查，写出了自查报告和自评。

从自查和自评情况看，我们认为，我院能够达到二级甲等综合医院评审标准，但是，仍有许多地方需要进一步改进、完善和加强。在此，恳请各位领导、各位专家对我们的工作提出批评和建议，我们将以这次二级医院等级评审工作为动力，认真学习、借鉴兄弟单位的好经验、好做法，落实科学发展观，进一步将各项活动引向深入，勇于开拓、大胆创新，为医院健康持续发展进一步夯实基础。为认真做好这次二级综合医院等级评审工作，我院精心做了各项准备工作，将由各院长、科室主任等全力配合各位领导、各位专家做好审核工作，真诚恳请各位领导、各位专家直言不讳，多对我们的工作提出批评和建议，以促进我院各项工作再上一个新台阶，下面，请分组对我院工作进行检查。

2024年12月7日

**第四篇：二级综合医院等级评审应急预案与其他预案**

《云南省二级综合医院评审标准实施细则》中应急预案有如下条款：

1．4．1．1遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，主要承担本县域内突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。

1．4．3．2编制各类应急预案。（★重点）

1．4．4．1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。

1．4．4．2医院有停电事件的应急对策。

2．2．3．2有门诊突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。

3．5．2．1处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。

4．8．5．2 重症医学科有质量与安全管理相关预案、制度与质量与安全指标，医院与科室能定期评价，提出持续改进的具体措施。4．9．3．1为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。

4．14．2．4执行“特殊管理药品”管理的有关规定。

4．14．6．2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。（★重点）

4．15．2．5 实验室制订各种传染病职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。

4．15．2．8 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。

4．15．2．9实验室建立化学危险品的管理制度。

4．17．4．3制定放射安全事件应急预案并组织演练。

4．21．1．1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。

4．20．2．4 有紧急意外情况与并发症的紧急处理预案。

4．21．3．1 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。

4．25．6．1 加强对放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。

4．22．5．2 有明确的事故应急预案。可选

4．22．6．1 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组或由专人负责，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，按规定开展质量控制活动，并有记录。4．23．3．1医院有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案。5．3．5．2有危重患者护理常规及技术规范、工作流程及应急预案，对危重患者有风险评估和安全防范措施。

5．4．6．1有重点环节应急管理制度，有紧急意外情况的应急预案及演练。

5．5．1．3．手术室执行《手术安全核查》制度，有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制度，遵医嘱正确用药，有突发事件的应急预案。

5．5．2．3．规章制度、工作职责、工作流程健全，建立与相关科室的联系制度，根据需要及时改进工作。

5．5．3．1．有新生儿病室工作制度、护理管理制度、规范、岗位职责、工作流程、护理常规，有突发事件的应急预案或流程。

6．4．5．1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。

6．5．4．2 加强信息系统运行维护。

6．8．2．1水、电、气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。（★重点）6．8．3．3有突发食品安全事件应急预案。6．8．5．2 有应急预案，定期组织演练。6．8．7．1 消防安全管理。（★重点）

6．9．6．2用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。（★重点）

6．9．6．3建立全院保障装备应急调配机制。

预案有如下条款：

1．4．3．1 开展灾害易损性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。（★重点）

2．3．3．1 根据重大突发事件应急医疗救援预案，制定大规模抢救工作流程，保障绿色通道畅通。

3．7．2．1 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。

4．2．4．3 开展防范医疗风险确保患者安全的相关知识、技能的教育与培训。

4．3．3．1 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。

4．3．3．2 有新技术准入与风险管理。

4．3．4．1 有临床科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。

4．5．2．6 肿瘤化学治疗等特殊药物的规范使用。

4．12．3．2 制定康复相关的医疗文书书写要求、质量控质标准、康复意外紧急处置预案。

4．13．4．1 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。

4．15．2．9 有药品召回管理制度。

4．19．1．3 医院有临床输血反应处理规范和应急用血预案、采集血标本等制度与流程，并遵循。

4．19．4．5有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范。（★重点）

4．19．5．3 医院有紧急用血预案，并能得到落实。4．20．3．3 有医院感染暴发报告流程与处置预案。

5．2．2护理人力资源配备与医院的功能和任务一致，有护理单元护理人员的配置原则，有紧急状态下调配护理人力资源的预案。

5．3．8．1 有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。6．8．7．3 加强危险品管理。

**第五篇：二级医院等级评审核心条款[推荐]**

二级综合医院等级评审核心条款

第一章、医院功能任务

一.、1.1.2.1

主要承担常见病、多发病、部分疑难病的诊疗工作。可提供24小时急诊诊疗服务。（★）

【C】

1.有承担本辖区常见病、多发病、部分疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与 处置能力。

2.急诊部门独立设臵，承担本区域急危重症的诊疗。

3.预防、保健、康复独立设臵。

4.根据病源，与三级综合医院距离较远或危重病人转诊困难的二级医院的重症医学床位数可占医院总床位的2%。

5.医学影像可提供24小时急诊诊疗服务。

【B】符合“C”，并

1.重症医学床位占医院总床位的＞3%。

2.且符合重症评估标准的患者≥30%。

3.医学影像（含CT、超声）可提供24小时急诊诊疗服务。

【A】符合“B”，并

1.重症医学科床位占医院总床位的≥5%。

2.且符合重症评估标准的患者≥40%。

二、1.4.3.2

编制各类应急预案。（★）

【C】

1.根据灾害易损性分析的结果制订各种专项预案，明确应对不同突发公共事件 的标准操作程序。

2.制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各个 部门的责任和各级各类人员的职责以及应急反应行动的程序。

3.有节假日及夜间应急相关工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。

【B】符合“C”，并

编制医院应急预案手册，方便员工随时查阅，各部门各级各类人员知晓本部门 和本岗位相关职责与流程。

【A】符合“B”，并

定期并及时修订总体预案和专项预案，持续完善。

三、1.6.4.1

政府指令的受援的二级医院，应将“达标工作”任务作为院长目标责任制与医院工作计划，有实施方案，专人负责。（★）

【C】

1、受援的二级医院，应将“达标工作”任务作为院长目标责任制与医院 工作计划，有实施具体的方案。

2、有专人负责，对口支援工作，保证达标工作进行。

3、相关人员熟悉实施方案的相关内容。

【B】符合“C”，并

用当年案例证实在以下二方面能有提升：

（1）承担县域内居民的常见病、多发病、危急和部分疑难重症的诊治任务，解决影响群众生产生活的重大疾病能力有一定提升。

（2）开展24小时连续性急诊科院内急救服务，组织建立本县域内医疗急救服 务网络，承担日常院前急救救治任务的能力有一定提升。

【A】符合“B”，并

1.有数据及相关案例证实受援方案取得预定目标。

2.数据指标显示在严重外伤（颅腔、胸腔、腹腔内大出血，与其它威胁生命需

要紧急手术抢救）、急性心肌梗死（仅STEMI）、急性脑卒中等急危重症病人诊治效率及处理结果取得显著进步，其能力在本区域具有明显优势。

第二章

医院服务

四.2.3.4.2

对急性创伤、农药中毒、急诊分娩、急性心肌梗死、急性脑卒中、急性颅脑损伤、高危妊娠孕产妇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。（★）

【C】

1.医院对急性创伤、农药中毒、急诊分娩、急性心肌梗死、急性脑卒中、急性 颅脑损伤、高危妊娠孕产妇与高危新生儿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.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）责任明确，各司其职，确保患者能够获得连贯、及时、有效的救治。

3.急诊服务流程体系相关责任部门人员知晓履职要求。

【B】符合“C”，并

1.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。

2.有培训与教育，措施落实到位。

3.职能部门知晓与履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。

【A】符合“B”，并

危重症患者来源与救治能力在本区域具有优势明显。

五2.6.1.1

患者及其近亲属、授权委托人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务（★）

【C】

1.有保障患者合法权益的相关制度并得到落实。

2.医务人员尊重患者的知情选择权利，对患者进行病情、诊断、医疗措施和医 疗风险告知的同时，能提供不同的诊疗方案。

3.医务人员熟知并尊重患者的合法权益。

【B】符合“C”，并

1.患者或近亲属、授权委托人对医务人员的告知情况能充分理解并在病历中体 现。

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。

【A】符合“B”，并

持续改进有成效。

六、.2.7.1.1

贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。（★）

【C】

1.设立院领导接待室并执行院长接待入日制度、意见箱、投诉电话等。

2.设立专门科室、专职人员接待医疗纠纷投诉，并有登记记录。

3.定期对员工进行医疗纠纷案例分析、医疗安全教育培训及相关法律法规培训 和考试，有奖罚措施。

4.有投诉管理相关制度及明确的处理流程。

5.有明确的投诉处理时限并得到严格执行。

【B】符合“C”，并

1.实行“首诉负责制”，科室、职能部门处臵投诉的职责明确，有完善的投诉 协调处臵机制。

2.有配臵完善的录音录像设施的投诉接待室。

3.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】符合“B”，并

1.每季召开一次专题医疗纠纷投诉事件的讨论会，各科科主任均应参加通报 会。

2.职能部门对提出持续改进措施有成效评价的记录。

第三章

患者安全

七.3.1.2.1

在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。（★）

【C】

1.有标本采集、给药、输血或血制品、采集供临床检验及病理标本、发放特殊 饮食、诊疗活动及操作前患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让 患者或其近亲属、授权委托人陈述患者姓名。

2.至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、年龄、出生年月、年龄、病 历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。

3.相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。

【B】符合“C”，并

有规章制度和或程序规范各科室在任何环境和任何地点下都必须持续地履行 查对制度，识别“患者身份”。

【A】符合“B”，并

1.各科室对本科执行查对制度有监管。

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。

八3.3.3.1

有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。（★）

【C】

1.有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。

2.实施“三步安全核查”，并正确记录：

（1）第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓 名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻 醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

（2）第二步：手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手 术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查 由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告。

（3）第三步：患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年 龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

3.手术院感风险评估表应在手术结束后填写。

4.手术安全核查项目填写完整。

【B】符合“C”，并

1.制定规章制度和工作步骤来统一程序，支持在手术室之外的内科和牙科等部 门的操作，确保正确部位，正确操作和正确病人。

2.手术核查手术风险评估执行率≥95%。

【A】符合“B”，并

职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。

九3.4.2.1

医护人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求。（★）

【C】

1.对员工提供手卫生培训。

2.有手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）的宣教、图示。

3.手术室等重点部门外科洗手操作正确率100%。

【B】符合“C”，并

1.职能部门有对规范洗手进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。

2.洗手正确率≥90%。

【A】符合“B”，并

不断提高洗手正确率，洗手正确率≥95%。

十3.6.2.1

严格执行“危急值”报告制度与流程。（★）

【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、处臵并记录。

【B】符合“C”，并

信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发 出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。

【A】符合“B”，并

有网络监控功能，保障危急值报告、处臵及时、有效。

十一.3.9.1.1

有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。（★）

【C】

1.有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程，多种途经便于医务人员报告。

2.有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。

3.每百张开放床位年报告≥10件。

【B】符合“C”，并

1.有指定部门统一收集、核查、分析医疗安全（不良）事件，采取防范措施。

2.有指定部门向相关机构上报医疗安全（不良）事件。

3.每百张开放床位年报告≥15件。

4.医护人员对不良事件报告制度的知晓率≥95%。

【A】符合“B”，并

1.建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。

2.每百张开放床位年报告≥20件。

3.改进安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率。

十二.3.9.2.1

有激励措施鼓励医务人员参加“医疗安全（不良）事件报告系统”网上自愿报告活动。（★）

【C】

1.建立有医务人员主动报告的激励机制。对不良事件呈报实行非惩罚制度。

2.严格执行卫生部《医疗质量安全事件报告暂行规定》的规定。

【B】符合“C”，并

激励措施有效使用医院内医疗安全（不良）事件直报系统。

【A】符合“B”，并

医院内医疗安全（不良）事件直报系统与卫生部“医疗安全（不良）事件报告 系统”建立网络对接。

第四章 医疗质量安全管理与持续改进

十三.4.3.5.1

对实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等有创技术操作的卫生技术人员的授权制度。（★）【C】

1.有实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等有创技术操作的卫生技术人员实行授 权的管理制度与审批程序。

2.有需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。

【B】符合“C”，并

1.职能部门履行监管职责，根据监管情况，定期更新授权项目。

2.相关人员能知晓本部门、本岗位的管理要求。

3.抽查中无一例违反相关规定的行为。

【A】符合“B”，并

有医疗技术项目操作人员的技能及资质数据库，定期更新。

十四4.6.2.2

根据临床诊断、病情评估、的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。（★）【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。

【B】符合“C”，并

职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。

【A】符合“B”，并

手术方案完善，术前准备充分，有质量持续改进成效。

十五.4.6.8.3

有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。（★）

【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。

4.对临床手术科室医师与护士培训。

【B】符合“C”，并

职能部门对“非计划再次手术”有监测、原因分析、反馈、整改。

【A】符合“B”，并

4.有效控制非计划再次手术，持续改进有成效。患者入住、出科符合指 征，实行“危重程度评分”。（★）

十六4.8.2.1

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”。（★）

【C】

1.有重症医学科各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。

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。

4.有储备药品、一次性医用耗材管理和使用的规范与流程。

5.有对上述制度、职责、规范及标准、流程的培训。

6.工作人员知晓相关岗位职责和履职要求。

【B】符合“C”，并

1.重症监护患者入住、出科符合指征≥80%。

2.符合“危重程度评分”的重症标准达20%。

3.科室内有定期质量评价。

【A】符合“B”，并

1.重症监护患者入住、出科符合指征≥90%。

2.符合“危重程度评分”的重症标准达30%。

3.职能部门履行监管职责。

十七4.8.4.1

有医院感染管理相关规定，对呼吸机相关性肺炎、导管所致血行性感 染、留臵导尿管所致泌尿系感染有预防与监控方 案、质量控制指标，并能切实执行。（★）

【C】

1.医务人员及相关人员遵循手卫生规范，有相应的设备。

2.有消毒剂管理的相关规定，明确有效浓度范围、物品浸泡时间等。

3.有医疗废物管理相关规定及措施。

4.有预防呼吸机相关肺炎、导管相关性血行感染，留臵导尿管相关性感染等相 关制度及措施。

5.落实抗菌药物临床使用相关规定。

【B】符合“C”，并

科室有对抗菌药物使用情况、医院感染管理定期分析、评价及整改措施。

【A】符合“B”，并

1.有职能部门履行监管责任，有分析、评价、反馈及整改措施。

2.通过运用监控指标比较与分析的结果，体现院感控制的改进成效。

十八.4.14.5.1

抗菌药物临床应用管理责任制。（★）

【C】

1.院长是抗菌药物临床应用管理第一责任人：

（1）将抗菌药物临床应用管理作为医疗质量和医院管理的重要内容纳入工作 安排。

（2）明确抗菌药物临床应用管理组织机构，以及各相关部门在抗菌药物临床 应用管理中的职责分工，层层落实责任制。

（3）根据各临床科室不同专业特点，设定抗菌药物应用控制指标。

2.临床科室负责人是本科抗菌药物临床应用管理第一责任人：

（1）将抗菌药物临床应用管理作为本科质量管理的重要内容，并纳入医师能 力评价。

（2）设定本科抗菌药物应用控制执行指标，落实到人。

【B】符合“C”,并

1.建立、健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监督管理机制。

2.与临床科室负责人签订抗菌药物合理应用责任状。

【A】符合“B”,并

1.按卫生行政部门规定向本辖区监测网报送抗菌药物临床应用和细菌耐药监 测的信息。

2.上报信息准确与可追踪溯源。

十九4.14.5.7

严格医师抗菌药物处方权限和药师抗菌药物调剂资格管理。（★）

【C】

1.医师抗菌药物处方权限制度与程序。

2.药师抗菌药物调剂资格管理制度与程序。

3.医师、药师、职能部门员工均知晓履职的要求。

【B】符合“C”,并

1.医院对医师和药师开展抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训、考核工作 有记录。

2.医师经培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权落实到每名医 师。

3.药师经培训并考核合格后，授予抗菌药物调剂资格落实到每名药师。

【A】符合“B”,并

随机抽查处方与医嘱结果签发医师与授权管理名单保持一致≥95%。

二十4.16.4.1

病理诊断应按照相应的规范，有复查制度、科内会诊制度。（★）

【C】

1.有规范病理诊断的相关制度与流程。

2.病理医师进行诊断前，核对申请单和切片核查是否相符。

3.阅读申请单上所有填写的内容，对于不清楚的内容及时联系送检医师。

4.阅片时必须全面，不要遗漏病变。

5.有上级医师会诊制度，并有相应记录。

6.因特殊原因迟发报告，应向临床医师说明迟发的原因。

7.疑难病例，应由上级医师复核，并签署全名。

8.病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。

9.有科内疑难病例会诊制度，并有相应的记录和签字。

10.常规诊断报告准确率≥95%。

【B】符合“C”，并

1.有完整资料证实上述制度得到有效执行。

2.常规诊断报告准确率≥97%。

3.主管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。

【A】符合“B”，并

1.常规诊断报告准确率≥99%。

2.根据监管结果分析，持续改进病理诊断质量。

二十一4.18.5.1

有血液贮存质量监测规范与信息反馈的制度。（★）

【C】

1.有血液贮存质量监测规范与信息反馈的制度。

（1）有计算机管理设施用于血液管理。

（2）有血液出入库的核对领发的登记制度，工作记录等资料保存完整（电子 文档有安全备份）。

2.使用血液存放环境符合规定，有监测记录。

（1）不同血型的全血、成分血分型分层存放或在不同冰箱存放，标识明显。

（2）储血冰箱有不间断的温度监测与记录。

（3）血液保存温度和保存期符合要求。

（4）贮血冰箱定期消毒，记录保存完整。

（5）贮血冰箱定期进行细菌监测，记录保存完整。

3.输血器械符合国家标准，“三证”齐全。

4.血袋按规定保存、销毁，有记录。

5.一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。

【B】符合“C”，并

科室能按照制度和流程要求，检查落实情况，对存在问题及时整改。

【A】符合“B”，并

职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。

二十二4.18.5.2

对血库领出血液进行检查核对。（★）

【C】

1.按照规定的流程检查从血库领出血液，做到准确无误。

（1）按规定检查从血库领取的血液必须核对已和受血者作过交叉配血试验的 血袋，并确认受血者是否正确。

（2）血液发出前，必须书面确认用于输血的血液，以及供血者和受血者的血 型无误。

（3）血液发出前，还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹 象，以及其他肉眼可见的任何异常现象。

2.由输血科发血者和临床科室领血者共同按规定流程执行核对。

【B】符合“C”，并

输血科与临床科室按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。

【A】符合“B”，并

职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。

二十三4.18.5.5

有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范。（★）

【C】

1.有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范。

（1）监测输血的医务人员经培训，能识别潜在的输血不良反应症状。

（2）有确定识别输血不良反应的标准和应急措施。

（3）发生疑似输血反应时医务人员有章可循，并应立即向输血科和患者的主 管医师报告。

（4）一旦出现可能为速发型输血反应症状时（不包括风疹和循环超负荷），立 即停止输血，并调查其原因。要有调查时临床及时处理患者的规范。

（5）输血科应根据既定流程调查发生不良反应的原因，确定是否发生了溶血 性输血反应。立即查证：

1）患者和血袋标签确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血。

2）查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错。

3）肉眼观察受血者发生输血反应后的血清或血浆是否溶血。如果可能，该标 本应和受血者输血前的标本进行比较。

4）用受血者发生输血反应后的标本做直接抗人球蛋白试验。

（6）实验室应制定加做其他相关试验的要求，以及做相关试验的标准。

（7）输血科主任负责解释上述试验结果并永久记录到受血者的临床病历中。

（8）当输血反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，输血科 主任应积极参与解决。

（9）输血后献血员和受血者标本应依法至少保存7天，以便出现输血反应时 重新进行测试。

（10）职能部门会同输血科对输血不良反应评价结果的反馈率为100%。

2.输血科（血库）应根据既定流程调查发生不良反应，有记录。

3.由输血科（血库）主任对相关人员进行确定识别输血不良反应的标准和应急措施的再培训与教育。

4.相关人员知晓本岗位的履职要求。

【B】符合“C”，并

科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。有职能部门对相关人员进行培训与教育后考核的记录。

【A】符合“B”，并

职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。

二十四.4.19.3.2

有重点环节、重点人群与高危险因素的监测。对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。（★）

【C】

1.有针对重点环节、重点人群与高危险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.手术部位感染（%）按手术风险分类，年手术量，切口感染率数据来源追踪。

4.重症医学科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（工作量，感染率，数据来源追踪）。

5.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、皮肤软组 织等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。

【B】符合“C”，并

1.科室落实自查情况及存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施。

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。

【A】符合“B”，并

1.对重点环节、重点人群、主要部位的特殊感染控制有效。

2.医院信息系统定期对重点环节、重点人群与高危险因素监测及分析，满足临床工作需要，对医院决策提

供支持作用，并体现管理的成效。

二十五.4.23.5.1

采用卫生部发布的疾病分类ICD-10与手术操作分类ICD-9-CM-3，对出院病案进行分类编码。（★）

【C】

1.对出院病案进行疾病分类，编码符合卫生部规定。

2.疾病分类编码人员有资质与技能要求。

3.有疾病分类与手术操作分类编码培训计划。

【B】符合“C”，并

1.落实培训计划，提供技术支持，提升培训与教育质量。

2.病案科（室）定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提 高编码质量。

【A】符合“B”，并

1.编码员编码准确性不断提高。

2.临床医师熟悉疾病分类与手术操作分类。

3.有信息系统支持疾病分类与手术操作分类。

二十六.5.3.3.1

优质护理服务落实到位。（★）

【C】

1.医院成立由“一把手”院长任组长的优质护理服务领导小组，医院各部门分 工明确，有具体的工作职责或措施。

2.医院有可操作性的工作方案，有明确的工作目标、进度安排、重点任务、相 关政策、保障措施。

3.医院有各级关于护理管理人员和护理骨干（重点是新护士和专科岗位护士）培训的工作方案或计划。

4.有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。

5.对优质护理服务的目标和内涵，相关管理人员知晓率≥80%，护士知晓率 100%。

【B】符合“C”，并

1.改革护理分工方式，实行责任制整体护理模式。

2.落实责任制整体护理工作职责。

3.责任护士每天评估患者，掌握所负责患者的诊疗护理信息，开展健康教育、康复指导和心理护理。

4.每名责任护士平均负责患者数量不超过8个。

5.考评激励机制体现优劳优酬、多劳多得，并与薪酬分配、晋升、评优等相结 合。

6.优质护理服务病房覆盖率≥50%。

【A】符合“B”，并

1.实施优质护理服务中对存在问题与缺陷改进措施有追踪和成效评价，体现有 持续改进过程。

2.患者与医护人员满意度明显提高。

第六章

医院管理

二十七6.1.3.1

由具备法定资质的经本院注册的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务。（★）

【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诊疗活动。

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师（含护理、医技）指导下执业。

4.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。

【B】符合“C”，并

1.职能部门对全院卫生技术人员执业监管有记录。

2.卫生技术人员执业资格管理资料完整。

3.研究生、进修生执业管理资料完整。

【A】符合“B”，并

用信息化系统对卫生技术人员执业资料进行动态管理。

二十八6.2.1.2

公立医院应对重大决策、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）须经集体讨论，集体决策并按管理权限和规定报批与公示，由职工监督。（★）

【C】

1.集体讨论决定重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事 项，接受职工监督。

2.重大事项实施前能获得职代会通过，并在决议中有记载。

3.“三重一大”事项按管理权限和规定报批，按信息公开规定予以公示。

【B】符合“C”，并

1.多种渠道和方式公开“三重一大”信息，职工知晓率≥80%。

2.相关重大事项应事前充分论证。

【A】符合“B”，并

“三重一大”相关事项应充分征求并尊重职工代表会的意见。

二十九.6.4.2.1

卫生专业技术（医、护、技）人员资质的认定与聘用。（★）

【C】

1.职能部门为每位卫生专业技术（医、护、技）人员建立个人技术考评档案，并存有个人的资质文件（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.卫生专业技术（医、护、技）人员有明确的岗位职责，并具备必须的技术能 力。

3.卫生专业技术（医、护、技）人员熟悉本人的岗位职责和履职要求。

【B】符合“C”，并

1.按照聘用周期对卫生专业技术人员资质（包括业务水平、工作成绩和职业道 德等）进行审核评估。

2.有高危操作项目（含手术与介入等）授权制度与程序。

3.科室有卫生专业技术人员履职考核记录与评价。

【A】符合“B”，并

1.职能部门监管卫生专业技术人员履职情况。

2.在授权后至少每二年一次的能力与服务品质评价与再授权，作为继续聘用的依据。

三十.6.8.2.1 水、电、气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。（★）

【C】

1.有水、电、气等后勤保障的操作规范，合理配备人员，职责明确，按规定持

证上岗。

2.水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，张贴和悬挂相关操作 规范和设备设施的原理图，作业人员24小时值班制。

3.有日常运行检查、定期定级维护保养，且台账清晰。

4.有明确的故障报修、排查、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维 修方式和方法。

5.有水、电、气等后勤保障应急预案，并组织演练。

【B】符合“C”，并

有节能降耗、控制成本的计划、措施与目标并落实到相关科室与班组。

【A】符合“B”，并

1.有根据演练效果评价和定期检查情况的改进措施并落实。

2.后勤保障安全、有序、到位，无安全事故。

3.节能降耗工作有成效。

三十一6.8.4.3

医疗废物处臵和污水处理符合规定。（★）

【C】

1.医疗废物处臵设施设备运转正常，有运行日志。

2.污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。

3.医疗废物处理符合环保要求，污水处理系统通过环保部门评价。

【B】符合“C”，并

职能部门依据相关标准和规范进行监管。

【A】符合“B”，并

1.有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。

2.无环保安全事故。

三十二.6.8.7.1 消防安全管理。（★）

【C】

1.有消防安全管理制度、教育制度和应急预案。

2.有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责。

3.消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全院职 工的消防安全教育。

4.每月至少组织一次消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展检查、季节性检查、专项检查等，有完整的检查记录。

5.消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范 要求。

6.加强消防安全重点部门、重要部位防范与监管，有监管记录。

【B】符合“C”，并

1.定期（至少每年一次）进行特殊部门的消防演练。

2.全院职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能，知晓报警、初起火灾 的扑救方法，会使用灭火器材，能自救、互救和逃生，按照预案疏散病人。

3.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。

【A】符合“B”，并

医院所有部门和建筑均符合消防安全要求。

三十三6.9.6.2

用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。（★）

【C】

1.有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。

2.各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。

【B】符合“C”，并

职能部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。

【A】符合“B”，并

急救类、生命支持类装备要始终保持在待用状态。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！