

目 录

第一章医院管理工作制度.....	1
第一节 院务工作制度.....	1
院长工作制度.....	1
会议制度.....	2
院长行政查房制度.....	2
医院总值班制度.....	3
请示报告制度.....	6
印章使用管理制度.....	6
信访工作制度.....	7
新闻采访接待制度.....	8
宣传工作制度.....	9
新闻发言人制度.....	14
关于规范公文办理工作的意见.....	16
合同管理办法.....	17
医院信息保密工作制度.....	22
档案管理办法.....	23
档案室借阅制度.....	26
档案安全保密制度.....	27
公务活动用餐制度.....	28
进一步规范和完善院务公开制度的实施意见.....	30
院长授权制度.....	36
关于加强采购、工程监督管理的有关规定.....	37
网站和微信公众号信息发布管理制度.....	39
数据信息报送工作管理规定.....	43
公务交通费用管理规定.....	45
公务交通费用按次按距离包干实施细则.....	48
（试行）.....	48
公务用车使用管理试行办法.....	49

第二节 后勤管理制度.....	52
后勤保障管理制度.....	52
物资管理制度.....	53
日常维修管理制度.....	58
医疗仪器设备管理制度.....	59
公车管理制度.....	61
基建管理制度.....	62
爱国卫生管理制度.....	63
环境卫生管理制度.....	64
后勤设备设施管理制度.....	65
房屋管理制度.....	65
电梯管理制度.....	65
安全用电管理制度.....	66
食堂管理制度.....	67
食品卫生安全管理制度.....	68
饮食管理制度.....	70
医疗废物管理制度.....	71
节能管理制度.....	72
污水处理管理制度.....	72
外包业务管理制度.....	73
特种设备管理制度.....	76
医院应急物资和设备管理制度.....	77
医学装备管理制度.....	78
医学装备安全控制及风险管理制度.....	79
计量设备、器具管理制度.....	81
第三节 党工团工作制度.....	83
院党委议事（制度）规则.....	83
党风廉政建设和反腐倡廉工作制度.....	84
党委中心组学习制度.....	86
党建工作责任制度.....	87

党的“三会一课”制度.....	89
党务公开制度.....	91
党员培养发展工作制度.....	93
党员管理制度.....	94
党费收缴管理制度.....	94
个人重大事项报告制度.....	95
廉政谈话制度.....	96
诫勉谈话制度.....	97
述职述廉制度.....	99
关于“三个不直接分管”制度实施细则.....	100
领导班子民主议事制度.....	102
第四节 人事工作制度.....	103
工作人员守则.....	103
劳动用工与人事管理.....	104
第一节 员工聘用.....	104
第二节 工作时间的规定.....	106
第三节 考勤制度.....	107
第四节 员工培训.....	107
薪酬与福利.....	107
第一节 薪酬规定.....	107
第二节 休假规定.....	108
第三节 福利待遇.....	108
第四节 退休规定.....	109
奖惩制度.....	109
第一节 奖励.....	109
第二节 处罚.....	110
服务标准.....	112
第一节 文明用语规范.....	112
第二节 医疗服务中对员工的基本要求.....	114

第三节 病人满意服务标准.....	115
“三重一大”事项集体决策制度.....	117
工作人员年度考核制度.....	121
重点部门和关键岗位定期轮岗交流制度.....	123
职工外出学习培训、进修有关规定.....	123
医院新进员工培训制度.....	125
轮岗、转岗岗前培训制度.....	126
医德医风教育考核及激励惩处制度.....	127
医德医风考评制度.....	127
职工医疗保健管理制度.....	130
第五节 财务管理制度.....	131
财务科工作制度.....	131
财务科安全保卫制度.....	132
经费预算管理制度.....	132
医院收入管理制度.....	133
收费处工作制度.....	134
住院结算处工作制度.....	134
医疗价格公示制度.....	135
医疗收费投诉和处理制度.....	136
医疗收费管理制度.....	136
新增医疗服务项目申报制度.....	137
住院病人费用一日一清单制度.....	137
明码标价制度.....	137
医院费用查询制度.....	138
内部价格监督检查制度.....	138
医院物价投诉接待制度.....	139
医院实行重大经济项目领导负责制和责任追究制.....	140
会计档案管理制度.....	141
固定资产管理制度.....	145
财务收支审批制度.....	145

财务报销管理办法.....	145
财务报账细则.....	147
公务卡报销办法.....	149
收支结余管理制度.....	150
内部牵制制度.....	151
会计稽核制度.....	151
财务会计分析制度.....	152
财务处理程序制度.....	152
财产清查制度.....	153
财务会计内部控制制度.....	154
预算控制.....	154
收入控制.....	155
支出控制.....	158
货币资金控制.....	159
药品及库存物资控制.....	160
固定资产控制.....	164
债权和债务控制.....	169
财务电子化控制.....	170
监督检查.....	171
财务管理会计核算制度.....	176
流动资产管理制度.....	179
现金管理制度.....	179
支票管理制度.....	181
票据管理制度.....	182
往来账款管理办法.....	183
物资管理制度.....	185
接收社会捐赠资助管理办法.....	187
会计人员岗位轮换管理办法.....	189
对外投资管理办法.....	190

基建财务制度.....	194
预算管理制度.....	196
成本管理办法.....	200
物资采购管理办法.....	205
内部审计制度.....	207
第六节 医院医保制度.....	211
基本医疗保险管理制度.....	211
医保培训制度.....	212
医保患者费用管理制度.....	213
住院费用“先部分预付后结算”管理措施.....	214
基本医疗保险参保人员就诊权益管理规定.....	215
医院——社区双向转诊工作制度.....	216
第七节 社会工作制度.....	219
个案服务规范.....	219
小组服务规范.....	220
长期义工管理规范.....	221
社会捐赠管理规范.....	223
捐赠及捐赠物品管理规定.....	225
患者劳动收入管理制度.....	226
社会工作督导制度.....	226
社工服务档案管理制度.....	228
社会工作服务效果评估制度.....	230
医院质量与安全委员会工作制度与工作职责.....	232
第二章 医院安全管理.....	234
安全保卫工作制度及综治工作奖惩制度.....	234
安全生产管理制度.....	236
投诉接待处理制度.....	237
投诉中心工作制度.....	240
门诊安全管理制度.....	240
要害部位管理制度.....	241

重大责任事故追究制实施方案.....	241
首问负责制度.....	244
消防安全管理制度.....	245
消防安全工作奖惩制度.....	245
消防安全教育培训制度.....	247
安全疏散设施管理制度.....	247
防火巡查、检查制度.....	247
每日防火巡查制度.....	248
火灾隐患整改制度.....	249
灭火和应急疏散预案演练制度.....	250
消防设施设备维修保养管理制度.....	250
义务（志愿）消防员管理制度.....	251
消防设施、器材维护管理制度.....	251
用火、用电安全管理制度.....	252
厨房工作人员消防职责和消防安全管理制度.....	253
库房消防安全管理制度.....	254
燃气和电气设备的检查和管理制度.....	255
消防控制室值班制度.....	255
氧气站安全防火管理制度.....	256
危险品安全管理制度.....	257
药品保管员岗位操作规程.....	257
集体宿舍管理制度.....	258
保密工作制度.....	259
视频监控隐私保密制度.....	259
监控设备维护保养制度.....	260
地下停车场场地管理制度.....	261
车辆出入院区管理制度.....	261
院内车辆停放管理办法.....	262
安全保卫管理制度.....	263

安全事故分析处理制度.....	266
安全生产班前会管理制度.....	267
保安人员培训制度.....	268
门卫交接班制度.....	269
门卫值班管理制度.....	270
门卫值班人员制度.....	271
警务室巡逻防控机制.....	271
警务室治安突发事件处理机制.....	272
微型消防站管理制度.....	272
微型消防站培训考核检查制度.....	273
器材库管理及器材维护保养规定.....	274
第三章 医院质量与安全体系管理.....	274
业务院长查房制度.....	274
多部门质量管理协调制度.....	275
质量与安全管理制度.....	276
医院质量与安全委员会工作制度与工作职责.....	278
医疗质量与安全委员会工作制度及职责.....	279
医疗纠纷、事故处理规定.....	281
医疗安全目标管理措施与实施细则.....	285
病室安全管理制度.....	290
医疗安全监控工作制度.....	290
安全信息与重大不安全事件分析报告制度及管理办法.....	291
关于医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的规定.....	292
科室医疗质量与安全管理办法.....	293
投诉处理规定.....	294
新技术、新项目准入管理制度.....	296
医疗技术分级管理、审批制度及流程.....	299
医疗技术管理委员会工作制度.....	302
诊疗技术资格许可授权考评领导小组及管理办法.....	303
药事管理委员会工作制度.....	306

药物与治疗学委员会工作制度.....	307
药品质量监督管理制度.....	308
临床安全用药管理制度.....	309
合理用药指导制度.....	311
特殊管理药品管理制度.....	313
精神药品临床应用监督管理方案.....	313
医院临床药师工作制度.....	317
药品不良反应监测、报告制度.....	318
抗菌药物引进、清退、更换管理制度.....	319
抗菌药物分级管理制度.....	320
抗菌药物处方、医嘱专项点评制度.....	321
抗菌药物临床应用监测管理制度.....	324
药品采购工作制度.....	325
药品验收管理制度.....	326
药品集中招标采购制度.....	326
第四章 医疗行政与护理管理.....	328
第一节 医疗行政与精防制度.....	328
首问负责制度.....	328
医院实习医师的管理规定.....	328
医师进修工作制度.....	329
医务人员廉洁自律规定.....	331
首诊负责制度.....	331
会诊制度.....	333
三级查房制度.....	334
查对制度.....	335
值班和交接班制度.....	338
手术分级管理制度.....	339
术前讨论制度.....	343
新技术和新项目准入制度.....	344

手术安全核查制度.....	353
抗菌药物分级管理制度.....	354
信息安全管理制度的.....	355
死亡病例讨论制度.....	357
疑难病例讨论制度.....	358
急危重患者抢救制度.....	359
病历管理制度.....	360
危急值报告制度及流程.....	362
诊断、确诊制度.....	365
医嘱管理制度.....	365
入院制度.....	369
出院制度.....	370
门诊预约挂号管理制度.....	371
转院、转诊有关制度和流程.....	372
谈话告知制度.....	373
精神疾病患者非自愿住院相关工作管理规定.....	374
非自愿住院患者适宜性检查与评价制度.....	376
患者病情评估管理制度.....	377
精神障碍患者风险评估筛查制度.....	379
重性精神病患者危险性评估制度.....	379
关于开具疾病诊断证明书及病休证明的相关规定.....	380
病历复印管理规定.....	382
保护性约束管理制度.....	384
住院大于 24 周多专家会诊制度.....	385
公共精神卫生服务管理例会制度.....	385
社区精防知识教育及心理指导工作制度.....	386
社区精防工作质量持续改进制度.....	387
社区精防巡诊走访制度.....	387
患者出院指导、随访工作制度.....	388
社区精防工作督导程序.....	389

社区精防人员培训制度.....	389
社区精神卫生健康教育制度.....	391
严重精神障碍资料管理制度.....	391
严重精神障碍管理信息报送制度.....	392
严重精神障碍防治工作质量督导评估制度.....	392
“三无”流浪精神病人收治管理办法（2021年修订版）.....	393
严重精神障碍患者信息登记报告与信息系统使用制度.....	411
患者留观、入院、转诊等流程中的部门间协调机制.....	419
对外医疗机构间医学检验、医学影像检查结果互认.....	420
出院病人随访管理规定.....	422
住院患者转院治疗费用报销标准.....	423
第二节 护理工作制度.....	424
精神科护理人员自身安全防护措施.....	430
病历质量评价考核制度.....	487
电子病历管理制度.....	492
门诊电子病历管理制度.....	493
住院病历质量监控管理规定.....	494
禁止“模板拷贝复制病历记录”的相关规定.....	495
处方管理办法实施细则.....	496
病案管理制度.....	503
第六章 医院感染与传染病历.....	504
手卫生管理相关制度和实施规范.....	504
手部卫生实施规范.....	505
手卫生的监督管理制度.....	507
医院感染管理委员会工作制度.....	508
医院感染管理科工作制度.....	508
医院感染暴发报告制度.....	509
医院感染监测管理制度.....	510
医院感染预防与控制制度.....	511

多重耐药菌医院感染管理制度.....	513
细菌耐药监测与预警机制.....	514
精神病医院传染病主要隔离分类与制度.....	515
第七章 医疗安全与患者安全管理.....	516
关于尊重和维护患者合法权益的管理制度.....	516
住院精神病人逃跑处置预案及处罚.....	519
医疗安全（不良）事件自愿报告制度（试行）.....	522
第八章 医技科室管理.....	523
彩超室工作制度.....	523
放射科工作制度.....	523
脑电图室工作制度.....	524
心电图室工作制度.....	524
检验科工作.....	525
康复科工作制度.....	540
药剂科工作制度.....	540
标本送检核对及拒收制度.....	541
标本留验、保存和销毁制度.....	543

第一章医院管理工作制度

第一节院务工作制度

院长工作制度

1、医院在上级领导下实行院长负责制。院领导和职能部门管理职责与责任明确。

2、院长是医院唯一法人代表，对全院行使行政指挥、决策权，副院长在院长领导下分管医疗、护理、教学、科研、行政、后勤管理工作，在医院重大问题的决策上，院长应通过党委会或院务会集体讨论决定。

3、院长充分授权，尊重职能部门职责和意见。院领导班子及职能部门负责人共同参与研究、讨论、决策医院发展。

4、院领导定期将工作情况向职代会或全体员工述职，接受职工的评议。

5、院长（副院长）应经常深入调查研究、了解情况，掌握工作中的第一手材料，经常总结全院工作经验，抓好典型，表彰先进，做到对医院实行科学管理。

6、院长对医院工作要做到运筹帷幄、统筹安排，突出工作中的重点和难点，并做到对一些重大问题的决策准确，及时、有效、防止决策上的重大失误。

7、院长（副院长）要有开拓、创新和实干精神，要有较强的业务组织管理能力、表达能力和社交能力。

8、院长（副院长）要及时了解院情、民情，关心爱护本院干部和职工群众，秉公办事，不徇私情、与群众同甘共苦。

9、院长（副院长）要有严格的时间概念，注意科学地安排好工作、学习和生活时间，带头遵守医院各项工作制度以及各种会议制度，做好下级与群众的表率。

10、在院长的统一领导下，副院长要积极推进全院各项工作，维护好医院的团结、协调和统一。

会议制度

1、院党委会：由党委书记主持，全体党委成员和相关成员参加，至少每季度一次，或根据需要临时召开。研究布置党建工作、党风廉政建设以及三重一大事项进行决策。

2、院务会：由院长主持，院领导和相关职能科室负责人参加，至少每季度一次，或根据需要临时召开。传达上级精神，研究、协调、安排重要工作和重大问题。

3、月工作例会：由院长或副院长主持，全体院领导、职能科室负责人、科主任、护士长参加，每月一次。传达上级有关精神，小结上月工作，布置本月工作。

4、科主任会：由业务副院长主持，科主任参加，每月一次，汇报研究及交流医疗、管理、科研、教学等工作情况。

5、护士长例会：由护理部主任主持，各病室护士长参加，每月一次，总结上月护理工作，布置本月护理工作。

6、朝会：由科主任或护士长主持，全病室在班人员参加，每晨上班十五分钟内召开，进行交接班，听取在班人员汇报，解决医疗、护理以及管理工作中存在的主要问题，布置当日工作。

7、医、护、技联席会议：由业务院长主持，医务科、护理部、院感科教科、质控办、医保科等相关职能管理部门与临床、医技科（室）主任、护士长或负责人参加，研究诊疗服务流程中存在的缺陷，提出整改与协调的意见与措施。

8、党政联席会：由院长主持，院党政领导参加，每季度一次，讨论、研究重大事项、重要项目、重要干部任免和大额度资金的使用。

9、工休座谈会：由病室护士长或工娱护士主持，工休会全体人员参加，每月一次，听取并征求住院病员及家属的意见，增强团结，改进工作。

院长行政查房制度

为进一步加强医院管理，规范医疗行为，提高医疗质量，确保医疗安全，改善服务态度；同时又能及时发现和解决我院临床医技、后勤等部门实际工作过程

中存在的问题，特别是重点、难点的问题，经院党委研究决定，特制定如下制度：

1、行政查房由院长牵头，副院长及其相关职能科室人员参加，如院长有要事不能参加，则由副院长牵头组织。

2、行政查房时间定为每月第四周的周四和周五进行，遇特殊情况临时调整。

3、行政查房是对临床科室的医疗、护理、医德医风、劳动纪律、病房管理、后勤服务、设施设备等工作全面检查，听取意见、解决问题。

4、行政查房要和现场办公结合起来，凡能立即解决的问题就地解决，对暂不能解决的要讲明原因或责成有关部门限期解决，重大问题需提交院党委会或院务会研究决定的按相关流程进行。

5、在行政查房中，确定有关职能科室办理的事项，职能科室要积极办理，并将办理结果及时反馈到院办公室。

6、院办公室对查房中提出需要解决的事项要加强督办，于查房后将检查情况进行汇总，并按要求督促各部门限期整改。并将情况于下一次查房前向院长或分管院长汇报。

7、行政查房采取明查和暗访相结合的方式进行。即：每月一次集中查房和由办公室和质控办为主的不定期检查（暗访），并将暗访情况纳入集中查房的重要内容。

8、院办公室对检查情况中重大问题交院党委会研究决定并制定整改措施和意见，于每月初召开的月例会上进行情况通报和意见反馈。

医院总值班制度

一、医院总值班由院领导、职能部门负责人和行政管理人员参加，负责处理非办公时间医院的行政和业务方面的重大和临时事宜，确保全院工作正常运转，并对突发事件根据应急预案进行处置。

二、医院总值班工作职责

1、接待非办公时来访、签收文件、接听值班电话，及时传达和处理上级指示和紧急通知。

2、及时处理医疗、后勤保障等方面临时出现急待解决的问题。负责调度车辆和人员，及时对会诊、急救等紧急任务进行协调调度工作。

- 3、受理投诉和纠纷事宜。
- 4、负责督查全院各科室值班人员岗位情况。
- 5、如遇突发和紧急重大事件，按照突发事件的应急预案进行相应处置。
- 6、负责信息汇总报送工作，重大节假日值班按主管部门要求进行值班信息报送。
- 7、完成领导交办的其它临时事项。

三、院总值班工作程序及要求

1、重大事件处置。

发生突发重大事件时，值班人员应立即进行应急联络、协调，根据情况向有关科室负责人和分管领导或院主要领导报告，按照领导的指示以及突发事件的应急预案程序和规定做好应对处置工作。

非紧急情况且不能马上解决的问题，值班人员可做好值班记录并转交下一班值班人员或在下一个工作日交相关职能科室处理。

2、接听电话和接收电传。

在接到涉及工作事项的电话、电传后，值班人员应当及时处理并应予答复，并将内容和处理结果以及未处理完毕事项于办公时间与相关职能部门进行交接。群众投诉事件重大或可能引发重大事件的，应及时协调相关部门解决并做好记录，必要时请示主管领导。

3、受理投诉和处理纠纷事宜，分析原因，耐心说明，淡化矛盾，合理解决。如暂不能现场解决的投诉和纠纷，应进行登记，待正常上班时间移交职能部门负责处理。

4、如遇媒体采访，应及时通知分管领导，按领导指示以及医院相关管理规定进行接待和办理。

5、通知会议。值班人员负责通知值班时间内院领导召开的紧急会议和处理值班时间内收到的会议通知。已指定参加会议人员的要及时通知本人；未指定参加会议人员的应请示主管院领导后，通知有关人员。所有会议通知及落实情况应做好记录备查。

6、接收公文和信函。值班期间接收的紧急公文要及时报告主管领导，按领导指示办理。接到信函后应妥善保存，在下一个工作日送院办处置。紧急函件应

请示相关领导后按领导指示处置。

7、对全院各科室值班人员岗位情况进行检查，对发现的问题及时解决，并反馈到有关科室。

8、信息报送。按要求完成重大节日期间和敏感时期每日情况汇总、报送等工作。

9、做好值班记录。值班人员应按要求在值班记录本上做登记和交接班签字。书写要工整，内容准确并签字备查。值班记录主要包括：值班期间接到的公务电话、电传、信函及处置情况。重要事项应准确记录接到报告的时间，报告人的姓名、单位、联系电话，事件的主要情况、处理结果、需注意及继续协调处理的事项。

10、值班人员要做好交接班工作。交接班的主要事项包括：值班记录，值班期间重要工作事项的处理情况及相关文字材料，值班期间接到的会议通知及处理结果，值班期间接收的文件、信函，值班室设施设备完好情况，值班电话转接，值班室钥匙等。

四、院总值班纪律

1、值班人员必须保持高度的敏感性和责任意识，尽职尽责，及时认真地处理值班职责范围内各种事项，不得拖延、推诿；遇到紧急、重大事件要沉着应对，按照工作制度和程序请示、报告；完成上级下达的任务要准确、及时；处理和解答群众反映的问题，要做到用语文明、方式妥当。涉及敏感领域、敏感人群、敏感地区或敏感时间的事件，要立即报告，妥善处理。

2、总值班人员必须按时交接班，在当班时间内不得擅自离岗，值班人员个人有事或因公外出等原因，无法值守已安排的班次，必须事先通知院办，由院办协调换班，不得以任何理由缺岗、脱班。对无故缺岗、脱班的值班人员，按照医院相关规定处理。

3、值班人员要增强保密观念。对值班期间经手的涉密文件必须妥善保管和交接，不得擅自复印、复制；遇有政治事件或重大突发事件时，所有涉密内容未经领导批准不得外传；除工作需要外，不得将院职工家庭住址、电话号码等个人信息告知他人。

4、值班人员要保持 24 小时通讯畅通。并及时接听值班电话。

5、值班人员要保持值班室的清洁卫生，要认真做好值班记录及交接班手续。

6、值班人员应及时向院办公室反馈值班工作中发现的问题，提出改进意见和建议。

请示报告制度

凡遇下列重要情况，有关科室和人员必须及时向院长（副院长）或有关负责人请示报告：

- 1、当发生严重危及医疗质量与安全的事件。
- 2、有严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病及必须动员全院力量抢救的患者。
- 3、将要实施紧急抢救而患者的亲属不在的情况。
- 4、发生医疗事故或严重差错事故，损坏或丢失贵重器材和贵重、麻醉、剧毒药品，发现成批药品变质。
- 5、收治涉及法律和政治敏感患者以及其他特殊患者。
- 6、工作人员因公出差、院外会诊、接受院外任务。
- 7、参加院外进修学习，接收来院进修人员。
- 8、国内、外学者来院访问、交流，开展临床诊疗活动。
- 9、中层以上干部出国（境）。
- 10、有媒体采访须事前报告。

印章使用管理制度

（一）、印章的使用

1、医院公章

- （1）以医院名义上报或下发的各种文件、材料、报表、公函等，可用院章；
- （2）以医院名义外出联系工作的介绍信、证明信可用院章；
- （3）使用医院公章须经院长、分管院长或院办公室主任同意批准。

2、院办公室公章：

- （1）由院办公室本身业务形成的文件、材料及以院办名义在院内联系工作，

可用院办公室印章；

(2) 使用院办公室印章，须经院办公室主任同意。

3、院长私章；

(1) 经院领导个人签字上报下发的文件、报表、材料，用院长私章；

(2) 使用院长私章，须经本人同意。

(二)、印章的保管

1、医院、院办公室印章及院长私章，必须专人管理，不得随意交给他人代管；

2、印章要存放于保险柜内或带锁的抽屉内，保证安全；

3、印章要经常清洗，保持字体清晰；

4、对非法使用印章者，应根据情节轻重给予适当处理。

(三)、印章的刻制和销毁：

1、医院各临床医疗、医技科室、各行政职能科室应保管好相应的印章，需要制发和更换的需经院领导批准由院办公室负责制发与更换；

2、各部门的印章如因机构变动停止使用时，一律交回院办公室封存或销毁；

3、需要销毁的印章，必须经院领导同意后方可销毁；销毁前应留下印模，销毁时应有两名同志具体负责，并在销毁印章的文件上签字。

信访工作制度

为了进一步加强和规范医院信访工作，保护信访人的合法权益，提高医院工作满意度，根据上级有关信访工作要求，结合我们实际，制订医院信访工作制度。

1、院党委领导分管信访工作；纪检监察室（办公室）为医院日常信访工作的接待部门，担负承上启下、全面协调和督办查办职能，按规范严格执行信访事项的受理、登记、转送、交办和答复程序。

2、坚持责任科室受理、领导阅批群众来信。坚持领导协调处理重要或疑难信访案件；对群众集体上访，领导亲自接待处理。

3、热情接待来访人员、来访电话，对每次信访及时登记、及时呈批、及时交办，承办人要认真处理，及时移交有关部门和人员办理，并督促催办，能解决的及时给予解决，不能及时解决的要做好疏导解释工作，力争把问题消除在萌芽状态，解决在初发阶段。遇重大信访事项应迅速向领导汇报，听取领导意见，作

出处理决定。

4、对上级机关、上级领导交办、督办的重要信访事项，必须以认真负责的态度研究解决，办结后由承办部门或具体承办人及时将办理结果形成书面报告交党政工作部，报主要领导审核后，及时反馈给上级机关、上级领导。

5、接待信访的当事人，若与信访事项或信访人有直接利害关系的，应当回避。

6、严格执行信访工作纪律和保密制度，保护来信来访人的合法权益。

7、积极向市民政局、市卫生局报送信访信息。

8、接待处理信访程序：病人、职工（有意见）——向监察室反映（联系电话：85585069，也可直接向其它职能科室反映）——监察室根据反映内容分类落实给相关科室——相关科室立即开展调查、处理——将处理结果反馈给信访者——填写登记表，本科室留存一份，交给监察室一份汇总、归档。

9、接待信访的工作人员，在信访工作中要认真负责，依法办事，如出现玩忽职守、徇私舞弊等失职、渎职行为，一经查实，将严格依照有关法律、行政法规和《信访条例》的规定，追究有关责任人员的行政、刑事责任。

新闻采访接待制度

为进一步规范对新闻单位的采访接待管理，充分发挥新闻舆论的作用，塑造医院的良好形象，为医院发展营造良好的环境，特制订本制度。

一、医院对新闻采访接待实行统一管理的原则。新闻单位对医院的采访由院办公室统一安排，各科室（部门）积极配合与协助。

二、新闻媒体的工作人员来院采访，应持记者证或单位介绍信到院办公室联系相关事宜，否则，不予接待。

三、新闻采访接待工作流程：采访记者持记者证或单位介绍信在采访前向院办公室提出采访的目的和内容，并填写《采访登记表》；院办公室向业务分管领导和新闻工作主管领导请示，重大事项或须经医院主要领导审批；经审批后记者可凭《采访登记表》到相关科室（部门）进行采访。

四、对于抢救工作、特殊病例、服务对象等涉及到医疗业务方面的采访和一些相关的社会事件的采访，需要医生或由医院作出介绍、评价、判断的采访，由

主管医疗业务副院长接受采访或由其指定相关人员接受采访。

五、凡涉及医疗纠纷的采访移交医疗安全办接待，医疗安全办必须陪同记者采访，并审核宣传报道内容。

六、院内各部门邀请媒体来院采访，应事先征得新闻主管领导的批准，申请部门要明确告知采访意图，邀请媒体及人员等情况，并到院办公室登记备案。

七、各部门及所有工作人员应拒绝任何新闻单位未办理采访登记者在院内的采访或摄影摄像，并及时向院办公室报告。

八、被采访者必须坚持团结、稳定、真实、正面的宣传原则，严格遵守相关保密制度规定，恪守职业道德规范，维护医院信誉，树立医院良好形象。

宣传工作制度

为了进一步规范医院宣传工作，内聚人心，外塑形象，营造有利于医院发展的良好舆论和社会环境，同时，充分调动全院职工搞好宣传工作的积极性，强化科室的自我宣传意识，使宣传工作更好地为医院学科发展和文化建设服务，现结合我院实际，特制定本制度。

第一条 医院宣传工作应以坚持团结、稳定、正面宣传为主的宗旨，严格遵守党和国家的方针政策，紧紧围绕医院中心工作展开，通过全面、准确、适度、及时的宣传，不断增强医院的社会影响力和感召力。

第二条 医院宣传工作坚持“归口管理，统一发布”的原则，院办公室是医院宣传工作的管理部门，各相关科室具体实施。办公室负责医院的对内对外宣传工作，并依据有关法律、规定，加强指导和监督。

第三条 医院宣传工作包括以下主要范围和内容：

（一）医院贯彻落实党和国家的路线、方针、政策情况的宣传报道。

（二）医院各方面建设特别是科教工作的新进展、新成就及先进科室、个人的典型经验和优秀事迹的宣传报道。特别注重医院特色技术、优势学科及名医名家的宣传。

（三）医院的发展战略、发展规划、发展目标、重大措施和医疗工作重要信息的宣传。

（四）国家、省、市领导出席我院有关会议和重要活动，视察检查我院及重

要批示的宣传报道。

(五) 医院重要会议、重大活动的宣传报道。

(六) 大型社会性活动的宣传报道。

(七) 对院内新闻媒体采访的管理。

(八) 对院内宣传栏、网络、视频和报纸杂志等各类宣传媒介的统一管理工作。

(九) 危机管理中对内对外的宣传工作。

第四条 为充分发挥职工参与宣传工作的积极性，及时、广泛汇集院内的宣传信息，医院建立一支覆盖全院的通讯员队伍，通讯员由各科室推荐产生，原则上一个科室确定1名通讯员。院办公室负责全院通讯员队伍宣传业务的管理和指导工作。通讯员队伍是医院宣传工作的重要力量，各科室应对其工作提供支持。

第五条 凡宣传材料均由院办公室统一把关、审核，经主管领导审查签字后方可宣传。宣传资料应做到真实、客观、及时有效。凡涉及医院保密、敏感等不适宜对外宣传的事项，不得宣传报道。

第六条 鼓励各科室大力宣传报道本科室的新技术、新成果、名专家、专业特色、好人好事、医患故事等。相关宣传材料需先经科室主要负责人审核，再上报院办公室审核签字，经由主管领导同意后，院办公室负责向有关新闻媒体报送推荐。未经院办公室审核，任何科室及个人不得擅自对外发布医院信息。

第七条 办公室将对对内、对外发表的稿件进行收集、登记、存档，通讯员宣传工作量计入各科室绩效考核。年终将对积极发稿的作者和科室予以表彰和奖励。（具体见附件《新闻通讯员管理办法》）

第八条 新闻记者直接到医院科室采访时，被采访科室要及时通知院办公室，办公室审核同意，报告主管领导后，将安排专人陪同记者进行采访，各科室不得自行邀请新闻单位采访与医院有关的任何信息。

第九条 各科室主办的重要活动，需邀请新闻单位出席并进行报道的，应于活动举办前三天通知院办公室，由院办公室统一安排组织邀请新闻单位。

第十条 对敏感问题和突发事件的报道，应注意保持社会安定，有利于医院的发展。报道中涉及到的重要数据、重要情节，应核实清楚，并经办公室审阅，向院党委汇报后方可发布。对外新闻发布工作由医院新闻发言人主持并进行发布，

可视情况邀请相关负责人参加，突发事件所涉及到的任何科室不得自行向外提供消息。

第十一条 横幅、张贴物、展板、宣教手册、宣传片、宣传栏等文宣品由办公室统一管理。各科室、病区内宣传品由院办公室审核内容与版式，并统一制作。禁止在院内乱贴乱挂海报、广告、标语、横幅等，如有宣传需要，必须报院办公室审查，在指定地点张贴悬挂。

第十二条 “QQ群”、“微信群”是交流工作，相互学习的平台，所有群成员严禁在群内发布或转发以下信息及图片：

- （一）严禁发布破坏职工团结，影响医院正常经营秩序的信息及言论；
- （二）严禁发布和转发涉及重大敏感的政治问题、国家政体政党等敏感话题；
- （三）不得捏造或者歪曲事实，散布谣言，扰乱社会秩序，破坏社会稳定、民族团结；
- （四）严禁散布低俗、恶搞等不健康图片及其他信息。
- （五）严禁在群内及通过QQ邮件向群成员散播非法商业广告。
- （六）一经发现，管理员有权对违反规定的成员给予清理出群。

第十三条 适应时代发展的需要，充分利用网络及新媒体宣传平台，扩大医院对外和对内宣传的阵地。创新宣传手段和方式，完善医院网站、微博等平台在对外宣传和交流中的重要作用。

第十四条 本制度自发文之日起实行。

新闻信息通讯员管理办法

为进一步提高我院各科室宣传信息工作的覆盖面和影响力，拓宽信息畅通渠道，及时反映一线工作动态，展现新时代医者形象，努力提升我院社会影响力，在我院行政管理部门、临床科室、医技科室建立通讯员队伍，特就新闻通讯员队伍制定本办法。

一、指导思想

建设一支思想素质高、业务水平精和有一定新闻敏感性的新闻通讯员队伍，及时、准确地围绕医院工作的重点、热点和特点进行新闻宣传，进一步加强对内对外声音，为医院发展创造良好的舆论氛围和社会环境。

二、组织形式

新闻通讯员队伍主要采取兼任的方式，由各科室推荐产生，原则上一个科室确定 1 名兼职通讯员。

三、主要职责

(一) 新闻通讯员要坚持正面宣传为主的方针，积极撰写、及时报送本科室工作动态及有关新闻信息；

(二) 各科室通讯员应及时将采写的本科室新闻信息，通过电子版向院办公室报送。

(三) 新闻通讯员每月报送的新闻信息不得少于 1 篇，重要情况要及时报送；典型人物、典型事例各科室一年原则不少于 1 个；

(四) 各科室应注意做好宣传信息的采集工作，有条件的可自行录音、摄像、摄影，及时报院办公室进行资料存档。

四、具体责任分解

(一) 行政职能科室

1、行政职能部门主办的重大新闻事件：

全院性的职工大会、工作会议、庆典、上级部门的重要检查及考察活动、重要外事活动、具有重大影响力的医疗新闻等；（责任部门——院办公室）

党风廉政、干部培训、考核、党建特色、评比、表彰活动等；（责任部门——人事科）

职代会、工青妇组织的群众性活动的宣传报道（责任部门——工会、团委）

重大科研获奖成果、课题、学术活动；（责任部门——科教科）

项目建设、领导视察项目工地；（责任部门——总务科）

2、常规新闻事件：

安全生产培训、会议、演练、比赛等；（责任部门——保卫科）

社区义诊、培训、讲座活动；（责任部门——精防办）

志愿者活动、服务对象庆典活动；（责任部门——社工部）

医疗培训、会议、比赛；（责任部门——医务科）

护理培训、会议、比赛；（责任部门——护理部）

3、其他稿件：

由职能部门牵头的其他活动；
益于提高工作效率的“金点子”；
学习和工作感想。

（二）临床医技科室

- 1、科室举办的各类活动；
- 2、疑难疾病的成功救治；
- 3、重大、突发医疗救治事件中的优秀事迹；
- 4、部门学科进展，新技术开展；
- 5、有新闻价值的便民举措；
- 6、医患故事；
- 7、身边的好人好事；
- 8、科普知识介绍；

五、稿件质量要求

1、稿件形式不限，可以是新闻通讯、消息、科普、散文、诗歌、图片、评论等，内容可涵盖医、教、研、管理各方面，包括先进经验和做法、先进集体和个人的感人事迹，也可以是个人的工作体会、生活感想，以及适合《院报》、医院网络、医院微信公众号和各新闻媒体栏目发表各类文章。

2、文字稿件要求积极向上，主题鲜明，文笔流畅，内容充实、生动，贴近医院实际，有思想性、科学性、先进性、趣味性、可读性；新闻通讯稿件务求真实性，名称、时间、数字等一定要核实准确；

3、新闻照片要求主题突出、角度新颖、新闻价值较高、画面清晰、层次丰富。

4、稿件时效性要求：重大新闻、活动类稿件原则上要求 24 小时内提交，一般性通讯稿件要求 2 个工作日内递交。

六、奖惩办法

（一）通讯员撰写文稿发表见报后，按医院奖励标准发给稿件奖励。

- 1、在国家级报刊、杂志或电视媒体发表或报道的每篇（条）奖励 200 元；
- 2、在省级报刊、杂志或电视媒体发表或报道的每篇（条）奖励 100 元；
- 3、在市级报刊、杂志或电视媒体发表或报道的每篇（条）奖励 50 元；
- 4、在长沙民政网站报道的每篇（条）奖励 20 元。

5、在医院院报、医院网站、医院宣传专栏刊登的每篇（条）奖励 10 元。

6、同一篇稿件多处发表的按就高的原则奖励一次。

（二）院办公室每年底组织对通讯员及通讯稿件进行评比，并给予奖励。对于投稿积极分子，医院将根据文章的刊登数量和质量，取前三名，分别进行 300 元、200 元、100 元奖励。

（三）新闻宣传将纳入科室每月绩效考核，如属于科室应予以报送的稿件未报送或未及时提供新闻线索，文稿投稿没有按时按量完成，无故不参加通讯员培训等情况，将在绩效考核中进行相应处罚。

七、本办法自发布之日起实行。

新闻发言人制度

为进一步加强与社会公众以及服务对象的联系和沟通，规范医院新闻宣传工作，妥善处理公共突发事件，积极回应社会关切的疑点、热点问题，保障患者对医疗工作的知情权，接受社会各界对医院工作的监督，构建和谐医患关系，为医院科学发展创造良好的舆论和社会环境，特制订医院新闻发言人制度。

一、新闻发言人工作的基本原则

新闻发言人应紧紧围绕医院中心工作，服从和服务于医院大局，坚持党的基本理论、基本路线、基本方针和党的有关宣传工作原则，坚持及时准确、公开透明原则，坚持保守党和国家及医院秘密的原则。

二、新闻发言人的设置

新闻发言人由院党委研究决定，一般由主管医疗业务或护理业务工作的副院长担任。如遇紧急特殊事件发生，可由院领导指定或事件处理的主要负责人担任。

三、新闻发言人职责

新闻发言人在院党委的统一领导下，代表医院通过新闻媒体向社会公众发布信息，通过介绍政策、通报情况、说明立场和回答新闻媒体记者提问等方式，实现医院与社会、医院与公众之间顺畅高效的沟通。

新闻发言人应具体履行以下职责：

（一）统筹医院的新闻发布及相关公共关系事务。

（二）受理新闻媒体采访申请，接待、安排和接受记者采访。

(三) 及时深入调查重大事件的真相, 熟知事件的全部过程和关键环节, 熟知与事件相关的法律、法规、医院常规和事件的逻辑关系。

(四) 搜集了解、研究分析新闻媒体及公众关于医院重大事项的报道评论情况, 接受并回应社会舆论监督, 制订并实施相应的新闻发布和公共关系计划, 执行上级部门指定的新闻发布和公共关系事务。

(五) 完成医院规定的与新闻发布有关的其他工作。

四、新闻发布的主要内容

(一) 有一定社会影响的公共卫生事件、安全生产责任事故、重要活动等事件。

(二) 医疗事故和重大医疗纠纷事件。

(三) 医疗服务投诉、新闻部门介入的事件。

(四) 涉及我院的重大社会新闻事件。

(五) 医院管理、医疗、教学、科研、医院文化、廉政建设等方面的重大情况。

(六) 其他需要发布的事项。

五、新闻发布的时间、方式与范围

(一) 发布范围

一般邀请省、市各主要新闻单位参加。

(二) 发布时间

可根据需要不定期举行新闻发布会。

(三) 发布方式

1. 召开新闻发布会。由医院新闻发言人主持并进行发布, 可视情况邀请相关负责人参加。如发布内容涉及特别重大的事项, 可邀请医院相关领导出席新闻发布会。

2. 由新闻发言人接受记者采访、答记者问和召开新闻单位“通气会”等方式进行发布。

3. 对社会影响特别重大的事件, 上报主管部门, 并协助新闻办发布。

六、新闻发布的纪律

(一) 新闻发布要坚持正确的舆论导向, 坚持新闻真实性原则, 遵守新闻宣传纪律和有关保密规定, 维护社会稳定, 维护医院形象。

(二) 新闻发言人召开新闻发布会，必须由院党委或院长授权，严格按照批准的内容进行，所发布的内容要按照确定的口径统一对外发布。所要发布的新闻稿应经院党委会或院办公会集体决议后敲定，其内容应及时、真实、做到表述准确，且不违反《保密条例》及国家相关法令法规，会后应将新闻稿交院办公室存档。

(三) 新闻发言人接受或约见新闻记者采访时，重大问题要遵照院党委及院务会的决定。

(四) 未经医院党委、院委会授权或同意，任何人不得以单位名义和公职身份擅自发布医院信息。

七、本制度自印发之日起施行。

关于规范公文办理工作的意见

为了进一步规范医院公文办理工作，提高公文发文、收文和整理归档工作的质量和效率，根据《党政机关公文处理工作条例》(中办发[2012]14号)，结合医院实际，现就我院公文发文、收文和整理归档工作提出如下意见：

一、医院办公室和政工科是医院文件处理的管理部门，并负责指导院内其他职能部门的文件处理工作。政工科负责院党委公文办理工作，其他公文发文工作由办公室负责；公文收文和整理归档工作按部门职能负责。

二、发文字号：我院发文字号共分三种：长三福党[] 号；长三福[] 号；长精[] 号；长九医[] 号。

三、凡属全院性、需长期执行的制度、规定、办法和重大活动、事项、上报文件，均以红头文件形式印发。

四、各职能科室的临时性通知、科室内部工作计划安排、总结等，可以以纸质、网络（工作群）或电话形式发布。

五、发文办理：凡以医院名义制发公文，应遵循草拟、审核、签发、复核、编号、登记、校对、印制、归档、报送或分发等流程。

1、草拟。由主办科室按要求起草文稿，加贴发文单。

2、审核。审稿人为主办科室负责人。联合发文时，主办科室应会同相关科室协商签署意见。科室负责人审核签字后，需报送分管领导审核的，由分管领导

对文稿内容进行审改，在发文单会签处签署意见。

3、签发。签发人为院长或党委书记。由主办科室送院长或党委书记审定签发。

4、复核。办公室（政工科）按签发意见核对文稿，在公文正式印制前进行复核，重点是审核、签发手续是否完备，附件材料是否齐全，格式是否规范等。

5、办公室（政工科）负责公文编号、登记、校对、印制、分发、存档。

六、收文办理：指对收到公文的处理过程，包括登记、批办、承办、催办、归档等流程。

1、登记。各收文部门收到公文后，统一到办公室登记，加贴收文处理单。收文部门按要求填写公文传阅处理单，并根据来文性质、内容和要求，对来文提出拟办意见。

2、批办和传阅。收文部门将公文送院长（书记）审批。审批后依序分送其他院领导和具体承办科室传阅。

3、承办。承办科室按批办意见，具体办理来文。涉及两个以上科室的公文，由院长（书记）明确主办科室，主办科室应会同相关科室按时限要求办理。

4、催办。文件办理后，相关负责人应签阅处理结果，并将文件及时退回收文部门。收文部门对公文办理情况负责催办。

5、归档。文件全部办理结束后，按“谁收文谁负责归档”的原则进行整理归档。各部门要建立收文归档制度，按年度进行整理，编入档案。

合同管理办法

为规范我院合同管理，防范合同风险和避免履约纠纷，建构责任清晰、审查严格、监督到位的合同管理工作机制，现根据 2019 年市委第七巡察组反馈的巡察整改要求、长沙市民政局印发的《长沙市民政局合同审查管理细则（修订）》（长民发[2018]29 号）、《关于进一步规范政府合同管理有关事项的通知》（长民发[2018]30 号）的文件精神，对本院合同管理办法进行修订。

第一条 合同业务事前报告制度

（一）市民政局审批

1、严格执行《长沙市民政局局属事业单位政府采购管理办法》（长民发

[2017]41号)文件规定。我院凡属于市民政局计划管理项目的(计划投资20万元及以上工程类项目、单次或批量(年度内同类汇总)10万元以上的货物和服务)物资采购和项目招标采购,在经济合同签订前,报市民政局机关纪委履行事前报批程序。

2、属于市民政局年度项目投资计划项目所需的采购,需按《长沙市民政局局属事业单位建设项目管理办法》另行编制计划报局审批。

3、经济业务合作须就合作必要性与可行性、合作内容、合作方式、采取非公开招标方式的理由及其他需要说明的情况等以书面形式上报市局,并填写业务合作事项报批表、进行事前报批。

(二) 院内签呈审批

我院预算2000元以上货物、工程和合作项目,由需求部门提出采购申请,责任部门填写《签呈单》报批,完成签呈审批流程。

第二条 合同的条款与相关要求

(一) 医院以及各职能部门、各科室以医院名义作为一方当事人对外签订的所有合同、协议。主要类型有商品和服务采购合同、工程类合同(设计、施工、建立、代理等)、资产租赁合同、借款融资合同、业务合作合同和其他合同。

(二) 合同一般应当具备以下条款:

- 1、合同当事人的基本情况
- 2、合同标的、数量、质量或者项目的详细内容
- 3、合同当事人的权利和义务
- 4、合同履行的期限、地点和方式
- 5、合同违约责任及赔偿损失的计算方式
- 6、合同变更、解除、终止及免责的条件
- 7、合同争议解决方法
- 8、合同生效条件、订立日期
- 9、其他必要条款

签订合同时,应当在合同条款中明确约定,签订补充协议或者变更合同,应当由原签署单位签署,或者由原签署单位书面授权签署。

(三) 医院各职能部门根据各自的需求和职权进行合同签订工作,组织相关

人员与合同对方进行合同谈判，起草或审核合同草案。

(四) 合同使用的科室或部门在合同起草的过程中，对合同对方的资产、资质、信用、履约能力等情况进行全面了解，对资信不明或资信状况不好，又无可靠担保单位的，不得与之订立合同。

(五) 医院合同一般须经法人代表签字，非法定代表人签订的合同须持有法定代表人授权签署的《授权书》。未经医院法定代表人授权，医院任何科室或个人不得擅自代表医院签订任何合同。

(六) 合同应当优先使用国家、省、市有关部门制定的相关合同示范文本。

(七) 订立、履行合同，实行事前法律风险防范、事中法律过程控制、事后法律监督和补救结合的原则。

(八) 涉及重大社会公共利益的政府合同起草，应邀请局办公室或市政府法制机构参加，或召开由有关单位、法律专家参加的论证会，听取意见，研究论证。

(九) 此办法执行之日起，严禁将不动产（含普通住宅、商业门面）出租出借，此前已签订出租出借合同的要限时解除。

第三条 合同的审查程序

(一) 合同内审制度

1、我院合同审查执行合同会签制度。合同经办人员拟定合同或审核合同草案，经办部门负责人、政府采购专员、财务科、院办公室、纪检监察部门、主管院领导、院长层层审核签字。

合同会签时各相关人员负责审核的职责如下：

经办人和部门负责人审核合同他方的主体资格及资信状况，起草和审核合同草案。

政府采购专员审核合同是否属于政府采购、招投标项目，是否经过询价等程序。

财务科负责对合同是否符合财经制度要求，对合同涉及的金额及计算方式、预算、支付条款以及违约责任条款等进行审核，并由财务合同备案人员编号并登记台账。该环节由 2 名财务人员签字审核。

院办公室负责对合同文本格式、文字内容和合同要素等进行审核。

医院法律顾问负责对合同的条款、权利义务、金额支付等进行审核，对合同

的合法性、严密性、规范性、时效性、可行性等进行把关。

纪检监察部门审查合同签订程序是否到位,对合同双方权利义务等进行审核把关,对合同签订及审查活动各环节、各程序进行监管,确保合同签订过程中无违反相关法律法规和廉政纪律的行为。

主管院领导对合同条款进行审核,并对合同的真实性、合法性、合理性进行审核把关。

2、凡涉及到内容、程序复杂,主体责任或金额大的合同签订时,合同文本须经医院法律顾问审核。

3、属于三重一大项目需院党委会或院务会集体决策通过。(土建工程预算在20万元以上的、装修修缮工程预算在10万元以上的、货物服务采购项目预算在10万以上的、与他人合作的重大项目)

4、属于市民政局法律审查范围合同需送审。

(二) 合同送审制度

下列合同需报送市民政局进行法律审查:

- 1、涉及资产或资金额度超过100万(含100万)
- 2、不动产买卖、租赁、出借、抵押、拍卖合同
- 3、业务合作合同
- 4、局授权签订的
- 5、重大复杂的政府合同

合同送审时需提供的资料包括:①《长沙市民政局政府合同审查送审表》;②政府合同文本草案及电子版;③政府合同订立的依据(项目批复、单位采购计划等);④营业执照本彩印件等证明对方主体资格、资质的相关材料;⑤政府采购和招投标过程及结果资料(评标文件、中标通知书、竞争性谈判评审报告等);⑥其他与签订合同有关的资料。

(三) 合同审查专管制度

我院财务科配备具有一定法律基础知识和合同专业技能的专职人员担任合同审查专管员,协调组织本单位合同审查工作的开展,对本单位的合同进行审查、报送、备案、台账的工作。

第四条 合同的备案与存档

(一) 经过市局审查合法的合同, 经办人将市局办公室编制的审查登记号载明于合同文本首页左上侧(登记号为: CSMZJ-年度-单位简称+合同序号), 并凭《合同会签单》、《长沙市民政局合同审查送审表》至院办加盖行政公章, 并进行编号登记和存档。同时需报局办公室备案存档。

(二) 办公室根据实际情况一季度或半年度将政府合同履行情况及合同目录报局办公室。

合同签订后进行存档的具体流程:

1、原则上只签订并盖章 3 份合同原件, 办公室保存 2 份, 对方公司保存 1 份, 合同使用部门保存复印件。

2、盖公章后院办公室保存 2 份, 并在首页右上角加盖蓝色合同编号章进行编号存档, 使用部门在申请付款时到院办公室领取 1 份至财务科申请付款, 财务科凭该份盖具了办公室蓝色编号章的合同原件方可同意付款程序。

3、《签呈单》、《会签单》原件存留财务科, 复印件存留院办公室。

4、财评报告等红头文件原件, 存留办公室。

5、《长沙市民政局合同审查送审表》复印件, 存留院办公室。

6、《长沙市民政系统工程、采购项目报告表》原件, 存留财务科。

7、《长沙市政府采购计划表》从系统中打印 1 份存留财务科。

8、《中标通知书》原件, 存留财务科。

9、涉及政府采购的项目合同, 采购办须按要求将全部资料按项目整理归档, 定期移交档案室进行存档。

第五条 合同的履行与跟踪

(一) **合同履行**。合同一经签订, 合同经办人和使用部门负责跟踪落实合同的执行情况, 以及合同项目进度和质量把关, 严格履行合同责、权、利有关条约。并监督合同他方履行合同义务, 及时向分管院领导报告异常情况, 确保合同条款的履行。同时更新合同履行进度, 提交给合同审查专管员录入《合同履行情况台账》。

(二) **合同支付**。达到结算评审标准以上的工程(含工程相关服务), 需经财评中心审计后予以结算; 零星工程项目经造价事务所审核后予以支付, 政府采购和零星采购项目经验收签单程序后予以支付。并严格按合同条款予以支付。凡

涉及合同支付须严格按照医院《关于加强采购、工程和四费监督管理的若干规定》和《医院财务报帐管理制度》相关规定和程序执行。

(三) **责任追究**。凡违反国家法律、法规和有关合同管理制度，在签订、履行合同中失职、渎职或以权谋私、循私舞弊、索要财物或收受贿赂，损害国家和医院利益，或未按规定履行合同相关条款给医院造成经济和社会影响，或违反市局相关制度要求和本办法规定履行报批、审核、备案、编号、保管等程序，擅自变更、篡改合同或对外签订合同，擅自放弃合同或增设义务，给医院造成经济损失或不良影响的，医院应视情节轻重，依据有关规定追究责任人的行政、经济责任。构成犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

医院信息保密工作制度

一、医院信息保密范围

- 1、上级已定密的文件、资料、领导人的重要讲话；上级主管部门要求暂不公开的文件材料；
- 2、有保密性质的报刊、电报、电话记录、录音录像、来信、来访笔录；
- 3、医院重大决策中的秘密事项；尚未付诸实施的经营战略、经营方向、经营规划、经营项目及经营决策；尚未进入市场或尚未公开的各类信息；
- 4、医院内部掌握的合同、协议、意见书及可行性报告。
- 5、医院职工工资、奖金及劳务性收入资料；绩效工资分配方案。
- 6、科研成果、正在研究的科研项目或设想。
- 7、院党委会议、院长办公会议记录、民主生活会记录和其他涉及重要问题的会议记录；
- 8、院领导在小范围内的谈话、讲话及讨论的主要问题；
- 9、医院秘密内容的会议和其他活动；
- 10、职工的人事档案和政审材料，未经公布的人事任免、奖惩决定；
- 11、医院住院老人、肇事肇祸及流浪精神病人、社会精神病人个人信息及病历相关资料；
- 12、医院财务计划、报表、凭证及有关资料；
- 13、医院统计相关资料；

14、其他需保密的信息资料。

二、医院信息保密措施

1、属于医院信息保密的文件、资料和其它物品的制作、收发、传递、使用、复制、摘抄、保存和销毁，由专人负责；采用电脑技术存取、处理及传递的医院秘密由网络管理人员负责保密。非主管领导和相关职能科室负责人批准，不得复制和摘抄。

2、属于保密会议限定参加会议人员的范围，对参加人员强调保密事宜，明确传达范围，不得随意向外传达。

3、不得在私人交往和通信中泄露医院保密信息，不得在公共场所谈论医院保密信息，不得通过其他方式传递医院保密信息。

4、医院文书档案、人事档案、财务档案、病历档案均就按照相关管理规定进行相关管理和保密工作。

5、医院各科室、各部门或职工个人出售、处理废旧报刊、图书资料、办公废纸等应进行严格检查，防止秘密资料遗失。

6、实行信息保密工作领导责任制，医院各级领导在其职权范围内对医院信息保密工作承担领导和管理责任，医院办公室是医院信息保密工作的职能管理部门，各部门的主要负责人是该科室（部门）信息保密工作的第一责任人。

7、医院全体职工都必须自觉遵守国家保密法规和医院保密工作制度，克服麻痹思想，防止失、泄密事件发生。

档案管理办法

一、总 则

第一条 为全面客观地反映医院发展和管理工作的情况，完整妥善地保存各类重要文件、资料，更好地开发档案信息资源，为医院各项工作服务，加强档案管理工作规范化，特制定本办法。

第二条 医院档案是指医院在行政管理、业务活动、科学研究等各项工作中形成的具有保存价值的各种文字、图片、声像等不同载体、不同形式的记录，包括文书、病案、科研、基本建设、设备以及会计、人事等各种门类的档案。

第三条 医院档案工作是医院管理工作的组成部分，是反映和维护医院历

史真实面貌的一项重要工作，医院文件材料的形成、积累、立卷和归档工作应列入各项管理工作程序；列入各项活动的工作计划；列入有关部门、有关人员的职责范围、岗位责任和目标考核任务中。

第四条 医院档案工作遵循统一领导、分级管理的原则，在统一制度、统一规范、统一管理的前提下，集中保管各种门类和载体的档案。财务档案、病历档案、医疗业务档案、仪器设备档案以及人事档案可独立存放保管，但须纳入本院档案统一领导、管理之中。

二、职责部门

第五条 院办公室是全院档案管理的职责部门，负责对各部门档案工作进行指导、监督和检查，并负责院级行政管理文书档案的收集、整理、立卷、归档工作。人事科负责党建、纪检、人事以及工会、团委等工作中形成的文书档案的收集、整理、立卷、归档工作。档案室负责全院综合档案的收集、整理、鉴定、保管、统计和利用工作。各职能科室负责各自业务和管理范围内形成的文件、资料、数据的收集、整理工作，并按规定及时送交档案管理部门进行立卷、归档和保管。

三、文件材料的形成与归档

第六条 各部门按其职能范围，负责收集医院管理、业务发展、科研、基建、购置设备等活动中形成的文件材料，并做好立卷、归档。具体分工如下：

文书档案材料即党政工团和医院管理中形成的文件材料由各职能部门积累、收集，交由医院档案管理部门（办公室、人事科）共同整理立卷、归档。办公室负责医院管理中形成的文书档案，人事科负责党务、纪检、工会、团委等工作中形成的文书档案。

人事档案由人事科按人事档案的要求单独整理、立卷、归档和保管。

病案文件由病案室按病历档案管理要求负责收集、整理、立卷、归档。

会计档案由财务科按会计档案管理要求负责收集、立卷、归档。

科研课题所形成的文件材料由项目负责人审查签字并由科教科负责收集、整理、立卷、归档。

基本建设项目档案材料由项目负责人审查签字并指定专人收集、整理、立卷、归档。

设备购置、安装、使用、改造、检修过程中形成的文件材料按医院设备档案管理要求由总务科负责或总务科明确相关使用科室负责收集、整理、立卷、归档。

声像档案材料由医院各部门负责收集、整理并移交档案室归档。

业务活动以及管理过程中产生的档案由各职能部门负责收集、整理、立卷、归档，包括医疗、护理、康复、药学、检验、影像以及精神病人免费供药、救助救治、肇事肇祸及流浪精神病人收治、公共精神卫生工作、优抚工作、医保等业务资料的收集、整理、归档、保管。其中低保病人以及肇事肇祸及流浪精神病人资料由专人按上级主管部门要求单独进行收集、整理、归档、保管。

第七条 文件材料的归档要求

1、文书档案，各部门在工作中形成的文书档案应在次年一季度前整理完毕进行归档或交由院办公室统一立卷归档。各职能科室收到的上级有关部门下发的政策规范性文件，需将原件送交院办公室归档，或在办理完该事项后将相关材料统一送交办公室统一归档（党建、人事及工、青、妇有关文件资料交由人事科统一归档）。

2、病案文件材料的归档应按照卫生部病历档案管理的有关规定执行。

3、科研项目文件材料在科研成果鉴定或评定后两个月内整理完毕进行归档。

4、基本建设项目档案材料应在项目竣工验收、结算完毕以及完成相关手续后两个月内整理完毕进行归档。

5、购置设备仪器（包括引进项目）的文件材料应在设备安装、调试、验收后一个月内整理完毕进行归档。

6、会计档案材料应在年度终了后整理立卷，暂由财务部门保存，一年后移交本院综合档案管理部门保管。

7、声像档案材料应在年度终了后立即整理完毕归档，也可在各项目活动结束后及时归档。

四、档案的管理

第八条 档案室应按规定制定本院档案分类方案和编号方法，对接收的档案进行分类、排列、登记、编目及必要的加工整理。并做好档案的统计工作，统计数据应当真实、准确、可靠。

第九条 档案管理部门应建立档案保管、保密、借阅等规章制度，使档案工作有章可循。

第十条 档案保管应达到防火、防盗、防高温、防潮、防尘、防霉等要求，确保档案的安全。

第十一条 对保管期满的档案应由管理部门进行鉴定，对需要销毁的无保存价值的档案，编制销毁清册，并由主管领导审批，指定专人进行销毁。禁止任何个人擅自销毁档案。

第十二条 档案的借阅。部门（科室）负责人负责审批本部门（科室）普通档案的借阅申请，机密文件或特种档案（病历档案、人事档案、财务档案等）的借阅、复制申请由分管领导审批。

第十三条 医院工作人员在从事各种职务活动中形成的各种载体的文件材料，必须按照国家规定向医院综合档案管理部门移交归档，任何个人不得据为己有或者拒绝归档。如人员调动或调整，需将手上的档案及时进行移交，不得将档案资料带走。

档案室借阅制度

（一）、凡工作需要借阅档案，可凭工作证或其他证明按下列规定办理借阅手续。

（二）、借阅文书档案的审批权限：

- 1、查阅职能范围的档案，可直接向档案室办理借阅手续；
- 2、查阅职能范围外的档案，应经立卷部门负责人同意，方可借阅；
- 3、凡借阅党委、院务会议记录，应经人事科或院办主任批准，凡涉及保密内容者须经院长或党委书记批准；
- 4、机密文件按阅读范围和工作需要查阅，不能借阅；
- 5、院外人员查阅我院档案，一律凭单位正式介绍信，并经院办主任核准，经主管院长同意后，按照上述规定办理。

（三）、借阅科技档案的审批权限：

- 1、凡借阅本人的、本课题组的或本部门、他人的有关科技档案，除出示本人工作证外，必须由主管科研领导批准；
- 2、借阅机密科技档案，必须由主管科研领导批准；
- 3、外单位查阅我院科技档案时，凭本单位介绍信，经部门主管领导和有关部门同意，方可借阅，查阅机密以上的科技档案，须经主管院长批准可查阅，但严禁借出。

(四)、借阅档案严守保密规定，爱护档案，不准涂改，划圈打叉、增删、插剪、抽页、调换、污损卷内文件，不得擅自公开档案内容，违反者视问题性质和情节严肃处理，给予罚款、批评、警告、公开检讨直至追究法律责任。

(五)、各类档案一般不外借，如需外借须经院办主任审批，院长同意后办理借出登记手续，借阅时间不超过3天。

(六)、复制或摘抄文书档案，由人事科或院办主任审批，复制或摘抄科技档案，由立卷部门负责人审批，并交纳查档、复印费后，方可办理复印或摘抄手续。

(七)、本室工作人员对归还的档案，应详细的检查，核对无误后，再办理归还手续，如发现有损坏、丢失情况，应立即追查，并给予罚款处理，对逾期仍未归还者，应及时催交。

(八)、档案管理人员应建立查阅借阅登记本，记录基本查阅借阅情况，并要求查阅借阅者签名。

档案安全保密制度

一、档案工作人员要严守党和国家机密，认真执行安全保密制度，确保档案材料安全，杜绝泄密、失密现象。

二、未经批准，任何人不得将档案带出，更不得随便复印，档案工作人员不得私自摘抄和向外传播档案内容。

三、档案接收、查借都要认真办理登记手续，归还时要验收注销。

四、档案工作人员切实做好防火、防盗、防虫、防鼠、防尘、防潮、防光工作，保持室内清洁卫生。库内严禁吸烟，严禁带入火种和放置易燃、易爆物品。

五、每天上下班均应对库房门、窗、电源等进行安全检查，注意搞好节假日和假期安全保密工作，发现问题，及时处理。

六、需要销毁的档案材料，经造册审批后，应有监销人参加销毁。平时办公废纸，不能当垃圾随便倒掉，必须烧毁。

公务活动用餐制度

为进一步规范我院公务活动用餐事宜，现根据中央和省、市对于进一步贯彻落实中央八项规定的有关文件精神，结合我院工作实际，修改完善我院公务活动用餐制度。

本制度所指的公务活动，包括上级单位及兄弟、业务往来单位来我院考察调研、执行任务、学习交流、检查指导等公务活动行为。

一、公务接待用餐规定

(一) 公务活动接待统一归口办公室管理，凡涉及公务接待中用餐事宜须事先报告办公室，由办公室统一安排陪同人员和用餐事项。

(二) 公务接待用餐标准

1、接待城区范围外（长沙县、望城区、浏阳市、宁乡市）公务活动人员，凭公函、活动（会议）通知或方案等，可安排接待一餐。用餐标准限额为：省部级 120 元/人.餐，厅局级 100 元/人.餐，其余人员 80 元/人.餐。

2、接待长沙市区外公务活动人员，凭公函、活动（会议）通知或方案等，可安排接待一餐。用餐标准限额为：省部级 200 元/人.餐；厅局级 160 元/人.餐；其余人员 140 元/人.餐。除按规定的陪餐人员之外，确因工作需要的工作人员，可以按照 40 元/人的标准安排工作餐。

同一批次接待人员，按用餐人员中最高职务级别对应的标准安排用餐。

3、主办和承办的各类会议接待用餐按照会议费、培训费管理办法的规定执行。

(三) 公务活动用餐接待审批程序

1、各业务科室涉及接待事宜必须先报办公室，由办公室主任根据情况报告医院主要领导或主管领导，明确有关业务接待和后勤接待相关要求，按照对等、对口接待原则，对接待工作作出安排。

2、原则上一般接待都安排在食堂就餐，如确需在酒店、饭店或餐馆接待就餐，需经审批同意。接待任务对口科室向办公室提交对方公务接待函，填写《四费申请单》和《公务接待用餐审批表》，说明接待事由及预计接待费用，经院办公室、分管领导、财务分管领导以及院长审批后，按审批的就餐地点和接待标准

安排接待。

（四）公务活动用餐费用报销规定

经办人按规定程序完成公务接待后，凭开具的正规税务发票、消费账单（院食堂安排就餐除外）、《四费申请单》、《公务活动用餐审批表》以及来访单位提供的公务接待函到财务科办理报账手续。缺任何一项财务科不予以报销。

（五）公务活动用餐接待纪律

1、严格控制接待范围。城区范围内的公务活动，不得安排接待用餐；经审批的公务活动，经办部门需向来访单位要求提供公务接待函，无公函的公务活动和来访人员原则上不予接待。

2、严格控制接待标准。原则上不得随意超标、变相超标或一客多请。接待餐应当供应家常菜，不得提供鱼翅、燕窝等高档菜肴和用野生保护动物制作的菜肴，不得提供烟酒，不得使用私人会所、高消费餐饮场所。

3、严格控制陪餐人员。不得一客多陪，一般性接待陪同人员原则上不超过3人，超过10人的，不得超过接待对象人数的三分之一，超过20人的，原则上采用自助餐。

二、工作餐管理规定

（一）在城区范围内（涵括高新区、芙蓉区、天心区、雨花区、开福区、岳麓区所辖行政区域），因执行公务确实无法回家或回单位食堂就餐的，经单位审批后，可按40元/人的标准内凭据报销工作餐。在对方单位食堂就餐的，可由对方单位在上述标准内安排一餐，不用缴纳用餐费用。

（二）工作人员在单位连续加班4小时以上及休息日在单位连续加班4小时以上8小时以内的，可按不高于40元的标准安排一餐工作餐，休息日在单位连续加班8小时以上的，可按每餐不高于40元标准安排两餐工作餐。

（三）符合上述工作餐安排条件的，原则上在单位食堂安排就餐，确实无法在食堂安排的，可按上述标准凭据报销。报销审批时需列明事由、时间、地点、就餐人员、申请人及所在部门、审批人及意见等。

（四）工作餐报销审批和报销规定

1、在单位食堂就餐的，需到办公室填写《工作餐审批表》，经主管部门、院办公室、分管领导以及财务分管领导审批。由食堂按季度统一结算，开据正规

税务发票，附上本季度的《工作餐审批表》。

2、在院外就餐的，由相关人员凭就餐的正规税务发票、消费账单、《工作餐审批表》到财务办理报账手续。原则上在当季度完成报销手续。

三、本规定自 2020 年 1 月 1 日起执行。

进一步规范和完善院务公开制度的实施意见

为进一步推进和规范医院院务公开工作，促进医院科学民主管理，依法执业，诚信行医，建立和谐医患关系，不断满足群众的就医需求，结合我院实际情况，现就进一步完善和规范院务公开制度提出如下意见。

一、院务公开的总体要求

1、把院务公开纳入医院管理体制、机制和制度建设之中，切实融入到医院经营管理、医疗业务发展、财务管理、物资设备管理、人事管理、民主管理、党风廉政建设、各项招投标等工作和环节中去，纳入医院综合目标管理范围，将院务公开与党务、行政、医疗业务、经营管理等工作同时部署，同时落实，同时督查，同时考核。

2、建立院务公开目标责任制和责任追究制。把院务公开的内容要细化分解到相关职能科室，逐项落实院务公开的具体内容、时间、公开的形式和责任部门的主要责任人。明确责任要求，建立考核评价机制，考核结果与责任部门、责任人的奖惩挂钩。院务公开工作要向职代会报告，职代会闭会期间要组织职工代表对院务公开执行情况开展监督检查。没按规定要求落实院务公开工作，科室不能评先，责任人不能评优。

3、增强院务公开工作的全面性、真实性、时效性和准确性，真正做到围绕医院改革、发展和稳定抓院务公开，通过抓院务公开来促进医院更加快捷地健康发展。

4、坚持和进一步完善职工代表大会制度。要通过院务公开，进一步完善医院领导向职工代表大会述职述廉和职工代表大会民主评议院级领导制度。坚持招待费使用情况、职代会决议和院务公开执行情况等重大事项向职代会报告制度，切实落实好职工的知情权、审议权、通过权、决定权和监督权，坚持做到医院重大决策必须通过院务公开听取职工意见并提交职代会审议。

二、院务公开的主要内容

除涉及国家安全、商业秘密、科研机密等法律法规规定不能公开的内容外，要把医院职工、服务对象和社会各界广泛关注的事项，在医院内部和社会两个层次，全面、真实、及时地公开。

（一）向社会公开的主要事项

1、医疗卫生单位服务信息。医院依法执业登记的主要事项，职能科室设置与岗位职责、诊疗科目等；上岗工作人员的姓名、职务或职称。

2、服务规范。国家及地方主管机构颁布的有关医疗技术与服务规范；医务人员职业道德规范、文明服务规范、服务承诺及医德医风建设的有关规定；医疗服务咨询、监督、投诉的机构、程序和方法；医疗纠纷处理程序。

3、服务流程。门、急诊和住院就诊程序、门诊医生安排；诊疗项目、科室位置格局、指示标牌等；专科服务内容及特色，专家姓名、专长及出诊时间等；便民服务项目。

4、医疗服务价格信息。常规医疗服务价格、常用药品和医用耗材的价格；经物价部门批准的各种收费项目、收费标准和收费依据；医疗与服务价格查询服务。

（二）向患者公开的主要事项

1、服务收费信息。住院病人费用查询制度；门诊患者费用清单，包括药品和医疗服务的名称、数量、单价等。

2、医疗服务信息。病人的病情告知；医疗事故的处理结果；按照相关规定，向患者提供病历资料复印服务。

3、其他。依照法律法规和政策规定必须公开或医疗卫生单位认为有必要向患者公开的其他事项。

（三）向医院内部职工公开的主要事项

1、医院的重大决策。包括中长期发展规划、人事制度及经济目标方案的改革、投资计划、重大设施建设和改造等；

2、医院经营管理。主要包括年度计划及完成情况、医院综合目标管理方案及执行情况、医院业务发展情况、财务预决算、工程建设项目及各种招投标、药品设备招标采购、医院重要规章制度、管理措施等；

3、涉及职工群众切身利益事项。主要包括分配制度方案、医院目标管理方案、专业技术职称评聘、干部职工绩效考核方案、评先评优、奖励处罚等事项。

4、与医院领导班子建设和党风廉政建设密切相关的事项。主要包括民主评议领导、业务招待费使用情况、医院中层干部、重要岗位人员的选聘、任用情况；干部廉洁自律有关规定执行情况等。

三、院务公开的主要形式

（一）向社会和患者公开的主要形式

通过公示栏、显示屏、聘请社会监督员、医院网站、咨询电话、发表公开信、发放患者须知等多种形式进行公开，广泛接受监督。各部门要结合自身特点，不断探索新的公开形式，最大限度地做到让服务对象满意，让社会满意，构建和谐医患关系。

（二）向医院职工公开的主要形式

- 1、职工代表大会或职工大会；
- 2、通过院务会、院周会、职工座谈会等形式研究和通报院内重大事项；
- 3、设立院务公开栏，将有关事项进行公布；
- 4、设立举报箱、意见箱、举报电话，对院务公开情况进行监督。

四、院务公开的基本程序

为加强院务公开工作的规范管理，建立和健全两项制度：一是建立院务公开登记制度。规范和完善院务公开的提出、审批、执行、反馈等应有程序。即：由公开事项的责任部门和责任人认真填报院务公开申报表，提出需公开事项的内容（包括办事政策依据、具体内容、办事程序、办事结果和拟公开的形式及时间），在申报表后附全需要公开和审查的相关资料（如合同、协议等），待分管的责任领导审批签字后，交院务公开领导小组办公室落实有关公开事宜，执行的结果和公开后职工群众的意见反馈、建议及处理记录在登记表上登记。二是建立院务公开材料的归档制度，对公开项目材料按时间进行规范登记，编辑年度目录，形成专卷。

五、院务公开领导小组、实施小组和监督小组职能与职责

1、为切实加强对院务公开工作的领导，明确任务，落实责任，使院务公开工作规范有序地发展，成立“长沙市九医院（长沙市第三社会福利院）院务公开

工作领导小组”。

组长：党委书记

副组长：院长

成员：其他院班子成员

院务公开领导小组职能：

①负责全院院务公开工作，研究决定和审定院务公开的重大事项，贯彻落实上级有关院务公开工作文件规定；

②指导协调有关部门研究解决在院务公开实施中出现的问题；

③每年召开一次院务公开工作专题会议，听取领导小组办公室半年来院务公开工作汇报，对院务公开工作进行小结，对存在的不足和问题进行研究和讲评；

④组织全院职工学习贯彻有关院务公开的法律法规、上级文件及有关制度，落实院务公开实施方案，不断推进医院院务公开工作顺利开展。

领导小组办公室设院办公室，成员由：工会主席、院办主任、人事科科长组成。

2、为切实抓好院务公开工作的落实和院务公开目标责任制及责任追究制度，将院务公开内容细化到相关责任科室，由责任科室责任人逐项落实，特成立院务公开项目实施小组。

组长：院长

副组长：班子其他成员

成员：所有责任科室责任人

项目实施小组成员职责：

①督促所分管成员的责任科室及时公开院务公开实施细则表中规定的项目和内容；

②负责检查责任科室的申报材料及表格是否全面正确；

③负责分管责任科室院务公开材料的审查签发；

④指导分管责任科室责任人及时、全面、真实地履行好院务公开工作职责。

3、为加强对院务公开工作的监督检查，保证院务公开工作健康发展，成立院务公开监督小组。

组长：纪委书记

成员：工会主席、办公室主任、人事科长

监督检查小组职能

- ①负责半年一次对相关责任科室和责任人申报院务公开的情况进行督查，检查公开的内容是否真实、全面，程序是否规范，表格填写是否符合规定的要求；
- ②本着客观公正的原则，对公开的事项进行责任落实；
- ③对不公开、半公开、假公开的责任科室及责任人进行责任追究；
- ④通报监督检查结果，严格奖罚措施，力求做到责任明确，确保各项工作落实到位。

4、为加强院务公开制度的落实，及时填写、上报、落实各项院务公开事项，各责任部门、科室需指定院务公开填报人一名，负责本部门、科室院务公开日常工作。

六、附则

- 1、本《实施意见》提交院务会讨论通过后，从公布之日起执行。
- 2、《实施意见》具体条款解释权归院务公开领导小组。

附件：院务公开实施细则表

院务公开实施细则

序号	公开项目	公开内容	公开形式	责任部门	责任领导
1	医院中长期发展规划、建设规划方案、年度工作计划	1、决策依据 2、工作报告	1、职代会审议决定 2、周会、职工大会	办公室	主管领导
2	医院行政重大管理制度。	管理制度文件（全文）	文件下发	办公室	主管领导
3	医院领导干部廉洁自律情况	按干部管理权限及适当场合组织实施	1、院务（党务）公开栏 2、周会	人事科	主管领导
4	四费开支	四费支出情况	院务公开栏每季度公布一次	财务科	主管领导
5	财务预算方案及执行情况	2、预算报告、执行预算方案情况、预算外开支情况	1、职代会审议决定 2、周会通报	财务科	主管领导

6	医院经济管理方案	1、决策依据与分析报告 2、文件（全文）	1、职代会审议决定 2、周会通报、文件	经管办	主管 领导
7	医疗业务发展方向和规划 及新技术、新项目引进	1、规划依据及分析报告 2、效益分析	1、职代会审议决定 2、周会通报、文件	医务科	主管 领导
8	医院绩效管理考核	管理方案、考核结果。	周会通报、文件	人事科	主管 领导
9	医院人事管理制度及改革 方案	人事管理方案	1、职代会审议决定 2、院务栏公布 3、文件下发	人事科	主管 领导
10	中层干部的选拔任用	公开招聘方案、程序、结 果	职工代表参与竞聘民意 测验等程序、文件下发	人事科	主管 领导
11	中层干部的年度考核及民 主测评情况	考核及测评结果	职工代表参与测评 周会、院务公开栏	人事科	主管 领导
12	1、职称评聘、评优评先 2、职工进修培训情况	1、评聘、评优原则条件、 结果。 2、培训计划及要求	周会通报、文件	人事科	主管 领导
13	质量管理考核评价、奖励处 罚、医疗安全管理、不良事 件通报	考核情况通报、奖惩依据、 结果	周会、文件 院工作 QQ 群	人事科 医务科 质控办	主管 领导
14	重点工程建设	1、决策依据 2、工程实施方案、预算、 招标、工程决算等情况。	职代会审议决定 院务公开栏公示	总务科	主管 领导
15	药品采购、大宗物质采购	1、采购计划、采购程序。 2、协议合同、执行结果。	1、院务公开栏 2、周会	总务科	主管 领导
16	医德医风	医德医风考核结果。	周会、院务公开栏 院工作 QQ 群	质控办	主管 领导
17	医疗纠纷赔偿情况	医疗纠纷事件内容、赔偿 情况	周会、业务工作会议	医疗安 全办	主管 领导

备注：对社会、患者的公开事项由办公室、财务科、医务科、护理部、医保办、社工部、门诊部、药剂科等部门根据具体事项进行落实。

院长授权制度

为完善医院的管理结构，强化医院对各部门、各科室的统一管理，达到集中决策与适当分权的合理平衡，更好地发挥各职能部门的主观能动性，提高工作效率，特制定本制度。

一、授权界定

本制度所称的授权，是指由医院院长代表医院向各部门和科室授权，部门和科室负责人代表其部门接受授权，部门和科室必须在医院授权范围内依规、依法进行管理活动。各部门行使授权权限时，必须接受医院的统一领导，遵守医院的各项规章制度。

二、授权类别

医院授权分为基本授权和特别授权两个类别：

1、基本授权：是指对各职能部门的基本管理职能的授权，经基本授权产生被授权部门的基本权限。基本授权主要是通过明确医院领导班子分工以及明确医院内设机构及其职责的相关文件等形式予以确定。

2、特别授权：是指对某一特定事项或工作的指定授权。经指定授权产生被授权部门的指定权限。

三、授权范围

授权范围包括职能授权、人事授权、财务授权，分别由各职能部门或科室接受授权并履行职能。

四、授权内容

1、职能授权的具体内容包括：各职能部门根据自身职能所承担的职能、功能、义务、权限、作用等内容。

2、人事授权的具体内容包括：人员管理、职工岗位调整（中层干部调整需公开竞聘和党委会通过）、职工考勤和考核、薪酬和保险事项的办理、人事档案管理、人事管理制度的拟定；

3、财务授权的具体内容包括：医院收费结算权、资金管理权、固定资产管理权、票据管理权、审核报销权、付款审核权、会计档案管理权、财务印章管理权、财务管理制度的拟定权；

五、授权的变更

当被授权部门发生下列情况时，医院可变更对该部门的基本授权事项：

- 1、部门与授权有关的工作岗位设置、工作内容发生变化时；
- 2、被授权人发生重大越权行为时；
- 3、因被授权人未能正确履行授权程序造成重大风险时；
- 4、其他需要变更的情况。

六、基本授权须经医院院务会批准通过。《医院院长授权书》经院长签章并加盖公章，授权书正本由医院办公室负责存档保管。

七、《医院授权管理制度》解释权属医院院务会，自签发之日起施行。

关于加强采购、工程监督管理的有关规定

为进一步加强我院党风廉政建设，强化财务支出管理，从源头上预防腐败现象的滋生，根据上级最新有关精神，结合我院实际，经院党委研究，对原有《加强采购、工程和四费监督管理的若干规定》进行修订，制定本规定。

一、采购工程监督管理范围

货物、服务采购是指以合同方式有偿取得货物和服务的行为，包括购买、租赁、委托、雇用等。工程是指土木工程、建筑工程、线路管道和设备安装工程、装修工程等工程项目，其范围包括建筑物和构筑物的新建、改建、扩建、装修、拆除、修缮等，包括与工程相关的勘察、设计、监理等服务项目。

本规定监督管理范围包括采购工程事项的事前、事中、事后的监督管理。

二、严格执行采购、工程审核报批制度

(一)预算 2000 元以上货物、工程和合作项目由使用部门或责任部门填写《呈单》，由财务、分管领导、分管财务领导审核，并报医院纪委，最后由院长审批。其中货物工程预算 10 万元以上、重大合作项目和纪委书记、院长认为需集体研究的事项，必须经院党委会议上通过，并报市局审批同意后办理相关采购手续。

(二)药品采购重大事项经药事管理委员会审批同意。药品日常采购填写《物质采购单》，经药剂科长、药品会计审核后，由分管院领导审批同意。

三、严格执行相关采购程序

(一)属于长沙市相关部门下达的年度政府集中采购目录及政府采购限额标

准以上的采购、工程，严格按公开招投标、政府采购程序规范，确定货物、工程、服务的供应商。

(二)属于省市药品、医疗器械和医用耗材统一采购制度范围内的采购，严格按相关制度执行。

(三)货物 10 万元以上且预算在政府采购限额标准以下、工程 20 万以上的非政府采购事项，采取自主采购方式进行，即在定点招投标代理公司进行，在招投标代理公司网站、市民政局信息网站、院内信息渠道(网站、公示栏)公示信息，参照政府采购相关程序规范，确定货物、工程、服务的供应商，纪委参与过程监督。

(四)1 万以上 10 万元以下的货物、1 万元以上 20 万元以下的工程和党委会议决定询价的项目，履行询价程序。医院成立由财务人员、申请采购部门负责人和政府采购专员等组成的集体采购项目组，在院内信息渠道(网站、公示栏)公示信息，对纳入集体采购项目组的采购、服务进行 3 家及以上供应商询价比较，择优确定货物、工程、服务供应商，医院纪委参与询价过程并监督。

(五)2000 元以上 1 万元以下工程、货物由负责采购部门、使用部门、财务部门 2 人以上参与议价，择优确定货物、工程、服务供应商。

(六)对 10 万元以下货物、维保服务、通讯服务等，履行过询价程序，在价格不变或原价格标准以下的情况，三年内可采取议价方式确定供应商。

采购部门对 1 万元以上货物工程、服务项目采购过程资料必须建立档案。

四、严格执行合同会签、《政府合同审查送审表》、验收程序。

(一)2000 元以上项目经程序确定货物、服务、工程供应商后，应签订合同。签订合同前应履行医院合同会签程序，50 万元以上项目和合作项目履行市民政局《政府合同审查送审表》程序。

(二)签订合同后采购部门应积极督促供应商执行合同，监督供应商认真履行合同。

(三)货物到位后，应由仓库管理员办理入库手续，由仓库管理员、使用部门、财务人员签字验收。一般零星工程由责任部门负责人、医院施工员、纪检人员验收。重要货物和工程应按上级要求，组织验收会议，邀请专业评委进行验收，医院纪委参与监督。

五、明确医院纪委在采购工程事项过程中的职责

(一) 监督、检查采购工程事项是否按规定履行审核报批程序。

(二) 监督、检查采购工程事项是否执行政府采购相关制度、工程招标制度和省市药品、医疗器械和医用耗材统一采购制度。

(三) 参与预算 1 万元以上，政府采购限额以下采购工程事项和医院其他采购事项，监督采购过程。

(四) 监督、检查采购工程事项是否履行合同会签、市局《政府合同审查送审表》。

(五) 监督、检查采购工程事项验收是否符合要求。

(六) 受理医院采购工程事项过程中的投诉举报。

(七) 对违反上级有关制度和本规定人员进行追责、问责。

本规定从通过之日起执行，原有《加强采购、工程和四费监督管理的若干规定》有关规定不再执行。

网站和微信公众号信息发布管理制度

第一章 总则

第一条 为进一步加大宣传力度，拓宽联系群众、服务群众的渠道，充分发挥网站以及微信公众号对外宣传、信息交流作用以及灵活、智能、快捷的特性，提升我院社会形象，实现长沙市第三社会福利院网站、长沙市第九医院以及长沙市第九医院微信公众号运行管理高效、安全、有序，特制定本制度。

第二条 网站名称：长沙市第三社会福利院；长沙市第九医院；微信公众号名称：长沙市第九医院。

第三条 本制度所称信息是指在网站和微信公众号上对外发布的文字、图片、数据、音频、视频、链接及其他形式的信息。

第四条 网站和微信公众号管理及信息发布遵循统一管理、统筹规划、分工负责、安全快捷的原则。

第二章 管理机构及职责

第五条 网站及微信公众号归口院办公室和信息科管理。院办公室负责网站

和微信公众号的协调、管理和信息的选题、组稿核稿、审核等工作。信息科负责日常图文编辑、信息发布、后台操作以及软件和硬件维护等工作。全院各科室、部门依据本制度，做好网站和微信公众号的信息报送及审核等相关工作。

第六条 网站和微信公众号信息更新实行各科室分工负责制，具体见附件一《长沙市第九医院网站和微信公众号内容分工表》和《长沙市第三社会福利院网站内容分工表》

第七条 各职能部门负责人应指定一名通讯员负责对拟发布信息资料的收集、撰写、报送和核稿工作，通讯员和科室负责人对发布信息的可靠性和保密性负责。

第八条 相关职能部门要安排网站和微信平台互动版块（在线预约、病友之家、院长信箱、QQ咨询等）管理值班人员，管理值班人员要随时认真查看网民的信息和诉求，及时进行回复和处理。对于群众集中反映强烈的问题，要及时转交所涉业务科室处理和回复，不断提高服务对象的满意度。

第三章 信息采编

第九条 网站和微信公众号信息采编遵循合规性、准确性、时效性原则。

（一）合规性。信息采编应符合相关规定，涉及以下内容的信息不得发布：涉密、敏感、不宜公开的信息；违反国家法律、法规、规章和社会公德的信息；来源不明、内容不实的信息。

（二）准确性。信息包含的文字表述、数据图表、时间、地点、人物等内容要准确无误，符合实际，不得夸大其词或捏造作假，内容的准确性按照“谁提供谁负责”的要求由供稿科室落实。

（三）时效性。信息报送和发布要把握时间节点，重大新闻、活动类稿件原则上要求24小时内提交，一般性通讯稿件要求2个工作日内递交。

第十条 网站、微信公众号信息采编范围包括：

（一）上级民政部门以及卫生部门出台的有关法律法规、政策规定、制度办法以及部署的重大活动等；

（二）各级党委政府印发的与本院有关的可以向社会公开的文件制度等；

（三）本院出台的重大制度、重要活动、重要工作推进、重要荣誉、特色亮点工作、典型工作经验等；

（四）贯彻落实上级部门重大决策部署实施情况，回应群众、市民关切的重

要民生问题和热点问题等；

（五）转载正规、合法机构发布的有社会影响力、群众关注度高的信息；

（六）医疗、护理、科研等业务活动中的新进展、新技术、新成果以及科教知识、医患互动等内容

（七）结合工作需要，经领导批准发布或转发的其他信息。

第十一条 网站、微信公众号要求文字准确、平实、生动，表达清晰，符合逻辑，内容贴近医院实际，有思想性、科学性、先进性、趣味性、可读性。尽量做到图文并茂。

第四章 信息审核

第十二条 微信信息发布严格实行分类分级审核和签字程序：

（一）需要发布的一般信息，由各科室通信员采写、科室负责人审核后，报送相关职能部门进行初审，再提交院办公室审核，提交信息科技术人员正式发布。

（二）涉及多个部门举办或参与的重大活动，由牵头部门及时提供信息资料，并经分管领导审核同意后发布。

（三）涉及重要内容、重要人物、重要数据的信息，需经分管院领导审核、院主要领导审批后方可发布，未经审批的信息不得发布。

转载上级党委、政府及主管部门门户网站或官方微信的信息可不经上述审核程序。

第十三条 信息审核内容包括：

（一）是否涉及秘密；

（二）是否符合国家大政方针、法律法规、公序良俗的相关规定要求；

（三）是否符合保护知识产权的有关规定；

（四）是否会给其他单位、个人以及服务对象造成不良影响；

（五）是否有利于医院工作的宣传和发展；

（六）当前对外发布是否适宜；

（七）是否属敏感性问题；

（八）信息中的相关数据资料是否准确；

（九）其他一些需要根据情况把握的信息。

第五章 信息发布

第十四条 履行审核程序后定稿的信息，由院办公室统一提供给信息科平台管理员编辑上传并发布。任何人未经办公室授权不得随意发布信息或更改官方网

站和微信资料，微信发布及资料访问权限由信息科授权平台管理员负责，密码不得向无关人员泄露。

第六章 考核与奖惩

第十五条 各部门在网站和微信公众号的发稿情况作为年终绩效考核的重要依据。考核与奖惩按《长沙市第三社会福利院宣传工作制度》及《新闻信息通讯员管理办法》相关规定执行。

第七章 附则

第十六条 本制度自印发之日起施行。

网站和微信公众号内容分工

一级栏目	二级栏目	负责科室	具体要求
网站首页	在线预约	医务科	安排值班人员，及时接线回复
	就诊须知	医务科	及时更新
	医保政策	医保科	及时更新
	病友之家	医务科	安排专人及时回复
	QQ 咨询	医务科	安排专人及时回复
	院长信箱	办公室	安排专人及时回复
	地理位置	办公室	及时更新
医院概况	医院简介	办公室	及时更新
	发展历程	办公室	及时更新
	管理团队	人事科	及时更新
	医院环境	办公室	及时更新
新闻纵览	医疗动态	医务科	及时更新
	医院新闻	办公室	由办公室牵头，各科室按规定提交新闻稿件，办公室审核，每月至少更新 2 次
	医院公告	办公室	由人事科、财务科、医保科、精防办、医务科等提供内容，办公室及时更新
科室导航		医务科	及时更新
专家风采		医务科	及时更新

医疗特色		医务科	及时更新
健康园地	科研教学	科教科	及时更新
	精神卫生	精防办	每月更新
	心理健康	医务科	每月更新
	精神康复	医务科、会所、农场、康复科	每月更新
	健康科普	医务科	每月更新
护理天地		护理部	每月更新

数据信息报送工作管理规定

为加强和完善医院数据信息报送工作，明确职责，理顺工作机制，确保医院向上报送数据信息及时、准确、真实，对数据信息报送作如下规定：

一、本规定所称数据信息是指医院对外依法履行报送义务或内部管理所需要的、反映医院经营情况的有关报表、报告及资料。

二、数据信息报送工作实行报送责任人制度。

1、医院主要负责人授权各分管院领导为分管部门（科室）统计及管理信息的责任人，对分管工作和分管部门的数据信息报送的真实性、完整性、准确性和及时性负责，对分管部门（科室）对外报送的统计及管理信息负有审核责任。

2、承担具体信息报送任务的部门（科室）负责人负责组织本部门（科室）完成统计及管理信息报送任务，对本部门（科室）所报送的统计及管理信息负有审核责任。

3、各部门（科室）统计报送人员是统计及管理信息报送工作的直接责任人，负责完成各项报送任务。

三、数据信息报送实行归口管理制度。为保证数据信息报送工作

的准确性、一致性，明确院办公室、医务科、财务科、人事科四个职能部门为归口管理部门，主要职责如下：

1、医务科负责全院所有与业务相关的统计数据和信息报送（含医疗、养老、优抚等）的归口管理，包括对其他业务职能部门以及医技、临床、病案等科室的数据统计、汇总、审核、登记。

2、财务科负责全院所有收入、支出等财务数据归口管理，包括对基本建设项目的资金信息报送。

3、办公室负责对全院所有文字信息报送的归口管理。各职能部门接到上级主管部门相关文字材料报送工作，需送办公室审核备案后才能上报。

4、人事科负责全院所有人员信息归口管理。包括对医技人员的信息统计、其他持证上岗人员统计、党员干部数据统计等。

四、信息报送程序及要求

1、各信息报送职能科室要明确 1 名工作人员负责本部门具体信息的收集、统计、填报、登记、台账等工作。

2、各信息报送职能科室负责数据信息的工作人员按要求做好年报、季报、月报和实时数据上报工作。所有上报数据采集后需经所在部门负责人核查同意，报归口管理职能部门审核登记，再报分管院领导签字（如需单位盖章的到院办公室办理），重要财务数据、业务数据、人事干部数据需经党政主要负责人签字才能报送上级主管部门。

3、各部门（科室）报送信息应采取打印纸质文件或扫描文件等方式备份备查存档，建立台账。归口管理职能部门要对归口管理的统计信息资料进行登记、建立台账。

4、报送信息必须坚持时效性、真实性、完整性、准确性的原则，做到及时、准确、全面、实事求是。

5、统计及管理信息属医院保密内容，各部门（科室）从事统计及管理信息报送、审核的人员对医院统计及管理信息负有保密义务。

五、核查和问责制度

1、各部门（科室）对及时、准确填报原始信息的重要性要有高度认识，对报送的数据进行全面核查，确保统计及管理信息来源真实可靠。

2、实现全院信息资源共享。各职能科室接到综合性数据材料上报任务，科室负责人应与所需数据分工负责的科室进行协调，相关科室负责人应积极配合响应，按要求按程序提供相应数据。

3、因工作疏忽造成的统计失真或自行修改统计资料、编造虚假统计数据，不配合其他科室提供职责范围内相关数据，违反信息工作保密规定等情况，一经发现严肃批评教育，造成重大影响的由绩效考核领导小组以及院纪委进行相关处理。

公务交通费用管理规定

第一条 为稳步推进公务用车制度改革，规范公务交通费用管理，保障医院公务出行和业务需要，根据《长沙市公务用车制度改革领导小组关于印发〈长沙市市直事业单位公务用车制度改革实施意见〉的通知》（长车改〔2019〕1号）、长沙市第三社会福利院（长沙市第九医院）公务用车制度改革实施方案、《关于进一步明确公车改革有关事项的通知》（长车改〔2019〕9号文件精神，结合我院实际情况，制定本规定。

第二条 公务交通费用是指为保障公务出行，用于本单位参改人员和保留车辆所需的费用。根据《长沙市市直事业单位公务用车制度改革实施意见〉的通知》（长车改〔2019〕1号）所规定的公务交通保

障范围（东至浏阳河大道接沙湾路（含边界道路），南至湘府路（含边界道路），西至西二环（含边界道路），北至北二环（含边界道路）以内所形成的合围区域），结合我院实际情况和工作需要，明确将长沙县江背镇梅花社区以及星沙划为我院公务交通保障范围。

第三条 公务交通费用使用应当遵循保障公务、厉行节约、总量控制、规范透明、据实报账的原则。

第四条 公务交通费用支出由财务科总量控制，控制标准须根据取消车辆数量、运行成本和改革前后公务交通费用支出情况，在确保改革后公务交通费用支出低于改革前支出总额前提下，从严确定。

第五条 单位人员不得既领取公务交通补贴、又违规乘坐公务用车。

第六条 财务科建立公务出行费用台账，定期对保留车辆交通费用进行核算和统计分析；严格费用审核制度，对未经批准出行以及超标准开支的费用不予报销；定期对本单位公务交通费用情况在医院内部公布公示，自觉接受审计和纪检监察部门的监督检查。

第七条 财务科应严格公务出行费用报销程序，不得弄虚作假、违规报销交通费用。不论是凭票报销还是按次按距离包干报销，必须严格执行二个限制规定，一是单位公务交通费用报销总额不得超过主管部门核定的单位报销总额度；二是个人公务交通费用报销额度，要在本单位公务交通费用报销总额约束的前提下，原则上每月不高于同级别公务员交通补贴标准。如需调整确因工作需要调高个人公务交通费用额度的，需在本单位公务交通费用报销总额范围内调剂。

第八条 公务用车审批流程及报销办法。单位人员因公出行分以下几种情况：

1、由医院统一安排公务用车的，按照我院《公务用车使用管理办法》规定的程序申请及报销；

2、无法安排公务用车，交通便利情况下一般应乘坐公交车出行，由科室负责人和办公室主任在公务出行申请审批单上签字，凭公务出行审批单及公交车发票据实报销；

3、无法安排公务用车，因公需要乘坐出租车出行的，凭分管领导审批的公务出行审批单及当日出租车发票据实报销；

4、无法安排公务用车，确因工作需要经分管领导审批可采用私家车方式出行，采取按次按距离包干方式予以报销费用（按距离包干试行办法附后）；

5、无法安排公务用车，确因工作需要租赁车辆的，经院长审批后按照医院内控制度要求逐级申报，报销费用时需提供正规税务发票及申报的全部资料；

6、采取私家车方式出行的，实际发生的过路过桥费、停车费等凭出行当日发票据实报销。

第九条 单位车辆实行定点加油、定点维修管理。车辆实行一车一卡，在全国中石化均可通用，除公车外出异地加油外，原则上不报销油票。

第十条 车辆维修实行报修制，在定点的厂家实行维修和保养，包括常见故障维修和大修，未经许可，不得在其他厂家维修。凡未按要求、私自维修的，费用自行承担。

第十一条 车辆维修费用结算应手续齐全，必须有保修单、维修工单、正式发票，大型修理还应有《车辆维修旧零配件回收清单》，

否则财务科不予付款。

第十二条 区域外公务出行应参照《长沙市机关差旅费管理办法》等文件和医院内控制度的有关规定执行。

第十三条 本办法由财务科负责解释。

第十四条 本办法自印发之日起执行。

公务交通费用按次按距离包干实施细则 (试行)

医院工作人员公务出行，原则上应乘用公共交通工具，所发生的公务交通费用凭据报销。确因工作任务需要，无法安排公务用车的，经单位批准，可采用私家车方式出行，采取按次按距离包干的方式报销公务交通费用，报销标准视具体情况而定。

公务交通费用采取按次按距离包干形式报销的，出行公里数可依据公开的电子地图数据，由院总务科确认；计费价格参照长沙市出租车收费价格但不能高于的原则，暂定按照 2.50 元/公里的标准按照出行实际里程数计算，具体报销标准为：

1、单程 5 公里以下的、医院周边公交车可直达的办事区域鼓励公交车出行，不按照此规定予以报销；

2、单程 5 公里以上的，均按实际出行里程数和规定的计费价格予以报销费用；

3、私车出行实际发生的过路过桥费、停车费等相关费用，凭出行当日发票据实报销。

根据总量控制原则，为便于财务科及时核算总额，确保节支率不超标准，医院公务交通费用报销原则上实行“一出一申报、一月一结算”的方式，当月前 10 个工作日集中报销上月的费用，不得累计报销，逾期或累计报销不予办理。

财务科将建立公务出行费用台账，定期对本单位公务交通费用情况在医院内部公布公示，自觉接受审计和纪检监察部门的监督检查。

公务交通费用报销应公开透明，严禁报销没有发生公务出行活动的费用，严禁报销非公务用车的燃油费用，医院将于每季度末公开交通费用报销情况。

本细则解释权归院财务科负责。

公务用车使用管理试行办法

第一章 总 则

第一条 为进一步规范公务用车使用管理，保障公务用车制度改革后市医院公务出行和业务需要，根据《长沙市公务用车制度改革领导小组关于印发〈长沙市市直事业单位公务用车制度改革实施意见〉的通知》（长车改〔2019〕1号）和长沙市第三社会福利院（长沙市第九医院）公务用车制度改革实施方案以及《关于进一步明确公车改革有关事项的通知》（长车改〔2019〕9号文件精神，结合我院实际情况，制定本办法。

第二条 以保障高效、费用节约、成本下降和管理规范为目的，坚持社会化、市场化方向，合理有效配置公务用车资源，创新公务交通分类保障方式，建立新型公务用车使用管理体制。

第三条 院办公室和总务科为公务用车主管部门，负责对公车改革后保留车辆以及车辆租赁服务的管理。

第二章 使用规则

第四条 本规则所指公务用车包括公车改革后保留下来的业务车辆（公务出行用车）和特种专业车辆（业务用车）。

公务出行用车主要用于保障院领导和职能部门参加重要会议、紧急公务、重点项目、突发应急事件的处理。

业务用车主要用于保障医疗业务相关工作。三个院区之间的正常业务管理、往返银行办理缴存款等业务可使用业务用车。

第三章 车辆管理

第五条 保留车辆由院办公室和总务科进行统一管理，公务出行用车由院办公室指派，业务用车由总务科指派，所有车辆维修、维护保养等相关工作以及司勤人员管理由总务科负责。

第六条 取消通勤用车，已享受了交通补贴的人员，一律不得在规定区域（东至浏阳河大道接沙湾路（含边界道路），南至湘府路（含边界道路），西至西二环（含边界道路），北至北二环（含边界道路）以内所形成的合围区域内乘坐公务用车。另外，根据我院实际情况，我院梅花分院位于长沙县，且需经常与长沙县政府各部门进行工作联系，因此明确将长沙县江背镇梅花社区以及星沙划为我院公务交通保障范围。

第七条 公务出行用车实行申请和派车单制度。

办公用车的申请和派车：车辆使用人事先向办公室进行公务出行申报，由办公室车管人员填写派车单（一式两联，一联交车辆使用人，一联留存），经公车分管领导审批，司机凭派车单出车。车管人员应合理安排出车，尽量考虑多部门人员联合用车。

业务用车的申请和派车：业务用车部门应提前 2 天（特殊情况除外）向总务科进行申请用车，由总务科车管人员根据用车申请开出派车单（一式两联，一联交车辆使用人，一联留存），司机凭派车单出车。

第八条 公务用车使用完毕应严格执行回单位停放制度，节假日车辆钥匙上交总务科车管人员保管。

第九条 节假日严格执行公车管理相关规定，车辆必须集中停

放在本单位办公区域，紧急公务出行必须事先报告，并由分管领导批准，上班日进行补办派车登记相关手续。

第十条 公务出差使用公车或租赁车辆的，与差旅补助衔接，严格按照财政出差补贴标准执行。

第十一条 财务科要加强对据实报销交通费用的管理，制定“按次按距离包干”为主的交通费用报销管理办法，充分考虑单位公务出行的实际需要，在确保改革后节支的前提下，明确报销条件、报销标准、审批程序、监督检查等规定。

第十二条 确因工作需要公务出行需租赁车辆的，由总务科牵头通过社会化平台予以解决。租赁车辆参照党政机关公务用车配备使用标准执行，严禁长期固定租用（梅花偏远地区班车租用除外）。

第十三条 因公务租赁车辆应符合下列条件之一：

- （一）处理突发应急事件，本单位应急车不能满足保障的；
- （二）重要公务接待活动；
- （三）单位集体大型公务活动；
- （四）单位大型业务活动；
- （五）优抚病人外出参观和红色旅游活动；
- （六）大型职工文体活动及工会其他活动；
- （七）保障梅花分院职工上下班；
- （八）其他特殊情况。

第十四条 车辆租赁费用在公车改革后保留车辆租赁费用中列支，要严格控制，租赁费不能超过年初的预算总额。

第四章 监督检查

第十五条 严肃公务用车纪律，不得以特殊用途等理由变相超编制、超标准配备公务用车，不得以任何方式换用、借用、占用下属单位或

其他单位和个人的车辆，不得接受企事业单位和个人赠送的车辆，不得以任何理由违反用途使用或固定给个人使用公务用车和业务用车，不得以交通补贴名义变相发放福利。不得既领取公务交通补贴、又违规乘坐公务用车。

第十六条 纪检监察部门进行要进行监督检查，及时受理群众举报，对违纪违规行为要及时查处，严肃追究相关责任人的责任。

第二节 后勤管理制度

后勤保障管理制度

总务科在院长/主管院长的领导下，全面落实后勤保障及服务性工作。

一、科室管理

(一) 全体科室工作人员在科长领导下，应树立集体观念，工作生活中互相协作、团结一致。

(二) 科室成员应按时完成分内工作，凡是遇到个人无法处理的问题，应及时向主管院长报告，以避免不必要的损失。

(三) 科室成员应严格遵守医院规章制度，遵守劳动纪律，按时上下班，如需请假，必须按正常程序申请。

(四) 办公室要求干净整洁，各类资料文件摆放有序、保存得当，以保持良好的工作环境和工作秩序。

(五) 严禁收受红包和私拿回扣等不正之风，科室成员务必保持清正廉洁的工作作风，维护医院形象。

二、服务意识

(一) 工作人员应坚持“以病人为中心，为医院职工服务”的理念，满足医疗服务流程需要。

(二) 工作中，凡属临床医疗业务第一线需要的服务项目都应尽量优先安排。

(三) 为了更好地为患者及职工提供服务，实现每日后勤查房制度，主动、及时、准确、高效地提供后勤服务，年底查房记录本统一交办公室保管。

(四) 后勤保障工作中，相关领导要经常检查督促，发现问题及时调整、改

进工作，为临床提供高效、优质服务。

三、专业技能

（一）后勤技术人员持证上岗，按照技术操作规程工作，同时应加强专业技能学习，提升服务能力。

（二）后勤技术人员要充分发挥后勤设备潜力，通过对设备的更新、改造，做到充分挖掘设备潜力并合理应用。

（三）后勤技术人员要充分重视定期检修，做好维护保养，并做好记录。提高后勤设备的使用寿命，使设备处于良好运转状态。年底将相关检修、保养记录交办公室保存。

四、安全保障

（一）把安全生产作为后勤保障工作中的重要内容，尤其要明确后勤部门的安全管理重点，制定安全制度，并切实落实。

（二）树立安全意识，严格执行安全制度，执行安全操作规范，定期进行安全教育。

（三）立足于实现防范，尤其是对一些关键性设备（如电梯、氧气罐），要定期检查，保证质量安全。

（四）加强安全隐患的检查，并及时上报，避免发生安全事故。

五、节能降耗

（一）后勤工作人员要充分重视节能工作，包括节约用电、用水、用气、用物资等，在保证诊疗需要和医疗质量的前提下，努力减少能源消耗。

（二）后勤技术人员要重视成本效应分析，对大型设备进行适当的改良、革新，提升设备工作效率，以降低后勤成本开支和消耗。

（三）年终做好本年度节能降耗工作报告，并存档。

物资管理制度

一、一般物资管理制度

（一）医院物资按性质分为医用物资和办公及其它物资。医用物资由业务院长分管，具体工作由药剂科负责；办公及其它物资由后勤院长分管，具体工作由总务科负责。院财务科负责对物资管理工作进行指导、监督和检查。

(二) 医院所有物资均应分类建帐，物资采购员由医院指，物资采购必须认真按照国家规定的物价政策，坚持维护单位利益，采购物资时必须列出计划清单，经主管领导审批同意后，按医院指定的采购途径进货或按公开招标的方式进行；物资采购毕，经验收合格凭正规发票入库；财务科凭有经手人、证明人签字的发票和验收单填写支出报销单，经院长签字后方予报销。

(三) 部门物资由部门负责人或护士长全面负责管理，各类物资应有固定基数，建立帐目，定时清理，做到帐物相符。

(四) 添置物品应有计划，固定资产及贵重仪器设备，应于年初计划，经有关部门审批，按物资性质分别由药剂科或总务科采购。

(五) 在部门负责人的指导下，各类物品应指定专人管理，每月清点，年底与有关部门总核对一次，如有不符，应查明原因。

(六) 凡因不負責任或违反操作规程而损坏物品者，应根据医院赔损制度进行处理。

(七) 熟悉、掌握各类物品的性能，注意维修、保养、保管，防止生锈、霉烂、虫蛀等现象，提高使用率。

(八) 各部门物资一般不外借，特殊情况下应办理借物登记手续，经部门负责人同意方可借出。

(九) 各部门经管物资的人员工作调动时，必须办理物资移交手续，交接双方共同清点并签名。

二、被服管理制度

(一) 各病室根据床位多少，按规定确定被服基数，经常清点，如数目不符或遗失，须立即追查原因。

(二) 被服清洗时，应与洗衣房当面点清。

(三) 布类破损应由洗衣房及时缝补，如不能再用，应集中清理，定时报废，以旧换新。

(四) 医院被服应由保管室统一计划。

三、器材管理制度

(一) 常用医疗器材由治疗护士负责保管，定期检查，保持性能良好，每班认真交接。

(二) 其它各类器械，应建立实物帐目和交接登记手续，使用时，必须了解其性能及保养方法，严格遵守操作规程，防止因操作不当而造成损坏。

(三) 精密、贵重（5000 元以上）及光电仪器应指定专人使用和保管，经常保持仪器清洁干燥、性能良好，建立使用卡，与保养档案。

(四) 各种电器设备、办公桌椅由部门负责人或护士长管理，应按规定确定基数，建立帐目，保证帐、物相符。

(五) 集体宿舍的床铺、桌椅由总务科配备、管理，建立帐户；使用人离开医院时，须及时、如数归还，方能签字放行。

固定资产管理制度

为了加强医院固定资产的管理，规范固定资产的采购、入库及日常维护管理行为，使医院各类固定资产得以有效利用，保障医院业务工作正常运行，特制定本制度。

一、固定资产的确认标准、分类和计价

1、确认标准

(1) 一般设备单位价值在 1000 元以上，专业设备单位价值在 1500 元以上，使用时间在一年以上，并在使用过程中基本保持原有物资形态。

(2) 单位价值虽未达到规定标准，但使用时间在一年以上的大批同类物资设备，也属于固定资产范围，应作为固定资产管理。

2、范围和分类

(1) 房屋及建筑物：指产权属于本单位的一切房屋建筑物及各种附属设施；

(2) 专业设备：指用于业务的各种医疗仪器、设备等；

(3) 一般货物：指办公与事务用的设备、家具、用具、交通工具等；

(4) 图书：指各种专业图书、技术图书和重要杂志等；

(5) 其他固定资产：指不属于以上各类范围的固定资产。

3、计价

(1) 购入的固定资产，按购入价格，包括运输装卸、包装费用、安装调试费和进口税金等计价；

(2) 新建的房屋建筑物，按固定资产交付使用前发生的实际支出计价；

(3) 在原有基础上进行改扩建发生的房屋建筑物，按其原值加上改扩建发生的实际支出，减去改扩建过程中拆除的固定资产原值和固定资产变价收入后的余额计价；

(4) 自制的固定资产，按制造过程中发生的实际成本计价；

(5) 借款购建的固定资产，安装完毕交付使用前发生的借款利息也应计入固定资产价值；

(6) 接受捐款的固定资产，按市场同类固定资产的价格计价。接受固定资产时发生的各项费用，应计入固定资产价值；

(7) 无偿调拨或由于医院撤并转入的固定资产，按原单位帐面原值计价；

(8) 盘盈的固定资产，按重置完全价值计价。

二、固定资产的分类归口管理

1、屋房、建筑物及其各种附属设施，各种车辆、机电设备、锅炉、水暖、电器、家具、被服及有关设备等，归总务科管理。

2、医疗设备、医疗器械、电子仪器、及有关医疗、教学、科研、专用设备，归设备科管理。

三、固定资产购置、领用及转移调拨管理

1、购置的管理

(1) 应本着勤俭节约的精神，充分考虑工作需要与实际可能的基础上，严格按财政资产管理处批准的资产配置预算执行，做到提前上报年度资产配置预算及增补配置预算，严格执行有预算才采购、无配置预算不采购、谁采购谁负责的原则。

(2) 购置设备要按规定申报，大型仪器设备要进行可行性论证，申报中要详细说明仪器设备的价格、性能、适用范围，预测产生的社会效益和经济效益等，并通过组织专家咨询等方法，对安装条件、配装能力、资金来源、技术力量和利用率情况进行综合论证。出具论证报告后上党委会通过后才能进行采购。

(3) 对于购入、调入设备，必须按发票、调拨单、合同等组织验收，根据订货合同和发票内容及时认真地验质验量。如发现型号规格不符、性能不良、数量短少、质量不符合要求或残缺损坏、缺附件资料等情况，应立即与供货单位联系，尽快解决。

(4) 及时办理财产建帐、入库、分配等有关手续。对验收合格的固定资产，要按财产类别填写“验收入库单”，财务和财产管理部门根据发票（或调拨单）、入库验收单，登记固定资产总帐、明细帐和台帐。

2、领用的管理

(1) 各科室领用固定资产必须严格手续，由使用科室填写“财产物资出库单”一式三份，一联仓库保管留底，一联财产管理部门登帐（并放入会计凭证中），一联领用科室存查。

(2) 及时建立台帐，仓库保管和使用科室各一份，做到责任明确，手续完备。

3、转移、调拨的管理

(1) 各科领用的各种固定资产，不准随意变动，如确因工作需要，在科室之间进行转移调配时，须到总务科资产管理员做转移登记，资产管理员直接在资产卡片中修改资产存放位置的信息财务核对。

(2) 对各科室某些不再使用或有多余的固定资产，管理部门应予调出，以防止物资财产积压和浪费。

四、固定资产处置的管理

1、固定资产报废

凡属纳入医院固定资产管理的物资，达到报废年限须报废时，科室提出报废申请，填写报废申请单，总务科填入卡片代码并签字，财务科核对净值是否为零并签字，院长签字后，将申请单和实物一并提交总务科，由总务科根据主管部门及财政要求统一做报废处理。并及时将报废资料交财务进行账务处理。

2、捐赠资产的管理

各科室接受的赠送、赞助的固定资产，由社工部统一负责接收并按需求或指定科室分配。接受捐赠物资由社工部开具接收物三联单，接收物资清单应注明来源、名称、品种、数目、规格、入库时间等内容，接受捐赠物后应及时向捐赠者开具收据。交相关资料给财务科做账，资产管理及时录入资产系统。

五、固定资产的清查盘点

1、医院应定期或不定期地对固定资产进行清查盘点，年度终了前进行一次全面清查盘点。固定资产的清查盘点工作，由总务科统一组织并实施，使用科室

共同清理，财务科负责指导和监督。

2、清查工作人员要深入到使用科室逐一盘点核对，发现余缺应及时作出记录，查明原因，提出处理意见，按报批手续报院长批准后进行账面调整。

3、固定资产盘盈、盘亏由总务科按年度盘点后提出固定资产盘盈、盘亏报告，会同财务科核查落实后，报上级有关部门审批；财务科依据上级有关部门批准的固定资产盘盈、盘亏报告进行账务处理。

六、固定资产日常管理

1、固定资产要按规定严格管理、定期维护保养，未经医院领导批准不得外借。

2、固定资产折旧

财务科每月按各类固定资产规定的使用年限，计算提取折旧，列入有关科室的成本费用的核算。

七、固定资产管理工作考核

1、固定资产的管理应纳入年终考核内容之一，目的是管好设备（固定资产）、用好设备、充分发挥设备应有的效能。

2、考核奖惩

(1) 对管理制度健全、使用合理、注意保养、保证安全、延长使用年限、提高使用效益、取得较好社会效益和经济效益的科室和个人，应予以表扬、奖励；

(2) 对管理不善、玩忽职守或违反操作规程，造成损失的，应追究当事人的责任，并按有关赔偿规定处理。

(3) 应纳入科室工作的重要范畴，作到合理使用，管理完善，因玩忽职守或违反规定造成财产损失者，当事人或科室必须立即写出书面报告，述明原因，根据情节按有关规定加以处理，对隐情不报者应严加处罚。

日常维修管理制度

一、水电班组负责医院水电气等的日常维修工作，全体工作人员应严格遵守劳动纪律，不迟到、不早退，服务态度热情、积极，按时完成工作任务。

二、每天对接报的各项维修任务，应根据轻重缓急，逐一安排维修，对急修、零修（一个工以内）当天完成，有一定工程量、难度较大的，力争两天内完成，

特殊情况，须及时上报有关领导。

三、不许随意停水、停电、停气等，除紧急维修外，必须经医院相关领导批准后并在院内通知。

四、在维修时必须按规程操作，不得违章作业，保证安全用水、用电，杜绝一切人为因素引发的安全事故

五、各班组维修人员必须服务热情，不得与维修周边人员发生冲突。根据维修要求领取必要的维修材料，并做好维修记录。

六、定期进行日常巡查，以自行修理和报修相结合的方法完成各项维修任务。

七、公布报修电话。

八、为保证医院水电气等的正常供应，维修实行 24 小时二线值班制度。

医疗仪器设备管理制度

为了科学、规范、有序地管理好我院的医疗仪器设备，依法、依规、依程序采购、保管和使用各种医疗仪器设备，最大限度地发挥各类医疗器械设备的效能作用，特制定本管理制度。

一、医疗仪器设备的管理规定

（一）我院医疗、教学、科研所需的仪器设备，均由总务科统一采购、调配、供应、登记备案、维护维修、归档管理。

（二）凡有医疗器械设备的科室，均须指定专人管理，严格使用登记。认真检查保养，严格按操作规程使用，确保仪器设备处于良好状态，随时开机可用，并保证帐、物、卡相符。

（三）全院医疗器械设备必须定期查对、维护。

二、医疗器械设备的申报程序

（一）各使用科室本着“经济、需要、先进、实用”的原则由科室负责人于本年度末编制购置计划。其内容为：设备名称、型号、数量、金额、生产厂家、配套设备名称、购置理由、可能产生的效益。

（二）凡新购设备，各科室必须填写由使用部门、总务科、分管院长会签的包括设备名称、数量、单价、规格型号、技术参数、生产厂家、购买理由、可能产生的经济效益等在内的《医疗设备购置审批表》。

(三) 总务科会同有关部门对所购设备的可行性、先进性、可维修性、实用性、经济性等方面进行考察、调查、比对，提供相关报告，院长办公会审定。

(四) 总务科按院长办公会审定的采购计划单，去财务科申请资金，确保资金落实到位。

三、医疗仪器设备的购买程序

(一) 依据院长办公会审定的采购计划表，总务科按相关政策及法定程序，进行政府采购或组织招投标。

(二) 对不需要政府采购的医疗器材，如：血压计、听诊器等小型医疗仪器设备，在符合政策及法定程序的前提下按审定后的数量及技术参数要求，由总务科组织采购。

四、医疗仪器设备的验收制度

(一) 采购回来的所有医疗仪器设备，不分大小和价值高低，必须按照验收、入库登记、领用的程序，办理相关手续。

(二) 医疗设备验收时应有供应商、使用科室负责人、医务科（或护理部）、总务科、主管院领导共同在场，对医疗设备的质量、数量共同认可后签字方可。

(三) 总务科根据验收单和发票原件及时办理固定资产确认手续，使用部门应在固定资产出库单上签字，财务科凭总务科开出的固定资产入库单方可付款。

(四) 采购回来的医疗仪器设备投入使用后必须产生效益，并由经管办核算。如果无效益产生，则根据使用年限将成本分摊计入该科室的费用。

五、医疗仪器设备档案管理制度

总务科负责医疗设备档案的收集、整理、保管和统计工作，凡属归档范围内的设备购置申请报告及批复原件，都要存入设备档案内。设备档案的原件一般不外借，如因特殊需要，必须借用时，应经总务科领导同意，办理借阅手续，借出的档案材料，借用人应妥善保管，不得损坏和遗失，按期归还。

六、医疗仪器设备的维修制度

(一) 总务科负责全院医疗设备的维修、保养的工作。

(二) 各科送修设备必须登记，并注明所属附件。设备修好后经使用科室试用合格，领取者签字，以示交接。

(三) 各科室对所属医疗设备必须精心管理，严格按照仪器的操作规程进行

操作，如因人为操作或保管不当造成医疗设备损坏，该设备的维修费用由相关责任人或科室承担。

七、医疗仪器设备的报废更新制度

（一）医疗设备经多年使用自然损坏，确已失去维修价值，由使用科室填写报废申请单，经总务科审查，送财务科核实后，报请院长批准后生效。财务科去国有资产管理中心办理法定报废手续，核减固定资产数量。

（二）医疗设备报废批准后，根据需要更新相应的医疗设备（对于淘汰的医疗设备，根据需要更换新型设备）。

公车管理制度

一、所有车辆的派遣由总务科负责统一调度，按先急后缓，保证重点的原则。

二、所有公务用车使用实行派车单制度，驾驶员凭派车单报销过桥过路及其他相关费用。

三、公车一般只能用于公务，严禁个人利用公车经商，严禁公车对内对外承包经营。本单位职工因疾病等特殊原因需要使用公车，需经主管领导同意。本单位职工婚丧嫁娶、旅游一般情况不使用公车，经主管领导同意后方可使用公车并到财务科交纳相应的租车费用（注：单位职工因私使用公车如发生交通事故，事故所造成的费用则由本人负担 50%）。

四、法定节假日无公务用车时，所有公车必须停放在指定地点，任何人不得擅自使用，同时车辆钥匙、油卡全部上交。

五、非专职驾驶人员不得以任何理由驾驶单位车辆，如因工作需要驾驶公务用车的，必须持本人驾驶证，经主管领导同意后方可。

六、公用车辆实行专人专车，驾驶员要经常检查车辆，做好日常维护，保持处理清洁卫生，严禁酒后驾车、疲劳驾车，做到安全行车，确保正常工作用车，发现隐患及时处理，杜绝车辆带“病”上路。

七、驾驶员必须严格遵守交通法规，对应违反交通法规受到的处罚，费用由驾驶员本人负责，单位不予报销，对驾驶员因不遵守交通法规而造成的交通事故，则根据交通管理部门的交通事故责任认定，对驾驶员做出相应的处罚。

八、公用车辆需要进行保养和维修，驾驶员必须向主管领导汇报后方可进行，

并在修理厂监督车辆的维护保养，以保证维修费用清楚。

九、驾驶员必须坚持勤俭节约的原则，努力降低维修费用和汽油消耗。

集体宿舍管理制度

一、遵守国家法律、法规以及医院的各项规章制度，认真做好防火、防盗等安全防范工作，避免安全事故发生。

二、讲文明、讲礼貌，互相关心、互相帮助、和睦相处，不拨弄是非，不吵架打架。

三、爱护公共财物，爱护环境，保持室内外卫生，不随地吐痰，不乱扔垃圾。

四、严禁私接电源线路，严禁使用电炉、电炒锅、取暖器、热得快、电磁炉等高功率电器，违者没收所用电器并予以经济罚款。

五、外来人员留宿必须报安全办，经安全办同意方可留宿，严禁男女混居。

六、未经总务科同意不得擅自调换房间，不得擅自调换室内配置的物品，不得擅自安排他人入住。

七、严禁在集体宿舍内做饭、炒菜。如有需要做饭、炒菜者，须向总务科申请厨房，并交纳一定的费用。

八、每间宿舍设寝室长一名，负责宿舍管理。

九、凡入住集体宿舍者，按规定缴纳管理费用等。

十、违反集体宿舍管理制度者，一经查处，罚款 50-100 元。

基建管理制度

一、全院的基建、维修工程项目由总务科按照国家标准计划和医院年度规划组织实施。

二、年度基建维修计划由总务科负责制定，方案经院领导批准后实施。

三、基建工程须严格做好建前规划，按程序进行申报设计、报建等工作后方可施工，不搞违章建筑，同时要按规定收集各种基建档案资料，并于工程竣工验收后整理移交院办公室保存。

四、总务科负责对工程的材料质量、施工质量进行检查，如发现质量不符合

要求，坚决制止，确保工程质量和安全。

五、做好自供建材、材料的管理和工程量的复核、招标、预算、结算的审核工作。

六、总务科负责施工队的安全、防火、卫生教育工作，并督促其文明施工。按照安全办的要求做好施工人员的管理工作。

七、基建、维修工程较大的项目严格按照招投标规定的程序进行，严禁弄虚作假。

八、未达到规定标准的基建、维修工程，要做出预算，预算经审核确定后，连同合同书一起交财务科备案，作为付款和结算凭证。

九、工程竣工后，及时通知有关部门进行质量检查验收，质量符合要求后方可投入使用。

十、基建管理人员应做到廉洁奉公、遵纪守法、秉公办事，不以权谋私。

爱国卫生管理制度

一、医院爱国卫生工作，在主管院长的领导下，由院爱卫领导小组负责管理和指导，各科室要把爱国卫生工作列入科室管理工作内容，有专人负责管理和督促。

二、医院的清洁卫生工作，要坚持经常性与突击性相结合，平时清洁实行卫生、绿化包干责任区管理，每天一小扫，每周一大扫。公共区域由保洁员天天打扫。宿舍住宅区（除公共部分承包或专人负责外）楼梯、走道由住户负责清洁打扫。逢节假日开展全院性突击卫生活动，全院职工应积极参加。

三、医院职工应自觉遵守医院的卫生保洁制度，认真搞好室内外环境卫生和个人卫生。要提倡讲文明、讲卫生的良好习惯。严禁随地吐痰，乱倒垃圾，不准向窗外乱丢果皮、纸屑和杂物，保持清洁。禁止在医疗区域和公共场所吸烟，积极创建无烟医院。

四、严禁建筑材料乱堆乱放。凡来院施工的建筑队应服从医院管理，总务科负责管理与监督。工程竣工后建筑垃圾应及时清理，保持医院环境的整洁。

五、医院垃圾、污物按规定分类处理。生活垃圾清运到生活垃圾站，医疗垃圾要用塑料袋严密包装，由专人托送。严禁随意乱倒垃圾，违者重罚。



- 六、厕所和盥洗间要有专人负责，经常冲洗，定期消毒，保持清洁。
- 七、每逢春、秋季季节，根据市爱卫会要求进行除“四害”工作。
- 八、不随地吐痰、便溺、乱扔杂物、乱倒垃圾。
- 九、不破坏绿地、树木。
- 十、不破坏环卫设施。
- 十一、不在禁烟场所吸烟。
- 十二、不从事其他有碍社会卫生的活动。
- 十三、食堂要认真搞好食堂卫生，确保食品卫生安全。
- 十四、做好环境保护工作，三废（废水、废气、废渣）按国家规定进行无害化处理。
- 十五、后勤部门负责人、病区护士长每日检查卫生清洁工作一次，院爱卫小组每月组织检查评比一次，并将各科室内外卫生检查评比结果公示并纳入全院绩效考评。

环境卫生管理制度

为加强环境卫生综合整治工作，进一步提高环境卫生管理水平，促进环境卫生管理制度化、规范化，特制定本制度：

一、医院卫生有分管领导，有卫生专干，成立爱国卫生运动委员会，把爱国卫生运动列入医院工作的议事日程，每年至少开会四次。

二、将卫生区域落实到各部门，各部门实行“门前三包”（包卫生、包绿化、包秩序）。建立每日清扫、每周大清扫及随时清扫的卫生制度，节假日大搞突击卫生运动，坚持突击与经常相结合，切实搞好室内外环境卫生。

三、建立垃圾集中处理、定期清运制度及医疗垃圾处理制度。认真执行隔离消毒制度，按国家规定做好污水、污物、垃圾处理，做好环境保护工作，防止污染和交叉感染。

四、宣传“除四害、讲卫生”知识，树立以卫生为光荣，不卫生为耻辱的医院风尚，切实贯彻执行饮食卫生“五、四”制度。

五、建立环境卫生考核奖惩制度，成立环境卫生综合整治考核小组，定期进行检查、考核、竞赛、评比，定期公布检查结果，并将检查结果与经济挂钩。

后勤设备设施管理制度

一、后勤设备设施由总务科负责管理，维修班班长负责日常维护、保养，责任到人，专人负责。

二、维修班长每月月初组织一次检查，安排维修人员一周内做好设备设施的维护、保养，并做好记录，有问题及时向总务科汇报，确保设备设施正常运转。

三、总务科不定期进行抽查，节假日前进行重点检查，及时编制维修计划，向主管院长汇报，并提出合理化建议。

四、按规定处理报废设备，及时做好申购设备的市场调查，办理相关手续。

房屋管理制度

一、基建办对所管物业项目房屋共用部位进行日常管理和维修养护，检修记录和保养记录齐全。

二、根据房屋实际使用年限，定期检查房屋共用部位的使用状况，需要维修，属于小修范围的，及时组织修复；属于大、中修范围的，及时编制维修计划和住房专项维修资金使用计划，提出报告与建议，根据医院决定，组织维修。

三、定期房屋共用部位的门窗、玻璃等，做好巡查记录，并及时维修养护。

四、按照装饰装修管理有关规定和住房公约要求，建立所管物业项目的装饰装修管理制度。装修前，依规定审核使用人的装修方案，告知装修人有关装饰装修的禁止行为和注意事项。定期巡查装修施工现场，发现影响房屋外观、危及房屋结构安全及拆改共用管线等损害公共利益现象的，及时劝阻并报告有关主管部门。

五、对违反规划私搭乱建和擅自改变房屋用途的行为及时劝阻，并报告有关主管部门。

电梯管理制度

一、电梯机房除电梯工作人员、消防人员外，任何人不得进入机房，非电梯工作人员不得操作。

二、电梯运行中出现突然故障，厢内人员务必不要惊慌，应先启用厢内报警

按钮，并等待电梯工作人员前来救援。

三、电梯内人数过多时，应分批搭乘，以免超载发生危险。

四、切勿让幼儿单独搭乘或进入电梯，以免发生危险。

五、发生火警时，切勿搭乘电梯，因为这种情况电梯随时有可能发生故障，将人困在电梯内，造成险情。

六、电梯内禁止装运易燃易爆危险品及超长超宽超重或易污染物品。建筑垃圾须包扎或包装后在规定时间内装运，防止洒落或擦伤厢体。

七、禁止在电梯内乱涂乱刻、抽烟等。

八、发现有水渗入电梯或电梯槽底有积水时，应立即停止使用，以免发生故障。电梯内求救警铃、电风扇必须保持工作状态，以免紧急时无法求救，致人窒息。

九、电梯工作人员每日应对电梯作例行检查，如发现震荡、不正常的声响等问题，应立即停梯检修，并在电梯门前设置警示牌。

十、电梯工作人员应每天打扫电梯厢，并在保洁时避免外人进入电梯，以免损坏电梯设备。

安全用电管理制度

一、为确保职工在工作中的安全与健康，根据国家和电业局的有关规定并结合医院的实际情况，制定本制度。

用电工作必须贯彻“安全第一”和“安全生产，预防为主”的方针，安全生产，人人有责。各级行政第一责任人是安全生产第一责任者，各级领导必须以身作则，各级安全管理部门及管理人员要认真负责，严格按规程进行监督检查。

二、电气工作人员必须具备下列条件：

（一）电气工作人员必须具备必要的电气知识，按其职务和工作性质，熟悉安全操作规程和运行维修操作规程，并经考试合格取得操作证后方可参加电工工作。

（二）凡带电作业人员必须经专门训练，并经考试合格，领导批准后方可参加带电作业。

（三）实习人员和临时参加电工工作的人员必须经培训和领导批准后方可参

加电工工作。

(四) 供电工作人员应加强自我保护意识, 自觉遵守供电安全规程, 发现违反安全用电和设备、设施有安全隐患时应立即制止。

(五) 电气工作人员应掌握触电急救法。

三、细则:

(一) 医院安全用电管理第一责任人为法人代表, 具体由分管后勤副院长、总务科长全面负责, 并责任到人。

(二) 总务科、安全办要经常检查用电工作是否正常, 并对配电屏、水泵、消防设备等进行安全检查。每季度与安全办共同组织全院安全用电检查。

(三) 医院电工全面负责电源线路、照明、电器设备、医疗设备等电源的正常使用及日常的维修工作, 发现问题要及时报告总务科, 并及时维修, 严格按照规定用电, 防止不安全隐患。

(四) 经常教育各部门要安全用电, 不得任意损坏电源设施、设备, 不得私自任意更改、移位、拆装和乱接电线; 发现电器有故障时, 应及时关闭电源, 不得随意拆卸。

(五) 做防火、防电事故及安全事故发生, 做好设备安全运行。做到节约用电, 下班要把灯、电器电源关闭。

(六) 医院用电发生安全事故, 总务科长、电工要分别承担责任, 罚款100-2000元, 重大事故要承担刑事责任。

食堂管理制度

一、严格遵守医院各项规章制度, 按时上下班, 保证全院职工、病人按时就餐。

二、严格执行食品卫生法, 工作人员上班必须穿好清洁的工作服, 操作前洗净双手, 并每年体检一次。

三、坚持做到室内外卫生每日一小扫, 每周一大扫, 操作间及各种厨具于每次操作后随时清洗, 保持清净卫生。

四、严格食品进货渠道, 采购粮、油等主食必须按医院要求定点采购, 严禁采购“白板肉”和变质等不合格食品。

五、严格执行财务制度，做到帐物相符，收支平衡，严禁私设小金库。

六、严格食品管理，设专人负责管理，做到人入库有验收、出库有登记，并做好防虫、防蟑、防鼠、防投毒，确保饮食安全。

食品卫生安全管理制度

根据《食品安全法》和国家有关法律、法规、规章的规定，制定如下制度：

一、岗位责任制度

（一）负责人岗位职责：对食品的经营负全面责任；负责建立、健全质量管理体系，加强对业务经营人员的质量教育，保证质量管理方针和质量目标的落实和实施。定期开展质量教育和培训工作，每年组织一次全员身体检查。

（二）管理人员岗位职责：对食品安全管理工作负直接责任；按时做好营业场所和仓库的清洁卫生工作，确保食品的经营条件和存放设施安全、无害、无污染；建立并管理员工健康档案，每年负责安排从业人员的健康检查，监督检查员工保持日常个人卫生；负责监督营业场所和仓库的温湿度在规定的范围内，确保经营食品的质量；发现可能影响食品安全的问题应立即解决，或向负责人报告。

（三）购销人员岗位职责：严禁采购法律法规禁止上市销售的食物；严禁从证照不全的企业采购食品；进货时认真查验供货单位的《食品生产许可证》、《食品流通许可证》、《营业执照》和《检验合格证》等；确保所售出的食品在保质期内，并应定期检查在售食品的外观性状和保质期，发现问题立即下架，同时向食品安全管理人员报告。

二、从业人员卫生管理制度

（一）凡从事食品经营工作的人员必须经岗前卫生知识方能上岗，从事直接入口食品工作岗位的人员必须取得健康证明，且每年进行健康检查，定期进行食品卫生和有关卫生法律、法规、业务技能的培训。

（二）凡患有痢疾、伤寒、病毒性肝炎等消化道传染病（包括病原携带者），活动性肺结核、化脓性或渗出性皮肤病及其他有碍食品安全的疾病的人员，不得从事接触直接入口食品的工作。

（三）注意个人清洁卫生，做到个人仪表整洁。上岗时必须穿戴统一整洁的工作服，并应经常换洗，保持清洁。在工作岗位上不能嚼口香糖、进食、吸烟，

私人物品必须存放在指定的区域或更衣室内，不可放置在工作区内。

三、销售管理制度

（一）经营场所距离非水冲式厕所、开放式粪池、垃圾堆（场）等场所的直线距离 25 米以上，并设置密闭的垃圾容器，及时清除垃圾，搞好防尘、防蝇、防鼠工作，确保环境整洁。

（二）《食品流通许可证》和《营业执照》应悬挂于经营场所内醒目位置。设有食品卫生管理机构和组织结构，配有经专业培训的食品安全专职管理人员。

（三）食品陈列设施布局合理，划定食品经营区域，食品与非食品分开存放；不出售有毒有害、“三无”和未经检验或检验不合格的食品。保证食品外观清洁，如发现食品超过保质期、破损、鼠咬、受潮、生霉、生锈等现象要及时处理。

（四）散装食品销售必须按“生熟分离”原则，分类设置散装食品销售区。按销售品种配备足量的容器，并符合卫生条件。直接入口的散装食品应有防尘材料遮盖。应在盛放食品容器的显著位置或隔离设施上设置“散装食品标识牌”，标识出食品的名称、配料表、生产日期、保质期、保存条件、食用方法、生产经营者名称及联系方式等内容，做到“一货一牌、货牌对应”。销售直接入口的散装食品必须由专人负责，为消费者提供分拣和包装服务，提供给消费者符合卫生要求的小包装。操作时应穿工作服，戴口罩、手套和帽子，使用专用工具取货。

（五）生鲜食品销售应配备货架、保温柜、冷藏柜和冷冻柜等陈列设施，配备符合要求的检测设备。

（六）熟食制品销售间入口处应设预进间，设更衣及洗手、消毒设施，采用非手动式的水龙头。配备有效的空气消毒设施、食品冷藏设施和专用工具，食品要有防尘材料遮盖。

四、仓库管理制度

（一）食品仓库必须做到专用，不得存放其他杂物和有毒有害物质。应设专人负责管理并建立健全出入库登记制度。食品及食品原料入库时，库管员应对其质量和数量进行验收，并详细记录入库产品的名称、数量、产地、进货日期、生产日期、保质期、包装情况等，并按入库时间的先后分类存放，感官检查不合格的食品不得入库。设有不安全食品暂存专柜，并有记录本。

（二）食品仓库应有良好通风，保持库房内所需温度和湿度，防止食品霉变、

生虫。贮存生鲜食品应配置必要的低温贮存设备,包括冷藏库(柜)和冷冻库(柜)。搞好防尘、防蝇、防鼠、防潮工作,定期对库房周围进行卫生清扫,消除有毒、有害污染源及蚊蝇孳生场所。

(三)食品存放设隔离地面的平台和层架,离墙 30 厘米以上,最底层隔离地面 40 厘米以上。食品按照先进先出、生熟分开的原则分类贮存,并有明显标识。

五、除虫灭害制度

(一)食品销售场所内不得使用鼠药,配备一定数量的灭蝇灯,并保证能正常工作。熟食制品销售间要配有充足有效的空气消毒设施,定期消毒。

(二)应定期进行除虫灭害工作,防止害虫孳生。使用杀虫剂进行除虫灭害,应由专人按照规定的使用方法进行。除虫灭害工作不能在营业时间进行,实施时,对各种食品应有保护措施。使用时不得污染食品、食品接触面及包装材料,使用后应将所有设备、工具及容器彻底清洗。

六、卫生检查及奖惩制度

(一)卫生管理工作有领导分管和专人管理,制定卫生检查及奖惩制度,并组织有关人员定期或不定期进行卫生检查;组织从业人员学习卫生知识和有关法规,并组织培训考核,考核成绩与奖惩挂钩。

(二)卫生管理人员负责各项卫生管理制度的落实,做到每天在营业前后有检查,检查记录完备。严格从业人员卫生操作程序,逐步养成良好的个人卫生习惯和卫生操作习惯。检查中发现问题仍未改进的,按有关奖惩制度严肃处理。

饮食管理制度

一、病人的饮食种类由医生根据病情决定,医嘱开出后应及时通知营养室,并进行登记,床头安放饮食标志。

二、开餐前,停止一般治疗,对卧床病人要先给洗手,供给床上饭桌,室内应整洁,空气新鲜,无不良气味,以增进病人食欲。

三、开餐时禁止打扫室内卫生,配餐员穿开餐服、洗手,当班人员无特殊情况时一律参加开餐,凡参加开餐的人员均要洗手、戴口罩,衣帽整洁,严格查对,按医嘱供给病人饮食,并及时送到床头。

四、饮食在运送中应加盖以防污染，冬季注意保暖，保证病人吃到热饭菜。

五、危重病人及因故不能自行进食者，护士应协助进食或喂食，餐毕为病人帮好口腔护理，洗净餐个，整理床单位，必要进做好记录。

六、开餐用具每餐后刷洗，保持清洁干燥，专柜存放，食具要每餐消毒，最好固定到人，出院后终末消毒，传染病人餐具用后要分开消毒→清洗→再煮沸消毒。

七、向病人说明治疗饮食的目的，对禁忌和限用的食品要劝阻食用。

八、病人亲属送来的饮食，要予以检查方可食用。

九、凡须禁食的病人，饮食牌上与床头均应有明显标志，并告诉病人禁食的目的和时限。

十、观察病人饮食情况，鼓励病人进食以加强营养，随时征求病人对饮食的意见，并及时与营养室取得联系。

医疗废物管理制度

一、医疗废弃物必须与生活垃圾分类管理。

二、按《医疗废物管理条例》规定要求建立医疗废弃物专用的密封贮存室，标明标志并加锁，防止医疗废弃物的流失，泄漏和扩散。

三、指定专人对输液管和注射器类（经过消毒、毁形）、玻璃器皿类、组织血液样本、试管或其它类进行分类，分别用易燃无毒的软包装袋密封装好，并贴上分类标识卡。

四、分类包装好的医疗废弃物由清洁工人送至存放医疗废弃物的贮存室的专用密封桶中。

五、定期由后勤人员将医疗废物送至卫生部门指定地点，针头等类物品定期焚烧处理，并如实填写收运交接时间、种类、数量的医疗废弃物转移联单和经办人签名。

六、医疗废弃物贮存室每天由清洁工人清洗，并用 2500mg/L 的含氯消毒剂喷洒消毒。

七、对有关接触处理医疗废弃物的人员定期进行知识培训。

节能管理制度

一、节约能源，减少浪费，保护环境，提高全体员工节能降耗意识，形成“节约光荣，浪费可耻”的新风尚。

二、不断总结节能工作经验，改进工作，结合实际，积极宣传节能工作的意义、要求，强化节能意识。

三、使用部门（人）必须按照医院节能要求，做好随手关灯、关水、关空调，下班后关好室内一切用电设备，使用空调要关好门窗。

四、操作、维护部门必须严格按节能措施执行，定期检查用电设施。采用节能型灯具，使用新型节水用具，回收利用水资源，杜绝长流、跑、冒、滴、漏水现象。

五、夏天室内空调温度设置于 26 摄氏度以上，冬天室内空调温度设置于 26 摄氏度以下，使用过程中关闭门窗，离开工作场所随手关空调，下班提前半小时关空调。

六、合理定时开关照明。上班时间应尽量使用自然照明，确需使用需隔盏开灯。下班后要全面检查公共区域及工作场所电灯、空调，杜绝白昼灯、长明灯。

七、电脑、打印机、复印机等办公设备，要减少待机电耗，不用时及时关闭电源。

八、提倡办公电子化，减少纸张消耗。

九、根据科室的具体情况，制定合理的科室用电标准，消耗费用与科室效益成本挂钩，节约奖，超过罚。

十、病房及集体宿舍严禁使用高耗电器用品，如热得快、电饭煲、微波炉等。

污水处理管理制度

一、严格执行《消毒隔离管理总则》的有关规定。

二、保持污水排放系统顺利通畅，定期对医院排放系统进行维修。

三、工作人员做好自身防护，采集污水时戴手套，操作后洗手。

四、每日监测污水总余氯 2 次，并做好登记。

五、每月做好污水粪大肠杆菌检测，有报告并备查。

六、每年做好致病菌（沙门氏菌、志贺菌）检测，不得少于 2 次。

七、传染病、结核病医疗机构污水余氯 6.5-10mg/L;其他医疗机构一级标准 3-10mg/L。在传染病流行期间，应增加污水处理消毒剂的投放量，保证污水处理的余氯含量>6.5mg/L。

八、保持室内空气流量，环境清洁。

九、污水处理原料妥善保管，合理配比。

十、专人操作污水处理装置，污水处理人员经过培训后持证上岗，并能正确掌握设备操作及相关卫生知识，负责设备的保养、维修，以保证其正常运转。

十一、病人呕吐物、引流液、检验科液体标本等污染液体消毒后倾倒入厕，进入院内污水处理系统。

十二、污水处理设备自动定时定期对污水投放次氯酸钠进行消毒，污水处理人员每日测余氯含量两次，符合标准后方可排放，并做好记录。未经消毒或无害化处理的污水、污泥不得排放，清掏或作农肥。污水池内的杂物定期打捞后焚烧。

十三、处理后的污水、污泥符合 GB8978-1996《污水综合排放标准》和 GB18466-2005《医疗机构污染物排放标准》，定期接受疾控中心和市环保局的监测，院感科开展自行监测工作。

十四、总务科每月对污水管理制度执行情况进行检查，院感科不定期抽查，检查结果与当月奖金挂钩，实行奖惩兑现。

外包业务管理制度

一、总则

（一）为了加强医院外包业务管理，规范业务外包行为，防范业务外包风险，根据有关法律法规，结合本院实际情况，制定本制度。

（二）业务外包，是指单位利用专业化分工优势，将日常经营中的部分业务委托给本单位以外的专业服务机构或其他经济组织（以下简称承包方）完成的经营行为。本制度不涉及工程项目外包。

（三）外包业务通常包括保洁、保安、护工、物业管理等。

二、部门职责

总务科负责外包业务总体管理工作，总务科科长具体负责。纪检、监察、审

计履行外包业务遴选、管理等过程中的监督职能。相关业务的原主管部门为外包业务开展情况的监督管理部门，负责对外包单位日常监管、工作考核等任务。具体如下：总务科负责保洁、食堂监管；安全办负责安全保卫监管；护理部负责护工的监管。

三、外包业务项目评估和审核制度

（一）制定及审核实施方案

1、相关业务主管部门根据对外包业务的控制程度以及外部市场成熟度等标准，合理确定业务外包范围，制定外包实施方案；并根据是否对单位运营有重大影响对外包业务实施分类管理，以突出管控重点。

2、单位根据年度预算以及工作计划，对实施方案的重要方面进行深入评估以及复核，包括承包方的选择方案、外包业务的成本效益及风险、外包合同期限、外包方式、员工培训计划等，确保方案的可行性。外包方案包括但不限于业务外包范围、方式、条件、程序和实施等内容，避免将核心业务外包，同时确保方案的完整性。

3、单位制定外包方案时，应听取外部专业人员对业务外包的意见，并根据其合理化建议完善实施方案。

4、单位应建立完善业务外包审核批准制度，明确授权批准的方式、权限、程序、责任和相关控制措施，规定各层级人员应当在授权范围内进行审批，不得超越权限审批。

5、在对业务外包实施方案进行审查和评价时，应当着重对比分析该业务项目在自营与外包情况下的风险和收益，确定外包的合理性和可行性。

（二）招标及选择承包方

1、单位根据不同业务范围，组成有相应专业人员构成的承包方评估小组，并对外发布招标公告，与候选承包方建立联系，发放外包项目竞标邀请书及相关材料。

2、参与竞标的候选承包方应在指定期限之内提交投标书及相关材料，主要内容包括项目解决方案、实施计划、资源配置、报价等。单位引入竞争机制，按照有关法律法规，遵循公开、公平、公正的原则，采用招标方式等适当方式，择优选择承包方。

3、评估小组应通过实地调研等多种方法，调查候选承包方的合法性、专业资质、技术实力、质量环保意识等情况，并考察候选承包方从事类似项目的成功案例、业界评价和口碑；同时综合考虑单位内外部因素，对业务外包的成本进行测算分析，合理确定外包价格，严格控制业务外包成本。

4、调研结束后，评估小组应编制考核报告，提交单位领导审批。

5、单位根据评估小组反馈的各种信息，从候选承包方中做出选择，并建立严格的回避制度和监督处罚制度，避免相关人员在选择承包方过程中出现受贿和舞弊行为。

（三）签订业务外包合同

1、在订立外包合同前，充分考虑业务外包方案中识别出的重要风险因素，并通过合同条款予以有效规避或降低。

2、在合同的内容和范围方面，明确承包方提供的服务类型、数量、成本，以及明确界定服务的环节、作业方式、作业时间、服务费用等细节。

3、在合同的权利和义务方面，明确单位有权督促承包方改进服务流程和方法，承包方有责任按照合同协议规定的方式和频率，将外包实施的进度和现状告知单位，并对存在问题进行有效沟通。

4、在合同的服务和质量标准方面，应当规定外包商最低的服务水平要求以及如果未能满足标准实施的补救措施。

5、在合同的保密事项方面，应具体约定对于涉及本单位机密的业务和事项，承包方有责任履行保密义务。

6、在费用结算标准方面，综合考虑内外部因素，合理确定外包价格，严格控制业务外包成本。

7、在违约责任方面，制定既具原则性又体现一定灵活性的合同条款，以适应环境、技术和单位自身业务的变化。

（四）组织实施业务外包

1、在承包方提供服务的过程中，相关职能部门应密切关注承包方的履约能力，采取动态管理方式，对承包方开展日常绩效评价和定期考核。

建立即时监控机制，一旦发现偏离合同目标等情况，应及时要求承包方调整改进。

2、对各种意外情况做出充分预计，建立相应的应急机制，制定临时替代方

案，避免业务外包失败造成单位服务活动中断。

3、有确凿证据表明承包方存在重大违约行为，并导致业务外包合同无法履行的，应当及时终止合同，并指定有关部门按照法律程序向承包方索赔。

4、切实加强对业务外包过程中形成的商业信息资料的管理。

（五）总结评价

相关职能部门要对外包业务定期进行总结评价，充分了解各科室对承包方服务的反馈意见，与日常监管发现的问题汇总形成总结报告，作为会计核算和付款的依据。

（六）会计核算及财务控制

单位财务科应当根据合同约定和外包进度办理结算业务。未到达合同约定的履约状态的，财务科有权拒绝付款，并及时向单位有关负责人报告。

特种设备管理制度

为落实安全生产的主体责任，加强对特种设备的安全管理，确保特种设备安全运行，结合医院对特种设备的使用实际，特制定本制度。

一、医院特种设备定义，是指对人身和财产安全有较大危险性的设备。我院特种设备有：压力容器（含氧气瓶）、电梯。

二、使用取得许可生产并经检验合格的特种设备，禁止使用国家明令淘汰和已经报废的特种设备。

三、持证上岗，严格按照特种设备操作规程操作有关设备，不违章作业。

四、建立岗位责任、隐患治理、应急救援等安全管理制度，制定操作规程，保证特种设备安全运行。

五、对使用的特种设备进行经常性维护保养和定期自行检查，并作出记录；对其使用的特种设备的安全附件、安全保护装置进行定期校验、检修，并作出记录。

六、出现故障或者发生异常情况，应当对其进行全面检查，消除事故隐患，方可继续使用。

七、建立完整的特种设备安全技术档案。

八、作业人员每季度至少进行一次例行的安全技术教育，每半年至少进行一

次特种设备应急预案演练。

九、特种设备管理执行分级负责制。部门或科室负责人为安全管理责任人，使用部门对特种设备安全管理具体负责；职能部门为总务科，负责对特种设备使用部门进行督促、检查、指导等安全工作。总务科负责对氧气瓶、压力容器、电梯进行监管。

医院应急物资和设备管理制度

应急物资是突发事件应急救援和处置的重要物质支撑。为进一步完善应急物资储备，加强对应急物资的管理，提高物资统一调配和保障能力，为预防和处置各类突发安全事故提供重要保障，根据“分工协作，统一调配，有备无患”的要求，特制定本制度。

一、应急物资储备的品种包括防汛、火灾、食物中毒、中暑药品、应急抢险类及其它。

二、应急物资储备数量由分管院领导、总务科和各科室根据实际应急需要确定。

三、总务科和各科室要负责落实应急物资储备情况，落实经费保障，科学合理确定物资储备的种类、方式和数量，加强实物储备。

四、现场仓库管理员负责应急物资的保管和维修，使用和管理。并根据施工情况申请应急物资。

五、总务科负责制订应急物资储备的具体管理制度，坚持“谁主管、谁负责”的原则，做到“专业管理、保障急需、专物专用”。应急物资由总务科、各科室人员负责管理、保养、维修和发放，应急物资严禁任何人私自用于日常施工，只有发生突发事件方能使用。

六、总务科负责制订应急物资的保管、养护、补充、更新、调用、归还、接收等制度，严格执行，加强指导，强化督查，确保应急物质不变质、不变坏、不移用。

七、应急物资应单独保管，并经常检查、保养，有不合格及时通知总务科维修，对不足的应急物资要及时购买补充，对过期和失效的应急物资要及时通知更换，应急物资要调用必须经项目主管院长签字同意，使用时必须签领用单，归还

时签写接收单。

八、应急事故发生时，由总务科负责应急物资的准备和调运，应急物资调拨运输应当选择安全、快捷的运输方式。紧急调用时，相关单位和人员要积极响应，通力合作，密切配合，建立“快速通道”，确保运输畅通。

九、已消耗的应急物资要在规定的时间内，按调出物资的规格、数量、质量由各科室提出申请，总务科审核后重新购置。

十、应急物资应当坚持公开、透明、节俭的原则，严格按照申购制度、程序和流程操作，做到各科室提出申请计划、主管院长签字、总务科负责采购。

十一、各科室和总务科负责对应急物资的申请、采购、储备、管理等环节的监督和检查，对管理混乱、冒领、挪用应急物资等问题，依法依规严肃查处。

医学装备管理制度

一、全院医学装备由设备管理部门统一管理，设备使用科室应指定专人负责日常保管、使用，设备管理部门应定期检查指导，要求账物相符。

二、设备应做到合理使用，完善保管，对因玩忽职守或违反操作规程造成设备遗失、损坏者，当事人须及时上报设备管理部门，并写出书面材料，接受院方处理。

三、为了充分利用好现有设备，发挥仪器的应有效应，根据工作需要，设备管理部门有权对全院各科设备进行合理调剂使用。

四、未经设备管理部门同意，各使用科室不得擅自将相关设备外借出院，贵重设备的操作使用须由专人负责，其它进修实习人员未经许可不得单独使用。

五、各科室保管使用人员应逐日对仪器进行日常保养，其中包括检查仪器的运转是否正常、仪器表面和防尘网的清洗、

电池的更换及充电等一级维护和保养。大型设备应做好使用、保养和维修记录。

六、仪器出现故障时，应由专职维修技术人员进行修理，如需请院外人员维修，必须事先征得设备管理部门的同意，非维修人员不得擅自打开、调整、修理机器，否则，致使故障扩大或造成损失时，应追究相关人员责任。

七、全院设备的技术资料须统一交设备管理部门管理，使用科室可借阅，但不可擅自外借。外来人员参观和学习我院医学装备应事先征得院方和设备管理部

门的同意。

八、计量器具的使用和管理，须严格执行计量法规。

九、对能在修理后可再使用的设备，设备管理部门可采取必要的修理方式和途径进行修复后交原科室使用。

十、对无法修理确需报废的设备，应由设备管理部门协同相关技术人员共同认定，并按相关规定申请办理报废。

医学装备安全控制及风险管理制度

随着我院医疗卫生事业的不断发展，医学装备数量和种类快速增长，大批先进医学装备带来的技术和方法拓展了临床疾病诊治的深度和广度，但随之而来各种医学装备风险与安全问题不断增大。为加强我院医学装备安全控制与风险管理，根据卫生部《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》相关规定，特制订《医学装备临床使用安全控制与风险管理制度》。

一、范围及内容

医学装备安全控制及风险管理的范围包括医学装备资产的管理、新设备验收管理、在用医学装备管理、维修质量管理、计量设备管理、医疗器械不良事件管理、基于上述过程中的改进活动。

二、资产管理中的安全管理

1、做好医学装备的入库、出库及报废管理，整理设备清单，确保帐物相符。

2、每年对全院医疗设备进行一次资产清查，确保帐物相符，为安全管理及风险控制提供基础信息，以实现全面监管。

三、设备采购验收的安全控制

1、院医学装备管理委员会在收到设备采购计划后应参考医学装备评估报告进行充分论证，对风险较大设备不予考虑或慎重选择。

2、医疗设备验收时应对设备进行检测，属计量设备应进行计量检定，产品合格验收后，粘贴检测合格证书并启动风险评估管理，对设备进行终身制监管。检测不合格产品通知厂家进行更换或退回原厂，并记入厂家诚信档案。

3、设备正式投入使用前应对操作人员进行基本操作培训，培训合格后在医疗设备安装验收单签字确认后方可操作。

四、医学装备临床应用风险评估

1、建立医学装备临床应用评估体系，根据《医学装备综合风险评估表》（附一）进行评估，制定高、中、低三个风险等级，评估总分数 13 分以上为高风险设备，总分数 8-12 分为中等风险设备，总分在 7 分以下为低风险设备。

2、根据风险等级制定设备 PM 管理计划，高风险设备每半年进行一次测试，中等风险设备每年进行一次测试，低风险设备每两年进行一次测试，测试合格设备应粘贴合格证书并分析数据、总结持续改进。

3、对重点设备实施重点监控，包括生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌器和大型医用设备，根据风险评估等级进行安全监测，分析数据并总结评估报告，根据评估报告内容持续改进。

五、维修与计量安全控制

1、维修工程师在维修医学装备后（包括送厂家维修都返回医学装备）应进行相关的性能检测和电气安全检查，并在设备维修单中注明检测内容及检测人，并将故障分为人为故障、环境故障、自然故障三类记录，以便追查故障原因彻底检查问题根源进行风险控制。

2、建立计量设备监管体系，整理计量设备清单，根据计量法有关规定对医用计量设备进行定期检测并保存记录，计量设备维修后应对设备相关性能进行检测并在维修单记录，每年应对计量设备监管情况进行总结，并持续改进。

六、医疗器械不良事件、安全事件监测与报告管理

1、成立医疗器械不良事件报告和监测领导小组及医疗器械临床使用安全管理委员会，全面负责医疗器械不良事件、安全事件监测与管理。

2、针对医疗器械不良事件及安全事件，医学装备使用科室应本着可疑必报原则，报告收缴后保存原始记录备查，属上报药监部门范围应及时上报。上报不良事件被国家药品器械不良反应监测中心收录的给予报告人每份 10 元奖励。

3、收到不良事件及安全事件报告后，积极组织人员进行分析、评估，确定安全等级并反馈至使用科室。编制医疗器械临床使用安全简报，每季度出版一次，发布医疗器械预警。

4、年度进行分析总结，并制度改进措施，在下一个工作周期内完善。

5、每年对使用科室进行一次医疗器械临床使用安全管理考核，考核合格后

方可上岗操作，并作为医院绩效管理依据。

七、建立评估反馈及持续改进机制

对培训记录、预防性维修、医疗器械不良事件、计量管理及维修数据进行分析评估，评估数据作为下周期管理依据。针对数据分析原因，持续改进。

计量设备、器具管理制度

一、目的

对医院的检验、测量和试验设备进行有效控制，确保检验、测量和试验设备满足规定要求。

二、适用范围

适用于医院使用的所有检验、测量和试验设备。

三、职责

- 1、分管院长及设备管理部门负责检验、测量和试验设备管理。
- 2、设备管理部门负责检验、测量和试验设备的使用、维护保养。

四、申购

使用部门需增添检验、测量和试验设备时，填写申购单交分管院长审批。

五、审批

设备管理部门对购置申请进行审查，提出审查意见，报分管院长批准。

六、采购

检验、测量和试验设备由总务科组织采购专员进行采购。

七、验收

- 1、检验、测量和试验设备购入后，设备管理部门组织有关人员进行验收。
- 2、开箱验收一般包括以下内容：
 - (1) 包装物是否完好无损；
 - (2) 整机完整性与外观检查；
 - (3) 主机、附件、随机工具的数量与合同及装箱单的一致性；
 - (4) 使用说明书等技术资料是否齐全。
- 3、质量验收根据采购文件规定的技术要求或相应的规程、规范、标准、使用说明书等，对检验、测量和试验设备的性能及技术指标进行质量验收。计量器

具须经相关部门检定/校准。

4、验收合格的检验、测量和试验设备，方可报销入库；验收不合格的检验、测量和试验设备，由采购人员负责向供方提出退货/索赔要求。

八、编号

1、检验、测量和试验设备由设备科负责进行编号。

2、编号方法为 GT 加购置检验、测量和试验设备的顺序号。顺序号由两位数字组成，从 01 开始顺序编号。

九、登记

设备管理部门对检验、测量和试验设备进行登记，建立检验、测量和试验设备管理台帐。

十、发放

使用部门到设备管理部门办理领用检验、测量和试验设备手续，明确保管人和放置地点。保管人因人事变动重新确定的、放置地点有变化的，使用部门应及时通知进行变更。

十一、使用

1、使用检验、测量和试验设备前，必须检查其是否有合格或准用标志，是否在有效期内。

2、使用人员必须按检验、测量和试验设备操作规程或使用说明书进行操作。

3、主要检验、测量和试验设备使用后，使用人员应及时予以记录。

十二、检定/校准

1、设备管理部门在每年年初制定检验、测量和试验设备周期检定/校准计划，经分管院长批准后，组织实施。

2、当检验、测量和试验设备状态发生变化（如停用、重新启用、报废）时，设备管理部门对周期检定/校准计划进行更改。

3、对于因特殊情况不能按计划进行检定、校准的检验、测量和试验设备，经设备管理部门同意，可超周期使用。一经工作结束后，应立即组织检定、校准，同时根据检定、校准结果对此期间出具的数据的有效性作相应处理。

4、检定、校准有关记录、证书由设备管理部门归档。

第三节党工团工作制度

院党委议事（制度）规则

（一）院党委会议议事规则和范围

严格执行“三重一大”制度，即：重大问题决策、重要干部任免、重大项目投资决策、大额资金使用。“重大事项决策、重要干部任免、重要项目安排、大额资金的使用，必须经集体讨论做出决定”的制度。院党委会议议事实行党委书记末位表态制度、重大事项实行票决制。具体如下：

1、传达学习贯彻中央、省市及上级有关部门文件决定、指示和会议精神，讨论决定有关物质文明建设、精神文明建设、政治文明建设和党性党风建设等方面的重大问题。

2、讨论、决定本院有关改革开放、长远发展、业务建设等方面的重大问题。

3、讨论决定本院人事任免、人才引进等有关事项。在人才引进过程中，实行公开招聘考试制度；重点岗位人事任免实行轮岗制度。

4、讨论决定中层干部竞争上岗制度和规定程序，讨论决定中层干部奖惩和管理等有关事项。

5、定期召开班子成员民主生活会和主持中心组学习，议决加强班子成员自身政治理论建设和党风廉政建设等有关问题。

6、研究决定院属各部门（支部）请示的重大问题。

7、审定以院党委名义上报下发的重要文件，讨论院党委重要会议的报告或讲话稿。

8、讨论其它需要院党委会议决定的事项，督查院党委会议精神及决策的贯彻执行情况。

（二）院党委会议议事程序：

1、院党委会议一般每月召开一次；如遇特殊情况，则随时召开。

2、院党委会议由院党委书记召集并主持，书记不能参加会议时，可委托副书记或院党委成员召集、主持。

3、出席院党委会议人员为院党委全体委员或邀请全体班子成员参加。

4、提交院党委会议的议题，一是由各部门（或支部）负责人以提报单书面形式报告人事科，然后送会议主持人审定、提出；二是涉及到不愿公开的个人需

解决的问题时，可以直接向书记或副书记提交（或提出）。

5、院党委会议讨论决定问题时，实行少数服从多数的原则。决定重大问题，应在充分酝酿讨论后表决，超过会议实到人数的半数为通过。表决可采取口头、举手、无记名或记名投票等方式。会议要决定多个事项的，应逐个表决。如重大问题意见不一致，正反表决人数接近时，除紧急情况下必须按多数人的意见执行外，应暂缓作出决定，等进一步调查研究、交换意见后，下次再表决。在研究决定问题时，院党委成员应畅所欲言，充分发表个人意见；对少数人甚至个别人的不同意见，应当认真考虑；个人对院党委作出的决定如有不同意见，在坚决执行的前提下，可以保留，也可以向上级党组织报告，但决不能在群众中去议论；会议结论由主持人当场宣布。

6、对重大突发事件和紧急情况，来不及召开院党委会议的，书记、副书记或院党委委员可临时处置，事后应及时向院党委会议报告。

（三）院党委会议注意事项：

1、院党委委员及指定列席会议的人员，因故不能出席会议的，应在会前请假，未经批准不得缺席；与会人员应集中精力开好会议。

2、会议要精简、高效、务实。要注意决策前的调查研究和相互沟通，提高会议的效率和质量；决策前，院党委成员及有关部门要认真调查研究，并注意听取老同志和党外人士的意见，提出可供选择的决策方案；讨论时，分管与议题有关工作的委员，应充分准备，首先发表自己的意见和看法，并表明态度。讨论的有关问题如涉及到某个部门和单位，分管的党委委员应事先做好协调工作，意见不一致的，应在会上如实阐明，供会议讨论。

3、院党委会议应有专人记录，需要编发会议纪要的，会后应及时处理，由院党委书记审定后印发。

4、院党委会议通过的决议，要根据工作需要，确定传达范围。凡属不应公开的内容，与会人员均须严格保密。

5、院党委每年召开一次民主生活会。会议召开的内容和具体时间提前一个星期通知院党委各委员。

党风廉政建设和反腐倡廉工作制度

为推动我院党风廉政建设和反腐倡廉工作的制度化、规范化，进一步建立和

完善领导体制和工作机制，保证党风廉政建设和反腐倡廉工作贯彻落实，结合我院工作实际，特制定本制度。

（一）总则

第一条党风廉政建设和反腐倡廉制度是关于院领导班子、各科室、领导干部在党风廉政建设中应当承担的领导责任和工作职责的制度。本办法的适用对象，为本院全体干部。

第二条党风廉政建设和反腐倡廉工作的指导思想是，坚持以党的十八大和十八届五中全会精神为指导，紧密结合我院工作和党风廉政建设的实际，全面贯彻落实党风廉政建设和反腐倡廉工作制度；抓住关键，重点治本，以增强责任意识，明确责任范围和内容为基础，严格实施责任考核和责任追究，建立起党风廉政建设和反腐倡廉有效运作的机制和网络，确保党中央和各级党政关于反腐倡廉决策、部署的贯彻落实，进一步推动反腐倡廉工作的发展。

第三条实行党风廉政建设和反腐倡廉的基本原则是：

1、党委统一领导、党政领导齐抓共管、领导干部和职能部门各尽其责，依靠干部、职工群众广泛支持和参与。

2、领导干部实行“一岗双责”，在其职责岗位上，同时肩负抓好业务工作和党风廉政建设的双重责任。

3、集体领导与个人分工负责相结合，谁主管，谁负责，谁承担责任。

4、按照干部管理权限，实行分级管理，下管一级，逐级负责，一级抓一级，层层抓落实。

（二）责任目标、范围和内容

第四条领导班子、各科室和广大干部党风廉政建设和在反腐倡廉工作中总的责任目标是：

1、讲学习、讲政治、讲正气，坚持从严治院，依法行医，切实将党风廉政建设和反腐败摆上重要位置，做到与经济建设、精神文明建设紧密结合，同部署，同落实，同考核。

2、认真贯彻上级纪检部门关于党风廉政建设和反腐败的部署，做到计划、制度、措施、责任落实，工作主动积极，有开拓精神。

3、认真执行上级关于领导干部廉洁自律的规定，做到对自己，对配偶、子

女和身边工作人员负责。

4、认真落实“一岗双责”，做到对管辖范围的党风廉政建设负责。

5、坚持民主集中制原则，民主决策，政务公开。

6、加强医风医德和行业作风建设，依法行医、优质服务。

7、重视、支持纪检监察工作和纪检监察队伍建设以及纪检监察组织建设，配备纪检监察员，在办公条件、工作经费上充分保障，旗帜鲜明地支持纪检监察员行使职权。

8、坚持党管干部、任人为贤的原则，严格执行干部选拔、任用、管理的规定，防止和纠正正在用人上的不正之风。

9、认真执行党内监督制度，强化纪检监察职能作用。

（三）责任制的运作和检查

第五条成立由党委书记任组长，党委成员和部分职能科室负责人为成员的党风廉政建设和反腐倡廉领导小组，负责全院党风廉政建设和反腐倡廉工作的组织领导工作。各责任科室要结合实际进一步分解任务，细化责任，将党风廉政建设和反腐倡廉的工作职责落实到个人，并以责任考核和责任追究为关键，狠抓党风廉政建设和反腐败各项工作的落实，保证目标任务的完成。

党委中心组学习制度

为提高本院领导干部政治理论素质和政策水平，坚定社会主义、共产主义信念，增加党性观念，提高运用马克思主义立场、观点、方法分析和解决实际问题的能力，增强工作的原则性、系统性、预见性和创造性，促进领导班子思想作风建设，推进本院的改革与发展，加强和改进党委中心组的學習，特制订本学习制度。

（一）党委中心组学习的人员组成

党委中心组成员包括下列人员：院全体班子成员；根据需要还可吸收其它有关部门的负责同志参加。组长由党委书记担任，党委中心组实行组长负责制。

（二）党委中心学习组的学习内容

党委中心組的學習要以馬列主義、毛澤東思想、鄧小平理論和“三個代表”重要思想、科學發展觀以及黨的路线、方針、政策和黨風廉政建設、反腐倡廉教

育为主要内容，把学习理论同党中央的重大方针政策结合起来，把经济、政治、科技、法律的学习与业务工作的学习结合起来，掌握不断提高贯彻执行党的基本理论、基本纲领、基本路线的自觉性和坚定性，做好本职工作必须的各方面知识，不断提高领导水平。每个时期的具体学习内容根据院党委的统一部署予以安排。

（三）党委中心组学习组的学习时间、方式和方法

党委中心组学习每年集中学习不少于8次。党委中心组学习要以自学为主，坚持自学、集中学习研讨相结合，坚持搞好个人自学。党委中心组成员要积极开展读书自学活动，自学要有读书笔记、心得，体会。集中学习研讨。在搞好自学和调研的基础上围绕学习中的重点、难点和热点问题，为提高学习效率和教学质量，适当安排、组织一些座谈讨论和专题讲座。

（四）党委中心组学习要求

大力弘扬理论联系实际的马克思主义学风，着眼于马克思主义理论的运用，着眼于对实际问题的理论思考，着眼于福利事业建设新的实践和新的的发展。紧密联系国内外形势，密切结合深化改革、促进发展、维护稳定的实际，深入研究经济社会发展的形势给福利事业带来的机遇与挑战。紧紧抓住理想信念这个核心，不断增强改造主观世界的自觉性。进一步树立科学的世界观、人生观、价值观，坚持“两个务必”，努力实践“三个代表”的重要思想，坚持科学发展观。

党建工作责任制度

为进一步加强基层党的工作，充分发挥基层党组织的作用，根据《中国共产党党和国家机关基层组织工作条例》（以下简称《条例》），结合我院工作实际，特制定我院党建工作责任制。

1、院党委接受市民政局党委的领导和指导，围绕中心、服务大局，确保上级党组织和市局党委各项工作任务全面完成。宣传和执行党的路线、方针、政策以及上级组织的决议，发挥基层党组织的战斗堡垒作用和党员的先锋模范作用。

2、院党委书记为党建工作第一责任人，对党的建设负总责。按照《条例》的要求，党委围绕党的基本路线、基本方针、基本政策，结合我院的中心工作，加强党的思想、组织、作风建设，提高党组织的创造力、凝聚力和战斗力。

3、院党委将党建工作作为全院整体工作的重要组成部分，切实加强领导。

每年至少听取两次全院党建情况的汇报，研究医院党建工作，分析党组织和党员思想、组织和作风建设的状况及存在的主要问题，提出指导性意见。

4、加强基层党组织、党员领导干部的思想政治建设和党风廉政建设，抓好中心组理论学习，抓好党员干部的思想政治工作。组织党员认真学习马列主义、毛泽东思想、邓小平理论和“三个代表”重要思想、科学发展观，学习党的路线、方针、政策以及决议，学习科学、文化和业务知识。

5、加强院党委班子和党务工作人员队伍建设。按照干部队伍“四化”方针和德才兼备的原则，配齐院党委班子及各支部成员。按规定搞好院党委和各支部的换届选举以及届内的调整工作，不断加强基层党的建设。

6、加强对党务工作人员的培训，提高党务工作人员的素质，以适应新时期加强机关党建工作的需要。

7、对党员进行严格管理监督，严格执行党的纪律，加强党风廉政建设，坚决同腐败现象作斗争。督促党员履行义务，保证党员的权利不受侵犯。

8、做好全院干部职工的思想政治工作，开展积极向上的文体活动，推进社会主义精神文明建设；了解和反映群众的意见，维护群众的正当权益，帮助群众解决实际困难。

9、对入党积极分子进行教育、培养和考察，按照“坚持标准、保证质量、改善结构、慎重发展”的方针和有关规定，做好发展党员工作。

10、坚持中心组学习制度和党员干部培训制度，认真组织、高质量开好每年一次的领导班子民主生活会和进行党员民主评议。

11、将院老干、关协、工会、共青团、妇女等工作统一纳入到党的领导，支持他们依照各自的章程独立负责地开展工作。

12、按期召开党员大会，通报医院党的建设情况，听取支部和党员的意见与建议，不断加强和改进医院党建工作。

13、开展党内先进集体和个人“争先创优”的评选工作，充分调动党支部和共产党员发挥战斗堡垒和先锋模范作用。

14、党组织的活动经费列入行政经费预算，为医院党建工作提供必要的资金保障。

党的“三会一课”制度

为了贯彻落实中央、省委、市委关于加强党的思想建设，组织建设，作风建设，加强基层党组织建设的有关规定，增强党员的党性修养，充分发挥党员的先锋模范作用，提高党支部的战斗力和凝聚力，特制定院党委“三会一课”制度。

党员大会

（一）党员大会是党委全体党员参加的会议，一般每半年召开一次，也可根据工作需要，适当调整会议时间和增加会议次数。

（二）党员大会应做到议题明确、中心突出。会前应将会议内容、要求、议程、时间通知全体党员，做好充分准备。党员大会需做出决议时，应在充分讨论的基础上，按少数服从多数的原则进行表决。

（三）党员大会的主要内容：

1、传达学习党的路线、方针、政策和上级党组织的决议、指示，研究决定本单位贯彻落实的计划和措施。

2、对院党委会的工作进行审查和监督，听取和审查院党委会工作报告、总结并讨论通过。

3、按照上级党组织的要求，联系实际，讨论决定工作中的重大问题。

4、讨论吸收新党员和预备党员转正事宜。

5、评选并向上级党组织推荐先进党组织、优秀共产党员，对犯有错误的党员、不合格党员，提出初步处理意见。

6、选举党委委员会委员；选举或推荐出席上级党代会的代表。

7、讨论上级党组织布置的任务和党委会提交的其它主要问题。

支部委员会

（一）党支部委员会会议一般每月召开一次，也可根据工作需要，随时召开。

（二）支部委员会由党支部书记召集和主持，全体委员参加，必要时也可以召开支委会扩大会议，吸收党小组长和有关党员干部参加；召开支部委员会必须有三分之二以上支部委员参加，否则不能召开。

（三）党支部委员会会议内容：

- 1、关于党支部的工作计划、总结、重要活动的安排部署等。
- 2、本单位职工的政治思想和党员教育管理。
- 3、贯彻执行上级党组织的指示和决定。
- 4、有关发展党员工作。
- 5、发挥党员的先锋模范作用，保证完成本单位各项政治经济目标任务。
- 6、对党员的奖惩。
- 7、关于党支部委员会的自身建设。
- 8、工会、老干、关协、共青团、妇女组织等群众组织的有关问题。
- 9、其它相关内容。

民主生活会

（一）院党委民主生活会原则上每年召开一次或根据要求和上级的安排随时召开，特殊情况需要延期时，报上级委员同意。

（二）院党委成员除了参加党委民主生活会外，还要以普通党员的身份参加所在支部的组织生活会。

（三）民主生活会由党委书记主持。会议的内容和要求以及会议时间应提前一周通知到各位委员，以便做好准备，按时参加会议。

（四）民主生活会的程序

1、会议召开前，要在全院范围内进行公示，院党委要通过多种形式广泛征求党内外群众的意见和建议，归纳整理后反馈给各位委员；同时，领导班子成员要做到互相谈心，沟通情况，交换意见，并准备好个人书面发言材料。

2、会议召开时，党委主要负责人带领大家学习《党章》、《准则》有关章节，新时期上级组织下发的廉政建设有关制度和与民主生活会主题有关的文件。

3、根据上级党组织的要求，结合班子及个人的思想和工作实际，开展对照检查和批评与自我批评，不能把民主生活会开成汇报会或工作会。

4、针对党内外群众提出的意见、建议和班子及成员存在的突出问题，提出整改措施，并按领导班子成员分工或会议决议，督促有关部门落实；对会议上提出的重要问题，需要上级组织解决的，应及时向上级组织汇报；对能够解决的问题和整改措施，没有按时落实的，应追究责任人的责任。

（五）班子成员对照检查必须坚持实事求是的原则，讲真话、讲实话，认真

开展批评与自我批评，勇于暴露思想，严于剖析自己，切实提高民主生活会的质量。

（六）院党委班子民主生活会要与领导干部述职述廉、部门行风评议、来信来访等工作结合起来，要根据基层和群众反映的问题及意见建议，联系自身的思想、学习、工作实际对照检查，切实解决存在的突出问题。

党课教育

（一）党课是对党员进行党的基本理论、基本路线、基本知识和基本经验等方面教育的一种主要形式，是基层党组织活动的重要内容。党课教育一般每季度进行一次，党员应全部参加；对要求入党的积极分子，也可以吸收他们听党课，进行有计划培养。

（二）党课教育的内容要注意系统性、针对性和实效性，力求形式多样，可采取专题讨论、知识竞赛等多种形式。

（三）党课教育的内容：

- 1、结合中心工作对党员进行形势政策教育。
- 2、对党员进行党的路线、方针、政策教育。
- 3、对党员进行党的基本理论、基本路线、基本知识和基本经验的教育。

党务公开制度

为了进一步提高党组织决策民主化、科学化水平，加强党务工作的透明度，促进党务公开工作健康深入开展，特制定本制度。

（一）基本原则

党务公开要坚持实事求是，面向基层、面向群众，不回避矛盾、避重就轻，内容真实、全面、具体。

（二）公开内容

按照依法公开、真实可信的要求，凡需要党组织班子集体研究决定的重大问题、涉及群众切身利益的问题、群众关心的热点问题、容易出现以权谋私、滋生腐败、引发不公的事项，除涉及保密的内容外，都要最大限度的向群众公开。包括：

- 1、党组织重大决策、决定、决议的酝酿、拟定、出台及落实情况。

2、领导班子自身建设情况。领导班子的思想建设、组织建设、作风建设、制度建设以及党风廉政建设责任制考核情况,民主生活会征集意见、开展批评和自我批评、问题整改情况,领导干部述廉情况,重要情况通报和报告等。

3、干部制度执行情况。干部考察预告、任前公示、竞聘上岗、奖惩情况以及《党政领导干部选拔任用工作条例》规定的公开事项。

4、领导干部廉洁自律规定执行情况。

5、组织建设情况。党代表的推荐产生情况,党员发展情况,入党积极分子情况,民主评议党员、党费收缴情况等。

6、考核情况。党务工作考核情况和受表彰情况。

7、监督情况。违法违纪问题查处和信访监督情况,实施党内监督程序化、制度化的具体办法和措施。

8、有必要公开的党内其它事项。

(三) 公开程序

按照“事前公开、征求意见、决策公开、民主讨论、结果公开、接受监督”的程序,将党务公开工作贯穿于党内重要事务的酝酿、决策、实施的全过程。党组织在讨论决定事项、制定目标任务之前,要充分征求党员群众的意见,利用党员大会、党小组会等载体集思广益,形成初步方案,经讨论后,将最终结果向广大党员群众公开。人事任免、干部培养等内容按《党政领导干部选拔任用工作条例》要求执行。重大决策作出后要向群众公示,形成共识,赢得群众支持。

(四) 公开时间和形式

党务公开要突出时效性,常规性工作、重大决策、目标任务常年公开,阶段性工作完成后及时公开,临时性工作随时公开,重大事项经上级党组织审批后公开。

根据内容不同可采取会议公开、公告公示、网站等不同的公开形式。只适宜在党内公开的,要通过党内有关会议、文件、通报等形式进行公开;可向全社会公开的,可通过新闻媒体或在党务公开栏和政务公开栏上公开。

(五) 监督与考核

将党务公开工作作为党风廉政建设责任制和党建工作的重要内容,切实搞好公开公示,要聘请监督员,及时了解党员群众的反映,为认真落实党务公开制度提供基础保障。

党员培养发展工作制度

（一）坚持发展党员“十六字”方针。遵照“坚持标准，保证质量，改善结构，慎重发展”的要求，严格遵循《党章》和《中国共产党发展党员工作细则》规定的程序，严格把好党员入口关。

（二）坚持入党积极分子培养推荐制度。每名党员都有向组织推荐入党积极分子的权利和义务。在保证质量的前提下，党组织应健全“入党积极分子培养档案”。其内容包括：《入党积极分子推荐登记表》、入党积极分子历年入党申请书、《入党积极分子培养考察表》、思想汇报材料、本人自传、政审材料等。入党积极分子调动工作时，调出单位党组织应将“入党积极分子培养档案”转给调入单位党组织。

（三）坚持入党积极分子培训制度。入党积极分子必须经过一年以上的培训教育，培训内容主要包括：《党章》、入党积极分子培训教材、其他相关材料。对于条件基本成熟的入党积极分子，在听取培养联系人和党内外群众意见的基础上，经党支部或团组织推荐，经支部大会讨论同意，可列为发展对象。

（四）坚持发展党员公示制度。党组织对列入培养的入党积极分子、拟发展为预备党员的对象、拟转正的预备党员都要采取张榜公布的形式进行公示，接受党内外监督。公示期限一般为7天。对群众反映的情况要及时调查核实，并将调查结果向群众和基层党支部通报。

（五）坚持材料预审制度。党组织在接受申请人入党之前，必须指派专人与培养联系人一起对拟发展对象的有关情况进行政审，并将政审材料送交上级党委审查。上级党委在审查时，应组织纪检、计生、信访、政法等部门对拟发展对象的材料进行会审，根据会审情况，党委再进行集体讨论，逐一表决。

（六）坚持“六个不批”原则。没有经过一年以上培养教育的不批；没有经过入党培训的不批；入党动机不纯和觉悟不高、信念不坚定的不批；不了解和不懂得党的基本知识的不批；没有政审或政审不清的不批；上级党组织没有派人谈话或没有谈话记录的不批。

（七）坚持党员发展责任追究制度。培养联系人、党组织书记和党委指派的考察人是发展党员工作的责任人，因其失职致使不符合党员标准和条件的人被吸

收入党的，视情节予以批评、责令书面检讨或调离组织工作岗位。

党员管理制度

（一）每个支部要严格对党员进行教育管理，对每名党员要登记造册，按照有关规定和要求，过好组织生活，参加有关会议和活动。

（二）按照上级要求做好党员信息库信息录入、更新和上报以及管理维护工作。

（三）党组织要有计划地对党员进行教育，注意掌握党员的思想变化，及时分析党员思想现状，针对党员思想波动情况，通过教育解决不合时宜的问题。

（四）党组织要加强对党员的监督管理，按照《中国共产党党和国家机关基层组织工作条例》党内监督要求，制订和落实党内监督制度。

（五）党组织要教育党员自觉履行党费收缴制度，及时足额缴纳党费，对连续六个月不缴纳党费的，按自行脱党处理。

（六）对每名党员都要建立党员档案，内容包括：入党申请书，入党志愿书，政审材料，证明材料，入党积极分子登记表，入党积极分子培养情况登记表，发展党员民主公开情况登记卡，转正申请书，预备党员鉴定表，党员奖惩情况等，党员档案应专人管理，严格查阅、移交手续，确保档案保存完整安全。

（七）党员调入调出时，应及时办理组织关系转移手续，并连同档案一同转移。年底党员年报应认真核实，弄清增加、减少党员情况，确保准确无误。

（八）对离休、退休、流动、新发展的党员应采取不同的教育管理措施，有针对性地加强教育管理，确保党员管理工作制度化、规范化。

党费收缴管理制度

（一）交纳党费是共产党员对党应尽的义务，是党员增强党性和组织纪律观念的具体体现。每个共产党员必须按时按照标准交纳党费。

（二）各党支部每年应按上级党组织规定的比例对党员交纳党费标准进行审核。党员在缴纳党费时，必须严格执行规定，认真按照应交纳党费基数计算党费，做到准确无误。

(三) 所有党员应自觉地向所在党支部交纳党费。

(四) 党员应按季度由本人亲自交纳党费，按照规定标准将党费交给所在党支部组织委员。各党支部组织委员将本支部的党费收入、上缴金额登记入册，并按时将收缴的党费汇总转交院党委，院党委应将各支部收缴的党费汇总后按比例上交到局党委。

(五) 党员因外出统计、生病或年老体弱行动不便等特殊困难情况，交纳党费有困难的，经支部批准，可以提前集中交纳党费，也可以请他人或家属转交。党员除按规定交纳党费外，本人自愿多交不限，不允许少交或不交。对于不按规定交纳党费的党员，党组织应及时对其进行批评教育。

(六) 预备党员应同正式党员一样按规定交纳党费，以支部大会通过为预备党员之日起开始交纳。

(七) 加强对党费的管理。支部组织委员收缴的党费，应建帐管理，及时造册，统计清楚，按月上缴，并妥善保管好资料。院党委应建立党费管理台帐，除按比例上交到局党委，截留部分应由专人管理。每年年底前，在党务公开栏公布党费收缴和使用情况。任何人不准借支和侵占党费，不准滥用党费。

(八) 党员无正当理由连续 6 个月不交纳党费的，按自行脱党处理。

个人重大事项报告制度

(一) 个人重大事项报告的对象

- 1、院班子成员；
- 2、各职能科室负责人（含副职）及各部门负责人（含副职）；
- 3、各基层党支部书记。

(二) 应当报告的个人重大事项

- 1、本人在企事业或其他营利性组织中兼职职务和持股的情况；
- 2、本人、配偶及共同生活的子女营建、买卖、出租房屋和参加集资建房的情况；
- 3、本人参与操办的本人及近亲属婚丧喜庆事宜，收受礼金，礼物情况；
- 4、配偶、子女及其配偶出国（境）留学、定居的情况；
- 5、本人及其配偶因私出国（境）和在国（境）外活动情况；

- 6、配偶、子女及其配偶受到执纪执法机关查处或涉嫌违法犯罪的情况；
- 7、配偶、子女及其配偶根据规定需要报告的有关从业及其变更情况；
- 8、本人婚姻发生变化的情况；
- 9、按照党内法规和国家法律法规规定需要向组织报告的本人及其家庭成员的其他个人重大事项；
- 10、本人认为应当向组织报告的其他个人重大事项。

（三）具体要求

1、应当报告的对象如遇有以上个人重大事项应填写《干部个人重大事项报告表》附后，于事后一个月内向组织报告发生事项、包括时间、地点、简要过程、涉及人员、财务情况等内容。

2、应当报告的对象按规定需要事前请示批准的事项，应事先向主管部门请求，本人认为需要事前请示的事项，也可事前请示。

3、应当报告的对象应及时填写报告表上报院党委、院纪委，院党委、纪委将按干部管理权限将报告的对象分别报上级党委和纪委。

廉政谈话制度

（一）谈话的范围和对象

- 1、谈话人：院党委书记或受党委书记委托的党委委员。
- 2、被谈话人：各职能科室负责人及各部门负责人、各基层党支部书记。

（二）谈话内容

1、部门（支部）和本人维护政治纪律，贯彻执行党的路线、方针、政策和院党委及医院有关制度、决议、规定的情况。

2、部门（支部）和本人执行党风廉政建设和反腐败工作情况。

3、部门（支部）和本人执行民主集中制，选拔任用干部和接受党内监督的情况。

4、本人执行《中国共产党廉洁自律准则》、省、市县有关领导干部廉洁自律各项规定和其他廉洁自律规定的情况。

5、本人对加强党风廉政建设和开展反腐败斗争的意见和建议。

6、其他需要交谈的问题。

（三）谈话的组织领导

谈话工作在院党委领导下进行，由院纪委作出安排。

（四）谈话方式和安排

1、谈话的时间、地点由谈话人决定，并提前通知被谈话人。

2、谈话方式可采取个别谈话，也可以采取集体谈话的方式。

3、谈话时机可选择在院党风廉政建设工作中有关问题需要研究、交换意见时；谈话对象本人及领导班子廉洁自律方面存在问题时；谈话对象本人或所管理的部门、职工出现违纪案件和行业不正之风时；遇到其他问题需要谈话时。

（五）谈话应注意的问题

1、负责谈话的同志要以对组织、对同志高度负责的态度，坚持实事求是原则，与部门负责人进行坦诚相对、同志式的平等的谈话。

2、对涉及部门和谈话对象比较敏感的重要问题不能随意表态，并及时向院党委和纪委请示、报告。

3、对需要提请谈话对象注意的问题，该打招呼的打招呼，该提醒的提醒，该批评的要批评。

4、对涉及党风廉政建设和反腐败工作方面的有关问题，通过摸清情况，交换意见，沟通思想，求得共识。

5、对谈话对象请求转达的意见和建议，要认真及时转达。

6、根据工作需要，谈话时应安排工作人员记录，并将记录整理后妥善交院纪委保存备查。

诫勉谈话制度

（一）诫勉谈话的范围

医院干部职工。

（二）诫勉谈话的对象

组织考察、民主测评、民主生活会或年度考核，凡有下列情形之一，虽够不上法纪处分，但群众反映较大、信任度差，确实存在问题者，均应实行诫勉谈话。

1、法律政策观念不强，缺乏事业心、责任感，在履行职责时违反政策，造成不良后果的；

2、上级党委、政府按照有关政策法规下达的重要工作任务，不能按时完成的；

3、对职工及服务对象反映强烈、能够解决的正当要求，久拖不决，致使集体和群众的利益受到损害的；

4、闹不团结，工作方法简单粗暴，影响院内工作正常开展的；

5、工作缺乏责任心，不履行工作职责的；

6、民主评议不称职票超过三分之一的；

7、工作中有不廉洁行为或存在轻微违纪行为的；

8、工作成绩不佳，在年度目标绩效考评中不合格的。

（三）整改期限

诫勉谈话对象的整改期限一般为6—12个月，或根据问题的严重程度由院党委决定。整改期间不影响被诫勉者正常履行岗位职责。

（四）诫勉的程序及办法

1、对需诫勉谈话者由院主要领导或分管领导提出初步意见，各分管领导负责调查核实情况，提出诫勉谈话意见，经院党委会议研究同意后，对其下达诫勉谈话通知书，将谈话时间、地点通知其所在部门及本人。

2、各部门负责人由党政主要领导进行诫勉谈话，其它干部由院纪委领导或分管领导进行谈话。

3、谈话人要做好谈话纪录，并注意保密，不得泄露谈话内容，谈话记录存院纪委办公室或党委办公室。

4、被谈话人所在部门或党组织要对其加强思想政治工作，认真帮助教育，使本人深刻反思剖析自己，痛下决心认真整改，自觉接受帮助教育，以实际行动赢得群众的信任。

5、整改期满后，谈话对象本人要按时向所在部门和党组织书面报告个人整改情况，并由所在部门和党政组织负责写出鉴定材料与个人整改材料一并报院党委，院党委视其整改情况，确定解除诫勉或调整岗位，免职、撤职的使用意见。

（五）诫勉谈话措施

1、被诫勉谈话者在整改期间不能调整岗位，不能提拔使用。

2、被谈话人在年度考核考核中应作为重点对象进行考察，在年度考核中暂

不确定等次，整改期满后，根据诫勉结论作出确定考核等次的意见。

3、整改期间发现有违法违纪行为，由执纪执法部门立案查处。

述职述廉制度

（一）范围对象

全院副科级以上领导干部。

（1）领导班子

- 1、贯彻落实党的路线、方针、政策，维护党的章程，执行党的纪律的情况；
- 2、贯彻民主集中制原则，特别是党政“一把手”在重大决策、人事安排、重要项目和大额资金使用等方面坚持民主集中制原则的情况；
- 3、落实党风廉政建设责任制的情况；
- 4、领导班子团结干事的情况；
- 5、班子成员间开展批评与自我批评的情况；
- 6、纠正行业 and 部门不正之风，解决群众反映强烈的热点、难点的情况。

（2）领导干部个人

- 1、维护党的政治纪律的情况；
- 2、领导干部个人的学风、思想作风、工作作风、领导作风和生活作风情况；
- 3、学习党纪法规及警示教育情况；
- 4、职责范围内履职抓党风廉政建设工作的情况；
- 5、个人廉洁自律，特别是执行《中国共产党廉洁自律准则》和《湖南省公务员八条禁令》的情况；
- 6、存在问题及今后的具体整改措施。

（二）述廉评廉结果及应用

- 1、述廉评廉的结果存入廉政档案，并作为领导干部年终考核、奖惩、提拔的重要依据；
- 2、述廉评廉中反映出来的问题，属一般问题的，按干部管理权限由上级纪委、院纪委对相关人员进行批评教育或廉政诫勉谈话，并要求在民主生活会中作出说明；
- 3、述廉评廉中反映出来的违纪违规问题，将按有关规定进行调查处理。

关于“三个不直接分管”制度实施细则

为了贯彻落实中共中央《建立健全教育、制度、监督并重的惩治和预防腐败体系实施纲要》，强化对领导干部权力的监督制约，加大源头预防和治理腐败力度，建立“正职监管、副职分管、集体领导、民主决策”的工作机制，根据上级文件精神要求，党政正职不直接分管财务、人事、工程建设工作，经院党委会议集体研究，制定党政正职“三个不直接分管”制度。具体实施办法如下：

一、具体内容：

（一）党政正职不直接分管财务：

- 1、单位党政正职不得直接分管财务工作，财务收支由分管副职负责签批，职能科室具体承办。
- 2、分管财务的副职经办的财务收支票据由单位党政正职审签，职能科室具体承办。
- 3、完善财务管理制度，实施年度财务预决算，明确审批程序。数额较小的财务支出，由单位各科室提出计划，报告职能科室后开支，开支票据经财务人员初审，交分管副职审核同意后列支；数额较大的支出、政府采购目录外的购置支出等由分管财务的副职提交班子会议集体研究决定。
- 4、单位党政正职应定期听取分管财务副职的财务收支情况汇报，加强监督管理，发现问题及时纠正并整改。

（二）党政正职不直接分管人事

- 1、单位党政正职不得直接分管人事，人事工作由分管副职具体负责，职能科室承办。
- 2、干部选拔任用应严格按照《党政领导干部选拔任用工作条例》的原则、标准、程序进行，规范干部选拔任用工作流程管理，严格执行《党政领导干部选拔任用工作责任追究办法（试行）》、《党政领导干部选拔任用工作有关事项报告办法（试行）》。
- 3、重要岗位人事变动、人员调动，由分管副职综合各方意见后拟定初步方案，提交班子会议集体研究决定。

（三）党政正职不直接分管工程项目建设

1、按规定应进行工程招投标的项目建设，由分管副职提出，经班子集体研究后，根据项目投资额，分级进入公共资源交易中心和公共资源交易站，并依法进行招投标。

2、招投标工作按照国家、省、市有关规定进行，实行公正、公开、公平竞争，不得干预和插手招投标活动。

3、经有关部门核准不需要进行招投标的项目工程，也须经班子集体研究决定，不允许个人内定施工单位。

4、工程项目建设、招投标及竞价承包等一些重大问题都须经班子集体讨论决定。招投标及竞价承包的方法、程序、结果要及时向班子成员和干部职工公开，接受干部群众的监督。

5、项目工程建设及招投标组织工作由分管副职具体负责，党政正职对组织实施情况进行把关督办。

二、监督管理

1、成立“三项工作”监督管理小组。

组长：党委书记

副组长：院长

成员：班子成员副职

2、党政正职要加强对分管副职行使权力情况的监督，定期或不定期听取本单位财务、人事、工程项目建设等工作开展情况的汇报。分管副职要主动接受主要领导和班子其他成员的监督，每半年将分管工作情况在班子成员会上进行汇报。

3、结合推进党务、政务公开，提高工作的透明度。对“三个不直接分管”的分工、职责、权限和工作纪律等要通过一定方式在本单位公开。

三、责任追究

（一）党政正职有下列情形之一的，视其情况给予批评教育、通报、诫勉谈话或纪律处分：

1、未落实“三个不直接分管”和末位表态规定的；

2、职责范围内，对应管的工作不履行或不正确履行职责，造成损失或后果的；

3、应提交集体讨论决定的事项而未经集体讨论决定，由个人或少数人决定

的。

(二) 分管副职有下列情形之一的，视其情况给予批评教育、通报、诫勉谈话或纪律处分：

- 1、超越工作权限，对分管工作擅自作出处理的；
- 2、不执行集体的决定，或未能按照集体的决定和分工履行自己的职责，给工作造成损失的；
- 3、授意、指使、强令下属人员违反财务、人事、工程项目建设、物品采购、行政审批、行政执法相关政策、法规，造成损失或不良影响的。

领导班子民主议事制度

严格执行“三重一大”制度，即：重大问题决策、重要干部任免、重大项目投资决策、大额资金使用。“重大事项决策、重要干部任免、重要项目安排、大额资金的使用，必须经集体讨论做出决定”的制度。院党委会议议事实行党委书记末位表态制度、重大事项实行票决制。具体如下：

(一) 议事的范围

- 1、涉及本院的长远规划、任期目标、年度计划、各项经济指标，有关规章制度的制定完善工作。
- 2、工程项目的确定、招投标、承包及工程质量监督。
- 3、重要设施设备和药品的添置采购。
- 4、大额度资金的使用。
- 5、群众普遍关心的热点、难点问题，职工的福利。
- 6、干部的使用、推荐、任免、奖惩，人员的招聘、录用、转正等工作。
- 7、党员的发展、转正、评议、处分。
- 8、须经集体讨论决策的其他重大事项和中心工作。

(二) 议事决策的程序

- 1、重要事项决策前，须提交院党委会议讨论决定。
- 2、凡领导班子成员提交会议研究的问题，本人首先提出办理意见，会上经过充分讨论，统一认识后形成集体决议，会后认真贯彻执行。
- 3、重要事项决策时，要充分发扬民主，每位到会成员必须充分发表意见，

提出自己的看法和主张，实现决策的民主化、科学化。

（三）监督检查

1、领导干部应顾全大局，遵纪守法，维护党的利益，不拿原则作交易，不徇私舞弊，带头执行集体决议。

2、集体的决议、决定，必须坚决执行，任何个人无权改变。如执行中出现新情况，须修正决议、决定内容时，必须提交院党委会议复议，再重新决定。

3、召开院班子成员民主生活会时，每位领导干部必须自我检查执行集体决议的情况。对执行决议不坚决或不落实的班子成员，党政主要负责人有责任给予提醒，批评教育。

4、对严重违反集体决议、决定造成重大损失的，要追究党纪、政纪甚至法律责任。

5、院班子领导成员要自觉接受党内外群众和社会监督。

第四节 人事工作制度

工作人员守则

第一条切实遵守国家的法律、法规和医疗卫生工作方针，严格遵守医院的各项规章制度，服从领导，听从分配，保质保量按时完成医院交给的各项任务。

第二条爱岗敬业，尽职尽责。医护人员严格执行各项技术操作规程，规避医疗差错和医疗纠纷的发生。

第三条努力学习，刻苦钻研，积极参加医院组织的专业培训活动，不断提高自身素质和专业技术水平。

第四条坚持“以病人为中心，以质量为核心”、“优质医疗、优质服务”。急病人所急，想病人所想，对病人做到“用心倾听、细心诊断、耐心解答、精心治疗、热心服务、衷心祝福”。遇急诊病人，应立即投入抢救。如因条件限制不能救治，应积极组织转诊上级综合医院治疗，全力救治病人。

第五条尊重病人的人格和权利，对病人不分阶层，做到一视同仁。

第六条树立良好的医德医风，不以医谋私。在工作中做到五不：不利用工作之便谋取私利；不收红包和财物；不开人情处方、证明；不乱收费，多收费或擅

自提高、降低收费标准；不顶撞训斥病人。要为人正直，作风正派，做到自尊、自重、自爱、自强。

第七条不准私自购买或向病人推销药品、保健品；不准从事业余兼职和非法医疗活动。

第八条加强个人之间的团结和部门科室之间的协调，不妒贤嫉能，诋毁别人，提高自己，不互相扯皮。既不互相推诿，也不互相争抢病人。自觉维护集体信誉。

第九条礼仪形象：女士淡妆、男士剃须；上岗须佩戴胸牌、穿工作服。
仪态行为：对人态度和蔼，语调亲切，微笑服务，轻声细步；细心倾听，正确指导；注意礼让；病人优先、紧急优先；工作时不调侃，不看与业务无关的书籍，严禁吵闹；不得穿工作服上食堂，上街；爱护环境整洁；遵守作息时间；携带公物离院须有上级签条；捡到遗失物品交保卫科；严禁向病人家属索要任何物品；非经院办主任同意，不得在医院张贴文字材料；不对医院的政策和经营方式进行贬低性评论，员工的建议或善意的批评可通过口头或书面方式向职能科室或院领导传递。

第十条广泛开展清洁卫生运动，经常保持个人卫生和科室内外环境的卫生。

劳动用工与人事管理

第一节 员工聘用

第一条 招聘原则与形式

- 一、以人为本、量才而用的原则，对所有应聘者 and 员工提供平等就业机会。
- 二、根据业务需要和用人原则，采取公开招聘与个别招聘相结合的方法，通过全方位考核，择优录用，欢迎本院员工推荐。
- 三、所有员工实行聘用合同制和试用制，聘期 3-5 年不等，参见具体情况而定。聘用期满视工作需要和个人工作表现决定是否续聘。

第二条 试用期规定

- 一、试用期从上班之日起计算，试用期 1 个月。院方根据实际情况可以缩短或延长试用期。
- 二、试用期内，乙方必须提前三天通知医院人事科方可离职。

三、试用期内发基本工资与节假、休息日补贴，不享受其它奖金福利。院方视受聘人工作情况，有权对其工作或工资进行调整。

四、试用期结束后一周内，填写《试用期鉴定审批表》，由部门主管会同人事科对员工进行考核，并报请主管领导、院党委审定。凡通过试用期确认合格者，转为正式聘用员工。

第三条 合同管理

一、合同的签订：

试用期结束聘用为正式员工即签订《劳动合同书》，并注明试用期。

二、合同的解除与终止

1、员工有下列情况之一者，医院有权解除劳动合同，一经解聘，按医院相关规定办理交接手续，并当天离开医院。

(1) 聘用合同中已有规定的。

(2) 员工在工作中不尊重病人、服务态度差、与病人发生争吵打骂的。

(3) 员工不能胜任本职工作，又无法重新安排或不服从重新分配的。

(4) 法律、法规及院内规章制度另有规定的。

(5) 对医院利益造成重大损失者，除立即解聘外，还要依法追究其赔偿责任。

2、有下列情形之一的，医院可以解除劳动合同。

(1) 员工患病或者非因工受伤，不能继续从事本单位工作的。

(2) 员工不能胜任工作，经培训或调整工作岗位，仍不能胜任工作的。

(3) 合同订立时所依据的客观情况发生重大变化，致使原合同无法履行，经双方协商不能就变更合同达成一致的。

(4) 医院遇有特殊情况，如依法停业整顿或经营状况发生严重困难，确需裁人的。

3、有下列情形之一的，劳动合同自行解除：

(1) 医院依法宣告破产。

(2) 医院依法解散或依法被撤销。

(3) 员工死亡。

(4) 合同期满或双方约定的合同终止条件出现，合同即告终止。

4、合同期内，员工需要解除合同，必须提前一个月以书面形式通知人事科，并按医院规定办理完所有离职手续，否则不发待遇。对医院工作造成损失者，追究其赔偿责任。甲方提出解除合同，必须提前通知乙方，但须发足实际工作天数的工资。

三、如乙方体检有不符合招聘岗位要求的情况，甲方有权立即终止合同。

第四条 人事档案管理

一、每位员工进入医院后均需全面真实地填写《临聘人员上岗登记表（试用期）》，提供一寸彩色近照 1 张。

二、每位员工必须向医院提供本人的身份证、毕业证、技术职称证、执业医师证或执业药师证、执业护士证等相关证件，医院审核原件、留复印件。所有员工填报的个人资料在聘用期间及以后，均由人事科登记并保存，对外保密。

三、员工的个人资料如有更改，均须在更改后七天内，以书面形式，通知人事科，内容包括：1、住址及电话号码的更改；2、获取任何学历、专业资格的更改；3、个人技能、特长的增加；4、其他有关资料。所有变更事项的有关证明文件材料，均需同时复印附上。

第二节 工作时间的规定

第一条 工作时间：因医院工作特点，工作时间每天为 8 小时，部分岗位由于特殊性，工作时间不参考上述标准。医院实行全天候上班，周六、周日仍为正常工作日。员工每月至少享受 4 天休息，具体休息时间由医院和科室根据工作情况安排，行政人员原则上为周六、周日休息。

第二条 加班：

1、原则上不允许随意加班，确因工作需要加班时，须经院领导书面确认，否则不予计算加班费。

3、遇法定节假日需要加班时，原则上安排当月调休，不能调休的给予适当的加班工资。

4、加班时数以实际有效工作时数为准，用餐等时间均应扣除，并以每小时为计算时间，未满 1 小时者不予计算。

第三条 上班时间：员工外出均应征得科室负责人同意并做好登记。

第三节 考勤制度

第一条 准时出勤：按时上班，是本院对所有员工的基本要求，它将作为员工考评的重要参考之一。多次违反要求并经科室负责人提醒后仍不改正者，视为严重违反劳动纪律，医院有权立即终止劳动合同。

第二条 缺勤处理：

1、迟到：无故迟到超过 30 分钟按旷工半天，月迟到三次按旷工一天论，三次以上每次迟到均按旷工论。

2、早退、脱岗：早退、脱岗按迟到方法执行。

3、旷工：连续旷工 7 天，年累计旷工超过 15 天的（含 15 天）及以上者解除劳动合同。

第三条 考勤工作由各科室负责。

第四节 员工培训

第一条 院方为每位员工提供与其岗位及服务相关的技能培训。包括岗前培训、岗位职责培训、转岗（轮岗）培训、岗位技能培训、业务知识培训、消防培训、医德医风培训、法律法规知识及其它培训。根据业务需要安排进修、学习考察。

第二条 培训采用集中培训与个别指导相结合，内部培训与院外培训相结合方式进行。

薪酬与福利

第一节 薪酬规定

第一条 报酬原则

1. 薪酬标准：按院《聘用职工等级工资标准表》和合同约定执行。
2. 薪酬结算：合同制员工按月考核结算，工资结算期为上月。

第二条 工资发放依据学历、职称、岗位等定级；工资由院财务于每月 12 日发放，院方根据国家规定在支付每次工资时代扣代缴保险、住房公积金个人应缴

部分和个人所得税。

第三条绩效工资发放：

依据医院制定的绩效考核方案发放，各科室实行二次分配，要体现奖优罚劣、奖勤罚懒的原则。试用期一个月（规培生、研究生及中级以上职称试用期一个月）内不享受绩效工资和福利待遇，试用期后三个月内（规培生、研究生及中级以上职称试用期后二个月内）绩效工资、福利各享受 50%。

第二节 休假规定

第一条病假：病假需提交疾病诊断证明书（必须由二级以上综合医院或医保医院提供）。对于普通疾病（如感冒发烧、肠胃炎）须于上班后 1 小时内与人事科联系申请病假，并在病假后的第一个工作日内补交请假条及有关证明。特殊原因无法事先请假，应请代理人代为请假，并在假后说明原因，按规定补办请假手续。

第二条事假：严格控制事假，职工因个人或家庭原因确需要请假的可以请事假，请事假需填写请假条，事假一天，科主任批准交人事科备案；两天以上需经主管院领导审批交人事科备案。未经批准而离岗休息者按旷工处理。事假不享受任何工资待遇。也可先抵销每人每月的休息日，第五天起按天扣发相应的工资。连续事假超过 7 天，经报请院领导批准，否则按自动离职处理。

第三条产假：产假严格执行计划生育政策和生育保险政策。女职工在职期间生育和终止妊娠，符合计划生育和生育保险政策的，享有的产假不影响本人工资，但不发放月绩效工资。

第四条休假：实行每周至少休息一天，具体休息时间由医院安排。公休假按有关制度执行。

第五条婚、丧假

- 1、员工结婚可连续休息三天。
- 2、丧假：仅限直系亲属（配偶、配偶父母、父母、子女），可连续休息三天。

第六条工伤假：工伤必须经医疗鉴定确认后方可按工伤相关待遇执行。

第七条个人因病、因事假，未经医院同意，一律不准擅自找人替班。

第三节 福利待遇

第一条 合同期内医院按规定为员工购买养老保险、医疗保险、失业保险、

工伤保险、生育保险、住房公积金等。

第二条 合同期内享受国家规定的休假、婚丧假、病假、计划生育假等待遇。

第三条 员工享受职工餐费补贴及工会相关福利待遇。

第四条 医院在条件允许情况下，可以安排员工临时居住房。居住医院临时住房的员工需按医院要求，按时上缴租金和水电费用。

第四节 退休规定

第一条 职工达到国家法定退休年龄的（男职工年满 60 周岁，女干部年满 55 周岁，女工人年满 50 周岁），且基本养老保险累计缴费满 15 年的，由人事科办理退休手续，达到退休年龄的前一月通知本人。

第二条 退休工资由人力资源与社会保障局支付。

第三条 如遇国家政策性变动，以上规定随同上级政策修改办理。

奖惩制度

为确保各项规章制度的贯彻落实，加强医德医风建设，提高医疗水平和服务水平，弘扬正气，奖优罚劣，特制定以下奖罚制度。

第一节 奖励

凡有下列行为者，医院将给予精神和物质奖励。

第一条 医疗技术精湛，工作成绩突出，在抢救高难、危、急、重症病人时有功，为医院创造出显著的社会效益和经济效益者。

第二条 敢于同损公肥私、失职渎职、偷窃等不良现象做斗争，在维护医院利益，制止重大事故及医疗差错、纠纷的发生中表现突出，使医院利益和病人生命免遭破坏，为医院带来良好声誉，作出重大贡献者。

第三条 对医院工作提出的合理化意见和建议被采纳，并有显著成效者。

第四条 认真学习，刻苦钻研，努力提高专业技术水平，在各级各类考核考试中成绩优异，或在本职岗位上任劳任怨，默默奉献，成绩突出者。

第五条 在优质服务活动中关心、体贴、帮助病人而受到病人的表扬；或在工作中遭受委屈而表现出高尚风格者。

第六条 积极开展新技术、新项目，填补本院以及省、市医学空白，社会经济

效益显著；或荣获市级以上科技论文奖、科技进步三等以上奖励，或受到上级各有关部门立功表彰者。

第七条奖励形式：

- 1、大会表扬或通报表彰；
- 2、授予荣誉称号，颁发奖品或奖金；
- 3、向上级或有关部门推荐，作为劳模或先进工作者候选人。

第二节 处罚

凡员工有违反院内规章制度的行为，必须受到相应的处罚。具体内容如下：

第一条解聘或停职：

1、凡员工有违反国家法律、法令和法规的行为，所造成的一切后果均由员工个人负责，医院不承担任何责任，并予以解聘或停职。

2、员工违反本院规章制度，屡教不改，累计达三次以上（含三次），立即解聘或停职。

3、员工发生与病人争吵、打骂行为，将视情节轻重，分别给予警告处分等直至解聘或停职。

4、不得私购药品、器械在院内出售，如有违反将没收全部药品、器械，处以 500-1000 元的罚金，并予以解聘或停职。

5、不得以任何形式接受病人的红包或物品；不得私下收取各种业务介绍费，一经查实，除责令其退回红包或业务费收入外，并予以解聘或停职。

6、不得私自将医院财物据为己有、出售或转让，一经查出，按盗窃论处，除收回所收款项、扣罚当月待遇外，并予以解聘或停职。情节严重者移交司法部门处理。

7、凡员工故意损坏医疗器械及设备，除照价赔偿外，还将追究因此而造成的经济损失。数额巨大，情节严重者报请司法机关追究其法律责任，并予以解聘或停职。

8、担任药品、物品采购、保管职务的员工，不得少买多报或低买高报，不得私拿回扣。如有违反，并予以解聘或停职。

9、不得私自将本院病人介绍给其它医疗机构。正常转院必须经医务科批准。否则，予以解聘或停职。

10、严禁差错、事故的发生，一旦发生医疗、护理差错，根据医院医疗护理事故追究责任和赔偿责任。凡发生严重差错，经批评教育仍不改正者，予以解聘或停职。如发生医疗事故，其直接责任人应承担相关法律和经济赔偿责任，并予以解聘或停职。

11、利用他人的医疗缺陷，夸大事实，挑拨医患关系，或在诊疗工作中推诿，争抢病人，一经发现，视情节轻重，将给予批评、警告，直至解聘或停职。

12、不服从上级指示或无理顶撞领导，无理取闹，蛮不讲理者，予以解聘或停职。

13、向医院提交虚假证明，伪造个人证件及个人档案者，一经查实，予以解聘或停职。

14、有偷窃或非法占有病人、医院或其他员工财物的行为，或包庇偷窃行为者，一经查实予以解聘或停职。

15、向医院的竞争对手或其他机构泄漏本院信息，一经发现，予以解聘或停职。

16、未经许可，一年内旷工达 15 天以上（包括 15 天），即时解聘或停职。

17、其它规章制度中规定应当予以解聘者。

第二条 警告处分及罚款

对以下行为，均给予警告处分及罚款。警告处分通报全院，罚款数额则视具体情节由医院领导研究决定。

1、不执行医德规范及相关条例，上班精力不集中，服务态度生硬，不尊重病人而遭病人投诉，经查实后，给予警告处分，并处以罚款。

2、各临床医疗、护理、医技人员不执行医院制订的各项医疗安全制度及技术操作规程，造成一定后果，或影响其他科室工作及医院工作进度者。

第三条 口头批评并责令改正：

1、上班时间打私人电话，干私活，带小孩或睡觉者。

2、随地吐痰，乱丢垃圾，破坏院内环境卫生者。

3、上班时衣冠不整，不穿工作服，不佩胸牌者。

4、上班时嚼口香糖或在工作场所吃零食，大声喧哗，嬉戏打闹，穿工作服进出食堂、上街，在非吸烟区吸烟者。

5、工作安排不合理，致工作场所秩序混乱，环境卫生差者。

第四条其它

对违反《医德规范》触及刑律，构成犯罪的行为，由司法机关依法处理。

服务标准

第一节 文明用语规范

第一条 十字语：

“请”，“您好”，“对不起”，“谢谢”，“再见”。

第二条 挂号、收费处文明礼貌用语：

- 1、您好！您是哪儿不舒服？
- 2、先生/小姐，有零钱吗？
- 3、没关系！请带好钱，不慌张！
- 4、请到××诊室看医生。
- 5、请带好发票，带好钱。

第三条 取药处文明礼貌用语：

- 1、先生/小姐，这是您的口服药，请在饭前/饭后/睡前服用。这是冲剂，请按说明温开水冲服。
- 2、先生/小姐，这是您的外用药，请按说明使用，千万不可内服，不要放在小孩能拿到的地方。
- 3、先生/小姐，这是您的打针药和注射器，请您到一楼注射室，护士小姐会为您服务。

第四条 门诊医师文明礼貌用语：

- 1、您好！您哪儿不舒服？
- 2、请躺在诊断床上，我给您详细检查一下。
- 3、您还需要做些特殊检查：血、尿、便常规、胸片、B超、心电图等。
- 4、请先去收费处交款，然后去×楼×科检查，再拿检查结果来这儿看。
- 5、先生/小姐，您先吃点药，有什么反应请及时复诊。
- 6、先生/小姐，您的病情比较急，需要输液治疗效果更好一些，好吗？
- 7、先生/小姐，您的病情比较重，初步诊断为：需要住院观察，限于我院

条件，我为您联系了××院，并请他们来救护车接您，好吗？

第五条 门诊护士文明礼貌用语：

- 1、先生/小姐，您好！欢迎您接受我为您服务。
- 2、请您坐好，为您作皮试，请坐 20 分钟，然后给您看结果。
- 3、请您坐好放松，现在给您打针，请坐 20 分钟，然后就可以回去了，××时间再来打针。
- 4、您好！您需要输液，请您先去洗手间，然后躺在××床打针。
- 5、您好！您需要抽血化验，请坐好，伸出手臂，握拳，放松，请×时间到×楼检验科取结果给医生看。

第六条 医技科室文明礼貌用语：

- 1、您需要做 B 超检查，请问您用过早（中）餐吗？
- 2、请您躺在检查床上，不说话，不要动，保持安静，结果才准确。
- 3、请您在外面稍等一下，马上给您发报告。
- 4、您好！检查结果已写在报告上，请您拿报告去×科×医生看。（心电图室工作人员基本同上）
- 5、您好！您是胸片还是胸（腹）透检查？请您进来把身上携带的金属物放在桌上，请躺在照片床上。
- 6、（急片）请您在外面稍等，约半小时有初步结果；（慢片）请您下午或明天上午来取结果。
- 7、您好！您需要化验小便，请拿杯子去卫生间留小便送过来。
- 8、您好！您需要做血常规，请进来坐好，马上为您采血。
- 9、请在外面稍候，马上给您发报告。
- 10、请您把报告交给×科×医生看。
- 11、您好！请您将申请单和血标本给我，下午三点可以来取化验结果。谢谢合作！

第七条 接电话时先说：

“您好！这里是长沙市第九医院”。

第二节 医疗服务中对员工的基本要求

第一条 仪表仪容

- 1、身体、面部、手部必须清洁、卫生、干净，梳理整洁。
- 2、保持口腔清洁，上班前不吃异味食物（如：葱、蒜）。
- 3、女员工上班可化淡妆、带细项链、带耳钉，不得浓妆艳抹，佩带显眼饰物，（长项链、吊耳环、戒指），留长指甲，涂指甲油。
- 4、胸牌应佩带在左胸处，不得歪歪扭扭，发现后即时纠正。
- 5、仪表要庄重、稳健，站坐姿势端正，站时不要东倚西靠，坐不能翘二郎腿。
- 6、上班前由科室负责人检查仪表、仪容。

第二条 举止

- 1、微笑服务，要面对病人，表现出热情亲切、友好真诚。
- 2、和病人及家属交谈时，应眼望对方，频频点头有应答。
- 3、双手不得叉腰，交叉胸前，插前裤兜，不抓头挠痒，不挖耳，不抠鼻孔，不得敲桌，玩弄物品。
- 4、行走时要步态快、轻盈洒脱，但不能跑步，表现出慌张。
- 5、不得哼歌曲、吹口哨、跺脚，显懒散状态。
- 6、不随地吐痰，乱丢杂物。
- 7、不得在病人面前整理个人物品，怠慢病人。
- 8、咳嗽、打喷嚏应转身，用手帕把嘴遮住。
- 9、上班不得吸烟，不吃零食。
- 10、不得用手指、笔杆指点病人。
- 11、病人讲话应全神贯注用心倾听，不得东张西望，心不在焉，给病人以依赖感。
- 12、在病人面前，不得流露出厌烦、冷淡、强硬、紧张、恐惧的表情，更不得扭昵作态，做鬼脸、吐舌等怪态。
- 13、在工作服务、接打电话及与病人交谈时，如有新病人走近，应立即示意，表示已看到来临，不得无表示或等病人先开口。

第三条 言谈礼节：

- 1、声调要自然清晰、柔和亲切，不要装腔作势，音量过高。

- 2、不准讲粗言秽语。
- 3、三人以上讲话，要用互相都懂的语言。
- 4、尽量使用普通话，或根据对方使用语言作相应对话。
- 5、提倡使用文明语言：请、谢谢、对不起、您……。
- 6、要称病人姓氏，未知名要称先生、小姐、女士等。
- 7、称第三人时，不用他，而用那位先生、小姐等。
- 8、对方讲谢谢要答“不用谢”，不得毫无反应。
- 9、要来有迎声走有送声，祝您健康，不要讲“请再来”。
- 10、任何时候，不准讲“喂、不知道、不关我的事”之类的话。
- 11、中间离开面对交谈的病人时，要讲“稍候”，回来时要讲“对不起，让您久等了”。
- 12、在病人面前，不要指手划脚，交头接耳，窃窃私语。

第四条衣着：

- 1、上班必须穿工作服，工作服要干净整齐，笔挺。
- 2、工作服不许穿出院外，不许穿工作服进食堂。
- 3、钮扣要扣好，不得卷衣袖、裤角。
- 4、衣兜不得多装物品，显得鼓起。
- 5、衬衣领扣最多只解一个，不得深开露胸。
- 6、鞋不得有钉，不穿高跟鞋上班，不穿拖鞋上班（工作间除外），不穿花袜，袜子不得有破洞。
- 7、裙子长度不能超过工作服。

第三节 病人满意服务标准

第一条医生工作服务标准：

- 1、尊重病人，仔细听取倾诉，关怀和体贴病人。
- 2、不泄露病人隐私。
- 3、危重病人先抢救后收费，先住院后办手续。
- 4、免费提供就医咨询服务，便民开药不用挂号。
- 5、不乱开方、乱用药、乱开检查单。尽力减轻病人的经济负担。
- 6、解释病情详细，特殊检查、治疗、用药事宜必须向患者及其家属交待清

楚。

- 7、对患者及时诊断治疗，缩短治疗时间，出院诊断符合率应达 90%以上。
- 8、接待家属耐心，解释病情详细。
- 9、医生在为病人检查时，另一位患者进入诊室也要点头接待，或告知稍等。
- 10、患者不分什么时间来院就诊，医生随叫随到。

第二条 护士工作服务标准

- 1、对待病人态度和蔼，语言亲切，主动接诊。
- 2、备好饮用水及一次性水杯。
- 3、解除病人在打针前的恐惧感，肌注时要掌握“二快一慢”原则，使病人无痛感。

- 4、为不识字的病人填写病历封面。
- 5、做好新病人入院介绍，为老、弱、残、重病人排忧解难。

第三条 挂号处人员工作服务标准：

- 1、挂号快捷、准确。
- 2、病人问询时解答指导准确，语言规范，态度和蔼，不顶撞病人。
- 3、主动告诉患者就诊科室的楼层和地点。
- 4、传递零钱和票据要递给患者，动作准确、轻柔，不得随手一抛。
- 5、窗口实行限时制度，挂号等候时间不超过 5 分钟。

第四条 收费处人员工作服务标准：

- 1、给患者提供医疗和药品收费清单。
- 2、主要药品、手术、检查、床位收费标准公开。
- 3、不超标或巧立名目乱收费。
- 4、张挂常用收费价目表。
- 5、建立医疗收费监督卡，公开医疗服务内容和价格。
- 6、公布物价管理部门负责人姓名及电话。
- 7、唱收唱接传递零钱和票据要递给患者，主动准确、轻柔，不得随手一抛。

第五条 药房工作人员工作服务标准：

- 1、开足窗口，熟练快速，排队不超过 10 人，取药不超过 5 分钟。
- 2、划价准确无误。

- 3、耐心解答患者的查询。
- 4、发药时向患者交待清楚用药方法、用量及注意事项。
- 5、对规定照顾的病人优先取药品。
- 6、提供装药口袋，方便病人携带药品。
- 7、患者提出退药时，药房应主动、及时与开单医师联系，为患者提供方便。

第六条检验科人员工作服务标准：

- 1、收集标本及时，窗外标本要及时检验，不能积压超过 20 分钟以上。
- 2、主动告知病人取报告结果的时间、地点。
- 3、当病人询问化验结果或化验单遗失时，应耐心解答，认真查找或采取补救措施。
- 4、急诊病人化验应及时采样处理，不超过 15 分钟。
- 5、各种检查项目报告结果应详细告知患者。
- 6、化验当日报告结果（特殊项目除外）。

第七条影像科人员工作服务标准：

- 1、接诊（查）病人要热情认真，细听病人叙述病情及检查部位等，耐心解释，妥善处理。
- 2、主动向病人说明检查时配合的要求。
- 3、对行动不便的病人主动搀扶。
- 4、主动告知病人取报告结果的时间、地点，当病人询问结果或遗失时，应耐心解答，认真查找或采取补救措施。
- 5、患者要求带走片子，可给予方便。
- 6、患者多，洗片忙时，等候时间过长要与患者讲清楚原因，请稍候。
- 7、心电检查即做即取。

“三重一大”事项集体决策制度

第一章 总则

第一条为更好地贯彻民主集中制，根据《中国共产党章程》、《中国共产党党内监督条例（试行）》、中央和省、市、局关于落实“三重一大”事项集体决策制度的相关规定，结合我院实际，修定本制度。

第二条“三重一大”事项的决策和实施，必须坚持以下原则：

(一)坚持民主集中制原则。凡属职责范围内的“三重一大”事项，都应当按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，充分发扬民主，通过集体讨论，以会议形式集体做出决定。班子成员尤其是主要负责人要带头执行民主集中制，保证权力正确行使，防止滥用权力。

(二)坚持按照程序集体决策原则。应当按照规定工作流程和决策程序进行决策，除遇重大突发事件和紧急情况外，应召开院党委会议集体讨论决定，不得以传阅、会签或者个别征求意见等方式代替集体决策。

(三)坚持重大事项报告制度。对于需要报请上级批准或了解的“三重一大”事项及其执行情况，应当及时向上级请示或报告。

第三条“三重一大”事项必须以会议的形式集体研究决策。决策主体是医院党委会议。

第二章 决策范围

第四条“三重一大”事项是指对医院的建设和发展有重大影响的重大的决策、重要干部任免、重大项目安排和大额度资金使用事项。

(一)重大决策包括涉及医院改革、发展、稳定，对医院工作产生重大影响的重点工作，关系员工切身利益的重大决策，包括：

1、贯彻落实党的路线方针政策、法律法规和上级重要决定、决议、指示等重要文件和会议精神等方面的重大事项，党建工作、文化建设、思想政治工作、精神文明建设、党风廉政建设、行风建设、领导班子自身建设中的重大事项；

2、医院发展方向、办院指导思想、医院发展中长期规划的编制、年度工作要点等重点工作的安排部署及医院年度预算、决算审议；

3、涉及全局性的重大事件处理、职工重大矛盾的化解、重大业务纠纷的处理、突发事件应急处置等重大事项；

4、医院机构设置、康复护理等建设、发展、管理中的重要事项；

5、重要文件的制订、修改及废止；

6、医院新进人员计划、招聘程序等的重大事项；

7、职工职称评审、绩效考核、奖惩等涉及干部职工切身利益的重大事项；

8、报请上级决定的事关工作全局的重要事项；

9、以医院名义表彰及向上一级党组织、机关推荐的先进集体和个人等重大

事项；

10、有关重要合作和交流事项。

其他应当提交集体讨论决定的重大决策事项。

(二)重要干部任免（管理）包括：

1、干部的使用、推荐、任免、奖惩，人员的招聘、录用、转正等工作；

2、党员的发展、转正、评议、处分。

其他应当提交集体讨论决定的重要干部任免（管理）事项。

(三)重大项目及大额度资金使用安排包括：

1、预算 10 万元以上的基本建设工程、信息化工程、维修工程、装修工程和货物、服务采购项目；

2、医院房屋、土地等国有资产的处置和以房屋、土地等国有资产进行的合作项目；

3、上级专项资金项目的实施方案及资金使用分配方案；

其他需要提交集体讨论的重大项目及大额度资金使用安排事项。

重大项目及大额资金使用是否执行及预算金额由院党委会决策，具体执行过程中事项由院务会决策。

第三章 决策程序

第五条 “三重一大”事项酝酿决策程序应当遵守的基本要求：

(一)深入调研。决策前，应当明确分管领导牵头负责，开展广泛深入的调查研究。对专业性、技术性较强的事项应当进行专家论证、技术咨询或者决策评估；对与员工利益密切相关的事项，应通过召开座谈会等形式广泛听取意见或进行公示。

(二)充分酝酿。拟提请集体讨论的“三重一大”事项，应当以适当形式进行充分酝酿后，由分管领导提请党委会研究。

(三)确定议题。党委书记根据有关规定和工作需要，在充分听取班子成员意见的基础上确定会议议题。

(四)如涉及到重大行政决策事项，遵循重大行政决策的特别规定。

第六条 “三重一大”事项的集体决策程序应当遵守的基本要求：

(一)班子成员应当对决策建议逐个明确表示同意、不同意或者缓议的意见，

并说明理由。因故未到会的班子成员可以书面形式表达意见或者建议。

(二)实行主持人末位表态制。主持会议的负责人应当在其他班子成员充分发表意见的基础上,最后发表意见,并根据讨论情况,做出相应决定。

(三)在讨论中意见分歧较大或发现有重大问题尚不清楚的,除在紧急情况下按多数意见执行外,应暂缓决策,待进一步调查研究、交换意见后,再作决策。

(四)讨论决定“三重一大”事项应当安排专人负责记录,班子成员的表决意见和理由应当详细记录,必要时应将决策结果以书面形式通知有关职能科室、监督部门及相关人员,会后根据需要编发会议纪要。

第四章 保障机制

第七条 “三重一大”事项决策执行程序应当遵守的基本要求:

(一)“三重一大”事项经集体决策后,由班子成员按分工和职责组织实施。职责分工有交叉的,由主要领导明确一名成员牵头组织实施。组织实施的分管领导应当抓好落实,并及时向领导班子报告执行情况。

(二)分管领导对集体决策有不同意见的,可以保留,并可以按照组织程序向上级组织反映意见。但在新的决策没有做出前,应当无条件执行。

(三)集体决策确需变更的,应当按照本规定重新提交相关会议集体讨论做出决策。遇重大突发事件和紧急情况需要做出临时处置的,应当在处置后及时向领导班子报告。处置后未完成的事项需要领导班子重新做出决策的,应当重新集体决策,并按照新决策执行。

第八条 “三重一大”事项决策的监督及责任追究:

(一)书记、院长对落实“三重一大”制度负总责,对不按规定程序操作的,应及时纠正,确保决策的规范性、科学性。

(二)“三重一大”事项的决策和执行由纪检部门负责监督和检查。

(三)对于不落实“三重一大”集体决策制度、不执行或擅自改变集体决定、不科学决策或决策有悖法律法规等规定,造成重大经济损失或严重后果的责任主体,根据事实、性质、情节和影响,依纪依法追究责任。

第九条 “三重一大”事项的决策和执行情况列入领导班子年度民主生活会和述职述廉的内容。

第五章 分级授权

第十条对不属于“三重一大”的事项，实行分级授权的管理方式。

第十一条医院工作人员需严格按照岗位职责办理各项业务。需经办的事项必须按照管理级次由经办人报告本科室负责人，再报分管领导审批。

以上制度从2018年11月20日起执行，以前的有关制度同时作废。

工作人员年度考核制度

一、考核原则：上级考核下级，一级考核一级，部门领导考核工作人员，定期考核和平时考核相结合。坚持客观公正，民主公开，注重实绩的原则。

二、考核范围：

（一）全院职工。

（二）当年累计病休、事假半年以上的不参加考核（不包括癌症、精神病）。

（三）见习期的大中专毕业生，参加当年年度考核，但不确定等次。

三、考核内容：以德、能、勤、绩四个方面为内容，重点考核工作实绩。

（一）德：主要考核政治思想表现，有无违法乱纪记录。

（二）能：主要考核业务技术水平，管理能力的运用发挥，业务技术提高、知识更新情况。掌握运用政策的能力、组织协调能力及工作作风等情况。

（三）勤：主要考核事业心、工作态度、勤奋敬业精神和遵守劳动纪律情况。

（四）绩：主要考核履行职责情况，完成工作任务的数量、质量、效率，取得成果的水平以及社会效益和经济效益。

四、考核结果：分为优秀、合格、基本合格、不合格四个等次。

（一）优秀：正确贯彻执行党和国家的路线、方针、政策，模范遵守国家的法律、法规和各项规章制度，廉洁奉公，精通业务，工作勤奋，有改革创新精神，成绩突出（在科研、教学等专业技术工作中成绩突出）。

（二）合格：正确贯彻执行党和国家的路线、方针、政策，自觉遵守国家的法律、法规和各项规章制度，廉洁自律，熟悉业务，工作积极，能够完成工作任务，无责任事故。

（三）基本合格：政治业务素质较低，组织纪律性不强，不能按时完成工作

任务。

(四) 不合格：政治业务素质低，组织纪律性差，难以适应工作要求，或工作责任心不强，履行岗位职责差，不能完成工作任务，或在工作中造成严重失误或责任事故。

五、工作人员在年度考核中，凡本年度有下列情形之一者，其考核等次确定为不合格：

(一) 旷工或无正当理由逾期不归连续超过 10 天以上，或者全年累计旷工 15 天以上；

(二) 违反《湖南省人口与计划生育条例》有关禁止性规定的；

(三) 危害社会治安造成严重社会影响的；

(四) 利用职务之便，拿、卡、要手段恶劣，造成严重后果的；

(五) 工作责任心不强，违反工作规定和操作规程，造成严重工作失误的；

(六) 缺乏良好的职业道德，服务态度恶劣，服务对象意见大，造成较大不良影响的；

(七) 不能胜任本职工作，德、能、勤、绩达不到本职工作要求的；

(八) 有其他严重问题的。

六、有下列情形之一者，比照合格等次处理：

(一) 经组织同意提前离岗未办理正式离退休手续的人员（患精神病、癌症的人员）；

(二) 根据计划生育政策正在享受假期以及在规定的孕期、产期、婴儿哺乳期内的女职工。

七、考核方法：

(一) 按照逐级考核，定期考核的原则，填写年度考核表，中层干部由上级主管领导考核，工作人员由部门主要负责人考核，一级考核一级，一年考核一次，年底由各部门汇总，上交院考核领导小组进行统计、分类并审查结果。

(二) 优秀指标要控制在 15%以内（分编内职工和聘用职工两类），年底由考核领导小组对各部门的考核情况，从高到低确认优秀名单。

(三) 年度考核作为干部职工晋升、调动等依据，各部门应认真对待考核对象，严格按照细则操作，做到客观公正、民主公开的要求。

八、以上制度从 2018 年 11 月 20 日起执行，以前的有关制度同时作废。

重点部门和关键岗位定期轮岗交流制度

为加强党风廉政建设和行风建设工作，根据国家卫计委、湖南省卫计委纪检监察工作要求，加强对重点部门和关键岗位人员的监督，结合医院实际情况，特修订重点部门和关键岗位定期交流制度。

一、定期轮岗交流的岗位

- (一) 人事、财务、总务（包括设备）、药剂等部门负责人。
- (二) 总务科采购员、药剂科仓库保管员。
- (三) 财务科会计、出纳。

二、轮岗期限

- (一) 重点部门负责人每三年或根据医院实际情况适时轮岗交流。
- (二) 采购员、保管员、会计等关键岗位每二年轮换岗位。

三、具体措施

- (一) 重点部门负责人轮岗交流先竞聘后由医院党委研究决定。
- (二) 关键岗位人员轮岗由所属科室决定并报人事科备案。
- (三) 轮岗交流人员按要求做好交接工作。
- (四) 纪委负责督促落实。

四、以上制度从 2018 年 11 月 20 日起执行，以前的有关制度同时作废。

职工外出学习培训、进修有关规定

一、基本原则

(一) 为进一步加强医院管理，建立和完善职工学习培训计划，提高干部职工队伍的综合素质，提高医疗质量，改善服务态度，推进两个文明建设，特制定本规定。

(二) 根据工作业务发展需要，由单位有计划选送的工作人员，先由个人申请，经院领导集体研究决定，分别安排业余学习、半脱产学习、脱产学习等公费学习形式，与医院签订学习协议，报人事科备案。

(三) 鼓励干部职工利用业余时间自费参加学历文凭教育, 须持入学通知书经领导签署意见后, 方可享受相应待遇, 否则, 不能享受有关待遇。

二、基本条件

符合下列条件之一的职工方可享受公费推荐学习培训。

- (一) 出色完成工作任务, 对本院经济发展有突出贡献的业务骨干。
- (二) 积极开拓新业务, 发展新技术, 开展新项目取得显著成果者。
- (三) 医德医风好, 服务热情, 受到一致好评的。
- (四) 属于上级有计划安排的学习名额。
- (五) 大中专毕业生系本院聘用合同制职工在本院连续工作满三年者。
- (六)、根据工作需要, 由院领导集体研究决定选送外出学习进修的正式职工。

三、下列情况单位不予报销学费及一切费用

- (一) 凡参加专业技术职称晋升、技工技术等级升级考试、考核过程中有关专业知识、技能等学习、报名、考试、考核、电脑考级学习考试、考核等费用。
- (二) 所有非公派的学习、培训、学历考试等费用。

四、报销办法:

(一) 本办法适应于正式职工和聘用合同制职工在本院连续工作五年以上在岗的工作人员。

(二) 经单位同意, 符合专业对口, 通过业余、自费学习获取毕业文凭者, 凭毕业证、学习档案到人事科登记、领导审批, 提供学习期间学费收据原件, 按其全部学费的 25% 给予报销, 但每年不超过 500 元. 以其它形式参加学习者, 获得毕业证后学费报销 10%, 通过自考学习获得毕业证后, 学费报销 50%。

五、公派学习、培训期间学员待遇规定

(一) 进修学习三个月以内 (上级行政党委选派没有时间限制) 者按在岗人员标准享受工资、奖金、福利待遇 (含三个月)。

(二) 进修学习三个月以上 (不含三个月) 者享受在岗工资待遇, 奖金、福利按 50% 计发。

(三) 进修学习期满未获合格证者, 必须退还所有学习期间的工资、奖金、福利及学习费用。

(四) 凡参加进修学习者, 在五年内不得提出留职停薪或辞职、调离等申请, 如提出上述之一要求者, 按进修前签订的协议相关条款执行 (组织调任除外), 方可办理有关手续。

六、以上制度从 2018 年 11 月 20 日起执行, 以前的有关制度同时作废。

医院新进员工培训制度

岗前培训的目的是使每位新入院的职工能尽快适应医院的工作环境, 帮助他们了解医院, 熟悉岗位, 明确自己的义务和责任, 将自己的价值取向融入医院文化, 更快更好地胜任未来的工作。特制定本制度。

一、岗前培训的重要性, 教育新入院人员如何做一名合格的医院职工。新聘员工必须经过一周的集中教育培训, 考核合格后方可上岗。

二、培训内容

(一) 医院文化。包括医院概况、组织机构、医院的业务或特色、医院发展前景、医院精神、经营目标与价值观念、团队建设、医院行为准则与道德规范等。

(二) 医院管理制度。内容是人事制度; 包括作息时间、休假、请假制度、晋升制度、培训制度; 医院财物管理制度等其他管理制度。

(三) 医院行风建设、医德规范教育, 培养廉洁从医的责任意识。

(四) 医疗管理办法, 医疗卫生工作概况, 执业医师法释义, 医疗事故处理办法, 处方管理办法, 病案书写规范等, 进行医务人员岗位职责、医院核心制度、医疗安全措施, 职工外出进修学习规定等教育。

(五) 医院福利。包括养老保险金、医疗保险金、失业保险金, 以及医院为员工提供的其他福利。

(六) 法制及消防安全教育。消防设施的正确使用, 等等。

(七) 保密制度。内容包括保密制度及平时必须注意的事项, 以及员工保守医院秘密的义务。

(八) 护理工作制度, 护理人员岗位职责, 医护沟通、医患沟通及其技巧

(九) 控制医院感染基本知识。

(十) 医院营销、礼仪教育。

三、培训办法及要求: 研究生及大中专毕业生报到后, 由人事科提供名单,

医务科、护理部、科教科负责组织培训，结业考核，合格后方可上岗。未参加集中培训的新上岗职工，试用期内除进行专业技术培训外，依照本制度要求进行自学，由各相关部门负责培训，试用期满后作出评价，签署意见，合格后上报人事科，并在医务科、护理部备案。

四、岗前培训由医务科、护理部、科教科、人事科具体负责，制定培训计划，并组织考试。

五、各部门的岗前培训负责人必须是各相关科室科长、主任。

六、以上制度从 2018 年 11 月 20 日起执行，以前的有关制度同时作废。

轮岗、转岗岗前培训制度

为规范医院职工轮岗、转岗前的岗前培训工作，特制定本制度。

一、医院要对轮岗、转岗的人员实行岗前培训。岗前培训时间不得少于三个工作日，由人事科督促医务科、护理部、科教科实施培训。

二、人员轮岗、转岗人员的岗前职业教育主要内容为相关法规与服务理念教育，医疗卫生事业的方针政策教育，医学伦理与职业道德教育，医院工作制度、操作常规、医疗安全管理措施及各类人员岗位职责，医学文件(病历)书写的基本规范与质量标准，心肺复苏的基本技能，现代医院管理和发展以及消防安全知识与技能培训，新任职岗位的职责、科室专科特点、新工作岗位的基本理论、基本操作、基本技能和法规、规章要求。培训工作由新工作岗位所在部门组织实施和考核等有关内容。

三、轮岗、转岗的岗前培训要经实施培训的科室和分管此部门的院领导考核合格者方可到新的部门岗位上岗。

四、与医院建立了聘用合同关系、同时属医师规范化培训的前三年医学临床、医学技术的大学本科毕业生的医师规范化培训科室轮转培训按照科教科的医师规范化培训的岗前培训、考核要求进行培训和轮转。

五、护理人员的岗位轮岗前的岗前培训按照医院护理部规定执行培训和考核。

六、医院其他人员在转岗、轮岗前由本人向转出科室和转入科室的科室负责人申请，转出科室和转入科室的分管院领导签署意见后提交医院领导办公会研究决定转岗、轮岗意见后，医院人事科和人员新入科室对新转岗、轮岗进入科室的

人员进行岗前培训，培训要求参照本规定的一、二条。

七、以上制度从 2018 年 11 月 20 日起执行，以前的有关制度同时作废。

医德医风教育考核及激励惩处制度

一、医院必须把医德教育和医德医风建设作为目标管理的重要内容。

二、医院必须认真贯彻执行国家卫计委颁发的《医务人员医德规范及实施办法》。

三、医院要根据《办法》，结合医院的实际情况，建立医德医风考核与评价制度，制定具体的、切实可行的医德考核标准及办法，建立医务人员医德档案。

四、医德考核要以自我评价与社会评价、科室考核与上级考核、定期考核与随时考核相结合的办法进行。

五、医务人员的医德医风考核结果，要作为聘任、任职、加薪、晋升以及评优的重要条件之一。

六、医德医风考核成绩优秀者，应给予表彰和奖励；对于医德医风考核成绩不良者应予以批评教育；对于严重违反医德规范，触犯行政规章制度及法律者，应给予相应的处罚。

七、以上制度从 2018 年 11 月 20 日起执行，以前的有关制度同时作废。

医德医风考评制度

为进一步加强我院行风建设，健全医德医风教育、制度、监督、考评长效机制，根据上级有关规定，并结合我院实际特制定本制度。

一、组织机构

（一）院医德医风考评领导小组：书记、院长任组长，业务院长、护理院长、后勤院长、纪委书记任副组长，各科室各部门负责人任考评领导小组成员。

（二）行风办：考评小组下设办公室，即行风办，人事科长任行风办主任，办公室主任、财务科长、质控办主任、医务科长、护理部主任、后勤科长任成员。

二、考评标准

（一）基本标准（基础分 100 分）

1.救死扶伤，工作认真负责（20分）。医院工作人员要做到热爱本职，安心工作，坚守岗位，尽职尽责，认真执行各项规章制度，千方百计为病人解除病痛，献身卫生事业。

2.尊重病人的人格和权利（10分）。对待病人，不分民族、性别、职业、地位、财产状况，都应一视同仁。

3.举止端庄，文明服务（15分）。对病人语言文明，态度诚恳，举止稳重，仪表端庄，同情、关心和体贴病人，做到检查细心、治疗精心、解释耐心、听取意见虚心、让病人及家属放心，不发生冷、硬、顶、推现象。

4.廉洁奉公，不谋私利（15分）。遵纪守法，廉洁奉公，不以工作之便谋私利，不接受病人的吃请、馈赠，不收受、索要回扣、“红包”，不滥检查、滥开大处方。严格禁止开单提成和乱收费现象。

5.言语谨慎，保守医密（10分）。为病人保守医密，实行保护性医疗，不泄露病人隐私与秘密。

6.团结协作，尊重同行（10分）。团结协作，自觉维护集体荣誉，互相尊重，取长补短，不讲不利于团结的话，不搞亲疏有别，不做忌贤妒能和影响团结的事，认真履行岗位职责，共同完成各项工作任务。

7.钻研技术，精益求精（20分）。对业务技术精益求精，虚心学习，刻苦钻研，有实事求是的工作作风和奋发向上的进取精神，吸收国内外先进经验，更新知识，开展新技术、新项目，运用新的医学模式，发展医学科学，提高业务技术和管理水平。

（二）加分标准

医务人员在考评周期内有下列情形之一的，医德考评时应当适当加分，加分控制在5分以内：

积极参加各种突发事件的抢救、救灾、舍己救人受到赞扬的加1分。

突发事件中表现突出，受同级卫生主管部门表彰的加1分；获市级表彰的加2分；获省级以上表彰的加3分。

被评为同级卫生主管部门先进工作者加2分；被评为市级及市级以上等级先进工作者、劳模加3分；

受到病人及家属、单位来信表扬或病人赠送锦旗的，给个人的加1分，给集

体的科内有关人员各加 0.5 分。

检举他人有收受回扣、开单提成或收受病人财务不上缴、乱收费等腐败行为和不正之风，且检举情况属实的加 3 分

（三）扣分标准

1. 热爱专业，坚守岗位，救死扶伤，尽职尽责，及时解除病人病痛。一项未做到，扣除 3—10 分。

2. 尊重病人人格，不讽刺挖苦病人，不调戏女病人，对病人不分民族、性别、职业、地位一视同仁。一项未做到扣除 2—3 分。

3. 对病人语言文明，态度诚恳和蔼，解答问题耐心，仪表端庄整洁，举止稳重。一项做不到扣除 3—5 分。

4. 遵守医德纪律，不接受病人宴请和钱物，不收受、索要回扣、“红包”，不开人情方、人情假、“搭车药”，不滥检查、乱开药、乱收费和开单提成。违反一项，一次扣除 15—30 分。

5. 对病人的疾病相关隐私不得泄露，不拿病人病情当谈话笑料。违反一项，一次扣除 4—6 分。

6. 同事之间要团结协作、互敬互爱、互相支持、互相帮助，遇到疑难病人不得推诿扯皮，工作中不得抬高自己，贬低他人。违反一项，一次扣除 4—6 分。

7. 为了病人，刻苦钻研技术，不断提高业务水平，工作细致，操作细心，不发生差错、事故。发生一次差错扣除 5—10 分，发生事故直接扣除 10 分。

三、考评方法

医德医风评价分为四个等次：优秀、良好、合格、不合格。按照医德医风考评标准内容进行自我评价、科室评价、领导评价、社会评价，并确定等次。

（一）自我评价：医务人员各自根据考核的 7 条标准内容和加分、扣分项，结合自己的实际表现，认真逐一对照检查，实事求是地进行自我评分。

（二）科室评价：在医务人员自我评价的基础上，以科室为单位，由科室考评小组根据个人日常医德医风行为、工作表现进行评价打分。

（三）领导评价：由院医德医风考评小组组织进行。根据自我评价、科室评价、日常行为纪录，对每个工作人员进行逐个评价，并填写考评组评语。

（四）社会评价：由行风办组织考评。参照自我评价、科室评价、领导评价

情况，根据个人参加医德医风培训情况，在医德医风出院病人、门诊病人调查问卷反馈情况，病人投诉情况及现实表现进行总评，确定考评等次。

考评结果：总分达 98 分为优秀，90 分—97 分为良好，80 分—89 分为合格，79 分以下（含 79 分）为不合格。

四、组织实施

1.评价范围。医院在编在岗职工均接受评价。其中：医疗、医技、护理人员适用本制度，行政管理人员、工勤人员考评办法参照本制度执行。

2.评价要求。每年开展一次考评，评价结果归入个人医德医风档案或人事档案。

3.奖惩规定。医德医风考评结果与综合目标考核挂钩，作为应聘、提薪、晋升、评先的首要条件。每年对医德医风“优秀”人员给予奖励表彰；对医德医风“不合格”者进行批评教育，取消该年度的评先资格，并限期改正。被评为“不合格”者，暂缓晋升、聘任或调离原工作岗位，并根据情节轻重给予相应的处罚。

4.组织领导。医德医风工作在院党委统一领导下，行风办具体组织实施，有关职能科室和考评小组要认真考评，落实责任。

五、以上制度从 2018 年 11 月 20 日起执行，以前的有关制度同时作废。

职工医疗保健管理制度

为贯彻执行国家相关法律法规要求，保障本单位职工身心健康，使职工更好地发挥积极性，以饱满的热情和精神投入到深化医药卫生体制改革和保障人民群众身体健康的工作中，特制定本单位《职工医疗保健管理制度》，内容如下：

一、严格进行职工上岗前体检。

二、每位职工建立一份职工健康档案，由人事科负责管理。

三、定期（每年一次）或不定期组织全体职工体检。女同志每年进行一次妇科检查；对放射科、CT 室、药剂科等特殊科室人群按有关要求进行额外体检。

四、凡医院职工（含聘用人员）按相关规定统一参与长沙市医疗保险。职工诊治、住院、转诊、病休等由经治医生根据病情和有关医保管理规定处理。

五、对身体有恙的职工给予积极关心、帮助和适当的休假，但要办理请假手续。

六、严格按照医疗机构基本标准和医院编制标准，尽量配足配齐医务人员，重点向临床一线倾斜，充实临床一线医护人员数量，合理安排和调配人员，避免医护人员长期超负荷工作。同时，通过预约诊疗等办法，合理安排和分流病人，有效减轻医护人员的工作压力。

七、每年安排职工休假。

八、定期组织活动，调整职工心态，增强体质。

九、关心离退休职工，每年安排体检一次。

十、以上制度从 2018 年 11 月 20 日起执行，以前的有关制度同时作废。

第五节 财务管理制度

财务科工作制度

1、正确贯彻执行各项财经政策，加强财务监督，严格财经纪律。财会人员要以身作则、奉公守法，对一切贪污盗窃，违法乱纪行为作斗争。

2、合理组织收入，严格控制支出。凡是该收的要抓紧收回。凡是预算外的、无计划的开支应坚决杜绝，应按审批手续办理。

3、根据事业计划，正确及时编制年度和季度的财会预算，办理会计业务。按照规定的格式和期限，报送会计季报和年报（决算）。

4、加强医院经济管理，定期进行经济活动分析，并会同有关部门做好经济核算的管理工作。

5、凡对外采购开支等一切会计事项，均应取得合法的原始凭证。原始凭证由经手人、验收人和主管负责人签字后，方能以据报销。一切空白纸条，不能作为正式凭据。出差或因公借支，须经主管部门领导批准，任务完成后及时办理结帐报销手续。

6、会计人员要及时清理债权和债务，防止拖欠，减少呆帐。

7、每日现金要当日送存银行，库存现金不得超过银行的规定限额。出纳和收费人员不得以长补短。如有差错，由经手人详细登记，每月集中讨论，找出原因后报领导批示处理。

8、原始凭证、帐本、工资清册、财务决算等资料，以及会计人员交接，均

按财政部门的规定办理。

财务科安全保卫制度

1、财务科以日常保卫为重点，执行科长负责、责任落实到人，并与奖罚挂钩的制度。

2、全科职工要管好本岗位的钱箱、证券、印鉴、空白支票、重要凭证、帐表及其他重要物品；离岗时上述物件全部入柜上锁，不准散放在办公桌上，以防丢失。

3、下班时各办公室要关好门窗，办公桌及防盗门全部上锁，切断电源火种，防止发生责任事故，现金的库存限额不能超过 500 元。

4、科内严禁存放易燃易爆物品，严禁在库房、收据存根堆放处及废纸处吸烟，严禁乱扔烟头。较大金额的现金存取都应有转存和保卫科相关人员进行安全保卫（专人、专车护送）。

5、爱护公物，严禁科内财产物资私用，如特殊情况需借者，须办理有关手续；非本科人员严禁进入收费处，严禁使用工作电脑玩游戏等，违者重罚。

6、做好防火、防盗、防事故、防破坏的“四防”工作。

经费预算管理制度

1、经费预算是一个单位开展经济活动，进行收支核算的依据。医院的经费预算必须根据党的有关方针政策、医院发展规划及近年业务收支的增长速度，并考虑有关因素进行编制。

2、医院有关部门根据用物单位需要及主管院长批准，应向财务科报送下年度资金使用计划（附明细内容）；人事科向财务科报送下年度人事变动计划，药剂部门报送药品购置计划。财务科根据预算编制原则及医院实际情况汇总，编制下年度医院的预算，并于来年初报院务会。

3、医院的经费预算计划，一旦院委会讨论通过，应具有法律效力，具有严肃性和权威性。有关部门在执行中要科学调节与合理安排，不得随意变动，不是预算内的开支，财务部门不予付款。特殊情况必须增加预算支出时，要视资金来源情况，经院委会讨论通过，院办书面通知财务科执行。

医院收入管理制度

为加强医院收入的日常管理，健全收入内部控制制度，规范收入结算行为，确保收入的安全与完整，保证收入账实相符，根据相关政策要求，结合我院实际情况，制定本管理制度。

一、收入确认

医院收入是指医院开展医疗服务及其他活动依法取得的非偿还性资金，包括：医疗收入、财政补助收入、其他收入。

（一）医疗收入，即医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门诊收入和住院收入。

1、门诊收入是指为门诊病人提供医疗服务所取得的收入，包括诊查收入、检查收入、检验收入、治疗收入、药品收入、卫生材料收入、其他门诊收入等。

2、住院收入是指为住院病人提供医疗服务所取得的收入，包括床位收入、护理收入、诊查收入、检查收入、检验收入、治疗收入、药品收入、卫生材料收入、其他门诊收入等。

（二）财政补助收入，即医院按部门预算隶属关系从同级财政部门取得的各类财政补助收入，包括基本支出补助和项目支出补助收入。

（三）其他收入，即医院的医疗收入、财政补助收入之外取得的其他各项收入。

二、收入管理

（一）医院取得的全部收入要纳入财务科统一核算和管理，任何部门或个人都不得自行收费或者挪用。严禁私设“小金库”和账外账。

（二）医院的各项收入要认真执行国家的物价政策，严格执行国家制定的收费标准、依法组织收入。

（三）医院取得的各项收入必须开具按规定统一印制的票据，收入应按财务规定及时入账。

（四）病室代为保管的病人零花钱必须有记帐员和经手人共同管理，不得由一人专管，帐钱需分开、职责应分明，帐本应妥善保管，五年之内不得遗失或销毁。记帐员登记帐簿时，应将发生日期、内容、金额逐项记账，做到数字准确，摘要清楚，登记及时。医院财务科应定期或不定期进行检查和监督。

（五）家属在非正常工作时间缴纳伙食费的，必须通知财务收费人员收取并

开具收据，任何科室和个人不得代收病人伙食费。为了加强伙食费管理、规范交费行为，杜绝继续欠费现象的发生。

（六）个别病人因病情需要外出会诊、检查治疗的，在征得家属同意的情况下，收取的会诊费、检查费、车费等应交财务进行收入、支出结算。

（七）严禁病室自行收治住院病人，私分病人住院费的行为，如有发现，扣发全科室职工当月奖金及年终奖，并按相关法律法规追究主任、护士长及当事人责任。

收费处工作制度

1、收款员必须奉公守法，遵守财经纪律，不利用职权牟取私利。根据物价管理部门规定的标准正确收费，严禁多收、少收、漏收和错收。

2、正确利用电脑收费管理系统为门、急诊病人按所需就诊科别进行就诊，并按规定的收费标准收取费用，不得重复收费、收错费，票据打印应清晰、完整。

3、服务态度主动热情，使用窗口文明用语，不与病人及家属争执，不得推诿病人，做好窗口服务工作。窗口部门不得出现社会影响恶劣的事件。

4、熟悉医院内部就诊流程，严格执行医院退费管理规定，按照退费权限及相关程序审核后办理退费手续。

5、当日收入的现金当日上交，不得公款私用；保管好备用金、收费印鉴、各类票据等。每日下班前要编制门诊收入日报表，当日收入现金全部上缴财务部门，做到表款相符。交款凭证与日收入报表同时报稽核人员复核。

6、实行日清日结制度，每天进行现金盘点，做到账账相符、账表相符，发现问题及时纠正或上报有关领导。

7、坚守工作岗位，保持工作场所的干净整洁，严格执行交接班制度，严格医院遵守各项管理制度。

8、认真保管和使用收费收据，作废的票据按规定存档或缴销，已用完的数据存根按序号及时消号。

住院结算处工作制度

1、根据物价管理部门规定的标准正确收费，严禁多收、少收、漏收和错收。

2、正确利用电脑收费管理系统为住院病人办理预交金的收退、住院费用结

算工作。不得重复收费、收错费，票据打印清晰、完整。

3、每月清理系统内出区病人，每季度清理出区的流浪病人，确保系统内出区中不滞留太多病人。

4、服务态度主动热情，使用窗口文明用语，不与病人及家属争执，不得推诿病人，做好窗口服务工作。窗口部门不得出现社会影响恶劣的事件。

5、熟悉医院内部就诊流程，掌握各项医保政策。严格执行医院退费管理规定，按照退费权限及相关程序审核后办理退费手续。

6、当日收入的现金当日上交，不得公款私用；保管好备用金、收费印鉴、各类票据等。每日下班前要编制当日住院收入和住院预交金日报表，当日收入现金全部上缴财务部门，做到表款相符。交款凭证与日收入报表同时报稽核人员复核。

7、实行日清日结制度，每天进行现金盘点，做到账账相符、账表相符，发现问题及时纠正或上报有关领导。

8、病人出院结账时收回预交金收据，按规定开具财政部门监制的住院票据，收付现金应“唱收唱付”，与病人或家属当面点清，留有存根复核和备查。如遇特殊情况应将审批后的相关附件备齐。

9、认真保管和使用收费收据，作废的票据按规定存档或缴销，已用完的数据存根按序号及时消号。

10、自费患者出院时，住院费用核实无误办理费用结账手续，同时向患者提供总费用清单。

11、坚守工作岗位，保持工作场所的干净整洁，严格执行交接班制度，严格医院遵守各项管理制度。

医疗价格公示制度

1、严格执行国家的物价政策规定，坚决抵制和反对不正当价格行为，严格价格欺诈，禁止乱收、多收和重复收费。

2、要及时公示医疗收费标准和调整后的医疗收费价格，便于患者在最短的时间了解最新的价格情况。

3、按照统一规定的格式向住院病人提供医疗费用清单，让患者明明白白消费。

- 4、公布医院咨询、投诉电话号码，随时接受群众对价格方面的咨询和投诉。
- 5、工作人员如有违反价格政策和价格标准，发生乱收费和私自收费现象，一经查实，除没收和退还所收的费用外，并视情节严重给予不同程度的处罚。

医疗收费投诉和处理制度

为严格执行国家的物价政策，坚决制止医疗乱收费行为，特制定本制度：

（一）设立价格举报电话及医院内部举报电话：12358；0731-85585069；0731-85091594；并向社会公开、公布。

（二）在门诊大厅收费处显著位置公开收费项目和标准，主动接受全社会监督。

（三）建立患者查询制度，认真执行住院病人费用一日清单制度。

对群众的价格举报，财务科应及时受理，负责调查，核准后确认是乱收费行为给予当事人批评教育，并按医院相关规定予以处罚。

医疗收费管理制度

（一）严格按规定的项目和标准收费，不得擅自增加项目，分解项目，巧立名目和提高标准收费。

（二）明确分工，强化管理。

1、药品、医用材料由财产会计按物价规定的差价率定价，严格医药招标中心规定的价格进行定价，不得乱定价。

2、各门诊、科室的检查、治疗等可收取材料费的项目必须按物价部门的规定执行，杜绝虚增使用数量的现象。病人需使用另外收费的医用耗材时，要先征得病人或家属的同意。

3、开展新医疗服务项目时先写申请报告，待物价管理小组论证审核后，报上级主管机关审批。

4、在门诊设立医疗收费项目价格公示栏，方便群众查询了解医疗收费。

新增医疗服务项目申报制度

一、新增医疗服务价格项目实行先申报后执行的原则。

二、新增医疗服务价格项目的科室、申请时必须提交下列文件资料：

- 1、申请报告及 500 字以内的项目文字说明。
- 2、医疗服务项目测算成本资料。
- 3、有关医疗设备、器械、材料的购进发票和资料。

三、新增医疗服务价格项目的申报程序：

1、根据各科室申请报告及资料，由物价以省价格卫生主管部门，再由省卫生主管部门组织专家审定后公布实施。

2、经审核批准后新增的医疗服务价格项目，由省价格、卫生主管部门编写试行期内的项目编码、项目名称、项目内涵、计价单位、除外内容和说明等。新项目试行一年后，由省物价局、省卫生厅报国家计委、卫生部申请列入《全国医疗服务价格项目规范》。凡未能被国家列入《全国医疗服务价格项目规范》的新项目，由省物价、卫生主管部门发文取消。

住院病人费用一日一清单制度

1、凡在我院住院的病人，实行每日费用清单制度。对住院病人当天支出的床位费、检查、治疗、护理、药品、材料等费用逐笔登记做到一日一清单并免费向病人提供清单一份。

2、病人有疑问，医护人员和收费记帐窗口人员有义务解释，并帮助查询。

3、凡急诊留观的病人，留观期间同样提供费用一日一清单。（预交款病人由护士站提供清单）。

4、门急诊看病的患者提供药品的详细清单包括药品名称、规格、售价以及费用查询服务，根据需要同样可以提供收费详细清单。

明码标价制度

为进一步提高医疗、药品价格透明度，规范医疗物品价格行为，加强医疗药品价格行为，加强医疗药品的价格公示。特制定价格明码标价制度。

- 一、严格遵守国家价格法律、法规和政策。规范明码标价和价格公示制度。
- 二、根据省价格行政主管部门的规定，将需购的医疗、药品在收费地点或醒目位置予以公示，公示内容为：
 - 1、医疗服务价格名称、服务内涵、计价单位、收费标准；
 - 2、药品名称、剂量、单价。
- 三、在门诊大厅设立电子触摸屏，方便社会各界及病友随时查询医疗药品价格及收费情况，提高医疗服务价格透明度，接受国家和社会监督。

医院费用查询制度

- 1、在门诊大厅设立医疗服务标准明码标价电子触摸屏及滚动大屏幕，方便病人自行查询。
- 2、对住院病人的费用查询各病房护士在病房计算机上随时查询、打印。
- 3、住院结算处工作人员随时解答结账病人对费用的查询和疑问。
- 4、门诊病人的费用，在门诊收费处咨询。
- 5、住院病人可在病房和触摸屏上随时查询，如有疑问与病房联系，并给予解释说明。
- 6、各临床科室护士长负责向患者解答与本科室相关的医疗服务收费问题。
- 7、医院专职物价员负责解答患者提出的有关医疗服务收费标准及有关价格何相关政策、法规。
- 8、在门诊大厅和住院结算处设立举报箱，并公布医院专职物价员姓名和物价监督电话。

内部价格监督检查制度

为更好地规范医疗服务价格行为，建立健全完整的价格管理体系，接受社会各界及患者对我院医疗服务和药品价格的监督，特制定医院内部价格监督检查制度：

- 一、成立医院价格领导小组。
- 二、医院临床各科室新开展项目、新增药品和材料，都需先提出申请，由医务科、医保科、物价管理员签出意见，经院领导同意后方可实施。

三、定期检查

1、每天对医院收费网络系统进行随机抽查，发现问题及时反馈给相关科室进行纠正。

2、每月定期随机抽查每科出院或在架病历五份，与一日一清单进行对照核查，发现问题及时反馈给相关科室进行纠正。

四、处理措施

1、所有相关检查结果均参与医院综合考评。

2、按违规收费处罚制度扣除科室绩效考核评分，并按相关规定扣除科室相应奖金。

医院物价投诉接待制度

为了加强医院行风及医德医风建设，进一步规范投诉接待处理流程，方便群众投诉，提高医疗服务质量，提升医院整体形象，更好地为广大患者服务。现制定《长沙市精神病医院物价投诉接待处理制度》。

一、投诉管理部门职责

1、统一受理投诉；

2、调查、核实投诉事项, 提出处理意见, 及时答复投诉人；

3、组织、协调医院的物价投诉处理工作；

4、定期汇总投诉信息。

二、投诉接待制度

1、财务科负责接待投诉有关物价问题的患者或家属，耐心解释，积极沟通，缓解矛盾，不得以各种理由推诿、搪塞或置之不理。并认真填写投诉登记和记录，并整理保存。

2、设立物价举报投诉电话机医院内部举报电话：12358；0731-85585069；0731-85091594；并向社会公开、公布。

3、凡遇到投诉我院物价问题的患者或家属，任何人员均不得推诿、搪塞，应以积极的态度，帮助联系有关人员，及时解决问题。

普通投诉应立即核实情况及时处理；对于情况较复杂，需要调查核实的投诉，一般情况下3个工作日内给予答复，特殊情形的最多不能超过5个工作日。

4、接到各种方式的物价投诉（如：口头、书面、间接等），物价员必须及时向主管院长汇报，同时负责查清事实，必要时经医院物价管理小组讨论，做出处理意见。

5、经调查，投诉情况属实，应按如下步骤进行处理：

（1）明确告之投诉者处理结果，当面道歉，并退还多收部分的款项。

（2）当事人做出书面说明，根据情节轻重扣罚奖金。

6、对发生物价投诉，本科室难以解决的问题，应及时向上一级领导汇报，协调解决，避免将矛盾推向社会，给医院造成更大的损失。

医院实行重大经济项目领导负责制和责任追究制

为了加强医院重大经济项目的科学决策和规范管理，对重大经济项目实行领导负责制和责任追究制，规定如下：

1、凡一次性投入资金在 10 万元以上（含 10 万元）的基建、设备（含医疗设备、后勤设备和办公设备）购置，基建维修、装饰工程，大型设备维修都属于重大经济项目，必须列入医院重大经济项目管理。

2、为保证重大经济项目的科学决策，重大经济项目必须按以下程序进行申报、审批和组织实施。医疗、后勤和办公设备的购置，必须由相关科室负责人写出书面的可行性报告，基建、维修、装饰工程和大型设备维修由相关科室负责人写出书面报告（含项目和费用概算等），经分管领导审查同意签具意见后，按所需金额的大小分别提交院务会、院委会或职代会讨论审批。凡投入经费在 10 万元至 100 万元的项目，必须经党委会讨论同意，投入 100—200 万元，必须经院办公会审批，200 万元以上必须经医院职工代表大会讨论决定，然后再按所需金额大小分别由医院物质采购和基建管理小组集体竞标、议价或由政府招标或集中采购部门进行公开招标，其中 10 万元以上的设备购置（少数产品因系独家市场、经营或独家总代理只能议价除外）和基建维修与装饰工程，50 万元以上的设备购置、基建、基建维修和装饰工程必须报市主管局批准，公开招标。

3、严格实施“阳光工程”，廉洁治院。为切实加强党风廉政建设，廉洁治院，医院继续大力推进“阳光工程”，在重大经济项目实施的全过程必须坚持实行公

开、公平、公正的竞标或议标，不得利用工作之便，私自收取回扣、“红包”、礼金、宣传费用或其它不正当利益。科室申请购买大型设备，必须提供多种同类产品进行竞标，不得指定一种产品或强行要求购买其指定产品。相关责任人必须熟悉产品性能、质量、价格、市场行情，必须熟悉基建、维修工程项目与费用概算，工程招投标与监察、审计等相关政策，严格执行有关规定。

4、对重大经济项目实行领导负责制和责任追究制。凡是医院重大经济项目必须按上述规定和程序进行申报、审批和组织实施。

相关科室负责人、分管院领导、主要领导作为责任人必须认真负责地作为可行性论证和费用概算，熟悉市场行情，为医院领导的正确决策做好前期工作，并在相关报告和合同书上签具意见和署名，以示负责。如果在重大经济项目实施中，不按医院规定进行申报、逐级审批和组织实施，工作失职，玩忽职守，或为谋取私利而给医院造成经济损失的，调查核实后，将酌情追究各级责任人的行政和经济责任，责成责任人赔偿经济损失总额的5-30%，本年度不得评优、评先进。由于以上原因，给医院造成巨大经济损失的责任人不得晋升职称、提职、并酌情给予行政处分，乃至追究刑事责任。

会计档案管理制度

一、为进一步提高会计档案规范化管理水平，确保医院会计档案的安全完整，根据《中华人民共和国会计法》和财政部、国家档案局《会计档案管理办法》等文件规定，结合医院实际，制定本制度。

二、会计档案的内容

会计档案是指会计凭证、会计账簿和财务报告等会计核算专业材料，是记录和反映单位经济业务的重要史料和证据。具体包括：

（一）会计凭证类：原始凭证、记账凭证、汇总凭证、其他会计凭证。

（二）会计账簿类：现金日记账、银行存款日记账、总账、明细账、固定资产卡片、辅助账簿、其他会计账簿。

（三）财务报告类：月度、季度、年度财务报告（包括会计报表、附表、附注及说明文字），其他财务报告。

（四）其它类：银行存款余额调节表，银行对账单，门诊药品、后勤仓库各

期盘点表，其他应当保存的会计核算专业资料，会计档案保管清册，会计档案移交清册，会计档案销毁清册。

财务会计工作的方针、政策、制度、计划书、工作总结、报告，全年预算、决算，向上级主管部门上报的申请书、上级主管部门的批复等文件材料，不属于会计档案范围，应按照文书档案管理办法办理。

三、会计档案的立卷

(一) 每月定期将记账凭证连同所附原始凭证按序装订。装订前要剔除金属物，逐一编写页号。记账凭证及附件应折叠整齐、结实、美观。要填好凭证封面和脊背，每册厚度约 4.5CM，并在封面与脊背的接缝处加盖财务专用章和装订人印章。会计凭证应一册作为一个案卷。

(二) 会计账簿按年度立卷。活页账簿应撤出空白账页，编写页号，装订成册。每本账簿要加贴封面。

(三) 会计报告应在年度决算之后将年报和季报、月报分别立卷。装订成卷的会计报表应附加统一规定的报表封面，年报应归入各单位文书档案保存。

(四) 工资及附件表、银行存款余额调节表和银行对账单、部门盘点表等参照会计账簿整理方法。

四、会计档案的保管

(一) 会计档案分类整理，有序存放，妥善保管。

(二) 每年形成的会计档案，按照归档要求整理立卷，装订成册，编制移交目录。当年会计档案，在会计年度终了后，可暂由本单位财务会计人员保管一年。期满之后全部移交医院档案室保管。不得自选封包保存。档案室必须按期点收，不得推诿拒绝。档案室接收的会计档案，原则上应保持原卷册的封装，个别需要拆封的，应经财务部门负责人同意后共同拆封整理。会计档案移交清册、会计档案销毁清册、会计档案保管清册装订成册后归入医院全宗卷保存。

(三) 会计档案要填写案卷目录，作为基本的检索工具和统计工具。

五、会计凭证查询与借阅

(一) 医院个人查阅需填写查询记录，并与会计档案员共同查阅。外单位查阅档案需持单位介绍信，向外单位提供利用时，档案原件不得借出，如有需要须财务科负责人、主管院领导审批签字，但不得拆散原卷册并限期归还。

(二)住院或门诊患者发票丢失要求复印存根的或需要复印其他票据存根的,必须携带本人身份证复印件、丢失证明、住院证明等材料,经财务负责人同意后
方可提供,档案管理员需做好复印发票登记工作。

六、会计档案保管时间

会计档案的保管期限分为永久、定期两类,定期保管期限分为三年、五年、十年、十五年和二十五年五种。各种会计档案的保管期限,从会计年度终了后的第一天算起。具体按财政部、国家档案局《会计档案管理办法》“行政单位、事业单位会计档案保管期限表”执行(见附表)。

七、会计档案的销毁

(一)由院档案室保管的会计档案,需要销毁时,在院长办公室主任的主持下,由院档案室、财务科、审计部共同组织鉴定,并编造会计档案销毁清册,报主管院领导批准。销毁时由档案室、财务科、审计部、监察室共同派人员监销。对需要销毁的档案认真清点、核对,销毁后在销毁清册上签名交档案室保管。对于其中未了结的债权债务的原始凭证,应单独抽出另行立卷,保管到结清债权债务时为止。

(二)由财务科保管的会计档案,如住院部、门诊部每天的票据存根、院内收据存根、院内支票存根等资料按规定保存期满需销毁时,由财务科档案管理人提出销毁意见,报经财务科负责人、分管院领导批准后,编制销毁记录,严格清点核对,并由院档案室、财务科、审计部、监察室共同派人员监销,并在销毁清册上签名存档。

附表：事业单位会计档案保管期限表

序号	档案名称	保管期限			备注
		财政 总预算	行政单 位事业 单位	税收 会计	
一	会计凭证类				
1	国家金库编送的各种报表缴库退库凭证	10年		10年	
2	各收入机关编送的报表	10年			
3	行政单位和事业单位的各种会计凭证		15年		包括：原始凭证、记账凭证和传票汇总表。
4	各种完税凭证和缴、退库凭证			15年	缴款书存根联在销号后保管2年。
5	财政总预算拨款凭证及其他会计凭证	15年			包括：拨款凭证和其他会计凭证。
6	农牧业税结算凭证			15年	
二	会计账簿类				
7	日记账		15年	15年	
8	总账	15年	15年	15年	
9	税收日记账（总账）和税收票证分类出纳账		25年		
10	明细分类、分户账或登记簿	15年	15年	15年	
11	现金出纳账、银行存款账		25年	25年	
12	行政单位和事业单位固定资产明细账（卡片）				行政单位和事业单位固定资产报废清理后保管5年。
三	财务报告类				
13	财政总预算	永久			
14	行政单位和事业单位决算	10年	永久		
15	税收年报（决算）	10年		永久	
16	国家金库年报（决算）	10年			
17	基本建设拨、贷款年报（决算）	10年			
18	财政总预算会计旬报	3年			所属单位报送的保管2年。
19	财政总预算会计月、季度报表	5年			所属单位报送的保管2年。
20	行政单位和事业单位会计月、季度报表		5年		所属单位报送的保管2年。
21	税收会计报表（包括票证报表）			10年	电报保管1年，所属税务机关报送的保管3年。
四	其他类				
22	会计移交清册	15年	15年	15年	
23	会计档案保管清册	永久	永久	永久	
24	会计档案销毁清册	永久	永久	永久	

固定资产管理制度

为了加强固定资产的保管和使用，确保国家财产的安全与完整，结合本单位实际情况，特制定本制度：

- 1、每年终前，由总务科、财务科负责对全院的固定资产进行一次全面的清点工作，如发生盈亏，按财务制度规定报批进行账务处理。
- 2、设置固定资产实物台帐，建立固定资产卡片，由总务科对固定资产进行统一分类、编号，并将固定资产保管落实到使用人身上。
- 3、固定资产的实物发生变动，由使用人提出申请，报总务科批准后应及时办理变更手续。
- 4、固定资产需要报废时，由总务科提交报废申请到财政部门批准，财务科依据批示后的结果进行账务处理。

财务收支审批制度

- 1、医院的一切财务收支活动必须严格遵守国家法律法规和财务规章制度。
- 2、严格执行《湖南省医疗服务价格》二类价格收费，实行一个人定价原则，坚决杜绝乱收费行为。
- 3、医院经费开支权限应当体现统一管理、分级负责、集中控制的原则，执行“三重一大”的规定，坚持财务开支由授权审批、层层负责的原则。
- 4、医院各项经费开支的审批有明确审批权限规范与程序，授权范围和内容应当在授权书中明确，实行先下级，后上级逐级上报审批的制度。
- 5、医院经费支出审批，实行“院长一支笔批钱”负责制。

财务报销管理办法

为加强医院的财务管理，贯彻落实执行《会计法》、《医院财务管理制度》、《医院会计制度》等相关规定，进一步加强会计核算和财务监督，严格财经纪律，

保证医院报销程序的统一、规范，提高医院资金使用效率，根据国家相关规定，结合医院实际，制定本办法。

一、支付审批及借款原则

（一）重大经济事项实行领导集体决策制和责任追究制。医院的各项支出必须严格按照年度预算执行，严格控制无预算支出。

（二）借款原则：依法办理，违规禁办；预算控制，超支审批。前帐不清，后账不借；程序，手续齐全；对公办理，对私禁办。

（三）差旅费、培训费报销分别依据长沙市财政局颁布的文件遵照执行。会议费依据长沙市财政局颁布的文件遵照执行。

（四）万元以上的医疗设备、其他设备、基建工程、大型维修等项目的预付款，由各职能科室根据预算计划，按规定手续审核签字后，附合同送交财务科办理付款手续。

（五）列支的发票：1、设备类：其发票必须按规定手续签字，连同入库单送财务科报销。2、基建维修类：必须付工程结算单，由审计审核后，按规定手续送交财务科报销。

（六）药品、卫生材料、其他材料的预付款，由各职能部门按规定手续审核签字后，送交财务科办理。

（七）超预算的费用开支，一万元以下由院长批准，一万以上院委会批准后书面通知财务科。

（八）人头费用（工资、补助工资、福利费、高温防寒费、夜班费、卫生津贴、职务津贴、职工培训费、探亲路费、加班费及个别津贴、补贴）的增减变化、享受范围、开支标准，均由人事科审核后书面通知财务科办理，否则，财务科不予办理。

（九）年终奖、劳务费、误餐费及各种提成由人事科审核后，书面通知财务科办理。

（十）独生子女费的开支由计生办把关，主管院领导批准后送交财务科办理。

（十一）宣传费的报销，由人事科审核把关，主管院领导批准后送财务科办理。

（十二）医疗差错事故损失的报销，由主管院长、院长签字同意后，财务科

才能办理。

(十三) 医院所有预付款的报销，院领导和职能科室负责人在签字时，要写明同意与否的具体意见及理由。

财务报账细则

为了加强医院内部财务管理，规范财务行为，强化财经纪律提高工作效率，确保医院工作正常有序开展，在结合已有财务制度的前提下，特进一步细化财务流程：

一、财务报帐的要求

- 1、基本要求：内容真实、项目完整、填报及时、书写整洁。
- 2、具体要求

(1) 应取得合法的票据：发票必须是税务机关统一印制的有监制章的发票，加盖开票单位发票专用章和财务专用章。财政部门监制在有效期内的行政事业性票据和收款收据，加盖单位财务专用章。单位自制的凭证，必须有经办部门负责人或其指定人员的签名。

(2) 招待费报销：招待费报销必须出具四费申请单，申请单上有主管财务领导或法人签字，餐费报账应在招待后及时报销，一餐一票、不得多餐多票累计报销。餐费报销凭证必须是当次就餐地点开具的发票并附上菜单，餐费票据须注明请客事由、人数、经办人、报销人等（有医院同事一同前往经办的，需至少一人签字证实；若一人接待的，需知晓事件的人员签字证实）；工作用餐除正常手续外还必须填写“工作人员用餐记录表”。

(3) 购买实物的凭证，单价在 2000 元以下或批量在 1 万元以下需要有分管院长签字的采购申请单，单价在 2000 元以上或批量 1 万元以上的需院长审批的采购申请单，并附有验收入库证明、购物清单及发票，单据大写和小写金额相符。

(4) 因公外出旅差报销必须出具有四费申请单，且有纪检书记的签字方能报销。在外取得的住宿费，必须开具住宿人姓名、住宿日期、住宿人数、单价金额及开具单位的公章等。

(5) 一式几联的发票和收据，必须用双面复写纸套写（本身具备复写功能凭证除外），应使用注明有报销用途的一联作为报销凭证。

(6) 所有凭证不得涂改、挖补、不得用圆珠笔填写，发现原始凭证有错误的，应当由开出单位重开或者更正，更正处须加盖开出单位的公章或财务专用章。

(7) 日常办公用品的购置，根据实际工作需要，先报部门主管的院长审批后，交总务科集中采购，集中报账。

(8) 药品、医用耗材、设备等根据各科室实际需要，报部门主管及院长审批后，交采购人员集中采购，集中报账。

(9) 业务拓展费的报销，事前向院长写签呈，无院长的签呈，不予报销。

(10) 日常的费用支出一般在五天内进行报账。

(11) 2000 元以下可用现金支付，2000 元以上需用转账支付。

3、票据的分类、粘贴、填写：

(1) 要报销的单据事先按照用途大致分为差旅费、车辆费、招待费、业务拓展费、办公费、广告宣传费、后勤物资、水费、电费、耗材、药品、设备等类别，由院内经办人分别用差旅费报销单、费用报销单、采购付款申请单来填写，所有报销单据要有分管财务院长审批、会计审核、部门主管审批、经办人签字。

(2) 票据的粘贴：

A、将胶水涂抹在票据左侧背面，沿着粘帖单装订线内侧和粘帖纸的上边依次均匀开横向粘帖。

B、票据比较多时可使用多张粘帖单；

C、对于比粘帖单大的票据或其他附件，也应沿装订线粘帖，超出部分可以按照粘帖纸大小折叠在粘帖范围之内；

D、如票据大小不一样，可以在同一张粘帖单上按照先大后小的顺序粘帖；

E、不要将票据倒置粘帖；不要用订书机订票据。

(3) 原始粘帖单上相关数据填写规范要求：

A、阿拉伯数学要加上人民币符号，如：在阿拉伯数学填写栏内填写¥12345.00。

B、大写汉字栏内应按规范汉字在已经印刷好的相应位数内填写数字大写，每一空位数学是 0 的位置填写汉字“零”。例如：在阿拉伯数学填写栏内填写¥2034.5 元，则大写数学栏内填写：零拾零万贰仟零佰叁拾元肆元伍角零分。

C、汉字的数学大写标准写法为：壹 贰 叁 肆 伍 陆 柒 捌 玖

拾 佰 仟 万 元 角 分。

二、报账流程

经办人整理并按顺序粘贴票据



部门验收人签审



部门主要负责人审核



分管领导审批



财务负责人审批



分管财务领导审批



财务科会计人员复核



经办人在报账单上签字



出纳根据复核结果收付款项

三、时间安排

1、每周星期二、星期五上午为报账签字时间。

公务卡报销办法

为了减少现金支出，提高支付透明度，根据财政部、中国人民银行颁布的《中央预算单位公务卡管理暂行办法》文件精神，结合本院实际，制定本办法。

一、公务卡是指医院工作人员持有的，主要用于日常公务支出和财务报销业务的信用卡。

二、根据会计制度规定可使用现金结算的公用经费支出，包括差旅费、会议

费、招待费等。

三、持有公务卡的工作人员应当妥善保管公务卡，规范使用公务卡办理公务支出的支付结算业务，并及时向财务科申请办理报销手续。

四、对于差旅费、会议费等公务支出，使用公务卡结算的，应在公务卡信用额度内，先通过公务卡结算，并取得发票等财务报销凭证和有关银行卡消费凭证，按照医院规定的财务报销程序，履行相关审签手续后及时向财务科申请办理报销手续，报销时要求同时提供正规发票和银行卡消费凭证。

五、公务卡主要用于公务支出的支付预算，也可用于个人支付结算业务，但不得办理财务报销手续，单位不承担私人消费行为所致的一切责任。

六、持卡人在执行公务中原则上不允许通过公务卡提取现金。却有特殊要求，应当事先经过医院财务科批准，未经批准的提现业务，提现手续费等费用由持卡人承担。

七、持卡人使用公务卡消费结算的各项公务支出，必须在发卡行规定的免息还款期内到财务科报销。因个人报销不及时造成的罚息、滞纳金等相关费用，由持卡人承担。

八、财务科严格按照《中央预算单位公务卡管理暂行办法》的规定，控制公务卡报销范围，督促本单位持卡人及时办理公务卡报销业务。

收支结余管理制度

为加强医院结余资金的管理，依据相关的文件规定，结合本院实际情况，现制定本制度。

一、收支结余是指医院收入与支出相抵后的余额。包括业务收支结余和财政项目补助收支结余。

二、各类收支结余计算公式如下：

（一）业务收支结余=医疗收支结余+其他收入-其他支出

其中：医疗收支结余=医疗事业收入-医疗事业支出

（二）财政项目补助收支结转（余）=财政项目支出补助收入-财政项目补助支出

三、收支结余的管理

(一) 业务收支结余应于年末扣除按规定结转下年继续使用的资金后, 结转至结余分配, 为正数的, 可以按照国家有关规定提取专用基金, 转入事业基金; 为负数的, 应由事业基金弥补, 不得进行其他分配, 事业基金不足以弥补的, 转入为弥补亏损。

(二) 财政项目补助收支结转(余) 结转下年继续使用。

(三) 国家另有规定的, 从其规定。

内部牵制制度

1、出纳员管理现金及银行存款业务, 不得监管稽核、会计档案保管、实物验收工作, 不准登记收入费用, 债权债务账目。

2、会计、商品验收员不得兼管现金收支、有价证券的保管工作。

3、采购员和商品验收员分别设置岗位, 由不同人员负责。

4、银行预留印鉴, 由财务负责人保管支票专用章, 出纳员保管法人代表和出纳员印章。

5、互相制约处理每一笔经济业务的总过程, 每笔经济业务发生, 必须由两个或两个以上的有关人员共同分工负责, 彼此的工作可以互相对证。

6、重大投资决策召开有关人员会议集体审议。

7、经济合同的签订, 应有相关人员和财务科人员共同参与, 加强会议控制。

会计稽核制度

1、目的: 为了保证会计资料的合法性、合理性、准确性, 保证财产物资的安全、完整, 防止差错和舞弊行为。

2、人员配置: 财务科长兼稽核工作, 财务科相关人员进行稽核对证, 下一程序对上一程序的检查。

3、稽核方法:

①事前审核：在经济业务入帐前，科长对原始凭证是否合法，手续是否齐备进行审核。

②事中审核：出纳和主办会计在处理经济业务的同时，应对科长审核后的原始凭证再次审核。

③事后审核：在经济业务入账后，由科长对会计凭证、会计账簿、会计报表进行审核。

财务会计分析制度

1、月末或季末依据会计报告提供数据，对一定时期本院的财务活动及财务成果进行分析、研究和总结。

2、分析的方法采用比较分析法和因素分析法。

3、财务分析的内容，主要有固定资产、流动资金和专用基金的分析，财务收入及支出的分析，资金使用效果分析。

4、通过分析，可以了解本单位在预算执行过程中，贯彻执行国家方针政策及计划执行情况，找出问题、分析问题原因，采取措施，促进工作。

5、定期编制财务分析情况证明书，做到内容真实、分析准确、说明清楚、报告及时，为领导决策提供可靠的依据。

财务处理程序制度

一、经济业务发生时取得合法原始凭证。

（一）外来原始凭证

1、购买物资必须取得供应单位的发票，物资购回后，由保管员验收入库，填制“商品验收单”或入有关科室，并由经办人和证明人在发票上签字。

2、参加业务培训或上交其他行政性收费，必须取得收款人的收款收据，并由经手人和证明在收据上签字。

（二）自制原始凭证

1、职工需借现金时，必须由本人填制“借款单”，并注明原因、时间、金额，

经财务科长审批后交由主管财务院长签字。

2、采购员或其他人员外出采购物资，超过现金支付规定限额时必须用支票结算，需要事先填制“支票领用单”，写明用途、时间、金额并经院长审批签字。

3、工资、奖金、福利发放，根据人劳科通知，由核算会计制表。

4、仓库领用物资，由保管员填制“领料单”，领用人签字（护士长），一份交财务做帐，一份交领用人保管，一份留保管员登记材料明细账。

二、费用支出审批，坚持“一支笔批钱”制度

原始凭证在经办人、证明人、主管领导签字后，交财务科长进行审核。科长审核后，交主管财务的院长签字，方能报销。

三、会计核算，严格按会计法规办理。

1、出纳受理原始凭证后，必须对其进行审核，确认手续完善后，方能办理支付业务，并据此登记银行存款帐。报账的原始凭证应整理，并传递给主办会计。

2、主办会计接到出纳传递的原始凭证，还应进行审核，然后按照会计核算要求，填制记账凭证，要求科目使用正确，不得乱设置科目。

3、主办会计将记账凭证交科长审核，确认无误后，主办会计才能进行会计账簿登帐，账簿的设置应符合财务制度的规定。

4、主办会计依据会计凭证、账簿及时编制会计报表和财务分析说明书，报表和分析要求数据真实、内容完整、说明清楚、报送及时。

5、科长对会计账簿、会计报表进行审查、签字，再交主管财务的院长审核签字，方能向外报送财务报表。

财产清查制度

1、为了保障国家财产的安全、完整，防止国有资产流失，特制定本制度。

2、财产清查包括固定资产清查和流动资产的清查。

3、清查方法

固定资产由行政科签头，财务科配合，每年一次全面清查，库存现金和银行存款、有价证券由财务科每月清查。药房、药库的药品每季度进行全面清查，财

务科监督，行政仓库每年年底进行一次全面清查，财务科监督执行。往来款项由财务科及时清查。

4、发现财产物资发生短缺，查明原因后，确系保管不善，由负责人负责赔偿，由于不可抗力或自然损耗，则由责任人提出书面报告，须领导批准后，方能进行账务处理。

财务会计内部控制制度

为贯彻执行国家财经法律法规和规章制度，维护国有资产的安全与完整，堵塞管理漏洞，提高医院财务管理水平保证会计信息质量，依据《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、财政部颁发的《内部会计控制规范》、《事业单位财务规则》、《事业单位国有资产管理暂行办法》、《医院财务制度》、《医院会计制度》及卫生部颁发的《医院财务会计内部控制规定》等法规制度，结合医院的实际情况制定本规定。

医院负责人对本单位财务会计内部控制的建立和有效实施负责，财务科具体组织本单位财务会计内部控制制度的落实。

预算控制

一、建立健全预算编制、审批、执行、调整、分析、考核等管理制度。单位一切收入、支出必须全部纳入预算管理。

二、建立严格的预算编制制度。根据医院发展规划和年度事业发展计划，科学合理地编制年度预算。建立由院领导负责，财务科牵头，相关部门参与，分工合作的预算管理工作机制。

财务科主要负责组织编制、审议、平衡预算草案并报院领导审批，组织下达预算，协调预算编制分析执行中的问题，考核预算执行情况，督促完成预算目标。

编制预算的有关部门具体负责本部门业务预算的编制、执行、控制、分析等工作，并配合财务科做好单位总预算的综合平衡、控制、分析、考核等工作。

三、编制医院收支预算，以上一年度的收支实际状况为基础，综合考虑预算期内卫生政策变动、市场竞争状况等因素对医疗服务、药品采购、卫生材料、物资采购等业务可能造成的影响，严格控制经济风险。

四、编制项目预算时，应对投资项目进行可行性研究、论证和集体决策的基础上，合理安排资金，严格控制投资风险。

五、编制筹资预算时，应当以筹资计划和资金需求决策为基础，合理安排筹资规模和筹资结构，审慎选择筹资方式，保持最佳资金成本，严格控制财务风险。

六、审议批准。财务科在各部门上报的基础上，进行汇总编制全院总预算的初步方案，提交院党委会审议通过，最后形成年度预算方案。

七、预算按规定程序逐级上报，由财政局预算管理部门审批。

八、下达执行。医院年度预算经批准后，由财务科下达各预算执行部门。

九、医院要按照批准的年度预算组织收入、安排支出，严格控制无预算支出。

十、年度预算一经批复，一般不予调整。因政策变化、突发事件等客观原因影响预算执行的，按规定程序报批。

十一、调整预算。预算执行部门向财务科提交书面报告，阐述预算执行的具体情况、客观因素变化情况以及对预算执行造成影响的程度，提出预算的调整幅度。

十二、财务科对预算部门提交的预算调整报告进行审核分析，集中编制医院年度预算调整方案，提交院党委会审议批准，然后下达执行。

十三、定期召开院党委会分析预算执行情况，及时研究预算执行中的问题，采取改进措施，确保年度预算的顺利完成。

十四、建立预算执行情况考核制度。医院设立专门机构负责考核工作。

收入控制

建立健全收入、价格、医疗预收款、票据、退费管理制度及岗位责任制。明确相关岗位的职责、权限，确保提供服务与收取费用、价格管理与价格执行、收入票据保管与使用、办理退费与退费审批、收入稽核与收入经办等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约与监督。

一、不相容职务相互分离

（一）医务人员提供医疗服务，财务科收费人员收取费用；

（二）财务科物价人员负责医疗价格的管理，医务人员执行价格标准；

（三）财务科负责收入票据的管理，收费处、住院部、急救中心负责票据的领用和使用，票据用完后，存根交财务科保管；

(四) 门诊收费处、住院部办理退费业务，退费的审批由相关科室的主任和质控护士两人签字；

(五) 门诊收费处、住院部和急救中心负责收费、结算，财务科负责审核。

二、制定收入管理业务流程。明确收入、价格、票据、退费管理等环节的控制要求，重点控制门诊收入、住院结算收入。加强流程控制，防范收入流失，确保收入的全过程得到有效控制。

三、门诊收入业务流程。

(一) 门诊医务人员开具医疗服务处方或检查单，由病人交收款处，收费处或有关检查治疗的临床医技科室，根据省物价局的收费标准进行划价，收费处统一收费。

(二) 药品收入由医务人员开具处方，药剂科按国家药品价格规定划价，收款人员办理收费并盖章。

(三) 门诊收费处将当天实际收入交存银行，同时填制门诊收入日报表，将收入日报表和银行交款单一并报财务科。由财务科根据收入日报表做收入账务处理。

(四) 化验、检查、治疗等项目退款时，必须有门诊收费专用收据、原处方、检查申请单、附单、门诊退款申请单，有关科室退款时必须填写退款申请单，并有退款科室的主任和质控护士两人以上签字，方可退款。

(五) 药品退款，必须有药房填写药品退款单，药房负责人、发药人签字，方可退款。

(六) 打印出的门诊收费专用票据，因患者带钱不够，或不愿检查，取药拒绝交款时，须由经办人和收款处负责人签字并注明原因后予以作废处理。

(七) 收款员打出门诊收费专用票据，如须部分退款的，收款员须按以上有关人员签字后冲销原票据，再打印一张应交款门诊收费专用票据，按此金额收款盖章。

(八) 收款处所用票据从财务科登记领用。

四、住院收入业务流程

(一) 住院部办理入院的会计人员按照医务人员开具住院票据办理住院并收取住院押金开具医疗收款收据，同时认真填写病案首页，并将预交金收据其中一

联和病案首页等一并交病人。

(二) 办理记账业务，由各临床科室根据收费标准记账，住院部收款。

(三) 办理退费业务，住院部收款人员严格按医院退费办法要求认真审查，审查无误后办理退款。

(四) 办理打印结算业务时，必须把患者所交押金收据收回，并核对其与电脑中所记金额是否一致。对于医保患者等所需的其他审核手续一定要齐全后再结账。

(五) 办理出院结算业务。住院部根据病房所下的出院通知给病人办理出院结算，住院费多退少补，核对无误后打出住院发票结算票据。

(六) 住院部将当天收取的住院费用交银行并填报收入日报表，将收入日报表和预交款收据、病人出院发票存根一并报财务科，财务科根据收入日报表做收入账务处理。

(七) 住院部所用票据从财务科领用，打印的押金收据、手工押金收据跟出院发票记账联与存根联当天随日报表一并报送财务科。

五、各项收入的取得应符合国家有关法律法规和政策规定。取得的各项收入必须开具统一规定的票据。严格按照医院财务会计制度规定确认、核算收入。

六、各项收入由财务部门统一核算，统一管理。其他任何部门、科室和个人不得收取款项。严禁设立账外账和“小金库”。

七、各类收入票据由财务部门统一管理。财务科负责票据的购买、印制、保管、领用、核销、遗失处理、清查、归档，并设立票据登记簿进行详细记录，防止空白票据遗失、盗用。

八、加强结算起止时间控制。住院部、门诊收款处要将当日收入当日结算，以便及时结出医院收入，使收入的资金置于安全管理之下。

九、建立退费管理制度。各项退费必须提供交费凭据及相关证明，核对原始凭证和原始记录，严格审批权限，完备审批手续，做好相关凭证的保存和归档工作。

十、建立各项收入与票据存根的审查核对制度。财务科负责对各项收入与票据的存根审查核对工作，具体做收入凭证的会计人员负责对门诊收款处、住院部每日上交的收入日报表的收入银行存款与票据存根审查核对；急救中心交财务科

的收入由做收入凭证的会计人员认真同票据存根审查核对是否相符。如有不符，及时查找原因，确保收入真实完整。

支出控制

建立健全支出管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责、权限，确保支出的申请和审批、审批与执行、执行与审核、审核与付款结算等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

一、有关部门提交支出申请，分管院领导、院长审批，有关部门根据审批意见执行，财务科不同岗位会计人员负责支出的审核和付款业务。

二、各项支出要符合国家有关财经法规制度。严格按照医院财务会计制度的规定确认、核算支出。

三、健全支出的申请、审批、审核、支付等管理制度，明确支出审批权限、责任和相关控制措施。各项支出严格按照货币资金支付规定程序办理。审批人必须在授权范围内审批，严禁无审批支出。

四、建立重大支出集体决策制度。重大项目支出集体讨论决策，5 万元以上的支出院党委会讨论决定。

五、建立责任追究制度。有关部门在执行中造成重大损失的，要追究直接责任人、相关科室负责人、分管院领导的责任。

六、加强支出的审核控制。完善支出凭证控制手续和核算控制制度，及时编制支出凭证，保证核算的及时性、真实性和完整性。

七、财务科在办理付款业务时，应当对票据、结算凭证、验收证明等相关凭证的真实性、完整性、合法性及合规性进行严格审核。

八、应当加强应付账款的管理，由专人严格按照付款规定管理应付款项，已到期的应付款项须经有关领导审批后方可办理结算与支付。

九、应当定期与供应商核对应付账款、应付票据、预付账款等往来款项。如有不符，应查明原因，及时处理。

十、加强成本核算与管理。严格控制成本费用支出，降低运行成本，提高效率。

货币资金控制

建立健全货币资金管理制度和岗位责任制。明确岗位的职责、权限，确保不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

出纳不得兼任稽核、票据管理、会计档案保管和收入、支出、债权、债务账目的登记工作。

医院不得由一人办理货币资金业务的全过程。

一、办理货币资金业务的人员，要有计划地进行岗位轮换。医院门诊和住院收费人员要具备会计基础知识和熟练操作计算机的能力。严禁未经授权的机构或人员办理货币资金业务或直接接触货币资金。

二、建立严格的货币资金业务授权批准制度。参照医院《支出管理制度》，明确被授权人的审批权限、审批程序、责任和 Related 控制措施，审批人员按照规定在授权范围内进行审批，不得超越权限。

经办人应当在职责范围内，按照审批人的批准意见办理货币资金业务。

对于审批人超越授权范围审批的货币资金业务，经办人员有权拒绝办理，并及时向审批人的上级领导报告。

三、按照规定的程序办理货币资金收入业务。货币资金收入必须开具收款票据，保证货币资金及时、完整入账。不得私设“小金库”，不得账外设账，严禁收款不入账。

四、货币资金支付必须按规定程序办理。

（一）支付申请。用款时应当提交支付申请，注明款项的用途、金额、预算、支付方式等内容，并附有有效经济合同或相关证明及计算依据。

（二）支付审批。审批人根据其职责、权限和相应程序对支付申请进行审批。对不符合规定的货币资金支付申请，审批人应当拒绝批准。

（三）支付审核。财务审核人员负责对批准的货币资金支付申请进行审核，审核批准范围、权限、程序是否合规；手续及相关单证是否齐备；金额计算是否准确；支付方式、收款单位是否妥当等，经审核无误后签章。

（四）支付结算。出纳人员根据签章齐全的申请，按规定办理货币资金支付手续，并及时登记现金日记账和银行存款日记账。签发的支票应进行备查登记。

五、按照《现金管理暂行条例》的规定办理现金的收支业务。不属于现金开支范围的业务应当通过银行办理转账结算。实行现金库存限额管理，超过限额的部分，必须当日送存银行并及时入账，不得坐支。

六、按照《支付结算办法》等有关规定加强银行账户的管理。严格按照规定开立账户、办理存款、取款和结算。

不准违反规定开立和使用银行账。定期检查、清理银行账户的开立及使用情况。

加强对银行结算凭证的填制、传递及保管等环节的管理与控制。严禁出借银行账户。

七、加强银行存款对账控制。由出纳和编制收付款凭证以外的财会人员每月必须核对一次银行账户，并编制银行存款余额调节表，使银行存款账面余额与银行对账单调节相符，对调节不符、应查明原因，及时处理，对长期未达的账项应及时向有关负责人报告。

八、加强银行预留印签的管理。医院财务专用章必须由专人保管；个人印章要由本人或其授权人员保管；因特殊原因需他人暂时保管的必须有登记记录。

严禁一人保管支付款项所需的全部印章。

九、加强与货币资金相关的票据的管理，财务科负责票据的购买、保管、领用、背书转让、注销等。

十、加强对现金业务的管理与控制。出纳人员每日要登记日记账、核对库存现金、编制货币资金日报表，做到日清月结。

十一、建立货币资金盘点核查制度。货币资金是医院资金的重要组成部分，货币资金又是流动性最强，控制风险最高的资产。货币资金包括现金和银行存款，应定期不定期的进行盘点和核对工作，库存现金进行盘点和核对，银行存款进行对账并调节余额。财务科负责人随机抽查银行对账单、银行日记账及银行存款余额调节表，核对是否相符。不定期抽查库存现金、门诊和住院备用金，保证货币资金账账、账款相符。

药品及库存物资控制

建立健全药品及库存物资管理制度和岗位责任制。明确岗位职责、权限，确保请购与审批、询价与确定供应商、合同订立与审核、采购与验收、采购验收与

会计记录、付款审批与付款执行等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。医院不得由同一部门办理药品及库存物资业务的全过程。

一、不相同职务相互分离

（一）使用科室提出申请，保管员负责计划的制定，归口管理部门负责人、分管院长负责计划的审批。

（二）询价员负责药品及库存物资的询价，审计人员负责监督询价全过程，招标办公室组织归口管理部门、财务科、审计人员及专业管理委员会共同参加确定供应商。

（三）归口管理部门负责订立合同，审计人员、财务科、分管院长、院长负责合同的审核；采购员负责采购，保管员负责验。

（四）采购员负责采购并制作入库单，由保管员负责验收并发放物品，由制单员制作出库单，财务科财务人员负责会计记录。

（五）归口管理部门负责人、分管院长、财务科负责人、院长负责审批，财务科根据审批签字的票据，办理付款。

二、制定科学规范的药品及库存物资管理流程

（一）药品及库存物资保管员依据医院医疗工作实际需求，结合医院历史每月药品及库存物资的实际消耗量并结合库存量制定相应的采购计划，经归口管理部门负责人审核后报分管院长审批、签字。采购员分别依据医院药学部《药品购销合同》、《药品采购管理制度》，总务部的《物品购销合同》、《请购审批制度》、《采购管理制度》以及设备部的《购销合同》、《采购管理制度》执行，并照采购计划进行采购。

（二）药品及库存物资保管员按照医院药剂科的《购入药品入库验收制度》，行政科的《入库验收制度》进行验收，验收人员将不合格产品或药品退回供应公司，将合格品入库，签字或盖章后交采购员。其中药剂科中药饮片由接收部门负责人按照医院药学部的《医院中药饮片管理规范》进行验收。

（三）药品及库存物资采购员每月二十六日将上月发票报归口管理部门科室负责人审核签字或盖章后会同入库单、采购计划及购销合同交财务科审核入账。财务科负责人向药品及库存物资供应商付款。

（四）药品或库存物资保管员按照医院药剂科的《药品储存保管制度》、行

政科的《库存物资储存保管制度》对在库药品或库存物资进行保管。每月对在库药品或库存物资进行检查，及时报告近效期药品、物品；库存高值耗材每季度进行盘点。药剂科负责人每季度末对在库药品进行盘点，盘点表签字后报归口管理科室负责人、财务科。药库或库存物资负责人年终对在库药品或库存物资进行盘点，财务科、审计人员派专人监盘，盘点表签字后报归口管理部门负责人、财务科。

（五）药品和库存物资制单员根据各药房和各使用科室请领计划单，按时制作出库单。各药房、科室设指定的请领人在规定时间根据出库单领药品、库存物资并签字。急需药品、库存物资随到随出。

（六）药品及库存物资制单员每月二十八日前将上月出库汇总表及出库单交财务科入账。并与财务科对账，做到账物相符，账账相符。

三、药剂科、行政科负责全院药品和库存物资的采购，各归口管理部门根据临床的实际需要作出预算，并经分管院领导批准，归口管理部门负责组织、监督，严禁未授权部门或个人办理药品及库存物资的相关业务。

四、建立药品及库存物资请购审批制度。仓库保管员根据医院药品及库存物资使用情况及库存量编制药品、库存物资的采购计划，经归口管理部门负责人审核报分管院长审批后，由采购人员执行。

五、加强药品及库存物资采购业务的预算管理。药剂科、行政科按照预算执行进度办理请购手续。

六、健全药品及库存物资采购管理制度。药品和库存物资由单位统一采购。药剂科负责全院药品的采购，行政科负责全院医用耗材的采购，行政科负责办公印刷清洁品、五金电器、管件及家具的采购，其他科室不得私自采购。各采购员严格执行归口管理部门负责人和分管院长审批后的采购计划，按照招标办公室选中的供应商进行采购活动。

七、根据药品及库存物资的用量和性质，加强安全库存量与储备定额管理，根据供应情况及业务需求确定批量采购或零星采购。

八、加强药品及库存物资验收入库管理。

（一）药品及库存物资由保管员负责验收，采购员填写入库单。药品及库存物资不经验收不得办理入库。

(二) 验收时应查验药品及库存物资的质量合格证明, 根据药品及库存物资的购销合同, 采购计划, 发票核对药品及库存物资的数量。

(三) 验收时应查验药品及库存物资的包装及标示。所有药品及库存物资必须经过验收入库才能领用; 不经验收入库, 一律不准办理资金结算。对验收过程中发现的异常情况, 负责验收的部门和人员应当立即向有关部门报告, 有关部门应当及时查明原因, 视存货的不同取得方式作出相应处理。

九、加强药品及库存物资核对管理。

(一) 采购员每月底将购销合同、采购计划、发票、入库单、购入汇总表交由财务科做账务处理。财务部门要根据审核无误的验收入库手续、采购计划、合同协议、发票等相关证明及时记账; 保管员每月初将出库单、出库汇总表交财务科作账务处理。仓库应当设置实物明细账, 详细登记经验收合格入库的存货的类别、编号、名称、规格、型号、计量单位、数量、单价等内容, 并定期与财会部门核对。

(二) 保管员每月初将出库单、出库汇总表交财务科作账务处理。

(三) 保管员每季度对仓库物资进行抽查盘点, 盘点账目与财务科核对, 做到账账相符、账物相符。

药品及库存物资的盘亏: 能查明原因的, 由当事人承担主要责任, 负责人承担连带责任; 无法查明原因的, 负责人承担主要责任, 相关工作人员承担连带责任。

药品及库存物资的盘盈: 应查明原因, 分清责任, 并及时报告院领导。经院领导批准后, 作出相应处理。

十、健全药品及库存物资缺损、报废、失效的控制制度和责任追究制度。

(一) 各归口管理部门应于每月初统计本部门上月药品及库存物资的报损情况, 逐品种填写《药品 / 库存物资报损表》, 包括以下项目: 名称、剂型、规格、包装、生产商、批准文号、批号、有效期、数量、金额、报损原因、报损部门、日期等, 因丢失而报损的。药品及库存物资必须详细陈述丢失经过和原因, 能明确责任人的必须认定责任人。

(二) 《药品 / 库存物资报损表》经归口管理部门负责人、财务科负责人、分管院长、院长审批后, 报财务科作账务处理。

(三) 经批准报损的药品和库存物资可以销毁。易燃、易爆及特殊管理药品及库存物资按照国家有关规定销毁;不允许按常规方法销毁或需在特殊条件下销毁的药品及库存物资,应通知供应商回收,并监督销毁;经批准报废的普通药品及库存物资,必须由两人监督销毁,不得流失或丢弃。各部门负责人做好《药品/物资销毁记录》。

(四) 药品及库存物资的报损、销毁属责任事故的,按违反规章制度处理。情节严重的,由归口管理部门管理领导小组决定处罚。

(五) 责任追究制度

1. 药品及库存物资各环节责任

药品及库存物资流经环节的负责人应建立健全相关的制度和合理的操作规范,在每个关键环节都应明确责任,对事后造成的损失明确责任的,按规定追究责任,未明确责任的,部门负责人承担主要责任。

2. 药品及库存物资的效期管理

各药品管理部门应重视药品效期管理,因人为原因造成药品及库存物资过期的,查明原因,追究当事人责任,不能明确责任人的追究部门负责人责任。

3. 药品及库存物资的报损

严格控制并减少药品及库存物资的报损数量。报损额度超过规定的,查明原因,追究当事人责任,不能明确责任人的追究部门负责人责任。

固定资产控制

1、建立健全固定资产管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责、权限,确保购建计划编制与审批、验收取得与款项支付、处置的申请与审批、审批与执行、执行与相关会计记录等不相容职务相互分离,合理设置岗位,加强制约和监督。

医院不得由同一部门或一人办理固定资产业务的全过程。

2、不相容职务相互分离

(一) 使用科室提出采购申请,计财部进行财务分析和投资风险分析,医务部进行技术准入及使用效率分析,设备部组织设备管理委员会进行论证,报院务会或党政联席会确定购置计划。

(二) 招标管理办公室根据购置计划负责组织归口管理部门、计财部、审计

部使用科室共同确定供应商；采购员负责采购；归口管理部门组织专家和使用部门进行验收，审计部、监察室根据合同监督验收过程；计财部根据合同支付款项。

（三）使用部门填写固定资产处置申请单，归口管理部门组织专家鉴定。资产管理部审核，经归口管理部门负责人、专家、计财部负责人、分管院领导、院长或经院务会或党政联席会审批。

（四）国有资产管理部负责根据批复处置固定资产。

（五）账务、设备、后勤根据处置的申请报告作相应的会计处理。

3、制定固定资产管理业务流程。明确取得、验收、使用、保管、处置等环节的控制要求，设置相应账卡，如实记录。

固定资产管理业务流程：

（一）使用科室提出购置申请

（二）计财部进行财务分析和投资风险分析，医务部进行技术准入及使用效率分析；

（三）设备部组织设备管理委员会进行论证；

（四）院务会或党政联席会组织审批；

（五）询价员负责询价，审计部监督其过程；

（六）招标办组织设备部、计财部、审计部、设备专家以及使用部门共同确定供应商；

（七）设备部拟定合同，审计部、计财部负责审核；

（八）设备部签订合同并组织采购；

（九）设备部组织专家和使用部门验收，审计部、监察室根据合同监督；

（十）设备部办理出、入库，并登记固定资产明细账；

（十一）使用部门根据出库单登记账（卡）；

（十二）计财部按合同付款，并根据入库单登记固定资产总账及明细账；

4、编制固定资产投资预算，医院根据事业发展规划和经费预算，综合考虑固定资产投资方向、规模、资金占用成本、预计经营效益和风险程度等因素，研究编制年度购建计划，结合医院实际确定审批权限和程序，在对固定资产投资项目进行可行性研究和分析论证的基础上，合理安排投资进度和资金投放量，避免重复、盲目购建。归口管理部门会同财务、审计、设备专家及使用单位共同参与

论证、招标等环节的工作。

5、建立固定资产购建论证制度。固定资产采购之前，计财部进行财务分析和投资风险分析，医务部进行技术准入及使用效率分析，并报管理委员会论证。由院务会或党政联席会审批，确定采购计划。

6、加强固定资产购建控制。对5万元以上固定资产，由招标办公室组织归口管理部门、计财部、审计部、使用科室共同确定供应商；对5万元以下的固定资产，由归口管理部门组织竞争性谈判确定供应商。确定供应商后由归口管理部门和使用部门拟定购买合同，审计部、计财部审核，分管院长、院长审批签字。

7、加强固定资产验收控制。应当区别固定资产的不同取得方式，对外购、自行建造、投资者投入、接受捐赠、外单位调入以及通过其他方式获取的固定资产进行验收，办理验收手续，出具验收报告（验收单），并与购货合同、供应商的发货单及投资方、捐赠方等提供的有关凭据、资料进行核对。

8、固定资产购入后，设备部组织专家和使用部门根据发票和随货同行单组织验收，审计部、监察室监督根据合同监督其过程。必须认真及时，根据订货合同和发票内容验质验量，如发现型号规格不符、性能不良、数量短少、质量不符合要求或缺损坏、短少附件、资料等情况，设备、总务部应立即向供货单位联系解决，并暂拒付货款。确认合格后，填制固定资产入库单一式四联，一联存根设备、后勤分别留存，将两联连同发票一起到计财部入账办理付款和统计；一联交保管员留存，并据一登记随物卡片。

9、应当建立固定资产归口分级管理制度。医院固定资产在院长的统一领导下，由固定资产管理职能部门和使用部门共同管理。医院固定资产归属三个部门管理：即总务部、设备部、图书馆。总务部负责房屋及建筑物及家具的购置和管理；设备部负责专用设备和一般设备的购置和管理，图书馆负责各种专业图书和重要专业杂志。

固定资产具体管理工作由计财部、总务部、设备部及使用科室负责：计财部负责财务计划，金额监督、账簿核算；设备部、总务部主要负责固定资产的数量增减，金额预算，主办采购、验收、编号、调配、出入库手续为各使用单位登记明细账，每月与计财部对账和年终清查盘点；使用单位负责固定资产使用、管理、保管，报损、报废时填写申请单，及时清查盘点，保障固定资产的安全完整，对

大型仪器设备要专人管理，并做好使用、维修、事故情况记录，定期评估使用效率。

10、建立固定资产维修保养制度。归口管理部门应当对固定资产进行定期检查、维修和保养，并作好详细记录。保证固定资产正常进行，提高固定资产的使用效率，严格控制固定资产维修保养费用。

11、应当建立固定资产投保制度，防范和控制固定资产的意外风险。

应当明确应投保固定资产的范围和标准，由固定资产管理部门会同财会部门等拟订催促方案，经单位负责人或其授权人员批准后办理投保手续。

12、加强固定资产使用变动控制。固定资产的对外投资、出租、出借必须按照国有资产管理的相关规定进行可行性论证，按照管理权限逐级审核报批后执行。

医院以固定资产对外投资，应按国有资产管理规定进行评估确认，办理非经营性资产转经营性资产审批手续，明晰产权关系，实施产权管理。

医院固定资产一般不得对外出租、出借，确需出租、出借的，应由供出单位提出申请，归口管理部门审核，资产管理处审批。收回出租、出借的固定资产，应认真勘验。出租、出借固定资产取得的收入，应及时、足额上缴计财部，按有关规定统一管理使用。

13、加强固定资产处置管理制度。明确固定资产处置（包括出售、出让、转让、对外捐赠、报损、报废等）的标准和程序，按照管理权限逐级审核报批后执行。

处置固定资产要符合以下程序：

（一）使用部门提出申请并填写固定资产处置申请单；

（二）归口管理部门组织技术鉴定；

（三）国有资产管理部门审核；

（四）经归口管理部门负责人、专家、计财部负责人、分管院领导、院长或经院务会或党政联席会审批；

（五）价值在 20 万元以上的，上报卫生部审批；

（六）国有资产管理部门负责根据批复处置固定资产。

（七）按仪器设备报废管理办法具体执行，相应职能部门办理具体账卡手续，手续有归口管理部门实施。

14、应当根据固定资产的实际使用情况和不同类别在处置环节采取相应的控制程序和措施。

对使用期满正常报废的固定资产，应由固定资产管理部门填制固定资产报废单，经分管院长、院长或院务会、党政联席会批准后进行报废清理。

对于医院使用的闲置的或者不适用的固定资产进行产权转让，一般经有关人员和专家评估，分管院长、院长审批，或经院长办公室、党政联席会审批后办理。20万元以上的大型、精密、贵重的设备、仪器的转让，要报卫生部批准办理。

对拟出售或投资转出的固定资产，应由有关部门或人员填制固定资产清理单，经分管院长、院长或院务会、党政联席会批准后予以出售或转作投资。

15、组织固定资产报废小组人员对固定资产的处置依据、处置方式、处置价格等进行审核，重点审核处置依据是否充分，处置方式是否适当，处置价格是否合理。

医院处置房屋、构筑物及大型、精密、贵重仪器设备，应由资产管理部门会同有关部门组织专家进行论证和技术鉴定，并按国有资产管理规定评估确认处置价格，处置价格一般不得低于评估价格。

处置固定资产的收入应及时、足额上缴计财部，按财务制定规定管理和使用。任何科室和个人不得截留挪用。

16、医院内部调拨固定资产，应当填制固定资产内容调拨单，由调入、调出部门、固定资产管理部门和财会部门的负责人及有关管理人员签字后，方可办理固定资产交接手续。

合使用单位之间相互调拨固定资产，必须报设备部、计财部、总务部同意，办理调拨手续作为各作用单位固定资产使用卡增减的依据，大型贵重专业仪器设备还须报分管院长和院长同意，由国有资产管理部负责调拨，各使用单位之间不得擅自相互调拨。

17、建立固定资产清查盘点制度。明确清盘点的范围、组织程序和期限，定期进行盘点。

设备部、总务部要定期或不定期地对在用和在库的固定资产进行清查盘点，以确保账实相符。年终由国有资产管理部组织计财部、审计部、归口管理部门、使用部门共同参加，对在用和在库的固定资产进行一次全面清查盘点。并与计财

部总账核对，做到账账相符、账卡相符、账实相符。如发现盘盈、盘亏，登记盘点明细表，由归口管理部门、计财部查找原因；由国有资产管理部和计财部上报分管院长、院长审批，或经院务会、党政联席会审批，进行有关账务处理。

债权和债务控制

建立健全债权和债务管理制度和岗位责任制。明确相关岗位的职责和权限，确保业务经办与会计记录、出纳与会计记录、业务经办与审批、总账与明细账核算、审查与记录等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

医院不得由一人办理债权或债务业务的全过程。

一、不相容职务相互分离

(一) 有关部门根据院领导的批件，办理债权债务业务：财务部门根据合法的票据做好账务处理。

(二) 出纳负责办理收付款业务；会计人员进行相应的账务处理。

(三) 院领导负责相关业务的审批；有关科室具体办理相关业务。

(四) 财务科负责明细账的会计人员及时登记明细账，负责总账的会计人员及时记账并核对明细账。

(五) 财务科会计审核人员负责审查相关单证是否齐全，金额是否准确，收款单位是否准确；记录人员根据审核无误的单证登记账簿。

二、加强债权控制。明确债权审批权限，健全审批手续，实行责任追究制度，对发生的大额债权必须要有保全措施，造成重大损失的，追究审批人的相关责任。建立清欠核对报告制度，定期清理，并进行债权账龄分析，采取函证、对账等形式加强催收管理和会计核算，定期将债权情况编制报表向单位领导报告。

三、建立健全应收款项、预付款项和备用金的催收、清理制度。对到期的应收款项、预付款项，严格审批，及时催收、清理。对备用金年终财务科要求各有关部门科室及时上交，下年初申请领用。

四、建立健全病人预交住院金、应收在院病人医药费、医疗欠费管理控制制度。

(一) 每日进行住院结算凭证、住院结算日报表核对，每月对在院病人医药费明细账进行核对；

(二) 每月核对预收医疗款的结算情况；

(三) 加强应收医疗款的控制与管理, 健全催收款机制, 欠费核销按规定报批。

五、加强债务控制。要充分考虑资产总额及构成、还款能力、对医院可持续发展的影响等因素, 严格控制借债规模。大额债务发生必须经领导集体决策, 审批人必须在职责权限范围内审批。

六、建立债务授权审批、合同、付款和清理结算的控制制度。定期进行债务清理, 编制债务账龄分析报告, 及时清偿债务, 防范和控制财务风险。

财务信息化控制

建立健全财务信息化管理制度和岗位责任制。应用专门的授权模块, 明确相关部门和岗位的职责、权限, 确保软件开发与系统操作、系统操作与维护、档案保管等不相容职务相互分离, 合理设置岗位, 加强制约和监督。

一、不相容职务相互分离

(一) 软件开发要由专业人员开发, 或直接购买成品, 有各临床科室、财务科、收款处、住院部、行政科操作。

(二) 以上系统操作科室、部门设专人维护。

(三) 系统档案要由专门人员保管, 定期送交档案室, 系统操作人员不得参与系统档案管理。

二、财务电子信息系统凡涉及到资金管理、物资管理、收入、成本费用等部分, 其功能、业务流程、操作授权、数据结构和数据校验等方面必须符合财务会计内部控制的要求。

三、门诊收费和住院收费系统必须符合卫生部《医院信息系统基本功能规范》的要求:

- (一) 实时监控收款人员收款、交款情况;
- (二) 提供至少两种不同的方式统计数据;
- (三) 系统自动生成的日报表不得手工修改;
- (四) 预交款结算校验;
- (五) 票据稽核管理;
- (六) 欠费管理;
- (七) 价格管理;

(八) 退款管理。

四、加强财务电子信息系统的应用控制。加强对操作员的控制，实行操作授权，严禁未经授权操作数据库。监控数据处理过程中各项操作的次序控制，数据防错、纠错有效性控制，修改权限和修改痕迹控制，确保数据输入、处理、输出的真实性、完整性、准确性和安全性。

五、加强数据、程序及网络安全控制。设置和使用等级口令密码控制，健全加密操作日志管理，操作员口令和操作日志加密存储，加强数据存储、备份与处理等环节的有效控制，做到任何情况下数据不丢失、不损坏、不泄漏、不被非法侵入；采用数据保密、访问控制、认证及网络接入口保密等方法，确保信息在内部网络和外部网络传输的安全。

六、建立财务电子信息档案管理制度，加强文件储存与保管控制。数据要及时双备份，专人保管，并存放在安全可靠的不同地点。

监督检查

建立财务会计内部控制监督检查制度。由内部审计机构或者指定专职人员具体负责财务会计内部财务控制制度执行情况的监督检查，确保财务会计内部控制制度的有效执行。

一、医院可聘请中介机构相关专业人员对本单位财务会计内部控制制度的建立健全及实施进行评价，并对财务会计内部控制中的重大缺陷提出书面报告。对发现的问题和薄弱环节，要采取有效措施，改进和完善内部控制制度。

二、医院行政主管部门要对医院财务会计内部控制制度的建立和执行情况进行监督检查。

三、建立财务会计内部控制制度的问责制度和责任追究制度。

(一) 医院不按本规定要求制定本单位财务会计内部控制制度的，要限期整改；

(二) 医院违反财务会计内部控制制度规定，未造成严重后果的，要限期纠正，并对相关责任人予以通报批评；

(三) 医院违反财务会计内部控制制度规定，造成严重后果的，追究单位负责人的行政责任；对违反财经法规的，按照《财政违法行为处罚处分条例》给予处理、处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

会计人员工作交接管理办法

会计人员工作交接是会计工作中的一项重要内容。会计人员调动工作或者离职时，与接替人员办理交接手续，是会计人员应尽的职责，也是做好会计工作的要求。

一、会计人员交接内容

(一) 将尚未处理完毕的事务，处理完毕。

(二) 整理保管的各种会计资料(如凭证、账簿、报表等)和各种会计物品(如证件、发票、印章、电算化密码等)，并列示于交接清单上。

(三) 整理尚无法处理的各种业务，列示于交接清单上，注明已处理的程度、相关的凭证资料等。

(四) 交代其他相关事宜，例如相关工作联系部门联系人的联系方式、相关会计处理的流程方法等。

(五) 打印交接清单一式三份。按交接清单交接工作，交接无误后，由移交人、接交人、监交人各自签章，各执一份交接清单。

二、交接前的准备工作

(一) 已经受理的经济业务尚未填制会计凭证的应当填制完毕。

(二) 尚未登记的账目应当登记完毕，结出余额，并在最后一笔余额后加盖经办人印章。

(三) 整理好应该移交的各项资料，对未了事项和遗留问题要写出书面说明材料。

(四) 编制移交清册，注明应该移交的会计凭证、会计账簿、财务会计报告、印章、现金、有价证券、支票簿、发票、文件、其他会计资料和物品等内容；从事财务计算机管理员的移交人员应在移交清册上列明会计软件及密码、会计软件数据盘和磁带等内容。

(五) 会计机构负责人和会计主管人员移交时，应将财务会计工作、重大财务收支问题和会计人员的情况等向接替人员介绍清楚。

三、移交点收

(一) 现金要根据会计账簿记录余额进行当面点交，不得短缺，接替人员发现

不一致或“白条抵库”现象时，应要求移交人员限期查清处理后再次移交。

(二) 有价证券的数量要与会计账簿记录一致，按照会计账簿余额交接。

(三) 会计凭证、会计账簿、财务会计报告和其他会计资料必须完整无缺，不得遗漏。如有短缺，必须查清原因，并在移交清册中加以说明，由移交人负责。

(四) 银行存款账户余额与银行对账单核对相符，如有未达账项，应编制银行存款余额调节表账表相符；各种财产物资和债权债务的明细账户余额，要与总账有关账户的余额核对相符；对重要实物要实地盘点，对余额较大的往来账户要与往来单位、个人核对。

(五) 印章、收据、空白支票、发票以及其他物品等必须交接清楚。

(六) 交接双方还应在电子计算机上对有关数据进行实际操作，确认有关数据正确无误方可交接。

四、专人负责监交

(一) 一般会计人员办理交接手续，由会计机构负责人或会计主管人员监交。

(二) 会计机构负责人和会计主管人员办理交接手续，由单位负责人监交，必要时主管单位可以派人会同监交。

五、交接后有关规定

(一) 会计工作交接完毕后，交接双方和监交人在移交清册上签名或盖章，并应在移交清册上注明：单位名称、交接日期、交接双方和监交人的职务和姓名、移交清册页数、需要说明的问题和意见等。

(二) 接替人员应继续使用移交前的账簿。不得擅自另立新账簿，以保证会计记录的连续性。

(三) 移交清册一般应填制一式三份，交接双方各执一份，存档一份。

六、临时性交接有关规定

(一) 会计人员临时性离职或因病不能工作而需要接替或者代理的，会计机构负责人、会计主管人员或者院长必须指定有关人员接替或者代理，并办理交接手续。

(二) 临时离职或者因病不能工作的会计人员恢复工作的，应当与接替或者代理人员办理手续。

(三) 移交人员因病或者其他特殊原因不能亲自办理移交的，经财务分管院长

批准,可由移交人员委托他人代办移交,但委托人对所移交的会计资料的合法性、真实性承担法律责任。

七、移交后的法律责任

交接工作完成后,移交人对在其经办会计工作期间内发生的会计凭证、会计账簿、财务会计报表和其他会计资料的真实性和完整性承担法律责任。

严禁设立“小金库”的管理办法

根据《国务院办公厅转发则政部、审计署、中国人民银行〈关于清理检查“小金库”意见的通知〉和《财政部、审计署、中国人民银行〈清理检查“小金库”的具体规定的通知〉》和《医院财务制度》《医院会计制度》有关规定,进一步加强财务管理,严肃财经纪律,增强法制观念,强化财会和预算管理,维护经济秩序和加强廉政建设,杜绝私设“小金库”现象,制定以下管理办法。

一、“小金库”范围

凡违反国家财经法规及其他有关规定,侵占、截留国家和单位收入,未列入本单位财务会计部门账内或未纳入预算管理,私存私放的各项资金均属“小金库”主要包括:

(一)医疗收入

(二)药品收入

(三)其他收入

1、培训收入、救护车收入

2、转让无形资产收入、对外投资收益等

3、各种赞助、捐赠、让利、租赁收入、处理报废固定资产变价收入、物资等收入

4、各种形式的回扣。

二、建立预防“小金库”责任制

(一)主管院领导、财务部门的负责人、各部门负责人、科室主任、护士长、财务人员都应严格履行各自的职责,加强管理、层层防范。各单位履行预防“小金库”责任制的情况须纳入年度考核,由纪委组织监察室、审计部、财务科共同参与考评。

(二)加强收费管理。各部门、科室、单位不得以任何方式和理由收取病人或其他人员现金。现金一律按规定交住院部、门诊收款处或财务科。各部门、科室、单位不得存放任何资金，必须纳入财务科统一管理。

(三)进一步规范票据管理。各部门、科室、单位所有的收费都必须使用在财务科领取的由省财政厅印制的合法票据，不得使用在其他单位取得的票据。所有白条或自行从商店购买的收据均视为非法票据。

三、强化监督机制，加大监督力度

(一)建立举报奖励制度，设立监督举报电话，并设立举报箱。对私设“小金库”的举报一经查实，并依法收缴“小金库”资金，医院对举报人给予适当奖励。奖励金额为查处已交财务“小金库”现金额的3%，最高不超过2万元，奖励资金从收缴的“小金库”资金中列支。

(二)纪委组织监察室、财务科、审计等部门的人员，对群众反映比较强烈和举报有问题的单位进行检查、核实、并做出严肃认真的答复和处理，同时注意保护举报人。凡对举报人打击报复的，要给予严肃处理。

(三)监察室、财务科及审计人员每半年定期对各部门、各科室开展“小金库”专项检查，并严格按国家有关规定对私设“小金库”等违纪行为进行惩处。对重大检查失误还将追究有关检查人员责任。

四、严肃财经纪律，追究私设“小金库”的责任

(一)对管理不力，监督不严，在检查中查出“小金库”的部门科室一律进行全院通报批评，全额没收“小金库”资金，并视情节轻重，处以相当于查处“小金库”资金数额1-2倍的罚款，从部门、科室负责人和直接责任人的奖金中扣除。情节严重的要追究有关部门科室负责人和直接责任人的责任，并给予相应的党纪或政纪处分。触犯法律的，移交司法机关处理。

(二)私设“小金库”的直接责任人员，除上述处罚外，还应在年终考评，职务职称晋升等方面给予相应的惩罚。

财务管理会计核算制度

为适应社会主义市场经济的需要,规范医院的财务行为和加强医院的会计核算工作,进一步出提高资金效益,促进医院的事业发展,根据《行政事业单位财务制度》和国家有关法律法规,结合医院的实际情况特制定本制度。

财务科在各项财会工作中,必须严格按照财务制度中有关加强医院财务管理规定,设置会计工作岗位,建立会计账簿,填制和审核会计凭证,处理各种会计事项。

医院财会工作的对象是医院的资金及资金运动。财务科通过会计核算、会计检查、会计分析等方法,对医院的资金及其使用情况进行全面综合的反映和监督。

财务记账方法为借贷记账法。货币计量单位为人民币元。会计核算年度为:公历1月1日至12月31日。

一、财会人员的主要职责和任务

(一)认真编制并严格执行医院年度预算,严格执行国家规定的费用开支范围和标准,分清资金来源渠道并合理使用资金。

(二)按照会计制度的规定进行记账、结账、报表。

(三)认真做好医院经济管理、成本核算管理工作,对医院的各项经济活动进行预测、控制、分析,并参与经济决策。

(四)按照银行结算制度规定,加强银行存款和现金管理,做好对账结账工作。

(五)按照经济核算的原则,定期检查分析收支预算的执行情况,考核资金使用效果,落实增收交招施,提高经济管理效益。

(六)监督检查医院有关部门的财务收入情况和财产物资的管理核算工作。

(七)认真宣传国家财政法规制度,维护财经纪律,同一切违法乱纪行为作斗争。

医院实行“统一领导,集中管理”的财务管理体制。在院长的领导下,医院的各项财务管理、会计核算工作,由财务科统一管理。

医院医疗收支和药品收支分开管理,分别核算。

根据国家对医院实行“核定收支,定额或定项补助,超支不补,结余留用。”的预算管理办法,医院所有收支应全部纳入预算管理。

二、单位预算管理

(一) 预算编制采取院领导、财务科、业务部门相结合的办法，由财务科拟定医院年度预算，经院领导审议通过，报主管部门审批后，由财务科统一掌握执行。

(二) 收入预算编制要根据历年收入情况和下一年度增减变动因素测算本单位的收入。测算时要做到认真细致、实事求是。

(三) 支出预算编制要根据国家现有的经费政策和规定，要按照预算弥补年度所有增长因素测算本年度交出需求。

(四) 收支预算的编制必须以收定支，收支平衡，统筹兼顾，分别轻重缓急，保证重巨的原则，不得编制赤字预算。

年度决算的编制。根据医院预算安排执行情况和财务科资金使用情况，编制年度决算。做到账表齐全，内容完整，准确，账表相符，并附详细的决算说明，由主管领导和财务科负责人签字盖章后，及时报送主管部门。

三、收入管理

(一) 依法组织收入，认真执行国家物价政策，严格执行医疗收费标准。做到应收则收，应收不漏，对新增医疗服务项目及调整收费标注项目要及时上报，做到合理合法收费。

(二) 按权责发生制要求，门诊收费、住院部当日的收入当日入账，当日报账。

四、支出管理

(一) 医院实行成本核算。对各科室消耗的所有材料，水、电、煤等费用，设备及房屋折旧，职工工资均计入科室成本，努力降低医疗成本，节约卫生资源。

(二) 医院的支出严格执行国家有关财务规章制度的开支范围及开支标准。各职能科室预算内的开支，要事先提出用款计划，交财务科审核后执行，超预算或计划外开支，有关科室提出书面报告，由院长批准，交财务科执行。

(三) 购置大型，贵重仪器设备，报院有关部门进行科学论证，并提出可行性方案，经院长批准后，方可实施和购买。

(四) 各项支出应在院长的统一领导下，由财务科统一安排，掌握使用，根据批准的预算，由职能部门按有关制度规定办理支出。各项开支凭证必须有关负责人签字报销。

结余及分配。业务收支结余和专项补助结余分别计算。年末业务收支结余为负数由以前年度事业基金弥补，为正数的按规定 10%提取职工福利基金，剩余 90%转入事业基金。

五、流动资产的管理

(一) 库存物资要按照“计划采购，定额定量供应”的办法，不得盲目采购。以免造成积压浪费。

(二) 低值易耗品实行“定量配置，以旧换新”的管理办法，根据各科室实际消耗情况、假定消耗定额，按定额以旧换新。

(三) 药品实行“金额管理，数量统计，实耗实销”的管理办法，合理核定药品储备定额，保证供应，加速周转，防止积压，药品实行零差价核算。

(四) 年度终了按年末应收医疗款和应收在院病人医药费科目余额的 3%计提坏账准备，对超过规定 3 年的应收医疗款报主管部门批准，在坏账准备中冲销。

六、固定资产管理

(一) 固定资产的管理实行三账一卡制度。财务科负责总账和一级明细账，行政科负责二级明细分类账，使用单位负责建卡(台账)。

(二) 行政科要定期对财产物资进行清查盘点。年度终了财务科配合进行一次全面性清查盘点。对盘盈盘亏查明原因，按规定进行账务处理。做到账账相符，账实相符，账卡相符。

债权债务的管理。加强对债权债务的管理，及时清理往来账。对医院债权要及时清理、及时催收、及时结算，防止拖欠，严格控制呆账。对债务也要及时清理，并按规定办理结算。

重视财务分析。每月末要对业务收支、结余情况进行分析对比，用相关的资料与上月比较，与年度预算比较。通过对比分析反映出本月是否增收增支，还是增收节支。年终按要求对医院各项财务指标进行分析，真实反映医院财务状况。通过财务分析，找出管理中存在的问题，为院领导决策提供重要依据。

加强财务监督、检查、建立健全医院内部监督机制，确保医院正常运行发展。

流动资产管理制度

现金管理制度

为加强财务管理，健全现金内部控制制度，规范现金结算行为，确保现金的安全和完整以及提高现金使用效率，根据国务院颁布的《现金管理暂行条例》以及《会计制度》相关规定，结合医院实际，制定本管理制度。

一、现金的收取范围

- (一) 门诊、住院病人的医疗费用；
- (二) 院外医师到医院进修缴纳的进修费、培训费等；
- (三) 院内职工交于财务的小额现金，如外出会诊费、代收的宿舍区水电费等；
- (四) 个人还款、赔偿款、罚款及差旅费退回款等；
- (五) 其他必须收取现金和其他不能转账的小额现金等；

二、现金的使用范围

- (一) 支付职工工资、奖金等；
- (二) 按国家规定支付给个人的丧葬补助费、抚恤金；
- (三) 支付给不能转账的个人或集体的劳务报酬；
- (四) 其他票据结算起点（2000元）以下的零星支出。

三、现金结算时有关规定

(一) 现金收付必须坚持收有凭、附有据，堵塞由于现金收支不清、手续不全而出现的一切漏洞。严格按照现金使用范围结算现金业务。

(二) 除财务部门或受财务部门委托外，任何单位或个人都不得代表医院接受现金或与其他单位办理结算业务。

(三) 出纳员在收取现金时，应仔细审核收款单据的各项内容，收款时坚持唱收唱付，当面点清；应认真鉴别钞票的真伪，防止假币和错收。现金收讫无误后，要在收款凭证上加盖现金收讫章，并及时传递于会计人员编制会计凭证。

(四) 处理现金支付业务时，会计人员必须审查现金支付的真实性与合法性，根据医院付款审批规定审查付款手续是否完备，对于不符合规定或超出现金使用范围的支付业务，会计人员不得办理。

(五) 出纳人员必须根据审核无误的付款凭证支付现金，并要求经办人员在付款凭证上签字。支付现金后，出纳员要在付款凭证上加盖付讫章和出纳人员名章，并及时处理有关账务。

(六) 医院到外地采购物资等，一律通过银行结算，不得携带大量现金。任何部门和个人，都不得以任何理由公款私借，医院人员因公借款，需填制医院正规借款单并由科室负责人、财务科科长和主管院长签字，不准以白条抵充库存现金。

(七) 现金收支要做到日清日结，不得跨期、跨月处理账务。库存现金应每日盘点后对，做到账实相符。

(八) 每天收入的现金，应及时足额送存银行，不得坐支。

(九) 因业务需要，在医院外部收取大量现金的，应及时向医院财务科和医院负责人汇报，并妥善处置，任何人不得随意带回，否则发生损失由责任人赔偿。

(十) 财务科应定期组织监盘库存现金，确保账账相符、账实相符。发现溢余或短缺，及时查明原因，按规定程序报批处理。由于出纳员自身责任造成的现金短缺，出纳员负全额赔偿责任，造成重大损失的，依法追究责任人的法律责任。

四、现金的保管

(一) 严格遵守国家现金管理条例，按银行核定限额保存现金，严格手续，加强管理。现金保管的责任人为出纳员。每日盘亏、盘盈都必须查明原因，原因不明的，亏损由出纳员赔补，盈余上交。

(二) 现金的保管要有相应的保管措施，保险柜应存放于坚固实用、防潮、防水、通风较好的房间，房间应有铁栏杆、防盗门。

(三) 保险柜钥匙由出纳人员保管，不得交由其他人代管，并随时转动密码器。

(四) 出纳员工作变动时，应更换保险柜密码。保险柜钥匙、密码丢失或发生故障，应立即报请领导处理，不得随意找人修理或修配钥匙。出纳人员因特殊原因不能及时履行职责时，必须由计财部主任专人代办有关业务，不得私自委托。

(五) 严禁会计人员将公款携至家中存放保管。

支票管理制度

为了加强财务管理工作，规范支票管理流程，堵塞票据使用管理中的违纪漏洞，使支票领用、结算和保管程序化、规范化，同时更好的保护票据关系人的合法权益，根据国家法律和银行结算纪律，结合医院实际，制定本管理制度。

1、医院的现金支票和转账支票由出纳员根据用量到开户银行购买。出纳员将购买的支票按类别、序号交由票据管理员登记，双方共同签字确认。

2、支票的领用必须做到随签发、随盖章，不得事先盖章备用，严防支票遗失而造成经济损失。空白转帐支票只能由单位的采购员或办理专项业务的人员领用。

3、医院各科室、部门因公需借用转账支票，应填制正规《转账支票领用单》，认真填写申请科室、经手人、使用金额、用途及使用日期，并由财务负责人签字，报主管财务的院领导批准后方可支领。

4、财务签发人应将所领转账支票上的时间、用途填写清楚，并根据签领人所需金额限定上线（特殊情况除外）。出纳员应将签发的支票存根连同原始发票附在粘帖单上作为记账的依据，并传递于会计人员及时记账。

5、转帐支票领用后，一般当天结帐，特殊情况不得超过三天（节假日顺延），三天后支票如不用应交回，无故拖延不归还者，每张转帐支票罚款 500 元。

6、未按制度规定而出现转帐支票遗失事件，办理挂失等一切后续费用由当事人自行承担。

7、签发支票时应严格遵守银行结算制度

(1) 不准签发空头支票

(2) 不准签发远期和过期支票

(3) 不准支票出租、出借或转让给其他的单位和个人使用

- (4) 不准将支票做抵押
 - (5) 不准签发印签不全、印签不符的支票
 - (6) 不准签发与会计凭证实际内容、实际金额不符的支票
- 8、签发支票的财务章、法人章应分开由两人保管，财务人员因公需带银行印鉴外出必须向财务负责人汇报，不得私自将印鉴带出。如因私自带出银行印鉴或法人章给医院带来的纠纷及造成的损失，由当事人负全责；情节严重的，将追究刑事责任。
- 9、各单位和个人领取支票后应认真填写背书信息，务必在支票有效期内存入银行，根据会计制度和内控制度的要求，不得随意更换支票，如必须更换支票的须做好支票领用登记。
- 10、支票领用人发生支票遗失时应及时与财务科联系，由财务科向开户银行挂失；如发生损失无法追回，由领用人负责全额赔偿。
- 11、财务人员根据报销票据开具支票时，必须严格审查报销票据的真实性、合法性，检查支付审批手续是否完备、资料是否齐全。
- 12、收取外单位支票时，出纳人员要认真审核有效期，各项内容填写是否符合银行要求，拒绝接收非正规支票。
- 13、支票的日常保管由出纳人员负责，每天下班时将支票锁于保险柜。
- 14、如签发错误或更换支票，不得将作废支票撕毁，应加盖作废戳记，并将支票头与作废支票粘好一并订入凭证内。
- 15、财务负责人应对支票使用情况进行定期检查。

票据管理制度

为规范医院票据日常监管，加强医院财务管理工作，维护医院正常经济秩序，根据《省财政票据管理暂行办法》和《省行政事业性收费和政府性基金票据管理办法》文件规定，结合医院实际，制定本办法。

- 1、医院的票据包括财政部门统一监制的收款票据和本院自制收款收据。
- 2、医院使用各种票据，需由财务科派专人到财政部门购买，实行专人、专柜管理制度。财务部门根据业务需要，印制医院内部财务运行的各类表格，经院

领导批准，到税务机关指定的印刷厂按规定承印发票，并由专人负责监制。内部收据的式样、规格、联次、内容，由医院财务科制定。

3、严格按照发票的内容填写，不得伪造、涂改、转让、撕毁发票，如发现丢失发票，应及时向有关部门报告，声明作废。

4、票据管理人员应建立相应的票据台账，负责登记发票的购买、领用、核销的日期、名称、起止号码、规格及数量等。票据领用人应当对相关内容确定后签字。

5、票据管理人员应当按照财政部门的规定存放和保管票据，不得私自损毁。已开具的票据存根联和票据领用登记簿，作为会计档案保管5年，保存期满，登记造册，报经主管部门查验后销毁。

6、票据管理员应定期抽检住院部、门诊收款处票据使用情况。医院监察部门不定期对票据的使用情况进行检查，被检查单位要如实反映情况，提供有关资料。

7、对于违反票据管理办法规定使用票据的科室和个人，医院将按照《省行政事业性收费和政府性基金票据管理办法》中的处罚规定执行，并视情节给予科室负责人和直接责任人处罚。

8、发票只限于本单位并在规定的业务范围内使用，不得向其他单位或个人转让、借用、代开，不得伪造票据。

9、作废票据要求联式齐全，票据上写明“作废”字样并应在票据上说明作废原因。

10、票据的核销。各种收据应当以结账单的收据区间号码、存根及日报表为依据进行审核后核销。票据遗失、短少应及时向票据管理员及部门领导汇报，提交详细书面汇报资料，并逐级上报，登报声明遗失票据的号码，经各级领导签字后票据管理员及时做好票据核销手续。由此给医院造成的损失，应追究当事人的责任。

往来账款管理办法

为规范财务操作，提高资金利用效率，加强往来账款的核算和管理，保证往来账款的准确性和有序支付，防止医院资金流失，根据国家相关财会法律法规要

求，结合医院实际，制定本制度。本制度所涉及的往来款项包括应付账款、预付账款、其他应收款。

一、应付账款管理

应付账款是核算因医院购买库存物资、固定资产和接受劳务等应付而付给供应单位的款项。

（一）账务处理

各物资采购部门对于购入的设备、材料应根据物资管理等相关规定及时办理入库、发票报账手续，财务科将物资部门送来的发票和入库单根据供应商名称挂账，以正确反映医院的应付账款。

（二）付款审批

每月财务科对到期应付款的药品、材料、试剂和按照合同规定应付款的设备进行清理，由物资会计、财务科长、主管院长签字审批后，财务科方可办理结算与支付业务。

（三）付款执行

财务科在办理付款业务时，应严格审核票据、结算凭证、验收证明等相关原始凭证的真实性、完整性、合法性及合规性，审核通过后，由出纳人员办理付款业务。

（四）对账清理

财务科负责应付账款定期与不定期对账清理工作。每季度应定期与供应商对账，如供应商出现公司更名、注销等特殊情况，应及时与其核对往来账款，以便做到账账相符，保证付款的准确性与安全性，避免造成医院资金流失。

二、预付账款管理

预付账款是指医院预付给商品供应单位或者服务提供单位的款项。由于预付款额度一般较大，且需要一定时间才能结束业务，因此，在支付货款时，应采取谨慎、稳健的原则，并根据《合同法》规定，与供货方签订有效合同，将风险降到最小限度。严格按合同约定支付价款。明确价款支付审批权限、支付条件、支付方式和会计核算程序。

（一）付款审批

各物资采购部门购买设备、材料等需支付预付款的，应按规定向财务科提供

相关的合同、协议并填写“转账支票领用单”，由经办人、部门负责人、财务科长、分管院长、院长审批签字后，财务科据此付款。

（二）付款执行

财务科办理付款业务时，应当对合同、票据、结算凭证等相关凭证的真实性、完整性、合法性及合规性进行严格审核，审核通过后，由出纳人员办理付款业务。

（三）账务处理

付款后，财务科根据签字完备的“转账支票领用单”按付款单位名称挂账。

三、其他应收款管理

其他应收款是指除财政应返还额度、应收在院病人医疗款、应收医疗款、预付账款以外的其他各项应收、暂付款项，包括职工借支、拨付的备用金、应向职工收取的各种垫付款项等。

（一）借款审批

各部门、职工在办理暂借款时，需如实填写借款单，由经办人、财务科长、主管财务院长审批签字后，财务科据此借款。

（二）会计核算

借款后，财务科根据手续完备的借款单中的付款单位名称或个人设置明细账。

四、款项催收

定期对往来款项清理进行，至少要每季度清理一次。对职工借支、临时采购借款等要做到及时对账、催收、结算，防止拖欠，严格控制呆账，防范资金不必要的损失。年终下发催款通知单，对于仍不办理结算的单位和个人，财务科将不再办理新的借款。

五、其他类往来账款管理办法参照以上要求及相关管理制度执行。

物资管理制度

一、一般物质管理制度

1、医院物资按性质分为医用物资和办公及其它物资。医用物资由业务院长分管，具体工作由药剂科负责；办公及其它物资有后勤院长分管，具体工作由总务科负责。院财务科负责对物质管理工作进行指导、监督和检查。

2、医院所有物资均应分类建账；物资采购员由医院指派；物资采购必须符合国家规定的物价政策，坚持维护单位利益，采购物资时必须列出计划清单，经主管领导审批同意后，按医院指定的采购途径进货或按公开招标的方式进行；物资采购完毕，经验收合格凭正规发票入库；财务科凭有经手人、证明人签字的发票和验收单填写支出报销单，经院长签字后方予报销。

3、部门物资由部门负责人或护士长全面负责管理，各类物资应有固定基数，建立台账，定时清理，做到帐物相符。

4、添置物品应有计划，固定资产及贵重仪器设备，应于年初计划，经有关部门审批，按物质性质分别由药剂科或总务科采购。

5、在部门负责人的指导下，各类物品应指定专人管理，每月清点，年底与有关部门总核对一次，如有不符，应查明原因。

6、熟悉、掌握各类物品的性能，注意维修、保养、保管，防止生锈、霉烂、虫蛀等现象，提高使用率。凡因不负责任或违反操作规程而损坏物品者，应根据医院赔损制度进行处理。

7、各部门物质一般不外借，特殊情况下应办理借物登记手续，经部门负责人同意方可借出。

8、各部门经管物质的人员工作调动时，必须办理物质移交手续，交接双方共同清点并签名。

二、被服管理制度

1、各病室根据床位多少，按规定确定被服基数，经常清点，如数目不符或遗失，须立即追查原因。

2、被服清洗时，应与洗衣房当面点清。

3、布类破损应由洗衣房及时缝补，如不能再用，应集中清理，定时报废，以旧换新。

4、医院被服应由保管室统一计划。

三、器材管理制度

1、常用医疗器材由治疗护士负责保管，定期检查，保持性能良好，每班认真交接。

2、其它各类器械，应建立实物账目和交接登记手续，使用时，必须了解其

性能及保养方法，严格遵守操作规程，防止因操作不当而造成损坏。

3、精密、贵重（5000元以上）及光电仪器应指定专人使用和保管，经常保持仪器清洁干燥、性能良好，建立使用卡，与保养档案。

4、各种电器设备、办公桌椅由部门负责人或护士长管理，应按规定确定基数，建立账目，保证帐、物相符。单身宿舍的床铺、桌椅由总务科配备、管理，建立账户；使用人离开医院时，须及时、如数归还，方能签字放行。

接收社会捐赠资助管理办法

为了鼓励医院接收社会捐赠资助卫生事业，规范捐赠资助和受赠受助行为，保护捐赠资助人和受赠受助人的合法权益，依照《中华人民共和国公益事业捐赠法》、《中华人民共和国反不正当竞争法》和《医疗卫生机构接受社会捐赠资助管理暂行办法》等法律法规，结合医院工作实际，制定本办法。

一、本办法所称社会捐赠资助，是指自然人、法人和其他组织（以下简称捐赠资助人）自愿无偿向医院提供资金或物资等形式的支持和帮助。

二、医院接受社会捐赠资助必须遵守国家法律、法规，坚持自愿无偿的原则，符合公益目的。不得损害公共利益和公民的合法权益，不得接受附有影响公平竞争条件的捐赠资助，不得将接受捐赠资助与采购商品（服务）挂钩，不得以任何方式索要、摊派或者变相摊派。

三、医院各科室必须以法人（医院）名义接受社会捐赠资助，捐赠资助财产必须由财务科统一管理使用。各科室、职能部门和个人一律不得接受捐赠资助。特殊情况下，捐赠资助方要求以个人名义接受捐赠资助的，应当事先报告院领导集体审核同意，并纳入财务科统一管理使用。

四、医院接受的社会捐赠资助财产及其增值均属于医院公共财产，按国家有关规定管理，任何单位和个人不得侵占、挪用或损毁。

五、医院要及时公开受赠受助情况和受赠受助财物的使用、管理情况，接受社会监督，由财务科负责每年要在办公网或板报至少公示一次。

六、医院接受境外捐赠资助，应当按照国家有关规定办理入境手续；实行许可管理的物品，要按照国家有关规定办理许可申领手续。不得接受不符合国家有关质量、环保等标准与要求的境外捐赠资助。

七、医院接受社会捐赠资助，由监察部门会同财务部门、业务部门对捐赠资助人的捐赠资助方案予以审核，根据捐赠资助项目是否属于公益非营利性质、是否涉嫌商业贿赂和不正当竞争等情况，提出是否接受捐赠资助意见，并报院领导集体审核同意后办理。

八、医院接受社会捐赠资助，应当由医院相关归口管理部门（货币资金由财务科，财产物资由行政科、药剂科、社工部等）协调捐赠人起草捐赠协议，由医院与捐赠资助人签订书面协议，明确捐赠资助财产的种类、数量、质量、价值、用途以及双方的权利、义务。

九、捐赠资助人应当依法履行协议，按照协议将捐赠资助财产交付医院财务科或物资管理部门，不得在账外核算，更不得设立小金库，逃避财务监督。

十、医院接受社会捐赠资助，必须向捐赠资助人出具加盖法人单位财务专用章的合法票据或证明。

十一、医院执行突发公共卫生事件处置等特殊任务期间接受社会捐赠资助的，或者接受匿名捐赠资助的，可根据情况适当简化程序或者不签订捐赠资助书面协议。

十二、医院接受的社会捐赠资助财产，由财务科统一核算。

十三、医院接受的社会捐赠资助物资、设备等实物资产，必须办理入库手续，登记相关账目。领用时必须履行审批程序，并办理出库手续。达到固定资产核算起点的，要按照固定资产有关规定进行管理。

十四、医院必须尊重捐赠资助人意愿，严格按照协议约定开展公益非营利性业务活动。协议限定捐赠资助财产用途的，医院不得擅自改变捐赠资助财产的用途。如果确需改变用途的，需征得捐赠资助人同意。

十五、捐赠资助资金不得用于发放职工奖金和津贴及其他个人支出，不得提取管理费。

十六、捐赠资助财产的使用要严格执行财经法律法规，遵守财经纪律和财务制度，不得擅自扩大开支范围，提高开支标准。归口管理部门确定捐赠资助财产使用审批程序，重大支出项目集体讨论决定。

十七、捐赠资助项目完成后，医院应当及时主动向捐赠资助人反馈捐赠资助财产的使用、管理情况，以及项目的实施结果。对于捐赠资助人的查询，医院应

当如实答复。

十八、医院要把接受捐赠资助的情况和受赠受助财产的使用、管理情况列为院务公开内容，归口管理部门要及时对捐赠明细情况报财务科，由财务科负责定期公开，每年至少一次，接受全院职工和社会监督。

十九、医院要建立和完善接受捐赠资助项目档案制度，由归口管理部门对接受捐赠资助项目的方案、审核、执行、完成情况进行档案管理。会计年度结束后，报财务科，本年度接受捐赠资助项目的资金、物资情况统一纳入年度财务报告反映。

二十、医院各科室、职能部门或者个人接受捐赠资助财产的，未纳入财务部门统一管理的，私设小金库或者隐匿不交据为己有的，医院要责令其改正，并依照《财政违法行为处罚处分条例》予以处分；情节严重构成犯罪的，依法追究刑事责任。

二十一、经管捐赠物资的工作人员调离岗位时，必须做好移交签字手续，经主管领导批准后方可离职。

会计人员岗位轮换管理办法

为了防止会计人员职务舞弊现象的发生，提高财务人员的管理水平和综合业务水平，根据会计管理工作岗位控制的要求，实行岗位轮换制。

会计人员依据不相容职务相互分离的原则，建立岗位责任制。原则上重要岗位实行2年一次轮换。轮换形式和岗位应依据医院工作需要，由财务负责人确定岗位轮换的范围。

岗位轮换人员实行岗前培训制度。岗前培训可采取多种形式，如参加专业培训班或以老带新等。以老带新形式，采取口头传授、监督操作、独立操作等步骤。

科室岗位轮换，首先要保证工作质量和日常业务的正常运行。新老交接前要做好培训带教工作，达到上岗要求后再进行交接工作。交接工作半年内，财务负责人指定专人负责跟踪检查以保证工作质量。

轮岗人员按财务管理规定办理会计工作交接手续。

财务科应将轮岗后的岗位情况报人事科备案。

对外投资管理办法

一、为落实国有资产的监管责任，规范医院对外投资行为，降低对外投资风险，支持事业发展，根据财政部、卫生部等相关法律、法规，结合本院资产管理现状，制定本办法。

二、本办法所称对外投资是指医院以货币资金、实物资产(固定资产、材料等)

和无形资产(专利权、专有技术、特许经营权、土地使用权等)等方式向其他单位的投资。

三、医院在保证正常工作的前提下，为达到更好的服务医疗事业，合理利用富余资产，加快人员分流和实现后勤产业化等目的，可以依照本办法，利用医院的国有资产进行对外投资，但要严格控制投资规模。

四、对外投资方式：

(一)设立具有独立企业法人资格的经济实体；

(二)投资入股、合资、合作、联营；

(三)国有资产监督管理委员会(以下简称国资委)、财政部、国管局认可的其他方式；

五、资产来源：

(一)医院本身的收支结余形成的货币资金

(二)医院的闲置房屋、设备等实物资产。用场地、房屋作为参股企业的投资时，要充分论证，慎重决策；

(三)医院拥有的专利权、专有技术、特许经营权等无形资产，应着重考虑与医院医疗服务相关的医疗技术或科研成果等资产作为投资的主要方式。

六、医院下列资产不得对外投资

(一)国有财政拨款

(二)上级补助

(三)维持医院正常业务运转、完成事业任务的资产。

七、医院借款、贷款和租赁的资产不得用作开办经济实体的注册资本。

八、医院不得将教学、科研、医疗设备及房地产等物质条件无偿用于企业经营。

采取租赁形式应以评估后价值作为收取租金的依据。

九、医院对外投资行为须按照产权归属关系，逐级申报、审批。

十、医院对投资项目进行充分的可行性论证。医院投资决策前，由相关职能部门和有关专家或有资质的中介机构参加进行投资风险论证和投资收益论证评估，形成论证报告，并上报院务会审批。

十一、最终投资项目的确定需经院务会研究决策，决策过程有完整的书面记录，

严禁个人自行决定对外投资或擅自改变集体决策意见。决策后按规定程序上报审批。

十二、对投资项目因决策失误或审查、把关不严，造成经济损失的，要追究相关人员的责任。

十三、医院要严格按照产权归属关系执行资产评估备案制度。资产评估报告必须委托具备评估资质的中介机构进行评估。评估机构在评估过程中，要注重对专利权、专有技术、特许经营权等无形资产的评估，

十四、应加强投资收益的控制，对对外投资获取的利息、股利、以及其他收益均应纳入医院统一核算，严禁设置账外账。

十五、加强对外投资的收回、转让和核销等处置控制。对外投资的收回、转让、核销应该实行集体决策，需履行评估、报批手续，经授权批准机构批准后方可办理。

医院内部监督制度和经济责任制

为了适应医院快速发展的需要，进一步加强医院财务管理制度化、规范化，使医院财务体系得以有效运行，以确保医院资产完整及会计信息的真实性、准确性，特制定财务内部监督检查制度，对医院财务执行情况进行监督检查，对发现的问题

和薄弱环节，要采取有效督导措施，改进和完善医院财务管理制度。

一、实施细则

（一）财务预算监督检查

1、医院财务是否按制度编制财务预算，一切收入、支出是否全部纳入预算管理。

2、财务预算是否坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则，是否科学合理。

3、检查预算的执行情况，是否按已编制的预算组织收入、安排支出。

4、对预算执行中的问题，是否做出科学、客观地分析并采取了改进措施。

（二）财务收入监督检查

1、各项收入的取得是否符合国家的有关法律和政策规定，是否由财务部门统一核算、统一管理，是否设立帐外帐和“小金库”。

2、门诊收款员、出纳员是否按规定的收款程序和要求进行工作，有无不按规定办理的现象。

3、各收费人员是否将当日所收的款项按财务规定时间交给出纳员，有无不及时交款或不交款现象。

4、出纳员是否按时将发生的收入及时入账。

5、票据管理员是否按规定管理收入票据，是否按要求发放、登记，跟踪收款票据使用的整个环节，是否存在票据遗失等现象；检查票据管理员是否进行认真审核门诊、住院退费单据、所附凭证是否完整及退费审批情况。

6、预交金明细帐登记情况，是否及时准确的将发生的预收金收支入帐，月末是否将预收明细账余额并与总帐金额核对。

（三）货币资金支付监督检查

1、检查货币资金支付授权批准手续是否健全、是否严格执行审批程序、是否存在越权审批行为。

2、各项货币资金支出是否符合国家有关财经法规、是否严格按照医院财务会计制度的规定确认、核算支出。

3、银行预留印鉴财务专用章与手章是否按内控要求由专人分别保管。

4、不定期检查库存现金的帐实相符情况，抽查银行对帐单、银行日记帐、银行存款余额调节表，核对是否相符。

5、货币资金支出是否取得合理合法的原始票据，支出是否及时准确下帐。

（四）药品、库存物资控制监督检查

1、药品、库存物资的采购是否遵照国家相关规定，验收入库手续是否齐全；出库单是否填写详实、出库手续是否齐全。

2、药剂科是否严格按照财务制度办理出入库手续、是否及时记账、及时按财务科要求上报月末报表；出入库单据汇总金额是否与月末汇总表、账簿一致。

3、药剂科是否每月与财务科总帐进行核对，对帐情况如何，对于不相符的帐目是否按财务制度进行调整处理。

4、物资管理部门是否定期进行盘点，盘点出实物与帐簿不符的情况是否查明原因，并采取相应的措施进行处理，是否存在物资损坏、长期积压而未采取处理措施的现象。对药品、库存物资的盘盈、盘亏、毁损的处理程序是否完备。

（五）固定资产监督检查

1、固定资产的购置、大修理、盘盈、盘亏、毁损报废、闲置、有偿转让等环节的会计核算是否执行国家有关法律法规和医院会计制度，固定资产技术改造、大修理替换下来的材料零部件是否存在越权处置或处置不当的情况。

2、固定资产管理部门是否定期与财务对帐，对帐情况如何，固定资产档案管理是否完整 规范，档案与实物是否相符。

3、闲置不用的固定资产是否已由行政科固定资产管理人员进行封存管理，并定期安排进行养护。

4、毁损、报废的固定资产是否进行技术鉴定，是否办理相关报批手续并进行财务处理。

5、盘亏的固定资产是否查明原因并进行盘亏责任认定以及是否按国家有关的法律法规和医院有关制度进行处理。

（六）债权和债务监督检查

1、债权是否存在越权审批，审批手续是否健全，是否定期进行债权清理及债权帐龄分析。

2、应收医疗款中病人欠费是否有领导批示。

3、债务的执行情况是否存在越权审批，是否进行及时清偿清。

三、经济责任追究制度

1、对不按规定执行财务会计制度的，要限期改正。

2、对违反财务会计制度规定，未造成严重后果的，要限期纠正，并对相关责任人予以通报批评。

3、对违反财务会计制度规定，造成严重后果的，追究部门领导的行政责任。

4、对违反财经法规的，按照《财政违法行为处罚处分条例》给予处理、处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

基建财务制度

为了进一步规范我院基建的财务管理制度，保证基建工作的顺利进行，根据《会计法》、《基本建设财务管理规定》和医院实际情况，特制定本办法。

一、合理使用基本建设经费

（一）认真贯彻执行国家财经法律、法规和财务制度。

1、严格监督基建资金的使用情况，对资金来源、投资使用和资金完成的各阶段，认真做好日常的会计核算、记账、报账工作。必须做到手续完备、内容真实、数据准确、账目清楚、按期报账。

2、严格履行会计手续，基建资金必须按程序由负责基建工作相关人员和领导签批后方可使用。

3、基建财务人员必须严格执行财经法律，保护国家基建资金安全完整。

4、按照国家财务制度规定，认真编制基建凭证及报表，做到报送及时、内容真实完整、数字准确。

5、认真审核原始凭证，对违反财经制度，不真实和不符合基建开支范围和标准的票据一律拒绝报账。

6、发现下列任何一种情况，基建财务人员有权拒绝办理工程款拨付手续。

（1）收款单位与合同签订单位名称不一致又缺少必需的法律授权手续的。

（2）未按合同规定超工程进度或超工程造价付款的。

（3）工程施工或验收中发现重大质量问题的。

（4）无工程使用单位填写的《用户回访卡》、《工程保修意见书》而要求支付质量保证金的。

（5）建设单位（甲方）经手人未到场，由施工单位（乙方）人员按在财务科要求办理工程拨付手续的。

二、加强支票管理

（一）凡工作需要领取支票者，先填制《转账支票领用单》写明日期、用途、金额，经领导签字后出纳方能签发。

(二) 基建工程款项开支一律按合同。需要经国库集中支付局审批的开支按国库集中支付局的开支规定执行。

三、规范工程款的支付程序

(一) 各项工程开工前需将签章的合同(正本)、协议(正本)交财务科存档和备用。无合同、协议的项目,财务科一律不得支付工程款和结算。

(二) 工程款审批程序

1、由施工单位提供工程形象进度。

2、根据工程形象进度,先由施工单位提供付款申请(加盖公章),再由监理公司、我院基建部门签章。

3、基建部门负责经办,工程预算人员负责工程款支付审核与控制签字,然后由基建负责人签字。

4、报主管院长签字。

5、财务科长签字后报送法人签字。

6、出纳根据审核无误后的原始凭证方可办理工程款拨付手续。

7、工程竣工后决算时,要预留工程款的10%作为质量保证金,质保期满后办理相关手续后再付质保金。

四、严格基建工程合同管理

(一) 财务科必须参与工程合同的审订和修改补充工作,对合同中有关财务内容的约定和规则负责审查。

(二) 严格按合同办事。

(三) 施工合同的签订必须遵循《经济合同法》等法律法规。

五、基建财务管理职责

(一) 财务科是我院主管基建财务的职能部门,负责对基建项目工程预决算进行审查,对项目建设、竣工验收以及财务决算审批全过程的财务活动实施财务管理和监督。

(二) 财务科基建财务人员设置:科长一名,负责合同和支付款的审查审批;会计一名,负责做账和编制报表及年终决算;出纳一名,负责办理现金和转账业务。

六、基建财务管理的任务

- (一) 遵守国家的法律、法规和方针政策。
- (二) 对基建的资金实行从预算、核算到分析的全过程管理。
- (三) 依法合理及时筹集基建资金。
- (四) 将管理的目标定为降低成本和提高效益。

预算管理制度

第一章 总 则

第一条 为进一步建立健全我单位的预算编制和执行机制，促进预算管理的制度化、规范化、科学化建设，有效提高预算运行质量，依据《中华人民共和国预算法》、《中华人民共和国预算法实施条例》等有关法律法规和规定，制定本办法。

第二条 预算由各职能部门（以下统称各部门）依据有关政策规定及其行使职能的需要，由各部门编制、经财务科审核汇总后提交批准的涵盖申报部门各项收支的年度计划。

第三条 各部门的全部收入和支出都应当纳入预算。

第四条 我单位所属各部门均适用本办法。

第五条 预算管理必须遵循以下原则：

（一）公共性原则。预算要充分体现公共财政要求，不断优化支出结构，确保财政性资金向满足社会公共需要方面转移。

（二）综合性原则。预算覆盖部门所有资源的完整预算，囊括各部门的全部收入和支出。财务科要坚持财政预算内外财力综合平衡，统筹安排预算内、外各项收支计划。

（三）真实性原则。预算应根据各部门履行的职责、我单位发展目标和现有资源的配置情况进行编制，各项收支要符合客观实际，要有真实可靠的预算依据，不得隐瞒与虚列收支内容。

（四）绩效性原则。部门预算的编制以我单位中心工作为目标，追求投入成本与效益产出的性价比，各项支出的安排要坚持科学、合理、必需原则，着力提高资金使用社会效益和经济效益。

第六条 编制和执行预算的责任主体是各部门，其职责是保证部门预算编制

的完整性和合理性。院财务科是我单位预算编制的职能部门，其职责是预算审核、定额确定、财力平衡以及组织预算执行。

第二章 预算编制

第七条 编制原则

编制收支预算必须坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则。不得编制赤字预算。

第八条 编制范围

医院应按照国家有关预算编制的规定，对以前年度预算执行情况进行全面分析，根据年度事业发展计划以及预算年度收入的增减因素，测算编制收入预算。根据业务活动需要和可能，编制支出预算，包括基本支出预算和项目支出预算。支出预算坚持统筹兼顾、保证重点、勤俭节约的原则，没有可靠资金来源的支出不能纳入预算。保证医院各项事业可持续发展与财务的收支平衡是保障医院各项改革顺利进行和医院建设圆满完成及医院职工人心稳定的重要前提。医院的整体预算应设立一定的预备费，以作不可预见的开支。

（一）收入预算

收入包括：医疗收入、财政补助收入和其他收入。

（二）支出预算

医院支出是指医院在开展医疗业务及其他活动过程中发生的各项资产、资金耗费和损失。

医院支出包括医疗支出、财政项目补助支出、管理费用和其他支出。

医疗支出，即医院在开展医疗服务及其辅助活动过程中发生的支出，包括人员经费、耗用的药品及卫生材料支出、提取医疗风险基金和其他费用。

其中，人员经费包括基本工资、绩效工资（津贴补贴、奖金）、社会保障缴费、住房公积金等。其他费用包括办公费、印刷费、水费、电费、邮电费、取暖费、物业管理费、差旅费、会议费、培训费等。

财政项目补助支出，即医院利用财政补助收入安排的项目支出。实际发生额全部计入当期支出。其中，用于购建固定资产等发生的支出，应同时计入净资产，按规定分期结转。

管理费用，即医院行政及后勤管理部门为组织、管理医疗和科研、教学业务

活动所发生的各项费用，包括医院行政及后勤管理部门发生的人员经费、耗用的材料成本、以及医院统一管理的离退休经费、坏账损失、印花税、房产税、车船使用税、利息支出和其他公用经费，不包括计入科教项目、基本建设项目支出的管理费用。

其他支出，即医院上述项目以外的支出，包括出租固定资产的维修费、食堂支出、罚没支出、捐赠支出、财产物资盘亏和毁损损失等。

基本建设项目支出按国家有关规定执行。

第九条 预算编制的时间、内容和方法

(一) 医院预算应在上级主管部门发出预算编制通知后开始编制。

(二) 编制内容和方法是参考以前年度预算执行情况，合理预测下年度的增减因素，编制下年度的预算。医院预算采取全员参加，综合平衡的办法编制。预算编制前，财务科应充分做好基本预算信息的调查工作，收集各职能部门对医院年度预算编制的合理化建议。

预算编制中，财务科依据采集到的信息，结合前一年度预算执行情况，充分考虑各种变化因素影响，在综合平衡后，再行编制医院年度预算建议方案，最终经医院集体审核。

第三章 预算执行

第十条 经审核后的预算必须严格执行。

第十一条 各部门是预算执行主体，负责本部门的预算执行，并对执行结果负责。各部门应当按照收支平衡的原则，合理安排各项资金，不得超预算安排支出。

第十二条 预算在执行中原则上不予调整。因特殊情况确需调整预算的，应当按照规定程序报送审批。

第十三条 按照相关规定对预算执行情况执行绩效评价。

第四章 部门决算

第十四条 各部门在预算年度终了后，应及时编报部门决算。

第十五条 各部门在正式编制决算草案以前，应做好以下准备工作：

(一) 对照年度预算，检查各项预算指标完成情况；

(二) 清理各项收支，检查资产盘盈盘亏；

(三) 审查各项开支标准，考核预算执行情况。

第十六条 部门决算要按编报的本部门预算的口径，统一审核、汇总。

第十七条 各部门应按规定的格式要求编写决算说明书，决算说明应准确、清晰，其基本内容如下：

(一) 部门基本概况。包括本部门的工作职能、范围。

(二) 预算收支完成情况。包括对收入完成情况和支出执行情况的分析，要与年度预算和上年实绩进行对比，具体分析收入的增减变化原因，影响收入的重要因素。同时，要分析支出的动态变化情况，特别是要加强对专项经费使用情况的绩效分析。对未完成项目和变动较大数据要有合理说明。

(三) 对本部门的预算执行结果进行自评，针对预算执行过程中存在的问题，提出加强管理的措施和建议。

第十八条 各部门应加强对决算报告的审核，审核的内容主要是：

(一) 决算编制范围是否存在漏报、重报现象。

(二) 决算编制内容是否正确、完整，相关数据是否与统计报表数据一致。

(三) 决算编制方法是否符合有关制度的规定，预算执行是否符合预算管理的要求。

(四) 决算的编制是否连续、一致，是否存在前后年度数据不衔接、相关数据与财务科年终对账数据不符的情况。

(五) 决算说明是否准确、清晰，对当年未完成项目是否作出合理说明，对变动较大的数据是否讲清原因。

第十九条 各部门应对本部门决算草案的真实性负责。

第二十条 财务科负责编制全院年度决算。

第五章 预算监督

第二十一条 各部门要建立健全预算管理内部约束机制，切实加强预算收支管理活动的监督，严格执行有关规章制度。部门主要领导和相关责任人员对本部门预算相关事项执收行为的真实性、规范性、合法性承担相关责任。

第二十二条 财务科要加强对部门预算编制执行的管理监督，建立健全预算编制审核制度，强化对项目资金使用效益的监督检查，以财政信息化建设为抓手，强化预算监管技术手段，对项目论证不充分、管理不到位、绩效不明显的部门，

在安排以后年度项目支出预算时，应从严、从紧掌握。

第二十三条 在完善制度体系，强化管理机制的同时，不断加大预算信息披露力度，逐步增强预算的透明度。

第二十四条 预算执行情况和决算情况依法接受审计机关的审计监督。

第二十五条 对违反本办法有关规定的，依据国家《会计法》、《政府采购法》等有关法律法规予以处理。

第六章 附 则

第二十六条 本办法由财务科负责解释。

第二十七条 本办法自公布之日起施行。

成本管理办法

第一章 总则

第一条：为加强长沙市精神病医院的成本管理，降低成本消耗，提高医院经营管理水平，根据《中华人民共和国会计法》、《医院会计准则》等相关法律法规，结合本单位财务制度，制定本办法。

第二条：本办法适用于长沙市精神病医院（以下简称“医院”）。

第二章 管理职责

第三条：经管办在成本管理中主要负责：

- （一）根据医院的发展需要，负责医院成本管理实施方案的起草修改。
- （二）次月 28 日前完成上月绩效工资计算，报绩效考核领导小组讨论通过后，及时做好造册工作。
- （三）做好各类文件、报表、资料的整理归档工作，为医院经营管理和决策提供依据。

（四）参与相关职能科室的医院管理会议，做好管理工作。

第四条：医院财务科作为成本核算的责任部门，其管理职责是：

- （一）宣传国家和医院有关成本管理政策和制度，严格执行财经法纪，参与重大经济合同和经济协议研究和审查。
- （二）制定医院的成本管理细则，以及有关的成本核算办法。
- （三）制定医院内部各种定额和价格。

(四) 进行成本的预测、控制、分析工作。

(五) 监督和各指导部门成本核算。

第五条：医院各部门对成本管理的主要职责是：

(一) 医疗医技科室的管理职责：

1、以降低成本、增加效益为成本核算管理的重点。

2、加强科室内部事务管理，各种仪器设备、医用消耗材料、药品、试剂、卫生被服等实物要有专人负责登记、保管，交接班时清点数量；科室物品定期盘点、报损、核销，并于规定时间向有关部门报送报表。

3、严格遵循计算机网络操作规程。及时、准确记录或统计医疗信息，保证各项医疗基础数据的完整、准确。

(二) 物资供应科室的管理职责：

1、各项实物支出必须符合医院有关规定，严格按计划采购。

2、建立健全实物管理制度。

3、健全物资和固定资产实物账，并按有关规定进行核算。

4、限期报送上月单位实物消耗成本核算报表。

(三) 行政管理科室的管理职责：

1、根据上年度成本费用开支情况，制定本年度的费用预算，经批准后进行全程控制。

2、严格控制各项行政管理费用，按审批权限开支。

3、厉行节约，努力提高资金使用效益。

4、按规定期限向院内、外主管部门和领导报送成本核算各类报表及有关报告。

第三章 管理原则

第六条：合法性原则。即计入成本的费用都必须符合法律、法规和制度等的规定，不符合规定的费用不能计入成本。

第七条：配比原则。即要求严格遵守权责发生制原则，按受益期分配确认成本。

第八条：一贯性原则。即成本核算所采用的方法前后各期须保持一致，使各期的成本资料有统一的口径，前后连贯，互相可比。

第九条：重要性原则。即对成本有重大影响的项目，应作重点核算，力求精确；对其他内容，则可在综合性项目中合并反映。

第四章 管理措施

第十条：建立成本管理责任制，将成本费用指标分解下达到各职能部门和有关科室，实行归口管理。

第十一条：实行成本定额管理制度，实施要点如下：

（一）成本费用定额管理是编制预算的主要依据之一，也是成本管理的重要依据，根据各项费用性质的不同可分为人员经费定额和公用经费定额等。

（二）成本费用定额的编制应以年度预算为基础，本着实事求是、兼顾需要与节约的原则对成本费用项目进行细化并层层分解，形成预算分解机制。

（三）费用定额的制订要与医院的运营实际和发展目标相一致。

（四）成本费用控制要与资金管理紧密结合，对日常发生频率高开支金额大的支出要加大管理力度。

（五）由财务、经管、行政等相关部门负责对定额成本费用执行情况进行考核，对实际发生金额与定额之间的差异进行对照、计算，奖优罚劣，纳入绩效考核。

第十二条：严格各项固定资产及其它消耗物资的采购制度，根据上年度成本费用情况制定本年度预算，先审批后采购。

第十三条：建立健全医院固定资产、药品、材料、低值易耗品、在加工材料等各项物资财产的计量、计价、验收、领退、内部转移、报废、清查、盘点等制度。专人负责，保证账实相符。

第十四条：建立健全有关成本核算的原始记录和凭证，并建立合理的凭证传递程序。

第十五条：实行科室绩效工资总额与科室经济效益和科室质量考核挂钩的绩效工资管理办法，暨以科室成本核算为基础、工作质量考核为依据、系数分配为原则的分配模式。坚持以科室成本核算的基础上，进行院、科二级分配管理，同时兼顾向临床一线倾斜，科室有二次分配的自主权。

全院绩效工资总额发放控制在上级核定数额内，其中基础性绩效占 30%，在

工资中发放，月绩效占 40%，见经管办《月绩效分配管理办法》，年终绩效占 30%，以年终奖的形式根据相关系数一次性发放。

第五章 成本分析

第十六条：成本分析是经济活动分析的重要内容。通过检查医院降低成本计划完成情况，找出节超原因，从而挖掘降低成本的潜力，提高管理水平。

第十七条：成本分析的资料要根据成本责任分工原则，由各业务科室提出分析，财务部门汇总。对于管理中出现的重大问题，可事先确定分析内容，书面通知有关部门进行专题分析。

第十八条：成本分析的方法、内容。

- （一）由于成本的降低（或超标）对完成经营指标的影响。
- （二）贯彻执行降低成本计划，对降低成本的主要影响。
- （三）分月、季降低成本计划的完成情况，以及年度预计完成情况。
- （四）定额成本与实际成本的比较。

第十九条：成本分析对于运用方面要进行跟踪揭示，检查医院的资金运作是否正常，有无浪费现象，由于资金使用不当加大成本，应列示具体数字。

第二十条：价格管理应列入成本重点监控范围。分析中应有价格变动给成本带来的影响，并进一步完善价格管理岗位与市场经济相配套的运行机制。

第二十一条：增收节约是医院降低成本的主要手段。在经营过程中由于员工合理化建议，给医院带来成本降低的内容，在分析中应有所体现。

第二十二条：医院在经营过程中，有关职能部门都要结合所辖业务对成本升降原因进行分析，尤其是对成本影响数额较大的项目，要进行专项分析。

第六章 附则

第二十三条：本办法由经管办负责解释。

第二十四条：本办法自发布之日起实施。

新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控物资管理办法

第一条 为进一步加强医院新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控物资管理，规

范防控物资的捐赠接受、组织分配、检查监督等具体工作，特制定本办法。

第二条 防控物资主要指：医院新型冠状病毒感染的肺炎疫情管控工作中，上级调拨的、政府统一采购的及国内外社会各界和个人无偿捐赠的口罩、药品、橡胶手套、防护服、护目镜、防护面罩等防护、消毒用品，包括各级政府拨付的补助资金和各类捐助资金。

第三条 以上防控物资在医院新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控组领导下，由医院防控办统一负责管理、调配和分发。

第四条 上级下达的防控物资补助费可用于组织采购以疫情防控为主的各类物资，具体方案由防控办制定。

第五条 凡需购买的防控物资，由疫情防控办提出采购申请，经分管领导初审后，报疫情防控领导小组组长审批。

第六条 各界捐赠的各类防控物资，由社工部统一负责接收；款项由财务部门负责接收，纳入医院新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控应急资金统筹使用。接收捐赠物资由社工部开具接收款物三联单，接收物资清单应注明来源、名称、品种、数量、规格、入库时间等内容。

第七条 防控捐赠物资的接收、转运、仓储要严格交接手续，建立台账，造册登记，妥善保管，及时调动。

第八条 带有意向性的捐赠物资，要请捐赠者注明具体要求，并尽量按照其意愿进行分配和运送，一般不得转作它用。非意愿性捐赠的防控物资纳入计划，统一安排，重点保障，优先保障。

第九条 接受捐赠款物后，应及时向捐赠者出具收据。

第十条 捐赠者要求反馈捐赠物资使用情况及效益的，由收受捐赠物资的社工部报送分配、发放、使用情况的有关资料。

第十一条 采购及捐赠的防控物资由防控办提出申请，由医院新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控领导小组同意后分配，分配时必须遵循“先急后缓，突出重点”的原则，统筹安排，合理使用。

第十二条 防控物资一律实行无偿发放，不得附加任何条件，严禁变相收费、变卖、截留。

第十三条 防控物资严格按照规定用途专项使用，不得平均发放，私自发放，

厚此薄彼，任何组织和个人不得截留、平调或改变用途。

第十四条 实行分级管理制度, 防控物资发放至院内各部门, 由各部门负责统筹安排辖区内的物资调度, 优先保障医护人员及防控一线工作人员。

第十五条 发放防控物资由医院新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控领导小组审定, 防控办统筹发放, 发放时要确保令行禁止、政令畅通。制作物资发放二联单, 一联物资组留存, 一联防控办留存。

第十六条 各使用部门应建立物资发放台账以备查, 确定专人管理, 所下发的物资要合理、节约、安全使用。

第十七条 各领用部门应向医院新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控领导小组、财务部门报送防控物资的使用情况, 接受上级部门的监督、审计, 同时接受社会监督。

第十八条 防控物资和防控款项有同样的严肃性和严格性。在其接收、管理、分发和购置、备办、组织的过程中, 凡中饱私囊、贪污受贿、收受回扣、挪作它用, 要严肃处理, 触犯刑律的交由相关部门从严查办。

第十九条 因责任事故造成丢失或其它损失的, 除追究当事人、领导人的个人行政责任外, 要酌情予以赔偿。

第二十条 因工作失职、渎职等行为, 致使严重影响防控工作, 造成重大社会影响的, 除追究责任外, 应调离工作岗位或按除名处理。

本办法由新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控指挥部负责解释, 从发布之日起执行。

物资采购管理办法

第一条 为规范长沙市第三社会福利院（市精神病医院）物资采购管理, 降低采购成本, 为病患提供优质服务, 提高患者生活质量, 根据我院实际情况, 制定本办法。

第二条 本办法适用于长沙市第三社会福利院（市精神病医院）。

第三条 医院物资采购管理归口院总务科, 物资采购员由医院指定, 物资实物管理由院财务科指定专人负责。

第四条 除特殊情况外, 医院物资采购实行计划审批采购制, 具体流程如下:

各部门、科室每月根据实际需要向仓库管理员申报采购计划，库管员结合库存数量核实计划后报总务科，总务科审核后上报分管领导审批，采购员根据审批后的计划单到公品商城或医院定点协议超市等进行采购。

第五条 采购过程中，采购员应本着既要为医院节约成本又要确保质量的原则，廉洁自律，遵纪守法，秉公办事。不得接受供货方的吃、请、送，更不得向供货方卡、拿、要。

第六条 采购人员采购物资时，应要求供货方开具已签章的货物清单和正规税务发票，无清单和发票的物资采购，财务科将一律不予报销。

第七条 物资入库。采购完成后，仓库管理员应根据采购计划和供货方货物清单或发票核对物资数量、重量，核对无误后填制入库单入库。采购员、验收人员必须在清单上同时签字。

第八条 仓库管理员验收时应清点物品数量，查验物品规格及质量，对不符合规定和要求的物资应拒绝接收。

第九条 物资出库。物资入库后，库管员及时通知所需部门、科室尽快领用，根据领用数量填写出库单，由仓库管理员和领用部门负责人共同签字确认。

第十条 考虑到物资仓库品种多、分类杂、人员少的实际情况，将对库存物资进行定期小盘点和每年一次整体盘点。定期小盘点可由库管员自行自查，年末一次的大盘存必须由总务科、财务科负责人监盘，盘点结果与账面有差异时，应及时查明原因并上报。

第十一条 库存物资的盘盈、盘亏、毁损的处理决定权由医院总务科和财务科行使，查明原因后根据相应法规制度作出处理决定并进行财务处理，确保账账相符、账实相符。

第十二条 采购员报账时，应将采购计划审批单和经由仓库管理员签字确认的供货方货物清单、发票和入库单作为附件交由财务科审核。

第十三条 财务科必须认真审核物资购进的原始凭证，包括发票、清单的真实性、合法性；审核计划审批单等有关手续的完整性；审核入库单与发票品名、规格、数量、金额的一致性。

第十四条 库管员应按照医院相关制度规定设立财产物资数量金额明细账、备查账和电脑台账并每月进行核对。

内部审计制度

第一章 总则

第一条为加强我院内部审计工作，建立健全内部审计制度，完善内部监督制约机制，促进医院内部管理，根据《中华人民共和国审计法》、《审计署关于内部审计工作的规定》和《卫生计生系统内部审计工作规定》的文件规定，结合我院实际，制定本制度。

第二条 医院内部审计是对本单位及所属机构财政财务收支、经济活动的真实性、合法性和效益性进行独立监督审核行为，向医院负责并报告工作，同时接受上级主管部门内部审计机构的指导和监督。

第三条 医院内部审计的目的是为了强化内部管理、维护财经法纪，促进廉政建设、提高资金的使用效率。

第二章 审计机构及审计人员

第四条医院设内审科，配备必要合格的内部审计人员，建立健全内部审计制度，依法独立开展审计工作。内审科及内部审计人员在医院主要负责人的领导下，依据国家法律、法规政策以及医院的规章制度，开展审计工作。

第五条 医院主要负责人要加强对内部审计工作的领导，定期听取汇报，研究部署审计工作，及时批复年度内部审计工作计划、审计报告，并督促有关部门落实审计意见，保证内部审计人员依法行使职权。

第六条 内部审计人员应具备与其从事的审计工作相适应的专业知识和业务能力，实行后续教育制度，医院应当予以支持和保障，保障队伍的稳定性。

第七条 内审科负责人必须具备中级以上相关专业技术职称或5年以上的审计、会计工作经历。

第八条 内部审计人员办理审计事项，应当严格遵守审计职业道德和审计工作纪律、严格执行廉政纪律，做到独立、客观、公正、保密。不得歪曲事实、隐瞒问题、不得利用职权谋取私利。

第九条 内部审计人员与被审计事项有利害关系的，应当回避。

第十条 内部审计人员依法履行职责，受法律保护，任何机构和个人不得设置障

碍和打击报复。

第十一条 医院各部门和机构应当支持内部审计工作，及时解决工作中存在的问题，保护内部审计人员依法履行职责，保证内部审计人员开展工作和培训所必需的经费。

第二章 审计职责与权限

第十二条 内审科履行下列职责：

- 1、制定工作办法和流程；
- 2、编制年度工作计划；
- 3、审计预算执行和财政财务收支及有关经济活动；
- 4、审计基本建设、修缮工程项目；
- 5、审计各类专项经费的管理和使用；
- 6、开展国有资产购置和使用、药品和医用耗材购销、医疗服务价格执行情况等专项审计监督；
- 7、审计经济管理和效益情况；
- 8、审计内部有关管理制度的落实情况；
- 9、其他审计。

第十三条 内审科应对各项审计项目向院领导提交审计报告，对审计工作中的重大事项，及时向院领导报告。

第十四条 内审科根据审计业务的需要，报经主要负责人批准，可委托具有相应资质的社会中介机构进行审计。

第十五条 内审科在履行审计职责时，具有下列职权

- 1、查阅经济活动相关资料及电子数据；
- 2、参加或者列席与重要经济活动有关的会议；
- 3、对有关业务活动进行现场观察、调查和记录；
- 4、向有关单位和个人开展调查和询问；
- 5、对可能转移、隐匿、篡改、毁弃的货币资金、会计凭证、会计账簿、财务会计报告及与经济活动有关的资料，经本单位主要负责人批准，予以暂时封存；
- 6、对违法违规的行为及时予以揭示；
- 7、提出问题整改要求和管理改进建议。

第四章 内部审计工作程序

第十六条 内部审计工作的主要程序：

- 1、根据医院的具体情况，拟定审计项目计划，报经医院主要负责人批准后实施；
- 2、实施审计前，应通知被审计科室；被审计科室应配合审计工作，提供必要的工作条件；
- 3、对审计事项实施审计，应取得审计证据，由被审计科室相关人员签字确认；
- 4、审计终结，出具审计报告，并征求被审计科室及机构的意见。
- 5、内审科对审计报告进行审核，报院领导审批后下达被审计科室及机构，被审计科室及机构应尽快落实；
- 6、内审科应督促被审计科室及机构在规定的期限内落实审计意见，并书面报告执行结果；

第十五条 内审科对办理的审计事项，应当建立审计档案，并按照有关规定保存。

第十六条 本制度由内审科负责解释。

成本定额管理制度

为了进一步规范医院成本费用管理，加强医院成本费用控制，增强医院整体实力，根据《医院会计制度》和《会计法》，结合本单位实际情况，制订本办法。

一、成本费用定额管理是编制预算的主要依据之一，也是成本管理的重要依据，根据各项费用性质的不同可分为人员经费定额和公用经费定额等。

二、成本费用定额的编制应以年度预算为基础，本着实事求是、兼顾需要与节约的原则对成本费用项目进行细化并层层分解，形成预算分解机制。

三、费用定额的制订要与医院的运营实际和发展目标相一致。

四、成本费用控制要与资金管理紧密结合，对日常发生频率高开支金额大的支出要加大管理力度。

五、必需建立严格的考核制度，建立和完善台帐及其原始资料。

六、由财务科、经管办、总务科等相关部门负责对定额成本费用执行情况考核，对实际发生金额与定额之间的差异进行对照、计算，奖优罚劣，纳入绩效考核。

七、医院要加强定额管理，做到全员参与，以达到降低成本的目的。

医院成本管理制度

1、为了加强成本管理，降低成本消耗，提高医院经营管理水平，根据《中华人民共和国会计法》结合本单位财务制度并结合实际情况制定本制度。

2、通过成本计划、控制、核算、分析、考核，反映医院经营成果，挖掘降低成本的潜力，努力降低成本。

3、建立成本管理责任制，将成本费用指标分解下达到各职能部门和有关科室，实行归口管理。

4、医院成本核算执行权责发生制。

5、医院成本控制实行定额制，每年初对每项消耗按实际情况设置定额，根据结果实行奖优罚劣。

6、严格各项固定资产及其它消耗物资的采购制度，根据上年度成本费用情况制定本年度预算，先审批后采购。

7、建立各种物资的计量、收发、领退和盘点制度，专人负责，保证帐实相符。

8、定期进行成本比较、分析、报告，为领导正确决定提供有力依据。

9、医院全体员工依据所承担的工作职责，履行相应的成本责任，实行全过程的成本管理责任制。

医院绩效工资管理制度

绩效考核是医院管理的重要手段，是指采用科学的考核方法对照统一的绩效考核标准，按照一定的程序对医院一定时期的综合管理水平和经营业绩作出客观公正和准确评价的过程，是实现医院稳步发展的重要杠杆。

根据卫生部和省市关于绩效工资的文件精神，结合我院实际，特制定本制度。

一、成立医院绩效考核领导小组。

二、绩效工资管理分配原则。

按劳分配、效率优先、突出特色、兼顾公平。打破平均主义，建立起重技术、

重质量、重实绩、具有激励作用的绩效工资分配机制。

三、以科室为基本核算单元，实行成本核算。

四、绩效工资管理制度明确规定个人收入不得与业务收入直接挂钩。

五、实行科室绩效工资总额与科室经济效益和科室质量考核挂钩的绩效工资管理办法，暨以科室成本核算为基础、工作质量考核为依据、系数分配为原则的分配模式。坚持在以科室成本核算的基础上，进行院、科二级分配管理，同时兼顾向临床一线倾斜的原则，科室有二次分配的自主权。

六、全院绩效工资总额发放控制在上级核定数额内，其中基础性绩效占30%在工资中发放。月绩效占全年总量的40%，计算方法遵照《经济核算办法》执行，年终绩效占全年绩效总量的30%，以年终奖的形式根据相关系数一次性发放。

七、经管办在次月28日完成上月绩效工资计算，绩效考核领导小组讨论后，及时做好造册工作，逾期没上交资料的科室，绩效工资不再另行发放，顺延到下一个发放周期。

八、此规定自2018年7月1日起执行。

第六节 医院医保制度

基本医疗保险管理制度

为保障参保人员的基本医疗需求，规范医疗服务行为，根据《基本医疗保险定点医院医疗服务协议》及相关政策和规定，制定医院基本医疗保险管理制度如下：

1、成立医院医疗保险管理委员会，明确一名院级领导主管医疗保险工作，并成立专门机构，配备专职管理人员，负责参保人员医疗服务和费用管理。

2、制定医保管理措施和具体的考核奖惩办法，医保科有明确的岗位职责，健全与医疗保险管理相适应的内部管理制度和相应措施。

3、贯彻落实医保规章制度。对医保特殊门诊、医保病历、出入院标准掌握、病种分型及出院带药等情况进行定期和不定期的自查、抽查、考核和分析。将医疗保险各项考核指标纳入医院整体考核管理系统之中。

4、规范医疗行为，认真贯彻执行医疗保险各项政策规定，按时与各相关医

保经办机构签订医疗保险定点服务协议，并按照协议规定履行相应权利和义务。

5、严格执行卫生行政部门规定的各项医疗技术操作规范和相关业务政策规定，合理检查、合理用药、合理治疗。

6、采取切实措施，落实医疗保险住院费用控制标准，有效遏制医疗费用过快增长，杜绝冒名顶替住院、分解住院、挂床住院、弄虚作假等违规行为。

7、降低参保人员个人医疗费用负担，向参保人员介绍基本医疗保障支付项目供患者选择，优先推荐基本医疗、基本药物和适宜技术，落实参保人员自费项目告知制度。

8、做好医疗保险收费项目公示，公开医疗价格收费标准，规范材料的使用管理。

9、严格执行医保规定，确保数据传输的准确性和及时性，以及网络的正常畅通运行。

10、及时做好协调工作，加强与各相关医保经办机构及医院医务、质控、护理、财务、信息等部门的联系和沟通。

11、制定医保政策培训计划，组织医院医疗保险工作人员和临床医务人员进行医疗保险相关政策的培训和学习，及时贯彻落实医疗保险有关规定。

12、加强医疗保险的宣传、解释，制作并及时更新医保政策宣传栏。设立医保窗口、公布咨询电话，维护参保人员的合法权益，正确及时处理参保的投诉，努力化解矛盾，保证医疗保险各项工作的正常开展。

医保培训制度

为认真贯彻落实医保政策及各项相关规定，提高医疗服务质量，规范医疗行为，根据省、市、县等各级医保经办机构定点医院医疗服务协议的要求，结合医院实际情况，特制定医院医保培训制度：

1、医保科负责全院性医保政策及相关规定的学习培训工作，全体医务人员至少接受 1-2 次全面、系统的学习培训及考试考核。

2、对政府有关部门发布实施的医保政策及法规、定点医院医疗服务协议等内容，医保科及时组织全院有关人员学习。

3、每年对医院所有新进员工进行医保政策及相关规定的岗前培训，培训结

束后现场进行考试；对于临床医生，经考核合格后方可上岗。

4、每半年召开一次医保联络员会议，就医保政策和相关规定进行强化培训，对各科室存在的问题进行认真分析，提出整改措施，充分发挥医保联络员的沟通桥梁作用。

5、对省、市、县等各级医保经办机构发布的通知、政策及相关规定，主管院领导及医保科及时在院周会、科主任例会、护士长例会或医保联络员会议上传达并督促落实。

6、将医保政策和相关规定发布于医院局域网业务交流区，让全院职工都能随时查阅，并利用交流区平台，及时解答医务人员的提问，让全体员工都能了解医保政策及相关规定。

医保患者费用管理制度

1、各临床科室需严格执行医保政策及相关规定，控制医疗费用不合理增长，并指定负责医师和质控护士担任医保联络员，随时掌握本科室医保政策执行情况及费用控制情况。

2、根据当前的医保付费方式，结合近两年医院各临床科室医保次均费用及当年业务发展情况，分病种分别制定次均费用定额标准，医保科每月核算并进行科学调控、年度平衡。

3、若临床科室医保费用超出医院制定的定额标准，将按超标总额的25-100%予以弹性扣罚。对于年度内科室能将超标费用自行平衡者，将返还所扣奖金，若不能平衡而造成医保中心拒付者，其拒付费用将全部落实到科室。

4、若临床科室因违反医保政策及相关规定而造成医保中心罚款者，其所扣罚金额将落实到相关科室或责任人。

5、加强合理检查、合理用药、合理治疗，严格执行“三个目录”政策规定：做到“住院费用四吻合”，即费用清单、医嘱单、治疗单和病程记录相吻合。

6、各临床科室应以降低参保患者个人经济负担为原则，让患者优先选择基本医疗、基本药物和适宜技术。确因病情需要使用部分自费或全自费药品、诊疗项目及医疗服务设施项目时，需填写《自费项目同意书》，在执行前向参保患者或家属解释清楚，由参保患者或家属签字确认后方可使用。

7、参保患者住院时，医院收取的住院押金不得超过预计医疗费用总额的 30%，出院结算时为参保患者提供住院费用结算单，并要求患者或家属在结算单上签名并留存电话号码。

8、参保患者住院前 72 小时内急诊抢救医疗费用经医保科审核后及时纳入本次住院费用连续计算、一并报销。

9、科室不得以控制“次均费用”为由，催赶患者出院或要求患者自费住院。

10、严格按照物价标准合理收费，不得乱收费、超标分解收费，不得有弄虚作假、费用套取、费用冲抵及挪移现象。

11、医保结算处及时传输相关医疗费用结算数据，并确保传输信息的准确性、真实性和完整性。

12、配备专职财务人员，每月及时分类整理医保患者医疗费用报表，按时上报相关医保中心；每月与相关医保中心结账后，及时与医院财务科往来会计对账，认真核对账目及回款情况，并确保数据准确无误。

住院费用“先部分预付后结算”管理措施

为减少患者医药费用预付，方便患者就医，特制定医院住院患者“先诊疗后结算”管理措施如下：

1、自费病人采取先交预交款办理入院手续，住院期间诊疗费用逐项记账、最后出院统一结算的模式进行。结算方式可为现金、刷卡、支票。

2、对参保人员采取部分预付方式，只要按比例交纳部分预交金即可办理入院手续，出院一并结算，医保统筹支付部分暂做应收账款。具体收取标准如下：

1)省、市、县参保人员持住院证，社保卡、身份证，到住院结算中心入院窗口办理医保相关住院手续，预交 3000 元预付金。

2)异地医保病人：持住院证、社保卡、身份证，到住院结算中心入院窗口办理住院手续，预交部分预付金（预估不超过总住院费用的 30%）。

3、急诊抢救病人或其他特殊原因未交费者，凭科主任签字（或电话通知科主任认可后补签字），实行先抢救诊疗或及时办理入院手续，再按照病人身份及相关标准补交预交款。

4、“三无流浪病人”参照我院精防办相关工作流程予以办理收住院。

基本医疗保险参保人员就诊权益管理规定

1、参保人员因病需要就诊住院治疗时，应携带社保卡、身份证办理就诊住院手续，医院接诊时，必须严格核实身份，做到人、卡、证一致，并及时将参保人员住院信息录入医保网络系统，按比例收取一定的住院预付金，出院时多退少补。

2、医院为参保人员提供医疗服务时，必须严格遵守基本医疗保险政策及相关规定，规范医疗服务行为，保证医疗服务质量，为参保人员就医提供方便，包括设立医保窗口、公布咨询电话、设置投诉举报箱，制作并及时更新医保政策宣传栏。

3、医院坚持因病施治，遵循“合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费”四个原则，做到“住院费用四吻合”，即费用清单、医嘱单、治疗单和病程记录相吻合，就诊及住院期间向参保人员提供医疗费用日清单和信息查询，出院时提供准确和真实的医疗费用原始发票、费用结算单以及医疗费用汇总清单，保障参保人员的知情权。

4、医院应以降低参保人员个人经济负担为原则，让患者优先选择基本医疗、基本药物和适宜技术。确因病情需要使用部分自费或全自费药品、诊疗项目及医疗服务设施项目时，需填写《自费项目同意书》，在执行前向参保人员或家属解释清楚，参保人员或家属签字确认后方可使用。

5、医院不得推诿符合住院条件的参保人员住院。应严格把握入院指征，不得将不符合住院条件的参保人员收住入院。应及时为符合出院条件的参保人员办理出院手续。

6、医院不得要求参保人员在住院期间到门诊或另设自付账号交费；不得以控制“次均费用”为由，催赶患者出院或要求患者自费住院。

7、医院按规定认真做好离休、特殊门诊管理工作，建立原始档案，保存原始凭证，做好诊疗记录，严格按病种就医。

8、医院认真贯彻落实双向转诊制度，建立双向转诊绿色通道，坚持分工协作原则、患者自愿原则、全程服务原则、共享互用原则及逐级转诊原则，切实保障参保人员就诊权益。

医院——社区双向转诊工作制度

为了给社区精神病患者提供方便、快捷的转诊治疗绿色通道，建立专科医院——社区双向转介工作机制，发挥基层医疗卫生和康复服务机构的作用，做好社区精神病患者的监护、访视和康复指导，为患者提供连续、完整的治疗康复服务，特制定本制度。

一、双向转诊分类

按属地管理原则，各社区转向精神卫生专业医疗机构；由精神卫生专业医疗机构转向社区；下级精神卫生专业医疗机构转向上级精神卫生专业医疗机构。

二、转诊对象

患有精神疾病的长沙市常住人口。

三、转诊疾病种类

- 1、精神分裂症、情感性精神障碍、偏执性精神病、分裂情感性精神障碍等。
- 2、老年痴呆、脑血管病所致精神障碍、癫痫所致精神障碍、慢性躯体疾病所致精神障碍等器质性精神障碍。
- 3、酒精所致精神障碍、各种药物(含毒品)依赖所致的精神障碍等精神活性物质或非成瘾物质所致的精神障碍。
- 4、中度、重度精神发育迟滞及伴有精神障碍的精神发育迟滞。
- 5、确已导致患者精神活动和社会功能明显受损的其他精神障碍，如病情严重的强迫症、恐惧症等。

四、转诊指征

1、上转指征

各类精神疾病的发作期，如严重幻觉、妄想、兴奋、躁动、思维紊乱的患者；有暴力攻击或明显自伤、自杀行为的患者；疑似精神病患者或精神疾病诊断不明确者；治疗过程中出现与抗精神病药物相关的急性毒副反应；在家维持治疗效果不好，病情复发或加重的患者；病人或家属要求门诊或住院治疗的患者；家庭监管无力需住院治疗的患者；社区“关锁”的精神病患者；治疗效果差的疑难病例。

2、下转指征

诊断明确，仅需门诊治疗，不需要住院或病情较稳定者；住院治疗出院后，

需进行社区跟踪随访，教育康复者；主要精神症状控制，愿意参加社区康复活动及职业康复训练的康复者。

五、工作要求

- 1、坚持知情同意原则，充分尊重患者及家属的知情选择权。
- 2、医院设立社区管理治疗小组，社区卫生服务中心的精防医生建立网络联系，负责双向转诊精神患者的工作，实行优先就诊和优先安排住院。

双向转诊流程图



第七节 社会工作制度

个案服务规范

1. 目的：帮助院友减少心理、社交和行为等方面问题，满足其心理社交需要，使院友得到适切的服务，提高院舍生活质量。

2. 适用范围：社工或心理咨询师为院友提供个案服务时适用。

3. 定义

个案服务：社工或心理咨询师运用专业的方法和技巧，为院友提供的一对一的咨询辅导服务，帮助有需要的院友解决认知、行为、心理及社交问题，满足个别化需要。

4. 权责

4.1 社工督导：审核和督导个案服务计划的执行，确保服务进展及成效，按需要给予意见和介入。

4.2 社工或心理咨询师：按既定程序为院友提供个案服务。

5. 程序

5.1 接案。社工或心理咨询师通过以下途径获得个案来源：

5.1.1 各病区转介。

5.1.2 院舍适应计划获得。

5.1.3 案主或家属自行申请。

5.1.4 社工查房或其他情况获得。

5.2 社工或心理咨询师通过与案主面谈、联系案主家属、朋友或其他途径，收集与案主问题有关的资料，并对收集到的资料进行分析诊断，确定案主的问题与需要，于一周内填写《接案评估表》。

5.3 确定是否需要转介。

5.3.1 如果案主所需要解决的问题超出了机构服务或专业能力范围以外，则需要转介，填写《个案转介表》，转由其他机构或工作人员处理。

5.3.2 如果不需要转介，则按以下程序继续进行服务

5.4 制定个案服务计划。根据对案主问题的分析和评估，跟案主协商确定个案工作目标，制定个案服务计划，填写《个案服务计划书》

5.5 按计划开展服务，填写《个案服务记录表》，重要面谈或个案活动过程

还需填写《个案活动过程记录表》。

5.6 评估。社工或心理咨询师每半年评估一次个案服务成效。个案成效评估的主要内容包括案主的改变状况、工作目标的实现程度、资源投入使用情况等。

5.7 确定是否需要终结个案服务

5.7.1 若个案成效较好，则终结个案，填写《结案评估表》，并将有关资料存档

5.7.2 若个案成效较差，则需要修订个案服务计划，继续提供服务或进行转介，填写相关表格并将资料存档。

5.7.3 以下情况需要结案或转介：

5.7.3.1 双方认为问题已经解决，工作目标已经达成；

5-7.3.2 问题虽未彻底解决，但案主已具备独立解决问题的能力，不需要继续开展服务；

5.7.3.3 专业关系不和谐，无法继续开展服务；

5.7.3.4 案主出现超出机构或专业范围的要求或问题，需要转介或结束服务；

5.7.3.5 社工或心理咨询师工作改变或因为其他不可预测因素，需要结束服务。

6. 记录/表格

小组服务规范

1. 目的：为有共同需要和兴趣的院友提供小组服务，以帮助他们解决问题，满足需要，提高院舍生活质量。

2. 适用范围：社工、心理咨询师或活动员在为院友提供小组服务时适用。为院内工作人员提供的小组服务亦可参照本规范实施。

3. 定义：小组服务是社工、心理咨询师或活动员运用小组工作的专业方法和技巧，开展的各种发展性、治疗性和康乐性小组服务和活动。

4. 权责

4.1 社工督导/部门主管：审核及督导小组计划的执行，确保服务进展及成效，按需要给予意见和介入。

4.2 社工/心理咨询师/活动员：策划、推行及检讨小组服务和活动。

4.3 长沙市第三社会福利院内相关工作人员：按需要提供意见或协助。

5. 程序

5.1 制定小组服务计划书。社工/心理咨询师/活动员通过调查分析院友的共同需要或问题，确定小组服务的理念背景和目标，填写《小组服务计划书》

5.2 督导或部门主管审批小组服务计划。如有需要，重新修改小组服务计划

5.3 组员的招募和筛选。通过多种方式宣传小组活动，招募并筛选合适的组员。

5.4 按计划开展小组服务，每节活动后做好记录，填写《小组过程记录表》。康乐性的班组活动可只填写《班组活动过程记录表》。

5.5 每三个月评估小组情况，确定是否结束小组。

5.5.1 若小组目标达成情况较好，则结束小组，填写《小组结束评估表》，并将相关资料存档。

5.5.2 若小组不能按计划开展或未能达成小组目标，则修订小组目标或计划，继续进行小组服务，至目标达成，结束小组，填写《小组结束评估表》并将资料存档。

长期义工管理规范

1. 目的：为了使长沙市第三社会福利院义工服务能够更加规范化、专业化，更有效地服务院友，并在此基础上使义工有所成长，特制定此规范。

2. 适用范围：本规范于社工部组织院内外长期义工开展为老服务或其他志愿活动时适用。临时性慰问活动不适用于本规范。

3. 定义：长期义工是院内外各种自愿贡献其时间及精力，为提升受助者生活品质而提供服务时数累积达到5天以上的义工团体或个人。

4. 权责

4.1 社工部负责人：负责本规范的修订，指导义工负责人按本规范开展义工管理和服

4.2 义工负责人：联系、协调和统筹义工管理各项具体工作。

4.3 其他相关员工：协助义工负责人进行义工管理和活动开展。

5. 程序

5.1 义工申请和招募

5.1.1 义工申请：义工主动联系长沙市第三社会福利院社工部并申请义工服务，填写服务申请表

5.1.2 义工招募对象：长沙市第三社会福利院内外有志于从事老年义工服务的团体及个人。

5.1.3 招募条件：

自愿从事义工服务；

遵守长沙市第三社会福利院服务协议书；

对老人的生理、心理有一定了解，能胜任与老人沟通的工作；

有爱心和奉献精神，能保持协作，适应所服务的环境。

5.2 服务意向达成

5.2.1 义工向社工部了解长沙市第三社会福利院详情，决定是否服务；

5.2.2 社工部人员了解义工背景资料，决定是否接受服务。

5.3 义工登记

5-3.1 签订义工服务协议（附件2）；

5.3.2 写义工登记表（附件3或4）。

5.4 义工服务策划

5.4.1 收集分析资料。义工通过与院友会谈以及观察、拜访相关工作人员等途径，掌握服务使用者的基本资料和需求。

5.4.2 义工根据收集的资料及自身的特长、能力等确定服务或活动目标，并制定服务策划书。

5.5 审核策划书

5.5.1 义工负责人根据长沙市第三社会福利院实际审核策划书是否可行。

5.6 开展服务及提供必要培训

5.6.1 义工按策划书开展服务，填写义工服务记录表

5.6.2 社工部根据需要提供必要的培训和分享机会。

5.7 服务评估

5.7.1 义工负责人根据服务使用者及其他相关人员的反馈，就义工服务的成效等做出评估，填写服务评估表

5.8 义工负责人将有关义工资料存档，保存三年。

社会捐赠管理规范

1. 目的:为了规范捐赠活动,加强捐赠款物的管理,保护捐赠人、受赠人和受益人的合法权益,促进公益事业的发展,根据《中华人民共和国公益事业捐赠法》、《社会福利机构会计制度》、《社会福利机构财物制度》制定本办法。

2. 适用范围:自然人、法人或者其他组织自愿无偿向院方捐赠财产,用于公益事业的,参照本规范实施。

3. 定义:自然人、法人或者其他组织自愿无偿向长沙市第一社会福利院捐赠财产,用于社会福利事业,适用本规范。

4 程序

4. 1 制定捐赠计划书。社工通过调查评估或各部门根据服务对象需要或问题,确定捐赠活动、款物、救助对象,填写《捐赠服务计划书》。

4. 2 社工部主任审批捐赠服务计划。如有需要,重新修改捐赠服务计划。

4. 3 捐赠宣传和联络。通过多种方宣传捐赠计划,联络社会资源,了解捐赠人的捐赠意愿。

4. 4 协商捐赠形式,捐赠人应与院方就捐赠财产的种类、质量、数量和用途等内容订立捐赠协议。捐赠人有权决定捐赠的数量、用途和方式,捐赠人按照捐赠协议约定的期限和方式将捐赠财产转移给第三社会福利院。

4. 5 自然人、法人或者其他组织应当向长沙市第三社会福利院捐赠其有权处分的合法财产。捐赠人所得税免征由捐赠人凭捐赠收据按照相关规定在当地税务局办理,海外捐赠物资的关税免征由捐赠人按照相关规定在海关办理。

4. 6 捐赠人捐赠的药品、生物化学制品等应当符合国家医药监督管理和卫生行政部门的有关规定;捐赠其他物品应符合相关国家标准、行业标准或通常标准。

4. 7 院方收到捐赠款物后,按以下方式出具捐款收据

4. 7. 1 捐赠人以现金或银行票据捐赠的资产,应以实际清点的现金数额、确认的银行票据接收并出具捐赠收据。以汇款或转账方式捐赠的资产,应以到账金额出具捐赠收据;

4. 7. 2 捐赠人以实物形式捐赠资产,应由捐赠人提供其自产或者外购商品

的有关计价凭据（如发票、报关单、物价部门核定产品单价或近期销售同类产品发票复印件）院方根据捐赠者提供的发货清单和计价凭据出具捐赠收据；

4.7.3 捐赠人以实物形式捐赠资产，不能提供有关计价凭据的，按照公允价值出具捐赠收入。公允价值是指在公平交易中，熟悉情况的交易双方自愿进行资产交换或债务清偿的金额。公允价值的确定顺序如下：

如果同类或者类似资产存在活跃市场的，应当按照同类或者类似资产的市场价格确定公允价值。

如果同类或者类似资产不存在活跃市场，或者无法找到同类或类似资产的，应当采用合理的、双方都能够认同的计价方法确定资产的公允价值。

4.8 捐赠人捐赠的旧物资应遵循以下原则：

4.8.1 捐赠人捐赠的旧物品须确保其捐赠物品的合法性及实用性。

4.8.2 捐赠人捐赠的旧固定资产尚在折旧年限之内的，根据捐赠方提供采购时的金额，按照税务相关规定以计提折旧后的剩余价值计价，发生减值按减值后计价。

4.8.3 捐赠人捐赠的已过折旧期限的旧固定资产按照税务相关规定应以该物资购价的5%计价。

4.8.4 捐赠人捐赠的旧低值易耗品如图书、杂志、资料等按照税务规定应以半价计算。

4.9 长沙市第三社会福利院接收捐赠款项存入指定账户，专项管理；捐赠物资分类登记账册，妥善保管。

4.10 对于不易储存、运输和超过实际需要的受赠财产，长沙市第三社会福利院可以变卖，所取得的全部收入，应当用于捐赠目的。可以回收重复使用的受赠财产，应按时回收、妥善保存

4.11 长沙市第三社会福利院应当将受赠财产用于资助符合其宗旨的活动和事业。对于接受的捐赠财产，应当及时用于救助活动、受助群体

4.12 长沙市第三社会福利院受赠财产的使用应尊重捐赠人的意愿，符合公益目的，不得将捐赠财产挪作他用

4.13 长沙市第三社会福利院按照捐赠人意愿或事业宗旨确定受助对象。

4.14 长沙市第三社会福利院受赠财产物资的领用，应当符合下列任一条款

——捐赠物品以发票、实物为据，统一入库管理，各级部门向总务科保管室或社工部领取捐赠物品，财务科做好捐赠物资帐目，社工部有权根据捐赠人意愿，确定受助对象，加强监督。

4.15 本办法由长沙市第三社会福利院负责解释

捐赠及捐赠物品管理规定

一、社工部负责全院捐赠工作，明确专人具体负责，科内其他工作人员协助完成。

二、捐赠活动由社工部负责协调，统一组织、安排，总务科、财务科及有关部门协助社工部完成。

三、捐赠方指定部门或服务对象捐赠的，按捐赠方意愿办理。除有保鲜期限的、零散的、不易储存等食品、日用品等易耗品且低于 1000 元以下物资可直接对应相关部门发放外，接收电器、办公用品等固定资产统一入库，各部门再按实际需要由总务科保管室领取，节假日期间接收的捐赠物品由社工部暂时保管。

四、捐赠现金时，签定（四份）捐赠协议，按照捐赠人意愿，确定捐赠使用，社工部、财务科、总务科、捐赠人各持有捐赠协议一份，由社工部工作人员直接带领捐赠单位或个人到财务科交款，节假日由社工部代收并出具收条，之后捐赠人凭收条换取正式票据，总务科根据捐赠人意愿采购物资。

五、建立捐赠物品接收台账，每月由具体负责人造册汇总，月底上报院领导。各部门使用捐赠物资建立物资使用台帐，要求服务对象或者两名工作人员（负责人、科室物资领用人签字确认。）

六、各部门根据捐赠需求，通报社工部，以便有意向有目的地做好捐赠工作。

七、社工部积极争取社会资源并与捐赠方保持长期联系，有重要活动时可邀请相关的捐赠单位和个人参加，或以联谊会、座谈会形式邀请捐赠单位或个人，定期与爱心单位通过电话、短信、邮寄社工通讯等方式进行随访。

八、每年对爱心单位及个人进行表彰，对捐赠 2000-5000 元颁发捐赠爱心证书，对捐赠 5000-10000 颁发爱心杯，对捐赠 10000 以上颁发爱心牌。

九、每月在福利院网站上公布捐赠信息，并接受捐赠人查询。

患者劳动收入管理制度

一、负责全院劳动收入管理工作，明确专人具体负责，科内其他工作人员协助完成。

二、为尊重患者劳动成果，保障患者权益，患者劳动收入由财务科统一组织、安排，社工部、康复科及有关临床部门协助完成。

三、患者在康复作业过程中，如手工制作、代加工、农业生产、经营康宁小卖部等康复项目所产生的劳动收入，由康复科主任及临床科室护士长指定专人负责建立劳动收入台帐，并通过计件、计时、代币等形式统计患者劳动价值。

四、为激励患者积极参与康复训练，患者劳动收入专款专用，用于开展患者的康复服务活动、项目及劳动奖励津贴。根据患者劳动计件、计时的方式来核算劳动报酬，按时发放劳动津贴，要求服务对象和两名工作人员签字，（康复科主任或护士长、工娱护士签字确认，定时进行公示，并接受财务科的监督。

社会工作督导制度

1. 社会工作督导的目的和重要意义

社会工作督导对于加强社工人才队伍建设, 促进社会工作者的成长和专业发展, 提高社会工作专业服务品质, 满足服务对象的需要等方面具有重要意义。为了进一步规范长沙市第三社会福利院社会工作督导工作, 提高督导的整体水平, 现制定本方案。

2. 社会工作督导的对象和适用范围

2.1 长沙市第三社会福利院新招聘的社会工作专业人员及社工岗位上的从业人员;

2.2 来院开展社会工作实习交流的实习生;

2.3 从事义工服务尤其是长期服务的义工。

3. 定义

3.1 督导者: 执行社会工作督导的人员, 一般应具备社会工作专业本科以上学历或助理社会工作师以上职称, 有丰富的实践经验。

3.2 督导对象: 社会工作督导的对象, 主要包括上述三类人员。

3.3 个别督导：督导者和被督导者通过一对一的个别面谈、电话咨询或邮件等方式进行的督导形式。

3.4 团体督导：一位督导者和几位被督导者通过小组讨论、督导会议等方式进行的督导形式。

4. 权责与操守

4.1 督导者：同被督导者共同商讨督导的目标、计划和内容，并有针对性地给予督导、监察和评估。

4.2 被督导者：尊重督导者，主动汇报工作中遇到的问题，按时参加督导活动并完成相应的作业，虚心接受督导者的指导和建议。

5. 社会工作督导的内容

社会工作督导的内容通常根据工作进度、督导时间、督导者和被督导者双方的专业能力不同而有所不同，具体应由督导双方沟通协商确定。一般而言，社会工作督导的功能应包括以下三个方面：

5.1 行政安排：如工作计划的制定、工作任务的分配、沟通与协调、监察与评估、建议与倡导等内容。

5.2 专业教育：如社会工作专业价值观、知识、技能和方法等方面的教导、咨询和建议。

5.3 支援发展：如情绪舒缓、压力管理、士气激励等方面的内容。

6. 社会工作督导的具体安排

6.1 时间安排：一般情况下，对新招聘的项目社工每周进行一次现场督导，社工岗位上的从业人员（对象 2.1），每个月进行一次督导；对社工实习生和义工，每半月进行一次督导。每次督导的时间不少于半小时。

6.2 督导方式：一般来说，社会工作督导可采用个别督导、团体督导等多种方式进行，具体视情况而定。

6.3 记录与存档：督导者要对督导过程做适当的记录，填写《长沙市第三社会福利院督导记录表》，并交回社工部统一存档，保存期为五年。

社工服务档案管理制度

为了加强档案管理，充分发挥档案的作用，根据《中华人民共和国档案法》及其实施办法和医院有关管理的规定，制定本办法。

一、社工服务档案包括：

- 1、参加各种社工会议或培训文件。
- 2、社工服务绩效考评材料。
- 3、项目档案（项目概况、背景材料；项目书；协议、合同；项目进度报告；财务类材料；项目执行材料；项目期间的来往信函；项目音像资料；媒体报道资料等）
- 4、各种社工服务管理文件。
- 5、各社工工作领域文件（各领域前期调研资料、督导记录、会议资料、个案记录、小组计划及报告、各类活动计划和报告、季度/年度总结等）

二、档案保管期限和密级的划分

1、保管期限根据被鉴定档案的价值确定，一般分为永久和定期两种，定期又分为长期和短期两种。基本上分为永久、长期和短期(15年以下)3种保管期限，定期中有时酌情再分若干具体年限。

（档案保管期限根据《标准档案保管期限表》划分，服务社档案根据具体情况结合档案保管期限表划分保管期限。）

2、本会档案的密级分为：普通档案、秘密档案和绝密档案；

- (1) 普通档案可办理借阅、复印；
- (2) 秘密档案须经主管部门批准方可借阅、复印；
- (3) 绝密档案须经院长批准方可借阅。

三、档案接收制度

1、定期收集各社工领域在工作中形成的具有保存价值，经过整理立卷后的不同载体的文件材料。

2、接收归档的案卷必须保证质量，应符合下列要求：

- (1) 应归档的文件材料齐全完整；
- (2) 文件按其内容的联系，合理整理、立卷；

(3) 归档的文件材料，保持文件之间的历史联系，区分保存价值，分类整理、立卷，案卷标题简明确切，便于保管和利用。

3、接收档案时间和手续：

(1) 随时接收各社工领域形成的各种文件、资料；

(2) 接收档案必须履行手续，填写移交清单，一式三份，注明移交内容、移交数量和移交时间，交接双方要签名。

四、档案管理制度

1、按照档案形成的特点，保持档案之间的历史联系，充分利用原有基础，使整理出的档案能够反映各领域活动的真实面貌，便于保管和利用。

2、对接收按要求整理好的档案进一步系统化。

3、定期对档案进行全面整理。

五、档案的修破补充制度

1、已归档的档案如需更改，须经主管领导批准。填写更改单后，方可更改。一律不得在原件上随意修改。

2、修改内容较少时，可直接在原件上修改。但要注明“修改标记”。

3、如遇修改内容较多或原件需报废时，应另出新件代替，并在备考中注明。

六、档案保管制度

1、档案管理人员外出时，需锁好档案柜、门窗。

2、案卷入库时应检查清单、物品是否相符。以件为单位，按不同门类、载体，依档案顺序排列。

3、案卷应依档案顺序排放，库房柜架须编顺序号，各柜应有档案资料存放标注。

4、档案工作人员要认真做好档案资料的安全保卫和保密工作。

七、档案借阅制度

1、凡需借阅档案者，必须履行借阅登记手续，并有义务将利用效果反馈给档案管理人员。

2、社实习生或（准）社工借阅本科档案时，需经社工科或部门主管负责人批准。

3、社工科以外单位借阅档案时，需要经过社工科负责人批准，并按有关规

定办理借阅手续。

4、凡属永久保存的档案原本和绝密级的原则上不准借出，只能在档案室内查阅。

5、保密级的档案，未经批准不得复制、摘抄、转借他人或公开展览等。需要时可提出申请，经部门主管领导批准，方可进行上述工作。

6、所需查阅的档案材料一般不得携出档案室。

7、借阅者对所借档案材料要确保安全、完整、不得涂改、勾划、转借和拆卷，如发现损坏档案，视情节给予处理。

8、借用档案材料，应及时归还，不得长期放置个人手中或超过规定时间。

9、如遇借阅人员将档案丢失，应及时报告主管部门，写出书面材料，以利于及时采取措施。

社会工作服务效果评估制度

第一条为全面检验我院社会工作服务成果，客观评价社会工作经费使用效益，同时不断规范社会工作服务运作和管理，努力提升社工服务水平，结合当前长沙社会工作发展实际，制定社会工作服务效果评估制度。

第二条制度所称的评估，是指依据一定的原则、标准和方法，对社会工作服务的开展情况、服务项目目标达成度、社会效益、受益群体满意度等情况进行检查、评价的过程。

第三条本评估制度适用于院内自主开展的社工服务和由政府或其他社会资金支持社工服务。适用于岗位社工开展的日常服务，也适用于项目社工开展的社工服务项目。其他社会组织派驻我院开展社工服务的，亦可参照制度进行评估。

第四条社会工作服务效果评估由社工部负责统筹组织。形式可包括自主评估和委托第三方评估机构具体实施。参加评估的主体包括院内的社工岗位（含兼职社工）和社工服务项目。

第五条评估应遵循客观公正、公开透明的原则，坚持专业性与科学性、效用性与可比性相结合，确保考核评估过程方法统一、结果客观真实。

第六条对社会工作服务效果评估既包括过程指标，也包括结果指标；既包括

客观指标，也包括主观指标。具体从专业服务标准、服务量标准、服务成效标准、服务项目和机构管理标准等四个方面进行考核、评价。

（一）专业性方面。专业性主要指社工岗位或项目应配备能够完成服务需要的专业持证社工；要求在实施服务过程中主要运用个案工作、小组工作和社区工作等专业社会工作方法，并合理运用社会工作行政、督导和研究的间接服务手法，满足院内服务对象的需求。

（二）服务量方面。包括个案服务数量（个案开案人数、个案结案人数）、小组服务数量（小组开设组数、小组活动节数、小组服务人次）、社区活动开展数量（活动次数、服务人次）、捐赠量（捐赠数量、金额）、志愿者服务量（服务时数和次数、受益人数）等

（三）服务成效方面。服务成效主要指围绕服务目标所开展服务的实质效果，包括服务对象的受益情况，服务工作的社会效益，相关部门、服务对象及社会公众社工服务开展情况的认可和评价情况。

（四）服务项目和机构管理方面。具体包括以下七项：

1、组织内部的制度建设情况。社工部应当建立健全与服务项目实施相适应的管理服务制度，并及时评价及修订上述制度；在制定、评价及修订有关制度的过程中，必须适当收集与采纳服务对象、专业社工及相关科室的意见和建议。

2、计划制定及执行情况。社工服务项目因围绕目标制定总体工作计划、阶段性工作计划，以及具体的实施办法和执行措施。计划应当具有合理性、可行性；实施办法和具体执行措施应当具有操作性、有效性。

3、服务资料的提供情况。应当制作宣传栏、宣传手册、资料单张或有关说明资料，清楚陈述机构服务的宗旨、目标、服务对象和服务提供方式。

4、服务记录情况。社会工作服务应全面、真实地记录其服务运作、服务活动以及投诉处理情况并完整保存；应当按时制作准确的统计报告，向社会工作主管单位及有关部门汇报情况；应当定期进行总结，并对在总结过程中所反映出来的问题，及时采取措施进行整改完善。

5、财务管理情况。应当对服务项目资金进行规范的财务管理，按要求或主动上报及公开符合法定要求的财务报表。

6、人力资源管理能力。保持和促进机构工作人员相对稳定且处于良好的工

作状态。

7、服务创新能力和文化建设情况。注重社工相关理论研究和 Service 创新，同时采取有效措施切实加大机构组织文化建设。

第七条 考核评估包括前期评估、中期评估和末期评估。在服务项目实施前，可以参照本办法进行立项或前期评估。中期评估和期末评估分为服务自查、实地检查、联合验收三个步骤进行。

（一）服务自查。由社工部社会工作专业服务、服务量及服务成果、服务质量、运作管理等情况进行自我评估，并将评估结果报上级部门。

（二）实地检查。评估方到采取审阅档案资料、查阅机构相关记录、现场考察、随机访问和服务对象抽取访问等方式，对社会工作服务进行专业服务标准、服务量标准、服务成效标准、服务项目和机构管理标准等方面进行综合考核评估。

（三）联合验收。在上级主管、督导、第三方评估机构等评估主体评分及意见的基础上提出考核评估结果，社会工作主管部门在核准验收后以适当形式将考核评估结果向社会公布。

第八条 考核评估结果采用百分制，对专业服务标准、服务量标准、服务成效标准、服务项目和机构管理标准进行考核评估的分值比例分别为 20%、20%、30%、30%，可视实际情况进行调整。考核评估结果分 5 个等次，90 分（含 90）以上为优秀、80（含 80）—89 分为良好、70（含 70）—79 分为合格、60（含 60）—69 分为基本合格、60 分以下为不合格。

医院质量与安全管理委员会工作制度与工作职责

一、工作制度

1、在院长的领导下进行工作。

2、根据医疗、护理、后勤、财务等的实际情况及医院的总体要求，结合本院的实际情况，制定质量与安全标准。

3、随时对医院各种质量、安全情况进行分析，及时研究提高质量和保障安全的方法和手段。

4、对各管理委员会的工作情况进行督查、考核，每季度听取各管理委员会

开展工作的情况汇报。

5、医院质量与安全管理委员会每季度召开一次会议，协调各管理委员的工作，研究提高医院质量和安全管理目标及计划。

二、工作职责

1、医院质量与安全管理委员会是医院质量和安全管理的专门机构，负责全院质量和安全管理工作的指导、检查、协调，主任由院长担任，日常工作由质控科负责。

2、医院质量和安全管理委员会统一领导和协调医院各相关委员会的工作，审核各委员会人员调整、新委员会的设立。包括：医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病历质量管理委员会、输血管理委员会、放射诊疗质量管理委员会、护理质量管理委员会。

3、督促各管理委员会，按照医院总体质量和安全管理目标，认真研讨本领域内质量相关问题，提出改进方案，推动相关领域的质量与安全工作。

4、听取各委员会工作报告，及时研究解决医院质量与安全管理存在的问题，推进医院质量与安全管理持续改进。

5、负责审核、确定医院质量与安全的监控指标体系、质量目标、质量标准和实施方案。

6、每月召开工作会议，相关职能科室汇报医疗质量与安全中存在的问题，并提出整改方案，并负责督导整改方案的落实。

7、研究制定有关质量与安全管理的制度和考核办法，并纳入绩效考核体系，组织实施质量与安全定期考核以及年度质量与安全先进单位的评比工作。

第二章 医院安全管理

安全保卫工作制度及综治工作奖惩制度

一、安全保卫工作制度

(一)、安全办工作职责及制度

1、安全办在院党、政直接领导下，根据国家《企事业单位内部保卫条例》和上级有关部门的指示精神严格市民政局党委的要求，做好本单位安全综治、维稳等工作。全力维护我院安全、稳定，确保一方平安。

2、加强院法制宣传教育和普法教育等工作，从思想上不断提高全院干部职工的法制观念和安全意识。

3、制定全院全年综治、安全、维稳等工作计划和突发事件应急处置预案，抓好安全综治、维稳等工作的督促检查、排查，发现问题，及时整改。

4、加强“三管要害”部位，重点防火部位的安全防范，发挥综合治理委员会的作用，搞好治安联防，维护单位周围的治安秩序。

5、做好本单位维护稳定工作，发挥各部门负责人的作用，管好本单位全体人员，不参与非法游行、集体上访和邪教、法轮功组织等违法活动。

6、建立情报信息网络，对重大事件、重要日期和关系到群众切身利益的问题，注意排查、摸底，发现问题安全办提前介入，掌握情况抓住重点，及时向院领导汇报和向上级汇报。

7、组织夜间巡逻值班工作，加强对看门守栋人员的管理和教育，督促检查尽量减少和杜绝治安事故及刑事案件的发生。

(二)、各部门综治、安全、维稳工作制度

1、各部门认真组织本部门工作积极参加法制学习和普法教育，凡是院里组织集体学习时，按要求组织人员按时参加学习，否则列入季度和年度考核进行奖惩。

2、后勤部门要求严格操作规程确保安全生产和做好一切安全防范工作，杜绝一切责任发生。

3、医疗护理部门，严格医疗操作规程，严防一切医疗事故发生。特别做好防止病人逃跑、自伤、自残和自杀等事故发生。

5、各科室部门、岗位、要认真做安全检查工作，发现问题和安全隐患要及时整改和报告。

6、各科室、部门、岗位要认真管理好本科室、部门的工作人员，认真做好思想教育工

作，确保本科室、部门人员不集体上访和聚众闹事，确保本科室、部门无黄、赌、毒和违法犯罪人员。

二、本院三管要害，重点防范部位的安全制度

1、后勤部门加强对配电房的管理和安全防范工作，严禁存放易燃易爆物品，严禁用汽油、煤油擦洗配电设备，防止事故发生。

2、仓库内应有明显的“严禁烟火”标志牌，重要物资仓库周围不允许堆放木材和其他易燃易爆物品，库房的通道及出口不准堵塞，保持畅通。

3、仓库不准存放易燃、易爆化学物品，贵重物品要与一般物品分开存放。

4、检验科、药剂科所用的化学物质、药房、药库、毒、麻药必须专人、专柜管理，发放使用时要严格遵守管理规定，必须做好登记签名制度。

三、本院暂住人员管理制度

1、各科室、各部门使用外来人员及外来施工人员，均应在上岗前将所用人员的姓名、年龄、住址、身份证号码等详细情况报安全办登记造册。

2、各用人科室，对临时人员要进行有关法制和医院规章制度的宣传教育，提高他们遵纪守法的自觉性。

3、各用人科室、各部门对聘用人员要及时掌握思想动态及基本情况，对有违反医院规定和违法行为要及时报告和及时采取措施制止，对有赌博、嫖宿、偷窃行为的，要积极配合保卫部门严肃查处。

4、凡是本院内宿舍区职工个人房屋出租一定要向院领导报告和安全办备案，否则，按照本制度相关条款给予经济处罚。

四、综合治理维稳工作奖惩办法:

(一)、奖励: 200—1000 元

1、能积极参加紧急事故处理和及时制止事故发生的。

2、积极检举揭发各类违法犯罪行为或提供重要线索的。

3、积极参与抢救险情，为保护国家和本单位财产做出贡献或采取了紧急措施，杜绝事故发生，避免造成重大经济损失的。

4、本院综治工作方面有其他立功表现的。

5、特殊重大贡献酌情考虑增加奖励。

(二)、处罚:

1、有下列情形之一的，处罚 200-500 元

- (1) 扰乱医院党政机关及科室正常办公秩序，不听劝阻的。
- (2) 造谣惑众，煽动闹事，搬弄是非，挑起纠纷的。
- (3) 谩骂侮辱他人，结伴斗殴未造成严重后果的。
- (4) 拒绝、阻碍保卫人员及单位治安人员、门卫正常执行任务，不听劝阻和不服从管理；拒不执行保卫工作安排任务的。
- (5) 丧失立场，有意对抗领导，包庇坏人，为违法人员提供住宿，知情不报、纵容家属、小孩闹事的。
- (6) 违反消防管理规定，对提出整改措施拒不执行以及重点防火部位吸烟，不听劝阻的。发生火灾造成后果的参照《重大问题责任追究制实施方案》执行。
- (7) 乱倒乱放易燃易爆危险化学物品、乱拉电源线路及使用电炉取暖做饭的。

2、有下列情形之一的，处罚 500-1000 元

- (1) 殴打他人或相互斗殴造成轻伤，对检举人员和执行公务人员打击报复的。
- (2) 故意破坏或偷窃公私财物的。
- (3) 参与非法集会游行示威或其它违法犯罪活动，但不够刑事处罚的。
- (4) 破坏他人家庭幸福引起纠纷及其它后果的。
- (5) 因婚恋恋爱问题引起纠纷，影响工作，给单位声誉造成很大影响的。

3、处罚制度执行办法:

- (1) 凡违反本规定受处罚的，应即时将罚款交安全办统一上缴医院财务科，在处罚通知下达之日后不交的，每日递增 10 元计收，拒交罚款的可由财务科根据处罚通知直接从当事人工资或奖金中扣除。
- (2) 本院家属违反本规定不主动上缴罚款的可从职工的工资或奖金中扣除。
- (3) 对医院的处罚不服从和对经办人员打击报复情节严重的交公安部门处理。
- (4) 涉及国家法律、法规由司法机关追究其刑事责任。

安全生产管理制度

为贯彻落实《中华人民共和国安全生产法》、《湖南省安全生产条例》、《国务院关于进一步加强企业安全生产工作的通知》以及省委、省政府关于进一步加

强安全生产工作的三个重要文件规定的各项职责，特定本院安全生产管理制度。

一、成立医院安全生产领导小组，由行政一把手担任组长，其他业务分管院长担任副组长，由各行政职能部门负责人担任组员，主持开展安全生产管理工作。

二、领导小组必须每季度召开安全生产工作例会一次以上，每年召开安全生产专题会议两次以上。

三、层层签订安全生产责任状，分解落实事故控制指标。

四、开展隐患排查治理专项行动每年不少于四次，建立重大危险源管理相关制度和台账。

五、建立安全生产精细化监管制度，汛期、黄金周、“两节，两会”、重大活动等安全生产特护期开展安全生产检查。

六、按规定对建设项目安全设施“三同时”审查和办理行政许可手续。

七、重视安全生产宣传教育，广泛普及安全生产知识。

八、建立健全安全生产制度，建立完善处置安全生产事故应急预案。

九、对发生安全生产事故并造成影响和损失的，实行一票否决并追究相关责任人的责任。

投诉接待处理制度

为切实做好医院投诉受理工作，充分发挥其密切联系群众，正确传递信息，及时为病人、员工及家属排忧解难，有效促进医院工作作风转变，提高工作效率，构建和皆的医患关系，促进医院满意度的提高和服务功能的发展。特设立涉医投诉中心并制订本工作制度。

一、指导思想

以党的路线、方针、政策和“三个代表”的重要思想为指导思想，充分发扬我们党密切联系群众的优良传统和实事求是的工作作风，紧紧围绕医院的中心工作，坚持想病人所想、急病人所急、解病人之难，办员工所需，全心全意为人民服务。

二、受理范围

对本医院医疗、护理、服务、行风、环境、物价等各项工作的批评、意见、建议及好人好事的表扬。

三、工作职责

1、努力学习法律、法规和各项规章制度，熟悉医院工作流程，不断提高自身的政策水平和处理问题的能力。

2、坚守工作岗位，要求认真受理和处理群众来电、来信、来访，做到交办及时无误；及时催办、督办答复内容，认真审核反馈事件，并督促检查整改的措施和效果。

3、负责对每日投诉接待处理情况的整理。做好受（办）理情况登记、统计工作，提供有价值的信息。

4、疑难问题及时向中心负责人汇报，必要时会同有关人员进行现场协调和督促改正。起草调查报告。

5、受理来电、来信、来访，做到 100%有记录，100%有回音，100%有处理，100%有反馈。

6、妥善保管各种文书、资料，做好保密工作。

四、工作原则

1、服务第一。把全心全意为病人、员工、家属服务的宗旨放在第一位。

2、实事求是。一切从实际出发，满足投诉人的正当合理要求。处理问题严肃认真、客观公正、实事求是，讲求实效。

3、分级负责，归口办理。实行谁受理，谁负责，凡属本部门职责范围内和上级交办的事项应切实履行自己的职能，不推诿、扯皮或将矛盾上交，主动督促有关科室按时上报办理结果。

4、高效务实，快办、办好。对投诉人反映的问题，力求用最短的时间（7个工作日内），最快的速度作出处理，并将处理结果答复投诉人。对突发性事件应依据急事急办、特事特办、难事尽力办的要求，采取应急措施，迅速加以解决。

5、依据政策处理问题。对投诉人反映的符合政策规定的问题，应及时处理，尽快解决。一时解决有困难的及时向领导报告的同时向投诉人讲明情况。要说服疏导，讲明道理，以求得投诉人的理解。

6、保密。在答复处理投诉人反映问题的过程中，做好资料保密工作。来电或来反映的人不愿公开工作单位和姓名的，要尊重来投诉人的意愿，要为投诉人保密。

五、工作程序（日常工作程序）

1、投诉受理要求：

要做到：语言文明，态度热情，受话耐心，记录详细，字迹清楚，解答恰当。凡当场答复处理的，要在记录上写明答复处理情况备案。

2、投诉办理事项：

1) 当即答复。反映的问题，如情况清楚、政策规章制度明确规定的，应当即答复来电或来投诉人。

2) 电话引导。来电反映的问题，如明确属于有关职能部门职责范围的，也可请来电人直接向有关部门反映，同时告知联系电话。

3) 电话交办。反映的问题，需要有关职能部门处理的，本中心接电话后应立即告知有关职能部门，并要求立即或限期（7 个工作日）告知来电人（投诉人）和投诉接待中心。

4) 书面交办。来交办的问题，如情况比较复杂。应以书面形式交职能部门或科室处理，并要求在 7 个工作日内反馈处理结果。

3、反馈

凡受理的事项，一般均当天内办毕或直接答复来电人，做到即刻反馈。需科室或职能部门协助解决的问题，承办科室应在 7 个工作日内办结。特殊情况，应说明情况及原因。每月底进行汇报统计处理结果。

4、催办

经办人传交科室答复和处理的事件，要及时催办，对超出办理期限的，每次催办均应记录，作为相关科室今后考核评比依据。

5、综合归档

1) 定期对来电反映、投诉内容、件数、每日记录进行整理统计，并输入电脑保存。每周统计一次。每月汇总一次。

2) 有价值的来电、来信、来访的投诉内容，及时向领导汇报。

3) 所有的受理内容记录及时，并整理归档，妥善安置保管。

6、信息保密

投诉记录中涉及投诉人姓名可能引起矛盾或其它问题的，不能直接对外发布。确有需要，须经投诉主管上级批准，并作处理（取消名字）。对原始记录的调用，须经分管院长批准同意。

投诉中心工作制度

- 一、投诉的接待部门为涉医投诉中心，投诉接待时间为正常工作时间。
- 二、投诉中心接待病人、员工或家属投诉时，应做到热情接待、耐心解答，尽力缓解投诉人的不满情绪，并做好登记工作。
- 三、病人在办理入院手续时，在《病人入院须知》中注明投诉部门，各科室在接诊病人时还应向病人说明如果对医疗工作不满可向投诉接待中心投诉。
- 四、接待投诉时，应向被投诉科室或个人了解情况或核实投诉内容。
- 五、对于因国家政策或医院管理造成的投诉人不满，接待人应尽力解答，如对政策了解不明确，应先咨询有关部门再向投诉人解答，不得推诿。
- 六、对于沟通不到位造成误解的，接待人除耐心解答外，还应及时将情况反馈到相关科室，要求科室负责人及相关人员主动关心投诉人情况，并做好解释工作。
- 七、对于因医院服务不到位或过失造成的投诉人不满，接待人应代表医院向投诉人道歉，必要时请相关科室负责人参与处理。处理后要求相关科室进行整改。
- 八、如对投诉不能立即给予解答的，可以请投诉人留下联系方式，待详细了解情况后，尽快主动与投诉人联系解答，必要时给予书面答复。
- 九、接待重大过失投诉报告时，应立即向主管院长汇报，必要时向上级主管部门报告。
- 十、节假日及夜间的投诉由医院总值班负责接待与处理，并及时通知投诉中心。

门诊安全管理制度

- 一、门诊安全工作本着“谁主管，谁负责”的原则。门诊部主任为第一责任人，负责门诊的全部安全工作。
- 二、各诊室下班前要检查水、电、门、窗。
- 三、诊室办公室内不要存放现金和贵重物品。
- 四、禁止在公共场所、楼梯、走廊及消防通道堆放杂物。
- 五、禁止使用电炉、电加热器、热得快等大功率电器。
- 六、消防器械和设施定期检查，发现问题及时上报安全办。

七、医护员工应加强消防知识的学习，掌握常备消防器材的使用。

八、门诊值班人员遇到可疑人员要主动盘查，必要时报安全办。

九、每月进行一次门诊安全的全面自查，将检查结果及存在的问题反馈给各诊室并上报安全办。

要害部位管理制度

一、我院确定为要害的部位是配电间、氧气站、药品仓库、档案室、财务室、计算机房、食堂等地，是安全管理责任人的重点保卫部位。

二、要害部位的人员调入、配备，由人事科和安全办从严政审，报院领导批准，对不适宜在要害部位的人员应予调离。要害部位的人员必须明确各自的岗位职责，忠于职守。不准擅自离岗。

三、要害部位由专人管理，非本部门人员未经许可不得入内。如因工作需要，经本部门工作人员同意方可入内。

四、严格使用手续，凡易燃易爆和化学制品及管制药品、机密文件、技术资料及档案的借阅和贵重物品外借等要严格审批手续；未经许可不得私自外借。

五、严守机密，确保安全。要害部位的所有财产均应建立登记卡片、存档和完整的相关手续。

六、加强火源、电源的安全使用和管理，严禁各种违规操作行为。

七、要害部位须严密各项安全防范措施，门、窗、锁必须牢固。严格防火措施。部位内和周围附近严禁烟火，配备相应种类、数量的消防器材和设施，由专人负责管理，确保消防器材和设施完好，并掌握所配消防器材的性能和使用方法。

八、发现失窃、损坏、泄密和其他可疑痕迹，应立即向安全办报告，及时追查，如发生火警要及时奋力扑救和报告。

重大责任事故追究制实施方案

为了做好我院综治安全、维稳、信访和“平安创建”等工作。我院综治安全、维稳、信访等工作实行“一岗双责”制，重大问题报告制和领导包案制、责任追

究制的办法。同时按谁主管，谁负责的原则，实行责任追究和建立奖励机制。对综治安全、维稳、信访等工作，成绩突出的全年未出任何安全责任事故的，给予表彰和奖励。对综治安全、维稳、信访等工作，措施不力、管理不到位，发生了重大责任的实行“一票否决”和并给予经济处罚。对触犯法律的由司法机关处罚。

一、综治安全、维稳、信访等工作责任划分

1、严格按照上级有关部门要求，根据市民政局党委指示精神。党政一把手对分管工作负总责，其他领导对分管工作负领导责任，各职能科室按层次负责。部门主任和主要负责人为第一责任人。

2、重大问题报告制和领导包案制，一是无论发生任何重大责任事故，第一时间要报告主管领导，不允许漏报和瞒报等现象。二是领导包案制，实行谁主管谁负责和一岗双责的原则，发生重大责任事故时分管领导要实行包案制，直至问题彻底妥善处理为止。

二、奖惩措施

（一）奖励办法

各部门严格按照本院目标管理责任书落实到位，全年积极参加各项安全学习，没有发生医疗差错事故和医疗纠纷，没有其他重大安全责任事故发生；无人参与群体性上访和邪教组织；没有发生违法行为和职务犯罪现象的，能按时完成各项安全工作任务，切实把维护稳定、安全生产、“平安创建”等工作落实到位的；积极配合检查，发现问题及时汇报和整改不留隐患的，为抢救公私财物不顾个人安危的；发现重要可疑人员和重要性情报及时报告的有功人员奖励 200-1000 元，结合全院季度和年度考核给予评优、评先、立功奖励。

（二）处罚措施

各部门未按照本院综治安全、维稳、信访等工作目标管理责任书执行，各项安全防范工作不到位、措施不利，发现安全隐患，不及时整改和报告，根据事故大小和造成的后果划分，分别给予处罚。

1、火灾责任事故和其他人员责任事故，部门负责人负有领导责任，给予经济处罚 1500—3000 元。有经济指标的部门承担经济损失总额的 30%，无经济指标的部门承担经济损失总额的 15%，并实行“一票否决”。直接责任人给予 500-2000 元经济处罚。

2、其他责任事故引发的纠纷，给本院和他人造成了严重的后果和极坏影响的给予经济处罚 1000—2500 元，并实行“一票否决”。

3、参与群体性事件或集体上访、非法游行和邪教组织的，给予经济处罚 1000—1500 元。并实行“一票否决”。

4、有违法行为和职务犯罪的除有关司法机关追求刑事责任外，本院给予“一票否决”。

5、有下列情形之一的给予经济处罚 500 元

(1)、扰乱医院党政机关及科室正常办公秩序，不听劝阻的。

(2)、造谣惑众，煽动闹事，搬弄是非，挑起纠纷的。

(3)、谩骂侮辱他人，结伴斗殴未造成严重后果的。

(4)、拒绝、阻碍保卫人员及单位治安人员、门卫正常执行任务，不听劝阻和不服从管理；拒不执行保卫工作安排任务的。

(5)、丧失立场，有意对抗领导，包庇坏人，为违法人员提供住宿，知情不报、纵容家属、小孩闹事的。

(6)、婚恋恋爱问题引起纠纷影响工作，给单位声誉造成很大影响的。

6、违反消防管理规定，对提出整改措施拒不执行以及在重点防火部位吸烟，不听劝阻的。给予经济处罚 400 元。

7、乱倒乱放易燃易爆危险化学物品、在集体宿舍乱拉电源线路及使用电炉取暖、做饭的。给予经济处罚 200 元。

8、殴打他人或相互斗殴造成轻伤，对检举揭发人员和执行公务人员打击报复的。给予最低经济处罚 1000 元或按有关法律处罚。

9、故意破坏或偷窃公私财物。按实物同等价值赔偿外另与处罚。

为了把我院责任事故追究制落到实处，坚持实行“一岗双责”和领导包案等制度落实，院考核领导小组要坚持原则，必须做到大公无私。要用强硬的手段和措施来维护我院的安全稳定。为我院经济建设和经济发展保驾护航，为全院工作人员安居乐业，创造良好环境。

首问负责制度

一、为了进一步改进工作作风，增加工作透明度，提高办事效率，搞好优质服务，树立医院良好形象，避免矛盾纠纷发生，特制定医院首问负责制度。

二、首问负责制适用于本院全体工作人员。

三、首问负责人是指病人或办事人(以下简称办事人)到医院来看病办事时第一个被询问到的工作人员。

四、首问负责人(以下简称首问人)的主要责任:

1、办事人到医院看病或办事时，首问人要使用文明用语，礼貌待人，热情大方。

2、办事人提出的办理事项属于首问人职责范围内能够解决的，首问人应当及时办理，一次性告知有关事项，耐心、细致、周到地解答有关询问。

3、办事人提出的办理事项不属于首问人职责范围内，但是属于本院职责范围内的，应主动告知有关科室，必要时应为办事人联系有关科室和负责人。如负责人出差，或暂无负责人，或办理事项要求紧急以及责任不明确的事项，首问人应当及时向医院领导或行政值班报告，并要负责给办事人答复。

4、办事人提出的办理事项不属于本院职责范围内的，首问人应当耐心解释，并尽自己所知给予指引和帮助。

五、全体工作人员必须熟悉本职岗位工作业务和工作程序，不仅要明确自己的岗位职责，而且要了解有关科室的职能；强化职业道德意识，树立为办事人着想、为办事人服务的思想，不断改善服务质量，提高办事效率。

六、对严格自觉遵守首问责任制度，积极主动帮助办事人解决问题的工作人员，将及时予以表扬或奖励。

七、对违反首问负责制度，并经查实具有下列情节者，给予教育、通报批评、向办事人赔礼道歉等处理。造成严重后果者，视程度给予行政处分或经济处罚直至解除劳动合同。

1、首问人由于主观原因没有及时或没有在限期内将办事人拟办的事项办理完结的；

2、首问人没有及时将办事人拟办的事项移交给有关负责人的；

3、冷漠对待办事人，故意刁难办事人的、使用不文明语言的；

- 4、对办事人提出的办理事项推诿扯皮，不负责任的；
 - 5、对自己所承担的职责不清楚、办事程序不熟悉、办事过程中出现明显差错的；
 - 6、借办事之机索、拿、卡、要或变相索、拿、卡、要，不给好处不办事的。
- 八、本院设立违反首问负责制度投诉电话：85585069。

消防安全管理制度

一、各部门主要负责人为消防安全工作第一责任人，负责本部门消防安全管理和防范工作。

二、各部门、各岗位和本院内住户要严格遵守消防法律、法规和本院消防安全制度，依法履行消防安全职责。

三、各部门、各岗位必须坚持每日一检查，每日一登记，发现消防安全隐患及时报告和整改，不留隐患。

四、集体宿舍内严禁乱扔烟头，不得私接电源线路，严禁使用电炉、电取暖器、热得快、电炒锅、电磁炉和液化气等做饭、取暖。

五、全院所有的消防通道、楼梯间严禁停放车辆、堆放杂物。进入院区的车辆必须按指定位置停放，所有人员必须遵守上述规定，以确保消防安全通道的畅通。

六、爱护消防设施，任何人非灭火时不得动用消防设施和器材。

七、本院住户必须做好家庭消防安全防范工作，严格操作规程，正确使用各类电器、液化气和煤气用具。宿舍区包括杂物间，不得存放易爆、易爆和危险化学品物品，防止一切火灾事故发生。

八、全院工作人员和住户，要积极参加本院组织的消防学习和消防演练。接受消防安全检查，服从管理，自觉履行消防安全职责和义务。

九、凡违反消防法等法律法规和以上规定者，本院将视情节轻重给予其经济、行政处罚和移交司法机关处理。

消防安全工作奖惩制度

一、认真贯彻执行《国家消防法》和其它有关消防规定。切实贯彻“预防为主

主、防消结合”的方针。

二、部门负责人应从思想上提高消防安全意识，积极组织本部门人员，参加消防知识培训教育和相关活动，确保消防知识普及到人。

三、每日进行防火安全检查和登记，及时消除火灾隐患，不断改善消防安全条件和完善管理措施，严格执行本院消防安全管理制度，确保消防器材正常使用，重点部位有专人负责。

四、消防工作中做出显著成绩的部门、个人，按本制度给予奖励 200 至 1000 元。

(1) 实现本部门目标管理，并在防火安全工作中取得优异成绩的。

(2) 模范遵守消防法规及各项安全制度，敢于制止违反消防安全管理制度的行为的。

(3) 对消防安全重大隐患，提出管理措施，避免重大火灾有贡献。

五、凡违反安全制度轻微的，给予批评教育。违反安全制度造成较重后果的，给予经济处罚。有下列行为者，处以 200 元罚款。

(1) 在禁止吸烟、用火的区域内吸烟、用火的。

(2) 仓库堆放易燃物，危险场所点火燃放爆竹或堵塞消防通道的。

(3) 擅自将消防设备、器材挪作他用或故意损坏的。

(4) 造成火灾隐患者和发现火灾隐患不整改的。

六、私自使用电炉、电热器、乱拉电线、用火不当、乱扔烟头以及违反操作规程等过失，引发火情的，除按规定对被损坏的公物进行赔偿外，并对过失者给予经济处罚 400 元。

七、违反消防法律法规规定造成火灾的，责任单位处火灾损失额 30% 的罚款，并对其直接负责的主管人员和直接责任人员处 500 元以上 5000 元以下罚款。

八、有下列情形之一的有关人员，给予经济处罚，同时通报批评。

(1) 收到安全隐患整改通知书限期整改，逾期不整改者。

(2) 发生火灾后隐瞒不报者。

(3) 发现火灾隐患，未及时通知有关部门采取措施的。

(4) 因负责人不履行职责，值班人员擅离职守或失职造成火灾事故的，对责任者给予纪律处分直至追究刑事责任。

九、由于不可抗拒和不可预见的原因引起火灾，不追究个人责任。

消防安全教育培训制度

一、安全办负责对员工的消防安全培训，至少每半年进行一次。新上岗和进入新岗位的职工未经消防安全培训不得上岗。

二、安全办负责拟定本单位教育培训计划，分期、分批对单位员工进行消防复训。培训以结合其日常岗位特点提高员工“会报警、会疏散自救、会扑救初期火灾”的“三会”能力及本单位相关消防安全管理制度为主要内容。

三、单位应建立消防安全教育、培训档案，记录培训、授课、考试等情况。

四、本单位的下列人员应当接受社会消防安全培训：

- 1、消防安全责任人、消防安全管理人。
- 2、消防控制室值班、操作人员。
- 3、其他依照规定应当接受消防安全专门培训的人员。

五、消防安全教育培训的考勤情况及考试、抽查成绩结果与单位消防安全工作考评和奖惩制度挂钩，并实施奖惩。

安全疏散设施管理制度

一、严禁占用疏散通道。疏散通道上严禁摆放物品。

二、严禁在安全出口或疏散通道上，安装和摆放影响疏散的障碍物。

三、严禁在工作期间将安全出口上锁或遮挡。或者将消防安全疏散指示标志遮拦、覆盖。

四、对应急照明灯具、疏散指示标志要求定期进行测试检查，并认真填写检查记录。

五、对发现的问题要进行当场整改，整改确有困难的，下达限期改正通知书。限期改正，确保安全疏散设施处于良好的工作状态。

防火巡查、检查制度

一、单位实行定期防火检查制度，每月的最后一个周进行防火检查，防火检

查由消防安全管理人组织，各部门负责人参加，安全办负责通知，并做好防火检查记录。重要节假日的防火检查由消防安全责任人负责组织。

二、防火检查的内容包括：火灾隐患的整改情况以及防范措施的落实情况；安全疏散通道、疏散指示标志、应急照明和安全出口情况；消防车通道、消防水源情况；灭火器材配置及有效情况；用火、用电有无违章情况；重点工种人员以及其他员工消防知识的掌握情况；消防安全重点部位的管理情况；易燃易爆危险物品和场所防火防爆措施的落实情况以及其他重要物资的防火安全情况；消防（控制室）值班情况和设施运行、记录情况；防火巡查情况；消防安全标志的设置情况和完好、有效情况；其他需要检查的内容。

三、防火检查应当填写检查记录。检查人员和被检查部门负责人应当在检查记录上签名。

四、对下列违反消防安全规定的行为，应当责成当场改正并督促落实：违章进入储存易燃易爆危险物品场所的；违章使用明火作业、在禁止区吸烟等行为的；将安全出口上锁、遮挡，或者占用、堆放物品影响疏散通道畅通的；消火栓、灭火器材被遮挡影响使用或者被挪作他用的；常闭式防火门处于开启状态，防火卷帘下堆放物品影响使用的；消防设施管理、值班人员和防火巡查人员脱岗的；违章关闭消防设施、切断消防电源的；其他可以当场改正的行为。

五、各部门存在火灾隐患要在规定的期限内整改，整改完毕后在检查记录上填写整改情况，由部门负责人签字后报保卫部门，由安全办安排人员进行复查。

六、单位每月召开会议研究通报防火检查情况。

每日防火巡查制度

一、每日防火巡查由安全办统一组织实施，每日由专门人员进行巡查，各消防安全重点部位每日至少巡查一遍。

二、正常工作期间的防火巡查每二小时进行一次，正常工作结束时对工作现场全面进行清查，消除遗留火种，并加强夜间防火巡查。

三、巡查的内容包括：用火、用电有无违章情况；安全出口、疏散通道是否畅通，安全疏散指示标志、应急照明是否完好；室外消火栓、水泵接合器完好情况；室内消火栓、水带、水枪完好在位情况；消火栓、喷淋管道阀门开启情况；

消防水池、高位水箱水位情况；消防水泵等供水设备完好情况；湿式报警阀、末端试水装置完好、压力指示情况；火灾探测器、手动报警按钮、电话插孔、喷头在位、是否被遮挡情况；灭火器在位、完好情况；应急广播系统扬声器完好在位情况；防排烟风口完好情况；常闭式防火门是否处于关闭状态，防火卷帘下是否堆放物品影响使用；消防安全重点部位的人员在岗情况；其他消防安全情况。

四、防火巡查应当填写巡查记录，巡查人员应当在巡查记录上签名。防火巡查人员应当及时纠正违章行为，妥善处置火灾危险，无法当场处置的，应当立即报告。发现初起火灾应当立即报警并及时扑救。

五、防火巡查在巡查时应佩戴统一制作的上岗证。

六、每日正常工作结束，各区域人员负责打扫卫生，清除可能遗留的火种。

七、正常工作结束后，对无人工作区域继续进行两次防火巡查。

八、主管人员应当每日在防火巡查记录上签字确认，消防安全管理人应当每周定期抽查、核查防火巡查记录的情况。

火灾隐患整改制度

根据《消防法》和我院工作实际特制定本制度：

1、对在消防安全检查中发现的火灾隐患，由院安全办负责立案，并下发火灾隐患整改通知书，责成被查部门限期整改，由院安全办进行检查验收后销案。

2、各部门自查出的火灾隐患，由本部门负责立案，及时进行整改后，通知院安全办验收销案。

3、各部门对查出的火灾隐患应积极组织整改，若因火灾隐患未能及时整改而造成火灾事故，将按消防法律法规和医院相关规定追究其责任。

4、存在火灾隐患而无力自行整改的科室部门，应将整改方案和所需整改经费等及时报送院安全办，由院消防安全责任人或消防安全管理人协调决定。在未完成火灾隐患整改前，所在科室部门应采取有效措施，防止火灾事故发生。对存在火灾隐患、违反消防安全管理规定的行为，应责成有关人员当场改正，并督促、落实整改。

5、对不能当场整改的重大火灾隐患，所属科室部门安全管理人要及时向消防安全责任人和安全办报告，提出整改方案。医院消防安全管理人和安全办应当

及时确定整改措施，限期整改。要派专人督促检查，追踪落实整改。在火灾隐患消除之前，要落实临时防火措施，保障消防安全。

6、对公安消防安全部门责令限期整改的火灾隐患，安全办要督促责任科室，在规定的期限内，及时完成整改。并写出火灾隐患整改复函，及时报送公安消防部门检查验收。

7、火灾隐患整改完毕后，负责整改的科室部门消防管理人应将整改的情况记录报送消防安全责任人和安全办签字确认，存档备查。

灭火和应急疏散预案演练制度

一、消防安全领导小组应负责研究制定切实可行的灭火和应急疏散预案。

二、灭火和应急疏散预案组织机构包括：灭火行动组、通讯联络组、疏散引导组、防护救护组，应当分工明确、各司其职。各组职责如下；

1、防火检查组负责本院的消防宣传和消防知识普及工作，定期进行防火检查，发现和消除火灾隐患；

2、灭火行动组负责扑救火灾，平时要熟悉本院的消防设施和水源情况；

3、通讯联络组负责火灾报警、火场联络、接应消防车等任务；

4、疏散引导组负责引导火场内人员的安全疏散，并负责抢救被困人员和重要物资；

5、防护救护组负责火场安全警卫工作，维持火场秩序，保护火灾现场，防止物资丢失，并负责受伤人员的救护工作。

三、至少每年进行一次演练，并结合实际不断完善预案。演练后应填写记录。

四、消防演练时应当设置明显标识并事先告知演练范围内的人员。

消防设施设备维修保养管理制度

一、各部门严格按照消防安全管理制度的要求，认真进行对本部门的消防设施设备检查，发现问题及时向安全办及相关部门报告，做到及时修复。

二、安全办每月对消防水阀水带进行维护检查一次，确保消防设施设备正常

使用。

三、对手动报警器、安全指示牌和消防显示器每月维护保养一次。

四、安全办每季度对消防自动设备进行全面检查一次，发现问题及时修复，消防报警联动控制设备每年必须维护保养一次。

五、安全办对全院的干粉灭火器，每年维护换药一次，半年检查一次，确保干粉灭火器的有效使用。

六、消防应急灯和防火门，每季进行维修保养一次。

七、平时本院内的消防设施出现问题及时进行修复，确保所有设施设备正常使用。

义务（志愿）消防员管理制度

一、单位建立由员工组成的义务（志愿）消防队，接受公安机关消防部门的业务指导，义务（志愿）消防队由消防安全管理人负责管理。

二、义务（志愿）消防队由各部门、班组的负责人和年龄 18 周岁以上 45 周岁以下的员工组成。

三、安全办对义务（志愿）消防队员每半年进行一次消防培训和灭火疏散演练。义务（志愿）消防队员要服从安全办的统一调度、指挥，根据分工各司其职、各负其责。

四、根据人员的变化情况每半年对义务（志愿）消防队员进行调整、补充。

五、义务（志愿）消防队员要熟悉防火、灭火知识、消防器材的性能及适用的范围，消防设施、器材的操作及使用方法，火灾扑救、组织人员疏散及逃生方法，火灾现场的保护等。

六、认真贯彻执行本单位的消防安全管理制度，制止和劝阻违反消防法规和制度的行为。开展防火宣传教育，进行防火安全检查和整改火灾隐患。

七、发现初起火灾时，及时报警、利用灭火器材扑救初起火灾、抢救生命、疏散物资、维护秩序、保护火灾现场。当公安消防队到达现场时，要迅速准确地提供情况，在火场总指挥的指挥下，紧密配合公安消防队，协同作战。

消防设施、器材维护管理制度

一、消防设施器材维护实行定期维护保养制度，具体由安全办组织实施，各

部门发现消防设施器材出现的问题要及时向安全办报告，维修不及时或管理不当将追究相关负责人的责任。

二、消防设施器材日常管理实行部门归口管理，各部门对本责任区内的消防设施器材的完好有效情况负责，并确定专人具体负责。

三、与具有建筑消防设施维护保养能力的单位签订维护保养合同，每月进行一次维护保养，出具维护保养报告书，每年至少进行一次功能检测，确保其正常使用。

四、火灾自动报警系统探测器投入使用 2 年后进行清洗，以后每 3 年清洗一次。

五、灭火器至少每年委托维保单位对所有灭火器进行一次检查。凡使用过期和失效不能使用的灭火器，必须委托维保单位进行检查，更换已损件和重新充装灭火剂和驱动气体。必须落实灭火器报废制度，超过使用期限的灭火器予以强制报废，重新选配新灭火器。建立灭火器档案资料，记明配置类型、数量、设置位置、检查维修单位（人员）、更换药剂的时间等有关情况。

六、每两年对消防水池、消防水箱全面进行检查，修补缺损和防腐处理；每年对水源的供水能力进行一次测定；每季度对报警阀进行一次放水试验，对管道控制阀进行一次检修；每两个月利用末端试水装置对水流指示器进行试验；每月对消防水池、消防水箱及消防气压给水设备的水位和压力进行一次全面检查；消防水泵每月启动运转一次并模拟自动控制启动运转一次；内燃机驱动消防水泵每周运转一次；电磁阀每月检查一次并作启动实验；每月对全部喷头进行一次外观检查；室外消火栓、室内消火栓、水泵接合器每月进行一次检查。以上检查要记入消防控制室值班记录。

七、不准随便动用火灾区域报警器、手动报警按钮、消防插孔电话、自动喷水灭火报警阀、防火卷帘手动开关等，发现损坏要及时报告。

八、平时本院内的消防设施出现问题及时进行修复，确保所有设施设备正常使用。

用火、用电安全管理制度

一、单位对用火、用电实行严格的消防安全管理，营业期间禁止动火施工。

二、公共区域内因特殊情况需要进行电、气焊等明火作业的，动火部门和人员应当办理审批手续，安排在非正常工作期间进行动火作业。

三、动火作业必须落实现场监护人、监护器材，清除动火周围和下面的可燃物，无法清除要使用铁板、石棉被等不燃材料进行分隔，确认无火灾、爆炸危险后方可动火施工。动火施工人员应当遵守消防安全规定，并落实相应的消防安全措施。

四、动火作业后，动火人员和监护人员必须及时清除可能遗留的火种，分别于动火作业结束后 0.5 小时、1 小时、3 小时内安排专人进行检查，确认无危险后方可进入正常值班。

五、安装和维修电气设备线路，必须由电工按规范施工，接电时要向用电管理部门申请，并报经保卫部门同意，经审核批准后由电工负责施工。

六、所有电器设备的选型和安装，线路的敷设和改造以及材料的选用必须由总务科和安全办检查核准，由专门电工安装，严禁乱拉乱扯电气线路，严禁私自使用电器设备如电炉子、电熨斗、电烙铁、大功率灯具等。

七、用电设备的操作人员，必须严格遵守安全操作规程，工作时不准擅离岗位，并对设备定期检查，发现问题，及时报告电工修理，工作结束后必须切断电源，作到人走电断。

八、电工对本单位的电气设备和线路应经常检查维修，同时每年至少进行两次绝缘遥测，发现短路和绝缘不良，应及时进行维修。

九、严禁在用电设备附近堆放易燃可燃物品。

十、电气设备发生火灾时要首先应切断电源，然后组织扑救。

厨房工作人员消防职责和消防安全管理制度

一、食堂是动用明火量大，人员较多的地方，全体工作人员要认真学习 and 执行消防条例和防火有关规章制度。

二、不准在厨房和食堂内私拉乱接电源，煤气电气设备的安装及线路应符合规定，新增添煤气电气设备及线路，必须经过有关供电、消防部门审核同意方可施工安装。

三、建筑内不允许采用铝芯导线，应采用铜芯导线，敷设线路进入夹层时，应穿管敷设。

四、照明灯具不得靠近可燃物，厨房等潮湿地方应采用防潮灯具，其线路应是防火线路。

五、厨房一切电器设备，其线路必须正规安装，不准增加容量，不准超负荷或过载运行。

六、油炸食品时，锅内食油不得太满，以防溢出与明火燃烧，其工作人员不准离开，严格掌握油的温度，厨房内必须设排烟、通风设备，锅灶和炉门附近不准堆放可燃物质。

七、厨房内不准存放煤气罐，不准火炉和液化气混用，经常进行安全防火检查，发现隐患及时处理。

八、工作结束后，工作人员要关闭厨房、餐厅所有电闸，切断气源、火源和电源后方可离开。

库房消防安全管理制度

一、非本库房工作人员严禁入内，因工作需要者经主管人员许可在工作人员陪同下方可入内。

二、进入库房人员严禁烟火，严禁携带任何火种和易燃易爆物品进入，严禁使用各种生活电器。

三、库房应按防火规定存放物品，要做到整齐，卫生，利于消防，不得占用消防通道。

四、库房工作人员按规定对库房经常检查，发现问题及时上报主管领导和有关部门给予解决。

五、库房内一切消防设施，工作人员要定期检查，库房专用消防器材要做到专配专用，严禁乱用，坚持日查，保持齐全完好。

六、认真做好库房的防火、防盗、防潮、防破坏工作，发现隐患及时排除，并报告安全办。

七、下班前，要认真检查本库房的安全情况（关闭电源、锁闭门窗、检查消防器材），确无问题后方可离开。

燃气和电气设备的检查和管理制度

一、应按规定正确安装、使用电器设备，相关人员必须经必要的培训，获得相关部门核发的有效证书方可操作。各类设备均需具备法律、法规规定的有效合格证明并经相关部门确认后方可投入使用。电气设备应由持证人员定期进行检查（至少每月一次）。

二、防雷、防静电设施定期检查、检测，每季度至少检查一次、每年至少检测一次并记录。

三、电器设备负荷应严格按照标准执行，接头牢固，绝缘良好，保险装置合格、正常并具备良好的接地，接地电阻应严格按照电气施工要求测试。

四、各类线路均应以套管加以隔绝，特殊情况，亦应使用绝缘良好的铅皮或胶皮电缆线。各类电气设备及线路均应定期检修，随时排除因绝缘损坏可能引起的消防安全隐患。

五、未经批准，严禁擅自加长电线。各部门应积极配合医院各级检查、维修人员检查加长电线是否仅供紧急使用、外壳是否完好、是否有维修人员检测后投入使用。

消防控制室值班制度

一、消防控制室工作人员应认真学习国家消防法规、技术规范和有关消防联动控制及操作等专业知识，应具备专业操作资格，经消防培训中心培训合格持证上岗。

二、消防控制室工作人员应能熟练掌握消防设施设备操作技能和常见故障处理方法，负责 24 小时监视消防主机信号。

三、消防控制室必须实行每日 24 小时专人值班制度，消防控制室值班人员值班期间严禁脱岗，认真填写交接班记录。

四、消防控制室应确保火灾自动报警系统和灭火系统处于正常工作状态。

五、消防控制室应确保高位消防水箱、气压水罐等消防储水设施水量充足；确保消防泵出水管阀门、自动喷水灭火系统管道上的阀门常开；确保消防水泵、防排烟风机、防火卷帘等消防用电设备的配电柜开关处于接通位置。

六、消防控制室值班人员接到火警信号后，必须立即通知楼层工作人员或其他就近工作人员进行确认，并填写《火警报警记录表》，存档备查；

七、火灾确认后，消防控制室必须立即将火灾报警联动控制开关转入自动状态(处于自动状态的除外)，同时拨打“119”火警电话报警。

八、火灾确认后，消防控制室必须立即启动单位内部灭火和应急疏散预案，并应同时报告单位负责人。

氧气站安全防火管理制度

- 一、专人负责管理，严禁火种入内。
- 二、门口设置醒目的“严禁烟火”的警告标志，配足适用的灭火器材。
- 三、禁止沾有油污的手套、衣服等接触氧气瓶。
- 四、房间内严禁存放易燃易爆、油脂等化学性质相抵触的物品。
- 五、室内地坪采用不燃或不易发生火花材料，地面要平整，通风良好。未经批准，不得使用电器。
- 六、氧气瓶直立整齐存放，空、满瓶分开，妥善固定。
- 七、周围十米范围内禁止明火作业或高温热源。
- 八、搬运气瓶时，不能拖拽摩擦移动，防止气罐与铁器物品之间的碰撞。
- 九、对氧气瓶进行经常性的维护、检查，各种附件和丝扣是否无损，发现漏气要及时更换。
- 十、氧气站工作人员要熟练使用灭火器材和火险的处置方法。

病房电器安全管理制度

- 一、根据国家《中华人民共和国消防法》和民政部对福利机构下发文件的有关要求，必须严格按照执行，做好病区安全管理工作，防止火灾事故发生。
- 二、病房使用电器安全实行部门负责制，所在病室主任、为第一责任人，护士长要协助主任做好安全防范工作。
- 三、各部门要通过宣传教育、培训等形式提高职工和病人的安全意识。
- 四、为了保障大家的生命财产安全，严禁在病房范围内做饭、烧水和使用自带的电器。

五、各住院病室必须要有专人每日对科室病房用电安全进行检查和登记。发现问题及时整改和报告。

六、禁止个人私自接拉电源线路和安装用电设备。科室工作人员要熟知科室电器设备位置和电源开关位置。

七、严禁在开关、插座等用电设施附近堆放杂物和易燃易爆物品。

八、注意节约用电，下班后自觉关闭所用电器，拔出插头，避免火灾事故。杜绝长明灯、白昼灯，做到人走灯灭。

危险品安全管理制度

一、本规定所指的危险化学品包括：爆炸品、易燃品、剧毒物体、放射性物品等。

二、危险品安全实行分级管理，即安全办监管和使用科室管理，使用科室须有专人负责，明确岗位职责，操作人员要持证上岗，要严格按规程操作。

三、凡临时储存以上物品的库房，均应达到铁门、铁窗、通风、配足灭火器、达到防偷盗、防破坏、防火灾要求。剧毒物品在库房内再放于保险柜内双人保管。

四、危险物品必须建立严格的“收支库存账目”。保管人员每周应将危险品的购、用、存的数量清理一次，实行双人收发、双人保管、双人领用、双帐记录、用多少领多少、当次没用完的必须交回库房保管的办法，确保安全使用。

五、安全办定期每月安排专人对易燃易爆、放射物质等危险物品安全检查一次，并作好检查记录和台账，对于存在的安全隐患，不能立即整改的，应立即下发整改通知书，督促有关部门限期整改。

六、危险物品如发生失窃、失火、爆炸等危险情况时，安全办人员应立即赶赴现场进行处理，保护好现场，并立即报告公安机关和消防部门进行处置，并对相关责任人和部门按实际情况划清责任，进行处理，造成严重后果的可移交司法部门处理。

药品保管员岗位操作规程

一、严格按照药品说明书所要求的储存条件存放药品。药品说明书要求低温、

冷藏储存的药品，应当按照有关规定，使用低温、冷藏设施设备运输和储存。

二、储存药品，应当严格执行有关药品保管、养护的制度，并采取必要的冷藏、防冻、防潮、避光、通风、防火、防虫、防鼠等措施，保证药品质量。

三、应当将药品与非药品分开存放；中药材、中药饮片、化学药品、中成药应分别储存、分类存放。普通药品按照内服、注射、外用分类存放，整齐有序，需要冷藏的药品置专用设备存放。

四、麻醉药品、精神药品储存管理严格按照《麻醉药品、精神药品管理条例》的规定执行，做到专柜、专帐册、专人保管，双人双锁，专柜内应有报警等安全设施，做到帐、物、批号相符。

五、经常检查药品有效期和质量，对有效期在 3 个月的药品应告知药商，有效期不足 1 月的药品应停止出库，做退货处理。

六、对于过期药品、破损、退换药品应做好登记，并与供应商联系协商处理，尽量减少医院损失。

七、对降价药品，在提前知道降价通知的情况下应减少库存，并及时和药商联系，做好调价工作。

八、每季度进行一次盘存，盘存时要有财务、审计人员到场，必须做到帐物相符。

九、适当控制药品库存，以销定进，加速药品周转，减少药品积压和过期失效。

十、确保药库内药品和设备的安全，出入销门，非药库人员未经允许不得入内，下班后切断电源，关好门窗，严禁在药库内吸烟，做好防火防盗工作。

集体宿舍管理制度

一、自觉遵守国家法律法规以及医院的各项规章制度，认真做好安全防范工作，避免各类事故发生。

二、爱护公共财物，自觉维护集体利益，节约用水、用电。

三、严禁私自拉扯电源线路，禁止使用电磁炉、电炒锅、取暖器、热得快等大功率电器，违者没收电器，另处罚款 500 元，部门负责人负连带责任，同处 500 元罚款。

四、外来人员不得在集体宿舍随意留宿过夜，特殊情况须报院安全办同意方

可留宿。禁止男女混居，否则罚款 500 元。

五、讲究卫生，爱护公共环境，保持室内整洁，不得乱丢垃圾和废物，垃圾必须按时倒入指定位置，不得损坏宿舍房屋结构及设施。如违反规定者按医院卫生制度处罚。

六、讲文明礼貌，严格遵守医院作息制度，不得在宿舍区大声喧哗、吵闹影响他人休息，不得拨弄是非和打架斗殴，影响团结。

保密工作制度

一、建立保密工作领导小组，安排保密工作人员负责日常保密工作，把保密工作列入议事日程。

二、搞好保密宣传教育工作，增强保密意识，严格遵守保密规定和保密纪律，不该说的事情不说，不该问的事情不问，不该看的材料不看。积极做好防范工作，堵塞失、泄密漏洞。

三、加强对电话、电脑、复印机等办公设备的管理，做到不在电话里谈论秘密材料，不私自使用电脑，不擅自翻印，复印秘密文件。

四、落实岗位责任制，收发文件有登记，查阅档案有手续，妥善保存公文和档案，公文办完或档案查阅后，要及时整理立卷、归档。

五、不准任意携带密件外出，避免丢失、被窃，工作人员调动时，要及时办理密件移交手续。

六、涉密的电子设备、通信和办公自动化系统要符合保密要求，并采取必要的保密技术防范措施。

七、没有存档价值和存查必要的公文，经过鉴别和主管领导批准，才可定期销毁。

八、一旦发生泄密事件应及时报告，认真查处和采取补救措施，分析原因、总结教训。

视频监控隐私保密制度

一、严格遵守保密制度，不得以任何方式向单位内外无关人员散布、泄漏视

频影视资料。

二、不得任何无关人员进入工作室或过问非本人工作职责内的视频影视资料。

三、未经安全办同意，不得删除、复制频监控录像资料。

四、不得向无关人员透露监控点安装位置及设备资料。

五、对于需维护的各种设备，应做好登记并征得安全办领导同意后迅速与保养单位联系，如现场确实不能维修需带回或送其他维修机构维修的，须报请安全办领导同意并对有关信息进行处理后实施。对于带回维修的设备，要做好设备交接的登记手续。

六、调职、离职时，必须将自己经管的秘密文件或其他涉密信息资料，交至单位领导，不可随意移交给其他人员。

七、发现失密、泄密现象，要及时报告，认真处理。对失密、泄密者，视情节轻重，给予行政处分；造成重大涉密事件，构成犯罪的，送司法机关处理。

监控设备维护保养制度

一、每季度一次设备的除尘、清理，扫净监控设备显露的尘土，对摄像机、防护罩等部件要卸下彻底吹风除尘，之后用无水酒精棉将各个镜头擦干净，调整清晰度，防止由于机器运转、静电等因素将尘土吸入监控设备机体内，确保机器正常运行。同时检查监控机房通风、散热、净尘、供电等设施。

二、对容易老化的监控设备部件每月一次进行全面检查，一旦发现老化现象应及时更换、维修，如视频头等。

三、对易吸尘部份每季度定期清理一次，如监视器暴露在空气中，由于屏幕的静电作用，会有许多灰尘被吸附在监视器表面，影响画面的清晰度，要定期擦拭监视器，校对监视器的颜色及亮度。

四、对长时间工作的监控设备每月定期维护一次，如硬盘录像机长时间工作会产生较多的热量，一旦其电风扇有故障，会影响排热，以免硬盘录像机工作不正常。

五、对监控系统及设备的运行情况进行监控，分析运行情况，及时发现并排除故障。做到发现重大故障时，能在 1 小时内响应，2 小时内解决现场故障。

六、定期对监控系统和设备进行优化,合理安排监控中心的监控网络需求。提供每月一次的监控系统网络性能检测,包括网络的连通性、稳定性及带宽的利用率等。

七、提供每月一次的定期信息服务,每月第一个工作日,将上月抢修、维修、维护、保养记录表报送安全办。

地下停车场场地管理制度

一、地下车库为单位内部停车场非本单位车辆谢绝停放。

二、车辆进出地下车库按规定的行驶路线行驶,注意限高,不得逆行,进入车库内车速不得超过 5km/h。

三、请谨慎驾驶,驾驶不慎造成公私财务损坏须负责赔偿。

四、车辆停放后,车主须锁闭车门、车窗,车内不得存放贵重物品。

五、不得在地下车库内清洗、清扫、维修车辆;漏油、漏水车辆禁止进入地下车库。

六、车辆内严禁携带易燃、易爆、剧毒、腐蚀性物品进入地下车库。个人车辆不得占用专用车位。

七、禁止将电动自行车、自行车存放于本车库。

车辆出入院区管理制度

一、凡本院工作人员及家属的机动车、电动车、摩托车按照院内车辆停放管理办法有序停放车辆。机动车出入院区一律出示本院通行证。

二、非本院职工的车辆,包括来院办事、探望病人和其他社会车辆一律实行信息登记的管理办法,按规定停放,谢绝借道通行,无证车辆不得放行。的士和无关车辆严禁入内。

三、出院区载货的车辆,必须检查登记后方可放行。

四、发现刮擦、碰撞、损坏和偷盗车辆现象应立即报告安全办。

五、严格执行车辆管理制度,凡上锁的电动车、摩托车不得扛出院外,对可

疑车辆要严加盘查。必要时要求车主出示相关证件或安全办同意方可放行。

六、凡驶入院内的车辆必须低速行驶。

七、医院养老场所，院内车辆严禁鸣笛。

八、南、北门值班人员应保管好交接班物品，并作交班登记。如有丢失、人为损坏或不履行职责者每次罚款 100 元。

九、执勤人员应坚守岗位，既要严格管理，又要态度和气，确保车辆及行人的安全。

院内车辆停放管理办法

根据《企业事业单位内部治安保卫条例》要求，为加强院内车辆停放管理，实现车辆管理的规范化、确保院内道路畅通和安全，进一步方便病人，保障良好医疗秩序，特制定本办法。

一、本办法适用于本院各级各类工作人员。

二、本办法所称车辆包括医院职工车辆、行政车辆、医疗车辆，病人家属车辆，执行公务车辆以及其他社会车辆。

三、院安全办行使车辆停放及安全管理职能，要求车辆按规定停放。

(1) 电动车辆一律停放指定电动车车位，地下车库、工作区域、楼道严禁停放电动车辆。

(2) 医院行政用车、医疗用车、各种公务用车、职工、病人及家属车辆，接送病人车辆进入院内需按指定位置停放在停车位内。

(3) 其他社会车辆来院，由医院门卫值班人员根据具体情况决定是否安排停放。

四、安全办应加强院内车辆停放和安全管理，确保进入院内车辆有序停放，保证医院内道路畅通。

(1) 医院根据现有场地确定停车位，明确标志，划分车位，明确行驶方向。院内车位采取优先患者及家属，职工先到先停的原则，不得个人随意侵占。

(2) 进入院内车辆不得停放在非停车位的公共道路上。遇特殊情况，如送药品、氧气，运垃圾，接送病人等，由门卫人员负责指挥，在不影响公共交通的前提下，予短时停放。

(3) 家属区设置车辆禁入装置，严禁家属区停放机动车车辆，如遇紧急或住户搬家等情况，由当班保安开启和关闭。

五、违规情况处理：

(1) 职工电动车辆、机动车辆违规停放，一次处罚 50 元。并通报批评。外来车辆违规停放，初次给予批评教育，再次违规由门卫人员锁车。三次违规列入黑名单，不予停放。态度恶劣不听劝阻的并通知公安部门处理。

(2) 严禁急救通道、消防通道或陡坡危险停放车辆，造成后果，一次处罚 200 元。

(3) 门卫值班人员疏于管理，导致交通阻塞，一次处罚 50 元。

本办法 2019 年 6 月 1 日实施。

安全保卫管理制度

一、目的

为给医院所有员工、患者、患者家属及来访者提供一个安全的就医环境，特此制定本制度。

二、定义

医院安全保卫工作旨在维护医院公共安全为目的，通过物防、技防和人防等手段，保障医院内人身和财物的安全。

三、内容

(一) 人员保护

1、凡在院的病人、员工、来访者，均应依法得到人身保护。

2、医院工作人员，在保护自身安全的同时，有责任和义务保护患者在医院的人身安全；门急诊就诊或住院病人的陪护者，对患者负有监护和保护的责任。

3、病房区域实行门禁管理，人员按身份识别进出：病人家属须持探视证，来访者须医院工作人员陪同。

4、如临床一线医护人员与患者家属发生纠纷或肢体冲突时，所在部门其他工作人员应立即启动院内应急机制。立即拨打院内安全办报警电话，安全办突发

事件应急处置人员在最短时间内到达现场。(1) 保安及突发事件应急处置人员到达现场后应立即将医院员工与患者家属分开, 询问事态原由, 按照纠纷处理原则将患者家属带至调解室处理, 夜间交由行政总值班处理, 能够现场调解解决的由保安及突发事件应急处置人员就地解决。(2) 如医院员工在院内遭患者家属殴打时, 保安及突发事件应急处置人员第一时间赶到现场, 以确保医务人员人身安全, 并做好患者和病人家属的疏导工作, 维护医疗秩序, 并及时拨打“110”依法处理。(3) 一旦警方人员到达现场后, 保安及突发事件应急处置人员、安全办人员陪同到达现场, 为当事人和旁证做好笔录, 并为当事人开具验伤单, 安全办指定人员陪同当事人到医院验伤。并将情况通报各相关部门。①通报医务科、门急诊办公室、护理部及相关部门, 做好当事人的情绪安抚及后续工作的安排等, 必要时向分管领导报告, 以保障医院的正常秩序和人员情绪的稳定。② 加强对患者及家属的人身安全保护, 谨防外来伤害。

(二) 财产保护

1、医院的公共设施、设备、钱财以及病人、员工和来访者的财物, 均应依法得到保护。

2、部门负责人是本部门财产保护的第一责任人, 应落实部门财产保护的相关措施。

3、门急诊就诊者或住院病人的财产, 应由病人家属妥善保管。

4、医院采取相应保护措施, 以防财物被盗、被损坏。(1) 设立电视监控系统, 对人员流动量大、重点区域及容易发生偷盗事件的区域, 24 小时安全监控。

(2) 夜间非工作场所, 夜间无人区域, 实行封闭式管理, 禁止人员进入。(3) 配足保安巡查人员, 落实夜间定点定位巡查工作, 对病房加强巡查力度和次数, 排查可疑人员。(4) 严格执行《家属探视陪护制度》, 病房夜间加强保安巡查力度, 禁止无关人员进入。(5) 医院在电子显示屏、病人入院宣教、院周会、医院网站等, 加强安全宣教力度, 教育员工、患者、患者家属和来访者增强防盗意识。

(三) “防抢防盗”管理制度

1、各部门对本部门重点部位和贵重物品等均应建立管理制度, 落实电子门禁的管理工作, 严禁闲杂人员进入。

2、对医生、护士值班室、办公室以及更衣室要求在无人情况下锁门和不得

存放大量现金并不定期进行安全抽查，如发现违反规定予以全院通报批评。

3、对医院职工，定期加强安全防范培训，提高其安全防范意识。

4、加强入院宣教，告知贵重物品不宜带入病房，如确须院方临时保管的，由病房护士长负责办理临时保管手续。

5、医院在门急诊、住院病区内每个房间、公共场所醒目处张贴“防抢防盗”警示标志，提醒就医患者及其家属提高安全防范意识，妥善保管随身携带的贵重物品。

6、在门急诊人流密集处，重点部位加装实时监控录像装置，每天加强保安维护现场秩序和对重点部位加强巡视。

7、医院与所在管辖区域内的派出所加强联系和沟通，最大限度争取警方的支持。

8、保安进行岗位培训，加强岗位责任心教育，使其能恪尽职守认真履行本职工作。

（四）外来人员安全管理制度

1、外来人员指因本单位工程或工作需要，由外单位指派临时进驻本单位工作的人员（包括建筑工程公司、绿化公司、物业公司、各类维保公司、进修人员、志愿服务人员等）

2、外来人员在本单位工作期间均应佩戴统一制作的临时胸牌识别标志，或以工作服区别。

3、外来人员在本单位工作期间因自觉遵守医院的各项规章制度。如有违纪行为者，医院将有权按照有关规定处理，根据情况可终止在本院的工作，请其离开医院；情节严重，构成犯罪者，将通过警方追究其刑事责任。

4、外来建筑工地单位，如因工作需要，在本单位内搭建临时工棚及宿舍等，必须报请得到医院审批同意，未经许可不得临时搭建。其建筑要求，建筑材料，易燃易爆物品，电器设备安装，消防设施布局等均符合安全要求，由本院安全办审核认可，方能施工搭建。

5、建筑施工单位在医院内设置的临时工棚及宿舍内，严禁乱拉电线，严禁使用电加热器，电餐具取暖烧煮，一经发现应予以没收和处理，并视情节给予一定的处罚，如造成医院财产损失者，依法追究赔偿责任。

6、外来单位携带施工工具及物资进入本院，应书面清单分别报总务科备案，便于携带出院后查验。

7、外来单位人员如有违纪行为，本院将按有关规定处理，如有违反《治安管理处罚法》的行为，本院将报警方调查处理，直至追究当事人的刑事责任。

8、外来人员，在医院内未经许可不得动用各类明火，电焊工应持有有效的特殊工种操作证和医院安全办签发的动火证方可上岗操作。

9、外来人员在工作期间和工作场所，应主动配合医院的治安防范，消防和环境卫生、控烟、文明建设等方面的各项管理制度，以及监督检查工作。

10、外来人员的所在单位，应指派一名负责人，与医院相关部门进行对接，并保持联系和协调工作。

（五）治安巡查制度

1、巡逻人员在岗巡查时，要忠于职守、按时上下班、坚守岗位，各负其责做好本职工作。必须熟知本院区域内的各部门情况及各类设备、各种特殊物品等重要部位情况，并按要求巡查，重点部位重点巡护，当班内发现问题认真、及时处理。

2、职责范围：熟悉须巡查的区域和部位情况，并根据易发案件特点，确定巡逻时间、线路和守候地点。做到：勤巡查、勤巡视，发现问题及时报告，认真填写《治安巡查记录》。

3、坚持昼夜 24 小时治安巡查管理。要求值班队员白天正常巡查各病房科室不少于 3 次；晚间巡查须戴头盔、携带警棍，重点巡查各重点要害部位、复杂场所不少于 5 次；做到按时巡查，保证不漏查，闻到异味和听到异声，需立即查明情况并报告。

安全事故分析处理制度

一、事故分析处理必须坚持“四不放过”的原则。

二、事故调查组

1、事故调查组的组成：由主管安全副院长主持，安全办、质控科、相关职能部门负责人、现场值班人员等)组成事故调查组。

2、事故调查组的主要职责是：收集资料，查明事故的经过、原因及经济损失

情况, 认定事故性质和责任, 提出对事故责任者的处理意见, 总结事故教训, 提出整改和防范措。

三、事故分析处理

1、事故调查分析: 事故调查要按照事故的性质和后果, 应用相关技术和方法, 查明事故情况, 通过勘察现场, 找出对事故起决定作用的直接原因, 给事故准确定性。同时分析对涉及事故的技术、管理和其他相关人员, 因设计缺陷、安全管理不到位等对事故起主要作用的间接原因。

2、事故责任认定: 对事故发生起决定性作用的责任人负直接责任; 对事故发生起主要作用的责任人负主要(间接) 责任; 班组长负直接管理责任。

3、事故责任处理: 遵循公开、公正、公平、合法的原则, 职工监督的原则, 教育与惩处相结合的原则。

安全生产班前会管理制度

为进一步规范安全生产管理, 提高班前会质量, 实现班前会的程序化、规范化, 确保安全生产规章制度和操作规程的有效执行, 特制定《安全生产班前会管理制度》。

一、安全生产班前会管理目标

规范安全管理、增强安全意识、提高综合素质、保障安全生产。

二、召开安全生产班前会对象

全院所有临床、医技科室、后勤班组、保安。

三、班前会召开时间

科室、班组交接班之前 15 分钟, 会议时间约 10 分钟。

四、班前会的组织者

以本科室、班组的负责人为主。

五、班前会的主要内容

- 1、负责人点名, 确认科室、班组成员出勤情况。
- 2、确认当班人员精神状态, 了解当班人员健康状况和思想状况。
- 3、确认当班人员着装符合要求。

- 4、通报上班安全生产措施落实、安全隐患排查情况等。
- 5、对本科室、班组的工作任务中存在的安全生产问题及不安全因素提出警示，布置预防措施；对作业环境、危险源情况进行交底。
- 6、简要传达上级的有关文件、会议精神。
- 7、听取与会人员的意见和建议，协调解决安全问题。
- 8、对安全生产工作任务进行明确分工，责任到人。

六、安全生产班前会上的“五个必讲”

- 1、必讲上一班安全情况存在的问题和本班次工作人员必须注意的安全事项。
- 2、必讲工作人员安全责任和必须把控的安全环节。
- 3、必讲本科室、班组工作任务、安全措施、质量标准，做到工作任务目标明确，安全防护措施周全到位。
- 4、必讲本科室、班组安全操作规程、安全管理要求。
- 5、必讲突发事件应急处置。

七、对开好安全生产班前会的要求

- 1、认真做好班前会记录。
- 2、本班次人员三人以上必须召开班前会。
- 3、科室负责人、班组长要提前掌握、了解上一班安全生产任务完成情况及存在隐患问题，提前对当班职工情况了解排查，做到心中有数。
- 4、召开班前会要精力集中，精神饱满，声音洪亮清楚。
- 5、要根据规定的内容和程序召开班前会。
- 6、参加班前会人员必须站姿端正，认真听讲，牢记安排的各项工作任务和应注意的安全事项，以确保班中安全。

保安人员培训制度

- 一、医院安全办负责统一管理各部门的保安培训及进行监督指导有关培训情况。
- 二、保安员日常培训工作由各部门保安主管负责具体实施。各部门每季度始将保安员培训计划及培训内容报安全办。
- 三、培训计划的制定应重点体现工作流程、队列训练、礼仪规范等内容。

四、培训要以周为单位，按照培训计划实施，每周必须保证二次军事训练，一次体能训练，每次的训练时间不得少于 30 分钟。

五、应根据培训计划及员工的排班情况安排并通知保安员参加，保安员应按所安排的时间参加培训。

六、因故不能参加者须办理请假手续。对于旷课、迟到、早退、不专心培训的保安将参照保安奖惩制度的规定处罚。各项培训因故缺席者，事后一律补训，补训不参加者，将视为严重违纪。

七、每次培训结束后，应有相应的考试、测验。本部门要安排考评。考评的形式为实地考察结合口头问答及岗位抽查。

八、安全办就所讲授的课程内容是否被保安员运用到实际工作中进行随机抽查考核。凡每次考评不及格者，月末纳入绩效考核作为扣分内容。连续考评优秀者将视情况予以奖励。

九、各部门根据培训计划将每次的培训内容，认真、详细的填写《保安员培训登记表》，并交安全办审核。

十、各部门应依据培训实施计划按时实施培训，不得无故拖延或不培训，如有特殊情况可顺延，并向安全办说明情况。

十一、各项培训实施时，参加培训的保安员应签到，安全办将了解上课、出席情况并定期召开检查会，以评估各部门培训课程的实施成果，并实地进行抽查。

十二、各部门每个月末应将保安培训实施情况书面上报安全办。

门卫交接班制度

一、值班人员不得擅自调班或脱岗。如遇特殊情况调班，须经保安队长同意。因故不能上班的人员应提前办理请假手续，接班人因故未到时，交班人员不得擅自离岗。

二、交班人员应事先做好交班的准备工作，并将当班情况向接班人说明，保持工作的连续性。

三、接班人员必须提前 15 分钟到达值班岗位，详细了解上一班的值班情况和需要注意事项后，在值班日志上签字。

四、交接班人员必须做到“五清三交接”，即：看清、讲清、问清、查清、

点清；值班日志交接、现场情况交接、所配物品装备交接。

五、交接班的内容一律以所填写的交接班纪录和现场交接情况为准，当遇有需交待的事项由交班者负责；凡没有接清楚的事项由接班者负责；双方都未履行交接手续的，交接双方均应负责。交接班时必须实行签字手续，以保证交接班的及时和准确。

六、下列情况不得进行交班：

- 1、接班人员饮酒、身体不适以及着装不整齐等。
- 2、当班期间发生案件、事故的。

门卫值班管理制度

一、门卫人员要坚守岗位，认真履行职责，对来访人员，问明来意，正确引导并进行登记。

二、严禁无关人员进入、逗留、闲谈以及将危险品带入院内，以防事故发生，凡属本单位财产、设备及贵重物品，需经安全办批准方可带出。

三、非正常工作时间，门卫人员要协助配合巡逻岗对办公区域、各办公室以及有关门窗、水管、电器等进行巡回检查，做好安全防范，严防盗窃和失火等事故的发生。

四、门卫人员必须熟悉防火设备使用方法，以及电源开关位置，以便在出现紧急情况时采取灭火切断电源的措施。

五、凡属正常工作时间以外，发生的突发事件，必须及时报告行政值班领导。

六、严禁翻墙、爬门进入院内，一经发现立即制止并报告主管领导，情节严重交公安机关处理。

七、禁止在门卫吵闹、斗殴、打牌、损坏医院形象和扰乱门卫秩序等不良行为发生。

八、出入车辆和行人要配合门卫工作，服从检查，自觉遵守本院门卫制度。

门卫值班人员制度

一、热爱本职工作礼貌待人，文明值班，对出入车辆和行人要热情接待、态度和蔼、坚持原则，对不讲道理的人要耐心说服。

二、做好交接班工作，提前十分钟进入岗位，在岗时间要着制服并佩戴好标志符号。职工上下班和接待来访人员时要站立执勤，做到文明礼貌。

三、认真履行职责，坚守工作岗位，上班必须做到四个不准：不准擅自离岗、不准干私活、不准打瞌睡、不准随意给任何人配备大门钥匙。

四、值班人员要认真做好值班记录，放行出院大件和贵重物品时，要仔细询问、检查核对后方可放行。

五、门卫值班人员要敢于与不良倾向和违法犯罪行为作斗争，重大问题及时报告并采取有效措施控制局势。

六、晚夜班值班人员要严格门卫管理制度，做好出入车辆和行人的询问和检查登记工作。

七、做好报刊杂志、邮件及重要信件的收发工作，对咨询电话要礼貌耐心的回答。

警务室巡逻防控机制

一、目标任务：组织科学、规范的动态防控，使第九医院的治安状况良好，达到：“秩序好，发案少，群众满意”。

二、防控力量：警务室民警、辅警，第九医院安全办工作人员。

三、每月根据院内治安状况设置巡逻线路，制定日常防控方案。

四、每周一召开警务室、安全办、保安负责人联系工作会，研判分析上周发案情况，布置本周重点防控部位。

五、对防控力量予以整合分工，将第九医院内人员流动大，治安状况复杂区域制成若干防控责任区，每区确定警务室责任民警、安全办责任干部、责任保安。建立由民警带队指导监督，安全办干部协助检查，保卫队员具体落实的捆绑的防控机制。

六、奖励方法：每月对每个防控责任区的发案情况，抓获现行违法犯罪情况

进行通报，民警的绩效考核，保卫队员的奖罚金额与防控责任区的实际发案率，抓获现行违法犯罪情况挂钩。

七、考核：由井湾子派出所领导，第九医院安全办负责人组成联席工作会，对每一次治安突发事件的处置予以分析、讲评。对工作认真负责、处置成功、到位的同志予以奖励，现场不作为或处置不力的人员在本单位考评中予以通报，扣分。

警务室治安突发事件处理机制

一、目标任务：维护第九医院的正常医疗秩序，保障第九医院工作人员、患者及患者家属的人身、财产安全，及时稳妥处置院内的治安纠纷，伤医事件，火灾等突发事件。

二、处理力量：警务室值勤人员，保卫值班人员。安全办人员为院内突发事件的第一处置力量；井湾子派出所值班民警为第二处置力量，警务室专职民警为医患纠纷的前期处置力量。

三、处置方法：有理、有力、有节，要充分做好现场维护与法律宣传，努力化解矛盾。事态可能升级的突发治安事件都要在第一时间向上级公安机关及当地政府报告。

四、装备保障：1、在警务室配备电击警棒、警棍、警绳、防刺手套、防刺背心、防爆叉、手铐等常用装备。2、安装报警电话并向院内公布报警电话号码。3、警务室、安全办值班室、监控室配备专用对讲机、及时形成联动。

五、处置要求

- (1) 警务室全天候有警力接警。
- (2) 接警后必须立即赶赴现场。
- (3) 指挥保安人员控制保护现场。
- (4) 对现场违法犯罪行为，必须努力制止，并抓捕嫌疑人。

微型消防站管理制度

为提高消防安全自查自纠、自防自救的能力，建设“有人员、有器材、有战

斗力”的微型消防站，实现有效处置初起火灾的目的，特制定本管理制度。

微型消防站应建立 24 小时值守制度，分班编组值守，每班不少于 3 人，在值班备警期间应统一着装并正确携带好相关通讯工具。

消防站值班人员应按时上岗，并做好交接班工作，接班人员未到岗前，严禁擅离职守。

值班期间应保持高度警惕，尽职尽责，不得脱岗、替岗、睡岗；严禁值班前饮酒；严禁值班时手机、吃东西、会私客或进行娱乐活动，因确有特殊情况不能到岗的，应提前向单位领导请假，经批准后，由同等职务的人员代替值班。

值班人员要服从命令、听从指挥，圆满完成上级交给的训练、执警及灭火任务。

要爱护站内设施、器材，保持消防站卫生干净整洁。

消防员应熟悉本社区情况，积极参与学习和训练，做好各项执警备战工作，定期参加体能和消防技能训练，以救早来小和“3 分钟到场”扑救初起火灾为目标，提高扑救初起火灾的能力。

街道辖区内建有多个社区微型消防站的，应实行统一调度，并纳入当地灭火救援联警联动体系。

社区是微型消防站的建设管理主体。微型消防站建成后，应向辖区公安消防部门备案。

微型消防站培训考核检查制度

一、培训考核制度

1、微型消防站所有人员在上岗前必须经过防火、灭火等有关消防短程培训，经考核合格后方可上岗。

2、每年进行一次消防人员的全面考核，不合格者，要重新进行培训，连续两年考核不合格者予以辞退。

3、每个季度邀请公安消防中队到微型消防站进行为期一天的防火知识培训。

二、检查制度

1、街道消安委办每个季度对各微型消防站进行一次例行工作检查。

- 2、街道消安委办每半年对各微型消防站进行一次总结，并将情况通报街道。
- 3、街道消安委办年终对各微型消防站进行一次防火、灭火技能等内容的考核，并将考核情况上报街道办事处。纳入年终对各社区的考评项目。
- 4、对各微型消防站在及时遏制和预防重大灾害毒品事故以及对在灭火和处理重大灾害事故中成绩突出的给予表彰。
- 5、对各微型消防站在出现重、特大火灾及灾害事故以及在灭火和灾害事故中失职的进行通报批评和处分。

器材库管理及器材维护保养规定

- 1、器材库是用于放置执警器材和训练器材的场所。
- 2、器材库由副站长管理，进出库要做好登记。
- 3、训练器材及执警器材要分类整齐摆放，器材用完入库中要原样放置。
- 4、器材装备要定期检查，库内要保持清洁卫生。
- 5、器材装备必须保持完整，器材装备无丢失、无损坏、无锈蚀、无腐烂变质。
- 6、个人防护装备的维护保养贯彻“谁使用，谁保养”的原则，定期保持清洁，对不符合标准的要及时更换。
- 7、随车器材要做好放置牢固，取胜方便，清洁无污。
- 8、训练器材要设专门管理，定点存放，定期检查保养，保证训练安全。
- 9、器材装备不得挪作它用，要进行登记造册，每季度进行一次清查，并做好登记。

第三章 医院质量与安全体系管理

业务院长查房制度

为规范我院业务查房制度，提高提高医疗技术水平，确保医疗安全，根据上级有关文件精神，结合我院实际情况，特制定业务院长查房制度。现将有关要求通知如下：

- 一、查房目的：规范业务查房，确保医疗安全，提高业务水平。
- 二、查房内容及考核标准：详见附表一、二、三。

三、查房时间：每月两次。

四、查房人员：业务院长，医务科，质控办，医保科，院感科，临床专家(每次抽调 1-3 名)等。

五、查房形式：对各临床科室和医技科室进行查房；各职能部门按分工范围对各科室进行检查、考核；查房完毕将查房情况向科主任、护士长反馈；每次查房结束后由职能部门进行资料整理、统计小结，定期召开专题会议进行点评总结。

多部门质量管理协调制度

为了保障医疗安全，提高医疗质量，医院设立质量与安全管理委员会，由院长、书记负总责，副组长有医疗、护理、后勤副院长及纪委书记担任，成员由质控科、医务科、护理部、医保科、财务科、信息科、办公室、人事科、总务科负责人及主要临床、医技、药剂、康复科室主任及护士长组成。本着加强各部门间在部署医疗、护理质量管理工作的统筹运作和协调联动，医院制定了此协调制度，具体内容如下：

1、医疗质量与安全管理工作在院长、书记的领导下，由质控科统一协调负责全院医疗服务质量的监督控制和管理工作的。

2、质控科科以定期和不定期的形式对全院医疗护理质量及后勤保障等进行全面检查，尤其是对病历书写规范性、及时性、合理检查、合理诊断、合理用药以及临床用血、知情告知、处方规范等重点环节加大质量管理，对质量检查中发现的问题要进行认真研究及时反馈，提出整改措施和对策。

3、医院每月召开一次医疗质量管理会议，各部门对质量标准化管理的经验进行交流总结，对医疗质量存在的问题进行讨论分析，提出具体整改意见，并评估落实效果。

4、对医院医疗护理工作要进行调查研究，质量分析，做好文字记录，以医院质量通讯的形式下发各科室。并负责做好质控工作中相关问题的答疑。

5、各临床、医技、药剂、康复科室设立质控小组。由科主任、护士长、质控医、护、技等人组成。负责贯彻执行医疗卫生法律、法规、医疗、护理等规章制度及技术操作规范。对科室的医疗质量全面管理。定期逐一检查登记和考核上报。

6、成立医院医疗质量检查小组，由院长担任组长，分管院长担任副组长，

医务科、护理部主任分别负责医疗组、护理组的监督考核工作。各科室成立质量与安全管理小组，对本科室的医护质量与安全管理工作随时指导、考核。形成质量与安全管理委员会、医疗质量检查小组、科室质量与安全管理小组二级质量监督、考核体系。

7、建立医院感染管理委员会、病案管理委员会、伦理委员会、药事委员会、输血管理委员会、放射诊疗质量管理委员会。分别负责相关事务和管理工作。

8、各职能部门要定期下科室进行质量检查，重点检查医疗卫生法律、法规和规章制度执行情况，上级医师查房指导能力，住院医师“三基”能力和“三严”作风。

9、分管院长应组织职能部门和相关科室负责人，进行节假日前检查，突击性检查及夜查房，督促检查质量管理工作。

10、医院医疗质量检查小组要定期和不定期组织科室交叉检查、考核。

11、质控科、医务科、护理部、信息科、院感办、医保科等职能部门应将检查考核结果、医疗质量指标等分析后提出整改意见，及时向临床、医技、药剂、康复等科室质控小组反馈，科室质控小组应根据整改建议制订整改措施，并上报相关职能部门。

质量与安全管理制度

一、医院质量与安全是医院管理的核心内容和永恒的主题，是不断完善、持续改进的过程，医院必须把医院质量与安全放在首位，并纳入医院的各项工作。

二、医院要建立健全医院质量与安全管理控制体系，即建立医院、职能科室、科室三级质量与安全管理组织，职责明确，配备专（兼）职人员，负责医院质量与安全管理工作。

1、进一步完善医院质量管理委员会组织体系，如医院质量与安全管理委员会、医疗质量与安全管理委员会、病案管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等。医院质量管理委员会组织体系与医院功能任务相适应，人员组成合理，职责与权限范围清晰，定期研究医院质量管理等相关问题，记录质量管理活动过程，为医院质量与安全管理提供决策依据。

2、院长作为医院质量与安全第一责任人，应认真履行质量管理与改进的领导与决策职能；其他院领导及职能科室负责人应切实参与制定、监控质量管理与改进过程。

3、医疗、护理、质控、医保、院感、公共精防等职能管理部门行使指导、检查、考核、评价和监督职能。

4、科室主任是科室质量与安全第一责任人，全面负责本科室质量与安全管理工作。

5、各级质量与安全管理责任人应明确自己的职权和岗位职责，并具备相应的质量管理与分析技能。

三、医院、职能科室、科室（临床、医技、药剂、）三级质量与安全管理组织要根据上级有关要求和自身工作的实际，建立切实可行的医院质量与安全管理方案。

1、医院质量与安全管理与持续改进方案是全面、系统的书面计划，能够监督各部门，重点是医疗、护理、行政后勤的日常质量管理。

2、医院质量与安全管理方案的主要内容包括：建立质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈等，加强医院质量与安全关键环节、重点部门和重要岗位的管理。

四、健全医院规章制度和人员岗位责任制度，严格落实医院质量与安全医疗安全的核心制度。

1、核心制度包括《首诊负责制度》、《三级医师查房制度》、《分级护理制度》、《疑难病例讨论制度》、《会诊制度》、《危重病人抢救制度》、《术前讨论制度》、《死亡病例讨论制度》、《查对制度》、《病历书写基本规范与管理制度》、《交接班制度》、《技术准入制度》、《转诊转院制度》、《手术分级制度》、《医疗过失行为和医疗事故责任追究制度》、《临床用血申请及审核管理制度》等。

2、对病历质量管理要重点加强运行病历的实时监控与管理。

五、加强全员质量和安全教育，牢固树立质量和安全意识，提高全员质量管理与改进的意识和参与能力，严格执行医疗技术操作规范和常规；医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

六、医院质量与安全管理工作应有文字记录，并由医院质量与安全管理组织

形成报告，定期、逐级上报。通过检查、分析、评价、反馈等措施，持续改进医院质量与安全工作，将医院质量与安全的评价结果纳入对医院、科室、职工的绩效考核。

七、建立与完善医院质量与安全责任追究制度，形成医院质量与安全管理可追溯机制。

八、加强基础质量、环节质量和终末质量管理，要用《操作规范与诊疗指南》指导对患者诊疗工作，逐步用《临床路径》规范对患者诊疗行为。

九、逐步建立不以处罚为目标、针对医院质量与安全管理控制体系持续改进为对象的不良事件报告系统，能够把发现的缺陷，用于对医院质量与安全管理制度、运行机制与程序的持续改进。

十、建立与完善目前质量管理常用的结果性指标体系基础上，逐步形成结果性指标、结构性指标、过程性指标的监控与评价体系。

医院质量与安全管理委员会工作制度与工作职责

一、工作制度

- 1、在院长的领导下进行工作。
- 2、根据医疗、护理、后勤、财务等的实际情况及医院的总体要求，结合本院的实际情况，制定质量与安全标准。
- 3、随时对医院各种质量、安全情况进行分析，及时研究提高质量和保障安全的方法和手段。
- 4、对各管理委员会的工作情况进行督查、考核，每季度听取各管理委员会开展工作的情况汇报。
- 5、医院质量与安全管理委员会每季度召开一次会议，协调各管理委员会的工作，研究提高医院质量和安全管理目标及计划。

二、工作职责

- 1、医院质量与安全管理委员会是医院质量和安全管理的专门机构，负责全院质量和安全管理工作的指导、检查、协调，主任由院长担任，日常工作由质控科负责。
- 2、医院质量和安全管理委员会统一领导和协调医院各相关委员会的工作，

审核各委员会人员调整、新委员会的设立。包括：医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病历质量管理委员会、输血管理委员会、放射诊疗质量管理委员会、护理质量管理委员会。

3、督促各管理委员会，按照医院总体质量和安全管理目标，认真研讨本领域内质量相关问题，提出改进方案，推动相关领域的质量与安全工作。

4、听取各委员会工作报告，及时研究解决医院质量与安全管理存在的问题，推进医院质量与安全管理持续改进。

5、负责审核、确定医院质量与安全的监控指标体系、质量目标、质量标准和实施方案。

6、每月召开工作会议，相关职能科室汇报医疗质量与安全中存在的问题，并提出整改方案，并负责督导整改方案的落实。

7、研究制定有关质量与安全管理的制度和考核办法，并纳入绩效考核体系，组织实施质量与安全定期考核以及年度质量与安全先进单位的评比工作。

医疗质量与安全管理委员会工作制度及职责

为了加强我院医疗质量与安全管理工作，提升医疗质量，保障医疗安全，维护患者合法权益，实现医疗质量与安全工作的持续改进，特设立医院医疗质量与安全管理委员会，其组织结构如下：

主任委员：贺吉清

副主任委员：沈雪芝 陈东

下设办公室，挂靠医务科，办公室主任：严高超（兼）

下设专家委员会，成员由各职能科室负责人与各科室主任、护士长组成。

一、医疗质量与安全管理委员会工作制度

（一）为了加强我院医疗质量与安全管理工作，提升医疗质量，保障医疗安全，设立医院质量与安全管理委员会。医院质量与安全管理委员会是医院质量和安全管理的专设机构，负责全院质量和安全管理工作的评价、管理、指导、协调，主任委员由院长担任，日常工作由医务科负责。

（二）医院质量与安全管理委员会在其主任委员的领导下开展医院质量与安全管理工作，负责全院的医疗质量、护理质量、院感、药事、医技质量等工作。

负责医疗质量管理和人员的质量教育和培训工作，不断提高全院员工质量意识。

(三) 由专家委员会履职评价并监督科室主任，制定有关质量管理制度，包括在主管院长领导下负责制定医院质量管理目标方案、管理标准及质量控制评价体系。并根据医院发展情况，调整和修订医疗服务质量管理与质量控制评价体系，保证医疗服务质量得到持续改进。并分析医院发生的医疗、护理缺陷的原因，判定缺陷的性质，制定改进或控制措施。

(四) 对全院质量与安全工作履行审核、评价、监督，运用质量与安全指标、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，并制定改进措施，学习国内外先进管理经验，不断提升医疗质量管理水平。组织医护人员进行业务学习、“三基”培训考核。

二、医院质量与安全委员会正副主任委员职责

(一) 主任委员在质量与安全管理及持续改进措施执行过程中起领导作用。

(二) 主任全面负责委员会各项工作，副主任协助主任做好委员会相关工作，秘书在委员会主任的领导下负责开展委员会的日常工作组织，筹备委员会会议，并负责会议的记录和会议文件的保管。

(三) 协调各部门、科室及各个质量管理环节，督促检查各科室、各部门的质量管理工作。

(四) 学习国内外先进管理经验，结合医院发展情况，审核医疗服务质量管理与质量控制评价体系调整和修订情况，保证医疗服务质量得到持续改进。

(五) 每季度主持召开一次委员会工作会议，讨论和审定医疗质量、护理质量、院感、药事、医技质量管理中存在的问题，提出并落实整改措施，特殊情况可随时召开会议。

三、医院质量与安全委员会办公室职责

(一) 定期召开质量管理委员会，分析总结全院质量管理运行情况，提出下一步整改措施。

(二) 定期开展形式多样的质量教育活动。

(三) 据全院质量管理运行中的关键指标，采取科学的方法，进行定期分析。

(四) 按要求对有关部门进行全面质量的评价、考核、奖惩。

(五) 不断完善医院质量管理标准、流程、制度。

四、医院质量与安全委员会专家委员会职责

(一) 在医院质量与安全委员会和主管院长领导下，负责制定医院质量管理目标方案、管理标准及质量控制评价体系。制定有关质量管理制度。并根据医院发展情况，调整和修订医疗服务质量管理与质量控制评价体系，保证医疗服务质量得到持续改进。

(二) 负责调查分析医院发生的医疗、护理缺陷的原因，判定缺陷的性质，制定改进或控制措施。参与医疗差错和医疗纠纷、医疗事故的鉴定工作。

(三) 学习国内外先进管理经验，不断提升医疗质量管理水平。组织医护人员进行业务学习、“三基”培训考核。参与对开展新技术、新项目进行审核工作。

(四) 讨论和审定医疗质量、护理质量、院感、药事、医技质量管理中存在的问题，提出整改措施。

医疗纠纷、事故处理规定

第一章 总 则

第一条 为了规范医疗纠纷处理程序，以维护医院正常医疗程序，维护工作人员生命安全，根据《医疗事故处理条例》《医疗机构管理条例》及《医疗纠纷预防和处理条例》等法律法规，结合本院实际，特制定本规定。

第二条 医疗安全办、质控科主管医疗过失和投诉引起纠纷的处理工作。负责接受医疗过失和医疗纠纷隐患的报告，并组织调查，将调查情况及时报告院领导。

第三条 保卫科负责维护医疗秩序及医务人员人身安全。

第四条 医疗安全办负责医疗纠纷诉讼或患方有律师介入的纠纷调解。

第五条 医疗纠纷与事故分析委员会负责对具有重大医疗过失纠纷的评定，明确其性质及责任，并将评定报告及时呈报院领导。

第六条 对医疗事故或纠纷的处理，应遵循公平、公正、及时的原则，坚持实事求是的科学态度，做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

第二章 报告程序

第七条 各临床科室在出现医疗纠纷（可能的医疗事故）后，应按下列程序

报告：

正常上班时间：当事人→科室负责人（科主任、护士长）→安全办（质控科）、保卫科、医务科/护理部→各分管副院长→院长。

非正常上班时间：当事人→科室负责人→总值班室→值班领导→院长

第八条 各临床科室和职能科室报告上述医疗纠纷时，当事人及首接报告人先应书面记录有关情况，包括时间、地点及过程等。

第九条 发生医疗过失或事故隐患引发的投诉、纠纷时，当事人应根据下列情形，在规定时限内依照上述程序报告：

- 1、发生重大过失，危及患者生命的应立即报告。
- 2、发生重大过失，但未危及患者生命的（如病人逃跑等），应在 5 分钟内报告。
- 3、一般性投诉包括收费、用药、服务等方面的投诉，应在 30 分钟内报告相应职能部门。

第十条 当出现下列情形之一时，当事人应实施紧急报告程序：

- 1、危及医护人员生命安全的事件。
- 2、危及医院财产的重大损失的事件。
- 3、严重影响临床正常医疗秩序的事件。
- 4、发生多人以上患方聚众闹事的。

上述突发事件，当事人应立即向总值班、保卫科、主管院领导、院长报告。

第三章 处理程序

第十一条 当发生一般投诉或纠纷时，应按下列程序处理：

1、当事人向科室负责人报告，并做好投诉记录，并立即保护好证据（资料和实物），同时配合科室负责人，做好解释工作，防止矛盾的激化和升级。

2、科室负责人在做好调解工作的同时，按规定时间内，将情况报告安全办、质控科、保卫科。安全办、质控科、保卫科应及时记录，如有必要，应配合临床科室做好调处工作。

3、科主任全权负责一般投诉和纠纷的处理。

第十二条 当发生重大纠纷事件时，应按下列程序处理：

1、当事人科室负责人应与患方家属共同封存患者病历资料及相关实物，并

向安全办、质控科、保卫科报告。安全办应及时介入纠纷的处理，防止事态的扩大，同时将情况按程序上报主管院领导。

2、可能发生重大纠纷事件时，所在科室应立即通知保卫科，保卫科接到通知后应在5分钟之内组织护院队员赶到现场，维持秩序，防止聚众闹事的行为发生。对非自然死亡案例保卫科应第一时间报公安部门备案。

3、主管院领导接到重大纠纷事件报告后，应及时组织相关科室，分别进行调查和调解处理，统一思想，明确责任，并尽早将情况上报院长。

4、整个事件处理完后向全院通报。

第十三条 临床科室因轻度医疗过失引发医疗纠纷时，应做好以下工作：

1、对医疗过失原因进行分析，分清责任，并向安全办递交书面报告，并报保卫科备案。

2、配合调查组开展调查，客观举证。

3、科内不能明确责任的，提请医疗纠纷与事故分析委员会对医疗过失进行评定，明确责任。

第十四条 当可能发生下列危及患者和职工生命安全及医院财产重大损失时，当事人应采取紧急避险措施。

1、发生医疗过失时，首先应确保患者生命安全，在不违背医疗原则前提下，采取一切必要的手段挽救患者生命。

2、当发生患者家属聚众闹事，甚至殴打工作人员或打砸、抢劫医院财产时，保卫科和在场工作人员应予强行制止，并及时报警。如遇围攻打骂，依法组织医院职工维护医院合法权益。

第十五条 当事人、科主任（护士长）及职能部门的职责：

当事人职责：

1、热情接待来访者，并立即报告上级医师（护师）和科主任（护士长）。

2、如系医疗行为缺陷，可以纠正（补救）减轻损害的，立即予以纠正。

3、保护好现场、病历、实物及其他证据。

4、积极协助科主任（护士长）与病人及家属沟通。

科主任（护士长）职责：

1、当接到医疗事故和纠纷报告时，迅速听取当事人介绍情况，做出初步定

性；

- 2、速与当事人或病人（患者家属等）进行沟通；
- 3、对无法沟通可能导致重大纠纷的迅速报告相关科室和领导。
- 4、全程参与调解处理。
- 5、提出对本科室事故或纠纷责任划分及处罚意见。

安全办、医务科、质控科、护理部职责：

1、当接到医疗事故和纠纷报告时，迅速听取科室负责人介绍情况，进行调查核实，做出初步定性；及时介入纠纷的处理，防止事态的扩大，同时将情况按程序上报主管院领导和有关部门。

2、和科室负责人、其他职能部门负责人一起与当事人或病人（患者家属等）进行沟通；充分调查核实后提出处理意见和建议，向领导汇报，根据院领导指示与病人家属进行通报和解释，并为之沟通和协调解决。

3、负责医疗纠纷诉讼和第三方介入的纠纷调解。

4、组织对医疗事故或纠纷进行总结与分析，充分讨论和分析发生原因，提出奖罚意见；尽量找出不安全医疗隐患，提出指导性的整改意见。

保卫科职责：

1、可能发生重大纠纷事件时，保卫科接到通知后应在 5 分钟之内组织护院队员赶到现场，维持秩序，防止聚众闹事的行为发生。维护医疗秩序和医务人员人身安全。

2、协调、联系公安部门，对非自然死亡案例应及时报当地公安部门。

3、全程参与调解处理。

第四章 罚 则

第十六条 凡医疗轻度缺陷纠纷，其调解的必要费用由责任科室承担。凡医疗事故或重大过失引起的医疗纠纷，其一次性协商赔偿费用或法院判决的赔偿费用均由责任科室全部承担，在科室有效收入中扣除，同时，医院按安全责任状的有关条款对相关责任人予以相应处罚。各科室如因资料丢失导致医院举证不能，造成败诉赔偿，科室应承担全部责任。

第十七条 有下列情形造成安全隐患的，对当事人予以处罚 100 元，可以累计处罚：

- 1、工作人员忘了锁门或未锁牢；
- 2、病房安防设施设备损坏未发现或未及时修复；
- 3、未严格执行外出检查制度和探视制度；
- 4、工作人员未保管好钥匙；
- 5、其他原因导致安全隐患的。

第十八条 违反本规定的，视下列情形分别给予处罚：

- 1、未按报告流程及时上报的，每次罚款 500 元。
- 2、当事人隐匿资料者或相互推诿、推卸责任者，每次罚款 1000 元。
- 3、当事人由于病历不完善或保管病历资料遗失，导致无法及时进行调查、举证和专家评定者，每次罚款 1000-2000 元。
- 4、对本院职工刻意激化医疗纠纷矛盾，扩大事态者，处当事人 5000 元罚款，并按医院人事管理制度给予相应处罚。

第十九条 违反本规定，导致医疗纠纷处理不及时，对相关科室负责人视情节给予 500-1000 元罚款。

第二十条 医疗纠纷与事故分析委员会定时召开会议，对在医疗纠纷处置中成绩突出的个人和科室予以奖励，对医疗纠纷相关科室和责任人参照上述规定予以处罚。

第二十一条 本规定颁布之日起执行。

医疗安全目标管理措施与实施细则

为提高我院的医疗护理质量，确保患者安全，规避医疗风险，构建和谐医患关系，根据《患者安全目标手册》的要求，结合我院的实际情况，特制订本安全目标管理措施与实施细则。

（一）严格执行查对制度，提高医务人员对患者身份识别的准确性。

建立、健全与完善各科室患者身份识别制度。在标本采集、给药或输血等各类诊疗活动前，必须严格执行查对制度，应至少同时使用两种患者身份识别方法。

1、临床科室：

开医嘱，处方或进行治疗时，应查对病员姓名、性别、床号、住院号。

执行医嘱时要进行“三查七对”：摆药后查；服药、注射、处置前查；服药、

注射、处置后查。对床号、姓名和服用药物的药名、剂量、浓度、时间及用法。

查验药品时和使用药品前，要检查质量、标签、失效期和批号，如不符合要求，不得使用。

给药前，注意询问有无过敏史；使用毒、麻、限、剧药时要经过反复核对；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动，裂缝；给多种药物时，要注意有无配伍禁忌。

输血前，需经两人查对，无误后，方可输入；输血时须注意观察，保证安全。

2、药房：

配方时，查对处方的内容，药物剂量，配伍禁忌，医师签名是否正确。

发药时，查对药名、规格、剂量、用法和处方内容是否相符；查对标签（药袋）与处方内容是否相符；查对药品有无变质，是否超过有效期；查对姓名、年龄、并交代用法及注意事项。

3、临床实验室：

采取标本时，查对科别、床号、姓名、检验目的。

收集标本时，查对科别、姓名、性别、标本数量和质量。

检验时，查对试剂、项目，化验单与标本是否相符，以及标本的质量。

检验后，查对目的，结果。

发报告时，查对科别、病房，姓名。

4、医学影像科：

检查时，查对科别、病房、姓名、年龄、片号、部位、目的。

治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、药品名称、剂量。

发报告时，查对科别、病房。

5、供应室：

准备器械包时，查对品名、数量、质量、清洁度。

发器械包时，查对名称、消毒日期。

收器械包时，查对数量、质量、清洁处理情况。

高压消毒灭菌后的物件要查对化学指示卡是否达标。

6、特殊检查室（心电图、脑电图、超声波等）：

检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检查目的；

诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果；

发报告时查对科别、病房。

7、其它科室，应根据上述要求精神，制定本科室工作的查对制度。

在实施特殊诊疗操作，特别是有创诊疗活动前，实施者要亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确认的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

建立使用“腕带”作为识别标示的制度：

对昏迷、神志不清、无自主能力、严重痴呆、严重木僵的病人在诊疗活动中使用“腕带”作为操作前、用药前、输血前等诊疗活动时辨识病人的一种必备的手段。

（二）多职种多环节协同努力，确保用药安全

1、用药安全涉及药师、医师、护士等多个职种，同时涉及患者本人，环节包括药品采购、储存、调剂、处方、医嘱、使用、观察等各个环节。每个环节、每个职种都要严格认真、协同努力，方能确保用药安全，减少不良反应。

2、规范诊疗区内药柜中药品的存放、使用、限额、定期核查；严格依照法律法规要求对毒、麻、剧药品进行存放、登记和管理。

3、制定有误用风险的药品的管理规范 and 制度：

①高浓度电解质制剂（包括氯化钾、磷化钾及超过 0.9%的氯化钠等）肌肉松弛剂与细胞毒化等高危药品，必需单独存放，禁止与其他药品混合存放，且有醒目标志；

②临床医护人员对药名或剂型或外观等相似或相近的药品具有识别技能；

③药学部门应定期提供识别技能的培训与警示信息、规范药品名称与缩写标准。

4、病区药柜的注射药、内服药与外用药应严格分开放置。

5、所有处方、医嘱在转抄和执行时都要有严格的核对程序，且有签字证明。

6、在开具和执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌。

7、进一步完善输液配伍的安全管理，确认药物有无配伍禁忌，控制静脉输注流速、预防输液反应。

8、各病区建立药物使用后不良反应的观察制度和程序，医师、护士知晓并能执行这些观察制度和程序，且有文字证明。

9、药剂科应为医护人员、患者及家属提供合理用药的方法及用药不良反应的咨询服务指导。

(三) 建立与完善在特殊情况下医务人员之间的有效沟通,做到正确执行医嘱

1、在日常诊疗活动中不得使用口头或电话通知的医嘱或检验数据。

2、只有在对危重患者紧急抢救的特殊情况下,对医师下达的口头临时医嘱,护士应向医师复述,在执行时实施双重检查(尤其是在超常规用药情况下),事后应准确记录。

3、在接到口头或电话通知的患者“危急值”或其它重要的检验(包括医技科室其他检查)结果时,接获者必须规范、完整地记录检验结果和报告者的姓名与电话,进行复述确认后方可提供给医师使用。

(四) 建立临床实验室“危急值”报告制度

1、检验科应根据我院的服务对象、实际服务能力,针对报告途径、重点对象、报告项目等内容,制定出我院的危急值报告制度。

2、“危急值”报告应有可靠途径且检验人员能为临床提供咨询服务。

3、“危急值”报告的重点对象是各种急危重症患者和明显超长检验结果。

4、“危急值”项目可根据我院的实际情况进行认定。

5、对属“危急值”报告的项目实行严格的质量控制,尤其是分析前质量控制措施。如应有标本采集、储存、运送、交接、处理的规定,并认真落实。

(五) 严格执行手部卫生管理制度,严格控制医院感染。

1、手部卫生:贯彻并落实医护人员手部卫生管理制度和手部卫生实施规范,配置有效、便捷的手卫生设备和设施,为执行手部卫生提供必需的保障与有效的监管措施,医务人员在以下6种情况下必须洗手或进行手消毒。①接触病人前后;②摘除手套后;③进行侵入性操作前;④接触病人体液、排泄物、粘膜、破损的皮肤或者伤口敷料后;⑤从病人脏的身体部位到干净的部位;⑥直接接触、接近病人的无生命物体(包括医疗器械)后。

2、操作:医护人员在任何操作过程中都应严格遵循无菌操作规范,确保临床操作的安全性。

3、器材:使用合格的无菌医疗器械、器具、耗材。

4、环境：有创操作的环境消毒，应当遵循的医院感染控制的基本要求。

5、手术后的废弃物：应当遵循医院感染控制的基本要求。

（六）防范与减少患者跌倒事件的发生

1、建立跌倒报告与伤情认定的制度和程序

2、各科室制定并认真实施有效的跌倒防范制度与措施。

（七）防范与减少患者压疮发生

1、建立压疮的风险评估、防范、报告、处理制度与程序（护理部）

2、有压疮诊疗与护理措施（护理部）

3、各科室认真执行有效的防范制度与措施。

（八）鼓励主动报告医疗安全（不良）事件

1、医院有鼓励医务人员主动报告的制度与机制，鼓励，倡导医护人员主动报告不良事件。

2、积极参加《中国医院学会》自愿、非处罚性的不良事件报告系统。

3、医院建立良好的医疗安全文化氛围，提倡非处罚性、不针对个人的方式，鼓励员工积极报告威胁病人安全的不良事件的具体案例。

4、院安全办能够将安全信息与医院实际情况相结合，从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进。每年至少有 2 个典型案例进行医院层面的医疗安全改进分析及具体实施方案。

（九）鼓励患者参与医疗安全

1、针对患者的疾病诊疗信息，为患者及家属提供相关的健康知识教育，协助患方加强对诊疗方案的理解和接受程序。

2、主动邀请患者参与医疗安全管理，尤其是患者接有创治疗前和药物治疗时。

3、教育患者在就诊时应提供真实病情、真实信息，并告知其对诊疗服务质量与安全的重要性。

4、公开本院接待患者投诉的主管部门、投诉方式及途径。

病室安全管理制度

- 1、严格执行各项规章制度，认真履行岗位职责，每一位职工都有责任维护病房的安全。
- 2、严格执行各项核对制度，杜绝一切差错事故。
- 3、认真做好交接班，定时清点人数、药品、物品，重点病人做到床头交班。
- 4、定期检查病房设施，确保病室内各门、窗、锁等完好无损，若有损坏及时联系维修。
- 5、病房内各类用物应专人保管，严防危险物品流到病人手中。
- 6、进出病房应随手关门，开关门时应留意周围病人动静，严防病人夺门逃跑造成意外。
- 7、工作人员进出病房内办公场所、公用场地、库房、休息室、厕所等应随时锁门，防止病人随意进入，严防意外发生。
- 8、定期检查消防设备、电器设备、开关插座，严防失火、烫伤、电击伤、跌伤及食物中毒，并保持安全通道畅通。
- 9、工作人员钥匙要各自严管，不得随意放置，不得随意借予他人，一旦遗失应立即报告病房负责人及上报医务科、保卫科，并及时组织寻找，对遗失者追究责任，对遗失钥匙造成后果者加重处罚。
- 10、医务人员应及时处理病人的精神症状，了解和掌握病人的思想动态，严防病人发生冲动伤人、自杀、自伤或逃跑等事件发生。
- 11、做好新入院和请假归院病人的安全检查，认真落实安全检查制度，做到定期安检和临时抽查相结合，确保无危险物品流入病房。

医疗安全监控工作制度

- 一、医院安全办负责全院的医疗安全的监督、检查、控制工作。
- 二、各临床科室每月进行两次医疗安全查房，由各科主任组织，带领护士长，质控医师，质控护士对科室进行一次细致的医疗安全检查和医疗质量，及时发现

问题，解决问题，消除安全隐患。

三、医务科、护理部、质控办每月两次不定期对全院各临床科室进行安全巡视和抽查，对病房管理、医疗安全进行检查，发现问题督促整改。

四、业务院长每月进行两次医疗护理质量查房，指导，检查，督促医疗安全监控工作的有序进行。

五、院级领导每月进行一次行政查房，指导，督促医疗安全监控工作。

安全信息与重大不安全事件分析报告制度及管理办法

为加强医院的安全监督管理，使安全信息管理制度化和规范化，保证安全信息的及时性、准确性和完整性特制订本管理办法。

1、本办法所指的安全信息和重大不安全事件是指医院安全生产、医疗、护理不良事件、后勤不良事件、设备仪器不良事件、重大医疗事故、重大火灾、重大自然灾害等信息。

2、安全信息本着分级报送、归口管理、资源共享，在收集、统计、报告过程中要切实做到实事求是，报告内容准确、完整，为医院持续改进安全管理工作提供科学依据、严禁漏报、谎报、瞒报。

3、医院安全办是安全信息的归口管理部门，负责审核、汇总和公布各类安全信息，综合分析，编写发布医院安全信息通报。

4、医院各职能部门是本职能管理范围内的安全信息归口部门，负责收集、汇总、讨论、分析各种安全信息后上报。

5、发生重大医疗差错、医疗事故、重大错误操作事故时的报告，医务科应立即组织进行事故处理或紧急救治，同时应对事故情况进行调查并立即向院领导报告；事故处理完毕后职能部门组织讨论分析、提出处理意见和整改措施并督导落实。

6、发生重大的非医疗突发不安全事件，导致人身伤亡、设备损坏、重大火灾或其他可能造成重大不良社会影响的、严重影响医疗秩序的事故(事件)应立即向相应部门和领导报告，有人员伤亡的还应向当地公安部门报告。

7、安全信息定期分析、总结和报告：各职能部门每月应对上个月的安全信

息、重大不安全事件汇总、讨论、分析、制定整改措施并督导落实。

8、各职能部门每月前将上个月的安全信息和重大不安全事件的相关资料以纸质和电子档形式报安全办。

9、安全办每季度对全院的安全信息和重大不安全事件汇总、分析、制定整改措施并编辑发布安全信息通报以实现资源共享。

10、安全信息的监督管理：医院设立了安全监督电话（85091007）多途径收集、传递安全信息；安全办对各部、科室的安全信息、重大不安全事件报告情况进行监督管理，对漏报、瞒报、谎报、不按要求或不按时上报的按照医院相关规定予以处罚。

关于医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的规定

医疗安全是医患双方共同的责任，鼓励患者参与医疗安全管理不仅充分体现了患者的权利，也诠释了医院以患者为中心的服务理念。诊疗过程中患者参与医疗安全有助于及时发现不良因素，可有效的避免医疗缺陷，保障医疗安全，增加医疗透明度，对构建和谐医患关系将起到积极促进作用。为此，特制定以下规定：

（一）医务人员有鼓励患者参与医疗安全活动的责任和义务。

（二）实施任何诊疗活动前，医务人员应亲自与患者或家属沟通，取得患者或家属的确认；其中特殊检查（治疗）、创伤性诊治活动前需知情同意签字确认，作为最后确认的手段，以确保实施操作等医疗行为的顺利进行。

（三）引导患者在就诊时应提供真实病情和真实信息，并向患者宣传提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。

（四）针对患者的疾病和诊疗信息，为患者和家属提供相关的疾病和健康知识的教育，协助患方对诊疗方案的理解与选择。

（五）主动邀请和鼓励患者参与医疗安全管理，尤其是患者在接受手术、介入或有创操作前告知其目的和风险，并请患者参与手术部位的确认。

（六）需要使用设备或耗材的，为患者提供设备和材料的相关信息。让患者对操作有所了解，以确认设备及耗材和患者身份具有惟一对应性，以及和相应费用的对应性。

(七) 药物治疗时,告知患者用药目的与可能的不良反应,鼓励患者主动获取安全用药知识,充分体现患者的知情权,并邀请患者参与用药时的查对。

(八) 护士在进行护理和心理服务时,应告知患者护理操作的目的、操作的步骤、以及如何配合及配合治疗的重要性。

(九) 对儿童、老年、孕妇、行动不便和残疾患者,用语言提醒、搀扶、请人帮助和警示标识等办法邀请患方主动参与防止患者跌倒事件的发生。

(十) 定期向患者举行医疗健康教育讲座,宣传参与医疗安全活动。

(十一) 医院设立投诉受理办公室,建立投诉机制,向患方公开本院接待患者投诉的主管部门、投诉的方式及途径。

科室医疗质量与安全管理实施办法

一、成立科室医疗质量与安全管理小组

组长: 科室主任

成员: 护士长科室负责医师住院医师护士

二、科室医疗质量与安全管理小组职责

- 1、科室主任是科室质量与安全第一责任人。
- 2、贯彻落实国家的法律、法规及医院的各项医疗质量与安全管理规章制度;
- 3、对本科室的医疗质量全面负责,应进行实时监控、指导,保障医疗质量和安全;
- 4、制定本科室的医疗质量与安全管理制度和措施并监督落实;
- 5、结合本专业特点及发展趋势,制定及修订本科室疾病诊疗常规、药物使用规范并组织实施;制订及修订本科室的质控工作制度、人员职责。
- 6、在医务科和护理部的指导下,负责本科室医疗、护理质量控制检查工作,抓好科内诊疗质量、护理质量、医疗文件书写质量工作。
- 7、本科室拟开展新技术的审议、申报与日常管理;
- 8、建立风险预警机制,协调处理医患关系;
- 9、科室医师资格准入、临床岗位准入考核及在本科室轮转培训的青年医师的业务培训及考核;

10、研究制定科室临床路径、单病种质控实施办法，做好、临床路径、单病种质控管理工作；

11、按照相关规定，主动报告医疗不良事件，按时报送院内主管部门。

12、定期对本科室的医疗质量与安全管理工作进行检查、研究，做好科室的质量自测自评，分析科室医疗质量数据、病人投诉情况，质量缺陷问题，查找医疗、护理、管理隐患，自评工作优劣。对违反相关制度的责任人进行批评教育及处理，并做好有关记录。

三、责任追究

各临床科室主任向院长签订工作质量、医疗安全责任状，承诺认真贯彻落实医院的目标管理方案，狠抓医疗护理工作质量，杜绝医疗事故的发生，保质保量完成医院下达的各项经济任务和工作任务。

各级各类工作人员向科室主任签订安全责任状，承诺严格履行岗位职责、爱岗敬业，完成科室交给的各项工作任务，确保医疗安全，杜绝医疗事故的发生。

投诉处理规定

一、医院投诉的接待、处理工作应当贯彻“以病人为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则。

二、医院投诉管理部门：安全办

投诉受理地点：门诊大楼二楼涉医投诉中心

设立专门投诉电话：上班时间 85090920，非上班时间 85585069。

投诉管理部门履行以下职责：

（一）统一受理投诉

做好每个投诉的记录，建立投诉登记本，及时上报上级领导，做到七日内有投诉回复（特殊情况例外）。

（二）及时处理投诉

所有投诉由涉医投诉中心根据投诉内容分类分到各相关职能部门，由职能部门调查核实，将结果汇总，核实投诉事项，提出处理意见，上报上级领导，及时答复投诉人。

- 1、行政事务与管理方面由院办公室负责
- 2、医德医风、违规违纪方面由纪委办公室负责
- 3、职工劳资纠纷、计划生育方面由政工科负责
- 4、医疗服务、医疗纠纷投诉由医务科、安全办负责
- 5、护理质量、护理纠纷由护理部负责
- 6、职工劳动纪律、服务质量由质控办负责
- 7、医疗收费、医疗物价方面由财务科负责
- 8、环境卫生、水电气暖、司机、食堂等后勤保障方面、医疗器械以及其他设备管理、质量方面由总务科负责
- 9、安全保卫方面由保卫科负责
- 10、医疗保险方面由医保科负责
- 11、感染方面由院感科负责
- 12、药品质量、价格及药事管理方面由药剂科负责
- 13、流浪病人、药物救助方面由精防办负责
- 14、门急诊相关方面由门急诊负责
- 15、职工权益方面由工会负责
- 16、护工服务质量、服务纠纷方面由护工公司负责

以上职能部门接到投诉后，负责调查核实，并将结果反馈到涉医投诉中心。

(三) 组织、协调、指导全院的投诉处理工作；

(四) 定期汇总、分析投诉信息，提出加强与改进工作的意见或建议。

三、医院投诉接待实行“首诉负责制”。投诉人向有关部门、科室投诉的，被投诉部门、科室的工作人员应当予以热情接待，对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或科室应当主动引导投诉人到投诉管理部门投诉。

四、投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《医院投诉登记表》，如实记录投诉人反映的情况。

五、投诉接待人员应当耐心细致地做好解释工作，稳定投诉人情绪，避免矛盾激化。医院投诉管理部门接到投诉后，应当及时向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况，在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并反馈投诉人；当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合。

六、对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，医院应当立即采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。对于涉及收费、价格等能够当场核处理的，应当及时查明情况，立即纠正。对于情况较复杂，需调查、核实的投诉事项，一般应当于5个工作日内向投诉人反馈相关处理情况或处理意见。投诉涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项，应当于7个工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见。

七、医院各部门、科室应当积极配合投诉管理部门开展投诉事项调查、核实、处理工作。

八、涉及医疗事故争议的，应当告知投诉人按照《医疗事故处理条例》等法规，通过医疗事故技术鉴定、调解、诉讼等途径解决，并做好解释疏导工作。

九、属于下列情形之一的投诉，投诉管理部门应当向投诉人说明情况，告知相关处理规定：

- (一) 投诉人已就投诉事项向人民法院起诉的；
- (二) 投诉人已就投诉事项向信访部门反映并作出处理的；
- (三) 没有明确的投诉对象和具体事实的；
- (四) 已经依法立案侦查的治安案件、刑事案件；
- (五) 其他不属于投诉管理部门职权范围的投诉。

十、投诉人应当依法文明表达意见和要求，向医院投诉管理部门提供真实、准确的投诉相关资料，配合医院投诉管理部门的调查和询问，不得扰乱医疗正常秩序。对于投诉人采取违法或过激行为的，医院应当及时采取相应措施并依法向公安机关和卫生行政部门报告。

十一、医院投诉管理部门应当定期统计投诉情况，将统计结果报告相关职能科室和院领导，应当与年终考核、医师定期考核、医德考评、评优评先等结合。

十二、本规定自发布之日起施行。2016年3月10日印发的《长沙市第三社会福利院(长沙市精神病医院)投诉处理暂行规定》长三福[2016]13号文件同时废止。

新技术、新项目准入管理制度

为加强和规范我院医疗技术管理，促进医学科学发展和医疗技术进步，提高

医疗质量，保障医疗安全，根据《医疗技术临床应用管理办法》和《长沙市医疗技术临床应用准入管理办法》等有关法律、法规，特修订我院《新技术、新项目准入管理制度》。

一、定义

新医疗技术业务是指我院未开展过的医疗业务，包括创新技术的临床研究；新诊疗技术、方法的引进；新仪器设备在临床应用等（以下简称医疗新技术）。凡我院开展的新技术均应严格遵守本准入管理制度。

一、准入程序

（一）立项

1、医院各科室首次开展新技术、新项目临床应用，必须先向医务科提出书面立项申请（医疗新技术新项目临床使用申请书），申请内容包括：

- （1）技术原理；
- （2）技术在国内外的应用和准入情况；
- （3）技术的安全性、有效性、经济性及其与现有同类技术的比较；
- （4）开展该项技术的必要性；
- （5）新技术应用方案（包括技术的操作规范、对可能出现的并发症等不良反应的防范措施）；
- （6）学科、人员及设施、设备条件；
- （7）临床应用效果评价的方法与指标。

2、向伦理委员会提交伦理审核申请：

- （1）伦理审核申请书（包括申请人姓名、职称、职务、科室和申请技术全称）；
- （2）医疗新技术新项目临床使用申请书；
- （3）知情同意书样张。

（二）论证

1、医务科组织医疗质量与安全委员会对新技术进行医疗安全论证

（1）主任委员选择两位委员为主审委员，在审查会议开始前至少三天，应提交给主审委员需要审查的申请文件，以保证有足够的时间评阅。并提前听取有关意见和建议，充分分析将要审查的新技术内容，对可能存在争议的、特殊的申

请，可在审查会议前决定是否需要特别邀请外部相关专家和其他人员到会。

(2) 召开评审会议时，由主任委员主持会议。每次会议参会人数不应少于总人数的 2/3，参与该项目的委员应当回避。必要时，可邀请非委员专家出席会议，但非委员专家不得超过总参会人数的 1/3。参与该项目的专家也应回避，不在邀请之列。

(3) 申请者以口头方式简述临床前研究概况、临床实施方案、保障患者安全措施和风险处置预案，并回答评委提问。

(4) 两位主审委员报告其审查意见后，其他委员参与讨论。

(5) 会议进入讨论和投票程序时，申请者应离场。同意票超过到会人数的 2/3 方为审核同意。伦理委员会的意见可以是：I. 同意。II. 作必要修改后同意。III. 不同意。

2、医院伦理委员会对新技术进行伦理学论证

(1) 主任委员应选择两位委员为主审委员，在审查会议开始前至少三天，应提交给主审委员需要审查的申请文件，以保证有足够的时间评阅。并提前听取有关意见和建议，充分分析将要审查的申请内容，对可能存在争议的、特殊的申请，可在审查会议前决定是否需要特别邀请外部相关专家和其他人员到会。

(2) 召开伦理委员会委员会议时，由主任委员主持会议。每次会议参会人数不应少于总人数的 2/3，参与该项目的委员应当回避。必要时，可邀请非委员专家出席会议，但非委员专家不参加投票。参与该项目的专家也应回避，不在邀请之列。

(3) 申请者以口头方式简述临床前研究概况，临床研究方案设计及其依据的科学性，保护受试者权益与安全的措施，并回答提问。

(4) 两位主审委员报告其对研究设计和知情同意书等的审查意见后，其他委员参与讨论。

(5) 会议进入讨论和投票程序时，申请者和列会专家应离场。同意票超过法定到会人数的 2/3 方为审核同意。伦理委员会的意见可以是：I. 同意。II. 作必要修改后同意。III. 不同意。IV. 终止或暂停先前批准的试验。

(三) 审批

由医务科长、分管院长和伦理委员会主任根据论证结果签署审批意见。若属

第二类医疗技术则按《长沙市医疗技术临床应用准入管理办法》规定向上级主管部门申报。在医疗技术未获得审批同意前，不得擅自开展。

二、追踪管理和随访评价

(一)经批准开展的新技术、新项目必须严格按照有关法律及技术要求规定进行，科室应对新技术新业务有明确的操作规程和质量安全保障措施。

(二)应用科室应定期对正在开展的医疗技术定期进行安全性、有效性和合理应用情况的评估，及时发现医疗技术风险，严格按照我院《医疗技术风险预警制度》进行分级预警上报。并采取相应措施，以避免医疗技术风险或将其降到最低限度。并将有关情况定期上报医务部进行复核。

(三)医务科负责医院医疗技术临床应用的日常监管。对出现预警的医疗技术，根据规定组织专家论证。如发现风险和隐患，应及时以书面形式通知相关科室，并全程追踪其整改和随访过程。

(四)应用科室应具有与开展的技术或项目相适应的技术力量、设备与设施，以及确保患者安全的方案。当技术力量、设备和设施发生改变，可能影响到医疗技术的安全和质量时，应当中止该技术。按规定进行评估后，符合规定的，方可重新开展。

医疗技术分级管理、审批制度及流程

为了加强我院医疗技术临床应用的分级管理，提高医疗质量、降低医疗风险、保障病人安全，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗技术临床应用管理办法》、《医院工作制度与人员岗位职责》等法律法规和规定，根据医院实际情况，制定医疗技术分级审批与管理制度。

一、医疗技术分三级进行管理。第一类医疗技术的临床应用由我院医务科统一管理，第二类由我省卫生厅负责，第三类由卫生部负责。根据《医疗技术临床应用管理办法》医疗技术分为三类。

第一类医疗技术是安全性，有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性，有效性的技术；

第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术；

第三类医疗技术是指具有涉及重大伦理问题，高风险、安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证，需要使用稀缺资源等情形之一的。需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术。

第二类、第三类医疗技术临床准入管理参照卫生部，湖北省卫生厅相关文件执行，包括医疗技术项目和人员，如批文没有具体人员规定，医院原则上按高风险诊疗技术分级审批与管理。

二、医疗技术在临床应用能力审核。

第三类医疗技术首次用于临床前，必须经过卫生部组织的安全性、有效性临床试验研究、论证及伦理审查。第三类医疗技术临床应用前必须向卫生部指定的机构申请第三方医疗技术临床应用能力技术审核；卫生部也可以委托我省卫生厅指定的机构对指定的第三类医疗技术进行临床应用能力技术审核工作。

第二类医疗技术临床应用前向我省卫生厅指定的机构申请第三方医疗技术临床应用能力技术审核。

我院医务科组织院内专家负责对第一类医疗技术临床应用能力技术审核。

三、审批流程：

临床科室申请：

在开展第三类或第二类医疗技术前，必须向医务科递交医疗技术临床应用可行性研究报告，内容包括：

①开展项目的目的、意义、和实施方案；

②该项医疗技术的基本概况，包括国内外应用情况、适应证、禁忌证、不良反应、技术路线、质量控制措施、疗效判定标准、评估方法，与其他医疗技术诊疗同种疾病的风险、疗效、费用及疗程比较等；

③该项医疗技术的风险评估及应急预案。

医务科审核：

①申请的医疗技术是否为卫生部废除或者禁止使用的、未列入相应目录的、距上次同一医疗技术未通过审核的时间是否未滿 12 个月，如果是，予以否决。

②开展该项医疗技术具备的条件，包括主要技术人员的执业注册情况、资质、医院设备、设施、其他辅助条件是否具备；

③风险评估是否全面，应急预案是否切实可行。

④如果②③审核通过，医务科将此申请报医疗技术管理委员会讨论。

相关机构审批：

①医院医疗技术管理委员会通过集体讨论该项医疗技术的相关问题，进行评估立项。

②对通过医疗技术管理委员会审核通过的，由医务科通知科室向相关医疗技术审核机构提请医疗技术临床应用能力技术审核。

③医务科在收到医疗技术审核机构同意后，向卫生厅或卫生部申请开展通过临床应用能力技术审核的医疗技术。批准后通知科室开展该临床技术

四、第一类医疗技术临床应用管理

（一）手术分级审批与管理，按医院《手术分级管理制度》执行。

（二）新技术新项目，遵照医院《新技术新项目准入制度》实施。

（三）麻醉分级审批与管理，按医院《麻醉医师资格分级授权管理制度》实施。

（四）除手术外的有创诊疗操作技术分级审批与管理。

分为普通有创诊疗技术和高风险诊疗技术二类。

1. 普通有创诊疗操作技术资质审批

指临床常用低风险，操作简单，安全的有创操作：如导尿、胃肠减压、骨髓穿刺，浅表组织活检，B 超引导下诊疗性腹穿、胸穿，外周血管穿刺，清创等，取得执业医师资格的医师，在上级医师指导下成功完成一定例数的操作后，经科室医师资质分级评定小组考核后，予以资质准入，科室留存备案。

2. 高风险诊疗操作技术分级审批

（1）各科根据本专业有创诊疗操作技术的复杂性，难度和风险，列出高风险诊疗技术目录，报医务科审核，科室根据学科发展和技术变化，对目录进行定期更新。

（2）各专业根据高风险诊疗操作过程的复杂性和技术的难度要求按项目进行资质准入，高风险诊疗操作技术分专业设制准入标准，取得主治医师职称方可提出最低难度的高风险诊疗操作技术项目的准入资质申请，大多项目要求副主任及以上职称方可申请准入资格，申请前必须完成 5 例以上的助手，和在上级医师（或有经验医师）指导下成功施行 5 例，经科室医师资质分级评定小组，根

据相应项目考核，达到一定的技术水平，科室同意上报医务科审核，经医院医疗技术管理委员会审批后公布生效，获得相应高风险诊疗操作技术资格，方可进行独立操作。

（3）危重患者进行高风险诊疗操作管理

危重患者进行高风险诊疗操作须承担极大的医疗风险，为了保证操作质量减少操作风险，对操作者有更高的要求，除非紧急抢救生命，在操作前要进行科室讨论，评估有创诊疗操作的利弊和选择，原则上要安排熟练掌握的医师负责具体操作，不得安排低年资技术不娴熟的医师进行操作。

通常需由医师在危重患者诊疗活动中完成的，具有高危险性，高难度操作常用项目如下：经皮动脉置管术，各种途径的中央静脉置管术，肺动脉置管术，经静脉临时起搏器安置术，三腔管气囊填塞术，心包穿刺术，经皮气管切开置管术，诊断性腹腔灌洗术，腹膜置管透析术，机械通气，持续动静脉血滤和透析，主动脉内球囊反搏，人工肝与血浆置换等技术。

五、有创操作人员资格管理

各级医师的有创操作授权必须遵循《中华人民共和国执业医师法》特殊技术应用相关规定和要求，根据医师的技术资质（职称）和实际工作能力（技术考核认定），确定该医师所能实施和承担相应的有创操作项目。有创诊疗操作资格许可授权实行动态管理，每2年复评一次，进行操作技术能力再评价与再授权，再授权主要依照实际能力提升而变，不唯职称晋升而变动。当出现下列情况，取消其进行有创诊疗操作的权限。

1. 达不到操作许可授权所必需资格认定的新标准者。
2. 对操作者的实际完成质量评价后，经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者。
3. 在操作过程中明显或屡次违反操作规程者。

医疗技术管理委员会工作制度

一、医疗技术管理委员会是一独立的群众组织，以加强医院科学化管理，不断提高医疗质量，保证医疗安全为主要任务。

二、医疗技术管理委员会认真贯彻执行《执业医师法》、《药品管理法》、《医

疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗技术临床应用管理办法》等卫生法律法规和各项诊疗、护理规范，并受其约束。

三、医疗技术管理委员会组织结构

组长：贺吉清

副组长：沈雪芝 陈东

成员：各职能部门负责人及临床科室负责人

四、医疗技术委员会的工作制度与职责：

- 1、院长任委员会组长，相关副院长任副组长；
- 2、委员会成员由部分行政职能、临床及医技科室负责人组成；
- 3、技术委员会在院长领导下负责全院医疗安全管理，研究讨论医疗安全管理措施并组织实施；
- 4、对医疗技术发展规划提出建设性意见（包括医疗技术设计伦理问题的审核），并在临床上实施；
- 5、委员会不定期召开会议，对医疗纠纷、医疗事故性质的鉴定提出处理意见及解决办法。
- 6、负责医疗核心制度的制定及督导实施；
- 7、对每年上报的科研立项进行评价认定；
- 8、负责全院院级新技术、新项目的准入、审批及督导开展、评价。

诊疗技术资格许可授权考评领导小组及管理办法

为规范诊疗技术的管理，加强医疗技术和人员资质的准入，减少安全隐患，提高医疗质量，降低医疗风险，保障患者医疗安全，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗技术临床应用管理办法》、《医院工作制度与人员岗位职责》等法律法规，结合医院实际情况，特制定此制度。

一、组织领导

- 1、成立医院资格许可授权考评领导小组，由业务副院长任组长，医务科长任副组长，临床科室主任为组员的领导小组。
- 2、资格许可授权考评领导小组下设医疗质量与安全管理委员会，负责全院诊疗技术项目的资质准入审批与管理，办公室设在医务科。

二、诊疗技术资格许可授权领导小组职责

1、对临床科室提出的诊疗技术申请，诊疗技术资格许可授权领导小组依据法律法规和规章制度，从确保医疗质量与医患安全出发，认真分析所评诊疗项目，全面权衡全院设施条件，依据能否开展进行受理。

2、负责制定诊疗技术项目资格考评标准及复评标准。对考评结果有异议的，应由医务科重新抽取专家进行复评，对复评仍有异议者，提交医院质量与安全委员会集体讨论。

3、对各科室推荐或选评的医务人员进行全面评估，履行相关考核流程，从工作业绩、医德医风、技术操作等方面进行综合评定，合格后予以从事诊疗技术项目的授权许可，并报医务科备案。

4、对于开展已终止或中止的诊疗技术项目的技术人员，予以取消授权许可，并备案。待重新认定开展后，重新履行授权许可程序，获得授权许可后方可继续开展。

5、定期监督所授权人员开展诊疗技术项目的情况，对于不具备技术能力的人员，予以及时停止授权许可，并撤离岗位，报医务科备案。

6、实施每两年一次再授权管理制度，对所授权人员实施分级管理制度。合格人员予以晋级，不合格人员予以降级或停止授权。相关资料报医务科备案。

7、因原则不强，徇私舞弊等未能规范履行授权许可考评制度，导致诊疗技术项目无法正常实施或损害医院及患者利益的，予以取消考评人员资质及授权人员资质，同时按照医院相关规定予以处理，涉及相关法律责任的，由当事人自行承担。

三、分级管理原则

医疗技术分为普通有创诊疗技术和高风险诊疗技术。

（一）普通有创诊疗操作技术资质审批，普通有创诊疗操作技术指临床常用低风险，操作简单，安全的有创操作，如骨髓穿刺，浅表组织活检，B超引导下诊疗性腹穿、胸穿，外周血管穿刺，清创等，取得执业医师资格的医师，在上级医师指导下成功完成一定例数的操作后，经所在科室推荐，医务科审批后予以资质准入。凡在医院学习的实习生、进修生均不得开展普通有创诊疗操作，临床型已获得执业医师资格研究生可在上级医师指导下进行普通有创诊疗操作。

（二）高风险诊疗技术资质审批。

1、各科根据本专业有创诊疗操作技术的复杂性，难度和风险，列出高风险诊疗技术目录，报医务科审核，科室根据学科发展和技术变化，对目录进行定期更新。

2、各专业根据高风险诊疗操作过程的复杂性和技术的难度要求按项目进行资质准入，高风险诊疗操作技术分专业设置准入标准，取得主治医师职称方可提出最低难度的高风险诊疗操作技术项目的准入资质申请，大多项目要求副主任及以上职称方可申请准入资格，申请前必须完成 15 例以上的一助，和在上级医师，或有经验医师，指导下成功施行 5 例，根据相应项目考核，达到一定的技术水平，科室同意上报医务科审核，经医院医疗质量与安全管理委员会评审合格，获得相应高风险诊疗操作技术资格，方可进行独立操作。

3、危重患者进行高风险诊疗操作管理，危重患者进行高风险诊疗操作须承担极大的医疗风险，为了保证操作质量，减少操作风险，对操作者有更高的要求，除非紧急抢救生命，在操作前要进行科室讨论，评估有创诊疗操作的利弊和选择，原则上要安排熟练掌握的医师负责具体操作，不得安排低年资技术不娴熟的医师进行操作。通常需由医师在危重患者诊疗活动中完成的，具有高危险性，高难度操作常用项目如下(但不限于:有正当理由的紧急情况下):中央静脉置管术,三腔管气囊填塞术,经皮气管切开置管术,腹膜置管透析术,机械通气,持续动静脉血滤和透析,主动脉内球囊反搏,支气管镜检查及治疗,心包穿刺术,肺穿刺术,肾脏穿刺术,肝脏穿刺术等。

四、诊疗技术人员资质管理

诊疗技术资质许可授权实行动态管理,每两年复评一次,进行操作技术能力再评价与再授权,再授权主要依照实际能力提升而变,不唯职称晋升而变动。当出现下列情况,取消其相应资格。

- 1、再授权考核不合格者。
- 2、达不到操作许可授权所必需资格认定的新标准者。
- 3、对操作者的实际完成质量评价后,经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者。
- 4、在操作过程中明显或屡次违反操作规程者。

药事管理委员会工作制度

按照《医疗机构药事管理规定》，结合我院实际情况，成立长沙市精神病医院药事管理委员会。药事管理委员会负责监督、指导本机构科学管理药品和合理用药；协调和整改在药品使用过程中发生的各种问题；以及对本医疗机构工作人员进行合理用药教育。

药事管理委员会设主任一名、副主任若干名，医院院长任主任，药学或临床医学专家任副主任，设立由药学、医务、护理、临床及感染等专家组成。

一、药事管理委员会工作内容

1、监督、检查本机构贯彻执行国家药事管理法律、法规和卫生行政部门药事工作的规定；

2、制定本机构药物临床应用指导原则、管理办法或实施细则，并督导实施；

3、制定与定期修订本机构基本用药目录和处方集，并督导其实施；

4、组织评价新老药物的临床疗效与不良反应，并提出引进和淘汰品种意见；

5、研究解决医院医疗用药的重大问题；

6、审核本机构申报的医疗机构新制剂和上市后药品临床观察；

7、定期调查分析本机构药品使用情况，指导药物利用研究；

8、督查毒、麻、精神及放射性等特殊管理药品的临床使用与规范化管理情况，及时研究存在的问题与隐患，提出改进与完善管理意见；

9、对医务人员进行有关药事法规、合理用药知识教育，监督、检查、指导和考核本机构临床各科室用药情况，提出改进意见；

10、编辑出版本机构药品信息通讯，指导临床合理用药。

二、医院药事管理委员会工作程序：

1、医院药事管理委员会的日常工作由药剂科具体负责；

2、药事管理委员会原则上每半年召开一次全体会议，特殊情况可临时召开；

3、医院药事管理委员会做出决定必须有 2/3 以上的委员到会评议，并有到会 2/3 的委员同意，方可通过，并报院长办公室审批决定。

药物与治疗学委员会工作制度

在医院院长及主管院长领导下，负责组织实施医院的药物与治疗管理工作。认真贯彻落实《药品管理法》、《医疗机构药事管理》等国家的药事法规，依据有关的法律、法规、条例，制订颁布我院有关药物与治疗管理工作的规章制度并监督实施，保障药品的安全性与质量，促进合理用药，对不合理用药进行干预，规范化审批全院用药计划，使医院药物与治疗学管理达到法制化、规范化和科学化的要求。

一、主任委员负责召集委员会会议研究医院药物与治疗学管理的有关问题。

二、委员会原则上每季度召开一次会议，总结和检查、安排下阶段工作，审核新药和新制剂的报批材料。遇特殊情况可由3名以上委员提议，主任委员同意召开临时会议。

三、委员会会议应在有三分之二以上委员出席的情况下召开。

四、委员会会议的决议应经参加会议的三分之二以上有投票权委员的同意方可通过、颁行。

五、药剂科是委员会的执行机构，负责落实委员会的决议。

六、药剂科是委员会的常设机关，在委员会闭会期间，药剂科可以在其权限范围内，履行其委员会职能，做出临时性决定。在此期间遇不能自行处理的事项，应及时向主任或副主任请示，或提议召开临时会议。所有临时性决定均应在下次委员会会议上进行通报，并经会议通过方可成为正式决议。

七、委员会秘书协助主任、副主任委员收集议案，准备会议议题、资料 and 文件，负责做会议记录，整理记录，编制会议纪要，并向全体委员通报。秘书应负责建立包括各种原始记录、凭证在内的委员会会议档案，整理、保存委员会的文件和档案。

八、委员会向医院负责，有责任向医院领导班子报告工作情况。

九、委员会每年定期组织召开药品质量监督和药品不良反应监察研讨会，总结交流经验，学习、培训药品监督和药品不良反应监察的知识及技能，同时定期对临床进行合理用药检查，对不合理用药予以评价。

十、委员会委员应按时参加会议，本着认真负责和科学公正的态度参与议题的讨论和决议的表决。

药品质量监督管理制度

为进一步完善我院药品质量管理体系，提高我院用药质量和医疗水平，保障患者用药的安全有效，根据《中华人民共和国药品管理法》等法律法规，按照市药品监督管理局的工作要求和相关部署，结合我院实际情况，现制定我院药品质量监督管理制度。

一、成立长沙市精神病医院药品质量监督领导小组，制定我院药品质量管理工作的各项制度以及负责我院药品在流通环节中的质量监督。

二、在药品质量监督领导小组的指导下，药剂科建立药品质量管理小组。科主任任组长，各专业组负责人为组员，全科工作人员均有责任参与实施，实行药品从购进、贮存、配方发药到临床用药全过程各环节的全面质量监督检查，严把好质量关。

三、采购药品坚持药品集中采购的原则，坚持药事管理委员会审定的程序，从正规的、有资质的经营单位采购药品，从源头上杜绝假劣药品流入医院。

四、坚持入库质量验收制度，购进的药品必须符合国家有关质量标准，必须有符合国家规定的批准文号、注册商标、生产批号、有效期等标示。不合格者拒绝入库，质量可疑者须经检验合格方可入库。进口药品入库必须验视海关药检部门的检验报告（复印件须加盖供货公司红印章）。

五、按照各药品对冷藏、避光、干燥、通风、防鼠咬虫蛀等要求贮存药品，保证在库药品质量。建立定期质量检查制度，对有怀疑的药品随时停止使用和退库。出库时双方对药品质量验发、验收。

六、门诊发药和住院药房发药要严查药品外观质量，发现变色、受潮、霉变、产生沉淀等变质药品应立即截留，并进行登记、报告。配发药品严格“四查十对”，防止发生差错事故和药疗事故。

七、对医院自制制剂应进行批批检验，并有检验过程记录和检验结果报告。对不合格品或制剂的处理和采取的改进措施等，应有详细的登记和记录，并妥善保管以备查。

八、经常深入临床科室，收集药品质量和不良反应情况。发现药品不良反应或药疗事故，应进行科学分析，查找原因，并立即采取相应措施处理，及时总结

上报院领导和卫生行政部门。

临床安全用药管理制度

为进一步加强全院安全用药监管工作，满足临床用药的安全、有效、经济、合理的基本需求，提升合理用药、安全用药监督管理水平，结合我院实际，特制定本机构临床安全用药管理制度，并成立长沙市精神病医院安全用药监督指导小组，该小组隶属于医院药事管理委员会，并在药事管理委员会的领导下，全面负责医院安全用药管理工作。

临床用药是使用药物进行预防、诊断和治疗疾病的医疗过程，临床用药管理的终结目的是合理用药。临床医师、药师、护师等专业技术人员应当遵循安全、有效、经济的原则，加强协作，知识互补，共同为病人用药的安全性负责。根据国家规定的“基本药品目录”、“国家基本医疗保险药品目录”和“新农合药品目录”制定医院“处方集”和“医院药品目录”。药学部门在“医院药品目录”内组织有效的供应。

医院制定有相关的处方权限制的规定

1、抗菌药物处方权限

麻醉药处方权限

使用自费药品或乙类药品，以及扩展用药须经患者或家属签字同意。在临床诊疗中，医生要制定合理用药方案，超出药品使用说明范围用药或更改、停用药物，必须在病历中做出分析记录。

医院制定有处方权确认的程序与规定。医院药房设有处方权签字留样，药学人员须在核对处方签字后方可发药。

医院制定有药物治疗医嘱书写规范与查对制度。医师、护士、药师应知晓这些规范与管理流程，并能得到切实地执行。

为确保需要时得到急诊用药，加强病区药品的管理，医院应制定病区急救、备用基数药品管理制度，药剂科负责监管。

1、各病区急救、备用基数药品的种类和数量，由医疗、护理、药学相关人员根据临床需要协商确定。

2、备用药品一览表，由病区护士长签字、病区药房负责人签字、药剂科主

任签字并加盖药剂科签章，并各保留一份，附每次领药品有明细（包括名称、规格、数量、批号、效期等信息）。

3、病区药品管理人员应定期（每月）查看病区所备有效期药品，在有效期6个月前返住院药房调换新批号。

4、药剂科应有临床科室在夜间、节假日应急药品供应的途径。

药品不良反应监测报告制度

1、护士、医生或临床药师等一旦发现可疑的药物不良反应，应立即报告病人的主管医生，并通告医务处及药剂科。

2、药剂科在收到ADR 报告表或报告电话后，药师应即时（至少报告的当日）前往调查，要与临床医师沟通，降低病人用药风险，分析因果，填写“药物不良反应报告表”，并按规定程序上报。

3、在病历上记录发生的不良药物反应及采取的措施。

4、临床医师与药师及时跟踪/随访所报告的不良反应，记录不良反应的治疗及预后情况。评价所报药品不良反应或药物相互作用，如有重要发现及时通知医务科。

5、医务科及药剂科有责任将本院发生药品不良反应及时通报临床医师，采取有效措施，预防同类事件在本院重复发生，保障患者用药安全。

用药错误监测报告制度

医院建立发生用药错误的应急预案及处理流程。目的是改进用药环节和培训医务人员用于预防发生类似错误。从制度上、管理上查找原因，总结经验、吸取教训。

十、建立药品召回制度

药品召回是指当发生、发现或高度怀疑药品质量与药事工作质量的问题、事件可能影响病人安全与诊疗质量时，按照既定的原则、程序和方法，收回药品。召回的药品由药库专人妥善保管，不得再流入药房。

十一、实施用药动态监测制度

药剂科按照规定，每月定期向医院药事委员会提交医院药品消耗及用药结构情况，从数量和金额两方面进行统计分析，及时发现及报告药品使用中的异常流向，以供院领导决策。

十二、严格监督考核。

把合理用药作为考核医师与药师的重要标准，定期公示不合理用药情况，记入个人技术档案，并作为个人晋升、评聘职称的参考。

合理用药指导制度

为加强我院药事管理工作，促进我院临床合理用药，保障用药的安全性、经济性、有效性，避免和减少药物不良反应与细菌耐药性的产生，全面提高医疗质量，依据《药品管理法》、《药事管理暂行规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》等，结合我院实际，制定长沙市精神病医院合理用药指导制度。

一、临床合理用药是指我院的医务人员在预防、诊断、治疗疾病的过程中，针对具体病人选用适宜的药物，采用适当的剂量与疗程，在适当的时间，通过适当的给药途径用于人体，达到有效预防、诊断和治疗疾病的目的，同时保护人体不受或少受与用药有关的损害。

二、合理用药是本单位医疗质量管理和综合目标管理的重要内容，按照临床诊疗规范、《抗菌药物临床应用指导原则》以及本规定的要求，定期开展门诊和住院病人合理用药的评价工作，切实推进本单位临床合理用药。

三、设立“临床合理用药监督指导小组”，由药剂、医务、院感、护理、检验、临床专家组成，在院长或分管院长领导下，开展日常工作。

四、临床合理用药监督指导小组的职责和任务是：根据医院用药情况提出合理用药目标和要求，并组织实施；定期开展合理用药评价，对各科室药物使用情况进行分析，对存在的问题及时提出整改措施，对违规行为进行处罚。定期公布全院及重点科室的常见病原菌及耐药情况，提出临床经验用药方案。定期组织医务人员进行合理用药知识宣传教育，努力提高本单位药品合理使用水平。

五、医生在临床诊疗过程中要按照药品说明书所列的适应症、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等制定合理的用药方案，超出药品使用说明书范围或更改、停用药物，必须在病历上作出分析记录，执行用药方案时要密切观察疗效，注意不良反应，根据必要的指标和检验数据及时修订和完善原定的用药方案。

六、医生不得随意扩大药品说明书规定的适应症等，因医疗创新确需扩展药品使用规定的，应报我院药事管理委员会审批并签署患者知情同意书；使用中药

（含中药饮片、中成药）时，要根据中医辨证施治的原则，注意配伍禁忌，合理选药。

七、医生制定用药方案时应根据药物作用特点，结合患者病情和药敏情况，强调用药个体化。要充分考虑剂量、疗程、给药时间、给药途径，同时考虑药物的成本与疗效比。可用可不用的药物坚决不用，可用低档药的就不用高档药，尽量减少药物对机体功能的不必要的干扰和影响，降低药品费用，用最少的药物达到预期的目的。对较易导致严重耐药性或不良反应较大以及价格昂贵的药物应实行审批制度。

八、严格掌握抗菌药物联合应用和预防应用的指征，并制订相应的管理措施。门诊处方抗菌药物以单用为主，原则上不超过 3 日量，最多不超过 7 日（抗结核药除外），特殊情况下，经诊医生必须在病历上予以记载。

九、对参加医保的患者，在我院住院的，医师要按照《湖南省基本医疗保险药品目录》用药，凡使用自费药品、乙类药品治疗时，必须告知患者或家属，并签名同意。

十、我院级应重视病原微生物检测工作，切实提高病原学诊断水平。掌握规范的病原微生物培养、分离、鉴定技术，提高细菌药物敏感试验结果准确率，为临床医生正确选用抗菌药物提供依据。对住院患者在使用或更改抗菌药物前要采集标本作病原学检查，以明确病原菌和药敏情况，力求做到有样必采。

十一、我院药剂部门要建立以病人为中心的药学管理工作模式，开展以合理用药为核心的临床药学工作；及时收集药物安全性等信息，为临床用药提供服务。

十二、我院要加强临床药师的培养，为临床药师开展工作提供必要的条件。逐步推行临床药师参与查房和用药方案设计工作。临床药师要对重点患者实施治疗药物监测，提出合理用药建议。

十三、药学专业技术人员按照《处方管理办法》的要求对方用药进行适宜性审核的同时，要进行合理性审核，发现不合理用药情况应告知开具处方的医师，情况严重的应拒绝调配。

十四、我院制定和实施临床医师药学知识的培训计划，重点加强药物相互作用、药物代谢、药物禁忌、药物动力学等方面知识的培训，努力提高临床医师药学知识水平，强化医师合理用药的意识。

十五、按照《抗菌药物分级管理制度》、《抗菌药物指导原则（2015 年版）》

等规定加强对我院合理用药的督促和检查，定期通报合理用药情况，并报告上级卫生行政部门；在科室评审、评定中要把合理用药列为重要的考核内容。

十六、合理用药是医生医疗技术水平的体现，医院要把合理用药作为医生考核的重要指标，定期将不合理用药情况予以公示。考核成绩要记录到个人技术档案，作为个人晋升、评聘职称的参考。

特殊管理药品管理制度

1. 特殊管理药品是指麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品。依照《药品管理法》及相应管理办法，实行特殊管理。

2. 购用麻醉药品、精神药品必须经药品监督部门批准，由药剂科负责管理、采购和保管。麻醉药品和一类精神药品应做到专人负责、专柜加锁、专用帐册、专用处方、专册登记，并做好记录。

3. 麻醉药品、精神药品按规定逐级申报，经批准后，到指定医药公司采购。入库应按最小包装逐支逐瓶验收，并做好验收记录。

4. 麻醉药品和一类精神药品应存放在安装有防盗门窗的专门仓库的保险柜内，严防丢失。存放在保险柜内，交接班时当面交接清楚，注射用麻醉药品除有专用处方外，应及时交回麻醉药品空安瓿，并建立剩余注射用麻醉药品销毁记录。

5. 特殊药品仅限本院医疗使用，不得转让、借出或移作它用。严格按照规定控制使用范围和用量。对不合理处方，药剂科有权拒绝调配。医生不得为自己开方使用特殊管理药品。

6. 麻醉药品和一类精神药品应使用专用处方，处方保存三年备查，并做好逐日消耗记录和旧空安瓿等容器回收记录。二类精神药品处方保存两年备查。

7. 建立完善的特殊药品报废销毁制度。原则上失效、过期、破损的特殊药品及旧安瓿等容器每年报废一次，由药剂科统计，医院领导批准，报药品监督部门监督销毁，并详细记录处理过程，现场人员签字。

精神药品临床应用监督管理方案

根据国务院《麻醉药品和精神药品管理条例》、卫生部《处方管理办法》和《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》等有关文件精神，为满足医疗

需要，安全使用第一类精神药品和第二类精神药品，特制定本规定。

一、第一类精神药品监管

（一）第一类精神药品管理目标责任制度

1、本医疗机构建立一类精神药品管理机构。本医疗机构建立由分管负责人负责，医疗管理、药学、护理、保卫等部门参加的一类精神药品管理机构，并指定责任心强、业务熟悉的专职人员负责第一类精神药品日常管理工作。

2、医疗机构要把第一精神药品管理列入本单位目标责任制考核，实行“五专”管理。建立第一类精神药品使用专项检查制度，严格执行第一类精神药品的采购、验收、保管、发放、调配、使用、报损残、销毁、丢失及被盗案件报告、值班巡查等制度。

3、医务科负责精神药品处方权审批及签名备案工作，组织全院医、药、护人员的培训和考核，考核本院各科室精神药品使用管理情况，并记录汇总纳入年度工作目标责任制考核。

4、药剂科负责全院精神药品计划、采购、验收、保管、发放、调配及专用处方审核和管理工作，配合医疗管理部门组织相关法律法规、专业知识培训考试工作。

5、保卫部门负责精神药品保管设施设备的安全检查，夜间医院值班巡视和保卫，处理精神药品在使用和管理过程中出现的问题和事件（丢失、被盗等）。

（二）第一类精神药品专项检查制度

1、本医疗机构根据《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》制定第一类精神药品专项检查制度。

2、专项检查内容为精神药品管理机构和制度是否健全，采购、储存和安全管理是否符合规定，调配和使用是否符合要求，是否流失。

3、定期对第一类精神药品库房防火、防盗等安全设备进行检查，及时解除安全隐患。

4、对因特殊药品监管责任不落实，管理出现疏漏而导致特殊药品重大流失案件的，依法追究相应负责人的责任。

（三）第一类精神药品临床使用制度

1、执业医师经培训、考核合格后，方可取得第一类精神药品处方资格。

2、具有第一类精神药品处方资格的执业医师，应根据精神药品临床应用指

导原则，对确需使用的患者开具处方，及时为患者提供所需第一类精神药品。

3、开具第一类精神药品专用处方，单张处方最大限量按照《处方管理办法》执行。

4、医师开具第一类精神药品处方时，应当在病历中记录。

5、医疗机构应当为使用第一类精神药品的患者建立相应的病历。

6、医疗机构购买的第一类精神药品只限于在本机构内临床使用。

（四）第一类精神药品处方管理制度

1、医疗机构要使用第一类精神药品专用处方。专用处方必须按照省卫生厅规定的样式印制，对第一类精神药品处方统一编号，计数管理，建立处方保管、领取、使用、退回、销毁管理制度。

2、为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。

3、住院患者开具的第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为1日常用量。

4、医师开具第一类精神药品处方时，应当在病历中记录。医师不得为他人开具不符合规定的处方或者为自己开具第一类精神药品处方。

（五）第一类精神药品病历管理制度

1、门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。

2、第一类精神药品专用病历中应当留存下列材料复印件：
二级以上医院开具的诊断证明；

患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；

为患者代办人员身份证明文件。

3、第一类精神药品专用病历保存不少于15年。

（六）第一类精神药品知识培训考核制度

1、医疗机构要对涉及第一类精神药品的管理、药学、医护人员进行有关法律、法规、规定、专业知识、职业道德的教育和培训，每年不少于一次。

2、执业医师经培训、考核合格后，方可取得第一类精神药品处方资格，其

他人员经培训、考核合格后，方能从事相应第一类精神药品管理工作。

（七）使用第一类精神药品患者随诊复诊制度

1、具有第一类精神药品处方权的执业医师对复诊患者要详细询问用药情况、用药效果，以便及时调整用药品种，更好地为患者服务。

2、医疗机构对使用第一精神药品患者建立随诊制度，要求具有第一类精神药品处方权的执业医师对患者定期随诊，并在病历上做好随诊记录。

3、医疗机构应当要求长期使用第一类精神药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每3个月复诊或者随诊一次。

二、第二类精神药品临床应用监督管理制度

（一）为了加强二类精神药品的管理，根据《中华人民共和国药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《麻醉药品、精神药品的处方管理规定》等的有关规定，制订本制度。

（二）医疗单位应按照精神药品购用计划，向指定的精神药品经营单位购用。医疗单位购买的精神药品只准在本单位使用，不得转售。

（三）医生应当根据医疗需要合理使用精神药品，严禁滥用。除特殊需要外，二类精神药品的处方，每次不超过七日常用量。遇特殊情况：如癫痫、精神病等，需要长期服用二类精神药品的患者，二类精神药品口服剂型的门诊处方用量，可延长至三十日常用量。医务人员不得为自己开处方使用二类精神药品。

（四）使用二类精神药品，须开二类精神药品专用处方。处方应书写规范、字迹清晰，处方必须载明患者的姓名、年龄、性别、药品名称、剂量、用法等。签写开方医师姓名，配方实行双人核对，配方和核对人必须签名。对不符合规定的精神药品处方，药剂人员应拒绝调配。处方应当留存两年备查。

（五）二类精神药品要单独存放，库存或备用的二类精神药品要定期清点，保持帐物相符。破损、缺少应书面报告药剂科主任，经院药事管理委员会批准处理后。

（六）各病区应根据医疗实际需要，申领二类精神药品，二类精神药品的品种、数量，上报麻醉药品、精神药品管理小组批准，到住院药房办理相关手续备案，由住院药房发给备用量。并建立二类精神药品备用基数管理台帐。

（七）各临床科室需要使用第二类精神药品处方时，由各科室到指定部门领用，并指定专职人员妥善保管。二类精神药品凭医嘱单每日发一日用量，出院带

药及特殊情况凭医嘱单和第二类精神药品专用处方领药。

(八) 在使用二类精神药品的过程中, 如发现有质量问题或不良反应, 应及时向药剂科反馈, 并及时处理。如发生失窃情况应及时向院长及保卫科及卫生行政部门汇报。

医院临床药师工作制度

一、临床药师应由具有临床药学或药理学硕士学位, 或临床药学士学位并有二年以上实际工作经验, 或药学专业本科毕业, 并具有三年以上实际工作经验或中级以上专业技术职务的药学技术人员担任。

二、临床药师应以服务病人为中心, 遵循药物临床应用指导原则、临床治疗指南和循证医学原则, 积极参与临床合理用药工作。

三、临床药师应参与临床药物治疗方案设计、实施与监测, 重视临床用药的理论总结和用药实践经验的累积。

四、定期(每周至少 2 次)参加临床查房。参加会诊和病例讨论, 参与危重患者的救治和药物治疗方案的拟定与实施, 对药物治疗提出建议。

五、深入临床了解药物应用情况, 进行治疗药物监测, 设计个体化给药方案; 负责收集、整理和核实 ADR 报告并及时上报。

六、指导临床医护人员合理使用药品、管理好药品; 为临床提供最新实用的药品信息和药物咨询服务, 宣传合理用药知识。

七、协助临床医师做好新药上市后临床观察, 收集、整理、分析、反馈药物安全信息;

八、结合临床用药, 开展药物评价和药物利用研究。

九、临床药师必须坚持面向临床, 为患者和临床服务的宗旨, 虚心向临床学习, 经常与临床医护人员沟通和交流, 使其真正成为医疗团队的一员。

十、注意了解和收集国内外药学和临床用药最新发展动态, 加强药学和临床医学的理论学习, 不断总结工作经验, 提高自身业务水平。

十一、定期向药学部门领导汇报参与临床用药和临床药品使用管理情况; 向药学部门的药学技术人员通报临床用药情况和趋势, 以便于相关科(室)掌握临

床用药动态，保证临床安全合理的药品供应。

十二、临床药师下临床的各项工作，都应有详实的工作记录和相关的工作报告，并分类建档保管。

药品不良反应监测、报告制度

1、贯彻执行国家食品药品监督管理局、卫生部颁布的《药品不良反应报告和监测管理办法》和《湖南省药品不良反应报告和监测管理实施办法》。

2、在医院药品不良反应监测工作领导小组的指导下，药品不良反应(ADR)监测工作由医务科、护理部、药剂科统一管理，组织实施，并将 ADR 监测工作列入科室质量考核标准。

3、各科室 ADR 监测小组由科室主任、护士长、住院医师组成，负责本科室的监测任务，具体工作由科室主任负责。每年各科室的 ADR 报告不得为零。各科室定期向医院药品不良反应监测管理委员会报告本科室 ADR 监测进展情况和存在的问题，使 ADR 监测工作成为常规工作之一，有助于提高临床合理用药及护理质量的水平。

4、各科室（包括门诊注射室、输液室）必须严格监测本部门发生的 ADR 情况，发现可能与用药有关的不良反应应详细记录、调查、分析、处理，填写《药品不良反应 / 事件报告表》，及时报送药剂科 ADR 室，由 ADR 室工作人员进行评价和备案后，用电子报表上报湖南省药品不良反应监测中心和长沙市药品不良反应监测中心。

因发生药品不良反应而产生的退药，各科室 ADR 监测小组应先填写《药品不良反应 / 事件报告表》，然后再办退药手续。

新的、严重的 ADR，由院 ADR 监测管理委员会进行研究和讨论，做出适当的评价后再上报。

5、发现药品群体不良反应，应立即填写《药品群体不良反应 / 事件报告表》，及时向省药品不良反应监测中心报告。

6、报告范围：新药监测期内的药品应报告该药品发生的所有不良反应；新药监测期已满的药品，报告该药品引起的新的和严重的不良反应。其中新的或严重的药品不良反应应于发现之日起 15 日内报告，死亡病例须及时报告。

7、ADR 报告的内容和统计资料是加强药品监督管理、指导合理用药的依据，不是医疗纠纷、医疗诉讼和处理药品质量问题的依据。

8、为鼓励和保护报告 ADR 的单位和个人，调动 ADR 监测人员的积极性，促进 ADR 报告制度的实施，对重视 ADR 监测工作并做出一定成绩的科室和个人，医院将给予奖励。

对有以下情形之一的科室及个人，医院将按照有关规定给予处罚：

发现 ADR 应报告而未报告的。

②、不按规定报送或隐瞒 ADR 资料的。

抗菌药物引进、清退、更换管理制度

为进一步加强抗菌药物的合理使用，保证医疗质量与患者用药安全，根据《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《中国国家处方集》、《抗菌药物临床应用管理办法》及湖南省卫生厅关于印发《2013 年全省抗菌药物临床应用专项整治活动实施方案》的通知等规章、规范性文件与技术规范，结合本院实际制定《长沙市精神病医院抗菌药物引进、清退、更换管理制度》。

1、医院优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

1.1 老年科抗菌药物品种不超过 35 种，精神科抗菌药物品种不超过 10 种；

1.2 同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过 2 种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购。

1.3 头霉素类抗菌药物不超过 2 个品规；

1.4 三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过 5 个品规，注射剂型不超过 8 个品规；

1.5 碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过 3 个品规；

1.6 氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过 4 个品规；

1.7 深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品种。

2、医院新引进抗菌药物品种，需由临床科室提交申请报告，经药学部门提出同意遴选意见后，报抗菌药物管理工作组审议。抗菌药物管理工作组 70%以上

成员审议同意后，提交药事管理与药物治疗学委员会审核。经药事管理与药物治疗学委员会 2/3 以上委员审核同意方可列入采购供应目录。

3、对存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差或者发现违规促销使用等情况的抗菌药物品种，临床科室、药学部门、抗菌药物管理工作组或药事管理与药物治疗学委员会成员均可以提出清退或者更换意见。清退或者更换意见获得抗菌药物管理组 50%以上成员同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。清退或者更换的抗菌药物品种原则上 6 个月内不得重新进入本机构药物采购供应目录。

4、因特殊感染患者治疗需求，又未列入本机构药品处方集和基本药品供应目录的抗菌药物，可以启动临时采购程序。临时采购应当由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、规格、数量、使用对象（包括姓名、性别、年龄、病历号或门诊号等）和使用理由，经本院药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组审核同意后，由药学部门临时一次性购入使用。医院严格控制临时采购抗菌药物品种和数量，同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序原则上每年不得超过 5 例次。如果超过 5 例次，讨论是否列入本院抗菌药物供应目录。但调整后的抗菌药物供应目录总品种数不得增加。

5、药事管理委员会及临床合理用药监督小组负责对抗菌药物引进、清退、更换工作进行全程监督，抗菌药物引进（临时采购除外）、清退、更换等重大事项需由药事管理委员会及临床合理用药监督小组全体成员表决通过后方可执行。

抗菌药物分级管理制度

根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应、当地经济状况、药品价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三类进行分级管理。

（一）分级原则

1. 非限制使用：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

2. 限制使用：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。

3. 特殊使用：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌

过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。

（二）分级管理

1. “限制使用”的抗菌药物，须由主治医师以上专业技术职务任职资格的医师开具处方（医嘱）。

2. “特殊使用”的抗菌药物，须经抗感染或医院药事管理委员会认定的专家会诊同意后，由具有高级专业技术职称的医师开具处方（医嘱）。

3. 临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合分析考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则”，一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗；特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。

4. 紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，并做好相关病历记录。

抗菌药物处方、医嘱专项点评制度

为有效推进抗菌药物专项治理，促进抗菌药物合理使用，有效控制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全，根据《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28号）和《卫生部办公厅关于做好全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》（卫办医政发〔2011〕56号）的精神，结合我院实际，特制定抗菌药物处方、医嘱专项点评制度。

抗菌药物处方、医嘱点评是根据相关法规、技术规范，对方剂、医嘱书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。处方、医嘱点评是医院持续医疗质量改进和药品临床应用管理的重要组成部分，是提高临床药物治疗学水平的重要手段。

一、组织管理

我院抗菌药物处方、医嘱点评工作是在医院抗菌药物临床应用管理领导小组的领导下，由医院抗菌药物临床应用管理工作小组对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。具体工作由医务科与药剂科处方点评工作小组负责执行。

二、抗菌药物处方、医嘱点评的实施

1、每个月组织对 25%的具有抗菌药物处方权医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于 50 份处方、医嘱（医师处方、医嘱数量不足者按实际数量点评）。

2、抗菌药物处方、医嘱专项点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录，并反馈至临床科室和当事人

3、处方点评小组在抗菌药物处方、医嘱专项点评工作过程中发现不合理处方、医嘱，应当及时通知医疗管理部门和药学部门。

4、医院药学部会同医务科对处方点评小组提交的点评结果进行审核，定期公布处方点评结果，通报不合理处方；根据处方点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出改进建议，并向医院药物与治疗学委员会报告；发现可能造成患者损害的，应当及时采取措施，防止损害发生。

5、医院药物与治疗学委员会根据药学部门会同医疗管理部门提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。

三、抗菌药物处方、医嘱点评的结果

（一）抗菌药物不合理处方、医嘱包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

1、不规范处方的判定：有下列情况之一的

(1)处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；(2)医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；(3)药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；(4)新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；(5)西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；(6)未使用药品规范名称开具处方的；(7)药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；(8)用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；(9)处方修改未

签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；(10)开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；(11)单张门急诊处方超过五种药品的；(12)无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；(13)医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的。

2、不适宜处方的判定：有下列情况之一的

(1)适应证不适宜的；(2)遴选的药品不适宜的；(3)药品剂型或给药途径不适宜的；(4)无正当理由不首选国家基本药物的；(5)用法、用量不适宜的；(6)联合用药不适宜的；(7)重复给药的；(8)有配伍禁忌或者不良相互作用的；(9)其它用药不适宜情况的。

3、超常处方判定：有下列情况之一的

(1)无适应证用药；(2)无正当理由开具高价药的；(3)无正当理由超说明书用药的；(4)无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的。

(二) 抗菌药物使用不合理判定，有下列情况之一的：

1、指征不严；2、未按分级使用；3、预防用药不合理；4、药物剂量、疗程给药途径不合理；5、联合用药不合理；6、调整用药不及时、无记录或记录不全；7、不良反应上报不及时或处理不当；8、不参照药敏用药或能送检而不送；9、无理由单张处方超过限量。

四、监督管理

医院应当加强处方质量和抗菌药物临床应用管理，规范医师处方行为，落实处方审核、发药、核对与用药交待等相关规定。

1、定期对全院医务人员进行抗菌药物合理用药知识培训与教育。

2、每月对全院各临床科室抗菌药物应用质量进行检查；评价、分析其存在问题并制定整改措施。

2、点评结果作为科室和医务人员绩效考核重要依据，具体考核标准由医务科和质控科决定。

3、药师未按照规定审核抗菌药物处方与用药医嘱，造成严重后果的，或者发现处方不适宜、超常处方等情况未进行干预且无正当理由的，3次以上且无正当理由的，取消其抗菌药物调剂资格。

抗菌药物临床应用监测管理制度

为进一步加强医疗机构抗菌药物临床应用管理，促进抗菌药物合理使用，有效控制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全，根据《抗菌药物临床应用管理办法》，湖南省卫生厅关于印发《2013 年全省抗菌药物临床应用专项整治活动实施方案》的通知的要求，参考《抗菌药物临床应用指导原则》等内容，制定此制度。

一、工作目标

通过对抗菌药物临床应用指标及病历的调查，监测我院抗菌药物临床应用情况，发现抗菌药物临床应用中存在的突出问题，采取相应管理措施，促进临床合理用药。

二、抗菌药物临床应用指标统计

1、每月对全院抗菌药物临床应用情况进行专项统计；

2、统计内容

抗菌药物品种、剂型、规格、使用量、使用金额、管理级别；

使用量和使用金额排名前 10 位的抗菌药物品种；

住院患者抗菌药物使用率、使用强度；

特殊使用级抗菌药物使用率、使用强度；

门诊抗菌药物处方比例、急诊抗菌药物使用比例；

其他相关指标。

三、抗菌药物病历调查

1、医务科每月组织临床药师对使用抗菌药物的病历进行调查。

2、药剂科临床药学人员应对病历进行用药合理性评价，包括用药指征、药物选择、用法用量、用药疗程、联合用药等内容。

3、药剂科负责在一月内完成调查结果归纳、总结并写出初步书面分析报告。

四、监督管理

1、对临床科室和医务人员抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行排名并予以内部公示；对排名后位或者发现严重问题的医师进行批评教育，情况严重的予以通报。

2、对合理使用抗菌药物前 10 名的医师进行全院表扬、公示；对不合理使用

抗菌药物前 10 名的医师，在全院范围内进行通报。

3、对出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权。

4、限制处方权后，仍出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权；取消处方权后在六个月内不得恢复其处方权。

5、调查结果作为医师定期考核、临床科室和医务人员绩效考核依据。

6、其他监督管理措施参照《合理用药管理实施细则》。

药品采购工作制度

一、药剂科在药事管理委员会的领导下，负责全院的药品采购、储存和供应工作。除放射性药品可由相关科室按有关规定采购外，其它科室和个人不得自购、自制、自销药品。必须严格执行有关法律法规，认真做好药品集中招标阳光采购工作。

二、药品采购人员必须向具有药师以上技术职称，并具备良好的政治思想素质和专业技术知识。

三、采购药品必须向证件齐全的药品经营批发企业采购。要选择药品质量可靠、品种齐全、仓储条件优良、供货及时的供货单位。药剂科必须将供货单位的证照复印件存档备查。

四、药库管理员根据临床与科研的需要，依据医院基本用药目录科学地制定采购计划，计划批准后方可采购。新品种按新药物购进程序引进，由临床科室提出申请，药剂科初审，提交医院药事管理委员会讨论通过后方可采购。

五、采购进口药品时，必须向供货单位索取《进口药品检验报告书》，并加盖供货单位的公章。采购特殊管理药品必须严格执行有关规定。

六、不得采购无批准文号、无厂牌、无注册商标的药品供临床使用。

七、采购药品必须执行质量验收制度，未经质量验收或验收不合格的药品一律不得入库、发放、使用。

八、要强化药品采购中的制约机制，严格管理。药剂科每年向药事委员会汇报本年度采购药品的品种、渠道、金额等情况，接受药事委员会的监督。

九、药品采购人员不得收取供货单位的回扣费。

十、定期核查供货公司营业执照、经营许可证、GSP 证书、业务员授权书等的有效期，对将过期的要提前汇报。

十一、药品应公开透明，接受院内外群众监督。

十二、药品采购人员实行轮换制，轮换时间由院部确定。

药品验收管理制度

(一)、验收者依据《采购药品计划表》、随货同行票据接货、清点，并在计划上签字。

(二) 验收者执行药品验收程序，对购进的药品依据原始凭证（随货同行票据），严格按照质量标准和质量保证协议书规定，进行逐批验收，并做好记录。

(三) 验收者严格按照质量标准和质量保证协议书的规定，在待验区进行逐批验收，并于 24 小时内完成。

(四) 验收者进行药品外观的性状检查，核对药品的品名、生产企业、规格、批准文号、产品批号、生产日期、有效期等，并做药品购入验收记录。

(五) 对距有效期不足 6 个月的药品，应拒绝验收（特殊情况除外）。

(六) 验收后，验收者填写《药品验收入库单》。

(七) 对货与票单不符、质量异常、包装不牢或破损、标志模糊不清或脱落、药品超过有效期等情况、包装的标签和所附说明书不符合规定的药品，验收者应拒收药品，不得入库。

验收记录保存至超过药品有效期一年，但不得少于 3 年

药品出库：药房凭领料单（一式两份，药库、药房各保留一份），经负责人签字后，药库方可发出药品。

药品集中招标采购制度

为加强医院药品管理，规范采购流程，根据上级药品集中招标采购负责部门的相关规定和要求结合医院实际特制定本制度。

药剂科应在医院药事管理委员会、医院院长、主管副院长的领导下，负责全院的药品采购、储存、保管和供应工作。

药库由专人管理，应设置药品采购人员及药库管理员负责药品的采购、验收、

保管工作。采购人员及库房管理员应具备良好的政治思想素质和专业技术知识，严格执行相关的法律法规。

药品采购必须在监管部门的监督管理下向证照齐全并参加年度省级医疗机构药品集中招标采购的投标并获得品种配送权的配送企业进行采购，药剂科必须将供货单位的依法营业相关证照复印件存档备查，按医院要求在纪委和监审部门监督下与供货单位签定年度质量购销合同。

药品采购人员必须严格遵守《药品管理法》及省级医疗机构药品集中招标采购相关的法律法规，按照参加湖南省级医疗机构药品集中招标采购的年度中标目录采购药品，严格执行中标购进价和零售价，按照上级招标负责部门的要求及时在医院醒目位置以电子显示屏的形式向患者公布年度省级医疗机构药品集中招标最新中标执行价格，执行的结果接受上级监管部门和社会监督。

对于年度药品集中招标未覆盖到的临床紧缺、必须的小品种药品采购员必须按照上级药品集中招标负责部门的具体要求完善相应的备案采购工作，经同意后方可进行采购。

采购药品要根据临床所需，根据年度集中招标中标结果、用药量及库存量制定采购计划，采购计划交药剂科主任初审，然后报主管副院长审核同意方可采购，药品的仓储应有一定的储备量以保障临床正常用药和应急医疗的需要。

采购进口药品时，必须向供货单位索取《进口药品注册证》和《检验报告书》进行严格审验，审验合格方可对药品验收入库。

在采购活动中，应坚持优质、价廉的原则，不得采购“食”、“妆”、“消”、“械”等非药保健品及无批准文号、无有效期限、无厂牌、无注册商标等药品进入医院。对不符合质量标准和有关规定者不得采购入库。

采购药品必须执行质量验收制度。如发现采购药品有质量问题要拒绝入库，对于药品质量不稳定供货不及时或参加年度药品集中招标投标并作为中标方但拒不履行中标结果供货单位要及时向上级招标采购负责部门汇报以便规范和监督其违约行为，保障正常采购行为的进行。

库房购进调出药品必须建立真实、完整的入库、出库记录和药品相关信息，如实反映药品来源、去向、医保类别、效期、库存等相关信息。

强化药品采购中的制约机制，严格实行采购、质量验收、药品付款三分离制度。

第四章 医疗行政与护理管理

第一节 医疗行政与精防制度

首问负责制度

首问负责制度是指第一位接受询问的医务人员对病人或陪人的询问和就诊所提出的问题，应负责详细耐心解答，或介绍到相关部门或指点到相关地点。医院的每位职工都有责任和义务热情接待。凡到我院就诊的患者在询问相关问题时，被询问的医院工作人员应做到如下几点：

1. 对服务对象提出的问题，应热情、耐心、准确的答复，不得推诿敷衍。
2. 在回答服务对象的问题时，严禁使用“不知道”、“不清楚”、“到***科自己找”等服务禁语或用手势表示回答。
3. 对服务对象提出的问题，如需要两个科室共同协调方能解决的，由先行接待的科室负责与其他科室协调，相关科室要积极配合。
4. 在服务过程中，如因工作程序或某个工作环节出现差错，应由发现问题的工作人员帮助查询解决，不得指示服务对象自行盲目查询。
5. 遇到疑难问题或服务对象对服务结果不满意时，工作人员应逐级向上汇报并及时疏导、化解矛盾，达到使服务对象满意的结果。
6. 工作人员确因工作无法脱离而又不能准确回复问题时，要耐心解释、并准确告诉服务对象应去相关部门询问，以便患者少走弯路

医院实习医师的管理规定

- 1、实习医师要严格遵守国家有关法律法规和我院各项规章制度，服从领导，虚心学习，以优良的医德医风和严谨务实的工作态度服务于广大患者。
- 2、实习医师统一着穿工作服，并佩戴胸牌，要求仪表端庄，衣着整洁。
- 3、因病房安全管理需要，禁止将以下物品带入或遗留至病房
 - (1) 尖锐物品：如各种刀具、利器、钥匙、玻璃制品或铁器制品等。
 - (2) 长条物品：如绳索、围巾等。

- (3) 易燃易爆物品：如火柴、打火机、家用电器、各类酒等。
- (4) 贵重物品：如现金、存折、手机、手表、首饰、电脑、证件等。
- (5) 各种药品，包括中药、中成药和西药。

随身携带的物品服从科室安排统一存放指定位置。

4、我院精神科是封闭病房，实习期间严禁配备病房钥匙，进出病房必须由我院工作人员开关门，在工作人员安排下有序通过，严防病人趁开关门之机外逃。

5、实习医师禁止借手机、钱及其他东西给病人使用，禁止替病人给家属打电话，禁止为病人购物及购买药品等任何东西，禁止录音录像。

6、实习医师的所有医疗活动（包括心理咨询和心理测量），必须在我院医师的指导下进行，不能单独从事任何医疗活动。

7、实习期间一般不准请假，如有特殊情况，必须由学校来函说明事由，三天之内由实习所在科室审批，三天以上由实习所在科室审批后再报医务科审批；病假必须出示疾病诊断证明。

8、有下列情况之一者，终止实习，不予考评，并追究责任；

- (1)业务水平差，发生医疗事故或严重医疗差错者。
- (2)因服务态度差，工作责任心不强，造成医疗纠纷者。
- (3)不遵守实习医师不能独立从事医疗活动的规定，出现医疗纠纷或差错者。
- (4)私自收藏我院病历、影像学图文资料等各种资料和标本者。
- (5)工作表现不符合科室要求，经教育帮助仍无改进者。
- (6)劳动纪律差，无故缺勤、擅自脱岗、离岗者，请假逾期不归或自动离院者。

9、见习医生管理遵上执行。

医师进修工作制度

1、进修医师要严格遵守国家有关法律法规和我院各项规章制度，服从领导，虚心学习，以优良的医德医风和严谨务实的工作态度服务于广大患者。

2、进修医师须根据进修通知要求，按规定时间报到和参加入科前的岗前培训。

3、进修报到时，需一次性交纳进修费，因特殊情况中途终止学习或缩短进修时间，进修费一律不予退还。

4、进修医师统一着穿我院工作服，并佩带胸牌，要求仪表端庄，衣着整洁。进修结束时将胸牌交回医务科。

5、进修专业和期限应按计划进行，中途不得更改。

6、进修医师的所有医疗活动，必须在上级医师的指导下进行，不能独立担当手术者，不能从事急诊、会诊、各类门诊（含普通、专家、高干及外宾门诊）工作，不能独立对外出具有关医学证明文书，不能单独向病人及家属进行手术前谈话和下发病重、病危、死亡通知。

7、具有执业医师资格并经卫生主管部门注册的医师，业务水平符合，经科室主任批准，报医务科审查合格可获得电子病历书写权限和科室一线值班权限，值班时须有本院医师临场指导。获取电子病历书写和一线值班权限后，所发生的差错事故，当事者承担相应责任，并纳入结业鉴定。

8、进修医师不能代表医院担负临时医疗任务，如：急救出诊、医疗急救队、医疗保健任务等。

9、进修期间不享受探亲假；一般不准请假，如有特殊情况，必须由进修医师所在原单位来函说明事由，三天之内由进修所在科室审批，三天以上由进修所在科室审批后再报医务科审批；病假必须出示我院出具的疾病诊断证明。

10、有下列情况之一者，终止进修，不发结业证，并追究责任；

(1)业务水平差，发生医疗事故或严重医疗差错者。

(2)因服务态度差，工作责任心不强，造成医疗纠纷者。

(3)不遵守医院对进修医师不能独立从医的规定，出现医疗纠纷或差错者。

(4)私自收藏我院病历、影像学图文资料、病理切片等各种资料和标本者。

(5)工作表现不符合科室要求，经教育帮助仍无改进者。

(6)劳动纪律差，无故缺勤、擅自脱岗、离岗者，请假逾期不归或自动离院者。

(7)进修期限半年，病事假超过两周或进修期限一年病事假超过四周者。

11、进修期满后，进修学员作出自我鉴定，按期办理离院手续。考核成绩和鉴定表由科室于一周内送交科教科审查盖章寄送原单位。未经科教科批准不得拖延时间，科室不得继续安排工作，凡未经批准提前离院者，医院拒发其鉴定表及结业证。凡发生医疗事故者，不发结业证。

12、医院领导要经常了解进修人员思想情况，关心他们的学习生活，医务科

根据情况定期召开座谈会，征求意见，改进工作。

医务人员廉洁自律规定

为深入贯彻卫计委、省、市关于加强党风廉政建设和行业作风建设一系列会议精神，切实加强医德医风建设，自觉抵制商业贿赂，解决损害群众利益的突出问题，结合我院实际情况，就医院医务人员廉洁行医作如下规定：

一、牢固树立全心全意为人民服务的思想，坚决纠正一切有损于国家和群众利益的行为。

二、认真执行《中华人民共和国医务人员医德规范及实施办法》，不断改善服务态度，提高医疗质量。

三、坚决抵制“以医谋私”的不良倾向，不接受患者的吃请、馈赠，维护广大医务人员的声誉。

四、尊重患者的人格与权益，做到关心、同情、爱护患者，对患者一视同仁，尽职尽责。

五、将廉政行医的全过程置于社会舆论和群众的监督之下，支持和接受群众的举报、监督。

六、不假公济私，不内留和私分药品，不以患者的名义为自己开药。

七、严格执行物价政策，遵守物价纪律，做到合理检查、合理治疗，合理用药、合理收费。

八、严禁出具假证明，假体检表；未经许可不得擅自外出行医、会诊、兼职或私自向外介绍来本医院就诊的患者，确保医院的利益和正常的工作秩序。

首诊负责制度

一、定义：

指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。医疗机构和科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。

二、内容：

(一) 首诊医师须按照要求进行病史采集、体格检查、做好必要的辅助检查及病历记录等，对诊断已明确的患者应及时治疗。若病情需要应收住观察室或收住入院进一步治疗。特别是危、急、重病人，必须收住入院治疗。

(二) 对已接诊的非本科疾病患者，首诊医师应详细询问病史，进行必要的体格检查，认真书写门诊病历后，耐心向患者介绍其病种及应去的就诊科室。

(三) 对已接诊的诊断尚未明确的患者，首诊医师应在写好病历、做好检查后，请上级医师会诊或邀请有关科室医师会诊。诊断明确后及时转有关科室治疗。诊断仍不明确者，收住主要临床表现相关科室。若因本院条件所限确需转院者，按转院制度执行。

(四) 如遇危重患者需抢救时，首诊医师必须先抢救病人并及时报告相关诊疗组、上级医师或科主任，参与抢救工作。首诊医师下班前应与接班医师做好床旁交接班，并认真写好交接班记录后方可下班。对已接诊的非本科室范畴的重危病人，首诊医师首先对病人进行一般抢救，并马上通知有关科室值班医师，在接诊医师到来后，向其介绍病情及抢救措施后方可离开。如提前离开，在此期间发生问题，由首诊医师负责。被邀请的医师，应立即赶到现场，明确为本科疾病后应接过病员按首诊医师的责任进行抢救，不得推诿，不得擅自离去。

(五) 对复合伤或涉及多学科的危、急、重病人，首诊医师应积极抢救病人，同时报告上级医师或科主任，并及时邀请有关科室医师会诊、协同抢救。必要时通知医务科或总值班人员，以便立即调集各有关科室值班医师、护士等有关人员参与抢救。诊断明确后及时转主要疾病相关科室继续治疗。在未明确收治科室之前，首诊医师应负责到底，不得以任何理由推诿和拖延抢救。

(六) 对群发病例或者成批伤员，首诊医师首先实行必要的抢救，及时通知医务科或总值班分流病人、组织各相关科室医师、护士等共同参与抢救。

(七) 对危重、体弱、残疾的病人，若需要进一步检查或转科或入院治疗，首诊医生应与有关科室联系并亲自或安排其它医务人员做好病人的护送及交接手续。

各科首诊医师均应将患者的生命安全放在第一位，严禁在患者及家属面前争执、推诿。因不执行首诊负责制而造成医疗差错、医疗争议、医疗事故，按医院有关规定追究当事人责任。

会诊制度

一、定义：

会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。规范会诊行为的制度称为会诊制度。

二、内容：

1、会诊是患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗的过程。会诊包括：急诊会诊、科间会诊、全院会诊、院外会诊等。

2、急诊会诊：凡病情危急需会诊者，申请科室医师填写会诊申请单并注明“急”字（注明时间，具体到分钟），并电话通知拟请科室，被邀请科室医师在接到会诊通知后，应在10分钟内到位。急会诊值班医师可以担任，但本科室有危重病人时应由二线班担任急会诊。会诊医师在签署会诊意见时应注明时间（具体到分钟）。

3、科间会诊：患者病情超出本科专业范围，需要其他科室协助诊疗者，需行科间会诊。由经治医师提出，上级医师同意，填写会诊申请单。被邀科室会诊医师在24小时内完成会诊，会诊医师及时提出诊断和处理意见，填写会诊记录，如因病情需要复诊时，被邀科室应主动前往复诊。

4、院内会诊：病情疑难复杂且需要多科共同协作者、突发公共卫生事件、重大医疗纠纷或某些特殊患者等应进行全院会诊。全院会诊由科主任提出，报医务科同意并确定会诊时间。会诊科室应最少提前1天将会诊病例的病情摘要、会诊目的和拟邀请人员报医务科，由其通知有关科室人员参加。会诊科室病例主管医师必须提交纸质病例病情给参加讨论的他科会诊医师各一份。会诊时一般由申请会诊科室主任主持，必要时请医务科长或业务副院长参加，应力求统一明确诊治意见。主管医师认真做好会诊记录，并将会诊意见摘要记入病程记录。

5、外院来院会诊：

①本院不能解决的疑难病例，可邀请外院专家来院会诊。由科主任提出申请，由主管医师填写书面报告（内容包括病情摘要、会诊目的、所邀医院及专家），科主任签字送医务科，医务科与有关医院联系。会诊由相关科主任主持，医务科派人参加，必要时业务副院长参加。特殊情况时，经医务科或分管院长批准，可

携带病历陪同病人到外院会诊。

②邀请外院医师来本院会诊，邀请科室原则上要求通过医务科与所邀医院医务科联系，科室自行联系时必须报医务科备案，被邀请的医师必须具有相应的执业资格。危重抢救的急会诊可直接电话报请医务科及主管院长同意后实施。

三级查房制度

一、定义：

指患者住院期间，由不同级别的医师以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动的制度。

二、内容：

（一）科主任、教授（副教授）查房制度

1、每周查房 1-2 次，应有住院医师、主治医师（负责医师）、副主任医师（主任、科主任）、进修医师、实习医师、护士长和有关人员参加。

2、解决疑难病例、审查新入院及危重病患者的诊疗计划，决定重大手术及特殊检查、新的治疗方法及参加全科会诊，或提请全科、全院会诊。

3、抽查医嘱、病历及护理质量，发现缺陷、纠正错误、指导实践、不断提高医疗水平。

4、利用典型、特殊病例进行教学查房，以提高教学水平。

5、听取医师、护士医疗护理工作及管理方面的意见，提出解决问题的办法或建议，以提高管理水平。

（二）主治医师查房制度

1、每日查房 1 次，应有本病房住院医师或进修医师、实习医师和护理人员参加。

2、对所主管病人分组进行系统查房，确定诊断及治疗方案、手术方式、检查措施、了解病情变化及疗效判定。

3、对危重病人应随时进行巡视检查和重点查房，如有总住院医师、住院医师邀请应随喊随到，提出有效和切实可行的处理措施，必要时进行晚查房。

4、对新入院病人必须进行新病人讨论，对诊断不明或治疗效果不好的病例，进行重点检查与讲座查明原因或汇报副主任医师、主任医师。

- 5、疑难危急病例或特殊病例，应及时向科主任汇报并安排教授查房。
- 6、对常见病、多发病和其他典型病例进行每周一次的教学查房、结合实际、系统讲解，不断提高下级医师的业务水平。
- 7、检查病历、各项医疗记录、诊疗进度、医嘱执行情况、治疗效果等发现问题，纠正错误。
- 8、检查住院医师、进修医师医嘱，避免和杜绝医疗差错事故的发生，签名发诊单，特殊检查申请单、特殊药品处方，检查病历首页并签字。
- 9、决定病人的出院、转科、转院等问题。
- 10、注意倾听医护人员和病人对医疗、护理、生活饮食、医院管理等各方面的意见，协助护士长搞好病房管理。

（三）住院医师查房制度

- 1、对所管的病人每日至少查房两次，上、下午下班前各巡视流量一次，晚查房一次，危重病人和新入院病人及手术病人重点查房并增加巡视次数，发现病情变化及时处理。
- 2、对危急、疑难的新入院病例和特殊病例及时向上级医师汇报，并做到随时查房。
- 3、及时修改实习医师收写的病历、各种医疗记录，审查和签发实习医师处方、化验检单、会诊申请单等医疗文件。
- 4、向实习医师讲授诊断要点、体检方法、治疗原则、手术步骤、疗效判断及医疗操作要点，分析检查结果的临床意义。
- 5、查当日医嘱执行情况、病人饮食及生活情况，并主动征求病员及病人家属、病人单位对医疗护理和管理等方面的意见。
- 6、上级医师查房的各项准备工作，介绍病情或报告病例。

查对制度

一、定义：

指为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核查对的制度。

二、内容：

一、临床科室

1、开医嘱、处方或进行治疗时，应在对患者姓名、性别、床号、住院号(门诊号)。

2、执行医嘱时要进行“三查八对一注意”：操作前、操作中、操作后；对床号、姓名、药名、剂量、时间、用法、浓度、有效期及过敏史；注意用药后的反应。

3、清点药品时和使用药品前，要检查质量、标签、失效期和批号，如不符合要求，不得使用。

4、给药前，注意询问有无过敏史；使用剧、毒、麻、限药时要经过反复核对；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝；给多种药物时，要注意配伍禁忌。

5、输血时要严格执行查对制度，确保输血安全。

二、药房

1、配方时，查到处方的内容、药物剂量、配伍禁忌。

2、发药时，查对药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；查对标签(药袋)与处方内容是否相符；查对药品有无变质，是否超过有效期；查对姓名、年龄，并交代用法及注意事项。

三、输血科（检验科）

1、血型鉴定和交叉配血试验，两人工作时要“双查双签”，一人工作时要重做一次。

2、发血时，要与取血人共同查对科别、病房、床号、姓名、血型、交叉配血试验结果、血瓶(袋)号、采血日期、血液种类和剂量、血液质量。

四、检验科

1、采取标本时，要查对科别、床号、姓名、检验目的。

2、收集标本时，查对科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。

3、检验时，查对试剂、项目，化验单与标本是否相符。

4、检验后，查对目的、结果。

5、发报告时，查对科别、病房。

五、放射科（CT室）

- 1、检查时，查对科别、病房姓名、年龄、片号、部位、目的。
- 2、治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。
- 3、发报告时，查对科别、病房。

六、康复科

- 1、各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。
- 2、低频治疗时，并查对极性、电流量、次数。
- 3、高频治疗时，并检查体表、体内有无金属异常。
- 4、针刺治疗前，检查针的数量和质量，取针时，检查针数和有无断针。

七、特殊检查、治疗室(心电图、脑电图、彩超、物理治疗室等部门)

- 1、检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检验目的。
- 2、诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。
- 3、发报告时查对科别、病房。

八、MECT 室

1、无抽搐电休克治疗室工作人员应严格执行各项操作规范和工作流程，认真填写无抽搐电休克治疗安全检查表和治疗记录单。

2、治疗医师或麻醉医师实行术前查房制，认真核查病人病历资料、知情同意书、检查检验报告单以及病人一般情况、躯体状况，药物治疗情况，据此进行综合评估，做出是否适于电休克治疗的结论。

3、治疗前，护士应对患者禁食水、有无使用禁用药物及健康教育等情况做术前评估并制定相应措施，进入无抽搐电休克治疗室时，护士应查看病人腕带，进一步进行身份确认。

4、治疗前医护双方须再次确认病人身份信息及病人一般情况(T、P、R、BP)，并互相核对病人所用药量、电量等指标，经双方确认无误后方可进行治疗。

5、医师或麻醉医师治疗时，应查看病人口腔、牙齿、鼻腔通气等情况，按预定的药量、电量等指标实施治疗。治疗中各项内容记录正确、完整。

6、治疗后护士应再次核对病人各种资料，检查病人口腔牙齿等情况，病房护士及无抽搐电休克治疗室护士签署交接双签字表，并共同做好术后病人护理，待病人清醒后离开电休克室。

- 7、医师、护士应适时自行检查本制度执行情况并及时纠偏，不断改进。

九、无菌物品查对

(1) 使用灭菌物品和一次性无菌物品前，应检查包装和容器是否严密、干燥、清洁，检查灭菌日期、有效期、灭菌效果指示标识是否符合要求。若发现物品过期、包装破损、不洁、潮湿、未达灭菌效果等，一律禁止使用。

(2) 使用已启用的灭菌物品，应核查开启时间、物品质量、包装是否严密、有无污染。

(3) 药剂科医用耗材库房发放一次性无菌物品的记录应具有可追溯性。记录内容包括物品出库日期、名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。

(4) 科室指定专人负责无菌物品的领取、保管。定期清点，分类保管，及时检查。确保产品外包装严密、清洁，无菌物品无潮湿、霉变、过期。

十、其他科室亦应根据上述要求，制定本科室工作的查对制度。

值班和交接班制度

一、定义：

指医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。

二、内容：

1、各临床科室均实行早班集体交接班，每晨由主治医师或科主任或护士长召集全科室医护人员开晨会，由夜班护士和值班医师报告晚夜班情况，报告病房工作重点和注意事项。交接班时必须衣帽整齐，注意力集中，交接班人员在未完成交班前，不得离开病房。

2、病区值班需有一、二线值班人员。一线值班人员为取得医师资格的住院医师，二线值班人员为主治医师、副主任医师或主任医师。进修医师有执业医师资格经科室考核能值班时报医务部备案后，可担任值班医生工作。

3、病区均实行 24 小时值班制。值班医师应按时交接班，听取交班医师关于值班情况的介绍，接受交班医师交办的医疗工作。

4、对于急、危、重症患者，必须做好床旁交接班。值班医师应将急、危、重患者的病情和处理注意事项，向接班医师交待清楚，双方进行责任交接班签字，

并注明日期和时间。

5、值班医师负责病区各项临时性医疗工作和患者临时情况的处理,并做好急、危、重患者病情观察及医疗措施的记录。一线值班人员在诊疗活动中遇到困难或疑问时应及时请示二线值班医师,二线值班医师应及时指导处理。二线班医师不能解决的困难,应及时报告科主任处理。遇有需经主管医师协同处理的特殊问题时,主管医师必须积极配合。遇有需要行政领导解决的问题时,应及时报告医务科或总值班。

6、值班医师不能“一岗双责”,如既值班又坐门诊、做手术等,一线值班医师夜间必须在值班室留宿,不得擅自离开工作岗位,病区有急诊处理事项时,应由值班医生及时进行处理,必要时请二线班支持。

7、每日晨会,值班医师应将重点患者情况向病区医护人员报告,并向主管医师告知危重患者情况及相关注意事项。

8、医护应有书面交接班本,详细记录危、重、新及手术前后病人情况和注意事项,值班期间病情变化及处理情况必须有记录。

手术分级管理制度

一、定义:

指为保障患者安全,按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同,对手术进行分级管理的制度。

二、内容:

一、手术的分级

手术及有创操作分级手术指各种开放性手术、腔镜手术及麻醉方法(以下统称手术)。依据其技术难度、复杂性和风险度,将手术分为四级:

一级手术:技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。

二级手术:技术难度一般、手术过程不复杂、风险度中等的各种手术。

三级手术:技术难度较大、手术过程较复杂、风险度较大的各种手术。

四级手术:技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

二、手术医师级别

按照《医疗技术临床应用管理办法》规定,获得《限制临床应用的医疗技术》

医疗技术临床应用资格后，方可开展相应手术。按照《株洲市三医院手术资格许可授权及再授权管理办法（试行）》要求，医师经审核合格后授予相应的手术权限，方可开展相应的级别的手术。

1、住院医师

(1) 低年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以内，或获得临床硕士学位、曾从事住院医师岗位工作 2 年以内者。

(2) 高年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以上，或获得临床硕士学位、曾从事住院医师岗位工作 2 年以上者。

2、主治医师

(1) 低年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以内，或获得临床硕士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以内者。

(2) 高年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以上，或获得临床硕士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以上者。

3、副主任医师：

(1) 低年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以内，或有临床硕士学位、从事副主任医师岗位工作 2 年以内者。

(2) 高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以上者。

4、主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

三、各级医师手术权限

(一) 低年资住院医师：在上级医师指导下，可主持一级手术。

(二) 高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师临场指导下可逐步开展二级手术。

(三) 低年资主治医师：可主持二级手术。

(四) 高年资主治医师：可主持二级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展三级手术。

(五) 低年资副主任医师：可主持三级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展四级手术。

(六) 高年资副主任医师：可主持四级手术，在上级医师临场指导下或根据实际情况可主持新技术、新项目手术及科研项目手术。

(七)主任医师：可主持四级手术以及一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。

(八)对资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主刀人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者。

四、手术审批程序

科主任审批全科各医疗组每例手术的术者和助手名单，确保医师级别与手术分类相对应，签字生效。原则上，不批准越级手术。特殊情况下可以批准，但必须保证有上级医师在场指导。需要全科会诊的，至少提前 1 天交科主任组织全科会诊并审批。

五、手术审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同情况、不同类别手术的审批权限。

常规手术：

一级手术：主治医师审批，主管医师报手术通知单。

二级手术：科主任审批，高年资主治医师以上医师报手术通知单。

三级手术：科主任审批，由副主任医师以上医师报手术通知单。

四级手术：科主任审批，由高年资副主任医师以上医师报手术通知单。科主任根据科内讨论情况，签署意见后报医务科或由业务副院长审批，报医务科备案。

六、特殊手术审批权限

(一)资格准入手术

资格准入手术是指按市级或市级以上卫生行政主管部门的规定，需要专项手术资格认证或授权的手术。由市级或市级以上卫生行政主管部门或其认可的专业学术机构向医院以及手术医师颁发专项手术资格准入证书或授权证明。已取得相应类别手术资格准入的手术医师才具有主持资格准入手术的权限。

(二)高度风险手术

高度风险手术是指手术科室科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科，由医务科负责人决定自行审批或提交业务副院长审批，获准后，手术科室科主任负责审批。

(三)急诊手术

预期手术的级别在值班医生手术权限级别内时，可施行手术。若属高风险手术或预期手术超出自己手术权限级别时，应紧急报告科主任审批。但在需紧急抢救生命的情况下，在上级医师暂时不能到场主持手术期间，值班医生在不违背上级医师口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。

(四) 新技术、新项目、科研手术

(1) 一般的新技术、新项目手术及重大手术、致残手术须经科内讨论，科主任签署同意意见后，上报医务科，由医务科备案并审批。

(2) 高风险的新技术、新项目、科研手术由医院上报卫生行政部门审批。必要时由卫生行政部门审批委托指定的学术团体论证、并经专家委员会评审同意后方能在医院实施。

需要向医务科报告或审批的手术。

- (1) 该学科新开展或高难度的重大手术。
- (2) 邀请外院专家参加的手术。
- (3) 预知预后不良或危险性很大的手术。
- (4) 可能引起医疗纠纷的手术或存在医疗纠纷的再次手术。
- (5) 国家邀请的外宾、港澳台知名人士的手术。
- (6) 干部病人（省、市、校领导，省内外知名人士）的手术。
- (7) 可能导致毁容或致残的手术。
- (8) 大器官移植手术。

以上手术，须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科备案并审批。

(五) 外出会诊手术

本院执业医师受邀请到外单位或外地手术，必须按《执业医师法》、《医师外出会诊管理制度》的要求办理相关审批手续。外出手术医师所主持的手术不得超出其在本细则规定的相应手术级别。

七、行政管理

为了确保医疗安全，根据医师职称承担的责任，实行各级医师分级手术制度。各手术科室应执行各级医师手术范围的规定，科室主任根据规定审批参加手术的术者和助手名单。手术医师在提升手术级别时，由科主任实行具体考核，并以“术

前小结”审批经过中签字盖章生效。

手术按照已确定的手术人员分工进行，不得越级手术。手术中根据病情需要扩大手术范围，或改变预定术式，需请示上级医师，按照医师分级手术范围规定进行手术。如施行越级手术时，需经科主任批准并必须有上级医师在场指导。

除正在进行的手术术者向上级医师请示外，上级医师不得未经给病人会诊，未参加术前讨论，未办理手术手续，而直接参加手术。新技术、新项目、科研手术必须征得患者或直系家属的知情同意，并签署知情同意告知书。对违反本规范超权限手术的科室和责任人，一经查实，将追究科室和责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，追究相应人员责任。明确各级医师手术权限，是规范医疗行为，保障医疗安全，维护病人利益的有力措施，各手术科室及各级医师必须严格遵照执行。

术前讨论制度

一、定义：

指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。

二、内容：

1、对重大、疑难、致残、重要器官摘除及新开展的手术，必须进行术前讨论，一般应术前 1-2 天进行。

2、术前讨论由科主任或副高以上职称主持，科内所有医师参加，手术医师、护士长和责任护士必须参加。

3、讨论内容包括：诊断及其依据；手术适应证；手术方式、要点及注意事项；手术可能发生的风险、意外、并发症及其预防措施；是否履行了手术同意书签字手续；麻醉方式的选择，手术室的配合要求；术后注意事项，患者思想状况与要求等；检查术前各项准备工作的完成情况。讨论情况记入病历。

4、对于疑难、复杂、重大手术，传染性或感染性手术，病情复杂需相关科室配合者，应提前 1-2 天邀请麻醉科及有关科室人员会诊，并做好充分的术前准

备。

5、四类手术或其他重大、疑难手术邀请了外院医生手术时，外院医生应参加术前讨论并做好相应记录。

新技术和新项目准入制度

为加强和规范我院医疗技术管理，促进医学科学发展和医疗技术进步，提高医疗质量，保障医疗安全，根据《医疗技术临床应用管理办法》和《长沙市医疗技术临床应用准入管理办法》等有关法律、法规，特修订我院《新技术、新项目准入管理制度》。

一、定义：

指为保障患者安全，对于本医疗机构首次开展临床应用的医疗技术或诊疗方法实施论证、审核、质控、评估全流程规范管理的制度。

二、内容：

准入程序

（一）立项

1、医院各科室首次开展新技术、新项目临床应用，必须先向医务科提出书面立项申请（医疗新技术新项目临床使用申请书），申请内容包括：

（1）技术原理；

（2）技术在国内外的应用和准入情况；

（3）技术的安全性、有效性、经济性及其与现有同类技术的比较；

（4）开展该项技术的必要性；

（5）新技术应用方案（包括技术的操作规范、对可能出现的并发症等不良反应的防范措施）；

（6）学科、人员及设施、设备条件；

（7）临床应用效果评价的方法与指标。

2、向伦理委员会提交伦理审核申请：

（1）伦理审核申请书（包括申请人姓名、职称、职务、科室和申请技术全称）；

（2）医疗新技术新项目临床使用申请书；

(3) 知情同意书样张。

(二) 论证

1、医务科组织医疗质量与安全委员会对新技术进行医疗安全论证

(1) 主任委员选择两位委员为主审委员，在审查会议开始前至少三天，应提交给主审委员需要审查的申请文件，以保证有足够的时间评阅。并提前听取有关意见和建议，充分分析将要审查的新技术内容，对可能存在争议的、特殊的申请，可在审查会议前决定是否需要特别邀请外部相关专家和其他人员到会。

(2) 召开评审会议时，由主任委员主持会议。每次会议参会人数不应少于总人数的 2/3，参与该项目的委员应当回避。必要时，可邀请非委员专家出席会议，但非委员专家不得超过总参会人数的 1/3。参与该项目的专家也应回避，不在邀请之列。

(3) 申请者以口头方式简述临床前研究概况、临床实施方案、保障患者安全措施和风险处置预案，并回答评委提问。

(4) 两位主审委员报告其审查意见后，其他委员参与讨论。

(5) 会议进入讨论和投票程序时，申请者应离场。同意票超过到会人数的 2/3 方为审核同意。伦理委员会的意见可以是：I. 同意。II. 作必要修改后同意。III. 不同意。

2、医院伦理委员会对新技术进行伦理学论证

(1) 主任委员应选择两位委员为主审委员，在审查会议开始前至少三天，应提交给主审委员需要审查的申请文件，以保证有足够的时间评阅。并提前听取有关意见和建议，充分分析将要审查的申请内容，对可能存在争议的、特殊的申请，可在审查会议前决定是否需要特别邀请外部相关专家和其他人员到会。

(2) 召开伦理委员会会议时，由主任委员主持会议。每次会议参会人数不应少于总人数的 2/3，参与该项目的委员应当回避。必要时，可邀请非委员专家出席会议，但非委员专家不参加投票。参与该项目的专家也应回避，不在邀请之列。

(3) 申请者以口头方式简述临床前研究概况，临床研究方案设计及其依据的科学性，保护受试者权益与安全的措施，并回答提问。

(4) 两位主审委员报告其对研究设计和知情同意书等的审查意见后，其他

委员参与讨论。

(5) 会议进入讨论和投票程序时, 申请者和列会专家应离场。同意票超过法定到会人数的 2/3 方为审核同意。伦理委员会的意见可以是: I. 同意。II. 作必要修改后同意。III. 不同意。IV. 终止或暂停先前批准的试验。

(三) 审批

由医务科长、分管院长和伦理委员会主任根据论证结果签署审批意见。若属第二类医疗技术则按《长沙市医疗技术临床应用准入管理办法》规定向上级主管部门申报。在医疗技术未获得审批同意前, 不得擅自开展。

追踪管理和随访评价

(一) 经批准开展的新技术、新项目必须严格按照有关法律及技术要求规定进行, 科室应对新技术新业务有明确的操作规程和质量安全保障措施。

(二) 应用科室应定期对正在开展的医疗技术定期进行安全性、有效性和合理应用情况的评估, 及时发现医疗技术风险, 严格按照我院《医疗技术风险预警制度》进行分级预警上报。并采取相应措施, 以避免医疗技术风险或将其降到最低限度。并将有关情况定期上报医务部进行复核。

(三) 医务科负责医院医疗技术临床应用的日常监管。对出现预警的医疗技术, 根据规定组织专家论证。如发现风险和隐患, 应及时以书面形式通知相关科室, 并全程追踪其整改和随访过程。

(四) 应用科室应具有与开展的技术或项目相适应的技术力量、设备与设施, 以及确保患者安全的方案。当技术力量、设备和设施发生改变, 可能影响到医疗技术的安全和质量时, 应当中止该技术。按规定进行评估后, 符合规定的, 方可重新开展。

分级护理制度

一、定义:

指医护人员根据住院患者病情和(或)自理能力对患者进行分级别护理的制度。

二、内容:

精神科分级护理制度

精神科分级护理是根据病人病情的轻重缓急和对自身、他人、周围环境安全影响程度分为特级护理及一、二、三级护理。

（一）特级护理

1、护理对象

（1）精神病患者伴有严重躯体疾病，病情危重，随时有生命危险需要抢救，如伴有严重的心力衰竭、高血压危象或严重外伤等；生活完全不能自理者。

（2）有严重的自杀、冲动、伤人、逃跑行为等患者。

（3）意识障碍、严重木僵、痴呆、抑郁患者。

（4）因抗精神病药物引起的严重不良反应如急性粒细胞减少、恶性症状群、严重药物过敏等，出现危象，危及生命。

2、护理要求

（1）病人应安置于重症监护室（或抢救室）内，24小时专人护理，评估病情，制定护理计划（包括安全护理、生活护理、心理护理、特殊症状护理、重危抢救护理等）。严密观察和记录生命体征及病情变化，发现病情变化，及时报告医生，进行处理，保持水电解质平衡，准确记录出入水量。

（2）认真作好基础护理及落实各项治疗和护理措施，如约束护理、口腔护理、压疮护理及管路护理等，严防护理并发症。

（3）对随时会发生自杀、自伤、冲动、出走行为者，遵医嘱予以保护性约束，严防意外。

（4）对伴有严重躯体疾病的病人，根据不同疾病采取相应的护理措施。

（5）保持患者的舒适和功能体位。

（6）患者一切活动都在护士视线范围内。

（7）备齐急救药品和物品。

（8）做好消毒隔离，防止院内感染。

（9）根据病情变化随时做好护理记录。

3、管理与活动范围

（1）实施封闭式管理。

（2）活动范围仅限于病区内，若外出必须由工作人员陪护。

（二）一级护理

1、护理对象

(1) 处于精神疾病发作急性期，精神症状活跃，有自伤、伤人、毁物冲动及外走企图的患者。

(2) 伴有躯体疾病，身体衰弱或需严格卧床休息，生活不能自理者。

(3) 特殊治疗需要严密评估病情和加强监护者（如 ECT 者）以及用大剂量精神药物治疗或有明显不良反应者。

2、护理要求

(1) 病人应安置于重点病室内，其活动不能脱离护士视野。及时发现危急征兆，进行应急处理，并重点床旁交接班。

(2) 每 15-30 分钟巡视一次，严密观察病情及治疗反应，作好安全护理。

(3) 对随时会发生自杀、自伤、冲动行为者，遵医嘱予以保护性约束。

(4) 对伴有躯体疾病病人，根据不同疾病采取相应的护理措施。

(5) 视病情督促或协助生活料理，确保病人仪表整洁。

(6) 对卧床病人，做好预防压疮护理。

(7) 安排患者参与适宜的康复活动。

(8) 针对性的开展心理护理，进行健康教育。

(9) 每日测体温、脉搏、呼吸，每周量血压、体重一次并记录。

(10) 责任护士每日护理查房，每 7 天书写护理记录一次，特殊情况随时记录并交班。

3、管理与活动范围

(1) 实施封闭式管理。

(2) 组织患者到康复区域进行康复训练。

(3) 定期由工作人员陪伴到室外活动。

(三) 二级护理

1、护理对象

(1) 急性症状消失，病情趋于稳定者。

(2) 生活基本可以自理的患者。

2、护理要求

(1) 安置在一般病房内，按精神科巡视要求 15~30 分钟巡视 1 次，并做好

记录。

- (2) 密切观察病情及治疗后的反应，做好安全检查。
- (3) 每日测体温、脉搏、呼吸，每周量血压、体重一次并记录。
- (4) 视病情督促和协助生活料理，确保患者仪表整洁。
- (5) 做好检查、治疗、特殊饮食的指导工作。
- (6) 对不同疾病的患者实施有针对性心理护理和健康宣教。
- (7) 组织患者开展各项集体活动（如：集体心理治疗、特殊工娱治疗、健康教育讲座等）。
- (8) 制定和实施综合性康复护理，帮助患者健康重建。
- (9) 每 1-2 周书写护理记录一次，特殊情况随时记录并交班。

3、管理与活动范围

- (1) 实施半开放管理。
- (2) 组织患者到康复区域进行康复训练。
- (3) 定期由工作人员陪伴到室外活动。
- (四) 三级护理

1、护理对象

- (1) 病情稳定，康复期患者。
- (2) 生活完全可以自理，无自伤、自杀、冲动、外走危险的患者。

2、护理要求

(1) 安置在一般病室，按精神科巡视要求 15~30 分钟巡视 1 次，经医师同意，可酌情实施开放管理。用物自行管理，在规定的时间内去工疗室进行娱疗。

(2) 每日测体温、脉搏、呼吸，每周量血压、体重一次并记录。

(3) 评估病情，了解患者出院前的心理状态，加强心理护理并帮助解决心理社会问题。

(4) 请患者参加休养员委员会，与其商讨制定劳动技能训练计划，鼓励每天参加院内工娱及体育活动，为出院恢复工作、学习等作适应性准备。

(5) 对患者进行疾病、治疗、防复发和社会适应等方面的健康教育。

(6) 每 1-2 周书写护理记录一次，特殊情况随时记录并交班。

3、管理与活动范围

- (1) 可实施开放管理。
- (2) 组织患者到康复区域进行康复训练。
- (3) 定期由工作人员陪伴到室外活动。
- (4) 在工作人员或家属的陪伴下，到医院外指定区域如公园、商场等处活动。

综合科分级护理制度

确定患者的护理级别，应当以患者病情和生活自理能力为依据，并根据患者的情况变化进行动态调整。

（一）分级护理要点

护士应当遵守临床护理技术规范和疾病护理常规，并根据患者的护理级别和医师制订的诊疗计划，按照护理程序开展护理工作。

（二）护士实施的护理工作包括：

- 1、密切观察患者的生命体征和病情变化；
- 2、正确实施治疗、给药及护理措施，并观察、了解患者的反应；
- 3、根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- 4、提供护理相关的健康指导。

（三）分级护理制度

护理级别由主管医师根据患者病情和生活自理能力下达医嘱。护士根据患者的护理级别和医师制定的诊疗计划，为患者提供基础护理和专业技术服务，各医院、各科室应根据本章内容要求，结合实际，细化分级护理项目内容，在病区醒目位置公示并落实到位。不依赖患者家属或家属自聘护工护理患者。

1、特级护理：

1) 病情依据：

- ① 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；
- ② 重症监护患者；
- ③ 各种复杂或者大手术后患者；
- ④ 严重创伤或大面积烧伤患者。

2) 护理要点：

- ① 严密观察患者病情变化，监测生命体征；

②根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

③根据医嘱，准确测量出入量；

④根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。

⑤保持患者的舒适和功能体位；

⑥实施床旁交接班。

2、一级护理：

1)病情依据：

①病情趋向稳定的重症患者；

②手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

③生活完全不能自理且病情不稳定的患者；

④生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。

2) 一级护理的要点：

①至少每小时巡视患者 1 次，观察患者病情变化；

②根据患者病情，监测生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、呼吸道护理及管路护理等，实施安全措施，为患者提供适宜的照顾，促进康复。

⑤提供相关健康指导。

3、二级护理：

1)病情依据

①病情稳定，仍需卧床的患者；

②生活部分自理的患者。

③行动不便的老年患者。

2)护理要点： 、

①每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化；

②根据患者病情，测量生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；

⑤提供相关健康指导。

4、三级护理；

1) 护理依据：

①生活完全自理且病情稳定的患者；

②生活完全自理且处于康复期的患者。

2) 三级护理的要点：

①每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化；

②根据患者病情，测量生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④提供相关健康指导。

临床用血审核制度

一、定义：

指在临床用血全过程中，对与临床用血相关的各项程序和环节进行审核和评估，以保障患者临床用血安全的制度。根据《中华人民共和国献血法》和《医疗机构临床用血管理办法》，特制定临床用血审核制度。

二、内容：

一、血液资源必须加以保护、合理应用，避免浪费，杜绝不必要的输血。

二、临床医师和输血医技人员应严格掌握输血适应证，正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术，包括成分输血和自体输血等。

三、检验科负责临床用血的技术指导和技术实施，确保贮血、配血和其他科学、合理用血措施的执行。

四、临床用血须经主治医师在《临床输血申请单》核准，签字盖章，检验科配血。

五、决定输血治疗前，经治医师应向患者或其家属说明输同种异体血的不良反应和经血传播疾病的可能性，征得患者或家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字。《输血治疗同意书》入病历。无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，应报医院职能部门（医务科或总值班）或主管领导同意备案并记入病历。

六、配血合格后，由检验科人员电话通知临床科室到检验科取血。收血与发

血的双方必须共同查对患者姓名、性别、病案号、门急诊 / 病室、床号、血型、血液有效期及配血试验结果，以及保存血的外观等，准确无误时，双方共同签字后方可交接。

七、输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常。准确无误方可输血。

八、输血时，由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号、门急诊 / 病室、床号、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进行输血。

九、输血完毕，医护人员将输血不良反应回报单和血袋共同返还检验科保存。如遇输血不良反应，医护人员应立即通知检验科，并逐项填写患者输血不良反应回报单，并返还检验科保存。

手术安全核查制度

一、定义：

指在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前对患者身份、手术部位、手术方式等进行多方参与的核查，以保障患者安全的制度。

二、内容：

1、手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。

2、本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

3、手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。

4、手术安全核查于麻醉实施前由麻醉医师主持并负责，手术实施前由手术医师主持并负责，患者离开手术室前由巡回护士主持并负责，三方共同执行签名并由巡回护士逐项填写《手术安全核查表》。

5、实施手术安全核查的内容及流程。

①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。

④三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

6、手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

7、术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

8、住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存。

9、手术科室、麻醉科与手术室的负责人是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人。

10、医务科、护理部对本院手术安全核查制度实施情况的进行监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

抗菌药物分级管理制度

一、定义：

指根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，对抗菌药物临床应用进行分级管理的制度。

二、内容：

（一）分级原则

1. 非限制使用：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

2. 限制使用：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。

3. 特殊使用：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。

（二）分级管理

1. “限制使用”的抗菌药物，须由主治医师以上专业技术职务任职资格的医师开具处方（医嘱）。

2. “特殊使用”的抗菌药物，须经抗感染或医院药事管理委员会认定的专家会诊同意后，由具有高级专业技术职称的医师开具处方（医嘱）。

3. 临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合分析考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则”，一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗；特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。

4. 紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于 1 天用量，并做好相关病历记录。

信息安全管理制度

一、定义：

指医疗机构按照信息安全管理相关法律法规和技术标准要求，对医疗机构患者诊疗信息的收集、存储、使用、传输、处理、发布等进行全流程系统性保障的制度。

二、内容：

一、计算机安全管理

1、医院计算机操作人员必须按照计算机正确的使用操作方法操作计算机系统。严禁暴力使用计算机或恶意破坏计算机硬件或软件；

2、未经许可，不得擅自拆装计算机硬件系统，若须拆装，则通知信息中心

技术人员进行；

3、计算机的软件安装和卸载必须由信息中心技术员来进行；

4、计算机的使用必须由其合法的授权者使用，未经授权不得使用；

5、医院计算机仅限于医院内部工作使用，原则上不许接入互联网；因工作需要需接入互联网的，需书面向各线主管院长汇报，提出申请，经签字批准后交信息中心负责接入。接入互联网的计算机必须安装正版杀毒软件，并保证反病毒软件能实时升级。

6、医院任何科室如发现或怀疑有计算机病毒侵入，应立即断开网络，同时通知信息中心技术员到现场负责处理。信息中心技术员采取措施消除，并备案；

7、医院计算机内不得安装游戏、等与工作无关的软件，尽量不在医院内计算机上使用 U 盘和来历不明的移动硬盘；

二、网络使用人员行为规范

1、不得在医院网络中制作、复制、查阅和传播国家法律、法规所禁止的信息；

2、不得在医院网络中进行国家法律法规所禁上的活动；

3、未经允许，不得擅自修改计算机中与网络有关的设置；

4、未经允许，不得私自添加、删除与医院网络有关的软件；

5、未经允许，不得进入医院网络或使用医院网络资源；

6、未经允许，不得对医院网络功能进行删除、修改和增加；

7、未经允许，不得对医院网络中存储、处理或者传输的数据和应用程序进行删除、修改、增加；

8、不得故意制作、传播计算机病毒等破坏性程序。

三、网络硬件的管理

1、网络硬件包括服务器、路由器、交换机、通信线路、不间断供电设备、机柜、配线架、信息点模块等提供网络服务的设施及设备。

2、各职能部门，各科室应妥善保管安置在本部门的网络设备、设施及通信；

3、不得破坏网络设备、设施及通信线路。由于事故原因造成的网络连接中断，应根据其情节轻重予以处罚或罚款；

4、未经允许，不得中断网络设备及设施的供电线路。因生产原因必须停电

的，应提前通网络管理人员；

5、不得擅自挪动、转移、增加、安装、拆卸网络设备及设施。特殊情况下应通知网络管人员，在得到允许后方可进行；

四、软件和信息安全管理

1、计算机及外设所配软件及驱动程序交网络管理员管理，以便统一维护和管理；

2、管理系统软件由网络管理员按使用范围内安装，其他任何人不得安装、复制和传播此类软件；

3、网络资源和网络信息的使用权限由网络管理员按医院规定予以分配，任何人不得擅自超越权限使用网络资源和网络信息；

4、网络的使用人员应妥善保管好各自的密码和身份认证文件，不得将密码和身份认证文件交给他人使用；

5、任何人不得将含有医院信息的计算机或各种存储介质交与无关人员。更不得利用医院数据信息获取不正当利益。

死亡病例讨论制度

一、定义：

指为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。

二、内容：

1、讨论时限

①一般情况下，患者死亡1周内进行；

②特殊情况（医疗纠纷、猝死病例）应及时讨论，形成初步意见，同时动员家属做尸检，凡同意尸检的家属必须在尸检志愿书签字，然后保留于病历中。

2、参加人员

①一般死亡病例，由科主任或副主任医师及以上主持，全体医师参加；

②疑难病例或有纠纷病例，由科主任主持，科室所有医师和有关的医技、护理人员参加，特殊情况由医务科、护理部及相关科室派人参加。

3、讨论内容

死亡病例讨论必须明确以下问题，即死亡原因、死亡诊断和治疗抢救是否适当、应吸取的经验教训。

4、讨论程序

①经治医师汇报病历，包括：入院情况、诊断及治疗方案、病情的演变、抢救经过等。

②主治医师补充入院后的诊治情况，对死亡原因进行分析。

③其它医师发表对死亡病例的分析意见。

④主持人对讨论意见进行总结。

5、讨论内容简要记载于《死亡病例讨论记录本》中，详细内容经整理后，以“死亡病例讨论记录”的形式置于病历中，科主任及时审阅签字，出科归档。

疑难病例讨论制度

一、定义：

指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论的制度。

二、内容：

1、凡危重病人三天内诊断不明确者、疑难特殊病例入院七天内经科室主任（副主任）医师查房后仍未明确诊断、或治疗效果不佳、病情严重或有特殊病情者等均应组织讨论。

2、科内讨论由科主任或主任医师（副主任医师）主持，召集有关人员参加，认真进行讨论，尽早明确诊断，提出治疗方案。

3、院内讨论时由科主任主持，医务科派人参加并负责通知相关科室主治医师及以上医师参加，主管医师须事先做好准备，将有关材料整理完善，写出病例摘要，做好发言准备，并提交纸质病情摘要给参加讨论的相关科室医师。

4、主管医师应作好书面记录，并将讨论结果记录于疑难病例讨论记录本。记录内容包括：讨论日期、主持人及参加人员的专业技术职务、病情报告及讨论目的、参加人员发言、讨论意见等，将确定性或结论性意见记录于病程记录中。

5、对本科的疑难病例、危重病例、手术病例、出现严重并发症病例或具有科研教学价值的病例等进行全科讨论。讨论由科主任负责组织和召集。讨论时由

主管医师报告病历、诊治情况以及要求讨论的目的，同时准确完整地做好讨论记录。通过广泛讨论，明确诊断治疗意见和特别注意事项等，提高科室人员的业务水平。

急危重患者抢救制度

一、定义：

指为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范的制度。

二、内容：

1、各科室必须根据专业要求制定本专业常见危急重病抢救技术流程与规范、重大传染病及突发公共卫生事件应急预案，并建立定期培训考核制度。

2、对危重患者应积极进行救治，正常上班时间由主管医师负责，非正常上班时间和特殊情况（如主管医师手术、门诊值班或请假等）由值班医师负责，重大抢救应由科主任、医务部或院领导参加组织。

3、主管医师应根据患者病情适时与患者家属进行沟通，口头（抢救时）或书面告知病危并签字。

4、在抢救危急重症时，必须严格执行抢救规程和预案，确保抢救工作及时、快速、准确、无误。医护人员要密切配合，口头医嘱要求准确、清楚，护士在执行口头医嘱时必须复述一遍。在抢救过程中要做到边抢救边记录，记录时间应具体到分钟。未能及时记录的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以说明。

5、抢救室应制度完善，设备齐全，性能良好。急救用品必须实行“五定”，即定数量、定地点、定人员管理、定期消毒灭菌、定期检查维修。

6、病情突变的危重病人，应及时电话通知医务科或总值班，并填写病重或病危通知单一式三份，分别交病人家属和医务部，另外一份贴在病历上，并及时向病人家属或单位说明病情及预后，以期取得家属或单位的配合，避免医疗纠纷。

病历管理制度

一、定义：

病历是对疾病发生、发展的客观、全面、系统的科学记载，是医务人员进行正确诊断、治疗和护理的科学依据，是医务人员将通过问诊、查体、辅助检查等方式获得的有关资料进行归纳、分析、整理后形成的医疗活动记录。为临床、教学、科研、预防及法律诉讼工作提供客观资料和重要依据。

病历管理制度是指为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全，对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理的制度。

二、内容：

病历包括门诊病历、急诊病历和住院病历。病历书写的基本要求如下：

1、病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

2、病历书写应使用中文和医学术语（部分可用外文缩写）。尚无正式译名的外文可用外文原名。药名使用中文书写，确无译名时方可使用拉丁文或英文书写。简化字按《简化汉字总表》之规定书写，不得自行杜撰。数字一律使用阿拉伯数字书写。

3、各项记录必须有完整日期。统一使用公历，按“年、月、日”顺序填写，必要时注明时刻。时刻的书写采用 24 小时制。

4、病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，重点突出，逻辑性强，文字工整，字迹清晰，标点正确。书写过程出现错字时，应用双线画在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

5、病案首页和各种表格记录的栏目，必须逐项认真填写，不得遗漏。无内容者划“/”。每张记录表格楣栏的病员姓名、住院号、科别、床号和用纸页数均需填写齐全。

6、病历应按规定内容书写，并由相应医务人员签名。

①实习、试用期医务人员书写的病历，应经过我院具有执业资格的医务人员审阅、修改并签名。

②进修医务人员应由其接收科室根据其胜任本专业工作的实际情况，经科主任认定并报医务部备案后书写病历。

7、上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。修改时应注明修改日期，修改人员姓名，并保持原记录清楚可辨。修改内容和签名必须用红色钢笔或水笔。

8、各种症状和体征要用医学术语记录。对病员提及的既往疾病名称应加引号。疾病诊断通用的疾病名称，译名应以《英汉医学词汇》和全国高等医学院校统一教材的名称为准。不得写化学分子式（如 NaCl），不得写不恰当的简称（如支扩、高心等）。

9、计量单位：一律采用中华人民共和国法定计量单位。

10、诊断名称应确切，要符合疾病命名规定的标准。疾病名称要分清主次，按顺序排列。主要疾病应列于最前，其他诊断列于主要疾病之后。诊断应写疾病全称，应尽可能包括病因、病理和病理生理的诊断。

11、凡药物过敏者，应在病历及首页药物过敏栏内用红色钢笔或水笔注明过敏药物的名称。无药物过敏者，应在栏内写“未发现”。

12、化验报告单应按报告日期顺序呈叠瓦状粘贴整齐，其他检查报告应分门别类另纸粘贴。

13、对于各科的多发病、常见病可使用专科专病表格式病历，但表格式病历的设计应报经省卫生主管部门审核批准，以求统一。表格式病历必须基本符合入院记录格式的内容和要求，并包括本专科专病的全部内容。科研所需的入院记录不得列为住院病历。

14、因抢救急危重症患者未能及时书写病历的，有关医务人员应在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。

15、住院体检患者的记录，按入院记录的内容与要求书写。

16、进修医师、低年资住院医师、试用期医师（士）（即未取得执业医师资格的轮转医师/士）轮转每个专业应书写入院记录（既往史须系统回顾，体格检查须对各系统器官的阳性、阴性体征详细描述）不少于 5 份。上级医师在全面了解病情基础上进行审查、修改并签字，以示负责。

17、对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情

同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

18、病历书写质量应列为各级医务人员的业务考核内容，并作为晋级考核的必备项目。

（具体详见卫生部《病历书写基本规范 2010 年修订版》。

危急值报告制度及流程

一、定义：

指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果建立复核、报告、记录等管理机制，以保障患者安全的制度。

二、内容：

一、工作制度

1、“危急值”报告实行“谁发现谁报告”的原则。

2、医技科室人员在“危急值”报告前，应当做必要的验证，排除干扰，以免误报信息。

3、医技科室人员发现“危急值”情况后，应当立即用电话将“危急值”结果通知病区医护人员或门诊主诊医师。

4、临床科室接电话人员在确认危急值无误后，应立即将“危急值”结果转告主管医师或值班医师。

5、临床医生在接到“危急值”报告后，应当及时结合病情，对“危急值”进行分析、验证。若与临床症状不符，要关注样本的留取是否存在缺陷，必要时应当重取标本进行复查；如果临床症状与检验结果相符，应迅速对患者进行有效的干预措施或治疗，以保障患者的生命安全。

6、检验科/影像科工作人员在通知临床科室危急值结果后在《检验/影像危急值登记本》上详细记录，记录内容包括：检验（查）日期、患者姓名、科室、床号、检验（查）项目、检验（查）结果、复查结果、临床联系人、联系电话、联系时间(min)、报告人、备注、接听人姓名等项目。

临床科室接获、处置“危急值”的人员，应当在《“危急值”报告登记本》

上详细记录：接收时间、患者姓名、病案号、危急值检查项目与报告结果、报告科室、报告人、接电话人、报告医生时间、主管医师/值班医师、处理与否、复核者等项目。

7、临床、医技科室应当人人掌握“危急值”范围与报告、处置程序。

8、临床、医技科室的科主任、护士长是“危急值”报告、登记管理工作的第一责任人，应当经常检查“危急值”报告、登记和处置的执行。

9、科主任或科室质控医师应当及时追踪、督查主管医师/值班医师对“危急值”的处置情况，以确保干预措施或治疗落实到位，并在《“危急值”报告登记本》的复核栏签名。

10、医务科、护理部要定期和不定期的检查各科室“危急值”报告、登记和处置的执行情况，纳入各科室的月度医疗质量考核内容，并对有违规的医护人员进行单项处罚。

二、超声“危急值”报告范围：

①急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重病人；

②急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔的患者；

③考虑急性坏死性胰腺炎；

④怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血；

⑤晚期妊娠出现羊水过少 $\leq 5\text{cm}$ ，合并胎儿呼吸、心率过快（ $>180\text{bpm}$ ）或过慢（ $<110\text{bpm}$ ）；

⑥心脏普大并合并急性心衰；

⑦大面积心肌梗死；

⑧大量心包积液合并心包填塞；

⑨急性深静脉栓塞；

⑩超声检查发现患者有动脉瘤。

三、心电“危急值”报告范围

(1) 心脏停搏；

(2) 急性心肌缺血；

(3) 急性心肌损伤；

(4) 急性心肌梗死；

(5)致命性心律失常：①心室扑动、颤动；②室性心动过速；③多源性、RonT型室性早搏；④频发室性早搏并 Q-T 间期延长；⑤预激综合征伴快速心室率心房颤动；⑥心室率大于 180 次/分的心动过速；⑦心室率小于 40 次/分的心动过缓；⑧大于 2 秒的心室停搏。

四、放射科“危急值”报告范围

(1)气管、支气管、食道异物；(2)眼眶内异物；眼眶及内容物破裂、骨折；颌面部、颅底骨折；(3)肺栓裂塞、肺梗死；(4)气胸压迫 60%以上；(5)隔下游离气体；(6)急性肺水肿；(7)一侧肺不张；(8)消化道穿孔、急性肠梗阻；(9)外伤性膈疝；(10)椎体骨折伴硬膜囊受压、脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊、环枢椎骨折等；多发肋骨骨折伴肺挫裂伤及液气胸；骨盆环骨折；(11)脏器破裂；(12)肝内占位性病变；(13)急性胆道梗阻；(14)急性出血坏死性胰腺炎；(15)心包填塞；(16)主动脉夹层、大血管栓塞、大血管出血；(17)30ml 以上脑出血或严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；(18)硬膜下/外血肿急性期；(19)脑疝、急性脑积水；(20)颅脑 CT 扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；(21)脑出血或脑梗塞复查 CT，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过 15%以上。

五、危急值报告处理流程：

发现检查、检验危急值



检测人员必须立即复核确定

危急值登记本



电话和网络通知临床，双方核对结果



危急值登记本



经治或值班医生，评估病情，医护及时处理



观察病情，复查危急值，病程记录

六、医务科、门诊部、护理部负责对本制度执行情况的专项检查，发现违规

人员罚款 50 元，由此发生的医疗差错或引发的医疗纠纷，按相关规定处理。

诊断、确诊制度

根据《医疗事故处理条例》结合我院实际情况和精神科的特征，对本院就诊病人的诊断、确诊程序和操作规范作如下规定。

- 1、疾病的诊断应以 ICD-10 诊断系统为依据。
- 2、初次来本院就诊者，必须由主治医师或以上职称的医生进行门诊接诊。
- 3、做出诊断结论后，医生应告知患者及患者家属有关疾病诊断原则、治疗措施、预后情况等。患者及家属对诊断有疑议的应当告知该疾病的诊断程序和申请复核程序。
- 4、患者及患者家属对诊断有疑议，接诊医生又按上述第 3 条履行详细的告知后仍有疑议者，可告知患者向医务科提请诊断复核申请，由医务科安排副主任医生以上的医生为其进行诊断复核。
- 6、住院病人在入院后 3 天内由病房主治医生作出诊断结论。如对诊断仍有疑问的可提请科主任查房或请示上级医生诊断、会诊及讨论。
- 7、住院病人在入院 1 周内科主任查房确立诊断，如有疑问应组织疑难病例讨论，仍不能明确诊断者提请院内或院外会诊。

医嘱管理制度

一、管理范畴

为临床医师为病人下达医嘱, 护士执行医嘱必须遵循的制度。

二、目的

对临床医务人员在医嘱下达和执行过程中的行为进行规范, 以确保医疗质量和医疗安全。

三、标准

- 1、医嘱必须由获得本院处方权的职业医生在其范围内下达，只有经医务科

核准，有处方权资格的医生才可以下达电子医嘱或手写（必要时）医嘱。没有处方权的医生只能在带教医生指导下开医嘱，并由带教医生审核签名后方可发送，医嘱所产生的法律责任由带教医生承担。医院不允许无处方权的医生在没有带教医生的指导下开出医嘱。

2、医嘱分为长期医嘱、临时医嘱（24小时以内的医嘱，或者只执行一次，但持续时间超过24小时的医嘱，化疗泵给药）、口头医嘱。住院病人的所有医嘱都要记录在病历中固定的记录单，如医嘱单、麻醉记录单。医嘱单包括长期医嘱单、临时医嘱单和口头医嘱单。药学人员、护理人员执行电子医嘱，特殊情况下执行口头医嘱或手写医嘱。在病区抢救时或手术中所用的口头医嘱应在抢救结束后6小时内或手术结束时补录医嘱。门诊病人的所有医嘱要记录在门诊病历中。获得病人医嘱的方式有两种：电子医嘱在HIS系统中可查询；纸质医嘱在病历中可获得。住院病人医嘱由医生下达，药物治疗医嘱由药学人员核对、其他医嘱由护士双人核对后执行。

3、新入院病人、转科、手术后病人的医嘱应在病人达到病房后2小时内开出，急诊病人、危重病人一般要求在半小时内开出。每天例行查房的医嘱要求在上午11时以前开出，但病情变化可以随时开出医嘱。

4、医嘱原则上要求层次分明，入院病人的长期医嘱先后顺序要符合医院要求。下达医嘱的时间要精确到分。

5、药物医嘱需写明药物的通用名称、用量、用法、数量。静脉输液超过一组应分组列出配方及使用顺序。静脉滴注药物的一般输液速度按标准医嘱执行：为20~40滴/分钟，需要超过此范围时医生要注明每分钟的滴速或毫升数。用药途径（如：口服）、药物单位（如：克）等内容都不可以省略。

(1)特殊药物的使用要求：抗生素、抗凝药、止血药、抗心律失常药、环孢霉素A等药物必须按 $Q \times h$ 给药，如Q6h、Q8h、Q12h。

(2)对高危药品，如麻醉药、麻醉辅助药、化疗药、电解质、高级别抗生素的使用要按照医院的相关规定执行，药剂科要进行监督，如有违反规定适时向临床医生发出书面通知，建议临床医生及时停药。临床医生在收到通知时要及时报告上级医师，考虑停药或者向药剂科说明理由。没有停药又没有合理说明者应由药剂科及时报告医务科和质控办。

(3) “自理”品管理规定：由病人或病人家属在医院内自己使用的药品称自理药品。目前仅限于使用外用药、漱口水。首先医生评估确定病人可安全自用外用药，然后在临时医嘱栏开出外用药物医嘱并应详细写明药物的用法、用量、频次、使用天数等内容。护士发药时向病人/家属详细讲解药物使用方法及注意事项，并教育病人/家属在用药前后洗手，以确保病人正确、安全的使用自理药物。同时临床医生及护士要观察药物使用情况、疗效及副作用。当医生评估不能确保病人自理药的安全时，由医生开出长期医嘱，护士根据医嘱执行。

(4) “自备”药品医嘱：如果药品是“自备”的，按自备药品管理制度执行。

6、医生下达医嘱后，由护士逐项核对并执行。护士执行要打印分类医嘱执行单，执行后在分类执行单上签全名及执行时间。

医生下达的抢救病人紧急抽血检查项目医嘱要求在 30 分钟内执行，抽取样本，并立即送到检验科。检验标本送到检验科 30 分钟后要开始追踪检验结果，并报告给医生。除血培养、凝血四项等检验时间要求较长的特殊检查以外，医生要在 1 小时内得到急诊检验结果。其他紧急检查项目医嘱要 30 分钟内执行，并积极配合医生和辅助检查科室尽快完成检查，使医生在 1 小时内得到检查的初步结果。因某些特殊原因使一些医嘱无法执行时，如病人拒绝执行、病人临时离开医院等，护士要及时向主管医生报告，并在护理记录单中记录，必要时要向接班护士交班。医生在开出急诊检验检查医嘱后，如果超过一个小时还没有得到相关的检验结果时，要及时追问，查找原因。

7、医生下达检验医嘱后所有检验标本采集前由护士贴上条码标签，条码标签上应有病人姓名、门诊号或住院号、科室、标本名称、检验项目，护士采集标本后再次确认标本条码，外送人员将标本送至检验科前要确认标本条码，以确定标本送出的时间。检验科接到标本后进行标本的条码的确认，以确认标本接收的时间。检验科工作人员及病区工作人员在核对标本时若发现异常情况应及时相互沟通和联系、核实。

8、医生在开出所有申请临床物理检查（如放射、超声、心电图等）、骨髓细胞学检查的医嘱或医生认为有沟通必要的临床检验医嘱时，要在申请单或医嘱说明中注明有价值的病史、症状、体征等信息资料，以利于检查科室的医生或其他有资格的工作人员根据相关信息资料给出正确的检查报告。开单医生同时对申请

某些重要临床检验及物理检查的原因、目的、结果及分析、评估、处理意见要记录在病程记录中。

9、同一时间下达的多项医嘱，首尾项的时间及签名相同。一项医嘱内容较多，在一行内写不完整可以跨行，但同一行内只允许有一条医嘱。

10、长期医嘱：内容包括专科护理常规、护理级别、特别护理、特殊体位、病重、饮食、陪伴人员、药物使用、约束、隔离等。

(1)药物长期医嘱流程：当日下达的长期医嘱当日执行。长期医嘱药物执行时间在一组要求时间的前后一小时内均视为有效，但时间性用药的间隔时间应符合医嘱要求。

(2)病重医嘱标准：病人有一个或多个脏器功能衰竭已经直接威胁病人的生命，或病人生命体征出现明显异常，或者经医生评估，病人病情随时有可能出现变化并导致严重后果时，应告病重。病重病人的护理级别应与病情相适应。

(3)标准医嘱：由医院认可的、临床医护人员共同执行的常规医嘱。详见附件。

11、临时医嘱的书写顺序：先写三大常规、肝功能等诊断性医嘱，然后再写用药，处置等治疗性医嘱。

12、病人出院时必须开出院医嘱，包括出院带药。

13、医生开出医嘱后要自查一遍，确认无错误、遗漏、重复。开出需紧急执行的医嘱时必须向当班护士做特别交待。护士应及时查对、执行医嘱。对明显违反诊疗常规的错误医嘱，药学人员、护士有责任及时通知医生进行更改。对有疑问医嘱，必须查清确认后方可执行。

14、如本班护士未能执行的医嘱，必须向下一班护士口头交班并在护士交班本上注明。

15、护士根据医生的医嘱对病人进行处理，没有医生的医嘱，护士不得给病人进行处理。但在抢救病人生命的情况下，护士有权根据心肺复苏抢救程序等护理规范对病人进行紧急处置，并及时报告医生。所有需要在医院内由医护人员执行的药物医嘱执行后必须记录且保存在病历中。

16、口头医嘱：只有在抢救、手术等紧急情况下医生、麻醉师可以下达口头医嘱，其中在某些特殊情况下，当医生不能够立即到达现场而又需要立即处理时

可以执行电话医嘱，其他情况不允许使用口头医嘱或电话医嘱。护士在执行口头或电话医嘱时在《口头医嘱单》中记录医嘱者姓名、医嘱内容，并将复述医嘱内容，经开医嘱医生确认无误后执行，执行后记录执行时间，并签名。在抢救或手术结束后 6 小时内由下达口头医嘱的医生在《口头医嘱单》上签名，并记录签名时间。在特别紧急且人手紧张的情况下，护士记录口头医嘱会影响到病人抢救时，可先按要求安全执行口头医嘱，事后在抢救或手术结束后 6 小时内补记医嘱内容。

17、病人术后，应停止术前医嘱，重开术后医嘱。开术后医嘱时，必须在长期医嘱中写明“术后医嘱”，术后医嘱开出后，术前医嘱自动停止。

18、如果医嘱更改过多，须重整医嘱。

19、由两种以上的药物组成的一组医嘱，如果需要停止或取消其中一种药物时，则需要停止或取消整组，然后重新开出整组医嘱，不允许只取消或停止其中的某一药物。

20、护士每日应核对全部医嘱。

21、医嘱处理过程中发现的错误科室要按医院的政策进行登记、上报、总结、分析，以便总结经验，不断提高医疗质量。医嘱单是医疗诉讼中的重要证据，也是医疗护理过程中进行信息沟通的重要文件，任何人不准私自藏匿、销毁、涂改。当病人住院时间太长，病历太厚时，经主管医生同意，可以将部分医嘱单收藏，交护士长保管，但在病历中尽量保留一个月以内的记录，在病人出院时要将病人的全部医嘱整理好放入病历中。

入院制度

一、各有关部门（医务科、护理部、住院部、门诊部、急诊科及各临床科室等）医务人员应通力合作，保证符合收治标准的患者能够尽快入院治疗。

二、各临床科室应根据各专业疾病的特点收治患者入院。在患者入院、转科或转院前，需有与病史和体格检查所提示的辅助于诊断的各类化验和影像学检查。

三、对符合本科室收治标准的患者，具有本院执业医师资质的医师才能签发入院证明。入院证明应注明初步诊断，并告知患者及家属初步的诊治计划、治疗

结果等信息，帮助患者及家属做出住院与否的决定。

四、普通患者入院可采取直接住院、协调护理单元住院、加床住院、预约住院方式，医师并提前告知患者住院的方式。

五、对急诊或有紧急需求的患者，优先诊治，优先入院。各护理单元应预留急诊床位，若护理单元无床，由相关职能部门或院值班人员统一协调全院床位，优先收治急诊病人，任何护理单元不得拒收此类病人。

六、患者入院前需要交纳预交款，对病情不稳定需要抢救的患者，必须先进行抢救，后补款。

七、医院员工应关注那些在就医过程中存在困难的患者，如年老体弱者、残疾人、语言交流障碍和听力受损的患者，提供轮椅、翻译等帮助。

八、患者办理入院手续后，应尽快到相应病区入住；如未入住，在院外发生的一切意外，由患者及家属承担责任。

出院制度

（一）病人请假离院制度：

1、病情相对稳定，由于节、假日或外出就诊，或家庭内部特殊情况，或作为正式出院前的观察，可予请假离院。

2、由具有自知力的自愿住院患者或医疗保护住院患者的承担医疗职责的监护人提出书面要求和理由，经主治医师评估同意，方可请假离院。

3、住院医师必须完成请假离院记录，说明请假理由，注明注意事项、责任认定，由自愿住院患者或承担医疗看护职责的监护人签名后方可请假离院。

4、患者返院时，住院医师必须记录请假离院时期的疾病状况和治疗情况。

5、返院后医生要查看病人并做病程记录，护士应做好安全检查并做好护理记录。

6、请假离院每次不超过3天，并办理离院相关手续。

（二）出院制度及流程

1、患者病情稳定，经科主任诊查认为可以出院，即可通知自愿住院患者或

医疗保护住院患者的承担医疗看护职责的监护人前来办理正式出院，患者或医疗看护人应 2 周内完成出院手续。

2、患者或其承担医疗看护职责的监护人提出出院要求，而经科主任评估认为未达出院标准的，应根据患者情况，告知继续治疗的必要性。对仍坚持要求出院者，必须向患者或医疗看护人说明病情，治疗要求，注意事项，责任认定并要求提出书面申请，由患者或承担医疗看护职责的监护人签名后方可办理自动出院手续。

3、出院时，在主治医师主持下完成出院小结，内容包括： 一般情况（姓名、性别、年龄等） 入院时间、入院诊断（以主任查房诊断复核为准） 症状演变、治疗经过、目前精神状态 出院时间、出院诊断 出院疗效 出院告知内容（患者或承担医疗看护职责的监护人签名）。出院小结应在患者出院后 24 小时内完成。

4、出院带药量不超过 2 周，各类药物品种不超过 5 种。

门诊预约挂号管理制度

根据《关于在公立医院施行预约诊疗服务工作的意见》的要求，为满足不同患者挂号需求，规范我院预约挂号服务，推进文明有序挂号就诊，特制定如下管理制度。

一、门诊部负责预约挂号服务的监督和管理。本着公开、公平的原则加强门诊预约挂号管理。

二、预约挂号必须采取实名制。

三、预约挂号适用于初诊、复诊和社区转诊患者。

四、预约挂号方式包括窗口手工预约（门诊/出院复诊预约单、社区预约单）、信息化语音电话预约（网上预约：待我院网站起全面运行后启用）。

五、预约挂号范围包括专家门诊、专科门诊和普通门诊。

六、挂号室专用窗口办理电话预约挂号注册手续、复诊预约手续、领取预约号。

七、挂号室工作职责

- 1、公示我院专家门诊和专科门诊信息；
 - 2、公示我院预约挂号须知、预约流程及语音预约电话；
 - 3、制作并更新我院《预约挂号使用手册》，向办理预约挂号注册的患者发放该手册；
 - 4、更新每日预约挂号号表，根据预约登记（手工、复诊、社区、语音电话等），准确出号；
 - 5、做好医患双方失约的补救工作；
 - 6、每月 21 日前完成并上报《预约挂号统计表》，报门诊部备案。
- 八、严格执行我院《专家门诊管理制度》，专家不得随意停诊。若因故需停诊必须提前一周将科主任签字批准的停诊申请单交到挂号室备案（病假除外）。
- 九、复诊预约由门诊接诊医师或病房主管医师根据病情在患者就诊或出院当日予以预约登记，开具门诊/出院复诊预约单（一式三联），分时段确定预约时间，嘱咐患者到挂号室办理预约手续，就诊当日取号。
- 十、我院与对口支援的社区卫生服务中心之间开通预约挂号通道，提供专科门诊预约号。
- 十一、公共精神卫生防治办公室负责社区转诊预约挂号工作。根据双向转诊单的要求，到挂号室办理预约挂号登记手续，24 小时内反馈社区卫生服务中心预约结果（加盖转诊专用章的转诊预约挂号回执单）。预约周期为一周。
- 十二、信息中心及时排查、解除信息系统故障，为预约挂号提供可靠技术支持。
- 十三、执行市物价局、市卫生局规定的标准，收取语音电话预约挂号服务费。
- 十四、我院预约挂号工作随时接受市卫生局、政风行风监督员和媒体的监督。

转院、转诊有关制度和流程

- 一、转院、转诊条件：急诊病人因病情复杂，限于医院设备、技术条件不能

解决的疑难重症、医院不能收容及检查治疗的病员。

二、转院、转诊审批：由科主任审核提出申请，经医务科批准后，方可办理转院、转诊手续。晚上、节假日，应向总值班汇报，由总值班负责与医务科、转入医院联系，征得同意后转院、转诊。

三、科室对转出的病员要写明转院、转诊的原因、目的，并写出病历摘要，患者或家属签字确认。

四、病员转院、转诊，如估计途中可能导致病情恶化以至死亡可能，应留院处理，待病情稳定后再行转院、转诊。重危病员转院、转诊时，科室应派医护人员护送，并随带病史摘要。转院、转诊之前，经治医师要与患者或代理人谈话，说明途中可能发生的危险及意外，在取得患者或代理人同意及理解后，在医患沟通书上签字。

五、如病员病情危重，不允许立即转院、转诊，而病员或代理人坚决要求转院、转诊，则应向他们详细说明病情及途中可能出现的危险，并将谈话内容详细记载病程录，并由病员或代理人在自动出院医患沟通书上签字后，院方可准予病家将病人带走。

六、转院、转诊时须同时办好费用结算，有关手续与出院相同。

谈话告知制度

1. 尊重病人知情权和选择权，通过医患谈话的方式加强医患沟通。

2. 凡住院病人，接诊护士应在病人入院 6 小时内做好入院宣教，对门诊病人，接诊医师也应告知其家人关于疾病的诊断、治疗及预后等情况。

3. 凡住院病人，在入院 24 小时内，负责医师与患者家属或本人（有自知力的患者）进行谈话并记录，内容包括：告知患者入院的初步诊断、针对病情必须完善的各项检查及治疗，目前给予的治疗方案，根据病情变化将适时调整治疗方案等，同时，接诊医师需与患者家属签定《知情同意书》。

4. 住院病人病情发生重大变化（如病重、病危等）应及时告知其家属，内容包括：目前诊断、治疗，可能存在的风险及预后，并将谈话的内容在病历中做好

记录。

5. 在实施有创的检查治疗（如心包穿刺、腰穿、胸穿等）术前需与病人或家属谈话并记录。实施某些特殊治疗（如电休克、输血等）应签定《知情同意书》，术后随访并记录。

精神疾病患者非自愿住院相关工作管理规定

为了保证患者非自愿住院相关工作顺利开展，制定本项制度。

一、按非自愿原则接收患者住院的对象为诊断结论、病情评估表明为严重精神障碍并有下列情形之一：

1、已经发生伤害自身的行为，或者有伤害危险的；

2、已经发生危害他人安全的行为，或者有危害他人安全危险的。自愿住院治疗的严重精神障碍患者在出院前的检查评估中存在以上情形的，参照本制度执行。

二、精神科门急诊医生接诊此类患者时应当告知监护人相关事宜，取得监护人的理解、接受及配合，按分科收治原则联系实行封闭式管理的精神科病房（以保证患者非自愿住院医疗工作能够安全、顺利完成）接收此类患者住院治疗。精神科病房不能以任何理由拒绝接收。为方便监护人办理住院手续，精神科门急诊值班医生应当开具《精神科留院诊断、自愿住院治疗、非自愿住院治疗入院通知单》。患者入院以后，医护人员应当把患者的《入院通知单》保存到患者的住院病历中。

三、患者非自愿住院有两种形式：

1. 按监护人同意原则接收的有伤害自身的行为或危险的严重精神障碍患者住院治疗。监护人不同意住院治疗的，医生不能接收患者住院治疗，医生应当告知监护人应对在家居住的患者做好看护管理。

2. 按医院依法对患者实施（带有强制性）住院治疗原则接收的有危害他人安全的行为或有此危险的严重精神障碍患者住院治疗。监护人应当（必须）同意住院治疗。监护人不同意住院治疗的，医生向患者监护人解释和积极沟通，尽力争

取其理解、接受和积极配合。监护人阻碍医院实施住院治疗或者患者擅自脱离住院治疗的，医院在场工作人员应当立即报告保卫科以便及时采取相应措施，同时也可以请求公安机关协助采取措施对患者实施住院治疗。

四、按医院依法对患者实施（带有强制性）住院治疗原则接收有危害他人安全的行为或有此危险的严重精神障碍患者住院治疗时，为确保此类患者从精神科门诊急诊到接收科室过程安全、顺利，必要时保卫部应当组织人力协助护送。患者监护人不办理住院手续的，由患者所在单位、村民委员会或者居民委员会办理住院手续。医生在患者住院病历中予以记录。

五、管床医生应当及时对非自愿住院患者进行病情评估，填写《非自愿住院检查与评价表》并进行医护沟通，以便完善相关工作。患者入院当天，医生应当完成首次评估，入院第一个月每周评估一次，第二个月每两周评估一次，住院满三月及之上每月评估一次，病情有特殊变化时随时进行评估，患者出院时必须进行评估。

六、对按监护人同意原则接收住院的患者，监护人不同意继续住院治疗或要求转院时，医生应当把病情评估向监护人解释说明。监护人坚持要求不适宜出院或转院的患者出院时，医生应当告知监护人应对在家居住的患者做好看护管理，并在病历中予以记录和留存其签名。

七、对按医院依法对患者实施（带有强制性）住院治疗原则接收的患者，监护人不同意住院治疗时，医生应当把病情评估向监护人解释说明，并告知监护人有权申请再次诊断、精神障碍医学鉴定。监护人阻碍医院实施住院治疗或者患者擅自脱离住院治疗的，医院在场工作人员应当立即报告保卫科以便及时采取相应措施，同时也可以请求公安机关协助采取措施对患者实施住院治疗。

八、对按医院依法对患者实施（带有强制性）住院治疗原则接收的患者，其监护人要求转至其他医院住院治疗时，患者所住科室应当要求患者监护人做到以下几点：

1. 提供拟接收患者转院治疗的医院的《医疗机构执业许可证》的复印件（要求加盖单位行政公章），以证明该医院具有接收精神障碍患者住院治疗的相应资质。

2. 拟接收患者转院治疗的医院在医院的《非自愿住院检查与评价表》上书面

确认同意接收该患者转院治疗并加盖其单位行政公章或医务科的公章。

3. 原则上要求接收医院安排专人携带单位介绍信（明确其目的为护卫患者、接收患者转院治疗）来我院接收患者。上述材料应当保存在患者住院病历中。

九、对非自愿住院患者进行“住院”适宜性检查工作，在医疗质量管理委员会、护理部、质控科共同协助下，由医务科负责接收由患者所在科室报告的患者监护人要求转院治疗的信息，并由医务科相应处理。

非自愿住院患者适宜性检查与评价制度

为维护非自愿住院患者的合法权益，特制定如下：

一、由医院医疗质量管理委员会针对非自愿住院治疗患者的诊疗、护理等医疗质量情况进行管理及控制，对存在的薄弱环节及时制定整改措施，不断提高医疗护理质量。

检查：

1、医务人员是否违反精神障碍诊断标准，将非精神障碍患者诊断为精神障碍患者；

2、是否遵循精神障碍诊断标准和治疗规范、制定治疗方案，并向精神障碍患者或者其监护人告知治疗方案和治疗方法、目的以及可能产生的后果；

3、是否对精神障碍患者使用药物是否安全、有效；

4、诊疗行为是否符合《中华人民共和国精神卫生法》的规定；

5、实施保护性医疗措施是否遵循诊断标准和治疗规范；

6、对精神障碍患者实施住院治疗的程序是否符合《中华人民共和国精神卫生法》规定。

二、医院伦理委员会遵守赫尔辛基宣言的规定，遵循国际公认的不伤害、有利、公正、尊重人的原则，以患者为中心，维护非自愿住院患者的健康利益，贯彻知情同意原则，审查知情同意文件，提出伦理咨询意见。

检查：

1、医院是否配备适宜的设施、设备，保护就诊和住院治疗的非自愿精神障

碍患者的人身安全、防止其受到伤害，并为住院患者创造尽可能接近正常生活的环境和条件。

2、医院是否强迫精神障碍患者从事生产劳动，对精神障碍患者实施下列治疗措施，是否向患者或者其监护人告知医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得患者的书面同意，无法取得患者意见的，是否取得患者监护人的书面同意：①导致人体器官丧失功能的外科手术；②与精神障碍治疗有关的实验性临床医疗；

3、是否禁止对精神障碍患者实施与治疗其精神障碍无关的实验性临床医疗；

4、对精神障碍患者使用药物，是否以诊断和治疗为目的，是否为诊断或者治疗以外的目的使用药物。

三、评估：

1、对已经发生危害他人安全的行为、或有危害他人安全危险的非自愿住院精神障碍患者，医院及时由医务科组织经治医师及科主任或其他二名或二名以上精神科执业医师，结合患者入院前和入院时病情特点，对非自愿住院患者的病情及危险性进行检查评估，评估结果表明患者不需要继续住院治疗的，医院立即通知患者或其监护人，妥善安排出院；

2、对已经发生伤害自身的行为、或有伤害自身的危险的非自愿住院精神障碍患者，监护人不同意住院的，医院立即通知患者或其监护人，妥善、及时安排出院。

四、具体评估办法:对新入院患者需使用《长沙市精神病医院精神病人风险评估及干预表》对患者进行评估，住院第一个月每周评估一次,第二及第三个月二周评估一次,三个月后每月评估一次,对病情稳定住院满一年以上的患者每半年检查与评价不少于一次。对公安及法院送诊强制入院的患者则使用《长沙市精神病医院肇事肇祸精神疾病患者危险性评估表》进行评估，评估频次与上相同。

患者病情评估管理制度

为了保证医疗质量，保障患者生命安全，使患者从进院开始就能够得到客观科学的评估，医生能够做出详细科学的治疗计划，当病情变化的时候能够及时调

整修改治疗方法，使患者得到科学有效的治疗，根据卫生部、卫生厅有关文件精神要求，结合我院实际情况，医院医务科、护理部、门诊部联合制定患者评估管理制度

1、明确规定对患者进行评估工作由注册的执业医师和护士，或者经医院授权的其他岗位的卫生技术人员实施。

2、医院制定患者评估的项目、重点范围、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式、评估操作规范与程序。

3、患者评估的结果需要记录在住院病历中，用于指导对患者的诊疗活动。

4、医院职能部门定期实施检查、考核、评价和监管患者评估工作，对考核结果定期分析，及时反馈，落实整改，保证医疗质量。

5、医师对接诊的每位患者都应进行病情评估。重点加强急危重患者的病情评估、住院病人再评估、出院前评估。

6、医师对门诊病人进行评估时要严格掌握住院标准，严格按照患者的病情作为制定下一步治疗的依据，严禁将需住院治疗的病人进行门诊观察治疗。假如门诊医生决定需要住院的患者拒绝入院治疗，医生必须做好必要的知情告知，详细告知患者可能面临的风险，并签署患者的名字。

7、病人入院后，主管医师应对病人全面情况进行评估，及时做出诊断，参照疾病诊治标准，制定出经济、合理、有效的治疗方案并告知患者或者其监护人。

8、对病人在入院后发生的特殊情况的，应及时向上级医生请示，再请科主任共同再次评估。必要时申请会诊。

9、病人在入院经评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通，协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。

10、对于急危重症患者实行患者病情评估，根据患者病情变化采取定期评估、随机评估两种形式。及时调整治疗方案。

11、临床医生除了对患者的病情进行正确科学的评估，还应该对患者的心理状况作出正确客观的评估，全面衡量患者的心理状况，对有可能需要作心理辅导的患者进行必要的登记并作记录，随时请心理学科医生给予必要的心理支援。

12、所有的评估结果应告知患者或其病情委托人，病人不能知晓或无法知晓的，必须告知病人委托的家属或其直系亲属。

13、患者评估的结果需要记录在住院病历中，用于指导对患者的诊疗活动。

精神障碍患者风险评估筛查制度

为规范我医疗行为及医疗服务流程，保障我住院患者的安全。特制定《住院患者风险筛查评估制度》。

一、通过对入院精神障碍患者的各类风险进行筛查评估，全面把握患者病情和诊疗服务的需求，为制定患者的个性化诊疗方案（计划）提供依据和支持

二、患者风险筛查评估的重点包括：危害自身（包括自伤、自杀以及危害自身健康）风险、伤害他人的风险、物质使用、心理创伤史等。

三、住院患者的初步风险筛查评估工作首先由门诊接诊医师完成。

四、患者入院后由接诊的床位医生或值班医生进行风险筛查评估。普通患者评估应在 24 小时内完成，急诊患者在 1 小时内完成，特殊情况除外。

五、各临床科室应根据本科精神障碍临床特点，制定相关疾病风险评估标准及流程（包括详细的评估内容与标准、评估时限等）。各科室制定的评估标准及流程应上报医务科审核备案。医务科将定期检查督导，并作为一项重要的科室医疗质量评价指标。

六、入院后患者风险评估结果应在病程记录中明确记录，同时将风险评估结果、诊疗过程中可能出现的意外或不良后果告知患者或监护人，并履行签字手续。

七、各临床科室应根据入院后风险评估结果制定合理的防范措施及干预方案，并在医嘱中开具“防冲动、防外走、防自杀”等项目。

八、在患者住院期间，各临床科室应把握患者住院期间的各个特殊时段，动态监控患者情况，定期进行后续的风险评估工作，并根据评估结果及时调整处置措施。

重性精神病患者危险性评估制度

一、重性精神疾病主要包括精神分裂症、双相障碍、偏执性精神病、分裂情感障碍等。

二、严格按照重性精神疾病患者危险性评估标准，对新入院重性精神疾病患

者进行危险性评估。对危险行为级别较高者，应迅速按照服务流程逐级处理，同时加强防范。

三、根据患者的危险分级、精神症状是否消失、自知力是否完全恢复，工作、社会功能是否恢复，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类干预。

1) 病情不稳定患者（危险性为 3-5 级）。应精神科监护，给予相应的药物治疗，必要时给予保护性约束，加强同患者家属或监护人的沟通。

2) 病情基本稳定患者（危险性为 1-2 级）。首先应判断是病情波动或药物疗效不佳，还是伴有药物不良反应。分别采取在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗的措施。

3) 病情稳定患者（危险性为 0 级）。精神症状基本消失，自知力基本恢复，社会功能处于一般良好，无严重药物不良反应。

四、重性精神疾病患者出院时应再评估一次危险性评估，根据评估结果，同患者家属或监护人的沟通，适宜出院的办理出院手续，不适宜出院的，应加强与患者家属或监护人的沟通，尽到告知义务。

重性精神疾病患者危险性评估标准：

0 级：无符合以下 1-5 级中的任何行为；

1 级：口头威胁，喊叫，但没有打砸行为。

2 级：打砸行为，局限在家里，针对财物。能被劝说制止。

3 级：明显打砸行为，不分场合，针对财物。不能接受劝说而停止。

4 级：持续的打砸行为，不分场合，针对财物或人，不能接受劝说而停止。

5 级：无论在家里还是公共场所，持管制性危险武器的针对人的任何暴力行为，或者纵火，爆炸等行为。

关于开具疾病诊断证明书及病休证明的相关规定

疾病诊断证明书是临床医生出具给病人，用以证明其所患疾病的具有法律效力的证明文书，常常作为病休、病退、伤残鉴定、保险索赔等的重要依据。因此，

开具疾病诊断证明书是一件政策性很强的医疗工作，每一位临床医生均应本着实事求是和对国家、单位及个人负责的精神，认真、严肃、科学地做好此项工作。为进一步加强我院疾病诊断书的管理工作，特作如下规定：

一、每位医生都要以科学、严谨、求实的态度，亲自诊察病人，认真开具疾病诊断证明书，每项诊断都应具备科学、客观的诊断依据。

二、疾病诊断证明书的内容只限证明在我院明确的疾病诊断。诊断名称应符合 ICD-10 或 CCMD-3 标准，不得在证明中写劳动能力、行为能力、责任能力的判断，患者要求时应告知另行申请医学鉴定。

患者要求开具疾病诊断证明书的条件：

1. 由有自知力的精神病患者或普通疾病患者及他们的监护人持有效身份证件前来办理，委托他人代办者，除上述条件外，还需提供代理人的有效身份证明，申请人与被代理人的代理关系的法定证明材料（指申请人签名的授权委托书）。

2. 有客观诊断依据（实验室指标和影像学指标等）并在我院确诊的患者可开具疾病诊断证明。

功能性精神疾病患者和无客观指标疾病者符合下列条件可开具证明：

- （1）曾在我院住院治疗并已确诊者；
- （2）曾在我院门诊诊治三次以上，先后经两位医师诊查，并已确诊者。

一般诊断证明书须由主治及以上医师签字，精神疾病疾病证明书须由具有精神科执业医师资格的主治及以上医师签字，由医务科盖章后方能生效。开具诊断书的医生应对所作出的诊断负法律责任。医生不得开具与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的诊断证明书。

病休证明的时限：原则上急诊一般不超过三天，门诊不超过一周，慢性病不超过一个月。

诊断证明书(病休证明)日期应填写就诊当日，且三日内盖章有效。

凡弄虚作假开疾病诊断证明者，扣款壹仟元，并送卫生行政部门按《执业医师法》处理。

此规定自颁布之日起执行。

病历复印管理规定

为了加强病历管理，保证病历资料客观、真实、完整，维护医患双方的权益，根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定》等法规，制定本规定。

一、医院应受理下列人员和机构复印病历资料的申请：

- 1、患者本人或其代理人。
- 2、死者近亲属或其代理人。
- 3、保险机构。
- 4、公安、司法机关。

二、受理复印病历资料申请时，申请人填写病历复印申请单，并按如下要求提供有关证明材料：

- 1、申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明。
- 2、申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料。
- 3、申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲的法定证明材料。
- 4、申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理的有效身份证明，死亡患者与近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料。
- 5、申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或其代理人同意的法定证明材料；患者死亡，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。
- 6、公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，应当在公安、司法机关出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

7、以上证明材料由院办及医务科进行审核，并留存申请人或申请机构相关证明材料的复印件。

三、运行病历(即患者还未出院或虽已出院但还未送达病案室的病历)如按规定需要复印时，由该病区医务人员通知病案室人员到病房调取病历。

四、病历复印的内容：

患者本人或其代理人，死亡患者近亲属或其代理人，保险机构等申请复印病历，只能复印病历的客观部分，包括门（急）诊病历和住院病历中的住院志（即入院记录）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录等。主观部分不能复印，包括死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录等。

五、病历复印的具体程序：

1、申请。患者或代理人或代理机构出示身份证明，向病案室提出申请，填写申请表，并提交病案室及医务科，经同意后方可复印。

2、缴费。根据《医疗机构病历管理规定》第 18 条的规定，医疗机构复印病历资料，可以按照规定收取工本费。

3、复印。医院在医务人员按规定时限完成病历后予以提供病历，由病区指派专人将需要复印的病历资料在规定时间内送到指定地点，并有申请人在场的情况下复印。

4、核实、盖章。病历复印完毕后，复印的病历资料经申请人核对无误后，应当提交医务科，医务科对复印材料进行审核并加盖证明印记，除了在病历的首页盖 1 枚完整的章之外，还应该在所有病历的边缘盖上骑缝章(医务科专用章)，以保证复印资料的完整。

六、复印病历，病案室均需登记备案。

七、医生、医务科及病案室工作人员，不得以任何理由故意拖延时间或拒绝患方提出复印病历的要求。

八、病历复印时间：周一至周五上午 9:00~11:00，下午 2:30~5:00(法定节假日除外)。

九、病历复印地点：院办复印室。

保护性约束管理制度

1. 目的：约束因心理或生理因素而具有自伤或伤人趋势的病人的行为，以确保病人及其他人员的安全，为病人提供安全、有序、周到的医疗服务。同时，充分地尊重病人及家属对病情的知情权及对治疗的选择权，尊重患者人格和尊严。

2. 范围：因心理、生理等原因造成不能自主控制行为需要保护性约束的病人。

3. 权责：

3.1 医生要严格掌握保护性约束的指征，对约束病人行为的必要性进行评估及再评估并做好记录。

3.2 护士在使用保护性约束措施时要做好病情的观察、记录及健康教育。

4. 定义：保护性约束是指用合适的约束工具约束因心理、生理等原因造成不能自主控制行为的病人，防止其发生自伤、伤人、非计划拔管等意外事件。

5. 作业内容

5.1 保护性约束一定要严格掌握指征，尽可能减少使用。

5.2 医生或护士发现有需要采取措施约束病人行为的情况时，医护之间要及时相互沟通，由医生下达医嘱，每天再次评估，若病情仍需约束，则重新开立医嘱，且记录在病程记录中。

5.3 医生每次下达约束医嘱时必须对必要性进行评估，要向病人或/和家属说明约束病人的必要性和方法、约束病人后可能出现的意外情况、拒绝约束可能造成的后果、家属如何配合等情况，与家属签署知情同意书。

5.4 护士遵医嘱在采取约束病人行为前要做好病人和家属的健康教育，并记录。

5.5 对病人采取约束措施后，护士要加强观察，至少每 1 小时巡视病人一次，检查约束带松紧是否合适、约束病人的器具是否安全、约束措施是否恰当、病情是否允许终止约束等情况。护士评估可以解除约束时，要通知医生检查病人，由医生决定是否解除约束。除 ICU 病区外，其他病区受到约束的病人一般要求家属留有能看护病人的陪伴人员。

5.6 严重精神疾患病人，如果上约束带后或采取其他约束措施后，仍难以保证病人自身及其他人员安全的，要及时向医务科或总值班报告，必要时将病人转到心理卫生病房，以确保病人的安全。

5.7 在约束病人过程中医护人员要严格遵守医务人员道德规范，充分尊重病人及家属的价值观、宗教信仰和文化背景，注意对病人个人隐私的保密。

住院大于 24 周多专家会诊制度

住院大于 24 周多专家会诊的目的是在临床医疗工作中集思广益，为共同解决病人的诊疗问题而采取的重要措施，从而减轻患者的痛苦和缩短患者住院时间。

会诊有如下要求：

患者在我院住院时间超过 24 周。

需要对其诊断，治疗，或某些特殊情况进行会诊。

会诊在一周内由主管医师提出，科主任召集 2 名及以上的主任（副主任）医师参加会诊。

主管医师提前将会诊病例的病情摘要、会诊目的和拟邀请人员送至相关科室，并通知有关科室人员参加。

其中无法遣送回家的流浪病人可以不纳入会诊范围。

会诊时一般由会诊科室主任主持，必要时请业务副院长参加，应力求统一明确诊治意见。

会诊时主管医师必须提交纸质病例病情给参加讨论的他科会诊医师各一份。主管医师认真做好会诊记录，并将会诊意见摘要记入病程记录。

公共精神卫生服务管理例会制度

为加强我院公共精神卫生服务管理质量，随时掌握工作动态，及时贯彻落实上级有关精神，安排布置阶段性任务，确保公共精神卫生服务健康可持续发展，特制订本例会制度。

一、确定每月 10 日为公共精神卫生服务管理例会日

1、要求各精神科质控医师、护士准时参加，如有事不能出席者，应预先请

假。如遇例会日为节假日或医院有重大活动，则相应顺延一日。

2、不准无故迟到、缺席或早退，有事提前请假，并派人代为参会。

二、例会主要内容

1、及时贯彻上级下达的新精神及新任务；

2、学习新政策、新规范；

3、布置有关公共精神卫生服务工作任务；

4、其他重要事情的商议。

三、各科室应协助医院做好以下公共精神服务工作

1、按要求做好严重精神障碍患者信息上报工作；

2、按规范做好各区县严重精神障碍患者医疗救助工作；

3、按要求对出院精神障碍患者进行随访；

4、积极配合开展社区精防人员培训、患者及监护人健康教育等工作。

四、每次例会必须携带学习记录本，记录学习内容及布置的任务，要求学习后组织科室人员进行学习和落实执行。

社区精防知识教育及心理指导工作制度

一、健全健全的精防知识教育及心理指导宣传工作网络和工作台账。

二、做好预防精神残疾、康复训练方法和心理健康的宣教工作。

三、组织开展形式多样的精防知识教育宣传及心理健康教育（讲座或义诊），并有活动记录。

四、组织编印和发放精防知识教育及心理健康教育资料，利用社区康复点进行宣传与发放。

五、定期组织开展社区康复点的免费心理咨询及干预指导，必要时进行入户指导，并做好相应的台账记录。

六、妥善保管精防知识教育和心理健康教育的档案资料，以备后期评估工作效果。

七、深入社区及家庭指导精防康复知识教育及心理健康教育工作。

社区精防工作质量持续改进制度

一、在精防办组织下，定期对社区精神疾病防治康复工作的开展情况进行质量控制评估考核，以利于持续改进工作质量。

二、年初根据《严重精神障碍管理治疗工作考核评估方案》中对业务管理——精防机构的考核细则制定质量评估控制标准，提出各项内容的考核方法、评分方式和计分权重。

三、制定年度工作重点，由精防办组织技术骨干对社区管理治疗组、应急医疗处置组、精神康复组业务工作开展情况分别进行考核评估。

四、年度依托长沙市卫健委疾控处，邀请本市精防技术指导专家组对精防办防治工作开展情况进行考核评估，以便及时发现问题并进行持续改进。

五、质量评估结果反馈给科室所有成员，大家共同协调解决问题，同时也为科内绩效考核提供参考依据，以利于进一步推动社区精神疾病防治康复工作。

社区精防巡诊走访制度

一、负责社区防治的医生和护士，要经常深入社区卫生服务中心了解情况，指导社区精防医生开展精神疾病防治工作，及时掌握全市精神病人的动态变化。

二、定期对辖区内病情不稳定的或曾经有过肇事肇祸记录的重性精神病患者进行走访，做好随访记录，掌握病情变化，协调解决治疗中的实际困难，促进精神疾病患者的康复。

三、建立社区康复点，定期组织辖区精神疾病患者参加康复点活动，掌握每个人治疗康复情况，帮助病人解决实际困难，为治疗和康复创造良好的环境。

四、对已治愈的或病情稳定的患者，积极创造条件帮助其回归社会，参与日常生活、工作、学习和社会活动。

五、做好重点精神病人的个案管理，防止肇事肇祸事件的发生。

患者出院指导、随访工作制度

一、住院病人出院指导

1、住院病人出院指导第一责任人是主管医师，上级医师、科主任和责任护士也具有相应的指导责任。主管医师提出，经科主任或上级医师同意病人出院即开始对病人进行出院指导。

2、认真做好出院病人的健康教育工作，发放健康教育资料。

3、针对不同疾病做好相应诊疗常识、康复知识的指导宣传。针对慢性疾病发作期如何就医、稳定期巩固治疗进行技术指导。

4、主管医师对病人出院时疾病的康复情况进行说明，对出院后是否需要继续治疗，治疗的方式，治疗的疗程等进行说明。

5、主管医师对病人出院后休息的时间，复诊的期限及生活、工作、情绪、复检、康复等进行指导。

6、上级医师、科主任、责任护士对有利于病人彻底康复、减少复发、增进健康及康复等进行指导。

7、病人医嘱出院，护士严格执行出院医嘱，按照出院病人工作流程协助病人办理出院。

8、科室建立出院登记本，记录患者姓名、地址、联系电话，以便进行随访和指导，同时将科室的电话号码、主管医师和责任护士姓名留给患者，有事便于联系。

二、住院病人出院随访

1、出院随访分科室跟踪随访和院级抽查随访。患者出院即建立随访档案，由科室主管医师在病人出院后 10 个工作日内进行随访，要求责任护士在患者出院后 1 个月进行定期电话随访。医院职能科室相关人员在 2 月内进行随机抽查随访。

2、可用电话随访、入户调查、直访等多种随访形式对病人进行随访。对无法联系到病人的列为失访，即停止随访工作。

3、主管医师作为实施随访工作第一责任人，应详细填写病人姓名、住院号、出院诊断、工作单位、家庭住址、职业、联系电话等项目，并将联系电话告知病

人。病人出院 10 天内，由主管医师主动对每位出院病人进行跟踪、随访，确保患者对医院服务质量满意。科主任作为科室随访总负责人，对随访工作负有监督管理责任。

4、医院安排职能科室负责院级随访工作督查，在病人出院 2 月内进行，抽查随访的比例达 10%以上，对随访的情况进行详细登记，并热情的回答病人提出的疑问。

5、出院患者随访主要内容：

(1) 了解出院病人的康复情况，是否能按医嘱正确服药，指导病人继续康复训练，进行健康教育。

(2) 对病人存在的问题进行讲解，满足病人的健康咨询要求，并提醒病人根据病情来院复诊及告诉复诊方法。

(3) 征求病人对医院医疗质量、服务质量和医德医风等方面的意见和建议。

社区精防工作督导程序

一、事先准备好被督导社区或者机构既往工作情况和相关资料，供督导中备用，确定参加督导人员，拟定日程安排。

二、现场检查和指导：汇报座谈会、现场检查、收集信息、填写《严重精神障碍管理治疗工作督导检查表》。

三、分析评估：现场检查结束后，督导组成员集体讨论和分析，总结被检查单位成绩和亮点，找出主要问题，分析问题原因，提出解决问题的建议，形成督导意见。

四、总结并撰写督导报告，及时向派出单位提交督导报告和记录表格。

社区精防人员培训制度

为进一步加强社区精防人员后备队伍建设，规范社区精防人员的培训和管理，根据《国家基本公共卫生服务工作规范》和《严重精神障碍管理治疗工作规范(2018 年版)》的要求，结合我市实际情况，制定社区精防人员培训制度。

1、社区精防人员及相关人员均需岗前培训，必须遵守国家法律、法规、部

门规章。

2、培训目的

(1)、使行政管理人员了解开展严重精神障碍管理治疗工作的目的、意义、主要工作内容等。

(2)、使精神卫生专业人员掌握严重精神障碍管理治疗工作要求、工作程序和相关诊疗规定。

(3)、使基层医疗卫生工作人员掌握必要的严重精神障碍管理治疗知识和技能、相关工作要求和规定，能够开展社区管理。

3、培训对象

行政管理人员，包括政府和精神卫生相关部门的行政管理人员等；精神卫生专业人员，包括精神科执业(助理)医师、注册护士等专业人员；基层医疗卫生工作人员，包括在社区卫生服务机构和农村卫生机构中从事精神疾病防治工作的医生、护士等。

4、培训内容

《国家基本公共卫生服务工作规范》、《严重精神障碍管理治疗工作规范(2018年版)》、社区管理的六种严重精神障碍的识别、精神卫生知识社区健康教育、常见精神药物的副作用及处理、相关精神卫生法律法规等，培训内容可根据实际情况及需求进行调整。

5、培训形式

面授培训：分区组织集中培训或为全市举办社区精防人员集中培训提供精神科专业讲师。

6、对社区精神卫生防治人员培训每年不少于一次。

7、在每次培训结束时，对培训内容、教材、讲员、培训班组织管理、培训效果等进行评估，根据评估结果及时改进培训。

社区精神卫生健康教育制度

一、社区严重精神障碍康复者

对首诊确诊为严重精神障碍的患者及其亲属,在进行临床治疗的同时开出健康教育处方,降低患者及家属的病耻感,提高他们对于严重精神障碍的应对能力,预防向慢性和残疾转化。

对于慢性精神病病人,健康教育要围绕提高自知力和社会适应能力为主。

预防措施以早发现为主,在社区中要积极开展早期识别严重精神障碍的宣传教育,鼓励疑有严重精神障碍的人员及早去正规的精神卫生医疗机构咨询。

二、城市社区健康教育与健康促进

在精防机构指导下,依托社区卫生服务机构开展严重精神障碍防治知识的普及宣传工作。

社区居委会等要积极倡导社区居民对已患有严重精神障碍的患者和家庭给予理解和关心,平等对待病人,促进社区和谐稳定。

利用助残日、睡眠日、世界精神卫生日等开展主题鲜明的精神卫生健康宣传。

开展健康教育和宣传活动的过程评估、效果评估,根据评估结果及时改进健康教育与宣传的方法和内容。

严重精神障碍资料管理制度

一、负责本单位与严重精神障碍管理治疗工作相关文件、资料、数据存档管理工作。

二、按照要求,做好文件、资料和数据分发、存档。

三、遵守《严重精神障碍管理治疗工作资料信息管理和保密制度》,确保资料的安全、完整,定期整理资料。

四、定期参加培训,熟练掌握精神疾病管理治疗工作内容和相关制度,熟悉所有资料的存档方式,并能进行存档工作的改进,熟练掌握办公自动化软件。

五、主动收集医生填写的出院信息单,每月将上月出院病人信息由数据质管

员录入严重精神障碍信息管理系统。

六、社区管理治疗组及时将出院信息单交予基层社区精防医生，并做好相应交接登记手续，由社区精防医生及时为患者进行建档保管。

七、数据质管员定期收集门诊的严重精神障碍患者信息，进行汇总整理，每季度按要求上报本级卫生行政部门。

严重精神障碍管理信息报送制度

一、协助市级卫生行政部门进行辖区内严重精神障碍基本数据收集分析。

二、负责本级严重精神障碍管理治疗信息的管理与维护，负责系统的本级业务管理和权限管理，设数据质控员、信息报送员和业务管理员负责系统数据资料的质控与管理，保障信息系统的正常运转。

三、组织开展本级信息报告及管理培训等。

四、承担系统的本级数据质量控制、汇总与统计分析，并形成相关报表定期报送同级卫生行政部门。

五、定期将出院病人信息由信息报送员录入严重精神障碍信息管理系统，数据质管员定期收集门诊的严重精神障碍患者信息，进行汇总整理，每季度按要求上报本级卫生行政部门。

六、承担本辖区非在管患者应急医疗处置月报表的汇总及网络报告任务，数据质控员应当于每月 10 日前，将辖区内非在管患者上月应急医疗处置月报表录入系统。

七、负责信息报送的工作人员应遵守国家法律法规，确保患者信息与资料的完整、安全，未经许可不得泄露患者相关信息，定期对资料进行清点和整理。

严重精神障碍防治工作质量督导评估制度

一、协助市卫健委疾控处，年初根据有关严重精神障碍管理治疗的工作目标、

指标和要求，参与制定对本市精防机构及基层社区卫生服务中心进行检查评估、督导考核的计划和方案，提出各项内容的考核方法、评分方式和计分权重。

二、在市卫健委疾控处领导下，定期对全市基层社区卫生服务中心及精防机构的工作开展情况进行检查评估质控。通过督导，促进基层社区卫生服务中心及精防机构提高工作质量，改进工作方法。

三、协助市卫健委，年度组织全市基层精防工作督查以及技术指导质量质控，以便及时发现问题并提出改进建议。

四、督查评估结束后及时将检查单位总体质量情况，汇总分析成书面报告上交上级卫生行政部门。帮助基层社区发现、协助解决问题，同时也为上级部门绩效考核提供参考依据，以利于推动本市精防工作。

“三无”流浪精神病人收治管理办法 (2021年修订版)

根据中华人民共和国《精神卫生法》、长沙市人民政府办公厅长政办发(2013)27号《关于进一步做好城市生活无着的流浪乞讨人员救助管理工作的通知》、长民发(2018)54号《长沙市民政局、长沙市卫生和计划生育委员会关于进一步做好城市生活无着流浪乞讨人员医疗救治有关工作的通知》等文件精神，为加强我市“三无”流浪精神病人的收治与管理，保障国家、集体和人民群众生命财产安全，维护社会和谐稳定，结合我院实际情况，制定本办法。

一、指导思想

以科学发展观为指导，坚持以人为本、依法收治、全心全意为病人服务的原则，医院各部门积极配合，以严谨、科学的工作态度，充分运用我院的医疗资源和专业优势，切实做好我市“三无”流浪精神病人的收治管理工作，为创建我市良好的社会环境做出贡献。

二、组织领导

为做好“三无”流浪精神病人的收治管理工作，成立“三无”流浪精神病人收治管理工作领导小组和医疗护理组。

1、“三无”流浪精神病人收治管理工作领导小组

组 长：院长 党委书记

副组长：医疗副院长 护理副院长 后勤副院长 纪委书记

组 员：精防办主任 精防办副主任 医务科科长 医保科科长 质控科科长
院感科科长 护理部主任 办公室主任

财务科科长 医疗安全办主任 总务科科长 信息科科长

领导小组下设办公室，办公室设在精防办，精防办副主任任办公室主任，具体负责“三无”流浪精神病人收治管理与协调工作。

2、“三无”流浪精神病人收治医疗护理组

组 长：业务副院长

组 员：精防办主任 精防办副主任 医务科科长 医保科科长 质控科科长
院感科科长 护理部主任 五病室主任护士长 七病室主任护士长
门诊主任护士长 检验科主任 药剂科主任 影像科主任

三、职责分工

1、“三无”流浪精神病人收治管理工作领导小组组长为“三无”流浪精神病人收治管理工作的总指挥，负责收治工作人、财、物的总体规划与领导工作。

2、副组长负责组织收治规划的实施、工作质量监督等工作。

3、各组员相互配合负责“三无”流浪精神病人收治工作规划的具体实施：精神科病房负责病人的收治工作，精防办、医务科负责收治工作的日常管理和协调工作，质控办负责收治工作质量控制，财务科及医保科负责住院病人的结算工作，保卫科负责协助病房做好安全保卫以及与各公安部门之间的协调工作，总务科负责做好后勤保障工作。

4、“三无”流浪精神病人收治医疗护理组负责“三无”流浪精神病人收治的技术指导和科研教学，负责组织和实施保障医疗质量、医疗护理安全的相关措施和计划，并定期开展质量和安全检查。

四、收治对象

对象界定：自身无力解决食宿、无亲友投靠，又不享受城市最低生活保障或农村五保供养的，正在我市流浪的疑似精神障碍患者。发生交通事故、刑事案件、打架斗殴、醉酒、酗酒闹事、坠楼、自杀、工伤以及有本市户籍或在长沙市有事

实劳务关系等人员不属于医疗救治对象。

对象来源：长沙市公安民警或长沙市救助站工作人员护送至我院的流浪乞讨人员中的疑似精神病人。原则上不直接接收长沙市各区（县）级救助站护送的疑似精神病人，特殊情况需长沙市救助站认可后方可接收。

为了方便区分对象性质，入院时间在三个月以内的“三无”流浪精神病人简称“短流病人”、入院时间超过三个月及以上者简称“长流病人”。

五、收治科室

在精神科五病室设置“‘三无’流浪精神病人短期治疗病房”，负责“三无”流浪精神病人的前期治疗（设专项登记本登记），无法及时遣送回家的病人待病情稳定后转精神科七病室进行康复治疗（每周三上午转送）；合并躯体疾病的病人转科前，先由精五病室主任或质控医师查阅病历资料或查看病人，对转科指征有疑义的，可要求“‘三无’流浪精神病人短期治疗病房”提出院内科间会诊，经会诊医师评估，躯体疾病稳定后方可转精神科七病室。

六、接诊工作流程

1、“三无”流浪疑似精神病人白班（夏季 8:00—17:30，冬季 8:00—17:00）由精神科急诊医师接诊、进行甄别；晚、夜班由“‘三无’流浪精神病人短期治疗病房”值班医师接诊、收治。

2、接诊流程

（1）、市公安民警护送的“三无”流浪疑似精神病人

接诊医师认真诊查病情，初步诊断为疑似精神病人的，指导送诊人员为符合住院条件的流浪精神病人办理入院手续（合并危及生命的躯体疾病，而我院又无法诊治者，建议送诊人员立即将其送往定点综合医院进行救治），急诊科医师在门诊日志上进行登记，无确切身份信息的，按照“无名氏（XXX）”的格式取化名便于区分，书写门（急）诊病历，开具电子版《住院证》，送诊人员凭《住院证》在门诊收费室办理入院手续，录入系统后，将病人送至“‘三无’流浪精神病人短期治疗病房”，病室凭《住院证》收治流浪精神病人，并及时将《住院证》送至精防办加盖“流浪精神病人住院专用章”。入病房后，由公安填写《长沙市“110”“120”联动护送病人至医院救治交接登记表》，医护人员填写《长沙市第九医院流浪乞讨人员中疑似精神障碍患者入院告知书》、《长沙市第九医院收治“三无”

流浪精神病人登记表》，由公安人员填写基本情况并签字（以上登记表及告知书均需留存于病历中）。医护人员填写《长沙市城市流浪乞讨人员危重病人、精神病人甄别表》，当班护士与送诊人员一起检查病人随身携带的财物并登记签名，填写《“三无”流浪精神病人登记本》。

无《求（受）助人员交接表》、《长沙市救助管理站求助登记表》的，收治医师即刻为流浪病人拍照（要求参照证件照样式拍摄清晰的正面照，背景中不得出现其他人员或病室宣传展板等；给不合作病人拍照时，应避免约束带等物品），通过公共精神卫生 QQ 交流群（群号：181552535）传送给救助站驻站医师，驻站医师及时通知救助站工作人员补录系统（收治当日必须录入系统，收治医师需与驻站医师确认信息已录入，并及时将驻站医师反馈的“站内编号”书写进入院记录），收治科室督促救助站在病人入院 7 日内将《求（受）助人员交接表》、《长沙市救助管理站求助登记表》，补办到位。

（2）、市救助站工作人员护送的疑似精神病人

市救助站工作人员护送的疑似精神病人（经驻站医生初步甄别或从外地接回原籍的）可直接送入“‘三无’流浪精神病人短期治疗病房”，收治医师认真诊查病情，初步诊断为疑似精神病人的（合并危及生命的躯体疾病，而我院又无法诊治者，建议送诊人员立即将其送往定点综合医院进行救治），书写门（急）诊病历，开具电子版《住院证》，护士联系门诊收费室办理入院手续，录入系统。科室及时将《住院证》送至精防办加盖“流浪精神病人住院专用章”。入病房时需出具《求（受）助人员交接表》、《长沙市救助管理站求助登记表》（从高铁站直接送过来的病人若无上述二表，可先收治后补表，医师拍照通过公共精神卫生 QQ 交流群传送给救助站驻站医师，驻站医师及时通知救助站工作人员补录系统），医护人员填写《长沙市第九医院流浪乞讨人员中疑似精神障碍患者入院告知书》、《长沙市第九医院收治“三无”流浪精神病人登记表》，由救助站工作人员填写基本情况并签字（以上告知书及登记表均需留存于病历中）。医护人员填写《长沙市城市流浪乞讨人员危重病人、精神病人甄别表》，当班护士与送诊人员一起检查病人随身携带的财物并登记签名，填写《“三无”流浪精神病人登记本》。

新冠肺炎疫情防控期间，“三无”流浪精神病人的收治流程严格按照长沙市第九医院新冠肺炎疫情防控应急管理办公室出台的要求执行。

七、住院工作流程

科室接诊医师认真诊查病人，开具医嘱，尽快完善相关检查，及时书写流浪精神病人入院记录和病程记录。

入院后必查项目：血常规、尿液组合、粪便组合、无机离子、肝功能常规、肾功能常规、葡萄糖测定、血脂常规、心肌酶谱常规、输血前常规、组合凝血项目、心电图、胸片、腹部彩超、尿妊娠（女性病人）等。注：血淀粉酶、毒品四项、CT 等其他项目可视患者病情酌情选择。特殊传染病流行时期还需要增加相应的必检项目，如新冠肺炎流行时期增加核酸检测等项目。

新收治入院的无名氏流浪病人（有确切身份信息或明确家庭地址者及从外地救助站转送回来者不在此列）需进行手指血血样采集，血样采集器具在精防办领取。采集血样后需认真填写并核对病人信息，杜绝“张冠李戴”的情况发生。采集的标本置于阴凉干燥处保存，救助站工作人员每月收集标本一次。

科室之间互转的流浪精神病人，转科时书写《转科记录》，务必完善该病人所有病历资料（包括各项检查结果）。

八、信息报送、特困及医保申报

病室质控护士每周一根据上周“三无”流浪病人出院情况填写《“三无”流浪病人去向一览表》、每月初根据上月“三无”流浪病人收治情况填写《“三无”流浪精神病人收治信息一览表》发给精防办工作人员进行核实统计，并提交上月新收治病人的《长沙市“110”“120”联动护送病人至医院救治交接登记表》（公安民警送入）或《长沙市第九医院收治“三无”流浪精神病人登记表》（长沙市救助管理站送入）、《甄别表》第二、三联、上月出院的流浪病人《出院告知书》交精防办，用于办理流浪病人费用结算。

病室质控护士每月 10 号前将上月收治的流浪精神病人的《求（受）助人员交接表》、《长沙市救助站求助登记表》和《长沙市第九医院收治“三无”流浪精神病人登记表》交至统计室（未出院流浪人员病室需增加《特困人员生活自理能力评估表》）；同时将《长沙市城市流浪乞讨人员危重病人、精神病人甄别表》第一联粘贴在《长沙市救助站求助登记表》复印件上方，附上《长沙市第九医院“三无”流浪精神病人一览表》电子版一并交统计室。

长沙市救助管理站将收治满三个月的流浪病人移交给长沙市第三社会福利

院（长沙市第九医院），再由精防办负责联系派出所、公安局办理此类移交人员的上户及身份证办理工作，户口及身份证办理完毕后为此类病人办理残疾鉴定并联系香樟路社区、井湾子街道及雨花区残联办理残疾证。待户口页、身份证及残疾证办理完成后，将户口页及身份证复印件及证件照片、残疾证原件交病案室前往市民政局申请办理特困。特困申请成功后病案室及时通知医保科及病房质控护士，特困系统数据同步至医保系统后，医保科及病房质控护士及时跟进特困人员医保使用状况，及时登录医保。

九、流浪精神病人工疗实践的常规管理

1、建立工疗对象审批制度：选择工疗对象时，预选一批恢复期患者进行一次躯体和精神状态检查。在此基础上，医生提出初步意见，病房主任复审后确定具体参加工疗人员名单。

2、严格对工疗患者的监控：每天参加工疗的患者，由专职人员按规定时间接送。在交接过程中，要认真清点人数，以防患者走失或逃跑。发现患者逃跑后应立即启动出走应急预案，按流程处理，不得隐瞒。

3、建立观察记录、病情报告登记本：病房医护人员要跟踪观察工疗患者的精神状态变化，掌握工疗时的态度、主动性、持久性、准确性、速度质量、情绪等方面的情况，认真填写记录，以便随时调整治疗方案。

4、严格管理工具器材：病室应建立严格的工具器材管理制度，登记好用物台账，出工前、收工后都必须认真清点工具器材，明确有无丢失，严防患者利用工具器材（如剪刀、铁丝、锄头、锹等）自杀自伤或伤害他人。

十、会诊及转院流程

1、院内科间会诊

合并躯体疾病的流浪精神病人，收治科室可以根据其病情选择提出合适的院内科间会诊申请，分为急诊会诊和普通会诊两种。

（1）、急诊会诊：对本科难以处理急需其他科室协助诊治的急、危、重症的病人，经治医师逐级请示上级医师、科主任后，由科主任提出急会诊申请，特殊情况下可电话邀请。会诊医师应在 10 分钟内到达申请科室进行会诊。申请会诊和到达会诊时间均应记录到分钟。如遇疑难问题或病情复杂病例，应立即请上级医师协助会诊，以及时做出诊治意见。申请急诊会诊医师必须到场，配合会诊及

抢救工作。

(2)、普通会诊：被邀请会诊科室按会诊科室的要求，指定有临床经验、对专科理论及技术操作有一定能力、工作责任心强、态度认真的主治医师或副主任医师根据病情在 24 小时内完成会诊，科室不得派住院医师承担会诊任务。

2、院外会诊

(1) “短流”病人

因患有我院无法处理的躯体疾病需申请院外会诊或转院治疗的“短流”病人，由收治科室向精防办提出申请，由精防办联系定点医院会诊或转诊。

病室需填写《长沙市第九医院院外会诊邀请函》(电子版)交精防办，由精防办联系定点医院安排会诊，会诊后确需转院治疗的，由主管医师填写《长沙市流浪无主病人转诊通知单》(一式两联)，务必加盖科室公章，病室明确一名医生负责指导精神科方面的控制治疗，完善相关转院记录手续，办理转院。“存根联”由所转医院接收签名盖章后带回交精防办；第二联随病人交所转医院。在流浪精神病人交接、转运过程中，要严防病人发生逃跑、自伤及伤人事件。转外院期间病人的住院费、伙食费及陪护费由市救助站承担。

(2) “长流”病人

“长流”病人合并躯体疾病者，经收治科室申请院内内科会诊、内科大主任会诊，确系我院无法处理的躯体疾病需转外院治疗的，由精防办会同医务科报请业务院长定夺，再由精防办联系转院事宜，转外院期间一切费用由我院自行承担。

十一、出院工作流程

对于已查清住址的流浪精神病人，病室可直接联系患者家人将其接走，并及时将患者出院的信息发送到“爱心接力，回家之路”微信群，精防办每周一统一将上周出院患者信息反馈给市救助站。由监护人或家人接领的，医师填写《长沙市第九医院流浪乞讨人员中疑似精神障碍患者出院告知书》一式叁份(一份交予接领人，一份放入病历存档，一份交精防办用于费用结算)，接领人签字，留存电话号码(工作人员需核实号码是否真实)，留存身份证复印件或原件拍照；委托他人前来接领的，需提供监护人签署的、按有手印的《授权委托书》(可由监护人手持委托书拍照)、能证明监护人与患者关系的户籍卡等、监护人及被委托者的身份证复印件或原件拍照。出院时，病室工作人员在病房外拍摄接领人与患

者合影，并定期将上述资料拷贝保存备查。医师在末次病程记录里详细记录病人离院方式，及时提交出院病历。

家人不能或不愿前来接走的病人，病室应及时将问询到的病人信息发送给精防办，由精防办转发给救助站进行查证后尽快安排护送病人返乡。（信息格式：精 X 病室 XXX，性别，身份证号码，住址，20XX 年 X 月 X 日由 XXX 送入长沙市第九医院，联系人及电话，请查证。）

由救助站工作人员负责护送返乡的，医师填写《长沙市第九医院流浪乞讨人员中疑似精神障碍患者出院告知书》一式叁份（一份交予接领人，一份放入病历存档，一份交精防办用于费用结算），救助站工作人员签字，留存电话号码，病室出具《长沙市第九医院出院证》，并办理好财物交接手续。

凡以无名氏身份（由我院取名）收治入院的“三无”流浪精神病人，出院时请在出院证“出院注意事项”栏按如下格式备注患者真实身份信息：“因入院时无法获取该患者真实身份信息，按“三无”流浪精神病人身份收治入院，取名 XXX，经长沙市生活无着人员救助管理站与公安部门查证，该患者真实身份信息为：XXX，男/女，住址：……，身份证号：……，特此说明！”。

十二、“三无”流浪精神病人死亡处理

1、住院“三无”流浪精神病人死亡后，科室应及时上报精防办与保卫科，待保卫科联系派出所勘验遗体后，当班医生开具《死亡证》，第一联交院感科，第二、三、四联交精防办。

（1）“短流”病人

当班医生填写《长沙明阳山殡仪馆火化处理表》，并注明“遗体暂时冷藏，待长沙市救助站登报寻亲后再予办理火化手续，费用由长沙市救助站结算”，病室联系殡仪馆接运遗体。精防办函告市救助站，待救助站登报寻亲并反馈寻亲结果后，由救助站工作人员前往长沙明阳山殡仪馆办理遗体火化手续。

尸体保存费、火化费、登报费及骨灰寄存费由救助站承担。

（2）“长流”病人

当班医生填写《长沙明阳山殡仪馆火化处理表》，并注明“遗体暂时冷藏，待长沙市第三社会福利院（长沙市第九医院）登报寻亲后再予办理火化手续，费用由长沙市第三社会福利院（长沙市第九医院）结算”，联系殡仪馆接运遗体。

精防办登报寻亲，一月后根据寻亲结果后，精防办通知病室工作人员，前往长沙明阳山殡仪馆办理遗体火化手续。办理手续时需要提供办理人身份证原件和病人死亡证明殡葬联并加盖病室公章，办理人将缴费通知单带回交精防办。

尸体保存费、火化费、登报费及骨灰寄存费由长沙市第三社会福利院（长沙市第九医院）承担。

（3）经查证找到家属的流浪精神病人

经查证找到家属的流浪精神病人死亡后，科室根据已掌握的死者信息立即联系其监护人前来处理善后事宜。家属不愿前来的，科室应及时上报精防办与保卫科，待保卫科联系派出所勘验遗体后，当班医生开具《死亡证》，填写《长沙明阳山殡仪馆火化处理表》，并注明“遗体暂时冷藏”，联系殡仪馆接运遗体。精防办告知救助站，与救助站协商处理后续事宜。

十三、工作要求

1、统一思想，加强组织领导

“三无”流浪精神病人的收治与管理，不仅是社会治安问题，而且是事关社会稳定大局和人民群众生命财产安全的重大社会问题。医院各部门要把“三无”流浪精神病人收治管理工作列入重要日程，研究解决实际工作中遇到的问题，保障“三无”流浪精神病人收治管理工作的有序开展。

2、切实履责，加强分工合作

各部门在院“三无”流浪精神病人收治管理小组的统一领导下，按照职责分工要求，严格落实责任领导和责任人员，充分发挥各部门、各科室的职能作用，加强信息互通，密切配合，及时通报收治管理工作情况和数据，将“三无”流浪精神病人收治管理工作落到实处。

3、强化督办，落实工作纪律

领导小组办公室定期召开联席会议，对“三无”流浪精神病人收治管理工作进行督办。对工作中出现不重视、不落实、不配合的要给予通报批评。开展收治管理工作务必要坚持以人为本、依法收治、文明收治，积极为收治人员提供人性化的关爱服务，保障收治人员的合法权益。

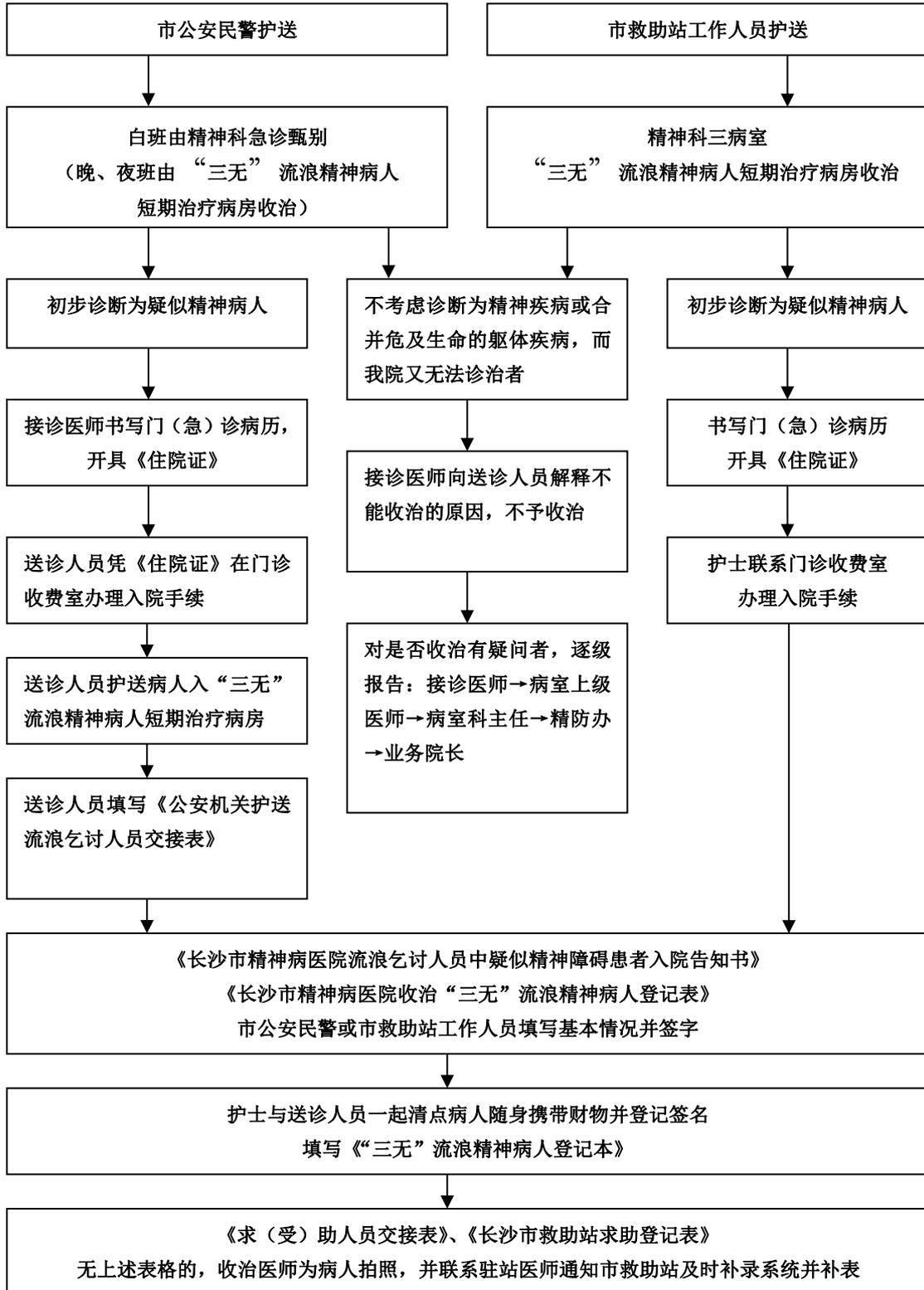
本办法自发文之日起执行，原办法与本办法不一致的，按照本办法执行。

附件：

- 1、长沙市流浪乞讨人员中疑似精神病人收治流程
- 2、长沙市“110”、“120”联动护送病人至医院救治交接登记表
- 3、长沙市第九医院收治“三无”流浪精神病人登记表
- 4、流浪乞讨人员中疑似精神障碍患者入院告知书
- 5、流浪乞讨人员中疑似精神障碍患者出院告知书
- 6、长沙市第九医院院外会诊邀请函
- 7、长沙市流浪无主病人转诊通知单
- 8、特困人员生活自理能力评估表

附件 1

长沙市流浪乞讨人员中疑似精神病人收治流程图



附件 2

公安机关护送流浪乞讨人员交接表

年 月 日 时 分

受助人员姓名	性别	年龄	民族	身高	体重
接警时间			出警时间		
发现地点			来站时间		
现场情况					
人口信息管理系统查询情况	未上网查询 查无此人 已查到	疑似走失、被遗弃、被拐卖人员 身份查找情况	调取监控录像 走访当地群众 比对公安机关走失人口库 发布协查通报 采集血样检测 DNA		
是否查询到此人信息			是否与当地 公安机关联系		
是否与亲属联系			亲属或朋友 联系电话		
家庭地址					
受助人员 身体状况	<input type="checkbox"/> 基本健康 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 疑似精神障碍 <input type="checkbox"/> 疑似传染病 <input type="checkbox"/> 行动困难 <input type="checkbox"/> 明显外伤 <input type="checkbox"/> 严重抑郁 <input type="checkbox"/> 躁动不安 <input type="checkbox"/> 其他				
护送单位			电话		
民警姓名			警号		
接待人员			安检、查验人员		
备注					

附件 3

长沙市第九医院收治“三无”流浪精神病人登记表

登记时间： 年 月 日

姓 名		化 名		性 别		
健康状况		婚姻状况		文化程度		
身份证号码				出生年月		
家庭住址						
何地何人送入	送入人签名：					
入院财物情况						
入院体检情况	医师签名：					
入院处理情况						
科室意见	负责人签名： 年 月 日		领导 审 批 意 见		负责人签名： 年 月 日	
备注						

附件 5

长沙市第九医院

流浪乞讨人员中疑似精神障碍患者出院告知书

姓名： 性别： 年龄： 床位号： 住院号：

因于年月日由送入我院，在我院救助治疗天，诊断：给予相应的治疗（抗精神病药物治疗 心理康复治疗 保护性医疗措施）其它）等，目前患者病情（未愈 好转 稳定 其它）。出院诊断：。今向接领人介绍病人病情及诊治经过，接领人对上述情况表示知情理解。

出院后注意事项：1、妥善看护好患者，防止其伤害自身、危害他人或社会；2、督促患者按时服药；3、了解病情变化，如患者病情波动，及时就近治疗。

医师签名：

接领人签字：

与患者关系：

证件类型：

编号：

联系电话：

详细地址：

财、物领取情况：

签字时间：

附件 6

长沙市第九医院院外会诊邀请函

申请会诊科室		联系电话	
会诊时间			
会诊目的			
拟会诊医院及科目			
拟会诊教授、专业、技术职称			
患者姓名	性别	年龄	床位
病历摘要			
主要诊断			
患者或家属意见及签名			
医师签名	科主任签名	主管部门盖章	
传真电话	传真时间	联系人	
回馈时间	派遣教授	教授联系方式	

附件 7

长沙市流浪无主病人转诊通知单（存根）

编号：

姓 名		救助 编号		性别		年龄	
转诊原因							
转出医院	(盖章)			转入医院	(盖章)		
	医生签名：				医生签名：		
	年 月 日 时				年 月 日 时		

长沙市流浪无主病人转诊通知单

编号：

姓 名		救助 编号		性别		年龄	
转诊原因							
转出医院	(盖章)			转入医院	(盖章)		
	医生签名：				医生签名：		
	年 月 日 时				年 月 日 时		

附件 8

特困人员生活自理能力评估表

姓 名		别 名		性 别		年 龄		病 室	
床位号		住院号		诊 断					
评估时间	评价指标	自主吃饭	自主穿衣	自主上下床	自主如厕	室内自主行走	自主洗澡	备 注	评估人员签名
	评价结果								
	评估结论	<input type="checkbox"/> 全自理 <input type="checkbox"/> 半护理 <input type="checkbox"/> 全护理							

说明 1：自理情况评价有 6 项指标：①、自主吃饭；②、自主穿衣；③、自主上下床；④、自主如厕；⑤、室内自主行走；⑥、自主洗澡。若具备此项能力，请在相对应的指标下打勾(√)；若不具备此项能力，请在相对应的指标下画叉(×)。

说明 2：评估结论分为全自理、半护理、全护理三类。全自理：6 项指标都能达到；半护理：有 1-3 项指标不能达到；全护理：有 4-6 项指标不能达到。请在相对应的“□”打勾(√)。

严重精神障碍患者信息登记报告与信息系统使用制度

第一章 总则

第一条 根据长沙市卫生和计划生育委员会关于印发《长沙市严重精神障碍信息登记报告管理办法》长卫发〔2015〕23号文件精神及《严重精神障碍管理治疗工作规范》（2018年版），为切实做好严重精神障碍信息登记报告管理工作，及时准确掌握严重精神障碍患者信息，规范精神卫生服务，维护精神障碍患者的合法权益，制订本制度。

第二条 本制度适用于负责严重精神障碍信息登记报告、管理、信息维护及使用的精防办和精神科临床科室等。

第三条 严重精神障碍信息登记报告实行分级负责、属地管理原则。

第二章 职责分工

第四条 精神科临床科室负责严重精神障碍患者信息登记报告，定期开展漏报情况自查，对接诊的严重精神障碍患者进行危险性评估。

第五条 精防办负责组织精神科执业医师开展严重精神障碍信息报告业务培训，定期对临床科室上报的情况进行督查，定期向雨花区疾控中心上报严重精神障碍患者信息。

第三章 信息登记报告

第六条 登记报告病种

登记报告分为按要求登记和发病报告两种类型。

按要求登记的严重精神障碍患者包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞（伴发精神障碍）等6种疾病的确诊病例。

发病报告的严重精神障碍患者指符合《精神卫生法》第三十条第二款第二项情形，并经诊断结论、病情评估表明为严重精神障碍的患者，不限于上述6种疾病。

第七条 登记报告范围

按要求登记的严重精神障碍患者报告范围为长沙市户籍人口，或非长沙市户籍的本市常住人口，或不能说明户籍、住址等信息的流浪、收容患者。

发病报告的严重精神障碍患者为我院诊治的所有符合报告条件的患者。

第八条 责任报告人

按要求登记和发病报告的责任报告人为精神科执业医师。

精神科执业医师诊治严重精神障碍患者后,应按上述要求将患者相关信息及时报告给精防办;精防办应在规定时限内录入中国疾病预防信息系统。

第九条 登记报告内容

按要求登记的严重精神障碍患者个案信息见《长沙市严重精神障碍患者基本信息报告表》(EXCEL 电子文档)(附录 1)。

发病报告的严重精神障碍患者个案信息包括发病报告信息(附录 2)和出院信息(附录 3)。精神卫生医疗机构应当主动向患者本人和监护人告知社区精神卫生服务内容、权益和义务等,征求患者本人和(或)监护人意见并签署参加严重精神障碍社区管理治疗服务知情同意书(附录 4)。

第十条 登记报告时间

对按要求登记的严重精神障碍患者,精神科病室质控医师每周一将上周登记的信息纸质版交至精防办进行信息录入,精防办于每月 10 日前汇总上月诊治的患者信息,整理成《长沙市严重精神障碍患者基本信息报告表》,报送给雨花区疾病预防控制中心。

发病报告的严重精神障碍患者,所在病室应当在确诊及出院后 5 个工作日内将相关信息(详见“附录 2 严重精神障碍患者发病报告卡”、“附录 3 严重精神障碍患者出院信息单”)上报精防办,精防办在 5 个工作日内将上述信息录入信息系统。

第十一条 登记报告程序

发病报告信息和出院信息在患者确诊及出院后由精神科执业医师填写发病报告卡和出院信息单,由精防办录入信息系统。

患者第一次入院并确诊后必须填写发病报告卡,患者每次出院时均需填写出院信息单。

第四章 质量控制

第十二条 数据审核

责任报告人在录入患者个案信息前,应进行错项、漏项、逻辑错误检查,确

保信息准确无误。科室主任应对上报表格内容进行审核并在表格上签字确认。

精防办每月抽查 10 例个案信息的真实性和准确性，记录质控情况。

精防办应通过信息系统，定期核查数据录入的及时性，及数据的真实性、准确性。

精神卫生工作报表由院主管领导进行审核签字后上报。

第十三条 数据订正

责任报告人对个案信息变化应及时更新。

数据质控员发现可疑重复数据，应及时联系报告人进行信息核查，由报告人确认后及时删除。

第五章 信息管理

第十四条 信息保存

严重精神障碍患者登记报告所产生的纸质材料至少保存 5 年，死亡患者档案至少保存 3 年。超过保存期限的纸质材料应集中统一销毁，确保无泄漏与流失。

第十五条 数据使用管理

实行严重精神障碍信息数据使用申请审批制度。个案信息不得用于患者管理和服务以外的目的，不得泄露患者个人信息。

第十六条 信息安全

必须在安全网络环境下使用严重精神障碍患者信息系统。发病报告数据应使用信息系统报告。如发生数据泄露，应立即上报雨花区疾病预防控制中心及上级主管部门。

第六章 附则

第十七条 本制度自发布之日起实施。

附录：1、长沙市严重精神障碍患者基本信息报告表

2、严重精神障碍患者发病报告卡

3、严重精神障碍患者出院信息单

4、参加严重精神障碍社区管理治疗服务知情同意书

附录 2

严重精神障碍患者报告卡

卡片编号			患者来源	1 门诊	2 住院	<input type="checkbox"/>
患者姓名		性别	1 男 2 女	<input type="checkbox"/>	出生日期	____年__月__日
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□					
民族	1 汉族	2 少数民族	_____	<input type="checkbox"/>	户别	1 城镇 2 农村 <input type="checkbox"/>
监护人姓名		联系电话			与患者关系	
户籍地	____省(自治区、直辖市)____市(地、州、盟)____县(市、区、旗) ____乡镇(街道)____村(居)委员会____(详至门牌号)					
现住址	____省(自治区、直辖市)____市(地、州、盟)____县(市、区、旗) ____乡镇(街道)____村(居)委员会____(详至门牌号)					
文化程度	1 研究生 2 大学本科 3 大学专科和专科学校 4 中等专业学校 5 技工学校 6 高中 7 初中 8 小学 9 文盲或半文盲 10 不详 <input type="checkbox"/>					
婚姻状况	1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况 <input type="checkbox"/>					
就业情况	1 在岗工人 2 在岗管理者 3 农民 4 下岗或无业 5 在校学生 6 退休 7 专业技术人员 8 其他 9 不详 <input type="checkbox"/>					
两系三代严重精神障碍家族史	1 有	2 无	9 不详	<input type="checkbox"/>	初次发病时间	____年__月__日
是否已进行抗精神病药物治疗	1 否	2 是		<input type="checkbox"/>	首次抗精神病药物治疗时间	____年__月__日
既往住院情况	曾住精神专科医院/综合医院精神科____次		既往关锁情况	1 无关锁	2 关锁	3 关锁已解除 <input type="checkbox"/>
既往危险行为	1 已发生危害他人安全的行为 2 存在危害他人安全的危险 3 已发生自杀自伤行为 4 存在自杀自伤的危险 5 无上述危险行为或风险 <input type="checkbox"/>					
既往危险性评估	0 (0级) 1 (1级) 2 (2级) 3 (3级) 4 (4级) 5 (5级) <input type="checkbox"/>					
送诊主体	1 家属 2 所属单位 3 乡镇(街道)办事处或村(居)民委员会 4 公安机关 5 患者本人 6 其他____(可多选) <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>					
确诊医院			确诊日期	____年__月__日		
疾病名称			ICD-10 编码			
目前用药情况	药物 1:		用法:早____mg; 中____mg; 晚____mg 长效药: 每____周一次; 每次____mg			
	药物 2:		用法:早____mg; 中____mg; 晚____mg 长效药: 每____周一次; 每次____mg			
	药物 3:		用法:早____mg; 中____mg; 晚____mg 长效药: 每____周一次; 每次____mg			
知情同意	1 同意参加社区服务管理 2 不同意参加社区服务管理 <input type="checkbox"/>		知情同意时间	____年__月__日		
填卡医师			填卡日期	____年__月__日		
报告单位及科室			联系电话			

填表说明：

1. 符合精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞（伴发精神障碍）等 6 种严重精神障碍诊断的确诊患者，在首次确诊或更改诊断时由责任报告单位填写此表。符合《中华人民共和国精神卫生法》第三十条第二款第二项情形的患者，不限于上述六种疾病。

2. 卡片编号：由责任报告单位根据报告顺序自行填写。

3. 初次发病时间：患者首次出现精神症状的时间。

4. 既往关锁情况：关锁指出于非医疗目的，使用某种工具（如绳索、铁链、铁笼等）限制患者的行动自由。

5. 既往危险行为和危险性评估按照患者起病后最严重的情况评估。

既往危险行为若为“已发生危害他人安全的行为”或“存在危害他人安全的危险”，符合《中华人民共和国精神卫生法》第三十条第二款第二项情形，应当直接纳入社区随访管理。

危险性评估：

0 级：无符合以下 1-5 级中的任何行为。

1 级：口头威胁，喊叫，但没有打砸行为。

2 级：打砸行为，局限在家里，针对财物，能被劝说制止。

3 级：明显打砸行为，不分场合，针对财物，不能接受劝说而停止。

4 级：持续的打砸行为，不分场合，针对财物或人，不能接受劝说而停止（包括自伤、自杀）。

5 级：持械针对人的任何暴力行为，或者纵火、爆炸等行为，无论在家里还是公共场合。

6. 知情同意：根据签署的《严重精神障碍社区管理治疗服务知情同意书》情况填写。

附录 3

严重精神障碍患者出院信息单

卡片编号		病案号	
患者姓名	性别	1 男 2 女 <input type="checkbox"/>	出生日期 ^出 _____年____月____日
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□		
入院日期	_____年____月____日	出院日期	_____年____月____日
既往住院情况	曾住精神专科医院/综合医院精神科____次（含此次住院）		
出院诊断		确诊日期	_____年____月____日
既往危险行为	1 已发生危害他人安全的行为 2 存在危害他人安全的危险 3 已发生自杀自伤行为 4 存在自杀自伤的危险 5 无上述危险行为或风险 <input type="checkbox"/>		
目前危险性评估	0 (0级) 1 (1级) 2 (2级) 3 (3级) 4 (4级) 5 (5级) <input type="checkbox"/>		
住院用药	药物 1:	用法: 早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg 长效药: 每_____周一次; 每次_____mg	
	药物 2:	用法: 早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg 长效药: 每_____周一次; 每次_____mg	
	药物 3:	用法: 早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg 长效药: 每_____周一次; 每次_____mg	
住院疗效	1 痊愈 2 好转 3 无变化 4 加重 <input type="checkbox"/>		

下一步治疗方案及康复建议:

用药指导	药物 1:	用法: 早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg 长效药: 每_____周一次; 每次_____mg	
	药物 2:	用法: 早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg 长效药: 每_____周一次; 每次_____mg	
	药物 3:	用法: 早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg 长效药: 每_____周一次; 每次_____mg	
康复措施	1 生活劳动能力训练 2 职业训练 3 学习能力训练 4 社会交往训练 5 其他_____ <input type="checkbox"/>		
其他注意事项			
经治医师		联系电话	
医院名称		填表日期	_____年____月____日

填表说明:

1. 符合精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞（伴发精神障碍）等 6 种严重精神障碍诊断的确诊患者以及符合《中华人民共和国精神卫生法》第三十条第二款第二项的患者，每次出院时由责任报告单位填写此表。
2. 卡片编号：与该患者《严重精神障碍患者报告卡》的卡片编号一致。
3. 初次发病时间：患者首次出现精神症状的时间。
4. 危险性评估：见表 3。
5. 填写用药指导时，如空间不够可加页说明。
6. 其他注意事项：如填写某药物过敏，需要注意的重要躯体情况等。

附录 4

参加严重精神障碍社区管理治疗服务知情同意书

患者姓名：_____ 性别：_____ 出生日期（公历）：_____年__月__日

现住址：_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟)_____县(市、区、旗)_____乡镇(街道)_____村(居委会)_____（详至门牌号）

诊断：_____

知情同意书签字人姓名：_____与患者关系：**患者本人** 监护人 亲属

知情同意书签字人现住址：_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟)
_____县(市、区、旗)_____乡镇(街道)
_____村(居委会)_____（详至门牌号）

联系电话：

本人（代表患者）同意下列事项：

①为有利于今后得到连续性的治疗和康复服务，根据《国家基本公共卫生服务规范》和《严重精神障碍管理治疗工作规范》的规定，同意将本人（患者）在医院就诊的诊疗情况、治疗方案及康复措施建议等转至居住地的社区卫生服务中心、社区卫生服务站（或乡镇卫生院、村卫生室）。同意由社区卫生服务中心、社区卫生服务站（或乡镇卫生院、村卫生室）收集本人（患者）的相关信息，并录入信息系统。

②同意参加居住地的严重精神障碍管理治疗服务，并接受社区卫生服务中心、社区卫生服务站（或乡镇卫生院、村卫生室）的随访和康复指导。

③本人（患者）的个人信息以及有关治疗、康复、随访等信息受到隐私保护，所有信息仅用于提供服务。

以上《参加严重精神障碍管理治疗服务知情同意书》内容，本人已仔细阅读并理解，获得了充分的知情同意权。为此，本人自愿做出以下选择，并签字。

- 同意参加社区服务管理
 不同意参加社区服务管理

签字人（签名）：

签字日期：_____年__月__日

告知人（签名）：

签字日期：_____年__月__日

患者留观、入院、转诊等流程中的部门间协调机制

为了给病人提供优质的住院、转诊服务，进一步加强院内外应急工作协调配合，及时、有效地预防和应对院内外应急事件，通过强化管理、制定流程、统一指挥、规范操作，建立以下协调机制：

一、医院成立协调领导小组：

领导小组成员由分管医疗副院长、分管护理副院长、分管后勤副院长、医务部主任、护理部主任、院感科科长、药剂科主任、设备科主任、保卫部主任、后勤保障部长及各临床、医技科室主任担任。领导小组负责协调、指挥、决策，组织医疗救护，协调抢救设备、药品、救护人员的调配，紧急状态下向上级有关部门汇报，负责信息发布及秩序维护和后勤保障。

二、专业分组及职责：

第一组：由王民主副院长牵头，成员由等科室负责人组成。

主要职责：负责全院应急人员的调配；对外协调，组织院内、外专家会诊，负责各项规章制度及应急预案执行情况的检查、督导。

第二组：由王民主副院长牵头，成员由程小芸、何杰及各临床科室主任和护士长组成；

主要职责：负责危重、疑难病例抢救的组织实施、转诊，对危重伤员进行及时有效的抢救及治疗。

第三组：由王民主副院长、李高明副院长、分院院长向健涛牵头，成员由葛小平、王宏、吴军及科室负责人组成。

主要职责：负责院内感染管理及疫情上报。

第四组：由李高明副院长牵头，成员由吴军、童轶及科室负责人组成。

主要职责：后勤保障部负责各种后勤物质及防护用品的供应及车辆等后勤保障工作；药剂科、设备科负责各种急救所需的医疗器械及急救药品的供应；保卫科负责院内安全保卫工作。在抢救工作的过程中保障医院的工作秩序，保障工作人员及医院的人身及财产安全。

三、协调的方式方法：

不得互相推诿或拖而不办，当出现交叉与重叠时，或某项申请需要多个科室、部门负责协调时，医务科、护理部负责各科之间的管理协调。在管理协调出现困

难时，由协调领导小组研究解决。在院内、外和院内各部门、各科室间的协调重要的是建立起畅通的信息沟通渠道，互通信息，加强联系，遇到困难时应及时向医务部、护理部或协调机制领导小组汇报。

对外医疗机构间医学检验、医学影像检查结果互认

一、对二级甲等以上医院的医学检验、医学影像检查结果的认可应以本着以下原则：

1、安全原则。尊重疾病变化规律，对检查、检验结果的认可以不影响疾病诊疗为前提，确保医疗安全和医疗质量。

2、规范原则。外院的医学检查、检验报告必须符合医疗文件书写规范要求，字迹清楚，数据清晰，检查日期、报告日期明确，检查者签字或加盖本人印章。对认可的外院检查、检验结果应在病历中记载，记载内容除检查、检验结果外还应包括检查机构名称、检查日期、档案号等。对于住院病人，外院资料须留存的必须留存。

3、沟通原则。各科室要进一步强化落实医患沟通制度，提高沟通技巧，要主动告知患者保管好检验、检查报告和相关资料，再次就诊时随身携带，切实保证本院门急诊及住院期间检验、检查的有效衔接，减少因患者的原因导致的重复检查，对需要重复检查的项目，要将原因充分告知患者，取得患者的理解和信任，减少或避免医疗纠纷。

4、减负原则。有效利用卫生资源，避免不必要的重复检查，切实减轻患者负担。

二、认可内容与认可方法

（一）认可项目

认可项目包括医学影像检查结果与临床检验结果，分为以下四类：

第一类：医学影像检查中根据客观检查结果（胶片、打印图像）出具报告的项目。包括普通放射摄片（含CR、DR）、CT、MRI、核医学成像（PET、SPECT）等。

第二类：医学影像检查、电生理检查中需根据检查过程中的动态观察出具诊

断报告，或诊断报告与检查过程密切相关的项目。包括放射造影检查（含DSA）、超声检查、其它影像检查（脑血流图、心电图、动态心电图、脑电图、肌电图）等。

第三类：临床检验项目，只能出具检验报告，不能提供客观结果。包括部分稳定性较好、费用较高的检验项目。具体为：

1、临床生化：总蛋白、白蛋白、糖化血红蛋白、总胆固醇、甘油三脂、钙测定、镁测定、铁测定等。

2、临床免疫：乙肝二对半（肝功能异常和术前除外）、丙肝抗体（肝功能异常和术前除外）、甲肝抗体 IgM（肝功能异常和术前除外）、免疫球蛋白、AFP（作为肿瘤标志物时）、癌胚抗原、甲状腺功能（FT3、FT4、TSH）等。

3、临床微生物：病毒培养与鉴定、细菌培养分型、药敏等。

4、临床血液、体液、骨髓涂片细胞学检查（诊断明确，临床无异议）。

第四类：其他稳定性较差的临床检验类项目。如血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、血糖等。

（二）认可方法

对第一类检查项目，只要患者能提供检查部位正确完整、图像清晰、质量较好的客观检查结果（胶片、图像资料），原则上有关医院间应相互认可。认可医院的临床医生对被认可医院出具的诊断报告有疑问，或患者不能提供诊断报告时，可凭客观检查结果（胶片、图像资料）由本医疗机构相应科室（如影像科）医师出具会诊报告。

如患者提供不是本人的姓名的医学检验、检查报告时，不予认可。

对第三类检验项目，因结果相对稳定，在相应疾病周期性变化规律时间范围内一般不再进行重复检查。

对第二、四类检查、检验项目，因影响其结果的因素较多，对提供的结果是否认可由接诊临床医师根据具体情况确定。

（三）不列入互认范围的情况

有下列情形之一者可不列入互认范围或不受互认限制：

1、因病情变化，已有的检验、检查结果难以提供参考价值的（如与疾病诊断不符合等）；

- 2、检验、检查结果与疾病发展关联程度高、变化幅度大的项目；
- 3、重新复查检验、检查项目对治疗措施选择意义重大的（如手术等重大医疗措施前）；
- 4、原检验、检查结果与病情明显不符的；
- 5、急诊、急救等抢救生命的紧急状态下；
- 6、患者或其家属要求进一步复查的；
- 7、其他情形确需进行复查的。

需再行检验、检查的项目，应向病人或其亲属明确说明，征得其知情同意。

三、认可工作要求

1、各科室应严格执行病历管理的有关规定。凡是按规定由患者自己保管的门急诊病历，应将门急诊的检验报告单、超声检查报告、大型医用设备检查报告及相关的图像摄片资料作为门急诊病历的一部分交给患者。

2、各科室要强化医患沟通，可采取“告知书”或“在检验、检查报告单上注明”等适当的方式，明确告知患者保管好检查报告和影像资料等各项病史原始资料，并于下次就诊随身携带。对确需重复检查的项目，要将原因充分告知患者，以取得患者的理解和信任。

3、各科室应严格落实三级查房制度，上级医生要对住院患者的首诊检查或复查项目及时提出指导意见，以避免不必要的重复检查。

4. 确需复查的，经治医师应在病历上注明复查理由。

出院病人随访管理规定

第一条 为了贯彻落实医院管理年活动“以病人为中心”的服务理念，不断完善服务手段，构建和谐医患关系，特制定本办法。

第二条 随访的对象是所有办理了正式住院手续的出院病人。

第三条 随访的方式主要以电话随访为主，病房需有专门随访登记本。登记本上需详细记录随访时间、内容、联系电话、患者或家属的满意度、随访人。

第四条 病房管床医生、责任护士负责定期随访，科主任、护士长督查落实。

随访的时间是病人出院后 10 个工作日内由管床医生随访、出院后 1 个月内由责任护士随访，要求科室随访率 $\geq 90\%$ 。

第五条 随访的内容包括为病人提供健康信息、心理咨询、卫生常识、医学基础知识服务及征询患者有关意见。

第六条 病房在患者办理入院时将本项工作的内容方法告知住院患者。

第七条 由精防办、医务科、护理部定期抽查病房随访落实情况，并对病房随访效果定期评价反馈，每季度对考核排名前三的科室各奖励 200 元。

第八条 病房无专门随访登记本的，对科室扣款 200 元；执行随访后无记录者，对当事人扣款 20 元/人次；虚假记录者，对当事人扣款 50 元/人次；科室随访率 $< 90\%$ ，每下降一个百分点，扣 100 元。

第九条 本规定自公布之日起执行，原有规定自行废止。

住院患者转院治疗费用报销标准

为规范我院住院患者因发生意外转到外院治疗的费用报销，特制定本标准。患者确有转院治疗必要，转院前由科室负责人向医务科及院领导汇报，经同意后
方可报销。

一、交通费：

1、转院急救 120 费用，按照 120 收取费用的收据或发票报销。

2、住院期间产生的其他车费原则上不予报销，可申请医院派车。

二、门诊及住院费：按照发票据实报销。（住院费用数额较大时，由科室负责人向院领导申请，经批准同意后由医院垫付。）

三、护工费：经医院相关部门同意，患者需要聘请护工的，按照当时所在医院护工收费标准报销；如遇节假日费用较高，需报院领导批准。

四、伙食费：患者伙食费（包括营养费）标准为 50 元/天。

五、其他费用：包括生活用品等，如确有需要经院领导同意可按实报销，需提供相应票据。

第二节 护理工作制度

一、护理行政管理制度

（一）护理部工作制度

1. 在分管院长领导下，全面负责医院护理行政管理、护理人力资源管理 and 护理质量管理，完成与医疗、护理、教学、科研、预防保健等相关的护理工作任务。

2. 根据医院工作重点，制定全院护理工作计划，经主管院领导审批后组织实施。

3. 根据医院功能、任务及规模，明确临床护理岗位设置，科学合理配备全院各护理单元护理人力及应急状况下护理人力资源调配。

4. 建立并落实各项护理管理制度、各级护士岗位职责、护理工作流程、常用护理技术操作规程、常见疾病护理常规、突发事件应急预案等。

5. 建立医院护理质量控制与评价标准，实施检查指导、分析讲评、信息通报和监督整改，促进护理质量持续改进。

6. 落实医院护理队伍建设和人才培养，对护理人员实施培训、考核、奖罚，对各级护理管理人员进行培养。

7. 定期组织护理部各种会议，如护理部部务会、护士长例会等，及时传达各种会议精神和要求。

8. 关心全院护士思想、工作、学习和生活情况，帮助解决实际问题，充分调动护士的工作积极性。

9. 负责护理文件档案管理，严格保密制度。

（二）护理工作会议制度

1. 护理部部务会

由护理部主任主持，护理部全体成员参加，每月至少 2 次。传达有关会议精神及上级指示，讨论、分析、总结和部署工作。

2. 护士长例会

由护理部主任主持，护理部副主任、科护士长及全院护士长参加，每月 1~2 次。三级医院科护士长管辖的护士长例会，由科护士长主持，大科内全体护士长参加，每月至少 1 次。会议主要内容：小结、讨论、分析和讲评护理工作，传达

相关会议精神，护士长管理培训，布置工作等。

3. 护理单元护士会

由护士长主持，全体护士参加，必要时请护理部主任、科护士长、科主任等参加，每月1次，小结、讨论、分析和讲评护理工作，传达相关会议精神，组织各类学习，沟通交流思想，布置工作等。

4. 护理单元朝会

由护士长主持，护士参加，小结前一日护理工作，布置当日工作重点；就病区近期使用的新药物、开展的新技术及疑难重症患者护理等内容进行提问与讲解。

5. 病区护患沟通会

由护士长或工娱护士主持，收集患者对护理服务的意见与建议，进行患者健康教育。

（三）护理人员执业准入制度

1. 凡申请上岗的护士，必须提供医学院校或普通高等卫生学校护理专业大专或以上毕业证书。
2. 凡申请上岗的护士，必须通过卫生部统一执业考试，提供“中华人民共和国护士执业证书”。
3. 凡申请上岗的护士，必须按规定在执业所在地的卫生行政主管部门注册。
4. 凡申请上岗的护理人员，必须通过德、勤、能、绩考核合格。
5. 护理部指定专人负责为新上岗护士、在岗护士办理执业注册、执业地点变更及延期注册等工作。
6. 职能部门每季度对各临床科室（部门）护士依法执业、职称变更等情况进行督查，发现问题及时整改，确保依法执业和护士基本信息准确。
7. 职能部门每年度对全院护理人员依法执业情况进行总结。

（四）护理人员管理制度

- 一、目的：规范护理人员行为，确保护理质量和护理安全。
- 二、适用范围：全院护理人员。
- 三、内容

（一）护理人员执业规范

1. 护士应按照《护士条例》规定从事护理活动，履行护士职责。

2. 凡在本院工作的护士，必须通过卫生部统一执业考试，取得《中华人民共和国护士执业证书》。未经护士执业注册者不得单独从事护士工作。

3. 护理人员必须遵守法律、法规、职业道德，保护患者合法权益和隐私。

4. 护理人员应按护理常规、操作规程对患者进行护理，为患者宣传防病治病知识、进行康复指导和健康教育。

5. 护士在执业中应当正确执行医嘱，观察病人的身心状态，对病人进行科学的管理，遇紧急情况应及时通知医生并配合抢救，医生不在场时，护士应当采取力所能及的急救措施。

6. 遇到自然灾害、重大伤亡事故、突发公共卫生事件及其他严重威胁人群生命健康的紧急情况，护士必须服从卫生行政部门和医院的调遣，参加医疗救护和预防保健工作。

7. 护理人员有依法获得劳动报酬、职业防护、继续教育培训、晋升晋级等权利。

（二）护理人员行为规范

1. 忠于职守、患者第一：热爱本职，尊重患者的生命价值和人格，尊重患者平等就医的权利。对患者一视同仁，任何情况下，不以各种手段轻视和侮辱患者。

2. 勤奋学习、精益求精：勤奋学习、对技术精益求精。及时更新知识结构。在不断开阔医护专业知识的基础上，积极应用心理学、社会学、护理美学、医学伦理学等相关学科知识，做好护理工作。

3. 仪表端庄、慎独守密：工作期间着装整洁，仪表端庄，主动热情；始终保持良好的职业状态，护士应尊重护理对象的个人信仰、价值观和风俗习惯，尊重并保护其隐私。

4. 互尊互助、团结协作：同事间相互尊重、互帮互助，主动与医、技、工等人员建立良好的职业关系。协调完成各项医疗任务。

5. 护士履行职责时，应遵守国家法律、法规。并诚信、慎独、自觉遵循医务人员职业道德，一切以患者的健康为中心，充分利用现有资源，提供优质护理。

6. 护士执行各项操作，实施护理措施时，应以指南、行业（技术操作）标准、护理常规、循证证据等作为依据，解决患者的健康问题。

7. 护士应接受终身教育，刻苦钻研业务，精益求精。积极开展科研。为护理事

业的发展做出贡献。

(三) 护理人员技术规范

1. 努力学习理论知识, 熟练掌握专业护理操作技术, 刻苦钻研新技术, 新业务。

2. 严格执行操作规程, 做到护理技术操作标准化、程序化。

3. 实施护理技术操作前必须评估患者的病情、心理, 精神状况; 技术操作熟练、规范, 减少患者痛苦。

4. 观察病情细致, 判断病情准确。熟练掌握抢救程序及抢救器械、仪器的使用, 抢救时动作娴熟敏捷, 为患者赢得抢救时机。

5. 认真执行三查八对, 严防差错事故发生, 要做到: 上班时精神高度集中, 人少事多要有条不紊; 单独值班思想不松懈, 人多事少思想不麻痹, 遇抢救患者沉着敏捷; 业务不熟多请教不蛮干。在执行临时或口头医嘱时做到: ①讲: 要求医生要讲清楚; ②重: 护士听后要重述一遍; ③查: 执行时一定与第二人查对。

(五) 护理人员奖惩制度

1、奖励制度

(1) 护理部为表彰优秀, 弘扬先进激励全体护士共同进步, 定期对各级护理人员进行绩效考核, 评选出各类先进科室及个人, 并进行精神及物质奖励。

(2) 根据护理质量排行榜和院部对出院患者满意度的调查, 护理部每月对护理质量评分 95 分以上的科室进行奖励, 90 分以下的科室予以绩效处罚。

(3) 每季度组织全院护理人员理论、每半年进行一次操作考核, 前三名者给予表彰和奖励。

(4) 每年 5.12 国际护士节评选一定比例的优秀护士, 对在临床护理工作中, 护理服务有特色, 受到患者一致好评的护理人员, 给予表彰和奖励。

(5) 每年度进行专业技术人员考核, 对工作中具有奉献开拓精神者, 经“德、能、勤、绩”方面综合考评, 评选年度先进工作者, 进行奖励和表彰。

(6) 护理部每年开展 2-3 次专项技能竞赛, 对获得前三名的科室和个人予以表彰和奖励。

(7) 积极鼓励护理人员撰写护理论文及参加科研课题活动, 每年对当年在统计源期刊上发表论文者, 承担院级以上科研课题的主要负责人进行奖励。

(8) 获得院级以上荣誉、成果、项目、专利以及为护理学科发展做出贡献者，医院将定期进行奖励。

(9) 下列情形之一者，医院将酌情进行奖励。

- ① 见义勇为，为保护医院财产、病区安全及患者安全做出贡献。
- ② 服务态度好，经常收到患者、家属、周围同志及领导好评。
- ③ 及时发现问题，有效地杜绝差错、事故、护理并发症及护理纠纷发生。

2、惩戒制度（分为劝导、警告、停职、免职处罚）

有下列情况之一者给予劝导批评

- ① 违反护士仪表规范，上班浓妆艳抹、佩带醒目首饰。
- ② 在病房中扎堆聊天、大声说笑；工作时间干私活、看小说、睡觉；长时间打私人电话、聊天；迟到、早退、无故不按时交接班；上班使用电脑玩游戏。
- ③ 在医院内喧吵或辱骂，干扰医院正常秩序。

(2) 有下列情况之一者给予警告处分。

- ① 未经许可在工作时间内擅离职守，或未按请假规定无故缺勤，或临时送假条，致使护士长无法调班，影响科室工作者。
- ② 对意外事故或重大事件未及时报告。
- ③ 散播错误的、恶意的信息或谣言。
- ④ 违反公共道德或礼仪标准。
- ⑤ 护理人员进行护理操作过程中违反操作规程。
- ⑥ 不服从调配，或不能完成正常工作任务。
- ⑦ 不虚心接受批评、检查、指导，并对管理人员进行辱骂或人身攻击者。
- ⑧ 对上级交待的工作任务不按时完成者。

有下列情况之一者给予停职检查处分

- ① 由于工作疏忽、责任心不强，发生护理差错、纠纷、护理并发症（缺陷）及发生上述情况后隐瞒不报。
- ② 在护理操作过程中违反操作规程，给病人带来痛苦，给医院造成不良影响者。

(4) 有下列情况之一者给予免职处分

- ① 私自将病历记录内容的信息透露给他人，造成不良后果。

- ②偷窃或有意毁损医院或他人的财物。
- ③工作期间自行注射麻醉药物或非法倒卖毒、麻、限、剧药。
- ④以任何方式殴打或伤害患者及他人。
- ⑤护理工作中出现严重过失，给医院造成不良影响或重大经济损失。
- ⑥拒绝主管及上级领导的指导或工作安排。
- ⑦值班时脱岗造成严重后果者。
- ⑧索要、接受患者或家属财、物，对医院声誉造成不良影响。

（六）护理人员职业安全防护制度

1. 病房护士长负责护理人员职业安全的监控工作，在医院现有的条件下，为护理人员提供防护设备。

2. 护理人员在护理活动过程中，遵守管理规范，护理技术操作规程。

3. 严格按照化疗药物使用说明配制药物。

4. 严格执行接触放射线安全防护措施和操作规程。

5. 操作前后按“七步洗手法”认真洗手。

6. 操作有可能接触患者的血液、体液、气管、粘膜或破损的皮肤时戴手套，当估计操作会有血液或体液可能溅到眼睛、鼻腔、口腔或者皮肤时，采用适当的保护用具（戴护目镜、面罩、围裙等）来防止感染。

7. 一副手套只能用于一位患者或一项操作，操作完后立即丢弃用过的手套。

8. 一旦手被患者的血液、体液污染或每次摘下手套均对手进行彻底清洗、消毒。

9. 使用针具进行操作时戴手套，用过的针具立即扔到锐器盒内，严格执行普及性预防措施；不套回针帽（必要时用单手法），不摆弄针头，不徒手分开针头与注射器。

10. 用过的针具、刀片或其他锐器置于不易被刺破的专用容器内。

11. 操作后及时料理污染场地，不要留给他人料理，禁止用污染的手接触机器开关和清洁区及清洁物品。

12. 受到（甲类传染病中的非典型肺炎、乙类传染病中的艾滋病、乙肝、丙肝）患者用过的尖锐器械损伤后，立即采取相应的处理措施。

13. 用肥皂水或清水冲洗被刺或被损害的伤口。

14. 用清水冲洗被血溅到的口腔、鼻腔和皮肤。
15. 用清水、生理盐水或其他特定消毒冲洗液冲洗被溅到的眼睛。
16. 报告程序和时限：一旦受到乙类传染病中的艾滋病、乙肝、丙肝患者用过的尖锐器械损伤后或带伤接触艾滋病患者的血液，立即逐级报告。当事人伤后立即向护士长报告，护士长向护理部、院感科报告。
17. 用过的污染物品和被传染病病原体污染的物品，严格按照医院医疗废物管理的相关规定处理。
18. 其他处理程序按医院有关规定处理。
19. 护理人员受接触暴露后有义务接受医院有关部门的追踪，对当事人做好保密工作。

精神科护理人员自身安全防护措施

- 对有攻击或严重自杀危险病人应掌握接触技巧和防范技巧。
1. 检查时最好有其它医护人员同时在场，以防暴力行为。
 2. 缓慢的从正面接近病人，从后面或侧面接近病人有可能引起病人惊慌。
 3. 不要靠病人太近，保持 2 米，停下。
 4. 向病人表明身份，说话要慢，清楚，自信。
 5. 礼貌的接触，不勉强病人。
 6. 保持出口畅通。
 7. 注意倾听。
 8. 必须要学会原则妥协。
 9. 保持温和态度，不要频繁变动。
 10. 注视病人，不要急于记录。
 11. 尽可能快的获得你决定处理所需的资料，不要问过于敏感的问题，并注意沟通技巧。
 12. 约束病员应该是团结合作，忌个人英雄主义与事不关己的态度。
 13. 学会分工，尽快联络其他工作人员。在临床工作中做好自身安全防护，比如：在静脉穿刺时，应使用一次性手套。

（七）护理人员在职培训管理制度

1. 护理部按照全员培训与重点培训相结合、当前需要与长远发展相结合、培训内容与培训对象的层次及能力相结合的原则，制定全院护理人员在职培训计划并组织实施。

2. 新入职护理人员，正式上班前均需接受 1 周以上的岗前培训。岗前培训由医院人事部门或护理部统一安排。未按要求完成岗前培训或岗前培训不合格者，不得进入病区（部门）工作。

3. 毕业后规范化培训：

（1）医院的注册护士均应接受护士毕业后规范化培训。

（2）护士毕业后规范化培训依据不同学历层次（本科、专科、中专）分阶段进行。

（3）护士毕业后规范化培训按学分制进行，周期为 2~5 年，本科毕业后 2 年，专科毕业后 3 年，中专毕业后 5 年内完成护士规范化培训内容。

（4）护理部科研带教管理小组负责制定培训、考核计划并组织实施；各相关专科参与和协助执行。

4. 分层级培训：

（1）初级护理人员培训重点（包括护士与护师，与护士毕业后规范化培训相结合）为基本理论、基本知识、基本技能。

（2）中、高级护理人员（包括主管护师、副主任护师及主任护师）培训重点为疑难重症患者护理、质量管理、危机管理、护理教育、护理科研等。

（3）专科护士培训重点：根据本院特点，重点培养急诊专科、重症专科、精神心理专科护士。

5. 护理管理干部培训：各级护理管理者必须接受护理管理干部岗位培训。

（八）护理人员继续教育制度

1. 继续护理学教育是继毕业后规范化培训之后，以学习新理论、新知识、新技术、新方法为主的一种终生护理学教育。

2. 参加继续护理学教育，既是护理专业技术人员享有的权利，也是应尽的义务。

3. 参加护理教育活动（学术会议、学术讲座、专题讨论会、专题讲习班、专

题调研和考察、疑难病例护理讨论会、技术操作示教、短期或长期培训等), 为同行授课、做学术报告、发表论文和出版著作等, 均视为参加继续护理学教育。

4. 继续护理学教育以短期培训和业务学习为主。自学是继续护理学教育的重要形式, 院内及科室组织的业务学习要提供签到表、PPT 文稿、考核成绩单, 护士所学内容符合本专科业务发展需要。

5. 参加继续教育学习原则上在院内进行, 鼓励护理人员利用业余时间参加院外或网络举办的医疗卫生类专业培训, 各类学分从参加院内外举办的继续教育项目及学术活动中获取。

6. 护理部负责医院护理人员继续教育管理工作, 与各科室(部门)共同制定护理人员学习、培训、进修计划, 各科室(部门)具体组织实施。

7. 考评办法:

(1) 护理部和科教科共同负责护理人员在职继续教育考试考评工作。

(2) 护理部科研带教培训考核小组定期督查护理人员在职继续教育计划落实情况, 并对培训效果进行追踪评价。

(3) 依据护士岗位需求及护士层级培训要求, 分层次进行培训与考评, 考评结果与本人评优、职称晋升及薪酬调整挂钩。

(4) 根据护士层级不同, 考核内容包括基本理论、基本知识、基本技能, 专科理论及技能, 临床教学、护理管理等

(5) 护理人员每人每年理论及操作考试、考核成绩合格。护理人员人人掌握心肺复苏技术。

(6) 考核成绩优秀者予以奖励, 不合格者予以批评并扣当月绩效分, 无正当理由不参加培训、考试考核者, 按护理人员绩效考核标准处罚。

(7) 不同层次护理人员每年完成继续教育学分 25 分, 其中 I 类学分须达到 3-10 学分, II 类学分达到 15-22 学分。主管护师及以上人员 5 年内必须获得国家级继续护理学教育项目授予的 5-10 个学分。学分不达标者, 不得晋升职称。

(九) 护理人员外出进修管理制度

1. 针对各专科的特点和工作需要, 护理部每年有计划分批、分期选派一定名额的护理人员外出进修, 培养专科技术骨干, 学习先进经验, 掌握先进仪器、设备的使用技能, 引进护理新业务、新技术等。

2. 医院每年应按技术职称为护士提供外出学习的机会，明确学习目标。
3. 各专科选送护士外出学习、进修，须向护理部提出申请。
4. 合同制护士外出参加学术活动和院内在编人员享受同等待遇。
5. 外出学习人员学习结束 2 周内将学习体会上交人事科及护理部，并汇报或推广运用所学知识和技术。外出学习获得的资料属于公共资料、应上交科室或护理部，供相应护理人员学习。
6. 护士长对本病区(部门)外出学习人员统筹安排，必须保证正常的护理工作不受影响。
7. 护士长本人外出学习，需提出外出期间病区(部门)护理工作负责人选，报护理部审核批准。

(十) 护理教学管理制度

1. 护理质量与安全管理委员会下设科研带教管理小组，建立由分管教学副主任、教学干事、教学组长、带教老师组成的临床教学管理体系，制定师资培训计划，选拔有理论水平及教学能力的师资，提高教学水平。
2. 根据各护理院校实习大纲及教学计划，结合本院情况，制定护理带教具体实施方案。各病区(部门)教学组长负责制定各层次人员实习计划和具体安排，有授课内容、出科考核及出科鉴定。
3. 严格考核各级教学人员，新讲课教师在开课前须进行预讲，经教学小组评议通过后方能授课。
4. 各病区(部门)应定期开展具有专科特点的小讲课、教学查房等教学活动。
5. 定期组织教学质量评估，反馈并整改教学中存在的问题。
6. 定期召开教学工作座谈会，征求护生、进修护士、授课与带教老师的意见，总结经验，及时反馈。

(十一) 护理科研管理制度

1. 护理部护理质量与安全管理委员会下设护理科研带教管理小组。由护理部指定具有较强科研能力的成员负责，成员可推选学科带头人、护士长和科研能力较强的护士担任。

2. 护理部及护理科研带教管理小组及时掌握本学科领域的国内外发展动态，定期组织学术讲座，积极开展新技术、新业务。

3. 遵循护理科研贴近临床及解决实际护理问题的原则，护理科研带教管理小组结合本院护理工作特点及医院实际情况，有针对性地制定科研计划。对申报的科研项目进行充分论证，遵守科研道德，实事求是，不剽窃他人成果。

4. 科研资料分类妥善保管，记录完整、真实、有据可查，科研设备、仪器专管专用，科研使用的剧毒药、易燃品符合安全管理规定。

5. 鼓励护士撰写学术论文，对已完成的科研论文进行鉴定、评估，对优秀科研论文给予奖励。

6. 合理使用科研经费，专款专用，开支手续完善，符合规定。严禁挪用或以各种借口截留。

7. 利用医院临床数据、实验条件等资源所获得的科研成果、发明等专利为医院所有。

(十二) 护理技术档案管理制度

1、护理技术档案设专人负责管理，做到收集完整、分类合理、统计正确、保管安全（防火、防盗、防潮、防虫、防尘、防强光）、便于使用。

2、定期对档案进行检查、修复、整理，保持整洁完好。

3、护理部建立护士个人业务技术档案：主要内容包括学历、依法执业情况、工作经历、工作业绩、院内考核成绩及在职培训等资料，作为奖惩、晋升、晋级的依据。

4、护理部建立护理业务工作档案：包括护理新业务、新技术开展的相关资料、护理科研、护理教学等相关资料进行归档管理。便于查找和使用，未经公开的数据资料必须进行保密管理。

(十三) 各级护理人员考核制度

1. 护理部根据医院相关制度，制定各级各类护理人员的考核评价标准，实行三级考核评价，考核内容包括：劳动纪律、工作量、工作质量、满意度、服务态度、业务水平、管理能力、工作业绩等方面。

2. 对各级各类护理人员按考核评价标准进行定期考核。

(1) 护士长负责本病区护理人员考核，每月一次。并与当月绩效挂钩

(2) 护理部负责考评护士长，每月一次；全年综合考核一次，内容为：德、绩、廉、勤。

(3) 主管院领导负责考评护理部主任，每年一次。

(4) 每年年终对护理人员进行综合考核一次，考评方式为自我评价，上级主管考核评价及医院考核委员会综合考核评价。

3. 考核必须遵循公平、公正原则，做到量化与质评、满意度相结合，实事求是。各级考核负责人员应将考核结果及时向被考核人反馈，针对存在问题，分析原因，提出改进措施。

4. 对考核不合格者给予一定的绩效扣罚，并给予针对性培训。

5. 对考核优秀者给予一定的奖励，并与各种晋升晋级挂钩。

二、护理工作核心制度

(一) 查对制度

1. 医嘱查对

(1) 医师开医嘱或处方时，应核对患者姓名、性别、床号、住院号(门诊号)。

(2) 医嘱应做到班班查对、每日总对，包括医嘱单、执行卡、各种标识(饮食、护理级别、过敏、隔离等)，设总查对登记本。单线班处理的医嘱，由下一班负责查对。

(3) 各项医嘱处理后，应核对并签名。

(4) 临时执行的医嘱，需经第二人查对无误后方可执行，记录执行时间，执行者签名。

(5) 抢救患者时医师下达的口头医嘱，执行者须大声复述一遍，经医师核实无误后方可执行；抢救完毕，医师补开医嘱并签名；安甌留于抢救后再次核对。

(6) 对有疑问的医嘱须经核实后，方可执行。

2. 发药、注射、输液查对

(1) 发药、注射、输液等必须严格执行“三查八对一注意”。

三查：备药时与备药后查，发药、注射、处置前查，发药、注射、处置后查。

八对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、药品有效期及患者过敏史。

一注意：注意用药后的反应。

(2) 备药时要检查药品是否在有效期内、标签是否清晰；水剂、片剂有无变质；安瓿、注射液瓶有无裂痕；密封铝盖有无松动；输液瓶(袋)有无漏水；药液有无浑浊和絮状物等。任意一项不符合要求不得使用。

(3) 备药后必须经第二人核对，方可执行。

(4) 麻醉药使用后须保留空安瓿备查，同时在毒、麻药品管理记录本上登记并签名。

(5) 使用多种药物时，要注意有无配伍禁忌。给药前，注意询问有无过敏史。

(6) 发药、注射、输液时，患者如提出疑问，应及时核查，确认无误后方可执行。

(7) 输液瓶加药后要在标签上注明床号、姓名、主要药名、剂量，并留下空安瓿，经另一人核对后方可使用。

3. 输血查对

(1) 采集交叉配血标本的查对

① 认真核对交叉配血单，患者血型化验单上的床号、姓名、性别、年龄、住院号。

② 抽血时要有 2 名护士(一名护士值班时，由值班医师协助)核对无误后方可执行。

③ 抽血(交叉)前须在盛装血标本的试管上贴好写有病区(科室)、床号、住院号、患者姓名等的条形码，条形码字迹必须清晰无误。

④ 抽血时对化验单与患者身份有疑问时，应与主管医师重新核对，确认无误后，方可执行；如发现错误，应重新填写化验单和条形码，切勿在错误化验单和错误条形码上直接修改。

⑤ 采血后再次核对化验申请单、试管条形码、患者腕带信息，确认无误。

(2) 取血查对取血时，要与检验科发血人共同查对科别、病房、床号、姓名、血型、交叉配血试验结果、血瓶(袋)号、采血日期、血液种类和剂量、血液质量等。

(3) 输血过程查对

① 输血前查对：输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项

内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常。准确无误方可输血。检查所用的输血器及针头是否在有效期内。

②输血时，由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、住院号、科室、床号、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进行输血。

③输血后查对：完成输血操作后，再次核对医嘱，患者床号、姓名、血型、配血报告单，血袋标签的血型、编号、供血者姓名、采血日期，确认无误后签名。将交叉配血报告单粘贴在病历中，将血袋冷藏保存 24 小时备查。

4. 无菌物品查对

(1) 使用灭菌物品和一次性无菌物品前，应检查包装和容器是否严密、干燥、清洁，检查灭菌日期、有效期、灭菌效果指示标识是否符合要求。若发现物品过期、包装破损、不洁、潮湿、未达灭菌效果等，一律禁止使用。

(2) 使用已启用的灭菌物品，应核查开启时间、物品质量、包装是否严密、有无污染。

(3) 药剂科医用耗材库房发放一次性无菌物品的记录应具有可追溯性。记录内容包括物品出库日期、名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。

(4) 科室指定专人负责无菌物品的领取、保管。定期清点，分类保管，及时检查。确保产品外包装严密、清洁，无菌物品无潮湿、霉变、过期。

5、康复科

(1) 各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

(2) 低频治疗时，并查对极性、电流量、次数。

(3) 高频治疗时，并检查体表、体内有无金属异常。

(4) 针刺治疗前，检查针的数量和质量，取针时，检查针数和有无断针。

6、特殊检查、治疗室(心电图、脑电图、彩超、物理治疗室等)

(1) 检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检验目的。

(2) 诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。

(3) 发报告时查对科别、病房。

7、MECT 室

(1) 无抽搐电休克治疗室工作人员应严格执行各项操作规范和 workflows，认真填写无抽搐电休克治疗安全检查表和治疗记录单。

(2) 治疗医师或麻醉医师实行术前查房制，认真核查病人病历资料、知情同意书、检查检验报告单以及病人一般情况、躯体状况，药物治疗情况，据此进行综合评估，做出是否适于电休克治疗的结论。

(3) 治疗前，护士应对患者禁食水、有无使用禁用药物及健康教育等情况做术前评估并制定相应措施，进入无抽搐电休克治疗室时，护士应查看病人腕带，进一步进行身份确认。

(4) 治疗前医护双方须再次确认病人身份信息及病人一般情况（T、P、R、BP），并互相核对病人所用药量、电量等指标，经双方确认无误后方可进行治疗。

(5) 医师或麻醉医师治疗时，应查看病人口腔、牙齿、鼻腔通气等情况，按预定的药量、电量等指标实施治疗。治疗中各项内容记录正确、完整。

(6) 治疗后护士应再次核对病人各种资料，检查病人口腔牙齿等情况，病房护士及无抽搐电休克治疗室护士签署交接双签字表，并共同做好术后病人护理，待病人清醒后离开电休克室。

(7) 医师、护士应适时自行检查本制度执行情况并及时纠偏，不断改进。

（二）值班、交接班制度

1. 值班人员应遵照医院规定的上班时数与护士长安排的班次值班，不得擅自减少或变动值班时间。

2. 值班人员应严格遵守各项规章制度，按医嘱和患者病情需要对患者进行治疗和护理。必须坚守岗位，遵守劳动纪律，做到“四轻”（说话轻、走路轻、操作轻、开关门轻），“十不”（不擅自离岗外出、不违反护士仪表规范、不带私人用物入公共场所、不在工作区吃东西、不接待私人会客和打私人电话、不做私事、不打瞌睡或闲聊、不与患者及探陪人员争吵、不接受患者礼物、不利用工作之便谋私利）。

3. 值班人员按时巡视，掌握病区动态，密切观察患者病情与心理状态，保证各项治疗护理工作准确及时完成。

4. 建立科室护理交班志和科室用物交接记录本。护理交班志内容包括：病室

工作动态(包括患者总数、入院数、出院数、手术人数、危重患者数、特殊检查、特殊治疗人数等),患者病情变化及处理结果等。凡另有护理记录的病例,护理交班志上只填写索引。用物交接记录本需记录器械、仪器、特殊药品、常用物品的数量与状态等。

5. 值班人员须在交班前完成本班的各项工作,做好各项记录,处理好使用过的物品,为下一班做好用物准备。做到“十不交接”(衣着穿戴不整齐不交接,危重患者抢救时不交接,患者入院、出院或死亡、转科未处理好不交接,皮试结果未观察、未记录不交接,医嘱未处理不交接,床边处置未做好不交接,物品数目不清楚不交接,清洁卫生未处理好不交接,未为下一班工作做好用物准备不交接,交班志未完成不交接)。

6. 交接班必须认真负责,接班者提前 15 分钟着装整齐上班进行交接。对所有患者进行床旁交接。需下一班完成的治疗、护理,必须口头、文字交代清楚。接班时发现的问题由交班者负责,接班后发现的问题由接班者负责。

7. 晨间集体交接班时,由夜班护士重点报告危重症患者、新入院患者和手术患者病情、诊断及治疗护理情况,参会人员认真聆听,晨会时间不超过 15 分钟。

(三) 执行医嘱制度

1. 医师下达医嘱,护士按规定正确核对,确认无误后方可执行。

2. 按照医嘱的内容与时间,正确执行正确的医嘱。发现可疑医嘱,应及时向医师提出,不得盲目执行或修改。需取消医嘱时,由医师用红笔写“取消”二字并签名。

3. 严格执行查对制度、遵守操作规程和给药原则,防止缺陷事故发生。需要下一班执行的医嘱,要交代清楚,并有文字记录。

4. 长期医嘱执行时间一般安排如下:

Qd 8: 00

Bid 8: 00 16: 00

Tid 8: 00 12: 00 16: 00

Qid 8: 00 12: 00 16: 00 20: 00

Q4h 4: 00 8: 00 12: 00 16: 00 20: 00 24: 00

Q6h 2: 00 8: 00 14: 00 20: 00

Q8h 8:00 16:00 24:00

5. 医嘱执行后,由执行者签执行时间和姓名。观察效果与不良反应,必要时记录并及时与医师联系。

6. 手术、分娩应停止术前、产前医嘱,手术、分娩后执行术后、产后医嘱。

7. 一般情况下,医师不得下达口头医嘱。抢救、手术中以及精神科紧急情况下需执行口头医嘱时,护士需大声复述一遍,经医师确认无误后方可执行。事后督促医师据实、及时(6小时内)补开书面医嘱。

8. 因故未能按时执行的医嘱,应设法补上;因故不能执行医嘱时,应及时报告医师并在护理记录单上记录未执行原因。

9. 无医嘱时,护士一般不得擅自用药。在紧急情况下,为抢救垂危患者的生命,护士应当先行实施必要的紧急救护,做好记录并及时向医师报告。

(四) 综合科分级护理制度

确定患者的护理级别,应当以患者病情和生活自理能力为依据,并根据患者的情况变化进行动态调整。

(一) 分级护理要点

护士应当遵守临床护理技术规范和疾病护理常规,并根据患者的护理级别和医师制订的诊疗计划,按照护理程序开展护理工作。

(二) 护士实施的护理工作包括:

- 1、密切观察患者的生命体征和病情变化;
- 2、正确实施治疗、给药及护理措施,并观察、了解患者的反应;
- 3、根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助;
- 4、提供护理相关的健康指导。

(三) 分级护理制度

护理级别由主管医师根据患者病情和生活自理能力下达医嘱。护士根据患者的护理级别和医师制定的诊疗计划,为患者提供基础护理和专业技术服务,各医院、各科室应根据本章内容要求,结合实际,细化分级护理项目内容,在病区醒目位置公示并落实到位。不依赖患者家属或家属自聘护工护理患者。

1、特级护理:

1) 病情依据:

①病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；

②重症监护患者；

③各种复杂或者大手术后患者；

④严重创伤或大面积烧伤患者。

2) 护理要点：

①严密观察患者病情变化，监测生命体征；

②根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

③根据医嘱，准确测量出入量；

④根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。

⑤保持患者的舒适和功能体位；

⑥实施床旁交接班。

2、一级护理：

1) 病情依据：

①病情趋向稳定的重症患者；

②手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

③生活完全不能自理且病情不稳定的患者；

④生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。

2) 一级护理的要点：

①至少每小时巡视患者 1 次，观察患者病情变化；

②根据患者病情，监测生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、呼吸道护理及管路护理等，实施安全措施，为患者提供适宜的照顾，促进康复。

⑤提供相关健康指导。

3、二级护理：

1) 病情依据

①病情稳定，仍需卧床的患者；

②生活部分自理的患者。

③行动不便的老年患者。

2) 护理要点： 、

①每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化；

②根据患者病情，测量生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；

⑤提供相关健康指导。

4、三级护理；

1) 护理依据：

①生活完全自理且病情稳定的患者；

②生活完全自理且处于康复期的患者。

2) 三级护理的要点：

①每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化；

②根据患者病情，测量生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④提供相关健康指导。

（五）护理安全管理制度

1. 患者安全管理

①评估患者安全危险因素，向患者、家属及陪伴人员做好安全教育工作。

②儿童、老年患者、意识障碍和需要卧床休息的患者，设提示牌、加护栏等，落实床边安全护理措施，向患者及家属做好解释，防坠床、烫伤、跌倒、误吸、导管脱出等意外事件发生。

③患儿玩具应选用较大、不易误吞的物品，禁止玩弄刀、剪及易破损的物品。任何针头、刀剪、玻璃等锐器在操作完毕后必须清点检查，不能遗留在病房内。工作人员工作服上不使用大头针、别针等，以免刺伤患儿。

④新生儿科(室)及无陪护病区(部门)要严格执行出入人员的核查与管理。

2. 环境安全管理

①病区(部门)物品固定放置，不影响行走。病区(部门)走道保持地面清洁干燥，拖地时置防滑标志，防滑倒、跌伤。

- ②使用的物品合理放置，便于患者拿取。
- ③提供足够的照明设施。
- ④洗手间、浴室有防烫、防滑标志，热水使用有提示标识和使用指引。

3. 防火安全管理

①病区(部门)内一律不准吸烟，禁止使用电炉、酒精灯及点燃明火，以防失火。

- ②保持消防通道通畅，有明显的标志，不堆堵杂物。
- ③保持消防设施完好(如灭火器等)。
- ④医护人员能熟练应用消防设施和熟悉安全通道。

4. 停电安全管理

- ①有停电的应急措施，病区(部门)备应急灯或其他照明设施。
- ②有停电的应急预案。

5. 用氧安全管理

- ①防火、防油、防热、防震，标志明显。
- ②氧气房要上锁，做好交接工作。
- ③有氧、无氧标志清楚。
- ④对用氧患者进行注意事项宣教。

6. 防盗安全管理

- ①做好患者宣传工作，妥善保管个人物品，贵重物品不放在病区(部门)。
- ②晚9时清点、劝导探视人员离开，锁好大门。
- ③加强巡视，发现可疑人员，及时报告保卫科。

(六) 抢救制度

- 1. 各临床科室必须设抢救室，有抢救组织、专科抢救常规和抢救流程图。
- 2. 抢救物品、器材及药品必须完备，定人保管、定位放置、定量储存，所有抢救设施处于应急状态，有明显标记，不准任意挪动或外借。抢救车不上锁，但需贴封条，并注明时间和贴封条者姓名。抢救车未用，每周也需进行清理(如更换过期包等)，必须保证抢救物品处于完好备用状态。
- 3. 护理人员必须熟练掌握各种器械、仪器的性能、抢救车内用物使用方法和各种抢救操作技术。

4. 当患者出现生命危险，医师未赶到现场前，护士应根据病情实施力所能及的抢救措施，如吸氧、吸痰、测量血压、建立静脉通道、行人工呼吸和心脏按压等。

5. 参加抢救人员必须分工明确，紧密配合，听从指挥，坚守岗位，严格执行各项规章制度和抢救规程。

6. 抢救过程中严密观察病情变化，对危重患者就地抢救，待病情稳定后方可搬动。抢救期间，应有专人守护。

7. 及时、正确执行医嘱，准确及时记录用药剂量、方法及患者状况。医师下达口头医嘱时，护士应当复述一遍，抢救结束后，所用药品的安瓿必须经两人核对记录后方可弃去，并提醒医师据实、及时补开医嘱。

8. 对病情变化、抢救经过、各种用药等应详细、及时、准确记录，因抢救患者未能及时书写病历的，有关人员应当在抢救结束后 6 小时内补记，并加以注明，仔细交接班。

9. 及时与患者家属或单位联系。

10. 抢救结束后，做好器械的清理消毒工作，及时补充抢救车药品、物品，确保抢救仪器物品处于备用状态。

（七）消毒隔离制度

1. 加强组织领导，各科室建立医院感染管理小组、设兼职监控员，做好各项监测（监测内容、方法及要求）。

2. 各病区（部门）人、物流向符合环境卫生学要求，感染性疾病科独处一区，与其他科室保持一定距离；感染性疾病科、儿科有单独的出入通道。

3. 严格遵守清洁卫生制度，保持室内外清洁卫生。

4. 诊疗用物按规定消毒灭菌。

5. 护理做到一床一毛巾、一桌一抹布。用过的毛巾和抹布及时清洗消毒，床刷每日消毒 1 次，患者出院或死亡后按要求做好床单位的终末消毒。

6. 准确配制各种消毒液，监测消毒液的浓度及消毒效果。

7. 按照《医院感染管理办法》的要求，对免疫力低下患者采取保护性隔离措施。对特殊感染和传染病患者采取相应的隔离措施。

8. 洗手设施符合要求，工作人员应讲究个人卫生，遵守手卫生管理要求、做

好个人防护，不准穿污染的工作服进食堂、会议室等。

9. 保证患者饮食卫生。做好卫生员、配餐员、陪人、探视人员的卫生管理及宣教工作。

10. 无菌操作时严格遵守无菌技术操作原则。

（八）护理不良事件处理与报告制度

1. 护理不良事件定义

护理不良事件是指在护理工作中，不在计划中、未预计到或通常不希望发生的事件，包括患者在住院期间发生的一切与治疗目的无关的事件，如护理缺陷、药物不良反应、仪器设施所致不良事件、意外事件(如患者走失、自杀、自伤、暴力攻击、安全防护情况下的跌倒)等。

2. 处置

(1) 发生护理不良事件后，首先要积极采取补救措施，最大限度地降低对患者的损害。

(2) 发生重度或极重度缺陷不良事件的各种有关记录、检验报告及造成患者损害的药品、器具均要妥善保管，不得擅自涂改、销毁、藏匿、转移、调换，相关标本须保留，以备鉴定。违反规定者要追究相关责任。

(3) 凡实习、进修人员发生的护理缺陷或安排护理员、卫生员、陪人进行其职责范围以外的工作而发生的缺陷，均由带教者及安排者承担责任。

(4) 科室设有护理不良事件登记本。不良事件发生后当事人除口头向护士长汇报外，应登记事实经过、原因及后果。科室根据不良事件性质及时或每月组织分析讨论会，向护理部递交护理不良事件报告表。

3. 上报程序

(1) 一般不良事件当事人及时报告护士长，采取有效措施将损害减至最低程度。护士长 24 小时内报告护理部。

(2) 严重不良事件 当事人立即报告护士长、科主任或总值班人员，及时采取措施，将损害降至最低程度，必要时组织进行全院多科室的抢救、会诊等工作，同时向护理部、医务部、主管院领导汇报，重大事件的报告时限不超过 15 分钟。护理部于抢救或紧急处理结束后立即组织人员进行调查核实。

(3) 护士长应于一般不良事件发生 7 日内、严重不良事件发生 1~3 日内组

织全科人员进行分析讨论，提出处理意见及防范措施，填写“护理不良事件报告表”一式两份，一份报护理部，一份留科室保存。

4. 结果分析

不良事件上报后，护理部每月组织护理质量管理委员会成员对上报的资料进行分析讨论。主要采取趋势分析和个案分析。趋势分析包括科室内部的纵向比较、与其他科室的横向比较、与标准及实践的比较。通过讨论，制定整改措施，并组织全院护理人员认真学习，举一反三，消除护理安全隐患及缺陷，杜绝此类事件再次发生。

5. 处罚及奖励

护理部营造开放、公平、非惩罚的护理安全文化氛围，鼓励责任人及科室主动报告护理不良事件。对主动报告护理不良事件的科室及个人视情况不予处罚或从轻处罚；对主动发现和及时报告重要不良事件和隐患，避免严重不良后果发生的科室和个人给予奖励和保护；对发生护理不良事件后不按规定报告、有意隐瞒的科室与个人，事后经主管部门或他人发现，按情节轻重及医院有关规定从重处罚。

（九）精神科病房安全管理制度

1. 严格执行交接班制度。新病人及有严重自杀、逃跑、毁物及保护性约束或调换床位的病人应作重点交接班。

2. 对新病人、病情变化等病人做好风险评估，高风险病人应重点交接班，并做好记录及相应护理措施。

3. 病人出入病室要清点人数，并有工作人员陪伴。严防病人趁机出走或将违禁物品带入病室。

4 病人外出活动前，要对室外活动场所进行安全检查，消除不安全因素。

5. 根据分级护理标准对病人进行巡视，新病人、三防病人应 24 小时严格监护。夜间病人上厕所时应及时查看。午休和夜寝时勿使病人蒙头睡觉，以防意外。

6. 病人洗澡应有工作人员照料，防止烫伤、跌倒、溺水或逃跑。理发、刮胡须、修剪指甲时须专人监护，不得将危险工具直接交给病人使用。

7. 每天对病房环境、设备设施等进行检查：如电器、灭火器、门窗、玻璃、床架等，若有损坏，应及时申请修理，杜绝安全隐患。

8. 病人吸烟应集中在指定地点，由护理人员定时点烟并看护，防止乱扔烟蒂引起火灾。

9. 出入治疗室、配膳室、盥洗室、储藏室等处的门应随时锁好。钥匙、剪刀、消毒液、注射器、体温计、氧气筒、约束带等均应定量定位放置，并详细交接班。一旦发现数量不符，及时追查。

10. 每周二次安全大检查。

①检查范围：病人身上、衣物、床铺、褥垫、床头柜、壁柜和病人活动场所等。

②检查内容：病人是否藏有药品、钱、绳索、刀剪、碎玻璃片、打火机等，并做详细记录。

11. 对前来探视者作好解释宣传工作，不得把危险品、限制物等直接交给病人。探视后要对病人进行安全检查，家属送来的物品等需经检查后方可交给病人。

（十）精神科分级护理制度

精神科分级护理是根据病人病情的轻重缓急和对自身、他人、周围环境安全影响程度分为特级护理及一、二、三级护理。

（一）特级护理

1、护理对象

（1）精神病患者伴有严重躯体疾病，病情危重，随时有生命危险需要抢救，如伴有严重的心力衰竭、高血压危象或严重外伤等；生活完全不能自理者。

（2）有严重的自杀、冲动、伤人、逃跑行为等患者。

（3）意识障碍、严重木僵、痴呆、抑郁患者。

（4）因抗精神病药物引起的严重不良反应如急性粒细胞减少、恶性症状群、严重药物过敏等，出现危象，危及生命。

2、护理要求

（1）病人应安置于重症监护室（或抢救室）内，24小时专人护理，评估病情，制定护理计划（包括安全护理、生活护理、心理护理、特殊症状护理、重危抢救护理等）。严密观察和记录生命体征及病情变化，发现病情变化，及时报告医生，进行处理，保持水电解质平衡，准确记录出入水量。

（2）认真作好基础护理及落实各项治疗和护理措施，如约束护理、口腔护理、

压疮护理及管路护理等，严防护理并发症。

(3) 对随时会发生自杀、自伤、冲动、出走行为者，遵医嘱予以保护性约束，严防意外。

(4) 对伴有严重躯体疾病的病人，根据不同疾病采取相应的护理措施。

(5) 保持患者的舒适和功能体位。

(6) 患者一切活动都在护士视线范围内。

(7) 备齐急救药品和物品。

(8) 做好消毒隔离，防止院内感染。

(9) 根据病情变化随时做好护理记录。

3、管理与活动范围

(1) 实施封闭式管理。

(2) 活动范围仅限于病区内，若外出必须由工作人员陪护。

(二) 一级护理

1、护理对象

(1) 处于精神疾病发作急性期，精神症状活跃，有自伤、伤人、毁物冲动及外走企图的患者。

(2) 伴有躯体疾病，身体衰弱或需严格卧床休息，生活不能自理者。

(3) 特殊治疗需要严密评估病情和加强监护者（如 ECT 者）以及用大剂量精神药物治疗或有明显不良反应者。

2、护理要求

(1) 病人应安置于重点病室内，其活动不能脱离护士视野。及时发现危急征兆，进行应急处理，并重点床旁交接班。

(2) 每 15-30 分钟巡视一次，严密观察病情及治疗反应，作好安全护理。

(3) 对随时会发生自杀、自伤、冲动行为者，遵医嘱予以保护性约束。

(4) 对伴有躯体疾病病人，根据不同疾病采取相应的护理措施。

(5) 视病情督促或协助生活料理，确保病人仪表整洁。

(6) 对卧床病人，做好预防压疮护理。

(7) 安排患者参与适宜的康复活动。

(8) 针对性的开展心理护理，进行健康教育。

(9) 每日测体温、脉搏、呼吸，每周量血压、体重一次并记录。

(10) 责任护士每日护理查房，每 7 天书写护理记录一次，特殊情况随时记录并交班。

3、管理与活动范围

- (1) 实施封闭式管理。
- (2) 组织患者到康复区域进行康复训练。
- (3) 定期由工作人员陪伴到室外活动。

(三) 二级护理

1、护理对象

- (1) 急性症状消失，病情趋于稳定者。
- (2) 生活基本可以自理的患者。

2、护理要求

(1) 安置在一般病房内，按精神科巡视要求 15~30 分钟巡视 1 次，并做好记录。

- (2) 密切观察病情及治疗后的反应，做好安全检查。
- (3) 每日测体温、脉搏、呼吸，每周量血压、体重一次并记录。
- (4) 视病情督促和协助生活料理，确保患者仪表整洁。
- (5) 做好检查、治疗、特殊饮食的指导工作。
- (6) 对不同疾病的患者实施有针对性心理护理和健康宣教。

(7) 组织患者开展各项集体活动（如：集体心理治疗、特殊工娱治疗、健康教育讲座等）。

- (8) 制定和实施综合性康复护理，帮助患者健康重建。
- (9) 每 1-2 周书写护理记录一次，特殊情况随时记录并交班。

3、管理与活动范围

- (1) 实施半开放管理。
- (2) 组织患者到康复区域进行康复训练。
- (3) 定期由工作人员陪伴到室外活动。

(四) 三级护理

1、护理对象

- (1) 病情稳定，康复期患者。
- (2) 生活完全可以自理，无自伤、自杀、冲动、外走危险的患者。

2、护理要求

(1) 安置在一般病室，按精神科巡视要求 15~30 分钟巡视 1 次，经医师同意，可酌情实施开放管理。用物自行管理，在规定的时间内去工疗室进行娱乐。

(2) 每日测体温、脉搏、呼吸，每周量血压、体重一次并记录。

(3) 评估病情，了解患者出院前的心理状态，加强心理护理并帮助解决心理社会问题。

(4) 请患者参加休养员委员会，与其商讨制定劳动技能训练计划，鼓励每天参加院内工娱及体育活动，为出院恢复工作、学习等作适应性准备。

(5) 对患者进行疾病、治疗、防复发和社会适应等方面的健康教育。

(6) 每 1-2 周书写护理记录一次，特殊情况随时记录并交班。

3、管理与活动范围

(1) 可实施开放管理。

(2) 组织患者到康复区域进行康复训练。

(3) 定期由工作人员陪伴到室外活动。

(4) 在工作人员或家属的陪伴下，到医院外指定区域如公园、商场等处活动。

(十一) 精神科保护性约束制度

一、目的 为规范保护性约束的方法、流程和要求，保障患者安全，保证治疗护理工作顺利进行，制定本制度。

二、标准

1. 精神障碍患者在本院内发生或者将要发生危害自身或他人安全、扰乱医疗秩序的行为，医务人员在没有其他可替代措施的情况下，为了确保患者自身和他人的安全，可以对患者实施保护性约束。如：

- ① 极度兴奋躁动，伴有躯体疾患、用药及短时间内难以控制其躁动者；
- ② 各种原因引起的谵妄状态；癫痫伴有意识障碍；
- ③ 治疗需要，如胰岛素治疗，输液或其他治疗不合作者；
- ④ 其他特殊情况需暂时保护者。

2. 原则上，必须遵医嘱实施保护性约束，经患者或其监护人同意并签署《保护性约束知情同意书》。紧急情况下，可先实施约束，及时报告医师在 2 小时内补开医嘱。

3. 严格掌握约束指征，只有在安抚、劝导无效的情况下，才考虑采取约束。严禁利用保护性约束惩罚患者。

4. 实施保护性约束的医务人员应当接受院内专项技能培训，并通过考核。

5. 严格遵守保护性约束操作规程，约束时如果遇到患者抵抗或攻击，应当予以劝解、安抚，严禁动作粗暴或伤害病人。

6. 病人约束保护期间，应安置在重管病室（隔离室）内，与其他病人分开，防止被其他病人袭击、伤害或解脱约束发生意外。

7. 约束过程中，密切观察巡视，检查患者约束部位皮肤、约束带的松紧、肢体的血液循环等，被保护肢体必须处于功能位置，清点约束带数目，防止患者自行解开约束。

8. 做好基础护理，满足患者饮水、饮食、营养、排泄及个人卫生的需要，保持床单位清洁干燥，防范压疮及其他并发症。

9. 严格床头交接班，内容主要为约束带松紧度及数目、肢体血循状况、床褥及衣裤是否干燥清洁，做好重点交接班并记录。

10. 约束时限，一般情况下，每次不超过 2 小时。当保护性约束指征消失，如症状缓解或经采取治疗措施后安静，应及时解除约束。解开约束后，及时清点约束带数目，如发现数目不符，应立即查找。

11. 执行保护性约束后，护理人员应如实填写保护性约束记录单，并按要求书写护理记录及巡视记录单。

12. 患者因躯体疾病、药物副反应、意识障碍等原因，容易发生坠床、跌倒、拔管等意外；为防止上述意外发生，可以不经医师医嘱，由病房护士评估后决定使用或者解除保护性约束措施。

（十二）精神科巡视制度

1. 工作人员应加强工作责任心，提高安全防范意识，密切观察患者的动态，对重点患者心中有数，及时巡视病房，发现异常情况及时联系医师，及时处理。

2. 患者实行分级管理，一级病区 24 小时看护，二级病区每 15 分钟巡视病房

1 次，并做好详细记录和交班。

3. 护理人员在巡视病区的过程中应观察病区各种设施设备及环境安全，及早发现潜在的安全隐患并采取积极有效的防范措施。

4. 患者卧床期间，巡视者需走到患者床旁，观察患者的面色及呼吸等情况。巡视时，发现患者有异常体征，或有不适主诉等病情变化时，应及时通知医师处理，并做好详细的护理记录。

5. 康复期患者白天集中康复活动，不得将患者独自留在病室，加强厕所、偏僻处等重点地方的巡视。交接班时所有关着的房间都须打开检查一遍，尤其是澡堂，以防患者躲藏。

6. 一旦发生意外，及时采取有效应急护理措施，积极配合做好抢救工作，并写好详细的护理记录。

三、护理业务管理制度

（一）病区管理制度

1. 病区（部门）由护士长负责管理，全体病区（部门）工作人员积极协助。

2. 病区（部门）布局有序，统一陈设，室内床位和物品定位放置、摆放整齐，不得随意变动。

3. 保持病区（部门）整洁、舒适、安静、安全，避免噪声，工作人员做到走路轻、关门轻、说话轻、操作轻。

4. 病区（部门）内禁止吸烟，注意通风。

5. 定期召开护患沟通会，征求意见，不断改进病区（部门）工作。

6. 医务人员按要求着装，佩戴胸牌上岗。

7. 护士长全面负责保管病区（部门）财产、设备，分别指派专人管理，建立账目，定期清点，如有遗失及时查明原因，按规定处理。

（二）患者入院/出院、转科 / 转院管理制度

1、患者入院管理制度

（1）患者入院必须由医师签发住院证，携带相关证件（身份证、医疗保险手续等），按规定办理入院手续。

（2）护士接到入院通知后，不得以任何理由推诿，及时准备好床单位。

（3）患者入院时，护士热情接待，及时通知分管医师和责任护士。

- (4) 视病情予以个人卫生处置。
- (5) 对急症手术或危重患者须立即做好手术抢救准备。
- (6) 负责护士对患者进行入院评估（如测量体温、呼吸、脉搏、血压、体重，了解病情、心理状况及生活习惯等）。
- (7) 详细介绍住院环境、人员、相关制度，指导相关设备（如床头呼叫器、床栏等）的正确使用方法。
- (8) 及时执行医嘱。

2、患者出院管理制度

- (1) 患者出院由医师根据病情决定并下达出院医嘱，护士将出院日期通知患者和家属。
- (2) 注销各种治疗护理卡，整理病历，填写出院登记，通知住院结算中心结账。
- (3) 向患者及家属做好出院指导，包括办理出院手续的程序、目前病情、饮食、活动及出院带药指导（用法、剂量、作用、不良反应等），按时复诊。
- (4) 主动征求患者对医疗、护理等各方面的意见与建议。
协助患者整理物品，开具物品放行单，热情送患者离开病室。
- (5) 做好床单位的终末料理和消毒工作。

三、患者转科 / 转院管理制度

- (1) 医师下达患者转科 / 转院医嘱后，及时与相关部门 / 单位联系（准备床单位，告知转科事件、必要时准备抢救物品）。
- (2) 患者转科 / 转院前，责任护士协助主管医师告知患者或家属目前患者病情，转运途中的注意事项等。
- (3) 执行转科 / 转院医嘱，完善护理记录，将病历 / 病情介绍等资料随同转科 / 转院。
- (4) 护送转科 / 转院患者前往所转科室 / 医院时，注意转运途中安全。
- (5) 协助妥善安置患者，与接收科室 / 医院交接患者病情、治疗、护理、物品，交接双方签名。
- (6) 注销各种执行卡，做好床单位的终末料理和消毒工作。

（三）保护患者隐私制度及措施

1、保护患者隐私制度

(1) 隐私权是公民具有的与公共利益无关的一切个人信息，个人领域不受他人侵扰的权利。

(2). 病人隐私是患者不愿意告知或不愿意公开的有关人格尊严的个人秘密。它主要包括：患者个人身体的秘密，主要指患者的生理特征、生理心理缺陷和特殊疾病；患者的身世和经历秘密，包括患者的；出生、血缘关系及其他特殊经历等；患者的家庭生活和社会关系秘密，包括夫妻关系，家庭伦理关系、亲属情感状态和其他各种社会关系等。

(3). 全体医务人员要强化法律意识，自觉树立维护病人隐私的观念，医务人员在职业活动中，有“关心、爱护、尊重患者隐私”的义务。

(4). 加强职业道德教育，提高职业自律性，严格区分正常介入隐私和利用职务之便侵犯患者隐私的界限，介入患者隐私行为的形式和内容必须合法，介入患者隐私的行为完全是基于诊疗患者疾病的目的，在诊疗中与治病无关的事不做，与诊疗无关的话不问。

(5). 加强就医环境的改造，设施更新，使病人隐私能够得到最大限度的保护，建立单独诊室、急救室、注射室、换药室，男女病人分开居住。

(6). 加强患者的维权意识，提高患者自我保护能力。为了便于医生准确诊断，患者应积极主动配合，同时，有权要求医务人员为其保密，有权拒绝回答与诊治疾病无关的询问。

(7). 需要患者协助医院完成教学或科研任务，在此过程中有可能涉及患者隐私时，必须明确告知患者，经过患者同意后方可进行。

(8). 加强病案管理与监督，提高病案使用者保护病人隐私权的意识。认真落实病案借阅制度、病案的外调、复印制度、病案保密制度，不得以口头形式或书面形式公开病案中的隐私。

(9). 对患者隐私权的保护不得违反国家法律。当患者利益与社会公共利益发生冲突时，应以社会公共利益优先。比如，被查出传染病的病人，医生有义务和权利按照规定上报，并告知与病人亲密接触的人。

(10). 医务人员干涉、侵害患者隐私，情节严重者将依法追究当事人责任。

2. 保护患者隐私具体措施

(1). 严格就诊区与候诊区划分、医护人员与病人交谈时的语言轻柔, 防止询问病情时被候诊患者或他人“旁听”。

(2). 为患者做诊疗查体、行导尿术, 灌肠, 会阴冲洗等处置, 以及超声、心电等辅助检查时应用屏风遮挡, 床单位间使用活动帘隔离。

(3). 患者须凭有效身份证件或有关单据查取检查检验报告, 如患者病情不允许可先签署授权委托书后由授权委托人代领。影像科、检验科不得把患者的检测报告单随意挂在科室门外, 防止患者隐私被泄露。

(4). 一般性体检没有必要裸露身体, 特殊检查的确需要病人裸露检查时, 必须向病人说明原因, 并要求其他医护人员在场; 男医生检查女病人隐私部位要有屏障遮掩且要有女护士在场。

(5). 医务人员不得在公开场合谈论、宣扬、任意传播患者病情及隐私。未经上级卫生行政部门批准, 不得将就诊的淋病, 梅毒、艾滋病病人及其家属的姓名、住址和病史公开。

(6). 医学观摩、教学应经病人同意才能进行。

(7). 床头卡不能泄露患者疾病隐私。

(8). 撰写医学论著、科研论文等, 不得公开病人隐私。为诊疗或学术报告需要, 需先征得患者或其家属同意后方可拍摄、报告。

(9). 调(借)阅、复印病历, 必须遵守相关制度与流程。

(10). 使用电子病案系统, 操作人员注意密码保护, 防止病人隐私被泄露。

(四) 患者身份识别制度

一、住院病人身份识别制度

1. 确认住院病人身份的唯一标识是: 住院号; 所有住院病人都应按的要求佩戴腕带, 腕带信息包括: 科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号、过敏史等。

2. 填入腕带的识别信息必须经两名医务人员核对后方可使用, 若损坏需更新时, 需要经两人重新核对。腕带填写的信息字迹清晰规范, 准确无误。“腕带”原则上佩戴病人左手, 佩戴时, 松紧适宜, 防止扭曲、勒伤。观察佩戴部位皮肤无擦伤, 血运良好。护士长对患者腕带使用情况进行监督和检查。

3. 护士为病人进行标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食等各种操

作、治疗、护理、检查及转运前，必须严格执行查对制度，认真核对病人身份，至少同时使用 2 种以上身份识别方式，如床号+姓名+住院号等，禁止以房间号或床号作为识别的唯一依据。

4. 对能有效沟通的患者，实行双向核对法即要求患者或近亲属陈述患者姓名，确认无误后方可执行。

5. 对无法有效沟通的患者，如抢救、昏迷、神志不清、无自主能力的重症患者，必须使用腕带。在各诊疗操作前除了核对床头卡、医嘱执行单以外，必须核对腕带，以识别患者身份。

6. 对暂时无法识别身份的病人如老年失智、神志不清、无名患者、儿童、不同语种、语言交流障碍等患者，将住院号、姓名（临时命名）做为腕带信息，用于病人身份识别。

7. 当同病区出现同名病人时，应在治疗单上作警示标识，将床号、姓名、出生日期、住院号作为病人的身份识别依据。

8. 病人在进行检验、放射、超声等诊疗时，操作者需认真核对病人腕带上的信息，并让病人或其近亲属或陪检人员陈述病人姓名再次核对，以确保病人身份正确。

9. 在实施任何有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者（或家属）沟通，做为最后确定的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

10. 鼓励病人参与身份识别的所有阶段，使其了解病人身份识别错误带来的风险，及时表达对自身安全的关心。

11. 将病人身份识别制度及流程纳入各级各类护理人员的培训计划，定期督查落实，持续改进工作。

二、门急诊病人身份识别制度

1. 确认门诊病人身份的唯一标识是：就诊卡号（或身份证号）。

2. 门、急诊病人由病人或家属提供病人信息，病人或家属自己书写病历眉栏信息，以保证病人信息的准确性。

3. 急诊留观、昏迷、危重及抢救病人等应佩戴腕带。

4. 腕带应清晰填写病人姓名、性别、年龄、门诊号、过敏史等信息，字迹清晰、工整。

5. 对暂时无法识别身份的病人如老年失智、神志不清、无名患者、儿童、不同语种、语言交流障碍等患者将就诊卡号、姓名（临时命名）作为腕带信息，用于病人身份识别。

6. 门、急诊病情危重需转入病房住院的病人，由接诊医师联系病房，门、急诊护士和病房护士两人核对病人信息，最少两种识别方式，如病人姓名、性别、年龄、就诊卡号等，交接病人病情、治疗、药物等，双方在《病人转科交接登记本》上签名。

7. 需进行 MECT 治疗的患者，护士应严格执行患者身份识别的流程，对患者姓名、年龄、科室、住院号等信息进行确认。

三、转科交接病人身份识别制度

1. 急诊、病房、重症医学科、三无流浪医学观察病房等科室之间病人转科交接时，应加强病人身份识别，确保病人安全。

2. 检查病人腕带、生命体征、药物治疗等，整理病历、准备物品，据实填写《病人转科交接记录本》，必要时准备抢救物品，确保病人转运过程的安全。

3. 与接收科室进行详细交接，接收科室护士让病人或其家属陈述病人姓名，确认病人身份，并认真查看病情、皮肤、药物、检查等。无疑问方可在《病人转科交接记录本》上签字确认。

四、同名病人身份识别制度

1. 所有住院病人均佩戴手腕带，作为各项诊疗操作前识别病人的标识。

2. 如遇住院同名病人，应在治疗单上作警示标识，各项诊疗护理操作时，应使用床号、姓名、出生日期、住院号核对病人身份。

3. 门诊如遇同名病人，各项诊疗护理操作时，应采用姓名、年龄、住址及就诊卡号核对病人身份。

五、身份不明病人的身份识别方法

1. 医护人员接诊身份不明病人后由接诊医护人员为病人按“无名氏+数字序号”进行临时命名，如果有多名病人时按“无名氏 1、无名氏 2”等顺延。

2. 如病人住院，由住院收费处将病人的临时命名输入信息系统，获取住院号。

3. 如病人在住院期间身份已确认，应及时将信息系统中病人身份信息更改。

4. 当给病人用药、输血或血液制品、抽血标本、采集其他临床检验、检查标

本或进行其他任何治疗、操作、处置时，都必须用执行单与病人腕带上的姓名、住院号及就诊卡号核对，无误后方可执行。

（五）腕带身份识别管理制度

1. 为确保正确识别患者身份，预防患者不安全事件的发生，所有住院患者（包括门急诊留观室）除使用床头卡标识患者身份信息外，还必须佩戴腕带进行身份识别。

2. 凡使用腕带患者应标识以下内容：病室、床号、姓名、性别、年龄、住院号、过敏史。

3. 腕带信息实行双核对，腕带标识信息由责任护士填写，要求字迹清晰规范，信息正确，并由另一名护士核对无误后才能给患者佩戴，佩戴时向病人及家属说明目的及注意事项，若损坏或字迹不清晰需要更新时同样需要经两人核对。

4. 腕带佩戴部位首选左腕部，特殊情况可选择其他部位，松紧度适宜，以能容纳 2 个指头为准，且佩戴部位皮肤完整、无擦伤、无水肿、血运良好。

5. 精神科行为紊乱拒不配合使用腕带的患者要在护士站护理信息看板或住院病人一览表上作醒目标记，科室所有员工知晓。

6. 病人专科，由接收科室责任护士及时更换腕带相关信息，并双人核对确认。

7. 患者转院、出院，离开病房前为其剪除腕带。

8. 死亡患者保留腕带，便于遗体身份识别。

9. 本院要求使用腕带的科室：一病室、二病室、三病室、四病室、五病室（含三无流浪医学观察病房）、六病室、七病室、八病室、九病室、十病室（含康复治疗室）、十一病室（含重症抢救室）、十二病室、十三病室、十四病室、门急诊留观室、MECT 治疗室等。

（六）患者转科交接制度与流程

一、患者转科交接制度

1、凡因病情需要转科的住院患者须经转入科室会诊同意。转出科室与接收科室联系好床位，办妥转科手续后才能转科。

2、转入科室对转科患者应优先安排床位，及时接收转科病人。

3、如系危重患者，转入科室应按专科要求准备床位及抢救用设施、设备。

如转科过程中有可能导致生命危险者，应待患者病情稳定后，由转出科室医护人员护送至转入科室，并与转入科室值班人员（或主管医师）做好床边交接工作。转入科室应及时诊治或抢救，并按时完成接班记录。

4、患者转科前转出科室主管医师下达转科医嘱，完成转科记录。护士将本科室相关账目结算完毕后（转科前医嘱全部停止）。电脑发送转科信息，同时电话通知转入科室准备接收。

5、建立转科交接记录本，二级护理以下的患者由护士携带全部病历资料护送至接收科室，一级护理以上的患者需由医师和护士共同护送，病人送达后与接收科室值班人员做好交接，双方在转科交接登记本上签字确认（交接内容包括确认患者身份、病情、特殊治疗及药物、置入管道、皮肤情况等）。

6、转入科室接收患者，及时开出医嘱。

7、转出科室做好病房及床单位终末消毒。

二、转科交接流程

患者转科→转入科室会诊，同意并经主管医师批准→主管医师向患者（或家属）告知转科理由、注意事项及存在的风险→主管医师开转科医嘱并写好转科记录→护士通知转入科室做好准备→约定转科时间，通知病人和家属→转出科室派人护送患者到转入科室，危重患者转科必须由医师陪送→与转入科室进行病情、资料及相关事项交接→转入科室写转入记录。

（一）急诊科危重患者转科：急诊科医师评估患者病情，请转入科室医师会诊，确定患者需要转科，告知患者及家属，护士电话告知转入科室准备床位，安排医务人员护送，确保搬运安全；携带患者在急诊科就诊的病历资料，内容包括患者一般资料、病情、生命体征、置管情况、检查检验结果、急诊处置等特殊情况；与接收科室护士交接，并填写转科交接记录本，双方签字确认无误后方可离开。

（二）门诊患者转入住院病房：由医务人员护送，确保搬运安全；出示患者在门诊就诊的病历资料，认真与转入科室护士交接，内容包括患者一般情况、生命体征、意识状况、皮肤完整情况、治疗情况、置管情况等，填写门诊患者与病房交接记录本，双方签字确认无误后方可离开。

（三）病房与无抽搐电休克治疗室的患者交接：病房护士核对医嘱，确认患

者身份及 MECT 治疗项目，由科室医务人员护送患者至无抽搐电休克治疗室，确保患者安全；出示患者的住院病历；无抽搐电休克治疗单，与无抽搐电休克治疗室护士交接，内容包括患者身份、生命体征、术前准备情况及治疗中所需药品等，确认无误后，填写交接登记本并签名。

（七）护理查房制度

1 护理质量查房

（1）定期护理质量查房 由护理部主任主持，科护士长及相关护理质量管理委员会成员参加，每月 1 次以上，有专题内容，重点检查岗位责任制、规章制度、护理技术规范等落实情况，护理工作计划执行及服务态度等情况。保存查房的原始资料，做好查房总结分析，制定整改措施，追踪改进效果，记录完善。

（2）不定期护理质量查房 护理部主任(副主任)及科护士长经常到病区（部门）对护士长岗位职责落实情况 & 护理质量进行督导、沟通、及时了解、发现并解决问题。做好相关记录。

（3）节假日及晚夜班查房 护理部组织全院护士长参加节假日及晚夜班查房，每周至少 1 次，了解全院危、急、重症患者治疗护理情况，及时发现并解决查房中发现问题。做好相关记录。

2. 护理业务查房

（1）业务查房主要对象 危重患者、大手术患者、存在或潜在压疮患者（压疮评分超过标准的患者，院外带入 II 期以上压疮、院内发现压疮）、诊断未明确或护理效果不佳的患者、存在安全隐患的患者。

（2）具体方法 ①护士长、护理组长每日早查房时组织对危重患者、大手术前后患者进行查房。②护士长、护理组长定期或不定期组织对危重疑难患者进行查房。③护理部主任、科护士长有针对性地组织或参与科室查房，对患者护理提出指导性意见。护理部主任、科护士长的查房意见由责任护士简要记录于患者护理记录单。

3. 护理教学查房

（1）由护士长或教学组长主持，护生及护士参加，每月 1~2 次。

（2）查房内容 包括操作演示、案例点评、病例讨论等。

（3）查房情况记录于护理临床教学记录本上。

（八）护理会诊制度

1. 本专科不能解决的护理问题，需其他专科或多科进行护理会诊的患者，由护士长向相应专科病区（部门）或护理部提出会诊申请，填写会诊申请单。

2. 一般护理会诊，由被邀请护理单元指派具有相关能力的护理人员前往会诊；较为复杂的护理会诊，由护理部负责组织（医务、后勤、药剂、院感、设备等）和有关临床医师共同参与会诊。

3. 及时组织会诊，一般会诊在 24 小时内完成，紧急会诊即时执行。

4. 责任护士负责介绍有关病情、治疗、护理等方面的问题，参加人员对护理问题进行充分讨论，提出会诊意见和建议。

5. 做好会诊记录。对提出的会诊意见，简要记录于护理记录单并及时组织实施，观察护理效果。

（九）护理病例讨论制度

1. 病例讨论目的：①积累临床经验，培养学习兴趣，提高学术水平；②坚持讨论制度，提高书写质量；③加强讨论，减少不良事件发生。

2. 病例讨论内容：①疑难、危重、罕见病例；②死亡病例；③手术前后；④典型病例讨论示教。

3. 病例讨论组织与安排：①科内危重病例讲座由科室护士长组织，每月一次，责任组长汇报病人的一般情况及收集到的各种资料，之后针对其问题进行讨论，要求全科护理人员参加，人人发言。②对危急重症病例随时讨论，明确治疗、护理措施；③护士长参加讨论，总结经验，改进工作，吸取教训；④典型病例组织护生进行教学查房讨论；⑤讨论形式可单科进行，也可联科；⑥建立各种讨论登记本，一般病例讨论归入病历内，典型、罕见病例讨论应建立专门档案，作为学术资料保存。

（十）住院病历管理制度

1. 住院病历原则上由病房护士长负责安全管理，单线班时由值班护士负责，医护人员均按管理要求执行。

2. 住院期间的在架病历，应加锁保管、严格钥匙的交接，防止患者、家属或其他与本科室诊疗活动无关的人员翻看、窃取或抢夺病历。

3. 病历中各种文书均按顺序整齐排列，不得撕毁、拆散、涂改或丢失，用

后必须归还原处。

4. 病历一般不允许出病房，需要手术、特殊检查患者的病历应由相关科室医护人员负责携带。

5. 医护人员应按规范使用电子病历，落实工号、密码管理，严防病历信息泄露。

6. 患者出院或死亡后，病历按出院要求顺序排列整齐，送病案室保管。

(十一) 病危患者报告制度

1. 病区收治的危重患者，应以日报表形式向医院病案信息科上报有关信息。

2. 病区将需要护理部给予指导的病危患者信息报告（以电子版或纸质形式）护理部。

3. 护理部主任或科护士长接到报告后，及时组织护理专家到现场评估患者情况，提出指导性建议或组织护理会诊，指导性建议或会诊意见由责任护士简要记入患者护理记录单。

4. 到现场指导的护理专家在“病危患者报告表”上记录时间查房并签名。

5. 护理部随时追踪病危患者护理效果并进行年度统计分析。

6. “病危患者报告表”由护理部及病区各存档一份。

(十二) 护理新业务、新技术、新用具申报及准入制度

1. 护理新业务、新技术、新用具是指在本单位从未开展过的护理业务、技术及未使用过的用具的临床应用。

2. 建立护理新业务、新技术、新用具准入管理办法和申报、准入流程，未经批准不得开展。

3. 申报的项目应在核准的执业诊疗科目内，严格遵守相关卫生管理法律、法规、规章、诊疗规范和常规，不违背伦理道德。

4. 申报的项目应根据实际需要，具有先进性、科学性、有效性和安全性，有利于提高本单位护理质量，促进患者康复，减轻护士劳动强度等。

5. 护理新项目开展前应填写申报审批表（同医务部门），护士长提出申请报告经科主任签字同意后上报护理部，经护理部组织专家论证，报请分管院领导审批，伦理委员会通过，后方可开展。

6. 项目申请人对项目负有直接管理责任，对项目相关人员进行培训，考核合

格后方可开展。新护理用具、新型材料等申请时必须提交规范的证明材料并留复印件存档备查。

7. 护理新项目启动实施后，项目申请人应定期将实施情况向护理部汇报。

（十三）紧急情况下执行口头医嘱制度

1. 非抢救情况下，不允许开具和执行口头医嘱（含电话通知的医嘱），口头医嘱仅限于在难以或无法使用书面医嘱或电子医嘱的紧急情况下使用（如：紧急抢救、手术中、精神障碍患者突然自杀、自伤或攻击，需要紧急保护性约束等情况）。

2. 规范口头医嘱的必要内容，至少包含：患者姓名、床号、药品名称、给药途径、剂型剂量、频次，下达口头医嘱的时间，医师姓名或工号等。

3. 医师下达口头医嘱要清楚准确，护士必须对口头医嘱内容复述一遍，经医师确认无误后方可执行。

4. 护士在执行给药等口头医嘱时，需请下达口头医嘱医师再次核对药物名称、剂量及给药途径，确保用药安全；保留用过的药品包装、空安瓿、输液瓶等以备抢救结束后再次查对。

5. 护士应将口头医嘱内容及时记录于抢救用药记录本上，医师应于抢救结束后6小时内将抢救过程中的所有口头医嘱补开为书面医嘱（或电子医嘱）。

6. 护士及时处理补开的医嘱，及时取回药物，完成抢救车内基数药物补充，并登记。

7. 医师未按规定下达口头医嘱，护士擅自执行口头医嘱的行为视为违反医疗工作制度，一经发现将按相关规定处理，造成医疗质量安全事件者，将严肃查处。

（十四）医嘱处理核对制度

1、医师下达医嘱，主班护士确认医嘱的准确性，如有疑问，则向下达医嘱的医师或主治医师核实，确认无误，错误医嘱纠正后再处理。

2、处理医嘱原则：先临时后长期，先处理需立即执行的医嘱，再处理一般医嘱。打印或抄写治疗本、治疗卡、服药牌，写黑板提示，通知责任护士。

3、责任护士与主班护士共同查对医嘱及各种治疗卡、辅助检查单及黑板提示。

4、责任护士按治疗处置要求准备用物、药物，并请第二人核对，服药卡交

药房摆药后，取药护士在药房负责核对，核对无误后将药物取回。

- 5、责任护士发药、注射、处理前再次核对，携用物至患者床旁。
- 6、识别患者身份，与患者解释说明，执行治疗处置。
- 7、发药、注射、处置后再次核对。
- 8、执行人签名及执行时间。
- 9、观察治疗处置效果及反应。

（十五）健康教育制度

1. 护理人员必须对住院及门诊就诊患者进行一般卫生知识宣教及疾病健康教育。

2. 采取多种形式的健康教育方法，如文字宣传（板报、宣传栏、健康教育单）、视听教材（多媒体、幻灯、投影、录像、广播）、展览（模型、图片或实物）等，根据具体情况选择个别指导、集体讲解、召开座谈会及候诊区域的宣教。

3. 住院患者健康教育内容主要包括：医院规章制度、病区设施使用方法、一般卫生知识、专科疾病知识、药物知识、饮食知识、手术前后知识、检查知识、出院指导等，其健康教育内容应根据患者疾病的不同阶段、实际情况进行相应的宣教，将健康教育融入临床护理工作中。

4. 门诊患者健康教育内容主要包括：①一般指导（休养环境、心理调适、体能锻炼、饮食营养等）。②保健知识（妇幼保健、计划生育等）。③常见病、多发病、季节性传染病的防治知识。④常用急救知识。⑤专科诊疗指导（检查、标本留取、复查等）等，根据情况确定相关主题。

5. 根据健康教育对象需要及接受能力制定合适的计划；宣传板报、宣传栏主题定期更换，内容贴近临床；健康教育效果有反馈，记录相关内容并存档。

（十六）膳食管理制度

1. 患者的饮食种类由医师根据病情决定，医师下达医嘱后，护士及时通知营养科，按规定做好饮食标志。同时，告知患者或家属所需饮食种类。

2. 凡禁食患者，应在饮食卡与床头牌上设有醒目标识，告知患者及其家属禁食的原因和时限。

3. 向患者说明治疗饮食的目的。因病情需要禁忌或限制食物的患者，其家属送来的食物需经医护人员核实后方可食用。

4. 注意饭菜保暖，运输途中要加盖防污染。
5. 开餐前停止一般治疗，禁止打扫室内卫生，保持室内清洁、整齐、空气清新。
6. 开餐人员要洗手、戴口罩并保持衣、帽整洁。
7. 开餐用具每餐后及时清洗，保持干燥。传染病患者餐具单独处理。
8. 评估患者自行进食能力，危重患者及不能自行进食者。应予以协助或喂食，观察进食后的反应，防误吸与窒息，餐后做好口腔护理，必要时做好记录。
9. 观察患者饮食情况，鼓励进食，增加营养。随时征求患者意见，及时与营养室保持联系。

（十七）药品管理制度

1. 病区设专人负责药品管理，随时接受药学部人员的检查、核对与指导。
2. 各病区药品应根据需要定基数，适量领取，防止积压。不得使用过期、变质药品，工作人员不得擅自挪用科室药品。
3. 根据药品的种类与性质将外用、口服、注射、静脉用药分别放置、分类保管，方法正确。药物标签规范、完整、清晰。标签不清或有涂改时不得使用。
4. 每周定期全面清理药柜，清点药品数量、检查药品质量等，如发现沉淀、变色、过期等药品必须立即封存（或销毁），若发现药品其他异常情况，报告相应的管理部门，查找原因。
5. 所有针剂及口服药必须存放在原装盒（瓶）内。
6. 10%氯化钾、10%氯化钠等高浓度电解质制剂、肌肉松弛剂、细胞毒性等特殊药品应分别单独存放，有醒目标识。
7. 患者的贵重药品及专用药品，应注明床号和姓名，单独保存。因患者出院、死亡或其他原因停用药物时，应及时清理退回药房。
8. 毒、麻、精药设专柜（屉、箱）存放并加锁，按需要固定基数，使用后由医师开出处方，向药房领取，每班交接清楚。
9. 麻醉药品、第一类精神药品严格按照《麻醉药品和精神药品管理条例》进行管理，具体要求如下：
 - （1）固定基数、标签清晰。专柜存放并双锁保管。做到“五专”（专用处方、专用账册、专本登记、专人管理和专柜加锁）管理。设麻醉药品交接班本，班班

交接，帐物相符，如有误差及时追查。

(2) 麻醉药和第一类精神药品使用后保留空安瓿，与处方一同交接。如有剩余药液，需经第二人核对后方可废弃并登记。

(3) 麻醉药柜的钥匙单独保管，由专人随身携带，班班交接。

10. 药品效期管理：

(1) 药品效期近的先使用，效期远的后使用。

(2) 对药品效期进行警示标识，6个月内的白色标识，3个月内的黄色标识，1个月内的红色标识。

(3) 各病区治疗室张贴效期药品一览表，对效期在6个月内的药品进行登记公示。

(4) 效期在一个月内的药品予以下架处理。

(十八) 常用仪器、设备和抢救器材管理制度

1. 护士长全面负责仪器、设备和抢救物品的领取、保管及报损等管理工作。建立账目，定人分类保管，定期检查，做到帐物相符。

2. 各类器材指定专人管理。抢救物品五固定两及时：定人保管、定品种数量、定位放置、定期核对、定期消毒；及时检查、及时维修，贵重物品每天清查核对，一般物品每周清点核对。

3. 凡因违反操作规程而损坏物品，应根据医院赔偿制度处理。

4. 随时保持急救物品（呼吸机、监护仪、除颤仪、心电图机等）整洁，性能良好，处于应急备用状态。

5. 借出仪器、设备必须办理登记手续，经手人签名。重要器材，经护士长同意后方可借出，抢救器材一般不外借。

6. 护士长调动时必须办好移交手续，交接双方共同清点并签名。

7. 医疗器械由专人负责保管，督促和协助设备科定期检查、保养、维修、保持性能良好。

8. 建立仪器设备三卡（操作程序卡，体检卡、状态卡）管理。使用时，必须了解仪器设备的性能，严格遵守操作规程，用后妥善消毒备用。仪器设备应每周检查，记录性能状态，状态良好的挂“正常”卡，使用中的仪器发生故障应及时更换，申请维修，并挂“故障”卡。

9. 精密仪器必须指定专人负责保管，用完由保管者检查后签名。

（十九）一次性医疗用品使用管理制度

1. 必须使用质量验证合格的一次性医疗用品。
2. 加强对一次性医疗物品的管理，正确存放，防止受潮、破损、污染。
3. 在使用一次性医疗用品前，必须检查有效期及有无破损。
4. 一次性医疗用品使用后必须按要求消毒、毁形处理，由指定单位统一回收。
5. 领取一次性医疗用品时，必须有护士长签字。领取数量保持一定基数，科室不得超量存放，以防止过期或污染。
6. 在使用一次性输液（血）器、注射器发生感染、热源反应或有关不良事件时，应立即停止使用，按规定进行登记，并报告采购部门，对同一批次的产品进行追踪处理。
7. 采购部门应严格执行一次性医疗用品验收制度，使用一次性输液（血）器、注射器登记帐册，记录每次到货数量，生产厂名、产品批号、消毒日期和有效期，登记人签名。
8. 所有一次性物品按规定使用，不得重复使用。未经批准不得在临床试用任何无生产批文及质检合格证的产品。

（二十）住院患者管理规定

1. 自觉遵守医院规章制度，听从医护人员指导，配合治疗时间安排，住院期间不得擅自外出，否则医院将按病人主动出院办理，且一切后果由病人自负。
2. 保持病室清洁，整齐，安静，舒适，严禁在病区（房）吸烟，高声喧哗，聚众聊天，打牌，向窗外倒污水，乱扔纸屑，果皮等不文明行为。患者不得私自互换病房。
3. 携带物品尽量从简，不可使用电饭锅，电热杯及电炉等电器，否则由此引起的断电现象而延误病人抢救用电导致后果由当事人负全责。不得携带贵重物品进入病房，否则发生丢失等意外医院不承担任何责任。
4. 治疗上听从医护人员指导，不私自请医生会诊，不私自用药，对诊断、治疗有异议请与主管医师及时沟通。
5. 遵守科室规定作息时间，查房、治疗、注射、测体温、开饭、发药时不得离开病房。

6. 不得擅自进入医、护办公室，不得翻阅病历及其他医疗记录，若有疑问请与主管医师或主管护士联系，咨询。

7. 请爱护公物，自觉节约水电，尤其是做到室内开空调请关好门窗，开窗通风时请关闭空调。如有损坏公物，按规定赔偿。

8. 住院饮食，由医生根据病情开具饮食医嘱，食用本院食堂提供的伙食。

9. 注意文明用语，病友间相互关爱，帮助，互相尊重。

10. 病房应定期举行工休座谈会（每月一次），征求患者对医疗、护理、饮食、卫生、服务态度和病房管理意见，改进工作，并向患者宣传医院规章制度和住院须知。

11. 遇有突发事件，服从医院统一安排，配合做好病、伤员的抢救和转运工作。

（二十一）精神科患者开放管理制度

1. 经治医生根据病人的症状表现和精神科分级开放标准，确定开放等级并开具医嘱。

2. 严格执行开放标准，填写“开放护理单”，责任监护人（家属、单位或亲属等）签名。

3. 开放外出病人必须穿病员服，明确返回时间，按时返回。

4. 外出及回病室时护士必须清点人数；一旦发现外走应立即追寻并及时报告。

5. 开放病人必须在规定范围内活动，不得擅自离院，禁止到不安全地方活动，禁止将违禁物品带入病房，禁止给其他病友带东西。

6. 设立病人小组长，病友间团结互助，发现异常情况及时向医务人员反映。

7. 开放期间病人病情变化或有违反规定行为时，应及时采取措施、并终止开放。

8. 教育病人爱护院内花草、树木及公共财物。

9. 开放级别及范围：

一级开放：在规定区域内由工作人员组织并带领活动。活动范围如工疗室、花园。

二级开放：在规定时间由工作人员带领，到医院内规定区域活动；或在工作人员带领下，到院外参加集体活动。

（二十二）精神科探视制度

1、探视时间:为了让患者安心接受治疗,原则上入院后前2周应避免探视,此期间患者亲属可通过电话了解有关情况。2周后亲属探视时间为每天下午15:00-16:30(夏季)/14:30-16:00(冬季)请家属提前与患者的主管医生联系,非探视时间不能进行探视。

2、家属探视时带来的物品须先交给护士进行安检,下列物品探视时不能带入病房或交给病人:各类利器如刀、剪等;玻璃、陶瓷等易破碎制品;皮带及带绳索的物品;金属材料的物品如金属衣架、铁桶等;易燃易爆物品如鞭炮、打火机等;刺激性食品如酒、槟榔、咖啡;各种佩戴的饰品如项链、手镯等;糖尿病患者不能送含糖食品。

3、家属探视时人数宜在3人以下,未成年人不能单独探视,避免发生意外;探视时病人出现情绪波动或行为异常,应迅速告知医务人员,采取相应措施。探视时不要将贵重物品交给患者如现金、首饰等,如有遗失,医院将不予赔偿。

4、探视时请不要带宠物进入病房内,家属应在科室规定的区域探视,不能随意进入患者卧室(卧床者除外),并保持探视间的环境整洁,不乱丢果皮纸屑,也不要再在探视室内抽烟。家属探视期间病人的安全由家属负责,严防意外情况发生。

5、为保护住院病人的隐私和权益,家属探视时请不要给其他住院病人打电话、发短信或处理其他事项。

6、为了保障用药安全,家属带来的药物必须经主管医生检查同意才能交给护士使用,不得交给患者本人,更不能在病房内实施宗教、迷信活动。

7、病情不稳定的患者暂缓探视,此期间家属可通过电话了解有关情况。

8、特殊情况如需带病人外出,必须经其主管医生和病房负责人同意并按要求填写请假条,并交清相关费用方可带病人外出。

9、探视结束后请将病人交给工作人员方可离开。

(二十三) 探陪人员管理制度

1. 患者是否需要留陪人由主管医师根据病情决定,同时尊重患者及其家人的意愿,一名患者最多只能留一个陪人,发给陪护证。重症监护室(含专科监护病房)、医学观察病区(室)一律不留陪人。

2. 在查房及治疗检查时间,督促陪人暂时离开房间,如需了解患者情况,查

房结束后可向医护人员询问。

3. 陪人必须遵守医院规章制度，不得擅自翻阅病历和其他医疗记录；不私自将患者带出院外；不在病室内谈论有碍患者健康和治疗的事宜；不坐卧在患者床上。

4. 保持病室清洁、安静。陪人不得在病室内吸烟，不随地吐痰、丢纸屑和往窗外泼水丢物，爱护公物，节约水电。

5. 在医护人员指导下，陪人协助做好患者的生活护理、思想工作、倾听患者的感受，不得干涉医疗工作，不私请院外医师会诊。

6. 探视者按照医院规定的时间探视，学龄前儿童不宜带入病区，每次探视不得超过 2 人。

7. 危重患者家属可持病危通知书随时探视。如病情不宜探视，应向患者及亲友作好解释宣教工作。特殊感染、传染病患者一般不予探视和陪伴。

8. 陪人违反院规或影响医院治安，经劝说教育无效者，取消其陪护资格，与有关部门联系处理。

9. 探视、陪人损坏、丢失医院物品的，应照价赔偿。

（二十四）精神科患者物品保管制度

1. 护士负责保管好病人住院期间的生活物品，防止损坏或遗失。

2. 病人入院时，护士应逐项检查、登记生活用品及衣物，并作好标记。建立“病人存物登记本”，收存与取物双方签名，以备查证。严防违禁物品带入病房。

3. 贵重物品由护送人员清点签字后带回，特殊情况由护士长签名留存。

4. 家属探视时带入的食品存放于食品柜内，每日由护士按时发放。食品柜每日用消毒液擦拭。

5. 根据季节存放病人衣物，必要时与家属联系，调换衣服。

（二十五）护理告知制度

1. 患者有权了解有关的治疗、护理信息，也有权接受和拒绝治疗。护士应和患者及其家属保持良好的沟通，增进护患信任。

2. 护士在实施护理操作前，应向患者及家属进行说明，使其了解治疗的过程、潜在的危险、副作用和预期的后果等，以取得相应的配合。

3. 进行复杂的侵入性操作前（如 PICC 等）前，应告知患者或家属该操作的

目的、操作过程、潜在危险等，患者或家属理解并签署书面同意后，护士方可进行操作。

4. 护士应使用患者或其家属能够理解的语言和方式说明相关诊疗信息，对患者反馈的意见予以确认，必要时做好记录。

5. 对患者进行安全告知，如热水袋安全使用，电插座的使用规定、防火安全、防盗安全、安全警示、防跌倒警示、不得外宿、保管好自己的贵重物品等。

6. 应用保护性约束时，必须严格掌握指征，告知患者或家属（患者清醒时告知患者）约束的目的，认真做好护理记录。

7. 因病情危重致患者不宜翻身或家属坚决拒绝搬动患者时，应告知患者及其家属其后果，并请家属签字，护士认真做好护理记录。

8. 无论何种原因导致操作失败时，应礼貌道歉，取得患者谅解。

9. 及时解答患者及家属提出的各种质疑或询问，如本人无法解答者，可问护士长或科主任请教。

（二十六）护理人力资源紧急调配制度

1. 紧急情况下的护理人力资源调配

（1）遇各种突发性的事件、大抢救、特殊病种（病例）及短时间内患者数量激增，需要临时调配护士时，全院在岗护士要服从统一安排。

（2）凡临床科室（含门诊）遇到以上情况，科室护理人员立即报告护士长，护士长报告护理部，由护理部进行人员调配，并向分管领导汇报。

（3）当科室遇到紧急情况，护士长应立即启动科内应急预案，安排各班或二线班人员到岗，并保持联络通畅。必要时全科护理人员参与，服从统一调配。

（4）各科室护士长、护士要有全院一盘棋的观念，当某病区由于疾病、意外、紧急状态等造成护理人力严重不足的紧急情况时，护理部可抽调其他科室护士给予支援，其他科室不得随意拒绝。

（5）节假日及非正常上班时间，护士长不在班时，护理部有权直接调配在班护士，被抽调人员的科室护士长要统筹安排好科室工作，保障常规护理工作正常运行。

（6）护理人力资源调配第一梯队为在岗护士、护士长。第二梯队为非在岗的护理人员（含休假及护理人力资源储备库的机动人员）。

(7) 被调配护士在接到应急电话后要及时到位(当班人员 5 分钟内, 当日休息人员 20~30 分钟内), 不得耽搁、推诿。

(8) 如遇涉及多科室(部门)的突发事件, 大型抢救等情况, 护理部应成立应急小组, 现场指挥、协调各项工作。

2. 非紧急情况下的护理人力资源调配

(1) 当出现值班人员不适应工作需要时(如生病), 首先由护士长进行科内调配人员, 如果科室调配人力有困难, 再报告护理部调配人员。

(2) 科室因病人增加或开展新业务、新技术, 导致工作量增加时, 护士长应及时提出增加人员申请, 经护理部核实后再补充护理人员。

3. 护理部应有计划、有组织、系统的对护理人力资源储备库的人员进行相关业务技能培训, 提高实践技能及应急能力。

4. 每次紧急调配人力后, 及时总结, 分析效果, 对主动参与应急事件处理, 积极救治患者的有功人员予以表彰, 调整应急梯队人员。

(二十七) 突发公共卫生事件应急管理制度

1、护理部制定突发公共事件应急处理方案。其内容包括护理应急队伍成员及职责、紧急状态下护理人力资源调配方案、抢救药械、应急或隔离病区(部门)、医务人员职业防护用物准备等。

2、对护理应急队伍成员进行抢救技能的培训与应急演练。

3、执行突发公共卫生事件报告程序

(1) 护理人员发现或接到突发公共卫生事件信息时, 应立即报告护理部或医院总值班。报告内容包括突发事件发生的时间、地点、原因、伤情(人数、严重程度等)及已采取的救护措施等。

(2) 护理部接到报告后应立即向院领导报告, 同时立即启动突发公共卫生事件应急处理方案。

4、应急处理

(1) 服从院领导安排, 积极进行相关准备, 如调配人员组成护理应急抢救队、通知相关人员处于备战状态等。

(2) 指定专人准备和落实应急医疗设备、器械、药品、通讯器材等, 做好出发前的一切准备。

(3)在现场救护过程中，服从统一调配，互相配合，尽量将损害降至最低程度。

(4)及时收集、上报抢救工作情况，任务完成后及时进行总结。

(二十八) 医疗废物管理制度

1、医院设置负责医疗废物管理的监控部门和专（兼）职人员。

2、医院感染管理部门对全院医疗废物处置的环节进行监督和指导，医务科、护理部等职能部门及临床科室负责人积极配合，做好各自管理范围和环节的医疗废物处理工作。

3、严格按照“谁使用、谁主管、谁污染、谁负责”的原则，各医疗废物产生点必须设兼职人员进行管理，在医疗废物产生源头做好分类工作，严禁将生活垃圾和医疗废物混装。

4、各科室医疗废物的分类收集、暂时储存、运送与处理符合管理规范。

5、相关职能部门指定专职回收人员按要求做好全院医疗废物的收集、运输和临时存放工作。禁止医疗机构及其工作人员转让、买卖医疗废物。

6、医院应对专职回收人员进行医疗废物处置和防护知识培训，对各医疗废物产生点的分类、收集情况进行检查、统计，将医疗废物的分类、收集、运输、存放等各项工作的职责细化并落实到人。

7、医疗废物专职回收人员工作时，必须佩戴必要的防护用品，按有关要求采取防护措施，佩戴工作牌。

8、专职回收人员每日收集医疗废物 1~2 次，在废物产生点必须做好双方交接登记手续，在废物袋上挂相应的标识牌。

9、密闭式（容器、塑料袋均应封口）运送医疗废物。严禁超载运输，防止有害物质泄漏或掉落造成危害。

10、禁止在非收集、非临时存放点倾倒、堆放医疗废物。在处理医疗废物过程中，不能将医疗废物和非医疗废物混合；如有混合，整个混合物视为医疗废物处理。

11、医疗机构设置医疗废物固定临时存放点，配备暂时储存设施、设备；存放容器必须加盖，不得露天存放；存放点应加锁，设专人管理。医疗废物暂时储存的时间不得超过 2 天。

四、护理质量与安全管理制度

（一）护理质量管理体系

1. 成立由分管院长、护理部主任（副主任）、护士长组成的护理质量管理委员会，负责护理质量的全面督导、检查。
2. 负责制定各项质量检查标准及质控工作目标计划，定期组织检查，发现问题及时反馈。
3. 质量委员会成员定期召开会议，总结质量检查中存在的问题，分析原因，提出改进措施并反馈到全体护士。
4. 实行护理部、科护士长、护士长三级质量管理，科室质控小组每周抽查两次，护理部每月抽项查，每季全面查，并有记录。
5. 将质量检查结果及时反馈给当事人，并以书面形式反馈给相应科室。
6. 科室根据存在问题和反馈意见进行改进，并以书面形式汇报护理部，以达到持续改进的目的。
7. 护理工作质量检查结果作为科室进一步质量改进的参考及护士长管理考核重点。
8. 护理部每月组织护理质量及安全分析会，对存在的问题进行原因分析、提出整改措施并追踪评价，每半年度、年度对全院护理质量分析总结和评价。

（二）护理文书质量管理体系

1. 护理人员要严格执行《湖南省医疗机构护理文书书写规范》。
2. 护理质量管理委员会护理文书小组负责制定本院护理文书质量评价标准，并定期组织护理人员进行培训。
3. 护理文书记录内容应真实、准确、客观、项目齐全、字迹工整、清晰，无错别字，格式正确，无漏项。
4. 书写要实事求是，对患者负责，能提供必要的法律依据。
5. 护理人员做好工号、密码管理，确保电子文书的安全。
6. 质控方法：
 - （1）护理部每月组织护理文书小组成员对各护理单元护理文书进行质控检查。
 - （2）每季度全面检查时，每病区抽取 5 份病历查体温单、医嘱单、护理记

录单、提问值班护士有关基本知识。

(3) 检查中发现的问题当场反馈给科室，科室做好记录并提出改进措施上报护理部。

(4) 护理文书书写合格率 $\geq 95\%$ 。

(三) 危重患者风险评估制度

对危重患者进行科学的评估，协助医生做出科学的治疗计划，当患者病情变化时，护理人员应当及时进行风险评估及处理，保障危重患者生命安全，结合我院实际情况，制定危重患者风险评估制度。

1. 评估对象

- (1) 新入院的危急重症患者。
- (2) 住院期间突发病情变化的患者。

2. 评估形式

根据患者病情变化及时评估，再评估。

3. 评估程序

(1) 责任护士对危重患者进行护理风险评估，及时填写护理记录，危重患者发生病情变化时，立即报告医师并协助处理。

(2) 危重患者发生特殊情况，责任护士难以评估及处理时，应及时向护士长请示，必要时可申请护理会诊，集体评估。

(3) 所有的评估结果应告知患者或其监护人，患者不能知晓或无法知晓的，必须告知患者委托的家属或其直系亲属。

(4) 对症状危急、有生命危险的患者延时评估，实行先抢救后评估，评估时以保证患者安全为原则。

(5) 护理部定期实施检查、考核、评价和监管危重患者护理风险评估工作，对考核结果定期分析，及时反馈，落实整改，保证护理质量。

(四) 患者噎食、窒息防范制度

1、统一开餐的科室设有防噎食专座，专人看护。

2、进行风险评估，高危患者坐专座进餐。

3、患者进餐时，严密观察并劝导患者细嚼慢咽，酌情协助，防止噎食，对噎食者早发现、早急救。

4、对暴食和抢食患者，安排单独进餐，劝其放慢进食速度。

5、对年老或药物反应严重，吞咽动作迟缓的患者给予软食或无牙饮食，必要时予以每口少量喂食，专人照顾。

6、发现噎食者，就地急救，分秒必争，立即有效清除口咽部食物，疏通呼吸道，同时通知医生。具体采取：

（一）一抠二置的方法；

1、一抠是用中、示指从患者口腔中抠出或用食管钳取出异物。

2、二置是将患者倒置，用掌拍其后背，借助于震动，使食物松动，向喉部移动而掏出。

（二）海姆立克急救法：

1、抢救者站在病人背后，用两手臂环绕病人的腰部。

2、一手握拳，将拳头的拇指一侧放在病人脐上的腹部。

3、用另一手握紧拳头、快速向上向后冲击压迫病人的腹部。

4、重复以上手法直到异物排出。

（五）预防跌倒/坠床管理制度

1、定期检查病房设施，保持床单位设施、轮椅、平车等性能完好、安全，杜绝安全隐患。

2、病房环境光线充足，地面平坦干燥，洗手间及病人活动区域拖地后应有防滑警示标志，厕所及走廊有扶手，无障碍物。

3、值班护士动态评估病人容易跌倒的高危因素（年纪>65岁，无人照顾的年老体弱患者，<7岁小儿、曾有跌倒史、意识障碍、视力模糊、虚弱头晕、肢体功能障碍、长期卧床、躁动等）并记录于护理记录单上。

4、对高危因素评分 ≥ 45 分容易跌倒、坠床患者，在病人床头悬挂“防跌倒”、“防坠床”警示牌，同时告知患者或家属如何防范的措施，并列入交班内容，必要时留家人陪护。

5、服用镇静、安眠药的患者未完全清醒时，不要下床活动，服用降糖、降压、抗精神病等药物的患者，注意观察用药后的反应，预防跌倒。

6、术后第一次小便，应鼓励患者在床上小便，确实需要起床小便时，应有人在床旁守护，防止因直立性低血压或体质虚弱而跌倒。对长期卧床、骨折、截

肢等患者初次下床行走时，应有人守护，并告知拐杖等助行器的使用方法。

7、对于躁动不安、意识不清、年老体弱、婴幼儿以及运动障碍等易发生坠床的患者，置护栏等保护装置，对照顾者给予相关指导。

8、加强巡视，及时回应患者的呼叫。

9、发现患者不慎坠床、跌倒，值班护士立即赶赴现场，同时马上通知医生。如病情允许，将患者移至患者床上或抢救室，对患者的情况作初步判断，测量BP、P、R、意识，判断患者有无皮肤擦伤、骨折等。

10、医生到达现场后，协助医生进行检查，为医生提供信息，遵医嘱正确处理，包括检查和治疗。

11、填写护理不良事件报告表（跌倒/坠床报告表），上报护理部，若无家属在场，应设法立即通知患者家属。

12、记录事件经过及病人情况。

（六）自杀/自伤风险防范制度

1. 做好入院风险评估，有自杀、自伤风险的患者床头挂警示标识。

2. 中重度风险者列入重点患者名单，在医护办记事栏中显示，提醒各班注意

3. 有严重自杀、自伤企图的患者安放在一级病室内，24h 重点监护、当班护士应熟知患者病情，做到“十知道”。

4. 对严重自伤、自杀行为的患者，可根据医嘱予以保护性约束，必要时可请家属陪护，严格交接班，加强病情观察，重点巡视。

5. 轻度风险者安排在二级护理病室内，二级护理患者评估为重度风险者，应先安置在便于观察的重点病室，并提醒医生及时更改护理级别。

6. 每日对防自杀、自伤的患者进行常规安全检查，及时查收危险物品。

7. 患者一发生自杀、自伤行为，应按自杀、自伤患者应急处理预案执行。

（七）暴力攻击风险防范制度

1. 做好入院风险评估，有暴力攻击行为风险的患者床头悬挂警示标识。

2. 中、重度风险者列入重点患者名单，在医护办记事栏中显示，提醒各班注意。

3. 有严重攻击行为企图的患者安排在一级病室或专用隔离室，24 小时重点监护；当班护士熟知患者病情，做到“十知道”。

4. 掌握与暴力行为患者的接触方法和技巧。
5. 对有明显伤人、毁物行为者，劝阻无效时，遵医嘱给予保护性约束。
6. 密切观察病情，注意患者的言行举止，提高警惕，防止意外事件发生。
7. 每日行安全检查，及时查收危险物品，防止患者将其做为伤人毁物的工具。
8. 患者一旦发生攻击行为，应按攻击行为应急处理预案执行。

(八) 擅自离院（外走）风险防范制度

1. 做好入院风险评估，有外走企图或行为患者的床头悬挂警示标识。
2. 中、重度风险者列入重点患者名单，在医护办记事栏中显示，提醒各班注意。
3. 对有强烈外走企图或行为的患者应安置在一级病室内，严密观察其病情动态，当班护士熟知患者病情，做到“十知道”。
4. 对有外走企图的患者，严格交接班，清点人数时作为重点；在外出检查、治疗、活动时由专人护送，注意途中安全。
5. 了解患者出走的原因和常见的出走方式，采取针对性的防范措施。
- 6) 一旦发生外走行为，按外走患者应急处理预案执行。

(九) 预防管道滑脱管理制度

- 1、各种管道均应妥善固定，连接处连接紧密，固定带松紧适宜。
- 2、向患者及家属说明留置导管的目的是重要性，指导患者保护导管的方法，防止意外脱出。
- 3、全面评估患者病情，对意识不清、躁动患者，根据医嘱可酌情给予约束措施。
- 4、患者在活动或护理人员为患者翻身、移动时，活动幅度不宜过大，避免导管受牵拉。
- 5、按要求进行巡视，严格交接班，检查导管位置、深度、固定方法及引流情况。
- 6、当患者发生管路滑脱时，应按如下要求进行处理：
 - (1) 迅速采取补救措施避免或减轻对患者身体健康的损害或将损害降至最低。
 - (2) 立即向护士长汇报。按护理安全(不良)事件上报程序上报至护理部，详细记录导管类型、发生管路滑脱的具体情况、应急处理措施、有无并发症等。

(3) 护士长要组织科室护士认真分析讨论，制定改进措施，以防各种管路脱落，不断改进工作，保证护理安全。

7、鼓励积极上报管路滑脱事件，发生管路滑脱的科室有意隐瞒不报，发现后与科室绩效考核挂钩。

8、护理部定期进行分析及预警，督促防范措施的落实，不断改进护理质量。

(十) 预防压疮管理制度

1、对高危患者进行压疮危险因素评估，采取针对性的预防措施。

2、对难免压疮患者填写难免压疮申请表（以强迫体位及心力衰竭等病情严重或特殊，医嘱严格限制翻身为基本条件，并存在大小便失禁、高度水肿、极度消瘦三项中的一项或几项可申报难免压疮）。护理部指定专人核实、指导、追踪，必要时组织会诊。

3、保持床单位清洁、干燥、平整，对大小便失禁患者注意肛周及会阴部皮肤护理。

4、对长期卧床者，定时更换体位，1-2 小时翻身一次，按摩骨隆突处或受压部位。

5、瘫痪患者或病情不允许翻身的患者，可用气垫床或多功能按摩床垫，骨隆突处或受压部位可使用减压贴等缓解局部压力。

6、加强营养，增强机体抵抗力。

7、除带入压疮及难免压疮外，不得发生新的压疮，因护理不周发生的压疮每例扣除科室护理质控分 3 分。

8、对已发生压疮者，要填写压疮病人上报表，报护理部。

9、对已发生的压疮，根据分期进行处理，并作好护理记录及交接班。

(十一) 压疮风险评估与报告制度

1、压疮风险的评估：

对瘫痪、卧床、意识不清、兴奋躁动、大小便失禁、水肿、痴呆、营养不良、高龄老人、病情危重、约束、严重行为紊乱、强迫体位者入院当天内必须完成初次评估（用 Braden 量表），中、高风险患者每季度评估一次，当病情发生变化时随时评估。

2、压疮报告制度：

①一旦病人评估值为高危（Braden 量表 ≤ 12 分）及以上者责任护士应向护士长报告，并悬挂警示标识；极高风险者（Braden 量表 ≤ 9 分）及符合难免压疮申报条件者，科室应向护理部报告。

②院内发生或院外带入压疮，须报告科室护士长，并在 24 小时内报告护理部。

③难免压疮、院外带入及院内发生的压疮，均须填写好《压疮及压疮高危患者登记表》上交护理部。

④护理部收到科室报表后 24 小时内到科室核查并跟踪指导，如科室隐瞒不报，一经发现，按护理质量管理相关规定处理。

⑤护理部每月统计院内、院外压疮数并进行分析汇总，提出持续改进措施，降低压疮发生率。

（十二）重管室（隔离室）病人护理安全制度

1. 病人入住重管病室，护士要进行安全检查，严防危险品、限制品带入。
2. 每日对重管病室环境及床单位等做安全检查，每周 2 次安全大检查。
3. 重管病室病人必须在工作人员视野内活动，消极病人不单独安置在房间内。
4. 重管病室病人会客时必须在工作人员视野内，家属带来的物品要经工作人员检查后才能转交病人，防止危险品带入。
5. 病人进餐时要密切观察病人的进餐情况，防止抢食、窒息等意外事件的发生。
6. 重管病室工作人员要保持高度警惕性，不擅离工作岗位，必须离开时应做好交接。
7. 非重管病室工作人员不得在重管病室内闲谈，以免分散工作人员的注意力，注意保持病区安静。
8. 约束病人严格按照约束保护制度执行。

（十三）护送病人外出管理制度

1. 遵照医嘱确认患者的身份，核对检查项目的准备事宜完成情况。
2. 由主管医师对病人进行风险评估，病人离开病区时一定要穿医院病号服。
3. 一般风险病人由护士通知护理员（或护工）接送，病人必须穿病员服，采用一对一护送，护士要交待清楚病人的主要病情和注意事项。

4. 存在外跑、自伤自杀等高风险病人暂缓外出检查，必要时通知家属与医护人员共同护送。

5. 护送途中要密切观察、前后呼应，病人必须在工作人员的视野内，特别是分叉路口、转弯处要设立观察岗，密切注意病人的动态。

6. 外出期间不得让病人接触各种危险物品（如刀剪、绳索、玻璃等），不得让病人靠近危险地带（如露台、门口、窗台等），防止病人跳楼、逃跑或自杀自伤，随时观察病人的反应，保证病人检查途中的安全。

7. 每位工作人员每次只能带一个病人外出检查，且整个外出检查过程中，护送人员不得离开病人身旁，病人上厕所时工作人员也必须陪同。对不合作的病人又必须马上做检查时应由 2 个以上工作人员一起护送，检查完毕后及时将病人送回病房并与护士做好交接。

8. 护送人员注意力要集中，不得与其他工作人员闲谈。

9. 病人进出病区时护士要认真清点人数，做好交班。

10. 病区护工不得擅自送病人或开门放病人出病区。

11. 外出病人数在 2~10 人时应至少有 2 位工作人员护送；病人数>10 人时应至少有 3 位以上工作人员护送或分批护送，确保病人安全。

（十四）护理投诉管理制度

1. 凡是在医疗护理工作中，因护理质量、护士态度等原因引起患者和家属不满，以书画或口头方式反映到护理部或由有关部门反映到护理部的意见，均为护理投诉。

2. 护理部设专人接待护理投诉，认真、耐心倾听投诉者的陈述及要求，安抚投诉者，做好解释说明工作，避免引发新的冲突。

3. 护理部设护理投诉登记与处理本，记录投诉事件的发生原因、分析和处理经过及整改措施。

4. 护理部接到投诉（包括来信、来访、电话等途径）后，应尽快予以调查，将信息反馈至有关病区（部门）。被投诉病区（部门）护士长及时组织本病区（部门）护理人员认真分析事发原因、总结教训，提出整改措施。

5. 投诉经核实后，护理部根据事件情节严重程度，依据医院有关规定给予相应处理。并将处理结果及时反馈给投诉人。

6. 护理部每月在全院护士长会上通报、分析投诉情况，提出相应整改措施。

(十五) 护理不良事件防范制度

1. 认真贯彻落实《护士条例》，严格执行各项医疗护理法律、法规、政策、规章制度。

2. 成立院级护理质量及安全管理委员会，建立护理质量三级质控网络，定期对临床护理工作进行督查指导。

3. 围绕“患者安全目标”定期进行安全教育、医德医风和素质教育、护理技能及专科业务培训。提高各级护理人员安全意识和专业技能。

4. 护士掌握专科疾病观察要点、护理常规、药物不良反应防范及处理等应急预案、处置流程。护理记录正确、及时、客观、完整、科学。

5. 严格执行各项核心制度、操作流程、工作规范，加强病人交接、转运等环节管理。

6. 科室有重点监测目标，包括压力性损伤、跌倒、坠床、骨折、管路（尿管、胃管、引流管、动静脉置管等）脱落、自杀自伤、外走、暴力攻击、噎食、烫伤、高危药物使用等。

7. 认真、细致做好患者的入、出院宣教，加强患者身份识别、查对制度、特殊检查、治疗、操作、患者转运、危急值管理等环节的沟通和质量控制，落实告知对患者的义务。

8. 建立高危人群（新上岗职工、休产假后返岗、病假后返岗、进修人员或心理情绪不稳定人员）谈心制度，落实人性化关怀。减轻紧张和焦虑，以积极乐观的心态做好护理工作。

9. 对已发生的护理不良事件按要求及时上报，不得隐瞒，科室及职能部门及时召开会议，进行原因分析，提出整改措施，并追踪评价，持续改进。

护理不良事件预防措施

1. 严格执行查对制度及患者身份识别制度。

2. 严格执行护理分级制度，密切观察病情变化，对年老体弱、昏迷及其他跌倒（坠床）高危患者按需要加防护栏，躁动病人应用安全约束带防止坠床，精神异常和有自杀自伤、外走、暴力倾向的病人应密切观察动态，防止发生意外。

3. 加强各种药品管理，注射药与口服药，内服药与外用药分开放置，药品瓶

签与内装药品相符，药品定时检查，使用时做好时间标记，近期先用，及时调整确保无过期，毒、麻、精类药品专柜上锁，专用账册，严格交接班，做到账物相符。

4. 定时检查各种急救药品、物品，急救设备，严格交接，保证功能良好齐全，处于备用状态，使抢救顺利进行。

5. 各项护理措施实施到位，健康教育达到预期效果，防止烫伤、冻伤、噎食、意外脱管和压疮的发生，降低护理风险。

6. 严格执行消毒隔离制度，防止因护理操作造成医源性感染。

7. 定期检查科室环境设施：门、窗、用电、用氧情况，做好防火、防盗宣传，氧气应有“防火、防热、防震、防油”等标识，保证病人安全。

8. 严格执行护理不良事件报告制度，护士在工作中出现不良事件，应立即通知医生和护士长，并逐级上报，讨论后制定整改措施，防止类似事件再次发生。

9. 提高护士综合素质，包括医德、专业、技术、身体和心理等各方面素质，是做好护理工作的保证。

10. 学习相关护理法规，了解护理工作中潜在的法律问题如：自我护理的指导失误、疏忽大意、侵权行为、渎职行为、护理文书记录等。依法执业，做到有据可依，有法可循。

11. 护理人员积极调整心态，合理安排作息时间，避免长时间超负荷工作。

(十六) 重点环节应急管理制度

1、护理部及科室应设立突发事件应急处理领导小组，负责对临床治疗用药、输血核对、执行治疗操作、标本采集、护理安全等重点环节的应急情况进行管理。

2、在护理工作重点环节管理中，建立健全规章制度，规范应急工作流程，明确岗位职责，职能部门定期督查、责任追究。

3、护理工作重点环节的应急管理应当遵守预防为主、常抓不懈的方针，贯彻依靠科学、统一领导、反应及时、措施果断、加强合作的原则。

4、各科室建立重点环节日常监测，做好各个班次的交接工作。加强护士抢救能力的训练和安全意识教育，开展应急演练。采取护理人员考核达标上岗的管理方法，做到人人知晓科室应急预案及上报流程，确保监测与预警系统的正常运行。

5、任何个人对突发事件不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

6、护理部、科室突发事件应急处理领导小组接到报告后，应当组织力量对报告事项进行调查核实、取证、采取必要的控制措施，及时报告调查情况并决定是否启动突发事件的应急预案。

7、突发事件应急预案启动后，相关人员必须及时到达规定的岗位，服从统一指挥、调动。

8、护理部、科室应对关键环节管理中出现的问题，组织相关人员分析、讨论，认真分析原因，总结经验教训，不断改进工作。

(十七) 输血安全管理制度

1、接到输血医嘱后，双人持输血申请单和贴好标签的试管，当面核对患者姓名、性别、年龄、住院号、病室、床号、血型和诊断，采集血样。

2、采集血标本时，不得在输入大分子溶液的管道中采血，应在另侧肢体血管采血，以防影响血型交叉实验结果。

3、由专人将血标本与输血申请单送交检验（输血）科，双方进行逐项核对。

4、接到检验（输血）科取血通知后，先测量患者体温，体温正常者通知相关人员取血，高热者通知医生。

5、血制品送至病房后，经两名医护人员进行三查八对后签收。

6、输血前由两名医护人员对受血者病历、交叉配血报告单、血袋共同核对：
(1) 血型检验报告单上的患者床号、姓名、住院号、血型；(2) 供血者和受血者的交叉配血结果；(3) 血袋采血日期、有效期、血液有无凝血块或溶血，封口是否严密，有无破损；(4) 输血单与血袋标签上的受、供血者姓名、血型、血袋号及血量是否相符。核对无误后，由两人在交叉配血报告单上签全名。

7、取回的血应尽快输用，输血前将血袋内的成分轻轻混匀，避免剧烈震荡；血液内不得加入其它药物，如需稀释只能用静脉注射生理盐水；不得将血袋长时间放在温室中或置于无温度监控的冰箱中。

8、输血时，两名医护人员带输血申请单和病历共同到患者床旁再次核对无误后，开始输注。

9、输血前后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道。连续输用不同供血者的血

液时，前一袋血输尽后，用静脉注射生理盐水冲洗输血器，再接下一袋血继续输注。

10. 输血过程中应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度，并严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理。（1）减慢或停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路；（2）重新核对病历、输血记录单、血袋标签；（3）立即通知值班医生和输血科值班人员。

11、输血的时间限制：全血或红细胞（一袋）要在 4 小时内输注完毕；浓缩血小板每袋应在 20 分钟内输注完毕；新鲜冰冻血浆及冷沉淀要求以患者可以耐受的速度较快输入，200ml 新鲜冰冻血浆应在 20 分钟内输完，一个单位的冷沉淀应在 10 分钟内输完；同一患者输注多种成分血液制品时，应优先输血小板。

12、输血过程中监测：输血开始后 15 分钟和输血全过程及输血结束后 30 分钟应严密观察有无输血反应，输血完毕应在护理记录单上认真记录输血过程，输血完毕将血袋冷藏保存 24 小时备查，如无异常反应，则送检验（输血）科按医疗废物处理。

13、血标本由输血患者所在科室采集，不得有别的科室代为采集。

14、严禁一名护士同时对两名患者采血，两名医务人员一次只能为一名患者核对交叉配血结果、输血。

（十八）输血反应报告处理制度

1、输血过程中应先慢后快，观察 15 分钟后，再根据病情和年龄调整输注速度，并严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况及时处理。

2、减慢或停止输血，用新的输液管静脉注射生理盐水维持静脉通道。

3、立即通知值班医师和检验（输血）科值班人员，报告医务处、护理部、及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

4、疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，启用新的滴管滴注静脉注射生理盐水维持静脉通路，及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查：①核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录。②尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白，如怀疑细菌污染，除上述处理外，应做血液细菌培养。③将血袋连输血管包好送血库做细菌学检验。④准确做好护理记录。

（十九）临床输血过程的质量监控制度

1、对每袋输注的血液应在输血开始前，输血开始后 15 分钟，输血过程中每 30 分钟，输血结束时，及结束后 30 分钟对患者进行监测（重点放在输血开始后的最初 15 分钟）。监测指标为患者一般情况、体温、脉搏、呼吸、血压。

2、输注两个以上供血者的血液时，应间隔输入少量生理盐水，避免发生免疫反应。

3、输入血液中不可加入其他药品或高渗性或低渗性溶液，以防血液凝集或溶血。

4、若出现严重的输血反应，立即停止输血，输入生理盐水，余血和输血器送检验（输血）科，分析原因并通知医生。

5、输血完毕应认真做好护理记录，将交叉配血报告单贴在病历中，并将血袋于 24 小时内送检验（输血）科。

第五章 医疗质量与病历管理

病历质量评价考核制度

为贯彻执行卫计委《病历书写基本规范》、卫计委《电子病历基本规范》(2010年版)、湖南省《病历书写规范与管理规定及病例(案)医疗质量评定标准(修订版)》(2010版)、《湖南省护理文书书写要求》、《湖南省精神病诊断与治疗医疗质量控制手册(试行版)》等规范,进一步强化病历质量管理,特修订我院病历质量管理制度。

第一部分 医疗病历书写管理

一、门诊病历管理:

1、按卫计委《病历书写基本规范》要求书写门诊病历,病历缺项,罚款10元/项/次。门诊病历交病人或其家属保管;留观病人应写留观病历,留观期间病历保存在护士办公室,观察结束后交病人或其家属保管,未按规定进行门诊病历管理的每次罚款20元。医师应每天记录患者疾病变化情况、辅助检查结果及诊疗情况,未按规定书写的每次罚款10元。

2、门诊医生应按《处方管理办法》开具合格处方,未按《处方管理办法》开具不合格处方的,每张处方扣20元。

3、严格毒麻药品管理制度,实行双淡红处方签名制度,由专人专柜专锁保管,违者每项次罚款50元。保管不善造成药品丢失,除赔偿损失外,罚款500元,情节严重者交司法机关处理。要对麻醉药品处方专册登记,交接班、空安瓶/废贴回收、麻/精处方销毁、剩余药品回收等记录完整,一项未记录扣20元。

4、医师开具麻醉药品处方时,必须凭麻醉药品使用依据开出,并将依据复印件交由发药者保管,违者每人次罚款100元。造成后果者由当事人全部负责。

二、运行病历管理:

1、凡住院病历必须按照《卫生部病历书写基本规范》、《电子病历基本规范》认真书写,病历质量实行三级质量控制。病历三级质控分 ≥ 85 分,为甲级病历, ≥ 75 分而 < 85 分为乙级病历, < 75 分为丙级病历。坚决杜绝丙级病历的出现。运行病历发现丙级病历每份扣经治医师300元,主治医师及科主任分别扣100元,丙级病历除罚款外还要重新整理书写,若有不写者另罚200元/份,并予通报批

评。

2、严格三级查房制度，新入院病人 72 内必须由科主任带领全科医生进行新病人查房，特殊、危重病人应当天即时查看，科主任负责组织查房，并对诊疗提出具体的指导性意见，医师做好相应的查房记录（科主任外出学习、出差除外，但须指定临时负责人代查）。科主任不认真组织查房的，每次扣科主任 50 元，造成后果，按事故处理，科主任负全部责任；长期住院病例每周要有上级医师查房记录，医师未做好相应记录的，每次扣经治医师 20 元，医师及上级医师未及时电子审签及手写签名的，每处扣 10 元。

3、凡院内大查房或疑难危重病例讨论记录，必须另立专页详细写出大查房或讨论记录，不得记录在病志之后，不记录者扣 20 元/次，对三级查房后提出的诊治意见，不记录或不执行者扣 20 元/次，造成后果者，按安全事故相关条例处理。

4、开处医嘱无相应的病志说明理由的，予以罚款 10 元/处。治疗期间应合理用药，无超量开药及开具与病种无关药品现象，院内检查每发现一次违规，予以扣 20 元，上级医保部门检查每发现一次扣款 100 元。

5、辅助检查结果不及时回报的，予以罚款 20 元/处，阳性结果不及时分析、处理的，予以罚款 20 元/处。

6、对新入院病人必须进行详细的躯体情况询问及躯体状况检查。每遗漏一项阳性体征，扣款 10 元，遗漏躯体疾病诊断，每项罚款 20 元，若不仅遗漏诊断，又未予以处理的，罚款 50 元，若造成后果，按事故处理。

7、诊断依据、诊疗计划必须具体。诊疗计划：①辅助检查应具体到检查项目，急诊检查和特殊检查还须具体到完成日期；②主要药物必须具体到药名，一处不具体扣 10 元，诊断与检查脱节扣 20 元，诊断与治疗脱节或严重错误者执业医师及主治、科主任分别扣 100 元。

入院 24 小时之后未完成入院记录者扣 20 元/次，首次病志应在 8 小时内完成，违者扣 20 元，每拖一天加罚 10 元。新入院病历头三天每日均须写一次病志，72 小时之内须有科主治医师查房记录，缺一项扣 10 元。第一个主治医师查房应详细记录主治医师查房诊断与鉴别诊断意见，上级医师查房应书写上级医师全名，未写者，一项扣 10 元/次，以后三级及以上伤人毁物风险、有自杀自伤风险、B

型以上病历、一级护理或特护的患者至少 3 天写 1 次病程记录；二级及以下伤人毁物风险、无自杀自伤风险、无重大躯体疾病、二级护理的患者至少 3-7 天写 1 次病程记录每 3 天写一次病志，未按规定时间书写病历，扣 10 元/次（包括节假日），每拖一天加罚 5 元。危、重病人每天必须写病志，如有病情变化应随时记录，若病人合并躯体疾病，或出现药物反应，病志上无任何分析、诊断及处理意见的，每次罚款 50 元，连续三次病志未按规定及时书写的，该份病历视为不合格病历，按丙级病历进行处罚，若造成后果，按事故处理。

30 天一次阶段小结，阶段小结未及时书写的予以罚款 20 元；如发生病情变化的则应随时详细记录。

未按要求填写各类知情同意书，予以罚款 10 元/张；缺知情同意书的罚款 50 元/张。

提前书写相关治疗单者，扣 50 元/次。未及时填写的予以罚款 20 元/份。

12、患者入院后医师应对患者进行病情及风险评估，住院期间要有动态评估，出院前应有疗效评估，一项未做到位，扣 10 元。

13、医技科室的各项检查报告单应由检查科室按规定逐项填写，字迹清楚、内容完整、签名正规，重要的阳性结果及超过紧急值的要及时通知临床科室。若出现报告单缺项，填写或报告不及时、内容不完整、专用术语描述不准确、签名不规范、无报告日期，每处扣 10 元；若出现报告单发错科室或造成丢失，每次扣 20 元；若出现错发报告，每次扣 50 元，引起不良后果导致医疗纠纷的，按相关规定处理。

14、病历由院级、科级质控发现质控缺陷应在 3 天内及时返修率，未及时返修予以罚款 50 元/份，返修不合格 20 元/份。

三、终末病历管理：

1、终末病历上交时限管理：终末病历必须在 7 日之内将电子版提交到质控科，纸质版在 9 日之内上交病案室。超过一天每份病历扣科室 10 元，并以此类推。逾期一周未交的或遗失的，扣发 300—600 元，并要求及时重新书写，涉及纠纷(事故)的病历规定期限内未交或遗失的，按责任事故处理。

病人出院后必须在门诊病历上记录其住院情况及出院带药情况、康复指导，不记录者扣 10 元/处。并向病人和病人家属交待好服药次数、剂量和有关注意事

项，违者每次罚款 10 元。

终末病历中发现丙级病历每份扣经治医师 200 元，主治医师及科主任分别 100 元。

4、归档病历由各科室护士长（或质控护士）各科主任（或质控医生）按归档病历评分标准打分，发现缺编码或等级评分的，扣质评人员 20 元/分。

5、为鼓励科室加强病历管理，科室甲级病历率预定目标的基础上高 20 个百分点的（精神科的甲级病历 \geq 50%，老年科的甲级病历 \geq 40%），每增加 1 个百分点，予以奖励 20 元。

6、对终末病历评分达到 95 分以上（优秀病历）的，每份经治医师予以奖励 200 元，主治医师及科主任分别 100 元。

7、年终将根据医师的运行病历、终末病历质量情况（以每月的运行病历检查及终末病历缺陷情况、病历评分情况等为依据）评选出本年度优秀病历书写奖，分别为特等奖 1 名（奖励 2000 元），一等奖 2 名（奖励 1200 元）、二等奖 4 名（奖励 800 元）、三等奖 6 名（奖励 600 元）。

四、病案借阅、复印管理工作：

1、全院职工必须严格遵守医疗保密制度，妥善保管好病历，不准私自复印病历，复印病历必须经医务科同意，方能复印（只能复印客观病历）。因违反上述规定和泄露医疗秘密的予以罚款 500 元。

2、病案统计室必须严格病历借阅制度，建立借阅病历登记册，只许医师借阅（其他人员必须经医务科长或业务院长批准才能借阅），并要求借阅者签名，两天内应将病历收回，违者每份罚款 20 元。若因病历保管不严，造成病历丢失，每份罚款 1000 元。

第二部分 护理病历书写管理

体温单：

- 1) 体温单楣栏、一般项目栏应填写齐全、准确，缺项每处扣 5 元。
- 2) 体温单生命体征绘制栏：绘制及时，与原始数据符合，单单满 7 天打印，多单满 30 天打印，未能及时打印者，缺项每次扣 5 元。
- 3) 呼吸记录符合要求，缺项每次扣 5 元。

4) 特殊项目栏：血压、出入量、大小便次数、体重及身高绘制符合要求，绘制不正确每项扣 5 元。

5) 患者有药物过敏史的，应在体温单首页相应栏内填写过敏名称，如漏填的，缺项扣 10 元。

2、医嘱单：

1) 医嘱处理及时，准确，缺执行者签名每项扣 5 元，缺核对者签名每项扣 5 元。

2) 对有疑问的医嘱须经核实，如盲目执行的，每起扣 50 元。

3) 抢救医嘱应在规定内补签，未及时补签的，每起扣 20 元。

3、护理记录单（包括一般护理记录单和危重护理记录单）：

（1）一般护理记录单：

1) 楣栏和底栏项目填写完整、正确、无空白、漏项，如有漏项每处扣 5 元。

2) 新入院患者需有入院方式，入院评估及健康宣教，缺项扣 5 元。

3) 护理记录单页面清洁、整洁、字迹清晰，内容无涂改，如不规范涂改的，每次扣 5 元。

4) 有病情变化未及时书写的，缺项每处扣 5 元。

5) 护理记录未及时审签或未签名的，每处扣 5 元。

6) 漏测生命体征每次扣 5 元，出入水量统计错误或漏统计每处扣 5 元。

7) 护理记录与其他记录不符每处扣 5 元。

8) 出院未做健康指导的，每份扣 5 元。

（2）危重护理记录单：

1) 护理记录应客观、完整，表达准确，病情变化按时间顺序记录，同时记录护理措施及效果，缺项每次扣 5 元。

2) 遵医嘱执行的护理记录必须与医嘱相符，记录错误每次扣 5 元。

3) 病危患者每班记录一次，缺记每次扣 5 元。

4) 病重患者每天记录一次，缺记每次扣 5 元。

5) 对特殊检查治疗有连续性观察记录，未记录的每次扣 5 元。

4、精神科护理记录单

1) 记录频次遵医嘱或视病情至少每周 1 次（住院时间在 6 个月以上者，至少每 2 周记录 1 次），病情变化时随时记录；入院、转科、出院时应有记录。缺 1 次记录每次扣 5 元。

2) 病情观察应客观、真实，记录准确、及时，病情记录描述不清或漏记的每次扣 5 元。

3) 需要具体记录的其他内容，如发热、输液、压疮等，可在“病情观察、护理措施及效果”栏内描述，未描述每处扣 5~10 元。

第三部分 考评与奖惩

质控科每月定期对运行及终末病历进行评审，针对存在问题提出持续整改意见，按月统计上报分管院长审核后，兑现奖罚。

电子病历管理制度

一、为促进我院电子病历的应用与完善，规范电子病历使用行为，维护电子病历实施各方当事人的合法权益，根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》、《病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》及配套文件，结合我院实际情况制定本规定。

二、电子病历必须由取得执业医师或助理执业医师资格的医生和取得相应资格的护士填写，由医院分配登录编号和个人密码，登录和使用电子处方的开具，并妥善保管个人的登录信息。严禁将个人登录信息泄漏给他人，造成不良后果的，按有关规定进行处理。

三、电子病历采取由信息科设定好统一的格式，任何科室和个人不得擅自更改。

四、电子病历要按相关规定及时和保质完成，各科质控小组要定期抽查发现问题要及时向科室反馈，必要时要向质控科及医务科汇报。

五、各种知情同意书打印后由患者或家属签名，但必须要有医生手写签名。

六、电子病历的书写应当客观、真实、规范、完整。

七、电子病历的书写应当使用中文医学术语、通用的外文缩写，无正式中文译名的症状、特征、疾病名称等可以使用外文。中医术语的使用应依照

有关国家标准、规范执行。

八、入院记录完成后为保证病史采集的真实性，防止日后出现医患争议，需填写《患者个人和病史资料确认书》由患者本人或其家属签字予以确认。

九、为了保证电子病历的完整性和真实性，避免因粗心大意造成的失误和纠纷，各科质控小组要认真履行职责，检查审核后才归档，质控科负责督促各科质控小组工作和抽查归档病历。

十、电子病历打印归档后，原则上不允许借出，如需借出的由科主任签名，并于三天内归还。

十一、各医护人员在使用电子病历过程中，若发现有存在缺陷或认为需改进的，要及时向信息科反馈，使电子病历逐步完善。

十二、电子病历的保管由信息科与病案室共同负责，前者负责数据形式的电子病历保管，后者负责纸质电子病历的保管。

十三、归档后的电子病历禁止进行修改、伪造、隐匿、和删除。

十四、发生医疗事故争议时，由我院专职人员将打印的电子病历在当事人在场的情况下封存。

门诊电子病历管理制度

为了完善医院信息化建设，提高门诊医疗服务质量，现制定出诊医师门诊电子病历管理制度。

一、门诊病历是门诊医疗工作的原始记录，凡门诊患者不论初诊复诊都应建立门诊病历。各出诊医师严格按照国家卫计委《病历书写规范》和《电子病历书写规范》要求进行门诊病历书写。

二、门诊病历按规范要求，力求通顺、完整、简练、准确，患者姓名、性别、年龄、职业、工作单位或家庭地址等内容，门诊医师要核对，有误应及时纠正。要询问患者用药、过敏史和联系电话号码，准确填写，以备患者危急值报告和随访之用。

三、初诊患者主诉、现病史、既往史、各种阳性体征和必要的阴性体征、诊断或印象诊断、治疗和处置意见等完整记录；复诊患者记录病情变化和疗效，本

次处理情况。在门诊复诊两次效果不好或诊断未明，要请求他科会诊，应将请求目的和本科初步意见填上。

四、按照本院现有“门诊医生工作站”要求进行操作书写、保存，诊疗完成后打印一份交给就诊患者或家属，并嘱依顺序粘贴在病历本上以备复诊和其他诊疗之用。

五、出诊医师均要求书写门诊电子病历，上级医师也可在下级医师(包括轮转、进修、实习医生)帮助下操作书写门诊电子病历，但需出诊医师亲自确认、签字，50岁以上出诊医师也可手写门诊病历。

六、电子病历打印给就诊患者或家属后不得修改；在对门诊患者诊疗中需保护患者隐私及其病历内容。

七、总院和分院门诊部将按照《门诊医师医疗服务质量考核标准》严格、不定期地抽查考核出诊医师的门诊病历（通过现场和网上质控两种方式），不符合要求者扣相应考核分。

住院病历质量监控管理规定

一、科主任或上级医师必须认真审核病历，主要在主诉、现病史、专科情况、诊断依据、诊断、鉴别诊断和诊疗计划这些关键点上进行审核。有错时应有用红笔修改的痕迹，并签名确认。每处遗漏各扣5分。整篇病历无一处审核痕迹，而病历中又有上述7方面的问题者，视为不及格病历。

二、禁止使用模板拷贝复制入院记录或病程记录，一旦发现该份病历视为不合格病历。

三、主诉、现病史、专科情况、诊断依据、第一诊断应“五点一线”，不能脱节，任何一个环节脱节均为不及格病历。

四、诊断依据、诊疗计划必须具体。诊疗计划：①辅助检查应具体到检查项目，急诊检查和特殊检查还须具体到完成时间；②主要药物必须具体到药名，特殊情况下尚须具体到用药方式和给药途径。一处不具体扣5分，诊断与检查脱节扣10分，诊断与治疗脱节或严重错误者为不及格病历。

五、各种记录必须在《病历书写规范》规定的时间内完成；各种执业性、责

任性签字必须到位；只签姓不签名或签名不能分辨为独立字节者每处扣 5 分；未在规范的时限内完成相应记录或未进行相应签名或代签名者为不及格病历。

六、医务科、质控科每周至少对在架病历督查 1 次，每月在中层干部会上反馈一次，每月将情况汇总后将处罚通知交经管办执行，丙级病历（或不合格病历）按每份 200 元的标准对经治医师进行罚款，并要求立即返修，同时予以主治医师、科主任分别予以罚款 100 元。

禁止“模板拷贝复制病历记录”的相关规定

一、常见拷贝的病历内容

（一）病史的拷贝

表现在同一疾病的主诉完全一样，病人的发病过程完全一致，院外的处理一样，病人起病的原因一样，甚至标点符号均一致，同种病历的拷贝从单份病历上是看不出来的，同样病种的几份病历放在一起比较就可发现问题。

（二）过去史、家庭史、个人史拷贝

过去史、家庭史、个人史的相互拷贝是在电子打印病历中最常见的问题，这种拷贝基本是完全的，甚至一字不差，如一男病人的病历拷贝了一个女病人的个人史，有月经史；未婚未育的女性拷贝已婚女性的生育史；儿童拷贝了成人的过去史，不到 4 岁的小孩吸烟有 30 年的历史，患高血压病 2 年；家族史中的父母经去世，拷贝的病历父母双亲健在。过去史、家族史、个人史拷贝不符合逻辑。

（三）病程记录的拷贝

病程记录的拷贝是最常见的，通常拷贝的方法有两种，第一是把同病种病历的病程记录接在现病历的后面，时间内容进行拷贝；第二种方法是病程记录的上级医生查房记录相互拷贝，如标题是某某主任查房记录，内容又是某上级医生的查房记录，一字不差，连标点符号都有可以对齐。

（四）死亡讨论的拷贝

同疾病死亡的病历讨论，有拷贝的现象。每人的发言内容基本相同，甚至没有参加死亡讨论的医生也有发言记录。因拷贝造成的主持人、参加人员错误更是多见。

(五) 一般项目的拷贝

一般项目指姓名、性别、年龄、职业、工作单位等，发生拷贝错误的现象更多，往往不引起上级医生的注意，虽然错误对病历的影响没有其他的內容重要，但也表现出医生的工作态度。

二、对拷贝病历严格奖惩制度

对查出的拷贝病历除点名批评外，按不合格病历（丙级病历）处理，与当年的晋升职称、年终考核挂钩。对造成严重后果的拷贝病历给予纪律处分。

处方管理办法实施细则

第一条 为规范处方书写与管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据卫生部《处方管理办法》（以下简称《办法》）和国家有关规定，结合我院实际，制定本细则。

第二条 本办法所称处方，是指由在院注册的执业医师和执业助理医师（以下简称医师）在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员（以下简称药师）审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用医嘱单。

第三条 本细则适用于处方开具、调剂、保管相关的医疗机构及其人员。

第四条 医师开具处方和药师调剂处方要遵循安全、有效、经济的原则，处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。

第五条 院内处方的标准依据卫生行政部门的规定统一制定。

第六条 处方书写要符合下列规则：

第七条 （一）患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

第八条 （二）每张处方限于一名患者的用药。

第九条 （三）处方应以蓝色或黑色笔书写，字迹清楚，不得涂改；如需修改，要在修改处签医师全名并注明修改日期，每张处方修改不得超过两处，否则应重新开具。

第十条 （四）药品名称要使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可

以使用规范的英文名称书写；医师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号，不得用化学分子式、别名或自造简写；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”、“按说明书服用”等含糊不清字句。

第十一条（五）处方中有规定作皮试的药品时，医师须在相应药品名称前注明皮试结果。

第十二条（六）患者年龄要填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时注明体重。

第十三条（七）西药和中成药应分别开具处方，中药饮片也要单独开具处方。

第十四条（八）开具西药、中成药处方，每一种药品要另起一行，每张处方不得超过5种药品。

第十五条（九）药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，要在处方“诊断”栏注明原因并在剂量处再次签名。

第十六条（十）处方要注明临床诊断。特殊情况下，如一些诊断对心理产生影响的疾病；涉及患者隐私的疾病等，可使用标准疾病代码。某些疾病在首次门诊或急诊不能确诊时可写某症状待查。

第十七条（十一）开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。处方已达5种药物且正文无空白处时可省略斜线。

第十八条（十二）处方医师的签名式样和专用签章要与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则要重新登记留样备案。

第十九条 医嘱书写要符合下列格式要求：

第二十条（一）一般项目：患者姓名、科别、住院号、页码。

第二十一条（二）医嘱格式包括：起始日期和时间、长期医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名、停止日期、医师签名、停止执行时间、执行护士签名。

第二十二条（三）药品顺序：先开具口服药品，后开具肌肉注射或静脉用药品。

第二十三条 医嘱书写要符合下列规则：

第二十四条 (一) 医嘱不得涂改，长期医嘱需修改时应直接书写停止日期

第二十五条 和时间并签名，然后开写正确医嘱；临时医嘱需修改时用红笔在医嘱上标注“取消”字样，并紧随“取消”字样后签名。

第二十六条 (二) 开具成组药品时，每种药物书写一行，然后在一组药物后划一斜线，表明加入上药液，斜线右侧书写用法；成组药物停用其中一种时，应先停止该医嘱，再写新医嘱。

第二十七条 (三) 药物过敏皮试要单独一行书写在临时医嘱上，写明皮试药品，在药品名后标注一个括号，由执行护士将皮试结果填入括号内，如结果为“阳性”时需用红笔记录结果。

第二十八条 (四) 临时医嘱不得出现每日多次用法的医嘱，需要一次以上治疗时，应分别开具临时医嘱，或开具长期医嘱。

第二十九条 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量要使用法定剂量单位：重量以克(g)、毫克(mg)、微克(μ g)、纳克(ng)为单位；容量以升(L)、毫升(ml)为单位；国际单位(IU)、单位(U)；中药饮片以克(g)为单位。以克(g)为单位时可以略去不写，液体剂型或注射剂以容量为单位时，须注明药物浓度。药品用量以阿拉伯数字表示，小数点前的“0”不得省略，整数后不写小数点和“0”。

第三十条 片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；

第三十一条 溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，要注明含量。

第三十二条 经注册的执业医师在执业地点取得相应的处方权。

第三十三条 经注册的执业助理医师在医院开具的处方，要经医院的执业医师签名或加盖专用签章后方有效。

第三十四条 医院要按照有关规定，对单位的执业医师和药师进行麻醉药品、精神药品、抗菌药物使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后由医院授予麻醉药品和第一类精神药品的处方权，药师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

第三十五条 培训教材、试卷、成绩册应归档备查，成绩册应与有处方权的医师相对应，考试不合格者不得授予处方权。

第三十六条 医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后，方可在医院内开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格后，方可在药剂科调剂麻醉药品和第一类精神药品。

第三十七条 试用期人员开具处方，要经所在医疗机构有处方权的执业医师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

第三十八条 进修医师由医院对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

第三十九条 医师要在注册的医疗机构签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

第四十条 医院应制定执业医师处方权审批制度和审批程序。处方权审批应包括：本人申请、科室意见、主管部门审核、批准等。

第四十一条 医院对经批准授予处方权的医师办理签名留样，同时将处方权通知书和签名样模送达药学部门和相关科室。

第四十二条 医疗机构对因各种原因受到停止或取消处方权的医师办理停止手续，业务主管部门应及时将通知书送达药学部门和相关科室，并在其签名留样登记册内注明取消。药房在接到通知之日起停止调配该医师处方。

第四十三条 医院制定医师签名留样登记管理制度，建立普通处方、麻醉药品、精神药品处方签名留样册。签名留样册包括：医师姓名、职称、科室、处方权限、个人签名、处方权批准时间、备注等内容。

第四十四条 签名留样册保存于业务主管部门和药房，应便于药房人员查对和保存，药剂人员审核医师所开处方的签名与签名留样一致时，方可调配处方并发药。

第四十五条 医师要根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。开具医疗用麻醉、精神药品的处方要严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

第四十六条 医疗机构要按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种，处方组成类同的复方制剂 1~2 种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。

第四十七条 医师开具处方要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。

第四十八条 医师可以使用由卫生部公布的药品习惯名称开具处方，不得使用个人习惯用名或者医疗机构内自行规定的药品习惯用名称。

第四十九条 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师在“诊断”栏注明有效期限，但有效期最长不得超过 3 天。药房有权拒绝调剂超期限处方。

第五十条 处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病、精神科疾病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师要在“诊断”栏注明理由。

第五十一条 医疗用麻醉、精神药品的处方用量要严格按照国家有关规定执行。

第五十二条 医师要按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

第五十三条 门诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师要亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。

第五十四条 病历中要留存下列材料复印件：

第五十五条 （一）二级以上医院开具的诊断证明；

第五十六条 （二）患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；

（三）为患者代办人员身份证明文件。

第五十七条 门诊癌症疼痛患者门诊病历应由医疗机构的门诊部门妥善保存。医师复诊时详细记录病历。

第五十八条 除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于院内使用。

第五十九条 为门诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师要注明理由

第六十条 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

第六十一条 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方要逐日开具，每张处方为 1 日常用量。

第六十二条 对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医院内使用。

第六十三条 医院应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每 3 个月复诊或者随诊一次。

第六十四条 取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

第六十五条 药师在执业的医疗机构取得处方调剂资格。药师资格应在药学部门备案。药师签名或者专用签章式样要在本机构留样备查，在更换签名或签章后要及时将旧印模销毁。

第六十六条 具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

第六十七条 处方调配、审核、核对、发药岗位不得少于两人操作，特殊情况单人值班时，应按两人调剂岗位的程序操作，并实行单人双签字。

第六十八条 药师应当凭医师处方调剂处方药品，非医师处方不得调剂。

第六十九条 药师要按照操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交待与指导，

包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

第七十条 药师要认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。

第七十一条 药师要对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

第七十二条 规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；

第七十三条 处方用药与临床诊断的相符性；

第七十四条 剂量、用法的正确性；

第七十五条 选用剂型与给药途径的合理性；

第七十六条 是否有重复给药现象；

第七十七条 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；

第七十八条 其它用药不适宜情况。

第七十九条 药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请其确认或者重新开具处方。

第八十条 药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并要记录，按照有关规定报告。

第八十一条 药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

第八十二条 药师在完成处方调剂后，要在处方上签名或者加盖专用签章。

第八十三条 药师要对麻醉药品和第一类精神药品处方，按年月日逐日编制顺序号。

第八十四条 药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

第八十五条 除麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和儿科处方外，不得限制门诊就诊人员持处方到药品零售企业购药。

第八十六条 医院加强对本机构处方开具、调剂和保管的管理。

第八十七条 医院建立处方点评制度，填写处方评价表，对医师处方进行综合评价，实行动态监测及超常预警，对不合理用药及时予以干预，登记并通报

不合理处方。

第八十八条 医院将对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，警告后仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

第八十九条 医师出现下列情形之一的，将取消其处方权：

第九十条 被责令暂停执业；

第九十一条 医师定期考核不合格离岗培训期间；

第九十二条 被注销、吊销执业证书；

第九十三条 不按照规定开具处方，造成严重后果的；

第九十四条 不按照规定使用药品，造成严重后果的；

第九十五条 因开具处方牟取私利。

第九十六条 未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

第九十七条 除治疗需要外，医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

第九十八条 处方由调剂处方药品的医疗机构妥善保存。普通处方、急诊处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。

第九十九条 处方保存期满后，经医疗机构主要负责人批准、登记备案，方可销毁。

第一百条 医疗机构要根据麻醉药品和精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为3年。

病案管理制度

一、医院病案管理小组负责全院病历（门诊、住院）的质量管理工作。严格按照《医疗机构病历管理规定》管理。

二、门诊和住院病人应有完整的病历。

门诊病历未建档的，由患者保管；已建档的门诊病历由挂号室负责存放、保管。住院病历由病案管理员负责整理、存档，并在病房保管。

三、病历的日常管理制度：

- 1、由病案管理员负责管理住院病历资料。
- 2、出院、转院、死亡病历应在病人出院时完成，经科主任和护士长进行质量检查，签字后存档。
- 3、住院病历不外借。
- 4、使用病历时，由病历管理人员负责提供和归档。
- 5、保持病历整洁有序，做好防火、防潮、防丢失工作。
- 6、严守病历资料保密制度。
- 7、住院病历原则上要永久保存。

四、病历借阅制度：

- 1、严格按照《医疗机构病历管理规定》执行病历的借阅和复印。
- 2、病历只限本院医生在本院内查阅；
- 3、患者看门诊或再次住院需参阅病历时，应由本院医师办理，不得委派患者或患者家属借阅。
- 4、凡借阅病历，不得进行涂改、玷污、拆散、换页、丢失。

第六章 医院感染与传染病历

手卫生管理相关制度和实施规范

- 1、手卫生为洗手，手消毒和外科手消毒的总称。
- 2、全院必须配备合格的手卫生设备、设施和手消产品。
- 3、重点部门如急诊室必须安装非手触式水龙头开关，其他各临床医技的洗手台也提倡配备非手触式水龙头开关。
- 4、我院洗手瓶为一次性用品，需选用抗菌洗手液，禁止将洗手液进行分装，禁止稀释洗手液，取消肥皂洗手。
- 5、手消毒剂的包装和洗手后的干手物品（毛巾、抽纸巾）或设施应避免造成二次污染。

6、每个季度对老年科、精神科、门诊等进行手卫生消毒效果的监测，对重点部门急诊最好每月进行一次手卫生消毒效果的监测，当怀疑流行爆发与医务人员手有关时，及时进行监测。

7、所有医务人员必须掌握正确的手卫生方法，保证洗手与手消毒效果。

8、医务人员正确掌握洗手及手消毒指征。

9、医务人员手无可见污染物时，可用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

10、医务人员手被感染性物质污染以及直接为传染病人进行检查，治疗、护理或处理传染病病人污染物之后，应先用流动水冲净，然后使用手消毒剂消毒双手。

手部卫生实施规范

一、医务人员在下列情况下应当洗手（洗手指征）

1、直接接触病人前后，接触不同病人之间，从同一病人身体的污染部位移动到清洁部位时，接触特殊易感病人前后。

2、接触病人黏膜、破损皮肤或伤口前后，接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料之后。

3、穿脱隔离衣前后，摘手套后。

4、进行无菌操作前后，处理清洁、无菌物品之前，处理污染物品之后。

5、当医务人员的手有可见的污染物或者被病人的血液、体液污染后。

6、进入或离开病房前后。

二、医务人员洗手的方法

1、采用流动水洗手，使双手充分浸湿；

2、取适量肥皂或者皂液，均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝；

3、认真揉搓双手至少 15 秒钟，应注意清洗双手所有皮肤，清洗指背、指尖和指缝，具体揉搓步骤为：

（1）掌心相对、手指并拢，相互揉搓；（内）

（2）手心对手背沿指缝相互揉搓，交换进行；（外）

（3）掌心相对、双手交叉指缝相互揉搓；（夹）

（4）弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓，交换进行；（弓）

- (5) 右手掌握左手大拇指旋转揉搓，交换进行；(大)
- (6) 将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓，交换进行；(立)
- (7) 必要时增加对手腕的清洗。(完、腕)

4、在流动水下彻底冲净双手、擦干，取适量护手液护肤。

三、医务人员在下列情况时应当进行手消毒：

- 1、检查、治疗、护理免疫功能低下的病人之前；
- 2、重症监护病房、抢救室、多重耐药菌等隔离病房和传染病病房等医院感染重点部门前后；

3、接触具有传染性的血液、体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后

- 4、双手直接为传染病病人进行检查、治疗、护理或处理传染病病人污物之后；
- 5、需双手保持较长时间抗菌活性时。

四、医务人员手消毒的方法

- 1、取适量的速干手消毒剂于掌心。
- 2、严格按照洗手的揉搓步骤进行揉搓。
- 3、揉搓时保证手消毒剂完全覆盖手部皮肤，直至手部干燥，使双手达到消毒目的。

五、医务人员手卫生标准

- a) 卫生手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 10\text{cfu/cm}^2$
- b) 外科手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 5\text{cfu/cm}^2$

各区域工作的医务人员的手，均不得检出致病微生物。

六、手卫生设施和用品的配备

1、处置室、换药室、病房等应设有流动洗手设施，重症监护室等重点部门应当采取非手触式水龙头开关。

2、提倡使用洗手液，需选用抗菌洗手液，禁止将洗手液进行分装，禁止稀释洗手液，取消肥皂洗手。

3、洗手后的干手物品或者设施应当避免造成二次污染。尽可能使用一次性纸巾，干净的小毛巾擦干双手。小毛巾应一用一消毒。

手卫生的监督管理制度

在医院感染传播途径中，医务人员的手是造成医院内感染的重要原因。规范洗手及手消毒方法，加强手部卫生的监管力度，是控制医院感染的一项重要措施，也是对患者和医务人员双向保护的有效手段。

1、洗手的指征

- 1.1 进入或离开病房前。
- 1.2 在病房中由污染区进入清洁区之前。
- 1.3 处理清洁或无菌物品前。
- 1.4 无菌技术操作前后。
- 1.5 手上有污染物或与微生物污染的物品或体液接触后。
- 1.6 接触患者伤口前后。
- 1.7 手与任何患者接触（诊察、护理患者之间）前后。
- 1.8 在同一患者身上，从污染部位操作转为清洁部位操作之间。
- 1.9 戴手套之前，脱手套之后。
- 1.10 戴脱口罩前后、穿脱隔离衣前后。
- 1.11 使用厕所前后。

2、手消毒指征

- 2.1 为患者实施侵入性操作之前。
- 2.2 诊察、护理、治疗免疫性功能低下的患者之前。
- 2.3 接触每一例传染患者和多重耐药株定植或感染者之后。
- 2.4 接触感染伤口和血液、体液之后。
- 2.5 接触致病微生物所污染的物品之后。
- 2.6 双手需保持较长时间的抗菌活性，如需戴手套时。
- 2.7 接触每一例传染性患者后应当进行手消毒；微生物检疫人员接触污物前应当戴一次性手套或乳胶手套，脱手套后应当进行手消毒。

3、手卫生的监督管理

- 3.1 严格按照洗手指征的要求进行规范洗手和手消毒。
- 3.2 使用规范的洗手和手消毒方法，并保证足够的洗手时间。
- 3.3 确保消毒剂的有效使用浓度。

3.4 定期进行手的细菌学检测。

3.5 定期与不定期监控各护理单元护理人员手卫生的依从性,对存在的问题提出改进意见。

医院感染管理委员会工作制度

1、认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准,制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施。

2、根据预防医院感染和卫生学要求,对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。

3、研究并确定本医院的医院感染管理工作计划,并对计划的实施进行考核和评价。

4、研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、重点部位、危险因素以及采取的干预措施,明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。

5、研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性病例或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。

6、建立会议制度,定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。

7、根据本医院病原体特点和耐药现状,配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

8、其他有关医院感染管理的重要事宜。

医院感染管理科工作制度

1、在院长及医院感染管理委员会的领导下,开展医院感染管理的各项工作。

2、负责拟定医院感染管理工作计划,提交医院感染管理委员会审定后,组织实施;负责拟定科室医院感染管理工作制度,并督促执行。

3、定期开展现患率及前瞻性调查,有目的、有计划地开展高危人群、高危因素及多重耐药菌的目标性监测,发现问题及时分析评估,总结经验教训,对工

作进行持续改进。

4、每季度对重点部门进行环境卫生学监测，每半年对全院紫外线灯强度进行一次监测，若为空气消毒机，需有厂家定期监测报告。

5、每月对全院医院感染管理进行一次综合质量考核，其结果与科室绩效考核挂钩。

6、经常深入科室了解情况，协调科室间医院感染各项工作，发现问题及时解决。

7、发生医院感染暴发流行时，及时向院长、业务副院长以及相关卫生行政部门请示报告；并组织人员进行现场采样和流调，分析原因，迅速采取切实可行的控制措施。

8、对购入消毒药械、一次性使用医疗卫生用品严把准入关，不合格产品严禁进入医院。对其储存、使用及使用后的处理进行监督。

9、对重点科室、重点部位及多重耐药菌定期进行监测，并将医院感染监测信息反馈到科室，对临床抗菌药物的应用、消毒隔离等方面提出指导性意见。

10、认真落实医院感染的教育培训计划，不断强化医务人员的无菌观念，提高无菌技术操作水平；加强医院感染诊断的培训，提高感染病例的鉴别和上报率。同时医院感染管理专(兼)职人员应当参加市级及以上医院感染管理监控培训班，取得上岗合格证。

11、做好医疗废物管理工作，定期对全院各科室医疗废物分类、收集、运送、暂存情况进行监督、检查、指导。

12、加强传染病管理，预防和控制其在医院内的传播。

医院感染暴发报告制度

1、按国家卫生部《医院感染管理办法》的要求，对本医院内发生3例同种同源或5例以上临床症候群相似或怀疑有相同感染源感染的，各临床医院感染管理小组必须立即报告院感科。

2、院感科接到报告应于2小时内报告主管院长，协调医务科、护理部、检验科等相关部门参与调查及救治工作。

3、经调查证实发生医院感染暴发时，I、II医院应于12小时内报告雨花区及市卫生行政管理部门及疾控部门，以及上报我院行政主管的市民政局。III级应于2小时内上报。

4、临床科室必须及时查找原因，协助调查，对感染病人进行隔离并采取相应消毒措施，切断感染途径。

5、确诊为传染病的病例，按《传染病防治法》有关规定进行管理和报告。

6、医院感染管理科必须及时进行流行病学调查处理，证实流行或暴发计算罹患率，查找感染源，查找引起感染的原因，确定传播途径，制定、组织、落实控制措施，分析调查资料，写出调查报告。

7、调查报告及时报主管院长，以便进一步采取措施，降低医院感染造成的危害。

8、其他医院发生医院感染流行或暴发时，应对本院同类潜在危险因素进行调查并采取相应措施。

医院感染监测管理制度

1、医院感染管理科必须对病人开展医院感染监测，以掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制提供科学依据。

2、医院感染管理科应采取前瞻性监测方法进行全面综合性监测。每月对监测资料进行汇总、分析，每季度向院长、医院感染管理委员会书面汇报和反馈。

3、每年对监测资料进行评估，开展医院感染的漏报调查，调查样本量不少于每年应监测人数的10%，漏报率低于20%。

4、对医院感染病原体分布及其抗感染药物的敏感性进行监测，定期向全院反馈。

5、有条件的医院可开展目标性监测。监测目标应根据本院的特点、医院感染的重点和难点决定。

6、医院感染现患率调查实查率 $\geq 96\%$ ，医院感染现患率 $\leq 10\%$ 。

7、环境卫生学监测：包括对空气、物体表面和医务人员手的监测。对治疗室、换药室等重点部门进行环境卫生学监测。当有医院感染流行，怀疑与医院环

境卫生学有关时，应及时进行监测。监测方法及卫生标准应符合国家规定。

医院感染预防与控制制度

一、呼吸系统医院感染的预防与控制制度

(一) 将感染与非感染病人分室安置，病房按时开窗通风；特殊呼吸道感染病人，执行标准预防；对于粒细胞减少症等严重免疫功能抑制患者，应进行保护性隔离，医务人员进入病室时须戴口罩、帽子等。

(二) 病情许可的情况下，鼓励患者半卧位，并尽早下床活动。

(三) 训练患者正确咳嗽排痰方式，必要时予以翻身、拍背，以利于痰液引流。

(四) 昏迷患者取平卧位时，头偏向一侧。

(五) 绝对卧床患者每 2 小时翻身、拍背一次。

(六) 吞咽异常的病人经口喂食宜量少、缓慢，以防误吸。

(七) 使用呼吸机辅助呼吸的患者应优先考虑无创通气；如要插管等需转外院治疗。

(八) 对气管切开病人，吸痰时应严格执行无菌操作。并定时邀请外院会诊，以尽早闭合气管。

(九) 注意患者口腔卫生，使用洗必泰漱口或口腔冲洗，每 2-6 小时 1 次。

(十) 合理使用抗菌药物，及时送检标本做细菌培养和药敏试验。

(十一) 医务人员必须遵循手卫生规范，减少经手传播造成的交叉感染。

二、导尿管相关尿路感染预防与控制制度

(一) 严格掌握导尿指征，根据需要决定置留导尿管及留置时间。

(二) 仔细检查无菌导尿包，如导尿包过期、外包装破损、潮湿，不应当使用。

(三) 根据患者年龄、性别、尿道等情况选择合适大小、材质等的导尿管，最大限度降低尿道损伤和尿路感染。

(四) 严格遵循无菌操作技术原则留置导尿管，动作要轻柔，避免损伤尿道粘膜。

(五) 置管过程中，指导患者放松，协调配合，避免污染，如尿管被污染应当重新更换尿管。

(六) 妥善固定尿管，保证集尿袋高度低于膀胱水平，防止逆行感染。保持尿液引流装置密闭、通畅和完整，活动或搬运时夹闭引流管，防止尿液逆流。

(七) 留取尿标本时，以无菌方法从导尿管留取尿液，以保持集尿系统的密闭性。

(八) 保持尿道口清洁，大便失禁的患者清洁后还应当进行消毒。留置导尿管期间，应当每日清洁或冲洗尿道口。

(九) 患者沐浴或擦身时应当注意对导管的保护，不应当把导管浸入水中。

(十) 长期留置导尿管患者，不宜频繁更换导尿管。若导尿管阻塞或不慎脱出时，以及留置导尿装置的无菌性和密闭性被破坏时，应当立即更换导尿管。

(十一) 患者出现尿路感染时，应当及时更换导尿管，并留取尿液进行微生物病原学检测。

(十二) 每天评估留置导尿管的必要性，尽可能缩短留置导尿管时间。

(十三) 医护人员在维护导尿管时，要严格执行手卫生。

三、皮肤软组织医院感染的预防与控制制度

(一) 保持患者皮肤清洁干燥，衣服宽松，减少皮肤摩擦和刺激。

(二) 对皮肤屏障功能障碍者，尽量避免不必要的检查和治疗。护理时避免推拉动作。

(三) 增加病人营养，给予患者高蛋白、高热量、高维生素饮食。

(四) 积极治疗基础疾病，如糖尿病应及早控制；对反复发生皮肤葡萄球菌感染者，可酌情应用免疫增强剂。

(五) 合理选用抗生素无菌手术或皮肤功能障碍的患者，不主张常规应用抗生素预防，如手术创面大，或发生皮肤感染的机会增加时，可酌情使用，以外用药为主，减少抗生素应用，防止耐药性发生。

四、消化系统医院感染的预防与控制制度

(一) 注意饮食卫生，不吃生冷、不洁食物。餐具、鼻饲器具一用一消毒，一次性物品严禁重复使用。

(二) 严格洗手，护理病人前后，尤其是接触食物前、处理排泄物后必须认真洗手。

(三) 医院食物从采购、保存、烹调、运送、分发各个环节要符合食品卫生

标准，防止细菌污染。定期对营养室工作人员、配餐员进行健康检查与食品卫生培训。

(四) 发生胃肠道感染病人，根据其传染性确定是否隔离，必要时转传染病院治疗。

(五) 合理使用抗菌药物，防止菌群失调和发生抗菌药物相关性腹泻。

(六) 对可能导致传播和污染的各种途径均应采取措施，加以防范。

(七) 改善病人营养状态，调节水、电解质及酸碱平衡。

(八) 保护易感人群。老年、长期卧床等病人免疫功能差，容易患胃肠道感染，应加强对这些病人的保护，积极治疗原发病，提高病人免疫机能。

多重耐药菌医院感染管理制度

为加强多重耐药菌的医院感染管理，有效预防和控制多重耐药菌在医院内的传播，保障患者安全，根据我院具体情况，制定我院多重耐药菌医院感染制度：

一、多重耐药菌的医院感染管理

医院多重耐药菌医院感染管理工作在医院管理委员会领导下开展工作，由医院感染管理办公室负责具体实施，各临床科室按照《医院感染管理办法》的规定，强化医院感染管理责任制。针对多重耐药菌医院感染监测、控制的各个环节，制定并落实多重耐药菌的各种控制措施和有关技术操作规范，医疗、护理、临床检验、感染管理等综合配合，采取有效措施，预防和控制多重耐药菌在医院和科室内的传播。

二、完善对多重耐药菌的监测

加强对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素肠球菌(VRE)、产超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)的细菌和多重耐药的鲍曼不动杆菌等实施目标性监测。各临床科室及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者和定植患者，加强微生物实验室对多重耐药菌的检测及其对抗菌药物敏感性、耐药模式的监测，根据监测结果指导临床对多重耐药菌医院感染的控制工作。

三、加强抗菌药物的合理应用

医疗机构应当认真落实《抗菌药物临床应用指导原则 2015 年版》和《卫生

部办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知》(卫办医发〔2008〕48号)要求,严格执行抗菌药物临床应用的基本原则,正确、合理地实施抗菌药物给药方案,加强抗菌药物临床合理应用的管理,减少或者延缓多重耐药菌的产生。

四、加强对医务人员的教育和培训

医院感染管理办公室应当对全体医务人员开展有关多重耐药菌感染及预防、控制措施等方面知识的培训,强化医务人员对多重耐药菌医院感染控制工作的重视,掌握并实施预防和控制多重耐药菌传播的策略和措施,以减少医院内多重耐药菌的驻留和蔓延,保障患者的健康与安全。

细菌耐药监测与预警机制

多重耐药菌感染已成为延长患者住院时间、增加医疗费用和导致患者死亡的重要原因。为加强对多重耐药菌感染监控与细菌耐药预警,更好地为临床合理使用抗菌药物提供科学依据,依照卫生部卫办医政发[2011]5号《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南(试行)》及卫办医政发[2009]38号《关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》的精神,结合我科具体情况,现就建立完善细菌耐药监测与预警机制相关工作要求如下。

(一)对多重耐药菌感染患者或定植高危患者要进行监测,及时采集有关标本送检,并追踪结果,以及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者。属多重耐药菌感染,应在24小时内填卡报告院感科。

(二)1、经管医生发现多重耐药菌感染病例应立即开“接触隔离”医嘱,报告科主任并通知本科医师、护士长或责任护士。

2、科主任、护士长应在早会上告知全科医护人员。

3、护士长或责任护士负责告知家属及陪护人员相关隔离常识。

4、护士长通知并指导病区保洁员做好多重耐药菌患者床单元的卫生消毒。

5、转床、转科、送医技科室辅助检查或需要手术治疗时应告知相关科室的接诊医生或护士,做好接触隔离。

(三)科室短时间内发生3例以上相同耐药菌病例,应立即向院感科报告。班外时间、节假日报院总值班,院总值班通知院感科负责人。

(四) 应了解医院前十位目标细菌及本科室前五位目标细菌名称及耐药率, 根据细菌耐药性情况分析和耐药预警报告, 指导经验性使用抗菌药物。

精神病医院传染病主要隔离分类与制度

因我院未设置传染科, 对各种传染病严格遵循中华人民共和国传染病防治法依法进行报告并做好详细记录备查, 对处于传染期的患者原则上应将病人转到传染病医院诊治。对三无流浪对象或是病人传染病与精神疾病权衡以精神疾病为重点时可特殊处置(仅限乙肝、丙肝、结核、梅毒、艾滋病等病情较稳定的患者), 在我院加强隔离并予以治疗。

一、严密隔离

- 1、为预防高度传染性及致命性强毒力病原体而设计的隔离措施。
- 2、此类患者必须转传染病专科医院治疗。
- 3、适用病种: 咽部白喉、肺鼠疫、天花、霍乱、人感染高致病性禽流感、非典型肺炎、病毒性出血热。

二、接触隔离

- 1、为预防高度传染性、有严重流行病学意义, 并经接触途径为传播方式的传染病隔离措施。
- 2、设隔离室、接近病人时戴口罩、帽子; 接触传染性分泌物、排泄物时戴手套; 接触病人或可能污染用品后以及护理另一病人前必须洗手; 污染物袋装、标记并及时消毒处理, 减少转运。

- 3、适用病种: 狂犬病、皮肤白喉等。此类患者原则上转传染病专科医院。

三、呼吸道隔离

- 1、单人隔离: 无条件时, 可单病种放置一室。密切接触病人时要戴外科 N95 口罩、穿隔离衣; 接触病人或污染物时要洗消双手, 严重时戴护目镜, 防护面罩、呼吸器。

- 2、适用病种: 麻疹、腮腺炎、脑膜炎球菌感染、肺炎、脑膜炎、脓毒症、肺鼠疫、非典型肺炎、流感、。

四、肠道隔离

1、不必戴口罩、穿隔离衣；洗手特别重要，凡接触病人或污染物时以及护理其他患者前，严格进行手的消毒处理；粪便和污染物随时消毒；室内无蝇、无蟑螂。2、适用病种：脊灰、甲肝、戊肝、感染性腹泻。

五、血液、体液隔离

1、病人不能自理或出血不止造成污染时，必须单人单病单室隔离；其余单病单室隔离；不必戴口罩，穿隔离衣；接触血液、体液、污物时必须戴手套；手接触患者的血液、体液时立即消毒处理；护理另一病人时，需要进行严格手的消毒处理；血液、体液污染的物品立即消毒处理。2、适用病种：艾滋病、乙肝（携带者）、丙肝、梅毒、钩体病、回归热、登革热、等。

六、结核病隔离

1、病人至少是同病同室、并经常开窗通风。病人被服要经常日光暴晒消毒；应限制病人在污染区活动，减少与他人接触、不到公共场所。病人用品食具、痰液、呕吐物必须消毒；病人痰液要吐在纸上或痰盂里，进行消毒后处理；医护人员接触病人应带外科口罩，接触病人血液分泌物戴手套，做好手的洗消处理。2、适用病种：原发性肺结核（I型）、血行播散型肺结核（II型）、浸润型肺结核（III型）、慢性纤维空洞型肺结核（IV型）

注：有些传染病可合并两种或两种以上隔离措施，应综合考虑，全面掌握

第七章 医疗安全与患者安全管理

关于尊重和维护患者合法权益的管理制度

为贯彻落实科学发展观，坚持以人为本，提高医院自律行为，更好地维护患者的合法权益，增进医患间的信任和理解，构建和谐医患关系，推进文明创建工作。特制定本规定，科室打印成册，医务人员要认真学习，严格遵照执行。

一、患者的权益指患者在患病就医期间所拥有的而且能够行使的权利和应该享受的利益。医务人员应当尊重和维护患者的合法权益，

二、医务人员依法维护患者最基本的权益即有权获得适宜的医疗诊治。

（一）享受平等医疗权，凡患者不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重，都有权收到礼貌周到、耐心细致、合理连贯的诊治服务；

(二) 患者享受安全有效的诊治, 凡病情需要, 有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件, 都有权获得;

(三) 患者有权要求清洁、安静的医疗环境, 并有权知道经管医生及护士的姓名;

(四) 患者有权了解有关诊断、治疗、处置及病情预后等确切内容和结果, 并有权要求对此做出通俗易懂的解释。从医疗角度不宜相告的或当时尚未明确诊断的, 应向其家属解释;

(五) 患者有权了解各种诊治手段的有关情况, 如有何副作用, 对健康的影响, 可能发生的意外及合并症、预后等。

三、医务人员尊重患者自由选择 and 拒绝治疗的权利

(一) 患者有权根据医疗条件或自己的经济条件选择医院、医护人员、医疗及护理方案;

(二) 患者在法律允许的范围内(精神病、传染病患者的某些情况属于不允许范围)可拒绝治疗, 也有权拒绝某些实验性治疗。但医生说明拒绝治疗的危害;

(三) 在不违反法律规定范围内, 有权自动出院, 但必须向医院和医生做出对其出院及后果不负任何责任的声明与签字。

四、医务人员应尊重和维持患者的隐私权

(一) 患者在医疗过程中, 对由于医疗需要而提供的个人的各种保密或隐私, 有要求保密的权利。医务人员应严守秘密, 不随意向外人泄露。

(二) 患者有权对接受检查的环境要求具有合理的声音、形象方面的隐秘性。由异性医务人员进行某些部位的体检治疗时, 有权要求第三者在场;

(三) 在进行涉及床边会诊、讨论时, 可要求不让不涉及其医疗的人员参加; 有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读。

五、患者有监督自己的医疗护理权益实现的权利

(一) 患者有权监督医院对自己所实施的医疗护理工作, 如果患者的正当要求没有得到满足, 或由于医护人员的过失造成患者身心的损害, 患者有权向医院提出质问或依法提出上诉;

(二) 患者在接受治疗过程中, 患者有权了解诊疗的大体费用及得到医院提供的一日一清单, 无论由谁支付医疗费用, 患者有权审查其支付的账单, 并有权

要求解释各项支出的用途。

六、医务人员应充分尊重患者的知情同意权，严格遵守我院《谈话告知制度》的有关规定，履行告知义务。

七、医务人员应主动了解患者的民族和有无宗教信仰，尊重患者的民族风俗习惯和宗教信仰，对患者提出的关于民族风俗习惯和宗教信仰的要求，在客观条件允许和不影响治疗的前提下，应充分配合，尽量满足。

八、附件：

（一）病人的权利

1、您享有人格尊重权，不因国籍，性别，年龄，经济条件或社会地位而受到歧视。

2、您有知情权，您有权了解您的病情、病因、诊断、治疗计划和预后情形；您有权知晓手术原因、手术成功率、可能发生的并发症及危险；您有权知晓药物的疗效、副作用和使用方法。

3、您享有选择权，您有权参与医疗照护过程，并且决定接受或拒绝诊疗或手术。

4、您享有安全权，您有权在安全的医疗环境下接受诊疗照护。

5、您享有隐私权，未经您同意，医务人员不得无故泄露您的病情资料，也不应和无关人员讨论，病人的病情资料与记录均由医院妥善保管并保密。

6、您享有获得权，您有获得正确的医疗资讯，包括病情、诊断、治疗计划、用药、饮食和护理指导资讯。您有权申请自己的病历复印件，范围为：门急诊病历和住院病历中的入院记录、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病历报告、护理记录、出院记录。您有权申请自己的诊断证明与医疗费用明细表。

7、您享有投诉权，如果您对本院的医疗服务有任何意见或不满，我院信访接待办、医疗安全、医监办、门诊办等是处理您口头或书面做出正式投诉的部门。医院会在合理的时段内，就您投诉做出明确答复，并说明已采取的处理措施。

（二）病人义务

1、请您或您的家属或您的授权委托人、正确告知医务人员自身情况、过去病史、药物过敏史、冶游史、目前是否患传染病等信息。

2、请您和你的家属或您的授权委托人确认主管医生和其他医务人员确实回答您的问题，对您的健康问题及治疗方法已充分提供需要咨询。

3、请您或您的家属或授权委托人，在给药或进行给药之前，确定医生或护士已确认过您的身份，确定您的药物名称、数量与药袋上所标示的无误，您已了解正确的用药方式。

4、请您或您的家属或授权委托人，在签署任何文件之前，仔细阅读所有内容，并确定已完全了解。若有不了解的地方，可以请医生或护士说明。

5、请您或您的家属或授权委托人遵守医院规定，配合诊断和治疗，不能自行停药；不能服用非本院药物，如必须服用非本院提供药物，请告知您的主管医生；对于你未愈而要求出院时，您或您的家属有义务签具“患者自动出院知情同意书”。

6、请您或您的家属或授权委托人在病房内不要大声喧哗，以免影响其他病人休息。

7、本院全面禁烟，禁止携带危险物品或违禁品，勿携带宠物进入医院，在医疗器械使用区禁用手机。

8、请您或您的家属或授权委托人要爱护医疗资源，妥善使用医院设施。

9、请您或您的家属或授权委托人按照国家收费标准支付医疗费用。

10、您或您的家属或授权委托人尊重医务人员。

住院精神病人逃跑处置预案及处罚

为营造和谐社会，做好精神疾病管理工作，防止病人逃跑给社会、医院、家庭、他人造成伤害、对公私财物造成重大损失、严重扰乱社会治安等危害社会行为，结合我院实际情况，特制订我院精神疾病患者逃跑应急处置预案，具体如下：

一、成立精神病患者逃跑处置领导小组

组 长：贺吉清、孙杰

副组长：沈雪芝、陈 东、赵金聚

成 员：章灿、沈韵、龙波、周曼纯、蒋华英、何杰、严高超、王辉和、行政值班员、精神科室负责人

二、职责和分工

组长:是精神病患者逃跑处置工作总指挥,贯彻传达上级主管部门有关指示,负责计划部署、督查各组成员完成情况。负责各组之间协调工作。

副组长:及时传达总指挥的命令。协助总指挥,指导落实分管范围内的工作联系。协调应急行动,保持内外部联络;在应急情况下,应立即与就近卫生、安全部门联系。

成员:按要求积极完成领导交办的各项工作任务。具体负责追逃工作的实施。车辆、设备、人员调配,做好安全防护工作;负责与各部门之间的信息沟通,及时收集逃跑病人动向情况;积极联系、配合公安部门行动,发现问题及时上报相关领导,做好工作纪录。

三、防范措施

1、组织学习病区安全管理,经常进行应急预案的实战演练。

2、了解患者病史,详细记录患者的家庭住址、联系方式等,以便逃跑后查找。

3、加强护患沟通,取得病人的信任,关心病人,善待病人,帮助患者尽快适应病区环境。解释住院治疗的重要性,向病人介绍治疗方法及疗效,密切观察病情,了解患者的思想动态、心理压力,及时发现逃跑先兆,及时给予恰当的心理疏导。

4、工作人员要认真履行岗位职责,及时巡视患者的活动情况,并适当限制其活动范围,及活动范围应该在工作人员的视野范围内。

5、对有严重逃跑企图的患者,重点交班,鼓励督促患者多参加病区的工娱集体活动,转移患者逃跑的注意力。

6、加强环境安全管理,完善病房设施。杜绝一切,可以造成患者逃跑的条件,经常检查病区门窗,每日检查病区的危险物品,发现门、窗、锁等设备有损坏时,及时修复。对各种辅助室的门用完及时上锁,及时作安全检查,防止病人私藏工具作撬窗、门锁之用,以防成为患者逃跑的途径和工具。工作人员保管好自己的钥匙,进出病房时注意防护,不要让病人站在门边,以防开门时冲出或抢夺钥匙。

7、及时观察病人的病情,对有出逃企图或不安心住院的患者,应该做到心

中有数，重点监护，班班交接，并且给予心理疏导，做到消除患者出逃的想法。

8、每 15 分钟巡视病人的活动情况及清点人数。

9、病情稳定的患者应鼓励家属探视，减轻患者的孤独感，避免患者出逃的想法，让其安心住院。探视时要与家属沟通，禁止带入危险物品，以免落下出逃的工具。

10、每天利用晨间护理，进行安全检查。

11、对逃跑企图强烈的患者，应安置在重点病房，由专人监护，或遵医嘱给予暂时约束保护。

12、外出检查、活动和新入院的患者，要认真排查，防止禁带物品混入，外出检查或探视时应该有专人看护。

13、改善精神科病区的住院环境，病区的所有电源应集中设置，最好设置在医护办公室，病房内的病床、椅子、床头柜、饭桌应固定，不能让病人举起、抬起以免这些设施都成为患者出逃的工具。

四、应急措施：

1、立即报告主任、护士长和上级部门（医务科、安全办、护理部、保卫科），逢节假日报告医院行政值班人员，同时通知门卫，门卫应立即行动关闭大门，对可疑人员进行阻拦。

2、立即组织工作人员查看病人逃跑现场，估计病人逃跑路线，马上到监控室调取监控视频，确定逃跑路线，组织人员沿路就近寻找，同时清查病房内病人人数，并对逃跑处做紧急处理，以防再度出现外逃事情。

3、确认患者逃跑路线的同时报告保卫科和总务科，并进一步调配力量，协调车辆，到附近车站、交通要道及附近派出所调取天网监控查找。

4、24 小时仍未找到线索，经组长同意应向局综治办及当地派出所汇报备案，以便协助查找。还要应同时借助报纸，广播电台、电视台等新闻媒体，借助社会力量更广泛的寻找。

5、若有逃走病人的信息，则应组织人员派车接送。严禁训斥和惩罚逃跑患者，耐心询问逃跑的原因及途径，以防再次逃跑，并做好详细记录。

五、罚则

1. 住院精神病人逃跑，视下列情形对当事人予以处罚：在院内小于 24 小时

找回病人的予以处罚 200 元;在院外 24 小时内找回病人的予以处罚 400 元;在超过 24 小时未找回病人的予以处罚 600-1000 元。

2. 依据逃跑原因除追究相应当事人责任外,同时追究相关责任人员的责任。

3. 以下情形加重处罚:

- ①病人逃跑 1 小时以后才发现的;
- ②瞒报、延迟上报的;
- ③外逃期间病人肇事肇祸造成严重后果的;
- ④造成其他不良后果或重大影响的。

4. 医院医疗纠纷与事故分析委员会对不良事件及时进行调查,分析发生原因,进行责任分析,提出整改措施,同时依据事件原因及责任结合上述条款对当事人及相关责任人员进行处罚;另外,对在该事件处置中成绩突出或作出特殊贡献的个人和科室予以奖励。

医疗安全(不良)事件自愿报告制度(试行)

1、医疗安全(不良)事件是指在正常诊断与治疗过程中,发生本可避免的涉及医疗安全的不良事件/缺陷。医院通过自愿的、不具名的报告途径获得的显性或隐性医疗安全(不良)事件信息。

2、医院要积极倡导医护人员主动报告医疗安全(不良)事件,有鼓励医务人员主动报告的机制。

3、对主动报告医疗安全(不良)事件的医护人员,应当不具有处罚功能。

4、对主动发现与及时报告重要医疗安全(不良)事件和隐患,避免严重不良后果发生的医护人员要有奖励的政策和报告人保护的具体措施。

5、医院要有专门部门、专人负责,最大限度地收集、分析、交流、共享安全信息。

6、医院与科室能够将安全信息与医院实际情况相结合,从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进,每年至少有 2 个典型案例进行医院层面的医疗安全改进分析及具体实施方案。

第八章 医技科室管理

彩超室工作制度

一、超声检查，须持有临床医生填写的申请单和交费凭证，方可检查。急诊病人随到随查，危重病人需由医护人员陪同优先检查。

二、检查前应仔细阅读申请单，了解病员一般病情和检查目的、要求，询问病员是否按要求做好准备，检查时必须核对姓名、性别、年龄和检查部位。

三、结合临床需要，认真仔细检查，及时准确的书写检查结果，签全名后发出报告，遇疑难病例应邀请会诊或转诊作出正确诊断，并及时与临床科室取得联系。

四、超声是临床辅助诊断技术，只能用于对疾病协助诊断，严禁运用超声对胎儿进行非医学需要的性别鉴定。

五、本科室人员需熟悉机器性能、操作规程、安全使用方法和注意事项，方能上机操作。

六、严格遵守操作规程，爱护机器，注意安全，每次使用完毕，要切断电源，做好防尘、防潮及仪器的清洁工作，定期检查、保养、维修，校测仪器，建立仪器档案化管理，本科仪器不能外借。

七、建立检查登记簿，做好各项检查记录，及时研究分析，妥善保存各种资料。

八、坚守岗位，尽职尽责，讲究医德，热情优质服务，衣着整齐，室内整洁，做好室内安全、防火、防盗工作。

九、做好科内空气、物体表面、地面及医疗废弃物的消毒及处理工作，防止和控制医院内交叉感染。

放射科工作制度

一、各项影像检查，须由临床医师详细填写申请单，急诊病人随到随检。各种特殊造影检查，应事先预约。

二、重要的影像学检查，由医师和技术员共同确定检查技术。特检摄片和重要摄片，须待观察照片合格后方嘱病人离开。碘剂造影检查应观察 15 分钟后病

人方可离开，以防延迟过敏反应。

三、重危或做特殊造影的病人，必要时应由医师携带急救药品陪同检查。

四、影像诊断要密切结合临床。进修或实习医师写的诊断报告，应经上级医师签名。

五、每月集体阅片，经常研究影像诊断和检查技术，解决疑难问题，不断提高工作质量。

六、严格遵守操作规程，做好防护工作。工作人员要定期进行健康检查，并要妥善安排休假。

七、注意用电安全，严防差错事故。机器设备专人保养，定期进行检修。

脑电图室工作制度

一、需行脑电图、脑血流图检查的病员，由临床医师填写申请单。检查前仔细阅读申请单，了解病人是否按要求作好准备。

二、危重病人检查时应有医务人员护送。

三、仔细分析图谱，结合临床，准确及时报告检查结果，遇疑难问题与临床医师联系，共同解决。

四、严格遵守操作规程，注意安全，下班时关好机器、切断电源。

五、专人负责各种仪器的清洁保养。发生故障及时报告及登记记录，并请维修人员检修。

六、保持室内整洁、安静，定期清扫、擦洗。

七、保管好记录图谱，建立档案。须外借者，经医务科及分管院长批准。

心电图室工作制度

一、心电图室负责一切住院、门诊、急诊等 24 小时心电图检查任务。急诊随叫随到。

二、病人拿有效申请单做心电图，急、危、重病人优先安排检查。

三、及时、准确报告检查结果，门、急诊 30 分钟内发出报告。急诊及时报

告经治医师。遇疑难问题随时与临床医师联系以便共同研究解决。

四、严格遵守操作规程。

五、离开本室前检查门窗、水电，切断仪器电源。

六、专人负责各种仪器的清洁。发生故障及时报告及登记记录，并请维修人员检修。

七、保持室内整洁、安静，定期清扫、擦洗。

检验科工作

一、检验科工作制度

1、认真执行检验技术操作规程，保证检验质量和安全，严格执行查对制度。

2、普通检验，一般应于当天发出报告，急诊检验应在检验单上注明“急”字，随采随验，及时发出报告，对不能及时检验的标本，要妥善保管。标本不符合要求者，应重新采集。

3、认真核对检验结果，填写检验报告单，做好登记，签名发出。检验结果与临床不符或可疑时，应主动与临床医生联系，重新检查，发现检验项目以外的阳性结果，应主动报告。

4、检验结束后，要及时清理器材、容器，经清洗、干燥、灭菌后放原处，污物及检查后标本妥善处理，防止污染。

5、采血必须坚持一人一针一管，严格无菌操作，防止交叉感染。

6、检验室应保持清洁整齐，认真执行检验仪器的规范操作规程，定期保养、检测仪器，不得使用不合格的试剂和设备。

7、建立并完善实验室质量保证体系，开展室内质量控制，参加室间质量评价活动。

8、配合临床医疗工作，开展新的检验项目和技术革新。

9、应制定检验后标本保留时间和条件，并按规定执行。废弃物处理应按国家有关规定执行。

10、加强检验室安全管理和防护，做好生物及化学危险品、防火等安全防护工作，遵守安全管理规章制度。

二、检验科质量管理制度

- 1、检验科人员必须熟悉本专业质量控制理论和具体方法。
- 2、制订各项检验的操作手册，生化、临检等检验，一切操作要做到规范化、程序化。
- 3、对各种仪器，必须定期进行功能及质量检测并标定后使用。使用合格的检验试剂，定期检查有无过期试剂。
- 4、应积极开展室内质控，制订相应的措施，做到日有记录、月有小结、年有总结。有原始记录及质控图。对检测中出现的失控项目要停止报告，查出原因，针对问题及时采取措施并有记录，然后报告。

三、检验科查对制度

- 1、建立健全查对制度，杜绝医疗事故，减少差错发生。
- 2、每次检验，检验师应对结果进行复核，并签上姓名。遇疑难问题，应及时报告科主任。
- 3、采集标本时：
 - (1) 门诊病人：认真查对科别、姓名、性别、年龄、检测项目、标本（质、量）。
 - (2) 住院病人：认真查对科别、住院号、床号、姓名、性别、检测项目、标本（质、量），同一病人，多张申请单时，认真查对各申请单的临床资料是否一致。
- 4、检验时，认真查对仪器性能、试剂质量、检验项目与标本是否相符。
- 5、检验后，认真查对检验目的、结果、是否缺项等。
- 6、发报告单时，认真查对科别、姓名及检验项目。
- 7、血型及输血检验时，认真查对病人姓名、性别，标本、血袋编号、标签是否完整，标本和诊断血清是否符合要求，献血员姓名，血型、Rh 血型及交叉试验结果，血袋是否有破损及血液质量。试验结果除肉眼观察外，必须用显微镜观察结果，以防弱凝集遗漏。复核者应认真核对一次标签、血型、Rh 血型及交叉试验结果后，签上核对者姓名。

四、检验标本管理制度

1、标本一律凭单采集，做好五查五对（科别、床号、姓名、性别、检验项目），临床科室送的标本要核对检验单、检查项目和标本采集是否合乎要求。

2、各项检验标本分类进入各项检测程序，并严格做好编号和核对，缓检标本应核对后妥为保存。

3、检验后的标本应按规定根据不同要求和条件限时保留备查，特殊标本特殊保存。

4、凡有传染性的标本，应按传染性标本管理规定须经灭菌处理后才能弃去。

五、检验报告单管理制度

1、检验报告单必须按检验要求逐项填写清楚，使用统一的法定计量单位，数据准确，书写规范，填写后核对，不涂改，不破损，不污染。

2、阳性与阴性结果的书写，必须清楚，以免错误。如报告单为表格时，阳性用“+”表示，阴性可用“0”表示，未查者可用“/”表示。

3、报告单必须有检验者签字（全名）和签发日期，急诊报告应注明标本采集（收到）及发出报告时间。

4、当日完成的检验报告单按科室分好，每天下班前半小时分送各科室。

六、检验科试剂管理制度

1、检验科要根据实际需要，从节约的原则出发，有计划地采购试剂。

2、检验科要做好试剂的请购、使用、保存、检查工作，防止变质、过期和浪费，即将用完的试剂要有记录，及时申请补购。

3、试剂进货应做到来源正规，货物优质、有效、有批准文号、生产日期及供货单位加盖红印的《经营许可证》、《生产许可证》、《注册证》复印件和法人委托书及业务员的身份证明。试剂进货时要有验收人签字。

5、所用试剂要有瓶签，按不同要求分类保管，需要冷冻、冷藏保管的试剂应保存在低温或普通冰箱内，并经常检验冰箱温度。剧毒、易燃易爆品要按要求保管。强酸、强碱试剂要单独保存。

七、检验科安全管理制度

1、加强安全管理教育，提高安全管理意识。

2、严格执行有关安全管理制度，做好“防火”“防盗”“防毒”的防范工

作，并建立安全管理责任制，做到制度落实，责任落实，措施落实。

3、使用强酸、强碱时，应特别注意防止腐蚀仪器和衣物。

4、产生毒性或腐蚀性气体的试验应在通风处进行，带有腐蚀性试剂，废弃之前先用清水稀释后，再倒入下水道。

5、贵重仪器、物品等设专人保管、定期维修，存放柜箱要加锁。

6、加强对易燃易爆、腐蚀性药品及危险、剧毒化学试剂等的管理，定点存放，定期检查，对剧毒药品有专柜保存，并做好应急处理及防护工作。

7、检验室备有常用消防设施及专用灭火器材，接受消防安全及使用灭火器材的教育，对各种电器、电路按规定安装使用。

8、检验科人员应经常检查，发现隐患及时报告并立即采取安全措施。

八、临床检验危急值报告制度

1、“危急值”是指当这种检验结果出现时，表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态，临床医生需要及时得到检验信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，就可挽救患者生命，否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。

2、医院建立危急检验项目表与制定危急界限值，并要对危急界限值项目表进行定期总结分析，修改，删除或增加某些试验，以适合于本院患者群体的需要。

3、建立检验室人员处理、复核、确认和报告危急值程序，并在《检验危急值结果登记本》上详细记录（记录检验日期、患者姓名、病案号、科室床号、检验项目、检验结果、复查结果（必要时）、临床联系人、联系电话、联系时间（min）、报告人、备注等项目）。

4、医院定期检查和总结“危急值报告”的工作，每年至少要有一次总结，重点是追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值报告”的持续改进的具体措施。

九、仪器管理制度

1、各种检测仪器按医疗器械进行登记，专人保管，定期检修保养和按规定办理报销、报废手续。

2、精密仪器，设专柜存放，实行定人使用、保养、保管责任制。无关人员一律不得使用。

3、各种精密仪器、器械，须经校正合格后使用，计量仪器应按市技术监督

局规定每年实行强制检定。

4、新购仪器、器械、须经检测验收合格后使用，不熟悉仪器性能者不能独立操作，无维修知识和技能者不得随意拆卸检修。

5、各种仪器在使用中必须严格按照操作规程，严格保养程序，经常保持仪器处于灵敏状态。仪器室内严禁存放挥发性、腐蚀性的化学物质，注意防潮和防爆晒。

十、检验科档案管理制度

1、档案管理范围：包括业务资料（含有检验操作规程、质控资料、检验结果登记等）、仪器及试剂资料、财产情况、医疗纠纷资料、管理制度等。

2、档案资料应注意完整、规范、保密，不得用热敏打印纸、不得任意抽样或遗失，不得向无关人员泄露。

3、所有档案资料应登记、分类、编号，并由专人保管，档案资料多时，为便于查阅可建立索引。

4、归档资料中的质控资料、检验结果登记及操作规程至少应保存五年。销毁前必须经科室领导审批。

5、外来人员须查阅档案资料均应经科主任同意。

十一、检验科登记制度

1、建立健全登记制度以保证各种检验结果为临床提供科研数据，便以回顾性总结检验质量、数量。

2、设立以下登记本：血常规、尿常规、便常规、血凝、穿刺液常规、血型、生化等检验结果登记本。各种贵重仪器每日运行情况记录本。化验单发送登记本及特殊标本收集登记本。不合格标本拒检记录本。

3、科室人员必须认真、及时登记，结果准确、清楚、完整。

4、违反上述规定者，从重处罚

十二、检验科卫生制度

1、每天打扫、拖擦地面、地板、擦抹台面。定期擦抹门窗及玻璃、桌、椅。物品放置有序，保持科室整洁。

2、不在检验室吸烟、进食，不乱丢纸屑等。

3、注意个人卫生。

十三、检验科信息反馈制度

- 1、检验科要定期向临床各科室征询改进意见，同时，备有反馈登记本。
- 2、定期向临床医生征求意见和建议，整理登记，及时向科主任汇报结果。对重要问题及时与临床科室协商。
- 3、要耐心听取病人的意见，并做好病人意见的登记、处理。
- 4、要重视信息反馈工作，虚心听取临床医生的意见与要求，重要意见及时登记，认真改进。
- 5、对临床科室因疾病诊治需要的特殊检验要求，应结合实际，尽力配合。

十四、差错事故登记报告制度

- 1、严格执行检验工作查对制度，包括：采集，收集标本、化验单的科别、床号、姓名、检验目的、检验标本的质量和量；检验时的项目、所用的试剂、编号；检验结束时的检验结果、登记；发报告时的科别等。
- 2、要做过细的工作，严防检验标本丢失或损坏，尤其是脑脊液、胸腹水液等重要标本，收到后应立即登记并检验，防止漏检、错检；生化检验标本验后应保留 24 小时，输血标本应保留七天以上；防止在工作中，特别是离心沉淀时损坏标本；防止仪器错用、试剂错配、错用及计算错误；防止定错或错报血型及交叉配合试验等等。
- 3、严格执行检验标本接收制度。病房送检的检验标本和化验单应及时验收、签名，发现有不合要求的标本或与化验单不符的标本应当即退回，并要求重送。
- 4、发现差错应及时向科主任报告，力求妥善处理，并登记入册。发现严重差错或医疗事故后，立即组织抢救，并报告科主任、院领导，对重大事故，应做好善后工作。
- 5、对已发生的差错事故，科主任应视不同情况进行批评教育或行政处分，情节严重的严肃处理。
- 6、科主任加强对差错事故的防范管理及对检验人员的安全医疗教育，经常检查、分析，发现隐患及时解决。

十五、检验科医院感染管理制度

- 1、检验人员须穿工作服，戴工作帽，必要时穿隔离衣、胶鞋、戴口罩、手

套。

2、使用合格的一次性检验用品，用后进行无害化处理。

3、严格执行无菌技术操作规程，静脉采血必须一人一针一管一巾一带；微量采血应作到一人一针一管一片；对每位病人操作前洗手或手消毒。

4、无菌物品及其容器应在有效期内使用，开启后使用时间不得超过 24 小时。使用后的废弃物品，应及时进行无害化处理，不得随意丢弃。

5、各种器具应及时消毒、清洗；各种废弃标本应分类处理。

6、检验报告单消毒后发放（电脑打印的除外）。

7、检验人员结束操作后应及时洗手，毛巾专用，每天消毒。

8、保持室内清洁卫生。每天空气、各种物体表面及地面常规消毒，有记录。在进行各种检验时应避免污染；在进行特殊传染病检验后，应及时进行消毒，遇有场地、工作服或体表污染时，应立即处理，防止扩散，并视污染情况向上级报告。

9、各种卫生学监测达到要求。

十六、检验室科废物处置管理规定

一、医院垃圾分类：

（一）、生活垃圾：包括废纸、一次性生活及办公用品、以及其他未被病人人体液、试剂以及药物等污染的物品。用黑色垃圾袋装。

（二）、医疗废物：包括感染性废物、损伤性废物、药物性废物及化学性废物五类，用黄色垃圾袋装。

其中：

1、感染性废物：(1)被病人血液、体液、排泄物污染的物品如棉球、棉签、纱布、一次性医疗用品与器械等；(2)疑似传染病人产生的生活垃圾；(3)废弃的血液、血清；(4)使用后的一次性医疗用品与器械。

2、损伤性废物：(1)医用针头、缝合针；(2)各类医用锐器；(3)载玻片、玻璃试管、安瓶等。

4、药物性废物：(1)废弃的一般性药品；(2)废弃的细胞毒性药品和遗传毒性药品；(3)废弃的疫苗、血液制品等。

5、化学性废物：(1)实验室废弃的化学试剂；(2)废弃的过氧乙酸、戊二醛等

化学消毒剂；(3)废弃的汞血压计、汞温度计。

二、检验科人员将产生医疗垃圾按照上述标准分类放置，由专人收集并登记，专人按照规定时间和路线运送至医疗废物贮存房贮存，隔天交由市绿洁公司回收处置。

三、全自动仪器下排液经消毒处理后方可排入污水处理系统。

六、废弃标本如尿、胸水、腹水、脑脊液等每 100mL 加漂白粉 5g 或二氯异氰尿酸钠 2g，搅匀后作用 2h-4h 倒入厕所；痰、脓、血标本加 2 倍量二氯异氰尿酸钠溶液，拌匀后作用 2h-4h；若为肝炎或结核病者则作用时间应延长至 6h 后倒入厕所。

十七、检验科人员职业安全防护措施

1、健全各项规章制度

根据控制检验科医源性感染的管理工作的要求，建立检验科微生物学监控制度、保洁工作制度、消毒工作程序和感染性垃圾分类、收集、运送及登记制度。

2、加强医务人员职业安全防护知识培训

个人操作习惯是造成锐器伤发生的决定性因素。要改变不正确的个人操作习惯，保证在任何时候进行操作时都能采用符合规定的安全技术和预防措施，要增强医务人员对医疗环境中职业感染的危险性认识，要把职业安全教育作为职业培训的一项内容，以减少安全隐患的发生。

3、增强自身防护意识

检验科人员自觉遵守检验科规章制度，在实验操作中戴一次性手套、口罩，高危操作环境要求穿隔离衣、戴防护眼镜。正确配制消毒液，定期对工作环境消毒，经常保持实验室内空气流通。

4、加强锐器损伤的防护和处理

检验科人员被锐器意外刺伤后，应先脱去手套，再自近心端向远心端挤压受伤部位，同时用流动净水冲洗伤口，使部分血液排出，然后用碘酊、乙醇消毒受伤部位，用无菌敷料包扎伤口。

5、加强接触部位的消毒

在配制、使用和处理污染物的过程中如发生接触，必须做到：(1)迅速脱去手套和隔离衣；(2)肥皂和流动水清洗接触部位的皮肤；(3)眼睛接触后迅速用水或等

渗洁眼液冲洗；(4)记录接触情况，必要时就医治疗。

检验科化学危险品管理制度

1. 目的

为了加强化学危险品的储存和使用的管理，预防和应急火灾、爆炸的发生，特制定本制度。

2. 适用范围

本制度适用于化学危险品的储存和使用的管理。

3. 职责

3.1 实验室负责人负责化学危险品购置的管理。

3.2 各使用部门负责化学危险品使用和储存的管理。

4. 工作程序

4.1 化学危险品范围主要包括检验用的化学试剂等。

4.2 在购买化学危险品时，应要求供应商在运输及装卸过程中有防止泄漏、倾倒的预防措施。

4.3 采购化学品应要求供应商提供化学性能方面的资料，并制定相应的应急措施，配送到储存室。

4.4 危险化学品仓库的管理

4.4.1 仓库管理员职责

- a. 防火、防泄漏安全的管理；
- b. 化学危险品入库、发放的管理；
- c. 废弃化学危险物品处置的管理。

4.5 化学危险品的储存

4.5.1 化学危险品必须存放于专用仓库、专用场地或专用储存箱内，进行分类存放，文字标识清楚。

化学药品贮存室应符合有关安全规定，有防火、防雷、防爆、调温、消除静电的安全措施。室内环境应干燥、通风良好，温度一般不超过 28℃，照明应是防爆型。

4.5.2 化学药品贮存室应有专人保管，并有严格的账目和管理制度。

4.5.3 室内备有消防器材。

4.5.4 贮存化学危险品应符合下列要求:

a. 化学药品应按类存放、特别是化学危险品按其特性单独存放。堆垛之间的主要通道应当有安全距离，不得超量存放。

b. 遇火、遇潮、易燃易爆、产生有毒气体的化学药品、不得在露天、潮湿、漏雨、低洼容易积水的地方存放。

c. 受光照射容易燃烧爆炸或产生有毒气体的化学药品和桶装、瓶装的易燃液体，应当在阴凉通风的地点存放。

d. 化学性质不同或灭火方法相抵触的化学药品不准同室存放。

e. 氧化剂不得与易燃易爆物品同库存放。

f. 剧毒性危险化学品应放于专用的保险柜内，并执行双人保管制度。

g. 仓库和现场的化学品应有仓库管理员定期、定点检查。

4.6 危险化学品的运输和使用

4.6.1 在化学品的运输和使用时，应注意不要洒落、碰撞并戴好防护用品。如有洒落应采取安全可靠的方法处理好现场。

4.6.2 在化学品使用完毕后应密封放于指定位置。

4.6.3 化学危险品使用现场应有化学品性能资料，便于查阅。

4.6.4 作业人员要根据需要使用口罩、防护眼镜、防护手套等用具。

4.6.5 剧毒性化学危险品的使用要执行双人领用、使用制度。

4.7 化学危险品应急、预防措施

4.7.1 防火与防爆

物质起火的三个条件是物质本身的可燃性、氧的供给和燃烧的起始温度。一切可燃物的温度处于着火点以下时，即使供给氧也不会燃烧。因而控制可燃物的温度是防止起火的关键。

a 毒害物品 分为剧毒物品和有毒物品。毒害物品应锁在固定的铁柜中，由专人负责保管，每次取用有严格的用量登记。

b 腐蚀性物品 对人体的皮肤、粘膜、眼、呼吸器官和金属等，有极强的腐蚀性。应放置在用抗腐蚀性材料制成的架子上贮存。

c 放射性物品 人体受到放射线过量照射或吸入放射性粉尘能引起放射病。所以放射性物品应放在专用的安全贮藏所。

4.7.1.1 起火和防爆的预防措施

根据化验室着火和爆炸的起因，可采取下列针对性预防措施。

- A. 在火焰、电加热或其它热源附近严禁放置易燃物。
- B. 加热用的酒精灯、喷灯、电炉灯加热器使用完毕时，应立即关闭。
- C. 灼热的物品不能直接放置在试验台上，各种电加热器及其它温度较高的加热器都应放置在石棉板上。
- D. 倾注或使用易燃物时，附近不得有明火。
- E. 蒸发、蒸馏和回流易燃物时，不许用明火直接加热或用明火加热水浴，应根据沸点高低分别用水浴、砂浴或油浴等加热。
- F. 在蒸发、蒸馏或加热回流易燃液体过程中，分析人员决不能擅自离开。
- G. 实验室内不宜存放过多的易燃品。
- H. 不应用具有磨口塞的玻璃瓶储存爆炸性物质，以免关闭或开启玻璃塞时因摩擦引起爆炸。必须配用软木塞或橡皮塞，并应保持清洁。
- I. 不慎将易燃物倾倒在试验台或地面上时，必须：
 - a. 迅速断开附近的电炉、喷灯等加热源；
 - b. 立即用毛巾、抹布将流出的液体吸干；
 - c. 室内立即通风、换气；
 - d. 身上或手上沾有易燃物时，应立即清洗干净，不得靠近火源。

4.7.1.2 预防化学反应热起火和起爆

- A. 分析人员对于要进行的试验，须了解其反应和所用化学试剂的特性。对有危险的试验，要准备应有的防护措施及发生事故的处理方法。
- B. 易燃易爆物的试验操作应在通风橱内进行，操作人员应戴橡皮手套、防护眼镜。
- C. 在未了解试验反应之前，试料用量应从最小开始。
- D. 及时销毁残存的易燃易爆物。

4.7.1.3 预防容器内外压力差引起爆炸

- A. 预防减压装置爆炸，减压容器的内外压力差不得超过一个大气压。
- B. 预防容器内外压力增大引起爆炸的措施：
 - a. 低沸点和易分解的物质可保存在厚壁瓶中，放置在阴凉处。

b. 所有操作应按操作规程进行。反应太猛烈时，一定要采取适当措施以减缓反应速度。

c. 不能将仪器装错，使加热过程中形成密闭系统。

d. 对有可能发生爆炸的试验一定要小心谨慎，严加管理、严格遵守操作规程，绝对不允许不了解试验的人员进行操作，并严禁一人单独在实验室工作。

4.7.1.4 实验室灭火

灭火的原则是：移去或隔绝燃料的来源，隔绝空气、降低温度。对不同物质引起的火灾，采取不同的扑救方法。

a. 防止火势蔓延，首先切断电源、熄灭所有加热设备；快速移去附近的可燃物；

关闭通风装置，减少空气流通。

b. 立即扑灭火焰、设法隔断空气，使温度下降到可燃物的着火点以下。

c. 火势较大时，可用灭火器扑救。二氧化碳灭火器：适用于扑救电器、油类和酸类火灾，不能扑救钾、钠、镁、铝等物质火灾，因为这些物质会与二氧化碳发生作用；泡沫灭火器：适用于有机溶剂、油类着火，不宜扑救电器火灾；干粉灭火器：适用于扑灭油类、有机物、遇水燃烧物质的火灾。

4.8 常见的化学毒物及中毒预防和急救

实验室中引起的中毒现象有两种：一是急性中毒；二是慢性中毒，如经常接触某些有毒物质的蒸汽。

4.8.1 急救措施：

a. 立即将中毒者抬到空气新鲜处，注意保温，勿使受冻；

b. 呼吸衰竭者立即进入人工呼吸，并给以氧气，立即送医院。

B. Cl_2 Cl_2 为草绿色气体，比空气重 2.49 倍，一旦泄漏沿地面流动。 Cl_2 是强氧化剂、溶于水、有窒息臭味。一般工作场所空气中含有氯不得超过 0.002mg/L。含量达 3mg/L 时，呼吸中枢突然麻痹、肺内引起化学灼伤而迅速死亡。

C. H_2S H_2S 为无色无味气体，具有腐蛋臭味，对空气相对密度为 1.19。 H_2S 使中枢神经系统中毒，使延髓中枢麻痹、与呼吸酶中的铁结合（生成 FeS 沉淀）使酶活动减弱。 H_2S 浓度低时，头晕、恶心、呕吐等，浓度高或吸入大量时，可使意识突然丧失、昏迷窒息而死亡。

因 H_2S 有恶臭，一旦发现其气味应立即离开现场，对中毒严重者及时进行人工呼吸、吸氧、送医院。

D. 氮氧化物 氮氧化物主要成分是 NO 和 NO_2 。氮氧化物中毒表现为对深部呼吸道的刺激作用，能引起肺炎、支气管炎和肺水肿等。严重者导致肺坏疽，吸入高浓度氮氧化物时，可迅速出现窒息、痉挛而死亡。

一旦发现中毒，要立即离开现场、呼吸新鲜空气或吸氧，并送医院急救。

4.8.2. 酸类

H_2SO_4 、 HNO_3 、 HCl 这三种酸是化验室最常用的酸。受到三酸蒸汽刺激可以引起急性炎症。受到三酸伤害时，迅速用大量水冲洗，然后用 2% 的小苏打水冲洗患部。

4.8.2.3 碱类

$NaOH$ 、 KOH 它的水溶性有强烈腐蚀性。皮肤受到伤害时迅速用大量水冲洗，再用 2% 稀醋酸或 2% 硼酸充分洗涤患处。

4.8.3 氰化物、砷化物、汞和汞盐

a. 氰化物： KCN 和 $NaCN$ 属于剧毒剂，吸入很少量也会造成严重中毒。发现中毒者应立即抬离现场，施以人工呼吸或给予氧气，立即送往医院。

b. 砷化物： As_2O_3 、 Na_2AsO_3 、 AsH_3 ，发现中毒时立即送往医院。

c. 汞和汞盐、 $HgCl_2$ 、 Hg_2Cl_2 ，汞和 $HgCl_2$ 的毒性最大，发现中毒时立即送往医院。

4.8.4 有机化合物的种类很多，几乎都有毒性，只是毒性大小不同。因此在使用时必须对其性质详细了解，根据不同情况采取安全防护措施。

a. 脂肪族卤代烃 短期内吸入大量这类蒸汽有麻醉作用，主要抑制神经系统，刺激粘膜、皮肤以至全身出现中毒症状，这类物质对肝、肾、心脏、有较强的毒害作用。

b. 芳香烃 有刺激作用，接触皮肤和粘膜能引起皮炎、高浓度蒸汽对中枢神经有麻醉作用。大多数芳香烃对神经系统有毒害作用，有的还会损伤造血系统。急性中毒应立即进行人工呼吸、吸氧、送医院治疗。

c. 致癌物质 某些物质在一定条件下诱发癌症，被称为致癌物质。以下物质有较明显的致癌作用：多环芳烃、3,4 苯并芘、1,2 苯并蒽、亚硝酸氨类、 α -

萘氨、联苯氨、砷、镉、铍、石棉等。在使用这些物质时必须穿戴工作服、手套、口罩，避免进入人体。

检验科危急值报告制度

一、“危急值”报告制度

1、“危急值”是指当这种检验结果出现时，表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态，临床医生需要及时得到检验信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，就可能挽救患者生命，否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。

2、根据临床工作需要，医院建立危急值项目表，制定危急限值。并根据临床需要定期修改，删除或增加某些试验项目，以适合于本院病人群体的需要。

3、检验科建立实验室人员处理、复核确认和报告危急值及了解临床对患者处理情况的制度及程序，并在《检验危急值结果登记本》上详细记录。记录内容包括，检验日期、患者姓名、病案号、科室床号、检验项目、检验结果、复查结果、临床联系人、联系电话、联系时间

4、科室应建立危急值报告登记本，接到检验科电话的医务人员应及时登记，登记内容包括患者姓名、病案号、床号、检验项目、检验结果、复查结果、报告人、报告时间（具体到分钟）。科室接到危急值报告时，应立即通知临床医师并做好登记、签字等。

5、临床医生接到危急值的电话报告后应及时识别，在半小时内做出相应处理，并在病程记录中详细分析、记录，并及时复查。若与临床症状不符，要关注样本的留取存在缺陷。如有需要、即应重留取标本进行复查。

6、临床实验室管理委员会应该定期检查和总结“危急值报告”的工作，每年至少要有一次总结，重点是追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值报告”的持续改进的具体措施。

标题：检验科标本复检制度	版本号：A	修订号：1
文件编号：JYK-bbfjL	发布日期：2016年1月22日	
生效日期：2016年2月1日	发布部门：检验科	
编制人：唐日升	审核人：彭建宏	
批准人（签字）：彭建宏	页码：第1页，共2页	

1. 质量监督员在任何时候都应有权力对实验室的检验工作实施监督, 有权对可能存在质量问题的检验结果进行复检, 或要求有关人员重新检验。

2. 各专业组的报告单每日应由有资质授权的人员进行审核, 发现检验结果可疑时应进行复检, 不得草率发出。发现已报告的病人结果有问题时必须立即通知有关医师和临床部门并尽快提供复检后的准确结果。

3. 操作者在发现质控数据失控时, 应立即报告专业组长和质量监督员。查明导致失控的原因, 对失控做出恰当的判断。对判断为真失控的情况, 应该在重做质控结果在控以后, 对相应的所有失控患者标本进行重新复检。

4. 检验科工作人员发现“危急值”情况时, 严格按照“危急值”报告流程执行。在确认检测系统正常情况下, 立即复检, 与质控标本同步测定, 有必要时须重新采样。

5. 在定性实验中, 结果在临界值附近的样品, 应进行复检, 并结合临床症状综合判断。

6. 金标法检测传染性指标(如乙肝表面抗原)阳性时, 应采用不同于金标法的其他方法进行复检, 急诊检测应在报告单上标明金标法后发出。

7. 出现如下情况均应进行复检。

- (1) 结果出现明显错误。
- (2) 检验结果和临床矛盾, 临床大夫对检验结果提出异议。
- (3) 检验结果超出线性范围。
- (4) 检验结果和上次相差悬殊。
- (5) RH 血型阴性, HIV 抗体, TPPA, HCV 抗体, 甲肝抗体等结果阳性。
- (6) 手工检验项目和上次检验结果不符。

8. 检验科仅对在保存期内的标本进行复检或核对, 不负责对超过保存期或无保存价值的标本进行复检或核对。

9. 对需留存的样品, 由样品管理人员作留样保管, 并依据有关技术标准规范规定确定样品保存时间, 确保样品在保存期内不变质、不丢失、不损坏、不混淆, 以便能用于复检。

10. 复检要注意核对: 标本信息, 试剂质量、确认仪器质量, 室内质控是否失控, 操作的正确性, 编号是否正确、离心是否彻底, uuu, 确认无误后进行复

检。

11. 复检合格并找出原因，可判定合格；若未找出原因，若出现不合格，应报告实验室负责人，重新取样复检，评估结果的准确性，和临床联系后，发出报告。

康复科工作制度

（一）由各科医师发出康复治疗申请，经康复科医师检诊评估后，确定康复治疗种类、方法、部位、剂量与疗程。

（二）遵守操作规程。治疗前，交代注意事项。治疗中，细心观察，及时处理。治疗后认真记录。

（三）治疗结束后，应及时做出小结，存入病历供临床科参考，归入病案保存。需连续治疗者，康复科应与临床科室协商确定。因故中断治疗，要及时通知康复科。

（四）进行高频治疗时，应除去病员身上一切金属物，注意地面与病员的隔离。病员和操作者在进行治疗时，切勿与砖墙、水管或潮湿的地板接触。高频之所有机器应避免与地面接触。超高频治疗器材，治疗前，必须检查导线接触是否完善，板极有无裂纹、破损，否则不能使用。大型超短波禁用单极法。下班时，所有康复器械一律切断电源。治疗中病员不得触摸机器。

（五）爱护康复仪器，使用前检查，使用后擦拭，定期检查维修。要避免震动、损坏电子管和紫外线灯管。机器每次治疗后应有数分钟的休息。下班时，切断电源。

（六）康复科工作人员应经常深入临床科室了解理疗病人病情，观察疗效，向临床医师介绍理疗方法，更好地发挥物理治疗的作用。

（七）各工作室保持整洁，定期清扫和消毒。

药剂科工作制度

1. 药剂科是在院长直接领导下工作，既具有很强的专业技术性，又有执行

药政法规和药品管理的职能性。

2. 必须严格执行《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》及《处方管理办法》等相关的法律法规。

3. 具体负责药品采购、保管、分发、调剂、制剂、质量监测, 以及临床用药管理和药学服务等有关药事管理工作。

4. 应根据相关的规范要求制订出科学的、完善的、可行的工作制度、操作规程和岗位责任制, 并认真落实和执行。

5. 应经常以各种不同的形式组织本部门的各级各类药学技术人员, 学习和掌握专业技术知识与技能, 提高全体人员的技术和服务水平。

6. 结合本院的功能、任务和本部门的实际情况, 制定出切合实际的部门发展规划和服务工作计划, 并予以实施。

7. 必须牢固树立以病人为中心, 面向临床的服务意识。积极倡导和鼓励药师参与临床药物治疗工作, 开展临床药学服务。

8. 建立临床药师制度, 三级以上医疗机构的药学部门, 应建立专科或全科临床药师制度; 有条件的二级医疗机构的药学部门, 可开展专科的临床药师工作。

标本送检核对及拒收制度

1. 住院病人标本的运送: 血液标本每日早晨由上一班护士与当班护士核对签收, 标本收好后在 10: 00 前送检验科检测, 其他标本由当班护士送检验科验收, 急诊标本随时采集并立即送检。

2. 门诊患者标本运送: 门诊患者标本由当班护士随时采集, 并应认真仔细核对采集对象姓名、性别、年龄、检测项目、收费以及条形码等内容及时送检验科。

3. 标本核对签收: 检验科工作人员与标本运送人员共同核对标本和标本信息, 无误后双方使用扫描仪扫描条形码签收或手工登记签收, 手工登记时应双方签名。核对基本程序和内容包括:

- ①唯一性标志是否正确无误。
- ②申请检验项目与标本是否相符。
- ③标本容器是否正确、有无破损。

④检查标本的外观及标本量,其中标本外观包括有无溶血、血清有无乳糜状、抗凝血中无凝块等;细菌培养的标本有无被污染的可能。

⑤检查标本采集时间到接收时间之间的间隔。

4. 不符合要求的标本应退回,要求重新采集,急诊标本应立即电话通知要求重采,并在 LIS 系统或《标本验收登记本》上注明原因及日期。标本拒收范围如下:

①标本条形码对应的信息与 LIS 系统中申请内容不一致、医嘱作废的标本;条形码无任何信息的标本;条形码黏贴不规范导致无法刷出信息的标本。

②唯一标志错误或字迹不清等。

③标本量太少,不足以完成检验目的所要求的检测。

④需要防腐的标本未加防腐剂。

⑤不应该接触空气而接触空气的标本。

⑥抗凝标本出现凝固的。

⑦用错标本容器、标本容器破损,标本流失的。

⑧溶血标本、脂血标本、采自输液管或输血管的标本。

⑨采集标本离送检间隔过长时间的。

⑩细菌培养的标本被污染的。

标本拒收流程:

①合格标本应及时反馈给申请科室或临床医生。

②退回不符合要求的标本,要求临床重新采集,急诊标本应立即电话通知要求重采,并在 LIS 系统或《不合格标本记录本》上注明原因及日期。

③对某些特殊情况,拒收或退回标本可能有困难,应与申请医生直接联系,提出处理意见,如申请医生仍要求做检验,检验科应在检验报告单上对验收不合格的情况进行描述,说明对检验结果可能产生的影响。

5. 标本采集送出后需附加检验项目时,应在标本稳定时间内电话通知我科,临床科室随即录入相关信息,我科人员做好相关记录。

6. 院外送检标本按同等规则处理。

标本留验、保存和销毁制度

1. 对于有疑问或与临床诊断不符的标本应按具体要求保存，速检或复检。
2. 对当天未检测的标本，按规定处理后应及时放入指定冰箱保存。对已发出结果报告的标本，应由我科工作人员及时转移至标本贮存冰箱内。生化检验标本储存 2 周，免疫学检验标本储存 2 周，血常规标本储存 1 周，脑脊液、胸腹水标本储存 2 天，精液、分泌物标本储存 1 天，血型鉴定标本储存 2 月，交叉配血标本储存 1 周，体检三对标本储存 3 月，基因检测标本保存 3 月，骨髓涂片保存 10 年，HIV 初筛阴标本保存 1 月。
3. 对特殊标本或特殊病人样本，实行“首接”负责制，不得以任何借口推托，及时和正确保管和转送样本到相关实验室或有关人员，同时做交接班记录。
4. 胸腹水、脑脊液、脓液用于结核检测的标本可置于 4℃ 下短期保存。检测完后或超过保存期的标本高压灭菌或 84 液消毒后，交由物业公司按感染性垃圾统一处理。