

等级医院评审护理组检查流程

第一篇：等级医院评审护理组检查流程

八、护理组工作流程

一、护理评审组承担的任务及负责检查的条款

1. 负责对第五章护理管理与质量持续改进中的条款； 2. 对第三章患者安全中的部分条款进行评审评价； 3. 参加人力资源的评审评价；

4. 参加医院感染管理的管理系统追踪； 5. 参加危重症管理的故那里系统追踪； 6. 参加个案追踪；

第五章：护理管理与质量持续改进：5.1、5.2、5.3、5.4、5.5 共计 53 个条款，其中核心条款 1 条

第三章：患者安全：3.1、3.2、3.3、3.7、3.8 共计 14 个条款其中核心条款 2 条

第四章：医疗质量安全管理与持续改进：4.10.2.3 共计 1 个条款共计 68 个条款

核心条款：3 个：5.3.3.1，3.1.2.1,3.3.3.1。

二、检查步骤

λ 查看部门文件、材料等

λ 依据标准及文件抽查临床科室 λ 特殊科室检查 λ 进一步检查核实 λ 汇总检查结果

三、检查方法

传统法、访谈法、追踪法

(一) 提问、访谈对象 1. 医院领导 2. 科主任、医生

3. 护理部主任、科护士长、护士长、护士 4. 护理员、清洁工 5. 病人、家属

(二) 各级人员访谈询问主要内容

1. 护理部主任：人力资源配置、质量控制方法、绩效考核方案垂直管理方案、护士分层培训等。

2. 各级护士长：规划、计划内容，管理目标、质控标准、资质认

定、调配方案、培训等

3. 各能级护士：分管病人情况（七知道、护理措施、专科护理、心理护理、健康教育）岗位职责、分层管理、核心制度、设备仪器管理、健康教育内容及方法、病历书写相关规定、病案培训演练情况、不良事件如何上报与处理、危急值报告与处理、压疮、坠床得倒等管理、护理常规、输血流程、药品管理、优护等。

4. 科主任及医生：优质护理工作、对护理工作的满意度等。

5. 病人、家属：满意度、感受、陪护等。

第二篇：二级综合医院评审护理组文档检查

二级综合医院评审护理组文档检查

1. 有门诊就诊和住院患者身份表示有全院范围内统一实施的制度规定；（3.1.1.1C）

2. 有对就诊患者住院病历实行唯一标识管理规定；（3.1.1.1B）

3. 有对在重点部门（急诊、新生儿、ICU、产房、手术室）使用条码管理的的规定；（3.1.1.1A）

4. 检查诊疗活动时患者身份确认制度、方法和核对程序；

（3.1.2.1C）★5. 患者转科交接时身份识别制度和流程；重点患者，如产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者的身份识别和流程；对无法进行患者身份确认的无名患者，有身份标识方法和核对流程（3.1.3.1C）

6. 患者交接是身份识别与交接登记制度；（3.1.3.1B）7. 重症医学病房（ICU、CCU、SICU、RICU等）、新生儿科（室）、手术室等需使用“腕带”作为识别身份的可科室有制度规定；（3.1.4.1C）

8. 重点（重症监护病房、新生儿科（室）、手术室、急诊室、产房等部门）部门、重点（意识不清、语言交流障碍等）患者条码管理；

（3.1.4.1A）9. 遗嘱开具相关制度与规范；医护人员对模糊不清、有疑问的遗嘱，明确的澄清后方可执行流程；（3.2.1.1C）10. 口头遗嘱执行相关规定与流程；（3.2.2.1C）11. 临床危急值报告制度及处

谪流程。（3.2.3.1C）12. 手术患者术前准备的相关管理制度；

（3.3.1.1C）

13 . 手术部位识别标示相关制度与流程；对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与的统一明确规定；（3.3.2.1C）

14 . 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程；手术三步安全核查制度；（3.3.3.1C）★压床风险评估与报告制度

15 . 防范患者摔倒、坠床相关制度；跌倒、坠床风险评估制度；（3.7.1.1C）16 . 患者发生坠床后跌倒等意外事件报告相关制度、处
路预案与工作流程；（3.7.2.1C）

17 . 压床风险评估与报告制度、工作流程；压床诊疗与护理规范；（3.8.1.1C）18 . 预防压疮护理规范及措施（3.8.2.1C）

19 . 中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色；（3.8.2.1C）20 . 中医专科优质护理服务实施方案；（4.10.2.3A）

21 . 院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系；定期专题研究护理管理工作记录；目标管理规定；各层次护理管理岗位职责和人员配路；（5.1.1.1C）22 . 各层次护理岗位管理目标及核查记录；（5.1.1.1B）23 . 护理工作中长期规划、计划（与医院总体规划和护理发展方向一致）及总结；（5.1.1.2C）

24 . 护理垂直管理体系工作方案；二级（护理部-护士长）护理管理制度；（5.1.2.1C）

25 . 与相关临床科室及职能部门联席会议记录（至少半年一次）；或相关协调机制；（5.1.2.1A）26 . 护士条例；护士制度；护士执业证的管理；护士执行准入管理；（5.1.2.2C）27 . 护士岗位设
路实施方案；护士分级管理档案；（5.1.3.1C）28 . 护士管理目标；
护士质控标准；（5.1.4.1C）

29 . 常见疾病护理常规；护理技术操作规范；护理核心制度、岗位职责培训、考核记录；（5.1.4.2C）30 . 专科细化护理常规；（5.1.4.3c）

31 . 制度、职责、常规等相关文件的修订规定与程序；（5.1.4.4C）32 . 护理管理制度培训计划及实施记录；（5.1.4.5C）

33 . 护理人员管理里规定；各级护理人员岗位职责；护理质控标准；（5.2.1.1C）

- 34 . 护理人员资质审核规定与程序；（ 5.2.1.2C ）
- 35 . 聘用护理人员资质管理；聘用护理人员岗位技术能力规定；聘用护理人员薪酬相关制度、规定及具体执行方案；（ 5.2.1.3C ）
- 36 . 全院护士花名册；护士实行同工同酬，并享有相同的福利待遇和社会保险（医疗、养老、失业保险）保障制度；经三年来护士离职率；（ 5.2.1.4C ）
- 37 . 护士相关岗位职业防护制度；护士医疗保健服务相关制度；护理人员岗位上意外伤害相关处理规定；（ 5.2.1.5C ）
- 38 . 全院护士花名册；护理人员岗位设路相关规定；护理部护理人员调配方案；（ 5.2.2.1C ）
- 39 . 科护士长护理人员调配方案（ 5.2.2.1B ）
- 40 . 各级护理管理部门紧急护理人力资源调配规定及流程；（ 5.2.2.2C ）
- 41 . 储备护理人员名单及培训、考核记录；（ 5.2.2.2B ）
- 42 . 临床一线护士占全院护士总数的比例；全院病区护士与实际开放床位比；ICU 护士与床位数之比；手术室护士与手术床之比；母婴同室、新生儿护士与床位数之比；NICU、PICU 护士与床位数之比；护理岗位说明书；护士专业职称聘任规定；（ 5.2.3.1C ）
- 43 . 储备护理人员名单；弹性人力资源调配实施方案及调配记录；（ 5.2.3.2C ）
- 44 . 护理人员绩效考核方案及征求意见汇总报告；（ 5.2.4.1C ）
- 45 . 护士在职培训与考评制度；护士在职继续教育计划及记录；护士培训经费、设备设施管理办法；（ 5.2.5.1C ）
- 46 . 预算（包括常规培训经费）；（ 5.2.5.1B ）
- 47 . 专科护士培训方案、培训计划及专科护士培训记录；专科护士培训师资、设备设施管理办法；（ 5.2.5.2C ）
- 48 . 综合医院分级护理指导原则；分级护理原则；（ 5.3.1.1C ）
- 49 . 护士条例；综合医院分级护理指导原则；临床护理实践指南（ 2011 版 ）（ 5.3.2.1C ）
- 50 . 优质护理服务领导小组职责及分工；开展优质护理服务工作计划及方案；优质护理服务目标及内涵；推进开展优质护理服务保障制度、措施及考评激励机制；（ 5.3.3.1C ）
- 51 . “以病人为中心”的整体护理工作模式及实施方案；（ 5.3.4.1C ）
- 52 . 危重患者护理常规及技术操作规范；护士经过危重患者护理

理论和技术培训及考核要求；危重患者风险评估及安全防范制度；
(5.3.5.1C)

53 . 危重患者护理常规及技术操作规范、工作流程及应急预案；
危重患者风险评估和安全防护措施；(5.3.5.2C) 54 . 围手术期护理
常规、评估制度与处路流程。(5.3.6.1C)

55 . 遗嘱和对于处路制度、流程；护理安全目标管理；查对制度；
用药与治疗反应制度与流程；(5.3.7.1C)

56 . 输血查对制度；输血技术操作规范；输血反应处理预案、报
告、处理制度与流程；(5.3.8.1C)

57 . 常用仪器、设备及抢救物品使用制度与流程；(5.3.9.1C)

58 . 输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等常
用仪器和抢救装备使用制度与操作流程；对使用中可能出现的意外情
况的处理预案及措施；(5.3.9.1B) 59 . 专科健康教育；(5.3.10.1C)

60 . 临床路径与单病种护理质量控制制度；临床路径护理小组职
责；(5.3.11) 61 . 病历书写基本规范；护理文书书写规定；护理文
书质控标准；(5.3.12.1c) 62 . 护理查房制度；护理病例讨论制度；
护理会诊制度；(5.3.13.1C) 63 . 医院质量与安全管理委员会职责；
护理质量管理委员会职责；年护理质量工作计划；(5.4.1.1C)

64 . 护理质量与安全管理委员会会议记录；护理质量管理考核记
录；(5.4.1.1B)

65 . 非惩罚性护理不良事件上报制度及激励机制；护士主动报告
护理安全（不良）事件的教育和培训记录；护士报告医疗安全（不良）
事件途径；(5.4.2.1C) 66 . 护理不良事件成因分析和讨论；护士安
全警示教育记录；护理部“不良事件案例成因分析”报告；(5.4.3.1C)

67 . 跌倒护理风险防范措施；坠床护理风险防范措施；压疮护理
风险防范措施；管路滑脱护理风险防范措施；用药错误护理风险防范
措施；(5.4.4) 68 . 手术室各工作区域功能及要求；(5.5.1.1C)

69 . 手术室管理制度、工作制度、岗位职责及操作常规；手术室
各级各类人员的相关培训记录；手术室护理人员花名册及人员配路；
手术室各级人员资质及岗位职责技术能力要求；手术室护士培训方案

和培训；（5.5.1.2C）70．手术室新入职护士培训及考核记录；
（5.5.1.2B）

71．地市级以上卫生行政部门批准的手术护士培训基地相关文件；
（5.5.1.2A）

72．手术患者交接制度；手术安全核查制度；手术中安全用药制度；麻醉及精神药品、高危药品等特殊药品管理制度；手术患者标本管理制度；标本的保存、登记、送检等流程；手术物品清点制度；突发事件应急预案及演练记录。（5.5.1.3C）

73．手术是感染预防与控制管理制度；质量控制标准及培训、考核记录；医疗设备、手术器械及物品的清洁、消毒、灭菌及存放规定；手术室自行消毒的手术器械及物品标示及有效日期管理规定；医务人员守卫生规范，医疗废物管理制度，医务人员职业卫生安全防护制度；
（5.5.1.4C）74．供应室洁污区分开流程规定；供应是护士职责；
（5.5.2.1C）

75．供应室花名册及人员配路，供应室护士长职责；供应室集中管理制度；供应室工作人员业务技能培训及记录；相关部门协作保障记录；（5.5.2.2C）76．供应室规章制度、工作流程及应急预案；供应室与临床科室联系相关制度；（5.5.2.3C）

77．供应室清洗、消毒、灭菌效果监测制度及监测记录；
（5.5.2.4C）78．供应室护理人员岗位培训计划；（5.5.2.5C）

79．供应室护理人员岗位培训记录及考核（5.5.2.5B）

80．新生儿病室工作制度、岗位职责、护理常规及专业技术规范；新生儿专科突发事件应急预案及培训；（5.5.3.1C）

81．新生儿病室护理人员专业理论与技术培训、考核记录；新生儿护理人员花名册及人员配路；新生儿责任制护理相关规定；
（5.5.3.2C）82．新生儿病室护理人员分层级培训及记录；
（5.5.3.2B）

83．重症新生儿护理规范；新生儿病室护理质量专项考核标准及培训记录；新生儿安全管理制度及培训记录；腕带识别制度；新生儿室环境相关规定；新生儿室护理人员工作职责；（5.5.3.3C）

84 . 医务人员手卫生规范及培训记录；新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒规范；传染病患者消毒隔离制度；（5.5.3.4C）

第三篇：等级医院评审医学影像组检查方法 2012.8.8

等级医院评审医学影像组检查方法

一、临床影像检查人员及时间安排

1 . 人员：影像组检查共 1 人

2 . 时间：检查时间为 3 天

二、时间安排

1 . 第一天上午：参加医院汇报会；到相关部门和科室查阅文件及资料

2 . 第一天下午至第二天下午：现场查看、访谈

3 . 第三天上午：追踪检查、评分及撰写检查小结

4.第三天下午：拾遗补缺，参加

三、检查内容

4 . 18 . 1 . 1

1.检查《放射诊疗许可证》、配置许可证。

2.检查能够开展的医学影像服务项目，具备普通 X 线、CT、MRI、DSA 设备，能够开展常规和特殊的检查。如：CT 血管成像、CT 三维重建、MR 弥散成像、MR 水成像、MR 血管成像等。DSA 血管造影、外周血管造影、常规介入治疗等。

3 . 检查 X 线摄影、超声检查急诊服务情况（包括床边急诊），24 小时服务。

4.检查预约检查时限规定和执行情况。

5.检查 CT、MR 的急诊检查服务。

6.检查有无完善的 PACS 系统。

7.各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理执行情况。

8.PACS 系统运行情况，至少具备 3 年在线查询，3 年以上离线存储功能。

4 . 18 . 1 . 2

1. 检查医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。
2. 检查各级各类人员资质和执业资格。医师执业证、大型设备上岗证、护士执业证。
3. 检查科室的专业组分组情况（按系统分组），组长的专业技术职称。
4. 检查科室人员梯队结构是否合理。（初、中、高级职称等）
5. 检查科主任专业技术任职资格（副主任医师、主任医师）。
6. 检查科主任的学术影响力（硕士或博士生导师、课题、学位、论文、学会兼职、对外影响等）。
7. 检查中青年学术带头人情况（具有3名以上的，具备副高级以上专业技术职称）。

4.18.1.3

1. 检查科室紧急意外抢救预案。
2. 现场查看：急救设备及完好状态、急救药品及其效期。急救药品和器材具有可及性。
3. 抽查紧急意外抢救预案流程知晓程度，及紧急抢救的能力。
4. 检查与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程（紧急支援的科室及联系方式）。
5. 检查科室是否有指定专人负责应急管理，有无演练及过敏抢救的培训讲座。

4.18.2.1

1. 检查各项规章制度和技术操作规范。
2. 检查各级各类人员岗位职责。
3. 检查质量控制指标。
4. 抽查员工知晓各项规章制度和本人岗位职责、岗位相关的技术操作规范。
5. 检查是否及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规范进行完善和修订。

4.18.2.2

1.定期对放射诊疗设备及其相关设备进行校正和维护，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求。

2.检查是否有专职人员负责（放射科或医工部人员）对设备进行定期校正和维护，检查维护记录。

3.设备运行完好率在95%以上，检查相关运行记录。

4.18.2.3

1.检查有无开展图像质量评价活动。

2.检查图像质量评价小组名单及组成，有无定期对图像质量进行评价记录。

3.检查是否将图像质量评价的结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。

4.检查评价结果分析记录、持续改进措施（PDCA）。

4.18.3.1

1.科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。

2.检查影像报告医师的资质（抽查10份诊断报告，并核实报告医师的资质）。

3.检查影像报告时限（抽查10份诊断报告，核实报告的时限，急诊30分钟，门诊普通X线片2小时，放射科特殊检查、CT及MRI24小时）。

4.检查报告书精确的报告时间，普通报告精确到“时”，急诊报告精确到“分”。

5.诊断报告按照流程经过审核，有审核医师签名（抽查10份诊断报告）。

6.检查每月对诊断报告质量进行检查记录，总结分析，改进措施。

7.检查PACS系统是否能为影像诊断提供诊断格式、流程以及审核、质量监管支持。

8.主管职能部门有监督检查，追踪评价，评价结果纳入对科室服务质量与诊断医师技术能力评价内容。

4.18.3.2

1.检查重点病例随访与反馈相关制度。

- 2.检查有无专人负责并定期召开疑难病例分析与读片会。
- 3.检查疑难病例分析与读片会主持人是否为科主任或副主任医师以上人员。
- 4.检查重点病例随访与反馈情况（检查随访病例记录）。
- 5.检查疑难病例分析读片会的记录和图像资料。
- 6.检查重点病例随访分析评价，改进诊断工作，提高诊断质量（定期分析评价记录）。
- 7.疑难病例分析与读片会参加人员覆盖科室诊断组 80%人员（检查参会人员签名）。

4.18.4.1

- 1.检查放射安全管理相关制度与落实措施情况。
- 2.检查医学影像设备、场所定期检测制度与落实措施。
- 3.检查放射废物处理的相关规定并按规定执行（核医学）。
- 4.检查影像检查室门口电离辐射警告标志。
- 5.检查定期放射设备、场所检测报告，并对超过标准的设备或场所及时处理的完整资料。
- 6.检查放射废物处理登记和监管记录（核医学）。
- 7.检查医学影像科通过环境评估的环评报告。
- 8.检查是否有专人负责安全管理工作。
- 9.检查常规安全检查记录（至少每季度有一次），并根据检查结果，持续改进安全管理（PDCA）。

4.18.4.2

- 1.检查机房的放射防护器材与个人防护用品，保障医患防护需要。
- 2.检查受检者的防护措施，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护（现场检查）。
- 3.检查影像科人员佩戴个人放射剂量计情况。
- 4.现场抽查影像检查前医务人员主动告知辐射对健康的影响（包括机房提示标志），指导受检者进行防护。
- 5.检查对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训记录及讲座。

6.检查是否有专人负责对放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。

7.检查员工放射剂量监测数据分析，如有超标，应针对超标原因的改进措施。

8.检查员工定期进行放射安全防护培训证书或资料。

9.检查放射人员放射防护档案与健康档案是否完整。

10.检查有无放射安全（不良）事件。

4.18.4.3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。

1.检查放射安全事件应急预案。

2.检查辐射损伤的具体处置流程和规范。

3.抽查各相关科室和人员熟悉应急预案、相关流程以及本部门、本科室和本人职责情况。

4.检查是否有对于放射安全事件应急预案进行综合演练记录。

5.检查演练或安全事件的总结分析，有整改措施并组织落实。

4.18.5.1

1.检查科质量与安全管理小组名单（由主任、护士长及具备资质的质量控制人员组成科室质量与安全管理小组）。

2.有科室质量管理员，负责本科室的质量与安全管理具体工作。

3.检查质量与安全管理工作方案，教育、培训计划、质量与安全指标。

4.检查质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作常规。

5.检查医疗安全（不良）事件报告。

6.检查医疗差错事故的防范措施与报告、检查、处置规范和流程。

7.检查开展质量与安全管理工作情况、工作资料和记录。

8.检查大型影像设备检查阳性率。

9.检查医学影像诊断与手术后符合率统计与分析（检查随访病例列表，抽查10例随访核实病例）。

10.检查科室质量与安全管理小组运用质量管理工具开展质量与安全管理，体现持续改进。

11.检查质量与安全管理考核结果是否应用于科室和个人考核。

第四篇：等级医院评审护理质量指标参考

等级医院评审护理质量指标参考

完善护理质量评价指标、科学计算各种质量数据

中国护理之声李冰整理，仅供参考！

一、医疗质量概念：

医疗质量是指“医疗服务增加人群与个人所期望的健康结果方面所达到的程度，以及医疗服务于现有专业实施的移致程度。

医疗质量指标筛选标准

1、指标是否直接反应或影响患者的诊疗结果

2、是否反应了患者、政府和社会所关注的问题

3、指标的变化是否与医疗服务管理直接相关，4、改善服务管理能否正面影响该指标的变化。

5、统计该指标多个数据是否可得

6、指标所提供信息的价值是否大于收集、统计和报告所付出的成本。

医疗护理指标，除标准要求的，还可以根据本医院、本科室的特点，提出更适合的质量指标！

二、传统医院护理质量评价指标：达标分数

以下评价指标是否还保留，根据医院的需要及数据统计的科学性、真实性，以及与上年统计学分析对比。

1、护理技术操作合格率 $\geq 95\%$.95分

2、基础护理合格率 $\geq 90\%$.90分

3、特、一级护理合理率 $\geq 90\%$.90分

4、五种护理表格书写合格率 $\geq 95\%$.95分

5、急救物品完好率 100%.100分

6、常规器械消毒灭菌合格率 100%.100分

7、护理在职教育理论平均》80分 80分

8、院内年褥疮发生次数《1%

9、年严重护理差错事故发生数 ≤ 1 .10、年护理事故发生次数 0.11、

一人一针一管执行率 100%.合格率的计算：

急救管理质量(标准分 100 分，合格分≥95 分，其中急救物品完好率 100%)

急救物品完好率=急救物品合格件数/急救物品抽查总件数×100%

二、新等级医院评审标准中涉及的标准：

现阶段应根据医院及科室特点建立的护理质量指标

以下指标的统计，应按每年或每季度比上阶段发生率降低的百分比为质量指标，而非据对的发生率。

护理质量监测指标：

1. ,手术病人：

手术安全核查（手术部位及治疗身份再确认）、压疮发生率及严重程度、跌倒/坠床发生率及伤害严重程度、手术病人深静脉血栓发生率、骨折发生率、人工气道意外脱出、输血输液反应发生率、手术过程异物遗留发生率、手术室物品标识错误、手卫生合格率

2.重症病人：

呼吸机相关肺炎发生率--是否根据病情抬高床头等措施。

中心静脉置管相关感染发生率---无菌操作及管理

留置导尿管相关泌尿系感染发生率--无菌操作与尽早拔管

重症患者压疮发生率---合理的医疗和护理措施

人工气道脱出例数---直接影响生命，要高度重视

重病人住院天数与比例

3.一般病人管理：

跌倒/坠床发生率及严重程度、压疮发生率及严重程度、跌倒、坠床、压疮评估干预率、身份识别与给药错误发生率、不正常脱管发生率、误吸发生率、手卫生符合率、特殊用药管理合格率、危急值报告执行率、不良事件分析管理合格率、紧急意外情况应急预案执行率、导管及导尿管相关感染发生率、自杀风险干预率及效果、疼痛评估干预率、院内感染率、静脉外渗率、口腔插管意外拔出率、4.管理敏感指标：

护理人员结构、管理流程及效果、各科室护士每日工作时数、直

接护理病人时数、护士离职率、护士能力分层管理指标

三、2011 版医院质量评价与患者安全临床指标体系

一) 住院患者安全类指标

1. 住院患者压疮发生率及严重程度

*住院患者压疮发生率与严重程度

分子：患者入院前一处或多处（1—4 级褥疮）季度

分母：住院患者例数

*自家庭入住时有压疮的分子：自家中入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次

分母：住院患者例数

*发生院内一级褥疮：

分子：入住急性照护患者有一处或多处一级压疮的患者人次

分母 1：入院时评估属高风险患者例数

分母 2：住院患者例数（季度）

*住院患者发生局部压疮统计

骶尾椎骨处压疮发生率：

分子：在同一次住院期间发生骶尾椎骨处所有级数压疮的患者人次

分母 1:入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）

分母 2：住院总床日数（季度）

如：坐骨处、股骨出隆、根骨、足踝、肩胛、枕骨等

排除：住院日少于 5 天、皮肤乳癌、围产期、偏瘫截肢、脊柱裂、缺氧性脑瘫等

2、医院内跌倒、坠床发生率及伤害严重程度

*住院患者跌倒与原因：

分子：病历中友记录的跌倒例数

分母 1：入院时评估属高风险患者例数

分母 2：住院人日数

*因患者健康状况而造成跌倒比例:

分子:因患者健康状况而造成跌倒事件数

分母 1:入院时评估属高风险患者例数

分母 2:有记录的跌倒数

*因治疗药物或麻醉反应而造成跌倒

分子:因治疗药物或麻醉反应而造成跌倒事件数

分母 1:入院时评估属高风险患者例数

分母 2:有记录的跌倒数

跌倒伤害严重程度:

例:因环境因数而造成跌倒比率跌倒伤害程度再次跌倒比例

分子:有记录的跌倒伤害严重程度 1 级—3 级

分母 1:入院时评估属高风险患者例数

分母 2:有记录的跌倒伤害患者事件数

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

4.产伤发生率

5.因用药错误导致患者死亡发生率

6.输血/输液反应发生率

7.手术过程中异物遗留发生率

8.医源性气胸发生率

9.医源性意外穿刺伤或撕裂伤发生率

二、重症医学(ICU)质量监测指标

(一)非预期的 24/48 小时重返重症医学科率%

分子:单位时间内 24/48 小时重返重症监护科例数

分母:单位时间内重症监护科转出的例数

(二)呼吸机相关性肺炎(VAP)的预防率千分

ICU 患者在使用呼吸机下抬高床头部> 30 度的日数(每天 2 次)

-----X1000

ICU 所有患者使用呼吸机的总日数

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/018105006105006022>