

## 三级口腔医院评审标准（2011 年版）

为全面推进深化医药卫生体制改革，积极稳妥推进公立医院改革，逐步建立我国医院评审评价体系，促进医疗机构加强自身建设和管理，不断提高医疗质量，保证医疗安全，改善医疗服务，更好地履行社会职责和义务，提高医疗行业整体服务水平与服务能力，满足人民群众多层次的医疗服务需求，在《三级综合医院评审标准（2011 年版）》基础上，增加口腔专业特色条款，制定本标准。

本标准在关注医疗质量和医疗安全的同时，紧紧围绕医改中心任务，结合公立医院改革总体设计，将评价的重点放在改进服务管理、加强护理管理、城乡对口支援、住院医师规范化培训、推进规范诊疗和单病种费用控制等工作落实情况。同时，针对群众关心的热点、焦点问题，重点考核反映医院管理理念、服务理念的制度、措施及落实情况，以及医院的学科建设和人才培养情况、辐射带动作用等。促使医疗机构改进思维模式和管理习惯，坚持“以人为本”、“以病人为中心”，走以内涵建设为主、内涵与外延相结合的发展道路。

本标准共 7 章 68 节，设置 339 条标准与监测指标。

第一章至第六章共 61 节 308 条标准，用于对三级口腔医院实地评审，并作为医院自我评价与改进之用。

第七章共 7 节 31 条监测指标，用于对三级口腔医院的运行、医疗质量与安全指标的监测与追踪评价。

本标准适用于三级口腔公立医院，其余各级各类医院开展口腔诊疗活动参照使用。

特别说明：在本标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用人民卫生出版社出版的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本第二版（北京协和医院、世界卫生组织、国际分类家族合作中心编译）。

在本标准中引用的手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用人民军医出版社出版的《国际疾病分类手术与操作》第九版临床修订本 2008 版（刘爱民主编译）。

## 第一章 坚持医院公益性

### 一、医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求

(一) 医院的功能、任务和定位明确，规模适宜。

(二) 医院有承担服务区域内口腔急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力，可提供 24 小时急诊诊疗服务。

(三) 临床科室二级诊疗科目至少应设置十二个（牙体牙髓病专业、牙周病专业、口腔粘膜病专业、儿童口腔专业、口腔颌面外科专业、口腔修复专业、口腔正畸专业、口腔种植专业、口腔麻醉专业、口腔颌面医学影像专业、口腔病理专业、预防口腔专业），人员梯队与诊疗技术能力符合规定并满足临床诊疗需要；口腔重点科室专业技术水平与质量处于全国或本省（区、市）前列。

(四) 医技科室服务能够满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力达到省级卫生行政部门规定的三级标准；口腔修复工艺专业技术水平与质量处于全国或本省（区、市）前列。

### 二、医院内部管理机制科学规范

(一) 坚持医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。

(二) 按照规范开展住院医师规范化培训工作，做到制度、师资与经费落实，做好培训基地建设。

(三) 将推进规范诊疗、临床路径管理和单病种质量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。

(四) 提高工作绩效，优化医疗服务系统与流程，缩短平均住院日、提高椅位使用率、缩短患者诊疗等候时间。

(五) 按照及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，确保基本药物得到优先合理使用。

(六) 控制公立医院特需服务规模。

### 三、承担公立医院与基层医疗机构对口协作等政府指令性任务

(一) 将对口支援县医院和乡镇卫生院（以下简称受援医院）和支援社区卫生服务工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，专人负责。

(二) 承担政府分配的为社区、农村培养人才的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。

(三) 根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。

(四) 建立院前急救与院内急诊“绿色通道”有效衔接的工作流程。

(五) 开展健康教育、健康咨询等多种形式的公益性社会活动。

(六) 在基本医疗保障制度框架内，医院应当建立与实施双向转诊制度及相关服务流程。

(七) 根据《统计法》及卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。

### 四、应急管理

(一) 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案。服从指挥，承担突发公共事件的紧急医疗救援任务和配合突发公共卫生事件防控工作。

(二) 加强领导，成立医院应急工作领导小组，落实责任，建立并不断完善医院应急管理机制。

(三) 明确医院需要应对的主要突发事件策略，建立医院应急指挥系统，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。

(四) 开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。

(五) 合理进行应急物资和设备的储备。

## 五、临床医学教育

(一) 教学师资、设备设施符合医学院校教育的要求。

(二) 承担本科及以上医学生的临床教学和实习任务。

(三) 承担住院医师规范化培训和县级医院骨干医师培训任务。

(四) 开展继续医学教育工作情况。

(五) 指导和培训下级医院卫生技术人员提高诊疗水平，推广适宜卫生技术。

## 六、科研及其成果

(一) 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。

(二) 承担各级各类科研项目，获得院内外经费，开展临床与基础相结合的研究工作，并取得成效。

(三) 医院有将研究成果转化实践应用的激励政策，并取得成效。

(四) 依法取得相关资质，并按照药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。

## 第二章 医院服务

### 一、预约诊疗服务

(一) 实施多种形式的预约诊疗与分时段服务，对门诊和出院复诊患者实行中长期预约。

(二) 有预约诊疗工作制度和规范，有操作流程，逐步提高患者预约就诊比例。

(三) 建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。

## 二、门诊流程管理

(一) 优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验，有急危重症患者优先处置的制度与程序。

(二) 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应当提前告知患者。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。

(三) 根据门诊就诊患者流量调配医疗资源，做好门诊和辅助科室之间协调配合。

(四) 有制度与流程支持开展多学科综合门诊。

(五) 有改善门诊服务、方便患者就医的绩效考评和分配政策，支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊。

## 三、急诊管理

(一) 急诊科设置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本要求。人力资源、设备、设施配备满足急诊绿色通道要求，实行 7×24 小时服务。

(二) 加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者。

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

## 四、住院、转诊、转科服务流程管理

(一) 完善患者入院、出院、转科服务管理制度和标准，改进服务流程，方便患者。

(二) 为急诊患者入院制定合理、便捷的收入院制度与程序。危重患者应当先抢救并及时办理入院手续。

(三) 加强转诊、转科患者的交接管理，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。

(四) 加强出院患者健康教育和随访预约管理,提高患者健康知识水平和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。

## 五、基本医疗保障服务管理

(一) 有各类基本医疗保障管理制度和相应保障措施,严格服务收费管理,减少患者医药费用预付,方便患者就医。

(二) 公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目。

(三) 保障各类基本医疗保障制度参加人员的权益,强化参保患者知情同意。

## 六、患者的合法权益

(一) 医院有相关制度保障患者及其近亲属、授权委托人充分了解其权利。

(二) 应当向患者或其近亲属、授权委托人说明病情及治疗方式、特殊治疗及处置,并获得其同意,说明内容应当有记录。

(三) 对医护人员进行知情同意和告知方面的培训,主管医师能够使用患者易懂的方式、语言与患者及其家属沟通,并履行书面同意手续。

(四) 开展实验性临床医疗应当严格遵守国家法律、法规及部门规章,有审核管理程序,并征得患者书面同意。

(五) 保护患者的隐私权,尊重民族习惯和宗教信仰。

## 七、投诉管理

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

(二) 公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式,同时公布上级部门投诉电话。建立健全投诉档案,规范投诉处理程序。

(三) 根据患者和医务人员投诉,持续改进医疗服务。

(四) 对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训。

## 八、就诊环境管理

(一) 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。

(二) 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有明显、易懂的标识。

(三) 就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。

(四) 有保护患者的隐私设施和管理措施。

(五) 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。

(六) 落实创建“平安医院”有措施，构建和谐医患关系、优化医疗执业环境有成效。

## 第三章 患者安全

### 一、确立查对制度，识别患者身份

(一) 对就诊患者施行唯一标识（如：医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。

(二) 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄 2 项核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。

(三) 实施有创（包括介入）诊疗活动前，实施医师必须亲自向患者或其家属告知。

(四) 完善关键流程（急诊、病房、手术室之间流程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。

(五) 使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是手术室、急诊室等部门，以及意识不清、抢救、输血、不同语种语言交流障碍的患者等；对传染病、药物过敏等特殊患者有识别标志（腕带与床头卡）。

## 二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤

(一) 在住院患者的常规诊疗活动中，应当以书面方式下达医嘱。

(二) 在实施紧急抢救的情况下，必要时可口头下达临时医嘱；护理人员应当对口头临时医嘱完整重述确认，在执行时双人核查；事后及时补记。

(三) 接获非书面的患者“危急值”或其他重要的检查（验）结果时，接获者必须规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的姓名与电话，复述确认无误后方可提供医师使用。

## 三、确立手术/治疗牙位安全核查制度，防止手术患者、手术部位/治疗牙位及术式发生错误

(一) 择期手术的各项术前检查与评估工作全部完成后方可下达手术医嘱。

(二) 有手术部位/治疗牙位识别标示制度与工作流程。

(三) 有手术/治疗牙位安全核查与手术风险评估制度与工作流程。

## 四、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求

(一) 按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。

(二) 医护人员在临床诊疗活动中应当严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）。

(三) 医护人员在临床诊疗活动中应当严格遵循《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》的相关要求。

## 五、特殊药物的管理，提高用药安全

(一) 高浓度电解质、易混淆（听似、看似）药品（含口腔外用制剂）有严格的贮存与使用要求，并严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理规章制度。



(二) 处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。

## 六、临床“危急值”报告制度

(一) 根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”评价制度。

(二) 有临床“危急值”报告制度与流程。

## 七、防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生

(一) 评估有跌倒、坠床风险的高危患者，采取措施防止意外事件的发生。

(二) 有跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案与的工作流程。

## 八、防范与减少患者压疮发生

(一) 有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。

(二) 实施预防压疮的护理措施。

## 九、妥善处理医疗安全（不良）事件

(一) 有报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷的制度与可执行的工作流程，并让医务人员充分了解。

(二) 有激励措施，鼓励不良事件呈报。

(三) 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。对重大不安全事件要有根本原因分析。

## 十、患者参与医疗安全

(一) 针对患者疾病诊疗，为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。

(二) 主动邀请患者参与医疗安全活动，如身份识别、手术部位确认、药物使用等。

## 第四章 医疗质量安全管理与持续改进

### 一、医疗质量管理组织

(一) 有医院、科室的质量管理责任体系，院长为医院质量管理第一责任人，负责制定医院质量与患者安全管理方案，定期专题研究医院质量和安全管理工作，科主任全面负责科室质量管理工作，履行科室质量管理第一责任人的管理职责。

(二) 有医院质量管理委员会组织体系，包括医院质量与安全管理委员会、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、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等。定期研究医疗质量管理等相关问题，记录质量管理活动过程，为院长决策提供支持。

### 二、医疗质量管理与持续改进

(一) 有医疗质量管理和持续改进方案，并组织实施。

(二) 建立与执行医疗质量管理制度、操作规范、诊疗指南。

(三) 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度”，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核。

(四) 建立医疗风险防范确保患者安全的机制，按照规定报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷，不隐瞒和漏报。

(五) 医院、职能部门、各临床与医技科室的质量管理人员能够应用全面质量管理的原理，通过适宜质量管理改进的方法及质量管理技术工具开展持续质量改进活动，并做好质量改进效果评价。

(六) 定期进行全员医疗质量和安全教育，牢固树立医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。

(七) 建立医疗质量控制、安全管理信息数据库，为制订质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。

### 三、医疗技术管理

（一）医院提供与功能和任务相适应的医疗技术服务，符合法律、法规、部门规章和行业规范的要求，符合医院诊疗科目范围，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。

（二）医疗技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》规定，分级分类管理、监督评价和档案管理制度，临床应用新技术按照规定报批。

（三）有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现并降低医疗技术风险。

（四）开展科研项目符合法律、法规和医学伦理原则，按照规定审批。在科研过程中实行全程质量管理，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。

（五）对实施手术、介入、麻醉等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授权”制，定期进行技术能力与质量绩效的评价。

（六）医院对委托院外服务项目（如口腔修复体工艺制作、检验、病理等其他项目），用委托协议或合同进行管理，包含有清晰的质量与安全要求的条款，至少每年逐项进行质量与安全再评价一次。

### 四、临床路径和单病种质量管理与持续改进

（一）医院将开展临床路径与单病种质量管理作为推动医疗质量持续改进的重点项目，规范临床诊疗行为的重要内容之一；有开展工作所必要的组织体系与明确的职责，建立部门协调机制。

（二）根据本院医疗资源情况，以常见病、多发病为重点，参照卫生部发布的临床路径与单病种质量管理文件，遵照循证医学原则，制定本院执行文件。

（三）在医院信息系统中建立实时监测平台，监控临床路径应用与变异情况。

（四）建立临床路径统计工作制度，定期对进入临床路径患者进行平均住院日、住院费用、药品费用、非预期再手术率或口腔门诊再治疗率、并发症与合并症、死亡率等指标

的统计分析。

(五) 医院定期进行临床路径管理相关的医务人员和患者满意度调查。总结分析影响病种实施临床路径的因素,不断完善和改进路径标准。

(六) 制定相关的制度与程序保障卫生部文件规定上报的单病种质量指标信息,做到正确、可靠、及时。(详见第七章第三节)

## 五、口腔门诊管理与持续改进

(一) 应当按照《卫生部关于修订口腔科二级科目的通知》的要求,建立符合规范的口腔二级专业科室。

(二) 应用疾病诊疗规范和药物临床应用指南,规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和口腔卫生材料的行为。

(三) 由上级医师负责评价与核准门诊诊疗(检查、治疗、手术、新技术等)计划/方案的适宜性,并记入病历。

(四) 规范门诊会诊管理,提高会诊质量和效率。

(五) 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员能用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标,全程监控质量与定期评价;对诊疗疗程超过临床路径标准的患者,进行管理与评价,优化医疗服务系统与流程,促进持续改进。

## 六、住院诊疗管理与持续改进

(一) 由具有法定资质的医师和护理人员按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。

(二) 根据现有医疗资源,按照医院现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南、临床路径,规范诊疗行为;用单病种过程质量等质控指标,监控临床诊疗质量;对疑难危重患者、恶性肿瘤患者,实施多学科综合诊疗,为患者制定最佳的住院诊疗计划或方案。

(三) 由高级职称医师负责评价与核准住院诊疗(检查、药物治疗、手术/介入治疗等)

计划或方案的适宜性，并记入病历。

（四）用制度与程序管理院内、院外会诊，明确院内会诊任务，对重症与疑难患者实施多学科联合诊疗活动，提高会诊质量和效率。

（五）运用国内外权威指南与有关循证医学的证据，结合现有医疗资源，制定与更新医院临床诊疗工作的指南或规范，培训相关人员，并在临床诊疗工作遵照执行。

（六）为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。

（七）科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队，能够定期分析影响住院诊疗（检查、药物治疗、手术/介入治疗等）计划/方案执行的因素,对住院时间超过30天的患者进行管理与评价，优化医疗服务系统与流程。

## 七、手术治疗管理与持续改进

（一）实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度，有定期手术医师资格和能力评价与再授权的机制。

（二）实行患者病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范制定诊疗和手术方案，依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案，均应当记录在病历中。

（三）患者手术前的知情同意包括术前诊断、手术目的和风险、高值耗材的使用与选择，以及其他可选择的诊疗方法等。

（四）医院建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。

（五）手术预防性抗菌药物应用的选择与使用时机符合规范。

（六）手术的全过程情况和术后注意事项及时、准确地记录在病历中；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。

（七）做好患者手术后治疗、观察与护理工作,并记录在相应的医疗文书中。

（八）科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队，能定期分析影响

围手术期质量与安全管理的因素,对“非计划再次手术”与“手术并发症”进行监测、原因分析、反馈、改进和控制体系。

## 八、麻醉管理与持续改进

(一) 实行麻醉医师资格分级授权管理制度与规范,有定期评价与再授权的机制。

(二) 实行患者麻醉前病情评估制度,制定治疗计划/方案,风险评估结果记录在病历中。

(三) 患者麻醉前的知情同意,包括治疗风险、优点及其他可能的选择。

(四) 实施麻醉操作的全过程必须记录于病历/麻醉单中。

(五) 有麻醉复苏室,管理措施到位,实施规范的全程监测,记录麻醉后患者的恢复状态,防范麻醉并发症的措施到位。

(六) 建立术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗管理规范与程序,能有效地执行。

(七) 建立麻醉科与输血科的有效沟通,积极开展自体输血,严格掌握术中输血适应证,合理、安全输血。

(八) 科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队,能用麻醉工作质量和安全管理规章、岗位职责、各类麻醉技术操作规程、质量与安全指标来确保患者麻醉安全,定期评价质量,促进持续改进。

## 九、急诊管理与持续改进

(一) 合理配置急诊资源,人力配备经过专业培训、胜任急诊工作的医务人员,配置急救设备和药品。符合《急诊科建设与管理指南(试行)》的基本要求。

(二) 落实首诊负责制,与挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。

(三) 加强急诊检诊、分诊,及时救治急危重症患者,有效分流非急危重症患者。

(四) 实施急诊分区救治、建立住院和手术的“绿色通道”,建立口腔创伤、大出血等

重点病种的急诊服务流程与规范，需紧急抢救的危重患者可先抢救后付费，保障患者获得连贯医疗服务。

(五) 开展急救技术操作规程的全员培训,实行合格上岗制度。

## 十、感染性疾病管理与持续改进

(一) 执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范。承担本单位和责任区域内的传染病预防工作，设立疾病预防控制专职部门及医院感染管理委员会，建立健全规章制度并组织实施，规范传染病处理措施。预防和控制传染病的传播和医源性感染。

(二) 感染性疾病科或传染病分诊点设置符合卫生行政部门规定，按照传染病防治有关规定和诊疗规范接诊和治疗传染病患者，不得推诿或者拒绝接诊传染病感染者或传染病患者。成立重点传染病防治和突发公共卫生事件救治专家组。

(三) 根据标准预防的原则，采取标准防护措施,为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，并按照《医疗废物管理条例》处理废物。

(四) 开展对传染病的监测和报告工作，有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定进行网络直报。

(五) 定期对工作人员进行传染病防治知识、技能以及有关传染病疫情监测信息报告工作的培训，做好院内及责任区域内的预防传染病的健康教育工作。

## 十一、药事和药物使用管理与持续改进

(一) 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织。

(二) 加强药剂管理，规范采购、储存、调剂，有效控制药品质量，保障药品供应。

(三) 执行《处方管理办法》，开展处方点评，促进合理用药。

(四) 医师、药师按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先合理使用基本药物，并有相应监督考评机制。

(五) 医师、药师、护理人员按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。

(六) 有药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按照规定报告药物不良反应，并将不良反应记录在病历中。

(七) 配备临床药师，参与临床药物治疗，提供用药咨询服务，促进合理用药。

(八) 科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，定期通报医院药物安全性与抗菌药物耐药性监测的结果。

## 十二、临床检验管理与持续改进

(一) 临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能够提供 24 小时急诊检验服务。

(二) 有实验室安全程序、制度及相应的标准操作程序，遵照实施并记录。

(三) 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解读检验结果。

(四) 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。

(五) 有试剂与校准品管理规定，保证检验结果准确合法。

(六) 为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。

(七) 科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，开展室内质控、参加室间质评，对床旁检验项目按照规定进行比对和质量控制。

## 十三、病理管理与持续改进

(一) 病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。



(二) 从事病理诊断工作和技术工作的人员资质符合《病理科建设与管理指南(试行)》要求, 诊断与制片质量符合相关规定。

(三) 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施, 遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。

(四) 及时提供规范的病理诊断报告, 有严格审核制度。

(五) 临床病理医师能够解读临床病理检查结果, 为临床诊断提供支持服务。支持下级医院解决病理诊断问题。

(六) 科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队, 能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标, 落实全面质量管理与改进制度, 按照规定开展质量控制活动, 并有记录。

#### 十四、医学影像管理与持续改进

(一) 医学影像(普通放射、牙片 X 线机、曲面体层 X 线机、牙科 CT 等) 部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》, 服务项目满足临床诊疗需要, 提供 24 小时急诊影像服务。

(二) 建立规章制度, 落实岗位职责, 执行技术规范, 提供规范服务, 保护患者隐私, 实行质量控制, 定期进行图像质量评价。

(三) 提供规范的医学影像诊断报告, 有审核制度, 有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。

(四) 有医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护及工作人员职业健康防护等相关制度, 遵照实施并记录。

(五) 科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队, 能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标, 落实全面质量管理与改进制度, 按照规定开展质量控制活动, 并有记录。

## 十五、修复工艺质量管理与持续改进

(一) 修复工艺部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构基本标准(试行)》有关规定。服务项目满足临床诊疗需要,人员梯队与设备配置合理。

(二) 按照医嘱与模型进行修复体制作;执行技术规范,实行质量控制,定期进行模型质量和修复体质量检查与评价,开展病例讨论。

(三) 工作场所环境保护与人员职业安全防护符合规定

(四) 科主任与具备资质的质量控制人员能用质量与安全管理核心制度,岗位职责与质量安全指标,修复工艺标准,落实全面质量管理与改进制度,按规定开展质量控制活动并有记录

## 十六、输血管理与持续改进

(一) 落实《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法(试行)》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范,完善临床用血的组织管理。

(二) 设立输血科,具备为临床提供 24 小时服务的能力,满足临床需要,无非法自采、自供血液行为。

(三) 加强临床用血过程管理,严格掌握输血适应证,促进临床安全、有效、科学用血。

(四) 开展血液全程管理,落实临床用血申请、申请审核制度,履行用血报批手续,执行输血前核对制度,做好血液入库、贮存和发放管理。

(五) 开展血液质量管理监控,制订、实施控制输血严重危害(SHOT)(输血传染病、输血不良反应、输注无效)的方案,严格执行输血技术规范。

(六) 落实输血相容性检测的管理制度,做好相容性检测实验质量管理,确保输血安全。

## 十七、医院感染管理与持续改进

(一) 有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》《口腔诊疗器械消毒技术操作规范》等规章要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。

(二) 开展医院感染防控知识的培训与教育。

(三) 按照《医院感染监测规范》，监测重点环节、重点人群与高风险因素，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。

(四) 执行手卫生规范，实施依从性监管与改进活动。

(五) 有多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理的规范与程序，实施监管与改进活动。

(六) 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。

(七) 口腔门诊的医院感染控制工作符合卫生部有关医院感染相关法律法规和《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》的要求。

(八) 消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。

(九) 医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；将医院感染情况与其他医疗机构进行比较；定期通报医院感染监测结果。

## 十八、临床营养管理与持续改进

(一) 营养科（室）具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。由有资质的人员从事临床营养工作，执行《食品安全法》相关法律法规。

(二) 有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”，为住院患者提供适合其治疗需要的膳食。

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/068140122131006067>