

# 十八项医疗核心制度

- 1、首诊负责制度
- 2、三级医师查房制度
- 3、疑难病例讨论制度
- 4、会诊制度
- 5、危重患者抢救制度
- 6、手术分级管理制度
- 7、术前讨论制度
- 8、查对制度
- 9、值班与交接班制度
- 10、临床用血管理制度
- 11、死亡病例讨论制度
- 12、病历书写基本规范与管理制度
- 13、分级护理制度
- 14、医疗技术准入制度
- 15、危急值报告制度
- 16、抗菌药物分级管理制度
- 17、手术安全核查制度
- 18、信息安全管理制度

## 一、首诊负责制度

一、凡第一个接待患者的科室和医师为首诊科室和首诊医师。

二、首诊医师负责安排患者的诊疗事宜，详细询问病情并体检，详细记录病史，及时给予初步诊断。同时开具各项必要的检查申请单及初步治疗药物处方。

三、首诊医师发现涉及他科或确系他科的患者时，应写好病历，并进行必要的处理后，请有关科室会诊或转科。

四、对于经首诊诊治后必须留院观察的患者，该医师应负责对接手诊治的医师进行床旁交班，并对病人家属说明由该医师继续负责其诊治。

五、凡是患有多科疾病或诊断未明的患者，应当经所有相关专科医师会诊后，根据此次发作的主要疾病，确定转由相关专科医师负责继续诊治。在未明确收治科室时，首诊科室和首诊医师应负责到底。

六、危及生命的紧急情况需做相应处理后方可行辅助检查及转科。急、危、重症患者行辅助检查及收住其他专科时，必须有医务人员陪同。

七、如患者确需转科，在病情允许搬动时，由首诊医师负责联系安排。如需转院，由首诊科室和首诊医师联系上级医院或向医务科或总值班报告，落实好接待医院后方可转院。

## 二、三级医师查房制度

一、实行主任医师（科主任）、主治医师和住院医师三级查房制度。主任医师查房每周至少 1 次，主治医师查房每周 2 次，住院医师对所管患者实行 24 小时负责制，查房一般在上午进行，下午巡视一次。

二、医护人员查房前准备病历、有关检查报告和检查器材等，经治的下级医师报告病历摘要、当前病情和提出需要解决的问题。上级医师分析病情，确定必要的检查，作出明确的指示。

（一）主任医师（科主任）查房，主治医师、住院医师和护士长参加。解决疑难病例，审查对新入院、重危患者的诊断、治疗计划，决定重大手术及特殊检查治疗，决定院内会诊并主持会诊，决定出院、转院问题。及时处理下级医师的医疗报告。抽查医嘱、检查病历质量，审阅出院病历。介绍国内外先进的医学理论和诊断方法，结合临床病例分析诊断，帮助下级医师提高业务水平。

（二）主治医师查房，带领住院医师、进修医师等对分管患者进行系统查房。对新入院、疑难、重危患者进行重点检查与讨论，指导下级医师操作，决定检查、手术、会诊、转科、出院等日常医疗事务。检查医嘱执行情况治疗效果，掌握分管患者病情变化，参加危重病例抢救，处理下级医师医疗报告，执行上级医师的医嘱并及时向上级医师汇报工作。检查病历，帮助下级医师提高病历质量。负责解答患者

病情咨询。

（三）住院医师查房，巡视所有患者，重点巡视重危、疑难、新入院、手术后的患者，检查当天医嘱执行情况，检查化验报告单，分析结果，提出初步检查或治疗意见。主动与患者交流，发现问题及时向上级医师汇报，执行上级医师的医嘱，记录各种查房意见、讨论记录，提高病历质量。带教实习医师。

### 三、会诊制度

为严格执行卫生行政部门规定，进一步加强院内外会诊管理，提高会诊质量，制定本制度。

#### 一、院内会诊

##### （一）普通会诊

1、申请科室应严格掌握会诊指征，认真填写会诊申请单，会诊单由医务人员送至会诊科室并在会诊记录本上签收。

2、申请会诊的医师必须明确书写会诊目的，会诊前应将病历书写完整，做好必要的辅助检查。会诊时由申请科室住院医师或者主管医师陪同会诊医师一起诊视患者。会诊医师必须认真详细地在会诊申请单上书写会诊意见，会诊意见中应明确针对会诊目的的意见。

3、会诊医师原则由主治医师以上能胜任会诊的医师担任，或由科主任授权医师担任。会诊医师 24 小时内完成会诊，写好会诊记录，并在会诊单上注明会诊时间，交给邀请

科室。

4、如连续 2 次会诊不能解决实际问题者，会诊科室应及时请被邀请会诊科室的主任进行会诊，必要时请医务科协调落实会诊，以提高会诊质量。医务科在抽查病历时加强对会诊制度落实情况的监督，如发现违反上述规定造成严重后果者，将追究相关人员责任。

5、门诊患者需要会诊时，首诊医师要督促患者及时到相关科室会诊，并关心会诊结果。对病情较重、行动不便的患者，首诊医师可电话联系会诊医师到场会诊。

## （二）急会诊

1、住院患者急会诊：由经治医师提出，申请科室直接与会诊科室电话联系，会诊医师必须在 10 分钟内到达；会诊医师遇疑难问题不能解决，应立即向上级医师汇报。急会诊由各科值班主治医师承担，主治医师另担负抢救任务时，主任/副主任或者其他医师前往急会诊，任何人不得推托。

2、重大或者疑难抢救病例会诊：会诊医师必须向科主任报告，以便采取进一步措施。

3、全院急会诊：危重患者抢救需要多科室会诊者，可直接电话通知相关科室医师或医务科（值班期间总值班），受邀科室医师应立即迅速前往会诊，适时报告科主任。医务科、医院总值班应立即到现场组织协调抢救，并汇报分管院长。

## （三）多学科会诊

1、由科室主任提出申请，确定参加会诊的医师、时间和地点，并在会诊单上签名后送医务科。医务科审核后通知有关医师参加会诊。

2、多学科会诊由申请科室的科主任主持，并安排人员详细记录，业务院长及医务科参加。

## 二、外出会诊

（一）医师未经医务科批准，一律不得擅自外出会诊。医院不负责非医务科安排的本院职工的任何院外医疗活动。

（二）外院邀请本院医师会诊，经本院医务科批准，由科主任或科主任指派的医师前往会诊。会诊医师应将会诊情况汇报医务科。

（三）有下列情形之一的，拒绝外出会诊。

1、会诊邀请超出我院诊疗科目或本单位不具备相应资质的；

2、会诊邀请超出被邀请执业医师执业范围的；

3、邀请会诊医疗机构不具备相应医疗救治条件的；

4、卫生行政部门规定的其他情形。

（四）医师在会诊过程中发现难以胜任会诊工作，应当及时、如实告知邀请医疗机构，并终止会诊，同时报告所在医务科。医师在会诊过程中发现邀请医疗机构的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或者难以保障会诊质量和安全的，应当建议将该患者转往其他具备收治条件的医疗机构诊治。

（五）医师在会诊过程中发生的医疗事故争议，由发出邀请医疗机构按照《医疗事故处理条例》的规定进行处理。

（六）医师在会诊过程中发生的差旅费由邀请医疗机构负责。医师的会诊费按照有关部门规定执行。

（七）医师在外出会诊时不得违反规定接受邀请医疗机构报酬，不得收受或者索要患者及其家属的钱物，不得牟取其他不正当利益。

（八）医师外出会诊违反《执业医师法》有关规定的，按照《执业医师法》第 37 条处理。

### 三、远程会诊

1、申请会诊的主管医师报告科主任同意后向计算机中心提出会诊申请，计算机中心根据科室申请确定会诊医师。

2、科室详细准备会诊所需的病例资料，计算机中心负责上传资料及信息系统维护。

3、主管医师、计算机中心工作人员及患者或家属共同参加会诊，双方就患者病情及关心的问题进行分析、交流、协商。初步确定诊断及诊疗方案。

4、主管医师根据最终会诊结果及时和患方沟通，共同决定下一步诊疗方案。

5、远程会诊费用由患方承担。

### 四、医师值班、交接班制度

一、各科室均实行 24 小时值班制。值班医师应提前半小时到达科室接班。

二、各科室医师在下班前将危重患者的病情和所有应处理的事项向值班医师交待清楚。危重患者进行床旁交接，双方进行责任交接签字，并注明日期时间，接班医师一经签字，所辖区域的医疗工作由接班医师全面负责。

三、值班医师对危重患者应做好病程记录和医疗措施记录。值班医师负责各项临时的医疗工作和患者临时情况的处理。对入院患者及时检查，书写病历，及时给予必要的医疗处置。

四、值班医师遇有医疗疑难问题时，应请经治医师协助处理并报告上级医师或科主任。其他特殊问题可请总值班、保卫科等有关科室处理。

五、值班医师夜间必须在值班室留宿，不得擅自离开。护理人员呼叫时应立即前往诊治。如有事离开时（急诊抢救、会诊），必须向值班护士说明去向，护士应记录离开的时间、去向及联系方式。

六、接班医师未到，交班医师不得离开。

七、每日上班前，值班医师将患者情况重点向上级医师或科主任报告，并向经治医师交待危重患者情况及尚待处理的工作。

八、实习医师、助理医师不得单独值班。进修医师值班须经医务科考核批准后方可上岗。

九、值班医师有特殊情况需调班时，必须取得科主任（授权人）同意。



## 五、病历书写基本规范

### 一、病历书写的一般要求：

(一) 病历书写要认真执行卫生部制定的《病历书写基本规范》，应当客观、真实、准确、及时、完整。力求表述准确，语句通顺，标点正确。

(二) 各种症状、体征均须应用医学术语，不得使用俗语。

(三) 病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。诊断、手术应按照疾病和手术分类等名称填写。

(四) 度量衡均用法定计量单位,书写时一律采用国际符号。一律采用中华人民共和国法定计量单位，如米 (m)、厘米 (cm)、升 ((L)、毫升 (ml)、千克 (Kg)、克 (g)、毫克 (mg) 等书写。

(五) 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

(六) 病历的每页均应填写病人姓名、住院号和页码。各种检查单、记录单均应清楚填写姓名、性别、住院号及日期。

(七) 因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。

(八) 对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、输血、自费药的使用及实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书。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；患者因无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者被授权负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知患者近亲属，由患者近亲属签署同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

（九）按规定真实、客观地完成患者评估制度相关内容。

## 二、门诊病历书写要求

（一）门诊病人一律建立门诊病历。

（二）病历应使用蓝色（黑色）钢笔、圆珠笔书写。

（三）病历一律用中文填写，力求通顺、准确、简练、完整，字迹清晰工整、不潦草，重要字段不得有涂改。

（四）医师签字要签全名。

（五）初诊病历书写要求：（1）认真逐项书写首次病历，不可漏项；（2）有就诊日期；（3）有患者主诉、病史、查体；（4）有检查、初步诊断、处置；（5）有医师签名。

（六）复诊病历书写要求：（1）有就诊日期；（2）有患者治疗后自觉症状的主诉（简明扼要、重点突出）、治疗效果、重要检查结果；（3）有病情变化后的查体；有初诊阳性体征的复查；（4）有处置、复诊时间；（5）有医师签名。

(七) 有药物过敏史者，应在门诊病历首页注明过敏药物名称。

(八) 病历中详细记录治疗方案，应有药名、剂量、用法、数量。

(九) 开具诊断证明、休假证明和重要病情交待，病历中要有记录。

(十) 诊断书写要规范，待查病例要有印象诊断，不能确诊的病例要有鉴别诊断，跨科开药要有相应的疾病诊断。

### 三、急诊病历书写要求：

原则上与门诊病历相同，但应突出以下几点：

(一) 急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

(二) 必须记录体温、脉搏、呼吸和血压等有关生命体征。

(三) 危重疑难的病历应体现首诊负责制，应记录有关专业医师的会诊或转接等内容。

(四) 抢救危重患者时，应当书写抢救记录。对需要即刻抢救的患者，应先抢救后补写病历，或边抢救边观察记录，以不延误抢救为前提。

### 四、住院病历书写要求：

(一) 书写时间和审阅要求：

1、新入院患者由见习医师、住院医师或值班医师在 24 小时内完成住院病历。患者因同一种疾病再次或多次入住本

院，应写再次或多次入院记录，要求及特点按《病历书写基本规范》（试行）的规定。

2、对入院不足 24 小时即出院的患者，可只书写 24 小时入出院记录。记录应详细记录主诉、入院时情况、查体、入院诊断、诊治经过、出院的理由以及患者或家属的签字；入院时间超过 8 小时的应书写首次病程记录；24 小时入出院记录应于患者出院后 24 小时内完。

3、入院不足 24 小时死亡的患者，可只书写 24 小时入院死亡记录，必须详

细记录主诉、入院时情况、查体、入院诊断、抢救经过、死亡时间、死亡原因、死亡诊断，24 小时入院死亡记录应于患者死亡后 24 小时内完成。

4、急症和危重患者入院后，值班医师要及时书写首次病程记录，在不妨碍抢救的前提下，尽快完成住院病历。

5、实习医师或进修医师等（未取得我院注册执业资格的医师）书写的病历，必须由本院取得注册执业资格的住院医师修改、补充以及审阅签字。病区无住院医师时，则由主治医师负责修改、补充和审阅签字。上级医师修改过多或书写不合格者应重写。

6、住院时间过长的患者，每月应写一次阶段小结。阶段小结原则上由住院医师按有关格式书写，主治医师负责审阅签字。交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。主治医

师按《住院时间超过 30 天的患者管理与评价制度》要求完成相关表格填写。

7、医师变更时，由交班医师在交班前完成交班记录；接班后，由接班医师及时完成接班记录。

8、患者转科时，由转出病区医师及时书写转科记录，接收病区医师于患者转入后 24 小时内完成接收记录。转科患者属危重患者，应及时完成接收记录。书写文件必须符合我院转院转科规定。

## （二）病程记录书写要求：

1、首次病程记录由本院注册执业医师书写，在病人入院 8 小时内完成。书写内容包括病例特点、诊断依据及必要的鉴别诊断以及诊疗意见等。

2、日常病程记录由实习医师、进修医师或住院医师书写；对病危、病重患者应根据病情变化随时记录，每天至少 2 次。

### 3、日常病程记录内容包括：

（1）上级医师对诊断和鉴别诊断的分析，当前诊治措施、疗效的分析以及下一步诊疗意见。

（2）患者病情发展或变化（主要症状和体征的判定，处理情况及治疗效果）。

（3）与治疗 and 预后有关重要化验结果和特检报告，应有确切的记录。

(4) 重要治疗的名称、方法、疗效及反应和重要医嘱的修改及理由。

(5) 凡待诊、诊断不明确或原诊断需修正时，应及时进行修正并记录修正诊断的依据和理由。

(6) 胸腔穿刺、腹腔穿刺、骨髓穿刺、腰椎穿刺、心包穿刺、肾穿刺和床旁静脉切开等各种有创诊疗操作经过均按统一格式记录书写。术前一定要有知情同意书。

(7) 胃镜、纤支镜、胆道镜、直肠镜、膀胱镜等重要操作后，均应有术后情况记录。术前一定要有知情同意书。

(8) 患者及其委托人（代理人）拒绝治疗或检查，应有相关的记录，并说明拒绝的理由以及患者或其委托人（代理人）的签字。

(9) 患者死亡后，其委托人（代理人）签署死亡通知书后是否同意尸解，应有相关记录。

(10) 与患者委托人（代理人）沟通的主要内容以及对其交待的特殊事项应有记录；手术患者应有与患者或其委托人谈话主要内容的记录。

(11) 手术患者术中改变麻醉方式、手术方式和临时决定摘除器官应有委托代理人同意的记录和签字。

(12) 输血病人输血当天要有病程记录，记录病员有无输血反应。

(13) 患者出院当日应有记录，重点记录患者出院时的情况。自动出院者，应记录注明，并有患者或其代理人（委托人）的签名。

4、新入院患者 48 小时内，主治医师应进行首次查房。急诊危重入院病人，24 小时内应有副主任医师以上人员或科主任的查房记录。首次查房记录重点记录主治医师对病史、查体的补充以及诊断的分析依据和治疗用药的依据，凡记录上级医师查房内容时，均应注明查房医师的全名及职称，若系（副）主任医师代理主治医师查房的要有注明。

5、上级医师查房后 1—2 天内，应检查审阅查房记录是否完整、准确并签字。

6、住院期间需他科医师协助诊治时，按《会诊制度》规定进行会诊，同时，分别由申请医师和会诊医师书写申请会诊记录和会诊记录。

7、患者入院时间大于一周未确诊时，应组织全科讨论。入院诊断为待查、患者入院时间大于两周未确诊时，应组织多科多专业讨论。大查房和多科会诊时，由主管医师按统一书写格式要求书写大查房记录和多科会诊记录。在科室危重疑难病人讨论记录本中记录每个发言医师的分析。病历记录中，一律不记录每个发言医师的分析，而只记录较统一的总结性诊断和诊疗措施意见。

8、凡危重、急症患者的病程记录中，必须有三级医师的查房记录。记录时，应写出查房医师的全名和相应职称。

9、危重患者抢救记录必须反映出整个抢救过程，包括：上级医师的指示、抢救治疗使用的药物、抢救措施、患者病情的转归以及参加抢救人员的姓名和职称等。

10、在实施保护性医疗措施时，经治医师按有关法律法规征询患者委托代理人意见后，决定是否告之患者本人。其决定意见应当及时记录，并有患方委托代理人签名认可。

### （三）专项记录书写要求：

1、手术患者的病历必须书写术前小结；患者病情较重、难度较大的中型以上手术应书写术前讨论，术前讨论由中级职称以上的医师主持，内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的专业技术职务、讨论日期；急诊手术患者可只写术前小结，但必须有中级职称以上医师查看患者的分析、诊断以及需施行手术治疗指示的记录。

2、外科手术患者均由麻醉医师填写表格式麻醉记录。

3、在术后 24 小时内，手术医师必须完成手术记录，同时应有主刀医师的签名。

4、患者死亡后，由经治医师在 24 小时内，按统一格式填写死亡记录，并在一周内完成死亡讨论和死亡讨论记录。



5、患者出院后，经治医师应在 24 小时内完成书写出院记录。

6、病历首页应按《卫生部关于修订下发住院病历首页的通知》的要求认真填写。

（四）知情同意书书写要求：

1、特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等，应由患者本人签署同意书，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。

2、在签署各种同意书同时，经治医师应向患者、患者法定代理人或委托人告知签署该种同意书目的、内容以及可能出现的风险，并就这些问题与患方进行沟通。

3、各种同意书中，凡需患者填写的内容必须由患者签署；需其法定代理人或委托人填写的，则由其法定代理人或委托人签署。

4、具备完全民事行为能力的患者，因文化水平低不能完成签署者，可由他人代写，但患者必须用右手食指在其名字处按红色印记。

5、不具备完全民事行为能力的患者，则由其法定代理人或近亲属签署有关医患合同。

6、患方拒绝签署同意书同时，医务人员应在当天病程记录中，如实记录拒签时间、合同名称及其理由。

7、各种同意书中各项内容，必须填写完整、准确。

### （五）检验和检查报告单书写要求：

- 1、各种检验和检查报告单的内容包括受检人的姓名、性别、年龄、床号、住院号、检查项目名称、检验结果、报告日期以及报告单编号。
- 2、报告项目应与送检或申请检查项目一致。
- 3、检验报告单要填写具体的量化或定性数据或数值，同时应有正常范围参
- 4、检验报告单除有报告人签名外，应有审核人签名或印章。
- 5、各种报告单字迹要清楚，字句通顺，书写无涂改。
- 6、影像学和病理学报告结果如证据不足，原则上不报告疾病诊断，但影像和组织细胞形态学具有特异性者除外。
- 7、所有检查资料和报告结果应有存档，并妥善保存。
- 8、进修医师、见习医师不能单独出报告，其签署报告结果必须有本院执业医师的复核签字。

### 六、危重患者抢救制度

一、危重患者抢救时召集各类人员紧急赶赴抢救场所，力争抢救及时。各科室定期检查急救设备、药品。

二、抢救工作严格按照诊疗常规进行。抢救分科级和院级二种，科级抢救由科主任（授权人）负责组织协调，院级抢救由医务科或院级领导负责组织协调。突发事件和多人同时抢救，或需行政特别支持，应及时向医务科汇报。院级抢

救及时落实抢救组成人员。

三、首诊医师必须负责患者的急救和生命体征的维持，落实进一步诊疗的部门和医师，及时向上级医师汇报，组织抢救。

四、急救小组负责人或主管医师（一般由在场最高职称医师）指挥危重患者抢救，组织协调抢救仪器、设备和急救小组成员，病情危重不宜搬动者就地抢救。

五、危重患者的转送必须有主管医护人员或主要诊疗操作的医护人员陪同。

六、危重患者急救中全体医护人员应以抢救病人生命为第一，应先救治后付费，事后立即报告医务科或医院总值班。

七、详实记录抢救过程中患者的病情变化、用药情况、抢救经过、主持抢救医师的意见，向患者家属（单位负责人）交代的情况等。

八、采取各种方式联系到患者家属，填写“病危通知单”，交患者家属，做好病情的解释说明工作。

九、因纠纷、交通或生产事故、自杀、他杀等原因致伤的患者和形迹可疑的伤病员，积极进行抢救工作的同时，向医务科、保卫科汇报（晚间向总值班汇报），必要时报公安部门。

## 七、疑难病例讨论制度

一、凡遇疑难病例，为能及早解决诊断和治疗中的疑难问题，提高医务人员的业务水平以及总结经验、教训，不断

提高医疗质量，应及时进行病例讨论。讨论可在本科室进行，也可与相关科室联合举行。

二、疑难病例讨论应事先做好准备，主管医师应对有关资料（如病史、各项化验单、检查单、影像资料、病理报告等）进行整理，提出讨论目的、要求和初步诊断、治疗意见。必要时应事先公布或印发病情摘要以供参加讨论人员参考。

三、讨论会应由负责主治医师或科主任主持，由住院医师负责汇报病史。与会人员应充分发表意见，认真进行讨论，尽早明确诊断，提出治疗方案，结束时主持人应作总结性发言。

四、跨科疑难病例由主治科室负责准备相关资料，邀请有关科室参加，并由主治科室的主任主持讨论会。

五、对住院一周仍诊断不明的病例需组织讨论，并作好记录。

六、疑难病例讨论的内容：

（一）病史摘要。

（二）讨论内容（按发言先后如实记录、发言人要注明职称）。

（三）诊断或进一步明确诊断的措施和计划。

七、讨论内容应记录在《疑难病例讨论记录本》上，记录内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、床号、住院号、暂拟诊断、讨论地点、讨论时间、出席人员（本人签名）、病情简介、讨论记录、结果（诊断或进一步明确诊断的措施、

途径和方法)等。疑难病例讨论内容摘要归入病历中。《疑难病例讨论记录本》由病区妥善保管备查。

## 八、死亡病例讨论制度

一、凡死亡病例，科室应在死亡后1周内召开讨论会，特殊病例应及时讨论。尸检病例，在收到尸体解剖病例报告后2周内进行讨论。

二、讨论会由科主任(授权人)主持，有关医务人员参加，必要时请医务科人员参加。

三、死亡病例讨论后应填写死亡小结取代出院小结，归入病历资料。

四、讨论会内容应按规定记录在《死亡病例讨论记录本》上，记录内容包括患者姓名、性别、年龄、科室、床号、住院号、死亡诊断、死亡时间、讨论地点、讨论时间、出席人员(本人签名)、病情简介、讨论记录、讨论结果(经验或教训)等。《死亡病例讨论记录本》由病区妥善保管备查。

五、死亡病例讨论后，发现有重大医疗缺陷时，科主任应及时向医务科汇报。

六、死亡讨论的内容包括：

(一) 病史摘要。

(二) 讨论内容(按发言先后如实记录，发言人要注明职称)。

(三) 死亡原因分析与体会。

## 九、术前讨论制度

为了规范围手术期患者管理，降低手术风险，保障患者手术安全，制定本制度。

### 一、定义

术前讨论是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。

### 二、讨论内容

包括患者术前准备情况、手术指征、手术方案、麻醉方法、手术切口、手术时间、可能出现的意外及防范措施等，讨论后主持人应进行小结。

### 三、组织实施

（一）急诊手术病例，由当天的值班医师或在岗上级医师组织进行讨论。

（二）对重大、疑难及新开展的手术，必须由科主任（授权人）主持，手术医师参加，必要时请医务科、麻醉科、护理部等有关人员参加，定出手术方案、术后观察事项、护理要求等。

### 四、记录

讨论情况应详细记录在病历中，并注明参加讨论者的姓名、专业技术职务、讨论日期、记录者的签名等。必要时上报医务科和院领导。

## 十、查对制度

### 一、临床科室

（一）开医嘱、处方或进行治疗时，应查对病员姓名、性别、床号及住院号。

（二）执行医嘱时严格“三查八对”。三查：操作前查；操作中查；操作后查。八对：对床号、姓名、病历号、药名、剂量、浓度、时间、方法。

（三）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。

（四）给药前，注意询问有无过敏史。使用毒、麻、精药品时应经过反复核对。静脉给药应注意有无变质，瓶口有无松动，裂缝。给多种药物时，应注意配伍禁忌。

（五）输血时，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。

### 二、手术室

（一）接病员时，要查对病区、床号、姓名、性别、诊断、手术名称、手术部位标识及术前用药。

（二）麻醉开始前、手术开始前、患者离开手术室前，严格按照《手术安全核查表》上各项内容进行核查。

（三）凡进入体腔或深部组织的手术，应在术前、术中加数、关闭体腔前、关闭体腔后、术后清点所有敷料和器械数。

### 三、药房

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/137115061004010005>