
目录

| | |
|--------------------------------|----|
| 一、第3季度医学检验科医疗质量管理工作总结及分析 | 2 |
| 二、项目指标趋势分析 | 3 |
| 四、不良事件上报情况 | 11 |
| 五、核心制度落实情况 | 13 |
| 六、医学装备管理落实情况 | 13 |
| 七、院感分析 | 13 |
| 九、总结及工作安排 | 15 |
| 附件：科室医疗质量 PDCA 案例分析表 | 16 |

一、第3季度医学检验科医疗质量管理工作总结及分析

检验科医疗质量与安全监测指标（2018年）

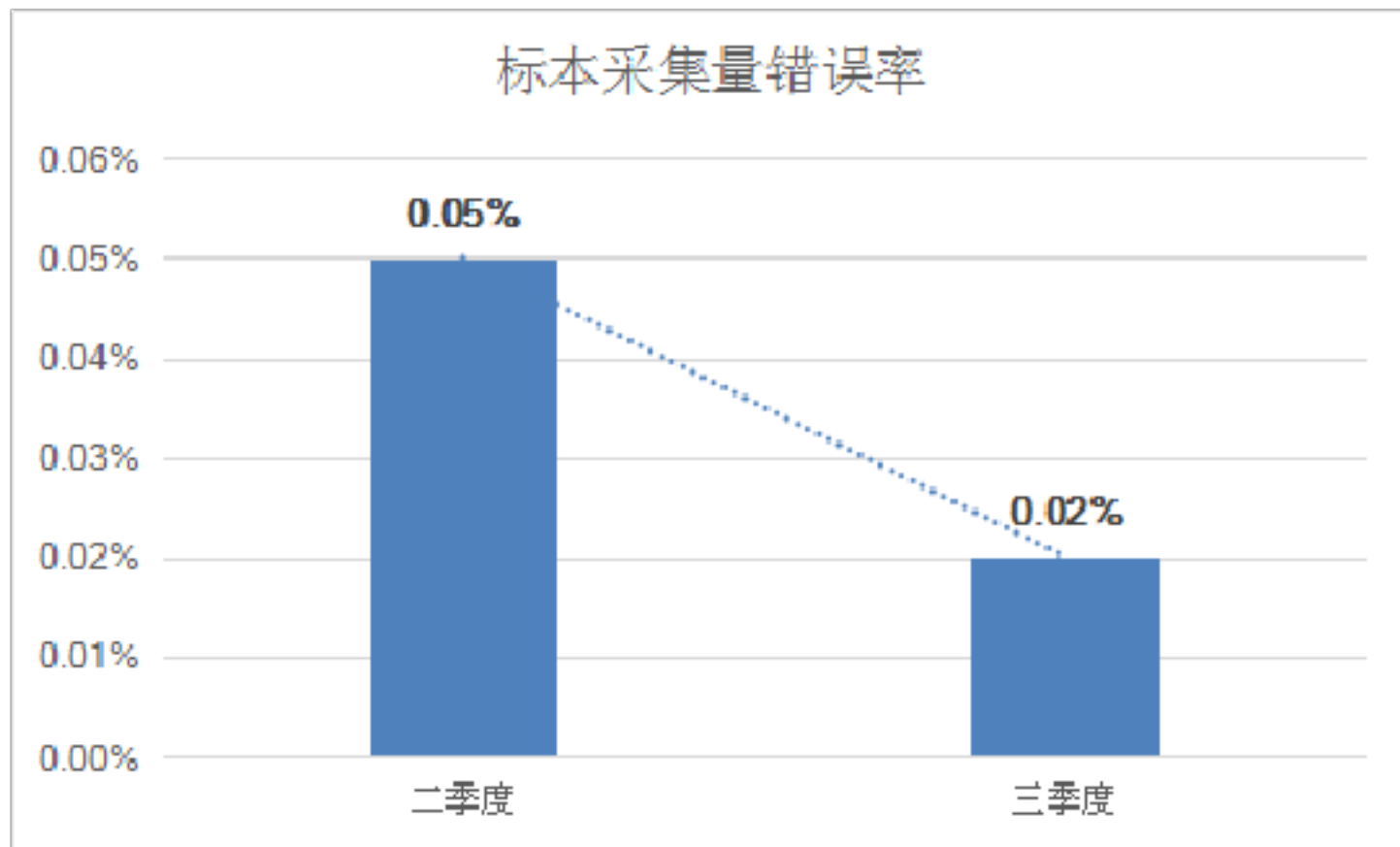
| 序号 | 项目 | 指标项目 | 目标 | 二季度 | 三季度 |
|----|------|----------------|--------|--------|--------|
| 1 | 标本采集 | 标本类型错误率 | ≤0.03% | 0.02% | 0.01% |
| 2 | | 标本容器错误率 | ≤0.05% | 0.03% | 0.02% |
| 3 | | 标本采集量错误率 | ≤0.10% | 0.05% | 0.02% |
| 4 | | 血培养污染率 | ≤1.50% | 0.92% | 0.63% |
| 5 | | 抗凝标本凝集率 | ≤0.15% | 0.10% | 0.04% |
| 6 | 操作规范 | 仪器设备规范操作合格率 | 100% | 99.67% | 100% |
| 7 | 质量管理 | 特种设备完好率 | 100% | 100% | 100% |
| 8 | | 室内质控项目开展率 | ≥90% | 92.93% | 93.20% |
| 9 | | 室内质控项目变异系数不合格率 | 10% ≤ | 6.25% | 4.66% |

| | | | | | |
|----|----------------|---|---------------|-----------|-----------|
| 10 | | 临床化学室间质评 | 95% PT \geq | 99% | 本季度加 |
| 11 | | 免疫室间质评合格率 | PT \geq 90% | 98% | 本季度加 |
| 12 | | 细菌室间质评全年鉴定正确率 | \geq PT90% | 95% | 本季度加 |
| 13 | | 室间质评项目参加率（实验室已开展项目） | 100% | 88.00% | 88.00% |
| 14 | | 室间质评项目不合格率 | \leq PT20% | 5.00% | 本季度加 |
| 15 | | 实验室间比对率（室间质评未开展项目） | 80% \geq | 81.00% | 83.00% |
| 16 | 报告及时性 (TAT) | 临检常规项目出报告时间（门诊血常规、尿常规、粪便常规、白带常规+BV） | \leq 30 分钟 | 20.67 分钟 | 23.22 |
| 17 | | 急诊生化、凝血等速检项目出报告（具体项目 见急诊检验制度） | 小时 2 \leq | 1.29 小时 | 0.87 小时 |
| 18 | | 常规生化：下午 15:00 前标本，当天出报告； 常规免疫：上午 9:00 前标本，下午 15:00 出报告； 特殊项目报告时间另有约定。 | \leq 1 个工作日 | 0.14 个工作日 | 0.1 个工作日 |
| 19 | | 微生物常规项目（微生物涂片检查上午 10:00 前送达, 下午 17:00 前报告，微生物培养 3-7 天报告） | \leq 4 个工作日 | 2.78 个工作日 | 2.66 个工作日 |
| 20 | | 检验前周转时间中位数 | \leq 2 小时 | 2.98 小时 | 0.88 小时 |
| 21 | | 实验室内周转时间中位数 | 小时 \leq 8 | 小时 3.11 | 1.24 小时 |

| | | | | | |
|----|---------|------------|------------|--------|-------|
| 22 | | 出具检验报告单及时率 | 90% \geq | 83.97% | 87.8% |
| 23 | 报告质量及规范 | 检验报告不正确率 | \leq 5% | 0.37% | 0.25% |
| 25 | 危急值管理 | 危急值通报率 | 100% | 100% | 100% |

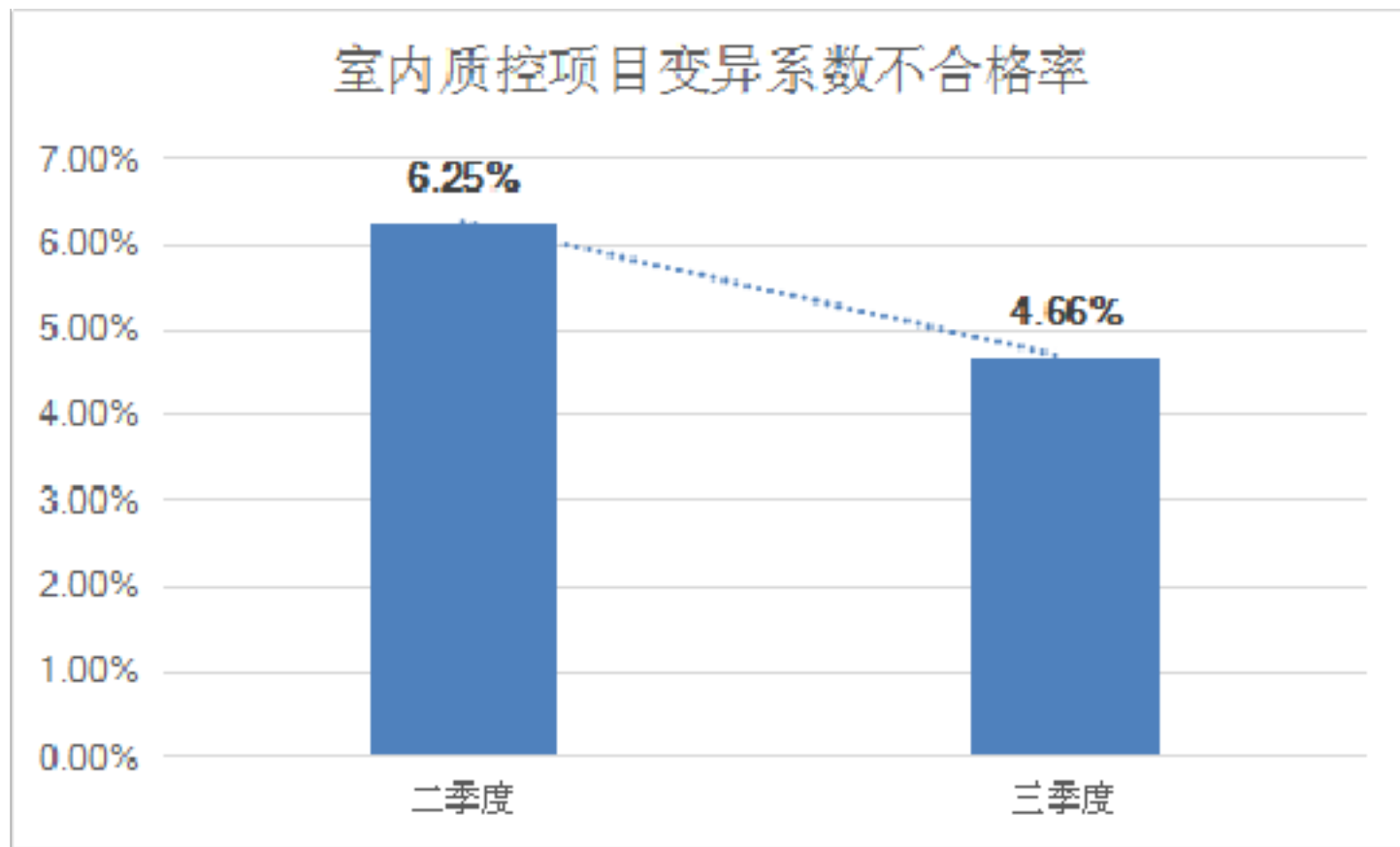
| | | | | |
|----|----------|----------|--------|-------|
| 26 | 危急值通报及时率 | 99% ≥ | 99.77% | 99.8% |
|----|----------|----------|--------|-------|

二、项目指标趋势分析 标本采集量错误率（逐步下降） 1.



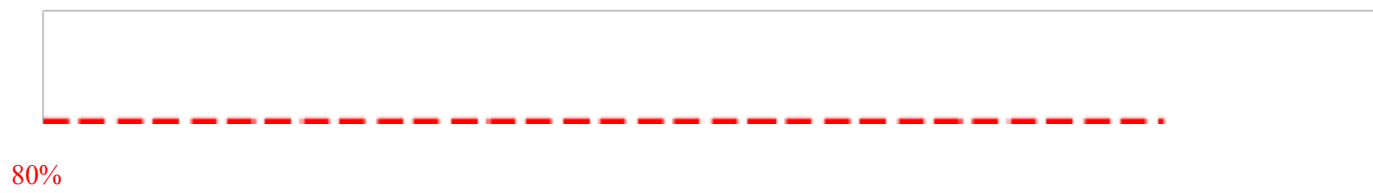
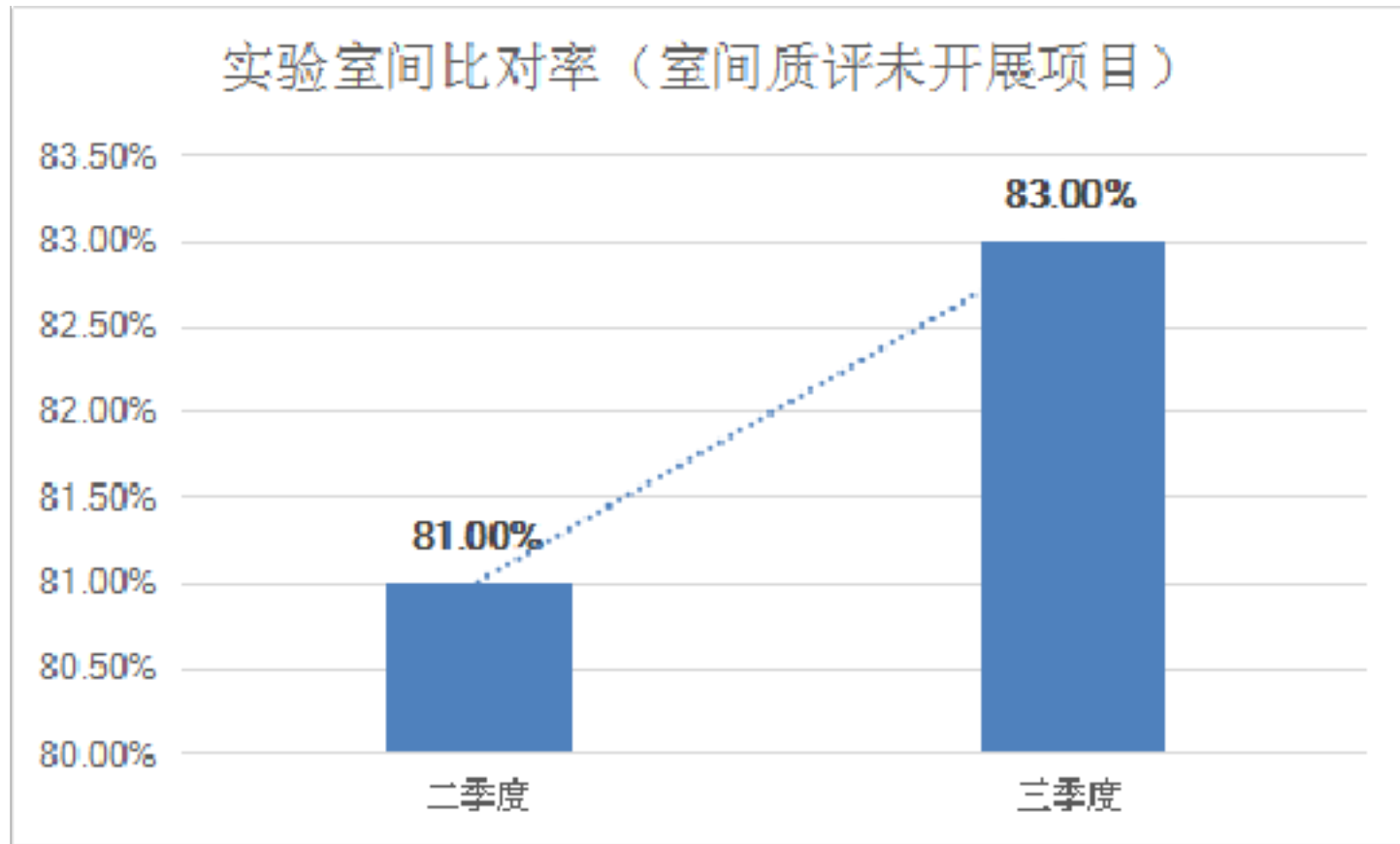
0.1%

通过医护之间沟通和护理部督导标本采集量错误率明显下降。 2.室内质控项目变异系数不合格率（逐步降低）

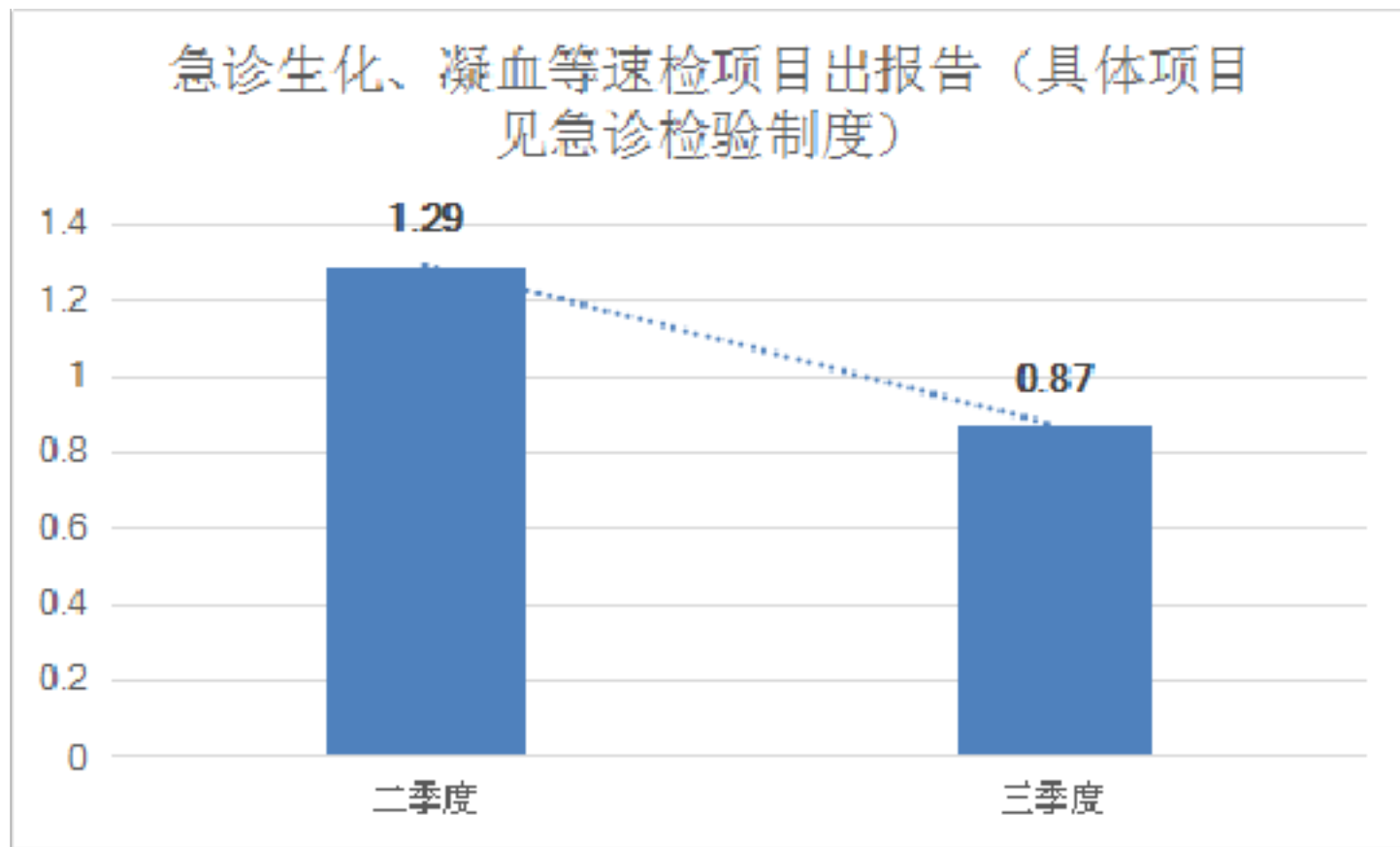


10%

科室重新制定质控目标，对各项目统一梳理，质控人员进行培训，质控标准化。实验室间比对率（室间质评未开展项目）（逐步增加）3.

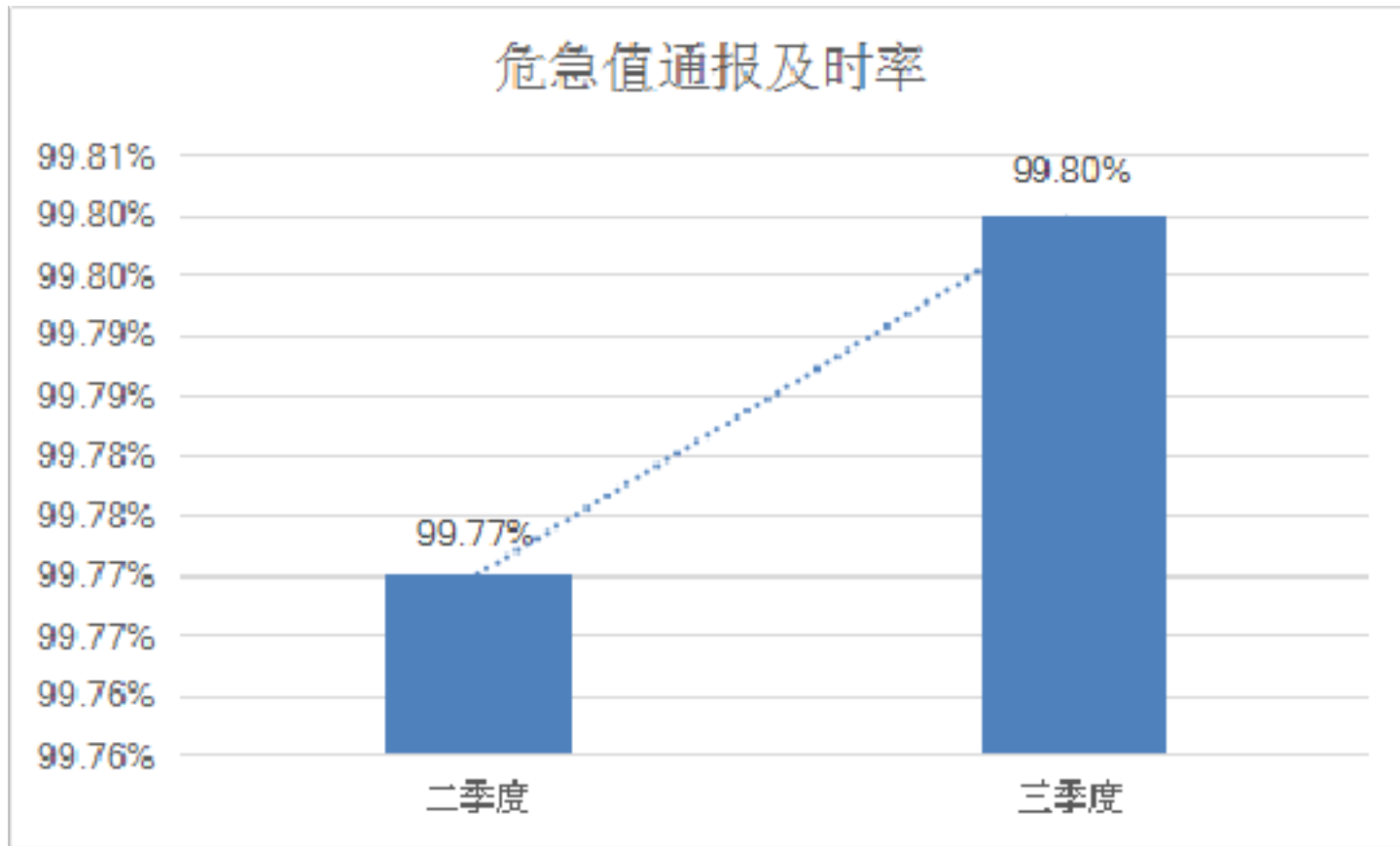


4. 实验室内周转时间中位数（逐步降低）



小时 2

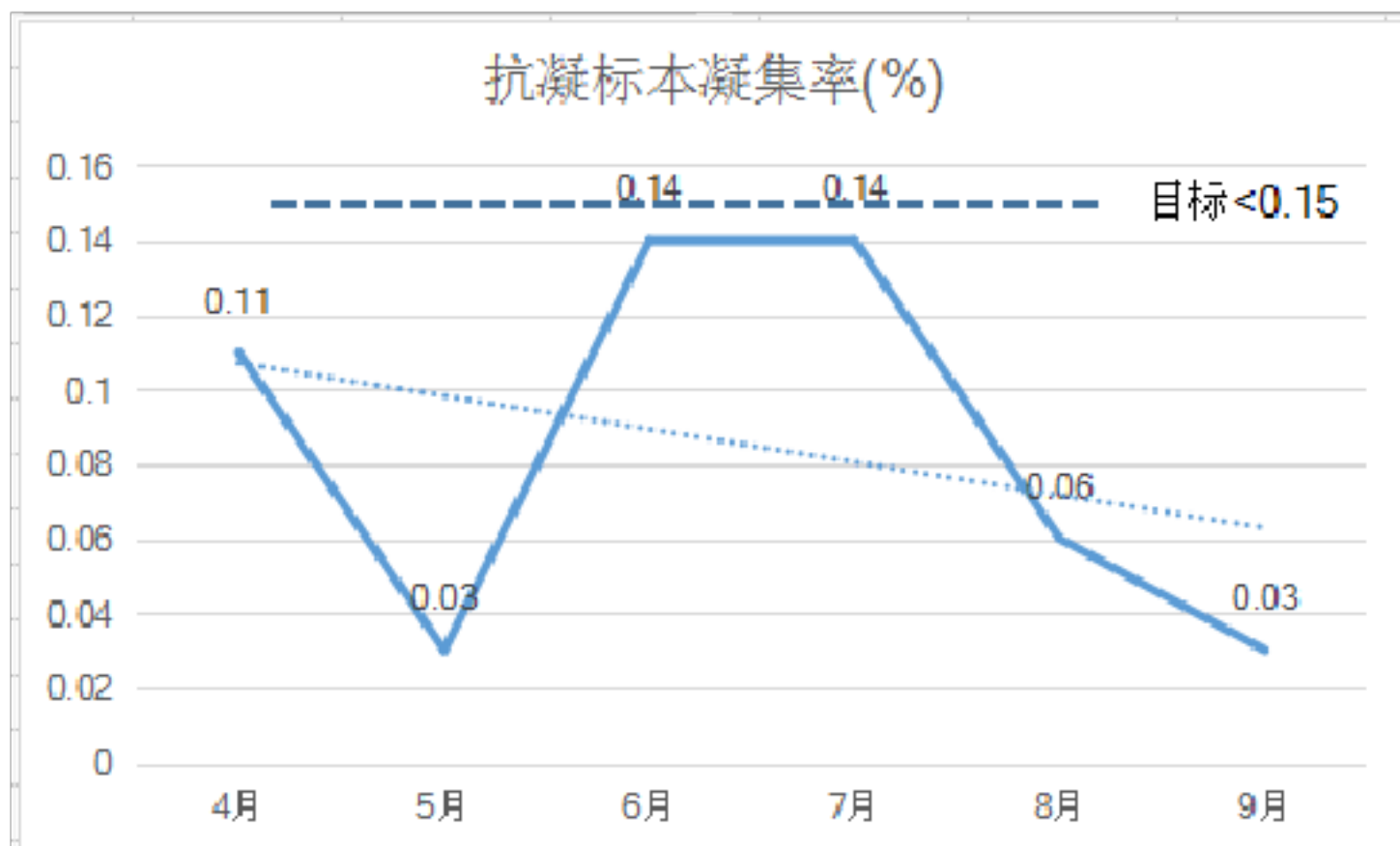
时限，报警监控，对检验实验室 TAT 系统设定通过 LIS 内 TAT 优化，缩短出报告时间。 5.危急值通报及时率（逐步升高）



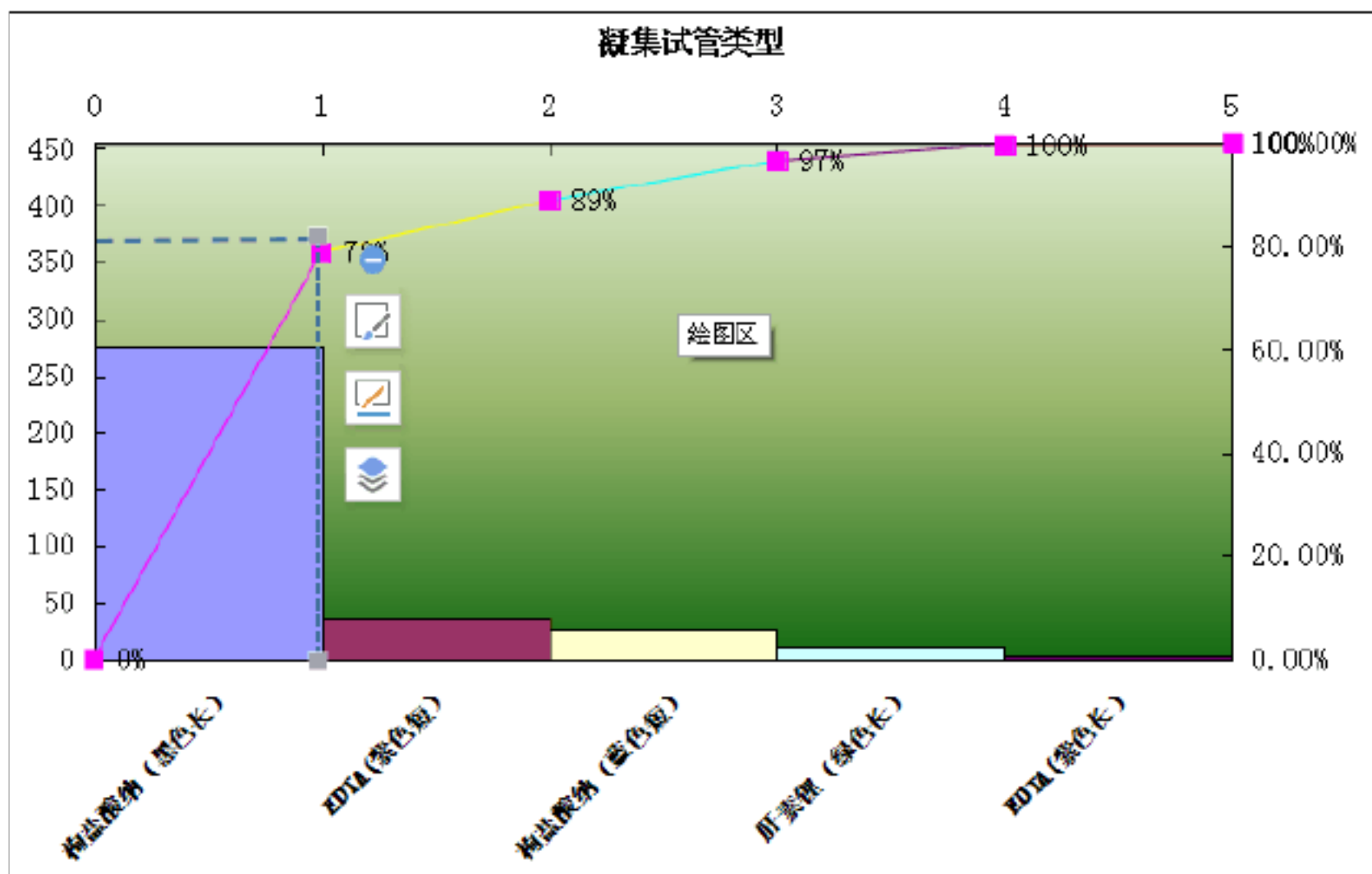
系统状态稳定，人员工作责任心强，危急值通报率逐步

100%升高。9月通报及时率达到

三、呈不良趋势的指标分析



1.抗凝标本凝集率升高原因分析



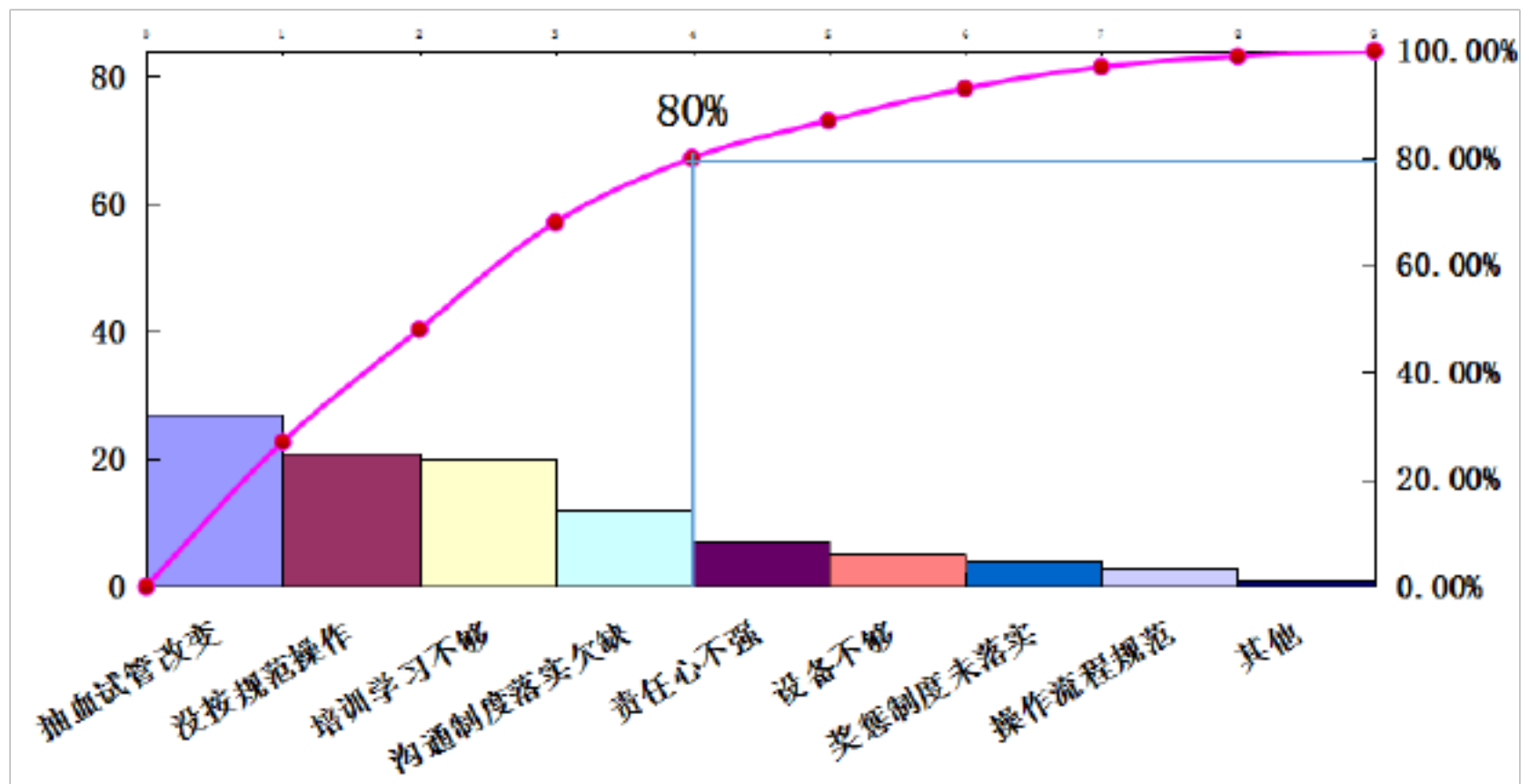
统计本季度抗凝标本 2 凝集发生率，根据发生的次数计算累计百分比，分析发生凝集最多的采血管，进行柏拉图分析，如上图，发现黑色血沉管（长）产生凝集情况最多。针对这种情况，我们对黑色血沉管发生的凝集进行原因分析：

1.鱼骨图分析，采用头脑风暴法，科内讨论，根据科室技术人员提供的原因绘制鱼骨图：

| | | | |
|--|-------|----------|----|
| 人培训学习 不够 电脑老旧 文员、抽血护士、运送人员抽血试管改变奖惩制度 未 落实 | | 机 | |
| 操作流程规范 | | 设备不 够场地小 | |
| | 责任心不强 | | |
| | | | 血标 |
| 没按规范操作 | | | |
| | | 凝率高 | |
| 沟通制度 落实欠缺 法 | | 环 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 料 | | |

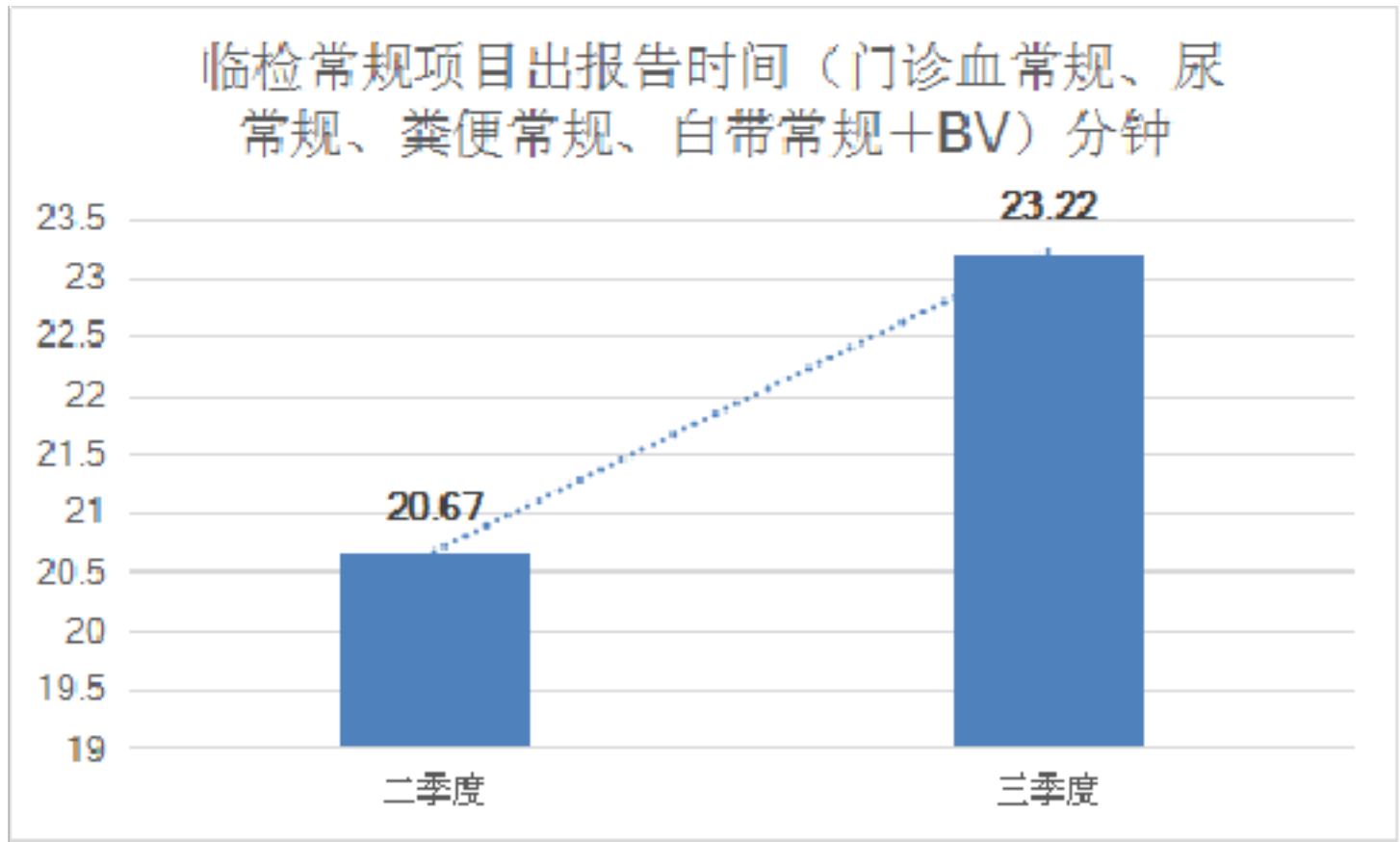
2. 柏拉图分析主要原因，根据鱼骨图中的原因进行重要程度相关投票，根据投票结果绘制柏拉图：

·
·

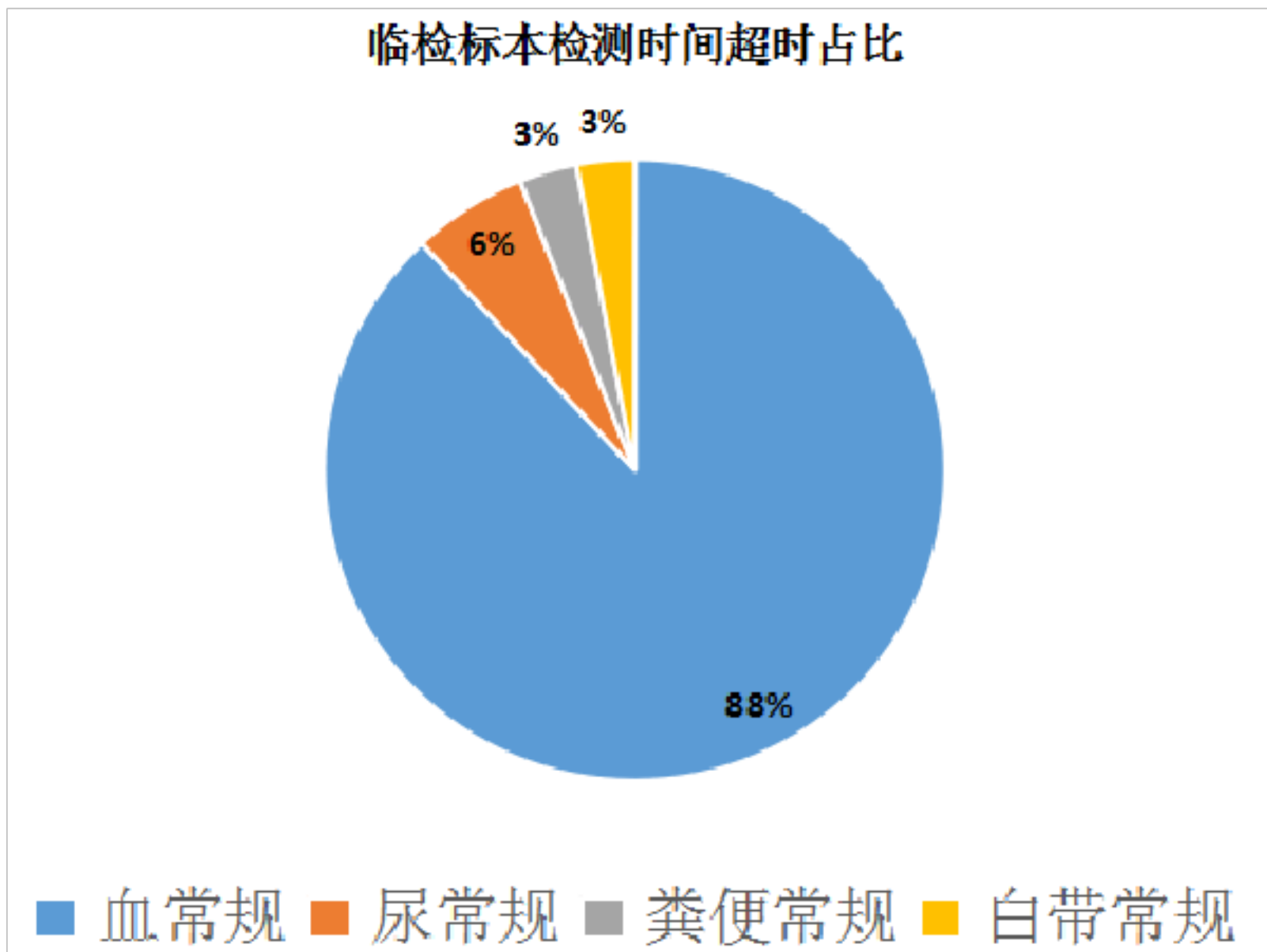


根据二八法则，主要原因为：检验科采用仪器法做血沉，缺新试管操作抽血护士未按照标准操作混匀；更改血沉试管；培训。整改措施 3.1) 严格遵守操作规程；护理人员按标准操作。(2) 加强业务知识培训；临床科室进行培训学习。() 增加医护之间沟通；检验人员下临床与护士培训沟通 3 (通。

(二) 临检常规项目出报告时间 (门诊血常规、尿常规、) BV 粪便常规、白带常规十



30min
目标



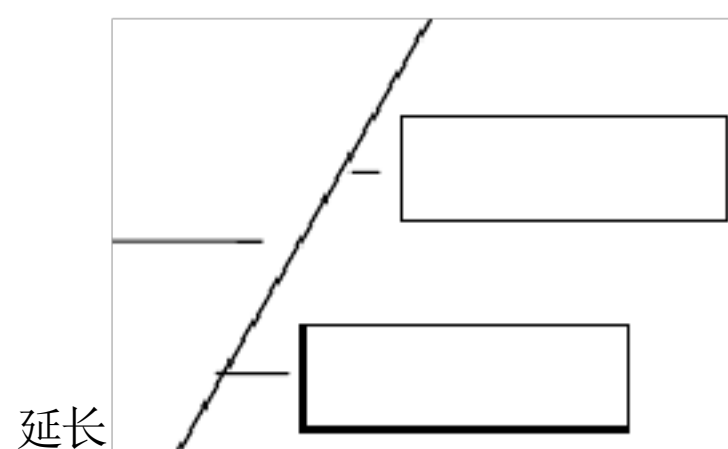
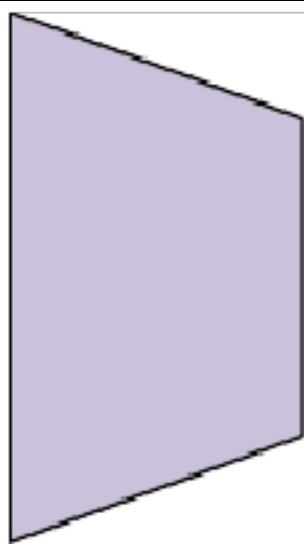
门诊本季度出报告平均时间为 23.22 分钟，超过第一季度平均值 20.67 分钟，但仍低于设定的目标值。对于临检超时标本统计发现血常规超时占比为 88%，因此认为门诊临检血常规超时是影响临检报告发出平均时间的主要原因。

1.鱼骨图分析，针对此原因科室采用头脑风暴法，根据科室技术人员提供的原因绘制鱼骨图：



人机

| | | | | | | |
|--------|-----|-----|---|-----|------|------|
| TAT 意识 | 常规出 | 熟练度 | 告 | 仪器老 | | 故障率高 |
| 时间 | | | | 旧 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | 数量不够 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



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/165330000134011102>