

医疗质量与安全管理工作年度工作计划

第一篇：医疗质量与安全管理工作年度工作计划

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全，拟定本年度医疗质量与安全管理工作计划：

一、强化思想认识，持续发展。

二、科主任、护士长继续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每月召开质量管理控制会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理质量管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

三、完善科室医疗质量考评工作，实施规范化的质量管理，制定考评标准，每月由质控小组进行检查，做好总结反馈工作。健全、落实各种医疗制度，要求各种制度执行记录规范，项目齐全。医疗组严格执行三级医师查房制度，入院 48 小时内主治医师查房，一周内主任查房，术前，术后上级医师查房，危重病人随时请上级医师查房，加强知情告知制度管理，非手术病人入院 24 小时内、手术前、中、后、病情变化时随时沟通，特殊诊疗操作、治疗、用药沟通，严格执行病例讨论制度、会诊制度、手术审批及手术权限制度、交接班制度等。科室每月召开质控会议，对存在问题分析，整改，持续改进。

四、认真做好医疗文书书写管理工作

1、强化病历书写自我检查、科室病历质量小组（相关质控人员）监控。科室病历质控员每月对科室运行病历及终末病历质量检查，科室院级质控员将他科检查结果及时传达到自己科内，避免同样错误发生，使被检查者引起重视，在第一时间得到反馈意见，实时改正，起到良性循环作用。、2、抓好病历质量的评价、实施奖惩结合制度。科室病历质控员每月对病历进行终末病历质量检查，检查存在问题及乙级、丙级病历上报质控办。促使大家重视并互相督促，避免和减少病历缺陷发生率，达到提高病历质量的目的。

3、落实病历检查制度，突出重点。做好每月检查安排。

五、定期召开质管小组会议，及时反馈，总结。每次检查后及时

反馈科主任，病历检查及时反馈书写医师，每月检查的存在问题在每季召开质量管理委员会会议反馈，在会上要求各位把科室存在问题提出大家讨论，提出整改措施，以持续改进。

二〇一四年一月四日

第二篇：2013 医疗质量与安全管理小组工作计划

2013 医疗质量与安全管理小组工作计划

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内涵质量及医疗指标的完成，拟定本医疗质量与安全工作计划：

一、强化思想认识，持续发展科主任、护士长继续抓好质量管理工

作，落实各项规章制度。每月召开质量管理委员会会议、病历质控小

组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提

高医疗技术水平，促进科室持续发展。

二、明确科室医疗、主要工作指标，努力完成

- 1、病床使用率 $\geq 92\%$

- 2、平均住院日 ≤ 14 天

- 3、入院三日确诊率 $\geq 90\%$

- 4、术前平均住院日 ≤ 35 、入出院诊断符合率 $\geq 95\%$

- 6、住院危重病人抢救成功率 $\geq 85\%$

- 7、手术前后诊断符合率 $\geq 90\%$

- 8、临床与病理诊断符合率 $\geq 90\%$

- 9、三基考核合格率=100%（80/100分）

- 10、门诊病历书写合格率 $\geq 90\%$ （90/100分分以上）

- 11、甲级病案率 $\geq 90\%$ ，无丙级病历

- 12、医疗设备，仪器完好率 $\geq 90\%$

- 13、急救仪器，药物完好率=100%

- 14、抗菌素使用范围 $< 60\%$ ，DDD $< 40\%$ ，药敏 $> 80\%$ ，抗菌素限制

使用率<50%

15、手术 \geq 10台。

三、完善科室医疗质量考评工作，实施规范化的质量管理，制定考评

标准，每月由质控员进行检查，做好总结反馈工作。

1、参照二级医

院评审标准及三好一满意的评审标准，对科室的每月工作情况，认真

评分，结果与奖金挂钩。

2、健全、落实各种医疗制度，要求各种制

度执行记录规范，项目齐全。医疗组严格执行三级查房制度，入院

48小时内主治医师查房，一周内主任查房，术前，术后上级医师查

房，重病人随时请上级医师查房，病重自动出院请上级查房，重病人

值班医师查房后作好病程记录。加强知情谈话管理制度，非手术病人

入院内72小时谈话，手术前、中、后谈话，植入谈话，危重时随时

谈，特殊诊疗操作、治疗、用药谈话，输血同意谈话，麻醉前同意谈

话；严格执行病例讨论制度、会诊制度、手术审批及手术权限制度、交接班制度等。各科每月召开会议，对存在问题分析，整改，持续改

进。

四、认真做好医疗文书书写管理工作

1、强化病历书写者自我检查、科室病历质量小组（相关质控人员）监控。科室病历质控员每月对病区进行环节及终末病历质量检查，培

养每个质控员的病历质量意识，加深检查者的感性认知，将检查结果

及时传达到自己科内，避免同样错误发生，使被检查者引起重视，在第一时间得到反馈意见，实时改时，起到良性循环作用。

2、抓好病历质量的评价、实施奖惩结合制度科室病历质控员每月对病区进行终末病历质量检查，检查存在问题及乙级、丙级病历上报

质控办。相关科室的质控人员需及时上报检查结果，如连续不上报的则扣科室当月一定的考核总分，与科室奖金挂钩。促使大家重视并互

相督促，避免和减少病历缺陷发生率，达到提高病历质量的目的。

3、落实病历检查制度，突出重点每月检查重点安排如下：

1 月份：落实首诊负责制度，建立急诊、院前急救、急救转接服务制

度，规范急诊抢救及门诊病历。

2 月份：“危急值”报告登记，护理人员及时报告医师，医师及时处

理并录。

3 月份：加强急诊检诊、分诊，有效分流非急危重患者，做好去向等

记，对留观患者有分级查房、管理制度与程序，落实各项措施。

4 月份：输血管理制度，包括输血前申请、备血情况、化验项目、申

请单书写全面；输血前签署患方输血同意书；合理用血，输血前后的病程分析记录。检查第一季度的各种种讨论病历（疑难、死亡、术前、出院病例讨论记录）。

5 月份：抽查危重病患者的上级查房记录，值班医师查房记录，病危通

知书，抢救记录等。

6 月份：落实术前病情评估制度与术前讨论制度。

- 1、在术前完成病史、体格检查、影像与实验室资料等的评估。
- 2、患者术前病情的评估的重点范围。
- 3、手术风险评估。
- 4、术前准备。
- 5、临床诊断、实施手术方式。
- 6、明确是否需要分次完成手术等。
- 7、检查病历记录情况。
- 8、对相关岗位人员进行培训及培训记录。

7月份：①谈话制度方面。手术病人术前、术中、术后的谈话制度，非手术病人72小时谈话，患方签字的及时性、特殊检查、特殊治疗前的谈话；病情危重告知；被授权于病案签名的一致。

②第二季度讨论病例（疑难、死亡、术前、出院病例讨论记录）。

8月份：合理用药，包括抗生素专项治理和用药的情况分析及病情处置等。

9月份：病程记录方面。包括三级查房制度、病程记录记载要求对检

查、化验的分析并合理用药、处置等。加强首次病程录的内涵。

重点

检查鉴别诊断诊疗计划的内容。疑难病历、死亡病历讨论书写的检查。

会诊及转诊记录及时性、完整性。

10月份：①归档病历的评分；②讨论病历的书写。

11月份：手术分级动态管理、考核、授权等。12月份：一年来医疗质量与管理总结，巩固成绩，改正缺点，持续改进。

五、定期召开质管小组会议，及时反馈，总结。每次检查后及时反馈

科主任，病历检查及时反馈书写医师，每月检查的存在问题以季度书

面总结报院长，并在每季召开质量管理委员会会议反馈，在会上

要求

各位把科室存在问题提出大家讨论，提出整改方案，以持续改进。

第三篇：门诊部医疗质量与安全管理工作计划

门诊部医疗质量与安全管理工作计划在院医疗质量管理委员会领导和监督下，根据医院《医疗质量与医疗安全管理和持续改进方案》参照卫生部《2011 年三级专科医院评审标准实施细则》，制定本科医疗质量安全管理持续改进计划和管理目标。

一、科室管理：

1、成立科室质控小组，有分工、责任到人。每月不少于一次质控活动，对科室诊疗活动的各个环节进行检查监控，并按要求填写门诊科室质控记录。

2、定期召开质控小组会议，研究科室质量与安全工作，确保医疗安全。

3、按科室实际情况制定工作计划,按时完成计划，不断提高医疗质量达到强化质量与安全意识。

4、按科主任手册、护士长手册项目要求按时填写。

二、医疗质量管理目标

(1)、严格执行首诊医师负责制。

(2)、门诊病历书写完整、规范、准确，甲级病历 $\geq 90\%$ 。(3)、询问病史详细，物理检查认真，要有初步诊断。(4)、合理检查、合理用药；具体用药在病历中记载。(5)、药物用法、用量、疗程和配伍合理。

(6)、处方书写规范合格，合格率 $\geq 95\%$ 。

(8)、第二次就诊诊断未明确者，接诊医师应：

A、B、请上级医师诊查；收住院或和病人进行有效的病情沟通。

(9)、第三次就诊诊断仍未明确者，接诊医师应：

A、收住院；

B、患者拒绝住院需履行签字手续。

(10)、按专科收治病人。

(11)、病人做检查未归时，医生不能离岗与下班。如有急事必须离开时，向门诊部报告，安排相关人员接诊处理。

(12)、做好门诊日志登记工作。

(13)、传染病上报率 100%

(14)、科室人员“三基”考核参考率、合格率达 100%

门诊部质量管理小组 2013 年 7 月 1 日

第四篇：医疗质量与安全管理工作计划

2012 医疗质量与安全管理工作计划

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内涵质量及医疗指标的完成，拟定本医疗质量与安全工作计划。

一、强化思想认识，持续发展：

科主任、护士长继续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每月召开质量管理委员会会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

二、明确科室医疗、主要工作指标，努力完成

1、病床使用率 $\geq 92\%$

2、平均住院日 ≤ 14 天

3、入院三日确诊率 $\geq 90\%$

4、术前平均住院日 ≤ 3

5、入出院诊断符合率 $\geq 95\%$

6、住院危重病人抢救成功率 $\geq 85\%$

7、手术前后诊断符合率 $\geq 90\%$

8、临床与病理诊断符合率 $\geq 90\%$

9、三基考核合格率 100% 80/100

10、门诊病历书写合格率 $\geq 90\%$ 90/100 分分以上

11、甲级病案率 $\geq 90\%$ 无丙级病历

12、医疗设备 仪器完好率 $\geq 90\%$

13、急救仪器 药物完好率 100%

14、抗菌素使用范围 $< 60\%$ ddd $< 40\%$ ，药敏 $> 80\%$ ，抗菌素限制

使用率<50%

15、手术 250 台

三、完善科室医疗质量考评工作，实施规范化的质量管理，制定考评标准，每月由质控员进行检查，做好总结反馈工作。

1、参照三级医院评审标准及三好一满意的评审标准，对科室的每月工作情况，认真评分 结果与奖金挂钩。

2、健全、落实各种医疗制度，要求各种制度执行记录规范，项目齐全。医疗组严格执行三级查房制度，入院 48 小时内主治医师查房，一周内主任查房，术前、术后上级医师查房、重病人随时请上级医师查房，病重自动出院请上级查房，重病人值班医师查房后作好病程记录。加强知情谈话管理制度，非手术病人入院内 72 小时谈话，手术前、中、后谈话，植入谈话，危重时随时谈，特殊诊疗操作、治疗、用药谈话，输血同意谈话，麻醉前同意谈话，严格执行病例讨论制度、会诊制度、手术审批及手术权限制度、交接班制度等。各科每月召开会议，对存在问题分析、整改、持续改进。

四、认真做好医疗文书书写管理工作

1、强化病历书写者自我检查、科室病历质量小组（相关质控人员）监控。科室病历质控员每月对病区进行环节及终末病历质量检查，培养每个质控员的病历质量意识，加深检查者的感性认知，将检查结果及时传达到自己科内，避免同样错误发生，使被检查者引起重视，在第一时间得到反馈意见，实时改时，起到良性循环作用。

2、抓好病历质量的评价、实施奖惩结合制度，科室病历质控员每月对病区进行终末病历质量检查，检查存在问题及乙级、丙级病历上报质控办。相关科室的质控人员需及时上报检查结果，如连续不上报的则扣科室当月一定的考核总分，与科室奖金挂钩。促使大家重视并互相督促，避免和减少病历缺陷发生率，达到提高病历质量的目的。

3、落实病历检查制度，突出重点，每月检查重点安排如下： 1月份：手术安全核查制度，麻醉实施前，手术开始前，离开手术室前核查，准备切开皮肤前的核查，规范书写手术安全核查书。2月份：“危急值”报告登记，护理人员及时报告医师，医师及时处理并记录。3月

份：对住院>30 天的患者，做大查房重点，核查有无评价记录。对缩短平均

住院日的各瓶颈环节等候时间的措施进行逐一核查，落实各项措施。4 月份：输血管理制度，包括输血前申请、备血情况、化验项目、申请单书写全面，输血前签署患方输血同意书，合理用血，输血前后的病程分析记录。检查第一季度的各种种讨论病历，疑难、死亡、术前、出院病例讨论记录 。

5 月份：抽查危重病患者的上级查房记录，值班医师查房记录，病危通知书，抢救记录等。6 月份：落实术前病情评估制度与术前讨论制度。

1、在术前完成病史、体格检查、影像与实验室资料等的评估。

2、患者术前病情的评估的重点范围。

3、手术风险评估。

4、术前准备。

5、临床诊断、实施手术方式。

6、明确是否需要分次完成手术等。

7、检查病历记录情况。

8、对相关岗位人员进行培训及培训记录。7 月份：①谈话制度方面。手术病人术前、术中、术后的谈话制度，植入病例的谈话，非手术病人 72 小时谈话，患方签字的及时性、特殊检查、特殊治疗前的谈话，病情危重告知，被授权于病案签名的一致。②第二季度讨论病例疑难、死亡、术前、出院病例讨论记录 。

8 月份：合理用药 包括抗生素专项治理和用药的情况分析及病情处置等。9 月份：病程记录方面。包括三级查房制度、病程记录记载要求对检查、化验的分析并合理用药、处置等。加强首次病程录的内涵。重点检查鉴别诊断诊疗计划的内容。疑难病历、死亡病历讨论书写的检查。会诊及转诊记录及时性、完整性。10 月份：①归档病历的评分 ②讨论病历的书写。

11 月份：手术分级动态管理、考核、授权等。12 月份 一年来医疗质量与管理总结，巩固成绩，改正缺点持续改进。

五、定期召开质管小组会议，及时反馈，总结。每次检查后及时

度书面总结报院长，并在每季召开质量管理委员会会议反馈，在会上要求各位把科室存在问题提出大家讨论，提出整改方案，以持续改进。

篇二：医疗质量与安全管理小组工作计划 2013 医疗质量与安全管理工
作

方案

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内

涵质量及医疗指标的完成，拟定本医疗质量与安全工作计划：

一、强化思想认识，持续发展： 医院成立医疗质量和医疗安全管理小组。医院设立医疗质量和医疗安全管理小组医务科主任、质

控科主任、院感科主任、护理部、科科长主任、药学部主任、医技及各临床科室

科主任、护士长及科室质控员继

续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每季召开质量管理委员会会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

二、明确科室医疗、主要工作指标，努力完成

- 1、病床使用率 $\geq 92\%$ ；
- 2、平均住院日 ≤ 14 天；
- 3、入院三日确诊率 $\geq 90\%$ ；
- 4、术前平均住院日 ≤ 4 天；
- 5、入出院诊断符合率 $\geq 90\%$
- 6、住院危重病人抢救成功率 $\geq 85\%$
- 7、手术前后诊断符合率 $\geq 90\%$
- 8、临床与病理诊断符合率 $\geq 90\%$
- 9、三基考核合格率 $\geq 85\%$ （80/100分）
- 10、门诊病历书写合格率 $\geq 90\%$ （90/100分分以上）
- 11、甲级病案率 $\geq 90\%$ ，无丙级病历

、医疗设备，仪器完好率 $\geq 90\%$

13、急救仪器，药物完好率=100%

14、抗菌素使用范围 $< 60\%$ ，ddd $< 40\%$ ，药敏 $> 80\%$ ，抗菌素限制使用率 $< 50\%$

15、手术 > 250 台。

三、完善科室医疗质量考评工作，实施规范化的质量管理，制定考评标准，每月由质控员进行检查，做好总结反馈工作。

1、参照二级医院评审标准及三好一满意的评审标准，对科室的每月工作情况，认真评分，结果与奖金挂钩。

2、健全、落实各种医疗制度，要求各种制度执行记录规范，项目齐全。医疗组严格执行三级查房制度，入院48小时内主治医师查房，一周内主任查房，术前，术后上级医师查房，重病人随时请上级医师查房，病重自动出院请上级查房，重病人值班医师查房后作好病程记录。加强知情谈话管理制度，非手术病人入院内72小时谈话，手术前、中、后谈话，植入谈话，危重时随时谈，特殊诊疗操作、治疗、用药谈话，输血同意谈话，麻醉前同意谈话；严格执行病例讨论制度、会诊制度、手术审批及手术权限制度、交接班制度等。各科每月召开会议，对存在问题分析，整改，持续改进。

四、认真做好医疗文书书写管理工作

（一）强化病历书写者自我检查、科室病历质量小组（相关质控人员）监控。科室病历质控员每月对病区进行环节及终末病历质量检查，培养每个质控员的病历质量意识，加深检查者的感性认知，将检查结果及时传达到自己科内，避免同样错误发生，使被检查者引起重视，在第一时间得到反馈意见，实时改时，起到良性循环作用。

（二）抓好病历质量的评价、实施奖惩结合制度 科室病历质控员每月对病区进行终末病历质量检查，检查存在问题及乙级、丙级病历上报质控办。相关科室的质控人员需及时上报检查结果，如连续不上报的则扣科室当月一定的考核总分，与科室奖金挂钩。促使大家重视并互相督促，避免和减少病历缺陷发生率，达到提高病历质量的目的。

（三）落实病历检查制度，突出重点 每周安排一次一个科室的业

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/587110016200006133>