

★核心制度考试题及答案__共 10 篇

范文一：医疗核心制度考核试题及答案[1] 祥 XX 县人民医院医疗核心制度考试题

科室:姓名:得分:

一填空题(每空 1 分)

1. 医疗机构医师治疗体系包括、和。
- 2.首诊医师对患者的、、、等工作负责。
- 3.疑难病历会诊讨论由或主持，召集有关人员参加讨论，尽早明确诊治。
- 4.首诊医师对诊断尚不明确的患者，应及时请或会诊。
5. 医疗会诊包括、、、等.
6. 住院医师查房要求重点巡视急危重、、和手术后的患者。
- 7.对新入院患者主任医师应于小时内对患者的、、提出指导意见.
- 8.对、、患者，首诊医师应采取积极措施实施抢救。
9. 出院病历一般应在天内归档,特殊病历归档时间不超过天.
- 1 0 . 医嘱不得涂改，需要取消时,应当.

二选择题（每小题 2 分）

- 1.首诊医师接诊患者后因下班，可以将患者做何处理?()
A. 让患者到它院诊治。 B. 移交给医师。 C. 等上班后再继续诊治。
- 2.新入院病人，住院医师应于患者入院后几小时内查看患者?()
A 2 小时 B4 小时 C.8 小时 D. 10 小时
- 3.入院 3 天未确诊，治疗效果不佳,病情严重的患者应： ()
A。转入上级医院诊疗.B。组织会诊讨论.C.上报院领导处理.

4. 高级专业技术职务医师每周查访至少: (b)

A. 1次 B. 2次 C. 3次 D. 4次

5. 首诊医师对需转院的危重患者应做到: ()

A. 由医师与要转入的医院联系。 B. 联系后自行前往。 C. 患者家属自行联系。

6. 急诊会诊, 相关科室在接到会诊后, 应在多长时间内到位?

A. 10分钟 B. 15分钟 C. 20分钟 D. 30分钟

7. 检验科: 采取标本时, 要查对科别、床号、姓名、 ()。

A 试剂 B 标本质量 C 检验目的

8. 手术记录应当在术后 () 内完成。

A. 6小时 B. 12小时 C. 24小时 D. 三天

9. 死亡病例, 一般情况下应在 () 内组织讨论, 特殊病例 (存在医疗纠纷) 应在 () 内进行讨论。 ()

A. 1天、6小时 B. 3天、12小时 C. 1周、1天 D. 5天、1天

10. 对病重患者, 病程记录至少要 () 记录一次。

A. 1天 B. 2天 C. 3天 D. 4天

三问答题 (共 40 分)

1. 疑难病历讨论中应记录哪些内容? (10)

2. 简述死亡病例讨论制度。 (10)

3. 结合自己的岗位职责, 阐述你对十四项核心制度的理解。

20) (

范文二: 医疗核心制度考核试题及答案协和医院医疗核心制度考核试题

科室: 姓名: 得分:

一填空题(每空 1 分)

1、医疗机构医师治疗体系包括、和。

2、首诊医师对患者的、、、等工作负责。

- 3、疑难病历会诊讨论由或主持，召集有关人员参加讨论,尽早明确诊治。
- 4、首诊医师对诊断尚不明确的患者,应及时请或会诊.
- 5、医疗会诊包括、、、、.
- 6、住院医师查房要求重点巡视急危重、、和手术后的患者。
- 7、对新入院患者主任医师应于小时内对患者的、、提出指导意见.
- 8、对、、患者，首诊医师应采取积极措施实施抢救.
- 9、出院病历一般应在___天内归档,特殊病历归档时间不超过_____。
- 10 医嘱不得涂改,需要取消时，应当.

二选择题（每小题 2 分）

- 1、首诊医师接诊患者后因下班,可以将患者做何处理？（）
 - A. 让患者到它院诊治.B.移交给医师。C.等上班后再继续诊治.
- 2、新入院病人,住院医师应于患者入院后几小时内查看患者？（）
 - A.2 小时 B.4 小时 C. 8 小时 D.10 小时
- 3、入院 3 天未确诊，治疗效果不佳，病情严重的患者应：（）
 - A.转入上级医院诊疗。 B.组织会诊讨论。 C. 上报院领导处理。
- 4、高级专业技术职务医师每周查访至少:()
 - A。 1 次 B。 2 次 C.3 次 D. 4 次
- 5、首诊医师对需转院的危重患者应做到：（）
 - A. 由医师与要转入的医院联系.B.联系后自行前往。 C。患者家属自行联系。
- 6、急诊会诊，相关科室在接到会诊后，应在多长时间内到位？（）
 - A。 10 分钟 B。 15 分钟 C。 20 分钟 D。 30 分钟
- 7、按手术分级管理制度，住院医师可单独完成的手术是（）
 - A.一类手术 B。 二类手术 C。 三类手术 D。 四类手术
- 8、手术记录应当在术后()内完成。

A.6 小时 B. 12 小时 C. 24 小时 D. 三天

9、死亡病例,一般情况下应在()内组织讨论,特殊病例(存在医疗纠纷)应在()内进行讨论。()

A. 1 天、6 小时 B. 3 天、12 小时 C.1 周、1 天 D. 5 天、1 天

10、对病重患者,病程记录至少要()记录一次。

A.1 天 B. 2 天 C.3 天 D. 4 天

三简答题(共 40 分)

1、门(急)诊病历的书写要求。(20 分)

2、住院病历的书写要求。(20 分)

医疗核心制度考核

(20) 一、填空题:

1、主任医师(副主任医师)、主治医师、住院医师

2、检查、诊断、治疗、抢救、转科及转院

3、科主任、主任医师(副主任医师)

4、上级医师有关科室医师

5、急诊会诊、科间会诊、科内会诊、全院会诊、院外会诊

6、疑难、待诊断、新入院

7、8 小时, 诊断、治疗、处理

8、急、危、重

9、3、一周

10、使用墨水标注“取消”字样并签名

二、选择题:1 --5: BCB B A6 --10: ADCCB

三、简答题(40 分)

(一)

1、门(急)诊病历内容包括:门诊病历首页(门诊手册封面)、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

2、门(急)诊病历首页内容应当包括:患者姓名、、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

3、门(急)诊病历记录分为初诊病历记录或复诊病历记录。初诊病历记录书写内容应当包括:就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史、阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果,诊断及治疗意见或医师签名。复诊病历记录书写内容应当包括:就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。急诊病历书写就诊时间应当具体到分、秒。

4、门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

5、抢救危重患者时,应当书写抢救记录。对收入急诊观察室的患者,应当书写留观期间的观察记录。

(二) 住院病历书写要求及内容

1、住院病历内容包括:住院病历首页、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录(或死亡记录)、病程记录(含抢救记录)、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

2、住院志是指:患者入院后,由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳分析书写而成的记录.住院志的书写形式可分为:入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成;24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成;24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

3、入院记录的要求及内容。

(一) 患者一般情况内容:姓名、、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者。

(二) 主诉:是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间。

(三)现病史:是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面详细情况,应当按时间顺序书写。内容包括:发病情况、主要症状特点及其变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠、饮食等一般情况的变化,以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。与本次疾病虽无密切关系、但仍需治疗的其它疾病情况,可在现病史后另起一段予以记录。

(四)既往史:是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括:既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物过敏史等。

(五)个人史,婚育史、女性患者的月经史、家族史。

(六)体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括:体温、脉搏、呼吸、血压,一般情况,皮肤、粘膜,全身浅表淋巴结、头部及其器,颈部,胸部(胸廓、肺部、心脏、血管),腹部(肝、脾等),直肠,外,脊柱,四肢,神经系统等。

(七)专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(八)辅助检查:指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果.应当写明日期,如系在其他医疗机构所作检查,应当写明该机构名称

(九)初步诊断:是指经治医师根据患者入院时情况,综合分析所作的诊断。如初步诊断为多项时,应当主次分明。

(十)书写入院记录的医师签名。

4、再次或多次入院记录:是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录要求及内容基本同入院记录,其特点有:主诉是记录患者本次入院的主要症状(或体征)及持续时间;现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结,然后再写本次入院的现病史。

5、患者入院不足 24 小时出院的,可以书写 24 小时内入出院记录.内容包括:患者姓名、、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院

诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名等。

6、患者入院不足 24 小时死亡的，可以书写 24 小时内入院死亡记录。内容包括：患者姓名、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（抢救经过）、死亡原因、死亡诊断、医师签名等。

7、病程记录:是指继住院志之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括:患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其属告知的重要事项等。

8、病程记录的要求及内容。

（一）首次病程记录：是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录,应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括：病历特点、诊断依据及鉴别诊断、诊疗计划等。

（二）日常病程记录:是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写。书写日常病程记录时,首先标明记录日期，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记

录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者,至少 2 天记录一次病程记录.对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。对病情稳定的慢性患者,至少 5 天记录一次病程记录。

（三）上级医师查房记录:是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括：查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定,内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录:内容

包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

(四)疑难病例讨论记录：是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员，对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括：讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等。

(五)交（接）班记录：是指患者经治医师发生变更之际，医师和医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。记录应当在前由医师书写完成；记录应当由医师于后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括：入院日期、或日期、患者姓名、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、注意事项或诊疗计划、医师签名等。

(六)转科记录：是指患者住院期间需转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室或转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括：入院日期、转出或转入日期、患者姓名、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

(七)阶段小结：是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括：入院日期、小结日期、患者姓名、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

(八)抢救记录：是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。内容包括：病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职务等。记录抢救时间应当具体要求到分钟。

(九)会诊记录(含会诊意见)：是指患者在住院期间需其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。内容包括：

申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。会诊意见记录应当有会诊意见，会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。

(十)术前小结：是指患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括：简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施方式、注意事项等。(十一)术前讨论记录：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讨论的记录。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、参加讨论者的姓名、专业技术职务、讨论日期、记录者签名等。

(十二)记录是指医师在实施中书写的经过及处理措施的记录。记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、前用药、术前诊断、术中诊断、方式、期间用药及处理、手术起止时间、医师签名等。

(十三)手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后24小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目（患者姓名、科别、

病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

(十四)手术护理记录是指巡回对手术患者术中护理情况及所用器械、敷料的记录，应当在手术结束后即时完成。手术护理记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中护理情况、所用**种器械和敷料数量的清点核对、巡回和手术器械签名等。

(十五)术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

9、手术同意书是指手术前,经治医师向患者告知拟施手术的相关情况,并由患者签署同意手术的医学文书.内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签名、医师签名等。

10、特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前,经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况,并由患者签署同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

11、出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结,应当在患者出院后 24 小时内完成.内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

12、死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录,应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过(重点记录病情演变、抢救经过)、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

13、死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内,由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持,对死亡病例进行讨论、分析的记录.内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等。

14、医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。

医嘱内容应当准确、清楚,每项医嘱应当只包含一个内容,并注明下达时间,应当具体到分钟。

医嘱不得涂改。需要取消时,应当使用墨水标注

一般情况下,医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时,应当复诵一遍.抢救结束后,医师应当即刻据实补记医嘱

医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、页码、起

始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行签名等。

15、辅助检查报告单是指患者住院期间所做**项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、年龄、住院病历号（或病案号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

16、体温单为表格式，以填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

17、护理记录分为一般患者护理记录和危重患者护理记录。

一般患者护理记录是指根据医嘱和病情对一般患者住院期间护理过程的客观记录。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、病情观察情况、护理措施和效果、签名等。

危重患者护理记录是指根据医嘱和病情对危重患者住院期间护理过程的客观记录。危重患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、签名等。记录时间应当具体到分钟。

范文三：医疗核心制度考核试题及答案】 2 医疗核心制度考试题(B 卷)

科室： 姓名：得分：

一填空题(每空 1.5 分共 60 分)

1、执行医嘱时应进行“三查七对”。七对指：对、、、、、、。

2、医师查房制度规定：主任医师（含副主任医师）每周查房次，主治医师每日查房科主任（主任医师）查房时应有有关人员参加；主治医师查房时、、参加。

3、院内大型会诊由申请科签署会诊单，送达相关科室，呈报医务科后，由组

织相关科室会诊医师参加会诊。会诊所的最后意见的解释权在，会诊意见的取舍权在，会诊意见由如实记录和整理。

4、危重病人抢救工作由告，必要时参加指挥

5、会诊单由、 、

6、一式二份，一份交，一份贴在病历上。抢救结果及时。

二选择题（每题2分共20分）

1、首诊负责制，哪项是正确的()

A. 首诊医师诊治困难，请上级医师指导 B. 因存在他科疾病，在未请求会诊的情况下转入他科 C. 经会诊明确为他科疾病,首诊不予处理病人 D.因家属强烈要求将病人转送他院,未派医护人员护送

2、“疑难危重病例讨论制度”哪一项是错误的()

A. 必要时请相关科室的专家、医护职能部门、院领导参加或全院讨论
B. 参加讨论的人员应对该病例充分发表意见和建议 C. 讨论最后由主持人进行归纳总结，并明确下一步治疗方案 D.讨论由副主任以上医师记录

3、特急会诊，相关科室在接到会诊后，应在多长时间内到位？()

A. 5分钟 B. 10分钟 C. 15分钟 D. 20分钟

4、对病重患者，病程记录至少要（）记录一次。

A. 1天 B. 2天 C. 3天 D. 4天

5、医师值班、交正确的是()

A.人员未及时到岗，人员到时间后可以下班 B. 值班医师因急会诊离开岗位未告知去向 C.值班医师将值班情况记入交本,人员无须签字确认

D. 医技科室值班人员应将设备运行情况记录签字后

6、不是“术前讨论制度”的内容是()

A. 术前应对诊断、治疗、检查结果分析、术前准备、手术适应症、症进行梳理讨论

B. 是防止疏漏，预防差错发生，保证手术质量的重要措施之一

C. 除手术及相关人员参加外，必要时可请其他科室、外院专家参加，特殊病例，院领导参加

D. 讨论时由经治医师脱稿简明介绍病史及诊疗经过

7、如果因病情需要，输血量一次超过（）毫升时要履行报批手续

A. 500 B. 1000 C. 1500 D. 2000

8、临床查对完全正确的是（）

A. 执行医嘱时，一定要做到“七对” B. 医师开具**种医疗文件时，对病员的姓名、年龄加以核实 C. 抢救病人执行口头医嘱时，执行者必须口头复诵一遍，核对无误方可执行，并将使用的空安瓿、药瓶、相关包装等物品保留备查 D. 采集标本时应查患者姓名、床号、标签、标本质量

9、病历书写哪项是正确的（）

A. 轮转医师无需写大病历 B. 轮转医师书写的病历，带教医师应在36小时内审查修改签名 C. 因病人昏迷和监护人无法确定有无过敏史时填写“XXX原因未提供过敏史”

D. 实习、轮转、无执业资格的医师可不签名

10、会诊正确的做法是（）

A. 首诊医师让病人转科会诊时，未完成门诊病历 B. 门诊会诊时，会诊医师口头交代处理意见 C. 院内大会诊时，分管**参加，医务部可以不参加 D. 院外会诊时，由会诊科室主任、医务部主任或医疗副**主持，主治医师报告病情，经治医师作详细会诊记录

四问答题（20分）

1. 请简述术前讨论的内容

2. 请简述首诊负责制

答案

一填空题

1. 操作前、操作中、操作后、床号、姓名、药名、剂量、时间、用法、浓

度

2. 主治医师、住院医师、实习医师、进修医师、长、住院医师、实习医师、进修医师

3、科主任、医务科、申请科科长、申请科科长、科主任指定医生

4、主治医师、科主任、长、医务科、院领导

5、邀请会诊科室、病例情况、会诊目的、邀请时间、会诊类别、主治医师
签名

6、新入院、病情突变、病人家属、医务科

二选择题

1—5ADAB D 6-10DDCC D

三问答题

1。诊断及其依据;手术适应证; 手术方式、要点及注意事项; 手术可能发生的危险、意外、

并发症及其预防措施;是否履行了手术同意书签字手续;方式的选择, 手术室的配合要求;术后注意事项, 患者思想情况与要求等;检查术前**项准备工作的完成情况。

2.一、第一次接诊的医师或科室为首诊医师和首诊科室,首诊医师对患者的检查、诊断、治疗、抢救、转科和转院等工作负责,不得相互推诿。若发现推诿病人而延误病情或导致传染病误诊、漏诊者,必须追究首诊医师的责任。

二、首诊医师必须详细询问病史,进行体格检查、必要的辅助检查和处理,并认真记录病历.对诊断明确属本科疾病的患者应积极治疗或提理意见;属非本科疾病的应耐心向患者介绍其病种及应去就诊的科室。对诊断尚未明确的患者应在对症治疗的同时,及时请上级医师或有关科室医师会诊。

三、首诊医师下班前,应将患者移交给医师,把患者的病情及需注意的事项交待清楚,并认真做好交记录.

四、对急、危、重患者,首诊医师应采取积极措施负责实施抢救。如为非

所属专业疾病或多科疾病，应及时组织相关科室会诊或报告医务科组织会诊。危重症患者如需检查、住院，首诊医师应陪同或安排医务人员陪同护送并做好交接病人工作，如医院条件所限，需转院者，经科主任同意，上报医务科同意后，首诊医师应与所转医院联系安排后再予转院。

五、首诊医师在处理患者，特别是急、危、重患者时，有组织相关人员会诊、决定患者收住科室等医疗行为的决定权，任何科室、任何个人不得以任何理由推诿或拒绝，对不服从安排的人员，按医院有关规定追究责任。

范文四:医疗核心制度考核试题及答案医师医疗核心制度考试题

姓名： 分数：

一填空题（每空 1 分）

- 1、医疗机构医师治疗体系包括、。
- 2、首诊医师对患者的等工作负责。
- 3、疑难病历会诊讨论由主持,召集有关人员参加讨论，尽早明确诊治。
- 4、首诊医师对诊断尚不明确的患者,应及时请会诊。
- 5、医疗会诊包括、、、等。
- 6、和手术后的患者。
- 7、对新入院患者主任医师应于小时内对患者的出指导意见
- 8、对、、
- 9、出院病历一般应在
- 10、医嘱不得涂改,需要取消时，应当_____。

二选择题(每小题 2 分)

- 1、首诊医师接诊患者后因下班，可以将患者做何处理？（）
A. 让患者到它院诊治。 B. 移交给医师。 C.等上班后再继续诊治。
- 2、新入院病人，住院医师应于患者入院后几小时内查看患者？（）
A2 小时 B4 小时 C.立即 D. 6 小时
- 3、入院 3 天未确诊，治疗效果不佳，病情严重的患者应：（）

A. 转入上级医院诊疗。B. 组织会诊讨论。C. 上报院领导处理。

4、高级专业技术职务医师每周查访至少：()

A. 1次 B. 2次 C. 3次 D. 4次

5、首诊医师对需转院的危重患者应做到：()

A. 由医师与要转入的医院联系。B. 联系后自行前往。C. 患者家属自行联系。

6、急诊会诊，相关科室在接到会诊后应在多长时间内到位？()

1

A. 10分钟 B. 15分钟 C. 20分钟 D. 30分钟

7、按手术分级管理制度，住院医师可单独完成的手术是()

A. 一类手术 B. 二类手术 C. 三类手术 D. 四类手术

8、手术记录应当在术后()内完成。

A. 6小时 B. 12小时 C. 24小时 D. 三天

9、死亡病例,一般情况下应在()内组织讨论，特殊病例(存在医疗纠纷)应在()内进行讨论。()

A. 1天、6小时 B. 3天、12小时 C. 1周、1天

10、对病重患者,病程记录至少要()记录一次。

A. 1天 B. 2天 C. 3天 D. 4天

三问答题(共40分)

1、简述医患沟通的时间和沟通方法?(20)

2、简述死亡病例讨论制度。(20)

2D. 5天 1天、

一、填空题:

1、主任医师(副主任医师)、主治医师、住院医师

2、检查、诊断、治疗、抢救、转科及转院

3、科主任、主任医师(副主任医师)

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/768011010140006033>