# 2024年中医医院等级评审材料准备清单 二级甲等中医医院评审材料五篇(优质)

来源：网络 作者：风月无边 更新时间：2024-02-19

*每个人都曾试图在平淡的学习、工作和生活中写一篇文章。写作是培养人的观察、联想、想象、思维和记忆的重要手段。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？以下是小编为大家收集的优秀范文，欢迎大家分享阅读。中医医院等级评审材料准备清单 二级甲等中医医院...*

每个人都曾试图在平淡的学习、工作和生活中写一篇文章。写作是培养人的观察、联想、想象、思维和记忆的重要手段。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？以下是小编为大家收集的优秀范文，欢迎大家分享阅读。

**中医医院等级评审材料准备清单 二级甲等中医医院评审材料篇一**

第一部分 第一章

1.1、1医院中长期发展规划，要有红头文件、会议记录、会议内容要包含中医特色优势、具体措施、措施最少落实2项、中医治未病、信息化。

1.2、1.2.1制度3年工作计划，要和规划统一、要包含中医特色优势、具体措施、有优化中医药人员结构、加强中医药人才队伍建设的1.2.2工作计划中要有发展中医重点专科、学科、中医药人次培养等材料，可以体现在工作计划中、要有资金投入，有证明、资金预算、决算、票据、账簿等。1.2.31.2.4，包括中医类别执业医师占执业医师总数比例、中药人员占药学人员比例、中药处方占处方总数的比例，中药饮片处方占处方总数的比例等，定期至少每年一次，进行考核、分析。1.3、1.3.1核制度并实施、要求大家知晓。★1.3.2相关指标

1.3.3核结果体现在科室分配方案中，有考核结果、打分、分配比例、要有财务原始记录。1.4、1.4.1员培训记录、签到等。1.4.2★1.4.32012〕111.4.41.4.5

★2.1，制作培训证书、试卷、签到、影像材料等。

4项中医药工作指标要求。

制作医院人员中医明细。2.2.12.2.22.2.、学科、并组织实施。确定的人选要有资料、会议记录、符合该制度。2.2.42.3、2.3.132011年开始进行医师定期考核，内容以中医为主、2.3.2，市里未开展、我院自行培训，有培训档

2.3.32.3.42.3.52.3.6第三章

★3.1、科室命名符合规范。

100%

3.2.1、门急诊、病房符合要求，医院平面图、分布图、设备清单。3.2.2事档案。3.2.3价格等。3.2.43.2.53.2.63.3、★3.3.13种诊疗方案，必须是科室前五位的疾病，本

5，挂牌悬挂、要有项目介绍、功能、优点、，主要看人，5份讨论病例。

包含中西医病名、诊断、治疗、难点分析、疗效评价。3.3.23.3.33.3.43.3.，3，优化诊疗方案。

1个常见病种围手术期中医诊疗方案，手术病例能正确配合使用中医药治疗。3.4、3.4.1

2个中医临床路径方案、总结、分析、查病

历。3.4.23.4.33.5、3.5.1---3体现理法方药一致。

3.5.4---5处方书写符合规范，抽查近一年20张门诊处方。3.6、3.6.13.6.2---

3，抽查近1年10份归档病历。，握临床路径提问。，入院记录四诊完整、首程、病程记录抽查近1年20张中成药处方。3.7考核3名医师、科主任、主治医师、医师各一名。3.8、建立设备清单，中医设备达8类、设备必须使用。3.9、3.9.1目介绍、功能、优点、价格等。★3.9.23.9.310%，报表、门诊日志。

50%，门诊设立中医治疗区。

40种，制作挂牌、要有项3.10、3.10.1常年应用的医疗机构中药制剂≥10种。

★3.10.2门诊处方中、中药、饮片、中成药、医院制剂，处方比例≥60%料、抽查处方。

3.10.3中药饮片处方数占门诊人次的比例≥50%料、抽查处方。

30%。查上统计资

第四章

4.1、4.1.1确定重点专科，现有骨伤科，要文件。再由市卫生局确定至少一个，不少于30 4.1.24.1.34.1.44.1.54.1.6

70%，带头人在学术团体任职、文件。100%，查10份运行病历或门诊病历。60%，优势病种达70%。，30张。

4.1.7: 专科服务量在相应级别中医同专业科室中领先，门诊量、出

4.2、4.2.14.2.24.2.3措施，可体现在工作计划中。抽查24.2.4效突出，居本专科收治病种前列。4.3、4.3.13种诊疗方案，必须是科室前五位的疾病，包含，中医临床疗

中西医病名、诊断、治疗、难点分析、疗效评价。4.3.★4.3.3诊疗方案在临床中得到应用。抽查34.3.4，对优势病种诊疗方案的实施情况和中医

临床疗效进行分析、总结和评价，4.4、4.4.制定《学术继承工作计划及实施措施》《名老中医学术继承人个人资料》《名老中医学术经验资料》《名老中医学术思想及临床实践资料》 本专业领域中医诊疗技术文献挖掘整理应用资料。

4.5制定《专科技术及特色疗法操作规范》、2名医师掌握、中药制剂至少25.1

xx科中药制剂研究计划》。，建立《七台河市中医医院药事管理委员会职责》，建立《七台河市中医医院药事管理委员会会议纪要》，建立《七台河市中医医院临床中药使用监督、评价管理办法》

5.2.1 设立中药饮片库房，建立中药饮片库房工作制度。设立中药饮片调剂室，建立中药饮片调剂室工作制度。设立中成药库房，建立中成药库房工作制度。设立中成药调剂室，建立中成药调剂室工作制度。设立中药周转库，建立中药周转库工作制度。设立中药煎剂室，建立中药煎剂室工作制度。

5.2.2 中药饮片调剂室、中成药调剂室、中药煎药室建立通风扇、吸尘设备、地漏和垫层、灭火器等设施。

5.2.3 中药饮片调剂室大于80平米，中成药调剂室大于40平米。5.2.4 中药房设备合格。

5.2.5-5.2.6-5.2.7 中药房人员人事、技术档案、人员学历、资质 5.2.8 药械科要建立以中药为主要内容的培训制度、培训计划、培训教案、培训照片、培训登记、培训签到、考核试卷、考核登记。

5.3.1 片供应商资质档案、中药入库清单、评估记录。5.3.25.3.35.3.4建立毒性饮片管理制度和登记。5.3.5复核签字。

5.4 使用小包装中药饮片。大于300

5.5.1 建立《煎药室工作制度》，建立相关设备的《标准化操作规程》，建立煎药室《质量控制和检测工作制度及记录》。5.5.2 完善煎药室布局，建立流程。5.5.5 建立煎药室操作记录。5.6 建立中药饮片调剂给付制度 5.7.1建立委托加工，准备委托加工批件。

5.7.2 5.8.1 成立专职临床药师，建立中药咨询窗口，建立咨询记录。5.8.2建立《中药安全性监测管理制度》和《中药不良反应事件报告

5.8.3 建立《中药处方评价制度》和《中药处方评价记录》定期发布。5.8.4 建立《中药及中药合理应用知识宣传手册》 6-7第八章

8.1、8.1.1:见医院发展规划和工作计划。8.1.2

8.2、8.2.1风险评估区域、健康咨询与指导区域、健康干预区域、辅助区域。8.2.28.2.3

43像等演示设备。健康干预设备8.2.48.3、8.3.18.3.28.3.38.3.48.4、8.4.18.4.2第二部分 第一章

一、医院设置 1.1.1、1.1.1.11.1.1.21.1.1.3、流程合理、选择在哪。，可以是电子版。，有表格、记录。，中医健康教育、中医技术。

5项。，如医院简介、医院手册等。

益项目，如捐款、扶贫、义诊等。

二、医院服务

★1.1.2、按照1994年标准，准备医疗机构许可证、人员名单、执业

1.2.1、1.2.1.1和管理措施。1.2.1.21.2.1.31.2.1.41.2.1.51.2.2、1.2.2.11.2.2.21.2.2.31.2.3、1.2.3.11.2.3.21.2.3.31.2.4、营养、配餐、煎药服务。1.2.5三、应急管理 1.3.11.3.21.3.2.2

3年统计资料。

无传染病漏报、医疗信息完整。

1.3.2.1作流程图、各种突发事件流程。1.3.3、1.3.3.11.3.3.21.3.3.31.3.4、医院有应急指挥系统或应急预案。1.3.5、1.3.5.11.3.5.2四、临床医学教育 1.4.1师、学员、课件、设备、经费、签到、培训证。1.4.21.4.31.4.4件、设施。1.4.5设施。

第二章 患者安全 2.12.1.1可。★2.1.22.1.3。

。

证、病历号等均。

2.1.42.2、2.2.1场考核手术医生、麻醉医生、护士。2.2.22位医生2.3、2.3.2.3.25项处理记录。

2.3.32名医师。

2.4、2.4.12.4.2

第三章医疗质量

一、医疗质量管理组织与制度 3.11一责任人。3.1.23.1.3二、医疗技术管理 3.2.1录。有医疗技术项目审批、管理流程。

22级医疗质量管理机构文件，院长、科主任为第，各委员会要开展工作。

3.2.2报批。3.2.33.2.3.1有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，在新技术准入风险管理中，有保障患者安全措施和风险处置预案。3.2.3.2制定新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序，对新技术、新项目进行全程追踪管理与随访评价。

40203.3.1.13.3.1.1.3提供24检项目≤30

2小时出报告。

3.3.1.1.4检验项目、设备、试剂及校准品管理符合现行法律法规及

3.3.1.2.1有实验室安全管理制度和流程。

3.3.1.2.2实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。

3.3.1.2.3个人防护。实验室制订各种传染病职业暴露后的应急预案、记录处理过程。

3.3.1.2.4种消毒用品的有效性。3.3.1.2.5无化学危险品管理制度、实验室化学危险品管理、废弃物、废水的处置符合要求。3.3.1.3由具备

3.3.1.4

3.3.1.5poct项目均应开展室内质控和

间质评。

3.3.2.1.1诊影像服务。

3.3.2.1.2放射人员档案。3.3.2.1.324小时急与支援的机制与流程。

3.3.2.2.1建立健全各项放射规章制度和技术操作规范，落实岗位职

3.3.2.2.2有定期校正和维护记录，设备运行完好率95%。3.3.2.2.3采用多种形式，开展图像质量评价活动。

3.3.2.3.1医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。3.3.2.3.2有重点病例随访制度并落实，定期召开疑难病例分析与读片会。3年材料。3.3.2.4.1医学影像科通过环境评估。

3.3.2.4.2有受检者和工作人员防护措施。

3.3.2.4.3制定放射安全事件应急预案并组织演练。

85203.4.1.1资格准入制分级授权管理。手术医师对授权知晓率100%。3.4.1.2实行患者病情评估与术前讨论制度，落实患者知情同意管理的相关制度，并记录在病历中。抽查近1年3

3.4.1.2.2根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。抽查近1年3份手术病历。3.4.1.2.3落实患者知情同意管理的相关制度与程序

3.4.1.3.1有重大手术，包括急诊情况下，报告审批制度，制定需要报告审批的手术目录。3.4.1.3.2道。

3.4.1.4有手术抗菌药物应用管理制度，预防使用抗菌药物规范。抽查近1年

3色通

3.4.1.5.1术后首次病程记录于术后即时完成，手术主刀医师在术后24小时内完成手术记录，抽查近1年3份手术病历。

3.4.1.5.2手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程，送外院病理有协议和工作机制完善，肿瘤手术离体组织病理学检查送检率100%明确术后诊断并记录。

3.4.2.1.1制定麻醉医师资格分级授权管理制度，对麻醉医师有定期能力评价和再授权机制。授权文件 3.4.2.1.2 麻醉科人员档案

3.4.2.2.1有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。查阅相关资料并抽查近1年3份手术病历

3.4.2.2.2由有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制订麻醉计划。

3.4.2.3履行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。

3.4.2.4.1有麻醉过程中的意外与并发症处理规范。

3.4.2.4.2执行手术安全核查，麻醉的全过程在病历、麻醉单上得到充分体现。

3.4.2.4.3有麻醉效果评定规范与规程，并按规定进行麻醉效果评定。

(10分)3.4.3.1全传染病防治与医院感染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。有管理部门 3.4.3.2成立重点传染病防治专家组。有独立分区及各科室。3.4.3.2.2人员配备应符合国家有关规定，成立重点传染病防治专家组。

3.4.3.2.3落实门、急诊预检分诊制度，执行“首诊负责制”或报告疫情及时、完整。

3.4.3.3.1为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。3.4.3.3.23.4.3.4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。有相关制度。3.4.3.5.1定期对全体工作人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。

3.4.3.5.2开展常见传染病及重大传染病预防知识的教育和咨询。

53.4.4.1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。与指定供血单位签订供血协议。3.4.4.2.1开展对临床医师输血知识的教育与培训，查3年。

3.4.4.2.2执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗知情同意书”。血型及感染筛查，肝功能、乙肝五项、hcv、hiv、梅毒抗体、查5份输血病历。3.4.4.2.3建立输血适应症管理规定，医务人员输血适应症掌握，查1

3.4.4.3.1制定血液贮存质量监测规范与信息反馈制度。

3.4.4.3.2制定临床输血过程的质量管理监控制度与流程。考核1名

33.4.4.3.3制定控制输血感染的方案与实施情况记录。抽查3份运行或归档输血病历

3.4.4.4.1制定输血申报登记和用血报批制度，用血申请单格式、书写规范，信息记录完整;大量用血报批审核率100%，临床单例患者用全血或红细胞超过10u履行报批手续，紧急用血必须履行补办报批手续。输血科、临床科室有登记。

3.4.4.4.2制定输血前的检验和核对制度，实施记录。查23.4.4.4.3制定紧急用血预案并落实。查2人 3.4.4.5.1制定输血前检测和输血相容性检测管理制度。3.4.4.5.2做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。

3(略)

3.5.1从事医疗或管理中级以上专业技术职务任职资格的人员负责病案科/室，配备相应的设施、设备、人员档案。

3.5.2.1对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息，为急诊留观患者建立病历。

3.5.2.2每位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期，或年龄、身份证号。每位患者有唯一识别病案资料的病案号。

3.5.2.3患者出院后，住院病历3个工作日内归档率≥90，有未归档病历追踪记录。

3.5.3.1制定病历书写质控管理目标，新员工岗前培训和住院医师三基训练覆盖率≥95%，病历书写考核合格率≥95%，无丙级病历。3.5.3.2制定病历书写质控管理制度及记录。

3.5.3.3建立病历质量控制与评价组织，医院有专职的质控医师，科室有兼职的质控医师。

3.5.3.4制定病历书写质控管理持续改进措施，定期对病历质量总结、分析、评价，提出整改措施。

3.5.4.1采用国际疾病分类与代码、中医病证分类与代码与手术操作

3.5.4.2建立出院病案信息的查询功能。第四章 药事管理

4.1.1制定药品采购供应管理制度与流程，有固定的供应商，资质合格，制定 “药品处方集”和“基本用药目录”有适宜的储备。4.1.2有药品效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录，有高危药品目录，各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志，药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。4.1.3制定相应的麻醉药品、精神药品、放射性药品、医用毒性药品行三级管理和“五专”管理。4.1.4有存放于急诊科、病房急救室，急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程，并落实。科室有登记。抽查

34.1.5制定药品办理退药的相关规定，对退药进行有效管理，确保质量并有记录。

4.2.1医师处方签名或签章式样应留样备案。

4.2.2医师开具处方规范完整，开具处方全部使用规定的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称，处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合规定。4.2.3按照《医院处方点评管理规范

点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录，定期对西药处方和病历进行点评，发布结果，对不合理处方进行干预。★4.3.1药事管理组织下设抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确，对医务人员进行抗菌药物合理应用培训及考核。

4.3.2医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标，实行奖惩管理。

4.3.3医院制定抗菌药物临床应用和管理实施细则、抗菌药物分级管

4.3.4门诊患者抗菌药物使用率≤20%，住院患者抗菌药物使用率≤60%

230%。

4.3.5制定目录外抗菌药物临时采购相关制度与程序。医院抗菌药物购。

4.4.1制定药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。按照规定报告药物不良反应和药害事件。

4.4.2 建立有效的药害事件调查、处理制度、程序。第五章 护理质量管理 第六章 医院管理 6.1.1

6.1.2医疗技术准入及监督管理的相关制度。★6.1.3业人员资质证。6.2.1划和工作计划。

**中医医院等级评审材料准备清单 二级甲等中医医院评审材料篇二**

中医医院

等级评审材料准备清单

第一部分

第一章

发挥中医药特色优势的措施

1.1、1医院中长期发展规划（要有红头文件、会议记录、会议内容；要包含中医特色优势、具体措施、措施最少落实2项、中医治未病、信息化、人才培养、中医护理技术 1.2、1.2.1：制度3年工作计划（要和规划统一、要包含中医特色优势、具体措施、有优化中医药人员结构、加强中医药人才队伍建设的具体措施，并落实、要有原始材料）1.2.2：工作计划中要有发展中医重点专科、学科、中医药人次培养等材料（可以体现在年度工作计划中）、要有资金投入（有证明、资金预算、决算、票据、账簿等）。1.2.3：每年对影响中医特色优势和提高临床疗效的关键问题有调研分析，有针对性措施。1.2.4：每年对医院对中医药特色指标（包括中医类别执业医师占执业医师总数比例、中药人员占药学人员比例、中药处方占处方总数的比例，中药饮片处方占处方总数的比例等）定期（至少每年一次）进行考核、分析。

1.3.1：发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的鼓励和考核制度并实施、要求大家知晓。访谈有关人员。▲▲▲

★1.3.2：目标考核中有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的相关指标

1.3.3：将发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效情况的考核结果体现在科室分配方案中（有考核结果、打分、分配比例、要有财务原始记录）

1.4.1：对口支援制度、措施、计划（协议书、影像资料、人员培训记录、签到等）1.4.2：成立对口支援机构中医基层指导科：上级任命文、医院科室建设、医院实施方案、学习通知、签到表、课件图片、等。访谈基层指导科负责人▲▲▲ ★1.4.3：开展中医适宜技术推广工作（学习班、培训、讲座等资料）

适宜技术培训资料：学习通知、签到表、课件、图片等。查阅评审前3年相关资料，并访谈有关人员▲▲▲

1.4.4：建立视频平台（有参加会议的证明）。查阅参加培训人员登记表，抽查2名相关人员培训内容知晓情况▲▲▲ 1.4.5远程会诊平台------省略 第二章： 队伍建设

★2.1：人员中医比例：制作培训证书、试卷、签到、影像材料等。制作医院人员中医明细。

2.1.1中医类别执业医师（含执业助理医师）占执业医师比例≥60%。人员名单及相关证明材料 2.1.2 2.1.3中药专业技术人员占药学专业技术人员的比例≥60%。人员名单及相关证明材料 2.1.4（护理）

2.1.5各个科室执业医师人员分布、中医执业比例，执业证、资格证复印件 2.1.6院级领导中中医药专业技术人员的比例≥60%。领导名单及相关证明材料

2.1.7医院院领导和医务、护理、药剂、教学、科研部门的主要负责人经过省级以上中医药政策、中医药知识和管理知识的系统培训。院长应经过国家中医药管理局中医药政策和管理知识的系统培训。科主任经过中医药政策和管理知识的系统培训。人事档案及相关证明材料。

2.1.8医院医务、护理、科研、教育等主要职能部门负责人（包括正、副职负责人）中，中医药专业技术人员的比例≥60%。人事档案及相关证明材料。

2.1.9临床科室负责人具有中医类别执业医师资格或系统接受中医药专业培训两年以上的比例≥60%。西学中培训，内部培训，需要有教学计划、学时数、考核

2.1.10临床科室负责人（口腔科、麻醉科除外）中应有具备中级中医专业技术职务任职资格、从事相关专业工作6年以上的中医类别执业医师或经过西学中培训的临床类别执业医师。临床科室科主任应符合科室建设与管理指南的相关要求。临床科室负责人名单及相关证明材料

2.2.1：制定中医药人员队伍建设规划.见医院中长期发展规划 2.2.2：见医院工作计划

2.2.3：医院有重点专科（学科）带头人及继承人选拔与激励制度，并组织实施。（确定的人选要有资料、会议记录、符合该制度）。访谈相关人员▲▲▲ 2.2.4：师承制度、有计划和措施（3年），有落实

2.3.1：自2024年开始进行医师定期考核（内容以中医为主、有试卷、方案）。2.3.2：中医师规范化培训（我院自行培训，有培训档案）。2.3.3：三基培训（有培训档案）

2.3.4：继续教育学分达100%（学分手册、学分统计表、学分证）。2.3.5：非中医技术人员培训与考核。西学中培训资料

现场考核临床科室非中医类别执业医师3人。▲▲▲

2.3.6：建立中医药人员技术档案。考评记录完整（建立个人技术考评档案、考评有中医药内容）

第三章

临床科室建设

必备材料

@.科室行政管理工作 @.科室质量管理工作 @.科室业务管理工作 @.科室技术管理工作 @.科教管理工作 科室行政管理工作

1、科室情况介绍、主要中医诊疗设备设施清单

2、科室人员一览表（含中西医职称，学科带头人，继承人）

※科室花名册：毕业证、资格证原件。医护人员：床位=1.15：1

护士：床位=0.4：1

3、科室组织结构表

4、专科发展规划、年度工作计划、总结

5、科主任例会、行政例会及其他会议记录

6、综合目标管理责任书、行风建设责任书、消防安全责任书、抗菌药物专项整改责任书

7、各级各类人员岗位职责

※岗位说明书：按人力资源部提供的版本撰写。

8、科室排班表

9、科内各项管理制度

※各种制度：要找5年内的人民卫生出版社出的制度。※制度落实的记录：要真实记录。

10、科室预防医疗纠纷和医疗不良事件预案 科室质量管理

1、科室质量管理小组组织结构及活动记录

2、医疗质量自查记录及持续改进实施方案

3、业务学习记录

4、三基培训考核记录

5、科室病历一级质控记录

6、不良事件登记、分析记录

7、院感活动记录

8、合理用药评价科室活动记录

9、科室应急响应人员名单、联系方式

10、科室常见危重疾病抢救流程

11、科室危急值报告登记 业务管理工作

1、交接班记录

2、死亡病例、危重病例讨论记录

3、疑难、危重病例讨论记录

4、手术分级管理登记

5、术前讨论制度及重大手术审批制度

6、手术抗菌药物应用管理制度

7、非计划性再次手术登记及分析讨论记录 科室技术管理工作

1、依法执业符合准入制度

2、科室人员一类技术考核、手术授权审批记录

3、新技术申报及准入管理备案、年度运行情况

4、科室医疗技术风险预案，（含病情评估、风险评估）

5、科室优势病种中医诊疗方案及优化总结

6、临床路径实施病种、路径表及工作记录

7、围手术期3个常见病种中医干预方案（含6要素）

8、开展中医特色诊疗项目及操作规范 科教管理工作

1、科研项目申请、立项课题一览表

2、科研项目结题、获奖及论文发表一览表

※科研成果：包括科研论文，前3名作者

3、进修培训计划、外出进修一览表

4、继续教育学分登记表

5、实习生带教计划及出科考核

6、进修人员带教计划及出科考核

★3.1、科室命名符合规范。参见《二级中医医院评审工作文件汇编》 3.2.1、门急诊、病房符合要求，医院平面图、分布图、设备清单。

3.2.2：科主任、护士长、学术带头人、继承人符合要求（主要看人事档案）。3.2.3：中医特色服务项目（挂牌悬挂、要有项目介绍、功能、优点、价格等）3.2.4：三级查房要有中医药诊治内容（本年度5份归档病历）

3.2.5：开展病例讨论、危急危重、疑难病讨论（5份讨论病例）用中医药的方法来处理治疗临床中出现的问题

3.2.6：三级医师专科继续教育。查阅相关资料，并现场访谈住院医师、主治医师、副主任以上医师各1人。▲▲▲

★3.3.1：中医每科3种诊疗方案（必须是科室前五位的疾病，包含中、西医病名、诊断、治疗、难点分析、疗效评价等六要素）。

3.3.2：医师掌握诊疗方案。现场访谈3名中医类别执业医师（含科室负责人1名），每人访谈1个优势病种，共访谈3个病种。▲▲▲ 3.3.3：诊疗方案在临床中应用（2份运行或归档病历）。

3.3.4：诊疗方案中医疗效进行分析、总结及评估，优化诊疗方案。查阅评审前3年相关资料每年一次进行修订

3.3.5：手术科室制定至少1个常见病种围手术期中医诊疗方案，手术病例能正确配合使用中医药治疗。查阅相关资料，抽查5份手术病历（重点病名、手术名称）。3.4.1：制定至少2个中医临床路径方案、总结、分析（查病历）。制定中医临床路径实施方案

3.4.2：医生掌握临床路径（提问）。现场访谈2名中医类别执业医师（每个科室1人共2个科室）。▲▲▲

3.4.3：临床路径得到应用（查病历）。每个科室抽查2份运行或归档病历共2个科室。3.5.1---3：病历情况（入院记录四诊完整、首程、病程记录体现理法方药一致）。抽查近1年10份归档病历。

3.5.4---5：处方书写符合规范（抽查近一年20张门诊处方）。3.6.1：辩证使用中成药（抽查近1年10份归档病历）。

3.6.2---3：门诊用药合理配伍，符合联合用药原则、剂量、用法（抽查近1年20张中成药处方）。

3.7、中医医生掌握相关理论、对本科常见病、多发病掌握情况。（考核3名医师，科主任、主治医师、医师各一名）。▲▲▲

3.8、建立设备清单（中医设备达8类20种以上、设备应使用）中医医院医疗设备配置标准 3.9.1：中医医疗技术项目大于等于40种（制作挂牌、要有项目介绍、功能、优点、价格等）。★3.9.2：非药物治疗大于10%（报表、门诊日志）。

3.9.3：科室设立中医治疗室大于50%，门诊设立中医治疗区。3.10.1常年应用的医疗机构中药制剂≥5种。

★3.10.2门诊处方中，中药（饮片、中成药、医院制剂）处方比例≥60%；中药饮片处方占门诊处方总数的比例≥30%。（查上年度统计资料、抽查处方）。

3.10.3中药饮片处方数占门诊人次的比例≥50%。（查上年度统计资料、抽查处方）。第四章 重点专科建设

4.1.1确定重点专科（现有脑病科，要文件。再由市卫生局、或县卫生局确定至少一个，不少于30张床）。科室平面图、分布图等 4.1.2：病床不少于30张。

4.1.3：按照《中医医院医疗设备配置标准》要求配备中医诊疗设备，诊疗设备满足临床工作需要。（附设备表）

4.1.4：中医人员达70%，带头人在学术团体任职（文件）。4.1.5：中医辩证率达100%，（查10份运行病历或门诊病历）。

4.1.6：中医治疗率60%，优势病种达70%。（查上年度统计资料）。中医治疗率统计表 4.1.7: 专科服务量在相应级别中医同专业科室中领先，门诊量、出院人数逐年增加。（查三年度统计资料）重点专科服务量统计（门诊量、出院人数逐年增加）

4.2.1：制定专科发展规划。五年左右，内容包括专科方向、队伍建设、中医优势措施、诊疗方案优化、临床路径、设备添置

4.2.2：制定年度重点专科工作计划。查阅评审前3年相关资料。

4.2.3：制定本专科发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的具体措施（可体现在年度工作计划中）。（查阅评审前3年相关资料，抽查2项落实情况）

4.2.4：确定的优势病种应具有明显的中医药特色优势，中医临床疗效突出，居本专科收治病种前列。专科的临床统计报表，年病种统计、分析

★4.3.1：每科3种诊疗方案（必须是科室前五位的疾病，包含中西医病名、诊断、治疗、难点分析、疗效评价）。

4.3.2医师掌握本科诊疗方案。（提问）现场访谈3名中医类别执业医师（含科室负责人1名），每人访谈1个优势病种。▲▲▲

★4.3.3诊疗方案在临床中得到应用。（抽查3份运行病历）。

4.3.4定期（每年至少一次）对优势病种诊疗方案的实施情况和中医临床疗效进行分析、总结和评价，中医疗效评价客观、科学。（三年）少定性、多定量、数字说话 4.4.1--2制定《学术继承工作计划及实施措施》《名老中医学术继承人个人资料》《名老中医学术经验资料》查阅评审前3年相关资料，并现场考核学术继承人。▲▲▲ 4.4.3《名老中医学术思想及临床实践资料》查阅相关资料，检查代表性2份病历。4.5.1本专业领域中医诊疗技术文献挖掘整理应用资料制定《专科技术及特色疗法操作规范》并在临床中得到应用▲▲▲

4.5.2医师熟练掌握本专科技术及特色疗法 现场访谈与考核2名医师▲▲▲ 4.5.3中药制剂至少2种，制定《xx科中药制剂研究计划》 第五章 中药药事管理

5.1 建立《曹县中医医院药事管理委员会》（下文件），建立《曹县中医医院药事管理委员会职责》，建立《曹县中医医院药事管理委员会会议纪要》，建立《曹县中医医院临床中药使用监督、评价管理办法》

5.2.1 设立中药饮片库房，建立中药饮片库房工作制度。

设立中药饮片调剂室，建立中药饮片调剂室工作制度。

设立中成药库房，建立中成药库房工作制度。

设立中成药调剂室，建立中成药调剂室工作制度。

设立中药周转库，建立中药周转库工作制度。

设立中药煎剂室，建立中药煎剂室工作制度。

5.2.2 中药饮片调剂室、中成药调剂室、中药煎药室建立通风扇、吸尘设备、地漏和垫层、灭火器等设施。

5.2.3 中药饮片调剂室≥80平，中成药调剂室≥40平。5.2.4 中药房设备合格。

5.2.5--5.2.6--5.2.7 中药房人员人事、技术档案、人员学历、资质

5.2.8 药械科要建立以中药为主要内容的培训制度、培训计划、培训教案、培训照片、培训

登记、培训签到、考核试卷、考核登记。

★5.3.1 建立《曹县中医医院中药饮片采购制度》，建立中药饮片供应商资质档案、中药入库清单、评估记录。

5.3.2建立《中药饮片验收制度》，建立验收记录。

5.3.3建立《中药饮片储存管理制度》，配备必需的设施设备。5.3.4建立毒性饮片管理制度和登记。

5.3.5建立《处方饮片调剂制度和操作规范》，按照规定进行审核和复核签字。5.4

使用小包装中药饮片。（大于300种）

5.5.1

建立《煎药室工作制度》，建立相关设备的《标准化操作规程》，建立煎药室《质量控制和检测工作制度及记录》。5.5.2 完善煎药室布局，建立流程 5.5.3--5.5.5 建立煎药室操作记录。5.6 建立中药饮片调剂给付制度

现场抽查10种中药饮片的调剂给付（查阅相关资料，现场访谈医师和药房工作人员）▲▲▲

5.7.1成立专职临床药师，建立中药咨询窗口，建立咨询记录。

5.7.2建立《中药安全性监测管理制度》和《中药不良反应事件报告制度》，建立《中药不良反应报告记录》

5.7.3建立《中药处方评价制度》和《中药处方评价记录》，定期发布。5.7.4建立《中药及中药合理应用知识宣传手册》 第八章

“治未病”服务

8.1.1:见医院发展规划和年度工作计划。

8.1.2：制定发展中医治未病工作计划、有措施及实施。

8.2.1：有健康状态信息采集与管理区域、健康状态辨识及其风险评估区域、健康咨询与指导区域、健康干预区域、辅助区域。“治未病”服务平台

8.2.2：配备4名人员（中医3人）、至少一名高年资主治中医类别执业医师，中医类别人员≥70%

医护人员档案----查阅本年度人事档案及相关证明材料。

8.2.3：设备：健康状态信息管理设备：计算机、打印机、电话、专用文件柜。健康状态辨识及其风险评估设备。中医健康评估设备，中医体质辨识评估系统，常规的理化、影像等辅助检查设备（可整合本单位的其他相关资源）。健康咨询与指导设备。健康宣教宣

传栏，影像等演示设备。选择配置：多媒体教学设备及信息网络系统等设备。健康干预设备。各类针灸、拔罐、刮痧板等器具，中医治疗设备等。科室设备清单

8.2.4：建立工作制度、服务规范、技术规范。

8.3.1：布局合理，流程合理（选择在哪？）服务流程，提供原始材料 8.3.2：建立健康数据库（可以是电子版）。8.3.3：开展中医体检和评估（有表格、记录）。8.3.4：提供中医干预服务（中医健康教育、中医技术）。8.4、8.4.1：保健技术不少于5项。8.4.2：技术符合规范。

第二部分

第一章

基本要求和医院服务

一、医院设置

1.1.1.1：宏观材料：如医院简介、医院手册等。

1.1.1.2：公益项目：如捐款、扶贫、义诊等。建立制度、方案，有课件、名单、记录、考核等（需卫生局指令）。

★1.1.2、按照1994年标准，准备医疗机构许可证、人员名单、执业证、设备（所在科室、功能、状况、厂家、型号）、医院简介等。

二、医院服务

1.2.1.1：医院各部位有标识、有残疾人设施、有保护隐私和管理措施。1.2.1.2：建立患者入院、出院、专科制度、各科值班表 1.2.1.3：有双向转诊制度、有转诊记录。1.2.1.4：门诊秩序好。

1.2.1.5：平均住院日下降（3年统计资料）。1.2.2.1：首诊负责制、危重患者记录。1.2.2.2：制定绿色通道制度、流程。（文件）※

四、急诊绿色通道管理

（1）、建立创伤、农药中毒、急性心肌梗死、脑卒中、高危妊娠产妇等重点病种的急诊服务流程和规范，保障患者获得连贯医疗服务。

（2）、开展急救技术操作规程的全员培训，实行合格上岗制度。

（3）、组成质量与安全管理小组，能用核心制度加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者。

（4）、急诊抢救登记完善，病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。

（5）、救护车配备齐全，心电图机、血压计、氧气瓶、除颤器、喉镜、对讲机、颈托等几十种。

（6）、司机至少具有3年以上安全驾驶记录。

1.2.2.3：制定多部分合作制度、流程（文件）。1.2.3.1：制作价格公示板（明确医保支付项目）。

1.2.3.2：制作各种知情同意书、相关制度，（各种签字订册）。

1.2.3.3：设立投诉部门、建立制度、公布方式、地点，及时处理。投诉登记本 1.2.4、营养、配餐、煎药服务。1.2.5：禁烟制度。计划、标识。

三、应急管理

1.3.1：有传染病管理制度、部门、无传染病漏报、医疗信息完整。1.3.2.1：有各种预案、流程图、登记、图片、简报、记录。

1.3.2.2：有应急管理部门、（文件）有制度、总值班室有职责、工作流程图、各种突发事件流程。并访谈3名相关人员（含1名主管职能部门负责人、1名科室负责人和1名总值班人员）。▲▲▲

1.3.3.1：医院有应急工作领导小组（文件），院长是组长。1.3.3.2：有院内、外、院内各部门协调制度、协调人。1.3.3.3：建立应急队伍、建立中医应急队伍。

1.3.4、医院有应急指挥系统或应急预案。启动，响应，专项预案（火灾、水灾、地震）1.3.5.1：应急技能培训、考核计划，相关人员掌握。访谈3名医务人员。▲▲▲ 1.3.5.2：开展突发事件应急演练、传染病应急演练

四、临床医学教育

1.4.1：政府指令性培养基层卫生机构，制定制度、培训方案（有教师、学员、课件、设备、经费、签到、培训证）中医基层指导科 1.4.2：承担医学院校实习工作 1.4.3：制定医学继续教育相关制度

1.4.4：鼓励医务人员参加常见病、多发病研究，有制度、经费、条件、设施。第二章

患者安全 2.1：建立查对制度

2.1.1：建立就诊患者唯一识别标志（医保科、身份证、病历号等均可）。评审前1年至少两个科室归档病历5份。

★2.1.2：执行查对制度（资料、模拟提问）实地考察或模拟两种以上诊疗行为（如医嘱开具与执行、发药、手术等

2.1.3：建立专科交接登记制度（要有程序、身份识别，查科室登记）。抽查两组转科交接登记制度落实情况。

2.1.4：使用腕带。抽查2名患者（icu、新生儿科（室），手术室、急诊室已经意识不清、语言交流障碍的患者等）

2.2.1：建立手术安全核查、风险评估制度、工作流程。（现场考核手术医生、麻醉医生、护士）。麻醉前，手术前，术后离开手术室前，抽查5份“三步安全核查”记录，并现场 考查 手术室

2.2.2：建立手术部位标示制度、流程（尤其对双侧的颜色、标示方法规范，考核2位医生）访谈 2名不同科室的手术医生。▲▲▲ 2.3.1：建立危急值管理制度、报告流程、危急值表

（考核医师、护士、医技人员各1）▲▲▲

2.3.2：危急值报告要规范、有登记、处理措施，抽查5项处理记录。如血钾超标重复测量→报告护士→值班医生→记录→处理

2.3.3：建立医疗不良事件（患者投诉、输液反应、药物不良反应等）报告制度、流程。

（现场考核2名医师）。▲▲▲

2.4.1：制定患者跌倒、坠床事件报告制度、预案、流程。

2.4.2：制定压疮风险评估与报告制度，有诊疗及护理规范。（访谈2名护士）▲▲▲ 第三章 医疗质量

一、医疗质量管理组织与制度

3.1.1：成立院、科2级医疗质量管理机构（文件），院长、科主任为第一责任人。

医院文件，工作中体现，前3年相关资料 3.1.2：成立相关委员会（文件），各委员会要开展工作。

人员、职责、要求、工作记录，医疗废物管理委员会，前3年相关资料 3.1.3：制度医疗质量管理和持续改进方案，有考核标准、方法、指标，有考核记录。

前3年相关资料

二、医疗技术管理

3.2.1：有医疗技术管理部门、有医疗技术管理制度、有医疗技术目录。有医疗技术项目审批、管理流程。前3年相关资料

3.2.2：有医疗技术管理制度、分级、分类管理、有档案，新技术要报批。

无时限要求，有资料即可

3.2.3.1有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，在新技术准入风险管理 中，有保障患者安全措施和风险处置预案。

3.2.3.2制定新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序，对新技术、新项目进行全程追踪管理与随访评价。

三、医技科室质量管理（40分）

（一）临床检验质量管理（20分）3.3.1.1：医院检验项目表

3.3.1.1.3提供24小时急诊检验服务，明确急诊检验报告时间，临检项目≤30分钟出报告，生化、免疫项目≤2小时出报告。

3.3.1.1.4检验项目、设备、试剂及校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。（检验设备、试剂三证齐全，不过期）3.3.1.2.1有实验室安全管理制度和流程。

3.3.1.2.2实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。

3.3.1.2.3个人防护。实验室制订各种传染病职业暴露后的应急预案、措施，并详细记录处理过程。

3.3.1.2.4实验室制定消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。3.3.1.2.5无化学危险品管理制度、实验室化学危险品管理、废弃物、废水的处置符合要求。3.3.1.3由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动。（相关资质证件）3.3.1.4检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。（按时限报告、有审核）

3.3.1.5成立质量与安全管理小组，制定质量与安全管理计划和质量控制指标，开展质量管理工作。所有poct项目均应开展室内质控和院内比对实验，并参加室间质评。

（二）医学影像质量管理

3.3.2.1.1《放射诊疗许可证》，服务满足临床需要，提供24小时急诊影像服务。3.3.2.1.2放射人员档案。

3.3.2.1.3制定科室无紧急意外抢救预案，科室有必要的紧急意外抢救药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。

3.3.2.2.1建立健全各项放射规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。3.3.2.2.2有定期校正和维护记录，设备运行完好率＜95% 3.3.2.2.3采用多种形式，开展图像质量评价活动。

3.3.2.3.1医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。

3.3.2.3.2有重点病例随访制度并落实，定期召开疑难病例分析与读片会。（3年材料）。3.3.2.4.1制定医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。

3.3.2.4.2有受检者和工作人员防护措施。3.3.2.4.3制定放射安全事件应急预案并组织演练。

四、其他科室质量管理（85分）

（一）手术治疗管理（20分）

3.4.1.1制定手术医师资格分级授权管理制度与程序，实行手术医师资格准入制分级授权管理。手术医师对授权知晓率100%。访谈2名医师▲▲▲

3.4.1.2.1实行患者病情评估与术前讨论制度，制定诊疗和手术方案，落实患者知情同意管理的相关制度，并记录在病历中。（抽查近1年3份手术病历）不同科室

3.4.1.2.2根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。（抽查近1年3份手术病历）不同科室

3.4.1.2.3落实患者知情同意管理的相关制度与程序

3.4.1.3.1有重大手术（包括急诊情况下）报告审批制度，制定需要报告审批的手术目录。

抽查近1年3份重大手术病历。

3.4.1.3.2有急诊手术管理的相关制度与流程，建立急诊手术绿色通道

3.4.1.4有手术抗菌药物应用管理制度，预防使用抗菌药物规范。（抽查近1年3份手术病历）（不同科室）

尤其一类切口的抗生素应用管理

3.4.1.5.1术后首次病程记录于术后即时完成，手术主刀医师在术后24小时内完成手术记录（抽查近1年3份手术病历）不同科室

3.4.1.5.2手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程；送外院病理有协议（相关资质情况）和工作机制完善；肿瘤手术离体组织病理学检查送检率100%，明确术后诊断，并记录。

抽查近1年3份手术病历，病理有协议的（相关资质情况），检查情况登记，应有1份肿瘤的手术病历。

（二）麻醉治疗管理（15分）

3.4.2.1.1制定麻醉医师资格分级授权管理制度，对麻醉医师有定期能力评价和再授权机制。（授权文件）医疗技术委员会

3.4.2.1.2 麻醉科人员档案

3.4.2.2.1有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。查阅相关资料，并抽查近1年3份手术病历，抽查近1年3份手术病历（不同科室）

3.4.2.2.2由有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制订麻醉计划。

抽查近1年3份手术病历（不同科室）

3.4.2.3履行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）

抽查近1年3份手术病历（不同科室）3.4.2.4.1有麻醉过程中的意外与并发症处理规范。

3.4.2.4.2执行手术安全核查，麻醉的全过程在病历、麻醉单上得到充分体现

抽查近1年3份手术病历（不同科室）

3.4.2.4.3有麻醉效果评定规范与规程，并按规定进行麻醉效果评定

抽查近1年3份手术病历（不同科室）

（三）感染性疾病管理(10分)3.4.3.1执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范，健全传染病防治与医院染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。有管理部门

3.4.3.2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，成立重点传染病防治专家组。（有独立分区及各科室）

3.4.3.2.2人员配备应符合国家有关规定，并开展岗前培训及考核，成立重点传染病防治专家组。

3.4.3.2.3落实门、急诊预检分诊制度，执行“首诊负责制”，或报告疫情及时、完整。3.4.3.3.1为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。抽查2名医务人员▲▲▲

3.4.3.3.2按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。

3.4.3.4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。有相关制度。查阅评审前3年相关资料

3.4.3.5.1定期对全体工作人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。3.4.3.5.2开展常见传染病及重大传染病预防知识的教育和咨询。

（四）输血管理与持续改进（15分）

3.4.4.1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。

与指定供血单位签订供血协议。抽查5份运行或归档输血病历

3.4.4.2.1开展对临床医师输血知识的教育与培训（每年至少一次，查3年）。

查阅评审前3年相关资料

3.4.4.2.2执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗知情同意书”。（血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、hcv、hiv、梅毒抗体、查5份输血病历）抽查5份运行或归档输血病历

3.4.4.2.3建立输血适应症管理规定，医务人员输血适应症掌握（查1人）

抽查1名医务人员。▲▲▲

3.4.4.3.1制定血液贮存质量监测规范与信息反馈制度。

3.4.4.3.2制定临床输血过程的质量管理监控制度与流程。（考核1名医务人员，抽查3份运行或归档输血病历。）▲▲▲

3.4.4.3.3制定控制输血感染的方案与实施情况记录。（抽查3份运行或归档输血病历）3.4.4.4.1制定输血申报登记和用血报批制度，用血申请单格式、书写规范，信息记录完整;大量用血报批审核率100%，临床单例患者用全血或红细胞超过10u履行报批手续，紧急用血必须履行补办报批手续。（输血科、临床科室有登记）

3.4.4.4.2制定输血前的检验和核对制度，实施记录（查2人）访谈2名相关人员▲▲▲ 3.4.4.4.3制定紧急用血预案，并落实。（查2人）抽查2名相关人员▲▲▲ 3.4.4.5.1制定输血前检测和输血相容性检测管理制度

3.4.4.5.2做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。（3年）查阅评审前3年相关资料

（五）医院感染管理

3.4.5.1.1

1、建立医院感染管理组织相关文件；

2、组织结构图

3、委员会成员变动应及时更改名单：

4、每年二次以上会议（有通知、签到、会议记录，会议商谈事项应有追踪记录，存在问题有反馈有改进措施）

5、有各科室监控人员名单，有职责。

6、年度工作计划、工作总结

7、上级检查存在问题反馈及整改措施、效果追踪。3.4.5.1.2

1、有制度（新规范出台应及时更改相关制度）；

2、有工作流程；（sop）

3、有质量监督、反馈、质量持续改进记录 3.4.5.2

1、培训计划

2、有每季度一次全员培训、有针对各工作岗位的培训；

3、培训通知、签到

4、培训内容（课件资料）

5、考核成绩

6、培训总结 3.4.5.3.1

1、专职人员持上岗证、有复印件

2、每年参加省级培训最少一次、有学分证复印件

3、目标性监测相关资料（计划、流程、统计记录、分析反馈等）3.4.5.3.2

1、重点环节、重点人群高危因素监测计划

2、风险评估（无菌物品监测、手卫生依从性、多重耐药菌、医务人员针刺伤）

3、制定下呼吸道感染、手术部位感染、导尿管相关尿路感染、血管导管相关血流感染、皮肤软组织感染预防控制措施并下发科室执行。

3.4.5.3.3

1、感染暴发处置流程

2、感染暴发处置预案

3、如有感染暴发事件：报告、调查、分析、总结、存在问题、整改措施、改进记录。3.4.5.4

1、手卫生知识培训（通知、签到、内容、考核成绩）

2、手卫生技能培训（记录、考核成绩）

3、手卫生督查、反馈、持续改进。3.4.5.5.1

1、多重耐药菌医院感染控制制度

2、多重耐药菌医院感染控制措施

3、下科室督查记录

4、存在问题反馈、持续改进 3.4.5.5.2

1、联席会议制度

2、各部门工作职责、分工明确

3、召开会议（有记录）

3.4.5.5.3 培训通知、签到、具体内容、考核成绩 3.4.5.6

1、管理组织相关文件

1、抗菌药物管理制度

2、使用情况季度反馈 3.4.5.7.1

1、全院消毒隔离制度

2、重点科室消毒隔离制度（手术室、产房、母婴同室、内镜室、供应室、口腔门诊、急诊科）

3、防护用品检查情况反馈（存在问题、改进措施、追踪检查）3.4.5.7.2 消毒产品进货查证记录（每月一次检查记录）3.4.5.7.3

1、清洗、消毒操作流程、规范。

2、清洗质量检查记录

3、消毒灭菌质量监测（监测报告复印件）3.4.5.8.1

3.4.5.8.2

1、《医院感染简讯》有监测、有分析、每季度发布监测信息

2、有存在问题、反馈、整改措施、质量持续改进。

感染监测信息每月上报感控中心（导出数据上报市感控中心、网报省感控中心）

五、病历（案）质量管理（20分）

3.5.1从事医疗或管理中级以上专业技术职务任职资格的人员负责病案科/室，配备相应的设施、设备，（人员档案）

3.5.2.1对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。为急诊留观患者建立病历。

3.5.2.2每位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。每位患者有唯一识别病案资料的病案号。

3.5.2.3患者出院后，住院病历3个工作日内归档率≥90％，有未归档病历追踪记录。3.5.3.1制定病历书写质控管理目标；新员工岗前培训和住院医师三基训练覆盖率≥95%，病历书写考核合格率≥95%；无丙级病历。

3.5.3.2制定病历书写质控管理制度及记录。

3.5.3.3建立病历质量控制与评价组织，医院有专职的质控医师，科室有兼职的质控医师。3.5.3.4制定病历书写质控管理持续改进措施。定期对病历质量总结、分析、评价，提出整改措施。

3.5.4.1采用国际疾病分类与代码、中医病证分类与代码与手术操作分类对出院病案进行分类编码，提高编码质量。病案编码人员资质符合要求（培训资质情况）。考核1名编码人员编码准确情况▲▲▲

3.5.4.2建立出院病案信息的查询功能。抽查近1年3份归档病历。第四章 药事管理

4.1.1制定药品采购供应管理制度与流程，有固定的供应商（资质合格），制定 “药品处方集”和“基本用药目录”，有适宜的储备。

4.1.2有药品效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录；有高危药品目录，各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。监进监出

4.1.3制定相应的麻醉药品、精神药品、放射性药品、医用毒性药品等“特殊管理药品”管理制度，安全设施到位。“麻、精”药品未实行三级管理和“五专”管理。4.1.4有存放于急诊科、病房急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和 18

使用的制度与领用、补充流程，并落实。科室有登记（抽查3各科）抽查3个科室（含急诊科、手术室）

4.1.5制定药品办理退药的相关规定，对退药进行有效管理，确保质量并有记录。

急救药有效期更换，与药房对接，查阅上年度相关资料 4.2.1医师处方签名或签章式样应留样备案。抽查上年度处方10张。

4.2.2医师开具处方规范完整，开具处方全部使用规定的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合规定。抽查近1年50张西药处方（含麻精药品处方20张），并抽查3份使用麻醉药的门诊病历。4.2.3按照《医院处方点评管理规范（试行）》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。定期对西药处方和病历进行点评，发布结果，对不合理处方进行干预。分管院长，医务、护理、药剂，干预表格

★4.3.1药事管理组织下设抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。对医务人员进行抗菌药物合理应用培训及考核。

4.3.2医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标，实行奖惩管理。

抽查20张抗菌药物处方。

4.3.3医院制定抗菌药物临床应用和管理实施细则、抗菌药物分级管理制度，并检查落实情况。4.3.4门诊患者抗菌药物使用率≤20%，住院患者抗菌药物使用率≤60%，ⅰ类切口（手术时间≤2小时）预防性抗菌药物使用率≤30%。查阅上年度相关资料

4.3.5制定目录外抗菌药物临时采购相关制度与程序。医院抗菌药物采购目录向卫生、中医药管理部门备案，药学部门按照目录进行采购。

4.4.1制定药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。按照规定报告药物不良反应和药害事件。

4.4.2 建立有效的药害事件调查、处理制度、程序。第五章 护理质量管理 第六章 医院管理

6.1.1《医疗机构执业许可证》，按照中医药管理部门核定的诊疗科目执业，按时进行医疗机构年度校验。

6.1.2：根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动，制定医疗技术准入及监督管理的相关制度。

★6.1.3：制定卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定，专业人员资质证。

6.2.1医院将信息化建设列入医院建设的总体目标，并制定中长期规划和年度工作计划。

查阅评审前3年相关资料，抽查计划中2项措施的落实情况

6.2.2成立院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，有与信息化建设配套的相关管理制度。

6.2.3医院信息系统符合国家相关标准和规范，有医院管理信息系统（hmis）并逐步完善 6.2.4实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。加强信息系统运行维护。

★6.3.1建立规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度

6.3.2制定成本核算制度、实施方案和流程;设专（兼）职成本核算员;建立科室成本核算 6.3.3建立价格公示制度；价格公示及时更新；建立医院内部医药价格监管规范；价格监管自查记录；收费投诉记录

6.3.4制定药品及高值耗材采购制度和流程；审批程序规范；主管部门对招标采购进行全程管理，6.4.1成立医学装备管理部门，制定人员岗位职责、工作制度和设备论证、采购、使用、保养、维修、资产处置制度与措施

抽查2份评审周期内50万元以上大型设备购置计划、论证和审批程序的相关资料；抽查2个重点科室重点设备的保养维修记录。

6.4.2制定医学装备购置论证相关制度与决策程序；建立医学装备档案管理制度与完整的档案资料；使用人员资质符合要求。

抽查2种大型设备（ct、x光机、超声诊断仪等）的设备档案、装备许可证和使用人员资质的相关资料

6.4.3建立医院保障设备处于完好状态的制度与规范，主管部门未对医学装备实行统一的保障管理，建立全院应急调配机制。

★6.4.4急救、生命支持系统仪器设备要始终保持在待用状态.急救类、生命支持类装备监管记录

6.4.5加强医用高值耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械和低值耗材的采购记录、溯源管理、储存、档案管理、销毁记录、不良事件监测与报告的管理

制定管理制度与程序,采购记录、使用记录、监督检查记录,制定相关不良事件监测与报告制度与程序，监管情况与不良事件的分析报告

查阅评审前3年相关资料。

6.5.1医院对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项须经集体讨论，集体决策并按管理权限和规定报批与公示，由职工监督。查阅评审前3年相关资料 6.5.2制定医院信息公开工作制度与程序；院务公开领导小组会议记录；未公开信息，6.5.3开展院务公开工作；院务公开内容符合要求；院务公开投诉信箱，查阅上年度相关资料

6.5.4职工参与院务公开；院务公开的相关记录；职代会民主评议领导的资料，查阅上年度相关资料

6.5.5制定患者满意度测评指标体系，或开展患者满意度测评；定期（至少每年一次）对患者进行满意度测评记录；对社会评价活动结果进行分析和反馈，或改进措施，查阅评审前3年相关资料

**中医医院等级评审材料准备清单 二级甲等中医医院评审材料篇三**

七台河市中医医院等级评审材料准备清单

第一部分 第一章

1.1、1医院中长期发展规划（要有红头文件、会议记录、会议内容；要包含中医特色优势、具体措施、措施最少落实2项、中医治未病、信息化

1.2、1.2.1：制度3年工作计划（要和规划统一、要包含中医特色优势、具体措施、有优化中医药人员结构、加强中医药人才队伍建设的具体措施，并落实、要有原始材料）1.2.2：工作计划中要有发展中医重点专科、学科、中医药人次培养等材料（可以体现在工作计划中）、要有资金投入（有证明、资金预算、决算、票据、账簿等）。1.2.3：每年对影响中医特色优势和提高临床疗效的关键问题有调研分析，有针对性措施。1.2.4：每年对医院对中医药特色指标（包括中医类别执业医师占执业医师总数比例、中药人员占药学人员比例、中药处方占处方总数的比例，中药饮片处方占处方总数的比例等）定期（至少每年一次）进行考核、分析。

1.3、1.3.1：发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的鼓励和考核制度并实施、要求大家知晓。

★1.3.2：目标考核中有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的相关指标

1.3.3：将发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效情况的考核结果体现在科室分配方案中（有考核结果、打分、分配比例、要有财务原始记录）

1.4、1.4.1：对口支援制度、措施、计划（协议书、影像资料、人员培训记录、签到等）1.4.2：成立对口支援机构 ★1.4.3：《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》（国发〔2024〕11号）明确提出的4项中医药工作指标要求。

1.4.4：开展中医适宜技术推广工作（学习班、培训、讲座等资料）1.4.5：建立视频平台（有参加会议的证明）。第二章：

★2.1：人员中医比例：和黑龙江中医药大学佳木斯学员联合培训、制作培训证书、试卷、签到、影像材料等。制作医院人员中医明细。

2.2.1：制定中医药人员队伍建设规划 2.2.2：见医院工作计划

2.2.3：医院有重点专科（学科）带头人及继承人选拔与激励制度，并组织实施。（确定的人选要有资料、会议记录、符合该制度）。2.2.4：师承制度、有计划和措施（3年）

2.3、2.3.1：自2024年开始进行医师定期考核（内容以中医为主、有试卷、方案）。2.3.2：中医师规范化培训（市里未开展、我院自行培训，有培训档案）。2.3.3：三基培训（有培训档案）

2.3.4：继续教育学分达100%（学分手册、学分统计表、学分证）。2.3.5：非中医技术人员培训与考核。2.3.6：建立中医药人员技术档案。第三张

★3.1、科室命名符合规范。

3.2.1、门急诊、病房符合要求，医院平面图、分布图、设备清单。

3.2.2：科主任、护士长、学术带头人、继承人符合要求（主要看人事档案）。3.2.3：中医特色服务项目（挂牌悬挂、要有项目介绍、功能、优点、价格等）3.2.4：三级查房要有中医药诊治内容（本5份归档病历）3.2.5：开展病例讨论、危急危重、疑难病讨论（5份讨论病例）

3.2.6：三级医师专科继续教育。

3.3、★3.3.1：中医每科3种诊疗方案（必须是科室前五位的疾病，包含中西医病名、诊断、治疗、难点分析、疗效评价）。3.3.2：医师掌握诊疗方案。

3.3.3：诊疗方案在临床中应用（3份运行、归档病历）。

3.3.4：诊疗方案中医疗效进行分析、总结及评估，优化诊疗方案。

3.3.5：手术科室制定至少1个常见病种围手术期中医诊疗方案，手术病例能正确配合使用中医药治疗。

3.4、3.4.1：制定至少2个中医临床路径方案、总结、分析（查病历）。3.4.2：医生掌握临床路径（提问）。3.4.3：临床路径得到应用（查病历）。

3.5、3.5.1---3：病历情况（入院记录四诊完整、首程、病程记录体现理法方药一致）。3.5.4---5：处方书写符合规范（抽查近一年20张门诊处方）。3.6、3.6.1：辩证使用中成药（抽查近1年10份归档病历）。

3.6.2---3：门诊用药合理配伍，符合联合用药原则、剂量、用法（抽查近1年20张中成药处方）。

3.7、中医医生掌握相关理论、对本科常见病、多发病掌握情况。（考核3名医师，科主任、主治医师、医师各一名）。3.8、建立设备清单（中医设备达8类、设备必须使用）

3.9、3.9.1：中医医疗技术项目大于等于40种（制作挂牌、要有项目介绍、功能、优点、价格等）。

★3.9.2：非药物治疗大于10%（报表、门诊日志）。

3.9.3：科室设立中医治疗室大于50%，门诊设立中医治疗区。

3.10、3.10.1常年应用的医疗机构中药制剂≥10种。

★3.10.2门诊处方中，中药（饮片、中成药、医院制剂）处方比例≥60%；中药饮片处方占门诊处方总数的比例≥30%。（查上统计资料、抽查处方）。

3.10.3中药饮片处方数占门诊人次的比例≥50%。（查上统计资料、抽查处方）。第四章

4.1、4.1.1确定重点专科（现有骨伤科，要文件。再由市卫生局确定至少一个，不少于30张床）。

4.1.2：病床不少于30张。

4.1.3：按照《中医医院医疗设备配置标准》要求配备中医诊疗设备，诊疗设备满足临床工作需要。（附设备表）4.1.4：中医人员达70%，带头人在学术团体任职（文件）。4.1.5：中医辩证率达100%，（查10份运行病历或门诊病历）。4.1.6：中医治疗率60%，优势病种达70%。（查上统计资料）。

4.1.7: 专科服务量在相应级别中医同专业科室中领先，门诊量、出院人数逐年增加。（查三统计资料）

4.2、4.2.1：制定专科发展规划。4.2.2：制定重点专科工作计划。

4.2.3：制定本专科发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的具体措施（可体现在工作计划中）。（抽查2项落实情况）4.2.4：确定的优势病种应具有明显的中医药特色优势，中医临床疗效突出，居本专科收治病种前列。

4.3、4.3.1：每科3种诊疗方案（必须是科室前五位的疾病，包含中西医病名、诊断、治疗、难点分析、疗效评价）。

4.3.2医师掌握本科诊疗方案。（提问）★4.3.3诊疗方案在临床中得到应用。（抽查3份运行病历）。4.3.4定期（每年至少一次）对优势病种诊疗方案的实施情况和中医临床疗效进行分析、总结和评价，中医疗效评价客观、科学。（三年）4.4、4.4.制定《学术继承工作计划及实施措施》《名老中医学术继承人个人资料》《名老中医学术经验资料》《名老中医学术思想及临床实践资料》 本专业领域中医诊疗技术文献挖掘整理应用资料

4.5制定《专科技术及特色疗法操作规范》、2名医师掌握、中药制剂至少2种，制定《xx科中药制剂研究计划》

5.1 建立《七台河市中医医院药事管理委员会》（下文件），建立《七台河市中医医院药事管理委员会职责》，建立《七台河市中医医院药事管理委员会会议纪要》，建立《七台河市中医医院临床中药使用监督、评价管理办法》

5.2.1 设立中药饮片库房，建立中药饮片库房工作制度。

设立中药饮片调剂室，建立中药饮片调剂室工作制度。

设立中成药库房，建立中成药库房工作制度。

设立中成药调剂室，建立中成药调剂室工作制度。

设立中药周转库，建立中药周转库工作制度。

设立中药煎剂室，建立中药煎剂室工作制度。

5.2.2 中药饮片调剂室、中成药调剂室、中药煎药室建立通风扇、吸尘设备、地漏和垫层、灭火器等设施。

5.2.3 中药饮片调剂室大于80平，中成药调剂室大于40平。5.2.4 中药房设备合格。

5.2.5-5.2.6-5.2.7 中药房人员人事、技术档案、人员学历、资质

5.2.8 药械科要建立以中药为主要内容的培训制度、培训计划、培训教案、培训照片、培训登记、培训签到、考核试卷、考核登记。

5.3.1 建立《七台河市中医医院中药饮片采购制度》，建立中药饮片供应商资质档案、中药入库清单、评估记录。

5.3.2建立《中药饮片验收制度》，建立验收记录。5.3.3建立《中药饮片储存管理制度》，配备必需的设施设备。

5.3.4建立毒性饮片管理制度和登记。

5.3.5建立《处方饮片调剂制度和操作规范》，按照规定进行审核和复核签字。

5.4

使用小包装中药饮片。（大于300种）5.5.1

建立《煎药室工作制度》，建立相关设备的《标准化操作规程》，建立煎药室《质量控制和检测工作制度及记录》。5.5.2 完善煎药室布局，建立流程 5.5.5 建立煎药室操作记录。

5.6 建立中药饮片调剂给付制度

5.7.1建立委托加工，准备委托加工批件

5.7.2 5.8.1 成立专职临床药师，建立中药咨询窗口，建立咨询记录。

5.8.2建立《中药安全性监测管理制度》和《中药不良反应事件报告制度》，建立《中药不良反应报告记录》

5.8.3 建立《中药处方评价制度》和《中药处方评价记录》，定期发布。5.8.4 建立《中药及中药合理应用知识宣传手册》 6-7（略）第八章

8.1、8.1.1:见医院发展规划和工作计划。

8.1.2：制定发展中医治未病工作计划、有措施及实施。

8.2、8.2.1：有健康状态信息采集与管理区域、健康状态辨识及其风险评估区域、健康咨询与指导区域、健康干预区域、辅助区域。

8.2.2：配备4名人员（中医3人）、至少一名高年资主治医师。

8.2.3：设备：健康状态信息管理设备：计算机、打印机、电话、专用文件柜。健康状态辨识及其风险评估设备。中医健康评估设备，中医体质辨识评估系统，常规的理化、影像等辅助检查设备（可整合本单位的其他相关资源）。健康咨询与指导设备。健康宣教宣传栏，影像等演示设备。选择配置：多媒体教学设备及信息网络系统等设备。健康干预设备。各类针灸、拔罐、刮痧板等器具，中医治疗设备等。8.2.4：建立工作制度、服务规范、技术规范。8.3、8.3.1：布局合理，流程合理（选择在哪？）8.3.2：建立健康数据库（可以是电子版）。8.3.3：开展中医体检和评估（有表格、记录）。8.3.4：提供中医干预服务（中医健康教育、中医技术）。8.4、8.4.1：保健技术不少于5项。8.4.2：技术符合规范。

第二部分

第一章

一、医院设置

1.1.1、1.1.1.1：宏观材料：如医院简介、医院手册等。1.1.1.2：公益项目：如捐款、扶贫、义诊等。

1.1.1.3：建立制度、方案，有课件、名单、记录、考核等（需卫生局指令）。

二、医院服务

★1.1.2、按照1994年标准，准备医疗机构许可证、人员名单、执业证、设备（所在科室、功能、状况、厂家、型号）、医院简介等。

1.2.1、1.2.1.1：医院各部位有标识、有残疾人设施、有保护隐私和管理措施。1.2.1.2：建立患者入院、出院、专科制度、各科值班表 1.2.1.3：有双向转诊制度、有转诊记录。1.2.1.4：门诊秩序好。

1.2.1.5：平均住院日下降（3年统计资料）。1.2.2、1.2.2.1：首诊负责制、危重患者记录。1.2.2.2：制定绿色通道制度、流程。（文件）1.2.2.3：制定多部分合作制度、流程（文件）。

1.2.3、1.2.3.1：制作价格公示板（明确医保支付项目）。1.2.3.2：制作各种知情同意书、相关制度，（各种签字订册）。

1.2.3.3：设立投诉部门、建立制度、公布方式、地点，及时处理。1.2.4、营养、配餐、煎药服务。

1.2.5：禁烟制度。计划、标识。

三、应急管理

1.3.1：有传染病管理制度、部门、无传染病漏报、医疗信息完整。1.3.2：1.3.2.1：有各种预案、流程图、登记、图片、简报、记录。

1.3.2.2：有应急管理部门、（文件）有制度、总值班室有职责、工作流程图、各种突发事件流程。

1.3.3、1.3.3.1：医院有应急工作领导小组（文件），院长是组长。1.3.3.2：有院内、外、院内各部门协调制度、协调人。1.3.3.3：建立应急队伍、建立中医应急队伍。1.3.4、医院有应急指挥系统或应急预案。

1.3.5、1.3.5.1：应急技能培训、考核计划，相关人员掌握。1.3.5.2：开展突发事件应急演练、传染病应急演练

四、临床医学教育

1.4.1：政府指令性培养基层卫生机构，制定制度、培训方案（有教师、学员、课件、设备、经费、签到、培训证）

1.4.2：承担医学院校实习工作

1.4.3：制定医学继续教育相关制度

1.4.4：鼓励医务人员参加常见病、多发病研究，有制度、经费、条件、设施。1.4.5：鼓励医务人员参加参加中医药科研，有制度、经费、条件、设施。第二章 患者安全

2.1：建立查对制度

2.1.1：建立就诊患者唯一识别标志（医保科、身份证、病历号等均可）。★2.1.2：执行查对制度（资料、模拟提问）

2.1.3：建立专科交接登记制度（要有程序、身份识别，查科室登记）。

2.1.4：使用腕带。

2.2、2.2.1：建立手术安全核查、风险评估制度、工作流程。（现场考核手术医生、麻醉医生、护士）。

2.2.2：建立手术部位标示制度、流程（尤其对双侧的颜色、标示方法规范，考核2位医生）2.3、2.3.1：建立危急值管理制度、报告流程、危急值表（考核医生、护士、医技人员各1）2.3.2：危急值报告要规范、有登记、处理措施，抽查5项处理记录。

2.3.3：建立医疗不良事件（患者投诉、输液反应、药物不良反应等）报告制度、流程。（考核2名医师）。

2.4、2.4.1：制定患者跌倒、坠床事件报告制度、预案、流程。

2.4.2：制定压疮风险评估与报告制度，有诊疗及护理规范。（访谈2为护士）第三章医疗质量

一、医疗质量管理组织与制度

3.11：成立院、科2级医疗质量管理机构（文件），院长、科主任为第一责任人。3.1.2：成立相关委员会（文件），各委员会要开展工作。3.1.3：制度医疗质量管理和持续改进方案，有考核标准、方法、指标，有考核记录。

二、医疗技术管理

3.2.1：有医疗技术管理部门、有医疗技术管理制度、有医疗技术目录。有医疗技术项目审批、管理流程。

3.2.2：有医疗技术管理制度、分级、分类管理、有档案，新技术要报批。3.2.3：3.2.3.1有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，在新技术准入风险管理中，有保障患者安全措施和风险处置预案。

3.2.3.2制定新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序，对新技术、新项目进行全程追踪管理与随访评价。

三、医技科室质量管理（40分）

（一）临床检验质量管理（20分）3.3.1.1：医院检验项目表

3.3.1.1.3提供24小时急诊检验服务，明确急诊检验报告时间，临检项目≤30分钟出报告，生化、免疫项目≤2小时出报告。

3.3.1.1.4检验项目、设备、试剂及校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。（检验设备、试剂三证齐全，不过期）3.3.1.2.1有实验室安全管理制度和流程。

3.3.1.2.2实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。

3.3.1.2.3个人防护。实验室制订各种传染病职业暴露后的应急预案、措施，并详细记录处理过程。

3.3.1.2.4实验室制定消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。3.3.1.2.5无化学危险品管理制度、实验室化学危险品管理、废弃物、废水的处置符合要求。3.3.1.3由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动。（相关资质证件）3.3.1.4检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。（按时限报告、有审核）3.3.1.5成立质量与安全管理小组，制定质量与安全管理计划和质量控制指标，开展质量管理工作。所有poct项目均应开展室内质控和院内比对实验，并参加室间质评。

（二）医学影像质量管理

3.3.2.1.1《放射诊疗许可证》，服务满足临床需要，提供24小时急诊影像服务。3.3.2.1.2放射人员档案。

3.3.2.1.3制定科室无紧急意外抢救预案，科室有必要的紧急意外抢救药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。

3.3.2.2.1建立健全各项放射规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。3.3.2.2.2有定期校正和维护记录，设备运行完好率＜95% 3.3.2.2.3采用多种形式，开展图像质量评价活动。

3.3.2.3.1医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。

3.3.2.3.2有重点病例随访制度并落实，定期召开疑难病例分析与读片会。（3年材料）。3.3.2.4.1制定医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。

3.3.2.4.2有受检者和工作人员防护措施。

3.3.2.4.3制定放射安全事件应急预案并组织演练。

四、其他科室质量管理（85分）

（一）手术治疗管理（20分）

3.4.1.1制定手术医师资格分级授权管理制度与程序，实行手术医师资格准入制分级授权管理。手术医师对授权知晓率100%。

3.4.1.2实行患者病情评估与术前讨论制度，制定诊疗和手术方案，落实患者知情同意管理的相关制度，并记录在病历中。（抽查近1年3份手术病历）3.4.1.2.2根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。（抽查近1年3份手术病历）

3.4.1.2.3落实患者知情同意管理的相关制度与程序 3.4.1.3.1有重大手术（包括急诊情况下）报告审批制度，制定需要报告审批的手术目录。3.4.1.3.2有急诊手术管理的相关制度与流程，建立急诊手术绿色通道 3.4.1.4有手术抗菌药物应用管理制度，预防使用抗菌药物规范。（抽查近1年3份手术病历）

3.4.1.5.1术后首次病程记录于术后即时完成，手术主刀医师在术后24小时内完成手术记录（抽查近1年3份手术病历）

3.4.1.5.2手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程；送外院病理有协议和工作机制完善；肿瘤手术离体组织病理学检查送检率100%，明确术后诊断，并记录。

（二）麻醉治疗管理（15分）

3.4.2.1.1制定麻醉医师资格分级授权管理制度，对麻醉医师有定期能力评价和再授权机制。（授权文件）

3.4.2.1.2 麻醉科人员档案

3.4.2.2.1有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。查阅相关资料，并抽查近1年3份手术病历

3.4.2.2.2由有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制订麻醉计划。

3.4.2.3履行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）3.4.2.4.1有麻醉过程中的意外与并发症处理规范。

3.4.2.4.2执行手术安全核查，麻醉的全过程在病历、麻醉单上得到充分体现 3.4.2.4.3有麻醉效果评定规范与规程，并按规定进行麻醉效果评定

（三）感染性疾病管理(10分)3.4.3.1执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范，健全传染病防治与医院感染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。有管理部门

3.4.3.2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，成立重点传染病防治专家组。（有独立分区及各科室）

3.4.3.2.2人员配备应符合国家有关规定，并开展岗前培训及考核，成立重点传染病防治专家组。

3.4.3.2.3落实门、急诊预检分诊制度，执行“首诊负责制”，或报告疫情及时、完整。3.4.3.3.1为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。

3.4.3.3.2按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。

3.4.3.4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。有相关制度。

3.4.3.5.1定期对全体工作人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。3.4.3.5.2开展常见传染病及重大传染病预防知识的教育和咨询。

（四）输血管理与持续改进（15分）

3.4.4.1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。与指定供血单位签订供血协议。

3.4.4.2.1开展对临床医师输血知识的教育与培训（每年至少一次，查3年）。

3.4.4.2.2执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗知情同意书”。（血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、hcv、hiv、梅毒抗体、查5份输血病历）

3.4.4.2.3建立输血适应症管理规定，医务人员输血适应症掌握（查1人）3.4.4.3.1制定血液贮存质量监测规范与信息反馈制度。

3.4.4.3.2制定临床输血过程的质量管理监控制度与流程。（考核1名医务人员，抽查3份运行或归档输血病历。）

3.4.4.3.3制定控制输血感染的方案与实施情况记录。（抽查3份运行或归档输血病历）3.4.4.4.1制定输血申报登记和用血报批制度，用血申请单格式、书写规范，信息记录完整;大量用血报批审核率100%，临床单例患者用全血或红细胞超过10u履行报批手续，紧急用血必须履行补办报批手续。（输血科、临床科室有登记）3.4.4.4.2制定输血前的检验和核对制度，实施记录（查2人）3.4.4.4.3制定紧急用血预案，并落实。（查2人）

3.4.4.5.1制定输血前检测和输血相容性检测管理制度

3.4.4.5.2做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。（3年）

（五）医院感染管理(略)

五、病历（案）质量管理（20分）

3.5.1从事医疗或管理中级以上专业技术职务任职资格的人员负责病案科/室，配备相应的设施、设备，（人员档案）3.5.2.1对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。为急诊留观患者建立病历。

3.5.2.2每位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。每位患者有唯一识别病案资料的病案号。

3.5.2.3患者出院后，住院病历3个工作日内归档率≥90％，有未归档病历追踪记录。3.5.3.1制定病历书写质控管理目标；新员工岗前培训和住院医师三基训练覆盖率≥95%，病历书写考核合格率≥95%；无丙级病历。3.5.3.2制定病历书写质控管理制度及记录。

3.5.3.3建立病历质量控制与评价组织，医院有专职的质控医师，科室有兼职的质控医师。3.5.3.4制定病历书写质控管理持续改进措施。定期对病历质量总结、分析、评价，提出整改措施。

3.5.4.1采用国际疾病分类与代码、中医病证分类与代码与手术操作分类对出院病案进行分类编码，提高编码质量。

3.5.4.2建立出院病案信息的查询功能。

第四章 药事管理

4.1.1制定药品采购供应管理制度与流程，有固定的供应商（资质合格），制定 “药品处方集”和“基本用药目录”，有适宜的储备。4.1.2有药品效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录；有高危药品目录，各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。

4.1.3制定相应的麻醉药品、精神药品、放射性药品、医用毒性药品等“特殊管理药品”管理制度，安全设施到位。“麻、精”药品未实行三级管理和“五专”管理。

4.1.4有存放于急诊科、病房急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程，并落实。科室有登记（抽查3各科）

4.1.5制定药品办理退药的相关规定，对退药进行有效管理，确保质量并有记录。4.2.1医师处方签名或签章式样应留样备案。

4.2.2医师开具处方规范完整，开具处方全部使用规定的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合规定。4.2.3按照《医院处方点评管理规范（试行）》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。定期对西药处方和病历进行点评，发布结果，对不合理处方进行干预。

★4.3.1药事管理组织下设抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。对医务人员进行抗菌药物合理应用培训及考核。

4.3.2医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标，实行奖惩管理。4.3.3医院制定抗菌药物临床应用和管理实施细则、抗菌药物分级管理制度，并检查落实情况。4.3.4门诊患者抗菌药物使用率≤20%，住院患者抗菌药物使用率≤60%，ⅰ类切口（手术时间≤2小时）预防性抗菌药物使用率≤30%。

4.3.5制定目录外抗菌药物临时采购相关制度与程序。医院抗菌药物采购目录向卫生、中医药管理部门备案，药学部门按照目录进行采购。

4.4.1制定药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。按照规定报告药物不良反应和药害事件。

4.4.2 建立有效的药害事件调查、处理制度、程序。

第五章 护理质量管理 第六章 医院管理

6.1.1《医疗机构执业许可证》，按照中医药管理部门核定的诊疗科目执业，按时进行医疗机构校验。

6.1.2：根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动，制定医疗技术准入及监督管理的相关制度。

★6.1.3：制定卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定，专业人员资质证。

6.2.1医院将信息化建设列入医院建设的总体目标，并制定中长期规划和工作计划。

**中医医院等级评审材料准备清单 二级甲等中医医院评审材料篇四**

中医医院等级评审材料准备清单

第一部分

第一章

1.1、1

医院中长期发展规划

制定《\*\*\*\*中医医院十二.五发展规划》

：规划必须经由职代会通过、院务会通过议内容息化

1.2、红头文件、要有会议记录、会

2项、中医治未病、信1.2.1

制定3年工作计划《\*\*\*\*\*中医医院工作计划》中长期发展规划统一、要包含发挥中医特色优势、提高临床疗效的具体措施、有优化中医药人员结构、加强中医药人才队伍建设的具体措施1.2.2并措施落实、要有原始材料

制定《\*\*\*\*\*医院中医重点专科、学科暨加强中医药人才培养计划》

3年

工作计划中要有发展中医重点专科、学科、中医药人次培养等材料现在工作计划中

要有资金投入等

1.2.3制定《\*\*\*\*\*医院中医药特色发挥与提高中医临床疗效调研分析报告》

3年

每年对影响中医特色优势和提高临床疗效的关键问题有调研分析性措施。要下发文件 1.2.4制定《中医类别执业医师技术档案》

每年对医院对中医药特色指标包括中医类别执业医师占执业医师总数比例、中药人员占药学人员比例、中药处方占处方总数的比例

1.3、1.3.1制定《发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效鼓励考核制度》

比例等件

发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的鼓励和考核制度必有须实施、要求大家知晓

★1.3.2制定《科室综合考核目标》

目标考核中必须有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的相关指标

1.3.3制定《绩效工资管理方案》将发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效情况的考核结果体现在科室分配方案中

1.4、1.4.1制定《对口支援方案》、《对口支援实施细则》、《对口支援考评办法》、《对口支援协议》、《对口支援计划》、《中医药适宜技术对口支援培训教案、资料、照片、登记、签到》等

对口支援要有制度、措施、计划、协议书、影像资料、人员培训记录、签到等1.4.2★1.4.311号1.4.4广工作1.4.5第二章

★2.1\*\*\*\*\*中医药大学联合培训、制作培训证书、试卷、签

制改革规划暨实施方案》4项中医药工作指标要求。

是否开展中医药技术下乡、人员支援、技术培训

开展中医适宜技术推

2024〕到、影像材料等。制作医院人员中医明细

2.2.1制定《中医药人员队伍建设规划》

2.2.2在医院和科室计划中体现

见医院及科室工作计划

2.2.3制定《重点专科

人及继承人选拔与激励制度

医院有重点专科人选要有资料、会议记录、符合该制度

2.2.42.3、2.3.1制定《中医医院中医类别医师考核制度》、《中医医院中医类别医师考核制定《师承教育计划》

师承制度、有计划和措施

3年

教案》、《中医医院中医类别医师考核登记》、《中医类别考核人员签到簿》 自2024年开始进行医师定期考核2.3.2、照片、其他资料等

制定《中医住院医师规范化培训计划》、《规范化培训教案》、《签到簿》、展、我院自行培训

照片等注明：中医师规范化培训2.3.3中医药专业技术人员“三基”培训

2.3.4查看中医药专业技术人员继续教育档案

继续教育学分达100%手册、学分统计表、学分证 2.3.5非中医药类别执业医师中医药基本知识与技能培训

有非中医技术人员培训与考核的培训档案

2.3.6建立《中医药专业技术人员技术档案》。

第三章

★3.1、科室命名符合规范。规范科室命名与标牌 核查荣誉称号等

3.2.1、按照《二级中医医院医疗设备配置标准》要求核查门诊、急诊、病房设备设施

门急诊、病房符合要求3.2.2建立《医院各科室人才机构一览表》

科主任、护士长、学术带头人、继承人符合要求建立完整的人事档案

3.2.3建立《医院中医药特色服务项目统计表》

中医特色服务项目

3.2.4归档病历 3.2.5科室建立《病例讨论登记》

5份讨论病例3.2.63.3、★3.3.1各科室制定《xx科常见病及中医优势病种中医诊疗方案》

体现在病案书写中，要查阅本5份

按照不同职称进行继续教育。

可以考虑制定5个非中医科室至少3个

必须是科室前五位的疾病3.3.2各科室至少委派3人

常见病及中医优势病种中医诊疗方案》以备检查 3.3.3诊疗方案在临床中应用

即诊疗方案在病历中有所体现要查阅3份运行、归档病历

3.3.4科室依照《xxxxx科常见病及中医优势病种中医诊疗方案》每年以文字形式进行分析、总结、评估、进一步优化方案。3.3.5各手术科室制定《xxxxx科xxxxx病围手术期中医诊疗方案》

手术科

室制定至少1个常见病种围手术期中医诊疗方案手术期中医药治疗

3.4、3.4.1围科室制定《xxxxx科中医临床路径》、科室人员熟记、在病历中体现、建立患者进入路径的登记簿

制定至少2个中医临床路径方案、定期进行总结、分析要查病历

3.4.23.4.33.5、3.5.1---3下发《中医病历书写基本规范》

中医病历情况

入院记录四诊完

整、首程、病程记录体现理法方药一致

3.5.4---5下发《中医处方书写基本规范》

处方书写符合规范20张门诊处方

3.6、3.6.13.6.2---3张中成药处方

3.7、中医医生掌握相关理论、对本科常见病、多发病掌握情况。医师3.8、建立《\*\*\*\*\*医院设备清单》3.9、3.9.1制定《\*\*\*\*\*医院中医诊疗项目表》

中医医疗技术项目大于等于40种

★3.9.2志

3.9.3在50%的临床科室建立“中医综合治疗室”

门诊设立中医治疗区

考准备针灸推拿科统计表

非药物治疗大于10%

8类、设备必须使用

3名

1年10份归档病历

1年20察医院的基本配置设备、服务项目

3.10、3.10.1

常年应用的医疗机构中药制剂≥10种

★3.10.2

门诊处方中药饮片处方占门诊处方总数的比例≥30%。3.10.3中药饮片处方数占门诊人次的比例≥50%。方

第四章

4.1、4.1.1 设立省级重点专科一个、市级重点专科一个绍、学科带头人介绍、科室服务项目介绍床位设置

确定重点专科要有文件

不少于30张床

4.1.24.1.330张

60%

建立《中医诊疗设备清单》

按照《中医医院医疗设备配置标准》要

求配备中医诊疗设备4.1.4重点专科中医人员达70%重点专科学术带头人要求学术团体任职证书等

带头人在学术团体任职的文件

10份运行病历或门诊病历

70%。

查上统计资料 4.1.54.1.6

100%60%4.1.7

专科服务量在相应级别中医同专业科室中领先增加

查三统计资料造 4.2、4.2.14.2.24.2.3现在工作计划中 4.2.4本专科收治病种前列

4.3、4.3.1疗方案疗效评价 重点专科《优势病种、常见病诊疗方案》必须要重点去做

每科3种诊

2项落实情况

重点专科要制定《专科建设发展规划》《重点专科工作计划》。要体现具体措施

重点专科患者人数要比非重点高

4.3.2

科室主任、责任医生、医生3人熟练本科室诊疗方案 ★4.3.3

诊疗方案在临床中得到应用 4.3.4

定期效进行分析、总结和评价4.4、3份运行病历

医临床疗4.4.制定《学术继承工作计划及实施措施》《名老中医学术继承人个人资料》《名老中医学术经验资料》《名老中医学术思想及临床实践资料》 本专业领域中医诊疗技术文献挖掘整理应用资料

4.5

制定《专科技术及特色疗法操作规范》、2名医师掌握、中药制剂至少2种第五章

5.1

建立《中西医结合医院药事管理委员会》合医院药事管理委员会职责》

中西医结xx科中药制剂研究计划》

中西医结合医院药事管理委员会会议纪要》中西医结合医院临床中药使用监督、评价管理办法》

5.2.1 设立中药饮片库房

立中药饮片库房工作制度

设立中药饮片调剂室

设立中成药库房度

设立中成药调剂室建立中药周转库工作制度。

设立中药煎剂室

设立中药周转库

5.2.2

中药饮片调剂室、中成药调剂室、中药煎药室建立通风扇、吸尘设备、地漏和垫层、灭火器等设施

5.2.3

中药饮片调剂室大于80平5.2.4

中药房设备合格

5.2.5-5.2.6-5.2.7

中药房人员人事、技术档案、人员学历、资质

5.2.8

药械科要建立以中药为主要内容的培训制度、培训计划、培训教案、培训照片、培训登记、培训签到、考核试卷、考核登记

5.3.1

建立《中西医结合医院中药饮片采购制度》档案、中药入库清单、评估记录

5.3.2

建立《中药饮片验收制度》5.3.3

建立《中药饮片储存管理制度》5.3.4

建立毒性饮片管理制度和登记

40平

5.3.5

建立《处方饮片调剂制度和操作规范》5.4

使用小包装中药饮片 5.5.1

建立《煎药室工作制度》煎药室《质量控制和检测工作制度及记录》

5.5.2

完善煎药室布局5.5.5

建立煎药室操作记录

5.6

建立中药饮片调剂给付制度

5.7.1

建立委托加工5.7.2

5.8.1

成立专职临床药师

300种

5.8.2

建立《中药安全性监测管理制度》和《中药不良反应事件报告制度》建立《中药不良反应报告记录》

5.8.3

建立《中药处方评价制度》和《中药处方评价记录》5.8.4

建立《中药及中药合理应用知识宣传手册》

第六章 中医护理

时间要求： 前三年 20112012-2024近一年目前至去年同期 本--2024 上--2024

6.1参照《中医医院中医护理工作指南（试行）》开展中医护理工作。

6.1.1制定落实《指南》的计划与具体措施（可体现在医院工作计划中）。2024、2024、2024年医院和护理部工作计划 医院中医护理发展规划 落实《指南》的具体措施

6.1.2明确护理管理部门的中医护理管理职能和管理人员职责。

护理部管理职能

各级护理管理人员工作职责

护理人员掌握自己的工作职责、岗位职责

6.1.3病房护理人员总数与病区实际开放床位数的比例达到0.4:1的要求。

全院实际开放床位数

全院护理人员总数及病房护理人员总数 随机抽查1个病区排班

6.1.4制定护理人员中医药知识与技能的培训计划，体现不同层次人员的培训内容与学时要求，定期考核，措施到位。

护理人员中医药知识与技能培训计划

护理人员中医药知识与技能培训课程安

排表 接受 中医药知识与技能培训护理人员名单 护理人员中医药知识培训课件

护理人员中医药知识培训笔记（与课程、时间必须相符）护理人员接受中医药知识培训后学分证、结业证复印件

★ 6.1.5积极开展中医护理技术操作，科室开展中医护理技术项目不少于2项。

科室开展的所有中医护理技能操作项目必须有医嘱； 科室中医特色护理技术及中医特色护理技术项目一览表； 科室中医特色护理技术项目相关资料；

科室开展情况记录（中医护理工作量统计表等）

科室开展推行中医特色护理技术项目的工作评价、分析改进

★ 此项为关键性核心指标，资料必须齐全、符合临床工作实际、护士熟练掌握应用，病人评价满意，效果好。

6.1.6开展中医特色护理质量评价工作。

中医护理质量评价标准；

中医护理质量评价内容按《中医院护理工作指南》要求； 评价原始记录、分析、改进材料；

6.1.7建立护理与医务、药剂、后勤等相关部门支持开展中医护理工作的协调机制，并定期（至少每年1次）召开会议。

有定期协调机制；

有会议记录、协调机制落实到位。

6.2执行《中医护理常规 技术操作规程》，积极开展辨证施护。

6.2.1制定中医护理常规并组织实施。

科室有《中医护理常规 技术操作规程》 科室优势病种

优势病种等常见病中医护理常规 全院各科室优势病种中医护理常规

6.2.2积极开展专科中医特色护理，包括为患者提供具有中医药特色的康复和健康指导。

病区根据专科特色制定中医健康教育处方 采取多种形式，开展有效的康复和健康指导

★每一位护理人员必须熟悉掌握本科室优势病种与中医护理常规内容，熟练应用于病人，健康指导到位，方式方法病人容易接受，将书面指导与口头宣教记录相结合。

6.2.3在入院评估等资料中，体现辨证施护内容。

入院评估、护理记录等资料中要体现与该疾病证型相吻合的辨证施护措施

6.3护士掌握本科常见病的中医护理常规和中医护理技术操作，能够提供具有中医药特色的康复和健康指导。

6.3.1护士掌握本科常见病的中医护理常规。

现场考核2名护士（含1名护士长）。

中医护理技术目录 中医护理技术操作规程 中医护理技术操作详细标准

6.3.2护士掌握中医护理技术操作。

按照护理操作百分制打分表进行打分，每项操作得分≥85但<90分，每人扣1分； ≥80但<85分，每人扣3 分； <80分，每人扣5分。

6.3.3护士能提供具有中医药特色的康复和健康指导。

现场考核2名护士。

护士不能提供具有中医药特色的康复和健康指导，不得分； 内容不完整，酌情扣分（每人最少扣 0.5分，最多扣2分。）第七章 略第八章

8.1、8.1.1

见医院发展规划和工作计划

8.1.28.2、8.2.1康咨询与指导区域、健康干预区域、辅助区域

8.2.28.2.3康状态辨识及其风险评估设备

中医健康评估设备

健康咨询与指导设备

健康宣教宣传栏

选择配置4名人员

中医3人、至少一名高年资主治医师

健

备及信息网络系统等设备

健康干预设备

各类针灸、拔罐、刮痧板等器具中医治疗设备等

8.2.48.3、8.3.18.3.28.3.38.3.48.4、8.4.15项 局合理

8.4.2

第二部分

第一章

一、医院设置

1.1.1、1.1.1.11.1.1.★1.1.2

按照1994年标准

备医疗机构许可证、人员名单、执业证、设备

二、医院服务

1.2.1、1.2.1.11.2.1.21.2.1.31.2.1.41.2.1.51.2.2、1.2.2.11.2.2.21.2.2.31.2.3、1.2.3.11.2.3.21.2.3.31.2.4

营养、配餐、煎药服务

1.2.5三、应急管理

1.3.、计划、标识

部分合作制度、流程

3年统计资料

1.3.21.3.2.11.3.2.2、总值班室有职责、工作流程图、各种突发事件流程

1.3.3、1.3.3.11.3.3.21.3.3.31.3.4、医院有应急指挥系统或应急预案

1.3.5、1.3.5.11.3.5.2四、临床医学教育

1.4.1课件、设备、经费、签到、培训证1.4.21.4.31.4.41.4.5第二章 患者安全

2.12.1.1★2.1.22.1.3

建立专科交接登记制度2.1.42.2、★2.2.1麻醉医生、护士

2.2.2核2位医生

2.3、2.3.1员各1 2.3.22.3.3流程

考核2名医师

2.4、2.4.12.4.2第三章

医疗质量

一、医疗质量管理组织与制度

3.1.1人

3.1.23.1.3记录

二、医疗技术管理

3.2.1技术项目审批、管理流程

3.2.23.2.3

管理、有档案

有文件

2级医疗质量管理机构

2为护士

5项处理记录

3.2.3.1

有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案

3.2.3.2

制定新技术、新项目准入管理制度

三、医技科室质量管理

（一）3.3.1.130

3.3.1.1.3

提供24小时急诊检验服务分钟出报告免疫项目≤2小时出报告

3.3.1.1.4

检验项目、设备、试剂及校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。3.3.1.2.1

有实验室安全管理制度和流程

3.3.1.2.2

实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染

3.3.1.2.3

个人防护

实验室制订各种传染病职业暴露后的应急预案、措施并详细记录处理过程

3.3.1.2.4

实验室制定消毒措施品的有效性

3.3.1.2.5

无化学危险品管理制度、实验室化学危险品管理、废弃物、废水的处置符合要求

3.3.1.3

由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动。证件

3.3.1.4

检验报告及时、准确、规范3.3.1.5

成立质量与安全管理小组

所有poct项目均应开展室内质控和院内比对实验参加室间质评

（二）务满足临床需要

24小时急诊影像服

资质

定期监控各种消毒用

3.3.2.1.1

《放射诊疗许可证》务

3.3.2.1.2

放射人员档案

3.3.2.1.3

制定科室无紧急意外抢救预案

3.3.2.2.1

建立健全各项放射规章制度和技术操作规范质量控制

3.3.2.2.2

有定期校正和维护记录3.3.2.2.3

采用多种形式3.3.2.3.1

医学影像诊断报告及时、规范3.3.2.3.2

有重点病例随访制度并落实年材料

3.3.2.4.1

制定医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度

395%

通过环境评估

3.3.2.4.2

有受检者和工作人员防护措施

3.3.2.4.3

制定放射安全事件应急预案并组织演练

四、其他科室质量管理

（一）3.4.1.1

制定手术医师资格分级授权管理制度与程序制分级授权管理

手术医师对授权知晓率100% 3.4.1.2

实行患者病情评估与术前讨论制度

3.4.1.2.2

根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论案 1年3份手术病历

1年3份手术病历

3.4.1.2.3

落实患者知情同意管理的相关制度与程序 3.4.1.3.1

有重大手术的手术目录

3.4.1.3.2

有急诊手术管理的相关制度与流程3.4.1.4

有手术抗菌药物应用管理制度3份手术病历

3.4.1.5.1

术后首次病程记录于术后即时完成完成手术记录

1年3份手术病历

24小时内

诊手术绿色通道

1年3.4.1.5.2

手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程

100%并记录

（二）能力评价3.4.2.1.1

制定麻醉医师资格分级授权管理制度和再授权机制

3.4.2.1.2

麻醉科人员档案

3.4.2.2.1

有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度

查阅相关资料近1年3份手术病历

3.4.2.2.2

由有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估3.4.2.3

履行患者麻醉前的知情同意

3.4.2.4.1

有麻醉过程中的意外与并发症处理规范 3.4.2.4.2

执行手术安全核查3.4.2.4.3

有麻醉效果评定规范与规程

（三）果评定

3.4.3.1

执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范

3.4.3.2

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传染病防治专家组

3.4.3.2.2

人员配备应符合国家有关规定传染病防治专家组

3.4.3.2.3

落实门、急诊预检分诊制度完整

3.4.3.3.1

为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品

3.4.3.3.2

按照《医疗废物管理条例》要求

3.4.3.4

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

有相关制度

3.4.3.5.1

定期对全体工作人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练

3.4.3.5.2

开展常见传染病及重大传染病预防知识的教育和咨询

（四）输血管理

3.4.4.1 具备为临床提供24小时服务的能力供血液行为

与指定供血单位签订供血协议 3.4.4.2.1 开展对临床医师输血知识的教育与培训3.4.4.2.2

执行输血前相关检测规定

血型及感染筛查

1人

3年

五项、hcv、hiv、梅毒抗体、查5份输血病历3.4.4.2.3

建立输血适应症管理规定

务人员输血适应症掌握3.4.4.3.1

制定血液贮存质量监测规范与信息反馈制度 3.4.4.3.2

制定临床输血过程的质量管理监控制度与流程

1名医务人员

3份运行或归档输血病历

3.4.4.3.3

制定控制输血感染的方案与实施情况记录 血病历

3.4.4.4.1

制定输血申报登记和用血报批制度息记录完整

大量用血报批审核率100%10u履行报批手续

3.4.4.4.2

制定输血前的检验和核对制度3.4.4.4.3

制定紧急用血预案

2人

2人

3份运行或归档输3.4.4.5.1

制定输血前检测和输血相容性检测管理制度

3.4.4.5.2

做好相容性检测质量管理测室间质评

(五)3年

3.4.5.1.1

建立医院感染管理组织，负责院感管理工作

1准备医院的感染质控小组一览表、科室质控小组成员名单。

2科室质控小组及科室质控医生、护士的职责

3定期召开会议 有会议记录

3.4.5.1.2

制定相应规章制度及工作流程，落实院感预防与控制措施。1准备医院感染管理控制、医院感染病例监测登记报告和反馈、环境监测、在职教育、医院感染监督检查与考核等相关制度。医院感染预防和控制措施。

2医院感染病例报告流程

3医院感染管理持续改进记录本，院感监测及监督检查反馈表。

3.4.5.2

开展医院感染预防控制知识的培训与教育

1培训制度、计划、大纲、教材。

2科室院感管理知识培训本，有本科室的培训记录。

3.4.5.3.1

医院感染专职人员和监测设施配备符合要求，开展目标性监测、全院综合性监测。

1重症医学科（icu、急诊icu、神经外科icu、新生儿重症监护室）开展目标性监测，要有监测方案，工作流程。

2细菌耐药性监测:检验科每季度为临床科室提供耐药菌和抗菌药物敏感性报告。

3科室准备医院感染病例报告登记本（及时登记医院感染病例、手术部位医院感染病例，同时报告.）

4全院的医院

感染病例监测情况统计表（院感科每季度为临床提供）3.4.5.3.2

开展重点环节、重点人群与高危险因素的监测

1重点部门（手术室、产房、血透室、导管室、重症医学科、肺病科、手术科室）准备手术部位、呼吸机相关肺炎、导尿管相关尿路、血管、导管相关血流感染的预防控制措施并实施。

3.4.5.3.3

制定医院感染暴发报告流程与处置预案

1医院感染暴发流程

2医院感染暴发处置预案

3医院感染暴发控制措施

4医院感染暴发应急演练（重点部门）5医院感染暴发报告制度

3.4.5.4

执行《医务人员手卫生规范》，实施依从性监管与改进活动

1手卫生管理制度

2手卫生管理制度实施规范

3手卫生监测制度

4手卫生培训记录

5手卫生调查、考核情况

6洗手池旁配干手物品.治疗车、病历车配速干手消毒剂。

3.4.5.5.1

制定多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，实施监管与改进（3年资料）

1多重耐药菌医院感染管理制度

2多重耐药菌医院感染的预防控制措施

3常见耐药菌感染的隔离措施

4多重耐药菌医院感染的管理流程

5建立多重耐药菌登记薄

3.4.5.5.2

建立多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制

1多部门共同参与的多重耐药菌管理联席会制度

2科室准备耐药菌感染病例报告登记本（及时登记感染病例并报告）

3提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告（每季度)，重点科室：重症医学科（icu、急诊icu、神经外科icu、新生儿重症监护室）、肺病科、血透室、口腔科、感染科、导管室的医生要掌握前五位的感染病原菌及耐药率，细菌耐药监测预警机制。

3.4.5.5.3

开展预防多重耐药感染措施培训。培训笔记 培训记录 3.4.5.6

建立抗菌药物合理使用的管理组织，制定管理制度

1有医院抗菌药物临床应用专项整治活动方案

2抗菌药物临床合理应用管理制度

3抗菌药物临床应用分级管理制度

4抗菌药物监管的协作机制

5ⅰ类手术抗菌药物预防应用规范

6围手术期抗菌药物预防使用规定 3.4.5.7.1

制定全院及重点部门消毒与隔离制度，并落实到位。

1结合本科室要求，建立消毒隔离制度，医疗废物管理制度。

2准备紫外线空

气消毒，物表消毒，消毒剂浓度监测登记本，医疗废物转运、交接登记本，空气、物表、手的生物监测报告单。

3.4.5.7.2

消毒供应中心清洗消毒及灭菌符合规范与标准要求

1消毒供应中心管理规范

2消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范

3消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准

4监测原始记录与报告

五、病历（案）质量管理

3.5.1

从事医疗或管理中级以上专业技术职务任职资格的人员负责病案科/室

3.5.2.1

对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息

为急诊留观患者建立病历

3.5.2.2 每位住院患者有姓名索引系统

每位患者有唯一识别病案资料的病案号

3.5.2.3

患者出院后踪记录。

3.5.3.1

制定病历书写质控管理目标盖率≥95%

95%

3个工作日内归档率≥903.5.3.2

制定病历书写质控管理制度及记录

3.5.3.3

建立病历质量控制与评价组织的质控医师

3.5.3.4

制定病历书写质控管理持续改进措施。定期对病历质量总结、分析、评价

3.5.4.1

采用国际疾病分类与代码、中医病证分类与代码与手术操作分类对出院病案进行分类编码

3.5.4.2

建立出院病案信息的查询功能

第四章

药事管理

4.1.1

制定药品采购供应管理制度与流程定 “药品处方集”和“基本用药目录”4.1.2

有药品效期管理相关制度与处理流程

药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置

4.1.3

制定相应的麻醉药品、精神药品、放射性药品、医用毒性药品等“特殊管理药品”管理制度专”管理

4.1.4

有存放于急诊科、病房急救室用药4.1.5

制定药品办理退药的相关规定录

4.2.1

医师处方签名或签章式样应留样备案 4.2.2

医师开具处方规范完整性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合规定

4.2.3

按照《医院处方点评管理规范

制定医院处方点评制度

定期对西药处方和病历进行点评★4.3.1

药事管理组织下设抗菌药物管理小组医务人员进行抗菌药物合理应用培训及考核

4.3.2

医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标行奖惩管理

4.3.3

医院制定抗菌药物临床应用和管理实施细则、抗菌药物分级管理制度并检查落实情况

4.3.4

门诊患者抗菌药物使用率≤20%2小时

30%

使用率≤60%

3各科

“麻、精”药品未实行三级管理和“五4.3.5

制定目录外抗菌药物临时采购相关制度与程序

医院抗菌药物采购目录向卫生、中医药管理部门备案

4.4.1

制定药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序按照规定报告药物不良反应和药害事件

4.4.2

建立有效的药害事件调查、处理制度、程序

第五章

护理质量管理

5.1护理管理组织体系健全，实施护理人员分级管理，明确岗位职责及工作规范，落实责任制护理措施。

5.1.1有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，对护理工作实施目标管理。各层次护理管理岗位职责明确并实行考核。

有在主管院长领导下的护理组织管理体系，定期召开护理管理会议，对护理工作中的问题有改进措施。有目标管理相关支撑资料

有各层次护理岗位职责并有考核原始资料

5.1.2逐步建立护理垂直管理体系，有相关工作方案。

有护理垂直管理组织体系及实施方案并落实到位。

5.1.3实施护理人员分级管理，制定并落实分级护理岗位职责，护理人员知晓本岗位的职责要求。

有护理人员分级管理制度及实施方案 有各层级护理人员岗位职责及工作要求

5.2护理人力资源配备与医院的功能和任务一致，有护理单元护理人员的配置原则，有紧急状态下调配护理人力资源的预案。

5.2.1有护理单元护理人员的配置依据和原则，依据护理人员能力、专业特点，合理配置护理人力资源，体现护理人员能力与病人危重程度相符的原则。

护理人力配置原则，实地查看护士分管患者护理级别符合护士能级水平

护理人力弹性调配方案 人员紧急调配预案

5.2.2有各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定，有执行方案。

随机抽查护士长知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容； 各层次护理管理部门有权限紧急调配人力资源；

有护理人员有储备，对储备人员有培训、有调配记录。

5.3根据分级护理的原则和要求实施护理措施，有护理质量评价标准，并定期评估。

5.3.1制定符合医院实际的分级护理制度，护理人员掌握分级护理的内容。

有分级护理制度相关内容;分级护理内容公示;有护理级别标识、患者护理级别与病情相符；

随机抽查护士知晓分级护理制度、工作规范和工作标准的主要内容。

5.3.2科室对分级护理落实情况进行定期检查并有记录。

查阅近1年相关资料，并实地考查。未进行定期检查或无记录，不得分； 记录不全面，扣1分。

5.3.3主管部门对分级护理落实情况进行定期检查、评价、分析，对存在的问题及时反馈，并提出整改建议。

查阅近1年相关资料，并实地考查。未定期检查、评价、分析记录，不得分； 少于每月1次，扣0.5分。

分级护理检查标准及记录 分级护理质量评价

5.4实行责任制整体护理，为患者提供连续、全程的基础护理和专业技术服务，优质护理服务落实到位。

★5.4.1医院有优质护理服务规划、目标及实施方案，有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。

优质护理服务实施方案；

优质护理服务实施保障措施，措施要切实可行。★ 此项为关键性核心指标，资料必须齐全、符合临床工作实际。

5.4.2优质护理服务病房覆盖率≥30%。

优质护理病房要按优质护理病房建设要求开展工作； 每名护理人员负责病人数量符合要求。

5.4.3根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护理人员工作中的责任制，护理人员掌握相关的知识，并结合患者实际情况实施护理。

护理人员对实施责任制护理知晓、理解程度； 本科室、本岗位职责要求与履职情况； 抽查护理人员，检查所管患者病情诊疗信息基本掌握程度与基础护理措施到位情况，结合病人实际，给予患者康复和健康指导情况

5.4.4有危重患者护理常规，护理措施到位，安全措施有效，记录规范.有完善的护理交接制度，护士在各种护理操作中严格执行

有健全的身份识别制度，危重患者佩戴腕带，护士在护理操作前应至少同时使员工两种患者身份识别方法

知晓患者护理常规、能准确、连续、有效地为患者实施护理 对危重患者评估和安全防范措施

病情危重患者转运有医护人员陪同，并有交接记录 高风险、有创性操作有风险告知制度

及时客观填写危重患者护理记录，符合书写要求

5.4.5护士掌握基本护理技术（如静脉输液、口腔护理、测量血压、吸氧等）。

护士对本科室常用基本护理操作要熟练掌握

5.5有手术室、消毒供应中心（室）护理质量管理标准与监测措施。

5.5.1建立手术室各项规章制度、岗位职责及操作常规，有考核及记录。

手术室相关制度、工作职责；

手术室相关安全核查制度、标本管理制度、交接制度、安全用药制度等； 手术室突发事件应急预案；手术室安全操作规程；

消毒隔离制度；手术室质量管理标准；手术室质量管理监测记录评价； 有考核原

始记录。

5.5.2消毒供应中心（室）建立完善的规章制度、工作职责、工作流程，有护理质量管理与监测的有关规定及措施，质量控制过程的记录符合追溯要求。

消毒供应室规章制度和工作职责； 消毒供应室工作流程；

清洗、消毒、灭菌、监测制度； 工作人员在职继续教育制度； 消毒供应室质量标准； 检查记录与持续改进措施。

第六章

医院管理

6.1.1 《医疗机构执业许可证》时进行医疗机构校验

6.1.2 根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动入及监督管理的相关制度

★6.1.3质证

6.2.1

医院将信息化建设列入医院建设的总体目标工作计划 制定卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定

**中医医院等级评审材料准备清单 二级甲等中医医院评审材料篇五**

七台河市中医医院等级评审材料准备清单 第一部分 第一章

1.1、1医院中长期发展规划(要有红头文件、会议记录、会议内容;要包含中医特色优势、具体措施、措施最少落实 2项、中医治未病、信息化

1.2、1.2.1:制度 3年工作计划(要和规划统一、要包含中医特色优势、具体措施、有优化 中医药人员结构、加强中医药人才队伍建设的具体措施,并落实、要有原始材料

1.2.2:工作计划中要有发展中医重点专科、学科、中医药人次培养等材料(可以体现在 工作计划中、要有资金投入(有证明、资金预算、决算、票据、账簿等。

1.2.3:每年对影响中医特色优势和提高临床疗效的关键问题有调研分析,有针对性措施。1.2.4:每年对医院对中医药特色指标(包括中医类别执业医师占执业医师总数比例、中药人 员占药学人员比例、中药处方占处方总数的比例, 中药饮片处方占处方总数的比例等 定期(至少每年一次进行考核、分析。

1.3、1.3.1:发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的鼓励和考核制度并实施、要求大家 知晓。

★ 1.3.2:目标考核中有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的相关指标 1.3.3:将发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效情况的考核结果体现在科室分配方案中(有考核结果、打分、分配比例、要有财务原始记录

1.4、1.4.1:对口支援制度、措施、计划(协议书、影像资料、人员培训记录、签到等 1.4.2:成立对口支援机构

★ 1.4.3:《 “十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(国发〔 2024〕 11号明 确提出的 4项中医药工作指标要求。

1.4.4:开展中医适宜技术推广工作(学习班、培训、讲座等资料 1.4.5:建立视频平台(有参加会议的证明。第二章: ★ 2.1:人员中医比例:和黑龙江中医药大学佳木斯学员联合培训、制作培训证书、试卷、签到、影像材料等。制作医院人员中医明细。

2.2.1:制定中医药人员队伍建设规划 2.2.2:见医院工作计划

2.2.3:医院有重点专科(学科带头人及继承人选拔与激励制度,并组织实施。(确定的人 选要有资料、会议记录、符合该制度。

2.2.4:师承制度、有计划和措施(3年

2.3、2.3.1:自 2024年开始进行医师定期考核(内容以中医为主、有试卷、方案。

2.3.2:中医师规范化培训(市里未开展、我院自行培训,有培训档案。2.3.3:三基培训(有培训档案

2.3.4:继续教育学分达 100%(学分手册、学分统计表、学分证。2.3.5:非中医技术人员培训与考核。2.3.6:建立中医药人员技术档案。第三张

★ 3.1、科室命名符合规范。

3.2.1、门急诊、病房符合要求,医院平面图、分布图、设备清单。

3.2.2:科主任、护士长、学术带头人、继承人符合要求(主要看人事档案。3.2.3:中医特色服务项目(挂牌悬挂、要有项目介绍、功能、优点、价格等 3.2.4:三级查房要有中医药诊治内容(本 5份归档病历 3.2.5:开展病例讨论、危急危重、疑难病讨论(5份讨论病例 3.2.6:三级医师专科继续教育。

3.3、★ 3.3.1:中医每科 3种诊疗方案(必须是科室前五位的疾病,包含中西医病名、诊断、治疗、难点分析、疗效评价。

3.3.2:医师掌握诊疗方案。

3.3.3:诊疗方案在临床中应用(3份运行、归档病历。

3.3.4:诊疗方案中医疗效进行分析、总结及评估,优化诊疗方案。

3.3.5:手术科室制定至少 1个常见病种围手术期中医诊疗方案,手术病例能正确配合使用 中医药治疗。

3.4、3.4.1:制定至少 2个中医临床路径方案、总结、分析(查病历。3.4.2:医生掌握临床路径(提问。3.4.3:临床路径得到应用(查病历。

3.5、3.5.1---3:病历情况(入院记录四诊完整、首程、病程记录体现理法方药一致。3.5.4---5:处方书写符合规范(抽查近一年 20张门诊处方。

3.6、3.6.1:辩证使用中成药(抽查近1年 10份归档病历。

3.6.2---3:门诊用药合理配伍,符合联合用药原则、剂量、用法(抽查近1年 20张中成药处 方。

3.7、中医医生掌握相关理论、对本科常见病、多发病掌握情况。(考核 3名医师,科主任、主治医师、医师各一名。

3.8、建立设备清单(中医设备达 8类、设备必须使用

3.9、3.9.1:中医医疗技术项目大于等于 40种(制作挂牌、要有项目介绍、功能、优点、价 格等。

★ 3.9.2:非药物治疗大于 10%(报表、门诊日志。

3.9.3:科室设立中医治疗室大于 50%,门诊设立中医治疗区。3.10、3.10.1常年应用的医疗机构中药制剂≥ 10种。

★ 3.10.2门诊处方中,中药(饮片、中成药、医院制剂处方比例≥ 60%;中药饮片处方占 门诊处方总数的比例≥ 30%。(查上统计资料、抽查处方。

3.10.3中药饮片处方数占门诊人次的比例≥ 50%。(查上统计资料、抽查处方。第四章

4.1、4.1.1确定重点专科(现有骨伤科,要文件。再由市卫生局确定至少一个,不少于 30张床。

4.1.2:病床不少于 30张。

4.1.3:按照 《中医医院医疗设备配置标准》 要求配备中医诊疗设备, 诊疗设备满足临床工作 需要。(附设备表

4.1.4:中医人员达 70%,带头人在学术团体任职(文件。4.1.5:中医辩证率达 100%,(查 10份运行病历或门诊病历。4.1.6:中医治疗率 60%,优势病种达 70%。(查上统计资料。

4.1.7: 专科服务量在相应级别中医同专业科室中领先, 门诊量、出院人数逐年增加。(查三 统计资料

4.2、4.2.1:制定专科发展规划。4.2.2:制定重点专科工作计划。

4.2.3:制定本专科发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的具体措施(可体现在工 作计划中。(抽查 2项落实情况

4.2.4:确定的优势病种应具有明显的中医药特色优势,中医临床疗效突出,居本专科收治

病种前列。

4.3、4.3.1:每科 3种诊疗方案(必须是科室前五位的疾病,包含中西医病名、诊断、治疗、难点分析、疗效评价。

4.3.2医师掌握本科诊疗方案。(提问

★ 4.3.3诊疗方案在临床中得到应用。(抽查 3份运行病历。

4.3.4定期(每年至少一次对优势病种诊疗方案的实施情况和中医临床疗效进行分析、总 结和评价,中医疗效评价客观、科学。(三年

4.4、4.4.制定 《学术继承工作计划及实施措施》 《名老中医学术继承人个人资料》 《名老中医 学术经验资料》 《名老中医学术思想及临床实践资料》

本专业领域中医诊疗技术文献挖掘整理应用资料

4.5制定《专科技术及特色疗法操作规范》、2名医师掌握、中药制剂至少 2种,制定《 xx 科中药制剂研究计划》

5.1 建立《七台河市中医医院药事管理委员会》(下文件 ,建立《七台河市中医医院药事管 理委员会职责》 , 建立 《七台河市中医医院药事管理委员会会议纪要》 , 建立 《七台河市中医 医院临床中药使用监督、评价管理办法》

5.2.1 设立中药饮片库房,建立中药饮片库房工作制度。设立中药饮片调剂室,建立中药饮片调剂室工作制度。设立中成药库房,建立中成药库房工作制度。设立中成药调剂室,建立中成药调剂室工作制度。设立中药周转库,建立中药周转库工作制度。设立中药煎剂室,建立中药煎剂室工作制度。

5.2.2 中药饮片调剂室、中成药调剂室、中药煎药室建立通风扇、吸尘设备、地漏和垫层、灭火器等设施。

5.2.3 中药饮片调剂室大于 80平,中成药调剂室大于 40平。5.2.4 中药房设备合格。

5.2.5-5.2.6-5.2.7 中药房人员人事、技术档案、人员学历、资质

5.2.8 药械科要建立以中药为主要内容的培训制度、培训计划、培训教案、培训照片、培训 登记、培训签到、考核试卷、考核登记。

5.3.1 建立《七台河市中医医院中药饮片采购制度》 ,建立中药饮片供应商资质档案、中药 入库清单、评估记录。

5.3.2建立《中药饮片验收制度》 ,建立验收记录。

5.3.3建立《中药饮片储存管理制度》 ,配备必需的设施设备。

5.3.4建立毒性饮片管理制度和登记。

5.3.5建立《处方饮片调剂制度和操作规范》 ,按照规定进行审核和复核签字。5.4 使用小包装中药饮片。(大于 300种

5.5.1 建立《煎药室工作制度》 ,建立相关设备的《标准化操作规程》 ,建立煎药室《质量 控制和检测工作制度及记录》。

5.5.2 完善煎药室布局,建立流程 5.5.5 建立煎药室操作记录。5.6 建立中药饮片调剂给付制度 5.7.1建立委托加工,准备委托加工批件 5.7.2 5.8.1 成立专职临床药师,建立中药咨询窗口,建立咨询记录。

5.8.2建立《中药安全性监测管理制度》和《中药不良反应事件报告制度》立《中药不良

反应报告记录》

5.8.3 建立《中药处方评价制度》和《中药处方评价记录》 ,定期发布。5.8.4 建立《中药及中药合理应用知识宣传手册》 6-7(略 第八章

8.1、8.1.1:见医院发展规划和工作计划。

建 ，8.1.2:制定发展中医治未病工作计划、有措施及实施。

8.2、8.2.1:有健康状态信息采集与管理区域、健康状态辨识及其风险评估区域、健康咨询 与指导区域、健康干预区域、辅助区域。

8.2.2:配备 4名人员(中医 3人、至少一名高年资主治医师。

8.2.3:设备:健康状态信息管理设备:计算机、打印机、电话、专用文件柜。健康状态辨识 及其风险评估设备。中医健康评估设备, 中医体质辨识评估系统,常规的理化、影像等辅助 检查设备(可整合本单位的其他相关资源。健康咨询与指导设备。健康宣教宣传栏,影像 等演示设备。选择配置:多媒体教学设备及信息网络系统等设备。健康干预设备。各类针 灸、拔罐、刮痧板等器具,中医治疗设备等。

8.2.4:建立工作制度、服务规范、技术规范。8.3、8.3.1:布局合理,流程合理(选择在哪? 8.3.2:建立健康数据库(可以是电子版。8.3.3:开展中医体检和评估(有表格、记录。8.3.4:提供中医干预服务(中医健康教育、中医技术。8.4、8.4.1:保健技术不少于 5项。8.4.2:技术符合规范。第二部分 第一章

一、医院设置

1.1.1、1.1.1.1:宏观材料:如医院简介、医院手册等。

1.1.1.2:公益项目:如捐款、扶贫、义诊等。

1.1.1.3:建立制度、方案,有课件、名单、记录、考核等(需卫生局指令。

二、医院服务

★ 1.1.2、按照 1994年标准,准备医疗机构许可证、人员名单、执业证、设备(所在科室、功能、状况、厂家、型号、医院简介等。

1.2.1、1.2.1.1:医院各部位有标识、有残疾人设施、有保护隐私和管理措施。1.2.1.2:建立患者入院、出院、专科制度、各科值班表 1.2.1.3:有双向转诊制度、有转诊记录。1.2.1.4:门诊秩序好。

1.2.1.5:平均住院日下降(3年统计资料。1.2.2、1.2.2.1:首诊负责制、危重患者记录。1.2.2.2:制定绿色通道制度、流程。(文件 1.2.2.3:制定多部分合作制度、流程(文件。

1.2.3、1.2.3.1:制作价格公示板(明确医保支付项目。1.2.3.2:制作各种知情同意书、相关制度,(各种签字订册。1.2.3.3:设立投诉部门、建立制度、公布方式、地点,及时处理。1.2.4、营养、配餐、煎药服务。1.2.5:禁烟制度。计划、标识。

三、应急管理

1.3.1:有传染病管理制度、部门、无传染病漏报、医疗信息完整。1.3.2:1.3.2.1:有各种预案、流程图、登记、图片、简报、记录。

1.3.2.2:有应急管理部门、(文件有制度、总值班室有职责、工作流程图、各种突发事件 流程。

1.3.3、1.3.3.1:医院有应急工作领导小组(文件 ,院长是组长。1.3.3.2:有院内、外、院内各部门协调制度、协调人。1.3.3.3:建立应急队伍、建立中医应急队伍。1.3.4、医院有应急指挥系统或应急预案。

1.3.5、1.3.5.1:应急技能培训、考核计划,相关人员掌握。1.3.5.2:开展突发事件应急演练、传染病应急演练

四、临床医学教育

1.4.1:政府指令性培养基层卫生机构,制定制度、培训方案(有教师、学员、课件、设备、经费、签到、培训证

1.4.2:承担医学院校实习工作 1.4.3:制定医学继续教育相关制度

1.4.4:鼓励医务人员参加常见病、多发病研究,有制度、经费、条件、设施。1.4.5:鼓励医务人员参加参加中医药科研,有制度、经费、条件、设施。第二章 患者安全 2.1:建立查对制度

2.1.1:建立就诊患者唯一识别标志(医保科、身份证、病历号等均可。★ 2.1.2:执行查对制度(资料、模拟提问

2.1.3:建立专科交接登记制度(要有程序、身份识别,查科室登记。2.1.4:使用腕带。

2.2、2.2.1:建立手术安全核查、风险评估制度、工作流程。(现场考核手术医生、麻醉医 生、护士。

2.2.2:建立手术部位标示制度、流程(尤其对双侧的颜色、标示方法规范,考核 2位医生 2.3、2.3.1:建立危急值管理制度、报告流程、危急值表(考核医生、护士、医技人员各 1 2.3.2:危急值报告要规范、有登记、处理措施,抽查 5项处理记录。

2.3.3:建立医疗不良事件(患者投诉、输液反应、药物不良反应等报告制度、流程。(考 核 2名医师。

2.4、2.4.1:制定患者跌倒、坠床事件报告制度、预案、流程。

2.4.2:制定压疮风险评估与报告制度,有诊疗及护理规范。(访谈 2为护士 第三章医疗质量

一、医疗质量管理组织与制度

3.11:成立院、科 2级医疗质量管理机构(文件 ,院长、科主任为第一责任人。3.1.2:成立相关委员会(文件 ,各委员会要开展工作。

3.1.3:制度医疗质量管理和持续改进方案,有考核标准、方法、指标,有考核记录。

二、医疗技术管理

3.2.1:有医疗技术管理部门、有医疗技术管理制度、有医疗技术目录。有医疗技术项目审批、管理流程。

3.2.2:有医疗技术管理制度、分级、分类管理、有档案,新技术要报批。3.2.3：3.2.3.1 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，在新技术准入风险管理 中，有保障患者安全措施和风险处置预案。3.2.3.2 制定新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序，对新技术、新项目进行全程追踪管理与随访评价。

三、医技科室质量管理（40 分）

（一）临床检验质量管理（20 分）3.3.1.1：医院检验项目表 3.3.1.1.3 提供 24 小时急诊检验服务，明确急诊检验报告时间，临检项目≤30 分钟出报告，生化、免疫项目≤2 小时出报告。3.3.1.1.4 检验项目、设备、试剂及校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要 求。（检验设备、试剂三证齐全，不过期）3.3.1.2.1 有实验室安全管理制度和流程。3.3.1.2.2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。3.3.1.2.3 个人防护。实验室制订各种传染病职业暴露后的应急预案、措施，并详细记录处 理过程。3.3.1.2.4 实验室制定消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。3.3.1.2.5 无化学危险品管理制度、实验室化学危险品管理、废弃物、废水的处置符合要求。3.3.1.3 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动。（相关资质证件）3.3.1.4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。（按时限报告、有审核）3.3.1.5 成立质量与安全管理小组，制定质量与安全管理计划和质量控制指标，开展质量管 理工作。所有 poct 项目均应开展室内质控和院内比对实验，并参加室间质评。

（二）医学影像质量管理 3.3.2.1.1《放射诊疗许可证》，服务满足临床需要，提供 24 小时急诊影像服务。3.3.2.1.2 放射人员档案。3.3.2.1.3 制定科室无紧急意外抢救预案，科室有必要的紧急意外抢救药品器材，相关人员 具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。3.3.2.2.1 建立健全各项放射规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。3.3.2.2.2 有定期校正和维护记录，设备运行完好率＜95% 3.3.2.2.3 采用多种形式，开展图像质量评价活动。3.3.2.3.1 医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。3.3.2.3.2 有重点病例随访制度并落实，定期召开疑难病例分析与读片会。年材料）（3。3.3.2.4.1 制定医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评 估。3.3.2.4.2 有受检者和工作人员防护措施。3.3.2.4.3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。

四、其他科室质

量管理（85 分）

（一）手术治疗管理（20 分）3.4.1.1 制定手术医师资格分级授权管理制度与程序，实行手术医师资格准入制分级授权管 理。手术医师对授权知晓率 100%。3.4.1.2 实行患者病情评估与术前讨论制度，制定诊疗和手术方案，落实患者知情同意管理 的相关制度，并记录在病历中。（抽查近1 年 3 份手术病历）3.4.1.2.2 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。（抽查近1 年 3 份手术病历）3.4.1.2.3 落实患者知情同意管理的相关制度与程序

3.4.1.3.1 有重大手术（包括急诊情况下）报告审批制度，制定需要报告审批的手术目录。3.4.1.3.2 有急诊手术管理的相关制度与流程，建立急诊手术绿色通道 3.4.1.4 有手术抗菌药物应用管理制度，预防使用抗菌药物规范。（抽查近1 年 3 份手术病 历）3.4.1.5.1 术后首次病程记录于术后即时完成，手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记 录（抽查近1 年 3 份手术病历）3.4.1.5.2 手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程； 送外院病理有协议和工作机制完 善；肿瘤手术离体组织病理学检查送检率 100%，明确术后诊断，并记录。

（二）麻醉治疗管理（15 分）3.4.2.1.1 制定麻醉医师资格分级授权管理制度，对麻醉医师有定期能力评价和再授权机 制。（授权文件）3.4.2.1.2 麻醉科人员档案 3.4.2.2.1 有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。查阅相关资料，并抽查近1 年 3 份手 术病历 3.4.2.2.2 由有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制订麻醉计划。3.4.2.3 履行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）3.4.2.4.1 有麻醉过程中的意外与并发症处理规范。3.4.2.4.2 执行手术安全核查，麻醉的全过程在病历、麻醉单上得到充分体现 3.4.2.4.3 有麻醉效果评定规范与规程，并按规定进行麻醉效果评定

（三）感染性疾病管理(10 分 3.4.3.1 执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范，健全传染病防治与医院感 染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。有管理部门 3.4.3.2 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，成立重点传染病防治专 家组。（有独立分区及各科室）3.4.3.2.2 人员配备应符合国家有关规定，并开展岗前培训及考核，成立重点传染病防治专 家组。3.4.3.2.3 落实门、急诊预检分诊制度，执行“首诊负责制”，或报告疫情及时、完整。3.4.3.3.1 为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标 准防护措施。3.4.3.3.2 按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医

疗废物。3.4.3.4 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。有相关制度。3.4.3.5.1 定期对全体工作人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。3.4.3.5.2 开展常见传染病及重大传染病预防知识的教育和咨询。

（四）输血管理与持续改进（15 分）3.4.4.1 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。与指定供血单位签订供血协议。3.4.4.2.1 开展对临床医师输血知识的教育与培训（每年至少一次，查 3 年）。3.4.4.2.2 执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并 签署“输血治疗知情同意书”（血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、hcv、hiv、梅毒抗。体、查 5 份输血病历）3.4.4.2.3 建立输血适应症管理规定，医务人员输血适应症掌握（查 1 人）3.4.4.3.1 制定血液贮存质量监测规范与信息反馈制度。3.4.4.3.2 制定临床输血过程的质量管理监控制度与流程。（考核 1 名医务人员，抽查 3 份

运行或归档输血病历。）3.4.4.3.3 制定控制输血感染的方案与实施情况记录。（抽查 3 份运行或归档输血病历）3.4.4.4.1 制定输血申报登记和用血报批制度，用血申请单格式、书写规范，信息记录完整;大量用血报批审核率 100%，临床单例患者用全血或红细胞超过 10u 履行报批手续，紧急用 血必须履行补办报批手续。（输血科、临床科室有登记）3.4.4.4.2 制定输血前的检验和核对制度，实施记录（查 2 人）3.4.4.4.3 制定紧急用血预案，并落实。（查 2 人）3.4.4.5.1 制定输血前检测和输血相容性检测管理制度 3.4.4.5.2 做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。（3 年）

（五）医院感染管理(略

五、病历（案）质量管理（20 分）3.5.1 从事医疗或管理中级以上专业技术职务任职资格的人员负责病案科/室，配备相应的 设施、设备，（人员档案）3.5.2.1 对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。为急诊留观 患者建立病历。3.5.2.2 每位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。每位患者有唯一识别病案资料的病案号。3.5.2.3 患者出院后，住院病历 3 个工作日内归档率≥90％，有未归档病历追踪记录。3.5.3.1 制定病历书写质控管理目标；新员工岗前培训和住院医师三基训练覆盖率≥95%，病历书写考核合格率≥95%；无丙级病历。3.5.3.2 制定病历书写质控

管理制度及记录。3.5.3.3 建立病历质量控制与评价组织，医院有专职的质控医师，科室有兼职的质控医师。3.5.3.4 制定病历书写质控管理持续改进措施。定期对病历质量总结、分析、评价，提出整 改措施。3.5.4.1 采用国际疾病分类与代码、中医病证分类与代码与手术操作分类对出院病案进行分 类编码，提高编码质量。3.5.4.2 建立出院病案信息的查询功能。第四章 药事管理 4.1.1 制定药品采购供应管理制度与流程，有固定的供应商（资质合格），制定 “药品处方 集”和“基本用药目录”，有适宜的储备。4.1.2 有药品效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录；有高危药品目录，各环节 贮存的高危药品设置有统一警示标志。药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作 明确标示。4.1.3 制定相应的麻醉药品、精神药品、放射性药品、医用毒性药品等“特殊管理药品”管 理制度，安全设施到位。“麻、精”药品未实行三级管理和“五专”管理。4.1.4 有存放于急诊科、病房急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和 使用的制度与领用、补充流程，并落实。科室有登记（抽查 3 各科）4.1.5 制定药品办理退药的相关规定，对退药进行有效管理，确保质量并有记录。4.2.1 医师处方签名或签章式样应留样备案。4.2.2 医师开具处方规范完整，开具处方全部使用规定的药品通用名称、新活性化合物的专 利药品名称和复方制剂药品名称。处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合规定。4.2.3 按照《医院处方点评管理规范（试行）》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。定期对西药处方和病历进行点评，发布结果，对不合理处方进行干预。★4.3.1 药事管理组织下设抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。对医务人员进行 抗菌药物合理应用培训及考核。4.3.2 医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标，实行奖惩管理。4.3.3 医院制定抗菌药物临床应用和管理实施细则、抗菌药物分级管理制度，并检查落实情 况。4.3.4 门诊患者抗菌药物使用率≤20%，住院患者抗菌药物使用率≤60%，ⅰ类切口（手 术时间≤2 小时）预防性抗菌药物使用率≤30%。4.3.5 制定目录外抗菌药物临时采购相关制度与程序。医院抗菌药物采购目录向卫生、中医 药管理部门备案，药学部门按照目录进行采购。4.4.1 制定药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。按照规定报告药物不良反 应和药害事

件。4.4.2 建立有效的药害事件调查、处理制度、程序。第五章 护理质量管理 第六章 医院管理 6.1.1《医疗机构执业许可证》，按照中医药管理部门核定的诊疗科目执业，按时进行医疗 机构校验。6.1.2：根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动，制定医疗技术准入及监督管 理的相关制度。★6.1.3：制定卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定，专业人员资质证。6.2.1 医院将信息化建设列入医院建设的总体目标，并制定中长期规划和工作计划。

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn