



2020 版本

医疗美容机构评价标准 实施细则

机构培训教材

中国整形美容协会医疗美容机构评价工作办公室

2020 年 4 月

前 言

《医疗美容机构评价标准实施细则》（简称“《评价标准》”）由中国整形美容协会医疗美容机构评价工作办公室编写。

作为医疗美容机构评价工作培训教材，在面向医疗美容机构培训时，为便于机构人员深入理解《评价标准实施细则》各项条款，更好地准备迎评工作，我们在编写时不仅梳理每项条款内容，更注重讲解医疗美容机构评价时所需的文件材料，以及应该了解、熟悉、掌握的法律、法规和规章、机构内的各类各种管理制度等。

本教材适用于医疗美容机构管理和医务人员的迎评培训。

本教材在编写过程中限于时间仓促及经验不足，或存在疏忽和不周之处，敬请各位专家批评指正，予以谅解。我们将在评价工作实践中不断进行修改、调整并逐步完善。

2020年版《医疗美容机构评价标准实施细则——医院、门诊部、诊所标准》分值设定与解读的解释权归评价工作办公室所有。

中国整形美容协会医疗美容机构评价工作办公室

2020年4月29日

民营医疗美容机构人员培训教材

2020 年版本《医疗美容机构评价标准实施细则》条款解读

(医院 1000 分，门诊部 859 分，诊所 644 分)

A、《评价标准》细则条款解读

一、医疗机构管理 医院：187 分；门诊部：138 分；诊所：102 分；

序号	评价内容	评价方法		评价方法	解读与建议
		CBA 款	各款各条		
1	1. 医院定位明确、规模适宜。 医院： 门诊部（1 条） 诊所（1 条）	【C】	一、医院 1. 医院正式执业二年以上。 2. 医院规模适当，定位明确； 3. 制定年度工作计划和中、长期发展规划并落实。	1. 查阅《医疗机构执业许可证》 2. 查阅医院发展规划，抽查评审时间以前的规划内容执行情况。	1、医院需提供：（1）《医疗机构执业许可证》，（2）“营业执照”，（3）“代码证”原件或/和复印件。 2、医院名称、设置的科室等与许可证相符； 3、医院的“房屋租赁合同（附房屋面积图）”“或自购房的”房产证、土地证（附房屋面积图）； 4、制定医院发展规划、工作计划，定位、工作内容等： ①、制定医院至少 3 年发展规划（中、长期发展规划）；明确医院的规模、性质，工作重点； ②、根据规划，制定医院年度工作计划； ③、每一年落实情况应有书面总结或年度工作总结。 5、医疗美容医院简介（医院情况介绍）、“核心价值观”： ①、简介：何时建院，开展工作项目、特点，年门诊工作量、住院床位使用、周转率，开展新技术、新项目，科研立项、成果、年平均论文发表篇数，教学任务，技术人员梯队建设，机构等级等；机构法人或主要负责人等。要求客观、实事求是，文字语言不修饰、不夸大、不炒作概念。 ②、制定本院的“核心价值观”，全院职工要牢记。如： “医院精神：认真、务实、科学、求发展，创业、创新、创美、创一流。 服务宗旨：做好每件事，诚信每一人，真情每一天”。
二、门诊部 1. 门诊部正式执业二年以上。 2. 门诊部规模适当，定位明确； 3. 制定年度工作计划和中、长期发展规划并落实。	1. 查阅《医疗机构执业许可证》； 2. 查阅门诊部发展规划，抽查评审时间以前的规划内容执行情况。				
三、诊所 1. 诊所正式执业二年以上。	1. 查阅《医疗机构执业许可证》； 2. 查阅诊所发展规				

1			<p>2. 制定年度工作计划和中、长期发展规划并落实。</p>	<p>划，抽查评审时间以前的规划内容执行情况。</p>	
		<p>【B】 符合 “C”， 并</p>	<p>一、医院 1. 住院床位总数不少于 20 张。 2. 美容治疗床不少于 12 张。 3. 美容牙椅不少于 4 台。 4. 卫生专业技术岗位 \geq 医院岗位总量的 70%。 5. 每床（椅）配备相关专业技术人员 ≥ 1.03 名。 6. 每床（椅）配备护士 ≥ 0.4 名。</p>	<p>1. 核查医院床位数； 2. 医院床位扩增有行政部门批准文件； 3. 查阅医院岗位设置有关文件。</p>	<p>1、医院设置所有科室和任命人员文件或/和复印件。要求以带编号“红头文件”的文件形式发文； 文件要求：院长、付院长、行政管理科室、临床科室主任（科长）、护士长明确的任命、工作分工、责任到人，履行院科两级管理职责； 2、美容病房床位：配备 20 张或以上床位，设置单人间或双人间病室，明亮、通风、温馨、舒适；每张床建筑面积大于 70 平方米，净使用面积大于 8 平方米，便于应急治疗；配备带护栏可移动病床，配备防跌倒、防滑独立卫生设施。 3、美容治疗床位：配备 12 张或以上床位，设置单人间或多人间治疗室，明亮、通风、温馨、舒适；每张床建筑面积大于 70 平方米，净使用面积大于 8 平方米，便于应急治疗；配备带护栏可移动病床，配备防跌倒、防滑独立卫生设施。美容牙椅（或综合性牙椅）不少于 4 台。 4、岗位设置：卫生技术岗位设置大于 70%，非卫生技术岗位设置小于 30%。卫生专业技术岗位，是指：临床各个专业、医技、康复、预防保健、体检中心、医学美容（医学心理）咨询等科室岗位设置应当占医院总岗位数的 70%；非卫生技术岗位应 $< 30\%$，非卫生技术岗位是指：行政办公部门设置如院长室、办公室、科技、医务、护理、后勤总务、信息、宣传、警务保卫等。 5、医师配备：每床（椅）配备相关专业技术人员比例至少等于 1.03 名，即 20 张床位、12 张美容治疗床、4 张牙椅应按照 1.03/床名比例配备专业技术人员（临床、医技医师）。 6、护士配备：每床（椅）配备护士 ≥ 0.4 名，即 20 张床位、12 张美容治疗床、4 张牙椅应按照 0.4/床名比例配备护士。 要求：（1）准备全院人员花名册、按专业不同分类管理；（2）专业技术证件如医师资格证、执业证、职称证、毕业证、主治医师证或从事整形、口腔、皮肤、中医临床工作规定年限的证明材料等原件和复印件；（3）后勤专业证书如：水、电工证书，压力容器操作证书，电梯操作证书，消防培训合格证书，健康证等。 7、编制本院的“院科两级管理组织架构图”。</p>

1			<p>二、门诊部</p> <p>1. 观察床位不少于 2 张；手术床 2 台。</p> <p>2. 美容治疗床不少于 4 张，牙科椅不少于 2 台。</p> <p>3. 卫生专业技术岗位 \geq 门诊部岗位总量的 50%。</p> <p>5</p> <p>4. 每台手术床应至少配备 2.4 名相关专业卫生技术人员。</p> <p>5. 每张观察床、牙科综合治疗椅至少配备 1.03 名相关专业卫生技术人员和 0.4 名护士。</p>	<p>1. 核查门诊部床位数；</p> <p>2. 门诊部床位扩增有行政部门批准文件；</p> <p>3. 查阅门诊部岗位设置有关文件。</p>	<p>1、评价标准和评价方法中医院名称改为“<i>门诊部</i>”、文件中涉及院长名称改为“<i>门诊部主任</i>”。</p> <p>2. 岗位设置：提供门诊部岗位设置文件；卫生技术岗位设置至少等于 50%，非卫生技术岗位设置至少在 49%以下（含 49%）；[医护技药卫生技术人员与非医务人员在岗比例至少是 2:1，即可达到 50%，非卫生技术人员与卫生技术人员在岗比例应小于 1:2（不含 1:2）]。医务与非医务人员在岗比例必须是 2:1。</p> <p>3、观察床位 2 张、美容治疗床 4 张、牙椅 2 台以上，按照 1.03/床名比例配备专业技术人员（临床、医技医师）。</p> <p>4、每台手术床应至少配备 2.4 名相关专业卫生技术人员，应包括麻醉医师在内。</p>
			<p>三、诊所</p> <p>1. 美容治疗床 2 张以上。</p> <p>2. 或手术床 1 张及观察床 1 张，或牙科综合治疗椅 1 张。</p> <p>3. 美容外科、美容皮肤科、美容牙科、美容中医科 4 个临床科目中设置不超过 2 个科目。</p> <p>4. 卫生专业技术岗位 \geq 诊所岗位总量的 50%。</p>	<p>1. 核查诊所床位数；</p> <p>2. 诊所床位扩增有行政部门批准文件；</p> <p>3. 查阅诊所岗位设置有关文件。</p>	<p>1、医院名称改为“<i>诊所</i>”，文件中涉及院长的改为“<i>诊所主任</i>”。</p> <p>2、床位设置指：手术床 1 张及观察床 1 张以上，或牙科综合治疗椅 1 张以上；美容治疗床 2 张以上；根据临床科室的设置按照该 要求进行配置。</p> <p>3、临床科室的设置中：美容外科、美容皮肤科、美容牙科、美容中医科 4 个临床科目中设置不超过 2 个科目。</p> <p>4、卫生专业技术岗位 \geq 诊所岗位总量的 50%。临床科室和/或医技科室的设置数至少与行政、职能部门相等。卫生技术人员的比例没有硬性规定。</p> <p>注：在解读材料中以医院标准解读为主，凡是涉及机构级别名称，相应改为门诊部或诊所，以下不再说明。</p>

1	【A】符合“B”，并	<p>一、一、医院</p> <p>1. 临床科室必须具有副高及以上职称。</p> <p>2. 护士中具有大专及以上学历者 > 30%。</p> <p>3. 主管护师职称 2 名以上。</p>	<p>1. 核查所有从业人员执业资格证书，核对人员学历、职称情况。</p>	<p>1、准备全院聘用人员花名册，各个证书原件和复印件，按专业类别分类统计，写成文字材料。</p> <p>2、重点检查临床科室中具有副高及以上职称的材料： 医务人员证书：如西医师、中医师（药剂师、放射科、检验科医师等可以准备）所有在岗人员执业资格证（含美容主诊医师证）、职称证、注册证、上岗证、专业岗位培训证（政府行为）、毕业证、学位证书等原件和复印件。</p> <p>3. 准备护士人员花名册，其中需要提供大专以上学历护士人员毕业证书原件，提供护士中具有大专及以上学历人数与护士总人数比>30%的统计资料。</p> <p>4、准备主管护士职称至少 2 名人员的职称资质证书材料。</p>
		<p>二、门诊部</p> <p>1. 临床科室主任具有副高及以上职称 >50%。</p> <p>2. 护士中具有大专及以上学历者 > 20%。</p> <p>3. 具有护师资格以上的护士 1 名。</p>	<p>1. 核查所有从业人员执业资格证书，核对人员学历、职称情况。</p>	<p>1、准备全门诊部聘用人员花名册，各个证书原件和复印件，按专业类别分类统计，写成文字材料。</p> <p>2、重点准备临床科室主任（科室主任任命文件）具有副高及以上职称的材料，科室设置的文件，同时提供临床科室主任数与科室设置数之比 > 50% 的统计材料。</p> <p>3、提供护士化名册，护士学历毕业证书原件，提供护士中具有大专及以上学历者 >20% 的统计资料。</p> <p>4、具有护师资格以上的护士 1 名。</p>
		<p>三、诊所</p> <p>1. 2 名临床科室主治医师或者 1 名副主任医师。</p> <p>2. 至少 2 名护士，具有护师资格以上的护士 1 名。</p>	<p>1. 核查所有从业人员执业资格证书，核对人员学历、职称情况。</p>	<p>1、提供员工花名册，根据评价标准要求检查临床科室医生执业医师资格、注册资格、职称。</p> <p>2、实地核查护士人数，其中获得护师职称的人员至少 1 名。</p>

2	<p>2. 组织机构的职责和责任写入机构章程、规章制度和程序。</p> <p>医院：</p> <p>门诊部(2条)、</p> <p>诊所(2条)：</p>	【C】	<p>一、医院</p> <p>1. 组织机构的设置及其岗位职责，机构及科室命名规范。</p> <p>2. 规章制度。</p> <p>3. 机构必须设置相应专业管理委员会，保障医疗安全、医务人员和患者权益。</p>	<p>1、查看医院组织机构（科室及职能部门等）设置相关文件。</p> <p>2、查看规章制度和科室设置的岗位职责。</p> <p>3、查看建立相应专业委员会文件和人员结构组成。</p> <p>4、现场抽查 10 名员工到岗情况。</p>	<p>1、在医院科室、职能部门设置的正式文件中：应有①行政管理部门，②临床、医技科室，(3) 其它部门相关部门。文件“红头文件”编号形式发文。有各科主任（包括部门负责人）的任命文件，明确分工与责任，施行院科两级管理。</p> <p>2. 制定医院组织管理的构架图（组织构架图），明确管理流程。</p> <p>3. 制定医院《规章制度》，应包括： <职能部门、临床科室、医技科室等组织构架及职责>、<医院人事档案管理制度>、<医院各级人员职责>、<医务人员岗前教育规定>、<医院各级人员绩效考评及奖惩制度>、<医院职工继续教育规定>、<医疗、护理质量管理与控制规定>、<药品管理制度>、<后勤管理制度>、<科研、新技术管理制度>、<财务管理规定>等制度规定，以及各个科室根据制度和规定制定实施方案和细则等等。</p> <p>4. 评审当天在岗人员必须到场，准备员工花名册，以便抽查；</p> <p>5、在组织结构中需要成立以下几个“专业委员会”（小组），同时准备相应的任命文件；开展活动的年度台账记事本： (1)、医院安全管理委员会；(2)、医疗质量控制管理委员会；(3)、护理质量控制管理委员会；(4)、医院感染控制管理委员会；(5)、医院药事管理委员会（含特殊药品管理小组）；(6)、医院绩效考核与评价工作委员会（含院科两级、有关职能部门、财务部门网络组织构架）；(7)医院继续教育管理委员会；(8)医院医学伦理委员会；等。</p> <p>以上各个委员会名称各医疗美容机构根据自身情况拟定成立或增加新的管理委员会（小组）。各个委员会成立均要明确：主任、付主任、成员及职责。要制定管理规定并实施、检查落实情况、要有检查记录、持续改进措施记录。</p> <p>6. 诊所根据自身的规模设置小组或指定专人负责，近似的职能可以合并。</p>	
			<p>二、门诊部</p> <p>1. 组织机构的设置及其岗位职责，不交叉，分工明确，到岗到人；机构及科室命名规范。</p> <p>2. 有规章制度。</p> <p>3. 机构必须设置相应专业管理委员会，保障医疗安全、医务人员和患者权益</p>	<p>1、查看门诊部组织机构（科室及职能部门等）设置相关文件。</p> <p>2、查看规章制度和科室设置的岗位职责。</p> <p>3、查看建立相应专业委员会文件和人员结构组成。</p> <p>4、现场抽查 10 名员工到岗情况。</p>		
			<p>三、诊所</p> <p>1. 组织机构的设置及其岗位职责，不交叉，分工明确，到岗到人；机构及科室命名规范。</p> <p>2. 有规章制度。</p>	<p>1、查看诊所组织机构（科室等）设置相关文件。</p> <p>2、查看规章制度和科室设置的岗位职责。</p> <p>3、查看建立相应专</p>		

2		3. 设置相应专业管理小组或指定专人负责，保障医疗安全、医务人员和患者权益。	业管理小组或指定专人负责文件和人员结构组成。	
	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 医院感染控制写成书面文件。 2. 医院质量管理写成书面文件。3. 绩效评价及相关标准写成书面文件。	1、有《医院感染控制管理办法》； 2、有《医院质量管理办法》。 3、有医院绩效考核与评价的相关规定，查阅考核记录。	1、医院要成立“感染控制管理委员会（小组）及网络组织”，定期开展检查、记录、整改，杜绝感染事件发生。 2、医院要成立“医疗质量管理工作委员会（小组）及网络组织”，定期开展医疗质量检查、记录、整改，不断提高医疗质量，确保医疗安全。 3、医院应成立“医院绩效考核与评价工作委员会（小组）及各个部门科室的网络组织”，院一级制定本院“员工绩效考核与评价”制度，绩效考核评价标准；人事部门做好各个科室和部门的督查、评价、复查、确认、存档等工作，同时做好个人绩效考核成绩抄送财务部门和院绩效考核与评价工作委员会备案；各个科室部门根据医院制定的标准做好员工月、季、年度考核工作（填表）；所有部门、科室都有职工工作的业绩记录（含发生的差错、事故、并发症、有效举报投诉等记录）。
		二、门诊部 1. 门诊部感染控制写成书面文件。 2. 门诊部医疗质量管理写成书面文件。 3. 绩效评价及相关标准写成书面文件。	1、有《门诊部感染控制管理办法》； 2、有《门诊部医疗质量管理办法》。 3、有门诊部绩效考核与评价的相关规定，查阅考核记录。	4、科室设置医疗差错、纠纷、事故、有效举报投诉发生情况登记本，便于及时处置、整改，有并发症、继发性发生的处置预案记录本。 5、医院要制定有关奖惩制度文件作为绩效评价标准，每一次的奖惩均要以文件形式奖惩，做到透明、公开，达到全院教育的目的，避免重复发生类似错误或差错；采用钱物奖励的，医院财务部门的应提供账本备查。
		三、诊所 1. 诊所感染控制写成书面文件。 2. 诊所医疗质量管理写成书面文件。 3. 绩效评价及相关标准写成书面文件。	1、有《诊所感染控制管理规定》。有《诊所医疗质量管理规定》。 2、有诊所绩效考核与评价的相关规定，查阅考核记录。	6、医院成立的其它管理委员会及各个部门科室的网络组织架构，应定期开展活动，定期检查、总结、分析、持续改进并有记录。 7、准备上述各个委员会（小组）工作台账记录材料；准备在职人员在行业协会、学会社团组织担任的职务等证书原件等材料。 8、门诊部、诊所解读内容基本一致，只是医院名称改为门诊部或诊所，改进自身规模情况，委员会可以改为小组，或指定专人负责。
【A】符合“B”，并	一、医院 1. 有全员定期（至少每年1次）开展医疗卫生法律法规、规章	1、查阅医院法规、管理制度、质量管理、岗位职责等培训计划、培训资料	1、全院员工培训：每年至少开展一次全院人员培训，对医院的管理制度或规定、职责均要熟悉知晓。做好每年开展的“各类培训的材料、签名本、会场照片、会议材料、培训主题、授课人员名单”等资料的整理备查。如：要求每年至少1次：	

2			<p>制度、质量管理、岗位职责培训计划并实施。</p> <p>2. 职工熟悉相关法律、法规、规章制度和岗位职责。</p>	<p>(书籍或影像资料);</p> <p>2、抽查 5 名员工对医院法规、管理制度、质量管理、岗位职责的了解情况。</p>	<p>(1)开展全院员工“医疗卫生法律法规、规章制度”的培训学习,要有授课材料(讲稿)、参加培训的本人签到记录、要有举办培训的照片、培训小结。</p> <p>(2)开展全院“医疗质量管理、医疗安全教育”的培训学习、岗位职责培训的学习,要有授课材料(讲稿)、参加听课学习的本人签到记录、举办培训的照片、培训小结。</p> <p>(3)开展全院“医学伦理教育”的学习、要有授课材料(讲稿)、参加听课学习的本人签到记录、举办培训的照片、培训小结。</p> <p>(4)开展全院“护理质量管理”的培训学习、要有授课材料(讲稿)、参加听课学习的本人签到记录、举办培训的照片、培训小结。</p> <p>(5)开展全院“医院感染与控制”的培训学习、要有授课材料(讲稿)、参加听课学习的本人签到记录、举办培训的照片、培训小结。</p> <p>(6)开展全院继续教育“三基培训”的学习、要有授课材料(讲稿)、参加听课学习的本人签到记录、举办培训的照片、培训小结(含医院组织的“三基”试卷考试、考核,要求提供试卷。参加国家、省卫生行政主管部门网站组织的“三基”考试,提供名单、网站、年度、哪一期、得分等材料)。</p> <p>(7)开展全院“医学或医学美容相关”的专业教育学习、要有授课材料(讲稿)、参加听课学习的本人签到记录、举办培训的照片、培训小结。</p> <p>(8)、每年至少 1 次,开展全院“绩效考核与评介”的学习、要有培训(讲稿)、参加听课学习的本人签到记录、举办培训的照片、培训小结。</p> <p>2、准备医疗质量管理委员会召开的会议记录本、历次院级中层干部召开的会议记录;全院职工大会内容与记录;</p> <p>3、加强医院职工对医院规章制度的学习,尤其是本岗位职责、医院的核心制度的熟悉掌握;重点是各科室内部规章制度、职责、医疗核心制度的学习,并有记录;</p> <p>4、加强院科两级管理理念;了解熟悉有关医疗机构批准程序、科室设置、人员组成的基本条件,医疗美容项目分级管理,以及医疗核心制度制定的内容等。以上各种学习培训的内容在<u>医院中长期规划</u>中有具体的章节内容。</p> <p>5、机构设置与岗位职责:组织机构的设置、岗位职责和责任写入书面文件,职责清楚、不交叉,人员配备齐全、分工明确,到岗到人。</p>
			<p>二、门诊部</p> <p>1. 有全员定期(至少每年 1 次)开展医疗卫生法律法规、规章制度、岗位职责培训计划并实施。</p> <p>2. 职工熟悉相关法律、法规、规章制度和岗位职责。</p>	<p>1、查阅门诊部法规、管理制度、质量管理、岗位职责等培训计划、培训资料(书籍或影像资料);</p> <p>2、抽查 5 名员工对医院法规、管理制度、质量管理、岗位职责的了解情况。</p>	
			<p>三、诊所</p> <p>1. 有全员定期(至少每年 1 次)开展医疗卫生法律法规、规章制度、岗位职责培训计划并实施。</p> <p>2. 职工熟悉相关法律、法规、规章制度和岗位职责。</p>	<p>1、查阅诊所法规、管理制度、质量管理、岗位职责等培训计划、培训资料(书籍或影像资料);</p> <p>2、抽查员工对诊所法规、管理制度、质量管理、岗位职责的了解情况。</p>	

2					<p>至少安排 10 名职工熟悉掌握上述规定，做好应对评审专家对规章制度抽查的准备工作。</p> <p>6、门诊部、诊所解读内容基本一致。不强调或不要求院科两级管理；在抽查人员上门诊部只抽查 5 名员工，诊所没有人数规定。</p>
3	<p>3. 实行院长负责制及院、科两级管理责任制。</p> <p><i>门诊部、诊所不设该条。</i></p>	【C】	<p>一、医院</p> <p>1. 医院实行院长(董事长或总经理)负责制。</p> <p>2. 科室实行科主任负责制，推进从业人员职业化。</p>	<p>1. 查阅医院组织机构文件、岗位职责、职能部门工作记录和抽查 2 个科室核实落实；</p> <p>2. 查阅医疗质量安全检查、报告资料 and 记录。</p>	<p>1、医院制定本院的‘医院管理组织结构’，设置管理部门（科室）体现出院、科两级管理。各家医疗机构根据本院的特点设置院级管理和科室管理： 院级管理人员：院长（董事长或总经理兼）、副院长（业务副院长、行政副院长）等； 行政职能管理部门：院办公室、医务科、护理部、人力资源部、财务科、总务科（行政科）、信息科（含客服网络中心、企业策划等）等； 临床科室：美容外科、整形外科、美容口腔科、美容皮肤科、美容中医科、住院病区、门诊部等； 医技科室：临床实验室（检验科）、放射科、药剂科（药房）、病案室、消毒供应室等； （门诊部：输液治疗室、注射室、激光治疗室、换药室）；</p> <p>2、医院根据本院职能管理部门、科室的设置，制定并颁布任命文件。任命文件体现出：“院级领导任命与分工、医院行政职能管理部门负责人的任命与分工，临床、医技科室主任的任命与分工”。</p> <p>3、制定本院对“院、科两级管理组织结构图”。</p> <p>4、院办公室或人力资源部需要保留任命文件原件，科室需要保留复印文件以备检查与核对。管理人员如有变更，需要重新任命和颁布并下发文件到各个管理科室，传达到全院员工。</p> <p>5、在医院管理过程中要体现出院科两级管理层次、管理台账、管理记录、检查记录等内容。</p> <p>(1)、要体现出院、科两级管理组织结构；如图：</p> <p>(2)、工作中要体现出“院、科两级管理分工”，实际工作中要体现出的“分工层次，查阅工作台账、工作记录”；</p> <p>(3)、全院员工要知道“院、科两级管理组织结构”内容，做好全院的宣传、教育工作，职工要能正确回答。</p> <p>(4)、各级管理部门（如院长、副院长、管理科室主任、临床科室主任等）要明确岗位职责（部分岗位职责上墙、岗位职责台账记录）、部门管理的</p>
			<p>二、门诊部 <i>没有该条</i></p>	/	
			<p>三、诊所 <i>没有该条</i></p>	/	

3				<p>工作记录（各种台账记录）。</p> <p>(5)、建议医院有统一制定的“科主任、护士长”工作手册（或科室台账记录本），管理科室、临床科室等统一使用，建立科室台账，备查。</p> <p>附：“院、科两级管理组织结构图”式样（略）</p> <p>医院各个职能管理部门准备各自的职责范围内的规章制度和工作台账。</p>	
	【B】符合“C”，并	一、医院	1. 医院、各科室领导了解和掌握现行的有关法律、法规和部门规章及有关卫生政策，指导医院管理工作。	1. 提问 1 名院级领导，2 个职能部门负责人有关法律、法规及医院规章制度相关问题。	<p>1、院级领导、科室负责人需要熟悉和掌握现行的有关法律、法规和部门规章及有关卫生政策：</p> <p>(1)、熟悉掌握《中华人民共和国执业医师法》、《护士条例》（含医师、护士定期考核规定）；</p> <p>(2)、《医疗美容机构设置基本条件》；</p> <p>(3)、《医疗美容服务管理办法》国家卫计委 [2016] 第 8 号令（在 2002 年版的基础上进行调整修改：取消 2 条即考试和委托中介组织）；</p> <p>(4)、《医疗美容分级管理目录》；</p> <p>(5)、《手术分级管理办法》；</p> <p>(6)、《多点执业和会诊的必备条件》；</p> <p>(7)、特殊药品如：《麻醉、精神、含毒药药品类管理的规定》；</p> <p>(8)、《医疗质量管理办法》 国家卫计委 [2016] 第 10 号令；</p> <p>(9)、国家及省级颁布有关医院“感染控制”的法规规章和政策等；</p> <p>(10)、医院本身的相关规章制度，尤其是医疗核心制度。</p>
		二、门诊部	没有该条	/	
		三、诊所	没有该条	/	
【A】符合“B”，并	一、医院	1. 院级、主要职能部门领导至少每年接受 1 次卫生行政部门专门的管理专业知识培训。 2. 医院法人及主要负责人每年至少 1 次接受卫生行政部门及其委托部门开办的有关法律、法规培训	1. 查阅院、科领导接受培训的有关资料（书籍及影像资料）。 2. 查阅法人及主要负责人的有关培训资料（书籍及影像资料）	<p>1、院级、职能科室领导至少每年接受 1 次“参加省市市政府、行业协会、学会批准举办的专项培训，提供证明材料（通知、资料汇编、学分和培训证书、会场照片等，国家级培训与前两者相同）”；</p> <p>2、医院法人及主要负责人每年至少 1 次“参加省市市政府、行业协会、学会批准举办的专项培训，提供证明材料（通知、资料汇编、学分和培训证书、会场照片等，国家级培训与前两者相同）”。</p> <p>备好相关证明材料原件和复印件。</p>	

3			二、门诊部 没有该条	/	
			三、诊所 没有该条	/	
4	<p>4. 建立医疗卫生专业技术人员的“三基”培训考核制度，落实执业人员岗前及在岗继续医学教育。</p> <p>医院、门诊部（3条）、 诊所（3条）：</p>	【C】	<p>一、医院</p> <p>1. 根据科室人员结构的具体情况，制订“三基”、或美学、心理学、社会学、人文医学培训相适宜的培训目标、计划、措施，组织实施。</p> <p>2. 有岗前培训制度和梯队建设有规划、有措施并落实，岗前培训、住院医师培训率（含在岗培训）达到100%。</p>	<p>1. 抽查2个科室人员组成，核查培训计划是否符合人员需求；</p> <p>2. 查阅有关文件和培训记录，抽2个科室各1人，了解住院医师培训情况。</p>	<p>1、医院制定继续教育“三基”培训制度和“三基培训”计划，每年应文件的形式明确规定当年的“三基培训”计划，落实“三基”培训制度；文件应规定“三基培训”应含美学、心理学、社会学、人文医学的内容和培训考核要求：</p> <p>（1）、医教科、护理部至少每年开展二次“三基”培训；根据文件精神适当安排美学、心理学、社会学、人文医学课程的培训内容。（2）、开展“三基培训”应保留：讲稿、参加人员签名、培训照片、培训考核考试、考核考试的试卷和成绩表、培训小结等所有涉及资料存档。（3）、各临床、医技科室根据文件精神，安排各自专业“基本理论、基本知识、基本技能”培训计划；④开展科主任、护士长工作手册工作制度的科室，提交科室工作手册或记录台账；</p> <p>2、人事部门要制定员工培训制度与培训计划，加强员工的职业化教育，做好新进医院的员工上岗前的培训教育，要有培训资料、参加人员签、培训照片、培训记录和小结。保存所有材料备查；</p> <p>3、医院人事部门制定“住院医师规范化培训计划”，具备条件的医疗机构，按照卫生行政批准的三甲医院培训基地的培训项目开展院内培训，选派优秀住院医师参加院外三甲医院培训基地培训；根据省市卫生行政部门的安排，做好住院医师定期考核（医师定期考核培训）工作，要求100%达标。保存参加培训医师的证书原件和复印件；</p> <p>提供住院医师名单，备核查提问。</p> <p>4、诊所没有要求抽查科室，只要求抽查1人了解专员医师培训情况。</p>
			<p>二、门诊部</p> <p>1. 与医院内容相同</p> <p>2. 与医院内容相同</p>	<p>1. 抽查2个科室人员组成，核查培训计划是否符合人员需求；</p> <p>2. 查阅有关文件和培训记录，抽2个科室各1人，了解住院医师培训情况。</p>	
			<p>三、诊所</p> <p>1. 与医院、门诊部内容相同</p>	<p>1. 抽查诊所人员组成，核查培训计划是否符合人员需</p>	

4		2. 与医院、门诊部内容相同	求； 2. 查阅有关文件和培训记录,抽 1 人,了解住院医师培训情况。	
	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 按国家，省卫生行政部门有关要求 进行医学教育、规范培训,有相应证明文件。	1. 抽查 5 名专业人员继续医学教育证书。	1、医院收集：在岗医务人员参加市（省辖市）级以上行业协会、医师协会、学会批准的医学专业或专项继续教育、规范培训项目学习与培训的相关证明证件（学分、培训证书）原件和复印件； 如果缺少，立即前往有关单位弥补。 2、医院、门诊部提供 5 名医师参加国家、省级、市级合法批准的继续教育、规范培训、学术活动的有关资料（学分证书、培训证书等）。 3、诊所级别的机构提供 2 名专业人员的继续教育、培训证书等
		二、门诊部 1. 与医院内容相同	1. 抽查 5 名专业人员继续医学教育证书。	
		三、诊所 1. 与医院、门诊部内容相同	1. 抽查 2 名专业人员继续医学教育证书。	
	【A】符合“B”，并	一、医院 1. 制定继续教育规划,有经费预算并落实。	1. 查看财物报表,继续教育投入情况。	1、医院财务科要收集全院员工所有参加继续教育培训（市级以上协会、学会同级政府批准的继续教育、学历教育等）的证书（医教科、护理部保存）、发票（财务科保存）并统计总结全年继续教育的项目和总费用，根据上述情况制定本院的“规范项目培训计划”和“继续教育经费投入预算”。 2、门诊部、诊所要求与医院基本一致。
		二、门诊部 与医院内容相同	1. 查看财物报表,继续教育投入情况。	
		三、诊所 与医院、门诊部内容相同	1. 查看财物报表,继续教育投入情况。	

5	5. 严格执行国家财务制度及价格政策，医疗服务收费和药品价格公开、透明。	【C】	一、医院	1. 按照《会计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》及国家有关规定，建立财务制度。 (细化：人员资质，财会制度，合理设岗，价格公示)	1. 抽查医院财务制度 3 条款，是否符合《会计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》； 2. 实地查看医院价格公示情况。	1、按照《会计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》及国家有关规定，制定本医院的财务管理制度（符合国家的财务制度及价格政策）；做好随意抽查的 3 条款的准备工作； 2、按照国家卫生、物价政府部门有关医疗美容物价政策的规定进行价格公示： (1)制定本院医疗服务收费标准，并上墙公示；由于医疗美容服务收费受市场影响，其收费标准变更时，其价格应随时变更上墙公示；(2)提供医院大厅电子屏幕和网站医疗美容服务项目价格公示照片，医疗美容服务项目严格按照《医疗美容分级管理目录》（卫办医政发〔2009〕220 号）规定的各专业项目目录制定价格并公示；(3)由于整形科目中组织缺损修复、功能重建、体表器官再造、显微外科等各类项目不属于医疗美容特殊服务，因此，这些项目应当按照国家、省卫生行政主管部门有关整形科相关病种（参照省公费医疗整形外科病种）项目价格规定进行收费。提供整形项目收费收据或病员发票（或存根）；(4)开展的医疗美容项目，提供项目收费收据或病员发票（或存根）；提供从税务部门领取的开具医疗美容项目发票原件（或发票原件存根）。 3、按照药品价格管理制度，严格执行国家对药品价格的规定，不得随意任意加价收费；做好公开药品价格；现场查看电子屏幕和网站项目价格是否与国家规定的价格相一致。 4、对医用耗材，应严格按照国家有关规定进行加价收费，不得随意任意加大价格，提供医用耗材进货发票及收费标准。国家（含省级）没有明确规定价格的医疗美容高科技医用耗材，应当报请省、市级物价部门，根据物价部门的批复制定价格收费标准。 做好现场查看电子屏幕和网站项目价格应一致，与宣传资料一致的工作。
			二、门诊部	1. 按照《会计法》、《门诊部会计制度》和《门诊部财务制度》及国家有关规定，建立财务制度。 2. 实行价格公示制，在门诊部显著位置设置公示栏对价格进行公示。	1. 抽查门诊部财务制度 3 条款，是否符合《会计法》、《门诊部会计制度》和《门诊部财务制度》； 2. 实地查看门诊部价格公示情况。	
			三、诊所	没有该条	/	
			【B】符合“C”，并	一、医院	1. 抽查 3 名患者出院费用收据或发票。	
		二、门诊部	1. 患者出院时，提供费用收据或发票。	1. 抽查 2 名患者出院费用收据或发票。		
		三、诊所	没有该条	/		
		医院、 门诊部(4条) 诊所不设该条。				

5		【A】符合“B”，并	<p>一、医院</p> <p>1. 设立投诉管理部门，及时处理患者对违规收费的投诉，及时改进.</p>	<p>1. 实地查看投诉管理部门；</p> <p>2. 查阅近 1 年物价投诉资料，核查改进情况。</p>	<p>1、在门诊大厅明显的位置，设置投诉电话，在前台、医务科、护理部、办公室放置求美就医者投诉登记本（记录本）、接待投诉记录表格，对每一例投诉做到热情接待、及时处理、记录在案，对有效投诉要有调查、分析、处理意见、提出改进措施。</p> <p>2、制定投诉接待、处置管理规定、投诉接待工作流程。</p> <p>注：(1)、设立患者投诉接待部门（科室）、专人接待，接待人在处理投诉过程中全程陪同、做到及时接待、</p>
			<p>二、门诊部</p> <p>1. 设立投诉管理部门，及时处理患者对违规收费的投诉，及时改进.</p>	<p>1. 实地查看投诉管理部门；</p> <p>2. 查阅近 1 年物价投诉资料，核查改进情况。</p>	<p>迅速沟通、满意处置、详细记录。</p> <p>(2)、做到投诉有记录、调查核实、处理意见或办法、分析问题所在、提出持续改进措施。</p> <p>(3)、每年对患者投诉进行总结、分析问题、提出持续性改进措施。</p>
			<p>三、诊所</p> <p>没有该条</p>	/	
6	<p>6、制定突发事件应急管理预案，并进行演练。</p> <p>医院、</p> <p>门诊部(5条):</p> <p>诊所: 不设该条</p>	【C】	<p>一、医院</p> <p>1. 在中长期发展规划中有应急预案，包括水灾,火灾,地震,突发性公共卫生事件,危、急、重病人抢救等.</p> <p>预案内容应包括:组织领导、事件分级、应急响应流程、报告程序、专业队伍等内容。</p>	<p>1. 查阅有关材料，重点查阅烈性呼吸道传染病，危、急、重病人抢救应急预案。(过敏性休克、急性大失血、窒息、重要脏器衰竭或栓塞、麻醉意外、中毒反应、重要血管栓塞等)。</p> <p>2. 抽查 5 名医务人员心肺复苏操作。抽查 1-2 名院内非医务人员心肺复苏操作</p>	<p>1、医院制定各种突发事件应急预案:</p> <p>(1)、制定本院的《突发性自然灾害(水灾、火灾、地震)公共事件应急预案，应急响应流程、报告流程》，成立医疗救护小组；</p> <p>(2)、制定本院的《突发性公共卫生事件应急预案，应急响应流程、报告流程》。成立医疗救护小组；</p> <p>(3)、制定本院的《烈性呼吸道传染性疾病预防应急预案，应急响应流程、报告流程》。成立本院“传染性疾病预防”医疗救护小组；</p> <p>(4)、制定本院的《危、急、重病人抢救应急预案，心、肺复苏抢救培训计划、培训考核》并组织培训，医务人员均要能熟练掌握正确的心、肺复苏抢救操作流程，操作考核；平时训练要有记录、照片、小结等资料、备查。非医务人员应熟悉并掌握心、肺复苏抢救操作技能。</p> <p>(5)、制定本院的《心力衰竭抢救应急预案》并组织培训，医务人员均要能熟练掌握正确的心力衰竭抢救操作流程，操作考核；平时训练要有记录、照片、小结等资料、备查。</p> <p>(6)、制定本院的《麻醉意外抢救应急预案》并组织培训，医务人员均要能</p>

6			二、门诊部 1. 在中长期发展规划中有应急预案,包括水灾,火灾,地震,突发性公共卫生事件,危、急、重病人抢救等. 2. 预案内容应包括:组织领导、事件分级、应急响应流程、报告程序、专业队伍等内容。	1. 查阅有关材料。重点查阅危、急、重病人抢救应急预案。(过敏性休克、急性大失血、窒息、麻醉意外、中毒反应等)。 2. 抽查医务人员心肺复苏操作。至少1名门诊内非医务人员心肺复苏操作。	熟练掌握正确的麻醉意外抢救操作流程,操作考核;平时训练要有记录、照片、小结等资料、备查。 (7)、制定本院的《 中毒反应抢救应急预案 》并组织培训,医务人员均要能熟练掌握正确的中毒反应抢救操作流程,操作考核;平时训练要有记录、照片、小结等资料、备查。 (8)制定本院《 水、电、气突然中断应急预案 》并组织医务人员进行培训、演练、考核,要求熟练掌握应急操作流程,培训、演练、考核有记录、照片、小结等资料、备查。 (9)、制定本院的《 消防演练实施方案 》,组织职工参加消防知识讲课、举办消防演练、拍照留档保存、备查; (10)制定本院《 平安医院创建方案 》,有领导小组组长、成员,安全工作预案。等等有关预案。 2、准备:医院已经制定的各种、各类应急预案原件,没有的应及时补充完善;通用预案各个科室应有,同时各个科室备好本专业的应急预案;准备已制定应急预案启动、执行、报告的通用流程的规定材料, 3、以上各点以文件明确规定领导执行小组组长、成员组成的网络结构组织,成员原则是各个部门、科室负责人和护士长兼任;落实并准备车辆、应急物资、药品以及应急联系方式等物品和措施,随时召集出发参与抢救; 4、预案的重点是:准备过敏性休克、急性大出血、窒息、重症脏器栓塞、麻醉意外、出现“危急值”、因手术发生严重并发症病人、输液反应等应急预案。
			三、诊所 没有该条	/	
		【B】 符合 “C”, 并	一、医院 1. 医务人员熟练掌握预案有关内容和处理程序。	1. 提问2名医务人员相关内容。	1、医务人员熟练掌握预案有关内容和处理程序,尤其要求医、护、医技人员熟悉本科室专业内的应急预案内容和实施流程。 2、医院组织各种预案的培训、演练,职工要熟练掌握,详细记录、备查。
			二、门诊部 内容同上。	1. 内容同上。	
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】 符合	一、医院 1. 定期组织医务人员	1. 查阅突发事件演	1、定期组织医务人员开展相关突发事件演练。医院每年至少一次组织全院职工开展各种突发事件的演练,要有演练实施方案、参加人员、演练程

6		“B”，并	员开展相关突发事件演练。	练记录及相关资料。	序、演练小结、演练照片等资料留档备查。 2、各个部门、科室工作台帐内，应有应急预案登记本，登记本内应有应急预案内容和流程；应有各种应急预案文件复印件、参加培训记录资料，即使没有发生突发事件，也要有平时的培训记录，培训登记本。如果发生某种突发应急事件，接受统一应急指挥、积极参与抢救，参与抢救活动详细记录，记录中应当有处理、转归、结果记载等，以备查。
			二、门诊部 1. 定期组织医务人员开展相关突发事件演练。	1. 查阅突发事件演练记录及相关资料。	
			三、诊所 没有该条	/	
7	7、后勤保障满足医院服务流程需要。 医院、门诊部（6条）： 诊所（4条）：	【C】	一、医院 1. 后勤保障规章制度写入文件，管理组织健全，分工明确；人员熟悉相关制度和职责。 2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。 3. 后勤能为临床提供卫生保洁和物流配送服务，有服务流程规范，满足医疗服务需要，各种标识清晰	1. 查阅有关台账材料； 2. 查看记录，实地查看和随机抽查 4 种后勤物品供应； 3. 查阅后勤物资服务流程，实地考察后勤物资标示。	1、制定本院“后勤保障的管理制度、职责”，有健全的管理组织、明确的岗位设置与分工、人员熟悉相关制度和职责，查看院部人事任免、后勤制度、岗位职责等文件。 2、要求制定本院的：至少准备以下几个管理制度、文件，建立工作台帐： (1)、制定本院的“水、电、气、话、物资供应等”管理制度，管理工作的记录，制定“停水、停电的应急预案”； 即使后勤管理部分工作内容外包服务，也要制定本院的管理制度、管理记录；准备技术工人的执业证书如水、电工证、电梯证、消防安全员证等； (2)、制定本院的“医疗设备（或装备）的采购制度、所有医疗设备采购必须“证照齐全”；制定医疗设备的“使用、保养、维修”管理制度”，管理责任到人； (3)、制定本院的“医疗耗材采购制度”，要求“证照”齐全；制定“办公用品采购制度”、《库房管理制度》、《物品、物资请领制度》，进出物品登记，做到账物相符、物品分类上架标识明晰，保障满足医院运行需要。 (4)、有员工食堂医院根据食品卫生法和相关规定要求，制定“食堂管理制度、职责”，食品卫生管理符合规定要求，如准备卫生许可证、员工健康证等、备查。 (5)、制定本院的“环境卫生保洁”、“医疗废弃物处理”、“医院污水处理”、“物流配送服务”管理制度和实施办法、管理工作记录； 制度内容要有①、具体服务内容、②、服务流程规范，③、服务内容记录，满足医疗服务需要， (6)、制定医院的“各种标识清晰管理办法、管理流程”如“医疗服务科室
			二、门诊部 评价方法与上述医院评价标准一致。	评价方法与上述医院评价方法一致。	
			三、诊所 1. 后勤保障规章制度写入文件，管理组织健全，分工明确；人员熟悉相关制度	1. 查阅有关材料； 2. 查看记录，实地查看和随机抽查 4 种后勤物品供应；	

7			和职责。 2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。		分布流程图、楼层分布图、诊疗区域地面防滑、病区病房内防滑、科室牌、抢救室、治疗室、氧气筒摆放、库房货架标识等等”，易燃易爆有毒物品标示明显了然、专人负责、交接使用手续与程序严谨、记录。 (7)、制定医院的“车辆管理、保养维修、车辆使用”管理制度，确保车辆为临床医疗服务，驾驶人员证照齐全、身体健康。 (8)、制定医院“被服清洗消毒管理制度”，如业务外包，因备有“外包协议、管理办法、被服清洗交接记录与登记、承接单位合法的资质证书等”。
	【B】符合“C”，并	一、医院	1. 后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作。	1. 抽查 2 名后勤技术人员从业资格证书。	1、建立医院人事部门有关后勤相关技术人员的技术档案，行政后勤部门制定相关人员的技術操作规定、技术操作流程图或工作流程制度； 2、准备后勤人员上岗证件，如：水工、电工、驾驶员、锅炉工等技术人员要持证上岗；相关技术人员提供在这上岗证书。 3、水、电等工种外包，其外包单位及其人员应有相应的合法经营和人员操作资质，同时需出具双方合作协议书，明确双方职责；并提供资质复印件；
		二、门诊部	1. 内容与医院相同	1. 抽查 2 名后勤技术人员从业资格证书。	
		三、诊所	1. 后勤能为临床提供卫生保洁和物流配送服务，有服务流程规范，满足医疗服务需要，各种标识清晰。	1. 查阅后勤物资服务流程，实地考察后勤物资标示。	
	【A】符合“B”，并	医院	1. 医院职能部门应每季度至少监测 1 次，并记录备查。	1. 查阅记录。	1、医院总务科至少每季度检查监督一次，要有检查监督的具体内容、发现的问题如何处置、处置结果、持续改进措施，记录备查。没有设置后勤部门科室的机构，应当指定某行政职能部门兼管，其兼管部门按照上述要求执行。
		二、门诊部	1. 内容与医院相同	1. 查阅记录。	
		三、诊所	1. 内容与医院、门诊部相同	1. 查阅记录。	

8	8. 信息系统满足医院管理和临床工作需要。 医院、 门诊部、 诊所不设 该条	【C】	一、医院 1. 医院信息系统符合《医院信息系统基本功能规范》的规定, 信息系统满足院内医护业务管理、客户管理、财务管理等需要.	1. 查阅信息系统运行情况记录。	1、医院要以文件的形式明确并成立以院长为核心的“医院信息化建设领导小组”, 有负责信息网络管理的专职机构(如“信息科”), 建立各部门间的组织协调机制, 制订信息化发展规划。 2、医院根据《医院信息系统基本功能规范》的规定, 建立本院的信息科, 健全信息网络系统, 实现与卫生行政部门、医院内部科室间的信息共享; 有条件的单位可以建立与院外医疗机构(含连锁机构)信息共享机制。 如果本院没有完善的网络系统, 至少要有对外连接的“简易网络系统”, 与卫生行政部门能够实现信息共享的网络专线。 3、制定本院“信息网络管理制度、岗位职责、网络维护实施办法等制度”, 准备医院的信息网络建设资料, 如网络建设、维护协议、使用网络人员培训、网络配件购置使用管理办法等。 4、没有设置信息科的单位, 以“策划部”替代信息科, 但要具备医院信息基本管理功能, 或者“策划部”与信息科合并。 注: (1)准备医院内部信息网络建设制度材料, 做到医院各部门、各科室信息共享, 或者部分部门共享; (2)做好部门(科室)之间信息调取, 配合、备查; (3)部门(科室)做好信息采取、保存, 记录、备查。 5、如有“与卫生行政管理部门网络连接(联网)的批准文件(或通知)原件”需准备备查。 6、已经与外单位建立信息共享机制, 应准备“与外单位医疗机构相互建立信息共享的合作协议书(含连锁)”等资料、备查; 7、做好随时检查相关科室、部门各方之间信息调取; 各个部门、科室准备好信息采取、共享运营记录本。 8、医院信息系统的内容主要是: 医院管理、医疗、护理、医技、财务、病案、服务、文化建设以及严格按照国家医疗广告法规定的广告宣传等内容。具备条件的机构, 在目前没有统一医疗质量数据收集、分析、总结、改进措施、防范措施等情况下, 自行设计软件, 进行信息化处理。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条		
		【B】 符合 “C”, 并	一、医院 1. 与卫生行政部门等能够实现信息共享.		1、关于成立医院信息化管理委员会通知, 关于成立医院信息化管理委员会工作领导小组的通知(或医院关于任命成立信息化建设领导小组)的文件原件和复印件。 2、各部门、科室的负责人负责本部门、科室信息工作, 上述文件内容应

8		<p>2. 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组；</p> <p>3. 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，制订信息化发展规划。</p> <p>4. 有与信息化建设配套的相关管理制度。</p>	<p>1. 查看信息共享系统</p> <p>2. 查阅医院信息化管理文件。</p>	<p>包刮各部门、科室的负责人名单，形成医院信息网络</p> <p>3、有医院信息化管理委员会工作制度和各级人员职责；</p> <p>4、医院信息化建设中长期规划和年度工作计划，信息化建设规划与医院中长期规划一致；规划内容应包括实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算等。</p> <p>5、关于成立医院信息管理科（室）的报告；建立医院信息化建设领导专题会议纪要备案制度（至少每年一次）；</p> <p>6、建立医院信息安全应急预案演练记录及总结报告制度；</p> <p>7、建立医院信息系统相关制度；多部门共同参与保障医院信息系统建设、管理和信息资源共享的相关制度；医院相关规章制度与信息化工作要求相适应；根据医院管理需要和信息化建设发展要求及时修订相应的规章制度。</p> <p>8. 强调与卫生行政部门联网，实现信息共享</p>
		<p>二、门诊部</p> <p>没有该条</p>		
		<p>三、诊所</p> <p>没有该条</p>		
	【A】符合“B”，并	<p>一、医院</p> <p>1. 医院信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持在内的技术支撑。</p>	<p>1. 抽查 2 名患者电子病例记录。</p>	<p>1、医院建立完整的、当地卫生行政部门指定或确认的、医院管理信息网络系统，准备购买、安装、维护、维修单位发票、协议书等原件复印件。</p> <p>系统应有：科室管理、电子病历及管理、医护质量管理、财务管理、工作量统计、药剂管理、医用耗材管理、药物检测管理、库房管理、医疗设备管理、身份识别条码管理、腕带管理、危急值预警管理、网络信息咨询管理等等。应当参考与当地市、省卫生行政部门对公立医疗机构统一部署、实施的“医疗机构管理的信息网络系统”对接。</p> <p>网络系统建设是硬件要求，很重要！影响到许多方面的评价结果。</p> <p>2、制定医院信息网络系统管理制度。</p> <p>3、鉴于民营医疗机构多数以盈利为目的，对建设医院信息化系统现代管理的重要意义认识不足。因此，建议至少医院内部对重要、关键的科室部门实施局部性信息化管理（临床主要科室、病区、手术室、医技科室、收费处院办、医务科、护理部等），条件成熟，逐步实现医院全面信息化管理。</p> <p>4、对于没有建立医院信息化系统管理的机构，应当建立类似信息网络系统完整和反应敏捷的组织构架，以快速、准确运营相互传递、落实有关信</p>
		<p>二、门诊部</p> <p>没有该条</p>		
		<p>三、诊所</p> <p>没有该条</p>		

8					<p>息；这一组织架构的图表、职责、运营流程、工作情况、应急预案等应有相应的规章制度、台账和记录。</p> <p>5、已与卫生行政部门批准联网的，应准备相关文件原件 and 复印件。</p>
9	<p>9. 开展业务业绩情况，建立特色专科及医师技术档案</p> <p>医院、门诊部(7条)、</p> <p>诊所(5条)：</p>	【C】	<p>一、医院</p> <p>1. 年门诊、住院人次</p> <p>2. 年治疗人次档案资料，其中：</p> <p>(1) 手术人次</p> <p>其中：</p> <p>门诊手术人次</p> <p>住院手术人次</p> <p>(2) 非手术（激光、注射、针灸等）人次</p> <p>3、建立特色专科或特色病种</p>	<p>1、查看近 2-3 年年度门诊日志、病案室病历统计资料。</p> <p>2、查看近 2-3 年年度手术、非手术登记簿（提供年度统计数）。</p> <p>3、查看设置特色专科文件及相关材料。</p>	<p>1、提供 2-3 年每年度门诊日志；</p> <p>2、病案室提供 2-3 年每年度病历档案统计资料：①月、年度报表（门诊、出、住院病历）。</p> <p>②治疗（手术、非手术治疗）人次月、年度病历报表；准备出（住）纸质病历及提供出（住）病历号，以备抽查。</p> <p>③建立信息管理系统，准备完整的门诊、出（住）电子病历备查。</p> <p>3、手术室、激光治疗室、牙科和针灸推拿治疗室提供治疗（手术）登记本材料。</p> <p>4、设置特色专科（病种）文件；准备特色专科（病种）开展工作的相关材料（管理制度、质控管理规定、工作台账记录等材料）。</p> <p>5、门诊部提供的材料原则与医院相一致，病历一门诊病历为主，出住院以出住院观察病历为主。特色专科没有建立允许建立特色病种。</p> <p>6、诊所的病历以门诊病历为主；提供的资料应完整，如门诊日志，门诊病历中的病情知情同意书和手术同意书医患双方签署的文件，以及手术安全核查书三方签署的文件。</p>
			<p>二、门诊部</p> <p>1. 年门诊、住院（观察）人次档案资料。</p> <p>2. 年治疗人次档案资料；其中：</p> <p>(1)手术人次：</p> <p>门诊手术人次：</p> <p>住院（观察）手术人次：</p> <p>(2)非手术（激光、注射、针灸等）人次：</p> <p>3. 建立特色病种（或/和特色专科）</p>	<p>1、查看近 2-3 年（评价周期内）年度门诊日志、病案室病历统计资料。</p> <p>2、查看近 2-3 年（评价周期内）年度手术、非手术登记簿（提供年度统计数）。</p> <p>3、查看设置特色病种（或/和特色专科）文件及相关材料。</p>	

9		<p>三、诊所</p> <p>1. 科室设置规范。</p> <p>2. 年门诊、住院观察人次档案资料。</p> <p>3. 年治疗人次档案资料。年门诊、住院观察手术人次, 年非手术治疗(激光、注射、针灸等)人次。</p> <p>其中:</p> <p>(1)手术人次</p> <p>(2)非手术(激光、注射、针灸等)人次:</p>	<p>1. 查看属地卫生行政部门批准的《许可证》, 及机构科室设置文件。</p> <p>2. 查看近 2-3 年(评价周期内)年度门诊日志、病历(住院观察)统计资料; 年度手术、非手术治疗登记簿(提供年度统计数)。</p>	
	【B】符合“C”, 并	<p>一、医院</p> <p>1. 门诊就诊人次增长率 $\geq 6\%$</p> <p>2. 手术及非手术人次增长率 $\geq 6\%$</p> <p>3. 特色专科及特色病种诊治增长率 $\geq 6\%$</p> <p>4. 建立完整的病历档案资料。</p>	<p>1、查看近 2-3 年年度门诊日志、病案室病历统计资料。</p> <p>2、查看近 2-3 年年度手术、非手术统计资料(提供登记簿备查)。</p> <p>3、查看近 2-3 年年度特色专科及特色病种诊治人次资料。</p> <p>4、随机抽查 2 份病历档案的完整性。</p>	<p>1、提供每年度门诊总人次报表;</p> <p>2、提供每年度手术和非手术治疗总人次报表;</p> <p>3、提供每年度特色专科或/和特色病种治疗总人次报表;</p> <p>4、准备上述治疗病历档案、登记、日志、相关台账记录等材料, 以便抽查核实。</p> <p>5、随机抽查 2 份病历档案, 核查病历档案内材料是否完整, 不具体查看材料内容是否正确与否。</p> <p>6、门诊部、诊所在百分比例有区别;</p> <p>7、诊所只抽查 1 份病历档案资料, 查看完整性。</p>
		<p>二、门诊部</p> <p>1. 门诊就诊人次增长率 $\geq 4\%$.</p> <p>2. 手术及非手术人次增长率 $\geq 4\%$.</p>	<p>1、查看近 2-3 年年度门诊日志、病案室病历统计资料。</p> <p>2、查看近 2-3 年年度手术、非手术统</p>	

9		<p>3. 特色专科及特色病种诊治增长率 \geq 4 %.</p> <p>4. 建立完整的病历档案资料.</p>	<p>计资料（提供登记簿备查）。</p> <p>3、查看近 2-3 年年度特色病种（或/和特色专科）诊治人次资料。</p> <p>4、随机抽查 2 份病历档案的完整性。</p>	
		<p>三、诊所</p> <p>1. 就诊人次增长率 \geq 2 %.</p> <p>2. 手术及非手术人次增长率 \geq 2%.</p> <p>3. 建立特色病种（专科）.</p> <p>4. 建立完整的病历（含特色病种、门诊病历）档案资料。</p>	<p>1. 查看近 2-3 年年度门诊日志、病历（住院观察）统计资料；年度手术、非手术治疗统计资料（提供登记簿备查）。</p> <p>2. 查看设置特色病种（专科）文件及相关材料。</p> <p>3. 随机抽查 1 份病历（含特色病种）档案的完整性。</p>	
		<p>【A】 符合 “B”， 并</p>	<p>一、医院</p> <p>1. 三级或四级手术年度完成 50 例，</p> <p>2. 建立医疗美容、整形执业医师个人开展病种病例、技术、手术分级管理档案资料。</p>	

1、批准为美容医院级别的机构提供每年度 50 例三级手术病例和完整的病历档案，同时准备手术登记簿核查。

2、整形外科医院需提供四级（医疗美容项目分级管理目录）或/和国家或省级卫生行政部门规定的手术分级中的一、二、三级手术项目中， 50 例手术病例和完整病历档案，同时准备手术登记簿核查。

3、批准美容医院设置的整形外科，提供开展规定范围内的技术难度较大的手术病例及其完整的病历档案资料；其病例数可以与三级手术合计。

4、门诊部级别的机构每年度提供二级手术病例 100 例。

5、诊所级别的机构提供每年度特色病种病例数及其病历档案，以及当年度较上一年度增长率报表。同时，准备相关材料以备核查。

9				<p>人资格证书资料，技术档案(含手术、激光病例治疗等)资料。</p>	<p>6、提供医师个人技术、专长，开展治疗病例数、并发症发生率，科研成果(论文发表，科研成果、立项)，专业行业、学术社会团体任职等档案资料。</p>
			<p>二、门诊部 1. 二级手术年度完成 100 例。 2. 建立医疗美容执业医师个人开展病种病例、技术、手术分级管理档案资料。</p>	<p>1、查看属地卫生行政部门批准的《许可证》临床及医技科室设置文件。 2、查看手术登记簿，查看二级手术统计资料(提供年度统计数字及其它资料)。 3、查看执业医师个人资格证书资料，技术档案(含手术、激光病例治疗等)资料。</p>	<p>7、提供医师学历证明(含学位证明)、职称证书、执业资格证书、政府和行业协会颁发的单项技术培训合格证书等。</p>
			<p>三、诊所 1. 特色病种(专科)诊治增长率 \geq 2%。 2. 建立医疗美容执业医师个人开展病种病例、技术、手术分级管理档案资料。</p>	<p>1. 查看近 2-3 年年年度特色病种(专科)诊治人次资料(提供年度统计数字及其它资料)。 2. 查看执业医师个人资格证书资料，技术档案(含手术、非手术治疗病例等)资料。</p>	

二、患者安全 医院： 415 分； 门诊部： 385； 诊所： 290 分；

序号	评价内容	评价方法		评价方法	解读与建议
		CBA 款	各条款		
10	1. 对就诊患者施行唯一标识（身份证号码、病历号等）管理。 医院、 门诊部（8 条）、 诊所（6 条）：	【C】	一、医院 1. 对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。	1. 查阅患者身份标识有关制度，并实地考察之行情况。	1、制定本院“对门诊就诊和住院患者‘在全院范围内统一实施’的身份标识制度”。 2、制定本院“门诊、住院患者统一身份识别管理的实施办法”，如选择使用身份证号码或病历号（门诊病历号、住院病历号）等。 3、门诊部、病区在院一级制度的规定下，制定门诊就诊、住院患者身份标识的管理制度和实施流程，以及发生差错时的应急预案。 4、职能部门在院一级制度的规定下，制定定期督查、分析、总结、整改等措施。 上述各个部门、科室做好门诊日志等有关医疗文书材料文字书面登记、记录资料的准备工作，备查；实施信息化管理的机构，除了部分资料需要提供纸质材料之外（比如：提供医院《关于在全院范围内统一贯彻执行实施患者身份标识制度的通知》，院、科两级级规章制度等），电脑中应有随时提供可抽查的相关资料。 5、职工应当熟知以身份证号、病历号作为识别标志规定； 备好相应资料及登记本。
			二、门诊部 1. 对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。	1. 查阅患者身份标识有关制度，并实地考察之行情况。	
			三、诊所 1. 对门诊就诊和住院观察患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。	1. 查阅患者身份标识有关制度，并实地考察之行情况。	
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 对就诊患者住院病历实行唯一标识管理，如使用身份证号码或病历号等。	1. 抽查 2 名患者。	

10			二、门诊部 1. 内容与医院相同	1. 抽查 2 名患者。		
			三、诊所 1. 内容与医院相同、门诊部。	1. 抽查 1 名患者。		
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 对提高患者身份识别的正确性有改进方法，如在重点部门（手术室）使用条码管理。手术科室、重点手术室病区。	1. 抽查手术室条码使用情况。		1、制定重点部门、科室使用条码提高患者身份识别管理制度的规定，各相关部门、科室制定使用条码工作的流程，以及发生特殊情况下提高患者身份识别的实施预案，备好有关台账资料以备查；及电脑随机抽查的相关资料。 2、医院在贯彻执行“对患者身份标示识别管理”规定时，职能部门应定期开展督查、分析、总结、整改，尤其“对提高患者身份识别使用条码管理”的重点部门（手术室）加强管理，严防事故；提供相应的台账记录或随机电脑抽查。 上述重点科室需要配备与网络连接的扫码系统，（扫）条码设备如扫码枪、打码机等；院和职能部门应与重点部门（手术室）实行联网，便于随时查看重点部门、手术室条码使用情况。 注： 上述规定是要求使用条码管理提高患者身份识别，对于没有建立信息系统管理的机构在执行时有一定的困难，因此，在专家在评价时原则给予扣完 8 分；即使是医院采取在手术室和手术科室使用其它较好的方法作为治疗时三查七对身份重要识别的方法（如：腕带卡片上建立病员医疗基本信息，进出手术室、手术前进行严格的核对登记、记录，强化医疗安全等措施），都不能达到标准规定给予满分的要求，只能象征性的给予一定的分值。
			二、门诊部 评价标准与上述医院评价标准一致。	1. 抽查手术室条码使用情况。		
	三、诊所 评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。	1. 抽查手术室条码使用情况。				
11	2. 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄	【C】	一 医院 1. 有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。 2. 核对时应让患者或其近亲属陈述患	1. 查阅有关文件和记录； 2. 提问 2 名医务人员相关问题。	1、医院实验室、病区、药剂等科室，分别制定本院的“标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认的制度，以及核对患者身份识别确认工作的流程图”。 2、强调核对患者身份，必须同时使用两种以上患者身份识别的方式，如姓名、年龄、出生年月、年龄、病历号、床号、身份证号等。 核对时应让患者（或亲属）陈述患者姓名、年龄等。 3、禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据。 4、制定在诊疗工作中执行三查七对的管理制度及流程；治疗室三查七对规定应上墙；	

11	两项等项目核对患者身份,确保对正确的患者实施正确的操作。 医院、 门诊部（9条）、 诊所（7条）:		者姓名。 3. 至少同时使用两种患者身份识别方式,如姓名、年龄、出生年月、年龄、病历号、床号等(禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据)。 4. 相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。		5、发生的差错事故,应及时如实记载、分析、总结、处理、整改,随时记录。 6、医院实验室、手术科室、病区、药剂、营养等科室医护技工作人员应熟练掌握相应的查对制度和患者身份识别制度、操作流程,履行职责。 开展科室负责人工作手册工作制度的科室,应提供工作手册。 7、对诊所没有要求提问医务人员相关问题。
		二、门诊部 评价标准与上述医院评价标准一致。	1. 查阅有关文件和记录; 2. 提问2名医务人员相关问题。		
		三、诊所 评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。	1. 查阅有关文件和记录;		
		【B】 符合“C”, 并	一、医院 1. 各科室严格执行查对制度。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。	1. 查阅“查对制度”; 2. 查阅职能部门工作记录。	1、制定医院的查对管理制度。建立院一级和各个临床、医技科室“查对制度”规定;各科室必须准备查对制度的规定,纳入科室管理制度台账; 2、制定在诊疗工作中执行三查七对的工作流程;在开展医疗、护理、医技工作时根据工作流程执行三查七对制度; 各个临床科室,医技科室,护士站、手术室,激光室、口腔、皮肤、注射美容等治疗室“三查七对”要上墙; 3、所有制度,科室应保留复印件、做好科室台账记录;同时,准备差错事故登记本,发生差错事故时,其整改措施及落实情况如实记载; 4、医务科、护理部定期(至少每季度1次)对上述工作进行督导、检查、总结、
		二、门诊部 1. 各科室严格执行	1. 查阅“查对制度”;		

11			查对制度。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	2. 查阅职能部门工作记录。	反馈，有改进措施；资料齐全备查。	
			三、诊所 1. 严格执行查对制度。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查阅“查对制度”； 2. 查阅职能部门工作记录。		
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实。	1. 抽查2名工作人员执行情况。		1、职能部门定期组织全院职工进行患者身份标示识别的学习培训工作；组织员工在标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时了解至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、年龄、出生年月、年龄、病历号、床号等；对医院实验室、病区、药剂、放射等科室工作人员的培训学习，使其应熟悉、掌握相应规定的制度、操作流程，严格履行岗位、和专业职责。 2、职能部门定期抽查工作人员了解执行情况并作详细的记录。 准备所有的规章制度、部门和管理科室的管理制度，培训学习的相关资料（教材、登记簿、总结、影像等资料），以及台账等。 落实至少一定数量的员工应对抽查。
			二、门诊部 1. 与医院内容相同。	1. 抽查2名工作人员执行情况。		
三、诊所 1. 与医院、门诊部内容相同	1. 抽查1名工作人员执行情况。					
12	3. 完善关键流程(手术室、病房)的患者识别措施，健	【C】	一、医院 1. 患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其病房、手术室之间的交接。	1. 查看转科交接登记制度和措施制定情况。	医院制定本院“科室之间交接时患者身份识别管理制度、方法、流程”；尤其在手术室（麻醉）、手术病区、手术科室之间转移交接的制度、方法、流程，按照交接制度和流程，做好交接记录（登记）、备查、被提问。 2、健全信息联网系统，完善条码、腕带识别患者接交管理制度和程序；健全手术前、中、后患者身份的核查制度； 3、开展科室主任、护士长工作手册台账记录工作的医院，准备相应的材料。	

12	全转科交接登记制度。 医院、 门诊部（10条）： 诊所不设该条		二、门诊部 1. 患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其病房、手术室之间的转接。	1. 查看转科交接登记制度和措施制定情况。	
			三、诊所 没有该条	/	
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 重点部门患者转接时的身份识别制度落实，持续改进有成效。	1. 查看手术室、手术（麻醉）与病房之间等流程中识别患者身份的措施、交接程序和记录。	1、查看手术科室、病区与手术室关于“科室之间交接时患者身份识别管理制度、方法、流程”执行落实情况的文字书面记录材料； 2、查看记录材料中，对发生的问题有无记录、分析、总结、整改以及对整改评估的记录。
			二、门诊部 1. 与医院内容相一致。	1. 评价方法与医院内容相一致。	
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 相关职能部门对上述工作进行督导、检查情况，有改进措施。	1. 查阅各职能部门督导检查记录，并抽取其中 1 项，了解整改情况。	1、医务、护理职能部门定期（至少每季度 1 次）对手术科室、病区、手术室等科室进行督导、检查、小结、反馈以及持续改进措施的记录；每一次督查应记入部门的工作台账内； 2、手术室和手术科室、病区负责人应每个月一次检查患者身份识别制度执行情况，并记录在科室的工作台账内，包括出现问题及其改进措施。
			二、门诊部 1. 相关职能部门对上述工作进行督导、检查情况，有改进措施。	1. 查阅各职能部门督导检查记录，并抽取其中 1 项，了解整改情况。	
			三、诊所 没有该条	/	

13	4. 使用“腕带”作为识别患者身份的标识。 医院、门诊部（11条）：	【C】	一、医院 1. 对需使用“腕带”作为识别身份标识的患者和科室有明确制度规定。	1. 查看“腕带”制度。	1、医院制定在重点科室（麻醉科、手术室、病区）实施用“腕带”识别患者身份详细而无疏漏的管理规定，规定包括“腕带”作为识别身份标识的工作流程制度（腕带标有：姓名、性别、病区、住院号、身份证号、诊断、手术名称、手术部位、主治医师等），病区与手术室各建立交接登记簿等； 2、实施“腕带”识别，需要网络系统和腕带软件支撑，不具备完善网络系统单位，可以暂时采取“简易办法”。采取“简易办法”的机构，必须制定完善、严格、可行的识别患者身份的管理制度。在采用传统的方法，即使管理制度完善，很难给予满分；专家在评价时，只有制度完善并核查执行落实，也只能适当给分。对该条要求专家从严评分。 3、提供“实施的管理制度、方法、流程、记录（含整改及整改后的评估）”的材料，备查。
			二、门诊部 1. 对需使用“腕带”作为识别身份标识的患者和科室有明确制度规定。	1. 查看“腕带”制度。	
			三、诊所 没有该条	/	
	诊所不 设该条	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 至少在手术室使用“腕带”识别患者身份。	1. 抽查手术室执行情况。	1、至少在麻醉科、手术室、手术病区、手术科室实施“腕带”患者身份识别，查看手术室使用腕带识别的交接程序和登记簿。
			二、门诊部 1. 至少在手术室使用“腕带”识别患者身份。	1. 抽查手术室执行情况。	
			三、诊所 没有该条	/	
	【A】符合“B”，并	一、医院 1. 正确使用“腕带”识别患者身份标识，持续改进有成效。	1. 查阅手术室督导检查记录，并抽取其中 1 份记录，了解整改情况。	1、查看麻醉科、手术室、手术病区、手术科室“腕带”识别患者身份的执行记录，有无持续改进的措施；准备使用腕带识别的登记记录本、备查。 2、医务科、护理部定期（至少每季 1 次）进行度督导、检查、小结、反馈、持续改进措施的记录、备查； 3、在麻醉科、手术室、病区、手术科室工作手册中或科室台账中，应有关于腕带识别制度执行情况的工作检查记录，针对发生疏漏的情况应有整改措施和记录。	
		二、门诊部 1. 正确使用“腕带”	1. 查阅手术室督导检查记录，并抽取		

13			识别患者身份标识，持续改进有成效。	其中 1 份记录，了解整改情况。	
			三、诊所 没有该条	/	
(二) 确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。					
14	1. 按规定开具完整的医嘱或处方。 医院、门诊部(12条)、 诊所(8条):	【C】	一、医院 1. 有开具医嘱相关制度与规范。 2. 对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。	1. 查阅有关文件。	1、制定医院《病历书写、医嘱书写、处方书写、病案管理》的规定(含已建立电子病历书写医疗文件制度，或未建立信息网络系统管理仍然以纸质传统书写医疗文件的两种情况); 2、建议组织学习各省卫生行政部门根据《病历书写基本规范(试行)》(卫医政发〔2010〕11号)、《医疗机构病历管理规定(2013年版)》(国卫医发〔2013〕31号)制定《本省病历书写规范》，提高病历书写、医嘱书写、处方书写、病案管理水平。 3、制定对“模糊不清、有疑问的医嘱”澄清的工作流程规定。 (1) 医院需要梳理出可能出现哪些“模糊不清的医嘱”，研究医师、护士如何进行处理的办法、流程;准备病区执行医嘱工作流程的规定资料(包括字迹模糊须澄清的程序规定); (2)、在没有实施信息化管理及电子病历的医院，仍旧使用纸质材料下达医嘱、处方等程序时，医务科应根据国家或省卫生行政部门样稿病历书写规范规定和处方管理办法等，正确拟定一份病区长期医嘱单、临时医嘱单、门诊处方样本各一份，这些样本放在病区、门诊医师办公室和护士站桌面上; 4、制定具有处方权(含麻醉处方权)医师相关规定，准备具有处方权医师图章章印材料(含麻醉图章印); 要求医务科拟定一份病区长期医嘱单、临时医嘱单、门诊处方样本各一份，这些样本放在病区、门诊医师办公室和护士站桌面上。
			二、门诊部 1. 评价标准与上述医院评价标准一致。	1. 查阅有关文件。	
			三、诊所 1. 评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。	1. 查阅有关文件。	
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施	1. 查阅记录，并抽取其中 1 份记录，了解整改情况。	1、为了加强病历、处方质量控制、监管，医务科、护理部至少每月 1 次(或每季度 1 次)进行督导、检查、小结、反馈、改进措施的记录、备查; 2、各有关科室将医院《病历书写、医嘱书写、处方书写、病案管理》的规定作为常态化工作职责进行管理，并记录、备查。

14			二、门诊部 评价标准与上述医院评价标准一致。	1. 查阅记录, 并抽取其中 1 份记录, 了解整改情况。	
			三、诊所 评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。	1. 查阅记录, 并抽取其中 1 份记录, 了解整改情况。	
		【A】符合“B”, 并	一、医院 1. 医嘱、处方合格率达到 100%。	1. 抽查 10 张不同给药途径(口服、肌注、静脉等)的处方和 10 份出(住)院医嘱。	1、做好“医嘱、处方”等文件备查; 医嘱、处方合格率 $\geq 100\%$ 。 2、自查出(住)院病历和门诊处方(含门诊病历)的质量; 准备甲级住院(出)病历和合格的门诊处方(含门诊病历)若干份; 做好准备检查当日的医嘱和处方(处方按照要求进行准备)。 3、门诊部、诊所解读内容一致; 将出(住)病历改为出(住)观察病历; 诊所只抽查 5 份病历和 5 张处方, 处方种类按照左侧栏目要求准备
			二、门诊部 1. 医嘱、处方合格率达到 100%。	1. 抽查 10 张不同给药途径(口服、肌注、静脉等)的处方和 10 份出(住)院医嘱。	
三、诊所 1. 医嘱、处方合格率达到 100%。	1. 抽查 5 张不同给药途径(口服、肌注、静脉等)的处方和 5 份出(住)院医嘱。				
15	2. 有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度	【C】	一、医院 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。	1. 查阅相关文件。	1、制定本院“紧急情况下下达口头医嘱的管理制度”; 制定“紧急情况下下达口头医嘱的操作流程”; 准备口头医嘱的管理制度和操作流程文件; 2 如果已经编写编辑本单位的《规章制度与职责》, 规章制度中必须包括有关医嘱制度的规定及工作流程的程序; 3. 各科室在实施过程中应有相关记录以及持续改进的措施并有记载; 同时备好有关医务科、护理部检查情况反馈后, 科室落实情况的录材料。
			二、门诊部 有紧急抢救情况下	1. 查阅相关文件。	

15	与流程。 医院、 门诊部 (13 条): 诊所不 设该条		使用口头医嘱的相关制度与流程。		4、实施信息化管理、电子病历的医院，应按照电子病历规范要求进行，有详细的电子病历管理制度；可以提供随机抽查病历中有关“紧急情况下下达口头医嘱的管理制度”、“紧急情况下下达口头医嘱的操作流程”执行情况；及其相关台账记录。
			三、诊所 没有该条	/	
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 医师下达的口头医嘱，执行者需复述确认，双人核查后方可执行。 2. 下达口头医嘱应及时补记。	1. 抽查 2 份医嘱记录。	1、要求护士双人复核查对、执行者必须口头复述，双人签字； 2、要求下达口头医嘱后，及时补记，及时补记时在医嘱单时间上反映应正确、准确； 3、医院病案室应预先自查、整理近 2-3 年的病历，自查处方是否合格、书写是否规范；病历中有关抢救病程记录的内容应包括抢救的方法、方式，医嘱中使用的药物、设备，以及有明确正确抢救的起止时间（应与医嘱抢救时间相吻合）； 4、病区护士、手术室护士、病区医生均要做好‘关于口头医嘱执行的程序、补记录’等问题提问回答的准备工作。 5、准备甲级出（住）院病历若干份。
			二、门诊部 1. 医师下达的口头医嘱，执行者需复述确认，双人核查后方可执行。 2. 下达口头医嘱应及时补记。	1. 抽查 2 份医嘱记录。	
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查阅记录，并抽取其中 1 份记录，了解整改情况。	
二、门诊部 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查阅记录，并抽取其中 1 份记录，了解整改情况。				

15			三、诊所 没有该条	/	
(三) 确立手术安全核查制度, 防止手术患者、手术部位及术式发生错误					
16	1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。 医院、门诊部(14条)、 诊所(9条):	【C】	一、医院 1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。 2. 择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估。 3. 以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。	1. 查阅记录。	1、病案部门、病区、手术科室根据医院医疗质量管理制度, 制定本部门并提供择期手术管理制度, 以及执行、贯彻落实制度的台账记录材料。同时, 准备相关的、书写规范的择期手术患者出院病历(含电子病历规范), 病历能够反映择期手术管理制度的落实情况。制度中应有病历质量评估(病历等级、医疗、护理质量等)及相应的应急处理预案。部门、科室开展医院统一的规定行政业务负责人工作管理制度手册记事簿, 请提供相关材料。 2、择期手术患者出(住)院病历中应有“各项术前检查”; 3、择期手术患者出(住)院病例中应有“病情和风险评估”; 4、择期手术患者出(住)院病例中应有“知情同意书”、“手术同意书”医患双方签署意见及签名; 成年患者委托他人签署的, 受委托人应有委托人授权书。 5、出(住)院病历应有: 医患沟通制度和沟通记录, 术前麻醉沟通和记录、三级医师查房和记录、术前讨论(病情分析、治疗方案、手术后观察与护理等)记录; 准备甲级出(住)院病历若干份; 6、制定门诊手术及有创治疗的有关规定和制度, 准备门诊病历资料若干份。
			二、门诊部 评价标准与上述医院评价标准一致。	1. 查阅记录。	
			三、诊所 评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。	1. 查阅记录。	
		【B】符合“C”, 并	一、医院 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。	1. 查阅督导记录, 抽取1份记录, 了解整改情况。	1、医务科、护理部应准备定期(每季度至少1次)对病区、手术室、开展创伤治疗的科室, 进行督导、检查、总结、反馈、持续改进措施及整改后评估等台账记录材料。 2. 单位已经开展各部门、科室行政科主任、护士长工作手册记事登记记载的工作, 请准备相应工作手册材料或各类台账。
二、门诊部 评价标准与上述医院评价标准一致。	1. 查阅督导记录, 抽取1份记录, 了解整改情况。				

16			三、诊所 评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。	1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。	
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 术前准备制度落实，执行率 100%。	1. 抽查 5 份有相关手术记录病历（查看医患沟通、病情知情同意书和手术同意书、术前检查、病情与风险评估等）	1、要求落实术前制度率达到 100%。检查出（住）院病历、门诊病历；护理查房记录本。出现以下情况不达标： （1）没有与患者沟通至少 3 次（江苏省规定，各省根据本省规定执行）； （2）没有术前检查； （3）没有患者病情和风险评估报告（或记录）； （4）患者没有在病情知情同意和手术同意书签名；或委托人签名，但是，受委托人不能提供委托人的有效授权书。 （5）对于技术难度较大、较复杂的手术没有术前讨论、三级查房记录等； （6）没有手术开始前（手术前）《手术安全核查表》三方（手术医师、麻醉师、巡回护士）的签名（核查填表和手术开始记录时间）。 2、准备甲级出（住）院病历和门诊病历若干份；护理查房记录本。
			二、门诊部 1. 术前准备制度落实，执行率 100%。	1. 抽查 5 份有相关手术记录病历（查看医患沟通、病情知情同意书和手术同意书、术前检查、病情与风险评估等）	
			三、诊所 1. 术前准备制度落实，执行率 100%。	1. 抽查 5 份有相关手术记录病历（查看医患沟通、病情知情同意书和手术同意书、术前检查、病情与风险评估等）	
17	2. 有手术部位识别标示相关	【C】	一、医院 1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。	1. 查阅记录，并现场查看。	

17	制度与流程。 医院、 门诊部（15条）、 诊所（10条）：		2. 对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）多平面部位的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记。 3. 对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。 4. 患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位。	2. 访问手术患者	多平面部位手术、及手术方案、术后观察护理措施等。 2、要求制定“手术部位标示流程图”； 强调手术标示流程，在术前设计完整，因消毒而模糊不清的标示，应当重新设计，确认无误后进行手术；标记方法中应当明确切除、剥离、抽吸、隧道等术式；双侧手术、多重结构手术、多平面部位手术的顺序流程，病历中应有标示记录（影像记录）。 3、要求明确的“手术部位统一标示的方法、部位、颜色”，医护人员熟练掌握并认真执行。 如多部位抽脂、双侧隆乳、多部位注射美容、双侧重睑等手术，手术前记录、手术记录均要有手术部位标示描写、或/和绘图、或/和照片、颜色区分等。 4、门诊手术及开展创伤性治疗的科室应准备与上述类似的材料； 以上准备相应的材料和病历，以及物色好相应的患者等。
		二、门诊部 评价标准与上述医院评价标准一致。	1. 查阅记录，并现场查看。 2. 访问手术患者		
		三、诊所 评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。	1. 查阅记录，并现场查看。 2. 访问手术患者		
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查阅记录，抽取1份记录，了解整改情况。	
			二、门诊部 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查阅记录，抽取1份记录，了解整改情况。	

17			三、诊所 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查阅记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。	
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。	1. 抽查 3 份手术记录。	1、要求实施手术前标示明确、作好病历文字描写和绘图（或照片）记录，便于手术时再次核对、核查，避免错误发生。 2、涉及到：双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率达到 100%；查看具有双侧、多重结构、多平面手术病历中的手术记录、术前讨论拟定治疗方案中有关术前标示、文字描写的病程记录。
			二、门诊部 1. 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。	1. 抽查 3 份手术记录。	
			三、诊所 1. 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。	1. 抽查 2 份手术记录。	
18	3. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。	【C】 一 医院 1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。 第一步： 麻醉实施前：三方按《手术	1. 查阅文件，抽查手术科室各 2 份病历，了解择期手术管理规范或制度落实情况。 2. 询问相关手术医师、麻醉医师、护士等人员知晓情况。抽查病历，了	1、要求医院制定“手术安全核查与手术风险评估”制度； 2、要求医院制定“手术安全核查与手术风险评估”工作流程图； 3、要求手术护士、手术医生、手术麻醉师三人，按照“三步安全核查”步骤进行“麻醉前、手术前、手术后”规范程序进行核查，并做好正确、详细、及时记录、备查； 注：(1)、准备相关病种临床路径材料，按照路径制定工作流程，根据术前各项检查指标，确定手术风险；(2)、准备住院病历若干份，病程记录必须贯穿术前有关检查、查房记录、病情和风险评估、术前讨论、手术记录，影像（含照片）资料等；提供门诊手术病历时注意术前相关检查及风险评估与沟通记录；(3)、手术	

18	医院、 门诊部 (16 条)、 诊所(11 条):	<p>安全核查表》依次核对患者身份(姓名、性别、年龄、病案号)、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。</p> <p>第二步:手术开始前:三方共同核查患者身份(姓名、性别、年龄)、手术方式、手术部位与标识,并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护理人员执行并向手术医师和麻醉医师报告。</p> <p>第三步:患者离开手术室前:三方共</p>	<p>解手术安全核查制度落实情况。</p> <p>3. 抽查《手术安全核查表》2份</p>	<p>护士、手术医生、手术麻醉师三人在实施手术前,必须按照制定的医疗“三步安全核查”规定;填写《手术安全核查表》、手术同意书、病情知情书、医患双方沟通不少于3次等规定;做好术前各项准备工作;按照身份识别规定进行确认;三级查房、术前讨论、手术风险评估、手术方案以及其它准备工作;加强第三步规定的执行,不能忽视;(4)、临床手术医师、麻醉医师和病区、手术室护士必须熟悉掌握医疗核心制度和“三步安全核查”制度;(5)、准备若干住院病历(含门诊手术病历),病历中各项项目均有(首页、入院录、病程记录、手术记录单、麻醉记录单、手术安全核查表、知情书、手术同意书、各种检查报告、护理记录单、术前后影像资料,识别标示明显等);</p> <p>(6)、凡是住院手术病历编写要有《手术安全核查表》。(7)、各个医院可以自行设计《手术风险评估表》,内容:姓名、出生年月、性别、身份证号、病区、住院号、诊断、血液化验检查(分正常范围,异常值需详细标明)、其它检查(同左)、手术风险分析记录、沟通情况、手术同意书、知情同意书签署情况等。(8)、如果没有单独的记录,病历病程记录中必须有专门的记载。</p> <p>3、手术前,手术医师、麻醉师、巡回护士共同按照“手术风险评估”制度规定的流程,再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容,做好正确、详细、及时记录;</p> <p>4、正确、详细、及时记录《手术安全核查表》。</p>
----	--	--	---	---

18		<p>同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。</p> <p>3. 准备切开皮肤前，手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程，实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容，并正确记录。</p> <p>4. 手术安全核查项目填写完整。</p>		
		<p>二、门诊部评价标准与上述医院评价标准一致。</p>	<p>评价方法与上述医院评价方法一致。</p>	
		<p>三、诊所评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。</p>	<p>评价方法与上述医院、门诊部评价方法一致。</p>	

18	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。	1、医务科、护理部定期（至少每季度 1 次）对病区、手术室、麻醉科、外科等科室的“手术核查、风险评估、正确、详细、及时记录”等工作进行督导、检查、总结、反馈、持续改进措施及整改后的评估，同时及时作好台账记录。提供相关材料，备查。
		二、门诊部 评价标准与上述医院评价标准一致。	1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。	
		三、诊所 评价标准与上述医院、门诊部评价标准一致。	1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。	
	【A】符合“B”，并	一、医院 1. 手术核查、手术风险评估执行率 100%.	1. 抽查 5 份病历中手术安全核查与手术风险评估记录。	1、要求对“手术核查、手术风险评估”执行率达 100%。查看病历档案中：记录；手术核查表、手术风险评估报告或病程记录中是否详细记录手术风险出现的情况、采取的应急预案和措施等。 2、要求相关手术科室在医院职能部门检查情况反馈科室后，科室应准备整改记录的材料；或开展科主任、护士长工作手册制度工作的有关工作记事本台账材料等；准备出（住）院病历和门诊手术病历若干份。
		二、门诊部 1. 手术核查、手术风险评估执行率 100%.	1. 抽查 5 份病历中手术安全核查与手术风险评估记录。	
		三、诊所 1. 手术核查、手术风险评估执行率 100%.	1. 抽查 5 份病历中手术安全核查与手术风险评估记录。	
	(四) 执行手卫生规范，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施，落实医院感染控制的基本要求			

19	<p>1、按照手卫生规范,正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施(为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施-诊所沿用)。</p> <p>2、医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求(手清洁、手消毒、外科</p>	【C】	<p>一. 医院</p> <p>1. 根据《医务人员手卫生规范》(卫通(2009)10号)有手部卫生管理相关制度和实施规范。</p> <p>2. 手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷。</p> <p>3. 有手卫生相关要求(手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等)的宣教、图示、指引。</p> <p>4. 对医务人员提供手卫生培训。</p>	<p>1. 查阅文件。</p> <p>2. 现场查看手卫生设备、设施、标示、宣教、手卫生指引。</p> <p>3. 现场查看手术室手卫生标示及外科洗手操作指引。</p> <p>4. 现场查看培训资料。</p> <p>5. 抽查 4-5 人医务人员现场洗手;(包含手术室护士、医生各一名外科刷手)</p>	<p>1、医院根据【《医务人员手卫生规范》(卫通(2009)10号)】手部卫生管理相关规定,在强调手卫生(手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等)重要性的基础上,制定医务人员手卫生管理制度和实施规范,配有手卫生规定执行的流程图;各个科室提供的管理制度中要有本科室手卫生管理规定等材料;</p> <p>2、要求医院开展“手卫生”的培训,培训率达 100%;开展对医务人员进行手卫生(手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等)培训;提供每次培训的“讲稿、参加人员签名、照片(录像)资料、培训考核达标率、培训小结等台账记录资料以备查;</p> <p>3、要求医院凡有水池龙头的地方,必须张贴“七步洗手法”宣传图片;手术室对于手术人员洗手、清洁手有严格的规定、及洗手液使用方法说明图片等;定期进行微生物检查的制度并记录在案等材料;</p> <p>4、科室组织培训及定期检查本科室医务人员手卫生情况时,应有相关台账记录(包括整改记录等)。</p> <p>5、按照国家要求配备手卫生基本设备及医务人员的洗手消毒液。</p> <p>6、做好医务人员抽查准备工作。</p> <p>7、诊所按照评价标准栏目评价第 1、2 条,3 和 4 条放在 A 款解读、执行。</p>	
			<p>二. 门诊部</p> <p>1. 根据《医务人员手卫生规范》(卫通(2009)10号)有手部卫生管理相关制度和实施规范。</p> <p>2. 手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷。</p> <p>3. 有手卫生相关要求(手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等)的宣教、</p>	<p>1. 查阅文件。</p> <p>2. 现场查看手卫生设备、设施、标示、宣教、手卫生指引。</p> <p>3. 现场查看手术室手卫生标示及外科洗手操作指引。</p> <p>4. 现场查看培训资料。</p>		

19	洗手操作规程等)。 医院、 门诊部 (17条) 诊所(12条):		图示、指引。 4. 对医务人员提供手卫生培训。		
			三. 诊所 1. 根据《医务人员手卫生规范》(卫通(2009)10号)有手部卫生管理相关制度和实施规范。 2. 手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷。	1. 查阅文件。 2. 现场查看手卫生设备及设施。	
		【B】符合“C”，并	一. 医院 1. 职能部门有对手卫生设备和手卫生依从性进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 2. 医务人员手卫生正确率达95%。	1. 手卫生检查督导活动记录，抽取1份记录， 2. 暗访3-5人手卫生执行情况。查看整改情况。	1、医务科、护理部、应提供定期(至少每年1次)对各个科室人员手卫生制度执行情况进行督导、检查、总结、反馈，持续整改措施等台账记录，后勤部门应提供设备和设施经常性检查、维修台账记录资，并有台账。 2、全体员工均要参加“手卫生培训”，必须熟悉、掌握正确的洗手方法；要求全员职工手卫生依从性≥95%。各科室可以在内部进行问卷考核和抽查正确洗手方法。 3、开展科主任、护士长工作手册记事登记和记载资料的科室，准备相关工作手册记事本和台账。 4、抽查1份记录资料，核查职能部门是否认真履行职责。
	二 门诊部 1. 职能部门有对手卫生设备和手卫生依从性进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 2. 医务人员手卫生正确率达95%。2分	1. 手卫生检查督导活动记录，抽取1份记录，查看整改情况。 2. 暗访5人手卫生执行情况；抽查2名医务人员现场洗手。			

19			三. 诊所 1. 职能部门有对手卫生设备和手卫生依从性进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。	1. 手卫生检查督导活动记录, 抽取 1 份记录, 查看整改情况。	按照上述【B】解读第 1 和 4 点进行资料准备工作。
		【A】符合“B”, 并	一. 医院 1. 医务人员手卫生正确率达 100%。	1. 抽查 6-8 名医务人员现场洗手。	1、强调全院职工在“手卫生培训”之后, 对手卫生的执行率、正确率要达到 100%。不断强化职工手卫生意识, 正确洗手、手清洁、手消毒、外科洗手规范操作程序, 2、做到每一个职工能够自觉的执行正确洗手、手清洁、手消毒、外科洗手规范、手卫生规范; 职能部门和科室定期进行考核并有记录, 备查。 3、做好迎接随时抽查员工手卫生规范执行准备工作。医院抽查 6-8 名、门诊部抽查 5 名医务人员现场洗手。
			二. 门诊部 1. 不断提高洗手正确率, 洗手正确率达 95%。 2. 手术室重点科室, 医务人员手卫生正确率达 100%。	1. 抽查 5 名医务人员现场洗手。 2. 抽查手术室护士、手术科室医生各 1 名外科洗手。	
			三. 诊所 1. 诊所全员手卫生严格执行手卫生制度; 2. 全员手卫生依从性 ≥ 95%。	1. 暗访手卫生执行情况。	1、强化全体员工“手卫生培训”, 必须熟悉、掌握正确的洗手方法; 提供培训资料。 2、做到第 1 点, 全员职工手卫生依从性可以达到 ≥ 95%。 3、诊所可以采取问卷考核的办法强化“手卫生”。
20	贯彻落实《医院投诉管理办法(试行)》, 实行“首诉	【C】	一、医院 1. 设置专门负责投诉的管理职能部门或指定专门部门负责, 并明确职责(统一受理、处理投诉)。	1. 查看文件。 2. 查看管理制度及工作流程。 3. 查看投诉台账记录资料。 4. 抽查 2 名工作人员了解制度执行及	1、提供设置专门投诉管理的职能部门或指定专门机构负责的文件, 文件应当明确职责、职能。 2、提供制定投诉(纠纷)管理的制度及受理投诉的工作流程(程序)材料(包括纠纷管理规定或办法)。 3、投诉管理职能部门在接待、受理、调查、处理、改进措施等均应记录, 提供受理及处理投诉的档案资料或台账记录材料。 4、职能部门应定期对员工进行有关投诉管理制度、发生投诉的工作程序、流

20	<p>负责制”。</p> <p>门诊部： （18条， 将2017 年版本 医院级 第20 条，第 21条“妥 善处理 医疗纠 纷 ”合并为 第19 条，：</p> <p>诊所不 设此条</p>		<p>2. 制定投诉管理制度及处理工作流程并落实。</p> <p>二、门诊部 1. 制定本机构“医疗纠纷处置管理办法（规定）”；以文件形式设置专门负责投诉的职能部门或指定专门部门负责，明确职责并落实 办法内容包含： ①医疗纠纷范围界定、分类（包括有效和无效，一般和重大，全责和部分责任、合议等）；②投诉管理制度（接待、调查、处理时限规定，经济赔偿额度）及处理工作流程；以及发生纠纷（医疗事故）的相关科室和个人处罚规定，及进行调解、法律诉讼等工作流程。 2. 聘请律师为法律</p>	<p>投诉流程的知晓情况。</p> <p>1. 查看文件及“医疗纠纷处置管理办法（规定）”材料。 2. 查看律师聘用协议及资质。 3. 查看投诉、医患沟通接待室。</p>	<p>程的培训，提供培训学习资料。</p> <p>1、与医院第1、2、3点解读内容原则一致。提供完整详细的投诉或纠纷处置管理规定（制度、办法）及投诉或纠纷档案资料。 2、如聘请律师作为机构的法律顾问，提供聘用协议书、律师资格证等材料。 3、实地查看投诉、纠纷接待室，有否配备基本设施。</p>
----	---	--	--	---	--

20		顾问、提供法律支持。 3. 有配置基本设施的投诉接待室（录音录像）。		
		三、诊所 无此条		
	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 实行“首诉负责制”，职能部门、科室处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。 2. 有配置完善的录音录像设施的投诉接待室。 3. 职能部门对上述工作定期进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查看资料 2. 查看现场	1、提供投诉接待、受理、调查、处置记录完整详细资料。 2、实地查看投诉、纠纷（含医患沟通）接待室，查看接待室登记材料，以及设施。 3、职能部门提供定期对发生投诉、纠纷等进行督导、检查、分析、总结、反馈、有改进措施的记录材料。
		二、门诊部 1. 每季度开展对医护人员多种形式医疗、护理安全教育（含医疗护理质控指标规定、技术规范等）和培训（结合门诊部实际发生的医疗纠纷案例进	1. 查看教育与培训台账记录（教材、师资、参加人员、影像等）资料。 2. 抽查医护人员 5 名，了解是否按规定开展医护安全教育和培训工作。	1、查看员工年度至少 4 次接受医疗、护理安全教育与培训的台账记录相关材料。 2、根据培训内容及教育深度，有计划组织职工考核，了解医护人员熟悉、掌握培训内容的情况，如果开展。提供有关材料。 3、专职人员必须掌握投诉、纠纷处理规定。

20			行总结、分析、结局)。 2. 医护人员对医疗护理安全教育和培训知晓率100%。 3. 专职人员对“医疗纠纷处置管理办法(规定)”知晓率在100%。	3. 提问1-2名医疗纠纷专职处理人员。	
			三、诊所 无此条		
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 持续改进有成效。	1. 查看记录	1. 查看职能部门及相关科室发生有效投诉和/或有效纠纷台账资料，了解整改及其成效。
			二、门诊部 1. 职能部门定期每年至少1次对实施“医疗纠纷处置管理办法(规定)”工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查看职能部门台账记录资料。 2. 查看医疗纠纷个案档案资料。	1. 职能部门提供每年至少1次对“医疗纠纷处置管理办法(规定)”或“投诉管理规定”工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施，并有成效的材料。 2. 提供机构发生投诉、纠纷的完整档案资料。
21	2. 妥善处理医疗纠纷。	【C】	一、医院 1. 制定本机构“医疗纠纷处置管理办法(规定)”。办法内容包含：医疗纠	1. 查看资料。 2. 查看律师聘用协议及资质。	1. 提供医院有关“医疗纠纷处置管理办法”资料。提供纠纷或投诉自接待至处置工作流程材料。以及相关处理个案档案资料等。以备了解执行管理办法、落实制度情况。 2. 聘请律师作为机构法律顾问，提供律师相应的资质证书及协议书。与律师事务所合作的提供请双方合作协议书、及该律师事务所由司法行政部门批准相应的证

21	医院、 诊所(13条); 门诊部 将医院第20、21条合并为第19条,因此,门诊部不 设此条	<p>纷范围界定、分类(包括有效和无效,一般和重大,全责和部分责任、合议等),接待、调查、处理时限规定,经济赔偿额度,和有关科室和个人处罚规定,以及调解、法律诉讼等,及操作流程。</p> <p>2. 聘请律师为法律顾问、提供法律支持。</p> <p>3. 相关职能部门及专职人员熟悉流程并履行相应职责。</p>	<p>3. 提问 1-2 名医疗纠纷专职处理人员。</p>	<p>件和工商行政管理局登记注册的营业执照等。</p> <p>3、相关职能部门或指定专门机构负责,以及相关专职工作人员应熟悉、掌握“管理办法”、“管理制度”及其相应的工作流程;熟知本质工作。熟知本质工作。</p>
		<p>二、门诊部 无此条</p>	/	/
		<p>三、诊所</p> <p>1. 依据《医院(诊所)投诉管理办法(试行)》,制定诊所“医疗纠纷处置管理规定”。规定内容应包含:医疗纠纷范围界定,有效和无效、全责和部分责任分类,接待、处理时限规定,经</p>	<p>1. 查看“规定”与“操作流程”资料。</p> <p>2. 提问 1 名医疗纠纷专职处理人员。</p>	<p>1、同上述医院解读第 1、3 条内容。不强调聘请律师作为机构的法顾问。</p> <p>2、只抽查提问 1 名诊所专职工作人员。</p>

21		济赔偿额度，和个人处罚规定，以及调解、法律诉讼等操作流程。 2. 相关职能部门或专职人员负责，熟悉流程并履行相应职责。		
	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 对医护人员每年度开展多种形式医疗安全教育。 2. 以实际发生的纠纷案例，重点分析产生医疗纠纷的负面影响。	1、查看培训资料。 2、查看实例教育资料。	1、至少每年开展1次多种形式（院内或邀请院外专业人员进行技术交流、专题报告、案例分析等）的医疗安全、安全医疗的教育和/或相关专项培训。 2、准备已经组织开展教育和培训的相关资料。 3、提供纠纷或/和投诉个案档案材料。
		二、门诊部 无此条	/	/
		三、诊所 1. 对诊所全员职工开展年度多种形式医疗安全教育。	1、查看培训资料。	1、至少每年开展1次多种形式（院内或邀请院外专业人员进行技术交流、专题报告、案例分析等）的医疗安全、安全医疗的教育和/或相关专项培训。 提供上述内容相应的台账记录资料。
	【A】符合“B”，并	一、医院 1. 职能部门对上述工作定期进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1、查看职能部门台账记录资料。 2、查看医疗纠纷个案档案。	1、职能部门提供至少年度1次对“医疗纠纷管理办法”、“投诉管理规定”及工作流程进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施的台账记录资料，同时查看纠纷、投诉登记、处置等档案材料（档案材料：接待登记、事情经过、调查核实、责任大小，处理：赔偿、投诉或纠纷当事人的处理，总结分析，改进措施等）。 2、提供纠纷、投诉个案档案资料。
		二、门诊部 无此条	/	/

21			<p>三、诊所</p> <p>1. 相关职能部门或专门负责人对上述工作定期进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。</p>	<p>1、查看职能部门或专门负责人的台账记录资料。</p> <p>2、查看医疗纠纷个案档案。</p>	同医院解读内容。
(六) 特殊药物的管理, 提高用药安全					
22	<p>1. 严格执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品的特殊管理药品的使用与管理规章制度。</p>	<p>【C】</p>	<p>一、医院</p> <p>1. 严格执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的使用管理制度。</p> <p>2. 有麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法的相关规定。</p> <p>3. 相关员工知晓管理要求，并遵循。</p>	<p>1. 查看资料，抽查 4 份使用药物的运行记录。</p> <p>2. 抽查 2 名医务人员。</p>	<p>1、医院要制定“药品管理制度”、“特殊药品管理制度”。在麻醉药品、精神药品、医用毒性药品及其它药品的管理制度中强调专人保管外，应有专门的保管场所并加锁；不开展放射造影工作的医院，放射性药品制度可以不制定。</p> <p>2、要求药品分类、分品摆放，标示明确，药品进出账目清晰、帐物相符。</p> <p>3、特殊药品（麻醉药、精神药、医用毒性药品及药品类易制毒化学品），按特殊药品管理规定分类、分品摆放，标示明确。</p> <p>4、特殊药品进出账目清晰、帐物相符、每天使用记录清晰明确；医用毒性药品（肉毒素）单独存放、单独账目、单独使用记录。</p> <p>5、药房和药库室内应当控制规定的湿度；要求建立药品储藏、使用、销毁等登记交接记录制度。</p> <p>6、采购麻醉药品应有卫生行政部门批准证件；具有麻醉处方权的医师应有卫生行政部门相关批件；使用处方必须符合特殊药品处方管理规定。</p> <p>7、设置医院适宜的监测系统，实时监测做好检测记录；药物监测系统：使用网络对医嘱监控、处方监控和用药咨询三大内容监测。在使用电子处方时，对存在超量用药、用药禁忌、配伍禁忌、相互作用等可能对患者形成药害的处方，用四种不同颜色的提示灯提醒临床医生、药师，实时警告、提示，避免药害事故的发生，建立起一套用药安全监测系统。</p> <p>8、药剂师，麻醉医师，有关护士，外科医师，检验师，放射科医师等相关医务人员应熟悉、掌握上述药品的管理制度。</p>
			<p>二、门诊部</p> <p>评价标准内容与医院评价标准相一致。</p> <p>注：删除放射性药品！</p>	<p>1. 查看资料，抽查 4 份使用药物的运行记录。</p> <p>2. 抽查 2 名医务人员。</p>	

22	门诊部 (19条、 诊所(14 条) 诊所级 机构极 少使用 放射性 药品及 药品类 易制毒 化学品, 因此在 对评价 诊所特 殊药品 时上述 两种药 品不评 价。		三、诊所 评价标准内容与 医院、门诊部评价 标准内容相一致。 注：删除放射性 药品！ 及药品类易制毒化 学品	1. 查看资料,抽查 3 份使用药物的运行 记录。 2. 抽查 1 名医务人 员。	
		【B】符 合“C”, 并	一、医院 1. 职能部门对上述 工作进行督导、检 查、总结、反馈, 有改进措施。	1. 设立合理用药监 测系统。 2. 有检查记录和查 看整改情况。	1、医务科定期（至少每季度一次）对药剂科（药房）、麻醉手术科、检验科（化 验室）、放射科等科室情况进行督导、检查、总结、反馈、持续改进措施记录。 2、向科室反馈或科室自查的情况后，科室整改措施应有持续改进措施记录的台账 或记事簿，以及整改后职能部门的评估记录。 3、开展科主任、护士长以工作手册作为工作制度的科室，应准备相关的材料或 科室工作记事本、台账。 这里提出定期是指每季度进行 1 次的检查、总结、反馈、持续改进，是加强特 殊药品管理制度的执行与落实，强化安全医疗。
			二、门诊部 评价标准内容与医 院评价标准相一 致。 注：删除放射性药 品！	评价方法内容与 医院评价方法相一 致。	
			三、诊所 评价标准内容与医 院、门诊部评价标 准相一致。 注：删除放射性药 品，及药品类易制 毒化学品。	评价方法内容与 医院、门诊部评价 方法相一致。	
【A】符 合“B”, 并	一、医院 1. 执行麻醉药品、 精神药品、医疗用	1. 每类药物抽查 1 种。	1、药剂人员和特殊药品管理人员均要熟记特殊药品的管理规定和要求，及时记录 “进出账物、使用情况”。 2、麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存		

22			<p>毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定；</p> <p>2. 符合率 100%。</p>		<p>放区域、标识和贮存方法应严格遵守医院相关规定，其符合率达到 100%。精神药品、放射性药品医院不采购可以不制定进货、领取等严格的规定程序。</p> <p>3、在麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品存放处安置防偷盗报警系统。</p>
			<p>二、门诊部</p> <p>评价标准内容与医院评价标准相一致。</p> <p>注：删除放射性药品！</p>	<p>1. 每类药物抽查 1 种。</p>	
			<p>三、诊所</p> <p>评价标准内容与医院、门诊部评价标准相一致。</p> <p>注：删除放射性药品，增加删除及药品类易制毒化学品。</p>	<p>1. 药物抽查。</p>	
23	2. 有高浓度电解质、听似、看似等易混淆的药品贮存与识别要求。	【C】	<p>一、医院</p> <p>1. 对高浓度电解质、化疗药物等特殊药品及易混淆的药品有标识和贮存方法的规定。</p> <p>2. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药</p>	<p>1. 查看文件。</p> <p>2. 现场考察。</p> <p>3. 抽查 2 名员工。</p>	<p>1、医院要制定本院“高浓度电解质、听似、看似等易混淆的药品贮存与识别”的管理规定；有专人保管；有专门场所存放；明确规定储存使用（程序）的方法；</p> <p>2、药剂、病区医护等相关人员均要熟练掌握“高浓度电解质、听似、看似等易混淆的药品贮存与识别”的管理规定；</p> <p>3、制定高危药品听似看似多种规格等药品管理规定。</p> <p>（1）易混淆药品是指包装相似、听似、看似药品，以及一品多规或多剂型药品，高浓度电解质药品等。</p> <p>（2）对易混淆药品，设定如下警示标识： 提示读起来发音相似的药品： 提示看起来外观相似的药品： 提示一种药品有多种规格。</p>

23	医院、 门诊部 (20 条)、 诊所(15 条):		物的存放有明晰的“警示标识”。 3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。		(3) 易混淆药品的贮存管理: ①、根据剂型不同, 注射剂、内服药及外用药品应分区摆放, 分柜陈列。②、药名标签放置必须与陈列药品一一对应, 字迹清晰。③、同一类的易混淆药品应分开放置, 避免同排、相邻放置。④、易混淆药品的标签旁应放置相应的警示标识, 并在全院范围内统一。 (4) 易混淆药品的调剂管理: 药师应学习掌握易混淆药品。
			二、门诊部 评价标准内容与医院评价内容相一致。	评价方法内容与医院内容相一致。	4、采取适合本院的统一警示识别方法, 进行药品贮存、明晰警示标识; 如: (1)梳理医院有哪些“高浓度电解质、特殊化疗药物、易混淆的药品、有毒的消毒液(如双氧水、来苏尔、84)等特殊药品、制品”。 (2)梳理医院有哪些“包装相似、听似、看似药品、一品多规、多剂型药物”做到全院统一“警示标识”。有专用的标示: 听似: 带耳朵的图案; 看似: 带眼镜的图案; 一品多规: 带大小瓶子、带字的图案; 多剂型: 两个或三个药瓶带字的图案, 黄色、绿色标识, 单位选用标识。
			三、诊所 评价标准内容与医院、门诊部评价内容相一致。	评价标准内容与医院、门诊部内容相一致。	(3)医院制定这些特殊药物的管理制度, 有专门存放场所、专人保管、单独登记账本; (4)明确规定储存、使用管理的方法; (5)有明确的分类存放识别标示, 场所有明显的警示标志。 5、临床医师、护士、后勤人员、药剂人员、检验人员、清洁人员等应当熟练掌握用途、使用方法、管理规定等。购买、存放、领取、使用等应登记、交接记录规定; 注: (1)、梳理医院有哪些“高浓度电解质、特殊化疗药物、易混淆的药品、有毒的消毒液(如双氧水、来苏尔、84)等特殊药品、制品”。(2)、梳理医院有哪些“包装相似、听似、看似药品、一品多规、多剂型药物”做到全院统一“警示标识”。有专用的标示: 听似: 带耳朵的图案; 看似: 带眼镜的图案; 一品多规: 带大小瓶子、带字的图案; 多剂型: 两个或三个药瓶带字的图案, 黄色、绿色标识, 单位选用标识。(3)、医院制定这些特殊药物的管理制度, 有专门存放场所、专人保管、单独登记账本;(4)、明确规定储存、使用管理的方法;(5)、有明确的分类存放识别标示, 场所有明显的警示标志。 6、医疗美容机构使用的药品品种相对较少, 可能出现机构内没有配备如: 放射性药品、高浓度药品等, 应根据机构实际配备药品情况进行检查, 没有配备也不使用的药品不能强行列为不合格, 与第三方合作的需提供双方签署的相应文件。

23		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查看记录和整改情况。	1、医务科定期（至少每月1次）对药剂科（药房）、检验科（化验室）、放射科、保管人员、等进行督导、检查、总结、反馈、提出持续整改措施小结记录。 2、护理部、总务科定期（至少每月1次）对护理人员、后勤人保洁人员等进行督导、检查、总结、反馈、提出持续改进措施记录。 3、各科室准备对医院职能部门检查意见有反馈、整改措施等台账记录材料，以备查。开展科主任、护士长工作手册记事的科室提供工作手册。	
			二、门诊部 评价标准内容与医院评价内容相一致。	1. 查看记录和整改情况。		
			三、诊所 评价标准内容与医院、门诊部内容相一致。	1. 查看记录和整改情况。		
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率100%。	1. 抽查2种药品。		1、对保管场所（库房）除分类摆放之外，必须对每一种有毒品张贴黑底白字“毒”警示标志；在显著部位张贴使用操作规范及操作程序，以及溶液配方比和方法等。 2、对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率100%。 <i>附2：高危药品标志及“金字塔式”分级管理图示</i>
			二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	1. 抽查2种药品。		
			三、诊所 评价标准内容与医院、门诊部评价标准内容相一致。	1. 抽查1-2种药品。		
24	3. 处方或用药医嘱在		一、医院 1. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行	1、抽查相关制度、程序、规范、预案。	1、医院要制定医嘱和处方管理规定，包括以下几个制度： ① “门诊处方和医嘱在开具和执行的管理规定”【包括没有实施信息化管理的医院仍然开展传统的以纸质医疗文书为主的工作，在转抄和执行时有严格的核对	

24	<p>转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。</p> <p>门诊部（21条）、</p> <p>诊所（16条）：</p>	<p>【C】</p>	<p>时有严格的核对程序，并有转抄和执行者签字。</p> <p>2. 有药师审核处方或用药医嘱相关制度。对于住院患者，应由医师下达医嘱，药学技术人员统一摆药，护士按照规范实施发药，确保给药安全。</p> <p>3. 开具与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌（有药物配伍禁忌表），按药品说明书应用。</p> <p>4. 有静脉用药调配与使用操作规范及输液反应、药物过敏等应急预案。</p> <p>5. 正确执行核对程序 $\geq 90\%$。</p>	<p>2、抽查处方和出（住）院病历各 10 份查看处方和（临时、长期）医嘱的合格率。</p>	<p>程序制度；根据 2013 年医疗文书书写规范（2013 年第二版、江苏省东南大学出版社出版）第 106 页，规定医师直接在医嘱单上书写医嘱、护士核对、执行、签名确认。为安全起见，建议：建立“医嘱备忘录”，进行再次核对、备查（各省可以参照本省卫生主管部门规定或正式出版的“医疗文书书写规范”规定执行）。执行注射剂的医嘱或处方时要注意药物配伍禁忌的制度（病区和门诊治疗室应张贴药品配伍禁忌表）】；</p> <p>②“药师审核处方或用药医嘱制度”（制度中应有药剂人员定时定期去病区对药品摆放、用药、医嘱进行审核、指导以及药品知识介绍的规定）；</p> <p>③根据国家关于抗生素使用的管理规定制定本院关于“抗生素使用处方权限的管理规定”；</p> <p>④制定“静脉用药调配与使用操作规范制度”；</p> <p>2、要求必须有“输液反应应急预案”以及发生“药物不良反应（药物过敏、药物中毒等）的应急预案”；</p> <p>准备规范处方、规范医嘱本及其病历等材料若干份、备查。</p>
<p>二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。</p>			<p>1、抽查相关制度、程序、规范、预案。</p> <p>2、抽查处方和出（住）院病历各 10 份，查看处方和（临时、长期）医嘱的合格率。</p>		

24		三、诊所 评价标准内容与医院、门诊部评价标准内容相一致。	1. 抽查处方和出（住）院观察病历（住院观察病历）各10份查看处方和医嘱合格率。	
	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 建立药品安全性监测制度，发现严重、群发不良事件应及时报告并记录。 2. 临床药师为医护人员、患者提供合理用药的知识，做好药物信息及药物不良反应的咨询服务。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查看药品监测系统。 2. 抽查2名医护人员。 3. 查看记录和整改情况。	1、医院制定“药品安全性监测制度”，做好监测工作、记录； 2、制定“发现严重、群发不良事件应及时报告制度”，对发生“药物不良反应”或“严重、群发不良事件”做到及时报告、处理、登记、反馈、提出持续改进措施，建立记录登记簿； 3、建立药剂人员有关“新药知识、合理用药、药物不良反应的讲解、咨询服务的制度”，建立咨询登记本，做好咨询登记记录； 4、医院药剂科定期（至少每季度1期）发布药物信息，为全院医务人员、患者提供药物动态信息，抗菌药物使用原则、药物不良反应及处理等。 5、医务科定期（至少每季度1次）对病区、门诊、手术室、临床科室进行督导、检查、总结，反馈、提出整改措施，做好台账记录。 6、被查科室对反馈意见进行整改并记在科主任工作手册或科室台账中。 7、药事管理委员会（小组）至少每6个月召开一次药品安全使用情况总结会议并记录。 备好相关材料。
		二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	评价方法内容与医院评价方法内容相一致。	
		三、诊所 评价标准内容与医院、门诊部评价标准内容相一致。	评价方法内容与医院、门诊部评价方法内容相一致。	

24		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 正确执行核对程序达到 100%。	1. 抽查处方、医嘱各 10 份。	1、准备规范处方、甲级病历若干份，医嘱本及与医嘱相关的材料。
			二、门诊部 1. 正确执行核对程序达到 100%。	1. 抽查处方、医嘱各 10 份。	
			三、诊所 1. 正确执行核对程序达到 100%。	1. 抽查处方、医嘱各 10 份。	
(七) 临床“危急值”报告制度					
25	1. 根据医院实际情况确定常用“危急值”项目，建立“危急值”管理制度与工作流程。 医院、门诊部 (22 条):	【C】	一、医院 1. 有临床常用危急值报告制度与工作流程。 2. 医技部门 (含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查、血药浓度监测等) 有常用“危急值”项目表。 3. 相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。	1. 查阅常用“危急值”报告制度。 2. 查院危急值项目。 3. 询问手术室 2 名医师对危急值掌握情况。	1、制定本医院的“危急值报告制度、工作流程”；制定发生危急值时报告流程图； 制度包括：“危急值”报告程序；“危急值”报告制度的落实情况，纳入医院绩效考核；各临床、医技科室在实际诊疗工作，拟定“危急值”项目及“危急值”范围表及时修订；医疗管理职能部门应该定期检查和总结“危急值报告”的工作，提出“危急值报告”的持续改进的具体措施；在实验室操作手册中应有危急界值实验的操作规程，并对所有与危急界值实验有关的工作人员，进行培训；“危急值”报告项目及报告范围：检验科、功能科（针对心脏功能，如心脏停搏等）；放射科；超声科；病理科。 2、根据本医院实际情况制定医院临床实验室（临检室、生化室），医学影像（X 线放射、B 超室），电生理检查（心电图），血药物浓度监测，以及内窥镜使用”等医技临床科室常用的危急值； 3、设定常用危急值的科室，其危急值及报告程序应上墙和进入科室台帐保存； 4、开展全员医务人员继续教育的危急值培训，要求医生、护士、医技人员熟练掌握本科室、本专业常用的危急值（在住院病例中可查阅到并有分析记录）； 5、手术科室医师，手术室麻醉师、护士应当熟悉了解医院规定相关专业的临床常用危急值。
			二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	评价方法内容与医院内容相一致。	
			三、诊所 没有该条	/	

25	诊所不 设该条	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 根据临床需要和实践总结，更新和完善危急值管理制度、工作流程及项目表	1. 有关科室“危急值”报告记录，与病区患者“危急值”记录核对，了解“危急值”报告记录是否完整。	1、医技科室发生的危急值应当与病区、手术科室患者登记记录的危急值相一致，病历中的记录相一致； 2、医院制定危急值的科室根据医学各学科发展进行调整、修正，医务科应定期检查、及时修正，并将检查、修正的情况及时报告临床各科室及医务人员；修正后的危急值应及时更换。
			二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	评价方法与医院内容相一致。	
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 职能部门定期（每年至少一次）对“危急值”报告制度的有效性进行评估。1分	1. 查危急值项目的质控记录。	1、医务科、护理部应定期（至少每年1次）进行督导、检查、总结、反馈，提出整改措施，提供上述台账记录等材料。 2、被检查科室对反馈意见，积极整改并记录在科室台账中；开展科主任工作手册工作制度的科室准备工作手册备查。
			二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	1. 查危急值项目的质控记录。	
			三、诊所 没有该条	/	
26	2. 严格执行常用“危急值”报告制度与	【C】	一、医院 1. 医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容，能够有效识别和确	1. 抽查2名医技人员“危急值”识别与处置能力。	1、制定本院“危急值”管理制度（规定）、危急值项目内容、危急值报告流程（图略）； 2、医院根据实际情况开展常用“危急值”项目内容、报告流程的培训，全院医师、护士、医技人员必须熟悉掌握本院常用危急值数据；能够明确的识别不同科别的危急值；各医技、临床科室医护技人员必须掌握和熟悉本科室、专业常用的危急

26	流程。 医院： 门诊部、 诊所不 设该条		<p>认“危急值”。</p> <p>2. 接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容、和报告者的信息，按流程复核确认无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。</p> <p>3. 医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。</p>	2. 抽查 2 份“危急值”处置记录。	<p>值数据；</p> <p>3、临床医、护、技人员对发现有“危急值”的病人应及时沟通、跟踪、处置、登记记录、备查。要做到：①查出危急值科室的医务人员，应及时登记记录在本科室登记簿，同时按照流程程序报告；②收到危急值报告科室人员，对报告应及时进行识别、复核后，准确无误登记记录；③及时报告经治医师或/和上级医师，同时做好记录；④医师在接到报告的第一时间内进行病情评估、告知病人或其亲属，同时做好记录，积极治疗（处置），并做好跟踪、处理等记录。</p> <p>4、没有健全网络系统的单位，可采取“简易单机版电脑”设置“危急值”项目内容、识别预警，便于医务人员预警、识别（但是，此项不完善的信息网络系统在评价时会涉及到扣分）。</p>
		二、门诊部 没有该条			
		三、诊所 没有该条	/		
		【B】符合“C”，并	<p>一、医院</p> <p>1. 信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。</p>	1. 现场查看“危急值”信息系统。	<p>1、强调医院信息化管理网络系统应建立“危急值”网络识别、预警系统，便于医、技、护人员及时、完整、准确记录、识别患者“危急值”信息，及时报告、及时处置；</p> <p>2、没有健全信息网络系统的单位，会影响该条满分的给予，在不同是程度上均会涉及扣分：</p> <p>(1)即使建立内部的电话通讯网络快速通道的“预警报告制度”，对发现“危急值”的病例报告、处置的速度均直接差于信息网络系统。</p> <p>(2)建立电话网络预警系统要求是：即①检查科室一旦发现有“危急值”的病例，科室确认无误、首先与相关科室联系，了解病情、通报“危急值”检查结果，及时转达“危急值”检查信息，②紧随其后出具检查文字书面报告，向相关临床科室和医务科电话报告。③接到电话通报“危急值”的科室，立即启动“危急值”处理程序；④同时进行文字记录等。</p>
		二、门诊部 没有该条			
		三、诊所 没有该条	/		

26		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。	1. 现场查看“危急值”网络监控功能。	1、建立医院内部紧急绿色通讯网络系统，该系统由负责网络信息策划的院长、相关科室、病区、手术室等科室负责人（或指定医师）或护士长组成，制定管理制度、建立相关登记记录本；并以文件形式任命。 2、职能部门（院办、医务科、护理部）定期（每年至少1次）对“危急值”报告制度的有效性进行督导、检查，评估、总结、提出持续改进措施。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条	/	
（八）防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生					
27	1. 对患者进行风险评估，主动向高危患者告知跌倒、坠床风险，采取有效措施防止意外事件的发生。 2. 有患者跌倒、坠床等意外事件报告	【C】	一、医院 1. 有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门协作。 2. 对住院患者跌倒、坠床风险评估及根据病情、用药变化再评估，并在病历中记录。 3. 主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。 4. 医院环境有防止跌倒安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑。 5. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒	1. 查阅有关材料。 2. 查看医疗区域易滑区域、危险区域标识情况等。 3. 提问2名医务人员对措施及报告知晓情况。	1、要求制定本院的“患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置预案与工作流程”等规章制度。制度包括： (1) “防范患者跌倒、坠床意外事件的管理制度”； (2) “患者跌倒、坠床的应急处置预案”，“患者跌倒、坠床的应急处置流程图”； (3) “患者跌倒、坠床的急救预案与急救措施”； (4) “患者跌倒、坠床的报告制度”、“患者跌倒、坠床的报告流程图”。建立患者跌倒、坠床风险、手术前后病情、用药变化的主动告知、主动帮扶机制；一旦发生患者“跌倒、坠床”事件立即启动程序报告，及时对病情进行分析评估，积极采取正确处置急救工作；同时，做好患者、家属的交流沟通思想工作，便于妥善处理。详细记录。 (5) “防范患者跌倒、坠床风险的评估制度”，建立评估后根据病情、用药变化再评估”机制，在病历病程记录中有风险评估记录。 3、配备必要的设施，如：警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、床挡等、走廊扶手、大厅、楼道、过道、卫生间的地面防滑处等摆放在醒目警示标示。 4、相关职能帮忙做好有关““患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置预案与工作流程”等规章制度”的教育与培训工作。全院职工应当熟悉、掌握“防范患者跌倒、坠床的相关制度”，“应急处置预案”，“急救预案与措施”； 做好应对抽查工作。

27	制度、处置预案与工作流程。		的处置及报告程序。 6. 有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与工作流程。		
	医院、		二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	评价标方法内容与医院评价方法内容相一致。	
	门诊部 (23 条 条)		三、诊所 没有该条		
	诊所不 设该条	【B】符 合“C”， 并	一医院 1. 有坠床、跌倒的质量监控指标数据收集。 2. 有患者跌倒、坠床等意外事件的总结、分析，及完善的防范措施。 3. 员工对患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程知晓率 $\geq 95\%$ 。	1. 查看质量监控指标数据记录。 2. 查看意外事件总结、分析、整改防范措施等书面文字记录。 3. 提问 10 名医护人员，了解知晓率。	1、院内公共场所设置电子监控设施，并制定监控管理制度，有电子监控详细检查记录； 2、没有安装该监控设施、实时监控的医院，必须建立相应严格快速识别、确认、处理网络，网络由负责行政管理的院长、各个部门和科室护士长组成，每天有监控、识别、确认、处置详细记录； 3、发生“患者跌倒、坠床等意外事件”应按照程序及时报告、迅速处理，并有详细记录。 4、开展员工对“患者跌倒、坠床等意外事件”处置流程知晓的培训，其知晓率达到 $\geq 95\%$ ；例如：医院有 50 名医师和护士医护人员中，应有 48 名人员应当知晓“患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置的流程”。同时，患者入院须进行有关该项制度规定的宣讲，患者的知晓率也应达到 $\geq 95\%$ 。 5、职能部门（总务科、护理部）定期（没有明确规定，但是年度至少 1 次）进行督导、检查、分析、总结，提出整改措施，提供台账记录资料。
		二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	1. 查看质量监控指标数据记录。 2. 查看意外事件总结、分析、整改防范措施等书面文字		

27				记录。 3. 提问 10 名医护人员，了解知晓率。		
			三、诊所 没有该条			
			【A】 符合“B”，并 一 医院 1. 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率合格率 90%。	1. 抽查 10 份风险评估报告。		1、虽然医疗的对象主要是健康人群，但是，各个部门、科室应当制定针对可能患有高血压、高血糖、肥胖病人、残疾人、60 岁以上老年人、带小孩来院就诊病人或求美就医者，对已实施麻醉、手术后的病人，对食品药品过敏、静脉输液治疗可能发生“输液反应”的病人等，应当高度关注，警惕发生“跌倒、坠床”事件。应当事先或及时做好“风险评估”。要求风险评估率合格率 $\geq 90\%$ 。 2、职能管理部门（总务科、护理部）要定期（至少每年 1 次）进行督导、检查、对发生的意外事件处理后的原因应及时统计、分析、总结、完善防范措施，有完整的登记记录。 无论有无跌倒、坠床事件的发生，均需准备各类风险评估台账记录材料。
			二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	1. 抽查 10 份风险评估报告。		
三、诊所 没有该条						
(九) 妥善处理医疗安全（不良）事件						
28	1. 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。 医院、 门诊部 (24)	【C】	一 医院 1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。 2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。 3. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。 4. 医务人员对不良事件报告制度的知晓率 100%。	1. 查看资料和登记表。 2. 查看教育培训记录。 3. 查看是否建立不良事件应急通道。 4. 抽查 10 名医务人员	1、医院制定医疗安全（发生医护差错，医疗纠纷、事故，药物不良反应，输液输血反应，贵重药品、麻醉精神类和毒药药品失窃，大型医疗器械设备在使用时发生故障等）事件报告等规章制度。 强调“主动报告医疗安全（不良）事件的制度”和“主动报告医疗安全（不良）事件工作流程”重要性；有不良事件报告流程图并上墙。 2、对全院职工开展<医疗安全规章制度>尤其是“不良事件报告制度”的教育和培训，提供培训资料、参加人员签名、培训照片等资料；所有医务人员必须熟练掌握本院哪些是可能造成医疗安全的不良事件因素，熟练掌握医疗安全的不良事件的报告程序，做到主动报告并登记记录。 3、医院可以自行设计<医疗安全不良事件登记表>（姓名、性别、住院号、病区或科室、责任医师和护士、诊断，事由、处理经过、改进措施，事件责任人、负责人签名，上报部门、日期等），通过填表及时完成不良事件的收集与处置。 4、建立便于医务人员报告医疗安全（不良）事件的绿色便捷快速通道。	
			二、门诊部			

28	条): 诊所(17条):		评价标准内容与医院内容相一致。	评价方法内容与医院内容相一致。	5、开展科主任、护士长工作手册日常记事工作的科室和部门，应准备相应的材料以备检查。 6、组织至少 10 名医务人员熟知医疗安全（不良）事件的报告制度与工作流程。对诊所没有要求抽查考核医务人员。
			三、诊所 1.有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。 2.有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。 3.有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。	1.查看资料和登记表。 2.查看教育培训记录。 3.查看是否建立不良事件应急通道。	
		【B】符合“C”，并	一、医院 1.有指定部门统一收集、核查医疗安全（不良）事件，有指定部门向相关机构上报医疗安全（不良）事件。 2.对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。 3.全院员工对不良事件报告制度率100%。	1.现场查看负责部门，及上报流程。 2.抽查10名医院职工。	1、医院以文件形式规定医务科、护理部为医院收集、核查事件，并及时报告医院“医疗护理质量控制管理委员会（小组）”，同时建立有关科室、指定人员为成员的收集报告网络系统，建立与政府行政管理部门网络直报系统； 2、属于重大又造成严重社会影响的事件，在核实调查且责任明确时应积极妥善处理；需要进行鉴定的应进行医疗事故鉴定等； 3、院部或/和医务科对于发生所有医疗不良事件，无论责任何方医院应当认真分析、总结、整改，加强防范措施，并记录； 4、全院职工必须知道哪些为医疗安全不良事件及报告流程程序。 组织员工应对检查工作。诊所不作前行要求。
	二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	1.现场查看负责部门，及上报流程。 2.抽查10名医院职工。			

28		<p>三、诊所</p> <p>1. 有指定部门或专人负责统一收集、核查医疗安全（不良）事件，有指定部门向相关机构上报医疗安全（不良）事件。</p> <p>2. 对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。</p>	<p>1. 现场查看负责部门或专人负责的工作台账记录资料及上报流程。</p>	
	【A】符合“B”，并	<p>一、医院</p> <p>1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。</p> <p>2. 持续改进安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率。</p>	<p>1. 现场查看网络系统。</p> <p>2. 查阅记录，查看整改情况。</p>	<p>1、建立与卫生行政管理部门信息网络直报系统，持续改进医疗安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率；准备有关规章制度材料及相应文件资料。</p> <p>2、如果没有建立与卫生行政管理部门信息网络直报系统的单位，至少建立院、科两级组织结构网络。准备医院有关设置及组成成员的文件材料；提供开展登记、报告、核查和处理的记录；提供对事件的发生有分析、总结、整改的记录。</p> <p>3、建立便于“医务人员报告医疗安全（不良）事件”的绿色便捷快速通道；特殊医疗安全（不良）事件发生时有快速处置预案、方法、措施。</p> <p>4、提供全员教育和培训资料。要求全院医务人员对不良事件报告制度知晓率达到100%。</p>
		<p>二、门诊部</p> <p>评价标准内容与医院评价标准内容相一致。</p>	<p>1. 现场查看网络系统。</p> <p>2. 查阅记录，查看整改情况。</p>	
		<p>三、诊所</p> <p>评价标准内容与医院、门诊部评价标准内容相一致。</p>	<p>1. 现场查看网络系统。</p> <p>2. 查阅记录，查看整改情况。</p>	

29	2. 有激励措施鼓励医务人员参加《医疗安全（不良）事件报告系统》网上自愿报告活动。 医院： 门诊部、诊所不设该条	【C】	一 医院 1. 建立有医务人员主动报告的激励机制。 2. 对不良事件呈报实行非惩罚制度。 3. 严格执行《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度》（卫医发〔2002〕206号；2002.8.16；自2002年9.1起施行）的规定。	1. 查看奖惩文件。 2. 在《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度》中选取两条，考察医院情况。	1、根据【《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度》（卫医发〔2002〕206号）】的文件精神，制定本院的“鼓励医务人员参加《医疗安全（不良）事件报告系统》网上自愿报告活动”激励机制的规定；规定应包含：“关于职工发现不良事件的苗头或不良事件积极主动报告和重大事件隐瞒不报、或故意缩小、或故意推卸等激励和处罚制度”。 2、制定本院的“对不良事件呈报实行非惩罚制度”。非惩罚制度中应考虑：对不良事件的责任人如实、及时的报告，同时积极的应对、妥善处理事件的受害人，应以教育为主、惩罚为辅、直至不处罚的规定。 3、对于发生致残、死亡等重大医疗纠纷、事故的主要责任人，应按照国家、省级地方卫生行政主管部门法规规定执行； 4、建立本院“医疗安全（不良）事件”直报系统与卫生行政管理部门《医疗安全（不良）事件报告系统》网络对接通道。查看网络系统对接情况。 准备好上述文件、制度材料。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条	/	
		【B】 符合“C”，并	一 医院 1. 激励措施有效执行。	1. 抽查3名员工，核查奖惩制度落实情况。	1、提供职工积极主动报告不良事件的登记记录材料；提供医院给予精神、物质奖励的文件及财务报表和台账记录；准备相关资料。 2、院方做好抽查若干名员工，核查奖惩制度落实情况的准备工作。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】 符合“B”，并	一、医院 1. 医院医疗安全（不良）事件直报系统与卫生部《医疗安全（不良）事件报告系统》建立网络对接。	1. 现场查看网络系统。	1、建立本院“医疗安全（不良）事件直报系统与卫生行政管理部门《医疗安全（不良）事件报告系统》网络对接”的网络通道；同时，查看卫生行政管理部门同意或批准文件。 2、职能部门定期进行“督导、检查、统计、分析、小结、改进措施”，每年均要有统计、分析、持续改进措施的总结。 3、组织全院职工学习；相关奖惩制度，要求职工均知晓。 注：如果没有信息网络对接，医院应当及时查看下载卫生主管部门关于医疗安

29			二、门诊部 没有该条		全不良事件相关文件，学习文件，掌握文件精神。在发生医疗安全不良事件时，根据文件要求 及时 向属地卫生行政主管部门报告本院发生的重大事件的原因、责任、教训、处理及处罚结果；并有详细记录，同时提供相关的证明材料等。即使这样，仍旧影响该条满分的给予。 备好上述相关材料。
			三、诊所 没有该条	/	/
30	3. 定期分析医疗安全信息，利用信息资源改进医疗安全管理。 医院、门诊部（25条）、诊所（18条）：	【C】	一、医院 1. 定期分析安全信息。 2. 对重大不安全事件进行根本原因分析。	1. 查看分析资料。	1、医务科、护理部、总务科、临床科室应有定期检查（要求至少每月一次）医疗安全记录、分析、总结、提出持续改进措施。准备医疗安全检查时应有完整详细的记录材料（开展科主任、护士长工作手册工作的单位，可以提供科主任、护士长工作手册或科室台账记录本）。 2、医疗质量控制管理委员会（小组）应定期（至少每季度1次）开展收集、分析、总结医院医疗安全不良事件活动并详细记录。 3、建立医院对医疗安全隐患及时指出、防范制度的规定，建立对重点科室、重点事项、重点人物进行必要监控的制度； 准备相关文件、制度材料。
			二、门诊部 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	1. 查看分析资料。	
			三、诊所 评价标准内容与医院、门诊部评价标准内容相一致。	1. 查看分析资料。	
		【B】 符合“C”，并	一、医院 1. 利用信息资源加强管理，实施具体有效的改进措施。	1. 查看整改记录。	
			二、门诊部 1. 评价标准内容与医院评价标准内容相一致。	1. 查看整改记录。	
			三、诊所 1. 评价标准内容与	1. 查看整改记录。	

30		【A】符合“B”，并	医院、门诊部评价标准内容相一致。		
			一、医院 1. 对改进措施的执行情况进行评估。	1. 现场查看整改情况。	1. 医务科、护理部组织人员对相关科室和人员整改后进行评估并有记录，或提供处置书面文件。 准备台账记录资料。
			二、门诊部 1. 对改进措施的执行情况进行评估。	1. 现场查看整改情况。	
			三、诊所 1. 对改进措施的执行情况进行评估。	1. 现场查看整改情况。	
(十) 患者参与医疗安全					
31	1. 针对患者疾病诊疗，为患者及亲属提供相关的健康教育，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。	【C】	一 医院 1. 有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。	1. 查看有关规定文件； 2. 查看病区或医院组织患者参与医疗安全活动的记录资料。 (根据患者参与的重要性给予计分或扣分)	1、制定“医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务”的管理规定。 规定包括：①就诊时医生向求美就医者或病人做好相关“病情”、治疗知识或常识、健康保健、健康注意事项等方面的介绍。②病人住院时管床医生要与病人和家属做好“病情”、治疗知识或常识、健康保健、健康注意事项等方面的沟通与介绍。③经治医生在治疗时要进行健康教育，病程录中要有健康教育处方、保健、健康注意事项等记录。④医院、病区要有健康教育宣传橱窗、手册等。⑤每年至少1次实施对全院职工进行健康教育讲座。 2、制定医患（或委托人及其亲属）病情、治疗方案沟通不少于3次的规定（江苏省规定沟通至少3次，各省根据本省规定执行）； 3、制定术前必须贯彻落实医患双方签署知情同意书、手术同意书，以及《手术安全核查表》等有关国家卫生主管部门规定的制度； 备好上述院、科室管理制度材料。
			二 门诊部 1. 有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。	1. 查看有关规定文件； 2. 查看病区或门诊部组织患者参与医疗安全活动的记录资料。	
			三 诊所 没有该条	/	

31	医院、 门诊部 (26 条): 诊所不 设该条	【B】符合“C”， 并	一、医院 1. 针对患者病情，向患者及其近亲属提供相应的健康教育，提出供选择的诊疗方案。 2. 宣传并鼓励患者参与医疗安全活动，如告知在就诊时提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。	1. 查看宣传资料。 2. 抽查 2 名患者了解情况。	1、制定定期、不定期的组织医院和病区病员及其亲属进行健康知识普及讲座规定；规定病情和治疗方案向患者及其亲属通报、沟通。 健康知识普及可以多种形式进行：①在门诊召集门诊病人（爱美人士）开医疗安全与医疗美容等座谈会和科普讲座；②在病区召开住院病人座谈会和医学美容科普讲座、交流等；③每次的会议应有主题、参加人员须签名、收集会议照片、会议总结等资料、备查。 2、规定患者提供客观真实病情和有关信息对疾病诊断治疗重要性的制度；准备好每次进行健康宣讲资料和记录本。 3、查看机构内部有关健康科普知识宣传栏及其内容。 4、做好相关患者被抽查的准备工作。
			二、门诊部 评价标准内容与医院内容相一致。	1. 查看宣传资料。 2. 抽查 2 名患者了解情况。	
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】符合“B”， 并	一、医院 1. 职能部门对患者参加医疗安全活动有监管，有持续改进。	1. 查看记录及整改情况。	1、负责教育科技工作的部门、医务科、护理部组织策划，临床、医技科室直接参与，负责院、科两级邀请患者参加“医疗安全活动、健康教育宣传等活动”。 2、职能部门至少年度 1 次进行对“患者参加医疗安全活动有监管、评估、小结、持续改进措施”书面总结报告；或提供本部门的工作台账记录材料。 准备相关台账材料备查。 (由于监管、检查、持续改进措施没有规定时间，因此，年度至少提供 1 次监督、检查、持续改进材料)
			二、门诊部 1. 职能部门对患者参加医疗安全活动有监管，有持续改进。	1. 查看记录及整改情况。	
			三、诊所 没有该条	/	

32	2. 主动邀请患者参与医疗安全活动。 医院： 门诊部、诊所不设该条	【C】	一、医院 1. 邀请患者主动参与医疗安全管理，尤其是患者在接受有创诊疗前、或使用药物治疗前、或输液输血前，有具体措施与流程。 2. 鼓励患者向药学人员提出安全用药咨询。	1. 抽查 2 名患者参与情况。	1、制定“主动邀请患者参与医疗安全管理制度”。制度内容包含“患者在接受有创诊疗前、使用药物治疗前、输液输血前等治疗情况应预先介绍、沟通、交流、告知病情、同意，签字等具体措施”。 2、制定“患者在接受有创诊疗前、使用药物治疗前、输液输血前治疗情况预先介绍、沟通、交流、告知病情、同意，签字”工作流程图。 3、病区应指定医护专人负责实施流程程序；走完整个工作程序，应有完整的记录材料。 4、所有开展的活动应有资料（讲稿）、参加人员的登记签名、活动内容记录、照片、总结等台账材料。 5、医护人员应主动邀请、鼓励、配合并积极参与患者向药学人员提出安全用药咨询；同时做好记录。 准备上述材料，做好住院患者对上述制度了解熟知程度。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条	/	
		【B】 符合“C”，并	一、医院 1. 职能部门对患者参加医疗安全活动有定期的检查、总结、反馈，并提出整改措施。	1. 查看记录及整改情况。	1、制定“药学人员向患者提供安全用药咨询服务”管理规定，建立安全用药咨询服务登记制度。 2、责任医师、护士在管理床位病人时，应当积极鼓励、引导患者对治疗的效果、安全，对药品、医用耗材使用的安全性，向药学人员（药剂科）进行咨询。 3、医院药剂科设置“咨询服务窗口”，接待患者有关药物、医用耗材、治疗用药安全性等方面知识信息的咨询，药剂科设置“药物咨询服务登记本”记录所开展的咨询服务工作。 4、安排相关专业人员进行咨询，在病区开展的工作，应在病区记事簿、病历中有记录可查； 5、职能部门对患者参加医疗安全活动每年度至少 1 次进行检查、总结、反馈相关科室，并提出整改措施，提供有关材料。 做好在院病人工作，备好有关材料、病历。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】 符合“B”，	一、医院 1. 患者主动参与医	1. 现场考察。	1. 各职能部门、临床科室、病区提供患者或求美就医者参与医疗安全活动的相关材料。

32		并	疗安全活动持续改进医疗安全管理.		2. 职能部门、临床科室、病区提供对患者参与医疗安全活动时的基础、总结、反馈、发现问题与不足及时整改取得成效的台账记录等资料。 3. 由于定期检查没有明确的规定，因此，要求每年度的检查等至少 1 次，提供的资料涉及检查等至少是 1 次。 准备好相关科室整改措施落实及成效情况材料；同时做好在院患者参与医疗安全活动的准备工作；两者应一致。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条	/	

三、医疗质量管理与持续改进 医院： 328 分；门诊部： 211 分；诊所： 41 分；

序号	评价内容	评价方法		评价方法	解读与建议
		CBA款	各条款		
(一) 实施全程医疗质量管理与持续改进					
33	1. 制定医疗质量管理与持续改进方案并组织实施。 医院、门诊部 (27 条)、 诊所 (19 条)：	【C】	一、医院 1. 有医疗质量管理与持续改进方案，并组织实施。	1. 查看文件及落实情况。	1、制定医院“医疗质量管理与持续改进方案”或“医疗质量与医疗安全管理规定和持续改进方案”（或医疗质量管理办法等），组织学习和实施，纳入医疗质量、医疗安全管理与考核体系。 2、做好“医院医疗质量管理委员会”年度工作计划执行情况，开展的活动及记录台账。各科室应有开展“医疗质量控制管理小组”工作情况台账记录。院、科两级应定期召开医疗质量总结、分析、评估会议，及时制定改进措施并有记录。 3、加强医疗核心制度的学习，医务人员必须掌握熟悉医疗核心制度的内容；准备上述材料。 4、各科室应对重点病种制定检查、诊断、操作规范（含治疗）、医疗护理质控指标（国家和省级卫生行政部门没有出台前）、以及定期随访等规定。 准备上述材料。
			二、门诊部 评价标准内容与医院内容相一致。	1. 查看文件及落实情况。	
			三、诊所 评价标准内容与医院、门诊部内容相一致。	1. 查看文件及落实情况。	
	【B】符合“C”，并	一、医院 制度 1：共 8 分其中： ①执行查对制度。 ②病历书写基本规范与管理制度。 ③交接班制度。 ④临床用血审核制度等。 ⑤有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患。 制度 2：共 12 分其中：	1. 查看以上制度。 2. 抽查 2 项制度及落实情况。	1、结合医院实际制定医疗活动的相关规章制度。如《***医院医患沟通制度》、《***医院告知制度》，《查对制度》，《病历书写基本规范与管理制度》，《交接班制度》，《临床用血审核制度》，《医疗质量控制管理制度》含有医疗风险评估以及医疗质量总结、分析、整改等等制度。要求医务人员熟练掌握与执行，院内定期开展考核、保存记录资料备查。 2、参考国家卫生计生委《医疗质量管理办法》（[2016]颁布，第 10 号令）中提到的 17 项核心制度，结合医院实际制定本院医疗核心制度。主要包括：首诊负责制度、三级查房制度、会诊制度、分级护理制度、值班和交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度等，建立上述各种制度台账记录本；记录在医疗文书和相关活动资料中，备查； 3、开展科主任和护士长工作手册工作制度的科室，提供工作手册和有关工作台账	

33			①疑难病例讨论制度. ②会诊制度. ③危重患者抢救制度. ④手术分级制度. ⑤术前讨论制度. ⑥死亡病例讨论制度. ⑦分级护理制度等 (8)执行告知制度. ⑨医患沟通制度.		材料： 准备若干份出（住）院病历，病历中能够反映上述制度，备查。
			二、门诊部 评价标准内容同上述医院。	1. 查看以上制度。 2. 抽查 2 项制度及落实情况。	
			三、诊所 评价标准内容同上述医院、门诊部。	1. 查看以上制度。 2. 抽查 2 项制度及落实情况。	
			【A】符合“B”，并	一、医院 1. 开展全员医疗质量和安全教育，每年至少 2 次。	
		二、门诊部 1. 开展全员医疗质量和安全教育，每年至少 2 次。		1. 查看培训记录。	
		三、诊所 1. 开展全员医疗质量和安全教育，每年至少 2 次。		1. 查看培训记录。	

(二) 医疗技术管理					
34	1. 根据《医疗技术应用管理办法》规定, 建立医疗技术临床管理委员会及其临床科室管理小组, 制定医疗技术管理制度, 严格实行临床医疗技术准入管理, 加强临床一般类技术、限制类技术的管理, 严格禁	【C】	<p>一、医院</p> <p>1. 有院级医疗技术临床管理委员会及其临床科室管理小组。</p> <p>2. 有临床医疗技术及医师医疗技术准入的管理制度。</p> <p>3. 有本院能够开展的医疗技术目录。</p> <p>4. 医疗美容科及其二级科目依据《医疗美容项目分级管理目录》规定的项目开展诊疗活动。</p> <p>3. 不应用国家卫生健康委已禁止的医疗技术。</p>	<p>1. 查阅文件、工作记录。</p> <p>2. 抽查 2 种技术项目档案。</p>	<p>1. 有建立院、科两级“医疗技术临床应用管理制度”、“医务人员技术准入制度”(含麻醉医师开展全麻资质证件资料, 含护理人员), “监督评价机制”、“医疗技术档案管理制度”相关文件。</p> <p>2. 根据上述相关文件制定相关管理、实施、监查制度。</p> <p>3. 提供从事医疗美容项目医务人员(医师、护士)资格(或美容主诊医师资质)证件(证书)、职称证书; 根据职称制定各级手术医师手术分级管理规定; 明确各级职称人员医疗技术实施职责。</p> <p>4. 根据“《医疗美容项目分级管理目录》”:</p> <p>①制定开展日常诊疗项目目录,</p> <p>②对限制类医疗技术有严格的准入与监督管理制度;</p> <p>③对国家卫生行政部门颁布的禁止类医疗技术有严格的规定和督查制度。</p> <p>准备上述 3 类台账记录。</p> <p>5、手术室、各科室治疗登记簿记录及病案室资料齐全, 符合机构相关规定。</p> <p>6、抽查 2 种技术档案资料应包括职能部门、科室对上述管理制度(含技术准入、伦理委员会的批准等)执行情况、对医师的准入和技术实施的评价等材料。</p> <p>备齐上述材料。</p>
			<p>二、门诊部</p> <p>评价标准内容同上述医院相一致。</p>	<p>1. 查阅文件、工作记录。</p> <p>2. 抽查 2 种技术项目档案。</p>	
			<p>三、诊所</p> <p>评价标准内容同上述医院、门诊部相一致。</p>	<p>1. 查阅文件、工作记录。</p> <p>2. 抽查 2 种技术项目档案。</p>	
	【B】符合“C”, 并	<p>一、医院</p> <p>1. 根据国家、省级卫生行政部门发布的限制类技术目录, 结合本院医疗技术、设备、</p>	<p>1. 查阅文件。</p> <p>2. 限制类(高风险)技术项目工作记录。</p>	<p>1、制定本院日常开展诊疗工作的一般性的“医疗技术目录”, 根据国家、省级卫生行政部门颁布的“限制类技术目录”, 依据本院的技术力量和设施设备制定“限制类技术目录”, 包括高风险诊疗技术目录。</p> <p>2、医院有“医疗技术临床应用追踪管理, 重点是限制类技术项目”的管理与执行办法; 有《医疗美容项目分级管理目录》一、二、三级美容外科技术分级管理规</p>	

34	止类技术应用的管 理。 门诊部 (28 条)、 诊所 (20 条):		实施具体情况, 制定限制类技术目录。 2. 有医疗技术临床应用追踪管理, 重点是限制类(高风险)技术项目。 3. 有完整的医疗技术管理档案资料。	3 抽查 2 份医疗技术管理档案。	定。 建议只开展一、二、三级(或一级, 或一、二级)美容外科医疗美容服务(技术)项目目录的机构可以将发生脂肪栓塞、眼失眠等严重并发症、后遗症的医疗技术列入“高风险”技术, 根据“医疗技术管理办法”规定, 制定管理制度, 严格遵守, 强化管理。提供相应的详细材料备查。 3、职能部门、科室对每一类技术建立完整的医疗技术管理档案并定期核查、整理、更新、完善。有完整的台账记录。 4、整形外科医院、民营、公立三级综合性医院设置的整形外科和医疗美容科可以开展四级美容外科手术项目。 5、职能部门、临床科室、病区、手术科室应准备医疗技术档案资料和相应的病案资料。
			二、门诊部 评价标准内容同上述医院相一致。	1. 查阅文件。 2. 限制类(高风险)技术项目工作记录。 3 抽查 2 份医疗技术管理档案。	技术档案: 技术项目名称, 申请、批准、立项材料, 技术分级; 临床应用: 操作规范(含临床路径)、质量评估标准, 年开展例数、并发症发生率、疗效, 跟踪随访、满意度, 阶段性小结、总结、结题(或论文发表、学术报告等)材料, 经济和社会效益, 主要负责人及其团队人员资质、职称级别材料等。 “医疗技术” 指已成熟的(含教科书)、卫生行政部门发布的、认可的或卫生行政部门委托行业协会、医学会制定并发布的并广泛开展的医疗技术。新技术与科研项目另立。
			三、诊所 评价标准内容同上述医院、门诊部相一致。	1. 查阅文件。 2. 限制类(高风险)技术项目工作记录。 3 抽查 2 份医疗技术管理档案。	
		【A】符合“B”, 并	一、医院 主管部门有监管, 根据监管结果的评价, 对医疗技术的开展、准入、中止有动态管理, 保障医疗安全。	1. 查看记录。	
			二、门诊部 评价标准内容同上述医院相一致。	1. 查看记录。	2、医务、科技、护理职能部门有定期(至少每季度1次)对上述制度执行、落实、监督、检查材料, 有对技术创新、疗效、效益(社会、经济效益)、中止的动态评估管理等材料。
			三、诊所 评价标准内容同上述	1. 查看记录。	3、有对各级医师手术分级准入、操作规范的执行、满意度调查、并发症发生率等

34			医院、门诊部相一致。		的督查管理的评估及其相应的记录资料。有对不遵守规则的执业医师进行相关处理的动态监管，并有完整的记录资料。 准备上述台账记录材料备查。
35	2. 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并组织实施。	【C】	一、医院 1. 有医疗技术风险处置与损害处置预案。 2. 有可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。	1. 查阅文件和相关记录。	1、制定本院“医疗技术风险预警机制”，培训医务人员，提高医疗质量与安全水平和防范风险能力；预警机制重要的部分是针对高风险项目、首次开展的项目及新技术的可能发生风险的预防和应急处理措施等； 2、制定本院“医疗技术损害处置规定”或预案，培训医务人员，提高医疗技术损害处置应急能力、处置水平；规定或预案应有院科两级收集、整理、分析、总结、报告、处理、整改、评估流程等； 3、制定本院“中止实施诊疗技术的相关规定及应急预案”，以及启动的工作程序；应对有可能随时发生的“可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备故障和供电设施突然停电）变化，出现异常情况”； 准备上述材料，备查。
			二、门诊部评价标准内容同上述医院相一致。	1. 查阅文件和相关记录。	
			三、诊所 没有该条	/	
	医院、 门诊部 (29条): 诊所不设该条	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。 2. 职能部门履行监管职责。	1. 查阅文件及抽查 1项落实情况。	1、医务科、护理部、临床科室等负责人应当熟悉、掌握相关规定和预案启动程序、处置流程，准备预案及流程材料、备查； 2、职能部门履行监管职责，有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案材料等； 3、医务科、护理部等职能部门负责定期（至少每季度1次）对临床科室监督、检查、反馈、总结，查看相关制度、预案准备和执行落实情况，对存在问题提出整改措施（包刮奖罚措施），并对临床科室整改后进行评估，详细记录。 4、医疗质量控制管理委员会定期对全院医疗质量进行总结活动，提出持续改进的措施，并落实督查医院职能和各个科室整改情况详细记录材料； 准备上述制度、预案和相关工作记事台账材料。
			二、门诊部 评价标准内容同上述医院相一致。	1. 查阅文件及抽查 1项落实情况。	
			三、诊所 没有该条	/	
			一、医院 1. 有医疗技术风险预警机制。	1. 查阅文件。	
		【A】符合“B”，并	二、门诊部 1. 有医疗技术风险预	1. 查阅文件。	1、建立医疗技术风险预警机制。强调制定并执行“医疗技术风险预警机制”的必要性和重要性，要求手术科室医务人员熟练掌握、严格执行。 2、医务科根据“该技术、项目的跟踪监管记录，定期或阶段性的进行总结评估报告”实施动态管理；同时，建立该技术的风险预警机制。如确认该技术、新项目是中止，还是作为医院日常手术，做好跟踪评价、评定工作，明确该新技术、新

35			警机制。 三、诊所 没有该条	/	项目的决定去向，及时做好完整记录资料、备查。 3、强调建立技术含量较高、复杂较大手术、新技术开展、科研立项技术开展以及高风险技术等手术讨论会诊制度，做好该项手术技术的手术风险评估报告、手术风险预警机制、手术方案申请报告审核批准制度，建立该技术可能发生并发症和后遗症及其处理预案制度；加强主治医师术前与患者及其亲属告知并得到理解同意签字文书等制度； 4、如果没有科研技术和项目，可以开展先进高科技的美容产品项目新技术引，作为新技术材料准备。 提供上述制度完整的资料、备查。
36	3. 有新技术准入与风险管理制度，并落实。 医院、门诊部（30条）、 诊所（21条）：	【C】	一、医院 1. 有新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序。 2. 申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。 二、门诊部 评价标准内容同上述医院相一致。 三、诊所 评价标准内容同上述医院、门诊部相一致。	1. 查看相关文件。 1. 查看相关文件。 1. 查看相关文件。	1、制定本院“医疗新技术、新项目准入管理制度”，该制度包括：①有完整的组织管理；②对新技术、新项目临床应用实行三类管理（三类医疗技术）；③有新技术、新项目准入申报流程和准入审批流程；④有完善的新技术、新项目临床应用质量控制流程；⑤职能部门有新技术、新项目临床应用监督管理流程和中止流程；即“立项、论证、审批等管理程序”（科研项目和技术应个人申请、科室通过、单位批准，上报卫生或科技行政主管部门审批、批准后即立项开展）。 2、制定本院“申请诊疗新技术准入制度”，强调制定保障患者“实施新技术的安全措施和风险处置预案”（新技术准入制度参照第1点）；处置预案中应制定发生并发症、后遗症等预防和处置措施。 3、制定本院“新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价”的方法。包括：①对该新技术、新项目实施后，其疗效、医疗质量与医疗安全进行全程的跟踪；②对该新技术、新项目所产生的经济效益和社会效益进行全程评估；③新技术、新项目在患者或求美就医者实施后，对其在规定的时间内进行定期多次随访后，给予客观、科学、实事求是的总结评估；④职能部门和相关科室应建立新技术、新项目的技术档案。 技术档案：①有该新技术、新项目申报、立项、论证、审批准入批件；②有保障患者安全措施（含医疗安全措施）和风险处置预案；③有医疗质量控制规范（标准），疗效评估的规定；④有阶段小结、结题报告，以及是否转化为日常诊疗的工作；⑤有经济效益和社会效益的评估材料；⑥有在规定的时间内定期、多次的随访记录和患者（求美就医者）满意度的记录；等。 准备上述文件制度材料。 新技术定义：①使用新试剂的诊断项目；使用二、三类医疗器械的诊断和治

36				疗项目；使用产生高能射线设备的诊断和治疗项目；②创伤性诊断和治疗项目；③生物基因诊断和治疗项目；④医疗机构首次开展的新技术、新项目和其它可能对人体健康产生重大影响的新技术、新项目；⑤本院首次开展的诊疗技术、项目等。
	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价。 2. 职能部门有完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结与监管资料。	1. 抽查新开展医疗技术病历和医院有关部门对开展的新技术评估记录。 2. 抽查1份新技术档案。	1、医务科及开展新技术的科室根据“该技术、项目的跟踪监管记录，定期或阶段性的进行总结评估报告”实施动态管理；开展对新技术、新项目的质量与安全、疗效、经济效益性进行全程追踪管理与随访评价。如确认该技术、新项目是中止，还是作为医院日常手术，做好跟踪评价、评定工作，明确该新技术、新项目的决定去向，及时做好完整记录资料、备查。 2、职能部门或专职人员建立完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结及其监管资料。 3、如果没有科研技术和项目，可以开展先进高科技的美容产品项目新技术引进，作为新技术材料准备。参照【C】款第3点。 准备开展新技术和新项目相应的技术档案材料。
		二、门诊部 评价标准内容同上述医院相一致。	评价方法内容同上述医院相一致。	
		三、诊所 评价标准内容同上述医院、门诊部相一致。	评价方法内容同上述医院、门诊部相一致。	
	【A】符合“B”，并	一、医院 1. 职能部门有监管，根据监管评价。实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。	1. 查看记录	1、职能部门有监管，实施动态管理的规定（即中止或转入常规技术）及实施确定新技术中止或转入常规技术动态管理的规定。 2、医务科根据“该技术、项目的跟踪监管记录，定期或阶段性的进行总结评估报告”实施动态管理；如确认该技术、新项目是中止，还是作为医院日常手术，做好跟踪评价、评定工作，明确该新技术、新项目的决定去向，及时做好完整详细记录资料。 3、职能部门执行动态监管，是指：①定期对开展的新技术、新项目的科室和医务工作者进行督查（围绕该技术制定所有的规定、制度、方案、预案等）；②督查的内容是了解该新技术、新项目实施的进展状况（进度）；③督促检查该新技术、新
		二、门诊部 评价标准内容同上述医院相一致。	1. 查看记录	

36			三、诊所 评价标准内容同上述 医院、门诊部相一致。	1. 查看记录 1. 查看 记录	项目的阶段性小结，总结、结题等，了解掌握其疗效、安全性、风险性，及其经济价值和社会的影响，以及患者（求医就医者）的需求等；④发现该新技术、新项目在实施过程中，一旦触及为其设置“预警机制”，应及时停止，分析总结，根据实际情况中止与否；以及是否转入本医疗机构常规技术，进行的动态化管理。 2、如果没有科研技术和项目，可以开展先进高科技的美容产品项目新技术引，作为新技术材料准备。 准备上述材料。
37	3. 科研项目的医疗技术符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。在科研过程中，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。。	【C】	一、医院 1. 有临床科研项目中 使用医疗技术的相关 管理制度与审批程 序。 2. 临床科研项目中使 用医疗技术应有充分 的可行性与安全性论 证、保障患者安全的 措施和风险处置预 案。 3. 临床科研项目中使 用医疗技术应有医学 伦理审批。 4. 充分尊重患者的知 情权和选择权，签署 知情同意书。	1. 查阅近 1 年来医 院科研项目资料、 有关批件和抽查 10 份相关病历。 2. 提问项目组成员 对技术安全、有效 和适宜性的熟悉情 况。 3. 查阅资料	1、制定临床科研项目相关管理制度与审批程序。制度包括：对临床科研项目进行充分的可行性与安全性论证，以及在实施过程中保障患者安全的措施和风险处置的预案，对临床科研项目进行医学伦理的审批程序；与患者进行充分沟通的规定、尊重患者的知情权和选择权，并签署知情同意书等。 2、医院制定科研项目申请规定中强调申请批准程序。强调做好保障患者安全措施、风险处置的预案。 3、各类医务人员申请不同等级的项目，其先进性、实用性、可行性应是代表在同等地域以上的先进性、实用性、可行性。例如：申请院一级的项目，该项目至少在本院是最先进，申请市一级该项目至少在本市是最先进；强调临床科研项目中使用的新技术要有“医学伦理审批”程序（制度）； 4、要求开展临床新技术、新项目必须尊重患者“知情权、选择权、同意权”、要签署“知情同意书”、“手术同意书”等； 5、科室、个人开展临床科研新技术、新项目均要事先向管理部门“办理申报、审批”程序手续，未尽批准不得擅自开展工作； 6、院级项目应有医院级专项项目经费拨款；市级以上有同级政府卫生、科技行政主管部门相关部门批准、拨款； 7、项目组成员必须熟悉掌握本项目的科学性、安全性、可行性等情况，及实施进展情况； 准备上述材料和开展新技术引进项目的病历若干份。 医疗机构在制定《临床科研项目中医疗技术的相关管理制度与审批程序》制度时参考意见略。
			二、门诊部 没有该条		
			三诊所 没有该条	/	
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 医疗技术职能部门 监管职责明确，履行		1、制定明确的职能部门监管的职责，履行监管职能的规定。 2、制定“医护人员对于开展科研项目、新技术引进申报批准规定、流程程序”的规定；相关人员知晓本部门、本岗位开展的临床科研项目管理制度与审批程序的

37	医院： 门诊部、 诊所不 设该条		监管职能。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位开展的临床科研项目管理制度与审批程序的管理要求。	1. 查阅资料。 2. 现场提问 1-2 名工作人员。	管理要求。 3、医务、科技、护理职能部门应对医护人员开展科研项目技术申报、实施管理制度培训的工作，使医务人员熟知开展临床科研项目管理制度与审批的程序；开展新技术、新项目的科室负责人应当熟悉项目的管理要求（如立项申请、申报程序、风险评价、风险处置预案、知情同意、医学伦理论证、阶段性小结、病人反应、技术的先进性、疗效评价、工作总结报告等制度）；项目组成员应熟悉本课题立项、进程、结题、科学性等情况； 4、医务、科技、护理职能部门对应有科研项目、新技术引进，进行跟踪监督管理，并随时记录开展情况和项目实施进度，跟踪记录完整详细； 提供上述完整材料。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 有全程追踪、阶段总结和结题的效果评价，用以改进管理工作，有完整的档案资料。	1. 查看记录及整改情况。	1、医务科、科教科、护理部等部门应有对项目追踪、阶段性总结和结题效果的评估；并对追踪、总结、评估及时记录报告上级部门；根据总结评估情况确定进一步改进方案；所有的工作包括照片资料都应整理归档； 2、各职能部门要进行“全程追踪、阶段总结和结题的效果评价，用以改进管理工作，有完整的档案资料”。 准备上述材料。
			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条	/	/
(三) 主要专业部门医疗质量管理与持续改进					

38	1. 主要诊疗部门医疗质量管理与持续改进。 医院、门诊部（31条）： 诊所不设该条	【C】	一、医院 1. 实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范，制定诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。 2. 规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。 3. 加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。 3. 有危重患者抢救流程，规范三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严重并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。	1. 抽查 2 个科室有关资料并抽查不同护理级别运行病历各 2 份，了解病情评估管理制度与流程及评估情况、诊疗方案适宜性，遵循临床诊疗常规指南	1、需要制定本院“患者病情评估、诊疗规范、诊疗计划”的管理规定，定期据患者病情变化、评估结果、调整诊疗方案，在病历中有记录。 2、临床科室管理制度中，对开展的专业项目在治疗前，必须按照临床路径的要求进行治疗前准备（各种相关的检查、风险评估、手术前讨论、治疗方案拟定、沟通、同意书签署等）的制度与流程；制定发生不良事件（药物反应、输液反应、并发症、院内感染发生等）及时登记本、报告、处置、评估的各种流程规定；有医疗废弃物处置规定及程序；及各种登记记录本。 3、制定发生严重并发症和医院感染事件报告制度、不瞒报和漏报的制度。 4、制定危重患者抢救流程规定，并上墙；规范住院、主治、主任三级医师报告制度和职责；病区抢救室应准备必须的抢救药品、设备、物品，有简捷明了的抢救工作流程程序并上墙。 5、制定规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》的管理制度。根据《抗菌药物临床应用指导原则》的规定，制定适合本院《抗菌药物临床应用指导原则及其他药物治疗指导原则、指南》的管理制度；合理使用抗菌药物和其他药物；规制定不同职称人员使用抗生素的权限，制定药学人员定期下科室介绍新药和指导用药原则等制度；科室、医生要严格遵守、执行。 6、制定本院的“医疗核心制度”和“规范要求”；严格按照省级以上卫生行政部门颁布的《病历书写规范》，制定医院“病历书写规范、监控、管理制度”，医务人员熟记掌握，保障医疗质量与安全。 7、加强病区责任制护理、等级护理、优质护理，制定护理操作规范，对每一位住院病员制定详细的护理计划，开展护理查房，做好各类护理记录，备查。 8、医务科、护理部定期（至少每季度 1 次）对相关科室进行督导、检查、统计、分析、小结、对存在的问题提出可持续整改措施，并且，对整改后的科室开展评估，详细记录、备查。 医院、职能部门、临床科室准备相应的规章制度；准备甲级出（住）院病历若干份。	
			二、门诊部 评价标准内容与上述医院标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院方法内容相一致。		
			三、诊所 没有该条	/	/	
		【B】 符合“C”，	一、医院 1. 落实三级医师负责	1. 查看 5 份病历，评价病历运行中核	1、强调要有“危重患者抢救流程图”、“三级医师报告制度”、“三级医师负责制”、“护理责任制”、“严格并发症和医院感染事件报告制度”等基本医疗护理管理制	

38		并	制，加强护理管理。	心制度落实情况。	度，保障抢救成功率，对发生的不良事件不瞒报和不漏报；医护要及时、准确记录所发生的医疗活动，做好及时上报、与患者及其亲属沟通等工作。 职能部门与科室有定期督导、检查、统计、分析、总结的制度，根据分析总结有持续改进的措施。 2、明确规定住院、主治、副主任或主任医师三级医师职责；出（住）院病历必须体现三级医师查房记录，有术前讨论等记录等材料； 准备甲级出（住）院病历若干份。
			二、门诊部 1. 落实三级医师负责制，加强护理管理。	1. 查看 5 份病历，评价病历运行中核心制度落实情况。	
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 开展重点病种质量监控管理。 10分	1. 抽查 5 份运行病历。	1、准备几个单病种病历、备查。如“小乳（或乳房发育不良）”行施“隆乳手术”（假体、自体脂肪移植）、“肥胖”（明确部位、脂肪堆积程度）行施“抽脂手术”等病历； 有全程跟踪及记录（含影像）：手术前规范的检查、风险评估、护理计划、三级查房记录、风险评估、术前讨论和识别标志、诊疗方案、医患双方签署的《知情同意书》、《手术同意书》，三方签署确认的《手术安全核查表》、手术和麻醉记录，以及术后治疗随访和疗效评估等内容。 制定本院“重点病种质量监控管理”、“临床路径管理”的管理规定并实施，定期督导、检查、统计、分析、小结、技术等层面的可持续整改措施。 至少准备 5 名正在住院病人的病历，备抽查。
			二、门诊部 1. 开展重点病种质量监控管理。 10分	1. 抽查 5 份运行病历。	
	三、诊所 没有该条	/	/		
39	2. 门诊工作医疗质量管理与持续改进 医院、 门诊部	【C】 一、医院 1. 有门诊管理制度并落实， 2. 有导诊、分诊等指示图。 3. 规范门诊医疗文书， 4. 有书写质量监控措施。 5. 公开出诊信息，保	1. 查看文件，现场考察。 2. 抽查 10 份门诊病历。 3. 现场查看出诊信息及导医台。	1、制定本院“门诊管理制度”、“门诊导诊、分诊导图”，以及有楼层的应有各楼层诊室、检查室、治疗室等医疗用房的布局与规范的名称；做好大厅电子屏幕准时及时显示门诊出诊医师的信息；做好各个楼层、各个专科候诊大厅履行分诊、导诊人员坚守岗位工作的职责。 2、制定本院各专科医师“出诊信息”制度、并公开，保障医师按时出诊、提供咨询服务、帮助患者有效就诊。 3、制定本院“门诊医疗文书书写管理规定”，明确门诊病历、处方书写必须按照国家规定要求进行，各种检查单除了根据病情需要选择其它的项目外，应客观务实的开具相关检查项目。开展电子病历的医院应有电子病历管理规定；仍然进行传统纸质病历书写的医疗机构，应严格按照门诊病历、其它医疗文件规定执行；“管	

39	(32条)、 诊所 (22条):		障医务人员按时出诊。提供咨询服务,帮助患者有效就诊。		理规定”中应明确医务科、门诊部对出诊医师书写的门诊医疗文件质量进行监督控制,随时检查、抽查病历、处方、医技科室出具的报告,及时总结分析提出整改意见,并贯彻执行“管理规定”的奖罚制度;上述事项详细记录材料。 准备门诊部各种规章制度、相关文件等材料,准备门诊病历若干份,备查
			二、门诊部 评价标准内容与上述医院标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院方法内容相一致。	
			三、诊所 评价标准内容与上述医院、门诊部标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院、门诊部方法内容相一致。	
		【B】符合“C”, 并	一、医院 1. 专科医师负责评价与核准门诊诊疗(检查、药物治疗、手术治疗等)计划/方案的适宜性,并记入病历。 2. 有院内会诊管理制度与流程。	1. 抽查1份门诊病历及医师资格。 2. 查看记录。	1、制定医院“专科医师负责评价、核准门诊诊疗方案的适宜性”的规定,并认真、准确记录在门诊病历; 注:(1)、医院门诊管理制度中,有专科医师或上级医师巡查和会诊制度,以确定诊疗方案及手术的正确与否,并记录; (2)、核准内容有“了解患者诉求、病情、采取的各种检查、药物治疗、手术治疗等计划/方案的适宜性”。 2、制定医院的“院内会诊,院外会诊、转诊管理制度”、“院内会诊流程图”、“院外会诊、转诊流程图”。 准备若干份门诊病历,涉及专科的病种,必须有相应专科医师的评价与核准诊疗方案(计划)适宜性的记录。 准备医师资格、职称证书、注册证书。(含美容主诊医师资质或严格根据《医疗美容服务管理办法》2002年19号令、2016年修改第8号令执行)。
			二、门诊部 评价标准内容与上述医院标准内容相一致。	1. 抽查1份门诊病历及医师资格。 2. 查看记录。	
			三、诊所 评价标准内容与上述医院、门诊部标准内容相一致。	1. 抽查1份门诊病历及医师资格。 2. 查看记录。	
		【A】符合“B”, 并	一、医院 1. 有完整的门诊质量管理资料体现持续改进成效;	1. 抽查10份门诊病历。	1、医院门诊部、医务科应定期或不定期的抽查门诊病历、处方等医疗文书,分析、总结,查出问题及时提出改进措施并落实,并评估整改后的情况,记录在案;持续改进有成效应当给予计分满分。 2、做到门诊病历规范率≥90%,即抽查的10份门诊病历只能出现1份不规范病

39			2. 门诊病历规范率90%.		历。 准备至少 10 份门诊病历、备查。
			二、门诊部 1. 内容与医院一致	1. 抽查 10 份门诊病历。	
			三、诊所 1、内容与上述医院、门诊部标准内容相一致。	1. 抽查 10 份门诊病历。	
40	3. 临床实验质量管理与持续改进。 医院： 门诊部、诊所不设该条	【C】	一、医院 委托第三方检验机构开展活动或满足以下条件： 1. 临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》。 2. 有实验室安全流程，制度及相应的标准操作流程，遵照实施并记录。	1. 委托第三方检验协议、报告等文件。或现场查看设置、布局等。 2. 查看记录。	1、出具委托第三方检验机构是由所在地区卫生行政主管部门批准、工商部门登记注册文件。 2、本院临床检验室的设置、布局、设备、设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》。 3、制定本院的“实验室安全流程、实验室制度、实验室标准操作流程、实验室岗位职责”、安全防护管理制度（如有毒化学制剂），制度应包含医疗废弃物管理、危急值报告制度等，常用“危急值”的项目与数据，要求张贴上墙；遵照制定的流程、制度、职责履行实施并工作记录、备查。 4、与外院合作开展的检验项目需准备“检验第三方合作协议书、报告等文件”，合作方的第三方应提供获得卫生、工商行政部门的批文复印件、实验室相关质控报告（质检结果）复印件； 5、所有送往第三方的检验项目必须要有严格认真的识别、交接、确认流程程序，并认真登记记录在册； 临床检验科室准备有关管理制度及开展工作的台账。
			二、门诊部 没有该条	/	
			三、诊所 没有该条	/	
		【B】 符合“C”，并	一、医院 1. 临床检验专业人员持证上岗。 2. 实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。	1. 查看人员资质文件。 2. 抽查 2 份健康档案。	1、临床检验专业人员持证上岗（检验人员执业资质原件和复印件）；制定实验室相关制度。 2、建立实验室工作人员健康档案管理制度（检验工作人员进行定期健康体检）；实验室安全防护（生物防护）符合要求。 准备上述人员有检验专业学历、学位证书，有检验专业项目规范培训及上岗资质证书；专业人员准备近半年或 1 年内健康体检材料。
			二、门诊部 没有该条	/	
			三、诊所 没有该条	/	

40		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 培训及考核记录完整，有授权人员的定期评价，工作人员无超权限范围操作。	1. 查看培训记录、评价记录等。	1、实验室人员有“培训、考核记录”，有授权人员的定期评价资料。提供实验室人员工作期间台账记录材料，查看工作人员被授权开展实验室检查项目的操作范围权限，杜绝超权限范围操作。 2、实验室人员参加市级以上卫生行政部门指定的继续教育专业培训获得的《培训证书》、学分证明等原件和复印件（包刮卫生行政部门授权协会、学会组织的规范、专业培训）； 3、准备检验科室有关病人检验登记记录本（或电脑查找）、科室管理资料、检验操作质控资料、设备维护质检资料； 4、医院聘请外院（上级）检验科定期检验质量监测、本院检验科质量监测，详细记录、备查。 5、职能部门定期（至少每季度1次）督导、检查、评价、反馈、总结，持续改进措施详细记录、备查。 准备上述材料。
二、门诊部	/	三、诊所	/		
没有该条	/	没有该条	/		
41	4. 医学影像质量管理与持续改进。 医院： 门诊部、诊所不设该条	【C】	一、医院 1. 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术规范，提供规范服务，保护患者隐私，实行质量控制，定期进行图像质量评价。 2. 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》。 3. 提供医学影像服务项目与医院功能任务一致，能满足临床需要。	1. 查阅资料及记录。 2. 查看诊疗科目等证明文件，并查看是否符合医院设置要求。	1、医院有“医疗机构执业诊疗科目许可登记”、“符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》”；科室开展的业务项目与医院提供的医疗美容服务业务项目相一致。 2、制定医院影像摄片室“规章制度、岗位职责、技术规范、规范服务、保护患者隐私、实行质量控制，定期进行图像质量评价”等管理制度，提供质量控制记录资料、图像质量评价记录等完整资料； 3、提供人员资质、上岗资质证书，提供卫生行政部门举办或委托行业协会、学会承办或参加政府继续医学教育委员会批准的学会、协会继续教育、规范培训项目等《学分证书》和《培训证书》等； 准备以上材料备查。

41			二、门诊部 没有该条	/	
			三、诊所 没有该条	/	
		【B】 符合“C”，并	一、医院 1. 提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度。 2. 有医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护及工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记。	1. 抽查 5 份图像资料，了解影像质量是否符合标准。查阅普放登记本。 2. 查阅有关资料、质控、临床随访、疑难病例讨论会诊记录和实地查看。	1、制定医院“规范医学影像诊断报告，审核制度”，严格实行审核的双人签名制。制度中应包括：建立摄片技术人员与上级医师读片制度，诊断报告应由放射科主管医师（或高年资）以上职称人员签名确认。 2、建立医院“医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护、工作人员职业健康防护等相关制度”，遵照实施并记录。 注：准备的资料：①影像设备定期检测记录资料；②环境保护记录资料；③受检者和检查者的防护服；④受检者、检查报告登记资料；⑤保护受检者隐私制度与告知义务，防护规定的告知义务应张贴上墙；⑥工作人员职业健康档案资料； 开展科主任工作手册医疗安全记事制度的科室，应准备相应资料；
			二、门诊部 没有该条	/	
			三、诊所 没有该条	/	
		【A】 符合“B”，并	一、医院 1. 有科室质量与安全质量管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全质量管理，持续改进科室医疗质量。	1. 查阅文件、记录及整改情况。	1、医院成立的“医疗质量控制管理委员会”，定期（做到每半年一次）开展该科专业医疗质量以及医疗安全评估活动，有记录台账，备查。 2、科室成立相应“质量控制管理小组”或指定人员负责；对科室工作中发生的问题及时收集、分析、总结，制定改进措施并落实，记录在案。 3、医务科（至少每季度一次）定期进行“督导、检查、分析、评价、可持续改进”的督查记录资料。
			二、门诊部 没有该条	/	
	三、诊所 没有该条	/			
42	5. 药事质量管理与持续改进。	【C】	一、医院 1. 按照《医疗机构药事管理规定》的相关要求，设立药事管理与药物治疗学委员会及若干相关的药事管	1. 查医院文件和具	1、规模较大的医院要求成立“药事管理与药物治疗学委员会”下设“若干药事管理小组（如特殊药品管理小组、抗菌药物使用监控管理小组、药物不良反应监控管理小组等）”，职责明确，有相应工作制度，药剂科负责药事常务管理工作。 医院规模较小，但符合国家根据医疗美容机构设置标准规定的医院，考虑到节约人力成本应当成立药事管理委员会（或小组），建立各种制度，开展工作。 医院有关于成立《医院药事管理委员会（小组）》任命文件，其组成人员应是：

42	医院、 门诊部 (33 条)、 诊所 (23 条):		理小组, 职责明确, 日常工作由药学部门负责并有相应工作制度。 2. 药学专业技术人员满足工作需要, 按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。 3. 执行“特殊药品管”管理的有关规定	体措施及近一年资料。 2. 检查任职人员资格。 3. 抽查 1 种特殊管理药物。	院一级负责人、药学及临床有关专业的专家职称是本院相关专业最高、有一定学术地位的人员组成); 医院有关于成立《药物治疗小组》等上述各类“小组”任命文件, 其组成人员应由药学专业人员及相关人员担任; 各级机构、人员职责明确, 管理制度明确; 有活动记录。 2、医院药学人员要具备“药学专业技术职务任职资格”; 药剂科制定相应管理制度、明确工作职责, 制定工作流程、药物质量管理与控制流程。 3、制定医院“特殊管理药品管理规定”、“抗菌药物使用监督管理规定”、“药物不良反应监督与控制管理规定”, 按规定实施严控管理。 准备上述有关材料原件和复印件、备查。同时, 做好抽查特殊药品管理的准备工作。
			二、门诊部 评价标准内容与上述医院标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院方法内容相一致。	
			三、诊所 评价标准内容与上述医院、门诊部标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院、门诊部方法内容相一致。	
		【B】符合“C”, 并	一、医院 1. 医师、药师、护理人员按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求, 合理使用药品, 并有监督机制。	1. 询问了解药品相关的技术事项管理部门。 2. 查 10 份病历, 了解抗菌药物分级管理规定落实情况	1、参照《抗菌药物临床应用指导原则》, 结合本院医师实际情况, 制定医院“抗菌药物临床应用的管理规定及分级管理规定”; 根据《规定》, 医师、药师、护理人员应熟悉掌握抗生素使用原则和分级管理规定, 合理使用药品; 医院“抗菌药物使用监控管理小组”应担负本院药品使用的“监督机制”工作, 定期实施监督检查、分析、评价、可持续改进措施; 2、把好“普通处方、特殊药品处方的审核、核对、发放药品关, 处方合格率必须达 100%, 根据医院制定《处方和医嘱管理规定》, 不合格处方一律退回。 3、把好药品进出登记、审核关, 做到账物相符、账账相符, 严格执行特殊药品管理制度、使用登记制度、账物特殊管理、登记、使用记录要求。 4、临床科室负责人应定期检查本科室合理使用抗生素情况, 纳入绩效考核指标, 做好检查记录; 对违规使用抗菌药物的医务人员应有处罚规定。 准备若干出(住)院病历(至少 10 份病历)、抗菌药分级管理落实情况材料,
			二、门诊部 评价标准内容与上述医院标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院方法内容相一致。	
	三、诊所 评价标准内容与上述	评价方法内容与上述医院、门诊部方			

42			医院、门诊部标准内容相一致。	法内容相一致。	备查，
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。	1. 现场查看质量管理工作运行流程。	1、药剂科按照规定，规范药物摆放、管理、分类明确、标示清晰、药品效价有监控记录、室内温湿度有记录、特殊药品存放、保管符合规定要求，有明晰进出记录、使用记录、账物相符、物物相符。 2、医务科对药品的安全、合理的使用，处方和医嘱的合格率、特殊药品如麻醉、精神类药品、毒性药物的使用和管理应进行定期（至少每季度 1 次）进行督导、检查、反馈、总结、持续改进措施详细记录，并对改进后及时进行评估等记录，备查。 3、药事管理委员会应加强药房、库房药物有效期的监督与处理、新药介绍与使用的管理范围，及时的收集、总结、持续改进的监管情况，详细记录、备查。 4、开展科主任工作手册制度的科室、药房，准备科室科主任工作手册及管理制度，或科室台账，备查。
			二、门诊部 1. 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。	1. 现场查看质量管理工作运行流程	
			三、诊所 1. 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。	1. 现场查看质量管理工作运行流程。	
43	6. 医院（门诊部、诊所）感染管理与持续改进。 医院、门诊部（34条）、诊所（24条）：	【C】	一、医院 1. 根据国家有关的法律、法规，按照《医院感染管理办法》要求，制定并落实医院感染管理的各项规章制度。 2. 根据《医院感染管理办法》和医院功能任务，建立完善的医院感染管理组织体系。 3. 医院感染管理部门实行目标管理责任制，职责明确。	1. 查看文件，现场查看职能部门。	1、医院根据“《医院感染管理办法》”，成立本院“感染与控制委员会（或小组）”，建立完善的医院感染管理组织体系，制定和落实医院感染管理的各项规章制度。 准备：①医院准备成立院内“感染控制委员会（小组）”文件，和有关规章制度材料；②负责医院院内感染控制的工作人员应有专业培训证书、上岗证。 2、医院感染与控制管理部门，实行目标管理责任制，职责明确、责任到人。 “感染控制委员会（小组）”应当对医院手术科室、消毒供应室、病区、污水处理、医疗废弃物处理、医务人员手卫生、医疗无菌物品器械等方面感染控制管理工作，实行督导，定期（随机）检查，对检查结果进行分析、总结、反馈及整改措施每次检查均要详细记录，实施目标管理。 3、建立院内“感染控制委员会”网络组织：由医院院感部门发展牵头，各个科室主任或护士长参与组成；科室成立本科室的“感染控制小组”，实行科主任负责制；院科两级建立登记、记录、处理、报告制度。 准备上述制度、各级各种记录或台账资料、备查。
			二、门诊部 评价标准内容与上述	1. 查看文件，现场	

43			医院标准内容相一致。	查看职能部门。				
			三、诊所 评价标准内容与上述医院、门诊部标准内容相一致。	1. 查看文件，现场查看职能部门。				
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 开展医院感染防控知识的培训与教育，每年至少2次。	1. 培训记录。		1、医院每年至少2次举办“医院感染防控知识”的培训与教育，全体医护人员参加。培训学习，有培训资料、培训考核记录、参加人员签名，培训照片、培训总结等资料，详细记录、备查； 2、专职人员参加至少每年1次卫生主管部门主办或委托中间社团组织、或行业协会、学会主办的专项规范及新理论、新技术培训。 3、参加卫生行政部门主办或委托其它部门承办的专项的继续教育项目、规范培训项目，提供年度一次的学分和培训证书。 准备上述相关完整材料，包括台账记录资料等。		
			二、门诊部 1. 开展门诊部感染防控知识的培训与教育，每年至少2次。	1. 培训记录。				
			三、诊所 1. 开展诊所感染防控知识的培训与教育，每年至少2次。	1. 培训记录。				
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 2年内无重大院内感染暴发责任事件。	1. 查看卫生部门记录。		1、医务科或院感科职能部门每月至少1次进行督导、检查、提出持续改进措施； 2年内无重大院内感染暴发责任事件，准备台账，备查。 2、医院在近2-3年以来没有发生院内感染事件；查看政府网站或电话咨询政府有关职能部门。 3、提供卫生行政主管部门出具有无发生重大院内感染暴发责任事件的证据。 4、医院2-3年内发生过院内感染事件，请提供事件的过程，分析的原因，结果的影响，总结以及整改的措施，对整改效果的评估等有关材料。		
			二、门诊部 1. 2年内无重大院内感染暴发责任事件。	1. 查看卫生部门记录。				
			三、诊所 1. 2年内无重大诊室内感染暴发责任事件。	1. 查看卫生部门记录。				
		44	7. 病历(案)	【C】		一、医院 1. 设置病案科，从业人员有医学或统计学	1. 查阅有关人员资料和培训记录，有	1、设置病案科文件，设置病案科、室（成立病案管理组织或指定专人负责）。从业人员有医学或统计学背景，成立“病案管理委员会（小组）”，制定“病案管理相关的制度（规定）”；制度应包括：病案借阅管理制度和流程及丢失处罚规定；

44	管理与持续改进。 医院、门诊部（35条）： 诊所（25条）：	背景。 2. 有病案工作制度和人员岗位职责，工作人员知晓本岗位职责和履职要求，熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。 3. 病案首页上，各级医师签字符合病案首页填写相关要求，体现三级医师负责制。病案首页诊断填写完整，主要诊断的正确率达到100%。 4. 有病历质量控制与评价组织，由具备主治医师以上资格且有5年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持。	关规定是否适宜，培训率是否达到100%。 2. 抽查5份病案首页。 3. 核查负责人资质。	病历首页要求规范填写；病历书写规定；建立病区“病历质量控制管理小组”，小组应由科主任护士长负责，并定期收集、总结、分析、提出落实改进措施及时记录在工作记事簿，指定专人负责病历的核对核查工作等；强调工作人员应熟悉病案的重要相关法律、法规和规章；提供医院相关文件材料，提供工作人员专业学历或学位证书。 2、建立院（医务科）、科两级“病历质量控制与评价小组”，负责医院病历的质量检查和评价；院“病案管理委员会（小组）”对全院病案质控成员开展“病历质量检查和评价”有关规定的培训，有培训材料、记录、参加人员登记、培训小结等资料。 3、强调病历首页要填写完整、实行三级医师负责制、主要诊断的正确率达到100%。 4、根据医院本身医师中、高级职称情况，制定担任院级“病历质量控制与评价小组”的组长，至少由具有高年资主治医师及以上资格的医师、并且有5年以上管理住院病人临床工作经历的医师担任（主持）；临床科室“病历质量控制管理小组”负责人应由科室负责人兼任，或科室指定至少是高年资住院医师专人负责。 准备包括首页的病历若干份，准备负责人具有医学或统计学背景的资料，备查。
		二、门诊部 评价标准内容与上述医院标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院评价方法内容相一致。	
		诊所 1. 设置病案部门或指定专门人负责病案工作，从业人员有医学或统计学背景。 2. 有病案工作制度和人员岗位职责，工	评价方法内容与上述医院、门诊部评价方法内容相一致。	

44			作人员知晓本岗位职责和履职要求，熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。		
	【B】符合“C”，并	一、医院	1. 有人员培训的规划，有参加病案专业继续教育的记录。 2. 院科两级落实整改措施，持续改进病历质量。	1. 查看文件及培训记录。	1、举办院内“病案管理（医疗文件书写）培训学习班”，医护人员熟悉掌握病案的管理、医疗文件书写的相关法律、法规和规章；培训学习的材料、记录、和评估工作中执行的情况是否达到要求，查记录、台账材料。 2、制定人员培训计划，病案工作人员参加参加政府有关部门指定、行业协会、学会专业项目培训和继续教育项目学习，应提供记录材料（含继续教育培训通知、汇编资料、财务支出及发票或行政事业单位的合法收据等），提供学分证书和培训证书；备查。 3、制定与落实院科两级病案管理、整改、持续改进制度规定。科室、病区开展病历质量检查改进的活动，提供对病历进行评估、总结、改进措施记录材料。 院职能部门和科室两级提供相应的质控管理记录本和各类台账。
		二、门诊部	1. 同医院内容。 2. 同医院内容。	1. 查看文件及培训记录。	
		三、诊所	1. 同门诊部内容 2. 持续改进病历质量。	1. 查看文件及培训记录。	
	【A】符合“B”，并	一、医院	1. 医院至少每季度对病历质量进行总结、分析、评价，提出整改措施，改进病历质量。	1. 查看近2个季度病例质量评价记录，及整改情况。	1、职能部门至少每季度（4次/年）开展对病历质量进行总结、分析、评价、提出整改措施； 受检查的科室和相关人员应落实整改情况，做到奖罚分明。 2、提供病历检查结果和改进情况，应有详细记录；备查。
		二、门诊部	1. 同医院内容。	1. 查看近2个季度病例质量评价记录，及整改情况。	
		三、诊所	1. 同门诊部内容。	1. 查看近2个季度病例质量评价记录，及整改情况。	

45	8. 麻醉质量管理与持续改进。 医院、门诊部（36条）： 诊所不设该条	【C】	一、医院 1. 建立和完善各项麻醉工作制度。 2. 临床麻醉工作程序规范，职责明确，术前麻醉准备充分。 3. 麻醉恢复实施全程观察。 4. 有防治和处理各类麻醉意外和并发症预案，处理及时、正确。 5. 实行麻醉医师资格分级授权管理，并有明确的制度。 6. 独立实施麻醉的医师须具备中级以上专业技术职务任职资格。 7. 麻醉文书书写规范、及时、准确	1. 查阅科室设置有关文件、开展的服务项目，实地查看麻醉科设置、设备、设施及人员。查人员资质。 2. 抽取 1 份麻醉文书。	1、医院建立和完善“麻醉工作制度，临床麻醉工作规范程序”；制定“防治和处理各类麻醉意外和并发症预案”； 提供：《麻醉、手术科室规章制度》、《麻醉手术科工作制度及流程》、《麻醉意外的应急措施或预案》等材料。麻醉制度应含有：①麻醉前会诊；②医患沟通；③麻醉药品物品的准备；④麻醉机和监护设备检查；⑤患者接送身份识别与查对交接制度；⑥手术前身份识别；⑦手术部位识别；⑧患者身份与手术名称再次识别与查对；⑨三方签署《手术安全核查表》；⑩、麻醉师分级管理制度；⑪麻醉授权书；⑫麻醉记录单；⑬手术结束护送患者的规定；⑭手术后观察随访；⑮发生麻醉意外情况时的应急措施或预案等。 2、医院制定“麻醉医师资格分级授权管理”制度，独立实施麻醉的医师须具备中级以上专业技术职务任职资格。 准备麻醉医师资质（含麻醉处方权证件）、职称、注册等证件原件、复印件；卫生行政部门批准医院实施全身麻醉的文件原件、复印件。 准备未书写的麻醉记录单和已填写的麻醉文书若干份。
			二、门诊部 评价标准内容与上述医院标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院评价方法内容相一致。	
			三、诊所 没有该条	/	
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 独立实施全身麻醉的医师须具备高级专业技术职务任职（或中级四年以上）资格。 2. 麻醉医师定期（至	1. 查看麻醉师资质。 2. 麻醉师培训记录。	1、麻醉主治医师[独立实施全身麻醉的医师具备高级专业技术职务任职（或中级四年以上）资格]以上职称人员资格证件：毕业证书、执业医师资质、麻醉专业资格证书、职称证书等原件、复印件材料。 2、麻醉医师每年（至少每年 1 次）接受麻醉专业继续教育、专业培训、学术会议取得的学分、培训证书原件、复印件材料。 准备麻醉手术科室工作记事手册、台账等材料。

45			少每年) 接受继续教育知识更新。			
			二、门诊部 评价标准内容与上述 医院标准内容相一致。	1. 查看麻醉师资 质。 2. 麻醉师培训记 录。		
			三、诊所 没有该条	/		
		【A】 符 合“B”， 并	一、医院 1. 职能部门进行检 查、反馈，有改进意 见和措施。	1. 查看记录及整改 情况。		1、医务科定期（至少每季度1次）进行督导、检查麻醉、手术科室工作（医疗、麻醉药品管理、设备设施完好率、各项制度执行情况等），及时反馈检查中发现的问题、提出整改措施，详细记录、备查。
		二、门诊部 1. 同医院内容。	1. 查看记录及整改 情况。			
三、诊所 没有该条	/					
46	9. 护理 质量管理与持 续改进。 医院、 门诊部 （ 37 条） 诊 所 （ 26 条）	【C】	<p>医院</p> <p>1. 依据《综合医院分级护理指导原则》，制定符合医院实际的分级护理制度。</p> <p>2. 依据《护士条例》、《综合医院分级护理指导原则》、《临床护理实践指南（2011版）》。等文件要求，开展护理培训工作，规范护理行为。</p> <p>3. 遵照医嘱为围术期患者提供符合规范的术前和术后护理。</p> <p>4. 护理安全管理。</p>	<p>1、查阅资料。</p> <p>2、查看培训记录。</p> <p>3、提问工作人员。</p>	<p>1、医院根据依据《综合医院分级护理指导原则》制定符合本院实际的“分级护理制度”；准备医院护理部规章制度，规章制度中应有“分级护理规定”。</p> <p>2、医院根据《护士条例》、《综合医院分级护理指导原则》、《临床护理实践指南（2011版）》，等文件要求，开展护理培训工作、规范护理行为，每年至少 2 次开展培训学习工作，培训有记录、材料、参加人员签名、培训照片等资料、备查。</p> <p>3、护士参加市级以上专业学术活动、继续教育、规范培训，提供合法的学分证书、培训证书等。</p> <p>4、遵照医嘱为围术期患者提供符合规范的术前和术后护理。</p> <p>5、门诊部根据依据《综合门诊部分级护理指导原则》制定符合本院实际的“分级护理制度”；准备门诊部护理部规章制度，规章制度中应有“分级护理规定”；</p> <p>6、诊所根据依据《综合诊所分级护理指导原则》制定符合本诊所实际的“分级护理制度”；准备诊所护理部规章制度，规章制度中应有“分级护理规定”。</p> <p>7、强化护理操作规范、护理工作各项制度的执行、护理质量控制的管理等。</p> <p>8、门诊部、诊所其它解读内容一致。 准备相关记录本和各类台账。</p>	

46		二、门诊部 评价标准内容与上述 医院标准内容相一 致。	1、查阅资料。 2、查看培训记录。 3、提问工作人员。	
		三 诊所 评价标准内容与上述 医院、门诊部标准内 容相一致。	1、查阅资料。 2、查看培训记录。 3、提问 1 名工作人 员。	
	【B】符 合“C”， 并	一、医院 1. 开展优质护理服务 试点工作。对优质护 理服务的目标和内 涵，相关管理人员知 晓率≥ 80%，护士知 晓率 100%	1. 查看优质护理方 案。 2. 抽查管理人员和 护理人员各 10 名	1、医院制定“开展优质护理服务试点工作”文件，开展对“优质护理服务的目标和内涵”的相关培训，要求医院相关管理人员知晓率≥80%，护士知晓率 100%”。 注：(1)优质护理服务的目标：让患者满意、社会满意、政府满意；(2)优质护理服务基本内容：①以病人为中心，强化基础护理，全面落实护理责任制，深化护理专业内涵，整体提升护理服务水平；②紧紧围绕病人的需求，提高服务质量，控制服务成本，制定方便措施，简化工作流程，为病人提供“优质、高效、低耗、满意、放心”的医疗服务。③服务内涵主要包括：a、对患者进行全程、全面的护理，根据病情为患者制订详细的护理计划和护理措施，同时对患者或家属进行健康教育，提高患者及其家属对疾病的认知，改变不良生活习惯，预防和降低并发症的发生，促进疾病早日恢复。b、满足病人基本生活的需要、保证病人的安全、要保持病人躯体的舒适、协助平衡病人的心理，取得病人家庭和社会的协调和支持，用优质护理的质量来提升病人与社会的满意度。(3)优质护理工作基本要求：有各方面 20 多条内容，请各个单位护理部组织学习、实施（查阅卫生部有关优质服务文件）。(4)护理部制定“优质服务方案和实施计划”。 2、医院制定“临床护理常规与单病种护理质量控制管理制度”，根据医院护理人员、护理工作状况，提供符合要求的规范的护理服务。 准备年度开展优质服务方案实施计划及落实材料，提供材料，备查；
		二、门诊部 评价标准内容与上述 医院标准内容相一 致。	1. 查看优质护理方 案。 2. 抽查管理人员和 护理人员各 5 名	
		三、诊所 1. 开展优质护理服务 试点工作。	1. 查看优质护理方 案。	
	【A】符 合“B”， 并	一、医院 1. 有临床护理常规与 单病种护理质量控 制制度，按流程提供 符合规范的护理服 务。	1. 抽取 1 份护理服 务记录，核查是否 符合临床护理常 规。	1、制定本院“开展单病种、临床护理常 规”的相关文件，制定“开展临床护理常 规与单病种护理质量控制指标”和操作流 程，按流程提供符合规范的护理服务。 注：(1)制定本院开展“临床护理常规的单病种”管理制度，制定开展“临床护

46			二、门诊部 评价标准内容与上述 医院标准内容相一 致。	1. 抽取 1 份护理服 务记录, 核查是否 符合临床护理常 规。	理常规的单病种护理质量控制”指标;(2)主要是围绕该病种的临床护理常规制定 护理工作方案、并落实该方案, 为患者提供安全的贴心的护理服务。 准备相关材料(小乳隆乳手术病例等), 要规范诊断、手术名称。 2、医务科、护理部定期(至少每季度 1 次)对手术科室进行督导、检查、小结、 可持续性改进措施, 详细记录、备查。
			三、诊所 评价标准内容与上述 医院、门诊部评价标 准内容相一致。	1. 抽取 1 份护理服 务记录, 核查是否 符合临床诊疗常 规。	
47	10. 手 术室管 理与持 续改 进。 医院、 门诊部 (38 条) 诊 所 (27 条):	【C】	一、医院 1. 有手术室的工作制 度: 如: 手术室查对制度. 消毒隔离制度. 手术室管理制度 手术标本管理制度 2. 有各岗位工作人员 职责、技术标准和工 作流程. 3. 有手术配合操作常 规和重要器械设备使 用规范. 4. 制定意外事件(如 停电、停水、停气等 情况)应急预案, 达 到人人知晓, 保证落 实. 5. 按照限制区、半限 制区、非限制区设计 工作流程. 区域内布局合理. 环境整洁, 各个区	1. 查看文件, 实地 查看落实情况。 2. 抽查 2 名员工了 解情况。	1、医院制定手术室相关管理制度。如:“手术室查对、身份识别制度, 消毒隔离 制度、手术室管理制度(交接班、药品、器械与设备、医疗废弃物、手卫生、室 内环境卫生、消毒液等), 手术室复苏室管理制度, 手术标本管理制度等”, 手术 室医护人员要熟悉、掌握, 随时备查。 2、制定手术室“各级岗位工作人员职责、技术标准、工作流程”、“手术配合操作 常规”、“重要器械设备使用规范”: 设备保养、维护、使用记录、完好率等; 手术 室医护人员要熟悉、掌握, 随时备查。 3、制定手术室“意外事件(如停电、停水、停气等情况)应急预案”、“突发医疗 事件抢救预案, 抢救流程图, 如麻醉意外的抢救、过敏性休克抢救、心肺复苏操 作等”; 手术室医护人员要熟悉、掌握, 随时备查。 4、制定手术室内各个区域(无菌区-限制区、有菌区-半限制区、污染区-非限制 区, 堆放污物品处)工作流程(工作过程中的先后次序), 标示明显、区域划分进 出合理; 环境整洁, 各个区域有明显的标志, 人流、物流通道布局合理。 要求手术室工作人员熟悉掌握上述规定与制度, 做好人员抽查准备工作。

47		域有明显的标志，人流、物流合理。		
		二、门诊部 评价标准内容与上述医院标准内容相一致。	1. 查看文件，实地查看落实情况。 2. 抽查2名员工了解情况。	
		三、诊所 评价标准内容与上述医院、门诊部评价标准内容相一致。	1. 查看文件，实地查看落实情况。 2. 抽查1名员工了解情况。	
	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 定期组织质量检查、分析，对工作缺陷有改正措施，每年至少1次。	1. 查看检查记录。	1、医务科、护理部每一个季度检查手术室工作，各项制度执行和落实情况，对检查收集的材料进行分析、总结，对出现的问题提出改进意见，并检查整改落实情况，详细记录。 提供详细的记录簿及台账。
		二、门诊部 1. 同医院内容。	1. 查看检查记录。	
		三、诊所 1. 同门诊部内容。	1. 查看检查记录。	
	【A】符合“B”，并	一、医院 1. 有与临床科室及相关部门举行协调会议或征求意见的制度，并有记录，有改进措施。 2. 大、中型手术术前有访视。 3. 术后有回访。 4. 复苏室或手术室工作人员与病房有交接程序和记录。	1. 查看记录和整改情况。 2. 查看交接记录。 3. 抽查1名患者。	1、制定手术室定期下到手术科室、病区征求意见，根据手术种类参加病区术前讨论，以便及时正确做好手术器械、设备准备等工作制度；每次下科室征求意见均有详细记录，备查。 2、制定较大中手术、特殊手术、新开展手术的术前、术后访视、回访工作制度；严格执行术前接患者、术后送患者回病房，进出回复苏室与病区交接制度，并有详细记录、备查； 手术室准备各种台账本与规章制度本，同时做好在院患者工作，以备抽查。

47			二、门诊部 评价标准内容与上述 医院标准内容相一 致。	评价方法内容与上 述医院评价方法内 容相一致。	
			三、诊所 评价标准内容与上述 医院、门诊部评价标 准内容相一致。	评价方法内容与上 述医院、门诊部评 价方法内容相一 致。	

四、医疗机构服务 医院： 70分； 门诊部： 45分； 诊所： 41分；

序号	评价内容	评价方法		评价方法	解读与建议		
		CBA款	各条款				
48	1. 维护患者合法权益。 医院 门诊部、诊所不设该条	【C】	一、医院 1. 维护与尊重患者权益制度。 2. 公开患者投诉渠道和流程。 3. 医护人员熟知并落实相关制度。	1. 查阅文件和投诉、处理、整改记录。 2. 现场抽查医护人员是否进行知情同意和告知方面培训。	1、制定本院“维护与尊重患者权益制度的规定”；认真接待、处理每一例投诉，在规定的期限内答复投诉人。 2、在适当的场所和宣传信息渠道公开患者投诉方式（电话、邮箱、投诉箱等）；公开投诉流程及流程图； 3、做好每一例投诉的登记、调查、分析、总结、处理、整改工作；对存在问题，提出持续改进措施，并做好详细记录。 4、开展全员职工学习本院“维护与尊重患者权益制度的规定”，熟悉投诉的渠道和 workflows，保存培训学习相关资料。 5、查看与投诉相关的材料。 准备上述材料外，准备投诉人签署的病情知情、手术同意书材料。		
			二、门诊部 <i>没有该条</i>				
			三、诊所 <i>没有该条</i>				
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 建立并落实医患沟通制度，使用患者及其家属易于接受的方式和理解的语言。	1. 实地查看。		1、临床科室医师、护士均要认真履行患者病情及治疗“知情同意”的职责和义务，建立并落实“医患沟通制度”妥善与病人或/和家属交流沟通。 2、使用普通话、图片、比喻、简洁易懂的语言进行沟通；患者的“病情”交代是建立在“医患或/和亲属沟通制度”的基础上，直至患者或/和亲属能够理解与接收；要求在实施治疗前沟通不得少于3次（江苏规定）。 3、填写“知情同意书”、“手术或治疗同意书”，应由患者本人或/和亲属（法定监护人）签名；他人代签名，必须提供患者的委托函及身份证；及时做好详细记录。 准备若干份出（住）院、门诊病历，做好现有住院和门诊病人沟通、病情知情等工作，准备现场查看。	
			二、门诊部 <i>没有该条</i>				
			三、诊所 <i>没有该条</i>				
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 建立医学伦理委员会维护患者合法权益。 2. 患者投诉有反馈、有记录，持续改进。	1. 查看文件，抽取1份记录查看整改情况。			1、医院成立医学伦理委员会任命文件，人员的组成必须要有一定比例的外单位相关专家及非专业人士参加； 2、对每一例投诉应及时登记记录；对确实是有效投诉，应及时处理答复并记录，同时制定整改措施，对相关科室、相关人员给予处理意见，并做好详细记录。

48			二、门诊部 没有该条		
			三、诊所 没有该条		
49	1. 医德医风制度建设。 医院、门诊部（39条）、 诊所（28条）：	【C】	一、医院 1. 有医德医风管理组织体系，有职能部门负责管理与考评。 2. 将医德医风的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。 3. 医院文化建设纳入医院建设发展规划。	1. 查阅有关资料和实地查看临床科室及医务人员、窗口单位，了解医院是否有相关规定、制度、具体措施以及贯彻执行情况。	1、医院制定的长远发展规划中，应有文化建设发展规划，发展医院文化，是推出医院品牌建设，提升医院软实力、增强医院员工凝聚力，推动员工职业化发展重要举措。应有年度文明建设计划及在实施方案中应包含医德医风的建设；在实施的过程中应详细记录并归档。 2、制定医院“医德医风管理制度，考评体系”，把“医德医风的要求纳入医务人员和窗口服务人员的岗位职责”，建立医德医风规范的考评档案，要与“员工年度考核和奖惩”挂钩，要求全院员工熟知和掌握，认真履行职责遵守制度；医院应对员工制定并实施年度考核规定。 医德医风考核内容：推委的服务态度，索要钱物、红包，药品器械回扣，过度医疗项目等不良医德等。 医院文化包含：社会活动即社会自然灾害、困难人群慈善捐助活动、社会文化体育活动的参与；行业社会组织、卫生行政部门的评选嘉奖；医院本身开展各类评优活动、好人好事、见义勇为表彰，拓展人文礼仪的理念、丰富职工文化娱乐生活，规范文明行为与用语；以及技术不断创新发展的引用与研发等等。 提供医院上述规定、管理制度、各类表彰、考评、行风建设、培训、文化娱乐活动等资料。
			二、门诊部 1.1 与 2 与上述医院评价标准内容（含分值）相一致。 2. 门诊部文化建设纳入门诊部建设发展规划。	评价方法内容与上述医院评价方法内容相一致。	
			三、诊所 1、1 与 2 与上述医院评价标准内容（含分值）相一致。 2. 诊所文化建设纳入诊所建设发展规划。	评价方法内容与上述医院、门诊部评价方法内容相一致。	
		【B】符合“C”，并	一、医院 1. 有完整规范的医德考评档案。 2. 有岗位职责与行为规范的教育培训。	1. 抽查医德考评档案。 2. 查看培训记录等材料。	1、医院建立“员工档案管理制度”，制度中应包括业务业绩的考核，强调医德的考核；制定“员工奖励与处罚制度”，设置“员工年终的综合考核表”实施综合考核； 2、医院对每一位进入医院工作的新人员，进行岗前培训（教育如员工手册、岗位职责、医院制度、奖惩制度等），有登记和详细记录、备查。 准备上述各类登记记录和台账资料。

49			二、门诊部 评价标准内容与述医院评价标准内容相一致。	1. 抽查医德考评档案。 2. 查看培训记录等材料。		
			三、诊所 评价标准内容与上述医院、门诊部评价标准内容相一致。	1. 抽查医德考评档案。 2. 查看培训记录等材料。		
		【A】符合“B”，并	一、医院 1. 落实奖惩，医德医风建设有成效，有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施并落实。	1. 查阅资料，抽查1个优秀科室和1名优秀员工，核实奖励措施落实情况。		1、以文件形式制定“医院员工激励奖惩管理办法”。每年度召开总结表彰大会，根据职工贡献，给予表彰、奖励；对于违法违规的医务人员及职工，给予处罚；每年度开展优秀科室、优秀个人评选活动，给予表彰、奖励；准备医院开展表彰奖励活动的有关文件资料及相关记录（含照片、录像等）资料。 2、科室及职能部门各自召开年度总结会议，总结经验，吸取教训，持续改进，展望未来，收集完整的有关材料（会议照片、文字报告等）。 3、医院财务科有相应的奖励支出，提供财务报表或年度物质等奖励预算计划等。提供有关文件，开展活动的相关材料等，以备检查。
			二、门诊部 评价标准内容与上述医院评价标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院评价方法内容相一致。		
	三、诊所 评价标准内容与上述医院、门诊部评价标准内容相一致。	评价方法内容与上述医院、门诊部评价方法内容相一致。				
50	2. 优化服务环境和服务流程。	【C】	一、医院 1. 有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高患者预约就诊比例。 2. 至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式；门	1. 查阅文件，现场查看服务标示。	1、制定本院“预约诊疗工作制度”、“预约诊疗门诊流程图”，提高患者预约就诊比例；做好现场、电话、网络预约诊疗工作的准备，有登记、有记录；做到门诊、手术、咨询分时段进行；做到有台账。 2、医院开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式。 3、全院统一规范“服务标识、清楚、醒目”，提供“清洁、舒适、温馨”服务环境。 4、诊室、工作室、检查室、医技科室走向明确标示，应在显著地方标示当班工作人员姓名。 提供上述有关材料，做好现场查看装备工作。	

50	医院、 门诊部 (40 条)、 诊所 (29 条):	诊实行分时段预约诊疗服务。 3. 服务环境和设施清洁、舒适、温馨, 服务标识规范、清楚、醒目.		
		二、门诊部 评价标准内容与上述医院评价标准内容相一致。	1. 查阅文件, 现场查看服务标示。	
		三、诊所 评价标准内容与上述医院、门诊部评价标准内容相一致。	1. 查阅文件, 现场查看服务标示。	
	【B】符合“C”, 并	一、医院 1. 有信息化预约管理平台, 有专人负责预约具体工作。	1. 现场考察预约流程。	1、建立“网络和电话咨询及预约管理制度”, 安排专人负责: 开启、收集、登记、答复医师接诊时间等规定及流程(电话、网络和现场安排流程), 建立信息化服务平台, 提供更快速、便捷医疗美容咨询、预约预诊服务; 并随时登记记录。 提供上述材料, 同时做好随时抽查网络信息系统资料的准备工作。 没有建立信息化服务工作平台, 将不得分。
		二、门诊部 1. 有信息化预约管理平台, 有专人负责预约具体工作。	1. 现场考察预约流程。	
		三、诊所 1. 有信息化预约管理平台, 有专人负责预约具体工作。	1. 现场考察预约流程。	
	【A】符合“B”, 并	一、医院 1. 有完善的就医者预约、诊疗服务管理制度, 登记资料完整。	1. 查看预约、诊疗日志记录。	1、查看与之相关从预约到治疗结束、治疗后定期回访、随访等完整的登记、详细记录材料。 2、诊疗日志包括门诊日志。 准备若干预约患者从预约到治疗结束、治疗后定期回访、随访等完整材料, 备查。

50			二、门诊部 1. 内容与医院相同。	1. 查看预约、诊疗 日志记录。	
			三、诊所 1. 内容与医院相同	1. 查看预约、诊疗 日志记录。	
51	3. 开展 医院文 化建 设。 门诊部 (41 条): 诊所 (30 条):	【C】	一、医院 1. 将文化建设纳入医 院建设发展规划, 有 医院文化建设方案, 有指定部门负责文 化建设工作。 2. 加强医务人员职 业道德教育, 和谐医 患关系, 提高员工满 意度。	1. 查阅有关文件及 活动记录。 2. 抽查 5 名员工对 医院满意度情况。	1、院办公室或分管人力资源的部门负责制定“医院文化建设方案, 将医院文化建设纳入医院建设发展规划”中。需要医院宣传策划部门配合人力资源部门或办公室、或指定专人负责文化建设方案实施工作。方案实施中有详细的文字记录、照片等资料。 2、加强“员工职业道德”、“爱岗敬业”的教育和培训。提供参加人员签名名单和活动材料(影像、文字资料)。 3、开展改善医患和谐关系活动, 提高患者(求美就医者)、员工的满意度, 制定患者、员工满意度调查表、并定期进行调查, 统计、小结, 持续改进有成效。 提供上述开展活动的(文字、照片、录像等)资料。
二 门诊部 1. 将文化建设纳入门 诊部建设发展规划, 有门诊部文化建设方 案, 有指定部门负责 文化建设工作。 2. 加强医务人员敬 业爱院教育, 和谐医 患关系, 提高员工满 意度。	1. 查阅有关文件及 活动记录。 2. 抽查 5 名员工对 医院满意度情况。				
三、诊所 1. 将文化建设纳入诊 所建设发展规划, 有 诊所文化建设方案, 有指定部门或专人 负责文化建设工作。	1. 查阅有关文件及 活动记录。				

51	【B】符合“C”，并	一、医院 1. 有对员工门诊部价值取向的培训和教育， 2. 员工知晓率达到90%。	1. 查看资料，抽10人了解价值观知晓情况。	1、制定“医院价值取向”（“医院核心价值观”），对员工开展医院价值取向的培训和教育，要求每一个员工对医院核心价值观必须熟记，知晓率至少达到90%。 提供培训时间、地点、参加人员、授课老师均应详细记录资料。
		二、门诊部 1. 有对员工门诊部价值取向的培训和教育， 2. 员工知晓率达到90%。	1. 查看资料，抽10人了解价值观知晓情况。	
		三、诊所 1. 有对员工价值（职业道德）取向的培训和教育； 2. 员工知晓率达到90%。	1. 查看活动记录资料。 2. 抽查2人了解诊所价值观知晓情况。	
	【A】符合“B”，并	一、医院 1. 医院文化建设受到政府或社会组织表彰。	1. 查阅有关证明文件。	提供“政府、社团组织”所有表彰的证明材料。提供“新闻媒体”正面报道、或表扬的新闻、宣传材料（包括举行的公益、慈善活动，捐赠等媒体证明材料）。 准备上述资料等。
		二、门诊部 1 内容与医院一致。	1. 查阅有关证明文件。	
		三、诊所 1. 内容与门诊部一致。	1. 查阅有关证明文件。	

归总：医院级总条款 51 条，总分为 1000 分；门诊部级总条款 41 条，总分 859 分；诊所级总条款 30 条，总分 644 分。

B、有关国家统一规定的药品标志标示：

附 1：

注：国家对特殊药品标志，标签按《药品管理法实施办法》要求统一实施：

毒性药品的标志：黑色的圆形内有一个白色的“毒”字

麻醉药品的标志：蓝色正方形内有白色的圆形，圆形内有一个“麻”字。并有 2 道白色横条。

精神药品的标志：由 2 个白色和 2 个绿色的小方块交错拼成的一个大的方形，上面 2 个方块是白色、绿色，下面 2 个方块是绿色、白色。“精神药品” 4 个字分别在 4 个小方块内，白色方块内是绿字，绿色方块内是白字。

放射性药品的标志：大的圆形内套一个红色小圆形，红色小圆形有黄色的边。大圆形是由红、黄相间的颜色组成，分成 6 均份，红、黄各 3 份。 11—1 点方向、3—5 点方向、7—9 方向都是黄色，其余 3 份是红色。

附：国家对特殊药品统一标志 示意图：

国家对特殊药品统一标志 示意图



附 2：高危药品标志及“金字塔式”分级管理图示

高危药品标志及“金字塔式”分级管理图示：



C、《评价标准》制定与解读的法律、法规、规章的依据：

一、有关法律

- 《中华人民共和国执业医师法》中华人民共和国主席令第5号 1998年。
- 《中华人民共和国传染病防治法》中华人民共和国主席令 第17号 2004-8-28。
- 《中华人民共和国安全生产法》（新）中华人民共和国主席令 第13号 2014年。
- 《中华人民共和国侵权责任法》中华人民共和国主席令 第21号。
- 《中华人民共和国药品管理法（修订）》中华人民共和国主席令 第45号。
- 《中华人民共和国会计法》。
- 《食品安全法》 2015年。

二、有关法规

- 《医疗事故处理条例》 国务院(国发) [1987] 63号。
- 《医疗用毒性药品管理办法》中华人民共和国国务院令 第23号 1988年。
- 《医疗用放射性药品管理办法》中华人民共和国国务院令 第25号 1989年。
- 《医疗机构管理条例》 中华人民共和国国务院令 第149号。
- 《规章制定程序条例》 中华人民共和国国务院令 第322号 2001年。
- 《中华人民共和国药品管理法实施条例》 中华人民共和国国务院令 第360号。
- 《医疗废物管理条例》中华人民共和国国务院令 第380号 2003年。
- 《麻醉药品和精神药品管理条例》 中华人民共和国国务院令 第442号。
- 《护士条例》中华人民共和国国务院令 第517号 2008年。
- 《突发事件应急预案管理办法》国（国务院）办发[2013]101号。
- 《中华人民共和国传染病防治法实施办法》卫生部令 第17号 1991年。
- 《医疗美容服务管理办法》国家卫生计生委 [2016]（修改） 第8号令（《医疗美容服务管理办法》卫生部令 第19号（2002））。
- 《消毒管理办法（2016年修订）》 中华人民共和国卫生部令 第27号。
- 《医疗机构管理条例实施细则》中华人民共和国卫生部令 第35号。
- 《医疗卫生机构医疗废物管理办法》 卫生部令 第36号 2003年。
- 《医师外出会诊管理暂行规定》 卫生部令 第42号（2005）。
- 《医院感染管理办法》 中华人民共和国卫生部令 第48号 2006。
- 《医疗机构校验管理办法（试行）》卫医政发（2009）57号。
- 《药品类易制毒化学品管理办法》 卫生部令 第72号 2010年5月1日颁布。

《药品不良反应报告和监测管理办法》 卫生部令 第 81 号 2011-05-04。
《抗菌药物临床应用管理办法》 卫生部令 第 84 号 2012-04-24。
《医疗废物专用包装物、容器标准和警示标识规定》 环发[2003]188 号, 2003 年。
《中华人民共和国计算机信息网络国际联网管理暂行规定实施办法》 国信〔1998〕001 号。
《医院财务制度》 财社〔2010〕306 号;
《医院财会制度》 财会〔2010〕27 号。
《中华人民共和国药品管理法实施办法》 卫生部颁布〔1989〕。
《医院信息系统基本规范》 卫生部 2002 年版。
《医疗机构药事管理暂行规定》 卫生部 2004-06-11。
《医院继续教育管理制度》 卫生部 2005-12-5。
《患者安全目标》 卫生部 2005 年。
《医院继续医学教育管理办法》 卫生部 2005-12-15。
《处方管理办法》 卫生部 2007 年 7 月 1 日。
《医院投诉管理办法(试行)》 卫生部 2009 年 11 月 26 日。
《关于医师多点执业有关问题的通知》 卫生部(2009)。
《医师多点执业管理暂行办法(征求意见稿)》 卫生部(2009)。
《医院消毒供应中心管理规范》 卫生部 2009 年发布;
《医院评价标准(征求意见稿)》 卫生部 2009 年 6 月 4 日。
《临床路径管理指导原则(试行)》 卫生部 2009-10-16。
《电子病历基本规范(试行)》 卫生部 2010-03-04。
《关于改进公立医院服务管理方便群众看病就医的若干意见》 卫生部 2010 年。
《卫生部突发中毒事件卫生应急预案》 卫生部 2011。
《医院感染管理制度(新)》 卫生部 2011 年 1 月。
《手术风险评估》 卫生部 2012 年 6 月 8 日。
《二级综合医院评审标准实施细则》 卫生部 2012 版。
《医疗安全(不良)事件报告系统》 卫生部 2013 年 6 月 9 日。
《患者十大安全目标》 卫生部 2013 年。
《医疗质量管理办法(征求意见稿)》 卫生部 2014-05;
《医疗质量管理办法》 2016 年 9 月 正式颁布。
《医院信息化建设的检查和评定标准》 国家卫生和计划生育委员会 2016 年。

三、有关规章

- 《美容医疗机构、医疗美容科（室）基本标准（试行）》 卫医发〔2002〕103号文件。
- 《继续护理学教育试行办法》、《继续药学教育试行办法》 卫继委发 第08号（1997）
- 《继续医学教育学分管理办法》 卫生部、全国继续医学教育委员会。
- 《医院信息系统基本功能规范》的通知 卫办发〔2002〕116号。
- 《消毒技术规范》（2002年版） 卫法监发〔2002〕282号。
- 《医疗废物分类目录》 卫医发〔2003〕287号 2003年。
- 《抗菌药物临床应用指导原则》 卫医发〔2004〕285号。
- 《〈麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡〉管理规定》 卫医发〔2005〕421号。
- 《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》 卫医发〔2005〕438号。
- 《继续医学教育学分授予与管理办法》 全国继续医学教育委员会自2007年。
- 《麻醉药品和精神药品临床应用指导原则》 卫医发〔2007〕38号。
- 《医师定期考核管理办法》 卫医发〔2007〕66号。
- 《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》 卫办发〔2007〕296号。
- 《医院管理评价指南（2008年版）》 卫医发〔2008〕27号。
- 《医院手术部（室）管理规范（试行）》 卫医政发〔2009〕90号。
- 《医务人员手卫生规范》 卫通〔2009〕。
- 《医疗美容分级管理目录》 卫办医政发〔2009〕220号。
- 《病历书写基本规范（试行）》 卫医政发〔2010〕11号。
- 《关于发布和实施〈手术安全核查表与手术风险评估表〉的通知》 中国医院协 2009年。
- 《医院处方点评管理办法（实行）》 卫医管发〔2010〕28号。
- 《手术安全核查制度》 卫办医政发〔2010〕41号。
- 《电子病历系统功能规范（试行）》 卫医政发〔2010〕114号。
- 《在职医务人员继续教育（学分管理）规定》 卫生部继续教育部 2010年。
- 《关于开展国家卫生信息网络直报工作的通知》 卫生部办公厅 2010年10月21日。
- 《卫生部2011-2015卫生信息化建设指导意见与发展规划》 卫生部统计信息中心 2010-12-23。
- 《国家卫生统计网络直报系统操作指南》 2010年12月30日。
- 《医院财务报表审计指引》 会协〔2011〕3号。
- 《医疗质量安全事件报告暂行规定》 卫医管发〔2011〕4号。
- 《医疗质量安全告诫谈话制度暂行办法》 卫医管发〔2011〕3号。
- 《医疗机构药事管理规定》 卫医政发〔2011〕11号。

《三级综合医院评审标准（2011版）》 卫医管办发〔2011〕33号。
《三级综合医院医疗质量管理与控制指标（2011版）》 卫办医政函〔2011〕54号。
《三级综合医院评审标准实施细则（2011版）》 卫办医管发〔2011〕148号。
《卫生部、国家中医药管理局关于加强卫生信息化建设的指导意见》 卫办发〔2012〕38号。
《国家卫生信息网络直报技术规范》 2012年7月17日。
《医疗机构手术分级管理办法(试行)》 卫办医政发〔2012〕94号。
《医疗机构病历管理规定(2013年版)》 国卫医发〔2013〕31号。
《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》 国卫医发〔2014〕86号。
《全国医院工作制度与人员岗位职责》。
《药品不良反应报告和监测管理办法》 国家食品药品监督管理局局令 第7号
《安全生产事故隐患排查治理暂行规定》 国家安全生产监督管理总局令 第16号 2007年。
《生产安全事故应急预案管理办法》 国家安监总局令 第17号。
《安全生产监督职责和行政执法责任追究暂行规定》 国家安监总局令 第24号。
《商业条码管理办法》 质检总局 2015年5月16日。
《2007年患者安全目标》 中国医院协会 2006年10月发布。
《2008年患者安全目标》 中国医院协会 2008年修订。
《2009年患者安全目标》 中国医院协会 2009年再次修订正式成文。
《医疗美容机构评价标准实施细则—医院标准》2020版 中国整形美容协会。
《医疗美容机构评价标准实施细则—门诊部标准》2020版 中国整形美容协会。
《医疗美容机构评价标准实施细则—诊所标准》2020版 中国整形美容协会。

四、各省地方法律、法规、规章由各省自行收集 略

中国整形美容协会医疗美容机构评价工作办公室
2020年04月29日