

中国整形美容协会文件

中整协发〔2017〕5号

关于发布《中国整形美容协会医疗美容机构评价工作管理办法》和《医疗美容机构评价标准实施细则（2017版）》的通知

各相关单位：

《中国整形美容协会医疗美容机构评价工作管理办法》和《医疗美容机构评价标准实施细则（2016版）》在推动医疗美容行业规范发展、指导医疗美容机构评价中发挥了积极作用，经过2016年在江苏、广东、四川三省的实践应用，在广泛征求省级协会、受评医疗机构和现场评价专家意见的基础上，中国整形美容协会对上述两个文件进行了修订完善。现予以发布，作为2017年医疗美容机构评价的依据。

特此通知。

附件：

- 《中国整形美容协会医疗美容机构评价工作管理办法》
- 《医疗美容机构评价标准实施细则-医院标准(2017版)》
- 《医疗美容机构评价标准实施细则-门诊部标准(2017版)》
- 《医疗美容机构评价标准实施细则-诊所标准(2017版)》

二〇一七年一月二十日

抄送：国家卫计委医政医管局、综合监督局、医管中心

中国整形美容协会办公室

2017年1月20日印

校对：李晨

附件：1

中国整形美容协会

医疗美容机构评价工作管理办法

第一章 总则

第一条 为加强对医疗美容机构的监督管理，建立和实行医疗美容机构评价制度，确保医疗美容机构的服务质量，提高其服务水平，合理利用卫生资源，充分发挥医疗体系的整体功能，根据《医疗机构管理条例》，制定本办法。

第二条 医疗美容机构评价是由医疗美容机构评价专家组，依照本办法和《医疗美容机构评价标准实施细则》，对医疗美容机构的执业活动、服务质量和管理水平等进行综合评价的专业技术性活动。

第三条 评价的宗旨是“以评促建、以评促改、评建结合、重在建设”，推动医疗机构加强医疗管理，实现医疗质量持续改进，保障患者安全。

第四条 评价工作坚持公开、公平、公正和自愿的原则。

第五条 评价对象包括医疗美容专科医院、门诊部和诊所。

第六条 评价结论按照得分高低将医疗机构划分为 AAAAA、AAAA、AAA、AA、A 共 5 个等级。

第七条 评价周期为三年。三年到期后，医疗机构的评价等级自动作废。如需获得评价等级，须重新申报。

第二章 组织管理

第八条 评价工作由中国整形美容协会医疗美容机构评价工作领导小组（以下简称“中整协评价领导小组”）统一组织。中整协评价领导小组的职责是：

- （一）审议决定评价工作管理办法、实施细则；
- （二）审议决定年度评价工作方案和总结报告；
- （三）审议决定评价结果；
- （四）指导全国评价工作的开展。

第九条 中整协评价领导小组下设医疗美容机构评价工作办公室（以下简称“中整协评价办公室”）作为日常办事机构。中整协评价办公室的职责是：

- （一）拟订评价工作管理办法、实施细则；
- （二）拟订评价工作年度工作计划并组织实施；
- （三）组织遴选、培训、管理评价专家；
- （四）协调省级评价领导小组开展评价工作；
- （五）组织 4A、5A 医疗机构的评价工作；
- （六）组织落实评价结果应用；
- （七）完成评价工作的日常事务及中整协评价领导小组交办的其他工作。

第十条 各省级整形美容协会成立省级医疗美容机构评价工作领导小组（以下简称“省级评价领导小组”），在辖区范围内执行评价工作。省级评价领导小组下设省级评价办公室落实具体工作。省级评价领导小

组的职责为：

- （一）制定省级评价工作实施方案；
- （二）组织当地医疗机构申报并对申报材料进行审核；
- （三）组织开展对当地评价专家的遴选和培训；
- （四）组织开展针对医疗机构的培训和指导；
- （五）组织落实对申报机构的现场评价；
- （六）根据现场评价结果，决定医疗机构的 A、2A、3A 评价结果；
- （七）根据现场评价结果，向中整协评价办公室推荐 4A、5A 医疗机构；
- （八）完成中整协评价领导小组交办的其他工作。

第三章 评价专家

第十一条 中整协评价办公室在全国范围内征集专家组成评价专家库。专家库专家应涵盖卫生管理、医疗、护理、药学、医技等专业，由中整协评价办公室聘任并颁发聘书。

评价专家应当具备下列条件：

- （一）熟悉国家医疗卫生政策和有关法律法规，遵纪守法，坚持原则，实事求是，作风正派；
- （二）从事相关专业 5 年以上，具有副高级及以上专业技术职称并受聘工作 3 年以上；
- （三）年龄在 65 周岁以下，身体健康，胜任评价工作；
- （四）服从评价工作的安排，保证现场评价时间。

符合本条第（一）、（三）、（四）款规定条件并在医疗机构从事医护管理、卫生行政部门从事医政（含护理）管理工作5年以上的人员，也可受聘为评价专家。

第十二条 评价专家应当参加评价业务知识培训后，方可参加评审工作。

第十三条 评价专家享有下列权利：

- （一）在现场评价活动中，有权根据评价实施细则提出评价意见；
- （二）有权在评价相关会议中，提出个人意见或建议；
- （三）有权以个人或联名方式向中整协评价领导小组提出改进评价工作的意见或建议；
- （四）有权了解与评价工作任务相关的文件、资料和信息；
- （五）有权享有与工作任务相适应的报酬。

第十四条 评价专家承担下列义务：

- （一）遵守本办法，执行中整协评价领导小组的决议，承担分配或交办的评价相关工作任务；
- （二）以实事求是的态度履行职责，客观公正地提出现场评价意见；
- （三）遵守工作纪律，保证现场评价时间，无特殊原因，不得中途退出现场评价，不得擅自泄露不应公开的评价信息，不得以评价专家名义对外从事评价工作以外的活动，严禁收受受评机构的财物、请托或谋取其他不正当利益；
- （四）评价专家与申报机构存在直接或间接利益关系的，应当主动回避。

第十五条 评价专家实行聘任制，聘期3年，可以连任。

第十六条 评价专家有下列情形之一的，可以提前解聘：

- （一）本人要求退出的；
- （二）不能正常履行工作职责的；
- （三）收受受评机构财物或谋取其他不正当利益的；
- （四）发生重大医疗纠纷、事故造成社会恶劣影响，且为事故主要责任者；
- （五）违反本办法的；
- （六）违反法律被追究刑事责任的。

第四章 评价申报与现场评价

第十七条 申请参加医疗美容机构评价的机构（以下简称“申报机构”）须符合下列条件：

- （一）取得《医疗机构执业许可证》，具备相应的场地、人员、设备、设施；
- （二）正式运营满2年，且申报前1年内无重大事故、无严重违法违规行为记录、无造成重大社会不良影响的事件。

第十八条 申报机构应填写《中国整形美容协会医疗美容机构评价申请表》，同时按照《医疗美容机构评价标准实施细则》准备纸质材料，报所在地省级评价办公室。

第十九条 申报机构提交申请后，被视为做好了迎评准备，接受评价工作安排，如无特殊原因，不得中途退出评价。

第二十条 省级评价办公室受理申报材料后应及时予以审核，并在30日内以书面形式告知申报机构审核结果。审核结果应包括是否安排针对该申报机构的现场评价。

第二十一条 申报材料审核通过后，省级评价办公室应在60日内组织评价专家开展现场评价。

第二十二条 现场评价的流程及方式：

（一）省级评价办公室应提前至少7天告知申报机构现场评价日期；

（二）评价专家进行现场评价必须深入医疗机构实地收集信息，提出评价意见；

（三）现场评价一般采用听取汇报、查阅资料、实地查对、跟班作业、医患访谈、现场笔试、实操考核等方式进行；

（四）现场评价专家应严格按照《评价实施细则》收集信息，不得收集与评价指标无关的信息；申报机构应按照评价专家要求如实提供相关信息，不得推诿、隐瞒、虚报，评价专家提出超出评价范围的要求，申报机构有权予以拒绝；

（五）现场评价结束前，评价专家应当及时进行评分，提出评价意见并签名确认；

（六）现场评价结束后，评价材料应当及时封存并报中整协评价工作办公室存档。存档原始材料应保存不少于5年。

第二十三条 凡达到相应评价等级的，中整协评价办公室应在官方

网站向社会公示，公示期限为7天。公示期内，收到实名书面异议的，应当酌情组织调查核实；公示期满，未收到书面异议的，中整协评价办公室履行审批程序予以确认，在官方网站或媒体向社会公布，并适时颁发证书和牌匾。

第五章 监督管理与业务培训

第二十四条 中整协评价领导小组建立考核评估的监督制度，对群众提出异议的及时组织抽查和考核。

第二十五条 评价周期内，取得等级的医疗机构如发生违法违规事件、重大事故、严重社会不良影响事件，经中整协评价领导小组研究通过，给予降低直至取消相应等级处理。

第二十六条 中整协评价办公室可委托省级评价办公室或中立的第三方机构开展针对医疗美容机构的评价业务培训或指导。业务培训或指导应遵循自愿原则，医疗美容机构是否参加，不得与受理申报、现场评价、确定等级挂钩。

第六章 附则

第二十七条 本办法的解释权归中国整形美容协会。

中国整形美容协会 医疗美容机构评价申请表

申报单位（盖章）：

申 报 日 期：

中国整形美容协会 制

一、基本情况

机构名称			
机构类别	医院 <input type="checkbox"/> 门诊部 <input type="checkbox"/> 诊所 <input type="checkbox"/>		
地 址			
医疗机构总建筑面积	m ²	医疗用房建筑面积	m ²
机构人数	人，其中卫生技术人员数____人，其他人员数____人		
法定代表人姓名		手机	
评价工作负责人		电子邮箱	
联系电话	(办):	(手机):	
科室设置和床位情况			
美容外科 <input type="checkbox"/> 美容牙科 <input type="checkbox"/> 美容皮肤科 <input type="checkbox"/> 美容中医科 <input type="checkbox"/> 美容治疗室 <input type="checkbox"/> 麻醉科 <input type="checkbox"/> 其他临床科室_____			
药剂科 <input type="checkbox"/> 检验科 <input type="checkbox"/> 放射科 <input type="checkbox"/> 手术室 <input type="checkbox"/> 技工室 <input type="checkbox"/> 消毒供应室 <input type="checkbox"/> 病案资料室 <input type="checkbox"/> 其他医技科室_____			
住院床位_____张；美容治疗床_____张；牙科综合治疗椅_____张；观察床位_____张			
是否正式运营2年以上？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
是否通过2016年医疗机构年度校验？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
2016年度是否受到有关行政处罚？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
请提供《营业执照》复印件，《医疗机构许可证》复印件，法定代表人身份证复印件， 加盖单位公章。			

真实性声明

本人承诺所提供的资料真实、有效，愿意承担全部法律责任。

医疗机构法定代表人（签字）：

单位公章：

年 月 日

以下由省级评价领导小组（协会）填写

省级评价领导小组（协会）审核意见：

附件：2

2017 年版《医疗美容机构评价标准实施细则---医院标准》

一、医院管理

序号	评价内容	评价标准	评价方法
1	1. 医院定位明确、规模适宜。	【C】 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、长期发展规划并实施。	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。
		【B】 符合“C”，并 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 \geq 1.03 名。 6、每床（椅）配备护士 \geq 0.4 名。	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。
		【A】 符合“B”，并 1. 临床科室必须具有副高及以上职称。 2. 护士中具有大专及以上学历者 $>$ 30%。 3. 主管护师职称 2 名以上。	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。

2	2. 组织机构的设置、岗位设置及规章制度和建立相应专业委员会。	【C】 1. 组织机构的设置及其岗位职责，机构及科室命名规范。 2. 规章制度。 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。	1、查看医院组织机构（科室及职能部门等）设置相关文件。 2、查看规章制度和科室设置的岗位职责。 3、查看建立相应专业委员会文件和人员结构组成。 4、现场抽查 10 名员工到岗情况。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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、质量管理、岗位职责培训计划并实施。 2. 职工熟悉相关法律、法规、规章制度和岗位职责。	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（书籍或影像资料）； 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。
3	3. 实行院长负责制及院、科两级管理责任制。	【C】 1. 医院实行院长（董事长或总经理）负责制。 2. 科室实行科主任负责制，推进从业人员职业化。	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； 2. 查阅医疗质量安全检查、报告资料和记录。
		【B】 符合“C”，并 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>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 院级、主要职能科室领导至少每年接受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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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）
4	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>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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%。 	<ol style="list-style-type: none"> 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； 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>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、抽查5名专业人员继续医学教育证书。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定继续教育规划，有经费预算并落实。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 包括：人员资质，财会制度，合理设岗，价格公示 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者出院时，提供费用收据或发票。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查3名患者出院费用收据或发票。

		<p>【A】符合“B”，并</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>
6	6. 制定突发事件应急管理预案，并进行演练。	<p>【C】</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>【B】符合“C”，并</p> <p>医务人员熟练掌握预案有关内容和处理程序。</p>	<p>1. 提问 2 名医务人员相关内容。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 定期组织医务人员开展相关突发事件演练。</p>	<p>1. 查阅突发事件演练记录及相关资料。</p>
7	7. 后勤保障满足医院服务流程需要。	<p>【C】</p> <p>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。</p> <p>2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅有关台账材料；</p> <p>2. 查看记录，实地查看和随机抽查 4 种后勤物品供应；</p> <p>3. 查阅后勤物资服务流程，实地考察后勤物资标示。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作。</p>	<p>1. 抽查 2 名后勤技术人员从业资格证书。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 医院职能部门应每季度至少监测 1 次并记录备查。</p>	<p>1、查阅记录。</p>
	8. 信息系统满足医院管理和临床工作需要。	<p>【C】</p> <p>1. 医院信息系统符合《医院信息系统基本功能规范》</p>	<p>1、查阅信息系统运行情况记录。</p>

8		<p>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。</p>	
		<p>【B】符合“C”,并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 与卫生行政部门等能够实现信息共享。 2. 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组; 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; 4. 有与信息化建设配套的相关管理制度。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、查看信息共享系统 2、查阅医院信息化管理文件。
		<p>【A】符合“B”,并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、抽查 2 名患者电子病例记录。
9	9. 开展业务业绩情况,建立特色专科及医师技术档案	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 年门诊、住院人次资料。 2. 年治疗人次档案资料,其中:年门诊、住院手术人次,年非手术(激光、注射、针灸等)人次。 3. 建立特色专科或特色病种。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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)。 3、查看设置特色专科文件及相关材料。
		<p>【B】符合“C”,并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 门诊就诊人次增长率 $\geq 6\%$。 2. 手术及非手术人次增长率 $\geq 6\%$。 3. 特色专科及特色病种诊治增长率 $\geq 6\%$。 4. 建立完整的病历档案资料。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、查看近 2-3 年年度门诊日志、病案室病历统计资料。 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)。 3、查看近 2-3 年年度特色专科及特色病种诊治人次资料。 4、随机抽查 2 份病历档案的完整性。
		<p>【A】符合“B”,并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 三级或四级手术年度完成 50 例。 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、查看属地卫生行政部门批准的《许可证》临床及医技科室文件。 2、查看手术登记簿,查看三级(或/和四级)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。
--	--	--	--------------

二、患者安全

(一) 确立查对制度, 识别患者身份			
10	1. 对就诊患者施行唯一标识(身份证号码、病历号等)管理。	【C】 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 标示有关制度, 并实地考察之行情况。
		【B】 符合“C”, 并 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。
		【A】 符合“B”, 并 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。
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。	【C】 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. 核对应时让患者或其近亲属陈述患者姓名。 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、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。	1. 查阅有关文件和记录。 2. 提问 2 名医务人员相关问题。
		【B】 符合“C”, 并 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。

		【A】 符合“B”，并 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。
12	3. 完善关键流程（手术室、病房）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
13	4. 使用“腕带”作为识别患者身份的标识。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
(二) 确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤			
	1. 按规定开具完整的医嘱或处方。	【C】 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。

14		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 1. 医嘱、处方合格率 \geq 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。
15	2. 有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程。	【C】 1. 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
（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			
	1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。	【C】 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。

16		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 术前准备制度落实，执行率 100%。</p>	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制度与流程。	<p>【C】</p> <p>1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位。</p>	<p>1. 查阅记录，并现场查看。</p> <p>2. 访问手术患者。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	1. 查阅记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。</p>	1. 抽查 3 份手术记录。
	3. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。	<p>【C】</p> <p>1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p> <p>2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。</p>	

18		<p>第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》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>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。</p> <p>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>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 手术核查、手术风险评估执行率 100%。</p>	<p>1. 抽查 5 份病历中手术安全核查与手术风险评估记录。</p>

(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	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。 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、外科洗手操作规程等)。	【C】 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。 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。 4. 对医务人员提供手卫生培训。	1. 查阅文件。 2. 现场查看手卫生设备、设施、标示、宣教、手卫生指引。 3. 现场查看手术室手卫生标示及外科洗手操作指引。 4. 现场查看培训资料。 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)。
		【B】 符合“C”, 并 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。
		【A】 符合“B”, 并 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。
(五) 医疗纠纷的预防与处理			
20	1. 贯彻落实《医院投诉管理办法(试行)》, 实行“首诉负责制”。	【C】 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)。 2. 制定投诉管理制度及处理工作流程并落实。	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。 5、抽查 2 名工作人员了解制度执行及投诉流程的知晓情况。
		【B】 符合“C”, 并 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

		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 持续改进有成效。</p>	1. 查看记录
21	2. 妥善处理医疗纠纷	<p>【C】</p> <p>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>1、查看资料</p> <p>2、查看律师聘用协议及资质</p> <p>3、提问 1-2 名医疗纠纷专职处理人员</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 对医护人员每年度开展多种形式医疗安全教育。</p> <p>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。</p>	<p>1、查看培训资料。</p> <p>2、查看实例教育资料</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>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。</p>	<p>1、查看职能部门台账记录资料。</p> <p>2、查看医疗纠纷个案档案。</p>
（六）特殊药物的管理，提高用药安全			
	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特殊管理药品的使用与管理规章制度。	<p>【C】</p> <p>1. 严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、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、放射性药品、医疗用毒</p>	<p>1、查看资料，抽查 5 份使用药物的运行记录。</p> <p>2、抽查 2 名医务人员。</p>

22		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。 3. 相关员工知晓管理要求, 并遵循。	
		【B】 符合“C”, 并 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。
		【A】 符合“B”, 并 1. 执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、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、标识和贮存方法相关规定。 2. 符合率达到 100%。	1、每类药物抽查 1 种。
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】 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。 2. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”。 3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。	1. 查看文件。 2. 现场考察。 3. 抽查 2 名员工。
		【B】 符合“C”, 并 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。
		【A】 符合“B”, 并 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。
	3. 处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序, 并由转	【C】 1. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核	

24	抄和执行者签名确认。	<p>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>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>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1、查看药品监测系统。</p> <p>2、抽查 2 名医护人员。</p> <p>3、查看记录和整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 正确执行核对程序达到 100%。</p>	<p>1、抽查处方、医嘱各 10 份。</p>
（七）临床“危急值”报告制度			
	<p>1. 根据医院实际情况确定常用“危急值”项目，建立“危急</p>	<p>【C】</p> <p>1. 有临床常用危急值报告制度与工作流程。</p>	<p>1. 查阅常用“危急值”报告制度。</p>

25	值”管理制度与工作流程。	<p>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。</p> <p>3. 相关人员熟悉并遵循上述制度和 workflows。</p>	<p>2. 查院危急值项目。</p> <p>3. 询问手术室 2 名医师对危急值掌握情况。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查危急值项目的质控记录。</p>
26	2. 严格执行常用“危急值”报告制度与流程。	<p>【C】</p> <p>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>	<p>1. 抽查 2 名医技人员“危急值”识别与处置能力。</p> <p>2. 抽查 2 份“危急值”处置记录。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</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>	<p>1. 现场查看“危急值”信息系统。</p>
		<p>【A】符合【B】并</p> <p>1. 有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。</p>	<p>1. 现场查看“危急值”网络监控功能。</p>

(八) 防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生			
27	<p>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。</p> <p>2. 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
	<p>【B】符合“C”,并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 $\geq 95\%$。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	
	<p>【A】符合“B”,并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估合格率 90%。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查 10 份风险评估报告。 	

(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。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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%。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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%。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看负责部门，及上报流程。 2. 抽查 10 名医院职工。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看网络系统。 2. 查阅记录，查看整改情况。
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。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）的规定。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。

		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 激励措施有效执行。</p>	1. 抽查 3 名员工，核查奖惩制度落实情况。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>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。</p>	1. 现场查看网络系统。
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。	<p>【C】</p> <p>1. 定期分析安全信息。</p> <p>2. 对重大不安全事件进行根本原因分析。</p>	1. 查看分析资料。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 利用信息资源加强管理，实施具体有效的改进措施。</p>	1. 查看整改记录。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 对改进措施的执行情况进行评估。</p>	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。	<p>【C】</p> <p>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。</p>	<p>1、查看有关规定文件；</p> <p>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。</p> <p>根据患者参与的重要性给予计分或扣分。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1. 查看宣传资料。</p> <p>2. 抽查 2 名患者了解情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p>	

		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。
32	2. 主动邀请患者参与医疗安全活动。	【C】 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。
		【B】 符合“C”,并 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. 现场考察。
		【A】 符合“B”,并 1. 患者主动参与医疗安全活动持续改进医疗安全管理	1. 查看记录及整改情况。

三、医疗质量管理与持续改进

(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。	【C】 1. 有医疗质量管理与持续改进方案, 2. 并组织实施。	1. 查看文件及落实情况。
		【B】 符合“C”,并 1. 执行查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等,有效防范、控制医疗风险,及时发现医疗质量和安全隐患。 2. 执行疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、知情告知制度、医患沟通制度等。	1. 查看以上制度。 2. 抽查 2 项制度及落实情况。

		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1.开展全员医疗质量和安全教育，每年至少2次。</p>	<p>1.查看培训记录。</p>
(二) 医疗技术管理			
34	1. 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理。	<p>【C】</p> <p>1. 建立医疗技术分级管理制度，人员资质准入、监督评价和医疗技术档案管理制度并实施。</p> <p>2. 落实《医疗技术临床应用管理办法》规定，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。</p> <p>3. 按《医疗美容项目分级管理目录》开展诊疗活动。</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>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有医院医疗技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。</p> <p>2. 有医疗技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。</p> <p>3. 有完整的医疗技术管理档案资料。</p>	<p>1. 查阅文件。</p> <p>2. 高风险技术项目工作记录。</p> <p>3. 抽查2份医疗技术管理档案。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。</p>	<p>1. 查看记录。</p>

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】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 1. 有医疗技术风险预警机制。	1. 查阅文件。
36	3. 有新技术准入与风险管理制度，并落实。	【C】 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。	1. 查看相关文件。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
	4. 科研项目的医疗技术符合法律、法规和医学伦理原则，按	【C】 1. 有临床科研项目中使用医疗技术的相关管理制度	

37	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。	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
		【B】符合“C”，并 1. 医疗技术职能部门监管职责明确，履行监管职能。 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。
		【A】符合“B”，并 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。
(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。	【C】 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。 4. 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	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

		度，不瞒报和漏报。	
		【B】 符合“C”，并 1. 落实三级医师负责制。 2. 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。
		【A】 符合“B”，并 1. 开展重点病种质量监控管理。	1. 抽查 5 份运行病历。
39	2. 门诊工作医疗质量管理与持续改进	【C】 1. 有门诊管理制度并落实；有导诊、分诊等指示图。 2. 规范门诊医疗文书；有书写质量监控措施。 3. 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。	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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 1. 有完整的门诊质量管理资料体现持续改进成效，门诊病历规范率 90%。	1. 抽查 10 份门诊病历。
	3. 临床实验质量管理与持续改进。	【C】 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，	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。

40		遵照实施并记录。	
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
41	4. 医学影像质量管理与持续改进。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 1. 有科室质量与安全管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进科室医疗质量。	1. 查阅文件、记录及整改情况。
	5. 药事质量管理与持续改进。	【C】 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。	1. 查医院文件和具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。

42		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。	
		【B】 符合“C”，并 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
		【A】 符合“B”， 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. 医院感染管理与持续改进。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
	7. 病历（案）管理与持续改进。	【C】 1. 设置病案科，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。	

44		<p>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%。</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅有关人员资料和培训记录, 有关规定是否适宜, 培训率是否达到 100%。</p> <p>2. 抽查 5 份病案首页。</p> <p>3. 核查负责人资质。</p>
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>1. 有人员培训的规划, 有参加病案专业继续教育的记录。</p> <p>2. 院科两级落实整改措施, 持续改进病历质量。</p>	<p>1. 查看文件及培训记录。</p>
		<p>【A】符合“B”并</p> <p>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。</p>	<p>1、查看近 2 个季度病例质量评价记录, 及整改情况。</p>
45	8. 麻醉质量管理与持续改进。	<p>【C】</p> <p>1. 建立和完善各项麻醉工作制度; 临床麻醉工作程序规范, 职责明确; 术前麻醉准备充分, 麻醉恢复实施全程观察; 有防治和处理各类麻醉意外和并发症预案, 处理及时、正确。</p> <p>2. 实行麻醉医师资格分级授权管理, 并有明确的制度; 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。</p> <p>3. 麻醉文书书写规范、及时、准确。</p>	<p>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。</p> <p>2、抽取 1 份麻醉文书。</p>
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>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。</p> <p>2. 麻醉医师定期 (至少每年 1 次) 接受继续教育知识更新。</p>	<p>1、查看麻醉师资质。</p> <p>2、麻醉师培训记录。</p>

		<p>【A】符合“B”，并 1. 职能部门进行检查、反馈，有改进意见和措施。</p>	1、查看记录及整改情况。
46	9. 护理质量管理与持续改进。	<p>【C】 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。 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。 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。 4. 护理安全管理。</p>	<p>1、查阅资料。 2、查看培训记录。 3、提问工作人员</p>
		<p>【B】符合“C”，并 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 $\geq 80\%$，护士知晓率 100%。</p>	<p>1. 查看优质护理方案。 2. 抽查管理人员和护理人员各 10 名</p>
		<p>【A】符合“B”，并 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。</p>	1. 抽取 1 份护理服务记录，核查是否符合临护理常规。
47	10. 手术室管理与持续改进。	<p>【C】 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、手术标本管理制度等。 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，各个区域有明显的标志，人流、物流合理。</p>	<p>1. 查看文件，实地查看落实情况。 2. 抽查 2 名员工了解情况。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p>	

		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。
		【A】 符合“B”,并 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,术后有回访; 3 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。

四、医院服务

48	1. 维护患者合法权益。	【C】 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。
		【B】 符合“C”,并 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。
		【A】 符合“B”,并 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。
	2. 医德医风制度建设。	【C】 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。

49		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有完整规范的医德考评档案。 2. 有岗位职责、医德医风与行为规范的教育培训。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查医德考评档案。 2. 查看培训记录等材料。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
50	3. 优化服务环境和服务流程。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅文件，现场查看服务标示。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有信息化预约管理平台，有专人负责预约具体工作。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场考察预约流程。
		<p>【A】符合“B”，并有完善的就医者预约、诊疗服务管理制度，登记资料完整。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看预约、诊疗日志记录。
51	4. 开展医院文化建设。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 加强医务人员敬业爱院教育，和谐医患关系，提高员工满意度。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。

		【B】 符合“C”，并 1. 有对员工价值取向的培训和教育，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。
		【A】 符合“B”，并 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。

附件：3

2017 年版《医疗美容机构评价标准实施细则---门诊部标准》

一、门诊部管理

序号	评价内容	评价标准	评价方法
1	1. 门诊部定位明确、规模适宜。	【C】 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、长期发展规划并实施。	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。
		【B】 符合“C”，并 1. 观察床位总数 2 张以上，美容治疗床 4 张以上，手术床 2 台，牙科椅 2 台。 2. 卫生专业技术岗位≥门诊部岗位总量的 50%。 3. 每台手术床应至少配备 2.4 名相关专业卫生技术人员。 4. 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。	1. 核查门诊部床位数； 2. 门诊部床位扩增有行政部门批准文件； 3. 查阅门诊部岗位设置有关文件。
		【A】 符合“B”，并 1. 临床科室主任具有副高及以上职称>50%。 2. 护士中具有大专及以上学历者>20%。 3. 具有护师资格以上的护士 1 名。	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。
	2. 组织机构的设置、岗位设置及规章制度和建立相应专业委员会。	【C】 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。 2. 有规章制度。 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。	1、查看门诊部组织机构（科室及职能部门等）设置相关文件。 2、查看规章制度和科室设置的岗位职责。 3、查看建立相应专业委员会文件和人员结构组成。 4、现场抽查 10 名员工到岗情况。

2		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、质量管理、岗位职责培训计划并实施。 2. 职工熟悉相关法律、法规、规章制度和岗位职责。 	<ol style="list-style-type: none"> 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）； 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。
3	3. 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>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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%。 	<ol style="list-style-type: none"> 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； 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>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、抽查5名专业人员继续医学教育证书。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定继续教育规划，有经费预算并落实。 	<ol style="list-style-type: none"> 1、查看财物报表，继续教育投入情况。
	4. 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	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 包括：人员资质，财会制度，合理设岗，价格公示 	<ol style="list-style-type: none"> 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。

4	格公开、透明。	【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。	1. 实地查看投诉管理部门； 2. 查阅近 1 年物价投诉资料，核查改进情况。
5	5. 制定突发事件应急管理预案，并进行演练。	【C】 1. 在中长期发展规划中有应急预案。预案的项目应包括水灾，火灾，地震，突发性公共卫生事件，危、急、重病人抢救等。 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 名门诊部内非医务人员心肺复苏操作。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
6	6. 后勤保障满足医院服务流程需要。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并	

		1. 门诊部职能部门应每季度至少监测 1 次并记录备查。	1、查阅记录。
7	7. 信息系统满足医院管理和临床工作需要。	【C】 1. 门诊部信息系统符合《门诊部信息系统基本功能规范》的规定，信息系统满足内部行政业务管理和客户服务流程。	1、查阅信息系统运行情况记录。
		【B】 符合“C”，并 1.建立以门诊部主任为核心的门诊部信息化建设领导小组。 2.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，有与信息化建设配套的相关管理制度。	1、查看信息共享系统 2、查阅门诊部信息化管理文件。
		【A】 符合“B”，并 1. 门诊部信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为门诊部管理、临床医疗和服务提供包括决策支持在内的技术支持。	1、抽查 2 名患者电子病例记录。
8	8. 开展业务业绩情况，建立特色专科及医师技术档案	【C】 1. 年门诊、住院（观察）人次档案资料。 2. 年治疗人次档案资料，其中：年门诊、住院（观察）手术人次，年非手术（激光、注射、针灸等）人次。 3. 建立特色病种（或/和特色专科）。	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。 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）。 3、查看设置特色病种（或/和特色专科）文件及相关材料。
		【B】 符合“C”，并 1. 门诊就诊人次增长率 $\geq 4\%$ 。 2. 手术及非手术人次增长率 $\geq 4\%$ 。 3. 特色专科及特色病种诊治增长率 $\geq 4\%$ 。 4. 建立完整的病历档案资料。	1、查看近 2-3 年年度门诊日志、病案室病历统计资料。 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）。 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。 4、随机抽查 2 份病历档案的完整性。

		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
--	--	---	---

二、患者安全

序号	评价内容	评价标准	评价方法
(一) 确立查对制度，识别患者身份			
9	1. 对就诊患者施行唯一标识（身份证号码、病历号等）管理。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全门诊部范围内统一实施。 	1. 查阅患者身份 标示有关制度，并实地考察之行情况。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	1. 抽查手术室条码使用情况。
	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。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 核对应让患者或其近亲属陈述患者姓名。 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、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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅有关文件和记录。 2. 提问 2 名医务人员相关问题。

10		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
11	3. 完善关键流程（手术室、病房）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
12	4. 使用“腕带”作为识别患者身份的标识。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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。
(二) 确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤			
	1. 按规定开具完整的医嘱或处方。	【C】 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。

13		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	1. 查阅记录，并抽取其中 1 份记录，了解整改情况。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 医嘱、处方合格率\geq100%</p>	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。
14	2. 有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程。	<p>【C】</p> <p>1. 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。</p>	1. 查阅相关文件。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>2. 下达口头医嘱应及时补记。</p>	1. 抽查 2 份医嘱记录。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>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。</p>	1. 查阅记录，并抽取其中 1 份记录，了解整改情况。
（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			
	1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。	<p>【C】</p> <p>1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。</p> <p>2. 择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估。</p> <p>3. 履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。</p>	1. 查阅记录。

15		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 术前准备制度落实，执行率 100%。</p>	<p>1. 抽查 5 份有相关手术记录的病历（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）</p>
16	<p>2. 有手术部位识别标示相关制度与流程。</p>	<p>【C】</p> <p>1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位。</p>	<p>1. 查阅记录，并现场查看。</p> <p>2. 访问手术患者。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。</p>	<p>1. 抽查 3 份手术记录。</p>
	<p>3. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p>	<p>【C】</p> <p>1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p> <p>2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。</p>	

17		<p>第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》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>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。</p> <p>2. 询问相关手术医师、麻醉医师、护士等人员知晓情况。抽查 2 份病历，了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>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 手术核查、手术风险评估执行率 100%。</p>	<p>1. 抽查 5 份病历中手术安全核查与手术风险评估记录。</p>

(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。			
18	<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。</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、外科洗手操作规程等)。</p>	<p>【C】</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>【B】符合“C”, 并</p> <p>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。</p> <p>2. 门诊部全员手卫生依从性$\geq 95\%$; 医务人员手卫生正确率达 90%。</p>	<p>1. 手卫生检查督导活动记录, 抽取 1 份记录, 查看整改情况。</p> <p>2. 暗访 5 人手卫生执行情况; 抽查 2 名医务人员现场洗手。</p>
		<p>【A】符合“B”, 并</p> <p>1. 不断提高洗手正确率, 洗手正确率达 95%。</p> <p>2. 手术室重点科室, 医务人员手卫生正确率达 100%。</p>	<p>1. 抽查 5 名医务人员现场洗手。</p> <p>2. 抽查手术室护士、手术科室医生各 1 名外科洗手。</p>
(五) 医疗纠纷的预防与处理			
19	<p>1. 贯彻落实《医院(门诊部)投诉管理办法(试行)》, 妥善处理医疗纠纷。</p>	<p>【C】</p> <p>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管理部门或指定专门部门负责, 明确职责并落实。</p> <p>办法内容包括: 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。</p>	<p>1. 查看文件及“医疗纠纷处置管理办法(规定)”材料。</p> <p>2. 查看律师聘用协议及资质。</p> <p>3. 查看投诉、医患沟通接待室。</p>

		<p>2. 聘请律师为法律顾问、提供法律支持。</p> <p>3. 有配置基本设施的投诉接待室（录音录像）。</p>	
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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行总结、分析、结局）。</p> <p>2. 医护人员对医疗护理安全教育和培训知晓率100%。</p> <p>3. 专职人员对“医疗纠纷处置管理办法（规定）”知晓率在100%。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 提问 1-2 名医疗纠纷专职处理人员。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查看职能部门台账记录资料。</p> <p>2. 查看医疗纠纷个案档案资料。</p>
(六) 特殊药物的管理，提高用药安全			
20	<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特殊管理药品的使用与管理规章制度。</p>	<p>【C】</p> <p>1. 严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、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、放射性药品、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 5 份使用药物的运行记录。</p> <p>2、抽查 2 名医务人员。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1、设立合理用药监测系统。</p> <p>2、有检查记录和查看整改情况。</p>

		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、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、标识和贮存方法相关规定；符合率达到 100%。</p>	<p>1、每类药物抽查 1 种。</p>
21	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。	<p>【C】</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物的存放有明晰的“警示标识”。</p> <p>3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。</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>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查看记录和整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>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门诊部统一“警示标识”，符合率 100%。</p>	<p>1. 抽查 2 种药品。</p>
	3. 处方或用药医嘱在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>【C】</p> <p>1. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行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>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>

22		<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>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1、查看药品监测系统。</p> <p>2、抽查 2 名医护人员。</p> <p>3、查看记录和整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 正确执行核对程序达到 100%。</p>	<p>1、抽查处方、医嘱各 10 份。</p>
(七) 临床“危急值”报告制度			
23	<p>1. 根据门诊部实际情况确定常用“危急值”项目，建立“危急值”管理制度与工作流程。</p>	<p>【C】</p> <p>1. 有临床常用危急值报告制度与工作流程。</p> <p>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。</p> <p>3. 相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。</p>	<p>1. 查阅常用“危急值”报告制度。</p> <p>2. 查院危急值项目。</p> <p>3. 询问手术室 2 名医师对危急值掌握情况。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查危急值项目的质控记录。</p>

24	2. 严格执行常用“危急值”报告制度与流程。	【C】 1. 医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容，能够有效识别和确认“危急值”。 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。 3. 医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。	1. 抽查 2 名医技人员“危急值”识别与处置能力。 2. 抽查 2 份“危急值”处置记录。
		【B】 符合“C”，并 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。	1. 现场查看“危急值”信息系统。
		【A】 符合 【B】 并 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。
(八) 防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生			
	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制度、处置预案与 workflow	【C】 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	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。

25	程。	<p>录。</p> <p>4. 门诊部环境有防止跌倒安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑。</p> <p>5. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告程序。</p> <p>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。</p>	3. 提问 2 名医务人员对措施及报告知晓情况。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有坠床、跌倒的质量监控指标数据收集。</p> <p>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。</p> <p>3. 员工对患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程知晓率 $\geq 95\%$。</p>	<p>1. 查看质量监控指标数据记录。</p> <p>2. 查看意外事件总结、分析、整改防范措施等书面文字记录。</p> <p>3. 提问 10 名医护人员，了解知晓率。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率合格率 90%。</p>	1. 抽查 10 份风险评估报告。
(九) 妥善处理医疗安全（不良）事件			
	1. 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。	<p>【C】</p> <p>1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。</p> <p>2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。</p> <p>3. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。</p> <p>4. 医务人员对不良事件报告制度的知晓率 100%。</p>	<p>1. 查看资料和登记表。</p> <p>2. 查看教育培训记录。</p> <p>3. 查看是否建立不良事件应急通道。</p> <p>4. 抽查 10 名医务人员。</p>

26		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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%。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看负责部门，及上报流程。 2. 抽查 10 名门诊部职工。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看网络系统。 2. 查阅记录，查看整改情况。
27	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。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）的规定。 	<ol style="list-style-type: none"> 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，考察门诊部情况。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 激励措施有效执行。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查 3 名员工，核查奖惩制度落实情况。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 门诊部医疗安全（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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看网络系统。
28	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。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看分析资料。

		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 利用信息资源加强管理，实施具体有效的改进措施。</p>	1. 查看整改记录。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 对改进措施的执行情况进行评估。</p>	1. 现场查看整改情况。
(十) 患者参与医疗安全			
29	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。	<p>【C】</p> <p>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。</p>	<p>1、查看有关规定文件；</p> <p>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。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1. 查看宣传资料。</p> <p>2. 抽查 2 名患者了解情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 职能部门对患者参加医疗安全活动有监管，有持续改进。</p>	1. 查看记录及整改情况。
30	2. 主动邀请患者参与医疗安全活动。	<p>【C】</p> <p>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。</p> <p>2. 鼓励患者向药学人员提出安全用药咨询。</p>	1. 抽查 2 名患者参与情况。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 职能部门对患者参加医疗安全活动有定期的检查、</p>	1. 查看记录及整改情况。

		总结、反馈，并提出整改措施。	
		【A】 符合“B”，并 1. 患者主动参与医疗安全活动持续改进医疗安全管理	1. 现场考察。

三、医疗质量管理与持续改进

(一) 实施全程医疗质量管理与持续改进			
31	1. 制定医疗质量管理与持续改进方案并组织实施。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 1. 执行查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等，有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患。 2. 执行疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、知情告知制度、医患沟通制度等。	1. 查看以上制度。 2. 抽查 2 项制度及落实情况。
		【A】 符合“B”，并 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			
32	1. 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理。	【C】 1. 建立医疗技术分级管理制度，人员资质准入、监督评价和医疗技术档案管理制度并实施。 2. 落实《医疗技术临床应用管理办法》规定，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。 3. 按《医疗美容项目分级管理目录》开展诊疗活动。	1. 查阅文件、工作记录。 2. 抽查 2 种技术项目档案。

		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有门诊部医疗技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。 2. 有医疗技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。 3. 有完整的医疗技术管理档案资料。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅文件。 2. 高风险技术项目工作记录。 3. 抽查 2 份医疗技术管理档案。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看记录。
33	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。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅文件和相关记录。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅文件及抽查 1 项落实情况。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有医疗技术风险预警机制。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅文件。
	3. 有新技术准入与风险管理制度，并落实。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看相关文件。

34		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.查看记录。
35	<p>4.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。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.医疗技术职能部门监管职责明确，履行监管职能。 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.查阅资料。 2.现场提问1-2名工作人员。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.查看记录及整改情况。
(三) 主要专业部门医疗质量管理与持续改进			
	<ol style="list-style-type: none"> 1.主要诊疗部门医疗质量管理与持续改进。 	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范，制定诊疗 	

36		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 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。</p>	<p>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</p>
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>1. 落实三级医师负责制。</p> <p>2. 加强护理管理。</p>	<p>1. 查看 5 份病历, 评价病历运行中核心制度落实情况。</p>
		<p>【A】符合“B”, 并</p> <p>1. 开展重点病种质量监控管理。</p>	<p>1. 抽查 5 份运行病历。</p>
37	2. 门诊工作医疗质量管理与持续改进	<p>【C】</p> <p>1. 有门诊管理制度并落实; 有导诊、分诊等指示图。</p> <p>2. 规范门诊医疗文书; 有书写质量监控措施。</p> <p>3. 公开出诊信息, 保障医务人员按时出诊。提供咨询服务, 帮助患者有效就诊。</p>	<p>1. 查看文件, 现场考察。</p> <p>2. 抽查 10 份门诊病历。</p> <p>3. 现场查看出诊信息及导医台。</p>
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>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。</p> <p>2. 有院内会诊管理制度与流程。</p>	<p>1. 抽查 1 份门诊病历及医师资格。</p> <p>2. 查看记录。</p>

		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 有完整的门诊质量管理资料体现持续改进成效，门诊病历规范率 90%。</p>	1. 抽查 10 份门诊病历。
38	3. 药事质量管理与持续改进。	<p>【C】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 执行“特殊药品管”管理的有关规定。</p>	<p>1. 查医院文件和具体措施及近一年资料。</p> <p>2. 检查任职人员资格。</p> <p>3. 抽查 1 种特殊管理药物。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 询问了解药品相关的技术事项管理部门。</p> <p>2. 查 10 份病历，了解抗菌药物分级管理规定落实情况</p>
		<p>【A】符合“B”，</p> <p>1. 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。</p>	1. 现场查看质量管理工作运行流程。
39	4. 门诊部感染管理与持续改进。	<p>【C】</p> <p>1. 根据国家有关的法律、法规，按照《门诊部感染管理办法》要求，制定并落实门诊部感染管理的各项规章制度。</p> <p>2. 根据《门诊部感染管理办法》和门诊部功能任务，建立完善的门诊部感染管理组织体系。</p> <p>3. 门诊部感染管理部门实行目标管理责任制，职责明确。</p>	1. 查看文件，现场查看职能部门。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 开展门诊部感染防控知识的培训与教育，每年至少 2 次。</p>	1. 培训记录。

		<p>【A】符合“B”，并 1. 2年内无重大院内感染暴发责任事件。</p>	<p>1. 查看卫生部门记录。</p>
40	5. 病历（案）管理与持续改进。	<p>【C】 1. 设置病案科，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。</p>	<p>1. 查阅有关人员资料和培训记录，有关规定是否适宜，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。</p>
		<p>【B】符合“C”，并 1. 有人员培训的规划，有参加病案专业继续教育的记录。 2. 门诊部、科两级落实整改措施，持续改进病历质量。</p>	<p>1. 查看文件及培训记录。</p>
		<p>【A】符合“B”并 1. 门诊部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。</p>	<p>1、查看近2个季度病例质量评价记录，及整改情况。</p>
	6. 麻醉质量管理与持续改进。	<p>【C】 1. 建立和完善各项麻醉工作制度；临床麻醉工作程序规范，职责明确；术前麻醉准备充分，麻醉恢复实施全程观察；有防治和处理各类麻醉意外和并发症预</p>	<p>1、查阅科室设置有关文件、开展的服务项目，实地查看麻</p>

41		案，处理及时、正确。 2. 实行麻醉医师资格分级授权管理，并有明确的制度；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。 3. 麻醉文书书写规范、及时、准确。	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。
		【B】符合“C”，并 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（至少每年 1 次）接受继续教育知识更新。	1、查看麻醉师资质。 2、麻醉师培训记录。
		【A】符合“B”，并 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。
42	7. 护理质量管理与持续改进。	【C】 1. 依据《综合门诊部分级护理指导原则》，制定符合门诊部实际的分级护理制度。 2. 依据《护士条例》、《综合门诊部分级护理指导原则》、《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。 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。 4. 护理安全管理。	1、查阅资料。 2、查看培训记录。 3、提问工作人员
		【B】符合“C”，并 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 $\geq 80\%$ ，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 5 名
		【A】符合“B”，并 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，核查是否符合临护理常规。

43	8. 手术室管理与持续改进。	【C】 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、手术标本管理制度等。 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，各个区域有明显的标志，人流、物流合理。	1. 查看文件，实地查看落实情况。 2. 抽查 2 名员工了解情况。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 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，术后有回访； 3 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。

四、医院服务

序号	评价内容	评价标准	评价方法
44	1. 维护患者合法权益。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并	

		<p>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。</p> <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 建立医学伦理委员会维护患者合法权益。</p> <p>2. 患者投诉有反馈、有记录，持续改进。</p>	<p>1. 实地查看。</p> <p>1. 查看文件，抽取 1 份记录查看整改情况。</p>
45	2. 医德医风制度建设。	<p>【C】</p> <p>1. 有医德医风管理组织体系，有职能部门负责管理与考评。</p> <p>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。</p> <p>3. 门诊部文化建设纳入门诊部建设发展规划。。</p>	<p>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，了解门诊部是否有相关规定、制度、具体措施以及贯彻执行情况。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有完整规范的医德考评档案。</p> <p>2. 有岗位职责、医德医风与行为规范的教育培训。</p>	<p>1. 抽查医德考评档案。</p> <p>2. 查看培训记录等材料。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>
	3. 优化服务环境和服务流程。	<p>【C】</p> <p>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。</p> <p>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；门诊实行分时段预约诊疗服务。</p> <p>3. 服务环境和设施清洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目。</p>	<p>1. 查阅文件，现场查看服务标示。</p>

46		【B】 符合“C”，并 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 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、诊疗日志登记记录。
47	4. 开展门诊部文化建设。	【C】 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 名员工对门诊部满意度情况。
		【B】 符合“C”，并 1. 有对员工价值取向的培训和教育，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。
		【A】 符合“B”，并 1. 门诊部文化建设受到政府或社会组织表彰。	1. 查阅有关证明文件。

附件：4

2017 年版《医疗美容机构评价标准实施细则---诊所标准》

一、医院管理

序号	评价内容	评价标准	评价方法
1	1. 诊所定位明确、规模适宜。	【C】 1. 诊所正式执业二年以上。 2. 制定年度工作计划和中、长期发展规划并实施。	1. 查阅《医疗机构执业许可证》 2. 查阅诊所发展规划，抽查评审时间以前的规划内容执行情况。
		【B】 符合“C”，并 1. 美容治疗床 2 张以上；或手术床 1 张及观察床 1 张，或牙科综合治疗椅 1 张。 2. 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。 3. 卫生专业技术岗位 \geq 诊所岗位总量的 50%。	1. 核查诊所床位数； 2. 诊所床位扩增有行政部门批准文件； 3. 查阅诊所岗位设置有关文件。
		【A】 符合“B”，并 1. 2 名临床科室主治医师或者 1 名副主任医师。 2. 至少 2 名护士，具有护师资格以上的护士 1 名。	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。
2	2. 组织机构的设置、岗位设置及规章制度和建立相应专业委员会。	【C】 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。 2. 有规章制度。 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。	1、查看诊所组织机构（科室等）设置相关文件。 2、查看规章制度和科室设置的岗位职责。 3、查看建立相应专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 1. “诊所感染控制”和“诊所医疗质量管理”写成	1、有《诊所感染控制管理规定》。有《诊所医疗质量管理规定》。

		<p>书面文件。</p> <p>2. 绩效评价及相关标准写成书面文件。</p>	<p>2、有诊所绩效考核与评价的相关规定，查阅考核记录。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</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、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>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>
3	3. 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>【C】</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、抽查诊所人员组成，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1人，了解住院医师培训情况。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1、抽查2名专业人员继续医学教育证书。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 制定继续教育规划，有经费预算并落实。</p>	<p>1、查看财物报表，继续教育投入情况。</p>
4	4. 后勤保障满足诊所服务流程需要。	<p>【C】</p> <p>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。</p> <p>2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足诊所运行需要。</p>	<p>1. 查阅有关台账材料。</p> <p>2. 查看记录，实地查看和随机抽查4种后勤物品供应。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅后勤物资服务流程，实地考察后勤物资标示。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 诊所职能部门应每季度至少监测1次并记录备查。</p>	<p>1、查阅记录。</p>

5	5. 信息系统满足医院管理和临床工作需要。	<p>【C】</p> <p>1. 诊所信息系统符合《诊所信息系统基本功能规范》的规定, 信息系统满足内部行政业务管理和客户服务流程。</p>	1、查阅信息系统运行情况记录。
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>1. 有专人负责信息系统的管理, 建立诊所内各部门各部门的协调机制。</p> <p>2. 制订信息化发展规划, 有与信息化建设配套的相关管理制度。</p>	1、查阅诊所信息化管理文件。
		<p>【A】符合“B”, 并</p> <p>1. 诊所信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息, 为诊所管理、临床医疗和服务提供包括决策支持在内的技术支撑。</p>	1、抽查 2 名患者电子病历记录。
6	6. 开展业务业绩情况, 建立特色专科及医师技术档案	<p>【C】</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, 其中: 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>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>
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>1. 门诊就诊人次增长率 $\geq 2\%$。</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)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>1. 特色病种(专科)诊治增长率 $\geq 2\%$。</p> <p>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)。</p> <p>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

序号	评价内容	评价标准	评价方法
(一) 确立查对制度，识别患者身份			
7	1. 对就诊患者施行唯一标识（身份证号码、病历号等）管理。	【C】 1. 对门诊就诊和住院观察患者的身份标识有制度规定，且在全诊所范围内统一实施。	1. 查阅患者身份标示有关制度，并实地考察之行情况。
		【B】 符合“C”，并 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 1 名患者。
		【A】 符合“B”，并 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。	1. 抽查手术室条码使用情况。
8	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。	【C】 1. 有标本采集、给药（或/和输血或血制品）、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；核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。 2. 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、病历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 3. 相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。	1. 查阅有关文件和记录。
		【B】 符合“C”，并 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 1. 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实。	1. 抽查 1 名工作人员执行情况。

(二) 确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤			
9	1. 按规定开具完整的医嘱或处方。	【C】 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。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 1. 医嘱、处方合格率 \geq 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（观察病历）医嘱。
(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			
10	1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。	【C】 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、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。	1. 查阅记录。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 1. 术前准备制度落实，执行率 100%。	1. 抽查 5 份有相关手术记录的病历（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）
	2. 有手术部位识别标示相关制度与流程。	【C】 1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。	

11		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位。</p>	<p>1. 查阅记录，并现场查看。</p> <p>2. 访问手术患者。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。</p>	<p>1. 抽查 2 份手术记录。</p>
12	<p>3. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p>	<p>【C】</p> <p>1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p> <p>2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。</p> <p>第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》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、</p>	<p>1. 查阅文件，抽查手术科室 2 份病历，了解择期手术管理规范或制度落实情况。</p> <p>2. 询问相关手术医师、麻醉医师、护士等人员知晓情况。抽查 2 份病历，了解手术安全核查制度落实情况。</p>

		<p>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>3. 抽查《手术安全核查表》2份。</p>
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅督导记录, 抽取1份记录, 了解整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”, 并</p> <p>1. 手术核查、手术风险评估执行率100%。</p>	<p>1. 抽查5份病历中手术安全核查与手术风险评估记录。</p>
<p>(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, 落实诊所感染控制的基本要求。</p>			
<p>13</p>	<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。</p>	<p>【C】</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>1. 查阅文件。</p> <p>2. 现场查看手卫生设备及设施。</p>
		<p>【B】符合“C”, 并</p>	

		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。
		【A】符合“B”，并 1. 诊所全员手卫生严格执行手卫生制度，全员手卫生依从性 $\geq 95\%$ 。	1. 暗访手卫生执行情况。
(五) 医疗纠纷的预防与处理			
14	1. 妥善处理医疗纠纷	【C】 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。	1. 查看“规定”预“操作流程”资料。 2. 提问 1 名医疗纠纷专职处理人员。
		【B】符合“C”，并 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。 2、查看纠纷实例教育资料
		【A】符合“B”，并 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。	1、查看职能部门专门负责人的台账记录资料。 2、查看医疗纠纷个案档案。
(六) 特殊药物的管理，提高用药安全			
	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特殊管理药品的使用与管理规章制度。	【C】 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。 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	1、查看资料，抽查 4 份使用药物的运行记录。 2、抽查 1 名医务人员。

15		方法的相关规定。 3. 相关员工知晓管理要求，并遵循。 注：删除放射性药品！	
		【B】 符合“C”，并 1. 职能部门或指定专门负责人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。
		【A】 符合“B”，并 1. 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存放区域、标识和贮存方法相关规定；符合率达到100%。	1、抽查1种药物。
16	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】 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。 2. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”。 3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。	1. 查看文件。 2. 现场考察。 3. 抽查2名员工。
		【B】 符合“C”，并 1. 职能部门或指定专门负责人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。
		【A】 符合“B”，并 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诊所统一“警示标识”，符合率100%。	1. 抽查1-2种药品。
	3. 处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转	【C】 1. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核	

17	抄和执行者签名确认。	<p>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>	1、抽查处方和出（住）院病历（住院观察病历）各 10 份查看处方和医嘱合格率。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 职能部门或指定专门负责人对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。</p>	<p>1、查看药品监测系统。</p> <p>2、抽查 2 名医护人员。</p> <p>3、查看记录和整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 正确执行核对程序达到 100%。</p>	1、抽查处方、医嘱各 10 份。
（八）防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生			
	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。	<p>【C】</p> <p>1. 有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门协作。</p> <p>2. 对住院患者跌倒、坠床风险评估及根据病情、用</p>	

18	2. 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。	<p>药变化再评估，并在病历中记录。</p> <p>3. 主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。</p> <p>4. 诊所环境有防止跌倒安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑。</p> <p>5. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告程序。</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅有关材料。</p> <p>2. 查看医疗区域易滑区域、危险区域标识情况等。</p> <p>3. 提问 1 名医务人员对措施及报告知晓情况。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有坠床、跌倒的质量监控指标数据收集。</p> <p>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。</p> <p>3. 员工对患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程知晓率 $\geq 95\%$。</p>	<p>1. 查看质量监控指标数据记录。</p> <p>2. 查看意外事件总结、分析、整改防范措施等书面文字记录。</p> <p>3. 提问 1-2 名医护人员，了解知晓率。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 高危患者入院诊治时跌倒、坠床的风险评估率合格率 90%。</p>	<p>1. 抽查 2 份风险评估报告。</p>
(九) 妥善处理医疗安全（不良）事件			
	1. 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。	<p>【C】</p> <p>1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。</p> <p>2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。</p> <p>3. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。</p>	<p>1. 查看资料和登记表。</p> <p>2. 查看教育培训记录。</p> <p>3. 查看是否建立不良事件应急通道。</p>

19		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。 3. 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. 现场查看负责部门或专人工作台账记录资料，及上报流程。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看网络系统。 2. 查阅记录，查看整改情况。
20	2. 定期分析医疗安全信息,利用信息资源改进医疗安全管理。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、医疗质量管理与持续改进

序号	评价内容	评价标准	评价方法
(一) 实施全程医疗质量管理与持续改进			

21	1. 制定医疗质量管理和持续改进方案并组织实施。	【C】 1. 有医疗质量管理和持续改进方案，并组织实施。	1. 查看文件及落实情况。
		【B】 符合“C”，并 1. 执行查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等，有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患。 2. 执行疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、知情告知制度、医患沟通制度等。	1. 查看以上制度。 2. 抽查 2 项制度及落实情况。
		【A】 符合“B”，并 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			
22	1. 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理。	【C】 1. 建立医疗技术分级管理制度，人员资质准入、监督评价和医疗技术档案管理制度并实施。 2. 落实《医疗技术临床应用管理办法》规定，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。 3. 按《医疗美容项目分级管理目录》开展诊疗活动。	1. 查阅文件、工作记录。 2. 抽查 2 种技术项目档案。
		【B】 符合“C”，并 1. 有 诊所 医疗技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。 2. 有医疗技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。 3. 有完整的医疗技术管理档案资料。	1. 查阅文件。 2. 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 1. 职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。	1. 查看记录。
23	2. 有新技术准入与风险管理制度，并落实。	【C】 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。	1. 查看相关文件。
		【B】 符合“C”，并 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. 职能部门或指定专门负责人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诊所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。
		【A】 符合“B”，并 1. 职能部门或指定专门负责人有监管，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。
(三) 主要专业部门医疗质量管理与持续改进			
24	2. 门诊工作医疗质量管理与持续改进	【C】 1. 有门诊管理制度并落实；有导诊、分诊等指示图。 2. 规范门诊医疗文书；有书写质量监控措施。 3. 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。	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。

		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 有诊所内、外会诊管理制度与流程。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查 1 份门诊病历及医师资格。 2. 查看会诊管理制度与工作流程；查看台账或登记记录。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有完整的门诊质量管理资料体现持续改进成效，门诊病历规范率 90%。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查 10 份门诊病历。
25	3. 药事质量管理与持续改进。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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小组，职责明确，日常工作由药学部门或指定药学专业人员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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查医院文件和具体措施及近一年资料。 2. 检查专业人员学历（学位）证书、任职人员资格。 3. 抽查 1 种特殊管理药物。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 询问了解药品相关的技术事项管理部门。 2. 查 10 份病历（门诊、住院观察病历），了解抗菌药物分级管理规定落实情况
		<p>【A】符合“B”，</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看质量管理工作运行流程。
26	4. 诊所感染管理与持续改进。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 根据国家有关的法律、法规，按照《诊所感染管理办法》要求，制定并落实诊所感染管理的各项规章制度。 2. 根据《诊所感染管理办法》和诊所功能任务，建立完善的诊所感染管理组织体系。 3. 诊所感染管理部门或指定专门负责人实行目标管 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看文件，现场查看职能部门（或指定专门负责人）。

		理责任制，职责明确。	
		【B】 符合“C”，并 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 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。
27	5. 病历（案）管理与持续改进。	【C】 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。	1. 查阅有关人员资料和培训记录， 2. 抽查5份病案首页。 3. 核查负责人资质。
		【B】 符合“C”，并 1. 有人员培训的规划，有参加病案专业继续教育的记录。 2. 持续改进病历质量。	1. 查看文件及培训记录。
		【A】 符合“B”并 1. 诊所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。
	6. 护理质量管理与持续改进。	【C】 1. 依据《综合诊所分级护理指导原则》，制定符合诊所实际的分级护理制度。 2. 依据《护士条例》、《综合诊所分级护理指导原则》、《临床护理实践指南（2011版）》。等文件要求，开	1、查阅资料。 2、查看培训记录。

28		展护理培训工作，规范护理行为。 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。 4. 护理安全管理。	3、提问 1 名工作人员。
		【B】符合“C”，并 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 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，核查是否符合临护理常规及护理质控规定。
29	7. 手术室管理与持续改进。	【C】 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、手术标本管理制度等。 2. 有岗位工作人员职责、有手术配合操作常规、技术标准和工作流程。 3. 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。 4 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，各个区域有明显的标志，人流、物流合理。	1. 查看各项制度、人员职责等文件资料，实地查看落实情况。 2. 抽查 1 名员工了解情况。
		【B】符合“C”，并 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。
		【A】符合“B”，并 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. 手术术前有访视，术后有回访。 3 手术室工作人员或复苏室（已设置）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。

四、医院服务

序号	评价内容	评价标准	评价方法
30	1. 维护患者合法权益。	【C】 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. 抽查医护人员是否进行知情同意和告知方面培训。
		【B】 符合“C”，并 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。
		【A】 符合“B”，并 1. 建立医学伦理制度维护患者合法权益。 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。
31	2. 医德医风制度建设。	【C】 1. 有医德医风管理组织体系，有职能部门或指定专门负责人负责管理与考评。 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. 诊所文化建设纳入诊所建设发展规划。。	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，了解诊所是否有相关规定、制度、具体措施以及贯彻执行情况。
		【B】 符合“C”，并 1. 有完整规范的医德考评档案。 2. 有岗位职责、医德医风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。
		【A】 符合“B”，并 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。

32	3. 优化服务环境和服务流程。	【C】 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。	1. 查阅文件，现场查看服务标示。
		【B】 符合“C”，并 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 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、诊疗日志登记记录。
33	4. 开展诊所文化建设。	【C】 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，有指定部门负责文化建设工作。	1. 查阅有关文件及活动记录。
		【B】 符合“C”，并 有对员工价值（职业道德）取向的培训和教育，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 1. 诊所文化建设受到政府或社会组织表彰。	1. 查阅有关证明文件。