

## 2018 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。	<b>【C】</b> 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>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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	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。	<b>【C】</b> 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。
		<b>【B】</b> 符合“C”，并 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。

		<p><b>【A】</b>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>
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><b>【C】</b></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><b>【B】</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5名专业人员继续医学教育证书。</p>
		<p><b>【A】</b>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. 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><b>【C】</b></p> <p>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</p>	<p>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》；</p> <p>2、实地查看门诊部价格公示情况。</p>
		<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1. 患者出院时，提供费用收据或发票。</p>	<p>1. 抽查2名患者出院费用收据或发票。</p>
		<p><b>【A】</b>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>
	5. 制定突发事件应急管理预案，并进行演练。	<p><b>【C】</b></p> <p>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。</p>	<p>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）。</p> <p>2. 抽查医务人员心肺复苏操作。至少1名门诊部内非医务</p>

5		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。	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. 后勤保障满足门诊部服务流程需要。	【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门诊部运行需要。 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. 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。
		【A】符合“B”，并	1、查看属地卫生行政部门批准的《许可证》临床及医技

		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。	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			
8	1. 对就诊患者施行唯一标识（身份证号码、病历号等）管理。	<b>【C】</b> 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。
		<b>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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。
9	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。	<b>【C】</b> 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>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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。

10	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。	<b>【C】</b> 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>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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。
11	4. 使用“腕带”作为识别患者身份的标识。	<b>【C】</b> 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>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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。
<b>(二) 确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤</b>			
12	1. 按规定开具完整的医嘱或处方。	<b>【C】</b> 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>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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。
	2. 有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程。	<b>【C】</b> 1. 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流	1. 查阅相关文件。

13		程。	
		<b>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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			
14	1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。	<b>【C】</b> 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. 履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。	1. 查阅记录。
		<b>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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）
15	2. 有手术部位识别标示相关制度与流程。	<b>【C】</b> 1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。 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。	1. 查阅记录，并现场查看。 2. 访问手术患者。

		<p><b>【B】</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><b>【A】</b>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>16</p>	<p>3. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p>	<p><b>【C】</b></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><b>第一步：</b>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><b>第二步：</b>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><b>第三步：</b>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>【B】</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><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>1. 手术核查、手术风险评估执行率 100%。</p>	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。			
17	<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><b>【C】</b></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>【B】</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≥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><b>【A】</b>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			
18	<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>20 分</p>	<p><b>【C】</b></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。</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>【B】</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><b>【A】</b>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			
19	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><b>【C】</b></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><b>【B】</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><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>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%。</p>	<p>1、每类药物抽查 1 种。</p>

20	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。	<b>【C】</b> 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>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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门诊部统一“警示标识”，符合率 100%。	1. 抽查 2 种药品。
21	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。	<b>【C】</b> 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。 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。 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。 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。 5. 正确执行核对程序 $\geq 90\%$ 。	1、抽查相关制度、程序、规范、预案 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。
		<b>【B】</b> 符合“C”，并 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。

		<b>【A】</b> 符合“B”，并 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			
22	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。	<b>【C】</b> 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。
		<b>【B】</b> 符合“C”，并 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。
		<b>【A】</b> 符合“B”，并 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. 查危急值项目的质控记录。
(八) 防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生			
23	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、处置预案与工作流程。	<b>【C】</b> 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. 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。 5. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告	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。

		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。	
		<b>【B】</b> 符合“C”，并 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。
		<b>【A】</b> 符合“B”，并 1. 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估合格率 90%。	1. 抽查 10 份风险评估报告。
(九) 妥善处理医疗安全（不良）事件			
24	1. 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。	<b>【C】</b> 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。
		<b>【B】</b> 符合“C”，并 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 名门诊部职工。
		<b>【A】</b> 符合“B”，并 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。	1. 现场查看网络系统。 2. 查阅记录，查看整改情况。

		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。	
25	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。	【C】 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。
		【B】符合“C”，并 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。
		【A】符合“B”，并 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

26	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】 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。
		【B】符合“C”，并 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。
		【A】符合“B”，并 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、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

	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。
--	--------------------------	---------------------------------	---------------

27		<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1. 执行查对制度、病历书写基本规范与管理、交接制度、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。</p> <p>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。</p>	<p>1. 查看以上制度。</p> <p>2. 抽查 2 项制度及落实情况。</p>
		<p><b>【A】</b>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			
28	<p>1. 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理。</p>	<p><b>【C】</b></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>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1. 有门诊部医疗技术分类目录，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><b>【A】</b>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>
29	<p>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>	<p><b>【C】</b></p> <p>1. 有医疗技术风险处置与损害处置预案。</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅文件和相关记录。</p>

		<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。</li> <li>2. 职能部门履行监管职责。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查阅文件及抽查 1 项落实情况。</li> </ol>
		<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有医疗技术风险预警机制。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查阅文件。</li> </ol>
30	3. 有新技术准入与风险管理制度，并落实。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查看相关文件。</li> </ol>
		<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 抽查 1 份新技术档案。</li> </ol>
		<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查看记录。</li> </ol>
		(三) 主要专业部门医疗质量管理与持续改进	
31	1. 主要诊疗部门医疗质量管理与持续改进。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ol>

		度，不瞒报和漏报。	
		<b>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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。
32	2. 门诊工作医疗质量管理与持续改进	<b>【C】</b> 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>【B】</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。
		<b>【A】</b> 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。
33	3. 药事质量管理与持续改进。	<b>【C】</b> 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。 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。	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。
		<b>【B】</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
		<b>【A】</b> 符合“B”，	1. 现场查看质量管理工作运行流程。



		1. 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。	
34	4. 门诊部感染管理与持续改进。	<b>【C】</b> 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。 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。 3. 门诊部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>【B】</b> 符合“C”，并 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。
		<b>【A】</b> 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。
35	5. 病历（案）管理与持续改进。	<b>【C】</b> 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。	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。
		<b>【B】</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。	1. 查看文件及培训记录。

		<p><b>【A】</b> 符合“B”并</p> <p>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>	1、查看近2个季度病例质量评价记录，及整改情况。
36	6. 麻醉质量管理与持续改进。	<p><b>【C】</b></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>【B】</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><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>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。
37	7. 护理质量管理与持续改进。	<p><b>【C】</b></p> <p>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。</p> <p>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。</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><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>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 <math>\geq 80\%</math>，护士知晓率 <math>100\%</math>。</p>	<p>1. 查看优质护理方案。</p> <p>2. 抽查管理人员和护理人员各5名</p>

		<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>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>	<p>1. 抽取 1 份护理服务记录，核查是否符合临护理常规。</p>
38	8. 手术室管理与持续改进。	<p><b>【C】</b></p> <p>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。</p> <p>2. 有各岗位工作人员职责、技术标准和 workflows。</p> <p>3. 有手术配合操作常规和重要器械设备使用规范。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>2. 抽查 2 名员工了解情况。</p>
		<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <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。</p>	<p>1. 查看检查记录。</p>
		<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>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。</p> <p>2. 大、中型手术术前有访视，术后有回访；</p> <p>3 复苏室或手术室工作人员与病房有交接程序和记录。</p>	<p>1. 查看记录和整改情况。</p> <p>2. 查看交接记录。</p> <p>3. 抽查 1 名患者。</p>

#### 四、门诊部服务

序号	评价内容	评价标准	评价方法
39	1. 医德医风制度建设。	<p><b>【C】</b></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>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有完整规范的医德考评档案。</li> <li>2. 有岗位职责、医德医风与行为规范的教育培训。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 抽查医德考评档案。</li> <li>2. 查看培训记录等材料。</li> </ol>
		<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ol>
40	2. 优化服务环境和服务流程。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>3. 服务环境和设施清洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查阅文件，现场查看服务标示。</li> </ol>
		<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有信息化预约管理平台，有专人负责预约具体工作。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 现场考察预约流程。</li> </ol>
		<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有完善的就医者预约、诊疗服务管理制度，登记资料完整。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查看预约、诊疗日志登记记录。</li> </ol>
41	3. 开展门诊部文化建设。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查阅有关文件及活动记录。</li> <li>2. 抽查 5 名员工对门诊部满意度情况。</li> </ol>
		<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有对员工价值取向的培训和教育，员工知晓率达到 90%。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查看资料，抽 10 人了解价值观知晓情况。</li> </ol>
		<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 门诊部文化建设受到政府或社会组织表彰。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 查阅有关证明文件。</li> </ol>

