

ICS 11.020

C 05

团 体 标 准

T/CADERM 2006-2019

心衰中心（基层版）建设与评估标准

Heart failure center (primary hospital) development and evaluation criteria

2019-11-02 发布

2019-12-02 实施

中国医学救援协会 发布

目 次

前言	1
引言	2
1 范围	3
2 规范性引用文件.....	3
3 术语和定义.....	3
4 缩略语.....	3
5 基本条件与资质.....	4
6 心衰患者的诊治及管理.....	6
7 培训与教育.....	10
8 持续改进.....	11
9 心衰中心评估.....	13
10 评估结论.....	14
附录 A（规范性附录）心衰中心组织机构建设要求	15
附录 B（资料性附录）心衰中心标识示例	16
附录 C（规范性附录）心衰中心评估细则	17
参考文献.....	23

前 言

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

本标准由中国心血管健康联盟、中国心衰中心评估工作委员会提出。

本标准由中国医学救援协会心血管急救分会、中国医学救援协会标准华工作委员会归口。

本标准起草单位：心血管健康（苏州工业园区）研究院、北京医院、北京大学第一医院、复旦大学附属中山医院、南京医科大学第一附属医院、中山大学附属第一医院、解放军总医院、哈尔滨医科大学附属第二医院，哈尔滨医科大学附属第一医院、武汉亚洲心脏病医院、吉林大学中日联谊医院、重庆医科大学附属第一医院、内蒙古自治区人民医院、东南大学附属中大医院、南昌大学第二附属医院，西安交通大学医学院第一附属医院、山西省心血管病医院、天津医科大学第二医院、上海交通大学医学院附属仁济医院、广东省人民医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、武汉大学人民医院、辽宁省人民医院、镇江市第一人民医院、深圳市孙逸仙心血管医院、南方医科大学南方医院、山西医科大学第二医院、厦门大学附属心血管病医院、山西医科大学第一医院、吉林大学第一医院、上海第十人民医院、深圳市人民医院、山东大学齐鲁医院、北京清华长庚医院、太原市中心医院、同济大学附属同济医院、南京大学医学院附属鼓楼医院、首都医科大学宣武医院、浙江省中医院、辽宁中医药大学附属医院、首都医科大学附属北京安贞医院、天津市胸科医院、中国医科大学附属盛京医院、大连医科大学附属第一医院、北京大学第三医院、四川省人民医院、福建省立医院、上海市胸科医院、四川大学华西医院、陆军军医大学第二附属医院、成都市第三人民医院、新疆医科大学第一附属医院、湖南省人民医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、中山医学院附属第二医院、河南省人民医院参与了团体标准的编制。

本标准主要起草人：霍勇、葛均波、杨杰孚、王华、丁文惠、马登峰、王江、王冬梅、王贵松、毛威、孔洪、艾力曼、马合木提、白玲、卢永昕、刘莹、刘金秋、刘闰男、孙健、孙志军、李勇、李为民、李占全、李新立、杨萍、杨志明、吴学思、张庆、张瑶、陈牧雷、金玮、周京敏、周建中、郑昭芬、郝国贞、侯平、袁方、柴珂、齐欣、钟优、袁璟、徐东杰、徐验、唐其柱、葛志明、董蔚、董吁钢、廖玉华、黎励文、项美香、魏毅东、胡凯、徐亚妹、刘晨。

引 言

为落实《国家卫生计生委办公厅关于提升急性心脑血管疾病医疗救治能力的通知》（国卫办医函〔2015〕189号）、《国家卫生健康委办公厅、国家中医药局办公室关于印发心力衰竭分级诊疗技术方案的通知》（国卫办医函〔2019〕433号）文件精神，规范心力衰竭的诊疗和管理，贯彻《心力衰竭分级诊疗重点任务及服务流程图》《心力衰竭分级诊疗服务技术方案》精神，落实方案中“鼓励有条件的二级以上医院开展心衰中心建设，形成心衰疾病诊治网络体系，为心衰患者提供诊断、治疗、康复、护理等连续性诊疗服务”相关要求，确保心衰患者得到有效救治，降低心衰再住院率和死亡率，心衰中心通过整合院内医疗资源、组建多学科管理团队、实施以心衰指南为依据的规范化诊疗和患者长期随访管理、推行分级诊疗和双向转诊模式，提高心衰的整体诊治水平。心衰中心的建设以专病为切入点，以慢病管理为突破口，具体到疾病的诊疗和规范化管理，通过强基层、建机制、搭平台、管长远的总体思路，促进各级医院心衰诊疗的“同质化”发展和医疗服务连续性的有效建立。心衰中心的建设是构建我国心衰分级诊疗体系的重要组成部分。为指导医院进行规范化心衰中心建设，特制定本标准。

心衰中心（基层版）建设与评估标准

1 范围

本标准规定了心衰中心建设的基本条件与资质、心衰患者的诊治和管理、培训与教育、持续改进、心衰中心评估、评估结论。

本标准适用于具备心衰抢救及诊治管理能力，但不具备开展冠脉介入治疗、CRT 及 ICD、外科手术能力的医院心衰中心的建设及评估工作。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（第 10 次修订本），人民卫生出版社

3 术语和定义

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

急性心衰 acute heart failure

急性心衰是由多种病因引起的急性临床综合征，心衰症状和体征迅速发生或急性加重，伴有血浆利钠肽水平升高，常危及生命，需立即进行医疗干预，通常需要紧急入院。

3.2

房颤 atrial fibrillation

心房颤动简称房颤，是一种常见的心律失常，是指规则有序的心房电活动丧失，代之以快速无序的颤动波，是严重的心房电活动紊乱。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件

ACEI: 血管紧张素转换酶抑制剂 (angiotensin converting enzyme inhibitors)

ARB: 血管紧张素受体抑制剂 (angiotensin receptor blockers)

ARNI: 血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂 (Angiotensin receptor neprilysin inhibitor)

CRT: 心脏再同步化治疗 (cardiac resynchronization therapy)

ICD: 植入型心律转复除颤仪 (implantable cardioverter-defibrillator)

BNP: B 型脑钠肽 (B-type natriuretic peptide)

NT-proBNP: N 末端-B 型脑钠肽前体 (N-terminal pro-B-type natriuretic peptide)

HFrEF: 射血分数降低的心衰 (heart failure with reduced ejection fraction)

CCU: 心血管疾病急危重症监护室 (cardiac intensive care unit)

ECMO: 体外膜肺氧合 (extracorporeal membrane oxygenation)

5 基本条件与资质

5.1 建设流程

心衰中心建设流程见附录 A。

5.2 心衰中心的管理团队

5.2.1 概述

心衰中心宜组建一个由多学科人员共同工作的实体单元,也可以仅是多学科功能上的整合,在心血管内科病房和门诊提供一个可以治疗、随访、评估患者的场所。心衰中心的人数应占心内科人数的 30%,并且包括社区医疗机构的医生和护士。

5.1.1 心衰中心主任

由医院院长或分管医疗的副院长担任中心主任,全面负责心衰中心工作和重大决策,医院发布正式文件成立心衰中心,以书面形式明确心衰中心主任及职责。

5.1.2 心脏专科医生

负责心衰患者尤其是新发或急性心衰患者的诊治,执行规范的诊疗方案,掌握转诊或出院时机,制订随访方案,参与随访管理和健康教育,参与心衰数据库建设。

5.1.3 护士或医生助理

与心脏专科医生、全科医生、患者衔接及沟通；负责安排患者的转诊、复诊；患者及家属的健康教育；患者的生活指导和康复训练；患者资料及健康教育资料的整理和保管等。

5.1.4 社区医生和护士

与上级医院心脏专科医生衔接及沟通；疑似心衰患者的筛查和转诊；心衰患者的管理及随访；患者及家属健康教育；填写相关文件及完善心衰数据库。

5.1.5 临床药师

协助专科医生制订心衰患者用药方案，指导患者用药。

5.1.6 康复治疗师

康复训练方案的制订和实施。

5.1.7 秘书

负责心衰中心的日常行政工作，配合心衰中心主任做好日常管理及主要科室之间的协调工作；促进和监督各项工作的执行，定期组织检查落实情况，及时向管理团队反馈信息；负责典型病例讨论会和质量分析会的组织工作，定期组织技术分析和质量分析工作；相关文件记录、汇总及留档。

5.2 心血管专科条件

5.2.1 专科已经与上级医院建立固定的转运渠道，对于危重症心衰患者能有效转运至上级医院治疗。

5.2.2 具备心内科病房或相对固定的病床。

5.2.3 配备有急危重症监护室（ICU），具备呼吸机、除颤器等生命支持系统能满足抢救心衰患者治疗需要。

5.2.4 具备 N 末端 B 型利钠肽原 (NT-proBNP) 或 B 型利钠肽 (BNP) 检测条件, 有超声心动图机等心脏影像检查技术，能满足心衰患者治疗需要。

5.3 随访数据库的填报与管理

5.3.1 已开始启用中国心衰中心认证云平台随访数据库，录入患者临床资料和随访资料，并至少提供 3~6 个月的数据供认证时评估。

5.3.2 制定了数据库的管理规范、使用细则及监督管理制度，并有数据的审核制度，确保数据库的真实、客观、准确。

5.3.3 应有专职或兼职的数据管理员。

5.3.4 对相关人员进行了数据库使用方法和相关制度的培训。

5.3.5 数据的溯源性：患者的诊断、用药情况、检测、随访事件等可以溯源。

5.3.6 应有专职或兼职的系统管理员。

6 心衰患者的诊治及管理

6.1 心衰患者的诊断

6.1.1 心衰患者的诊断要求如下：

- a) 已制定心衰的诊断流程；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉慢性心衰的诊断流程，并将诊断流程上墙。

6.1.2 心衰的分类及诊断要求如下：

- a) 已制定心衰的分类及诊断标准；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉心衰的分类及诊断标准，并将分类和诊断标准上墙。

6.1.3 心力衰竭的分期要求如下：

- a) 已制定心力衰竭的分期标准；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉心力衰竭的分期标准。

6.1.4 心力衰竭的心功能分级要求如下：

- a) 已制定心力衰竭的心功能分级标准；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉心力衰竭的心功能分级标准。

6.1.5 心衰的诊断和评估内容如下：

- a) 已制定心衰的诊断和评估内容；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉慢性心衰的诊断和评估内容。

6.1.6 心衰的辅助检查内容如下：

- a) 已制定心衰的辅助检查（常规检查+特殊检查）内容及适应症；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉心衰的常规检查内容和特殊检查的适应症。

6.2 心衰的治疗

6.2.1 慢性 HFrEF 患者的治疗要求如下：

- a) 已制定慢性 HF-REF 患者的治疗流程；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉慢性 HFrEF 患者的治疗流程，并将标准治疗流程上墙。

6.2.2 慢性 HFrEF 患者的 ACEI 使用的适应证、禁忌证和使用方法如下：

- a) 已制定慢性 HFrEF 患者 ACEI 使用的适应证、禁忌证和使用方法；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉慢性 HFrEF 患者 ACEI 使用的适应证、禁忌证和使用方法。

6.2.3 慢性 HFrEF 患者的 ARB 使用的适应证、禁忌证和使用方法如下：

- a) 已制定慢性 HFrEF 患者 ARB 使用的适应证、禁忌证和使用方法；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉慢性 HFrEF 患者 ARB 使用的适应证、禁忌证和使用方法。

6.2.4 慢性 HFrEF 患者的 ARNI 使用的适应证、禁忌证和使用方法如下：

- a) 已制定慢性 HFrEF 患者 ARNI 使用的适应证、禁忌证和使用方法；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉慢性 HFrEF 患者 ARNI 使用的适应证、禁忌证和使用方法。

6.2.5 慢性 HFrEF 患者的 β 受体阻滞剂使用的适应证、禁忌证和使用方法如下：

- a) 已制定慢性 HFrEF 患者 β 受体阻滞剂使用的适应证、禁忌证和使用方法；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉 β 受体阻滞剂使用的适应证、禁忌证和使用方法。

6.2.6 慢性 HFrEF 患者的螺内酯使用的适应证、禁忌证和使用方法如下：

- a) 已制定慢性 HFrEF 患者螺内酯使用的适应证、禁忌证和使用方法；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉螺内酯使用的适应证、禁忌证和使用方法。

6.2.7 慢性 HFrEF 患者的地高辛使用的适应证、禁忌证和使用方法如下：

- a) 已制定慢性 HFrEF 患者地高辛使用的适应证、禁忌证和使用方法；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉地高辛使用的适应证、禁忌证和使用方法。

6.2.8 慢性 HFrEF 患者的伊伐布雷定使用的适应证、禁忌证和使用方法如下：

- a) 已制定慢性 HF_rEF 患者伊伐布雷定使用的适应证、禁忌证和使用方法；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉伊伐布雷定使用的适应证、禁忌证和使用方法。

6.2.9 心衰患者的利尿剂使用的适应证、禁忌证和使用方法如下：

- a) 已制定心衰患者利尿剂使用的适应证、禁忌证和使用方法；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉利尿剂使用的适应证、禁忌证和使用方法。

6.2.10 慢性 HF_rEF 患者心脏再同步化治疗（CRT）的适应证要求如下：

心内专科医师熟悉慢性 HF_rEF 患者心脏再同步化治疗（CRT）的适应证。

6.2.11 慢性 HF_rEF 患者 ICD 的适应证要求如下：

心内专科医师熟悉慢性 HF_rEF 患者 ICD 的适应证。

6.2.12 急性心衰患者的治疗流程要求如下：

- a) 已制定急性心衰患者的治疗流程；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉急性心衰患者的治疗流程，并将诊治流程上墙。

6.2.13 急性心衰患者出院标准、心衰分级诊疗的路径与双向转诊标准要求如下：

- a) 已制定急性心衰患者出院标准、心衰分级诊疗的路径与双向转诊标准
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉急性心衰患者出院标准、心衰分级诊疗的路径与双向转诊标准。

6.2.14 心衰合并高血压的治疗要求如下：

- a) 已制定心衰合并高血压患者的治疗目标；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉心衰合并高血压患者的治疗目标。

6.2.15 心衰合并心房颤动的治疗要求如下：

- a) 已制定心衰合并心房颤动患者的治疗目标；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉心衰合并心房颤动患者的治疗目标。

6.2.16 心衰合并糖尿病的治疗要求如下：

- a) 已制定心衰合并糖尿病患者的治疗目标；
- b) 心衰中心的一线医务人员熟悉心衰合并糖尿病患者的治疗目标。

6.2.17 心衰合并血脂异常的治疗要求如下：

- a) 已制定心衰合并血脂异常患者的治疗目标；

b) 心衰中心的一线医务人员熟悉心衰合并血脂异常患者的治疗目标。

6.2.18 心衰合并冠心病的治疗要求如下：

心内专科医师熟悉冠心病患者的治疗方案（药物治疗方案和进行血运重建治疗的适应证）。

6.2.19 心衰合并心脏瓣膜病变的治疗要求如下：

心内专科医师熟悉心衰合并心脏瓣膜病变患者的手术适应证。

5.3 心衰患者的长期管理

6.3.1 入选心衰患者及建立医疗健康档案

已制定入选心衰患者及建立医疗健康档案流程；心衰中心的一线医务人员熟悉入选心衰患者及建立医疗健康档案。

6.3.2 心衰患者的档案管理

有专人负责患者医疗档案的管理，包括数据的录入、备份、更新、整理、统计。

5.3.3 随访计划

已制定本中心心衰患者门诊随访计划（频率、随访方式、随访提醒方式）；心衰中心的一线医务人员熟悉心衰患者门诊随访计划。

6.3.4 随访内容

已制定本中心的门诊随访内容；心衰中心的心衰门诊医师熟悉心衰患者门诊随访计划与随访内容。

6.3.5 心衰门诊

成立心衰门诊

6.3.6 参与注册研究及数据库的建立及完成

完成中国心衰中心认证云平台随访数据库（质控指标）填报；完成心衰临床数据库（临床资料：病史、症状、诊断、辅助检查、治疗、生活量表、随访事件）填报。

7 培训与教育

7.1 心力衰竭医师护理队伍的培训

采用科内讲课、外出进修学习等形式开展培训，要求覆盖本中心及相关的医师和护士（急诊室、普通内科、心脏专科）。

7.2 对社区医师护理人员的培训

7.2.1 与社区医疗机构建立长期稳定的合作关系，指导基层医疗卫生机构进行心衰预防宣教、高危及疑似患者识别、患者及家属教育、稳定期治疗、康复治疗 and 长期随访；

7.2.2 定期对社区医疗机构的医师护理人员进行培训；

7.2.3 与基层医疗卫生机构共同管理慢性心衰患者。

7.3 心衰患者及家属的健康教育

7.3.1 建立统一的心衰患者教育材料并有专人负责管理和整理；

7.3.2 制定并实施多种宣教方式和患者教育计划，包括定期组织宣教、义诊活动或社区宣传栏宣传；

7.3.3 心衰中心的一线医务人员熟悉心衰患者教育的内容；

7.3.4 有宣教活动记录；

7.3.5 有显示宣教时间、讲课人和听众的照片。

7.4 心脏康复教育

7.4.1 有宣教活动记录

7.4.2 有显示宣教时间、讲课人和听众的照片

7.5 心衰规范化管理的评估

7.3.1 住院心衰患者治疗评估内容如下：

a) 已制定住院心衰患者治疗评估内容表；

b) 心衰中心的一线医务人员完成住院心衰患者治疗评估内容表。

7.3.2 门诊患者心衰规范化管理评估内容如下：

a) 已制定门诊患者心衰规范化评估内容；

b) 心衰中心的一线医务人员完成门诊患者心衰规范化评估内容。

8 持续改进

8.1 概述

心衰中心制定各类督促流程改进的措施和方法，并通过数据显示持续改进的效果。医院应制定促进流程改进和质量改进的计划和措施，并根据当前的实际情况确定本中心关键监控指标及质量改进计划，包括超声心动图使用率、N末端B型利钠肽原(NT-proBNP)或B型利钠肽(BNP)使用率、ACEI/ARB出院使用率、 β 受体阻断剂出院使用率、醛固酮受体拮抗剂使用率、房颤抗凝治疗率、出院后1周电话随访率、随访率(1月、3月、1年)、院内死亡率、30天、1年再入院率及死亡率等，确立关键性效率指标和预后指标的近期奋斗目标值，原则上应每年修改一次奋斗目标值以体现持续改进的效果；申请认证时应提交所确立的监控指标及奋斗目标值。

8.2 制定质量改进制度

8.2.1 质量分析会制度

质量分析会的主要内容是通过对心衰中心运行过程中的阶段性宏观数据分析，肯定工作成绩、发现存在问题并制定改进措施。由心衰中心的核心科室人员参加，原则上质量分析会的时间间隔不得超过3个月；制度应为质量分析会制定出规则，包括：主持及参加人员、频度、时间、参加人员、主要分析内容等。

8.2.2 典型病例讨论会制度

典型病例讨论会是改进心衰中心工作质量最有效的工作形式之一，可与质量分析会同时举行，但主要是针对心衰中心的实际工作人员。一般是从质量分析会中发现宏观问题，再将存在救治延误或决策错误的典型病例挑选出来作为剖析的对象，将多学科团队集中进行讨论和分析。典型病例讨论会制度就是为病例讨论会制定规则，原则上典型病例讨论会的时间间隔不得超过2个月；主要内容包括：会议主持人、参与讨论的人员范围、举行会议的频度、时间、会议流程等，

8.3 效果

- 8.3.1 ACEI/ARB/ARNI 出院使用率、 β 受体阻断剂出院使用率使用率呈现增加趋势。
- 8.3.2 出院后1周电话随访率、门诊随访率(1月、3月、1年)有提高趋势。
- 8.3.3 ACEI/ARB/ARNI、 β 受体阻断剂达标率有提高趋势。

8.3.4 30天、1年再入院率有下降趋势。

8.3.5 基层心衰中心质控指标要求见表 8.3.5。

表 8.3.5 基层心衰中心质控指标要求

考核指标	考核对象	基层心衰中心建设单位	改进趋势 (3个月)	基层心衰中心
心衰患者诊治例数	心衰患者	>70例		>100例
诊断使用超声心动图	心衰患者	>60%	升高10%	>80%
诊断使用BNP或NT-proBNP	心衰患者	>60%	升高10%	>80%
出院前使用ACEI/ARB/ARNI	HFREF	>50%	升高10%	>70%
出院前使用β受体阻断剂	HFREF	>50%	升高10%	>80%
出院前使用醛固酮受体拮抗剂	有适应症 ^a 的HFREF	>40%	升高10%	>60%
有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	心衰患者	>30%	升高10%	>50%
出院后一周电话随访率	心衰患者	>50%	升高20%	>80%
一月随访率	心衰患者	>40%	升高10%	>60%
三月随访率	心衰患者	>40%	升高10%	>50%
一年随访率	心衰患者	>30%	升高15%	>50%
门诊患者使用ACEI/ARB/ARNI	HFREF	>50%	升高10%	>70%
门诊患者使用β受体阻断剂	HFREF	>50%	升高10%	>80%
出院前使用醛固酮受体拮抗剂	有适应症 ^a 的HFREF	>40%	升高10%	>60%
ACEI达标率	HFREF	>10%	升高10%	>30%
β受体阻断剂达标率	HFREF	>10%	升高10%	>30%
院内死亡率 ^b	心衰患者			
出院后30天死亡率 ^b	心衰患者			
30天再入院率 ^b	心衰患者		下降	
1年再入院率 ^b	心衰患者		下降	
1年死亡率 ^b	心衰患者			

注：持续改进的效果评价是根据云平台数据库中该申报中心上报的数据。^a醛固酮受体拮抗剂的适应证：LVEF≤35%、使用ACEI/ARB/ARNI和β受体阻滞剂治疗后仍有症状的HFREF患者（I，A）；急性心肌梗死后且LVEF≤40%，有心衰症状或合并糖尿病患者（I，B）。^b因患者死亡率和再入院率与病情严重程度相关，因此对具体的数据不进行要求，但应该真实上报。BNP：B型利钠肽；NT-proBNP：N末端B型利钠肽原；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素II受体拮抗剂；ARNI：血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂；HFREF：射血分数降低的心衰

9 心衰中心评估

9.1 申请条件

9.1.1 心衰中心在提交认证申请前应进行云平台数据库的自我检查及评估，当云平台数据库显示的数据趋势达到以下要求时方可正式提交认证申请。

9.1.2 心衰中心通过流程改进已改善心衰患者管理的效率指标和预后指标，至少在近6个月内下列指标中显示出改进的趋势或达到心衰中心质控指标要求（此项作为心衰中心进行现场考察的重要参考条件）。

9.2 评估流程

9.2.2 图1给出了心衰中心评估流程。

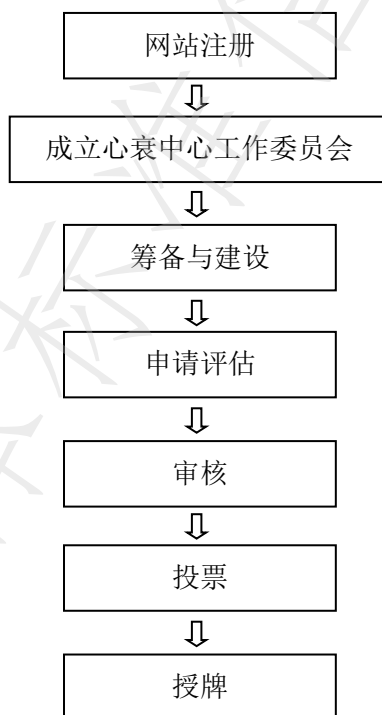


图1 心衰中心评估流程图

9.2.2 网站注册：医院登陆心衰中心官方网站注册。

9.2.3 成立心衰中心工作委员会：医院正式发文。

9.2.4 筹备与建设：连续进行3-6个月数据填报及心衰中心规范化建设。

9.2.5 申请评估：提交证明材料及建设材料后发起评估申请。

9.2.6 审核：心衰中心总部办公室及专家对建设材料进行审核，排除未达到评估资格的医院。通过材料网审环节的单位进入现场核查环节，专家组现场对医院心衰中心运行情况、数据管理情况进行审核，形成现场核查意见。

9.2.7 投票：心衰中心总部整理和汇总审核意见，呈交中国心衰中心认证工作委员会进行讨论并投票表决。

9.2.8 授牌：根据最终评估结论，对通过评估的单位授牌。

9.3 心衰中心评估细则

心衰中心评估细则见附录 C。

10 评估结论

根据线上审查、现场核查、飞行检查等方式得出的结论提交至，中国房颤中心专家工作委员会执委会会议讨论并做出结论，分为以下结论：

- a) 通过（通过单位颁发牌匾）；
- b) 整改半年后复审通过（通过单位颁发牌匾）；
- c) 不通过。

附录 A
(规范性附录)
心衰中心组织机构建设要求

表 A.1 给出了心衰中心组织机构建设要求。

表 A.1 心衰中心组织机构建设要求

序号	项 目	具体要求
1	发布文件	<p>1.1、由医院院长级别负责人担任心衰中心主任，并明确主任职责，主持心衰中心会的建设和重大决策，组织实施心衰中心的工作流程、目标和计划。</p> <p>1.2、成立心衰多学科管理团队，包括：中心主任、心衰专家；心脏专科大夫（心脏内科、心脏外科）；全科医生或基层医生；护士或医生助理；临床药师；营养科医生；心理医生；康复治疗师；秘书并明确团队成员职责。</p> <p>1.3、心衰中心成员至少占心内科成员的 30%。</p>
2	提交申请函	<p>1.1、承诺已成立心衰中心组织架构，全力支持心衰中心的建设与认证，承诺分配相应人力和设备，并做好监察、考核、质量控制等工作，确保心衰中心规范化运行。</p> <p>1.2、承诺对院内心衰管理流程进行了优化，制定了心衰中心管理制度；</p> <p>1.3、承诺已启用“中国心衰中心数据管理云平台”，根据心衰中心建设要求填报数据，并持续填报医院收治的心衰患者。</p> <p>1.4、承诺对本院、网络医院、社区医院等相关人员进行了数据库使用方法和相关制度的全面培训。</p> <p>1.5、承诺与基层转诊医院、社区医疗机构等建立了患者长期随访体系。</p> <p>1.6、承诺支持并协助心衰中心实施各类培训计划。</p>

附录 B
 (资料性附录)
 心衰中心标识示例

图 B.1 给出了心衰中心科室标牌示例。



图 B.1 心衰中心科室各类标牌

附 录 C
(规范性附录)
心衰中心评估细则

表 C.1 给出了心衰评估细则。

表 C.1 心衰中心评估细则

序号	评分要求	评分值	说明	检查方式
1	基本条件与资质			
1.1-1.3	心衰中心的管理团队			
	资料	1 分	明确中心主任职责的文件	在线审查
	资料	1 分	明确心衰多学科管理团队其他人员职责的文件	在线审查
	资料	1 分	心衰中心团队全部成员的专业资格证书及职称证书的扫描件	在线审查
1.2	心血管专科条件			
1.2.1	资料+现场	2 分	需上传与上级医院的转运渠道及方式说明或签约凭证。	在线审查+现场
1.2.2	资料+现场设施	1 分	具备心力衰竭病房或相对固定的病床，上传相关照片及文字说明	在线审查+现场
1.2.3	现场设施	0.5 分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
1.2.4	现场设施	0.5 分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
1.3	数据库的填报与管理			
1.3.1	资料	3 分	上传本单位云平台首页的截图以及概要信息中从启用云平台到当前时间的心衰病例统计饼图。	在线审查+现场
1.3.2	资料	1.25 分	上传数据管理制度的扫描件。	在线审查+现场
1.3.3	资料	1 分	上传数据管理员的相关资料，包括医学相关教育背景、接受心衰知识培训的证书。	在线审查+现场
1.3.4	资料	1.25 分	数据库使用方法和相关制度的培训的原始材料；包括：（1）培训课件（2）培训记录（3）签到表的扫描件	在线审查+现场
1.3.5	资料+现场	1 分	需上传溯源 LIST 和实例	在线审查+现场
1.3.6	资料	1 分	需上传数据管理员的相关资料，工作职责、医学相关教育背景的证书。	在线审查
2	心衰患者的诊治			
2.1	规范心衰患者的诊断			

序号	评分要求	评分值	说明	检查方式
2.1.1	资料	1分	上传心衰的诊断流程图	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.1.2	资料	0.5分	上传心衰的分类及诊断标准文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.1.3	资料	0.5分	上传心力衰竭的分期标准文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.1.4	资料	0.5分	上传心力衰竭心功能分级标准	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.1.5	资料	0.5分	上传心衰的诊断和评估内容	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.1.6	资料	0.5分，	上传心衰的辅助检查（常规检查+特殊检查）内容及适应证的文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2	规范心衰的治疗			
2.2.1	资料	1分	上传慢性 HF _r EF 患者的治疗流程图	在线审查
	现场	2分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.2	资料	1分	上传慢性 HF _r EF 患者 ACEI 使用的适应证、禁忌证、使用方法的文件	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.3	资料	1分	上传慢性 HF _r EF 患者 ARB 使用的适应证、禁忌证、使用方法的文件	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.4	资料	0.5分	上传慢性 HF _r EF 患者 ARNI 使用的适应证、禁忌证、使用方法的文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.5	资料	1分	上传慢性 HF _r EF 患者 β 受体阻滞剂使用的适应证、禁忌证、使用方法的文件	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.6	资料	1分	上传慢性 HF _r EF 患者螺内酯使用的适应证、禁忌证、使用方法的文件	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.7	资料	1分	上传慢性 HF _r EF 患者地高辛使用的适应证、禁忌证、使用方法的文件	在线审查

序号	评分要求	评分值	说明	检查方式
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.8	资料	0.5分	上传慢性HFrEF患者伊伐布雷定使用的适应证、禁忌证、使用方法的文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.9	资料	1分	上传心衰患者利尿剂使用的适应证、禁忌证、使用方法	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.10	资料+现场	1分	上传慢性HFrEF患者心脏再同步化治疗(CRT)的适应证的相关文件	在线审查+现场
2.2.11	资料+现场	1分	上传慢性HFrEF患者ICD的适应证的相关文件	在线审查+现场
2.2.12	资料	1分	上传急性心衰患者的治疗流程图	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.13	资料	1分	上传急性心衰患者出院标准、心衰分级诊疗的路径与双向转诊标准	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.14	资料	0.5分	上传心衰合并高血压患者的治疗目标的文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.15	资料	0.5分	上传心衰合并心房颤动患者的治疗目标的文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.16	资料	0.5分	上传心衰合并糖尿病患者的治疗目标的文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.17	资料	0.5分	上传心衰合并血脂异常患者的治疗目标的文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.18	资料	0.5分	上传冠心病患者的治疗方案的文件	在线审查
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.2.19	资料+现场	1分	上传心衰合并心脏瓣膜病变患者的手术适应证的相关内容	在线审查+现场
2.3	规范心衰的长期管理			
2.3.1-2.3.2	入选心衰患者及建立医疗健康档案			
	资料	0.5分	上传入选心衰患者的标准及建立医疗健康档案流程及健康档案基本内容	在线审查

序号	评分要求	评分值	说明	检查方式
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
	资料	0.5分	说明：需上传档案管理员的相关资料，包括工作职责、医学相关教育背景。	在线审查
2.3.3	随访计划			
	资料	1分	上传本中心心衰患者门诊随访计划（频率、随访方式、随访提醒方式）	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.3.4	随访内容			
	资料	1分	上传中心的门诊随访内容	在线审查
	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
2.3.5	资料+现场	1分	上传心衰门诊的照片及上传心衰门诊时间和出诊人员相关说明	在线审查+现场
2.3.6	参与注册研究及数据库的建立及完成			
	资料+现场	2.5分，	需上传本单位云平台首页的截图以及概要信息中从启用云平台到当前时间的心衰病例统计饼图	在线审查+现场
	资料+现场	2.5分，	需上传本单位心衰数据库截图以及概要信息中从启用心衰数据库到当前时间的心衰病例统计图。	在线审查+现场
3	培训与教育			
3.1	心力衰竭医师护理团队的培训			
	资料+现场)	2分	科内讲课和外出培训的记录	在线审查+现场
	资料+现场	0.5分	签到表	
	资料+现场	0.5分	能显外出听课时间的听课照片，或科内讲课显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片及包括听众在内的授课场景的照片或视频资料	
3.2	对社区医师护理人员的培训			

序号	评分要求	评分值	说明	检查方式
3.2.1-3.2.3	资料+现场	1分	与社区医疗机构建立长期稳定的合作关系，指导基层医疗卫生机构进行心衰预防宣教、高危及疑似患者识别、患者及家属教育、稳定期治疗、康复治疗和长期随访； (1)对基层医疗卫生机构培训的记录 (2)签到表 (3)能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片或视频资料	在线审查+现场
	资料+现场	1.5分	说明：上传对社区医疗机构的医师护理人员培训计划（包括培训内容及频率） 培训记录 (2)签到表 (3)能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片或视频资料	在线审查+现场
	资料+现场	1.5分	与基层医疗机构的转诊标准，合作模式，并出示共同管理慢性心衰患者的相应记录证据	在线审核+现场
3.3	心衰患者及家属的健康教育			
3.3.1-3.3.5	现场	1分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
	现场	0.5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
	资料	0.5分	宣教活动记录	在线审查
	资料	0.5分	显示宣教时间、讲课人和听众的照片	在线审查
3.4	心脏康复教育			
3.4.1-3.4.2	资料	1分	宣教活动记录	在线审查
	资料	1分	显示宣教时间、讲课人和听众的照片	在线审查
3.5	心衰规范化管理的评估			
3.5.1	资料	2.5分	上传住院心衰患者治疗评估内容表实例	在线审查
	现场	5分	现场核查时打分，无应上传相关材料	现场
3.5.2	资料	1.25分	上传定门诊患者心衰规范化评估内容	在线审查

序号	评分要求	评分值	说明	检查方式
	现场	3.75分	现场核查时打分，无应上传相关材料	
4	持续改进			
4.1	医院应制订促进流程改进和质量改进的计划和措施			
	资料	2.5分	提交所确立的监控指标及奋斗目标值。	在线审查
4.1.1	资料	2.5分，	申请认证时应提交上述制度原件的扫描件，落实制度的客观证据（流程及制度的培训、质量分析会会议记录、签到表、显示活动时间、内容和场所的现场照片、视频等资料）	在线审查+现场
4.1.2	资料	2.5分，	申请认证时应提交上述制度原件的扫描件，落实制度的客观证据（流程及制度的培训、质量分析会会议记录、签到表、显示活动时间、内容和场所的现场照片、视频等资料）	在线审查+现场
4.2	持续改进效果			
4.2.1	数据平台趋势图	1.25分	在线审查+现场确认，无应上传相关材料	数据平台趋势图
4.2.2	数据平台趋势图	1.25分	在线审查+现场确认，无应上传相关材料	数据平台趋势图
4.2.3	数据平台趋势图	1.25分	在线审查+现场确认，无应上传相关材料	数据平台趋势图
4.2.4	数据平台趋势图	1.25分	在线审查+现场确认，无应上传相关材料	数据平台趋势图

参 考 文 献

[1] 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10):760-789. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2018.10.004

[2] 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J]. 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中华心血管病杂志, 2014, 42(2):98-122. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2014.02.004.

[3] 心力衰竭的过去、现在及未来[J]. 杨杰孚 王华, 中华心血管病杂志, 2017年45卷8期 688-692页

[4] Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America[J]. Circulation, 2017, 136(6):e137-e161. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000509.

[5] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC[J]. Eur Heart J, 2016, 37(27):2129-2200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128.

[6] Mebazaa A, Yilmaz MB, Levy P, et al. Recommendations on pre-hospital and early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine. Eur J Heart Fail, 2015, 17: 544-58.

[7] Radford MJ, Arnold JM, Bennett SJ, et al. ACC/AHA key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with chronic heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards (Writing Committee to Develop Heart Failure Clinical Data Standards): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Failure Society of America. *Circulation*. 2005 Sep 20;112(12):1888–916. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.170073

[8] McDonagh TA¹, Blue L, Clark AL, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail*. 2011 Mar;13(3):235–41. doi: 10.1093/eurjhf/hfq221.

[9] Lainscak M¹, Blue L, Clark AL, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2011 Feb;13(2):115–26. doi: 10.1093/eurjhf/hfq219.

[10] Yancy CW¹, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 2013 Oct 15;128(16):1810–52. doi: 10.1161/CIR.0b013e31829e8807.