

团 体 标 准

T/CHAS 10-2-8—2019

中国医院质量安全管理

第 2-8 部分：患者服务 住院服务

Quality and safety management of Chinese hospital——

Part 2-8: Patient service—— hospital services

2019-11-08 发布

2020-02-01 实施

中国医院协会 发布

目 次

前言.....	II
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语与定义.....	1
4 关键要素.....	3
5 要素规范.....	3
5.1 患者入院.....	3
5.2 接诊检诊.....	4
5.3 检查治疗.....	5
5.4 住院用药.....	7
5.5 患者护理.....	8
5.6 患者转归.....	9
5.7 质量安全监测与持续改进.....	10
参考文献.....	12

前 言

《中国医院质量安全管理》分为以下部分：

- 第 1 部分：总则
- 第 2 部分：患者服务
- 第 3 部分：医疗保障
- 第 4 部分：医疗管理

《中国医院质量安全管理 第 2 部分：患者服务》包括以下部分：

- 第 2-1 部分：患者服务 患者安全目标
- 第 2-2 部分：患者服务 院前急救
- 第 2-3 部分：患者服务 急救绿色通道
- 第 2-4 部分：患者服务 急诊服务
- 第 2-5 部分：患者服务 预约服务
- 第 2-6 部分：患者服务 门诊服务
- 第 2-7 部分：患者服务 门诊处方
- 第 2-8 部分：患者服务 住院服务
- 第 2-9 部分：患者服务 手术服务
- 第 2-10 部分：患者服务 镇痛、麻醉服务
- 第 2-11 部分：患者服务 重症监护
- 第 2-12 部分：患者服务 临床用药
- 第 2-13 部分：患者服务 临床用血
- 第 2-14 部分：患者服务 临床检验
- 第 2-15 部分：患者服务 临床病理
- 第 2-16 部分：患者服务 医学影像
- 第 2-17 部分：患者服务 放射治疗
- 第 2-18 部分：患者服务 介入治疗
- 第 2-19 部分：患者服务 内镜治疗
- 第 2-20 部分：患者服务 血液净化
- 第 2-21 部分：患者服务 器官移植
- 第 2-22 部分：患者服务 疼痛治疗
- 第 2-23 部分：患者服务 高压氧治疗
- 第 2-24 部分：患者服务 住院患者静脉血栓栓塞症（VTE）防治
- 第 2-25 部分：患者服务 日间手术
- 第 2-26 部分：患者服务 多学科联合诊疗
- 第 2-27 部分：患者服务 中医诊疗
- 第 2-28 部分：患者服务 康复治疗
- 第 2-29 部分：患者服务 临床营养
- 第 2-30 部分：患者服务 健康体检
- 第 2-31 部分：患者服务 孕产妇保健
- 第 2-32 部分：患者服务 儿童保健
- 第 2-33 部分：患者服务 随访服务

本标准是第2-8部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准主要起草单位：南京鼓楼医院、北京大学人民医院、南方医科大学南方医院、广州市妇女儿童医疗中心、南通大学附属医院、无锡市人民医院、空军特色医学中心。

本标准主要起草人：韩光曙、王平、倪松石、孙蓉蓉、陈雁、葛卫红、史婷奇、李俐、薛缪群、景抗震、林菁、赵建美、仇永贵、王建超、胡平玲、周蔚、雷震、向萍、孙新、宋燕燕、葛焕青、钱共陶、孙璐。



中国医院质量安全管理第 2-8 部分 患者服务 住院服务

1 范围

本标准规范了患者入院、接诊检诊、检查治疗、住院用药、医疗护理、出院转归住院诊疗过程中的质量安全监测与持续改进要求。

本标准适用于各级各类医疗机构住院服务质量安全管理。

2 规范性引用文件

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

WS/T 402-2012 临床实验室检验项目参考区间的制定。

3 术语与定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

查对制度 checking system

是指为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核查对的制度。

3.2

知情同意 informed consent

是指在医生或其他医务人员执行某项医疗操作或治疗前，患者在全面了解该项操作或治疗的性质、风险和备选方案的情况下表达对治疗方案同意或拒绝的活动。

3.3

分级护理制度 graded care system

是指医护人员根据住院患者病情和（或）自理能力对患者进行分级别护理的制度。

3.4

病历 medical record

是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门(急)诊病历和住院病历。病历归档以后形成病案。

3.5

医嘱 doctor's advice

是指医师在医疗活动中下达的医学指令，医师通过采集病史、体格检查和必要的影像、实验室检查，作出初步诊断后下达，医嘱类别包括：护理医嘱、饮食医嘱、检查医嘱、用药医嘱、手术医嘱、处置医嘱、陪伴医嘱等。

3.6

医疗质量安全核心制度 core system of medical quality and safety

是指在诊疗活动中对保障医疗质量和患者安全发挥重要（的基础性）作用，医疗机构及其医务人员应当严格遵守的各项规章制度。包括：首诊医师负责制、三级查房制度、会诊制度、值班与交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病历讨论制度、手术安全核查制度、手术分级制度、危急值报告制度、新技术和新项目准入制度、查对制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度、信息安全管理制

3.7

生命体征 vital sign

是指评价生命活动存在与否及其质量的指标，包括体温、脉搏、呼吸和血压，为体格检查时必须检查的项目之一。

3.8

特殊药品 special drug

是指国家实行特殊管理的药品，包括：麻醉药品、精神药品、医疗毒性药品、放射性药品。

3.9

抗菌药物 antimicrobial drug

是指治疗细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原微生物所致感染性疾病病原的药物，不包括治疗结核病、寄生虫病和各种病毒所致感染性疾病的药物以及具有抗菌作用的中药制剂。

3.10

药品不良反应 adverse drug reaction

是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。

3.11

药品群体不良事件 mass adverse drug incidents

是指同一药品在使用过程中，在相对集中的时间、区域内，对一定数量人群的身体

3.12

转科记录 transfer records

是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室及转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。

3.13

死亡病例讨论制度 death record discussion system

为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。

3.14

患者满意度 patient satisfaction

是指人们由于健康、疾病、生命质量等方面的要求对医疗保健服务产生某种期望，通过接受医疗保健服务整个过程中的体验与其期望比较后，对所经历的医疗保健服务情况进行的评价，主要包含了对于就医环境、等待时间、服务态度、医疗技术、治疗效果和费用等诸多因素的评价。

4 关键要素

住院服务质量安全关键要素见图1。

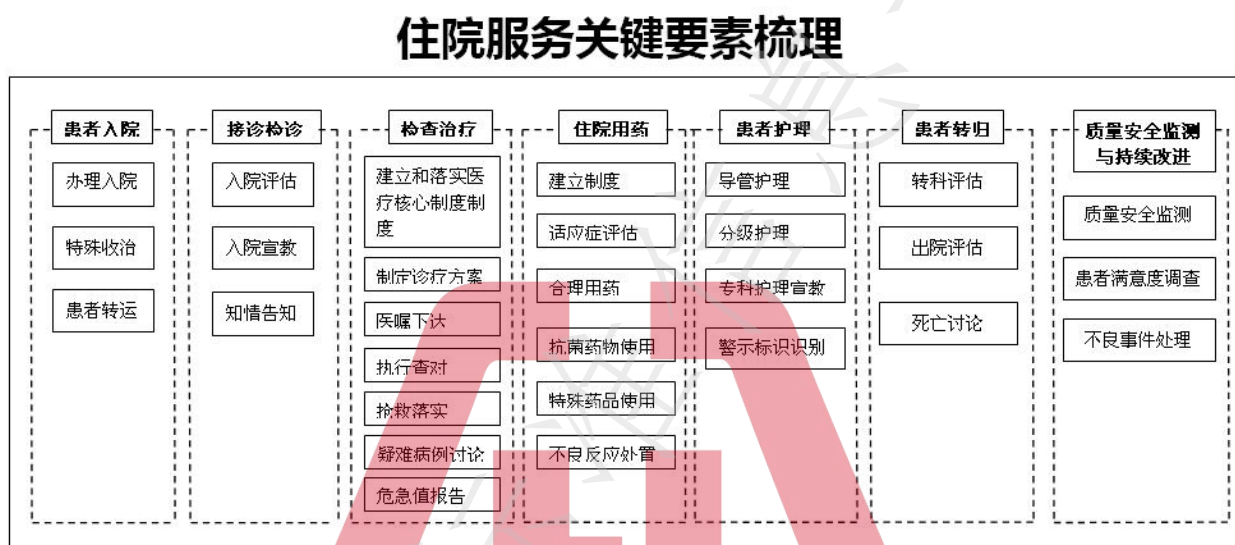


图1 住院服务质量安全关键要素

5 要素规范

5.1 患者入院

5.1.1 办理入院

5.1.1.1 患者办理入院，需凭身份证、医保卡、护照等有效身份证件，凭医生开具的入院通知书至出入院办理处办理。

5.1.1.2 窗口服务人员应与患者及其家属核对信息，确认无误后完成患者信息登记，并打印腕带。

5.1.1.3 登记完成，患者持注有身份信息的腕带到病房报到，由护士工作站双人再次核实患者信息，并为患者佩戴腕带。

5.1.1.4 病房护士至少需要采用两种方式来确认患者身份，例如患者姓名、身份证号码、出生日期、注明身份信息的腕带等其他方式。患者的病房、床号不可用于患者身份识别。不得使用电子识别作为唯一的一种识别方式。

5.1.1.5 危急重症患者应先抢救再办理入院手续。

5.1.2 特殊收治

5.1.2.1 特殊患者包括但不限于以下类别：无姓名及家属、无住址、无治疗经费的三“无”患者，流浪乞讨人员，精神病患者，涉及重大传染病、中毒或不明原因的患者，群体突发性事件及重大自然灾害的患者等。

5.1.2.2 医务人员应遵循先抢救后缴款的原则救治患者。

5.1.2.3 对于精神病患者，患者病情稳定后，条件许可，应转到精神病专科医院进行治疗。

5.1.2.4 涉及传染病、中毒或不明原因的患者，按照传染病管理相关要求，报告医院感染管理办公室、医务主管部门或医院总值班，核实后在规定时间内向驻地疾病预防控制中心、市场监督管理局、公安等相关部门报告。

5.1.3 患者转运

5.1.3.1 急危重症患者转移之前，医疗机构应在其能力范围内对其进行评估和稳定治疗，记录应在患者病历中保存。

5.1.3.2 应根据患者病情的紧迫性，为患者安排转运先后顺序。并根据患者病情，安排护送的医务人员，随时观察患者病情变化并及时处理各种紧急情况。

5.1.3.3 应对患者转运交通方式进行评估。

5.1.3.4 为患者提供的交通工具应符合患者的需求和病情。医疗机构交通车辆的驾驶、车况和保养应符合相关的法律法规。交通服务(包含外包服务)符合医疗机构关于交通质量和安全的要求。

5.1.3.5 承担转运任务的车辆，应配备适宜医疗救治的急救物品和设备，满足患者转移期间救治需求。

5.1.3.6 医疗机构应建立完善的制度和流程，保证提供或安排的交通工具的质量和安全性。

5.2 接诊检诊

5.2.1 入院评估

5.2.1.1 患者入院后应接受基本评估，包括但不限于医疗评估、护理评估、心理评估、社会和经济评估等。

5.2.1.2 医疗评估包括健康史、身体检查和患者身体状况所需的其他评估，应在患者入院后的 24 小时内完成，并进行相应的记录。

5.2.1.3 护理评估包括生命体征评估、自理能力评估、疼痛评估、跌倒评估、压力性损伤评估和营养初筛等，应在患者入院后的 24 小时内完成，并进行相应的记录。

5.2.1.4 由获得相应资质的人员对患者进行评估。

5.2.2 入院宣教

5.2.2.1 应主动向患者详细介绍病区环境，引导病人了解熟悉，如配餐室、浴室、厕所、污衣室及大小便标本放置处等地方，解释并告知医院规章制度，如病房安全管理制度等。

5.2.2.2 应向患者介绍负责其诊治的治疗组医师和责任护士。

5.2.2.3 应指导患者了解各类检验标本留取、各类检查可能出现的问题及注意事项，让患者了解其重要性。

5.2.2.4 应指导患者认识和了解药物，向患者介绍药物名称、主要作用、不良反应、预防和处理措施及特别注意事项。

5.2.3 知情告知

- 5.2.3.1 医疗机构应制定和实施明确定义的知情同意流程，并对指定员工进行培训。
- 5.2.3.2 医务人员应通过患者能够理解的方式和语言，给予知情同意的告知。
- 5.2.3.3 患者知情同意的签署应建立规范的记录表单，包括医生签名、患者（委托授权人）签名和具体时间记录到分。
- 5.2.3.4 如由他人而非患者本人给予知情同意，医疗机构应建立授权流程并予签署授权书。
- 5.2.3.5 医疗服务中患者使用的药品、血液及其制品、医用耗材和接受医疗服务的名称、数量、单价、金额及医疗总费用等情况，应以提供查询服务或提供费用清单的形式告知患者。
- 5.2.3.6 医疗服务中的下列信息应当事先告知患者，并按照规定及时、规范签署相应的知情同意书：
- 5.2.3.6.1 患者接受的重症监护（ICU）、介入诊疗、手术治疗、血液净化、器官移植、人工关节置换、高值（千元以上）耗材等；
- 5.2.3.6.2 患者接受的胃肠镜、血管造影、电子计算机 X 射线断层扫描技术（CT）、磁共振成像（MRI）等主要辅助检查项；
- 5.2.3.6.3 医保患者使用的自费比例较高的药品和诊疗项目；新型农村合作医疗患者使用新型农村合作医疗基本药物目录和诊疗项目之外的药品和诊疗项目；
- 5.2.3.6.4 法律法规和临床诊疗规范规定的其他知情同意事项。

5.3 检查治疗

5.3.1 建立和落实医疗核心制度

- 5.3.1.1 医务人员应接受医疗质量安全核心制度的培训并落实。
- 5.3.1.2 医院应建立医疗质量安全核心制度包括：首诊负责制度、三级查房制度、会诊制度、分级护理制度、值班和交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度、信息安全管理共 18 项核心制度。
- 5.3.1.3 各临床科室对本科核心制度的落实进行自查，医院职能部门应予以监督，对存在问题进行反馈和整改。

5.3.2 制定诊疗方案

- 5.3.2.1 每位患者的诊疗计划应由负责的医师、护士和其他医务人员在患者入院后 24 小时以内制定完成。
- 5.3.2.2 诊疗计划应根据患者的初步评估结果和已确定的需求来制定。
- 5.3.2.3 初始诊疗计划和诊疗计划的任何修订内容均应记入患者病历。
- 5.3.2.4 按照计划为每位患者提供医疗服务，并由提供的专业医务人员将其记入患者病历。
- 5.3.2.5 鼓励患者及家属参与医疗决策，主动邀请患者参与医疗安全活动，如身份识别、手术部位确认、药物使用等。

5.3.3 医嘱下达

- 5.3.3.1 医疗机构应制定完善并实施安全开具药物处方、医嘱及其转录的制度及流程。

5.3.3.2 在住院患者的常规诊疗活动中，根据医院信息化建设条件，通过信息系统或以书面方式下达医嘱。

5.3.3.3 在实施紧急抢救的情况下，必要时医生可口头下达临时医嘱；护士应当对口头临时医嘱完整重述确认，在执行时双人核查；抢救结束后及时补录医嘱。

5.3.4 执行查对

5.3.4.1 医疗机构的查对制度应当涵盖患者身份、诊疗内容、设备设施和医疗环境安全等相关方面。

5.3.4.2 医务人员应至少同时使用两种不同的身份标识进行患者识别。

5.3.4.3 进行每项医疗行为（给药、输血、标本采集、手术/操作、发放特殊饮食）前都必须规范查对患者身份。应当至少使用两种身份查对方式，严禁将床号作为身份查对的标识。使用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。

5.3.4.4 手术病人应严格执行手术安全核查包括麻醉实施前、手术开始前和手术结束时。

5.3.4.5 输血前查看患者血型、感染性标志物结果及输血同意书，由两名医护人员核对医嘱、发血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血袋内的血有无溶血、浑浊及凝块等，检查血液制品和输血装置是否在有效期内，准确无误方可输血。输血时由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、床号、住院号、病案号、血型、血液的型号种类、血量等，确认与配血报告相符，再次核对血液制品后，用符合标准的输血器进行输血。

5.3.5 抢救落实

5.3.5.1 医疗机构应当明确急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

5.3.5.2 医疗机构应当建立抢救资源配置与紧急调配的机制，确保各单元抢救设备和药品可用。建立绿色通道机制，确保急危重患者优先救治。医疗机构应当为非本机构诊疗范围内的急危重患者的转诊提供必要的帮助。

5.3.5.3 临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。

5.3.5.4 根据疾病的特点快速初步评定病人病情，给予吸氧、心电监护，建立静脉通路，下达医嘱给药，完善相关检查、检验，处理并发症。

5.3.5.5 抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入患者病历，记录时间应具体到分钟，内容包括危重病名称、主要病情、抢救起始时间、抢救措施、抢救结果、参加抢救的医务人员姓名及职称（职务）等。主持抢救的人员应当审核并签字。经抢救治疗无效去世，应视情况进行尸检动员。

5.3.6 疑难病例讨论

5.3.6.1 医疗机构及临床科室应当明确疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

5.3.6.2 疑难病例均应由科室或医疗管理部门开展讨论。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。必要时邀请相关科室人员或机构外人员参加。

5.3.6.3 医疗机构应统一疑难病例讨论记录的格式和模板。讨论内容应专册记录。主持人需审核并签字。讨论的结论应当记入病历。

5.3.6.4 参加疑难病例讨论成员中应当至少有 2 人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。

5.3.7 危急值报告

5.3.7.1 医疗机构应当建立完善住院患者危急值报告制度、管理流程和记录规范，危急值信息传递应准确、及时，信息传递各环节形成闭环且可追溯。

5.3.7.2 医疗机构应当制定各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。

5.3.7.3 出现危急值时，出具检查、检验结果报告的部门报出前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人两次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目，应当及时复检并核对。

5.3.7.4 外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医疗机构应当和相关机构协商危急值的通知方式，并建立可追溯的危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值。

5.3.7.5 临床科室任何接收到危急值信息的人员应当准确记录、复读、确认危急值结果，并立即通知相关医师。

5.3.7.6 主管医生或值班医生接到危急值报告后，应立即结合患者临床情况采取相应措施，需 6 小时内病程中记录接收到的“危急值”报告结果和诊治措施。

5.3.7.7 医疗机构应当统一制定临床危急值信息登记专册和模板，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。

5.4 住院用药

5.4.1 建立制度

医疗机构应建立完善处方（包括医嘱）审核制度和流程，在患者用药前，对处方（包括医嘱）进行合法性、规范性和适宜性审核。

5.4.2 适应证评估

5.4.2.1 患者用药前应全面收集患者病史信息，对患者进行评估；包括但不限于患者诊断、实验室检查、病程记录等信息。

5.4.2.2 应评估患者正使用的药品是否符合适应症。

5.4.2.3 应评估患者现有的诊断确需药物治疗的，是否都开具了相应的药物。

5.4.2.4 应评估患者的治疗药物是否是最佳选择。

5.4.2.5 应评估患者是否存在用药剂量不足或剂量过高。

5.4.3 合理用药

5.4.3.1 医疗机构应采用适当的技术、设备和医疗用品，在安全清洁的区域内准备和配制药剂。三级医疗机构或有条件的医疗机构应建立静脉液体配制（PIVA）中心。

5.4.3.2 准备无菌制剂的人员应参加药品准备和无菌技术相关原则的培训。

5.4.3.3 准备完毕后，未立即服用的药品应贴上标签，注明药品名称、剂量或浓度、制备日期、失效日期及患者姓名。

- 5.4.3.4 患者给药应及时，应按照处方给药，并记录在患者病历中。
- 5.4.3.5 对于需要用药指导或交付的药品，应在患者用药前或出院带药时，对患者进行必要的用药教育和指导。
- 5.4.3.6 医疗机构应制定高警示药品目录，并每年定期更新；如调剂，使用过程中多发、易发重大差错的品种或品规等，可作为高警示药品目录修改的依据。
- 5.4.3.7 高警示药品摆放应相对集中并有明显警示标识，需与一般药品分开摆放。
- 5.4.3.8 高警示药品的废弃包装应按规定毁损或进行破坏性标记处理，统一收集后，交医院有关部门规定的，有资质的回收机构统一处理，并登记记录。

5.4.4 抗菌药物使用

- 5.4.4.1 医疗机构应建立完善并实施抗菌药物的管理制度和流程，以规范临床抗菌药物的使用。
- 5.4.4.2 医疗机构应建立完善并实施抗菌药物的使用分级管理制度以及特殊使用级抗菌药物的使用会诊制度。
- 5.4.4.3 医疗机构应建立完善抗菌药物预防性应用和治疗性应用的支持策略，策略应包括但不限于以下内容：抗菌药物使用适应证、抗菌药物品种选择、给药时机、疗程等，供临床科室便捷地获取。
- 5.4.4.4 医生在确定使用抗菌药物前，应对患者进行充分评估，明确需要使用抗菌药物，并选择恰当的药物，同时应记录在患者病历中。
- 5.4.4.5 在患者用药前，药师应对抗菌药物处方及医嘱进行合法性、规范性和适宜性审核。
- 5.4.4.6 医务人员应准确执行抗菌药物医嘱，给药应及时，并记录在患者病历中。
- 5.4.4.7 在患者用药后，应及时对患者病情进行评估，及时停药。

5.4.5 特殊药品使用

- 5.4.5.1 医疗机构应根据国家法律法规建立完善本院特殊药品使用管理制度并严格执行。
- 5.4.5.2 应遵循相关法律法规和临床应用指导原则，根据特殊药品的不同作用特点和适应证，选择合理的特殊药品对患者进行治疗。
- 5.4.5.3 在使用特殊药品时应严格执行双人核查制度，确保用药正确性。
- 5.4.5.4 对于毒麻药品和第一类精神药品应实行批号管理，开具的药品应能溯源到患者，在患者使用时应按相关管理要求进行登记。
- 5.4.5.5 医疗机构应建立完善特殊药品使用督查制度，对特殊药品的采购、保管、处方开具、调配、使用、销毁等各环节进行监管。

5.4.6 不良反应处置

- 5.4.6.1 医疗机构应监控可对患者产生不良影响的药品。
- 5.4.6.2 医疗机构应监控和记录患者对药品的不良反应。
- 5.4.6.3 根据监控结果，应在需要时及时调整药品的剂量或类型。
- 5.4.6.4 医疗机构应完善确定和处置药品不良反应的制度、方法及流程，以识别需记录在患者病历中和需报告给医院的药品不良反应。
- 5.4.6.5 当识别出患者药品不良反应时，应将其记录在患者病历中。
- 5.4.6.6 应在规定的时间范围内上报识别出的药品不良反应。
- 5.4.6.7 对于药品群体不良事件，医疗机构应及时响应，予以紧急处置并在规定的时间内上报。

5.5 患者护理

5.5.1 导管护理

- 5.5.1.1 医疗机构应建立完善并修订与导管相关的管理制度。
- 5.5.1.2 医疗机构应制定各导管临床技术操作规程。
- 5.5.1.3 医疗机构应制定患者转运过程中各类导管的处理原则及方法。
- 5.5.1.4 医疗机构应制定患者交接时导管交接标准流程。
- 5.5.1.5 医疗机构应对护理人员加强导管护理制度、操作规程、处理方法、交接流程等内容的培训。

5.5.2 分级护理

- 5.5.2.1 医疗机构应当按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，制定本机构分级护理制度。
- 5.5.2.2 原则上，护理级别分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理 4 个级别。
- 5.5.2.3 医护人员应当根据患者病情和（或）自理能力变化动态调整护理级别。
- 5.5.2.4 患者护理级别应当明确标识。

5.5.3 专科护理宣教

- 5.5.3.1 医疗机构应当向患者及家属提供关于安全、有效地服用所有药物，药物的潜在副作用，以及与非处方药和（或）食物之间的潜在相互作用的预防等教育。
- 5.5.3.2 医疗机构应向患者及家属提供关于安全、有效地使用医疗技术的教育。
- 5.5.3.3 医疗机构应向患者及家属提供关于适当饮食和营养的教育。
- 5.5.3.4 医疗机构应向患者及家属提供关于疼痛管理的教育。
- 5.5.3.5 医疗机构应向患者及家属提供关于康复方法和并发症预防的教育。

5.5.4 警示标识

- 5.5.4.1 医疗机构应根据特殊药物毒副作用制作药物警示标识。
- 5.5.4.2 医疗机构应根据管道风险程度制作不同颜色的彩色标识条。
- 5.5.4.3 医疗废物专用包装物、容器，应当有明显的警示标识和警示说明。
- 5.5.4.4 医疗废物专用包装物、容器的标准和警示标识，应按照国家环境保护总局制定的要求制定。
- 5.5.4.5 医疗废物的暂时贮存区域应有门禁管理并设置明显的警示标识。
- 5.5.4.6 消防设施器材要设置规范醒目的标识，用文字或图例标明操作使用方法，消防通道、安全出口和消防重点部位应当设置警示提示标识。

5.6 患者转归

5.6.1 转科评估

- 5.6.1.1 医疗机构应建立完善转科制度、流程，各临床科室应建立疾病收治标准，根据患者的健康状况和继续治疗的需求，安排患者转诊至某一能提供相关医疗服务的院内科室。

- 5.6.1.2 患者的主管医师或负责患者医疗服务的责任人发现患者患有其他专科疾病的可转科。
- 5.6.1.3 患者转科前，由主管医师/值班医师开具转科医嘱，写好转出记录，按照预定时间转科。
- 5.6.1.4 医疗机构需根据分级转运要求，配备具备相应资质的人员，负责转运过程中患者的监护或提供其他医疗服务。
- 5.6.1.5 患者转科时，转出与转入双方科室医护人员要对患者的病情、病历资料等进行交接，填写交接记录并签字。
- 5.6.1.6 患者转科后，转入科室的医师、护士应立即查看患者，评估病情，修订医疗护理计划，开具医嘱，书写转入记录。
- 5.6.1.7 转入记录由转入科室医师在患者转入后 24 小时内完成。

5.6.2 出院评估

- 5.6.2.1 各临床科室应制定相关的出院标准，判定患者是否可以出院，以确保患者安全。
- 5.6.2.2 医疗机构应当以书面形式确定有资格执行患者评估和再评估的人员及其职责。
- 5.6.2.3 只能由获得许可或资格认证以及适用法律法规允许的人员执行患者评估。
- 5.6.2.4 主管医师与责任护士根据患者的病情为患者提供出院健康指导，告知患者出院流程、复诊时间及预约流程；责任护士交代患者出院带药的使用方法及注意事项。
- 5.6.2.5 经评估病情不宜出院而患者或家属要求出院者，医师应报科主任或医务主管部门，并由患者或其家属在病历上签署“自动出院”并签名。

5.6.3 死亡讨论

- 5.6.3.1 医疗机构应建立健全死亡病历讨论制度，全面梳理死亡患者的诊疗过程，对死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论，总结和积累诊疗经验，不断提升诊疗服务水平。
- 5.6.3.2 死亡病例讨论原则上应当在患者死亡 1 周内完成。尸检病例在尸检报告出具后 1 周内须再次讨论。
- 5.6.3.3 死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由科主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。
- 5.6.3.4 死亡病例讨论应包括但不限于以下内容：分析疾病的诊断，分析病情发展、治疗措施、转归，死亡原因及影响因素，治疗过程中存在的问题和吸取的经验教训。
- 5.6.3.5 死亡病例讨论情况应当按照本机构统一制定的模板进行专册记录，由主持人审核并签字。死亡病例讨论结果应当记入患者病历。

5.7 质量安全监测与持续改进

5.7.1 质量安全监测

- 5.7.1.1 医疗机构应制定相关指标来监测医疗质量与安全。
- 5.7.1.2 质量安全监测包括对重返类指标的监测，如非计划再次入院、非计划二次手术等；包括手术并发症发生率、抗菌药物合理性评价、临床路径实施率、压力性损伤发生率、跌倒发生率、院内感染发生率等。
- 5.7.1.3 医疗机构应定期进行质量安全指标数据的统计、分析，并把数据转变为有用的信息以确定改进的机会。

5.7.2 患者满意度调查

- 5.7.2.1 医疗机构应建立完善患者满意度调查长效机制，开展患者满意度调查活动，征求意见和建议，有针对性地改进医疗服务。
- 5.7.2.2 医疗机构应指定部门专门负责患者满意度调查相关事项，配备专职或兼职工作人员，明确工作职责。
- 5.7.2.3 医疗机构应建立多种渠道定期收集院内、外对医院服务的意见和建议。
- 5.7.2.4 满意度调查方式：包括现场发放问卷、电话回访、召开患者座谈会、基于移动互联网的在线调查等。
- 5.7.2.5 满意度调查内容：包括医患关系、信息提供、服务流程、硬件环境和总体满意度等。
- 5.7.2.6 负责满意度调查工作的部门应定期对收集的意见、建议和社会评价活动结果进行统计分析，结果及时反馈给各科室，并进行院内通报，有持续改进措施并得到落实。

5.7.3 不良事件处理

- 5.7.3.1 医疗机构应建立健全不良事件上报制度，医护人员应主动上报住院不良事件。
- 5.7.3.2 不良事件发生科室和管理部門应对发生的不良事件进行分析和改进。
- 5.7.3.3 科室和管理部門应对高发频率的不良事件和警讯事件进行分析和改进。

参 考 文 献

- [1] 医疗质量安全核心制度要点，国家卫生健康委员会，国卫医发〔2018〕8号
- [2] 医疗机构病历管理规定（2013年版），国家卫生计生委，2013
- [3] 处方管理办法，中华人民共和国卫生部令第53号
- [4] 抗菌药物临床应用管理办法，中华人民共和国卫生部令第84号
- [5] 药品不良反应报告和监测管理办法，中华人民共和国卫生部令81号
- [6] 医疗机构处方审核规范，国卫办医发〔2018〕14号
- [7] 医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行），中华人民共和国卫生部令（第75号）
- [8] 医疗废物管理条例，中华人民共和国国务院令（第380号）
- [9] 医疗机构消防安全管理九项规定，国家卫生计生委，2015
- [10] 二级以上综合医院感染性疾病科工作制度和工作人员职责，卫办医发〔2004〕166号
- [11] 医疗废物专用包装物、容器标准和警示标识规定，环发〔2003〕188号
- [12] JCI. Joint Commission international accreditation standards for hospital. 2017
- [13] 医疗纠纷预防和处置条例，中华人民共和国国务院令 第701号