

关于开展重症医学等临床专科建设与管理评价工作的通知

赣卫医管字〔2013〕7号

各设区市卫生局、省直省管医疗机构：

2008年以来，我厅持续实施卫生服务能力建设工程，这一工程的开展，对于全面改善医疗卫生服务条件，提高全省临床诊疗技术水平发挥了重要作用。为深入实施卫生服务能力工程，加强临床专科尤其是薄弱专科的建设与管理，促进医院全面、协调、可持续发展，为人民群众提供更高水平的医疗卫生服务，结合新一轮医院评审工作，我厅决定开展重症医学、急诊、康复医学、病理、血液净化等5个专科的建设与管理评价工作，组织制定了相关评价标准（详见附件1-5），现印发给你们，并就有关事项通知如下，请认真贯彻执行。

一、充分认识加强临床专科建设的重要意义

临床专科建设与管理是医院内涵建设的灵魂，直接关系到医疗技术水平和服务品质，关系到人民群众的健康利益，是医疗卫生事业发展的重要标志。为此，我厅将有计划、有步骤、有重点地建设发展临床专科，结合全省卫生工作中心任务，先期选择重症医学科等5个专科加强建设与管理。各级卫生行政部门和医院要根据我厅的统一部署和要求，将这项工作列入重要议事日程，从本地、本单位的实际出发，从人民群众医疗保健的需求出发，落实相关临床专科建设与管理的具体政策和措施，明确领导责任，层层组织实施，层层抓好落实。

二、全面加强临床专科的软硬件建设

临床专科建设能否取得实效，关键在于规范建设与管理。各级卫生行政部门和医院要以开展此次临床专科建设与管理评价工作为契机，以提高医疗服务能力和医疗质量为目标，对照卫生部下发的重症医学等有关临床专科建设与管理指南以及我厅印发的评价标准，围绕房屋、设备、人才、技术、管理等能力建设要素，从人力、物力、财力上给予重点扶持，加强各临床专科的建设与管理，改善临床专科的基础条件，重视人才队伍建设，尤其要把高层次人才的培养、使用摆在突出位置上，逐步建立具备可持续发展能力的医疗技术队伍，不断提高临床专科诊疗水平。

三、及时做好临床专科建设的评价工作

按照分级管理、分级负责的原则，我厅负责全省临床专科建设与管理评价工作的组织管理，并委托江西省重症医学质量控制中心、急诊医学质量控制中心、康复医学质量控制中心、肾病学质量控制中心、病理质量控制中心及江西省医学会病理学分会，在2013年11月左右对全省三级医院相关临床专科的建设与管理工作进行联合督查，并将评价结果列为新一轮医院评审专科技术水平评价的内容，占评审周期内评审总分的10%。各设区市卫生局负责辖区内二级医院临床专科建设与管理的评价工作，建立监管档案，并及时将评价结果报我厅备案。

重症医学等专科建设与管理评价标准电子版请从省卫生厅网站下载。各地、各单位在工作过程中有何建议或问题，请及时联系我厅医管处或相关质量控制中心。

厅医管处：张文燕 陈明忠 联系电话：0791-86208996

省重症医学质控中心：钱克俭 联系电话：0791-88692533

省急诊医学质控中心：黄 亮 联系电话：0791-88693423

省康复医学质控中心：冯 珍 联系电话：0791-88692591

省病理质控中心：路名芝 联系电话：0791-86895640

省医学会病理学分会：梅金红 联系电话：0791-88692585

省肾病学质控中心：李 贇 联系电话：0791-86897561

2013年1月29日

附件下载：江西省血液净化室建设与管理评价标准.doc

附件下载：江西省二、三级综合医院急诊科建设与管理评价标准.doc

附件下载：江西省重症医学科建设与管理评价标准.doc

附件下载：江西省病理科建设与管理评价标准.doc

附件下载：江西省康复医学科建设与管理评价标准.doc

附件 1

江西省重症医学科建设与管理评价标准

| 一、组织管理（30 分） | | | | |
|------------------|--|-----|-----------------------|---|
| 项目 | 基本要求 | 标准分 | 考评方法 | 扣分标准 |
| 1.科室设置 (14 分) | 1.1 医院设有独立的重症医学科，并列为一级临床科室管理。 | | 查看医疗机构执业许可证及相关文件，现场检查 | 无独立设置的重症医学科不参加评分 |
| | 1.2 配备专职的科主任，三级医院科主任应具备副主任医师技术职称，二级医院科主任应具备高年资主治医师以上技术职称。 | 6 | 查相关文件 | 无专职科主任不得分，不符合任职要求扣 3 分 |
| | 1.3 医院根据临床实际需要，可设立专科重症监护室，原则上应由重症医学科统一管理。专科重症监护室的人员、条件、配备及设施等应按本标准执行，并接受重症医学科业务指导。 | 3 | 查相关文件，现场检查 | 专科重症监护室一个不达标扣 1 分 |
| | 1.4 三级医院 ICU 的床位数应符合医院功能任务和实际收治重症患者的需要，占医院病床总数的 2-8%，二级医院占医院病床总数的 2-5%，床位使用率以 75%为宜，至少保留 1 张空床以备应急使用，全年床位使用率超过 85%时必须扩大规模。 | 5 | 查相关文件、记录，现场检查 | 床位数每低于下限一个百分点扣 2 分；全年床位使用率超过 85%扣 1 分 |
| 2.人员配备 (10 分) | 2.1 医师配备能够满足临床工作需要，医师人数与床位数之比为 0.8:1 以上；三级医院重症医学科专科医师注册范围为重症医学科，二级医院重症医学科专科医师 60%以上注册范围为重症医学科。 | 3 | 查相关记录，现场抽查 | 专科医师人数不达标扣 3 分 |
| | 2.2 护士人数与床位数之比为 2.5~3:1 以上；科护士长具有中级以上专业技术职务任职资格，在重症护理领域工作 3 年以上，二级医院科护士长在三级综合医院 ICU 进修半年以上，具备一定管理能力。 | 3 | 查相关记录，现场抽查 | 护士人数不达标扣 2 分；科护士长资质不符合要求扣 1 分 |
| | 2.3 强化 ICU 医护人员的理论和技能培训，建立医务人员培训计划及措施。有针对性的危重病医学专业的“三基三严”训练计划、记录、考核和奖惩的制度及措施，并认真落实。 | 3 | 查阅资料和记录 | 无培训制度扣 1 分，落实不到位 1 项扣 0.5 分；1 名人员继续教育不达标扣 0.5 分 |

| | | | | |
|-----------------------|---|---|--------------|---|
| | 2.4 根据需要配备适当数量的医疗辅助人员,并配备具有相应资质的设备维修专业人员。 | 1 | 查看记录、现场查看 | 一项不达标扣 0.5 分 |
| 3.科室管理 (6分) | 3.1 行政管理组织落实,实行科主任负责制;管理有序,岗位职责明确,医疗质量管理、医疗服务管理、病区管理、病员管理、安全管理、探视管理等制度以及风险防范预案健全,落实到位。 | 3 | 查看文件、记录,现场查看 | 未实行科主任负责制扣 1 分;制度、预案不健全,缺 1 项扣 0.4 分;病区(病室、医护办公室、治疗室等)环境脏、乱、差,管理混乱扣 1 分 |
| | 3.2 实行目标管理责任制,有年度工作计划和总结,有指标、有考核、有奖惩。 | 2 | 查看文件、记录 | 未实行目标管理责任制不得分,总结、计划、指标、考核、奖惩缺一项扣 0.4 分 |
| | 3.3 至少每月有一次专科业务学习并有记录。 | 1 | 查看文件、记录 | 缺一次记录扣 0.4 分 |
| 二、设施与设备 (20 分) | | | | |
| 1.建筑布局 (9分) | 1.1 科室设置地点合理,位于方便患者转运、检查和治疗的区域,并宜接近手术室、医学影像学科、检验科和输血科(血库)等。 | 1 | 现场查看 | 一项不达标扣 0.5 分 |
| | 1.2 合理设置包括人员流动和物流在内的医疗流向,设置不同的进出通道;ICU 的整体布局分为放置病床的医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域,医务人员生活辅助用房等区域,明确区分清洁区、半清洁区、污染区,各区相对独立,洁净度相同的空间集中布置,减少彼此之间的互相干扰,有效控制交叉感染的发生。 | 2 | 现场查看 | 一项不达标扣 1 分 |
| | 1.3 ICU 的医疗区域建筑布局满足提供医护人员便利的观察条件和在必要时尽快接触病人的通道。 | 1 | 现场查看 | 不达标扣 1 分 |
| | 1.4 ICU 病房建筑装饰需遵循不产尘、不积尘、耐腐蚀、防潮防霉、防静电、容易清洁和符合防火要求的总原则。 | 1 | 现场查看 | 一项不达标扣 0.5 分 |
| | 1.5 ICU 具备良好的通风、采光条件,保证空气洁净(细菌含量监测 $\leq 200FU/M^3$);有条件的医院装配空气净化系统,设置可拆洗更换的过滤网,并定期清洗;运用空调换气通风的,室内每小时新风交换应大于 2 次;能独立控制室内温度和湿度, | 2 | 查看记录、现场查看 | 一项不达标扣 0.5 分 |

| | | | | |
|----------------|--|---|------|---------------------------|
| | 医疗区域内的温度应维持在(24±1.5)℃左右;每个单间的空调系统独立控制;设有净化病房。 | | | |
| | 1.6 床位布局规范,每床使用面积不少于15平方米,床间距大于1米;最少配备一个单间病房,使用面积不少于18平方米。 | 1 | 现场查看 | 每减少1平方米扣0.5分;缺少单间扣1分 |
| | 1.7 重症医学科设立高危病房或过渡病房,床位数不计入重症医学科床位总数,但由重症医学科统一管理。 | 1 | 现场查看 | 不达标扣1分 |
| 2.设备配置 (8分) | 2.1 每床配备完善的功能设备带或功能架,提供电、氧气、压缩空气和负压吸引、信息传送等功能支持;每床单元装配电源插座12个以上、氧气接口2个以上、压缩空气接口2个、负压吸引接口2个以上(每床单元装配满足临床需要的固定电源插座、氧气接口及压缩空气接口至少1个、负压吸引接口1个以上);医疗用电和生活照明用电线路分开;每个床位的电源为独立的反馈电路供应;配备不间断电力系统(UPS)和漏电保护装置;每个电路插座在主面板上有独立的电路短路器。 | 2 | 现场查看 | 功能架不完善每项扣0.5分;每少一项设施扣0.5分 |
| | 2.2 每床单元须配备床旁监测系统,能进行心电、血压、脉搏、血氧饱和度、有创压力监测等基本生命体征监测;每个病房至少配备便携式转运监护仪1台。 | 1 | 现场查看 | 一项不达标扣0.5分 |
| | 2.3 每床至少配备1台带有呼吸功能监测的可进行多种模式调节的呼吸机;每床至少配备1台简易呼吸器;每个ICU必须配备便携式转运呼吸机1台。 | 1 | 现场查看 | 每少1台呼吸机扣0.5分 |
| | 2.4 每床配备微量注射泵2台(道)以上;可适当配备一定数量的肠内营养输注泵。 | 1 | 现场查看 | 每少1台扣0.5分 |
| | 2.5 配备有心电图机、血气分析仪、除颤仪、心肺复苏抢救装备车(车上须备有喉镜、气管导管、急救药品及其他抢救用具等)、纤维支气管镜、升降温设备等。 | 1 | 现场查看 | 每缺1种配备扣0.5分 |
| | 2.6 配备床边血液净化装置、血流动力学与氧代谢监测设备等。 | 1 | 现场查看 | 缺一项扣0.5分 |
| | 2.7 院内相关科室随时为病房提供床旁B超、X线摄片等影像学以及生化和细菌学等实验室检查。 | 1 | 现场查看 | 缺一项扣0.5分 |
| | 3.1 仪器和设备保持随时启用状态,定期进行质量控制,由专人负责维护和消毒, | 1 | 查看记录 | 不处于启用状态扣1分 |

| | | | | |
|----------------------|--|---|----------------|--|
| 3.设备管理 (3分) | 抢救物品有固定的存放地点。 | | | 无专人负责扣0.5分 |
| | 3.2 高风险生命支持仪器设备均有操作指南和使用管理规范；医务人员能熟练掌握各项仪器操作，所有护士熟悉呼吸机等常见报警原因；有使用、定期维修记录，并有专人管理。 | 1 | 查看记录，现场抽查 | 一项不达标扣0.5分 |
| | 3.3 建立仪器设备使用应急预案，如：电源、气源故障应急预案、仪器设备故障应急预案；备用抢救设备齐全，定期检查保证功能完好状态；建立健全医疗器械临床使用不良事件报告制度。 | 1 | 查看记录，现场查看 | 缺一项扣0.4分 |
| 三、医疗技术水平（20分） | | | | |
| 1.医师 (13分) | 1.1 医师需经省级以上专业理论及技能培训并考核合格（省质控中心培训或国家5C培训）。 | 3 | 查证书 | 每缺1人扣1分 |
| | 1.2 掌握重症患者重要器官、系统功能监测和支持以及疾病危重程度评估方法的理论与技能，具备对下列疾病进行诊治的能力：复苏、休克、呼吸功能衰竭、心功能不全、严重心律失常、急性肾功能不全、中枢神经功能障碍、严重肝功能障碍、胃肠功能障碍与消化道出血、严重内分泌与代谢紊乱、水电解质与酸碱平衡紊乱、肠内与肠外营养支持、镇静与镇痛、严重感染、多器官功能障碍综合征、免疫功能紊乱。 | 2 | 随机抽取2名医师考试 | 一人一项不合格扣0.2分 |
| | 1.3 除掌握临床科室常用诊疗技术外，具备独立完成下列基本监测与支持技术的能力：人工气道建立与管理、机械通气技术、深静脉及动脉置管技术、血流动力学监测技术、持续血液净化、纤维支气管镜技术 | 2 | 随机抽取2名医师进行测试 | 一人一项不合格扣0.2分 |
| | 1.4 制定并落实临床治疗规范：具有感染性休克、ARDS机械通气、急性肾衰竭、严重创伤、肠内外营养支持、心肺脑复苏以及重大手术后处理等临床治疗规范，并有效落实。 | 2 | 听取汇报，检查材料，抽查病历 | 缺一项扣0.5分 |
| | 1.5 积极研究、开展和引进新项目 | 2 | 查阅近5年内获奖证书原件 | 省级一等奖，1项得2分，省级二等奖1项得1.5分，省级三等奖或市级一等奖1项得1分。 |

| | | | | |
|---------------------|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | 1.6 能开展与重点专科发展相适应的临床研究 | 2 | 查阅近5年内课题证书原件 | 主持在研国家级课题每1项得2分；主持在研省部级课题每1项得0.5分。 |
| 2.护士 (7分) | 2.1 取得护士执照,在临床护理岗位工作2年以上,经过3-6个月ICU专科培训。熟练掌握重症护理基本理论和技能,科室具有分层次培训计划及考核。 | 3 | 检查记录及证书 | 一人不合格扣0.5分 |
| | 2.2 掌握重症监护的专业技术:输液泵的临床应用和护理,外科各类导管的护理,给氧治疗、气道管理和人工呼吸机监护技术,循环系统血液动力学监测,心电监测及除颤技术,血液净化技术,水、电解质及酸碱平衡监测技术,胸部物理治疗技术,重症患者营养支持技术,危重症患者抢救配合技术等。 | 2 | 随机抽考2人(笔试或口试) | 一人一项不合格扣0.2分 |
| | 2.3 具备以下业务能力:各系统疾病重症患者的护理、重症医学科的医院感染预防与控制、重症患者的疼痛管理、重症患者的心理护理等。 | 2 | 随机抽查2人 | 一人一项不合格扣0.2分 |
| 四、医疗质量 (30分) | | | | |
| 1.质量管理 (16分) | 1.1 坚持合理诊疗,认真落实合理检查、合理用药、合理收费、合理输血有关要求。 | 3 | 抽查20份病历,查看检查项目、药物使用、收费、临床输血是否合理。 | 一项不合理扣1分 |
| | 1.2 准确把握重症医学科收治范围和转出指征;对入住重症医学科的患者进行疾病严重程度评估,为评价重症医学科资源利用的适宜性与诊疗质量提供依据。 | 3 | 抽查20份病历(查看一个月内病历,核查再次转入率) | 一项收治、转出不合理扣1分;一次24小时内再转入ICU扣1分 |
| | 1.3 专业技术水平符合要求,对病人治疗处置得当。 | 2 | 抽查5份病历 | 每份病历诊断治疗处置不当扣0.5分/处。 |
| | 1.4 认真落实核心制度和岗位职责,规范全程管理,首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等核心制度执行到位。 | 2 | 查看病历、记录等 | 有一项执行不到位扣0.5分 |
| | 1.5 病历记录符合《病历书写规范》要求;甲级病案率大于90%。 | 2 | 查看病历记录等 | 甲级病案率小于90%,每降1%,扣0.5分;有丙级病历不得分。 |
| | 1.6 规范侵入性操作管理,完成侵入性操作后及时完整书写,有操作者亲笔签名。 | 2 | 查看资料,抽查病历 | 缺一项扣1分 |

| | | | | |
|----------------|---|---|--------------------------|---|
| | 1.7 认真执行护理操作规范；熟悉并准确评估病情，护理措施得当。 | 2 | 现场检查，抽查 2 个病人 | 一个病人病情不清楚扣 1 分，缺一项扣 0.5 分 |
| 2.质量改进 (6分) | 2.1 科主任全面负责科室医疗质量管理工作，科室有质量管理小组，定期活动；参加市、省级医疗质量控制工作，运行状态良好。 | 2 | 查看文件资料、记录 | 质控组织不健全扣 1 分，无定期活动扣 0.6 分；未按要求参加质控工作扣 1 分 |
| | 2.2 对 ICU 医师、护士实行高危技术操作授权许可制度，并定期进行质量评价。 | 2 | 查阅资料和记录 | 无授权制度不得分，未定期评价扣 0.5 分 |
| | 2.3 建有医疗不良事件报告制度；管理监督机制完善，有检查、改进系统的案例。无二级且负主要责任以上医疗事故。 | 2 | 查阅资料和记录 | 无制度不得分，无检查改进系统案例扣 1 分；2 年内有 1 例重大医疗事故不得分 |
| 3.感染管理 (8分) | 1.1 建立并完善感染控制的制度，开展 ICU 院内感染率筛查、落实防控措施。 | 2 | 检查制度落实情况 | 每缺一项扣 1 分 |
| | 1.2 开展感染控制的主动监测，对呼吸机相关性肺炎、血管内导管源性血行感染、留置导尿管所致医院感染实行监控和记录。 | 3 | 现场检查记录 | 每缺一项扣 1 分，记录不全扣 1 分 |
| | 1.3 配备非接触性洗手设施，单间每床 1 套，开放式病床至少每 2 床 1 套，或手部消毒装置每床 1 套。 | 1 | 现场检查 | 一项不合格扣 0.5 分 |
| | 1.4 建立器械消毒制度，落实器械的消毒措施。 | 1 | 查看器械消毒（特别是呼吸机管路）的制度与落实情况 | 一项不合格扣 0.5 分 |
| | 1.5 MDR 患者的标识明确，隔离措施严格。 | 1 | 现场随机抽查 2 例患者，核对各项要求落实情况 | 一项不合格扣 0.5 分 |

注：本标准适用于二、三级综合医院，儿童医院、妇幼保健院、肿瘤医院、传染病医院参照执行。

附件 2

江西省二级综合医院急诊科建设与管理评价标准

| 一、组织建制（5分） | | | | |
|---------------------|--|-----|---------|------------------------|
| 项目 | 基本要求 | 标准分 | 考评方法 | 扣分标准 |
| 1. 领导体制 (1分) | 1.1 有专职科主任，科主任为高年资主治医师及以上职称。 | 1 | 查文件、证书 | 一项不符合要求扣 0.5 分 |
| 2. 组织建制 (4分) | 2.1 急诊专科医师占急诊工作医师总数的 75%以上。 | 1 | 查证书、排班表 | 每低 5%扣 0.5 分 |
| | 2.2 接诊主诊医生有三年以上临床工作经验，相对稳定，每年轮转一次。 | 2 | 查相关印证材料 | 抽查 4 人，一人不符合要求扣 0.5 分。 |
| | 2.3 危重病人抢救主持人为主治医师以上资质。 | 1 | 查抢救记录 | 发现一份不符合要求扣 0.5 分 |
| 二、布局与设置（55分） | | | | |
| 1. 部门设置与功能 (14分) | 1.1 设置预检分诊、急诊挂号、收费、药房、抢救室、清创室、治疗室、输液室、急诊诊室、观察室、急诊病房、急诊监护病房；急诊检验；摄片、超声服务、警务保安室。 | 12 | 实地查看 | 每少一个配置或功能扣 1 分 |
| | 1.2 急诊标识和各部门标识醒目，有指引。 | 1 | 实地查看 | 一处不符合要求扣 0.2 分 |
| | 1.3 急诊为独立区域，急救车道通畅，功能布局合理，便民。 | 1 | 实地查看 | 一项不合格扣 0.5 分 |

| | | | | |
|-------------------|------------------------------------|-----|--------------------|--------------------------------|
| 2. 预检分诊 (3分) | 2.1 急诊病人就诊台账记录及时、准确、完整。 | 1 | 查急诊就诊台帐 | 一项做不到扣 0.25 分 |
| | 2.2 进行必要的病情评估。 | 1 | 查预检分诊工作流程,询问分诊岗位人员 | 发现一次执行不好扣 0.2 分 |
| | 2.3 特殊情况应及时报告护士长、科主任、医务处,并通知相关科室。 | 0.5 | 查预检分诊工作流程,询问分诊岗位人员 | 执行不好酌情扣分。 |
| | 2.4 分诊工作应由在急诊工作三年以上,具有临床经验的护士担任。 | 0.5 | 护理部提供证明材料 | 达不到要求扣 0.5 分 |
| 3. 床位设置 (12分) | 3.1 抢救单元(个)≥2个。 | 2 | 实地查看 | 少一个单元扣 1 分 |
| | 3.2 急诊观察室床位 ≥ 住院总床位数的 2%。 | 3 | 实地查看 | 少一张床扣 0.5 分 |
| | 3.3 急诊病房床位≥5张。 | 2 | 实地查看 | 少一张床扣 0.5 分 |
| | 3.4 急诊区域每班在岗急诊医师(监护病房除外)≥2名。 | 3 | 查排班表 | 缺一名医师扣 1.5 分 |
| | 3.5 急诊监护病房床位≥编制床位数的 1%。 | 2 | 实地查看 | 少一张床位扣 1 分 |
| 4. 抢救室配置 (13分) | 4.1 抢救床净使用面积≥12 m ² /床。 | 0.5 | 实地查看 | <1 m ² /抢救单元扣 0.1 分 |

| | | | | |
|----------------------|--|-----|------------|--|
| | 4.2 抢救室设备：监护仪/床=1:1；除颤起搏仪 1 台；输液泵/床=1:1；，气管插管盆 2 套。心电图机 1 台，抢救车 1 台，心肺复苏仪 1 台、简易呼吸器套数 1 套/床，吸引器 1 个 / 抢救单元，有吸氧设备。洗胃机（在洗胃室）≥2 台。床边快速检测设备 1 台。 | 10 | 实地查看 | 每少一台件扣 1 分 |
| | 4.3 其他需符合急诊抢救的基本要求，如抢救器具、药品、环境等。 | 2 | 实地查看 | 一项不符合要求扣 0.5 分 |
| | 4.4 呼吸机≥1 台 | 0.5 | 实地查看 | 缺一台扣 0.5 分 |
| 5.监护病房配置 (13 分) | 5.1 监护室面积≥15 m ² /监护单元，床间距≥1.5m。 | 1 | 实地查看 | <1 m ² /抢救单元或<0.1m 床间距扣 0.1 分 |
| | 5.2 医护人员配置标准：按床位:医师比 1:0.8，护士:床位≥2 编制配备。 | 2 | 查人事科编制，排班表 | 一项不符合扣 1 分 |
| | 5.3 采用多功能病床，配备防褥疮床垫；监护仪/床=1:1；呼吸机/床=1:2；除颤起搏仪 1 台；输液泵/床=1:1；气管插管盆 1 套。抢救车 1 台，简易呼吸器套数=1 套/床，吸引器 1 个 / 床，有供氧设备、有血液灌流或其他血液净化设备。 | 8 | 实地查看 | 一项不符合要求扣 0.5 分 |
| | 5.4 其他需符合监护病房感控的基本要求，如消毒设施、洗手池、环境布局合理，符合功能流程（人流、物流）等。 | 2 | 实地查看 | 一项不符合要求扣 0.5 分 |
| 三、技术与技能（16 分） | | | | |

| | | | | |
|--------------------------|---|----------|--|---|
| <p>1.急诊辅诊结果分析能力(4分)</p> | <p>1.1 急诊医生能规范、准确分析各种医技检查结果： (1) 血、尿、粪三大常规(2) 电解质、血糖、肝肾功能、血气分析(3) 血、尿淀粉酶(4) 凝血功能检测(5) 心肌酶谱、肌钙蛋白(6) 血浆 D-二聚体(7) 血乳酸(8) 胆碱脂酶(9) 脑钠肽(10) 脑脊液常规生化测定(11) 胸部平片(12) 腹部平片(13) ECG(14) 外伤性骨平片(15) 头颅 CT(16) 胸、腹 CT</p> | <p>4</p> | <p>随机抽考医生 2 人(每名分析不少于 2 项)</p> | <p>一项分析错误扣 1 分 一项分析不全扣 0.5 分</p> |
| <p>2.急诊急救操作技能(6分)</p> | <p>2.1 医、护人员能规范与熟练操作： (1) 初级和高级生命支持(含电复律、除颤)(2) 气管插管、机械通气(3) 体外临时起搏(4) 深静脉置管(5) 导尿术(6) 胸腔穿刺抽气、抽液；腹腔穿刺术(7) 留置胃管、胃肠减压；洗胃术(8) 止血、包扎、固定及搬运技术(9) 亚低温治疗(10) 床边即时检验(POCT)</p> | <p>6</p> | <p>抽查病历或随机抽考医师、护士各 2 人(每人操作 1-2 项)，模拟或实际操作</p> | <p>一项做不到扣 1 分 一项不熟练扣 0.5 分</p> |
| <p>3.常见急症及危重病的诊治(6分)</p> | <p>3.1 具有下列症征与疾病的诊治能力： (1) 昏迷(2) 晕厥(3) 胸痛(4) 急性呼吸困难(5) 急性心力衰竭(6) 休克(7) 严重心律失常(8) 急性呼吸衰竭(9) 大咯血(10) 脑卒中(11) 癫痫持续状态(12) 严重创伤初期救治(13) 上消化道大出血(14) 急性肾功能衰竭(15) 睾丸扭转(16) 急性中毒(17) 中暑(18) 电击伤(19) 淹溺(20) 各类危象(21) 急腹症的诊治(22) 脓毒症</p> | <p>6</p> | <p>抽查病历或随机抽查医师 2 人(每人抽查 2-3 项)</p> | <p>一项诊治原则错误扣 1 分 一项诊治原则不全扣 0.5 分</p> |

| 四、管理与培训 （16分） | | | | |
|----------------------|---|---|-------------|--------------------|
| 1.管理制度、工作职责健全规范（14分） | 1.1 医院医疗质量管理职能部门对急诊医疗质量全程监管与考核，有记录。 | 1 | 查制度、查文件、查记录 | 资料不全扣 0.5 分 |
| | 1.2 结合本院实际，制定急诊各项工作制度，并落实到位。 | 1 | | 制度不全扣 0.5 分 |
| | 1.3 有各级各类人员岗位职责。 | 1 | | 职责不全扣 0.5 分 |
| | 1.4 制定常见急危重症急救流程。 | 1 | | 流程不全扣 0.5 分 |
| | 1.5 交接班要求：写好交班记录，急诊病人坚持床旁交接班，医护人员要交接病情和治疗情况，护士同时要交接特殊护理及详查有关护理记录。尚未处理完的病员向接班医师交待清楚。 | 1 | 查交班本 | 一项执行不好扣 0.2 分，扣完为止 |

| | | | | |
|-----------------------|--|---|--------|--|
| | <p>1.6 病历书写规范</p> <p>(1) 急诊病历书写要简明扼要，重点突出，及时、准确，字迹清楚。</p> <p>记录①就诊时间、②主诉、现病史③既往史（过敏史）、④体检、⑤辅检、⑥诊断、处理⑦签署全名；</p> <p>(2) 体格检查部位全面仔细、重点突出，并及时记录。</p> <p>(3) 对危重抢救病人记录及时、准确、清楚、扼要、完整，必须记录患者体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、诊断和抢救措施等。注明诊治执行时间并签全名。抢救无效的死亡病例，要记录抢救经过，参加抢救人员姓名、职称或职务，死亡日期及时间，死亡诊断等。</p> <p>(4) 急诊室死亡病历归档病案室。</p> <p>(5) 留观病历记录：按照统一规定格式书写，病情变化时随时记录。</p> <p>(6) 留观病历留存。</p> | 7 | 查病历 | 住院病历甲级率达标，少一份甲级扣0.5分；发现一份丙级扣1分；诊室和观察室病历一份不合格扣0.2分；抢救病历或记录有一份不合格扣0.5分 |
| | 1.7 部门或全科每月组织一次业务学习，有考核；每年派人参加省级专科培训一次以上。 | 2 | 查制度和记录 | 有一月未组织学习考核扣0.1分 未参加省级专科培训扣1分 |
| 2.等级医疗事故 (2分) | 2.1 无医疗事故和严重差错。 | 2 | 提供证明材料 | 有一例严重差错扣0.5分 有一例医疗事故不得分 |
| 五、应急与绿色通道 (8分) | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|-----|--------------------------|----------------------------------|
| 1.急诊绿色通道 (5分) | 1.1 对急危重患者提供快速、有效、安全的急诊急救诊疗服务，有具体措施和制度，并落实到位。 | 1 | 查制度、查护理记录、查病历、抢救记录。实地模拟。 | 执行不好扣 0.1 分 |
| | 1.2 先抢救，再补办相关手续。 | 0.5 | | 执行不好扣 0.1 分 |
| | 1.3 工作人员全程（迎接、院内院外转运）看护。 | 1 | | 执行不好扣 0.1 分 |
| | 1.4 抢救主持人即刻到位，全权负责入院前诊疗、收治科别确定。有保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊的相关制度，其他科室接到急诊科会诊申请后，在 10 分钟到位进行急诊会诊。 | 1 | | 一项不符合要求扣 0.5 分。专科会诊>10 分钟扣 0.2 分 |
| | 1.5 相关部门优先提供便捷服务。 | 0.5 | | 执行不好扣 0.1 分 |
| | 1.6 危重病人病情需入院救治或需紧急手术干预，时间上无延误。 | 1 | | 执行不好扣 0.1 分 |
| 2.突发事件应急能力 (3分) | 2.1 有突发事件处理预案及演练。 | 1 | 查文件、记录 | 无预案扣 0.5 分,未演练扣 0.5 分 |
| | 2.2 备班工作人员通讯通畅，呼叫后半小时到位。 | 1 | 模拟 | >30 分钟不得分 |
| | 2.3 有接诊群体伤所需器材库存。 | 1 | 查看 | 帐物不符扣 0.5 分 |

江西省三级综合医院急诊科建设与管理评价标准

| 一、组织建制 (10分) | | | | |
|-----------------|--|-----|------------|-----------------------|
| 项目 | 基本要求 | 标准分 | 考评方法 | 扣分标准 |
| 1.领导体制 (2分) | 1.1 有分管院长、落实科室任期目标责任制，有检查措施。 | 1 | 听汇报、查文件 | 缺一项扣 0.5 分 |
| | 1.2 有专教科主任，科主任具备副主任医师及以上职称。 | 1 | 查证书 | 一项不符合要求扣 0.5 分 |
| 2. 组织建制 (8分) | 2.1 有稳定的专业技术人员队伍，急诊专科固定医师/护士均占在急诊工作医师/护士总数的 75%以上。 | 2 | 查人事科编制，排班表 | 一项不符合要求扣 1 分 |
| | 2.2 医护人员结构合理，护士：医师≥2.5:1。住院总床位大于 500 张小于 800 张的医院，每班在岗负责接诊工作的急诊医师≥4 名；住院总床位大于 800 张的医院，每班在岗负责接诊工作的急诊医师≥5 名（EICU 人员除外）。 | 3 | 查人事科编制，排班表 | 缺一名医师扣 0.5 分 |
| | 2.3 急诊值班医师/护士均为注册执业医师/护士，三年以下临床工作经验医护人员不能单独值班。 | 2 | 查证书，排班表 | 抽查 5 人，一人不符合要求扣 0.5 分 |
| | 2.4 危重病人抢救主持人为高年资主治医师及以上资质。 | 1 | 查抢救记录 | 不符合要求扣 1 分 |
| 二、布局与设置 (50分) | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|-----|--------------------|-----------------|
| 1.部门设置与功能 (12分) | 1.1 设置预检分诊；急诊挂号、收费、药房；抢救室、洗胃室、清创室；治疗、输液室；内科、外科、儿科诊室；观察室；急诊病房；EICU；急诊手术室；警务保安室；妇科、五官科、口腔科等有急诊快捷通道；急诊检验、摄片、超声；急诊CT、DSA服务；床边摄片服务。 | 10 | 实地查看 | 每少一个配置或功能扣0.5分， |
| | 1.2 急诊标识和各部门标识醒目，有指引。 | 1 | 实地查看 | 有一处不符合要求扣0.5分 |
| | 1.3 急诊为独立区域，功能布局合理，急救车道通畅。 | 1 | 实地查看 | 一项不合格扣0.5分 |
| 2. 预检分诊 (2分) | 2.1 有24小时的专职预检分诊护士，分诊工作应由具有临床经验的护士担任。 | 0.5 | 护理部提供证明材料 | 达不到要求扣0.5分 |
| | 2.2 预检分诊处备有血压计、体温表等器械。 | 0.5 | 查预检分诊台，询问分诊岗位人员 | 缺一项扣0.2分 |
| | 2.3 有明确的预检分诊工作流程。 | 0.5 | 查预检分诊工作流程，询问分诊岗位人员 | 执行不好扣0.5分 |
| | 2.4 急诊病人就诊台账记录及时、准确、完整，进行必要的病情评估。 | 0.5 | 查急诊就诊台帐 | 一项做不到扣0.2分 |
| 3. 床位设置 (8分) | 3.1 抢救单元（个）≥住院总床位数的0.5%。 | 2 | 实地查看 | 少一个单元扣0.5分 |
| | 3.2 急诊观察室床位≥住院总床位数的2%。 | 2 | 实地查看 | 少一张床扣0.2分 |
| | 3.3 急诊病房床位≥20。 | 2 | 实地查看 | 少一张床扣0.5分 |

| | | | | |
|---------------------|--|----|------------|--------------------------------|
| | 3.4 EICU（与急诊科一体化管理）床位≥住院总床位数的 0.5%。 | 2 | 实地查看 | 少一张床位扣 0.5 分 |
| 4.抢救室配置 (15 分) | 4.1 抢救床净使用面积≥12 m ² /床。 | 2 | 实地查看 | <1 m ² /抢救单元扣 0.2 分 |
| | 4.2 抢救室设备：监护仪 1 台/床；除颤起搏仪≥1 台；输液泵 1 台/床；微量泵 ≥1 台/床；气管插管箱≥2 套。心电图机 1 台，抢救车 1 台，简易呼吸器 1 套/抢救单元，吸引器 1 个 / 抢救单元，有吸氧设备，呼吸机（至少具有 CMV、SIMV、PSV、PEEP 等模式功能）≥2 台，便携式监护仪≥1 台。洗胃机（在洗胃室）≥2 台。心肺复苏机 1 台。血气分析仪 1 台、快速床边检测相关检验设备 1 台。亚低温治疗仪并配备监测设备≥1 台。 | 12 | 实地查看 | 每少一样扣 0.5 分 |
| | 4.3 其他需符合急诊抢救的基本要求如抢救器具、药品、环境等。 | 1 | 实地查看 | 缺少一样扣 0.2 分 |
| 5.EICU 配置 (13 分) | 5.1 EICU 医护人员配置标准：按床位：医师比 1：0.8，护士：床位≥2 编制配备，至少≥3 名医生相对固定在 EICU6 个月以上，有具有副高以上职称的专职医师负责，有具有主管护师以上职称的专职护士长。 | 2 | 查人事科编制，排班表 | 一项不符合扣 0.4 分 |
| | 5.2 EICU 设备：监护仪 1 台/床；呼吸机（至少具有 CMV、SIMV、PSV、PEEP 等模式功能）1 台/2 张床，除颤起搏仪≥1 台；输液泵 1 台/床；微量泵≥3 台/床；气管插管箱≥2 套。纤维支气管镜 1 台，心电图机 1 台，抢救车 1 台，简易呼吸器 1 套/床，吸引器 1 个/床。血液净化仪 1 台，亚低温治疗仪并配备监测设备 1 台，肠内营养泵≥3 台。 | 10 | 实地查看 | 每少一台件扣 1 分 |

| | | | | |
|----------------------|---|---|------------|--------------|
| | 5.3 其他需符合监护病房感控的基本要求，如消毒设施、洗手池、环境布局合理，符合功能流程（人流、物流）等。 | 1 | 实地查看 | 一项不符合扣 0.2 分 |
| 三、技术与技能（15 分） | | | | |
| 1. 急诊监测技术 (5 分) | 1、体温、呼吸、血压、心电；2、氧饱和度；3、血气、呼气末 PaCO ₂ ；4、中心静脉压；5、有创动脉压；6、出凝血指标；7、血糖；8、乳酸；9、电解质；10、肝肾功能；11、感染监测项目（PCT、CRP）；12、心肌损伤标志物（CK、CK-MB、肌钙蛋白）；13 床边 B 超；14、床旁 X 线 | 5 | 查护理记录及技术病例 | 一项未开展扣 0.5 分 |
| 2. 急诊诊疗技术 (5 分) | 1. 心肺脑复苏术；2、面罩氧疗术、3、气管插管/气管切开术；4、机械通气术；5、深静脉置管术；6、胸腔闭式引流术；7、腹腔冲洗引流术；8、胃肠减压术；9 肠内营养术；10、肠外营养术；11、床旁血液净化术；12、静脉溶栓术；13、镇痛镇静术；14、亚低温术；15、临时心脏起搏术；16、电复律除颤术。 | 5 | 查技术病例 | 一项未开展扣 0.5 分 |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------|--|--------------------|
| <p>3.急诊急救技能 (5分)</p> | <p>1.1 急诊医生能规范、准确分析各种医技检查结果： (1) 血、尿、粪三大常规 (2) 电解质、血糖、肝肾功能、血气分析 (3) 血、尿淀粉酶 (4) 凝血功能检测 (5) 心肌酶谱、肌钙蛋白 (6) 血浆 D-二聚体 (7) 血乳酸 (8) 胆碱脂酶 (9) 脑钠肽 (10) 脑脊液常规生化测定 (11) 胸部平片 (12) 腹部平片 (13) ECG (14) 外伤性骨平片 (15) 头颅 CT (16) 胸、腹 CT</p> <p>1.2 医、护人员急救技能水平 (1) 初级和高级生命支持 (含电复律、除颤) (2) 气管插管、机械通气 (3) 体外临时起搏 (4) 深静脉置管 (5) 导尿术 (6) 胸腔穿刺抽气、抽液；腹腔穿刺术 (7) 留置胃管、胃肠减压；洗胃术 (8) 止血、包扎、固定及搬运技术 (9) 亚低温治疗 (10) 床边即时检验 (POCT) (11) 急诊溶栓技术。</p> | <p>5</p> | <p>随机抽考医师护士各 2 人(每人抽考 1 项)，笔试、模拟或实际操作。</p> | <p>取平均分</p> |
| <p>四、管理与培训 (15 分)</p> | | | | |
| <p>1.管理制度、工作职责健全规范 (12 分)</p> | <p>1.1 医院医疗质量管理职能部门对急诊医疗质量进行全程监管与考核，有记录。</p> | <p>1</p> | <p>查制度、查文件、查记录</p> | <p>资料不全扣 0.2 分</p> |
| <p>1.2 结合本院实际，制定急诊各项工作制度，并落实到位。</p> | <p>1</p> | <p>制度不全扣 0.2 分</p> | | |
| <p>1.3 有各级各类人员岗位职责。</p> | <p>1</p> | <p>职责不全扣 0.2 分</p> | | |
| <p>1.4 制定常见急危重症急救流程。</p> | <p>1</p> | <p>流程不全扣 0.2 分</p> | | |

| | | | | |
|--|--|---|------------|--|
| | <p>1.5 交接班要求：写好交班记录，急诊病人坚持床旁交接班，医护人员要交接病情和治疗情况，护士同时要交接特殊护理及详查有关护理记录。尚未处理完的病员向接班医师交待清楚。</p> | 1 | 查交班本 | 一项执行不好扣 0.2 分 |
| | <p>1.6 病历书写规范</p> <p>(1) 急诊病历书写要简明扼要，重点突出，及时、准确，字迹清楚。记录①就诊时间、②主诉、现病史③既往史（过敏史）、④体检、⑤辅检、⑥诊断、处理⑦签署全名；</p> <p>(2) 体格检查部位全面仔细、重点突出，并及时记录。</p> <p>(3) 对危重抢救病人，记录及时、准确、清楚、扼要、完整，必须记录患者体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、诊断和抢救措施等。注明诊治执行时间并签全名。抢救无效的死亡病例，要记录抢救经过，参加抢救人员姓名、职称或职务，死亡日期及时间，死亡诊断等。</p> <p>(4) 急诊室死亡病历归档病案室。</p> <p>(5) 留观病历记录：按照统一规定格式书写，每日病程记录至少一次，病情变化时随时记录。</p> <p>(6) 留观病历留存。</p> | 5 | 查病历 | 住院病历甲级率达标，少一份甲级扣 0.5 分；发现一份丙级扣 1 分；诊室和观察室病历一份不合格扣 0.2 分；抢救病历或记录有一份不合格扣 0.3 分 |
| | <p>1.7 每年参加省级及以上专业培训。部门或科室每月组织一次业务学习，有考核。</p> | 2 | 查培训证和学习记录本 | 缺一项扣 1 分 |

| | | | | |
|------------------------|--|---|--------------------------|---------------------------|
| 2.等级医疗事故 (3分) | 2.1 无医疗事故和严重差错。 | 3 | 提供证明材料 | 有一例严重差错扣2分 有一例医疗事故不得分 |
| 五、应急与绿色通道 (10分) | | | | |
| 1.急诊绿色通道 (7分) | 1.1 对急危重患者提供快速、有效、安全的急诊急救诊疗服务,有具体措施和制度,并落实到位。 | 1 | 查制度、查护理记录、查病历、抢救记录。实地模拟。 | 执行不好扣0.5分 |
| | 1.2 先抢救,再补办相关手续。 | 1 | | 执行不好扣0.5分 |
| | 1.3 工作人员全程(迎接、院内院外转运)看护。 | 1 | | 执行不好扣0.5分 |
| | 1.4 抢救主持人即刻到位,全权负责入院前诊疗、收治科别确定。有保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊的相关制度,其他科室接到急诊科会诊申请后,应当在10分钟到位进行急诊会诊。 | 2 | | 一项不符合要求扣1分。专科会诊>10分钟到位扣1分 |
| | 1.5 相关部门优先提供便捷服务。 | 1 | | 执行不好扣1分 |
| | 1.6 危重病人病情需入院救治或需紧急手术干预,时间上无延误。 | 1 | | 执行不好扣1分 |
| 2.突发事件应急能力 (3分) | 2.1 有突发事件处理预案及演练。 | 1 | 查文件、查记录 | 无预案扣1分,未演练扣0.5分 |
| | 2.2 各班工作人员通讯通畅,呼叫后半小时内到位。 | 1 | 模拟 | >30'不得分 |
| | 2.3 有接诊群体伤所需器材库存。 | 1 | 查看 | 帐物不符扣0.5分 |

注:传染病院、儿童医院、胸科医院可参照执行本标准。

附件 3

江西省康复医学科建设与管理评价标准

| 一、组织管理（35 分） | | | | |
|------------------|---|-----|-----------------------|---|
| 项目 | 基本要求 | 标准分 | 考评方法 | 扣分标准 |
| 1.科室设置 (6 分) | 1.1 设立独立的康复医学科，并列为一级临床科室。 | | 查看医疗机构执业许可证及相关文件，现场检查 | 未独立设置的康复医学科不参加评分。 |
| | 1.2 独立设置门诊和病房。至少设置康复评定室、理疗室、运动治疗、作业治疗室、言语治疗室、传统康复治疗室、康复工程室等。 | 4 | 现场检查 | 专业部门配置每缺一项扣 0.5 分。 |
| | 1.3 三级医院康复医学科床位数为医院总床位数的 2~5%（二级医院至少 2.5%，但不少于 10 张床），门诊和治疗室总使用面积不少于 1000m ² （二级医院不少于 500m ² ）。 | 2 | 查相关文件、现场检查 | 一项不符合标准扣 1 分。 |
| 2.人员设置 (14 分) | 2.1 配备专职的康复医学科科主任，三级医院科主任具备副主任医师及以上职称（二级医院主治医师及以上职称）。 | 2 | 查相关文件 | 无专职科主任扣 1 分，科主任职称不符合要求扣 1 分。 |
| | 2.2 每床至少配备 0.25 名医师，执业类别为临床医学、执业范围为康复医学，其中三级医院至少有 2 名（二级医院 1 名）具有副高以上专业技术职务任职资格的医师；1 名具备中医类别执业资格的执业医师。 | 5 | 查相关证件，现场检查 | 床位与医生配备不符扣 1 分；三级医院康复医师的执业类别为临床医学的小于 70%（二级医院小于 50%）的扣 1 分、执业范围为康复医学的小于 70%（二级医院小于 50%）的扣 1 分；专业技术职称不符合要求扣 1 分；无中医类别执业资格的执业医师扣 1 分。 |
| | 2.3 每床至少配备 0.5 名康复治疗师。康复治疗师通过国家康复治疗师资格考试或江西省康复治疗师技能培训，持证上岗。 | 4 | 查相关证件，现场检查 | 床位与治疗师配备不符扣 1 分；有 1 名康复治疗师没有通过国家康复治疗师资格考试或江西省康复治疗师技能培训，扣 0.5 分。 |

| | | | | |
|-----------------------|---|---|--------------|--|
| | 2.4 有专职或兼职的康复工程技师。 | 1 | 查相关证件,现场检查 | 有计分;无不得分。 |
| | 2.5 每床至少配备 0.3 名护士,均接受过全面的康复护理知识培训,掌握常见病、多发病的康复护理技术,熟练开展康复护理工作。 | 2 | 查相关证件,现场检查 | 床位与护士配备不符扣 1 分,未接受康复护理知识培训的扣 1 分。 |
| 3.科室管理 (15 分) | 3.1 行政管理组织落实,实行科主任负责制;管理有序,岗位职责明确,医疗质量管理、医疗服务管理、病区管理、病员管理、安全管理等制度以及风险防范预案健全,落实到位。 | 2 | 查看文件、记录,现场检查 | 未执行科主任负责制扣 1 分;其余缺一项扣 0.5 分。 |
| | 3.2 实行目标管理责任制,有年度工作计划和总结,有指标、有考核、有奖惩。 | 2 | 查看文件、记录 | 未执行目标管理责任制扣 1 分;总结、计划、指标、考核、奖罚缺一项扣 0.5 分。 |
| | 3.3 提供统一、规范的康复医疗服务,康复医学专业人员和康复医疗专业设备应当由康复医学科归口管理,避免资源浪费,保证康复医疗质量和患者安全。 | 7 | 查看文件、记录,现场检查 | 未统一管理扣 5 分;发现由非康复科专业人员操作使用设备扣 2 分。 |
| | 3.4 院内会诊、转诊渠道通畅,形成有相关临床科室医师参与的康复团队工作小组,与相关临床科室建立康复协作关系,能深入临床开展早期康复治疗。 | 2 | 查看文件、记录,现场检查 | 未形成会诊、转诊渠道扣 1 分,未开展早期康复治疗扣 1 分。 |
| | 3.5 与专业康复机构或者社区卫生服务中心建立双向转诊关系(二级医院与三级医院康复医学科及社区卫生服务中心建立双向转诊关系) | 1 | 查看文件、记录,现场检查 | 未与专业康复机构或者社区卫生服务中心建立双向转诊关系扣 1 分(二级医院未与三级医院康复医学科建立双向转诊关系扣 0.5 分,未与社区卫生服务中心建立双向转诊关系扣 0.5 分)。 |
| | 3.6 至少每月有一次专科业务学习并有记录。 | 1 | 查看文件、记录 | 缺少 1 次记录扣 0.5 分。扣完为止。 |
| 二、设施与设备 (15 分) | | | | |
| 1.建筑布局 (2 分) | 1.1 科室地点设置合理,布局设计符合安全无障碍设施要求,方便患者转运,检查、治疗运送患者配备电梯,方便轮椅进出。 | 1 | 现场检查 | 设计不合理扣 1 分。 |
| | 1.2 每张床使用面积不少于 6 平方米,床间距不少于 1.2 米。 | 1 | 现场检查 | 每张床使用面积少于 6 平方米扣 0.5 分,间距少于 1.2 米扣 0.5 分。 |
| 2.设备配置 (13 分) | 2.1 功能评定与实验检测设备。至少独立配备运动心肺功能评定设备(二级医院选配)、肌电图与临床神经电生理学检查设备(二级医院可独立配 | 2 | 现场检查 | 每少 1 项扣 0.5 分 |

| | | | | |
|-----------------------|--|----|-----------------------|-------------------------------------|
| | 备或与其他科室共享)、肌力和关节活动评定设备、平衡功能评定设备、认知语言评定设备、作业评定设备等。 | | | |
| | 2.2 .运动治疗：至少配备训练用垫、肋木、姿势矫正镜、平行杠、楔形板、轮椅、训练用棍、砂袋和哑铃、墙拉力器、划船器、手指训练器(二级医院选配)、肌力训练设备、肩及前臂旋转训练器、滑轮吊环、电动起立床、治疗床及悬挂装置、功率车、踏步器、助行器、连续性关节被动训练器（CPM）、训练用阶梯、训练用球、平衡训练设备、运动控制能力训练设备、功能性电刺激设备、 <u>生物反馈训练设备</u> 、 <u>减重步行训练架及专用运动平板(二级医院选配)</u> 、儿童运动训练器材等。 | 2 | 现场检查。 | 每少一项扣 0.5 分 |
| | 2.3 物理因子治疗：至少配备直流电疗设备、低频电疗设备、中频电疗设备、高频电疗设备、光疗设备、超声波治疗设备、传导热治疗设备、牵引治疗设备以及磁治疗设备、冷疗设备、气压循环治疗设备(二级医院选配)等。 | 2 | 现场检查 | 每少一项扣 0.5 分 |
| | 2.4 作业治疗：至少配备日常生活活动作业设备、手功能作业训练设备、模拟职业作业设备等。 | 2 | 现场检查 | 每少一项扣 1 分 |
| | 2.5.言语、吞咽、认知治疗：至少配备言语治疗设备、吞咽治疗设备、认知训练设备、非言语交流治疗设备等。 | 1 | 现场检查 | 每少一项扣 0.5 分 |
| | 2.6.传统康复治疗：至少配备针灸、推拿、中药熏（洗）蒸等中医康复设备。 | 1 | 现场检查 | 每少一项扣 0.5 分 |
| | 2.7.康复工程：至少配备临床常用矫形器、辅助具制作设备。 | 1 | 现场检查 | 每少一项扣 0.5 分 |
| | 2.8 急救设备：至少配备简易呼吸器、供氧设备、抢救车、吸痰器。 | 1 | 现场检查 | 每少一项扣 0.5 分 |
| | 2.9 信息化设备：医师、护士、治疗师工作站设备、管理和信息化建设相匹配。 | 1 | 现场检查 | 每少一项扣 0.5 分 |
| 三、医疗技术水平（20 分） | | | | |
| 1.康复评定技术水平（10 分） | 掌握肢体运动功能评定、活动和参与能力评定、运动及步态分析、平衡测试、作业分析评定、言语及吞咽功能评定、心肺功能评定、认知感知 | 10 | 查看文件、记录，现场查看，现场随机抽查 3 | 每少一项扣 1 分。考核不合格扣 1 分/人，不熟练扣 0.5 分/人 |

| | | | | |
|--------------------|--|---|---------------|--|
| | 觉评定、生存质量评定、肌电图与临床神经电生理学检查(二级医院不作要求)等。 | | 人 | |
| 2.康复治疗技术水平(10分) | 2.1 掌握神经系统疾病、骨与关节伤病、内脏疾病(二级医院不作要求)、儿童疾病以及慢性疼痛等疾病和损伤的急性期规范化康复诊疗能力。对于患者在治疗期间可能出现紧急、意外情况具备完善的处置预案和处置能力。 | 5 | 查看病历资料,现场查看 | 每少一项扣1分 |
| | 2.2 康复治疗:在康复医师组织下,由康复治疗师、康复护士、康复工程等专业人员实施的康复专业技术服务。包括: 2.2.1 运动治疗; 2.2.2 物理因子治疗; 2.2.3 作业治疗; 2.2.4 言语吞咽治疗; 2.2.5 认知治疗(二级医院选设); 2.2.6 传统康复治疗; 2.2.7 康复工程(二级医院可选设)。 | 5 | 查看文件、记录,现场查看 | 未开展一项治疗扣1分,扣完为止。 |
| 四、医疗质量(30分) | | | | |
| 1.质量管理(22分) | 1.1 制定各项规章制度,明确人员岗位责任制;执行国家规定或认可的康复医学科诊疗规范和标准操作规程; | 2 | 查看文件、记录,现场查看。 | 未明确人员岗位责任扣1分;未执行国家规定或认可的康复医学科诊疗规范和标准操作规程扣1分。 |
| | 1.2 认真落实核心制度和岗位职责,规范全程管理。如首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、死亡病例讨论制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度等核心制度执行到位。 | 5 | 查看文件、记录,现场查看 | 缺一项扣0.5分。 |
| | 1.3 由具备相应资质的康复专业技术人员实施康复诊疗。 | 2 | 查看文件、记录,现场查看。 | 发现一例未具备资质的非康复专业人员实施诊疗不得分。 |
| | 1.4 康复专业技术人员岗位责任分工明确,服务流程科学、规范,医疗 | 2 | 查看文件、记录,现场查看。 | 有一项不合理扣1分 |

| | | | | |
|----------------|---|---|--------------|--|
| | 文书病历书写符合要求，信息资料保存完整 | | | |
| | 1.5 诊疗活动应当达到以下指标： 1.5.1 康复治疗有效率≥90%； 1.5.2 年技术差错率≤1%； 1.5.3 病历和诊疗记录书写合格率≥90%； 1.5.4 住院患者康复功能评定率>98%； 1.5.5 平均住院日≤30天(二级医院≤40天) 1.5.6 各类康复设备完好率≥90%。 | 6 | 查看相关病历及相关资料 | 每一项不达标扣1分。 |
| | 1.6 重视和加强住院患者的医疗安全管理，有效控制医院感染和预防并发症，防止发生二次残疾。有康复意外紧急处置预案。 | 2 | 查看资料 | 有一项不合理，扣1分 |
| | 1.7 制定康复医学科诊疗流程；制定治疗室管理制度；各类康复设备维护良好，每3个月自查1次，并有相关记录。 | 3 | 查看文件、记录，现场查看 | 未制定康复医学科诊疗流程扣1分；未制定治疗室管理制度扣1分；缺一次自查记录扣0.5分 |
| 2.质量改进 (8分) | 2.1 有由科主任、护士长及具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责科室质量与安全管理。每月一次康复质量自查，有工作记录。 | 2 | 查看文件资料、记录 | 质控组织不健全扣1分，无定期活动扣0.5分；缺一次工作记录扣0.2分 |
| | 2.2 科学制订康复医学人才培养目标以及岗位培训计划，强化康复医学科专业技术人员的理论和技能，不断提高康复医学专业人员的业务素质 and 水平。 | 4 | 查阅资料和记录 | 无培训制度扣1分，落实不到位扣0.5分；1名人员继续教育不达标扣0.5分 |
| | 2.3 建有医疗不良事件报告制度；管理监督机制完善。 | 2 | 查阅资料和记录 | 无制度不得分，无检查改进系统案例扣1分；2年内有1例重大医疗事故不得分。 |

注：本标准适用于二、三级综合医院，儿童医院参照执行。

附件 4

江西省病理科建设与管理评价标准

| 一、组织管理（26分） | | | | |
|-----------------|---|-----|---|---|
| 项目 | 基本要求 | 标准分 | 考评方法 | 扣分标准 |
| 1.科室设置 (12分) | 1.1 《医疗机构执业许可证》中核准登记“病理科”，医院只设立一个独立建制的病理科，并列为一级科室管理。 | 6 | 查看《医疗机构执业许可证》及相关文件。 | 无病理科诊疗科目不评分；无独立设置病理科扣4分。 |
| | 1.2 集中设置病理科，统一管理。 | 2 | 查看细胞学检查，查看皮肤、肾和肌肉活检等专科检查。 | 病理检查未统一管理扣2分。 |
| | 1.3 病理科配备专职科主任，三级医院科主任应具备副主任医师或以上职称；二级医院科主任应具备主治医师或以上职称。 | 2 | 查科主任任职文件及资格证书。 | 无专职科主任扣2分；科主任不符合任职要求扣1分。 |
| | 1.4 服务项目满足临床工作需要，三级医院至少开展石蜡切片、免疫组织化学染色、特殊染色、术中快速冰冻切片、细胞学诊断等（其中免疫组织化学染色、特殊染色二级医院为可选项目）。 有条件的可开展尸体剖验。根据医院的资源情况，部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签订外包服务协议，有明确的外包服务形式与质量保障条款。具有新增病理诊断技术应用的审批与管理制度。 | 2 | 1、查相关文件，看是否建立病理检查服务项目目录，同时抽查每项服务开展记录； 2、三级医院免疫组织化学染色≥60项，（二级医院≥30项）； 3、三级医院特殊染色≥10种（二级医院≥5种）。 4、查看承包方的资质材料以及外包服务协议。 5、查看新增病理诊断技术应用的审批与管理制度。 | 1、必备服务项目未开展，每少1项扣0.3分； 2、第2、3条未达标每项扣0.2分； 3、承包方无资质扣2分； 4、无外包服务协议扣0.5分；5、无审批与管理制度扣1分。 |
| 2.人员配备 | 2.1 医师配备应满足临床工作需要。根据医院实际床位数，三级医院应按照每百 | 4 | 1、查阅人事科分科花名册、科 | 1、诊断医师与床位比未达要求扣 |

| | | | | |
|----------------|--|---|--|--|
| (8分) | 张病床 1-2 人配备医师（二级医院应按照每百张病床 0.5-1 人配备医师）；有具备病理专业资质的医师完成细胞学诊断；承担教学和科研任务的医院应适当增加人员。病理医师必须是执业注册范围为“病理专业”的执业医师。 | | 室排班表和医院核定床位数等资料，看人员与床位之比能否达到标准比率； 2、检查科室医师执业证书，看是否符合执业范围。 | 1分； 2、执业资格及范围不符合，每 1 人扣 1 分。 |
| | 2.2 应按照与医师 1:1 的比例配备技术人员和辅助人员。技术人员须为大（中）专或以上专业学历，获得病理技术员资格，并接受继续教育与技能培训；从事分子病理技术人员应具有本科以上学历；根据需要应配备从事电脑操作及档案管理的人员。 | 2 | 1、查阅人事科分科花名册和科室排班表等资料，看技术人员及辅助人员与医师之比能否达到标准比率； 2、检查科室技术人员学历及职称证书，看是否达到要求。 | 1、技术人员和辅助人员与医师之比未达要求扣 0.5 分； 2、技术人员学历及资格不符合要求扣 0.5 分。 |
| | 2.3 医技人员梯队结构合理，均应受过专业培训、掌握病理诊断和病理技术基本知识和基本技能、能独立开展工作。 | 2 | 1、查看医师、技术员的资格证； 2、现场询问相关医技人员。 | 1、具有高、中、初级医技人员梯队不扣分； 2、少一级人员结构扣 1 分（二级医院可为 2 级梯队）； 3、现场询问不少于 2 人的基本知识和基本技能，每 1 人不达标扣 0.5 分。 |
| 3.科室管理 (6分) | 3.1 行政管理组织落实，实行科主任负责制；各项规章制度健全，管理有序，岗位职责明确。基本规章制度包括： (1) 核对制度；(2) 技术工作规范（各项开展技术操作 SOP 文件）；(3) 诊断制度；(4) 疑难病例会诊制度；(5) 危机值管理制度；(6) 质量管理制度；(7) 档案管理制度；(8) 物品、危险品及生物安全管理制度；(9) 设备管理制度；(10) 标本管理制度。 | 5 | 1、现场查看文件、记录，看是否建立各项制度； 2、查阅资料，看各级医师、技术人员岗位职责 3、现场询问不少于 2 名相关人员对制度及岗位职责的了解情况。 | 1、组织不健全、未实行科主任负责制扣 1 分； 2、无基本规章制度扣 3 分； 3、制度不健全或未落实每缺 1 项扣 0.2 分； 4、未建立岗位职责扣 1 分； 5、岗位职责不健全，每缺 1 项扣 0.1 分。 |

| | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|
| | 3.2 实行目标管理责任制，有年度工作计划和总结，有指标、有考核、有奖惩。 有完善的人才培养计划。 | 1 | 1、查看科主任与院长签订的目标管理责任状； 2、三级医院查看3年（二级医院查看2年）科室工作计划和总结；查看科室人才培养计划。 | 1、未实行目标管理责任制扣0.5分； 2、无工作计划、总结扣0.4分； 3、无人才培养计划扣0.1分。 |
| 二、设施与设备（18分） | | | | |
| 1.建筑布局 (8分) | 1.1 业务用房应满足工作需要，三级医院病理科用房总面积应一般在600-1000平方米；污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒制度及记录；科室设置地点合理，新设病理科应设在手术室附近。 | 3 | 1、查看房管科图纸，了解病理科面积，三级医院≥600-1000平方米，二级医院≥300平方米； 2、实地查看病理科各功能区的设置与划分； 3、查看消毒制度及执行记录。 | 1、面积不达标扣1分； 2、三区划分不明确扣1分； 3、缺制度和记录各扣0.5分。 |
| | 1.2 病理科布局合理，符合生物安全的要求，设置接诊工作室、标本接收和检查室、常规技术室、病理诊断室、细胞学制片室、快速冰冻切片病理检查与诊断室、免疫组织化学室、分子病理检测室、标本存放室和病理档案室等；各室内分区合理，空间满足工作需要。有条件的医院，可设置超薄切片室、电镜室。 | 3 | 1、二级医院必须设置标本接收和检查室、常规技术室、病理诊断室、细胞学制片室、标本存放室和病理档案室； 2、三级医院必须设置接诊工作室、快速冰冻切片病理检查与诊断室、免疫组织化学室、分子病理检测室。 | 1、每缺少1个工作室扣0.5分； 2、空间不能满足工作需要扣0.2分/室。 |

| | | | | |
|-----------------|--|---|---|--|
| | 1.3 有独立的淋浴室和淋浴设备。应设立工作人员休息室、学术活动室(会议室), 为教学基地的应有进修(或规培)医师学习室。 | 1 | 1、现场查看是否有独立的淋浴室; 2、三级医院还必须设有学术活动室(会议室)、工作人员休息室、进修(或规培)医师学习室。 | 1、缺淋浴室扣 0.5 分; 2、其它每缺 1 个室扣 0.1 分。 |
| | 1.4 可根据需要设置尸体解剖室, 尸体解剖室应独立设置, 通风良好, 污水处理、消毒和淋浴设施齐全, 并配备相应的解剖专用器具。 | 1 | 1、现场查看有明确标识、独立设置的尸体解剖室; 2、设施齐全。 | 1、无尸体解剖室的扣 0.5 分; 2、相应设施不齐全扣 0.5 分。 |
| 2.设施设备 (8 分) | 2.1 配备多人共览显微镜、图像传输设备、荧光显微镜及显微图像采集设备、双目(或三目)带光源优质生物显微镜按 1 台/医师配备, 技术室配备 1-2 台。 | 1 | 1、现场查看是否按 1 台/医师配备显微镜; 技术室配备 1-2 台显微镜; 2、三级医院必须具备多人共览显微镜、图像传输设备、万能显微镜。 | 每缺 1 项/台扣 0.2 分。 |
| | 2.2 病理取材室应按 P2 级实验室设计, 应有直排式专业取材台、大体照相设备、冷热水、溅眼喷淋龙头、紫外线消毒设备、空调、标本低温冷藏柜等; 巨检台应安装足够的照明、符合个人和环境污染要求的上下水系统(包括独立的污水排泄系统和污水处理池)。 | 3 | 1、查看取材室是否符合 P2 级实验室设计标准; 2、现场查看各设备及设施是否能正常使用; 3、现场查看个人防护保护措施(口罩、帽子、隔离衣等); 4、现场查看污水处理情况; 5.查看取材室紫外线消毒记录。 | 1、取材室不符合 P2 实验室设计扣 0.5 分; 2、缺专业取材台和大体照相设备各扣 0.5 分, 其余每缺 1 项设备/设施扣 0.1 分, 不能正常使用扣 0.1 分/项; 3、缺个人防护, 每缺 1 项扣 0.1 分; 4、缺污水处理扣 0.1 分。缺紫外线消毒记录扣 0.1 分。 |

| | | | | |
|----------------|---|---|---|--|
| | 2.3 常规技术室配备石蜡切片机、冰冻切片机或快速石蜡设备、自动脱水机、组织包埋机、染色设备、一次性刀片或磨刀机、恒温箱、烘烤箱或烤片设备、冰箱、空调和专业排毒、排风设备等。 有条件可酌情配备全自动染色机、封片机、组织盒打号机、玻片打号机。 | 1 | 1、现场查看常规技术室设备， 必备设备：石蜡切片机、自动脱水机、组织包埋机（三级医院必备冰冻切片机）； 2、抽查设备是否正常运行。 | 1、必备设备每缺 1 项扣 0.3 分； 2、其余应备设备每缺 1 项扣 0.1 分，设备不能正常运行扣 0.1 分/项。 |
| | 2.4 组织化学及免疫组化室配备实验台、恒温箱、烤箱、空调、冰箱、高压锅、微波炉和试剂柜。有条件的可增加全自动免疫组化仪。 分子病理室配备荧光原位杂交系统，有条件可配备 PCR 仪。 | 1 | 1、现场查看组织化学及免疫组化室的配置； 2、查看分子病理室的工作制度。 3、三级医院分子室要求配备荧光原位杂交系统。 | 1、组织化学及免疫组化室内配置每缺 1 项扣 0.1 分； 2、缺制度扣 0.5 分。 3、缺荧光原位杂交系统扣 0.2 分 |
| | 2.5 细胞室配备液基制片及报告系统、离心机、烘箱、冰箱、恒温箱、空调。 | 1 | 1、现场查看细胞室内的仪器设备； 2、抽查设备运行情况。 | 1、缺液基制片及报告系统扣 0.5 分； 2、其余每缺 1 项扣 0.1 分； 3、设备不能正常使用扣 0.1 分/台。 |
| | 2.6 档案资料室配备专用蜡块、切片及资料储藏柜、电脑、打印机等。 | 1 | 查看档案资料室应配备的蜡块、切片及资料储藏柜，且数量满足工作需要。 | 每缺 1 项扣 0.2 分； |
| 3.设备管理 (2分) | 3.1 病理科使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定，对需要校准的仪器设备和对病理诊断结果有影响的辅助设备应当进行定期校准。计量仪器应经过计量部门检定合格。 | 1 | 1、查看由医院相关职能部门提供的设备、试剂和耗材等的招标资料（设备和试剂至少各一份）； 2、查看技术监督部门出具的校准合格证。 | 1、不符合规定的扣 0.5 分/项。2、无校准记录扣 0.1 分。 |

| | | | | |
|----------------------|---|---|--|--|
| | 3.2 制定仪器和设备使用管理制度，仪器和设备必须保持随时启用状态，定期进行质量检查，由专人负责维护和保养，医务人员能熟练掌握各种仪器的操作。主要仪器设备建有操作卡，有使用记录，有专人负责保养，维修记录齐全。 | 1 | 1、查看仪器设备的使用管理制度； 2、抽查当年的维护和保养记录及维修记录； 3、检查冰箱运行温度记录； 4、现场考核不少于2名人员使用仪器的熟练情况。 | 1、每缺1项制度或记录扣0.1分； 2、工作人员不能熟练使用仪器设备扣0.2分/人。 |
| 三、医疗技术水平（20分） | | | | |
| 1.医师 (10分) | 1.1 出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习1—3年；每年接受继续教育及技能培训人员≥90%；快速病理诊断医师具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有5年以上病理阅片诊断经历。 | 4 | 1、查执业医师资格证及各级医生技术等级资格证；2、抽查病理诊断报告10份； 3、抽查术中快速病理诊断报告5份； 4、查继续教育合格证。 | 1、无执业医师资格证及等级资格证每1人次不符合要求扣1.0分； 2、继续教育合格率<90%扣1.0分。 |
| | 1.2 无病理专业执业证书和非病理专业技术任职资格的医师，不得出具病理报告，包括细胞病理学报告。 | 3 | 1、抽查病理报告单10份；2、抽查细胞病理学报告单10份。 | 每1人次不符合要求扣3.0分。 |
| | 1.3 病理医师进行诊断前，核对申请单和切片核查是否相符，阅片时必须全面，不得遗漏病变。遇到疑难病例，应由上级医师复核，并有记录、签名。病理诊断应密切联系临床，参考影像学和有关生化检查，有时还应参考相关文献。组织病理报告（常规及快速）准确、及时，常规诊断报告准确率≥95%，术中快速诊断报告准确率≥90%。 | 2 | 1、抽查科内疑难会诊病例5份； 2、检查室内质控记录是否达标。 | 1、疑难病例1份不合格扣0.1分； 2、室内质控记录不达标每项扣0.5分。 |
| | 1.4 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序，并遵照执行。 | 1 | 1、查阅制度和SOP文件；2、抽查5份病例。 | 1、无制度和SOP文件扣0.5分； 2、未执行的扣0.5分。 |
| | 2.1 病理技师负责病理技术工作，不得出具病理诊断报告；有病理技术人员资格 | 3 | 1、查看分级授权管理制度； | 1、病理技师出具病理诊断报告扣 |

| | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|
| 2.技师 (10分) | 与分级授权管理制度与程序；未经授权的工作人员不得独立或越级从事各项病理技术；每年接受继续教育及技能培训人员≥90%。 | | 2、现场查看 10 份病理报告单； 3、查继续教育合格证。 | 3.0 分； 2、无授权管理制度扣 2.0 分；未经授权有 1 人次执行不符合要求扣 1.0 分； 3、继续教育合格率<90%扣 1.0 分。 |
| | 2.2 细胞学涂片、冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片及各种分子检测均是由具备病理专业资质的技术人员制作的，有质量要求与完成时限；常规切片的优良率应≥90%。 | 4 | 1、查阅技术员资格证及 SOP 文件； 2、检查室内质控记录是否达标； 3、现场查看切片记录和抽查切片（大、小标本各 5 例）。 | 1、无专业资质的技术员制片扣 2.0 分； 2、无 SOP 文件或未执行规范扣 1.0 分； 3、室内质控记录不达标或切片质量不合格扣 1.0 分。 |
| | 2.3 冰冻切片由专职技术人员负责，应在工作前 1 小时开机预冷，调节好冷冻室温度（一般在-20 度左右），使之处于备用状态。 | 1 | 现场查看，查阅工作记录 | 操作不合格扣 1.0 分。 |
| | 2.4 组织化学及免疫组织化学技师必须由经培训的技术人员负责，熟悉其基本原理，并能熟练操作染色中的基本技术，保证阳性结果定位准确，背景清晰。 | 2 | 现场查看 SOP 文件并抽查有关人员（三级医院不少于 2 人）。 | 无 SOP 文件的扣 1 分，询问有关工作人员的操作流程，每 1 人次不合格的扣 1.0 分。 |
| 四、医疗质量（36 分） | | | | |
| 1.质量管理 (23分) | 1.1 病理科应当加强质量控制和管理，认真开展室内质控，指定专(兼)职人员负责病理诊断质量管理。对开展的各种技术或检测项目进行室内质量控制，出现质量失控现象时应当及时查找原因，采取纠正措施，并详细记录。积极参加江西省病理质量控制中心组织的各种病理技术和检测项目室间质量评价。 | 3 | 1、查看科内质控小组的名单； 2、查看科内质控制度； 3、查看各项技术的 SOP 文件； 4、查看室内质控记录。 | 1、未成立质控小组扣 2.0 分； 2、无室内质控制度扣 0.5 分； 3、无各项技术操作规范扣 0.5 分； 4、无每月或每季进行质控，并无对失控原因进行分析和记录扣 1.0 分。 |
| | 1.2 建立规范病理诊断的相关制度与流程，有复查制度、科内会诊制度等；科内疑难病例会诊应由 2 名以上高级职称人员参与，并有相应的记录和签字。 | 2 | 1、查看病理诊断制度、复核制度、危机值报告制度、科内会 | 1、无制度扣 3.0 分； 2、制度不全，每缺 1 项扣 0.5 分； |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | | | <p>诊制度、疑难病例会诊制度；</p> <p>2、查看科内疑难会诊讨论记录；</p> <p>3、抽查 5 份会诊、疑难会诊病例。</p> | <p>3、无科内疑难病例会诊记录扣 1.0 分；</p> <p>4、无 2 名以上高级职称人员参与疑难病例会诊的扣 0.5 分。</p> |
| | 1.3 标本的巨检及取材必须按照有关要求；检查申请单必须完整填写患者相关的资料，字迹清晰、内容完整。 | 2 | <p>1、查看标本取材的 SOP 文件；</p> <p>2、抽查 10 份病理申请单；</p> <p>3、抽查早期胃癌、宫颈 CIN、乳腺癌根治等大体标本的病理取材记录（专科医院酌情考虑）。</p> | <p>1、无病理标本取材 SOP 文件扣 1.0 分；</p> <p>2、取材不规范扣 0.5 分；</p> <p>3、无取材后组织块的核对记录扣 0.3 分；</p> <p>4、申请单填写不完整、字迹不清扣 0.2 分。</p> |
| | 1.4 制定标本采集、运送、交接和不合格标本处理的制度与程序；申请单不完整规范或标本不合格应立即退回申请医师，不予存放，并记录；有完整的标本交接登记资料，定期对不合格标本发生原因进行总结分析，反馈到责任科室和个人。 | 3 | <p>1、查看标本核对、签收制度；</p> <p>2、查看标本接收登记本；</p> <p>3、现场查看标本的接收及固定情况（固定液的 PH 值、量）；</p> <p>4、查看质控登记本是否有对不合格标本的原因进行分析并反馈到责任科室或个人或质控科。</p> | <p>1、无制度扣 3.0 分；</p> <p>2、没有台帐记录扣 1.0 分；</p> <p>3、对不合格的标本无定期质控分析、反馈的扣 1.0 分。</p> <p>4、无对不合格的标本进行退回并登记扣 0.5 分；</p> <p>5、无对不合格标本进行总结分析并反馈责任科室扣 0.5 分。</p> |
| | 1.5 病理诊断报告书准时、规范、文字准确、字迹清楚；使用中文或者国际通用的规范术语，应用电脑打印，不得任意涂改，必须由病理诊断医师本人签名。病理诊断报告一般应在 5 个工作日内发出（大于 85%，疑难、特殊及传染病标本除外）；细胞病理诊断常规在 2 个工作日内发出报告；严禁伪造病理诊断报告， | 3 | <p>1、查看相关制度和 SOP 文件；</p> <p>2、抽查 10 份病理报告单及 5 份细胞病理报告单（或电子记录）。</p> | <p>1、无病理诊断的制度和 SOP 文件扣 1.5 分；</p> <p>2、病理诊断不规范、字迹不清、有涂改或未签全名，扣 0.5 分；</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | 不得向临床医师和患方提供有病理医师签名的空白病理学报告书。 | | | 3、病理报告发出不及时，组织病理 5 个工作日内报告发出率 < 85% 的扣 0.5 分；细胞病理 2 个工作日内报告发出率 < 90% 的扣 0.5 分； 4、出具假病理诊断报告及空白病理诊断报告扣 3.0 分。 |
| | 1.6 对不能诊断的病例应暂缓报告，待特殊染色、免疫组化、电镜或分子生物学检测后再行决定，必要时组织科内讨论或外送会诊。 | 1 | 1、查看特殊染色、免疫组化 SOP 文件； 2、查看病理报告延迟发出的工作制度； 3、抽查 5 份含特殊染色和免疫组化病例。 | 1、无相关的制度扣 0.5 分； 2、无病理报告延迟发出的工作记录或佐证材料扣 0.5 分。 |
| | 1.7 快速病理诊断由具有资质的人员签发，凡重要器官切除或截肢的病例须有两位具有中、高级职称的病理医师共同签署发出；签署快速病理诊断的知情同意书；有单件标本的冰冻切片制片应在 15 分钟内完成的规定与程序，快速病理报告应在 30 分钟内发出且有记录。 | 2 | 1、查看签发快速病理诊断相关人员的资质；2、查看快速病理诊断的相关制度和 SOP 文件；3、抽查 10 份快速病理诊断的病例；4、现场查看 1 例快速病理诊断过程；5、查看 5 例快速病理诊断的知情同意书。 | 1、签发报告者资质不符合要求，扣 2.0 分； 2、无 SOP 文件的扣 1.0 分； 3、快速病理报告无特殊原因超过 30 分钟发出扣 0.5 分。 4、无快速冰冻知情同意书签字扣 0.5 分； 5、术中快速冰冻未以文字形式报告的每例扣 0.5 分。 |
| | 1.8 常规制片应在 2 个工作日内完成，制片完成后应在显微镜下复核，清点组织块是否与组织相符。 | 2 | 1、抽查大体和活检病例各 5 例； 2、查看常规制片时间、核对记录； | 1、常规制片 > 2 个工作日每例扣 0.5 分； 2、无组织块、蜡块及切片的核对记录扣 0.5 分； |

| | | | | |
|----------------|---|---|--|---|
| | | | 3、查看常规切片优良率的情况。 | 3、常规切片的优良率小于 90%扣 0.5 分。 |
| | 1.9 组织化学试剂和免疫组化试剂均应在保质期内使用；每一批次染色均必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。每种特殊染色和免疫组化染色必须有本实验室的操作规范和技术规程，并及时更新。更换抗体后，需要有用阳性和阴性组织进行有效性验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留2年。 | 2 | 1、查看相关 SOP 文件 2、查看组织化学和免疫组化室内质控记录；3、抽查特殊染色及免疫组化染色各 5 例的室内质控记录；4、查看特殊染色及免疫组化室间质控记录。 | 1、无试剂管理的 SOP 文件扣 1.0 分； 2、无室内质控扣 0.5 分； 3、特殊染色及免疫组化无室间质控扣 0.5 分。 |
| | 1.10 加强对病理档案的保存和管理，管理制度健全；病理切片、蜡块和阳性涂片保存期限为 15 年，阴性涂片保存期限为 1 年，组织标本保存期限为报告发出后 2 周；病理诊断报告的保存期限按照病历管理有关规定执行。 | 2 | 1、查看病理资料管理的相关制度 2、抽查 10 份不同年份的病理资料 | 1、无病理资料及档案管理的制度扣 1.0 分； 2、病理切片、蜡块、细胞涂片未按规定保存扣 0.5 分； 3、组织标本保存期小于报告发出后 2 周每例扣 0.5 分。 |
| | 1.11 应当按照病历管理和会诊管理的相关规定，建立完善的病理切片、涂片等资料的借阅和会诊制度，记录完整。 | 1 | 1、查看相关的病理切片（涂片）借阅制度 2、抽查 10 例病理资料借阅登记本 | 1、无病理切片、蜡块借阅及会诊的工作制度扣 0.5 分； 2、无病理切片、蜡块借阅及会诊的记录扣 0.5 分。 |
| 2.质量改进 (7分) | 2.1 科主任全面负责本科室医疗质量管理工作，科室有质量管理小组，定期开展活动（至少每季度一次）。 | 1 | 查看质量小组名单及活动计划、检查结果等，查看 3 年相关资料。 | 1、无质量管理小组及制度扣 0.5 分； 2、有制度但未落实，缺 1 次记录扣 0.1 分，记录不规范 1 次扣 0.1 分 |
| | 2.2 病理科应当建立质量管理制度和记录，包括标本接收、储存、处理、病理诊断、报告发放以及试剂、耗材、仪器使用和校准、室内质控、已开展的室间质评项目结果等内容。三级医院检查 3 年内（二级医院检查 2 年内）的质量管理 | 3 | 1、查看质量管理的相关制度和 SOP 文件； 2、查看相关记录和改进措施； | 1、缺质量管理制度和 SOP 文件扣 1.0 分； 2、无质量管理记录和改进措施扣 |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | 记录保存。 | | 3、查看各种室内质控（常规技术、取材、病理诊断、冰冻、特染、免疫组化、细胞学）标准操作程序及资料（质控记录、报表、分析记录、失控纠错等）至少每季度一次，每年有年终总结及改进； 4、查看室间质控管理程序每年一次（包括省级、市级），有总结评价分析。 | 1.0分； 3、查看各种室内质控，未做室内质控扣0.4分； 4、查看各种室间质控，未参加室间质控扣0.1分。 |
| | 2.3 病理科应当制定病理诊断差错的识别、报告、调查和处理的程序，及时发现差错，分析产生的原因，制定防范措施，以持续改进。 | 1 | 1、查看病理诊断差错的识别、报告、调查和处理的制度，2、每月的差错记录及原因分析、改进措施等 | 1、无相关制度扣0.5分； 2、无每月的差错记录扣0.3分； 3、无原因分析，改进等扣0.2分。 |
| | 2.4 建立质量管理培训及业务学习制度，至少每月有一次专科业务学习并有记录。 | 1 | 查看质量管理培训及业务学习制度、培训学习计划、学习记录等。 | 1、缺质量管理培训制度扣0.2分； 2、缺培训学习计划扣0.2分； 3、缺1次记录扣0.2分，记录不规范1次扣0.1分。 |
| | 2.5 加强与临床医师沟通， 2.5.1 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，并落实执行、记录完整。临床科室对病理科的满意度评价。 2.5.2 定期（至少每季度一次）召开临床病理讨论会。 2.5.3 有支持下级医院提高解决病理诊断问题的相关制度与程序。 能够开展病理医师住院医师规范化培训。接受下级医院病理医师与技术人员进修与培训。 2.5.4 有近三年对下级医院病理医师与技术人员跟踪支持的计划与事实。 | 1 | 1、查看临床病理沟通制度及相关记录本，查看临床对病理科满意度调查情况并暗访； 2、查看临床病理讨论记录。 以下二级医院不做要求 3、查看支持下级医院病理诊断的制度、程序及落实情况。 4、现场检查进修生培训情况， | 1、无相关制度扣0.5分； 2、无执行记录扣0.3分； 3、缺临床病理讨论会扣0.2分； 4、无支持下级医院的会诊的扣0.2分； 5、未接受下级医院进修的扣0.1分。 |

| | | | | |
|----------------|---|---|--|---|
| | | | 现场检查住院医师规范化培训情况。 | |
| 3.安全管理 (6分) | 3.1 生物安全符合要求：制订生物安全基本管理规章制度，遵照实施并记录。制定生物安全事故和危险品、危险设施等意外事故的预防措施和应急预案。按照卫生部有关规定做好有害样品损害的预防与控制工作。 | 1 | 1、查看生物安全管理科内管理制度（安全防护制度、实验室安全制度、标本采集运输、尖锐器具安全使用、废弃物处理、安全事故应急等），紧急情况处理规则及预案；2、安全防护制度等；3、现场询问安全知识的知晓情况 | 1、每缺一项制度扣0.1分； 2、缺实施记录扣0.1分； 3、现场抽查知晓情况，不合格扣0.2分。 |
| | 3.2 环境保护符合要求。 3.2.1 建筑设计应当符合有关标准，并与其危险化学品、生物安全防护级别相适应。应定期对病理科取材室，切片室进行甲醛、二甲苯浓度的检测，保证有害气体浓度在规定许可的范围，每年至少有一次院外检测的报告。 | 1 | 1、查看病理科工作场所是否严格区分，按P2实验室要求； 2、实地查看取材室，切片室并查看甲醛、二甲苯浓度的检测的检测报告（院外每年至少一次），同时查看检测单位资质。 | 1、建筑与防护级别不符合要求扣0.1分 2、无检测报告或检测不达标扣0.5分； 3、院外检测单位无资质扣0.4分。 |
| | 3.2.2 有对工作中产生的废弃有害液体统一回收的制度与程序，确保用专用仪器回收处理或具有资质的机构回收处理，严禁随意倾倒入下水道。 | 1 | 1、查看回收单位资质及回收交接记录； 2、现场查看存放地点、容器及是否贴生物危害标识。 | 1、无回收制度，直接倾倒扣1.0分； 2、有制度，未执行或无记录扣0.5分； 3、回收单位无资质扣0.5分。 |
| | 3.2.3 医疗废弃物（包括剩余的病理标本保存期后）严格按照规定处理，不可随意丢弃。 | 1 | 1、查看医疗废物分类储存是否分类； 2、查看医疗废物交接记录及处理记录本。 | 1、医疗废物无分类储存扣0.5分； 2、有制度，但无相关记录的扣0.5分。 |
| | 3.3 消防安全符合要求。剧毒、易燃、易爆物品有专人保管，使用权限符合规定， | 1 | 查看相关制度，是否专人进行 | 1、无制度扣0.5分； |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | 有相应的记录。 | | 管理，危险品有无出、入库记录。 | 2、无执行记录扣 0.3 分； 3、有记录但内容不完善、缺持续改进评价报告扣 0.2 分。 |
| | 3.4 人员职业安全防护符合规定。病理科应当对工作人员进行上岗前的安全教育，并定期进行危险化学品、生物安全防护知识培训，按照生物防护级别配备必要的安全设备和个人防护用品，按要求做好职业危害防护工作。病理科接触有害品的工作人员每年定期体检。 | 1 | 1、查看各种生物安全知识培训记录；各种消毒、灭菌器具及消毒剂使用教育；非生物性伤害危险教育(如防火)等。 2、工作人员必备的用品（如手套、防护眼、口罩、帽子等）。 3、病理科健康体检记录。 | 1、无记录本扣 0.5 分； 2、无防护装备和用品扣 0.1 分； 3、现场检查一项不合格扣 0.1 分； 4、无健康体检记录扣 0.2 分。 |

注：本标准适用于二、三级综合医院，肿瘤医院、妇幼保健院、儿童医院参照执行。

江西省血液净化室建设与管理评价标准

| 一、组织管理（20 分） | | | | |
|------------------|---|-----|-----------------------|--------------------------------------|
| 项目 | 基本要求 | 标准分 | 考评方法 | 扣分标准 |
| 1.科室设置 (6 分) | 1.1 《医疗机构执业许可证》中核准登记“血液净化室”；设立独立的血液净化室，统一对患者实行各类血液净化治疗。 | 3 | 查看医疗机构执业许可证及相关文件,现场检查 | 未核准诊疗科目扣 3 分，未独立设置血液净化室扣 3 分 |
| | 1.2 血液透析室建设符合卫生部《血液透析建设与管理指南》要求，管理规范。 | 3 | 现场查看 | 血透室建设不符合标准要求扣 3 分 |
| 2.人员配备 (10 分) | 2.1 三级医院应配备专职的负责人，由具有肾脏病学副高以上专业技术职务任职资格的执业医师担任（二级医院由高年资主治医师以上技术职称担任）。至少有 2 名执业医师，其中有一名具有肾脏病中级以上专业技术职务任职资格。20 台以上血液透析机，每增加 10 台至少增加一名执业医师。 | 3 | 现场查看 | 无专职负责人不得分，不符合任职要求扣 2 分，执业医师配备不够扣 1 分 |
| | 2.2 每台血透机至少配备 0.4 名护士；血液透析室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的中级以上专业技术职务任职资格的注册护士担任。 | 3 | 现场查看 | 护士长或护理组长不符合相关要求扣 1 分，护士配备不够扣 2 分 |
| | 2.3 至少有一名技师，具备机械和电子学知识以及一定的医疗知识，熟悉血液透析机和水处理设备的性能结构、工作原理和维修技术。 | 2 | 现场查看 | 无专职技师不得分 |
| | 2.4 医师、护士和技师应具有 3 个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历。 | 2 | 查看文件记录 | 不符合要求每人扣 0.5 分 |

| | | | | |
|--|---|------|---|---|
| 3.科室管理 (4分) | 3.1 行政管理组织落实, 实现科主任负责制: 管理有序, 岗位职责明确, 医疗质量管理、医疗服务管理、病员管理、安全管理、探视制度以及风险防范预案健全, 落实到位。 | 2 | 查看文件、记录, 现场查看 | 未实行科主任负责制扣 2 分; 制度预案不健全, 缺一项扣 0.5 分; 病区(医护办公室、治疗室等)环境脏、乱、差扣 1 分 |
| | 3.2 实行目标责任管理制度, 有年度工作计划和总结, 有指标、有考核、有奖惩。 | 1 | 查看文件、记录 | 未实行目标责任管理制度不得分, 总结、计划、指标、考核、奖惩缺 1 项扣 0.2 分 |
| | 3.3 至少每月一次专科业务学习并有记录 | 1 | 查看文件、记录 | 缺 1 次记录扣 0.5 分, 记录不规范 1 次扣 0.2 分 |
| 二、设施与设备 (20 分) | | | | |
| 1.建筑布局 (7分) | 1.1 布局和流程应满足工作需要, 符合医院感染控制要求, 区分清洁区和污染区。 | 1 | 现场查看 | 布局不符合要求, 未区分清洁区和污染区扣 1 分 |
| | 1.2 具备相应的工作区, 包括普通透析治疗区、隔离透析治疗区、水处理间、治疗室、候诊区、接诊区、储存室、污物处理区和医务人员办公区等基本功能区域; 开展透析器复用的还应设置复用间。 | 2 | 现场查看 | 未配备相应工作区, 每缺少一个扣 0.5 分 |
| | 1.3 透析治疗区内设护士工作站。 | 1 | 现场查看 | 缺少不得分 |
| | 1.4 水处理间的使用面积不低于水处理机占地面积的 1.5 倍。 | 1 | 现场查看 | 不符合要求不得分 |
| | 1.5 透析治疗室应当达到《医院消毒卫生标准》(GB15982-1995)中规定的III类环境, 并保持安静, 光线充足。具备空气消毒装置、空调等。保持空气清新, 必要时应当使用通风设施。地面应使用防酸材料并设置地漏。 | 2 | 现场查看 | 缺少空气消毒装置、空调等扣 1 分, 地面未使用防酸材料扣 1 分 |
| 2.1 三级医院至少配备 10 台血液透析机(二级医院不少于 5 台), 至少预备一台急诊透析机; 配备满足工作需要的水处理设备、供氧装置, 必要的执业防护物品; 开展透析器复用的, 应当配备相应的设备。 | 2 | 现场查看 | 透析机数量不够或未准备急诊透析机的扣 1 分, 水处理、供氧装置未配备足够扣 0.5 分, 复用透析器未配备专用设备的扣 0.5 分。 | |

| | | | | |
|----------------|---|-----|-------------|--|
| 2.设备配置 (7分) | 2.2 每个透析单元有一台血液透析机和一张透析床(椅)组成,使用面积不少于3.2平方米,血液透析单元间距能满足医疗救治及医院感染控制的需要。 | 2 | 现场查看 | 每透析单元面积不达要求的不得分 |
| | 2.3 每个透析单元配有电源插座组、反渗水供给接口和废透析液排水接口,透析中心配备供氧装置、中心负压接口或者可移动负压抽吸装置。 | 1 | 现场查看 | 每透析单元配备电源插座、反渗水供给接口、废液排水接口或缺少负压装置不达标的每个扣0.5分 |
| | 2.4 急救设备:心电监护仪、心脏除颤仪、简易呼吸器、抢救车。 | 1 | 现场查看 | 缺少相应急救设备每项扣0.5分 |
| | 2.5 信息化设备:至少具备一台能够上网的电脑。 | 1 | 现场查看 | 缺少不得分 |
| 3.设备管理 (6分) | 3.1 血液透析机符合国际要求,有设备档案和记录(包括透析机的出厂信息,操作运行和维修记录等);在用透析机运作正常,超滤准确、监测系统和报警系统工作正常,有定期校验记录。 | 1.5 | 查看文件记录,现场查看 | 无设备档案盒记录扣1.5分,无定期校验记录扣1分 |
| | 3.2 水处理符合国际要求,有设备档案和记录(包括透析机的出厂信息,消毒和冲洗记录、出现的问题和定期维修记录;在用水处理设备运作正常,供应充足的反渗水,不设开放式储水装置。 | 1.5 | 查看文件记录,现场查看 | 无设备档案盒记录扣1.5分,水处理不能供应充足的反渗水或设开放式储水装置扣1分 |
| | 3.3 各种透析器符合国家标准,存放在符合条件的库房内;有提取使用流程与等级制度;使用前认真检查,无过期、破损现象;记录相关不良反应,并有应对处理流程。 | 1 | 查看文件记录,现场查看 | 库房条件不合格扣0.5分,无不良反应记录和应对处理流程扣0.5分 |
| | 3.4 有透析液和透析用水治疗监测制度和执行流程。有完整的水质量的监测记录(透析用水残余氯、硬度、电导率等);透析液内毒素和反渗水化学污染物监测合格。 | 1 | 查看文件记录,现场查看 | 无水质监测记录扣0.5分,透析液内毒素和反渗水污染物监测不合格扣0.5分 |
| | 3.5 透析器复用有管理制度和流程,复用记录必须注明时间和签名,复用次数不能超过规定要求;从事透析器复用的人员必须是护理人员、技术员或经过培训的专门人员;废弃透析器有登记和处理流程。 | 1 | 查看文件记录,现场查看 | 透析器复用未注明时间、签名扣0.5分,复用超规定次数扣0.2分,废弃透析器无登记处理流程扣0.2分,复用人员不合格扣0.2分 |

| 三、质量管理（30分） | | | | |
|-------------------|---|---|-----------|--|
| 1.质量管理体系与科室管理（7分） | 1.1 有质量管理体系，按照《血液净化标准操作规程》开展血液透析治疗及相关工作，建立合理、规范的血液透析治疗流程。 | 4 | 现场检查，查看文件 | 无质量管理体系扣2分，流程不合理扣2分 |
| | 1.2 有岗位职责，相关人员知晓其任职要求。 | 1 | 现场检查 | 无岗位职责不得分，抽查人员不知晓每人扣0.2分 |
| | 1.3 定期对相关制度、岗位职责、技术规范、操作规程和落实情况进行检查并记录。 | 1 | 检查相关文件记录 | 无定期检查记录不得分，缺一项扣0.2分 |
| | 1.4 对血液透析室的重点环节和影响医疗安全的高危因素进行监测、分析、反馈并记录，提出控制措施。 | 1 | 现场检查文件记录 | 无相应记录不得分 |
| 2.登记制度（13分） | 2.1 有血透患者接诊、登记相关制度，实行患者实名制管理。 | 4 | 现场检查 | 无相应记录扣2分，未实行实名制扣2分 |
| | 2.2 透析病例包括首次病历、透析记录、化验记录、用药记录。 | 3 | 现场检查 | 无透析病例不得分，查到一份不完善扣0.2分 |
| | 2.3 病历书写规范，有培训与教育，登记记录完整。 | 2 | 现场检查 | 病例登记记录不完整，每份扣0.2分 |
| | 2.4 规范侵入性操作管理：透析用深静脉管置入术必须由有资质的人员操作，操作时必须执行相关操作规范；完成后由操作者亲自书写记录，所使用的高值耗材必须保留唯一的合格标识并附于病案。 | 4 | 现场查看 | 操作人员不合要求不得分，操作不规范扣2分，无相应记录扣1分，未保留高值耗材合格标识扣1分 |
| 3.质量改进（10分） | 3.1 由科主任、护士长等相关人员组成管理质量小组，负责医疗质量和安全管理，有工作计划与工作记录。 | 1 | 查看相关文件记录 | 无相关记录不得分 |
| | 3.2 有保证医疗服务质量的相关文件。 | 1 | 查看相关文件记录 | 无相关记录不得分 |
| | 3.3 科室质量管理小组定期活动，每季至少一次。 | 1 | 查看相关文件记录 | 无相关记录不得分 |
| | 3.4 质量管理资料完整，体现持续改进。 | 1 | 查看相关文件记录 | 无相关记录不得分 |
| | 3.5 血液透析室有运行数据收集的流程。 | 1 | 查看相关文件记录 | 无相应流程不得分 |
| | 3.6 有运行中的数据库，做到实时记录。 (1) 质量管理方面的基础数据 血液透析机台数/专治医师/专职护理人员。 | | 查看相关文件记录 | 无运行中的数据库不得分，未做到实时记录每项扣0.2分 |

| | | | | |
|--------------------|---|---|----------|--|
| | 年度血透总数（普通透析，高通量，血液透析滤过，单纯超滤）。 年度维持性血透患者的死亡数及1年内的死亡率。 年度血透中严重的并发症发生例数。 年度可复用透析器复用率与平均复用次数。 年度血透患者乙、丙肝转阳病例数。 年度血透转腹透及转肾移植例数。 | 2 | | |
| | 3.7 定期对治疗管理指标进行分析评价，对存在的问题有改进措施。 | 1 | 查看相关文件记录 | 无分析评价扣0.5分，无改进措施扣0.5分 |
| | 3.8 职能部门有监管，对存在问题与缺陷的改进情况有评价。 | 1 | 查看相关文件记录 | 无主管部门监督不得分，未对改进情况评价扣0.5分 |
| | 3.9 科室运用质量管理工具开展质量与安全管理，用质量指标与同行比较，追踪评价，持续改进。 | 1 | 查看相关文件记录 | 科室无追踪评价，持续改进不得分 |
| 四、感染管理（30分） | | | | |
| 1.感染制度 (6分) | 1.1 有医院感染管理的相关制度；有传染病患者隔离制度和具体措施。 | 2 | 查看相关文件 | 无医院感染管理制度扣1分，无传染病相关制度扣1分 |
| | 1.2 有医院感染紧急情况的处理预案，并能定期演练。 | 1 | 查看文件记录 | 无处理预案不得分，无定期演练扣0.5分 |
| | 1.3 建立医院感染控制监测制度，设定感染控制目标，开展环境卫生学监测和感染病例监测。 | 2 | 查看文件记录 | 未建立监控制度、无感染控制目标、未开展环境卫生学和感染病例监测分别扣0.5分 |
| | 1.4 职能部门对科室检查制度的落实情况有监督，对存在的问题与缺陷有改进的措施。 | 1 | 查看文件记录 | 无职能部门监督不得分，无改进措施扣0.5分 |
| 2.工作人员卫生 (8分) | 2.1 工作人员从专门的工作人员通道进入血液净化室（中心）。于更衣室更换干净整洁工作服，应先洗手，按工作要求穿戴个人防护设备，如手套、口罩工作服等。复用透析器的工作人员应戴好手套、围裙、面罩、护目镜。 | 2 | 现场检查 | 着装不合要求者，每人扣0.4分 |
| | 2.2 医务人员在接触患者或透析单元内可能被污染的物体表面时应戴手套，离开透析单元时，应脱下手套。 | 2 | 现场检查 | 未按规定戴、脱手套者，每人扣0.4分 |

| | | | | |
|-----------------|---|-----|----------|---|
| | 2.3 在接触不同患者、进入不同治疗单元、清洗不同机器时应洗手或用快速手消毒剂擦手并更换手套。 | 2 | 现场检查 | 未按规定洗手、消毒手或更换手套者，每人扣 0.4 分 |
| | 2.4 处理医疗污物或医疗废物时要戴手套，处理以后要洗手。 | 2 | 现场检查 | 未按规定戴手套或洗手者，每人扣 0.4 分 |
| 3.患者管理 (10分) | 3.1 有接诊制度，对于第一次开始透析的患者或由其它中心转入的患者必须在治疗前进行乙肝、丙肝、梅毒及艾滋病感染的相关检查。对于 HBV 抗原阳性患者应进一步行 HBV-DNA 及肝功能指标的检测；对于 HCV 抗体阳性的患者，应进一步行 HCV-RNA 及肝功能指标的检测，保留原始记录，登记患者检查结果。 | 2 | 查看相关记录 | 发现一例遗漏相关检查项目扣 0.2 分 |
| | 3.2 告知患者血液透析可能带来血源性传染性疾病，要求患者遵守血液净化室（中心）有关传染病控制的相关规定如消毒隔离、定期监测等，并签署透析治疗知情同意书，透析器复用患者应同时签署透析器复用知情同意书。 | 2 | 查看相关记录 | 发现一例遗漏知情同意书扣 0.4 分 |
| | 3.3 乙、丙肝，艾滋，梅毒感染患者应当分别在各自隔离透析治疗间或者隔离治疗区进行专机血液透析。 | 2 | 现场检查 | 无相应隔离透析治疗间/区不得分，缺一个扣 0.5 分 |
| | 3.4 对长期透析的患者应该每 6 月检查乙肝、丙肝病毒标志物 1 次；保留原始记录并登记。 | 2 | 查看相关记录 | 未每 6 月检查一次不得分，抽查到一例扣 0.4 分 |
| | 3.5 有质量控制部门监督检查记录，科室对存在的问题和缺陷有改进措施。 | 2 | 查看相关记录 | 无职能部门监督检查记录扣 1 分，无改进措施扣 1 分 |
| 4.废弃物管理 (6分) | 4.1 从事血液透析工作人员应严格贯彻执行卫生部《医院感染管理规范（试行）》、《消毒管理办法》和《消毒技术规范》等有关规范。 | 2 | 查看相关文件记录 | 无相关规范不得分 |
| | 4.2 废液排入污水处理系统。 | 1.5 | 现场查看 | 废液未排入污水处理系统不得分 |
| | 4.3 定期对反渗透机和供水管路进行消毒和冲洗，冲洗后监测消毒剂残留量，有记录。 | 1.5 | 查看相关记录 | 未定期进行消毒、冲洗不得分，未检查消毒剂残留量扣 0.5 分，无记录扣 0.5 分 |
| | 4.4 医院感染管理与主管部门对医疗废弃物管理进行追踪评价。 | 1 | 查看相关文件记录 | 无相关部门监督不得分 |

注：本标准适用于二、三级综合性医院，传染病医院、肿瘤医院参照执行。