北京体育大学医院文件

北京体育大学社区卫生服务中心文件

校医院字[2026] 8 号

关于印发《安全生产管理制度汇编》《医院感染管理制度汇编》《护理管理制度汇编》《药房制度汇编》《医学影像科规范化管理制度汇编》的通知

全体人员：

《安全生产管理制度汇编》《医院感染管理制度汇编》《护理管理制度汇编》《药房制度汇编》《医学影像科规范化管理制度汇编》，经 2026 年第 8 次院领导办公会审议通过，现予以印发，请认真遵照执行。

特此通知。

北京体育大学医院

2026 年 9 月 8 日

扫描全能王 创建

北京体育大学社区卫生服务中心

安全生产

管理制度汇编

2021 年 05 月 30 日颁布

2021 年 06 月 01 日实施

2026 年 06 月 24 日修订

目　录

安全生产管理制度.....2

安全生产领导小组网络图及职责.....4

应急管理制度.....5

安全生产教育和培训制度.....8

安全生产检查制度.....13

生产安全事故隐患排查治理制度 15

特种设备及特种作业人员管理制度..... 17

防护用品配备和管理制度 18

医务人员职业安全防护制度.....19

安全生产奖励和惩罚制度 21

安全生产事故报告和处理制度..... 24

安全生产会议制度.....28

安全生产责任制考核管理制度..... 30

安全设施、设备管理和检修、维修制度..... 31

危险化学品管理制度.....31

安全生产管理制度

为创造一个良好的治安环境，维护医院正常的医疗生活秩序，确保患者、职工及医院财产安全，结合我院实际情况制定本制度：

1.安全生产工作是医院管理的重要组成部份，由医院安全生产领导小组负责组织、指导各部门实施。医院各部门应自觉维护本部门的治安秩序，保障安全。

2 医院安全生产领导小组的任务是建立健全安全生产工作制度，制定医院消防等安全生产工作方针、目标，审定医院安全生产方面的各项规章制度。

3.落实治安防范措施，预防和减少违法犯罪，消除治安灾害隐患，保护医院资产和职工人身安全，维护医院正常的工作秩序。

4.各科室主任为本科室第一责任人，根据本科室的具体情况落实防火、防盗、防破坏、防泄密的措施，主要履行以下职责：

（1）安全生产应与业务工作同计划、同布置、同检查、同考核、同奖惩、同记录。

（2）经常开展社会主义法制和安全生产的宣传教育活动，增强员工的法制观念和自觉维护本科室安全生产的意识。

（3）各科室应对本科室患者进行防盗等宣传，提醒其离开就诊诊室带走随身物品。

（4）各部门保管使用的贵重精密仪器和大型重点设备应由专人保管，并做到“专线供电、正确使用、定期保养”。

（5）毒麻、精神类药品，易燃、易爆、剧毒、放射性元素，

要登记造册，定期清查，应落实专人、专柜保管，严格执行交接登记制度。存放的房间应加固门窗，专人保管钥匙。

（6）及时调解、沟通本科室职工参与的医疗和民事纠纷，化解各类矛盾，维护本科室正常的就医秩序。

（7）各科室主任应教育职工正确使用计算机，不得利用计算机网络，发布一切可能影响医院声誉或危害国家安全的任何信息。

（8）认真贯彻落实《消防安全管理制度》，做好本科室防火工作。

5.各科室必须加强消防知识的学习，熟悉各类消防器材的性能和使用方法，明确本部门区域内的易燃点和救火方案。

6.各科室主任教育职工要养成良好习惯，下班或离人时要关好办公室的门窗，切断水、电源；办公室内严禁存放私人贵重物品以及现金；严禁在办公室、操作间、休息室等场所使用电磁炉、电暖气、电热水器、电加热棒等等大功率电器，严禁在上述场所私拉乱接电线。

7.本院的消防器材要做到专人负责和管理，严禁对外租赁、转借或挪作它用。消防器材必须按指定位置存放，使用后通知学校保卫部门及时更换。

8.医院各部门一律不得录用有违法犯罪记录的人员。

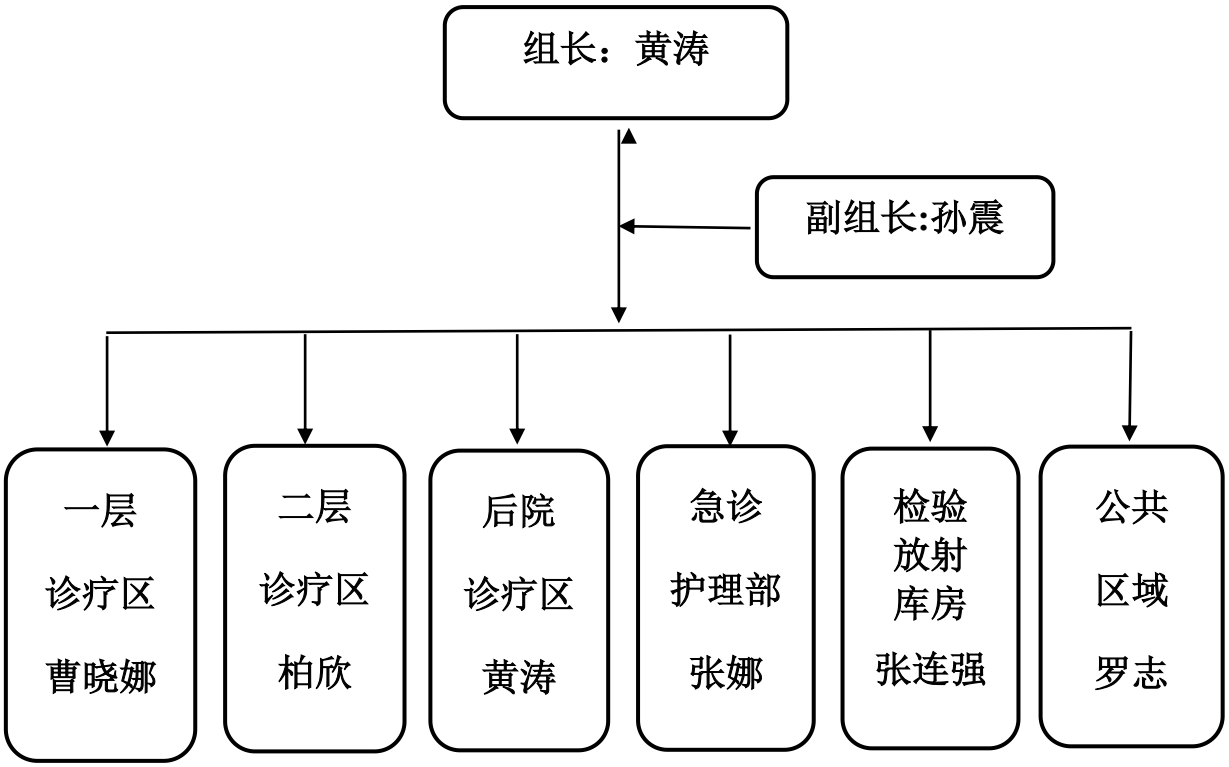
9.严禁在院区聚众赌博、打架斗殴、吸毒贩毒、卖淫嫖娼及其它违法犯罪行为，违者依照有关法律规定追究行为人的法律责任。

10.节假日值班人员必须坚守工作岗位，同时加强防火、防盗

工作，保证节日安全。

11.对违反本制度，忽视安全生产工作的有关责任人，由医院予以批评教育，并依照《医院管理条例》处罚，造成重大责任事故构成犯罪的，交司法机关追究法律责任。

安全生产领导小组网络图及职责



二、领导小组职责

1．贯彻执行国家《安全生产法》、《北京市安全生产条例》等法律法规、方针政策、标准、决议和医院的消防等安全生产管理制度。

2．制定医院消防等安全生产工作方针、目标，审定医院安全生产方面的各项规章制度。

3．每季度召开一次安全领导小组会议，通报消防等安全检查、

安全隐患和安全事故情况，布置安全生产的相关工作。

4．定期组织分析医院的安全形势，研究制定医院设备设施和安全生产工作的重大措施或计划。

5．对消防等安全生产管理中遇到的重大问题、难点问题、较大安全隐患和重大隐患进行研究并做出决议。

6．安全生产领导小组要定期组织开展医院应急救援预案演练和其他生产安全应急救援演练，并对演练后的预案进行评审和修订。

7．定期组织开展综合安全检查和各项专项安全检查，确保安全生产处于良好的状态。

8．安全生产领导小组要定期参加部门的基层安全生产活动。

9．安全生产领导小组负责对医院生产过程中发生的事故进行调查、分析和处理。

10．安全生产领导小组定期对医院安全工作进行总结，并对安全生产领域表现突出的单位或个人进行表彰、奖励。

灾害与突发公共卫生事件应急管理制度

为使本院在面临灾害和突发公共卫生事件时能够及时应对，最大限度地规避风险，保障全校师生员工和家属的生命安全，维护学校的正常工作秩序，特制定本应急预案及管理手册。

北京体育大学医院校医院，同时还是一所社区卫生服务中心。其主要功能是为师生员工及家属提供卫生保健及临床医疗服务。本院的所有能源(包括水、电、暖气)均由学校统一供应，因此，本院应急管

理工作的重点主要放在应对突发公共卫生事件、应对火灾及破坏性地震等方面。

组织机构：

组长：医院院长

职责：在突发事件中全面协调医院的各项工作，接受并组织落实上级医疗行政部门及学校领导交付的各项任务，及时反馈医院的情况以求得最新指示。

副组长：医院副院长

职责：在突发事件中，接受并组织落实上级主管部门及学校领导交付的各项任务及要求，负责组织救护人员积极施救，及时将情况和数据反馈给相关领导以助决策。

分为二个管理小组，一个信息小组。

突发公共卫生事件应急管理小组：主要应对大规摸意外伤害、中毒、传染病等事件；在灾害事件发生时若涉及人员伤亡要承担伤亡人员的临床抢救工作。

组长：主管业务副院长(负责具体工作安排、落实、监督、检查)

组员：内科、中医科负责人(及时与上级卫生防病部门联系以获取指示，尽早控制疫情,负责组织本科医务人员对伤病人员的抢救、转运工作)。

护士长(负责全院护士调配，积极参加抢救)。

灾害应急管理小组：主要应对火灾、地震、雷击、风灾、水灾等灾害；在平时要承担应对灾害与突发公共卫生事件发生时所需各种物

资的采购、储备和发放工作；在各类突发事件中确保迅速安全将伤、病员送往指定地点进行救治。

组长：医院院长(负责工作安排、人员安排、向学校及卫健委领导汇报)。

副组长：医院副院长（负责具体指导、落实、监督、检查工作)。

组员：医技后勤保障科主任(负责应急物资的采购、贮存、发放；负责医院各类安全设备的检查、维护、更新)。

综合科主任、中医科主任、护士长：(负责伤员的救治及转运)。

信息小组：主要负责灾害与突发公共卫生事件发生时各种信息的收集整理、归纳汇总、统计上报工作。

组长：医院院长。

副组长：医院副院长。

组员：医院各科主任、护士长及信息员。

工作内容：

(1)根据本年度安全管理薄弱环节和最有可能发生的公共卫生事件预警信息，部署改进措施，尽早消除安全隐患；对重点部位、环节进行监察，尽可能控制事态发展趋势，做好防范工作。

(2)一旦发生了灾害或突发公共卫生事件，在本医院工作的任何人都有责任在第一时间向“灾害和突发公共卫生事件应急管理小组”报告。在接报后，相应小组立即启动，组长根据事态性质、波及范围、发展趋势进行分工部署，小组成员各司其职，各负其责。

(3)在应对突发事件的过程中，应有意识地注意收集所有与本职

责内容有关的信息，并及时将信息反馈到组长处，以便组长调整人员配置和处置措施。

(4)信息小组负责收集整理、归纳汇总所有信息，将统计结果及时上报有关领导，并按届时要求及时上报上级业务主管部门。

(5)突发事件平息后，管理小组要对突发事件处理过程尤其是对安全薄弱环节和干预措施的效果评价，总结经验，找寻漏洞，提出整改措施。

(6)突发公共卫生事件应急管理小组、灾害应急管理小组组长每年应负责各组织一次应对突发事件的综合演练，并写出总结。

(7)由于是针对突发事件而成立的应急管理小组，因此小组所有成员在离京或其他情况难以取得联系时，必须指定一位临时负责人代替行使职权，并报相应小组组长批准。

安全生产教育和培训制度

为加强和规范安全教育培训工作，提高全体职工的安全意识、职工的安全技术知识、安全操作技能，牢固树立“安全第一、预防为主、综合治理”的思想，建立医院良好的人才培训机制，满足员工对职业发展的需求，不断提高员工的综合素质，明确医院的培训体系和管理操作程序，特制定本制度。

1.医院主要负责人和安全生产管理人员的安全培训必须依照安全生产监管监察部门制定的安全培训大纲实施。

2.主要负责人安全培训内容应当包括：①国家安全生产方针、

政策和有关安全生产的法律、法规、规章及标准（行业技术标准）；②安全生产管理基本知识、专业安全生产技术和安全生产知识；③重大危险源管理、重大事故防范、应急管理和救援组织以及事故调查处理的有关规定；④职业危害及其预防措施；⑤国内外先进的安全生产管理经验；⑥典型事故和应急救援案例分析；⑦其他需要培训的内容。

3.安全管理人员安全培训内容应当包括：①国家安全生产方针、政策和有关安全生产的法律、法规、规章及标准（行业技术标准）；②安全生产管理、专业安全生产技术和职业卫生等知识；③伤亡事故统计、报告及职业危害的调查处理方案；④应急管理、应急预案编制以及应急处置的内容和要求；⑤国内外先进的安全生产管理经验；⑥典型事故的应急救援案例分析；⑦其他需要培训的内容。

4.新入医院人员三级安全教育培训

新入医院人员（包括新工人、合同工、外包工和培训、实习、外单位调入本院人员等）在上岗前必须经过医院、部门、班组三级安全教育培训（岗前培训时间不得少于24学时）、考核合格之后，方可发给个人防护用品进入生产岗位学习。未经安全教育或者考核不合格，不得进入岗位。

（1）医院级安全教育

培训内容应当包括：①本单位安全生产情况及安全生产基本知识；②本单位安全生产规章制度和劳动纪律；③从业人员安全生产权利和义务；④有关事故案例等。

（2）科级安全教育

培训内容应当包括：①工作环境及危险因素；②所从事工种可能遭受的职业伤害和伤亡事故；③所从事工种的安全职责、操作技能及强制性标准；④自救互救、急救方法、疏散和现场紧急情况的处理；⑤安全设备设施、个人防护用品的使用和维护；⑥本部门安全生产状况及规章制度；⑦预防事故和职业危害的措施及应注意的安全事项；⑧有关事故案例；⑨其他需要培训的内容。

（3）组级岗前教育

培训内容应当包括：①岗位安全操作规程；② 岗位之间工作衔接配合的安全与职业卫生事项；③有关事故案例；④其他需要培训的内容。

5.“四新”安全教育

在新工艺、新技术、新材料、新设备设施投入使用前，应对有关操作岗位人员进行专门的安全教育和培训，经考核合格后，方可上岗操作。

6.岗位变动再教育

操作岗位人员转岗、离岗六个月以上重新上岗者，应进行部门、班组安全教育培训，经考核合格后，方可上岗工作。

7.特种作业人员安全教育

凡从事特种作业人员，必须由各主管上级部门进行与其所从事的特种作业相应的安全技术理论培训和实际操作培训，取得《中华人民共和国特种作业操作证》（以下简称特种作业操作证）后，方可上岗作业；

特种作业人员取得特种作业操作证有效期为6年，在全国范围内有效。特种作业操作证每3年复审1次。由上级主管部门按国家相关规定复审，在有效期内方可生效。特种作业操作证需要复审的，应当在期满前60日内，由医院负责向上级主管部门提出复审申请，所有培训、复审记录应形成《特种作业人员登记台账》。

8.日常安全教育

各部门领导应对员工进行经常性的安全思想、安全知识和安全技能教育，增强安全意识，提高安全素质，使员工自觉地遵纪守法，履行安全职责，确保安全生产。

在每天的班前班后会上说明安全注意事项，讲评安全生产总结。

召开本部门安全生产会议，专题计划、布置、检查、总结、评比安全生产工作。

总结发生事故的规律，有针对性地进行安全教育。

组织员工参加安全技术交流，观看安全生产展览等，张贴安全生产宣传画、宣传标语及安全标志等，广泛进行宣传教育。时刻提醒人们注意安全。

各部门定期开展安全活动，部门每季度进行一次安全教育。

设备进行大、中修时要重点做好员工安全教育工作。要根据检修项目要求落实检修安全措施，对参加检修的作业人员进行日常的安全教育，生产部门应进行督促检查落实情况，在检修前和检修后及开车前的部门生产会议上，要讲述安全注意事项，确保检修安全。

日常安全教育是各级领导的职责，也是专（兼）职安全员的工作，

要按照上级有关部门的具体要求，要保证落实教育学习的时间和质量。

各部门组织员工开展安全生产活动主要内容：

学习有关的安全文件法规和安全技术等。

参观安全生产展览，学习外单位的经验及教训。

组织安全技术操作表演和现场岗位示范作业。

检查规章制度贯彻执行情况和隐患的整改落实情况。

9.培训经费

（1）医院每年投入一定的经费用于培训，经费专款专用，主要用于培训、讲师培养、课程开发等。

（2）培训经费，包括①外部培训直接发生的费用，如学费、报名费、资料教材费、考试费、证书费等；②外部培训间接发生的费用，如交通费、住宿费、差旅补贴、场地费等；③内部培训发生的费用，如讲师津贴、考试命题阅卷、教材书籍征订、培训设施等费用。

（3）培训费用预算

医院培训费用预算，原则上从安全生产投入审批费用中抽取。内部讲师有能力授课的，由内部讲师授课，以减少培训支出。

10.培训计划

护理部部负责制定医院安全教育培训计划，分并分解到季度或月度培训计划，培训计划及费用预算呈医院经理审批。

11.培训实施

实施培训应按计划进行，不走形式，对培训过程要有相应的记录，

包括《安全教育培训签到表》、《安全教育培训记录》。

12.本制度由医院负责解释。

13.本制度自下发之日起执行。

安全生产检查制度

为了提高医院安全管理水平，加强医院安全生产检查工作，依据《安全生产法》、《北京市安全生产条例》等法律法规，制定本制度。

1、院长对医院安全生产监督检查工作全面负责。

2、安全生产领导小组组员负责组织安全生产监督检查工作，制定安全检查和隐患排查计划，监督落实安全生产隐患整改措施，有效地减少和控制各类事故。

3、安全检查的方式：采用综合检查、专业检查、季节性检查、节假日检查、日常检查等方式进行隐患排查工作。医院职工须对本岗位职责范围内的安全生产工作进行隐患排查。

4、日常检查

（1）岗位自检：当班岗位员工每天执行，发现隐患和问题应立即解决，解决不了的应及时上报；

（2）互保互检：当班互保对子每天执行，在互保对子岗位安全确认前提下，互相检查督促严格按章操作；

（3）部门检查：每天必须对科室进行全面的安全检查，安全员协作，检查内容视具体情况而定，检查出的隐患和问题应立即解决，解决不了的及时向领导汇报。

5、综合检查

由各院长组织相关部门和人员参加，每月至少进行一次医院全面安全检查。检查的重点是安全生产法规、制度、规定的贯彻执行情况，反对违章、杜绝事故的执行情况，对检查出的问题和隐患应进行分析研究，列入安全整改计划，并责成科室定期解决。

6、季节性检查

（1）春、秋季节：在空气干燥易发生火灾的季节，对生产区、仓库及生活区使用的电器设备、线路和易燃易爆物品进行全面检查，做好防火措施；

（2）夏季：进入暑期前进行防暑降温准备工作的检查，并对执行情况进行效果检查；生产区防汛工作的检查，如库房等；雨季前还应对电器设备及线路进行全面检查；

（3）冬季：上冻之前对水路管道及受冻易损坏的设备和原材料进行检查，确保做好各项防冻工作；

7、节假日检查

根据节日期间的特殊情况开展防火防爆、治安保卫、节日期间值班管理、岗位人员出勤情况、应急管理等检查；

8、抽查

以不定期抽查为主。主要是对员工是否有违反岗位安全生产纪律、安全操作规程及个人防护用品（用具）使用方面的行为进行检查。由医院专人负责抽查，发现违章行为应依据相关规定对其做出严肃处理，并对当班的人员进行批评。

9、安全生产检查主要内容

（1）安全生产政策指令、及安全生产相关法律法规、标准规范的贯彻执行情况；

（2）各级安全生产责任制贯彻执行情况；

（3）各项安全生产规章制度执行情况；

（4）安全操作规程的落实情况；

（5）有无违章指挥、违章作业、违反劳动纪律的情况；

（5）对事故是否执行“四不放过原则”；

（6）员工三级安全生产教育、特殊工种培训等各项安全生产宣传教育培训开展落实情况；

（7）事故应急预案的编制及演练情况；

（8）作业现场的安全生产管理情况。

安全生产事故隐患排查治理制度

为了加强医院隐患排查治理工作，提高安全管理水平，根据《生产安全事故隐患排查治理暂行规定》、《北京市生产安全事故隐患排查治理办法》等法律法规，制定本制度。

1、院长对医院事故隐患排查治理工作全面负责。

2、安全生产领导小组负责组织隐患排查治理工作，制定隐患排查计划，监督落实隐患排查整改措施，有效地减少和控制各类事故。

3、安全生产领导小组负责下列安全隐患的排查及治理组织工作，以及安全隐患排查治理的综合监督工作。

（1）生产设施和公共场所存在的不符合国家、地方政府、医院安全生产法规、标准、规范、规定要求的隐患；

（2）生产设施、安全设施可能直接导致人身伤亡、火灾爆炸事故或造成事故扩大的生产设施、安全设施等存在的隐患；

（3）生产场所或设施可能造成职业病或职业中毒的隐患；

（4）医院相关部门负责组织本区域日常隐患排查与治理。做好本部门管理范围内，生产安全隐患的排查与治理工作，同时协助其他部门做好隐患治理相关工作。

（5）安全生产领导小组负责隐患排查治理情况的统计和上报工作，建立事故隐患排查档案，以及隐患治理项目及资金计划下达和维护监督等工作。

4、办公室负责隐患治理资金的维护及管理。

5、当法律法规、标准规范发生变更或有新的公布，以及企业操作条件或工艺改变，新建、改建、扩建项目建设，相关方进入、撤出或改变，对事故、事件或其他信息有新的认识，组织机构发生大的调整的，应及时组织隐患排查。

6、各部门负责本科室隐患排查及治理工作，并统计上报至安全生产领导小组。

7、隐患排查采用定期检查方式，由医院隐患排查治理专业技术小组每月开展一次隐患排查工作，并形成记录，各岗位人员须对本岗位职责范围内的安全生产工作进行隐患排查。

8、隐患治理

（1）针对排查出的隐患，根据隐患排查的类别、危险性等，制定有针对性的隐患治理方案，对隐患进行治理。方案内容应包括目标

和任务、方法和措施、经费和物资、机构和人员、时限和要求。重大事故隐患在治理前应采取临时控制措施并制定应急预案。隐患治理措施应包括工程技术措施、管理措施、教育措施、防护措施、应急措施等。

（2）对排查出的需要资金投入治理的隐患，办公室积极筹措治理资金；

（3）及时召开隐患治理项目会议，汇报隐患治理进度及控制效果，作出下一步整改计划，直至隐患得到有效的控制。

9、事故隐患在整改结束后，应对事故隐患治理情况进行现场验收或向上级提出验收申请。暂时整改不了的事故隐患，要采取有效措施，制定应急预案，加强控制。无法保证安全的，应在停产或停止使用的情况下进行事故隐患治理整改。

特种设备及特种作业人员管理制度

1.特种设备投入使用前，必须办理使用证，严禁无证运行。

2.特种设备的安装、修理、改造、化学清洗必须事先履行审批手续。

3.特种设备的安全附件齐全,必须实行定期校验制度,保证灵活、好用，严禁超期使用。

4.特种设备的档案、台帐、检验报告、校验报告及使用证，必须齐全。设备铭牌、自编号齐全准确，设备铭牌应裸露，且不得涂漆。

5.特种设备要定人，定期检查，定期维护保养。

6.特神设备发生事故爆炸、着火、变形、鼓包等，应逐级上报，并保护好事故现场。

7.熟练掌握本岗位易发生事故的应急措施。

8.进行危险作业时，要有可靠安全措施并在有人监护下方可工作，作业区间必须将易爆物品清理干净，工作时间遵守劳动纪律，不得违章作业。

9.特种作业人员必须持证上岗，严禁无证操作，工作前应详细检查所用工具是否完好、安全可靠并穿好防护用。

10.特神作业人员证件到期时，应提前向安全部门申请复试。

防护用品配备和管理制度

为保护医院员工在生产过程中安全和健康，落实以人为本的方针，依据《安全生产法》、《劳动防护用品监督管理规定》等法律法规，特制定本制度。

1.办公室负责防护用品采购、保管、检验、发放，并建理记录档案。

2.建立、保存个人防护用品领用记录。

3.医院必须为从业人员提供符合国家标准或行业标准的劳动防护用品，且不得以货币或其他物品替代应当配备的劳动防护用品。

4.后勤部负责教育、监督员工按照正确方法配戴使用劳动防护用品，医院所有员工都有监督、指正的权利。

5.劳动防护用品的管理由办公室统一管理，建立健全劳动防护用

品的购买、验收、保管、发放、使用、检验、更换、报废等记录；进行劳动防护用品的计划、审批和发放，并监督劳动防护用品的质量指导劳动防护用品的采购，并在其使用前对其防护功能进行必要的检查。

6. 医院员工必须按照规定穿戴防护用品，对员工开展防护用品使用培训，未按规定穿戴使用防护用品（用具）或部门未按规定发放劳动防护用品（用具）而造成人身伤害事故的，医院应按严重违章对责任人进行处理。

7. 凡工作调动或工种变动，应按新岗位标准发放劳保用品。

8. 从事多岗位的员工，按其基本岗位发给防护用品，若在从事其他工作确实需要增发防护用品时，须给予补齐。

9. 新入职人员的防护用品，需经过三级安全教育后，方能上岗发放。

10. 季节性临时用工在规定的合同期内按合同要求，由所在单位负责配发与工作环境、工作内容、接触职业病危害因素相适用的劳动防护用品。

医务人员职业安全防护制度

(一) 标准预防　认定病人的血液、体液、分泌物、排泄物均具有传染性，不论是否有明显的血迹污染或是否接触非完整的皮肤与黏膜，接触上述物质者．必须采取防护措施。

L. 既要防止血源性疾病的传播，也要防止非血源性疾病的传播。

2.强调双向防护，既防止疾病从病人传至医务人员，又防止疾病从医务人员传至病人。

3.根据疾病的主要传播途径，采取相应的隔离措施，包括接触隔离、空气隔离和微粒隔离。

(二)标准预防的措施

L.洗手：接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物及其污染物品时，不论其是否戴手套，都必须洗手。

遇有下述情况必须立即洗手：摘除手套后(接触病人前后)可能污染环境或传染其他人时。

2.戴手套：接触病人的上述物质及其污染物品时，接触病人黏膜和非完整皮肤前均应戴手套；对病人既接触清洁部位，又接触污染部位时应更换手套。

3.上述物质有可能发生喷溅时，应戴眼口罩，并穿防护衣，以防止医护人员皮肤、黏膜和衣服的污染。

4.被上述物质污染的医疗用品和仪器设备应及时处理，重复使用的医疗仪器设备应进行清洁和适当消毒。

5.污染的床单及时处理，防止接触病人的皮肤与黏膜，以防污染衣物及微生物传播。

6.锐利器具和针头应小心处理，以防刺伤。

7.医护人员进行各项医疗操作、清洁及环境表面消毒时，应严格遵守各项 操作规程。

8.污染环境或不能保持环境卫生的病人应隔离。

（三）医护人员的防护要求

1、基本防护：

防护对象：在医疗中从事诊疗活动的所有医、护、技人员。

着装要求：工作服、工作帽、医用口罩、工作鞋。

2.加强防护：

防护对象：进行体液或可疑污染物操作的医护人员，传染病流行期的发热门诊的工作人员；转运疑似或临床诊断传染病的医护人员和司机。

着装要求：在基本防护的基础上，可按危险程度使用以下防护用品：

隔离衣：进入传染病区时；

防护镜：有体液或其他污染物喷溅的操作时；

外科口罩：进入传染病区时；

手套：操作人员皮肤破损或接触体液或破损皮肤黏膜的操作时；

面罩：有可能被病人的体液喷溅时；

鞋套：进入传染病区时。

3.严密防护：

防护对象：进行有创操作；对传染病尸体进行解剖的医务人员。

要求：在加强防护的基础上，应使用面罩

安全生产奖励和惩罚制度

为了更好地贯彻落实“安全第一、预防为主、综合治理”的安全生产方针，落实安全生产的各项规章制度和操作规程，根据相关规定，

特制定本制度。

1.院长对实现本单位、本部门的安全管理目标负总责。

2.各科室负责人对实现本科室安全管理目标负直接领导责任。

3.医院各部门必须严格执行国家的法规、法令和医院的各项安全生产规章制度，加强领导，群防群治，确保安全生产。

4.惩罚原则

根据“谁主管，谁负责；谁出问题，谁承担责任”的原则，对相关部门领导和责任者进行处罚。

5.职工人身伤害事故的考核：单位发生伤亡事故，对事故负有责任的单位、领导和事故责任者，依据伤害程度和性质，按照《工伤事故管理规定》中的考核办法进行处罚。

（1）违章指挥或强令职工冒险作业导致事故发生者。

（2）违章违纪，情节严重，性质恶劣者。

（3）破坏或伪造事故现场隐瞒或谎报事故者。

（4）事故发生后，不采取措施，导致事故扩大或重复事故发生者。

（5）对坚持原则，认真维护各项安全生产工作制度人员打击报复者。

（6）对提出的整改意见有条件整改或拖延整改的责任人。

（7）其它各种违反安全生产规章制度造成严重后果者。

6.惩罚类型

（1）根据违章情节的轻重程度，及时采以批评教育、书面检查、

通报全医院、停工学习、经济处罚、行政处罚等办法予以处罚。

（2）经济处罚根据危害程度和损失情况、责任大小，可处以罚款 50-500 元、赔偿损失的 3-50%、降低工资、扣除奖金、没收押金等。

（3）性质特别严重、情节恶劣，触犯刑律者，追究法律责任。

7.经济处罚由后勤部提出处理意见，报院长经理批准后执行。

8.奖励的范围

（1）在安全技术、医疗卫生方面积极采取先进技术，提出重要建议被采用有明显的效果者，有发明创造或科研成果，成绩显著的；

（2）认真贯彻医院的安全生产方针、规章、制度，在预防事故、安全生产过程中作出显著成绩的；

（3）制止违章指挥、制止违章作业避免事故发生者。

（4）遵章守纪、模范执行安全操作规程，正确使用标准化动作的操作者。

（5）及时发现或消除重大事故隐患，避免重大事故发生者。

（6）在安全管理岗位上尽职尽责，有创新做出贡献者。

（7）发生事故时，积极抢救并采取措施防止了事故扩大，使职工生命和国家财产免受或减少损失的；

（8）积极参加医院、科室组织的各种形式的安全生产活动、安全生产竞赛，成绩优异，被评为先进科室、个人；

（9）被评为上级各级部门的安全生产积极分子给予表彰和奖励；

（10）按照医院要求，认真开展安全管理工作，全年未发生重大

事故的部门。

9.奖励的类型

奖励实行精神奖励和物质奖励相结合的原则。物质奖励可发给一次性奖金、奖品或晋级，精神奖励包括记功、授予荣誉称号等。

10.奖励程序

（1）安全生产先进科室和个人，由部门填写《安全工作奖惩考核表》上报安全部门，经审核后报医院领导批准通过。

（2）先进科室由综合管理填写《安全工作奖惩考核表》，报医院领导审批执行。

11.建立安全生产奖惩档案。

安全生产事故报告和处理制度

为加强医院生产安全事故报告和调查处理工作，根据《安全生产法》、《生产安全事故报告和调查处理条例》等法律法规，特制定本制度。

1.医院事故等级划分

特别重大事故：是指造成1人以上死亡，或者2人以上重伤，或者2万元以上直接经济损失的事故；

重大事故：是指造成1人重伤，或者1万元以上2万元以下直接经济损失的事故；

严重事故：是指造成3人以上5人以下轻伤，或者0.5万元以上1万元以下直接经济损失的事故；

一般事故：是指造成1人以上3人以下轻伤，或者0.1万元以上

0.5 万元以下直接经济损失的事故。

轻微事故：造成 1 人轻伤，或者不很严重的设备损害的事故。

2.事故报告

（1）报告程序

轻微事故、一般事故由事故发生部门在 1 日内报科室负责人。

严重事故、重大事故由事故发生部门 1 小时内报科室负责人，再有科室负责人立即报告院长。

特别重大事故由事故发生部门立即上报院长和科室负责人，并有院长上报学校安全管理部门

（2）报告内容

事故发生的时间、地点以及事故现场情况；

事故的简要经过；

事故已经造成或者可能造成的伤亡人数（包括下落不明的人数）和初步估计的直接经济损失；

已经采取的措施。

将报告的内容进行登记。上报政府的按照《上报政府事故记录表》登记，医院内部进行上报的按照《内部事故事件登记表》进行登记。

3.事故调查

（1）事故调查要求

事故发生后，事故发生部门应立即启动事故应急救援预案，保护事故现场，采取有效措施抢救人员和财产，防止事故扩大。因抢救人员、疏导交通等原因，需要移动现场物件时，应当做出标志，绘制现

场简图并做出书面记录，妥善保存现场重要痕迹、物证，有条件的可以拍照或录相。

安全生产事故的调查工作必须坚持实事求是、尊重科学的原则。严格按程序开展事故调查，为按照“四不放过”的要求处理事故提供有力的保证。

事故发生后，安全生产小组应组织事故调查组对事故进行调查。

（2）事故调查组工作职责：

协助学校开展调查（一般死亡及以上的事故）;

查明事故发生的原因、过程、人员伤亡及财产损失情况，确定事故性质，查明责任部门和主要责任者;

提出事故防范措施;

提出事故处理意见;

写出事故调查报告。

（3）事故调查权限

按事故分类，明确事故调查处理权限，分级负责。正确把握“四不放过”的原则，从事故调查处理的过程中，汲取教训，真正起到警示教育、整改隐患、预防事故的作用。

1）轻微事故的调查权限和处理决定，由事故发生部门明确规定调查权限和处理程序。但对于重伤事故的原因、过程、调查结果、整改措施、处理决定、执行及落实等情况，要以书面的形式报医院后勤部。

2）一般事故的调查处理，由医院安全生产领导小组担任事故调

查组，进行调查做出事故处理决定。并就事故的原因、过程、调查结果、整改措施、处理决定、执行及落实等情况，以书面的形式报医院院长。

3）重大及以上伤亡事故的调查处理，院长召集有关人员组成事故调查组，协助学校开展调查。影响重大的，院长必须亲临现场，指挥协调事故的调查处理。医院综合部根据调查组的调查结论，就事故的原因、过程、调查结果、整改措施及落实情况、事故处理意见等，以书面的形式报医院，经医院院长批准后执行。

4.事故处理

按照“四不放过”原则对事故进行处理。

（1）事故责任人处理

轻伤、重伤、一般伤亡事故（含一般设备、财产损失事故）由事故发生部门按照有关规定和要求，对事故责任人进行行政处分和经济处罚。对一般死亡事故的行政处分和经济处罚，应事先征求后勤部的意见，做出决定后，抄报医院院长。

重大及以上伤亡事故（含重大及以上设备、财产损失事故），事故发生部门除了接受政府有关部门的处罚外，应由事故部门按照有关规定，提出对事故责任人行政处分和经济处罚的意见，由医院做出对事故责任部门和责任人的责任追究和经济处罚的决定。

（2）事故相关人员教育

通过宣贯、视频等多种形式对事故相关人员进行教育，并对教育效果进行评估，并做好相应的记录。

（3）事故整改

根据事故调查组提出的整改措施，由相应的整改责任人进行整改，并由后勤部门进行验收，过程中做好记录。

5.事故结案归档与统计

（1）事故处理结案后，后勤部应建立事故档案，各部门应按分工整理登记和保管好事故资料，并记入台帐。对所有事故调查分析的资料，如现场检查记录、照片、技术鉴定、化验分析、会议记录、综合调查材料及登记表、报告书、事故责任者自述材料、处分决定和受处分人员检查材料等，应妥善保管。应将有关资料整理归档，以备查考。

（2）安全生产领导小组须对上一年度的事故进行统计分析，并将结果向院长汇报。

安全生产会议制度

为及时通报医院安全生产动态，检查医院安全工作的落实情况，把握安全目标及指标的控制情况，分析安全生产形势，加强对医院安全工作的监督管理，特制定本制度。

1.安全生产领导小组会议由安全生产领导小组负责会议筹备，办公室组织召开，并以医院名义印发会议纪要。

2.会议时间地点

（1）安全生产领导小组会议：原则上每季首月月初(具体时间由医院安全生产领导小组确定)，遇有紧急情况，可随时召开。

（2）月度工作会（安全例会）：原则上每月末召开，由办公室根据医院工作情况确定具体时间，遇有紧急情况，可随时召开。

（3）会议地点：后院会议室。

3.会议主持人

（1）安全生产领导小组会议：会议由医院安全生产领导小组组长主持，特殊情况可委托医院安全生产领导小组副主任主持。

（2）月度工作会（安全例会）：会议由安全生产领导小组办公室主任主持。

4.参会人员

（1）安全生产领导小组会议：医院安全生产领导小组全体成员。

（2） 因故不能参加安全生产领导小组会议，必须向安全生产领导小组会请假。

（3）安全生产例会：安全生产领导小组成员、专职或兼职安全管理人员参会。因故不能参加工作会议，必须向安全生产领导小组组长请假。

5.会议内容

（1）安全生产领导小组会议：检查医院安全生产领导小组季度安全工作专题会议精神的贯彻落实情况；分析每月安全生产形势，听取工作汇报，通报汇总情况；研究安全生产中存在的突出问题，督促整治重大安全隐患等。

（2）月度工作会（安全例会）：检查医院安全生产领导小组办公室具体承办的各项工作落实情况；当月安全生产形势通报等。

6.会议纪要

医院所有安全会议的安全纪要均在医院内部抄送公布。

安全生产责任制考核管理制度

为提高本医院安全生产管理水平，落实企业安全生产主体责任，衡量安全生产责任制的执行情况，检查安全生产责任制层层落实情况，确保医院安全生产目标的实现，特制定本制度

1.考核依据

查看医院安全生产责任制和逐级签订的安全目标责任书，比对相应岗位人员的执行落实情况，作出该岗位人员的公正考核。

2.考核人员

安全生产领导小组负责考核院长安全生产责任制的落实情况，院长负责考核医院所有员工的安全生产责任制落实情况。

3.考核时间

医院实行半年度安全生产责任制考核制，即在每年的6月底和12月底分别开展一次考核。

4.考核记录

办公室负责收集、统计所有员工安全生产责任制考核情况，保存相应考核记录，并在医院内部进行公布。

5.考核奖惩

依据实际情况，对安全生产责任制落实情况较好的岗位人员进行相应的物质奖励；对不落实安全生产责任制、安全目标责任书完成较差的岗位人员作出相应的经济处罚，并全医院通报批评。

安全设施、设备管理和检修、维修制度

1.为保证安全生产有关设施、设备的正常使用特制定本制度。

2.本院安全生产设施、设备分成两类，即医疗性质和非医疗性质类。

3.本院医疗性质设施、设备归器械科管理，非医疗性质设施、设备归后勤科管理。

4.所有设施、设备均应定期维护、检修以便发现问题及时处理。

5.各科室均要建立设施设备维修、使用记录，以便更好的了解设备情况。

6.各科室设施、设备中易损物品更换需经相关科室备案。

7.设施、设备损坏后，须经相关科室认定后，方可更换新设备。

8.所有设施、设备的安全使用归设备所有科室负责，且必须符合操作规范 。

危险化学品管理制度

为了加强危险化学品的安全管理，预防和防止危险化学品事故，保障病人生命安全及医院财产安全，保护环境，制定本制度。

1.危险化学品定义

危险化学品，是指具有毒害、腐蚀、爆炸、燃烧、助燃等性质，对人体、设施、环境具有危害的剧毒化学品和其他化学品，包括毒、

麻、精药品。

2.我院现有及使用的化学危险品名录（见附件）。

3.危险化学品安全管理，应当坚持安全第一、预防为主、综合治理的方针，强化和落实储存和使用科室的主体责任。

4.存储和使用科室的负责人对其存储和使用的危险化学品的安全管理负主要责任。

5.安全生产管理小组对存储和使用化学危险品的科室的安全管理有监督责任，科室应给予配合。

6.危险化学品的存储及使用科室应当建立、健全安全管理规章制度和岗位安全责任制度，对科室人员进行安全教育、法制教育和岗位技术培训。科室人员应当接受教育和培训，考核合格后上岗作业；对有资格要求的岗位，应当配备依法取得相应资格的人员。

7.危险化学品的存储管理除必须建立和执行各项安全管理制度外，并保证在任何情况下处于正常使用状态。

8.储存和使用科室的废弃的化学危险品应严格按照国家规定进行，不得自行处置。

9.不同性质、不同危险类别的危化学品需分别包装（注意检查包装物完整不可遗漏），并在包装物上粘贴标签，按规定填写科室、类型和时间后，由医疗废物回收人员上门回收。

10.对有可能具有爆炸性、放射性和剧毒性的高危废物，使用科室需要按其特殊性质采用恰当的包装或装载设备，并进行必要的预处理(例如：水银)；

11.对于废弃的危险化学品包装（瓶），应针对试剂的性质进行初步的处理后，交专业危险废物处置公司进行处理。建立危险化学品事故隐患报告制度，科室自查及监管部门检查中发现不安全隐患应及时向上级报告，并有详细的报告记录。

12.危险化学品的管理工作应计入医院的绩效考核系统，对不执行管理规定，随意放置、使用和处置危险化学品的科室及责任人，尤其是造成失窃、外流造成严重后果的要追究责任。

北京体育大学社区卫生服务中心

医院感染管理

制度汇编

2026 年 06 月 23 日修订

目　录

制度篇

1、医院感染小组成员.....5

2、医院感染组织架构 6

3、医院感染管理制度.....8

4、医院感染小组会议制度.....9

5、医院感染小组工作制度..... 10

6、医院感染暴发报告制度..... 11

7、医院消毒隔离制度..... 12

8、医院感染管理培训制度..... 13

9、医务人员医院感染防护制度..... 14

10、医院消毒器械管理制度..... 15

11、医院消毒灭菌管理制度..... 15

12、一次性使用医疗卫生用品管理制度.....18

13、消毒供应室医院感染管理制度.....20

14、口腔科医院感染管理制度.....21

15、治疗室医院感染管理制度.....24

16、换药室医院感染管理制度.....25

17、急诊室医院感染管理制度.....26

18、感染性疾病门诊（哨点门诊）隔离与预防管理制度.. 28
19、观察病房医院感染管理制度.....30
20、普通门诊医院感染管理制度.....32
21、检验科医院感染管理制度.....33
22、康复理疗科医院感染管理制度.....35
23、传染病疫情报告制度.....35
24、医疗废物内部运送工作制度.....36
25、抗菌药物临床使用管理制度.....37
26、安全注射工作制度.....40
27、废弃输液瓶（袋）的管理制度.....41
28、无菌操作制度.....42
29、医用耗材不良事件报告制度.....44
30、医务人员手卫生管理制度.....44

职责篇

1、各临床科室院感主要职责.....48
2、各级各类医务人员在医院感染管理工作中的职责.....48
3、医务管理部门在医院感染管理工作中的职责.....49
4、护理管理部门在医院感染管理工作中的职责.....49

5、检验科在医院感染管理工作中的职责.....50

6、药剂科在医院感染管理工作中的职责.....50

7、总务后勤在医院感染管理工作中的职责.....50

管理篇

1、医疗废物的管理.....52

2、医疗废物分类收集要求.....52

3、医疗废物暂存处工作要求.....54

4、发生医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故的紧急处理措施.....54

5、医疗废物收集人员培训和职业安全防护要求.....55

6、医护人员发生针刺伤时应急预案及程序.....56

北京体育大学社区卫生服务中心

医院感染管理小组

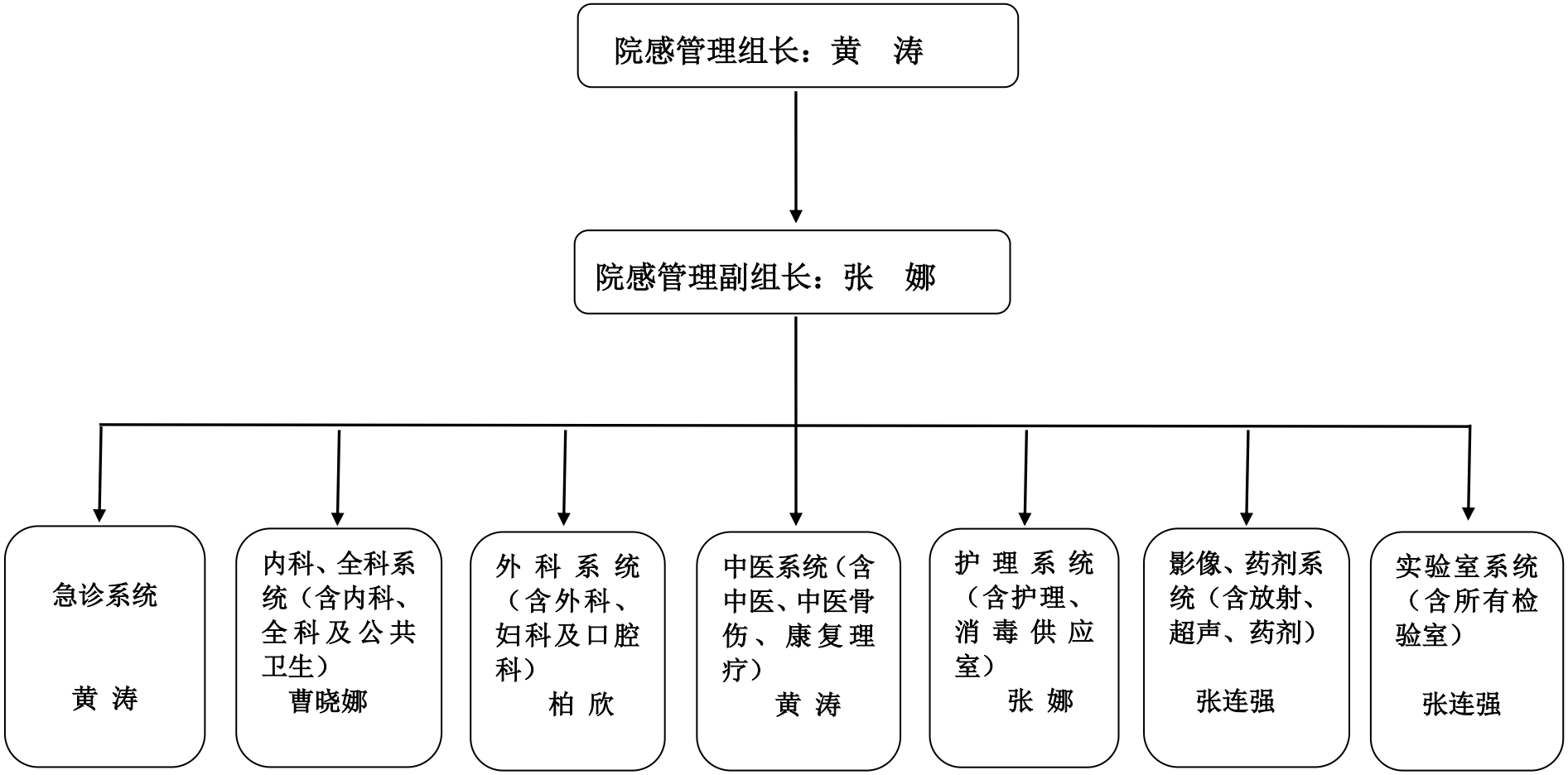
组　长：黄　涛

副组长：张　娜

组　员：曹晓娜、柏　欣、张连强

吴继苹、徐纪纯、张　迪、罗　志

医院感染管理组织架构


院感管理理组长：黄　涛
院感管理副组长：张　娜
急诊系统
黄 涛
内科、全科系统（含内科、全科及公共卫生）
曹晓娜
外科系统（含外科、妇科及口腔科）
柏 欣
中医系统（含中医、中医骨伤、康复理疗）
黄 涛
护理系统（含护理、消毒供应室）
张 娜
影像、药剂系统（含放射、超声、药剂）
张连强
实验室系统（含所有检验室）
张连强

医 院 感 染 管 理

制 度 篇

医院感染管理制度

1、建立健全医院感染管理组织（组织架构、管理小组），贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施细则》、《医院感染管理办法》及《消毒技术规范》等有关规定，履行各项职责，制定与完善医院感染突发事件的应急程序与措施。

2、根据有关规定制定医院感染的诊断、预防、消毒、灭菌、隔离与医疗废物管理等工作程序。

3、制定和实施医院感染管理与监督方案、对策、措施、效果评价和登记报告制度，并将医院感染管理纳入医院医疗质量管理与考核的重要内容 。

4、加强消毒隔离工作，做好感染性疾病、口腔科、临床检验部门和消毒供应室等重点部门的医院感染管理与监测工作。

5、协同有关科室监督、执行《抗菌药物临床应用指导原则》、制定和完善抗菌药物临床应用实施细则，坚持抗菌药物分级使用。开展临床用药监控，实施抗菌药物用量动态监测及超常预警，对过度使用抗菌药物的行为及时予以干预，提高抗菌药物临床合理应用水平。

6、按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构废物管理办法》、《医疗废物的分类》的规定对医疗废物进行有效管理，并有医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故的应急方案。

7、建立全员医院感染控制培训教育制度，定期对医院在职职工和新职工进行预防医院感染的宣传教育与培训。

医院感染管理小组会议制度

1、医院感染管理小组会议召开的目的是及时发现医院在医疗活动中存在的医院感染问题，正确给予指导，增强医院感染管理工作的科学性、预见性，针对各部门反馈及发现的问题、信息，协调工作，保障医疗质量和医疗安全。

2、医院感染管理工作汇总定期召开例会，研究、协调和解决有关医院感染管理方面的重大事项。会议由（医院）感染管理小组组长主持，全体成员参加。

3、医院感染管理小组主要议定的事项：

（1）根据有关的法律、法规，制订全院控制医院感染的规划和管理制度；

（2）参与医院消毒药、械的购入，并对其购入、使用、保管进行监督管理；

（3）对照医院感染控制的标准，对医院院感工作提出建设性意见、建议，查找、追踪问题，并追踪问题整改效果，提出奖惩措施；

（4）对医院感染管理工作拟定的医院感染管理工作计划进行审定，对其工作进行考评；

（5）遇到紧急问题和突发事件随时召开会议，讨论处理措施及应急预案。

4、每次会议均有记录，保存 3 年。

医院感染管理小组工作制度

1、在医院感染管理小组的集体领导下，开展医院感染管理的各项工作。

2、负责拟定医院感染管理工作计划，提交院务管理委员会审定后，组织实施，并督促执行。

3、每月对重点部门进行环境卫生学监测。

4、每季度对全院紫外线灯强度进行一次监测。紫外线强度照射，照射指示卡监测法。

5、每月对全院医院感染管理进行一次综合质量考核，其结果与科室及个人绩效考核挂钩。

6、经常深入科室了解情况，协调科室间医院感染各项工作，发现问题及时解决。

7、发生医院感染暴发时，及时向院长、业务副院长以及相关卫生行政部门请示报告；并组织人员进行现场采样和流调，分析原因，迅速采取切实可行的控制措施。

8、对购入消毒药械、一次性使用医疗卫生用品严把准入关，不合格产品严禁进入医院。对其储存、使用及使用后的处理进行监督。

9、对重点科室、重点部位及多重耐药菌定期进行监测，并将医院感染监测信息反馈到科室，对临床抗菌药物的应用、消毒隔离等方面提出指导性意见。

10、认真落实医院感染的教育培训计划，不断强化医务人员的无菌观念，提高无菌技术操作水平；加强医院感染诊断的培训，提高感

染病例的鉴别和上报率。

11、做好医疗废物管理工作，定期对全院各科室医疗废物分类、收集、运送、暂存情况进行监督、检查、指导。

12、加强传染病管理，预防和控制其在医院内的传播。

医院感染暴发报告制度

1、按国家卫生部《医院感染管理办法》的要求，对本医院内发生3例同种同源或5例以上临床症候群相似或怀疑有相同感染源感染的，临床医生须立即报告院感小组。

2、医院感染管理小组接到报告应立即报告主管院长，协调相关部门参与调查及救治工作。

3、经调查证实发生医院感染暴发时，医院应于12小时内报告当地卫生行政管理部门及疾控部门。

4、临床科室必须及时查找原因，协助调查，对感染病人进行隔离并采取相应消毒措施，切断感染途径。

5、确诊为传染病的病例，按《传染病防治法》有关规定进行管理和报告。

6、医院感染管理小组必须及时进行流行病学调查处理，证实流行或暴发计算罹患率，查找感染源，查找引起感染的原因，确定传播途径，制定、组织、落实控制措施，分析调查资料，写出调查报告。

7、调查报告及时报主管院长，以便进一步采取措施，降低医院

感染造成的危害。

医院消毒隔离制度

1、医务人员工作时间应衣帽整洁。操作时必须戴工作帽和口罩，严格遵守无菌操作规程。严格执行手卫生规范，穿工作服不得进入食堂和医院外环 境。

2、正确使用消毒剂、消毒器械、卫生用品和一次性使用医疗用品。一次性使用医疗用品用后应当及时进行无害化处理。

3、进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须达到灭菌。凡接触皮肤、粘膜的器械和用品必须达到消毒。

4、抽出的药液放置不得超过 2 小时，开启的无菌溶液须在 2 小时内使用，各种溶媒不得超过 24 小时，并注明开启时间。

5、碘酒、酒精应密闭保存;无菌器械保存液每周更换 1 次，容器每周灭菌 1 次。置于容器中的灭菌物品(棉签、棉球、纱布)一经打开，保存时间不超过 24 小时。

6、特殊区域如各科治疗室、换药室、门诊注射室、口腔科、妇科等，每日消毒液擦拭物表与地面 2 次，每日空气消毒 1 次；重点部门医务人员手、物体表面及空气每季度一次细菌学监测，要有记录。使用的清洁工具（拖布、扫把、抹布等）标识明显，分别清洗，定点放置，定期消毒，不得交叉使用。

7、洗衣房布局符合要求，洁污分开，特殊传染性衣物应分开消毒处理后洗涤。运送车辆洁污分开，并有定期清洁消毒制度。不得在诊疗场所清点被服，换下的带有脓血、体液的被服、床单放入污物袋

中，到指定地点进行清洗，不明原因传染病、朊毒体、气性坏疽等特殊病原体感染的衣被要先消毒后清洗。

8、化验报告单应实行近端或远端打印方式。

9、疑似传染病人应单间隔离，病人的排泄物和用过的物品要按传染病管理要求处理。

医院感染管理培训制度

1、医院感染管理小组人员必须加强在职教育，提高自身的业务素质，定期组织业务学习。

2、医院感染监督员的培训：挑选责任心强、有实际工作经验的医师和护师担任医院感染监控员，每年对其组织2~3次业务培训。

3、医院感染知识的全员培训：每年对全院医务人员进行医院感染知识普及教育，强化医院感染预防意识。培训方式有：

⑴专家讲课；

⑵医院感染管理科组织学习班；

⑶试卷问答；

⑷科室组织学习和自学相结合；

4、新上岗人员在岗前教育课程中应接受医院感染知识培训，未经培训不得上岗。

5、有针对性地开展各种专业培训，如医生参加抗菌药物合理应用学习班、护士参加消毒灭菌学习班、行政人员参加医院感染管理学习班、清洁工参加保洁培训班等。

6、各种培训班应有培训资料、考勤记录、试卷和成绩单。

医务人员医院感染防护制度

一、根据卫生部《医院感染管理办法》、《医院隔离技术规范》及《消毒技术规范》，要求如下：

1、工作人员上岗着装符合要求（工作帽、工作服，必要时戴口罩、手套、隔离衣、专用防护鞋、防护镜、防护面罩）。

2、锐利器具和针头应小心处理，严格禁止针头回套操作，以防刺伤。工作人员发生医院感染事件以及锐器伤，应及时报告医院感染管理小组。

3、在进行消毒工作时工作人员应采取自我防护措施，防止因消毒操作不当可能造成的人身伤害。

4、从事医疗废物收集、运送、储存、处置等工作人员和管理人员，配备必须的防护用品，垃圾回收人员必须戴口罩帽子和胶皮手套，穿工作服，回收物品后和下班前要注意清洁双手、沐浴。定期进行健康检查；必要时对有关人员进行免疫，防止其健康受到损害。

5、各类人员均应严格执行医院感染管理制度，做好个人防护和公共环境的保护，完成操作或离开工作区域时及时摘手套。严禁工作人员穿工作服进入食堂、宿舍和医院外环境。

6、医务人员对病人的排泄物、血液、体液无论是否被污染或接触非完整皮肤和粘膜都必须采取防护措施。根据疾病的主要传播途径，采取相应的隔离措施，包括接触传播的隔离、空气传播的隔离和

飞沫传播的隔离。

二、医院感染应按照标准防护实行分级防护的原则

1、基本防护（一级防护）

适用对象：在医院传染病区、发热门（急）诊以外的从事诊疗工作的医护技人员。

防护配备：白大衣、工作裤、工作鞋、戴工作帽和外科口罩。

防护要求：按照标准预防的原则。

2、加强防护（二级防护）

防护对象：进行接触血液、体液、排泄物、分泌物等可视污染物的操作时的医、护、技人员；进入传染病区的医护技工作人员；传染病流行期间的发热门诊等。

着装要求：在基本防护的基础上根据诊疗危险程度，使用以下防护用品。隔离衣（进入传染病区时）、防护镜（进入传染病区时，进行可能被体液喷溅操作时）、医用口罩（进入传染病区时）、手套（医技人员皮肤破损或接触体液、血液可能污染时）、面罩（有可能被体液、血液分泌物喷溅时）、鞋套（进入传染病房或病区）。

3、严密防护（三级防护）

防护对象：进行有创操作如给呼吸道传染病病人进行气管插管、切开吸痰时。

防护要求：在加强防护的基础上，可使用面罩。

医院消毒药械管理制度

1、医院感染管理小组负责对全院使用的消毒灭菌药械进行监督管理。

2、医院感染管理小组负责对医院消毒剂、消毒器械的购入、储存和使用进行监督、检查和指导，对存在的问题及时向院务管理委员会汇报。

3、医院感染管理小组负责对消毒产品的临床作用进行监测。

4、医院感染管理小组负责检查消毒剂、消毒器械的证件是否齐全及是否在有效期使用。

5、采购部门应根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒剂、消毒器械的审定意见进行采购，查验必要证件，监督进货产品的质量，并按有关要求登记。

6、使用部门应准确掌握消毒灭菌药械的使用范围、方法、注意事项；掌握消毒灭菌药剂的使用浓度、配制方法、更换时间、影响消毒灭菌效果的因素、贮存等，发现问题，及时报告医院感染管理科及相关科室，予以解决。感染管理科每季度检查一次。

医院消毒灭菌管理制度

1、进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌，注射器、针灸针、针头采用一人一针一管，一用一灭菌。接触皮肤粘膜的器械和用品必须消毒。

2、根据物品的性质选择消毒、灭菌方法。

（1）耐高温、耐湿度的物品和器材，可首选压力蒸汽灭菌；耐

高温的玻璃器材、油剂类和干粉剂等可选用干热灭菌。

（2）器械的浸泡灭菌，应选择对金属基本无腐蚀性的灭菌剂。

（3）选择表面消毒方法，应考虑表面性质，光滑表面可选择紫外线消毒器近距离照射，或液体的消毒剂擦拭；多孔材料表面可采用喷雾消毒法。

3、选择使用经卫生部批准、具有批准文号的消毒药、械，并按照批准使用的范围和方法使用。

4、消毒剂的使用，应当按照生产厂家提供的说明书进行，说明书应有批准文号、有效成分及其含量、配制方法、应用范围、使用浓度、作用时间、使用方法、注意事项、生产厂名、厂址、生产日期、批号、有效期等。

5、医院感染管理专职管理人员，应熟悉各类消毒剂的杀菌性能、特性、配制方法、稀释方法、配伍禁忌、使用禁忌、可能影响杀菌效果的因素、熟悉消毒效果监测的基本技术，对医院使用中的消毒剂进行定期监测。

6、根据物品污染后的危害程度选择消毒、灭菌方法。

（1）高度危险性物品，必须选用灭菌方法处理。

（2）中度危险物性品，一般情况下达到消毒即可，可选用中水平或高水平消毒法。但中度危险物性品的消毒要求并不相同，有些要求严格，例如内窥镜、体温表等必须达到高水平消毒，需采样高水平消毒法消毒。

（3）低度危险物性品，一般可用低水平消毒方法，或只作一般

的清洁处理即可，仅在特殊情况下，才作特殊的消毒要求。例如，在有病原微生物污染时，必须针对所污染病原微生物的种类选用有效的消毒方法。

7、根据物品上污染物生物的种类、数量和危害性选择消毒、灭菌的方法。

（1）对受到细菌芽孢、真菌孢子、分枝杆菌和经血传播病原体（乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、艾滋病病毒）污染的物品，选用高水平消毒法或灭菌法。

（2）对受到真菌、亲水病毒、螺旋体、支原体、衣原体和病原微生物污染的物品，选用中水平以上的消毒方法。

（3）对受到一般细菌和亲脂病毒等污染的物品，可选用中水平或低水平消毒法。

（4）对存在较多有机物的物品消毒时，应加大消毒药剂的使用剂量和/或延长消毒作用时间。

一次性使用医疗卫生用品管理制度

1、医院所用一次性使用医疗卫生用品必须统一采购，临床科室不得自行购入和试用。一次性使用无菌医疗用品只能一次性使用。

2、医院感染管理小组认真履行对一次性使用无菌医疗用品的采购管理、临床应用和回收处理的监督检查职责。

3、医院所购入一次性使用医疗卫生用品的生产厂家应具有中华人民共和国《医疗器械产品注册证》、《生产企业产品许可证》及《医

疗器械生产/经营企业许可证》等相关证件。

4、建立一次性使用无菌医疗用品的采购登记制度。采购部门每次购置必须进行质量验收，订货合同、发货地点及货款汇寄账号与生产企业相一致。并查验每一批号产品的检验合格证、生产日期、产品标识和有效期，内外包装应完好无损，包装标识应符合国家标准，进口的一次性导管等无菌医疗用品应有灭菌日期和失效期的中文标识。

5、严格保管，医院设置一次性使用无菌医疗用品库房，建立出入库登记制度，按失效期的先后存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，距地面≥20 厘米，距墙壁≥5 厘米。禁止与其它物品混放，不得将标识不清、包装破损、失效、霉变的产品发放至使用部门。

6、在采购一次性使用无菌医疗用品时，必须进行验收，除订货合同、发货地点及货款汇寄账号应与生产企业和经营企业相一致，查验每箱（包）产品的检验合格证，进口产品应有中文标识。

7、临床科室使用一次性无菌医疗用品前应认真检查，若发现包装标识不符合标准，包装有破损、过效期和产品有不洁等不得使用；使用时若发生热源反应、感染或其它异常情况时，应立即停止使用，必须及时留取标本送检，按规定登记发生时间、种类、临床表现、处理结果；所涉及的一次性使用医疗卫生用品的生产单位、产品名称、生产日期、批号及供货单位、供货日期等，及时报告医院感染管理小组以及该产品采购部门。

8、医院发现不合格产品或质量可疑产品时，应立即停止使用，并及时报告药品监督管理部门，不得自行作退、换货处理。

9、一次性使用无菌医疗用品使用后，按国务院《医疗废物管理条例》规定处置。严禁重复使用和回流市场。

消毒供应室医院感染管理制度

1、一般消毒管理制度

（1）工作人员上岗衣帽整齐，进入检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区要更换拖鞋，严格遵守各项操作规程和消毒隔离制度，周围环境无污染源。

（2）供应室分为生活区和工作区，工作区又分为去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区。区域间应有实际屏障，路线及人流、物流由污到洁，强制通过，不得逆行。

（3）各室桌面、地面每日用消毒剂擦试，每月大扫除一次，保持个室的清洁整齐。

（4）凡回收的可重复使用的诊疗器械、器具和物品，按照《医院消毒供应中心操作技术规范》进行清洗、消毒、灭菌。

（5）供应室对各科带有标记的特殊感染器械要严格按规定操作。

（6）供应室无菌物品运送车与回收车分开，并有明显标记，用后冲洗、消毒后备用。

（7）各种包布一用一洗一更换，保证无破损、无污渍。

2、高压蒸汽灭菌器效果监测，按照《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果检测标准》执行

（1）每日对所用灭菌锅进行工艺监测、化学监测，随时检查灭

菌锅运转情况，每锅有记录，确保消毒灭菌效果。

3、无菌物品存放区检测

（1）无菌物品存放区地面、桌面、柜内每日用消毒液擦试。每日紫外线照射 1 小时，每季度空气培养一次，记录完整。

（2）无菌物品存放区工作人员严格复查灭菌效果、有效时间，证明无误方可下发。

如有疑问按卫生部新颁发的三部消毒供应中心规范执行。

口腔科医院感染管理制度

（一）口腔科应布局合理，口腔诊疗区域和口腔诊疗器械清洗、消毒区域分开，单独设置清洗、消毒室。能够满足诊疗工作和器械清洗消毒工作的基本需要。应严格执行卫生部《口腔器械消毒灭菌技术操作规范》（WS506-2016）、《口腔门诊医院感染管理标准》（WS/T842-2024）。

（二）从事口腔工作的医务人员，应当接受口腔诊疗器械消毒及个人防护等医院感染相关知识的培训；遵循标准预防原则，严格遵守有关规章制度。

（三）保持室内清洁，每天操作结束后进行终末消毒处理。

（四）诊室、清洗消毒室必备流动水洗手设施和手消毒剂等，医务人员对每位病人操作前后必须洗手；操作时必须戴口罩、帽子、手套，手套一人一换，可能出现病人血液、体液喷溅时配戴防护镜。

（五）根据口腔诊疗器械的危险程度及材质特点，选择适宜的消

毒或灭菌方法，并遵循以下原则：

1、进入病人口腔内的所有诊疗器械，必须达到“一人一用一消毒或灭菌”的要求；

2、凡接触病人伤口、血液、破损粘膜、穿破口腔软组织或骨组织的器械（手机、车针、扩大针、牙钳、解剖刀、挺子、骨凿、牙周刮治器、洁牙器、根管器械、银汞充填器等）、敷料等必须达到灭菌。灭菌首选压力蒸汽灭菌或干热灭菌；

3、接触病人完整粘膜、皮肤的口腔诊疗器械，包括口镜、探针、牙科镊子等口腔检查器械，各类用于辅助治疗的物理测量仪器、混汞机、印模托盘、漱口杯等，使用前必须达到消毒；

4、控制照相室拍片过程的交叉污染，夹片器应一用一消毒，干燥保存备用；

5、凡接触病人体液、血液的修复、正畸模型等物品，送技工室操作前必须进行消毒；

6、棉球、敷料等无菌物品，一经打开，使用时间最长不超过24小时；瓶装麻醉药品开封后，使用时间不得超过2小时，抽出的药液保存时间不得超过2小时。一次性使用医疗用品不得重复使用；

7、牙科综合治疗台及其配套设施应每日清洁、消毒，遇污染应及时清洁、消毒；

8、对口腔诊疗器械进行清洗、消毒或者灭菌的工作人员，在操作过程中应当做好个人防护工作。

操作程序：

（一）配备器械清洗消毒设备，包括专用的器械清洗池、超声清洗机，压力蒸汽灭菌器或干热灭菌器。有条件的可配备全自动器械清洗消毒机、管腔防回吸装置或使用防回吸牙科手机。

（二）严格执行口腔诊疗器械消毒工作程序，包括清洗、器械维护与保养、消毒或者灭菌、储存等工作程序。重复使用的医疗器械必须先清洗、加酶浸泡、再清洗保养、干燥、注油、灭菌。特殊污染器械（炭疽、破伤风、气性坏疽等）应单独处置，先高水平消毒后再清洗-灭菌。

（三）对口腔诊疗器械消毒与灭菌的效果进行监测，包括工艺监测、化学监测和生物监测。灭菌设备常规使用条件下，每周进行一次生物监测。新灭菌设备和维修后的设备在投入使用前，应当确定设备灭菌操作程序、灭菌物品包装形式和灭菌物品重量，进行生物监测合格后，方可投入使用。

（四）使用中化学消毒剂应当定期进行浓度和微生物污染监测，做好有关记录。漱口盂保持清洁，每日用有效氯 500mg/L 的消毒剂刷洗 2 次。诊室工作台面、地面等每日用有效氯 500mg/L 的消毒剂刷洗 2 次。诊室空气每日用紫外线照射消毒 1 次，每半年监测 1 次并记录。干烤箱、高压蒸汽灭菌锅每周进行生物监测 1 次。

（五）口腔诊疗过程中产生的医疗废物如器械盘中一次性使用的，镊子、口镜、探针、注射器、口杯、手套、吸盘器等应当按照《医疗废物管理办法》的规定进行处理。

治疗室感染管理制度

室内布局合理，清洁区、污染区分区明确，标志清楚。无菌物品与非无菌物品分开存放，物品定位放置。灭菌物品包外标识清楚、准确，按灭菌日期依次放入专柜，过期重新清洗、灭菌。

1、工作人员操作时衣帽整齐，洗手、戴口罩，严格执行各项无菌操作规程；

2、医护人员发生特殊感染不得进入治疗室。

3、坚持每日清洁制度，定时通风，确保室内物品清洁干净。

4、操作前后用浸有消毒液的抹布擦拭台面、治疗车和治疗盘。

5、治疗室的墩布专用并有明显标志。地面每日用浸有消毒液的墩布至少擦拭两次。

6、每日紫外线消毒一次，照射时间为 1 小时并有记录。

7、每季度空气培养一次，菌落计数<500cfu/m3。

8、治疗室护士负责每周冰箱除霜一次，药用冰箱不得放置私人物品。

9、静脉注射止血带做到一人一带，用后浸泡消毒。

10、治疗室护士每日清点并检查无菌物品的有效期，过期物品需重新消毒后方能使用。

11、无菌敷料桶开封后有效期为 24 小时。

12、输液、注射治疗时应持治疗盘，盘内治疗巾每 4 小时更换一次，抽取的药液不得超过 2 小时。开启的无菌溶液需在 2 小时内使用，各种溶媒不得超过 24 小时，并注明启用时间。

13、注射采用一人一针一管，用后分别放利器盒和感染性废物桶，统一回收焚烧处理。

14、治疗车物品摆放：上层为清洁区；下层为污染区。

15.碘酒、酒精应密闭保存，每周更换2次，容器每周灭菌2次。

换药室医院感染管理制度

1、室内布局合理，清洁区、污染区分区明确，标志清楚。无菌物品与非无菌物品分开存放，物品定位放置。灭菌物品包外标识清楚、准确，按灭菌日期依次放入专柜，过期重新清洗、灭菌。

2、医护人员进入室内，应衣帽整洁，严格执行无菌技术操作规程。

3、一次性使用无菌物品存放时应去除外包装，分类码放在防尘良好的柜内，使用前应检查小包装有无破损、失效，产品有无不洁等，使用后按规定分类处置，不得重复使用。

4、使用中消毒液保持有效浓度，根据其性能定期监测并有记录（如过氧乙酸、次氯酸钠等每日监测，戊二醛每周一次）；定期对消毒灭菌效果进行监测。

5、碘酒、酒精应密闭保存，每周更换2次，更换时容器必须同时灭菌。常用无菌敷料罐应每天更换并灭菌；置于灭菌储槽中的灭菌物品（棉球、纱布等）应注明开启时间，一经打开，使用时间最长不得超过24小时，提倡使用小包装；使用无菌干燥持物钳及容器每4小时更换。

6、抽出的药液、开启的静脉输入无菌液体超过2小时后不得使用，启封抽吸的瓶装各种溶媒超过24小时不得使用。提倡使用小包装。

7、凡侵入性诊疗用物必须一人一用一灭菌；与病人皮肤粘膜直接接触物品必须一人一用一消毒，干燥保存。

8、治疗车上物品应排放有序，上层为清洁区、下层为污染区、进入病室的治疗车、换药车应配有速干手消毒剂。

9、各种诊疗、护理及换药操作应按清洁伤口、感染伤口、隔离伤口依次进行，操作前操作者必须洗手、戴口罩、帽子；特殊感染病人如朊毒体、气性坏疽、突发原因不明的传染病病原体污染的器械按照《医院消毒供应中心操作技术规范》要求，应双层封闭包装并标明感染性疾病名称，由消毒供应中心单独回收处理。污染敷料置入双层垃圾袋密封运送。

10、配备流动水洗手设施和速干手消毒剂。医务人员每治疗、处置一个病人，接触污染物品后，应及时洗手或手消毒。

11、严格执行《医疗废物管理条例》，认真做好医疗废物的分类、收集、转运，交接、登记等工作。

12、坚持每日清洁、消毒制度（含空气、地面、物体表面等），地面湿式清扫，遇污染时及时消毒。

急诊室医院感染管理制度

1、医护人员必须严格执行各项消毒隔离制度，无菌操作前洗手并衣帽整齐，戴口罩。

2、医护人员如有特殊感染不得进入治疗室或进行无菌操作。

3、进入人体组织或无菌器官的医疗器械必须灭菌，注射器、输液器应一人一针一管，用后按要求统一回收处理。

4、感染敷料、废弃物及一次性无菌手套、棉签等医用垃圾应装入黄色塑料袋内封闭，统一焚烧处理。

5、治疗室每日紫外线照射 1 小时并登记；每月空气培养一次（菌落数小于 500cfu/m3），墩布专用并有标志，每日擦拭地面两次；冰箱每周除霜一次，不得存放私人物品。

6、治疗车上层为清洁区，下层为污染区，止血带每人一根，用后用含有效氯 250mg/L 的消毒剂溶液浸泡消毒，晾干备用。

7、地面及床头做到湿式擦拭，一桌一巾，一床一巾，用后用含有效氯 500mg/L 的消毒剂溶液浸泡消毒；墩布做到分区使用并有明显标记，清洗消毒后后悬挂备用。

8、无菌物品与有菌物品应分开放置，并有明显标志及日期，开启的无菌包有效期为 24 小时，已抽取的药液有效期为 2 小时。

9、医护人员应了解消毒剂的性能及应用，有效浓度及作用时间、配制方法，使用中的消毒液应保持有效浓度，定期更换及检测。

10、各种管路应专人专用，使用中的管路定期更换，按要求清洗、消毒或送环氧乙烷灭菌。

11、使用一次性雾化吸入装置。

12、使用一次性氧气管，使用中的氧气湿化瓶每日更换蒸馏水，每周消毒两次，用毕用含有效氯 500mg/L 的消毒剂溶液浸泡消毒后干

燥保存。

13、体温表做到一用一消毒，用75%酒精浸泡消毒，干式保存，并每日更换酒精一次。

14、血压计及听诊器每周用75%酒精擦拭一次，袖带每周用含有效氯500mg/L的消毒剂溶液浸泡消毒，清洗后晾干备用。如被血液及体液污染应随时清洗消毒。

15、终末消毒：

（1）紫外线照射或使用床单位消毒机消毒床垫及时更换床单位被褥。

（2）清理床头桌及壁柜，并用含有效氯500mg/L的消毒剂溶液擦拭消毒。

（3）各种仪器用75%酒精擦拭并使其保持备用状态。

（4）氧气湿化瓶用含有效氯500mg/L的消毒剂溶液浸泡消毒后干燥备用。

感染性疾病门诊（哨点门诊）
隔离与预防管理制度

1、布局流程合理，做到有效分区（三区、两道），三区为：污染区、半污染区、清洁区；两道为：医务人员通道、患者通道。

2、门诊接诊患者预防控制措施

（1）按标准预防措施执行；

（2）接诊呼吸道疾病病人时应戴防护口罩；

（3）疑似传染病，按下列途径管理：①发现甲类传染病患者，在第一时间内通知上级领导及有关部门（校办、院系、医院感染管理小组等）；②根据传染源的性质，立即采取相应的隔离措施；③收住隔离观察病房或转院治疗。

3、留观患者预防控制

（1）普通患者按标准预防措施执行；

（2）患者诊断不明确或怀疑有传染性疾病但需要抢救或病情危重，暂无法转传染病院的：

1）患者安置单人房间，就地隔离。除特护、医生必要检查、处置外，其他人包括医务人员不得进入。

2）避免移动，并且尽可能减少不必要的外出检查，以防在转送过程中造成感染的播散。

3）病房尽量配备一次性物品，重复使用的医疗器械及其它用品相对固定，各种器械、抢救监护设备、隔离衣等，不得与他人共用。

4）医疗器械消毒处理：严格按《消毒技术规范》进行操作。

5）病房每日一次紫外线消毒，房间内设施用 1000-2000mg/L 的含氯消毒剂消毒液每日擦拭一次。

6）患者出院、转院、死亡后，患者用过的被单、床单、枕套等必须全部更换，经消毒后再清洗；污染的环境必须作终末消毒处理。

4、医务人员的防护

（1）医务人员应穿戴相应的个人防护用品（手套、口罩等），每诊治一位病人均应洗手或手消毒。个人防护用品应定期更换消毒，严

重污染时随时更换消毒。必要时穿隔离衣、戴鞋套。

（2）医生检查、换药时必须戴手套，离开病房后，严格洗手，并使用手消毒剂。

（3）严格探视制度。探视者应穿一次性鞋套、戴口罩，有条件者根据病种隔离的需要提供隔离服。

（4）非相关工作人员需进入时，应经该患负责医务人员许可，并接受消毒隔离要求的指导，严格遵守消毒隔离制度。

5、医疗废物处理：

（1）患者产生的生活垃圾（如瓜壳、纸张、一次性饭盒等）应作为感染性废物管理；所有感染性废物和病理性废物应当使用双层包装物包装。

（2） 病房的台面、门把手、地面、诊疗用品、废弃物、便器等必须由专人负责严格消毒。

（3）排泄物、呕吐物及分泌物的处理：用 1000-2000mg/L 的有效氯消毒液静置 30 分钟后，倒入病房卫生间便池冲水。

观察病房医院感染管理制度

1、根据医院感染管理的规定开展预防医院感染的各项监测，对住院病人实施监控，监控率达 100%，发现医院感染病例及时上报，对监测发现的各种感染因素及时采取有效控制措施。

2、感染病人与非感染病人分开，同类感染病人相对集中，特殊感染病人单独安置。

3、病室内应定时通风换气，遇污染时进行空气消毒；地面湿式清扫，每日 2 次，遇污染时立即清扫和消毒。

4、病人被服应保持清洁，每周更换不少于一次，污染后及时更换；被褥、枕芯、床垫定期清洁、消毒，污染后及时更换消毒；禁止在病房、走廊清点被服，传染病人及疑似传染病人的被服放入有隔离标识的黄色袋中，送洗衣房单独消毒后再洗涤。气性坏疽、MRSA 等特殊感染伤口，应严格隔离，所用的器械、器具、物品均要进行消毒液浸泡—清洗—消毒或灭菌处理，符合《消毒技术规范》、《消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》要求，床单位要采用床单位消毒机进行消毒，所用敷料放入专用塑料袋烧毁。病人转科、出院、死亡患者单位要进行终末消毒。

5、病床湿式清扫，每天一次，一床一套（巾），床头柜等物体表面每天湿抹一次，一桌一抹布，用后消毒，遇有污染的物体表面及时消毒；病人出院、转科或死亡后，床单元必须进行终末消毒处理。

6、严格遵守无菌技术操作原则，凡侵入性诊疗用物，均做到一人一用一灭菌；与病人皮肤粘膜直接接触物品应一人一用一消毒，干燥保存；餐具、便器、痰缸等一人一用一消毒，不得交叉使用。

7、换药车或输液车上的无菌器械、罐、槽、盘等，使用后应及时盖严，定时更换和灭菌，并注明灭菌日期和开启日期及时间。

8、治疗室每日定时通风换气，用消毒液擦地，每周大扫除一次，无菌物品抽样做细菌培养，每月一次，并有报告，结果存档。治疗室用的擦布及墩布等应有标记且专物专用。

9、餐具每餐后必须执行一洗，二涮，三冲，四消毒，五保洁的工作程序。隔离的患者必须使用一次性餐具。

10、体温表一人一支，每次使用后浸泡于500mg/L含氯消毒剂 溶液30分钟消毒，干式保存，消毒液现用现配，由专人负责。

11、治疗室、配餐间、办公室、病室、厕所等应分别设置专用拖把、抹布，拖把标记明确，分开清洗，悬挂晾干，使用后消毒，不得交叉使用。

12、配备流动水洗手设施，医护人员每诊疗、护理一个病人、接触污染物后，应严格按照手卫生规范及时进行手的清洗或消毒

13、严格执行《医疗废物管理条例》，认真做好医疗废物的分类收集、密闭转运、无害化处理和交接登记等工作。

普通门诊医院感染管理制度

1、工作人员上班时衣帽整齐，给病人检查及操作前后应洗手或用速干手消毒液消毒。

2、普通病人和特殊感染病人分室就诊，诊查传染病人后应更换诊查床单，物体表面用500-1000mg/L有效氯消毒剂消毒，医护人员接触传染病人后应洗手或使用速干手消毒剂。

3、无菌操作应戴口罩，严格执行无菌操作技术和规程。坚持每日的卫生清洁和每月的大扫除制度，诊前10分钟开窗通风，保持诊室、换药室、治疗室的清洁整齐。

4、每日擦拭诊查床，更换床套，枕套，一患一一次性诊巾。

5、治疗室、换药室每日用紫外线照射 1 小时（记录灯管启用时间和累计时间），酒精纱布擦拭紫外线灯管，保持无尘，定期空气培养，并有记录。

6、使用一次性雾化吸入装置。

7、一次性注射器、针头、输液器、输液瓶、弯盘、吸氧管、胃管、导尿管、气管插管、引流管、窥器等，医院统一回收集中处理。

8、备用氧气湿化瓶每周一次用消毒液浸泡后，再用清水冲洗，晾干，备用。正在使用的湿化瓶每日更换蒸馏水，使用一次性吸氧管。

9、电动吸引器、胃肠减压器，洗胃机储液瓶里的内容物随时倾倒，做到每日清洗，用毕先用消毒液浸泡消毒，在清洗干净备用。

10、经高压灭菌的各种敷料桶（纱布、棉球）、无菌包，开封后的有效时间为 24 小时，并注明开封时间。

11、无菌持物钳干式保存，每 4 小时更换一次，并注明起用日期和时间。

12、接诊室每日用消毒液擦拭桌面、椅面等物体表面。

13、体温计用 75%酒精浸泡消毒。

检验科医院感染管理制度

1、布局合理，工作区与生活区分开，标识明显；每个工作区设有流动水和非手触式洗手设备、手消毒用品，操作完毕后及时进行手的清洁与消毒。

2、无菌间和超净台必须保持清洁，每天清洁、消毒 2 次。无菌

间应配备空气消毒设备，超净台的紫外线消毒灯应每 3-6 月监测有效强度 1 次，并按要求记录。

3、工作人员进入工作区必须穿工作服、戴工作帽，必要时穿隔离衣、胶鞋，戴口罩、手套，严格执行实验室操作规程。保持室内清洁卫生，每天对空气、各种物体表面及地面进行保洁处理，湿式清扫，遇有污染时立即消毒、清洗，在进行各种检验时，应避免污染；在进行特殊传染病检验后，应及时进行消毒，遇有场地、工作服或体表污染时，应立即处理，防止扩散，并视污染情况向上级报告。

4、必须使用具有国家规定资质的一次性检验用品，并在有效期内使用，且不得重复使用；一次性检验用品存放时须拆除外包装后，方可移入无菌物品存放柜，使用后按《医疗废物管理条例》规定进行无害化处理。无菌物品如棉签、棉球、纱布等及其容器应在有效期内使用，开启后使用时间不得超过 24 小时。使用后的废弃物品，必须按照医疗废物进行处理，不得随意丢弃。

5、使用中消毒液保持有效浓度，根据其性能定期监测（如过氧乙酸、次氯酸钠等每日监测)；定期对消毒灭菌效果进行监测。

6、各种器具应及时消毒、清洗；各种废弃标本应分类按规定处理（焚烧、入污水池、消毒或灭菌）

7、严格执行无菌技术操作规程，静脉采血必须一人一针一管一巾一带；微量采血应做到一人一针一管一片（玻片)；报告单实行微机打印。

8、无菌物品与非无菌物品分开存放，灭菌物品包外贴指示胶带，

并标明灭菌日期、失效日期、操作人员姓名及无菌包名称等。

9、废弃的病原体培养基，菌种、毒种保存液等，必须就地消毒灭菌，按医疗废物管理的有关规定密闭转运、无害化处置。

康复理疗科医院感染管理制度

1、一次性针灸针在有效期内使用。

2、针灸用具必须做到一人一穴一针一用一丢弃，一次性针具，用后按医疗废物处理。

3、梅花针、三棱针等必须做到一人一针一用一丢弃。

4、火罐一人一罐一用，用后清洗消毒。

5、无菌持物钳干式保存，镊子罐、镊子每 4 小时更换一次，并注明启用日期和时间。

6、医务人员每次针灸后认真洗手，特殊传染病患者采用一次性针器；重复使用的针器使用后用高压蒸汽灭菌，或戊二醛消毒液浸泡 10 小时，做好有效浓度的监测并做好记录。

传染病疫情报告制度

根据《中华人民共和国传染病防治法》及其实施办法制定

1、接诊医务人员、医院感染管理小组成员、预防保健科专管人员为责任疫情报告人，责任报告人及时、如实报告疫情。

2、责任疫情报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的传染性非典性肺炎、艾滋病、人感染高致病性禽流感、肺炭疽病人、 甲型 H1N1

流感等病原携带者和疑似上述所列传染病病人时，应立即向医院感染管理小组和业务院长报告，同时填写传染病报告卡，向辖区疾病控制中心电话报告并通过网络向卫生部直报。院务管理委员会立刻组织相关医护人员隔离救治病人，并组织专家会诊，明确诊断。

3、在岗医务人员发现其它乙类传染病病人、病原携带者和疑似病人及丙类传染病病人时，立即填写传染病报告卡，按时限报告医院感染管理小组/预防保健科，医院感染管理小组/预防保健科专管人员按规定时限通过网络直报。

4、责任疫情报告人发现传染病暴发、流行时，应以最快方式报告医院感染管理小组、业务院长，同时附文字分析资料；以最快的通讯方式向辖区疾病控制中心及卫生行政机构报告。

5、医务人员未经允许，不得将就诊的传染病人的信息公开。

6、任何人对传染病疫情不得隐瞒、谎报、缓报或者授意他人隐瞒、谎报、缓报。

医疗废物内部运送工作制度

1、运送人员每天将各科分类包装的医疗废物于下班前运送至内部指定暂时储存地点。

2、运送人员在运送医疗废物前应当检查包装物或者容器的标识、标签及封口是否符合要求，不得将不符合要求的医疗废物运送至暂时储存地点。

3、运送人员在运送医疗废物时，应当防止造成包装物或容器破

损和医疗废物的流失、泄露和扩散，并防止医疗废物直接接触身体。

4、运送医疗废物应当使用防渗漏、防遗撒、无锐利边角、易于装卸和清洁的专用运送工具。

5、每天运送工作结束后，应当对运送工具进行清洁和消毒。

6、运送医疗废物前，要采取适当的安全防护措施。

抗菌药物临床使用管理制度

为了进一步加强抗菌药物临床应用管理，优化抗菌药物临床应用结构，提高抗菌药物临床合理应用水平，有效遏制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全，依据《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用管理办法》等文件精神，结合我院实际，经医院药事管理小组研究制定本管理制定。

一、成立抗菌药物管理小组

组　长：黄涛

副组长：刘晨光

成　员：孙震、曹晓娜、郑红梅、柏欣、张娜、

抗菌药物管理小组职责：

1、贯彻执行抗菌药物管理相关的法律、法规、规章，制定本机构抗菌药物管理制度并监督实施。

2、制定本机构抗菌药物供应目录和抗菌药物临床应用相关技术性文件，并组织实施。

3、对医务人员进行抗菌药物管理相关法律、法规、规章制度和

技术规范培训。

二、配备专职的临床药师，负责对本院各临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导，指导患者合理使用抗菌药物，并参与本院抗菌药物临床应用管理工作。

三、各临床科室根据自身学科特点，制定本科室常见疾病抗菌药物临床应用规范。

四、实施抗菌药物分级管理制度

抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三级。

本院抗菌药物分级管理目录根据市、区卫计委相关规定适时调整。

五、严格执行抗菌药物遴选和定期评估制度

1、新引进抗菌药物品种，应当由临床科室填写提交申请，经药剂科提出意见后，报抗菌药物管理小组审议，提交药事管理小审核同意后方可列入采购供应目录。

对存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差或者违规促销使用等情况的抗菌药物品种，临床科室、药学部门、抗菌药物管理小组和药事管理小组可以提出清退或者更换意见。

2、严格控制抗菌药物购用品种、品规数量，保障抗菌药物购用品种、品规结构合理。同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购。

3、确因临床工作需要，需采购的抗菌药物品种、规格超过上述规定，应及时向上级卫生行政部门提出申请，并详细说明理由。由上

级卫生行政部门核准申请抗菌药物的品种、规格、数量和种类。

六、严格控制抗菌药物临床应用相关指标

医院门诊患者抗菌药物处方比例不超过20%，急诊患者抗菌药物处方比例不超过20%。

七、定期开展抗菌药物临床应用监测与评估

医院定期开展抗菌药物临床应用监测，如有条件，可利用信息化手段加强抗菌药物临床应用监测；分析本机构临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现使用量异常增长、使用量排名半年以上居于前列且频繁超适应症超剂量使用、企业违规销售以及频繁发生药物严重不良事件等情况，及时调查并采取有效干预措施。

八、严格医师和药师资质管理

医院每年度对医师和药师开展抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训、考核工作，医师经培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权；药师经培训并考核合格后，授予抗菌药物调剂资格。

对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训和考核，内容包括：

1、《药品管理法》、《执业医师法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》等相关法律、法规、规章和规范性文件；

2、抗菌药物临床应用及管理制度；

3、常用抗菌药物的药理学特点与注意事项；

4、抗菌药物不良反应的防治。

九、落实抗菌药物处方点评制度

医院组织感染、药学等相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。

安全注射工作制度

1、各种注射应按处方和医嘱执行，一般外带药物注射须持医疗机构注射证明。

2、凡使用青霉素、破伤风抗毒素等有过敏反应的药物，均需先做皮试，经二人确认为阴性者方可使用；阳性者需做好记录，请医生更改治疗方案，告知患者。仔细检查药品的品名、批号、外观质量，减少医疗风险。

3、严格执行“三查七对”制度，严密消毒。密切观察病人注射后的情况，发生注射后反应及时进行处置，并报告经治医师。

4、严格执行无菌技术操作，操作前应用流动水清洗双手，戴口罩帽子，做到一人一针一管一带一巾一消毒，防止交叉感染，定期消毒器械，定期更换消毒液，并做好日期标记。

5、输液病人应根据药物和病情调节输液速度，在输液过程中，应交待病员与陪伴不得随意调节输液速度，以免发生危险，并做好输液观察记录。输液完毕后，患者无不适反应，休息十分钟后回去，并交代注意事项。

6、注射完毕后，尖锐物应该投放在利器盒内，不得将使用过的一次性注射器回套针帽，使用后的一次性注射器及其他医疗废物严格按照《医疗废物处理条例》的规定处理。

7、每日进行室内卫生清扫、消毒和空气监测。用紫外线消毒空间环境60分钟，消毒液擦拭操作台面及地面。

废弃输液瓶(袋)的管理制度

为了落实原卫生部、原国家环保总局《关于明确医疗废物分类有关问题的通知》（卫办医发〔2005〕292号）、《北京市医疗卫生机构医疗废物管理规定》（京卫计字[2009]81号 ）的要求，做好医疗废物的减量化管理，进一步加强我院使用后一次性塑料（玻璃）输液瓶（袋）的回收处置工作，特制定以下规定：

一、输液室室应将输液瓶(袋)进行严格分类，将使用后的被患者血液、体液、排泄物污染的严格按照医疗废物处理，未被患者血液、体液、排泄物污染的装入专用收集袋内，确保包装密封，贴上科室出处条，放置于指定地点，填写交接登记单，由医院统一收集、转运。

二、传染病患者或者疑似传染病患者产生的各种玻璃（一次性塑料）输液瓶（袋）应严格按照感染性医疗废物进行管理。

三、医院指定专人负责输液瓶(袋)收集、运送，每天定点、定时、定路线用专用车及时清运、收集。

四、回收的输液瓶（袋）放于医院专门设置的暂存处储存，专人负责，防止丢失。与院方签订合同的单位进行交接，不得私自出售或其他方式处理。交接、登记资料妥善至少保存五年、备查。

五、收集转运暂存的过程中应严格遵循工作流程，确保暂时存储、运输、处理过程中回收物不丢失、不人为转卖。

六、处理输液瓶（袋）时做好个人防护，禁止野蛮装卸，防止砸伤、扎伤。

七、使用后的输液瓶（袋）的管理由医院医感染管理小组统一进行，各位临床科主任是本科室的第一负责人，应做好该类物品的分类、包装及交接工作。

八、在处置过程中如发现有被患者血液、体液、排泄物污染的输液瓶(袋)，应通知产生单位，及时转移至医疗废物暂存处按医疗废物处理，并上报医院感染管理小组，根据污染程度采取相应措施。

九、医院感染管理小组负责全院该类废弃物管理的监督检查。

无菌操作制度

1、在执行无菌操作时，必须明确物品的无菌区和非无菌区。

2、执行无菌操作前，先戴帽子、口罩、洗手、并将手擦干，注意空气和环境清洁。

3、夹取无菌物品、必须使用无菌持物钳。

4、进行无菌操作时，凡未经消毒的手、臂均不可直接接触无菌物品或超过无菌区取物。操作者应与无菌区保持一定的距离、以免污染无菌区。

5、无菌物品必须保存在无菌包或灭菌容器内、不可暴露在空气过久。无菌物品与非无菌物品应分别放置。无菌包一经打开、即不能视为绝对无菌、应尽快使用，凡已取出的无菌物品虽未使用也不可再放回无菌容器内，超过 24 小时后必须重新灭菌，不得继续使用。

6、无菌包应按消毒日期顺序放置在固定柜橱内、并保持清洁干燥，与非无菌物分开放置，并经常检查无菌包或容器是否过期，过期物品重新消毒灭菌。

7、无菌溶液应根据要求避光保存或冷藏。

8、容器内敷料，如干棉球、纱布块等，不可装得过满，以免在取物时接触容器外部而污染。

9、消毒物品要有明显的标志，要写明消毒日期，灭菌压力锅要定期(1 个月)进行一次细菌微生物监测。

10、治疗室、换药室等有空气消毒设备，紫外线消毒有照射时间登记，每周用 75%酒精擦拭，并定期检测灯管强度。

11、消毒液注明开启时间，开启后 7 天有效。

12、输液、注射一律使用一次性输液器、注射器，用后作为感染性医疗垃圾单独收集。

13、抽血一律使用一次性采血针，做到一人一巾一带，抽血后病人使用的止血棉球集中回收处理，防止病人随地乱扔或带出院外。

医用耗材不良事件报告制度

1、各科室在使用本院采购的医用耗材过程中应严格执行相关操作规定。

2、医用耗材在临床使用过程中若出现不良事件，必须及时留取样本，按规定详细记录，报告医院感染管理科，按照食品药品监管部门的医疗器械不良事件报告程序及时上报，并对涉及的产品予以封存。

3、医院发现不合格产品或质量可疑产品时，应立即停止使用，并及时报告食品药品监管部门。

医务人员手卫生管理制度

为更加有效防止医院感染，加强我院医务人员手卫生的管理，结合卫生部《医务人员手卫生规范》（WS/T313-2009）制定我院手卫生管理规定，请各科遵照执行。

一、手卫生原则：

1、各临床科室应按照本科室实际需求领用足够的手卫生产品（皂液/肥皂、干手纸巾、速干手消毒液），使用肥皂洗手应保持肥皂清洁干燥。

2、当手部有血液或其他体液等肉眼可见污染时，应用皂液（肥皂）洗手，无可见污染时可使用速干手消毒液进行卫生手消毒代替洗手。

3、临床医务人员应及时修剪指甲，保持长度不超过肉际；日常医疗活动不宜佩戴手部饰物，进行外科手消毒前应摘除手部饰物。

二、手卫生时机（下列情况应洗手或卫生手消毒）：

1、接触患者前后，从同一患者身体的污染部位移动到清洁部位时；

2、接触患者的血液、体液分泌物和排泄物及被其污染的物品和环境后；

3、进行无菌操作、接触清洁、无菌物品前；

4、穿脱隔离衣，戴、摘手套、口罩前后。

三、洗手的方法及要求：

1、卫生洗手：淋湿双手，取适量皂液（足够涂抹至全手，夏季宜覆盖手腕），严格按照六步法揉搓至少 15 秒，冲洗干净，干手纸巾擦干，按需要护手。

2、卫生手消毒：取适量速干手消毒液于掌心，严格按照六步法揉搓（以保证消毒液完全覆盖皮肤）至少 15 秒至干。

3、外科手消毒：

（1）进行介入性操作、手术前应进行外科手消毒。

（2）应先洗手，后消毒；不同患者之间、手套破损或手被污染时重新进行。

（3）手刷、海绵、无菌巾应一人一用一灭菌，指甲剪应每日清洁、消毒。

（4）检查指甲长度（长度不超过指尖），去除手部饰物（戒指、手链等），淋湿双手、前臂及下臂的下1/3，取适量消毒洗手液涂抹至双手、前臂及下臂的下1/3，认真揉搓/刷洗2-6分钟，流动水冲洗干净，无菌巾彻底擦干，适量速干手消毒液于掌心消毒双手后戴手套。手消毒液的取液量、揉搓时间应遵照产品说明书。（使用碘伏刷手应在使用皂液彻底洗手后，取适量碘伏至少刷5分钟至干）。

四、手套的使用与要求

1、进行手术操作、进入体腔的侵入性操作时应戴无菌手套；进行可能被血液、体液污染的操作或接触被血液、体液污染的物品及环境时戴清洁手套。

2、不同的患者之间或同一个患者污染部位到清洁部位及怀疑手套破损时，应更换手套并洗手；严禁戴着手套触摸污染物品后再接触清洁物品及环境。

五、手卫生效果监测

1、手术室、产房、导管室、洁净病房（SICU、RICU、骨髓移植病房）、新生儿室、产科婴儿室、血透室、口腔科、感染疾病科的医务人员应每季度进行监测；

2、卫生洗手及手消毒，监测的细菌菌落总数应≤10cfu/cm2；外科手消毒，监测的细菌菌落总数应≤5cfu/cm2。

各系统院感负责人及高年资的医务人员应当率先做好手卫生，感染监控小组应将本科室手卫生管理制度的落实纳入科室日常质量管理工作，监督医务人员手卫生执行情况，努力提高手卫生依从性。

医 院 感 染 管 理

职 责 篇

院感管理小组及各临床科室
院感主要职责

1、成立科室院感管理小组，七个系统（详见院感组织架构），具体工作由负责人牵头开展。

2、负责各系统医院感染管理的各项工作，根据本系统医院感染的特点，遵从医院院感管理制度并组织落实。

3、对医院感染病例及感染环节进行监测，采取有效措施，降低本系统医院感染发病率。发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理领导小组。

4、监督检查本科室抗感染药物的使用情况。

5、组织本系统预防、控制医院感染知识的培训。

6、督促本系统人员执行无菌操作技术，消毒隔离制度。

7、做好对卫生员、陪护人员的卫生学管理。

各级各类医务人员
在医院感染管理中的职责

1、严格执行无菌技术操作规程等医院感染管理的各项规章制度。

2、掌握抗感染药物临床合理应用原则，做到合理使用。

3、掌握医院感染诊断标准。

4、发现医院感染病例，查找感染源、感染途径，控制蔓延。积极治疗病人，如实填报报告。

5、参加预防、控制医院感染知识的培训。

6、掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤。

医务管理部门
在医院感染管理工作中的职责

1.协助组织医师和医技部门人员预防、控制医院感染知识的培训。

2.监督、指导医师和医技人员严格执行无菌技术操作规程、抗感染药物合理应用、一次性医疗用品的管理等有关医院感染管理的制度。

3.发生医院感染流行或暴发趋势时，统筹协调感染科组织相关科室友、部门开展感染调查与控制的工作；根据需要进行医师人力调配；组织对病人的治疗和善后处理。

护理管理部门
在医院感染管理工作中的职责

1、协助组织全院护理人员预防、控制医院感染知识的培训。

2、监督、指导护理人员严格执行无菌技术操作、消毒、灭菌与隔离、一次性使用医疗用品的管理等有关医院感染管理的规章制度。

3、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行护士人力调配。

检验科在医院感染管理工作中的职责

1、负责医院感染相关的常规微生物学监测（能做到的）。

2、开展医院感染病原微生物的培养、分离鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析、向有关部门反馈，并向全院公布。（预期）

3、发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。

药剂科在医院感染管理工作中的职责

1、负责本院抗感染药物的应用管理，定期总结、分析和通报应用情况。

2、及时为临床提供抗感染药物信息。

3、督促临床人员严格执行抗感染药物应用的管理制度和应用原则。

总务后勤在医院感染管理工作中的职责

1、负责组织医院废弃物的收集、运送及无害化处理工作。

2、负责组织污水的处理、排放工作，符合国家“污水排放标准”要求。

3、监督医院营养室的卫生管理工作，符合《中华人民共和国食品卫生法》要求。

4、对洗衣房的工作进行监督管理，符合医院感染管理要求。

医 院 感 染 管 理

管 理 篇

医院废物的管理

1、医疗废弃物分类收集处理，感染性废弃物置黄色废料袋内密闭运送、无害化处理。

2、锐器(针头、穿刺针等)用后应放人防渗漏、耐刺的容器内，无害化处理。

3、我中心医疗垃圾由卫生行政部门或环保部门建立专门处理场所，对医院污物进行集中处理。

4、医院污水排放执行国家《污水排放标准》。

医疗废物分类收集要求

1、根据《医疗废物分类目录》对医疗废物实施，分类管理。

2、根据医疗废物的类别，将医疗废物分别置于符合《医疗废物专用包装物；容器的标准和警示标识的规定》的包装物或者容器内。

3、在盛装医疗废物前，应当对医疗废物包装物或容器进行认真检查，确保无破损、渗漏和其他缺陷。

4、感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物及化学性废物不能混合收集。少量的药物性废物可以混入感染性废物，但应当在标签上说明。

5、废弃的麻醉、精神、放射性、毒性等药品及其相关的废物的管理，依照有关法律、行政法规和国家有关规定、标准执行。

6、化学性废物中批量的废化学试剂、废消毒剂应当由专门机构处置。批量的含有汞的体温计、血压计等医疗器具报废时，应当交由专门机构处置。

7、医疗废物中的病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险废物应当首先在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按感染性废物收集处理。

8、隔离的传染病病人或者疑似传染病病人产生的具有传染性的排汇物，应当按照国家规定严格消毒，达到国家规定的排放标准后方可排入污水处理系统。

9、隔离的传染病人或者疑似传染病病人产生的医疗废物应当立即使用双层包装物并及时密封。

10、放入包装物或者容器内的感染性废物、病理性废物、损伤性废物不得取出。

11、盛装的医疗废物达到包装物或者容器的3/4时，应当使用有效的封口方式，使包装物或者容器的封口紧实、严密。

12、包装物或者容器的外表被表面感染性废物污染时，应当对被污染处进行消毒处理或者增加一层包装。

13、盛装医疗废物的每个包装物、容器外表面应当有警示标识。在每个包装物容器上应当系中文标签，注明医疗废物产生单位、日期、类别等。

医疗废物暂时储存地工作要求

1、医疗废物不得露天存放。暂时储存时间不得超过 2 天。

2、远离医疗区、食品加工区、人员活动区和生活垃圾存放场所。方便医疗废物运送人员及运送工具车辆的出入设置医疗垃圾暂存处。

3、有严密的封闭措施。设专职人员管理，防止非工作人员接触医疗废物。

4、避免阳光直射，防止渗漏和雨水冲刷。有防鼠、防蚊蝇、防蟑螂的安全措施，易于清洁和消毒。

5、设有明显的医疗废物警示标识和“禁止吸烟、饮食”的警示标识。

6、暂时储存病理性废物，应当具备有低温储存或者防腐条件

7、回收时要做好登记工作。包括重量、交接时间及经办人签名等。保留原始收据。登记资料至少保存 3 年。

8、医疗废物转交出去后，应当对暂时储存地点进行清洁和消毒处理。

9、禁止在非收集、非暂时储存地点倾倒、堆放医疗废物，禁止将医疗废物混入其他废物和生活垃圾，禁止买卖医疗废物。

发生医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故的紧急处理措施

1、确定流失、泄露、扩散的医疗废物的类别、数量、发生时间、影响范围及严重程度。

2、组织有关人员尽快按照应急方案，对发生医疗废物泄露、扩散现场进行处理。

3、对被医疗废物污染的区域进行处理时，应当尽可能减少对病人、医务人员、其他现场人员及环境的影响。

4、采取适当的安全重要处置措施，对泄露物及污染的区域、物品进行消毒或者其他无害处置，必要时封锁污染区域，以防扩大污染。

5、对感染性废物污染区进行消毒时，消毒工作从污染最轻区向污染最严重区域进行，对可能被污染的所有使用过的工具也应进行消毒。

6、工作人员应当做好卫生安全防护后进行工作。

医疗废物收集人员培训和职业安全防护要求

1、掌握国家相关法律、法规、规章和有关规范性文件和规定。

2、掌握医疗废物分类收集、运；送、暂时储存的正确方法和操作程序。

3、掌握医疗废物分类中的安全知识、专业技术、职业卫生安全防护等知识。

4、掌握在医疗废物分类收集、运送、暂时储存及处理过程中预防被医疗废物刺伤、擦伤等伤害的措施及发生后的处理措施。

5、掌握发生医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故情况时的紧急处理措施。

医护人员发生针刺伤时的应急预案及程序

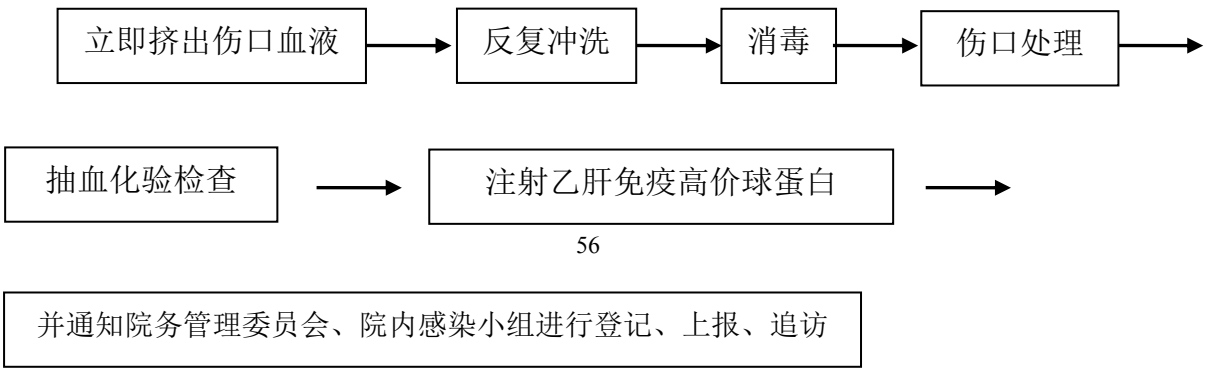
【应急预案】

（一）医护人员在进行医疗操作时应特别注意防止被污染的锐器划伤刺破。如不慎被乙肝、丙肝、HIV 污染的尖锐物体划伤刺破时，应立即挤出伤口血液，然后用肥皂水和清水冲洗，再用碘酒和酒精消毒，必要时去外科进行伤口处理，并进行血源性传播疾病的检查和随访。

（二）被乙肝、丙肝阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后，应在 24h 内去预防保健科抽血查乙肝、丙肝抗体，必要时同时抽患者血对比。同时注射乙肝免疫高价球蛋白，按 1 个月、3 个月、6 个月接种乙肝疫苗。

（三）被 HIV阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后，应在 24h 内去预防保健科抽血查 HIV 抗体，必要时同时抽患者血对比，按 1 个月、3 个月、6 个月复查，同时口服贺普丁(拉米呋定)每日 1 片，并通知医务科、院内感染科进行登记、上报、追访等。

【程序】



北京体育大学

社区卫生服务中心

护理管理制度

汇　编

2026 年 6 月 22 日修订

护 理 文 件 目 录

护理质量管理小组成员及职责 4

护理管理组织结构图 5

护士长及各科护士工作职责 6

卫生员岗位职责 13

护士职业防护制度 14

护理不良事件报告制度及流程 16

护士素质、仪表管理规范 19

护理交接班制度 21

医嘱执行制度 22

危急值报告管理制度 23

健康教育工作制度及职责 25

治疗室消毒隔离制度 26

治疗室工作制度 26

注射室工作制度 27

治疗室药品管理制度 28

查对制度 28

差错事故报告与处理制度 30

护理质量持续改进制度 31

护理文书书写制度.....32

急救物品管理制度.....32

急诊急救工作制度.....33

急诊室副班工作具体事项.....34

急诊留观室管理制度.....35

急诊留观室病人安全管理制度.....35

急诊留观室交接班制度.....36

北京体育大学医院预约转诊工作制度.....37

校医院便民新举措（一）.....38

输液反应应急预案.....40

空气栓塞应急抢救预案.....42

用药错误应急预案.....43

护理服务质量评价表.....45

输液治疗时间.....46

护理中长期工作计划.....48

护士在职教育培训制度.....51

2026 年护士培训计划.....53

护理质量管理小组成员及职责

为了进一步加强护理质量管理工作，经院办会研究决定：成立护理质量管理小组并定期开展护理工作质量检查。

一、成员

组长：张娜

组员：张宏、张军利、赵月娥、李雪娇

徐纪纯、吴继苹、张迪、赵佳瑶

二、职责

1.在院长的领导下，制定护理工作的各项质量控制标准，确保护理质量的稳定与持续改进。

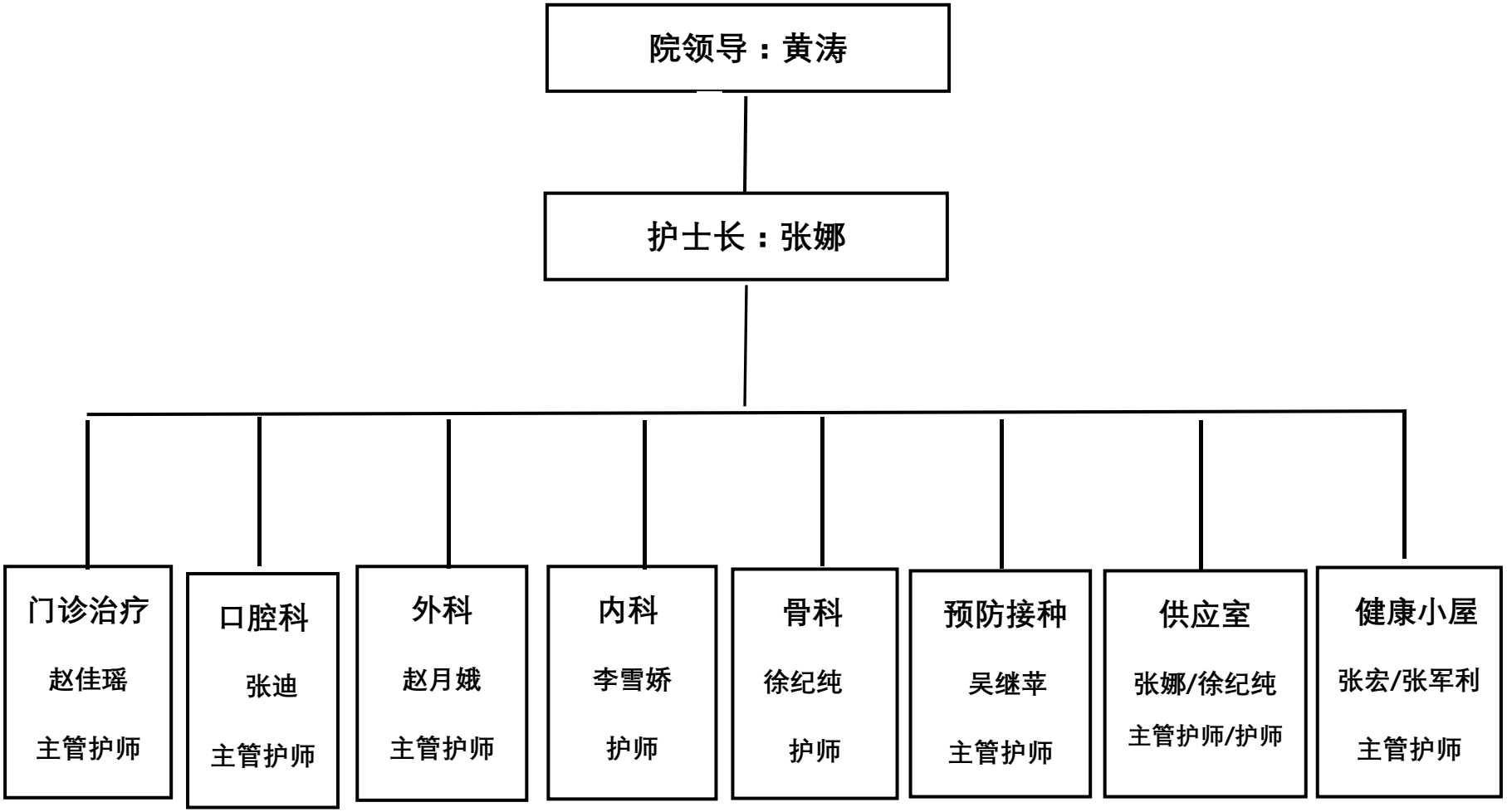
2.每月对全院护理质量进行检查，严格掌握质量标准，正确评价护理工作，对存在的问题进行分析研究，提出持续性改进措施，在全院护理会议上进行评价，督促落实。

3.负责患者满意度的调查。

4.对护理缺陷，差错事故进行分析，讨论，鉴定，提出处理意见。

5.制定全院护理人员培训方案，考核方案、奖惩制度。

护理组织结构


院领导：黄涛
护士长：张娜
门诊治疗
赵佳瑶
主管护师
口腔科
张迪
主管护师
外科
赵月娥
主管护师
内科
李雪娇
护师
骨科
徐纪纯
护师
预防接种
吴继苹
主管护师
供应室
张娜/徐纪纯
主管护师/护师
健康小屋
张宏/张军利
主管护师

护士长及各科护士工作职责

一、护士长岗位职责

1．在院长的领导下负责全院的护理工作，领导各岗位护士做好各护理单元的科学管理。

2．拟定全院年度护理工作计划并组织实施，定期检查、总结以改进工作。

3．制定护理质量与安全持续改进实施方案，经院长批准后组织实施。定期对全院护理质量进行考核、评价，对护理工作进行全面质量控制。

4．负责拟定全院护理工作制度、各级护理人员岗位职责、操作规程、护理常规，护理工作质量标准。

5．组织制定各科室护理人员配置方案，经批准后组织实施，并根据医院具体情况对全院护士进行调整及临时调配。

6．负责拟定护理人员培训计划并组织实施，定期进行理论知识、技术操作培训、考核和继续教育。完成各种护理教学任务，负责安排进修、实习生的带教工作。

7．组织领导全院护理科研、及新技术、新项目的推广，及时总结经验，撰写论文。

8．督促护理人员遵守各项规章制度、严格按照操作规程执行，防止差错事故的发生。对护理不良事件组织相关科室进行分鉴定，提出改进及处理意见。

9．深入科室，科学管理。对疑难、危重病人的护理工作进行检查、指导和会诊。

10．定期组织全院护理质量检查，及时总结、通报并向院领导汇报。

11．对科室提出的有关护理用品进行论证，适宜时与有关部门联系协同解决。

12．负责护理人员的业务技术考核，会同有关部门做好晋升、奖惩与任免工作。

13．组织召开全院护理管理工作会议，传达上级有关文件和会议精神，通报护理质量检查结果，分析护理工作中存在的不足，提出整改措施，不断提高护理质量。

14.完成院领导交办的其它工作。

二、门诊内科护士岗位职责

1.热情接待患者，预检分诊，询问病史、观察病情，优先安排急重症（高热、呼吸困难、剧痛等）就诊。

2.核对信息、指导挂号缴费、维持候诊秩序，提供就诊指引与便民服务（轮椅、测血压等）。

3.开诊前备齐器械、物品，检查诊疗环境；结束后整理消毒、回收病案。

4.规范测量并记录体温、脉搏、呼吸、血压、血氧等生命体征，异常值立即报告医生。

5.协助医生完成体格检查等，保障诊疗顺畅。

6.协助医生完成门诊心电图检查等工作。

7.协助医生完成门诊零星体检工作。

8、对治疗患者进行健康宣教：用药指导、饮食作息、慢病管理、康复护理、预防保健、疫苗接种、常见病防治等社区健康科普。

9、耐心解答患者及家属咨询，做好心理安抚，及时告知就诊注意事项、不良反应观察要点及复诊时间。

10.配合医院开展慢病随访、家庭医生签约、完善居民健康档案等其他工作。

11.严格执行消毒隔离：诊疗区空气、地面、物表、器械清洁消毒，医疗废物分类处置。

12.落实手卫生、个人防护，预防交叉感染；规范处置传染病或疑似病例。

13.保持治疗区域物品摆放整齐、环境卫生整洁，设备定点放置、定期维护保养。

14.熟练掌握常用急救技能及急救设备（除颤仪、心电监护仪、吸痰器、氧气瓶、抢救车等）使用方法，随时处于应急待命状态。

15.参与医院突发公共卫生事件、应急义诊、入户诊疗等护士长交办的其他临时工作。

16.配合其他科室做好工作衔接，服从科室排班及工作安排。

17.遵守医院各项规章制度、护理操作规程、医德医风规范，坚守岗位，文明服务。

18.主动参加业务学习、继续教育及技能培训，遵守医院各项规

章制度、护理核心制度、操作流程，提升社区门诊护理、慢病管理、院感防控等专业能力。

三、门诊护理岗位职责

1.负责门诊各类基础治疗操作：静脉输液、肌内/皮下/皮内注射、静脉采血、雾化吸入、氧气吸入等，严格执行三查八对及无菌操作原则。

2.遵医嘱准确执行治疗计划，核对患者姓名、年龄、诊疗项目、药物名称、剂量、用法、有效期，杜绝护理差错。

3.做好门诊患者接诊、分诊、引导，维持诊疗秩序，合理安排就诊及治疗顺序。

4.负责门诊治疗室药品、急救药品、耗材、器械的领取、存放、登记、盘点，做到账物相符，分类规范摆放。

5.定期检查药品有效期、器械完好性，过期、破损物资及时上报更换，严格落实药品及医疗耗材规范使用。

6.严格管控一次性医疗用品，按规定回收，规范医疗废物分类、打包、暂存、交接。

7.严格执行医院感染防控制度，做好治疗室、输液室、静脉采血室等诊疗区域清洁、消毒、通风，每日定时空气、物表、地面消毒并做好记录。

8.严格执行手卫生、隔离防护、无菌操作规范。

9.保持治疗区域物品摆放整齐、环境卫生整洁，设备定点放置、定期维护保养。

10.对治疗患者进行健康宣教：用药指导、饮食作息、慢病管理、康复护理、预防保健、疫苗接种、常见病防治等社区健康科普。

11.耐心解答患者及家属咨询，做好心理安抚，及时告知治疗注意事项、不良反应观察要点及复诊时间。

12.配合医院开展慢病随访、家庭医生签约、完善居民健康档案等其他工作。

13.规范书写护理文书：治疗记录、护理登记、输液观察记录、消毒隔离记录、药品耗材领用/盘库台账、急救登记等，字迹清晰、真实完整。

14.及时做好诊疗信息登记，配合门诊医生完成诊疗资料归档。

15.练掌握常用急救技能及急救设备（除颤仪、心电监护仪、吸痰器、氧气瓶、抢救车等）使用方法，随时处于应急待命状态。

16.遇患者输液反应、过敏、突发不适等紧急情况，立即停止治疗，配合医生抢救，及时上报并做好后续观察与记录。

17.参与医院突发公共卫生事件、应急义诊、入户诊疗等临时工作。

18.配合其他科室做好工作衔接，服从科室排班及工作安排。

19.遵守医院各项规章制度、护理操作规程、医德医风规范，坚守岗位，文明服务。

20.主动参加业务学习、继续教育及技能培训，遵守医院各项规章制度、护理核心制度、操作流程，提升社区门诊护理、慢病管理、院感防控等专业能力。

四、口腔科护理岗位职责

1、负责口腔科门诊的护理工作。

2、保持各诊室整洁、安静，做到规范化管理。做好开诊前的准备工作，安排就诊秩序。

3、负责口腔门诊的各种物品、药品、器械的请领及精密仪器的保养，定期检查，及时维修，保证随时使用。

4、抢救器材、药品配备齐全，保证应急使用。

5、特殊检查、治疗的病人，做好预约登记。

6、熟练掌握专科理论与技术操作，各项操作正确、熟练、动作轻柔。

7、配合医生进行特殊检查治疗时，应耐心、细致，取得病人合作。

8、负责口腔科门诊的空气消毒并记录保存细菌培养检测结果。

9、负责消毒液的更换、日常检测、及时记录。负责医疗废物的分类、做好交接工作。

10、完成领导交办的其它工作。

五、中医、针灸、理疗护理岗位职责

1、在医师的指导下，执行各项医疗规章制度和技术操作规程，严防差错事故发生。

2、负责病人的功能锻炼、治疗前的康复评定及其它康复理疗。

3、按照医师确定的病员康复运动方式、运动量及针灸、推拿、理疗的疗程、剂量和种类进行康复治疗。

4、加强医疗安全，严格执行康复医疗操作规程。按照诊疗技术操作规范进行诊疗活动，突出中医特色，严防差错事故。

5、每月对病员进行一次治疗效果评估，并向医师建议修订和修改确定下一阶段康复方案。

6、每天治疗结束后，做好物资整理，为次日工作做好准备。

7、负责机器的安装、检修、保养、整理和清拭工作。

8、完成领导交办的其它工作。

六、预防接种护理岗位职责

1、负责辖区地段计划免疫预防接种及妇幼保健工作。

2、认真执行各项规章制度和技术操作常规，预防差错事故的发生。

3、掌握免疫程序、接种方法及各类疫苗的禁忌症，按照接种程序进行接种。

4、接种及流观时发现被接种对象有过敏反应，应立即通知医师进行抢救。

5、做好生物制品的运输及保管工作。

6、定期进行生物制品的检查，发现过期及失效的疫苗应及时上报经批准后销毁。

7、负责对本辖区入学、入托儿童进行网上查验。

8、如发现疑似预防接种异常反应，接种人员应按照《全国疑似预防接种反应监测方案》的要求进行处理和报告。

9、做好建卡、建证、核查、整理、资料的登记、统计、上报工

作。

10、完成领导交办的其它临时性工作。

七、老年人健康管理护理岗位职责

1、在科主任的领导下负责公共卫生工作。

2、在辖区内为老年人进行生活方式和健康状况评估，做出常规体格检查，依据辅助检查进行健康指导。

3、参加医院安排的义诊活动。

4、完成领导交办的其它工作。

卫生员岗位职责

1.前走廊卫生每天最少 2 次，包括：地面、门把手、楼梯扶手、窗台。

2.院内卫生，包括：前后院子的清扫，除草等工作，每天早 8 点前完成。

3.前后卫生间内卫生，包括便池清洗、除味、蚊蝇灭除。

4.所有清扫物品进行分类和定点摆放。

5.浴室内的清扫，包括地面、墙面的刷洗。

6.急诊室内卫生清扫、垃圾收集等，每天早上 7 点 50 前完成工作。7.生活垃圾收集及处理；

8.医疗垃圾的收集、分类、登记，医疗垃圾暂存处的监督工作。

9.每日按时收发报纸。

10.负责污水池处理工作，包括清扫卫生、污水处理系统维护，

并对上述工作进行登记。

11.大型体检时临时清扫工作。

12.特殊情况时，入室清扫工作，包括门窗的擦洗。

13.其他临时交付清扫工作。

护士职业防护制度

1. 护理人员职业安全防护措施应当遵照标准预防原则，对所有病人的血液、体液及被血液、体液污染的物品均视为具有传染性的病源物质，接触这些物质时，必须采取防护措施。

2. 进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须穿相应工作服，戴手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。

3. 在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到面部时，应当戴手套、具有防渗透性能的口罩、防护眼镜;有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

4. 手部皮肤发生破损，在进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴双层手套。

5. 在进行侵袭性护理操作过程中，要保证充足的光线，并特别注意防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或者划伤。

6. 使用后的锐器应当直接放人耐刺、防渗漏的利器盒，也可使用具有安全性能的注射器、输液器以防刺伤。禁止将使用后的

一次性针头重新套上针头套，禁止用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器。

7. 使用紫外线消毒时，不得使紫外线光源照射到人，以免引起损伤。

8. 干热灭菌时勿与烤箱底部及四壁接触，灭菌后要待温度降到 40cC 以下再开箱，以防炸裂。

9. 压力蒸汽灭菌设备的具体操作步骤、常规保养和检查措施应按厂方说明书的要求严格执行。

10. 接触戊二醛等消毒溶液时应戴橡胶手套、防止溅人眼内、吸人体内或皮肤黏膜上，一旦溅上应及时用清水清洗。

11. 处理锐器时的防护要求：锐器使用后的针头直接放人耐刺、防渗漏的利器盒中;禁止手持锐器随意走动;禁止将使用后的一次性针头重新套上针头帽：如果必须套回一定要单手操作;禁止用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器;禁止将针等锐器随手传递;进行侵袭性诊疗，护理操作中，要保证充足的光线，防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或者划伤;丢弃的损伤性废物无论是否使用均按损伤性废物处理。

12. 护理隔离病人时的防护要求：着隔离衣，并执行区域性防护流程，与病人近距离操作时戴护目镜，吸痰、气管切开、气管插管等操作时，要戴全面型呼吸防护器，每接触一个病人后马上洗手或卫生手消毒。

护理不良事件报告制度及流程

护理不良事件是指在护理过程中发生的对患者不安全的、增加痛苦和负担的事件；护士不希望发生的、未预计到的事件；可能引发纠纷，造成事故的事件。包括给药错误、输液反应、治疗不及时、针刺伤、院内烫伤、割伤、烧伤、跌倒、坠床、药物外渗、管道滑脱、标本错误、暴力行为、咬破体温表、失窃、蓄意破坏、医疗材料故障、仪器故障、争吵、打架等。

一、报告范围：

凡在医院内发生的或在院外出诊过程中发生的不良事件均属主动报告的范围。

二、不良事件分级：

Ⅰ级事件（警告事件）：非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

Ⅱ级事件（不良后果事件）：在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的病人机体与功能损害。

Ⅲ级事件（未造成后果事件）：虽然发生了错误事实，但未给病人机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

Ⅳ级事件（隐患事件）：由于及时发现错误，但未形成事实。

三、护理不良事件上报程序：

1.一般不良事件（Ⅲ、Ⅳ级事件）：立即报告护士长，24-48小时

内填报《护理不良事件报告单》上报院办。

2.严重不良事件（Ⅰ、Ⅱ级事件）：当事人立即报告护士长、副院长或总值班，由护理部核实结果后上报分管院领导，护士长于6小时内填报《护理不良事件报告单》。

四、报告形式：

1.口头报告：发生严重不良事件时，当事人员立即向护士长、副院长、总值班口头报告事件情况。

2.书面报告：当事人员书面填写《护理不良事件报告单》上报护理部。

五、奖罚机制：

1.鼓励自愿报告，对主动报告且积极整改者，适当给以奖励,并按照报告人的意愿对报告人行为给予保密。

2.对不良事件首先提出建设性意见的科室或个人给予适当奖励。

3.隐瞒不报经查实，给予扣奖金处罚；由此引发的纠纷或事故按本院医疗纠纷处置办法处理。

六、护理不良事件的防范及处理

1.有护理风险防范制度及措施,对护理质量定期进行分析及改进。

2.发生护理不良事件后应及时评估事件影响，所在科室及护理部积极采取有效措施，尽量减少或消除不良后果。

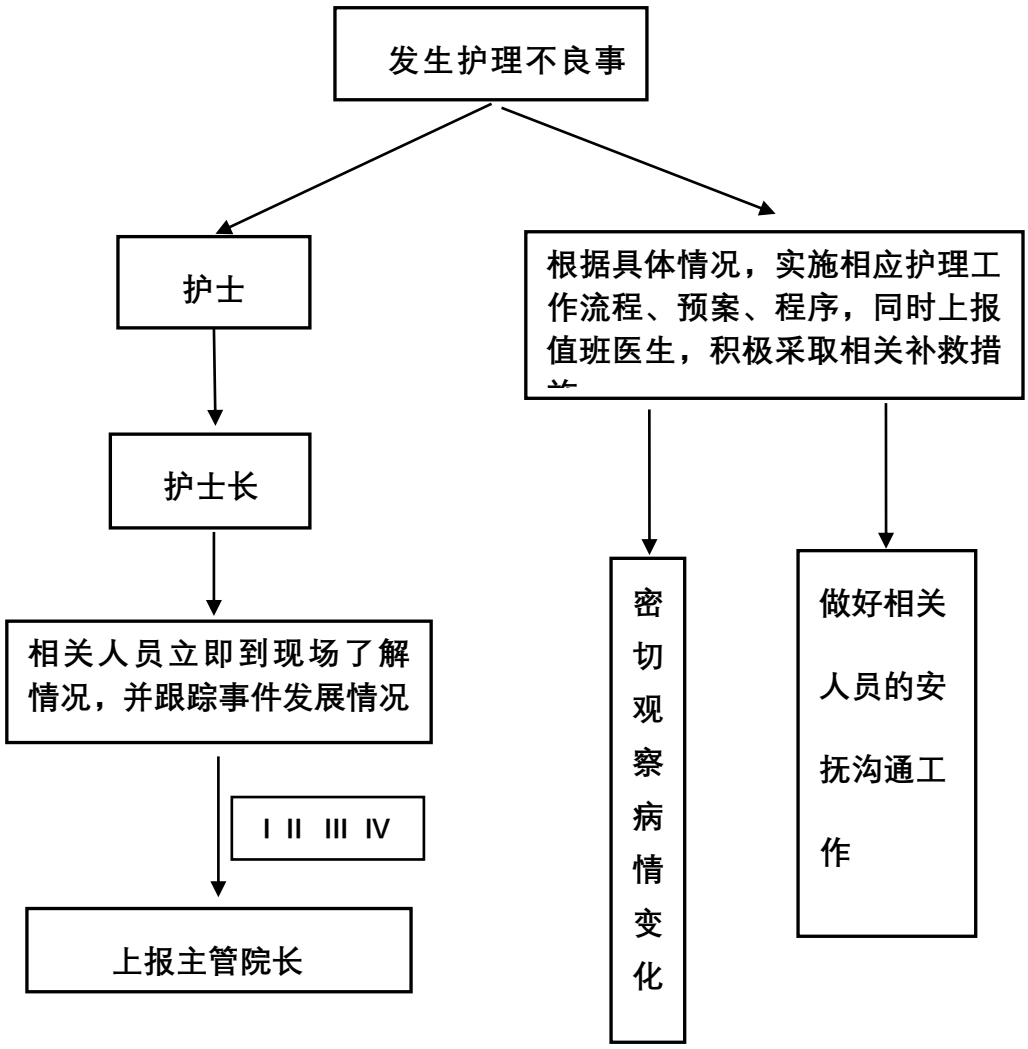
3.发生护理不良事件后，科室应妥善保管有关记录、标本、化验结果及相关药品、器械等，不得擅自涂改、销毁。

4.发生护理不良事件后,所在科室认真填写《护理不良事件报告单》,

护士长应对事件发生过程及时调查，在一周内组织院内讨论，分析原因、影响因素及管理等各个环节，提出改进意见及方案并呈交护理部，跟踪改进措施落实情况并评价效果。

5. 护理部应及时组织护理质量管理委员会对发生的护理不良事件进行分析，并提出整改建议及处理意见，返回给科室并督促改进。

护理不良事件报告流程



护士素质、仪表管理规范

一、思想上：

爱岗敬业，具有良好的职业道德，和“以病人为中心”的整体护理服务理念。

1、能以救死扶伤的人道主义精神认真履行职责。

2、对护理工作有强烈的责任感，忠诚老实，勇于承担责任。

3、遵守工作纪律，尊重病人的权利和义务。

4、具有良好的心理承受力和包容性。

二、技术上：

有严谨的工作态度，在技术上精益求精，尊重科学，严格操作规程，能主动防范风险。

1、运用所学知识做到密切观察病情变化，协助医生治疗，积极预防并发症。能为病人提供身体和心理的护理和与病人健康相关的康复指导和护理咨询。

2、严格执行护理技术操作规程。

3、认真执行“三查八对”，防范医疗风险。

三查：操作前、操作中、操作后查。

八对：对床号、姓名、药名、浓度、剂量、时间、用法、药品有效期。

4、在执行临时或口头医嘱时做到：

讲：要求医生要讲清楚；

重：护士听后要重复一遍；

查：执行时一定两人查对。

5、熟练并准确掌握各项护理操作技术，努力减轻病人的痛苦。

三、作风上：

谦虚谨慎，沉着冷静，敏捷果断。

1、在工作中有良好的工作风貌，做到说话轻、走路轻、操作轻。

2、护理病人要做到体贴入微。

3、上班要恪尽职守，尊重病人的信仰和权力。

4、在护理工作上做到：“严、细、勤、查、想”

严：严格遵守规章制度，执行操作规程。

细：观察病人仔细，对阳性体征敏锐，能快速反应。

勤：嘴勤、脚勤、手勤。

查：自查追溯岗位责任制完成情况。想：接班后想一下本班工作，做到心中有数，下班时想一下有无遗漏的工作。

四、行为上：

遵纪守法，关心集体，有团队精神，乐于助人。

1、品德端正与患者保持正常医患关系。

2、态度诚恳，恭敬待人能顾全大局。

3、爱护公物，勤俭办事，减少浪费。

五、仪表上：

1、举止端庄，服装整洁具有积极向上的工作态度。

2、着装整洁，举止端庄大方，戴护士帽，长发不过肩，前发不

过眉。戴圆帽时，帽沿不遮住眉毛；一律穿软底平跟鞋，穿凉鞋要穿袜子。

3、上班时，不佩戴首饰（耳环、手链、戒指），不染指，可化淡妆。

4、坐立、行走、动作要端庄稳重。

六、语言上：

礼貌、谦逊、尊重他人，合理使用保护性语言。

1、与病人沟通时，态度和蔼，解答问题耐心。

2、为病人服务要热情，护理工作时不叫床号，按年龄、职业、习惯不同，给予恰当称呼。

3、语言上做到四个多用：

多用体贴、尊重的语言；

多用鼓励、启发的语言；

多用贴心、安慰的语言；

多用亲切、关爱的语言。

护理交接班制度

1.值班人员应严格服从护士长工作安排，坚守岗位，履行职责，保证各项护理工作准确及时的完成。

2.交班前，责任护士应检查医嘱执行情况，各项护理工作完成情况，交班时对重症病人安排好护理工作。

3.交班时，值班护士应将本班内病人病情变化及治疗护理情况和

结果，准确记录在病人记录单和交班报告中，要求字迹清楚、简明扼要、有连贯性，运用医学术语准确。

4.接班者提前10分钟到岗，清点、交接常规物品，认真阅读交班报告。床头交接病人，做到认真交接病人总数、病人病情、输液情况、各项治疗护理是否按时完成等情况。

5.值班人员应在交班前完成各项护理工作，及时处理本班用物，为下一班做好每项物品准备。如遇特殊情况，必须做详细交代，与接班人员共同完成交接工作后方可离去。

6.对规定交接班的毒、麻、限、剧等药品、医疗器械、被服等，各班要当面点清，如有丢失或损坏应立即查明原因。接班时发现的问题，由交班者负责，接班后如因交班不清发生物品遗失、差错事故，应由接班者负责，并及时通知护士长。

7.交班前要将护士值班室、治疗输液室和处置室等部门整理清洁，并将本班所用的器械物品等洗涤干净。

医嘱执行制度

1.医嘱一律由医师用钢笔或签字笔书写，直接记录在病历医嘱单上。遇有错误不可涂擦和划去，要用红笔在原医嘱上划两条横线，并写明“取消”字样并签全名，开医嘱时必须详细书写开医嘱时间、病人姓名、学/工号、医嘱内容，字迹清楚，并签全名。

2.临时医嘱执行后注名执行日期及时间，并签全名。

3.处理医嘱同时查对各种申请单、处方、化验单等是否完全与医

嘱一致。

4.医嘱书写应按时间顺序，每个医嘱的第一行应与纵线并齐。

5.仅限于特殊紧急情况，可接受口头医嘱。护士在接受口头医嘱时，应重述一遍，请医师核对无误后，再执行。医师应及时将该医嘱写在医嘱本上，并签全名。

6.严格医嘱查对制度，白天由主班查对并签全名。夜班将全日医嘱再次查对，签全名。

危急值报告管理制度

1.“危急值”是指当这种检验结果出现时，表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态，临床医生需要及时得到检验信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，就可能挽救患者生命，否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。本管理制度所指的检查、检验科室包括所有医技辅助科室。

2.医院、科室建立危急值项目和范围（见《危急值报告制度》中的“危急值”项目和范围），并对危急值项目和范围进行定期总结分析，修改、删除或增加某些检验项目，提出危急值报告的持续改进的具体措施，以适合于我院病人实际需要。

3.相关检验、检查科室建立处理、复核确认和报告危急值的程序，做好详细记录，同时为临床诊断提供预警提示。

4.临床科室医护人员对接听的口头或电话通知的“危急值”或其他重要的检验（包括医技科室其他检查）结果，接听者必须规范、

完整地记录检验结果和报告者姓名与电话，确认后方可提供医师使用。

5.临床医生接到危急值的报告后应及时识别，若与临床症状不符，应关注标本的留取情况，如有需要，即应重新留取标本进行复查，若与临床症状相符，应有处理结果，并采取相应措施，必要时及时报告上级医师、科室负责人和医务科。

6.定期检查和总结“危急值报告”的工作，重点追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善。

7.危急值报告是医疗纠纷、事故处理中举证的重要依据，必须无条件遵守此规定。对不执行、不遵守《危急值管理制度》引起的纠纷和差错事故，按医院相关规定加重处罚。

8.原则上，按年度对危急值标准进行讨论、修改。临床科室如要求对标准进行修改，需提书面申请，科主任签字后交相应医技科室修订，并报医务科备案。如遇科室间标准、要求不统一，由医务科组织协调解决。

9.门、急诊医护人员接到“危急值”电话时应及时通知病人或家属取报告并及时就诊；一时无法通知病人时，应及时向门诊办、医务科报告，值班期间应向总值班报告。必要时门诊部应帮助寻找该病人，并负责跟踪落实。

10.接到“危急值”报告后15分钟以内主管医师对”危急值”报告的应答，应见医嘱或病程记录。接收人负责跟踪落实并做好相应记录。

11.“危急值”报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”原

则。各检查、检验科室及临床科室均应建立检验（查）“危急值”报告登记本，对“危急值”处理的过程和相关信息做详细记录。

12.质控与考核

（1）临床、医技科室要认真组织学习“危急值”报告制度，人人掌握“危急值”报告项目与“危急值”范围和报告程序。科室要有专人负责本科室“危急值”报告制度实施情况的督察，确保制度落实到位。

（2）“危急值”报告制度的落实执行情况，将纳入科室质量考核内容。医务科等职能部门将对各临床、医技科室“危急值”报告制度的执行情况和来自急诊科、重症监护病房、手术室等危重病人集中科室的“危急值”报告进行检查，提出“危急值”报告制度持续改进的具体措施。

健康教育工作制度及职责

1.负责制定本院健康教育工作计划和方案，并组织实施。

2.负责本院健康教育工作，搞好健康教育活动记录。

3.针对不同目标人群开展健康教育活动，指导各科室的健康教育和健康促进工作，并对科室的健康教育工作进行考核。

4.负责本院健康教育资料的收集、整理、制作和各种健康教育信息的收集、上报工作。

5.负责健康教育活动的检查督导。督导做到检查及时、督导具体，有督导，有整改。

治疗室消毒隔离制度

1.布局合理，清洁区、污染区分区明确，感染病人与非感染病人分室治疗。

2.操作前应洗手，设有流动洗手（非接触式）或快速手消毒剂。

3.无菌柜每日清洁，无菌物品按灭菌日期依次放入柜内，不应有过期物品，一次性使用无菌物品应去除中包装，分类码放在防尘良好的柜内。

4.护理人员操作时衣帽整洁，严格执行无菌技术操作原则。

5.抽出的药液、启开的静脉输入用无菌液体必须注明时间，超过2小时不得使用。

6.地面湿式清扫，保持空气清洁，每日紫外线照射，每月做空气培养并有记录。

7.输液、注射时做到一人一巾一带，一人一洗手，在提取血液、体液时使用手套，做好手卫生。

8.医疗废弃物严格按照规定要求，分类收集，密闭运输，集中处置。

治疗室工作制度

1.严格执行查对制度，各种注射按医嘱/注射卡执行，对有过敏反应的药物，注射前必须询问有无过敏反应并做过敏试验。

2.注射中及注射后应密切观察病人情况，一旦发生过敏或其它注

射反应和意外，应立即采取抢救措施并报告医生。

3.输液过程中经常巡视观察病人输液中的情况，发现病情变化或意外及时报告医生处置。

4.输液病人不得擅自离开输液室，避免发生意外事故。

5.严格执行无菌操作规程，操作时衣帽整齐，戴口罩，使用注射器做到一人一针一管，一次性注射器用过后毁型，统一回收。无菌物品定期更换。

6.备齐抢救药械，并置于固定位置，专人管理，定期检查，及时补充、更换。

7.每天做好室内清洁卫生，按时进行紫外线消毒并有记录，定期对空气、物表、医护人员手进行细菌监测。

8.严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。

注射室工作制度

1 遵守各项规章制度，坚守工作岗位。

2.凡需注射的患者，持处方和注射单，按医嘱注射；对过敏性药物，注射前必须按规定进行过敏试验，确认阴性者方可注射；初次注射应观察 10 分钟后再行离开；如有反应或其它意外者，应报告医生及时抢救。

3.严格执行无菌技术操作。操作时带帽子、口罩，做到一人一针一管一丢弃，防止交叉感染。

4.严格执行三查七对制度，防止差错事故的发生。

5.紫外线消毒每日一次，每次不少于1小时，有登记。灯管每周用75%酒精棉球清洁，使用累计达1000小时应更换灯管。

6.保持室内环境整洁，每天必须擦灰尘、擦地。

7.为病人服务要做到热情,解答问题要耐心,为病人治疗要细心,观察病人要热心。

治疗室药品管理制度

1.根据门诊需要，治疗室备有常用药物并保存一定数量的基数，便于临床应急使用，工作人员不得擅自取用。

2.根据药品的种类与性质分别放置，治疗班每日保证检查，保证随时应用。

3.定期清点检查药品质量，防止积压变质，如发生沉淀，变色过期等。标签模糊或涂改者，不得使用。

4.凡抢救药品，必须固定在抢救车内，并保持一定基数，每班检查，保证随时应用。

查对制度

一、医嘱查对制度

1、处理医嘱时必须经过查对方可执行，签全名并记录处置时间。对疑问的医嘱必须问清后方可执行。

2、重整医嘱后必须二人查对签字。

3、抢救病人时，医生下达的口头医嘱，执行者必须复诵一遍，待与医生共同校对确认无误后方可执行。保留用过的空瓶，经第二人核对后再弃去。抢救结束后与6小时内补下医嘱，执行者签全名及执行时间（抢救当时的时间）。

4、当日医嘱处理完毕后，要二人以上进行查对，并每日将所有医嘱查对一次。

二、服药、注射、输液查对制度

1．护士执行医嘱时，必须进行“三查、八对，”并做到“一注意”(即操作前、操作中、操作后查对；对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、方法、批号；注意用药后反应)。

2．配药前要检查药的质量，有无变质、针剂有无裂痕、有效期和批号，如不符合或标记不清不得使用。

3．给药前注意询问有无过敏史；使用毒、麻、限剧药时必须双人核对后方可执行；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝，药液有无混浊，有无过期。给多种药物时，要注意配伍禁忌。

4．清点药品和使用药品时，要检查质量、标签、失效日期和批号，如不符合要求，不得使用。

三、静脉取血查对制度

1、患者身份查对：让患者自报姓名，核对医嘱单上患者姓名、性别、年龄等。

2、检验项目查对：按照医嘱下达的化验项目选择相匹配的标本

容器。

3、标本容器查对：编码前应注意检查容器有无损毁，以防造成标本的外溢污染。

差错事故报告与处理制度

1.各科室严格执行差错事故与防范和登记报告制度。

2.各科室发生一般差错，24 小时之内报中心，中心发生差错事故 24 小时之内上报主管部门，发生严重差错或事故应立即上报。

3.发生严重差错或事故时，事故应立即报告医生，组织抢救，减小损失。当事人必须将患者用过的药品、血液、器械、标本、检验报告、病例资料等应妥善保存，不得擅自销毁、涂改、弃掉，以备鉴定。

4.各科室组织全科人员讨论，分析差错事故发生的原因，吸取教训，找出防范措施和制定整改时间并有记录。

5.各科室设差错、事故登记本，及时记录发生差错、事故的原因、经过、后果、处理意见及改进措施。

6.患者有投诉并要求经济赔偿时应及时向医务部报告，纳入医疗事故处理条例规定程序处理。

7.发生差错或事故的科室及个人，如不按要求报告，有意隐瞒不报，一经发现按本医院有关管理办法处理。

护理质量持续改进制度

1.加强医德医风法律意识教育。

2.严格按照规章制度、护理操作常规处置。

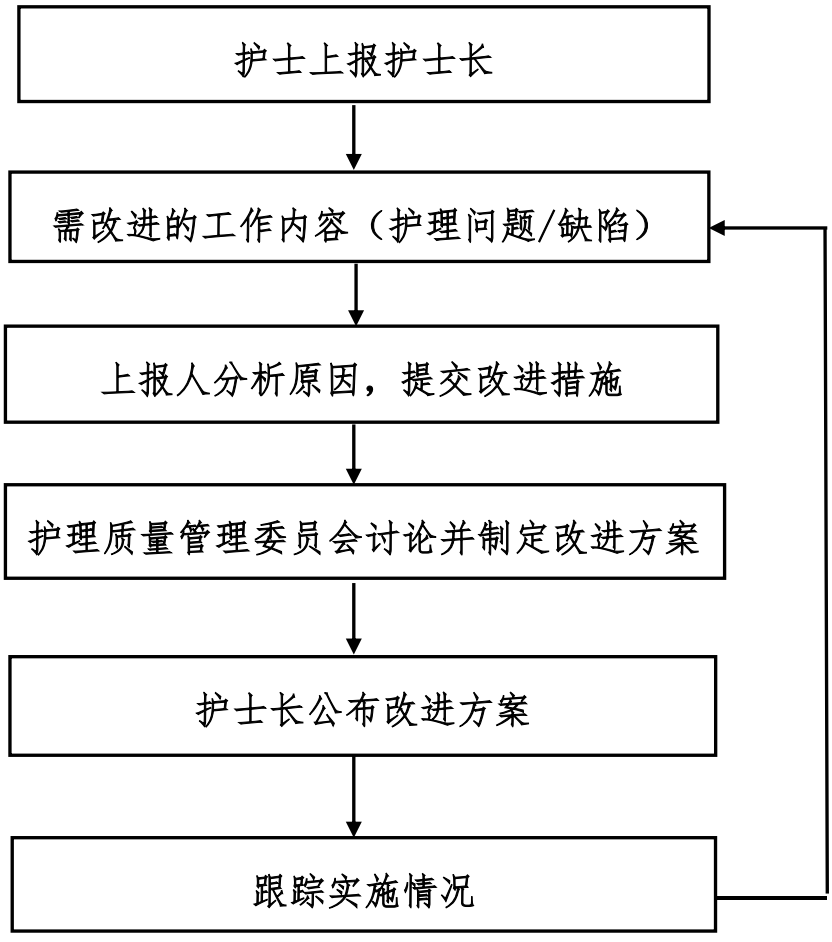
3.建立沟通渠道，工作中发现问题及时报告护士长（实施下列方案）。

4.检查中发现违规违纪行为按照质量控制标准处理，特殊情况提交护理管理委员会（全体护士）讨论。

5.护理管理委员会在一周内对问题进行分析讨论，并提出改进措施。

6.上报医院质量管理委员会。

护理质量持续改进方案



护理文书书写制度

1.护理文书包括：医嘱单、护理记录单、交班报告、护理出诊记录等。

2.护理文书除特殊规定外，一律采用钢笔、签字笔书写。表达内容真实，文字工整、字迹清晰、语句通顺、标点正确，使用规范医学术语，及时记录，并签全名。

3.眉栏项目、页数应逐项、逐页填全，不得空项、漏项。

4.护理文书书写出现错字时，应用双横线画在错字上，进行修改并签名。

5.度量衡单位一律使用国家统一拟定的名称和标准，数字一律用阿拉伯数字书写。

6.护理文书纳入病案资料一并保存。

急救物品管理制度

1.急救物品做到五固定：定专人保管、定时检查、定位放置、定品种数量、定期维修及时补充，做到急救物品性能良好，处于备用状态。

2.班班清点、记录、交接，做到帐物相符。

3.急救物品仅供抢救病人使用，不得随意挪用，科室间急需调剂使用时，须经科室主任、护士长批准，值班护士办理交接手续，用毕及时归还，验收后放回原处。

4.抢救车内除了备有规定的抢救物品外，可按专科要求配备其它抢救用物。

5.抢救车应配备示意图，各类物品标识清晰，不得放置任何杂物，保持整洁。

6.每次抢救结束后，应及时清洁、消毒、检查性能并保养，物归原处。

7.仪器设备发生故障时，应及时报告护士长电话通知维修组或送维修组维修，对不能使用的仪器设备应挂提示牌。

8.由专人负责急救物品的清洁、通电、保养。

9.护士必须熟练掌握常用急救仪器使用、消毒、保养方法。

10.护士长每月检查、签名。

急诊急救工作制度

1.选派有一定临床经验和技术水平的医师、护士承担急诊急救工作。

2.严格执行首诊负责制，坚持“先抢救后收费”原则，杜绝见死不救等违法违规行为。

3.严密观察急诊病人的病情变化，做好各项记录。认真执行急诊技术操作规程。

4.院前抢救急救病人时，医务人员应立即到现场救护，并迅速与120联系救援，待病情允许情况下，及时转院。

5.遇重大抢救，应立即上报，主管领导应亲临现场指挥抢救。

6.急诊抢救药品准备齐全，抢救器材保证完好状态，由专人管理，放置固定位置，便于使用；经常检查，进行补充、更新、及时消毒维护。

急诊室副班工作具体事项

1.值班人员早上7：50接班，上、下午下班时提前10分钟到注射室接班。

2.双人核对交接物品，缺少物品及时补齐。

3.值班人员接班后，负责紫外线照射消毒1小时（内、外屋），并在紫外线消毒登记本上记录、签名。

4.体温计用后放入75%酒精浸泡30分钟后，取出放另一清洁盒备用（每周二值班人员换浸泡体温计酒精）。

5.每周二值班者用75%酒精擦拭紫外线灯管并作标记。

6.每周二值班者负责更换值班室床单、被罩、倒垃圾。

7.用氧气后，湿化瓶消毒、冲净、晾干备用。

8.值班人员每天须检查急救车内抢救药品和物品是否过期并签名，药品使用后及时补充登记。

9.急诊室氧气表指针将至5KG/C㎡时，挂上“空”牌。

10.下夜班前做好急诊室、注射室、护士休息室卫生清洁工作。

急诊留观室管理制度

1.留观诊室保持整洁、舒适、肃静、安全，避免噪音，做到走路轻、关门轻、操作轻、说话轻。

2.留观诊室保持清洁卫生，注意通风，每日至少清扫两次。

3.医务人员必须穿戴工作服帽，着装整洁，必要时戴口罩。病房内不准吸烟。

4.留观室财产、设备，指派专人管理，定期清点。如有遗失，及时查明原因，按规定处理。

5.留观病人不得私自离开留观诊室。

6.各级医护人员必须服从科主任和护士长管理，严格遵守留观室各项规章制度和管理要求。

7.各级医护人员必须积极参加科室业务学习及技能培训，达到各级职务人员岗位技术要求

急诊留观室病人安全管理制度

1、护理人员应全面了解病人病情，及早发现潜在的不安全隐患并采取积极有效的防范措施。

2、严格执行各项查对制度，核对医嘱，发现疑问立即向有关人员反馈。未经核对的医嘱不得执行，一旦医嘱执行有误，不得隐瞒，立即通知医师并采取补救措施。原则上不执行口头医嘱，紧急情况执行抢救口头医嘱时，护士必须复述并保留药物空瓶，以便抢救完毕后

核对。

3、加强对昏迷及意识不清病人的管理，24 小时内必须有专人陪护，躁动不安者应使用床档或四肢约束带约束，以防坠床等意外事件的发生。

4、对有精神症状的患者，房间内不得有锐器等危险物品，以防自杀或伤及他人。

5、有自杀倾向的患者应通知家属、值班医生、护士长并做好记录，加强心理护理、严格床头交接及巡视制度，实施 24 小时监护。

6、加强消防安全管理及消防知识的宣传，责任落实到人，随时查除不安全隐患，所有工作有员必须掌握消防应急事件的处理。

7、保持地面清洁干燥，必要时放置“防滑警示”，以防病人摔伤。

8、加强急救物品、药品、器械、设备的管理，时时处于应急状态，以确保急救措施的顺利实施。

急诊留观室交接班制度

1、每日早晨做好交班，值班护士报告本班患者收容情况、病情与治疗护理情况。

2、交班前，值班护士应完成各种护理记录，检查各项工作完成情况，防止遗漏。

3、接班人员要做好接班前准备，着装整齐，仪表端庄，精神饱满。交、接班护士进行床旁交接，交接患者的病情、治疗、特殊检查、护理、皮肤、饮食、出入量、各种管道、仪器设备运行和医嘱执行等

情况。

4、当面清点抢救药品和留观室内物品、器材，要求财物相符并进行登记签名。

5、交接班要认真仔细，接班人员接班后要对职责范围内的一切护理问题负责。

6、值班人员做好留观室室内消毒及登记和医疗垃圾处理及登记。

北京体育大学医院预约转诊工作制度

为方便北京体育大学社区卫生服务中心患者到医联体核心医院就医，根据海淀区中东部医联体核心医院北京大学第三医院（以下简称：北医三院）的预约转诊挂号系统平台管理制度， 特制定本院预约挂号双向转诊工作制度。

1．预约挂号双向转诊工作由健康小屋指派专人负责具体工作。

2.患者应先到北京社区卫生服务中心就诊，持本人身份证、转诊单到健康小屋预约挂号。

3.患者应携带身份证到健康小屋预约转诊，最长可预约 2 周内的号源，预约成功后，将以短信方式通知病人到北医三院相关科室就医。

4.参加预约转诊人员范围：北京体育大学在职职工、离退休人员和在校大学生。转诊患者要求使用本人真实姓名预约，原则不点名预约，根据疾病专长选择医生，先从普通号或副教授开始预约。

5.因病情变化因素，优先为患者预约 1 周之内的号源，每人每天限挂 3 个科室，每个科室同一就诊单元（上午、下午）限挂 2 次。

6.预约成功后，转诊患者携带身份证、医保卡等有效证件到门诊挂号窗口或自助机取号，如遇特殊情况医生停诊，将发送短信至转诊系统内的联系人手机号。

7.为合理有效使用号源，对于爽约患者建立不良记录，三次以上者，将取消其转诊资格。

8.专人负责预约转诊系统的使用及维护，如有故障及时上报医联体办公室解决处理。

9.在北医三院就诊患者，特别是恶性肿瘤、高血压、糖尿病病人，校医院要进行跟踪管理，要每月定期上门或预约到门诊检查一次，如有病情变化要及时转诊到北医三院。

10.由北医三院转入北京体育大学医院的患者，各临床科室工作人员不得以任何理由推诿、拒收患者，应积极给予相应的诊疗服务。

校医院便民新举措（一）

为了更好的服务师生职工及来诊病患，校医院对便民新举措简介如下：

1.导诊服务：门诊前厅位置。您来医院就诊时如需要帮助，可以到分诊台找护士，我们将尽量为您做出准确指导。

2.建议您来诊时测量血压，免费！

3.健康档案：一楼健康小屋。如果您属于常住居民（京籍及非京籍均可），可以在校医院建立完善您的健康档案，我们会根据您的实际情况为您做出健康指导并随访您治疗方案的依从情况。

【北医三院】预约挂号：

1.患者应先到北京社区卫生服务中心就诊，持本人身份证、转诊单到健康小屋预约挂号。

2.患者最长可预约2周内的号源，预约成功后，将以短信方式通知病人到北医三院相关科室就医。

3.参加预约转诊人员范围：北京体育大学在职职工、离退休人员和在校大学生。转诊患者要求使用本人真实姓名预约，原则不点名预约，根据疾病专长选择医生，先从普通号或副教授开始预约。

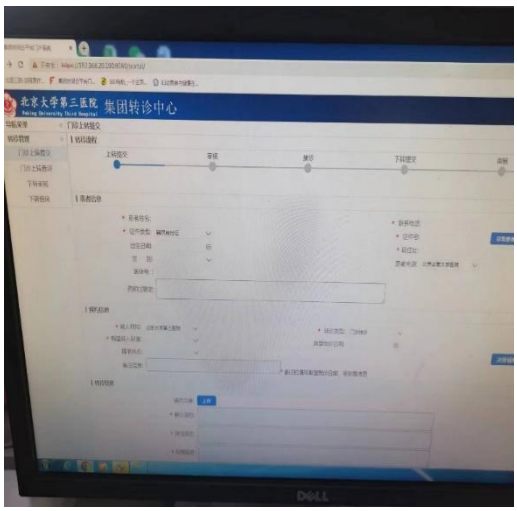
4.因病情变化因素，优先为患者预约1周之内的号源，每人每天限挂3个科室，每个科室同一就诊单元（上午、下午）限挂2次。

5.预约成功后，转诊患者携带身份证、医保卡等有效证件到门诊挂号窗口或自助机取号，如遇特殊情况医生停诊，将发送短信至转诊系统内的联系人手机号。

6.为合理有效使用号源，对于爽约患者建立不良记录，三次以上者，将取消其转诊资格。

7.校医院医疗咨询电话：62989471





校医院便民新举措（二）

为了更好的服务师生职工及来诊病患，在医院一层分诊处为不方便的患者准备了免费轮椅及拐杖。





输液反应应急预案

1、 严格按输液程序进行操作，认真做好“三查八对”。

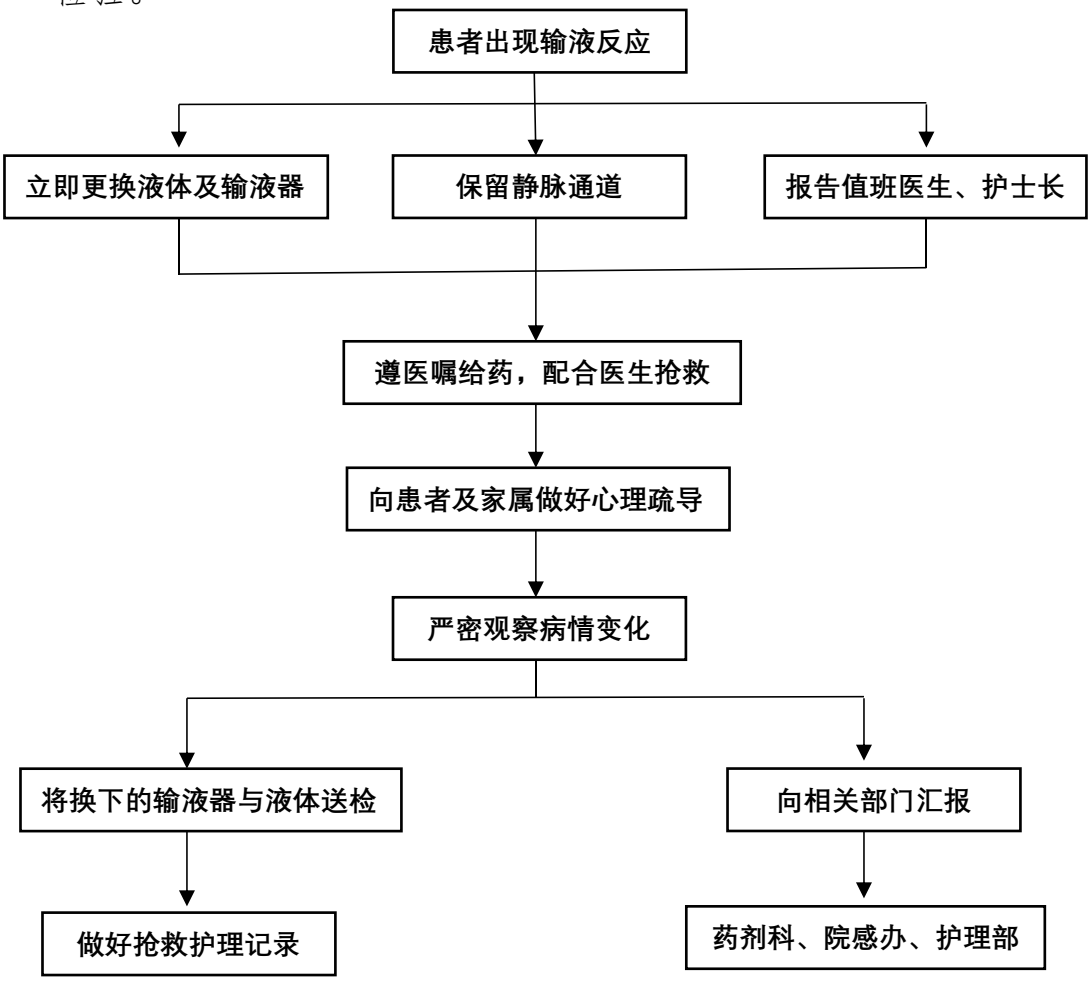
2、 一旦患者出现输液反应，应立即更换液体及输液器并保留，以备送检化验，同时保留静脉通路。

3、 立即报告主管医师及护士长，及时、准确执行医嘱配合抢救。

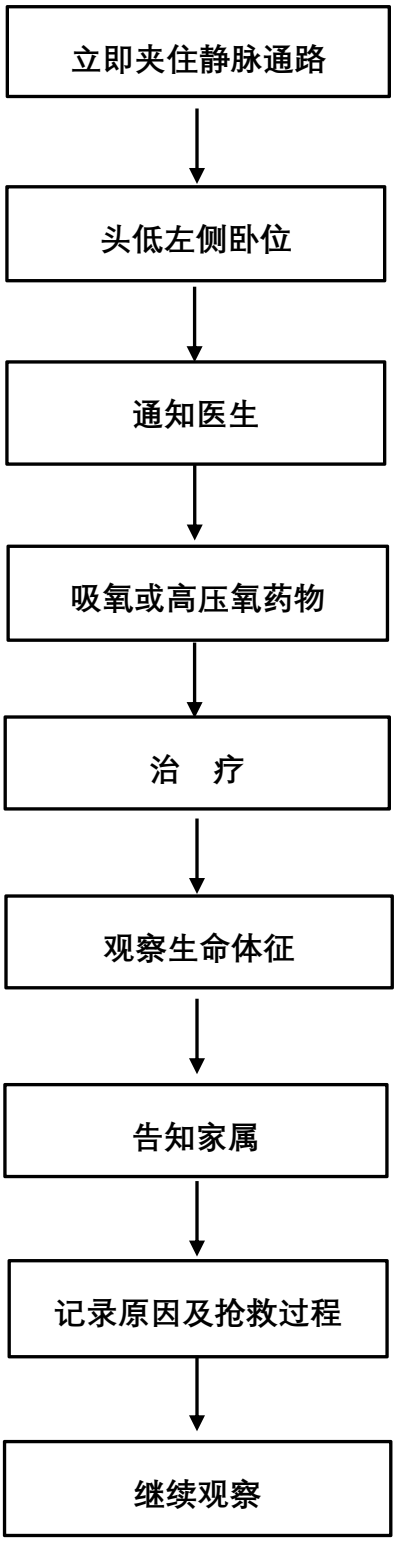
4、 加强巡视，严密观察病情，采取各种有效措施对症护理。

5、 准确、及时做好病情观察及抢救护理记录工作。

6、 将封存的输液器、药液与同类批号的液体、输液器送相关部门检验。



空气栓塞应急抢救预案



知识点:

头低足高左侧卧位原因：使空气进入右心室，避开肺动脉入口，由于心脏的跳动，空气被混成泡沫，分次小量进入肺动脉内。

用药错误应急预案

1、当发现者是医护人员时，立即停止正在使用的药物；当发现者是患者家属时,要妥善处理和安慰患者及其家属;与当班医生一起，做好解释及道歉工作，若病人家属意见较大不能处理时，及时报告科室负责人。

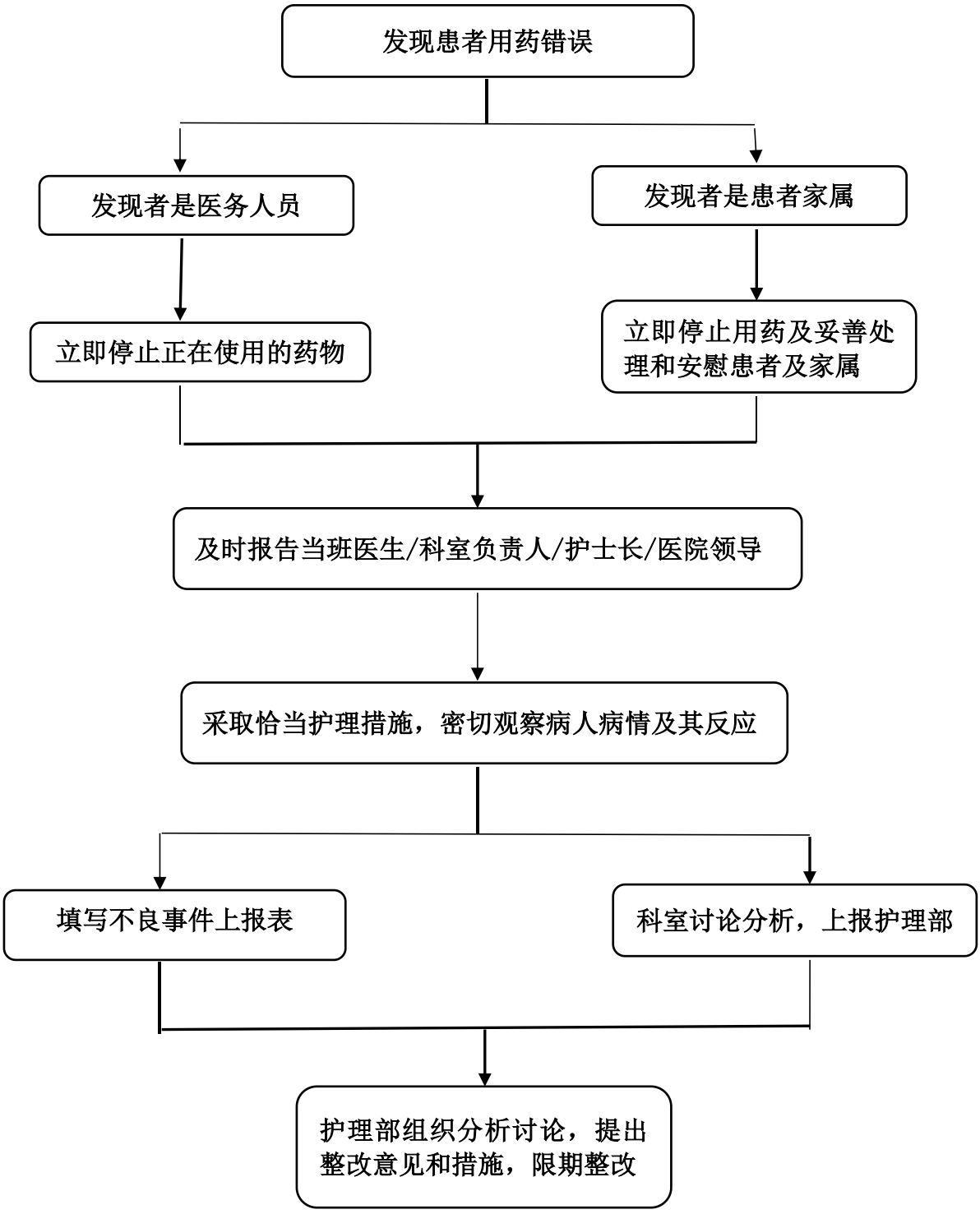
2、报告护士长及当班医生，必要时报告医院相关职能部门及院领导。

3、采取恰当护理措施，密切观察患者病情及其反应。

4、填写不良事件上报表，护士长作出调查并组织护理人员进行分析讨论，提出整改措施。

5、护理部组织分析讨论，提出整改意见和措施，限期整改。

（用药错误处置流程见下一页）


发现患者用药错误
发现者是医务人员
发现者是患者家属
立即停止正在使用的药物
立即停止用药及妥善处理和安慰患者及家属
及时报告当班医生/科室负责人/护士长/医院领导
采取恰当护理措施，密切观察病人病情及其反应
填写不良事件上报表
科室讨论分析，上报护理部
护理部组织分析讨论，提出整改意见和措施，限期整改

护理服务质量评价表

您好！首先对您选择我们医院服务表示衷心的感谢！ 为了更好的改进护理服务，提高护理服务的品质，请您如实评价我们的工作，并留下宝贵的意见和建议，请您在下面认可的项目上打“√”，谢谢您的合作！

内　　容	评　　价		
1、您对护士的服务态度是否满意?	满意	较满意	不满意
2、您对护士的仪表、仪容是否满意?	满意	较满意	不满意
3、护士能否及时更换液体?	及时	较及时	不及时
4、您对护士的技术操作是否满意?	满意	较满意	不满意
5、护士能否耐心解答您提出的治疗护理方面的问题?	能	有时能	不能
6、当您将遇到的问题告诉护士时，能否得到护士的帮助?	能	有时能	不能
7、您对护理工作是否满意?	满意	较满意	不满意
8、您对注射室或输液室的环境是否满意?	满意	较满意	不满意
9、您对科室护理管理总体印象?	满意	较满意	不满意
您对我院护理工作的意见和建议:			

科室:　　日期:　　年　　月　　日

输液治疗时间

上午：08:00-11：30

下午：13:30-17：00

11:30 和 17:00 后，为值班人员参加急诊时间，为了您的输液安全着想，无特殊原因急诊时间不予输液，谢谢您的理解和配合。

输液温馨提示

1.请您输液前告知我们是否有药物过敏史，是否患有心肺疾病。

2.请您不要空腹输液，以免输液过程中出现胃肠道不适。

3.输液时,护士会根据患者病情及药物使用方法,调节输液滴速,输液过程中，患者请不要自行调节输液速度，以免发生意外。

4.在输液过程中，如有心慌、气紧、恶心、呕吐、头昏、皮肤瘙痒等不适，请立即告知医务人员。

5.在输液过程中，若进针部位疼痛、肿胀，请您立即关闭输液调节器并告知我们。

6.在输液过程中，若您需要上洗手间，请告知我们，我们乐意协助您。

7.输液结束后,请您立即按压穿刺点5分钟,无不适后再请离开。

8.严禁带入危险物品，贵重物品请自己妥善保管。

9.为了保持良好的治疗环境，室内禁止吸烟，保持室内安静，不得大声喧哗。

10.请您爱护室内的公共设施，保持室内整洁，不得随地吐痰、乱扔果皮屑。

静脉采血温馨提示

一、 采血时间：

血常规： 周一至周五 门诊工作时间

生 化： 周二、周四 上午：8:00-9:00

甲功、性激素六项： 周四 上午：8:00-9:00

二、静脉采血需空腹，采血时请您放松，避免因恐惧造成血管的收缩、增加采血的困难，有晕针史的受检者需提前说明。

三、采血后请在针孔处持续按压5分钟（三个手指并拢按压针孔处），进行止血。注意不要揉，以避免造成皮下血肿。

四、采血后，将用过的棉签/棉球扔到黄色垃圾桶内。

五、采血后出现头晕、眼花、乏力等晕针症状立即平卧，并与医务人员联系。

六、采血后局部出现瘀血，请在24小时后用温热毛巾湿敷，可促进吸收。

七、注意事项：

1.患者须空腹 8-12 小时（静止状态下），不能空腹时间过长。

2.采血前三天请您清淡饮食（低油，低盐，低值）。

3.采血前避免剧烈运动。

八、取结果时间：

请您于采血后的第二天上午 8:00 以后到检验科窗口取结果，甲状腺功能取结果时间请咨询检验科。

谢谢您的合作！

护理中长期工作计划

在院办的领导下，遵循“以人为本”的科学发展观，“以病人为中心”的服务理念，以夯实基础护理，改善护理服务，树立行业新风，促进医患和谐，提高患者满意程度为主要内容，以确保护理安全为目标，强调过程管理和环节管理，强化内涵建设，提高技术水平和服务质量，创优质服务，让患者满意、社会满意、领导满意，护理部工作计划：

1、健全和完善各项管理制度，并狠抓落实，使各项护理工作做到制度化、科学化、规范化。

2、强化内涵建设，不断提高护理队伍整体素质。

3、坚持“以人为本”的服务理念，认真落实首问负责制，继续开展全程优质服务活动，创优质服务效益。

1、基础护理合格率≥90%

2、技术水平合格率≥90%

3、护理文书书写合格率≥90%

4、急救物品完好率 100%

5、消毒灭菌合格率 100%、消毒隔离合格率 100%

6、健康教育病人覆盖率 100%、病人知晓率≥80%

7、医疗安全管理合格率≥90%

8、供应室质量管理合格率≥90%

9、护理严重差错、护理事故发生次数为 0

10、病人对护理服务的满意率≥98%

11、护理人员培训率达 100%，护理人员继续教育学分或学时达到规定要求。

12、年工作计划完成率≥95%

(一)人员管理

在护理人员配置上，达到国家规定的护士配备比例，以满足临床工作需要，保证护理工作质量为基础，遇特殊情况按实际工作量尽可能在院内作适当的调整，制定紧急情况下护理人力资源调配的预案，避免造成护理资源的浪费。

(二)质量管理

1、结合医院实际，开展全程优质服务活动。

2、完善护理质量控制制度和护士长会议制度，建立护理质量管理体系。进一步修订和完善护理质量考核内容及评分标准。抓好质控管理，按要求开展质控活动，明确分工，责任到人，做到人人参与，层层管理，共同把关，确保质量。有检查记录、分析、评价及改进措

施,每季度有信息分析。护士对存在的问题和改进措施知晓率达100%,护理措施落实率达90%以上,以保证护理质量持续改进工作的有效性。

(三)安全管理

1、建立和完善护理差错报告和管理制度，加强护理缺陷管理。

2、狠抓核心制度的落实，严格执行各项规章制度及护理常规、规范。由护理部制定护理安全专项检查内容，各层管理人员定期和不定期督查，查隐患、定措施、促改进。

3、加强与病人的沟通，向病人征求意见，及时为病人解决问题。

4、开展医疗安全月活动，查找自身和工作中存在的安全隐患，并写出自查自纠报告护士长留存。

(四)业务管理

1、进一步深化整体护理理念，以病人需求为服务导向，注重个性化服务，进一步规范健康教育制度，流程，确保措施的有效性。

2、引导护理人员积极开展护理科研，开展新技术、新业务，撰写护理论文，鼓励积极投稿。

3、开展中医特色护理，认真搞好中医适宜技术的推广工作，创建特色中医医院。

4、在职培训

(1)选派护士到上级医院进修学习新技术、新业务。

(2)护理业务学习要求：指定专人负责，每月组织一次业务学习，有记录、有签到、有课件。

(3)护理理论培训内容：护理质量标准、各项工作制度、工作流

程、“三基”护理知识、专科护理常规、应急预案、急救知识等；

(4)护理技能培训重点：

①基础护理操作的规范化培训，特别做好新入职员工的培训；

②常用急救知识和技能。

(5)积极参加上级组织的各种短训班，不断增进新知识、开展新业务，带动全院护理业务水平的提高。

(6)鼓励护理人员在职继续学习，通过自学考试等方法提高学历，提升知识层次，改善护理队伍智能结构。

护士在职教育培训制度

1、护理人员的教育培训是指各级护理人员因业务需要而接受的以知识更新、岗位培训为主题的一种终身性再教育，因此必须从实际需要出发，分层次，有目标、有计划实施，不断提高各级护理人员的专业技术水平和职业道德。

2、护理部有专人重点负责在职培训，每年根据各级护理人员的培训目标制定实施细则，并及时认真组织实施，每年分析评估 1 次，有记录。

3、护理人才培养是护理事业持续发展的根本保证，护理部必须有护理梯队建设和各类护理人才培养计划（近期和远期），按计划进行培养，动态观察，跟踪关怀，定期考察评估，保证脱颖而出的优秀人才健康成长。

4、护理部对护理人员应多渠道、多途径培养，如有计划安排外

出进修、国内学习、挂职锻炼、角色模拟、重点科室轮转等。

5、注重新生力量培养使用，研究生、本科生入院后实行重点科室轮转，每处6个月，然后定岗专业，创造条件，让他们学有所用，充分调动积极性。

6、加快专科护士的培养，口腔科、外科等护理人员送往相关医院接受专科知识培训，力争让护理人员拿到专科上岗证书，提高专科护理水平。

7、护理部积极创造条件，鼓励各级护理人员岗位成才、自学成才，着力整日素质和学术水平的提高。

8、根据医院业务发展的需要，每月组织全科业务学习1~2次。

9、教育培训目标的实现，贵在自身学习。因此，护理部在实施教育培训中应注重护理人员学习能力的培训，营造学习环境和条件，每年组织读书报告会，知识竞赛、技术操作比武、擂台赛等，单项活动至少1~2次，积极为大家展现搭建平台。

11、各级护理人员必须自觉按卫健委规定，每年完成继教学分和学时，未完成者不予注册。

12、各级护理人员培训目标和教育培训主要内容

（1）对毕业1~2年的新护士进行岗前培训，着力提高三基水平和能力，并抓好爱过那个敬业、巩固专业思想等方面的教育。

（2）对3~5年的护士，在巩固、强化三基理论和基本技能操作的基础上提高综合护理水平，逐步渗入专科护理知识和技能培训。

（3）护士着重于专科护理技能、综合护理能力及临床应变能力

的培训和提高。

（4）主管护师以上职称者，主要补充新理论、新知识、新方法的知识更新和专科护理技能及科研能力的培训和提高。

2026年护士培训计划

一、培训目标

(1)培养护士具有良好的职业态度，浓厚的专业兴趣，高昂的工作热情，激发护理人员热爱岗位，热爱本职工作。

(2)掌握各项常规护理和四类慢性病护理知识，逐步提高护士的专业素质。

(3)规范各项护理操作规程，提高护士的操作技能。

(4)能正确、规范、清晰地书写护理病历。

(5)掌握护理工作规章制度，做好安全护理，严格查对制度，防止差错事故的发生。

(6)基本掌握危重病人的抢救配合工作。

(7)逐步培养护士的临床观察能力和评判性思维能力，及在解决临床实际问题时的工作能力。

二、培训方法

(1)集中讲小课，业务学习。

(2)临床实践中讨论交流互动形式。

(3)书面资料发给自学形式。

(4)早会提问形式。

(5)微信互动学习形式

三、培训内容

(1)基本理论

1)科室相关制度及规定、各班职责

2)掌握各项护理管理制度的具体内容及在临床工作中的应用。如交接班制度、查对制度、抢救制度等。

3）完成“三基”培训内容。

4)讲解护理病历书写的规范要求。

(2)基本知识掌握科室各种疾病的护理要点。

(3)基本技能：鼻饲技术;心肺复苏;心电图机的使用;吸氧、雾化吸入;无菌技术；输液;

1.护理岗位培训

1.1新入院护士岗前专业思想教育：为减轻上岗前紧张情绪，熟悉环境，指导做一名合格护士，护理长协同医院相关领导安排岗前教育。(护士行为规范，岗位纪律及工作制度，基本操作要求，明确质量标准。使她们对医院的经营活动和服务目标有一个明确的了解，从而激发护士们的主人翁责任感和归属感。)

1.2护理安全教育.首先要教育她们学会尊重病人，学会处理各种纷繁复杂的人际关系，始终以理智的态度抑制非理性的冲动，以良好的服务态度和同情心，接待每位病人。学习《医疗事故处理条例》以及相关的医疗规范，以增强法制观念，掌握遵照法律程序处理护患矛盾的能力，正确认识和处理护患纠纷，学习病历书写标准，使每一

位护士都知晓护理记录单在医疗纠纷举证中的重要作用。认真执行护理技术操作常规，学会在保证病人的利益不受损害的同时保护自己，从细微之处做起，力求服务于病人开口前，让病人称心，让家属放心。

1.3 全院护理人员职称计划.把护士职称考试纳入护理人员培训中，不定期的组织业务学习，要求人人参加，并根据学习内容定期抽查，考核检查学习效果，真正做到学以致用。

2.科室培训

2.1 岗位职责培训.新入职护士入职后，由护士长安排年资最高的护师根据个人特点进行 1~2 个月的带教指导，首先让她们熟悉科室环境及各类物品的放置，讲解科室的发展及特色，各种规章制度，专科护理技术操作，护理质量标准等，并培养她们与其他医护人员之间的协同服务精神，循序渐进地适应护士角色的转变。

2.2 护理技术操作培训：护士长根据具体情况，亲自带教或由带教老师进行一对一的培训，在日常工作实践中，从身边的每一件小事做起，逐步熟练掌握各项护理技术操作，2 个月试用期护士，试用期满考核合格后，护士长进行不定时抽考，成绩与绩效工资挂钩。

2.3 沟通能力培训：指派年资高有一定沟通经验的护师，通过对老年患者及慢病管理患者的健康教育、护理操作、特殊治疗、健康指导等环节，与病人交谈，向病人解释操作和疾病的相关知识以及培养良好的生活习惯和自我保健知识等通过实际训练可提高与病人的交流能力，让他们知道该与病人交谈什么，如何去与病人交谈，最终达到交谈时轻松自如和充满自信。

四、考核方法　每年进行基本素质考核包括德、能、勤、绩四项内容，结合病人的满意度调查结果，有无表扬，有无纠纷投诉等，由护士长记录的平时成绩。

五、考核结果

合格、不合格

六、根据院内规定派护理岗位人员外出学习，加强业务学习的机会，通过学习不断更新护理理念和专业技术知识。

北京体育大学社区卫生服务中心

药房制度汇编

2026 版

适用范围：药房

编制日期：2026 年 7 月

北京体育大学社区卫生服务中心

目　录

第一章 药事管理核心制度与配套制度 6
01 药事管理与药物治疗学组制度 6
02 药品遴选管理制度 8
03 药品采购管理制度 9
04 处方管理制度 11
05 处方调剂操作规程 12
06 处方点评制度 13
07 药品不良反应报告和监测管理制度 15
08 抗菌药物临床应用管理制度 16
09 药品用量动态监测及超常预警制度 17
12 退药管理制度 22
13 回流药品管理制度 23
14 超说明书用药管理规定 24
15 临床合理用药管理制度 25
16 新药审批管理制度 27
17 药品淘汰管理制度 28
18 处方资格认定制度 29
19 国家集中带量采购药品管理制度 30
20 医药代表管理制度 31
21 药品供应商评鉴管理制度 33
22 突发事件药品管理应急预案 34
23 输液不良反应应急预案 36
24 严重过敏反应急救操作规范 37
25 短缺药品管理制度 38
第二章 特殊管理药品与重点风险品种管理制度 39
26 麻醉药品、第一类精神药品管理制度（待启用） 39
27 第二类精神药品管理制度 41
28 医疗用毒性药品管理制度 42
29 高警示药品管理制度 43
30 易制毒成分药品管理制度 44
第三章 药房质量与运行管理制度 45

北京体育大学社区卫生服务中心

31 药品质量管理制度 45
32 药品养护管理制度 47
33 中药饮片养护制度 48
34 基数药品管理制度 49
35 药品盘点制度 50
36 药品入库验收制度 51
37 药品破损报废管理制度 52
38 药品召回管理制度 53
39 发药差错登记、报告制度及处置程序 55
40 药品效期管理制度 56
41 合理使用中成药管理制度 57
42 中药饮片管理制度 58
43 中药饮片采购管理制度 59
44 中药饮片验收与入库管理制度 61
45 中药饮片储存养护管理制度 63
46 中药处方审核、调剂复核与发药管理制度 65
47 代煎中药管理制度 66
48 特殊管理中药饮片管理制度 68
49 中药临方炮制管理制度 70
50 中药不良反应与质量投诉管理制度 72
51 中药饮片效期管理、盘点与报损制度 74
52 药房统方管理制度 75
53 药学服务（药师工作室）工作方案 77
第四篇 表单目录与监督检查 79
附件 1 药事管理表单目录 79
附件 2 药事管理年度监督检查表 83

主要编制依据

- 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》
- 《中华人民共和国药品管理法》及《中华人民共和国药品管理法实施条例》（国务院令第 828 号，2026 年 5 月 15 日起施行）

北京体育大学社区卫生服务中心

- 《医疗机构药事管理规定》（卫医政发〔2011〕11 号）
- 《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》（国卫医发〔2020〕2 号）
- 《处方管理办法》（卫生部令第 53 号）
- 《医疗机构处方审核规范》（国卫办医发〔2018〕14 号）
- 《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28 号）
- 《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第 84 号）
- 《药品不良反应报告和监测管理办法》及贯彻落实文件
- 《麻醉药品和精神药品管理条例》及北京市相关管理指南
- 《医疗用毒性药品管理办法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》（国家市场监督管理总局令第 84 号）
- 《药品召回管理办法》（国家药监局公告 2022 年第 92 号）
- 《国家基本药物目录》及国家组织药品集中采购、基本药物制度相关文件
- 《反兴奋剂条例》及 2026 年《兴奋剂目录公告》
- 《国家基本药物目录管理办法》（国卫药政发〔2026〕2 号）
- 《医药代表管理办法》（2026 年第 42 号，2026 年 8 月 1 日起施行）
- 国家卫生健康委等六部门《关于改革完善基层药品联动管理机制 扩大基层药品种类的意见》（国卫药政发〔2024〕38 号）及北京市转发落实要求
- 《京津冀医疗机构抗菌药物临床应用分级管理目录（2024 年版）》
- 《反兴奋剂规则》（体科规字〔2024〕5 号）
- 世界反兴奋剂机构《2026 年禁用清单国际标准》中文稿
- 《中华人民共和国中医药法》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 《医疗机构中药煎药室管理规范》
- 《中国药典》及北京市中药饮片炮制规范等法定药品标准

执行原则

- 岗位相容但职责不相混。采购、验收、调剂、复核、盘点、报损、销毁等关键环节应保留可追溯记录，重要事项实行双人复核或负责人审核。

- 目录精简、保障优先。药品配备以基本药物、慢病常用药、急救药品、校内常见病用药和公共卫生服务需求为主，兼顾上级医联体转诊连续用药。
- 风险分级、闭环改进。处方、抗菌药物、高警示药品、近效期药品、冷链药品、特殊管理药品、含兴奋剂目录风险药品纳入重点监测。
- 表单可纸质或电子化保存。电子记录应能导出、备份、追溯并满足保存年限要求。

修订记录

日期	版本	主要内容	审批
2026 年 7 月	首次编制	药房制度汇编	院务会审议

北京体育大学社区卫生服务中心

第一章 药事管理核心制度与配套制度

01 药事管理与药物治疗学组制度

一、政策依据

- 《基本医疗卫生与健康促进法》
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》（国卫医发〔2020〕2号）

二、定义与适用范围

药事管理与药物治疗学组是中心药事管理和治疗药物使用管理的专业决策与监督组织。

三、基本要求

- 中心设立药事管理与药物治疗学组，中心主要负责人任组长，分管负责人、医技与药事管理负责人、医务、护理、院感、财务及临床代表参加。
- 药事组负责药品遴选、采购目录、合理用药、处方点评、抗菌药物、重点风险药品和药学服务等事项的审议与监督。
- 原则上每季度召开一次会议，遇药品安全事件、短缺药品、突发事件保障等情形可临时召开。
- 涉及药品目录调整、供应商选择、商业往来等敏感事项，应执行回避和纪检或行政监督要求。

四、制度条文与操作要求

1. 政策与规范制定。贯彻执行国家及地方有关药品管理、临床应用、药事管理的法规、规章和发展规划；制定、修订本中心药事管理中长期规划及年度工作计划；审核、批准本中心涉及药物遴选、采购、储存、调剂、临床使用、监测评价全过程的管理制度、操作规程和应急预案。

北京体育大学社区卫生服务中心

2. 药品目录与处方集管理。依据《国家基本药物目录》《医保药品目录》及临床必需、安全有效、价格合理的原则，组织制定并定期修订本中心《基本用药供应目录》和《处方集》，建立规范、科学的药品遴选与淘汰机制。

3. 合理用药监管与干预。审议合理用药小组提交的处方点评管理办法、点评标准及年度、季度工作分析报告；对处方点评、处方审核中发现的倾向性、严重不合理用药问题，提出药学技术干预意见和质量改进建议；监督指导特殊管理药品、高警示药品、终止妊娠药品等重点管理药品的采购、保管、使用及销毁等环节。

4. 专项用药管理。依据《抗菌药物临床应用管理办法》及京津冀抗菌药物分级管理目录，结合本中心作为社区卫生服务中心的功能定位、基本药物制度、医保和集采政策要求，制定并动态调整本中心抗菌药物分级管理目录。建立抗菌药物目录遴选、医师处方权限授予与动态调整、培训考核、超权限或特殊情形使用审批、门急诊静脉抗菌药物管理、专项处方点评、指标监测、结果通报和整改追踪机制。定期审议抗菌药物、国家重点监控合理用药药品等专项用药的临床应用状况评估报告，并提出干预和改进措施；如涉及抗肿瘤药物等专项用药，应按国家和本市相关规定管理。

5. 用药安全与质量管理。建立药品不良反应（ADR）与用药错误（ME）监测报告体系，对上报的严重、群发事件组织药学技术评估和原因分析，提出风险控制和整改建议。药品不良反应按国家药品不良反应监测相关规定和时限，通过国家药品不良反应监测信息网络或规定渠道报告；用药错误、严重用药安全事件按本中心医疗质量安全事件和不良事件管理流程，同步报告医务、质控等相关部门，必要时按规定报告属地卫生健康行政部门。监督指导药品采购、验收、养护、效期管理等各环节质量管理；参与涉及药事的医疗纠纷、事故调查与处理，从药学专业技术角度出具分析意见。

6. 教育与人才建设。制定并实施中心药学专业人员及医务人员年度药事法规、合理用药知识培训与考核计划；对拟引进或淘汰药品、新发布重要指南在院内进行普及和培训。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：药事组成员名单、会议签到表、会议纪要、年度药事管理工作总结。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

02 药品遴选管理制度

一、政策依据

- 《国家基本药物目录》
- 关于完善国家基本药物制度的意见
- 国家组织药品集中采购相关文件
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

药品遴选是中心根据诊疗范围、服务人群和用药安全需要，对拟纳入供应目录的药品进行评价、审议和动态调整的过程。

三、基本要求

- 遴选坚持安全、有效、经济、适宜、可及原则，优先基本药物、集采中选药品、医保目录药品和指南推荐药品。
- 同一通用名、同一给药途径药品原则上控制品种和规格数量，避免重复配备和非必要高价替代。
- 新增、替换、临时采购和停用品种均应留痕管理，不得由个人单独决定。
- 涉及运动员常用或可能影响参赛资格的药品，应在遴选评价中标注兴奋剂目录风险提示。

四、制度条文与操作要求

1. 临床科室提出新增或调整药品申请，应说明适应证、预估用量、替代药品、指南依据、医保属性、集采情况、价格和供应稳定性。

2. 药房负责进行初审，重点核查批准文号、医保和基药属性、集采状态、药品质量风险、相互作用、用药错误风险及供应商资质。
3. 药事组采用集体讨论、实名投票或评分方式形成遴选意见，成员与申请品种或企业存在利益关系时应主动回避。
4. 中心确因上级医院转诊连续治疗、慢病长期用药或短缺替代需要临时采购的，由医师申请、药房审核、分管负责人批准，并向药事组备案。
5. 新纳入药品应明确处方权限、储存条件、调剂注意事项、用药交代要点、近效期管理和监测指标。
6. 药房每年至少一次梳理药品供应目录，对长期不用、疗效或安全性不佳、供应不稳定、价格明显不合理、被监管警示或已有更优替代的品种提出调整建议。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：药品遴选申请表、临时采购申请单、药品目录调整会议纪要、供应目录版本记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

03 药品采购管理制度

一、政策依据

- 《药品管理法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 国家和北京市药品集中采购相关规定
- 《医院中药饮片管理规范》

二、定义与适用范围

药品采购是中心通过合规平台和合格供应商获取药品并保障临床供应的活动。

北京体育大学社区卫生服务中心

三、基本要求

- 采购应纳入药房统一管理，任何科室和个人不得自行采购、接收或使用来源不明药品。
- 采购计划以供应目录、库存上下限、近效期情况、季节性疾病和校园活动保障需求为依据。
- 药品采购应做到不断供、不积压，冷链、急救、高警示和特殊管理药品单独关注。
- 采购人员应遵守廉洁纪律，不得接受供应商回扣、礼品、宴请或其他利益。

四、制度条文与操作要求

1. 药房根据库存、历史用量、处方变化、短缺预警和突发事件储备需求编制采购计划，经分管院长及医技与药事管理负责人审核后执行。
2. 采购药品应从北京市药品集中采购平台或其他依法合规渠道采购，并留存供应商许可证、营业执照、授权委托、质量保证协议、随货同行单等资料。
3. 采购中选集采药品、基本药物和医保目录药品时，应关注完成约定采购量、供应稳定性和替代方案。
4. 冷藏药品到货前应确认配送温控条件，到货时核查运输温度记录；温控异常的药品先隔离，不得入库使用。
5. 发现供应商配送不及时、票货不符、质量投诉、近效期比例过高或廉洁风险时，应记录并纳入供应商评鉴。
6. 采购记录、票据、验收记录和付款资料应相互对应，便于质量追溯和财务审计。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：采购计划、随货同行单、发票和验收记录、供应商资质档案。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

北京体育大学社区卫生服务中心

04 处方管理制度

一、政策依据

- 《处方管理办法》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》
- 《医师法》
- 《药品管理法》

二、定义与适用范围

处方是医师为患者开具、由药学专业技术人员审核调配并作为患者用药凭证的医疗文书。

三、基本要求

- 医师开具处方和药师调剂处方应遵循安全、有效、经济原则。
- 中心应建立医师处方权、抗菌药物处方权、特殊管理药品处方权和药师签名留样档案。
- 处方书写应完整、规范、清晰，诊断与用药相符，不得使用含糊用语。
- 药师对不合法、不规范或不适宜处方有权拒绝调配，并按程序沟通处理。

四、制度条文与操作要求

1. 中心注册执业医师在执业地点取得相应处方权后方可开具处方；执业助理医师按有关规定在执业医师指导下执业。
2. 普通处方、急诊处方、第二类精神药品处方、麻醉药品和第一类精神药品处方应按规定颜色、标识、格式和保存期限管理。
3. 每张处方限一名患者，药品名称、剂型、规格、用法用量、数量、诊断、医师签名或电子签名应齐全。
4. 普通门诊处方一般不得超过 7 日用量，急诊处方一般不得超过 3 日用量；慢性病、老年病或特殊情况需适当延长的，应注明理由并符合医保和长期处方要求。

北京体育大学社区卫生服务中心

5. 药师调剂处方必须执行“四查十对”，并在审核、调配、复核、发药环节留痕。
6. 处方保存期限按法规执行：普通、急诊、保存不少于 1 年；医疗用毒性药品和第二类精神药品处方保存不少于 2 年；麻醉药品和第一类精神药品处方保存不少于 3 年。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：处方权备案表、药师签名留样、处方留存和销毁记录、问题处方沟通记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

05 处方调剂操作规程

一、政策依据

- 《处方管理办法》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》
- 《中药处方格式及书写规范》

二、定义与适用范围

处方调剂是药师对处方进行审核、调配、复核、发药和用药交代的连续专业活动。

三、基本要求

- 调剂工作必须由药学专业技术人员承担，未经授权人员不得独立调配和发药。
- 处方收费或取药前应完成药师审核，中心使用信息系统辅助审方。
- 药品调配应单患者完成，避免多名患者处方同时交叉调配。
- 发药时应进行用药交代，并鼓励患者复述关键用法。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、制度条文与操作要求

1. 接方后先核对患者身份和处方完整性，重点审核处方合法性、规范性和用药适宜性。
2. 合法性审核包括医师处方权、处方类别、签名或电子签名、特殊药品权限和处方保存要求。
3. 规范性审核包括患者信息、临床诊断、药品名称、剂型规格、用法用量、数量、给药途径、修改签名和日期等。
4. 适宜性审核包括适应证、禁忌证、过敏史、相互作用、重复用药、儿童和老年人用药、肝肾功能、妊娠哺乳、运动员用药风险等。
5. 调配时执行“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。
6. 复核人员应核对药品实物、标签、数量、批号、效期和特殊交代事项；应对高警示、儿童、老人、精二、抗菌药物和退换处方实行重点复核。
7. 发药交代应包括药品名称、用途、用法用量、疗程、漏服处理、常见不良反应、保存条件、禁忌注意事项和复诊或咨询指征。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：审方记录、调剂差错登记、患者用药咨询记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

06 处方点评制度

一、政策依据

- 《医院处方点评管理规范（试行）》
- 《处方管理办法》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》
- 国卫医发〔2020〕2 号

二、定义与适用范围

处方点评是对处方书写规范性和用药适宜性进行评价、反馈、干预和持续改进的管理活动。

三、基本要求

- 处方点评由药事组和医疗质量管理部门领导，药房承担具体实施。
- 中心应定期开展普通处方、抗菌药物、精二药品、中成药、输液、高警示药品和重点人群处方点评。
- 点评结果应反馈到开方医师和科室，并纳入合理用药持续改进。
- 点评重点不是处罚个人，而是发现系统问题、培训需求和流程缺陷。

四、制度条文与操作要求

1. 药房每月至少抽取一定比例处方开展点评；处方量较小时可全量点评抗菌药物、精二药品、高警示药品和输液处方。
2. 点评内容包括处方前记、正文、后记是否规范，诊断与用药是否相符，剂量疗程是否适宜，联合用药是否合理，是否存在重复用药、禁忌、配伍问题和不必要输液。
3. 对中成药处方应重点评价辨证用药、重复含同类成分、与西药相互作用、儿童和孕妇禁忌以及运动员禁用成分风险。
4. 点评结果分为合理处方、不规范处方、用药不适宜处方和超常处方，并形成点评表。
5. 对重复出现的不合理处方，药房应与医师沟通，必要时报医务管理部门约谈、培训或限制相关处方权限。
6. 药事组每季度汇总处方点评情况，分析趋势，提出干预措施并追踪改进效果。

北京体育大学社区卫生服务中心

五、记录与保存

本制度相关记录包括：处方点评抽样表、处方点评工作表、反馈整改记录、季度点评分析报告。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

07 药品不良反应报告和监测管理制度

一、政策依据

- 《药品不良反应报告和监测管理办法》
- 国家药监局、卫生健康部门关于药品不良反应监测相关要求

二、定义与适用范围

药品不良反应是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。

三、基本要求

- 中心建立药品不良反应监测负责人和报告流程，鼓励主动发现和报告。
- 疑似即报，不以因果关系完全确定作为报告前提。
- 新的、严重的药品不良反应应重点报告，死亡病例应立即报告。
- 基本药物、集采药品、抗菌药物、中成药、注射剂和特殊人群用药纳入重点监测。

四、制度条文与操作要求

1. 医师、药师、护理人员发现疑似药品不良反应时，应立即评估患者情况，必要时停药、救治并报告科室负责人和药房。
2. 药房负责收集患者信息、用药信息、反应表现、处理过程、转归和相关检查结果，并按规定通过国家药品不良反应监测系统或属地要求上报。
3. 新的或严重药品不良反应应在 15 日内报告，死亡病例应立即报告，其他药品不良反应一般在 30 日内报告；有随访信息的应及时补充。
4. 疑似药品群体不良事件应立即报告中心负责人、属地卫生健康和药品监管相关部门，并采取暂停使用、封存药品、追溯患者等措施。

北京体育大学社区卫生服务中心

5. 药房每季度汇总不良反应报告，分析可预防因素、重点药品和重点环节，向药事组报告。
6. 对报告药品不良反应的人员不作负面评价；对隐瞒不报、迟报或漏报造成风险扩大的，按中心管理规定处理。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：ADR 个例报告、随访记录、群体事件处置记录、季度分析报告。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

08 抗菌药物临床应用管理制度

一、政策依据

- 《抗菌药物临床应用管理办法》
- 国家和北京市抗菌药物临床应用分级管理目录
- β 内酰胺类抗菌药物皮肤试验相关规范
- 《京津冀医疗机构抗菌药物临床应用分级管理目录（2024 年版）》

二、定义与适用范围

抗菌药物临床应用管理是对抗菌药物遴选、处方权限、使用评价、耐药风险和持续改进进行的全过程管理。

三、基本要求

- 中心执行抗菌药物分级管理。
- 抗菌药物使用应遵循安全、有效、经济和能口服不肌注、能窄谱不广谱、能单用不联用原则。
- 门诊抗菌药物处方应有明确感染诊断或用药依据。
- 皮试、输液和过敏史管理应与抗菌药物管理联动。

四、制度条文与操作要求

1. 院办公室会同药房建立中心抗菌药物目录和医师处方权限清单，未经授权不得开具相应级别抗菌药物。

2. 急诊或抢救需越级使用抗菌药物时，应记录理由，并在规定时间内补办审核或备案。
3. 药师审方时重点关注无感染诊断用药、病毒感染使用抗菌药物、疗程过长、剂量不当、重复覆盖、联合用药无依据和儿童禁忌。
4. β内酰胺类等需皮试或有特殊过敏风险的药品，应按规范询问过敏史、执行皮试或风险评估，并在病历和处方系统中记录。
5. 药房每月开展抗菌药物处方专项点评，监测使用率、静脉使用比例、联合用药比例、异常增长品种和不合理处方。
6. 对反复不合理使用的医师，中心应组织培训、提醒谈话或调整处方权限。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：抗菌药物处方权限表、抗菌药物点评表、越级使用备案、月度监测报表。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

09 药品用量动态监测及超常预警制度

一、政策依据

- 国卫医发〔2020〕2号
- 国家重点监控合理用药药品目录相关要求
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

药品用量动态监测是对药品采购、库存、销售/使用数量、金额、增长率和处方合理性进行持续跟踪，识别异常并干预的制度。

三、基本要求

- 药房应至少每月监测药品用量和金额变化，重点关注异常增长、长期滞销、短缺和退药较多品种。

- 高价药、辅助用药、抗菌药物、中成药、精二药品、含兴奋剂风险成分药品应纳入重点监测。
- 预警不等同于违规认定，应结合季节、疾病谱、公共卫生事件、校内赛事活动和供应变化分析。
- 监测结果应形成闭环，包括原因分析、反馈、整改和复评。

四、制度条文与操作要求

1. 药房每月导出药品使用数据，计算用量、金额、环比、同比、科室分布和医师分布。
2. 出现用量或金额连续增长、单医师集中开具、退药或投诉集中、与疾病谱明显不符等情况时，启动超常预警。
3. 药师应抽查相关处方和病历记录，必要时与医师沟通核实临床原因。
4. 经确认存在不合理用药、商业风险或管理漏洞的，提交药事组和医务管理部门处理。
5. 因校园传染病、季节流行、赛事保障或短缺替代导致的合理增长，应在监测报告中说明。
6. 药事组每季度审阅监测结果，并决定是否调整供应目录、处方权限、培训重点或采购策略。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：月度用量监测表、超常预警记录、处方抽查记录、整改追踪表。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

10 基本药物管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》
- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《国家基本药物目录》
- 《国家基本药物目录管理办法》（国卫药政发〔2026〕2 号）

北京体育大学社区卫生服务中心

- 国务院办公厅《关于完善国家基本药物制度的意见》（国办发〔2018〕88号）
- 国家卫生健康委等六部门《关于改革完善基层药品联动管理机制 扩大基层药品种类的意见》（国卫药政发〔2024〕38号）
- 北京市卫生健康委员会转发国家卫生健康委等六部门关于改革完善基层药品联动管理机制、扩大基层药品种类意见的通知及本市慢性病长期处方用药目录衔接要求
- 国家和北京市短缺药品监测、国家组织药品集中采购、医保药品目录及长期处方管理相关规定

二、定义与适用范围

基本药物是适应基本医疗卫生需求、剂型适宜、价格合理、能够保障供应、公众可公平获得的药品。基本药物管理是中心围绕基本药物优先配备使用、基层慢病和常见病用药衔接、短缺药品监测和连续用药保障开展的全过程管理。

三、基本要求

- 中心药品配备和处方使用应坚持基本药物主导、临床必需、上下衔接、供应稳定和合理使用原则。
- 药品目录应与国家基本药物目录、国家医保药品目录、国家组织集中采购药品、北京市慢性病长期处方用药目录及区域医联体用药目录动态衔接。
- 对高血压、糖尿病、慢阻肺病、冠心病、脑卒中后管理、哮喘、骨关节和运动损伤等校园和社区常见慢病、常见病，应优先保障连续用药。
- 建立缺药登记、短缺预警、替代用药、上报协调和患者告知机制，避免因药品短缺造成治疗中断。
- 基本药物使用情况应纳入处方点评、药品用量动态监测、药事组会议和年度监督检查。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、制度条文与操作要求

7. 目录维护。药房建立中心基本药物目录标识，在药品供应目录、采购计划、库存管理和处方系统中标注基本药物、集采中选、医保属性、长期处方适用情况和运动员用药风险提示。
8. 优先配备。新药遴选、目录调整和同类药替换时，应优先选择国家基本药物、集采中选药品、医保目录药品和北京市基层慢病、常见病上下衔接目录内药品；非基本药物纳入目录应说明临床必要性和不可替代性。
9. 基层扩容。根据北京市基层药品联动管理要求，中心应结合诊疗科目、家庭医生签约服务、慢病管理、校园人群健康需求和上级医联体转诊连续用药情况，动态扩充慢病、常见病可及药品。
10. 慢病长期处方衔接。对签约居民、教职工、学生和运动队人员中的稳定慢病患者，医师可在符合长期处方和医保政策前提下开具适宜疗程处方；药师应审核适应证、疗程、重复用药、相互作用和患者依从性。
11. 缺药登记。患者提出上级医院连续治疗药品、慢病长期用药或中心暂未配备药品需求时，药房应建立缺药登记，记录患者需求、上级医嘱或病历依据、拟替代药品、采购协调结果和告知情况。
12. 短缺处置。基本药物或慢病连续治疗药品出现供应异常时，药房应启动短缺药品管理制度，优先保障急救、重点慢病、老年人、儿童和不能中断治疗患者用药；必要时通过属地平台、医联体或采购渠道协调供应。
13. 处方引导。医师在疗效和安全性相当情况下应优先使用基本药物；药师在审方、处方点评和用药咨询中对非基本药物替代、重复用药和不合理高价用药提出干预建议。
14. 监测评价。药房每季度统计基本药物采购金额、使用数量、处方占比、缺药登记、短缺处置、长期处方和患者反馈情况，提交药事管理与药物治疗学组审议并形成改进措施。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：基本药物目录及标识清单、慢病长期处方用药目录衔接记录、缺药登记表、短缺替代记录、基本药物使用统计和季度分析报告。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

11 用药错误监测与报告制度

一、政策依据

- 医疗质量安全事件报告相关要求
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《处方管理办法》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》

二、定义与适用范围

用药错误是药品在开具、转录、调配、发放、使用、监测等环节中发生的可预防事件，可能导致或已经导致患者用药不当或伤害。

三、基本要求

- 中心建立非惩罚性、重改进的用药错误报告文化。
- 发现用药错误应优先保护患者，及时纠正、救治和告知。
- 用药错误应分级记录，分析根因并形成改进措施。
- 高频或高风险错误应纳入培训和流程优化。

四、制度条文与操作要求

1. 任何人员发现处方错误、调剂错误、发药错误、给药错误、标签错误、患者身份错误或系统录入错误，应立即报告并采取纠正措施。
2. 已发出药品但患者未使用的，应尽快联系召回或更正；患者已使用的，应评估风险、随访并记录处理过程。

北京体育大学社区卫生服务中心

3. 药房负责收集错误发生环节、原因、涉及药品、发现方式、患者影响和纠正措施。
4. 对未造成伤害的近失事件也应记录，用于发现流程漏洞。
5. 药事组定期分析用药错误，重点关注相似包装、相似名称、高警示药品、儿童剂量、电子处方默认值和沟通交接问题。
6. 因明显违反制度造成严重后果的，按医疗质量安全事件和中心相关规定处理。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：用药错误报告表、近失事件登记、整改追踪记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

12 退药管理制度

一、政策依据

- 《药品管理法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《处方管理办法》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》

二、定义与适用范围

退药是患者已从中心药房取得药品后，因质量、医嘱变更、处方错误或其他规定情形申请退回药品并办理退费或处置的活动。

三、基本要求

- 药品一经发出原则上不予退药，确需退药应严格审核原因和药品状态。
- 患者退回药品不得再次进入可发放库存，不得再次调配给其他患者。
- 因药品质量、处方或调剂错误导致退药的，应同步启动质量或差错处理。
- 退药记录应与财务退费、处方记录和药品报损相对应。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、制度条文与操作要求

1. 可受理退药情形包括药品质量问题、中心调剂差错、医师因诊疗变化主动更改且药品未使用、收费或发药信息错误，以及中心规定的其他情形。
2. 退药时药师应核对患者身份、处方、收费凭证、药品名称、规格、批号、数量、效期、包装完整性和退药原因。
3. 冷链药品、拆零药品、已开封药品、离开中心后储存条件无法确认的药品，除质量投诉和差错追踪需要外，不得作为可再用药品处理。
4. 符合退费条件的，由医师或药房说明原因，按财务流程办理退费；退回药品纳入报损或待销毁管理。
5. 药房每月汇总退药情况，分析处方错误、患者依从性、药品质量和沟通问题。
6. 频繁退药或异常退药应提交药事组或医务管理部门分析处理。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：退药登记表、退费凭证、报损销毁记录、退药月度分析。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

13 回流药品管理制度

一、政策依据

- 《药品管理法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

回流药品是指已经离开中心药房控制范围后又返回中心的药品，包括患者退回、科室退回和外部追回药品。

三、基本要求

- 回流药品不得混入合格库存，不得再次销售、调剂或发放。
- 回流药品应单独封存、标识、登记，按报损或质量事件程序处理。

北京体育大学社区卫生服务中心

- 因召回、质量疑似问题或用药错误追回的药品，应保留证据链。
- 科室基数药品退回应区分“未离开中心控制范围”和“已发至患者”两类处理。

四、制度条文与操作要求

1. 药房收到回流药品后，应立即置于待处理区域，加贴“退回/待处理/不得发放”标识。
2. 登记内容包括来源、患者或科室、药品名称、规格、批号、数量、效期、退回原因、经办人和处理方式。
3. 患者退回药品除需留样调查外，原则上按报损销毁处理。
4. 科室基数药品因目录调整、近效期调换或停止使用退回，若全程处于中心可控储存条件且包装完好，可经药房验收后转入合格库存；无法证明可控的不得转入。
5. 召回药品应按召回管理制度追踪流向、封存、退回供应商或销毁。
6. 回流药品处理应有双人签字，涉及财务损失的按审批流程办理。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：回流药品登记、封存记录、报损审批、销毁记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

14 超说明书用药管理规定

一、政策依据

- 《处方管理办法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 医疗质量安全核心制度相关要求

二、定义与适用范围

超说明书用药是指药品使用的适应证、剂量、给药途径、人群、疗程等超出国家批准药品说明书载明内容的用药行为。

北京体育大学社区卫生服务中心

三、基本要求

- 中心原则上不开展常规超说明书用药；确需使用时应有循证依据、患者获益大于风险且无更适宜替代方案。
- 超说明书用药应实行审批制、知情同意。
- 急救情形可先救治后补充记录和报告。
- 不得以科研、经济利益或习惯性经验替代规范审批。

四、制度条文与操作要求

1. 医师提出超说明书用药申请，应说明患者病情、拟用药方案、超说明书内容、证据来源、风险收益评估、替代方案和监测计划。
2. 药师负责审核药品说明书、指南、专家共识、文献证据、相互作用、禁忌和特殊人群风险。
3. 一般超说明书用药经临床科室负责人、药房和院办公室审核后报药事组备案；高风险或拟形成常规路径的，应经药事组审议。
4. 使用前应向患者或家属说明理由、预期获益、潜在风险和替代方案，并取得书面知情同意。
5. 药房将超说明书用药处方纳入专项点评和不良反应监测。
6. 如发现风险增加、疗效不确切或上级部门禁止，应立即停止相关用药并修订制度。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：超说明书用药申请、知情同意书、药师审核意见、随访监测记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

15 临床合理用药管理制度

一、政策依据

- 国卫医发〔2020〕2 号

- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《处方管理办法》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》

二、定义与适用范围

临床合理用药是指根据患者疾病、个体情况和药品特点，选择安全、有效、经济、适宜的药物和方案。

三、基本要求

- 合理用药管理覆盖药品遴选、处方、审方、调剂、给药、监测和评价全过程。
- 重点关注老人、儿童、孕产妇、慢病多药联用患者、运动员和参赛学生。
- 合理用药问题应通过培训、处方点评、用药咨询和信息系统提示持续改进。
- 药师应参与慢病用药管理、用药教育和药学服务。

四、制度条文与操作要求

1. 中心医师应依据诊疗规范、指南、药品说明书和患者实际情况开具处方。
2. 药师在审方和发药过程中发现重复用药、禁忌证、相互作用、剂量疗程不适宜或经济性明显不合理时，应主动干预。
3. 对高血压、糖尿病、哮喘、慢阻肺、痛风、失眠、过敏、运动损伤等常见问题，药房应形成常用用药交代要点。
4. 对运动员或参赛学生，应提醒其关注药品、保健品和中成药中可能含有的禁用物质，必要时建议向队医或赛事反兴奋剂人员确认。
5. 中心应建立合理用药培训制度，每年至少开展一次医师和药师共同培训。
6. 药事组定期审阅处方点评、ADR、用药错误和动态监测结果，推动改进。

北京体育大学社区卫生服务中心

五、记录与保存

本制度相关记录包括：合理用药培训记录、药师干预记录、用药咨询记录、季度分析报告。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

16 新药审批管理制度

一、政策依据

- 《药品管理法》
- 国家和北京市药品集中采购相关规定
- 《医疗机构药事管理规定》

二、定义与适用范围

新药审批是指未纳入中心药品供应目录的药品申请进入目录或变更剂型、规格、生产企业的审议批准程序。

三、基本要求

- 新药审批应纳入药事组集体决策，不得由个人或供应商推动直接进入目录。
- 新药必须具备合法资质和明确临床需求。
- 中心小型目录应坚持精简，避免同质化重复。
- 新药启用后应有使用监测和复评。

四、制度条文与操作要求

1. 申请科室填写新药申请，说明临床需求、目标患者、现有替代药品、预计用量、价格、医保属性和证据依据。
2. 药房负责进行资料初审，包括药品批准文号、说明书、质量标准、集采和医保情况、供应稳定性、储存条件及特殊风险。
3. 药事组审议时应比较安全性、有效性、经济性、适宜性和目录结构影响。
4. 通过审批的新药应明确试用期或复评期限，原则上 3 至 6 个月后评价使用量、处方合理性、不良反应和患者反馈。

北京体育大学社区卫生服务中心

5. 未通过审批的，应向申请科室反馈原因；临时特殊需求可按临时采购流程处理。
6. 供应商不得参加中心内部审批表决，不得以赞助、培训或其他利益影响审批。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：新药申请表、药师初审表、药事组决议、新药复评表。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

17 药品淘汰管理制度

一、政策依据

- 《药品管理法》
- 国家基本药物制度相关要求
- 国家组织药品集中采购相关文件

二、定义与适用范围

药品淘汰是指因质量、安全、疗效、供应、目录优化或政策变化等原因，将药品从中心供应目录中删除或暂停使用的管理活动。

三、基本要求

- 淘汰药品应有明确依据和替代方案，保障患者连续治疗。
- 涉及药品安全风险的，应立即暂停使用并报告。
- 长期不用、近效期积压、供应不稳定和重复低价值品种应定期清理。
- 淘汰决定应经药事组审议或备案。

四、制度条文与操作要求

1. 药房每年至少一次提出目录淘汰建议，依据包括监管通报、召回、不良反应、处方点评、动态监测、集采替代、临床需求变化和财务库存情况。

北京体育大学社区卫生服务中心

2. 对存在严重质量风险、召回或监管要求停用的药品，药房可先行下架封存，并立即报告中心负责人和药事组。
3. 淘汰前应评估替代药品、患者转方影响、库存消化或退货方案。
4. 库存药品按效期、质量状态和供应商退换政策处理，不得因淘汰而违规促销或不合理使用。
5. 目录淘汰后应更新处方系统、药品目录、调剂标签和培训资料。
6. 因患者连续治疗确需使用淘汰品种的，应按临时采购或院外药品管理流程执行。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：淘汰建议表、药事组决议、系统停用记录、库存处理记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

18 处方资格认定制度

一、政策依据

- 《医师法》
- 《处方管理办法》
- 《抗菌药物临床应用管理办法》
- 麻醉药品和精神药品相关规定

二、定义与适用范围

处方资格认定是中心对医师普通处方权、抗菌药物处方权和特殊管理药品处方权进行授权、备案、培训和动态管理的制度。

三、基本要求

- 医师依法注册并在中心执业后，方可按规定取得处方权。
- 抗菌药物、麻醉药品、第一类精神药品、第二类精神药品等应实行专项权限管理。
- 处方权授予前应完成制度和合理用药培训。

北京体育大学社区卫生服务中心

- 处方权可因违规、离岗、执业地点变更或考核不合格而暂停或取消。

四、制度条文与操作要求

1. 医务管理部门审核医师执业资格、执业地点、岗位职责和培训考核结果后，提出处方权授权名单。
2. 药房建立医师签名或电子签名留样、处方权限和抗菌药物分级权限档案。
3. 开具第二类精神药品和其他重点管理药品的医师，应接受相关法规、适应证、处方限量和风险防控培训。
4. 中心未取得麻醉药品和第一类精神药品购用资质或未配置相应管理条件时，不授予相关处方权。
5. 药房在审方中发现医师超权限开方，应拒绝调配并反馈医务管理部门。
6. 处方权限名单至少每年复核一次，人员离职、轮岗、暂停执业或权限调整时及时更新信息系统。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：处方权授权表、培训考核记录、签名留样、权限变更记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

19 国家集中带量采购药品管理制度

一、政策依据

- 国家组织药品集中采购和使用相关文件
- 北京市集中采购执行要求
- 医保支付相关政策

二、定义与适用范围

国家集中带量采购药品是通过国家组织集中采购形成中选结果并要求医疗机构按规定优先采购和使用的药品。

北京体育大学社区卫生服务中心

三、基本要求

- 中心应按北京市和医保部门要求优先采购、配备和使用集采中选药品。
- 集采药品替换应做好医师培训和患者解释，保障治疗连续性。
- 未完成约定采购量或异常偏离应分析原因。
- 集采药品质量投诉和供应短缺应及时上报。

四、制度条文与操作要求

1. 药房建立集采药品目录，标注中选企业、规格、价格、约定采购量、替代关系和供应商。
2. 采购计划应优先满足集采中选药品使用需求，非中选同通用名药品采购应有合理依据。
3. 医师开具同通用名药品时，系统或药师应提示优先使用中选药品。
4. 药房每月统计集采药品采购量、使用量、完成进度和替代药品使用情况。
5. 出现患者不耐受、疗效异常或质量疑似问题时，应记录、评估、报告并按规定处理。
6. 对供应不足或配送异常，应及时联系供应商和平台，必要时启动短缺药品替代流程。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：集采药品目录、完成进度表、异常使用说明、质量投诉记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

20 医药代表管理制度

一、政策依据

- 《医药代表管理办法》（2026 年第 42 号，2026 年 8 月 1 日起施行）
- 医疗机构工作人员廉洁从业九项准则及医疗卫生行风建设相关规定
- 医药购销领域商业贿赂治理和医疗机构接待医药代表管理相关要求
- 《中华人民共和国个人信息保护法》及医疗机构信息安全管理相关规定

北京体育大学社区卫生服务中心

二、定义与适用范围

医药代表是药品上市许可持有人聘用或授权，代表持有人从事药品学术推广、药品安全信息沟通和临床使用信息反馈等活动的专业人员，不得承担药品销售任务，不得参与收款、处理购销票据或统方等销售相关活动。

三、基本要求

- 中心对医药代表实行预约、备案核验、登记、定点、定时、定人接待和全过程留痕管理。
- 未经备案或未经中心同意的医药代表，不得在中心开展药品学术推广活动。
- 医药代表学术推广边界限于药品知识、临床合理用药、安全性信息、质量反馈和供应沟通，不得以任何形式影响处方、采购和遴选决策。
- 严禁医药代表进入诊室、药房调剂区、库房、信息系统操作区域等非接待区域开展推广活动。
- 严禁医药代表或相关企业向中心人员输送利益，严禁中心人员向医药代表提供处方量、用药排名、患者信息等敏感数据。

四、制度条文与操作要求

1. 预约申请。医药代表来访前应通过中心规定渠道预约，提交药品上市许可持有人或授权企业信息、医药代表备案信息、个人身份证明、拟推广药品、拜访目的、资料清单和合规承诺。
2. 备案核验。接待前由指定部门核验医药代表备案信息、授权关系和推广药品范围；未备案、备案信息不一致、超范围推广或不能提供合规承诺的，不予接待。
3. 接待安排。接待地点原则上设在行政办公区或会议室，不得安排在诊室、药房窗口、调剂区、库房和患者候诊区域；接待人员原则上不少于 2 人，并做好签到、事项、资料和结论记录。
4. 学术推广边界。医药代表可介绍药品说明书、临床指南、药品安全性信息、药品不良反应和质量反馈渠道，可收集临床合理需求和安全性反馈；不得直接或变相承担销售任务，不得催促采购、指定配送、干预遴选、要求增加处方量或承诺利益。

5. 禁止统方。医药代表不得参与、委托、诱导或要求中心人员统计医师个人或科室药品处方数量、使用金额、患者信息、采购计划和库存信息；中心人员不得向其提供上述数据。
6. 禁止利益输送。医药代表及相关企业不得以礼品、礼金、消费卡、有价证券、股权、赞助、捐赠、培训、会议、讲课费、咨询费等名义向中心或个人变相输送利益；中心人员不得索取或收受相关利益。
7. 资料管理。医药代表提供的学术资料应来源合法、内容客观、与药品批准说明书和循证依据一致；中心可留存资料备查，未经审核不得在诊疗区域张贴、散发或用于患者宣传。
8. 违规处置。发现未经预约接触医务人员、进入禁入区域、违规推广、利益输送、统方、泄露信息或其他违反《医药代表管理办法》的行为，应立即制止并记录，视情节采取约谈、暂停接待、列入不良记录、通报企业、报告上级主管部门等措施。
9. 内部责任。中心人员违反接待制度、泄露数据、接受利益或协助违规推广的，按中心行风建设、廉洁从业、信息安全和人事管理规定处理；涉嫌违法犯罪的，依法移送处理。
10. 定期自查。药房、医务和纪检或行政管理岗位每半年至少开展一次医药代表接待和药品推广风险自查，结果提交药事管理与药物治疗学组或中心负责人审阅。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：医药代表预约申请、备案核验记录、接待登记表、学术资料留存清单、合规承诺书、违规处置记录、半年度自查记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

21 药品供应商评鉴管理制度

一、政策依据

- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 国家和北京市药品采购相关规定
- 廉洁购销相关规定

二、定义与适用范围

药品供应商评鉴是中心对供应企业资质、供应能力、药品质量、配送服务和廉洁合规进行评价的管理活动。

三、基本要求

- 所有供应商应先建档、后采购，资质到期及时更新。
- 供应商评鉴至少每年一次，异常情况可即时评价。
- 评鉴结果作为继续合作、约谈、暂停采购或更换供应商的依据。
- 供应商廉洁和质量风险实行一票否决或重点扣分。

四、制度条文与操作要求

1. 评鉴指标包括资质合法性、配送及时性、票货一致性、效期管理、冷链温控、退换货响应、质量投诉、集采执行和廉洁合规。
2. 出现假劣药品、票据造假、严重温控异常、商业贿赂或监管处罚等情形，应立即暂停相关采购并报告药事组。
3. 对轻微问题可要求供应商限期整改，整改结果纳入下一次评鉴。
4. 同一品种存在多个合格配送企业时，优先选择供应稳定、质量记录好、合规评价高的企业。
5. 供应商档案和评鉴记录由药房保存，接受中心和上级检查。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：供应商资质档案、年度评鉴表、整改通知、暂停采购记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

22 突发事件药品管理应急预案

一、政策依据

- 突发公共卫生事件应急条例
- 基本公共卫生服务规范
- 《药品管理法》

北京体育大学社区卫生服务中心

- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

突发事件药品管理是指在传染病流行、自然灾害、校园大型活动、赛事保障、群体伤害或药品供应中断等情况下的药品储备、调配和供应保障。

三、基本要求

- 中心应建立急救和应急保障药品目录，定期检查数量、效期和可用状态。
- 应急药品保障服从中心应急指挥，药房负责药品供应和记录。
- 校园赛事、训练伤害高发季和呼吸道疾病流行季应提前评估用药需求。
- 应急期间仍应坚持药品来源合法、质量可控和用药记录可追溯。

四、制度条文与操作要求

1. 药房制定应急药品目录，至少覆盖过敏性休克、心肺复苏、发热呼吸道症状、胃肠道症状、外伤和运动损伤等常见应急场景。
2. 遇突发事件时，医技与药事管理负责人应立即清点应急药品、报告库存和短缺情况，按中心指挥要求调配。
3. 需要紧急采购时，可启动绿色审批，但采购渠道、票据、验收和质量记录不得缺失。
4. 对校内大型活动和赛事医疗保障，药房应提前准备急救药品、外用药、补液和常见病用药，并提示反兴奋剂用药风险。
5. 应急药品发出和使用后应及时补充，记录领用科室、患者或事件、数量、批号和经办人。
6. 突发事件结束后，药房应进行药品使用、损耗、短缺和改进复盘。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：应急药品目录、应急领用记录、紧急采购记录、事件复盘报告。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

北京体育大学社区卫生服务中心

23 输液不良反应应急预案

一、政策依据

- 药品不良反应报告相关规定
- 医疗质量安全事件管理相关要求
- 严重过敏反应急救指南

二、定义与适用范围

输液不良反应是患者在静脉输液过程中或输液后出现的发热、寒战、皮疹、呼吸困难、胸闷、低血压、过敏性休克等不良事件。

三、基本要求

- 中心开展输液服务时，应配备急救药品、抢救设备和经过培训的人员。
- 输液前应核对过敏史、用药史、药品质量和配伍情况。
- 发生不良反应时先救治患者，再封存证据、报告和追踪。
- 输液反应应纳入 ADR、用药错误或医疗安全事件分类处理。

四、制度条文与操作要求

1. 患者出现寒战、发热、皮疹、胸闷、呼吸困难、血压下降等症状时，立即停止输液，保留静脉通路并通知医师。
2. 医师评估病情后按抢救流程处理，必要时给予吸氧、监测生命体征、抗过敏或抗休克治疗并联系转诊。
3. 护理人员应保留原输液器、药液、药瓶、配伍药品和包装，注明患者信息、时间和经办人，严禁擅自丢弃。
4. 药师协助核查药品名称、批号、效期、储存条件、配伍禁忌、同批次使用情况和是否存在质量风险。
5. 严重或群体性输液反应应立即报告中心负责人和属地主管部门，并暂停同批次药品使用。
6. 事件结束后应完成患者随访、ADR 报告、质量分析和整改。

北京体育大学社区卫生服务中心

五、记录与保存

本制度相关记录包括：输液反应处置记录、封存药品登记、ADR 报告、整改记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

24 严重过敏反应急救操作规范

一、政策依据

- 《严重过敏反应急救指南》推荐意见
- 医疗急救相关规范
- 药品不良反应监测要求

二、定义与适用范围

严重过敏反应是接触过敏原后突发、严重、可危及生命的全身性过敏反应，常累及皮肤黏膜、呼吸、循环、消化和神经系统。

三、基本要求

- 严重过敏反应应早识别、早呼救、早使用肾上腺素。
- 肾上腺素肌内注射是严重过敏反应一线救治措施，抗组胺药和糖皮质激素不能替代肾上腺素。
- 所有参与注射、输液、疫苗接种或急救岗位人员应定期培训和演练。
- 抢救后应记录、报告、随访并分析触发药品或过敏原。

四、制度条文与操作要求

1. 患者在接触药品、食物、昆虫毒液或其他可疑过敏原后数分钟至数小时内出现皮疹、瘙痒、唇舌肿胀、声音嘶哑、喘鸣、胸闷、呼吸困难、血压下降、晕厥、腹痛呕吐等，应高度怀疑严重过敏反应。
2. 立即停止可疑药品或输液，呼叫医师和急救支持，让患者平卧并抬高下肢；呼吸困难者可取舒适体位，严密监测生命体征。

北京体育大学社区卫生服务中心

3. 按医嘱立即给予肾上腺素 1 mg/mL（1:1000）大腿中外侧肌内注射，剂量 0.01 mg/kg；成人单次最大 0.5 mg，儿童单次最大 0.3 mg，5 至 15 分钟效果不佳可重复。
4. 给予高流量氧气，建立静脉通路，必要时快速补液；支气管痉挛可按医嘱使用支气管舒张剂。
5. 抗组胺药和糖皮质激素可作为辅助治疗，不应延误肾上腺素使用。
6. 出现心跳或呼吸骤停、严重休克或气道水肿时，按心肺复苏和高级生命支持流程处理，并立即转上级医院。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：急救药品检查表、严重过敏反应抢救记录、ADR 报告、演练记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

25 短缺药品管理制度

一、政策依据

- 国家短缺药品保供稳价相关政策
- 国家基本药物制度相关文件
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

短缺药品是临床必需、疗效确切、供应不稳定或不能满足患者需求的药品。

三、基本要求

- 药房应建立短缺药品监测、预警、替代和上报机制。
- 短缺处置应优先保障急救、慢病连续治疗、儿童和特殊人群用药。

北京体育大学社区卫生服务中心

- 替代用药应经药师审核和医师确认。
- 患者沟通应真实、清晰，避免因短缺造成用药中断风险。

四、制度条文与操作要求

1. 药房根据库存下限、配送情况、平台供应信息和临床反馈识别短缺风险。
2. 预计药品低于安全库存或供应商无法按期配送时，药房应通知相关科室并提出替代建议。
3. 短缺药品替代应优先选择同通用名、同剂型规格或疗效相当且安全性明确的药品。
4. 对无法替代的临床必需药品，中心应向上级医联体、属地管理部门或采购平台咨询协调。
5. 短缺期间应避免非必要大量开具，按患者病情和公平原则分配。
6. 短缺解除后，药房应复盘原因，调整库存上下限或供应商策略。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：短缺预警表、替代用药方案、上报沟通记录、短缺复盘记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

第二章 特殊管理药品与重点风险品种管理制度

26 麻醉药品、第一类精神药品管理制度（待启用）

一、政策依据

- 《麻醉药品和精神药品管理条例》
- 《处方管理办法》
- 北京市麻醉药品、第一类精神药品管理相关指南

北京体育大学社区卫生服务中心

二、定义与适用范围

麻醉药品和第一类精神药品属于国家特殊管理药品，具有依赖性和流弊风险，医疗机构使用需具备相应资质和严格管理条件。

三、基本要求

- 中心未取得相应购用资质、未配置双人双锁保险柜和专账系统前，不得采购、储存、调配或使用麻醉药品、第一类精神药品。
- 确需开展相关业务时，应先完成资质申请、设施配置、人员培训和制度备案。
- 实行专人负责、专柜加锁、专用账册、专用处方、专册登记和批号追溯。
- 处方保存不少于 3 年，空白处方和作废处方均应受控管理。

四、制度条文与操作要求

1. 中心开展麻醉药品和第一类精神药品使用前，应经药事组论证、中心负责人批准，并按北京市规定办理购用手续。
2. 药品采购、验收、入库、领用、调配、退回、报损和销毁应执行双人核对，账物每日核对，做到账、物、批号相符。
3. 医师应取得相应处方资格后，使用专用处方开具，并严格核对患者身份、诊断和限量要求。
4. 药师审核处方合法性、完整性、用量和患者身份，不符合要求的不得调配。
5. 废弃安瓿、残余药液、破损药品和过期药品按特殊药品报损销毁流程处理，双人签字并留存记录。
6. 发现账物不符、处方异常、丢失被盗或疑似流弊，应立即封存现场、报告中心负责人、公安和主管部门。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：购用资质文件、专账、专册登记、日清点记录、报损销毁记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

27 第二类精神药品管理制度

一、政策依据

- 《麻醉药品和精神药品管理条例》
- 《处方管理办法》
- 精神药品临床应用指导原则

二、定义与适用范围

第二类精神药品是具有一定依赖性风险、实行特殊管理的药品。

三、基本要求

- 第二类精神药品应专柜储存、专人管理、专账记录。
- 处方右上角标注“精二”，处方保存不少于 2 年。
- 一般每张处方不得超过 7 日常用量，不得纳入长期处方。
- 每月开展精二处方专项点评和账物核对。

四、制度条文与操作要求

1. 采购和使用第二类精神药品应纳入中心供应目录和药事组管理，品种数量从严控制。
2. 医师应按适应证和临床应用指导原则开具处方，避免无诊断、超量、重复或长期连续开具。
3. 药师审核患者身份、诊断、用法用量、处方限量和重复取药情况，发现异常及时干预。
4. 药房应建立精二药品专账，记录购入、调配、结存、批号、效期和经办人。
5. 每月底由医技与药事管理负责人组织账物核对，发现差异立即查明原因。
6. 对同一患者或同一医师开具数量明显增加、频繁取药或疑似滥用的，应报告药事组和医务管理部门。

北京体育大学社区卫生服务中心

五、记录与保存

本制度相关记录包括：精二药品专账、账物核对表、专项点评表、异常处方报告。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

28 医疗用毒性药品管理制度

一、政策依据

- 《医疗用毒性药品管理办法》
- 《处方管理办法》
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

医疗用毒性药品是毒性剧烈、治疗剂量与中毒剂量接近、使用不当会致人中毒或死亡的药品。

三、基本要求

- 中心未配置相应品种、人员和设施前，不得采购或使用医疗用毒性药品。
- 确需使用时，应实行专人、专柜、专账、双人复核和处方限量管理。
- 处方保存不少于 2 年。
- 毒性中药饮片调配应严格处方审核和复核。

四、制度条文与操作要求

1. 医疗用毒性药品纳入目录前，应经药事组审议并明确适应证、处方权限、储存条件和应急处置。
2. 药品入库、调配、退回、报损和销毁均应双人核对并留存记录。
3. 医师开具毒性药品处方应准确书写剂量和用法，处方剂量不得超过规定极量和限量要求。

北京体育大学社区卫生服务中心

4. 药师对剂量、配伍、患者年龄和禁忌证进行重点审核，疑有问题应拒绝调配并联系医师。
5. 毒性药品不得外借、不得拆零随意存放、不得与普通药品混放。
6. 发生丢失、误用、中毒或账物不符，应立即报告并按医疗安全和药品安全事件处理。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：毒性药品专账、处方留存、双人核对记录、报损销毁记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

29 高警示药品管理制度

一、政策依据

- 中国高警示药品推荐目录
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《处方管理办法》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》

二、定义与适用范围

高警示药品是使用错误时可能对患者造成严重伤害或死亡的药品。

三、基本要求

- 中心应建立高警示药品目录并动态更新。
- 高警示药品应有醒目标识、专区或专柜存放，必要时与普通药品分离。
- 处方审核、调配、复核和给药环节应重点核对。
- 高浓度电解质、胰岛素、抗凝药、肾上腺素等品种应重点管理。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、制度条文与操作要求

1. 药房根据中心药品目录确定高警示药品清单，标注风险点、储存要求、审方要点和发药交代。
2. 高警示药品货位应使用统一警示标识，避免相似名称、相似包装药品相邻摆放。
3. 调配高警示药品时应核对剂量单位、浓度、给药途径和患者特殊情况，必要时双人复核。
4. 对胰岛素、抗凝药、降糖药、强心药、肾上腺素等应加强用药教育，告知低血糖、出血、心悸等风险信号。
5. 高警示药品发生近失事件、差错或不良反应时，应进行根因分析。
6. 药房每半年至少一次检查高警示药品目录、标识、储存和培训落实情况。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：高警示药品目录、双人复核记录、检查整改表。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

30 易制毒成分药品管理制度

一、政策依据

- 《易制毒化学品管理条例》
- 药品类易制毒化学品管理相关规定
- 含特殊药品复方制剂管理要求
- 《反兴奋剂规则》（体科规字〔2024〕5号）
- 世界反兴奋剂机构《2026年禁用清单国际标准》中文稿

二、定义与适用范围

易制毒成分药品包括含麻黄碱类复方制剂等具有被非法套购、滥用或流入制毒风险的药品。

三、基本要求

- 中心应识别并标注含易制毒成分或兴奋剂目录风险成分的药品。
- 采购、储存、调配和发放应加强数量、处方和患者身份管理。
- 不得无处方或超适应证大量开具、调配含易制毒成分药品。
- 运动员和参赛学生使用含麻黄碱等成分药品时，应进行反兴奋剂风险提示。

四、制度条文与操作要求

1. 药房建立含易制毒成分药品目录，标明通用名、商品名、含量、处方类别、限量要求和风险提示。
2. 医师开具相关药品应有明确诊断和合理疗程，避免重复开具或与同类药叠加使用。
3. 药师审方时关注超量、频繁取药、多人代取、同一联系电话或地址异常集中等风险信号。
4. 调配时应按规定核验处方和患者信息，并在系统或登记表中留痕。
5. 发现疑似套购、骗购、异常处方或流弊风险时，应拒绝调配并报告中心负责人。
6. 相关药品应纳入处方点评和动态监测。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：易制毒成分药品目录、调配登记、异常处方报告、运动员用药提示记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

第三章 药房质量与运行管理制度

31 药品质量管理制度

一、政策依据

- 《药品管理法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《药品管理法》

北京体育大学社区卫生服务中心

- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

药品质量管理是对药品采购、验收、储存、养护、调剂、使用、退回、报损和召回全过程质量风险进行控制的制度。

三、基本要求

- 医技与药事管理负责人为药房药品质量管理第一责任人。
- 药品质量风险应坚持预防为主、全过程追溯。
- 不合格、疑似不合格、召回或待处理药品应立即隔离并标识。
- 质量问题应及时报告、分析和整改。

四、制度条文与操作要求

1. 药房建立药品质量管理岗位职责，明确采购、验收、养护、调剂、复核、盘点和质量投诉处理责任。
2. 购进药品应来源合法、票据齐全、验收合格后方可入库。
3. 储存条件应符合药品说明书和标签要求，常温、阴凉、冷藏、避光、拆零、特殊管理药品分区管理。
4. 发现包装破损、霉变、变色、沉淀、标签不清、效期异常、温控异常或监管通报药品，应立即暂停使用。
5. 药品质量投诉由药房统一受理，必要时封存实物、联系供应商并上报药事组。
6. 质量管理资料应按保存要求归档，接受上级检查。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：质量管理职责表、质量问题登记、不合格药品处理记录、质量自查表。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

北京体育大学社区卫生服务中心

32 药品养护管理制度

一、政策依据

- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 药品说明书和标签管理要求
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

药品养护是根据药品特性和储存条件，对库存药品进行温湿度监测、外观检查、效期管理和质量维护的活动。

三、基本要求

- 药房应每日监测并记录温湿度，异常时及时处理。
- 常温、阴凉、冷藏、避光、易串味、拆零和特殊管理药品分类养护。
- 近效期药品应预警、调剂优先和防止过期发出。
- 冷藏药品应全程关注 2-8℃储存要求。

四、制度条文与操作要求

1. 药房常温区、阴凉区、冷藏设备应配备温湿度监测装置；常温一般 10-30℃，阴凉不超过 20℃，冷藏 2-8℃，相对湿度一般 35%-75%，药品说明书另有规定的从其规定。
2. 每日上下午各记录一次温湿度；温湿度超限时应立即采取调节措施并记录原因、处理和复测结果。
3. 养护检查内容包括包装、标签、性状、批号、效期、储存状态、虫蛀霉变和冷链设备运行情况。
4. 拆零药品应保留原包装或标签信息，注明药品名称、规格、批号、效期、拆零日期和经办人。
5. 冷藏药品停电、设备故障或温度超限时，应立即转移至备用冷藏条件并评估药品质量。

北京体育大学社区卫生服务中心

6. 养护中发现疑似不合格药品，应隔离、标识并报告药房负责人。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：温湿度记录、冷链记录、养护检查表、近效期预警表。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

33 中药饮片养护制度

一、政策依据

- 《医院中药饮片管理规范》
- 中药饮片质量管理相关要求
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

中药饮片养护是对中药饮片储存、斗谱、性状、虫蛀、霉变、泛油、变色和效期等进行管理的活动。

三、基本要求

- 中心开展中药饮片服务时，应配备符合条件的中药专业人员和储存设施。
- 中药饮片应分类、分斗、标识清晰，防潮、防虫、防霉、防串味。
- 毒性、贵细、易虫蛀、易霉变饮片应重点养护。
- 未开展中药饮片业务时，本制度作为启用前要求保留。

四、制度条文与操作要求

1. 中药饮片入库应核对品名、产地、规格、批号、数量、检验或合格证明、供货单位和外观质量。
2. 斗柜标签应与实物一致，正名正字，不得串斗、混斗或错斗。

北京体育大学社区卫生服务中心

3. 养护人员定期检查饮片色泽、气味、形态、虫蛀、霉变、泛油、潮解和杂质。
4. 易虫蛀、易霉变饮片应缩短检查周期，必要时采取通风、除湿、低温或其他合规养护措施。
5. 发现疑似变质或质量异常饮片，应立即撤柜隔离，不得调配。
6. 中药饮片调剂应注明先煎、后下、包煎、另煎、烊化、冲服等特殊用法，发药时向患者交代。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中药饮片养护记录、斗谱检查表、质量异常处理记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

34 基数药品管理制度

一、政策依据

- 医疗质量安全核心制度相关要求
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

基数药品是为满足诊室、治疗室、抢救室或公共卫生服务现场即时使用而按规定数量储备的药品。

三、基本要求

- 基数药品应目录固定、数量固定、责任固定、定期检查。
- 急救药品应处于随时可用状态。
- 基数药品不得作为科室私自库存或随意调剂给患者。
- 使用后应及时补充并追溯批号效期。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、制度条文与操作要求

1. 各科室确需设基数药品的，应提出申请，经药房和医务管理部门审核后确定品种、数量和责任人。
2. 基数药品应有清单、标签和存放位置，急救药品应封闭管理或按急救车管理要求执行。
3. 科室责任人每日或每班检查急救药品，药房至少每月检查一次基数药品数量、效期、外观和储存条件。
4. 基数药品使用后，科室凭医嘱或使用记录向药房补充，药房核对后发放。
5. 近效期、破损、污染或停用品种应及时更换。
6. 未经批准，科室不得新增、转借、外带或变更基数药品。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：基数药品清单、科室检查表、补充记录、月度检查记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

35 药品盘点制度

一、政策依据

- 基层医疗卫生机构财务制度
- 医院财务会计相关制度
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

药品盘点是定期或临时对库存药品实物数量、批号、效期和账面数据进行核对的管理活动。

三、基本要求

- 药房原则上每月盘点一次，必要时开展临时盘点。

北京体育大学社区卫生服务中心

- 盘点应尽量在药品流动较少时进行，确保账实相符。
- 特殊管理药品、急救药品和高警示药品应重点核对。
- 盘盈盘亏应查明原因，不得随意调整账目。

四、制度条文与操作要求

1. 药房制定盘点计划，明确盘点时间、范围、人员、方法要求。
2. 盘点内容包括药品名称、规格、单位、批号、效期、实物数量、系统数量和差异原因。
3. 特殊管理药品应日清点或按规定频次清点，月末纳入总盘点。
4. 发现盘亏、盘盈、破损、过期或账物不符时，应立即复核并查找采购、验收、调剂、退药、报损或系统录入原因。
5. 盘点差异经医技与药事管理负责人、财务或中心负责人审批后按规定调整。
6. 盘点结果用于优化库存上下限、近效期预警和采购计划。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：月度盘点表、差异处理表、财务确认记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

36 药品入库验收制度

一、政策依据

- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 药品冷链管理相关要求
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

药品入库验收是对购进药品的合法性、票据、数量、批号、效期、包装、质量状态和储运条件进行核查并确认入库的过程。

北京体育大学社区卫生服务中心

三、基本要求

- 药品未经合格验收不得入库、上架和调配。
- 验收应票、账、货一致，冷链药品增加温控记录核查。
- 近效期、破损、污染、标签不清或来源不明药品不得验收入库。
- 验收记录应满足药品追溯和财务核对要求。

四、制度条文与操作要求

1. 验收人员核对供应商、随货同行单、发票或票据、采购计划和实物。
2. 重点检查药品通用名、剂型、规格、数量、批准文号、生产企业、批号、有效期、包装完整性和外观质量。
3. 冷藏药品应核查运输温度记录、到货温度和包装冷链状态；异常时先隔离并评估。
4. 中药饮片应核查产地、批号、合格证明、外观性状和杂质情况。
5. 验收不合格药品应拒收或隔离待处理，并联系供应商。
6. 验收合格后及时入库上架，按先进先出、近效期先出原则摆放。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：入库验收记录、冷链到货记录、拒收记录、供应商沟通记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

37 药品破损报废管理制度

一、政策依据

- 《药品管理法》
- 财务资产管理相关制度
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

北京体育大学社区卫生服务中心

二、定义与适用范围

药品破损报废是对破损、污染、变质、过期、召回后需销毁或其他不能继续使用药品进行审批和处置的管理活动。

三、基本要求

- 待报废药品应立即隔离并标识，不得继续调配使用。
- 报废应有原因、数量、批号、金额和审批记录。
- 销毁应双人或多人见证，特殊管理药品按特殊规定执行。
- 报废数据应与财务和盘点记录相一致。

四、制度条文与操作要求

1. 符合报废情形包括过期、破损、污染、霉变、冷链失控评估不合格、召回要求销毁、患者退回不得再用以及其他质量不合格。
2. 药房填写报废申请，列明药品名称、规格、批号、数量、效期、金额和报废原因。
3. 普通药品经药房负责人和中心负责人或财务审核后处理；特殊管理药品按法规和上级要求审批销毁。
4. 报废药品在销毁前应专区封存，防止流失或误用。
5. 销毁方式应符合环保和药品安全要求，销毁过程至少双人签字。
6. 药房定期分析报废原因，减少过量采购和近效期积压。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：报废申请表、封存记录、销毁记录、报废分析表。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

38 药品召回管理制度

一、政策依据

- 《药品召回管理办法》
- 《药品管理法》

- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

药品召回是药品上市许可持有人或监管部门对存在质量问题或安全隐患药品采取控制风险、消除隐患的行动，医疗机构应配合执行。

三、基本要求

- 收到召回通知后应立即识别、下架、封存相关批号药品。
- 召回药品不得继续调配使用。
- 已发给患者的药品应尽力追踪并告知风险和处置方式。
- 召回全过程应记录可追溯。

四、制度条文与操作要求

1. 药房负责接收监管部门、平台、供应商或生产企业召回信息，并核对中心是否采购或库存相关药品。
2. 确认涉及中心药品后，立即停止调配，按品名、规格、批号、效期和数量清点封存。
3. 对已调配给患者的药品，应通过处方系统查询患者信息，按风险等级联系患者停用、退回或就医。
4. 召回药品按通知要求退回供应商、交监管部门或销毁，不得自行处理后再用。
5. 药房向药事组报告召回执行情况，包括库存数量、患者追踪、退回数量和未追回原因。
6. 召回事件结束后，应评估采购、验收、追溯和患者沟通流程是否需要改进。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：召回通知、封存清点表、患者追踪记录、召回总结。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

北京体育大学社区卫生服务中心

39 发药差错登记、报告制度及处置程序

一、政策依据

- 医疗质量安全事件管理相关要求
- 《处方管理办法》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》
- 用药错误监测相关要求

二、定义与适用范围

发药差错是药房在调配、复核或发药环节出现患者、药品、剂量、规格、数量、标签或用法交代错误的事件。

三、基本要求

- 发药差错应立即纠正，优先保障患者安全。
- 所有差错和近失事件均应登记。
- 差错处理应包括患者联系、风险评估、补救、报告和根因分析。
- 不得隐瞒差错或私自处理高风险事件。

四、制度条文与操作要求

1. 发现发药差错后，药师应立即停止相关流程，核对处方、药品、患者和发药记录。
2. 药品尚未离开窗口的，应当场更正并向患者解释；药品已带离的，应尽快联系患者召回或更换。
3. 患者已服用错误药品的，应立即通知医师评估并进行必要处置和随访。
4. 药房填写差错登记，记录差错类型、原因、发现人、处理结果和患者影响。
5. 涉及高警示药品、儿童、老人、过敏、严重伤害或群体风险的，应立即报告中心负责人和医务管理部门。
6. 药事组定期分析差错，针对相似包装、货位设置、标签、复核流程和人员培训提出改进。

北京体育大学社区卫生服务中心

五、记录与保存

本制度相关记录包括：发药差错登记、患者联系记录、根因分析表、整改记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

40 药品效期管理制度

一、政策依据

- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

药品效期管理是对药品有效期、近效期、过期和先进先出使用进行控制，防止过期药品进入使用环节。

三、基本要求

- 药房应建立近效期预警和过期药品零容忍机制。
- 药品上架应按批号和效期分层摆放，近效期先出。
- 过期药品应立即下架封存，不得调配。
- 近效期药品不得为完成消耗而不合理开具或发放。

四、制度条文与操作要求

1. 药房每月至少检查一次药品效期，冷链、急救、高警示和特殊管理药品重点检查。
2. 有效期不足 6 个月的药品纳入近效期预警，不足 3 个月的重点跟踪；药品说明书或上级要求更严的从其规定。
3. 近效期药品应设置明显标识，合理优先调剂给疗程可在效期内完成的患者。
4. 临近失效且无法合理使用的药品，应联系供应商退换或按报废流程处理。
5. 过期药品发现后立即下架、隔离、登记并报废销毁。

北京体育大学社区卫生服务中心

6. 因采购过量、使用下降或管理不当导致过期的，应分析责任和改进库存上下限。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：近效期药品登记、效期检查表、过期药品报废记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

41 合理使用中成药管理制度

一、政策依据

- 中成药临床应用指导原则
- 《处方管理办法》
- 中药相关管理规范

二、定义与适用范围

合理使用中成药是根据中医辨证、药品说明书、患者体质和合并用药情况，规范选择和使用中成药。

三、基本要求

- 中成药处方应有相应中医病证或适宜诊断依据。
- 避免多种中成药叠加、同类成分重复和中西药相互作用。
- 儿童、孕妇、老人、肝肾功能异常者应谨慎使用。
- 运动员和参赛学生应关注中成药中可能含禁用或风险成分。

四、制度条文与操作要求

1. 医师开具中成药应依据说明书适应证、功能主治、用法用量、禁忌和疗程。
2. 全科或西医科室开具多种中成药时，应明确诊断或辨证依据，避免“辅助用药”泛化。
3. 药师审方时关注含相同毒性或药理成分的重复用药，如含麻黄、朱砂、雄黄、乌头类等成分的风险。

北京体育大学社区卫生服务中心

4. 对含酒精、糖分、麻黄碱样成分或可能影响运动员兴奋剂检测的中成药，应进行重点交代。
5. 中成药与抗凝药、降糖药、降压药、镇静催眠药等合用时，应关注相互作用和不良反应。
6. 处方点评应将中成药用药不适宜问题纳入专项分析。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中成药处方点评表、风险成分提示目录、用药咨询记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

42 中药饮片管理制度

一、政策依据

- 《医院中药饮片管理规范》
- 《中药处方格式及书写规范》
- 《药品管理法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》

二、定义与适用范围

中药饮片管理覆盖饮片采购、验收、储存、养护、调剂、复核和煎服交代全过程。

三、基本要求

- 中心未开展中药饮片业务时，不得临时自行采购和调配饮片。
- 开展饮片业务应配备中药专业人员、斗柜和质量管理条件。
- 中药处方应规范书写，调剂应逐味称量和复核。
- 特殊煎服方法应清晰标注并向患者交代。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、制度条文与操作要求

1. 中药饮片采购应选择合格供应商，索取资质和质量证明，禁止采购来源不明或掺假染色饮片。
2. 验收应核对品名、产地、规格、批号、数量、质量状态和合格证明。
3. 调剂时按处方顺序逐味称量，毒性、贵细、先煎、后下、包煎、另煎、烊化、冲服等药味单独处理和标识。
4. 复核人员应核对处方、药味、剂量、特殊用法、付数和患者信息。
5. 发药时向患者交代煎煮方法、服药时间、禁忌和保存注意事项。
6. 中药饮片质量问题、调剂差错和不良反应应按相应制度报告处理。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中药饮片验收记录、调剂复核记录、特殊煎服交代记录。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

43 中药饮片采购管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《中华人民共和国中医药法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 《中国药典》及北京市中药饮片炮制规范等法定药品标准
- 国家和北京市药品集中采购、阳光采购、学校采购与招标管理相关规定
- 本中心药品遴选、供应保障、廉洁从业和行风建设相关制度

二、适用范围与职责

本制度适用于中心中药饮片的品种遴选、采购计划、供应商管理、订单执行、到货衔接、采购档案和廉洁风险控制。中药饮片采购应与中心诊疗科目、社区慢病和常见病服务、校园师生及运动队用药需求相匹配。

- 药房负责提出采购需求、维护采购目录、跟踪供应和建立采购档案。
- 药事管理与药物治疗学组负责饮片目录、新增品种、供应商评价和重大质量问题审议。
- 涉及学校统一招标采购或平台采购的，按学校和上级平台流程办理，药房不得私自采购。

三、基本要求

- 坚持依法采购、质量优先、临床必需、价格合理、供应稳定和廉洁规范原则。
- 供应商应具备合法资质、饮片经营范围、质量保证能力、追溯能力和配送服务能力；证照、授权、质量协议和廉洁承诺应在有效期内。
- 中药饮片采购目录应与本中心业务规模相适应，小型社区卫生服务中心原则上不盲目扩大高风险、低频、贵细或特殊管理饮片储备。
- 新增、替换、淘汰饮片品种应有临床需求、质量安全、供应可及、医保和价格因素说明，并经规定程序审议。
- 严禁个人指定渠道、绕开平台采购、收受供应商利益或以采购名义变相接受商业推广。

四、操作要求

1. 年度或阶段采购计划由药房结合处方量、库存、近效期、季节性用药、慢病连续用药和中医门诊需求提出，经药事管理与药物治疗学组或中心负责人审议后执行。
2. 临时采购应填写申请，说明患者需求、上级医嘱或临床必要性、拟采购品种、数量、供应渠道和替代方案，经审批后纳入采购记录。
3. 采购前核验供应商营业执照、药品经营许可证、质量管理文件、配送资质、随货同行单、发票和质量协议；资质过期、范围不符或有不良质量记录的不得采购。
4. 采购订单应载明饮片名称、规格、产地、等级、数量、价格、生产企业或产地加工单位、批号和到货期限，做到订单、发票、随货同行单、实物和系统记录可核对。

北京体育大学社区卫生服务中心

5. 对易霉变、易虫蛀、易泛油、贵细、毒性或其他特殊管理饮片，应根据实际使用量少量多次采购，减少积压和质量风险。
6. 供应商每年至少评价一次，评价内容包括质量合格率、配送及时性、票据合规、追溯资料、退换货响应、投诉处理和廉洁合规情况，评价结果作为续用、暂停或淘汰依据。
7. 发现供应异常、质量投诉、召回信息或违法违规线索时，药房应暂停相关批次采购和使用，按质量投诉、召回和不良事件程序处理。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中药饮片采购计划、临时采购申请、供应商资质档案、质量协议及廉洁承诺、采购订单与随货同行单、供应商年度评价记录。记录应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

44 中药饮片验收与入库管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《中华人民共和国中医药法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 《中国药典》及北京市中药饮片炮制规范等法定药品标准
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》关于验收、贮藏与养护相关要求
- 本中心药品入库验收、质量管理和追溯管理相关制度

二、适用范围与职责

本制度适用于中心采购到货中药饮片的到货核对、质量验收、不合格处理、入库上架、批号追溯和验收记录管理。

- 药房质量管理人员或指定药学人员负责到货验收，验收合格后方可入库。
- 特殊管理中药饮片、贵细饮片和高风险饮片实行双人验收、双人签字。

- 验收中发现疑似质量问题时，药房负责隔离、标识、报告和协调退换货或检验。

三、基本要求

- 中药饮片必须先验收后入库，未经验收或验收不合格不得上架、调剂、代煎或发给患者。
- 验收应坚持票、账、货、批号、数量、规格、产地和质量状态一致。
- 验收重点包括包装完整性、标签标识、品名规格、产地、批号、生产日期或包装日期、有效期或保质期、数量、合格证明和追溯信息。
- 性状验收应关注色泽、气味、形态、净度、水分、虫蛀、霉变、泛油、变色、污染、掺伪掺杂、异物和包装破损等情况。
- 不合格、来源不明、票据不符、标签缺失或疑似假劣饮片应立即隔离并挂醒目标识，不得进入合格品区。

四、操作要求

1. 到货后核对供应商、配送人员、随货同行单、发票或采购凭证、采购订单和实物信息，确认来源合法、品种一致、数量相符。
2. 逐品种检查外包装、内包装和标签标识，对易变质饮片开包抽查；必要时请中药专业人员复核性状。
3. 对毒性中药饮片、贵细饮片和其他特殊管理饮片，按双人核验、双人称量、双人签字、专账登记要求办理入库。
4. 验收合格的饮片及时录入系统或台账，标明品名、规格、产地、批号、数量、供货单位、验收结论和储存条件，并按分类定位上架。
5. 验收不合格的饮片填写不合格品处理记录，封存或专区隔离，报告负责人和供应商；经确认后按退货、换货、报损或上报程序处理。
6. 验收资料应与采购资料、入库记录、供应商档案和质量处理记录关联保存，保证出现质量问题时能够追溯到批次和供应渠道。

北京体育大学社区卫生服务中心

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中药饮片验收入库记录、随货同行单和发票、质量合格证明或检验报告、特殊管理饮片双人验收记录、不合格饮片隔离处理记录。记录应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

45 中药饮片储存养护管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《中华人民共和国中医药法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 《中国药典》及北京市中药饮片炮制规范等法定药品标准
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》关于贮藏与养护相关要求
- 本中心药品养护、温湿度监测、虫害防控和消防安全相关制度

二、适用范围与职责

本制度适用于中心中药饮片库房、调剂区、代煎周转区和临时存放区域的分类储存、温湿度管理、养护检查、防虫防霉、防污染和异常处置。

- 药房负责饮片储存环境、库存定位、温湿度记录、养护检查和异常处置。
- 负责养护的药学人员应熟悉中药饮片易霉变、易虫蛀、易泛油、易挥发、易变色等质量风险。
- 中心安全、院感和后勤岗位按职责配合做好设施维护、虫害防控、消防和环境卫生。

三、基本要求

- 中药饮片应分类、分区、定位存放，做到合格品、不合格品、待验品、退货品和特殊管理品明显区分。

北京体育大学社区卫生服务中心

- 饮片应离地、离墙、避光、通风、防潮、防虫、防鼠、防污染存放；不得与清洁用品、消毒剂、食品、私人物品或有异味物品混放。
- 阴凉、冷藏、密闭、防潮、避光等特殊储存要求应按标签、药典和供应商质量要求执行。
- 易霉变、易虫蛀、易泛油、贵细、毒性和用量少的饮片应重点养护，库存量与中心使用量相匹配。
- 遵循先进先出、近效期先出和按批号管理原则，不得调剂过期、变质、污染、虫蛀、霉变或来源不明饮片。

四、操作要求

1. 建立饮片定位图或货位清单，标签应显示品名、规格、产地、批号、入库日期、有效期或建议使用期限、储存要求和库存数量。
2. 每日工作日记录库房或存放区域温湿度；温湿度超限时及时采取通风、除湿、空调、密封、转移等措施，并记录原因和处置结果。
3. 每月至少开展一次饮片养护检查，重点检查外观性状、气味、包装、虫蛀、霉变、泛油、变色、潮解、污染和标签完整性。
4. 梅雨季、暑湿季、供暖季和长假前后增加检查频次；对易变质饮片采取少量多次采购、密闭防潮、阴凉保存或必要的冷藏措施。
5. 发现质量异常饮片应立即停止使用，移入不合格品区，标识清楚，报告药房负责人，按质量投诉、报损或召回制度处理。
6. 库房和调剂区保持整洁，定期清扫和防虫防鼠；使用防虫、防潮或清洁用品时应避免接触饮片和调剂器具。
7. 饮片拆零后应保持原标签信息或另贴清晰标签，防止混淆；容器清洁、干燥、密闭，补货前确认容器内无异物和残留变质饮片。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中药饮片货位清单、温湿度记录、养护检查记录、重点品种养护记录、异常处置记录、不合格品隔离记录。记录应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

46 中药处方审核、调剂复核与发药管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《中华人民共和国中医药法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 《中国药典》及北京市中药饮片炮制规范等法定药品标准
- 《处方管理办法》
- 《中药处方格式及书写规范》
- 《医疗机构处方审核规范》
- 本中心处方审核、发药差错、合理用药和反兴奋剂用药风险提示相关制度

二、适用范围与职责

本制度适用于中心中药饮片处方的接收、药师审核、调剂称量、脚注执行、复核、发药交代、差错处理和合理用药干预。

- 中药师或经培训合格的药学人员负责中药处方审核、调剂、复核和发药交代。
- 处方医师负责处方诊断、辨证、用法用量和特殊煎服要求的准确性。
- 药房负责人负责调剂质量、差错管理、处方点评和持续改进。

三、基本要求

- 中药饮片处方必须经审核合格后方可调配；审方、调剂、复核和发药岗位应相互制约，条件允许时调剂与复核由不同人员完成。
- 审核内容包括患者信息、诊断或证候、医师签名、日期、饮片名称、剂量、剂数、脚注、用法用量、配伍禁忌、毒性中药、妊娠禁忌、重复用药和煎服法。
- 处方字迹或电子信息不清、剂量异常、十八反十九畏、毒性饮片超量、脚注不明或存在安全疑问时，应与医师沟通确认后再调配。

北京体育大学社区卫生服务中心

- 中药饮片调剂应逐味称量、不得估量抓配；贵细、毒性或特殊管理饮片应按规定单独核对、专账登记。
- 面向北京体育大学学生、教职工和运动队人员提供服务时，应结合反兴奋剂风险提示，对含麻黄等可能涉及比赛用药风险的饮片加强告知和记录。

四、操作要求

1. 接收处方后先审核处方合法性、规范性和适宜性；审核合格的处方进入调剂，审核不合格或需确认的处方暂停调剂并联系医师。
2. 调剂前核对饮片名称、规格、产地或炮制品、批号和质量状态，确认无霉变、虫蛀、泛油、污染、混斗或错斗。
3. 按处方顺序逐味称量，执行先煎、后下、包煎、另煎、烊化、冲服、兑服、煎汤代水等脚注要求；需分包或单独包装的应标签清楚。
4. 调配完成后复核患者姓名、剂数、每剂味数、总量、特殊脚注、贵细毒性饮片、代煎或自煎标识，确认无错配、漏配、多配、重复和混杂。
5. 发药时向患者或取药人交代煎煮方法、服用方法、服药时间、忌口、储存、代煎取药方式、不良反应观察和复诊要求；对儿童、孕产妇、老年人、运动员和多病共治患者重点提示。
6. 发生或发现调剂差错、近失事件、患者投诉或疑似不良反应时，立即启动发药差错、不良反应和质量投诉处理流程，保存处方、剩余饮片、包装和沟通记录。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中药处方审核记录、处方调剂复核记录、医师沟通确认记录、特殊脚注执行记录、发药交代记录、差错或近失事件记录。记录应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

47 代煎中药管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》

- 《中华人民共和国中医药法》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 《医疗机构中药煎药室管理规范》
- 《医疗机构消毒技术规范》
- 本中心处方审核、院感、设备、安全生产和委托服务管理相关制度

二、适用范围与职责

本制度适用于中心自行开展或委托开展中药饮片代煎服务的处方审核、饮片交接、浸泡煎煮、分装贴签、配送或发放、设备清洁、质量追溯和患者告知。未具备相应场地、设备、人员和记录条件时，中心不得自行开展代煎服务。

- 药房负责代煎处方审核、饮片核对、代煎交接、质量追踪和患者沟通。
- 自行代煎的，代煎人员负责按规程完成浸泡、煎煮、分装、贴签、清洁消毒和记录。
- 委托代煎的，中心负责受托方资质、合同、质量协议、流程和记录的审核，不因委托而免除质量管理责任。

三、基本要求

- 代煎处方必须经本中心药师审核合格后方可进入代煎流程。
- 代煎场所或受托机构应具备与业务量相适应的区域、设备、人员、清洁消毒、温控和追溯条件，防止错煎、混煎、污染和交叉污染。
- 处方、饮片、标签、煎药袋和交接记录应一一对应，患者姓名、联系方式、处方号、剂数、煎煮要求、取药时间和储存要求应清晰。
- 特殊煎煮要求必须执行医嘱和规范；毒性、贵细、先煎、后下、包煎、另煎、烊化等饮片应重点核对。
- 代煎药液应包装完好、标签清楚、数量准确、无渗漏、无明显异常气味或沉淀污染，并按规定条件暂存和发放。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、操作要求

1. 患者选择代煎服务时，药师核对处方、患者信息、剂数、煎服方法和取药方式，告知代煎范围、取药时间、保存方法和服用注意事项。
2. 代煎前逐剂核对饮片、处方、标签和特殊脚注，确认无漏味、错味、虫蛀、霉变和包装破损；疑问处方需与医师确认。
3. 按规范进行浸泡、煎煮、二煎合并或按医嘱煎煮，控制加水量、浸泡时间、煎煮时间、火力或设备参数，特殊饮片按脚注处理。
4. 煎煮完成后按剂数分装，包装袋或标签应标明患者姓名、处方号、剂数、服用方法、日期、保存条件、联系电话和必要警示。
5. 设备、容器、工作台和周转器具每次使用后清洗，按规定消毒或干燥存放；发现设备故障、药液外漏、包装异常或污染风险时暂停使用并报告。
6. 委托代煎时，交接双方应核对处方和饮片，保留交接单、受托方煎药记录、异常反馈和发放记录；中心定期对受托方进行质量评估。
7. 患者领取代煎药液时核对姓名、数量、标签和保存状态，说明冷藏、加热、服用期限、不适反应和异常药液不得服用的要求。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：代煎申请或知情确认记录、代煎处方审核记录、饮片交接记录、煎煮分装记录、设备清洁消毒记录、委托代煎质量评估记录、代煎发放记录。记录应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

48 特殊管理中药饮片管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《中华人民共和国中医药法》
- 《医疗用毒性药品管理办法》
- 《处方管理办法》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》

- 《反兴奋剂规则》（体科规字〔2024〕5 号）
- 世界反兴奋剂机构《2026 年禁用清单国际标准》中文稿
- 本中心特殊药品、高警示药品、反兴奋剂风险药品和安全管理相关制度

二、适用范围与职责

本制度适用于毒性中药饮片、贵细中药饮片、含兴奋剂风险成分饮片、需特殊储存或特殊处方控制的中药饮片，以及国家和北京市规定需特殊管理的其他饮片。

- 药房负责人负责特殊管理中药饮片的目录、采购、储存、处方审核、调剂、盘点和安全管理。
- 指定药学人员负责专柜或专区管理、专账登记、双人核对和定期盘点。
- 医师开具特殊管理饮片处方时，应严格掌握适应证、剂量、疗程、禁忌和煎服要求。

三、基本要求

- 小型社区卫生服务中心应审慎配备特殊管理中药饮片；不具备管理条件或无临床必要性的，不得采购和储备。
- 毒性中药饮片、贵细饮片和高风险饮片应实行专柜或专区、专人、专账、专锁和明显标识管理。
- 采购、验收、入库、领用、调剂、退回、盘点和报损应双人核对、双人签字，做到账物相符。
- 处方审核应重点关注剂量、炮制品、配伍禁忌、用法用量、患者年龄和妊娠状态，严禁超范围、超剂量或无适应证使用。
- 面向运动员、参赛学生或运动队服务时，应对含麻黄等可能涉及兴奋剂风险的饮片进行风险提示，必要时建议患者向队医或反兴奋剂管理人员确认。

四、操作要求

1. 建立特殊管理中药饮片目录，列明管理类别、储存要求、处方限制、调剂要求、反兴奋剂风险提示和应急处置要求。

北京体育大学社区卫生服务中心

2. 采购和验收入库时核对合法来源、批号、数量、质量状态和随货资料，毒性和贵细饮片必须双人验收并登记专账。
3. 储存时按类别放置于专柜或专区，保持锁闭和标识清晰；钥匙或权限由指定人员管理，交接班应记录。
4. 调剂时由药师审核处方，调剂人员按处方逐味称量，复核人员重点核对品种、剂量、炮制品、脚注和患者信息。
5. 退药、剩余、破损、变质或过期特殊管理饮片不得自行处理，应按审批、双人清点、封存、报损或销毁流程执行。
6. 每月至少盘点一次特殊管理中药饮片，发现账物不符、标签不清、质量异常或疑似流失时立即报告中心负责人并开展追查。
7. 任何人员不得私自借用、带出、调换、分装、赠送或以教学、科研、宣传名义使用特殊管理中药饮片。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：特殊管理中药饮片目录、专账登记、双人验收入库记录、领用调剂复核记录、月度盘点记录、反兴奋剂风险告知记录、报损销毁记录。记录应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

49 中药临方炮制管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《中华人民共和国中医药法》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 《中国药典》及北京市中药饮片炮制规范等法定药品标准
- 本中心中药调剂、质量管理、院感和安全生产相关制度

北京体育大学社区卫生服务中心

二、适用范围与职责

本制度适用于中心因处方明确要求而开展的临方炮制、临方加工或特殊处理。未设置符合要求的场地、设备、人员和质量控制条件时，中心不得开展复杂临方炮制；可通过合规采购已炮制饮片或转由具备条件机构处理。

- 药房负责人负责临方炮制范围、人员培训、操作规程、设备和质量控制。
- 实施人员应具备中药专业知识并经培训考核合格，熟悉法定炮制规范和安全风险。
- 处方医师应在处方中明确炮制或处理要求；药师对要求不清或不合理处方进行沟通确认。

三、基本要求

- 临方炮制应遵循法定标准、处方医嘱、专方专用、少量即时和质量可追溯原则。
- 不得将临方炮制品混入常规库存饮片，不得以临方炮制替代合法采购或批量加工。
- 毒性、贵细和高风险饮片临方炮制应严格执行特殊管理要求；社区中心不具备条件时不得开展。
- 炮制过程应控制方法、辅料、用量、火候、时间、温度、净度和成品性状，防止污染、混淆、炭化过度或炮制不足。
- 涉及加热、粉碎、烊化、打碎等操作时，应注意人员防护、设备安全、粉尘控制、清洁消毒和消防安全。

四、操作要求

1. 接到处方后核对患者、处方号、饮片名称、数量、炮制要求和用途；要求不明确的，须与医师确认并记录。
2. 实施前检查原饮片质量、设备状态、器具清洁、辅料来源和操作环境，确认无污染、混淆和安全隐患。
3. 按法定炮制规范或经确认的处方要求进行临方炮制，过程中不得离岗，关键参数和异常情况应记录。

北京体育大学社区卫生服务中心

4. 炮制完成后由另一名药学人员复核品名、数量、性状、标签和处方对应关系；不符合要求的不得发出。
5. 临方炮制品应单独包装，标明患者姓名、处方号、饮片名称、炮制方法、日期、数量、用法和注意事项。
6. 操作后及时清洁设备、台面和器具，处理废弃物和辅料残留，防止交叉污染和虫害滋生。
7. 发生炮制差错、质量异常或患者投诉时，保留处方、样品、记录和包装，按质量投诉和差错处理制度执行。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：临方炮制申请或医嘱确认记录、临方炮制操作记录、辅料使用记录、成品复核记录、设备清洁记录、异常处置记录。记录应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

50 中药不良反应与质量投诉管理制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《药品不良反应报告和监测管理办法》
- 《医疗质量管理办法》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 本中心药品不良反应、质量投诉、差错事件和患者沟通相关制度

二、适用范围与职责

本制度适用于中心中药饮片、中成药相关不良反应或疑似不良反应，饮片质量、调剂、代煎、炮制、储存、配送和发药服务投诉的受理、调查、报告、反馈和改进。

- 药房负责中药相关投诉和不良反应线索的登记、初核、留样或证据保存、报告和整改跟踪。
- 临床科室负责患者医学处置、病情记录、因果关系初步判断和必要告知。

- 中心质量管理、院感、医务和行政岗位按职责参与调查、协调和上报。

三、基本要求

- 对患者主诉不适、皮疹、胃肠反应、肝肾功能异常、过敏、用药错误、疑似污染或代煎异常等线索应及时登记，不得推诿。
- 严重、群体性、死亡、危及生命、住院或延长住院的不良事件应立即报告并按规定时限上报。
- 质量投诉调查应覆盖采购来源、批号、验收入库、储存养护、处方审核、调剂复核、临方炮制、代煎、发药交代和患者保存使用环节。
- 涉及同批次质量风险时，应暂停使用、封存或召回相关饮片和代煎药液，并保留样品、包装、标签和记录。
- 处理投诉应保护患者隐私，客观记录事实，及时沟通处理进展和结论。

四、操作要求

1. 接到投诉或不良反应线索后，立即记录患者姓名、联系方式、处方号、药品或饮片名称、批号、数量、用法、症状、发生时间和现存药品情况。
2. 需要医学处理的，协助患者就诊或联系医师评估；疑似严重不良反应或过敏反应应优先保障患者安全。
3. 药房调取处方、审方、调剂、复核、代煎、采购、验收、养护和发药记录，核对是否存在错配、漏配、剂量异常、脚注未执行、质量异常或保存不当。
4. 对疑似饮片质量问题，封存同批次库存和患者退回药品，必要时联系供应商、上级主管部门或检验机构，并按召回或报损制度处理。
5. 按药品不良反应报告要求完成内部报告和网络上报；对普通质量投诉形成调查结论、责任分析、整改措施和患者反馈。
6. 每季度汇总中药相关不良反应、质量投诉和差错近失事件，分析高风险品种、环节和人员培训需求，提交药事管理与药物治疗学组。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中药不良反应登记表、质量投诉登记表、患者沟通记录、批号追溯和封存记录、不良反应上报记录、调查分析和整改记录。记录

北京体育大学社区卫生服务中心

应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

51 中药饮片效期管理、盘点与报损制度

一、政策依据

- 《中华人民共和国药品管理法》
- 《药品经营和使用质量监督管理办法》
- 《医院中药饮片管理规范（2026 版）》
- 《中国药典》及北京市中药饮片炮制规范等法定药品标准
- 本中心药品效期管理、盘点、报损、财务和安全管理相关制度

二、适用范围与职责

本制度适用于中心中药饮片的效期或建议使用期限管理、近效期预警、库存盘点、账物差异处理、变质破损报损、审批和销毁。

- 药房负责建立中药饮片效期台账、近效期预警、库存盘点、报损申请和销毁记录。
- 中心负责人或授权管理人员负责报损审批和重大差异处理。
- 财务、后勤和安全岗位按职责参与资产、销毁和安全风险管理。

三、基本要求

- 中药饮片应按批号、入库日期、有效期或建议使用期限管理，无法确认有效质量状态的不得调剂使用。
- 执行先进先出、近效期先出、易变质先查和按需少量采购原则，降低过期和变质风险。
- 过期、霉变、虫蛀、泛油、污染、变色、异味、包装严重破损、标签不清或来源不明饮片必须停止使用并隔离。
- 盘点应做到账、卡、物、系统一致；差异应查明原因，不得以调账掩盖管理问题。
- 报损和销毁应按审批流程执行，特殊管理饮片应双人清点、双人签字并加强安全控制。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、操作要求

1. 入库时录入批号、入库日期、数量、有效期或建议使用期限；拆零和换容器后保留原批号和期限信息。
2. 每月检查近效期饮片，形成预警清单；对近效期但质量合格饮片，结合临床需求合理使用或联系退换，不得为消耗库存而诱导不合理处方。
3. 至少每季度开展一次中药饮片全面盘点，特殊管理、贵细和易变质饮片可增加盘点频次；盘点结果由盘点人和复核人签字。
4. 发现账物不符时，核查采购、验收、调剂、退药、报损、系统录入和差错记录，形成差异说明和改进措施。
5. 需报损饮片由药房填写报损申请，说明品名、规格、产地、批号、数量、原因、金额、处置建议和责任分析，经审批后封存处理。
6. 销毁应在指定人员监督下进行，记录销毁时间、地点、方式、品种、数量和见证人员；特殊管理饮片按特殊药品和安全管理要求执行。
7. 报损情况应定期分析，重点查找采购量过大、养护不到位、先进先出执行不足、临床需求变化和供应商质量问题。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：中药饮片效期台账、近效期预警清单、季度盘点表、账物差异说明、报损审批表、销毁记录、报损原因分析记录。记录应真实、完整、可追溯，保存期限按本汇编“记录保存要求”执行；法规、上级文件或纠纷处理要求更长的，从其规定。

52 药房统方管理制度

一、政策依据

- 个人信息保护相关法律法规
- 医疗机构信息安全管理要求
- 廉洁从业相关规定

二、定义与适用范围

统方是对医师、科室、患者或药品处方使用数据进行统计、查询、导出或分析的行为，违规统方可能导致商业贿赂和隐私泄露。

三、基本要求

- 处方和药品使用数据属于敏感业务数据，未经授权不得查询、导出、复制或外传。
- 统方仅限医疗质量管理、药事管理、医保管理、财务审计和法定报告需要。
- 系统权限应最小化、实名化、可追溯。
- 违规统方实行零容忍。

四、制度条文与操作要求

1. 中心信息系统应按岗位设置查询和导出权限，药房人员不得使用他人账号操作。
2. 因处方点评、动态监测、集采统计、医保结算或监管报送需要统方的，应明确目的、范围、数据项和审批人。
3. 导出数据应去标识化或最小必要使用，含患者身份信息的数据应严格保管。
4. 任何人员不得向医药代表、供应商、商业机构或无关人员提供医师处方量、药品销量、患者信息等数据。
5. 药房负责人定期检查导出记录和异常查询行为。
6. 发现违规统方线索，应立即保存证据并报告中心负责人和信息安全管理人员。

五、记录与保存

本制度相关记录包括：统方审批表、数据导出登记、权限清单、异常查询报告。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

北京体育大学社区卫生服务中心

53 药学服务（药师工作室）工作方案

一、政策依据

- 国卫医发〔2020〕2 号
- 医疗机构药学门诊服务规范等药学服务规范
- 基层医疗卫生服务相关要求

二、定义与适用范围

药学服务是药师围绕患者合理用药开展的处方审核、用药咨询、用药教育、慢病药物管理、随访和风险干预活动。

三、基本要求

- 药师工作室定位为小型、实用、可预约的药学服务窗口。
- 重点服务慢病多药联用、老人、儿童、孕产妇、运动员和参赛学生。
- 服务内容应与诊疗服务衔接，不替代医师诊断和处方。
- 药学服务应记录、随访并评价效果。

四、制度条文与操作要求

1. 中心设立药师工作室或药学服务时段，由具备相应资质和经验的药师承担。
2. 服务内容包括用药咨询、处方和药品清单整理、慢病用药评估、吸入装置和胰岛素笔使用指导、抗凝和降糖用药教育、不良反应识别、运动员用药风险提示等。
3. 患者可由医师转介、药房窗口推荐或自行预约；药师应记录患者基本信息、用药问题、建议和随访计划。
4. 对发现的严重用药风险，药师应及时联系开方医师共同处理。
5. 药师工作室应建立常见病和慢病用药宣教材料，内容经药事组或医务管理部门审核。
6. 每季度汇总服务人次、问题类型、干预案例和患者反馈，持续改进服务。

北京体育大学社区卫生服务中心

五、记录与保存

本制度相关记录包括：药学服务登记、用药评估表、转介记录、随访记录、季度工作总结。保存期限按本汇编“保存要求”执行；法规或上级文件要求更长的，从其规定。

北京体育大学社区卫生服务中心

第四篇 表单目录与监督检查

附件 1 药事管理表单目录

序号	表单名称	责任部门	使用频次
1	药事组成员名单及签名留样	药房/院办公室	人员变更时更新
2	药事组会议签到表、议题单、会议纪要	药房	每次会议
3	药品遴选申请表、评分表、目录调整记录	药房	新增、替换、淘汰时
4	临时采购申请单	临床科室/药房	发生时
5	药品采购计划、随货同行单、发票对应记录	药房/财务	每批采购
6	供应商资质档案及年度评鉴表	药房	年度或变更时
7	药品入库验收记录、冷链到货记录	药房	每批入库
8	药品温湿度记录、冷链设备温度记录	药房	每日
9	药品养护检查表、近效期药品登记	药房	每月
10	中药饮片验收、养护、调剂复核记录	中药房/药房	开展业务时
11	处方权授权表、抗菌药物权限表、培训考核记录	院办公室/药房	年度或变更时
12	处方点评抽样表、点评工作表、反馈整改记录	药房/院办公室	月度或专项
13	药师干预记录、用药咨询记录、药学服务登记	药房	发生时
14	药品不良反应报告、随访记录	药房/临床	发生时
15	用药错误和发药差错登记、根因分析表	药房/院办公室	发生时
16	第二类精神药品专账、账物核对	药房	日常/月度

北京体育大学社区卫生服务中心

序号	表单名称	责任部门	使用频次
	表、专项点评表		
17	麻醉药品、第一类精神药品专账、专册登记、销毁记录	药房	启用后
18	医疗用毒性药品专账、双人核对记录	药房	启用后
19	高警示药品目录、双人复核记录	药房	持续更新
20	易制毒成分药品目录、异常处方报告	药房	持续更新
21	基数药品清单、科室检查表、补充记录	药房/科室	月度或使用后
22	药品盘点表、差异处理表	药房/财务	每月
23	退药登记、回流药品登记、报损销毁记录	药房/财务	发生时
24	药品召回通知、封存清点、患者追踪记录	药房	发生时
25	短缺药品预警、替代方案、上报沟通记录	药房	发生时
26	输液反应处置、严重过敏反应抢救记录	临床/药房	发生时
27	医药代表预约接待记录、合规承诺书	院办公室/药房	发生时
28	统方审批表、数据导出登记、权限清单	信息/药房	发生时/年度
29	年度监督检查表、整改追踪表	药事组	年度
30	中药饮片采购计划/临时采购申请表	药房/药事组	采购前及临时采购时
31	中药饮片供应商资质与年度评价记录	药房	资质更新及每年
32	中药饮片验收入库记录/不合格饮片处理记录	药房	每批次到货时
33	中药饮片温湿度记录/养护检查	药房	每日/每月

北京体育大学社区卫生服务中心

序号	表单名称	责任部门	使用频次
	记录		
34	中药处方审核、调剂复核与发药交代记录	药房	每张处方或抽查汇总
35	代煎中药核对、煎煮分装与清洁消毒记录	药房/受托代煎机构	每次代煎
36	特殊管理中药饮片专账及双人盘点记录	药房	每次出入库及每月盘点
37	中药临方炮制操作与成品复核记录	药房	每次临方炮制
38	中药不良反应与质量投诉登记处理记录	药房/院办公室	每例事件
39	中药饮片效期、盘点、报损审批及销毁记录	药房/中心负责人	每月/每季度/每次报损

北京体育大学社区卫生服务中心

保存要求

资料类别	保存期限	备注
普通处方、急诊处方、儿科处方	不少于 1 年	期满后经批准登记销毁
第二类精神药品处方、医疗用毒性药品处方	不少于 2 年	专柜或电子归档，销毁留痕
麻醉药品、第一类精神药品处方	不少于 3 年	启用相关业务后执行
药品采购、验收、养护、冷链、供应商资质记录	至少保存至药品有效期满后 1 年，且不少于 5 年；上级规定更长的从其规定	便于质量追溯
特殊管理药品专账、日清点、报损销毁记录	按特殊管理药品规定执行，原则上不少于 5 年	账物批号可追溯
处方点评、合理用药、抗菌药物监测记录	不少于 3 年	电子记录应可导出
ADR、用药错误、发药差错、输液反应、严重过敏反应记录	不少于 5 年；涉及纠纷或严重伤害的长期保存	纳入医疗质量安全档案
药事组会议纪要、制度修订、年度监督检查和整改记录	长期保存	作为中心药事管理连续性档案
医药代表接待、统方审批和数据导出记录	不少于 3 年；涉及问题线索的长期保存	用于廉洁和信息安全追溯
中药饮片采购、验收、养护、调剂、代煎、炮制、特殊管理、质量投诉、报损记录	至少保存 5 年；特殊管理、质量纠纷、投诉和不良反应记录按规定或实际需要延长	与处方、批号、供应商和患者沟通记录关联归档

北京体育大学社区卫生服务中心

附件 2 药事管理年度监督检查表

序号	检查项目	检查要点	检查方法	结果	整改措施/责任人/期限
1	组织管理	药事组成员、会议、决议、年度总结是否完整	查文件/会议纪要	□合格 □需整改	
2	制度培训	54 项制度是否发布、培训、签收，重点岗位是否考核	查培训记录/访谈	□合格 □需整改	
3	药品目录	目录是否符合诊疗范围，基本药物和集采药品是否优先	查目录/采购数据	□合格 □需整改	
4	采购验收	供应商资质、票据、验收、冷链记录是否齐全	抽查批次	□合格 □需整改	
5	储存养护	温湿度、冷链、近效期、药品分区和标识是否符合要求	现场检查	□合格 □需整改	
6	处方管理	处方权、签名留样、处方保存和问题处方处理是否规范	抽查处方	□合格 □需整改	
7	审方调剂	四查十对、复核、发药交代、药师干预是否落实	现场追踪	□合格 □需整改	
8	处方点评	月度或专项点评是否开展，整改是否闭环	查点评表	□合格 □需整改	
9	抗菌药物	权限、分级、皮试、处方点评和使用监测是否合规	抽查处方/报表	□合格 □需整改	
10	特殊管理药品	精二及其他特殊药品账物、处方、专柜、清点是否规范	现场核账	□合格 □需整改	
11	高警示	目录、标识、双人复	现场/抽查	□合格 □需整改	

北京体育大学社区卫生服务中心

序号	检查项目	检查要点	检查方法	结果	整改措施/责任人/期限
	与易制毒	核、异常处方监测是否落实			
12	质量事件	ADR、用药错误、差错、召回、退药和报损是否记录闭环	查记录	□合格 □需整改	
13	校园特色	运动员用药风险提示、赛事保障和应急药品管理是否落实	查记录/访谈	□合格 □需整改	
14	廉洁与信息安全	医药代表接待、统方审批、数据导出和隐私保护是否合规	查登记/权限	□合格 □需整改	
15	整改追踪	上一轮问题是否明确责任人、完成时限和复查结果	查整改台账	□合格 □需整改	

北京体育大学社区卫生服务中心

北京体育大学社区卫生服务中心

医学影像科规范化管理制度

2026 版

适用范围：医学影像科

编制日期：2026 年 7 月

北京体育大学社区卫生服务中心

目 录

第一章 总则 4
一、目的 4
二、编制依据 4
三、适用范围 4
四、管理原则 5
第二章 组织管理与职责分工 5
一、科室定位 5
二、一人科室风险管控 5
三、医技与药事管理部职责 5
四、医学影像科医师职责 5
第三章 依法执业、人员资质与职业健康管理 6
一、机构与项目管理 6
二、人员资质 6
三、培训管理 6
四、职业健康与个人剂量监测 6
第四章 检查申请、结果互认与患者识别 7
一、检查申请审核 7
二、检查检验结果互认 7
三、患者身份核对 7
四、检查前告知与特殊人群管理 7
第五章 DR 检查操作与放射防护管理 8
一、日常安全检查 8
二、检查操作规范 8
三、放射防护要求 8
第六章 B 超检查操作与感染防控管理 8
一、检查准备 8

北京体育大学社区卫生服务中心

二、检查操作 8
三、感染防控 9
第七章　影像报告、危急值与诊疗安全管理 9
一、报告书写与签发 9
二、报告时限 9
三、危急值管理 9
四、报告更正 10
第八章　设备、耗材、防护用品与档案管理 10
一、设备档案 10
二、防护用品管理 10
三、档案管理 10
第九章　应急处置与不良事件管理 10
一、患者突发情况 10
二、辐射安全事件 10
三、设备与信息系统故障 11
第十章　配套记录、迎检资料与监督检查 11
一、简化记录原则 11
二、配套记录表单 11
三、迎检资料 11
第十一章　附则 11
一、解释权限 11
二、修订要求 12
三、施行日期 12

北京体育大学社区卫生服务中心

第一章 总则

一、目的

1. 规范医学影像科依法执业、检查操作、报告出具、质量控制、放射防护、感染防控、职业健康和应急处置等工作。

2. 建立适合本中心医学影像科室运行特点的管理制度，做到职责明确、流程清晰、记录简明、风险可控、持续改进。

二、编制依据

- 《中华人民共和国职业病防治法》；
- 《中华人民共和国医师法》；
- 《医疗机构管理条例》及其实施细则；
- 《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》；
- 《放射诊疗管理规定》；
- 《放射工作人员职业健康管理办法》；
- 《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》；
- 《医疗机构检查检验结果互认管理办法》（国卫医发〔2022〕6 号）；
- 《关于进一步推进医疗机构检查检验结果互认的指导意见》（国卫医政发〔2024〕37 号）；
- 《北京市医疗机构检查检验结果互认工作实施方案》（京卫医〔2024〕28 号）；
- 《放射诊断放射防护要求》（GBZ 130-2020）；
- 《电离辐射防护与辐射源安全基本标准》（GB 18871-2002）；
- 《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367）及本中心医疗质量、院感、设备、安全生产和档案管理相关制度。

三、适用范围

1. 本制度适用于本中心医学影像科 DR 检查、B 超检查及相关质量安全管理活动。

2. 本制度适用于医学影像科医师，以及参与医学影像检查申请、结果使用、危急值接收和质量管理的相关科室人员。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、管理原则

1. 坚持依法执业、适宜检查、患者安全、质量优先、放射防护最优化、结果互认、闭环管理和持续改进原则。

2. 坚持“制度规范不降标准、执行记录适度简化”的原则，正常事项简要记录，异常事项重点记录并闭环。

第二章　组织管理与职责分工

一、科室定位

1. 医学影像科为本中心医技科室，接受医疗质量、院感、设备、安全生产、职业健康、信息和档案管理等职能部门监督指导。

2. 医学影像科承担中心门诊及相关临床科室的 DR 检查和 B 超检查服务，不得擅自开展未获许可或未具备条件的检查项目。

二、一人科室风险管控

1. 医学影像科现配置医师 1 名，医师因休假、培训、病假、外出等情况不能到岗时，应提前报医技与药事管理部，由部门协调停诊、预约调整、患者告知或转诊安排。短时离岗应暂停检查，在检查室门口放置告知牌，注明预计返回时间。

三、医技与药事管理部职责

1. 负责医学影像科制度建设、制度培训和执行督导；

2. 负责组织科室质量安全检查、季度督导和问题整改复查；

3. 协调设备检测、维保、职业健康、个人剂量监测、信息系统和外部质控资源；

4. 督促科室做好迎检资料、配套记录和档案归整；

5. 对涉及患者安全、放射安全、职业健康或重大设备故障的问题及时报告中心分管领导。

四、医学影像科医师职责

1. 负责检查申请审核、患者身份核对、检查前告知、DR 和 B 超检查操作；

2. 负责图像采集、图像质量判断、诊断报告书写，并在本人执业范围内依法出具报告；

北京体育大学社区卫生服务中心

3. 负责危急值识别、电话通知、登记、反馈追踪和闭环管理；

4. 负责 DR 日常安全检查、设备使用登记、故障报修和防护用品检查；

5. 负责月度质控自查、问题整改、资料归档和迎检准备；

6. 负责检查中患者突发情况初期处置，并及时启动院内急救或转诊流程。

第三章　依法执业、人员资质与职业健康管理

一、机构与项目管理

1. 中心开展放射诊疗活动，应依法取得并持续维护《医疗机构执业许可证》《放射诊疗许可证》等资质，许可项目、设备名称、机房地址与实际开展项目应保持一致。

2. 新增、变更、停用放射诊疗设备或改建机房时，应按国家和北京市有关规定办理相关手续，完成检测、评价或备案后方可投入使用。

二、人员资质

1. 医学影像科医师应持有效《医师资格证书》《医师执业证书》。执业范围应与医学影像诊疗活动相适应。

2. 从事放射诊疗相关工作的人员应持有效《放射工作人员证》，按规定参加放射防护培训、职业健康检查和个人剂量监测。

三、培训管理

1. 医学影像科医师每年至少参加 1 次医疗质量安全、放射防护、院感防控、设备操作、危急值管理、急救技能和基本制度培训。

2. 新制度、新设备、新流程启用前，应完成专项培训和必要考核，培训记录应归档保存。

四、职业健康与个人剂量监测

1. 放射工作人员应按规定开展上岗前、在岗期间和离岗时职业健康检查，将职业健康检查资料纳入个人职业健康监护档案。

2. 个人剂量计应按规定规范佩戴，进行 DR 曝光操作时原则上佩戴于躯干前方；穿着铅防护用品时按监测要求佩戴于铅衣外相应位置，并按周期送检。发现剂量异常时，应立即核查原因，必要时暂停相关操作，并报告医技与药事管理部和中心相关管理部门。

北京体育大学社区卫生服务中心

第四章　检查申请、结果互认与患者识别

一、检查申请审核

1. 检查前应审核患者姓名、性别、年龄、就诊号或身份证明、临床诊断或主诉、检查部位、检查目的、申请医师和申请日期。

2. 申请信息不完整、检查部位不清、适应证不足或存在明显禁忌时，应联系申请医师补充、修正或重新评估后再安排检查。

二、检查检验结果互认

1. 接诊时应主动询问患者近期是否已有同类检查结果。对属于互认范围且质量合格、时效适宜、符合本次诊疗需要的结果，医学影像科应配合接诊医师或申请医师按规定执行互认要求，减少不必要重复检查。

2. 因病情变化、结果存疑、资料不完整、超过参考时限或不能满足诊疗需要而不予互认的，应由接诊医师或申请医师结合诊疗需要向患者说明原因；医学影像科按实际情况在日常运行记录或相关记录中注明。

三、患者身份核对

1. 检查前实行“申请单核对+患者或家属反向确认”双核对，核对内容包括姓名、性别、年龄、检查项目、检查部位和左右侧标识。

2. 发现患者身份、检查项目或部位不一致时，应立即暂停检查，核实无误后方可继续。

四、检查前告知与特殊人群管理

1. 医师应向患者说明检查流程、注意事项、配合要求和报告领取方式，保护患者隐私。

2. DR 检查前应告知电离辐射防护事项。对育龄期女性应询问妊娠可能；对孕妇或疑似妊娠者，原则上避免非必要 X 线检查。

3. 儿童 DR 检查应坚持正当化和最优化原则，优先考虑非电离辐射检查；确需 DR 检查时，应采用适宜参数并做好非照射部位防护。

北京体育大学社区卫生服务中心

第五章　DR 检查操作与放射防护管理

一、日常安全检查

1. 每日首次使用 DR 设备前，应检查设备自检、机房门闭合、门灯联锁、工作状态指示灯、电离辐射警示标识、铅防护用品和机房清场情况。

2. 日常安全检查合并填写《医学影像科日常运行记录》。发现异常时，应暂停相关检查并记录处理措施。

二、检查操作规范

1. 根据检查部位、患者体型和临床需求选择投照体位及曝光条件，准确摆位，控制照射野，避免不必要的重复曝光。

2. 曝光前确认防护门关闭、患者体位稳定、非照射野防护落实，陪检人员已穿戴防护用品并远离主射线方向。

3. 曝光后立即核查图像质量、患者信息、左右标记、体位和曝光参数。不合格图像需重拍时，应先分析原因并纠正。

三、放射防护要求

1. DR 检查应遵循医疗照射正当化、防护最优化和剂量合理控制原则。

2. 机房门外应设置电离辐射警告标志和工作状态指示灯；曝光期间严禁无关人员进入机房。

3. 患者、儿童、育龄期女性、孕妇或疑似孕妇、陪检人员应按风险和检查需要采取相应防护。

第六章　B 超检查操作与感染防控管理

一、检查准备

1. 检查前确认 B 超主机、探头、线缆、显示屏、图像存储和报告系统状态正常，耦合剂、消毒用品齐备并在有效期内。

2. 根据检查项目告知患者空腹、憋尿、暴露检查部位等准备要求。

二、检查操作

1. 按申请项目和临床需求选择探头和检查切面，规范扫查，留存能够支持诊断结论的关键图像。

北京体育大学社区卫生服务中心

2. 检查中应保护患者隐私，注意体位安全；对老年人、儿童、行动不便者应加强扶助和沟通。

三、感染防控

1. B 超探头实行一人一用一清洁消毒。普通体表检查后，应清除耦合剂并使用符合要求的消毒用品擦拭。

2. 接触破损皮肤、疑似感染患者或存在交叉感染风险时，应采取更高级别防护措施，并在日常运行记录备注中注明。

第七章　影像报告、危急值与诊疗安全管理

一、报告书写与签发

1. 影像报告应包含患者基本信息、检查日期、检查项目、检查部位、检查方法、影像所见、诊断意见、报告医师、报告时间和必要的审核、会诊或复核情况。

2. 医学影像科医师应在本人执业范围和本中心许可项目内依法出具报告。报告内容应客观、准确、规范，不得超出检查依据作出不当判断。

3. 对疑难病例、重大阳性发现、危急值病例或诊断把握不足的病例，应及时请上级医院、医联体专家或具备相应资质的医师会诊、复核或指导，并留存记录。常规报告不强制全部外审。

二、报告时限

1. 常规报告原则上于检查完成后当日出具；临床急需、急诊或危急值相关报告应优先处理。

2. 因设备故障、信息系统故障、需上级会诊等原因导致报告延迟时，应及时告知申请科室或患者，并做好记录。

三、危急值管理

1. 发现疑似危急值或需紧急处理的严重异常影像表现时，应立即电话通知申请医师或相关科室。

2. 危急值应填写《危急值与特殊事项闭环记录》，记录发现时间、患者信息、检查项目、通知对象、接听人、反馈处置和闭环时间。

北京体育大学社区卫生服务中心

四、报告更正

1. 已发放报告如需更正，应保留原报告痕迹，注明更正原因、更正时间、更正医师和会诊或复核情况。

2. 涉及患者诊疗安全的更正，应及时通知申请医师和患者。

第八章　设备、耗材、防护用品与档案管理

一、设备档案

1. DR、B 超设备应建立设备档案，内容包括购置验收资料、使用说明书、维保记录、检测报告、故障维修记录、停用启用记录和日常运行记录。

二、防护用品管理

1. 铅围裙、铅围脖、铅帽等防护用品应建立清单、定点放置、定期检查。发现破损、老化、折裂或防护性能可疑时，应及时报废或更换。

三、档案管理

1. 影像图像、报告、申请单、危急值记录、质控记录、设备资料、培训资料、职业健康和个人剂量资料应按国家、北京市和本中心档案管理要求保存。

2. 涉及职业健康、个人剂量监测和放射诊疗许可的资料应长期、规范保存，确保可追溯。

第九章　应急处置与不良事件管理

一、患者突发情况

1. 检查中发现患者胸闷、晕厥、跌倒、意识障碍、过敏、严重疼痛或其他突发异常，应立即停止检查，评估病情，呼叫院内急救人员，必要时启动 120 转运。

2. 事后应完成事件记录，并按本中心不良事件管理要求上报。

二、辐射安全事件

1. 发生误照、疑似超剂量照射、无关人员误入曝光区域、门灯联锁失效仍曝光等情况，应立即停止设备使用，保护现场并报告。

2. 医技与药事管理部应会同相关部门开展原因分析、风险评估、整改和必要上报。

北京体育大学社区卫生服务中心

三、设备与信息系统故障

1. 设备故障或信息系统中断时，应暂停相关检查，做好患者解释和预约调整。已完成但无法出具报告的检查，应做好人工登记和后续补录。

第十章　配套记录、迎检资料与监督检查

一、简化记录原则

1. 配套记录按“能合并则合并、能勾选则勾选、异常重点记录、正常简要记录”的原则设置，减少科室重复填写。

2. 简化记录不降低管理要求。危急值、报告更正、设备故障、辐射安全异常、职业健康异常和质控整改事项应详细记录并闭环。

二、配套记录表单

序号	表单名称	主要用途	填写频次
1	医学影像科日常运行记录	合并记录 DR 日常安全检查、B 超设备状态与探头消毒、检查量、互认例数、临时离岗及异常情况	每日工作日填写
2	危急值与特殊事项闭环记录	记录危急值、报告更正、患者突发情况、辐射安全事件和其他需闭环事项	发生时填写
3	月度质控与整改记录	合并记录图像质量、报告质量、身份核对、申请单、危急值闭环、消毒和防护质控情况	每月填写
4	培训、职业健康与个人剂量台账	记录培训考核、放射工作人员证、职业健康检查、个人剂量监测和异常处理	发生时或周期更新
5	设备维护与防护用品检查记录	记录设备故障维修、维保检测、铅防护用品检查、停用启用和验收情况	发生时或定期填写

三、迎检资料

1. 迎检资料包括机构资质、人员证照、设备检测报告、制度文件、配套记录表单、质控整改资料、职业健康和个人剂量资料、防护用品清单及相关照片。

第十一章　附则

一、解释权限

1. 本制度由医技与药事管理部负责解释，医学影像科负责执行。

北京体育大学社区卫生服务中心

二、修订要求

1. 国家、北京市或中心相关规定发生调整，或科室人员、设备、业务范围、信息系统、上级协作机制发生变化时，应及时修订本制度。

三、施行日期

1. 本制度自印发之日起施行，原有与本制度不一致的医学影像科管理要求以本制度为准。

北京体育大学社区卫生服务中心