Organization Accredited
by Joint Commission International

YiYuan Jingxihua Guanli



基于JCI标准编写

医院精细化管理

综合管理卷

Zonghe Guanli Juan

夏慧敏　耿春华　主编

广东省出版集团
广东人民出版社

YiYuan Jingxihua Guanli



基于JCI标准编写

医院精细化管理

综合管理卷

Zonghe Guanli Juan

夏慧敏　耿春华　主编

广东省出版集团
广东人民出版社
·广州·

图书在版编目（CIP）数据

医院精细化管理．综合管理卷 / 夏慧敏，耿春华主编．- 广州：广东人民出版社，2014.3

ISBN 978-7-218-09253-9

Ⅰ．①医… Ⅱ．①夏…耿… Ⅲ．①医院－管理 Ⅳ．① R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 025506 号

YIYUAN JINGXIHUA GUANLI．ZONGHE GUANLI JUAN

医院精细化管理．综合管理卷

夏慧敏　耿春华　主编

版权所有　翻印必究

出 版 人：曾　莹

责任编辑：张竹媛　张力平

封面设计：陈小丹

责任技编：黎碧霞

出版发行：广东人民出版社

地　　址：广州市大沙头四马路 10 号（邮政编码：510102）

电　　话：（020）83798714（总编室）

传　　真：（020）83780199

网　　址：http://www.gdpph.com

印　　刷：广东信源彩色印务有限公司

书　　号：ISBN 978-7-218-09253-9

开　　本：889 毫米 ×1194 毫米　1/16

印　　张：30.25

插　　页：2

字　　数：720 千字

版　　次：2014 年 3 月第 1 版　2014 年 3 月第 1 次印刷

定　　价：85.00 元

如发现印装质量问题影响阅读，请与出版社（020-83795749）**联系调换。**

售书热线：（020）83790604　83791487　**邮购：**（020）83781421

本卷编委会

主　　编：夏慧敏　耿春华

副 主 编：王洪涛　冯　琼　龚四堂　廖　灿

执行主编：张志尧　吕　回　焦亚萍

编　　委：孙　新　林　艳　赵丹洋　张静容　陈嘉慧　丁春光　冯光强

秘　　书：董宏微　谢鹏程

《医院精细化管理》各卷编者名单

贾　炜　李海翩　夏树亮　李　煜　梁建华　梁杰聪　龙天柱　倪　锦　孙昌志
谭永红　汪周平　王建勋　吴洁纯　潘　静　于凌佳　张栋杰　曾纪晓　钟　聪
钟建文　周红梅　童　敏　黄　静　张焯荣　房春晓　赵小朋　池翠微　邓　健
何婉儿　洪　婕　马丽英　李海波　李　坚　李小晶　李秀珍　欧婉杏　陶　莉
尹玲玲　谢　颖　谢志伟　梁翠萍　钟发展　彭秋谈　曾　强　张剑珲　赵玉红
朱卫东　刘　文　杨好妹　陈慧敏　陈晶晶　邓淑玲　张学真　傅　静　韩田骏
何耀娟　黄　柳　季　冰　蒋艳敏　赖毓冕　李　莉　梁慧超　卢锦娥　孟　会
汤栩文　王蔚军　杨洁萍　张国正　张秀兴　钟卓慧　周艳红　赵　霞　艾　斌
卞　宁　戴常平　胡　艳　蒋　翔　李东至　李　炎　庞舒尹　刘鸿圣　冼肖英
旷雅舒　皮　蕾　施　全　孙　玲　田金生　王红英　陈岱岚　赵明奇　郭巧芝
邹　超　田慧舒　陈　慧　祁俊华　肖楚瑶　周　军　徐信兰　温秀兰　林文春
范莉萍　许秀贤　李洁明　陈正珊　马敬香　邱月珍　冯丽婵　刘佩珍　郑先琳
张小明　冯少娟　陈秀春　胡桂梅　潘赛莲　朱志琴　李莹莹　何小倩　符白玲
骆蓓君　吴穗琼　张慧珠　麦炜碧　蒋凤菊　王艳玲　刘丽英　胡肖银　朱丽萍
沈慧玲　刘佩莹　刘海燕　陈　梅　刘润梅　陈文琼　吕志芳　莫瑰婷　吴金霞
吴少珠　欧阳润仙　陈桂芳　陆　莉　温苑明　程翠娇　黎燕卿　王晓杰
吴春玲　沈转兴　徐　琼　邓惠贞　曾　华　何静妍　何小玲　胡顺平　潘泳红

为寻找问题的实践者而写

医院质量控制的核心文化是执行力

医院等级评审也许是中国医院建设的特色文化，而医院的质量评价评估确是医院质量持续改进不可或缺的重要手段。任何一家医疗机构，不管它是公营还是民营，不管它是营利还是非营利，持续提高医疗质量、保证患者安全是医院管理的永恒主题，是成功医院管理者的试金石。

成功的管理者，不是他为医院创造了多少财富，而是他留下多少可以传承的内部驱动的文化。如果这个医院的员工是为院长而抓医疗质量的，如果这个院长是为医院上等级而上等级的，这种文化只能是昙花一现、过眼云烟式的外部驱动的文化。

我们为什么要改革？我们为什么要抓医疗质量？每个人，每个组织，都有其动机，针对动机的策略才是最有效的策略。医院质量的持续改进应该是这个医院每一个人的“动机”。如果驱使我们的是外部动机，我们就会被外部因素所左右，成为它的奴隶；如果按照内部动机去行动，我们就是医院的主人。

我在医院抓管理的时候，总是谨记TQC的总则：一个组织的有效管理必须领导重视、全员参与的全过程管理。如果一个领导者“以其昏昏，使人昭昭”的，管理就无从抓，也不可持续。如果员工思想涣散，没有将管理与自己的切身利益结合在一起的，出现的就是推诿、抱怨、拖延等执行不力的现象，成为阻碍质量改进的绊脚石。确实，这些通病，成为许多组织从合格走向优秀的负文化。假如一个组织的所有成员都养成一种责任意识和思维习惯，最终就会成为员工的行为习惯。缺乏责任意识的组织和个人不可能赢得市场和赢得未来！

医院是为医生创造服务的平台。也许大家认为我偏向了，说错了，怎么医院不是为患者提供服务的平台呢？医生为患者提供服务的主体，这个大家认为我说得对。那么，大家就向你们认为对的方向去努力吧！努力使医生和护士为大家提供一个安全有效的医疗服务，努力使这个医院的所有员工为大家提供一个超值的医院服务吧！到头来，大家会明白一个道理：没有满意的员工，怎么会有满意的患者服务呢？

广州市妇女儿童医疗中心是华南地区最大的妇女儿童医疗机构，为适应医疗卫生体制改革、切实推进以病人为中心持续改进的核心管理理念，医院推进了以JCI为抓手的精细化管理项目。经过近三年的努力，2012年12月他们以全国最高分的成绩通过了JCI评审，成为了华南地区第一家通过JCI认证的公立医院。可喜可贺！

这套《医院精细化管理》，是一套将精细化管理理念导入医院管理实践的经验之作，是一套国际医院标准结合中国医院实际情况的实战手册。

鉴于此，我将它推荐给中国医疗界和管理界的同仁们共同分享。

医院管理如此，社会管理亦如此！

广东省卫生和计划生育委员会副主任　廖新波

前　言

广州市妇女儿童医疗中心，由原广州市儿童医院和广州市妇幼保健院（广州市妇婴医院）整合而成。医院秉承“仁心善术、惠泽妇儿”的使命，确定了“立足广州、面向华南、全国一流”的战略目标。

为实现战略目标，推进管理一流建设，从2010年起，医院实施精细化管理项目。作为精细化管理项目的主要抓手，医院选择了JCI（国际医疗机构评审联合委员会）认证项目。经过近三年的努力，医院于2012年12月以全国最高分（9.94分）的成绩通过了JCI评审，成为了华南地区第一家通过JCI认证的公立医院，实现了与国际医疗的接轨。为了展示广州市妇女儿童医疗中心医院精细化管理项目成果，总结高分通过JCI认证经验，我们编著了《医院精细化管理》这套书。

本套书的《综合管理卷》内容为办公室管理、后勤管理、科教信息管理、院感管理和人事管理等制度，重点为医院行政管理；《医疗管理卷》内容为医务管理、护理管理、药事管理、检验管理和影像管理等制度，重点为医院业务管理；《服务流程卷》内容为行政管理和业务管理流程，以图形方式表现制度内容，使其简洁化、直观化。

整套书从制度和流程方面介绍了广州市妇女儿童医疗中心在推进精细化管理、通过JCI认证过程中以病人为中心，细化制度流程，不断提高医疗质量和提供患者安全服务的具体做法，希望对从事医院管理事业的各位同仁有一定的借鉴作用。

广州市妇女儿童医疗中心主任　夏慧敏

目　录

制度文件管理规程　/ 1
使命、战略目标及服务理念　/ 5
医院监管、指导和领导工作规程　/ 6
跨部门工作协调管理规程　/ 9
行政值班管理制度　/ 10
宣传栏及宣传品陈设管理制度　/ 12
会议制度　/ 14
医院媒体接待及信息管理规程　/ 16
医院医疗服务范围　/ 18
印章管理制度　/ 20
与社区沟通的工作规划　/ 21
控烟工作制度　/ 22
就诊者跌倒/坠床风险管理制度　/ 23
参加临床研究就诊者的权利保护规程　/ 28
对语言障碍就诊者的服务规程　/ 29
就诊者财产管理规程　/ 30
就诊者及其家属投诉处理规程　/ 32
身份识别码核对制度　/ 37
医疗工作电话沟通记录管理规程　/ 39
探视、陪伴制度　/ 40
维护就诊者和家属权利工作规划　/ 41
自杀/其他行为紊乱就诊者的管理　/ 45
宗教需求服务规程　/ 47
质量改进与医疗安全管理规划　/ 48
质量改进与医疗安全管理委员会工作制度　/ 52
质量改进与医疗安全信息交流规程　/ 53
临床和管理流程设计规程　/ 54
诊疗常规与临床路径管理规程　/ 57
优先级监控项目设置规程　/ 59
质量改进与医疗安全数据验证规程　/ 62
不良事件及高风险流程处理规程　/ 63
第二诊疗意见的管理流程　/ 66
医院伦理规范　/ 68

临床和管理服务合同管理制度 / 70
伦理委员会管理制度 / 71
行政办公会议议事规则 / 73
建设项目结算审批流程 / 76
员工档案管理制度 / 77
医院门禁授权管理制度 / 80
职工放射假管理制度 / 82
职工岗前培训制度 / 84
职工工卡、工牌管理规定 / 85
职工外出请假管理规定 / 87
职工休假管理制度 / 90
中层干部选拔任用工作暂行规定 / 93
专业技术人员聘后管理暂行规定 / 96
岗位职责制订规程 / 98
工作指派授权规程 / 99
继续教育管理规程 / 100
人才稳留规划 / 102
人事评估规程 / 104
人员编制规程 / 106
人员招聘与录用规程 / 107
证件收集和审核规程 / 108
员工健康与安全管理规程 / 109
员工教育培训管理规程 / 111
员工满意度调查规程 / 112
执业医师资格规定 / 113
人员招聘录用管理细则 / 114
职工着装和职业形象管理规定 / 118
办公系统管理办法 / 119
医院信息系统用户权限的管理制度 / 122
信息系统安全制度 / 125
网络信息资源的利用与管理制度 / 127
满足信息需求计划 / 131
信息系统建设规划 / 134
临床科研标本管理规程 / 136
教研室工作条例 / 138
住院医师规范化培训实施方案 / 140
住院医师规范化培训考核管理制度 / 146

实习带教老师管理办法 / 150
实习生管理条例 / 152
见习教学管理规定 / 156
继续医学教育管理办法 / 158
外出进修管理制度 / 162
统计报告与分析评价制度 / 164
临床科研项目使用医疗技术管理制度 / 166
电力设施管理制度 / 168
给排水设施管理制度 / 170
医用气体设施管理制度 / 171
空调设施管理制度 / 172
电梯管理制度 / 174
厨房燃气设施管理制度 / 176
热泵系统及饮用水设备管理制度 / 177
冰箱管理制度 / 178
污水处理系统管理制度 / 179
便携式电器和电源延长线使用规定 / 180
机电工作人员安全保障制度 / 181
后勤仓库管理制度 / 184
营养室工作管理制度 / 189
废弃物处置管理规程 / 196
垃圾房管理规定 / 200
太平间管理制度 / 201
医院洗衣房及医院织物感染管理制度 / 203
车辆使用管理制度 / 205
车辆维修保养制度 / 207
院区间穿梭巴士转运标准 / 208
精密贵重仪器设备运输标准 / 209
病人护送、物品运送工作制度 / 210
病床、病人运送工具使用规定 / 212
保洁人员安全保障制度 / 214
清洁卫生工作制度 / 215
清洁剂安全使用制度 / 217
特殊环境保洁处理措施 / 218
地面防滑倒安全管理制度 / 219
基本建设管理流程 / 222
医院及建筑工地风险防范管理制度 / 225

医院内建筑维修感染风险管理制度 / 227
外来人员身份识别及安全管理制度 / 229
保护院内人员免受人身攻击制度 / 230
病房安全管理制度 / 232
防止人员走失、财物被盗或遗失制度 / 233
弃婴（童）处理规程 / 235
新生儿、婴儿和儿童安全制度 / 237
钥匙和锁具管理制度 / 238
重点部位安全保卫制度 / 240
车辆停放管理制度 / 245
医院消防设施知识汇总 / 246
消防知识、技能培训演练制度 / 249
动用明火管理制度 / 250
医院防火责任制度 / 251
防火巡查制度 / 253
消防设备器材检查测试及维护保养制度 / 254
火灾隐患整改制度 / 256
消防通道、安全出口、消防楼梯管理制度 / 257
吸烟限制管理制度 / 258
仓库消防安全管理制度 / 259
建筑自动消防设施维护管理制度 / 261
消防控制室管理制度 / 263
化学危险品管理制度 / 265
医疗设备验收制度 / 271
医疗设备档案管理制度 / 273
医疗设备使用管理办法 / 274
医疗设备维护保养制度 / 276
医疗设备计量管理制度 / 278
医疗设备维修管理制度 / 279
医疗设备、耗材召回制度 / 280
医用耗材管理制度 / 282
大型医疗设备配置与应用管理制度 / 285
外来医疗器械使用管理办法 / 286
医院节能管理制度 / 288
资产变动、调拨、报废管理制度 / 289
安全教育及特殊工种培训管理制度 / 291
安全质量监督制度 / 293

地板胶保养及清洁规范 / 294
固定资产信息卡粘贴规范 / 295
珠江新城院区住院楼电梯使用规定 / 297
建筑设施巡查制度 / 298
中心接受社会慈善救助基金的管理办法 / 299
中心募捐箱的日常维护和安全管理规定 / 301
危重就诊者医疗欠费处理规定 / 302
医院感染控制综合计划 / 303
医院感染控制管理委员会职责及工作制度 / 310
医院感染控制科人员及岗位职责 / 312
各科室医院感染控制小组人员及岗位职责 / 315
医院感染风险管理流程 / 319
医院感染知识培训制度 / 320
医院感染报告与奖罚制度 / 324
医院感染暴发流行预警机制 / 327
院感四个优先指标诊断标准 / 331
医院感染综合性监测规程 / 335
医院感染目标性监测规程 / 337
医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度 / 341
导管相关血液感染预防与控制制度 / 344
导尿管相关尿路感染（CAUTI）预防与控制制度 / 347
呼吸机相关肺炎预防与控制制度 / 350
多重耐药菌预防与控制制度 / 354
手术部位感染预防与控制制度 / 356
无陪护新生儿病房医院感染管理制度 / 360
产房医院感染管理制度 / 362
儿童配奶间医院感染管理制度 / 364
新生儿病房母乳接收和储存制度 / 366
检验科、临床实验室感染管理制度 / 367
层流洁净手术室医院感染管理制度 / 371
口腔科医院感染管理制度 / 374
感染性疾病科医院感染管理制度 / 376
急诊科医院感染管理制度 / 378
洗衣房及织物医院感染管理制度 / 379
换药室、治疗室医院感染管理制度 / 381
消毒供应中心医院感染管理制度 / 383
太平间及尸检房感染管理制度 / 386

营养室及食堂医院感染管理制度 / 390
内镜室医院感染管理制度 / 397
医院洁净系统医院感染管理制度 / 400
医院建筑修缮感染管理制度 / 402
导管（介入）室医院感染管理制度 / 404
普通手术室医院感染管理制度 / 406
静脉用药配置中心医院感染管理制度 / 408
重症监护病区（ICU）医院感染管理制度 / 410
医务人员手卫生制度 / 412
医务人员手套使用规程 / 416
隔离技术操作规程 / 418
医院环境清洁消毒规程 / 426
消毒与灭菌管理制度 / 428
病房装饰和小儿玩具消毒管理制度 / 431
保护性隔离标准操作规程 / 433
免疫抑制就诊者医院感染管理制度 / 435
职业暴露防护及报告管理制度 / 437
艾滋病职业暴露评估委员会职责及工作制度 / 445
消毒药械管理制度 / 447
一次性使用医疗器械、器具管理制度 / 449
过期医疗用品管理制度 / 451
无菌物品管理制度 / 453
污水处理细菌学监测规程 / 456
废物处理管理制度 / 457
职工传染病报告管理制度 / 461
职工疫苗免疫接种制度 / 462
笔画索引 / 463
后　记 / 470

制度文件管理规程

1. 目的

为进一步推进中心实施医院等级评审及JCI认证工作，促进各种管理行为的制度化和规范化，为医院的安全高效运作建立一套完整、合理的管理体系，确保医疗护理服务质量和就诊者安全。

2. 标准

2.1 制度文件的类型。

2.1.1 管理制度类文件：是指适用于全院的行政管理制度、管理规程和行为规范等。

2.1.2 业务管理类文件：是指适用于全院的临床诊疗指南、操作性文件和业务表格等。

2.1.3 部门内部文件：是指仅适用于部门内部的管理制度、操作性文件和业务表格等。

2.2 制度文件的编写和实施。

2.2.1 制度文件的编写和修改。

2.2.1.1 管理制度文件由各职能部门根据中华人民共和国医疗卫生行政管理法律法规、JCI医院评审标准，并结合医院实际运作情况进行编写和修改，在文件编写和修改过程中职能部门要征求相关科室的意见，根据实际情况确定是否需要呈送相关专门委员会讨论。

2.2.1.2 业务管理性文件由相关的职能部门牵头，组织临床、医技科室及其他部门根据权威性参考书籍、文献资料、国家医疗卫生行政管理法律法规、JCI医院评审标准，并结合医院实际运作情况进行编写和修改。

2.2.1.3 部门内部文件由所在部门根据医院的相关管理规定进行编写和修改，并保证与医院相关管理规定的一致性。

2.2.2 制度文件审核和颁布。

2.2.2.1 管理制度类文件的编写（或牵头编写）部门在完成文件编写后，呈本部门中心分管领导审批，然后将审批修改后的制度文件以电子文件的形式交中心办公室，由中心办公室对文件内容、排版进行核定后依据文件内容呈中心主任进行审核。中心办公室有权将不符合要求的制度文件发回编写部门重新修改。

2.2.2.2 经中心主任核定的管理制度类文件，呈交中心行政办公会议审议批准后予以颁布。为保证文件的同一性和减少纸张的浪费，所有文件原则上由中心办公室在医院内部网以电子文件的形式颁布，不发布纸质版本。

2.2.2.3 业务管理类文件和部门内部文件原则上由牵头部门或所在部门负责人审批，必要时报相关职能部门或本部门分管中心领导审核，并在部门公告栏发布或向相关人员印发。

2.2.3 制度文件的学习和实施。

2.2.3.1　新颁布或修改后的管理制度类文件发布后，中心办公室在内部网上发布通知，各部（所、科）室要组织文件学习和培训。需要进行技能培训的，由各职能部门组织。文件涉及的所有员工，包括新入职员工都要得到相应的培训。在执行过程中遇到困难的部（所、科）室，要及时反馈到中心办公室，对于确实需要重新调整或修改的制度文件，要根据实际情况和相应要求进行修改。中心办公室每年要将医院所有的文件刻录成光盘，列出文件清单，并将新文件和修改文件的情况向中心领导提出书面报告。

2.2.3.2　业务管理类文件和部门内部文件由制订部门负责组织学习和监督实施。

2.2.4　政策性和流程性外来文件的处理：凡是医疗行业卫生行政主管部门或其他行政管理机构临时下达的涉及医院日常运作的政策性和流程性文件，由各职能部门根据文件内容制订医院相应的执行政策或流程，通过部门公告的形式发布后执行。若需要长期执行的，则纳入医院管理制度类文件体系中进行管理。

2.3　制度文件的模板要求。

2.3.1　管理制度类文件。

2.3.1.1　文件楣栏。以表格方式置于文件首页前部，必须包括以下内容：文件题目、编号、颁布部门、审核日期、批准人、首次发布日期、生效日期，更新过的制度还应注明回顾日期或修改日期。

2.3.1.2　编号原则。中心办公室负责将所有的管理制度类文件统一编号，并负责文件的保存、发布和印发。编号方法如下：

XX-001（01）

其中　XX：表示制度编写部门的英文缩写。

001：表示文件的序号

（01）：表示文件的版本号（文件更新1次，版本号数字增大1次，回顾文件时版本号不变）

文件编码为该文件的终身码，1个文件只允许1个编号，一经发布，不再更改。更新文件通过更新版本号和修改日期的方式区分。该文件废除后，该文件的编码仍保留，不能作为新文件的编码。

2.3.1.3　基本内容。包括：目的、标准、相关文件，必要时可以添加附件。

2.3.1.4　序号编排原则。制度文件内容序号采用阿拉伯数字，按照层级进行编排，如：2.1；2.1.1……。

2.3.1.5　排版规则。

医院制度文件使用的纸张为A4纸，上下左右边距均为2．5cm，行间距为18磅，首行悬挂2个中文字符，字体正文为5号宋体，文件题目为4号黑体加粗。每个自然段落一个硬回车符。

文件必须设置页眉，内容请自动插入“第几页共几页”，以“右对齐”的格式排版。

2.3.1.6　临床检验部、医学影像部、药学部、围产研究所、儿科研究所适用于全院的管理制度类文件按照以上的原则制订，而基于内部管理要求建立的管理制度体系允许其采用内部的标准和程序制订和编号，但必须保证制度文件的唯一性、有效性和可控性。

2.3.2　业务管理类文件根据医院职能部门发放的模板统一制订。

2.3.3　部门内部文件。

2.3.3.1　管理制度类文件按照2.3.1的原则编写，其中编号方法为：

XXX-001（01）

其中 XXX：表示制度编写部门的缩写（以部门名称中文音标首字母组成，原则上不超过4个字母，没有列入列表或是新增科室按照以上原则确定缩写并报中心办公室备案）

001：表示文件的序号

（01）：表示文件的版本号（文件更新1次，版本号数字增大1次，回顾文件时版本号不变）

文件编码为该文件的终身码，1个文件只允许1个编号，一经发布，不再更改。更新文件通过更新版本号和修改日期的方式区分。该文件废除后，该文件的编码仍保留，不能作为新文件的编码。

2.3.3.2 操作性文件和业务表格类依据医院职能部门同类模板制订，如没有同类模板的，可以内部制订模板并经中心办公室审核后使用。

2.4 制度文件的管理。

2.4.1 管理制度类文件为医院的受控文件，由中心办公室统一管理，任何员工不得泄漏。泄漏文件行为一经发现，医院将视其情节轻重追究责任，必要时将通过法律途径追究责任。

2.4.2 业务管理类文件和部门内部文件由所在部门管理，原则上也不允许外传，除非获得部门负责人的批准。

2.5 制度文件的保管和查阅。

2.5.1 管理制度类文件的签批记录由中心办公室负责统一归档保存，中心办公室要对医院管理文件进行电子备份，对于不同版本文件都要有备份保存。

2.5.2 业务管理类文件和部门内部文件由所在部门归档保存。

2.5.3 制度文件将以电子文档的形式发放，各部门使用文件可从医院内部网查阅或打印。为保持文件的有效性，各部门应以医院内部网公布的制度文件为准。

2.6 管理制度类文件的有效性控制。

2.6.1 为确保本院制度文件的有效性能够得到控制，医院采用更新版本号和修改日期的方式进行管理。中心办公室负责上传更新后的制度文件，保持医院内部网上公布的制度文件为最新版本。

2.6.2 文件应该注明生效日期，在新制度生效之前，旧制度继续有效。

2.6.3 中心办公室应编制最新版本状态的医院制度文件清单，以确保医疗系统各部门使用最新版本状态的文件和资料，文件清单以电子版形式在医院内部网进行公布，便于各部门查询。

2.7 管理制度类文件的回顾和修改。

2.7.1 中心办公室负责组织和落实相关职能部门至少每3年对本部门相关制度文件进行1次回顾和修改。如果没有修改，则填写回顾日期即可。若有修改，要根据运作过程中发现的问题进行修改，修改后的文件不但要满足实际工作需要，还要符合JCI标准及国家的法律、法规。

2.7.2 科室或部门在对管理文件进行修改后要及时把修改后的电子文件发送到中心办公室，修改部分要以红字进行标识。修改文件必须按照规定的程序进行审批后才正式生效。

2.7.3 文件修改应有记录，同时要更改文件的修改日期。旧版本的文件应有电子备份保存。

2.8 管理制度类文件的废除与销毁。

2.8.1 对于不适应实际情况或不符合JCI标准及国家的法律、法规的制度文件，如果无法通过修改解决问题时应及时废除。

2.8.2　制度文件的废除由各职能部门提出，本部门中心分管领导审批后呈中心主任审核批准后予以废除。

2.8.3　制度文件废除后，中心办公室应及时将该制度文件从医院内部网上删除，将作废的制度文件打印出来并注明作废日期，呈中心主任签字后交由医院综合档案室保存，具体保存期限依据档案资料管理规定执行。

2.8.4　对需要进行销毁的制度文件，统一交由医院综合档案室依据规定销毁处理。

2.9　业务管理类文件和部门内部文件的修改、有效性控制和废除由所在部门按照本制度的要求另行规定。

2.10　党务管理文件依据党组织的相关规程制订和管理。

使命、战略目标及服务理念

1. 使命：承载健康责任，践行仁心善术，惠泽妇女儿童。

2. 愿景：用责任、热情和科学的力量，使广州市妇女儿童医疗中心成为令人尊敬、值得信赖的“三满意”医院。“三满意”医院是指：

妇儿满意：用诚挚的服务，成为妇儿健康的保护者。

员工满意：给有贡献的员工以实惠、舞台和未来，满足人才自我价值实现的需要。

政府满意：主动承担社会责任，为政府分忧。

3. 战略目标：立足广州，面向华南，全国一流。

4. 核心价值观：仁、和、慎、行。

仁——仁心关爱，贵在诚信；

和——天地人和，上下同心；

慎——敬畏生命，谨慎行事；

行——与时俱进，践行使命。

5. 院训：正心、精专、竭力、勤勉。

6. 服务理念：尽心、细心、贴心

尽心：我们尽心让您省心；

细心：我们细心让您放心；

贴心：我们贴心让您舒心。

医院监管、指导和领导工作规程

1. 目的

明确医院各级管理机构的工作范围、工作职责和工作要求，促进各级管理机构之间的密切合作，发挥各自的作用，共同肩负医院使命，促进质量的控制与改进，确保医院的有效管理，为就诊者提供优质、安全的医疗服务。

2. 标准

2.1 医院的机构设置批准机构是广州市编制委员会。

2.1 广州市编制委员会负责批准医院以及内设机构的设置。

2.2 广州市编制委员会确定的医院的主要任务是：承担临床医疗、临床教学和科研、妇幼保健、计划生育技术宣传和服务等任务；负责广州地区妇幼保健网络的建设管理工作，指导区、县级市妇幼保健机构开展妇幼保健工作；组织培训妇幼保健人员。

2.2 医院的主管机构是广州市卫生局。

2.2.1 广州市卫生局负责批准医院的医疗机构执业许可证，核定医院的诊疗范围并对社会进行公布。

2.2.2 广州市卫生局负责医院发展战略和发展规划的审批。

2.2.3 广州市卫生局负责医院领导班子的管理与考核。

2.2.4 广州市卫生局负责审批医院的财务预算。

2.2.5 广州市卫生局负责医院的资源配置工作，包括财政拨款、基本建设、设备购置等。

2.2.6 广州市卫生局负责医院的管理监督和质量督导等工作，保证医院合法营业，保证就诊者得到优质、安全的医疗服务。

2.2.7 广州市卫生局负责审批医院的科研项目，并监督这些项目的实施情况和质量。

2.3 医院的最高行政领导机构是中心行政办公会议。

2.3.1 行政办公会议由中心党政领导组成，依据《行政办公会议议事规则》开展工作。

2.3.2 行政办公会议的主要任务：就本中心的发展建设、中心任务和其他重要行政工作做出决策；讨论中心有关医疗、护理、保健、教学、科研、行政、后勤、外事等工作中的重要问题，并做出相应的决定。

2.4 医院的最高议事机构是职工代表大会。

2.4.1 职工代表大会的代表从职工中选举产生，任期及工作范围依据《职工代表大会工作制度》确定。

2.4.2 职工代表大会负责审定关系医院发展的重大事项和关系到职工权益的重大事项：

2.4.2.1 审定医院的发展规划和管理规划；

2.4.2.2 审定医院的财务预算和财务决算；

2.4.2.3 审定医院的工作总结和工作计划；

2.4.2.4 审定医院劳务费分配方案；

2.4.2.5 审定医院其他重大事项。

2.5 医院的日常议事机构是院务委员会。

2.5.1 医院院务委员会由中心领导和各部（所、室）主任组成，主任委员由中心主任担任，依据《院务委员会工作制度》开展工作。

2.5.2 院务委员会主要就医院的发展规划、财务预算、财务决算、职工利益的重大事项、落实上级部门的政策法规等重大问题进行集思广益、论证分析、提出建议。

2.6 医院领导班子。

2.6.1 医院领导班子由7人组成，设中心主任1名，党委书记1名，纪委书记1名，中心副主任4名。

2.6.2 中心主任由广州市人力资源与社会保障局任命，党委书记由广州市委组织部任命，纪委书记和中心副主任由广州市卫生局党委任命。

2.6.3 医院领导班子在广州市卫生局的授权下负责医院的全面管理工作，行政管理实行院长（中心主任）负责制。

2.6.4 医院领导班子的岗位职责依据领导干部《岗位说明书》确定，工作分工根据医院印发的《领导班子成员工作分工》确定。

2.6.5 医院领导班子依据岗位职责和规章制度进行医院管理和组织开展各项工作。

2.6.6 医院领导班子间日常的跨部门工作依据《跨部门工作协调管理规程》协商解决，重大事项通过中心行政办公会议讨论决定。

2.7 部门与科室的管理。

2.7.1 部门组织架构的确定：医院依据广州市编制委员会批准的内设机构设置以及医院实际工作的需要，建立符合医院使命并能满足就诊者需求的组织管理架构，并经中心行政办公会议和党委会议审定后实施。

2.7.2 管理干部的聘任。

2.7.2.1 医院的正科级以上的管理干部依据广州市编制委员会批准的干部职数及职级设置，其他管理干部由医院领导班子根据医院的发展和管理需要，确定管理干部岗位职数及级别，并经中心行政办公会议和党委会议审定后实施。

2.7.2.2 医院严格按照相关选拔程序执行，聘任符合任职资格要求的人员担任各级岗位管理干部。

2.7.2.3 医院以书面的形式确定各级管理干部的岗位职责，各级管理干部必须严格履行其岗位职责。

2.7.3 部门服务项目。

2.7.3.1 业务部门负责人应与本部门的员工一起，以统一的格式和内容制订本部门能够履行职责和满足就诊者需求的服务项目，上报医务部，由医务部协调各部门，避免重复服务和去掉不需要

或超出诊疗范围的服务项目，然后报请中心分管领导审批。

2.7.3.2　各部门负责人要根据服务项目所要求的专业人员需具备的教育、技能、知识和经验等条件制订聘任标准，上报人事部。然后依据《人员招聘与录用规程》选拔、考核和聘任相关人员。

2.7.3.3　各部门负责人要提出本部门开展工作所必需的空间、人员编制、设备和其他特殊资源，其提出的标准应与医院的使命一致，并能够满足就诊者的需求。各部门负责人要将以上标准向上级主管陈述汇报，并得到上级主管的理解和支持。

2.7.3.4　各部门负责人要为部门所有员工提供适合其岗位职责的定位和培训。当实施新的或是修改过的政策时，要重新进行培训并考核合格后才能上岗。

2.7.3.5　各部门负责人对部门工作进行全程、全面的监控，同时按照岗位职责和工作标准对每位员工进行监督，随时收集并综合分析服务质量的考核数据和信息，制订改进服务质量的措施，上报质量管理办公室审批后实施，以便更好地满足就诊者的需求。

2.7.4　部门或个人间的相互交流与协作。

2.7.4.1　医院领导必须要求培养和促进各部门及员工之间的工作沟通和协作。

2.7.4.2　医院应该明确沟通的途径和程序。

2.7.4.2.1　医院定期召开全院管理干部会议，通报工作情况，布置工作任务，促进工作交流。

2.7.4.2.2　医院定期召开中层管理干部会议，通报工作情况，讨论需要协调解决的事宜，听取医院领导布置工作任务。

2.7.4.2.3　医院领导定期和不定期进行院长查房工作，带领相关行政管理部门负责人到业务部门现场了解情况，解决业务部门提出的问题。

2.7.4.2.4　各部门要定期召开内部会议，讨论部门内工作任务。

2.7.4.2.5　各委员会依据各自的工作制度举行会议，讨论或决定需要委员会讨论或决定的事项。

2.7.4.2.6　日常的跨部门工作依据《跨部门工作协调管理规程》协商解决。

2.7.4.2.7　医院内部设置内部网、公告栏、院长信箱等可供部门与员工间进行沟通与交流的平台，促进工作协同开展。

2.7.4.3　各部门负责人及每位员工要积极主动做好与其他部门及员工之间的交流，密切协作，开展好各项工作。

跨部门工作协调管理规程

1. 目的

对需要跨部门协调的工作的职责及工作方法做出规定，以便跨部门工作的顺利开展。

2. 标准

2.1 跨部门工作是指需要两个及两个以上部室同时协调开展的工作，这两个部室可能是职能部室与业务部室之间的任意组合。

2.2 各部室的工作职责依据人事部确定的岗位职责确定，对一些尚未明确职责的工作，由中心领导指定负责部门。

2.3 对于跨部门工作，在未明确责任部门之前，首接部门自然成为第一责任部门，负有跟进处理、汇报、协调至问题解决的责任。

2.4 跨部门工作采取以下途径进行协调：

（1）部门负责人之间进行协调；

（2）部门负责人之间无法协调的，报请各自的分管中心领导协调；

（3）分管中心领导协调仍无法解决的，报请中心主任或党委书记协调。

2.5 对跨部门工作，部门之间互相推诿，或是协调后不能解决又不及时向上级领导汇报的，中心将追究相关责任人的管理责任。

行政值班管理制度

1. 目的

为保证医院行政管理的连贯性，在非办公时间内医院设置行政值班岗位，行使规定范围内的职责。

2. 标准

2.1 行政值班由中心领导和行政科室参加，由中心办公室负责排班。

2.2 除以下情况外，所有行政管理干部都必须参加行政值班，不能参加行政值班的人员必须得到办公室主任的确认和批准。

2.2.1 来院时间未满1年的，或来行政部门工作不满半年的；

2.2.2 孕期7个月以后（含7个月）的；

2.2.3 其他特殊情况（如疾病原因）的。

2.3 中心领导值班原则上采取坐班制，节假日及重大突发事件发生时按上级要求值班。

2.4 值班人员的职责。

2.4.1 负责处理非正常办公时间的医疗、行政及临时事宜，及时传达上级指示和紧急通知。

2.4.2 负责检查夜间工作人员的工作情况和院内安全。

2.4.3 协助有关科室做好抢救工作，处理突发事件。

2.4.4 遇发生医疗纠纷及科室上报事项要尽快到科室了解情况，做出必要处理；如因特殊情况不能到场，要向科室解释清楚。

2.4.5 对确实需要职能部门解决的问题，要请示或要求相关部门负责人参与处理；遇特殊、重大情况要及时向中心领导请示报告。

2.4.6 妇婴院区行政值班：遇妇产科大抢救，行政值班人员到现场及时协同通知相关人员回院参加抢救，以及及时通知外院会诊、联系转诊等。星期六、日上午8时到产科三区参加产科医生交接班，及时了解和协同处理紧急情况。

2.4.7 值班人员认真履行行政值班职责，不得擅离岗位，并做好值班记录。

2.5 交接班要求。

2.5.1 值班人员应在下班后1小时内，及时在办公网上填写《行政值班记录表》（包括巡视记录），然后呈交给接班人员（请注意查阅排班表接班人员有无变动，以值班室的值班表为准，确认好接班人员后再网上呈交给接班人员）。

2.5.2 接班人员应在每天上午10时前进行网上接班，节假日值晚班的人员于每天下午17时30分前进行网上接班，以保证值班信息可以及时转给办公室进行审阅处理。

2.5.3 办公室指定专人在每个工作日的上午审阅值班记录并将记录表存档。若有需要转办的事项，由办公室填写《行政值班交班事项处理登记表》，然后递交给办公室主任提出拟办意见并呈中

心领导审批。

2.5.4　中心领导批示后由办公室转呈给承办的职能部室办理。

2.5.5　承办的职能部室可以自行办理的事项在办理后填写办理意见，并递交给办公室归档。需要转给相关部门办理的事项由承办的职能部室提出办理意见后转给相关部门办理，相关部门提出答复意见后呈承办的职能部室加签审核意见，并递交给办公室归档。

2.5.6　所有事项应依据职能分工由职能部室办结，不能转推给办公室进行答复或办理（依据职能分工应由办公室办理的事项除外）。

2.5.7　所有交班事项原则上必须在1周内办结，如有特殊情况必须向办公室作出说明。办公室负有督办的责任。

2.6　值班人员必须服从值班安排，确有原因不能值班或需换班者，提前通知中心办公室给予调整，否则作擅离职守处理。

2.7　中心办公室要定期对参加值班人员进行培训，提高值班人员处理问题的能力。

宣传栏及宣传品陈设管理制度

1. 目的

规范中心各类宣传栏及横幅、海报、通知公告等宣传品陈设的管理，保持环境整洁，塑造良好环境形象。

2. 标准

2.1 宣传栏的管理。

2.1.1中心办公室按照统筹规划、分配使用、落实责任、加强监督的原则，对全院的宣传栏进行管理。中心宣传栏分为中心公共宣传栏、科室内部宣传栏两类。

2.1.2中心公共宣传栏。

2.1.2.1设置于中心的公共区域，由中心办公室安排专人管理，供各部门张贴通知、公告及海报。

2.1.2.2 宣传栏张贴的内容必须经过本部室主要负责人及主管职能部门审核后，报中心办公室批准制作。公告或通知的最下方必须注明以下内容：经某部门（审核部门，如办公室、医务部、科教信息部）审核，同意张贴至某年某月某日止。否则将作为违规张贴予以清除。

2.1.3 科室内部宣传栏。

2.1.3.1 设置于相关科室区域内，由相应科室负责日常管理工作，主要供各科室根据医院的统一安排和本科室的实际情况，分期制作展出图文并茂的宣传资料。

2.1.3.2 各科室对内部宣传栏的内容应根据工作需要与实际情况适时更新，并保持栏面整洁、文字规范、信息准确。

2.1.3.3 根据“谁使用，谁负责”的原则，各使用科室应经常对宣传栏进行检查，将随意张贴的宣传品及时清除。如宣传栏出现破损、脱漆等情况，应及时告知后勤管理部，由后勤管理部管理负责维修。

2.1.4 任何科室和个人不得在宣传栏之外的地方张贴各种宣传资料，不得在宣传栏上随意覆盖、张贴宣传品。

2.2 宣传品陈设的管理。

2.2.1 横幅、海报、通知公告等宣传品陈设，按照以下原则审批：

2.2.1.1 学术类活动由科教信息部审批；

2.2.1.2 业务类活动由医务部审批；

2.2.1.3 其余事项由中心办公室审批。

2.2.2 横幅。

2.2.2.1　适用范围：各类专题活动、专题会议或专题检查工作。

2.2.2.2　悬挂地点：根据实际需要确定，一般只悬挂于活动现场。原则上大堂不准悬挂横幅，如有需要，可以使用电子屏幕显示相关内容。

2.2.2.3　悬挂时限：活动前1天悬挂，活动结束当天或次日移除。

2.2.2.4　制作规格：由中心办公室确定规格，可由中心办公室制作或主办科室自行制作。

2.2.3　通知及海报。

2.2.3.1　适用范围：各部门活动安排或事项告知。

2.2.3.2　张贴地点：根据实际需要确定，张贴于宣传栏或医院统一制作的活动式立架。

2.2.3.3　张贴时限：活动前张贴，活动结束当天或次日移除。

2.2.3.4　制作规格：由中心办公室确定规格，可由中心办公室制作或主办科室自行制作。

2.3　其他事项。

2.3.1　特殊规格的宣传品陈设，如易拉宝等，由活动主办部门提交中心办公室另行审批。获得批准后须在宣传品的最下方注明以下内容：经办公室审核，同意摆放至某年某月某日止。否则将作为违规摆设予以清除。

2.3.2　院外单位在任何区域内张贴或发布的纯广告类宣传资料均视为违规宣传予以清除。

2.4　职责。

2.4.1　活动主办部门及宣传品张贴部门负有主动清除相关摆设品及张贴品的责任。

2.4.2　对逾期没有清理、违规摆放的摆放品或违规张贴的宣传品，由后勤管理部负责清除，并向中心办公室通报。

2.4.3　中心办公室有责任也有权利对所有宣传品内容的正确性进行把关，对存在的问题及时做出纠正，并有权处罚相关责任人和责任部门或提出处理意见。

会议制度

1. 目的

管理者为了确保医院内部有及时沟通信息的流程，加强医院管理，促进各部门之间、各部门内部之间的沟通协作，开展对重大事件、问题的研究讨论。

2. 标准

2.1 党委会会议：原则上每月1-2次，由中心党委书记主持，中心党委委员参加，非党委委员的中心领导班子成员、人事部主任、中心办公室主任、纪检监察审计室主任列席。会议内容依照《党委会会议议事规则》确定。

2.2 中心行政办公会议：原则上每周1次，由中心主任主持，中心领导参加，中心办公室主任列席。会议内容依照《行政办公会议议事规则》确定。

2.3 院务委员会会议：根据实际需要召开，由中心主任主持，中心院务委员会成员参加。会议内容依照《院务委员会工作制度》确定。

2.4 中心组学习会：每两个月1次，中心组成员参加，按中心组学习计划进行。

2.5 中心行政主任工作会议：原则上每周1次，由中心主任主持，各中心行政副主任参加，中心办公室主任列席，必要时邀请职能部室负责人列席，主要讨论和决定医院行政管理及医疗管理的有关事项。

2.6 职能部室负责人会议：每月1次，由中心办公室召集并考勤，中心领导及职能部室负责人参加。会议主要传达上级指示，研究安排和协调医院工作，听取职能部室的工作汇报，贯彻执行中心行政办公会议精神。

2.7 全院行政大会：每月1次，由中心办公室召集并考勤，中心领导、部（所、室）负责人、党总支书记及支部书记、科部护士长、专科主任参加。主要听取各部门的工作通报、传达上级部门以及医院的文件精神和工作要求，做好阶段工作小结及布置下阶段工作安排。

2.8 职工代表大会：根据具体需要安排。

2.9 科主任例会：每月1次，由医务部召集，中心主任或业务副主任主持，各科部、专科负责人参加。主要是汇总、交流和协调医疗、临床、科研、教学、管理上的问题。

2.10 党支部书记例会：每月1次，由人事部召集，中心党委书记主持，中心党委副书记、纪委书记、各党总支书记及党支部书记参加。工会主席、团委书记列席会议。

2.11 晨会：由科室主任或护士长主持，当班的全体病区工作人员参加。每天早晨上班后召开，进行交接班，传达医院有关各种会议精神，听取值班人员汇报，解决医疗、护理、管理工作问题和布置当天工作任务。

2.12　就诊者（患属）座谈会：每月1次，由病房护士长或总务护士主持召开，就诊者（患属）代表参加，进行卫生宣教工作和征询意见，加强医患沟通，改进工作。

2.13　其他会议：由中心主管领导召集的会议，由召集部门负责通知。

医院媒体接待及信息管理规程

1. 目的

树立医院良好的公众形象，规范媒体接待及信息管理工作流程，使之更好地为临床一线服务，避免宣传导向出现偏差。

2. 标准

2.1 组织管理：媒体接待工作由中心办公室负责，包括确定接受采访人、媒体采访行程安排、采访内容、信息发布、信息反馈及管理等。

2.2 媒体接待程序：中心办公室应清楚来访单位、媒体机构采访目的和对医院宣传的意义，确认具体采访日期和来访人员身份、人数，留下对方联系方式后向主管领导报告。经主管领导批准后按规定安排采访。涉及被采访的部门和科室，由中心办公室提前知会，并明确采访提纲，指定专人拟定相关答问稿。

2.3 遇有准备以外的话题，由中心办公室陪同人员代为安排，被采访人员须听从中心办公室陪同人员的指示。中心办公室负有监督责任，当发现被采访人员有不妥的地方时要及时妥当地中止采访，并对记者做出合理和适当的解释。

2.4 医院员工在院内外遇到新闻媒体的直面采访或电话、信函等查询时，员工应首先了解对方咨询的事件和意图，然后尽快向中心办公室报告，并应礼貌地回复对方。例如："多谢您的来访（或来电、来函），目前对此事本人不是很清楚，请您留下姓名、单位名称和联络电话，以便专人跟您联系。"

2.5 医院信息对外发布时，应由相关部门提供原始信息资料，交中心办公室把关并呈送主管领导审阅后，再向外发布。

2.6 信息管理：媒体发布的有关医院的各种图像、文字信息由中心办公室统一保存，重要信息可通过医院公共活动区域、中心报、中心网站、内部办公网等进行发布或宣传。

2.7 医院有重要活动时，若需要媒体到场报道时，中心办公室应做好媒体接待方案，并安排专人自始至终做好摄像、摄影工作，保存资料，适时报道。

2.8 中心办公室具体负责医院重要信息、推广信息的发布与编辑、印刷跟进、邮寄、发送等工作。

2.9 医院重视并采取切实措施保护就诊者信息不受损害。

2.9.1 医院应该保护就诊者的身体隐私，不得对外传播。

2.9.2 未经就诊者同意，不得拍摄就诊者在医院活动的相关信息。

2.9.3 未经就诊者同意，不得将就诊者的病历提供给不为就诊者进行医疗服务的其他人员。

2.9.4　未经就诊者同意，不得对外发布与就诊者名字相关的病例新闻。

2.9.5　未经就诊者同意，不得将就诊者的资料投往其他医疗机构。

2.10　遇到突发事件时，中心办公室要尽快掌握第一手资料，形成新闻通稿，拟定媒体接待方案，争取在第一时间统一对外发布相关信息，引导媒体的报导方向。

2.11　公共卫生事件的媒体接待工作，必须得到相关上级主管部门的授权才能根据授权范围发布相关的信息。

医院医疗服务范围

1. 目的

保证医院服务项目满足就诊者的需要，使就诊者享受安全、周到、优质、合理的医疗服务。

2. 医疗服务范围

2.1 诊疗科目。

2.1.1 预防保健科。

2.1.2 内科：呼吸内科专业、消化内科专业、变态反应专业。

2.1.3 外科：普通外科专业。

2.1.4 妇产科：妇科专业、产科专业、计划生育专业、优生学专业、生殖健康与不孕症专业。

2.1.5 妇女保健：青春期保健专业、围产期保健专业、更年期保健专业、妇女心理卫生专业、妇女营养专业。

2.1.6 儿科：新生儿专业、小儿传染病专业、小儿消化专业、小儿呼吸专业、小儿心脏病专业、小儿肾病专业、小儿血液病专业、小儿神经病学专业、小儿内分泌专业、小儿遗传病专业、小儿免疫专业。

2.1.7 小儿外科：小儿普通外科专业、小儿骨科专业、小儿泌尿外科专业、小儿胸心外科专业、小儿神经外科专业。

2.1.8 儿童保健科：儿童生长发育专业、儿童营养专业、儿童心理卫生专业、儿童五官保健专业、儿童康复专业。

2.1.9 眼科。

2.1.10 耳鼻咽喉科：耳科专业、鼻科专业、咽喉科专业。

2.1.11口 腔科：口腔内科专业、口腔颌面外科专业、正畸专业、口腔修复专业、口腔预防保健。

2.1.12 皮肤科：皮肤病专业、性传播疾病专业。

2.1.13 医疗美容科。

2.1.14 肿瘤科。

2.1.15 急诊医学科。

2.1.16 康复医学科。

2.1.17 麻醉科。

2.1.18 医学检验科：临床体液血液专业、临床微生物学专业、临床化学检验专业、临床免疫血清专业、临床细胞分子遗传学专业。

2.1.19　病理科。

2.1.20　医学影像科：X线诊断专业、CT诊断专业、磁共振成像诊断专业、核医学专业、超声诊断专业、心电诊断专业、脑电及脑血流图诊断专业、神经肌肉电图专业、介入放射学专业。

2.1.21　中医科：妇产科专业、儿科专业、康复医学专业。

2.1.22　中西医结合科。

2.1.23　疼痛科。

2.2　医院服务时间：

2.2.1　门诊服务时间为：每天上午8时至12时，下午2时至5时。

2.2.2　住院部24小时提供服务。

2.2.2　医院24小时提供急诊服务。

印章管理制度

1.目的

规范印章的刻制、使用和管理，保证印章使用的规范化和严肃性。

2. 标准

2.1 印章的刻制。

2.1.1 医院一级的印章必须由上级主管部门刻制，并由中心办公室领回启用。

2.1.2 医院内设科室刻制新印章，经中心办公室报请中心主任批准，并由中心办公室统一刻制、启用，科室不得自行刻制。

2.1.3 启用新印章时，应将旧印章截角，送档案室封存。

2.2 印章的使用。

2.2.1 中心印章。

2.2.1.1 以中心名义对外印发的各类文件、信函和通知，办理用印审批手续后用印；

2.2.1.2 由中心出具的证明和申请报告等，经中心主任签字后用印；

2.2.1.3 由中心发布的通告和布告，经中心主任或分管领导签字后用印，党委发布通告和布告，由党委书记签字后用印，纪检监察内容的通告和布告，由纪检书记签字后用印。

2.2.1.4 各部门使用中心印章，经部门负责人审核同意，由经办人填写《广州市妇女儿童医疗中心印章使用登记表》，经中心领导签字后送中心办公室核准用章。

2.2.1.5 印章使用做好登记。

2.2.2 各职能部门的印章只用于本部门业务范围内和与院外对口单位联系公务。

2.3 印章的保管。

2.3.1 中心各类印章，指定专人负责保管（明确分类细则，遗失责任人）。

2.3.2 印章保持整洁，印面字迹工整、清晰，印泥颜色纯正。

2.3.3 印章妥善保管，一旦发生失窃，印章管理人员立即向上级部门报告。

2.4 使用要求。

2.4.1 各类印章都具有法律效力，必须依法使用、严格管理。

2.4.2 严禁以任何形式在空白表格、证书或纸张上用印。

2.4.3 各类印章不得带出院外，特殊情况须经领导批准。

2.4.4 严格按照批准手续用印，未办理批准手续的，一律不得用印。

与社区沟通的工作规划

1. 目的

及时与社区领导和社区人群保持信息交流，更好地为社区人群提供高质量的医疗保健服务，保障医疗安全。

2. 标准

2.1 将医院的服务范围、医疗特色、工作时间、工作流程、交通方式、急救电话、咨询电话、网址等信息及时传递给社区人群及就诊者。

2.2 与社区的领导或主管卫生保健的人员进行会面，了解社区人群的健康状况、疾病普及保健知识需求。并充分利用社区宣传的资源和途径，例如，通过会议、报纸、电视、网络、社区海报、宣传单张、户外广告、巴士广告等媒介传递医院的医疗信息及保健知识。

2.3 与社区内的公安、城市管理、综合治理、街道办事处等部门保持良好的沟通与联系，为医院创造一个安全、和谐的医疗环境。

2.4 与社区诊所保持良好的合作关系，通过转诊的形式，为社区就诊者提供持续的医疗服务。

2.5 通过定期或不定期的学术讲座或医护人员进社区义诊的形式，开展医疗咨询和简单的体检活动，向社区人群宣传防病治病的知识。

2.6 建立医院网站，刊登医疗保健知识及医院提供服务的内容、工作时间、就诊途径、有关医疗服务质量的信息等。设立网上交流平台及咨询热线电话，解答就诊者及其家属的医疗保健疑问。

2.7 在特殊的节日举办活动，促进与社区人群的沟通，特殊的节日包括“三八”妇女节、“六一”儿童节以及世界心脏病日、全国爱牙日、世界糖尿病日等特殊的疾病关注日等。

控烟工作制度

1. 目的

为构建无烟医院，促进妇女儿童身体健康。

2. 标准

2.1 贯彻执行上级部门关于无烟单位的所有规定。

2.2 医院成立领导小组和工作小组，负责落实监督控烟的各项工作。

2.3 医院工作人员（包括外聘公司人员）均有劝阻吸烟的责任和义务，指引有需要吸烟者到院外吸烟。

2.4 大力宣传吸烟有害健康的观念，在医院内部网上开设专门的健康知识栏目，邀请专业老师进行健康讲座和开展相关的宣传，以征文、征图、宣传栏等形式经常开展“吸烟有害健康”的教育，使不吸烟成为广大职工的自觉行动。

2.5 积极倡导戒烟，医院职工做到不向来客敬烟，不接受来客递烟。

2.6 在医院大楼内设置醒目的禁烟标志。

2.7 医院大楼室内外区域禁止吸烟。

2.8 医院大楼室内外区域保持无烟具、无烟头、无烟蒂。

2.9 医院内商店、小卖部不出售烟草制品。

2.10 建立健全控烟考评奖惩制度，把遵守医院控烟规章制度作为职工考评的一项指标。

就诊者跌倒/坠床风险管理制度

1. 目的

帮助员工识别高风险跌倒/坠床的就诊者，采取预防措施，防止就诊者跌倒/坠床。

2. 标准

2.1 评估对象：医院建立可靠和有效的评估工具来确定就诊者跌倒的风险因素，对所有就诊者进行跌倒/坠床风险评估。

2.2 评估时机：（1）门诊预检及二次分诊时；（2）办理入院手续时；（2）转入时；（3）手术前；（4）手术后；（5）特殊检查、使用镇静药后；（6）发生跌倒后；（7）可能存在风险改变时：意识、活动、自我照顾能力等变化，使用镇静剂、止痛药、安眠药、利尿剂、降血压药、调节血糖药、更换陪伴人员或家属时。

2.3 门诊就诊者。

2.3.1 门诊病人由分诊人员进行评估，并在门诊病人评估章上进行标识。以下高风险人员要提醒就诊者或其陪同人员预防跌倒的发生，并及时提供必要的协助：步态不稳者；肢体功能障碍、行动不便者；视觉、听觉障碍者；意识障碍、失去定向感者；躁动不安者；临产期的孕妇；蹒跚学步的小孩。

2.3.2 工作人员应对高危人群做出以下的提醒：

2.3.2.1 注意不要跑动并避免与别人发生碰撞；蹒跚学步的小孩应由家长看管。

2.3.2.2 使用升降电梯而不要使用自动扶梯。

2.3.2.3 小心洗手间、阶梯等容易滑倒的区域。

2.3.2.4 必要时应主动请求工作人员的协助。

2.3.3 门诊科室应对门诊手术后、使用镇静剂后的病人进行预防跌倒的宣教，不适宜立刻下地走动的患者应让其留在院内休息或使用轮椅或车床协助离院，必要时应要求有陪人陪同离院。

2.3.4 接诊医生或是护士应对需要入院的就诊者进行评估，若有跌倒风险，应提供轮椅或车床护送住院者入院。

2.3.5 医院通过电视宣传、发放单张、宣传栏、直接宣教等方式加强对就诊者及其家属的宣教工作，共同预防跌倒事件的发生。

2.4 住院者。

2.4.1 评估。

2.4.1.1 跌倒/坠床的高危险人群主要包括：婴幼儿、高龄、肢体无力、行动不便者、手术后、产后、身体虚弱、头晕、眩晕、贫血、血压不稳的、意识、精神障碍、精神状态差、注意力无

法集中、使用镇静、安眠、降血压、调节血糖药等就诊者。

2.4.1.2 初始评估：凡新入院的住院者（新生儿除外）均需根据《入院评估记录》进行跌倒风险初始评估，评估在病人入院8小时内完成。成人住院者评估分值≥3分者为高风险人群，儿童住院患者评估分值≥3分者为高风险人群。

2.4.1.3 护士按照《护理高风险病人知情同意书》、《病人跌落风险管理记录》及《健康教育记录单》对病人及陪人进行预防跌倒的健康宣教，病人或家属须在同意书上签名。首次评估后的总分应记录在《入院评估记录》中。

2.4.1.4 再评估：评估为高风险人群的住院者根据《病人跌落风险管理记录》每天进行再评估，非高风险人群则每周进行1次再评估。病人出现下列情况时需在1小时内完成再评估：转入、病情变化（如手术后，意识、活动、自我照顾能力等改变）、使用镇静、止痛、安眠、利尿、降血压、调节血糖等药物时、跌倒后、跌倒风险因子项目发生改变时。每次评估后要在跌落风险管理记录表里记录评估分数，填写评估日期、时间、签名。

2.4.1.5 新生儿由于自身不能自主移动，其跌倒/坠床的风险主要来自于家属和工作人员的疏忽，为此，新生儿入住科室应该教育家属和指引工作人员做好防止新生儿跌倒/坠床的预防措施。（见2.4.2.8–2.4.2.9）

2.4.2 预防措施。

2.4.2.1 医护人员要对所有住院病人进行预防跌倒的教育。护士应做好入院宣教：包括介绍病区环境、护理呼叫铃及紧急呼叫铃的使用方法、床栏的使用方法及使用时机、请患者主动告知地面的湿滑现象及寻求工作人员的帮助、勿穿易滑拖鞋等。

2.4.2.2 让就诊者及其家属了解不安全因素、就诊者正服用的一些会导致跌倒/坠床的药物和发生跌倒/坠床的危险、目前的行动能力及受限制因素，嘱咐就诊者避免快速转换体位。

2.4.2.3 确保住院者所用物品伸手可及，根据就诊者情况工作人员应给予必要的帮助。

2.4.2.4 对意识不清的就诊者工作人员要采取有效的防护措施，如使用床栏防止坠床、遵照医嘱使用约束带防止就诊者因躁动而坠床。

2.4.2.5 为行动不便的就诊者提供轮椅并放置于适当的位置。所有带轮子的床、椅、桌、车都要有锁定装置，使用前应检查其安全性能是否完好，诊查床应调整于适宜高度或配备踏凳。

2.4.2.6 住院者外出检查、治疗需用车床或轮椅护送的，工作人员应事先检查及确定护送工具的安全性能良好方可使用，使用车床、轮椅运送前要上好床栏及绑好安全带。上、下坡时要特别注意固定好把手，防止松脱。

2.4.2.7 病床上配有安全床栏，工作人员应教会病人及其陪属正确使用床栏的方法，并告知儿童家属看管好小孩，家属休息时、转身背对儿童时均要上好床栏，防止儿童发生坠床；发现儿童家属将儿童放在楼梯、阳台护栏顶部等高处时，工作人员要及时制止。

2.4.2.8 教会产妇及其家属正确使用婴儿床及抱新生儿的方法，告知产妇及其家属新生儿在睡觉、转运时需将新生儿放置在婴儿床内，发现新生儿与产妇同床睡及产妇或家属抱新生儿方法不对时应及时纠正并给予指导。

2.4.2.9 在使用婴儿床、温箱、蓝光箱前，工作人员要检查床栏、箱门的安全性，如螺丝是否松动、脱落。工作人员为新生儿、婴幼儿等高危险跌倒/坠床就诊者做检查、治疗、操作后，必须

随手上好床栏、关好温箱或蓝光箱门。禁止使用者中途未上好护栏或未关温箱门离开。为新生儿进行沐浴时应该做好防止新生儿跌落的预防措施。

2.4.2.10　在无护栏的操作台上为病人提供服务，如新生儿沐浴后更衣时、在治疗床上进行静脉穿刺等治疗时，工作人员要看管好小孩，禁止中途离开。

2.4.2.11　对评估确定为跌倒/坠床的高危险住院者应采取以下预防措施：

（1）尽量将高危人群安排在靠近护士站的床位，床头卡插入“预防跌倒”的警示条。

（2）应有陪人陪同（ICU、CICU　、新生儿病区除外），护士要对就诊者和陪同者进行重点指导，告知其责任、注意事项和需要采取的防范措施，并让陪同者签署《护理高风险病人知情同意书》。

（3）告知就诊者或家属在术后、产后、服用有镇静效果的药物后以及各种检查后要缓慢起床，并主动请求协助；眩晕或身体虚弱的人要注意少下床活动。

（4）要求住院者走动时穿防滑鞋（住院者自备）。

（5）加强重点巡视与照顾，增加巡视次数。

2.4.2.12　医务人员要对所采取的预防措施可能出现的不良后果进行评估，比如约束带的使用可能对患者肢体造成损伤、长期使用约束带会增加压疮发生率、拉高床栏会加重患儿坠床的损伤程度等，应严格遵守约束带的使用要求及对1岁以上的患儿及其家属加强防范攀爬床栏导致坠床伤害的教育。

2.5　环境设施。

2.5.1保持医院内过道通畅，人员通行区域光线要充足。危险环境应有醒目的警示标识。

2.5.2　保持地板干净、不潮湿，及时清除地面上的积水、果皮等杂物。清洁人员进行拖地时应设置“小心地滑”警示牌。

2.5.3　浴室及洗手间地面铺防滑地砖或防滑垫，在浴室及洗手间安装扶手和紧急呼叫铃装置。

2.5.4　楼梯要安装扶手，并在楼梯的第一级及最后一级张贴警示标识。

2.5.5　楼梯、阳台、病房窗户、楼与楼间的天桥有防止意外和坠楼设置。

2.5.6　维修电梯、地下水井等设施时要有护栏隔开并有醒目的警示牌提示，必要时应有专人在现场提醒过往人员。

2.5.7　后勤工作人员及维修人员要定期（1个月1次）巡视各种设施是否处于安全状态，发现问题要及时报告、及时维修。

2.5.8　医院工作人员发现跌倒/坠床隐患时，应立即予以纠正或报告相关部门进行处理，必要时应留在现场直至维修或清洁人员到场。

2.5.9　雨天时，保洁人员应在入口处铺防滑地毡，放置防滑提示，及时拖干地面；保安应摆放伞套机或发放塑料袋收置雨具。

2.5.10　出现潮湿气候时（南方的“回南天”季节），保洁人员应该放置防滑提示，及时拖干地面，必要时加铺防滑地毡预防跌倒。

2.6　就诊者跌倒/坠床后处理。

2.6.1　住院者（含急诊留观者）发生跌倒/坠床的处理程序。

2.6.1.1获知住院者发生跌倒/坠床时，所在科室的医生或护士应立即到场，安抚住院者和家

属，初步评估，简要了解事件发生经过。

2.6.1.2　医生或护士要对就诊者是否受伤、受伤的程度进行评估，评估就诊者受伤的程度（分为四级）：

（1）0级=没有受伤；

（2）1级=轻微伤，包括瘀伤、擦伤、不需要缝合的撕裂伤等；

（3）2级=重伤，包括骨折、头部外伤、需要缝合的撕裂伤；

（4）3级=死亡。

2.6.1.3　如出现损伤，医生应对病人的伤情进行进一步评估并采取相应的处理。

（1）1级伤害病人：伤处立即清洁、消毒、给予冷敷，24小时后热敷、理疗，促进康复。

（2）2级伤害病人：成人，立即联系外院会诊后转院救治；小儿，立即请小儿外科会诊，据会诊意见予以治疗。

（3）3级伤害病人：保护好现场，立即上报部门负责人、医务部（行政值班）、中心领导，并做好家属的安抚工作，必要时报警处理。

2.6.1.4　要在病程记录中详细记录病人跌倒发生的时间、地点、原因、跌倒后的评估情况及相应处理，并列为重点交班内容。

2.6.1.5　发生跌倒/坠床后要对住院者及其家属进行预防跌倒/坠床的再教育并采取相应的预防措施。

2.6.1.6　住院者发生跌倒/坠床后，发现者应立即向护士长或专科（病区）主任报告，并在24小时内填写不良事件上报系统中的相关信息进行上报。

2.6.1.7　若跌倒者/坠床者及其家属没有提出经济赔偿的问题，按照正常诊疗程序处理。若跌倒者/坠床者或其家属提出要求医院做出赔偿或可能涉及经济赔偿的，应报告办公室向保险公司报案。在尚未明确医院与患方的责任分摊标准之前，跌倒者/坠床者的诊疗费用暂由其本人先行垫付，待明确责任后再核算分摊比例。

2.6.1.8　住院者跌倒/坠床后出现医疗纠纷的，交由医务部及相关部门按照医疗纠纷处理规程进行处理。

2.6.2　门诊就诊者跌倒后的处理程序。

2.6.2.1　门诊出现跌倒者时发现者应该过去询问跌倒者是否需要协助，如不需要或跌倒者没有损伤或损伤轻微不需要处理，则应向其做出预防跌倒的提醒。

2.6.2.2　如有损伤则应根据初步评估结果指引跌倒者去急诊科就诊或通知急诊科医生到现场进行处理。超出医院诊疗范围的，急诊医生做出紧急处理后要予以转院处理。确需医院护送转院的则联系转运组进行转运（不收取跌倒者的转运费用）。

2.6.2.3　若跌倒者及其家属没有提出经济赔偿的问题，按照正常诊疗程序处理。若跌倒者或其家属提出要求医院做出赔偿或可能涉及经济赔偿的，应报告办公室向保险公司报案。在尚未明确医院与患方的责任分摊标准之前，跌倒者/坠床者的诊疗费用暂由其本人先行垫付，待明确责任后再核算分摊比例。

2.6.2.4　就诊者跌倒后出现医疗纠纷的，交由医务部及相关部门按照医疗纠纷处理规程进行处理。

2.7　附则。

2.7.1　护理部、质量管理办公室至少每季度要对导致就诊者跌倒/坠床的原因进行分析，提出改进意见，由相关部门进行整改。若当月全院跌倒/坠床次数超过30例、单个部门跌倒/坠床次数超过3例时要及时进行分析和整改。

2.7.2　医院定期对员工包含研究生、进修生及实习生进行预防跌倒/坠床的培训。

2.7.3　就诊者家属跌倒时参照本制度规定操作。

参加临床研究就诊者的权利保护规程

1. 目的

确保参与临床研究就诊者的隐私、权利和安全得到保障，使临床研究顺利进行。

2. 标准

2.1 人体医学研究的主要目的是为了提高人类对疾病的认识，改进对疾病的预防、诊断和治疗方法。

2.2 人体医学研究必须遵从普遍接受的科学原则，研究人员须全面了解相关的科学文献和资料，确保就诊者安全。

2.3 临床医学研究首先要根据研究对象标准，确定适合的就诊者，并在进入研究前向受试候选者充分地告知研究的目的、方法、资金来源、可能的利益冲突、研究的预期受益和潜在的风险、对他们有帮助的可供选择的其他方法以及可能出现的不适、必须遵守的规程。在获得受试者充分知情，自愿参加并签署知情同意书后方能进行临床研究。

2.4 对于在法律上没有资格、身体或精神状况不允许参与知情同意或未成年人的研究受试者，研究者必须遵照相关法律，在其法定全权代理人处获得知情同意书。

2.5 人体研究必须始终尊重受试者保护自身的权利。就诊者资料应予以保密，尽可能采取措施以保护受试者的隐私。

2.6 医生只有当确信能够预见试验中的风险，并能够较好地处理的时候才能进行人体研究。如果研究过程中发生意外，或存在潜在性的对受试者造成伤害或不良影响，应立即终止实验。

2.7 受试者有权拒绝参加试验，或在任何时间退出试验而不会遭到歧视或报复，其所得到的医疗待遇与权益不会受到影响；研究者不可采用利诱或胁迫的方法获取受试者知情同意，必须说明发生与试验相关的损害时，受试者可以获得治疗和相应的补偿。

2.8 必须给受试者充分的时间以便考虑是否愿意参加试验，对无能力表达同意的受试者，应向其法定代理人提供上述介绍与说明。知情同意过程应采用受试者或法定代理人能理解的语言和文字，应给受试者充分的时间解答其对本临床试验的疑问并做记录，应向受试者提供研究者及伦理委员会的联系方式，试验期间，受试者可随时了解与其有关的信息资料。

2.9 试验方案及知情同意书须提交给伦理委员会和中心学术教育委员会，经专家审核评议批准后方能执行。知情同意书修改后需经伦理委员会再次审批，并再次获取所有仍在接受临床试验的受试者知情同意。中心学术教育委员会应按照《学术教育委员会工作职责》负责监控医院内所有涉及人体研究的项目。

2.10 人体医学研究只能由有专业资格的人员并在临床医学专家的指导监督下进行，必须始终是医学上有资格的人员对受试者负责。

对语言障碍就诊者的服务规程

1. 目的

为有语言障碍的就诊者提供帮助，方便其就医，在与有语言障碍就诊者及其家属进行交流与沟通时，使用他们能够理解、明白的方式，使他们能及时得到所需要的信息。

2. 标准

2.1 医院要为语言障碍的就诊者提供一定的便利条件，并在可能时配备翻译人员。

2.2 客服中心备有1份清单，列出懂哑语或其他语种、方言的员工名单及电话号码，并与翻译公司有关单位建立联系，以便及时得到帮助。

2.3 就诊者入院后，责任护士评估就诊者语言交流情况，并把评估结果记录在护理病历中，对语言障碍的就诊者采取一定的措施，如提供翻译人员，安排家属陪伴，为就诊者提供纸笔，在就诊者床头作标记及做好交接班等。

2.4 发现就诊者有此需求的其他医务人员应及时联系客服中心，由后者协调安排翻译人员。

2.5 医院要不定期组织手语学习班，普及基本手语知识。

就诊者财产管理规程

1. 目的

防止就诊者财产丢失、损坏，向就诊者提供满意的服务。

2. 标准

2.1 就诊者的检查信息资料。

2.1.1 就诊者的纸质门诊病历及其检查报告由就诊者本人保管；电子门诊病历保存在医院的信息数据库。

2.1.2 住院期间就诊者的住院病历，由所住病区的主管医生负责保管在上锁的住院病历车中并交接。出院后归病案室统一整理存档，如就诊者需要病历资料按《医疗机构病历管理规定》执行。

2.1.3 检验检查报告单由医技科室通过物流系统传送至相关科室，住院检验检查报告送至住院就诊者所在科室，门诊检查检验报告送至客服中心，门诊就诊者凭诊疗卡到客服中心领取或在院内自助验单打印机自助打印结果。

2.2 就诊者物品的管理。

2.2.1 中心在《住院合约》及《入院宣教》中告知就诊者及其家属：病区内来往人员较多，贵重物品和大量现金请不要带至病房，以免遗失。随身携带的物品存放于病房柜中，并上锁。

2.2.2 就诊者提供给医生的病历、X线片等病史信息资料，由医生使用后即日归还，如需继续短期借用，则由医生验收后妥善保存在指定地点，用完及时归还。就诊者在本院放射科照片的X线片为就诊者财产，护士在收到X线片后应立即交给就诊者签收，并将报告单夹在住院病历中。医护人员如需要阅片时，应直接到就诊者处借用，用后立即归还，就诊者在出院时将X线片带走，由就诊者保存。

2.2.3 在就诊者手术前，其私人物品由就诊者本人或其家属保管。

2.2.4 如由中心保管或医务人员借用的物品遗失，要通知就诊者，并要赔偿，必要时通知保安部处理。门、急诊遇到昏迷或危重就诊者又没有陪同者时，就诊者随身携带物品由2名工作人员验证核实并标识就诊者姓名、门诊号或住院号、物品名称、型号、数量，签名后由分诊护士保存并记录。如果是贵重物品或相当人民币1000元以上现金要交给保安部保管，待就诊者清醒或其家属到来后交给就诊者或其家属签收（对其家属身份进行核实）。病区遇到上述类似就诊者，处理方法同上，但清点及保管者为病区的责任护士或当班护士。

2.2.5 出院就诊者遗留的物品，应经两人验证核实，标识就诊者姓名、门诊号或住院号、物品名称、型号、数量，记录后交给护士保管，护士应及时电话联系就诊者处理遗留物品，并将联系过程及结果记录在案，以备日后查证。物品交回给就诊者时，需签收。

2.2.6　如果是就诊者或其家属自己保管的物品发生丢失或损坏，由其本人负责。

2.3　就诊者药品的管理：按照《出院就诊者药品调配规程》执行。

2.4　就诊者标本的标识、保管。

2.4.1　护士在接到采集就诊者标本的医嘱后，选择相应的标本容器，贴好打印的标识标签，并登记，严格遵守《检验科标本采集运送工作规程》。

2.4.2　使用物流传输系统运送标本时，防止发生标本误传、遗失、外溢、溶血或其他原因的毁坏。

2.4.3　待送的已采集标本，应附上申请单，统一存放在标本栏内，以防发生标本遗失、外溢等。

2.4.4　如发生不合格标本，应及时告知就诊者，在取得就诊者谅解后再次采集。

2.4.5　就诊者的标本送至检验科后，由检验科按《检验科标本处理管理制度》处理。

2.5　尸体的标识、保管。

住院就诊者死亡后，应在尸体手腕上进行标识，标识带上注明死者姓名、性别、年龄、床号、住院号、诊断、死亡时间，将死亡医学证明存根第二联及尸体处理委托书交与工人，由工人将尸体送至太平间，放在冰柜内保存，然后由殡仪馆工作人员将尸体运往殡仪馆。

就诊者及其家属投诉处理规程

1. 目的

对医护人员与就诊者及其家属相互沟通和交流的方法进行了规定，明确职责，保证医患沟通渠道畅通，使就诊者及其家属对医疗护理服务的意见和建议能得到及时的反馈，病人投诉得到及时有效的处理，不断改善医疗服务质量和服务态度，提高病人对医院的满意度。

2. 标准

2.1 就诊者及其家属有权对其在医院接受的服务提出投诉，医院要有快捷的接受投诉的途径和积极的处理制度，要告诉就诊者及其家属此投诉不会影响医院对其提供的任何服务的质量。

2.2 就诊者及其家属投诉的接收。

对于就诊者或其家属的投诉，医院有主动调查和患者主动投诉两种投诉途径来获得投诉信息。

2.2.1 主动调查的方法。

2.2.1.1住院部由各病区护士长负责组织向出院病人发放《住院病人满意度调查表》，护理部定期进行统计。

2.2.1.2 由第三方公司对门诊就诊者及其家属进行满意度调查，每月每院区至少调查300名就诊者及其家属，调查结果及分析报告在办公网上向全体员工公布。

2.2.2 患者主动投诉的方式。

2.2.2.1 医院设有“意见箱”，旁边摆放有《意见征询表》，患者若有投诉可以随时填写《意见征询表》放入“意见箱”中。客户服务中心负责每周收集1次意见箱中的《意见征询表》。

2.2.2.2 可以写投诉信放入医院的“意见箱”中，或寄给医院“客户服务中心”。

2.2.2.3 可直接到客户服务中心当面投诉或致电医院总机进行投诉。

2.2.3 客户服务中心有专人每天对收集的意见和建议进行分类整理。对于重大或紧急投诉（如影响医院声誉、医疗纠纷、必须立即给予答复的投诉等）要立即上报医务部或相关部门。医务部或相关部门接到报告后应立即处理并报主管院领导。一般投诉向相关部门反映，由相关部门解决。

2.2.4 若投诉人直接到职能科室投诉，职能科室不得将投诉人推到客服中心，应初步了解投诉的原因，对属于自己职责范围内的问题进行登记和处理，对不属于本职能科室管理范畴的，则通知相关职能科室到场处理，不得让投诉人自行寻找投诉处理部门。

2.2.5 行政值班接到投诉，由值班人员进行记录，并于当日将投诉情况发给医院办公室跟进处理。医院办公室接到投诉后，需在1个工作日内，对投诉进行分类，并转发给相关部门处理。被投诉部门应及时跟进处理，并在3个工作日内将处理结果反馈给医院办公室。办公室每月对当月行政值班收到的投诉进行汇总分析。遇发生医疗纠纷及科室上报事项要尽快到科室了解情况，做出必要

处理；如因特殊情况不能到场，要向科室解释清楚；对确实需要职能部门解决的问题要请示或要求相关部门负责人参与处理；遇特殊、重大情况要及时向中心领导请示报告。

2.3 就诊者及其家属投诉的调查和处理。

2.3.1 病人对医院服务的各类投诉，按照《投诉处理流程图》进行处理，记录在《投诉处理表》中，并将结果告知就诊者及其家属。

2.3.2 投诉的反馈。

2.3.2.1 对病人的一般投诉能答复的尽量当面明确答复，不能当面答复的被投诉科室负责人在接到投诉后24小时内须与投诉人联系，了解具体情况并解答投诉人提出的问题，在3个工作日内填写好《投诉登记表》并交回客服中心。对于投诉人坚持要求中心领导答复或处理的，由相关职能部门调查、处理及上报主管中心领导。

2.3.2.2 对严重问题或涉及多个部门或科室问题，由医务部、护理部及相关科室在接到投诉后10个工作日内答复就诊者及其家属。

2.3.2.3 医院纪检监察室负责处理收受红包及回扣的投诉，任何个人及科室接到此类投诉时，应转交纪检监察室处理。

2.3.3 投诉升级。

2.3.3.1 投诉人对答复不满意再次投诉或投诉人提出要马上到现场解决、书面道歉、精神损失补偿等医院难以接受的要求时，应由上一级领导或部门进行处理，上一级部门在收到投诉时，应在24小时内与投诉人联系，10个工作日内处理完毕，并将处理结果报客服中心。

2.3.3.2 对于超时严重、内部多次流转难以定位的投诉问题，客服中心应做预警处理，将投诉处理情况上报办公室及相关职能部门。

2.4 追踪与回访。

2.4.1 为规范投诉处理的工作，及时验证投诉处理的质量及效果，由客服中心对投诉进行回访。

2.4.2 回访的方式及时限：以电话回访为主，时间最长不得超过7天。

2.4.3 需回访的投诉类型。

2.4.3.1 所有升级投诉；

2.4.3.2 超时限未能报结的投诉事项；

2.4.3.3 科室未能联系到投诉人的；

2.4.3.4 未认真调查或填写投诉登记表，需重新调查核实的投诉事项；

2.4.3.5 其他需要回访督查的投诉事项。

2.5 有效投诉的认定。

2.5.1 病人对本院部门及其工作人员提出投诉，由被投诉的部门或工作人员对其行为负举证责任。投诉人自己提供合法证据的，应予以鼓励和采用。被投诉的部门及其工作人员，不能提供充分的证据证明自己没有过错或过失，而投诉人又出具了确凿证据的，此投诉可以认为有效投诉。

2.5.2 中心工作人员有以下行为之一的，可认定为有效投诉。

2.5.2.1 违反法律、法规及中心规章制度的；

2.5.2.2 不按照部门办事程序及时限为病人提供服务的；不一次性将病人咨询事项中属于本职工作范围的有关办理程序、方法及相关手续等告知咨询人的；

2.5.2.3　不按照规范的服务用语和服务礼仪接待病人、接听电话的；

2.5.2.4　不在规定期限内调查核实、并以合理形式答复以真实姓名或联系电话投诉的当事人；

2.5.2.5　其他与医院工作人员身份不相称的行为或表现。

2.5.3　对病人的投诉，不予受理、不按规定时限受理或处理的，可认定为有效投诉。

2.6　有效投诉的分类。

2.6.1　一类投诉：违反医院规章制度及诊疗护理常规，发生差错、事故，引起较大医疗纠纷或对医院造成较大负面影响的，赔偿金额大于50000元（含），需交相应职能部门处理。

2.6.2　二类投诉：违反医院规章制度及诊疗护理常规，发生差错、事故，导致以下后果之一者：

（1）引起医疗纠纷的；

（2）对医院造成负面影响（见诸媒体或是引起上级部门调查或处罚的）的；

（3）赔偿金额在10000元以上（含）、50000元以内的；

（4）需由医务部出面处理的。

2.6.3　三类投诉：违反医院规章制度及诊疗护理常规，未对病人造成机体伤害，经科室积极处理无引起医疗纠纷或医院赔偿金额在10000元以内的。

2.6.4　四类投诉：由于医院规章制度及操作规程缺陷造成病人不满引起的投诉。

2.7　投诉汇总分析及整改。

2.7.1　客服中心每月将投诉进行汇总分析及公布，并将反复发生的同部门同类型投诉定为重点问题报JCI办公室，作为该部门下一阶段工作任务列入考核内容。

2.7.2　客服中心每月将未及时处理的投诉、调查结果填写不具体不清晰的投诉交主管职能部门及纪检监察部门核实处理。护理类投诉交护理部，医疗及医技服务的投诉交医务部、后勤服务类投诉交后勤管理部、行政类投诉交办公室、回扣红包类投诉交纪检监察室。

2.7.3　各职能部门根据每月公布的投诉情况，书写分析及整改报告，并将分析及整改情况反馈给相关科室、人员及主管中心领导。

2.8　投诉处理的监督与考核。

2.8.1　客服中心每周对投诉进行汇总，将未按规定时限或规范处理的投诉进行公告，并提交上一级主管部门跟进处理。

2.8.2　客服中心每月统计投诉处理的监控指标。

2.8.2.1　投诉回复及时率=及时回复数 ÷ 总投诉数 × 100%。

2.8.2.2　回复满意度=满意数 ÷ 总投诉数 × 100%。

2.8.2.3　投诉升级率=升级投诉数 ÷ 总投诉数 × 100%。

2.8.3　对多次被投诉工作人员的处理。

2.8.3.1　全年个人被投诉2次的，由医务部或护理部等主管职能科室发出书面通知告知当事人。

2.8.3.2　全年个人被投诉3–5次的，由医务部或护理部等主管职能科室将所涉及的被投诉事件汇总后交被投诉人，被投诉人应对被投诉的情况做出解释。

2.8.3.3　全年个人被投诉6–10次的，由医务部或护理部等主管职能科室和纪检监察审计室与当事人进行告诫谈话。

2.8.3.4　全年个人被投诉10次以上的，直接调离原工作岗位。

2.9 定义。

有效投诉：在医院中，由于工作人员在服务方面存在欠缺与不足，引起患者投诉，给医院经济、声誉造成一定损失的为有效投诉。

投诉升级：指客户主观认为医院提供的服务或投诉处理无法满足其期望，从而再次投诉或越过医院向医院上级领导、管理部门、监管部门、媒体等渠道进行的投诉。

医患纠纷：指医患双方对医疗过程、后果及其原因认识不一致而发生医患纠葛，并提出追究责任或赔偿损失的要求。

2.10 职责。

2.10.1 客户服务中心负责投诉接待、意见收集和反馈跟进。各科室负责人负责协助客户服务中心处理投诉。

2.10.2 医务人员（当事人或是科室负责人）负责对就诊者及其家属提出的问题予以答复。

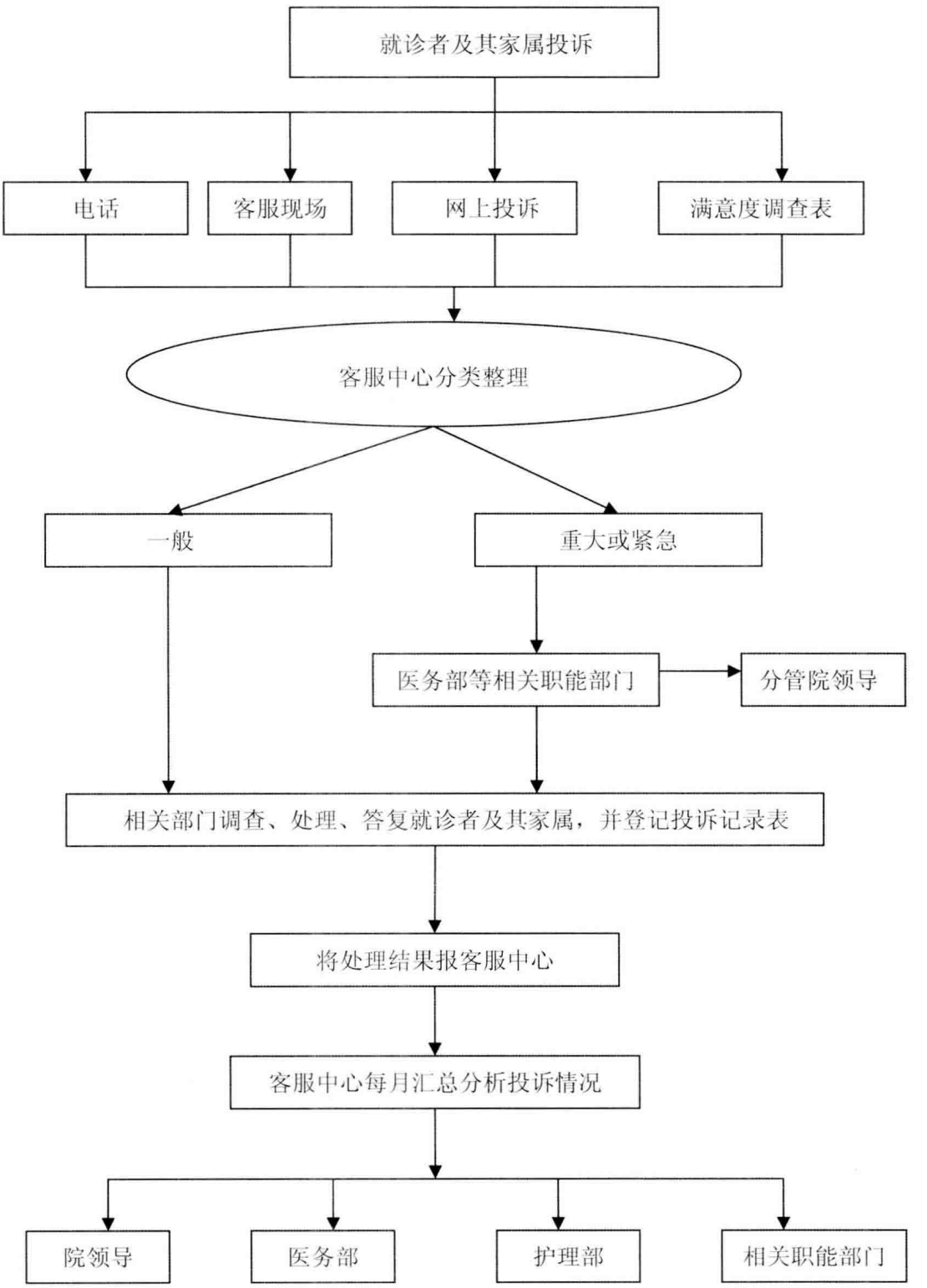
2.10.3 门诊收费处负责解答门诊病人提出的医疗费用问题；病房护士负责解答住院病人一日清单问题；出入院收费处负责解答住院病人办理入院及出院费用问题。必要时财务部负责人要出面解释或协调处理。

2.10.4 医务部、护理部负责组织对重大医疗投诉或涉及多部门的医疗投诉的处理；后勤管理部负责涉及后勤服务方面的投诉处理；其他投诉依据业务对口的原则确定受理部门。

2.10.5 医务部、护理部写结论和处理意见交至院领导讨论，做出最后处理决定，并回复就诊者或其家属，然后反馈给客户服务中心。

2.10.6 被投诉者为临床医生的转该部门主任，护士则转护士长跟进处理。如被投诉人为科室主任或护士长，则投诉将被直接交由所属科部处理。一般各部门投诉负责人为部门的主任及护士长，如部门设有专人接收或处理投诉者，需报客服中心备案，以便客服中心准确发送投诉。如部门负责投诉处理的人员因故不能继续处理投诉或外出暂时不能处理投诉时，科室需提前将新的负责人及负责时间以书面形式报客服中心备案。投诉无明确具体部门或为某大科部共性问题时，客服中心将根据投诉内容交由相关科部处理。

投诉处理流程图



投诉电话：81886332　　网址：www.gzfezx.com 邮箱：kftsrx@126.com

身份识别码核对制度

1. 目的

增强医院工作人员核对意识，正确识别就诊者身份。

2. 标准

2.1 每位就诊者至少要有两套身份识别码，而且房间号和病床号不能作为就诊者的身份识别码。医院采取的两套身份识别码为：

2.1.1 门诊病人：就诊者姓名和诊疗卡号。

2.1.2 住院病人：就诊者姓名和住院号。

2.1.3 留观病人：病人姓名和留观号。

2.1.4 身份不明的病人：①急诊病人：无名+当天4位数日期+留观号（如无名1116，X00123）；②住院病人：无名+当天4位数日期+住院号（如无名1116，000123）。

2.1.5 新生儿。

2.1.5.1 在没有起名之前，允许使用其母亲姓名+B的方式命名，如张三B。若是双胎或是以上的情况，则使用阿拉伯数字进行区别，如张三B1、张三B2，依此类推。

2.1.5.2 在医院出生的新生儿也必须建立单独的住院号，母婴同室的使用其母亲的住院号+B的方式作为新生儿的住院号，转入新生儿病区治疗的则需重新办理手续建立自己的住院号。

2.2 就诊者的出生日期、家庭住址、电话号码可以作为身份识别的补充信息，当以上两套身份识别码不齐全时作为替代识别码，但这些信息必须在医院的信息系统或是病历资料中可以被查阅到以进行核对。

2.3 医院对住院者、留观者使用手腕带作为识别标识，手腕带上应标有就诊者的姓名及住院号或是留观号，并可（非必须）标注就诊者的性别、年龄、入住科室等信息。

2.4 以下情况必须进行就诊者的身份识别。

2.4.1 在办理诊疗卡或入院手续等病人信息登记时；若是记账消费的就诊者还必须同时核对其记账凭证如公费医疗证、医保卡等；

2.4.2 在发药、给药、输血或血制品前；

2.4.3 在抽血或采集其他临床检验标本前；

2.4.4 在提供治疗或检查前。

2.5 核对就诊者身份的方式。

2.5.1 在核对就诊者身份时，工作人员可以通过询问和核对的方式进行。询问姓名时要主动询问就诊者或其家属，让就诊者或其家属回答，然后进行核对，例如：当问就诊者姓名时可以说：你

叫什么名字?而不是直呼就诊者姓名。在核对诊疗卡号时，也可以采取核对诊疗卡、核对病历记载的诊疗卡号或是处方印制的信息、或是刷卡的方式进行。对于住院就诊者，也可以采取核对手腕带的方式进行。

2.5.2　对无陪人的新生儿和儿童、不能配合回答的病人（昏迷的病人、神志异常者），通过手腕带的信息对就诊者进行身份核对。

2.6　就诊者两套身份识别码必须与药袋、血袋、试管、标本盒等所需医疗物品上的识别码一致。

2.7　监控措施。

2.7.1　医院要加强全员培训（包含研究生、进修人员、实习生），增强每位员工身份识别的意识并在工作中落实。

2.7.2　医院各级管理人员在日常工作中要监控和督导工作人员正确使用就诊者的身份识别码，发现不符合要求的行为要及时纠正。

医疗工作电话沟通记录管理规程

1.目的

保证医务人员对病人医疗信息进行电话沟通的准确性、有效性，便于监控、管理，以确保病人在医疗护理过程中的安全和得到及时有效的诊断和治疗，降低医疗风险。

2.标准

2.1 医务人员在进行医疗工作电话沟通时，要使用医院规范的接听／打出电话语言。

2.2 医务人员在医疗活动中，科室部门之间关系到病人医疗、护理、用药、检查检验、医疗设备等有关病人医疗安全，并且有时间要求的电话沟通时，必须进行记录，记录内容要求简单明了。

2.2.1 打出电话的人员，首先要把打出电话的内容登记在《电话通话记录本》上，接通电话后，首先告诉自己的部门和工号，再记录接听人的部门、工号，将沟通的内容告诉对方后，听对方复述一遍，确定复述正确，通话完毕。如有错误，必须及时进行纠正。

2.2.2 接听电话的人员，首先记录打来电话人的部门、工号，再告诉自己的部门和工号，将电话的内容登记在《电话通话记录本》上，并回读一遍，对方确认正确，通话完毕。

2.2.3 接听电话的人员在完成通话后，应将相关事项转告给相关人员及时处理。

2.3 需要进行电话内容记录的情况。

2.3.1 各种急会诊通知。

2.3.2 各种急诊手术通知。

2.3.3 抢救时各种药品、血液和血液制品、仪器设备和器械的申请及答复。

2.3.4 各种急诊和抢救的检查检验申请和结果。

2.3.5 危重病人转运前、急诊门诊病人入院前、病房病人转科前。

2.3.6 各种治疗、手术、用药、检查等医疗行为临时改变时。

2.3.7 各种医疗事件的紧急报告。

2.3.8 其他涉及病人医疗安全的事件。

2.4 全院各科室／部门要建立《电话通话记录本》，《电话通话记录本》要作为科室内部交接班的内容之一，记录的项目要完整、准确，内容要简单、明了，有特殊情况时在备注栏内记录。

2.5 电话医嘱依据《医嘱管理制度》的规定执行。

探视、陪伴制度

1. 目的

减少就诊者住院期间的干扰，保证就诊者的安全。

2. 标准

2.1 为了营造良好的休养环境，减少对就诊者的干扰，应适当控制陪护。就诊者陪护由就诊者的病情决定，以便于家属随时了解病情和医务人员的沟通。

2.2 陪护者必须遵守法律法规、医院及病区的规章制度，配合医务人员帮助就诊者早日康复，不谈论有碍病员健康和治疗的事宜；陪护者不得擅自翻阅病历和其他医疗记录；不得私自将就诊者带出院外，离开医院要办理书面的请假手续。

2.3 为了保持病房整洁安静，减少交叉感染，陪护者不要使用就诊者的用具，不坐卧病床，不在病房吸烟，不得使用自带电器，爱护公物，节约水电。

2.4 探视者持探视证按规定时间探视，学龄前儿童不得带入病房。

2.5 危重就诊者的家属可持危重通知单随时探视，如病情不宜探视者，医护人员须做好解释工作。

2.6 凡探视、陪伴人员损坏、丢失医院物品，应按价赔偿。

2.7 为保证病儿的抢救、治疗，避免院内感染，监护病区、新生儿病区不留陪人。其他病区病儿一般可留1位女性家属陪护。危重患儿可增加陪护者1人。特殊情况，确需增加陪伴者，由医生决定。

2.8 陪伴者要注意就诊者在医院的安全，注意防坠床，防烫伤，防利器误伤，防走失。陪伴者外出，单独留下病儿，须经医护人员同意。

维护就诊者和家属权利工作规划

1.目的

对医院全体员工维护就诊者和家属权利给予系统的规定，使就诊者和家属明确了解自己的权利及如何行使这些权利。教育员工认识和主动维护就诊者及其家属的权利。

2.标准

2.1　明确告知就诊者及其家属本院医疗服务内容及接受服务的途径。

2.1.1　在门诊大厅公告医院的服务范围，在药房大厅的电子屏幕上公告本院的使命和宗旨，在各诊室或候诊区附近墙面上悬挂本部门的服务范围，以触摸屏查寻系统的形式提供药品及医技收费的标准，以平面图、指示牌及护士导诊的形式指引就诊者挂号、就诊、收费、化验、检查、取药、治疗、住院等，方便就诊者就医。当就诊者及其家属在院内遇到任何困难时，所有员工都有提供帮助的责任。

2.1.2　用宣传活页将上述信息提供给就诊者及其家属，存放于门诊、住院部护士站资料盒中，便于就诊者及其家属取阅。

2.1.3　当遇到疑难病例时，首先由院内会诊，确有本院不能解决的，由医务部最终决定，请院外会诊或转院。医院提供其他医疗机构有关医疗服务的信息，并根据就诊者的情况考虑其交通需求，严格执行《就诊者转院制度》。

2.2　在国家法律、法规允许的范围内，医疗服务要考虑和尊重就诊者的个人价值观及信仰。

2.2.1　在医疗服务过程中，对待就诊者，无论种族、民族、性别、职业、地位、经济状况及信仰如何，都要一视同仁。医院经常服务于社区的不同人群，就诊者可能是老人、残疾人、使用其他语言或方言的人。不同的文化背景以及其他的障碍，有可能使入院过程和接受医疗服务变得十分困难。医院应明确这些障碍的存在，在医疗服务过程中采取措施消除或减少这些障碍，或者设法减少这些障碍对医疗服务过程的影响。客户服务中心配备英语翻译人员，其他语种的翻译在需要时通知翻译公司提供帮助。有翻译需要时，电话通知客户服务中心。

2.2.2　了解就诊者的民族、宗教信仰、价值观及与之相关的行为和饮食习惯，并为满足这些习惯的需求提供服务。如果就诊者有宗教神职人员服务或类似服务的需求，按照《宗教需求服务流程》办理。有特殊饮食习惯的就诊者由主管医生向营养室发出饮食治疗申请单，为其提供所需的食品。就诊者有权利在尊重他人信仰的前提下表达自己的信仰。

2.2.3　在就诊者知情同意的前提下，纯粹技术性的决定一般由医务人员向就诊者提出建议供就诊者及其家属选择，并说明各种选择的优缺点，但涉及个人生活方式、宗教信仰和价值观念方面的问题要尊重就诊者的意愿。就诊者及其家属有权参与医疗决策，而且做出最终决定。在不违背医疗

原则、法律法规、伦理道德的前提下，医务人员要充分尊重就诊者及其家属的决策权。

2.2.4 员工不要将自己的价值观和信仰强加给就诊者，也不能评判就诊者价值观和信仰的是非。在某些特殊情况下，出于某些特殊的原因，有些就诊者和其家属要求终止治疗、撤销对就诊者的生命支持、放弃临终前的心肺复苏。这种决策对于就诊者及其家属来说是痛苦的，只要不违反国家的法律法规、不违背人道主义和伦理道德的原则，我们将尊重就诊者及其家属的这种意愿，并填写《拒绝或放弃医学治疗知情同意书》，告知就诊者及其家属行使该决策后可能出现的后果及所要承担的责任、可选择的其他治疗方法等。他们有权随时改变放弃治疗的决定并签字确认。

2.3 全体员工必须按照《保护性医疗制度》，认真保护就诊者的隐私和精神心理。

2.4 采取措施保护就诊者的财产免被盗窃或丢失。医院防止和处理就诊者财产被盗窃或丢失的措施严格按《就诊者财产管理规程》执行。

2.5 采取措施保护就诊者免受伤害。

2.5.1 医院有责任保护就诊者身体免遭来访者、其他就诊者或员工的伤害，尤其对婴儿、弱小儿童、老人和其他无法自我保护或请求帮助的弱势人群要重点保护。医院病房、急诊科留观病房、产科的新生儿室及新生儿病房对外通道安装电子密码锁，只能由工作人员开启，以保证外来人员不能随便进入，安全门的密码由后勤管理部定期更换，全体员工在使用安全门密码时要注意对外保密，通过密码安全门后要及时关闭上锁。严格遵守《探视陪护制度》，防止住院就诊者的走失及婴儿、弱小儿童被拐走。医院大楼安装有监视系统，对远距离或隔离区域尤其要重点监视。

2.5.2 对院内不明身份或行为及表情异常的可疑人员要进行盘查，对就诊者之间的矛盾和冲突要及时发现和妥善处理，以免发生就诊者被伤害的事情。如果就诊者受到其他人的恐吓，主管（值班）医师和责任（值班）护士及时给予心理安抚，并告知家属，必要时通知保安部或打110报警，以防发生意外。如果就诊者出现极度的恐慌，要及时请心理科会诊。员工在任何情况下不得伤害就诊者，并对婴儿、弱小儿童、老人和其他无法自我保护或请求帮助的人给予更密切的监控和最及时的帮助。医院保安及所有员工对那些有可能被伤害的就诊者迅速作出反应，力保就诊者免受伤害。

2.6 弱小儿童、活动受限就诊者以及老年人等要得到妥善保护。

2.6.1 要告知就诊者及其家属，弱小儿童、弱智就诊者、活动受限就诊者、老年人、昏迷就诊者、精神或情绪失调的就诊者应给予重点监视、保护，在住院期间原则上应有陪人监护。如果没有陪人监护或病情需要，病区应对就诊者进行专护、特护或重症监护。病区有必要的安全设备，如床上有护栏、保护具、呼叫系统，卫生间铺垫防滑地板等。对上述特殊人群不允许有虐待、歧视、冷淡对待和阻断医疗服务的行为，在火警及其他意外情况发生时给予优先的帮助。上述人群在医院任何地方遇到任何困难，所有员工都有提供优先帮助的责任，严格遵守《高风险就诊者和高风险服务管理规程》。

2.6.2 医院为活动受限就诊者及老年人提供特殊设施，如：轮椅、轮椅专用的通道、卫生间及走廊和楼梯通道扶手等。对老幼残疾的就诊者应热情周到，主动迎前搀扶、推扶轮椅、优先安排就诊和治疗，必要时协助挂号、就诊、取药、检查、治疗等。为行动不便的就诊者注射或操作时，主动协助就诊者解系衣扣或裤带。

2.6.3 与就诊者交流尽量采用最合适的方言或普通话，做到语言交流无障碍。如存在语言的障碍，可请家属或能与其交流的医院工作人员代为翻译或按照《对语言障碍就诊者的服务规程》处

理。对于无法通过语言进行交流的就诊者，可应用易懂的肢体语言与其沟通。

2.7　医院应支持就诊者及其家属参与医疗决策的权利，就诊者入院时由主管医生告知就诊者（必要时告知家属）诊断、检查、治疗的总体计划，征得就诊者或其家属的认同。尤其要尊重就诊者的知情同意权，医疗人员应严格遵守《病情告知与签字同意制度》、《手术管理制度》及《病人及家属健康教育规范》。

2.8　要尊重和支持就诊者要求对其疼痛做出恰当评估和处理的权利，按照《就诊者评估管理规程》、《疼痛管理制度》评估和妥善处理就诊者的疼痛。

2.9　临终就诊者对医疗服务的特别需求要得到尊重和同情，临终关怀服务要使就诊者得到安慰和维护其尊严。所有医务人员应意识到就诊者临终阶段的特别需求，这种需求包括原发和继发病的治疗、疼痛处理及对就诊者和家属的社会心理、情感、宗教和文化的关注。医务人员对就诊者的临终关怀服务应严格遵守《临终病人管理制度》、《临终病人关怀制度》。

2.10　尊重和支持就诊者及其家属捐赠器官或其他组织以供研究或移植的选择，并告知就诊者及其家属接收捐赠的医疗机构及其联系方式。在培训员工尊重和支持就诊者及其家属选择捐赠器官的同时，还要就与器官捐赠及移植器官来源的有关问题及关注焦点进行培训。

2.11　就诊者有权对其得到的医疗服务提出投诉，这些投诉应得到受理和尽可能的解决，并不影响其医疗活动，医院员工应严格遵守《就诊者及家属投诉处理规程》、《医疗投诉及医疗纠纷管理办法》及《医疗纠纷处理程序》。

2.12　医院应以公告的形式对就诊者公开所有权、经营形式及真实描述所能提供的医疗服务，提供明确的入院、转诊、出院政策。为每位就诊者提供医疗服务费用的准确账单，及时恰当地解决医院与就诊者之间经济上的矛盾，相关内容详见《住院合约》。合理利用就诊者的经济资源。

2.13　就诊者及其家属隐私权的保护。

2.13.1　隐私包括就诊者不愿意他人知道的个人信息、私人活动、私有领域、可造成就诊者精神伤害的疾病、病理生理上的缺陷、有损个人名誉的疾病、身体的隐蔽部位、就诊者不愿他人知道的隐情等。医护人员自觉遵守医院的相关制度，保护就诊者的隐私。

2.13.2　为就诊者检查身体或治疗时，应关门工作，门诊就诊实行一室一医一患制。

2.13.3　男医生为女就诊者检查胸、腹、外阴部位时，应有女护士或第三者在场。

2.13.4　住院就诊者一览表放于隐蔽处，严防非医务人员查看，严禁向就诊者未授权的人透露住院信息，医生应为就诊者保守秘密，未经就诊者同意，不要向他人泄露就诊者的病情，尤其是容易引起人们歧视的病情如传染性疾病、先天缺陷及畸形等。

2.13.5　写有或印有就诊者隐私信息的纸张（主要指有就诊者姓名、住院号）作废后原则上不准重复使用，如果需要重复使用的，必须将就诊者姓名和住院号等就诊者识别信息删除。不得将含就诊者识别信息的纸张在病区内、护士办公室、医生办公室及其他场所张贴，或通过其他渠道公示。不要在公共场合讨论与就诊者有关的问题。

2.13.6　询问病史、体格检查以及为就诊者采取血、尿、便及其他标本时，要在隐蔽的场所进行。

2.13.7　就诊者的检验及检查报告单，应保存在只有工作人员才能拿到的地方。门诊就诊者取检查结果报告时要核实其身份。

2.13.8　清洁工、其他后勤人员等非医护人员进入病区或门诊时，对就诊者的隐私不听、不问、不看、不讲，对就诊者的私人物品未经允许不动、不摸。

2.13.9　进入房间之前先敲门，得到就诊者同意后才可进入。离开房间时应随手关门。

2.14　若住院就诊者需要继续治疗，但无能力继续支付医疗费用时的处理。

就诊者入院前，要告知就诊者大概的住院费用，让就诊者有充分的经济和心理准备，保证在住院前筹到足够的资金（急诊抢救就诊者例外）。当就诊者在住院过程中出现医疗费用支付困难时，主管医生要及时将治疗情况、后续治疗需要的大概费用、目前欠费情况及时告知就诊者，让其继续筹集治疗所需要的资金。就诊者有权要求终止治疗、转院和提前出院，但主管医生要告知就诊者终止治疗、转院或提前出院可能造成的不良后果，并在医疗文件中记录。对于确实需要继续治疗，就诊者及其家属要求继续治疗但又无力继续支付后续医疗费用时，医院要继续对就诊者进行治疗，同时按照程序（医生-科主任-医务部-主管院长）上报申请医院的专项救助资金，或经医院同意转到公立医院或慈善医院。

2.15　在《住院合约》中详细告知就诊者及其家属的权利，由主管医生以就诊者可以理解的语言或其他方式按照文字材料的内容告知其权利。

2.16　在员工入职时进行培训，严格遵守与就诊者及其家属权利相关的所有规程。

自杀/其他行为紊乱就诊者的管理

1. 目的

对有自杀倾向或其他行为紊乱就诊者，进行有效识别并提供安全和及时的治疗护理，将伤害降低到最低限度。

2. 标准

2.1 评估就诊者的年龄、意识、活动能力、心理社会状况、家庭社会支持等。及时识别自杀高危人群，包含忧郁症、精神障碍等就诊者。

2.2 与就诊者进行有效的沟通，了解其性格特征和心理状态。

2.3 动态观察就诊者心理变化。对于病情重、起病急、年轻患不治之症、治疗效果不佳者，操作者应给予特别关注，必要时请心理咨询师进行劝导。

2.4 严格交接班和巡视就诊者。

2.5 发现或怀疑就诊者存在或有潜在的自杀意图时，应：

2.5.1 告知主管医生/值班医生、报告护士长/护理二线、医务部。

2.5.2 保持镇静，给就诊者安抚、倾听、接纳、疏导情绪。

2.5.3 护士遵医嘱给予安全范围内的镇静剂，必要时予软约束具。

2.5.4 必要时安排精神科医生会诊。

2.5.5 告知就诊者家属或单位，并记录。

2.5.6 就诊时家属必须陪护；医护人员对高危险自杀倾向或其他行为紊乱的就诊者和家属进行健康教育，采取防范措施，并告知其责任和注意事项，就诊者家属须签署《住院者安全风险教育知情书》。

2.5.7 提供持续的护理观察，以保持就诊者及其他人员的安全；加强护理，对麻醉、精神类药物，应确保就诊者服药到口。

2.5.8 提供安全的环境：病房内应尽可能避免危险或潜在危险性物品的存在如剪刀、剃须刀片、火柴、玻璃和皮带等；工作人员不遗留任何医疗利器在病房，一旦发生及时收回。并在尊重就诊者及事先通知的前提下采取安全措施，以尽可能取得就诊者及其家属的理解。

2.5.9 在护理记录单上记录所有取下的物品并给就诊者家属。

2.5.10 如果精神科会诊确定就诊者有自杀倾向，应处理如下：

2.5.10.1 如果病情允许，应尽可能快地把就诊者送至精神病专科医院/病房治疗；

2.5.10.2 如果病情不稳定，应把就诊者转送至重症监护病房或者病房中隔离。

2.5.10.2.1 根据就诊者的情况提供持续的内科/外科管理及生命支持措施。

2.5.10.2.2　在转送精神病医院之前给予就诊者特别护理。

2.5.10.2.3　尽早转送至精神病医院/病房。

2.6　如果就诊者已实施自杀，护士应：

2.6.1　立即评估就诊者气道、呼吸、循环情况，遵循就诊者治疗护理原则，必要时叫抢救小组，具体见《急救制度》。

2.6.2　立即与值班医生/主管医生联系，并配合进行必要的抢救。

2.6.3　通知行政总值、护士长/护理总值班。

2.6.4　通知保安以控制病房秩序，与保卫科科长联系处理善后事宜。

2.6.5　通知就诊者家属。

2.6.6　做好详细的护理记录。

2.6.7　按《不良事件及高风险流程处理规程》办理上报。

宗教需求服务规程

1. 目的

帮助满足住院者及其家属对宗教信仰的需求。

2. 标准

2.1 严格执行政府宗教管理的有关规定。

2.2 服务对象为全体住院者中有宗教信仰需求者，要充分尊重住院者及其家属的宗教信仰，当他们有需求时，要积极提供帮助；医院不允许非住院者在医院范围内从事任何宗教活动。

2.3 入院时，由责任护士询问住院者的宗教信仰和特殊饮食偏好情况，并在护理入院评估单上记录，以体现医院对住院者价值观和信仰的尊重。对于有特殊饮食要求的住院者，由主管医师向营养室发出饮食治疗申请单，营养师接到申请单后，到病房了解住院者的具体情况。

2.4 在为住院者提供医疗护理过程中，医务人员要充分考虑到住院者的文化背景和宗教信仰对治疗过程和住院者反应的影响。

2.5 当住院者及其家属有宗教/精神支持方面的需求时，科室可直接在办公网上下载文档《广州市各宗教协会联络表》，交给住院者及其家属使用，或科室填写宗教需求服务申请表交中心办公室，由中心办公室工作人员协助联系相关团体或教会。

2.6 主持宗教活动的神职人员应为我国政府认可者，境外神职人员不得来本院参与宗教活动。

2.7 住院者邀请神职人员来院，应事前将书面申请交主管医师或科主任，申请内容包括到达的时间、活动形式、预计延续时间等，由科室提交院办公室审批，申请批准后，由科室安排在病区内进行合法宗教活动，人员限于住院者及其亲友。从事宗教活动时，不得影响医院的工作及其他住院者。

2.8 对于住院者进行宗教活动所需场地的选择，由科室根据实际情况选择病区内单人病房、病区学习室或向后勤管理部申请协助。

2.9 全院均为禁烟区，不允许在院内烧香等活动。

质量改进与医疗安全管理规划

1. 目的

1.1 以病人为中心建立安全、有效、高效、及时的质量管理体系。

1.2 建立持续的质量改进和医疗安全的组织文化。

1.3 实现“三好一满意”医院。

2. 标准

2.1 适用范围和参与人员。

2.1.1 适用范围：

实行全中心各学科、各行政后勤管理部门、各岗位质量改进与医疗安全管理，并包括院外合作单位。

2.1.2 参与人员：

2.1.2.1 领导及管理人员：中心领导及各级管理人员。

2.1.2.2 医务人员：包括医生、护士、技师、其他。

2.1.2.3 后勤保障人员：包括行政、后勤、消防、保安、清洁人员。

2.1.2.4 经挑选的供应商。

2.1.2.5 经挑选的就诊者及其家属。

2.1.2.6 质量改进方面的专家。

2.1.2.7 院外协作人员，包括来院会诊的医生、来院工人、护工、志愿者。

2.2 质量改进和医疗安全管理体系。

质量改进和医疗安全管理体系遵循PDCA循环，P—策划：包括管理职责和资源管理的领导和规划，D—实施：临床和管理流程设计的医疗服务实现，C—检查：质量监控资料收集与分析，A—处置：采取措施进行持续的质量改进四大部分组成。

2.2.1 领导和规划。

2.2.1.1 组织架构及职责。

第一级：决策级。由卫生局、中心行政办公会、质量改进和医疗安全管理委员会组成。质量改进与医疗安全管理决策人和领导人，决定质量改进与医疗安全管理的方针、政策、方法及文化培育，制订规划和年度计划，设定优先级项目，配置相适应的资源。

质量改进和医疗安全管理委员会：委员会履行《质量改进与医疗安全管理委员会工作制度》，对整体《年度质量管理计划》制订与组织实施，委员会秘书由JCI办公室主任担任，负责组织会议，并记录，存档。

中心行政办公会：审阅年度质量管理报告及审议批准年度质量管理计划项目，提供资源和技术支持，监督和指导计划的落实。

卫生局：根据穗卫函（2012）545号文《关于广州市妇女儿童医疗中心2012年质量管理计划的复函》，卫生局指示中心根据各级卫生行政部门的规章政策，结合“三好一满意”活动、抗菌药物专项整治等工作以及医院的实际，自行制订年度质量管理计划。

第二级：管理级。由各行政管理机构和业务管理机构部门组成。

各行政管理机构：根据职能确定本部门年度工作的全院性重点监控指标，指定质控员成立品管圈进行重点监控指标下的质量改进活动；配备相应的资源和提供培训，负责部门内的质量改进工作。根据《临床和管理服务合同管理制度》，行政管理机构涉及外包服务的，作为医院质量管理和改进活动的一部分，对其服务质量进行监控。医务部负责转诊、会诊合同质量监控，临床检验部负责外送检验合同质量监控，医学影像部负责外送影像检验合同质量监控，后勤管理部负责保洁、饮食、转运、保安、洗衣等合同监控，护理部负责护理员文员合同质量监控。

各业务管理机构：负责本部门内各专科/科室的重点监控指标，组织每专科/科室根据质量计划选拔质控员并成立品管圈开展质量改进活动，监督落实情况。根据《临床和管理服务合同管理制度》，业务管理机构涉及外包服务的，作为医院质量管理和改进活动的一部分，对其服务质量进行监控。

JCI办公室：质量改进与医疗安全管理的行政管理部门、优先级项目的执行部门、各部门和科室优先级项目的指导和监督部门，负责协调和组织日常质量改进与医疗安全管理监督工作。

第三级：执行级。各科室负责人，包括专科主任、护士长及岗位责任者等，是本科室质量改进与医疗安全管理的负责人。根据中心的质量改进与医疗安全管理目标，完成医院下达项目，组织制订本科室的质量计划，进行本科室优先级项目指标的确定，监督实施情况。

第四级：工作级。质控员和全体员工都是质量改进与医疗安全管理工作人员。各科室品管圈小组由科室主任、护士长和技术骨干组成。组织科室人员贯彻执行上级下达的规划、计划及各项管理规章制度。完成科室质量计划，进行培训和教育，收集汇总科室有关数据，进行分析、总结、改进，定期或不定期向主管部门及JCI办公室报告。

2.2.1.2　重点监控和技术支持。

中心领导根据《优先级监控项目设置规程》对严重的、高风险的、易发生问题的、最直接影像服务质量与医疗安全的基本流程作为质量改进的重点。重点应包括国际病人六大安全目标，利用现有数据与资料，确定质量改进和医疗安全的优先次序。

各部门/科室负责人根据《优先级监控项目设置规程》选择与本部门相关的医院监测和改进的重点、对服务质量的评价、掌握服务的效率和成本需要、对外包合同进行评价等几个方面进行质量监控。

2.2.1.3　信息交流与员工培训。

JCI办公室根据《质量改进与医疗安全信息交流规程》，对国际病人六大安全方面取得的进展和质量改进活动的信息通过办公网JCI专栏、各种会议方式向员工进行定期的发布，组织警戒事件和不良事件的分析结果在特定会议上面进行通报。

JCI办公室根据《年度质量培训计划》组织对质量改进和医疗安全活动安全中期不同作用的员

工进行针对性的培训，如针对高层领导质量理念培训、对质量管理负责人知识、技能和具体工具的培训。

2.2.2 临床和管理流程设计。

中心领导根据《诊疗常规与临床路径监测规程》，对病人较高风险、服务量大、易出问题的项目选择至少5项《年度优先关注病种》为重点关注，医务部组织相应的专科主任、质控员修订或完善诊疗常规、临床路径和操作规程等指导病人的服务。专科主任确定合适的指标进行监控，确保常规或路径得到有效实施。各科室专科主任应根据本专科实际情况选择本专科对病人较高风险、服务量大、易出问题的病种进行诊疗常规、临床路径和操作规程的完善。

中心领导根据《临床和管理流程设计规程》组织设计合理、高效的新流程或修改现有流程，项目负责人确定合适的测量指标，收集资料确定流程的运行是否和预期的设计目标一致。

2.2.3 质量监控资料收集与分析。

监控指标选择：

中心领导根据《优先级监控项目设置规程》，对11个临床领域、9个管理领域和国际病人六大安全目标的指标进行选择，JCI办公室监督和指导各行政管理机构质控员组织品管圈进行监测、资料收集、分析和改进；JCI办公室负责从JCI监测指标库中选取5项制订《年度JCI国际指标库指标管理计划》，组织相应专科质控员进行监测、资料收集、分析和改进；医务部组织《年度优先关注病种》相应专科质控员对常规和路径进行规范并确定关键的指标进行监测、资料收集、分析和改进，确保诊疗常规、临床路径和操作规程的正确执行。

数据的验证：

在监控的11个临床领域和医院对外公布的数据，如果涉及新的指标实施、指标的收据工具、收集人或数据来源变动时，各指标负责人根据《质量改进与医疗安全数据验证规程》，组织双人使用同一检查表对同一样本进行检查，所收集到的数据正确率需达到90%以上，确保数据收集的有效性。

警戒事件、不良事件和接近失误：

根据《不良事件及高风险流程处理规程》，JCI办公室负责整个院内汇报系统的各类事件总体汇总和趋势分析进行风险识别、风险优先级判断，对警戒事件和重大不良事件，组织相关行政管理机构和业务管理机构质控员进行根源性分析（RCA），对可能导致警讯事件的接近失误，组织相关行政管理机构和业务管理机构质控员，进行失效模式和效应分析（FMEA）；医务部负责对药物事件、手术事件、输血事件、医疗事件、导管事件、心跳停止事件、麻醉事件、检查事件等不良事件进行汇总、分析和处理，护理部对跌倒/坠床事件进行汇总、分析和处理，后勤管理部对公共事件、治安事件、伤害事件等不良事件进行汇总、分析和处理，中心办公室对其他事件如投诉事件等进行汇总、分析和处理，感染科对职业伤害进行汇总分析和处理，药学部对药物不良反应进行汇总、分析和处理。

根据《院内汇报系统管理办法》，中心每位员工都有权利和义务汇报相关事件并成为汇报人，中心鼓励不良事件上报。

2.2.4 持续的质量改进。

中心鼓励各科室开展品质改进活动，推荐采用品管圈活动的方法组织质量改进活动，质量改进和医疗安全委员会负责监督和指导，JCI办公室负责整个活动组织管理和效果评价，各品管圈小组

负责实施。

中心各部门/科室应根据自己科室重点确定质量监控项目、制订质量计划并开展品管圈活动，掌握他们从事管理并改进服务所需要的数据和信息，根据这些信息考核本部门员工履行职责的绩效。每季度将质量监控项目情况上报给JCI办公室。

2.3 相关定义。

医疗质量：帮助病人达到理想健康状况的卫生服务的程度。

警戒事件：

（a）与就诊者所患疾病或自然病程无关的意外死亡。

（b）与就诊者所患疾病或自然病程无关的器官重大损害或功能永久丧失。

（c）做错部位、做错操作、做错患者的外科手术。

（d）婴儿被盗或被错抱回家。

重大不良事件：

（a）严重输血反应。

（b）严重药物反应。

（c）重大用药错误。

（d）重大手术前后诊断不符合。

（e）麻醉和镇静意外f院内感染等。

接近失误：

医疗护理服务过程中，一个或多个环节出现错误，错误在到达就诊者之前被发现并得到纠正，错误的医疗护理服务最终未对就诊者实施，称为接近失误。

质量改进与医疗安全管理委员会工作制度

1. 目的

加强质量监控、保证质量改进和医疗安全计划的落实。

2. 标准

2.1 组织。

2.1.1 名称：质量改进与医疗安全管理委员会。

2.1.2 人员组成。

主任：由中心主任担任。

副主任：由分管中心领导担任。

秘书：由JCI办公室主任兼任。

委员：由各行政管理机构部室和业务管理机构部室主任、专科主任、各业务管理机构部室护士长和专家、临床技术骨干组成。

2.1.3 日常工作由 JCI办公室负责。

2.2 职责。

2.2.1 在中心主任领导下，负责制定质量改进和医疗安全管理的规程和计划，并监督和指导执行。

2.2.2 主持制定年度质量改进和医疗安全管理工作计划，上报中心主任审批，组织实施。

2.2.3 组织和协调各部门及科室的质量改进和医疗安全管理规程和计划，并督导实施。

2.2.4 质量改进与医疗安全管理规程和计划包括院内感染控制项目。

2.2.5 组织确定年度质量改进和医疗安全管理的优先级范围和项目，其中包括国际病人安全目标，并监督实施。

2.2.6 确定关键监测指标和监测范围。

2.2.7 建立良好的质量改进组织架构，配备必要的质量改进专业人员和其他资源。

2.2.8 建立医院质量改进与医疗安全管理信息沟通的机制和方法，保证信息的有效沟通。

2.2.9 制定质量改进及医疗安全管理的员工培训计划，并监督实施。

2.2.10 确认医院的警戒事件和接近失误定义，对重大的质量缺陷及风险趋势进行分析、提出改进和预防方案。

2.2.11 每季度对全院质量改进和医疗安全管理工作进行分析评价、总结经验、提出改进建议，并上报中心主任审批。

2.2.12 质量改进与医疗安全管理规程、年度计划、优先级计划及重大的质量改进与医疗安全管理事件，要上报中心行政办公会议审批。

2.3 各部门、科室负责本职范围工作的质量改进和医疗安全管理工作。

质量改进与医疗安全信息交流规程

1. 目的

质量改进与医疗安全管理信息传递应常态化、实时化。为中心领导、职能部门和员工连接畅通的上传下达的信息通道；为决策层提供把控全局态势的平台，为管理层和执行层提供依据、数据和反馈的回路。

2. 标准

2.1 信息交流程序。

2.1.1 向中心主任报告：以书面文件的形式向中心主任报告。

2.1.1.1 质量改进与医疗安全管理年度计划、医院质量改进与医疗安全管理年度优先级监测项目，每年12月中旬同时向中心主任、中心行政办公会议报告，批准后执行。

2.1.1.2 质量改进与医疗安全管理优先级监测项目的监测数据和分析月报，每月报告。

2.1.1.3 JCI标准要求的、重要的非优先级监测项目中临时出现的重要情况，随时报告。

2.1.2 向医院质量改进与医疗安全管理委员会报告：以书面文件形式报告。

2.1.2.1 优先级监测项目监测数据、进行情况、数据分析、整改意见，于委员会工作会议上报告。

2.1.2.2 各部门项目进展情况、新计划新项目、新建流程和改进流程，非优先级项目中临时出现的情况，随时报告。

2.1.3 向职能部门的通报。

2.1.3.1 每月通报：优先级监测项目的进行情况、数据分析、整改意见、各部门优先级项目的具体监测数据、分析意见和改进意见、各部门所属科室项目进展情况。

2.1.3.2 非定期通报：各部门发现的缺陷问题、需要支持和协调的问题。

2.1.4 向一线部门和员工的通报。

2.1.4.1 每月通报优先级监测项目的进行情况、数据分析、国际就诊者安全目标的进展、不良事件的分析、最近的研究或医院之间对比的项目等，中心优先级监测项目总体进行情况，各部门项目进展情况。不定期通报：缺陷通报、相关信息通报。

2.1.4.2 通报的责任部门：办公室、医务部、护理部、后勤管理部等职能部室。

2.2 信息交流方式。

2.2.1 向中心领导的报告：主要用书面报告、会议。

2.2.2 向职能部门的通报：主要用办公网、质量缺陷反馈意见表、会议。

2.2.3 向一线部门和员工的通报：主要用质量缺陷反馈意见表、通知公告、会议、培训。

临床和管理流程设计规程

1. 目的

规范医院新建流程的和改进流程的程序，保证流程顺利执行。

2. 标准

2.1 新建流程和改进流程的设计遵行标准。

2.1.1 符合国家法律、政策，符合卫生行政部门的法规、规范，符合JCI标准。

2.1.2 与就诊者、家属、员工及其他相关方的需求相吻合。

2.1.3 与医院的服务使命、规划、任务和计划相吻合。

2.1.4 使用现行的临床指南、临床标准、国内外文献报道、成熟医学研究成果等信息。

2.1.5 符合商业惯例和经济运行规律。

2.1.6 充分预测新流程的运行风险因素。

2.1.7 利用其他机构具有的最好／较好／良好的数据与信息。

2.1.8 利用相关改进措施中的合理信息。

2.1.9 汇集各种流程和系统，与中心的总体流程和系统相适应。

2.2 流程设计程序。

2.2.1 在质量改进与医疗安全管理委员会指定的范围内确定流程新建和改进内容。

2.2.2 制订设计计划，包括流程改进目的、涉及的范围、改进实施时间安排、资源需求。

2.2.3 成立由中心领导、专门管理人员和操作人员组成的质改小组。

2.2.4 质改小组设计流程结构、程序和预期结果。

2.2.5 设计数据指标，监测流程结构、程序和结果。流程中使用的关键数据指标由中心领导确定。

2.2.6 进行新流程的试运行，如实记录监测数据。

2.2.7 合理整合、分析数据，将数据编制为有用的信息。信息分析包括：

①比较新流程运行前、后状况。

②比较同类医院的情况。

③用医疗法规、制度和医疗惯例进行检查。

④比较国内外文献报道。

⑤根据数据分析，对设计的流程、测试方法进行改进，再运行。

2.2.8 如实记录新流程的监测数据，并再次进行分析，至达到设计目标。

2.3 新建流程和改进流程审批权限。

2.3.1 中心行政办公会议审批涉及2个以上部室、运行影响重大的新建流程和改进流程。

2.3.2　质量改进与医疗安全管理委员会审批涉及2个部室的新建流程和改进流程。

2.3.3　分管中心领导审批各分管部室内部新建流程和改进流程，运行影响重大的流程报质量改进与医疗安全管理委员会及中心行政办公会议审批。

2.3.4　各部室审批本下辖单位及职责范围内的新建流程和改进流程，运行影响重大的流程报分管中心领导审批。

2.4　改进流程的审批规程。

2.4.1　部室内科室、班组的新建流程和改进流程。

由部室内科室、班组递交新建流程或改进流程申报书，部室负责人审批后报主管职能部门。主管职能部门组织论证审核，明确审核意见，不同意的不再上报。同意的则编制正式文件，上报质量改进与医疗安全管理委员会审批，并由行政办公会议讨论后经中心主任签发。中心办公室编号颁布存档，正式执行。

2.4.2　本部室的新建流程和改进流程。

由部室形成新建流程或改进流程申报书，递交分管中心领导论证审核，明确审核意见，不同意的不再上报。同意的则编制正式文件，上报质量改进与医疗安全管理委员会进行审批，并经中心行政办公会议审批后签发。中心办公室编号颁布存档，正式执行。

2.4.3　涉及2个以上部室的新建流程和改进流程。

由主要部室完成新建流程或改进流程申报书，并明确所涉及部门的配合要求，中心主任为主要协调人。新建流程或改进流程申报书（可一个或一组文件）递交医院质量改进与医疗安全管理委员会进行论证审核，明确审核意见，不同意的做出说明。同意的则呈中心主任审批签发，中心办公室编号颁布存档。运行影响重大流程的改进，经中心行政办公会议审批后方可执行。

2.4.4　由医院质量改进和医疗安全管理委员会拟订的改进项目及优先级项目的执行，由中心办公室负责组织，由执行部门和中心办公室共同完成改进流程申报书，呈质量改进与医疗安全管理委员会论证审核，明确审核意见，报中心主任审批签发，中心办公室编号颁布存档，正式执行。

2.5　缺陷流程的识别标准。

2.5.1　不符合国家法律法规和卫生行政部门规定；不符合JCI标准。

2.5.2　不符合中心现有规章制度要求及使命和规划的要求。

2.5.3　不能满足就诊者及其家属、员工和流程涉及到的其他人员需求。

2.5.4　现有的未以临床诊疗指南、临床标准、科学文献证据为基础实施的临床工作流程。

2.5.5　与医院现行的运作体系不吻合。

2.5.6　未意识到的风险管理信息。

2.5.7　现有的知识与技能不能达到。

2.5.8　运行效率、安全性、费用和人员投入较同类医院高。

2.5.9　未利用医院质量改进活动中的相关信息。

2.5.10　与中心总流程不适应。

2.6　缺陷流程的确认和改进程序。

2.6.1　科室的缺陷流程。

2.6.1.1　中心领导、职能部门及上级主管部门确认的缺陷流程，由中心领导或职能部门向责任

科室下达流程改进通知。

2.6.1.2　科室自行发现的缺陷流程，填写《工作流程改进申请表》，报上级主管部门确认，由上级主管部门和科室共同编制改进流程。改进流程经分管中心领导及中心主任审批后执行。

2.6.2　职能部门的缺陷流程。

2.6.2.1　中心领导或上级主管部门确认的缺陷流程，由中心领导直接向责任部门下达流程改进通知。

2.6.2.2　部门自行发现的缺陷流程，填写《工作流程改进申请表》，报分管中心领导审批后自行组织流程改进。

2.6.3　涉及2个及两个以上部门的缺陷流程。

2.6.3.1　中心领导、医院职能部门及上级主管部门确认的缺陷流程，视具体情况由分管中心领导或相关职能部门牵头组织缺陷流程的改进。

2.6.3.2　职能部门、科室在质量考核或实际运行中发现的流程缺陷，由发现科室填写《工作流程改进申请表》，报相关职能部门，由相关职能部门报告主管院领导确认（主管院领导不能确认的，可召开相关部门负责人参加的会议讨论确认），然后视具体情况由分管中心领导或相关职能部门牵头组织缺陷流程的改进。

2.6.4　缺陷流程的改进通过中心领导审批实施后，需要报办公室备案。

诊疗常规与临床路径管理规程

1. 目的

推行医疗护理流程标准化，提高整体医疗护理质量，降低医疗流程的风险，有效利用现有资源，提供安全、及时、有效的医疗护理服务。

2. 标准

2.1 诊疗常规与临床路径的形成。

2.1.1 中心领导组织、确定诊疗常规与临床路径项目的选择。

2.1.2 中心领导指导诊疗常规与临床路径的选用、编写、审核、试运行，在测试达到标准后批准试用。

2.1.3 各学科各专业的诊疗常规与临床路径，由科室负责人和学科与专业学术带头人组织选择、编写、修改。跨学科跨专业的诊疗常规与临床路径由医务部协调相关专业协作完成。

2.1.4 选择适用于本中心服务和患者群的诊疗常规和临床路径，重视科学性、适宜性和实操性。诊疗常规和临床路径选用国家强制性的、世界权威组织推荐的、国内相关行政管理机构和学术组织推荐的、类同医院成功运行的、适宜本中心特点自行编写的、其他组织的现有文本与本中心具体情况结合改写的。

2.1.5 各学科各专业诊疗常规与临床路径形成后，报医务部汇总，由中心领导组织医疗、护理、药学、医技、相关专业的专家组进行论证、修改和审核。影响重大的关键步骤由中心领导掌握。

2.1.6 通过专家组论证和中心领导审批，中心下达批准文件，采用该诊疗常规与临床路径，进行临床试运行。

2.1.7 对参与诊疗常规与临床路径运行医生、护士、医技、药学、供应及相关人员进行培训和考核，达到全体参与人员理解、掌握、并支持诊疗常规与临床路径应用的程度。

2.2 诊疗常规与临床路径的监测。

2.2.1 诊疗常规与临床路径内容包含诊疗常规与临床路径的监测内容，如目标、预期效果、各部门、全体人员使用同一单病种路径的一致性和有效性、关键监测数据的设计、数据采集与分析的方法与频率、监测时间和总结报告。

2.2.2 诊疗常规与临床路径开始执行，同时开始运行情况和运行效果的监测。

2.2.3 诊疗常规与临床路径的监测人员由中心领导指定，主要由项目的设计和执行单位完成。办公室每年至少完成5项诊疗常规或5项临床路径的重点监测。

2.3 诊疗常规与临床路径的实施。

2.3.1　诊疗常规与临床路径试运行，经过规定时间的监测，经过数据分析与设计的目标、预期效果比较，形成总结报告，上报中心领导。中心领导组织评估后，决定该诊疗常规与临床路径是否正式执行。

2.3.2　中心领导批准执行的诊疗常规与临床路径，中心下达批准文件，该诊疗常规与临床路径成为医院的正式流程并实施运行。

2.3.3　未经批准执行的诊疗常规与临床路径，取消原试运行文件。确定修改内容和时间，培训参与运行人员，再次试运行与监测。

2.3.4　诊疗常规与临床路径运行过程进行记录，发现问题在规定时间内进行修正，诊疗常规与临床路径中涉及的政策发生变化时要及时进行更新。正常运行情况下1–2年要进行1次回顾。

优先级监控项目设置规程

1. 目的

通过确定质量改进和医疗安全管理优先级项目，对当年主导任务的完成给予支持，对高频率出现的医疗质量问题、就诊者和员工存在不安全因素、高风险事件预防的主要流程，予以优先处理。

2. 标准

2.1 确定质量改进与医疗安全管理优先级项目和关键衡量标准。

2.1.1 国家法律法规和卫生行政部门的规范，指令性工作。

2.1.2 JCI标准要求进行的质量改进范围的项目。

2.1.3 服务使命和当年重点工作要求。

2.1.4 就诊者的需求和服务范围。

2.1.5 重要的临床和管理流程及结果。

2.1.6 高风险的、实施频率比较高的或是比较容易出问题的工作流程。

2.1.7 医疗资源利用不足和缺乏。

2.1.8 危机风险管理。

2.1.9 不成功率高于同等医院的数据或有潜在危险的重要运作流程。

2.1.10 在质量改进中没有达到目标的项目。

2.2 质量改进与医疗安全管理优先级监测项目确定程序。

2.2.1 中心主任确定质量改进与医疗安全管理活动优先级项目和关键指标。

2.2.2 中心主任确定质量改进与医疗安全管理优先级监测项目。

2.2.3 各分管中心领导参与质量改进与医疗安全管理临床优先级监测项目的选择、决定。

2.2.4 院级质量改进和医疗安全优先级的项目可由各科室申报，经主管部门批准，报办公室汇总。

2.2.5 院级质量改进和医疗安全优先级的项目可由各职能部门申报，报JCI办公室汇总。

2.2.6 JCI办公室收集、汇总院级质量改进与医疗安全管理优先级监测项目，每年12月上旬报质量改进与医疗安全管理委员会。

2.2.7 质量改进与医疗安全管理委员会负责全中心优先级监测项目的全面统筹，并组织专家对项目进行评审，每年12月份将下一年的中心质量改进和医疗安全管理优先级监测项目，形成文件，报请中心主任批准。

2.2.8 中心主任对《医院质量改进和医疗安全管理年度优先级监测项目确定报告》进行审查、并报中心行政办公会议审定。

2.2.9 中心行政办公会议审定的《医院质量改进与医疗安全管理年度优先级监测项目》为正式执行文件，由JCI办公室负责组织实施。

2.2.10 科室、职能部门的质量改进与医疗安全管理优先级监测项目分别由科室和职能部门提出，报JCI办公室汇总，经质量改进与医疗安全管理委员会讨论、通过、批准，由各科室和职能部门执行。

2.3 优先级监测项目的框架。采用JCI标准推荐的框架，包括以下11个临床方面、9个管理方面的监测及6大国际病人安全目标的监测。并由中心行政办公会议选择和确定内容的有关方面。

2.3.1 就诊者评估。

2.3.2 实验室服务。

2.3.3 放射及其他影像诊断服务。

2.3.4 手术操作。

2.3.5 抗生素及其他药物使用。

2.3.6 监控药物差错及接近失误。

2.3.7 麻醉及镇静。

2.3.8 血液及血液制品使用。

2.3.9 医务人员获得病历及其内容的可用性。

2.3.10 感染控制、监控及报告。

2.3.11 临床研究。

2.3.12 满足就诊者需求的医疗及日常用品的获得和供应。

2.3.13 法律及法规所要求报告事件的上报情况。

2.3.14 风险管理。

2.3.15 资源利用管理。

2.3.16 就诊者和家属期望值及满意度。

2.3.17 员工期望值及满意度。

2.3.18 就诊者人口统计学资料及疾病谱。

2.3.19 财务管理。

2.3.20 预防及控制危害就诊者、家属、员工安全事件，包括境外就诊者安全目标。

2.3.21 正确识别患者。

2.3.22 改进有效沟通。

2.3.23 改善高危药品的安全性。

2.3.24 确保手术部位正确、操作正确、患者正确。

2.3.25 减少医疗相关感染的风险。

2.3.26 减少患者跌倒所致伤害的风险。

2.4 优先级监测项目的操作方法。

2.4.1 中心领导在总体质量改进规程下进行优先级监测项目的开展。

2.4.2 中心行政办公会议确定优先级监测项目，并确定每个项目的负责人、参加人员，项目设施和培训等必需的条件。

2.4.3　项目负责人组织项目小组，设计项目的监测范围，设计监测架构和流程的指标，设计数据采集方式和频率、数据分析方式和频率，并与国内外标准、科学文献比较，设计项目所期望的效果和目标。

2.4.4　项目设计完成，交中心领导审批。中心领导确定监控临床和管理项目范围和关键监测性指标，选择指标时审定指标的“科学性”及“证据性”，并确认每个监测指标的范围、方法和频度。监控指标包括与架构、流程、操作程序和效果有关的监测指标。

2.4.5　中心行政办公会议确定和审批的项目，项目组按批准的计划进行工作，进行数据采集，数据采集的频度与监控流程相适应。重大监测标准和监测方法的改变，须经中心行政办公会议确定后进行修改。

2.4.6　数据采集后，由院内有关人员系统地整理、分析和验证，采用统计学工具进行数据处理，将数据转化为有用信息，数据分析的频度应与实施的监控流程相适应。

2.4.7　获得的科学数据和信息，进行不同时间段的同比对照，同等医院类比对照；与法律法规的标准或行业标准比照，同国内外的文献、科学研究及理想的实例或临床诊疗指南进行比照。

2.4.8　根据数据分析和质量管理持续提供的反馈信息，中心领导决策临床和管理流程的质量改进。质量改进的流程改良方案经过测试或试运行确认效果后方可实施。

2.4.9　流程改良方案，以实施数据来证明有效性和效果稳定性；并修改相关政策，使新流程得到维持。

2.4.10　建立优先级监测项目的监控结果交流机制，定期向中心领导报告。

质量改进与医疗安全数据验证规程

1. 目的

质量改进与医疗安全管理的数据应该准确、可靠，为决策层提供把控全局态势的平台，为管理层和执行层提供依据。

2. 标准

2.1 数据验证程序。

2.1.1 再次收集数据的人员未参与原有数据的收集。

2.1.2 确定病历、病例及其他数据的有效样本容量。当总体个数非常小的时候，需进行普查。

2.1.3 原有收集的数据与再次收集的数据进行比较。

2.1.4 计算正确率，为其相同结果的数量除以总的样本量乘以100%。将正确率的90%作为目标值。

2.1.5 若发现两次收集的数据有差异时，要注明原因（例如，对数据的定义不明确）并采取整改措施。

2.1.6 采取整改措施后，对新的样本量进行收集，以确保达到预期的正确率。

2.2 特别注意的数据变化情况。

2.2.1 新指标的实施（特别是医院为了评估、改进重要的临床操作流程与相关的结果而选择的一些临床指标）。

2.2.2 通过医院网站或其他方式公布的数据。

2.2.3 监测指标的变动，例如资料收集工具、资料收集流程及收集人员的变动。

2.2.4 从现有监测指标中获得的数据结果不能很好地解释指标。

2.2.5 数据来源的改变，例如，部分纸质病历改为电子病历的话，相关的数据来源将包括纸质与电子病历数据。

2.2.6 数据的主题有改变，比如：病人的平均年龄、并发症、研究替代方案，新临床指南的实施、新技术与质量方案的使用。

不良事件及高风险流程处理规程

1. 目的

界定院内各种不良事件（警戒事件、重大不良事件、医疗差错、接近失误）的定义，制订上报和处理流程，确保当医院发生不良事件时能按照政策报告、评估、处理，将影响和损失降到最低限度，并分析原因，改进流程，预防事件再次发生。

2. 标准

2.1 不良事件范围：本中心不良事件包含警戒事件、重大不良事件、医疗差错和接近失误。

2.1.1 警戒事件：

2.1.1.1 与就诊者所患疾病或自然病程无关的意外死亡。

2.1.1.2 与就诊者所患疾病或自然病程无关的器官重大损害或功能永久丧失。

2.1.1.3 做错部位、做错操作、做错患者的外科手术。

2.1.1.4 婴儿被盗或被错抱回家。

2.1.2 重大不良事件：

2.1.2.1 严重输血反应：溶血反应、细菌污染等情况导致的严重症状，需要医生处置的输血反应。

2.1.2.2 严重药物反应：毒副反应、过敏反应等。

2.1.2.3 重大用药错误：违反医疗原则、使用配伍禁忌药物、超剂量用药、给药途径错误等情况，导致不良后果。或因不良后果引起医疗纠纷。

2.1.2.4 重大手术前后诊断不符合：术前诊断与术后诊断在疾病部位、性质、病理明显不符合。

2.1.2.5 麻醉和镇静意外：麻醉和中深度镇静导致严重不良后果，或因不良后果引起医疗纠纷。

2.1.2.6 院内感染：院内感染暴发、感染细菌谱的严重抗药性。

2.1.2.7 医用设备故障：严重医疗设备器械故障，导致严重不良后果，或因不良后果引起医疗纠纷。

2.1.2.8 环境和设施、设备缺陷事故：就诊者跌倒事件、水污染事件、食物中毒、重大化学物质泄漏事件、辐射源泄漏、火灾及医用气体事故、压力容器事故、电梯事故、停电事故、网络故障等导致严重不良后果，或因不良后果引起医疗纠纷。

2.1.2.9 刑事事件：老年就诊者走失、就诊者和员工遭外来人袭击、就诊者财物和医院财产被盗和被损坏、就诊者之间产生激烈矛盾导致损伤、就诊者及其家属采取过激行为损坏医院财产或伤害员工等。

2.1.3 医疗差错：

医疗护理服务过程中，1个或多个环节出现错误，错误未能被发现并得到纠正，导致错误的医疗护理服务最终对就诊者实施，称为医疗差错。医疗差错可导致警戒事件，但并非所有警戒事件都由医疗差错所致，也并非所有医疗差错都会引发警戒事件。

2.1.4 接近失误：

医疗护理服务过程中，一个或多个环节出现错误，错误在到达就诊者之前被发现并得到纠正，错误的医疗护理服务最终未对就诊者实施，称为接近失误。

2.2 医院不良事件报告及处理程序。

2.2.1 警戒事件和重大不良事件。

2.2.1.1 发生警戒事件和重大不良事件时，首先抢救就诊者和受损伤人员，妥善保护有可能引发事件的所有物品和现场。

2.2.1.2 事件发生时，①当事人或当值人员立即报告本部门负责人及相关职能部门或行政值班，紧急的或特别严重的事件可直接报告分管中心领导。②部门负责人、相关职能部门或行政值班得到报告后，第一时间内与事件发生的科室密切协调合作，共同了解事件发生的原因，估计可能造成不良后果的严重程度，并对事件采取有效的紧急补救措施，防止和最大限度减少事件造成的损害。③相关职能部门或行政值班根据事件严重程度的判断，在适当的时间内报告分管中心领导。④分管中心领导必要时亲自负责指挥事件的处理过程。对非常严重的事件，分管中心领导在适当的时间内向中心主任报告。

2.2.1.3 当事人或当值人员在事件发生后，如实汇报事件发生及处理的详细情况，部门负责人在事件发生后24小时内，向相关职能部门做出书面报告。

2.2.1.4 事件发生后，各可能与事件发生有关的任何人员及部门，配合主管职能部门的进一步调查、分析及处理等后续工作，必要时由分管中心领导亲自或指定受权人组织医疗和管理等相关人员组成专项调查小组，调查小组全权调查及处理后续相关工作。

2.2.1.5 处理事件的主管职能部门或专项调查小组，全面客观地收集事件的所有资料和信息，并将资料和信息与国家法规、行业惯例、医院规程进行比较。必要时将重要物证送国家法定部门进行检测，以确定事件的发生原因及性质。

2.2.1.6 处理事件的主管职能部门或专项调查小组，在事件发生后1周内做出对事件的调查、分析及处理情况的书面报告，上报分管中心领导。分管中心领导根据调查报告确定向中心领导或相关部门通报，以及制订下一步处理措施。

2.2.2 医疗差错和接近失误。

2.2.2.1 各业务部门均应建立《医疗差错和接近失误登记本》。对医疗护理服务过程任何环节发生差错或接近失误，进行记录。

2.2.2.2 部门负责人或部门指定的负责人在《医疗差错和接近失误登记本》中记录事件发生的时间、简单的事件过程、原因分析及处理结果，每月6日前汇总上报相关职能部门。

2.3 不良事件的质量改进。

①办公室在收到不良事件的个案报告后，及时向相关职能部门通报，并督促相关部门（必要时共同参与）对事件发生的原因过程进行调查分析，制订最佳整改措施。②办公室每月对各部门上报的各种不良事件进行统计、分析、总结、报告。对警戒事件必须在中心领导规定时间内完成根本原

因分析（RCA）报告。③对重大不良事件，发现有明显的或严重的不良趋势时，根据质量改进的原则及方法对数据进行彻底分析，根据分析结果决定最佳改进重点。④必要时对相关工作流程进行改造，并将分析结果、改进计划、改进措施、改进效果等相关信息，按照医院质量改进与医疗安全管理的相关政策进行通报、审批、落实、跟进。

2.4 处理不良事件的注意事项。

2.4.1 鼓励报告：采取各种积极、有效的方法鼓励员工、就诊者及其家属对医院不良事件进行报告。从医院运作系统方面查找原因、改进流程，不以单纯惩罚个人为解决问题的主要手段，形成良好的质量改进与医疗安全管理的医院文化。

2.4.2 及时补救：各部门及当事人对发生不良事件，特别是对就诊者造成伤害的不良事件，要当机立断，及时补救，将可能造成的损害或损失降低到最低限度。

2.4.3 及时报告：职能部门对员工进行不良事件报告流程的培训，一旦发生，相关人员及部门按照流程及时报告。

2.4.4 调查分析：对发生的不良事件进行全面的调查分析，不放过任何安全隐患因素。

2.4.5 客观公正：对不良事件的调查、分析、处理过程要求协调一致，密切配合，客观公正，对事不对人。

2.5 高风险流程评估处理规程。

中心领导每年组织相关人员，共同确定高风险区域及高风险流程的项目，依据风险程度进行风险级别的排序。每年至少在优先级风险项目中选择1项，采用失效模式和效果分析工具（FMEA）进行分析，必要时采取相关行动或重新设计流程，保留以上过程的相关记录。

第二诊疗意见的管理流程

1.目的

就诊者及住院者有第二诊疗服务的需求时，医院员工所遵循的原则及解决方法。

2.标准

帮助满足就诊者、住院者及其家属对第二诊疗服务的需求。

2.1 定义。

第二诊疗建议是在就诊者的疾病、病症、诊疗已经获得诊断或者治疗的基础上，寻求第二个医生或该行业的专家，对就诊者的疾病进行进一步分析诊断，再次进行诊断或提出的治疗建议，以便就诊者及其家属对诊疗意见做出选择或决策。

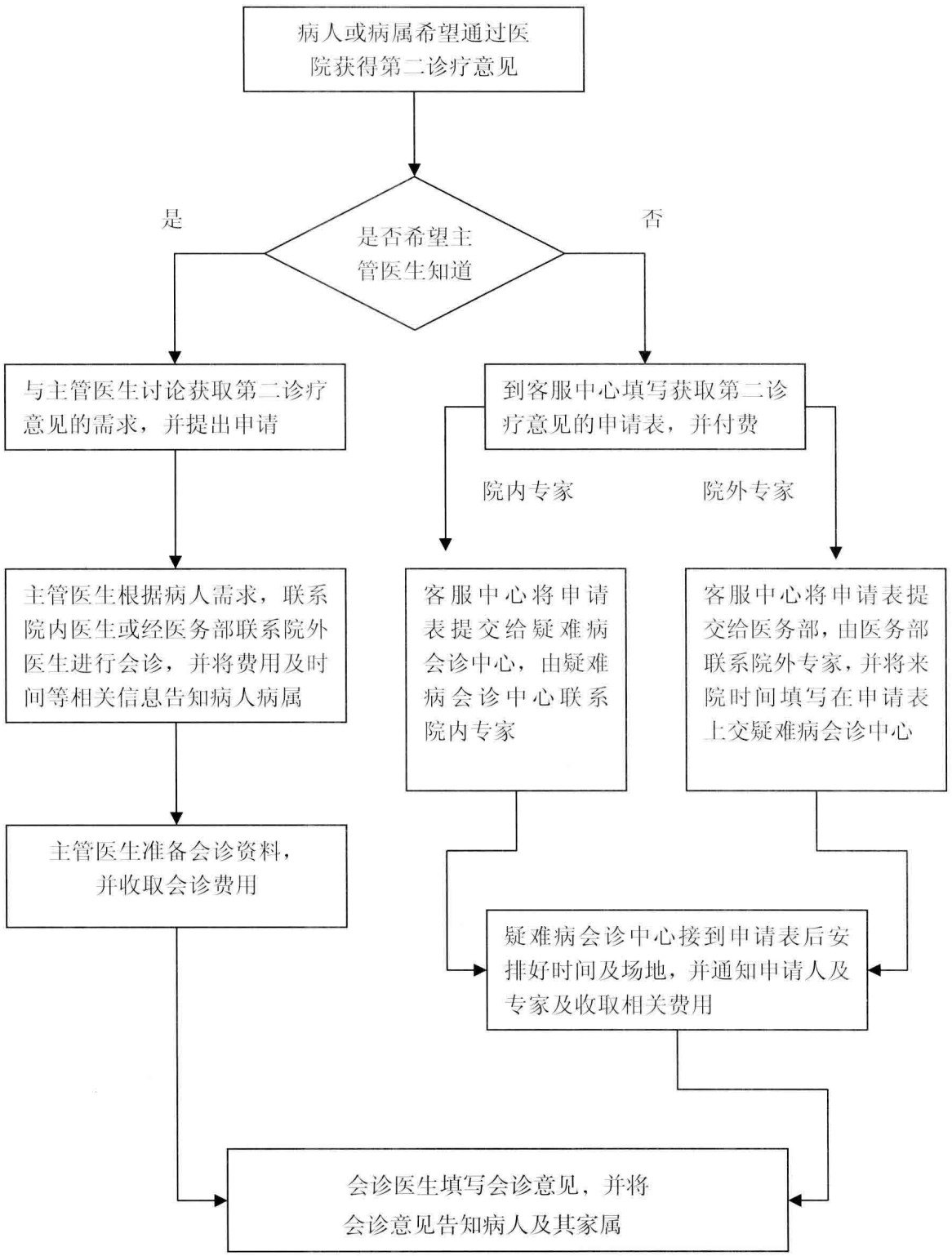
2.2 工作标准。

2.2.1 医院应尊重及支持就诊者及其家属获取第二诊疗意见的权利。

2.2.2 就诊者及其家属提出第二诊疗意见的申请时，医院要有快捷的接受申请的途径和积极的处理制度，要告诉就诊者及其家属获取第二诊疗意见的活动不会影响医院对其提供的任何服务的质量。

2.2.3 第二诊疗意见的申请可以口头及书面形式提出，如经主管医生提出的申请，可以口头的形式，并按照《会诊制度》进行；如就诊者希望避开主管医生或所在科室，则直接向客服中心提交书面申请。

2.2.3 医务部负责提供第二诊疗意见的医生资质的审核及管理。


病人或病属希望通过医院获得第二诊疗意见
是否希望主管医生知道
是
否
与主管医生讨论获取第二诊疗意见的需求，并提出申请
到客服中心填写获取第二诊疗意见的申请表，并付费
院内专家
院外专家
主管医生根据病人需求，联系院内医生或经医务部联系院外医生进行会诊，并将费用及时间等相关信息告知病人病属
客服中心将申请表提交给疑难病会诊中心，由疑难病会诊中心联系院内专家
客服中心将申请表提交给医务部，由医务部联系院外专家，并将来院时间填写在申请表上交疑难病会诊中心
主管医生准备会诊资料，并收取会诊费用
疑难病会诊中心接到申请表后安排好时间及场地，并通知申请人及专家及收取相关费用
会诊医生填写会诊意见，并将会诊意见告知病人及其家属

医院伦理规范

1. 目的

明确医院的伦理原则，规范员工在工作中的医德伦理行为，真正实现医院“仁心善术、惠泽妇儿”的办院使命。

2. 标准

2.1 组织伦理原则。

2.1.1 医院践行“承载健康责任，践行仁心善术，惠泽妇女儿童”的建院使命。

2.1.2 医院建立“仁、和、慎、行”的核心价值观。

仁——仁心关爱，贵在诚信；

和——天地人和，上下同心；

慎——敬畏生命，谨慎行事；

行——与时俱进，践行使命。

2.2 员工伦理规范。

2.2.1 尊重生命，救死扶伤，实行人道主义，时刻为病人着想，千方百计为就诊者解除病痛。

2.2.2 尊重就诊者的人格和权利，不受其社会、经济、个人属性及健康问题性质的影响，一视同仁，对所有就诊者提供相同标准的医疗服务。

2.2.3 尊重和维护就诊者的尊严、宗教信仰和习惯、文化价值观、知情同意权、医疗参与决策权、投诉等就诊者所应具有的一切合法权利。

2.2.4 尊重就诊者的隐私权，严守就诊者的秘密，实行保护性医疗，维护就诊者的知情同意和隐私权利。

2.2.5 遵守国家法律法规和医疗卫生现行规定，忠于职守，依据医院的政策、程序及标准工作；明确服务范围，提供合乎专业与标准要求的医学服务；员工不可做超出自己授权范围以外的保证与承诺。

2.2.6 遵纪守法，廉洁行医，应委婉拒绝就诊者或其亲友的请吃、馈赠，更不勒索病人。禁止利用职权或职务之便谋取不正当利益，确保自己的职业身份不被商业促销利用。

2.2.7 当发现同仁有不能胜任、不合伦理或不合法的行为以及任何危及医疗安全、危及服务品质、或对就诊者身心及对社会有负面影响的言行时，员工有制止并报告上司的义务。

2.2.8 奋发进取，钻研医术，积极更新专业知识与技能，不断提升和维持良好的技术水准，提高医疗服务质量。

2.2.9 尊重同仁，相互信任，精诚合作，分享知识与经验。禁止剽窃他人的学术或科研成果。

2.2.10　器官移植、癌症、临终关怀、致残手术、性病等患者在住院过程中所涉及的伦理问题和科研项目、新技术新项目的应用、药物试验等事项涉及的伦理问题，员工应及时上报相应的伦理委员会，并依照该委员会规定执行。

临床和管理服务合同管理制度

1. 目的

规范由医院外部提供的临床和管理服务合同的管理，保证这些服务能够满足就诊者的需要，并符合医院的管理品质。

2. 标准

2.1 由于技术或设备所限，以及考虑到服务的专业性，医院会选取医院以外的机构为医院提供临床和管理方面的服务，如保洁服务、临床检验、影像诊断服务等。

2.2 医院领导应确定这些服务的清单，明确所提供服务的性质及范围，并应与服务提供者签订书面的服务合同，保证这些服务能够满足就诊者的需要，并且作为医院质量管理和改进活动的一部分，对其服务质量进行监控。

2.3 临床服务项目的提供者应由相应部门的领导推荐并负责管理服务合同，如检验项目由检验科主任推荐并负责服务质量的管理。后勤管理服务合同由后勤管理部负责管理并对服务质量进行监控。管理部门应该明确合作单位需要提供给医院的数据及其频率和格式，每年至少收集1次来自合作单位的质量报告，并确保将其整合进本部门的质量评价体系中。

2.4 院外临床服务要符合法律、法规，且在行业内有良好的信誉、技术和服务质量。医院对院外资源的技术力量和设备是否符合要求，要进行考核评估，院外机构一旦被医院确认，将作为指定的合作单位，并与之签订合作协议。医院要在内网上公布这些机构的名称和服务范围，医生不准选择其他院外资源。

2.5 医院要确认临床领域、检验检测领域和影像领域等专业领域的专家，建立这些专家的名册和联系方式并在内网上公布，以便临床部门需要时可以与这些专家进行沟通和联系。专家名册每年至少更新1次。

2.6 医院要确保对就诊者的服务不会因为供应商或是服务合同的变更而终止。

伦理委员会管理制度

1. 目的

根据医院的使命和宗旨，引导并约束员工避免用个人的道德立场或偏见而影响医疗服务质量和社会对医院的期望，为病人提供符合医疗伦理规范的服务。

2. 标准

2.1 组成。

主任：2名，由中心主任和中心党委书记担任。

委员：9-11名，由中心党委副书记、中心副主任、办公室主任、人事部主任、医务部主任、药学部主任、医院法律顾问担任。

秘书：1名，由医务部指定专人担任，主要负责伦理委员会的日常工作，包括会议安排及会议记录、资料收集和整理等。

2.2 管理框架。

2.2.1 医院伦理委员会在中心行政办公会议的领导下开展工作。

2.2.2 医院可以根据工作需要设置专项工作的伦理委员会负责具体工作，如医学伦理委员会、药物试验伦理委员会、产前诊断伦理委员会、生殖伦理委员会等。

2.3 职责。

2.3.1 研究制订医院的医德伦理规范，并进行监督和指导，确保全体员工遵守医德伦理规范，保证医院的使命得以完成。

2.3.2 指导落实对每位员工的医德伦理规范的培训，使其深切了解与认识专业和个人的伦理责任，并本着医德伦理规范为就诊者服务，彼此尊重与合作，恪守伦理规范，保持职业尊严，维持良好的人际关系。

2.3.3 审核与伦理相关的临床与非临床业务，并监督执行。

2.3.4 审核就诊者在参与临床研究、调查、试验时的计划，并监督执行。

2.3.5 审核各项知情同意书。

2.3.6 受中心主任委托，对医疗、护理、医技发生的纠纷和事故进行伦理鉴定，必要时可请法律顾问及相部门负责人参加。

2.3.7 为医院员工提供医德伦理方面的咨询意见。

2.3.8 每年年终对本委员会工作做分析总结，以利改进。

2.4 工作规程。

2.4.1 医院伦理委员会一般依据申请人的要求召开会议，必要时也可以根据医院领导或职能部

门的要求召开会议。专项工作原则上由对应的专项伦理委员会进行讨论和审查。

2.4.2 申请人必须根据医院伦理委员会或专项伦理委员会的要求提供相关资料，供委员会进行讨论和审查。

2.4.3 医院伦理委员会或专项伦理委员会对审查项目可以做出批准、不批准或者作必要修改后再审查的决定。对咨询要求应该提出明确的建议。委员会做出的决定应当得到三分之二委员的同意。委员会的决定应当说明理由。

2.4.4 医院伦理委员会不能作出决定的问题可以提请上一级的伦理委员会审查。

2.4.5 专项伦理委员会作为医院伦理委员会的下属机构，根据医院制订的专项伦理委员会工作规程开展工作。

行政办公会议议事规则

1. 目的

为进一步贯彻民主集中制，完善民主决策程序，按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的要求，本着公开、公正、高效的原则，制订本规则。

2. 标准

2.1 参加会议人员。

2.1.1 广州市妇女儿童医疗中心（以下简称“中心”）行政办公会议参加人员为中心领导班子全体成员。

2.1.2 中心办公室主任或指定专人列席记录，视内容需要可邀请有关部门负责人或有关人员列席会议。

2.2 议事范围。

2.2.1 研究贯彻上级有关卫生改革与发展的方针、政策的意见。

2.2.2 研究、审定中心发展规划、专项业务规划、年度工作计划和总结，以及重要的专项计划。

2.2.3 审定以中心名义上报市卫生局和上级有关部门，涉及重要事项的请示、报告。

2.2.4 审定以中心名义发布的，涉及全中心卫生工作的行政规章制度、政策性文件和目标责任管理制度。

2.2.5 审议中心经费预算、决算和经费的分配与使用。审定专项用款计划及临时安排50000元以上的经费开支。

2.2.6 审定中心（包括两个院区）建筑面积2000平方米以上的大型基建项目的立项、设计、施工单位招投标方案及购置100000元/台（套）以上的大型设备计划。

2.2.7 研究重大外事活动，审议公派出国人选和组织出境考察计划。

2.2.8 研究职能科室呈报的需要中心行政办公会议讨论的重大问题及解决问题的原则。

2.2.9 研究决定一般干部的调入（出）问题以及中心员工的招聘问题。

2.2.10 研究决定对职工的重要奖惩以及福利分配等关系职工切身利益的重大问题。

2.2.11 研究其他涉及面广且影响较大的问题以及中心领导班子成员认为需提交办公会议讨论的其他重要事项。

2.3 议事程序和规则。

2.3.1 凡需提交办公会议讨论的议题，由各位领导成员提出，于会议上一周的最后一天前，交中心办公室安排，由中心主任审定议题。办公室将议题和有关材料在会议召开前一天呈送各位领导成员做好会议准备。

2.3.2 涉及几个部门的议题，应事先由分管的中心领导牵头，进行协调、沟通，在取得比较一致的意见后，才提交行政办公会议讨论。以做到内容明确，发言简短，观点鲜明，确保会议的质量和效率。

2.3.3 重大的决策性议题，应由承办部门认真听取有关方面意见，做好调查研究和可行性论证工作，提出两个以上可供选择的方案，才能提交办公会议讨论。必要时可请承办部门在会上转达有关方面的意见。

2.3.4 对一些较复杂或较为重要的问题，应在会前充分酝酿后才能提交会议。

2.3.5 未做好上述准备工作的，除特殊情况外，不能列入议题。

2.3.6 办公会议原则上每月召开2至3次，一般定在星期四。遇到重要或紧急问题时，可以随时召开。

2.3.7 办公会议由中心主任或中心主任委托1名中心领导主持。参加人员因特殊情况不能出席会议的，必须向主持人请假。办公会必须有半数以上的中心领导成员参加才能举行。

2.3.8 每项议题由分管领导作简要的说明，列席会议的有关人员作必要的补充。班子成员围绕议题充分发表意见，最后由主持会议的领导根据讨论的情况，进行归纳集中，作出决定。

2.3.9 如在讨论议题中出现较大的意见分歧，除特殊情况外，应暂缓作出决定。待进一步调查研究，充分酝酿后，在下次会议再议。

2.3.10 班子成员在会上要充分发表意见参与决策，会后要认真执行决议。如在执行决议中发现新问题应及时向主要领导反映，必要时可提出复议。

2.3.11 如议题涉及领导成员本人或其亲属时，该成员应回避。

2.4 非议事范围的有关问题处理原则。

2.4.1 不需要提交办公会议讨论而应由分管领导负责解决的问题，每个领导成员都应认真、负责、高效地处理。对其中比较重要的情况要及时向中心主任汇报，并向其他领导成员通传。

2.4.2 遇突发事件或特殊情况来不及向中心主任汇报或集体讨论，接到情况（包括不是本人分管范围的情况）报告的领导，应根据实际情况果断处理，事后再向领导班子或分管领导通传。

2.4.3 领导班子成员在处理分管工作时应加强相互沟通协调，如遇到疑难问题，应主动及时请示相应的党政主要领导。

2.5 纪律要求。

2.5.1 办公会议讨论的内容，除规定可以公开的以外，与会人员不得泄露议事过程和内容，违者追究责任。

2.5.2 要维护领导班子的团结和领导集体的权威，需要对外公布或进行个别谈话的内容，必须以会议决议为准，不得将不同意见向外泄露。

2.5.3 任何个人或少数人都无权决定应由领导班子集体讨论决定的问题，也无权改变办公会议作出的决定。

2.5.4 坚持集体领导和个人分工负责相结合的原则，属议事范围的事项，均应提交集体讨论决定。领导班子成员应各司其职，对分管的工作不推诿，不拖延，不得把职权范围内应由自己解决的问题，推给领导集体或主要领导。

2.6　督办。

2.6.1　办公会议指定专人做好会议的详细记录和起草会议纪要。会议纪要经中心办公室领导核稿，呈会议主持人或主要领导签发后，呈送中心领导班子成员签阅，必要时印发给有关部门按照执行。

2.6.2　中心办公室对提交讨论的议题，应检查是否按程序和要求办理，并做好会前准备工作。会后，对会议决定事项的贯彻落实负有督办责任并要及时收集信息，向主要领导报告。

建设项目结算审批流程

1. 目的

规范结算流程，避免出现漏洞，保证支付手续的合法性。

2. 标准

2.1 本流程专门适用于广州市妇女儿童医疗保健中心建设项目，其余建设项目根据医院的相关流程执行。

2.2 结算送审（市财政投资评审）前的审批程序。

2.2.1 筹建办收到代建单位和监理单位送达的结算材料及结算申请后，对送审资料进行核对，提出意见后签名确认；

2.2.2 后勤管理部主任审核签名；

2.2.3 财务部就项目资金情况（包括资金筹集、使用、结余等）提出意见并签名；

2.2.4 后勤管理部分管领导审核签名，并递交中心行政办公会议审定；

2.2.5 中心主任审核签名；

2.2.6 筹建办负责拟文报请市卫生局审核，然后由市卫生局报送市财政局进行项目造价审核。

2.3 结算送审（市财政投资评审）后的确认程序。

2.3.1 筹建办收到市财政局（含市财政局委托的单位）的审核意见后，提出建议或意见并签名确认；

2.3.2 后勤管理部主任审核签名；

2.3.3 后勤管理部分管领导审核签名；

2.3.4 中心主任审核签名；

2.3.5 筹建办负责办理确认（或异议）手续。

2.4 结算支付的审批程序。

2.4.1 筹建办根据市财政局的结算函以及相关的合同约定，按照基建支付程序，对支付申请提出意见并签名确认；

2.4.2 后勤管理部主任审核签名；

2.4.3 财务部就项目资金情况（包括资金筹集、使用、结余等）提出意见并签名；

2.4.4 后勤管理部分管领导审核签名，并递交中心行政办公会议审定；

2.4.5 纪委监察审计室就支付流程是否符合规定提出意见并签名；

2.4.6 中心主任审核签名；

2.4.7 筹建办负责办理结算支付手续后由财务部进行支付。

2.5 以上流程由中心办公室公文办理人员负责跟进督办。

员工档案管理制度

1. 目的

为确保人事档案的真实性、严肃性，使人事档案工作规范化和标准化，根据《中华人民共和国档案法》、《干部档案工作条例》及有关法律、法规，结合本单位实际情况，特制订本制度。

2. 标准

2.1 按照国家要求所建立的档案包括以下10类内容：

2.1.1 简历材料：履历表（简历表）包括教育、培训及工作经历、配偶及子女情况等，主要有学生登记表；干部履历表；人事代理人员登记表；职工登记表；更改姓名的材料等。

2.1.2 自传材料：自传及属于自传性质的材料。

2.1.3 鉴定、考核、考察材料：自我鉴定；学生毕业、结业鉴定表；干部出国、出境、调动等组织正式出具的“表现”“情况介绍”；职务任免的考核考察材料；党政机关、事业单位工作人员年度考核表；离任审计材料等。

2.1.4 学历、学位、学绩、培训和专业技术情况材料：报考高等、中专学校学生登记表，毕业登记表、成绩表、学历证明及授予学位的材料；报考留学生登记表；成人教育、岗位培训登记表；报考资格审批表、专业技术职务任职资格审批表、聘任专业技术职务审批表、套改和晋升专业技术职务（职称）审批表、专业技术人员聘任期满考核登记表；干部的创造发明、科研成果、著作、译著、有重大影响的论文（如获奖或在全国性的报刊上发表）等目录、论文获奖通知书。

2.1.5 政审材料：审查干部政治历史情况的调查报告；入党、入团、参军、因私出国的政审材料；家庭成员及主要社会关系的调查材料；平反决定通知或复查意见；更改民族、年龄、国籍、入党入团、参加工作时间的本人报告及审批、依据、证明材料；入伍时间批注（证明）；劳动部门形成的连续工龄审核等材料。

2.1.6 入党、入团材料：入党志愿书、申请书、转正申请书，党员登记表、评议表，退党材料；入团志愿书、申请书，团员登记表，退团申请书；加入民主党派的有关材料。

2.1.7 奖励材料：各种先进人物登记表、先进模范事迹；各类荣誉证书审批表、登记表；有光荣称号的代表大会代表登记表。

2.1.8 处分材料：违反党纪、政纪、国法所受的党内外处分、通报批评的决定、查证报告、上级批复及本人意见；法院审判工作形成的判决书等。

2.1.9 工资、任免、代表大会、出国等材料：

2.1.9.1 工资转正定级审批表、工资变动审批表、工资升级审批表；调整工资标准审批表；解决工资待遇的审批材料。

2.1.9.2　干部人事任免审批表；转干、录用和聘任干部审批表、合同书；续聘、解聘、辞退材料；退（离）休、退职军衔、警衔晋升审批表，复员、退伍、转业登记表（审批表），服预备役报告表；知识青年上山下乡登记表。

2.1.9.3　因公出国、出境、赴港、澳考察人员审查表。

2.1.9.4　各级党代会、人代会、政协会议，工、青、妇等群众团体代表会、民主党派代表会代表登记表。

2.1.10　其他参考材料：录用和调动入职报到证、有残疾的体检表、残废等级记录材料；独生子女优待审批表；工会会员登记表；办理丧事的讣告、悼词、死亡证明书，非正常死亡的调查报告和遗书等。

2.2　员工自入职之日起，需按照JCI要求建立独立的个人档案，并至少每3年进行1次回顾，必要时更新，以保证其能继续提供医疗服务。员工个人档案包括以下资料：

2.2.1　个人档案首页，包括个人信息、学习经历、工作经历、资格证明、医院内部工作调动记录等。

2.2.2　员工岗位职责。

2.2.3　有效执照、学历学位证书等复印件。

2.2.4　医疗权限。

2.2.5　试用期、年度和临时工作评价。

2.2.6　岗前培训记录、继续教育、培训记录，CPR（心肺复苏）、ACLS（高级心血管理生命支持）证书的复印件等。

2.3　由档案形成材料的所在部门保存的员工个人档案内容包括：

2.3.1　部门员工岗位职责。

2.3.2　部门员工考核评价表。

2.3.3　岗位所需的特定资格证书。

2.3.4　部门内部培训记录。

2.3.5保健科保存的所有员工健康状况资料等。

2.4　员工个人情况变更规定：

员工进入单位后，由员工本人填履历表（职工登记表），其内容包括员工姓名、性别、出生年月、民族、籍贯、政治面目、文化程度、婚姻状况、家庭住址、联系电话、家庭情况、个人兴趣爱好、学历、工作经历、特长及专业技能、奖惩记录等项目。

上述项目内容如有变化，员工应以书面方式及时准确地向人事部报告，以便使员工个人档案内有关记录得以相应更正，确保人事部掌握正确无误的资料。

2.5　员工人事档案的使用：

员工人事档案为单位管理的决策部门提供各种人事方面的基本数据，并为人事统计分析提供资料。本单位人事决策人员可以通过对有效数据的分析，了解本单位人员结构的变动情况，为制订单位人力资源发展规划提供依据。单位要认真做好员工档案材料的收集、鉴别、整理、保管和利用，充分发挥员工档案材料的作用，为单位人力资源的规范化管理奠定扎实的基础。

2.6　人事档案的借阅规定：

2.6.1　在人事档案规定范围内借阅，时间不超过15天。

2.6.2　外单位各级党委和组织人事部门因干部考察、任免、调动、政治审查、组织处理、入党入团、出国（境）、福利待遇、治丧等工作需要，准予查阅干部人事档案，但必须填写《查（借）阅干部人事档案审批表》，不得凭借调查介绍信和行政介绍信查阅干部人事档案。

2.6.3　任何个人不得查阅借用本人及其亲属的人事档案，如员工向人事部提出有效证明或充分理由，由人事部职员代为拷贝所需材料或出具证明。

2.6.4　有特殊需要时。

2.7　员工人事档案保管保密工作。

2.7.1　人事部对接收员工原单位转递而来的人事档案材料内容，一概不得加以删除或销毁，并且必须严格保密，不得擅自向外扩散。

2.7.2　查阅干部人事档案，不得写划、涂改、拆散、抽出、增添、污损档案内容；注意保密，不得与无关人员谈论或泄漏档案内容。

2.7.3　未经批准，不得复制档案材料；查档摘抄或复印的材料应办理登记手续，且不得给无关人员传看，用完后应自行销毁。非保密本不能记录干部人事档案内容。

2.7.4　严禁在阅档室内吸烟。

2.8　定义。

员工人事档案是关于员工个人及有关方面历史情况的材料。档案材料由员工学习、工作过的单位或部门负责人或员工本人提供，主要由手写档案、电脑自动化存储档案两部分组成。

医院门禁授权管理制度

1. 目的

为了保障病人安全、医院财产安全和员工人身及财物安全，防止医院财产流失，特制订本制度。

2. 标准

2.1 适用范围：本制度适用于医院全体工作人员，包含中心职工、进修人员、实习人员、派遣人员、特殊授权人员。

2.2 管理部门：门禁授权审核由人事部负责，门禁系统的开通由后勤管理部负责，后勤管理部根据人事部每月考勤及人事部审核通过的《门禁授权申请表》进行权限开通。

2.3 门禁卡管理。

2.3.1 由于中心职工的工卡具有芯片功能，故用工卡作为门禁卡；其他没有中心职工工卡的人员使用后勤管理部统一制作的门禁卡。

2.3.2 门禁卡仅限本人使用，不得外借他人，否则，由于借予他人使用该卡而造成损失的，由持卡人承担全部责任。

2.3.3 工作人员离职时必须交回门禁卡。

2.3.4 门禁卡遗失登记。

在使用期间不慎遗失工卡或门禁卡的，请及时向人事部挂失，否则，由于他人冒用该卡而造成损失的，由持卡人承担全部责任。

（1）工卡遗失：职工电话通知人事部登记挂失，人事部审核后通知后勤管理部取消该卡所授的门禁权限，同时职工在办公网上填写《职工工卡遗失登记表》，经科室负责人审核同意后，人事部办理新工卡，后勤管理部开通新卡的门禁权限，最后通知丢失人领新工卡。

（2）门禁卡遗失：工作人员直接向后勤管理部挂失，由后勤管理部取消该卡门禁权限。

2.3.5 门禁卡在使用期间如丢失或人为折损无法继续使用，需补办者，应支付新卡的成本费100元。若出现无故消磁或不能使用者，人事部在核实情况后，将给予免费更换。

2.4 门禁卡权限管理。

2.4.1 中心职工原则上只授予进入现工作科室范围的门禁权限。

2.4.3 需要特殊授权者需填写《门禁授权申请表》，经过科部审批，必要时中心领导审批后，人事部通知后勤管理部开通权限。

2.4.4 财务部、档案室等涉密部门仅限本部门工作人员进入。

2.5 门禁授权流程。

2.5.1　门禁开通授权：

（1）持工卡职工：人事部制作工卡——按照其所在科室通知后勤管理部开通权限——办理完毕后通知职工领卡；

（2）持门禁卡的工作人员：

①进修、实习人员：科教信息部或护理部将名单及授予进入科室权限通知后勤管理部开通；

②物业派遣人员：科室负责人（护士长或主任）填写《门禁授权申请表》——根据工作人员的管理部门由护理部或财务部或后勤管理部审核授权——后勤管理部开通权限；

③特殊授权人员：聘请科室负责人填写《门禁授权申请表》——人事部审核授权（必要时中心领导授权）——后勤管理部开通权限。

2.5.2　门禁权限变更：

申请人填写《门禁授权申请表》——拟授予开通门禁的科室主任确认——人事部审核授权——后勤管理部更改开通的权限。

2.5.3　离院、离职人员门禁权限注销：

（1）中心职工：职工持工卡及离院通知书到后勤管理部——后勤管理部注销门禁权限并在离院通知书签字——人事部回收工卡。

（2）进修、实习人员：科教信息部回收结束实习和进修人员的门禁卡——后勤管理部注销门禁权限——人事部回收门禁卡。

（3）物业派遣人员、特殊授权工作人员：聘请科室负责人回收人员的门禁卡——后勤管理部注销门禁权限——人事部回收门禁卡。

职工放射假管理制度

1. 目的

为保障放射工作的职业健康与安全，维护放射工作人员权益，规范放射假管理，确保医疗工作的有序进行。

2. 标准

2.1 定义。

2.1.1 放射工作单位：是指使用放射同位素、射线装置进行临床医学诊断、治疗和健康检查的科室。

2.1.2 放射诊疗工作：是指使用放射同位素、射线装置进行临床医学诊断、治疗和健康检查的活动。

2.1.3 放射工作人员：是指在放射工作单位从事放射职业活动中受到电离辐射照射的人员。放射工作人员应具备下列基本条件：（1）年满18周岁；（2）经职业健康检查，符合放射工作人员的职业健康要求；（3）放射防护和有关法律知识培训考核合格；（4）遵守放射防护法规和规章制度，接受职业健康监护和个人剂量监测管理；（5）持有《放射工作人员证》。

2.2 放射假的审核程序。

2.2.1 相关放射科室负责人提供享受放射假人员名单报送医务部或护理部。

2.2.2 医务部审核医生、技术人员的放射假申请，护理部审核护理人员的放射假申请。

2.2.3 人事部审核申请人员的放射工龄，确定放射假的天数并发放假单。

2.3 休假时间。

2.3.1 专职放射工作人员已转正定级的，从事放射诊疗工作累计已满1年不满5年的，享受放射假10个工作日；已满5年不满10年的，享受放射假15个工作日；已满10年不满20年的，享受放射假20个工作日；已满20年的，享受放射假20个工作日并于休假期间可享受医院规定的健康疗养。

2.3.2 不直接或非专职放射工作人员根据实际工作给予放射假5–10个工作日。

2.3.2 休放射假期间仍享有国家规定的法定休假日及双休日。

2.3.3 放射工作人员因病事产假等原因脱离放射诊疗岗位的，根据实际在放射诊疗岗位的工作天数计发放射假。

2.4 休假要求。

2.4.1 在不影响科室正常工作的前提下，考虑职工本人意愿，各放射工作科室负责统一安排本科室放射工作人员的休假。

2.4.2 放射假原则上不跨年度安排。

2.4.3　休放射假的审批流程为：个人提出休假申请→科室负责人同意→休假单随同当月考勤报人事部备案。

2.4.4　副病区级以上管理干部、副高以上职务人员休假按照医院外出请假管理办法执行，由分管领导或中心领导审批后报相关部门备案。

2.5　其他。

2.5.1　本制度的内容与国家、省、市新颁布的法律、法规、规章不符的，按照法律、法规、规章执行。

2.5.2　本制度自公布之日起实施，由人事部和各相关管理部监督执行。

2.5.3　本制度解释权归中心人事部。

职工岗前培训制度

1. 目的

使新到岗的职工在规定的时间内，通过各部门的培训了解、熟悉并掌握中心各项规章制度和岗位职责要求，以适应相应岗位工作。

2. 标准

2.1 所有新职工均应在规定时间内完成全院性和部门内部的岗前培训。各培训部门负责培训记录及效果评价，人事部负责协调和监督培训过程。

2.2 全院性岗前培训的资料保存在人事部，相应部门应定期进行修改。部门内岗前培训资料由科教部、医务部、护理部和其他各部门负责人统一管理，定期修改。

2.3 职工个人院级及部门培训记录存放在职工个人JCI档案中。

2.4 全院性培训。

2.4.1 由各部门在规定时间内培训，培训对象在入职1个月内网上完成全院性培训考核，考核不及格者将扣罚相应劳务费。

2.5 部门内部培训。

部门内部的岗前培训由科教部、医务部、护理部和其他各部门负责人组织，重点是与本部门有关的特定工作内容，培训应从新职工进入科室之日起，并在半年内完成。

2.6 岗前培训授课人员应准时到岗，参与并负责所有岗前培训计划中所涉及的课程。

2.7 部门负责人要确保本部门新职工完成岗前培训的全部要求，岗前培训完成后，新职工所在部门负责人对新职工工作能力进行评价，经评价审核后才能安排独立上班。

2.8 志愿者、劳务派遣人员、临时工、进修生和实习生岗前培训工作由各部门负责安排，内容包括医院总体介绍、规章制度和主要工作程序介绍、工作职责、感染控制和安全保卫教育等，所在部门负责培训及考核评价。

职工工卡、工牌管理规定

1. 目的

为规范工卡、工牌办理、使用、挂失，特制订此本规定。

2. 标准

2.1 工卡规定。

2.1.1 适用范围：中心职工、外聘专家、进修人员、实习人员、研究生。

2.1.2 工卡底色为白色，工卡信息按照人员类别分为5种：

2.1.2.1 医院在职职工（含编内、人事代理、合同制职工及全日制返聘人员）：

标识：姓名、部门和人员编码（4位）。

2.1.2.2 外聘专家：

标识：姓名、职称（务）、部门和人员编码（F开头+4位数字）。

2.1.2.3 进修人员：

标识：姓名、部门（后加JX，代表进修）和人员编码（J开头+4位数字）。

2.1.2.4 实习人员：

标识：姓名、部门（实习医生或实习护士）和人员编码（S开头+学校所用学号）。

2.1.2.5 研究生：

标识：姓名、专业（根据攻读学位不同，分别后标MS、MD或PhD）和学号（依照学校所用学号）。

2.1.3 工卡功能：

2.1.3.1 识别功能：根据工卡信息，可以区分医院各类人员，了解人员属性及所在部门等相关信息。

2.1.3.2 门禁功能：经人事部授权，工卡在后勤管理部开通门禁功能后，可以在医院装有门禁系统的科室刷卡出入。

2.1.3.3 停车功能：职工凭借职工卡在后勤管理部办理院内停车证。

2.1.3.4 消费功能：工卡内镶有IC芯片，在后勤管理部开通消费功能并在饭卡充值窗口充值后，职工可以在食堂等场所刷卡消费。

2.1.3.5 诊疗卡功能：工卡在人事部录入诊疗卡信息后，职工可以在医院使用其诊疗卡的功能。

2.2 工牌规定。

2.2.1 适用范围：中心职工。

2.2.2 工牌底色为白色，信息包含姓名和人员编码。

2.3 相片要求。

2.3.1 相片为半身蓝底彩照。

2.3.2 相片着装要求：

2.3.2.1 男士：职能科室人员请着西装、衬衣或系领带。临床及医技科室人员请着白大衣。

2.3.2.2 女士：职能科室人员请着正装或工服。护士请穿护士服、戴护士帽，保持衣服平整，帽子端正。医生及医技人员：请着白大衣。

2.4 佩戴要求。

2.4.1 为提升医院形象，提高员工荣誉感，并显示医院工作人员身份，故全体员工在医院范围内必须佩戴工卡或工牌；对未佩戴工卡或工牌的员工，任何一位员工都有权询问，并要求其出示工卡或工牌，如不出示，可以拒绝其进入。

2.4.2 医院要求所有员工包括物业派遣人员必须佩戴有本人相片的胸卡，原则上要求佩戴于左前胸或悬挂于胸前，正面向前并不能用任何物品遮盖相片及个人信息；部分特殊岗位人员由于工作需要允许佩戴于腰上以上的合适部位，但必须正面向前且不能用任何物品遮盖相片及个人信息。

2.4.3 各部门主管应督促所属员工正确佩戴工卡或工牌。

2.4.4 工卡套、夹子及工卡带由后勤管理部统一购置，如需更换请依照相关规定到仓库领取。

2.5 使用要求。

2.5.1 职工工卡或工牌是用来识别的重要标识，只限本人在妇女儿童医疗中心内部使用。

2.5.2 请妥善保管工卡或工牌，如有遗失或损坏需向人事部挂失补办。

2.5.3 因工卡有内置芯片和磁条，请勿折叠、挤压、置于磁铁或有较强磁场效应的电器、手机、电脑等附近。

2.6 凡有下列情况之一者，将按相关规定予以处分。

2.6.1 利用工卡或工牌从事不正当行为者；

2.6.2 将工卡或工牌借给他人或借用他人工卡者；

2.6.3 对工卡或工牌做任何形式的变更；

2.6.4 擅自更改工卡已录入的诊疗、门禁等信息。

2.7 办理、回收。

2.7.1 办理流程：每月15日汇集需制工卡或工牌人员信息并联系公司制作。

2.7.2 回收流程：工作人员离院时需持工卡到后勤管理部清除卡内余额并注销门禁权限，人事部取消诊疗信息，最后将工卡及工牌交回人事部。

2.8 工卡及工牌费用。

2.8.1 医院在职职工、外聘专家首次办理工卡及工牌均属免费办理，其他人员需办理工卡需交100元押金，待离院交回工卡时返回押金。

2.8.2 工卡遗失或人为损坏需申请补办者，补办费每张100元，由本人承担。

2.8.2 工牌遗失或人为损坏需申请补办者，补办费每张10元，由本人承担。

2.8.4 有职称或职务变化的职工，人事部将根据中心有关文件免费给予更换工卡。

2.9 其他。

2.9.1 本制度的解释权归中心人事部。

2.9.2 本制度自公布之日起，由人事部和各相关管理部监督执行。

职工外出请假管理规定

1. 目的

根据相关文件精神，结合中心实际，规范职工离穗外出请假的管理，清晰请假流程，保证医疗各项工作有序进行。

2. 标准

2.1 总则。

2.1.1 适用范围：妇女儿童医疗中心所有在职职工，含在编人员、编外人员、借调人员、全日制返聘人员。

2.1.2 适用情况：职工凡离穗外出均需按照相关流程请假，经审批后才允许外出，否则视为旷工处理。

2.1.3 各层级管理干部，在院周会、中心例会及其他重要会议期间，原则上不予以请假外出，如因故不能出席者，需填写《会议请假表》，向中心主任、中心党委书记请假。未经批准缺席者，每次扣100元并将缺勤情况记入绩效考核中。

2.1.4 凡申请公假参加学术活动的，须填写《职工外出参加学术活动请假呈批表》，经所在科室、部（室、所）同意后，由科教信息部审批，经过分管科教信息部领导同意后，根据职工职称级别或行政职务级别提交中心分管领导、中心领导和党委书记审批，最后向相关职能部门备案。利用个人假期参加学术活动的，须填写《职工外出请假呈批表》并按照相关规定审批。未依照规定请假者视为旷工处理。

2.2 不同职称级别外出请假流程。

2.2.1 中级职称以下专业技术人员和工勤人员。

2.2.1.1 离开广州2天（含2天）以内的，须口头请假，经所在科室同意后由所在部（室、所）批准。属于2.2.1.3规定的人员按照2.2.1.3规定执行。

2.2.1.2 离开广州2天以上的，须填写中心《职工外出请假呈批表》，经所在科室同意后由所在部（室、所）审批，并向相关职能部门备案。属于2.2.1.3规定的人员按照2.2.1.3规定执行。

2.2.1.3 承担专科门诊任务的中级职称人员，休假期间影响出诊（含调班、代班）的，无论是否离开广州、无论休假天数，均需填写《职工外出请假呈批表（专科门诊人员）》，经所在科室同意后由所在部（室、所）审批，最后由门诊部审批，并向相关职能部门备案。

2.2.2 高级职称专业技术人员、副病区级以上管理干部。

2.2.2.1 离开广州2天以内的，须口头请假，经所在部（室、所）同意后报中心分管领导批准。在控制请假外出期间，须再报请中心主任批准。承担专科门诊任务的高级职称人员，休假期间

影响出诊（含调班、代班）的，需填写《职工外出请假呈批表（专科门诊人员）》，参照2.2.2.2规定审批后，需由门诊部审批，并向相关职能部门备案。

2.2.2.2 离开广州2天以上的，须填写中心《职工外出请假呈批表》，经科室、部（室、所）同意，副高级职称专业技术人员及副病区级、病区级、专科级管理干部经中心分管领导批准；正高级职称专业技术人员、正科级管理干部需经中心分管领导审批后报请中心主任批准，并向相关职能部门备案。

2.2.3 中心各部（室、所）负责人（含主持工作的副职）。

2.2.3.1 离开广州2天以内的，须口头请假，获得中心分管领导同意后，呈请中心主任和中心党委书记批准。获得批准后要向相关职能部门备案。承担专科门诊任务的人员，休假期间影响出诊（含调班、代班）的，需填写《职工外出请假呈批表（专科门诊人员）》，参照2.2.3.2规定审批后，需由门诊部审批，并向相关职能部门备案。

2.2.3.2 离开广州2天以上的，须填写中心《职工外出请假呈批表》，经中心分管领导同意后，获得批准后要向相关职能部门备案。

2.2.4 中心领导。

中心领导外出请假按《关于加强局系统副处级以上干部临时外出管理的通知》（穗卫委[2003]79号）要求执行。

2.3 销假规定。

2.3.1 职工外出返回广州2天内须办理销假手续。

2.3.2 中级职称以下专业技术人员、副病区级以下管理干部和工勤人员向所在科室销假。

2.3.3 高级职称专业技术人员、病区级、专科级、正科级管理干部向所在部（室、所）销假。

2.3.4 担任专科门诊任务的专业技术人员还需向门诊部销假。

2.3.5 部（室、所）负责人（含主持工作的副职）、正科级以上管理干部向人事部销假。

2.3.6 中心领导销假按《关于加强局系统副处级以上干部临时外出管理的通知》（穗卫委[2003]79号）要求执行。

2.4 其他要求。

2.4.1 书面请假必须由本人填写，且原则上至少提前5个工作日呈批。

2.4.2 因公外出应符合有关规定并办理相关手续。

2.4.3 因私外出应符合事业单位工作人员休假有关规定，并办理相关手续。

2.4.4 各类人员参加学术活动公假假期按《广州市妇女儿童医疗中心职工外出参加学术活动管理规定》执行。

2.4.5 集体活动可由主办部门按有关规定集体请假。

2.4.6 不得擅自延长外出停留时间，如确实需要延长外出时间，须提前获得原来各级审批领导的同意并通知人事部后方可延期。

2.4.7 如逾期未归或未销假，各有关科（部、室、所）应及时向人事部报告。

2.4.8 人事部将定期或不定期对妇女儿童医疗中心职工外出情况进行检查或抽查，并在一定范围内予以通报。

2.5 附则。

2.5.1 人事部为中心请假的归口管理部门，所有《职工外出请假呈批表》、《职工外出参加学术活动请假呈批表》在按照程序审批后均交回人事部存查。

2.5.2 本规定所称“以下”、“以内”的，均包含该层级，“以上”的不包含该层级。

2.5.3 本规定所称“向相关职能部门备案”按照以下原则归口备案：党务管理干部和副处级管理干部向人事部备案（业务科室干部须同时向医务部备案，下同），行政管理干部（含副处级）向中心办公室备案，医技人员向医务部备案，护理人员向护理部备案。具体备案方式由各职能部门自行拟定。

职工休假管理制度

1. 目的

既保证科室工作有效运行，又能满足员工的请假需要。

2. 标准

2.1 年休假。

2.1.1 职工连续工作1年以上的，享受带薪年休假（以下简称年休假）。

2.1.2 职工累计工作已满1年不满10年的，年休假5天；已满10年不满20年的，年休假10天；已满20年的，年休假15天。

2.1.3 职工有下列情形之一的，不享受当年的年休假：

（1）职工依法享受寒暑假，其休假天数多于年休假天数的；

（2）职工请事假累计20天以上且单位按照规定不扣工资的；

（3）累计工作满1年不满10年的职工，请病假累计2个月以上的；

（4）累计工作满10年不满20年的职工，请病假累计3个月以上的；

（5）累计工作满20年以上的职工，请病假累计4个月以上的；

（6）请哺乳假累计超过30天（含节假日）及旷工3天（含3天）以上的。

2.1.4 年休假在1个年度内可以集中安排，也可以分段安排，一般不跨年度安排。单位因工作需要，另有规定时，可以跨1个年度安排。

2.1.5 年休假单不得相互转借，一经发现，假单作废，所休假期作旷工处理，按照规定给当事人双方及科室负责人相应处罚。

2.1.6 国家法定公休假、国家规定的探亲假、婚丧假、产假的假期，不计入年休假的假期。当年疗养的天数应冲抵年休假时间。

2.1.7 职工在年休假期间全部工资（包括基本工资和按规定发放的各种津贴、补贴和奖金，下同）照发。

2.1.8 年休假休假流程：职工本人申请→科室负责人审批→职工向科室提交年休假单休假→假期结束后返院上班。

2.2 探亲假。

2.2.1 工作满1年的职工（未转正定级者除外），与配偶不住在一起，又不能在公休假日团聚的，可以享受探望配偶的待遇；与父亲、母亲都不住在一起，又不能在公休假日团聚的，可以享受探望父母的待遇。但是，职工与父亲或与母亲一方能够在公休假日团聚的，不能享受探望父母的待遇。

2.2.2 职工探亲假期：

2.2.2.1　职工探望配偶的，每年给予一方探亲假1次，假期为30天（不含往返路程）。请探配偶假的职工，必须提供对方当年未享受探亲假的证明。

2.2.2.2　未婚职工探望父母，原则上每年给假1次，假期为20天（不含往返路程）。如果因为工作需要当年不能如期休假，或者职工自愿两年探亲1次的（必须在第一年事先申请并经科室同意），可以两年给假1次，假期为45天。

2.2.2.3　已婚职工探望父母的，每4年给假1次，假期为20天（不含往返路程）。若职工父母与职工配偶同居一地，则只能享受探望父母或探望配偶其中一种探亲假。

2.2.2.4　若职工父母与职工配偶同居一地的，则只能享受探望父母或探望配偶其中一种探亲假。

2.2.2.5　出国前确定留学年限在3年以上的公派出国研究生，婚后在国外学习期限达1年以上者，其在国内的配偶可申请自费出国探亲假，假期一般为3个月，最多不得超过6个月。公派出国进修人员、访问学者在国内的配偶，不享受出国探亲待遇。

2.2.2.6　归侨、侨眷属教职工出境探亲，按国家、省、市侨办有关规定执行。

2.2.2.7　探亲假期是指职工与配偶、父、母团聚的时间，另外，根据实际需要给予路程假。

2.2.2.8　上述假期均包括公休假日和法定节日在内。

2.2.2.9　探亲假路费报销，由财务部依据国家有关规定办理。

2.2.2.10　探亲假休假流程：职工本人申请→科室负责人审批→科部负责人审批→人事部审批（副病区级以上人员提交分管领导、中心领导审批）→相关科室备案→职工休假→假期结束后返院上班并向相关部门销假。

2.3　婚假、产假、哺乳假及哺乳时间、计划生育假的规定见《职工计划生育管理制度》。

2.4　病假。

2.4.1　职工请病假，必须持有职工诊室审核的病假证明，定点医院（需先经职工诊室转诊）和医保定点二甲以上医院开具的病假证明经中心职工诊室签章后方有效。

2.4.2　病假休假流程：职工本人持经职工诊室审批后的病假证明→科室负责人审批→人事部审批→职工休假→假期结束后返院上班并向相关部门销假。

2.4.3　急诊应就近就诊，可先电话向部门负责人请假，第二天再按规定及时补办请假手续。

2.4.4　在外地就医只限急诊，并需有相当于乡、镇以上医院的急诊诊断证明。

2.4.5　职工因病半休，一律安排下午休息。

2.5　工伤假。

职工因工负伤，经相关机构鉴定为工伤的，必须治疗和休养的，经单位批准，可给予工伤假。

2.6　事假：指职工在国家规定的各类假期以外，占用工作时间办理私人事务，由本人事先提出申请，依照相关程序批准的假期。

2.6.1　事假需提前提交书面申请；

2.6.2一般职工请事假：1天以内的由所在科室负责人审批；1-2天（含2天）以内的，由所在科室签意见后报支部负责人审批；2-7天以内的，经逐级签批意见后转人事部审批；7天（含7天）以上的，经逐级签批意见后呈院领导审批；

2.6.3　副病区级以上管理干部请事假：先逐级签批意见，由人事部签意见后再呈院领导审批。

2.7　丧假。

2.7.1　凡职工的配偶、直系亲属、岳父母或公婆丧事，可给予5天丧假（不含公休假日和法定节日）。

2.7.2　丧假休假流程：职工本人申请→科室负责人审批→科部负责人审批→人事部审批（副病区级以上人员提交分管领导、中心领导审批）→相关科室备案→职工休假→假期结束后返院上班并向相关部门销假。

2.8　家长会。

2.8.1子女在校读书，孩子的家长会由夫妻双方承担（单亲除外），职工每年持学校证明只能享受1次公假家长会假，符合计划生育政策的每多1个孩子每年增加1次家长会假。

2.8.2. 每次家长会公假不超过半天，不需要半天的，应按照实际时间安排。

2.8.3. 家长会证明随考勤一齐交人事部。

2.8.4. 家长会休假流程：职工持家长会通知书提出申请→科室负责人审批→职工休假→休假结束后返院上班。

2.9　公假。

2.9.1. 公假范围：

2.9.1.1　按照中心相关规定，参加各类学术会议和学术交流活动的；

2.9.1.2　按照文件规定，职工必须参加的与职务相关的培训活动的；

2.9.1.3　因工作需要，并经相关职能部门或中心领导批准外出办理公务的；

2.9.1.4　接上级文件规定，职工外出支援各项医疗工作的。

2.9.2　公假流程：职工持有关证明或通知申请→科室负责人审批→科部负责人审批→人事部审批→必要时院领导审批→职工休假→休假结束后返院上班。

2.9.3　公假期间视为出勤。

2.10　职工按照审批结果休假，由所在科室负责监督休假情况，如员工在规定时间内未返回工作岗位，由科室负责人通知人事部，超出休假时间视为旷工处理。

2.11　其他。

2.11.1　本规定自通过之日起实施，解释权归中心人事部。

2.11.2　今后国家相关政策有变化而与本规定不一致的，按照国家规定执行。

中层干部选拔任用工作暂行规定

1. 目的

为保证中层干部素质，营造公平公正的竞争和激励机制，结合实际，特制订本规定。

2. 标准

2.1 选拔任用干部基本原则。

2.1.1 党管干部的原则；

2.1.2 德才兼备、任人唯贤的原则；

2.1.3 群众公认、注重实绩的原则；

2.1.4 公开、平等、竞争、择优的原则；

2.1.5 民主集中制的原则；

2.1.6 依法办事的原则。

2.2 干部管理范围和任免审批权限。

2.2.1 广州市妇女儿童医疗中心中层干部（简称中心中层干部）职位包括：部（所）室正副职位；按相应组织章程设置的党总支和支部书记、工会正副主席、团委正副书记；部（所）室护士长和病区主任；

2.2.2 中心中层干部的设置及干部职数，由中心行政办公会议讨论，中心党委会议审议，根据干部管理权限报上级部门审批；

2.2.3 中心中层干部任免，根据干部管理权限由中心党委集体讨论作出任免决定，或由中心党委向卫生局党委提出选拔任用建议；

2.2.4 党组织、工会、共青团等选任制干部，在换届时应按照党章或其他有关章程和规定程序，进行民主选举产生，并按干部分级管理权限由中心党委会议审批或报卫生局党委、工会或团委批复；

2.2.4 后备干部选拔培养按有关规定执行。

2.3 干部选拔任用条件。

2.3.1 干部应当具备的基本条件应符合中共中央《党政领导干部选拔任用工作条例》的相关要求；

2.3.2 熟悉医院管理，有履行岗位职责所需要的组织管理能力和专业技术水平，有改革创新意识，工作实绩较好；

2.3.3 拟提任部（所）室正副主任和护士长职务人选，一般应具有下一级管理经历；拟提任专业技术部门部（所）室正副主任职务人选、部（所）室护士长职务人选和病区主任职务人选应具有本科以上学历、高级技术职称；

2.3.4　男性年满55岁，女性年满50岁者，原则上不予提拔高一级职务；

2.3.5　根据其任职职务还应具备的其他任职资格，由中心党委根据实际情况，制订相应任职条件；

2.3.6　破格提拔中层干部，按相关规定，并结合中心实际情况执行。

2.4　民主推荐。

2.4.1　选拔任用干部，必须经过民主推荐提出考察对象，民主推荐包括会议投票推荐和个别谈话推荐，民主推荐的结果在一年内有效；

2.4.2　民主推荐程序包括：制订工作方案，公布推荐职位、任职条件、推荐范围和有关要求；

2.4.3　参加会议投票民主推荐的人员：科级以上（含科级、部（所）室护士长）干部民主推荐会，在中心范围内进行，参加人员包括中心领导、中心中层干部、正高职称人员、分工会主席、团总支书记及其他需要参加的人员；病区主任民主推荐会，在所在部（所）室范围内进行，参加人员包括部（所）室负责人和护士长、党支部书记、分工会主席、团支部书记、所在病区全体工作人员及其他需要参加的人员；

2.4.4　实行干部推荐责任追究制，个人向中心党委推荐干部人选，必须负责地写出推荐意见并署名，经党委审核后，按有关程序进行民主推荐；

2.4.5　在民主推荐和充分酝酿的基础上，提交中心党委会议讨论确定考察对象。在酝酿业务部门干部任免过程中，应充分听取中心主任意见。病区主任考察对象人选，可结合实际情况实行差额或等额考察。

2.5　考察。

2.5.1　对确定的考察对象，由人事部组成考察工作小组按照干部管理权限，进行严格考察；

2.5.2　考察干部职务拟任人选，必须依据干部选拔任用条件和不同职务的职责要求，全面考察其德、能、勤、绩、廉，注重考察工作实绩；

2.5.3　根据考察对象的不同情况，通过适当方式在一定范围内发布干部考察预告。采取个别谈话、发放征求意见表、民主测评、实地考察、查阅资料、专项调查、同考察对象面谈等方法，广泛深入地了解情况；

2.5.4　考察科级以上（含科级、部（所）室护士长）干部拟任人选，个别谈话和征求意见的范围一般应包括：部（所）室负责人和护士长、党支部书记、所辖部门下属代表及其他相关人员；考察病区主任拟人人选，个别谈话和征求意见的范围一般应包括：所在部（所）室负责人和护士长、党支部书记、分工会主席、团支部书记、所在病区高级技术职称人员及其他相关人员，对需要进行经济责任审计的考察对象，应当委托审计部门按照有关规定进行审计；

2.5.5　考察科级以上（含科级）干部形成书面考察材料；考察部（所）室护士长和病区主任形成书面考察小结。

2.6　讨论决定。

2.6.1　选拔任用干部，会前应充分酝酿，由中心党委集体讨论决定任免或决定提出推荐、提名的意见，在酝酿过程中，中心主要领导未达成一致意见时，不提交中心党委会讨论；

2.6.2　中心党委集体讨论决定干部任免事项或决定提出推荐、提名的意见时，必须有三分之二以上的成员到会，在充分讨论的基础上，采取无记名投票方式进行表决，以党委应到会成员超过半数同意形成任免决定或任免建议。

2.7 任职。

2.7.1 实行干部任职前公示制度；

2.7.2 中心党委会议讨论决定后、下发任职通知前，应当在中心范围内进行公示，公示期7天；

2.7.3 中心党委会议决定任用的干部，由党委指定专人同本人谈话；

2.7.4 对需上报卫生局党委审批或向卫生局职能部门征求任职意见的，须上报相关部门审批；

2.7.5 党群干部任免通知以中心党委名义发文，党委书记签发；行政干部任免通知以中心行政名义发文，党委书记和中心主任联名签发；实行聘用制的干部，在下发任免通知的同时，由中心主任签发聘书。

2.7.6 由人事部办理干部任免手续。

2.8 公开选拔和竞争上岗、交流和回避、免职、辞职、降职、纪律和监督按中共中央《党政领导干部选拔任用工作条例》相关要求执行。

2.9 其他。

2.9.1 本暂行规定由中共广州市妇女儿童医疗中心临时党委负责解释。

2.9.2 本暂行规定自2009年3月19日起执行。

专业技术人员聘后管理暂行规定

1. 目的

加强广州市妇女儿童医疗中心（简称“市妇儿医疗中心”）专业技术人员聘后管理，调动专业技术人员工作的积极性和创造性，促进市妇儿医疗中心各项工作的发展。

2. 标准

2.1 适用范围：本规定所称的专业技术人员，是指在本中心从事专业技术工作的在职人员，包括卫生专业技术人员及辅系列专业技术人员。

2.2 聘任期限：专业技术职务聘任期限，一般为3年。

2.3 聘期要求：聘书签订后，受聘人员必须全面履行任期目标责任，认真履行所聘岗位的工作职责，完成组织上交给的各项任务，自觉接受市妇儿医疗中心的监督和考核。

2.3.1 高级专业技术岗位人员的要求。

2.3.1.1 定义：高级专业技术岗位是指专业技术二级、三级、四级、五级、六级、七级岗位。

2.3.1.2 在聘期内必须具备以下条件：

（1） 必须在中文科技核心期刊或在SCI发表与本专业相关的论文1篇以上（第一作者）；

（2）卫生专业技术人员必须参与市妇儿医疗中心或以上级别科研课题研究1项以上；辅系列专业技术人员暂不要求。

（3）五级、六级、七级专业技术岗位人员，根据科室工作需要，科室可安排其从事中级职称岗位或初级职称岗位工作（含临床一线值班工作或二线值班工作），并按中级职称或初级职称相应岗位职责要求，完成工作任务。

（4）各级副主任医师每周出门诊时间不少于两个半天，PICU、CCU的各级副主任医师每周出门诊时间不少于半天。

（5）取得专业技术中级资格而尚未聘任中级职务，但已聘任副高级七级专业技术岗位的人员，首个聘任期（3年）内，还须按要求完成以下工作：

① 副主任（中）医师必须完成住院医师规范化培训，并取得合格证书（博士学位人员按有关规定执行）；完成住院总工作，参加临床二线值班工作1年以上。

② 药（护、技、辅系列）的七级专业技术岗位的人员，必须按照所在部（所）室的培训要求完成近3年的培训任务，考核合格；参加临床二线值班工作1年以上（护理专业每年临床一线值夜班48次以上，护士长应按护理部要求完成二线值夜班天数）。

2.3.2 中级专业技术岗位人员的要求。

2.3.2.1 定义：中级专业技术岗位是指专业技术八级、九级、十级岗位。

2.3.2.2　在聘期内必须具备以下条件：

（1）在聘期内，必须在公开出版的专业学术期刊上或在SCI发表与本专业相关的论文1篇以上（第一作者）；

（2）在聘期内，卫生专业技术人员必须参与市妇儿医疗中心或以上级别科研课题研究1项以上，辅系列专业技术人员暂不要求；

（3）在聘期内，八级、九级、十级专业技术岗位人员，根据科室工作需要，科室可安排其从事初级职称岗位工作（含临床一线值班工作），并按初级职称相应岗位职责要求，完成工作任务。

2.3.3　助理级及以下专业技术岗位人员的要求。

2.3.3.1　定义：助理级及以下专业技术岗位是指专业技术十一级、十二级、十三级岗位。

2.3.3.2　在聘期内，必须有1篇或以上专业技术总结或经验体会或综述文章或学习心得在所属科室内交流。

2.4　未达聘期要求的处理。

2.4.1　已定性为医疗责任或技术事故或重大医疗纠纷直接责任者，按照市妇儿医疗中心作出的决定给予缓聘、低聘1–2个岗位等级、降级（例如：原聘任副高级的，降级到中级聘任）聘用。

2.4.2　经考核不能履行本岗位职责和完成本岗位工作任务的人员，将降低岗位2个等级聘用。

2.4.3　凡因科研或论文方面未达到上述要求的人员，给予缓聘1年；次年仍未达到要求的，则降低岗位1个等级聘用。

2.4.4　对照聘期要求之高级专业技术岗位人员第（3）点的要求，或中级专业技术岗位人员第（3）点的要求，未完成相关工作的，则降低岗位1个等级聘用。

2.4.5　对照聘期要求之高级专业技术岗位人员第（5）点的要求，未完成相关的工作的，则给予降低岗位2个等级聘用。如在降低岗位等级聘用的任期内，仍不按照要求完成相关工作的，将再次降低岗位2个等级聘用。

2.4.6　跨职称层级低聘的说明：如果同一职称层级（正高级、副高级、中级）内部的岗位等级数不足以低聘时，可跨职称层级低聘。

2.5　有关问题的说明。

2.5.1　经组织批准，离岗进修学习或挂职锻炼或扶贫或参加其他专项工作的人员，由所在学习单位或挂职、扶贫或服务单位提供表现情况，由市妇儿医疗中心考核、聘用。

2.5.2　长期病休1年以上的人员，在离岗期间暂不聘用。

2.6　其他。

2.6.1本规定从公布之日起执行，原《卫生专业技术人员聘后管理暂行规定》同时废止。

岗位职责制订规程

1. 目的

通过制订岗位职责，为招聘员工提供客观标准，为员工的工作指派、岗位评价和绩效考核提供有效依据，为员工培训提供明确目标。

2. 标准

2.1 岗位职责的内容：医院岗位职责的内容框架主要包括：工作概要、请求上级、工作职责、工作要求、工作标准、管理范围、资格要求。

2.2 岗位职责的制订程序：在确定岗位名称和岗位职责内容的基础上，由部门/科室主管负责草拟岗位职责初稿，将各项工作内容编入员工的岗位职责之中，避免重复、交叉和空档，由各职能部门主管审核后将电子版交人事部和JCI办公室，由人事部和JCI办公室对文件内容进行核定后交中心主任或中心主任指定的中心其他领导批核后生效执行。同时由JCI办公室在医院内部网JCI文件栏内以电子文件的形式发布。

2.3 岗位职责的签订及存档：部门/科室主管应向正式上岗前的新员工和变动工作岗位后的员工明确描述其岗位职责，并在其理解后签名确认，最后存入JCI员工个人档案。

2.4 当员工担任重要的管理岗位或同时兼任临床和管理双重岗位时，应同时签订担任临床和管理职位的岗位职责。

2.5 员工有临床岗位职责，但还没有某些项目的独立操作的资格时，可给予授权。

2.6 在学习过程中的人员，不同阶段学习的描述可以确认哪些操作可以独立完成，哪些操作一定要在监督下完成。学习的描述可以作为岗位职责。

2.7 医院在使用国家或行业惯例的岗位职责时，必须根据工作职责的不同增加岗位描述。

2.8 在医院内被允许临时提供服务的人员要有适合他们的岗位职责，或给予特殊授权。

2.9 医院应根据员工的考核评估结果重新确定员工的岗位职责，职责范围可以不作调整、扩大或限制。

2.10 医院必须确保所有的岗位职责是及时有效的，3年回顾1次，并适时进行修改和调整。

2.10.1 定义。

岗位职责：是指以人为对象，对其工作范围、责任、权限及内容提出的规定、标准、程序等方面的要求。按组织机构所设置的岗位制订，明确责任，细致分工。

2.11 职责。

所有员工必须按其签订的岗位职责履行工作，所属部门/科室主管和人事部对员工履行岗位职责的情况负有监督责任。

工作指派授权规程

1. 目的

通过制订、实施此规程，对员工的资格、技能进行界定或重新界定，以确保其具备的资格能满足工作需要。

2. 标准

2.1 对所提供的履历、学历、资格等进行验证。

2.2 对其所自述的技能进行考核（笔试及操作）。

2.3 规程。

2.3.1 各部门要根据员工的资格、考核评估结果进行工作岗位指派，所有人员的工作指派要符合相关的法律法规。

2.3.2 员工的职称、资历等发生改变时，部门主管应及时评估、考核其工作能力是否已达到同等水平并填写《人事变更通知书》，待核批后部门主管按生效日期调整其岗位、权限。

2.3.3 经所属部门/科室主管对其能力进行逐项考核认可后，确定是否授权或指派何种工作。

2.3.4 由医务部确定授权的形式（临时或正式授权，并确定有效期限），各主管部门应及时更新授权，以确保在有效期内。

2.3.5 由人事部对其学历证、职称证及资格证等进行核实验证。

2.3.6 每一名员工（包括全职和外聘人员、义工、临时提供服务的人员）上岗时都要有明确的、适合的、有效的岗位职责，并且在岗位职责中明确其具体责任。书面的岗位职责应交给其本人签名认可。

2.3.7 每一名员工都要接受相关的岗前培训。

2.3.8 员工自行申请或因工作需要，在部门/科室主管对其工作进行重新指派和授权时，部门/科室主管应对其工作能力进行评估、考核，并经岗前培训合格后再重新指派工作或授予其权限。

继续教育管理规程

1. 目的

1.1 促进员工专业技能的不断提高，以满足病人的需求。

1.2 提供发展空间和平台，进一步稳留人才。

2. 标准

2.1 组织管理。

2.1.1 在中心主任、学术、教育管理委员会领导下，严格按照国家继续教育要求执行学分制度，由科教信息部全面统筹和组织继续教育的计划、内容、实施（包括继续教育的时间、场地、设备设施安排等）、检查、评估工作。

2.1.2 每年由各部门/科室主任或护士长对本科医生或护士的技能进行评估，结合业务需求，制订出医院、科室、个人的三级培训计划和重点人才的培养计划，上报学术教育管理委员会、医院行政办公会议批准后组织实施。

2.1.3 科教信息部按照国家下发的有关继续教育文件规定，组织督促医务部、护理部及临床各科安排相关人员完成继续教育学分或学时。

2.1.4 科教信息部建立医学继续教育管理系统（ICME），通过使用继续教育IC卡和网上学习卡，完善和规范医务人员继续教育的学分管理。

2.1.5 科教信息部督导各部门/科室完成规定的继续教育培训内容的任务。各职能部门应针对医院的发展需求和个人专业需求，有计划地选送各类人员外出进修学习，并将获得的培训证书复印件存入个人档案。学习结束后提交书面的学习心得体会作为对其培训效果的反馈。科教信息部将所有参加院外培训的人员名单、数量、培训项目及时间记录在案。

2.2 继续教育学时要求。

2.2.1 在不影响正常工作的前提下，医、药、技、护专业人员全年累计参加继续教育学习不少于15天，含考察、听学术讲座、进修、有考核的自学等形式的学习。

2.2.2 凡参与注册的护士，继续教育每年累计15天（如不到1天的以6学时为1天计算）；护师及以上职称护理人员每年最低学分数不少于25学分。

2.2.3 执业药师人员每年参加继续教育获取的学分不少于25学分，注册期3年内累计不少于75学分，其中指定和指导项目学习每年不少于10学分。

2.2.4 晋升中级专业技术资格的医务人员要到市级继续教育基地接受相关内容的培训；晋升高级专业技术资格的，要到市或省级继续教育基地接受相关内容的培训。

2.3 继续教育证书验证登记。

2.3.1　常规验证由科教信息部执行；晋升周期验证，晋升中、高级专业技术资格的，由广州市人力资源与社会保障局验证。

2.4　职责。

2.4.1　科教信息部负责组织制订全院职员继续教育的实施方案，并督导实施。

2.4.2　科教信息部负责制订职员继续教育规划、方案并上报中心行政办公会议审批，负责计划的实施、监督和评估，负责初审各部门上报的短期进修、培训、参加学术活动的报告。

2.4.3　医务部、护理部、药学部等职能主管部门负责制订本部门所辖范围的职员继续教育方案，上报科教信息部审核，并负责监督和反馈落实工作。

2.4.4　各部门、科室负责制订本部门、科室继续教育学习计划，上报主管部门审批后认真落实。

人才稳留规划

1. 目的

1.1 稳留专业技术骨干、优秀管理人才。

1.2 提高医院的整体服务水准。

1.3 确保医院的可持续发展。

2. 标准

2.1 医院各级主管要尊重人才，爱惜人才，充分发挥各类人才的作用。

2.2 稳留人才的范围：包括专业技术骨干、优秀管理人才。

2.3 稳留人才措施。

2.3.1 招聘时，严格按照《人员招聘与录用规程》，把好人才质量关。

2.3.2 提供良好的工作和学习环境，配备先进的医疗设施、设备。

2.3.2.1 做好岗前培训，让新入职的员工尽快熟悉并掌握医院的各项规章制度和岗位职责。

2.3.2.2 科教信息部建立医学继续教育管理系统（ICME）。通过使用继续教育IC卡和网上学习卡，完善和规范医务人员继续教育的学分管理。

2.3.2.3 督导各部门/科室完成规定的继续教育培训内容的任务。各职能部门主管应针对医院的业务发展需要和个人专业学习需求，有计划地选送各类人员外出培训学习。

2.3.2.4 定期或不定期对中层以上管理人员进行管理技能培训。

2.3.2.5 鼓励支持员工参加各类学术活动和发表文章，并定期举办院内学术活动。

2.3.2.6 鼓励支持员工参与各类科研、教学活动。

2.3.2.7 鼓励支持员工开展新技术、新项目、新疗法。

2.3.2.8 结合对人员的评估考核工作，不断挖掘各类人才，并遵循、实施“因才施用”、“低职高聘”的用人原则。

2.3.2.9 提供广阔的、良好的工作平台，发挥其创新能力。

2.3.3 良好的福利待遇。

2.3.3.1 为新入职的高层次人才提供住宿和与个人发展相匹配的工作环境和条件。

2.3.3.2 建立良好的薪酬福利制度及合理的按劳取酬的绩效考核分配方案。

2.3.3.3 按国家相关规定为员工购买社会保险、住房公积金等。

2.3.3.4 每年为员工提供免费体检1次。

2.3.3.5 合理的休假制度，为员工提供法定节假日、病假、婚假、产假、丧假、工伤假、探亲假等。

2.3.4 良好的激励机制和事业发展空间。

2.3.4.1 奖惩分明，注重肯定员工的业绩。

2.3.4.2 实行“以人为本”的民主管理，尊重和发挥员工的主人翁作用，鼓励和支持员工提建议，虚心听取他人的意见。

2.3.4.3 和谐的工作氛围：相互尊重，人人平等。提倡互帮互助、互敬互重、积极向上的团队精神，形成友善、宽松、和谐的大家庭式的工作环境。

2.3.4.4 良好的个人发展空间：医院根据员工的发展需求，结合医院的实际情况，最大限度地提供发展平台。

2.3.4.5 医院每半年开展1次员工满意度调查，了解员工对医院政策、制度、管理、薪酬福利及康乐活动等方面的满意度和期望值，以最大限度地满足员工的合理需求。

2.3.4.6 开展丰富多样的文体娱乐活动。

2.3.5 代办医护人员的执业注册、执业地点变更手续，建立医师、护士执业注册管理信息库，将所有注册、变更的医护人员资料输入系统，并定期进行维护，统一管理。

2.3.6 协助员工办理职称申报及评审工作。

2.3.7 了解人事档案及户口调动政策，及时向有需要的人员提供服务和支持，解决员工的后顾之忧。

2.4 中心分管领导负责组织审核《人才稳留规划》并监督实施。

2.5 人事部负责制订《人才稳留规划》上报中心行政办公会议审批，并组织落实此规划。

2.6 部门或科室主管落实《人才稳留规划》，并及时跟进和反馈。

人事评估规程

1. 目的

通过评估，客观地评定员工的德、能、勤、绩，为聘用、任免、晋升、调薪、调岗等提供依据，确保员工具备合格的资格及相应的工作能力，以保证人才的质量，确保人员的知识、技能与病人的需求相一致。

2. 标准

2.1 评估考核类型、程序。

2.1.1 试用期满评估：是对新入职人员在试用期间工作表现的综合评价，以确定其工作能力是否达到部门/科室要求。通常在试用期满前1周进行，具体考核内容由部门/科室主管根据岗位职责制订。考核结果作为医师授权、医技、护理、药学人员资格及非医疗人员资格认定的重要参考依据。

2.1.2 年度考核评估：是对员工年度工作表现的综合评估，通常在年底进行，为聘用、调薪提供参考依据。各级人员的评估由医院指定有资格的相关人员负责。由员工对本人一年的工作情况自评，部门主管根据员工一年的工作表现做出客观、真实的评价，并由相关职能部门主管评核，人事部汇总统计考核结果。

2.1.2.1 医师的年度考核是对医师实际工作能力包括医疗质量和病人安全等方面的回顾。评估内容还应包括医师手术及其他操作的数量和效果、用药和用血规范程度、检验检查和其他操作申请规范程度、所管病人住院时间的长短、并发症的发生率和死亡率、申请会诊的质量、沟通技巧和职业操守、医师在质量改进和病人安全活动中的表现及医院确定的其他监测标准。以上信息可通过定期回顾病历、现场直接观察、诊断和治疗水平的直接监测、医疗质量的监测、同事及其他相关人员的评估结果获得。

2.1.2.2 员工的评估不仅限于年度考核评估。如在任何时间内，质量改进过程中有证据表明员工的专业工作能力有缺陷或表现不良时要及时进行评估，并将评估结果、采取的措施及任何对授权的影响记录在个人档案中。

2.1.3 医务人员的授权及资格认定的评估：从事临床诊疗工作的所有医务人员都必须首先获得医院的授权，在授权及资格认定前必须对其工作能力进行评估。

2.1.4 非医疗人员资格认定的评估：从事非医疗工作的所有人员在资格认定前必须对其工作能力进行评估。

2.1.5 人事变更：人事变更范围包括晋升、任免、调岗、调薪。人事变更前必须由部门/科室主管对员工进行书面的评估考核，并经职能部门主管审批后方能生效。

2.2 评估考核内容：由部门/科室主管根据岗位职责制订并经相关职能部门批核，具体考核表

的选用视评估考核目的而定。

2.3　评估考核频率：全院员工至少每年评估1次，必要时进行再评估。

2.4　评估考核的管理：空白评估考核表由JCI办公室在院内网JCI文件中公布，人事部备份。考核内容有变动时部门/科室主管应及时通知人事部更新，所有评估考核结果由人事部备份并放入JCI个人档案内。

人员编制规程

1. 目的

确保人力资源的合理使用和分配，从而更好地满足医院的发展需要。

2. 标准

2.1 在拟定人员编制计划时应考虑到医院的使命、需求、病人的构成，病人需求的复杂性和严重性、医院的服务范围以及在病人医疗护理过程中使用的技能，还应考虑到医院的整体发展规划和各部门/科室的实际需要。

2.2 拟定人员编制计划要符合国家的相关法律法规。

2.3 该计划必须以书面形式明确所需人员的数量、类型、结构比例及所期望的学历、应具备的知识、技能或其他必须的要求（符合国家相关的法律法规）。为达到不断更新完善，以真正适应实际运作的目的，此计划至少每年更新1次。

2.3.1 人员编制计划要使用普遍公认的方法来确认各类人员的数量，如根据床位确认需配备的医护人员数量等。

2.3.2 人员编制计划应满足医院的教育及科研活动需求。

2.4 人事部应根据医院发展和部门/科室人员的需求情况审核各部门/科室的人员编制计划，并负责将审核后的人员编制计划执行。

2.5 严格按中心行政办公会议核准的编制计划执行。

2.6 若人员编制需求突然发生改变（如部门/科室人员紧缺），医院应参照《人员招聘与录用流程》、《工作指派授权规程》执行应急人员调配，以保证工作的顺利开展。

2.7 结合员工的具体情况（如员工的文化背景、宗教信仰等）进修工作的再分配，合理安排休假、调岗等。

2.8 根据医院的发展和经营状况，人事部应定期对计划与实际的人员数量及岗位进行持续监控，部门/科室对人员编制需求每年至少更新1次，人事部对全院的人员编制计划每年汇总1次，以确保满足临床科室医疗和管理的需求。

人员招聘与录用规程

1. 目的

按规范程序招聘、录用人员，以保证符合国家相关法律、法规中的用人制度和条例，保证各专业人员的结构比例及任职资格、经验、能力等整体素质达到岗位及职责要求，进而确保最大限度地满足病人的医疗需要。

2. 标准

2.1 人员的任职资格和基本条件：以各岗位的工作职责要求为衡量标准。

2.2 人员招聘。

2.2.1 申请：根据部门/科室的编制计划及人员空缺情况，由所属部门/科室负责人填写《增人计划表》、《人员招聘审批表》，经其上级职能部门、人事部、中心主管领导批核后，由人事部递交中心行政办公会议审批。

2.2.2 招聘：人事部依批核后的《增人计划表》的职位要求发出招聘信息，由人事部、部门、科室主管及相关职能部门共同筛选、笔试、操作考核及面试等程序后，再交直属院级领导审批。

2.3 录用。

2.3.1 验证：由人事部通过网络、电话、信函等途径核实应聘者的相关证件，确认其任职资格。

2.3.2 医师执业变更：由医务部将《医师执业注册申请审核表》或《医师执业变更注册申请审核表》发给医师填写，并要求其尽快将执业地点变更至本院。

2.3.3 根据个人工作能力及医师执业地点变更情况，配合医务部确定医师资格的授权期限。

2.4 人员应急调配程序。

2.4.1 医务人员：依实际情况需求，调整相关科室相对富余的相关资格的人员作补充，并确保在授权后，立即调往急需岗位。如院内无法调整，则按需求状况邀请已经资格验证并与本院签订协议的院外专家，经授权后迅速到位。

2.4.2 护理人员：首先采纳院内护理单元之间的调整，否则可动用护理部的储备人员作为应急调配。

2.4.3 其他职能部门人员：向其他相关部门借调具备相当资格和技能的人员，并同时出招聘广告着手招聘。

2.5 职责。

见《人事部（副）主任岗位职责》、《人事部招聘培训管理科主任岗位职责》、与本制度有关部分。

证件收集和审核规程

1. 目的

通过资料的收集和验证，确保为病人提供服务的员工具备合格的资格和相应的工作能力，以保证病人的医疗安全及人才的质量。

2. 标准

2.1 医院应全面核查与职责有关的必不可少的信息。收集和核查员工（包括全职和外聘人员、志愿者、临时提供服务的人员）提供的执照、注册证书、资格证书、学历证书、培训和工作经历证明文件及其他任何已完成的继续教育证书，包括在国外或很早以前取得的学历及教育证书。

2.2 每一个新员工在办理入职手续时，人事部都应通过电话、网络、信函、政府机构或第三方机构等途径对员工的原始信息进行核查并在相关证书复印件上加盖验证章及签名。以下情况可以考虑免除对员工提供的原始信息核查：

2.2.1 通过JCI认证医院的正式员工。

2.2.2 员工提供的信息由政府机构进行核查并提供了相应的核查证明。

2.2.3 员工提供的信息由政府部门进行核查后颁发了许可证予以证明的。

2.2.4 当员工提供的信息已通过第三方机构进行核查，医院要对第三方机构的资格进行评估，确认其提供的资料是完整、准确、有效的。

2.3 应聘者在填写《应聘登记表》时，必须确保所填内容全部属实，并同意对其所填资料进行核查。

2.4 要求录用的人员须进行入职体检，体检合格后方能办理入职手续。

2.5 对于确实无法查验的必备证件（如原始证件丢失），应对其资历、经验、技能等进行综合评估考核，确定是否与证件所要求的资格相符，并书面记录无法核实理由，存入个人档案。

2.6 护理部按照卫生主管部门要求，每年定期收集护理人员的执业证副本交上级相关部门年审，并将年审结果的复印件存入个人档案。

2.7 医务部将审批后的医师授权书和其他医务人员资格认定表分别存入其个人档案，并提供电子版的医师授权书给JCI办公室上网以备查询。

2.8 当个人信息资料有变化时，员工应及时提供新的证件原件于人事部以查核、更新相关资料，并将复印件存入个人档案。

2.9 人事部将员工所有评估考核（含试用、年度及人事变更等评估表）资料存入个人档案。

2.10 科教信息部和人事部对员工通过继续教育所取得的相关证件进行验证，以确定其真实性。

员工健康与安全管理规程

1. 目的

保障员工的安全与身心健康，提高员工的满意度和工作认可度，从而确保各项工作的顺利进行。

2. 标准

2.1 员工的健康。

2.1.1 医院必须对所有新入职员工进行健康筛查，以排除传染性疾病和国家规定不宜从事相应岗位的疾病。必要时，员工的健康状况可作为岗位安排和工作指派的依据之一。

2.1.2 医院为员工提供每年1次的免费健康检查，掌握员工的健康状况，并及时给予相应建议和措施。

2.1.3 做好职业暴露的预防与处理，保障员工的职业安全，对暴露在传染病环境、进行高风险操作的员工提供预防措施，由医院职业暴露评估小组评估暴露风险、级别及确定感染后应采取的措施，并严格按《职业暴露防护及报告管理制度》的要求执行。

2.1.4 对直接接触血液、传染病及危险物品的工作人员和从事医疗废物分类收集、运送、暂时贮存和处理等易感染工作的人员每年进行1次健康检查。必要时（如传染性疾病流行或暴发期），还要对从事特殊岗位或工种的人员进行免疫接种。

2.1.5 对从事放射工作和接触放射线的人员提供放射防护措施，并根据照射剂量的大小给予放射假期和放射津贴。对从事放射工作的哺乳期妇女、妊娠初期3个月的孕妇应尽量避免接受放射线，必要时进行调岗。

2.1.6 符合国家计划生育政策的女员工，可享受90天的带薪产假，同时适当调整孕期、哺乳期员工的工作强度和工作岗位（如不予安排倒班等）。

2.2 员工的安全。

2.2.1 为全体员工购买工伤保险，对出现工伤事故（如跌倒、锐器刺伤等）的员工，可享受全薪病假，并按有关规定据实报销医药费用。

2.2.2 医院为处理医疗废物的员工提供必要的设备、设施和培训，并有政策指引医疗废物的分类、收集、处理方法和事故预防及发生后的应对措施。

2.2.3 医院制订政策确保公共设备的运行始终处于良好状态，以减少公共设备因故障而对员工安全造成的各种风险，提高其安全运行的可靠性。

2.2.4 做好职业暴露的预防与处理，保障员工的职业安全，对暴露在传染病环境中的员工提供预防措施、感染后的检查、治疗、辅导及随访。

2.2.5　医院界定和预测全院导致安全事故隐患的基本项目、危险及伤害情况、相应的预防措施及事故发生后的应对措施。

2.2.6　医院为员工提供消防安全的培训，并有政策指引安全事故的防护及紧急情况的应急措施。

2.2.7　建立健康与安全的医院文化，定期进行健康与安全教育培训，强化员工的健康与安全意识，并为员工提供健康与安全的工作环境。

员工教育培训管理规程

1. 目的

制订本制度，使培训工作有计划、有程序地进行并做详尽记录，以不断提高员工的知识和技能。

2. 标准

2.1 岗前培训的对象：包括新入职的医疗及非医疗、进修/实习人员、志愿者。

2.2 岗前培训的内容。

2.2.1 医院培训：新员工上岗前必须了解医院使命、概况、规章制度、目标计划、发展方向、组织机构以及文化理念、礼节礼仪、医德行为规范、质量改进和病人安全及JCI等相关管理制度，同时要进行消防及院感培训，包括消防知识和消防器材使用，通过培训使员工能够掌握紧急情况下（火灾、危险废物、有害气体、灾难事件）的工作流程及其应采取的应对措施，以及如何预防医院感染等方面的知识。

2.2.2 相关部门/科室的培训：员工上岗前，须由部门/科室主管对其进行管理制度、工作范围、劳动纪律、岗位职责、质量改进、环境设备及安全条例等相关知识的培训。

2.2.3 由部门/科室带教人对新员工进行工作流程和操作规程等方面的强化和系统培训，经培训考核合格方可上岗或独立工作。

2.3 继续教育。

2.3.1 医院人事部、医务部、护理部等职能部门应通过对员工需求调查等多种途径，了解员工的继续教育需求，并将其作为员工教育、培训的重要依据之一。调查途径也包括质量和安全监控的结果。各个部门根据各自的教育需求制订年度继续教育计划，由人事部统筹组织全院性的继续教育的计划、实施、检查、评估工作。

2.3.2 员工入职后，人事部及部门/科室应根据员工的实际情况和医院的发展需要，有针对性地组织包括语言沟通技巧、服务意识、专业技能知识等方面的培训，以不断提高员工的综合素质，满足医院的发展需要。

2.3.3 按《省卫生技术人员继续医学教育实施办法（试行）》的规定，组织医务人员进行继续教育，形式包括：在不影响正常工作的前提下，鼓励员工参加专业学习班、提高班或专业进修，及参加在职专业学习或业余学习，举办专业学术会议、讲座及专业讨论等。所有培训记录由科教信息部记录。

2.3.4 继续医学教育实行学分制。继续医学教育对象每年都应参加与本专业相关的继续医学教育活动，学分数不低于25学分。学分的授予和登记应严格执行继续医学教育学分授予的有关规定。

员工满意度调查规程

1. 目的

通过开展员工满意度调查，了解员工对医院政策、制度、薪酬福利等方面的期望值与满意度，不断完善和修正有关政策、制度，最大限度地满足员工的合理需求，以达到稳留员工的目的。

2. 标准

2.1 调查方法。

2.1.1 由人事部每年组织1次全院范围的员工满意度调查，调查以书面问卷方式进行，内容由人事部根据实际情况拟写，报中心领导批准后执行。调查采取不记名形式，由人事部在规定时间内收集、整理、分析和统计所有调查问卷，并将结果报院领导后反馈至医院质量管理办公室和相关职能部门，必要时组织相关部门制订和落实整改措施。

2.1.2 医院可视实际情况，对部分人员进行满意度调查，调查范围、方式视调查的目的而定，可以是一个部门/科室的全体人员或部分人员，也可以是同一层次的人员。

2.1.3 医院应设立员工意见箱。员工可以书面形式对医院管理、制度、运作流程等各方面提出意见和建议，由行政办公室定期收集并反馈至相关部门。对可行性建议和成立的意见，由相关部门制订整改措施。

2.1.4 根据实际需要，人事部或其他职能部门主管可对相关人员进行面谈，了解员工的期望值和满意度。

2.2 调查内容：根据调查目的而定，由人事部或相关职能部门草拟，中心领导审核后执行。

2.3 调查范围：全体员工或视调查目的进行抽样调查。

2.4 调查频率：全院范围的员工满意度调查至少每年进行1次；抽样调查的频率可视实际需要确定。

2.5 调查方式：原则上采取书面不记名的方式或OA网不记名的方式，也可视情况进行面谈。

2.6 结果统计与汇报：由人事部收集、整理、分析并统计调查结果呈报中心领导批核，并将有关信息反馈给医院质量管理办公室和相关部门/科室和员工，及时制订、落实改进措施。

2.7 对每年1次的员工满意度调查进行过程监控、数据分析和持续的质量改进，并纳入医院优先级监测标准。

执业医师资格规定

1. 目的

明确有独立行医资格的医师需具备的资格。

2. 标准

2.1 需要明确执业医师资格的人员。

2.1.1 取得中华人民共和国执业医师资格证书的正式入职医师，按执业范围办理执业证后，方可正式执业。

2.1.2 没有取得中华人民共和国执业医师资格证书的正式入职医师，必须在有执业资格医师的指导下工作，其医疗文书必须有执业资格医师签字。毕业两年后仍未取得执业医师资格证书的，不得在本院从事临床医疗工作。

2.2 执业医师需具备基本的条件。

2.2.1 从事临床医疗工作的执业医师，其基础学历必须具备全日制医学院校本科以上学历，学士学位。对于已在本院从事临床医疗工作20年以上，已取得主治医师以上人员，其学历放宽至全日制医学院校专科以上学历。

2.2.2 新聘应届毕业生，从事临床医疗工作的执业医师，基础学历必须具备全日制医学院校本科以上学历，学士学位，英语水平应达到全国大学英语六级以上；儿科医师、儿外科医师、妇产科医师、心血管外科医师还应具备研究生学历，硕士学位。

2.2.3 新聘非应届毕业生，从事临床医疗工作的执业医师，基础学历必须具备全日制医学院校本科以上学历，学士学位，其原工作单位原则上必须是三级甲等医疗机构。

2.3 职责。

2.3.1 人事部对新聘人员资格进行审核。

人员招聘录用管理细则

1. 目的

规范中心人员招聘工作，提高人员素质，健全人才选用机制。

2. 标准

2.1 招聘工作程序。

2.1.1 提出招聘需求；

2.1.2 制订招聘计划；

2.1.3 发布招聘公告；

2.1.4 人员筛选录用；

2.1.5 招聘工作评估。

2.2 招聘需求。

2.2.1 全年人力资源需求计划：每年9月份，人事部根据妇女儿童医疗中心的整体计划，在征求各部（室、所）意见后，综合考虑妇女儿童医疗中心发展、组织机构调整、现有人力资源情况、其他医院的人才政策、员工流动等因素，制订次年的人力资源需求计划，报妇女儿童医疗中心行政办公会议审批。

2.2.2 临时人力资源需求：各科室对于因人员调动或其他原因造成人员短缺的临时需求，在确认内部调配难以满足的情况，可以由科室负责人填写《广州市妇女儿童医疗中心临时招聘申请表》报所在部（室、所）、人事部、中心行政办公会议审批。

2.3 招聘计划。

招聘计划应包括招聘岗位、招聘人数、招聘岗位的职责要求与资格条件、招聘经费预算、招聘具体执行计划等。

2.4 发布招聘公告。

人事部根据招聘计划，拟订招聘公告。根据岗位的不同采取有效的招聘渠道组合。

2.4.1 内部员工推荐。

妇女儿童医疗中心鼓励内部职工推荐优秀人才，由人事部本着平等竞争、择优录用的原则按程序考核录用。

2.4.2 媒体招聘。

通过大众媒体、专业刊物广告、相关网站发布招聘信息。

2.4.3 招聘会招聘。

通过参加各地人才招聘会招聘。

2.4.4　校园招聘。

每年11月份前将妇女儿童医疗中心的招聘信息及时发往各院校毕业生就业指导中心。对专业对口的院校有选择地参加学校人才交流会，发布招聘信息并进行招聘活动。

2.4.5　委托中介公司招聘。

对妇女儿童医疗中心一些岗位可考虑通过人才中介招聘。

2.5　条件与控编。

2.5.1　应聘人员必须符合以下条件：

2.5.1.1　学历、年龄符合以下条件之一：

2.5.1.1.1　具有国民教育系列研究生学历并有博士学位、年龄在45周岁以下；

2.5.1.1.2　具有国民教育系列研究生学历并有硕士学位，年龄在40周岁以下；

2.5.1.1.3　具有硕士或以上学位并取得《广州市留学人员优惠资格证》，年龄在40周岁以下；

2.5.1.1.4　具有国民教育系列大学学历或以下学历，年龄须在35周岁以下。

2.5.1.2　外语水平。

应届毕业的研究生和本科生英语水平须分别达到全国大学英语六级和四级以上。

2.5.1.3　工作经验要求。

非应届毕业的卫生专业技术人员，原工作单位原则上必须是三级甲等医疗机构。

2.5.1.4　特殊人才要求。

引进学科带头人按照《广州市妇女儿童医疗中心学科带头人选拔条件》的要求执行。

2.5.2　严格控制妇女儿童医疗中心编制数的使用，纳入编制内管理的人数应在当年上级下达的公开招聘增人计划指标及各专业用人需求计划之内，在上述前提下，纳入编制内管理的人员需符合以下条件：

2.5.2.1　学历、毕业学校、专业。

2.5.2.1.1　博士研究生学历；

2.5.2.1.2　硕士研究生学历，国家重点院校毕业；

2.5.2.1.3　硕士研究生学历，非国家重点院校毕业，属紧缺专业的；

2.5.2.1.4　大学学历，国家重点院校护理专业毕业；

2.5.2.1.5　大学学历，非国家重点院校护理专业毕业，综合测评成绩在本专业全年级排名前20%的；

2.5.2.1.6　大学学历，属于紧缺专业的；

2.5.2.2　外语水平。

应届毕业生英语水平须达到全国大学英语六级以上。

2.5.2.3　工作经验。

非应届毕业的卫生专业技术人员，原工作单位原则上必须是三级甲等医疗机构。

2.5.2.4　特殊人员引进。

属学科带头人、特殊人员引进的，由中心办公会议另议。

2.5.3　纳入编制外人事代理管理的人员符合以下条件之一：

2.5.3.1　硕士研究生学历、非国家重点院校毕业、非紧缺专业，从事本专业技术工作2年以下的；

2.5.3.2　护理专业的大学学历毕业生（符合2.5.2的除外）。

2.5.4　除本办法2.5.2和2.5.3规定的情形外，其他各类人员纳入编制外合同制职工（不含人事代理）管理。

2.6　招聘形式。

2.6.1　编制内和人事代理人员的招聘按照《广州市事业单位公开招聘人员试行办法》等有关规定进行，按照考试、体检、考核的程序进行。

2.6.1.1　人事部负责受理应聘人员的报名并审核应聘人员的资格条件。

2.6.1.2　考试：由中心领导、人事、用人科室负责人及学科带头人等有关人员组成的考核小组负责考试工作。

2.6.1.2.1　笔试（或实际操作测试）。用人科室组织专家组（副高以上专业技术人员，不少于3人）进行考核，采用百分制，合格成绩为60分。成绩合格者由高分到低分排序，按招聘专业岗位数1:3确定参加面试人数，不足1:3按实际人数确定。笔试（或实际操作测试）成绩不带入面试成绩。

2.6.1.2.2　面试。中心领导班子成员组成面试小组进行面试，采用百分制，合格成绩为60分。面试人选出现空缺的，按照成绩从高分到低分依次递补其他考生。

2.6.1.2.3　最终成绩的计算方法：笔试（或实际操作测试）、面试成绩分别占最终成绩的40%和60%。

2.6.1.3　体检。

根据应聘者的考试成绩由高分到低分的原则确定体检人选。

2.6.1.4　考核。

对体检合格的人员，按照从高分到低分的原则确定考核人选。考核主要包括思想政治表现、道德品质、业务能力、工作实绩等情况。

应聘人员体检或考核不合格的，按综合成绩高低顺序依次替补人选。

2.6.1.5　确定拟录用人员、公示。

根据考试、体检、考核结果，中心行政办公会议讨论确定拟聘人员名单，对拟聘用为编制内的人员需公示7个工作日。

2.6.2　编制外合同制职工（人事代理除外）的招聘按以下流程：

2.6.2.1　人事部负责受理应聘人员的报名并审核应聘人员的资格条件。

2.6.2.2　考试：由中心分管领导、人事部、用人科室负责人及学科带头人等有关人员组成的考核小组负责考试工作。

2.6.2.2.1　笔试（或实际操作测试）采用百分制，用人科室组织专家组（不少于3人）进行考核，合格成绩为60分。成绩合格者由高分到低分排序，按招聘专业岗位数1:3确定参加面试人数，不足1:3按实际人数确定。笔试（或实际操作测试）成绩不带入面试成绩。

2.6.2.2.2　面试。中心分管领导和人事部负责人组成面试小组进行面试，采用百分制，合格成绩为60分。面试人选出现空缺的，按照成绩从高分到低分依次递补其他考生。

2.6.2.3　体检。

人事部根据面试结果，按高分到低分的顺序，确定体检人选。

2.6.2.4　确定拟录用人员。

人事部根据应聘人员体检结果，对拟录用人员报中心行政办公会议审批。

2.6.2.5　录用。

人事部向拟录用人员发录用通知书。

2.6.2.6　报到。

2.6.2.6.1　被录用人员必须在规定时间内到妇女儿童医疗中心报到。如在规定时间15天内不能正常报到者，可取消其录用资格。特殊情况经批准后可延期报到。

2.6.2.6.2　被录用人员报到时，需向人事部提交个人学历原件核验，复印件备案，填写《干部履历表》或《职工登记表》，并有关规定签订聘用合同或劳动合同。员工必须保证向妇女儿童医疗中心提供的资料真实无误，若一经发现虚报或伪造，妇女儿童医疗中心有权立即解除合同。

2.6.2.7　试用。

2.6.2.7.1　试用的目的在于补救甄选中的偏差。

2.6.2.7.2　试用期。劳动合同期限3个月以上不满1年的，试用期为1个月；劳动合同期限1年以上不满3年的，试用期为2个月；劳动合同期限3年以上的和无固定期限的劳动合同，试用期6个月。

2.6.2.7.3　用人科室负责人有义务对新进入人员进行上岗引导，并确定1名直接负责人指导其工作。

2.6.2.7.4　试用期内，新员工若有严重违规行为或能力明显不足者，试用部门应在《试用员工评核表》上陈述事实与理由，报人事部审核后按照妇女儿童医疗中心有关规定办理。

2.6.2.7.5　试用期满后，其科室负责人应严格对照岗位职责和要求在《试用员工评核表》上详细列出考核意见，并明确以下事项后报人事部审核：①胜任现职，同意转正；②不能胜任，不同意转正。

2.7　工作评估。

2.7.1　人事部应对招聘流程的每个环节进行跟踪，以检查招聘效果。从职位空缺是否得到满足、求职人员数量和实际录用人数的比例等来分别衡量招聘质量。

2.7.2　招聘活动结束后，人事部应从调查求职人员及新员工对招聘组织工作的意见、各种招聘渠道的时间、成本和效果、录用人员的短期流失率等几个方面来评估招聘活动，作为招聘工作进一步改进的依据。

2.8　附则。

本办法的拟订和修改由妇女儿童医疗中心人事部负责，报妇女儿童医疗中心行政办公会议审批后执行。

职工着装和职业形象管理规定

1. 目的

统一医院职工的着装标准，树立医务人员良好的职业形象，以体现服务始于尊重的初衷，尊重每位患者及来访者，努力营造一流的服务氛围。

2. 标准

2.1 发式要求：

2.1.1 女士：发式干净、整洁，不影响视线。不要有夸张或不自然的发型或颜色；长发应束起或盘起，不妨碍患者的诊治、护理和仪器的操作。

2.1.2 男士：发式干净、整洁，不影响视线。头发不要松散的堆在前额或盖住眉毛，长度不超过领口上部。

2.2 化妆品/修饰：

2.2.1 女士：自然妆面。指甲剪短，保持清洁，圆钝，不要涂抹重色指甲油。

2.2.2 男士：保持颜面干净、整洁，适当修饰。指甲剪短，保持清洁，圆钝。

2.3 珠宝/装饰品：以适度为原则。

2.3.1 佩戴一只戒指，特殊操作参照部门规定不佩戴。

2.3.2 允许佩戴点状耳环，以不超过耳垂为准。

2.3.3 项链不能太粗太长。

2.4 服装：

2.4.1 女士：

2.4.1.1 着装要和职业安全、医疗服务环境相适应，需穿合适的服装；衣服和工作服必须干净，整洁，无破损；根据不同部门的要求穿戴工作服。

2.4.1.2 不允许穿着的服装：短裤、低开领、超短裙及过分暴露的服装，拖鞋。

2.4.2 男士：

2.4.2.1 着装要和职业安全、医疗服务环境相适应，需穿合适的服装；在需要的场合佩戴领带；衣服和工作服必须干净，整洁，无破损；根据不同部门的要求穿戴工作服。

2.4.2.2 不允许穿着的服装：短裤、拖鞋。

2.5 每位职工在工作时间均需正确佩戴身份牌。

2.6 无固定工作服的部门工作人员应着装得体、符合职业形象。

办公系统管理办法

1.目的

为了有效地发挥办公系统的作用，明确各部门职责，规范员工行为，加强系统管理，特制订本使用管理办法。

2.标准

2.1 适用范围。

适用广州市妇女儿童医疗中心（广州市妇幼保健院、广州市儿童医院、广州市妇婴医院）管理人员及使用该系统的所有员工。

2.2 员工使用规范。

2.2.1 办公系统运行在单位的局域网上，在单位固定办公场所工作的员工，可使用桌面终端的浏览器，通过局域网直接访问办公系统。

2.2.2 办公系统运行在外网上，在单位固定办公场所外办公和出差的员工，则需要通过互联网访问办公系统。

2.2.3 单位每位员工均有一个独立的账号和密码，这是登录办公系统的唯一凭证，也是登录后证明员工身份、确定操作权限的唯一依据。

对于账号和密码，需要遵循如下使用原则：

2.2.3.1 严格保密，不对任何人泄漏自己的密码。

2.2.3.2 至少每3个月更改一次密码。

2.2.3.3 关闭电脑操作系统中的自动保存密码的功能（如：您在登录办公系统输入密码后，会弹出一个对话框“提示您是否记住密码”时，用鼠标点“否”按钮）。

2.2.3.4 离开电脑时要先退出办公系统再离开，或者锁住桌面。（在“控制面板”-“用户账号”-“创建一个新账户”（或者直接用Administrator账户）-设置密码；当您离开座位时使用快捷键“窗口键+L”快速锁定桌面）

2.2.3.5 因密码泄露或更新不及时等引起的损失由用户本人承担，给医院造成重大损失的要追究法律责任，并按医院相关规定处理。

2.2.4 每位员工均要对系统中记录的所有以其名义处理的事务和结果承担责任。

2.2.5 使用办公系统的每位员工，均应在工作时间内使系统处于开启状态，以便及时处理各种工作。

2.2.6 登录办公系统后，应尽快处理自己的待办事项。所有网上公文处理流程涉及到的工作人员处理时间应不超过1个工作日。如有外出、请假等特殊原因，必须委托相关人员代为办理。对于

不能马上处理完毕的事项，应选择“暂存待办”功能，以给流程中的各节点一个明确的状态信息，而不应放在“待办事项”区置之不理。

2.2.7 使用办公系统，应按照工作内容的不同，在系统中“我的文档”区建立对应的文件夹，并对处理完毕的流程、信息、文件进行定期的清理、归档工作，以使工作条理清晰，方便日后的查询和统计。

2.2.8 办公系统专为单位办公使用，所有的数据均存放在服务器端。为了不影响系统的效率和安全，请不要将个人的私人信息存放在系统中，特别是不要存放音频、视频、照片等大量消耗系统资源的信息。计算机中心将定期对每个账号的存储空间占用情况进行检查和评估。对于明显异常的账号，将向所在部门发出警告通知，并在本人在场的情况下，登录系统做内容检查。

2.2.9 各终端用户要保证通过系统发布、流转的信息和文件的内容完整准确，并对所发布的内容负责。不得发布权限范围之外的内容和与工作无关的垃圾信息。

2.2.10 办公系统“公共信息”中的（公告、调查、讨论和新闻）实行实名制使用发布，不得在系统上发布与医院工作无关的“公告”或“调查”；系统“公共信息”中的“讨论”实行匿名制，应避免在讨论区发布广告或和医院发展无关的事务，尊重他人权益及隐私，言论应遵守国家相关法律法规和医院相关规定，不使用不文明不健康的语言和文字（如：非法的、骚扰性的、中伤他人的、辱骂性的、恐吓性的、伤害性的、淫秽等言论及信息属于不文明不健康的语言和文字）。

2.3 保密管理。

2.3.1 办公系统使用要严格执行国家有关保密法律、法规和中心医院机密保护的有关规定，确保国家秘密和中心医院机密的安全。

2.3.2 办公系统中公文传输为非涉密电子公文。对涉及国家秘密，以及医院机密级以上的公文，仍以纸质文件传递。

2.3.3 通过办公系统生成的电子文档或公文与相同内容的纸质文档或公文具有同等效力，除按有关规定必需采用纸质文件存档外，可不需要打印存档。

2.3.4 办公系统通过用工号和密码进行身份管理和认证，操作人员首次登录系统后应及时更换密码，注意保密，不得将密码泄露给他人，由于密码泄露造成的损失由本人负责。

2.4 系统维护管理。

2.4.1 办公系统用户分为：系统管理员、公文收发员和一般用户。

2.4.2 科教信息部负责本系统的运行维护管理，包括用户管理、权限管理、表单制作、流程配置和系统运行参数调整等工作内容。医院系统管理员负责本系统的日常维护及技术支持工作，负责OA系统的应用推广、运行管理和检查工作。各科室负责系统的使用。

2.4.3 医院各科室负责人负责本系统相关科室业务及管理流程的制订。

2.4.4 人员调动、部门更名或取消等引起用户变动，人事部应在事件发生后4小时内通过人力资源系统对变更人员进行及时调整。

2.4.5 用户在使用办公系统中出现的问题可及时反馈给科教信息部，属业务流程变动或新增的，需要先提交科教信息部审核确认。

2.4.6 各终端用户不得随意发布与工作无关的信息，对自己的行为负责，造成不良后果的追究其相关责任。

2.4.7　为避免计算机病毒传播和网络攻击，保证数据及网络安全，服务器应安装防火墙及网络防病毒软件，单位系统管理员，应指导检查本单位操作用计算机安装防病毒软件并及时更新操作系统安全补丁及病毒特征码。

2.4.8　系统管理员负责每日对数据进行本机备份，每月末对完整数据（含upload）进行1次异地备份。

2.4.9　论坛管理员应定期清理讨论区内容（建议3个月清理1次）；各部门文档管理员应定期整理本部门“单位文档”中文档资料，及时删除过期无效文档；使用人员应及时删除在系统上生成的失效或错发信息。

2.4.10　科教信息部与软件开发单位签订技术支持协议（合同），确保故障得到及时处理及软件版本升级。

2.5　本办法由办公室和科教信息部共同拟定，并共同负责监督执行。

医院信息系统用户权限的管理制度

1. 目的

为了保证医院信息系统的安全，依据用户权限够用、适用和集中统一管理原则，对医院信息系统用户权限管理进行规范而规定。

2. 标准

2.1 医院信息系统新用户及已有用户权限变更的管理：新入职员工需要创建新用户时，或老用户需要调整权限、业务科室时，须按新的流程进行申请。新的工作流程是：员工根据岗位特点填写《HIS系统开通权限申请表》按照2.1.1及2.1.2的流程进行审批。具体获得授权的人员要需何种资质及资格根据医务部相关规定执行。

2.1.1 医生申请HIS系统权限的流程为：

填写《HIS系统开通权限申请表》（医生）——〉病区主任审批——〉科部主任审批——〉医务部经办人审批——〉医务部主任审批——〉计算机中心确认开通。

2.1.2 护士申请HIS系统权限的流程为：

填写《HIS系统开通权限申请表》（护士）——〉病区护士长审批——〉科部护士长审批——〉护理部主任审批——〉计算机中心确认开通。

2.2 实习、进修期满需进行权限清理的用户，或离职的用户，在完成了必要的人事手续后，须持《离院通知书》、《进修医生报到单》到医务部或护理部和人事部签字，批准后到计算机中心清除离职人员的用户权限，完成后负责清理操作工程师签名确认。

2.2.1 医生取消HIS系统权限的流程为：

办理离院人事手续——〉医务部主任审批——〉计算机中心确认清除。

2.2.2 护士取消HIS系统权限的流程为：

办理离院人事手续——〉护理部主任审批——〉计算机中心确认清除。

2.3 医院信息系统中，医生可申请的权限有5类，其分别是：签名级别、科室权限、抗生素权限、毒麻药权限、精神类药物权限。

2.3.1 第一类权限医生签名级别：签名级别决定该医生是否有处方权，是否能修改另一医生的病历记录等。签名级别具体可分为以下5个级别：实习/进修医生、住院医生、主治医生、副主任、主任。

2.3.1.1 实习/进修医生签名级别：可查看已授权科室病人的各种信息，包括病历信息、各种检查检验申请单信息、处方信息、评估信息、护理记录、门诊信息等。可书写处方及各种病历记录，但需上级签名权限的医生签名后方可生效，此类医生无处方权。

2.3.1.2　住院医生签名级别：可查看已授权科室病人的各种信息，包括病历信息、各种检查检验申请单信息、处方信息、评估信息、护理记录、门诊信息等。可独立书写处方及各种病历记录，签名后即可生效。可确认实习医生签名级别用户书写的处方及病历记录，可修改实习/进修医生签名级别用户书写的处方及病历记录等。

2.3.1.3　主治医生签名级别：可查看已授权科室病人的各种信息，包括病历信息、各种检查检验申请单信息、处方信息、评估信息、护理记录、门诊信息等。可独立书写处方及各种病历记录，签名后即可生效。可确认实习医生签名级别用户书写的处方及病历记录，可修改实习/进修医生签名级别用户、住院医生签名级别用户书写的处方及病历记录等。

2.3.1.4　副主任签名级别：可查看已授权科室病人的各种信息，包括病历信息、各种检查检验申请单信息、处方信息、评估信息、护理记录、门诊信息等。可独立书写处方及各种病历记录，签名后即可生效。可确认实习医生签名级别用户书写的处方及病历记录，可修改实习/进修医生签名级别、住院医生签名级别用户、主治医生签名级别用户书写的处方及病历记录等。

2.3.1.5　主任签名级别：可查看已授权科室病人的各种信息，包括病历信息、各种检查检验申请单信息、住院医生签名级别用户、处方信息、评估信息、护理记录、门诊信息等。可独立书写处方及各种病历记录，签名后即可生效。可确认实习医生签名级别用户书写的处方及病历记录，可修改实习/进修医生签名级别、主治医生签名级别、副主任签名级别用户书写的处方及病历记录等。

2.3.2　第二类权限科室权限：科室权限决定该医生是否能访问某一科室信息，每个科室的权限都需申请及授权。

2.3.3　第三类权限抗生素权限：抗生素权限决定该医生是否能开出某一级别的抗生素（申请抗生素权限的医生必先有医师资格证及主治医生或以上签名权限）。目前医院所有抗生素类药物分为三个级别，相应地也分为三个级别抗生素权限：一类抗生素权限、二类抗生素权限、三类抗生素权限。

2.3.3.1　一类抗生素权限：可在处方中使用一类抗生素。

2.3.3.2　二类抗生素权限：可在处方中使用一、二类抗生素。

2.3.3.3　三类抗生素权限：可在处方中使用所有类抗生素。

2.3.4　第四类权限毒麻药权限（申请者先有处方权，即实习医生以上签名权限）：毒麻药权限决定该医生是否能在处方中使用毒麻药类药物。

2.3.5　第五类权限精神类药物权限（申请者先有处方权，即实习医生以上签名权限）：精神类药物权限决定该医生是否能在处方中使用精神类药物。目前医院所有精神类药物分为两个级别，相应地也分为两个级别精神类药物权限。

2.3.5.1　一类精神类药物权限：可在处方中使用一类精神类药物。

2.3.5.2　二类精神类药物权限：可在处方中使用一、二类精神类药物。

2.4　医院信息系统中院护士可申请的权限有一类：护士级别。

2.4.1　护士级别：护士级别决定该护士能否管理科室护理模板，能否解除某一病人等系统管理功能。签名级别具体可分为两级：护士、护士骨干。

2.4.1.1　护士：护士级别可查看已授权科室病人的各种信息，包括病历信息、各种检查检验申请单信息、处方信息、评估信息、护理记录、门诊信息等。可确定有处方权医生开出的医嘱，可在

系统中添加耗材等护理收费项目，可书写病人各种评估记录、可书写护理记录、体温单等。

2.4.1.2　护士骨干：护士骨干除有护士的权限外，还有能否管理科室护理模板，解除某一病人等系统管理功能等系统管理功能。

信息系统安全制度

1. 目的

为保护医院计算机信息系统安全，根据《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》、《广东省计算机信息系统安全保护条例》、《国际医院管理标准》及有关法律法规和标准，结合医院实际情况，制订本制度。

2. 标准

2.1 各部门科室应做好工作业务范围内的计算机信息系统安全保护工作。保护好个人或部门的登录密码、硬件密钥和各种信息系统用户识别方式，防止医院以外的计算机、存储介质或其他电子设备通过各部门的网络端口接入医院内部计算机网络。设法在各自职责范围内做好计算机信息系统的安全保护工作。

2.2 任何人不得利用医院范围内的计算机信息系统从事危害国家安全、社会秩序、公共利益以及公民、法人和其他组织的合法权益的活动。不得制作、浏览、复制、传播反动及淫秽信息；不得在网络上发布反动、非法和虚假的消息；不得在网络上漫骂攻击他人；不得在网上泄露他人隐私。任何组织或者个人，不得危害医院计算机信息系统安全。严禁通过网络进行任何黑客活动和性质类似的破坏活动，严格控制和防范计算机病毒的侵入。

2.3 工作计算机未进行安全配置、未安装防火墙或杀毒软件的，不许入网。各计算机终端用户应定期对计算机系统、杀毒软件等进行升级和更新，并定期进行病毒清查，不要下载和使用未经测试和来历不明的软件、不要打开来历不明的电子邮件、禁止使用外来U盘等存储介质。如有因违反以上安全规定引致发生危害医院网络安全的，肇事计算机终端所在部门需负全责。

2.4 发现病毒马上与计算机中心人员联系采取措施，避免病毒在内部网上广泛传播。

2.5 未经允许，不能对医院计算机信息网络功能存储、处理或传输的数据和应用程序进行删除、修改，不能随意复制计算机数据或程序文件。

2.6 未经许可，不得在工作站安装软驱及光驱，开通或使用USB接口、未经批准不得与院外系统及互联网连接。

2.7 从事计算机信息系统安全保护工作的人员应当保守用户秘密，不得擅自向第三方泄露用户信息，不得非法占有、使用用户的信息资源。

2.8 医院使用的系统用户权限由医院行政部门根据有关规定审批，各个信息系统用户权限由相应主管部门统一管理、设置。科教信息部负责技术支持工作。

2.9 管理员登陆数据库系统，必须通过网络密码校验和数据库密码双重校验，才能进入医院信息系统数据库进行数据访问。并严格执行《电子数据安全管理规范》的相关规定。

2.10 对HIS系统数据实时异地备份。对PACS系统超过两年以上数据采用光盘介质备份；其他如财务、JCI文档、各种重要的电子数据根据需要作不定期备份。

2.11 由于业务需要从外部导入的数据，需提前向医院行政部门提出申请，批准后，在完成数据测试后，方可进行导入。以保证现有数据的完整性。

2.12 向外部机构提供数据或者信息，需遵守医院的相关规定与国家法律法规。与其他机构共享信息资源时，需经过相关部门的审核，并确保机密数据不被泄露。

2.13 遵守版权协定，不得使用盗版软件。

2.14 严格遵守《医院中心机房管理制度》，非计算机中心工作人员禁止入内。

2.15 医院计算机信息系统安全保护等级根据计算机信息系统受到破坏后对行政办公、医疗服务和就诊者权益造成危害程度的不同，分为四级：

2.15.1 可能对行政办公效率或医疗服务效率造成影响，但不妨碍行政工作、医疗服务工作进行的，不影响系统数据完整性、安全性的，为第一级；

2.15.2 可能对行政办公效率或医疗服务效率造成影响，并可能对系统数据完整性、安全性造成损失的，但不妨碍行政工作、医疗服务工作进行的，为第二级；

2.15.3 严重妨碍行政工作、医疗服务工作进行的，不影响系统数据完整性、安全性造成损失的，为第三级；

2.15.4 严重妨碍行政工作、医疗服务工作进行的，并对系统数据完整性、安全性造成重大危害的，为第四级；

2.16 所有信息系统由相关业务科室进行分别管理，处理日常用户权限更变、数据更新、业务模板设计和业务操作，科教信息部负责所有信息系统的版本更新、程序维护、网络管理与后台数据库管理。科教信息部不得越权修改各专用信息系统的数据、权限等业务核心数据。如确有需要从后台更改数据，需得到请求修改数据的科室负责人、主管职能科室负责人、科教信息部负责人及相关领导的同意，方可修改。详细请参照JCI文件《网络信息资源的利用与管理制度》。

2.17 为避免因网络流量过大影响医院正常工作。在工作期间，不得使用QQ、MSM、飞信等聊天工具，不得使用迅雷、快车、电驴等下载工具，不得使用股票行情、交易等软件，进行娱乐、下载、投资等个人行为。如有违反，信息部有权终止其上网权限。

网络信息资源的利用与管理制度

1. 目的

制订本制度是为了保障医院网络信息的安全，方便医院网络信息的利用和交换。通过明确医院网络信息的保存期限与保存方式、安全等级与访问权限、标准化规范、质量控制与数据的完整性、内部数据获取、外部数据交换的管理等制度，实现对网络信息资源利用的优化。

2. 标准

2.1 医院网络信息的保存期限与保存方式的管理。

2.1.1 医院信息系统（HIS）中生成的各种信息根据其性质与要求不同而具有不同的保存期限和保存方式，保存期限参照国家有关标准执行。

2.1.2 经常要利用的数据、重要数据、近期数据要在数据库服务器上长期在线保存，一般数据过了一段时间后很少利用，可转入历史数据服务器或磁带脱机保存。

2.1.3 离线保存系统要有防尘、防潮和防强力磁场等安全保护措施。

2.1.4 超过保存期限的数据可以从服务器直接删除或磁带清除。

2.1.5 病案首页、医生医嘱等电子病历信息经常要被医生检索，各种医务统计的数量指标、质量指标和管理指标中间经常要分析利用，这些信息在可能的情况下要长期在线保存，如果因信息过大而引起服务器存储容量不够或数据库性能变差时，应该将早期的数据转入离线保存。

2.1.6 住院就诊者费用明细、门诊处方信息、各药房与药库的摆药信息、出入库信息及其他信息均保存在系统数据库中，当数据库空间不够时，将早期数据转为有离线保存。对于一些确认没有利用价值的早期数据，经相关部门和医院领导审核同意后予以删除。

2.2 医院网络信息的安全等级和权限管理。

2.2.1 医院网络信息的安全等级设定与访问权限控制的主要目的就是包括保护数据信息的合理访问，防止非法用户使用数据库或合法用户非法使用数据库造成信息泄露、数据更改或破坏。对数据库的访问要有严格的认证和授权机制。

2.2.2 数据库用户信息记录了HIS用户对数据库操作的各种授权，直接关系到用户是否有权访问、增加、删除数据库中的哪些信息，属于HIS首先要保护好的信息，安全等级一级，只有计算机中心数据库管理员才有权操作。

2.2.3 各种治疗、麻醉、手术、检查、检验、材料、护理等消费项目数据、药品基本信息、药品库信息、医嘱定义等数据涉及到医院的收费标准与医疗常规，关系到收费是否准确、医生医嘱是否规范等问题，属于非常重要的信息，安全等级二级，只有财务部、药剂部、医务部等职能部门所指定的专人才有权操作相关数据。

2.2.4 医生所开医嘱、处方、就诊者基本信息、就诊者出入院信息、挂号信息、病案编号信息、药品出入库等就诊者就诊过程所产生的各种信息涉及到医院的日常业务流程，影响医院的各种统计结果，是比较重要的信息，安全等级三级，这些数据由相关业务操作的人员录入并维护，除上级主管外其他人员一般无权修改。

2.2.5 对收费项目、医嘱、药品物质库存、挂号、系统定义字典等数据表的增加、修改、删除等任何重要操作，系统中都应该有操作人、操作时间等详细的日志记录，以保证信息数据的安全性。

2.3 医院信息化建设的标准化规范。

2.3.1 医院信息系统与网络工程的建设与实施要严格遵照国内外的标准执行。

2.3.2 机房建设符合国家标准《计算机场地技术条件》（GB2887-89）。

2.3.3 网络布线符合EIA/TIA 568等国际综合布线标准。

2.3.4 软件开发符合《软件开发规范GB9386-88》、《软件产品开发文件编制指南GB8567-88》、《计算机软件测试文件编制规范BG9386-88》和《软件工程术语标准GB/T11457-89》等国家标准。HIS的编程语言以PB为主。

2.3.5 数据字典的定义与编码采用国内外标准、性别、国家、籍贯、民族等信息的数据编码采用国家标准，疾病与手术名称编码采用ICD-10国际标准，化学药品采用《YY0252-1997》国家标准，医学影像系统符合DICOM3国际标准、检查、检验、治疗与手术等项目符合国家基本医疗保险项目规范。

2.3.6 HIS系统的功能符合国家卫生部信息化工作领导小组下发的《医院信息系统基本功能规范》。

2.4 医院网络信息的质量控制、数据完整性与数据整合的管理。

2.4.1 为保证信息数据的完整性与一致性，通过对重要信息采用数据编码方式，在程序中设置逻辑判断功能、专人负责监控数据质量等措施来实现，以支持就诊者的医疗护理服务、医院的管理、医院的质量管理工作。

2.4.2 HIS中的数据采集点尽可能为数据信息发生点，以保证信息采集的及时、安全与准确，各应用系统操作人员要按规定流程使用系统，准确录入有关数据。

2.4.3 医院计算机中心监控网上数据质量，相关业务主管部门负责各自业务的质量环节。

2.4.3.1 医务部、护理部、药学部、院感等主要负责医疗护理信息发生点的质量监控工作，包括针对、医疗、护理、医技工作质量、药品使用及院感管理等，负责监控所有就诊、住院就诊者的基本信息、费用信息等，包括诊断、入院时间、入院科室、等级护理、病情状态等数据的准确性，监控就诊者入、出、转诊情况，确保流动日报准确，监控医嘱等信息的完整与准确等。

2.4.3.2 财务部负责监控门诊收费与住院收费等数据质量。监控收费标准、收费项目、费别等数据录入的准确性，负责监控预交金录入的及时性和就诊者医疗过程中预交金的使用情况，防止就诊者欠费、逃费等。

2.4.3.3 药房负责监控医院药品入库、出库的准确性和及时性，监控各药房实际药品种类与库存是否与计算机系统记录一致；药学部负责监控医生医嘱与处方录入是否符合要求，监控发药是否正确。

2.4.3.4 对门诊挂号、门诊收费、门诊药房发药等信息进行整合，可以得出门诊量、平均门诊费用、药品占门诊费的比例等科室、医院与个人信息。对就诊者出入院、病案首页、住院收费等信息的整合，可以得出相关的数量、质量、经济与管理指标。

2.5　医院管理部门从网上获取信息的管理。

2.5.1　向医院职能管理部门提供医院网络信息是为满足提高医院科学决策与管理水平的需求，各职能部门严格按规定提取相关信息，做好信息资料的保密工作。

2.5.2　医院各职能管理部门通过病案统计程序或相关业务程序，只能获取在职权范围内的相关信息，医院领导可以查阅全院各种数量指标、质量指标、经济指标等方面的信息。

2.5.3　医务部、护理部可以获取门诊、急诊、住院、手术、检查、检验、治疗、床位、流动等医院当前或统计期内的信息，可以查看当前危重就诊者的情况，了解就诊者身份的构成情况，直接掌握当天或统计期内各科室、各项目医疗收费的详细情况。可以获取并分析各种医疗活动重要管理指标，如门诊量、住院就诊者数、出院就诊者数、诊断符合率、治愈率、平均住院天数、住院周转率、床位周转次数、总占床数、术前平均住院天数等医院或科室的分类统计指标，分析单病种费用、单病种质量和出院就诊者费用等各种数据。

2.5.4　药学部、药房主管可以查询、监控药库、各临床与门诊药房、中心药房的库存情况、出入库情况、药品消耗情况，分析药品的动态变化情况，及时发现并解决医院药品使用中存在的各种问题。

2.5.5　财务部主管可以查询、监控门诊、住院收费、就诊者欠费等信息，统计各科室门诊与住院在统计期内的收入情况。

2.5.6　其他人事、行政、后勤管理的信息可由相关管理系统向主管部门提供。

2.5.7　医院领导具有实时监控、查询网上各种医院信息的权利。

2.5.8　对不能直接通过现有软件查阅的信息，需要提出书面申请，由部门主管以上人员签字（财务、人事、收费等重要信息需医院领导签字认可）后，由计算机中心通过数据库工具查询，对经常要用的数据，可以考虑编写相应的程序。

2.5.9　各职能部门要将各自的需求和网络信息的应用情况经常向计算机中心反馈，计算机中心要重视各部门的反馈信息，及时改进存在的问题，更好地满足临床管理的需求。

2.6　医院人员获取网络信息的管理制度。

2.6.1　为减少数据的重复录入，提高信息数据的共享与利用率，医务人员可以通过医院信息网络获取医疗业务相关的信息。各级人员要按规定途径与权限收集与反馈信息，要注意信息资料的保密。

2.6.2　网络中的就诊者身份信息可由收费、发药、医疗、护理、病案等相关工作站共享。

2.6.3　门诊医生所开处方可以直接传送给门诊收费处、门诊药房等部门，病区医生医嘱可以传送至病区护士、中心药房、住院收费等工作站。医生的电子处方与医嘱传送给药房进行审核，药师审核处方和医嘱是否规范、剂量是否合理、用法是否正确、是否存在药物之间的配伍禁忌，并将审核结果通过网络及时反馈给医生。

2.6.4　医生通过HIS可进行病案检索，检阅历次住院就诊者的电子病历；医生还可以查阅医院的药品品种、医疗项目收费情况，方便医生合理用药、控制费用。

2.6.5　医生、护士、收费人员能够随时提取就诊者的费用明细表，掌握就诊者的预交金使用情况，方便对收费项目的审核，减少漏收费、错收费和就诊者欠费情况的发生。

2.6.6　医院工作人员可以通过医院内部网站获取医院有关的最新动态、会议安排、各类通知、各种规章制度、有关政策法规等信息，可以通过内部邮箱系统发送电子邮件、交换电子文档，也可以获取医院的新药信息，方便医护人员对就诊者的治疗。

2.6.7 PACS系统与HIS结合后，医生可以直接调阅就诊者的检查图像与诊断结果，提高诊断治疗手段与水平。医生还可以通过HIS直接获取就诊者的检验结果。

2.6.8 医务人员随时将各自的需求和网络使用情况向计算机中心反馈以利改进。

2.7 就诊者获取网络信息的管理。

2.7.1 就诊者对医院的基本情况、收费政策和就诊过程中的诊断治疗情况有知情权，就诊者可以在医院安装的电脑触摸屏上查询医院个种医疗收费项目的明码实价。

2.7.2 护士站通过网络查询、打印费用清单提供就诊者。

2.7.3 就诊者出院结算后，可以要求住院收费处提供住院收费明细表。

2.7.4 就诊者及其他人员可以从网站上获取医院的基本情况、医疗特色、科室设置、专家介绍等有关医院的信息，向医院反馈有关问题。

2.8 与外部机构的网络信息交换。

2.8.1 医院因工作需要向外提供或获取网络信息必须严格按有关规定执行，切实保证医院网络信息的保密与安全。

2.8.2 医疗保险机构、公安政法部门持有效证明，通过医务部审核后，一般只能查询、调阅就诊者就诊过程中纸质病历，特殊情况经医院领导批准后，可以查询网上电子信息。

2.8.3 根据规定，医院要向卫生行政主管部门定期由统计室从网络收集相关信息后，按规定程序进行上报。

2.8.4 医院HIS系统与医保中心实现信息网络连通，向医保中心传送就诊者的入院记录、出院记录、就诊期间的费用明细记录等数据。

2.8.5 医院统计室等职能部门应收集其他医疗机构的有关医疗统计指标，与医院网络信息中的相关数据进行对比分析，以查找医院差距，提高医院的管理水平。

2.8.6 医院网络原则上不与外部网络直接联接，确因工作需要（如与医保中心）必须相联时，应确保在医院网络与外部网络之间安装路由器与防火墙。

满足信息需求计划

1. 目的

为方便医院各部门、科室和员工及院外人员和机构，利用好各种信息而制定此计划。本计划把不同的信息需求人员和信息进行分类，并提供不同信息的获取方式，为医护人员、管理者和院外机构或个人提供高质量的适用信息。

2. 标准

2.1 信息需求者。

应对信息需求情况的不同，信息需求者分为以下四类：

2.1.1 临床服务提供人员：医生、护士、医技人员、药学人员、后勤人员。

2.1.2 就诊者及其亲属。

2.1.3 医院管理者：高层领导、中层管理者、一般管理人员。

2.1.4 医院外部的机构或个人：政府部门、有关机构（医院、高校等）、传媒、社区、合作机构等。

2.2 所需求的医院信息分类。

2.2.1 临床诊疗信息：是指就诊者在医院中每一步诊疗活动中所产生并处理的各种诊疗数据与信息，如各种检查、诊断、治疗、护理、手术、病案等。

2.2.2 管理信息：整个医院管理过程中收集、加工和输入、输出的全部信息都是管理信息。如人事调动、方案审核、会议记录等。

2.2.3 经济管理信息包括：

2.2.3.1 费用信息：在医院发生的所有费用信息，包括各部门采集、整理、汇总、分析，反映财务与经济收支情况的各种数据和信息。

2.2.3.2 物资和设备管理信息：各类药品和仪器设备的管理信息。

2.2.4 行政管理信息：各类法规文件、备忘录、统计报表、医疗、人、财、物分析与决策资料及信息。

2.3 信息处理及信息提供的部门。

对照医院管理架构，按照层级管理的原则，各业务及行政职能部门（如医务部、护理部、医院办公室等）均有将信息上传下达、采集、整理，分析和提供相关资料、数据和信息的责任，并按需要给医院管理层上报资料信息，以供决策参考。

2.4 医院满足信息需求的途径。

2.4.1 电子化方式：建立并完善基于信息技术的医院信息系统（HIS），满足所有授权用户的

信息需求。

2.4.1.1 定义：医院信息系统（HIS）是指利用计算机软硬件技术和网络通讯技术，综合管理医院及所属部门的人流、物流、财流和医疗活动产生的数据、信息，为医院整体运行提供全面、自动化的管理和各种信息服务。

2.4.1.2 指导思想：全面规划、分步实施、稳健推进。

建设规划及实施安排见《信息系统的建设规划》，《关于HIS/PACS系统实施方案》。

获取信息的方法见《网络信息资源的利用与管理制度》、《电子病历管理规定》。

2.4.2 传统方式：通过规范化的医疗管理程序和方式（执行医院JCI相关文件），使上述各类信息需求者均能获得合适的信息途径，包括口头、数码告知、岗位培训、会议、文件、资料（医刊、海报、宣传单张）、网站、电子阅览室、图书馆、统计表格等。

2.4.2.1 临床服务提供者获得信息的途径。

2.4.2.1.1 根据实施的医院JCI文件，医疗相关部门的信息传递有明确规定，各科室、部门依据服务范围与职责，应被设定不同的权限。详见《得到医疗服务途径与连续性规程》、《电子病历管理规定》、《检验报告单管理制度》、《放射科资料管理制度》、《病案管理制度》等制度文件。

2.4.2.1.2 通过入职、岗位培训、科室会议、医院内部网、网站资料公布等途径获得医院业务及管理信息。见《员工培训管理规程》、《员工继续教育规划》、《会议制度》、《医生值班及交接班制度》等。

2.4.2.1.3 通过电子阅览室、图书馆和专业会议等获得院外业务和管理信息。见《图书管理工作规程》、《医学情报检索规程》等。

2.4.2.2 就诊者及其家属：主要从主管医生、护士处获得就诊者的病情、治疗方案、预期治疗效果、治疗费用、就诊者的权利、知情同意的项目、医护知识教育等方面的信息，依照医疗、护理相关文件执行。例如：《得到医疗服务途径与连续性规程》、《维护就诊者和家属权利工作规划》、《门诊医生工作规程》、《住院就诊者诊疗规程》、《就诊者知情同意操作规程》、《就诊者及其家属健康教育规划》等。

2.4.2.3 医院管理者获得信息的途径。

2.4.2.3.1 根据实施的医院JCI文件，医院各管理委员会、各职能部门和各职务岗位均确定了职责和工作制度，明确了按照医院管理架构实施管理信息的上传下达，使各级管理者都能得到合适的信息。详细参见各委员会职责与工作制度，《监管、领导和指导工作规划》、《文件管理制度》、《会议制度》、《请示报告制度》、《意外事件报告规程》、《统计工作管理制度》、《质量改进信息沟通管理程序》等。

2.4.2.3.2 通过入职岗位培训和医院内部网与网站公布的资料获得相关信息，参见2.4.2.1.2。

2.4.2.3.3 外部信息获取：如2.4.2.1.3。

2.4.2.4 医院外部机构或个人获得信息的途径。

2.4.2.4.1 政法、机构、媒体；按法律要求上报政府部门的资料，由各职能部门准备好后报医院办公室，经医院领导审核后上报；机构、媒体需要的资料，由各职能部门按照有利于树立医院形象、防止内部资料外泄原则合理提供，提供前需经医院办公室和医院领导审核同意。医院员工接受政府部门、新闻媒体的直接采访或电话、信函等查询，均应向医院办公室报告，统一回应，员工不

得外泄医院内部运行资料以及对政府部门、媒体擅自发表评论。参见《法律法规要求上报的文件清单》、《法定报告传染病管理制度》、《医院媒体接待及信息控制规则》、《院外人员参观接待工作》等。

2.4.2.4.2　社区及个人。

社区：医院与所在周边社区达成开展社区医疗服务的工作及信息机制。执行文件：《监管、领导和指导工作原则》、《社区保健管理规程》、《社区突发灾难事件医疗救护规程》、《与社区沟通的工作规程》。

个人：可通过医院的宣传资料、广告、网站、院内电子触摸屏、医生、护士获得医院相关信息。执行文件：《导医咨询工作程序》、《得到医疗服务途径与连续性规章》、《就诊者知情同意操作规程》等。

2.5　信息管理的支撑条件。

2.5.1　医疗服务人员和管理人员参与信息系统的建设，成立医院信息化建设督导小组及工作组，指定执行阶段性的建设方案，并对信息系统建设过程中的一些重要问题进行研究。

2.5.2　满足各部门信息管理的经费与物资要求：配备电脑、联接网络办公条件、办公用品均需得到保证。

2.5.3　信息利用的培训。

培训对象：医院的决策者、工作需要及职责相适应的相关人员。

培训内容：数据收集、信息的安全和保密、计算机、统计工具和数据分析方法的使用；如何将数据转化为有用的信息、如何使用信息和数据来帮助决策；提供相关信息支持，使就诊者及其家属参与到医疗护理过程中；怎样使用观察指标来评价和改善医护及其他工作流程。

2.5.3.1　开展有针对性的阶段培训。

2.5.3.1.1　医院根据需要对医务、护理、医技、药学及相关人员进行HIS、PACS等系统的专题培训。

2.5.3.1.2　各部门根据本部门工作进行信息管理培训。

信息系统建设规划

1. 目的

医院开展信息化建设是社会发展的必然趋势，也是现代医院管理的基本手段要求和社会医疗保险制度与卫生事业改革的必备条件。信息部门应保障医院网络信息的安全，制订方便医院网络信息的利用和信息交换的方案。因此，有必要利用先进的计算机技术与网络通信技术，借助医学、管理学和信息科学技术知识，建设一个高速、稳定的计算机网络系统，建立一套满足临床应用需求、适应医院管理模式的医院信息系统（HospitalInformation System，HIS），实现医疗、物质、经济和医院其他业务与管理信息的计算机全方位管理，把医院建设成为数字化医院。

2. 标准

2.1 医院信息系统需求。

2.1.1 实现数据信息共享，提高工作效率的需求。

病人就诊过程中，有许多数据信息可以共享，如病人的基本信息可以用于挂号与住院，挂号信息可以用于门诊护士导诊，门诊医生看病时从数据库中调出病历、了解病史，在电脑上直接书写病历、开处方、开检查与检验申请单，处方可以直接传送至门诊各药房配药、门诊收费处收费，检查与检验申请单可直接用于预约等。住院病人的医嘱、检查检验申请等都能由医生直接在电脑上开，传送到护士站与相关科室，住院收费处可以通过电子医嘱等信息及时审核病人的费用情况。

2.1.2 规范医疗行为，满足科学决策与管理的需求。

传统的手工方法难以很好地规范与控制医疗行为，HIS的应用可以规范医疗电子文书、电子医嘱，可以将医院的管理从终末质量管理重点转移到环节质量控制，医疗过程中产生的各种数量指标、质量指标、经济指标、管理指标等都能及时、准确的统计与查询出来，可以对药品等物质的消耗与计划实施监控，可以加强药品、物质等的库存管理，减少库存积压，提高资金周转，可以根据医院领导或职能部门的要求提取有关的信息，满足医院决策科学化、管理现代化的需求。

2.1.3 满足医务人员的应用需求。

日常工作中，医务人员往往希望能及时、方便、快捷地获取一些医药动态，了解一些医院的政策，掌握病人的一些基本情况，以提高诊断治疗水平，为病人提供更好的服务。如医务人员需要掌握医院的各种收费标准、药品规格剂型、合理用药咨询、病人的基本情况和历次住院的记录情况、各种检查检验图像与结果、单病种的诊断治疗情况、国家或医院制订的诊疗规范、用药信息、新技术的开展情况等信息。这些要求应能通过HIS的实施得到满足。

2.1.4 满足病人的需求。

信息技术的发展使信息获取的途径更多、手段更简捷，这就使医院为病人提供更多的信息服务

提供了可能。按照国家关于医疗卫生行业实行明码标价的要求，信息系统应能为病人提供条件查询医院的收费标准、打印或查询住院期间的每日清单。要方便病人就诊，帮助病人选医院、选医生，HIS就应能实现电话预约挂号、远程医疗会诊，并通过INTERNET或触摸屏等方式查询医院的基本情况、专科特色、专家情况等信息。

2.1.5　满足外部机构与个人的需求。

医疗保险改革的实施、银行医疗经费结算与支付系统的推出，使病人就诊过程不再是传统的医院与病人的二元关系，而是医院、病人、卫生主管部门、公费医疗办公室、医疗保险机构、银行等方面的多元关系，各部门需要相互访问、交换有关信息。远程医疗系统的实施也将与HIS紧密结合，实现病人的主要信息，包括基本信息、诊治信息、检查检验结果等数据的相互传递。病人需要医院获取医院基本信息和就诊过程中的信息。HIS必须充分考虑这些外部机构与个人的需求，同时确保数据交换的安全与保密。

2.2　医院信息系统的实施。

2.2.1　HIS支撑环境的建设。

支撑HIS应用的基本支撑环境包括硬件与系统软件，医院已完成这些基础工作，现已建成了1000M光纤主干、100M到桌面的高速网络。数据库服务器由两台高性能服务器加磁盘阵列组成群集服务器模式，网络操作系统为Windows2000　Server，后台数据库为Oracle　19iG、Microsoft　SQl。Setvet·2000，工作站配置为PⅢ以上机器。HIS运行环境的安全控制措施见医院制定的《信息系统安全制度》与《网络信息资源的利用与管理制度》。

2.2.2　HIS的应用设计。

医院信息系统严格按照国家卫生部信息化工作领导小组下发的《医院信息系统基本功能规范》的要求进行设计与建设，包括HIS的功能规范、运行要求、技术文档、数据字典的标准化、信息系统的安全保密措施等，确保系统的先进性、开放性、实用性和可扩展性。HIS的应用设计时要认真考虑临床应用人员与管理人员对信息网络的需求，吸收部分这方面的人员参与HIS的应用规划。HIS软件要有临床与管理人员参与测试工作，保证软件能正确使用，操作流程符合医疗常规和JCI要求，并且HIS软件供应商须经过国家卫生部的认证。

临床科研标本管理规程

1. 目的

规范临床科研标本的采集、存放及使用的管理办法及其流程，确保临床科研标本的合理、合法使用。

2. 标准

2.1 办法适用范围：适用于经医院伦理审批通过的临床科学研究收集各类型标本。

2.2 临床科研标本采集、存放、使用管理办法。

2.2.1 临床科研标本采集的申请：

2.2.1.1 课题立项并经伦理委员会批准（部分项目需签署知情同意书）后方可进行样本采集。

2.2.1.2 填写《临床科研标本采集/存放/使用申请表》，提交相关实验室及科教信息部审批。

2.2.1.3 开具样本采集申请单，申请单的信息应至少含有以下信息：

2.2.1.3.1 患者姓名、性别、年龄（岁月天）、住院号、病区、病床号、预诊。

2.2.1.3.2 申请医生、申请日期。

2.2.1.3.3 标本类型、标本来源。

2.2.1.3.4 是否优先处理。

2.2.1.3.5 联系方式（必要时）。

2.2.2 临床科研标本的采集：

2.2.2.1 临床科研标本的采集应由有采集资格的专业技术人员操作。

2.2.2.2 按申请的检验项目要求选择合适的容器，打印条码或手写进行双标记。

2.2.2.3 标本采集前仔细核对患者姓名、病历号等信息。

2.2.2.4 按申请的检验项目采集样本，并放入标记的容器中。

2.2.2.5 打包，标记。

2.2.3 临床科研标本的运送和接收。

2.2.3.1 标本运送人员与采集人员进行交接确认，并在2小时之内运送到相应科室。

2.2.3.2 科室接收样本，并做好接收核对和确认。

2.2.3.3 将申请信息记录在《临床科研标本存放、使用登记本》上。

2.2.4 临床科研标本的处理和保存。

2.2.4.1 按科研要求处理和保存样本。

2.2.4.2 临床科研标本仅限于科研实验用，应与临床标本区分存放。

2.2.4.3 临床科研标本应由医院各实验室（医院指定实验室）集中存放，设立专人专管。

2.2.4.4　特殊标本按照法定条款交有关部门存放。

2.2.5　做好样本出入库和废弃记录。

2.2.6　临床检验分析后的剩余样本的收集。

2.2.6.1　剩余样品的使用也应遵守本中心伦理委员会的要求。

2.2.6.2　剩余样品由科研申请人员收集。

2.2.6.3　样本保存遵循同样原则。

2.2.7　临床科研标本的使用。

2.2.8　临床科研标本废弃，应按医院感染控制的要求进行。

2.2.9　如有后续研究或特殊使用，应由项目负责人提出书面申请报实验室及科教信息部审批。

2.2.10　临床科研标本外送的管理。

2.2.10.1　外送临床科研标本应由项目负责人提出申请（提供收集委托实验室资料），并与委托实验室签订书面合作协议，报科教信息部及中心领导批准。

2.2.10.2　外送的临床科研标本必须用规定的容器存放并密封，并根据邮寄规则和要求进行包装，特殊情况由专人运送至指定地点指定接收人。

2.2.11　与国外实验室进行科研合作时，临床科研标本的使用需遵循国家相关政策。未经允许不得私自与境外科研机构合作（尤其是涉及政治性的合作，如重大疫情）。

2.2.12　各实验室外接临床科研标本需提供相关材料（外接临床科研标本书面申请、双方合作协议书、项目信息等）到科教信息部，经审批后方可接收临床科研标本。

2.3　本规程自下发之日起施行。本办法由科教信息部、检验部负责解释。

教研室工作条例

1. 目的

为规范医院临床医学教研室的工作、切实提高教学、科研水平，特制订本条例。

2. 标准

2.1 组织管理。

2.1.1 教研室是在二级学科基础上设立的开展教学和科研工作的基层组织。

2.1.2 教研室分属科（部）领导，并接受科教信息部指导、检查。

2.1.3 教研室由主任、副主任、教学秘书、专职带教老师及带教班主任等人员组成。

2.1.4 教研室主任原则上应为本学科带头人，全面负责本学科的本科生教学、研究生教学、住院医师培训、继续医学教育等成人教学工作。

2.1.5 指导老师数量充足，结构合理，并保持拥有一支稳定的教师队伍：

2.1.5.1 指导教师应熟练掌握至少一门外语，具有较高的外语水平；

2.1.5.2 教研室有3名以上副高以上教师；

2.1.5.3 教学查房和理论教学任务由主治医师以上承担，临床带教任务由3年以上住院医师承担。

2.2 教研室应定期召开工作会议。在每学期末认真组织全体工作人员进行教学和科研总结，计划下学期工作。重视课程教学质量评估，积极改进教学内容、教学方法和教学手段，积极投入教学改革，有计划地安排教研室人员参加各类教学、科研学术活动。

2.3 教研室必须建立和完善教学档案和教师业务档案，定期对他们进行考核，提出对优秀教师的奖励和提拔；对教学违纪人员，取消其临床带教资格并给予相应处罚。

2.4 教研室必须严格加强对所属教学和实验设备资源的管理，保证教学设备完好，以满足教学的需要。

2.5 教研室教学工作基本职责：根据课程教学大纲规定，做好以下基本教学工作：

2.5.1 课堂讲授：

2.5.1.1 课堂讲授一般由中级职称以上的临床医生担任；

2.5.1.2 除培养性讲课以外，可根据课程内容的系统性、学术性分科等原则，原则上以不超过3人为宜，不能频繁更换老师；

2.5.1.3 讲授内容必须按照课程教学大纲规定，基本内容不得轻易更动；

2.5.1.4 讲授教师要写出讲授提纲或讲稿，利用现代教学手段，重点突出，概念清楚，理论联系实际，介绍新理论、新技术；

2.5.1.5　教研室应定期集体备课以提高讲授质量。对培养性讲课，应通过试讲，经评课认可后方能开讲；

2.5.1.6　应有计划地组织评教、评学和检查性、观摩性听课。

2.5.2　见习：见习是理论联系实际的桥梁，教研室应根据大纲要求编写见习教案，事先挑选病例，作好实验教学。

2.5.3　毕业实习和课题研究：

2.5.3.1　毕业实习和课题研究是完成专业教学计划所规定的培养目标的最重要教学阶段；

2.5.3.2　教研室应根据专业实习和课题研究计划，修订本学科的毕业实习大纲，明确毕业实习和明确研究需达到的目的、内容、要求和时间安排，从素质上、业务上切实对学生进行指导；

2.5.3.3　在实习结束时，应做好学生在本学科的成绩考核和论文初审并进行评价，写出评语。

2.6　考试和考查工作。

2.6.1　教学计划所规定的必修课程，均应对学生进行考试或考查。每学期考试科目一般不超过3门，个别学期可达到4门。考试在课程结束后或学期末进行，每次的考期一般为10天左右，每门考试时间限在二小时以内、某些实验实习分量较重的课程，必须实验实习考查合格方能参加该课程考试。

2.6.2　考试题目应按照教学大纲的要求命题，并注意理论与实践结合，有利于学生综合运用所学的知识分析问题和解决问题，不出偏题、怪题。命题分量控制在90分钟之内。试题应由教研室主任组织出题和审定后执行。

2.6.3　考试方法可根据课程的不同采用笔试或口试、标本实物、实验操作等多种形式。

2.6.4　试题要严格保密，不得泄露。试题审定后由教研室主任亲自负责保管，并应选派政治责任心强、工作踏实、仔细的教师参加试卷印制、校对、分发、收回，直到完成阅卷为止的全部工作，订出保管和交接制度、保密制度，如发现有泄密现象时，应及时追查责任，对泄密者视其情节和态度进行严肃处理。

2.6.5　认真细致地做好评卷工作，按照成绩评定的参考标准做到阅评标准，不漏题，不错分，防止偏宽、偏严。

2.6.6　教研室应在考试完毕后向学生公布考试、考查成绩和考题标准答案。阶段测验不公布成绩。

2.6.7　每学期考试后应进行1次考试分析（另附试题分析表）。各考试课程教研室应将试题分析表和教学小结及时报教务处。

2.6.8　对学生进行平时成绩的考核，可以采用提问、课堂讨论、实验实习、课外作业、病案分析以及阶段测验等方法进行。为使学生能有计划地、自主地学习，各课单元性的阶段测验，每门课一般每学期进行1次，在课内安排，每次时间最多1节课。各教研室应将阶段测验列入教学进程表。

2.6.9　学生平时缺课超过本课程三分之一时或同一课程旷课达5次时或平时作业完成情况很差的，教研室可不准其参加考试或考查，该课程以不及格论。

2.6.10　各课程试卷应由教研室保管到学生毕业后一年方准清理并销毁。

住院医师规范化培训实施方案

1. 目的

培养具有良好的职业道德、扎实的医学理论知识和临床技能，能独立处理本专科常见病、多发病诊疗工作的合格临床医师。住院医师经过规范化培训，能达到卫生部《卫生技术人员职务试行条例》规定的主治医师基本条件。

2. 标准

2.1 组织管理机构和职责。

2.1.1本中心住院医师规范化培训实行院、科两级组织管理，设立中心教育管理委员会及教研室。教育管理委员会由中心主管领导、职能部门负责人、各教研室主任、副主任及相关管理人员组成。教育管理委员会设主任1名，由负责教育管理工作的中心副主任担任，副主任1名，委员若干名。科教信息部教育管理科科长兼教育委员会秘书。教育管理委员会日常工作由科教信息部教育管理科负责，2—3名专职人员负责培训工作的日常组织和管理。广州市妇女儿童医疗中心教研室由儿内科、儿外科、妇产科、医学检验部、口腔科、药学部、医学影像部等部门组成。教研室由各科室主任、副主任和高年资主治医生组成，日常工作由各科部及科室负责。

2.2 工作职责。

2.2.1 教育管理委员会的职责权限。

2.2.1.1 研究制订住院医师培训的方针政策、管理制度和措施。

2.2.1.2 检查督促制度的落实、各项教学工作的实施和住院医师规范化培训工作的执行情况，对培训情况进行总结、评估和通报。

2.2.1.3 对培训中出现的重大问题进行讨论并提出处理意见。

2.2.2 科教信息部教育管理科的职责权限。

2.2.2.1 负责培训工作的日常组织和管理。

2.2.2.2 协调各方，执行中心教育委员会决议，落实教育委员会交办的各项决定及工作计划，处理教育委员会日常事务。

2.2.2.3 收集和发布住院医师规范化培训工作的相关信息和资料。

2.2.2.4 制订中心住院医师培训相关政策；审定各学科制订的住院医师培训实施细则。

2.2.2.5 每年12月制订下一年度培训计划。

2.2.2.6 指导、督促教研室进行住院医师规范化培训。

2.2.2.7 组织住院医师公共必修课考核，发放合格证书。

2.2.2.8 组织住院医师进行阶段考核、年度考核。

2.2.2.9　负责组织教育管理人员、带教老师参加相关培训学习。

2.2.2.10　组织全院住院医师参加公共课程的学习。

2.2.2.11　建立住院医师培训档案并进行存档。

2.2.3　教研室的职责权限。

2.2.3.1　教研室是培训过程考核的组织与实施机构，协助教育管理委员会及教育管理科落实各项有关培训工作。

2.2.3.2　每年11月制订下一年度培训计划并形成计划表交教育管理科。

2.2.3.3　教研室主任应当有效协调教研室属下所有专科的住院医师培训工作。

2.2.3.4　定期召开工作例会，解决住院医师培训的实际问题，例会有记录，以便接受随机抽查和年终检查。

2.2.3.5　制订本学科住院医师的临床轮转安排以及导师名单，报教育管理科审核通过后，严格执行。

2.2.3.6　组织本科部的住院医师进行规范化培训，如登记手册、制订轮训计划、审核《普通专科医师培训登记手册》的真实性和有效性等。

2.2.3.7　制订各专业的培训细则。

2.2.3.8　负责住院医师的日常考核、轮科考核和各种考试；按照考核结果对住院医师进行综合评价。

2.2.3.9　协助教育管理科组织住院医师参加入职考核、年度考核、阶段考核及广东省卫生厅举办的住院医师规范化培训公共必修课统考等。

2.2.3.10　负责收集并汇总本学科所有住院医师的轮科考核成绩、《登记手册》、《轮科记录表》及《个人年度总结》，对导师的工作量和住院医师的工作量进行汇总，并针对本学科存在问题填写《住院医师轮科情况报告表》，在住院医师轮科结束后两周内上报科教信息部教育管理科（遇假期顺延至最近的工作日）。

2.2.3.11　接受科教信息部教育管理科组织的随机抽查考核，其结果直接同该科室及负责人个人的年终考评挂钩。

2.2.4　各科室职责。

2.2.4.1　协助教育管理科及教研室落实各项有关培训工作。

2.2.4.2　定期召开工作例会，解决实际问题，会议必须有记录，以便接受随机抽查和年终检查。

2.2.4.3　确定并向教研室上报具体的导师名单，原则上导师为主治医师或以上职称人员。

2.2.4.4　做好科内协调，确保住院医师完成培训计划内容。

2.2.4.5　制订专科培训细则。细则中必须明确住院医师轮转期间要学习病例的种类数量、基本技能的要求、完成理论学习的题目等，并严格执行。

2.2.4.6　负责组织本科室的住院医师入科岗前培训。

2.2.4.7　负责确认《专科医师培训登记手册》内的信息。

2.2.4.8　及时更新住院医师员工档案。

2.2.4.9　接受科教信息部教育管理科组织的随机抽查（包括考核表中的内容），其结果纳入科

室及科室主任本人考核。

2.2.5 培训导师/带教老师职责。

2.2.5.1 带教老师应具有本科以上学历，主治以上专业技术职务，从事相对应专业医疗、教学和科研工作≥10年。能指导住院医师“三基”训练，培养住院医师的临床思维、专业外语、科研意识、人际沟通等综合能力。

2.2.5.2 导师负责制：住院医师规范化培训第二阶段实行专业导师负责制，每个培训专业应有相对固定的导师指导和带教本专业的培训工作。导师要求是本科及以上学历的正/副主任医师、资深主治医师，且学风严谨、工作认真负责、能指导本专业住院医师专科技能训练，培养住院医师本专业的临床思维、专业外语、科研水平、人际沟通等综合能力。

2.2.5.3 负责监督并指导住院医师完成培训细则所要求的培训内容的任务。

2.2.5.4 负责及时签字认可住院医师完成的培训内容，确认培训内容的真实性。并对完成情况作出适当评价，提出建议，以利进步。

2.2.5.5 严格执行查房制度，指导并督促住院医师认真管理病人、收集病史、汇报病史、书写病历。

2.2.5.6 根据学科自身的特点，采取启发式等多种教学方法，有意识地培养住院医师的表达能力、沟通交流技巧、临床思维能力、临床基本技能等。

2.2.5.7 指导住院医师管理实习医师。

2.2.6 住院医师职责。

2.2.6.1 严格遵守《广州市妇女儿童医疗中心临床住院医师培训合同》以及中心各相关规定。

2.2.6.2 按要求完成住院医师培训要求的内容。

3. 培训对象及原则

3.1 正规医学院校五年制毕业的住院医师，从开始临床工作的第一年进入规范化培训。培训从第一阶段第一年度开始。

3.2 研究生毕业的住院医师（包括硕士和博士）。

3.2.1 接受研究生教育前无相应临床实践工作经验且为科研型研究生毕业者，进入住院医师培训第一阶段第一年度。

3.2.2 接受研究生教育前有临床工作经验小于3年（含3年）或为临床型研究生者，应对已接受的住院医师轮转培训情况如实填报，经教研室考核、教育管理科审核后，进入住院医师培训的第一阶段相应年度。

3.2.3 接受研究生教育前，在三级甲等医院已有专业性一致的临床工作经验3年以上，或已在院外获得中级职称但尚未完成第二阶段培训者，经教研室考核、教育管理科审核后，进入第二阶段培训。

3.3 从其他医院调入的有相应临床工作经验的住院医师，或在其他医院（三甲医院）参加过住院医师规范化的医师，按查漏补缺和熟悉中心临床工作的要求，经教育管理科审核后，免除相应的培训，但应熟悉所在科部的其他各专业，并补齐没有培训的专业，时间至少1年。对未取得《住

院医师规范化培训合格证》者，只要符合卫生厅要求的条件即可申报参加广东省住院医师规范化培训公共必修课统考。

3.4 在培训的第一阶段，住院医师不分专业，编制不落实到各专业科室。

3.5 专业定向的具体工作按医务部相关规定执行。

3.6 住院医师培训是职业技能培训，不与职称挂钩，但与岗位挂钩，凡没经住院医师规范化培训者，须按以上规定完成培训，才可担任主治医师或更高岗位工作。

3.7 入职时间超过1年、完成生命支持培训并通过考核、通过第一阶段考核且已进入第二阶段培训的住院医师，才有资格申请担任总住院医师。总住院医师必须通过教研室考核及教育管理科审批才能担任。

3.8 在规定时间内未按照要求完成培训或考核不合格者，培训期限顺延。

4. 培训时间和方式

4.1 住院医师规范化培训分为两个阶段。

4.1.1 第一阶段为普通专科培训，时间为3年，主要通过完成本学科（二级学科）内主要科室（或专业组）和相关科室的轮转，提高临床工作水平，掌握本学科基础知识、基础理论和基本技能。安排不少于1年的时间的晚坐班制。

4.1.2 第二阶段为住院医师高年培训阶段或亚专科培训阶段，不同的专业根据卫生部及卫生厅的要求确定具体培训年限。第一阶段培训合格者方可进入第二阶段培训。该阶段应完成总住院医师训练，专科病房、门诊急诊和（或）ICU的轮转。住院医师培训由科室主任负责，实行上级医师集体指导和自学相结合的培训方式。

5. 培训内容

5.1 培训内容包括法律法规、职业道德、临床实践技能、专业理论知识、医学伦理、人际沟通技巧以及相应的公共卫生、外语（中医类学科为医古文）等。住院医师规范化培训标准根据培训目标制订，由卫生部颁布。各学科以卫生部《住院医师规范化培训标准》、《专科医师培训细则》、《广东省临床住院医师规范化培训细则》及中心的实施方案和考核管理制度为依据，结合本学科建设的需要制订相应的实施细则。

5.2 本中心学科按儿内科、儿外科、妇产科、临床检验、口腔、医学影像等进行分类。

6. 考核

6.1 认真填写《普通专科医师培训登记手册》，作为全面考核、培训的重要依据。在每年年度考核和阶段考试前，需根据培训实施细则，对法律法规、职业道德、临床实践技能、专业理论知识等项目进行考试资格审查。

6.2 考核项目和内容。

6.2.1 住院医师规范化培训考核分为培训过程考核和培训结业考核，以培训过程考核为重点。

培训过程考核合格和依法取得执业医师资格，是参加培训结业考核的必备条件。

6.2.2 培训过程考核是对住院医师轮转培训过程的综合评价。考核内容包括医德医风、出勤情况、临床实践指标完成情况、临床综合能力和参加业务学习活动等方面。

6.2.2.1 医德医风：由科主任按优、良、中、差4个等级每出科前评定1次，良以上为通过。

6.2.2.1.1 坚持四项基本原则，遵纪守法，热爱祖国，热爱社会主义。

6.2.2.1.2 有事业心和责任心，热爱本职工作，工作认真负责，技术上精益求精，服务态度好。

6.2.2.1.3 遵守医院规章制度，严格遵守劳动纪律，服从工作安排，不迟到，不早退，不擅自离岗。

6.2.2.1.4 有良好的医德医风，廉洁行医，正确处理医患关系。

6.2.2.1.5 关心集体、顾全大局，团结协作，积极完成任务。

6.2.2.1.6 积极参加政治活动及社会活动。

6.2.2.2 临床实践时间。

6.2.2.2.1 毕业第一年的住院医师每周休息1天，国家法定假期除外。毕业3年内的住院医师除按要求参加日常三级医师查房外，休息日（国家法定假期除外）也应回院查房，并处理好临床工作、交班后方可休息。如有特殊情况休息日不能回院查房者，应向病区主任请假，安排其他医师代为查房。每年缺少的查房日不得超过总查房日的20%。

6.2.2.2.2 住院医师在培训第一年实行坐班制，晚坐班至晚上8时（每天签到、教研室抽查考核），休息日及国家法定假期除外。

6.2.2.2.3 参加培训的住院医师请病、事假两天以下（含两天）由本人书面申请，指导教师和科室主任签字后生效，并在考核表上予以登记；两天以上者，需由教育管理科及教研室签字后生效。请假情况如实填写在培训手册上。除国家法定假期和休息日外，5年培训期间的病、事假累计超过3个月者，延长培训期1年。

6.2.2.3 完成本学科住院医师培训实施细则规定的内容和要求（如轮转科室及时间，规定的病种、病例、病床数，技能操作、病历质量、理论课学习等）。

6.2.2.4 教学工作和科研工作：完成培训总则和各学科培训实施细则的要求。

6.2.2.5 第一阶段完成中心住院医师规范化培训理论课学习并通过考核。

6.3 考试项目和要求见《住院医师规范化培训考核管理制度》。

6.4 考核的组织和资格审定见《住院医师规范化培训考核管理制度》。

7. 奖惩办法

7.1 科教信息部每季度根据住院医师轮科表现、考核成绩进行评估。评定结果与个人及科部年终考核挂钩。

7.2 凡考核不合格者，延长培训期1年，次年再参加考核。补考所需费用由考生自行支付。补考不合格者，延期聘任高1级职称。

7.3 违反医院规章制度者，考试舞弊者，将根据医院有关规定进行处理。

7.4 执业医师考试未通过者，按照医院奖惩制度处理。

7.5　培训过程中，由于服务态度差，工作责任心不强或违反规定造成医疗事故者，医院终止其培训。该追究刑事责任的移交司法机关。

7.6　参加培训期间累计病、事假超过3个月者，延长培训期1年。

7.7　本细则从发布日开始实施，以往的相应规定与本细则不符的，以本细则为准。

住院医师规范化培训考核管理制度

1. 目的

为了规范住院医师培训考核管理，提高培训质量，保证考核工作公平、有效，根据卫生部《住院医师规范化培训考核管理办法》制订本管理制度。本制度用于评价经过培训后的住院医师是否达到培训标准要求的考核。

2. 标准

2.1 考核管理组织：成立医院、教研室住院医师二级考核小组。

2.1.1 医院住院医师考核小组：由教育管理委员会成员组成，日常工作由科教信息部教育管理科（以下简称教育管理科）负责。

2.1.2 教研室住院医师考核小组：由中心各教研室成员组成，日常工作由各科部及科室负责。

3. 考核的组织和资格审定

进入培训的医师应认真填写《普通专科医师培训登记手册》，作为全面考核、培训的重要依据，在每年年度考核和阶段考核前，需根据培训实施细则，对法律法规、职业道德、临床实践技能、专业理论知识等项目进行考试资格审查。

3.1 考核的组织和资格审定。

3.1.1 日常考核：

3.1.1.1 毕业第一年的住院医师每周休息1天，国家法定假期除外。毕业3年内的住院医师除按要求参加日常三级医师查房外，休息日（国家法定假期除外）也应回院查房，并处理好临床工作、交班后方可休息。如有特殊情况休息日不能回院查房者，应向病区主任请假，安排其他医师代为查房。每年缺少的查房日不得超过总查房日的20%。

3.1.1.2 住院医师在培训第一年实行坐班制，晚坐班至晚上8时（每天签到、教研室抽查考核），休息日及国家法定假期除外。

3.1.1.3 参加培训的住院医师请病、事假两天以下（含两天）由本人书面申请，指导教师和科室主任签字后生效，并在考核表上予以登记；两天以上者，需由教育管理科及教研室签字后生效。请假情况如实填写在培训手册上。除国家法定假期和休息日外，5年培训期间的病、事假累计超过3个月者，延长培训期1年。产假、哺乳假期间及未按要求轮转的或不正常轮转的属于退出培训。

3.1.1.4 住院医师应按照《病历书写规范》的要求，在带教老师/培训导师的指导下认真完成病历书写。科教信息部及医务部将定期抽查住院医师的病历并进行评分。

3.1.2 理论课考核：进行第一阶段培训的住院医师必须在3年内修完教育管理科开设的《住院

医师规范化培训课程》及公共科目理论学习。完成课程并通过考核后，将由教育管理科颁发《广州市妇女儿童医疗中心住院医师规范化培训理论课程合格证》，作为住院医师规范化培训第一阶段完成的凭证之一。

3.1.3 考核方案。

3.1.3.1 考核总则。

3.1.3.1.1 本考核方案是本院四大考核（入职考核、转科考核、年度考核、阶段考核）的具体方案。

3.1.3.1.2 考核内容包括理论考核和临床技能考核。

3.1.3.1.2.1 理论考核。

3.1.3.1.2.1.1 考核方式为笔试。

3.1.3.1.2.1.2 年度考核、阶段考核的理论考核部分由教育管理科统一组织，入职考核、转科考核的理论考核由教研室统一安排。

3.1.3.1.2.1.3 入职考核、年度考核、阶段考核的理论考核内容包括专业理论和英语两部分。专业理论考核三基和专业基础知识，英语考核公共英语和专业英语。

3.1.3.1.2.1.4 转科考核理论考核只需考核专业理论部分，考核内容由各教研室根据各学科培训细则要求命题。

3.1.3.1.2.2 临床技能考核。

3.1.3.1.2.2.1 由教研室统一组织。内容包括病例考核、技能操作考核与面试。

3.1.3.1.2.2.2 考核方式。

3.1.3.1.2.2.2.1 现场病历及面试：医师在规定时间内（1小时）对病人进行询问病史、体格检查，书写病历，做出诊断及处理意见，并针对本病例进行提问。

3.1.3.1.2.2.2.2 技能操作及面试：根据各学科培训细则的要求范围进行技能操作考核并提问。考核内容为二级学科常见的技术操作、手术操作、无菌操作等。

3.1.3.1.2.2.2.3 考核内容和要求的难易度在处于不同培训阶段的考生上应有区别。

3.1.3.1.2.2.3 考核办法。

3.1.3.1.2.2.3.1 各教研室考核组由组长统一安排，组织制订考核标准及评定表，分成若干考核小组，每小组主考教师必须有2–3人，其中至少有1名副主任医师及以上职称人员。

3.1.3.1.2.2.3.2 考核小组根据培训方案的内容要求，组织安排好考核病例，安排好每位考生的具体考核时间，并及时将考核时间安排通知教育管理科。

3.1.3.1.2.2.3.3 主考教师在考核现场认真观察考生考核的全过程，记录有关内容。对考生在病例处理过程中询问病史、与病人交流的能力和技巧是否熟练；体格检查的基本功是否准确与恰当；各项技术操作是否规范、熟练；对病例的分析和诊断，是否正确；对疾病的鉴别诊断、治疗以及对新知识了解的情况等，按有关内容做出评价，从而了解考生对本学科的基础理论掌握的广度、深度和应用知识分析、解决临床实际问题的能力。做出公正评价，把发现的问题记录在考核成绩评定表上，并向考生评述其优、缺点。

3.1.3.1.2.2.4 评分办法。

3.1.3.1.2.2.4.1 每位主考教师各自独立对考生进行现场评分，认真填写考核评定表，每位考生

的考核评分工作须现场完成。

3.1.3.1.2.2.4.2　评分应根据考核表中的项目内容进行，请勿漏项。若评分项目给分后须修改分数的，请在修改的分数旁签名。

3.1.3.1.2.2.4.3　病历和技能操作考核两项需同时达到70分（含70分，下同）才算合格，其中任何一项低于70分则视为临床技能考核不合格。

3.1.3.1.2.3　成绩报送。

3.1.3.1.2.3.1　入职考核、年度考核、阶段考核临床技能考核结束时，由考核组组长核实后将每位考生的考核成绩评定表密封，交教育管理科，由教育管理科负责成绩统计及登分。

3.1.3.1.2.3.2　转科考核结束后，由各教研室核实考生成绩，完成成绩统计及登分后通过表格形式报教育管理科。

3.1.3.2　入职考核。

3.1.3.2.1　新入职住院医师在教育管理科进行登记，并建立培训档案。

3.1.3.2.2　入职考核由各教研室组织。考核内容包括理论考核和临床技能考核。

3.1.3.3　轮转考核：在教研室参与指导下，各科室按照培训实施细则要求，对住院医师在本学科轮转期间的学习和工作情况进行考核。考核方案见考核总则。考核时间安排在各轮转专科培训结束前最后1周内进行。考核结果应记录于培训登记册上。各教研室在考核结束后2周内把每位轮科医师的考核成绩（含理论考核成绩和临床技能考核成绩）通过表格形式，连同轮科医师的《住院医师轮科情况报告表》（见《住院医师规范化培训实施方案》）、《住院医师轮科记录表》（见《住院医师规范化培训实施方案》）报送教育管理科审查，如轮科计划需要调整的需同时报送。经审查无误后，教育管理科将最新轮科表送人事部发放轮科费用。

3.1.3.4　年度考核：考核前1月由教研室对住院医师该年度的政治思想、医德医风、出勤情况、临床实践时间和完成培训细则要求的情况（包括轮转科室和时间、病例病种、操作）、完成教学和科研情况、参加业务学习活动等进行审查，将达到要求者的名单报送教育管理科。考核方案见考核总则。

3.1.3.5　阶段考核。

3.1.3.5.1　第一阶段考核：考核前1月由教研室对住院医师该年度的政治思想、医德医风、出勤情况、临床实践时间和完成培训细则要求的情况（包括轮转科室和时间、病例病种、操作）、完成教学和科研情况、参加业务学习活动等进行审查，将达到要求者的名单报送教育管理科。考核方案见考核总则。通过考核后将取得《住院医师规范化培训第一阶段合格证》。

3.1.3.5.2　第二阶段考核：由教育管理科组织，参加广东省卫生厅举办的公共必修课统考。

3.1.4　三基考核：考核内容为专业理论。由教育管理科统一组织。每年考核1次。

3.1.5　执业医师考试：所有住院医师必须在第1年内通过国家执业医师考试，取得执业医师证书。执业医师考试具体工作由医务部组织。

3.2　考核合格资格的审定。

3.2.1　培训期间理论课和每年年度考核合格者，才有资格参加阶段考核。

3.2.2　第一阶段考核合格后，才可以进入第二阶段培训。

3.2.3　第二阶段考核后，在审定住院医师培训合格资格的同时，可申报主治医师任职资格。

3.2.4　凡考核不合格者，延长培训期1年，次年再参加考核。补考所需费用由考生自行支付。补考不合格者，延期聘任高一级职称。

3.2.5　考核期间发现舞弊者，按医院有关规定执行处罚。

3.2.6　住院医师培训期间病、事假超过3个月，延长培训期1年。

3.3　关于免考。

对于符合条件，由本人申请，经教研室考核及教育管理科核查通过者，报教育管理委员会并核实后可免相应的培训年限。

3.4　本细则从发布日开始实施，以往的相应规定与本细则不符的，以本细则为准。

实习带教老师管理办法

1. 目的

提高临床实习教学质量和水平，实行临床实习带教老师负责制。

2. 标准

2.1 适用于承担实习教学任务的病区。

2.2 凡符合担任实习带教老师条件的医师，均有权利和义务履行实习带教职责，任何个人和科室都不能以任何理由拒绝承担。

2.3 任职条件：本院在职职工，3年以上住院医师，并已取得《医师资格证书》、《医师执业证书》。

2.4 实施办法：

2.4.1 接收实习生的病区设立教学区长，由科室主任指定具副高以上职称（含副主任医师）的医生担任。

2.4.2 教学区长根据本病区符合实习带教老师条件的医师人数和实习生人数，安排带教老师计划，于每轮实习医生进入病房前报教研室，再统一报科教信息部备案。

2.4.3 实习带教老师安排原则上要求“一对一”，即一位带教老师指导一位实习医生，特殊情况下可实行“一对二”即一位带教老师指导二位实习医生。符合带教老师条件的人数多于实习医生的科室，采取轮流制，上一轮次未担任实习带教任务的，下一轮次优先安排。

2.5 带教老师职责：

2.5.1 对指导的实习医生在本专科实习期间的教学质量、医德医风和劳动纪律等情况负全面责任；

2.5.2 指导实习医生参加各项教学和医疗活动；

2.5.3 指导和检查下级医生实习教学情况，包括病历文件批改情况；

2.5.4 定期举行教学查房、体检及基本操作示范，每周教学查房2次以上，每轮次体检和实习大纲要求的基本操作示范1次以上。

2.5.5 认真修改实习医生书写的病历文件并签字（带教老师对病历文件的修改与住院医生的修改不能相互代替）；

2.5.6 负责实习医生出科考试和毕业考试前辅导。

2.6 质量评估：

2.6.1 专科实习结束时，实习带教老师与实习医生分别填写教学与实习情况评估表，签名后分别交教学区长和实习小组组长，并按规定时间上交科教信息部。

2.6.2　教研室和科教信息部采取问卷调查、座谈会、现场检查等办法定期对实习带教老师工作情况进行检查，检查结果予以通报并与考评、评先、职务晋升等挂钩。

2.6.3　不服从科室安排，拒绝担任实习带教老师的，给予通报批评，并扣发当事人一个季度酬金，情节严重的，本年度不能晋升高一级技术职称。

2.6.4　符合实习带教老师条件，在任职期间内未担任实习带教老师的，不能参加高一级技术职称的评聘。

实习生管理条例

1. 目的

使实习管理工作规范化、科学化，提高教学质量水平。

2. 标准

2.1 实习生管理总则。

2.1.1 实习生必须严格遵守所在医学院《实习生管理手册》和医院的规章制度，按照医院具体轮转安排进行实习，不得擅自更改。

2.1.2 医院的各级领导和老师有责任检查并考察学生的思想品质、医疗作风、工作态度、劳动纪律、知识面及分析、解决问题的能力等。对违反规定而又屡教不改的学生，可停止其实习，退回所在学院（学校）处理。

2.1.3 由学院（学校）在医院聘请老师担任实习生的兼职班主任，协助学院（学校）、医院进行实习管理。带教老师要求为3年以上住院医师，并已取得《医师资格证书》、《医师执业证书》。

2.1.4 学院下拨的实习费和管理费由科教信息部统一管理，并发至实习班主任、带教老师、授课老师及相关管理人员。

2.2 实习流程。

2.2.1 实习生来中心实习需持学院（学校）介绍信来科教信息部办理相关实习申请手续，待科教信息部审批后方可到各临床科室报到，并由科教信息部指派专人进行实习培训。

2.2.2 实习生进入中心后，到科教信息部报到，递交实习计划和实习生登记表。由科教信息部主管教学老师对实习生进行岗前培训。

2.2.3 由主管教学老师根据实习计划，将实习生分配至各临床科室。

2.2.4 实习结束后，由各临床科室带教老师将实习生登记表交科教信息部。

2.3 实习生纪律要求。

违反以上规定者，通报批评并按情节轻重扣实习鉴定总分。迟到、早退1次扣5分，缺1次小课或早查房扣10分。晚坐班缺勤扣10分，重犯者加倍扣分。通报批评3次者下岗学习，鉴定60分。通报批评4次者停止实习退回学院。

2.4 实习生考勤、请假规定。

2.4.1 实习生必须遵守学校和医院的上班考勤制度，履行实习生工作职责。实习期间无寒暑假，除春节可根据单位情况调休外，其他一般节假日应服从科室安排，一律不予调休、积假和补休。法定节假日原则上就地休息，需离开单位者，必须履行请假手续。

2.4.2　实习生实行6天工作制，上班时间（考勤时间）为：

日班：	7：30 – 12：00	14：00 – 17：00
中班：	7：30 – 11：00	11：45 – 16：00
夜班：	7：30 –12：00	14：00 – 次日上午
坐班：	19：00 – 22：00	

2.4.3　请假规定：

2.4.3.1　实习期间不准请事假，如遇特殊情况需请假，必须由学生本人提出书面申请。不得请人或利用通讯工具间接请假，更不允许未经准假而擅自离开医院。

2.4.3.2　请假1天以内由所在实习科室领导批准，2–3天由科教信息部审批，3天以上必须经学院学生处、教务处审批同意备案。带教老师个人无权批假。

2.4.3.3　请就业假规定。参加人才市场交流会、与用人单位签定协议等，可在学校学生处领取《毕业生见工请假单》到医院办理请假手续。就业假5天，一般不能1次性连续使用。

2.4.3.4　考研假规定。参加当年考研的实习生需持考研报名相关证明先向科教信息部写出书面申请，获准后回学院（校）教务处备案，考研结束后及时到学院（校）教务处销假，并及时返回到本院实习。考研假期为3周，若有借考研之名而擅自离开工作岗位者，将严格按照缺勤处理办法进行处理。

2.4.3.5　请病假规定。应持县级以上医院的疾病证明书。因急病缺勤的，可由小组长代呈报告。

2.4.4　销假规定。学生假满后应及时回实习科室报到，并到医院科教信息部办理销假手续。

2.4.5　缺勤处理：凡未经本人办理请假手续或请假未获批准而擅自离岗者，均视为缺勤。每日以6课时计算，缺勤情况在实习期间统一上报学院（校）教务处，按学校有关规定处理。

2.5　实习生病历书写制度。

2.5.1　实习生分管病床数量要求为每人5–8张。

2.5.2　实习生对所分管的病床，必须书写完整病历或住院病历和其他相关医疗文书。

2.5.3　实习生完整病历、住院病历质量要求及注意事项。

2.5.3.1　实习生必须严格按病历书写规范书写病历，并在实践中努力提高病历书写质量。

2.5.3.2　实习生不得弄虚作假，不得抄袭住院医师所写的病历，一经发现违反者扣实习鉴定总评分10分/次。

2.5.3.3　实习生的病历末尾必须签“实习生×××”。

2.5.3.4　就诊者入院后24小时内必须完成病历书写工作。

2.5.3.5　实习生病历的书写一律用蓝黑墨水笔。

2.5.3.6　实习生住院病历由带教老师修改、签名，字迹潦草或修改较多的病历，实习生必须重新书写。

2.5.3.7　及时记录病情，一般就诊者每天1次，危重就诊者随时记录，每天至少3次，记录后签名“×××”。病情记录中，应如实记录病情、上级医师查房意见及就诊者、家属的思想状态和意见。

2.5.3.8　实习生每个学科完成完整病历3份，经带教老师评阅合格后方可进行住院病历、病程

记录等其他医疗文书的书写，实习生书写病历及参与技术操作的病历号由实习生本人登记在实习记录本上以待抽查。抽查发现未按要求完成（数量及质量）者1份扣鉴定总评分5分。

2.5.3.9　兼职班主任及科教部不定期抽查病历，发现实习生所管病床无写病历或未按时完成病情记录，每份在实习鉴定扣2分。

2.6　教学查房制度及实习生早查房制度。

2.6.1　教学查房制度：

2.6.1.1　科教信息部负责教学查房的管理、协调和监督工作。

2.6.1.2　由各个教研室根据临床业务查房的实际情况，并结合各科室人员培训计划、住院医师规范化培训和实习医师带教工作要求，制订科室季度的教学查房计划。

2.6.1.3　由各病区负责教学查房的具体实施，在各级医疗业务查房中应包括教学查房。

2.6.2　具体要求：

2.6.2.1　主任查房。每月最少应有1次教学查房，在完成常规的医疗业务查房内容前提下，重点病例进行全面系统讲授，讨论分析、介绍国内外医学新动向；进行医学专业英语的学习；在查房中检查各级医师的有关理论、操作及工作、教学和科研情况，并提出工作要求。

2.6.2.2　主治医师查房。每周应有2次以上的主治医师查房，在完成常规查房内容的前提下，有重点的对病例进行分析，进行临床带教；注重对下级医师的“三基”培训；检查病历质量，并纠正错误；对下一阶段的治疗提出指导意见。

2.6.2.3　住院医师查房。每天查房至少两次（上午全面查房1次，下午重点查房1次），对实习医师进行临床带教，检查和修改实习医师书写的病历和各种记录。

2.6.3　查房效果评估：

2.6.3.1　由科教信息部定期发放《教学查房情况调查表》，了解教学查房执行情况，并将存在的问题及时反馈相关人员，以提高教学查房的效果。

2.6.3.2　奖惩措施：

2.6.3.2.1　年度对教学查房工作完成良好的科室及个人给予表彰及奖励，奖励标准参照《广州市妇女儿童医疗中心教学奖励制度》。

2.6.3.2.2　对不能按要求完成教学查房任务的科室和个人，由教研室督促其完成。

2.6.4　实习生早查房制度：

2.6.4.1　实习生早查房时间为每天上午7时30分至8时，不得在早查房期间吃早餐。

2.6.4.2　早查房工作包括病情询问、体检及实验室检查结果，为上级医生查房做好前期准备工作。

2.6.4.3　班主任、科教信息部不定期抽查，迟到者（含吃早餐）及不进行早查房者每次扣5分。

2.7　实习生出科考试制度。

2.7.1　实习生出科前，由各实习科室指定老师对实习生进行病历书写考试。主考老师根据同学考试情况填写评分表，评分后直接交给实习生的班主任。

2.7.2　实习生必须认真完成所在科室的医疗工作，认真填好有关的教学评价表，由组长统一收齐交班主任，由班主任根据每批实习同学所有教学表格及有关资料，进行实习考核评分，填写好实

习鉴定，然后统一交回科教信息部。

2.8 实习生宿舍管理制度。

2.8.1 实习生宿舍由科教信息部统一安排。

2.8.2 实习生组长负责宿舍人员及卫生管理。

2.8.3 宿舍不得留宿外来人员，不准在宿舍内打闹，喧哗，酗酒，打麻将。

2.8.4 人离关好各种电源、门窗。节约水电，严禁私拉电线，禁用各种升温电器设备及在宿舍内煮食，违者没收违章电器并按医院规定处罚。定期接受防火、防盗、卫生等检查。

2.8.5 住宿期间，记录电表运行度量，所发生的费用由该宿舍实习生共同承担。

2.8.6 爱护公物，保持整洁卫生（不得在宿舍区吸烟、吐痰及乱丢杂物），损坏公物按章赔偿。

2.8.7 坚持宿舍值日生轮值制度，科教信息部不定期对学生宿舍进行卫生检查。

2.8.8 实习报到与结束时，按时做好宿舍交接，清点用具物品，若发现门、窗、桌、椅、电器设施损坏，必须立即向教学管理老师报告，否则，修理费用由实习学生自行负责。

2.8.9 若有擅自在外租房的实习生，实习期间因宿舍安全问题出现的一切后果由实习生本人承担。若确有特殊情况的实习生，须在外租房住宿者（或住入家里或亲属家者）须向医院科教信息部提出书面申请，并在书面申请上签字承担因住宿问题引起的一切后果。

见习教学管理规定

1. 目的

为课堂理论知识提供实践现场，规范临床见习教学工作，提高教学质量。

2. 标准

2.1 教研室按教学大纲要求挑选典型病例示教，培养学生初步的临床思维及独立分析问题的能力。

2.2 教研室要选派教学经验丰富、教学意识强、教学质量高的主治医师或高年资住院医师担任见习带教工作，以保证见习课的教学质量。

2.3 备课要求。教师备课需充分利用见习时间，保证学生多见习病种、多动手、多写病历，努力提高见习课的带教质量。

2.3.1 集体备课：在教研室主任（或教学组长、各课程负责人）指导下进行，对每一次见习课的目的要求、内容、重点、方法、时间安排、总结等共同研究并写出见习计划要求，明确阶段教学目标，统一教学内容、考核要求和方法。

2.3.2 个人备课：带见习老师对每一次见习课要写好教案、讲稿、交教学组长检查，大课与见习课内容的基本概念等要准确和一致，不得以小讲课的形式代替见习。

2.3.3 病例准备：要预先准备和熟悉病例（含典型病例、非典型病例和鉴别诊断病例），并准备好X光片、心电图、检查结果等有关资料。

2.3.4 见习教学以床边教学为主，提倡开展师生互动式或以问题为中心的讨论式教学，以活跃教学气氛，激发学生的学习兴趣。为保证见习质量，每个见习组学生为10–12人。

2.4 教师带教及操作示范要求规范，对初次带教老师要进行培训。带教老师应以身作则，并注重培养学生“三严”（严谨的态度、严格的要求、严密的方法）的科学精神和良好的医德医风。

2.5 教师要注重培养学生“三基”（基础理论、基本知识和基本技能）及发现问题、分析问题、解决问题的临床思维能力和实际操作能力。

2.6 教师应灵活采用适当的教学法，注重理论联系实际和实事求是的科学作风，要做到结合实际病例把疾病的特点讲清、重点讲透、难点讲明，有提问、小测验及总结，注意了解每个学生的见习情况。

2.7 教师要注重引导学生正确处理医患关系，培养学生分析就诊者心理活动的能力。

2.8 教研室平时要注重收集教学病例，在见习期间未能见到的病种，教研室要及时研究解决的办法，如请病例资源库的就诊者来院示教等。

2.9 见习课师生均要遵守教学纪律，尊师爱生。不迟到、不早退、不旷课、中途不离开、

不得提前结束见习或随意减少学时，严格遵守见习医院的规章制度，带教老师要对学生进行考勤考核。

2.10　见习课师生均要穿白大衣、戴工作帽、口罩，携带听诊器等教学及见习用品。不留长指甲，男生不留胡须，女生长发者必须盘起并用工作帽盖住头发。

2.11　学生在课前应做好预习，病例讨论应预先写好发言稿。主动积极看、听、记、做、问，勤于思考，积极回答提问。

继续医学教育管理办法

1. 目的

以树立终身学习理念，构建学习型组织，提升医院职工素养，更新、补充、拓展专业知识，促进员工不断全面发展为目的。

2. 标准

2.1 继续医学教育的内容要有针对性、实用性和前瞻性，应当根据医院的远期发展目标和近期工作需要，结合员工自身全面发展的需求，着重学习先进的理论、技术和技能。继续教育的师资应聘请具有较高水平和丰富实践经验的专业人员担任。

2.2 根据医院发展的要求和个人专业发展的需要，继续教育可有以下几种形式：

2.2.1 参加国家级和省级继续医学教育项目（Ⅰ类学分）；

2.2.2 获得国家专利及省级以上科研项目、科技成果奖的备案项目（Ⅰ类学分）；

2.2.3 参加市级继续医学教育项目（Ⅱ类学分）；

2.2.4 科研课题立项与项目开发（Ⅱ类学分）；

2.2.5 发表学术论文和综述（Ⅱ类学分）；

2.2.6 出版医学著作或发表医学译文（Ⅱ类学分）；

2.2.7 撰写出国考察报告或国内专题调研报告（Ⅱ类学分）；

2.2.8 临床病理讨论会、多科室组织的案例讨论会及大查房（Ⅱ类学分）；

2.2.9 医院组织的学术报告、专题讲座、技术操作示教、手术示范和新技术推广等（Ⅱ类学分）；

2.2.10 经医院批准到上级医疗卫生单位进修、考察、培训（含出国培训）（Ⅱ类学分）；

2.2.11 个人自学（必须是与本专业有关的知识且要有学习计划、科室领导批示和综述报告（Ⅱ类学分）；

2.2.12 通过公众传播媒体和互联网进行远程教育（Ⅱ类学分）；

2.2.13 其他，包括在职学历教育。

2.3 各级继续教育学分授予标准。

2.3.1 继续医学教育项目：

项目类别	计分方法		学分
	主讲人	学员	类别
（1）国家级继续医学教育项目 （2）国家级继续医学教育基地备案项目	2学分/1小时	1学分/3小时	Ⅰ类
（3）省级继续医学教育项目	1学分/1小时	1学分/6小时	Ⅰ类
（4）由省卫生厅、省人事厅、省级学会、省级继续教育基地举办，向省继续医学教育委员会专项备案的项目	1学分/1小时	1学分/8小时	Ⅰ类
（5）市级继续医学教育项目	1学分/小时	1学分/6小时	Ⅱ类

2.3.2 学术会议

会议类别	会议交流论文		会议列题或无论文参会	学分类别
	会议宣读	论文摘要		
国际会议	8	6	1	Ⅰ类
全国会议	6	5	1	Ⅰ类
全省会议	4	3	1	Ⅰ类
地市级会议	2	1	1	Ⅱ类

2.3.3 学术论文

类　别	作者排序					学分类别
	1	2	3	4	5	
国际刊物	10	9	8	7	6	Ⅱ类
中华医学系列杂志、卫生部主办的实用系列杂志及国家重点高等院校学报	8	7	6	5	4	Ⅱ类
其他国内公开发行的刊物	6	5	4	3	2	Ⅱ类
地方性公开发行的刊物	3	2	1			Ⅱ类

2.3.4 科研项目在立项当年按以下标准授予学分

课　题　类　别	作者排序					学分类别
	1	2	3	4	5	
国家级课题（国家自然科学基金等）	7	6	5	4	3	Ⅰ类
省、部级课题（卫生部科研及青年基金、省自然基金、省科委课题等）	5	4	3	2	1	Ⅰ类
厅（市级）课题	4	3	2	1		Ⅱ类
单位课题	2	1				Ⅱ类

2.3.5 科技成果奖，奖项按最高奖项计分，学分不重复计算。

奖励类别	获奖者排序					学分
	等级	1	2	3	4	5	类别
国家级奖（国家发明奖、国家自然科学奖、国家科技进步奖等）	一等	20	19	18	17	16	Ⅰ类
	二等	15	14	13	12	11	
	三等	11	10	9	8	7	
	四等	9	8	7	6	5	
省、部级奖（卫生部科技进步奖、卫生部科技成果推广奖、省科技进步奖）	一等	12	11	10	9	6	Ⅰ类
	二等	10	9	8	7	4	
	三等	8	7	6	5		
国家专利		5					Ⅰ类
厅（市）级奖	一等	6	5	4	3	2	Ⅱ类
	二等	5	4	3	2	1	
单位奖		3	2	1			Ⅱ类

2.3.6 外出进修，凡到外单位进修（含出国培训），经考核合格者，每月授予Ⅱ类学分5分，但每次进修最高限授予25学分。

2.3.7 论著、教材、译著等正式出版物每1500字Ⅱ类学分1分，正式出版的音像教材每小时Ⅱ类学分5学分，学分授予值按作者排序依次递减20%。出国考察报告、国内专题调研报告，每3000字授予Ⅱ类学分1学分。

2.3.8 医院审定并组织的继续医学教育活动（Ⅱ类学分）

2.3.8.1 学术报告、专题讲座、技术操作示教、手术示范、新技术推广等，每次主讲人可授予2学分，参加者授予0.5学分。此类学分全年最多不超过10学分。

2.3.8.2 临床病理讨论会、多科室组织的病倒讨论会、大查房、每次主讲人可授予1学分，参加者可授予0.2学分。此类学分全年最多不超过10学分。

2.3.9 卫生技术人员自学本专业相关的新知识、新理论，并完成综述、自学笔记，每2000字可授予Ⅱ类学分1学分，但每年最多限授予5学分。

2.4 继续医学教育学时及学分达标要求。医务人员每年必须按规定完成继教学时或学分，并作为年度考核及职称晋升的必要条件。

2.4.1 医技系列：

2.4.1.1 初级职称每年必须完成继续医学教育不少于72学时，不区分Ⅰ类、Ⅱ类学分；

2.4.1.2 中级以上职称每年必须完成继续医学教育学分不少于25学分，其中Ⅰ类学分不少于10分、Ⅱ类学分不少于15分。

2.4.2 护理系列：

2.4.2.1 护师以下职称每年必须完成继续医学教育不少于72学时，不区分Ⅰ类、Ⅱ类学分；

2.4.2.2 护师（含护师）以上职称每年必须完成继续医学教育学分不少于25学分，其中Ⅰ类学分不少于10分、Ⅱ类学分不少于15分。

2.5 继续医学教育经费管理。

继续教育费用由国家、单位和员工个人一方或多方共同承担。每年用于继续医学教育的经费占

医院技术人员工资总额的1.5%，由财务部为继续医学教育设立专账经费管理。继续教育经费的使用，需经专科主任、科教信息部、分管中心领导/中心主任审批，并按医院财务有关制度管理。经费使用范围包括：

2.5.1 国内外学术会议和学术讲座费用；

2.5.2 出国（境）进修、考察、培训，培训费、基本生活费用；

2.5.3 经医院审批参加的在职学历教育费用；

2.5.4 为满足继续教育所需购置的设备费用；

2.5.5 员工在国家正式出版的专业期刊上发表论文的版面费；

2.5.6 医院承担的各级继续医学教育项目；

2.5.7 进修班、培训班和研修班费用；

2.5.8 其他。

2.6 医院实行继续教育登记制度。由部门负责人或各科室指派的专人负责保存每位员工的继续教育和在职培训档案。本科室人员学分证等原件应每年5月集中上交科教信息部，继续教育管理人员将职工学习情况和考核结果在ICME系统中录入，进行年度继续教育学分登记及验证。

2.7 医院根据需要，可以就员工接受继续教育后为本单位服务的约定、违约责任等事项签订书面协议。因履行协议发生争议的，分别按照劳动争议和人事争议的有关规定处理。

2.8 员工应当遵守国家和医院有关继续教育的规定。员工接受继续教育的权利受到侵害时，可以向上级主管部门提出申诉。接受申诉的部门应当认真调查，做出处理决定，并答复申诉人。

2.9 医院对在继续教育工作中做出显著成绩的单位和个人进行表彰。

外出进修管理制度

1. 目的

为规范本院医务人员外出进修管理工作，加快培养各学科专业骨干人才，提高进修人员的业务及理论水平，医院每年有计划选派优秀医、药、护、技人员到国内外知名医院脱产临床学习。特制订本管理制度。

2. 标准

2.1 各学科根据专业发展的需要，制订学科建设周期进修计划，每年年底制订下一年度的进修计划，经科部主任审批同意后，报科教信息部。科教信息部汇总进修计划后交中心领导讨论，并将讨论结果反馈到各科部。各科部按讨论结果安排外出进修学习。

2.2 选派进修人员的标准。

2.2.1 初级职称人员选派进修条件：

2.2.1.1 从事临床工作满2年以上，具有较系统的基础理论知识和扎实的基本操作技能；

2.2.1.2 热爱本专业工作，身体健康，进取心强，工作认真负责，2年内未发生医疗事故和重大差错；

2.2.1.3 具有明确的进修目的，进修内容与本专业密切相关，且进修结束后能学以致用。

2.2.2 中级以上职称人员选派进修条件：

2.2.2.1 掌握全面系统的专科理论知识；

2.2.2.2 有明确的专业发展方向；

2.2.2.3 两年年度考核为合格及以上等次，且未发生医疗事故和重大差错。

2.2.3 学科带头人培养可根据学科建设和发展需要派出学习。

2.2.4 特殊专业人才（含行政后勤人员）进修以及出国交流学习等特殊进修由分管院领导审批，报行政办公会议研究决定。

2.3 经批准同意派出进修者，由科教信息部办理有关事宜。国内进修3个月以上（含3个月）者，与科教信息部签订合同书；到国外或到港澳地区进修人员，与人事部签订合同书。进修者须严格遵守合同规定。未签订合同者，除一切费用自负外，还将受到医院行政处理。

2.4 外出进修期间应认真学习，努力工作，遵守所在单位的各项规章制度，按时回院，无特殊情况者不得要求提前结束进修。

2.5 进修结束后须按期回院，并把进修鉴定、个人进修总结原件及结业证书复印件等材料交到科教信息部。上述材料经审核后由本部转交人事档案室保存。

2.6 回院工作后，就所学知识、技术在全院或科内推广介绍。

2.7　除特殊情况需要，并征得院领导批准外，普通专科在5年内，重点学科及优先发展专科在3年内不再选送该同志医务外出进修。

2.8　进修期间劳务费按医院相关规定发放。

2.9　本管理制度自发布之日起实施，原《广州市妇女儿童医疗中心外出进修管理制度》同时废止。

统计报告与分析评价制度

1. 目的

统计报告与分析评价是统计工作的最终目的。通过统计咨询与统计监督手段，为医院管理层科学决策和管理提供有用信息，特制订如下制度。

2. 标准

2.1 统计报告与分析评价。

在完成规定的上级报表和院内报表外，还需定期会同财务部、医务部等相关部门对资料和信息进行综合处理，做好统计分析和统计评价工作，以满足医院管理层及临床对统计信息资料的需求。

2.2 三院区均完成上级报表和院内报表如下：

2.2.1 网络直报国家卫生部报表：

网络直报医院工作报表（每月、每季、年）

网络实时直报医院人力资源个案报表

网络实时直报医院医疗设备个案报表

网络直报医院出院就诊者个案调查表（每季、年）

2.2.2 上报广东省医院统计报表：

医院门诊、住院、医技工作报表（每季、年）

医院出院就诊者疾病分类及疗效、疗程、费用报表（每季、年）

医院部分病种住院医疗费用报表（每季、年）

医院出院就诊者疾病分类年龄情况报表（每季、年）

医院住院就诊者手术分类报表（每季、年）

医院收支情况及经济效益分析报表（每季、年）

2.2.3 上报广州市卫生局妇幼产科报表：

计划生育技术服务数量和质量情况调查表（每季、年）

广州市产科质量情况表（每季、年）

广州市妇女病查治情况调查表（每季、年）

广州市婚前保健情况调查表（每季、年）

广东省产科质量情况年报表

广州市妇幼保健项目开展情况年报表

广州市妇幼保健网络情况年报表

2.2.4 其他上报报表：

院内医院门诊、住院、医技工作报表（每月、每季、年）

各类临时报表

2.3 统计报告（为职能科及临床科室反馈信息制度之一）

2.3.1 阶段性的统计分析报告：如季度统计报告，主要以简报形式简明扼要总结报告期内的医疗工作效率、医疗工作质量、医院管理质量等指标，重点分析与前一期或前一年同期中出现的变化。

2.3.2 综合性分析报告：如年度或更长时间的统计分析报告，主要以综述形式全面总结报告期内卫生医疗工作情况，重点分析医疗卫生工作数量、质量指标，住院就诊者主要疾病谱等信息的变化趋势、增减幅度及决策层关注的问题。

2.3.3 针对某个方面或某个焦点问题进行分析，如就诊者来源分析、病种医疗费用分析、病种平均住院日和人均医疗费用影响因素的研究等。

2.3. 4 为职能科及临床科室反馈各类信息（包括：科研、管理数据以及统计咨询等）。

2.4 分析评价（为职能科及临床科室反馈信息制度之二）

对统计数据必须进行深入的、客观的分析，以观察事物的动态及变化，寻找影响指标变动的因素。分析评价方法如下。

2.4.1 比较分析。

横向比较：分析事物的内在联系和事物的内部构成。前者把相互联系的指标综合起来全面分析。后者分析医院各项工作的构成，了解其构成的因素的特点，把握其规律性。如结构百分比分析可从医院各类人员的结构，分析人员结构是否合理；从门诊各科诊疗人次构成可分析各科忙闲情况，有利于门诊人力资源的合理安排。

纵向比较：分析事物的发展动态。医院工作是一个不断发展变化的过程，通过对统计指标的动态分析，可了解和掌握医院工作发展规律，以评价当前的工作水平和预测将来的发展趋势，为制订计划提供依据。

2.4.2 数理统计分析： 应用统计学工具对有关数字组进行分析，得到统计数据，向医院领导层提出建议。

2.4.3 使用广东省医院统计软件进行统计工作。

临床科研项目使用医疗技术管理制度

1. 目的

通过制订管理制度，从而规范临床科研项目使用医疗技术，达到行医安全、科研安全的目的。

2. 标准

2.1 医院对医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术实行分类、分级管理。

2.2 医疗技术按照安全性、有效性确切程度分为三类：

2.2.1 第一类医疗技术安全是指安全性、有效性确切，医院通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。

2.2.2 第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，需要上级卫生行政部门加以控制管理的医疗技术。

2.2.3 第三类医疗技术是指具有下列情形之一， 需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：

2.2.3.1 涉及重大伦理问题；

2.2.3.2 高风险；

2.2.3.3 安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；

2.2.3.4 需要使用稀缺资源；

2.2.3.5 卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

2.3 医务人员开展已立项临床科研项目使用的医疗技术相关管理与审批程序由医务部负责监督落实。

2.4 医务部依据《广州市妇女儿童医疗中心伦理委员会条例》对第一类医疗技术的临床应用能力进行审核。第二类、第三类医疗技术临床应用前需由医务部负责向卫生厅或卫生部提出申请，在卫生行政部门审核通过后方可实施。

2.5 医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术，必须由医院医疗质量管理委员会组织对手术、介入、麻醉等高风险技术项目操作人员进行资格的审批、许可授权管理。资格授权依照以下流程：首先医务人员向本科室质量与安全管理小组申报个人的资质能力，科室质量与安全管理小组进行初步考评，考评结果提交医院医疗质量与安全管理委员会进行最终认定，必要时还应同时提交上级卫生行政部门审定。

2.6 各专业开展医疗新技术，必须保障应用的安全性、有效性、效益性和合理性，并严格按照有关制度申报（具体参见《新技术准入及临床应用管理制度》。

2.7 医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术中涉及手术准入制，必须按医院规定将手术

分为4个等级，只允许具有相应等级或以上资格的手术者独立操作（具体参见《手术分级管理制度》）。

2.8 医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术必须符合诊疗技术规范，不得将不成熟的技术应用于临床科研工作中。从事临床科研活动的医务人员，必须是经过注册的卫生技术人员，不允许非卫生技术人员从事诊疗活动。各种有创的操作技术项目在独立操作之前必须经过培训，经科室质量与安全管理小组考核批准后，才能单独操作。

2.9 医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术（包括手术、有创操作）在开展前，必须按照有关规定进行术前讨论，严格控制适应症、禁忌症以及其他替代疗法实施的可行性。做好充分的术前准备，包括医患沟通、患者的知情同意、术前病情评估、术中术后可能出现的意外及防范措施等。

2.10 临床科研开展过程中，凡发生医疗技术损害的，操作人要立即报告科主任，在积极迅速进行补救的同时须上报医务部，如需要，医务部组织相关科室力量进行全力补救，将损害降到最低程度。

2.11 在临床科研课题开展过程中，病人因病情需要收入或转入重症病房和特殊病房者，出入标准由科研小组及收治专科相关专业人员共同制订。

2.12 临床科研中已开展的医疗技术，当技术力量、设备和设施发生改变，可能会影响到医疗技术的安全和质量时，经医疗质量与安全管理委员会讨论后，医院下达中止此项技术开展的指令，有关科室必须服从，不得违反。

3. 定义

3.1 本制度所指医疗技术，是指医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病做出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断、治疗措施。

3.2 医务人员开展临床科研项目使用医疗技术时应当遵守本制度。

3.3 医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

3.4 本制度自下发之日起施行。本制度由医务部、科教信息部负责解释。

电力设施管理制度

1. 目的

加强供电设施的管理，保障医院24小时不间断供电，为医疗服务提供保障。

2. 标准

2.1 变/配电房。

2.1.1 实行24小时值班制，每日3班，每班2人，值班电工必须持有高压电工上岗证；

2.1.2 值班电工每2小时巡查1次，填写《配电房运行记录及人员交接班表》；

2.1.3 灭火器必须每月检查并记录，应急灯时刻处于备用状态；

2.1.4 有渗水、墙体裂缝、霉点等情况时应在值班记录中填写并向上级主管报告；

2.1.5 除高压值班电工以外，其他人员进入必须做出入登记；

2.1.6 高低压配电柜、变压器每年由专业公司至少做1次维护保养。

2.2 发电机。

2.2.1 平时机房保持上锁，钥匙由高压值班电工管理，除高压值班电工以外，其他人员进入必须做出入登记；

2.2.2 发电机运行期间应佩戴防噪音耳塞作业；

2.2.3 每周检查发电机的机油油位、柴油油位、冷却水水位、电池电压、电池水位，填写《发电机房巡查记录表》；

2.2.4 每半个月进行1次空载试运行，每次15分钟，平时应将发电机置于自动状态；

2.2.5 每年由专业公司或厂家至少做1次维护保养，并出具维护保养报告。

2.2.6 确保消防器材检查标签每月由保安人员填写一次。

2.2.7 平时发电机需准备满负荷运行3小时的用油量。

2.3 各楼层电房、机房、电井、电箱。

2.3.1 低压电工负责设备日常维护、故障维修，必须持有低压电工上岗证；

2.3.2 每月巡查1次并填写巡查表，保持整洁，平时保持上锁，钥匙由低压电工保管，上级主管每月进行抽查；

2.3.3 如果附近有灭火器和消火栓的，特别检查其标签是否每月填写。

2.4 计划停/转电。

2.4.1 当接到供电部门的停/转电通知或者因院内检修供电设备需要进行停/转电操作的，相关人员应向院区后勤总务负责人报告。

2.4.2 后勤管理部应至少提前3天将要停/转电的时间、停电时长、恢复供电的时间以公告的方

式在办公网上发布。

2.4.3　停/转电前，高压值班电工应提前10分钟致电消防控制中心，由保安通过消防系统广播提醒工作人员即将停电。

2.4.4　医疗设备使用科室应尽可能暂时关闭非紧急在用医疗设备，等供电稳定后再开启。

2.4.5　恢复供电前操作同2.4.3。

给排水设施管理制度

1. 目的

加强供水设施的管理，保障医院24小时不间断供水，为医疗服务提供保障。

2. 标准

2.1 水泵房。

2.1.1 水工每日巡查1次水泵，检查水泵、管道接头和阀门有无渗漏水，检查水泵控制柜的指示灯状况，观察停泵时水泵压力表指示，填写《生活水设施巡查表》；

2.1.2 上级主管每周至少巡查1次；

2.1.3 平时必须上锁，除工作人员外的其他人员进入应进行出入登记；

2.1.4 消防水泵及喷淋水泵每月由消防保养公司做1次联动起泵试验；

2.1.5 每月清洁1次，确保水泵房地面和设备外表的清洁；

2.1.6 生活水泵、消防栓水泵、喷淋水泵、潜水泵（珠江新城院区专有）的选择开关置于自动位置。

2.2 地下室及天面储水池。

2.2.1 水工每日巡查1次储水池，填写《生活水设施巡查表》，每月巡查、清洁1次水井，填写《水井巡查表》；

2.2.2 检查口必须加盖并上锁，钥匙由巡查水工保管，变配电房备份1把钥匙，用于处理紧急情况；

2.2.3 每季度由专业服务人员进行1次全面清洗消毒，并抽取水样做水质检测，提交水质检测报告。

医用气体设施管理制度

1. 目的

加强医用气体设施的管理，保障医疗服务的正常运行。

2. 标准

2.1 医用气体设施：指中心氧站、正压设备、负压设备、液氮站、设备带及医用对讲机系统等，由持有压力容器上岗证的气体工负责。

2.2 中心氧站、正压设备、负压设备实行24小时监控，每两小时巡视1次，填写《医用气体系统运行情况记录表》。

2.3 由专业公司每半个月对医用气体设施进行1次巡检，约1个季度进行1次维护保养，每年进行1次大修。

2.4 医用气体机房门窗应完好并上锁，保持环境的干净整洁，钥匙由气体工管理，除气体工外的其他人员进入必须进行出入登记。

2.5 当发生医用气体故障事件时，参照《医用气体设施应急预案》执行。

2.6 中心氧站特殊管理规范。

2.6.1 中心氧站属于医院的高风险部位，由保安监控系统对氧站入口进行24小时监控。

2.6.2 氧站入口外必须张贴“禁止烟火”的警示牌，氧站内禁止使用明火。

2.6.3 氧站工作人员上岗证必须上墙，氧站必须留有医用氧气产品检验报告及钢瓶氧气产品合格证复印件备查。

2.6.4 氧气瓶内压力较大，搬运时应避免倾倒、撞击，防止爆炸，备用氧气瓶应有有效的防倾倒措施。

2.6.5 氧气瓶应放在阴凉处，严禁接近烟火和易燃物，不可在氧气表螺旋口上抹油，也不可用带油的手装卸。

2.6.6 氧气站内除氧瓶、液氧罐、消防器材及必要的工具外，其他物品一律禁止存放。

2.6.7 氧气瓶、液氧罐内的压力不可用尽，氧气瓶压力表上指针降至0.3Mpa或液氧罐压力降至0.6Mpa时，即不可使用。

2.6.8 氧气瓶上应悬挂“满”或“空”的标志，以便及时调换氧气瓶，避免急用时搬错而影响抢救速度。

2.6.9 氧站内必须安装氧气泄漏报警装置，并配备氧浓度检测装置和足够的灭火器。

2.6.10 氧站工作人员每年定时对氧气压力表具进行校验。

空调设施管理制度

1. 目的

加强空调、制冷设施的管理，保障医院空调、制冷系统24小时安全运行，为医疗服务提供保障。

2. 标准

2.1 中央空调。

2.1.1 机房实行24小时值班制，空调主机运行时，空调工每2小时巡查1次，填写《医院空调机组运行记录表》，空调工必须持有制冷设备维修上岗证。

2.1.2 空调主机房门平时必须上锁，钥匙由值班空调工管理，除值班空调工以外的人员进入必须做出入登记。

2.1.3 确保空调机房的应急灯处于备用状态，灭火器及消火栓标签每月填写1次。

2.1.4 发现空调机房内有渗水、墙体裂缝、霉点等情况应在值班记录中填写并向上级主管报告。

2.1.5 风机盘管隔尘网、新风机隔尘网每月清洗1次，填写空调滤网清洁记录。

2.1.6 洁净空调空气处理机组每两天巡查1次，填写《洁净空调处理机组巡查表》。

2.1.7 洁净空调的新风过滤网及回风过滤网每周清洗1次，机组初效过滤器每月清洁1次每3个月更换1次，中效过滤器每3到6个月更换1次，高效过滤器每一到两年更换1次，每次清洗或更换必须做登记。

2.1.8 委托专业保养公司每月清洗1次冷却塔，每月对中央空调主机进行1次检测维护，每季度清洗1次风冷式空调机组冷凝器翅片，检查1次新风机、排风机、冷却塔风机的皮带及其传动系统的状况，所有工作必须做登记。

2.1.9 委托专业水处理公司每月1次对冷却水及冷冻水水质进行检测和处理。

2.2 分体空调。

2.2.1 分体空调室外机每年至少进行1次维护保养，并做记录；

2.2.2 分体空调室内机在使用时，回风滤网应保持至少每月清洗1次，并进行记录。

2.3 空调维修注意事项。

2.3.1 如需烧焊，必须办理《医院动火作业许可证》，并严格遵守动火作业规定。

2.3.2 进入洁净室巡查或检修设备应按该区域着装要求并备齐工具后方可进入开展工作。

2.3.3 洁净空调机组过滤器拆除后，必须用塑料袋包封好带出洁净区进行清洁处理，清洁时必须戴口罩、防护眼罩、头罩及手套。

2.3.4 工作过程中有损伤皮肤或保护用具损坏，应立即离开工作区，按要求进行消毒处理并更换完好的保护用具后方可再进入工作。

2.3.5　工作完成后需立即离开工作区，按要求更换工作保护用具，做好个人的消毒灭菌及卫生清洁。

2.3.6　每次做完空调维修后必须进行登记。

电梯管理制度

1. 目的

加强全院电梯设施的管理，保障电梯运行的安全。

2. 标准

2.1 电梯设施。

2.1.1 电梯管理员必须持有电梯维修上岗证。

2.1.2 电梯管理员每天巡查1次电梯机房、轿厢，填写《电梯巡查记录表》，珠江新城院区需做好电扶梯日巡查记录。

2.1.3 保证电梯机房通风照明良好，机房内的温度不超过40℃，相对湿度不大于85%。

2.1.4 由电梯厂家每半个月对电梯进行1次保养。

2.1.5 机房门窗应完好并上锁，机房钥匙由电梯管理员保管，除电梯管理员外的其他人员进入机房必须进行出入登记。

2.1.6 由广州市特种设备承压院每年对电梯进行1次全面检测，并出具检测报告。

2.1.7 电梯驾驶员必须持有电梯驾驶上岗证。

2.2 电梯故障及困人应急处理流程。

2.2.1 无困人情况。

2.2.1.1 电梯管理员应在第一层电梯厅门外显著位置放置“正在维修”标识牌，然后进行检修。

2.2.1.2 一般简单故障可由电梯管理员自行修复，如检查确认不能自行排除故障时，应马上通知电梯维修保养单位立即派人赶来现场排除故障，并协助其对电梯进行抢修。

2.2.1.3 电梯恢复后，电梯管理员须与电梯保修单位人员一起试运行电梯，在确认电梯再无异常时，方可撤去标识牌，将电梯投入正常运行。

2.2.2 困人情况。

2.2.2.1 当轿厢停于接近电梯楼层门的位置时，消防控制中心保安用电话通知轿厢内的乘客保持镇静，并告知电梯工正在进行工作，将会尽快将他们救出，避免乘客烦躁，产生过激行为，危及自身安全。

2.2.2.2 根据落层灯指示或小心开启外门察看等检查途径，确定轿厢停于接近电梯楼层门的位置。

2.2.2.3 关闭机房内该电梯的动力电源开关，保留轿厢照明的电源。

2.2.2.4 用专用厅门钥匙开启厅门，用人力开启轿厢门协助乘客离开轿厢。

2.2.2.5 重新将厅门关好，经检查确认在厅门外不能人为用手打开之后，即在第一层电梯厅门外放置“正在维修”标识牌，然后进行抢修。

2.2.2.6　当电梯修复后，电梯管理员必须与电梯保修人员一起试运行，在确认电梯正常时，方可撤去标识牌，将电梯投入正常运行。

2.2.2.7　当轿厢停于远离电梯厅门的位置时，首先按照上述2.2.2.1的内容执行。并说明轿厢可能随时移动，不必惊慌。

2.2.2.8　根据落层灯指示或小心开启外门察看等检查途径，确定轿厢所在位置远离电梯楼层厅门时，关闭机房内该电梯的动力电源开关，保留轿厢照明。

2.2.2.9　按照配备救援设备实施操作，使轿厢逐步移动至最接近厅门平层，用专用厅门钥匙开启厅门，用人力开启轿厢门将乘客救离轿厢。然后按照上述2.2.2.5　和2.2.2.6执行恢复正常运行。

2.2.2.10　因其他复杂情况，仍不能救出被困乘客时，院区后勤总务负责人应亲自紧急组织电梯维修保养单位人员、电梯工、包括心理辅导医生在内的医护人员等救援队协同救出被困乘客，有必要时请专业消防人员协助救出被困人员。

2.2.2.11　上述每次电梯修复正常使用后，电梯管理员应将电梯的故障原因及处理结果作好记录并按层级管理的要求进行汇报。

厨房燃气设施管理制度

1. 目的

加强厨房燃气设施的管理，保障燃气使用的安全。

2. 标准

2.1 厨房管道燃气系统设施管理制度。

2.1.1 厨房工作人员必须十分熟悉燃气管道阀门的所在位置和开关方法，每天要对燃气管道、厨房炉具等燃气设备设施进行检查。凡发现开关不正常，应及时向营养室主管人员汇报，请煤气公司专业人员维修，必要时更换，不能留有任何一个不可关闭的阀门，以防发生意外事故。

2.1.2 当燃气炉具、设备维修好后，要求维修人员必须先行试用，确认正常后，炉具、设备的使用人员再接手试用并确认正常时，维修人员方可离开。

2.1.3 严禁使用电焊对燃气管道进行切割修补，如确需进行该项工作，必须由煤气公司等专业公司进行，并办理《医院动火作业许可证》。

2.1.4 发生突发性燃气泄漏故障时，必须严格按照燃气泄漏应急处理程序进行处理，并做好相关工作记录，为今后的管理决策提供依据。

2.2 燃气泄漏的应急处理规程。

2.2.1 当发现燃气泄漏时，厨房工作人员应先尽量关闭燃气总阀门，如无法关闭或关闭阀门无法阻止燃气泄漏，应迅速撤离现场并通知后勤总务负责人。

2.2.2 通知煤气公司说明燃气泄漏位置及泄漏情况，请求派专业人员到现场检修。

2.2.3 通知保安应迅速派人在现场设置警界线禁止他人进入。

2.2.4 通知高压值班电工和低压电工切断燃气泄露区域的有线电话及电源，以防电话使用及开启电器开关时的电火花引爆泄漏出的燃气。

2.2.5 所有支援人员在到达现场之前必须要放下打火机、火柴等火种，并将随身携带的对讲机、手提电话关闭。

2.2.6 进入燃气泄漏区域抢修的人员应戴好防毒面具，先控制燃气泄漏，再开启泄漏场所的门窗通风。

2.2.7 厨房工作人员应协同煤气公司抢修人员查明泄漏原因及具体点位进行抢修。

2.2.8 泄漏修复后必须督促燃气公司人员利用专业技术检查各相关场所的管道燃气设施是否已恢复正常，然后才能重新开启阀门，实施正常供气。

2.2.9 营养室负责人应将该次燃气泄漏事件详实记录，并向上级主管递交书面报告。

热泵系统及饮用水设备管理制度

1. 目的

加强设备设施的巡查及保养，保障医院24小时供应热水及饮用水。

2. 标准

2.1 热泵系统的管理。

2.1.1 平时由低压电工负责操作、维护和管理，每天至少巡查1次，填写《热泵系统巡查记录表》。

2.1.2 由专业公司每半个月对热泵系统进行1次检查维护，出具检查报告，每半年进行1次管道清洗，进行清洗记录登记。

2.2 电开水器的管理。

2.2.1 平时由低压电工负责每天巡查1次，填写《电开水器巡查记录表》，巡查时发现故障或接到故障报修应予以记录，即时联系设备维保公司专业人员上门维修。

2.2.2 由签约公司派专业人员每季度上门做1次全面维护保养，出具维护保养报告。

2.3 儿童院区直饮水设备。

2.3.1 平时由低压电工负责每天巡查1次，填写《直饮水设备巡查记录表》。

2.3.2 由签约公司派专业人员每月上门进行1次维护保养、清洗并更换滤芯，每季度做1次水质检测。

冰箱管理制度

1. 目的

加强冰箱的管理。

2. 标准

2.1 冰箱定义。

2.1.1 普通冰箱：通常同时具备冷藏和冷冻功能，冷冻温度不低于-30℃，分为医用冰箱和生活冰箱。医用冰箱通常用于放置药品、试剂、标本、血浆、组织及尸体等；生活冰箱通常用于存放食物。

2.1.2 医用超低温冰箱：通常温度都在-30℃以下，温度可精确设定，通常用于实验室存放标本、试剂等。

2.2 所有冰箱应放置温度计，冰箱温度的正常范围值是：

2.2.1 普通冰箱冷藏室：2℃-8℃。

2.2.2 普通冰箱冷冻室：-15℃-25℃。

2.2.3 医疗用超低温冰箱：以设定的温度为准。

2.3 医用冰箱严禁储存食物及其他生活用品，污染性物品和清洁物品必须分开放置；生活用冰箱严禁储存试剂、标本、药品等医疗用品。

2.4 所有冰箱的存放容量不应超过冰箱容量的4/5，放入冰箱的物品如属开启过的，应标明开启时间和有效期；如属散装物品，应该注明放入冰箱的时间和有效期。

2.5 各使用部门人员负责每天早上8时，下午5时各登记1次冰箱的温度，每个月至少对冰箱进行1次清洁、除霜，并做记录，所有记录应置于冰箱旁边随时备查。

2.6 生活冰箱中的各类食品应根据保质期长短取用，同类食品批量储存时，优先使用购入早、储存时间相对较长的食品，放入冰箱内的冷藏物品应及时使用，不可长期放置。

2.7 普通冰箱的维修及维保由后勤机电管理组负责，医用超低温冰箱的维修及维保由医疗设备维修组负责，所有冰箱的预防性维护（PM）周期暂设定为1次/年。

2.8 紧急处理措施。

2.8.1 若冰箱发生故障，当班人员须立即联系临近部门准备临时接收，妥善转移故障冰箱内物品并及时通知维修部门进行修理。

2.8.2 一旦发生区域停电事件导致冰箱无法正常工作，相关物品由各部门统一集中转移至未受停电影响或有应急电保障的冰箱内暂时储藏，储藏原则遵循条款2.4。

2.8.3 如无法确认冰箱故障发生的具体时间，应弃用冰箱内药物和标本，并与相关部门（药学部、检验部）处理物品。

污水处理系统管理制度

1. 目的

确保污水处理站系统设备每天24小时正常运行，处理后污水达到广东省地方标准《水污染物排放限值》（DB44/26-2001）第二时段三级排放标准要求。

2. 标准

2.1 中心三个院区的污水处理站营运管理项目，均采取公开招标的方式，由具备资质及服务要求的法人单位承包统一管理，以保证医院的污水排放，保持达到省级环保部门规定的水质标准。

2.2 承包单位必须严格执行《中华人民共和国环境保护法》及地方有关法律法规、标准，遵守现行颁布的环境管理规章制度及有关政策。

2.3 承包单位必须配备充足的运营管理人员，制订岗位生产和安全制度，当班人员必须每日填写工作记录，包括开泵、关泵、清渣、投加药剂、维修、交接班时间和工作内容等。

2.4 承包单位每月至少1次对系统设备、设施进行维护保养、定期清淤、清渣等，每季度提供1份由环保部门出具的水质监测报告给后勤管理部，检测结果应达到广东省地方标准《水污染物排放限值》（DB44/26-2001）第二时段三级排放标准要求。

2.5 由后勤分管人员不定期对承包单位的营运和维修养护、质量和安全、运行记录存档、安全和防护、污泥的处理等方面的承诺责任条款进行抽查监管，发现问题及时督促改进，并做好工作记录，为今后的管理决策提供依据。

便携式电器和电源延长线使用规定

1. 目的

规范便携式电器和电源延长线的使用。

2. 标准

2.1 医疗设备必须使用墙上电源，禁止将医疗设备插在拖线板上。

2.2 医疗设备上的多用三线输出口应被视为该设备的一部分进行检查，而不应将其作为电源延长线。

2.3 电源延长线的使用规定：

2.3.1 延长线只有在不会造成火灾、电击或绊倒时方可使用。

2.3.2 电源延长线必须符合国家认证标准。

2.3.3 电源延长线尺寸及长度应符合国家规定的电器设备的电负荷。

2.3.4 在需电设备和墙壁插座之间不可使用多于一条的电源延长线。

2.3.5 电源延长线须靠墙延伸。

2.3.6 不应在公共区域及病房永久使用电源延长线，只有在下列情况事件才可临时使用：

※突然停电；

※ 需要暂时向某处供电。

2.4 便携式电器使用规定。

2.4.1 便携式电器包括：

※个人护理用品（电吹风、剃须刀、卷发器）。

※娱乐用品（电视机、收音机）。

※个人舒适设备（电热毯、电风扇）。

※准备食物用品（微波炉、咖啡壶）。

2.4.2 无论是属于病人、员工、或是医院的电器，应符合如下几点：

※达到国家标准且外观完整；

※仅可连至常规220伏交流电源出口；

※禁止在负氧环境下时使用，并应距氧气出口至少30厘米；

※在电器元件可能受潮的环境下禁止使用。

※禁止乱接乱拉电线。

2.4.3 禁止病人携带微波炉、便携式电风扇、便携式加热设备等设备。

机电工作人员安全保障制度

1. 目的

规定机电人员的安全工作制度，保障机电人员的工作安全。

2. 标准

2.1 安全工作制度。

2.1.1 本院电梯管理员、电梯驾驶员、高/低压电工、空调工、气体工等专业技能工种职工必须持证上岗，维保公司派出的专业人员必须持有公司开出的具有操作、维护相关设备的资质证明。

2.1.2 各专业技能人员必须遵照政府相关管理部门的规定参加例行学习和证件年审，无证人员和证件过期人员一律不准上岗作业。

2.1.3 各岗位职工应注意每天有足够的休息时间，以免上班时精神不振产生意外，严禁酒后工作和带病工作。

2.1.4 进入各诊室、病房、影像中心检查室等场所进行工作时，必须经该场所当值医护人员和就诊者同意后方可入内；要进入手术室、ICU 、产房、供应室的打包间、无菌间、静脉药物配制中心进行工作，必须经当值医护人员同意并穿着隔离衣、鞋套、戴口罩、帽子后方可进入。

2.1.5 进入中央空调机房、发电机房等设备运行噪声较大的场所工作时，要做好防护措施，如戴耳罩、耳塞等，避免影响听力；维修排污管道设施需有专用的维修工具，每次维修工作完成后必须对工具进行清洁。

2.1.6 在院区的各个场所内，严禁吸烟，以免引发火灾。严禁擅自使用电炉、暖炉等电热设备。如果工作临时特别需要使用，应经院区后勤负责人批准。

2.1.7 电梯管理员或维保公司电梯工进行电梯维修工作时，严禁带电操作；不能用摇表测量绝缘电阻；严禁同时短接厅门、轿门联锁开关，不准短接安全回路开关。

2.1.8 值班高压电工在进行倒闸操作时，必须由两人执行。合闸时应先合高压侧负荷开关，再合低压侧负荷开关，然后再合低压侧各分路开关。分闸的顺序与此相反。

2.1.9 高压电工在发电机运行时发现运行的柴油机有不正常响声，应立即停机，而且严禁明火靠近进行检查（因为高温使机油产生蒸气，遇明火容易发生爆炸）。

2.1.10 低压电工进行电气设备检修，装设临时接地线时，应先接地端，后接导体端。拆接地线的顺序与此相反。

2.1.11 低压电工在一合闸即可送到电的电器设备或场所工作时，应将该开关出线端电线拆下，再挂上“线路有人工作，禁止合闸”的警示牌后，方可进行工作。

2.1.12 维修人员应尽量避免带电作业。如特殊情况需带电工作，必须严格按照安全操作规程

的要求做好安全保护措施。

2.1.13 维修人员在使用切割机、砂轮机等工作时，应佩戴护目镜或面罩；使用台钻时，不能戴手套进行操作，工作场所不能留有易燃物品，切实避免切割机和砂轮机工作时的火星点燃各种易燃物品。

2.1.14 在进行电焊等焊接工作时，工作场所内不能留有易燃物品，要配备灭火器，戴高温手套及防护面罩。

2.1.15 高空作业时，必须由持有国家劳动部门颁发并在有效期内的高空作业上岗证的专职维修工进行，要按规定系好安全带，安全带的吊绳不允许钩挂在可移动的物体上，戴好安全帽，高处传递物件时不得上下抛掷，而应用绳子吊传，绳子不能栓在身上或安全带上。

2.1.16 遇雷雨大风天气时，除了特殊情况要进行紧急抢救工作外，严禁在室外进行高空和带电作业，其中包括站立于天台作业，严防雷击或被大风刮倒。

2.1.17 气瓶、高温高压消毒炉或其他易燃易爆物品无合格证书的禁止使用。

2.2 工伤抢救程序。

工作期间因意外而造成如下伤害者，应按下表所列程序进行及时抢救。

伤害形式	抢救方式
触电致人休克	1. 发现有同事触电，要先关闭电源，如找不到电源开关，要马上选用绝缘的木棒、竹子、木柄拖把等物品，将同事推开或挑开电源线。 2. 将伤者平躺于地板上。 3. 迅速就近通知医护人员就地抢救并通知急诊科。 4. 及时将就诊者转到有抢救条件的地点进行进一步的抢救工作。
雷击致人休克	1. 将伤者迅速抱进室内平躺于地板上。 2. 迅速就近通知医护人员就地抢救并通知急诊科。 3. 及时将就诊者转到有抢救条件的地点进行进一步的抢救工作。
出血性创伤	1. 用消毒棉纱、止血包或干净毛巾等压封伤口。 2. 大出血者应用止血带或其他绳、带扎紧伤口血源上方，以防继续出血。 3. 将就诊者迅速就近送进清创室、治疗室或急诊科进行进一步的抢救工作。
出血性并肢体分离性创伤	1. 迅速通知急诊科和外科医生。 2. 用消毒纱布或经消毒的器皿装好分离的肢体并置放于低温设备中。 3. 按上述“出血性创伤”程序止血。 4. 按照急诊科和外科医生安排进行抢救和肢体再植工作。
高位下坠造成脑部创伤、骨伤	1. 迅速将伤者搬上平车或担架送到外科治疗室进行抢救。注意搬动过程中要保持平稳，不要加重脑部的创伤或防止骨折的加重。 2. 如就诊者情绪不稳定，要尽量劝慰就诊者保持平静，以防产生进一步的脑溢血现象。

受重物撞伤、砸伤形成血肿或充血	1. 应尽快将就诊者送到外科治疗室或清创室进行治疗。 2. 如创伤在腰脸部，应尽可能使用平床或轮椅。 3. 非专业人士不得用推拿的方式去除血肿或皮下充血。
化学危险品溅入眼睛和脸部等皮肤	1. 迅速就近用自来水冲洗患部（时间不少于15分钟），但不能用手用力擦拭。 2. 上述处理完成后即送眼科或皮肤科进一步治疗。
烧伤、烫伤	1. 即时就近用自来水降温。 2. 送外科、皮肤科治疗室、清创室处理和进一步治疗。
其他一般性创伤	及时送进外科治疗室、清创室进行清创处理和进一步治疗。

2.3 工伤事故报告及处理程序。

2.3.1 伤势较轻者，得到有效处理后报告院区后勤总务负责人；伤势较重、行动不便的，由医护人员代为通知院区后勤负责人或行政值班；造成伤残或病情危重时由医护人员代为通知后勤管理部主任、行政值班及中心分管领导。所有工伤事故均应报人事部备案。

2.3.2 后勤管理部根据事故的具体情况及医生的诊断结果，提出处理意见送交人事部，参照政府劳动安全部门的相关规定办理。

后勤仓库管理制度

1. 目的

加强后勤仓库的管理，保障中心医疗工作物品补给。

2. 标准

2.1 后勤仓库公共管理标准。

后勤仓库包括综合仓、被服仓、营养仓，本公共管理标准适用于以上仓库，各仓库的特殊管理要求在各仓库管理标准中规范。

2.1.1 物资的接收 。

2.1.1.1 供应商送货规定。

供应商星期一到星期五下午送货。遇到需要紧急送货的情况，由仓库主管同意后可随时送货。

2.1.1.2 物资的验收。

具体验收办法在各仓库物资验收SOP文件中规定。中心内部调拨的，入库依据为调出仓库出具的“其他出库单”；接受捐赠的，入库依据为“捐赠协议书”、“捐赠确认书”或发票。

2.1.1.3 物资入库记录。

库房会计根据经审核签名的送货单，编制入仓单。

（1）将对应送货单附于该入仓单白色联后面，按照编号顺序整理存放。

（2）入仓单蓝色联按照供应商名称分类后送交二级账管理员。

（3）红色联按照供应商名称分类后附于对应发票后面，然后送交采购组。

库房管理员应及时与供应商核对采购金额，并要求供应商根据核对一致的情况开具发票。

2.1.2 物资的保管。

2.1.2.1 仓库安全管理。

（1）保持库房通风安全，干燥环境，每天上午、下午登记温湿度情况，并将温湿度控制在适当范围。

（2）库房内保持清洁整齐，道路通畅，仓库内不得住人，不得存放私人物品。严防物资被盗和物资变质，未经库房管理员同意，严禁其他人员进入仓库。其他人员进入仓库，库房管理员应在来访登记簿中记录。

（3）领取、使用化学危险物品，必须按计划领取，严格安全操作规程，发出和使用都要详细登记。

（4）仓库内的电源、电线要经常检查，及时维修，防止损坏，不准使用60瓦以上的灯泡和乱拦、乱搭、乱接线路。在电器开关熔断电器下，插座附近不得放置可燃物及一切杂物。

（5）定期对仓库进行灭鼠、除虫处理，并进行登记。

（6）在仓库内严禁吸烟，禁止带火种入库。库房管理员应做好防火、防盗、防潮工作，离库和工作结束后，要关好门窗，切断电源，做好安全检查再离开。储存物资仓库的门窗要有铁栏、铁门，消防器材要常备有效。

2.1.2.2　物资的堆放。

验收合格的物资，应按照ABC分类上架堆放。如果属于直送科室的物资，可存放在发货区。所有物资不准直接堆放在地面。物资存放高度应离天花不少于50厘米，离消防喷淋不小于50厘米，离地不小于10厘米，离墙不小于5厘米。

2.1.2.3　物资的整理。

（1）库房管理员应随时整理库内物资，保持堆放整洁。有必要的应将物资按照10的整数倍重新包装，减少以后发货和盘点时的计数工作量。

（2）如果发现有超过三个月没有领用的物资，在中心范围内消化库存或与供应商换货，防止积压浪费。

2.1.2.4　物资周转的管理。

仓库管理员应在保证科室物资需求的前提下，科学安排仓库物资收发，物资综合周转率尽量控制在1.3–1.8之间。

2.1.3　物资的发放。

2.1.3.1　物资出库。

（1）出库依据为手续完整的出库单，库房管理员应严格对照出库单发货。在特殊情况下，必须至少保证有手写领料单才能办理出库手续。

（2）物资发放时间原则上应安排在下午工作时间，如出现科室缺货现象，可随时发货。

（3）严格按照先进先出的原则向科室发送物资，如违反该原则，一经发现，严格处罚。

（4）发放物资属于低值易耗品的，应主动与需求科室联系，认真填写低值易耗品“以旧换新”台账，保证旧物回收数量账实一致，以及完成其他低值易耗品“以旧换新”相关工作。

2.1.3.2　物资出库记录。

（1）物资出库记录主要是出库单，每天收回的出库单应按照科室分类存放。将白色联作为仓库留存联，黄色联由领料科室保存。确定所有出库单收回后，红色联合蓝色联按照科室分类送交二级账管理员。

（2）库房会计月末应编制科室物资支出汇总表送交财务部。

（3）做好仓库物资账目管理，做到收、发、存相符，严格按照管理权限发放材料，进出仓库材料应日清月结年报。

2.1.4　物资的盘点。

（1）按月、季、半年、全年做好仓库物资的清盘及报表工作。每月25日是当月盘点日，遇节假日盘点日相应提前。

（2）盘点前必须完成所有出入库业务，保证账实相符。

（3）应对照《账实核对表》，对库内所有物资进行盘点，出现差异或差错要及时更正或报告。

（4）编制盘点表一式两份，一份仓库留存，另一份送交二级账管理员。

（5）库房管理员需对账面、库存物品进行核对，计算出盈亏数量和盈亏金额、生成盘存表，上报医院审批。

2.1.5 申请采购单的编制。

（1）对于器械类物资，为各物资设定最高库存、最低库存和安全库存。每天检查物资现存量，当低于最低库存时，仓库管理员应及时向采购人员提交申购单。

（2）其他实行物流外包物资，由采购人员根据科室申领单编制采购订单。

2.1.6 单据的管理。

2.1.6.1 范围。

单据包括入库单、其他入库单、出库单、其他出库单、盘点表、申请采购单、科室物资支出汇总表、发票及其附件等。

2.1.6.2 签章要求。

（1）入库单、其他入库单：制单人、验收人、主管应签名或盖章。

（2）出库单、其他出库单：制单人、仓管应签名或盖章；领料人应签名。

（3）盘点表：仓管应签名；主管应签名或盖章。

（4）申请采购单：实名通过物资管理系统提交采购组。

（5）科室物资支出汇总表：编制人应盖章或签名。

（6）发票及其附件：库房保管员应在发票背面签名或盖章。

2.1.6.3 送交时间要求。

（1）入库单、其他入库单、其他出库单的蓝色联：应在盘点日后两个工作日内，送交二级账管理员。

（2）出库单、盘点表：应在盘点日后十个工作日内，送交二级账管理员。

（3）科室物资支出汇总表：应在每月15日前，交财务部。

2.1.6.4 保存时间。仓库留存的入库单、其他入库单、出库单、其他出库单、盘点表，保管时间不少于3年。

2.1.6.5 纸张要求。

（1）入库单、其他入库单、出库单、其他出库单：采用可撕边凭证纸。

（2）其他单据：采用A4纸。

2.2 被服仓的管理。

被服仓包括新被服仓库、洁衣房、污衣房。

2.2.1 新被服仓库的管理。

（1）新被服仓库由被服仓管理员负责管理。

2.2.2 洁衣房和污衣房的管理。

（1）洁衣房和污衣房由洗衣房负责人负责管理。

（2）被服洗衣公司送回干净被服时，检查洗涤质量是否达到要求，并进行记录。对皱折、洗不干净、抽线、破损、掉扣的被服，及时通知洗衣公司返烫、返洗、缝补，至合格后才能上架存放。

（3）根据各科室脏被服的收集数量发放相对应数量的干净被服，以此保证各科室被服供应的需要。

（4）按照制服的质地及科别分类存放。全棉类的制服易受潮发霉、泛黄，需要放在高架，化纤类放在低架。厨房、维修等更换频率高的制服放在就近拿取的地方，以此提高工作效率。

（5）整体制服换季前，将前季制服全数回收至被服中心，经盘点后，分批次送洗熨烫后，要求洗衣公司做日照晾干2小时以上（如未经日照紫外线照射，长时间存放，衣物可能会不同程度的发霉），再用薄膜袋套装送回被服仓库上架保管，以此保证制服的洁净。

（6）对各科反映被服洗涤存在的问题要及时有效地跟进，并要求洗衣公司及时改善。

2.2.3　对被服收送的管理。

（1）被服收送工作由承包公司人员负责，收取脏被服时应做好个人防护，戴好口罩、手套、帽子。收取的脏被服统一存放于污衣房，清洗干净的被服统一存放于洁衣房。

（2）住院部各病区及门诊各科室就诊者被服每天收送。

（3）医院业务部门的制服每周收送两次，机关行政及后勤的制服每周收送1次，均以同时对应数量更换清洁制服。

（4）收取被服时，就诊者的被服不能与职工被服混装，传染性被服不能与普通就诊者被服混装，对传染性质的被服要贴标识纸以提示相关人员作特别处理，严格执行专袋专用、专车专用的制度。

（5）到各科室收取被服后，用污衣车拉到污衣房点数。

（6）收送被服不能混用一台被服车，要严格区分并做好标识，收送被服都须遮盖好，不能敞开式收送。收取被服应使用污物梯，洁净被服送回科室，不得使用污物梯运送。

（7）做好各科室被服收送记录和统计，门诊、住院部收取和发回制服均应准确登记并经签名证实，发放干净制服要留意制服上的编号有无脱落，以免混淆。

（8）对重洗的被服要有记录，尤其对欠缺数量要跟进追回。

2.2.4　对洗衣公司的监管。

（1）洗衣公司负责对医院被服进行清洗、消毒、干燥、浆烫、折叠、保管，对有破损、掉扣的衣物进行修补，实在不能修补的提请办理衣物报废。

（2）洗衣公司要严格划分污染区、半污染区、洁净区，并有明显的标志。污染区为就诊者污衣物分检、清点、处理、清洗间；半污染区为医院职工污衣物（工作服、值班被服）分检、清点、处理及清洗间；清洁区为洗净衣物晾（烘）干、缝补、熨烫、折叠、储存、发送间。严禁污染区物品进入清洁区或人员逆流往返。

（3）洗涤设备必须符合卫生部2002年版关于消毒技术规范的要求，数量要充足，可供医务人员及就诊者各类被服的专机清洗。

（4）接送被服的手推车、汽车必须区分污衣车与净衣车，两车不能混合使用，避免交叉感染。接送被服后的车辆均应用洗涤剂擦拭一次、清水擦净；接运隔离病房、（烧伤病房）及有明显污染被服后的车辆应用含有效氯1000mg/L消毒液消毒30分钟后再用清水擦净。

（5）就诊者的被服和医院职工的制服必须分机或分批洗涤。婴儿被服应单独洗涤，不可与其他被服混洗。根据被服受污染程度可分别用专机洗涤，特别是隔离就诊者、烧伤就诊者的衣服应专

机洗涤。

（6）严格按照医院《用户需求书》的规定，对被服进行分类，并按不同洗涤消毒标准进行洗涤。

（7）对职工和就诊者被服、一般污染和有传染性的被服洗涤消毒后应分区或分批晾（烘）干、熨烫折叠和储存，不宜混杂。熨烫时要特别注意曾受或易受污染之处。新生儿、婴儿被服清洗晾干后须经压力蒸汽灭菌后再使用。

（8）对整体换季的制服洗涤熨烫后，要日照晾干2小时以上，再用薄膜袋套装送回被服仓。

（9）洗衣机（池）洗衣后，特别是清洗可能有传染性的被服后，应用90℃以上的热水或消毒液消毒。

（10）洗衣公司每年应提供两次由市级以上卫生防疫部门对洗净衣被消毒效果的监测报告，达到相关标准。医院将对洗涤后的被服进行随机监测，对后勤分管人员提出的问题，洗衣公司必须及时整改和书面反馈整改情况，如洗涤质量不符合国家相关标准，将予以经济处罚。

2.3　营养室仓库的管理。

2.3.1　食品仓库主要存放主副食原料、半成品及其他物资。

2.3.2　食品储存要分类保管，堆放整齐，应做到生熟食分库、分容器、成品、半成品及鱼、肉、蛋等要冷藏。

2.3.3　食品在仓库存放期间，要经常检查，发现变质腐败等情况，应及时汇报，以便及时处理。不合格的食品不得出库。严格审查往来报销单据，不得擅自动用库内物资或出售伙食原料。

营养室工作管理制度

1. 目的

加强营养室工作安全的管理，保障病人、职工及其他在医院食堂进食人员的饮食安全。

2. 标准

2.1 膳食供应安全管理。

为加强各院区食堂的管理，保证食品安全供应，预防食物中毒及传染病的发生，保障就餐者身体健康，依据《中华人民共和国食品安全法》、卫生部颁发的《餐饮业和集体用餐配送单位卫生规范》，并结合本院的实际情况制订下列管理制度，从而对食物采购、配制、贮存及发放进行全面的监控。

2.1.1 对食堂工作人员的个人健康管理：

2.1.1.1 入职前及旧员工每年必须接受卫生行政部门确定的体检单位进行健康检查和卫生知识培训，取得健康证明后方可入职。

2.1.1.2 凡患有痢疾、伤寒、肝炎、活动性肺结核、化脓性或者渗出性皮肤病等情况，不得从事接触直接入口食品的工作，并及时调离岗位。发现患传染病者，应暂时或永久调离岗位。

2.1.2 对食堂人员的个人卫生要求：

2.1.2.1 上岗前应先在更衣室内换好干净的工作服，并严格洗手后方可进入厨房。

2.1.2.2 工作时应佩戴工作帽，头发应梳洗整齐并置于帽内，配餐时应佩戴口罩。

2.1.2.3 不得留长指甲、涂指甲油及佩戴饰物，指甲要定期修剪并保持指甲缘洁净。

2.1.2.4 个人衣物及私人物品不得带入食品处理区。

2.1.2.5 操作人员在工作现场要认真执行下列“四不准”：

（1）不准面对食品打喷嚏、咳嗽、随地吐痰及其他有碍食品卫生的行为。

（2）不准在厨房/食堂内吸烟。

（3）不准用抹布、围裙、工作服等擤鼻涕、擦汗水。

（4）不准头发凌乱并置于帽外，男厨工不准留长发和胡子。

2.1.3 对食品采购及贮存的卫生要求：

2.1.3.1 食品的采购和验收。

2.1.3.1.1 采购的食品必须符合国家有关卫生标准和规定，杜绝无生产厂家、无食品合格证、无生产日期的“三无”产品，采购食品原料及成品必须色、香、味、形正常。采购的品种、数量、价格、质量由采购领导小组审核把关。

2.1.3.1.2 采购时应向供货商索取发票等购货凭据，并做好采购记录，便于溯源；同时做好索

证、检疫（检验）合格证明等。

2.1.3.1.3　收货时要严格验货并做好记录，对于腐烂变质、酸败、霉变、生虫、污秽不洁、过期、混有异物或其他感官性状异常的食品一律予以拒收。

2.1.3.2　食品的存放和领用：

2.1.3.2.1　食品应尽量缩短在常温下的存放时间，烹饪后4小时必须重新加热，加工后应及时使用或冷藏。冷冻温度应设定在-20℃至-1℃之间，冷藏的温度应在0-10℃之间，并做到生、熟食品严格区分，冷藏、冷冻柜有明显区分标志，将植物性食品、动物性食品和水产品分类摆放于有标识的冰箱内，避免堆积、挤压食品。

2.1.3.2.2　用于贮藏食品的冷藏、冷冻柜，应定期除霜、清洁和维保，以确保冷藏、冷冻温度达到要求并保持卫生。

2.1.3.2.3　要及时清理剩余食品，对可继续食用的食品要用保鲜纸封好，并贴好标签注明放入冰箱的日期和有效期。

2.1.3.2.4　熟食品、面点放置时要加盖或用纱罩盖好。

2.1.3.2.5　食品应当分类、分架存放，距离墙壁、地面均在10cm以上，并定期检查库存食品，做好台账记录工作，食品领用要遵循先进先出的原则，变质和过期食品应做好登记手续并及时清除。

2.1.4　对食品加工操作的卫生要求。

2.1.4.1　食品的粗加工。

2.1.4.1.1　各种食品原料在使用前应洗净，动物性、植物性及水产品等食品应分池清洗，禽蛋在使用前宜对外壳进行清洗。发现腐败变质或者其他感官性状异常的情况，不得加工和使用。

2.1.4.1.2　切配好的半成品应根据性质分类，并将成品、半成品及原料分开存放。不得直接置于地上，以防止食品再次污染。

2.1.4.1.3　蔬菜在清洗前应严格清除黄叶、菜虫等，清洗时要使用流动清水清洗两次再浸泡30分钟以上，以去除农药残留或菜虫。

2.1.4.1.4　切配熟食、生肉和蔬菜应严格分开，并使用专用砧板和刀具，切忌混用。

2.1.4.2　食品的烹饪。

2.1.4.2.1　烹饪前应再次检查待加工食品，发现有腐败变质或者其他感官性状异常的，不得进行烹调加工。

2.1.4.2.2　需要熟制加工的食品应当烧熟煮透，其加工时食品中心温度应不低于70℃。

2.1.4.2.3　做到成品与半成品、原料分开存放，避免发生生熟交叉污染，烹饪蔬菜时应采取“飞水”程序，以利有效去除残留农药。

2.1.4.2.4　豆浆制作应按照浸泡、蒸熟、榨取、煮沸的程序，要将泡沫除净煮至沸腾再以文火保持沸腾状态5分钟左右。

2.1.4.2.5　凡隔餐或隔夜的熟制品必须经彻底加热，烹饪过的蔬果一律不可隔餐供应。对于煮糊的食物一律不能供应。

2.1.5　对点心的卫生要求。

2.1.5.1　加工前应认真检查各种食品原料，发现有腐败变质或者其他感官性状异常的，不得进

行加工。

2.1.5.2　需进行热加工的应按2.1.4.2.2要求进行操作。

2.1.5.3　未用完的点心馅料、半成品点心，应在冷柜内存放，并在规定存放期限内使用。

2.1.5.4　用蛋必须先洗干净，才能打蛋。奶油类原料应低温存放。

2.1.6　食品再加热卫生要求。

2.1.6.1　无适当保存条件（温度低于60℃、高于10℃条件下放置2小时以上的），存放时间超过2小时的熟食品，需再次利用的应充分加热。加热前应确认食品未变质。

2.1.6.2　冷冻熟食品应彻底解冻后经充分加热方可食用。

2.1.6.3　加热时中心温度应高于70℃，未经充分加热的食品不得食用。

2.1.7　对配餐人员的操作规范。

2.1.7.1　进入配餐间要按六步洗手法严格洗手，并佩戴工作帽、口罩和手套，注意口罩要完全覆盖口鼻。

2.1.7.2　配餐人员应认真检查待供应食品，发现有感官性异常的不得供应。

2.1.7.3　配餐时要避免食品受到污染，双手不能接触饭卡、钞票等物品。

2.1.7.4　已戴手套的双手不应再接触受污染物品（曾经装过生食的盆碟等），如有接触应立即更换手套。

2.1.8　对住院餐配制、发放的要求。

2.1.8.1　住院餐的配制。

2.1.8.1.1　根据对住院病人需求的评估和治疗计划，由有资质的医生或营养师开出合适的饮食医嘱及菜谱，为其配制餐食，并尽可能尊重住院病人宗教信仰的要求和饮食习惯。

2.1.8.1.2　配餐员要熟悉住院病人的饮食医嘱，和不同症状住院者的食物禁忌，当住院病人提出不适合病情的饮食需求时，要立即告知营养师，避免引起误解或不愉快。

2.1.8.1.3　治疗饮食按照住院者情况，分为不同种类，要严格按要求进行配制。对于特殊需求者，要提供满足住院者需要的肠内营养品。

2.1.8.1.4　订餐、配餐时，要进行查对，防止漏单、错单现象，送餐时，要对治疗饮食再次核对。配制好的食物要密封摆放，防止食物交叉污染。

2.1.8.2　住院餐的发放。

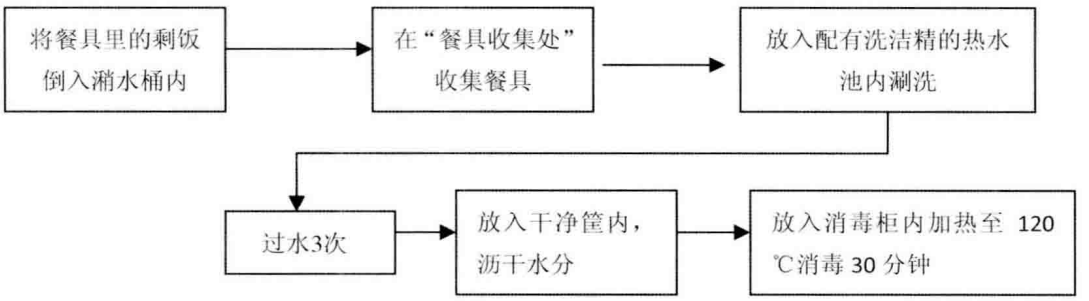
2.1.8.2.1　住院餐在发放过程中，要及时、准确地将饭菜送到住院部，特殊饮食要在特定时间内送到，做好送餐时间记录。

2.1.8.2.2　送餐时要根据住院者手腕带上标识的姓名、住院号、床号进行查对，以确保膳食安全。要特别注意在使用住院者姓名作为身份识别码时，应请住院者自报姓名，而不是确认姓名。

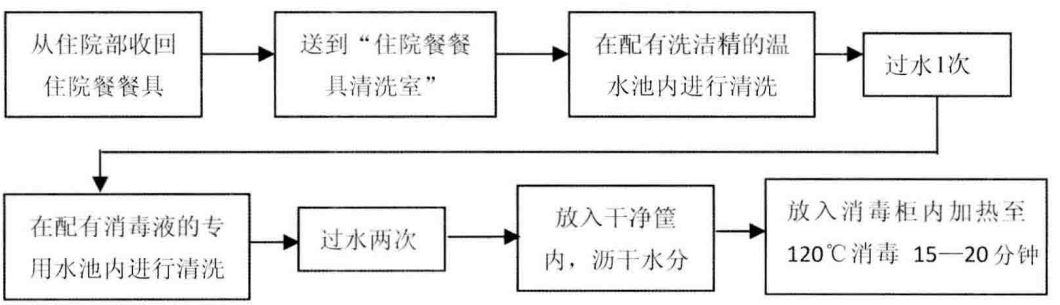
2.1.8.2.3　保持送餐车的清洁卫生，送完餐后要清洁送餐车。

2.1.9　对餐具的卫生要求。

2.1.9.1　职工餐具清洗消毒程序。



2.1.9.2　住院餐餐具清洁消毒程序。



2.1.9.3　未经清洁、消毒的餐具不能再次使用，一次性餐具不可重复使用。

2.1.9.4　洗净的餐具不能使用毛巾抹干水分，应让其自然沥干后放人消毒柜，放入时，餐具之间要留有空隙，以利于热空气流通，达到更好的消毒效果。

2.1.9.5　拿取消毒后的餐具要戴一次性手套，防止餐具受二次污染。

2.1.9.6　用于配餐用的工具如汤勺、点心夹、熟食盆等用具要放到消毒柜内消毒、保存。

2.1.9.7　已消毒和未消毒的餐用具应分开存放，保洁柜内不得存放其他物品。

2.1.10　对环境卫生、安全管理的要求。

2.1.10.1　记录及监督管理。

2.1.10.1.1　定期对员工进行卫生知识、膳食安全供应流程和工作制度培训并做好记录。

2.1.10.1.2　制订食品卫生管理制度及岗位责任制度，并对执行情况进行督促检查。

2.1.10.1.3　检查食品生产经营过程的卫生状况并记录，对检查中发现的不符合卫生要求的行为及时制止并提出处理意见。

2.1.10.1.4　完整登记每日的《食品进货台账》，对食品卫生检验工作进行管理。

2.1.10.1.5　指定相关人员做好每日的冰箱温度记录，对有故障冰箱要及时报修并将情况反馈给主管和巡查员，以做好妥善处理。

2.1.10.1.6　每日对职工配餐间、病人配餐间进行空气消毒并做好记录。

2.1.10.1.7　由营养室管理人员按照《营养室巡查记录表》的内容每周对厨房的卫生环境巡查一次，并对未达标项目进行整改并监督。

2.1.10.1.8　建立食品卫生管理档案。

2.1.10.1.9　有关记录至少应保存12个月。

2.1.10.1.10　接受和配合卫生监督机构对本单位的食品卫生进行监督检查，并如实提供有关情况。

2.1.10.1.11　与保证食品安全卫生有关的其他管理工作。

2.1.10.2　环境卫生管理要求。

2.1.10.2.1　严格按《营养室卫生清洁制度》清洁厨房内卫生，以确保地面、排水沟、墙壁、天花板、门窗、炉具、不锈钢台、餐台等设施、机械干净、整洁。

2.1.10..2.2　每月至少进行两次除虫灭害工作，防止害虫滋生，除虫灭害工作应在晚上非加工操作时进行，并要做好对各种食品的保护措施。灭虫后要及时清理害虫尸骸，严防这些尸骸混进食物中。

2.1.10.2.3　餐厅内桌、椅、台等应保持清洁。

2.1.10.2.4　废弃物每天应清除2次以上，清除后的容器应及时清洗，必要时进行消毒。

2.1.10.2.5　定期检查防鼠、防蝇设施有无损坏，对厨房范围的推拉门窗要及时关闭以防止飞虫飞入厨房，以达到有效预防的效果。

2.1.10.2.6　用于清洁、消毒的用具应放置在专用场所妥善保管。

2.1.10.2.7　食品加工过程中废弃的食用油脂应按照《食品生产经营单位废弃食用油脂管理的规定》定期予以处理。

2.1.10.2.8　污水和废气排放应符合国家环保要求和排放标准。

2.1.10.2.9　工作人员要按厨具安全操作规范来操作，以防火灾、煤气中毒等工伤事故发生。

2.1.11.　冰箱、消毒碗柜的清洁按照《营养室卫生清洁制度》执行。

2.1.12　食品添加剂的使用应符合（iB2760（<食品添加剂使用卫生标准》的规定，并应有详细记录。食品添加剂存放应有固定的场所（或橱柜）并上锁，包装上应标示“食品添加剂”字样，并有专人保管。

2.1.13　留样要求。

2.1.13.1　配送的集体用餐及重要接待活动供应的食品成品详见《突发公共卫生事件报告制度》应留样。

2.1.13.2　对每天供应的菜式用一次性勺子进行试味，并按要求分量、品种做好留样，标明品名、制作日期、餐次，置于经消毒加盖的容器内，再放入专用的5–10℃冰箱保存48小时备查。

2.2　食物中毒的预防。

2.2.1　预防食物中毒的措施：详见下面2.2.3–2.2.5点。一旦发生食物中毒，应及时报告并留样检查。

2.2.2　每月进行环境卫生学及餐具监测。

2.2.3　食物中毒的常见原因。

2.2.3.1　细菌性食物中毒常见原因。

2.2.3.1.1　生熟交叉污染。如熟食品被生的食品原料污染，或被与生的食品原料接触过的表面（如容器、手、操作台等）污染，或接触熟食品的容器、手、操作台等被生的食品原料污染。

2.2.3.1.2　食品贮存不当。如熟食品被长时间存放在10℃–60℃之间的温度条件下（在此温度下的存放时间应小于2小时），或易腐原料、半成品食品在不适合温度下长时间贮存。

2.2.3.1.3　食品未烧熟煮透。如食品烧制时间不足、烹调前未彻底解冻等原因使食品加工时中心温度未达到70℃。

2.2.3.1.4　从业人员带菌污染食品。从业人员患有传染病或是带菌者，操作时通过手部接触等方式污染食品。

2.2.3.1.5　经长时间贮存的食品食用前未彻底再加热至中心温度70℃以上。

2.2.3.1.6　进食未经加热处理的生食品。

2.2.3.2　化学性食物中毒常见原因。

2.2.3.2.1　作为食品原料的食用农产品在种植养殖过程或生长环境中，受到化学性有毒有害物质污染。如蔬菜中农药、猪肝中瘦肉精等。

2.2.3.2.2　食品中含有天然有毒物质，食品加工过程未去除。如豆浆未煮透使其中的胰蛋白酶抑制物未彻底去除，四季豆加工时加热时间不够使其中的皂素等未完全破坏。

2.2.3.2.3　食品在加工过程受到化学性有毒有害物质的污染。如误将亚硝酸盐当做食盐使用。

2.2.3.2.4　食用有毒有害食品，如毒蕈、发芽马铃薯、河豚鱼。

2.2.4　预防食物中毒的基本原则。

2.2.4.1　预防细菌性食物中毒，应根据防止食品受到细菌污染、控制细菌的繁殖和杀灭病原菌三项基本原则采取措施，其关键点主要有：

2.2.4.1.1　避免污染。即避免熟食品受到各种致病菌的污染。如避免生食品与熟食品接触、经常性洗手、接触直接入口食品的还应消毒手部、保持食品加工操作场所清洁，避免昆虫、鼠类等动物接触食品。

2.2.4.1.2　控制温度。即控制适当的温度以保证杀灭食品中的微生物或防止微生物的生长繁殖。如加热食品应使中心温度达到70℃以上。贮存熟食品，要及时热藏，使食品温度保持在60℃以上，或者及时冷藏，把温度控制在10℃以下。

2.2.4.1.3　控制时间。即尽量缩短食品存放时间，不给微生物生长繁殖的机会。熟食品应尽快吃掉，食品原料应尽快使用完。

2.2.4.1.4　清洗和消毒。这是防止食品污染的主要措施。对接触食品的所有物品应清洗干净，凡是接触直接入口食品的物品，还应在清洗的基础上进行消毒。一些生吃的蔬菜水果也应进行清洗消毒。

2.2.4.1.5　控制加工量。食品的加工量应与加工条件相吻合，食品加工量超过加工场所和设备的承受能力时，难以做到按卫生要求加工，极易造成食品污染，引起食物中毒。

2.2.4.2　预防常见化学性食物中毒的措施。

2.2.4.2.1　农药引起的食物中毒。蔬菜粗加工时必须做到一拣（拣去腐烂的、不能吃的）、二洗、三浸（必须浸泡半小时）、四切（按需要切型状），烹调前再经烫泡1分钟，可有效去除蔬菜表面的大部分农药。

2.2.4.2.2　豆浆引起的食物中毒。生豆浆烧煮时将上涌泡沫除净，煮沸后再以文火维持煮沸5分钟左右，可使其中的胰蛋白酶抑制物彻底分解破坏。应注意豆浆加热至80℃时，会有许多泡沫上浮，出现“假沸”现象。

2.2.4.2.3　四季豆引起的食物中毒。烹调时先将四季豆放入开水中烫煮10分钟以上再炒。

2.2.4.2.4　亚硝酸盐引起的食物中毒。加强亚硝酸盐的保管，避免误作食盐使用。在腌制肉制品时，所使用的亚硝酸盐不得超过《食品添加剂使用卫生标准》（GB2760）的限量规定。

2.2.5　对食物中毒的表现和处理程序。

2.2.5.1　当就餐者就餐后出现以下症状时，可怀疑是食物中毒：

2.2.5.1.1　恶心、呕吐、腹泻。

2.2.5.1.2　畏寒、发热、出冷汗。

2.2.5.1.3　头痛、头晕、全身不适、乏力。

2.2.5.1.4　腹部不适、腹痛、腹胀等。

2.2.5.2　处理程序

2.2.5.2.1　当发现有食物中毒或怀疑食物中毒时，要即时将疑似中毒者送急诊科救治。

2.2.5.2.2　后勤分管人员及时向行政值班及医务部报告，并由医务部决定是否报告卫生防疫部门。

2.2.5.2.3　封存造成食物中毒或可能导致食物中毒的食品及其原料、工具、设备和现场。

2.2.5.2.4　积极配合卫生行政部门开展食物中毒事故的调查和处理。

废弃物处置管理规程

1. 目的

为规范医疗废物在暂时贮存、运送和处置过程中有效预防和控制其对环境产生危害、传播疾病，有利于保护人体健康和生命安全。

2. 标准

2.1 分类：本制度所称废弃物包括生活垃圾、医疗废物。

2.1.1 生活垃圾包括：非感染区擦手纸、包装材料、纸屑、书刊、报纸、花、果皮、食品、未被病人血液（体液、排泄物）污染的各种医疗用品内包装（如注射器、一次性手套、导尿包等的包装袋）。

收集容器：黑色胶袋。

2.1.2 医疗废物包括感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物和化学性废物5大类。

2.2 盛装废弃物容器的设置及包装要求。

2.2.1 应采用带盖子及足踏板开关的垃圾桶（暂时存放的移动垃圾桶除外）。

2.2.2 垃圾桶应放置于便于丢弃废弃物且不影响观瞻的地点。

2.2.3 垃圾桶周围环境应保持清洁。

2.2.4 放置损伤性废物的利器盒应以坚固、不透水、不易刺穿及不易取出为原则；按需使用大小合适容器；整体为硬质材料制成，密封，盒内盛装的锐器不撒漏，一旦被封口，则无法在不破坏的情况下，被再次打开。

2.2.5 所有医疗废物包装容器上应有黄色“医疗废物”警示标志。

2.2.6 废弃物达到包装物或容器的3/4（75%），使用单位应即时有效的封口（紧实、严密）。

2.2.7 配制后及使用后的化疗药物废弃物（包括注射器、输液器、针头、手套等相关物品），应放置于一次性红色塑料桶内封闭。

2.2.8 各科室应根据医疗废物的类别，将医疗废物分置于符合《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，根据科室实际情况分别准备相应的医疗废物及生活垃圾容器。

2.3 废物处理总则。

2.3.1 按照危险性最大先处理原则分类处理不同种类的废物。危险性从大到小排列如下：

2.3.1.1 放射性废物；

2.3.1.2 化学性废物；

2.3.1.3　感染性、损伤性、病理性废物；

2.3.1.4　零污染医疗废物内包装、生活废物。

2.3.2　各种废物须分开放置在合适的容器内，容器内衬不同颜色的塑料袋，外贴明显的警示标识和警示说明的标签。标签内容包括垃圾类别、产生部门、产生日期及需要的特别说明等。

2.3.3　任何具有传染性的废物，应使用双层黄色垃圾袋包装，并在垃圾袋和转运箱外注明传染性废物。

2.3.4　放入垃圾袋或者容器内的废物不得取出。垃圾袋破损或者容器外表面被污染，应当对被污染处进行消毒处理或者增加一层包装。

2.3.5　后勤管理部负责除放射性废物外的所有医院废物的院内收集、运送、贮存、处置；放射科负责放射性废物的处理和安全检测。

2.3.6　各部门垃圾清空后，由本部门工人负责每日用含氯消毒剂500mg/L对垃圾桶进行擦洗或清洗。

2.3.7　对医疗废物的来源、种类、重量或数量、交接时间等由后勤管理部进行记录并由经办人签名，所有资料由后勤管理部保管，资料至少保存3年。

2.3.8　后勤管理部主要负责对垃圾分类处理及垃圾的储存、转运、登记，并做好自查。医院感染控制科定期进行督查。

2.4　放射性废物的处理。

2.4.1　按照卫生部《医用放射性废物的卫生防护管理（GBZ133-2009）》规定处理。

2.5　特殊医疗废物的处理。

2.5.1　经手术取出的植入物（如植入钢板、人工关节、起搏器、人工瓣膜等起治疗作用的人工合成材料）应按医疗废物处理，必要时科室应与患者签定医疗废物处理委托书。如病人执意带走，劝说无效的，应由科室进行消毒处理后交给患者，同时签定知情同意书。

2.5.2　妇产科（包括门诊及住院部）引产的胎体，纳入遗体管理，依照《殡葬管理条例》的规定，进行妥善处置。

2.5.3　产妇分娩后胎盘应当归产妇所有。产妇放弃或者捐献胎盘的，可以由妇产科按病理性医疗废物进行处置。妇产科及本院其他医务人员不得买卖胎盘。如果胎盘可能造成传染病传播的，妇产科应当及时告知产妇，并签署医疗废物处理委托书，按照病理性医疗废物进行处置。科室必须有名称和数量的交接记录。

2.5.4　使用后血袋（含带剩余液体），应由使用科室用清洁胶袋包裹并贴上标签，注明输注结束时间，及时送至血库。血库应与使用科室做好交接记录，并将其存放于4℃冰箱内保存24小时，然后按感染性废物处置。

2.5.5　对于传染病人的排泄物，要进行预处理前的加氯消毒，建议在传染病区的厕所按每10床位每日投放含有效氯205%的漂白粉1kg，分3次投放，最佳投放时间可定在使用厕所高峰期末。

重大传染病疫情期间传染性医疗废物处置特殊要求（按国家特定要求处理）：医疗废物应由专人收集、双层包装，包装袋应特别注明是高度感染性废物。暂时贮存场所应为专场存放、专人管理，不能与一般医疗废物和生活垃圾混放、混装。暂时贮存场所由专人使用1000mg/l-2000mg/l含氯消毒剂喷洒墙壁或拖地消毒，每天上下午各1次。

2.5.6　对过期、损坏的麻醉药品和精神药品应当登记造册，交由药剂科向药品监督管理部门申请销毁。

2.6　其他各类废物收集、处理细则详见《医疗废物管理条例》。

2.7　医疗废物包括锐器的院内/外运送：

2.7.1　后勤管理部把装满的黄色袋子及锐器容器放在黄色并有警示标志的专用转运箱中，由专人专车按固定路线运送到指定地点，统一处理。

2.7.2　运送过程需封闭（袋用绳扎口、桶上盖并扣紧环扣），不要让污染物处于无人照看的情况，在电梯内不要与食品、药品或人员同行。

2.7.3　垃圾桶（车）用后立即用500mg/l含氯消毒剂消毒，固定地点存放。

2.7.4　医疗垃圾收集人员负责登记各部门医疗垃圾的产生量（袋数）、利器盒（只）、注射器/输液器（公斤），并请该部门人员确认。

2.7.5　对所有在医院内运送的化学/医疗废物，必须有记录。

2.7.6　院外运输：由院外专门废物处理中心处理。

2.7.7　对于重大传染病疫情期间产生的传染性医疗废物，使用固定专用车辆，由专人负责，并且不得与其他医疗废物混装、混运。按指定路线运送，运送车辆每次卸载完毕，必须使用1000mg~2000mg/l含氯消毒剂喷洒消毒。在处置单位的暂时贮存时间最多不得超过12小时。

2.8　生活废物的处理：

2.8.1　放置在内衬有黑色塑料袋的容器中，由清洁工人定期清空。

2.8.2　玻璃类废物出于安全考虑必须分开收集。

2.8.3　清洁部运送时，应当同运送袋一起或直接将垃圾倒入专用运输车中运送，尽量避免垃圾中的锐器割伤或刺伤。

2.8.4　制定固定运送线路，运送过程需封闭、置于指定地点。垃圾中转站注意密闭，周围不要有垃圾，由环保部门负责运走。

2.8.5　每天清洁垃圾车、贮存于指定地点。

2.9　医疗废物库房管理制度。

2.9.1　远离医疗区、食品加工区、人员活动区的单独封闭式库房，医疗废物贮存的时间不得超过2天。

2.9.2　库房必须有防鼠、防蝇、防蟑螂等安全措施。

2.9.3　医疗废物必须装入黄色专用转运箱方可入库，入库时应核对转运箱数，并登记。出库时必须核对回收人员的胸牌、车辆等，并索取盖有回收公司公章的回收清单，并保存以备核查。

2.9.4　库内严禁堆放与医疗垃圾无关的杂物，每日清扫，保持库内外卫生。

2.9.5　清洁部专人负责，库房加锁管理，严禁闲杂人入库。

2.9.6　库内医疗废物应根据生物毒性、放射性、化学性废物等的不同类别分区放置；暂存地应粘贴医疗废物标志。

2.9.7　转运箱必须叠放整齐，最高堆放不得超过5箱，严禁转运箱倒置。

2.9.8　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。

2.10　运送人员专业技能、职业防护、培训。

2.10.1　严格遵守医疗废物管理规章制度，熟悉本岗位的职责。

2.10.2　医院感染控制科提供有关医疗废物处理方面的信息，并对员工进行相关法律、专业技术、安全防护以及紧急处理等知识培训。

2.10.3　为从事医疗废物收集、运送、储存的工作人员提供个人防护用品，如口罩、橡胶手套，必要时戴帽子、防护眼罩。

2.10.4　对于运送及处置重大传染病疫情期间的传染病医疗废物，操作人员必须穿工作服、隔离衣、防护靴、戴工作帽和防护口罩，近距离处置废物的人员还应戴护目镜。每次运送或处置操作完毕后立即进行洗手和手消毒，并洗澡。

2.11　若发生医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故，应当按照《医疗废物意外情况处理预案》流程紧急处理。

垃圾房管理规定

1. 目的

为了贯彻执行《废弃物处置管理规程》，加强医院医疗废物管理，防止疫病传播，根据相关要求特对垃圾房管理制订以下规定。

2. 标准

2.1 垃圾管理员必须熟练掌握《废弃物处置管理规程》，严格认真按规程管理各类垃圾。

2.2 医疗垃圾与生活垃圾必须严格按要求分开存放，医疗垃圾房必须人离上锁。

2.3 清运医疗垃圾的工人必须做好个人防护，必须戴手套、口罩、帽子，穿围裙、雨鞋。

2.4 清空的医疗垃圾房必须使用消毒剂进行消毒清洗，清洁后进行半小时紫外线消毒灭菌，并做好记录。

2.5 医疗垃圾暂存不得超过48小时。医疗垃圾房不能清空时，必须开紫外线消毒，并做好消毒记录。

2.6 到病房收集医疗垃圾的运输车必须保持干净清洁。运送垃圾的车辆，每次使用后必须在集中处置场所进行清洁和消毒，医疗垃圾车不得与生活垃圾车混用，不得运送其他物品。

2.7 如发现环卫或无害化处理部门未按时清运垃圾的，应立即上报主管部门进行协调解决。

2.8 禁止在垃圾房及附近周边环境吸烟、饮食或从事其他活动。

2.9 发现医疗废物流失、泄漏、扩散时，必须立即上报主管部门进行紧急处理，同时实施应急方案。

太平间管理制度

1. 目的

规范太平间的管理。

2. 标准

2.1 执行医院各项规章制度和殡葬管理制度，凡在医院死亡的人员统一由殡仪馆收运；坚决杜绝尸体外流现象。

2.2 医院太平间必须24小时有人值班，负责推送、保管尸体。对尸体保管做到认真负责。

2.3 太平间建立亡者卡片（档案），及时做好登记工作。登记内容包括：序号（与尸体柜号相符）、日期、姓名、性别、年龄、取尸体时间、取尸签字。

2.4 每天3次监测尸体冷藏箱的温度并记录。如发现异常现象及时向有关部门申请保养维修。尸体送入冷藏箱内要开抽风机，离开前要确认冷藏箱已正常制冷方可关门上锁，锁匙由专人保管。做好防鼠患工作，停尸柜的门要保持锁住状态。

2.5 将尸体专用车从太平间沿污物电梯进入科室死者床位，接运尸体前必须核对尸体袋上死亡卡。搬运尸体时，小心轻放，将包裹好的尸体一人抬腿、一人抬肩抬放在四轮车上，按原路将尸体推回太平间放入停尸柜冷藏。

2.6 尸体的保管及存放要求：必须告知死者家属尸体只能在医院存放12小时，如遇尸体存放时间超出规定时限未运走的，要立即报告科室或后勤管理部，听取处理意见，防止尸体腐变。发现无主尸体报告保卫部处理。因交通、治安、自然灾害等需医院协助存放的尸体，要及时向医院总务处报告，并做好相应的记录及其他工作。

2.7 太平间的医院感染控制管理。

2.7.1 紫外线空气消毒：每天照射2次，每次1小时。尸体运入/出各照射1次，每次30分钟。

2.7.2 无传染病尸体存放时，用清洁的湿拖把拖地每天2次；搬运尸体后及当地面严重污染或有传染病尸体存放时，用消毒液湿拖把拖地。清洁或消毒完毕，应将拖把浸消毒液作用30min后再清洗干净，干燥保存。

2.7.3 门及门把手：手消毒后接触门/把手。擦拭消毒每天1次。

2.7.4 尸体冷藏箱应每周定期消毒。尸体取出后进行终末消毒。

2.7.5 搬运尸体的担架用具专用，用后擦拭消毒。

2.7.6 墙壁和天花板每周清洁擦拭1次。

2.7.7 停尸房工作人员工作时应戴口罩、帽子、手套、胶鞋，穿隔离衣。搬运尸体或进行各项消毒操作后，要及时清洗消毒双手。接触传染病人尸体应先洗手后使用快速手消毒剂进行手消毒。

2.7.8　消毒使用含有效氯　2000mg/L消毒液（尸体冷藏箱的消毒用含有效氯500mg/L），作用30–60min。金属部位消毒后需再用清水擦拭，以防腐蚀。

2.8　对患有鼠疫、霍乱的甲类传染病，天花、炭疽、麻风、传染性非典型肺炎死亡的遗体，不应在太平间及其附属设施内存放和举行告别仪式等殡仪活动，应立即通知殡仪馆用专用接运车运走并及时火化。

2.9　太平间工作人员不得擅自代存社会、其他单位的亡者尸体。

2.10　遗弃衣物、胚胎组织、死胎儿尸体、人体器官的切除组织和肢体的处理程序。

2.10.1　非法定传染病逝者的遗弃衣物均应按医疗废物收集和处置。法定传染病患者逝后的衣物处理必须严格按照《中华人民共和国传染病防治法》的规定执行。禁止医疗机构内的各类人员私自收售、贩卖、转赠逝者的衣物。

2.10.2　手术及其他诊疗过程中产生的废弃的人体组织、器官、病理切片后废弃的人体组织、病理蜡块和医学实验动物的组织、尸体按病理性废物处理（死胎及手术切除肢体的部门须出具“死胎儿尸体处理证明书”或“肢体处理证明书”），并及时通知相关工作人员收集，运送存放在停尸柜，同时联系殡仪馆收取焚烧处理。

2.10.3　对需解剖的尸体、存在医疗纠纷的尸体、家属弃尸、手术后的肢体脏器，须由医务部开具证明方可处理。

2.11　人员进入太平间管理。

2.11.1　病理科工作人员进入太平间必须按照太平间的管理规定做好使用登记，使用完毕后要及时通知管理人员做好清洁消毒工作。

2.11.2　太平间工作人员在接到有家属要探望尸体的通知时，应准备好隔离衣、帽子、口罩的防护装备，同时密切留意家属的情绪，如有自杀倾向的，应及时向院区消防监控中心汇报。严禁索取钱物。

2.12　坚决杜绝尸体外流现象。

医院洗衣房及医院织物感染管理制度

1. 目的

规范医院洗衣房（包括公司洗衣厂为医院洗涤的区域）工作人员应注意防止医院感染，以及污物、污水处理不当造成的社会公害。包括全院病人衣服、被单和医护人员的一般工作服清洗消毒工作，但不负责手术衣和隔离衣的灭菌。

2. 标准

2.1 洗衣房划分为污染区（收集、分检、清点、处理及清洗衣服、被单）及清洁区（供晾或烘干、缝补、熨烫、折叠、储存及发送洗净衣被和办公）。

2.2 污染衣被未经洗涤不得进入清洁通道及清洁区，各区受污染程度不同，消毒方法也有所不同。

2.3 衣被的收集袋和接送车的清洁消毒。

2.3.1 衣被收集袋：每个病区应有3个衣被收集袋（桶），分别收放有明显污染的病人衣被、一般病人衣被及医护工作人员的工作衣服、帽子和口罩。衣被收集袋应保持密闭直至清洗。也可定时、限时收集工作人员衣物，及时发送至洗衣房。

2.3.2 污染推车与清洁推车：接送衣被均用推车，洗衣房有污染推车与清洁推车，分别用于接衣与送衣，接衣后及送衣前的推车均应用清水或1%洗涤剂溶液擦拭一次；接运传染病房、结核病房、烧伤病房及有明显污染衣被后的推车应用0.5%过氧乙酸或1000mg/L有效氯或有效溴消毒液擦拭消毒；也可用500mg/L二氧化氯溶液擦拭。

2.3.3 一次性使用衣被收集袋：一次性使用衣被收集袋用后焚烧。非一次性者用1%洗涤液，90℃以上热水在洗衣机中消毒25min。

2.3.4 注意事项：严禁在病房内清点或处理传染病人、特别是肝炎和结核病人及传染性物质所污染的衣被，烈性传染病人的衣服应先消毒或灭菌后，再送洗衣房洗涤，或焚烧。清点传染病人衣被的工作人员应戴手套和口罩，穿工作衣。一次性使用的手套用后焚烧；可重复使用者，在洗衣机中用90℃以上热水消毒25min。

2.4 衣被的洗涤消毒。

2.4.1 病人衣被和医护工作人员的工作服必须分机或分批洗涤。

2.4.2 婴儿衣被应单独洗涤，不可与其他衣被混洗。

2.4.3 根据衣被受污染程度可分别用专机洗涤，特别是传染病人（肝炎、结核等）、烧伤病人的衣服应专机洗涤，无条件时也应先洗工作人员的工作服，帽子和口罩；再洗一般病人衣被、污染衣被，最后洗传染性病人、烧伤病人的衣被。

2.4.4 一般衣被的洗涤消毒：一般衣被指无明显污染及无传染性的衣被，将衣被收集袋打开，棉质衣被用1%消毒洗涤剂70℃以上温度（化纤衣被只宜40℃-45℃）在洗衣机内洗25min，再用清水漂洗。

2.4.5 传染病房和烧伤病房的衣被：必须用含二氧化氯或有效氯500mg/L的消毒洗衣粉溶液洗涤30min-60min，然后用清水漂净。

2.4.6 有传染性的衣被：有明显血、脓、便污染的衣被，视为传染性的衣被。在用热水洗涤前，先用冷洗涤液或1%-2%冷碱水将血、脓、便等有机物洗净，将该洗液煮沸消毒，再按2.4.5 洗涤消毒。

2.5 衣被储存：应晾（烘）干、熨烫、折叠、储存衣被。

2.5.1 对工作人员和病人衣被：一般污染和有传染性的衣被洗涤消毒后应分区或分批晾（烘）干、熨烫、折叠和储存，不宜混杂。熨烫时要特别注意曾受或易受污染之处。

2.5.2 新生儿、婴儿衣被应有专用烘干、熨烫、折叠、储存衣被处，不可与其他衣被混淆。

2.6 洗衣池（机）的消毒。

2.6.1 洗衣池（机）洗衣后，特别是洗可能有传染性的衣被后，应用90℃以上的热水或消毒剂消毒。

2.7 洗衣房的环境清洁消毒。

2.7.1 洗衣房污染区的清洁消毒：上班时打开窗户、保持良好通风，下班时污染区地面用0.2%过氧乙酸溶液或含有效氯或有效溴500g/L的消毒剂溶液拖地1次。

2.7.2 洗衣房清洁区的保洁：上班时开窗通风1次，清水擦拭桌、椅、工作台面、地面，保持清洁。下班时关闭门窗，减少灰尘和风沙，地面用清水拖擦1次。

2.8 洗衣房人员的卫生。

2.8.1 洗衣房工作人员工作前后，特别是处理了污染衣被或具有传染性的衣被后，必须用肥皂流水洗手，即使戴手套，工作完后也应用流水洗手。

2.8.2 污染区的工作人员工作时应穿工作服，工作完后脱下工作服，工作服每天换洗1次。离去时应进行淋浴。

2.8.3 熨烫、折叠衣被的工作人员不能患有化脓性皮肤病。

车辆使用管理制度

1. 目的

加强中心车辆的管理，保障车辆行驶安全。

2. 标准

2.1 中心车辆由专人负责统一管理和调度，车辆使用范围规定如下。

2.1.1 免费用车范围：

2.1.1.1 中心副处级以上领导干部（含副处级）因公务外出用车。

2.1.1.2 接待外宾、专家学者用车。

2.1.1.3 向上级部门报送重要、机密文件用车。

2.1.1.4 接送政府监督管理部门人员用车。

2.1.1.5 液氮、设备仪器、紧急标本运送，急救拿血等用车。

2.1.1.6 中心开展或参加上级部门组织的大型活动时运送人员、物品用车。

2.1.1.7 本院职工直系亲属丧事用车，限广州市内。

2.1.1.8 送弃婴、弃童到福利院用车。

2.1.1.9 本院职工本人急救用车。

2.1.1.10 计量工作用车。

2.1.1.11 中心组织员工集体（10人以上）外出学习或开会用车。

2.2 各部门使用车辆必须在办公网上填写《汽车调度表》，经车辆管理员统筹安排，并通知司机；超出本市范围的，必须由后勤管理部负责人批准。

2.3 中心职工私人用车原则上不予安排，如有特殊情况需要用车，由本人申请，经后勤管理部负责人或中心领导批准后，车辆管理员给予安排。

2.4 司机必须由车辆管理员或后勤管理部负责人安排后出车（120急救除外），未经允许不得私自出车，否则发生交通意外，由本人承担全部责任并赔偿损失。

2.5 每部车辆设专职司机管理，负责车辆的日常保管和维护，每次出车前要对车辆状况进行检查，发现隐患须解除后方可出车。

2.6 救护车司机随时做好出车前的准备工作，每天检查救护车车况；每班做好车辆行驶记录。

2.7 救护车辆每走10000公里必须做1次系统保养，其他车辆每走5000公里必须做1次系统保养，系统保养工作必须由政府指定的有资质的公司执行。

2.8 救护车司机实行24小时值班制度，以适应抢救需要，不得无故脱岗，保证随叫随到。

2.9 所有车辆有关证件的年检及保险资料统一由车辆管理员保管，由车辆管理员和司机班班

长共同负责安排一切费用的缴纳及车辆维修。

2.10　车辆需要维修时，由司机班班长提出申请，经车辆管理员核准后报后勤管理部负责人方能进行，重大检修项目须经中心领导审批同意。

2.11　医院车辆一般情况不予外借，上级部门或相关单位因工作原因，确需借用车辆的，必须经后勤管理部负责人同意后方可借用，同时应派专职司机跟随，不得由借用单位自派司机。

车辆维修保养制度

1. 目的

加强车辆的维修保养管理，保障车辆行驶安全，减少维修费用，降低成本。

2. 标准

2.1 基本原则。

2.1.1 做到定人、定车、定检查、定保养制度，对车辆做到勤检查、勤调整、勤保养；

2.1.2 做到不超保、不脱保，按期实施车辆一级、二级、三级保养。

2.2 车辆档案建立。

2.2.1 日检时车辆的技术状况记录；

2.2.2 车辆行驶公里数记录，包括月记录、年终统计；

2.2.3 每月汽油耗量及平均百公里耗油量记录；

2.2.4 车辆配件更换的日期以及当时的公里表读数记录；

2.2.5 每月由组长收车辆的日常检查记录、车辆行驶记录，统一保管。

2.3 车辆日常检查内容。

2.3.1 检查发动机机油量、冷却液量、制动液量、燃油储备量；

2.3.2 启动发动机，检查是否有异响、漏水、漏油现象，以及各仪表工作状态是否正常；

2.3.3 检查车内灯光、车外灯光、喇叭、雨刮、警报是否正常；

2.3.4 检查车轮轮胎的气压、随车工具；

2.3.5 检查转向机构、油门、离合器的连接传动；

2.3.6 检查发动机风扇皮带、空调压缩机皮带是否良好；

2.3.7 用车后检查车辆有无漏油、漏水、漏气现象，按指定位置停放。

2.4 车辆三级保养内容。

2.4.1 一级保养：车辆每行驶10000公里进行一级保养，

2.4.2 二级保养：车辆行驶30000公里进行二级保养；

2.4.3 三级保养：行驶50000公里进行三级保养。

院区间穿梭巴士转运标准

1. 目的

规范在院区间穿梭巴士的转运行为，确保院区间的转运安全。转运行为包括接送门诊、留观、住院病人的跨院区检查、治疗、转诊、转科；院区间的物品、物件的运输等。

2. 标准

2.1 乘坐穿梭巴士的要求（人的转运）。

2.1.1 病人病情稳定且能自行行走或有家属陪伴者；

2.1.2 乘坐穿梭巴士的病人（包括门诊、留观或住院）需由医生评估病情后，开具乘车证明；

2.1.3 一名患者准许两名家属陪同乘坐，其余探视家属需选择其他交通方式；

2.1.4 穿梭巴士不进行非紧急治疗接送，带有引流管或有输液维持的病人，科室需派有医护人员陪同转运。

2.1.5 不接收任何传染病人的接送工作。

2.2 穿梭巴士的物品运送的要求。

2.2.1 物品运输需用输送工具箱装载并封箱，由小火车人员运送上车；

2.2.2 易碎物品应有明确标识，并与车上驾驶员交接并放置妥当；

2.2.3 标本使用专用容器装载，运送过程中要求轻放、稳妥；

2.2.4 文件运送需要有信封或文件袋包裹，并有明确的接收科室、人及电话；

2.2.5 所有物品上车时须做好交接登记；

2.2.6 到达目的院区后由小火车衔接，延续物品的运送，做好交接登记。

2.3 穿梭巴士的路线与站点要求。

2.3.1 穿梭巴士必须按设定路线行驶，驾驶员不得随意改变线路；

2.3.2 穿梭巴士作为院区间运输工具，只停靠三院间的站点，其余站点任何人不得要求停车。

精密贵重仪器设备运输标准

1. 目的

规范精密贵重仪器设备在院区间的转运行为，避免中心资产因运输不当造成损耗或破坏，确保精密贵重仪器设备的运输安全。

2. 标准

2.1 精密贵重仪器设备的范围。

2.1.1 由中心设备组确定精密贵重仪器设备类别。

2.1.2 单价人民币50000元以上，属贵重精密仪器设备。

2.1.3 单价人民币不足50000元，但属精密仪器，也列入精密贵重仪器设备。

2.2 运输前的评估与包装。

2.2.1 所有大型设备的跨院区运输由设备工程师评估，根据外观、重量确立运输方案。

2.2.2 多组件连接且无固定装置的设备应合理分解，并进行单独包装、固定。

2.3 运输过程的押送与要求。

2.3.1 专人负责，转出科室派人全程押运设备并监督卸货过程。

2.3.2 如出现运输意外，确立原因，追究缺失环节，由相关部门承担责任。

2.4 非大型精密仪器（腔镜）的运输。

2.4.1 包括各类腔镜（支纤镜、腹腔镜……）；

2.4.2 转出科室必需提供独立、固定、且不受挤压的包装；

2.4.3 当面交接确认外观，不确认性能，转运需承担遗失与外观损坏的风险；

2.4.4 如因灭菌不能当面验收外观，转运不承担损坏责任，但需承担遗失的风险；

2.4.5 做好交接记录，确认交接情况与责任人。

病人护送、物品运送工作制度

1. 目的

规范病人护送和物品运送工作。

2. 标准

2.1 工作内容。

2.1.1 护送门诊不能行走的病人、急症病人、监护病人、各病区检查病人及死亡病人。

2.1.2 发送院内外各类检查申请单、预约单、会诊单、报告单、住院病人检查申请单、X片、手术通知单、呼吸治疗单等。

2.1.3 收送院内外检验标本、病理标本。

2.1.4 院内补液和病区药品的运送。

2.1.5 临床部门、管理部门、后勤管理部门换洗的被服由洗衣房运送员负责运送。

2.1.6 其他：复印病历，运送医疗护理物品、设备、仪器等。

2.2 工作制度。

2.2.1 护送住院病人前须核对病人腕带，即核对病人姓名、住院号；护送病人时必须关怀体贴、态度和蔼、语言文明。

2.2.2 护送病人的使用工具要适合病人的年龄，并保证护送途中的安全。

2.2.3 收送申请单、会诊单、预约单、报告单、CT片、X片等要及时、安全，做好交接工作。

2.2.4 收送标本必须准确、及时送达。

2.2.5 根据病区需求，准确、及时将补液和药品送达病区。

2.2.6 对于常规性的发送工作，运送员必须在规定时间内按时完成；对于临时性紧急呼叫的发送工作，运送员须立即响应，并及时到达需求科室，完成运送任务；对临时性非紧急呼叫，由需求科室与运送主管协商好运送时间，完成运送任务。

2.2.7 运送员妥善保管运送工具，不得擅自外借他人。

2.2.8 做好交接班工作，未接班前不得擅自离岗。

2.2.9 发生医疗或其他紧急情况时，运送人员应立即接受后勤管理部指令，执行、处理运送任务。

2.3 运送与其他部门的职责分工。

2.3.1 手术病人术前由手术室护理员去指定部门迎接手术病人，术后由麻醉师或手术护士和护送员送至术后复苏室、病房或ICU。

2.3.2 中心供应室的物品由运送员根据申请单送至有关部门。

2.3.3 病区有二级仓库的，由二级仓库管理员送到病区二级仓库；无二级仓库和门诊的由运送

员根据申请单送货至各部门。

2.3.4　病案运送由运送员协助病案室运送。

2.3.5　运送人员仅负责运送工作。所有标本由护士进行打包、标识送达地点；需要由运送工人送检查的病人由病区与功能科室预约好，通知病人做好准备（包括相关资料）后，由运送人员送检。所承接运送的药品，由静脉配置中心和药房工作人员打包、标识送达地点后，交运送人员运送。

病床、病人运送工具使用规定

1. 目的

加强对病床、轮椅和平车使用的管理，保障病人的安全。

2. 标准

2.1 病床的使用和维护。

2.1.1 员工应掌握正确的使用病床的方法：

2.1.1.1 推移电动病床时，须切断电源并将电源线放置在合适的位置。

2.1.1.2 抬高或降低整张病床或局部的高度至极限时，须立即停止操作，以免损坏病床。

2.1.2 病床的高度：

2.1.2.1 除治疗或操作需要外，病床在任何时候都须保持在最低水平。

2.1.2.2 除转运状态外，床脚的轮子必须保持上锁状态。

2.1.3 6周岁以下的病人都需要使用有床栏的病床。

2.1.3.1 护士须向病人及其家属解释使用床栏的目的及必要性，指导家长正确使用床栏，并在护理评估单上记录床栏的使用情况。

2.1.3.2 如果病人及其家属拒绝使用床栏，须在护理记录单上注明，必要时由病人或其家属签字。

2.1.4 病床使用部门应做到：

2.1.4.1 确保至少每年1次对病床的预防性检修。

2.1.4.2 对在使用中发生故障的病床，及时向总务科提出修理要求，并根据问题所在，考虑病人是否需转至其他病床。

2.1.5 维修部门应做到：

2.1.5.1 定期或按要求（至少每年1次）到各使用部门进行预防性检修。

2.1.5.2 及时修理在使用过程中发生故障的病床。

2.1.5.3 记录预防性维护和修理情况。

2.2 轮椅和平车的使用和维修。

2.2.1 员工应正确使用轮椅和平车：

2.2.1.1 运送病人前应将病人安置在合适的体位。

2.2.1.2 转运病人去检查或转病房时必须有工作人员陪同。

2.2.1.3 轮椅不要前倾，以防病人摔倒，必要时用躯体固定带固定病人。

2.2.1.4 进电梯时，工作人员先行，以后退方式将轮椅拉入电梯。

2.2.1.5　平车转运病人时，必须有床栏保护。

2.2.2　轮椅和平车应存放在指定的存放区域。

2.2.3　使用轮椅和平车的部门应做到：

2.2.3.1　确保至少每年1次进行预防性检修。

2.2.3.2　对在使用中发生故障的轮椅和平车，及时向总务科提出修理要求。

2.2.3　维修部门应做到：

2.2.3.1　定期或按要求（至少每年1次）到各使用部门进行预防性维护。

2.2.3.2　及时修理破损的轮椅和平车。

2.2.3.3　记录预防性维护和修理情况。

保洁人员安全保障制度

1. 目的

规定保洁人员的安全工作制度，保障保洁人员的安全。

2. 标准

2.1 安全生产责任承诺通则。

2.1.1 认真贯彻落实《中华人民共和国安全生产法》，牢固树立“安全第一，预防为主”的指导思想，忠于职守，不失职。

2.1.2 确实履行本岗位安全工作职责，增强法纪观念，自觉遵纪守法，从维护国家利益、集体利益出发，不违章违纪，按章操作落实到具体的作业活动中。

2.1.3 自觉接受安全生产教育和培训，掌握本职工作所需要的安全生产知识，提高安全生产技能，增强事故预防和应急处理能力。

2.1.4 熟练掌握本职工作的安全操作规程和安全技能，做到“五懂”：懂得本职工作的特殊危险场所（地点）的位置，懂得本职工作的作业场所（地点）有毒有害因素，懂得本职工作的作业场所（地点）所必须遵守的安全规定，懂得本职工作的作业场所（地点）的应急预案的处理要求，懂得本职工作的作业场所（地点）防护设施的使用方法。

2.1.5 应当严格遵守本单位的安全生产规章制度和操作规程，服从管理，正确佩戴和使用劳动防护用品。

2.1.6 工作时间统一穿着保洁公司的工作服，佩戴工号牌。

2.1.7 安全生产时时刻刻警钟长鸣，不断提高安全意识，做到我不伤害自己，我不伤害他人，我不被他人伤害。

2.1.8 发现事故隐患或者其他不安全因素，应立即向有关人员报告，积极搞好本职工作的作业场所（地点）的隐患整改工作，自觉爱护和正确使用安全防护装置、安全信号装置、安全标识及其他安全装置。

清洁卫生工作制度

1. 目的

保持整个医院清洁、优美、舒适的工作环境，辅助控制病源传播工作，为临床营造一流的医疗环境。

2. 标准

2.1 保洁公司负责医院环境的清洁工作，医院员工有义务保持环境的清洁。工作内容主要包括：

2.1.1 清除肉眼可见的积灰、斑点、污垢、油渍、垃圾等，用消毒剂对部分所清洁的场所物品进行消毒。

2.1.2 在清洁工作的同时，发现室内建筑、家具、设施有所损坏，影响使用或有碍观瞻，应及时报告维修部门。

2.1.3 根据不同要求，处理生物垃圾、污染垃圾及其他垃圾。

2.2 保洁与其他有关部门的职责分工：

2.2.1 清洁员负责清洁工作，不负责医疗用品及办公文件的整理，使用者应及时将医疗用品及办公文件，办公用品等叠放整齐。清洁员负责家具表面清洁，抽屉及柜橱内由使用者自行清洁。

2.2.2 医疗仪器由使用人员负责清洁保养。

2.2.3 消防器材由消防人员负责检查、清洁。

2.2.4 运送病人的工具（不含救护车）由清洁员负责清洗。

2.2.5 临床部门、科室的清洁用具由科室工人负责清洗，其他公共卫生由保洁人员负责。

2.2.6 电话机表面的清洁工作由保洁人员负责，部件拆洗工作由弱电工负责。

2.3 清洁工作注意事项：

2.3.1 拖地、地板打蜡、清洁公用卫生间时，应放上“小心地滑”的牌子。

2.3.2 清洁员在工作时不要将工具任意堆放，以免影响其他人员工作或引起道路堵塞。

2.3.3 清洁员在工作中不得拔除任何医疗器械或办公室的电源插座。

2.3.4 清扫办公室、会议室、卫生间等时，应先敲门明确是否有人，尽量在不使用的情况下清扫；如有人正在使用，应先征得使用者同意后再行清扫。

2.3.5 更换窗帘、沙发套时，注意不要将灰尘扬起；不要甩抹布、拖把。

2.3.6 清洁员工作时，不要动用桌上的文件及医疗用品。

2.3.7 各种清洁剂、消毒剂必须妥善保管。容器必须贴有标签及使用说明，根据规定要求进行稀释；由医院感染控制办公室指定消毒剂种类，并经常检查是否在有效期内，不同种类的清洁剂或

消毒剂不得混合使用。

2.3.8 清洁工作完毕，应及时锁门。

2.3.9 清洁工具须保持干净，每天清洗。医疗用房使用的工具须每天消毒。

2.4 各部门负责人需和总务科共同承担起监督本部门环境卫生的责任，包括：

2.4.1 将观察到的问题和关注的事项反馈给总务科，总务科转告保洁公司整改。

2.4.2 进一步检查清洁方面存在的问题是否得到妥善解决。

清洁剂安全使用制度

1. 目的

保障清洁剂的安全使用，防止人员受伤。

2. 标准

2.1 部门职责。

2.1.1 使用部门负责人职责：

2.1.1.1 健全清洁用品的安全管理制度和安全操作规程。

2.1.1.2 把本部门常用的清洁用品安全使用资料提供给员工，并督促员工严格按照规程操作。

2.1.1.3 列出本部门目前拥有的清洁用品的详细清单，并根据实际情况及时增减。

2.1.1.4 确保员工得到相关知识和技能的培训。

2.1.1.5 遵守正确的使用、储藏程序。

2.1.2 员工职责：

2.1.2.1 遵守清洁用品安全使用操作规程和使用指南，明确安全使用注意事项。

2.1.2.2 正确使用合理的个人防护设施。

2.1.2.3 完成必要的在职培训，熟知清洁用品的安全使用，以及防护处理。

2.2 清洁用品的管理。

2.2.1 储存清洁用品，应当符合下列要求：

2.2.1.1 清洁用品用完后将喷头开关关闭。

2.2.1.2 清洁用品由保洁员管理，储存在专用储存室或储存柜内，严禁让未成年人接触得到。

2.2.1.3 清洁用品的容器上应有正确的标签，并保持标签完整，不能撕掉或毁损，当清洁用品转移到新容器后，要在新容器上粘贴正确标签。

2.3 培训：接触清洁用品的人员必须接受培训，包括以下内容：

2.3.1 有关清洁用品安全管理制度和安全操作规程。

2.3.2 工作人员可以采取的自我保护方法。

2.3.3 接触清洁用品时应使用个人防护设施。（口罩、塑胶手套、防护眼镜）

特殊环境保洁处理措施

1. 目的

规范特殊环境下的保洁处理措施，保障医疗环境的安全。

2. 标准

2.1 梅雨天气。

2.1.1 梅雨季节时瓷砖地面和墙面很容易出现返潮现象，造成地面积水墙面石灰出现剥落，电器感应开关自动开启等现象。

2.1.2 处理方法：

2.1.2.1 在梅雨季节应及时关闭公共梯间的门窗，防止返潮现象的出现；

2.1.2.2 当出现返潮时要增派人员对地面和墙面进行及时清理；

2.1.2.3 在人员出入密集的地方设置“小心地滑”牌，防止客人因地面湿滑造成滑倒，给医院和公司造成不必要的损失；

2.1.2.4 在梅雨季节出现时应储备足够的干拖把、海绵、毛巾的防潮物品。

2.2 暴风雨天气。

2.2.1 暴风雨来临前，加强各区域的巡查，对天台、外围、地下负一层排水设施要派专人检查，如有堵塞要及时疏通；

2.2.2 各岗位保洁员要关好各楼层的门窗，防止风雨刮泼进楼内；

2.2.3 在门诊大厅门口和住院大厅门口铺设地毯，在大厅显眼处摆放“小心地滑”牌，防止客人因地面湿滑造成滑倒；

2.2.4 组织人员对门诊大厅门口和住院大厅门口进行刮水，防止雨水倒灌；

2.2.5 派专人住在地下负一楼停车场内，随时留意雨水的情况，防止雨水倒灌，给客人和医院带来不必要的损失；

2.2.6 储备足够的雨具、手电筒、吸水机和雨刮，做到有备无患。

2.3 水管爆裂。

2.3.1 迅速通知电工房的工作人员前来抢修，通知上级主管派人增援；

2.3.2 在爆水管的地方设置“小心地滑”牌，防止病人或工作人员滑倒；

2.3.3 工作人员要穿上水鞋作业，用垃圾铲和吸水机进行吸水；

2.3.4 通知其他部门安排人员用沙袋拦住电梯厅，防止雨水流到电梯井内，给医院带来损失；

2.3.5 把水吸干后要及时打开门窗通风；

2.3.6 在处理水管爆裂事件时，第一时间要把爆水管处的电器设施关闭，把插座拔掉防止漏电或造成不必要的损失。

地面防滑倒安全管理制度

1. 目的

1.1 防滑倒计划意在为医院的管理人员和员工、病人及其家属、探访者提供安全的医疗环境，降低医院的潜在危险。

1.2 为评价建筑物、地面及其他内部环境对人员及公共安全的影响提供风险评估工作。

2. 标准

2.1 基本原则。

2.1.1 制订有效预防及降低滑倒伤害的管理规程和制度。

2.1.2 每周对医院各区域进行安全环境检查评估，不断改进及消除可能危及人身安全的隐患。

2.2 组织与责任。

2.2.1 后勤管理部负责监督安全环境管理规程与实施，配合防滑倒工作计划的实施。

2.2.2 保洁公司负责对保洁员进行培训，监督其工作，提高防止地面湿滑滑倒意识。

2.2.3 保洁公司根据医院建筑物设施巡视制度定期检查，同时督促物业公司将相关规定制订在工作计划中，及时发现建筑物问题，及时整修。

2.2.4 各部门结合部门实际情况制订安全计划，确保员工、病人及其家属发生意外时采取正确行动，并负责对计划进行回顾检查，必要时进行更新。

2.3 三院区重点防滑倒区域。

珠江新城	儿童院区	妇婴院区
1. 住院部一楼大厅（雨天）	1. 挂号大厅（雨天）	1. 挂号大厅（雨天）
2. 门诊挂号大厅（雨天）	2. 停车场区域（雨天）	2. 北一楼大厅（雨天）
3. 儿科、妇科急诊（雨天）	3. 公共区域及病房卫生间	3. 北一楼侧门（雨天）
4. B栋5楼空中花园（雨天）	4. 职工食堂	4. 公共区域卫生间
5. 连接A、B栋5楼之间的通道（雨天）	5. 厨房	5. 生活垃圾暂存处
6. 所有主干道（潮湿天气）	6. 配餐间	6. 职工食堂
7. 公共区域及病房卫生间		7. 厨房
8. 职工食堂		8. 配餐间
9. 厨房		
10. 配餐室		

2.4 预防病人及其家属、探访者、员工院内防跌倒管理规定。

2.4.1 在雨天，于大门口放置一次性雨伞袋（由总务科提供），各门岗保安要督促对携带雨伞进入医院大楼内的人员使用雨伞袋及铺设的防滑毯，摆放“小心地滑”的标识牌，提醒病人及其家属、探访者、员工防止滑倒。保洁工要加强巡查，及时清理地面积水。

2.4.2 保洁公司进行洗地或地面打蜡作业时，现场必须放置“小心地滑”标识牌，凡可用防护栏带圈围的区域，应用防护栏带把作业现场圈围。作业现场没有完工以前，现场要有保洁工作人员看守，随时提醒过往此区域的人员小心地滑，对年老、体弱、孕妇、小孩等人员要小心搀扶通过，以防意外。

2.4.3 医院任何工作人员在院内发现地面有易使人滑倒的液体（如水、油等）时，应即时守护好现场，提醒过往人员或放置小心地滑等标识牌，并马上通知保洁工前来处理。

2.4.4 各岗位保安、保洁工要经常检查自己工作区域地面有无积水，如有应马上清理。机电管理人员要时常巡查各区域空调有无漏水到地面，以防地面积水使人滑倒。

2.4.5 工程人员在公共区域进行工程维修、基础建设、高空作业等工作期间，要放置醒目的“正在维修”、“正在施工”、“高空作业”等醒目的标志牌，并对作业场地用防护栏围住。特别是揭开地面下水道井盖或者打开管井门后，工程人员必须在作业前即用防护栏围住作业场地，工程人员工作过程中走开或完工，都必须先把井盖放回原位或将管井门关闭。完工后要及时清除现场杂物或积水，以防有人员绊倒或滑倒的情况发生。

2.4.6 进行维修及地面保养作业时，如果有电线、电缆横过通道、走廊的情况，一定要在横过的电线、电缆处放置标识牌，提醒过往行人，以防绊倒。

2.4.7 绿化工在使用水管浇花时，尽量不要出现有水管横过道路的情况，如水管必须横过道路，必须在横过的水管处放置标识牌，以防有人被水管绊倒。

2.4.8 在对道路旁、各门口的花草浇水时，要防止有水洒到或流到路面的情况发生，如有应即时清除，以防路面有水使人滑倒。

2.4.9 对不平整的路面进行修补，防止过往人员摔倒或扭伤。

2.4.10 禁止站在凳、椅、木梯等稳固性不好的家具上面进行高位作业，高位作业时应使用稳固性较好的铝合金人字梯，以防滑倒。

2.4.11 医院任何员工发现院内设施有使病人及其家属、探访者、员工滑倒、绊倒、跌倒、撞倒等安全隐患时，其中包括通道照明灯熄灭等，都要第一时间通知总务科机电管理组跟进处理，以便及时排除隐患，凡能自行处理的均应先行处理，以保障安全。

2.4.12 医院总务科要加强对设施的检修与巡视，发现路面、台阶、建筑物有损毁或建筑物有漏水情况，应立即予以修复，以确保建筑物完好，保障安全环境。

2.4.13 对于厨房、配餐室、卫生间等容易湿滑的地方，首先，在建设或装修的时候采用带螺纹或其他花纹的粗面地板砖或瓷砖，严禁使用光面的瓷砖；其次，在上述区域中放置防滑垫，减少人员滑倒的风险；第三，应在易湿滑区域放置“小心地滑”标识牌，提醒过往人员注意；第四，厨房、配餐室的工作人员在开始工作前必须穿上防滑鞋，防止因地面湿滑而跌倒；第五，可在卫生间适当的位置安装扶手，防止病人、尤其是行动不便的孕妇摔倒。

2.4.14 保洁公司应有针对雨天、潮湿天气的相应措施和人员安排，用于预防因地面湿滑造成

人员滑倒的事件。

2.4.15 保洁公司应对保洁工作的细节进行规范，保洁车、扫帚、拖把等保洁工具靠边摆放，防止因随意摆放绊倒病人及其家属、探访者和员工。

2.5 病人及其家属、探访者、员工院内跌倒处理程序。

2.5.1 员工在院内一旦接报因设施安全隐患而使人跌倒的情况时，应第一时间到场安抚跌倒人员。如跌倒事件发生在病区，由该病区护士长或护士长指定人员在院内报告系统“不良事件”中上报。院内报告系统使用方法如下：

2.5.1.1 内网登陆办公网后，点击内部系统、院内报告系统（内网使用）。

2.5.1.2 在院内报告系统登陆界面上输入用户名和密码，用户名为员工四位数的新工号，首次登陆密码为123456，登录后可修改。

2.5.1.3 登录后，把鼠标移至“不良事件”处点击即可进入不良事件报告界面，点击“报告填写”后选择相应院区并按要求填写提交。

2.5.2 如跌倒人员受伤，由主管部门负责按医院有关规定处理。

2.5.3 JCI办公室每月对导致病人跌倒的因素进行分析，提出改进意见，并报医院安全管理委员会批准后由相关部门执行。

2.5.4 一旦发生人员在室内因地面有水迹、尿迹、呕吐物等导致不慎滑倒的意外事故，或发现医院公共设施有损坏、滑倒隐患时，保洁员工应第一时间汇报主管或经理，主管或经理接报后到现场核实情况，并立即上报总务科。

2.6 防滑倒安全检查计划。

2.6.1 为减少院内存在的滑倒安全隐患，认真检查三院区内仍然存在的防滑倒安全隐患，至少每月1次，发现问题应立刻责令相关负责人处理。

2.6.2 对已发生的人员滑倒、跌倒等事件，应立即对该环境因素隐患进行整改，记录每月汇总1次。

2.6.3 总务科应每年1次对该年度已发生的滑倒、跌倒事件进行统计，并做出分析报告，提出对造成滑倒或跌倒相关环境隐患的整改意见。

基本建设管理流程

1. 目的

规范基本建设的管理，保障医院基本建设项目的安全进行。

2. 标准

2.1 建设程序管理。

2.1.1 根据医院的发展组织调整总体规划，编制年度计划、改扩建计划及调整计划。

2.1.2 根据总体规划，审批院内建筑物、构筑物、绿化美化设施，以及各种地上、地下管线的选点、布局、定位。

2.1.3 负责医院基建项目的申报工作。办理投资许可证、规划许可证、组织工程勘察、设计、施工、监理、设备材料招标和开工前三通一平工作。

2.1.4 负责工程投资管理，严格按批准项目内容和概算投资，进行限额设计，严把合同关和控制投资效果。

2.1.5 负责工程进度管理，合理确定工程项目的设计、施工工期，保证工程项目按期完成。

2.1.6 负责工程质量管理，把好质量和验收关，确保工程质量。

2.1.7 负责工程的技术管理，按照规定把关、抽验，确保工程设计要求。

2.1.8 负责预结算管理，严格按预算定额，造价信息的规定，做好预结算。

2.2 工程质量管理。

2.2.1 加强生产安全管理，加大检查力度，消除安全隐患。

2.2.2 基建施工安全的工作内容。加强对医院基建工程质量检查，加强施工质量的监控，加强安全生产的监督。定期进行施工安全检查，发现问题，及时向上级领导汇报，通报施工方和监理方，责令整改，并验收整改情况；建立基建施工安全管理档案。

2.2.3 修缮施工安全的工作内容。加强对医院修缮工程质量和建筑附属设施工程质量的检查，加强施工质量的监控，加强安全生产的监督。靠近员工生活学习工作范围的修缮工程，要及时发布信息，通知员工注意安全，远离施工现场，防止意外发生。定期对工地进行施工安全检查，发现问题，及时向上级领导汇报，责令施工方整改，并验收整改情况；定期检查医院建筑附属设施，及时排除安全隐患；建立修缮施工安全管理档案。

2.2.4 房屋安全管理的工作内容。加强建筑设施的安全检查，发现隐患，及时整改；建立医院房屋安全管理档案。

2.2.5 安全生产事故的处理办法。出现安全生产事故，避免自身的人身伤害的同时立即向院主管领导汇报有关情况，及时营救被困人员，争取减少事故可能带来的影响和损失。

2.3 招投标管理。

2.3.1 招投标范围包括：建设项目的方案设计及施工图设计；建设项目的施工单位，监理单位，代理单位的确定；建设项目中的甲供材料。

2.3.2 基建办职责：

2.3.2.1 制订招（议）标文件或详细购物标准，安排招标日程；

2.3.2.2 广泛收集信息进行筛选，并发布信息或邀标函，收取投标书或报价书；

2.3.2.3 举行招（议）标会议，按程序开标并与中标单位签订合同；

2.3.2.4 对招（议）标的信息资料进行整理归案等工作。

2.4 概（预）算、决算管理。

结合本院基建工作实际情况，特制订基建管理经济责任制。

2.4.1 负责全院的基建管理工作。在中心主任及分管副主任领导下，严格按基建程序办事，合理控制工程造价，完成医院的基建任务。

2.4.2 组织审核工程项目预决算，审核签订各类工程建设合同，把好工程决算关；确保投资效益的提高。

2.4.3 基建财务的经济任务。

2.4.3.1 为保障工程进度，严格按工程进度支付工程款；

2.4.3.2 认真履行会计监督，抵制和防范违法违纪现象的发生，严格按工程合同办事，专款专用，工程变更必须事先办理变更设计鉴证手续。

2.5 工程档案管理。

2.5.1 档案资料统一由资料管理员收集整理、归档，各类资料的经办人都必须主动将原件资料交资料室存档。

2.5.2 对已竣工项目的基建档案资料，项目负责人协调有关部门办理竣工验收手续，各种资料1年之内及时归档。

2.6 工程项目报告、审批制度。

2.6.1 根据各技术工种和使用部门提出的要求，提出年度维修项目的预算计划，上报院有关部门审核，审核通过后，方可组织实施。

2.7 建设项目设计管理。

2.7.1 建筑、结构及其他专业的设计必须符合各专业设计规范的规定，符合卫生系统法律法规规定。

2.7.2 应在施工前组织设计工程师、施工单位、监理单位参加施工图纸会审。严格认真审查，发现疑问及时提出，有设计工程师解答疑点。

2.8 工程材料管理。

2.8.1 工程所用材料，必须符合施工合同要求，进场时必须具备正式的出厂合格证和检验报告，若不具备不得入场。

2.9 竣工验收。

2.9.1 工程已按施工合同及设计文件的要求完成，并按规定编制好竣工资料后方可提交竣工验收申请，经核实确已具备各验收条件，基建办组织有关部门进行现场工程验收。

2.10　工程签证。

2.10.1　在工程施工中，如果发生超出图纸范围的项目，须由基建办的现场代表、监理工程师及施工单位负责人共同进行签证确认。

2.10.2　签证工程量必须要真实、准确，否则追究其责任。

2.11　工程保修。

2.11.1　按施工合同条款执行；

2.11.2　按国家法律条款执行。

医院及建筑工地风险防范管理制度

1. 目的

加强院内建筑工地风险防范。

2. 标准

2.1 建筑工地安全制度。

2.1.1 检查、督促施工单位建立健全安全施工责任制，落实专职安全员，督促施工单位对职工进行安全生产的有关法律、法规和岗前安全知识、技能教育培训。检查特种作业人员持证上岗的情况。

2.2 建筑施工工地消防安全管理。

2.2.1 认真贯彻执行《消防法》和有关消防工作的法律、法规。

2.2.2 施工单位来本院施工，必须签订防火安全责任书，服从院方的监督管理。

2.2.3 使用明火必须持有保卫科批准的动火证明。

2.2.4 加强施工工地的用电管理，施工工地临时用电必须符合《施工现场临时用电安全技术规范》。

2.2.5 加强施工工地安全管理，应设置安全警示标志，按规范进行围闭管理；禁止随便抛弃建筑垃圾，当天清拆的建筑垃圾，当天清运；清运过程不得裸露建筑垃圾。

2.2.6 加强施工工地人员管理，严禁施工人员吸烟，不得在医院内留宿，施工人员应正确佩戴胸卡和使用个人防护用品，严禁坦胸露背，穿拖鞋上岗。

2.2.7 保持内部消防通道畅通，严禁在通道上、安全出口堆放杂物或者建筑用品、材料等。

2.3 施工工地安全检查管理。

安全检查是消除事故隐患，预防事故，保证安全生产的重要手段和措施。

2.3.1 基建办负责人、施工单位负责人和安全值班人员，应经常深入施工现场，进行预防检查，及时发现隐患，消除隐患，标准施工正常进行。

2.3.2 各种类型的检查，必须认真细致，查出的事故隐患要落实专人限期整改。

2.4 安全技术交底管理。

严格进行安全技术交底，认真执行安全技术措施，实现安全生产。

2.4.1 施工员根据单项工程安全技术措施的安全设施、设备及安全注意事项的实施，填写《安全技术交底表》，责任人落实到班组、个人、履行签字验收程序。

2.4.2 施工单位要以施工安全技术措施为依据，以安全生产有关法规和各项安全规章制度为准则，经常性地对工地实施情况进行检查，并监督各项安全技术措施的落实。

2.5 施工用电管理。

2.5.1　施工现场用电设备，必须由持证电工操作、安装，严禁非电工人员接电源操作。

2.6　施工机械防护措施。

2.6.1　施工现场机械的防护对象主要有电锯、电刨、搅拌机、砂轮机。

2.6.2　电锯应对皮带加木制或铁制防护罩，电刨要放在木工棚内干燥处。

2.6.3　电刨的防护主要是对皮带进行木制或铁制防护罩，电刨要放在木工棚内干燥处。

2.6.4　搅拌机的防护主要是搭建防护棚，防雨和落物伤人。

2.6.5　砂轮机应对其皮带进行密闭性防护，并且安放在钢筋工棚内干燥的地面上。

2.7　施工机械检查维修管理。

2.7.1　工地所有的机械设备应由施工负责人与机械班长进行编制维护、保养计划，并按计划安排有关人员进行维修与保养。

2.7.2　机械维修工必须做到勤检查、勤维修、勤保养。

2.7.3　对各种机械检查出的问题，必须立即处理，防止机械事故的发生，并做如实记录。

2.8　施工用电安全防火制度。

2.8.1　非专业工作人员，严禁乱动电器设备。

2.8.2　各操作人员使用各种电气设备时，必须认真执行安全操作规程，并服从电工的安全技术指导。

2.8.3　任何单位、个人不得指派无电工操作证的人员进行电器设备的安装、维修工作。

2.8.4　现场管理人员应重视电工提出的有关安全用电的合理化建议，不得以任何理由强迫电工违章作业。

2.8.5　专业电工必须认真执行各项有关规定和规程，自觉抵制来自任何方面的违章作业指令。

2.8.6　专业电工有权制止一切违章操作用电行为，必要时可向有关部门报告。

2.8.7　专业电工应端正工作态度，主动配合用电作业者共同完成各项生产任务。

2.9　安全值班制度。

2.9.1　各班组成员，必须轮流坚持安全值班。在值班期间，尽职尽责做好安全管理工作，详细检查各作业面的安全生产情况，发现事故隐患，立即采取果断措施整改。

2.9.2　各班组值班人员，必须尽职尽责，做好安全值班工作，在值班期间，擅离岗位，不负责任，导致发生事故，将追究值班人员的直接安全责任。

医院内建筑维修感染风险管理制度

1. 目的

控制建筑工程所致的医院感染风险。

2. 标准

2.1 医院内所有建筑工程，包括新建、改建项目、维修工程、管线安装工程、油漆粉刷工程、常规检修工程都必须经过医院感染风险评估，具体评估方法如下：

2.1.1 步骤一：确定建筑规模级别。

A类	不破坏建筑结构的检修，如： （1）移除吊顶做目视检查：限于每0.09平方米1块板 （2）上油漆（不打磨） （3）墙面涂料、小水管维修
B类	小规模、短期工程，仅产生少量灰尘，如： （1）安装电话及计算机电缆 （2）扬灰可控制的墙体或吊顶切割
C类	产生中到大量灰尘需拆除建筑固定结构包括需抛光的墙面工程，如： （1）抛光墙面用以上油漆或贴墙纸 （2）移除地面辅装物、吊顶或台柜制品 （3）新墙构造 （4）小规模的扬灰工程或吊顶上的电力工程 （5）大规模电缆工程
D类	大规模结构改造或建造新建筑，如： （1）需要连续轮班作业的工程 （2）需要大量破坏建筑或移除完整的电缆系统 （3）新建建筑

2.1.2 步骤二：确定工程地点风险级别。

低风险	办公区域
中度风险	心超室、内镜室、放射、肺功能室、心电图、B超室
中/高度风险	儿科普通病房（除血液科）、门、急诊、实验室、药房、复苏室
高度风险	ICU、血液肿瘤科、新生儿病房、骨髓移植病房、手术室、静脉配置中心、中心供应室、介入治疗中心、传染科门诊、DSA

2.1.3 步骤三：确定建筑工程医院感染风险级别。

工程地点的危险评级	工程规模评级			
	A	B	C	D
低风险	I	II	II	III/IV
中度风险	I	II	III	IV
中或高度风险	I	II	III/IV	IV
高度风险	II	III/IV	III/IV	IV

2.2 所有工程都应按感染风险级别做到相应的控制措施，具体如下：

风险级别	施工要求	工程完成后要求
I	1. 尽量减少灰尘扬起 1. 如需打开吊顶检查，应尽快复原	清洁施工区域
II	1. 采取积极措施减少粉尘 2. 采用切割作业时，应洒水以减少粉尘 3. 用胶带封闭不用的门 4. 关闭通风口 5. 出入口设防尘垫	1. 以消毒剂擦拭表面 2. 建筑垃圾应在有盖容器中保存至运走 3. 离开工作场所前应以湿拖把拖地或吸尘
III	1. 移除或隔离空调系统，以免管道系统污染 2. 开工前设置必要的隔离设施以区别于非作业区 3. 保持负压房间的空气过滤 4. 建筑垃圾应在有盖容器中保存至运走 5. 由专用车辆经专用通道运输	1. 完工后经由院感科和安全部门验收，并由环境清洁部门彻底清洁后，方能移除隔离物 2. 工程结束拆除隔离设施时应小心，尽量避免灰尘扬起 3. 以消毒剂擦拭表面 4. 完工后，重新开启空调系统
IV	1. 移除或隔离空调系统，以免管道系统污染 2. 开工前设置必要的隔离设施以区别于非作业区 3. 保持负压房间的空气过滤 4. 封住管道、洞、孔 5. 设置缓冲间，要求所有人员通过缓冲间清洁，佩戴或脱卸工作服 6. 所有工作人员进入工作场所要穿鞋套，每次出入要更换	1. 工程结束拆除隔离设施时应小心，尽量避免灰尘和碎片的扩散 2. 建筑垃圾应在有盖容器中保存至运走 3. 由专用车辆经专用通道运输 4. 空气过滤 5. 以消毒剂擦拭表面 6. 完工后，重新开启空调系统 7. 完工后经由院感科和安全部门验收，并由环境清洁部门彻底清洁后，方能移除隔离物

2.3 风险评级为III及以上的工程必须填写医院感染风险和审批表，得到医院感染控制科批准，方可施工。

2.4 所有工程均将由医院感染科不定时检查，不符合要求必须停工整改，符合要求才能继续施工；风险评级III级及以上的工程，医院感染控制科应有书面的检查结果并记录存档。

2.5 风险评级III级及以上的工程完工后，必须由医院感染控制科检查后方可投入使用。

外来人员身份识别及安全管理制度

1. 目的

正确识别医院外来人员身份以保障医院安全。

2. 标准

2.1 外来人员定义：指因本院工程或工作需要，由外单位指派进驻本院工作的人员，包括物业公司人员、设备设施维修人员、工程施工人员、厂商和送货人员、进修生、实习生等。

2.2 签约的物业、服务公司人员在本院工作期间应胸前佩戴贴有本人相片的工作证。

2.3 物业公司以该公司统一的工作服及贴有相片的胸卡作为识别标识。

2.4 需要在医院内连续工作1个月以上的外来人员，必须持相关证明到院区保卫办公室统一登记、发放工作识别标志。

2.5 临时来院联系业务人员，药品、器械、设备等产品的销售人员，必须持有贴有本人相片的工作证作为识别标识，按照中心相关部门的规定时间统一约见，否则不予接见。

2.6 外来人员在本院工作期间应自觉遵守广州市妇女儿童医疗中心的各项规章制度。未经院方批准，严禁在医院进行各种推销、传销活动。

2.7 对没带孩子的成年人进入儿童病区，所有工作人员须主动盘问，确认身份，对于无任何正当理由的无关人员应当请予离开。对于拒不离院的可疑人员，应当跟踪关注，必要时报警。

2.8 外来人员如有违纪行为，将按有关规定处理，如有违反《治安管理处罚条例》的行为，本院将报警方调查处理，直至追究当事人的刑事责任。

2.9 外来单位携带施工工具及物资进入本院，应书面清单分别报总务科备案，便于携带出院后查验。

2.10 外单位确需在中心各院区内搭建工棚及临时宿舍的，其建筑材料、易燃易爆物品、电器设备安装、消防设施布局等均符合安全要求，由中心后勤管理部审核认可，方能施工搭建。

2.11 外单位在院内设置的工棚及临时宿舍内，严禁乱拉乱接电线，严禁使用电加热器，电餐具取暖烧煮，一经发现应予没收和处理。

2.12 未经审批不得动用各类明火，电焊工应持有效的特殊工种操作证及院区保卫办公室签发的《动火证》方能操作。

2.13 外单位在工作期间和工作场所，应主动配合所在院区的治安防范，消防和环境卫生等方面的监督检查，应当履行在规定期限内的整改措施。

保护院内人员免受人身攻击制度

1. 目的

医院有责任保护病人或医务人员免受人身攻击，对婴幼儿、易受伤害的儿童、孕产妇或不能保护自己或不能求救的病人尤应采取保护措施。

2. 标准

2.1 定义。

2.1.1 中心易受伤害的病人群体：孕产妇及婴幼儿、未成年儿童和其他欠缺能力或无能力保护自己的病人。

2.1.2 人身攻击的定义：侵犯人身权、人格权以及监护权、亲属权。

2.1.3 构成人身攻击的方面：暴力人身攻击（故意伤害、殴打他人等）、语言人身攻击（诽谤、辱骂等）及精神人身攻击（网上污辱、书面污辱等）。

2.2 发生暴力人身攻击。

2.2.1 院区内发生病患之间或医患之间打架、斗殴、纠纷引起的暴力人身攻击事件，医务人员有责任协助按紧急按钮或拨打院区监控中心电话，呼叫保安人员到场，保安人员到场后要劝阻暴力行为，并设法保护就诊者，特别是孕产妇及婴幼儿、未成年儿童和其他欠缺能力或无能力保护自己的病人，对围观者应及时劝导其尽快离开现场，并按照《治安保卫管理制度》执行。情节严重的，立即报警。

2.2.2 医务人员在受到暴力人身攻击时，可按紧急按钮或拨打院区监控中心电话，呼叫保安人员到场，情节严重的，立即报警。

2.2.3 对于因暴力事件受到伤害的，应立即急诊验伤，保留病历资料和影像证据，并保留对施暴者追究法律责任的权利。

2.3 发生语言人身攻击：严禁语言人身攻击升级为暴力事件。

2.3.1 院内病患之间或医患之间纠纷发生语言人身攻击事件，医务人员要及时制止争吵，并力劝争吵人员保持克制和冷静，报院区消防控制中心呼叫保安人员到场，必要时要强制分开争吵人员。

2.3.2 发生语言人身攻击后，正常工作时间内，病区（门诊）负责人或病区（门诊）医学伦理委员会负责人要了解事件原因，并做好争吵人员的思想工作。非正常工作时间，病区（门诊）医务人员不能处理解决的，报告行政总值班协调解决。情节严重的，立即报警。

2.3.3 医务人员遇语言人身攻击，要保持克制，必要时可安排回避。医务人员不允许与病人争吵或对骂，绝对不允许对病人进行语言人身攻击。

2.4 发生精神人身攻击：接到或收到以文字形式进行人身攻击的信函、邮件、宣传单、大字报等，要及时上报院区保卫处，严禁传播、扩散，并有责任配合做好调查取证工作。

2.5 中心在公共区域安装视频监控设备，保安人员必须履行岗位职责，加强对偏僻或较远的地方巡查，有责任对不明身份者的来访者或形迹可疑的人员进行询问调查。

2.6 医院对精神或情绪异常的人员进入医院，每位医务人员都有责任进行询问或盘问，或报中心监控室，保安人员需要了解其思想和行为动态，是否持有器械等情况，可限制其活动范围，严禁伤害到儿童、孕产妇或不能保护自己或不能求救的病人，必要时报警。

2.7 医务人员在询问病史或身体检查时，发现受虐待或人为暴力引起的伤病时，要真实做好病程记录，情节严重的，必要时报警。

2.8 医院发现弃婴或弃童，由急诊科做好身体、随身携带物品的检查，并报告保卫科，按照《弃婴（弃童）处理规程》执行。对于来认领人员要核对身份证、病历资料、年龄、性别、家庭住址等基本情况，严禁发生冒领事件。

2.9 在发生火灾等意外事故时，按照《广州市妇女儿童医疗中心突发事件应急预案》，应优先和重点保护抢救孕产妇及婴幼儿、未成年儿童和其他欠缺能力或无能力保护自己的病人。

病房安全管理制度

1. 目的

加强病房安全管理，保护病人安全。

2. 标准

2.1 住院部病房实行门禁管理。

2.2 就诊病人办理入院手续后方可进入住院病房；为了预防院内感染，门诊病人不得私自进入住院病区。

2.3 工作人员根据授权开通门禁卡后方可进入；未被授权的工作人员必须由需要进入的病区工作人员确认，方可进入。

2.4 严格住院病房管理。当班医务人员对新收入院的要告知病人家属“一人陪护”制度，每位病孩只能一位家长陪伴，陪伴人员凭陪人证进入病区。陪伴家长要看护好自己的孩子，不能随意串门，不能随意到走廊或者护士台等治疗区域。

2.5 严格执行病人探访管理。探病人员凭探视证在规定的探视时间进入病区，治疗时间谢绝探视。

2.6 严格控制不满1.2米以下的儿童单独进出住院部。

2.7 严禁带住院孩子离开医院和病区。需要进行外出检查的，必须有工作人员陪伴。在院内购物短时离开的，必须与当班护士请假，获得批准后方可离开。

2.8 严禁在设备带上使用电器和进行充电。

2.9 严禁各类易燃易爆化学物品、烟花爆竹、不明化学物固体或气体、棍棒、刀具、家用电器、热水瓶等具有危害公共安全的物品及违反医院管理规定的棉被、躺椅带入住院部。

2.10 严禁醉酒人员、精神病患者及不明身份的人员进入住院部。

2.11 严禁病属随意动用消防、抢救等设施。

2.12 保安人员必须对进入病区的人员进行身份识别，对病区实施动态监控和巡逻检查，发现可疑人员必须查实身份，不符合进入病区的人员，必须请其离开。

2.13 保安人员必须每天协助病房进行就寝前清场。加强重点病房的巡逻，发现可疑情况及时汇报。

2.14 夜间巡逻必须到护士站报到，了解病房安全情况。

防止人员走失、财物被盗或遗失制度

1. 目的

防止人员走失、财物被盗或遗失，向患者提供满意的服务。

2. 标准

2.1 防止人员走失、财物失窃的措施。

2.1.1 对于门诊、急诊病人：

2.1.1.1 中心在《病人就诊指引》中须告知医院为公共场所，来院就诊病人及其家属自行保管好个人随身携带的物品，医院不提供一般病人的随身携带物品保管及未成年患者的托管服务。

2.1.1.2 在门诊挂号处、收费处、诊室、药房、治疗室、检查室等病人较多的重点区域显著位置设置“请保管好您的个人物品，谨防被盗”、“请看管好您的小孩，谨防走失”等温馨提示警语。

2.1.1.3 门、急诊遇到昏迷或危重病人又无陪伴者时，病人随身携带物品（白天）由客户服务中心人员或（夜间）分诊护士或院前急救员及1名工作人员验证核实并标识患者姓名、门诊号、物品名称、型号、数量，签名后由分诊护士保存并记录。如果是贵重物品或人民币，1000元以上现金（面值50元以上的要记录人民币号码）要交给保安部保管，待患者清醒或家属到来后（须对其家属身份进行核实），交给患者或其家属签收。经管人员调动时注意交接清楚，以防窃盗事件发生。

2.1.1.4 在公共场所安装视频监控。

2.1.1.5 对于病人交通工具，如汽车、自行车等，珠江新城院区按场地划分提供停车场或停车棚，在显著位置设置提示警语。儿童院区、妇婴院区除提供少量残疾人车停车区域外，不对外提供停车场或停车棚。

2.1.1.6 对于病人特殊物品，如婴儿车、轮椅等，24小时内领取的可由客户服务中心代为暂存，工作人员须检查好基本情况，确认是否有损坏，同时做好颜色、款式、暂存人姓名、联系方式、存入时间、就诊卡等内容登记，并告知最后的取物时间。

2.1.2 对于住院病人：

2.1.2.1 安装门禁系统和视频监控系统。

2.1.2.2 中心在《病人住院须知》中须告知：

2.1.2.2.1 医院为公共场所，住院病人及其家属自行保管好个人随身携带的物品，医院只提供储物柜、床头柜等一般物品保管，请将随身携带的物品存放于病房柜中，并自行上锁。管理人员应随时提高警觉，防范盗窃发生。

2.1.2.2.2 病区内来往人员较多，医务人员有责任特别叮咛病人照看好自己的随身物品和小孩，贵重物品和大量现金请不要带至病房，以免遗失；特别贵重物品可交医务人员代为保管。提醒

患者要提高自身的防范意识，洗漱、外出检查、睡觉时，一定要将贵重物品随身携带或安排好，不要放在桌子上、枕头下。未成年小孩不要交给不熟悉不了解的人员托管或照看。

2.1.2.2.3　中心除监护室外，普通病房不提供未成年患者的托管服务。

2.1.2.2.4　在患者手术前，其私人物品由患者本人或其家属放置于病区内独立带锁的寄存柜内，钥匙交由患者家属保管。

2.1.2.3　规定病房探视时间并严格管理。规定治疗及探视时间，探访人员在治疗时间未经同意不得随意进出病区。在探视时间内，同室病友也要互相关心，如果有陌生人进入病房，要先问清情况。夜间值班人员要进行查铺，按照住院管理规定清出多余的陪人。

2.1.2.4　对于婴幼儿在无人陪伴时，须加强看管，并核对和确认身份。未能核对和确认身份的，必要时报警。

2.2　患者提供给医生的病历、X线片等病史信息资料，由医生使用后即日归还，如需继续短期借用，则由医生验收后妥善保存在指定地点，用完及时归还。

2.3　患者在中心放射科照片的X线片为患者财产，护士在收到X线片后应立即交给病人，并将报告单夹在住院病历中。医护人员如需要阅片时，应直接到病人处借用，用后立即归还，病人在出院时将X线片带走，由病人保存。

2.4　患者标本的标识、保管。

2.4.1　患者标本放置区域应设在值班人员可视区域内，使用物流传输系统运送标本时，物流人员要做好登记和核对，防止发生标本误传、遗失、外溢、溶血或其他原因的毁坏。严格遵守《检验科标本采集运送工作规程》。

2.4.2　与患者相关的医疗资料要及时归档，用品要按指定位置摆放好。

2.5　对于工作人员及公共物品。

2.5.1　设立工作人员物品摆放、储存区域，加强门禁管理，做到人离锁门。

2.5.2　对于公共财物，非消耗物品，应检查是否贴好标志，以减少被窃取的可能或方便被窃时的侦查。

2.5.3　制订公物损失赔偿规则（如因保管人或使用人疏於防范而遭致公物失窃时，保管人或使用人应负赔偿责任，遇有不可抗力之因素除外），以加强公物保管人及使用人的责任。

2.5.4　不要将贵重物品放在公共场所或办公室的储物柜或抽屉内。放置现金及贵重物品的抽屉橱柜，应随时加锁。

2.5.5　办公室原则上不准寄宿（值勤人员除外），下班后，应将门窗关妥，接班人员在接班时要做好安全检查，并加强巡视。

2.6　大件物品携出，须凭部门安全消防责任人或科室负责人或仓管人员签发放行条方可放行。门卫在放行时即时收回，逐日汇送保卫科核对存查。

2.7　门岗人员应对出入人、车密切注意，以防窃盗混入。

2.8　库存财物应定期实施盘查。

2.9　加强员工和病人安全及品德教育，对财物经管人尤应注意个人生活是否严谨，以防监守自盗。

弃婴（童）处理规程

1. 目的

指导拾获弃婴、弃童的处理。

2. 标准

2.1 定义：3岁以内被遗弃的为弃婴、3岁以上被遗弃的为弃童。

2.2 在接报或发现弃婴（弃童）后：

（1）监控人员：立刻通过监控系统查找遗弃人；呼叫最近位置的保安到场查看；报告医务部和行政值班人员；配合医务人员做好随身携带物品的检查；到派出所报案。

（2）医务部和行政值班人员：医务部根据弃婴（弃童）病情情况，组织医护人员做好弃婴（弃童）的体检；负责协调急诊或专科病区的救治工作。

（3）急诊科、住院病区：做好弃婴（弃童）的体检及随身携带物品的检查，并做好病情诊断记录；根据弃婴（弃童）的病情状况，做好积极救治工作。

（4）保卫科：根据弃婴基本情况，配合派出所做好弃婴（弃童）的取证工作。联系广州市福利院，做好弃婴（弃童）的安置工作。

2.3 医院有责任根据弃婴（弃童）病情需要调整救治科室，必要时组织专家会诊，科室有责任积极救治患病弃婴（弃童），不得推诿，要尽力挽救弃婴（弃童）生命，同时要做好医疗费用的登记。

2.4 在妇婴院区发现弃婴（弃童），病情危急的立刻送NICU抢救；病情稳定的，送院区儿童保健科进行体检及随身携带物品的检查，并做好病情诊断记录，随后由保安送到儿童院区急诊科，并协助配合公安部门取证。

2.5 派出所民警到院后，消防监控中心及院区后勤总务负责人应配合派出所收集弃婴（弃童）的相关信息及调查取证；派出所负责查找遗弃人，查找不到弃婴（弃童）生父母或监护人的，24小时后由派出所填写《广东省社会福利机构接收弃婴（弃童）审批表》；医院运输队协助民警携带弃婴（弃童）到市福利院办理交接手续。

2.6 任何人都无权私自处置捡拾的弃婴、儿童，未获民政部门批准而收养弃婴和孤残儿童都是不合法的。

2.7 死亡弃婴（弃童）的处理：

（1）弃婴（弃童）在医院死亡，不能查找到生父母或监护人的，科室必须文字报告院区后勤总务负责人。能够查询到父母或监护人联系手机的，医务人员要积极联系，或以短信的方式告知其速回医院处理善后事宜。

（2）院区后勤管理部保卫科负责报告派出所，保安人员协助派出所调查取证。在派出所完成所有相关手续后，弃婴（弃童）尸体按照相关规定送殡仪馆火化。

2.8　对于来认领弃婴（弃童）、或死亡患儿的人员要核对身份证、病历资料、年龄、性别、家庭住址等基本情况，严禁发生冒领事件，必要时报案。

2.9　发现弃婴（弃童）有被虐严重或被虐致死的，必须立即报案。

新生儿、婴儿和儿童安全制度

1. 目的

保护本中心出生、就诊新生儿、婴儿和儿童人身安全。

2. 标准

2.1 住院病人入院时，需核对病人信息并填写“病人身份识别带”。病人在住院期间要佩戴“病人身份识别带”。住院期间任何需要进行身份确认的程序均需通过“病人身份识别带”进行确认。

2.1.1 非住院病人以开放式提问的方式与病人家属确认病人身份。

2.1.2 新生儿出院必须通过“病人身份确认带”和家属进行双重身份确认。

2.1.3 入院时由接诊的医务人员指导母亲及其他监护人。

2.1.4 将婴儿交给佩戴中心身份标记的专职工作人员。

2.2 有关入院须知及病区安全注意事项。

2.2.1 新生儿、婴儿及儿童病人的陪护和转运：

2.2.2 患儿住院期间，鼓励家长陪护。14周岁以下儿童住院期间，必须有父母亲或监护人陪同（监护室除外）。

2.2.3 新生儿、婴儿及重症儿童病人须通过带护栏的转运车或床等进行转运，并保持床栏拉上的状态，全程由工作人员陪同护送。

2.2.4 将新生儿交给父母及监护人前确认他们的身份并在病历上签字。

2.3. 对员工的身份鉴别。

2.3.1 全体员工应始终佩戴医院的工作身份牌，并做好自我介绍。

2.3.2 医务人员巡视病房时，注意闲逛人员、穿着制服但没有相应的身份牌的人员。

2.3.3 医院员工应向保卫科汇报任何无身份证明或表现出可疑行为的人。

2.4. 员工教育。

2.4.1 岗前培训时，相关员工应接受关于新生儿、婴儿、儿童安全方面的培训。

2.4.2 医院员工应定期接受关于怀疑或确认丢失婴儿或儿童的处理流程的教育。

2.5 培训内容。

2.5.1 对诱拐儿童危险的认识；

2.5.2 当发现违反制度的行为及可疑人员时，上前盘问并报告保卫科。

2.6 新生儿、婴儿及儿童病人丢失按《病人丢失事件应急预案》执行。

钥匙和锁具管理制度

1. 目的

有效地对钥匙进行规范管理，保障应急处置和财产安全。

2. 标准

2.1 适用范围。

适用于医院内部钥匙管理。

2.2 定义。

钥匙：指公共区域大门的钥匙，不包含病区或科室内部门、抽屉、橱柜的钥匙，有门禁（电子卡钥匙）和机械锁（普通钥匙）两种。

2.3 管理职责、整理与保管。

2.3.1 人事部：负责对门禁系统的准入人员进行授权。

2.3.2 后勤管理部维修组：负责钥匙的配制和锁具的维修；负责更换各科室公共区域钥匙时，在门锁验收工作完毕后，按《钥匙验收记录表》要求记录合格的单位编号和数量，并签名确认，然后将钥匙联同对应表格移交给保卫部备案。

2.3.3 各科安全责任人：负责在防范安全的前提下，按工作需要将钥匙发放给个人分管。负责本部门钥匙的统管工作，需要申请安装、更换、在员工入职时按工作需要发放及离职回收、使用人员的钥匙安全管理等。

2.3.4 保卫部：对移交的钥匙单位、数量、编号及适用性进行逐一确认；负责对备份钥匙进行保管和应急管理；标清钥匙单位编码并整齐有序地放置在钥匙柜中，并在钥匙柜贴上标签，加以注明，负责借用登记；定期检查。

2.3.5 个人分管钥匙必须随身携带，不准任意乱放以防丢失或被无关人员使用。

2.3.6 非正常工作时间原则上不撬锁，无带钥匙情况发生时，由本部门协调解决。遇断匙造成锁孔堵塞情况发生，撬锁必须先报中心监控室备案，再报院区行政值班请总务科相关人员回来撬锁并必须安装新锁。若不能及时安装新锁的，不允许撬锁，待正常工作时间再行更换。突发事件除外（如自然灾害、火灾、人员被困等）。

2.3.7 电梯管理员负责电梯驾驶钥匙和维护钥匙的管理，电梯驾驶员可在电梯管理员的授权下使用驾驶钥匙，其他人员一律不准持有驾驶钥匙和维护钥匙；电梯驾驶钥匙和维护钥匙须配置一套留在保卫部以供紧急情况下使用。

2.4 领、配钥匙程序。

2.4.1 科室人员需要开通电子卡的，必须通过办公网填写《门禁授权申请表》，获批后方可由

后勤管理部总务科开通。需要配制机械锁钥匙的，各使用部门向总务仓提交配制钥匙申请，详细注明部门、房号、数量。配钥匙时须在配钥匙本上签字。

2.4.2　总务仓完成配制后通知使用部门领取并记录。

2.4.3　钥匙、锁领用后由使用部门落实到使用人，妥善保管，如钥匙遗失有可能造成较大损失的，应调换锁。

2.5　部门加锁、修锁、换锁办理程序。

2.5.1　加锁、换锁必须经本部门消防责任人或主任或护士长批准后方可实施，并做好备用钥匙管理。

2.5.2　加锁、修锁、换锁具体由后勤管理部维修组实施。

2.5.3　涉及医院重点部门（仓库、病案室、档案室、财务科、收费等）的钥匙一旦丢失，必须换锁。

2.6　备用钥匙管理。

2.6.1　为应对院内可能发生的突发事件，任何医疗、办公区域门锁钥匙均需留有两套备用钥匙（一套在科室保管，一套交保卫部存放在监控中心），备用钥匙采用楼层平面模板方式制作，总务科负责钥匙模板的制作。

2.6.2　备用钥匙保管于消防监控中心内密闭金属柜中，由保卫部负责监管。

2.6.3　保存备用钥匙的金属柜使用密码钥匙与锁双重管理，密码由保卫部保管。

2.6.4　启用备用钥匙：一般情况下，原则上不得随意启用备用钥匙，一旦发生突发事件（如自然灾害、火灾、人员被困等），监控室保安人员须及时联系保卫部，经批准后启用备用钥匙。

2.6.5　钥匙柜一经开启，需记录并及时更换密码。

2.6.6　各病区、诊区消防安全责任人可保留一套本区域备用钥匙模板，若消防安全责任人出差或不在当地，需指定相应人员管理备用钥匙模板。

2.6.7　部门如加锁、换锁的，必须即日将新换钥匙交保卫部备用更新。

重点部位安全保卫制度

1. 目的

加强中心重点部位安全保卫工作，保障正常工作秩序。

2. 标准

2.1 仓库。

2.1.1 仓库实行专人专管，非仓库人员不准入内，因工作需要进入库内的必须进行登记。

2.1.2 仓库严禁火种入内，严禁使用电加热器和燃油器具进行取暖和烧煮食品，易燃易爆化学物品储存库库内照明应安装防爆灯，电器开关应安装在库外。

2.1.3 库内不准架设安装临时线和设置办公室，更衣室。

2.1.4 物资堆放要保持“五距”，即顶距、灯距、墙距、柱距、堆距。

2.1.5 工作完毕后应有专人对库内进行安全检查，切断电源，关闭门窗，做好记录。

2.1.6 仓库内应配备必要的消防器材，管理人员要掌握消防知识，熟练使用消防器材。

2.2 实验室。

2.2.1 实验室系本院的重要部门，非中心职工不得入内，中心职工也应限制入内，实验室将安装防盗监控设备，落实安全措施。

2.2.2 对易燃、易爆、放射性、剧毒、病毒和菌种等，要加强管理，严密制度，落实责任，并制订安全操作规程。

2.2.3 实验室负责人是安全防范的主要责任人。

2.2.4 对稀有金属，贵重物品、仪器、设备要登记造册，落实安全措施，在使用中应落实收、发、借、退制度。

2.2.5 对机密文件、图纸、重要科研资料、档案，必须严格执行保密规定，落实专人负责，严格登记、保管、传递使用手续。

2.2.6 实验室配备一定的消防器材，做到能熟练使用。对“三废”及动物尸体要严格按照规定处理，杜绝污染和中毒事故的发生。

2.3 集体宿舍。

2.3.1 住宿人员必须向所在部门提出申请，经中心主管部门批准后办理住宿手续，领取住宿证，未经批准不得住宿。

2.3.2 来学（实）习的外地人员，需要住宿的，由学（实）习单位的领队提出申请，并提供住宿人员花名册和身份证复印件，经本院主管部门批准后，办理住宿手续，领取住宿证，花名册和身份证复印件交本院保卫部门备案。住宿时间超过15天以上的还须到当地公安机关办理临时户口。

2.3.3　住宿人员应按照指定的房间和床位住宿，严禁男女混居，亲友来访要填写会客登记单，住宿人员未经主管部门批准，不得擅自留容他人住宿。

2.3.4　住宿人员必须自觉遵守本院的各项规章制度，严禁在宿舍内酗酒、斗殴、赌博等违法活动，严禁将易燃、易爆、剧毒物品带进宿舍。

2.3.5　住宿人员严禁在宿舍内乱拉乱接电线、使用各类电加热器、燃油器具取暖和烧煮食品，不得在室内吸烟，防止火灾事故的发生。

2.3.6　住宿人员有大量现金和贵重物品的，应存入银行或交有关部门保管，以防失窃。

2.3.7　住宿人员应爱护公物，损坏公物必须赔偿，对故意造成公物损坏的，将按情节处以罚款，严重的将追究法律责任。

2.3.8　住宿人员应自觉接受中心主管部门、保卫部门和当地公安机关的管理和安全检查。

2.4　药库。

2.4.1　药库列入要害部门管理，未经许可非工作人员不得擅自进入，需要进入药库检查、参观、学习的应征得主管部门同意，办理登记手续，并有专人陪同。

2.4.2　工作人员必须遵守药库的各项规章制度。

2.4.3　药库内安装防盗报警和电视监控设备，警戒时间为当天18时至次日7时30分，休息日和国定假日全日警戒，在警戒时间内药库人员不得进入，如一定要进入的，事先应与保卫安监中心联系，经同意后方能进入。

2.4.4　各种医疗药品，必须办理验收入库手续，做到账、物、卡相符。

2.4.5　严格遵守《麻剧药品的管理制度》，对贵重药品，麻剧药品做到经常检查并实行双人双锁管理制度。

2.4.6　库内保持一定的温湿度，堆放药品箱时应使用填仓板，防止药品变质，避免药品浪费，严格执行工作区与生活区分开的管理制度。

2.4.7　库内严禁吸烟，严禁使用电加热器和大功率电器设备，严禁将易燃易爆化学物品储存在库内，库内应安装防爆灯，电器开关应安装在库外。

2.4.8　库内配备必要的消防器材，确保消防器材的完好、有效，工作人员应做到会报警，会使用消防器材，会处理事故苗子。

2.4.9　下班后做好关水、关电、关门窗等工作，并做好记录。

2.5　财务部及收费处。

2.5.1　财务部按治安防范需求，安装防盗报警和电视监控设备，警戒时间为当天18时至次晨7时30分，休息日和国定假日全日警戒，警戒时间内财务部人员不得进入室内，如一定要进入室内的，事先应与保卫安监中心联系，经同意后方能进入。

2.5.2　财务部各类会计凭证应妥善保管，非财务人员进入室内应得到准许，并不得擅自翻阅账册和财务资料，一经发现，财务人员应立即制止。

2.5.3　财务部保险箱现金存放量按银行规定的数量存放，去银行提取现金在10000元以上的必须两人同行并通知院部派车接送。

2.5.4　银箱保管员钥匙应随身携带，不准放在办公桌抽屉内过夜，工作完毕后密码必须拨乱。银箱内不得存放私人现金，有价证券和金银首饰。支票和印章必须分开存放，实行双人管理。

2.5.5 财务出纳因故外出，非出纳人员未经财务负责人同意不得擅自代替出纳报销现金。

2.5.6 非财务人员不得使用财务电脑，财务人员不得将财务软件、财务资料复制给他人使用。

2.5.7 财务部内不得存放易燃易爆化学物品，室内严禁吸烟，下班后关好门窗，切断电源。

2.5.8 收费处按治安防范需求，每一个服务点都安装电视监控设备，全日警戒。

2.5.9 收费处内不得存放易燃易爆化学物品，室内严禁吸烟，下班后关好门窗，切断电源。

2.5.10 收费处保险箱现金存放量按财务规定的数量存放，每天收入要及时缴交银行。

2.5.11 收费员领用各类票据要妥善保管，非收费人员进入室内应得到收费负责人准许，并不得擅自翻阅资料，一经发现，收费人员应立即制止。

2.5.12 收费电脑要设置密码，非收费人员不得使用收费电脑，收费人员不得将收费软件、收费、病人资料复制给他人使用。

2.6 计算机中心（电脑房）。

2.6.1 计算机中心（电脑房）列入重点部门管理，未经主管领导同意，非机房工作人员不得擅自进入。

2.6.2 非机房工作人员需要进入机房上机操作的，在征得机房工作人员同意后，在指定的设备上使用操作，未经许可不准动用其他设备，不准复制软件和资料。

2.6.3 机房工作人员必须遵守各项规章制度，在电脑中储存的重要资料应设置密码，防止泄密和丢失。

2.6.4 如电脑进入互联网络的，严禁传播、复制有关违反国家有关规定的言论、文章、信息及黄色淫秽物品资料。

2.6.5 机房内严禁吸烟和动用明火，严禁将易燃易爆化学物品带入机房，严禁使用大功率电器设备。

2.6.6 机房内配备消防器材，并确保消防器材的完好，有效。机房工作人员应做到会报警、会使用消防器材、会处理事故苗子。

2.7 变配电房。

2.7.1 变配电间系医院的“心脏”部位，非工作人员未经许可不得入内，因工作需要进入变配电房的必须做好登记，外来单位需要学习参观的应得到工程部的同意，办理登记手续并有工程部人员陪同。

2.7.2 变配电房工作人员应全部佩戴胸卡或标识上岗。

2.7.3 各工段应制订相应的规章制度和操作规程，设备和压力容器的压力表要按规定检验，确保设备的正常运行。

2.7.4 加强设备的维护保养，认真做好设备运行记录。

2.7.5 严禁在地下室（配电间）用餐和吃瓜果食品，门要坚固、密封，防止小动物蹿入损坏电器设备。

2.7.6 地下室必须配备必要的消防器材，工作人员要熟练掌握和使用。

2.8 档案室（综合档案室、人事档案室）。

2.8.1 库房严格做好防火、防水、防尘、防盗、防潮、防霉、防蛀、防光、防高温等工作。

2.8.2 严格遵守中华人民共和国《档案法》、《保密法》，保证档案的完整和安全。

2.8.3　严禁任何个人私自保存档案。对利用档案材料营私舞弊的，要视情节轻重，予以严肃处理。对违犯《保密法》的，要依法处理。

2.8.4　档案库房为机要房，门窗、箱柜锁匙由专人保管，档案库房非档案室工作人员未经许可不得随意进入。

2.8.5　库房和阅档室严禁堆放杂物及易燃物品、烟火，保持库房整洁美观。

2.8.6　档案文件不得随意摆放，不得私人保存或带到其他不适宜地方阅办。严格传阅文件手续，不自行转递给他人，以免散失、泄密或延误工作。

2.8.7　干部人事档案不准随手拿出库房门口，查阅、借阅、转递干部档案一定要按规定办理审批和登记手续，并要按保密规定做好保密工作，严格按照查阅档案注意事项办事。

2.8.8　为确保干部档案的绝对安全，档案必须存放在专用保密柜内，按保密号码科学陈列，对外不公开。

2.8.9　干部人事档案管理必须严格遵守党和国家的保密制度，工作中形成的废纸不得乱扔，一律按保密纸送纸厂搅浆或由两名以上人员负责监烧。过期无保存价值的文件应按相关规定，交由市保密局统一回收处理销毁，或两人以上同时监烧，不得自行丢弃、出售。

2.8.10　离开库房要随手关门关灯，下班时一定要关门窗和关断电源总闸开关。

2.9　食堂。

2.9.1　厨房工作人员应严格按操作规程熟练掌握各种机械设备的使用方法与操作标准，严禁违章操作。设备一旦开始作业运转，操作人员不准随便离开现场，对电器设备高温作业的岗位，作业中随时注意机器运转和油温的变化情况，发现意外及时停止作业，及时上报厨师长或经理，遇到故障不准随意拆卸设备，应及时报修，由专业人员进行维修。

2.9.2　对厨师使用的各种刀具要严格进行管理，严格按要求使用和放置刀具，不用时应将刀具放在固定位置，严禁随处乱放，厨师不准随意把刀具带出厨房。

2.9.3　厨房的各种设备均由专人负责管理，他人不得随意乱动，定期检查厨房的各种设施设备，及时消除不安全隐患。

2.9.4　每天下班前要逐一检查油路，阀门，气路，燃气开关，电源开关的安全情况，如果发现问题应及时报修，严禁私自进行处理。

2.9.5　禁止使用湿抹布擦拭电源开关，严禁私自接电源，不准带故障使用设备。下班后要做好电源和门窗的关闭检查工作。

2.9.6　厨房如果发现被盗现象，值班人员或发现人员应做好现场的保护，并及时报上级进行处理，并及时协助领导了解情况。

2.9.7　掌握厨房和餐厅内消防设施和灭火器材的安放位置与使用方法，经常对电源线路进行仔细检查，发现超负荷用电及电线老化现象要及时报修，并向上级汇报。

2.9.8　一旦发生火灾，应迅速拨打火警电话并简要说明起火位置，部门，尽量设法进行灭火，并根据火情组织引导客人安全撤离现场。

2.9.9　严禁往正在燃烧的酒精炉内添加酒精。

2.9.10　在正常作业期间，厨房各出口的门不得上锁，保持畅通。

2.9.11　对于厨房的抽油烟机及管罩，要定期进行清理，在清洗厨房时，不要将水喷洒到电开

关处，防止电器短路引起火灾。

2.9.12　热油炸开时，注意控制油温，防止油锅着火。

2.9.13　厨房晚班下班前应细致检查，熄灭火种，关严各油、气阀门，无漏油、漏气现象。

2.9.14　保持工作环境的清洁，清除工作台上的各种油污，定期对抽油烟机进行清洁。

车辆停放管理制度

1. 目的

加强停车场管理，规范车辆停放。

2. 标准

2.1 对于病人交通工具，如汽车、自行车等，珠江新城院区按场地划分提供就诊病人停车场和单车棚，在显著位置设置提示警语。儿童院区、妇婴院区除提供少量残疾人车停车区域外，不对外提供停车场或停车棚。

2.2 下列情况的车辆可以免费进入并在指定位置临时停放，其余车辆不准进入院内停放。

2.2.1 医疗单位送病人的救护车、血站送血车；

2.2.2 接送会诊医师的车辆；

2.2.3 上级单位来院检查、指导工作的公务用车，医疗单位来院参观指导工作的车辆；

2.2.4 与本院有关的收送发货、药、建筑材料、运输等车辆；

2.2.5 正常工作时间内，经保卫部门同意进入的临时停放车辆。

2.3 经同意进入的车辆，一律实行登记管理，且须服从保安人员的调度指挥，按照指定位置停放，确保道路的畅通。

2.4 因车主原因造成院内公共设施、设备损坏的、人员伤亡的，要追究车主法律及经济责任。必要时报警。

2.5 提醒车主锁好车门、窗，贵重物品随身带走。

医院消防设施知识汇总

1. 目的

明确中心消防设施或器材的布设情况。

2. 标准

2.1 消防控制中心。

2.1.1 设置：位于医院内设有消防自动报警系统、自动灭火系统、联动控制系统、紧急广播系统、消防电话系统。

2.1.2 功能。

2.1.2.1 能控制消防水泵的启、停，显示启泵按钮启动的位置和消防水泵的运转情况。能控制自动喷淋系统的启、停。显示报警阀、闸阀及水流指示器的工作状态、显示喷淋泵的运转情况。当消防水泵和喷淋系统的自动控制系统失灵时可在消防控制中心手动控制。

2.1.2.2 火警发生时联动控制系统能自动停止有关部位的风机，关闭防火阀。自动启动有关部位的排烟、正压送风机、防火门、防火卷帘，并接受其反馈信号，发出控制信号，强制电梯全部降于首层，并接受其反馈信号。接通事故照明灯和切断有关部位的非消防电源。

2.1.2.3 启动紧急广播系统，按设置的程序通报疏散人员。

2.2 火灾自动报警系统。

2.2.1 组成：报警系统和控制装置。

2.2.2 报警系统。

2.2.2.1 设置：报警系统分自动报警（烟感、温感报警）和手动报警两种方式。本系统在各楼层公共区域及房间布设有烟感和温感探测器，在每个消火栓通道旁有手动按钮报警装置。

2.2.2.2 功能：监视被保护区域内有无火灾发生。当火警发生，烟感、温感系统即自动把火警信号传入消防控制中心，现场人员发现火警时，按下消防栓通道旁手动报警按钮把火警信号传入消防控制中心。确认火灾后手动发改为自动启动消防系统，该区域警铃同时启动，报警延时1分钟，消防泵即起动。当火警解除后，复位，警铃、消防泵停止动作。

2.2.3 控制装置（控制器）。

2.2.3.1 位置：设置于消防控制中心。

2.2.3.2 功能：当接到火灾探测器和手动报警按钮传来的火灾信号时，控制器能立即以声、光信号向消防值班人员发出警报，同时通过显示屏显示发生火灾的部位和时间。如探测器故障，控制器同样可以接受传来的故障信号，并显示探测器为何种故障以及探测器位置和故障发生的时间。

2.3 自动喷淋灭火系统。

2.3.1　组成：喷淋头、喷淋管网、喷淋泵、消防水池和设置于消防中心的控制装置。

2.3.2　喷淋头、喷淋管网。

2.3.2.1　设置：医院喷淋头的布设密度标准采用中危险级布置（中危险级：用电用火较多、火灾危险性较大、可燃物较多和起火后蔓延较迅速的场所），主要布设在各公共区域及各房间。

2.3.2.2　医院所布设喷淋头的种类。

2.3.2.2.1　一般场所采用68℃级。

2.3.2.3　喷淋头由喷淋管网全部连接起来，并和喷淋泵、消防水池接通。

2.3.2.4　功能：喷淋头由热敏感元件的玻璃球组成，接入喷淋管网中。当发生火灾时，如环境温度达到其额定动作温度时，玻璃球膨胀破裂。密封件脱落，喷淋头自动喷水灭火。随着管网压力减少，装于报警阀附近的压力开关动作。其动作信号传到消防中心、消防中心接到信号，并按其设定的联动关系，启动喷淋泵，持续向喷淋管网供水灭火。

2.3.3　喷淋泵、消防水池。

2.3.3.1　设置：医院消防水池位于主楼地下室，数量为2个，每个水池大小为300M^3；消防储水量为300M^3，并设置有喷淋泵2台，稳压泵2台。

2.3.3.2　功能：发生火灾时、消防水池向喷淋系统和消火栓系统提供水源灭火。两台喷淋泵，两台稳压泵，均为一用一备，互为备用轮换工作。若运行泵有故障，备用泵会自动投入运行。稳压泵保持喷淋管网压力正常，平常管网压力小时，由天面水箱及稳压泵自动启动加压。火灾时由喷淋泵启动加压。

2.4　消防栓系统。

2.4.1　组成：消火栓、天面气压稳压装置一套及消防泵、消防水池和设置于消防中心的控制装置。

2.4.2　设置：医院消火栓分布于各层楼梯口，电梯前厅和各通道。消火栓栓口为65mm，水枪喷嘴口径为19mm，长25m衬胶水龙带1盘；带有自救式小口径喉辘；25m胶管盘一卷，直径为19mm。

2.4.3　功能：火灾初起时，可直接利用小口径喉辘，胶盘管灭火、迅速方便，如火势大、应尽量用水龙带灭火，消防栓系统的加压由两台消防泵及天面气压罐组成，同为一用一备。应急方式同喷淋系统相同。

2.5　消防广播系统。

2.5.1　组成：背景音乐、紧急广播主机、广播扬声器和控制装置。

2.5.2　设置：医院主楼各层疏散通道、内走廊、前室等公共部位布设有广播扬声器。

2.5.3　功能：消防广播系统平时播放背景音乐，火灾时启动紧急广播系统，由切换模块切断背景音乐，接通紧急广播，由消防中心按固有设置的疏散程序、疏散现场人员，也可由消防中心当值人员用话筒通过事故广播指引疏散人员。

2.6　防排烟系统。

2.6.1　防烟风机、排烟风机（珠江新城院区才设有）

2.6.1.1　设置：地下层至5层到15楼的内走廊，疏散通道平面内设置排烟系统，三个防烟梯及前室均设置正压送风的防烟设施。

2.6.1.2　功能：火警时，由现场相应部位的烟、温感报警，由消防中心联动起动排烟风机，由全楼内任一火警信号联动启动楼梯内防烟用正压送风机，由着火层内任一火灾报警信号联动启动前室送风口及正压送风机。

2.7　自动防火卷帘。

2.7.1　设置：主楼1-4层共布设防火卷帘多个，主要设置于每层各水平防火分区之间的分隔。每层各设多个，每个防火卷帘两侧均设有烟感、温感与其控制装置联动自动控制防火卷帘起降。每个防火卷帘两侧也设有手动按钮，火灾时也可手动防火卷帘起降，同时防火卷帘安装有警示装置，防火卷帘在下降时有警报声，以提醒疏散人员注意安全。

2.7.2　功能：当发生火警时，防火卷帘发生火警一侧的烟感探测器动作，防火卷帘下落至距地面1.8m处，烟感探测器动作并延时30秒或温感探测器动作后，防火卷帘会下降到底，起到阻隔火势及浓烟的蔓延，以利于人员的安全疏散和消防救助。防火卷帘也可用手动按钮控制其起降，以利少数留人员的安全疏散。无论烟感、温感动作联动防火卷帘下降或手动防火卷帘下降，下降信号都会反馈到消防中心。

2.8　风管防火阀。

2.8.1　设置：各楼道设通风空调系统按防火规范设置70℃防火阀。防火阀由设在阀门内的温感控制系统控制。

2.8.2　功能：当发生火灾且温度达到70℃时，熔断片熔断、阀门自动关闭，停止排风和送风，以免增强火势和浓烟的蔓延。

消防知识、技能培训演练制度

1. 目的

本制度用于规范全院人员消防知识、技能的培训和防火演练。

2. 标准

2.1 保卫部消防科按计划组织员工进行消防知识、技能的培训和紧急情况下的安全疏散演练。培训内容包括：

2.1.1 让员工熟悉消防法规，掌握医院消防安全制度和保障消防安全的操作规程。

2.1.2 发生火灾时的应急处理，即救援（R）；报警（A）；C（控制火情）；E（灭火）。

2.1.3 了解医院当值岗位的火灾危险性和防火措施。

2.1.4 掌握各种消防设施的性能、各种灭火器材的使用方法。

2.1.5 掌握报告火警、扑救初起火灾以及自救逃生的知识和技能。

2.1.6 掌握组织、引导病人和其他家属疏散的知识和技能。

2.1.7 实地进行灭火、疏散演练（演练时应设置明显标志和告知演习范围内的人员）。

2.2 中心新入职员工必须进行上岗前的消防安全操作培训。

2.3 消防科每年组织多次消防疏散演习，保证中心全体员工每人至少参加1次消防演练，重点部位每年不少于2次，提高员工的消防安全技能。各部门负责人在保障部门工作正常运转的同时，应轮流安排每一位员工参加消防知识、技能的培训和防火演练。

2.4 消防演习所使用的消防器材由消防科提供，参加演习的员工不得动用配置于各区域的灭火器、防烟面具等灭火/逃生器材。

2.5 各部门防火责任人、保安管理人员和电工、焊工、仓管员等应接受公安消防部门或医院专职消防主管的消防安全知识的专门培训。

2.6 保卫部必须与特殊科室（如：新生儿、NICU、PICU、CCU、手术室等）就火灾紧急情况下如何疏散病人的情况进行讨论，完善特殊区域的消防安全措施。

2.7 通过收集火灾真实案例及分析发生火灾的原因、应吸取的教训，在院内网上公告，培训、提示全院员工做好消防安全工作。

2.8 做好培训及演练记录存档。

动用明火管理制度

1. 目的

为了保障医院工作人员和财产的安全，规范申请人、动火人、监护人在整个动火操作过程中的行为，特制订动用明火管理制度。

2. 标准

2.1 动用明火是指：因工作需要在本院范围内焚烧物品、进行电（气）焊操作等具有发光、发热的化学反应。

2.2 根据动用明火的不同区域，将动火分为三级，动火人必须按照三级动火审批流程提出申请，申请通过后方能动火。

2.3 三级动火定义及审批流程。

2.3.1 一级动火是指在病房、手术室、危险品仓库、重要仪器设备及药品仓库、放射科、档案室、病案室等重要科室及区域动火的。由中心主任或分管副主任审批，后勤管理部保卫人员到现场监护。

2.3.2 二级动火是指诊区、食堂等室内的科室及区域。由后勤管理部保卫部门审批，动火部门派人监护，保卫部门负责抽查。

2.3.3 三级动火是指在医院范围内，大楼外的空旷区域，由动火部门审批即可到保卫部办理动火证。

2.4 三级动火时效：

2.4.1 一级动火限当日当时有效；

2.4.2 二级动火限当日白天有效；

2.4.3 三级动火限3天有效。

2.5 电（气）焊工必须持有政府部门统一颁发的有效操作证，在操作过程中必须遵守“十不烧”的制度。

2.6 工作人员在动火时必须清理周围易燃物，配备好消防器材。操作过程中应安排具有民事行为能力的人担任现场监护。操作完毕后被烧物应全部冷却后，动火才能视为真正结束。

2.7 没有经过三级审批、无操作证、无动火证，或虽有动火证但并非在原审批地点和时间内动火的，视为违章动火。

2.8 违章动火按照本院职工奖惩条例有关条款处理，因违章动火造成后果的应给予行政处分，直至追究刑事责任。

2.9 外单位来本院工作的人员适用本制度。

医院防火责任制度

1. 目的

根据《中华人民共和国消防法》、《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》和其他有关法规，落实本院消防安全制度。医院的法定代表人为医院的消防安全责任人，对医院的消防安全工作全面负责。

实行逐级防火责任制，做到谁主管、谁负责的安全防火责任制度，各部门主管为各部门消防安全责任人。

2. 标准

2.1 后勤保卫部门的消防安全职责。

2.1.1 负责医院的消防监督管理工作，落实消防安全责任制。根据谁主管谁负责的消防工作原则做到消防工作层层落实。

2.1.2 监督各部门消防工作的落实情况，并与各部门主管协同做好对消防隐患的整改工作。

2.1.3 做好院区各区域消防检查、监督工作，禁止消防栓、灭火器等消防设备器材附近和消防通道堆放一切杂物，保障火警时能及时使用消防器材灭火和通道畅通。严禁有破坏和挪用消防器材现象。及时更换、充装有效使用期限到期、压力不够、已被使用灭火器和防烟面具等消防器材；及时维修出现故障的消防设备。保障各区域消防设备器材始终处于良好状态。

2.1.4 监督检查院内一切施工现场作业情况，严禁违章作业。严格遵守用火制度，施工动火必须持动火许可证，施工前必须做好清除施工现场易燃杂物和配备适当的灭火器等防火措施。禁止违章作业，以保安全。

2.1.5 协助合同单位做好对医院消防系统的维护保养工作，保障系统正常使用。

2.1.6 安排做好消防监控中心值班人员工作，组织培训及考核监控人员对中心设备的操作情况，保障监控中心值班人员能及时发现和正确处理火警。

2.1.7 熟悉并负责让保安人员了解医院各防火区域划分情况，各区域消防通道位置和危险品的存放情况。火灾发生时第一时间组织带领本部当值人员到场灭火，协助抢救疏散病人、客人和转移火场附近的贵重或危险物品到安全区域。

2.1.8 牢记各院区消防控制中心电话：以便发生火灾时能及时通知保卫部以及消防队前来协助。牢记火灾报警电话119。发生火警时，各当值人员必须听从指挥，全力投入现场灭火抢救和治安防范工作，严禁借故逃避。

2.1.9 协助做好危险品仓库、手术室、药房、放射科、检验科、物资仓库、氧气站、配电房、实验室等重点区域火灾防范工作。

2.1.10　做好医院大型活动的现场消防安全工作，负责全院员工的消防培训和日常消防演习工作。

2.1.11　经常性地进行消防安全宣传，对部门人员普及消防知识，学习消防法规。

2.1.12　建立医院消防档案。

2.2　各部门消防安全责任人职责。

2.2.1　全面负责本部门的消防安全工作，组织和落实消防安全制度，从上到下，一级对一级负责。

2.2.2　把消防安全工作落实至每一个员工，抓好“谁在岗，谁负责”的责任制。

2.2.3　根据部门的特点，制订本部门的消防安全计划，并负责对本部门员工进行培训，让每个员工熟悉掌握消防计划内容。

2.2.4　组织做好防火检查，部门领导以及下面各级分管负责人都要经常地监督检查分管区域的消防安全情况，发现问题及时纠正，清除火灾隐患。

2.2.5　掌握并组织员工学习掌握消防知识和各种灭火器材的使用方法及本区域消防工作的特点，熟悉本区域灭火器材、安全出口、手动报警按钮、气体区域阀门箱所在位置和使用方法，保障发生火灾时员工能及时正确地进行应急处理，同时要明确每班工作人员在发生火灾时的角色。

2.2.6　火灾发生时，组织灭火抢救工作，并协助火灾原因的调查工作，严禁有借故逃避现象。

2.2.7　对医院消防安全工作提出合理的意见和建议，不断改善消防安全条件和完善消防设施，共同做好医院消防安全工作，保障医院消防安全。

2.2.8　医院各部门员工都有责任，有义务维护保养医院消防器材、设备的完好。发现消防器材设备有问题，应及时知会保卫部跟进处理。对故意破坏医院消防器材的，各员工都有责任制止和检举揭发其不良行为，保障消防安全。

2.3　火灾隐患整改。

2.3.1　医院各级防火责任人要落实各项消防安全制度和严格执行消防操作规程，经常督促检查所负责区域的消防安全工作，发现隐患，及时整改消除。

2.3.2　对违章使用明火作业，要责令即时停止并作现场整改。

2.3.3　对安全出口上锁、遮挡，或者占用、堆放物品影响疏散通道畅通，消火栓、灭火器材被遮挡影响使用或被挪作他用等火险隐患，保卫部负责通知有关部门及时整改。

2.3.4　存在火险隐患部门在接到消防隐患整改通知后，部门负责人应在限期内按规定整改，消除隐患，以保障医院消防安全。

2.3.5　如有关部门未跟进整改，保卫部以行文的方式报告院领导督促限期整改，期间如该隐患部门发生火灾事故，该部门负责人负完全责任。

2.3.6　保卫部要对医院各区域、各部门的消防隐患情况及整改情况做好详细记录并存档。

防火巡查制度

1. 目的

加强消防巡查，排除火灾隐患。

2. 标准

2.1 保卫部监管保安公司负责24小时院区内的防火巡查工作，并做好巡查记录，发现问题及时跟进报告、处理。巡查内容包括：

2.1.1 有无违章用火、用电操作。

2.1.2 曾经发生过火警区域的灭火器是否已作补充，各类灭火器是否在有效使用期限内。

2.1.3 安全出口、疏散通道是否畅通，安全疏散标志，应急照明是否完好。

2.1.4 消防设施、器材和消防安全标志是否在位、完整有效。

2.1.5 常闭式防火门是否处于关闭状态，防火卷帘下方是否堆放物品以影响使用。

2.2 保安员每月要对医院各区域灭火器进行检查，发现问题及时向保卫部门报告，能处理及时处理，并把情况记录于灭火器标签和巡查表格上，保障火警时能及时使用消防器材灭火和保障消防通道畅通。

2.3 消防演习不得使用配置于各区域的灭火器、防烟面具等灭火/逃生器材，应使用消防中心备用灭火器和防烟面具。使用后要及时充装和购买。

消防设备器材检查测试及维护保养制度

1. 目的

对消防设备器材进行定期检测及维护保养，使消防器材时刻处于完好备用状态。

2. 标准

2.1 医院建筑均经政府消防部门建筑消防验收合格。按国家标准配置了消防设备系统及器材。安装了自动报警及手动报警按钮系统；安装了自动喷淋及消火栓系统；在各公共区域配置了灭火及防烟面具；在一些贵重设备区域及厨房配置了七氟丙烷气体自动灭火装置。

2.2 保卫部负责各区域消防器材、设备的巡查工作，禁止一切破坏和挪用消防器材、设备的现象。

2.3 广州华海消防工程有限公司，按国家标准对医院消防设备系统及器材进行维护保养工作，定期对消防系统进行月检、季度、年检的检查测试工作，并做好相应的检测记录，发现问题及时维修，以保障系统的正常运转。

2.4 保卫部负责每月检测1次对各区域灭火器、应急灯、消防栓的保养工作，并做好记录。

2.5 医院所配灭火器材的维护保养标准：

2.5.1 干粉灭火器的维护保养：放置在通风干燥的地方，存放温度不能超出45℃。各连接部件要拧紧，严禁阳光曝晒和火烤，每月检查1次灭火器摆放位置是否正确，有无明显的损坏、腐蚀、泄漏，喷射软管有无龟裂硬化或喷嘴堵塞现象，如有应及时维修，当压力表指针低于绿线区时，应重新充装，灭火器出厂满5年必须送厂家进行水压试验检查，以后每隔2年进行1次水压试验。手提式灭火器出厂满10年必须报废，推车式出厂满12年必须报废。

2.5.2 二氧化碳灭火器的维护保养：每月检查1次灭火器摆放位置是否正确，有无明显的损坏、腐蚀、泄漏或喷嘴堵塞现象，定期半年检查1次二氧化碳钢瓶的重量，如重量减少十分之一应补充灌装；严禁把灭火器放在高温和阳光照晒的地方，存放处的温度不能超过42℃。搬运时要轻拿轻放。灭火器出厂满5年必须送厂家进行水压试验检查，以后每隔2年进行1次水压试验。出厂满12年必须报废。

2.5.3 无论何种灭火器一经使用，必须重新充装。

2.5.4 消防水带的维护保养：避免与油类、酸、碱等有腐蚀性的化学物品接触，用完后要清洗干净、晒干后盘卷放于消防栓内，发现有破损小孔，要尽早更换。

2.6 手提式二氧化碳灭火器的使用方法。

2.6.1 将灭火器提到火场，在距燃烧物5米左右放下灭火器，把喇叭筒往上扳70–90度，然后拉出保险销，压下把手，二氧化碳即可喷出。

2.6.2　使用时不能直接用手抓住喇叭筒体外壁和金属连接管，防止手被冻伤。

2.6.3　灭火时，当可燃液体呈流淌状燃烧时，使用者应将二氧化碳灭火剂的喷流由近而远向火喷射。

2.6.4　如果可燃物在容器内燃烧时，使用者应将喇叭筒提起，从容器的一侧上部向燃烧的容器中喷射，但不能使二氧化碳射流直接冲击到可燃液面上。

2.6.5　在室外使用二氧化碳灭火器时，应选择在上风方向喷射，在室内窄小的空间使用，操作者使用后要迅速离开，以免窒息、中毒。

2.7　手提式、推车式干粉灭火器的使用方法。

2.7.1手提式干粉灭火器：把灭火器上下颠倒几次，拔出保险销（如果有喷射软管的要手握喷射软管），对准火焰，压下把手。

2.7.2　推车式干粉灭火器：把灭火器推到火场，拔出保险销，伸展软管，打开瓶头阀，对准火焰扫射。

2.7.3　灭火时要迅速摇动喷嘴，使粉雾横扫整个火区，由近而远，向前推移。

2.7.4　扑救可燃、易燃液体时，应对准火焰根部进行扫射，如所扑救的液体火灾是流淌燃烧的，也应对准火焰根部由近而远并左右扫射。

2.8　防毒面具的使用方法：

2.8.1　当发生火灾时，立即沿包装盒开启标志方向打开盒盖，撕开包装袋取出呼吸器。

2.8.2　沿着系在包装盒中的提醒，带绳拉掉滤毒罐前后的封口胶塞。

2.8.3　将防烟面具套入头部、拉紧头带，迅速逃离火场。

2.9　手动报警按钮使用方法：用手指按破或用硬物击碎手动报警按钮的玻璃片即可报警。

火灾隐患整改制度

1. 目的

对火灾隐患整改流程予以规范。

2. 标准

2.1 医院各级防火责任人要落实各项消防安全制度和严格执行消防操作规程，经常督促检查所负责区域的消防安全工作，发现隐患，及时整改消除。

2.2 对违章使用明火作业，要责令即时停止并作现场整改。

2.3 对安全出口上锁、遮挡，或者占用、堆放物品影响疏散通道畅通，消火栓、灭火器材被遮挡影响使用或被挪作他用等火险隐患，保卫部负责通知有关部门及时整改，保卫部门为跟进整改，以行文的方式报告院领导督促限期整改，期间如该隐患部门发生火灾事故，该部门负责人负完全责任。

2.4 存在火险隐患部门在接到消防隐患整改通知后，部门负责人应在限期内按规定整改，消除隐患，以保障医院消防安全。

2.5 保卫部对医院各区域、各部门的消防隐患情况及整改情况做好详细记录并存档。

消防通道、安全出口、消防楼梯管理制度

1. 目的

加强消防通道、安全出口、消防楼梯的管理。

2. 标准

2.1 严禁在消防通道、安全出口、消防楼梯堆放任何物品，占用疏散通道。

2.2 严禁在安全出口或者疏散通道安装栅栏等影响疏散的障碍物。

2.3 严禁将安全出口上锁、遮挡或者将消防安全疏散指示标识遮挡、覆盖。

2.4 防火卷帘下面禁止堆放任何物品，以免火灾时防火卷帘失去应有的作用。

2.5 严禁将常闭式防火门长期打开，因工作需要临时打开，用后应马上复位。

2.6 医院任何员工发现以上五点的安全问题以及其他安全问题，都有责任制止或知会保卫部，也可亲自报告有关部门即时整改。

2.7 保安员在接报或巡查时发现以上行为的应及时向有关部门发出整改通知，限期整改消除隐患。

2.8 严禁有损坏和挪用防火门、防火卷帘和疏散指示标识的行为。

吸烟限制管理制度

1. 目的

通过该制度管理医院内的吸烟行为。

2. 标准

2.1 各院区内严禁吸烟。

2.2 在医院各区域适当位置张贴禁烟标志，提醒吸烟人士。

2.3 医院所有员工禁止在医院范围内吸烟，并有责任制止病人及其家属、探访者在医院内的吸烟行为。

2.4 医院室内所有当值岗位保安要礼貌制止一切正在吸烟的行为。门岗保安要礼貌提醒正在吸烟的人士把烟熄掉后再进入医院内。巡逻保安以及其他员工，凡在院内闻到有香烟燃烧的气味时均应查清烟味来源，如因工作紧急不便查找，应及时报告消防控制中心安排其他人员查找。

2.5 禁止在医院内乱扔烟头，当发现地上有正在燃烧的烟头时，不能捡起直接丢入垃圾桶，应彻底熄灭后再丢入垃圾桶。

2.6 清洁人员在收垃圾时，切忌将未熄灭的烟头装进垃圾袋放入垃圾房。

2.7 医院所有工作人员应加强宣传“吸烟有害健康和吸烟有害人身安全”，提醒人们不要吸烟，以保障医务人员和病人的人身、财产安全，同时也为患者创造一个良好的治疗、康复环境。

仓库消防安全管理制度

1. 目的

加强仓库消防安全的管理。

2. 标准

2.1 仓库为物资集中场所，储存物品种类多、易燃可燃物品集中，火灾危险性大，且发生火灾后经济损失大，因此仓库为中心消防保卫的重点。

2.2 各院区后勤总务负责人全面负责仓库的消防安全管理工作，贯彻“预防为主、防消结合”的消防安全方针，做到有备无患。

2.3 根据谁主管谁负责的原则，逐级落实防火责任制和岗位责任制。

2.4 仓库管理员应当熟悉储存物品的分类、性质，掌握消防器材的操作使用方法，做好岗位防火工作。

2.5 对仓库新入职员应当进行仓储业务和消防知识的培训，经考试合格方可上岗作业。

2.6 定期对仓库进行防火检查，发现隐患及时整改，消除火险隐患，保障安全。

2.7 严格执行《消防法》对有关仓库的储存管理、电器管理、火源管理的规定。

2.8 储存管理。

2.8.1 库存物品应分类储存，易燃、易爆以及容易相互发生化学反应或灭火方法不同的物品，必须分间、分库存放，并在醒目处标明储存物品的名称、性质和灭火方法。

2.8.2 严禁有堆放物品阻塞消防栓、灭火器材和仓库安全通道出口的现象。

2.8.3 物品入库前要专人负责检查，确定无火种隐患后，方准入库。

2.9 电器管理。

2.9.1 仓库内严禁使用钨灯和超过60瓦以上的白炽灯等高温照明灯具。

2.9.2 当使用日光灯等低温照明灯具时，应对镇流器采取隔热、散热等安全措施。

2.9.3 仓库内不准设置移动式照明灯具，仓库照明灯具与下方储存物品垂直距离不得小于0.5米。

2.9.4 仓库内不能使用电炉、电烙铁等电热器具和电视机、饮水机、冰箱等家用电器。

2.9.5 仓库开关电箱附近严禁堆放物品。

2.9.6 严格遵守用电制度，做到人离断电。

2.10 火源管理。

2.10.1 严禁携带火种进储存易燃易爆物品的仓库。

2.10.2 仓库内严禁使用明火作业，特殊情况需动用明火时，必须办理动火证。

2.10.3　仓库内维修作业人员必须严格遵守消防安全操作规程，严禁违章作业。

2.10.4　储存易燃易爆物品仓库的工作人员或进入此类仓库的其他人员不得穿易产生静电的工作服、帽子和使用易产生火花的工具。

建筑自动消防设施维护管理制度

1. 目的

加强建筑自动消防设施的维护，使其时刻保持在完好状态。

2. 标准

2.1 建筑自动消防设施的管理应当明确主管部门和相关人员的责任，建立完善的管理制度。

2.2 消防设施应具有系统竣工图、设备技术资料、使用说明书、调试开通报告、竣工报告、竣工验收情况表等有关资料，建立技术档案。

2.3 建筑消防设施投入使用后即应保证其处于连续正常运行或准工作状态，不得擅自断电停运或长期带故障工作。

2.4 应建立建筑消防设施故障报告和故障消除的管理制度，发生故障，应当及时组织修复，并采取有效措施确保安全。

2.5 消防控制室应建立系统的使用操作规程，明确值班人员职责，并做好系统的运行记录，发现故障及时报告主管领导和有关部门进行维修保养，确保系统的完好有效。

2.6 建筑消防设施检查分为巡查、月度检查、年度检测三种方式。

2.6.1 建筑消防设施巡查可由归口管理消防设施的部门实施，也可以按照工作、生产、经营的实际情况，将巡查的职责落实到相关工作岗位，并应明确各类建筑消防设施巡查部位和内容，填写《建筑消防设施巡查记录》；依照有关规定每日进行防火巡查的单位和设有电子巡更系统的单位，应将建筑消防设施巡查部位纳入其中，其他单位建筑消防设施巡查应当每周至少1次；建筑消防设施电源开关、管道阀门，均应指示正常运行位置，并标识开、关的状态；对需要保持常开或常闭状态的阀门，应当采取铅封、标识等限位措施。

2.6.2 建筑消防设施应当每月检查1次，单位不具备检查的专业技术人员和检测仪器设备的，可以委托具有相应资质的单位依照有关技术标准进行检查，完成检查后填写《建筑消防设施月度检查记录》。

2.6.3 每年应委托具备消防检测中介服务资格的单位依照有关技术标准对建筑消防设施进行全面检测，检测合格后方可继续使用，出具《建筑消防设施年度检测报告》，并报送主管公安消防机构备查。

2.7 从事建筑消防设施月度检查和年度检测的技术人员，应当经消防专业考试合格，持证上岗。

2.8 建筑自动消防设施经年度检测合格后应报属地公安消防机构备案，并将年度检测报告存放在消防控制室。

2.9 火灾报警系统投入运行2年后，其中点型感温、感烟探测器应每隔3年由专门清洗单位全部清洗1遍，清洗后应做响应阀值及其他必要功能试验，并建立相关情况记录，不合格的应及时更换，严禁重新安装使用。

2.10 消防设备、器材应根据使用场所的环境条件和产品的技术性能要求及时进行保养和更换；对易腐蚀生锈的消防设备、管道、阀门应定期清洁、除锈、注润滑剂。

2.11 对建筑消防设施存在的问题和故障，当场有条件解决的应立即解决；当场没有条件解决的，应在24小时内解决；需要由供应商或者厂家解决，不影响系统正常工作的应在10个工作日内解决；影响系统正常工作的应在5个工作日内解决，恢复系统正常工作状态；故障排除后，应由消防安全管理人签字认可，故障处理记录存档备查。

2.12 检查发现建筑消防设施存在问题和故障的，实施检查的人员必须向单位消防安全管理人员报告，并填写《建筑消防设施故障处理记录》。

2.13 完成建筑消防设施的检查维护保养后，应做好记录。

消防控制室管理制度

1. 目的

加强消防控制室的管理。

2. 标准

2.1 消防控制室的管理。

2.1.1 中心消防控制室实行每日24小时值班制度，每日3班，每班2人，1名负责值班时报警部位的核实和紧急情况的处置，1名负责自动消防系统的操作，确保及时发现并准确处置火灾和故障报警。

2.1.2 消防控制室工作人员应严格遵守消防控制室的各项安全操作规程和各项消防安全管理制度。

2.1.3 严禁将自动喷水灭火系统和联动控制的防火卷帘等防火分隔设施设置在手动控制状态；报警联动控制设备可设置在手动状态时，发生火灾时应迅速将手动控制转换为自动控制状态。

2.1.4 消防控制室保安岗应取得劳动部门认可有效的上岗证，并存放在消防控制室备查。

2.1.5 消防控制室应提前15分钟到岗，并做好交接班工作，接班人员未到岗前交班人员不得擅自离岗。

2.1.6 消防控制室保安岗应按时上岗，并坚守岗位，尽职尽责，不得脱岗、替岗、睡岗，严禁值班前饮酒或在值班时进行娱乐活动，因确有特殊情况不能到岗的，应提前向单位主管领导请假，经批准后，由同等职务的人员代替值班。

2.1.7 消防控制室应设置一部外线电话、火灾事故应急照明、灭火器等消防器材，并配备相应的通讯联络工具。

2.1.8 消防控制室工作人员要爱护消防控制室的设施，保持控制室内的卫生。

2.1.9 严禁无关人员进入消防控制室，随意触动设备。

2.1.10 消防控制室内严禁存放易燃易爆危险物品和堆放与设备运行无关的物品或杂物，严禁与消防控制室无关的电气线路和管道穿过。

2.1.11 消防控制室内严禁吸烟或动用明火。

2.1.12 消防控制室的日常管理应符合《建筑消防设施的维护管理》（GA587）的有关要求。

2.1.13 消防控制室应确保消防泵出水管阀门、自动喷水灭火系统管道上的阀门常开；确保消防水泵、防排烟风机、防火卷帘等消防用电设备的配电柜开关处于自动（接通）位置。

2.1.14 接到火灾警报后，消防控制室必须立即以最快方式确认。

2.1.15 火灾确认后，消防控制室必须立即将火灾报警联动控制开关转入自动状态（处于自动

状态的除外），同时拨打“ 119”火警电话报警。

2.1.16 消防控制室必须立即启动单位内部灭火和应急疏散预案，并同时报告院区后勤总务负责人。

2.2 消防控制室值班人员职责。

2.2.1 遵守控制室的各项规章制度；

2.2.2 熟悉和掌握本系统的工作原理和操作规程，熟悉各种按键的功能，能够熟练操作；

2.2.3 应当在岗在位，认真记录控制器日运行情况，每日检查火灾报警控制器的自检、消音、复位功能以及主备电源切换功能，消防联动控制器的运行状况，并认真填写《消防控制室值班记录》；

2.2.4 及时发现和处理设备故障，并填写《建筑消防设施故障处理记录》；

2.2.5 掌握和了解消防设施的运行、误报警、故障等有关情况；

2.2.6 熟练掌握《消防控制室火灾事故紧急处理程序》，火灾情况下能够按照程序开展灭火救援工作；

2.2.7 消防控制室值班人员在接到火警显示后，应保持镇定、不得慌乱，并按照相应的处理程序进行工作；

2.2.8 消防控制室工作人员应熟悉火灾事故紧急事故处理程序，并应定期进行演练，达到熟练掌握的程度。

2.3 消防控制室火灾事故紧急处理程序。

2.3.1 消防控制室火灾事故紧急处理程序：

2.3.1.1 接到控制设备报警显示后，应首先在系统报警点位置平面图中核实报警点所对应的部位；

2.3.1.2 通知安保人员及报警部位最近工作人员持通讯工具和灭火器，迅速赶到报警部位核实情况，自动消防系统操作人员在控制室内随时准备实施系统操作；

2.3.1.3 安保人员及工作人员现场核实报警部位确实起火后，应立即通知消防控制室，自动消防系统操作人员应将系统联动控制装置调整到自动状态，并立即拨打电话“119”，向公安消防机构报警，说明发生火灾的单位名称、坐落地点、起火部位、联系电话等基本情况；

2.3.1.4 报警后，消防控制室1名值班人员应利用火灾事故广播系统通知有关部门和有关人员组织疏散和自救工作；

2.3.1.5 消防控制室的自动消防系统操作人员要监视系统的运行状态，保证火灾情况下建筑自动消防设施的正常运行。

2.3.2 消防控制室火警误报处理程序：

2.3.2.1 接到控制设备报警显示后，应首先在保护区域的建筑平面图中核实报警点所对应的部位；

2.3.2.2 消防控制室值班人员通知安保人员及报警点最近工作人员持通讯工具和灭火器，迅速赶到报警部位核实情况，自动消防系统操作人员留在控制室内随时准备实施系统操作；

2.3.2.3 现场人员或安保人员在现场核实为火警误报时，应及时通知消防控制室，消防控制室的自动消防系统操作人员应将系统恢复到正常工作状态，并在值班记录中对误报的时间、部位、原因及处理情况进行详细记录；

2.3.2.4 消防控制室值班人员应及时将系统误报的原因及处理情况向上级领导汇报。

化学危险品管理制度

1. 目的

本标准适用于中心所使用的油品、焊接用气体、易燃易爆化学品、剧毒、腐蚀、放射性等危险品的采购、运输、储存及使用过程中的控制与管理，确保妇女儿童医疗中心各部门使用化学危险品的正确性及人员的安全防护。

2. 标准

2.1 化学危险品的定义和分类。

2.1.1 定义：能对接触者健康造成急性或慢性不良影响的化学品。

2.1.2 化学危险物品：根据中华人民共和国国家标准GB-86《危险货物分类与品名编号》规定的分类标准，分为以下9大类：

2.1.2.1 易爆化学物品；

2.1.2.2 压缩气体、液化气体和溶解气体；

2.1.2.3 易燃液体；

2.1.2.4 易燃固体；

2.1.2.5 自燃物品；

2.1.2.6 遇湿易燃物品；

2.1.2.7 氧化剂和有机过氧化物；

2.1.2.8 毒害物品；

2.1.2.9 腐蚀物品。

2.2 主要职责。

2.2.1 危险品管理委员会全面管理化学危险品。

2.2.1.1 汇总各部门目前拥有的化学危险物品清单，整理化学危险品；

2.2.1.2 组织各部门建立和健全全院危险物品的安全管理制度和安全操作规程，并对执行情况定期检查；

2.2.1.3 发生化学危险物品重大泄露、造成大面积污染时，立即联系专业技术部门对环境进行清洗清理，再由环境监测部门对环境进行监测，以确保环境与人员的安全。

2.2.2 各部门负责人负责本部门化学危险品管理。

2.2.2.1 健全化学危险品的安全管理制度和安全操作规程；

2.2.2.2 确保本部门员工掌握本部门常用的化学危险品安全使用资料，督促员工严格按照规程操作；

2.2.2.3 确保员工得到相关知识和技能的培训；

2.2.2.4 列出本部门贮存或使用的化学危险品清单，并根据实际情况及时增减；

2.2.2.5 识别工作场所产生的有害废物，并应用适当的程序进行控制；

2.2.2.6 遵守正确的使用、储藏和院内运送程序。

2.2.3 员工职责。

2.2.3.1 遵守化学危险物品安全使用操作规程和使用指南，明确安全使用注意事项，并在每次使用之后做好记录；

2.2.3.2 正确使用合理的个人防护设施；

2.2.3.3 熟悉化学危险物品安全使用资料；

2.2.3.4 完成必要的在职培训，熟知危险物品的安全使用和有害废物的处理。

2.2.4 药学部负责确认订购物品具备的危险特性，并尽量以低毒或无毒物品代替有毒物品。

2.2.5 后勤保卫部门定期对全院各部门使用危险物品情况及相关记录进行检查。

2.2.6 化学危险品发现丢失、被盗时，应当立即报告后勤保卫部门。

2.3 化学危险物品的管理。

2.3.1 化学危险品的安全管理工作由危险品管理委员会统一领导，药学部、后勤保卫部门及各相关部门负责人分工负责指导督促检查。

2.3.2 化学危险物品申购及接收。

2.3.2.1 各部门操作人员根据所需化学危险品，向部门负责人/资产管理员提出购买申请。危险品的领用必须审批限量发放，根据部门需要设定储存基数，并由使用人员亲自办理，不得由非使用人员转手办理。

2.3.2.2 部门负责人/资产管理员填写购买申请，提交药学部。

2.3.2.3 药学部根据申请购买后，将所购化学危险品送至申购部门。

2.3.2.4 部门负责人/资产管理员负责所购化学危险品的接收、清点、检验及储存保管。

2.3.3 化学危险物品储存及使用由专人负责保管。

危险品必须建立严格的“收支库存账目”。购入的危险品，必须有专人按规定认真进行检验，合格后方可入库。危险品存放，集中专用仓库和保险柜中分级、分类、定位保管，严加保卫，注意存放安全。管理和使用人员必须熟悉危险品的性质和防护知识，操作谨慎，确保安全。

2.3.4 危险品仓库内：

2.3.4.1 危险品仓库周围，不准堆放易燃、易爆物品，严禁火种入内。

2.3.4.2 库房应保持通风干燥，避免阳光直射，防止高温，温度一般不应高于30度。

2.3.4.3 易挥发且蒸气有毒或与空气混合后易引起爆炸的药品，盖严瓶塞置阴凉处。

2.3.4.4 仓库内外应安放必要的消防、防毒和防辐射设备。

2.3.4.5 特殊危险品应加上“警告”标签。

2.3.4.6 经常检查库存危险品的安全储存状态，防止物品在储存期内发生容器渗漏，对环境、人体造成污染和伤害。

2.3.4.7 仓库内物品摆放应该合理，整齐清洁，严禁混放，重压堆高。

2.3.5 危险品的保管。

2.3.5.1 腐蚀物品：

2.3.5.1.1 储存：腐蚀化学品（酸、碱）应分别储存于耐腐蚀的不锈钢箱底层，但不得存放于水槽下，防止潮解。

2.3.5.1.2 搬运：搬运体积超过500ml的浓酸试剂时，必须使用指定托盘。

2.3.5.1.3 不能共存的化学物品：注意不要在同一区域内存放不能共存的化学物品。例如：乙酸或乙酸酐等有机酸应与硫酸、硝酸或高氯酸等试剂分开储存。

2.3.5.1.4 个人防护：在使用腐蚀性物品场所的工作人员，应穿戴围裙、手套和其他个人防护装备。

2.3.5.1.5 溅溢：使用任何化学物品之前，应安排好处理容易破碎或溢出的物品的容器。

2.3.5.1.6 急救设备：使用腐蚀性物品的场所，应设有合适的急救沐浴设施和洗眼装置。

2.3.5.1.7 化学通风橱：所有挥发性腐蚀物品的操作，都必须在化学通风橱中进行。

2.3.5.1.8 按操作规范使用液体化学物品。如发生泄漏污染，应立即打扫干净。粘有化学品的物料，如纸张、抹布等放入指定的桶中，并统一送入废弃物堆置场所。严禁在下水沟排放化学物品。

2.3.5.2 易燃、易爆物品：

2.3.5.2.1 储存：易燃易爆液体应在不锈钢箱中储存。当易燃液体体积大于1L或高挥发性液体体积大于500ml，如果其纯度不受影响，应放入安全罐中储存。分装时应有明确的易燃和可燃性标记，工作储备量控制在最低限度。

2.3.5.2.2 仓库：储存可燃性液体的仓库应远离明火和其他热源，并备有灭火装置，同时安装通风装置保证足够的通风来保障员工健康和防止火灾的发生。大量仓储可燃、易燃液体时，应存放于防火柜中。

2.3.5.3 毒害物品：

2.3.5.3.1 包含潜在致癌物、致畸物、剧毒物的试剂应按试剂说明书保管存放。

2.3.5.3.2 各专业实验室负责人应对所使用的试剂、化学药品含潜在致癌物、致畸物进行明确标识。

2.3.5.3.3 各专业实验室负责人应告知员工在接触有潜在致癌性、致畸性试剂或化学药品时应做好防护。

2.3.5.4 压缩气瓶：

2.3.5.4.1 生产现场时，应放在指定位置，气瓶使用者必须固定好气瓶，防止碰倒，发生意外。

2.3.5.4.2 使用氧气、乙炔、液化气，瓶阀周围严禁沾有油脂等易燃物品，安装减压表时，要检查瓶阀和出气口内有无油脂等杂物。

2.3.5.4.3 瓶内气体，使用时不得全部用完，氧气应留有0.3—0.8Mpa的余气，乙炔应留有0.3—0.5Mpa的余气，防止空气中的混合气体吸入钢瓶而导致危险。

2.3.6 危险品的使用：

接触有毒药品时应戴橡皮手套；接触有毒气体时，须戴好防毒口罩或面具；烧煮强酸、强碱时，要戴好眼罩（镜）。

2.4 化学物品泄漏的处置流程。

按操作规范使用液体化学物品。如发生泄漏污染，应立即打扫干净。粘有化学品的物料，如纸张、抹布等放入指定的桶中，并统一送入废弃物堆置场所。严禁在下水沟排放化学物品。

2.4.1 在部门内查找泄漏源。

2.4.2 选择适当的保护设备：时刻戴好手套和防护眼镜；如有必要，使用其他防护设备，如围裙、防毒口罩等。

2.4.3 控制泄漏物：应根据泄漏量分别选用不同类型的化学物品泄漏吸收/控制专用材料，进行吸收，使用时将吸收物平铺于泄漏液体上，至液体完全被吸收。吸收了泄漏液的废弃物放入黄色医疗废弃袋中，并张贴明显标识。

2.4.4 清除泄漏物。

2.4.4.1 对于无活性的泄漏物：

2.4.4.1.1 使用泄漏物吸收剂覆盖液体泄漏物并装入塑料袋；

2.4.4.1.2 将固体泄漏物扫进畚箕并装入密封容器内；

2.4.4.1.3 联络后勤管理部作适当处理。

2.4.4.2 对于有活性或有潜在活性的泄漏物：

2.4.4.2.1 用泄漏物吸收剂覆盖液体泄漏物并装入适当的处置容器内；

2.4.4.2.2 如果不是水活性物，用湿物处理干燥物质避免播散危险灰尘；

2.4.4.2.3 如果泄漏物是挥发性溶剂，将废物包放进通风柜中使其蒸发；

2.4.4.2.4 联络后勤管理部作适当处理。

2.4.5 如果化学危险品溅溢至皮肤、眼睛或身体其他部位时，应跑到最近的紧急冲淋装置前冲淋至少10分钟，如有需要，到急诊室紧急医治。

2.5 化学废弃物的清除和处理。

2.5.1 原则：化学危险品使用部门负责日常的清污工作。在结束常规工作、工作交接、发生紧急时间如清除溅溢物后，需要进行清污工作。需外送维修的设备，必须在相关管理人员确认无化学危险品污染时，方可外送维修。

2.5.2 废弃的化学危险品：所有废弃的化学危险品按危险物品处理，除非能够确定它们的性质。清洁溅溢有害物质的所用材料，包括吸附物和中和物，都被认为是有害废物。

2.5.3 专职人员：化学品危险使用部门指定专人协调和负责处理本部门废弃的化学危险品。

2.5.4 容器：废弃的化学危险品放置在密闭、有盖的容器中。

2.5.5 标签：废弃的化学危险品的包装贴有标签，标签应包含以下内容：日期、来源、成分、物理性质、体积、危险性。

2.5.6 运输及处置：化学危险品使用部门指定的专职人员负责联系相关部门从事容器转运和废弃的化学危险品处置。

2.5.7 标准水银温度计：标准水银温度计如果破碎，水银发生洒落，员工要佩戴口罩、防护眼镜及橡胶手套，使用塑料片或注射针筒收集，盛装于有盖的、内部装水的棕色瓶中，并贴“水银收集瓶”标签，统一送至医院后勤管理部处理。

2.6 化学危险品使用注意事项。

2.6.1 不允许用嘴吸取任何试剂。

2.6.2 在不清楚试剂间的相溶性时，不要将它们混合。

2.6.3 在使用新试剂前，先阅读MSDS或向相关负责人咨询。

2.6.4 稀释时应将酸注入水中，而不是将水注入酸中。

2.6.5 所有化学试剂在倾注时要缓慢以防飞溅。

2.6.6 如果试剂或化学品被允许排放入下水道中，要用清水彻底冲洗管道中的残留，避免丢弃的化学品之间发生有害的化学反应。

2.6.7 使用玻璃器皿前须检查诸如爆裂、破碎等明显的受压或损坏痕迹。把上述损坏的玻璃器皿丢于耐扎的容器中。

2.6.8 将玻璃器皿放到清洁区域前务必彻底漂洗消毒。例如毒性物质、腐蚀性物质、放射性物质或者是可能传染性物质。必须保证它们放到清洁区以前由专门的技术人员消毒。

2.6.9 任何在未贴标签的容器中发现的药品都应该向部门主管报告，以咨询合适的鉴别方法。

2.6.10 在一般预防区域不允许抽烟、喝饮料、吃东西及使用化妆品。

2.6.11 不允许使用实验室的设备和器具来盛放食物和饮料。

2.6.12 处理实验室标本时不要用手接触脸部、嘴以及眼睛。

2.6.13 每次离开预防区域时都要洗手，处理完标本、化学试剂、污染或毒性物质以及接触实验室设备后也要洗手。

2.6.14 在一般预防区域或接触化学试剂时，不要将食物、口香糖以及香烟放在口袋中。毒性化学物质的蒸气可以吸附在这些物品的表面。

2.6.15 不要将食物储藏在实验室的橱柜或冰箱中。

2.6.16 在使用电话、门把手等物品时务必脱掉手套，以防止可能性的污染。

2.6.17 养成良好的日常使用习惯，使用完以后，所有试剂和仪器都要归位。

2.6.18 对于在工作环境下可能遇到的不同危险物品，采用不同类型的个人防护设备，个人防护设备类型包括：

2.6.18.1 手套：用于保护手免受烧伤、割伤、化学品、磨损、电击伤。不同类型的危险需要不同材料的手套，如磨损：棉质或皮质；化学危险品：不可渗透的手套。

2.6.18.2 护目镜和面罩：用于保护眼睛和面部免受飞溅、火花、紫外线和毒性化学物品伤害。

2.6.18.3 防护衣：用于保护身体免受化学或者腐蚀性SPLASH，热和火花伤害。

2.6.18.4 安全鞋和靴：用于保护双脚免受腐蚀性化学物品伤害。

2.6.18.5 耳塞：高噪声环境下保护听力。

2.6.19 发生事故、紧急事件或损伤，立刻通知各部门负责人及安全负责人，并参照相关的汇报制度进行汇报及相关的医疗制度进行救治。

2.6.20 任何操作步骤或设备、仪器发生问题时都要向部门的负责人报告，在相关技术指导下进行操作。

2.7 化学危险品相关信息的培训。

2.7.1 所有接触或处理化学危险品的员工须接受岗前培训：

2.7.1.1 有关化学危险物品安全管理制度和安全操作规程；

2.7.1.2 化学危险物品对生理和健康的毒性及接触后所产生的症状、体征；

2.7.1.3 如何找到和使用化学危险品安全使用资料；

2.7.1.4 如何发现化学危险品泄漏的方法；

2.7.1.5 化学危险品标识；

2.7.1.6 员工可以采取的自我保护方法。

2.7.2 使用化学危险品部门负责人有责任对员工进行与工作相关的特殊培训，培训涉及下列相关内容：

2.7.2.1 该部门使用或处理的化学危险品MSDS。须特别关注一些内容：对人体健康、生理的危害及防护措施；

2.7.2.2 化学品获取方式；

2.7.2.3 部门使用的化学品标签及储存；

2.7.2.4 部门使用的化学废液的处理程序；

2.7.2.5 与员工工作相关的个人防护设备的使用、保管、佩戴和丢弃；

2.7.2.6 部门特殊培训还应包括部门新增加的化学危险品的相关信息。

医疗设备验收制度

1. 目的

规范医疗设备的验收流程。

2. 标准

2.1 单台1500元以上设备验收流程。

2.1.1 厂家或供应商提前与设备工程师约定，并将设备送至合同约定地点，要求厂商或供应商准备好合同复印件或书面报价回复（50000元以下设备）。

2.1.2 设备工程师连同使用科室代表一起，按合同上或书面报价回复的设备清单点收设备，点收后进行电气安全测试，测试通过后工程师在送货单上签字，随机资料由使用科室代表暂存。对于大型影像设备，工程师在设备完成安装后点收。

2.1.3 厂商工程师对设备工程师、科室代表进行技术培训及操作培训，并有考核记录。

2.1.4 使用科室先行试用。

2.1.5 试用期满后，厂商代表、设备工程师、使用科室代表、固定资产员共同对设备进行验收。

2.1.6 使用科室确认设备功能与科室需求相符，并在设备验收单上签名。

2.1.7 设备工程师确认设备在试用期内运转正常，在验收单上签名。

2.1.8 设备工程师为新验收设备建立设备维护档案，填写《设备风险评估表》并将该表收入医疗设备维护档案，在设备清单上增添该设备信息及分类。

2.1.9 固定资产员确认设备的存放位置及设备机身号，按《设备验收资料清单》收齐设备建档所需的资料后，在验收单上签名，并办理相应的入库手续，验收单上签名不齐者不予入账。

2.2 单台1500元以下设备验收流程。

2.2.1 厂商先将设备直接送至使用科室。

2.2.2 对使用科室人员进行操作培训并有考核记录。

2.2.3 使用科室代表确认设备功能符合需求、运行正常并且已接受了相关培训，在送货单和发票背面签名。

2.2.4 厂商把使用科室签过名的发票及设备信息材料送至工程师处登记，工程师应打电话到使用科室确认设备已经送到。

2.2.5 为新验收设备建立维护档案，填写《设备风险评估表》放入档案袋，并在设备清单上增添该设备信息及分类，最后在发票背面签名。

2.2.6 医械仓库管理员收到有科室和工程师签名的发票时，如有疑问可给工程师打电话确认，

然后办理入库手续，无科室和工程师同时签名的发票不予入账。

2.2.7　医械仓库管理员打出仓单，让厂商人员送至科室签名并送回医械仓库。

2.2.8　医械仓库管理员将科室签名的出仓单和发票一起汇总交给采购员。

医疗设备档案管理制度

1. 目的

规范医疗设备档案的管理。

2. 标准

2.1 建档原则。

2.1.1 价值50000元以上的医疗设备需建立固定资产档案。

2.1.2 血压计等属于国家强制检定的计量器具均要建立计量器具台账。

2.1.3 在医院的HIS系统中建立医疗设备固定资产总账。

2.1.4 所有设备应建立维护保养档案。

2.2 档案内容。

2.2.1 筹购资料、《广州市妇女儿童医疗中心医疗仪器设备可行性报表》、论证资料、医疗设备验收表、上级或领导批复、定购合同及有关批文、索赔来往公函及结果、生产或销售公司加盖公章的《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械产品注册证》、《医疗器械产品经营许可证》的复印件及产品合格证等。

2.2.2 设备原始资料：产品资料、说明书、使用手册、维修（维护）手册、合格证、原理图、系统软件（软盘、光盘、磁带等）、密码等随机资料正本。

2.2.3 设备管理资料：设备的《操作规程》、《日常维护保养措施》和《不良事件应急方案》，以及设备的质量（计量）检测、校验、使用、维修、保养、调剂、报废记录、事故分析、处理报告、来往信函、批准文件等具有保存利用价值的文字、图样、记录、软件等文件材料。

2.2.4 案卷目录、卷内目录。

2.3 医疗设备档案资料的收集与建档工作由设备部负责，设备的使用部门指定设备责任人具体负责，管理医疗设备在运行过程中形成的使用记录、检查维护记录、损坏修理报告等文件材料及随机全套文件材料，并抄报材料目录，存档备查。

2.4 凡医疗设备的使用部门或个人，必须经设备部同意方可查阅设备档案。医疗设备档案的原件，原则上不外借，若有特殊需要须经设备部同意。借阅人员必须爱护档案资料，不得勾划，污损或撕页，否则一经查实，轻者给予批评教育，重者给予罚款处理。

2.5 档案管理人员负责对破损、褪变的档案资料和图纸及时修表复制。加强对档案柜的管理，环境和场所必须具有“八防”措施（防火、防盗、防光、防蛀、防鼠、防潮、防霉、防蚀）。

2.6 当设备发生借调、调拨和报废时，使用科室必须在固定资产管理系统中办理相关手续。

医疗设备使用管理办法

1. 目的

规范中心医疗设备的使用。

2. 标准

2.1 使用保管。

2.1.1 设备安装后，使用部门指定专人（责任人）保管和维护保养，同时责任人妥善保管设备使用说明书及各种附件。

2.1.2 医疗设备责任人、使用人都必须经过操作、保养培训，考核合格获得资质方能使用该设备。

2.1.3 设备责任人必须按《医疗设备维护保养制度》对设备进行日常清洁和保养，并填写《医疗设备维护保养登记表》。

2.2 院内借用。

2.2.1 借用前，必须在固定资产管理系统中填写申请，审批通过后，才能执行。

2.2.2 各部门和个人不允许以任何理由私自将仪器设备借给外单位使用，若需，则向设备部提出申请。

2.2.3 归还时，必须在固定资产管理系统中填写相应手续。

2.3 调拨。

2.3.1 调拨前，必须在固定资产管理系统中填写申请，审批通过后，才能执行。

2.3.2 若发生向外院的调拨，需要有上级领导批文。

2.4 赔偿。

2.4.1 赔偿范围：

2.4.1.1 凡因工作失职，违反操作规程等原因，造成整机不能使用或部分功能或数据丧失的。

2.4.1.2 凡病人、陪客损坏的，按责任划分，使用科室与病人共同赔偿。

2.4.1.3 因工作失职，造成设备或部件丢失的。

2.4.2 赔偿标准：

2.4.2.1 凡属人为损坏的，如可修复的按修理费的金额赔偿，不可修复的则按原价扣除折旧后赔偿，如属昂贵仪器设备人为损坏或造成报废，其金额报请院部讨论决定。

2.4.2.2 凡工作失职造成丢失的，按原价扣除折旧后赔偿。

2.4.2.3 凡发生设备的损坏、遗失、应立即书面报告科室负责人和设备部主任，并及时转交有关部门处理。如隐瞒不报，加重处理，将公物窃为私有，按盗窃贪污论处。

2.5 事故报告。

当医疗器械因停水、停电、停气、人为原因发生、器械本身原因发生事故时，使用科室应及时报告设备部协助处理。

2.6 新医疗设备及耗材试用管理制度。

使用科室提出新医疗设备或耗材试用申请，设备部对厂家及产品等进行资质审核，审核通过后，报医务部批准，然后提交设备管理委员会讨论，讨论通过后经分管领导批准，设备部执行采购与验收工作。

2.7 院外借用。

2.7.1 借入其他医院或厂商的医疗设备时：

借用科室向设备部提出医疗设备借用申请，设备部主任、后勤管理部主任、主管领导同意借用后征求纪检意见，同意之后设备部对医院或厂商及产品进行资质审核，审核通过后设备部联系借出方将设备运进医院。

2.7.2 本院借出医疗设备时：

借方向设备部提出借用申请，设备部主任、后勤管理部主任、主管领导同意借用后，设备部、所在科室、借方共同填写医疗设备借出表。设备送还时，设备部与所在科室共同验收设备性能是否正常，附件是否齐全。

2.8 接受捐赠。

院领导同意接受捐赠资产后，由财务部协同捐赠方填写《社会机构或个人自愿捐赠财产登记表》，设备部对财产的资质进行认证并会同使用科室对产品质量与功能进行验收并填写《医疗设备安装验收表》，设备部办理固定资产入库手续并通知财务部。

2.9 对外捐赠。

由经办科室提出申请报告，说明对外捐赠单位、原因、意义及相关法律文件，然后提交行政办公会议讨论审批，审批通过后，填写《行政事业单位国有资产处置申请表》，报送有关部门审批，审批通过后设备部办理资产减少手续，并将有关资料交由财务部。设备部会同使用科室及受赠方办理设备移出手续。

医疗设备维护保养制度

1. 目的

规范医疗设备的维护保养，保障医疗设备的使用安全。

2. 标准

2.1 医疗设备维护保养包括：使用科室执行的日常保养、医疗设备巡查和设备的预防性维护。

2.2 日常保养：使用人员或设备责任人在开始工作前完成，常用设备每天做1次，备用设备每周至少做1次，保养内容如下：

2.2.1 设备表面清洁、废液的清除。

2.2.2 整理各类连接线（电源线、导联线等）及附件，保持仪器设备整洁。

2.2.3 检查仪器设备运转是否正常。

2.2.4 保养工作结束后，应认真填写《医疗设备日常使用、维修记录册》。

2.3 医疗设备巡查：是指有资质的工程师每4个月对全院医疗设备进行巡查，巡查时间与预防性维护保养时间错开，巡查结束填写巡查记录表。

2.3.1 巡查内容如下：

2.3.1.1 该区域医疗设备电源线及插头是否完好。

2.3.1.2 被计量设备是否尚在有效期。

2.3.1.3 设备摆放是否稳固。

2.3.1.4 设备散热、通风口是否通畅、散热良好。

2.3.1.5 是否按规定使用“医疗设备使用、维修记录册”。

2.3.1.6 故障设备是否按程序报修。

2.3.1.7 配有充电电池的设备，是否处于充电状态或已充满电。

2.3.1.8 设备配件是否齐全。

2.3.1.9 急救设备是否正常。

2.3.1.10 设备上面未摆放与该设备无关的物品，如饮水杯、报纸、杂志等。

2.3.2 若巡查中发现问题应及时解决。

2.4 医疗设备预防性维护（PM）：是指有资质的工程师根据医疗设备风险评估结果，定期对设备进行预防性维护。

2.4.1 对于其他设备分别从临床功能、故障风险、预防性维护的作用、事故历史、设备厂商是否有特殊要求对设备进行风险评分，总评分13分以上的定为A类设备，PM周期为半年；总评分在

12–13分的定为B类设备，PM周期暂定为1年，7–11分的定为C类设备，7分以下的定为D类设备，故障时PM。

2.4.2　执行一段时间后对现行的预防性维护系统进行评估分析，若有必要则应及时修改，确保全院医疗设备的正常使用。

医疗设备计量管理制度

1. 目的

遵照《计量法》的要求，加强对医疗计量器具的管理。

2. 标准

2.1 医疗计量器具的管理。

2.1.1 每年用于医疗计量器具的检定费用列入财务预算。

2.1.2 新购进的计量器具必须由国家计量检定部门检定合格后才可发放使用。

2.1.3 设备部在三个院区分别设立兼职计量员，负责监督检查各院区计量法的实施情况，定期到各部门巡回检查，对于没有产品合格印、证，没有《制造计量器具许可证》标志，无检定合格印、证或者超过检定周期以及检定不合格的计量器具立即停止使用。

2.2 医疗计量器具的周期检定。

2.2.1 凡列入国家强制检定的医疗计量器具，由计量员登记造册，向省市计量部门申报备案。

2.2.2 设备部负责建立计量器具账册、卡片、档案，每年做好计量器具周期检定计划安排，组织落实计量器具周期检定工作。

2.2.3 计量员主动与省市计量部门确定各类仪器的具体检定时间。检定工作开始前，及时通知各相关部门做好检定准备。

医疗设备维修管理制度

1. 目的

规范医疗设备的报修、维修制度。

2. 标准

2.1 报修。

当医疗设备或器械发生故障时，使用科室必须第一时间通过办公网填写《医疗器械维修申请单》报修。

2.1.1 当设备可移动时，使用科室应打电话请运输队将设备送至院区设备维修组。

2.1.2 当设备不可移动时，工程师接到维修申请单应尽快到现场检修。

2.1.3 当科室设备需要紧急维修时，填写《医疗器械维修申请单》后应加拨电话通知设备工程师尽快到场维修。

2.2 维修。

2.2.1 维修时，工程师应将“设备维护中暂停使用”标志放置在设备的显著位置，并停止使用设备。

2.2.2 尚处在保修期内的医疗设备，未经保修厂商许可不得拆机检修。

2.2.3 外修设备时，设备部工程师应对取走设备人员及维修公司进行资质鉴定，并填写设备外修单，设备送还后，使用部门与设备部工程师共同进行验收。

2.2.4 设备的维修报告由接单工程师从《医疗器械维修申请单》处打印并存档。

2.2.5 发生维修费用时，在故障设备使用部门负责人和设备部工程师同意后执行维修工作，所有维修费用将进入成本核算。对于发票，需科室主任或护士长与设备部工程师需在背面签字确认。

2.2.6 设备使用科室不得随意联系其他外部人员维修设备，任何外来维修人员必须经设备部同意方可对设备进行维修，否则由此造成的一切后果由设备使用科室负责。

医疗设备、耗材召回制度

1. 目的

规范医疗器械的召回程序。

2. 标准

2.1 召回范围。

2.1.1 由产品生产厂商主动召回的产品。

2.1.2 产品具有产生潜在危害的可能，或设计上存在明显的缺陷并严重影响产品功能。

2.1.3 在使用过程中发生不良反应事件，经医疗器械临床使用安全管理委员会确定的或国家卫生行政管理部门文件通知的。

2.1.4 国家卫生行政管理部门勒令淘汰的医疗器械。

2.2 医疗设备召回程序。

2.2.1 当接到上级管理部门或中心医疗器械临床使用安全管理委员会通知某种医疗设备需要召回时，后勤设备部与使用科室沟通后通知所有被召回设备所在部门，并在被召回设备的显著位置挂上“暂停使用”标识牌。

2.2.2 使用部门接到设备召回通知后立即停用该设备，并在NC系统上填写报废审批手续，由后勤设备部按设备报废流程处理，禁止继续使用。

2.2.3 采购员、工程师应视科室需要调配备用设备供临床科室使用。

2.2.4 后勤设备部通知生产厂家或经销商来中心查明原因，提供书面报告并将处理结果记录封存。

2.2.5 后勤设备部与使用科室汇总有关召回情况向医疗器械临床使用安全管理委员会报告。

2.2.6 医疗器械临床使用安全管理委员会对召回器械讨论并对整个召回过程进行记录，上报有关部门。

2.3 医用耗材召回程序。

2.3.1 当接到上级管理部门或中心医疗器械临床使用安全管理委员会通知医用耗材有质量问题时，耗材采购员应立即清查中心是否在使用该产品，若有应立即通知相应科室立即停止使用，通知医械仓停止发货并召回问题耗材，清点并封存。

2.3.2 当临床科室使用过程中发现耗材有质量问题时，应立即停止使用，并向科部领导汇报，科部领导应立即向后勤设备部领导报告，后勤设备部应立即向护理部、医务部、院感科，视情况向中心主管领导和院外相关部门报告。

2.3.3 医械仓应立即停止发放有问题批号的耗材并通知其他相关使用部门停止使用并召回有问

题耗材，将问题耗材清点封存。

2.3.4　医械仓应立即在三个院区仓库内调拨耗材，更换新批号耗材或从政府阳光耗材采购目录中选购替代耗材给临床科部使用。

2.3.5　通知生产厂家或经销商来中心查明原因，提供书面报告并将处理结果记录封存。

2.3.6　医用耗材采购员在办公网上填写不良事件登记表，将事件上报中心JCI办公室。

2.4　定义。

医疗器械不良反应事件是指：获准上市的、合格的医疗器械在正常使用情况下，发生的或可能发生的任何与医疗器械预期使用效果无关的，已经或者可能导致、促使患者、器械操作人员死亡或严重伤害的事件。

医用耗材管理制度

1. 目的

严格按照《医疗器械监督管理条例》的相关规定管理中心医用耗材。

2. 标准

2.1 产品资质管理。

2.1.1 医用耗材生产、经营企业资质证件必须符合《医疗器械监督管理条例》的有关规定，由中心后勤管理部采购员负责审查认定，并存档备案。

2.1.2 经营企业所提供医院使用的医用耗材，耗材质量参数必须与注册证相符。

2.2 医用耗材采购管理。

2.2.1 心脏支架等4类高值耗材严格执行《2008年度卫生部全国高值耗材集中采购成交候选品种目录》及《2008年度全国高值医用耗材集中采购增补成交候选品种目录》进行采购。

2.2.2 神经外科和心胸外科类医用耗材严格按照《2011年广东省医疗机构医用耗材阳光采购品种目录》进行采购。

2.2.2.1 严格按相对应的配送关系采购入围品种，且采购价格不得高于入围价。

2.2.2.2 医院按照遴选结果与配送商签订配送合同，低于中标价，在阳光采购网平台进行三方（医院、供应商、生产商）确认后予以采购。

2.2.2.3 使用科室按照公布遴选结果的品种名称，在“NC”系统下单申购。

2.2.2.4 采购员根据申购汇总情况，在省医用耗材阳光采购平台进行网上下订单。

2.2.2.5 急救病人需要使用的医用耗材，使用科室可先电话告知采购员，再通过NC系统补申购单。

2.2.2.6 科室需要使用的新耗材，应在省入围目录中选择欲用品种，并在办公网上填写《医用耗材新品种申请表》。

2.2.2.7 在省标入围目录范围内的医用耗材，必须通过医用耗材平台系统软件在网上进行采购。

2.2.2.8 凡纳入重点监控限额采购目录的品种，原则上不能采购，如临床上确需使用，每个品规首次采购前必须报卫生局备案，年度采购金额不能超过医院医用耗材采购总金额的3%，并将使用情况定期在网上公布。

2.2.3 其他类别耗材按照《2008年广州市医疗机构医用耗材采购招标目录》进行采购，并随时按照广东省药品集中采购工作领导小组办公室的通知做调整。

2.2.4 对属于以上医用耗材集中招标目录范围，但不能满足临床实际使用而需另行采购的医用

耗材，申购科室必须在办公网上填写《医用耗材新品种申请表》，在医用耗材采购管理委员会讨论通过并报中心纪检监察室备案和财务部备案后，后勤管理部履行招标程序。

2.2.5 对不属于以上医用耗材集中招标目录范围内的耗材，按以下流程进行审批：

2.2.5.1 专科使用或有特殊用途的医用耗材。

申购该类耗材科室必须在办公网上填写《医用耗材新品种申请表》，按2.2.4所述程序履行。

2.2.5.2 医疗设备损耗性配件。

该类耗材如监护仪血氧探头及导连线、心电导连线、手术用电刀等不可收费医用耗材，申请科室需要在办公网上填写《医疗设备损耗性配件申购表》。

2.2.5.3 医疗设备损耗性配件申购。

2.2.5.3.1 科室申请人在办公网上填写《医疗设备损耗性配件申购表》，发往后勤管理部采购员处定价。

2.2.5.3.2 采购员定完价将该表发回申请人处，申请人再发往科室主任审批。

2.2.5.3.3 科室主任审批通过后，将进入后勤管理部审批流程。

2.2.5.3.3.1 申购配件价格在5000元以下（含5000元）的，由申请科室所在院区后勤管理部负责人审批。

2.2.5.3.3.2 申购配件价格在5000元以上，10000元以下（含10000元）的，须经后勤管理部主任审批。

2.2.5.3.3.3 申购配件价格在10000元以上，50000元以下（含50000元）的，须经中心分管副主任审批。

2.2.5.3.3.4 申购配件价格在50000元以上，100000元以下（含100000元）的，须经中心主任审批。

2.2.5.3.3.5 申购配件价格在100000元以上，200000元以下（含200000元）的，由中心分管副主任提交医院行政办公会议审批，审批后中心内部招标委员会设备组组织院内招标。

2.2.5.3.3.6 总价在200000元以上的，经中心行政办公会议讨论后，必须严格按照《招标法》的规定进行公开招标。

2.2.5.3.3.7 除院内招标和公开招标的项目外，由采购员执行审批后的采购任务。

2.2.6 对于来不及走招标途径，而临床科室又需要紧急购买的医用耗材新品种，科室申请人直接发协同至科室主任处（如属于手术用医用耗材需同时协同院区手术室护士长同意），科室主任应加签至医务部主任、后勤管理部主任处，后勤管理部主任应请示中心分管副主任，并报中心纪检监察室和财务部备案后方可执行采购，经授权的采购员应在对性能、价格、售后服务等方面做出比较后尽快进行采购。该途径采购医用耗材新品种仅限于紧急情况下，如之后需要经常使用的，申请科室应按2.2.4或2.2.5中相关规定申请。

2.3 医用耗材验收及出入库管理。

2.3.1 医院高值耗材实行零库存制度，低值耗材则保有一定的库存量，使用科室需要时在医院NC系统上申请下单，由耗材采购员采购。

2.3.2 产品送到后，由器械仓管理员根据送货单和发票清点数量，检查产品是否在有效期范围内，然后在NC系统上办理入仓、出仓手续后，由运输队将产品送至使用科室并签收交接，运输队

将出仓单仓库联送回器械仓归档。

2.4 高值医用耗材使用管理。

2.4.1 使用高值医用耗材的科室将耗材的生产日期、生产批号、标签取下贴到使用病人的病历上以备溯源。

2.4.2 耗材采购员在产品发票背面注明使用患者的姓名和住院号以备溯源。

2.4.3 坚决杜绝一次性医用耗材的重复使用，使用科室应对使用后的高值耗材进行登记，并严格按照中心《废弃物处置管理规程》处理。

2.5 注意事项。

2.5.1 对因特殊原因不能及时到货的医用耗材，采购员应及时告知医械仓库管理员和使用部门，并积极联系供货商组织货源。

2.5.2 采购员应妥善处理使用部门的投诉。对有严重质量问题的医用耗材，临床科室应及时在办公网上填写《医用耗材质量问题反馈表》，采购员应做好不良事件报告和记录，为今后采购时提供评估依据；同时，根据JCI的要求，临床科室应就发生的不良事件通过院内报告系统上报JCI办公室。

2.5.3 临床科室有义务对医用耗材的质量向JCI办公室、医务部、护理部和门急诊办公室投诉，接到投诉后应与后勤管理部联系，后勤管理部应立刻对被投诉产品暂时停止发放使用，并召回临床正在使用的产品。

2.5.4 后勤管理部采购组应建立医用耗材相关法规资料档案，杜绝伪劣品进入医院。

2.5.5 所有工作人员不得在采购过程中向对方索取和收受贿赂，不得为个人利益进行交易。

2.6 定义。

2.6.1 高值医用耗材包括：心脏起搏器、介入类耗材（含外周介入类、神经介入类、电生理类）、眼科耗材、神经外科手术耗材、心胸外科手术耗材、人工关节及骨科材料、透析器及透析管路、消化系统内窥镜诊断治疗部分耗材。

2.6.2 低值医用耗材包括：口腔科医用耗材、手术室常用医用耗材、医用高分子及注射穿刺类材料、医用卫生材料及敷料、医用X射线附属耗材、检验试剂、医用化验和基础设备器具、麻醉科耗材和消毒剂。

大型医疗设备配置与应用管理制度

1. 目的

规范大型医疗设备的管理，使之应用符合国家法律法规的要求。

2. 标准

2.1 大型医用设备的范围：应以国家相关部门颁布的甲类乙类大型医用设备目录为基准。

2.2 大型医用设备的申请应按照国家和省市规定的程序办理，获得批准后，应通过严格的采购招标，在投入使用前，应经省市大型医用设备配置和评审委员会进行评审，在获得《大型医用设备配置许可证》后方能投入运行。

2.3 大型医用设备使用人员实行技术考核、上岗资格认证制度。大型医用设备使用操作人员须经考核合格，取得《大型医用设备上岗人员技术合格证》，并在省市卫生主管部门登记注册方可上岗工作。

2.4 大型医用设备购置前，中心设备管理委员会应对大型医用设备的购置成本、相关配套设备购置成本、设施及工程建设成本，日常运行成本、人员成本、预计工作量和收费等情况进行调研，形成可行性报告，提交上级部门审核。

2.5 大型医用设备投入使用后，使用科室应责成专人负责日常管理，制订操作规程，保证运行环境良好，对使用情况进行登记。

2.6 大型医用设备的运行成本核算是医院经济管理的重要组成部分，设备购入之后，设备部应积极配合财务（卫生经济）部门每年对大型设备的使用效率和效益进行追踪分析。

2.7 科室大型设备实际使用情况的分析评价结果，应纳入科室年度考核的指标中。

外来医疗器械使用管理办法

1. 目的

规范外来医疗器械的管理。

2. 标准

2.1 向院外单位租赁、借用的医疗器械。

2.1.1 临床科室以办公网协同的形式向所在院区医疗设备维修组提出申请和说明（紧急情况可以电话沟通联系）。

2.1.2 医疗设备维修组依次呈报院区后勤管理部负责人、后勤设备负责人、后勤管理部主任审核（紧急情况可以电话沟通联系）。

2.1.3 后勤管理部主任报中心分管领导审批（紧急情况可以电话沟通联系）。

2.1.4 中心分管领导审批同意后，由后勤设备负责人负责与医疗器械供应单位联系，医疗设备工程师审查、评估医疗器械的性能、质量等。

2.1.5 医疗器械经医疗设备工程师审查通过后方可拨付申请科室使用。

2.1.6 在使用过程中涉及租赁费用的，以扣除使用科室成本的方式结算。

2.2 生产厂商提供的临床试用医疗器械。

2.2.1 该类医疗器械应在国家药监局GCP认证批准的专业内进行临床试用。

2.2.2 临床试用科室应向后勤设备负责人提出临床试用申请，并提供临床试验方案，由后勤设备负责人依次呈报后勤管理部主任审核、中心分管领导审批。

2.2.3 后勤设备负责人将审批结果呈报市卫生局主管部门，在取得卫生局主管部门同意后方可允许临床科室进行临床试用。

2.2.4 临床科室在开展医疗器械临床试用前，必须向受试者或其监护人充分告知相关事宜，并征得受试者本人或其监护人同意后方可实施。

2.2.5 在医疗器械产品临床试用过程中，临床科室要严密监测医疗器械产品的安全性和有效性，对发现的不良事件要及时采取处置措施，做好相关记录，按照有关规定及时报告，保护受试者健康和生命安全。

2.3 社会团体、企业或个人捐赠的医疗器械。

2.3.1 临床科室接受社会团体、医疗器械企业或个人捐赠的医疗器械，必须向后勤设备负责人以办公网协同的形式提出申请。

2.3.2 医疗设备工程师对所捐赠医疗器械进行审查并评估其性能、质量等。

2.3.3 工程师审查通过后，属固定资产的由固定资产管理员办理相关捐赠手续并予以入账管理。

2.3.4　将医疗器械拨付临床科室使用。

2.4　供应商来本院推广、介绍并免费试用的医疗器械。

2.4.1　临床科室应以办公网协同的形式向所在院区医疗设备维修组提出申请。

2.4.2　医疗设备工程师对所涉及医疗器械的《医疗器械生产许可证》、《医疗器械经营企业许可证》、《医疗器械产品注册证》等证件进行审核。

2.4.3　审核通过后报所在院区后勤管理部负责人审批，审批通过后，科室方可使用。

2.4.4　在今后的医疗器械采购中，不代表医院一定要选用该品牌、该供应商的医疗器械。

医院节能管理制度

1. 目的

响应国家建立资源节约型、环境友好型社会的号召，建立节约型的绿色医院。

2. 标准

2.1 照明节能管理。

2.1.1 各部门工作人员应做到下班时人离灯熄，光线充足时，应尽量少开灯或不开灯。

2.1.2 公共走廊、通道、大堂除（上午7时至晚上6时，冬天可提前或推迟）外，在保留一定光度的情况下，关闭其余灯光。

2.2 空调节能管理。

2.2.1 科室工作人员负责使用、保护末端设备如风机盘管、风口、调速器等设备。空调坚持中低档运行，在温度适可的情况下，不开空调或少开空调。

2.2.2 夏季办公区域空调温度不得低于26℃，冬季不得高于20℃，使用空调时需关好门窗。下班时，一定要关闭空调、风机后，方可离开。

2.3 其他节能管理。

2.3.1 尽量使用可循环利用的餐具，减少一次性餐具的使用。

2.3.2 办公时应减少一次性文具的使用，开展无纸化办公，充分利用OA或邮件等网络功能，文件的草稿及清样的打印、复印一律双面使用。

2.3.3 电脑、打印机、饮水机、复印机、碎纸机等办公设备都要减少待机能耗，如长时间不使用，应及时关闭电源。

2.3.4 采购部门应尽量购买节能产品和设备。

资产变动、调拨、报废管理制度

1. 目的

规范中心固定资产在院区内变动、院区间调拨以及报废的管理制度。

2. 标准

2.1 资产变动。

2.1.1 资产变动是指资产在同一院区内的不同科室间进行调配。

2.1.2 由调出资产科室的管理员在NC系统上填写资产变动表格，选定调入资产科室管理员。

2.1.3 调入资产科室管理员审核同意资产调入后，指派给所在院区实物管理部门资产管理员审核。

2.1.4 所在院区实物管理部门资产管理员审核同意资产变动后，由二级账管理员打印出所需变动资产单据，交发生资产变动院区的实物管理部门管理员签名。

2.1.5 所变动资产由当事科室的资产管理员自行交接，如涉及大件或需要拆卸的资产，由后勤管理部相关技术部门协助处理。

2.2 资产调拨。

2.2.1 资产调拨是指资产在不同院区间进行调配。

2.2.2 由调出资产科室的管理员在NC系统上填写资产调拨表格，选定调入资产科室管理员。

2.2.3 调入资产科室管理员审核同意资产调入后，指派给调入资产科室所在院区实物管理部门资产管理员审核。

2.2.4 调入资产科室所在院区实物管理部门资产管理员审核同意后，指派给调出资产科室所在院区实物管理部门资产管理员审核。

2.2.5 所有审核通过后，由二级账管理员打印出所需变动资产单据，交发生资产变动院区的实物管理部门管理员签名。

2.2.6 所调拨资产由当事科室的资产管理员自行交接，如涉及大件或需要拆卸的资产，由后勤管理部相关技术部门协助处理。

2.3 资产报废。

2.3.1 符合以下条件的资产方可以报废：

2.3.1.1 资产严重损坏无法修复者。

2.3.1.2 资产使用已到年限，且严重老化，已不能达到正常技术指标者。

2.3.1.3 严重污染环境或不能安全运转，可能危害人身安全与健康，又无改造价值者。

2.3.1.4 维修费用过高（一次大修费用超过其原值50%以上），继续使用在经济上不合算者。

2.3.1.5　性能检测（含计量）不合格，强制报废者。

2.3.2　申请报废资产的程序：

2.3.2.1　申请报废资产科室管理员在NC系统中资产处理一栏下填写《资产报废单》，指派给所在院区实物管理部门资产管理员审核；同时打印出纸质《资产报废单》签名后交由所在院区实物管理部门资产管理员。

2.3.2.2　院区实物管理部门资产管理员应会同相关工程技术人员到现场对待报废设备进行技术鉴定，符合2.3.1中的报废条件的，参与技术鉴定的工程师需要在《资产报废单》上签名。

2.3.2.3　实物管理部门资产管理员汇总待报废资产，制成《行政事业单位国有资产处置审批表》、《行政事业单位国有资产处置明细表》、《广州市卫生局属单位国有资产汇总表》并打印后，连同纸质《资产报废单》一起送交二级账管理员审核。

2.3.2.4　二级账管理员在《广州市市直行政事业单位资产清理报表》上审核待报废资产并做标记；同时，将纸质《行政事业单位国有资产处置审批表》送中心实物管理部门、技术质量部门、审计监察部门、财务部门、中心领导审核签名后，将审核结果连同纸质《广州市市直行政事业单位资产清理报表》一起交中心财务部。

2.3.2.5　待报废资产在上级主管部门核准报废后，实物管理部门资产管理员通知申请资产报废科室的资产管理员，将需报废资产送至由实物管理部门提供的暂存处存放。

2.3.2.6　实物管理部门资产管理员即可在NC系统做最后报废审核，审核后的资产将从财务部固定资产账上除掉。

2.3.2.7　大型医用设备一律由省职业病防治院大型医用设备检测小组无偿收回作报废处理，并由检测小组出具收据，医院据此办理固定资产报废的有关手续。

2.3.2.8　放射性医疗设备及严重污染环境的医疗设备报废后，按规定移交或销售给有资质的公司。

2.3.2.9　使用部门不准擅自转让、出售、拆卸设备。经批准报废的设备由后勤管理部招标处理。

安全教育及特殊工种培训管理制度

1. 目的

建立对员工的安全教育制度，提高员工对安全知识的认识程度。

2. 标准

安全生产三级教育和培训。

2.1 培训对象。

2.1.1 新入职员工；

2.1.2 离岗6个月以上的或者换岗的从业人员；

2.1.3 采用新工艺、新技术、新材料或者使用新设备后的有关从业人员。

2.2 安全生产教育和培训内容。

2.2.1 院级培训（由人事部负责、相关部门协助）：安全生产的意义、方针、政策、法律法规和医院相关安全工作的规章制度、安全生产常识以及相关的经验教训等。

2.2.2 科级培训（由相关科室负责）：本科室设施设备重点部位的危险因素、注意事项、事故预防措施和本科室安全生产规章制度。

2.2.3 上岗前培训（由该岗位的上报对象负责）：岗位安全生产操作规程、各种安全工具、器具及安全装置的性能及使用方法、突发事件应急预案和劳动防护用品的使用和保管。

2.3 特殊工种人员安全管理制度。

2.3.1 为保证特殊工种人员的技术素质，提高其作业的规范化水平，保障安全生产，制订本制度。

2.3.2 特殊工种的范围：物业公司高压电工、低压电工、电梯作业人员、水箱清洗人员、电焊工、压力容器作业人员等作为特种作业人员均必须持证上岗。物业公司应按国家有关要求进行专业性安全技术培训，经考试合格，取得特种作业操作证后方可上岗。

2.3.3 特殊工种人员在独立上岗作业前必须进行安全技术培训，培训应实行理论教学与实际操作技能相结合的原则，重点是提高其安全操作技能和预防事故的能力。

2.3.4 培训结束后，应对特殊工种人员进行安全技术理论和实际操作两部分的考核，考核内容应根据国家劳动部颁发的《特种作业人员安全技术培训考核管理规定》和其他有关规定确定；经考核合格取得劳动部门核发的操作证后，方准上岗独立操作。

2.3.5 离开特种作业岗位一年以上的特种作业人员，须重新进行安全技术考核，合格者方可从事原作业工种。

2.3.6 已取得操作证书者，每隔2年（高压电工、水箱清洗人员体检需1年1次），需由原考核

单位复训考核1次，复审不合格者，应收缴其操作证，取消其操作资格。

2.3.7　特种作业人员违章作业，应视其情节，给予批评教育或吊扣、吊销其操作证。造成严重后果的，应按有关法规进行处罚。

2.3.8　《特种作业人员操作证》不得伪造、涂改或转借。

2.3.9　部门领导对所属特殊工种人员应进行经常性的安全生产和安全技术操作规程的教育、指导，督促他们在生产操作的同时，牢固树立“安全第一”的思想，避免事故发生。

2.3.10　企业劳工部门应按规定及时发放特殊工种人员的防护用品，督促有关部门对特殊工种人员的劳保用品的使用情况和遵守安全技术操作规程情况进行监督考核，防止事故的发生。

2.3.11　物业公司负责组织到达复训期限的特殊工种人员进行复训考核。并负责特殊工种人员的培训、复训和考核取证工作，对特殊工种人员的培训、复训成绩进行建档记录，及时把培训和复证情况登记至《特种作业人员登记表》。

2.3.12　本院特殊工种职工由人事部负责以上事项。

2.4　特殊工种人员应具备的要求。

2.4.1　年满18周岁以上，工作认真，遵章守纪。

2.4.2　具有初中以上文化程度，具有本工种的操作技能和安全专业技术知识，考核成绩合格者。

2.4.3　身体健康，无妨碍从事本工种作业的疾病和生理缺陷。

安全质量监督制度

1. 目的

加强医院安全生产管理。

2. 标准

2.1 安全生产领导小组及安全生产职能部门应经常性地利用“安全生产月”、“119消防宣传日”等重大节点活动广泛开展安全生产宣传教育活动，增强职工安全意识，减少事故的发生。

2.2 凡是新进职工都必须接受不少于1小时的安全生产教育课，把安全生产教育课与新职工培训同计划、同教育、同实施。

2.3 根据安全生产活动的重要节点，按照科室特点每年适时开展消防疏散和灭火救援演练、反恐、防生物污染泄漏演练等。

2.4 每季度或四大节日、重大安全生产节点对重点要害部位全面的开展安全检查。检查后出具“检查单”一式二份，一份交被查部门、一份留底归档，需要整改的另发整改通知书。

2.5 特种设备需要检修的专业单位应出具一份维护检修单予甲方，常年进行维护保养的设备（如：电梯、火灾报警系统等）应每月出具一份维护保养单予甲方。安全附件（如：压力表、安全阀、安全毯、安全手套、安全靴、安全棒等）根据国家规定按时检测。检测结果由各部门自行归档。

2.6 后勤管理部总务科要做好防汛防台风物资的准备工作，包括雨衣、雨靴、电筒、扫帚、煤铲编织袋等。

地板胶保养及清洁规范

1. 目的

规范地板胶的保养及清洁。

2. 标准

2.1 各科室要加强对地板胶管理和保养，放置家具及设备时要预先定好位置，尽量避免家具及设备放置后再移位。

2.2 在搬运或移动家具及设备时，要在运输路线上加铺缓冲衬垫，不可直接在地胶板上拖拉。

2.3 平时要注意避免坚硬或尖锐的器具跌落在地板上，避免损坏地胶板。

2.4 为防止划伤地面，尽可能不要穿带钉的鞋子在地面行走。

2.5 地胶板不可以直接接触热源，不得在地胶板上放置60℃以上的高温物品，如电水壶等。不得丢弃烟头，否则会在地胶板上留下烫伤痕迹。

2.6 地胶板上粘附的口香糖污垢，可用塑料袋包水放在冰箱里冻成冰块，然后将冰块放在口香糖上，使其冷却变硬，再小心刮掉。

2.7 地胶板清洁时，宜采用柔和中性清洁剂，温水擦拭，不可使用强酸或强碱清洗地胶板。

2.8 地胶板洒上墨水、油类等，要及时处理，日常清洗可用洗衣粉水、肥皂水，去除污迹。遇到较难清除的污迹，不要用钢丝球打磨。

2.9 为了减少地胶板表面的磨损，延长使用寿命，保持地面整洁美观，需定期进行彻底清洗，打蜡、保养，一般每3个月1次，人流量大的可1至两个月1次。

固定资产信息卡粘贴规范

1. 目的

规范固定资产条码标签的粘贴。

2. 标准

2.1 资产标签的粘贴范围。

资产分类中房屋建筑物、土地、交通安全设施等不适宜粘贴的可以不贴标签，除上述情况外的固定资产原则上均需要粘贴标签。

2.2 资产标签的粘贴原则。

按照物品通常摆放位置，从不影响总体美观、易于粘贴、便于查看的原则出发，选择合适的位置粘贴标签。具体要求如下：

2.2.1 能够正面粘贴的，首先选取正面右上角处粘贴。

2.2.2 正面无处粘贴的，可选择在顶部粘贴，顶部粘贴到前端位置。

2.2.3 正面和顶部都无法粘贴的，可选择在侧部前上角。

2.2.4 上述位置均无处粘贴的，可粘贴在背面右上角处。

2.2.5 笔记本电脑的标签粘贴在底部不影响机器散热的合适地方。

2.2.6 各类车辆的标签粘贴的车辆前挡风玻璃内侧右上角。

2.2.7 无法粘贴标签或不适宜粘贴标签的资产，可将标签中包含条形码及资产编号的区域剪下粘贴。

2.3 资产标签粘贴注意事项。

2.3.1 标签粘贴务求位置端正、整齐划一，保持平整，不能弯曲。

2.3.2 标签应该粘贴在表面平坦、醒目且不易磨损的位置，以方便查看、扫描。

2.3.3 标签与距离资产边界应保留一定的距离，一般以1厘米左右为宜。

2.4 设备类资产标签粘贴要求。

2.4.1 设备标签粘贴原则上选择在不易磨损的外壳处，并应方便查看，若条件允许最好粘贴在设备的右侧或右上方。

2.4.2 对于由台件组成的大型设备以一套“XX系统”建账的（如多媒体音箱系统），标签应粘贴在主机或价值高、体积大的设备上。

2.4.3 对于粘贴处为曲面（类似圆柱面）的，标签按曲面中轴方向粘贴。

2.4.4 如遇尺寸大于微小设备的（如数码相机等），请保留重要信息（资产编号、条形码），其余剪除后再粘贴。

2.5　家具类资产标签粘贴要求。

2.5.1　柜类、架类家具粘贴在柜（架）正面右上角横框处。

2.5.2　桌类、沙发类家具粘贴在侧面上部。

2.5.3　带靠背的椅子类家具粘贴在后背底部，凳类家具粘贴在坐面底部。

2.5.4　床类家具粘贴在床腿正面不易磨损处。

2.5.5　其他类家具视其外形选定不宜磨损的位置粘贴。

2.6　标签粘贴的操作程序。

2.6.1　对照设备和台账上的资产编号选取相应的标签，核对标签信息无误。

2.6.2　将标签一端撕下，粘贴在资产规定的位置。

2.6.3　抹平标签，使之牢固，不能有边、角翘起现象。

2.6.4　标签的大小为60×35，标签颜色和字体颜色要配合医院VI方案，具体以医院办公室公布的方案为准。

珠江新城院区住院楼电梯使用规定

1. 目的

为规范珠江新城院区住院楼乘坐电梯的秩序，做到孕产妇、病人、病属与工作人员分流乘梯，现做如下规定。

2. 标准

2.1 住院楼1至5号电梯为手术和孕产妇、病人、病人家属专用梯。1、4、5号电梯为孕产妇、病人、病人家属专用梯，2号电梯为医用专用梯和机动电梯；3号电梯为手术病人专用电梯。

2.2 本中心工作人员或送病人检查人员原则上不得乘坐住院楼1至5号电梯，如上下楼可乘坐6、7号医护人员专用电梯。

2.3 订餐、送餐、运送标本及文书的物业公司人员，上下楼乘坐6、7号电梯。物业公司其他工作人员上下楼乘坐10、13号电梯。

2.4 施工、送货、联系业务人员，乘坐10、13号电梯。

2.5 有特殊需要使用1、2、3号电梯或需导梯员的，由后勤管理部安排。

建筑设施巡查制度

1. 目的

加强建筑设施巡查，发现问题及时整改，为病人、病属、员工及外来人员提供一个安全的环境。

2. 标准

2.1 各院区根据实际情况对院区进行区域划分，制订本院区的建筑巡查计划时间表。

2.2 巡查人员应对每个划定的巡查区域检查以下内容：

天花有无霉烂、松动、上翘、凸起或凹陷；

防火门正对的天花上方有无穿墙洞；

穿越楼层间的管道周围是否密封严实；

安全出口标志是否足够、指示是否正确；

各类电箱是否上锁；

各个房间内是否有杂物堆放、存在消防隐患的房间；

各个走火通道是否畅通，有无链锁或软锁将逃生通道门锁住的情况；

扇灰墙面有无脱灰、发霉；

瓷砖墙面有无空洞、脱落；

地面有无坑洞、破损；

地板砖有无脱落、烂裂；

地板胶有无刮花、开裂；

墙面、卫生间有无渗水；

门、窗有无变形，插销、纱窗是否正常，构件有无缺失；

围墙、围栏有无破损；

设施设备外壳、铁门、铁栏杆有无锈蚀；

天台门是否上锁，上面有无垃圾、杂物、积水；

电灯不亮、电线杂乱。

2.3 巡查人员根据2.1中制订的巡查计划，按照巡查表对院内建筑设施进行巡查，并将巡查中发现的问题记录下来。

2.4 各院区每周将发现的问题汇总到整改计划，上交后勤管理部备案。

2.5 各院区按照整改计划进行整改，后勤管理部指派专人负责监督。

中心接受社会慈善救助基金的管理办法

1. 目的

为了规范中心接受社会各界慈善救助基金（以下简称基金）的行为，保证各项基金的合理使用，充分发挥基金的使用效益，根据《中华人民共和国公益事业捐赠法》、《医疗机构接受社会捐赠资助管理暂行办法》等国家法律、法规，制订本管理办法。

2. 标准

2.1 成立基金管理办公室，办公室主任由中心主任担任，基金的日常管理工作由中心联络部负责。

2.2 基金管理办公室职责。

2.2.1 负责策划、联络中心基金项目的设立、协议签订和基金的运作管理。

2.2.2 按照协议的规定，负责制订《慈善救助基金的使用管理办法》。

2.2.3 负责基金使用的申报资料审批、建档工作，妥善保管基金使用资料。

2.2.4 督促、检查基金的工作方针和捐赠协议的执行情况。

2.2.5 配备专人建立基金项目的辅助账，定期与财务部或捐赠合作方核对收支情况，并反馈基金的管理和使用情况。

2.3 基金的收入管理。

2.3.1 基金必须以法人或其授权人的名义接受捐赠，并与捐赠人签订书面协议，约定捐赠方式、数额、资金用途和使用方式。

2.3.2 接受的基金要纳入中心财务部门统一核算和管理。

2.3.3 中心接受的基金财务部应按规定设置专门科目进行专项管理，确保基金专款专用。

2.4 基金的使用管理。

2.4.1 基金的使用应事前办理审批手续，未经基金管理办公室审核确认，各科室不得自行通知住院收费处进行基金记账结算。

2.4.2 基金的使用要严格按照《协议书》或相对应的《慈善救助基金使用的管理办法》规定的救助对象、救助范围和救助标准进行专款专用，不得超范围、超标准申报使用，并严格按照相关的申请和审批流程进行办理。

2.4.3 申请科室的负责人要对救助对象的申报条件做好事前审核把关工作。主管医生、护士要细心观察患儿家庭平时的衣着、饮食、生活、语言、籍贯等方面的情况来确认救助患者家庭的困难程度，充分了解救助对象是否有新农合、医保和商业保险等医疗保障体系的资金，对治疗技术有优势、治疗康复效果好、社会影响良好的贫困家庭患儿，但又无力支付全额费用的真正贫困家庭患儿

给予办理申请。

2.4.4　申请科室对申请救助的对象要充分了解本人是否有新农合、医保和商业保险等医疗保障体系的资金，如果有的话要优先使用医疗保障体系的资金，一般情况下，救助对象属于公医医保病人的申请应严格加强控制，从严把关，不得随意申请。

2.4.5　申请科室所在的科部组织3名以上（含3名）具有副主任医师职称的专家组人员负责对申请救助对象的病情进行医疗评估，确认申请必要。

2.4.6　基金的使用主要是对救助对象治疗缺口的医疗费用给予适当限额的补助，申请科室要加强住院按金的追收工作和控制救助对象欠费的增长，符合条件的救助对象已经交纳的住院按金不得随意办理退回，如发现无故退回救助对象住院按金情况，所申请的基金不予批准使用并由科室承担欠费损失责任。对特殊情况患者如社会影响大的或极其贫困的应放宽住院按金的交纳。

2.4.7　各科室应在救助对象出院前准备好各项申报材料，各项申报材料不许代填、代签，保证所填材料的真实性、严谨性和合法性。各项申报材料应在救助对象办理出院结算后的7个工作日内，上交基金管理办公室的专人进行审核，经基金管理办公室审核同意，报基金管理办公室主任签批后，按照基金批复金额的80%确认科室的业务收入，未经基金管理办公室审核同意或申报材料不符合规定、不齐全的基金申请，不得确认科室的业务收入。

2.4.8　财务部每月10日前，提交上月各科室出院病人申请基金的情况，交基金管理办公室进行核对备案。

2.5　基金使用的审批流程。

2.5.1　科室确认救助对象具备基金申请的基本条件，先填写《贫困儿童申请慈善救助基金审批表》一式两份，经科部负责人审批后报基金管理办公室，由基金管理办公室根据慈善救助基金的资金状况指引科室申请对应的基金项目。

2.5.2　科室按照基金管理办公室批复的基金项目，填写相关的申报材料并上交基金管理办公室。

2.5.3　基金办公室专人负责审核申请科室递交的材料，符合条件的签名确认，并提交基金管理办公室主任签发审批意见。

2.5.4　基金管理办公室主任签发审批意见后交基金会审批或备案。

2.6　监督检查。

2.6.1　财务部、纪检监察部门或相关业务部门，根据救助项目是否属于公益非营利性质、是否涉嫌商业贿赂和不正当竞争等情况，提出是否接受捐赠的意见，并报中心领导集体审核同意后办理。

2.6.2　审计部门不定期地监督检查中心基金使用和管理情况，并向中心领导汇报。

中心募捐箱的日常维护和安全管理规定

1. 目的

为了做好社会上各慈善机构在中心内设置募捐箱的日常维护和安全管理工作，制订本规定。

2. 标准

2.1 中心各类募捐箱的接收和管理工作设在联络部，并由财务部和保卫部共同配合做好各院区募捐箱的日常维护和安全保护工作。

2.2 联络部负责接收的募捐箱一般情况下设置在中心各院区的收费窗口，如在其他公共区域设置募捐箱须报中心办公室同意。

2.3 在中心各院区设置的募捐箱由财务部安排专人对募捐箱进行管理，负责募捐箱的日常保洁维护和安全保护工作，当善款达到募捐箱三分之二容量时，应及时将募捐箱放回中心的资金保管室内，封存募捐箱投币口并告知联络部。

2.4 保卫部负责各院区募捐箱的巡视，防止募捐箱被人为损坏或被盗，如发现募捐箱有被撬、被盗、被人为损坏等异常情况，要及时通知联络部，并报告当地公安机关。联络部收到通知后负责报相关慈善机构备案。

2.5 募捐箱的开箱钥匙和固定位置钥匙分别由联络部和财务部保管。财务部要配合联络部做好开箱收款工作，由双方工作人员同时在场开箱，将善款装入银行箱后即时上锁送存银行清点。财务部根据银行清点送款单开具收款收据交联络部。开箱收款工作结束后，募捐箱由财务部放回原处。

2.6 各类善款不得挪用和擅自改变用途，联络部负责定期将善款转交相关慈善机构，并办理相关的交接手续。

危重就诊者医疗欠费处理规定

1. 目的

保证危重就诊者得到及时有效的处理，同时合理地控制医疗欠费的增长。

2. 标准

2.1 因没有经济支付能力并经医生诊断符合以下条件的就诊者，按《危重就诊者抢救管理制度》对其进行必要的检查及抢救治疗。

2.1.1 符合急诊科接诊标准；

2.1.2 符合重症监护室（ICU、NICU、CCU）转入标准；

2.1.3 其他危重症情况。

2.2 抢救期间要严格控制使用贵重药品和进行昂贵检查；仅使用抢救、普通维持药品，做常规的检查、治疗项目。抢救完成后，由参与抢救的最高职称的医生向科室负责人、医务部及中心主管领导报告。

2.3 就诊者在抢救期间产生的医疗欠费确因经济困难没有偿还能力的，科室可以申请为其办理立欠手续。

2.4 办理立欠手续时，应由科室负责人、科部负责人、医务部审核，签名确认该欠费是属于“危重就诊者抢救时产生的欠费”，并报中心领导签批。

2.5 危重就诊者申请立欠时需提供的资料：

2.5.1 就诊者病历首页或门诊病历；

2.5.2 诊疗费用清单；

2.5.3 抢救记录复印件；

2.5.4 病人相关资料，包括身份证或户口本复印件；属于城镇困难人员和优抚对象的，需要提供相关证件、证明复印件。

2.6 抢救期间发生的医疗欠费，按照欠费总额的70%确认欠费科室的业务收入，其余的30%不作为科室业务收入，由欠费科室负责承担。

2.7 抢救治疗费用超过20000元，且治疗效果好的病人，若符合慈善救助基金申报条件的，科室可以根据《中心接受社会慈善救助基金的管理办法》规定，帮助病人申请慈善救助基金进行适当的资助，减轻病人的负担。

医院感染控制综合计划

1. 目的

加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，保障医疗安全，提高医疗质量。

2. 医院感染管理组织与职责

2.1 医院感染管理体系。

根据国家医院感染管理法的要求，建立三级监控网络体系（医院感染控制管理委员会-感染控制科-医院感染监控小组），并落实各级职责。

2.2 医院感染控制管理委员会组织与职责。

2.2.1 医院感染控制管理委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门、管理办公室、影像部及麻醉科主要负责人组成，主任委员由主管医疗工作的副院长担任。

2.2.2 医院感染控制管理委员会负责全院医院感染管理工作，具体职责详见《医院感染控制管理委员会职责及工作制度》。

2.3 医院感染管理科专职人员组织与职责。

2.3.1 医院应按200-250张实际使用病床，配备1名医院感染专职人员。

2.3.2 医院感染管理科负责医院感染预防和控制管理项目的总体监控，具体职责详见《医院感染控制科人员及岗位职责》。

2.4 医院感染控制小组组织与职责。

医院感染控制科下设的科室医院感染控制小组，负责科室的医院感染预防控制与管理工作。具体职责详见《各科室医院感染控制小组人员及岗位职责》。

2.5 医务部在医院感染管理工作中的职责。

2.5.1 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。

2.5.2 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。

2.5.3 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、部门开展感染调查与控制工作；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。

2.6 护理部在医院感染管理工作中的职责。

2.6.1 协助组织开展全院护理人员预防控制医院感染知识的培训。

2.6.2 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、过期医疗用品的管理等有关医院感染管理的规章制度。

2.6.3 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。

2.7 总务后勤管理部在医院感染管理工作中的职责。

2.7.1 负责全院环境的清洁、消毒管理工作。

2.7.2 负责组织医院废弃物的收集、运送及无害化处理工作。

2.7.3 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。

2.7.4 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。

2.7.5 对洗衣房的工作进行监督管理，符合医院感染管理要求。

2.7.6 对尸检房的工作进行监督管理，符合医院感染管理要求。

2.7.7 负责一次性医疗器械、消毒器械的日常管理，符合医院感染管理要求。

2.8 药剂科在医院感染管理工作中的职责。

2.8.1 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。

2.8.2 及时为临床提供抗感染药物信息。

2.8.3 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。

2.8.4 负责消毒药品的日常管理。

2.9 检验部在医院感染管理工作中的职责。

2.9.1 负责医院感染常规微生物学监测。

2.9.2 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。

2.9.3 发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。

2.10 临床科室在医院感染管理工作中的职责。

临床科室应建立医院感染管理小组，由科主任、护士长及本科兼职监控医师、护士组成，在科主任领导下开展工作。其主要职责是：

2.10.1 负责本科室医院感染管理的各项工作，根据本科室医院感染的特点，制订管理制度，并组织实施。

2.10.2 对医院感染病例及感染环节进行监测，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率；发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理科，并积极协助调查。

2.10.3 监督检查本科室抗感染药物使用情况。

2.10.4 组织本科室预防、控制医院感染知识的培训。

2.10.5 督促本科室人员执行无菌操作技术、消毒隔离制度。

2.10.6 做好对卫生员、配膳员、陪住、探视者的卫生学管理。

2.11 医务人员在医院感染管理工作中的职责。

2.11.1 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。

2.11.2 掌握抗感染药物临床合理应用原则，做到合理使用。

2.11.3 掌握医院感染诊断标准。

2.11.4 发现医院感染病例，及时送病原学检验及药敏试验，查找感染源、感染途径，控制蔓延，积极治疗病人，如实填表报告；发现有医院感染流行趋势时，及时报告感染管理科，并协助调查。发现法定传染病，按《传染病防治法》的规定报告。

2.11.5　参加预防、控制医院感染知识的培训。

2.11.6　掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤。

2.12　医院感染管理协调机制。

2.12.1　临床科室发现医院感染隐患及问题，及时报告科室医院感染控制小组，经科室感控小组核实，向医院感染控制科报告。

2.12.2　医院感染控制科根据情况指导科室采取相应措施，如涉及多部门协调（大于等于3个部门），感染控制科应报告医院感染控制管理委员会主任委员，召开医院感染管理委员会会议，由各部门对相关情况进行讨论，形成意见，反馈感染控制科，感染控制科指导科室开展相应工作。

2.12.3　医院感染控制管理委员会每年召开4次会议，对医院感染控制工作进行常规指导。

3. 医院感染知识培训

3.1　医院感染控制科负责全院各级人员医院感染预防控制知识培训，根据《医院感染知识培训制度》要求，每年举办医院感染学习班1–2期，根据人员专业/职业特点开展针对性培训。

3.2　对新上岗人员、进修生、实习生进行医院感染知识的岗前培训，时间不得少于3学时，考核合格后方可上岗。

4. 降低医源性感染风险的监测项目

4.1　医院感染监测控制目标。

4.1.1　法定报告传染病及时报告率100%；

4.1.2　医院感染患病率≤10%；

4.1.3　医院感染实查率>96%；

4.1.4　医院感染率≤10%；

4.1.5　每月手卫生依从性力争保持在50%以上；

4.1.6　抗感染药物应用率力争控制在50%以下。

4.2　法定传染病及时报告监测项目。

根据国家制定的《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范》和医院《法定传染病报告管理制度》规定的流程及要求，监测在医院门急诊和住院病人中法定传染病发生及诊断情况，并在24小时内向院区所在辖区的CDC报告。定期进行数据统计，汇总后上报医院和各临床科室。此为长期项目。

4.3　医院感染综合性监测（详见《医院感染综合性监测规程》）。

4.3.1　每年至少进行1次现患率调查，由医院感染控制科主持，要求现患率≤10%。

4.3.2　医院感染控制科做好日常监测，督促临床科室按照《医院感染报告与奖罚制度》及时上报医院感染散发病例。

4.4　医院感染目标性监测。

4.4.1　每年根据本院区实际情况开展1–2项目标性监测。（详见《医院感染目标监测规程》）

4.4.2 根据本院制订的《导尿管相关尿路感染预防与控制制度》、《呼吸机相关性肺炎预防与控制制度》、《导管相关血液感染预防与控制制度》进行监测，医院感染控制科定期收集数据，查阅病历核实资料，查看病人病情，按季度统计分析数据形成报告反馈至相应科室负责人。

4.4.3 根据本院制订的《手术部位感染预防与控制制度》，临床科室认真落实相应措施，由医院感染控制科负责统计切口感染发生率。

4.5 医院感染流行、暴发监测（详见《医院感染暴发流行预警机制》）。

为防止医院感染暴发流行，凡是在1周内同一病区出现2例及以上同一病原菌或临床症状相似的患者，医院感染管理专职人员即会同临床医护人员启动相应预警机制，采取相应的防控措施。

4.6 多重耐药菌监测（详见《多重耐药菌预防与控制制度》）。

对MRSA、ESBLs、多重耐药鲍曼不动杆菌和铜绿假单胞菌进行监测。医院感染控制科定期查看微生物室上报培养阳性细菌数据，若发现有上述耐药细菌立即通知相关病区，并要求采取隔离措施。对MRSA病例实行跟踪监测。

检验科每季度汇总细菌监测数据，向全院公布。

4.7 消毒与灭菌监测（详见《医院感染综合性监测规程》、《医院消毒灭菌管理制度》、《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》、《污水处理细菌学监测规程》）。

科室做好日常监测，医院感染控制科定期检查。医院感染控制科发现监测结果异常时，立即电话反馈至相关科室主管，重要事件反馈至主管领导和相关职能部门；定期通过院内网络电子邮件发至各相关科室主管邮箱；每季度对数据进行分析统计形成报表，每半年向医院感染控制管理委员会报告。

4.8 环境卫生学监测。

包括对空气、物体及环境表面、医务人员手的监测。

4.8.1 环境卫生学监测控制目标：符合国家卫生学标准，详见《医院感染综合性监测规程》中的附录A。

4.8.2 环境卫生学监测要求：按照《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》，重点科室做好日常监测，医院感染控制科定期检查。在有医院感染流行趋势时加强相关科室的环境监测力度。每月向出现环境监测异常的科室提供数据和建议，督促改进。

4.9 手卫生依从性。

逐步提高职工手卫生依从性（详见《医务人员手卫生制度》和《医务人员手套使用规程》）。加强手卫生宣传，由医院感染控制科组织每年进行手卫生宣传教育，科室每月进行手卫生自查，由院感科负责汇总统计分析对重点部门进行抽查，向全院报告手卫生监测结果。

4.10 加强内镜消毒管理监测（详见《内镜室医院感染管理制度》和《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》）

每月进行1次空气、物体表面、工作人员双手、消毒灭菌效果等监测。要求使用科室监测消毒后的内镜（如：胃肠镜、喉镜、气管镜等）细菌总菌落数<20cfu/件（镜），不得检出致病性微生物；灭菌后的内镜（如膀胱镜、腹腔镜等）、活检钳不得检出任何微生物。院感科每季度抽查1次。

4.11 一次性医疗卫生用品及消毒药械的监测（详见《一次性使用医疗器械、器具管理制度》

和《消毒药械管理制度》）。

根据国家法律、法规和本院相应制度，医院感染控制科参与一次性医疗卫生用品及消毒药械的管理。审核相关产品证件是否齐全、可信度。医院感染控制科审查每年新进的品种证件，抽查原有品种证件，如有疑问立即与总务科联系要求解释与反馈。

4.12 员工医院感染监测（详见《职业暴露防护及报告管理制度》和《职工传染病报告管理制度》、《职工疫苗免疫接种制度》）。

根据国家法律、法规和本院制度，医院感染控制科在日常工作中常规检查各临床科室工作人员个人防护措施是否到位，如有不当立即指正，如果存在个人防护设施供应问题由医院感染控制科与相应科室沟通协商解决。员工确诊或疑似传染病，及时上报。医院感染控制科定期统计网上上报的锐器伤和皮肤、黏膜暴露及传染病发病人数。要求逐步提高上报率。

4.13 基建项目监测（详见《医院建筑修缮感染管理制度》）。

除不影响医疗区域的非医疗用建筑外，医院内所有建筑工程，包括新建、改建项目、维修工程、管线安装工程、油漆粉刷工程、常规检修工程都必须经过医院感染风险评估。

4.13.1 风险评级为III及以上的工程必须填写医院感染风险和审批表，得到医院感染控制科批准，方可施工。

4.13.2 所有工程均将由医院感染控制科不定时检查，不符合要求必须停工整改，符合要求才能继续施工；风险评级III级及以上的工程医院感染控制科应有书面的检查结果并记录存档。

4.13.3 风险评级III级及以上的工程完工后，必须由医院感染控制科检查后方可投入使用。

4.14 医疗废物处理监测（详见《废物处理管理制度》）。

由总务科、后勤保障部门、物业公司、临床各科室护士长负责按要求分类收集、运送和储存。医院感染控制科每季度巡视抽查各个环节有无违反相关规定，如有问题将结果反馈给相应科室，要求整改。

4.15 医院感染风险管理。

科室院感质控小组每月按照《医院感染风险管理流程》进行自查，医院感染控制科每季度对各部门落实医院感染相关制度进行检查，发现问题及时反馈科室，每季度形成汇总报告反馈全院各部门。

5. 重点部门的医院感染管理

确定以下部门为医院感染的重点监控部门，加强重点部门的医院感染管理工作。

5.1 无陪护新生儿病房的医院感染管理。详见《无陪护新生病房医院感染管理制度》和《新生儿病房母乳接收和储存制度》。

5.2 ICU的医院感染管理详见《重症医学科（ICU）医院感染管理制度》。

5.3 手术室的医院感染管理详见《普通手术室医院感染管理制度》和《层流洁净手术室医院感染管理制度》。

5.4 治疗室、处置室、换药室的医院感染管理详见《换药室、治疗室医院感染管理制度》。

5.5 消毒供应中心的医院感染管理详见《医院消毒供应中心医院感染管理制度》。

5.6 PIVAS的医院感染管理详见《静脉配置中心医院感染管理制度》。

5.7 口腔科的医院感染管理详见《口腔科医院感染管理制度》。

5.8 内窥镜室的医院感染管理详见《内镜室医院感染管理制度》。

5.9 导管室的医院感染管理详见《导管（介入）室医院感染管理制度》。

5.10 急诊的医院感染管理详见《急诊科医院感染管理制度》。

5.11 感染性疾病科的医院感染管理详见《感染性疾病科医院感染管理制度》。

5.12 产房的医院感染管理详见《产房医院感染管理制度》。

5.13 配奶间的医院感染管理（详见《儿童配奶间医院感染管理制度》）。

5.14 检验科及实验室的医院感染管理详见《检验科、临床实验室医院感染管理制度》。

医院感染控制科每月巡视检查微生物实验室是否按照制度要求执行相应操作。科室每月自查，采集空气、物表培养，院感科每季度予以抽检。

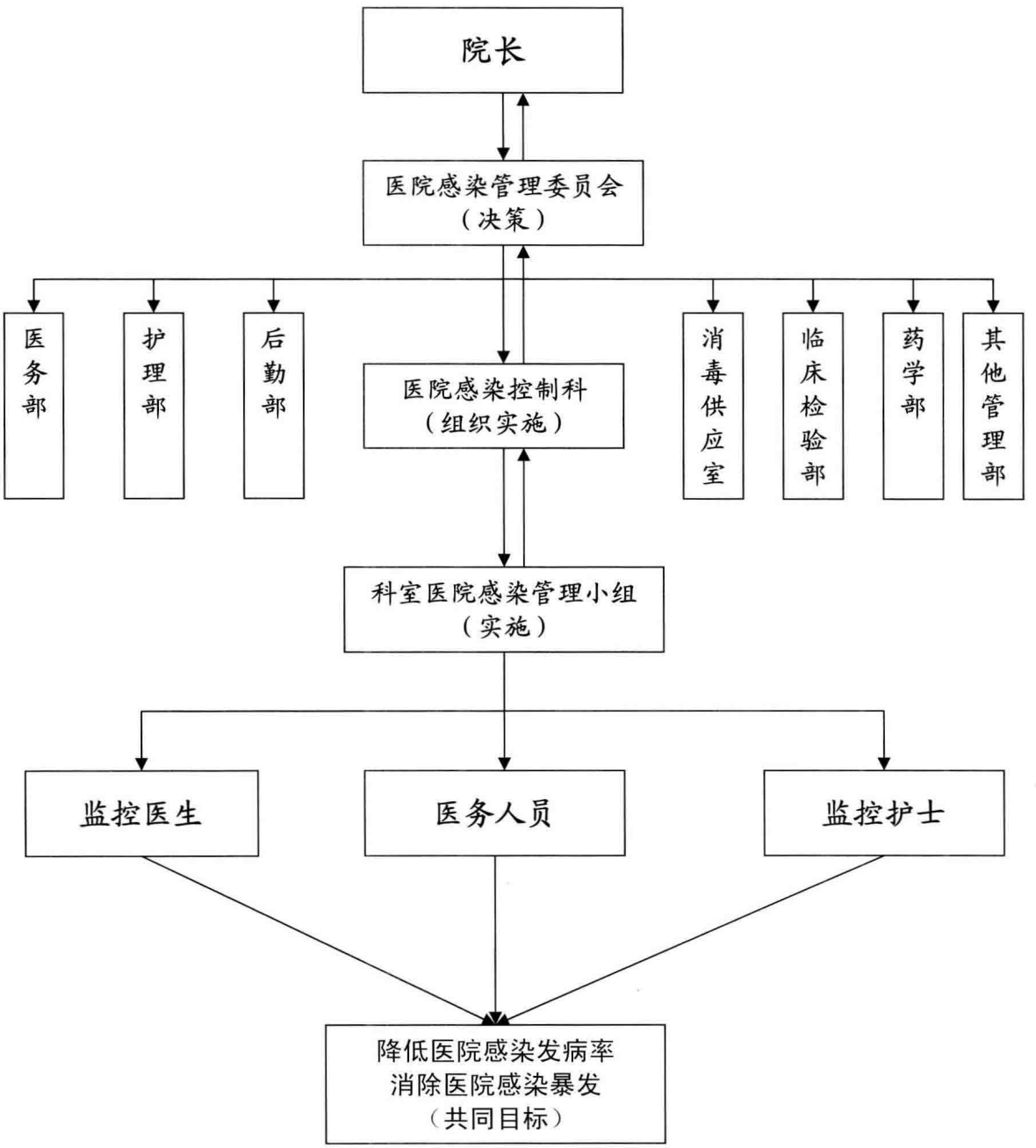
5.15 营养室的医院感染管理详见《营养室及食堂医院感染管理制度》。

5.16 洗衣房的医院感染管理详见《医院洗衣房及织物医院感染管理制度》。

5.17 太平间及尸检房的医院感染管理详见《太平间及尸检房医院感染管理制度》。

6. 附录

附录A 医院感染管理体系


院长
医院感染管理委员会
（决策）
医务部
护理部
后勤部
医院感染控制科
（组织实施）
消毒供应室
临床检验部
药学部
其他管理部
科室医院感染管理小组
（实施）
监控医生
医务人员
监控护士
降低医院感染发病率
消除医院感染暴发
（共同目标）

医院感染控制管理委员会职责及工作制度

1. 目的

为加强医院感染管理、有效预防和控制医院感染，保障医疗安全，提高医疗质量。

2. 标准

2.1 工作概要：负责全院医院感染管理工作。

2.2 请示上级：中心领导。

2.3 工作职责及制度。

2.3.1 组织：

2.3.1.1 中心领导下设医院感染控制管理委员会，负责全面统筹中心的医院感染管理工作。

2.3.1.2 医院感染控制管理委员会组成。

医院感染控制管理委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门、管理办公室、影像部及麻醉科主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。

2.3.2 职责：

2.3.2.1 认真贯彻国家关于医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准等，制订本中心预防和控制医院感染的政策及规程、环境及病例的监测方法并监督相关科室执行。

2.3.2.2 负责医院感染预防和控制管理项目的总体监控；将医院感染控制管理活动融入到医院质量改进和病人安全管理项目中；并结合到医院感染控制项目与质量改进和病人安全的监控机制中。

2.3.2.3 根据国家及地区医院感染防控的法律法规，按照预防医院感染要求，对本医院的建筑设计、重点科室的基本建设、施工和工作流程等进行审查并提出建议。

2.3.2.4 研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。

2.3.2.5 研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任，并确保有效沟通，以保证医院感染预防与控制工作的连续性与前瞻性。

2.3.2.6 对医院感染发生情况所做的调查、统计进行分析并向中心领导报告。

2.3.2.7 研究并制订本医院发生医院感染暴发、疑似暴发及出现不明原因传染性疾病或特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。

2.3.2.8 建立会议制度，每季度召开会议1次，研究、协调和解决有关医院感染预防与控制方面的问题；遇有紧急问题随时召开会议。

2.3.2.9　根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

2.3.2.10　其他有关医院感染管理的重要事宜。

2.3.3　医院感染控制管理委员会每季度至少召开1次工作会议，会议的主要内容包括：

2.3.3.1　听取半年内医院感染病例综合监测数据报告、分析，并根据实际数据提出改进医院感染预防控制切实可行的措施；

2.3.3.2　听取半年内医院感染病例目标性监测数据报告、分析，并根据实际数据提出改进医院感染预防控制切实可行的措施；

2.3.3.3　听取半年内环境微生物学监测数据报告、分析，并根据实际数据提出改进医院感染预防控制切实可行的措施；

2.3.3.4　听取半年内发生的其他医院感染相关事件报告、分析，并根据实际数据提出改进医院感染预防控制切实可行的措施；

2.3.3.5　根据国家及地区医院感染防控的法律法规，按照预防医院感染要求，对医院感染相关制度的修改进行讨论，采用切实可行的措施；

2.3.3.6　研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任，并确保有效沟通，以保证医院感染预防与控制工作的连续性与前瞻性。

2.3.4　文件及档案：

2.3.4.1　建档包括如下方面的内容：

2.3.4.1.1　国家、广东省及医院的医院感染相关标准、规范、制度、办法及操作规程，以及上级医疗卫生机构下发医院的医院感染相关文件、通知。

2.3.4.1.2　医院感染病例综合监测、目标性监测数据统计及分析报告。

2.3.4.1.3　定期环境微生物监测数据统计及分析报告。

2.3.4.1.4　定期由检验科上交的微生物检验统计及药物敏感试验结果。

2.3.4.1.5　不定期针对医院感染相关事件进行调查的分析报告。

2.3.4.1.6　由各个临床、医技等科室进行医院感染上报的监测、报告卡、验单、调查表及其他原始资料。

2.3.4.1.7　在医院范围内进行的医院感染相关培训的记录。

2.3.4.1.8　医院感染控制管理委员会会议相关文件，包括通知、议程、报告及讨论记录。

2.3.4.1.9　其他医院感染相关知识或参考文献资料。

2.3.4.2　档案管理：由医院感染控制科负责文档存档，并可随时应对上级医疗卫生机构的检查。

医院感染控制科人员及岗位职责

1. 工作概要

负责医院感染预防和控制管理项目的总体监控。

2. 请示上级

医院感染控制管理委员会。

3. 工作职责

3.1 医院感染控制科职责。

3.1.1 对中心各个部门落实医院感染防控管理规章制度的情况进行检查指导。

3.1.2 对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。

3.1.3 对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染控制管理委员会报告。

3.1.4 对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导。

3.1.5 对医务人员的职业卫生安全防护工作提供指导意见并检查。

3.1.6 对医院感染暴发或疑似暴发事件进行调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理。

3.1.7 对医务人员进行预防和控制医院感染等相关内容的培训工作。

3.1.8 参与抗菌药物临床应用的管理工作。

3.1.9 对消毒剂的相关证明进行审核。

3.1.10 对一次性物品复用情况进行调查统计，并递交医院感染控制管理委员会进行讨论报批。

3.1.11 组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

3.1.12 完成医院感染控制管理委员会或其主任委员交办的其他工作。

3.1.13 负责对具体医院感染预防和控制管理项目进行总体监控。

3.1.14 负责中心内工程、施工等项目的医院感染相关影响评估。

3.1.15 负责监督检验科定期进行病原微生物分布及细菌耐药性监测。

3.2 医院感染控制科工作人员岗位职责

3.2.1 主任（科长）职责。

3.2.1.1 在医院感染控制管理委员会领导下，负责统筹安排全科工作。

3.2.1.2 根据国家和地区卫生行政部门颁发的法规、标准等，拟订本院预防和控制医院感染的

工作计划、规章制度、操作规范、防控流程等。

3.2.1.3 检查、指导医院感染防控管理规章制度的落实情况。

3.2.1.4 安排医院感染病例、相关危险因素、环境等的监测并重点部门目标性监测。

3.2.1.5 主导对医院感染暴发或疑似暴发情况进行调查、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。

3.2.1.6 将医院感染常规监测及相关事件的调查向医院感染控制管理委员会及主任委员报告。

3.2.1.7 主导对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等的指导工作。

3.2.1.8 主导对医务人员的职业卫生安全防护的指导、管理工作。

3.2.1.9 主导对全院员工医院感染防控等的培训工作。

3.2.1.10 配合其他部门参与抗感染药物、尤其是抗菌药物临床应用的管理工作。

3.2.1.11 主导审核消毒药品的相关证明。

3.2.1.12 负责医院感染预防和控制管理项目的总体监控。

3.2.1.13 完成医院感染控制管理委员会或其主任委员交办的其他工作。

3.2.2 专职医院感染监控医生职责。

3.2.2.1 在医院感染控制管理委员会及科室主任的领导下工作。

3.2.2.2 根据国家和卫生行政部门有关的法规、标准，参与拟订医院感染的工作计划、规章制度、操作规范、防控流程等。

3.2.2.3 检查、指导预防与控制医院感染管理规章制度的落实情况。

3.2.2.4 负责医院感染发病情况的监测。参与环境卫生学监测学、消毒、灭菌效果监督、监测。

3.2.2.5 参加对医院感染及其相关危险因素、发生状况进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。

3.2.2.6 对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理、职业卫生安全防护等工作提供指导。

3.2.2.7 对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并参与协调、组织有关部门进行处理。

3.2.2.8 参与全院员工医院感染防控管理的培训工作。

3.2.2.9 参与抗感染药物、尤其是抗菌药物临床应用的管理工作。

3.2.2.10 配合科室主任对消毒剂的相关证明进行审核。

3.2.2.11 参与医院感染预防与控制方面的科研工作。

3.2.2.12 完成医院感染控制科领导交办的其他工作。

3.2.2.13 参与医院感染预防和控制管理项目的总体监控。

3.2.3 专职医院感染监控护士职责。

3.2.3.1 在科室主任领导下工作。

3.2.3.2 负责环境卫生学监测学、消毒、灭菌效果监督、监测，完善各项消毒灭菌措施的效果监测的实验方法，定期进行报告分析。

3.2.3.3 参与医院感染发病情况的监测。

3.2.3.4 配合参与全院员工有关医院感染知识（消毒、隔离方面等）的培训工作。

3.2.3.5　配合进行医院感染暴发或疑似暴发的调查工作，并提供指导意见。

3.2.3.6　配合科室领导和其他工作人员设计各种报告和表格。

3.2.3.7　监督消毒药械、一次性使用无菌医疗用品、医疗器械的消毒、运输、储存、使用及用后处理等。

3.2.3.8　配合进行科内所有电脑文稿的处理。

3.2.3.9　配合完成医院感染预防和控制管理项目的总体监控。

4. 工作标准

预防与控制院感管理工作达到预期目标，医院感染发病率≤10%、医院感染漏报率≤10%。

5. 工作要求

计划合理、管制政策得力、具有一定的组织、协调、教学能力。

6. 管理范围

医院感染控制科、医院范围内环境及全院员工、为本院提供服务的机构（包括保安公司、物业公司等）。

7. 资格要求

临床医学或其他卫生相关专业大学本科或以上学历。掌握临床医疗专业知识，2-3年临床工作经历。经过医院感染防控知识和管理制度方面的培训。

各科室医院感染控制小组人员及岗位职责

1. 工作概要

负责科室感染预防控制及管理工作。

2. 请示上级

医院感染控制科。

3. 工作职责

3.1 科室医院感染控制小组职责：

3.1.1 对科室内人员落实医院感染防控管理规章制度的情况进行检查指导。

3.1.2 协助医院感染控制科对医院感染相关危险因素进行监测。

3.1.3 协助医院感染控制科对医院感染发生状况进行调查、统计，及时发现医院感染防控方面的问题并向感染控制科报告、咨询。

3.1.4 对科室的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作进行监督检查。

3.1.5 对科室人员的职业卫生安全防护工作进行监督检查。

3.1.6 对科室的医院感染暴发或疑似暴发事件进行及时上报（医院感染控制科），及时对确诊及疑似病例进行隔离。

3.1.7 配合医院感染控制科开展对科室医务人员的预防和控制医院感染等相关内容的培训工作。

3.1.8 对科室抗菌药物的临床应用进行监督指导，并配合上级部门对不规范使用抗菌药物的情况进行改进。

3.1.9 对科室使用消毒剂的情况进行检查。

3.1.10 对科室一次性物品复用情况进行监督。

3.1.11 协助医院感染控制科开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

3.1.12 完成医院感染控制科或其上级部门交办的医院感染防控工作。

3.1.13 负责对科室具体医院感染预防和控制管理项目进行监控、指导。

3.1.14 负责科室内工程、施工等项目上报医院感染控制科，配合医院感染控制科对工程项目的感染风险进行评估，并对施工期间感染控制措施的实施进行监督检查。

3.1.15 定期对医院感染控制科发放的培训资料、监测报告、改进建议等文件进行学习，并督促科室人员定期学习上述院感相关的文件。

3.2 科室医院感染控制小组组成及职责。

医院感染控制科下设科室医院感染控制小组，负责科室的医院感染防控工作。

3.2.1 科室主任/负责人职责：

3.2.1.1 全面主导科室医院感染控制及管理工作。

3.2.1.2 对科室内人员落实医院感染防控管理规章制度的情况进行检查指导。

3.2.1.3 统筹科室医院感染监测工作，协助感染控制科对医院感染病例及其他相关情况进行监测。

3.2.1.4 对科室医院感染防控情况进行检查，及时发现问题并向感染控制科报告、咨询。

3.2.1.5 对科室人员的医院感染防控操作情况、手卫生等情况进行监督检查，及时发现问题并改进。

3.2.1.6 对科室人员的职业卫生安全防护工作进行监督检查。

3.2.1.7 督促感染控制医师对科室出现医院感染暴发或疑似暴发事件进行及时上报（感染控制科），并安排对确诊及疑似病例进行隔离。

3.2.1.8 配合感染控制科开展对科室医务人员的医院感染相关知识的培训工作。

3.2.1.9 对科室抗菌药物的临床应用进行监督指导，并配合上级部门对不规范使用抗菌药物的情况进行改进。

3.2.1.10 主导对科室消毒剂使用及一次性物品复用的情况进行监督检查。

3.2.1.11 协助医院感染控制科，主导科室内医院感染预防与控制方面的科研工作。

3.2.1.12 统筹医院感染控制科或其上级部门交科室办理的医院感染防控工作。

3.2.1.13 负责对科室具体医院感染预防和控制管理项目进行监控、指导。

3.2.1.14 负责科室内工程、施工等项目上报医院感染控制科，配合医院感染控制科对工程项目的感染风险进行评估，并对施工期间感染控制措施的实施进行监督检查。

3.2.1.15 定期组织科室人员对医院感染控制科发放的培训资料、监测报告、改进建议等文件进行学习。

3.2.2 科室护士长职责：

3.2.2.1 协助科室负责人对科室内人员落实医院感染防控管理规章制度的情况进行检查指导。

3.2.2.2 协助感染控制科对医院感染发生状况进行调查、统计，及时发现医院感染防控方面的问题并向感染控制科报告、咨询。

3.2.2.3 对科室的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理、手卫生等工作进行监督检查。

3.2.2.4 协助科室负责人对科室人员的职业卫生安全防护工作进行监督检查。

3.2.2.5 协助科室负责人对科室的医院感染暴发或疑似暴发事件进行及时上报（感染控制科），并对确诊及疑似病例进行隔离。

3.2.2.6 配合科室负责人开展对医务人员的医院感染预防控制等的培训工作。

3.2.2.7 配合科室负责人对科室消毒剂使用及一次性物品复用的情况进行监督检查，及时发现违规行为并进行改进。

3.2.2.8 协助医院感染控制科及科室负责人开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

3.2.2.9 配合科室负责人完成医院感染控制科或其上级部门交办的医院感染防控工作。

3.2.2.10　配合科室负责人对科室具体医院感染预防和控制管理情况进行监控、指导。

3.2.2.11　督促科室上报工程、施工等项目给医院感染控制科，配合医院感染控制科对工程项目的感染风险进行评估，并对施工期间感染控制措施的实施进行监督检查。

3.2.2.12　配合科室负责人，督促科室医务人员对医院感染控制科发放的培训资料、监测报告、改进建议等文件进行学习。

3.2.3　科室医院感染控制医师职责。

3.2.3.1　协助科室负责人对科室内人员落实医院感染防控管理规章制度的情况进行检查。

3.2.3.2　协助医院感染控制科对医院感染相关危险因素进行监测。

3.2.3.3　协助医院感染控制科对医院感染发生状况进行调查、统计。

3.2.3.4　协助科室负责人对医务人员的无菌操作、医院感染控制、手卫生等进行监督检查。

3.2.3.5　协助科室负责人对科室人员的职业卫生安全防护工作进行监督检查。

3.2.3.6　对科室的医院感染暴发或疑似暴发事件进行及时上报（感染控制科），并协助科室负责人和护士长对确诊及疑似病例进行隔离。

3.2.3.7　配合科室负责人开展对科室医务人员的医院感染防控相关知识的培训工作。

3.2.3.8　配合科室负责人对科室抗菌药物的临床应用进行监督指导。

3.2.3.9　协助医院感染控制科开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

3.2.3.10　完成医院感染控制科或其上级部门交办的医院感染防控工作。

3.2.3.11　协助科室负责人对科室具体医院感染预防和控制管理项目进行监控、指导。

3.2.3.12　负责科室内工程、施工等项目上报医院感染控制科，配合医院感染控制科对工程项目的感染风险进行评估；并对施工期间感染控制措施的实施进行检查，发现问题及时报告。

3.2.3.13　定期对医院感染控制科发放的培训资料、监测报告、改进建议等文件进行收集、上交科室负责人，并督促科室人员定期学习院感相关的文件。

3.2.4　科室医院感染控制护士：

3.2.4.1　协助科室护士长对科室内人员落实医院感染防控管理规章制度的情况进行检查指导。

3.2.4.2　协助医院感染控制科对医院感染发生状况进行调查、统计，及时发现医院感染防控方面的问题并向感染控制科报告、咨询。

3.2.4.3　协助护士长对科室的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理、手卫生等工作进行监督检查。

3.2.4.4　协助护士长对科室人员的职业卫生安全防护工作进行监督检查。

3.2.4.5　协助护士长对科室的医院感染暴发或疑似暴发事件进行及时处理，及时对确诊及疑似病例进行隔离。

3.2.4.6　配合医院感染控制科及科室护士长开展对科室医务人员的预防和控制医院感染等相关内容的培训工作。

3.2.4.7　协助护士长对科室使用消毒剂的情况进行监督检查。

3.2.4.8　协助护士长对科室一次性物品复用情况进行监督检查。

3.2.4.9　协助医院感染控制科及护士长开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

3.2.4.10　完成医院感染控制科或其上级部门交办的医院感染防控工作。

3.2.4.11　配合医院感染控制科及护士长对工程项目的感染风险进行评估，并对施工期间感染控制措施的实施进行监督检查。

3.2.4.12　定期对医院感染控制科发放的培训资料、监测报告、改进建议等文件进行学习，并督促科室人员定期学习上述院感相关的文件。

医院感染风险管理流程

1. 目的

降低病人风险，提高工作质量。

2. 标准

2.1 医院各科室或部门，感染控制小组每月根据附表内容进行医院感染风险评估，发现医院感染风险因素时，分析原因做好防范措施，并报告感染控制科，感染控制科人员与科室或部门共同查找原因、确认医院感染风险项目，采取防范措施呈报医院感染控制管理委员会审批。感染控制科进行相关培训，并监督实施，跟进结果反馈至相关科室或部门主管和主管院领导。

2.2 感染控制科发现医院感染发生的风险、发生率及发展趋势等信息时，应重新设计或修正工作流程，使重新设计的工作流程，尽可能将医疗护理感染的风险降低至最低水平。

2.3 收集医疗护理感染的发生率与其他医院、最好的惯例及科学的证据进行比较，以判断本院医院感染控制的水平。

2.4 院感科每季度对各科室进行院感风险评估，形成分析报告，提交全院各部门，存在问题部门应该按照规范要求改进工作流程。

医院感染知识培训制度

1. 目的

2. 标准

2.1 培训对象。

培训对象包括全院的工作人员。

2.2 培训要求。

针对医院感染专职人员、全院医务人员（如医生、护士、医技人员、行政管理人员、后勤人员等，其中含研究生、进修、实习人员）、新职工和全院工勤人员，培训要求有所不同。

2.2.1 感染专职人员：上岗前需参加省级以岗位培训班并通过考核；每年至少需参加15学时的医院感染相关继续教育学习班或会议。

2.2.2 全院医务人员：应参加预防、控制医院感染相关知识的继续教育课程和学术交流活动，每年不少于6学时。

2.2.3 新职工：岗前培训不少于3个学时，考核通过方可上岗。

2.2.4 全院工勤人员：每年不少于2次的培训，人员调动时，需重新进行培训，培训考核合格方可上岗。

2.3 培训方式。

培训采用讲座、座谈、观看宣传教育片、网上学习等方式。

2.4 培训内容。

针对医院感染专职人员、全院医务人员（如医生、护士、医技人员、行政管理人员、后勤人员等，其中含研究生、进修、实习人员）、新职工和全院工勤人员，培训内容有所不同。

2.4.1 感染专职人员。

2.4.1.1 国家颁布的法律、法规、部门规章、标准等。

2.4.1.2 专业知识：

（1）医院感染管理学科发展的新进展；

（2）医院感染的发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗与预防措施；

（3）抗感染药物与感染病学的相关内容，临床微生物学、分子生物学、临床疾病学、医院流行病学、统计学的有关内容；

（4）医院感染相关临床微生物基础知识，微生物药敏试验及正确判断；

（5）医院感染常见病原菌与耐药现状；

（6）临床和环境微生物标本的正确采集方法与运送；

（7）抗菌药物种类、用药策略与使用管理；

（8）不同传播途径医院感染常见疾病的预防与控制：空气传播性疾病、接触传播性疾病、飞沫传播性疾病；

（9）导管相关感染的预防与控制：呼吸机相关性肺炎、导管相关性的血流感染、导尿管相关尿路感染；

（10）手术部位医院感染的预防与控制；

（11）消毒学基本原理与消毒灭菌新进展，消毒技术的正确选择、应用与质量控制；

（12）医院隔离防护技术与正确使用；

（13）医疗废物管理；

（14）医院感染综合性监测和目标性监测方法；

（15）医院感染的暴发与处置；

（16）手卫生与医院感染控制；

（17）医务人员的职业安全管理；

（18）本院各科室和部门医院感染的特点、管理要点及控制措施。

2.4.1.3　各级卫生行政部门组织的培训班与学术活动有关进展。

2.4.2　全院医务人员参加。

2.4.2.1　基本培训内容。

（1）国家有关医院感染管理的法律、法规、部门规章、标准，以及医院内部的规章、制度等；

（2）预防和控制医院感染的目的、意义；

（3）职业安全与个人防护；

（4）医疗废物管理。

2.4.2.2　重点培训内容。

2.4.2.2.1　医生：

（1）医院感染概论（概念、暴发流行、内源性感染、微生态失衡）；

（2）医院感染诊断标准及医院感染监测；

（3）细菌耐药机制、抗感染药物合理应用与抗感染治疗新知识；

（4）侵入性操作相关医院感染的预防与控制；

（5）手卫生与医院感染控制；

（6）临床微生物标本的正确采集与运送；

（7）医院清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术；

（8）医院感染暴发和处理步骤；

（9）本科室常见医院感染的预防与控制。

2.4.2.2.2　护士：

（1）医院感染概论（概念、暴发流行、内源性感染、微生态失衡）；

（2）医院感染诊断标准及医院感染监测；

（3）医院清洁、消毒灭菌、隔离知识与进展及其在医院感染预防和控制中的应用。

（4）消毒、灭菌药械的合理使用与强度监测；

（5）重点科室的医院感染管理；

（6）医院感染暴发和处理步骤；

（7）一次性无菌医疗用品的医院感染管理；

（8）手卫生与感染控制；

（9）临床与环境微生物标本的采集与运送；

（10）侵入性操作相关医院感染的预防；

（11）抗感染药物的合理应用、合理给药与毒副反应；

（12）本科室常见医院感染的预防与控制。

2.4.2.2.3　医技人员：

（1）本科室医院感染的特点与控制；

（2）消毒剂合理应用与浓度监测；

（3）侵入性操作相关医院感染的预防；

（4）检验科临床微生物人员：临床微生物（包括细菌和相应药物选择）与医院感染管理知识。

（5）药学部人员：抗感染药物的管理与合理应用、作用机制与毒副反应。

2.4.2.2.4　行政管理人员：

（1）医院感染管理工作及其理论的进展，本院、本管辖领域医院感染管理的要点、相关管理知识、管理方法。

（2）医院感染管理工作主管中心院长、医务部部长、护理部主任应参加各级卫生行政部门组织的有关培训。

2.4.2.2.5　后勤人员：

（1）医院清洁、消毒灭菌与隔离的基本知识，消毒剂的选用，手卫生知识；

（2）医院各类物品表面清洁消毒和废物分类、转运、储存与处理；

（3）污水站人员：国家、地方有关医院污水无害化处理的规定；

（4）垃圾站工作人员：国家、地方有关医院污物无害化处理的规定；

（5）太平间工作人员：国家、地方有关太平间消毒的规定；

（6）食堂工作人员：国家、地方有关餐具和卫生洁具的消毒、餐饮人员个人卫生习惯等有关规定；

（7）洗衣房工作人员：国家、地方有关洗衣房管理与消毒的规定；

（8）设备部工作人员：国家、地方一次性使用医疗器械、器具和消毒药械的医院感染管理有关规定。

2.4.3　新职工：

2.4.3.1　国家有关医院感染管理的法律、法规、规章、制度、标准等。

2.4.3.2　医院感染诊断标准和流行病学。

2.4.3.3　消毒灭菌与隔离基本概念。

2.4.3.4　手卫生与感染控制。

2.4.3.5　医院感染常见病原体与耐药现状。

2.4.3.6　重点部门和重点部位医院感染控制。

2.4.3.7　医院感染暴发与处置。

2.4.3.8　抗菌药物的应用管理。

2.4.4　全院工勤人员：

2.4.4.1　预防和控制医院感染的目的、意义。

2.4.4.2　预防和控制医院感染的基础卫生学。

2.4.4.3　隔离防护基本知识。

2.4.4.4　清洁消毒方法及程序。

2.4.4.5　相关消毒药械的正确使用。

2.4.4.6　手卫生。

2.4.4.7　职业安全与个人防护。

2.4.4.8　医院废物管理。

医院感染报告与奖罚制度

1. 目的

及时发现医院感染病例及疫情，使医院感染发病率控制在规定水平，保证住院就诊者的医疗安全。

2. 标准

2.1 医院感染散发的报告与控制。

2.1.1 医院感染病例报告：

（a）预警病例上报：每日登陆院感监控软件，由主管医生（或值班医生）在病区质控医生（或上级医生）指导下，对疑似医院感染病例（系统预警病例）进行诊断，通过系统确认院感病例，排除需注明理由，如遇到疑难病例或无法明确诊断病例，请示上级医生，必要时进行会诊，确诊24小时内完成病例确认。

（b）所有预警病例，必须在患者出院前完成确认或排除，否则计入院感病例，并统计科室漏报，扣除科室质量控制分数（正式使用系统1个月后开始）。

（c）未预警病例上报：临床诊断院感病例（系统未预警病例），需在确诊后24小时内通过院感监控软件进行院感病例报告。

（d）确诊院感病例出院时无需填写调查表，但需要在病案首页院感诊断中填写相应诊断。

2.1.2 专科主任及时组织经治医生、护士查找感染原因，采取有效控制措施。

2.1.3 医院感染控制科接报告后核实感染病例，监督检查控制措施。

2.2 医院感染暴发确认。

2.2.1 首先确认是否为感染，应根据就诊者的症状、体征并结合临床医生的诊断来综合考虑是否为感染。如就诊者不存在感染，而确实培养出同一病原体，则应查清该病原体是污染还是定植。

2.2.2 如就诊者确实为感染，应根据就诊者的发病时间、症状和体征出现时间及疾病的潜伏期来判定是否为医院感染，如为医院感染，则需调查医院感染可能的感染源和感染途径，并通过其病例出现的规律来判断是人传人（不同病例间隔时间约为该疾病的潜伏期）还是同一暴露源所引起（短时间内大量病例出现）。

2.2.3 如确实存在医院感染，应统计医院感染病例数是否达到规范规定的暴发定义。

2.2.3.1 医院感染暴发病例数为3例或4例，条件允许情况下可用脉冲场凝胶电泳（PFGE）检测其同源性，如3例或以上的病原体具有同源性则可确定为医院感染暴发。

2.2.3.2 医院感染发病例数为3例或4例，但未能培养出病原体，则只能定义为疑似医院感染暴发。

2.2.3.3　医院感染发病例数为5例及以上，即可定义为疑似医院感染暴发病例。

2.3　疑似医院感染暴发和医院感染暴发、流行的报告。

2.3.1　各科室或部门、检验科细菌室发现同源感染3例以上（含3例），立即电话报告感染控制科，医院感染控制科核实后应立即上报医院感染控制管理委员会、中心主任，并通过医务部、护理部等相关部门，共同参与预防和控制。

2.3.2　经调查证实出现医院感染流行时，医院应于24小时内报告上级卫生行政部门。

2.3.3　发生的医院感染属于法定传染病的，应当按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》的规定进行报告和处理。

2.4　出现医院感染流行或暴发趋势时，应采取下列控制措施：

2.4.1　临床科室必须及时查找原因，协助调查和执行控制措施。

2.4.2　医院感染控制科必须及时进行流行病学调查处理。基本步骤：

2.4.2.1　证实流行或暴发：对怀疑就诊者有同类感染的病例进行确诊，计算罹患率。若罹患率显著高于该科室历年医院感染一般发病率水平，则证实有流行或暴发。

2.4.2.2　查找感染源：对感染就诊者、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员、陪护人员等进行病原学检查。

2.4.2.3　查找感染因素：对感染就诊者及周围人群进行详细流行病学调查。

2.4.2.4　制订和组织落实有效的控制措施：包括对就诊者做适当的治疗，进行环境的消毒处理，必要时隔离就诊者，甚至暂时停止接受新就诊者。

2.4.2.5　分析调查资料，对病历的科室分布、人群分布和时间分布进行描述；分析流行或暴发的原因、推测可能的感染源、感染途径或感染因素，结合实验室检查结果和采取控制措施的效果做出判断。

2.4.2.6　写出调查报告，总结经验教训，制订防范措施。

2.4.3　医院感染控制管理委员会接到报告，应及时组织相关部门协助医院感染控制科开展流行病学调查与控制工作，并从人力、物力和财力方面予以保证（必要时请院外专家、防疫人员会诊）。

2.4.4　当其他医院感染流行或暴发时，应对本院同类潜在危险因素进行调查并采取相应预防控制措施。

2.5　医疗机构经调查证实发生以下情形时，应当于12小时内向所在地的县级地方人民政府　卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构（天河区、越秀区）报告。

2.5.1　5例以上医院感染暴发。

2.5.2　由于医院感染暴发直接导致就诊者死亡。

2.5.3　由于医院感染暴发导致3人以上人身损害后果。

2.6　医疗机构发生以下情形时，应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告。

2.6.1　10例以上的医院感染暴发事件。

2.6.2　发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染。

2.6.3　可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

2.7　医院感染管理扣罚规定。

2.7.1　因迟、漏报医院感染病例造成不良后果者，由医院感染控制管理委员会视情节严重程度裁定处罚措施。

2.7.2　每月将医院感染漏报及迟报病例汇总至医院质量管理办公室，对相应的专科扣罚质量控制管理分数。

医院感染暴发流行预警机制

1. 目的

为提高本院医院感染监测水平和医院感染暴发报告调查处理能力，有效预防和控制医院感染及其暴发的发生发展，保证医疗安全，根据《医院感染管理办法》、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》、《传染病信息报告工作管理规范》等文件的要求，特制订本预警机制。

2. 职责与分工

医院感染管理体系由医院感染控制管理委员会、医院感染管理科和各科感染管理小组构成参考医院最新下发委员会成员名单。

2.1 医院感染控制管理委员会是医院感染管理的决策机构，由医院领导和相关部门负责人组成，分管副院长担任医院感染控制管理委员会主任。主要职责包括：

2.1.1 全面负责医院感染的监控工作，负责指挥、组织、协调医院内医院感染暴发的防治工作，敦促有关部门落实各项防控措施。

2.1.2 制订科学有效的医院感染诊断、监测、报告和调查处理制度，针对医院感染的危险因素，建立有效预防措施防止医院感染的暴发。

2.1.3 按照医院感染诊断标准，组织医院感染管理专家委员会中相关临床科室、感染疾病科、微生物实验室等专家及时诊断医院感染病例，确认医院感染预警或暴发事件。

2.2 医院感染控制科是医院感染控制管理委员会的办事机构。由专职医师、护士组成，具体负责医院感染各项管理计划的实施。主要职责包括：

2.2.1 制订医院感染监测计划。明确实施监测的人员、监测方法、监测工具、监测时间、做好监测资料的原始记录，及时分析总结和运用监测结果。

2.2.2 负责医院感染暴发疫情信息收集、报告工作，发现医院感染暴发病例按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》、《传染病信息报告工作管理规范》的要求及时向医院感染控制管理委员会及辖区内卫生行政主管部门和疾病预防控制机构报告。

2.2.3 负责对医院感染暴发的报告和初步调查处理，分析医院感染危险因素，并针对导致医院感染的危险因素，实施预防控制措施。

2.2.4 协助疾病预防控制机构做好暴发时个案现场流行病学调查以及相关样本的采集工作。

2.2.5 负责对相关医务人员进行医院感染知识培训。

2.3 各科室医院感染管理小组在科主任、护士长的领导下，在医院感染管理科和监控护士的指导下，负责本科医院感染的管理工作。主要职责包括：

2.3.1 按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》、《传染病信息报告工作管理规范》的要求及时报告医院感染病例，并按照感染管理部门的要求执行防控措施，防止医院感染的暴发流行。

2.3.2 协助疾病预防控制机构做好暴发时个案现场流行病学调查以及相关样本的采集工作。

2.3.3 完成本科室内医院感染知识培训任务。

3. 监测与报告

3.1 常规监测。

3.1.1 感染控制科制订规范的医院感染综合性监测和目标性监测工作制度。

3.1.2 对医院感染散发病例，临床医生24小时内报告感染控制科。

3.1.3 本院微生物检验部门短期内在同类标本中多次检出同一病原体，或检出特殊的、重要的、多重耐药的病原体，应及时报告感染控制科。

3.1.4 感染控制科应在常规收集、分析、保存医院感染监测资料的基础上及时发现医院感染暴发的相关信息，当发现医院感染暴发的迹象时应及时进行有针对性的调查分析，必要时组织专家核实。

3.2 预警报告。

发现医院感染聚集性病例（同类病例3–4例）时，视为医院感染暴发预警状况。此时，临床科室的临床医生、护士应填写《医院感染报告卡》，并立即报告感染控制科。检验科有关人员发现预警病例应与临床医生或感染控制科联系。

感染控制科初步核实后，填写《医院感染病例个案调查表》，报告主管院长，并立即组织本院感染控制专家组进行确认与处理。

3.3 暴发报告。

3.3.1 报告指标：

医院发现以下情形时，应当于12小时内向所在地县级卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。

（1）5例以上疑似医院感染暴发；

（2）3例以上医院感染暴发。

3.3.2 报告程序：

（1）经调查正是发生以上任一情形时，临床医生填写《医院感染暴发报告表》，报告所在科室负责人，并立即电话报告感染控制科，感染控制科报告主管院长。

（2）感染控制科在12小时内向所在县（区）地方人民政府卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。

省级卫生行政部门接到报告后组织专家进行调查，确认发生以下情形的，应当于24小时内上报至卫生部。

（1）5例以上医院感染暴发；

（2）由于医院感染暴发直接导致患者死亡；

（3）由于医院感染暴发导致3人以上人身损害后果。

3.4 重大暴发报告。

3.4.1 本院发生以下情形时，应按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告。

（1）10例以上的医院感染暴发事件。

（2）发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染。

（3）可能造成重大公共影响或严重后果的医院感染。

3.4.2 重大暴发疫情报告程序：本院发生以上情形时，应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告。

（1）报告内容：经调查正是发生以上任一情形时，临床医生填写《医院感染暴发报告表》，报告所在科室负责人，并立即电话报告感染控制科，感染控制科报告主管院长。

（2）报告方式、时限和程序：发生重大疫情时，感染控制科立即报告主管院长，并在2小时内以电话或传真等方式向所在地区地方人民政府卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病控制预防机构报告。同时应采用最快的通讯方式将《突发公共卫生事件相关信息报告卡》报送所在地区地方人民政府卫生行政部门和所在地疾病控制预防机构。所在地的县级卫生行政部门确认后，应当在2小时内逐级上报至省级卫生行政部门。省级卫生行政部门进行调查，确认发生以下情形的，应当在2小时内上报至卫生部。

3.5 医院感染中的传染病报告。

3.5.1 传染病的报告范围：按照《中华人民共和国传染病防治法》规定。

3.5.2 报告程序：本院发生的医院感染属于传染病的，应当按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》的规定进行报告和处理。医院感染导致的传染病疫情，除按法定传染病报告外，应同时按照医院感染暴发报告程序进行报告和处理。

4. 调查和处理

医院感染控制科应在收集的医院感染散发病例中，进行暴发相关信息的调查和分析，及时发现高危因素及暴发迹象；当发现预警以上状况的医院感染时，立即组织医院感染相关专家对疫情信息进行核实，并开展流行病学调查，查找导致感染并造成传播流行的原因及相关因素，协助疾病预防控制机构开展暴发疫情的调查。

4.1 各部门的职责与分工。

4.1.1 临床科室按要求对疑似或确诊医院感染病例留取临床标本，及时送病原学检查和药敏实验，并协助调查。

4.1.2 检验科微生物室在发生医院感染暴发流行时，担任相关检测工作，注意保存菌种以备进一步检测分析。法定传染病的菌毒种或特殊的菌毒种要及时送疾病预防控制机构复核、保存。

4.1.3 感染控制科根据实际情况及时组织有关人员进行初步流行病学调查。

4.2 初步流行病学调查。

4.2.1 描述感染的临床特征：包括感染的临床表现及发生经过、病原体特征（种类、耐药谱、有条件的可进行分子生物学特征分析）。

4.2.2　描述感染的流行病学特征：包括感染病例的总例数、性别、年龄、首发时间，续发病例发生时间，病室/科室/病区分布，人群分布，可疑感染病源、传播途径、易感因素等，判断是否属于医院感染。

4.2.3　相关标本采集：包括临床标本和环境卫生学标本。妥善保存标本以备复查，明确病原学诊断。

4.3　处理原则。

（1）应积极采取措施救治病人，减少病死率。

（2）根据调查、分析的结果，针对可能的感染来源、传播途径、易感因素，制订并组织落实有效的消毒隔离措施。

（3）医护人员应实行标准预防。必要时给予特殊防护。

（4）密切追踪疫情动态，至末例病人发病后的两个平均潜伏期。

（5）确诊为传染病的医院感染，按《中华人民共和国传染病防治法》有关规定采取控制措施。

5. 相关概念

5.1　医院感染：指病人在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得、出院后发生的感染，但不包括入院前已开始或者入院时已处于潜伏期的感染。医院工作人员在医院内获得的感染也属于医院感染。

按其病原体来源可分为内源性和外源性医院感染，按感染部位可分为呼吸、泌尿、消化、中枢、心血管、血液、生殖系统和皮肤及软组织、骨及关节、手术部位等医院感染。

5.2　医院感染暴发：是指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生3例以上同种同源感染病例的现象。

其中同种同源指易感人群同时或先后暴露于同一感染来源（同种医疗护理操作使用相同批号的一次性物品，同一批血液/输液制品，使用同一种消毒灭菌方法的物品、经同一医师或护士治疗的患者，耐药表型相同或相近的同种微生物感染怀疑同一来源等）。

5.3　医源性感染：指在医学服务中，因病原体传播引起的感染。

5.4　特殊病原体的医院感染：指发生甲类传染病或依照甲类传染病管理的乙类传染病的医院感染。

5.5　疑似医院感染暴发：指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内出现3例以上临床症候群相似、怀疑有共同感染源的感染病例；或者3例以上怀疑有共同感染源或感染途径的感染病例现象。

院感四个优先指标诊断标准

1. 目的

明确医院感染诊断标准，及时确诊医院感染病例。

2. 标准

2.1 医院感染诊断原则。

2.1.1 下列情况属于医院感染：

2.1.1.1 无明确潜伏期的感染，规定入院48小时后发生的感染为院内感染；有明确潜伏期的感染，自入院时起超过平均潜伏期的感染为医院感染。

2.1.1.2 本次感染直接与上次感染有关。

2.1.1.3 在原有感染基础上出现其他部位新的感染（除外脓毒血症迁徙灶）或在原感染已知病原体基础上又分离出新的病原体（排除污染或原来的混合感染）的感染。

2.1.1.4 新生儿在分娩过程中和产后获得的感染。

2.1.1.5 由于诊疗措施激活的潜在性感染，如疱疹病毒、结核杆菌的感染。

2.1.1.6 医务人员在医院工作期间获得感染。

2.1.2 下列情况不属于医院感染：

2.1.2.1 皮肤黏膜开放性伤口只有细菌定植而无炎症表现。

2.1.2.2 由于创伤或非生物因子刺激而产生的炎症表现。

2.1.2.3 新生儿经胎盘获得（出生48小时内发病），如单纯疱疹、弓形体病、水病等。

2.1.2.4 就诊者原有的慢性感染在医院内急性发作。

2.2 诊断标准。

2.2.1 呼吸道相关性感染（包括气管、支气管炎、肺脓肿）是指开始机械通气48小时后出现的肺部感染（含气管插管、气管切开、呼吸机引起的感染）。

2.2.1.1 临床诊断：使用呼吸治疗装置（含气管插管、气管切开、呼吸机等）后出现，符合下述两条之一即可诊断。

2.2.1.1.1 患者出现咳嗽、咳痰，肺部出现湿罗音，并有下列情况之一：

（1）发热。

（2）白细胞总数和/或中性细胞比例增高。

（3）胸部X线显示肺部有炎症浸润性病变（原胸片肺部正常）。

2.2.1.1.2 慢性气道疾病就诊者定期（慢性支气管炎症伴有或不伴阻塞性肺气肿、哮喘、支气管扩张症）继发急性感染，并有病原学改变或X线显示与入院时比较有明显改变或新病灶）。

2.2.1.2 病原学诊断：临床诊断基础上，符合下列6条之一即可诊断。

（1）经筛选的痰液，连续两次分离到相同病原体；一次非定植菌。

（2）痰细菌定量培养分离病原菌数≥106cfu/ml。

（3）血培养或并发胸腔积液者的胸液分离到病原体。

（4）经纤维镜气管镜或人工气道吸引采集的下呼吸道分泌物病原菌数≥105cfu/ml，经支气管肺泡灌洗（BAL）分离到病原菌≥104cfu/ml；或经防污染标本刷（PSB）、防污染支气管肺泡灌洗（PBAL）采集的下呼吸道分泌物分离到病原体，而原有慢性阻塞性肺病包括支气管扩张者病原菌数≥103cfu/ml。

（5）痰或下呼吸道采样标本中分离到通常非呼吸道定植的细菌或其他特殊病原体。

（6）免疫血清学、组织病理学的病原学诊断证据。

2.2.1.3 注意事项：

2.2.1.3.1 病原的多样性。

2.2.1.3.2 采集标本的方法涉及其诊断价值。

2.2.1.3.3 检出菌的药敏结果是治疗方案的重要依据。

2.2.1.3.4 病原的常变性、需反复采样送检。

2.2.1.3.5 胸水、血培养阳性有诊断价值。

2.2.1.4 说明：

2.2.1.4.1 痰液筛选的标准为痰液涂片镜检鳞状上皮细胞＜10个/低倍视野和白细胞＞25个低倍视野或鳞状上皮细胞；白细胞≤1:2.5；免疫抑制和粒细胞缺乏就诊者见到柱状上皮细胞或锥状上皮细胞同时存在，白细胞数量可以不严格规定。

2.2.1.4.2 应排除非感染性病因如栓塞、心力衰竭、肺水肿、肺癌等所有的下呼吸道的胸片的改变。

2.2.1.4.3 病变局限于气道者为医院感染气道-支气管炎；出现肺实质炎症（X线显示）者为医院感染肺炎（包括肺脓肿）报告时需分别注明。

2.2.1.5 特点：

2.2.1.5.1 患病率：6%-52%。

2.2.1.5.2 疾病菌构成具有多样化的特点。主要是需氧菌（特别是需氧G-菌占多数，其次是MRSA）真菌不足1%。

2.2.1.5.3 有40%-60%为多种菌混合感染。

2.2.1.5.4 病死率高于其他院内肺炎。

2.2.2 导管相关血流感染（Catheter Related Blood Stream Infection，简称CRBSI）。

2.2.2.1 导管相关血流感染（CRBSI）：是指带有血管内导管或者拔除血管内导管48小时内的患者出现菌血症或真菌血症，并伴有发热（>38℃）、寒颤或低血压等感染表现，除血管导管外没有其他明确的感染源。实验室微生物学检查显示：外周静脉血培养细菌或真菌阳性；或者从导管段和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌。

2.2.2.2 血液感染病人导管培养不能取得实验室证据，但如果拔取导管全身感染征象好转，可以认为是CRBSI的间接证据。

2.2.2.3 说明：

2.2.2.3.1 导管尖端培养其接种方法应取导管尖端5cm，在血平板表面往返滚动1次，细菌菌数≥15cfu/平板即为阳性。

2.2.2.3.2 从穿刺部位抽血定量培养，细菌菌落数≥100cfu/ml，或细菌落数量相当于对侧同时抽血培养的4-10倍；或对侧同时取血培养出同种细菌。

2.2.3导尿管相关尿路感染（Catheter-associated Urinary Tract Infection，简称CAUTIS）：主要是指患者留置导尿管后，或者拔除导尿管48小时内发生的泌尿系统感染。

2.2.3.1 临床诊断：患者出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，或者有下腹触痛、肾区叩痛，伴有或不伴有发热，并且尿检白细胞男性≥5个/高倍视野，女性≥10个/高倍视野，插导尿管者应当结合尿培养。

2.2.3.2 病原学诊断：在临床诊断的基础上，符合以下条件之一：

（1）清洁中段尿或者导尿留取尿液（非留置导尿）培养革兰阳性球菌菌落数≥104cfu/ml，革兰阴性杆菌菌落数≥105cfu/ml。

（2）耻骨联合上膀胱穿刺留取尿液培养的细菌菌落数≥103cfu/ml。

（3）新鲜尿液标本经离心应用相差显微镜检查，在每30个视野中有半数视野见到细菌。

（4）经手术、病理学或者影像学检查，有尿路感染证据的。

（5）无症状性菌尿症：患者虽然没有症状，但在1周内有内镜检查或导尿管置入，尿液培养革兰阳性球菌菌落数≥104cfu/ml，革兰阴性杆菌菌落数≥105cfu/ml，应当诊断为无症状性菌尿症。

2.2.4 外科手术部位感染的定义：

外科手术部位感染分为切口浅部组织感染、切口深部组织感染和器官/腔隙感染。

2.2.4.1 切口浅部组织感染：

手术后30天以内发生的仅累及切口皮肤或者皮下组织的感染，并符合下列条件之一：

（1）切口浅部组织有化脓性液体。

（2）从切口浅部组织的液体或者组织中培养出病原体。

（3）具有感染的症状或者体征，包括局部发红、肿胀、发热、疼痛和触痛，外科医师开放的切口浅层组织。

下列情形不属于切口浅部组织感染：

（1）针眼处脓点（仅限于缝线通过处的轻微炎症和少许分泌物）。

（2）外阴切开术或包皮环切术部位或肛门周围手术部位感染。

（3）感染的烧伤创面，及溶痂的Ⅱ、Ⅲ度烧伤创面。

2.2.4.2 切口深部组织感染：

无植入物者手术后30天以内、有植入物者手术后1年以内发生的累及深部软组织（如筋膜和肌层）的感染，并符合下列条件之一：

（1）从切口深部引流或穿刺出脓液，但脓液不是来自器官/腔隙部分。

（2）切口深部组织自行裂开或者由外科医师开放的切口。同时，患者具有感染的症状或者体征，包括局部发热，肿胀及疼痛。

（3）经直接检查、再次手术探查、病理学或者影像学检查，发现切口深部组织脓肿或者其他

感染证据。

同时累及切口浅部组织和深部组织的感染归为切口深部组织感染；经切口引流所致器官/腔隙感染，无须再次手术归为深部组织感染。

2.2.4.3　器官/腔隙感染：

无植入物者手术后30天以内、有植入物者手术后1年以内发生的累及术中解剖部位（如器官或者腔隙）的感染，并符合下列条件之一：

（1）器官或者腔隙穿刺引流或穿刺出脓液。

（2）从器官或者腔隙的分泌物或组织中培养分离出致病菌。

（3）经直接检查、再次手术、病理学或者影像学检查，发现器官或者腔隙脓肿或者其他器官或者腔隙感染的证据。

医院感染综合性监测规程

1. 目的

1.1 了解全院医院感染情况，如各科室、病房、各部位的感染率，高危区、高危人群，各种感染的易感因素，病原体及其耐药性等。

1.2 提供医院感染的本底率，了解医院感染和特殊的危险因素。

1.3 向医务人员和就诊者反馈治疗或操作的危险性。

1.4 评价控制措施的效果和效益。

2. 标准

2.1 医院感染病例监测：

具体监测感染部位、方法等详见《医院感染目标性监测规程》。

2.1.1 开展医院感染病例监测，以掌握本院重点科室医院感染发病率及多发部位，高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制提供科学依据。

2.1.2 进行前瞻性监测。

2.1.3 医院感染控制科每月对监测资料进行汇总、统计分析，每季度向医院感染控制委员会书面汇报，向全院医务人员反馈，监测资料妥善保存。特殊情况随时汇报和反馈。

2.2 消毒灭菌效果监测。

2.2.1 标准：灭菌合格率100%。

2.2.2 使用中的消毒剂、灭菌剂：

2.2.2.1 生物监测：消毒剂每季度监测一次，使用中灭菌用消毒液；无菌生长；使用中皮肤黏膜消毒液染菌量：≤10CFU/mL，其他使用中消毒液染菌量≤100CFU/mL，不得检出致病性微生物。

2.2.2.2 化学检测：定期监测消毒、灭菌剂的浓度。

（1）含氯消毒剂：所需溶液应现配现用，每次配置后及更换前检测有效浓度并记录，消毒粉配制后的水溶液在常温下连续使用8小时更换，健之素片配置后的水溶液常温下连续使用24小时更换。科室监控护士每周1次抽查其有效氯浓度并记录。

（2）戊二醛：戊二醛检测由使用科室负责每周1次，医院感染控制科每月抽查监测1次，结果登记备查。

2.2.3 消毒、灭菌物品：消毒物品不得检出致病微生物；灭菌物品不得检出任何微生物。

2.2.4 灭菌器监测：见《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》；登记每次进灭菌炉的物品及物理监测结果；灭菌后无菌物品监测1次，结果登记备查。

2.2.5 紫外线消毒监测：应进行定期紫外灯强度监测和生物学监测。

2.2.5.1 日常监测：包括灯管使用时间、累计照射时间登记和使用人签名。

2.2.5.2 强度监测：新紫外线灯管照射强度不得低于100μW/cm^2，使用中的灯管不得低于70μW/cm^2，照射强度监测每半年1次。

2.2.5.3 生物学监测：重点部门每季度进行1次、非重点部门每半年进行1次

注：使用紫外线灯管的科室/部门有：层流洁净室的工程管理部分、检验科、输液配制中心超净台、营养室等。

2.2.6 消毒后的内镜（如：胃、肠镜、喉镜、气管镜等）监测：每季度1次，细菌菌落总数≤20cfu/100cm^2，不得检出致病性微生物。

2.2.7 灭菌后的内镜（如膀胱镜、腹腔镜等）、活检钳监测：每月进行1次，不得检出任何微生物。

2.2.8 环境卫生学监测（空气、工作人员手、物体表面的细菌总数及致病菌）。

2.2.8.1 每月对手术室、产房、爱婴区、ICU、静脉配置中心、供应室无菌区、新生儿室、血液移植层流病房、脐血库、生殖医学中心、中心供应室、治疗室、换药室等重点部门进行环境卫生学监测1次，由科室负责自测；院感科每季度监测。

2.2.8.2 卫生学标准，见附录A。

2.2.9 织物监测（清洗干燥后的衣物、卫生洁具的致病菌）：每季度进行1次，不得检出致病菌。

2.2.10 环境安全风险管理巡查监控：巡查内容、频率详见《医院感染风险管理流程》。

2.3 全院物品的清洁流程监控。

2.3.1 高度危险性物品 ：进入人体无菌组织、器官、脉管系统，或有无菌体液从中流过的物品或接触破损皮肤、破损黏膜的物品，一旦被微生物污染，具有极高感染风险，如手术器械、穿刺针、腹腔镜、活检钳、心脏导管、植入物等，每月监控1次。

2.3.2 中度危险性物品：与完整黏膜相接触，而不进入人体无菌组织、器官和血流，也不接触破损皮肤、破损黏膜的物品，如胃肠道内镜、气管镜、喉镜、肛表、口表、呼吸机管道、麻醉机管道、压舌板、肛门直肠压力测量导管等，每季度监控1次。

2.3.3 低度危险性物品：与完整皮肤接触而不与黏膜接触的器材，如听诊器、血压计袖带等；病床围栏、床面以及床头柜、被褥；墙面、地面、痰盂（杯）和便器等，每半年抽查监控1次。

医院感染目标性监测规程

1. 目的

1.1 提供呼吸机相关性肺炎、导尿管相关性尿路感染、置管相关性血流感染、手术部位感染的发病率，以掌握本院重点科室上述医院感染分布情况及部位、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染防控提供科学依据。

1.2 向医院工作人员提供治疗或操作中预防控制感染的指引或规范。

1.3 评价防控措施的效果，依据实际情况制订合理的流程。

2. 目标

2.1 呼吸机相关性肺炎、导尿管相关性尿路感染、中心动静脉及其他深部血管插管相关性感染及手术部位感染的发病率（简称“四个率”），不高于美国CDC公布的美国医院平均发病率。

2.2 防止或减少医院感染、传染病暴发。

3. 管理监控机构

3.1 各临床科室、医院感染控制科每月负责全院“四个率”的检查、统计形成报表，每季度进行分析报告，由质控科每月进行检查、监督、不定期抽查改进措施的制订和执行。医务部、护理部参与检查和行动的落实督导。

3.2 医院感染控制科负责监控、收集资料，院感科、质控科、护理部、总务部等相关部门共同参与检查和行动落实督导。每半年检查结果常规报告医院感染控制管理委员会。一旦发现严重事件，相关部门/科室及时上报医院感染控制科及医务部，再由其向相关职能部门通报，共同制订预防和控制措施。

4. 检查依据

4.1 国家《中华人民共和国传染病防治法》、《医院隔离技术规范》中接触隔离的疾病、《内镜清洗消毒技术操作规范（2004年版）》、《医院感染管理办法》、《导尿管相关尿路感染预防与控制技术指南》、《导管相关血流感染预防与控制技术指南》、《外科手术部位感染预防与控制技术指南》。

4.2 医院《呼吸机相关肺炎预防与控制制度》、《导管相关血流感染预防与控制制度》、《导尿管相关尿路感染预防与控制制度》、《多重耐药菌预防与控制制度》、《手术部位感染预防与控制制度》、《院感四个优先指标诊断标准》。

5. 监控方式和检查频率

5.1 医院感染和传染病病例。

5.1.1 各临床科室自查，每天填写使用呼吸机、留置导管、中心动静脉插管就诊者《监测日志》，月终交月报表至医院感染控制科，手术部位感染病例由医院感染控制科收集《医院感染病例报告卡》，并对病历进行审查。医务部、护理部、质控科不定时对所有相关就诊者进行抽查。

5.1.2 临床科室医生、护士、检验科微生物室上报：发现疑似或确诊的感染病例在24小时内，按《医院感染报告与奖罚制度》和《法定传染病报告管理制度》程序，经治医生及时向本科室医院感染监控小组负责人（及专科主任）报告，并填写《医院感染报告卡》，送至医院感染控制科（班外时间、节假日按上述两个制度程序报告）；医院感染控制科每天从系统中收集《医院感染报告卡》。护士和检验科电话报告医院感染控制科，住院病区护士将每天使用呼吸机、留置导尿管、深部动/静脉置管的病人数统计并记录，由医院感染控制科每周核实上述病人是否患感染性疾病。

5.1.3 医院感染或传染病暴发流行：各科室/部门、医院感染控制科如发现同一区域出现医院感染同源感染3例或3例以上（说明：重要病原体1例）、传染病超过《法定传染病报告管理制度》及《突发公共卫生事件应急预案》中分类及评估标准，立即上报医务部（非正常上班时间报告行政总值班）、医院感染控制科、护理部、总务科等相关部门共同参与预防和控制，医院感染控制科接报告后立即核实、监督检查，调查结果及时上报给相关职能部门、医院感染管理委员会及分管业务院长。

5.1.4 医院感染控制科定期查询出入院、死亡就诊者疾病诊断等动向，及向检验科查询传染病相关检验阳性结果，向放射科查询X线胸片结果；每周1–2次查阅住院病人电子病历及辅助检查结果。检查重点包括感染性疾病科、各ICU、新生儿科、手术病人及使用呼吸机、导尿管、深部动静脉置管的病人等，以及时发现感染病例，督促科室做好消毒隔离和控制措施，并深入相关科室，核实感染病例及消毒隔离执行情况。

5.1.5 医院感染控制科每月检查出院病历并补齐上述医院感染病历资料，每月将收集的资料进行统计，每季度进行分析、原因查找形成报告，报医务部质控科、相关职能部门、临床科室及医院感染管理委员会，质改科根据报告进行定期统计分析和不定期抽查。

5.1.6 医院感染控制科负责监控、收集资料、统计分析，指导改进措施的制订，跟进整改结果。医务部、护理部、总务部等参与检查和行动落实督导。

5.2 消毒与灭菌效果。

详见《医院感染综合性监测规程》，医院感染控制科发现结果异常时立即电话反馈相关科室主管或当事人，重要事件反馈主管领导、相关职能部门及医院感染控制管理委员会；定期通过院内网络电子邮件发至各相关科室主管或当事人邮箱；每季度统计、原因查找形成全院报告，每半年向医院感染管理委员会报告。

6. 检查内容

6.1 有创机械呼吸引起的呼吸道感染（含气管插管、气管切开等有创呼吸机引起的感染）、尿道置管引起的感染（含留置导尿管及输尿管置管、膀胱/输尿管镜、膀胱造瘘等各种尿路引流及其护理等有关侵入性的操作和设备引起的感染）、血管相关性感染（含中心动、静脉或其他深部血

管置管如PICC、肱动脉置管等引起的感染，但是不包括外周静脉留置针）、外科手术部位感染（含浅部切口、切口下深部组织及手术涉及的体腔内或脏器、植入物相关的感染）。

6.2 可反复消毒/灭菌使用的高危物品（如手术器械、内镜、复用的一次性物品等）清洗、消毒或灭菌流程及消毒灭菌效果（如压力蒸汽、内镜、EO灭菌器生物监测，清洗、消毒或灭菌后物品的细菌监测等）的监控，锐器伤及职业暴露、医疗废弃物的处理、具有重要流行病学意义的传染病（如不明原因肺炎、传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感、鼠疫、霍乱、水痘、狂犬病、麻疹、流行性腮腺炎、流感、登革热、HIV/AIDS等）、多重耐药菌株（如MRSA【耐甲氧西林金黄色葡萄球菌】、VSE【耐万古霉素肠球菌】等），分别进行监测。

7. 适用范围

7.1 所有使用呼吸机（包括气管插管、气管切开）、留置导尿管或其他尿路置管和（或）深部动静脉置管住院病人；所有实行手术操作的住院病人。

7.2 全院范围内、循环使用的高危物品清洗、消毒或灭菌效果、锐器伤及职业暴露、医院废弃物的处理、具有重要流行病学意义的传染病、多重耐药菌株等监控。

8. 检查结果与数据处理

8.1 每月统计数据按下列公式计算

$$\text{呼吸机相关肺部感染}=\frac{\text{使用呼吸机病人中肺部感染人数}}{\text{病人使用呼吸机日数}}\times 1000‰$$

$$\text{插管相关泌尿道感染率}=\frac{\text{尿道插管病人中泌尿道感染人数}}{\text{病人尿道插管日数}}\times 1000‰$$

$$\text{动、静脉插管相关感染率}=\frac{\text{动、静脉插管病人中血液感染人数}}{\text{病人动、静脉插管日数}}\times 1000‰$$

$$\text{手术作品感染率}=\frac{\text{手术后病人伤口感染人数}}{\text{手术倒数}}\times 1000‰$$

8.2 质改部进行数据统计和分析。

9. 质量改进程序

持续对目标性监测项目进行监测，综合分析，发现缺陷，形成报告及改进意见通报医务部、护理部，上报治疗改进和就诊者安全委员会、各位领导，通报全院员工，并进行流程改进。

10. 说明

10.1 呼吸道、尿道、插管装置、手术伤口感染的定义及监测范围详见6.1和医院制度《院感四个优先指标诊断标准》。

10.2 对比数据。

10.2.1 采用美国CDC《1992年8月–2003年7月美国医院感染监测报告》。

10.2.2 感染率对比数据

感染部位	参比数（美国CDC数据）	单位
呼吸机相关性肺炎	9.9	每1000呼吸机–日
导尿管相关性尿路感染	5.1	每1000导尿管日
置管相关性血流感染	5.2	每1000血管置管日
外科手术部位感染	2.77	%

医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度

1. 目的

评价消毒设备运转是否正常、消毒剂是否有效、消毒效果是否达标。

2. 标准

2.1 环境卫生学监测：包括对空气、物体及环境表面、医务人员手的监测。

2.1.1 采用洁净技术房间。

2.1.1.1 日常空气细菌监测：包括洁净手术室及采用洁净技术净化空气的脐血库实验室、生殖医学中心实验室、移植病房等，科室每月监测，医院感染控制科每季度抽查。

2.1.1.2 竣工验收监测：由施工方完成，监测项目包括通风机的风量及转数、系统和房间风量及其平衡、系统和房间静压及其调整、自动调节系统联合运行、高效过滤器检漏、洁净度级别等。

2.1.1.3 综合性能全面评定：工程竣工并由施工方完成竣工验收监测后，由卫生部门授权的专业工程质量检验机构或取得国家实验室认可资质条件的第三方完成，监测合格方可投入使用。监测项目包括：Ⅰ级洁净手术室手术区和Ⅰ级洁净辅助用房局部100级区的工作面的截面风速、其他各级洁净手术室和洁净辅助用房的换气次数、静压差、洁净度级别、温湿度、噪声、照度、新风量、细菌浓度以及所有集中送风口高效过滤器抽查检漏，Ⅰ级洁净用房抽查比例应大于50%、其他洁净用房应大于20%。

2.1.1.4 技术指标监测：投入使用后每年监测1次，由广州市疾病预防控制中心或卫生部门授权的专业工程质量检验机构或取得国家实验室认可资质条件的机构完成。监测项目包括洁净度级别、细菌浓度、静压差、截面风速、换气次数、自净时间、温湿度、噪声、照度、新风量。

2.1.2 未采用洁净技术的重点部门空气细菌监测：对未采用洁净技术的重点部门，如手术室、产房、爱婴区、ICU（包括PICU、CCU、NICU）、新生儿科、血液病房、血液透析室、供应室等科室每月监测；医院感染控制科每季度监测。新建及装修后的房间空气经医院感染控制科进行细菌监测合格后方可投入使用。

2.1.3 普通科室的治疗室、换药室等空气细菌监测，科室每季度监测，感染控制科不定期抽查。

2.1.4 物体及环境表面消毒效果监测：使用科室每季度对婴儿温箱进行监测；其他物体及环境表面无需常规进行监测。怀疑与医院感染暴发有关时进行采样监测。

2.1.5 手消毒效果监测：手术室、产房、导管室、层流洁净病房、重症监护病房、器官（血液）移植病房、新生儿科、爱婴区、血液病房、血液透析室、感染性疾病科、口腔科等部门，科室每月进行监测，院感科每季度监测。

2.1.6 出现医院感染聚集性病例或医院感染暴发怀疑与医院环境卫生学因素有关时由医院感染

控制科对空气、物体及环境表面、医务人员手及时进行细菌总数、致病微生物监测。

2.2 消毒灭菌效果监测：包括对使用中消毒剂和灭菌剂监测、内镜消毒灭菌效果监测、灭菌与消毒物品监测、灭菌效果监测、紫外线灯消毒效果监测、血液透析液监测、餐具消毒效果监测、卫生洁具消毒效果监测。

2.2.1 使用中消毒液的有效浓度监测：由使用科室进行监测并登记。含氯消毒剂应在每次消毒液配制且消毒剂充分溶解后监测；过氧乙酸每日监测1次；戊二醛每周监测1次；邻苯二甲醛按产品说明书的要求进行监测；酸化水在每次使用前分别监测PH值和有效氯浓度。

使用中消毒液染菌量测定：医院感染控制科每月对灭菌剂进行监测；每季度对消毒剂进行监测。

2.2.2 内镜消毒灭菌效果监测：由感染控制科进行监测，灭菌后内镜及附件应每月进行生物监测；消毒后内镜应每季度进行生物学监测。

2.3 高、中、低危险性物品监测

2.3.1 高度危险性物品：进入人体无菌组织、器官、脉管系统，或有无菌体液从中流过的物品或接触破损皮肤、破损黏膜的物品，一旦被微生物污染，具有极高感染风险，如手术器械、穿刺针、腹腔镜、活检钳、心脏导管、植入物等。

2.3.2 中度危险性物品：与完整黏膜相接触，而不进入人体无菌组织、器官和血流，也不接触破损皮肤、破损黏膜的物品，如胃肠道内镜、气管镜、喉镜、肛表、口表、呼吸机管道、麻醉机管道、压舌板、肛门直肠压力测量导管等。

2.3.3 低度危险性物品：与完整皮肤接触而不与黏膜接触的器材，如听诊器、血压计袖带等；病床围栏、床面以及床头柜、被褥疮；墙面、地面、痰盂（杯）和便器等。

2.3.4 无须常规进行高、中、低危险性物品监测；感染控制科每季度对消毒供应室集中清洗消毒的物品进行抽样检查3-5件，有疑问时增加采样频度和件数；出现医院感染聚集性病例或医院感染暴露发怀疑与相应物品有关时由医院感染控制科及时进行监测。

2.4 灭菌效果监测。

2.4.1 压力蒸汽灭菌效果监测：供应室负责监测。

2.4.1.1 物理监测（工艺监测）：每锅进行，每次灭菌应连续监测并记录灭菌时的温度、压力、时间等灭菌参数；灭菌器新安装、移位和大修后进行监测。

2.4.1.2 化学监测法：每包进行；每个灭菌物品包外和包内最难灭菌的位置分别放置包外和包内化学指示物；灭菌器新安装、移位和大修后进行监测。

2.4.1.3 生物监测法：使用耐热的嗜热脂肪杆菌芽孢，每周监测1次；采用新的包装材料和方法进行灭菌时应进行生物监测；灭菌器新安装、移位和大修后当通过物理监测、化学监测后，生物监测应空载连续监测3次，合格后灭菌器方可使用。小型压力蒸汽灭菌器的生物监测应满载连续监测3次，合格后灭菌器方可使用。

2.4.1.4 B-D试验：预真空压力蒸汽灭菌器每天灭菌前进行B-D试验；新安装、移位和大修后的预真空和脉动真空压力蒸汽灭菌器应进行B-D试验测试并重复3次，连续监测合格后，灭菌器方可使用。

2.4.2 环氧乙烷灭菌效果监测：供应室负责监测。

2.4.2.1　物理监测（工艺监测）：每锅进行，每次灭菌应连续监测并记录灭菌时的温度、压力、时间等灭菌参数。

2.4.2.2　化学监测法：每包进行；每个灭菌物品包外和包内最难灭菌的位置分别放置包外和包内化学指示物。

2.4.2.3　生物监测法：使用枯草杆菌黑色变种芽孢，每灭菌批次监测1次。

2.4.3　过氧化氢等子灭菌效果监测。

2.4.3.1物理监测（工艺监测）：每锅进行，每次灭菌应连续监测并记录每个灭菌周期的临界参数如舱内压力、温度、过氧化氢的浓度、电源输入和灭菌时间等灭菌参数。

2.4.3.2　化学监测法：每包进行；每个灭菌物品包外和包内最难灭菌的位置分别放置包外和包内化学指示物。

2.4.3.3　生物监测法：使用嗜热脂肪杆菌芽孢，每天至少进行1次灭菌循环的生物监测。

2.5　紫外线消毒效果监测。

2.5.1　辐照强度监测：使用紫外线辐照计或紫外线强度指示卡进行监测。新安装或新换灯管由使用科室通知医院感染控制科进行监测；使用中的紫外线由医院感染控制科每半年监测1次并记录。

2.5.2　生物监测。

2.5.2.1　空气消毒效果监测：按2.1.2执行，但采样平板不加中和剂。

2.5.2.2　物体表面消毒效果监测：按2.1.3执行，但采样液不加中和剂。

2.6　血液透析液的监测。

2.6.1　透析用水、透析液细菌培养和致病菌监测：血液透析室每月监测；怀疑或确定病人在透析中发生热原反应和菌血症时，应随时进行监测。

2.6.2　透析液内毒素监测：血液透析室负责，最初每周监测1次，连续2次监测结果符合要求后每季监测。

2.7　餐具消毒效果监测。

2.7.1　细菌总数监测：营养食堂每月监测1次；医院感染控制科每季度监测1次；怀疑集体食物中毒或因进食食堂提供的食物所致的胃肠道感染聚集性病例时由医院感染控制科随时监测。

2.7.2　大肠菌群总数监测：营养食堂每月监测1次；医院感染控制科每季度监测1次；怀疑集体食物中毒或因进食食堂提供的食物所致的胃肠道感染聚集性病例时由医院感染控制科随时监测。

2.8　卫生洁具消毒效果监测。

2.8.1　细菌总数监测：怀疑医院感染暴发或流行与卫生洁具相关时由医院感染控制科随时监测。

2.8.2　致病菌监测：当怀疑被某致病菌污染时或怀疑医院感染与某致病菌有关时，致病菌的监测由医院感染控制科根据污染情况进行相应指标的监测。

2.9　污水处理排放监测。

2.9.1　PH值监测：污水处理站负责，每天监测2次。

2.9.2　余氯监测：污水处理站负责，每天监测2次。

2.9.3　粪大肠菌群监测：污水处理站负责，每月监测。

2.9.4　沙门氏菌监测：污水处理站负责，每季度监测。

2.9.5　志贺氏菌监测：污水处理站负责，每季度监测。

导管相关血液感染预防与控制制度

1. 目的

降低动、静脉置管感染发生率、提高医疗护理质量。

2. 标准

2.1 预防要点。

2.1.1 置管时：

（1）严格执行无菌技术操作规程。置管时应当遵守最大限度的无菌屏障要求。置管部位应当铺大无菌单（巾）；置管人员应当戴帽子、口罩、无菌手套，穿无菌手术衣。

（2）严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手并戴无菌手套后，尽量避免接触穿刺点皮肤。置管过程中手套污染或破损应当立即更换。

（3）导管选用种类和更换频度，应根据病人的具体情况决定；置管使用的医疗器械、器具等医疗用品和各种敷料必须达到灭菌水平。

（4）选择合适的静脉置管穿刺点，成人中心静脉置管时，应当首选锁骨下静脉，尽量避免使用颈静脉和股静脉。婴幼儿，要尽量选择头皮、手、脚部位的静脉，少用腿或腹股沟。

（5）采用卫生行政部门批准的皮肤消毒剂消毒穿刺部位皮肤，自穿刺点由内向外以同心圆方式消毒，消毒范围应当符合置管要求。消毒后皮肤穿刺点应当避免再次接触。皮肤消毒待干后，再进行置管操作。

（6）患疖肿、湿疹等皮肤病或患感冒、流感等呼吸道疾病，以及携带或感染多重耐药菌的医务人员，在未治愈前不应当进行置管操作。

2.1.2 置管后：

（1）应当尽量使用无菌透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，对于高热、出汗、穿刺点出血、渗出的患者应当使用无菌纱布覆盖，并在敷贴处注明置管或更换日期、导管型号、插入导管深度（中心动静脉置管）及日期和责任人。

（2）应当定期更换置管穿刺点覆盖的敷料。更换间隔时间为：无菌纱布为1次/2天，无菌透明敷料为1–2次/周，如果纱布或敷料出现潮湿、松动、可见污染时应当立即更换。再次贴上覆盖膜前，中心静脉、PICC、普通留置针等穿刺部位，用有效碘浓度≥0.1%以上的碘伏棉签消毒皮肤，待干。

（3）医务人员接触置管穿刺点或更换敷料时，应当严格执行手卫生规范。

（4）所有导管开口均应用无菌肝素帽，以保持无菌；注射药物前，应当用75%酒精或含碘消毒剂进行消毒，待干后方可注射药物。如有血迹等污染时，应当立即更换。

（5）告知置管患者在沐浴或擦身时，应当注意保护导管，不要把导管淋湿或浸入水中。

（6）在输血、输入血制品、脂肪乳剂后的24小时内或者停止输液后，应当及时更换输液管路。外周及中心静脉置管后，应当用生理盐水或肝素盐水进行常规冲管，预防导管内血栓形成。

（7）严格保证输注液体的无菌。

（8）紧急状态下的置管，若不能保证有效的无菌原则，应当在48小时内尽快拔除导管，更换穿刺部位后重新进行置管，并作相应处理。

（9）怀疑患者发生导管相关感染，或者患者出现静脉炎、导管故障时，应当及时拔除导管。必要时应当进行导管尖端的微生物培养。

（10）医务人员应当每天对保留导管的必要性进行评估，不需要时应当尽早拔除导管。

（11）导管不宜常规更换，特别是不应当为预防感染而定期更换中心静脉导管和动脉导管。

（12）不要在穿刺部位皮肤常规使用抗菌药物油膏。

3. 监测

3.1 监测要点。

3.1.1 目视观察穿刺点，或者隔着敷料触诊穿刺点，根据患者具体情况确定观察频率和方法。如果患者出现穿刺点触痛、不明原因的发热，或者其他局部或者血流感染的症状体征，此时应该移去敷料，仔细、彻底检查穿刺点，及时做微生物送检。

3.1.2 询问患者穿刺点有无异常变化或其他不适，鼓励患者出现异常时及时通知医护人员。

3.1.3 一旦出现静脉炎、皮肤发炎或化脓的早期征象，应立即报告医生。取得合适的细菌培养标本及采集血标本后，尽快更换导管及导管注射部位（如有脓性分泌物，更须送标本培养）。

3.1.4 采样：临床科室发现动静脉置管病人出现感染的早期征象，可无菌技术抽取血液培养和/或剪取导管尖端5cm放入无菌试管，送检。

3.1.5 说明：导管尖部培养和/或血液培养分离出有意义的病原微生物。

导管管尖培养接种方法：取导管尖端5cm，在血平板表面往返滚动一次，细菌菌数≥15cfu/平板即为阳性。

从穿刺部位抽血定量培养：细菌菌数≥100cfu/ml，或细菌菌数相当于对侧同时取血培养的4—10倍；或对侧同时取血培养出同种细菌。

3.1.6 中心静脉、PICC，应制订一个规范的表格，详细记录插管、拔除导管、敷料更换的具体时间，插管操作者、护理人员姓名等。

3.1.7 常规培养导管尖端是没有必要的；如疑有导管相关性血液感染，应做导管尖端培养（无菌操作，避免拔管时污染）。

4. 定义

4.1 导管病菌定植：插管部位无感染征象而远端导管半定量培养发现病菌≥15CFU/平板或定量培养病菌浓度≥103CFU/平板。

4.2 局部感染：插管局部皮肤有红肿、压痛或脓性分泌物。

4.3 导管相关血流感染（Catheter Related Blood Stream Infection，简称CRBSI）

4.3.1 导管相关血流感染（CRBSI）：是指带有血管内导管或者拔除血管内导管48小时内的患者出现菌血症或真菌血症，并伴有发热（>38℃）、寒颤或低血压等感染表现，除血管导管外没有其他明确的感染源。实验室微生物学检查显示：外周静脉血培养细菌或真菌阳性；或者从导管段和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌。

4.3.2 血液感染病人导管培养不能取得实验室证据，但如果拔取导管全身感染征象好转，可以认为是CRBSI的间接证据。

导尿管相关尿路感染（CAUTI）预防与控制制度

1. 目的

降低医院内尿路感染发病率，提高医疗护理质量。

2. 预防要点

2.1 置管前：

2.1.1 严格掌握留置导尿管的适应征，避免不必要的留置导尿。

2.1.2 仔细检查无菌导尿包，如导尿包过期、外包装破损、潮湿，不应当使用。

2.1.3 根据患者年龄、性别、尿道等情况选择合适大小、材质等的导尿管，最大限度降低尿道损伤和尿路感染。

2.1.4 对留置导尿管的患者，应当采用密闭式引流装置。

2.1.5 告知患者留置导尿管的目的，配合要点和置管后的注意事项。

2.2 置管时：

2.2.1 医务人员要严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手后，戴无菌手套实施导尿术。

2.2.2 严格遵循无菌操作技术原则留置导尿管，动作要轻柔，避免损伤尿道黏膜。

2.2.3 正确铺无菌巾，避免污染尿道口，保持最大的无菌屏障。

2.2.4 充分消毒尿道口，防止污染。要使用合适的消毒剂棉球消毒尿道口及其周围皮肤黏膜，棉球不能重复使用。男性：先洗净包皮及冠状沟，然后自尿道口、龟头向外旋转擦拭消毒。女性：先按照由上至下，由内向外的原则清洗外阴，然后清洗并消毒尿道口、前庭、两侧大小阴唇，最后会阴、肛门。

2.2.5 导尿管插入深度适宜，插入后，向水囊注入10–15毫升无菌水，轻拉尿管以确认尿管固定稳妥，不会脱出。

2.2.6 置管过程中，指导患者放松，协调配合，避免污染，如尿管被污染应当重新更换尿管。

2.3 置管后：

2.3.1 妥善固定尿管，避免打折、弯曲，保证集尿袋高度低于膀胱水平，避免接触地面，防止逆行感染。

2.3.2 保持尿液引流装置密闭、通畅和完整，活动或搬运时夹闭引流管，防止尿液逆流。

2.3.3 应当使用个人专用的收集容器及时清空集尿袋中尿液。清空集尿袋中尿液时，要遵循无菌操作原则，避免集尿袋的出口触碰到收集容器。

2.3.4 留取小量尿标本进行微生物病原学检测时，应当消毒导尿管后，使用无菌注射器抽取标本送检。留取大量尿标本时（此法不能用于普通细菌和真菌学检查），可以从集尿袋中采集，避免

打开导尿管和集尿袋的接口。

2.3.5 不应当常规使用含消毒剂或抗菌药物的溶液进行膀胱冲洗或灌注以预防尿路感染。

2.3.6 除非存在临床适应症（例如在手术后移除导尿管后出现菌尿症的患者），不要常规使用全身抗菌药物来防止需要短期或长期插管的患者出现CAUTI。

2.3.7 应当保持尿道口清洁，大便失禁的患者清洁后还应当进行消毒。留置导尿管期间，每日清洁或冲洗尿道口周围区域是非常必要的。

2.3.8 患者沐浴或擦身时应当注意对导管的保护，不应当把导管浸入水中。

2.3.9 长期留置导尿管患者，不宜频繁更换导尿管。若导尿管阻塞或导管连接断开时，以及留置导尿装置的无菌性和密闭性被破坏时，应当根据临床指示使用无菌技术和无菌设备立即更换导尿管。

2.3.10 患者出现尿路感染时，应当及时更换导尿管，并留取尿液进行微生物病原学检测。

使用无菌操作收集尿液标本：

①如果需要少量的新鲜尿液进行化验检查（如尿液分析或培养），用消毒剂消毒采样点后，用无菌注射器从采样点采集尿液标本。采样方法:在导尿管前端使用碘伏棉签消毒二次后用无菌注射器抽取尿液放到无菌容器中送检。

②如果需要大量尿液进行特殊化验（非尿液培养），直接从引流袋无菌采样。

2.3.11 每天评估留置导尿管的必要性，不需要时尽早拔除导尿管，尽可能缩短留置导尿管时间。

2.3.12 对长期留置导尿管的患者，拔除导尿管时，应当训练膀胱功能。

2.3.13 医护人员在维护导尿管时使用标准预防措施，严格执行手卫生。

3. 监测

3.1 监测目标人群：重点为重症学科有留置导尿管、各种尿路引流及其护理等有关侵入性的操作的患者（有条件的话推广到全医院所有有上述操作的患者）。

3.2 留置导尿管>3天，第4、7天必须留尿常规，根据临床症状、体征和尿常规报告决定是否需要进行尿培养及用药等。若超过1周者每周查尿常规1次，至最终拔除导尿管。

3.3 建议（此条临床科室可酌情参考执行）：对留置导尿管>3天的病人，拔除的导尿管时做尿常规、尿液培养及导尿管细菌培养（不管是否有临床症状）。

3.3.1 拔除导尿管做培养的操作。

3.3.1.1 护士戴无菌手套操作。

3.3.1.2 消毒导尿口后，拔除导尿管（不要触碰导尿管以免拔除过程污染），用无菌剪刀剪一段导尿管（3–5cm）放入培养试管内送细菌室培养。

3.4 CAUTI监测项目：

3.4.1 每1000个插管日CAUTI的发生率。

3.4.2 插管使用率：（导尿管插管日数/患者住院日数）x 100%。

3.5 应制订一个规范的监测表格，详细记录插管持续时间、病人基础疾病、营养状况、免疫状况、尿液引流系统完整性等项目。

4. 定义

4.1 导尿管相关尿路感染（Catheter-associated Urinary Tract Infection，简称CAUTIS）：主要是指患者留置导尿管后，或者拔除导尿管48小时内发生的泌尿系统感染。

4.1.1 临床诊断：患者出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，或者有下腹触痛、肾区叩痛，伴有或不伴有发热，并且尿检白细胞男性≥5个/高倍视野，女性≥10个/高倍视野，插导尿管者应当结合尿培养。

4.1.2 病原学诊断：在临床诊断的基础上，符合以下条件之一：

4.1.2.1 清洁中段尿或者导尿留取尿液（非留置导尿）培养革兰阳性球菌菌落数≥104cfu/ml，革兰阴性杆菌菌落数≥105cfu/ml。

4.1.2.2 耻骨联合上膀胱穿刺留取尿液培养的细菌菌落数≥103cfu/ml。

4.1.2.3 新鲜尿液标本经离心应用相差显微镜检查，在每30个视野中有半数视野见到细菌。

4.1.2.4 经手术、病理学或者影像学检查，有尿路感染证据的。

4.2 无症状性菌尿症：患者虽然没有症状，但在1周内有内镜检查或导尿管置入，尿液培养革兰阳性球菌菌落数≥104cfu/ml，革兰阴性杆菌菌落数≥105cfu/ml，应当诊断为无症状性菌尿症。

呼吸机相关肺炎预防与控制制度

1. 目的

降低医院内呼吸道感染发病率，提高医疗护理质量。

2. 预防要点

2.1 感染病人与非感染病人分开放置。

2.2 特殊呼吸道感染的病人按照《隔离技术规范》要求进行相应的隔离。

2.3 严格无菌操作：严格洗手，戴口罩和手套，严格无菌操作是最有效的预防交叉感染措施之一，尤其是对预防控制耐药菌引起的感染起到非常重要的作用。

2.4 正确管理病人体位，如无禁忌证，可将床头抬高30-45°（此条根据病人实际情况执行）。

2.5 定期进行口腔护理：建议使用洗必泰漱口或口腔冲洗，每2-6小时1次，可以明显减少口咽部和气管内细菌定植，从而减少VAP的发生。

2.6 持续或间歇性的声门下分泌物引流（SSD）在一定程度上减少早发性VAP的发生。

2.7 根据患者病情选择合适的辅助呼吸方式。

2.7.1 严格掌握气管插管或切开适应证，使用呼吸机辅助呼吸患者应优先考虑无创通气。

2.7.2 尽量预防导管内壁生物膜（BF）的形成以减少VAP的发生。

2.8 对于人工气道/机械通气患者，每天评估是否可以撤机和拔管，尽量减少插管天数。

2.9 不宜常规采用选择性消化道脱污染来预防VAP。

2.10 对于器官移植、粒细胞减少症等严重免疫功能抑制患者，应进行保护性隔离，包括安置于层流室，医务人员进入病室时须戴口罩、帽子，穿无菌隔离衣，严格无菌操作等。

2.11 呼吸机治疗装置储存及使用：一次性使用的医疗用品（含无菌物品），原则上不可重复使用，如需重复使用需以书面报告形式申请（含重复使用的必要性、重复使用次数、清洗、消毒或灭菌方法等）报医院感染控制科呈医院感染管理委员会审批同意后方可重复使用。

2.11.1 呼吸治疗装置包括湿化瓶、雾化器、积水瓶、螺纹管等必须无菌储存，包装完整，保持密闭性及外包装层的清洁。

2.11.2 湿化用水须选用灭菌蒸馏水，每天更换。（注明开瓶时间，开启后24小时内使用。）

2.11.3 湿化瓶、雾化器、积水瓶每天更换；须重复使用的螺纹管每3天更换1次；一次性螺纹管原则上每周更换1次。

2.11.4 鼻导管、气管切开及插管之接管，尽量使用一次性器材。

2.12 呼吸治疗装置清洁与消毒。

2.12.1　一般病人、胃肠道、伤口或皮肤隔离病人呼吸机的湿化瓶、雾化器、积水瓶、螺纹管消毒步骤：

使用科室将用后物品用清水冲洗后置入加盖塑料箱内→中心供应室→清洁剂清洗→洗涤剂处理→热水处理消毒→烘干机烘干→密封包装　E.O灭菌→使用科室。

2.12.2　呼吸道隔离、严格隔离或体液（分泌物）隔离病人使用的呼吸机的湿化瓶、雾化器、积水瓶、螺纹管消毒步骤：

使用科室将用后物品→黄色双层胶袋密封→中心供应室→清洁剂清洗→洗涤剂处理→热水处理消毒→烘干机烘干→密封包装　E.O灭菌→使用科室。

2.12.3　感染性病人使用的呼吸器，在隔离期间应专人专用。

2.12.4　病房及其他单位雾化器药杯、湿化瓶的清洁与消毒（中心供应室处理）。

2.12.4.1　一般病人用后物品，先使用清水冲洗后用有效氯500mg/L消毒30min，消毒时物品应完全浸没于消毒液中，容器内完全充满消毒液，不留气泡，消毒后再用清水冲洗、晾干，干燥保存。

2.12.4.2　（胃肠道、伤口或皮肤隔离、呼吸道隔离、严格隔离或体液（分泌物）隔离）HIV、梅毒、淋病、分枝杆菌、乙肝、高致病性人禽流感、传染性肺炎病人，用后物品，先用有效氯2000mg/L消毒30min，消毒时物品应完全浸没于消毒液中，容器内完全充满消毒液，不留气泡，消毒后再用清水冲洗、消毒液再次浸泡消毒晾干，干燥保存。

2.13　工作人员：有皮肤感染、流行性感冒及疑有β型溶血性链球菌咽喉炎者，不可接触病人。

3. 呼吸机相关肺炎的监控

3.1　监测科室应对转入病人进行监控，采集相应标本。

3.1.1　监测科室：根据每年医院感染风险评估结果确定开展呼吸机相关性肺炎的监测科室。

3.1.2　采集标本种类：

3.1.2.1　VAP监测

3.1.2.2.1　入住监测科室后进行有创性呼吸机治疗的病人，插管48小时内采集呼吸道分泌物标本一份，以后按临床指证进行病原学采样。

3.1.2.2.2　首次采样阴性，在定期监测过程中任何一次送检阳性，停止定期送检，按照检验结果和临床指征进行治疗和观察，随时采样送检。

3.1.2.2.3　首次采样检出阳性菌的病人，临床结合症状、体征和阳性结果+药敏进行治疗和观察，随时采样送检。

3.1.2.2　定植筛查（监测科室可以酌情参考执行）：凡入室病人入住即采集呼吸道分泌物、直肠拭子各1份，如果无定植，以后每隔7天采集1次，转出前需最后采集1次上述标本。监测过程中任何1次送检阳性，停止再次送检，按照临床指征进行采样和治疗。

3.1.3　院感科及时跟踪细菌室培养报告，及时与相关科室沟通。

诊断指标	年龄≤1岁	>1岁或≤12岁
实验室	至少有下列情况之一： 1．与其他来源无关的血培养阳性 2．胸腔积液培养阳性 3．从极少污染的下呼吸道采集标本（支气管肺泡灌洗液或防污染毛刷）定量培养阳性（≥104cfu/ml） 4．支气管灌洗液中≥5%的细胞含有细胞内细菌 5．病理组织学检查发现至少以下肺炎证据 ①坏死形成或融合病变中心有密集的外周血多形核细胞聚集在细支气管和肺泡 ②肺实质定量培养阳性 ③肺实质被真菌菌丝或假菌丝入侵的证据至少有以下情况之一（PNU3的实验室部分） 1．念珠菌血和痰培养均阳性 2．从极少污染的下呼吸道采集标本（支气管肺泡灌洗液或防污染毛刷）发现有真菌或伊氏肺孢子菌如直接镜检或培养阳性	

注：PNU1标准：放射学+症状/体征；PNU2标准：放射学+症状/体征+实验室；PNU3：放射学+症状/体征+PNU3的实验室部分。

多重耐药菌预防与控制制度

1. 目的

为加强多重耐药菌医院感染预防与控制，指导医务人员做好多重耐药菌医院感染预防与控制工作，降低发生医院感染的风险，保障医疗质量和医疗安全。

2. 标准

2.1 多重耐药菌含义：主要是指对临床使用的三类或三类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。

2.2 常见多重耐药菌包括：耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、产超广谱β-内酰胺酶（ESBLs）细菌、耐碳青霉烯类抗菌药物肠杆菌科细菌（CRE）（如产Ⅰ型新德里金属β-内酰胺酶[NDM-1]或产碳青霉烯酶[KPC]的肠杆菌科细菌）、耐碳青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌（CR-AB）、多重耐药/泛耐药铜绿假单胞菌（MDR/PDR-PA）和多重耐药结核分枝杆菌等。

2.3 多重耐药菌的目标性监测和报告要求。

2.3.1 临床科室：

2.3.1.1各科室医师在接诊感染性疾病患者后，应送检相应的病原学标本，并追踪检验结果，及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者和定植患者。若属于医院感染散发则于24小时内报医院感染报告卡。

2.3.1.2 特别要加大对重症监护病房（ICU）、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房、烧伤病房等重点部门以及长期收治在ICU的患者，或接受过广谱抗菌药物治疗或抗菌药物治疗效果不佳的患者，留置各种管道以及合并慢性基础疾病的患者的多重耐药菌监测及病原学送检工作。

2.3.2 检验科：

2.3.2.1微生物实验室进行细菌培养、鉴定、药敏后，对多重耐药菌应在检验报告上标注，并及时反馈科室，同时登记在《广州市妇女儿童医疗中心多重耐药菌监测报告表》报告医院感染控制科（可通过网络报告）。

2.3.2.2 临床微生物实验室应当至少每半年向全院公布1次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。

2.3.3 医院感染控制科：

2.3.3.1 收集汇总《广州市妇女儿童医疗中心多重耐药菌监测报告表》，指导临床实施接触隔离工作。

2.4 多重耐药菌预防与控制措施。

2.4.1 加强医务人员手卫生工作。

2.4.1.1 医务人员对多重耐药菌患者实施诊疗护理活动过程中，应当严格遵循《医务人员手卫生规范》要求进行手卫生工作。

2.4.2 严格实施隔离措施。

2.4.2.1 科室对确定或高度疑似多重耐药菌感染患者或定植患者，应当在标准预防的基础上，实施接触隔离措施，预防多重耐药菌传播。

2.4.2.2 在隔离房间门上或多重耐药菌患者的病床栏挂蓝色接触隔离标识，由科室感染控制负责人负责病区内的多重耐药菌患者的接触隔离措施的落实情况。

2.4.2.3 尽量选择单间隔离，也可以将同类多重耐药菌感染患者或定植患者安置在同一房间。隔离房间应当有隔离标识。

2.4.2.4 不宜将多重耐药菌感染或者定植患者与留置各种管道、有开放伤口或者免疫功能低下的患者安置在同一房间。

2.4.2.5 多重耐药菌感染或者定植患者转诊之前应当通知接诊的科室，采取相应隔离措施。没有条件实施单间隔离时，应当进行床旁隔离。

2.4.2.6 医务人员对患者实施诊疗护理操作时，应当将高度疑似或确诊多重耐药菌感染患者或定植患者安排在最后进行。

2.4.2.7 接触多重耐药菌感染患者或定植患者的伤口、溃烂面、黏膜、血液、体液、引流液、分泌物、排泄物时，应当戴手套，必要时穿隔离衣，完成诊疗护理操作后，要及时脱去手套和隔离衣，并进行手卫生。

2.4.3 遵守无菌技术操作规程。

2.4.3.1 医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程，特别是在实施各种侵入性操作时，应当严格执行无菌技术操作和标准操作规程，避免污染，有效预防多重耐药菌感染。

2.4.4 加强清洁和消毒工作。

2.4.4.1 病房应当使用专用抹布等物品进行清洁和消毒，使用过的抹布、拖布必须消毒处理。

2.4.4.2 对医务人员和患者频繁接触的物体表面（如心电监护仪、微量输液泵、呼吸机等医疗器械的面板或旋钮表面、听诊器、计算机键盘和鼠标、电话机、患者床栏杆和床头桌、门把手、水龙头开关等），采用适宜的消毒剂每天进行擦拭、消毒。

2.4.4.3 被患者血液、体液污染时应当立即消毒。

2.4.4.4 与患者直接接触的相关医疗器械、器具及物品如听诊器、血压计、体温表、输液架等要专人专用，并及时消毒处理。轮椅、担架、床旁心电图机等不能专人专用的医疗器械、器具及物品要在每次使用后擦拭消毒。

2.4.4.5 出现多重耐药菌感染暴发或者疑似暴发时，应当增加清洁、消毒频次。

2.4.4.6 在多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗过程中产生的医疗废物，应当按照医疗废物有关规定进行处置和管理。

2.4.5 解除隔离。

2.4.5.1 患者隔离期间要定期监测多重耐药菌感染情况，直至临床感染症状好转或治愈方可解除隔离。

手术部位感染预防与控制制度

1. 目的

降低医院内手术部位感染发病率，提高医疗护理质量。

2. 预防要点

2.1 手术前。

2.1.1 在对就诊者进行充分的术前准备的前提下，尽量缩短患者术前住院时间。择期手术患者应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。

2.1.2 有效控制糖尿病患者的血糖水平。

2.1.3 正确准备手术部位皮肤，彻底清除手术切口部位和周围皮肤的污染。术前备皮应当在手术当日进行，确需去除手术部位毛发时，应当使用不损伤皮肤的方法，避免使用刀片刮除毛发。

2.1.4 消毒前要彻底清除手术切口和周围皮肤的污染，采用卫生行政部门批准的合适的消毒剂以适当的方式消毒手术部位皮肤，皮肤消毒范围应当符合手术要求，如需延长切口、做新切口或放置引流时，应当扩大消毒范围。

2.1.5 如需预防用抗菌药物时，手术患者皮肤切开前30分钟至2小时内或麻醉诱导期给予合理种类和合理剂量的抗菌药物。需要做肠道准备的患者，还需术前一天分次、足剂量给予非吸收性口服抗菌药物。

2.1.6 有明显皮肤感染或者患感冒、流感等呼吸道疾病，以及携带或感染多重耐药菌的医务人员，在未治愈前不应当参加手术。

2.1.7 手术人员要严格按照《医务人员手卫生规范》进行外科手消毒。

2.1.8 重视术前患者的抵抗力，纠正水电解质的不平衡、贫血、低蛋白血症等。

2.2 手术中。

2.2.1 保证手术室门关闭，尽量保持手术室正压通气，环境表面清洁，最大限度减少人员数量和流动。

2.2.2 保证使用的手术器械、器具及物品等达到灭菌水平。

2.2.3 手术中医务人员要严格遵循无菌技术原则和手卫生规范。

2.2.4 若手术时间超过3小时，或者手术时间长于所用抗菌药物半衰期的，或者失血量大于1500毫升的，手术中应当对患者追加合理剂量的抗菌药物。

2.2.5 手术人员尽量轻柔地接触组织，保持有效地止血，最大限度地减少组织损伤，彻底去除手术部位的坏死组织，避免形成死腔。

2.2.6 术中保持患者体温正常，防止低体温。需要局部降温的特殊手术执行具体专业要求。

2.2.7　冲洗手术部位时，应当使用温度为37℃的无菌生理盐水等液体。

2.2.8　对于需要引流的手术切口，术中应当首选密闭负压引流，并尽量选择远离手术切口、位置合适的部位进行置管引流，确保引流充分。

2.3　手术后。

2.3.1　医务人员接触患者手术部位或者更换手术切口敷料前后应当进行手卫生。

2.3.2　为患者更换切口敷料时，要严格遵守无菌技术操作原则及换药流程。

2.3.3　术后保持引流通畅，根据病情尽早为患者拔除引流管。

2.3.4　外科医师、护士要定时观察患者手术部位切口情况，出现分泌物时应当进行微生物培养，结合微生物报告及患者手术情况，对外科手术部位感染及时诊断、治疗和监测。

3. 监测

3.1　监测目标人群：每年根据医院感染风险评估结果确定监测人群或者监测科室。

3.2　询问患者手术部位有无异常变化或其他不适，鼓励患者出现异常时及时通知医护人员。

3.3　外科医师、护士要定时观察患者手术部位切口情况，出现可疑分泌物时应当及时进行微生物培养，结合微生物报告及患者手术情况，对外科手术部位感染及时诊断、治疗和监测。

3.4　伤口及病灶分泌物标本的采集和注意事项：

3.4.1　封闭性感染病灶标本的采集。局部消毒，用无菌注射器抽取，注入到无菌试管中送检或直接接种到需氧、厌氧血液培养瓶中，同时做需氧、厌氧培养。

3.4.2　开放性感染病灶标本的采集。

3.4.2.1　最好抽吸采集；

3.4.2.2　无脓抽吸则最好用无菌生理盐水冲湿以抽吸；

3.4.2.3　也可在伤口感染组织上刮取组织送活检；

3.4.2.4　以溃疡和坏死为特征的化脓渗液伤口亦可使用拭子采集标本，但标本质量次于抽吸和活检所得；标本量极少，污染可能性大，难按厌氧标本要求运送。在用拭子采集标本时须采集两份，一份用作培养，另一份用于涂片检查（以便在培养结果出来之前指导先期用药）。

3.4.3　与体表相通的深部损伤标本采集。

3.4.3.1　皮肤及窦道容易受到体表细菌污染，建议外科清创同时采集标本；

3.4.3.2　如果不进行清创，则应尽量吸净深层感染物送检；不要用拭子在渗液伤口痂面采集标本。

3.4.4　涂片染色。

3.4.4.1　革兰氏染色检查结果能快速提供病原学鉴定；

3.4.4.2　能用来评价送检标本的质量和指导培养鉴定的逐步进行。

可通过比较多形核细胞和鳞状上皮细胞的数量来进行伤口标本质量的评价，鳞状上皮细胞数量过多，大体上表明标本有皮肤菌群污染。

有污染的标本进一步分离培养鉴定受限，一般建议重新采集标本送检；如无法重新采集标本也可继续分离鉴定、药敏实验，但在结果上需要说明情况。

3.4.5　厌氧菌脓肿标本采集。

3.4.5.1　标本必须在灭菌、无氧容器中运送到实验室。

3.4.5.2　推荐采用抽吸出的液体标本和刮下地组织标本；在转运和延迟处理期间标本应该室温下保存而不是冷藏。

3.4.6　标本采集注意事项。

3.4.6.1　留取标本时要注意表皮的消毒，不要污染标本。

3.4.6.2　标本应立即送检。

3.4.6.3　开放性标本最好清创后再取。

3.4.6.4　怀疑气性坏疽的患者，留取深部的标本。

3.4.6.5　气性坏疽的患者，要注意患者的消毒与隔离，不要污染器械及其他患者。

3.5　针对特定外科手术，应制订一个规范的监测表格，详细记录病人因素（年龄、性别、疾病严重程度、ASA体格状态级别、免疫缺陷、糖尿病、白蛋白水平、重量、手术前住院时间等）、外科手术和诊疗因素（紧急状态/选择性、除毛法、手术部位、手术持续时间、抗生素使用、伤口分泌物性状、颜色、细菌培养结果等）。

4. 外科手术分类及定义

4.1　外科手术分类：

根据外科手术切口微生物污染情况，外科手术切口分为清洁切口、清洁-污染切口、污染切口、感染切口。

4.1.1　清洁切口：

手术未进入感染炎症区，未进入呼吸道、消化道、泌尿生殖道及口咽部位。

4.1.2　清洁-污染切口：

手术进入呼吸道、消化道、泌尿生殖道及口咽部位，但不伴有明显污染。

4.1.3　污染切口：

手术进入急性炎症但未化脓区域；开放性创伤手术；胃肠道、尿路、胆道内容物及体液有大量溢出污染；术中有明显污染（如开胸心脏按压）。

4.1.4　感染切口：

有失活组织的陈旧创伤手术；已有临床感染或脏器穿孔的手术。

4.2　外科手术部位感染的定义：

外科手术部位感染分为切口浅部组织感染、切口深部组织感染、器官/腔隙感染。

4.2.1　切口浅部组织感染：

手术后30天以内发生的仅累及切口皮肤或者皮下组织的感染，并符合下列条件之一：

（1）切口浅部组织有化脓性液体。

（2）从切口浅部组织的液体或者组织中培养出病原体。

（3）具有感染的症状或者体征，包括局部发红、肿胀、发热、疼痛和触痛，外科医师开放的切口浅层组织。

下列情形不属于切口浅部组织感染：

（1）针眼处脓点（仅限于缝线通过处的轻微炎症和少许分泌物）。

（2）外阴切开术或包皮环切术部位或肛门周围手术部位感染。

（3）感染的烧伤创面，及溶痂的Ⅱ、Ⅲ度烧伤创面。

4.2.2 切口深部组织感染：

无植入物者手术后30天以内、有植入物者手术后1年以内发生的累及深部软组织（如筋膜和肌层）的感染，并符合下列条件之一：

（1）从切口深部引流或穿刺出脓液，但脓液不是来自器官/腔隙部分。

（2）切口深部组织自行裂开或者由外科医师开放的切口。同时，患者具有感染的症状或者体征，包括局部发热，肿胀及疼痛。

（3）经直接检查、再次手术探查、病理学或者影像学检查，发现切口深部组织脓肿或者其他感染证据。

同时累及切口浅部组织和深部组织的感染归为切口深部组织感染；经切口引流所致器官/腔隙感染，无须再次手术归为深部组织感染。

4.2.3 器官/腔隙感染：

无植入物者手术后30天以内、有植入物者手术后1年以内发生的累及术中解剖部位（如器官或者腔隙）的感染，并符合下列条件之一：

（1）器官或者腔隙穿刺引流或穿刺出脓液。

（2）从器官或者腔隙的分泌物或组织中培养分离出致病菌。

（3）经直接检查、再次手术、病理学或者影像学检查，发现器官或者腔隙脓肿或者其他器官或者腔隙感染的证据。

无陪护新生儿病房医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范新生儿科感染控制工作，降低新生儿科医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 建筑布局。

2.1.1 应当设置在相对独立的区域，与新生儿重症病房临近，周围环境安静、清洁。

2.1.2 应当做到洁污区域分开，功能流程合理。

2.1.3 应当分医疗区和辅助区，医疗区包括普通病室、隔离病室和治疗室等，有条件的可设置早产儿病室。辅助区包括接待室、清洁消毒间、配奶间、新生儿洗澡间（区）等，有条件的可以设置哺乳室。

2.1.4 明确区域分布与功能，做到区域标识与标志明确、清楚。隔离区域包括隔离病房（床）、负压病房；污染区包括病房、卫生间、污物间、污物通道、洗涤间；潜在污染区包括医务人员办公区、治疗室、护士站、器械处理室、工作人员走廊、谈话间等；清洁区包括医务人员生活区（值班室、更衣室、浴室、卫生间、会议室、示教室等），配奶间、配药室、无菌物品间。

2.1.5 床位数应当满足患儿医疗救治的需要，每床净使用面积≥3m2，床间距≥1m。

2.1.6 每个房间内应至少配备1套洗手设施、干手设施或干手物品，洗手设施应当为非手触式。

2.2 人员管理。

2.2.1 应当根据床位设置备足够量的医生和护士，其中医生人数与床位数之比应当为0.3:1以上，护士人数与床位数之比应当为0.6:1以上。

2.2.2 医务人员，包括辅助人员上岗前应接受医院感染相关预防与控制基本知识培训。

2.2.3 医务人员患有皮疹、腹泻、呼吸道综合征及传染病等感染性疾病时应离岗或调岗。条件允许下，应接种流感、麻疹、风疹和水痘等疫苗。

2.2.4 非本室人员未经许可不得入室，所有人员入室前应做手卫生。患感染性疾病者严禁入室。

2.2.5 新生儿病室工作人员进入工作区要换（室内）工作服、工作鞋。

2.3 环境管理。

2.3.1 保持空气清新，每日通风不少于2次，每次不少于30min；通风不良时可安装空气净化消毒器。

2.3.2 根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关新生儿病房相关要求制定本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.3.3 卫生洁具专室专用，标识清楚，使用后分开清洗晾干备用。

2.4 物品管理。

2.4.1 一次性使用的医疗器械、器具应当符合国家有关规定，不得重复使用。

2.4.2 氧气湿化瓶、吸痰瓶应当日更换清洗消毒，呼吸机管路由中心供应室集中回收处理。

2.4.3 蓝光箱和暖箱使用中应每日用清水湿式清洁箱内外表面，并更换湿化液，一人用后一消毒。每周、婴儿出院时或被血液体液污染时，终末消毒处理。

2.4.4 接触患儿皮肤、黏膜的器械、器具及物品如雾化器、防护面罩、氧气管、体温表、浴巾、浴垫等，应当一人一用一消毒。

2.4.5 患儿使用后的奶嘴、奶瓶清洗干净后，首选热力消毒，必要时选用压力蒸汽灭菌。盛放奶瓶的容器每日必须清洁消毒；保存奶制品的冰箱应定期清洁与消毒。

2.4.6 新生儿使用的被服、衣物等应保持清洁、每日至少更换1次，污染后及时更换。患儿出院后床单位应进行终末消毒。

2.5 隔离措施。

2.5.1 在诊疗过程中应遵循标准预防的原则，并严格执行手卫生规范和无菌操作技术。

2.5.2 诊疗和护理操作时，应当以先早产儿后足月儿、先非感染性患儿后感染性患儿的原则进行。

2.5.3 对患有传播可能性的感染性疾病、有多重耐药菌感染的新生儿应采取隔离措施并作标识。

2.5.4 发现特殊或不明原因感染患儿，应单间隔离、专人护理，并采取相应消毒隔离措施。所用物品优先选择一次性物品，非一次物品必须专人专用专消毒，不得交叉使用。

2.6 监测。

2.6.1 应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

2.6.2 对有感染高危因素的新生儿进行相关病原学检测，采取针对性措施，避免造成医院感染。

2.6.3 开展新生儿医院感染目标性监测，发现医院感染病例应及时向医院感染管理部门报告，并积极配合相关调查与控制。

产房医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范产房科感染控制工作，降低产房医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 建筑布局。

2.1.1 应当设置相对独立的区域，与母婴室和新生儿室邻近，周围环境安静、清洁。

2.1.2 布局合理，患者及其家属、工作人员及污物的通道严格分开，不能混合。

2.1.3 明确区域分布与功能，做到区域标识与标志明确、清楚。清洁区包括无菌物品间、静脉用药存放室，和医务人员生活区（值班室、更衣室、浴室、卫生间、会议室、示教室等）；半污染区为产妇通道、家属更衣室、谈话间、治疗室、护士站、洗手刷手间等；污染区包括候产室、分娩室、病人卫生间、污物间、洗涤间、污物通道等；隔离区包括隔离分娩室及其卫生间。

2.1.4 产房内应配置足够的洗手及手消毒设施，以供工作人员进行手卫生。

2.2 人员管理。

2.2.1 医务人员，包括辅助人员上岗前接受相关医院感染预防与控制基本知识培训。

2.2.2 医务人员患有皮疹、腹泻、呼吸道综合征及传染病等感染性疾病时应离岗或调岗，有条件的医院应接种流感、麻疹、腮腺炎、风疹和水痘等疫苗。

2.2.3 产房的通道及出入口应该设置门禁，防止无关人员随意进出。所有人员入室前应做手卫生。

2.2.4 本部门工作人员进入病区应更换专用工作服（鞋），离开病区应使用外出工作服。

2.2.5 外来人员进入病区应换鞋或使用鞋套、穿工作服，需要近距离接触病人（1m以内）需穿隔离衣、戴帽子、口罩，隔离衣专床专用，鞋套、口罩、帽子应一次性使用。

2.2.6 在分娩室内的工作人员应视实际情况穿戴防水围裙、防水靴、手套，工作结束时及时丢弃手套，并脱下、清洗防水围裙、防水靴。

2.2.7 接生或助产前应按照手术人员要求进行外科手消毒，戴口罩和帽子、穿无菌手术衣、戴无菌手套；处理脐带和缝合伤口前应更换新的无菌手套。

2.2.8 应及时发现感染或疑似感染性疾病患者并及时将其转至隔离/负压分娩室。

2.3 环境管理。

2.3.1 产房应通风良好，条件许可下，可安装层流净化装置，也可选用循环风紫外线空气消毒器和静电吸附式空气消毒器。

2.3.2　根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关产房相关要求制定本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.3.3　每台分娩后应湿式擦拭地面、及产床周围的各种物体表面，有明显污染时使用清洁剂或消毒剂擦拭。

2.3.4　卫生洁具专室专用，标识清楚，使用后分开清洗消毒和晾干备用。

2.4　物品管理。

2.4.1　产床上所有的织物均应一人一用一换，感染性疾病就诊者和明确感染性质污染的织物应分开收集、标识清楚，使用后分开清洗消毒晾干备用。

2.4.2　接触就诊者的所有诊疗物品均一人一用一消毒或灭菌。

2.4.3　脐部护理使用的敷料及脐包应无菌，并在有效期内使用。

2.4.4　备皮用具首选一次性物品，否则应采取有效的消毒处理方法。

2.4.5　选送产妇的车床应定期消毒，保持清洁；接送隔离产妇的车床应专人专用，用后严格消毒。

2.5　隔离管理。

对患有或疑似传染性疾病的产妇，应隔离待产、分娩。医务人员应根据病原体传播途径采取相应的隔离措施，所有物品严格按照消毒灭菌要求单独处理，尽可能使用一次性物品，分娩结束后房间应严格进行终末消毒处理。用后的一次物品及胎盘必须放入双层黄色医疗垃圾袋内密闭运送，按感染性医疗废物处理。

2.6　应按照医院　《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

儿童配奶间医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范配奶间感染控制工作，降低医院感染风险。

2. 标准

2.1 人员管理。

2.1.1 配奶间工作人员应当经过消毒技术培训，患有感染性疾病者在未治愈前不得参与配奶工作。

2.1.2 配奶间工作人员应具有良好卫生习惯，配奶操作前应洗手。

2.2 用品管理。

2.2.1 奶粉应保存于清洁干燥处，在有效期内使用。开启后需注明启用时间，密闭存放；开启后保存时间根据说明书要求。

2.2.2 取用奶粉的勺子应干燥存放，不得存放在奶粉中。

2.2.3 配奶必须使用温开水进行配制。

2.2.4 配奶后的奶保存条件及保存时间，应参照不同奶粉使用说明。

2.2.5 奶具使用后，统一收回供应室清洗消毒灭菌。特殊或不明原因感染患儿所用奶具优先选择一次性物品，非一次性物品必须专人专用消毒灭菌，不得交叉使用。

2.2.6 奶具及配奶容器的清洗消毒流程：

2.2.6.1 工作人员洗手后，取下奶嘴，倒净剩余奶。

2.2.6.2 在流动水下搓洗奶嘴，奶瓶及配奶容器，奶瓶、奶嘴使用专用洗涤剂清洗。

2.2.6.3 将清洗干净的奶嘴、奶瓶及配奶容器放在盛放奶具容器内进行压力蒸汽灭菌。

2.2.6.4 将灭菌后的奶具及配奶容器取出存放于干燥处，存放时应注意清洁操作。

2.2.6.5 灭菌后奶具及配奶容器的保存时间不应超过1周，开启后剩余奶具保存时间不应超过4小时，盛放奶具的容器每日必须清洗消毒。

2.3 配奶间环境管理。

2.3.1 保持空气清新，每日通风不少于2次，每次不少于30min；通风不良时可安装空气净化消毒器。

2.3.2 根据《医院各部门清洁消毒制度》和《医院各部门区域划分及隔离防护制度》中清洁区域相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.3.3 应设置足够的清洗水槽及专用清洗用具，保持清洁，每日清洗消毒。

2.3.4 每次配奶开始前及结束后，应清洁配奶操作台。

2.3.5　保存奶制品的冰箱、奶具存放柜保持清洁干燥，定期及有污染随时消毒。

2.4　按照医院　《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

新生儿病房母乳接收和储存制度

1. 目的

保证婴儿住院期间母乳饮食的质量与安全。

2. 标准

2.1 母乳接收。

2.1.1 对送母乳家庭成员进行培训：

2.1.1.1 告知乳母必须进行手卫生和乳头、乳晕周围用75%酒精消毒后才能挤奶，最好用人工方法而非挤奶器挤奶；

2.1.1.2 挤出的前5ml母乳弃去，此后的母乳收集在已经消毒（用高温煮沸或微波炉消毒）的奶瓶内，立即盖紧盖子，外写患儿姓名和采集时间，将奶瓶放入保温瓶并放置冰块，尽快送来医院。

2.1.2 病房指定专人接收母乳：

2.1.2.1 每天规定时间接收家长送母乳。

2.1.2.2 接收者应核对送奶人的身份，可通过查看送母乳者的本人身份证、小儿出生证，并询问小儿床号、姓名、疾病等方法以确认送母乳者是患儿的亲属。

2.1.2.3 核对采集时间，超过2小时者不接收。

2.1.2.4 查看所送母乳的质量，如外观有异常疑似变质，拒收；如果质量合格，在奶瓶上再次核对患儿姓名后，补写上患儿住院号。

2.1.2.5 将奶瓶外表面（除奶嘴外）用75%酒精擦拭一遍后，接收者进行手卫生后将奶瓶携带至配奶室，将母乳倒入医院统一的消毒奶瓶内，经巴氏消毒（71.7摄氏度15秒）后方可直接哺喂患儿或放置冰箱储存，自备奶瓶还给家属。

2.2 母乳储存。

2.2.1 需储存的母乳经巴氏消毒（71.7摄氏度15秒）后应放置于0–4℃冰箱内，应于24小时内使用完（根据运送条件，运送过程未保持低温者应适当缩短存放时间）。估计使用时间超过24小时的母乳，应放置于低温冰箱（–70℃）保存。

2.2.2 储存母乳的冰箱必须每天由护工清洁消毒，先用清水和肥皂洗净内、外明显的污垢，然后用75%酒精冰箱内、外表面。

检验科、临床实验室感染管理制度

1. 目的

本制度规定了检验科、临床实验室的医院感染相关要求，适用于从事临床检验、实验工作的实验室，以规范检验科、临床实验室感染控制工作，降低医务人员和探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 建筑及设施要求。

2.1.1 实验室的门应有可视窗并可锁闭，门锁及门的开启方向应不妨碍室内人员逃生。

2.1.2 应设洗手池，宜设置在靠近实验室的出口处。

2.1.3 实验室的墙壁、天花板和地面应易清洁、不渗水、耐化学品和消毒灭菌剂的腐蚀。地面应平整、防滑，不应铺设地毯。

2.1.4 实验室台柜和座椅等应稳固，边角应圆滑。

2.1.5 实验室台柜等和其摆放应便于清洁，实验台面应防水、耐腐蚀、耐热和坚固。

2.1.6 应根据工作性质和流程合理摆放实验室设备、台柜、物品等，避免相互干扰、交叉污染，并应不妨碍逃生和急救。

2.1.7 实验室可以利用自然通风。如果采用机械通风，应避免交叉污染。

2.1.8 如果有可开启的窗户，应安装可防蚊虫的纱窗。

2.1.9 若操作有毒、刺激性、放射性挥发物质，应在风险评估的基础上，配备适当的负压排风柜。

2.1.10 供水和排水管道系统应不渗漏，下水应有防回流设计。

2.1.11 实验室主入口的门、放置生物安全柜实验间的门应可自动关闭；实验室主入口的门应有进入控制措施。

2.1.12 应在实验室工作区配备洗眼装置。

2.1.13 应在实验室或其所在的建筑内配备高压蒸汽灭菌器或其他适当的消毒灭菌设备，所配备的消毒灭菌设备应以风险评估为依据。

2.1.14 应在操作病原微生物样本的实验间内配备生物安全柜，并按产品的设计要求安装和使用生物安全柜。如果生物安全柜的排风在室内循环，室内应具备通风换气的条件；如果使用需要管道排风的生物安全柜，应通过独立于建筑物其他公共通风系统的管道排出。

2.1.15 处理病原微生物的实验室，包括细菌室、病毒室等，要配备标本消毒灭菌设备以用于对病原体标本、培养基、毒种菌种保存液等进行高温煮沸或化学灭菌，然后才能按照感染性废物处置。

2.1.16 需要严格无菌处理的标本应该在百级超净台进行；应保持超净台清洁，并定期监测超净台内空气净化效果。

2.2 区域划分要求：检验科（实验室）工作场所分为清洁区、半污染区和污染区，所有清洁消毒器材（抹布、拖把、容器）不得与污染区、半污染区共用。实验室可根据具体工作情况确定“清洁”和“污染”工作区，被指定为“清洁”的区域应保持清洁，清洁区的电话、电脑、键盘、门柄不得戴手套接触；“污染”区允许戴手套接触所有物品（如电话、门柄、计算机等），未戴手套不得接触，为避免使用污染区电话时“手-脸”接触，最好采用扬声器电话。

2.2.1 污染区（黄色）：包括标本存放处理室、临床生化实验室、临床微生物检验室、临床免疫检验室、临床检验研究室、病毒室、专科实验室、污物间。

2.2.2 半污染区（蓝色）：包括走廊、缓冲间等。

2.2.3 清洁区（绿色）：办公室、休息室、培养基室、试剂室、医务人员生活区（值班室、更衣室、浴室、卫生间、会议室、示教室等）。

2.3 人员管理要求。

2.3.1 实验室入口应该设置屏障以防止患者、家属及其他无关探视人员进入；进入实验室的工作人员要根据该实验室的防护要求使用防护用具；在实验室使用的防护用具不能在该实验室外使用。

2.3.2 实验室出入口要有清楚的、国际国内通用的标示明确说明生物防护级别、操作的致病性生物因子、实验室负责人姓名、紧急联络方式和国际通用的生物危险符号。

2.3.3 实验室工作区内绝对禁止吸烟，不得有食物、饮料及存在“手-口”接触可能的其他物质。

2.3.4 实验区留长发的工作人员应将头发盘在脑后，头发不得垂肩，不得佩戴可能被卷入机器或可能垂入传染性物质的饰物，建议佩戴帽子以防止头发接触到被污染物和避免人体脱屑落入工作区。

2.3.5 实验室工作区不得存放个人物品，如外套、鞋、水杯、食品、药品等。

2.3.6 限制外来人员进入污染区域，确需进入需经部门负责人同意并登记后，进行污染操作人员必须穿着实验服，其他人员穿着工作服方可进入。

2.3.7 工作人员在实验室危险区内不要佩戴隐形眼镜，除非同时使用护目镜或面罩。

2.3.8 实验室工作区内冰箱禁止存放食物，存放食物的冰箱应该放置在休息区内，实验室应制订禁止在同一个冰箱内存放食物和标本的专项制度。

2.4 隔离防护要求。

2.4.1 所有人员在实验区内必须穿着遮盖前身的长袖隔离服或工作服。

2.4.2 工作人员在进行可能接触血液、体液的操作时应穿实验服。

2.4.3 用于清洁区和污染区的工作服或实验服应该分开放置，标识清晰，不得混用。

2.4.4 当工作中有危险物喷溅可能时，应使用一次性塑料围裙或防渗外罩，还应配备其他防护设备，如手套、护目镜、面罩等。

2.4.5 接触标本时必须戴手套，必要时穿隔离衣、胶鞋、戴口罩、戴防护面具。

2.4.6 工作衣每周换洗2次，污染时即时更换；工作衣若有明显污染或从事烈性菌标本检验

后，应随时更换并用黄色胶袋包装、扎紧袋口标识后及时送环保部门处理。

2.4.7　在工作区内，应穿舒适、防滑、并能保护整个足部的鞋。有可能发生体液喷溅的工作岗位，可加套一次性防渗漏鞋套。

2.4.8　最好穿着由皮革或其他防渗漏合成材料制作的鞋，避免感染性标本或化学物品渗漏。

2.4.9　严格按照《医务人员手卫生规范》和医院有关手卫生制度，认真落实手卫生，摘手套后、接触污染物品后尤其注意手卫生。

2.5　无菌物品、一次性物品管理。

2.5.1　一次性检验用品用后按规定处理。使用一次性无菌医疗物品前应检查小包装有无破损、灭菌日期、失效日期、产品有无不洁净。

2.5.2　严格执行无菌技术操作规程、微量采血应做到一人一针一管一片；对每位就诊者操作前应戴手套操作、下位就诊者操作尚需更换手套。

2.5.3　无菌物品如棉签、棉球、纱布等其容器应在有效期内使用、专柜贮存、开启后使用时间不得超过24小时。

2.6　环境及物品消毒。

应按照医院《医院各部门清洁消毒制度》中有关检验科（实验室）相关要求制订本部门的各类物品及环境消毒制度及流程并落实执行。

2.7　医疗废物及锐器。

应按照国家《临床实验室废物处理原则》（WS/T249-2005）和医院《废物处理管理制度》妥善处理各种医疗废物及锐器。

2.8　防止血源性感染：实验室工作人员都有接触血源性病原体的可能，特别对接触乙肝、丙肝和HIV时，实验室应该制订《控制接触感染原的方案》，方案包括以下内容：

（a）目的。

（b）一般管理（负责人、工作人员的职责、年审和改进措施）。

（c）感染风险评估。

（d）执行的方法（工程学控制、实际工作控制、个人防护装备、实验室内务管理）。

（e）疫苗接种。

（f）接触病原体后的评估和随访（包括专业医务人员的处理意见和他们的书面意见，以及医学记录保存）。

（g）标签和标志。

（h）资料的培训（科目、方法和记录保存）。

2.9　标签、标识及标本管理。

2.9.1　标签标识必须采用通用的警告标志系统明确标识装有危险生物制品的容器或被其污染的物品，在废弃物的容器、存放血液和其他有潜在传染性物品的冰箱及锐器盒上，所贴的标签应标明通用的生物危害标志。

2.9.2　用于存储、运输的容器应加上标签或颜色标识，并在存储、运输前将容器盖上。如实验室用常规预防措施来处理所有标本，同时标本或容器又存放在实验室内，可不用标签或颜色标识；但离开实验室就必须使用标签或颜色标识。

2.9.3 运输标本前应将标本进行可靠包装。禁止使用皮氏细菌培养平皿邮寄标本。禁止将干冰放入密封的容器。运输用于诊断的标本时应根据需要标记上“易腐坏”、“干冰保存”、“冷冻生物制品”或“易碎”等标志。

2.10 临床微生物实验室感染管理要求。

2.10.1 临床微生物实验室根据可能接触的微生物分为三类：病毒，如病毒性肝炎（特别是乙型及丙型肝炎）和HIV病毒；细菌；其他病原体，如支原体、衣原体等。

2.10.2 在临床微生物实验室操作除按照普通实验室要求执行外，还应加强以下工作：

2.10.2.1 在临床微生物实验室进行操作时，应按照标准预防的措施采取相应的防护，如戴手套、口罩、帽子、戴防护面罩、必要时穿隔离衣，如接触明确传播途径的病原体时还应按照疾病的传播方式采取相应的防护措施。

2.10.2.2 肝炎病毒和HIV病毒能够通过黏膜（如眼结膜）的直接接触进入人体，所以在擦拭眼镜、更换隐形眼镜或使用化妆品前应彻底洗手。

2.10.2.3 取下装有标本试管的塞子时，溶液洒落在坚硬表面上，用未加塞子的试管进行离心或溶液等操作时，应佩戴口罩以防传染性气溶胶的播散。

2.10.2.4 进行有可能刺伤、碎玻璃划伤或动物咬伤的工作时，应佩戴双层手套。

2.10.2.5 应为可能接触血源性病原体的工作人员免费接种乙肝疫苗，工作人员可拒绝接种但要在标识拒绝的协议上签名。

2.10.2.6 被高毒力微生物污染的物品，处理前必须经过高压灭菌，包括用于隔离的设备和材料。

2.10.2.7 培养分支杆菌和两性真菌的平皿和试管必须使用胶带密封，用压力蒸汽灭菌后进行处理或焚化处理。

2.10.2.8 可重复使用的物品或污染器具应置于装有含有效氯500mg/L的消毒液或其他合适的消毒剂的不锈钢容器内，然后进行高压灭菌、清洗和再次灭菌。

2.10.2.9 实验室应选择合适的生物安全柜，制订安全柜的维护规程，并定时更换滤器，做好相应记录。在维护、移动或处理安全柜之前必须对生物安全柜进行消毒。

2.10.2.10 泄漏事故处理：

（a）立即清洗发生泄漏污染的区域。通知主管和主任。如果培养物发生泄漏或其容器发生破损，应对该区域进行至少10分钟的清洗，直至气溶胶或飞沫已经沉降。

（b）吸净漏出的液体。

（c）清洗发生泄漏的区域。

（d）使用消毒剂对工作台进行消毒（含氯消毒剂、酒精或苯酚）。

（e）每个实验室都应制定有关处理含微生物的物品泄漏事故的措施。

2.10.2.11 不接收或处理严重污染的标本。

2.10.2.12 涉及分枝杆菌病的离心操作应使用有旋帽的离心斗，离心管也应塞紧（双重隔离）。

2.10.2.13 针具和接种环应灭菌处理，并防止加热时液体发生飞溅。

层流洁净手术室医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范层流洁净手术室感染控制工作，降低层流洁净手术室医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 建筑布局。

2.1.1 手术部（室）应当设在医院内便于接送手术患者的区域，宜临近重症医学科、临床手术科室、病理科、输血科（血库）、消毒供应中心等部门，周围环境安静、清洁。

2.1.2 在手术部（室）的一端，应设一间或多间隔离手术室或负压手术室。

2.1.3 参照国家质监局2002年颁布的《医院洁净手术部建筑技术规范》的规定，洁净手术部用房分为四级，并以空气洁净度级别作为必要保障条件。在空态/静态条件下，细菌浓度（沉降菌法浓度或浮游菌法浓度）和空气洁净度级别都必须符合划级标准。

2.1.4 洁净手术部用房分级中，心脏手术室属于特别洁净手术室，其余无菌手术室（一类切口）属于标准洁净手术室，非一类切口的儿科及妇产科手术室属于一般洁净手术室，污染及感染手术室属于准洁净手术室。

2.1.5 洁净辅助用房分级中，体外循环灌注准备室属于Ⅱ级，清洁内走廊、护士站、无菌物品储存间、静脉用药储存间、洗手刷手间及麻醉重症监护室属于Ⅲ级，清洁外走廊、麻醉复苏室、更衣间属于Ⅳ级。

2.1.6 手术部（室）的建筑布局应当遵循医院感染预防与控制的原则，做到布局合理、分区明确、标识清楚，符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。手术部（室）应设有工作人员出入通道、患者出入通道，物流做到洁污分开，流向合理。

2.1.7 手术室部（室）应按照外科洗手要求配备足够的洗手及手消毒设施。

2.2 人员管理。

2.2.1 手术部（室）应当设有清晰的标识及屏障，严格限制外来人员进入。确需进入需经部门负责人同意，外来人员进入手术区应换鞋或使用鞋套、隔离衣、帽子、口罩。

2.2.2 限制参观手术人员，每台手术参观人员不可超过2人。

2.2.3 工作人员若患有呼吸道传染性疾病或皮肤化脓感染者，应暂调离。

2.2.4 本部门工作人员进入病区应更换专用工作服（鞋），离开病区应使用外出工作服（鞋）。

2.2.5 进入手术室区域要更换适合的个人防护用具；在其他区域使用的防护用具不能进入手术

室区域；从手术室区域离开要及时去除防护用具。

2.3 环境管理。

2.3.1 层流洁净手术室属医院内Ⅰ类环境，只能采用层流通风。要做好层流净化系统的保洁维护，定期更换初效、中效、高效滤网并检测层流洁净效果，确保洁净效果达到设计要求，并记录备案。

2.3.2 室温控制在22-25℃；相对湿度40%-60%。手术间门应减少开关次数；各个分区之间的门应一直处于关闭状态。

2.3.3 根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关手术室相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.3.4 手术间应每日清洁消毒1次。每日手术前，做好室间的清洁工作；连台手术之间、当天手术全部完毕后，应当对手术间及时进行清洁消毒处理。连台手术自净时间：特别洁净手术室（百级）≥15分钟，标准洁净手术室（千级）≥25分钟，一般洁净手术室（万级）≥30分钟，准洁净手术室（十万级）≥40分钟。

2.3.5 每周应清洁手术间内的空气调节器出入口及器械柜。

2.4 物品管理。

2.4.1 手术器械及物品必须一用一灭菌；每天应检查无菌物品所标示的有效日期，按有效日期的先后排定物品的使用顺序，超过有效日期者，应重新包装灭菌。

2.4.2 麻醉用具应定期清洁、消毒，接触就诊者的用品一用一消毒。

2.4.3 手术室器械常规放于密封盒内送中心供应室进行清洁消毒与灭菌处理，只有临时急用器械方在手术室灭菌。

2.4.4 快速压力蒸汽灭菌器须按说明书清洁，每周至少1次以嗜热脂肪杆菌芽孢菌片测试其灭菌效果。

2.4.5 手术室区域物品只能单向流动，从洁净级别高的区域到洁净级别低的区域；各个不同级别区域所使用的物品要严格区分，不能混合。

2.5 隔离管理。

2.5.1 进行手术前，手术及麻醉医生应该严格评估患者病情，患有感染性疾病的择期手术患者应该先治疗感染，感染控制后再行手术；需要急诊手术的感染患者，或者患有不能治愈的传染性疾病的患者，则应该在隔离/负压手术室内进行手术。

2.5.2 无菌手术与感染手术须分室进行；如无隔离手术室则应先做无菌手术再做感染手术，手术完毕手术间内环境及物品严格消毒处理。

2.5.3 进入隔离手术室应根据疾病传播途径采取相应的防护措施，并且不能穿着上述防护用品进入其他区域。

2.5.4 进行隔离手术，凡参加手术人员进入手术间后不得随意外出走动。手术用物尽量准备齐全，手术用过的器械、辅料和各种用物应单独、及时消毒处理，并对手术间进行终末消毒。

2.6 手术注意事项。

2.6.1 手术时应严格遵守无菌技术原则，严格执行手卫生规范，并避免弄湿手术衣及无菌布单。

2.6.2　在使用无菌包前，器械护士须检查包装的完整、标签的有效日期和灭菌指示带等均符合规定。

2.6.3　有穿戴无菌手术衣及无菌手套的工作人员才能接触手术台面的无菌区域，未穿着无菌手术衣的工作人员须保持30cm以上的距离。手术进行中若有污染时，应注意保护切口及手术区，污染标本及器械应放在指定盆内，若手术超过6小时，手术切口周围应加盖无菌巾。

2.6.4　施行感染手术人员，手术后应从污物通道外走廊离开，否则必须彻底淋浴、更衣、换鞋、换口罩、帽子后，方可到其他手术间走动或参观。在手术房间，应避免不必要的走动或进出。

2.7　应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。每月应对手术室的无菌物品、消毒液、工作人员手、物体表面、室内空气等进行检测。

口腔科医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范口腔科感染控制工作，降低口腔科医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 建筑布局。

口腔诊疗区域和口腔诊疗器械清洗、消毒区域应当分开，布局合理，能够满足诊疗工作和口腔诊疗器械清洗、消毒工作的基本需要。

2.2 环境管理。

2.2.1 保持空气清新，每日通风不少于2次，每次不少于30min，通风不良时可安装空气净化消毒器。

2.2.2 根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关口腔科相关要求制定本部门的消毒隔离制度并落实执行。每周对环境进行1次彻底的清洁、消毒。

2.2.3 卫生洁具专室专用，标识清楚，使用后分开清洗晾干备用。

2.3 隔离防护。

2.3.1 从事口腔诊疗服务和口腔诊疗器械消毒工作的医务人员，应当掌握口腔诊疗器械消毒及个人防护等医院感染预防与控制方面的知识，遵循标准预防原则。

2.3.2 医务人员进行口腔诊疗操作时，应当戴口罩、帽子，可能出现病人血液、体液喷溅时，应当戴护目镜、穿隔离衣。每次操作前及操作后应当严格洗手或者手消毒；戴手套操作时，每治疗一个病人应当更换手套并洗手或者手消毒。

2.3.3 对口腔器械进行清洗的工作人员，在操作过程中应当佩戴手套、口罩、帽子、防水围裙或隔离衣、专用鞋，其中手工清洗器械的人员应佩戴防护面罩。

2.3.4 对口腔器械进行检查、包装及消毒灭菌的工作人员，在操作过程中应当佩戴帽子、专用鞋、专用工作衣，必要时戴口罩、手套。

2.3.5 口腔器械处理区物品流向应由污到洁，不交叉、不逆流；空气流向由洁到污；工作人员流向由洁到污。

2.4 诊疗器械消毒与灭菌原则。

2.4.1 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。

2.4.2 凡接触病人伤口、血液、破损黏膜或者进入人体无菌组织的各类口腔器械，包括牙科手机、车针、根管治疗器械、拔牙器械、手术治疗器械、牙周治疗器械、敷料等，使用前必须达到灭菌。

2.4.3　接触病人完整黏膜、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、印膜托盘、漱口杯等，使用前必须达到消毒。

2.4.4　凡接触病人体液、血液的修复、正畸模型等物品，送技工室前必须消毒。

2.5　诊疗器械消毒灭菌程序。

2.5.1　口腔诊疗器械消毒工作包括清洗、器械维护与保养、消毒或者灭菌、贮存等工作程序。

2.5.2　口腔诊疗器械清洗工作要点。

2.5.2.1　口腔诊疗器械使用后，应当及时用流动水彻底清洗，其方式应当采用手工刷洗或者使用机械清洗设备进行清洗。

2.5.2.2　清洗液中可加入酶洗液清洗，再用流动水冲洗干净；对结构复杂、缝隙多的器械，应当采用超声清洗。

2.5.2.3　清洗后的器械应当擦干或者采用机械设备烘干。

2.5.3　口腔诊疗器械清洗后应当对口腔器械进行维护和保养，对牙科手机和特殊的口腔器械注入适量专用润滑剂，并检查器械的使用性能。

2.5.4　根据采用的消毒与灭菌的不同方式对口腔诊疗器械进行包装，并在包装外注明消毒日期、有效期。

采用快速卡式压力蒸汽灭菌器灭菌器械，可不封袋包装，裸露灭菌后存放于无菌容器中备用；一经打开使用，有效期不得超过4小时。

2.5.5　牙科手机和耐湿热、需要灭菌的口腔诊疗器械，首选压力蒸汽灭菌的方法进行灭菌，或者采用环氧乙烷、等离子体等其他灭菌方法进行灭菌。

对不耐湿热、能够充分暴露在消毒液中的器械可以选用化学方法进行浸泡消毒或者灭菌。在器械使用前，应当用无菌水将残留的消毒液冲洗干净。

2.5.6　每次治疗开始前和结束后及时踩脚闸冲洗管腔30秒，减少回吸污染；有条件可配备管腔防回吸装置或使用防回吸牙科手机。

2.6　器械消毒与灭菌效果监测。

2.6.1　应当对口腔诊疗器械消毒与灭菌的效果进行监测，确保消毒、灭菌合格。

2.6.2　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。

在设备灭菌操作程序、灭菌物品包装形式和灭菌物品重量发生改变时，应当进行灭菌效果确认性生物监测。灭菌设备常规使用条件下，至少每月进行1次生物监测。

2.6.3　采用包装方式进行压力蒸汽灭菌或者环氧乙烷灭菌的，应当进行工艺监测、化学监测和生物监测；采用裸露方式进行压力蒸汽灭菌的，应当对每次灭菌进行工艺监测、化学监测，按要求定期进行生物学监测。详见《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》。

2.6.4　使用中的化学消毒剂应当定期进行浓度和微生物污染监测。

2.6.4.1　浓度监测：由使用科室进行监测并登记。含氯消毒剂应在每次消毒液配制且消毒剂充分溶解后监测；过氧乙酸每日监测1次；戊二醛每周监测1次；酸化水在每次使用前分别监测PH值和有效氯浓度。

2.6.4.2　微生物污染监测：医院感染控制科每月对灭菌剂进行监测；每季度对消毒剂进行监测。

感染性疾病科医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范感染性疾病科感染控制工作，降低感染性疾病科医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 科室设立。

2.1.1 感染性疾病科分感染性疾病门诊和感染性疾病病房。

2.1.2 感染性疾病科和传染病分诊点应当标识明确、相对独立、通风良好、流程合理、具有消毒隔离条件和必要的防护用品。

2.2 建筑布局。

2.2.1 感染病区应设在医院相对独立的区域，远离儿科病房、重症监护病房和生活区。设单独入、出口和入、出院处理室。

2.2.2 感染科门诊（隔离门诊、发热门诊）应该与其他门诊相对隔开，使用单独的通道及出入口，并有专用的挂号收费处、药房等。

2.2.3 应该分别设有病人及其家属、工作人员、废弃物及污衣等的三通道。传染病及疑似传染病病人所使用的通道不应该与普通非传染病病人通道混合。

2.2.4 感染性疾病科内应为医务人员、就诊者和陪客等提供方便、有效的手卫生设施与相关用品，如流动水、非手接触式水龙头、洗手液、速干手消毒剂、干手纸等。须配备足够的个人防护装备，如外科口罩、N95口罩、防护服、隔离服等。

2.2.5 感染性疾病科内必须配备消毒用品和器械，如含氯消毒剂、漂白粉、喷雾器等。

2.3 门诊布局与流程。

2.3.1 各门诊的部分功能可以合理合并，如挂号收费、配药、化验等，医务人员可以共用，而就诊者不能交叉，必须有不同的窗口为就诊者提供服务；公用区域内的医务人员应做好个人防护和手卫生。

2.3.2 实行挂号、诊疗、收费、配药、化验与隔离观察等“一条龙”服务模式。受场地限制，暂不能实现“一条龙”服务时，可配备专人为就诊者送样、配药、交费等提供服务。

2.3.3 发热门诊、肠道门诊均应设立临床疑似病例的专用单人隔离观察室。发热就诊者隔离观察室外应设立缓冲间，为进出人员提供穿脱个人防护装备的场地与手卫生设施，同时阻隔与其他区域的空气直接对流。

2.3.4 发热门诊内成人就诊者与儿童就诊者，应分诊疗室。

2.3.5 各门诊应独立设立就诊者专用卫生间，污水纳入医院污水处理系统。

2.2.6 各门诊人员出入口、窗户等处应设立防蝇等设施。

2.4 环境管理。

2.4.1 病房应通风良好，自然通风或安装通风设施，以保证病房内空气清新。

2.4.2 根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关感染性疾病科相关要求制定本部门的消毒隔离制度并落实执行，做到洁、污物品分开放置。

2.5 隔离管理。

2.5.1 明确三区分布与功能，做到区域标识与标志明确、清楚。清洁区包括医务人员专用通道、医务人员生活区（值班室、更衣室、浴室、卫生间、会议室、示教室等），储物室、配餐室、配药室等；半污染区为医务人员办公室、治疗室、护士站、器械处理室、内走廊等；隔离区包括隔离病房、隔离门诊、污物间、就诊者专用卫生间、外走道等。

2.5.2 工作人员在感染性疾病科工作区采取标准预防措施；医护人员每诊疗、护理一个病人和接触污染物品后，应严格按照手卫生规范及时进行手的清洗或消毒，必要时戴手套。

2.5.3 本科室工作人员应穿着专用工作服，离开病区可在专用工作服外套外出工作服；进入污染区、潜在污染区应按照疾病传播方式采取相应的防护措施。

2.5.4 单人单室隔离患者直至传染病治愈或不再具有传染性；条件不允许的情况下至少实行单病种隔离，不同种类的感染性疾病患者应分室安置；每间病室不应超过4人，病床间距应不少于1.lm；且不同种类疾病的患者及其家属不允许混合使用卫生间及走道。

2.5.5 感染病区的出入口应该有明显的标示并屏障，非传染病病人、非本区工作人员不能随意进出本病区。探视者、陪护人员在进入半污染区前应更换隔离衣、戴帽子、口罩。

2.6 注意事项。

2.6.1 不要以消毒为目的在门诊出入口处放置踏脚垫，也不要在门把手上缠绕织物。

2.6.2 重视日常清洁工作。保持诊室、病房的地面整洁、干净，人流量较多时加强清洁次数。重视厕所的清洁卫生。

2.6.3 感染性疾病科就诊者产生的生活垃圾应按医疗废物处置。

2.7 应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

急诊科医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范急诊科感染控制工作，降低急诊科医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 建筑布局。

2.1.1 应设单独出入口、预检分诊、诊查室、隔离诊查室、抢救室、治疗室、观察室等。

2.1.2 有条件者宜设挂号、收费、取药、化验、X线检查、手术室等。

2.1.3 小儿诊室应与成人诊室分开。

2.1.4 急诊抢救室每床净使用面积≥12m^2，观察室床间距≥1.2m。

2.1.5 各诊疗区域应配置有效、便捷的手卫生设施：洗手池、非手接触式水龙头、清洁剂、速干手消毒剂、干手用品。

2.2 人员管理。

2.2.1 医务人员，包括辅助人员上岗前应接受医院感染相关预防与控制基本知识培训。

2.2.2 应定期体检，并进行必要的预防接种。

2.2.3 急诊科探视者、陪护人员在进入隔离病房前应根据要求采取相应的隔离防护措施。

2.2.4 工作人员应穿着专用工作服，离开病区可在专用工作服外套外出服。

2.2.5 患有感染性疾病（如皮肤感染、呼吸道感染和腹泻等）者应停止工作。

2.3 根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关急诊科相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.4 隔离措施。

2.4.1 应严格预检分诊制度，及时发现传染病患者及疑似患者，及时采取隔离措施。

2.4.2 应严格遵守标准预防及手卫生规范，有职业暴露可能时应穿戴个人防护装备。

2.5 应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

洗衣房及织物医院感染管理制度

1. 目的

规范医院洗衣房（包括公司洗衣厂为医院洗涤的区域）工作人员应注意防止医院感染，以及污物、污水处理不当造成的社会公害。

2. 标准

2.1 洗衣房划分为污染区（收集、分检、清点、处理及清洗衣服、被单）及清洁区（供晾或烘干、缝补、熨烫、折叠、储存及发送洗净衣被和办公）。

2.2 污染衣被未经洗涤不得进入清洁通道及清洁区，各区受污染程度不同，消毒方法也有所不同。

2.3 衣被的收集和接送车的清洁消毒。

2.3.1 衣被收集袋：每个病区应有3个衣被收集袋（桶），分别收放有明显污染的病人衣被、一般病人衣被及医护工作人员的工作衣服、帽子和口罩。衣被收集袋应保持密闭直至清洗。也可定时、限时收集工作人员衣物，及时发送至洗衣房。

2.3.2 污染推车与清洁推车：接送衣被均用推车，洗衣房有污染推车与清洁推车，分别用于接衣与送衣，接衣后及送衣前的推车均应用清水或洗涤剂溶液擦拭1次；接运传染病房、结核病房、烧伤病房及有明显污染衣被后的推车应用2000mg/L有效氯消毒液檫拭消毒。

2.3.3 一次性使用衣被收集袋：一次性使用衣被收集袋用后焚烧。非一次性者用洗涤液，90℃以上热水在洗衣机中消毒25min。

2.3.4 被血液污染的衣物以及传染病人的衣物使用黄色医疗垃圾袋收集，不得清点，送洗衣部门单独洗涤。

2.3.5 污衣收集、存放、转运时应使用密闭容器。

2.3.6 清点污衣时应戴口罩、手套，并在指定的场所（污物间内）进行清点，不得在公共场所清点。

2.3.7 注意事项：严禁在病房内清点或处理传染病人，特别是肝炎、结核病人及传染性物质所污染的衣被，烈性传染病人的衣服应先消毒或灭菌后，再送洗衣房洗涤或焚烧。清点传染病人衣被的工作人员应戴手套和口罩，穿工作衣。一次性使用的手套用后焚烧；可重复使用者，在洗衣机中用90℃以上热水消毒25min。

2.4 衣被的洗涤消毒。

2.4.1 病人衣被和医护工作人员的工作服必须分机洗涤。

2.4.2 婴儿衣被应单独洗涤，不可与其他衣被混洗。

2.4.3　根据衣被受污染程度可分别用专机洗涤，特别是传染病人（肝炎、结核等）、烧伤病人的衣服应专机洗涤，无条件时也应先洗工作人员的工作服，帽子和口罩，再洗一般病人衣被、污染衣被，最后洗传染性病人、烧伤病人的衣被。

2.4.4　一般衣被的洗涤消毒：一般衣被指无明显污染及无传染性的衣被，将衣被收集袋打开，棉质衣被用消毒洗涤剂70℃以上温度（化纤衣被只宜40℃-45℃）在洗衣机内洗25min，再用清水漂洗。

2.4.5　传染病房和烧伤病房的衣被：必须用有效氯2000mg/L的消毒溶液洗涤30min-60min，然后用清水漂净。

2.4.6　有传染性的衣被：有明显血、脓、便污染的衣被，视为传染性的衣被。在用热水洗涤前，先用冷洗涤液或1%-2%冷碱水将血、脓、便等有机物洗净，将该洗液煮沸消毒，再按2.4.5　洗涤消毒。

2.5　衣被储存：应晾（烘）干、熨烫、折叠、储存衣被。

2.5.1　对工作人员和病人衣被，一般污染和有传染性的衣被洗涤消毒后应分区或分批晾（烘）干、熨烫、折叠和储存，不宜混杂。熨烫时要特别注意曾受或易受污染之处。

2.5.2　新生儿、婴儿衣被应有专用烘干、熨烫、折叠、储存衣被处，不可与其他衣被混淆。

2.6　洗衣池（机）的消毒。

2.6.1　洗衣池（机）洗衣后，特别是洗可能有传染性的衣被后，应用90℃以上的热水或消毒剂消毒。

2.7　洗衣房的环境清洁消毒。

2.7.1　洗衣房污染区的清洁消毒：上班时打开窗户、保持良好通风，下班时污染区地面用含有效氯500mg/L的消毒剂溶液拖地1次。

2.7.2　洗衣房清洁区的保洁：上班时开窗通风至少30min，清水擦拭桌、椅、工作台面、地面，保持清洁。下班时关闭门窗，减少灰尘和风沙，地面用清水拖擦1次。

2.8　洗衣房人员的卫生。

2.8.1　洗衣房工作人员工作前后，特别是处理了污染衣被或具有传染性的衣被后，必须用肥皂流水洗手，即使戴手套，工作完后也应用流水洗手。

2.8.2　污染区的工作人员工作时应穿工作服，工作完后脱下工作服，工作服每天换洗1次。离去时应进行淋浴。

2.8.3　熨烫、折叠衣被的工作人员不能患有化脓性皮肤病。

换药室、治疗室医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范治疗室、换药室感染控制工作，降低医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 严格执行《医务人员手卫生规范》，严格执行无菌技术操作规程。

2.2 室内布局合理，清洁区、污染区分区明确，标志清楚。无菌物品按灭菌日期依次放入专柜，过期重新灭菌。

2.3 换药室、治疗室应有专人分工负责，无关人员不得入内。

2.4 室内环境清洁干燥，有专用清扫工具。

2.5 清洁消毒应按照医院《医院各部门清洁消毒制度》中有关换药室、治疗室相关环境及物品清洁消毒要求执行。

2.6 无菌物品必须一人一用一灭菌。

2.7 抽出的药液、开启的静脉输入用无菌液体须注明日期和时间，超过2小时后不得使用；启封抽吸的各种溶媒超过24小时不得使用，最好使用小包装。

2.8 污染的器械、盆、碗、镊子等物品，统一送供应室处理（先用加酶剂浸泡清洗后消毒再清洗、灭菌。）碘酒、酒精应密闭保存，在有效期内使用，一经开启，应注明开启时间，尽快用完。常用无菌敷料罐应每天更换并灭菌；置于无菌罐中的灭菌物品（棉球、纱布等）一经打开，使用时间最长不超过24小时，提倡使用小包装。

2.9 治疗车上物品应排放有序，上层为清洁区，下层为污物区，进入病室的治疗车建议配有快速手消毒剂，治疗车使用后应用75%的酒精或含有效氯500mg/L的消毒剂擦拭消毒。治疗盘每次使用后整理，保持清洁，每日两次常规用75%的酒精或含有效氯500mg/L的消毒剂擦拭消毒，遇污染随时擦拭消毒。

2.10 换药时要戴手套；各种治疗、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，感染性辅料应放在黄色防渗漏的污物袋内，外贴隔离标志，焚烧处理；污染的锐利器械必须放入耐刺容器中。

2.11 应区分食品和药品冰箱，每班由专人对冰箱运行状态进行检查，并记录和签名。每周清洁冰箱1次，有污渍时随时清洗，每月除霜1次。

2.12 必要时对被感染患者污染的环境进行空气消毒，并记录在册。

2.13 保证新风机畅通。

2.14　应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

2.15　应按照医院《废物处理管理制度》，按废弃物性质分类收集，统一处理。

消毒供应中心医院感染管理制度

1. 目的

规定医院消毒供应中心（CSSD）管理要求、基本原则、人员要求、建筑要求、设备设施、耗材要求，规范消毒供应中心的管理工作，控制消毒供应中心医院感染的发生。

2. 标准

2.1 管理要求。

2.1.1 医院。

2.1.1.1 应采取集中管理的方式，对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由CSSD回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应。

2.1.1.2 内镜、口腔诊疗器械的清洗消毒，可以根据卫生部《内镜清洗消毒技术操作规范》（2004年版）和《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》（卫医发[2005]73号）的规定进行处理，也可集中由CSSD统一清洗、消毒。

2.1.1.3 外来医疗器械应按照卫生部《医院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》（WS310.2–2009，以下简称WS310.2）的规定由CSSD统一清洗、消毒、灭菌。

2.1.2 消毒供应中心。

2.1.2.1 应建立健全岗位职责、操作规程、消毒隔离、质量管理、监测、设备管理、器械管理（包括外来医疗器械）及职业安全防护等管理制度和突发事件的应急预案。

2.1.2.2 应建立质量管理追溯制度，完善质量控制过程的相关记录，保证供应的物品安全。

2.1.2.3 应主动了解各科室专业特点、常见的医院感染及原因，掌握专用器械、用品的结构、材质特点和处理要点。

2.1.2.4 应对科室关于灭菌物品的意见有调查、有反馈，落实持续改进，并有记录。

2.2 基本原则。

2.2.1 CSSD的清洗消毒工作应符合WS310.2的规定。

2.2.2 CSSD的监测工作应符合卫生部《医院消毒供应中心第3部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准》（WS310.3–2009，以下简称WS310.3）的规定。

2.2.3 诊疗器械、器具和物品的再处理应符合使用后及时清洗、消毒、灭菌的程序，并符合以下要求：

（a）进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损的皮肤、黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌。

（b）接触皮肤、黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒。

（c）被朊毒体、气性坏疽及突发原因不明的传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，应执行WS310.2中规定的处理流程。

2.3 人员要求。

2.3.1 CSSD的工作人员应当接受与其岗位职责相应的岗位培训，正确掌握以下知识与技能：

（a）各类诊疗器械、器具和物品的清洗、消毒、灭菌的知识与技能。

（b）相关清洗、消毒、灭菌设备的操作规程。

（c）职业安全防护原则和方法。

（d）医院感染预防与控制的相关知识。

2.3.2 应建立CSSD工作人员的继续教育制度，根据专业进展，开展培训，更新知识。

2.4 建筑要求。

2.4.1 CSSD宜接近手术室、产房和临床科室，或与手术室有物品直接传递专用通道，不宜建在地下室或半地下室。

2.4.2 周围环境应清洁、无污染源，区域相对独立；内部通风、采光良好。

2.4.3 建筑布局应分为辅助区域和工作区域：

（a）辅助区域包括：工作人员更衣室、值班室、办公室、休息室、卫生间等。

（b）工作区域包括：去污区、检查、包装及灭菌区（含独立的敷料制备或包装间）和无菌物品存放区。

（c）工作区域划分应遵循的基本原则：物品由污到洁，不交叉、不逆流；空气流向由洁到污；去污区保持相对负压，检查、包装及灭菌区保持相对正压。

2.4.4 工作区域温度、相对湿度、机械通风的换气次数应符合WS310.1中表1、表2的要求。

2.4.5 工作区域设计与材料要求，应符合以下要求：

（a）去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区之间应设实际屏障。

（b）去污区与检查包装及灭菌区之间应设洁、污物品传递通道；并分别设人员出入缓冲间（带）。

（c）缓冲间（带）应设洗手设施，采用非触式水龙头。

（d）无菌物品存放区内不应设洗手池。

（e）检查、包装及灭菌区的专用洁具应采用封闭式设计。

（f）工作区域的天花板、墙壁应无裂痕，不落尘，便于清洗和消毒；地面与墙面踢脚及所有阴角均应为弧形设计；电源插座应采用防水安全型；地面应防滑、易清洗、耐腐蚀；地漏应采用防返溢式；污水应集中至医院污水处理系统。

2.5 设备设施。

应按照WS310.1 中8.1–8.5的要求配备相应的清洗消毒、检查包装、灭菌、储存发放及防护设施。

2.6 耗材要求。

应按照WS310.1 中9.1–9.7的要求选择合适的清洁剂、消毒剂、洗涤用水、灭菌蒸汽用水、润滑剂、包装材料及消毒灭菌监测材料。

2.7 消毒隔离。

应按照医院《医院各部门区域划分及隔离防护制度》和《医院各部门清洁消毒制度》中有关CSSD相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.8　监测要求。

应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

太平间及尸检房感染管理制度

1. 目的

适用于医院太平间及尸检房的空气、地面、台面、门等环境表面及尸体冷藏箱、搬运尸体的工具、死者衣物、尸体等的消毒处理。通过本制度规范太平间、尸检房感染控制工作，降低医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 原则。

2.1.1 太平间设备应简单、实用，便于清洗、隔离、消毒，并有防蝇、防鼠设施。

2..1.2 太平间应有健全的管理制度。尸体管理要有专人负责，随叫随到。建立接运尸体、存取尸体、清洁卫生和消毒、冷藏操作制度，以保证各项消毒措施的实施。

2.1.3 选择消毒方法时应遵循简单、方便、安全、有效的原则，并注意个人防护。

2.2 停尸房空气的消毒。

停尸房空气污染往往比较严重，主要来自尸体散发的细菌和异味，但工作人员一般不在室内久留，所以在选择消毒方法时对人的伤害要求不太严格，但效果必须可靠，可采用下述方法。

2.2.1 通风换气：空气污染不太严重，无传染病人尸体存在时可采用此法。每天打开门窗通风换气l-2小时，或安装排气扇，每天开2次，每次l小时。

2.2.2 紫外线消毒：每天照射2次，每次不少于30min。

2.2.3 臭氧消毒：臭氧对空气中的微生物有强大的杀灭作用，同时有消除异味的特性，对密闭空气用20mg/m3浓度臭氧作用30min即达消毒效果。

2.2.4 化学消毒剂消毒。

2.2.4.1 过氧乙酸熏蒸：置过氧乙酸于蒸发容器内，加热蒸发，一般用量为 l-3g/m3。因熏蒸的消毒效果与空气的湿度有关，如室内湿度低，可在室内洒水或加水稀释后蒸发，有利于发挥过氧乙酸的杀菌作用。一般稀释成3-5%的过氧乙酸溶液加热熏蒸，使相对湿度达70-90%，密闭熏蒸60-90min。若温度低时，可加热使室温升高达20℃左右。

2.2.4.2 过氧乙酸喷雾：配制成2%过氧乙酸溶液，按5-8ml/m3用量，不定向喷雾，关闭门窗作用30min。

2.3 停尸房环境表面消毒。

2.3.1 停尸房结构设施不同环境表面各异；需要消毒的对象主要有地面、墙壁、门、门把手、停放尸体的台子和尸体冷藏箱等。根据各自污染程度不同可分别采用机械清除、物理及化学消毒剂擦拭、喷洒和熏蒸等方法。

2.3.2 墙壁和天花板消毒：墙壁和天花板很少受到严重污染。所以，一般情况下不需要进行常规消毒，当受到严重污染时，可采用化学消毒剂喷雾或熏蒸消毒。

2.3.3 地面：是极易污染的场所，搬运尸体后应及时对地面进行消毒。

2.3.3.1 拖把拖地。

2.3.3.1.1 清洁的湿拖把拖地：在地面污染不严重的情况下使用，即无传染病尸体存放时，应每天用此法保持地面清洁卫生。

2.3.3.1.2 化学消毒剂拖地：当地面受到严重污染时或有死于传染性疾病尸体搬运时，应用含有效氯2000mg/L的含氯消毒液浸湿拖把拖地。

2.3.3.1.3 在使用拖把拖地消毒（清洁）地面时，应注意拖地前不应用扫帚扫地，否则会扬起灰尘而扩散污染。清洁或消毒完毕，应将拖把浸消毒液作用30min后再清洗干净，并将拖把挂起晾晒。

2.3.3.2 化学消毒剂喷洒：地面受到严重污染时可用含有效氯2000mg/L的含氯消毒液，按250–500ml/m^3用量喷洒作用30min。

2.3.4 门及门把手消毒：用抹布浸有含有效氯2000mg/L的消毒液对门及门把手进行擦拭消毒，作用15–30min。

2.3.5 停尸台的消毒。

2.3.5.1 停放尸体的台面是太平间污染最严重的地方，每取放一具尸体后都应进行消毒处理，可用化学消毒剂擦拭、喷洒、熏蒸、紫外线灯照射等方法。

2.3.5.2 紫外线灯照射：于停尸台正上方安装带有反光罩的紫外线灯，距离台面lm，照射消毒30–60min.

2.3.5.3 化学消毒剂擦拭消毒：用抹布浸湿有含有效氯2000mg/L的消毒液均匀擦拭台面作用30–60min。

2.3.6 尸体冷藏箱的消毒。

2.3.6.1 尸体冷藏箱应定期消毒。尸体取后进行终末消毒；可采用化学消毒剂熏蒸、擦拭、喷雾等方法消毒处理。注意严格掌握消毒剂的浓度和作用时间，避免损坏尸体冷藏箱。

2.3.6.2 喷雾消毒：可用0.2%过氧乙酸按80ml/m^3喷雾消毒，作用30min，及时用自来水冲洗。注意此法对金属有一定腐蚀作用，只有在存放传染病尸体后急需快速消毒处理时选用。

2.3.6.3 擦拭消毒。

2.3.6.3.1 含氯消毒剂配制成有效氯含量为500mg/L溶液，用抹布擦拭箱体和尸体架作用30–60min，再用清水擦拭。

2.3.6.3.2 0.2%过氧乙酸溶液擦拭消毒作用30–60min，再用清水擦拭。

2.3.6.3.3 200mg/L活性二氧化氯溶液，擦拭消毒30min。

2.3.6.3.4 含500mg/L有效碘的碘伏溶液擦拭消毒30–60min。

2.3.6.4 臭氧消毒。

臭氧发生器开机作用l–2小时，以消毒空气和表面，并去除异味。

2.4 尸体的清洁消毒：一般死亡尸体清洁即可；如为传染病死亡，应采用中效以上消毒剂进行消毒处理。

2.4.1　福尔马林擦拭消毒，常用10%福尔马林，擦拭尸体作用l-2小时.

2.4.2　3000mg/L有效碘的碘伏溶液擦拭消毒。

2.4.3　有效氯2000mg/L含氯消毒剂擦拭或喷洒消毒滞留30-60min。

2.4.4　0.2-0.5%过氧乙酸溶液喷雾或擦拭滞留15-30min。

2.4.5　300mg/L二氧化氯溶液擦拭或喷洒滞留15-30min。

2.4.6　霍乱、炭疽等烈性传染病尸体应立即消毒，并用浸有5000mg/L含氯消毒剂的棉球将口、鼻、肛门、阴道等开放处堵塞，并用没有消毒液的布单包裹，装入塑料袋内密封，就近火化。

2.5　搬运尸体用具的消毒。

2.5.1　搬运尸体的担架、推车等用具，用后要及时消毒处理，一般采用擦拭、喷雾、熏蒸等消毒方法。

2.5.2　擦拭：常用含有效氯2000mg/L的消毒剂溶液，作用30-60min。

2.5.3　喷雾：可选0.5%过氧乙酸或2000mg/L有效氯的含氯消毒液，用喷雾器对搬运尸体工具均匀喷湿作用至干燥。

2.5.4　熏蒸：将工具放于停尸间内，用过氧乙酸或氯烟熏剂密闭熏蒸，方法、时间同前。

2.5.5　用上述方法消毒处理时，金属部位应及时用清水擦洗，以防腐蚀。

2.6　死者衣物的消毒。

2.6.1　焚烧：炭疽、霍乱等传染病死者衣物原则上一律焚烧。普通病人死亡后，将死者衣物换下装入塑料袋内密封至焚烧炉焚烧，这是最简单彻底的消毒处理方法，应首选。虽为传染病死亡，但衣物特殊，有保存价值或家属不同意焚烧，可采用以下方法消毒处理。

2.6.2　在进行以下处理时，如衣物上有明显的血、脓、分泌物等污物时，应先用含有效氯2000mg/L的消毒液擦拭掉再进行各种消毒处理，应根据衣物的质料或颜色，选择对其无损坏的方法。

2.6.2.1　日光消毒：在直射阳光下曝晒3-6小时，即可达消毒目的，适于抵抗力较弱的病菌，即非传染病死者衣物。消毒时应经常翻动，以便受到均匀照射。

2.6.2.2　煮沸消毒：对耐热、耐湿等棉织衣物，可在0.5%肥皂液中浸透后，煮沸20-30min，注意水要浸没衣物，并经常搅动。

2.6.2.3　压力蒸汽消毒：耐热、耐湿衣物可装于布袋中放任力蒸汽灭菌器内，在121℃下消毒20-30min。注意布袋包体积不应超过30cm　x　30cmx25cm，每袋重量不超过15kg。

2.6.2.4　化学消毒剂浸泡消毒：将衣物浸没于消毒剂溶液，作用一定时间后取出，用清水漂洗干净晾干。

（a）0.04%过氧乙酸溶液浸泡2小时或0.2%过氧乙酸溶液浸泡30min。

（b）有效碘250-500mg/L碘伏溶液浸泡30-60min。

（c）含有效氯500mg/L的消毒液浸泡30min。

2.6.2.5　熏蒸消毒：对不能煮沸浸泡的毛织品、皮毛制品等可用环氧乙烷、甲醛、过氧乙酸等熏蒸消毒。

（a）环氧乙烷熏蒸：浓度800mg/L，温度54±2℃，相对湿度60-80%，作用4小时。

（b）甲醛（福尔马林）：用量450mg/L，温度54±2℃，相对湿度70-90%消毒作用4小时。

（c）过氧乙酸熏蒸：用量3g/m3，20℃作用60min，如温度低可加热升高温度。

（d）0.2%过氧乙酸均匀喷雾在衣物上，折叠放置数小时，再晾干。

2.7　停尸房工作人员的防护和消毒。

2.7.1　停尸房工作人员工作时应戴口罩、帽子、手套、胶鞋，穿隔离衣。

2.7.2　搬运尸体后或进行各项消毒操作，参照《医务人员手卫生规范》要及时清洗消毒双手。接触传染病人尸体应先洗手然后使用快速手消毒剂进行手消毒。

2.8　人员防护要求。

2.8.1　进行尸检操作时应采取必要个人防护措施，包括戴口罩、帽子、手套、穿隔离衣、戴鞋套、戴护目镜/面罩，有喷溅的操作时应穿防水围裙或防水隔离衣，为传染性病人尸检时应戴医用防护口罩。

2.8.2　离开尸检房时，将用后的个人防护用品放入医疗废物垃圾桶，洗手后方可离开，进行传染性病人尸检后应沐浴。

营养室及食堂医院感染管理制度

1. 目的

规范营养室与食堂的感染控制工作，降低医院感染风险。

2. 工作人员的个人健康管理

2.1 员工应按《中华人民共和国食品卫生法》的规定，每年至少进行1次健康检查，并按公司规定办理健康证，必要时接受临时检查。新参加或临时参加工作的人员，应经健康检查，取得健康合格证明后方可参加工作。凡患有痢疾、伤寒、病毒性肝炎等消化道传染病（包括病原携带者），活动性肺结核，化脓性或者渗出性皮肤病以及其他有碍食品卫生疾病的，不得从事接触直接入口食品的工作。发现患传染病者，应暂时或永久调离工作。

2.2 员工有发热、腹泻、皮肤伤口或感染、咽部炎症等有碍食品卫生病症的，应立即脱离工作岗位，待查明原因、排除有碍食品卫生的病症或治愈后，方可重新上岗。

2.3 应建立员工健康档案。

2.4 应参加从业人员卫生知识培训，合格后方能上岗；在职从业人员应进行卫生培训，培训情况应记录。

2.5 应保持良好个人卫生，工作时应穿戴清洁的工作服、工作帽、戴口罩，头发不得外露，不得留长指甲，涂指甲油，佩戴饰物，定期修剪指甲。

2.6 操作时手部应保持清洁，操作前手部应洗净。接触直接入口食品时，手部还应进行消毒（建议使用健之素快速手消毒液）；操作人员在有下列情形时应严格洗手：

2.6.1 开始工作前。

2.6.2 处理食物前。

2.6.3 上厕所后。

2.6.4 处理生食物后。

2.6.5 处理已脏的设备或饮食用具后。

2.6.6 咳嗽、打喷嚏或擤鼻子后。

2.6.7 处理动物或废物后。

2.6.8 触摸耳朵、鼻子、头发、口腔或身体其他部位后。

2.6.9 从事任何可能会污染双手活动（如处理货物、执行清洁任务）后。

2.7 凉菜专间操作人员进入专间时宜再次更换专间内专用工作衣帽并佩戴口罩，操作前双手严格进行清洗消毒，操作中应适时地消毒双手。不得穿戴专间工作衣帽从事与专间内操作无关的工作。

2.8　个人衣物及私人物品不得带入食品处理区。

2.9　食品处理区内不得有抽烟、饮食及其他可能污染食品的行为。

2.10　工作服管理。

2.10.1　工作服应有清洗保洁制度，每天更换，保持清洁。

2.10.2　员工食堂每名员工应有2套或以上工作服。病房配餐员应有4套工作服。

2.11　试味时要使用一次性汤匙。

2.12　配餐时，配餐员不接触餐票或钞票。

3. 营养室的食品卫生

3.1　原料采购卫生要求。

3.1.1　不得采购《食品卫生法》第九条规定禁止生产经营的食品。

3.1.1.1　腐败变质、油脂酸败、霉变、生虫、污垢不洁、混有异物或者其他感官性状异常，可能对人体健康有害的。

3.1.1.2　含有毒、有害物质或者被有毒、有害物质污染，可能对人体健康有害的。

3.1.1.3　含有致病性寄生虫、微生物的，或者微生物毒素含量超过国家限定标准的。

3.1.1.4　未经兽医卫生检验或者检验不合格的肉类及其制品。

3.1.1.5　病死、毒死或者死因不明的禽、畜、兽、水产动物等及其制品。

3.1.1.6　容器包装污垢不洁、严重破损或者运输工具不洁造成污染的。

3.1.1.7　掺假、掺杂、伪造，影响营养、卫生的。

3.1.1.8　用非食品原料加工的，加入非食品用化学物质的或者将非食品当作食品的。

3.1.1.9　超过保质期限的。

3.1.1.10　为防病等特殊需要，国务院卫生行政部门或者省自治区、直辖市人民政府专门规定禁止出售的。

3.1.1.11　含有未经国务院卫生行政部门批准使用的添加剂的或者农药残留超过国家规定容许量的。

3.1.1.12　其他不符合食品卫生标准和卫生要求的。

3.1.2　　采购时应索取送货单或发票等购货凭据，并做好采购记录，便于溯源；向食品生产单位、批发市场等批量采购食品的，还应索取食品卫生许可证、检验（检疫）合格证明等。

3.1.3　入库前应进行验收，出入库时应登记，做好记录。

3.2　食品运输工具应当保持清洁，防止食品在运输过程中受到污染。

3.3　贮存卫生要求。

3.3.1　贮存食品的场所、设备应当保持清洁，无霉斑、鼠迹、苍蝇、蟑螂，不得存放有毒、有害物品（如：杀鼠剂、杀虫剂、洗涤剂、消毒剂等）及个人生活用品。

3.3.2　食品应当分类、分架存放，距离墙壁、地面均在10cm以上，并定期检查，使用应遵循先进先出的原则，变质和过期食品应及时清除。

3.3.3　食品冷藏、冷冻贮藏的温度应分别符合冷藏和冷冻的温度范围要求。

3.3.3.1　食品冷藏、冷冻贮藏应做到原料、半成品、成品严格分开，不得在同一冰室内存放。冷藏、冷冻柜（库）应有明显区分标志，宜设外显式温度（指示）计，以便于对冷藏、冷冻柜（库）内部温度的监测。

3.3.3.2　食品在冷藏、冷冻柜（库）内贮藏时，应做到植物性食品、动物性食品和水产品分类摆放。

3.3.3.3　食品在冷藏、冷冻柜（库）内贮藏时，为确保食品中心温度达到冷藏或冷冻的温度要求，不得将食品堆积、挤压存放。

3.3.3.4　用于贮藏食品的冷藏、冷冻柜（库），应定期除霜、清洁和维修，以确保冷藏、冷冻温度达到要求并保持卫生。

3.4　粗加工及切配卫生要求。

3.4.1　加工前应认真检查待加工食品，发现有腐败变质迹象或者其他感官性状异常的，不得加工和使用。

3.4.2　各种食品原料在使用前应洗净，动物性食品、植物性食品应分池清洗，水产品宜在专用水池清洗，禽蛋在使用前应对外壳进行清洗。

3.4.3　易腐食品应尽量缩短在常温下的存放时间，加工后应及时使用或冷藏。

3.4.4　切配好的半成品应避免污染，与原料分开存放，并应根据性质分类存放。

3.4.5　切配好的食品应按照加工操作规程，在规定时间内使用。

3.4.6　已盛装食品的容器不得直接置于地上，以防止食品污染。

3.4.7　加工用容器、工具用前应消毒，用后应洗净并保持清洁。生熟食品的加工工具及容器选用不同款式以区分使用。

3.5　烹调加工卫生要求。

3.5.1　烹调前应认真检查待加工食品，发现有腐败变质或者其他感官性状异常的，不得进行烹调加工。

3.5.2　不得将回收后的食品（包括辅料）经烹调加工后再次供应。

3.5.3　需要熟制加工的食品应当烧熟煮透，其加工时食品中心温度应不低于70℃。

3.5.4　加工后的成品应与半成品、原料分开存放。

3.5.5　需要冷藏的熟制品，应尽快冷却后再冷藏。

3.6　凉菜配制卫生要求。

3.6.1　加工前应认真检查待配制的成品凉菜，发现有腐败变质或者其他感官性状异常的，不得进行加工。

3.6.2　操作人员进入专间前应更换洁净的工作衣帽，并将手洗净、消毒，工作时宜戴口罩。

3.6.3　专间内应当由专人加工制作，非操作人员不得擅自进入专间。不得在专间内从事与凉菜加工无关的活动。

3.6.4　专间每日1次进行空气和操作台的消毒。使用紫外线灯消毒时，应进行日常监测，灯管强度监测和生物监测，日常监测包括灯管应用时间、累计照射时间（应<1000小时）和使用人签名。新灯管的照射强度不得低于100μW/cm2，使用中灯管不得低于70μW/cm2，照射强度应每半年检测一次。

3.6.5　专间内应使用专用的工具、容器，用前应消毒，用后应洗净并保持清洁。

3.6.6　供加工凉菜用的蔬菜、水果等食品原料，未经清洗处理的，不得带入凉菜间。

3.6.7　制作好的凉菜应尽量当餐用完。剩余尚需使用的应存放于专用冰箱内冷藏或冷冻，食用前按3.10规定进行再加热。

3.7　现榨果蔬汁及水果拼盘制作卫生要求。

3.7.1　从事现榨果蔬汁和水果拼盘加工的人员操作前应更衣、洗手并进行手部消毒，操作时戴口罩。

3.7.2　现榨果蔬汁及水果拼盘制作的设备、工具应专用。每餐次使用前应消毒，用后应洗净并在专用保洁设施内存放。

3.7.3　用于现榨果蔬汁和水果拼盘的瓜果应新鲜，未经清洗处理的不得使用。

3.7.4　制作的现榨果蔬汁和水果拼盘应当餐用完。

3.8　点心加工卫生要求。

3.8.1　加工前应认真检查各种食品原辅料，发现有腐败变质或者其他感官性状异常的，不得进行加工。

3.8.2　需进行热加工的应按3.5.3要求进行操作。

3.8.3　未用完的点心馅料、半成品点心，应在冷柜内存放，并在规定存放期限内使用。

3.8.4　奶油类原料应低温存放。水分含量较高的含奶、蛋的点心应当在10℃以下或60℃以上的温度条件下贮存。

3.9　备餐及供餐卫生要求。

3.9.1　操作前应清洗、消毒手部，在备餐专间内操作应符合3.6.2–3.6.5要求。

3.9.2　操作人员应认真检查待供应食品，发现有感官性状异常的，不得供应。

3.9.3　操作时要避免食品受到污染。

3.9.4　菜肴分派、造型整理的用具应经消毒。

3.9.5　用于菜肴装饰的原料使用前应洗净消毒，不得反复使用。

3.9.6　在烹饪后至食用前需要较长时间（超过2小时）存放的食品，应当在高于60℃或低于10℃的条件下存放。

3.10　食品再加热卫生要求。

3.10.1　无适当保存条件（温度低于60℃、高于10℃条件下放置2小时以上的），存放时间超过2小时的熟食品，需再次利用的应充分加热。加热前应确认食品未变质。

3.10.2　冷冻熟食品应彻底解冻后经充分加热方可食用。

3.10.3　加热时中心温度应高于70℃，未经充分加热的食品不得食用。

3.11　餐用具卫生要求。

3.11.1　餐用具使用后应及时洗净，定位存放，保持清洁。消毒后的餐用具应贮存在专用保洁柜内备用，保洁柜应有明显标记。餐具保洁柜应当定期清洗，保持洁净。

3.11.2　接触直接入口食品的餐用具使用前应洗净并消毒。

3.11.3　应定期检查消毒设备、设施是否处于良好状态。采用化学消毒的应定时测量有效消毒浓度。

3.11.4　消毒后餐具应符合GBl4934《食（饮）具消毒卫生标准》规定。

3.11.5　不得重复使用一次性餐饮具。

3.11.6　已消毒和未消毒的餐用具应分开存放，保洁柜内不得存放其他物品。

3.12　集体用餐配送卫生要求。

3.12.1　专间内操作卫生应符合3.6.2–3.6.5要求。

3.12.2　集体用餐配送的食品不得在l0–60℃的温度条件下贮存和运输，从烧熟至食用的间隔时间（保质期）应符合以下要求：

3.12.2.1　烧熟后2小时的食品中心温度保持在60℃以上（热藏）的，其保质期为烧熟后4小时。

3.12.2.2　烧熟后2小时的食品中心温度保持在10℃以下（冷藏）的，保质期为烧熟后24小时，但供餐前应再加热。

3.12.2.3　盛装、分送集体用餐的容器表面宜标明生产日期及时间、保质期，必要时标注保存条件和食用方法。

3.12.2.4　运送集体用餐的容器和车辆应安装食品热藏和冷藏设备，在每次配送前应进行清洗消毒。

3.13　豆浆机管理：每次制作豆浆后及时做好清洁，保持过滤网无霉斑。

4. 消毒隔离的管理

4.1　食品卫生管理员主要职责包括：

4.1.1　组织从业人员进行卫生法律和卫生知识培训。

4.1.2　制订食品卫生管理制度及岗位责任制度，并对执行情况进行督促检查。

4.1.3　检查食品生产经营过程的卫生状况并记录，对检查中发现的不符合卫生要求的行为及时制止并提出处理意见。

4.1.4　对食品卫生检验工作进行管理。

4.1.5　组织从业人员进行健康检查，督促患有有碍食品卫生疾病和病症的人员调离相关岗位。

4.1.6　建立食品卫生管理档案。

4.1.7　接受和配合卫生监督机构对本单位的食品卫生进行监督检查，并如实提供有关情况。

4.1.8　与保证食品安全卫生有关的其他管理工作。

4.2　环境卫生管理要求。

4.2.1　生产加工经营场所内环境（包括地面、排水沟、墙壁、天花板、门窗，防蝇、防鼠、洗涤设施等）应保持清洁和良好状况。

4.2.2　餐厅内桌、椅、台等应保持清洁。

4.2.3　废弃物至少应每天清除1次，清除后的容器应及时清洗，必要时进行消毒。

4.2.4　废弃物放置场所不得有不良气味或有害（有毒）气体溢出，应防止有害昆虫的孳生，防止污染食品、食品接触面、水源及地面。

4.2.5　食品加工过程中废弃的食用油脂应集中存放在有明显标志的容器内，定期按照《食品生

产经营单位废弃食用油脂管理的规定》予以处理。

4.2.6 污水和废气排放应符合国家环保要求和排放标准。

4.2.7 应定期进行除虫灭害工作，防止害虫孳生。除虫灭害工作不能在食品加工操作时进行，实施时对各种食品（包括原料）应有保护措施。

4.2.8 使用杀虫剂进行除虫灭害，应由专人按照规定的使用方法进行；使用时不得污染食品、食品接触面及包装材料，使用后应将所有设备、工具及容器彻底清洗。

4.2.9 场所内如发现有害动物存在，应追查和杜绝其来源。处理方法应以不污染食品、食品接触面及包装材料为原则。

4.3 设备及工具卫生管理。

4.3.1 应建立加工操作设备及工具清洁制度，用于食品加工的设备及工具使用后应洗净，接触直接入口食品的还应进行消毒。

4.3.2 清洗消毒时应注意防止污染食品、食品接触面。

4.3.3 采用化学消毒的设备及工具消毒后要彻底清洗。

4.3.4 已清洗和消毒过的设备和工具，应在保洁设施内定位存放，避免再次受到污染。

4.3.5 用于食品加工操作的设备及工具不得用作与食品加工无关的用途。

4.4 清洗和消毒卫生管理。

4.4.1 应制订清洗和消毒制度，以保证所有食品加工操作场所清洁卫生，防止食品污染。

4.4.2 使用的洗涤剂、消毒剂应符合GB14930.1《食品工具、设备用洗涤卫生标准》和GB14930.2《食品工具、设备用洗涤消毒剂卫生标准》等有关卫生标准和要求。

4.4.3 用于清扫、清洗和消毒的设备、用具应放置在专用场所妥善保管。

4.4.4 设备及工具按4.3，操作人员手部消毒按2.6有关规定执行。

4.5 食品添加剂的使用应符合GB2760《食品添加剂使用卫生标准》的规定，并应有详细记录。食品添加剂存放应有固定的场所（或橱柜）并上锁，包装上应标示“食品添加剂”字样，并有专人保管。

4.6 留样要求。

4.6.1 配送的集体用餐及重要接待活动供应的食品成品详见《突发公共卫生事件报告制度》应留样。

4.6.2 留样食品应按品种分别盛放于清洗消毒后的密闭专用容器内，在冷藏条件下存放48小时以上，每个品种留样量不少于100g。

4.7 记录管理。

4.7.1 原料采购验收、加工操作过程关键项目、卫生检查情况、人员健康状况、教育与培训情况、食品留样、检验结果及处理结果、发现问题后采取的措施等均应予以记录。

4.7.2 各项记录均应有执行人员和检查人员的签名。

4.7.3 各岗位负责人应督促相关人员按要求进行记录，并每天检查记录的有关内容。食品卫生管理员应经常检查相关记录，记录中如发现异常情况，应立即督促有关人员采取措施。

4.7.4 有关记录至少应保存12个月。

4.8 预防食物中毒的措施：详见《餐饮业和集体用餐配送单位预防食物中毒的基本原则》。

一旦发生食物中毒，应及时报告并留样检查。

4.9　每月进行环境卫生学及餐具监测。

4.10　餐具的消毒：保证餐具的消毒效果，要严格执行一洗，二涮，三冲，四消毒，五保洁的工作程序。

4.10.1　配膳室餐具的消毒：餐具用后首先彻底清洗去污再消毒。消毒方法有：

（1）流通蒸汽消毒20min（温度为100℃）；

（2）煮沸消毒15min；

（3）远红外线消毒箱，温度达到125℃，维持15min，消毒后温度应降至40℃以下再开箱，以防止碗盘炸裂；

（4）自动冲洗消毒洗碗机消毒；

（5）化学消毒：不具备热力消毒的单位或不能使用热力消毒的食具可采用250mg/L有效氯消毒液浸泡20min–30min。

消毒后的餐具不可再用抹布重新擦抹，应用自来水冲洗，去除残留消毒剂后，存放在清洁密封的容器内，以免再次污染。

4.10.2　病人餐具消毒：个人专用，用后清洗干净，晾干，自己保存，儿科病人的餐具应统一由配膳室收回，按配膳室餐具清洗，消毒常规处理，患儿不应自己保管餐具。一次性餐具用后统一收集无害化处理。

4.10.3　婴儿奶瓶等消毒：婴儿奶瓶、盛奶器等奶具清洗干净后，经压力蒸汽灭菌后备用。奶头用清水冲净，煮沸消毒。煮沸时间从水沸腾时算起，不得小于15min，干燥贮存，24小时更换。

消毒处理后的餐具要求：清洁，干爽，无油腻，无油垢，无污物，不得检出大肠菌群、致病菌。

4.10.4　传染病人餐具消毒：传染病区餐具应单独处理，个人专用。可按下列程序进行：

（1）煮沸15min–20min，剩余食物煮沸15min–20min后方可弃倒。

（2）清洗去污。

（3）煮沸30min或流通蒸汽消毒30min或2000mg/L有效氯消毒液浸泡30min（消毒后清水冲洗）保存备用。

内镜室医院感染管理制度

1. 目的

加强内镜清洗消毒工作，保障医疗质量和医疗安全，严格防控医院感染。

2. 标准

2.1 建筑布局。

2.1.1 应设病人候诊室、诊疗室、清洗消毒室、内镜贮藏室等。

2.1.2 内镜的清洗消毒应当与内镜的诊疗工作分开进行，分设单独的清洗消毒室和内镜诊疗室。

2.1.3 诊疗室内的每个诊疗单位应当包括：诊疗床1张、主机（含显示器）、吸引器、治疗车等，每个诊疗单位的净使用面积不得少于20平方米。

2.2 从事内镜诊疗和内镜清洗消毒工作的医务人员，应当具备内镜清洗消毒方面的知识，接受相关的医院感染管理知识培训，严格遵守有关规章制度。

2.3 应根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关内镜室相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行，保持环境整洁。

2.4 隔离要求。

2.4.1 灭菌内镜的诊疗应当在达到手术标准的区域内进行，并按照手术区域的要求进行管理。

2.4.2 不同部位内镜的诊疗工作应当分室进行；上消化道、下消化道内镜的诊疗工作不能分室进行的，应当分时间段进行；不同部位内镜的清洗消毒工作的设备应当分开。

2.4.3 医护人员进行诊疗操作时，应当戴口罩、帽子，可能出现病人血液、体液喷溅时，应当戴护目镜、穿隔离衣；不重复使用手套。

2.4.4 医护人员在清洗器械时应当佩戴手套、口罩、帽子、防水围裙或隔离衣、专用鞋，其中手工清洗器械的人员应佩戴防护面罩。

2.5 内镜的消毒与灭菌。

2.5.1 消毒与灭菌基本原则：

根据内镜在人体内使用部位的不同，要求对其进行消毒或灭菌处理。

2.5.1.1 凡进入人体无菌组织、器官或经外科切口进入无菌腔室的内镜及其附件，如腹腔镜、关节镜、脑室镜、膀胱镜、宫腔镜等，用前应达到灭菌水平。

2.5.1.2 凡穿破黏膜的内镜附件，如活检钳，高频电刀等，必须灭菌。

2.5.1.3 凡进入人体消化道、呼吸道等与黏膜接触的内镜及其附件，如喉镜、气管镜、支气管镜、胃镜、肠镜、乙状结肠镜、直肠镜等，用前应达到高水平消毒。

2.5.2 消毒与灭菌方法选择原则：内镜的消毒、灭菌应首选物理方法，对不耐湿热的内镜可选用化学方法消毒、灭菌。

2.5.2.1 压力蒸灭菌：具体方法见《消毒技术规范》（2002版）消毒与灭菌方法；使用快速压力蒸灭菌器进行灭菌则按使用说明进行操作。主要适于能耐湿热内镜的灭菌，如金属直肠镜、直接喉镜金属部分的灭菌，以及能耐湿热的腹腔镜、关节镜、脑室镜等的灭菌。

2.5.2.2 环氧乙烷灭菌：具体方法见《医疗机构消毒技术规范（WS/T367-2012）》；适于各类内镜的消毒、灭菌。

2.5.2.3 2%戊二醛浸泡消毒、灭菌：消毒作用时间按产品使用说明执行，灭菌需浸泡10小时。

2.5.2.4 邻苯二甲醛的消毒：具体方法见《医疗机构消毒技术规范（WS/T367-2012）》；适用于不耐热诊疗器械、器具与物品的浸泡消毒。

2.5.2.5 煮沸消毒：煮沸20min，可用于内镜金属部分和某些附件的消毒。

2.5.2.6 其他消毒、灭菌方法：经卫生行政部门批准的内镜消毒剂和消毒器，具体使用方法按产品使用说明。

2.5.2.7 内镜及附件的清洗、消毒或灭菌时间应当使用计时器控制。

2.5.3 内镜的消毒。

2.5.3.1 软式内镜的消毒：

（a）2%戊二醛浸泡：将洁净干燥后的内镜置于2%戊二醛消毒液中浸泡，消毒作用时间按产品使用说明执行；灭菌需浸泡10小时。

（b）自动清洗消毒器：经卫生部门批准的消毒器，具体操作按使用说明，注意用该法消毒前，内镜应先用手工彻底清洗。

（c）其他消毒剂：经卫生部门批准的消毒剂，具体消毒方法见使用说明。

2.5.3.2 硬式内镜的消毒：

（a）能耐受压力蒸灭菌的内镜部分或全部，首选压力蒸灭菌；不能承受压力蒸灭菌的内镜或其部分，首选环氧乙烷灭菌；或用2%的戊二醛浸泡10小时，也可用低温蒸甲醛灭菌。

（b）其他消毒剂与消毒器：经卫生行政部门部批准的消毒剂与消毒器械，具体消毒方法见使用说明。

2.5.4 内镜附件的消毒。

2.5.4.1 内镜附件：如活检钳、细胞刷、切开刀、导丝、碎石器、网篮、造影导管、异物钳等应作到一用一灭菌，消毒方法首选压力蒸灭菌，也可用环氧乙烷灭菌或2%戊二醛浸泡10小时灭菌。

2.5.4.2 其他物件的消毒：

（a）口圈、弯盘、敷料缸等首选压力蒸灭菌；或用高水平化学消毒剂（如500mg/L含氯消毒剂或2000mg/L的过氧乙酸或2%的戊二醛），浸泡消毒30min，用水彻底冲净残留消毒液，干燥备用。

（b）注水瓶及连接管的消毒：用高水平化学消毒剂（如500mg/L的含氯消毒剂或2000mg/L的过氧乙酸或2%的戊二醛）浸泡消毒30min，用水彻底冲净残留消毒液，干燥备用；注水瓶内的用水应为灭菌水，每天更换。

（c）吸引瓶、吸引管的消毒：检查结束后，先清洗吸引瓶，之后用500mg/L的含氯消毒剂或

2000mg/L的过氧乙酸浸泡消毒30min，刷洗干净，干燥备用。

（d）清洗槽、酶洗槽、冲洗槽经充分刷洗后，用有效氯含量为500mg/L的含氯消毒剂或者2000mg/L过氧乙酸擦拭。用于浸泡灭菌的容器应清洁后做灭菌处理。

2.5.5 内镜消毒与灭菌注意事项。

2.5.5.1 内镜及附件用后应当立即清洗、消毒或者灭菌。

2.5.5.2 禁止使用非流动水对内镜进行清洗。

2.5.5.3 软式内镜在每天使用前应用2%戊二醛浸泡消毒20min，用水充分冲洗后使用；当天检查结束彻底消毒（2%戊二醛浸泡消毒30min），也可根据国家有关规定执行。

2.5.5.4 内镜室应当做好内镜清洗消毒的登记工作，登记内容应当包括，就诊病人姓名、使用内镜的编号、清洗时间、消毒时间以及操作人员姓名等事项。

2.6 消毒灭菌效果监测。

2.6.1 使用消毒剂的有效浓度应每日监测并记录保存，低于有效浓度应立即更换，保证消毒效果。消毒剂使用时间不得超过说明书规定的使用期限。

2.6.2 消毒后的内镜应当每季度进行生物学监测并做好监测记录。消毒后的内镜合格标准为：细菌总数<20cfu/件，不能检出致病菌。

2.6.3 灭菌后的内镜应当每月进行生物学监测并做好监测记录。灭菌后内镜合格标准为：无菌检测合格。

2.6.4 每月监测空气、活检钳、消毒液、手指、操作台。对不能达标的监测结果，应查找原因并有改进措施。

医院洁净系统医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范医院洁净系统感染控制工作，降低医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 竣工验收。

2.1.1 医院洁净室主要有洁净手术室、洁净病房、洁净无菌物品间、洁净静配中心以及洁净医学实验室等。

2.1.2 新建与改建洁净室投入使用前应具备如下条件：

2.1.2.1 建设方提供的平面设计图与使用指南（或说明书），标注各洁净室以及辅助用房所设计的洁净级别。

2.1.2.2 建设方提供的自行竣工验收报告。

2.1.2.3 有资质的第三方单位提供的验收报告，洁净医学实验室的所有指标均应符合GB50073-2001中相关技术指标，其他洁净室的所有设计指标均应符合GB50333-2002等相关国家标准中的技术指标。

2.1.2.4 洁净室医务人员以及维护人员等应经上岗专业知识与操作技能的培训。

2.2 日常管理。

2.2.1 洁净室（区）的日常维护可以在建筑单位的指导下实施或委托专业单位进行。

2.2.1.1 保持进气的三级过滤装置（初级、中效与高效）的气流畅通无阻。

2.2.1.2 保持管道内干燥无尘。

2.2.1.3 保持回风滤网畅通无尘，无物品或设备阻挡。

2.2.1.4 室外排风口应与室外进风口的距离保持5m以上，离地3m以上。

2.2.1.5 过滤装置的更换与管道的清洁间隔时间应根据使用频率而定，最好是在建筑单位的指导下，制订有关标准操作规程（SOP），并有记录备查。初效过滤网每月清洗1次，每3个月更换；回风口过滤网每周清洁1次；中效过滤网每3至6个月更换，高效过滤网1-2年更换。

2.2.2 控制“尘源”。

2.2.2.1 凡进入洁净室（区）人员应做手卫生，戴口罩、帽子，穿洁净服。

2.2.2.2 控制入室人员的数量。

2.2.2.3 进入物品均应在洁净室（区）外做相应处理，如有外包装应拆去外包装，如无包装应彻底清洁处理。

2.2.3 洁净室内只允许放置必需的设备设施或家具等；物品摆放要避开回风口，尽量做到送风口与回风口的直线中无任何阻挡。

2.2.4 保洁工作：

2.2.4.1 重点为日常清洁，要求每台手术后清洁，每日小卫生，每周大卫生。

2.2.4.2 日常卫生应实行湿式卫生。

2.2.4.3 清洁用具应分区使用。以手术部为例，不同级别手术室应分设卫生处置间（池）；洗涤抹布与拖把的水池，应采用高低水池加以区分；抹布、拖把与水桶等洁具应分手术室标注专用（并以颜色进行区分）。

2.2.4.4 每台手术结束后，污染的辅料、洞巾等不应随地乱丢，应丢入专用收集箱内，试行“隔离转移”措施。

2.2.4.5 清洁手术后，采用清水擦拭即可，如需接台手术时，在清洁卫生后，按GB50333-2002中所规定的时间自净后，实施下一台手术。

2.2.5 地面等处被血液或排泄物污染时，不应直接使用拖把进行清理，应采取“覆盖消毒措施”，具体流程参照医院制度《医院环境清洁消毒规程》执行。

2.2.51 采用清水清洁卫生。

通常不需要进行常规消毒；当受到病原菌污染时，可用化学消毒剂擦洗，一般病原体污染使用有效氯500mg/L消毒液，作用＞15min，特殊病原体污染（如结核菌、烈性传染病病原菌污染，分枝杆菌、炭疽、气性坏疽杆菌、肝炎病毒、HIV等）使用有效氯2000mg/L消毒液，作用＞30min；对设备仪器表面的消毒可选用75%乙醇溶液擦抹。

2.2.6 日常监测：

2.2.6.1 自检，由使用单位实施，每季度不得少于1次。主要采用平皿沉降法（要求暴露30min）监测空气中细菌菌落数。

2.2.6.2 年检，由有资质的单位实施，每年不少于1次。内容包括尘埃粒子、压差、风速、空气中细菌菌落数、温湿度、换气次数等。各项指标必须符合GB50333-2002中所规定要求。

2.3 个人防护。

2.3.1 进入洁净室（区）人员应彻底更换清洁的衣鞋，并做好头部、口鼻部位的保护，以制止自身的“发菌”；必要时入室前进行沐浴。穿着个人防护装备离开洁净室（区）后，其个人防护装备则被视为“污染”的，再次进入时应重新更换。

2.3.2 室内应保持安静，人员避免大幅度的肢体运动与抖动各类织物，以减少扬尘。

2.3.3 吸烟者应在吐完最后一口烟15min后，方可进入洁净室（区）。

2.3.4 重复使用的个人防护装备，建议采用透气性好，不发絮，且耐高温处理的面料。

医院建筑修缮感染管理制度

1. 目的

预防医院建筑修缮相关性感染发生。

2. 标准

2.1 监测。

2.1.1 在修缮工程实施过程中，应对免疫功能低下的患者，开展空气传播感染的主动监测。

2.1.2 定期复习医院的微生物学、组织病理学以及尸检资料，以鉴定是否有额外病例的发生。

2.1.3 一旦发生曲霉菌感染或其他医院相关性真菌感染，应实施组织学和病原学诊断，以确诊病例。

2.1.4 不推荐在建筑修缮施工前、期间以及之后实施施工区域范围内的空气微生物采样，或在收治免疫功能低下患者的病房（区）使用前或试用期间进行空气采样。

2.1.5 一旦在建筑修缮施工期间或完工后不久发生医院获得性曲霉病或其他机会性环境空气传播的真菌性疾病，实施适当跟踪观察措施。内容如下：

2.1.5.1 检查屏障完整性及受施工潜在危害病房的密封措施等。

2.1.5.2 检查施工期间压差变化与气流方向改变等观察的记录。

2.1.5.3 及时整改调查中发现的问题，并记录备查。

2.1.6 开展前瞻性调查，观察是否出现新的同症状病例；对医院临床与实验室记录进行深入的回顾性的流行病学复习。

2.1.7 如果流行病学证实传播存在，对原有制订的医院建筑修饰相关性感染控制计划进行强化，并增加针对性新措施，以预防医院获得性真菌感染的发生。同时，收集环境中真菌孢子样本，可选用大通量的空气采样器收集。鉴定空气传播的真菌是环境因素，还是工程导致的屏障失效、过滤装置泄漏或压差改变等问题，并及时加以整改。

2.1.8 如流行病学证据不支持真菌性疾病的传播存在，对照复习感染控制措施，实施环境危害评估，进一步落实包括工程控制措施在内的各项感染控制措施，鉴别需要整改的潜在区域，消毒感染隐患。

2.1.9 有条件允许，采用分子生物技术鉴定曲霉菌基因分型；对来自患者与环境的真菌标本进行同源性分析。

2.2 室外修缮控制措施。

2.2.1 对室外建筑修缮工程也应采取感染控制措施，关闭与工地邻近的室内供气的进气阀。如果这个措施不可行，应时常检查初效过滤装置，及时清洁或更换滤网，防止因积尘而阻塞进气。

2.2.2　采用胶带条密封病房窗户的缝隙，以防止外界含尘空气的进入，这对于保护性环境中的患者尤其重要。

2.2.3　施工中应避免下水道系统的损害，以防止土壤与尘埃被污水污染。

2.3　室内修缮控制措施。

2.3.1　工程队应搭建屏障（如采用钢管脚手架与塑料布建成围挡，全部的建筑修缮活动均在围挡内实施，待施工结束，环境物品表面清洁如初，方可拆卸），防止来自建筑区域尘埃的散播。应确保这个屏障能有效阻挡作业区与外界的空气对流，能防止建筑垃圾中真菌孢子的散播。

2.3.2　当建筑修缮作业区牵涉到回风口，应将其密封与阻塞。

2.3.3　建筑垃圾的转运应采取尘埃控制措施，从作业区域外运时应采取隔离转移。对于暂不外运的建筑碎块与垃圾应覆盖遮布，并固定好，防止扬尘。

2.3.4　采取硬质屏障材料，并使作业区域处于负压状态，这样可以更有效防止真菌孢子的扩散。该技术对于保护性环境中的患者尤为重要。

2.3.5　对于室内墙面出现霉斑的建筑修缮，不能采取简单覆盖水泥或石灰了事，而应彻底铲除包含霉根在内的建筑面。

2.4　后勤保障。

2.4.1　施工人员应有指定的入口、走廊和电梯，有指定更衣的场所与放置设备工具间；提供他们必要的服务，如用餐的方便；通过一些限制区域时，提供实施人员必要的个人防护装备（衣服、口罩、帽子）。

2.4.2　每日清洁工作场所和入口处，施工工具与工具推车在离开施工场所应湿式擦拭，室内的入口处放置黏性脚垫，施工场所的建筑碎块在搬运前应覆盖遮布。

2.5　工程结束。

2.5.1　重新调整换气次数、湿度、压差递度，清洁或更换空气过滤器、过滤网。

2.5.2　新的建筑和修缮区域在投入使用前，重新设置空调系统，尤其是手术室、空气隔离病房和保护性区域的通风、换气量等。

2.5.3　必要时可使用国家认可的抗真菌剂，对环境物品表面等处进行喷洒或擦抹消毒。

2.5.4　建筑修缮工程竣工验收报告，应涉及有关建筑修缮相关性感染控制的总结。

导管（介入）室医院感染管理制度

1. 目的

通过本制度规范导管（介入）室感染控制工作，降低医务人员、患者、陪护人员、探访人员医院感染风险。

2. 标准

2.1 建筑布局。

2.1.1 导管（介入）室的建筑布局应当遵循医院感染预防与控制的原则，做到布局合理、分区明确、标识清楚，符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。

2.1.2 应设有病人候诊室（区）、诊疗室、清洗消毒室、污物暂存间、导管储藏室等。

2.1.3 应设有工作人员出入通道、患者出入通道，物流做到洁污分开，流向合理。

2.2 人员管理。

2.2.1 应当设有清晰的标识及屏障，严格限制外来人员进入。确需进入需经部门负责人同意，外来人员进入手术区应换鞋或使用鞋套、隔离衣、帽子、口罩。

2.2.2 限制参观手术人员，每台手术参观人员不可超过2人。

2.2.3 工作人员若患有呼吸道传染性疾病或皮肤化脓感染者，应暂调离。

2.2.4 本部门工作人员进入病区应更换专用工作服（鞋），离开病区应使用外出工作服（鞋）。

2.2.5 进入导管（介入）手术室的工作人员及病人均需穿着铅衣。

2.3 环境管理。

2.3.1 导管（介入）室属于医院内的Ⅱ类环境，应采取正压空气净化措施，条件许可下，应安装1万级或10万级层流净化装置，也可选用循环风紫外线空气消毒器和静电吸附式空气消毒器，根据产品说明书和国家规范要求进行空气消毒。

2.3.2 手术间门应减少开关次数；各个分区之间的门应一直处于关闭状态。

2.3.3 根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关手术室相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.3.4 诊疗室内每天定时进行环境的清洁、消毒。每日手术前，做好室间的清洁工作；连台手术之间、当天手术全部完毕后，应当对手术间及时进行清洁消毒处理。

2.4 物品管理。

2.4.1 严格执行一次性使用无菌医疗用品的管理。

2.4.2 手术器械及物品必须一人一用一灭菌；每天应检查无菌物品所标示的有效日期，按有效

日期的先后排定物品的使用顺序，超过有效日期者，应重新包装灭菌。

2.4.3 导管、穿刺针、穿刺鞘、导丝、球囊等严格执行一人一针一管制度。

2.4.4 国家药品监督管理部门审批的产品，其说明书未界定一次性使用的导管，应按去污、清洗、灭菌的顺序进行处理。

2.4.4.1 导管应编号、记录使用情况。

2.4.4.2 用过的各类导管经高效消毒剂消毒后再用高压水枪冲洗。

2.4.4.3 检查导管的长度，表面是否光滑、打折、用放大镜检查有无裂隙、管腔有无阻塞。

2.4.4.4 酶剂清洗剂浸泡、清洗、蒸馏水高压冲洗，高压气枪干燥。密闭包装，送中心供应室环氧乙烷灭菌，在有效期内使用。

2.4.4.5 电极导管要检查测试导电性，并记录结果。

2.4.4.6 传染病人用过的导管不得重复使用。

2.5 隔离管理。

2.5.1 进行手术前，手术及麻醉医生应该严格评估患者病情，患有感染性疾病的择期手术患者应该先治疗感染，感染控制后再行手术。

2.5.2 患有不能治愈的传染性疾病的患者，则应安排在最后一台手术，手术完毕，手术间内环境及物品严格消毒处理。

2.5.3 为感染性患者进行手术时，进行隔离手术，应根据疾病传播途径采取相应的防护措施，并且不能穿着上述防护用品进入其他区域。手术用物尽量准备齐全，手术用过的器械、辅料和各种用物应单独、及时消毒处理，并对手术间进行终末消毒。

2.6 手术注意事项。

2.6.1 手术时应严格遵守无菌技术原则，严格执行手卫生规范，并避免弄湿手术衣及无菌布单。

2.6.2 在使用无菌包前，器械护士须检查包装的完整、标签的有效日期和灭菌指示带等均符合规定。

2.6.3 有穿戴无菌手术衣及无菌手套的工作人员才能接触手术台面的无菌区域，未穿着无菌手术衣的工作人员须保持30cm以上的距离。

2.7 应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求，落实相关的监测工作，并做好相应记录。

普通手术室医院感染管理制度

1. 目的

规范普通手术室（包括门诊手术室、急诊手术室）感染控制工作，降低医院感染风险。

2. 标准

2.1 建筑布局。

2.1.1 手术部（室）应当设在医院内便于接送手术患者的区域，宜临近重症医学科、临床手术科室、病理科、输血科（血库）、消毒供应中心等部门，周围环境安静、清洁。

2.1.2 在手术部（室）的一端，应设一间或多间隔离手术室/负压手术室。

2.1.3 手术部（室）的建筑布局应当遵循医院感染预防与控制的原则，做到布局合理、分区明确、标识清楚，符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。

2.1.4 手术部（室）应设有工作人员出入通道、患者出入通道，物流做到洁污分开，流向合理。

2.1.5 手术室部（室）应按照外科洗手要求配备足够的洗手及手消毒设施。

2.2 人员管理。

2.2.1 手术部（室）应当设有清晰的标识及屏障，严格限制外来人员进入。确需进入需经部门负责人同意，外来人员进入手术区应换鞋或使用鞋套、隔离衣、帽子、口罩。

2.2.2 限制参观手术人员，每台手术参观人员不可超过2人。

2.2.3 工作人员若患有呼吸道传染性疾病或皮肤化脓感染者，应暂调离。

2.2.4 本部门工作人员进入病区应更换专用工作服（鞋），离开病区使用外出工作服（鞋）。

2.2.5 进入介入手术室的工作人员及病人均需穿着铅衣。

2.2.6 进入手术室区域要更换适合的个人防护用具；在其他区域使用的防护用具不能进入手术室区域；从手术室区域离开要及时去除防护用具。

2.3 环境管理。

2.3.1 普通手术室属于医院内的Ⅱ类环境，应采取正压空气净化措施，条件许可下，应安装1万级或10万级层流净化装置，也可选用循环风紫外线空气消毒器和静电吸附式空气消毒器，根据产品说明书和国家规范要求进行空气消毒。

2.3.2 手术间门应减少开关次数；各个分区之间的门应一直处于关闭状态。

2.3.3 根据《医院各部门清洁消毒制度》中有关手术室相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.3.4 手术间应每日清洁消毒1次。每日手术前，做好室间的清洁工作；连台手术之间、当天

手术全部完毕后，应当对手术间及时进行清洁消毒处理。连台手术之间使用空气消毒设施，根据产品说明书要求的时间完成空气消毒后方可进行下一台手术。

2.3.5　每周应清洁手术间内的空气调节器出入口及器械柜。

2.4　物品管理。

2.4.1　手术器械及物品必须一用一灭菌；每天应检查无菌物品所标示的有效日期，按有效日期的先后排定物品的使用顺序，超过有效日期者，应重新包装灭菌。

2.4.2　麻醉用具应定期清洁、消毒，接触就诊者的用品一用一消毒。

2.4.3　手术室器械常规放于密封盒内送中心供应室进行清洁消毒与灭菌处理，只有临时急用器械方在手术室灭菌。

2.4.4　快速压力汽灭菌器须按说明书清洁，每月至少1次以嗜热脂肪杆菌芽孢菌片测试其灭菌效果。

2.4.5　手术室区域物品只能单向流动，从洁净级别高的区域到洁净级别低的区域；各个不同级别区域所使用的物品要严格区分，不能混合。

2.5　隔离管理。

2.5.1　进行手术前，手术及麻醉医生应该严格评估患者病情，患有感染性疾病的择期手术患者应该先治疗感染，感染控制后再行手术；需要急诊手术的感染患者，或者患有不能治愈的传染性疾病的患者，则应该在隔离/负压手术室内进行手术。

2.5.2　无菌手术与感染手术须分室进行；如无隔离手术室则应先做无菌手术再做感染手术，手术完毕，手术间内环境及物品严格消毒处理。

2.5.3　进入隔离手术室应根据疾病传播途径采取相应的防护措施，并且不能穿着上述防护用品进入其他区域。

2.5.4　进行隔离手术，凡参加手术人员进入手术间后不得随意外出走动。手术用物尽量准备齐全，手术用过的器械、辅料和各种用物应单独、及时消毒处理，并对手术间进行终末消毒。

2.6　手术注意事项。

2.6.1　手术时应严格遵守无菌技术原则，严格执行手卫生规范，并避免弄湿手术衣及无菌布单。

2.6.2　在使用无菌包前，器械护士须检查包装的完整、标签的有效日期和灭菌指示带等均符合规定。

2.6.3　有穿戴无菌手术衣及无菌手套的工作人员才能接触手术台面的无菌区域，未穿着无菌手术衣的工作人员须保持30cm以上的距离。手术进行中若有污染时，应注意保护切口及手术区，污染标本及器械应放在指定盆内，若手术超过6小时，手术切口周围应加盖无菌巾。

2.6.4　施行感染手术人员，手术后应从污物通道外走廊离开，否则必须彻底淋浴、更衣、换鞋、换口罩、帽子后，方可到其他手术间走动或参观。在手术房间，应避免不必要的走动或进出。

2.7　应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

静脉用药配置中心医院感染管理制度

1. 目的

规定医院静脉用药配置中心感染管理有关要求，确保静脉配置中心用药安全，预防医院感染。

2. 标准

2.1 静脉用药配置中心的建筑布局与隔离要求。

2.1.1 静脉用药配置中心（室）总体区域设计布局、功能室的设置和面积应当与工作量相适应，并能保证洁净区、辅助工作区和生活区的划分，不同区域之间的人流和物流出入走向合理，不同洁净级别区域间应当有防止交叉污染的相应设施。

2.1.2 静脉用药配置中心（室）应当设于人员流动少的安静区域，且便于与医护人员沟通和成品的运送。设置地点应远离各种污染源，禁止设置于地下室或半地下室，周围的环境、路面、植被等不会对静脉用药配置过程造成污染。洁净区采风口应当设置在周围30米内环境清洁、无污染地区，离地面高度不低于3米。

2.1.3 静脉用药配置中心（室）的洁净区、辅助工作区应当有适宜的空间摆放相应的设施与设备；洁净区应当含一次更衣、二次更衣及配置操作间；辅助工作区应当含有与之相适应的药品与物料贮存、审方打印、摆药准备、成品核查、包装和普通更衣等功能室。

2.1.4 静脉用药配置中心（室）室内应当有足够的照明度，墙壁颜色应当适合人的视觉；顶棚、墙壁、地面应当平整、光洁、防滑，便于清洁，不得有脱落物；洁净区房间内顶棚、墙壁、地面不得有裂缝，能耐受清洗和消毒，交界处应当成弧形，接口严密；所使用的建筑材料应当符合环保要求。

2.1.5 静脉用药配置中心（室）洁净区应当设有温度、湿度、气压等监测设备和通风换气设施，保持静脉用药配置室温度18℃-26℃，相对湿度40%-65%，保持一定量新风的送入。

2.1.6 静脉用药配置中心（室）洁净区的洁净标准应当符合国家相关规定，经法定检测部门检测合格后方可投入使用。

各功能室的洁净级别要求：

（a）一次更衣室、洗衣洁具间为10万级；

（b）二次更衣室、加药混合配置操作间为万级；

（c）层流操作台为百级。

（d）其他功能室应当作为控制区域加强管理，禁止非本室人员进出。洁净区应当持续送入新风，并维持正压差；抗生素类、危害药品静脉用药配置的洁净区和二次更衣室之间应当呈5-10帕负压差。

2.1.7 静脉用药配置中心（室）应当根据药物性质分别建立不同的送、排（回）风系统。排风口应当处于采风口下风方向，其距离不得小于3米或者设置于建筑物的不同侧面。

2.1.8 药品、物料贮存库及周围的环境和设施应当能确保各类药品质量与安全储存，应当分设冷藏、阴凉和常温区域，库房相对湿度40%-65%。二级药库应干净、整齐，门与通道的宽度应当便于搬运药品和符合防火安全要求。有保证药品领入、验收、贮存、保养、拆外包装等作业相适宜的房屋空间和设备、设施。

2.1.9 静脉用药配置中心（室）内安装的水池位置应当适宜，不得对静脉用药配置造成污染，不设地漏；室内应当设置有防止尘埃和鼠、昆虫等进入的设施；淋浴室及卫生间应当在中心（室）外单独设置，不得设置在静脉用药配置中心（室）内。

2.1.10 区域划分：

（a）污染区（黄色）：主要是医务人员生活区（值班室、更衣室、浴室、卫生间、会议室、示教室等）。

（b）清洁区（蓝色）：主要是辅助工作区，包括药品与物料贮存、审方打印、摆药准备、成品核查、包装、普通更衣室、缓冲间。

（c）无菌区（绿色）：主要是洁净区，包括一更、二更、配置操作间。

2.1.11 隔离要求：

（a）工作人员要重视个人清洁卫生，进入洁净区的操作人员不应化妆和佩戴饰物，应当按规定和程序进行更衣。工作服的材质、式样和穿戴方式，应当与各功能室的不同性质、任务与操作要求、洁净度级别相适应，不得混穿，并应当分别清洗。

（b）静脉用药配置中心的出入口应该设置屏障；无关人员不能随意进入静脉用药配置中心。

（c）药品、人员进出应该严格使用各自的通道、窗口、门，不能混合。

（d）缓冲间应配备适量非手触式开关的流动水洗手设施，工作人员应该在洗手操作后再进入无菌间。

2.2 静脉用药配置所使用的注射器等器具，应当采用符合国家标准的一次性使用产品，临用前应检查包装，如有损坏或超过有效期的不得使用。

2.3 消毒清洁要求。

2.3.1 应按照医院《医院各部门清洁消毒制度》中有关静脉用药配置中心相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.3.2 静脉用药配置中心清洁与卫生管理的其他规定：

（a）各操作室不得存放与该室工作性质无关物品，不得在静脉用药配置中心用餐或放置食物。

（b）每日工作结束后应当及时清场，各种废弃物必须每天及时处理。

2.4 监测要求。

应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

2.5 医疗废物管理。

应按照医院《废物处理管理制度》，按废弃物性质分类收集，统一处理。

重症监护病区（ICU）医院感染管理制度

1. 目的

为了加强ICU医院感染管理工作，规范医院感染各项要求，特制订本制度。

2. 标准

2.1 建筑布局和设施要求。

2.1.1 ICU病房整体布局应该使放置病床的医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域和医务人员生活辅助用房区域等有相对的独立性，以减少彼此之间的干扰和控制医院感染。

2.1.2 ICU病房要有合理的包括人员流动和物流在内的医疗流向，患者及其家属、工作人员、污物应该设置不同的进出通道，不能混合。

2.1.3 ICU病房每床使用面积不少于15平方米，床间距大于1米；每个病房最少配备一个单间病房，使用面积不少于18平方米，用于收治隔离病人。

2.1.4 ICU病房应设置隔离/负压病房，对感染患者应当依据其传染途径实施相应的隔离措施，对经空气感染的患者应当安置负压病房进行隔离治疗。

2.1.5 ICU病房应具备良好的通风、采光条件。医疗区域内的温度应维持在（24 ± 1.5）℃左右。

2.1.6 手卫生设施：

（a）应配置足够的非触式洗手设施及手消毒设施，单间每床1套，开放式病床至少每2床1套。

（b）流动水洗手时，洗手液使用一次性包装皂液，配备擦手纸，尽量使用抗菌皂液。

（c）病房入口处应配备手消毒设施。

2.1.7 ICU病房的建筑应满足提供医护人员便利的观察条件。

2.1.8 ICU病房的装饰必须遵循不产尘、不积尘、耐腐蚀、防潮防霉防静电、容易清洁和符合防火要求的原则。

2.2 人员管理。

2.2.1 ICU病房应严格限制非医务人员的探访；确需探访的，应穿隔离衣，并遵循有关医院感染预防控制的规定，严格执行手卫生。

2.2.2 重症监护病区的通道及出入口应该设置门禁，防止无关人员随意进出；工作人员进入重症监护病区要按照该病区的防护要求使用防护用品；并在该病区使用的防护用品不能在其他病区使用。

2.2.3 根据床位配备足够的医生和护士，其中医师人数与床位数之比应为0.8:1以上，护士为3:1以上。

2.2.4　医务人员怀疑有呼吸道感染、腹泻等可传播的感染性疾病时，应避免接触就诊者。

2.2.5　当怀疑有医院感染聚集或暴发时，应停止一切不必要的探访。

2.3　ICU工作人员应严格执行《医务人员手卫生规范》。

2.4　ICU应认真落实医院《导管相关血液感染预防与控制制度》、《导尿管相关尿路感染预防与控制制度》、《呼吸机相关肺炎预防与控制制度》、《手术部位感染预防与控制制度》、《多种耐药菌预防与控制制度》中要求的各项措施，配合感染控制科对医院感染及高危因素实行监控。

2.5　清洁要求。

2.5.1　清洁工具标识清楚、分区使用；使用后清洁、消毒、晾干，分类放置；区域划分及颜色标识参照以下要求：

（a）隔离区域（红色）：包括隔离病房（床）、负压病房。

（b）污染区（黄色）：包括病房、卫生间、污物间、污物通道、洗涤间。

（c）潜在污染区（蓝色）：包括医务人员办公室、治疗室、护士站、器械处理室、走廊、谈话间。

（d）清洁区（绿色）：包括医务人员生活区（值班室、更衣室、浴室、卫生间、会议室、示教室等），无菌物品间、配奶间、配药室。

2.6　消毒隔离要求。

应按照医院《医院各部门区域划分及隔离防护制度》和《医院各部门清洁消毒制度》中有关ICU相关要求制订本部门的消毒隔离制度并落实执行。

2.7　环境卫生学监测要求。

应按照医院《医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度》要求落实相关的监测工作，并做好相应记录。

2.8　医疗废物管理。

应按照医院《废物处理管理制度》，按废弃物性质分类收集，统一处理。

医务人员手卫生制度

1. 目的

进一步加强本院医务人员手卫生，预防和控制医院感染，提高医疗质量，保障医疗安全和医务人员的职业安全。

2. 标准

2.1 术语和定义。

2.1.1 手卫生 hand hygiene。为洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。

2.1.2 洗手 handwashing。医务人员用肥皂（皂液）和流动水洗手，去除手部皮肤污垢、碎屑和部分致病菌的过程。

2.1.3 卫生手消毒 antiseptic handrubbing。医务人员用速干手消毒剂揉搓双手，以减少手部暂居菌的过程。

2.1.4 外科手消毒 surgical hand antisepsis。外科手术前医务人员用肥皂（皂液）和流动水洗手，再用手消毒剂清除或者杀灭手部暂居菌和减少常居菌的过程。使用的手消毒剂可具有持续抗菌活性。

2.1.5 常居菌resident skin flora。能从大部分人体皮肤上分离出来的微生物，是皮肤上持久的固有寄居菌，不易被机械的摩擦清除。如凝固酶阴性葡萄球菌、棒状杆菌类、丙酸菌属、不动杆菌属等。一般情况下不致病。

2.1.6 暂居菌transient skin flora。寄居在皮肤表层，常规洗手容易被清除的微生物。直接接触患者或被污染的物体表面时可获得，可随时通过手传播，与医院感染密切相关。

2.1.7 手消毒剂 hand antiseptic agent。用于手部皮肤消毒，以减少手部皮肤细菌的消毒剂，如乙醇、异丙醇、氯己定、碘伏等。

2.1.8 速干手消毒剂 alcohol-based hand rub。含有醇类和护肤成分的手消毒剂。包括水剂、凝胶和泡沫型。

2.1.9 免冲洗手消毒剂 waterless antiseptic agent。主要用于外科手消毒，消毒后不需用水冲洗的手消毒剂。包括水剂、凝胶和泡沫型。

2.1.10 手卫生设施 hand hygiene facilities 。用于洗手与手消毒的设施，包括洗手池、水龙头、流动水、清洁剂、干手用品、手消毒剂等。

2.2 手卫生的管理与基本要求。

2.2.1 医院应配备有效、便捷的手卫生设施：

2.2.1.1 采用流动水洗手，医院的手术室、产房、重症监护室等重点部门应当采用非手触式水

龙头开关；

2.2.1.2　用于洗手的肥皂或者皂液应当置于洁净的容器内，容器应当每周清洁和消毒，对容器进行清洁消毒时，容器内剩余的皂液应弃去，使用的固体肥皂应保持干燥；

2.2.1.3　配备洗手后的干手物品或者设施，干手物品或者设施应当避免造成二次污染；

2.2.1.4　应配备合格的速干手消毒剂：

（a）应符合国家有关规定；

（b）宜使用一次性包装；

（c）医务人员对选用的手消毒剂应有良好的接受性，手消毒剂无异味、无刺激性等。

2.2.1.5　外科手卫生设施应当遵循以下原则：

（a）外科洗手池应设置在手术间附近，大小高矮适度，能防止洗手水溅出，池面光洁、易于清洁；洗手池应每日清洁与消毒；

（b）外科洗手池水龙头的数量应根据手术台的数量设置，不应当少于手术间的数量；

（c）外科洗手应配备清洁剂，符合2.2.1.2的要求；可以使用肥皂、皂液，有条件的医疗机构可使用抗菌肥皂或者皂液；

（d）用于刷手的海绵、手刷及指甲刀等用具应当一用一灭菌或者一次性使用；

（e）外科手消毒剂应取得卫生部许可批件，有效期内使用；手消毒剂的出液器应当采用非接触式，消毒剂宜采用一次性包装；手消毒剂放置的位置应当方便医务人员使用；

（f）外科洗手后使用无菌巾擦手，盛装无菌巾的容器应当干燥、灭菌；

（g）洗手区域应配备计时装置、洗手流程及说明图。

2.2.2　医院应定期开展手卫生的全员培训，使全院医务人员增强无菌观念和预防医院感染的意识，掌握必要的手卫生知识和正确的手卫生方法，保障洗手与手消毒的效果。

2.2.3　手消毒效果应达到如下要求：

2.2.3.1　卫生手消毒，监测的细菌菌落总数应≤10cfu/cm2。

2.2.3.2　外科手消毒，监测的细菌菌落总数应≤5cfu/cm2。

2.2.3.3　各区域工作的医务人员的手，均不得检出致病微生物。

2.3　手卫生依从性监测与管理。

2.3.1　手卫生依从性监测与管理重点监测手卫生指征明确和有高风险的科室，兼顾普通科室。

2.3.1.1　重点监测科室：住院部各科室、手术室、急诊科、门诊各科、补液室（包括肌注室）、配药中心、检验科、辅助检查科室。

2.3.1.2　普通监测科室：西药房、中药房、食堂、机关科室。

2.3.2　重点监测科室应设立1名本科室手卫生自查与监督人（感控小组长），负责每月对本科室所有工作人员（包括医生、护士、进修医生、实习生、工勤人员）手卫生执行情况进行观察与监督，并做好记录。

2.3.3　重点监测科室手卫生自查监督程序：科室手卫生监督负责人每月对本科室工作人员进行4次（每周1次）手卫生依从性及质量检查，检查按照院感科提供的手卫生依从性调查表进行。

2.3.4　重点监测科室手卫生自查资料：每个月5日前科室手卫生监督员将本科室上个月的手卫生依从性调查表交院感科汇总统计。院感科汇总后将原始检查表交回科室保管备查。未按时提交检

查结果或数据造假，扣罚科室质控分数。

2.3.5 医院感染控制科：

2.3.5.1 医院感染控制科应加强对全院医务人员手卫生工作的培训、指导与监督，提高医务人员手卫生的依从性。

2.3.5.2 医院感染控制科每季度对全院各科室（包括重点监测科室和普通科室）手卫生执行情况进行质量控制与抽查。

2.3.5.3 医院感染控制科收集、汇总、统计全院科室手卫生执行质量情况，并定期反馈结果。

2.4 洗手与卫生手消毒。

2.4.1 洗手与卫生手消毒应遵循以下原则：

（a）当手部有血液或其他体液等肉眼可见的污染时，应用肥皂（皂液）和流动水洗手。

（b）手部没有肉眼可见污染时，宜使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

2.4.2 如果手无可见污染，下列（a）-（e）的临床操作，最好使用速干手消毒剂，也可用肥皂（皂液）和水洗手；（f）操作用普通或抗菌肥皂和水洗手或用速干手消毒剂擦手。

（a）直接接触每个患者前后，从同一患者身体的污染部位移动到清洁部位时。

（b）接触患者黏膜、破损皮肤或伤口前后，接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料等之后。

（c）穿脱隔离衣前后，摘手套后。

（d）进行无菌操作、接触清洁、无菌物品之前。

（e）接触患者周围环境及物品（包括医疗设备）后。

（f）处理药物或配餐前。

注：世界卫生组织（WHO）推荐的5个手卫生时刻：①接触病人前；②清洁/无菌操作前；③接触病人血液、体液、分泌物、排泄物后；④接触病人后；⑤接触病人周围环境物品后。

2.4.3 下列（a）-（b）的临床操作，应先洗手，然后进行卫生手消毒：

（a）接触传染病患者的血液、体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后。

（b）直接为传染病患者进行检查、治疗、护理或处理传染患者污物之后。

2.4.4 医务人员洗手方法，见WHO手卫生指南。

2.4.5 医务人员卫生手消毒应遵循以下方法：

（a）取适量的速干手消毒剂于掌心。

（b）严格按照WHO手卫生指南医务人员洗手方法A.3揉搓的步骤进行揉搓。

（c）揉搓时保证手消毒剂完全覆盖手部皮肤，直至手部干燥。

2.5 外科手消毒。

2.5.1 外科手消毒应遵循以下原则：

（a）先用流动水洗手，然后用外科手消毒剂消毒。

（b）不同患者手术之间、手套破损或手被污染时，应重新进行外科手消毒。

2.5.2 外科洗手方法与要求：

（a）洗手之前应先摘除手部饰物，并修剪指甲，长度应不超过指尖。

（b）取适量的清洁剂清洗双手、前臂和上臂下1/3，并认真揉搓。清洁双手时，应注意清洁指

甲下的污垢和手部皮肤的皱褶处。

（c）流动水冲洗双手、前臂和上臂下1/3。

（d）使用干手物品擦干双手、前臂和上臂下1/3。

2.5.3 外科手消毒方法：

（a）冲洗手消毒方法：取适量的手消毒剂涂抹至双手的每个部位、前臂和上臂下1/3，并认真揉搓2min~6min，用流动水冲净双手、前臂和上臂下1/3，无菌巾彻底擦干。流动水应达到GB5749的规定。特殊情况水质达不到要求时，手术医师在戴手套前，应用醇类手消毒剂再消毒双手后戴手套。手消毒剂的取液量、揉搓时间及使用方法遵循产品的使用说明。

（b）免冲洗手消毒方法：取适量的免冲洗手消毒剂涂抹至双手的每个部位、前臂和上臂下1/3，并认真揉搓直至消毒剂干燥。手消毒剂的取液量、揉搓时间及使用方法遵循产品的使用说明。

2.5.4 注意事项。

（a）不应戴假指甲，保持指甲周围组织的清洁。

（b）在整个手消毒过程中应保持双手位于胸前并高于肘部，使水由手部流向肘部。

（c）洗手与消毒可使用海绵、其他揉搓用品或双手相互揉搓。

（d）术后摘除外科手套后，应用肥皂（皂液）清洁双手。

（e）用后的清洁指甲用具、揉搓用品如海绵、手刷等，应放到指定的容器中；揉搓用品应每人使用后消毒或者一次性使用；清洁指甲用品应每日清洁与消毒。

医务人员手套使用规程

1. 目的

通过本制度，规范医务人员手套使用。

2. 标准

2.1 手套分类。

2.1.1 一次性使用医用手套：包括一次性使用灭菌橡胶外科手套（简称无菌手套）和一次性使用医用橡胶检查手套（简称清洁或检查手套）。

2.1.2 可重复使用手套。

2.1.2.1 橡胶耐油手套：符合AQ 6101，为接触矿物油、植物油以及脂肪族的各种溶剂时戴用的手套。

2.1.2.2 耐酸（碱）手套：符合AQ 6102，为接触酸碱溶液时戴用的手套。

2.1.2.3 浸塑手套：符合GB/T 18843，用于防水、洗涤剂、脏污及轻微机械等伤害，仅适用于清洁工等类似工种手套。

2.2 手套使用原则。

2.2.1 应根据不同操作的需要，选择合适种类和规格的手套。

（a）接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物及污染物品时，应戴清洁（检查）手套。

（b）进行手术等无菌操作、接触患者破损皮肤、黏膜时，应戴无菌手套。

2.2.2 一次性手套应一次性使用。

2.3 各类手套使用指征。

2.3.1 下列情况应戴无菌手套：

（a）手术操作。

（b）阴道分娩。

（c）放射介入手术。

（d）中心静脉置管。

（e）全胃肠外营养和静脉配置中心内配置药物时。

（f）无菌操作时（如留置尿管、闭式吸痰、骨穿、腰穿、伤口换药等）。

2.3.2 下列情况应戴清洁（检查）手套：

（a）接触血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物及污染物品时。

（b）接触潜在高传染性、高危险性的微生物时。

（c）接触实施接触隔离的病人和周围区域时。

（d）抽血（血常规采样）。

（e）静脉导管拔管。

（f）妇科检查。

（g）吸痰（非闭式）。

（h）倾倒呕吐物。

（i）处理废物。

（j）处理（清洗或清洁）器械。

（k）清理血液、体液、呕吐物及污物时。

（l）检验科、实验室在污染区操作及接触污染电脑时。

2.4　戴手套与脱手套的指征。

2.4.1　戴手套指征：

（a）进行无菌操作之前。

（b）接触血液或其他体液之前，不管是否进行无菌操作和接触破损皮肤和黏膜组织。

（c）接触实施接触隔离措施的就诊者和就诊者周围区域之前。

2.4.2　脱手套指征：

（a）手套破损或疑有破损时。

（b）接触血液、其他体液、破损皮肤和黏膜组织之后，操作结束之后。

（c）接触每个就诊者和就诊者周围环境或污染的身体部位之后。

（d）有手卫生指征时。

隔离技术操作规程

1. 目的

指导本院医务人员对医院感染病人、特殊病原体感染病人及疑似传染病病人科学地进行隔离，有效防止疾病的传播。

2. 标准

2.1 标准预防。

2.1.1 标准预防概念。

针对医院所有患者和医务人员采取的一组预防感染措施。包括手卫生，根据预期可能的暴露选用手套、隔离衣、口罩、护目镜或防护面罩，以及安全注射。也包括穿戴合适的防护用品处理患者环境中污染物品与医疗器械。

标准预防基于患者的血液、所有体液（汗液除外）、分泌物、非完整皮肤和黏膜均可能含有感染因子的原则。

2.1.2 标准预防的基本原理。

不论患者的原始诊断是否已经具有传染性，只要是接触患者的血液、体液、不完整的皮肤或者黏膜组织时，都应遵守下列的基本防护措施。

2.1.3 标准预防的具体措施包括：

2.1.3.1 洗手：应遵循《医务人员手卫生规范》的要求执行。

2.1.3.2 手套：应遵循本规范中手套使用的要求执行。

2.1.3.3 口罩、护目镜、面罩：应遵循本规范中口罩、护目镜、面罩使用的要求执行。

2.1.3.4 隔离衣：应遵循本规范中隔离衣使用的要求执行，进行任何有血液或体液溅出的操作时，要加穿不透水的隔离衣、戴口罩、护目镜或者面罩。

2.1.3.5 病人诊疗设备：

（a）小心处理沾有血液、体液、分泌物、排泄物、病人物品、床单、衣物，防止其与皮肤黏膜接触以及污染衣物。同时，应防止传染其他病人及周围环境。

（b）可重复使用的仪器及用品应按照规定的程序进行消毒灭菌，在未妥善清洗及处理前，不得用于其他病人，避免与他人共用物品。

（c）确保一次性使用的医疗器材不可重复使用，使用后按照医疗废物管理要求妥善处置。

2.1.3.6 病人环境。

按照医院相关消毒制度对病房环境如地面、床、床栏、床边器具，以及其他经常接触的表面进行清洁及消毒，相关人员能够知道并遵守相关制度。

2.1.3.7　被服。

接触、运送及处理病人使用过，或者被血液、体液、分泌物及排泄物污染的被服时，必须小心防止皮肤及黏膜接触污染衣服，以及把微生物转移给其他病人或地方，应按照《医院洗衣房及医院织物的感染管理制度》要求进行收集、转运、清洗及消毒。

2.1.3.8　职业安全及锐器伤预防。

（a）使用针头、手术刀及其他尖锐工具或装置，或于诊查治疗后整理尖锐工具、清洗、消毒或丢弃用过的针头过程中，必须小心防止受伤。

（b）各种用过的针头、尖锐的工具或装置，均严格禁止回套或进行以针头向着身体部分的危险动作。

（c）禁止用手卸除抛弃式针筒上的旧针头，也不可以用手使之屈曲、折断。

（d）把所有用过的锐器、手术刀片机其他尖锐工具应放置于防穿破的锐器箱。

（e）紧急情况下需实施口对口人工呼吸时，可使用口腔保护膜、复苏囊或其他辅助呼吸装置避免感染。

2.1.3.9　病人安置。

（a）传染病病人或疑似传染病病人应收治于隔离病房内，并根据疾病传播途径采取相应的传播措施。

（b）如果单间隔离病房不足，可将明确诊断的同种传染病安置于一个房间。

2.2　隔离预防的主要手段。

2.2.1　设置隔离室。

2.2.2　隔离标志。

2.2.3　口罩、帽子、护目镜。

2.2.4　手套。

2.2.5　隔离衣。

2.2.6　洗手。

2.2.7　封闭污染物。

2.2.8　小心利器（利器盒）。

2.3　隔离原则。

2.3.1　洗手（详见《医务人员手卫生制度》）。

2.3.2　负压病房适用于严格隔离疾病（如不明原因肺炎、传染性非典型性肺炎、人感染高致病性禽流感、鼠疫、霍乱、炭疽、水痘、麻疹、开放性肺结核等）呼吸道隔离疾病及不明原因重症感染性疾病等病人的隔离。

2.3.3　单独房间适用于具有高度传染性的病人及分离出流行性或多种耐药性微生物（如MRSA、VRE等）的病人。

2.3.4　口罩的使用。

2.3.4.1　应根据不同的操作要求选用不同类型的口罩。

2.3.4.2　一般诊疗活动，可佩戴纱布口罩或外科口罩；手术室工作或护理免疫低下患者、进行体腔穿刺等操作时应戴外科口罩；接触经空气传播或近距离接触飞沫传播的呼吸道传染病患者时，

应戴医用防护口罩。

2.3.4.3 纱布口罩应保持清洁，每天更换、清洁与消毒，遇污染时随时更换。

2.3.4.4 应正确佩戴口罩，戴口罩程序如下：

（a）将有色的一面向外佩戴，鼻梁架（口罩上的铝条）戴在鼻子上。

（b）系带法：松紧带式口罩即将松紧带系于耳廓；系带式口罩即将上端系带系在头后或者耳后，下端系带系于颈后。拉下口罩下部遮盖口和下巴。

（c）将口罩调节至舒适的位置，将鼻梁架压向鼻梁，使口罩边缘紧贴面部（吸入的空气经口罩吸入体内）。

（d）特殊口罩如N95口罩等按使用说明书。

2.3.5 护目镜、防护面罩的使用。

2.3.5.1 下列情况应使用护目镜或防护面罩：

（a）在进行诊疗、护理操作，可能发生患者血液、体液、分泌物等喷溅时。

（b）近距离接触经飞沫传播的传染病患者时。

（c）为呼吸道传染病患者进行气管切开、气管插管等近距离操作，可能发生患者血液、体液、分泌物喷溅时，应使用全面型防护面罩。

2.3.5.2 佩戴前应检查有无破损，佩戴装置有无松懈。每次使用后应清洁和消毒。

2.3.5.3 具体使用方法可参照说明书要求。

2.3.6 手套的使用。

2.3.6.1 应根据不同操作的需要，选择合适种类和规格的手套。

2.3.6.1.1 接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物及污染物品时，应戴清洁手套。

2.3.6.1.2 进行手术等无菌操作、接触患者破损皮肤、黏膜时，应戴无菌手套。

2.3.6.2 应正确戴脱无菌手套：

2.3.6.3 一次性手套应一次性使用。

2.3.6.4 手套使用注意事项：

（a）防止交叉污染。

（b）已经被污染的手套不可直接接触清洁物品及区域。

（c）手套如有破损立即更换。

（d）脱除和丢弃手套时，避免污染手和其他表面。

（e）在每个病人之间必须更换手套，脱掉手套后立即洗手。

2.3.6.5 脱卸手套四部曲：

（a）将一首放在另一手套边缘，在拇指帮助下，外翻。

（b）外翻脱下手套，并握在手心。

（c）脱去手套的手插戴有手套的手内侧，外翻脱下手套，并包裹另一只手套，一起丢入污物桶。

（d）立即洗手。

2.3.7 隔离衣的使用。

2.3.7.1 定义：用于保护医务人员避免受到血液、体液和其他感染性物质污染，或用于保护患

者避免感染的防护用品。

2.3.7.2　下列情况应穿隔离衣：

（a）接触经接触传播的感染性疾病患者如传染病患者、多重耐药菌感染患者时。

（b）对患者实行保护性隔离时，如大面积烧伤患者、骨髓移植患者等患者的诊疗、护理时。

（c）可能受到患者血液、体液、分泌物、排泄物喷溅时。

2.3.8　防护服的使用。

2.3.8.1　定义：临床医务人员在接触甲类或按甲类传染病管理的传染病患者时所穿的一次性防护用品。应具有良好的防水、防静电、过滤效率和无皮肤刺激性，穿脱方便，结合部严密，袖口、脚踝口应为弹性收口。

2.3.8.2　下列情况应穿防护服：

（a）临床医务人员在接触甲类或按甲类传染病管理的传染病患者时。

（b）接触经空气传播或飞沫传播的传染病患者，可能受到患者血液、体液、分泌物、排泄物喷溅时。

2.3.9　鞋套的使用。

2.3.9.1　鞋套应具有良好的防水性能，并一次性应用。

2.3.9.2　从潜在污染区进入污染区时和从缓冲间进入负压病室时应穿鞋套。

2.3.9.3　应在规定区域内穿鞋套，离开该区域时应及时脱掉。发现破损时应及时更换。

2.3.10　防水围裙的使用。

2.3.10.1　分为重复使用的围裙和一次性使用的围裙。

2.3.10.2　可能受到患者的血液、体液、分泌物及其他污染物品喷溅、进行复用医疗器械的清洗时，应穿防水围裙。

2.3.10.3　重复使用的围裙，每班使用后应及时清洗与消毒。遇有破损或渗透时，应及时更换。

2.3.10.4　一次性使用围裙应一次性使用，受到明显污染时应及时更换。

2.3.11　帽子的使用。

2.3.11.1　分为布制帽子和一次性帽子。

2.3.11.2　进入污染区和清洁环境前、进行无菌操作等时应戴帽子。

2.3.11.3　被患者血液、体液污染时，应立即更换。

2.3.11.4　一次性帽子应一次性使用。

2.3.12　访客。进入隔离病房前应向在班护士报告，经允许并经过知道采取适当的隔离措施后，才能探视患者。

2.3.13　转床、检查或者手术时应先通知对方单位，注明所采取隔离种类及适当的隔离措施。

2.4　各类传播途径的隔离与预防。

2.4.1　隔离原则。

2.4.1.1　在标准预防的基础上，根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播和其他途径传播），制订相应的隔离与预防措施。

2.4.1.2　一种疾病可能有多种传播途径时，应在标准预防的基础上，采取相应传播途径的隔离

和预防。

2.4.1.3　隔离病室有隔离标识，并限制人员的出入。黄色为空气传播的隔离，粉色的为飞沫传播的隔离，蓝色为接触传播的隔离。

2.4.1.4　传染病患者或可疑传染病患者应安置在担任隔离房间。

2.4.1.5　受条件限制时，同种病原体感染的患者可安置一室。

2.4.2　接触传播预防措施。

接触隔离的疾病如：肠道感染、多重耐药菌感染、皮肤感染等的患者。

在标准预防的基础上，采取以下措施：

（a）在进入隔离病房前后、接触病人前后均需立即洗手。

（b）使用蓝色“接触隔离”标志。

（c）尽量隔离于单间，同种病原菌的感染或携带者可共居一室。

（d）进入隔离房间或接触该患者时须戴手套，手上有破损时应戴双层手套。

（e）离开患者周围环境前，需除去手套，并立即彻底洗手，并确保双手没有接触可能受污染的表面或物品，以防感染播散。

（f）进行可能污染工作服的操作，如扶抱、处理血液、体液、分泌物等时需穿隔离衣。离开病室前，脱下隔离衣，按要求悬挂，每天更换清洗与消毒。

（g）脱手套、隔离衣后，须用抗菌皂液洗手，或用快速手消毒剂擦手。

（h）一般医疗器械如听诊器、体温表或血压计等应专用。

（i）不能专用的物品如轮椅，在每次使用后须消毒。

（j）该患者周围物品、环境和医疗器械，须每天清洁消毒。

（k）该患者如去其他部门检查，应有工作人员陪同，并向接收方说明须使用接触传播预防措施，用后的器械设备需清洁消毒。

（l）尽量限制探视人群，探视者应穿隔离衣并执行严格的洗手或手消毒制度。

（m）连续3个标本（每次间隔>24小时）均未培养出多重耐药菌，方可解除隔离。

（n）生活垃圾应放入黄色垃圾袋，医疗垃圾应放入双层黄色垃圾袋收集。

（o）使用后的被服、污衣，应置于黄色垃圾袋，并遵循先消毒后清洗的原则。

（p）处理被血液、体液、分泌物、排泄物污染的设备仪器时，应先浸泡消毒后清洗。

（q）每日对物体表面用含有效氯500mg/L清洁消毒1–2次，遇到污染随时进行消毒。

（r）患者出院后，应对隔离房间里所有物体表面进行终末消毒。

2.4.3　飞沫传播预防措施。

飞沫隔离的疾病，如：百日咳、白喉、流行性感冒、病毒性腮腺炎、流行性脑脊髓膜炎等。

在标准预防的基础上，采取以下措施：

（a）在进入隔离病房前后、接触病人前后均需立即洗手。

（b）使用粉色“飞沫隔离”标志。

（c）隔离于单间，也可与相同病种、处于同病期的患者同居一室，室内空气必须直接排出室外，加强通风或进行空气消毒。

（d）给患者佩戴外科口罩防止飞沫溅出，并定期更换。

（e）工作人员与患者近距离（1米内）操作时应戴帽子、医用防护口罩；进行可能产生喷溅的诊疗操作时，应戴护目镜或防护面罩，穿防护服；当接触患者及其血液、体液、分泌物、排泄物等物质时应戴手套。

（f）尽量限制患者活动及探视人群，患者之间以及探视者与患者之间相隔距离在1米以上，并嘱探视者执行严格的戴口罩、洗手或手消毒制度。

（g）尽快将患者转诊至隔离病房或传染病院，转运患者时，工作人员及患者均应佩戴口罩防止飞沫播散。

（h）生活垃圾应放入黄色垃圾袋，医疗垃圾应放入双层黄色垃圾袋收集

（i）使用后的被服、污衣，应置于黄色垃圾袋，并遵循先消毒后清洗的原则。

（j）处理被血液、体液、分泌物、排泄物污染的设备仪器时，应先浸泡消毒后清洗。

（k）每日对物体表面用含有效氯500mg/L清洁消毒1–2次，遇到污染随时进行消毒。

（l）患者出院或转院后，应对房间里所有物体表面以及空气进行终末消毒。

2.4.4　空气传播预防控制措施。

空气隔离的疾病，如肺结核、水痘、麻疹等。

在标准预防措施的基础上，采取以下措施：

（a）进入隔离病房前后、接触病人前后均需立即洗手。

（b）使用黄色“空气隔离”标志。

（c）首选安置于负压病房，房间的双重门不能同时打开，应严格空气消毒。

（d）也可将病人收治于经高效空气（HEPA）过滤系统认证，每小时换气12次的病房。

（e）如果短期内无法使用负压病房或HEPA过滤系统时，应尽快将患者转诊至相应的传染病专科医院，在患者未转院期间应采取以下措施：

（e1）应将病人隔离于单间，也可与相同病种、处于同病期的患者同居一室。

（e2）室内空气避免直接排出室外。

（e3）每日进行1–2次空气消毒。

（e4）严格限制患者的活动范围，暂停不必要的探访。

（e5）确需探访的，探视者应戴医用防护口罩，探访前后执行严格的洗手或手消毒制度。

（e6）患者病情允许时，应戴外科口罩，定期更换；并限制其活动范围。

（e7）工作人员进入隔离病房时时应戴帽子、医用防护口罩；进行可能产生喷溅的诊疗操作时，应戴护目镜或防护面罩，穿防护服；当接触患者及其血液、体液、分泌物、排泄物等物质时应戴手套。

（e8）患者需外出或检查时，患者应戴外科口罩，医务人员应戴医用防护口罩。

（e9）建议接触严重开放性肺结核的医务人员首先要进行结核感染的初步检查，在此之后3个月要复查。对于结核菌试验由阴转阳的医务人员应进行胸部X线检查，并进行预防治疗。

（e10）生活垃圾应放入黄色垃圾袋，医疗垃圾应放入双层黄色垃圾袋收集。

（e11）使用后的被服、污衣，应置于黄色垃圾袋，并遵循先消毒后清洗的原则。

（e12）处理被血液、体液、分泌物、排泄物污染的设备仪器时，应先浸泡消毒后清洗。

（e13）每日对物体表面用含有效氯500mg/L清洁消毒1–2次，遇到污染随时进行消毒。

（e14）患者出院或转院后，应对房间里所有物体表面以及空气进行终末消毒。

2.4.5 其他传播途径的疾病的隔离，常见传染病传播途径、隔离与预防要求。

2.4.6 常见多重耐药菌感染患者的隔离，参照医院《多重耐药菌预防与控制制度》有关隔离和防护措施执行。

2.4.7 急性传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感患者的隔离。

2.4.7.1 患者的隔离：

（a）将患者安置于有效通风的隔离病房或隔离区域内，必要时置于负压病房隔离。

（b）严格限制探视者，如需探视，探视者应正确穿戴个人防护用品，并遵守手卫生规定。

（c）限制患者活动范围，离开隔离病房或隔离区域时，应戴外科口罩。

（d）应减少转运，当需要转运时，医务人员应注意防护。

2.4.7.2 医务人员防护：

（a）医务人员应经过专门的培训，掌握正确的防护技术，方可进入隔离病区工作。

（b）应严格按防护规定着装。不同区域应穿不同服装，且服装颜色应有区别或有明显标志。

2.4.7.3 医务人员防护用品穿脱程序。

2.4.7.3.1 穿戴防护用品应遵循的程序：

（a）清洁区进入潜在污染区：洗手→戴帽子→戴医用防护口罩→穿工作衣裤→换工作鞋后→进入潜在污染区。手部皮肤破损的戴乳胶手套。

（b）潜在污染区进入污染区：穿隔离衣或防护服→戴护目镜/防护面罩→戴手套→穿鞋套→进入污染区

（c）为患者进行吸痰、气管切开、气管插管等操作，可能被患者的分泌物及体内物质喷溅的诊疗护理工作前，应戴防护面罩或全面型呼吸防护器。

2.4.7.3.2 脱防护用品应遵循的程序：

（a）医务人员离开污染区进入潜在污染区前：摘手套、消毒双手→摘护目镜/防护面罩→脱隔离衣或防护服→脱鞋套→洗手和/或手消毒→进入潜在污染区，洗手或手消毒。用后物品分别置于专用污物容器内。

（b）从潜在污染区进入清洁区前：洗手和/或手消毒→脱工作服→摘医用防护口罩→摘帽子→洗手和/或手消毒后，进入清洁区。

（c）离开清洁区：沐浴、更衣→离开清洁区。

2.4.7.3.3 穿脱防护用品的注意事项：

（a）医用防护口罩的效能持续应用6–8小时，遇污染或潮湿应及时更换。

（b）离开隔离区前应对佩戴的眼镜进行消毒。

（c）医务人员接触多个同类传染病患者时，防护服可连续使用。

（d）接触疑似患者，防护服应在每个患者之间进行更换。

（e）防护服被患者血液、体液、污染物污染时，应及时更换。

（f）戴医用防护口罩或全面型呼吸防护器应进行面部密合性试验。

2.4.7.4 其他要求：

（a）隔离区工作人员每日应监测体温2次，体温超过37.5度及时就诊。

（b）医务人员应严格执行区域划分的流程，按照程序做好个人防护，方可进入病区，下班前应沐浴、更衣后方可离开病区。

（c）隔离病区产生的生活垃圾应放置在医疗废物收集，医疗废物应放置在双层医疗废物垃圾袋收集，日产日清，封口时注明“高致病废物”标示。

（d）隔离区环境及物品的消毒应按照医院《医院环境清洁消毒规程》中《急性传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感患者的消毒流程》执行。

医院环境清洁消毒规程

1. 目的

保持医院环境清洁、防止病原微生物传播。

2. 标准

2.1 环境表面的分类。

医疗机构的环境表面主要分为两大类：一是医疗表面（如医疗仪器按钮或把手、推车、牙床等）；二是卫生表面（如地板、墙面、桌面等）。

2.2 各类环境表面的清洁。

2.2.1 医疗表面的清洁：

2.2.1.1 进行医疗表面清洁时，穿戴好个人防护装备。

2.2.1.2 每天工作开始前和结束后对医疗表面进行湿式擦拭，可以适当加入清洁剂。

2.2.1.3 特殊的仪器要提供维护和保养说明，内容必须包括仪器合适使用的消毒剂、是否防水、一旦污染如何去除等内容，粘贴在仪器表面位置。

2.2.1.4 一般的低危险医疗仪器（如听诊器、血压计、仪器按钮和把手等）日常首先进行清洁，之后可以使用低效或中效消毒剂，如60%-90%的乙醇或异丙醇。

2.2.1.5 推荐覆盖保护方法。当在不同就诊者诊间医生带着手套操作仪器或者仪器表面如牙椅治疗台和灯把手，很可能被就诊者血液体液污染或仪器表面很难清洁时，医疗仪器表面可以覆盖一次性使用的薄膜、锡纸、防水纸等，要求一位就诊者一更换。每个就诊者诊疗结束后，工作人员在手套摘除前，将覆盖物丢弃；在下一个就诊者的诊疗工作前，医生进行完手部卫生后、戴手套之前，铺上新的覆盖物。

2.2.1.6 发现医疗表面有明显的就诊者的血液、体液污染时，应先采取“覆盖消毒”后，再采用清水擦抹清洁。

2.2.1.7 清洁医疗表面的抹布应做到每清洁一个单位物品（物品表面）一清洗，不得一块抹布连续擦抹两个不同的医疗表面。不同区域的抹布应做到专区专用。

2.2.2 卫生表面的清洁：

2.2.2.1 卫生表面分为两大类：一是手很少接触的表面，如地面和天花板；二是手经常接触的表面，如桌面、门把手、床栏杆、灯开关、病房厕所的墙面、门帘窗帘的边缘等。

2.2.2.2 进行卫生表面每日进行常规的清洁和除尘工作。采用湿式打扫，必要时可采用清洁剂。

2.2.2.3 日常不需要对卫生表面进行消毒。但就诊者病床以及周围家具，不论其是否感染性疾病就诊者，出院（或其他原因离开）后，均应采用清水进行彻底的清洁，必要时还需消毒，再采用

清水清除残留消毒剂。

2.2.2.4 洗拖把与抹布的水池应以高低水池加以区分；需要采用水桶盛水来洗抹布时，该水桶更换清水的指标不是视水的浑浊度，而以清洁一个单位物品为更换依据，必要时同一个清洁单位可以更换多次水。不同区域的抹布和拖把应做到专区专用，并用颜色加以标记，用后洗净，必要时还需要消毒后再洗净，悬挂晾干，备用。

2.2.2.5 根据卫生表面的分类，清洁工作的频率可以视就诊者的接触程度进行适当调整，如手经常接触的卫生表面，可每隔2–4小时清洁1次；而非手经常接触的卫生表面，如墙面、天花板等，可每隔1周清洁1–2次。

2.3 各类环境表面的消毒。

2.3.1 环境和物体表面：一般不需要常规进行消毒；有明显污迹或受病原体污染时，穿戴好个人防护装备，用500mg/L的含氯消毒剂擦拭或浸泡作用30分钟，然后用清水洗净或抹干净。

2.3.2 特殊或贵重的诊疗用品：按说明书的要求进行消毒。

2.3.3 根据医院区域划分不同，按照《医院各部门清洁消毒制度》进行消毒。

2.4 呕吐物、排泄物、血液污染的清洁消毒。

2.4.1 推荐覆盖保护方法：对可能被就诊者血液、体液污染或仪器表面很难清洁时，医疗仪器表面可以覆盖一次性使用的薄膜、锡纸、防水纸等，要求一位就诊者一更换。每个就诊者诊疗结束后，工作人员在手套摘除前，将覆盖物丢弃；在下一个就诊者的诊疗工作前，医生进行手卫生后、戴手套之前，铺上新的覆盖物。

2.4.2 发现环境和物体表面、医疗表面有呕吐物、排泄物或明显血液、体液污染时，应先采取“覆盖消毒”，并在覆盖消毒区域附近的显眼处，竖立醒目的消毒警示牌提示正在进行覆盖消毒，再采用清水擦抹清洁，用后的卫生洁具用含氯消毒剂浸泡消毒。

2.5 空气：不推荐采用化学消毒剂对空气实施喷洒消毒，推荐采用物理的方法对污染的空气进行消毒处理。

2.5.1 紫外线消毒:紫外线强度不得低于70 μ W/m^2，照射时间不少于30min并记录，必须在空态下实施。

2.5.2 空气净化消毒器（机）：按产品说明书进行安装、使用并记录；使用时环境应清洁，关闭门窗。动、静态下均可使用。

2.6 传染病区或感染性疾病科的环境清洁消毒按照《医院各部门清洁消毒制度》中感染性疾病科的相关要求执行。

2.7 在实施环境清洁、消毒时，应做好个人防护，尤其应注意眼部、呼吸道的防护；在使用清洁剂和消毒剂时一定要了解有效浓度、配制方法、作用时间及注意事项。

消毒与灭菌管理制度

1. 目的

预防和控制外源性医院感染的发生。

2. 标准

2.1 消毒、灭菌原则。

2.1.1 重复作用的诊疗器械、器具和物品，使用后应进行清洁，再进行消毒灭菌。

2.1.2 被阮病毒、气性坏疽及突发不明原因的传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，应执行《医疗机构消毒技术规范（WS/T367-2012）》第11章的规定。

2.1.3 耐热、耐湿的手术器械，应首选压力蒸汽灭菌，不应采用化学消毒剂浸泡灭菌。

2.1.4 环境与物体表面，一般情况下先清洁，再消毒；当受到患者的血液、体液等污染时，先去除污染物，再清洁与消毒。

2.1.5 医疗机构消毒工作中使用的消毒产品应经卫生行政部门批准或符合相应标准技术规范，并应遵循批准使用的范围、方法和注意事项。

2.2 消毒、灭菌方法的选择原则。

2.2.1 根据物品污染后导致感染的风险高低选择相应的消毒或灭菌的方法：

2.2.1.1 高度危险性物品，应采用灭菌方法处理；

2.2.1.2 中度危险性物品，应达到中水平消毒以上效果的消毒方法；

2.2.1.3 低度危险性物品，宜采用低水平消毒方法，或做清洁处理；遇有病原微生物污染时，针对所污染病原微生物的种类选择有效的消毒方法。

2.2.2 根据物品上污染微生物的种类、数量选择消毒或灭菌方法：

2.2.2.1 对受到致病菌芽孢、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、艾滋病病毒等）污染的物品，应采用高水平消毒或灭菌。

2.2.2.2 对受到真菌、亲水病毒、螺旋体、支原体、衣原体等病原微生物污染的物品，应采用中水平以上的消毒方法。

2.2.2.3 对受到一般细菌和亲脂病毒等污染的物品，应采用达到中水平或低水平的消毒方法。

2.2.2.4 杀灭被有机物保护的微生物时，应加大消毒药剂的使用剂量和（或）延长消毒时间。

2.2.2.5 消毒物品上微生物污染特别严重时，应加大消毒药剂的使用剂量和（或）延长消毒时间。

2.2.3 根据消毒物品的性质选择消毒或灭菌方法：

2.2.3.1 耐热、耐湿的诊疗器械、器具和物品，应首选压力蒸灭菌；耐热的油剂类和干粉类等

应采用干热灭菌。

2.2.3.2 不耐热、不耐湿的物品，宜采用低温灭菌方法如环氧乙烷灭菌、过氧化氢低温等离子体灭菌或低温甲醛蒸灭菌等。

2.2.3.3 物体表面消毒，应考虑表面性质，光滑表面宜选择合适的消毒剂擦拭或紫外线消毒器近距离照射；多孔材料表面宜采用浸泡或喷雾消毒法。

2.3 消毒、灭菌卫生要求。

2.3.1 对购进的消毒、灭菌产品由医械科、供应室分别执行进货验收制度并对购进物品建立电子档案。

2.3.2 医院定期开展消毒与灭菌效果检测工作；发生感染性疾病暴发、流行时，应当及时报告当地卫生行政部门并采取有效消毒措施。

2.3.3 医院使用后的一次性医疗用品应当及时送卫生主管及行政部门认可的无害化处理机构进行无害化处理。医院排放的污水、污物应按国家的有关规定进行无害化处理。

2.3.4 医院工作人员应当接受消毒技术培训、掌握消毒知识并按规定严格执行消毒隔离制度。

2.4 消毒、灭菌工作中的个人防护。

2.4.1 应根据不同的消毒与灭菌方法，采取适宜的职业防护措施。

2.4.2 在污染诊疗器械、器具和物品的回收、清洗等过程中应预防发生医务人员职业暴露。

2.4.3 处理锐利器械和用具，应采取有效防护措施，避免或减少利器伤的发生。

2.4.4 不同消毒、灭菌方法的防护如下：

2.4.4.1 热力消毒、灭菌：操作人员接触高温物品和设备时应使用防烫的棉手套、着长袖工装；排除压力蒸灭菌器蒸泄露故障时应进行防护，防止皮肤被灼伤。

2.4.4.2 紫外线消毒：应避免对人体的直接照射，必要时戴防护镜和穿防护服进行保护。

2.4.4.3 气体化学消毒、灭菌：应预防有毒有害消毒气体对人体的危害，使用环境应通风良好。对环氧乙烷灭菌应严防发生燃烧和爆炸。环氧乙烷、甲醛气体灭菌和臭氧消毒的工作场所，应定期检测空气中的浓度，并达到国家规定的要求。

2.4.4.4 液体化学消毒、灭菌：应防止过敏及对皮肤、黏膜的损伤。

3. 定义

3.1 消毒：清除或杀灭传播媒介上病原微生物，使其达到无害化的处理。

3.2 灭菌：杀灭或清除医疗器械、器具和物品上一切微生物的处理。

4. 指南

工作人员可根据本文2.2消毒、灭菌方法的选择原则，选择以下4个作用水平的消毒或灭菌方法。

4.1 灭菌水平：杀灭一切微生物包括细菌芽孢，达到无菌保证水平。达到灭菌水平常用的方法包括热力灭菌、辐射灭菌等物理灭菌方法，以及采用环氧乙烷、过氧化氢、甲醛、戊二醛、过氧乙酸等化学灭菌剂在规定条件下，以合适的浓度和有效的作用时间进行灭菌的方法。

4.2 高水平消毒：杀灭一切细菌繁殖体包括分枝杆菌、病毒、真菌及其孢子和绝大多数细菌

芽孢。达到高水平消毒常用的方法，包括采用含氯制剂、二氧化氯、邻苯二甲醛、过氧乙酸、过氧化氢、臭氧、碘酊等以及能达到灭菌效果的化学消毒剂在规定的条件下，以合适的浓度和有效的作用时间进行消毒的方法。

4.3 中水平消毒法：杀灭除细菌芽孢以外的各种病原微生物包括分枝杆菌。达到中水平消毒常用的方法包括采用碘类消毒剂（碘伏、氯已定碘等）、醇类和氯已定的复方、醇类和季铵盐类化合物的复方、酚类等消毒剂，在规定条件下，以合适的浓度和有效的作用时间进行消毒的方法。

4.4 低水平消毒法：能杀灭细菌繁殖体（分枝杆菌除外）和亲脂病毒的化学消毒方法以及通风换气、冲洗等机械除菌法如采用季铵盐类消毒剂（苯扎溴铵等）、双胍类消毒剂（氯已定）等，在规定的条件下，以合适的浓度和有效的作用时间进行消毒的方法。

5. 职责

医务人员和清洁员必须严格执行消毒灭菌原则；按消毒、灭菌方法的选择原则选用合适的灭菌或消毒方法，保证消毒灭菌的有效性。

病房装饰和小儿玩具消毒管理制度

1. 目的

规范病房装饰和小儿玩具消毒管理，严格防控医院感染。

2. 标准

2.1 病房装饰总要求。

病房装饰物品必须不产尘、不积尘、耐腐蚀、防潮防霉、防静电、容易清洁和符合防火要求。

2.2 挂件。

2.2.1 尽可能悬挂于不易被患儿口唇碰触到的地方。

2.2.2 一般每周用皂液和清水清洁1次，如果有污染时随时清洁。如果发生患儿口唇碰触后，必须立即清洗后用250mg/L含氯消毒剂消毒擦拭，保持表面湿润至少15分钟后，再用清水擦净抹干。

2.2.3 在有免疫低下/缺陷患者的区域（如骨髓移植室、血液科、ICU、新生儿病房等）不宜放置挂件。

2.3 花（包括鲜花和干花）和盆栽植物。

2.3.1 在一般病区可以有假花和假盆栽植物，但应每周用皂液和清水清洁1次，如果有污染时应随时清洁。

2.3.2 所有病房，尤其免疫低下/缺陷患者的区域（如骨髓移植室、血液科、ICU、新生儿病房等），不应有花和盆栽植物。

2.3.3 病区内的诊疗区域如护士站、治疗室等，均不应有花和盆栽植物。

2.4 玩具。

2.4.1 患儿使用的玩具必须容易清洗和消毒，如硬质塑料玩具、布料玩具等，不易清洗如绒毛玩具、纸质玩具等不应使用。

2.4.2 所有玩具必须在清洁消毒后方可交给患儿使用，不可与其他患儿分享玩具。

2.4.3 对于喜欢将物体放入口中的患儿，他们的玩具应每日使用完毕后应清洗消毒。

2.4.4 不会将玩具放入口中的大年龄儿童患者（不包括需要隔离的患者）的玩具，有明显污染时随时清洗，至少每周清洗消毒1次。

2.4.5 患感染性疾病患儿的玩具应专人专用，不可与其他儿童分享，每日使用完毕后应清洗消毒。清洗消毒方法如下：

（1）将患儿使用过的玩具，用1个专用盆收集浸入含有500mg/L含氯消毒剂浸泡15分钟以上。专用盆放置在他们不能接触到的地方；

（2）消毒浸泡后，用刷子在温暖的肥皂水里，刷洗玩具，必需保证每一个区域都刷洗到；

（3）然后用流动水冲洗干净，自然晾干。

2.5 摆件。

2.5.1 患者接触不到的符合病房装饰总要求的摆件，至少每周用干净湿布擦拭1次，如有明显污染及时清洗，必要时（如污染了血液、体液、排泄物等）用500mg/L含氯消毒剂擦拭或浸泡至少15分钟，再用清水洗净，自然晾干。

2.5.2 患者接触得到的摆件如放置于护士台、病房走廊上的玩偶等必须能够清洗消毒，如果不能清洗消毒的不可放置。

2.5.3 对于存在免疫低下/缺陷患者的病房，不宜放置装饰性摆件。

2.6 注意事项。

2.6.1 清洗用品和玩具时，应先用刷子在肥皂水内刷洗，保证每一个地方都能刷到，然后用流动水冲洗干净。

2.6.2 普通病房装饰用品和小儿玩具的消毒可选用75%酒精或250mg/L含氯消毒剂，擦拭或浸泡法均可，消毒作用至少15分钟。

2.6.3 若被患儿的血液、体液、排泄物污染，或被感染性患儿污染的用品和玩具，则应选用500mg/L含氯消毒剂浸泡15分钟以上。

保护性隔离标准操作规程

1. 目的

将异体干细胞移植就诊者安置于保护性病房，以减少就诊者对环境中真菌如曲霉菌属的暴露。

2. 标准

2.1 环境管理。

2.1.1 环境控制：

2.1.1.1 病房送风应经过高效过滤。

2.1.1.2 病房空气应定向流动，从房间的一侧送风，穿过病床，从房间的对侧排风。

2.1.1.3 病房正压差应达到2.5Pa以上，每日应通过烟柱、飘带等，肉眼观察压差。

2.1.1.4 病房应有良好的密封性。

2.1.1.5 空气交换≥12次/小时。

2.1.2 物体表面应光滑、无孔，易于擦洗。日常应湿式清洁。

2.1.3 走廊和病房不应铺设地毯。

2.1.4 病房内禁止摆放干花和鲜花、盆栽植物。

2.2 就诊者管理。

尽可能缩短就诊者在保护性病房外的逗留时间。

2.3 个人防护装备。

建筑施工期间，就诊者离开保护性病房时，如果病情允许应给就诊者提供呼吸防护，如医用防护口罩。

2.4 隔离措施。

2.4.1 对所有就诊者采取标准预防。

2.4.2 按照疾病的传播途径采取飞沫和接触预防。对病毒性感染就诊者采取的基于传播途径的预防期限应适当延长。

2.4.3 如果就诊者没有可疑或确诊感染，或者按照标准预防的原则没有使用指征，则不需要采取屏障预防，如口罩、隔离衣、手套。

2.4.4 如果需要保护性隔离的就诊者，同时又感染了需要空气隔离的疾病（如肺或喉结核、水痘-带状疱疹急性期），应执行空气隔离措施。

2.4.4.1 保护性病房应保持正压。

2.4.4.2　在病房与走廊之间应设置缓冲间。病房空气应有独立的排风管道，如果回风则管道中应放置高效空气过滤器。

2.4.4.3　如果没有缓冲间，则应将就诊者置于负压病房，并使用便携式工业空气过滤器以加强对真菌孢子的过滤。

免疫抑制就诊者医院感染管理制度

1. 目的

采取有效措施，保护免疫抑制就诊者，预防发生医院感染。

2. 标准

2.1 对就诊或住院期间发现的粒细胞缺乏症就诊者和获得性免疫抑制就诊者（AIDS），经主管医生评估全身状况、经济条件及征求家属意见后，可采取以下保护性隔离措施：

2.1.1 床边保护性隔离。

2.1.2 病区单间隔离。

2.1.3 层流病房。

2.2 医护人员在接触粒细胞缺乏症就诊者和获得性免疫抑制就诊者（AIDS）时，处理如下：

2.2.1 床边保护性隔离就诊者：

2.2.1.1 接触前后先洗手、戴口罩和手套；

2.2.1.2 收治床边保护性隔离就诊者的病房内不得收治患感染性疾病的就诊者；

2.2.1.3 患感冒、皮肤疖子人员严禁入内。

2.2.2 病区单间隔离及层流病房无菌隔离就诊者：

2.2.2.1 单间隔离，隔离室具有空气净化系统，室内空气应达到无菌要求。

2.2.2.2 医护人员进入病室时，须穿戴灭菌隔离衣、帽、口罩、鞋、手套等。

2.2.2.3 所有进入室内物品均应经消毒达到无菌要求。

2.2.2.4 一切治疗护理操作，遵循无菌操作要求。

2.2.2.5 就诊者进入病室前，应沐浴更衣。

2.2.2.6 病室内随时进行严格消毒。

2.3 预防免疫功能低下就诊者住院期间发生的一切感染。包括避免损伤人体机械性屏障如：皮肤黏膜屏障；静脉输液或长期留置导管；导管和气管插管；外科手术；气管切开及机械通气；外伤等。

2.4 减少引起新的潜在性病原体感染的机会，抑制潜伏状态居留的病原菌的复活等。

2.5 尽量减少或完全避免使用某些侵入性的诊断和治疗方法，包括反复静脉穿刺、放置静脉导管、留置导管等。

2.6 外科手术应在绝对必要时进行，手术后应加强护理。

2.7 水痘-带状疱疹超免疫球蛋白可预防发病或在急性发作期减轻症状；注射肺炎球菌疫苗、流感嗜血杆菌疫苗、脑膜炎球菌疫苗对部分就诊者极有帮助。

2.8　增加就诊者的免疫功能。

2.9　适当增加营养可改善细胞免疫机制。

2.10　粒细胞集落刺激因子，使中性粒细胞减少就诊者恢复粒细胞数量。

2.11　所有医院工作人员与就诊者接触前均应洗手，可减少医院内菌丛感染机会。

2.12　对有潜在接触传染的就诊者应采用适当的隔离措施，如：层流隔离法、供给无菌的食物和水。

2.13　口服补吸收抗生素进行消化道局部去污或全身性抗生素预防，可抑制内源性细菌或真菌，对中性粒细胞减少就诊者是有效的暂时性措施（数周内有效）。

2.14　对某些发病率极高的特殊感染就诊者，采用长期抗生素预防措施在某些特定人群中十分有效，如艾滋病就诊者或急性淋巴细胞性白血病就诊者，服用SMZco能有效地防止卡氏肺囊虫肺炎。

2.15　医护人员对免疫抑制就诊者及其家属必须进行个人卫生、食物和环境等方面的教育。

职业暴露防护及报告管理制度

1. 目的

为保护医务人员的职业安全与身体健康，有效预防和控制医务人员因工作暴露于各种血源性病原体和其他潜在传染性物质而发生感染性疾病及防止医务人员将感染传播给就诊者、探访者和其他的工作人员，特制订本防护及报告管理制度。

2. 标准

2.1 术语和定义。

2.1.1 血源性病原体（Bloodborne pathogen）。

指存在于血液和某些体液中的能引起人体疾病的病原微生物，例如梅毒螺旋体、乙型肝炎病毒（HBV）、丙型肝炎病毒（HCV）和艾滋病病毒（HIV）等。

2.1.2 职业接触（Occupational exposure）。

指劳动者在从事职业活动中，通过眼、口、鼻及其他黏膜、破损皮肤或非胃肠道接触含血源性病原体的血液或其他潜在传染性物质的状态。

2.1.3 非胃肠道接触（Parenteral exposure）。

指劳动者在从事职业活动中，通过针刺、咬伤、擦伤和割伤等途径穿透皮肤或黏膜屏障接触血源性病原体的状态。

2.1.4 污染（Contamination）。

指作业环境、物体内或其表面存在含血源性病原体的血液或者其他潜在传染性物质的状态。

2.1.5 医疗废物Regulated medical waste。

指医疗卫生机构在医疗、预防、保健以及其他医疗卫生相关活动中产生的具有直接或者间接传染性、毒性以及其他危害性的废物。在本制度中，医疗废物包括液体血液、半液体血液以及其他潜在传染性物质；对压缩后呈液体或半液体的废物处理时释出的血液或者其他潜在污染性物质；处理固体压缩状废物时释出的血液或者其他潜在污染性物质；污染的锐器、含有血液或其他潜在传染性物质的病理性和微生物性废物。

2.1.6 被污染的衣物（Contaminated laundry）。

指被含血源性病原体的血液或其他潜在传染性物质污染，或者可能包裹有污染锐器的衣物。

2.1.7 工程控制（Engineering control）。

指采用某些措施和工具隔离或消除工作场所血源性病原体危害，如使用处理锐器的容器、自带套管的针具或更安全的医疗设施（包括锐器伤害防护装置和无针系统）。

2.1.8 洗手设施（Handwashing facility）。

指能提供充足的流动水（非手动开关）、洗手液（皂）和一次性手巾或热风干手器等的设施。

2.1.9 无针系统（Needleless system）。

指在下列医疗卫生工作中不使用针具的设施：（1）建立动脉或静脉通路收集血液；（2）向体内输入药物或液体；（3）其他通过污染锐器损伤皮肤而导致的潜在职业接触。

2.1.10 有保护装置的锐器（Sharps with engineered sharps injury protection）。

指装有减少职业接触事故的内置安全构件的锐器，用于抽取体液、刺入静脉和动脉或输入药品或液体等。

2.1.11 临床实验室（Clinical laboratory）。

指在临床诊疗或其他筛检活动中对血液或其他传染性材料进行检验工作的实验室。

2.1.12 源患者（Source individual）。

指医疗卫生机构的病人、供血者、尸体以及羁押或劳教机构及戒毒所的人员等，其血液或其他潜在传染性物质可能导致劳动者血源性病原体的职业接触。

2.1.13 普遍预防（Universal precaution）。

是控制血源性病原体传播的策略之一，其理念就是将所有来源于人体血液或体液的物质都视作已感染了HBV、HCV、HIV或其他血源性病原体而加以防护。

2.1.14 标准预防（Standard precaution）。

根据普遍预防原则，医疗卫生机构所采取的一整套预防控制血源性病原体职业接触的程序和措施。是指认为病人的血液，体液，分泌物，排泄物均具有传染性，需进行隔离，不论是否有明显的血迹，污染，是否接触非完整的皮肤与黏膜，接触上述物质者，必须采取预防措施，根据传播途径采取空气、飞沫、接触隔离。

2.1.15 接触后预防（Post-exposure prophylaxis）。

在接触可能感染血源性病原体的血液或其他体液之后，应立即采取的一整套预防控制措施，包括应急处理、对接触源的评价、对接触者的评价和接触后预防措施、咨询与随访等。

2.1.16 其他潜在传染物质（Other potentially infectious material）。

指体液；任何从人体（活体或尸体）上取下的未经固定处理的组织或器官；含艾滋病病毒的细胞或组织培养液或器官培养液；含HBV或HIV的培养基或培养液；感染了HBV或HIV的实验动物的血液或器官或组织等。其中体液是指精液、脑脊液、阴道分泌物、滑囊液、胎盘液、胸腔液、心包液、腹腔液、羊水、口腔科操作时的唾液、其他被污染的体液或不能与体液区分的液体。

2.1.17 被污染的锐器（Contaminated sharp）。

指被污染的、能刺破皮肤的物品。包括注射针、穿刺针和缝合针等针具、各类医用或检测用锐器、载玻片、破损玻璃试管、安瓿、固定义齿并暴露在外的金属丝及实验室检测器材等。

2.2 容易发生血源性病原体职业接触的主要工作场所。

2.2.1 临床科室：其中重点是手术室、妇产科病房、重症监护病房、普通病房的外科操作、血液透析室、口腔科、骨科和消毒供应室。

2.2.2 血源性病原体临床实验室、血源性病原体研究实验室。

2.2.3 医疗废物收集、储藏、运输、处理部门。

2.3 医院可能接触血源性病原体的主要人群。

2.3.1　医院工作人员：包括医师、护士、药师、医技人员以及在医疗机构工作的其他人员。

2.3.2　微生物实验室和科研机构工作人员：包括实验人员、采血人员、技师、合同工等。

2.4　血源性病原体接触途径。

医院工作人员在从事职业活动时，通过眼、口、鼻及其他黏膜、破损皮肤或胃肠道外途径（针刺、人咬伤、擦伤、割伤等途径穿透皮肤或黏膜屏障）接触血液或其他潜在传染性物质。

2.5　血源性病原体职业暴露的防护。

2.5.1　血源性病原体职业暴露风险控制。

血源性病原体职业暴露风险控制遵循优先等级原则，首先是消除风险，其次是工程控制、管理措施和行为控制，再次是个人防护和接触后预防措施。

2.5.1.1　血源性病原体职业危害预防的最有效措施是尽量完全消除工作场所的危害，如尽量少用锐器或针具，取消所有不必要的注射，消除毛巾挂钩等不必要的锐器，以及采用无针系统进行静脉注射。

2.5.1.2　采取工程控制措施将工作场所的血源性病原体隔离或移开，包括机械、设施和设备，并应定期检查、维修和更换。

Ⅰ. 所有损伤性废物应及时置于防穿刺、防渗漏、有警示标示的专门容器，即“锐器盒”中。

Ⅱ. 采用新技术，如使用有安全保护装置的锐器。

Ⅲ. 改善人机工效条件，如改善照明，保持工作场所整洁和工作台布置良好。

Ⅳ. 为工作人员提供便利的洗手或消毒设施、或免水洗的手消毒剂及眼睛冲洗设施，确保医务人员每次操作后能及时洗手和冲洗眼，在脱去手套或其他个人防护用品后能立即洗手，在接触血液或其他潜在传染性物质后，能立即用洗手液（皂）和流动水清洗手和其他部位的皮肤或黏膜。

Ⅴ. 配备必要的消毒灭菌设施，如高压锅等，并应定期修理和更换。

2.5.2　血源性病原体职业暴露管理措施和安全操作规程。

2.5.2.1　加强医院的管理，强化标准预防原则。

Ⅰ. 配置洗手和洗眼设施；

Ⅱ. 使用适宜的个人防护用品；

Ⅲ. 合理安置病人；

Ⅳ. 制订并遵守环境操作规程，包括医疗废物处理、工作场所的清理清洁和被服清洁；

Ⅴ. 对锐器进行适当的处理和处置；

Ⅵ. 制订适宜的职业安全卫生工作操作规程；

Ⅶ. 保障生物标本的处理与运送安全；

Ⅷ. 配备相应的医疗卫生设备并定期进行清洗、运输和维护。

2.5.2.2　职业安全卫生一般操作规程。

Ⅰ. 可能发生血源性病原体职业接触的工作场所，应禁止进食、饮水、吸烟、化妆和摘戴隐形眼镜等。

Ⅱ. 禁止食品和饮料混置于储存血液或其他潜在污染物质的冰箱、冰柜、抽屉、柜子和桌椅面等。

Ⅲ. 禁止弯曲被污染的针具，禁止双手回套针帽，禁止用手分离使用过的针具和针管，禁止重

复使用一次性医疗用品。以下两种情况除外：（1）用人单位有理由说明没有其他方法，或这种行动是由于特殊医疗需要；（2）使用专用机械设备，或单手操作技术。

Ⅳ. 在处理血液或其他潜在污染物质的过程中，应尽量避免喷、溅、洒落和飞扬或产生飞沫。

Ⅴ. 禁止用口吮吸血液或其他潜在传染性物质。

Ⅵ. 在收集、处理、操作、储藏和运输过程中，可能造成血液或其他潜在传染性物质污染的标本应放在防泄漏的容器中。运输过程中按照三层包装的标准要求进行包装。

（1）按照GBZ158要求，对储存、转运或运输的容器密封后进行警示标识或标色和中文警示说明。

（2）如果容器外发生了污染，应在外部再放一个容器来阻止其泄漏，外部的容器同样应进行警示标识或标色和中文警示说明。

（3）如果样品能把第一个容器戳穿，在其外部应再放一个耐戳破的容器。

Ⅶ. 在维修或者运输可能被血液或其他潜在传染性物质污染的设备前应当检查，并进行必要的消毒，用人单位能够说明无法对设备进行消毒情况时除外。

Ⅷ. 在被污染的设备上张贴生物警示标识和中文警示说明。

Ⅸ. 在处理、维修或者运输被血源性病原体污染的设备前，用人单位应告知相关劳动者、维修人员和或制造商，以便采取适当的预防措施。

2.5.2.3　工作场所清洁卫生。

医院内各种工作场所，应根据内部布局、被污染物体的类型、需要清洁的表面的类型及工作开展情况等制订合理的清洁工作时间表，以保持工作场所的清洁和卫生。

任何设备、环境或工作台面被血液或其他潜在传染物污染后应立即清洁和消毒。

Ⅰ. 工作结束后，应使用适当的消毒剂消毒被污染的工作台面。当工作台面被血液、体液或其他潜在传染物明显污染后，或在上次清洁后工作台面又被污染，应立即消毒。

Ⅱ. 当工作台面的保护性覆盖物（如塑料盖布、铝箔、防渗透的吸水纸等）被明显污染时，应及时更换。

Ⅲ. 应定期检查、清洁消毒箱、桶、罐或类似的重复使用容器；若容器被明显污染，应及时清洁、消毒。

Ⅳ. 禁止用手直接拿取被污染的破损玻璃物品，应使用刷子、垃圾铲和夹子等器械处理。

Ⅴ. 禁止劳动者直接把手伸入容器中存放和处理被污染的重复性使用的锐器。

Ⅵ. 消毒剂、消毒方法及操作程序按国家有关卫生消毒的标准和规范执行。

2.5.2.4　衣物清洗。按照医院工作服清洁卫生相关规章制度执行。

2.5.2.5　安全注射。安全注射要求注射不伤及被注射的人，并且实施注射的人不受任何可以避免的风险的伤害，注射所产生的废物不对社会造成危害。要遵守安全操作规程方能达到安全注射。

2.5.2.6　采取措施降低手术职业暴露风险。

在外科和所有涉及外科操作的内科、接生和牙科，包括常规医疗操作，以及产科、妇科和应急救援中，均应采取措施降低手术职业接触的风险。

2.5.2.7　医疗废物管理。

Ⅰ. 锐器的废弃与存放：

（1）被污染的锐器应尽快废弃至密闭、防刺破和防泄漏的容器中；

（2）存放污染锐器的容器应尽可能放在靠近工作场所的醒目位置上，以方便安全使用，使用时应竖放，定期更换，不容许存放过满；

（3）存放污染锐器的容器移出使用区或更换时，应先盖好容器，防止在处理、储存和运输过程中发生内容物的溢出和外露，移出前若有发生穿透或泄漏的可能，应将其放入第二层容器中，第二层容器的要求同上；

（4）不能徒手打开、清空或清洗重复性使用的容器，避免操作时引起劳动者皮肤损伤。

Ⅱ. 其他废物的管理：废物应放在密闭的容器中，容器应能分类容纳各类废物，且在处理、储存和运输过程中能防止液体泄漏。容器移出使用区时，应先盖好容器，防止在处理、储存和运输过程中发生内容物的溢出和外露，若容器外发生污染，应将其放入第二层容器中，第二层容器的要求同上。

Ⅲ. 医疗废物的处理应按国家有关标准或规定执行。

2.5.2.8　个人防护用品。

Ⅰ.一般原则：

（1）医院应免费为医务人员和其他工作人员提供适宜的个人防护用品，如手套、围裙、工作服、面具或者面罩、护目镜、口罩、人工呼吸专用套筒或者其他呼吸装置。应为对乳胶手套过敏的工作人员提供低敏型手套、手套内衬、无粉手套或其他类似替代品。

（2）医院应确保工作人员正确使用个人防护用品：

A. 立即脱掉被血液或其他潜在污染物渗透的衣物。

B. 工作人员离开工作区前应先脱去个人防护用品。

C. 将脱掉的个人防护用品放在指定的区域或容器内进行储存、清洗、消毒或处理。

（3）医院应按本要求免费为工作人员清洁、清洗和处理个人防护用品。

（4）医院应根据要求为工作人员免费维修和更换个人防护用品，以确保其防护效果。

Ⅱ.个人防护用品选用条件：

（1）当工作人员的手可能接触血液、其他潜在污染物、黏膜或破损的皮肤或进行血管穿刺，处理或接触污染物或被污染的表面时，应戴手套；当一次性手套（如外科或检查用手套）被污染、撕裂、刺破或失去防护功能时，应尽快更换；严禁一次性手套重复使用；非一次性手套必须经消毒后方可重复使用，一旦破损应立即丢弃。

（2）当可能发生血液或其他潜在污染物喷溅、洒落污染眼、鼻和口时，应同时佩戴口罩和护目镜或面罩。

（3）可能发生职业接触时，应穿着工作服、围裙、隔离衣、手术衣或其他适宜的防护服，穿戴何种防护服根据接触程度而定。

（4）可能发生大量的血液或潜在污染物污染时（如尸检、矫形外科和产科），应穿戴手术帽、鞋套或工作鞋。

2.6　血源性病原体职业接触后的评估、预防和随访。

2.6.1　一般原则。

2.6.1.1　医院应为工作人员免费接种乙肝疫苗，对发生职业性意外接触事故的工作人员进行接

触后评估、预防和随访。

医院应在岗前培训的10个工作日内，为新入岗职工接种乙肝疫苗。若以前接受过全程乙肝疫苗接种并抗体检测表明有免疫力或具有接种的医学禁忌证的情况下，或经血清学检测为HBV感染者，可不接种。

2.6.1.2　医院应在规定时间内进行职业意外接触后评估、预防和随访，并提供以下资料：相关管理规定；接触者的职责描述；发生接触的途径和情况记录；如可能应提供源患者的血液检测结果；所有与职业接触相关的医疗救治记录（包括疫苗接种）。

2.6.1.3　医院应当委托有资质的实验室进行病原学检测。

2.6.1.4　在获得源患者或其直系亲属和接触者知情同意后，方可进行梅毒螺旋体、HBV、HCV和HIV血清检测。应将源患者的血液检测结果告知接触者，同时应告知其相应的权利和义务。

2.6.1.5　随访意见：

Ⅰ.关于接种乙肝疫苗的随访意见仅限于明确劳动者是否需要接种以及是否已经接种乙肝疫苗。

Ⅱ.关于接触后评价和随访的书面报告仅限于：告知劳动者评估结果，因接触血液或其他潜在传染物质后的健康影响，以及需要的进一步检查和治疗。

2.6.2　血源性病原体接触后的应急处理措施。

2.6.2.1　锐器刺伤。

Ⅰ.被血液、体液污染的针头或其他锐器刺伤后，立即在伤口旁端近心端向远心端轻轻持续挤压，尽可能挤出损伤处的血液，避免来回挤压伤口局部，同时用肥皂水和流动水进行冲洗。

Ⅱ.受伤部位的伤口冲洗后，应当用消毒液，如用75%酒精或者0.5%碘伏进行消毒，并包扎伤口。

Ⅲ.立即报告部门负责人（医生向科主任报告，护士或工勤人员向护士长报告），同时医生向院感科报告，护士向护理部和院感科报告，24小时内在院内报告系统如实填写登记表备案。

2.6.2.2　黏膜、角膜被污染。

Ⅰ.黏膜被污染用大量清水或生理盐水冲洗。污染眼部等黏膜时，应立即用大量生理盐水反复对黏膜进行冲洗。

Ⅱ.及时请专科医师诊治。

Ⅲ.立即报告部门负责人（医生向科主任报告、护士或工勤人员向护士长报告）。同时医生向院感科报告，护士向护理部和院感科报告，24小时内在院内报告系统如实填写登记表备案。

2.6.2.3　衣物污染。

Ⅰ.尽快脱掉污染衣物，进行消毒处理。

Ⅱ.污染物泼溅：发生小范围污染物泼溅事故时，应立即进行消毒处理。发生大范围污染物泼溅事故时，应立即通知院感科，现场查清情况，确定消毒的程序。

2.6.2.4　报告：登录中心院内报告系统报告。

2.6.3　评价源患者。

2.6.3.1　根据现有信息评估被传染的风险，包括源患者的液体类型（例如血液，可见体液，其他潜在的传染性液体或组织和浓缩的病毒）和职业接触类型（即经皮伤害、经黏膜或破损皮肤和叮咬）。

2.6.3.2　对已知源患者进行梅毒螺旋体抗体、乙肝病毒表面抗原、丙肝病毒抗体和艾滋病病毒

检测。

2.6.3.3　对于未知源患者，要评估接触者被梅毒螺旋体、乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒或艾滋病病毒感染的风险。

2.6.3.4　不应检测被废弃的针具或注射器的病毒污染情况。

2.6.4　评价接触者。

2.6.4.1　通过乙肝疫苗接种史和接种反应评估接触者乙肝病毒感染的免疫状况。

2.6.4.2　对于接触HIV患者，建议专科医院评估暴露情况。

2.6.4.3　职业暴露伤等级评估。

Ⅰ.发生以下情形时，确定为一级暴露：

（1）暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；

（2）暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者黏膜，暴露量小且暴露时间较短。

Ⅱ.　发生以下情形时，确定为二级暴露：

（1）暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；

（2）暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者黏膜，暴露量大且暴露时间较长；或者暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较轻，为表皮创伤或者针刺伤。

Ⅲ.发生以下情形时，确定为三级暴露：

（1）暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；

（2）暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较重，为深部伤口或者割伤物有明显可见的血液。

2.6.4.4　职业暴露后立刻应做的血清学检查。

Ⅰ.暴露源明确为HBV（+），则暴露者抽血检测：HBV　DNA、乙肝两对半、ALT和AST。

Ⅱ.暴露源明确为HCV（+），则暴露者抽血检测：抗—HCV和ALT。

Ⅲ.暴露源明确为HIV（+），暴露者抽血检测：HIV抗体。

Ⅳ.暴露源明确为梅毒抗体（+），则暴露者做TRUST（或RPR）、TPPA。

Ⅴ.感染源不明确的情况下，如职业暴露危险度为2级及以上暴露，需抽血检查：HIV、梅毒血清、HBsAg、抗-HCV、ALT和AST，并予以备案。

2.6.5　血源性病原体接触后预防用药方案及随访与咨询。

2.6.5.1　乙型肝炎病毒。接触后预防措施与接种疫苗的状态紧密相关：

Ⅰ.未接种疫苗者，应采取注射乙肝免疫球蛋白和接种乙肝疫苗的措施；

Ⅱ.以前接种过疫苗，已知有反应者，无需处理；

Ⅲ.以前接种过疫苗，已知没有反应者，应采取注射乙肝免疫球蛋白和接种乙肝疫苗的措施；

Ⅳ.抗体反应未知者进行抗原抗体检测，如检测结果不充分，应采取注射乙肝免疫球蛋白和接种乙肝疫苗的措施。

Ⅴ.随访与咨询：在接触后当时、1个月、3个月、6个月、12个月进行乙肝两对半和ALT检测；如果中途出现指标阳性，加做HBV　DNA，并开始专科评估和治疗。

2.6.5.2　丙型肝炎病毒。

Ⅰ.没有推荐采用接触后预防措施，但应接触者的要求，在专科医生的指导下可考虑进行干扰

素治疗300万u/次，3次/周，共6周，并告知其药物毒副反应、注意事项和药物预防效果等。

Ⅱ. 随访与咨询：在接触后当时、4周、6周、4个月、6个月进行抗-HCV和ALT检测。

2.6.5.3 梅毒螺旋体。

Ⅰ. 长效青霉素240万单位/次肌注，每周1次，共3次。

Ⅱ. 如果青霉素过敏，则可使用大环内酯类药物（阿奇霉素1000mg1次；或红霉素连用2周）。

Ⅲ. 随访与咨询：在接触后当时、4周进行TRUST和TPPA检测。

2.6.5.4 艾滋病病毒。

尽快采取接触后预防措施，预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业接触后4小时内实施，最迟不得超过24小时。但即使超过24小时，也应实施预防性用药。对所有不知是否怀孕的育龄妇女进行妊娠检测。育龄妇女在预防性用药期间，应避免或终止妊娠。预防性用药应：

Ⅰ. 如果存在用药指征，则应当在接触后尽快开始接触后预防。

Ⅱ. 接触后72小时内应当考虑对接触者进行重新评估，尤其是获得了新的接触情况或源患者资料时。

Ⅲ. 在接触者可耐受的前提下，给予4周的接触后预防性用药。

Ⅳ. 如果证实源患者未感染血源性病原体，则应当立即中断接触后预防性用药。

Ⅴ. 随访与咨询：在接触后当时、4周、8周、12周、6个月进行HIV血清学检测；对服用药物的毒副反应进行监测和处理，观察和记录艾滋病病毒感染的早期症状等。

2.6.6 职业暴露后费用。

2.6.6.1 职业暴露发生的药费、检验费等由医院承担。

2.6.6.2 严重违规操作导致职业暴露伤后所发生的费用，须由本人、科室和医院按照3:3:4的比例各自负担。

2.6.6.3 职业暴露需检查者，首先报告院感科和职工诊室，由职工诊室开检查单，由院感科加盖“职业暴露”章后，直接记账并到相关科室进行检查，检查费用由医院全额报销。

2.6.6.4 职业暴露如需药物治疗，由职工诊室开单，药费由职工本人垫付，发票交职工诊室审核，院感科加盖“职业暴露”章后交领导审批后，到财务科全额报销。

艾滋病职业暴露评估委员会职责及工作制度

1. 目的

为有效预防和控制艾滋病等血液传播性疾病的流行，预防及控制艾滋病职业暴露，保障医疗行为的安全。

2. 标准

2.1 工作概要：负责全院艾滋病等职业暴露预防控制管理工作。

2.2 请示上级：中心领导。

2.3 工作职责及制度。

2.3.1 组织。

2.3.1.1 中心领导下设艾滋病职业暴露评估委员会，负责统筹中心职业暴露管理工作。

2.3.1.2 艾滋病职业暴露评估委员会组成。

艾滋病职业暴露评估委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、临床检验部门、药事管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。

2.3.2 职责。

2.3.2.1 认真贯彻国家关于传染病防控及艾滋病职业暴露管理方面的法律法规及技术规范、标准等，制订本中心的艾滋病职业暴露预防控制制度并监督相关科室执行。

2.3.2.2 根据国家及地区医院感染防控的法律法规，按照传染病防控及职业暴露管理的要求，负责制订、审核各种与职业暴露相关的公共卫生事件的应急措施。

2.3.2.3 对医院内可能发生艾滋病职业暴露的薄弱环节制订预防、控制等制度并监督相关科室执行。

2.3.2.4 定期听取来自临床科室、医院感染控制科、医务部、药剂科、护理部和设备科对于艾滋病职业暴露方面的总结，督促对现存问题进行调查并制订改进意见。

2.3.2.5 遇有紧急问题随时召开会议，研究、协调和解决有关职业暴露管理方面的问题。

2.3.3 艾滋病职业暴露评估委员会会议的主要内容包括：

2.3.3.1 听取职业暴露发生情况的分析报告；

2.3.3.2 根据上述实际数据提出改进职业暴露管理、减少职业暴露事件发生的可行措施。

2.3.3.3 针对发生艾滋病职业暴露的个案，会议需对以下内容进行评估：

（1）按照国家卫生部发布的标准，对发生的艾滋病职业暴露进行评估，以确定医护人员暴露的等级和暴露源的类型；

（2）根据已发生艾滋病职业暴露的医护人员的暴露等级和暴露源类型，确定涉及人员是否需要进行预防性用药；

（3）确定预防性用药的方案、用药时间以及随访方案。

2.3.4　文件及档案。

2.3.4.1　建档。

2.3.4.1.1　国家、广东省及医院的艾滋病职业暴露防控相关规范、制度、办法及操作规程，以及上级医疗卫生机构下发医院的艾滋病职业暴露防控相关文件、通知。

2.3.4.1.2　定期进行职业暴露发生情况的统计及分析报告。

2.3.4.1.3　由各个临床、医技等科室填写艾滋病职业暴露事件上报的表格等原始资料。

2.3.4.1.4　医院及上级医疗卫生机构举办的职业防护相关培训的记录。

2.3.4.1.5　艾滋病职业暴露评估委员会会议相关文件，包括通知、议程、报告及讨论记录等。

2.3.4.1.6　其他艾滋病职业暴露相关知识或参考文献资料。

2.3.4.2　档案管理：由医院感染控制科负责文档存档，并可随时应对上级医疗卫生机构的检查。

消毒药械管理制度

1. 目的

规范消毒药械管理，降低医院感染风险。

2. 标准

2.1 消毒药械包括消毒剂和消毒器械。

2.2 购入消毒药械前，医院感染管理部门应根据消毒药械的类别，审核相关证件并查验其分类与产品性质、审批机构是否相符，并签署审核意见。

2.3 采购部门应根据临床需要、医院感染管理部门的审核意见以及产品招标意见统一采购，使用科室不得擅自采购。

2.4 审核的证件及主要内容：

2.4.1 消毒剂应具备如下证件的复印件：

2.4.1.1 生产企业所在地省卫生厅发放的卫生许可证（进口产品无）。

2.4.1.2 卫生部颁发的国产（进口）消毒药剂卫生许可批件及附件。另有文件注明的，如75%单方乙醇、次氯酸钠、戊二醛、紫外线灯、压力容器灭菌器等不需索要卫生许可批件。

2.4.2 消毒器械应具备如下证件的复印件：

2.4.2.1 生产企业所在地省卫生厅发放的卫生许可证（进口产品无）。

2.4.2.2 卫生部颁发的国产（进口）消毒器械卫生许可批件及附件。

2.4.2.3 FDA（食品药品监督管理局）颁发的医疗器械生产企业许可证（进口产品无）。

2.4.2.4 FDA颁发的医疗器械产品注册证及附件。另有文件注明不再按照医疗器械实施行政许可的，如医用室内空气消毒设备不需索要《医疗器械产品注册证》。

2.4.2.5 FDA颁发的医疗器械经营企业许可证（一般指第三类和部分第二类医疗器械，具体名录可在SFDA查询）。

2.4.3 其他证件的复印件：

2.4.3.1 生产企业与经营企业的营业执照副本。

2.4.3.2 中国计量认证的消毒产品检验机构出具的检验报告。

2.4.3.3 各级授权委托书原件。

2.4.3.4 销售人员身份证复印件及联系方式。

2.4.4 证件审核的主要内容：

2.4.4.1 证件是否在有效期内。

2.4.4.2 产品是否在证件所批的生产（经营）许可范围内。

2.4.4.3　营业执照有无年检印章。

2.4.4.4　证件复印件是否加盖原证持有者印章。

2.4.4.5　证件的法人、厂址等信息是否一致。

2.4.4.6　各级授权书的内容是否齐全，包括授权销售产品范围、销售地域范围及有效时间、法人签名等。

2.5　采购部门验货。

2.5.1　建立进货检查验收制度并做好记录，按照记录能追查到每批次进货来源。

2.5.2　产品大、中、小包装上均应标注实际生产厂址和卫生许可证号。

2.5.3　产品包装信息与相关证件一致，并在有效期内。

2.6　贮存：库房整洁、干燥。产品按有效期的先后顺序摆放于货架上。

2.7　发放：小包装破损、过期、不洁的产品不得发放。

2.8　使用中的管理。

2.8.1　科室使用前应检查小包装有无皮损、过期不洁等情况。

2.8.2　严格按照卫生许可批件审批的方法、范围等使用。

2.8.3　怀疑使用产品与医院感染暴发有关时，应立即停止使用、封存、送检、并在24小时内报告所在地卫生行政部门。

2.8.4　大批量不合格消毒剂（过期、污染）应按《医疗废物管理条例》中化学性废物的要求处理。

一次性使用医疗器械、器具管理制度

1. 目的

预防和控制医院感染暴发和流行，确保医疗安全。

2. 标准

必须由医院有关部门统一集中采购，使用科室不得自行购入。

2.1 采购部门进行采购时，应审查、索取以下有效证件并填写《一次性医疗器械、器具证件审核登记表》。

2.1.1 国产产品：

2.1.1.1 由省级以上药品监督管理部门颁发的有效的产品证件复印件:《医疗器械生产企业许可证》、《工业产品生产许可证》、《医疗器械产品注册证》。

2.1.1.2 经销企业的《医疗器械经营企业许可证》复印件。

2.1.1.3 计量产品应具有《中华人民共和国计量器具许可证》复印件。

2.1.1.4 每批产品必须有《成品检验报告书》复印件。

2.1.2 进口产品：

进口的一次性导管等无菌医疗用品应具有国务院药品监督管理部门颁发的《医疗器械产品注册证》复印件及中文说明书。

说明：以上证件均须加盖经销公司或生产厂家的红色印章。

2.2 物品验收：物资管理部门应对物品进行质量验收并填写《一次性医疗器械、器具证件审核登记表》，国产产品每箱外、中、小包装、《质量产品合格证》、生产、消毒灭菌日期（批号）、有效期；进口产品每箱必须有生产、消毒、灭菌日期（批号）、有效期等中文标识。

2.3 建立登记账册，登记产品名称、每次订货与到货时间、停货时间、用品型号规格、生产厂家、供货单位、生产批号、灭菌批号、购入数量、有效期限、抽检结果等、报告人领用部门及领用人等。

2.4 物品保存：

2.4.1 应按无菌物品保存，带外包装与拆除外包装的物品要严格分区存放（条件不具备时可配置无菌物品柜供拆分物品存放），与非无菌物品严格分开。

2.4.2 物品存放环境应具备一定条件：温度≤24℃，相对湿度≤70%，机械通风换气次数4–10次/小时。最低照度200lux，平均照度300lux，最高照度500lux。

2.4.3 物品存放于距地面≥20cm，离天花≥50cm，距墙壁≥5cm的物架上。并按失效日期先后顺序排序存放。

2.4.4 对于存放拆除外包装物品的区域应参照消毒供应中心标准，科室每月、院感科每季度做环境卫生学监测。卫生学标准：空气细菌菌落数≤4cfu/（5min·直径9cm平皿），物体表面≤10cfu/cm^2，工作人员手表面的菌落总数应≤10cfu/cm^2，不得检出乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌及其他致病性微生物。在可疑污染情况下进行相应指标的检测。

2.5 物品发放：

2.5.1 遵循先进先出的原则。

2.5.2 不得将失效、霉变、包装破损产品发放至使用科室。

2.5.3 发放记录应具有可追溯性，应记录一次性使用无菌物品出库日期、名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。

2.5.4 运送无菌物品的器具使用后，应清洁处理，干燥存放。

2.6 科室使用前应检查小包装有无破损、灭菌日期、失效期、产品有无不洁净；使用时如发生质量问题、热原反应、感染及其他异常情况，应立即停止使用，及时留取发生问题的样本送检，按规定详细记录，并及时报告院感办、物资管理部门及医院领导。

2.7 物品用后的处理：使用后的一次性使用无菌医疗用品、医疗器械禁止重复使用和回流市场；用后按《废物处理管理制度》管理。

2.8 一次性使用的医疗用品、器具（含无菌物品），原则上不可重复使用。

3. 指南

本制度为工作人员在采购、使用、管理一次性使用无菌医疗用品时应遵守的一项制度。

4. 职责

4.1 医务人员在使用一次性使用无菌医疗用品时，应严格遵守本制度，确保病人的安全，防止医疗纠纷的发生。

4.2 院感办应对一次性使用无菌医疗用品的采购监督检查管理。

过期医疗用品管理制度

1. 目的

建立过期医疗用品的管理制度，规范过期医疗用品的管理，以确保医疗用品的使用安全。

2. 标准

2.1 部门职责。

2.1.1 医院感染控制管理委员会：负责整个中心的过期物品管理，包括制订、审核并监督各个科室执行过期医疗用品管理相关国家、地区及中心的制度。

2.1.2 感染控制科：

2.1.2.1 负责检查各个临床、医技科室及其他工作人员执行过期医疗物品的管理制度，及时发现问题、提出整改建议并监督改进进度，杜绝各种过期医疗用品的使用。

2.1.2.2 不定期进行医疗用品有效期的抽查，抽查的结果记入医院感染防控质控记录中。

2.1.3 药剂科：负责检查各个科室对过期消毒剂的处置及管理，及时发现问题、提出整改建议，杜绝过期消毒剂的使用。

2.1.4 后勤管理部：负责过期一次性医疗用品、废弃过期消毒剂的处置及管理，杜绝盗卖过期医疗用品。

2.1.5 医疗用品使用科室：

2.1.5.1 科室使用消毒灭菌物品应该按照消毒灭菌有效时间的先后顺序存放、使用。

2.1.5.2 使用灭菌医疗用品前必须核对消毒灭菌有效时间，超过消毒灭菌有效时间的医疗物品绝对不能用于临床工作。

2.1.5.3 科室应该对消毒灭菌物品进行检查，及时发现过期及接近过期的物品。

2.1.5.4 科室发现接近过期的物品，如果短时间内无法用完，可以联系库房，由库房协调到其他可以使用的科室使用。

2.2 管理制度。

2.2.1 少量过期一次性使用医疗用品：过期的一次性使用医疗用品一律不得使用，必须破坏包装并当医疗垃圾处置。

2.2.2 过期可复用医疗器械（器具）和物品：

2.2.2.1 常规送供应室进行灭菌的物品：如果发现过期或达到回收标准的未使用复用诊疗器械（器具）和物品，应及时送中心供应室作重新清洗、消毒、灭菌处理。

2.2.2.2 科室自行消毒灭菌的专科诊疗用品，如胃肠镜、纤维支气管镜等，应该按照《医院消毒供应中心–清洗消毒及灭菌技术操作规范》和《内镜室医院感染管理制度》执行。

2.2.3 过期消毒剂：

2.2.3.1 开启的过期消毒剂可参考《废物处理管理规程》的化学性废物进行处置，稀释后倒入下水道，然后将容器放入医疗垃圾桶。

2.2.3.2 未开启的过期消毒剂应该开盖后稀释、倒入下水道，然后将容器放入医疗垃圾桶。

3. 定义

3.1 一次性使用医疗用品：指使用一次即应丢弃的医疗用品，包括消毒的一次性医疗用品和灭菌的一次性使用医疗用品。

3.2 消毒剂：用于杀灭传播媒介上的微生物，使其达到消毒或灭菌要求的制剂。

无菌物品管理制度

1. 目的

预防和控制医院感染暴发和流行，确保医疗安全。

2. 标准

2.1 经过灭菌的物品应标有物品名称、灭菌日期、有效期和签名。

2.2 无菌物品应放在干净、干燥和无尘的台架上，并按失效日期的先后顺序排列、使用。

2.3 购买的无菌物品在被放入无菌区之前应除去外包装箱，并由医院感染控制科每半年1次作随机抽查。抽查内容包括合格证、注册证及生产许可证是否齐全，包装是否破损，消毒灭菌标志、生产批号、厂址、消毒日期及有效期等。

2.4 符合下列条件时，物品才可被认为是无菌的:

2.4.1 包装完整并且没有破损和潮湿。

2.4.2 医用一次性纸袋包装的无菌物品，有效期宜为1个月。

2.4.3 使用一次性医用皱纹纸、医用无纺布包包装的无菌物品，有效期宜为6个月。

2.4.4 使用一次性纸塑纸袋包装的无菌物品，有效期宜为6个月。

2.4.5 硬质容器包装的无菌物品，有效期宜为1个月。

2.5 所有无菌物品在有效期之内，如确认包装完整无破损，亦无其他受污染的可能性时均可使用。同种物品按日期先后顺序使用，失效期近的先用。

2.6 所有的医疗用品必须常规检查有效期，已经过期的重新消毒，将在1-2天内过期的应该及早使用。

2.6.1 中心供应室每2个月核对各相关临床科室无菌物品的数量并记录。

2.6.2 护理楼层每班检查各自无菌物品的有效期及数量，并做好登记。

2.6.3 医院感染控制科随机抽查各部门无菌物品管理情况。

2.6.4 无菌包使用后必须正确处理:

2.6.4.1 无菌包使用后必须及时清理不可重复回收的物品，包括辅料、缝针缝线、刀片等。

2.6.4.2 对于棉布或皱纹纸、无纺布包装的物品可直接暴露物品放置在待更换物品放置处。

2.6.4.3 对于硬质容器包装的物品，使用后必须打开盖子放置，防止再次误用。

2.7 使用所有无菌包之前，均应检查外部和内部化学指示剂以确保灭菌效果。

2.7.1 无菌包外部化学指示剂只说明物品是否经过消毒，并不表明是否达到灭菌效果。

2.7.2 无菌包内部化学指示剂表明物品是否达到灭菌效果。

2.8 取放无菌物品前应先洗手。

2.9　一次性使用无菌医疗用品必须由医院有关部门统一集中采购，使用科室不得自行购入。

2.9.1　采购部门进行采购时，应审查、索取以下有效证件。

2.9.1.1　国产产品：

2.9.1.1.1　由省级以上药品监督管理部门颁发的有效的产品证件复印件：《医疗器械生产企业许可证》、《工业产品生产许可证》、《医疗器械产品注册证》。

2.9.1.1.2　经销企业的《医疗器械经营企业许可证》复印件。

2.9.1.1.3　剂量产品应具有《中华人民共和国计量器具许可证》复印件。

2.9.1.1.4　每批产品必须有《成品检验报告书》复印件。

2.9.1.2　进口产品：

进口的一次性导管等无菌医疗用品应具有国务院药品监督管理部门颁发的《医疗器械产品注册证》复印件及中文说明书。

说明：以上证件均须加盖经销公司或生产厂家的红色印章。

2.9.2　物品验收：物资部应对物品进行质量验收，国产产品每箱外、中、小包装、《质量产品合格证》、生产、消毒灭菌日期（批号）、有效期；进口产品每箱必须有生产、消毒、灭菌日期（批号）、有效期等中文标识。

2.9.3　建立登记账册，登记产品名称、每次订货与到货时间、停货时间、用品型号规格、生产厂家、供货单位、生产批号、灭菌批号、购入数量、有效期限、抽检结果等、报告人领用部门及领用人等。

2.9.4　物品保存：

2.9.4.1　应按无菌物品保存，带外包装与拆除外包装的物品要严格分区存放（条件不具备时可配置无菌物品柜供拆分物品存放），与非无菌物品严格分开。

2.9.4.2　物品存放环境应具备一定条件：温度≤24℃，相对湿度≤70%，机械通风换气次数4~10次/小时。最低照度200　lux，平均照度300　lux，最高照度500　lux。

2.9.4.3　物品存放于距地面≥20cm，离天花≥50cm，距墙壁≥5cm的物架上。并按失效日期先后顺序排序存放。

2.9.4.4　对于存放拆除外包装物品的区域应参照消毒供应中心标准，科室每月、院感科每季度做环境卫生学监测。卫生学标准：空气细菌菌落数≤4cfu／（5min·直径9cm平皿），物体表面≤10cfu／cm^2，工作人员手表面的菌落总数应≤10cfu／cm^2，不得检出乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌及其他致病性微生物。在可疑污染情况下进行相应指标的检测。

2.9.5　科室使用前应检查小包装有无破损、灭菌日期、失效期、产品有无不洁净；使用时如发生质量问题、热原反应、感染及其他异常情况，应立即停止使用，及时留取发生问题的样本送检，按规定详细记录，并及时报告医院感染控制科、物资管理部级医院领导。

2.9.6　物品用后的处理：使用后的一次性使用无菌医疗用品、医疗器械禁止重复使用和回流市场；用后按《废物处理管理制度》按废弃物性质分类收集，统一处理。

2.9.7一次性使用的医疗用品、器具（含无菌物品），原则上不可重复使用。

2.8　发放。

2.8.1　应遵循先进先出的原则。

2.8.2　应确认无菌物品的有效性，不得发出散包、湿包、落地包、不洁包、失效及标识不明确、灭菌不合格的包。植入物及植入性手术器械应在生物监测合格后，方可发放。

2.8.3　发放记录应具有可追溯性，应记录一次性使用无菌物品出库日期、名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。

2.8.4　运送无菌物品的器具使用后，应清洁处理，干燥存放。

污水处理细菌学监测规程

1. 目的

使本中心污水排放的细菌值符合国家标准，有效预防和控制其对环境的危害、疾病的传播，有利于保护人体健康。

2. 标准

2.1 日常监测。

广州市妇女儿童医疗中心污水处理细菌学监测一览表

监测项目	监测频率	采样方法	检验方法	标准
粪大肠菌群	每月1次	用干净的广口玻璃瓶对经充分处理后的污水接触池外排出口的污水采样200ml，即送检验科进行检验	医疗机构污水和污泥中粪大肠菌群的检验方法	500MPN/L
沙门氏菌	每季度1次		医疗机构污水和污泥中沙门氏菌的检验方法	不得检出
志贺氏菌	每半年1次		医疗机构污水和污泥中志贺氏菌的检验方法	不得检出

2.2 监测及登记流程。

污水处理站工作人员准备干净的广口玻璃瓶→在经充分处理后的污水接触池外排出口取200ml污水→填写“广州市妇女儿童医疗中心消毒灭菌效果监测检验单（普通）”→将污水和检验单送检验科细菌室→检验科进行检测并发检测报告→污水处理站工作人员取报告单→张贴在专用的登记本上。

2.3 检验方法。

2.3.1 医疗机构污水和污泥中粪大肠菌群的检验方法。

2.3.2 医疗机构污水和污泥中沙门氏菌的检验方法。

2.3.3 医疗机构污水及污泥中志贺氏菌的检验方法。

废物处理管理制度

1. 目的

为规范医疗废物在暂时贮存、运送和处置过程中有效预防和控制其对环境产生危害、传播疾病，有利于保护人体健康和生命安全。

2. 标准

2.1 分类：本制度所称废弃物包括生活垃圾、医疗废物。

2.1.1 生活垃圾包括：非感染区擦手纸、包装材料、纸屑、书刊、报纸、花、果皮、食品、未被病人血液（体液、排泄物）污染的各种医疗用品内包装（如注射器、一次性手套、导尿包等的包装袋）。收集容器使用黑色胶袋。

2.1.2 医疗废物包括感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物和化学性废物5大类。

2.2 盛装废弃物容器的设置及包装要求：

2.2.1 应采用带盖子及足踏板开关的垃圾桶（暂时存放的移动垃圾桶除外）。

2.2.2 垃圾桶应放置于便于丢弃废弃物且不影响观瞻的地点。

2.2.3 垃圾桶周围环境应保持清洁。

2.2.4 放置损伤性废物的利器盒应以坚固、不透水、不易刺穿及不易取出为原则；按需使用大小合适容器；整体为硬质材料制成，密封，盒内盛装的锐器不撒漏、一旦被封口，则无法在不破坏的情况下，被再次打开。

2.2.5 所有医疗废物包装容器上应有黄色“医疗废物”警示标志。

2.2.6 废弃物达到包装物或容器的3/4（75%），使用单位应即时有效的封口（紧实、严密）。

2.2.7 配制后及使用后的化疗药物废弃物（包括注射器、输液器、针头、手套等相关物品）：应放置于一次性红色塑料桶内封闭。

2.2.8 各科室应根据医疗废物的类别，将医疗废物分置于符合《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，根据科室实际情况分别准备相应的医疗废物及生活垃圾容器。

2.3 废物处理总则：

2.3.1 按照危险性最大先处理原则分类处理不同种类的废物。危险性从大到小排列如下：

2.3.1.1 放射性废物；

2.3.1.2 化学性废物；

2.3.1.3 感染性、损伤性、病理性废物；

2.3.1.4　零污染医疗废物内包装、生活废物。

2.3.2　各种废物须分开放置在合适的容器内，容器内衬不同颜色的塑料袋，外贴明显的警示标识和警示说明的标签。标签内容包括垃圾类别、产生部门、产生日期及需要的特别说明等。

2.3.3　任何具有传染性的废物，应使用双层黄色垃圾袋包装，并在垃圾袋和转运箱外注明传染性废物。

2.3.4　放入垃圾袋或者容器内的废物不得取出。垃圾袋破损或者容器外表面被污染，应当对被污染处进行消毒处理或者增加一层包装。

2.3.5　后勤管理部负责除放射性废物外的所有医院废物的院内收集、运送、贮存、处置；放射科负责放射性废物的处理和安全检测。

2.3.6　各部门垃圾清空后，由本部门工人负责每日用含氯消毒剂500mg/L对垃圾桶进行擦洗或清洗。

2.3.7　对医疗废物的来源、种类、重量或数量、交接时间等由后勤管理部进行记录并由经办人签名，所有资料由后勤管理部保管，资料至少保存3年。

2.3.8　后勤管理部主要负责对垃圾分类处理及垃圾的储存、转运、登记，并做好自查。医院感染控制科定期进行督查。

2.4　放射性废物的处理：

2.4.1　按照卫生部《医用放射性废物的卫生防护管理（GBZ133-2009）》规定处理。

2.5　特殊医疗废物的处理：

2.5.1　经手术取出的植入物（如植入钢板、人工关节、起搏器、人工瓣膜等起治疗作用的人工合成材料）应按医疗废物处理，必要时科室应与患者签订医疗废物处理委托书。如病人执意带走，劝说无效的，应由科室进行消毒处理后交给患者，同时签订知情同意书。

2.5.2　妇产科（包括门诊及住院部）引产的胎体，纳入遗体管理，依照《殡葬管理条例》的规定，进行妥善处置。

2.5.3　产妇分娩后胎盘应当归产妇所有。产妇放弃或者捐献胎盘的，可以由妇产科按病理性医疗废物进行处置。妇产科及本院其他医务人员不得买卖胎盘。如果胎盘可能造成传染病传播的，妇产科应当及时告知产妇，并签署医疗废物处理委托书，按照病理性医疗废物进行处置。科室必须有名称和数量的交接记录。

2.5.4　使用后血袋（含带剩余液体），应由使用科室用清洁胶袋包裹并贴上标签，注明输注结束时间，及时送至血库。血库应与使用科室做好交接记录，并将其存放于4℃冰箱内保存24小时，然后按感染性废物处置。

2.5.5　对于传染病人的排泄物，要进行预处理前的加氯消毒，建议在传染病区的厕所按每10床位每日投放含有效氯25%的漂白粉1kg，分3次投放，最佳投放时间可定在使用厕所高峰期末。

重大传染病疫情期间传染性医疗废物处置特殊要求（按国家特定要求处理）：医疗废物应由专人收集、双层包装，包装袋应特别注明是高度感染性废物。暂时贮存场所应为专场存放、专人管理，不能与一般医疗废物和生活垃圾混放、混装。暂时贮存场所由专人使用1000mg/L-2000mg/L含氯消毒剂喷洒墙壁或拖地消毒，每天上下午各1次。

2.5.6　对过期、损坏的麻醉药品和精神药品应当登记造册，交由药剂科向药品监督管理部门申

请销毁。

2.5.7 检验科、实验室医疗废物处置应符合《实验室生物安全通用要求》（GB19489-2008）中的相关规定。

2.6 其他各类废物收集、处理细则详见《医疗废物处理条例》。

2.7 医疗废物包括锐器的院内/外运送：

2.7.1 后勤管理部把装满的黄色袋子及锐器容器放在黄色并有警示标志的专用转运箱中，由专人专车按固定路线运送到指定地点，统一处理。

2.7.2 运送过程需封闭（袋用绳扎口、桶上盖并扣紧环扣），不要让污染物处于无人照看的情况，在电梯内不要与食品、药品或人员同行。

2.7.3 垃圾桶（车）用后立即用500mg/L含氯消毒剂消毒，固定地点存放。

2.7.4 医疗垃圾收集人员负责登记各部门医疗垃圾的产生量（袋数）、利器盒（只）、注射器/输液器（公斤），并请该部门人员确认。

2.7.5 对所有在医院内运送的化学或医疗废物，必须有记录。

2.7.6 院外运输：由院外专门废物处理中心处理。

2.7.7 对于重大传染病疫情期间产生的传染性医疗废物，使用固定专用车辆，由专人负责，并且不得与其他医疗废物混装、混运。按指定路线运送，运送车辆每次卸载完毕，必须使用1000mg/L-2000mg/L含氯消毒剂喷洒消毒。在处置单位的暂时贮存时间最多不得超过12小时。

2.8 生活废物的处理：

2.8.1 放置在内衬有黑色塑料袋的容器中，由清洁工人定期清空。

2.8.2 玻璃类废物出于安全考虑必须分开收集。

2.8.3 清洁部运送时，应当同运送袋一起或直接将垃圾倒入专用运输车中运送，尽量避免垃圾中的锐器割伤或刺伤。

2.8.4 制定固定运送线路，运送过程需封闭、置于指定地点。垃圾中转站注意密闭，周围不要有垃圾，由环保部门负责运走。

2.8.5 每天清洁垃圾车、贮存于指定地点。

2.9 医疗废物库房管理制度：

2.9.1 远离医疗区、食品加工区、人员活动区的单独封闭式库房，医疗废物贮存的时间不得超过2天。

2.9.2 库房必须有防鼠、防蝇、防蟑螂等安全措施。

2.9.3 医疗废物必须装入黄色专用转运箱方可入库，入库时应核对转运箱数，并登记。出库时必须核对回收人员的胸牌、车辆等，并索取盖有回收公司公章的回收清单，并保存以备核查。

2.9.4 库内严禁堆放与医疗垃圾无关的杂物，每日清扫，保持库内外卫生。

2.9.5 清洁部专人负责，库房加锁管理，严禁闲杂人入库。

2.9.6 库内医疗废物应根据生物毒性、放射性、化学性废物等的不同类别分区放置；暂存地应粘贴医疗废物标志。

2.9.7 转运箱必须叠放整齐，最高堆放不得超过5箱，严禁转运箱倒置。

2.9.8 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。

2.10　运送人员专业技能、职业防护、培训：

2.10.1　严格遵守医疗废物管理规章制度，熟悉本岗位的职责。

2.10.2　医院感染控制科提供有关医疗废物处理方面的信息，并对员工进行相关法律、专业技术、安全防护以及紧急处理等知识培训。

2.10.3　为从事医疗废物收集、运送、储存的工作人员提供个人防护用品，如口罩、橡胶手套，必要时戴帽子、防护眼罩。

2.10.4　对于运送及处置重大传染病疫情期间的传染病医疗废物，操作人员必须穿工作服、隔离衣、防护靴、戴工作帽和防护口罩，近距离处置废物的人员还应戴护目镜。每次运送或处置操作完毕后立即进行洗手和手消毒，并洗澡。

2.11　若发生医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故，应当按照《医疗废物意外情况处理预案》流程紧急处理。

对于本规程没有提及的特殊医疗废物的收集、处理，由产生部门按国家相关法规处理，并报医院感染控制科、后勤管理部备案、备查。

检验科、实验室的医疗废物按照《临床实验室废物处理原则》（WS／T249-2005）以及医院《检验科、临床实验室医院感染管理制度》要求执行。

职工传染病报告管理制度

1. 目的

为了预防、控制和消除传染病在职工的发生与流行，保障人体健康和公共卫生。

2. 标准

2.1 须报告的传染病种及报告时限详见《国家法定传染病报告种类、时限一览表》

2.2 传染病报告填写要求。

2.2.1 须填报资料。

发现职工发生传染病须填报：《中华人民共和国传染病报告卡》一病一卡；并在院内报告系统上报告院感病例。

2.2.2 填写要求。

2.2.2.1 应逐条逐项填写，不可缺项，字迹清晰，项目齐全。

2.2.2.2 《结核病转诊单》（两联单）：肺结核（含结核性胸膜炎）就诊者转诊时须填写。

2.3 本院职工发生法定报告传染病的处理程序。

2.3.1 本院职工，如有发热、咳嗽，或其他疑似传染病症状，应立即到职工诊室就诊。经检验（查）或临床诊断为疑似或确定的任何一种法定报告传染病时，职工诊室医生应按照《中华人民共和国传染病防治法》的要求于法定时间内填写传染病报告卡报告预防保健科，同时在院内报告系统报告医院感染控制科。

2.3.2 如短时间内同一部门、科室发生3例及以上症状相似的聚集性病例，应按照《医院感染暴发流行预警机制》的规定，马上报告科室、部门负责人，安排相关职工到职工诊室就医，并报告感染管理科。

2.3.3 对于诊断为疑似或确定的任何一种法定报告传染病的职工，应该马上转诊到相应的专科医院进行进一步的确诊和治疗。

2.3.4 经专科医院确诊的患传染病职工，应该按照要求隔离治疗（居家或专科医院住院），过了疾病隔离期后方可回院工作，避免职工之间和医-患之间的交叉感染。

2.3.5 职工诊疗传染病所产生的费用，按照医院的相关规定进行报销。

职工疫苗免疫接种制度

1. 目的

为了预防传染病在职工的发生与流行，保障职工健康，降低医-患之间交叉感染的风险。

2. 医护人员疫苗接种建议

2.1 乙肝疫苗（Hepatitis B）。按照医院《职业暴露防护与报告制度》 的相关规定执行。

2.2 流感疫苗（Influenza）。

2.2.1 免疫对象：所有当年未接种过流感疫苗的职工。

2.2.2 接种方式：上臂三角肌肉注射。

2.2.3 剂量：1剂当年度疫苗。

2.3 麻疹、腮腺炎、风疹疫苗（Measles、Mumps、Rubella；MMR）。

2.3.1 免疫对象：不具有麻疹或风疹免疫力的职工。

2.3.2 接种方式：（上臂三角肌处）皮下注射。

2.3.3 剂量：2剂麻疹、腮腺炎、风疹混合疫苗，间隔4周。

2.4 水痘（Varicella，chickenpox）。

2.4.1 免疫对象：不具有水痘病免疫力的职工（未注射过疫苗或无血清学检验证实具有抗体者、未经医生诊断罹患过水痘或带状疱疹病史）。

2.4.2 接种方式：（上臂三角肌处）皮下注射。

2.4.3 剂量：2剂水痘疫苗，间隔4周。

2.5 应急免疫接种。

对暴露于传染病，有职业暴露风险的医护人员，根据实际情况（CDC建议、感染专科和职工诊室评估）进行相应传染病的免疫球蛋白注射和疫苗接种。

笔画索引

说明：本《笔画索引》以书中所收每一条目的首字笔画从少到多排序，笔画相同者，按起笔横、竖、撇、点、钩排序，让读者方便检索。

一画

一次性使用医疗器械、器具管理制度 / 449

二画

人才稳留规划 / 102
人员招聘与录用规程 / 107
人员招聘录用管理细则 / 114
人员编制规程 / 106
人事评估规程 / 104
儿童配奶间医院感染管理制度 / 364

三画

工作指派授权规程 / 99
大型医疗设备配置与应用管理制度 / 285
与社区沟通的工作规划 / 21
口腔科医院感染管理制度 / 374

四画

无陪护新生儿病房医院感染管理制度 / 360
无菌物品管理制度 / 453
专业技术人员聘后管理暂行规定 / 96
不良事件及高风险流程处理规程 / 63
太平间及尸检房感染管理制度 / 386
太平间管理制度 / 201

车辆使用管理制度 / 205
车辆停放管理制度 / 245
车辆维修保养制度 / 207
中心接受社会慈善救助基金的管理办法 / 299
中心募捐箱的日常维护和安全管理规定 / 301
中层干部选拔任用工作暂行规定 / 93
内镜室医院感染管理制度 / 397
见习教学管理规定 / 156
手术部位感染预防与控制制度 / 356
化学危险品管理制度 / 265
仓库消防安全管理制度 / 259
火灾隐患整改制度 / 256
办公系统管理办法 / 119

五画

艾滋病职业暴露评估委员会职责及工作制度/ 445
电力设施管理制度 / 168
电梯管理制度 / 174
印章管理制度 / 20
外出进修管理制度 / 162
外来人员身份识别及安全管理制度 / 229
外来医疗器械使用管理办法 / 286
对语言障碍就诊者的服务规程 / 29

六画

动用明火管理制度 / 250
机电工作人员安全保障制度 / 181
地板胶保养及清洁规范 / 294
地面防滑倒安全管理制度 / 219
执业医师资格规定 / 113
过期医疗用品管理制度 / 451
网络信息资源的利用与管理制度 / 127
吸烟限制管理制度 / 258
优先级监控项目设置规程 / 59
伦理委员会管理制度 / 71

自杀/其他行为紊乱就诊者的管理 / 45
行政办公会议议事规则 / 73
行政值班管理制度/ 10
会议制度 / 14
后勤仓库管理制度 / 184
危重就诊者医疗欠费处理规定 / 302
各科室医院感染控制小组人员及岗位职责/ 315
多重耐药菌预防与控制制度 / 354
产房医院感染管理制度 / 362
污水处理系统管理制度 / 179
污水处理细菌学监测规程 / 456
安全质量监督制度 / 293
安全教育及特殊工种培训管理制度 / 291
冰箱管理制度 / 178
导尿管相关尿路感染（CAUTI）预防与控制制度 / 347
导管（介入）室医院感染管理制度 / 404
导管相关血液感染预防与控制制度 / 344
防火巡查制度 / 253
防止人员走失、财物被盗或遗失制度 / 233

七画

医用气体设施管理制度 / 171
医用耗材管理制度 / 282
医务人员手卫生制度 / 412
医务人员手套使用规程 / 416
医疗工作电话沟通记录管理规程 / 39
医疗设备计量管理制度 / 278
医疗设备使用管理办法 / 274
医疗设备、耗材召回制度 / 280
医疗设备档案管理制度 / 273
医疗设备验收制度 / 271
医疗设备维护保养制度 / 276
医疗设备维修管理制度 / 279
医院门禁授权管理制度 / 80
医院及建筑工地风险防范管理制度 / 225
医院内建筑维修感染风险管理制度 / 227

医院节能管理制度 / 288
医院伦理规范 / 68
医院防火责任制度 / 251
医院医疗服务范围 / 18
医院环境卫生学和消毒灭菌效果监测管理制度 / 341
医院环境清洁消毒规程 / 426
医院建筑修缮感染管理制度 / 402
医院信息系统用户权限的管理制度 / 122
医院洁净系统医院感染管理制度 / 400
医院洗衣房及医院织物感染管理制度 / 203
医院监管、指导和领导工作规程 / 6
医院消防设施知识汇总 / 246
医院媒体接待及信息管理规程 / 16
医院感染风险管理流程 / 319
医院感染目标性监测规程 / 337
医院感染报告与奖罚制度 / 324
医院感染知识培训制度 / 320
医院感染控制科人员及岗位职责 / 312
医院感染控制综合计划 / 303
医院感染综合性监测规程 / 335
医院感染控制管理委员会职责及工作制度 / 310
医院感染暴发流行预警机制 / 327
员工档案管理制度 / 77
员工健康与安全管理规程 / 109
员工教育培训管理规程 / 111
员工满意度调查规程 / 112
岗位职责制订规程 / 98
住院医师规范化培训考核管理制度 / 146
住院医师规范化培训实施方案 / 140
身份识别码核对制度 / 37
免疫抑制就诊者医院感染管理制度 / 435
弃婴（童）处理规程 / 235
证件收集和审核规程 / 108
诊疗常规与临床路径管理规程 / 57
层流洁净手术室医院感染管理制度 / 371

八画

垃圾房管理规定 / 200
固定资产信息卡粘贴规范 / 295
呼吸机相关肺炎预防与控制制度 / 350
制度文件管理规程 / 1
使命、战略目标及服务理念 / 5
质量改进与医疗安全信息交流规程 / 53
质量改进与医疗安全数据验证规程 / 62
质量改进与医疗安全管理规划 / 48
质量改进与医疗安全管理委员会工作制度 / 52
废弃物处置管理规程 / 196
废物处理管理制度 / 457
宗教需求服务规程 / 47
空调设施管理制度 / 172
实习带教老师管理办法 / 150
实习生管理条例 / 152
建设项目结算审批流程 / 76
建筑自动消防设施维护管理制度 / 261
建筑设施巡查制度 / 298
参加临床研究就诊者的权利保护规程 / 28

九画

临床和管理服务合同管理制度 / 70
临床和管理流程设计规程 / 54
临床科研标本管理规程 / 136
临床科研项目使用医疗技术管理制度 / 166
重点部位安全保卫制度 / 240
重症监护病区（ICU）医院感染管理制度 / 410
便携式电器和电源延长线使用规定 / 180
保护性隔离标准操作规程 / 433
保护院内人员免受人身攻击制度 / 230
保洁人员安全保障制度 / 214
信息系统安全制度 / 125
信息系统建设规划 / 134
钥匙和锁具管理制度 / 238

急诊科医院感染管理制度 / 378
宣传栏及宣传品陈设管理制度 / 12
洗衣房及织物医院感染管理制度 / 379
院区间穿梭巴士转运标准 / 208
院感四个优先指标诊断标准 / 331
统计报告与分析评价制度 / 164
给排水设施管理制度 / 170

十画

珠江新城院区住院楼电梯使用规定 / 297
换药室、治疗室医院感染管理制度 / 381
热泵系统及饮用水设备管理制度 / 177
特殊环境保洁处理措施 / 218
病人护送、物品运送工作制度 / 210
病床、病人运送工具使用规定 / 212
病房安全管理制度 / 232
病房装饰和小儿玩具消毒管理制度 / 431
消防设备器材检查测试及维护保养制度 / 254
消防知识、技能培训演练制度 / 249
消防通道、安全出口、消防楼梯管理制度 / 257
消防控制室管理制度 / 263
消毒与灭菌管理制度 / 428
消毒供应中心医院感染管理制度 / 383
消毒药械管理制度 / 447
资产变动、调拨、报废管理制度 / 289
继续教育管理规程 / 100
继续医学教育管理办法 / 158

十一画

教研室工作条例 / 138
基本建设管理流程 / 222
职工工卡、工牌管理规定 / 85
职工外出请假管理规定 / 87
职工休假管理制度 / 90
职工岗前培训制度 / 84

职工传染病报告管理制度 / 461
职工放射假管理制度 / 82
职工疫苗免疫接种制度 / 462
职工着装和职业形象管理规定 / 118
职业暴露防护及报告管理制度 / 437
营养室工作管理制度 / 189
营养室及食堂医院感染管理制度 / 390
检验科、临床实验室感染管理制度 / 367
控烟工作制度 / 22
探视、陪伴制度 / 40
第二诊疗意见的管理流程 / 66
清洁卫生工作制度 / 215
清洁剂安全使用制度 / 217
维护就诊者和家属权利工作规划 / 41

十二画以上

厨房燃气设施管理制度 / 176
就诊者及其家属投诉处理规程 / 32
就诊者财产管理规程 / 30
就诊者跌倒 / 坠床风险管理制度 / 23
普通手术室医院感染管理制度 / 406
隔离技术操作规程 / 418
感染性疾病科医院感染管理制度 / 376
跨部门工作协调管理规程/ 9
满足信息需求计划 / 131
新生儿、婴儿和儿童安全制度 / 237
新生儿病房母乳接收和储存制度 / 366
静脉用药配置中心医院感染管理制度 / 408
精密贵重仪器设备运输标准 / 209

后 记

宝剑锋从磨砺出，梅花香自苦寒来。

在历时近三年申请JCI认证的过程中，在全体员工齐心协力研读并践行JCI标准的岁月里，在深入探索医院精细化管理的道路上，难忘那些曾经为我们披荆斩棘的各界领导的大力支持和关爱；难忘那些来自美国JCI总部的咨询导师和评审专家的谆谆教导和悉心指点；难忘那些已经顺利通过该认证的友好医院的倾囊相授；难忘那些与我们有着相同认证目标的兄弟医院的鼓励与交流；更加难忘的是一路走来，支持我们不断追求医院精细化管理的那颗坚定而执著的决心，那份已经深深根植于每一位同仁心中的正能量，以及那种来自每一位从医人员对生命的尊重与敬畏的高尚情操。

本套书的内容均是本中心一线工作人员总结工作中的点滴经验、体会凝聚而成。在本套书付梓之际，特别要感谢广东人民出版社陈海烈老社长为本书出版付出的辛勤劳动，字斟句酌多次审读，并为此书编制《笔画索引》以方便读者查阅。

本套书虽已定稿出版，但因水平所限，仍难免会存在疏忽之处，恳请读者不吝赐教。我们会在未来的工作中结合实际、与时俱进，不断调整、更新内容，正如我们在精细化管理上所追求的——不断改进、不断完善、精益求精，使本套书更臻完美。

广州市妇女儿童医疗中心全体同仁

2014年3月



为了总结、展示广州市妇女儿童医疗中心高分通过JCI（国际医院管理标准）认证成果，该中心基于JCI标准编写了此套《医院精细化管理》图书。本套书中《综合管理卷》内容为办公室管理、后勤管理、科教信息管理、院感管理和人事管理等制度，重点为医院行政管理；《医疗管理卷》内容为医务管理、护理管理、药事管理、检验管理和影像管理等制度，重点为医院业务管理；《服务流程卷》内容为行政管理和业务管理流程，以图形方式表现制度内容，使其简洁化、直观化。整套书从制度和流程方面介绍了广州市妇女儿童医疗中心在推进精细化管理、通过JCI认证过程中以病人为中心，细化制度流程，不断提高医疗质量和提供患者安全服务的具体做法，以期对中国医院精细化管理有借鉴作用。





上架建议：医疗管理类

ISBN 978-7-218-09253-9

9 787218 092539 >

定价：85.00元