

医疗质量自查报告

医疗质量自查报告 14 篇

在经济飞速发展的今天，报告的使用频率呈上升趋势，我们在写报告的时候要注意涵盖报告的基本要素。为了让您不再为写报告头疼，以下是小编为大家整理的医疗质量自查报告，欢迎阅读与收藏。

医疗质量自查报告 1

为保证“两会”、“两节”期间医院医疗质量和医疗安全，根据卫计委要求，结合医院自身实际，本院在元旦前后，组织医疗、护理、药剂、质控等有关职能部门对医院各条线工作进行了自查，现将检查情况报告如下：

一、检查重点：

- 1、急诊科。
- 2、手术室。
- 3、特殊病人：新病人、危重病人和手术病人的处理及病程记录。
- 4、住院病人医患沟通记录情况。
- 5、病理科。
- 6、医院感染管理。
- 7、护理管理。
- 8、特殊药品（毒、麻、精）管理。
- 9、临床各科交班记录。
- 10、医务人员在岗情况。
- 11、各科抢救器械、设备、药品功能状况。

二、检查结果

总体情况良好，未发现重大安全隐患。医务人员均在岗在位，挂牌上岗，窗口单位双挂牌。近几年，通过医院管理年活动的开展和文明单位验收，职工质量意识增强，医院加强了内部质控检查，对重点科室、重点病人、环节质量监管更加重视，医疗质量有所提高。但在检查中，也发现了一些问题和不足。

（一）急诊科。人员固定，设施完备，布局尚合理，基本满足急

诊工作需要，重点病种有服务流程，急救设备、急救药品处于备用状态。存在问题：心电图机、心电监护仪有时工作不稳；“绿色通道”标志有脱落。

（二）手术科室和麻醉科。查阅手术病人住院病历，对病人有术前讨论、术前查对、术前谈话、医患沟通，各类知情同意书签署规范，术后观察情况及时记录；麻醉科工作流程规范，做好术前准备和术后随访。存在问题：个别科室请外院专家手术，无会诊记录；个别病人术后麻醉师随访漏写日期。

（三）药品管理。中西药房工作有序，特殊药物管理规范，加强处方审核、评价，对不

规范处方与有关人员沟通后及时纠正。存在问题：个别处方药物名称使用商品名，个别医生字迹潦草难以辨认，药物规格、剂量、用法等漏写，处方前记缺项，个别处方药量过大。个别病区“强痛定”登记不对号；冰箱内备用“去氨加压素”无基数登记。

（四）护理管理。按照《护士条例》实施护理管理，做好基础护理、消毒隔离、护理文件书写及重危病人管理。存在问题：个别科室备用氧气筒未处于功能状态（无湿化瓶）。

（五）文件书写。总体情况尚可，但也发现不少缺陷。

1、住院病历情况：三级查房不到位，某些住院病历中上级医师查房签名不及时；病程记录不规范，使用药物或作检查未在病程录中记录依据；医患沟通表记录不规范，有些只有入院时一次记录有些特殊情况未及时沟通；个别重病人病程记录未及时打印出来。

2、门诊病历、急诊留观病历：中医门诊病历无舌苔脉象、病机、方名、证型等；留观病历过于简单。

3、科室质控记录不规范，科内业务学习有个别科室流于形式，学习人员无签名，有应付检查嫌疑。

4、交班本：二班医生漏签名情况较多，个别科室日班交班空白，个别科室交班记录病人只有床号没有姓名。

三、自查后整改办法

1、对检查中发现的问题，当场指出，要求立即改正，对较大问题，

由质控办下法“医院质量检查反馈表”，要求相关科室在一定时限内进行原因分析，制定整改措施，检查人员于2周内对整改措施落实情况进行验证。

2、通过科主任、护士长例会予以反馈，并在每月一期的《质控简报》上点名通报。

3、对查出的问题落实责任追究制，具体责任到科、到人，予以适当经济处罚。通过检查，发现问题及时整改，有利于医疗质量的持续改进，今后工作中，我们将一如既往，狠抓制度落实，强化内部管理，采取有效措施，确保医疗安全。

医疗质量自查报告 2

在20xx年医院将不断加强医院医疗质量持续改进措施，落实并发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的措施；建立中医院行为规范体系，形成含有中医药文化特色的服务文化和管理文化；积极开展中医对口支援工作，并制定相应鼓励措施，对宜城市基层医疗机构开展多种形式指导，提升被指导单位的门诊、住院部中医康复业务工作量；不断改进病历书写持续改进整改措施；医疗技术管理持续改进整改措施；加强医疗质量持续改进考核与奖惩，整改具体措施如下：

一、发挥中医药特色优势的措施

1、针对病历中医特色不明显（住院证缺少中医诊断、首程中医诊断不明确、饮片使用少、三级查房和病例讨论缺少中医内容）。医务科、护理部、药械科利用运行病历、归档病历督查，强化督导检查，切实完善病历中医书写内容。目前所有归档病历中医内容能达到无缺项。

2、针对中医特色不明显，中医护理常规落实不够到位。临床科室加强了学习特色病种中医护理常规，并切实落实护理常规和分级护理，加强了医护配合，能根据病情给每位患者进行辨证施护和中医护理项目，体现中医护理特色。

二、队伍建设

人才是医院发展的根本，只有不断的引进人才，医院的服务质量才能得到提高，医院的业务也相应得到提升，同时更进一步提高我院

的社会知名度。20 x x 年度我院将继续实行“请进来”（请专家讲学、手术、会诊），“送出去”（外出进修学习、参加院内、外各类学术活动及培训班）的形式，邀请上级指导协作医院襄阳市中医医院专家对我院进行专业技术指导，以查房、手术、讲课等形式不断提高我院业务水平，并支持各科邀请专家指导开展新技术、新业务及中医重点专科建设工作。选派医务人员到上级医院学习，20 x x 年内计划选派6-12 人次到三级医院或重点专科医院进行进修学习，吸收先进经验，提高技术水平，外出进修学习，将采取短、中、长期相结合的方式，对年青医护人员及业务骨干进行相关专业进修学习，以增强我院专科队伍建设及整体技术实力。通过有计划的选送中医药人才到三级中医医疗机构开展较系统中医药知识培训，提升中医药从业人员素质，提高中医药临床应用率，扩大中医药医疗市场占有率。积极引进和开展新技术、新项目我院对于业务进修、学术交流、短期培训等，凡属引进新技术、新项目的，给予优先安排。凡进修学习都要带回一个新项目，每年评比新技术成果，并列入岗级考核中。鼓励业务人员技术创新我院出台奖励措施，鼓励新药、新技术的研发开发和有效利用。制定医院名老中医传承工作计划，并具体实施。中级职称专业技术人员要紧密结合自己专业，鼓励通过自学、脱产学习自觉严格补充，增长本专业技术的新理论、新技术、新方法，掌握交叉学科和相关学科的知识。以成立的宜城市中医医院医疗集团的优势，在集团内及全市开展中医适宜技术推广活动，并积极开展院内专题学术讲座，组织科主任（护士长）查房、科室定期业务学习，鼓励个人自考、自学或参加函授教育。通过名老中医师承带教及举办各种形式的师资培训活动，提高授课教师、临床带教教师的教学水平，规范临床教学，培养合格医学人才。每年组织“三基三严”理论考核，对“三基三严”的培训工作进行每季度一次，每年进行一次理论考核和实践技能的考核。考核结果列入绩效考核。

三、科室建设及管理

遵照《中医医院临床科室建设与管理指南》《国家中医药管理局关于规范中医医院医院与临床科室名称的通知》要求，对住院部中西

科室分类进行了规范设置，对门诊部各内科诊断室的二级分科命名进行了整理、规范。皮肤科和骨伤科成功的通过省重点专科建设项目及襄阳市重点专科建设项目评审。20 x x 年将继续申报中医特色的重点专科。

四、中医临床路径及诊疗方案的推广实施

遵照《中医医院临床科室建设与管理指南》《国家中医药管理局关于规范中医医院医院与临床科室名称的通知》要求，对住院部中西科室分类进行了规范设置，对门诊部各内科诊断室的二级分科命名进行了整理、规范。皮肤科和骨伤科成功的通过省重点专科建设项目及襄阳市重点专科建设项目评审。

五、药事管理

1、针对加强中药饮片调剂分剂量准确度。药剂科院定期抽查，对未达到控制要求的`进行责任人处罚。

2、针对在库药品定期养护工作不到位。药库人员每月养护在库药品并做好记录。

3、针对在库药品分类摆放混乱。药库人员按功效分类摆放在库药品，每月查对效期。

4、针对滞销药品（有效期六个月）未及时退回库房做退药处理。每月清查滞销药品，及时退回库房做退药处理。

5、针对病区、门诊退药记录不完整，未专区放置。药房加强了病区、门诊退药登记，并专区放置。

6、针对处方每日未分类装订，相关数据上报不及时。要求药房处方每日分类装订，相关数据及时上报。

7、针对药房各项登记不全。安排专人负责药房各项记录，医院定期抽查，纳入了绩效考核。保证了药房各项记录完整性、连续性。

六、其他院感组：

1、针对消毒隔离制度未落实到位，特别是重点部门（手术室、口腔科、检验科、住院部）手卫生观念淡薄，手卫生工作欠缺。加强培训学习，提高医护人员院感防控意识，促进手卫生制度的实施，同时加强对医护人员手卫生的督导，养成良好的工作习惯。

2、针对医疗废物暂存点缺少警示标记。公卫科重新选择远离生活、医疗区域设置医疗废物暂存点，同时粘贴警示标记，并规范医疗废物的存放、转运流程。

3、针对污水处理设备未正确运转。医院已维修完毕，现正常投入使用。医技组：

1、针对人员配备不合理。引进医技人员，由高年资医技人员带教，强化医技队伍。

2、针对质控项目部分参加室间质评。现全部质控项目已 100% 参加省内室间质评。

20 x x 年以来，通过等级医院创建工作，强化和规范了医院管理，持续改进和提高了医疗质量，中医特色优势更加明显，服务能力、服务水平有了大幅度提高。虽然我们做了艰苦的努力，但与标准要求相比，我们清醒的认识到仍然存在一些问题和不足。我们有决心、有信心，20 x x 年力争尽早建成综合服务能力强，中医特色明显的二级甲等中医医院。

医疗质量自查报告 3

德阳市卫生局：

为了认真贯彻落实医疗质量安全管理，确保医疗质量安全，进一步加强医疗质量、规范医疗行为、消除安全隐患、保障患者就医安全，我院根据医疗质量管理确保医疗安全要求，进行了严格的自查自纠工作。现将有关自查情况汇报如下：

一、院领导对医疗质量安全非常重视，并成立了由院长任组长，其他班子成员任副组长，相关职能科室负责人为成员的医疗质量安全稽核领导小组，制定了相应医疗质量管理确保医疗安全实施方案。每月定期对各科室部门进行医疗质量安全稽核，并召开稽核会议，对于在稽核过程中存在的医疗隐患问题，给予整改通知，并要求存在的'问题科室给予整改情况说明，且要求立即整改。

我院稽核领导小组于 xx 年 2 月底对各科室医疗质量安全制度，医德医风建设，医疗安全应急处理，进行认真细致检查，对全体医务人员执行岗位职责，医疗核心制度，诊疗标准，病例书写质量及护理操

作规范，工作责任心，工作质量、服务质量等方面进行了自查。检查中发现个别病例书写不完全规范，医务人员对医疗核心制度淡薄。

二、我院在 xx 年 3 月 2 日下午组织全院医务人员进行医疗质量安全知识培训，提高全院医务医疗质量安全认识，转变观念；加强领导，统一思想。精心组织，具体落实；严格自查，积极整改。

德阳禾成肝胆病专科医院

xx 年 3 月

医疗质量自查报告 4

为进一步提高医疗质量，保障医疗安全，按照《溧水区“加强医德医风建设防范医患纠纷”专项检查月活动方案》(溧卫字[20xx]81 号)要求，20xx 年 9 月，我局组织医疗、护理、院感专家，采取查阅台账、抽查病历、现场查看等方式进行了检查。现将有关情况通报如下：

一、已开展的工作

区人民医院每月对病历进行科室互查、随机抽查、开展处方点评工作、进行抗菌素合理使用检查，制定专刊通报检查结果，并通过大查房等形式检查医疗措施落实情况，取得了一定效果。区中医院及时开展医患纠纷评判与分析工作，对预防医患纠纷发生起到积极作用。

二、存在问题

(一)病历质量及管理

1.在院运行病历管理不规范。多份在院病历出现排序混乱、检查报告单混夹的现象，甚至有入院一周的患者的检验单还没有及时粘贴。入院证用废纸打印。区中医院在院病历中有缺少体温单、医嘱单、医患沟通记录单的现象。

2.对病历书写规范的理解和执行不够到位。大部分病历住院记录中对有鉴别诊断意义的阴性症状体征描述欠缺或不够；首次病程记录对诊断依据的记录或描述不够规范，缺少鉴别诊断内容。对异常的辅助检查结果不重视，异常结果没有分析、处理记录；病程记录中夹带英文缩写如：**kcl**。

3.病历内涵质量有待提高。三级查房制度内涵质量不高，上级医师查房记录流于形式，缺乏对病人个体诊治方案等的针对性分析，缺

乏指导意义；术前讨论流于形式，没有针对患者的手术指征、手术方式选择的理由及术中、术后可能发生的情况及对策进行讨论；医患沟通流于形式，对于病情的诊断、治疗及预后、转归的交代过于简单、格式化，没有个性化体现对异常的辅助结果、入院后新增的诊断、重要的检查治疗措施等普遍缺乏沟通，病情的沟通不透彻、不清晰明了。

4. 拷贝现象普遍存在。如：上级医生查房内容与首次病程记录几乎雷同，有大篇幅拷贝现象；转出记录、转入记录中的病史记录、体格检查与首次病程记录雷同，有拷贝现象；

5. 仍然存在重度缺陷病历。非患者本人签名的各类同意书缺少授权委托书或者受委托人员的身份证明。

(二)核心制度的落实

1. 交接班记录不及时、不完整，甚至交接记录空白。

2. 疑难危重病例及死亡病例讨论制度落实不到位。大部分病区今年1至9月份讨论记录本空白甚至缺失。

3. 三级查房记录过于简单，缺乏分析，指导意义不大。对住院病人病史、病情、治疗情况不够深入、全面，对病人管理存在缺陷，安全意识淡薄。

4. “危急值”报告制度未落实。病程记录中未记载分析，没有上级医师查房记录，没有治疗后的复查、处理记录，诊疗过程中体现不出“危急值”的临床意义，对“危急值”不够重视。

(三)医院感染管理

医务人员手卫生依从性执行效果不理想，少部分人员还没有掌握标准洗手法。输液室地面及门口可见棉签、输液贴。

(四)医疗质量监督管理

未有效落实院、科两级质量管理工作。区中医院医疗质量管理委员会未按计划组织定期检查考覈，职能部门未定期下科室进行医疗质量检查。两家区级医院大部分临床科室未开展相应的质控活动，对科室医疗质量未进行有效管理。医疗质量检查、考覈结果未与绩效考覈挂钩。

三、下一步工作建议

(一)提高认识，完善院、科两级质量管理体系。健全院、科两级质量管理组织，院长是医疗安全工作的第一责任人，临床、医技等各 科室科主任和护士长是科室质量管理第一责任人，要切实提高对医疗质量工作重要性的认识，强化内部监督管理，充分调动科室管理责任人的积极主动性，将责任分工落实到每一个人。落实院、科两级质量管理制度，做到层级管理，责、权明确，严格考覈，使医院逐步走向规范化、科学化管理的轨道。

(二)强化质量控制措施，加大督促考覈力度。狠抓医务人员核心制度、“三基三严”及医患沟通等知识培训，做到人人熟悉医疗卫生法律规章制度，人人掌握岗位基础知识、基本理论和基本技能，人人注重医患沟通。严格执行首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、危重患者抢救制度、手术分级管理制度、术前讨论制度等医疗核心制度，完善病人安全管理、医疗技术准入、不良事件报告、分级护理等规章制度，并抓好贯彻落实。明确各项医疗管理工作目标，制定考覈细则，形成不定期检查和定期考覈的工作机制。

(三)重视医疗质量检查、考覈结果的应用，形成医疗、护理质量持续改进工作机制。制订医疗质量管理考覈和奖惩办法，将医疗质量检查考覈结果与科室、个人的效益考覈、职称聘用、年度考覈等挂钩，奖优罚劣。

各医院要针对检查中发现的薄弱环节和缺陷，举一反三，认真梳理，深究根源，制定切实可行的整改方案和措施，明确职责分工，落实目标任务，不断提高医疗质量和服务水平，更好地为羣众健康服务。

医疗质量自查报告 5

按照县食药监局、县卫计局的有关要求，为了加强药品和医疗器械质量管理工作，保障医疗安全，我院重点就全院药品、医疗器械进行了全面自查，现将具体情况汇报如下：

一、组织领导、完善制度

院领导高度重视，成立了以院长为组长、各科室主任为成员的安 全管理组织，把药品、医疗器械安全的管理纳入医院工作重中之重。加强领导、强化责任，增强质量责任意识。

医疗器械入库制度；一次性医疗用品管理制度；医疗器械不良事件监督管理制度；医疗器械储存、养护、使用、维修制度等一系列药品、医疗器械相关制度，以制度来保障医院临床工作的安全顺利开展。

结合上级检查与我院自查，发现的'问题有：

- 1、部分科室温湿度计损坏、缺失，温湿度计摆放、填写不规范。
- 2、药房冷藏柜显示湿度较大且未除湿；冷藏柜放有私人食品，部分存放条件 20℃以下药品未存放入冷藏柜；中药房堆放西药且纸壳、杂物较多未及时清理。
- 3、外科、内科、中医科治疗室少数棉签、输液袋过期未及时处理；治疗室部分备用药品放置不规范，未离地离墙；急救柜封面未填写药品有效期。
- 4、原妇科治疗室少数药品残骸未及时清理。
- 5、部分药、械公司资质过期，资料不全。

针对以上问题，医院高度重视，庚即召开了全院职工大会，对以上问题进行了通报，落实了责任制，并立即进行了整改。

三、整改措施

1、进一步加大药品医疗器械安全知识的宣传力度，落实相关制度，提高医院的药品医疗器械安全责任意识。

2、增加医院药品、医疗器械安全工作日常检查、监督的频次，及时排查药品、医疗器械安全隐患，牢固树立'安全第一'意识，服务患者。

3、为保证购进药品、医疗器械的质量和使用的安全，杜绝不合格、过期药品、医疗器械使用。我院已落实专人对购进的药品医疗器械所具备的条件以及供应商所具备的资质做出了严格的规定。

4、为保证入库药品、医疗器械的合法及质量，我院认真执行，确保医疗器械的安全使用。

5、做好日常保管工作。为保证在库储存药品、医疗器械的质量，我们已安排专门人员做好药品、医疗器械日常维护工作。

6、落实相关科室人员，严格检查，更换问题温湿度计，并完善、

不断完善相关制度，实行“一岗双责”制，严抓狠抓各个细节。与上级部门积极配合，认真完成上级部门下发的各项任务，继续巩固医院药品、医疗器械安全工作取得成果，共同营造药品、医疗器械的良好氛围，为构建和谐社会做出更大贡献。

邻水东方医院

二〇××年一月二十六日

医疗质量自查报告 6

根据《医疗机构药品监督管理办法（试行）》的要求，我院对20xx年医院药品质量管理工作进行了自查，现将自查结果报告如下：

一、领导重视，管理组织健全

院领导高度重视我院药品管理工作，成立了医院药事管理小组和药物治疗管理小组，负责监督、指导本院药品的采购、审批工作，科学管理药品和合理用药，药剂科具体负责药品调配、药品质量管理工作，各岗位建立有明确的岗位职责并认真执行。

二、加强管理，建立健全药品管理制度和药剂工作制度。

医院建立健全了《抗菌药物分级管理制度》、《药剂科工作制度》、《药房配方查对制度》、《药品采购管理制度》、《药品养护工作制度》、《药剂人员岗位职责》等一批管理制度，通过制度的建设，医院对药品质量管理工作和药剂工作的管理有了较好的提升。

三、加强业务知识培训学习，提高人员专业素质。

医院每月都组织职工进行业务学习，学习药事法规和药学专业知识，并进行相关的考核测试，并建立培训档案，进一步提高了职工的专业技能和专业知识。

四、加强药品的管理工作，注重药品质量。

严格执行上级管理部门关于药品采购的管理规定，我院的药品采购是通过广西壮族自治区药械集中采购平台采购药品，药品采购目录根据《国家基本药物目录》、《城镇医疗保险目录》、《新农合医疗基本药物目录》及结合临床实际使用确定，并经医院药事管理小组与

在广西壮族自治区药械集中采购平台按中标价采购中标药品。建立供货单位档案，严格审核供货单位及销售人员的资质，确保从有合法资

格的企业采购合格药品。我院严格按照上级卫生管理部门和药监部门的管理规定，从具有药品经营资格的企业中标药品经营企业广西健一药业采购购进药械。备案了药品经营企业的《营业执照》、《药品经营许可证》、《GSP 认证证书》、销售人员的授权书原件和身份证复印件，签订了药品质量保证合同。根据《药品管理法》及相关药品法律法规并结合我院实际制定了相关的药品质量管理制度：包括药品的购进、验收、养护制度、处方的调配及处方管理制度、近效期药品管理制度、特殊药品管理制度、药品不良反应报告制度等。购进的特殊管理药品按规定管理，专库存放，设有防盗、监控设施，实行双人双锁管理。专账记录，账物相符。购进的药品有供货单位的合法税票及详细清单，清单上载明药品通用名称、生产厂商、批号、规格、数量、价格等内容，执行进货验收制度，购进药品双人验收，并建立真实、完整的药品验收记录。药品验收记录包括药品通用名称、生产厂商、规格、剂型、批号、有效期、供货单位、数量、价格、购进日期、验收日期、验收结论等内容。药品、器械购进验收记录，领用记录完整，发放人、领用人双签名负责，记录在案可查。实行药品效期储存管理，对效期不足 6 个月的药品在管理系统示警，报各使用科室进行促用。药房、药库每日对药品进行巡查与养护，每月进行一次药品、药械的过期报损、霉坏变质报损工作，办理好报损报批手续和销毁报批手续，作好销毁记录，销毁人、监督人双签名，全年共报损过期药品 11 批次。药房、药库都安装了空调设备进行温湿度调控、有冰箱贮藏相关药品，药品都能按照贮藏要求贮存。

按照药房规范化建设要求摆放药品，区域定位标志明显、内服药与外用药分开存放、易串味单独存放、每日对陈列的`药品进行养护，监测温湿度，如超出规定范围，及时采取调控措施。由依法经资格认定的药学技术人员负责处方的审核、调配工作。药学专业技术人员对

以及安全用药指导。调配处方时严格执行“四查十对”制度，确保发出药品的准确无误。不得擅自更改处方，对有疑问、配伍禁忌、超剂量处方应拒绝调配，必要时经处方医师更正或重新签字后方可调配。审核与调配人员均在处方上签字。严格执行处方管理的相关规定，处方开具当日有效，处方药品剂量一般不超过 7 日用量；急诊处方一般不超过 3 日用量；特殊药品应严格使用专用处方，药品处方保存 2 年。每年对直接接触药品的人员进行了健康检查，并建立健康档案。直接接触药品的工作人员未患有传染病或者其他可能污染药品的疾病，身体健康。

20xx 年我院共向药监部门报告药品不良反应 8 例、药械不良反应 1 例、药物滥用 50 例。

医疗质量自查报告 7

根据上级相关文件精神和规定，我院立即进行医疗质量大检查并作出如下总结：

一、严抓医疗质量，确保医疗安全

1、严格按照流程和诊治指南开展临床工作，确保医疗质量和医疗安全。

2、严格执行医生查房制度，并需要在病情记录上进行详细的查房记录：病情分析、医疗处理和下一步的诊疗计划记录等。

3、严格落实执业医师管理制度。

4、严格执行医生值班制度，

5、做好“晚查房”的工作。“晚查房”包括对新收患者、危重患者、白天的医疗处理后的结果跟进、验单结果的分析 and 处理、特殊检查结果、知情同意的沟通(特别是将要进行手术或者有创检查患者)、明天将要出院的患者安排、会诊患者的处理等。并跟值班医师进行交接班工作。

6、做好交接班工作。上午的交班和下午的下班前的交接班特别重要，危重患者必须床边交班。每天值班的医师在接班后必须把本科的患者的验单详细查阅一次，并对异常结果进行处理和复查。

、落实会诊制度的执行。

8、科室设立专门的病历质控检查负责医师，随机抽查病历并做好质量控制工作，及时修改错漏地方。

9、针对查房的各项回馈信息，并提出的`意见，发现的问题，及时做好整改，避免犯同样的错误。

10、每月由科主任牵头，进行业务学习，更新诊治方面的新知识和新进展。

11、对科进行不定期、不提前通知的质量检查，发现问题，限期整改、帮助落实

12、设立疑难病例会诊讨论制度，目的是在解决疑难病例诊疗的同时，提高各科的整体学术水平并同时医师进行培训和提高他们的临床业务能力和水平。

1、沟通是非常重要的环节。

(1)做好入院时的沟通：让患者及其家属了解患者目前的病情，危重患者要医师详细交代病情，必要时签署病(危)重通知书。要让患者和家属了解医师和护士的名字，并知道病情沟通的时间。

(2)住院时的沟通：病情的变化、检查结果、治疗方案;特别是诊断和治疗出现重大更变化时，更要及时沟通。对于白天不能及时来院了解病情的患者，必须把病情交班给值班医师，让患者家属跟值班医师了解病情。

(3)出院前的沟通：疾病的诊断和治疗结果，门诊随诊的时间和药物可能出现的副作用，病情可能出现变化时的处理方法，需要复查的检查项目等。

(4)门诊患者的沟通：疾病的诊断和治疗，药物的作用和副作用，随诊的时间等。

(5)医护之间的沟通：落实医疗行为的及时到位，各种检查是否及时进行，患者病情的变化是否得到及时处理，是否存在医疗隐患或者纠纷。

2、认真落实知情同意书的签署。对于有关治疗，必须由经治人员

能出现的风险和并发症、医疗费用、医疗需要观察或者治疗的时间向患者家属说明，并签署知情同意书。

3、对于存在安全隐患的患者，如病情危重、病情波动变化大、精神异常、不配合医疗操作、随便外出等患者，必须做好解释工作，并取得患者家属的配合和理解，必要时设立专职陪护人员，并做好交接班工作。

4、合理调配科室加床，在提高医疗质量和保证医疗安全的前提下，对科室的可持续发展必须有明确的目标和方向。

8

随着以“提高医疗质量、保障医疗安全、改善服务态度、维护群众利益”为主题的各项活动深入开展，全省、全县的“医疗质量专项整治活动”将医疗安全活动推向了高潮，作为承担高风险麻醉工作的我，医疗安全这根弦始终不敢卸下，它是麻醉工作的核心，因为：人的生命只有一次，决不能因为我们工作的疏忽大意而让生命变得那么微不足道！借助我院“医疗质量专项整治活动”，本人就如何保障麻醉安全谈一点体会：

麻醉工作是高风险工作，术中安全的保障与麻醉技术、急救药品、急救设备和病人的自身情况密切相关。基层医院存在以下特点：

- 1 手术少，麻醉人员少，锻炼的机会也少，麻醉技术提高慢；
- 2 急救设备少，参与抢救人员有限；
- 3 急救药品使用率低；

4 交通不便，患者病情却瞬息万变，出现意外情况难以得到上级医院的救助等等。

以上这些情况都是客观存在的事实。而面对这些问题我们不能去抱怨，而是应该积极主动地想办法，让患者平安地度过麻醉期：

提高麻醉技术水平：

1 麻醉技术和麻醉的药物在不断更新，要想提高麻醉水平必须制定专业杂志多学习他人经验、了解新技术；

- 2 每 3-5 年短期进修学习一次；

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/048130120075006040>