

## （完整版）十八项医疗核心制度（2021 版）

### 十八项核心制度

- (1)首诊医师负责制度。
- (2)三级医师查房制度。
- (3)疑难病例讨论制度。
- (4)会诊制度。
- (5)急危重患者抢救制度。
- (6)手术分级分类管理制度。
- (7)术前讨论制度。
- (8)死亡病例讨论制度。
- (9)查对制度。
- (10)病历书写与管理制度。
- (11)值班与交接班制度。
- (12)分级护理制度。
- (13)新技术和新项目准入制度。
- (14)危急值报告制度。
- (15)抗菌药物分级管理制度。
- (16)手术安全核查制度。
- (17)临床用血审核制度。
- (18)信息安全管理。

### 首诊负责制度

一、第一次接诊的医师或科室为首诊医师和首诊科室，首诊医师对患者的检查、诊断、治疗、抢救、转院和转科等工作负责。

二、首诊医师必须详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，并认真记录病历。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见；对诊断尚未明确的患者应在对症治疗的同时，应及时请上级医师或有关科室医师会诊；

三、首诊医师下班前，应将患者移交接班医师，把患者的病情及需注意的事项交待清楚，并认真做好交接班记录。

四、对急、危、重患者，首诊医师应采取积极措施负责实施抢救。如为非所属专业疾病或多科疾病，应组织相关科室会诊或报告医院主管部门组织会诊。危重症患者如需检查、住院或转院者，首诊医师应陪同或安排医务人员陪同护送；如接诊医院条件所限，需转院者，首诊医师应与所转医院联系安排后再予转院。

五、首诊医师在处理患者，特别是急、危、重患者时，有组织相关人员会诊、决定患者收住科室等医疗行为的决定权，任何科室、任何个人不得以任何理由推诿或拒绝。

### 三级医师查房制度

查房实行正(副)主任医师、主治医师、住院医师三级查房。危重者入院后当天要有上级医师查房；夜间病重者入院后，次日要有上级医师查房记录，二级医师书写三级医师查房记录，一级医师书写二级医师查房记录，查房前各级医师对需要进行讨论诊断和治疗的病例，事前应查阅有关文献资料，作好充分准备，以提高查房质量。

#### 1、三级医师查房规定

(1)每周查房 1-2 次，应由二级医师、住院医师、进修医师、护士长和有关人员参加。

(2)解决疑难病例，审查新入院及危重病患者的诊疗计划，决定大手术及特殊检查，新的治疗方案及参加全科会诊。

(3)抽查医嘱、病历(特别检查是哪级医师查房，记录书写的质量)、护理质量、发现缺陷、纠正错误、指导实践、不断提高医疗水平。

(4)利用典型、特殊病例，进行教学查房，以提高教学水平。

(5)听取医师、护士对医疗护理工作及管理方面的意见，提出解决问题的办法或建议，以提高管理水平。

#### 2、二级医师查房规定

(1)一般患者每周查房 3 次，一般患者入院后，二级医师首次查房不得超过 48 小时。应有本病房住院医师、进修医师、实习医师、责任护士参加。

(2)对所管病人分组进行系统查房，确定诊断及治疗方案、手术方式、检查措施，了解病情变化以及疗效判定。

(3)对危重病人应每日随时进行巡视检查和重点查房，提出有效和切实可行处理措施，必要时进行晚查房。

(4)对新入院病人，如一周后仍诊断不明或治疗效果不好的病例，应进行重点检查与讨论，查明原因。

(5)疑难危急病例或特殊病例，应及时向科主任汇报并安排上级医师查房。

(6)对常见病、多发病和其他典型病例进行每周一次的教学查房，结合实际，系统讲解，不断提高下级医师的业务水平。

(7)负责修改和指导一级医师书写的各种医疗记录，以提高书写水平。检查病历、各项医疗记录、诊疗进度及医嘱执行情况、治疗效果，发现问题，纠正错误。

(8)检查指导住院医师工作，避免和杜绝医疗差错事故的发生，签发会诊，特殊检查申请单，审查特殊药品处方及病历首页并签字。

(9)协助科主任决定病人的入院、转科、转院问题。

(10)注意倾听医护人员和病人对医疗、护理、生活饮食、医院管理各方面意见，协助护士长搞好病房管理。

### 3、一级医师查房规定

(1)对所管的病人每日至少查房 2 次，早晚查房一次，上午、下午下班前各巡视一次，危重病人和新入院病人及手术病人重点查房并增加巡视次数，发现新的病情变化及时处理。

(2)对危急、疑难的新入院病例和特殊病例及时向上级医师汇报。

(3)及时修改被带教医师书写的病历和各种医疗记录、医疗文件等。

(4)向实习医师讲授诊断要点、体检方法、治疗原则、疗效判定、诊疗操作要点、手术步骤及分析检查结果的临床意义。

(5)检查当日医嘱执行情况，病人饮食及生活情况，并主动征求病员对医疗、护理和管理方面的意见。

(6)作好上级医师查房的各项准备工作，介绍病情或报告病历。

### 疑难病例讨论制度

疑难病例：入院二周诊断不明确；住院期间实验室或其他辅助检查有重要发现，将导致诊断、治疗的变更；治疗效果不佳；院内感染者；疑难

重大手术。

重危病例：病情危重或病情突然发生变化者。

1、科室进行讨论，讨论会由科主任或副主任主持，病区医师均参加。

2、讨论前，主管的住院医师或进修医师负责收集病例资料，住院医师汇报病史，介绍病情和诊疗过程；主治医师应补充汇报病史、分析病情、提出讨论目的及观点；主任医师、副主任医师结合诊疗规范、国内外资料分析制定诊治措施。

3、如科室讨论后诊断仍不明确，需将患者病情报告医务科，由医务科根据具体情况组织全院进行讨论。

4、全院讨论时，患者所在科室将患者病情摘要送至拟参加讨论的相关科室专家和医务科，医务科负责通知并组织讨论。

5、认真进行讨论，尽早明确诊断，修订治疗方案。讨论经过由经治医师记录整理，经主任医师(副主任医师)或主治医师审查后，分别记入病程记录和疑难危重讨论记录本。

#### 会诊制度

会诊制度，是为了加强各科室间的医疗协作，提高医疗质量，确保医疗安全；在临床工作中，凡遇疑难、危重病例或诊断不明确、疑与其它学科有关的病例，须及时申请会诊。

1、会诊医师须做到：

(1)详细阅读病历，了解患者的病情，亲自诊察患者，补充、完善必要的检查；

(2)会诊医师须详细记录会诊意见，提出具体诊疗意见并开出本科医嘱，会诊记录包括会诊意见和建议、会诊医师的科室、会诊时间及会诊医师签名等；

(3)必须充分尊重病人的知情权，对患者需要自费或部分自费的药物或医用材料以及特殊用法须在会诊意见记录中注明，并告知患者和患者授权代理人履行签字手续；

(4)对疑难病例、诊断不明确或处理有困难时，须及时请本科上级医师协助会诊；

(5)会诊过程中要严格执行诊疗规范;

(6)严禁会诊医师不亲自查看病人电话会诊。

2、院内会诊：分为科内会诊、科间会诊(包括门诊会诊与病房会诊(普通))、急诊会诊、全院会诊、清院外会诊、远程会诊。

(1)科内会诊：对本科内较疑难或对科研、教学有意义的所有病例，都可由主治医师主动提出，主任医师或科主任召集本科有关医务及技术人员参加，进行会诊讨论，以进一步明确和统一诊疗意见。会诊时，由经治医师报告病例并分析诊疗情况，同时准确、完整地做好会诊记录。

(2)科间会诊：

门诊会诊：根据病情，若需要他科会诊或转专科门诊者，经治医师必须在门诊病历上记录患者的病史及体征，初步诊断，会诊目的等。会诊医师应将会诊意见详细记录在门诊病历上，并同时签署全名;属本科疾病由会诊医师处理，不属于本科病人可回转给邀请科室或再请其他有关科室会诊。

病房会诊(普通)：邀请会诊科室必须严格掌握会诊指征，申请科室必须提供简要病史、体查、必要的辅助检查结果，以明确会诊目的及要求，在会诊时必须由经治医师陪同进行，以便随时介绍病情，听取会诊意见，共同研究治疗方案，同时表示对被邀请医师的尊敬。被邀请会诊科室按申请科的要求，指定有一定临床经验，对科专业理论及技术操作有一定能力，工作责任心强，态度认真的主治医师或副主任医师(或高年资总住院医师)根据病情在 48 小时内完成会诊，为保证会诊质量，以达预期会诊目的及医疗安全，科室不得派住院医师承担会诊任务(急会诊例外)。会诊医师应本着对病人完全负责的精神和实事求是的科学态度认真会诊并进行随访，如遇疑难问题或病情复杂病例，立即请上级医师协助会诊，尽快提出具体意见，并写会诊记录。对待病人不得敷衍了事，更不允许推诿扯皮延误治疗。

(3)急诊会诊：对本科难以处理急需其他科室协助诊治的急、危、重症的病人，由经治医师或主治医师提出急会诊申请，并同时上报本科室上级医师，并在申请单上注明“急”字。在特殊情况下，可电话

邀请。会诊医师应迅速(10分钟内)到达申请科室进行会诊。申请会诊和到达会诊时间均应记录到分钟。如遇疑难问题或病情复杂病例,应立即请上级医师协助会诊,以及时做出诊治意见。申请医师必须在场,配合会诊及抢救工作。

(4)院内大会诊:对危、重症及疑难病例、特殊病例需院内大会诊的,科室向医务科提出申请,医务科负责通知专家和主持讨论,科室负责将病历摘要送达参加会诊讨论的专家;邀请会诊科室的主任或副主任须参加会诊讨论。

#### 急危重患者抢救制度

1、急危重患者的抢救工作,一般由科主任或正(副)主任医师负责组织并主持抢救工作。科主任或正(副)主任医师不在时,由职称最高的医师主持抢救工作,但必须及时通知科主任或正(副)主任医师,特殊病人或需多学科协同抢救的病人,应及时报告医务科、护理部和主管院长,以便组织有关科室共同进行抢救工作。

2、对急危重患者严格执行首诊负责制,不得以任何借口推迟抢救,必须全力以赴,分秒必争,各种记录及时全面,对有他科病情由主诊科负责邀请有关科室参加抢救。

3、参加危重患者抢救的医护人员必须明确分工,紧密合作,各司其职,坚守岗位,要无条件服从主持抢救人员的指挥及医嘱,但对抢救病人有益的建议,可提请主持抢救人员认定后用于抢救病人。

4、参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下,执行主持抢救人员的医嘱,并严密观察病情变化,随时将医嘱执行情况 and 病情变化报告主持抢救者;执行口头医嘱时应复颂一遍,并与医师核对药品后执行,防止发生差错事故。

5、严格执行交接班制度和查对制度,各班应有专人负责,对病情抢救经过及各种用药要详细交班,所用药品的空安培经二人核对方可离开,各种抢救药品,器械用后应及时清理,清毒,补充,物归原处,以备再用。

6、需多学科协作抢救的危重患者,原则上由医务科或医疗副院长等组织抢救工作,并指定主持抢救人员、参加多学科抢救病人的各科

医师应运用本科专业特长，团结协作致力于病人的抢救工作。

7、病危、病重病人要填写病危通知单，一式两份，一份放入病历中，一份交病人家属。要及时、认真向病人家属讲明病情及预后，填写病情告知书，以期取得家属的配合。

8、因纠纷、殴斗、交通或生产事故、自杀、他杀等原因致伤的病员及形迹可疑的伤病员，除应积极进行抢救工作外，同时执行特殊情况报告制度，在正常工作日应向医务科和保卫科汇报，非工作日向医院总值班汇报，必要时报告公安部门。

9、不参加抢救工作的医护人员一般不进入抢救现场，但须做好抢救的后勤工作。

10、抢救工作中，药房、检验、放射或其他辅科室及后勤部门，应满足临床抢救工作的需要，要给予充分的支持和保证。

#### 手术分级管理制度

1、根据国务院《医疗机构管理条例》和卫生部《医院分级管理办法》要求，根据医院功能制度手术分级管理制度。

2、各科室要认真组织全科人员进行讨论，根据科室各级人员技术情况，科学界定各级人员手术范围。

3、科室根据科内人员晋升及个人技术水平提高状况，定期申报调整其手术范围申请，由院学术委员会组织专家评议后确认。

所称“手术范围”，系指卫生行政部门核准的诊疗科目内开展的手术。

4、科室应严格监督落实《各级医师手术范围》要求，任何科室和个人不得擅自开展超出相应范围的手术治疗活动。

5、若遇特殊情况(例如：急诊、病情不允许、危及生命等)，医师可超范围开展与其职、级不相称的手术，但应及时报请上级医师，给予指导或协助诊治。

#### 手术分级管理办法：

根据国务院《医疗机构管理条例》和卫生部《医院分级管理办法》及《医疗技术准入管理制度》相关要求，结合我院实际情况，参照《新疆医科大学第六附属医院(二甲)第一类医疗技术目录》，特制定

《新疆医科大学第六附属医院手术分级管理办法(试行)》。

## 一、手术分类

手术及有创操作分级：手术指各种开放性手术、腔镜手术及麻醉方法(以下统称手术)。依据其技术难度、复杂性和风险度，将手术分为四级：

一级手术：技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。

二级手术：技术难度一般、手术过程不复杂、风险度中等的各种手术。

三级手术：技术难度较大、手术过程较复杂、风险度较大的各种手术。

四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

## 二、手术医师级别

依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，规定手术医师的级别。所有手术医师均应依法取得执业医师资格。

### 1、住院医师

(1)低年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以内，或获得硕士学位、曾从事住院医师岗位工作 2 年以内者。

(2)高年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以上，或获得硕士学位、取得执业医师资格、并曾从事住院医师岗位工作 2 年以上者。

### 2、主治医师

(1)低年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以内，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以内者。

(2)高年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以上，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以上者。

### 3、副主任医师：

(1)低年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以内，或有博士后学历、从事副主任医师岗位工作 2 年以上者。



(2)高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以上者。

4、主任医师:受聘主任医师岗位工作者。

### 三、各级医师手术权限

(一)低年资住院医师：在高年资住院医师或上级医师指导下，可主持一级手术。

(二)高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师临场指导下可逐步开展二级手术。

(三)低年资主治医师：可主持二级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展三级手术。

(四)高年资主治医师：可主持三级手术。

(五)低年资副主任医师：可主持三级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展四级手术。

(六)高年资副主任医师：可主持四级手术，在上级医师临场指导下或根据实际情况可主持新技术、新项目手术及科研项目手术。

(七)主任医师：可主持四级手术以及一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。

(八)对资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者。

(九)考虑到我院人才梯队建设和后备力量培养问题，高年资医师(取得现有职称 3 年以上)可在上级医师的指导下完成高一类手术。对无主任医师的专业，医院将根据副主任医师技术水平状况，选择一位可以完成主任医师手术范围的副主任医师承担主任医师工作，若选择不出，不可超范围开展此类手术。

### 四、手术审批程序

1.手术科室主任必须由主任医师或副主任医师担任，医疗组组长由主治医师职称以上医师担任，医疗组组长按医师级别确定组内每例手术的术者和助手名单。需要全科会诊的，至少提前 1 天交科主任组织全科会诊并审批。

2.科主任审批全科各医疗组每例手术的术者和助手名单，确保医师级别与手术分类相对应，签字生效。原则上，不批准越级手术。特

3.患者选择医生时应以医疗组为单位，执行医师分级手术制度为前提。

## 五、手术审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同情况、不同类别手术的审批权限。我院施行手写通知单报送，科主任必须审核通过后签字方可报送。

### 常规手术：

一级手术：科主任审批，住院医师职称以上医师报手术通知单。

二级手术：科主任审批，住院医师职称以上医师报手术通知单。

三级手术：科主任审批，由主治医师职称以上医师报手术通知单。

四级手术：科主任审批，由主治医师职称以上医师报手术通知单。

## 六、特殊手术审批权限

### 1、资格准入手术

资格准入手术是指按市级或市级以上卫生行政主管部门的规定，需要专项手术资格认证或授权的手术。由市级或市级以上卫生行政主管部门或其认可的专业学术机构向医院以及手术医师颁发专项手术资格准入证书或授权证明。已取得相应类别手术资格准入的手术医师才具有主持资格准入手术的权限。

### 2、高度风险手术

高度风险手术是指手术科室科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术。须经科内讨论，科主任签字同意后，上报医务部，按照新疆医科大学第六附属医院《重大、疑难、特殊病例手术报告审批制度》或《重大、疑难、新开展、特殊病例全院会诊及手术报告审批管理办法(补充)》相关要求，由医务科负责人决定组织院内多学科专家小组会诊后提交业务副院长审批，获准后，手术科室科主任负责安排手术。

### 3、急诊手术

预期手术的级别在值班医生手术权限级别内时，可施行手术。若属高风险手术或预期手术超出自己手术权限级别时，应紧急报告医疗组组长审批，必要时向科主任上报。但在需紧急抢救生命的情况下，

口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。

#### 4、新技术、新项目、科研手术

(1)一般的新技术、新项目手术及重大手术、致残手术须经科内讨论，科主任在已填写的各种特殊手术审批单上签署同意意见后，上报医务科，由医务科备案并审批。

(2)高风险的新技术、新项目、科研手术由医院上报省卫生厅审批。必要时由省卫生厅委托指定的学术团体论证、并经专家委员会评审同意后方能在医院实施。

5、需要向医务科报告或审批的手术需填写《新疆医科大学第六附属医院重大、疑难、特殊病例手术报告审批单》。

(1)该学科新开展或高难度的重大手术。

(2)邀请院外、国内相关专家参加的手术。

(3)预知预后不良或危险性很大的手术。

(4)可能引起医疗纠纷的手术或存在医疗纠纷的再次手术。

(5)干部病人(省、市、校领导，省内外知名人士)的手术。

(6)可能导致毁容或致残的手术。

以上手术，须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科备案，手术科室科主任负责审批。

#### 6、外出会诊手术

本院执业医师受邀请到外单位或外地手术，必须按《执业医师法》、《医师外出会诊管理规定》的要求办理相关审批手续。外出手术医师所主持的手术不得超出其在本细则规定的相应手术级别。

#### 七、行政管理

1、为了确保医疗安全，根据医师职称承担的责任，实行各级医师分级手术制度。各手术科室应执行各级医师手术范围的规定，医疗组组长或科室主任根据规定审批参加手术的术者和助手名单。手术医师在提升手术级别时，必须由科主任及医疗组组长实行具体考核，并以“分级手术变更申请表”上报医务部，经学术委员会专家审核讨论，

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/876144122005010102>