

第一篇 医院规章制度

第一章 行政管理工作制度

院领导查房制度

- 1、院领导要经常深入科室调查研究，直接掌握情况，抓好典型，总结推广先进经验。
- 2、深入科室重点抓医疗、护理、教学、科研、后勤保障以及服务质量、病人生活等工作。听取病员和医务人员的意见，表扬好人好事，改进工作。
- 3、院领导查房每周一次，带领相关干部深入科室检查工作，发现问题及时解决。
- 4、院领导要参加部分业务实践，如查房、重大手术、疑难病例的会诊、危重病员的抢救及其他相关业务活动。

会议制度

- 1、党委会：由院长主持，院领导班子参加，两办主任列席记录，其他相关职能部门负责人列席。原则上每周一次，传达上级指示，研究和安排工作。
- 2、行政晨会：办公室主任主持，院领导、职能部门负责人、总支书记参加。于每晨上班时间准时召开（每周五科周会除外），一般不超过 15 分钟。听取院总值班人员汇报，研究落实交班提出需要处理的有关问题，传达部署上级指示和紧急通知，安排日常工作。行政晨会实行会议签到制度，参会人员必须准时参加，不得无故缺席，如遇特殊情况必须请假，并安排本科室其他负责人代为参加。
- 3、院周会：由院领导班子轮流主持，各职能部门负责人、各科（室）主任（负责人）、护士长参加。原则上每周一次，传达上级指示，总结并部署近期工作。
- 4、科主任例会：由分管医疗副院长主持，各科（室）主任或负责人参加，汇报研究及交流医疗、管理、科研、教学等工作情况，原则上每月最后一个周四召开。
- 5、科周会：由科室正、副主任主持，全科人员参加。每周一次，传达上级指示，研究和安排本周工作。
- 6、科务会：由科室正、副主任主持，病房、门诊负责医师和护士长参加。每月一次，检查各项制度和工作人员职责的执行情况，总结和布置工作。
- 7、护士长例会：由护理部正、副主任主持，各科室、病区护士长参加。每周一次，总结上周护理工作，布置本周护理工作。
- 8、门诊例会：由医务处或门诊部正、副主任主持，所有在门诊工作的各科负责人参加，每月一次，研究解决医疗质量、工作人员的服务态度、急诊抢救、病人就诊以及门急诊管理等有关问题，协调各科工作。
- 9、晨会：由病区负责医师或护士长主持，全病区人员参加。每晨上班 15 分钟内召开，进行交接班，听取值班人员汇报，解决医疗、护理以及管理工作中存在的主要问题，布置当日工作。
- 10、工休座谈会：由病区护士长或指定专人召开，工休代表参加。院每季一次，科室一般每月一次，听取并征求住院病员及家属的意见，促进医患交流与合作，不断改进工作。

院长办公会议制度

院长办公会由院长（或院长委托的副院长）召集和主持，组成人员为医院行政领导班子成员。党委书记、副书记和纪委书记可视议题情况参加会议。院办公室负责人列席会议。院长根据议题情况确定其他列席人员。

院长办公会由院长（或院长委托的副院长）召集和主持，组成人员为医院行政领导班子成员。党委书记、副书记和纪委书记可视议题情况参加会议。院办公室负责人列席会议。院长根据议题情况确定其他列席人员。

会议必须有超过半数以上的会议成员到会方可举行。研究决定重大问题时，应有 2/3 以上院领导出席

方能举行。院长办公会组成人员因特殊情况不能与会者，应事先向院长请假并征得同意。

对于院长办公会讨论决定的事项，如有涉及本人或其亲属利益关系，或其它可能影响公正决策的情形，参与决策或列席人员应当予以回避。

院长办公会一般每周召开1次，召开时间一般为每周星期二上午，如遇特殊情况可随时召开。

院长办公会主要研究和提出拟由党委讨论决定的重要事项方案，研究部署落实党委决议的有关措施，研究处理医疗、教学、科研、行政、后勤管理工作。其议事范围和主要内容是：

1. 传达学习国家、省、市有关政策文件。具体落实各级卫生行政主管部门、徐州医科大学要求医院执行的重大决策事项。

2. 贯彻落实院党委关于医院办院定位、发展规划、重大改革方案等决议、决定的实施方案。

3. 研究医院重大改革和发展的实施意见及方案。

4. 讨论确定医院医疗、教学、科研、行政、后勤等工作的重要改革措施及实施办法。

5. 讨论确定医院各行政科室及业务科室设置、撤并及隶属关系的变更。

6. 讨论新职工录用计划、职工调入调出、待聘、劳动合同、职工年度考核、奖惩、任免、调迁等事项。

7. 讨论确定职工工资、津贴、福利等具体事项。

8. 审批中层干部及业务骨干出国（境）访问、考察、讲学、参加会议等事项。

9. 审批各类院级专门委员会和领导小组的建立、调整、撤销、章程及人员组成。

10. 研究拟订医院年度工作计划、工作安排、院长工作报告和向上级部门的重要请示、报告。审议医院年度总结等。

11. 审批医院年度财务预算、基本建设经费、修购专项经费和医疗、教学、科研、设备等经费预、决算及审计报告。

12. 讨论决定医院重要规章制度的制定、修改和废止。

13. 审议须提交医院党委会研究决策或医院职代会表决的“三重一大”相关事项，并提交医院党委会审定或医院职代会表决。

14. 研究其它需要院长办公会议决定的事项。

凡各分管院领导和职能部门职权范围内可以决定、协调解决的问题，一般不列入院长办公会议议题。

院长办公会议议题由医院行政领导班子成员提出，院长与党委书记商议后确定。对于重要议题，应在会前听取党委书记意见并取得共识后，再提交院长办公会讨论。

凡提交院长办公会的议题，分管院领导须责成相关职能部门事先进行充分调研、论证，形成比较成熟的建议方案。对涉及多个职能部门的议题，相关职能部门要经过充分沟通、协商，形成统一的处理建议。

凡属于院级专门委员会和领导小组范围内的事务，应经过院级专门委员会和领导小组咨询、评定或审议，再提交院长办公会讨论。

对专业性、技术性较强的重要事项，应经过专家论证、风险评估，以及技术、政策、法律咨询，或委托第三方专业机构形成评估方案，再提交院长办公会讨论。

对事关医院干部职工切身利益的重要事项，应通过一定的调研方式，广泛听取干部职工的意见建议，形成调查研究报告后，再提交院长办公会讨论。

对涉及院长重大事项或特别复杂的问题，由分管院领导提前向会议组成人员通报，经过充分沟通酝酿、且无重大分歧后，再提交院长办公会讨论。

对提交院长办公会讨论的议题，须由相关科室（部门）提供汇报材料。汇报材料要简明扼要，突出重点，内容包括：议题背景情况（议题简述、调研论证情况、政策依据等）、需讨论决定的事项、建议方案（2个以上为宜）等。凡属规章制度、政策性文件等，需包括起草缘由及依据、征求意见的范围和过程及意见采纳情况、主要特色亮点等；若是对原有制度进行修订的，要说明其异同。

提出议题的科室（部门）要将分管院领导审定后的议题汇报材料，于会前3个工作日报送院办公室，由院办公室及时送达院领导阅知。若议题涉及保密事项或因其它特殊原因难以提前报送的，经院长批准后，可将有关材料直接带到会场。

院办公室对议题整理汇总后，行成《院长办公会议题》提交院长审定。

有下列情形之一的不安排议题：

1. 议题准备不充分，未明确解决方案或缺少必要材料，无法提交会议研究决定的。

2. 所提处理意见和办法与有关政策规定冲突的。

3. 对涉及多部门的议题，未能形成统一意见的。

4. 未经分管领导审阅，议题涉及重要方案、计划、文件需办公会充分研究，未事先报领导班子成员阅知的。

5. 不属于院长办公会议事范围的。

会议召开日期和议题确定后，由院办公室负责通知参会人员 and 列席人员。

院长办公会必须按事先拟定的议题议事，一般不得临时动议。

院长办公会议事实行一事一议，其程序为：一般先由提出议题的科室（部门）负责人或分管院领导简要汇报情况，提出解决问题的建议方案，需要时可由相关科室（部门）负责人作补充说明；与会人员就该议题充分发表意见，展开讨论，列席人员可参与讨论，但不参与表决；院长最后发表意见并归纳、集中与会成员意见，作出明确决定。

与会人员如对重要事项意见分歧较大，一般应暂缓作出决定，待进一步调查研究、交换意见后再行讨论，必要时提交党委会决定。

与会人员不得在会后发表与会议决议不一致的意见。如有不同意见，允许保留或在下一次院长办公会上重申，也可向上级党组织反应。

院长办公会的会务工作由院办公室负责，包括收集议题、会议通知、准备会议有关材料、做好会议记录的整理和归档工作、制发会议纪要等。

院长办公会通过的决议，由院办公室根据院长授权及时将会议内容向缺席人员通报。未经授权，任何人不得将会议议决事项和讨论情况以任何形式外传。

议题承办部门必须严格按会议决议执行。涉及多部门参与的工作，由承办部门牵头协调、组织实施。各分管领导要部署所分管科室（部门）贯彻、执行，并做好检查和督促工作。

在情况发生变化或执行决议过程中出现新问题，不适宜或不可能按原决议执行时，应由分管院领导提请院长办公会进行复议。紧急情况需临时调整原决议，须由院长在征求有关院领导意见后进行调整，但应在下次院长办公会上予以通报。

请示报告制度

凡有下列情况，必须及时逐级向有关部门及院领导请示报告。

1、遇有严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病及必须动员全院力量抢救的病员时。

2、凡有重大手术、重要脏器切除、截肢、首次开展的新手术、新疗法、新技术和自制品首次临床应用时。

3、紧急手术而病员的家属和单位领导不在时。

4、发生医疗事故或严重差错时。

5、丢失或损坏贵重器材、药品和剧毒药品时。

6、发现成批药品失效或变质时。

7、收治涉及法律和政治问题及存在争议或不能确诊的病人时。

8、重大经济开支。

9、增补、修改医院规章制度、技术操作常规时。

10、工作人员因公出差、院外会诊、接受院外任务时。

11、参加院外进修学习、接收来院业务进修人员时。

12、发生病人逃跑、伤人、自杀以及有自杀迹象的病员时。

13、丢失重要机密文件时。

14、职工发生打架斗殴或与社会人员发生冲突时。

院总值班制度

1、参加院总值班人员为院领导、职能部门负责人及经批准的机关工作人员。

2、院总值班的主要任务是：负责处理非办公时间的医务、行政和临时事宜；及时传达、处理上级指示和紧急通知；签收机密文件；承接未办事项，负责检查夜间工作人员的工作情况等。

3、院总值班由院办统一安排。排班采取依次轮转的办法。凡因特殊情况要求暂不排班或不能参加总

值班者，须经分管院领导同意，并提前与院办联系。

- 4、凡总值班排班表发出后，因故不能参加值班者，由自己负责调班，但不得由非总值班人员代班。
- 5、院总值班人员不得擅自离岗，下科室检查工作或处理事务要随身携带子电话，便于及时取得联系。
- 6、值班人员要认真做好值班记录，并负责在次日晨会上作交班报告。值班公物要当面移交接班人员。
- 7、值班人员次日补休壹天，由科室自行安排。

社会监督制度

- 1、医院要设立社会监督电话和意见箱，并有专人负责管理。
- 2、建立医院领导与所在地区联系制度，听取和了解所在地区群众的反映与意见。
- 3、不定期向病人发放“问卷调查表”，进行满意度调查。
- 4、聘请社会行风监督员，定期召开有关人员座谈会，征求意见。
- 5、医院须实施下列公开制度：
 - (1) 上岗人员佩戴附有本人照片、姓名和编号、科室、职称或职务等内容的胸卡。
 - (2) 公开张贴卫生部制定的医务人员医德规范。
 - (3) 公开主要检查、治疗、手术、住院的收费项目及标准，公开常用药品价格和自费药品品种。
 - (4) 对出院病人出具其费用结算凭证。
 - (5) 公开门诊专家姓名、职称、专科、时间、挂号费标准等。
 - (6) 公开重大检查和手术的时间安排。
 - (7) 公开张贴致病人及家属的公开信，阐明医院服务宗旨，明确优质服务的有关规定。

信访工作制度

- 1、医院党政领导要有一名负责同志分管信访工作。
- 2、领导干部要定期接待来访群众，原则上每周一次。
- 3、各科室对群众的来信、来访要有专人负责，逐件进行登记（登记内容包括来信、来访人的姓名、单位或住址，反映的主要问题和要求及处理结果等），并签署承办人的姓名，以备查考。
- 4、对群众来信、来访，提出问题的答复和处理，要按各部门的职责权限办理。对于超出自己权限的问题，要以一定形式呈请领导批示或商请有关部门协助处理。
- 5、上级机关和领导批办的问题，应交有关部门进行处理。党办、院办对转办、交办的信访事项及时催办。
- 6、对重要事件的处理结果，要按有关要求将情况整理出材料归档备查。

院长接待日制度

- 1、每周一下午为院领导接待群众来访时间，由院领导轮流负责接待。
- 2、接待群众来访要遵循以下原则：正确贯彻执行党的路线、方针、政策，分工负责，归口办理，件件有结果。
- 3、对群众来访反映的问题，自己能够解决的要主动予以解决，需要集体研究后解决的要先做好解释工作，研究后及时答复，属于职能科室处理的问题，批转或责成有关部门答复处理。
- 4、每次接待群众来访的内容、处理结果都要填入《院领导接待日记录》，由院办公室保管，年终归档。
- 5、要为来访群众守密，不得散布群众来访反映的问题。

公务（业务）接待管理制度

一、公务（业务）接待的原则

1. 严格执行中共中央、江苏省关于加强机关作风建设的有关规定，坚持务实节俭、严格标准、简化礼仪、高效透明、尊重少数民族风俗习惯的原则，做好公务（业务）接待工作。
2. 按照集中管理、统一标准、对口接待的原则，做好公务（业务）接待工作。医院公务（业务）接待由党委办公室、院办公室归口管理。
3. 坚持有利于公务活动开展的原则，不安排与公务无关的接待活动。

4. 同城公务接待原则上不安排接待用餐。

二、公务（业务）接待的范围

公务（业务）接待主要包括：接待上级机关及部门的领导、兄弟单位、领导、专家来院出席会议、检查指导、考察调研、执行任务、学习交流等公务（业务）活动及向上级机关及部门请示、汇报、联系工作等公务（业务）活动。

三、具体接待工作安排

（一）接站和送行

公务（业务）接待一般由党委办公室、院办公室安排。

（二）住宿安排

公务来院的宾客原则上住宿费自理，医院根据来宾要求安排住宿地点和房间。原则上省部级干部安排普通套间，厅（局）宾客安排单间，其他人员安排标准间。同城接待不安排住宿。住宿地点一般以方便公务为原则安排，不额外配发洗漱用品。参加会议人员的住宿费按会议费管理有关规定执行。

（三）用餐安排

1. 国内公务（业务）接待

（1）每项院外来院开展的国内公务（业务）活动，只能安排1次公务接待餐。

（2）接待餐标准：每人不超过120元。

（3）接待餐陪餐人数：接待对象在10人以内的，陪餐人数不得超过3人；超过10人的，陪餐人数不超过接待对象人数的三分之一。

（4）院外来访开展国内公务（业务）活动超过1天的人员，其日常伙食费标准为每人每天不超过120元。

（5）公务（业务）接待用餐地点：住宿地等（医院无接待餐厅）。

2. 外宾接待

外宾接待按照《关于转发〈中央和国家机关外宾接待经费管理办法〉的通知》（教财司函〔2014〕43号）文件精神执行，其经费开支范围主要包括：日常伙食费、接待餐费、住宿费、交通费、赠礼等。外宾接待原则上不得列支外宾来华国际旅费（科研等国际合作与交流项目另有规定和预算的除外）。

（1）外宾日常用餐提倡采用自助餐等形式，日常餐费标准：每人每天不超过300元。

（2）宴会接待标准：每人每次不超过300元。

（3）外宾在华期间，宴会接待不得超过2次。

（4）医院参加接待人数：外宾5人（含5人）以内的，陪餐人数不得超过5人。外宾超过5人的，超过部分中、外人数原则上控制在1:2以内安排。

（5）用餐及接待地点：住宿地等（医院无接待餐厅）。

（6）受医院邀请的外宾，可报销住宿费。

（7）外宾出行应当集中乘车，减少随行车辆。受医院邀请的外宾，可视情况报销国内交通费。

（8）对外赠礼：视受礼方情况酌情赠送小纪念品，标准每人每次200--400元。（仅限于对外宾赠礼的规定，对国内人员不允许赠礼。）

（9）涉及港澳台事务的接待参照上述标准执行。

（10）在华举办国际会议按照《财政部关于印发〈在华举办国际会议经费管理办法〉的通知》（财行〔2015〕563号）文件的有关规定执行。

四、接待经费管理

（一）接待经费实行年度预算控制，合理限定总额，科目单独列示，集中控制管理。

（二）实行接待清单制度。接待部门应填写《徐州医科大学附属医院公务接待审批表》，详实填写接待对象的单位、姓名、职务和公务活动项目、时间、场所、费用等内容。由两办按规定确定接待地点和接待标准，并报医院领导批准。

（三）建立接待费使用监督管理制度。定期由院纪委、监察处、审计处对接待费使用情况进行检查，并将检查情况在一定范围内公开。

五、接待费用报销及其他相关要求

（一）接待费报销凭证应当包括：财务票据、派出单位公函（医院邀请的则提供邀请函）和接待审批单（含餐费清单、餐费标准、预算总额、报销核算金额等）。

(二) 各类接待费用必须一事一票一结账, 严格执行标准, 在事项完成后三个月内报销。超过标准不予报销。

(三) 各部门要严格区分公(业)务接待、外宾接待, 严禁以会务费等方式隐匿公务接待支出。

(四) 各类用餐只能供应家常菜, 不得提供鱼翅、燕窝等高档菜肴和用野生保护动物制作的菜肴, 不得提供香烟和酒水, 接待外宾可适当提供酒水。应坚持厉行节约的原则, 根据接待人数合理安排用餐, 避免浪费。

院行政及医疗用车使用管理规定

为加强车辆管理, 保证院行政及医疗用车的需要, 本着“合理使用、节约支出”的原则, 经研究, 对院行政及医疗用车使用管理作如下规定:

1、院行政及医疗用车由院办公室统一管理。车辆原则上限本市内使用, 市内用车由院办公室酌情安排, 凡长途用车或特殊需要用车, 须经院主管领导批准。无派车通知, 驾驶员不得私自出车。

2、行政用车坚持公车公用的原则, 因私用车一律不予安排。轿车限于院领导及医院公务活动时使用。各科室因公用车实行单独核算, 费用从相应的专项经费中列支。

3、实行专车专用制度, 驾驶人员实行 24 小时值班制。由院办派车。

4、加强行车安全管理。小车班要定期组织驾驶人员学习交通法规, 不断增强行车安全意识, 严禁车辆及司机带“病”出车。出车途中应严格遵守交通规则, 不得超车违章行驶, 确保行车安全。凡被违章处罚者, 责任自负, 并扣发当月安全奖。

5、建立健全出车登记制度, 驾驶人员每次出车均应将出车地点、开车时间、公里数、耗油数等进行详细登记, 作为考核奖惩和材料消耗管理的依据。

6、加强车辆维修保养工作, 实行定人定车管理。建立车辆维修保养计划及检修审批制度, 做到定期和平时保养相结合, 发现故障及时检修, 使车辆保持良好的技术状态。

7、车辆平时应停放在车库内。出车后及时做好车辆的清洗保洁和必要的消毒工作, 保证车辆整洁卫生、舒适安全。

8、驾驶人员必须坚守工作岗位, 遵守劳动纪律, 按时上、下班, 在班时间不得进行娱乐活动, 严禁酗酒。接到出车通知后保证五分钟内出车, 因故离岗或休息须办理请假手续。违规者, 将按规定严肃处理。

院电话管理暂行规定

为充分利用现代先进的通信技术, 提高通信服务功能和水平, 与市电信局共同组建“徐州市电信局徐医附院程控电话虚拟网”(以下简称“虚拟网”), 同时, 为改善病房通信状况, 满足病人及其亲属通信需求, 在院内各病房设置“健康卡”电话。为加强院内电话管理, 本着“方便工作、节约支出”的原则, 特作如下规定:

1、科室电话配置标准:

门诊: 每分诊台配置虚拟网电话 1 部(对内)。

急诊: ①护士站、医生办分别配置虚拟网电话各 1 部。②急诊各窗口科室可按需配置虚拟网电话(对内)。

病区: 护士站、医生办(以专科为单位)分别配置虚拟网电话各 1 部。

行政后勤科室: ①每个职能部门配置虚拟网电话 1 部。确因工作需要经申请可增设 1 部。②各班组按需配置虚拟网电话。

2、虚拟网电话管理权限。网内通信维护管理全部由市电信局负责, 科室电话如存在障碍, 请拨打内线“2357”。本院通信管理由院办公室负责。各科室未经审批同意不得随意拆装、移机或变更通信功能。

3、虚拟网电话用户收费标准:

(1) 无电话固定收费。

(2) 网内通话不收通话费。

(3) 网内用户拨打网外各种电话, 按省、市规定标准收费。

4、虚拟网电话功能设置: 每个虚拟网用户单位均可享有电信公网的所有电话新功能, 也可进行使用权限限制, 限制等级分为四级: 内部通话、市话、国内长途、国际长途, 由各科室按实际工作需要自主选

择，并及时向院办提出申请，经院领导审批同意后，由院办公室统一办理。

5、虚拟网电话费用管理：

（1）电话费定额管理单位及方法：

以科室（专科）为电话费定额管理单位，其费用实行“定额管理、节余留用、超支自付、按月结算”的办法，电话费定额标准纳入科室成本核算，超额部分从科室月奖金中扣除。

（2）电话费定额标准：

临床科室：①根据科室实际开放床。②临床科室按床位定额标准不满 30 元的补足至 30 元。③临床科室如床位数或话机数改变则电话费定额标准作相应改变。

医技科室：医技科室按临床专科床位平均数计算；未分二级专科但人数超过 40 人的医技科室按临床专科最高床位数计算。

行政后勤科室：根据科室对外业务联系情况分成三类：①经常对外联系的科室，每月电话费定额 120 元。②一般对外联系的科室，每月电话费定额 80 元。③较少对外联系的科室，每月电话费定额 40 元。

（3）其他有关部门的电话费定额管理问题：

各研究所：定额 80 元/月。

各编辑部：独立核算。

合作经营的科室：实行独立核算。

承包经营的科室：实行独立核算。

药剂科、医疗设备处、采购中心：建立电话使用登记制度，电话费超支部分经分管院长审批后处理。

6、本规定由院办公室负责解释。

公章使用管理规定

- 1、医院公章由院办公室作为机密件专人管理，并掌握使用。使用公章（文件除外）一律登记。
- 2、以医院名义上报、外送、下发的文件、资料、报表等，凭院长或分管院长签发原件加盖公章。
- 3、工作证、结业证、离退休证、职务（称）聘书等，由主管部门统一办理。
- 4、以医院名义签订的合同、协议、订购单等，财务部门审查后凭主管院长批准签字后方可盖印。
- 5、因公出差、联系业务等必须凭证明时要经主管领导批准方可开具。
- 6、院领导工作用章（私章）必须经本人同意方可使用。
- 7、私人取款、取物、挂失、驾驶员办证等，需用单位介绍信，由院办主任批准并严格登记手续。
- 8、各科室部门公章应安排专人保管，并制定使用办法，严格审批和登记制度。
- 9、凡私盖公章或利用公章舞弊者，一经发现即予严厉惩处。

大事记记载规定

1、为便于系统地查考医院在各个历史阶段的发展情况，需要结合日常工作，记载和保存医院各方面的重大活动和重要事项的资料，搞好大事记。

2、记载的内容：

- （1）党委和医院行政的命令、指示、计划、决议、措施、会议及科以上干部的任免和调动。
- （2）医疗工作方面的重大改革和重要医疗措施制订，重要会议活动，重大差错事故以及其它重要事项。
- （3）科学研究工作的重大进展、发明、创造及重大技术革新成果。
- （4）医院基本建设较大工程的施工、竣工日期及其建筑面积和经费使用情况。
- （5）购置重要仪器设备和物资器材及总务工作方面的重大事项。
- （6）领导体制与组织机构的变动及重要管理制度的改革。
- （7）参加全国、全省、全市性集会、活动（包括业务性集会和活动），以及参与发表各种声明等活动。
- （8）外宾或其它院外单位来院参观和本院外出参观的有关事项。
- （9）党、团、工会的重要活动。
- （10）其它重要事项。

3、大事记由院办负责整理，各职能部门每月将本部门工作范围内的大事记报院办汇总，集中整理后

立卷归档。

档案收集制度

一、凡记录反映本院改革发展和管理运行情况具有日后查考利用价值的各种文字、图表、材料，均列为归档范围。

二、各部门、科室兼职档案员应根据归档范围将材料收集齐全，按立卷要求整理组卷，交档案室检查后编排、装订、归档、保管。

三、档案室应根据归档范围，认真及时地做好文件的接收工作，并与有关部门及人员办好交接登记手续。

四、对归档不完整的，以及不符合归档要求的文件材料，档案室要及时向有关部门和人员进行收集。

五、对外出开会、调研或出国学习考察带回来的文件和资料，档案室应及时主动向有关部门和人员收集。

六、了解本院的日常工作和中心工作，主动与全院各部门和科室联系，采取平时收集和定期收集相结合的方法，确保应归档的文件资料完整齐全、及时归档。

档案整理制度

一、档案的整理工作必须按照档案管理的有关规定和要求，根据其形成特点和规律进行整理。

二、根据国家档案局档案分类原则，结合本院实际，编制科学的分类方案。

三、根据文件资料所反映的不同问题，区别不同保管期限，进行系统整理、合理组卷。

四、经过整理的档案，必须保持文件之间的有机联系，便于保管和利用。

五、凡立卷材料必须纸质优良，规格统一，书写规范，字迹清楚。禁止用铅笔、圆珠笔书写，也不能用复写纸复写。对不符合要求的要返工重制。案卷的封面要采用国家规定的标准格式，并按规定填写。

六、案卷编目要正确，书写要用毛笔或钢笔，字迹要工整、清晰。

档案库房管理制度

一、档案库房门窗牢固，及时关闭上锁。钥匙要专柜保管，不得随身携带。

二、非库房工作人员不得擅自入内，因工作需要进入库房时，必须有本室人员陪同。

三、库房内要配备好“六防”设施（防火、防盗、防潮、防虫、防尘、防强光），库房内严禁吸烟和存放易燃易爆物品及其他物品。

四、库房内橱柜排列整齐合理，要经常打扫、擦拭和通风，保持室内清洁卫生，防尘、防潮、防霉变。

五、档案排放整齐有序，便于管理和查找利用。

六、定期检查统计，搞好档案统计分析，及时掌握档案管理情况，对破损或变质的档案及时修补、复制或作其它技术处理。

档案借阅制度

一、本院工作人员因工作需要查、借阅档案，需填写档案借阅登记簿。查、借密级以上档案，需经院领导批准。

二、查阅档案一般在档案室内，任何人不得擅自将档案、资料带出室外。

三、因工作需要借出档案，必须办理借阅登记手续，用完后要按期归还，借出时间一般不超过一周。借阅档案必须妥善保管，不得拆散、圈点、涂改、抽出和对外传播，不得转借他人使用，不得摘抄或复制，如需摘抄、复制，要经档案室同意，重要内容须经主管部门负责人批准。

四、档案室对借出的档案应及时催还，归还时必须当面点清，并在登记簿上注销。如发现损坏、丢失，应立即追查，并上报有关部门查处。

五、借阅档案者，必须注意保密和保证档案的绝对安全。在档案借阅期间发生的一切问题，一律由借阅人负责。

六、外单位查阅档案者必须持单位介绍信，经有关领导批准后方可查阅。

档案保密制度

- 一、按照《中华人民共和国保守秘密法》有关规定，自觉遵守各项档案管理制度和规定，严守机密。
- 二、严格执行档案接收、借阅、鉴定和销毁制度，认真履行登记、审批、签字手续。
- 三、外借档案，必须有安全的箱、柜存放。节假日前及时催还，防止丢失。
- 四、未经批准，不得将档案带出档案室，不得私自复印、摘抄和随意传播档案内容。
- 五、未立卷的文件材料，保管有序，不随意乱放。
- 六、密级材料的重复件应按保密规定处理。
- 七、非本室人员未经许可不得进入档案库房。

档案鉴定与销毁制度

- 一、档案的鉴定、销毁工作必须有组织、有领导地进行。在分管领导的领导下由档案室、相关职能部门和有关立卷单位人员组成鉴定小组负责此项工作。
- 二、鉴定小组根据国家档案保管期限的有关规定，对档案要认真进行鉴定，对已超过保管期限的档案进行鉴定，鉴定工作结束后应提出工作报告。
- 三、经过鉴定，对确无保存价值的档案进行登记造册，经领导审批后办理销毁。
- 四、凡需销毁的档案应送达市档案行政主管部门指定的地点销毁，并指定两人以上负责监销，防止档案遗失和泄密，监销人员必须在销毁清册上签名。
- 五、销毁清册由档案室列入档案保管。

第二章 人事管理制度

徐医附院岗前培训制度

为加强新员工思想教育，提高新员工职业道德素质，根据卫生部颁布的《医务人员医德规范及实施办法》文件精神，结合我院实际，对每年新招录的员工进行为期一周左右的岗前教育，使新员工深入了解医院历史、文化，全面熟悉相关法律法规及医院各项规章制度，明确义务和责任，尽快适应医院工作要求，特制定本制度。

一、凡我院新招聘人员，必须参加医院集中开展的新员工岗前培训，未参加岗前培训的新员工原则上不许上岗。岗前培训的考核作为医院新员工试用期考核评价内容之一。

二、新员工的岗前培训，由人事处结合相关职能部门制定岗前培训课程并组织考试。

三、岗前培训由人事处制定培训计划统一组织、安排，各职能科室负责进行相关规章制度、规范的具体宣教工作和技能培训。

四、岗前培训一般定于每年7-8月份，主要采取集中培训方式。集中岗前培训时间不少于一周。主要内容包括：

- （一）徐医附院院领导与新职工见面会；
- （二）徐医附院发展报告（院领导）；
- （三）党风廉政教育（纪委）；
- （四）职业道德、廉洁行医教育（行风办）；
- （五）工会相关工作（工会）；
- （六）医疗质量安全核心制度（医务处）；
- （七）院内感染管理工作（感染管理科）；
- （八）国际疾病手术分类及病历首页填写规范（病案统计科）；
- （九）医院信息安全及信息系统简介（信息中心）；
- （十）医疗保险相关政策培训（医保办）；
- （十一）爱婴医院知识培训（妇产科）；
- （十二）住院医师规范化培训工作（教育处）；
- （十三）临床教学工作（教育处）；

(十四) 团委相关工作(团委);

(十五) 消防安全知识培训(保卫处);

(十六) 其它需要培训的知识(由人事处根据需求安排相应职能部门负责)。

五、参加岗前培训人员,不得无故迟到、早退或者缺席,岗前教育结束要进行考核,考核合格方可上岗。岗前教育与试用期相结合,试用期内仍需坚持岗位教育,试用期考核合格者方可转正。

六、培训后,负责培训的各职能科室要对岗前培训的教学质量和培训效果进行评价,并进行培训总结、提出整改措施。

七、各部门的岗前培训负责人原则上为各相关科室主任。

外事管理工作暂行规定

为加强对我院出国工作和国际交流工作的管理,根据国务院、省政府有关规定,结合我院具体情况,制定本规定。

一、出国工作

(一) 因公出国

因公出国包括按国家统一计划招生、选派、执行统一经费开支规定的“国家公派”出国和按部门、地方、单位计划选派、执行部门、地方、单位经费开支规定(包括个人经单位同意和支持,取得各种奖学金和国内外资助)的“单位公派”出国以及参加国际学术会议、出访考察、技术培训等出国。

1、公派出国留学:包括研究生、大学生、进修实习、访问学者(包括高级访问学者)。

基本条件:

(1) 热爱祖国、热爱社会主义,坚持四项基本原则,思想品德优良,爱医院、爱岗位,工作表现突出,政治审查合格。

(2) 医院的业务技术骨干或管理工作骨干。

(3) 外语考试,成绩合格。

(4) 同意执行如下规定:①按期回国,回本院工作;需要延长在国外逗留期限,须经医院批准;不得申请豁免回国服务义务。②公派出国留学回到医院工作的服务期限为:在国外第一年,服务期五年,每延长半年增加服务期一年。③公派出国留学人员服务期未满或医院支付匹配资金的,参照医院所支付的研究生培养费或匹配资金,交纳保证金。按期回医院后全部退还(不计利息)。

(5) 身体健康,经省、市级医院检查符合出国的规定标准。

选派程序:

(1) 个人申请,科室计划安排。计划安排的总原则是:出国留学人员纳入“科室所有脱产学习人员不超过科室在编总人数的四分之一”[徐医附院(1999)56号]文。

(2) 提交经科室和主管部门签字同意的申请报告,留学内容和具体计划的书面报告等有关资料。

(3) 报请院党委讨论同意,经人事处办理有关手续,医学院编制在附院工作的人员经院党委讨论同意报医学院党委,凡未经人事处办理有关手续的一律停发工资。

(4) 签定协议书,交纳保证金。

研究生服务期未交纳保证金的计算办法:

[研究生期间的培养费(含基本工资)/研究生服务期(月)]×研究生服务期末满时间(月)

工资待遇、经费开支及假期要求:①在批准出国期限内,国内工资照发(医学院编制在附院工作人员工资补差照发),停发交通费和卫生津贴。逾期不归者,从超期的第二个月起停发工资。超期一年内停薪留职,超过二年后仍不归者,是否保留公职由院党委决定。②医院按照规定标准报销出国制装费、出国外语考试费、培训费、办理出国手续的国内差旅费、护理费、签证费、体检费等,非医院组织和批准的其他出国外语考试费,亲友迎送出国人员的国内差旅费、公证费、保险费、国外包括医疗费、参加学术会议费、邮费、电话费在内的一切费用等均自理。

2、公派出国工作:包括援外医疗、合作科研、其他劳务性工作。

(1) 援外医疗任务按上级有关规定执行。

(2) 合作科研,其他劳务性工作经院党委讨论同意后与医院签定协议,其费用开支、工资待遇按上级有关规定或协议执行。

3、参加国际学术会议

(1) 须提交参加会议的必要资料和被会议选中的论文，经院党委讨论同意，人事处办理手续。

(2) 费用开支按院有关规定执行，出国期间工资待遇不变。

(3) 参加得到邀请组织或国内其他单位提供全部经费资助的学术会议。须提交邀请信件及有关资料，一切费用自理。出国期间工资待遇不变。

4、技术培训

经院党委审批，由人事处办理经费开支、工资待遇，按有关规定和协议执行。

5、出访、考察

按有关规定执行，手续经人事处办理。

(二) 因私出国

1、自费出国：

(1) 自费出国人员必须热爱祖国、热爱社会主义、坚持四项基本原则，思想品德优良，工作表现积极，政治审查合格。

(2) 个人申请，科室和主管部门同意，报院党委批准后经人事处办理有关手续。

(3) 研究生在本院服务期未满要求自费出国的，须以研究生培养费（含基本工资）交纳保证金。

(4) 自费出国人员申请豁免回国服务义务，原则上不予批准。

(5) 自费出国，一切费用自理，从出国（境）下一月起停发工资（医学院编制在附院工作人员停发工资补差）。未经批准，逾期不归，是否保留公职由院党委决定。按期回医院工作者，医院参照工资给予奖励。

(6) 自费出国经批准转为公派的，其工资待遇从批准之日起按公派出国规定办理。

保证金的计算办法：

[研究生培养费（含基本工资）/ 研究生服务期（月）] × 服务期未满时间（月）

凡未按规定交纳保证金，按自动离职处理，医院不出具任何证明和材料。

2、出国探亲：

(1) 公派出国研究生，出国半年以后，配偶可以申请探亲。探亲费用自理；探亲期限三个月，最多不得超过六个月；从第七个月起，是否保留公职，由医院决定。探亲之日起停发工资，按期回国后补发三个月工资（不含交通费和卫生津贴）。

(2) 自费出国配偶探亲，原则上参照以上规定执行。

(3) 亲友探亲，从探亲之日起停发工资，超过七个月，是否保留公职，由医院决定。

(4) 出国探亲，都须由个人申请，科室同意，报院党委审批（医学院编制在附院工作的人员须经院党委同意报医学院党委），经人事处办理有关手续，凡不经人事处办理手续者停发工资。

二、国际交流工作

(一) 随着医院的发展，国际交流将日益增多，为做好外事接待工作，作如下规定：

1、根据工作和学科发展需要，邀请国外专家、学者来院访问、讲学和学术交流。须由科室根据需要做出计划，向医院申请，经院党委批准后由人事处、科教处、医务处、护理部等有关部门协同办理邀请手续。费用按有关规定执行。

2、非我院邀请要求顺访我院，须从有利促进医院专业发展的目的出发，由科室向医院提出申请，由院领导同意后予以接待。医院可酌情提供某些方便，不负担任何费用。

3、我院职工的国外亲友、同学、导师等非因公来访。医院在可能的范围内提供有关方便，费用自理。

(二) 组织管理：

(1) 我院外事工作，在党委和院长领导下，由人事处主管。

(2) 人事处负责承办出国人员的有关手续，执行工资待遇；负责出国人员回国后半月内办理报到手续并填写《出国人员回国登记表》；完成上级机关布置的其它外事工作任务。

(3) 科教处负责制定人才培养规划和出国人员计划，组织出国外语考试和培训，收存出国人员有关专业国外水平和发展的调查报告及回国后开展工作的设想；及时组织他们向同行、科、部门、院领导作出留学报告，达到一人出国大家受益。

(4) 医务处、护理部等有关部门参与出国人员的计划制定和管理。

(5) 政治审查：党政干部按干部管理权限政审，专业技术干部由人事处负责政审。

三、附则：

- 1、本规定中的基本工资指基础性绩效工资、奖励工资之和；工资指工资单中的所有项目。
- 2、本规定自下发之日起执行，以前文件中凡与本规定相抵触的，按本规定执行。

研究生报考暂行规定

- 1、报考硕士研究生必须是大学本科毕业生，学士学位获得者，转正后工作满两年。
- 2、研究生报考类别，原则上选择同专业国家计划内招收研究生中的定向培养研究生，考试的报名费、差旅费、住宿费均自理。
- 3、研究生上学期间停发工资，但养老金、医疗保险金、公积金按一定数额继续缴付。医院为其保留编制并提供晋升职称、任职年限连续计算等便利。定向生回院后补发工资。
- 4、报考者须于考试前一年的11月份填写统一的报考申请，科室签署意见后交人事处审核，待院长办公会讨论通过后方可报考，接到录取通知书后再与医院签定向协议书。
- 5、未申请报考或过时申请报考者医院不与其签定向协议书。
- 6、硕士研究生毕业后服务期为3年，博士研究生毕业后服务期为5年。未满服务期离院者，要缴纳赔偿金及违约金。赔偿金为其上学期间医院每年实际代为缴费的公积金、社会保险金，违约金计算按10000元/年；违约金计算按5000元/年。

卫生专业技术职务聘任工作有关规定

（徐医附院[2001]8号文件摘要）

1、聘任原则

- （1）实行评聘分开，在定编、定岗、定任务的基础上，根据岗位对人员素质的要求聘任。
- （2）根据岗位设置方案聘任，岗位可以向下挪用。
- （3）坚持岗位考核制度，制定专业技术岗位职责考核实施细则，加大考核力度，实行择优聘任。
- （4）聘用原则上应具备相应的任职资格，但因岗位限制而未聘用的专业人员，经领导同意可在院内流动，也可不聘或低聘，还可根据院的实际情况实行“职务缓聘，待遇从优”的办法。另对一些个别表现突出的专业技术人员，同时岗位又需要者，也可低职高聘。
- （5）聘任由院、科（部门）两级负责。高级岗位职务由院聘任；中、初级职务由科（部门）推荐院聘任。
- （6）在平等竞争的基础上，实行双向选择，聘与被聘双方应履行各自义务。院、科（部门）对不称职人员有权处理和解聘。

2、聘任条件

- （1）热爱祖国，拥护中国共产党的领导，贯彻党的卫生工作方针，遵纪守法，维护社会公德，具有良好的职业道德，团结协作，服从组织分配，全心全意为人民服务。
- （2）尽职尽责，积极主动地完成岗位职责所规定的各项工作任务及临时性特殊任务，接受院定期的政治思想和业务考核。
- （3）身体健康，能完成本职工作。
- （4）因工作需要和学科梯队建设需要延聘、返聘的离、退休人员，应承担和完成延聘、返聘后的工作任务。

3、聘期

- （1）受聘人员聘期一般为3年，最长不超过5年。
- （2）接近离退休年龄的专业技术人员，聘期一般不超过法定离退休时间。
- （3）经院批准延聘人员，延聘的时间一般不超过1年。特殊工作需要，经院职改领导小组研究同意后，可适当延长聘期。

4、聘任办法及程序

- （1）中、初级专业技术人员的聘任由本人申请，专科或部门根据定编、定岗数额和岗位设置要求及考核结果推荐，经大科和医院同意，送人事处办理聘任手续。
- （2）高级职务专业技术人员的聘任由本人申请，医院根据定编、定岗数额和岗位设置要求及考核结果审批，人事处办理聘任手续。

职工退休若干问题的暂行规定

为做好职工退休工作，根据国务院国发(1978)104号《国务院关于安置老弱病残干部的暂行办法》、《国务院关于工人退休、退职的暂行办法》、人退发(1990)5号《人事部关于高级专家退（离）休有关问题的通知》等文件精神，结合我院实际，现对有关问题作如下规定：

1、退休条件

(1) 根据国家有关规定，凡符合下列条件者，应该退休：

工人：男年满60周岁，女年满50周岁，连续工龄满10年。

干部：男年满60周岁，女年满55周岁，连续工龄满10年。

(2) 经医院证明，完全丧失工作能力，符合下列条件，可办理退休：

男年满50周岁，女年满45周岁，连续工龄满10年。

(3) 因工致残，经医院证明，完全丧失工作能力的可办理退休。

(4) 凡在本专业岗位上工作的女性副高级职称人员，如身体健康，能坚持正常工作，本人自愿，可到60周岁退休。

2、关于延长退休年龄

根据工作需要和身体条件，对符合《国务院关于高级专家离休、退休若干问题的暂行规定》中所规定的四个条件，同时具备在医疗临床第一线工作的高级职称人员经组织同意可申报延长退休年龄。

返聘工作的暂行规定

为充分发挥到龄高级专业技术人员的积极作用，根据有关文件精神，经医院研究决定，对返聘有关问题作如下规定：

1、返聘条件

(1) 确因工作需要。

(2) 医生系列的高级专业技术人员。

(3) 其他系列具有特殊需要经医院研究同意的。

(4) 能坚持正常工作，认真履行岗位职责，遵守医院各项规章制度，执行《徐州医学院附属医院一次申告待岗方案》的规定，维护医院和科室集体利益，不得在外单位搞兼职活动，不得私自外转病人、外开各种检查单，服从科室的工作安排。

2、返聘形式

(1) 全聘：和在职人员一样，全天上班。

(2) 半聘：坚持半天班（上午）。

(3) 专家门诊：按科室的时间安排准时上专家门诊。

3、返聘待遇

(1) 全聘者享受同级同类人员同等待遇。

(2) 半聘者享受院内岗位职务津贴50%，绩效津贴按科室二次分配方案执行，不再享受公休假待遇，其他待遇按原有关规定执行。

(3) 只看专家门诊者根据原档案工资按原规定执行。

4、返聘形式的年龄要求

(1) 60周岁至65周岁（含65周岁），可由本人任意选择全聘、半聘、只看专家门诊三种形式其中一种形式。

(2) 65周岁至70周岁（含70周岁），可由本人任意选择半聘、只看专家门诊两种形式其中一种形式。

(3) 70周岁以上，可选择只看专家门诊一种形式。

5、返聘程序

(1) 要求返聘者本人提出书面申请，送科主任或科室负责人签署意见交人事处报院领导审批。

(2) 人事处根据领导意见与本人签定返聘协议书。

6、返聘聘期

返聘人员聘期一般为一年，时间从院签定协议书之日算起。

7、解聘辞聘制度

- (1) 凡违反本规定第一款返聘条件第 4 条者，科室可提出解聘申请报院审批后解聘。
- (2) 因身体状况不能从事原返聘工作者，科室应及时提出停聘申请报院办理停聘手续。
- (3) 返聘期内，本人根据需要可提出辞聘书面申请送科主任或科室负责人签署意见后报院审批，由人事处办理辞聘手续。

8、本规定由人事处负责解释。

关于假期保险福利待遇的有关规定

一、年(工)休假待遇

(一) 假期：

- (1) 职工累计工作满 1 年不满 10 年的，年休假 5 天。
- (2) 已满 10 年不满 20 年的，年休假 10 天。
- (3) 已满 20 年的，年休假 15 天。

国家法定节假日、休息日不计入年休假的假期。

2. 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) 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；
- (3) 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；
- (4) 累计工作满 20 年以上的职工，请病假累计 4 个月以上的。
- (5) 当年享受探亲假的，不再安排休假。
- (6) 调入院的工作人员，调入当年不享受公休假。
- (7) 受党内严重警告或行政记大过以上处分的，当年不安排休假。

(二) 有关要求和规定：

- 1、休假期间停发卫生津贴。
- 2、当年连续病假超过两个月的，不再安排休假。
- 3、当年已享受探亲假的，不再安排休假。
- 4、当年脱产进修学习超过 6 个月的，不再安排休假。
- 5、调入我院工作的，当年不安排休假。
- 6、受党内严重警告或行政记大过以上处分的，当年不安排休假。
- 7、假期原则上当年一次休完，如确因工作需要，经科室和主管部门或分管领导同意可在当年 12 月底前办理完请假手续，假期延至翌年 2 月前休完。
- 8、休假期间遇到法定公休节假日（元旦、春节、五一、国庆）时，假期可顺延。

二、探亲假待遇

(一) 职工国内探亲（与父母或配偶分居两地）

- 1、未婚职工探望父母的，原则上每年休假一次，假期为 20 天；若两年探亲一次，假期为 45 天。
- 2、已婚职工探望父母的，每四年休假一次，假期为 20 天。
- 3、职工探望配偶的，每年休假一次，假期为 30 天。

(二) 职工出境探亲（归侨、侨眷、台胞、台属）

- 1、未婚职工探望父母的，一年探亲一次，休假 20 天；两年一次，休假 45 天；三年一次，休假 70 天；四年一次，休假 120 天。
- 2、已婚职工探望父母的，每四年休假一次，假期为 40 天。
- 3、职工探望配偶的，每年休假一次，假期为 30 天，若四年探亲一次者休假 180 天。

(三) 有关规定和要求：

- 1、探亲假可根据实际需要给予路程假。
- 2、探亲假均包含法定节假日（元旦、春节、五一、国庆）和双休假日。
- 3、探亲假每年只能给予一方探亲假一次。
- 4、分配或调入我院工作的，当年不享受探亲假。
- 5、职工当年与配偶团聚 30 天以上，未婚职工和父母团聚 20 天以上，不再享受探亲假待遇。

6、职工探望配偶和未婚职工探望父母，往返路费由医院负担。已婚职工探望父母的往返路费，在本人月标准工资（职务工资、津贴、职岗津贴）30%以内的，由本人自理，超过部分由医院负担。

7、探亲假期间，停发卫生津贴。

三、病假待遇

（一）病假时限及待遇：

1、2个月以内发基本工资。

2、6个月以内，工作年限不满10年，从第三个月起发基本工资90%。

3、6个月以内，工作满10年及以上的发基本工资100%。

4、6个月以上，工作年限不满10年，从第7个月起发基本工资70%。

5、6个月以上，工作年限满10年，不满20年，从第7个月起发基本工资80%。

6、6个月以上，工作年限满20年及以上的发基本工资90%。

（二）有关规定和说明：

1、基本工资指职务工资、津贴、职岗津贴之和。

2、病假超过三个月的，同时取消当年的辅助性补偿工资。

四、事假待遇

1、15天以内，发职务工资（不含津贴即活工资部分）、职岗津贴。

2、15天以上，停发全部工资（包括基本工资和补偿性工资）。

五、婚假、流产假、产假、计划生育假待遇

（一）假期

1、婚假：正常3天，按法定年龄推迟三年（男25周岁，女23周岁）以上初婚为晚婚，增加婚假12天。

2、流产假：

（1）怀孕三个月以内流产的，休假20-30天。

（2）怀孕三个月以上七个月以下流产的，休假42天。

3、产假：

（1）顺产假期128天

（2）剖腹产、产后出血等难产假143天

（3）男职工护理假15天

（五）计划生育假

（1）孕50天以内的药物流产，给假15天

（2）人工流产手术，给假30天

（3）孕2-3个月（药流+清宫术）流产，给假30天

（4）放置宫内节育器给假2天，取出宫内节育器给假1天

4、丧假：

职工的直系亲属（父母、配偶和子女）及公婆、岳父母死亡时，给予3天的丧假，如必须去外地处理丧事时，可给路程假

5、教学假：

讲师职称以上人员每年假期10天，讲师职称以下人员根据课时量由临床学院安排。

放射假：

6、放射假

每年假期30天。

干部人事档案管理制度

一、干部人事档案管理部门工作职责

（一）按照干部管理权限依法管理好干部档案，为国家积累档案史料。

（二）及时收集、鉴别和整理干部人事档案材料，把好档案材料入口关，及时清理所缺材料并告知有关部门补充齐全。

（三）按照规定办理干部人事档案的查阅、借阅和转递。

(四)认真做好登记干部职务、工资的变动情况。

(五)为有关部门提供干部人事档案材料的情况。

(六)认真做好干部人事档案的安全、保密、保管和保护工作。

(七)调查研究干部人事档案工作情况，制定规章制度，搞好干部人事档案的业务建设和宏观业务指导。

(八)推广、应用干部人事档案现代化管理技术，逐步实现干部人事档案管理的信息化和现代化。

(九)定期向档案管(室)移交死亡干部的档案。

(十)办理其他有关事项。

二、干部人事档案材料收集补充制度

(一)按照中组部《干部人事档案收集归档规定》，经常通过有关部门收集干部任免、调动、考察考核、培训、奖惩、工资、入党等工作中新形成的干部材料，不断充实完善干部人事档案的内容。

(二)收集的干部人事档案材料必须是组织上形成的，或者是组织上审定认可的材料，未经组织同意，个人提供的材料不得收集。

(三)凡新参加工作的国家干部、地方新安置的部队转业干部，都应填写“干部履历表”和“干部自传”，审核后，补充进干部人事档案。

(四)干部人事档案材料的形成部门，必须按照有关规定规范制作干部人事档案材料，建立干部人事档案材料收集归档机制，在材料形成之日起1个月内按要求送交干部人事档案管理部门并履行移交手续，任何组织和个人不得以任何理由积压归档材料。

(五)掌握形成干部人事档案材料的信息，及时、主动地向有关部门索要应归档材料。

(六)注意做好材料收集中的安全保密工作，不得泄露材料内容。

(七)认真办理干部人事档案材料收集登记和交接手续。

三、干部人事档案材料鉴别归档制度

(一)对收集的干部档案材料必须根据中组部的有关规定，归档前必须经过认真审查、鉴别，符合要求的才能归档。

(二)归档的材料必须真实、完整、文字清楚，对象明确，手续完备，未经鉴别，任何人都不得擅自销毁干部人事档案材料，不得私自将不属于归档范围的材料归档或从干部人事档案中撤出材料。

(三)对干部人事档案材料进行鉴别，必须判定材料是否属于所管干部的材料及应归入干部档案的内容，必须审查材料是否齐全、完整，手续是否完备。

(四)鉴别中发现涉及干部政治历史问题或其他重要问题，需要查清而未查清的材料及未办理完毕的材料，不能归入干部档案，应交有关组织处理。

(五)鉴别时，发现档案中缺少有关材料，要及时进行登记并收集补充。

(六)凡是干部人事档案材料归档或从干部人事档案中撤出材料，必须由专人把关，对比较重要材料的取舍，应请示主管领导。

(七)经鉴别应销毁的干部人事档案材料要进行登记，履行批准手续后方可销毁。

(八)鉴别工作应纳入干部档案工作正常业务，应随时或定期进行。

(九)干部人事档案材料必须是铅印、胶印、油印或用蓝黑墨水、碳素墨水、墨汁书写。凡圆珠笔、铅笔、红墨水、纯蓝墨水书写的材料，必须经过复制方可归档。

(十)归入的干部人事档案材料均应按照《干部档案整理工作细则》进行整理立卷。

四、干部人事档案整理制度

(一)严格按照《干部档案工作条例》和《干部档案整理工作细则》的要求进行，整理工作做到真实、完整、规范。

(二)干部档案管理部门要配备齐全相关设备(切纸刀、打孔机等)，使用标准的档案卷夹、类号等文具用品，确保档案整理工作质量。

(三)严格执行分类、编排、修整、打印、装订的档案整理程序，做到认真鉴别、分类准确；编排有序，层次清楚；技术科学，修补完整；目录清楚，打印工整；两边对齐，装订美观。

(四)干部档案整理人员应认真、仔细，不得折皱或损坏档案材料。对不符合标准用纸的档案材料，要进行裱糊或折叠、剪裁等技术加工。

(五)干部档案整理人员不得私自涂改、抽取或伪造档案材料，不得擅自处理或销毁档案材料。档案整理后，要认真复核，合乎要求方能入卷。

(六)每两年对管理的档案进行一次新材料的补充和整理工作。对整理后的档案，经认真核对后，方可入库。

五、干部人事档案查(借)阅制度

(一)干部人事档案原则上不对外提供使用。有下列用途之一的，经干部人事档案管理部门批准后，方可进行查借阅。

1. 干部考察、任免、调动、政治审查、组织处理、入党、出国(境)、退(离)休、工资待遇、治丧、制作档案副本等组织人事工作；

2. 办理案件；

3. 办理社会保险、公证；

4. 经批准进行的编史修志、撰写大事记或人物传记、举办展览或纪念活动。

(二)查阅干部人事档案的单位须派两名正式中共党员干部，持《干部档案查(借)阅审批表》按干部管理权限办理审批手续，不得以一般行政介绍信、调查材料介绍信等证明材料或工作证、身份证等为凭证查阅干部档案。

(三)干部人事档案管理部门，应根据规定，确定是否提供和提借什么材料，并对提供查阅的档案进行登记。

(四)除组织人事部门因工作需要外，任何人不得查阅和借用上级和同级干部的档案。除办理案件外，查借阅单位只能查借阅人事关系在本单位的干部档案。任何人不得查阅和借用本人及亲属的档案。

(五)查阅干部档案材料一般只能摘抄。特殊情况需要复制的，须事先在《干部档案查借阅审批表》中列出需要复制的材料明细，并经批准方可复制。

(六)干部档案一般不予外借。因治丧等特殊情况确需借出使用的，必须履行严格的审批程序，本地区单位必须在借出之日起五个工作日内归还，外地区单位必须在借出之日起十个工作日内归还。借出使用的档案和摘抄、复制的档案材料，要妥善保管，不得转借，不准无关人员和干部本人翻阅。

(七)持有《查阅干部档案审批表》，但审批手续不完备，未写明查阅理由，查档人不符合规定，查阅本人及其直系亲属档案的，干部人事档案管理人员有权拒绝提供查阅。

(八)查阅人员必须严格遵守保密制度，不得泄密或擅自向外公布档案内容。

(九)查阅人员要爱护干部人事档案，严禁在档案材料上圈画、批注、涂改、折叠，不得抽换、拆散档案材料。

六、干部人事档案计算机管理制度

(一)爱护机器设备，熟悉机器性能，按程序规范操作。

(二)充分发挥《干部人事档案管理信息系统》的功能，建立完整的档案信息数据库，利用该系统完成档案查借阅、转递、目录及零散材料的管理和“四统一”管理。

(三)以干部人事档案和干部人事工作中形成的正式文件为依据采集信息并及时维护，确保信息内容的准确、完整和新鲜。

(四)新进干部档案和零散材料的信息录入在三个月内完成；干部档案索引每半年打印一次；日常管理信息每年汇总一次，并做好有关资料的立卷工作。

(五)对新维护的档案管理信息要及时备份，并登记备份的时间和主要内容。

(六)不得随意使用外来磁盘，确需要使用时要进行病毒检查，防止机器故障造成信息的损坏或丢失。

(七)未经批准不得提供、复制干部信息，无关人员不得查看干部信息，贮有保密信息的载体严禁外传。软件应由专人保管。

(八)利用干档信息对干部队伍进行综合分析，为领导决策提供服务。

七、干部人事档案转递制度

(一)干部人事档案应随着干部管理权限的变化及时转递。干部人事档案管理部门在接到干部任免、调动或管理权限变动通知后，应在 30 天内将调出的干部档案转给新的干部人事档案主管部门，避免人档分离。

(二)县及相当于县以上的党委组织、人事部门，可以直接转递干部人事档案。

(三)转出的档案必须完整齐全，并按规定经过认真的整理装订，不得扣留材料或分批转出。

(四)转递干部人事档案必须经过严格密封，通过机要交通转递、邮政 EMS 或派专人送取，严禁将干部人事档案交干部本人自带或公开邮寄。

(五)接收干部档案的单位，经核对无误后，应在回执上签名盖章，并立即将回执退回转出单位；对个人

自带的档案，档案部门有权拒绝接收。

(六)对转出的干部档案，逾期一个月未见回执退回，要及时发函、发传真、电话催取，以防丢失。回执退回后，将其贴在转递通知单的存根上。

(七)转递档案必须填写“干部人事档案转递通知单”，办理登记手续。

(八)凡是转出的干部人事档案或材料均应严密包封，并加盖机密章。

八、干部人事档案检查核对制度

(一)干部人事档案管理部门对所管理的档案要定期地进行检查核对，一般每半年核对一次，发现问题，及时解决。每半年按干部名册核对一次干部档案名单，管人与管档相一致，杜绝有人无档或有档无人的现象。

(二)凡提供利用的干部人事档案，在收回时，要严格检查，经核对无误后，方可入库。

(三)整理好的干部人事档案入库前，要逐人、逐卷、逐份、逐页进行检查核对，发现差错，及时纠正。

(四)转出和接受干部人事档案时，应将材料与目录检查核对一遍，防止张冠李戴或缺少材料。转递干部人事档案时，一要清点材料，整理装订；二要注销档案名册，注明转出去向；三要办理转递手续。

(五)凡收集的干部人事档案材料，应检查是否属于归档材料，是否完整齐全，是否符合归档要求，是否手续完备。

(六)输入计算机的干部人事信息须与干部人事档案核对无误后方可使用。

九、干部人事档案保管和安全保密制度

(一)严格按照《中华人民共和国档案法》、《中华人民共和国保守秘密法》，做好干部人事档案的保管保密工作。

(二)干部人事档案管理部门，应设立专用档案库房(室)，配置铁质档案柜，妥善保管干部人事档案。

(三)干部人事档案库房(室)必须备有防火、防潮、防蛀、防盗、防光、防高温等设施。安全措施应经常检查，保持库房的清洁和适宜的温、湿度。

(四)要设置专门的档案查阅室和档案人员办公室。档案库房、阅档室和档案人员办公室应三室分开。

(五)干部人事档案库房(室)和档案柜，应明确专人管理。管理人员工作变动时，必须办理好交接手续。

(六)非管理及无关人员一律不得进入档案库房(室)。

(七)干部档案工作人员要严格遵守保密制度，不准向无关人员谈论档案内容，不准用电话提供干部的全面情况和涉及其他重要问题的材料，严禁任何人携带干部人事档案材料进入公共场所和娱乐场所。

(八)干部人事档案工作中形成的需销毁材料不得自行处理，须经档案管理部门分管领导批准后，统一登记，统一销毁。

(九)干部人事档案工作人员及其在本单位的直系亲属的干部人事档案，由所在单位组织指定有关部门专人保管。

十、送交干部人事档案材料制度

(一)各组织人事、纪检监察、教育培训、审计、统战等部门，应建立送交干部人事档案材料归档的工作制度。

(二)干部人事档案材料的形成部门，应在材料形成的一个月内，主动送交干部人事档案管理部门归档。

(三)任何组织与个人，不得以任何理由积压、滞留应归档的材料。

(四)干部人事档案管理部门，应与各有关部门建立联系制度，保持收集材料的渠道畅通。

(五)干部人事档案管理部门，对未能按时递交档案材料的部门，应主动与有关部门联系。

(六)发现递交归档的材料，不符合归档要求的，及时通知有关部门补送或补办手续。

十一、干部人事档案审核通报制度

(一)干部人事档案管理部门须在新任职干部任命通知下发后1个月内，按照标准完成新任职干部的档案审核和转递工作。

(二)干部人事档案管理部门对报送的档案要逐页逐项核对材料，保证各类材料完整齐全、手续完备、整理规范、信息准确、无错装材料、无涂改材料。如档案材料有涂改的，应先对涂改情况和原因进行了解核实，并向上级干部人事档案管理部门做出书面说明放入档案十类中。

(三)拟报送的干部人事档案需做到材料分类准确、排列有序、目录清楚，技术加工和装订符合要求。干部人事档案管理部门在办理转递手续前，要将审核情况及档案中存在的问题在《干部档案报送单》说明，经分管领导签批同意后装入档案十类中，才可办理转递手续。

(四)上级干部人事档案管理部门在接收新任职干部档案时,要按照标准逐卷逐页逐项进行审核。经审核不合格的,一律不予接收,并退回原干部人事档案管理部门重新审核、整理。

(五)上级干部人事档案管理部门要定期对新任职或接收的干部档案审核情况进行通报。凡经审查不合格退回原干部人事档案管理部门的、任职通知下发后未按时转递干部人事档案的,上级干部人事档案管理部门将定期通报。

徐州医科大学附属医院一次申告待岗方案

为进一步加强行风、职业道德建设力度,规范服务行为,深入人事制度改革,促进人文精神创建,根据《事业单位人事管理条例》(国务院令第652号)的精神,制定我院一次申告待岗方案,如下:

指导思想

坚持以患者为中心,以社会满意为目标,通过实施一次申告待岗制度,进一步端正服务思想,增强服务意识,改善服务态度,提高服务质量,规范服务行为,促进行风、职业道德建设,从而提高我院社会综合服务满意度,树立我院新时代人文主义行业形象。

实施对象和范围

凡本院工作人员,包括在职职工,返聘的离退休职工因病员、病员家属、社会各界、医院内申告以及各类考核有下列问题之一并经查实者进行待岗。合同工、临时工、进修人员以及不在岗的离退休职工有下列相关问题者也要作出相应处理。

态度生硬,服务态度差,言语不当,与患者或其家属发生争吵、冲突,经查责任在医方者。

不实行首科、首诊负责制,拒绝接待患者,或由其他个人原因延误患者抢救、治疗,造成不良影响或后果。

不遵守部门劳动纪律,经常迟到、早退、脱岗,延误工作,屡教不改者。

以医(技)谋私、违反行业规范、行为不诚信正直,索取患者额外利益者。

在业务往来、基建工程、项目招标、药品器械等物资购销过程中谋取私利、存在不廉洁行为,经查属实者。

私自向患者出售医用药品及其他物品者。

违反临床操作规程,发生责任性或技术性事故,不接受教育,不服从有关规定处理者。

缺乏本职工作能力,消极怠工,不能履行自己岗位职责者。

不服从医院组织管理和院、科领导指令,挑起事端或放任家属、亲友纠缠,谩骂领导和同事者。

未经医院批准擅自搞业务和兼职服务,动用医院设备耗材为科室或个人谋取私利者。私自外出参与会诊、手术、讲学、外转患者、外开各种检查单两次以上者(包括返聘或违返聘的离退休人员)、

其他有损单位利益、形象、信誉,造成严重不良影响者。

弄虚作假、违反相关规定,开与病情不符的诊断证明者。

一次申告待岗的程序、办法

申告的接收单位为人事处和行风办(人事处以接收劳动纪律、岗位职责方面的申告为主,行风办以接收行风和服务行为方面的申告为主),人事处或行风办接到申告后会同所在总支、支部、部门、科室领导调查、核实后写出书面材料经院有关会议研究通过,交人事处处理。院领导接受到申告,由上级主管部门调查处理。

被退送人事处的待岗人员应在规定时间内去人事处报到,服从人事处的管理和安排。待岗时间最长期限为3个月。3个月内如能深刻检讨,经原科室或愿意接受的科室考察合格后,本人写出书面保证,经人事处、接收科室和本人三方签字后方可复岗。

待岗人员在待岗期间要努力学习、反省错误,完成人事处或人事处委托部门、科室安排的临时性工作,并根据错误性质按有关规定接受其他处理。

待岗人员待岗期间待遇

待岗人员在待岗期间只发基本工资,不享受绩效奖金待遇。待岗期满无科室接收者自行下岗。待岗者本年度内不得申报晋升高一级专业技术职务,年终考核不合格。

非全日制用工受到一次性申告处理,即预解除聘用协议。进修、实习人员受到一次申告处理,即取消进修实习资格,退回原单位。

返聘职工与在职职工同样接受处理,3个月内无部门、科室聘用者则解除返聘。

未返聘的离退休人员每受到一次申告，停止享受公费医疗半年。
本方案由人事处、行风办制定相应实施细则并负责解释。

徐医附院年度考核工作实施意见

根据《事业单位人事管理条例》关于事业单位工作人员年度考核相关规定和省委组织部、省人社厅要求，按照省厅对年度考核工作的具体安排，结合我院工作实际，现制定如下实施意见：

年度考核的范围和对象

1. 当年年底前在职在册人员。
2. 经医院批准外出学习、进修、培训的人员。
3. 徐州医科大学编制，在附院工作的在职在册人员。

二、下列人员不参加年度考核

1. 当年上半年办理了退休手续的人员。
2. 因病、事假累计超过本年度半年以上的人员。精神病、绝症、癌症病人可照顾为合格。
3. 出国（境）超过本年度半年以上的人员。
4. 擅自离职的人员。
5. 辞职、退职的人员。
6. 停薪留职人员。
7. 被判缓刑或在考察期的人员。
8. 待岗超过本年度半年以上的人员。

三、考核工作中有关问题

1. 本年度新进职工首次就业，在试用期内参加年度考核，只写评语，不确定等次；非首次就业的，全年总工作时间不满 12 个月的，参加年度考核，只写评语，不确定等次；全年总工作时间满 12 个月的，进行年度考核并确定等次。

2. 前一年和本年度调入人员由所在科室负责考核，其调入前的情况可参阅调入时的鉴定材料，确定考核等次。

3. 脱产外出学习、进修、培训的人员，由本人所在科室负责考核，考核的依据可根据学校、进修、培训单位提供的情况确定考核等次。

4. 军队转业干部、退休军人，由转业、退伍后所在单位进行考核，结合其转业、退伍时的鉴定确定等次，无大问题者，一般当年鉴定为合格等次。

5. 对无正当理由，拒绝参加考核的人员，经教育后仍拒绝参加的，可以直接确定为不合格。

6. 以下人员可以参加当年度考核，但暂不写评语，不定等次，待问题查清后再行决定。

（1）经批准由司法机关立案侦查人员。

（2）经批准立案审查的人员。

7. 对于在党风廉政建设及行风建设工作中确定有问题的员工，其考核结果直接确定为不合格等次。

四、年度考核内容与标准

年度考核内容以聘用合同和岗位职责为主要依据、以工作绩效为重点内容、以服务对象满意度为重要基础，主要包括德、能、勤、绩、廉五个方面，重点考核履行岗位职责的工作实绩。

德：主要考核思想政治素质、职业道德、公共服务意识和遵纪守法情况。

能：主要考核专业技术、技能、管理的业务在履行岗位职责的能力及水平，业务能力提高、知识更新情况。

勤：主要考核工作态度、勤奋敬业精神和遵守劳动纪律情况。

绩：主要考核履行岗位职责情况，完成工作的数量、质量和效率，取得成果的水平及其社会效益和经济效益，服务对象的满意程度。

廉：主要考核廉洁自律、廉洁奉公情况。

五、年度考核等次和比例

年度考核结果分为优秀、合格、基本合格、不合格四个等次（具体依照省厅相关文件指示）。被确定为优秀等次的人数，一般掌握在参加考核总人数的 10% 以内。参加扶贫、或赴省外挂职及援藏、援疆的工作人员的年度考核如被确定为优秀等次的，按上级有关文件规定可不占科室优秀等次的指标。

六、年度考核参考标准

1、行政管理人员年度考核各等次的基本标准。

优秀：正确贯彻执行党的路线、方针、政策，模范遵守国家的法律、法规和各项规章制度，廉洁奉公，精通业务，工作勤奋，有改革创新精神，出色地履行岗位职责，工作成绩突出，服务对象满意度高。

合格：正确贯彻执行党的路线、方针、政策，自觉遵守国家的法律、法规和各项规章制度，廉洁自律，管理业务熟练，工作积极，较好地履行岗位职责，完成工作任务，服务对象较为满意。

基本合格：贯彻执行党的路线、方针、政策，遵守国家的法律、法规和各项规章制度，管理业务素质一般，未完全履行岗位职责，基本完成工作任务，在工作中存在一定失误。

不合格：政治、业务素质较低，组织纪律较差，难以适应工作要求，或工作责任心不强，履行岗位职责差，不能完成工作任务，在遵纪守法方面存在错误，在工作中存在严重失误。

2、专业技术人员年度考核各等次的基本标准。

优秀：拥护党的路线、方针、政策，模范遵守国家的法律、法规及各项规章制度，职业道德好，工作责任心强，勤奋敬业，专业技术能力强、水平高或提升快，工作有创新，出色地履行岗位职责，在专业技术岗位工作中成绩突出，服务对象满意度高。

合格：拥护党的路线、方针、政策，自觉遵守国家的法律、法规及各项规章制度，有较好的职业道德，工作负责，业务熟练，专业技术能力较强或提高较快，能够履行岗位职责，完成工作任务，无责任事故，服务对象较为满意。

基本合格：遵守国家法律、法规及各项规章制度，业务素质和职业道德表现一般，专业技术能力一般，基本完成工作任务，未完全履行岗位职责，在工作中存在一定失误。

不合格：业务素质低，组织纪律较差，工作责任心不强，专业技术能力低，难以适应工作要求，不能履行岗位职责，不能完成工作任务，在遵纪守法方面存在错误，在工作中存在严重失误或造成责任事故。

3、工勤技能人员年度考核各等次的基本标准。

优秀：政治思想表现好，模范遵守法律、纪律和各项规章制度，精通业务，工作勤奋，责任心强，确保劳动安全，工勤技能能力强、水平高，出色地履行岗位职责，工作成绩突出，服务对象满意度高。

合格：政治思想表现好，自觉遵守法律、纪律和各项规章制度，熟悉业务，工作积极，无责任事故，注重劳动安全，工勤技能水平较高，能够履行岗位职责，完成工作任务，服务对象较为满意。

基本合格：政治思想表现一般，工勤技能能力水平一般，未完全履行岗位职责，基本完成工作任务，忽视劳动安全，出现事故苗头或发生轻微事故。

不合格：组织纪律较差，工勤技能能力水平差，难以适应工作要求，不能履行岗位职责，不能完成工作任务，工作责任心不强，忽视劳动安全、违反工作和操作规程，在工作中存在严重失误或发生严重责任事故，在遵纪守法方面存在错误。

事业单位中受处分人员的年度考核，按照中组部、人社部、监察部《事业单位工作人员处分暂行规定》（人社部函〔2012〕290号）办理。

五、年度考核的基本程序

年度考核一般采用个人总结或述职、绩效分析、专项工作检查、结合部门内部评议、服务对象满意度调查等办法，对工作人员一年中德勤能绩廉等方面进行综合评定。部门或科室负责人在听取职工意见和服务对象满意度的基础上，根据平时考核情况、年终考核情况和个人总结写出评语，提出考核等次意见。

个人总结（述职）

民主评议：在个人总结（述职）的基础上，以科室或班组为单位听取群众意见，进行民主评议，测评结果作为评定考核等次的参考

主管领导评鉴（注：机关部门负责人的主管领导为分管其工作的领导，机关其他工作人员和工人的主管领导为所在科室主要领导，临床医技科室的科主任、专科主任、护士长的主管领导为所在总支的考核小组，临床医技科室的其他卫技人员和工人的主管领导为所在科室的科主任）。主管领导在民主评议的基础上，根据平时考核和个人总结，民主评议，写出评语，提出被考核人等次的意见。

院考核评比领导小组对主管领导人提出的考核等次的意见进行审核。

院领导确定考核等次。

反馈：院考核评比领导小组将考核结果向职工反馈。

被考核人对考核结果如有异议，可以在接到考核通知结果通知之日起十日内院考核评比领导小组书面

申请复核，院考核评比领导小组在三十日内提出复核意见经院领导批准后通知被考核人。

六、考核结果的使用

按照国家、省有关规定执行。

七、年度考核工作要求

1、各部门、科室要组织职工认真学习通知要求，领会精神，重点围绕本年度党政工作要点，以履行岗位职责和完成工作任务的业绩为依据，对照等次标准，严格考核程序，做好年度工作总结和考核工作，该工作与先进个人评选工作相结合，各科室应按照规定的时间完成考核工作，按时将考核表与考核结果名册报送所属总支与人事处。

2、医科大学编制人员年度考核与徐州医科大学年度考核分别进行。

第三章 医疗工作制度

转科交接登记制度及流程

健全转科交接登记制度，关键科室之间转科（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿科之间转科）时必须有医师、护士陪送，同时必须有完善的病情与资料交接及登记，转出科医护人员必须向转入科负责床位医师或值班医师交待病员情况及有关事项，保障患者得到连贯抢救，并写转入记录。

关键科室之间转科（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间转科）必须使用“腕带”作为识别标示，做好交接程序与记录。

急诊科与病房交接登记制度

- 1、需要到病房住院治疗的患者，急诊医生开具住院证，患者家属办理住院手续。
- 2、急诊护士通知病房主班护士，准备病床及相关医疗设备。
- 3、急诊护士整理好患者的病历资料、药品，送患者到相应病房。
- 4、急诊护士与病房护士交接患者，包括患者姓名、诊断、生命体征、病情、治疗情况和药物等。
- 5、急诊护士详细填写转运患者交接记录单，并同病房护士双签名。
- 6、转运患者交接记录单存在病房，以备核查。

急诊科与手术室交接登记制度

- 1、需要急诊手术的患者，由急诊医生联系好手术室，手术室护士准备好手术间及器械等。
- 2、急诊护士为患者戴好识别腕带，腕带上详细标明患者姓名、性别、年龄、诊断、血型、手术名称，整理好患者病历资料及药物。
- 3、急诊护士或医生（病情危重者必须有医生陪同）护送患者到手术室。
- 4、急诊护士与手术室护士交接患者，包括患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、手术名称、术前准备内容、患者的腕带、病历资料。
- 5、急诊护士与手术室护士填写转运患者交接记录单，并双签名。
- 6、转运患者交接记录单存在手术室，以备核查。

急诊科与ICU交接登记制度

- 1、急危重症患者经急诊抢救后，需收入ICU治疗，医生开具住院证。
- 2、急诊护士联系ICU主班护士，准备床位及仪器设备。
- 3、患者家属办好住院手续后，急诊护士为患者戴上识别腕带，腕带上详细标明患者姓名、性别、年龄、诊断等，整理好患者的病历资料和药物。
- 4、急诊护士和医生一同将患者转送至ICU。
- 5、急诊护士和ICU护士交接患者，包括患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、患者的腕带、病历资料和药物等。
- 6、急诊护士详细填写转运患者交接记录单，同ICU接诊护士双签名。

7、转运患者交接记录单存在 ICU，以备核查。

ICU 与病房交接登记制度

- 1、ICU 医师和普通病房医师综合评估患者可转出者，通知患者家属。
- 2、ICU 主班护士联系普通病房，准备床位及相关医疗设备。
- 3、ICU 护士写转科小结，整理患者用物。
- 4、ICU 主班护士完善收费工作，办理转科手续。
- 5、ICU 医生和护士一同将患者转送至普通病房，途中密切观察患者病情变化，做好治疗护理工作。
- 6、ICU 护士和普通病房护士交接患者，包括患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、患者的腕带、各种管道、病历资料和药物等。
- 7、ICU 护士详细填写转运患者交接记录单，同普通病房护士双签名。
- 8、转运患者交接记录单存入病房，以备核查。

手术室与 ICU 交接登记制度

- 1、手术室对手术后需要直接送 ICU 的手术病人，应先电话通知 ICU，简单介绍患者病情及注意要点，以便 ICU 做好迎接患者准备。
- 2、ICU 护士接到电话通知后，应立即做好迎接新患者的准备，备好必须的抢救仪器设备，确保病人安全。
- 3、转出前，手术室护士评估患者的一般情况、生命体征等，并按要求完善护理记录。
- 4、手术室护士和麻醉师、手术医生一起共同护送患者至 ICU，协助 ICU 护士安置好病人。
- 5、手术室护士与 ICU 护士交接患者并做好记录。

病房与手术室交接登记制度

- 1、手术科室事先通知手术室，准备迎接手术病人，以便手术室做好抢救和手术准备。
- 2、术前一曰手术室护士访视患者，了解患者基本情况，缓解患者紧张情绪。
- 3、病房护士充分做好术前准备，完善护理记录，以确保手术顺利进行。
- 4、手术开始前手术室护士需到病房接患者入手术室。
- 5、根据手术通知单与病房护士、患者三方核对患者姓名、性别、床号、住院号、诊断、手术部位，准确无误后方可接入手术室，同时携带病历及所需物品。
- 6、做好手术交接并记录。
- 7、手术结束后，由麻醉师、手术医师共同将患者送回病房。巡回护士与病房护士交接患者的衣物、病历、X 线片、皮肤情况等，核对后在接送患者核对单上签名，在全麻患者未清醒前，麻醉师不得离开病房。
- 8、接送患者时，注意患者安全。尤其是特殊患者，如：神志不清、严重外伤、休克等随时有病情变化的患者应有一名医师陪同护送至手术室，以保证患者安全。

病房与病房交接登记制度

- 1、转出科室护士接到患者转科医嘱后，通知患者或家属做好转科准备。
- 2、转出科室事先通知转入科室，以便转入科室做好接收或抢救准备。
- 3、转出前转出科室护士，应了解患者基本情况，做好心理疏导，缓解患者紧张情绪。
- 4、转出科室护士做好转科准备，完善各项护理记录，携带患者物品护送病人到转入科室。
- 5、转出科室护士，与转入科室护士详细交接患者病情、皮肤、管道及物品，并做好交接记录。

关于规范收治急诊住院病人的规定

急诊科是医院提供紧急医疗服务的前沿窗口，担负着各种急危重病病人的接诊和救治任务。近年来，随着急诊科设施、设备的改进，建立健全了一整套的急诊规章制度。但是，随着医院的发展，各专业科室

越分越细，进一步强化专病专治管理，保障医疗质量和医疗安全，确保病人得到最佳的专科治疗，成为医院管理的重要内容。根据医院工作实际，特对收治急诊病人作如下规定：

（一）病人收治基本要求

1. 对专科性不强的疾病，可根据临床专科的技术力量和设备条件收治病人到相应专科；
2. 患者如有多种疾病并存时，以主要疾病确定收治科室；
3. 由原发病引起的并发症，而并发症是当前治疗的主要对象时，则以并发症确定收治科室；
4. 同一种疾病内、外科均可收治时，则以有无手术指征确定收治科室；
5. 如病人所患疾病多科均可收治，但患者已有明确住入某诊疗科室治疗要求时，可在保证医疗安全的前提下，尊重病人的选择；
6. 对暂时诊断不清的病人，一旦确诊后，应及时转相应专科治疗；
7. 在任何时候，必须坚持急症、重症病人优先收治的原则，不得以任何理由拒收急、危重症病人。

（二）各专科病人的收治

1. 内科病人：按我院内科设置，以疾病首要诊断或危及患者生命的主要疾病收治相关科室，分心血管内科、老年保健科、神经内科、血液内科、内分泌风湿科、消化内科、呼吸内科、肾病内科、肿瘤科、感染科、儿内科（包括新生儿科）等。

2. 外科病人：

（1）儿外科、心胸外科、神经外科（一、二）病区（按单双数收住）、泌尿外科及男科按相关疾病收治到相关科室。

（2）普通外科疾病

（3）骨科疾病按：烧伤整形收住烧伤科；手外伤及断肢（断趾）再植收治手足外科；关节疾病与损伤、脊柱及脊髓相关疾病、其他创伤性骨科疾病收治骨科（一、二）病区。

3. 其它科室：当急诊科医师遇到眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、妇产科、儿科等专科疾病时，由急诊科引导员引导病人直接到各专科就诊，或紧急情况下在完善初步检查后，请专科医师到急诊科看病人。

4. 急诊科病区收治病人的范围：

- （1）各种中毒患者；
- （2）电击伤无外科特殊处理的患者；
- （3）心脑血管疾病进展期不宜搬动需要就地抢救的患者
- （4）各种急、危重症需要做生命体征支持治疗的患者。对病情稳定的患者根据情况合理分流到相关专科。

（5）对收治诊断不明的病人，需及时申请组织全院会诊，明确后再转入相关科室。

5. 重症医学科收治病人的范围及收治程序

（1）收治范围

急性、可逆、已经危及生命的器官或者系统功能衰竭，经过严密监护和加强治疗短期内可得到恢复的患者，存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过严密监护和有效治疗可能减少死亡风险的患者，在慢性器官或者系统功能不全的基础上，出现急性加重危及生命，经过严密监护和治疗可能恢复到原来或接近原来状态的患者。其他适合在重症医学科进行监护和治疗的患者，如重大手术后需要密切监护和复苏，如心血管手术后，需行呼吸循环支持者，高龄半有并发症患者术后监护等。

（2）收治程序

转入收入 ICU 的患者，原则上需根据 ICU 的收治标准，经主管医师会诊同意后收入，节假日及夜班收治患者需及时向主管医师汇报。从院内其他科室经会诊后转入的患者，应由原科室医护人员陪送入 ICU，且做好交接班，ICU 需预先做好抢救准备。外院病人必须由 ICU 科主任会诊同意后收治入。

（3）转出标准及程序

3.1 转出标准

第一优先权转出条件：当患者不需要加强监护治疗，或者当治疗失败具短期预后差，经过持续加

强监护治疗恢复或好转可能性小。后者如患者包括三个或者更多器官衰竭，经进一步处理无反应的患者。

第二优先权转出条件：当突然需要加强治疗的可能性减少者。

第三优先权转出病人：当加强治疗的必要已不存在时，必须转出，但经过持续加强治疗其恢复或好转可能性小者，也许提前转出。例如：后者或许包括患者伴有晚期疾病（如慢性肺部疾病，末期心脏或肝脏疾病，广泛转移的肿瘤等）。

3.2 转出程序

患者转出 ICU 原则上由主管医师决定，转出时必须向病房医师详细介绍当前诊断，电解质，血常规及血气分析情况，目前治疗原则和 用药情况，现有液体的成分和浓度，有无特殊用药及剂量，浓度，有无并发症，需特别注意观察和处理的问题，进一步治疗和护理的问题的等，并将上述内容写入转科记录中。

患者的转出应由 ICU 主管医生及科主任决定，少数患者可直接出院。

（三）质控考核

为保证急诊科对急、危重病人合理收治，医院将严格考核急诊科收治住院病人的情况。

1. 医务处根据信息统计科提供的急诊科收治病人汇总情况进行考核。对不按专科病种收治病人的医务人员提出通报批评，每月跨科收治病人数超过其收治病人总数 10%的医务人员将根据情节轻重给予 100~500 元的处罚。连续两次出现上述问题的医务人员予以待岗 1 个月处罚。门诊部加强对急诊留观病人的考核。

2. 各临床科室应充分信任急诊科医师，不得干扰急诊医师的诊疗活动。

3. 各临床科室应保证相关医务人员及时参加急诊抢救和会诊工作。急诊实行首诊负责制，不得以任何理由拒绝或推诿急诊患者。

4. 急诊科应根据急诊医疗工作制度与诊疗规范的要求，在规定时间内完成急救诊疗工作，确保急诊救治及时完成。

5. 严禁临床科室给急诊科医务人员收治病人好处费；否则，医院将对双方分别处以两倍罚金，并给予通报批评。

急、危重症患者入院制度

为了确保危急诊患者得到及时、有效的医疗救治，最大限度的争取抢救的时间，进一步提高危急诊患者抢救成功率，特制定危急诊患者紧急会诊和优先入院抢救的相关规定，进一步规范危急诊患者入院的服务流程。

1. 急诊科为急、危重病人入院设立了绿色通道。全体人员必须有急诊服务的窗口意识，熟悉急诊科工作制度，严格执行各项规章制度和技术操作常规，坚守岗位。

2. 以抢救生命为原则，一律实行优先抢救、优先检查和优先住院与医疗相关的手续后补办的原则，先救治，后交费。

3. 实行首诊责任制，实施抢救科室及检验、输血、放射、药剂、手术等相关辅助科室的医护人员必须全力抢救，无条件为患者提供方便，不得以任何理由推诿患者，延误患者的最佳诊疗时机。

4. 在抢救过程中，如需相关科室会诊，抢救科室呼叫院内抢救会诊原则上相关科室医生在 10 分钟内，紧急情况 5 分钟内到达。

5. 实行上报制度，在进行危重病人和急诊抢救的同时，必须向科主任、医务科报告患者病情及抢救情况，正常工作日报告所在医务科，夜间或休息日报告院总值班，由医务科或院总值班协调相关科室协助抢救，并在必要时组织抢救会诊。

6. 急诊科、手术室、ICU、药房、血库、检验科和功能影响检查等科室必须对重点病种患者救治的病人提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务。

7. 各辅助检查科室须及时接受标本和患者，检验常规项目自检查开始到出具结果≤30 分钟。心电图、影像常规检查开始到出具结果≤30 分钟。超声检查开始到出具结果时间≤30 分钟。有关科室在完成上述检查结果之后，须及时电话告知患者所在的科室。

8. 相关科室医务人员必须熟悉本科室重点病种急诊抢救流程和职责。凡需多个科室协同抢救的患者，

原则上由对患者生命威胁最大的疾病的专科科室收治。如有争议，急诊科医师有权裁决，或由医务科（或总值班室）决定。急诊科医师收住病人，科室不得以任何借口推诿拒收。

9. 对公共突发事件（如交通事故），有3名以上伤员的重大抢救时，应在紧急救治的同时，立即报告总务科或总值班，启动相关的应急预案。对重点病和期及时登记定总、分析，质高评价、反优

10. 对重点病种要及时登记，定期总结、分析、质量评价、反馈，并提出持续改进措施，上报医务科。

急诊手术管理（急诊绿色通道）制度

一、进行急诊手术时各部门人员职责

- 1、手术科室医生：决定急诊手术，通知手术室和麻醉科。
- 2、麻醉科：及时会诊、及时实施麻醉。
- 3、手术室：及时安排急诊手术。

二、急诊手术。是指病情紧迫，经医生评估后认为需要在最短的时间内手术，否则就有生命危险的手术。

三、特急手术。是指由于病情危重累及生命而需要进行紧急手术抢救的手术，如危及母子安全的产科急症、严重的肝脾损伤、严重的颅脑损伤、严重的开放性心胸外伤、气管异物、大血管破裂等。

四、工作制度及要求

1、急诊手术权限：病房急诊手术由病房医疗组组长或科主任决定，急诊室病人由当天值班最高级别医生决定，并遵照《手术分级管理及审批制度》执行。

2、急诊手术范围：急诊手术指病情紧迫，需在最短时间内手术，多见于创伤、急腹症、大出血、急性/严重感染、危及母子安全的产科急症等情况。

3、急诊手术流程：

（1）治疗医生发现病人需要急诊手术应立即请示医疗组组长或当天值班级别最高医生，必要时应请示科主任。

（2）决定手术后，立即通知手术室、麻醉科。

（3）由急诊室尽快完成必要的术前检查、配血、术前准备。

（4）决定急诊手术后，主刀或第一助手应在急诊室详细向患者和/或家属说明病情、手术必要性、手术风险、替代治疗等情况，征得患者和/或家属签字同意。如患者因特殊原因（如昏迷）又无家属在身边，应报医务科或总值班审批。

（5）由手术医师、急诊科护士共同护送病人进手术室。

4、手术室急诊手术安排：

（1）保留一间手术室为急诊手术专用，择期手术不得占用。

（2）同时有二台以上急诊手术，对于危及生命的急诊手术，手术室应立即以最短的时间安排接台，由手术室护士长全权负责调配安排。

（3）非危及生命的急诊手术，手术室根据情况安排接台，原则上由本科室接台、病人等待手术时间不得超过2小时，急诊病人所在科室应在手术室安排手术台后半小时内将病人送至手术室。

五、注意事项：

1、抢救患者的特急手术，必须争分夺秒。

2、对特急手术患者应立即开通绿色通道。

3、急诊手术应提前通知手术室和麻醉科进行术前准备。特殊情况下（如需立即手术），手术室可先接受患者，尽可能缩短抢救时间，挽救患者生命。

4、是否危及生命的急诊手术的判定，由当日最高值班医生负责确定，经治医生在联系手术时应予以说明。

5、对不服从手术室安排，拒不让手术台，造成后果由该主刀医生承担全责。

6、医技科室等相关科室应无条件配合完成相关工作。

急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制

目的：加强急诊手术的管理，确保急诊手术及时顺利开展。

一、各部门人员职责：

1、医师：决定急诊手术，通知手术室和麻醉科。

2、麻醉科：及时会诊、及时实施麻醉。

3、手术室：及时安排急诊手术。

二、急诊手术是指病情紧迫，经医师评估后认为需要在最短的时间内手术，否则就有生命危险的手术。

三、特急手术是指由于病情危重累及生命而需要进行紧急手术抢救的手术，如危及母子安全的产科急症、严重的肝脾损伤、严重的颅脑损伤、严重的开放性心胸外伤、气管异物、大血管破裂等。

四、保障措施：

1、急诊手术权限：上班时间的急诊手术由科主任（或副主任）或质控主任决定，非上班时间的急诊手术由当天值班最高级别医师决定，主管医师或接诊医师应在病程记录中体现该授权。

2、急诊手术范围：急诊手术指病情紧迫，需在最短时间内手术，多见于创伤、急腹症、大出血、急性/严重感染、危及母子安全的产科急症等情况。

3、接诊医师发现患者需要急诊手术应立即请专科医师会诊，接到会诊邀请的专科医师应在10分钟内到场，如因抢救等原因不能立即前往会诊时，应立即报告科室二线班前往并告知急诊科；二线医师接到报告后应立即赶往急诊科同时电话指导急诊科医师给予紧急救治。

4、专科医师根据会诊结果立即请示质控主任或当天值班级别最高医师，必要时请示科主任（或副主任）。

5、决定手术后，专科医师立即通知手术室，告知患者病情。

6、专科医师指导急诊科医务人员尽快完成必要的术前检查、配血、术前准备。

7、决定急诊手术后，主刀或第一助手应详细向患者和/或家属说明病情、手术必要性、手术风险、替代治疗等情况，征得患者和/或家属签字同意。如患者因特殊原因（如昏迷或未成年等）又无家属在身边，应按《医院关于授权临床科室主任签字的管理规定》的规定，由科主任（或副主任）在手术同意书中签署意见后报医务科备案。

8、一般急诊手术由手术室安排人员到临床科室接患者，特急手术由临床科室的医师、护士必要时还需麻醉医师共同护送到手术室。

9、麻醉科负责急诊手术手术间的安排：一般急诊手术由手术室根据情况安排接台，原则上由本科室接台，患者等待手术时间不得超过2小时；对于特急手术，手术室应立即以最短的时间安排接台，由手术室护士长全权负责调配安排，对不服从手术室安排，拒不让手术间，造成的后果由该主刀医师承担全责。

五、注意事项：

1、抢救患者的特急手术，必须争分夺秒。

2、对特急手术患者应立即开通绿色通道。

3、急诊手术应提前通知手术室进行术前准备。特殊情况下（如需立即手术），手术室可先接受患者，尽可能缩短抢救时间，挽救患者生命。

4、是否危及生命的急诊手术的判定，由当日最高值班医师负责确定，经治医师在联系手术时应予以说明。

5、对不服从手术室安排，拒不让手术台，造成后果由该主刀医师承担全责。

6、医技科室等相关科室应无条件配合完成相关工作。

六、协调机制：

1、临床科室：负责评估患者病情、制定手术方案、签署手术同意书、做好相关术前准备、实施手术；

2、麻醉科：负责麻醉前访视、麻醉风险评估、手术间安排、实施麻醉、配合手术；

3、医技科室：为患者提供相关的检查并出具检查报告，保障急诊手术尤其特急手术患者的临床用血；

4、医务科：制定急诊手术相关管理规定、协调急诊手术过程中的突发事件、监督急诊手术管理规定落实情况；

5、医院感染管理科：负责对急诊手术的院感情况的监督管理；

6、护理部：确保急诊手术所需的相关护理要求；

7、设备科、药学部：负责保障急诊手术所需的设备功能良好、药品充足；

8、总务科：保障急诊手术的后勤需要（如水、电、气的供应等）；

9、总值班：负责非上班期间急诊手术所需的各种协调工作。

门诊急危重症患者优先处置制度

为切实做好门诊急危重症患者的抢救及后续治疗工作，提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务，尽

最大可能保证患者的生命安全，让人们真正感受到“救死扶伤、治病救人”的革命

人道主义精神，保证病情危重患者能够得到及时、有效地抢救治疗，制定优先处置制度：

1. 建立优先处置通道，符合条件者及时启动优先处置通道。进入“优先处置通道”的病人：是指各种休克、昏迷、心肺骤停、严重心率失常，急性重要脏器功能衰竭垂危者。

2. “优先处置通道”的工作要求及诊疗程序如下：

(1) 接诊医师必须对门诊急危重症患者实行首诊负责制。

(2) 门诊患者突发意外情况时，所在科室或就近科室就地进行抢救；并通知相关科室配合抢救。

(3) 门诊患者是否进入“优先处置通道”，由接诊的当班医生根据病情决定，凡进入“优先处置通道”的病人，不需办理挂号、候诊等手续，立即给予抢救、提供全程服务。

(4) 进入“优先处置通道”病人，各有关科室必须优先诊治和简化手续，各科室间必须密切配合，相互支持。

(5) 危重患者优先入院抢救，由首诊接诊医生、护上护送，后补办住院手续。

(6) 各专业科室每日预留 1~2 张床位。

(7) 全院职工必须执行我院设立门、急诊“优先处置通道”的决定，凡对进入“优先处置通道”的病人如有发现推诿病人或呼叫不应、脱岗离岗的个人和科室，除按规定处理外视对病人抢救的影响程序追究其责任。

危重患者抢救制度

1、危重患者的抢救工作，一般由科主任、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）主任医师或本科值班人员。特殊病人或需跨科协同抢救的病人应及时报请医务

处、护理部和业务副院长，以便组织有关科室共同进行抢救工作。

2、对危重病人不得以任何借口推迟抢救，必须全力以赴，分秒必争，并做到严肃、认真、细致、准确，各种记录及时全面。涉及到法律纠纷的，要报告有关部门。

3、对急诊抢救病人，遵循先抢救后补付款的原则。对突发危重病人应就地抢救，待病情平稳后方可移动。

4、参加危重病人抢救的医护人员必须明确分工，紧密合作，各司其职，要无条件服从主持抢救工作者的医嘱，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，不得以口头医嘱形式直接执行。

5、参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救工作者的医嘱，并严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况和病情变化报告主持抢救者。执行口头医嘱时应复诵一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

6、严格执行交接班制度和查对制度，日夜应有专人负责，对病情抢救经过及各种用药要详细交待，所用药品的空安瓿经二人核对方可弃去。各种抢救物品、器械用后应及时清理、消毒、补充、物归原处，以备再用。房间进行终末消毒。

7、抢救完毕，做好抢救记录。（包括病史首页危重、抢救人次的填写）

8、安排有权威的专门人员及时向病员家属讲明病情及预后，以期取得家属或单位的配合。

9、需跨科抢救的重危病人，原则由医务处或业务副院长领导抢救工作，并指定主持抢救工作者。

10、不参加抢救工作的医护人员不得进入抢救现场，但须做好抢救的后勤工作。

11、抢救工作期间，药房、检验、放射或其他特检科室，应满足临床抢救工作的需要，不得以任何借口加以推诿，总务后勤科室应保证水、电、气等供应，设备处保障设备的临时供应。

应急信息报告和信息发布工作制度

为规范应急信息报告和信息发布工作，提高对应急事件的应对处置能力，特制定本工作制度。

一、应急信息报告制度

1、医院建立应急工作制度，公布应急报告电话，以保证应急信息畅通。

2、医院所属各部门应认真落实工作制度，值班人员必须坚守岗位，不得擅自离岗，要始终保持在岗值班，不得漏班，保持 24 小时通讯畅通，确保及时了解和处理相关应急事件。

3、医院各部门应当及时向有关职能部门及院领导报告下列应急信息，职能部门汇总情况后向上级主管部门报告，报告内容包括：

应急事件的时间、地点、单位名称、信息来源、事件类别；应急事件引发的伤亡或者经济损失的初步评估、事件影响、事件发展态势；预防、控制和处理应急事件的情况。

4、发生一般事件，事发科室以口头形式报告为主，值班人员要做好记录；发生重、特大事件，事发科室应在 2 小时内以书面形式报告信息。

5、有下列情形之一的，应当依据《突发公共卫生事件应急条例》和相关法律法规，在 2 小时内，向卫生行政主管部门报告：

- (1) 发生或可能发生传染病暴发、流行的；
- (2) 发生或发现不明原因的群体性疾病的；
- (3) 发生传染病菌种、毒种丢失的；
- (4) 发生或可能发生重大食物和职业中毒事件的；
- (5) 发生重大火灾、水灾、特大爆炸、车祸及其他重大伤害事件

6、报告信息，应当及时、客观、真实，首次报告不完整、情况不清晰时可以先简要报告，及时做好续报，直至应急处置工作结束。

7、任何部门和个人不得隐瞒、缓报、漏报、谎报。

8、信息涉及国家秘密的，应当遵守国家有关保密规定。

二、重、特大应急事件报告

1、若遇重、特大应急事件，各科室接到报告后，应在第一时间向医院职能科室报告，同时要组织人员对报告事项进行调查核实、了解事件详细情况。

2、经核实确认应急事件发生后，职能科室要立即（5 分钟内）向主管领导报告，如有必要，要立即向上级主管部门报告，逐级上报时间不得超过 1 小时。

3、如遇紧急情况，来不及形成文字的，可先用电话口头报告，然后再呈送文字报告；来不及详细报告的，可先作简要报告，然后再根据事态的发展和处理情况，随时续报。

4、当发生下列应急事件时，无论应急事件性质是否明确，情况是否完整，应上报应急信息，确保应急信息在最短时间报送：

- (1) 有可能造成 3 人以上死亡、或 30 人以上受伤、或直接经济损失较大的安全生产事故灾难的；
- (2) 造成危险化学品物品泄漏，有可能危及生命财产安全的；

5、在应急事件处置中，如遇突发事件由于事态变化和事件发展，演变更高严重级别的突发事件，事发科室、应急现场指挥人员要根据实际情况认真分析，及时汇报上级有关部门。

6、应急事件发生后，相关职能科室要随时跟踪、了解事件处置和进展的情况，对并每隔 0.5 小时（事件平稳时隔 2 小时）将事件现场情况、各有关部门的处置进展情况（事件的重要进展、重要变化）及发展趋势等有关信息及时上报。

三、信息发布制度

突发事件特别是 I 级、II 级事件发生后，根据《国家突发公共卫生事件应急预案》以及其他相关规定，医院要按照上级行政管理部的指示，要通过广播、电视、报刊等有关媒体或以相关方式，及时、准确、客观、全面地向社会公布。发布内容包括突发事件信息及进程、政府应对措施、公众防范措施等。通过新闻宣传和舆论引导，推动传染病疫情和突发公共卫生事件防治和处置工作的顺利开展。加强正面宣传和舆论引导，引导群众正确认识和科学应对传染病疫情和突发公共卫生事件。

四、监督检查

1、各部门要认真落实应急信息报送和发布领导负责制和部门负责制，建立健全应急值守和信息处置制度。

2、对迟报、漏报、谎报、瞒报信息的部门和个人要通报批评；对迟报、漏报、谎报、瞒报信息造成重大影响和严重后果的，追究主要负责人、分管负责人、直接责任人和相关责任人的责任。

为了保证医师“三基三严”培训质量，加强对“三基三严”培训与考核的督导与检查，医院成立“三基三严”培训与考核委员会及指导委员会，各科室成立“三基三严”培训与考核小组。

（一）医院医师培训考核委员会：全面负责全院医师的培训与考核工作，督导、检查培训、考核工作；组织对医师定期考核的结果进行指导和评定。下设医师考核办公室，办公室设在医务科，负责医院“三基三严”培训与考核的日常管理工作。

（二）医院医师培训与考核指导委员会：指导医师的培训与考核工作，审定培训、考核实施方案和细则；组织对培训质量进行评估。

（三）科室培训、考核小组：由科室医疗质量管理小组担任，全面负责本科室医师的培训、考核工作，制定培训、考核计划，并有效落实。

二、培训对象：

医院注册的在职执业医师和医技人员。

三、培训内容：

（一）“三基”培训：参考教材为《医学临床“三基”训练（第三版）》和临床、医技科室各专业教材。

（二）医疗卫生管理常用法律、法规：参考书为《徐州医学院附属医院队疗制度汇编》和《徐州医学院附属医院法律法规汇编》，由医院统一发放。

四、培训及考核形式

（一）培训

1. 全院培训：集中讲课、网络授课、实践技能训练，每年不少于10次。

2. 科室培训：各科室结合本科室制定“三基三严”培训方案，采取得力措施，保证人员、时间和内容三落实，每月至少一次集中培训，并做好记录、备案，纳入科室医疗质量考核体系。

3. 临床技能培训中心：该中心是集教学和科研为一体的培训基地，提供各种临床教学设施及设备，配有专（兼）职“三基”培训教师，全天开放，满足临床医师和医技人员“三基”培训的需要。

（二）考核

1. 全院考核：理论、实践技能考核由医务科组织，统一命题，集中进行。

2. 科室考核：利用早交班、查房、手术或专题考核等方式，按科室“三基”考核计划对医师进行考核，并有记录。

五、管理办法

（一）医院对集中讲课严格考勤，要求听课率不低于80%，并与职称晋升挂钩。

（二）结合医院医疗质量检查，对科室“三基三严”培训进行督导、考核、检查，并纳入科室医疗质量考核体系。

（三）各种考核成绩全院公示。第一次考试不及格或缺考者，允许补考一次，对仍不及格者按医院内部管理规定执行。

（四）考核成绩与医院评先、评优、职称晋升及执业医师注册挂钩。

（五）医院提供有与“三基三严”培训相适应的经费预算。

突发事件应急工作管理办法

总则

（一）编制目的

为明确我院在公共突发事件中的责任、功能和任务，建立、健全应急人员队伍和工作机制，以有效预防、及时控制和消除突发事件及其危害，特依据国家有关规定，编制徐州医科大学附属医院突发事件应急工作管理办法，指导和规范院内外各类突发事件的应急处理工作，最大程度减少突发事件对公众健康、对医院正常运行造成的危害。

（二）适用范围

本办法适用于突然发生的，造成或者可能造成严重社会危害、需要医院采取应急救援，以及可能对患者安全和医院正常运行产生较大或严重影响的事件。

（三）工作原则

1、根据灾害脆弱性分析的结果制定相关预案

医院定期进行灾害脆弱性分析，根据分析的结果制订相应的应急预案，并在全院范围内进行宣教、培

训，提高医务人员的防范意识，增加防范能力。

2、根据卫生行政部门指令承担突发公共事件的医疗救援和防控工作

医院要积极承担公立医院的职责，根据上级卫生行政主管部门的指令，承担突发公共事件的医疗救援和防控工作。

3、预防为主，常抓不懈

提高全院职工对突发事件的防范意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。对各类可能引起突发事件的情况要及时进行分析、预警，做到早发现、早报告、早处理。

4、统一领导，分级负责

医院突发事件应急处置领导小组负责突发事件应急处理的统一领导和指挥，各相关职能部门、业务科室按照预案规定，在各自的职责范围内做好突发事件应急处理的有关工作。

5、措施果断，加强合作

各职能部门、业务科室要按照医院相关规章制度以及各类突发事件应急处理预案的要求，建立、健全系统、规范的突发事件应急处理工作制度，对突发事件和可能发生的突发事件做出快速反应，及时、有效开展监测、报告和处理工作。突发事件发生或可能发生时，各职能部门、业务科室要加强沟通、通力合作、顾全大局，有效应对突发事件。广泛组织、动员医院员工参与突发事件的应急处理。

二、应急制度体系

医院按照卫生应急工作相关法律、法规、规章、规范、制度、标准、预案、方案的规定，建立健全医院应急工作制度与管理体制，明确各部门、岗位和人员职责，实行卫生应急工作制度化、规范化。

（一）应急管理制度

卫生应急管理制度包含卫生应急工作中的新闻发言人制度、预案编制、奖励惩处等各类应急管理制度，以及各职能部门和业务科室在应急处置中的岗位职责。

（二）应急预案编制

应急办在应急领导小组领导下，根据国家突发公共卫生事件应急预案和医院承担的任务，结合医院实际，编制各类卫生应急预案，并反复培训、考核、演练，在演练中及时修订完善，以保证卫生应急有序响应。

医院突发事件应急预案体系包括：

- 1、突发事件应急预案（总体）
- 2、医疗质量突发事件应急预案
- 3、患者安全突发事件应急预案
- 4、消防安保突发事件应急预案
- 5、后勤保障突发事件应急预案
- 6、信息系统突发事件应急预案
- 7、危机信息应急处理预案

三、应急组织体系及职责

（一）突发事件应急处置领导小组

医院成立突发事件应急处置领导小组。组长由院长担任，副组长由分管副院长担任，成员为各相关职能部门和业务科室负责人。领导小组工作职责是：

1、在省委、省政府、省卫生厅的领导下，负责统一领导和指挥本院的卫生应急工作；及时执行上级指令，确保政令畅通，按规定报告本院医疗救治信息。

2、研究决定卫生应急工作的重大决策和重要事项，指挥调度医院各种资源力量参与医疗救治，决定启动、变更或终止医院应急响应级别。

3、组织编制和修订适合本院具体情况的各项处置预案，组建本院卫生应急组织体系，建立、健全与落实卫生应急制度及岗位职责，对全院卫生应急工作实施监督管理、检查考核。

4、突发公共事件发生后，在省卫生厅的指挥下，组织开展患者的医疗救治，并对医疗救治工作进行督察和指导。

5、负责本院应急响应终止及善后工作、总结与奖惩。

（二）应急处置领导小组办公室

应急处置领导小组下设办公室（简称应急办），应急办隶属于院长办公室，与省急救医疗指挥中心合

署办公，负责突发事件应急处理的日常管理和具体协调处置工作，夜晚及节假日设在总值班室。其工作职责是：

1、在应急处置领导小组的领导下，负责医院卫生应急的日常工作，平时负责医院应急医疗救治的各项准备，非常态应急时具体执行和落实院领导小组的各项决策和指令。

2、组织专家负责编制和修订适合本院具体情况的各项处置预案的相关具体工作；拟订卫生应急制度及岗位职责。

3、协调有关部门储备救治特需药品、相关设备和物资。

4、组织拟订应急技能培训、考核和演练计划。

5、发生突发事件或接到上级应急救援指令后，根据实际情况制订具体救援方案，及时组织开展急诊救治，组织和外派应急救援小组。

6、组织专家组制订病人的诊断及救治方案、出院标准和时限，并及时监督和掌握实施的信息。

7、负责医院应急救治全过程的信息收集和统计汇总工作，全面掌握院内应急救治进展情况，在突发事件应急处置领导小组领导下与上级应急指挥部门建立和保持联系，及时按规定报告相关信息。

8、撰写应急救援评估报告和总结，加强持续改进。

9、完成上级部门和院突发事件应急处置领导小组交办的其他工作。

（三）应急队伍

1、卫生应急医疗救治组

医院卫生应急医疗救治组由应急专家组、专业救治组、应急救援队组成。

应急专家组由分管副院长负责，医务处负责日常管理。成员为急诊专业、危重病专业、感染病专业、呼吸专业、创伤专业（神经外科、骨科、普外科、整形烧伤科、胸心外科等）、麻醉专业、院内感染、药学专业、放射医学专业等专家组成。其工作职责是：

（1）在突发事件应急处置领导小组的领导下，负责对应急救治提供咨询、建议、技术指导和支

（2）负责全院危重症病人会诊、抢救，制订切实可行的诊断标准、治疗预防原则和救治方案。

（3）指导并参与应急卫生防护与医疗救治专业技术培训工作。

（4）参与卫生应急工作的评价总结。

（5）完成院应急办交办的其他工作。

专业救治组由应急办根据不同类型的突发事件组建、由相应专业医护人员组成的一个或多个专业救治小组，医务处长担任组长，急诊医学科主任及相应专业科主任担任副组长，负责具体抢救的组织和落实。其工作职责是：

（1）在专家组的指导下，实施专家组制定的救治方案，对伤病员进行救治，并及时向专家组和医院应急办反馈和报告救治信息。

（2）在救治过程中严格执行规章制度、救治方案、诊疗常规和技术操作规程，密切配合流行病学调查和实验样本采集，开展健康教育。

（3）平时积极参加相应卫生应急培训与演练，熟练掌握相应救治方案、诊疗常规和操作技能。

（4）每次应急响应终止后，及时总结救治经验教训，参与医疗救治评估。

（5）完成突发事件应急处置领导小组交办的其他应急任务。

应急救援队由应急办根据不同类型突发事件，由相应专业医护骨干组成的一个或多个应急救援小组，由急诊医学科主任担任组长。其工作职责是：

（1）在院应急办领导下，按上级指令及时集结，赶赴院外指定地点或其他医疗机构，实施医疗救援。

（2）在救援地卫生应急指挥机构或部门领导下，负责对伤病员的应急救治。在救治过程中严格执行救治常规与技术操作规程。

（3）救援期间，积极配合流行病学调查和实验室样本采集，开展健康教育和对基层医务人员进行必要的救治培训。

（4）平时积极参加相应卫生应急培训与演练，熟练掌握应急救治方案、诊疗常规和操作技能。

（5）完成院应急办与救援地卫生应急指挥机构交办的其他卫生应急任务。

2、预防控制和院内感染管理组

医院预防控制和院内感染管理组以分管副院长为组长，由院内感染管理、预防保健等部门人员组成。其工作职责是：

(1) 在突发事件应急处置领导小组的领导下，负责对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈。

(2) 指导医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作。

(3) 对医务人员进行预防和控制医院感染方面的培训。

(4) 审核消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明。

(5) 在发生突发公共卫生事件时，负责督促执行消毒隔离制度和消毒技术规范，提供消毒方法、医院消毒卫生标准和个人防护技术方案。

(6) 落实分级防护原则和职业暴露的处置，监测、控制和督导医院常规防护消毒及医院相关临床科室及部门的感染控制。

(7) 完成突发事件应急处置领导小组交办的其他工作。

3、后勤保障组

后勤保障组以分管副院长为组长，由计财、药学、临床医学工程、总务、保卫、采购等部门人员组成。其工作职责是：

(1) 在突发事件应急处置领导小组的领导下，建立科学规划、统一建设、平时分开管理、用时统一调度的应急物资储备保障体系。

(2) 加强与属地突发事件工作指挥部物资保障组的沟通联系，保证医疗应急救援一线工作的需要。

(3) 加强对重点部门、重点场所、重点人员、重要物资、重要设备的安全保护，遇有突发事件时，能有效维持现场稳定、有序。

(4) 保障车辆 24 小时处于待命状态，做好出车前、途中、完成任务后的车辆自检自查工作。

(5) 完成突发事件应急处置领导小组交办的其他工作。

4、信息管理组

信息管理组由分管副院长为组长，成员由院办、应急办、信息等部门人员组成。其工作职责是：

(1) 在突发事件应急处置领导小组的领导下，维护公共卫生信息网络平台的正常运转。

(2) 建立健全应急通信，建立有线、手机、对讲机相结合的应急通信系统，保障各部门通讯畅通。

(3) 记录专家组例会关于诊断及救治方案的意见，负责本院应急救治全过程的信息收集和统计汇总工作。

(4) 负责落实卫生应急相关信息报告管理工作和疫情网络直报、卫生应急事件月报、日报工作。

(5) 及时总结阶段性卫生应急工作情况，为突发事件应急处置领导小组和救治组提供各类文字材料。

(6) 完成突发事件应急处置领导小组交办的其他工作。

5、宣教组

宣教组由分管副院长为组长，成员由党办、教育、宣传、门诊等部门人员组成。其工作职责是：

(1) 加强员工防护宣传教育，利用多种渠道广泛宣传各类突发事件应急处理预案，提高员工警惕意识、责任意识。

(2) 有计划重点加强对应急处置专业技术人员和管理人员进行培训、考核，提高专业技能。

(3) 根据卫生应急预案做好健康教育工作，开展群众性的防治知识宣传和卫生健康知识的科普教育。

(4) 及时收集、整理、编撰先进典型事迹材料，在院内广泛开展学习宣传活动。

(5) 完成突发事件应急处置领导小组交办的其他工作。

四、信息报告与发布

(一) 报告原则：依法报告、统一规范、属地管理、准确及时、分级分类。

(二) 报告范围：传染病；食物中毒；职业中毒；其他中毒（食物中毒、职业中毒以外的急性中毒）；环境因素事件；意外辐射照射事件；传染病菌、毒种丢失；预防接种和预防服药群体性不良反应；医源性感染事件；医源性、实验室和医院感染暴发；群体性不明原因疾病；其它需报告的突发公共卫生事件。

(三) 报告内容：包括事件信息和事件发生、发展、控制过程信息。

(四) 医院实行新闻发言人制度：医院新闻发言人依据相关法律法规和上级卫生行政主管部门的要求，对突发事件的处置情况进行及时、准确、客观、全面的信息报告与发布。

五、应急响应与终止

(一) 应急响应

应急办或总值班接到相关救援信息（上级部门下达或急诊科一线当班医生报告）后，应分析情况，

逐级汇报。并由相应人员决定应急响应和响应级别。

1. 应急响应决定：

一级响应：突发事件危重患者大于 10 人，院长（或院长指定的分管副院长）启动并负责。

二级响应：突发事件危重患者大于或等于 5 人、小于 10 人，分管副院长或院办启动并负责。

三级响应：突发事件危重患者大于或等于 3 人、小于 5 人，应急办或医院总值班启动并负责。

2. 响应等级：

一级响应：全院响应。

二级响应：急诊科和相关科室响应。

三级响应：急诊科响应。

（二）响应终止

突发事件应急响应的终止需符合以下条件：突发事件的隐患或相关危险因素被消除；最后一例传染病病例发生后，经过一个最长潜伏期无新的病例出现。

应急响应的终止，根据突发事件的分级，由医院应急处置领导小组组织专家进行分析论证，提出终止应急响应的建议，报告医院突发事件应急指挥部批准后方可实施；同时向上级卫生行政部门报告。

应急工作结束后，应将情况及时通报参与事件处置的各相关部门，必要时通过新闻媒体同时向社会发布应急结束的消息。

六、应急保障

（一）人力保障

医务人员、信息系统技术人员、后勤保障部门技术人员是突发事件应急处置专业队伍和骨干力量。突发事件发生时，可动员全院全员参与突发公共事件应急处置工作。

（二）物资保障

建立科学规划、统一建设、平时分开管理、用时统一调度的应急物资储备保障体系。药剂科、采购中心、总务处、临床工程处应根据突发事件处置的需要及时提供药品、器械及其他物资。

七、协调机制

应急办在应急处置领导小组领导下负责卫生应急各项工作的内外协调。

卫生应急医疗救治组（应急专家组、专业救治组、应急救援队）、医院预防控制和院内感染管理组、后勤保障组、信息管理组、宣教组在应急处置领导小组领导下按照各自的工作职责开展工作，实行组长负责制，相互协调、合作，加强信息沟通与情况交流。

应急办要协调好全院各科室、部门的卫生应急工作，加强与当地政府及其卫生行政部门的沟通联系，保持与有关医疗机构的沟通联系，相互协调配合，全面完成卫生应急任务。

八、培训与演练

（一）培训

医院定期组织卫生应急培训，应急办根据不同培训对象的专业特点和卫生应急工作需要制订培训计划。坚持“预防为主、平急结合、突出重点、学以致用”的原则，做到全员培训和重点提高相结合，集中培训与岗位培训相结合，现场处置培训与理论培训相结合，院内交流与院外培训相结合。

培训形式。根据实际需要，充分利用授课、录像、办公自动化等先进手段，辅以情景模拟、预案演练、案例分析等方法，采取多种形式的培训与交流。

组织实施。依据分级管理、逐级培训的原则，医院应急办按每年的培训计划进行安排，做到时间、内容、授课人、培训对象四落实。

评价与考核。培训中及培训后，对培训前后相关知识的知晓情况、培训满意度等进行测评，了解培训效果，并进行考核。

（二）演练

医院应急办根据卫生应急工作需要，结合自身工作实际，制订本院卫生应急演练年度计划，组织医院不同响应范围的卫生应急演练。

演练结束后，组织专家对演练过程各环节进行点评，对资料进行汇总，并通过调查问卷、集体座谈等形式了解演练的针对性和效果，要对演练进行综合评估。

九、人员调配与奖惩

（一）人员调配

1、应急领导小组在本院范围内，通过应急办直接指令各级各类人员参与应急工作。各级各类人员必须服从指令，在指定时间内到指定地点报到。应急领导小组可以一次或多次调集人员。

2、医院对调集人员给予工作支持和生活关心；被调集人员必须服从领导和管理，响应终止后给予考核、鉴定、奖惩。

3、被调集人员原工资、津贴、福利、组织关系不变，并享受有关卫生应急特殊津贴。

（二）责任与奖惩

对突发事件应急处置工作实行领导负责制和责任追究制。对在突发事件应急管理工作中做出贡献的先进集体和个人，要给予表彰和奖励。对迟报、谎报、瞒报和漏报突发事件重要情况或应急管理工作中有其他失职、渎职行为的，依据医院相关规章制度给予处罚。

十、附则

本办法由医院应急办负责解释、修订与组织实施。

各职能部门、业务科室按照本预案的规定制订相应子预案和岗位职责，并认真落实；在实施过程中，根据实际情况的变化，及时修订。

血液透析常见并发症及处理流程

（一）透析中低血压

1. 紧急处理 对有症状的透析中低血压应立即采取措施处理。

（1）采取头低位。

（2）停止超滤。

（3）补充生理盐水 100ml，或 20%甘露醇、或白蛋白溶液等。

（4）上述处理后，如血压好转，则逐步恢复超滤，期间仍应密切监测血压变化；如血压无好转，应再次予以补充生理盐水等扩容治疗，减慢血流速度，并立即寻找原因，对可纠正诱因进行干预。如上述处理后血压仍快速降低，则需应用升压药物治疗，并停止血透，必要时可以转换治疗模式，如单纯超滤、血液滤过或腹膜透析。其中最常采用的技术是单纯超滤与透析治疗结合的序贯治疗。如临床治疗中开始先进行单纯超滤，然后再透析，称为序贯超滤透析；如先行透析，然后再行单纯超滤，称为序贯透析超滤。

（二）肌肉痉挛

1. 寻找诱因 透析中低血压、低血容量、超滤速度过快及应用低钠透析液治疗等导致肌肉血流灌注降低是引起透析中肌肉痉挛最常见的原因；血电解质紊乱和酸碱失衡也可引起肌肉痉挛，如低镁血症、低钙血症、低钾血症等。

2. 治疗 根据不同原因采取相应措施，可快速输注生理盐水 100ml（可酌情重复）、高渗葡萄糖溶液或甘露醇溶液，对痉挛肌肉进行外力挤压按摩也有一定疗效。

（三）恶心和呕吐

1. 积极寻找原因 常见原因有透析低血压、透析失衡综合征、透析器反应、糖尿病导致的胃轻瘫、透析液受污染或电解质成分异常（如高钠、高钙）等。

2. 处理

（1）对低血压导致者采取紧急处理措施（见“透析低血压”内容）。

（2）在针对病因处理基础上采取对症处理，如应用止吐药。

（3）加强对患者的观察及护理，避免发生误吸事件，尤其是神志欠清者。

（四）头痛

1. 积极寻找原因 常见原因有透析失衡综合征、严重高血压和脑血管意外等。对于长期饮用咖啡者，由于透析中咖啡血浓度降低，也可出现头痛表现。

2. 处理流程

（1）明确病因，针对病因进行干预。

（2）如无脑血管意外等颅内器质性病变，可应用对乙酰氨基酚等止痛对症治疗。

（五）胸痛和背痛

1. 积极寻找原因 常见原因是心绞痛（心肌缺血），其他原因还有透析中溶血、低血压、空气栓塞、透析失衡综合征、心包炎、胸膜炎等。

2. 治疗在明确病因的基础上采取相应治疗。

(六) 皮肤瘙痒

1. 寻找可能原因 尿毒症患者皮肤瘙痒发病机制尚不完全清楚，与尿毒症本身、透析治疗及钙磷代谢紊乱等有关。其中透析过程中发生的皮肤瘙痒需要考虑与透析器反应等变态反应有关。一些药物或肝病也可诱发皮肤瘙痒。

2. 治疗 可采取适当的对症处理措施，包括应用抗组胺药物、外用含镇痛药的皮肤润滑油等。

(七) 失衡综合征

1. 寻找病因 发病机制是由于血液透析快速清除溶质，导致患者血液溶质浓度快速下降，血浆渗透压下降，血液和脑组织液渗透压差增大，水向脑组织转移，从而引起颅内压增高、颅内 pH 改变。失衡综合征可以发生在任何一次透析过程中，但多见于首次透析、透前血肌酐和血尿素很高、快速清除毒素（如高效透析）等情况。

2. 处理流程

(1) 轻者仅需减慢血流速度，以减少溶质清除，减轻血浆渗透压和 pH 过度变化。对伴肌肉痉挛者可同时输注高张盐水或高渗葡萄糖，并予相应对症处理。如经上述处理仍无缓解，则提前终止透析。

(2) 重者（出现抽搐、意识障碍和昏迷）建议立即终止透析，并作出鉴别诊断，排除脑血管意外，同时予输注甘露醇。之后根据治疗反应予其他相应处理。透析失衡综合征引起的昏迷一般于 24h 内好转。

(八) 透析器反应 处理 流程

1、立即终止透析 排除其他引起胸痛原因夹闭血路管，丢弃管路和透析器中血液 予对症及支持治疗

2、严重者予抗组胺药、激素或肾上腺素药物治疗

3、吸氧

4、予以心肺支持治疗，如情况好转则继续透析 透析器反应分型处理流程

1、A 型反应 主要发病机制为快速的变态反应，常于透析开始后 5min 内发生，少数迟至透析开始后 30min。发病率不到 5 次/10000 透析例次。依据反应轻重可表现为皮肤瘙痒、荨麻疹、咳嗽、喷嚏、流鼻涕、腹痛、腹泻，甚至呼吸困难、休克、死亡等。一旦考虑 A 型透析器反应，应立即采取处理措施，并寻找原因，采取预防措施，避免以后再次发生。

(1) 紧急处理流程

1) 立即停止透析，夹闭血路管，丢弃管路和透析器中血液。

2) 予抗组胺药、激素或肾上腺素药物治疗。

3) 如出现呼吸循环障碍，立即予心脏呼吸支持治疗。

(2) 寻找病因：主要是患者对与血液接触的体外循环管路、透析膜等物质发生变态反应所致，可能的致病因素包括透析膜材料、管路和透析器的消毒剂（如环氧乙烷）、透析器复用的消毒液、透析液受污染、肝素过敏等。另外，有过敏病史及高嗜酸细胞血症、血管紧张素转换酶抑制药（ACEI）应用者，也易出现 A 型反应。

2.B 型反应 常于透析开始后 20-60min 出现，发病率为 3-5 次/100 透析例次。其发作程度常较轻，多表现为胸痛和背痛。其诊疗过程如下。

(1) 明确病因：透析中出现胸痛和背痛，首先应排除心脏等器质性疾病，如心绞痛、心包炎等。如排除后考虑 B 型透析器反应，则应寻找可能的诱因。B 型反应多认为是补体激活所致，与应用新的透析器及生物相容性差的透析器有关。

(2) 处理：B 型透析器反应多较轻，予鼻导管吸氧及对症处理即可，常不需终止透析。 (九) 心律失常 处理流程

1. 明确心律失常类型。

2. 找到并纠正诱发因素 常见的诱发因素有水电解质紊乱，如高钾血症或低钾血症、低钙血症等，酸碱失衡如酸中毒，心脏器质性疾病等。

3. 合理应用抗心律失常药物及电复律对于有症状或一些特殊类型心律失常如频发室性心律失常，需要应用抗心律失常药物，但应用时需考虑肾衰竭导致的药物蓄积。建议在有经验的心脏科医生指导下应用。

4. 严重者需安装起搏器 对于重度心动过缓及潜在致命性心律失常者可安装起搏器。

(十) 溶血

1. 明确病因

- (1) 血路管相关因素：如狭窄或梗阻等引起对红细胞的机械性损伤。
- (2) 透析液相关因素：如透析液钠过低，透析液温度过高，透析液受消毒剂、氯胺、漂白粉、铜、锌、甲醛、氟化物、过氧化氢、硝酸盐等污染。
- (3) 透析中错误输血。

2. 处理流程

- (1) 重者应终止透析，夹闭血路管，丢弃管路中血液。
- (2) 及时纠正贫血，必要时可输新鲜全血，将 Hb 提高至许可范围。
- (3) 严密监测血钾，避免发生高钾血症。

(十一) 空气栓塞

处理程序如下：

1. 紧急抢救

- (1) 立即夹闭静脉血路管，停止血泵。
- (2) 采取左侧卧位，并头和胸部低、脚高位。
- (3) 心肺支持，包括吸纯氧，采用面罩或气管插管。
- (4) 如空气量较多，有条件者可予右心房或右心室穿刺抽气。

2. 明确病因 与任何可能导致空气进入管腔部位的连接松开、脱落有关，如动脉穿刺针脱落、管路接口松开或脱落等，另有部分与管路或透析器破损开裂等有关。

(十二) 发热

1. 寻找原因

- (1) 多由致热原进入血液引起，如透析管路和透析器等复用不规范、透析液受污染等。
- (2) 透析时无菌操作不严，可引起病原体进入血液或原有感染因透析而扩散，而引起发热。
- (3) 其他少见原因如急性溶血、高温透析等也可出现发热。

2. 处理流程

- (1) 对于出现高热患者，首先予对症处理，包括物理降温、口服退热药等，并适当调低透析液温度。

(2) 考虑细菌感染时做血培养，并予抗生素治疗。通常由致热源引起者 24h 内好转，如无好转应考虑是感染引起，应继续寻找病原体证据和抗生素治疗。

- (3) 考虑非感染引起者，可以应用小剂量糖皮质激素治疗。

(十三) 透析器破膜

1. 处理流程

- (1) 一旦发现应立即夹闭透析管路的动脉端和静脉端，丢弃体外循环中血液。
- (2) 更换新的透析器和透析管路进行透析。
- (3) 严密监测患者生命体征、症状和体征情况，一旦出现发热、溶血等表现，应采取相应处理措施。

2. 寻找原因

- (1) 透析器质量问题。
- (2) 透析器储存不当，如冬天储存在温度过低的环境中。
- (3) 透析中因凝血或大量超滤等而导致跨膜压过高。
- (4) 对于复用透析器，如复用处理和储存不当、复用次数过多也易发生破膜。

(十四) 体外循环凝血

1. 寻找原因 寻找体外循环发生凝血的原因是预防以后再次发生及调整抗凝剂用量的重要依据。凝血发生常与不用抗凝剂或抗凝剂用量不足等有关。另外如下因素易促发凝血，包括：

- (1) 血流速度过慢。
- (2) 外周血 Hb 过高。
- (3) 超滤率过高。
- (4) 透析中输血、血制品或脂肪乳剂。
- (5) 透析通路再循环过大。
- (6) 使用了管路中补液壶（引起血液暴露于空气、壶内产生血液泡沫或血液发生湍流）。

2. 处理流程

(1) 轻度凝血：常可通过追加抗凝剂用量，调高血流速度来解决。在治疗中仍应严密检测患者体外循环凝血变化情况，一旦凝血程度加重，应立即回血，更换透析器和管路。

(2) 重度凝血：常需立即回血。如凝血重而不能回血，则建议直接丢弃体外循环管路和透析器，不主张强行回血，以免凝血块进入体内发生栓塞。

邀请院外专家会诊制度

1. 在诊疗过程中，根据患者的病情需要或者患者要求等原因，需要邀请其他医疗机构的医师会诊时，经治科室应按照患者需求或诊疗需要分别向患者说明会诊原因及情况，征得患者同意后，报本单位医务管理部门批准，或由科室应根据诊疗需要主动提出会诊请求；

2. 拟邀请其他医疗机构（以下称会诊医疗机构）的医师会诊，需向会诊医疗机构发出书面会诊邀请函。内容应当包括拟会诊患者病历摘要、拟邀请医师或者邀请医师的专业及技术职务任职资格、会诊的目的、时间等情况，并加盖医院公章；用电话或者电子邮件等方式提出会诊邀请的，应当及时补办书面手续；

3. 有下列情形之一的，不得提出会诊邀请：

- (1) 会诊邀请超出本单位诊疗科目或者本单位不具备相应资质的；
- (2) 本单位的技术力量、设备、设施不能为会诊提供必要的医疗安全保障的；
- (3) 会诊邀请超出被邀请医师执业范围的；
- (4) 省级卫生行政部门规定的其他情形；

4. 会诊结束后，应当将会诊情况通报给会诊医疗机构。

5. 医师在外出会诊过程中发生的医疗事故争议，按照《医疗事故处理条例》的规定进行处理。必要时，会诊医疗机构应当协助处理；

6. 会诊中涉及的会诊费用按照《省医疗服务价格》的规定执行。差旅费按照实际发生额结算，不得重复收费。属医疗机构根据诊疗需要邀请的，差旅费由医疗机构承担；属患者主动要求邀请的，差旅费由患者承担，收费方向患者提供正式收费票据。会诊中涉及的治疗、手术等收费标准可在当地规定的基础上酌情加收，加收幅度由省级价格主管部门会同同级卫生行政部门确定；

7. 医院应当按照有关规定给付会诊医师合理报酬。医师在国家法定节假日完成会诊任务的，会诊医疗机构应当按照国家有关规定提高会诊医师的报酬标准；

8. 科室或个人不得违反规定收受或者索要患者及其家属的钱物，不得牟取其他不正当利益；

9. 任何科室或个人违反本制度，一经查实，按照医院相关制度进行处理，情节严重的按照上级卫生计生主管部门相关规定执行。

医师外出会诊管理规定

1、医师外出会诊应在不影响我院正常工作和医疗质量、医疗安全的情况下，经医务处批准后，方可外出会诊。严禁私自外出会诊。

2、邀请会诊的医疗机构应当出具加盖单位公章的会诊邀请函，而交或传真给我院医务处。急会诊可以采用电话方式，但事后2个工作日内应当补办书面手续。逾期不办者，视作私自外出会诊，并在院周会通报。

3、外出会诊的医师应具有副高以上专业技术资格，原则上每周不超过一次。特殊情况下须经分管领导批准。

4、医师在会诊过程中，应当严格执行有关卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规。

5、外出会诊医师应当在注册的执业范围内从事会诊活动，不得超范围执业。

6、我院医师不得在不具备相应资质和不具备相应医疗救治条件的医疗机构会诊，或实施不符合规定或未经批准的手术。

7、外出会诊医师应当在返回医院2个工作日内将外出会诊的有关情况记录在会诊邀请函的会诊记录一栏，送医务处备案。

8、外出会诊费用按卫生部、卫生厅相关规定执行。会诊医师不得收受患者及其家属会诊费之外的钱物。对不及时交纳会诊费用者，将从当月绩效直接扣除。

9、外出会诊过程中发生的医疗事故争议，由邀请会诊的医疗机构按照《医疗事故处理条例》的规定进行处理，必要时，我院可协助处理。

医疗技术临床应用论证管理制度

为进一步规范医院医疗技术临床应用和完善新技术的准入、评估，保障医疗安全，提高医疗质量和医疗技术水平，根据国家卫健委《医疗技术临床应用管理办法》（国家卫健委[2018 第 1 号]）结合我院的实际，特制定本制度。

第一章 医疗技术的分类及分级

第一条 医疗技术具有下列情形之一的，禁止应用于临床（以下简称禁止类技术）：

- （一）临床应用安全性、有效性不确切；
- （二）存在重大伦理问题；
- （三）该技术已经被临床淘汰；
- （四）未经临床研究论证的医疗新技术。

禁止类技术目录由国家卫生健康委制定发布或者委托专业组织制定发布，并根据情况适时予以调整。

第二条 禁止类技术目录以外并具有下列情形之一的，作为需要重点加强管理的医疗技术（以下简称限制类技术），由省级以上卫生行政部门严格管理：

（一）技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高专业要求，需要设置限定条件的；

- （二）需要消耗稀缺资源的；
- （三）涉及重大伦理风险的；
- （四）存在不合理临床应用，需要重点管理的。

国家限制类技术目录及其临床应用管理规范由国家卫生健康委制定发布或者委托专业组织制定发布，并根据临床应用实际情况予以调整。

省级卫生行政部门可以结合本行政区域实际情况，在国家限制类技术目录基础上增补省级限制类技术相关项目，制定发布相关技术临床应用管理规范，并报国家卫生健康委备案。

第三条 对限制类技术实施备案管理。医疗机构拟开展限制类技术临床应用的，应当按照相关医疗技术临床应用管理规范进行自我评估，符合条件的可以开展临床应用，并于开展首例临床应用之日起 15 个工作日内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。备案材料应当包括以下内容：

- （一）开展临床应用的限制类技术名称和所具备的条件及有关评估材料；
- （二）本机构医疗技术临床应用管理专门组织和伦理委员会论证材料；
- （三）技术负责人（限于在本机构注册的执业医师）资质证明材料。

备案部门应当自收到完整备案材料之日起 15 个工作日内完成备案，在该医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明，并逐级上报至省级卫生行政部门。

第四条 未纳入禁止类技术和限制类技术目录的医疗技术，医疗机构可以根据自身功能、任务、技术能力等自行决定开展临床应用，并应当对开展的医疗技术临床应用实施严格管理。

第二章 新技术临床应用准入备案

新技术和新项目是指近年来在国内外医学领域具有发展趋势（即通过新手段取得的成果），在本院尚未开展过的项目和尚未使用的临床医疗新手段，或是仅少量开展属于外请专家示范性和教学性的技术。包括新诊疗技术方法的引进、新的疾病或病型的发现与诊治、新仪器设备的临床应用、创新技术的临床应用等。

第一节 医疗新技术准入申请准备

第一条 开展医疗新技术临床应用前临床科室、医技科室必须统一向医院医务处提交申报材料，经医院“医疗技术临床应用管理委员会”和医学伦理委员会审核同意后方可实施。

第二条 申报医疗新技术临床应用前，科主任或新技术负责人必须组织相关人员仔细分析新技术的一般情况、特殊性以及存在的风险和影响，针对项目的安全性、先进性、经济性、社会适用性等进行科学、严谨的可行性论证。

第三条 对开展新技术临床应用的技术和设备等条件进行评估，详细拟订技术规范、操作规程、规章制度。明确新技术第一操作者的最低职称限定标准及相关人员职责。完善相应的自我约束、鼓励和监察机制。认真做好各项准备工作。

第四条 多学科联合开展的新技术临床应用项目需成立新技术管理小组，管理小组由项目负责人和相关学科的科主任或技术骨干组成，组长由申报科室主任或项目负责人担任。

第二节 医疗新技术准入申请

第一条 科室主任或项目负责人，按照申报要求，认真填写《徐州医科大学附属医院新技术申请表》（详见附件），备齐有关材料，提前按规定报医务处。医院每半年统一审核。提交材料应包含以下内容：

- （1）科室基本情况；
- （2）开展该项医疗技术的目的、意义和实施方案；
- （3）该项医疗技术的基本概况，包括国内外应用情况、适应证、禁忌证、不良反应、技术路线、质量控制措施、疗效判定标准、评价方法，与其他医疗技术诊疗同种疾病的风险、疗效、费用及疗程比较等；
- （4）详细拟定新技术的技术规范、操作规程、规章制度、告患者知情同意书、保障患者安全的风险处置预案等；
- （5）开展该项医疗技术具备的条件，包括主要技术人员的执业注册情况、资质、相关履历，已具备的设备、设施、其他辅助条件、风险评估及应急预案；并明确新技术第一操作者的最低职称限定标准和人员职责；
- （6）拟开展的新技术、新项目所需的医疗仪器、药品等须提供《生产许可证》、《经营许可证》、《产品合格证》等各种相应的批准文件复印件。
- （7）其他需要说明的问题。

第二条 按国家卫健委、江苏省卫健委要求申报限制类医疗技术备案的，相关科室在医务处指导下按照上级要求准备相关资料，医务处负责申报备案协调工作。

第三条 无收费标准的新项目、新技术，由财务科、审计处等部门负责向物价部门申报收费标准并备案，医保目录外项目的由医保科等部门办理纳入医保支付的申报工作。

第四条 新技术分级评估：

根据新技术、新项目的科学性、先进性、实用性等分为五个等级：

- （1）国际级新技术、新项目是指国际领先、国内首例，在国际医学领域产生重大影响的技术。
- （2）国家级新技术、新项目是指国内领先，在国内医学领域产生重大影响的技术。
- （3）省级新技术、新项目是指省内领先，在省内医学领域产生重大影响的技术。
- （4）市级新技术、新项目是指在我市首次开展，在本市区域内有重大影响的技术。
- （5）市级新技术、新项目是指在我院首次开展的技术。

第三节 医疗新技术的准入审核

第一条 对于属于医疗新技术为分非限制级者，且属于无创技术或项目、医疗风险较小、本地区其他医院已广泛应用并具有较好疗效和效益，并已有相应的收费标准者，由医务科及分管院长审核授权。

第二条 对于属于我院医疗新技术新项目为限制级技术，或非限制级技术中有创技术、医疗风险较大、易致死致残；或存在其他特殊情况者，由医务科及分管院长进行初步审核后，由医院医疗技术管理委员会和医学伦理委员会专家进行论证，必要是邀请院外专家参与，做出书面意见，经医务科汇总，给予审核意见。

第三条 对于各科室所提出的新技术新项目的准入申请，无论批准与否，医务科均予以书面答复，说明理由或注意事项。

第四条 各科室严禁未经审核自行开展新技术、新项目的临床应用，否则，将视作违规操作，由此而引起的医疗或医学伦理上的缺陷、纠纷、事故，将由当事科室或个人承担。

第四节 限制类医疗技术的申报及备案

第一条 国家卫健委和江苏省卫健委规定需审核备案的限制类医疗技术，要向相应的上级卫生行政部门指定的技术审核机构申请医疗技术临床应用能力技术审核，经上级卫生行政部门批准后，必要的进行诊疗科目变更登记后方可开展。

第二条 科室和医务人员申请开展限制类医疗技术前，应当确认符合下列条件：

- (1) 该项医疗技术符合相应卫生行政部门的规划；
- (2) 有卫生行政部门批准的相应诊疗科目或可以变更增加相应诊疗科目；
- (3) 有在本机构注册的、能够胜任该项医疗技术临床应用的主要专业技术人员；
- (4) 有与开展该项医疗技术相适应的设备、设施和其他辅助条件；
- (5) 该项医疗技术通过本机构医疗技术管理委员会和医学伦理委员会审查；
- (6) 完成相应的临床试验研究，有安全、有效的结果；
- (7) 近 3 年相关业务无不良记录；
- (8) 有与该项医疗技术相关的管理制度和质量保障措施；
- (9) 省级以上卫生行政部门规定的其他条件。

第三条 相关科室和医务人员应当按照卫生行政部门的要求准备相应的审核材料，保证材料客观、真实、有效，上报医务处审核，整理后报上级部门审核备案。

第四条 有下列情形之一的，相关科室和医务人员不得申请限制类类医疗技术临床应用：

- (1) 申请的医疗技术是卫生部废除或者禁止使用的；
- (2) 申请的医疗技术未列入相应目录的；
- (3) 申请的医疗技术距上次同一医疗技术未通过临床应用能力技术审核时间未满 12 个月的；
- (4) 省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第五条 技术审核通过后，医务处负责到卫生行政部门进行备案、办理诊疗科目项下的医疗技术登记，登记后方可在临床应用相应的医疗技术。

第六条 相关科室和医务人员应当自限制类医疗技术准予开展之日起，每年向医务处报告临床应用情况，包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、合并症、不良反应、随访情况等。

第三章 医疗新技术临床应用管理

第一条 医务处作为主管部门，对于全院的医疗新技术临床应用进行全程管理和评价，制定医院新技术新项目档案。医务科对医院开展的新项目新技术进行不定期督查，将新技术实施情况向医院医疗技术管理委员会汇报，对新技术实施过程中存在的问题进行分析，并提出指导性建议或意见，及时发现医疗技术风险，并敦促相关科室及时采取相应措施，以避免医疗技术风险或将其降到最低限度。

第二条 医疗新技术实施过程中，各级人员必须严格执行技术规范、操作规程及各项规章制度，服从科室管理。科主任、项目负责人应认真组织、严格把关、定期进行质量监控，检查实施情况，及时发现各种问题并予以有效的解决。

第三条 在新技术新项目临床应用过程中，应充分尊重患者的知情权和选择权，并注意保护患者安全，及时履行告知义务。主管医师应向患者或其委托人详细交待病情，重点交待新技术对于患者的适应性、效益性和可能存在的风险及费用情况，尊重患者及委托人意见，在征得其同意并在《知情同意书》上签字后方可实施。

第四条 项目负责科室应建立完整的技术档案。内容包括：申报、备案材料，实施过程中遇到的问题及解决办法，调整或修改原方案的情况，工作进度、阶段报告及上级备案意见等。

第五条 各科室在开展新技术临床应用过程中做好应用记录和总结分析工作，完善疗效的评价分析，具体要求如下：

- (1) 认真记录病历资料，随访观察疗效；
- (2) 定期总结病历，每半年对新技术实施情况进行评估，填写《新技术、新项目开展情况追踪登记表》(详见附件)，《追踪登记表》中详述开展例数、疗效、经济及社会效益、质量评价等；
- (3) 检索文献、查阅资料，与其它医院进行比较；
- (4) 年终将本年度开展的新技术病例进行分析总结上报；
- (5) 根据开展情况写出报告或文章。

医务处针对汇总情况进行有重点的抽查核实，必要时聘请院外专家指导评估。

第六条 经医院评估，符合先进性、安全性等要求的技术项目鼓励继续开展，并给予适当奖励。不符合先进性、安全性等要求的技术项目，医务处根据评估结论决定该技术院内停止使用。

第四章 医疗新技术临床应用的动态评估

第一节 医疗新技术临床应用的暂停、停止应用与恢复应用

第一条 医疗新技术应用过程中，出现不良后果或技术问题时，有关人员必须采取措施保证医疗安全

并及时向科主任、项目负责人报告。科主任、项目负责人应立即向医务科报告，并组织相关人员查找原因，认真分析，及时采取措施予以整改。

发生下列情况之一者，应立即暂停临床应用：

- (1) 发生涉及违反国家、省、市等法律，法规和相关规定的或该项医疗技术被卫生部废除或者禁止使用的；
- (2) 从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用；
- (3) 发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果；
- (4) 该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患的或发生与医疗技术相关的重大医疗意外事件的；
- (5) 该项医疗技术存在伦理缺陷；
- (6) 该项医疗技术临床应用效果不确切；
- (7) 省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第二条 暂停医疗技术临床应用由项目所属科室向医务处书面提出终止报告，说明情况，申明理由，提出建议；医务处召集医疗技术管理委员会专家集体讨论做出评估结论，医务处书面通知科室停止该技术的临床应用。

经医疗技术管理委员会集体讨论评估决定，认为暂停该技术临床应用的情况不存在或与医疗技术无关，医疗技术本身不存在相关缺陷，能保证患者安全的，医务处书面通知科室可以继续该技术的临床应用。

第三条 医疗技术问题明确，有可能影响医疗质量和医患安全的诊疗技术，必要时可以简化程序，由院长、主管副院长或医务处处长口头通知停开，并需记录在案；

第四条 科室或专业技术人员发现诊疗项目存在缺陷，严重影响医疗质量或医患安全时，紧急情况下应当立即停止操作，报告科主任，或直接报告医务处做出相应处理。

第五条 对于终止或暂停的诊疗项目，条件具备后，由医务处或项目所属科室提出重开意见，经医院医疗技术管理委员会和医学伦理委员会组成的评估小组集体评估讨论，分管院长和医务处决定并书面通知相关科室重新开展该技术的临床应用。

第二节 医疗新技术评估组织与评估职责

第一条 医疗新技术评估小组由医院医疗技术管理委员会和医学伦理委员会相关专家及设备、管理人员等组成，必要时邀请院外医疗技术、医疗保险、财务、质量安全、法律等专家参加，每次评估会议成员不少于10人。评估小组会议由主管副院长或医务处处长主持。

第二条 评估小组依据法律法规和规章制度，从确保医疗质量与医患安全出发，认真分析所评诊疗项目，全面权衡全院设施条件，认真进行评估讨论，对下列事项提出明确意见：

- (1) 认为所评项目是否终止，并明确相应理由；
- (2) 对于认为停止使用、待机复开的项目，提出恢复准备工作的意见和要求；
- (3) 对于未认定终止的项目，提出确保质量和安全的改进意见和要求。

医院医疗新技术的终止、完善、重开准备、重新开展均须认真按照医务处书面通知的评估专家意见执行。

第三条 科室报告、评估会议记录、项目终止与重新开展通知等相关资料应当齐全，由医务处列入医疗技术档案保存，按年度移交医院档案室保管。

第四条 全院已经开展的诊疗项目，未经履行上述程序，操作岗位不得任意终止；已经终止的诊疗项目，未履行评估与重开认定程序，操作岗位不得擅自重新开展。

第五章 医疗新技术试用期、报告制度及转化为常规技术

第一条 医院限制类医疗新技术的临床试用期为2年，非限制类医疗新技术中具有创伤性的技术临床试用期为1年，非限制类医疗新技术中非创伤性技术临床试用期为半年。

第二条 新技术临床试用期间，科室应自试用开始后每半年对新技术实施情况进行评估，填写《新技术开展情况追踪登记表》，并将追踪登记表上报医务处。试用期满后，提交《试用期工作总结表》（详见附件），内容包括该技术安全性、实用性、社会效益、经济效益，工作中出现的问题及解决办法，工作成绩与不足，对学科建设和医院发展所做的贡献以及前景预测和下一步工作计划等内容。

第三条 试用期满后，科室将试用期工作总结和转化为常规技术申请报告上交医务处。医务处审核后按备案权限提交有关部门和领导备案。

第四条 医疗新技术转为常规技术后不再作为新技术进行评估，相关科室和医务人员按照技术操作规程和人员资质等要求等应用该技术。

第六章 医疗常规技术的管理

第一条 医疗常规技术包括目前已正常开展现存的技术和经试用期满转为常规技术的医疗新技术。

第二条 医务处负责全院医疗常规技术的管理、监督工作，开展日常监督管理工作。

第三条 相关科室在医疗常规技术应用过程中应密切关注医疗技术项目的发展和科学研究进展，结合医院情况及时引进、开发，进行医疗技术革新，实现医疗技术的不断进步和医疗质量提高。

第四条 科室和医务人员在工作中发现医疗常规技术临床应用暂停等情况时，参照医疗新技术的评估的规定启动再评估程序。

第七章 其他

第一条 手术分级管理与人员准入、医学临床实验和医学科研项目的申报和与医疗新技术应用相关的设备购置等按照医院有关规定执行。

第二条 我院开展的所有医疗技术应严格按照管理制度进行规范化临床应用，特别是限制类技术的临床应用。对于各科室开展的医疗技术的规范应用，科主任是应用管理的第一责任人。医务处进行监管。

第三条 本制度由医务处负责解释和做出补充规定。

第四条 本制度自2019年3月1日起实施，此前医院有关规定与制度不同的按本规定执行，此后相关法律法规、部门规则、上级卫生行政部门有不同规定的按其执行。

实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等高风险诊疗技术操作

授权管理制度与审批程序

为规范高风险诊疗技术的管理，加强医疗技术和人员资质的准入，减少安全隐患，提高医疗质量，降低医疗风险，保障患者医疗安全，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗技术临床应用管理办法》，结合我院实际，制定本制度：

一、高风险诊疗技术操作资格的授权范围包括所有进行本诊疗操作的执业医师与注册护士。未经授权的个人，除非在有充分正当理由的紧急情况下，不得从事诊疗操作。

二、手术、麻醉、介入、腔镜诊疗技术及限制类医疗技术项目列入高风险诊疗技术管理范围，对实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗技术的医师进行资格分级授权。

三、组织领导 成立医院高风险诊疗技术资格许可授权考评领导小组。组长：金培生；副组长：杨煜；成员：由院医疗技术管理委员会成员组成。高风险诊疗技术资格许可授权考评领导小组负责高风险诊疗技术的资质准入审批与管理，办公室设在医务处，杨煜处长任办公室主任。

四、制定徐医附院高风险诊疗技术项目目录。

五、由院学术委员会负责建立相应的资格许可授权程序与机制。

（一）进行高风险诊疗技术项目的人员必须经授权后方能有资格准入，资格认定后，未予授权的人员不得开展相应操作。

（二）由院医疗技术管理委员会成员与专业人员组成考评组织。

（三）提供需要资格许可授权的诊治操作项目的操作常规与考评标准，并实施培训与教育。

（四）应当结合操作者的理论水平和实际操作技能，对其熟练掌握程度进行认定。

六、审批程序

（一）各临床科室从事高风险诊疗技术人员填写相关技术开展申请表。

（二）各科室对申请人进行考核，根据其实际操作能力等条件，同意后由科主任签署意见上报医务处。

（三）医务处根据其职称、手术权限申报材料等申报条件予以审核，对符合要求者报院医疗技术管理委员会。

（四）院医疗技术管理委员会根据相关规定，结合本人手术操作能力等进行综合评定，并签署审批意见。

七、高风险诊疗技术实行追踪管理，开展高风险诊疗技术的科室自项目开展日起，每年对高风险诊疗

技术开展情况进行总结，并将总结报告报送医务处备案。

八、高风险诊疗技术的资格许可授权实行动态管理，每两年复评一次，当出现下列情况，医院将取消或降低其进行操作的权力。

- (一) 达不到操作许可授权所必需资格认定的新标准者。
- (二) 在本周期内发生 2 次或 2 次以上医疗事故或过错的。
- (三) 在操作过程中明显或多次违反操作规程。

八、高风险诊疗技术通常需由授权医师完成的，但不限于有正当理由的紧急情况下。

麻醉医师资格分级授权管理制度

一、麻醉与镇痛病人的分类

1、参照美国麻醉医师协会（ASA）病情分级标准：I~V 级

ASA 分级标准：

第 I 级：病人心、肺、肝、肾、脑、内分泌等重要器官无器质性病变；

第 II 级：有轻度系统性疾病，但处于功用代偿阶段；

第 III 级：有明显系统性疾病，功用处于早期失代偿阶段；

第 IV 级：有严重系统性疾病，功用处于失代偿阶段；

第 V 级：无论手术与否，均难以挽救病人的生命。

2、特殊手术麻醉及操作技术

心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

3、新开展项目、科研手术。

4、参考手术分级目录（江苏省 2017 版）。

二、麻醉与镇痛医师级别

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，规范麻醉医师的级别。所有麻醉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任务 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任务 3 年以内。

(2) 高年资副主任医师：从事副主任医师岗位任务 3 年以上者。

4、主任医师：受聘主任医师岗位任务者。

三、各级医师麻醉与镇痛权限

1、低年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 I ~ II 级病人的麻醉如神经阻滞麻醉、低位椎管内麻醉及部分全麻，一二级手术（手术分级，下同）的麻醉，气管插管术等。

2、高年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 II ~ III 级病人的麻醉、二三级手术麻醉、初步熟悉心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内

麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

3、低年资主治医师

可独立开展 ASA 分级 II～III 级手术病人的麻醉、二三级手术麻醉、初步掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

4、高年资主治医师

可独立开展 ASA 分级 III～IV 级手术病人的麻醉、三四级手术麻醉、熟练掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，控制性降温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

5、低年资副主任医师

可独立开展 ASA 分级 IV～V 级病人的麻醉、四级手术的麻醉，轮转疼痛门诊。

6、高年资副主任医师

指导下级医师操作疑难病人的麻醉及处置下级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治等。

7、主任医师

指导各级医师操作疑难病人的麻醉及处置各级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治，开展新项目、极高风险手术麻醉等。

三、麻醉与镇痛审批程序

1、科主任按医师级别确定每例手术的麻醉医师名单。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、科主任审批全科每例手术的主麻、副麻名单，确保医师级别与手术分类相对应，签字生效。原则上，不同意越级麻醉。特殊状况下可以同意，但必需保证有上级医师在场指导。

3、病人选择医生时应以执行医师分级麻醉制度为前提。

四、麻醉与镇痛审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同状况、不同类别手术的审批权限。科主任的书面签字应落实在手术通知单的审批经过栏目中。

1、择期手术由科主任审批。

2、急诊手术由住院总审批。

3、夜班及节假日手术由科主任或住院总审批。

五、特殊麻醉与镇痛审批权限

1、资格准入麻醉与疼痛诊治

资格准入麻醉与镇痛是指按市级或市级以上卫生行政主管部门的规定，需要专项资格认证或授权的麻醉与镇痛。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医师颁发专项麻醉与镇痛资格准入证书或授权证明。已取得相应类别麻醉与镇痛资格准入的麻醉医师才具有主持资格准入麻醉与镇痛的权限。

2、高度风险麻醉

高度风险麻醉是指麻醉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，科主任签字同意后报医务处，由医务处决议自行审批或提交业务副院长审批，获准后，由指定的主任医师或高年资副主任医师负责实施。

3、急诊手术麻醉

预期手术的麻醉级别在值班医生麻醉权限级别内时，可施行麻醉。若属高风险或预期麻醉超出自己麻醉权限级别时，应紧急报告二线值班，必要时向科主任上报。但在需紧急抢救生命的状况下，在上级医师暂时不能到场主持手术麻醉时期，值班医生在不违背医疗原则的前提下，有权、也必需按详细状况主持其以为合理的抢救，不得延误抢救时机。

4、新技术、新项目

(1) 一般的新技术、新项目须经科内讨论，同时按照相关程序进行审批备案。

(2) 高风险的新技术、新项目须经科内由医院上报省卫健委备案。必要时由省卫健委委托指定的学

术团体论证，并经院医疗技术管理委员会和伦理委员会评审同意后方能在医院实施。

六、麻醉医师资格分级授权程序

1、麻醉医师可独立承担麻醉时，或麻醉医师根据前述有关条款需晋级承担上一级麻醉时，应当根据自己的资历、实际技术水平和操作能力等情况，填写“徐州医科大学附属医院麻醉资质授权申请表”（附件1），交本科室主任。

2、科主任根据“徐州医科大学附属医院授权麻醉手术考评表”（附件2）要求对其考评，同时组织科内专家小组对其技术能力进行讨论评价，考核合格后，以科室为单位填写“徐州医科大学附属医院麻醉分级授权审批表”（附件3），统一提交医务处审批。

3、医务处组织相关专家小组进行评估。

4、医务处复核认定后，提交医院医疗技术管理委员会讨论通过。

5、医疗技术管理委员会主任签批。

6、麻醉医师资格分级授权结果院内公示。

7、医务处备案。

七、监督管理

1、医务处履行管理、监督、检查职责。

2、各手术科室负责全院麻醉分级管理的日常监督工作，如发现有越级麻醉或未按规定履行麻醉审批程序而自行麻醉者，手术科室有权拒绝配合或向医务处举报。

3、不定期检查执行情况，其检查结果将纳入医疗质量考核项目中。

4、对违反本规范超权限麻醉的科室和责任人一经查实，将追究科室负责人的责任，并按照医院相关规定处理，由此引发的医疗纠纷，违规人员个人承担相应的法律和经济赔偿责任。

专业技术人员外出进修管理规定

专业技术人员外出进修原则

各科室根据学科建设规划，按照专业对口、学以致用和满足临床工作需要的原则，有计划地选派本科室专业技术人员到国内（外）高水平医院进修学习。

专业技术人员外出进修条件与要求

热爱医院和本专业，遵守医院的规章制度，思想进步，业务素质较高，积极配合科室及医院的工作。急需开展新技术、新项目的科室，由科主任书面申请，优先安排进修学习。

因学科发展需要，科室可申请选派骨干人才到技术发达国家进修，申请国外进修的医师，进修计划必须经过科务会集体讨论通过（有会议记录、参与人员签名），并确定国外进修的具体技术项目及回国后具体开展计划。

医师系列人员外出进修与职称聘用挂钩，中级职称在聘用副高职称之前需有进修学习半年以上经历；副高职称在聘用正高职称之前需有进修学习3个月以上经历，否则不得聘用。有效进修时间阶段为取得现有职称后到聘任高一级职称前。

以科研合作或实验室研究形式到国外医疗机构进行的研修，不属于本规定界定的进修管理范围，也不作为有效职称聘任进修。

外出进修人员审批程序

各科室根据本科室实际情况于每年11月30日前上报3家进修候选单位，亚临床专科上报2家进修候选单位，并将下一年度外出进修学习计划报医务处审批备案，经医务处审核批准后实施。

符合进修条件者，在医务处领取进修申请表，科室主任审核签字后，附进修申请一份，报医务处备案。

外出进修人员接到进修通知后将行程时间上报医务处并到人事处请假，填写“徐州医科大学附属医院外出学习登记本”，将第一联送至医务处存档。

外出进修人员管理

外出进修人员需遵守国家法律、法规以及进修医院的各项规章制度，若违反所在医院的规章制度，受到劝退处分，或触犯国家法律受到制裁的，除应受到处分或制裁外，本次进修视为无效进修。

医务处负责对外出进修人员进行统一管理，对每位外出进修专业技术人员建立档案，包括进修申请、进修期间学习情况汇报、结业后个人学习总结、进修鉴定、结业证及科室考核等。该档案将一并进入该专业技术人员的技术档案。

外出进修人员因特殊原因需请假时，除向进修医院有关部门办理请假手续外，应同时向我院医务处办理请假手续，未办理请假手续擅离医院者以旷工处理。

外出进修人员应按计划完成进修学习，如因科室特殊原因要提前结束进修时，提出书面申请，报医务处及分管院领导批准。因个人原因不能完成进修任务，中途自行返院的，视为无效进修。

医务处不定期对外出进修学习人员的劳动纪律及学习情况进行督查。包括电话随访，信息中心调取工作痕迹等。一次无故缺岗，给予警告并扣除1月绩效，两次无故缺岗，全院通报并扣除2月绩效，三次无故缺岗即视为无效进修。

进修期满后3天内，回医务处报到。

其他特殊情况，提交院党政联席会议讨论决定。

外出进修专业技术人员学习期间内待遇

圆满完成进修任务，取得进修合格证返院后，医院报销进修学习相关费用。

专业技术人员外出进修期间原则上可享受全工资，绩效工资由医院发放，标准为同年资专业技术人员全院平均绩效的70%。

进修学习期间的住宿，原则上是由进修单位统一安排，如因特殊情况自己联系住宿的，需事先报医务处，费用凭发票报销，报销标准北京、上海、广东地区标准不超过1200元/月，其他地区标准不超过800元/月。

按财务规定标准乘坐车船（国内），每半年报销1次往返路费。

到国外进修的人员，可报销国内至进修国家一次往返机票。进修期间的住宿费用凭发票报销，报销标准不超过2000元/月（按国际货币汇率兑换）。

追踪进修成效

1、外出进修前，所有人员必须提交进修申请，明确外出进修学习的具体技术项目内容以及进修结束后技术开展规划（技术开展路线及预计每年开展例数）。

2、进修结束后个人提交进修小结，详细阐述个人所学习到的新的诊疗技术（与进修申请相对照），并在科室范围内对进修学习技术开展业务讲座（不少于2次）。

3、进修完成后3个月内主动提交技术开展支撑材料（病案号，门诊开展记录），和科室讲座幻灯片并附讲座现场照片及参加人员签名。

4、医务处对所有外出进修人员进修效果进行考核评价（依据个人进修申请及进修小结内容）。审核合格后方可报销相关费用及绩效补发，否则认定为无效进修，费用不予报销，绩效不予补发。

本规定自公布之日起执行，原有文件与本规定有不同者，以本规定为准。

徐医附院新技术专项经费使用管理办法

一、使用原则：院新技术专项资金纳入财务处统一管理，专项经费要确保专款专用，单独核算，任何科室和个人不得改变资金性质和用途，不得以各种名义挤占、挪用。

二、适用范围：重新技术专项资金由医院投入，主要用于更新和添置对重点技术开展有重大影响的实验器材和设备等。专项资金具体使用范围包括以下各项开支：

1、设备、材料费。用于重点技术所需的实验技术、实验材料（动物）的投资，包括购置样品、药品和小型设备，以及设备租用、折旧、运输等费用。

2、管理费。用于新技术的调研和应用论证、组织实施、印制文件制度和合同等有关资料等方面的支出。对管理费实行总额控制（小于总经费10%），由重点技术第一申报人管理和使用。

3、培训费。用于聘请院外专家进行和新技术相关的讲座、查房、带教等费用。

4、会务费和差旅费。用于参加与新技术相契合的学术会议、学习和制定相关技术规范等会议和培训的支出。（会务费不包含召开相关学术会议的费用）

6、版面费。和新技术相契合的学术论文的发表费用。

7、院新技术专项资金报销流程。经费使用必须提前上报医务处签字同意，使用后由重点技术第一申报人签字通过，上报医务处和财务处审批，经院长审批签字后方可报销。

8、院新技术专项资金不得用于科室人员津贴、奖金及绩效工资等，院新技术第一申报人要严格控制支出，保证资金按规定范围使用，不得开支上述范围以外的其它支出。

9、院新技术专项经费使用必须在实施周期内，技术结题后专项经费不能再进行使用（版面费在结题后1年内）。

医疗技术评估制度

为了加强医疗技术临床应用管理，提高医疗质量，保障医疗安全，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《国家卫生健康委医疗技术临床应用管理办法》等有关法律、法规和规章，结合我院实际情况，特制定本制度。

一、医疗技术分类

根据2018年《国家卫生健康委医疗技术临床应用管理办法》，医疗技术分：

禁止类医疗技术：医疗技术具有下列情形之一的，禁止应用于临床（以下简称禁止类技术）：

- （一）临床应用安全性、有效性不确切；
- （二）存在重大伦理问题；
- （三）该技术已经被临床淘汰；
- （四）未经临床研究论证的医疗新技术。

限制类医疗技术：是指禁止类技术目录以外并具有下列情形之一的，作为需要重点加强管理的医疗技术（以下简称限制类技术），由省级以上卫生行政部门严格管理：

（一）技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高专业要求，需要设置限定条件的；

- （二）需要消耗稀缺资源的；
- （三）涉及重大伦理风险的；
- （四）存在不合理临床应用，需要重点管理的。

一般临床医疗技术：是指未纳入禁止类技术和限制类技术目录的医疗技术，医疗机构可以根据自身功能、任务、技术能力等自行决定开展临床应用，并应当对开展的医疗技术临床应用实施严格管理。

二、审核程序

（一）一般临床医疗技术

该类医疗技术临床应用由我院医疗技术临床应用管理委员会审核，具体申报程序如下：

- 1、科室提出申请，并填写医疗技术临床应用准入申请表。
- 2、医务科对申报材料进行初审，申报科室根据医务科要求补充有关材料。
- 3、申请材料完备后，医务科将其呈报院医疗技术临床应用管理委员会审核，必要时邀申请科室进行答辩。
- 4、医务科负责将审核结果反馈科室并按相关规定报卫生行政部门备案

（二）限制类医疗技术

该类医疗技术临床应用需由我院医疗技术临床应用管理委员会审核后报江苏省卫生健康委备案，具体申报程序如下：

- 1、科室提出申请，并填写相关医疗技术临床应用能力技术审核申请书。
- 2、医务科对申报材料进行初审，申报科室根据医务科要求补充有关材料。
- 3、申请材料完备后，由医务科呈报院医疗技术临床应用管理委员会及伦理委员会审核，必要时邀申请科室进行答辩。
- 4、医务科按照相关要求，备齐材料，上报江苏省卫生健康委备案。
- 5、医务科负责将备案结果反馈科室，并做好相关存档。

三、实施与管理

（一）科主任为医疗技术临床应用申报监管负责人，须对本科开展的医疗技术进行监管，发现问题除积极予以处理外，应立即报告医务科及有关部门，不得迟报、瞒报、漏报。

（二）医务处为院内管理已审批医疗技术的职能部门，有责任为科室提供支持和服务。医务科应定期检查医疗技术的实施情况，尤其是新开展医疗技术的实施情况，定期向院医疗技术临床应用管理委员会汇报。

（三）院医疗技术临床应用管理委员会负责对其他类医疗技术临床应用能力进行技术审核，对限制类医疗技术临床应用能力进行审核后上报备案，并对医疗技术定期进行安全性、有效性和合理应用情况进行

评估。

(四)凡未经院医疗技术临床应用管理委员会及上级管理部门批准开展的项目,各科室不得自行开展,否则将追究科主任或科室负责人责任。

(五)医院定期对在本院开展的医疗技术进行评估,评估内容主要为技术开展的质量安全情况,技术保障能力等。特别是针对限制类医疗技术,严格按照技术临床应用管理要求和技术要求进行重点评估。凡出现下列情况之一者,应立即停止该医疗技术临床应用。

1、该医疗技术被国家卫生健康委列为“禁止类技术”;

2、从事该医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化,不能满足相关技术临床应用管理规范要求,或者影响临床应用效果;

3、该医疗技术在本机构应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或者伦理问题,或者发生与技术相关的严重不良后果;

4、发现该项医疗技术临床应用效果不确切,或者存在重大质量、安全或者伦理缺陷。

当出现第2、3项情形,属于限制类技术的,应当立即将有关情况向省卫生行政主管部门报告,依据省卫生行政主管部门决定取消相应医疗技术临床应用备案,在机构《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明。

出现第4项情形的,应当立即将有关情况向省级卫生行政部门报告。省级卫生行政部门应当立即组织对该项医疗技术临床应用情况进行核查,确属医疗技术本身存在问题的,可以暂停该项医疗技术在本地区的临床应用,并向国家卫生健康委报告,国家卫生健康委收到报告后,组织专家进行评估,决定需要采取的进一步管理措施。

(六)医院定期对本院医师的临床医疗技术能力进行动态评估。医师定期填写《徐医附院医师定期能力评价及再授权表》,根据评估结果,医院及时调整医师技术临床应用权限。

(七)新技术和新项目开展后要立即进行评估,包括科室评估和院内专家评估。

1、各科室对于新技术、新疗法,一经开展即应完善对疗效的评价分析,不断总结经验,改正不足,使其更加完善。

(1)认真记录病历资料,随访观察疗效。

(2)定期总结病历,与常规操作进行比较。

(3)检索文献、查阅资料,与其它医院进行比较。

(4)年终将本年度开展的双新病例进行分析总结上报。

(5)根据开展情况写出报告或文章。

2、院内专家组评估:

(1)医院成立医疗技术临床应用管理委员会评估。

(2)评估期限:对医院拟开展的新技术项目每年评估一次。

(3)评估内容:技术项目的先进性、安全性、有效性、可推广性等。

(4)必要时聘请院外专家指导评估。

(5)科室按要求提供总结、相关病历、查新检索资料、科内评估结论。

(6)根据评估结论决定新技术是否先进、安全、疗效明显、费用低廉等,决定该项技术是否有应用推广价值。经院内专家组评估,符合先进性、安全性等要求的技术项目鼓励继续开展,并在年终给予适当奖励。不符合先进性、安全性等要求的技术项目,写出评估报告,报院长审批后,技术项目终止开展。

本制度自发布之日起开始实施,由医务处负责解释。

医疗技术分级授权与动态管理制度

一、手术分级

根据手术的风险性、复杂性和技术难易程度不同,手术分为四级(包括介入、腔镜等各种微创手术):

(一)一级手术:风险较低,过程简单,技术难度低的普通手术。

(二)二级手术:有一定风险,过程复杂程度一般,有一定技术难度的手术。

(三)三级手术:手术风险较高,过程较复杂,技术难度较大的手术。

(四)四级手术:手术风险高,过程复杂,技术难度大的重大手术。

手术分级目录由省卫生厅另行下发。

二、医疗机构手术级别范围

各级各类医疗机构的手术级别范围必须与其功能和任务相适应，具备开展手术所必需的能力、水平、设施、设备、管理制度、操作规程等条件。被国家卫健委、省卫健委纳入特殊管理的手术项目应符合相关规定。

（一）三级医院：三级医院是向含有多个地区的区域提供以高水平专科医疗服务为主，兼顾预防、保健和康复服务并承担相应的高等医学院校教学和科研任务的区域性医疗机构；是省或全国的医疗、教学、科研、预防相结合的技术中心，是国家高层次的医疗机构，可开展各级手术，但应侧重开展三、四级手术，并加强围手术期管理，切实提高手术技术水平，确保医疗质量和安全。

（二）二级医院：二级医院是向含有多个社区的地区提供以医疗为主，兼顾预防、保健和康复医疗服务并承担一定教学和科研任务的地区性医疗机构，完成一、二、三级手术，侧重二、三级手术，应注意质量水平的提高，并重视围手术期的准备和处理。有条件的二级甲等医院经省辖市卫生行政主管部门审核同意，可开展部分四级手术。

（三）一级医院（乡镇卫生院和由一、二级医院转型的社区卫生服务中心）：是向一个社区提供基本医疗、预防、保健和康复服务的基层医疗机构，完成一级手术，并应注意其质量水平的提高；一级甲等医院经核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门（以下简称“登记机关”）审核同意，可开展部分二级手术。

（四）未明确级别的医院和其他医疗机构手术级别范围，由登记机关在其手术级别审核权限范围内确定。登记机关无权确定医疗机构手术级别范围的，应报请上一级卫生行政部门审核确定。

（五）专科医院手术级别范围由省辖市卫生行政主管部门根据其级别、功能、任务适当调整并审核确定。

三、手术医师分级

手术医师应依法取得《医师资格证书》和《医师执业证书》。根据手术医师取得相应的卫生专业技术职务任职资格、受聘的专业技术职务、从事相关专业的年限，手术医师分级如下：

（一）住院医师

- 1、低年资住院医师：担任住院医师3年以内。
- 2、高年资住院医师：担任住院医师3年以上。

（二）主治医师

- 1、低年资主治医师：担任主治医师3年以内。
- 2、高年资主治医师：担任主治医师3年以上。

（三）副主任医师

- 1、低年资副主任医师：担任副主任医师3年以内。
- 2、高年资副主任医师：担任副主任医师3年以上。

（四）主任医师

四、各级医师手术权限

根据“医师服从医疗机构”的原则，医疗机构应在本规范限定的或卫生行政部门核定的手术级别范围内，根据对具有不同专业技术职务任职资格的医师开展不同级别的手术进行限定，并认真填写《徐医附院手术权限申请表》《徐医附院手术医师能力考核表》进行审核后授予相应的手术权限。我院手术分级授权按医师从事专业进行个性化授权，根据从事专业授权能够开展的具体手术项目，而不再笼统授予三级或四级手术权限，不允许跨学科开展手术。

（一）低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握一级手术。

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

（三）低年资主治医师：熟练掌握二级手术，并在上级医师指导下，逐步开展三级手术。

（四）高年资主治医师：掌握三级手术，有条件者可在上级医师指导下，适当开展一些四级手术。

（五）低年资副主任医师：熟练掌握三级手术，在上级医师指导下，逐步开展四级手术。

（六）高年资副主任医师：在主任医师指导下，开展四级手术，亦可根据实际情况单独完成部分四级手术、新开展的手术和经省级以上卫生行政部门批准的临床试验、研究性手术。

（七）主任医师：熟练完成四级手术，开展新的手术，或经省级以上卫生行政部门批准的重大临床试验、研究性手术。

五、手术审批管理

医疗机构应建立严格的手术审批制度，按以下要求经审批后方可开展：

(一)常规手术审批

- 1、一级手术：由主治医师审批，并签发《手术通知单》。
- 2、二级手术：由科主任审批，高年资主治医师以上人员签发《手术通知单》。
- 3、三级手术：由科主任审批，副主任医师以上人员签发《手术通知单》，报医务管理部门备案。
- 4、四级手术：由科主任审批，高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》，报医务管理部门备案。

(二)特殊手术审批

1、凡属下列情形之一的可视作特殊手术：

- (1) 被手术者系外宾、华侨、港、澳、台同胞，特殊保健对象等。特殊保健对象包括高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人等；
- (2) 各种原因导致毁容或致残的；
- (3) 涉及法律风险，可能引起司法纠纷的；
- (4) 同一病人 24 小时内需再次手术的；
- (5) 高风险手术；
- (6) 邀请外院医师参加手术者的；
- (7) 人体器官移植手术；
- (8) 虽已广泛应用于临床，但在本院属首次开展的手术；
- (9) 重大的新手术以及临床试验、研究性手术；
- (10) 卫生部和省卫生厅有其他特殊技术准入要求的。

2、特殊手术须组织科内讨论，填写《手术审批申请单》，经科主任签署意见，报医务管理部门审核、院领导审批后，由高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

3、第(4)种情形的特殊手术，如在非正常工作时间或病情危急的情况下，先组织科内讨论，经科主任签署意见并向医务管理部门、院领导汇报，经批准同意后先行手术，术毕 24 小时内补办手续。

4、第(8)(9)种情形的特殊手术，参照《徐医附院新技术新项目准入制度》，完成审批手续后方可实施，并由高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

(三)在《医师执业证书》注册地点外开展手术的，需按《执业医师法》有关规定或《医师外出会诊管理暂行规定》的要求执行。外籍医师的执业手续按《外国医师来华短期行医暂行管理办法》有关规定执行。

(四)在急诊或紧急情况下，为抢救病员生命，在无相应手术资格医师可寻时，经治医师应当机立断，可超越被核准的手术权限，争分夺秒积极抢救，并及时向上级医师和总值班汇报，不得延误抢救时机。

(五)手术审批、通知等实施信息化管理的医疗机构，应采用电子签名；未实行电子签名的，应打印出纸质《手术审批申请单》、《手术通知单》，按照审批、通知程序规定履行相应的手写签名手续。

六、权限管理

(一)手术人员资格权限按照卫健委《医疗技术临床应用管理办法》的有关规定进行动态管理。

(二)手术按照已确定的手术人员分工进行，不得越级手术。手术中根据病情需要扩大手术范围，或改变预定术式，需请示上级医师，按照医师分级手术范围规定进行手术。施行越级手术时，需经科主任批准并必须有上级医师在场指导。

(三)除正在进行的手术需请示上级医师指导情况之外，上级医师不得未经给患者查房或会诊、未参加术前讨论，而直接参加手术。对违反本管理办法超权限手术的科室和责任人，一经查实，将追究科室负责人和责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，将严格按照《徐州医科大学附属医院医患纠纷处理办法》追究相应人员责任。

(四)对于国家和省级限制类医疗技术，应严格按照相应管理规范进行临床应用。对没有进行技术备案的医师，严禁开展相应限制类技术的临床应用。对违规开展的医务人员严肃追究相应人员责任。

六、医疗技术权限动态管理

(一)医师必须严格遵守法律、法规及规章制度，医院各级医师要严格落实此制度，不能超越。凡因不遵守手术分级管理制度而发生纠纷，由当事人负有完全责任。

(二)各科室科主任根据各科的实际情况，组织科室人员进行讨论，初步确定每一位手术医师的手术级别，

报医务处，由医务处组织医院医疗技术临床应用管理委员会讨论通过，记入医师个人技术档案。

(三)科主任依据此制度，严格加强科室管理，每位手术医师必须在各自的手术级别中开展手术。

(四)对于工作能力较强，能够胜任高一级医师手术的医师，必须在上级医师指导下，完成此手术10例以上，由个人提出申请，科室讨论，形成书面材料报医务处，经医院医疗技术临床应用管理委员会人员观摩手术或观看手术录像讨论通过后，方可实施此类手术，并记入个人技术档案（如果没有通过者，1年后可再由本人提出申请）。

(五)对连续两年发生两起以上因手术造成医疗纠纷或手术效果不理想的人员，经医院医疗技术临床应用管理委员会讨论后，停此类手术并降一级执行，直至取消手术资格，并由医务处备案；重新恢复手术级别，需经医院医疗技术临床应用管理委员会考核后裁定。

(六)若遇紧急特殊情况，科室或医师超范围开展与本人级别不相称的手术，需邀请上级医师会诊或经医务处（行政值班）同意、分管院长批准后进行。如遇特殊情况或急症手术时，应积极抢救病人，并同时报医务处（行政值班）备案，抢救结束后补齐相关手续。

(七)各科室在执行该规范的过程中，可根据医学发展的要求和本科室手术医师的技术水平，仪器、设备条件经医院医疗技术临床应用管理委员会讨论在此手术分级的基础上增加不同级别的手术术式，但不能减少。

(八)对于业务能力差，不能胜任本人级别手术的医师，由科主任主持科室人员进行讨论，向医务处做出书面报告，由医务处组织医院医疗技术临床应用管理委员会进行讨论，做出该医师具体的手术级别，并报请院领导批准。

(九)手术医师根据个人的手术能力，完全能够胜任本人级别手术，而科主任不允许做此类手术时，可与科主任进行沟通，沟通不成时，可直接向医院技术委员会提出申诉，经医院技术委员会讨论后裁定。

(十)手术医师每两年进行一次能力考核和再授权。

(十一)对于限制类技术的临床应用，各科室科主任根据各科的实际情况，组织科室人员按照相关限制类技术应用管理规范进行论证，初步确定科内医师的资质，报医务处，由医务处组织医院医疗技术临床应用管理委员会讨论通过，报省卫健委备案并记入医师个人技术档案。

医师必须严格遵守法律、法规及规章制度，医院各级医师要严格落实此制度，凡因未备案医师违规开展限制类技术而发生所有后果，由当事人负有完全责任。

对于业务能力差，不能胜任相关限制类医疗技术临床应用的医师，由科主任主持科室人员进行讨论，向医务处做出书面报告，由医务处组织医院医疗技术临床应用管理委员会进行讨论，把该医师备案资质撤除，报请院领导批准后报省卫健委撤除该医师相关限制类技术资质备案。

医师限制类技术临床应用能力每两年进行一次能力考核和再授权。

临床重点专科建设专项资金管理办法

一、使用原则：重点专科建设专项资金纳入财务处统一管理，专项经费要确保专款专用，单独核算，任何科室和个人不得改变资金性质和用途，不得以任何名义挤占、挪用。

二、适用范围：重点专科专项资金由医院投入，主要用于引进和更新添置对重点专科发展有重大影响的关键性技术、人才和设备等。专项资金具体使用范围包括以下各项开支：

1、设备、材料费。用于重点专科建设所需的技术设备、材料的投资，包括购置样品、药品和小型设备，以及设备租用、折旧、运输等费用。

2、管理费。用于重点专科的科室管理和重点专科检查、印制文件制度和合同等有关资料等方面的支出。对管理费实行总额控制，由学科带头人管理和使用。

3、培训费。用于聘请院外专家进行和重点专科建设相关的讲座、查房、带教等费用。

4、会议费。用于对重点专科建设工作进行研讨和学习交流会议的有关支出。

5、会务费。用于重点专科建设人才梯队建设，对专业技术人员进行重点专科建设规范、学习和制定相关技术规范等会议和培训的支出。

6、差旅费。用于制定或修订重点专科建设标准和文件制度以及参加专业学术会议等有关的差旅费。

7、重点专科建设专项资金报销流程。经费使用必须提前上报医务处签字同意，使用后由科室主任签字通过，上报医务处和财务处审批，经院长审批签字后方可报销。

8、重点专科建设专项资金不得用于科室人员津贴、奖金及绩效工资等，学科带头人（科主任）要严格

控制支出，保证资金按规定范围使用，不得开支上述范围以外的其它支出。

（三）、重点专科建设管理规定：

重点专科实行动态管理，建设周期原则上定为 3-5 年。科主任要根据重点专科建设周期预算专项资金使用预算，并不断完善资金使用公示制度，建立专科建设进度评价机制。

1、列入重点专科建设的科室要制定发展规划和年度达标计划，并于每年 12 月份前向财务处和医务处提交重点专科建设专项资金使用预算。

2、如果出现学科带头人调动工作、重点专科建设项目条件变化等重大事项，应及时报医务处，经医院院长办公会议研究决定后决定专项资金是否继续使用。

3、重点专科实行动态管理，由医务处组织每年对重点专科建设情况进行考核，对于考核合格的科室，本年度结存的专项经费，结转下一年度按规定继续使用。对于被淘汰的科室，由财务处及时清理专项资金帐目，结余经费暂时冻结，如果下一轮入选，可结转后继续使用，如果被淘汰，则由医院收回，转存其他重点专科使用。

4、医院不定期组织督查小组按照重点专科建设达标计划的内容和考核指标，对重点专科建设情况、专项资金使用情况进行年度考核管理。

医疗技术风险预警机制

一、目的

为了及早发现医疗技术风险，加强预警监控，防止医疗事故，确保医疗安全，制定本预警机制。

二、范围

医疗技术风险是指医疗服务过程中存在或出现的可能发生医疗失误或过失导致病人死亡、伤残以及躯体组织、生理功能和心理健康受损等不安全事件的危险因素，无论不良后果是否发生以及患者是否投诉，均属预警监控范围。

三、原则

医疗技术安全预警工作要遵守“以病人为中心”的服务宗旨，以卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规为准绳，以深挖细找医疗质量和安全各环节存在的安全隐患为主要手段，达到及时消除安全隐患并警示责任人，从而确保医疗安全的目的。

四、要求

医院领导、职能管理部门、各科室、各级各类专业技术人员，按职责和分工，各司其职，各负其责，做好预警工作。

五、技术风险预警分级

根据工作和医疗活动中因失误造成的医疗缺陷的性质、程度及后果，将技术风险预警分为三级。

（一）一级预警项目

指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，但尚未给患者或医院造成损害或招致患者投诉等不良后果的情形。

1、违反工作纪律

- （1）上班或值班时间擅自离岗、脱岗，班前班中饮酒影响正常工作；
- （2）为患者进行诊疗服务过程中，不遵守职业礼仪，聊天、打手机；
- （3）违反职业道德和医疗保护原则，不负责任地透露或散布有关患者的情况；
- （4）不负责任地任意解释医院规定和其他科室、其他医务人员的工作，造成患方误会或不满；
- （5）诊疗工作中违反医疗保险有关规定；
- （6）违反医德规范，以医谋私，吃拿卡要，收受红包。

2、违反诊疗规范

- （1）违反首诊负责制有关规定；
- （2）危重患者来诊后，未在 3 分钟内开始抢救；
- （3）门急诊医师对 3 次就诊未能确诊的患者未安排会诊或请上级医师复诊；
- （4）门诊、急诊或住院医师会诊时，未在规定时限内到达，或未诊查者只看病历进行“书面会诊”或“电话会诊”；
- （5）门急诊医师不见病人即开具“住院通知单”；

- (6) 病房医师不查病人即开写医嘱;
- (7) 三级医师查房不及时、不认真,记录、签名、审签不规范、不及时;
- (8) 住院患者病情恶化处理效果不佳时,未及时请上级医师会诊指导;
- (9) 疑难病例未及时提请科内、科间或院外会诊;
- (10) 对需要立即执行的医嘱,医师未通知护理人员从而导致执行延迟;
- (11) 对危重患者未进行床头交接班,或未按规定书写交班记录;
- (12) 临床医师发现传染病未按要求进行报告,出现迟报、漏报;
- (13) 麻醉医师对手术患者术前未查房,或术后 24 小时内未随访;
- (14) 手术科室对重大手术未按手术分级管理权限履行报批手续;
- (15) 手术医师在手术后未及时诊查患者,患者手术后 3 日内无上级医师查房;
- (16) 错发、漏发药品,但未造成不良后果,尚未引起患者投诉;
- (17) 因医方对择期手术准备不足,延误手术进行;未按医院要求上午 8 时整时开展手术;
- (18) 供应或使用过期失效的灭菌器械或不合格材料,尚未造成不良后果;
- (19) 护理环节未正确执行医嘱;
- (20) 错采标本,错贴标签,错用抗凝剂等导致不能正常检验;
- (21) 违反处方管理规定,药物适应证、禁忌证、剂量、用法、配伍等方面出现错误,尚未造成不良后果;

- (22) 发生严重工伤、重大事故、传染病暴发流行等事件时,未及时上报;
- (23) 患者转科治疗过程中,转出科室未提前联系妥当或转入科室借故拒绝或拖延转入。

3、医疗保障缺陷

- (1) 抢救药品器材质量不合格,过期失效,供应、补充、更换不及时,账物不符;
- (2) 设备、器材出现故障,维修不及时影响正常使用;
- (3) 医技科室对仪器设备疏于维护,违规操作,导致结果失真;
- (4) 医技科室疏于核对,弄错标本、项目或检查部位;
- (5) 遗失检查检验标本;
- (6) 特殊标本、病理标本保存时间不符合上级规定;
- (7) 检查检验结果出现可疑、矛盾资料或意外阳性结果时,未进行复核、主动报告或未通知临床科室及时复查;
- (8) 药剂科未能及时发现处方中用药不当、用法错误、配伍禁忌、违规超量等风险;
- (9) 调配中药处方时,对需要先煎、后下、冲服等特殊处理的药物未单包注明;
- (10) 调配中草药不使用计量器具;
- (11) 营养餐内有异物或质量、卫生达不到规定要求;
- (12) 划价收费错误,导致患方投诉;
- (13) 计算机网络疏于维修和管理,导致运行障碍,影响正常作。

4、诊疗记录缺陷

- (1) 门急诊医师未及时、规范书写门急诊病历;
- (2) 门急诊病历、住院病历中未记录药物过敏史,输血患者未记录输血史;
- (3) 未在规定时间内完成入院记录、首次病程记录、日常病程记录及规定应当记录的其他资料;
- (4) 对转科转院患者,未书写转科、转院记录;
- (5) 对意外死亡病例,未及时报告医务处或总值班;
- (6) 大中型手术未按手术分级管理规定进行术前讨论并完成讨论记录;
- (7) 未认真履行知情同意手续,并及时、规范、严密地签订知情同意文书;
- (8) 诊疗资料记录不真实、不完善、不及时、不规范,造成安全隐患;
- (9) 出具各种虚假诊断证明,或超越专业权限出具医学证明;
- (10) 各种诊疗记录和资料书写不规范、字迹潦草、签名不正规、越权签名或未进行审签;
- (11) 以刮、涂、擦等违规方式修改病历资料;
- (12) 诊疗科室、病案室保管不周,造成病历丢失、损坏或被违规复制。

(二) 二级预警项目

- 1、因发生一级风险预警引起患方投诉；
- 2、一年内累计发生两次及两次以上风险预警；
- 3、由于责任者的过失，造成非事故性医疗缺陷，给医院造成经济损失（经协商、调解或法院判决），金额低于 3000 元人民币。

（三）三级预警项目

- 1、一年内发生两次及两次以上二级风险预警；
- 2、由于责任者的过失，造成非事故性医疗缺陷，给医院造成经济损失（经协商、调解或法院判决），金额超过 3000 元人民币；
- 3、出现医疗事件酿成医疗纠纷，虽未认定为医疗事故，但责任者过失严重，情节恶劣，严重损害了医院声誉；
- 4、发生严重违反医德医风事件，被上级通报或新闻媒体曝光，造成较坏的社会影响。

六、医疗技术风险预警信息来源

- （一）各级各类查房：医师三级查房、护理查房、临床药师查房、院长查房、医德医风查房等；
- （二）职能管理部门日常检查、监督、考核、评价、分析、反馈；
- （三）各级各类专业技术人员日常工作中的反映和积累；
- （四）义务监督员提供；
- （五）卫生行政部门和上级领导机关监督检查提示或通报；
- （六）患方反映、投诉、举报；
- （七）医疗纠纷、医疗事故启示等。

七、医疗技术风险预警处置程序

（一）立案

- 1、自查立案 医务处、护理部、门诊部、临床科室、医技科室、药剂科及其他有关部门日常工作中检查发现预警项目内容，均有权利和义务立案处理。
- 2、投诉立案 院办公室、党办公室、纪检审计部门、医务处、护理部等职能管理部门接到投诉，经核实确系风险预警内容时，应在 24 小时内立案。

（二）处理程序

- 1、属于自查立案的，应当限期整改并做好记录。
- 2、属于投诉立案的，应在受理投诉后 48 小时内通知被投诉单位并限期整改，
- 3、被二、三级医疗技术风险预警警示的当事科室或当事人，接到通知后最迟在 48 小时内必须主动作出检讨或说明，根据情节、后果、态度和整改结果，10 日内作出处理。
- 4、经依法鉴定认定为医疗事故的医疗事件，按照处理医疗事故的相关规定以及医院有关规定处理。

（三）处罚

- 1、根据警示等级、情节轻重与后果，参照态度和一贯表现，确定处罚度。
- 2、做出处罚决定时，要区别直接责任与间接责任，合理地确定责任者在综合原因中应负的责任比重。
- 3、对于受到风险警示的部门和个人，坚持教育为主、处罚为辅的原则；对于及时发现风险、努力补救、避免重大事故发生的工作人员，应当给予一定的奖励。

特定（单）病种管理制度（试行）

为加强特定（单）病种（以下简称单病种）质量管理与控制工作，建立本机构单病种管理的指标体系，制订单病种医疗质量参考标准，促进医疗质量精细化管理，制定本制度。

单病种质量管理是一种标准化的，以病种（或手术）为单位而进行的全程医疗质量管理的新方法，它以明确诊断标准的单一疾病（或手术）种类为一个质量评价单位，通过对疾病诊疗全过程，包括诊断、检查、治疗、治疗效果以及医疗费用等，实施标准化控制，达到提高医疗质量促进医疗资源合理利用的目的。

医院实行院科两级单病种管理，医疗质量管理部门负责医院单病种管理，科室医疗质量工作小组负责本科室单病种管理。临床科室应设立病种管理联络员协助科室医疗质量工作小组做好单病种管理。

医院通过电子病历系统实行信息化单病种数据采集、上报管理。

电子病历系统对第一二诊断或者手术符合单病种纳入标准的病例进行提醒，符合排除标准的医务人员应及时提交不上报申请；

上报表实行分阶段填写，出院时统一提交的上报模式；

对于转科患者医务人员应在转科前填报完本科室涉及单病种上报内容；

医务人员应在患者出院时完成单病种填报工作；

科室应在单病种上报三日内完成内容的审核工作，不符合要求的应及时联系上报人员修改。

科室每月应对单病种上报情况进行统计分析，不断提高上报合格率，持续提高单病种管理水平。

医疗质量管理部门对全院单病种上报数据进行不定期抽查，提出并落实改进措施，按季度发布单病种质量控制指标结果。

医院将单病种管理纳入科室绩效考核及医师定期考核。

本制度由医疗质量管理部门负责解释。

保障患者合法权益制度

一、患者的权益指患者在患病就医期间所拥有的而且能够行使的权利和应该享受的利益，医务人员应当尊重和维护患者的合法权益。

二、医务人员应该依法维护患者基本的权益即有权获得适宜的医疗诊治。

1、享受平等医疗权，凡患者不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重，都有权受到礼貌周到、耐心细致、合理连贯的诊治服务。

2、享受安全有效的诊治，凡病情需要，有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件，都有权获得。

3、有权要求清洁、安静的医疗环境，并有权知道经管医生及护士的姓名。

4、有权了解有关诊疗、治疗、处置及病情预后等确切内容和结果，并有权要求对此做出通俗易懂的解释从医疗角度不宜相告的或当时未明确诊断的，应向其家属解释。

5、有权了解各种诊治手段的有关情况，如有何辅助作用，对健康的影响，可能发生的意外及合并症、预后等。

三、医务人员应尊重患者自由选择 and 拒绝治疗的权利

1、患者有权根据医疗条件或自己的经济条件选择医院、医护人员，医疗及护理方案。

2、患者在法律允许的范围内(精神病、传染病患者的某些情况属不允许范围)可拒绝治疗、也有权拒绝某些实验性治疗，但医生应说明拒绝治疗的危害。

3、不违反法律规定的范围内，有权自动出院，但必须向医院和医生做出对其出院及后果不负责任的声明与签字。

四、医务人员应尊重和维护患者的隐私权

1、患者在医疗过程中，对由于医疗需要而提供的个人的各种秘密或隐私，有要求保密的权利。医务人员应严守私密，不随意向外人泄露。

2、患者有权对接受检查的环境要求具有合理的声音、形象方面的隐蔽性。有异性医务人员进行某些部位的体检治疗时，有权要求第三者在场。

3、在进行涉及床边会诊、讨论时，可要求不让不涉及其医疗的人参加；有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读。

五、患者有监督自己的医疗及护理权益实现的权利

1、患者有权监督医院对自己所实施的医疗护理工作，如果患者的正当要求没有得到满足，或由于医护人员的过失造成患者身心的损害，患者有权向医院提出质问或依法提出上诉。

2、患者在接受治疗的过程中，无论由谁支付医疗费用，患者有权审查其支付的账单，并有权要求解释各项支出的用途。

六、医务人员应充分尊重患者的知情同意权，严格遵守我院《知情同意制度》的有关规定，履行告知义务。

七、医务人员应主动了解患者的民族和有无宗教信仰，尊重患者的民风民俗习惯和宗教信仰，对患者提出的有关民族风俗习惯和宗教信仰的要求，在客观条件允许和不影响治疗的前提下，应充分配合，尽量满足。

出院患者随访管理制度

为把医疗服务贯穿落实到患者诊疗康复的全过程，使住院患者的院外康复和继续治疗能得到科学、专业、规范、便捷的技术服务和指导，努力实现院前、院中、院后医疗服务的一体化，特制定出院患者随访制度如下：

一、随访范围：凡在我院住院出院的患者均需进行出院后随访（自动出院患者、有纠纷苗头的患者、科主任认为不需要随访的患者除外）。急、危、疑难病人、慢性病病人、需定期复诊的病人及病情康复较慢的病人随访率要求达到100%。

二、责任人与职责：各病区负责对本病区出院后的患者进行出院随访。随访责任人：以“谁主管、谁负责”为原则，管床医生为第一责任人，负责随访工作。随访情况由管床医生按要求填写，并根据随访情况决定是否与上级医师、科主任一起随访。科主任对住院医师的分管出院患者随访情况每月至少检查一次，对没有按要求进行随访的医务人员应进行督促。

三、随访时间：根据患者病情和治疗需要而定，一般要求在出院后一周内进行第一次随访，治疗用药副作用较大、病情复杂和危重的病人出院后应随时随访，需长期治疗的慢性病人或疾病恢复慢的病人出院后2--4周内应随访一次，此后视情间隔2--3个月随访一次。

四、随访方式：以电话随访为主，也可开展入户走访或书信随访等方式，均无应答者列为失访，即停止随访工作。若已死亡则向其亲属了解死亡的时间及死亡的原因，结束随访。

五、随访的内容：了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导患者正确服药、合理膳食及注意康复训练，提醒患者按时回院复诊等；患者在住院期间，对就医环境、医护人员服务态度、医疗效果满意度等服务信息。随访后应做好记录。

六、随访时，随访医师的语气应亲切、温和，耐心听取患者或家属意见，诚恳接受批评，采纳合理化建议，做好随访记录。随访中，对患者的询问、意见，如不能当即答复，应告知相关科室的电话号码或帮忙预约专家。随访后对患者提出的意见、要求、建议、投诉，应及时逐条整理综合，报相关职能科室或部门处理。

七、随访中，若患者对医疗服务有不满情绪时应尽量容忍，耐心说服，晓之以理，动之以情，不得恶言相待，更不得与患者发生争执。

八、各病区均要建立出院患者随访信息登记档案，内容应包括：患者姓名、性别、年龄、病历号、职业、科室、经管医生、入出院日期、入院诊断、出院诊断、联系电话、家庭详细地址等内容，由患者本次住院期间的管床医生负责填写。

九、办理入院手续时有关工作人员应要求患者详细填写工作单位、家庭住址、职业、联系电话等项目。

十、随访办公室负责对各病区及医师的出院患者随访工作进行检查指导与考核，考核结果纳入科室管理工作，对应医院有关考核管理办法进行奖惩。

患者参与医疗安全管理制度

医疗安全是医患双方共同的责任，鼓励患者参与医疗安全活动不仅充分体现了患者的权利，也诠释了医院以患者为中心的服务理念。其中既包括医务人员要为患者及其家属提供相关的健康知识教育，又包括患者在就诊时应提供真实病情、真实信息。诊疗过程中患者参与医疗安全有助于及时发现不良因素、可有效的避免医疗缺陷、保证医疗安全，增加医疗透明度，对构建和谐医患关系将起到积极促进作用。为此，我院制定本制度。

一、医务人员有鼓励患者参与医疗安全活动的责任和义务。

二、医务人员应引导患者在就诊时提供真实病情和真实信息，并向患者宣传提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。

三、医务人员在诊疗过程中，应有意识的为患者及其家属提供与患者疾病诊疗相关的健康知识教育，以协助患方对诊疗方案做出正确理解与选择，从而更积极的配合治疗。为患者提供健康知识教育的方式可以多种多样。

四、实施任何诊疗活动前，医务人员应亲自与患者或家属沟通，取得患者或家属的确认；其中特殊检查（治疗）、创伤性诊治活动前需知情同意签字确认，以确保医疗行为的顺利进行。

五、鼓励患者在查体前向医务人员提出洗手要求。

六、主动邀请和鼓励患者参与医疗安全管理，尤其是患者在接受手术、介入或有创操作前告知其目的、操作方式和风险，并请患者参与手术部位的确认。

七、主动邀请患者及其家属参与治疗计划的制定、实施和医疗决策过程。最大限度地促进医患沟通，有利于医务人员根据患者病情及个体差异的不同制定出适应每个患者的详细、科学的治疗（手术）方案，当患者病情变化的时候能够及时调整修改治疗（手术）方案。以提高患者及其家属的知情权和自我护理能力，利于改善患者的健康状况。

八、严格落实查对制度和身份识别制度。患者接受手术（介入）、有创诊疗操作前医务人员应主动邀请患方说出身份，并参与疾病诊断和部位、手术（介入）方式、操作项目的核对。标本采集、输液、输血、药物使用等各类诊疗活动时，邀请和鼓励患者主动参与医疗安全管理，请患方自报姓名、诊断和相关药物过敏或严重不良反应信息，医患双方主动查对。

九、需要使用设备或耗材的，医务人员应为患者提供设备和材料的相关信息。让患者对操作有所了解，以确认设备及耗材和患者身份具有唯一对应性，以及和相应费用的对应性。

十、鼓励患者向药学人员提出安全用药咨询，主动获取安全用药知识。药物治疗时，医务人员应告知患者用药目的与可能发生的不良反应，充分体现患者的知情权，并邀请患者参与用药时的查对。

十一、护士在进行护理和心理服务时，应告知患者护理操作的目的、操作的步骤以及如何配合及配合治疗的重要性。

十二、对儿童、老年、孕妇、行动不便和残疾患者，用语言提醒、搀扶、请人帮助和警示标识等办法邀请患方主动参与，防止患者跌倒事件的发生。

十三、科室利用宣传栏、专题讲座、健康大讲堂等方式，宣传和鼓励患者（近亲属）参与医疗安全活动；在适当场合张贴安全用药宣传资料，及方便患者随处领取降压、降糖、抗肿瘤等特殊药物科普折页等。

十四、医务人员必须认真对待患者（近亲属）对病情和各项诊疗活动的反映及意见。

十五、医务人员应鼓励患者对不理解、不明白的问题多问，对于患者的提问要耐心认真的解答。

十六、宣传科定期组织开展健康大讲堂活动，鼓励临床科室根据自身情况开展健康知识普及及活动，加强前期宣传，并为患者提供咨询和反馈的途径（固定电话、电子邮箱等）。

十七、在医院网站上创建健康教育模块，为患者提供有关健康和疾病的知识，增加患者对疾病的认识；在门诊、病区等处张贴宣传页，向患者介绍疾病常识、手术或特殊治疗措施、医院规章制度等。制作健康教育小册子，内容由各科室自行拟定，可包括对特定疾病的简单解释、特殊医疗护理检查操作过程、面对疾病的正确心态、正当用药指导等。

十八、医院建立投诉机制，向患方公开本院接待患者投诉的主管部门（医患关系办公室）、投诉的方式及途径，鼓励患者通过认真填写《满意度调查表》反馈住院期间对医疗服务的意见和建议。

十九、落实出院患者回访制度。医院职能科室及病区进行出院患者回访工作，并进行记录小结分析。对患者治疗效果，满意度情况，改进意见等调查，同时对患者的健康促进进行指导，促进医疗持续改进。

保护病人隐私权制度

病人隐私权是指病人不愿意告人或不愿意公开的有关人格尊严的私生活秘密。根据卫生部颁发的《医务人员医德规范及实施办法》及《护士条例》第三章第十八条规定“护士应当尊重、关心、爱护病人，保护病人的隐私”等条款，特制定本规定。

一、树立保护病人隐私的观念，加强相关的卫生行政法规的学习及宣传，提高全院医务人员的法律素质。正确处理权利与义务，注意保护病人隐私，把法律意识转化为自觉的依法行使权利、履行义务的法律行为。

二、强化法规意识，提高道德修养。严格区分正常介入隐私和利用职务之便侵犯病人隐私的界限，医务人员应按照技术操作规程办事。即介入病人隐私的行为完全是基于诊疗病人疾病的目的，如男医生检查女性病人必须有女同事或家属在场；一般体检没有必要暴露身体时则不必让病人暴露身体；特殊检查确需病人裸露检查时，必须向病人说明原因，并要求其他医护人员在场；在诊疗中与治病无关的事不做，与诊疗无关的话不问。

三、加强病案管理与监督，提高病案使用者保护病人隐私权的意识，提高职业自律性。认真落实病案借阅制度、病案外调复印制度、病案保密制度，不得以口头形式或书面形式公开病案中的隐私，更不能利

用工作之便索取非法利益。

四、加强病人的维权意识，提高病人自我保护能力。

五、加强就医环境的改造和设施更新，使病人隐私能够得到最大限度的保护，建立单独隔离小诊室、急救室、注射室、综合治疗室，男女病人分开。男医生检查女病人隐私部位要有屏障遮掩且要有女同事或病人家属在场。检验人员要妥善保管好病人化验单，核实被检验者后才能发给其检验结果单。

保护门诊病人隐私的规范与措施

一、接诊病人时，要做到一医一患一诊室，其他病人均应在诊室外等候，如有人擅闯诊室，医护人员应当制止。

二、导医分诊护士需维持就诊候诊秩序，确保病人就诊有序。

三、各科室应设有屏风、隔帘或其他遮隔措施。

四、在对病人进行需裸露身体检查过程中，未征得本人或家属同意，不得安排进修实习人员观摩。为异性病人进行检查和治疗时，需有病人家属或其他同事陪伴，并阻止无关人员进入。

五、急诊科建立单独隔离的小诊室、急救室、注射室、中医综合治疗室，男女病人分开。

六、接诊艾滋病病人时，未经病人本人或其监护人同意，不得泄露艾滋病病毒感染者和病人及其家属的姓名、住址、工作单位等个人信息。妥善保管有关资料，未经市防治艾滋病工作委员会办公室批准，不得向任何单位和个人提供。

七、针灸理疗室及其他治疗室在对病人进行裸露治疗时，应有屏风或隔帘等遮隔。

八、妥善保管门诊日志登记本，不得随意放在桌上，用完应随时放入抽屉内，防止病人有关资料泄露。

九、影像科、功能科检查结果应指定专人保管，由病人或家属报名签字领取，如有必要，应要求病人(或委托人)出示病历或就诊卡等相关材料。

功能检查科保护病人隐私的规范与措施

一、各检查室应做好分诊工作，保证病人有序地进入检查室，其余人员在外等候。医师检查病人时不得将其隐私部位暴露在与医疗活动无关人员面前。

二、各检查室做到“一室一患”，不能做到的用隔帘或屏风分隔。

三、为异性病人做检查(如腔内超声、心脏超声、心电图等)时，应有同事或家属在场。

四、未经病人同意，医务人员不得将病人的个人信息、病情、宗教信仰、身体缺陷、个人隐私等透露与病人诊疗活动无关的人员。

五、未经注册的医师需在执业医师指导下开展医疗活动以及观摩学习，涉及病人隐私的，应征得病人同意。

影像科保护病人隐私的规范与措施

一、病人在进行X线检查需要暴露胸腹部时，工作人员均应尽到告知义务，向病人进行说明，以征求病人的理解和配合，得到病人的同意后，方可进行检查。

二、女性病人投照上体时，可穿一件全棉无扣、无金属饰物的上衣。

三、病人在投照腹部时，不分男女均可穿一件无扣、无金属饰物的全棉内裤，如内裤不符合以上要求，而必须暴露投照区时，定位后必须覆盖全棉布单。

四、对于必须接受需要暴露人体部位检查的异性病人，应有同事或家属在场。

五、如果病人投照区有疤痕或纹身等异常形态，决不允许嘲笑和议论，任何医务人员不得取笑病人的生理缺陷。

六、任何病人有权要求保护个人隐私，工作人员有义务尊重和支持要求。

病案管理科保护病人隐私的规范与措施

一、我院医务人员在临床医学报告及研究报告中，未经病人本人同意，不得利用病人的真实姓名、照片对外公开报道，也不得以文学作品的方式报道。

二、加强病案管理，严格按照规定收集整理、归档，防止因病案丢失而造成病人隐私的泄漏，同时对病

案要进行分类管理，再利用时也应区别对待。

三、维护病案的安全性、真实性、原始性，不允许任何组织、个人篡改病案内容及外形特征。

四、加强专人监督管理，规范依法监督的程序和方法。要定期进行检查，对于违规行为要及时纠正，并按情节严重程度给予不同的处罚，对给医院或病人造成严重损失的要从重处罚，甚至追究其刑事责任。

五、将尊重病人的隐私权和保密权作为对管理人员的职业道德要求，工作中对病人的隐私要严格保密，守口如瓶，不得外泄，不得张扬，不得任意传播；严禁利用工作之便索取非法利益。

六、加强对暂未归档档案的管理工作，对于未归档档案医护人员应遵守职业道德和规章制度，自觉保管好病人病案资料，不随意泄露病人的个人信息和隐私，自觉维护病人的利益。病人出院后，医护人员应按规定及时整理好病案，由病案管理人员按时回收，使病案及时归档。

七、加强档案管理工作，对于已归档的病案原则不能出病案室。临床科室进行病例讨论，或科研用病案，或病人再入院等临床需用的病案，一律办理借阅手续，用完后登记归档；涉及医疗纠纷的病案，在未做出鉴定处理之前，病案室应采取特别的保管措施，未经医务科批准任何人不得借阅、转抄或复印。

八、病人需查看自己的病历资料，可办理病案复印手续，具体参照《病案服务管理制度》执行。

检验科保护病人隐私权制度

医务人员在医疗活动中应严格遵守《执业医师法》、《医务人员医德规范及实施办法》等法律法规的要求，不得泄露病人隐私。

一、病人凭就诊卡就医，医生开具检验申请单后，病人在收费处交费，根据要求(如采样时间、是否空腹等)到检验科抽血处抽血，抽血处工作人员负责将样本管条形码贴于化验单上。

二、门诊标本的转送由本科负责，住院病人标本的转送由检验科派专人负责。

三、实验室负责样本的录入、样本的检验、保存及样本废弃处理。

四、检验后查对检验项目于检验结果是否一致，对不合格的异常结果要查找原因，重新复检，必要时与临床联系，不能简单报告。

五、报告时查科别，病区和检验结果等是否有遗漏，检验结果须逐项审核后发出。

六、检验报告单签发后统一由检验科派专人送病区护士办公室，由办公护士核对后签收。门诊病人在指定地点需凭病人的就诊卡取化验单结果。各实验室工作人员必须做好检验报告单的管理、保存及发放工作，不得将病人的相关信息泄露。

七、检验报告单要严格管理不得遗失，如发生报告单遗失的，要立即采取补救措施。

八、所有报告的原始数据及申请单应保留两年以上。

九、若违反上述规定，造成不良后果的，按照有关规定处理。

十、艾滋病抗体初筛实验室严格按 HIV 初筛实验室的《保密操作程序》实行对病人隐私权的保护。

手术室保护病人隐私的规范与措施

一、术前隐私保护：术前要访视病人，多与病人交流沟通，了解病人的基本信息，并告知对病人的特殊病情信息决不会宣扬与泄露和对术前准备需暴露隐私部位时，尽量缩短时间，并采取遮盖等措施，消除其心理负担。

二、术中隐私保护：护理人员由于熟知病人的病情，对病人的有关隐私比较了解，因此在进行隐私部位医疗护理活动操作前，要告知病人哪些隐私需要公开，并做好解释。颈部手术将上衣反穿下拉至遮盖乳房。腹部手术在被褥的遮盖下，为病人脱去衣裤，消毒时将上衣揭开，女性病人用纱布块遮盖乳房，被褥轻拉于腿脚部。取截石位的手术，消毒前应摆体位，消毒后尽快覆盖消毒敷料，从时间和程度上尽量减少身体的暴露，切实保护好病人的隐私部位，为病人创造一个良好的就医环境。对手术中切下的任何组织，必须认真保管，防止遗失，因为病理切片的结果是手术病人重要的诊断依据之一。

三、术后隐私保护：术毕将病人送回病房，在搬运过程中应做好遮盖和保护工作，护理人员要严守病人隐私秘密，保护病人的信息资料，尽量减少或避免病人隐私部位的暴露。术后回访病人关系到肿物性质，应与主管医师沟通，保持口径一致，实行保护性医疗，决不在公众场所讨论涉及病人隐私的有关疾病或治疗信息等问题，这也是保护病人隐私的重要环节。

保护住院病人隐私的规范与措施

一、在安排住院病人时，应将男女病人安排在不同房间。住院病人实施一人一隔帘。

二、询问病史时，在病房询问了一般情况后，如需进行相关隐私的询问，应请病人到私密性良好的谈话间进行；如在病房对病人进行必要的裸露检查，应请无关人员退出房间，关上房门，并拉上隔帘。

三、在对病人进行裸露检查或手术过程中，未征得本人或家属同意，一律不得安排进修实习人员观摩，更不得在未征得病人或病人家属同意的情况下录制手术全过程，确因教学、科研需要时，必须取得病人或病人家属同意，签署相关知情同意书。

四、科室对外宣传必须使用病人的相关资料时，必须征得病人及家属同意，否则不得使用病人的相关资料。

五、在术后或插管等需要暴露病人隐私部位的护理时，必须请无关人员离开病房，关上房门，采取相应遮掩措施后再进行。

六、涉及隐私的手术和检查应尽量安排同性医生做，如只能安排异性医生，必须向病人说明，在征得病人同意后才能由异性医生进行手术。

科室分级诊疗管理制度

科室在科主任负责制的管理体制下，实行临床医生分级管理制度。住院医师为一级医生，主治医师为二级医生，科主任、主任医师或副主任医师为三级医生。分成诊疗小组，诊疗小组组长由科主任、副主任医师及以上人员担任，在科主任的领导下负责住院病人的管理工作为了明确各自的职责和义务，避免推卸责任，导致诊疗过程出现缺陷，甚至发生医疗纠纷(或事故)，特制定如下规定：

一、分级管理是在科主任安排下完成的，科内的一切诊疗活动，科主任均有权参加，并提出意见，同时负责科室医疗质量和安全管理责任。

二、一级医生和二级医生负责床位管理，一级医师在制定诊疗计划时须向二级医生汇报、请示，特别是危重病人和疑难病人时必须及时汇报，让上级医生做心中有数，得到及时指导，这时所发生诊治程序、计划、错误而导致医疗纠纷(或事故)的，上级医生为第一责任人，下级医生仅承担个人行为的责任。否则下级医生要承担全部责任。

三、主治医师为二级医师，根据主治医师的职责，仍是收治病人诊治的主导者，负床位主管医师责任，在制定诊疗计划时须向三级医生汇报、请示，特别是在危重病人和疑难病人时必须及时汇报如其上级医师参与制定诊治计划，并参与完成。

四、三级医生是诊疗活动的主导者，负责病人的诊疗活动，确定病人的诊疗计划，决定会诊、转科、出院、转院、为重病人的抢救等。

五、医师在诊疗活动中，无论是几级医生均要为个人行为承担责任。

六、各级医生应完成自己职称岗位职责所须完成的工作和责任，不称职者，将予高职低聘。

七、原则上一、二级医生均要参加科室夜班，三级生和科主任可不参加夜班排班，要把主要精力放在科管理上。

口头医嘱执行制度及流程

1 各科室在任何环境和任何地点都必须持续地履行“只有在紧急抢救情况下方可使用口头医嘱的相关制度与流程。

2、口头医嘱只能由注册护士在紧急情况下接受。

3、在非抢救情况下，护士不执行口头医嘱及电话通知的医嘱。

4、危重抢救过程中，医生可下达口头医嘱，护士执行前需重复一遍，得到医生确认后方可执行。

5、开立口头医嘱的医师必须是患者的主治医师或现场急救职称最高、年资最长的医师。

6、危重紧急过程中，医师下达口头医嘱后护士需向医生完整复述以获得确认，在执行口头医嘱时实施双人核查后方可执行。

7、在执行口头医嘱给药时，需请下达医嘱者再次核对药物名称，剂量及给药途径，以确保用药安全。

8、在接获电话医嘱或重要检验结果时，接听护士需对医嘱内容或检验结果进行复述，确认无误后方可记录和执行。

9、抢救结束后应请医生和护士核对已下达的口头医嘱，并及时补记，补记需注明日期和时间并签字。

10、抢救结束补记医嘱应在 6 小时内完成。

麻醉术前访视制度

按照科内的手术安排，担任麻醉的医师应于麻醉前一天访视病人。访视的内容包括了解病情、提出麻醉前用药和评估麻醉前准备情况、初步拟定麻醉方案、与病人及家属的沟通、麻醉前谈话和签字。

(一) 负责麻醉的医生应亲自去详细了解病情，包括主诉、现病史、既往史、体格检查（特别与麻醉有关的脊柱、气道评分等情况）、辅助检查和手术步骤等，从而对病情作出评估。

(二) 根据病情评估的情况，提出麻醉前用药方案和对术前准备作出评价。如发现术前准备不足，麻醉科医师应向手术医师提出建议，完善术前准备和商讨手术时机。必要时应延期手术，以保证病人的安全。

(三) 根据麻醉前访视后评估的情况，初步拟定麻醉方案，包括麻醉方法、麻醉中注意事项、术后注意事项和术后镇痛方法等，并在《麻醉前会诊》中记录。

(四) 在了解病情的同时，应与病人及其家属积极沟通，取得相互的信任，从而解除他们的疑虑和紧张心理。

(五) 麻醉科医师应向病人及或家属解释麻醉方法、麻醉中可能出现的危险和意外及其预防措施，经病人和 / 或家属同意后，在《麻醉同意书》上办理病人和 / 或家属签字手续。签字应与《手术同意书》一致。

(六) 《麻醉同意书》应由病人自己签署，如病人无行为责任能力，才由监护人签署，必要时由医务科签署。

门诊急危重症患者优先处置制度

为切实做好门诊急危重症患者的抢救及后续治疗工作，提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务，尽最大可能保证患者的生命安全，让人们真正感受到“救死扶伤、治病救人”的革命人道主义精神，保证病情危重患者能够得到及时、有效地抢救治疗，制定优先处置制度：

1、建立优先处置通道，符合条件者及时启动优先处置通道。进入“优先处置通道”的病人：是指各种休克、昏迷、心肺骤停，严重心律失常，急性重要脏器功能衰竭垂危者。

2、“优先处置通道”的工作要求及诊疗程序如下：

(1) 接诊医师必须对门诊急危重症患者实行首诊负责制。

(2) 门诊患者突发意外情况时，所在科室或就近科室就地进行抢救，并通知相关科室配合抢救。

(3) 门诊患者是否进入“优先处置通道”，由接诊的当班医生根据病情决定，凡进入“优先处置通道”的病人，不需办理挂号、候诊等手续，立即给予抢救，提供全程服务。

(4) 进入“优先处置通道”的病人，各有关科室必须优先诊治和简化手续，各科室间必须密切配合，相互支持。

(5) 危重患者优先入院抢救，由首诊接诊医生、护士护送，后补办住院手续。

(6) 各专业科室每日预留 1~2 张床位。

(7) 全院职工必须执行我院设立门、急诊“优先处置通道”的决定，凡对进入“优先处置通道”的病人如有发现推诿病人或呼叫不应、脱岗离岗的个人和科室，除按规定处理外视对病人抢救的影响程序追究其责任。

三级医师查房制度

建立三级医师治疗体系，实行主任医师（或副主任医师、科主任）、主治医师和住院医师三级医师查房制度。

主任医师（副主任医师、科主任）或主治医师查房，应有住院医师和相关人员参加。主任医师（副主任医师、科主任）查房每周 2 次；主治医师查房每日 1 次。住院医师对所管患者实行 24 小时负责制，实行早晚查房。

对急危重患者，住院医师应随时观察病情变化并及时处理，必要时可请主治医师、主任医师（副主任医师、科主任）临时检查患者。

对新入院患者，住院医师应在入院 8 小时内再次查看患者，主治医师应在 48 小时内查看患者并提出

处理意见，主任医师（副主任医师、科主任）应在 72 小时内查看患者并对患者的诊断、治疗、处理提出指导意见。

工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房 2 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。

查房前要做好充分的准备工作，如病历、X 光片、各项有关检查报告及所需要的检查器材等。查房时，住院医师要报告病历摘要、目前病情、检查化验结果及提出需要解决的问题。上级医师可根据情况做必要的检查，提出诊治意见，并做出明确的指示。

查房内容：

住院医师查房，要求对所管患者进行系统查房。要求重点巡视急危重、疑难、待诊断、新入院、手术后的患者；检查化验报告单，分析检查结果，提出进一步检查或治疗意见；核查当天医嘱执行情况；给予必要的临时医嘱、次晨特殊检查的医嘱；询问、检查患者饮食情况；主动征求患者对医疗、饮食等方面的意见。

主治医师查房，要求对新入院、急危重、诊断未明及治疗效果不佳的患者进行重点检查与讨论；听取住院医师和护士的意见；倾听患者的陈述；检查病历；了解患者病情变化并征求对医疗、护理、饮食等的意见；核查医嘱执行情况及其治疗效果。

主任医师（副主任医师、科主任）查房，要解决疑难病例及问题；审查对新入院、重危患者的诊断、诊疗计划；决定重大手术及特殊检查治疗；抽查医嘱、病历、医疗、护理质量；听取医师、护士对诊疗护理的意见；进行必要的教学工作；决定患者出院、转院等。

患者手术部位识别标记制度

为了确保手术患者的医疗安全，防止手术过程中患者及手术部位出现识别差错，特制定本制度。

一、按照新的患者安全管理要求，原则上所有手术患者的手术部位均应做标记。

二、经治医生在术前要明确手术切口位置、手术方式及手术目的。

三、手术患者在离开病区到手术室前，经治医生必须在即将手术的患者身体切口位置用黑色记号笔对患者手术部位进行体表标识、标示，并与患者或家属共同确认及核对。

四、手术室工作人员到病区接患者时必须查看即将手术患者的身体切口位置是否有记号笔标示，若无标示，禁止将患者接到手术室。

五、麻醉医生在为手术患者进行麻醉术前，严格遵守《查对制度》，同时必须查看即将手术的患者身体切口位置是否有标示，并查对术前切口标示是否和患者即将进行的手术部位一致。若无标示或标示与手术部位不一致，麻醉医生拒绝为患者进行麻醉手术，直至经治医生标示清楚方可进行麻醉

六、手术医生、麻醉医生、护士均须按照手术部位标识核查流程图进行核查，否则，如果发生手术部位错误，有环节中没有履行职责的一方对差错负责，医务处检查中发现没有术前标记的，扣除当台手术站台费。

患者身份识别制度

目的

规范患者身份识别，增强医、护、技、药、后勤人员、行政人员、导医等院内员工核对意识，确保完整可行的身份识别程序，正确识别患者身份，确保患者诊疗过程安全，防止不良事件的发生。

范围

医、护、技、药、后勤人员、行政人员、导医等院内员工在为患者提供每一项诊断、治疗、操作时必须严格遵守本制度。

定义

身份识别：医疗服务工作人员在诊疗过程中正确识别诊疗对象，保证医疗安全的措施。

职责

- 1) 医院质量与安全委员会负责制订、审核本院患者身份识别相关的规章制度，并指导、监督实施
- 2) 医务科、护理部对本制度的落实进行监督
- 3) 临床护士确认患者身份后佩戴手腕带

4) 所有参与医疗服务的工作人员均需正确核对患者身份

5) 患者、家属或代理人协助工作人员核对患者身份

标准:

1 识别时机

1.1 在诊疗活动前;在给药、输血或血制品、抽血或采集其它检验标本前;提供治疗或检查及诊断前;运送患者至其他科室时患者的转运交接,及其他需要识别患者身份时,医、护、技、药、后勤人员、行政人员、导医等院内员工要严格核对患者身份,确保正确的治疗、在正确的时间、按正确的途径给予正确的患者。

2 识别方式

2.1 识别患者身份时,同时使用两种方法:患者姓名和身份证上的出生年月日,当两位患者同种信息时,加用第三种方式:(门诊患者增加登记号、住院患者增加住院号)。

2.2 对于门诊治疗或复诊患者要求出示承载有患者姓名和出生年月日的身份证件、医保卡、就诊卡、门诊病历本、对其身份进行识别。

2.3 对于无身份证明的患者,如神志不清、服用镇静剂、不完全清醒及反应迟钝、感知障碍、精神障碍、迷失方向等无法准确回答自己身份的患者,须请在场的家属或陪同人员陈述患者的姓名及出生年月日,协助确认患者身份。若无陪同也无法提供有效身份证明,无法确认患者身份的,暂以“无名氏”至挂号处按初诊患者给予分配登记号,而识别则以:无名氏+序号(001、002...) +性别 +登记号来表示,如需住院或手术,方法同上。

2.4 门诊新生儿的识别方式为:

2.4.1 已经有自己姓名的新生儿,采用新生儿姓名+性别+新生儿出生年月日(当两位新生儿同种信息时,增加核对登记号)。

2.4.2 尚未有自己姓名的新生儿,采用母亲姓名+性别+新生儿出生年月日,例如『张三之女/子、2016年6月10日』(当两位新生儿同种信息时,增加核对登记号)。

2.5 住院新生儿的识别方式为:

2.5.1 已经有自己姓名的新生儿,采用新生儿姓名+性别+新生儿出生年月日(当两位新生儿同种信息时,增加核对住院号)。

2.5.2 尚未有自己名字的新生儿,采用母亲姓名+性别+新生儿出生年月日,例如『张三之女/子、2016年6月10日』(当两位新生儿同种信息时,增加核对住院号)。

2.6 母婴同室新生儿的识别方式为:

2.6.1 单胎新生儿身份识别方式采用:母亲姓名+新生儿性别+新生儿出生年月日,来确定新生儿腕带信息,例如『张三之子/女、2016年6月10日』(当两位新生同种信息时,增加核对母亲住院号)。

2.6.2 多胞胎第一胎身份识别方式采用:母亲姓名+新生儿性别+甲婴+新生儿出生年月日,来确定新生儿腕带信息,例如『张三之女、甲婴、2016年6月10日』;双胞胎第二胎采用母亲姓名+新生儿性别+乙婴+新生儿出生年月日,例如『张三之女、乙婴、2016年6月10日』,多胞胎以此类推。(当两位新生儿同种信息时,增加核对母亲住院号。)

3 身份识别操作方法:

3.1 核对方法:反问-回应-核对-确认-执行。

3.1.1 步骤一 反问-回应:通过开放式询问(例如:先生/女士您好,与您核对您的基本信息,请问您的名字是?您身份证上出生年月日是?)引导患者或陪护人员说出患者姓名、出生年月日。

3.1.2 步骤二 核对-确认:将患者口述的姓名、出生年月日信息,核对识别工具上的患者姓名和出生年月日是否吻合。

3.1.3 步骤三 核对无误后,方可执行。

3.2 门、急诊患者:医务人员在为门、急诊患者提供医疗服务时,须核对承载有患者姓名和出生年月日的身份证件、医保卡、就诊卡、门诊病历本、各种表单或电脑信息系统。

3.3 住院患者:医务人员在为住院患者提供医疗服务时,须核对承载有患者姓名和出生年月日的腕带、住院病历、各种表单或电脑信息系统。

3.4 无法交流沟通的患者:患者无法应答或意识不清(如新生儿、幼童、虚弱、重病、智能不足或已入睡的患者等)

3.4.1 有家属或代理人在场时，须请在场的家属或代理人陈述患者的姓名、出生年月日信息，并根据操作环节核对 5.3.3 中所陈述的识别工具中的信息。

3.4.2 无家属或代理人在场时，使用病历或电脑信息系统中记载的患者身份资料核对识别工具，如腕带、病历本、各种表单等识别工具上的姓名和出生年月日，确保正确的操作给予正确的患者。

3.4.3 对就诊身份不明的患者，接诊护士需给患者戴上腕带并注明：姓名（无名氏+序号 001、002）、性别（注明男/女）、出生年月日（不详）、住院号或登记号、过敏史不详），如患者住院还需填写床头卡。

3.4.4 对所有身份不明患者，接诊人员要及时报告，白天报告医务科，晚上报告院总值班，联系政府相关部门协助确认患者身份。

3.4.5 患者身份得到确认后，由护士及时到收费处修改为正确的信息（医生在病历里记录上）。

4 给患者佩戴腕带的时机

4.1 急诊留观、抢救患者：患者急诊留观时，由护士与患者和/或患者代理人核对无误后予以佩戴。

4.2 住院患者：患者进入病房时，由责任护士与患者和/或患者代理人核对无误后予以佩戴。

4.3 新生儿：出生时、入新生儿科时由护士与母亲和/或代理人核对确认无误后予以佩戴。

4.4 进行门诊手术（包括介入）的患者必须佩戴手腕带，由责任护士与患者和/或患者代理人核对无误后予以佩戴。

4.5 身份不明的无名氏患者就诊时，由两名护士一起核对患者的信息予以佩戴。

5 腕带管理

5.1 所有住院患者（包括新生儿）、日间手术（包括介入）、门诊儿童输液室、急诊留观患者、急诊抢救患者、身份不明患者均需佩戴手腕带。

5.2 为患者提供腕带时需要正确核对患者身份信息，确保腕带信息完整，“腕带”信息内容包括：姓名、出生年月日、科室、床号、住院号/登记号、性别等；有过敏史的患者用“敏”字代表，逐项清晰填写各项内容。

5.3 颜色：使用的“腕带”有两种颜色，蓝色和粉色。其中蓝色用于男性病人，粉色用于女性病人（包括新生儿）。

5.4 成人腕带（包括儿童）一般佩戴在患者右手腕上，如情况特殊，病人右腕无法佩戴时，按右腕—左腕—右脚踝—左脚踝的顺序依次佩戴。“腕带”佩戴时字体方向向上，便于查对。

5.5 婴儿腕带根据男左女右佩戴于婴儿的一侧肢体，如特殊情况该侧肢体不能佩戴者，佩戴于对侧肢体。

5.6 若患者腕带遗失或污损，由责任护士负责重新填写，再次与患者或家属、医护人员核对无误后予以佩戴，旧的腕带进行销毁、处理。

5.7 患者出院时：患者办理完出院手续后，出院时护士为其去除手腕带，手腕带按医疗垃圾处理。

5.8 患者死亡在院内不能移除腕带，与殡葬人员及家属交接清楚，方可取下手腕带。

6 护理指导

6.1 佩戴腕带前必须先对患者身份进行确认。给新生儿佩戴腕带时必须得到母亲和/或代理人的确认。

6.2 告知患者及家属腕带不得随意移除，如有遗失或破损及时告知医护人员重新填写腕带。

6.3 告知患者及其家属，医务人员询问其姓名时，患者务必清楚答全名。

6.4 当发现患者信息有疑问时，必须加以核实，如信息错误，则由责任护士告知患者或其代理人持患者本人的有效证件及时纠正。

6.5 门急诊及住院患者：护士到收费处更新信息。

6.6 无名氏患者在姓名等信息确定以后也按照 5.6.5 流程更正姓名。

6.7 严禁以床号、病房号、地点作为识别方式。

6.8 送餐时表单也要采用全院统一识别的方式。

信息报送制度

根据《统计法》、《会计法》、《药品管理法》和卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，推动信息报送工作步入制度化、规范化、科学化轨道，充分发挥信息工作在正确决策、科学管理、宣传服务中的重要作用，促进医院和谐、快速、持续发展，特制定本工作制度。

一、医院信息报送工作由各分管院长领导，信息科、医务科、人力资源科、药剂科、设备部、病案科、财务科、预防保健科等部门共同组成，根据卫统报表要求整理数据并汇总审核后，报各职能部门主任签字审核，及时按卫统报表要求直报上级卫生部门。

二、各医院行政职能科室的主要职责：

（一）病案科负责上报医疗服务数据及出院病人调查表的数据的审核工作。

（二）人事处负责提供人力资源表的数据并审核数据。

（三）设备处负责提供医用设备调查表的数据并审核数据。

（四）财务处负责提供医疗收入等数据并审核数据。

（五）药学部负责提供临床用药等数据并审核数据。

（六）信息科负责提供医疗服务数据并及时汇总按卫统报表要求直报上级卫生部门。

三、各行政职能科室要明确 1 名工作人员为本单位兼职信息员，从事具体信息报送工作。

四、各行政职能科室信息员的工作职责：

根据上级卫生统计工作报送要点，结合本部门实际工作，完成本部门信息的收集、编写、报送工作，定期向本科室主任报送信息科审核，及时上报卫生统计部门。

五、信息报送流程及要求各归口医院管理部门应按以下流程进行信息报送：

（一）各行政职能科室医务科、药剂科、设备部、信息科、病案科、财务科、预防保健科等部门的信息员完成医疗、人力、财务、药品、设备、医疗统计等统计年报、季报、月报和实时报数据上报工作。经所在部门主管负责人审核同意，报送上级行政主管部门，同时整理成文，报分管院长。

（二）对于各部门工作范围内的突发事件或其他重大紧迫事项，各部门信息员应首先及时告知本科室主任，同时向分管院长报告；并在口头报送后及时补送相关文字材料。

六、信息报送的基本要求：

（一）各科室信息员要认真学习《统计法》、《会计法》、《药品管理法》，报送信息必须坚持时效性、真实性、完整性、准确性的原则，做到及时、准确、全面、实事求是。

（二）重大突发性事件的报送必须注意时效性。重大事故、突发事件在发生后立即电话通报。

（三）上报卫生部门的信息材料年报装订成册后及时转交档案室存档。

七、核查和问责制度

（一）行政职能科室对报送的数据进行全面核查，定期对各归部门报送信息进行统计整理，适当的信息将发布于院内网站，实现信息资源共享。

（二）信息统计人员应对统计数据准确性负责，新建、重大统计指标需第二人复核。因工作疏忽造成的统计失真或自行修改统计资料、编造虚假统计数据一经发现严肃批评教育，造成重大影响的交医院处理

医院术后患者多部门协调服务管理规定

为确保术后患者的医疗安全，根据《三级综合医院评审标准（2011 版）》的有关规定，结合医院实际情况，制定本管理规定。

一、全麻手术后需转麻醉复苏室的患者多部门协调管理：

1、手术后，麻醉医师将患者送麻醉复苏室，并与复苏室内的麻醉医师、护士并填写对患者手术情况、生命体征等进行交接，并填写《麻醉复苏室记录表》；

2、患者病情稳定，生命征正常平稳，Steward 苏醒评分在 4 分以上时，由复苏室护士联系临床科室做好接收准备后，麻醉护士将患者送回病房；麻醉护士与病房医师、护士应床头交接患者，检查患者身体各种束缚带是否已解除，各种管道名称及通畅引流情况要记录。麻醉医师术后 48 小时（危重患者 24 小时）内至少随访患者一次，并记录。

3、手术结束后，术者对患者术后需要特殊观察的项目及处置（各种引流管和填塞物的处理）要有明确的书面交待（手术记录或病程记录）。手术记录应在规定时限内及时、准确、真实、全面地完成。

二、术后不需转麻醉复苏室的患者多部门协调管理：

1、巡回护士术毕提前 10 分钟通知相关科室做好接受患者准备，由手术室护士负责将患者送返病房，并与病房医师、护士交接术中用药，输血输液量及生命体征变化等情况。

2、破坏性较大手术患者，术后生命体征不稳定或术前评估合并脏器功能不全患者，原则上术后由麻

醉医师和手术医师（或主管医师）将患者送 ICU，待生命体征平稳后再转回病房。

3、麻醉医师（或手术室护士）与病房医师、病房护士应床头交接患者，检查患者身体各种束缚带是否已解除，各种管道名称及通畅引流情况要记录。麻醉医师术后 48 小时（危重患者 24 小时）内至少随访患者一次，并记录。

4、在手术室进行的局麻手术，手术后由巡回护士与手术科室护士交接患者病情后，病房护士将患者护送回病房。

5、手术结束后，术者对患者术后需要特殊观察的项目及处置（各种引流管和填塞物的处理）要有明确的书面交待（手术记录或病程记录）。手术记录应在规定时限内及时、准确、真实、全面地完成。

三、本规定自发文之日起执行，凡违反本管理规定者，按医院绩效考核相关规定处理。

医院信息报送审核制度

一、信息报送资料必须实事求是，不能弄虚作假，严格按照中华人民共和国《统计法》、《国家卫生统计调查制度》有关要求报送。

二、各科室报送的材料，必须经科室负责人签字。

三、信息资料需经科室负责人确认签字，分管领导按审核签单审批、确认后方可按规定上报。

四、信息资料根据各卫生行政部门的要求分周、月、季、半年、年上报。

五、各签字人须对所签内容的真实性负责。

六、信息资料必须形成电子版存档。

七、严格执行审核程序。

医院统计工作责任制度

1、医院信息统计是对院内、院外提供统计数据的职能部门、负责全院医疗业务、综合效益等统计，并逐步实现综合统计的职能。

2、统计室负责有关统计原始记录表格、报表的设计、制定、修改和解释。

3、各科室应指定专人做好原始资料登记、统计工作按时准确填写日报、月报及有关资料。各科室报出的数据须经科室负责人审查签名。统计室有责任对各部门的登记、统计工作实行质量检查和业务指导。

4、统计室对收集的原始资料、报表应严格检查审核、科学整理、正确计算，做到日清月结、保证数字准确、可靠、及时。

5、建立医院统计信息自动化系统对统计资料的整理、计算、存贮、传送、检索逐步实现自动化处理。

6、统计室应严格按统计报表制度规定的指标涵义、报告期及时、准确地向上级卫生行政机关报送各种法定统计报表并根据医院管理的需要设计院内报表定期向院领导提供统计资料向各科室反馈信息。

7、做好咨询服务，院领导或各科室要求查询数据、查阅统计资料或要求协助进行科研及论文的处理应热情服务。

8、统计人员报送时实行审核程序及实行信息报告问责制。

9、统计人员要严格遵守《统计法》与卫生行政部门规定保证医院统计数据准确性、可靠性、及时性，不得虚报、瞒报、迟报。

信息报告问责制度

为进一步加强我院医院管理相关数据与信息报告工作，强化职责，促使医院各部门统计及相关人员恪尽职守，确保工作质量，提高工作效率，防止和减少过错，根据《中华人民共和国统计法》和《统计违法违纪行为处分规定》，结合本院实际，特制定本制度。

一、统计工作人员以及医院各部门提供统计信息的工作人员及医院领导不履行或不正确履行法定职责，造成不良影响和后果的，依照本实施办法问责。

二、问责坚持依照岗位负责制的工作原则，坚持权责统一、实事求是、公正公平和追究责任与改进工作相结合、教育与惩处相结合的原则。

三、问责事项：

（1）不认真贯彻执行党和国家的方针、政策和上级的指示、决定、命令和统计法规、统计制度规定

及不按时上报统计报表的；

(2) 对统计法中明令禁止的行为置若罔闻，不遵守、不制止、不纠正、不查处、甚至参与的；

(3) 对应该及时填报的数据信息，敷衍塞责，推诿扯皮，久拖不办，未能在规定时限内完成及违反限时办结制的；

(4) 工作中主动不够，配合不力，致使工作延误的；

(5) 统计调查或汇总过程中虚报、瞒报、伪造、篡改统计资料的；

(6) 拒绝提供统计资料或者经催报后仍未按时提供统计资料；

(7) 拒绝、阻碍医院相关统计报表统计调查及统计检查的；

(8) 对统计数据审核不严，造成统计数据失真的；

医嘱执行制度

1、执行医嘱后，在相应的医疗文件上记录执行时间并签全名。

2、对可疑医嘱，必须查清后方可执行。

3、手术或分娩后停止执行手术前、产前医嘱。

4、在病情变化等紧急情况下，为抢救病人生命，应采取必要的紧急救护措施，并立即通知医师。

5、除抢救或手术过程中不得执行口头医嘱，执行口头医嘱时，护士须复通一遍，经医师确认后后方可执行。

6、医嘱执行后，应认真观察疗效与不良反应，必要时进行记录并及时与医生反馈。

尊重患者民族风俗习惯和宗教信仰制度

本制度适用在我院诊疗期间的少数民族患者及不同宗教信仰患者。

1、对待患者不分民族、职业、外貌、地位、财产状况、都应一视同仁，认真履行告知义务，充分尊重患者或家属的知情权、选择权、监督权，实施医疗行为应以尊重患者的人格为前提。

2、患者有宗教信仰的自由，医务人员应尊重患者的宗教信仰。

3、医务人员应尊重患者的民族风俗习惯。

4、当有少数民族患者入院时，责任护士应向患者了解饮食方面的习惯和要求，并通知医院食堂根据患者的需求为患者准备相应的饮食。

5、医院定期进行相关内容培训，请专业人员讲课，作为职工岗前培训的一项内容。

6、医院定期开展检查活动，对发现的问题进行整改。

本制度自下发之日起执行。

尊重患者民族风俗习惯及宗教信仰具体措施

1、医院重视宗教信仰和民族风俗知识的宣教工作，通过医院网站、公共授课等形式宣传少数民族风俗习惯和宗教信仰知识。临床科室每年至少组织一次全员性的少数民族风俗和宗教信仰知识要点培训，重点了解饮食和生活习惯方面的禁忌。

2、医生在病史询问过程中确认患者系少数民族或宗教信仰者后，应主动了解其在生活和饮食方面的禁忌，询问患者的需求，并在病历中做好相应记录。

3、在诊疗过程中，相关医务人员应做好交接工作，并通过各种途径进一步了解该民族的风俗习惯。

4、食堂应患者提供适宜的饮食。涉及饮食禁忌的，科室应提前通知食堂

5、患者在院期间进行的宗教和民族活动，凡属国家法律允许的，医务人员要尊重和保护，在条件许可时，应主动提供相应的服务。不得嘲笑、歧视和在公共场所议论。

6、当患者的宗教和民族活动已经影响医院工作秩序和其他患者的就医环境时，医务人员因做好劝导工作，劝导过程注意方式方法，避免粗暴干涉。

转运医生、护士的管理规定

由于我院主院区与分院区(东院)地理位置分布较远，不同科室院区分布有所区别。为了方便患者在我院不同科室之间便捷转科，促进东院协调发展，确保医疗安全，我院医务处、护理部特安排住院医师、

转运护士随车保障转运安全。

为了加强转运工作的日常管理，争取做到公平、公正地分配转运工作，对随车转运医生、护士的管理要求如下：

一、转运参与人员及工作内容。

已获得住院医师规培证书且未被聘任为主治医师的住院医师，均需承担院区间转运工作，转运护士为科室安排人员，值班为24小时负责制。转运车仅限我院院区间患者及住院病历的转运使用，转运过程中病人的病情评估、急救、病历保存由转运医生负责，物品，药品，仪器、设备的交接、请领、保养由护士负责。如遇有传染病病人按医院感染管理相关规定消毒处理。

二、排班制度。

转运工作的日常管理及人员排班工作由医务处、护理部专人负责。每月20号前后，在院内网公布次月转运医师人员排班表，在护理天地公布次月转运护士人员排班表。各临床科室需积极配合医务处开展转运工作，科室排班与转运排班冲突时优先保证转运工作的顺利进行。

三、请假制度。

如参加转运的医师有特殊情况，不能进行转运的，需履行请假手续。因生病不能参与的，需向医务处提供病情证明；因怀孕不能参与的，需向医务处提供我院检验学报告或彩超报告；因产假不能参与的，需向医务处提供产科出院记录；因科室原因不能参与的，需提交书面申请并有科主任签字，经医务处审批同意；因外出进修、学习的，需出示相关证明。如正式转运护士有特殊情况不能进行转运的，应提前上报东院护理部，由科室备用转运护士接替完成转运任务。

四、交接班制度。

转运医生、护士、司机每天8:00在东院转运车旁交接班。交接内容包括：病人、病历、药品、物品、仪器，及有关特殊情况等，交接班后填写《转运车转运人员交接记录》并交由司机保管。物品、药品交接由转运护士填写《急救药品物品交接记录本》；转运病人或病历请及时填写《徐医附院院内转科交接登记本》或《急危重症病人转科交接登记表》。接班者未接清楚前，交班者不得离开岗位。

五、转运要求。

患者病情是否适合转运由转运医生判定，危急重症者优先，如有特殊情况由转运医生上报医务处，无特殊情况按登记顺序进行。

需转运的病历如不完整，转运医生可拒绝接收，并上报至医务处进行备案。

六、劳务补助。

随车转运医生、护士按要求完成转运工作，每次值班予以100元劳务补助。

七、惩罚制度。

有以下情况的，医务处不予聘任主治医师职称：未经科主任同意，私自申请不参加转运工作的；无特殊原因，不愿参加转运工作的；不如实履行请假手续的；在转运时玩忽职守，造成严重后果的；其他不配合医务处管理的情况。

疑难、危重、高危病例“二次沟通”工作制度

一、“二次沟通”的定义

本制度所称“二次沟通”是指医务人员在患者的诊治情况已经进行医患沟通的基础上，对疑难、危重、实施重大手术或有产生医疗纠纷隐患的患者，在医患沟通办公室组织主持下，由医患沟通办公室工作人员、医务人员、患方人员三方共同在医患沟通办公室特定场所，针对患者病情、治疗方案、相关风险、预后等相关问题，进行再次医患沟通。

二、“二次沟通”的适用患者范围

- 1、病情出现重大变化、主要治疗方案改变的患者；
- 2、病情危重、有重大合并症、病情进展快预后差、患者及家属心理期望值高，治疗效果可能不理想的患者；
- 3、治疗费用高昂，治疗效果不确切的患者；
- 4、重大、高危、致残或涉及法律风险等手术患者；
- 5、手术指证明确，但患方人员之间意见不一致，或由于认知障碍不能理解告知内容和明确表达意愿

的患者；

- 6、实施我院尚未开展的医疗新技术患者；
- 7、实施非计划再次手术的患者（急诊除外）；
- 8、其他有医疗安全隐患的患者。

9、对医疗投诉发生较多临床科室，医患沟通办公室可要求临床科室制定出本科室需“二次沟通”高危患者范围并上报医患沟通办公室备案监督实施，

三、“二次沟通”的实施流程

1、临床科室须提前一天向医患沟通办公室电话联系，预约“二次沟通”时间，医患沟通办公室负责确定和安排具体沟通时间。

2. 二次沟通前，临床科室需完成相关病历资料，在二次沟通前，医患沟通办公室工作人员对病历形式及内容完整性进行审核并与医务人员交流，拟定医患沟通重点和沟通策略。

3. 医患沟通办公室负责在约定时间组织、主持“二次沟通”并做好文字记录、录音、录像和患方人员签字等工作。妥善保存资料，必要时安排安保人员，确保医患沟通秩序和安全。

4. 医疗组长应参与“二次沟通”具体实施，医疗组长确因特殊情况无法参与的，可指定具有中级及以上职称经治医师参与，参与者必须熟悉患者病情，完全了解治疗方案和风险。对拟实施手术患者的沟通，应当由第一手术医师参与沟通。患方参与“二次沟通”人员为患者本人、近亲属、法定代理人及签署授权委托书的委托代理人。

5. 医患沟通办公室工作人员在主持二次沟通过程中应询问患方人员是否了解患者的诊断和病情、拟实施的手术和治疗目的、意义及相关风险，对医务人员向其告知的内容还有什么不明白、不理解的地方，还有什么问题想询问医生等，对重点风险给予再次特别强调，并当面询问患方人员对拟实施手术或治疗的选择意见及是否愿意承担相关风险，由患方将选择的意见签署在二次沟通登记表中并签名确认。

四、“二次沟通”的考核评价

医患沟通办公室对“二次沟通”执行情况进行记录和考核，并纳入到院医疗安全管理考核评价体系。以上规定自本通知下发之日起开始实施。

医疗纠纷预防与处理办法

第一章 总 则

第一条 为了有效预防与处理医疗纠纷，维护医患双方的合法权益，维护正常医疗秩序，构建和谐医患关系，根据《侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《医疗纠纷预防和处理条例》、《医疗机构投诉管理办法》及有关法律的规定结合我院实际情况制定本办法。

第二条 本办法所称医疗纠纷，是指本院医务人员在履行职务活动中，医患双方因诊断、治疗、护理等诊疗活动产生的后果及其原因引发的争议。

第三条 处理医疗纠纷，应当遵循事实清楚、依据充分、定性准确、责任明确、责罚相当、及时公正的原则。

第四条 全院各部门、各科室应当积极参与医疗纠纷的预防和处理，不得推诿、懈怠、拖延、抵触。

第二章 医疗纠纷预防

第五条 医务人员在诊疗活动中，应当遵守医疗卫生管理法律、法规和诊疗规范，恪守医疗服务职业道德，尊重和平等对待患者。

第六条 医务人员在发生或者发现可能给患者造成人身损害的医疗行为后，必须立即采取补救措施并向所在科室主任报告。当事科室应当及时向医院相关职能部门报告，科室主任应即刻组织人员采取有效措施进行处置，避免或者减轻给患者造成人身损害后果。

第七条 医院实行高危患者“二次医患沟通制度”，对高危、实施重大手术或有产生医疗纠纷隐患的患者，在医患沟通办公室组织主持下，由医患沟通办公室工作人员、主治医师、患方三方共同到医患沟通办公室，针对患者病情、治疗方案、相关风险、预后等相关问题，进行再一次更深入的沟通。

第八条 医院将投诉管理纳入医疗质量管理体系。各医疗投诉管理机构定期对投诉情况进行归纳分类和分析研究，及时发现医院管理、医疗质量、医疗服务中的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相

关部门、科室及时整改。

第九条 我院实行“医疗安全不良事件报告制度”，对临床诊疗活动中及医院运行过程中，任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件，按照《徐医附院医疗安全（不良）事件报告管理办法》执行。

第三章 医疗纠纷处理

第十条 医疗纠纷投诉接待实行“首诉负责制”。任何部门、科室及工作人员不得以任何理由推诿投诉人。投诉人向有关部门、科室投诉的，受理投诉的部门、科室要耐心听取来访者反映的问题、意见、建议和要求，对于能够当场协调处理的，尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或科室应当主动地将投诉人引导到医院相关纠纷解决部门进行处理。根据纠纷性质，分别由下列部门作为投诉管理机构：

（一）属医疗业务方面的投诉，管理机构分别为医务处、医患沟通办公室、护理部、门诊部；

（二）属医德医风、服务态度和违规违纪方面的投诉，管理机构为纪委、行风办；

（三）属医疗业务以外的投诉，经调查确与医院设施、设备、药品、收费服务或管理相关的，管理机构为总务处、设备处、财务处、医保办、病房管理科、保卫处等部门；

第十一条 医疗投诉管理机构接到投诉后，应当在 24 小时内向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况，当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合，当事科室接到投诉管理机构“医疗纠纷受理通知”后，应及时组织调查、核实和讨论，在规定时间内按要求提供书面情况说明、初步责任认定及科室初步处理意见。投诉管理机构在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，反馈给投诉人或相关部门，做好法院应诉、鉴定、调解等相关工作。

第十二条 医疗纠纷发生科室的科主任、护士长为纠纷处理第一责任人，应全程参与医疗纠纷的处理，积极配合医疗投诉管理机构做好医疗纠纷处理工作。医疗纠纷处理过程中涉及的医患沟通、诉讼、鉴定、调解等相关工作，相关部门、科室的负责人和工作人员必须服从医疗投诉管理机构的调度与安排，积极做好患者及家属的解释和安抚工作，并妥善保存病历，收集和保存有关实物及证据。对于不服从医疗投诉管理机构的调度与安排，造成医院损失扩大的科室和个人，医院将按相关规定予以处罚，由此造成的损失由相关责任人全部承担。

第十三条 医患沟通办公室按照下列流程妥善处理医疗纠纷

（一）医患沟通办公室接到住院患者或亲属对诊疗问题的书面投诉后，由医患沟通办公室负责通知相关科室、人员在 3 日内提供书面报告，书面报告包括下列主要内容：患者的基本情况、诊疗经过、针对患方提出的争议事项的原因分析、是否存在医疗过失，科室已经采取的处理措施、下一步需要改进的措施，对医疗纠纷的处理意见等，报告须由科主任签字认可。

（二）医患沟通办公室对医疗纠纷进行调查核实后，在 7 个工作日内安排医患见面。通过医患见面进一步核实有关问题细节并明确双方争议的问题焦点。

（三）医患沟通办公室根据患者书面投诉材料、科室调查讨论意见和医患见面情况，归纳医疗纠纷争议焦点和经调查核实的情况提交院医疗安全委员会讨论。紧急、特殊情况应及时向分管院领导汇报。

（四）医患沟通办公室负责将院医疗安全委员会讨论意见与患方沟通或通过第三方调解，如医患双方就医疗纠纷处理能达成一致意见，该医疗纠纷即处理终结。如双方不能达成一致意见，建议患方通过司法途径解决。

第十四条 医院定期召开医疗安全委员会会议，讨论并认定医疗纠纷的性质、处理意见、责任分担、责任人处理建议及医疗安全改进意见等。特殊情况下由院安全委员会授权医患沟通办公室组织临时专家讨论小组进行讨论、提出处理意见。临时专家讨论小组由 3-5 名以上相关专业高年资副高以上职称专家组成。医疗投诉管理机构依据临时专家讨论小组讨论意见积极处理纠纷，减少对医院造成不良影响，并将讨论意见及处理结果报院医疗安全委员会备案。

第十五条 保卫处负责医疗纠纷处置工作中的安全保卫工作。保卫处应当保护当事科室的医务人员的安全，并配合医疗投诉管理机构、责任科室积极创造医患沟通的条件，以便尽快、有效解决纠纷。医患双方沟通时，必要时由保卫处指派保卫人员全程陪同医院沟通代表，不得离开沟通现场，确保医院沟通代表人身安全。

对于扰乱、破坏医院正常工作秩序以及侵害医务人员人身安全和医院财产安全的行为，保卫处要果断

制止，并负责现场取证，需公安机关处理的应及时报警和协助公安机关处理。对于停尸病房的医疗纠纷，接待人员应及时告知患者家属关于尸体处理、尸检等相关法律、法规的规定。尸体拒不移离医疗场所的，保卫处应及时向公安机关等主管部门报告，与公安机关一起做好尸体处置工作，确保尸体及时移离医疗场所。

第十六条 党委宣传部应建立和完善医疗纠纷舆情应对机制，应实时监测医疗纠纷相关舆情，加强对医疗纠纷舆情的分析研判，实时把握事件发展态势，并与相关部门及时沟通，防止医疗纠纷舆情事件对医院造成不良影响。医疗纠纷舆情危机事件发生时，党委宣传部应与相关部门及时沟通、快速反应、共同应对，确保信息渠道畅通，掌控话语权，正确引导社会舆论，避免对医院造成不良影响。

第四章 医疗纠纷责任

第十七条 医疗纠纷责任人受到卫生行政等部门处理的，按相应处理意见办理。

第十八条 依据医疗纠纷发生原因和责任严重程度等，按照《医疗机构从业人员行为规范》、《事业单位工作人员处分暂行规定》、《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》等相关规定报院党委会或院长办公会讨论决定后给予责任人处理或党纪、政纪处分。

第十九条 医疗纠纷产生赔偿的，相关责任人应当按比例承担赔偿责任，责任人承担的赔偿额按院赔偿总额分段比例累加计算，扣到责任人的绩效核算单元，具体承担比例如下：

- 1、赔偿额≤10万元部分，科室承担30%；
- 2、10万元<赔偿额≤30万元部分，科室承担20%；
- 3、赔偿额>30万元部分，科室承担10%；

4、医疗安全委员会根据纠纷性质、严重程度、责任大小等情况，可以对经济处罚比例作出上浮10%-20%的调整。

5、医疗纠纷涉及多科室的，各科室承担责任比例由院医疗安全委员会采取无记名投票表决决定。

6、医疗纠纷经院医疗安全委员会讨论后认为存在一定问题，不宜进行民事诉讼，而当事人认为不存在问题，要求进行民事诉讼的，法院判决或调解赔偿额高于院医疗安全委员会认定的赔偿额的，医院只承担院医疗安全委员会认定赔偿额的70%，其余赔偿额由责任人承担。

第二十条 经医院批准开展的新业务、新技术，在充分履行告知义务，积极采取防范措施，没有明显违反相关法律、法规、规章、医疗操作规范和医院各项医疗制度的情况下发生的医疗纠纷赔偿可以减轻当事人的责任，具体减轻责任的比例由院医疗安全委员会讨论决定。

第四章 附 则

第二十一条 本办法自印发之日起实施，原《关于医疗纠纷赔偿核算小组承担比例的补充规定》（徐医附院[2006]39号）和《徐州医学院附属医院投诉管理规定》（徐医附院[2012]62号）同时废止。

医疗纠纷突发事件应急处置预案

第一条 为有效预防和处置医疗纠纷突发事件，对医疗纠纷引发的突发事件作出快速反应，建立医疗纠纷突发事件多部门、多科室联合处置机制，规范医疗纠纷突发事件处置程序，保障医患双方合法权益，维护正常医疗秩序和社会稳定，制定本预案。

第二条 本预案适用于我院各科室医疗过程中发生的严重影响医疗工作秩序和社会稳定的医疗纠纷突发事件应急处理。

医患双方在医疗活动中，对医疗过程和结果在认识上产生意见、分歧及争议，不能通过正常途径解决，发生危害医院财产和医务人员、患者人身安全及严重破坏医疗秩序的行为，甚至引发社会治安事件或群体性事件，包括但不限于以下几种形式：

1、有职业医闹或社会黑恶势力等参与，造成打、砸、抢、烧等严重违反《治安管理处罚法》及严重扰乱正常诊疗秩序的行为。

2、在医疗机构内停尸闹丧、身着孝服、设灵堂、烧纸钱、摆花圈、拉横幅标语、张贴大字报、围堵大门、堵塞交通、占据医疗机构办公场所，干扰医疗机构正常秩序的行为。

3、阻碍医师依法执业，侮辱、诽谤、威胁、殴打医务人员或者侵犯医务人员人身自由、干扰医务人员正常生活，情节严重的。

4、发布侮辱、恐吓等不良信息，公然侮辱或者捏造事实诽谤、辱骂医务人员，干扰医务人员及其家属正常工作、生活的。

5、在网络发布信息，形成网络舆情，对我院造成不良影响的。

6、有其它严重影响医疗秩序的行为，经劝说无效的。

第三条 为加强对医疗纠纷突发事件应急处置的组织领导，医院成立医疗纠纷突发事件处置应急领导小组，分设接待处理组、调查分析组、安全保卫组、宣传报道组、后勤保障组。

接待处理组

按纠纷所涉业务范围，由医患沟通办公室、门诊部、护理部、行风办等部门牵头接待处理。接待处理部门做好患方投诉人的接待、记录工作，归纳医疗纠纷争议焦点和经调查核实的情况，向院医疗安全委员会提出书面报告，紧急、特殊情况应及时向分管院领导汇报。

调查分析组

医疗纠纷突发事件发生后由院医疗安全委员会授权医患沟通办公室组织临时专家组及时进行讨论、决定处理方案。临时专家组由3-5名以上相关专业高年资副高以上职称专家组成，对事件经过、诊疗行为是否有过错、纠纷处理意见等进行讨论、决议。纠纷接待处理部门依据临时专家组讨论决议，尽快解决纠纷，避免造成严重不良影响，并将讨论决议及处理结果报院医疗安全委员会备案。

3. 安全保卫组

1) 保卫处负责医疗纠纷突发事件处理中工作人员的人身安全。保卫处接到医疗纠纷突发事件报告后，保卫人员应在5分钟内到达现场，保护医务人员人身及财产安全，维持现场秩序，收集医闹、暴力伤医证据，配合公安机关开展相关工作。

2) 协助公安机关加强现场警力配备，及时有效控制局面，驱散无关人员，恢复医疗机构正常秩序，对涉及违法、犯罪的当事人依法采取强制措施，有效处理社会治安事件或群体性事件。

3) 对于停尸病房的医疗纠纷，保卫处应及时向公安机关报告，协助做好尸体处理工作，确保尸体及时移离医疗场所。

4) 医患双方沟通时，保卫处指派保卫人员全程陪同医院沟通代表，不得离开沟通现场，确保沟通代表人身安全。

4、宣传报道组

党委宣传部应建立和完善医疗纠纷突发事件舆情应对机制。党委宣传部应实时监测医疗纠纷相关舆情，加强对医疗纠纷舆情的分析研判，实时把握事件发展态势，负责同新闻媒体沟通，做好应对新闻媒体采访的准备工作，力求客观、公正报道医疗纠纷。医疗纠纷舆情危机事件发生时，党委宣传部应与相关部门及时沟通、快速反应、共同应对，确保信息渠道畅通，掌控话语权，正确引导社会舆论，避免对医院造成不良影响。

后勤保障组

病案室负责患者病案资料保管、复印。患方申请复印病历的，按照有关规定履行相关手续后，予以复印病历资料。信息中心、医保办负责患者相关信息查询、资料调取工作。

第四条 应急预案启动：医疗纠纷突发事件发生时，事发科室应积极主动报告相关管理部门。报告流程：护士→医师→科主任→医患沟通办、门诊部、护理部→院领导。当事科室、医务人员须在12小时内就突发事件经过递交书面报告，科室同时提出初步处理意见，上报纠纷接待处理部门。

第五条 发生医疗纠纷突发事件科室的科主任、护士长为医疗纠纷突发事件应急处理第一责任人，发生医疗纠纷突发事件后，当事人员要及时向科主任、护士长汇报。科主任、护士长应全程参与医疗纠纷突发事件的应急处理，积极配合医患沟通办公室等相关部门做好医疗纠纷突发事件应急处理工作。

第六条 应急响应终止：医疗纠纷引发的突发事件得到有效控制，医院正常医疗秩序恢复后，医患双方通过协商或进入调解、诉讼等途径，应急预案响应终止，转入一般医疗纠纷处理程序。在医疗纠纷突发事件处置结束后，纠纷接待处理部门应及时向院安全委员会、院领导汇报医疗纠纷突发事件发生经过及调查处理的结果。

第七条 评估总结：医疗纠纷突发事件应急处理领导小组应对事件的发生、应急处置、处置结果进行全面评估与总结，对纠纷处理中发现的医院管理、医疗质量、医疗服务中的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。

第八条 本预案自发布之日起实施。

医疗安全（不良）事件报告管理办法

医疗安全（不良）事件（简称不良事件）报告是发现医疗安全隐患，防范医疗事故、提高医疗质量、促进医疗管理和医疗技术进步和保障患者利益的重要措施。不良事件的全面报告可以使相关人员能从他人的过失中汲取经验教训，有利于发现医院全系统存在的不足，提高医院系统安全水平，促进医院各科室及时发现事故隐患，不断提高对错误识别能力，从而制定行之有效的控制措施。

为了通过报告不良事件及疑似不良事件，及时发现潜在的不安全因素和事故隐患，有效避免医疗差错与纠纷的发生，保障患者的安全，特制定我院不良事件报告制度如下。

一、不良事件的定义

医疗安全（不良）事件是指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中，任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

二、不良事件的分级

依据对患者损伤的程度，不良事件分为四级。

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

警告事件采取强制性报告管理，包括但不限于《侵权责任法》和《医疗事故处理条例》中界定的一、二级医疗事故、原卫生部《医疗质量安全事件报告暂行规定》中规定的特大医疗质量安全事件、重大医疗质量安全事件、原卫计委《医疗安全（不良）事件/错误报告》内九级损害分级界定中的I级、H级、G级事件。

II级事件（不良后果事件）——在医疗过程中因诊疗活动而非疾病本身造成的患者机体与功能损害。

不良后果事件采取强制性报告管理，包括但不限于《侵权责任法》和《医疗事故处理条例》中界定的三、四级医疗事故，原卫生部《医疗质量安全事件报告暂行规定》中规定的一般医疗质量安全事件、原卫计委《医疗安全（不良）事件/错误报告》内九级损害分级界定中的F级、E级、D级事件。

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

未造成后果事件采取鼓励性上报管理，还包括原卫计委《医疗安全（不良）事件/错误报告》内九级损害分级界定中的C级和B级事件。

IV级事件（隐患事件）——由于及时发现，错误在实施之前被发现并得到纠正，未造成危害。

隐患事件采取鼓励性上报管理，包括原卫计委《医疗安全（不良）事件/错误报告》内九级损害分级界定中的A级事件。

三、不良事件的分类

不良事件应按照事件发生的风险要素、服务项目、管理范畴及机构设置进行分类，至少包含医疗类、护理类、药品类、器械设备设施类、医技类、信息类、后勤类、安全类、其他管理类等不良事件，但不限于以上几类事件。

1、药品不良事件

药品不良事件：世界卫生组织将药品不良事件也定义为药品不良感受，是指药物治疗过程中所发生的任何不幸的医疗卫生事件，而这种事件不一定与药物治疗有因果关系。包括三个要素：一是不良事件的发生是由上市药品引起；二是产生的结果对人体有害；三是药品临床试验期间的相关事件。按照事件产生成因分类为药品标准缺陷、药品质量问题、药品不良反应、用药失误及药品滥用等事件。

2、医疗器械不良事件

医疗器械不良事件是获准上市的合格医疗器械在正常使用的情况下发生的，导致或者可能导致人体伤害的任何与医疗器械预期使用效果无关的有害事件。主要包括医疗器械已知和未知作用引起的副作用、不良反应及过敏反应等。

3、医疗损害

医疗损害责任是指患者在诊疗活动中受到损害，医疗机构及其医务人员有过错的，由医疗机构承担赔偿责任。它涵盖了医疗事故和非医疗事故两者情形，包括但不限于患者的知情同意权、医务人员的过错、医疗机构的过错推定、药品和血液等造成患者损害的责任、医疗机构免责事由、病历资料的查阅复制、患者的隐私保护、制止过度检查以及医疗机构和医务人员的合法权益保护等。

4、医疗风险

医疗风险指在医疗过程中的不确定性有害因素直接或间接导致患者死亡或伤残后果的可能性。医疗风险是客观存在的，它可能出现灾难后果，也可能不出现灾难后果，但可能出现灾难性后果的潜在因素是无法控制、无法预测、无法避免的，即灾难性后果的产生与医务人员的诊疗护理行为没有必然的因果联系。

5、医疗事故

《医疗事故处理条例》定义医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。医疗事故与医疗风险不同，是可以避免和控制的，它的产生是由于医务人员违背了既有的医疗行为规范，因此，医疗人员具有不可推卸的责任。其中一级医疗事故是指造成患者死亡和重度残疾的；二级医疗事故是指造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的不良事件。

6、医疗纠纷

医疗纠纷是指患者（或患者近亲属）与医疗机构及其医务人员之间因诊疗、护理等医疗服务行为造成的后果及原因、责任、赔偿等问题，产生分歧而引发的争议。根据对患者造成损害，可以分为医疗损害责任纠纷和非医疗损害责任纠纷。

7、医疗质量安全事件

医疗质量安全事件是指医疗机构人员在医疗活动中，由于诊疗过错、医药产品缺陷等原因，造成患者死亡、残疾、器官组织损伤导致功能障碍等明显人身损害的事件。根据对患者人身造成的损害程度及损害人数，将医疗质量安全事件分为三类：一般医疗质量安全事件：造成2人以下轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍或其他人身损害后果。重大医疗质量安全事件：（一）造成2人以下死亡或中度以上残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍；（二）造成3人以上中度以下残疾、器官组织损伤或其他人身损害后果。特大医疗质量安全事件：造成3人以上死亡或重度残疾。

三、组织和实施

1、医院成立不良事件报告领导小组，负责管理、监督和指导全院不良事件上报工作(成员见附件1)。

2、不良事件实行院科二级管理制，全院归牵头管理部门为医患沟通办公室（以下简称医沟办），科级由归口管理部门及临床医技科室科主任、护士长负责。

3、医沟办负责不良事件报告管理办法的制定与修订，报领导小组批准后在全院范围内实施。受理医院各部门、科室不良事件的上报并予以反馈；汇总分析不良事件发生的原因和规律，定期向院不良事件报告领导小组汇报我院不良事件上报情况，提出医疗质量持续改进建议。各管理部门及临床医技科室负责本部门不良事件处理预案的制定、发生时的上报及处理。各管理部门及临床医技科室应安排不良事件管理联络员1名，负责协助本科室的不良事件管理工作。

4、各条线处理与管理部门：

医务处/医沟办：医疗不良事件

临床、医技各科室：医疗不良事件

护理部：护理不良事件

药学部：药品不良事件

设备处：器械不良事件

输血科：输血不良事件

感染管理科：院感不良事件

总务处/病房管理科：环境设施不良事件

信息中心：信息软件不良事件

其他行政管理科室：相关不良事件

5、不良事件报告流程：不良事件发生后，临床当事医生、医技人员或当事医院职工应当立即向科主任报告，在科主任指导下，进行相应处理（如果需要须与相应管理部门沟通协调），并在规定时间内将不良事件上报至医沟办；临床当事护理人员应当立即向护士长报告，在护士长指导下，将不良事件上报至护理部（如果需要须与相应管理部门沟通协调）。医沟办全面汇总各科室不良事件上报和总协调处理，对全院不良事件定期进行汇总分析，并提出流程改进意见及奖惩措施。

4、临床、医技科室主任、护士长主要负责实施科内不良事件报告管理办法，积极配合医沟办、护理部等管理部门工作，鼓励、监督本科室人员如实、主动上报不良事件，在科室内形成良好氛围；科主任、

护士长应当及时处置不良事件，并将处置改进措施及效果上报医沟办、护理部等相关管理部门，持续改进医疗质量管理。

5、各行政管理科室负责本部门不良事件的报告管理，并负责协调处理与本部门相关的各临床、医技科室不良事件并将处理结果按月汇总到医沟办。

四、报告时限

I、II级事件（警告事件、不良后果事件）采取强制性报告管理，必须全部上报；情况紧急者应进行紧急处理，必要时同时口头或电话报告职能科室参与指导处理，再上报分管院领导，并在24小时内报告管理职能科室并填写相关报告登记表。

其余不良事件应在48小时内填写报告登记表上报医沟办及相应归口管理科室。

待院医疗不良事件系统上线后，可通过网络上报系统直接上报。

五、奖惩办法

1、基本要求：

(1) 每个医疗组年度上报至少 ≥ 3 例/年；每个病区护理单元年度上报至少 ≥ 2 例/年，医技科室年度上报至少 ≥ 4 例/年。

(2) 上报内容包括不良事件发生的时间、地点、患者情况、损害程度、原因分析等。

(3) 上报的不良事件内容真实，可追溯。

2、奖励：

(1) 每月对不良事件上报进行统计汇总，对主动报告且积极整改者，每例给予50元奖励。对阻止重大安全事故发生的报告者每例给予500元奖励。

(2) 对提出建设性意见，特别是在制度、流程再造中献“金”点子，给予表扬和奖励；对避免医院重大损失等特殊情况报经领导小组及院党委或院长办公会同意给予特别嘉奖。

(3) 上报的不良事件不作为处理责任人的依据。

3、惩罚：

(1) 每年年终对本年度上报不良事件例数进行统计，有不良事件上报，但上报例数不足的考核单元，不足部分按200元/例扣罚。

(2) 对全年未上报的考核单元（按医疗组、护理单元、医技科室），扣1000元。

(3) 对已发生投诉，科室尚未按不良事件上报的，经调查投诉情况属实的，扣500元/例。

(4) 经调查上报情况不属实，存在弄虚作假的，取消奖励，并按200元/例扣罚。

(5) 迟报、漏报、少报不良事件情况纳入科主任、医疗组长、护士长的年终考核。

五、不良事件信息的分析与持续改进

1、医沟办、护理部等相关管理部门需每季度对不良事件分析一次，分析统计的结果进行公示；及时跟进易发不良事件的人、岗位、诊疗环节及患者情况；对典型的、对医院产生重大影响的不不良事件尽早介入，协调相关部门尽量控制不良事件的发展。

2、医沟办、护理部等相关管理部门根据不良事件统计情况对全院进行质量安全教育，增强全员质量与安全意识，对重点易发的个人、部门联系实际进行案例教育。

3、医沟办、护理部等相关管理部门对易发不良事件的人员、科室下发医疗安全持续改进建议书，有针对性的制定持续改进措施，督促整改，通过持续改进不断完善诊疗环节。对带有规律性的薄弱诊疗环节及时实行预警管理，提前制定对策，预防不良事件发生。

4、每年度对全年不良事件上报进行总结、通报，根据相关规定进行奖惩。

六、以上规定自本通知下发之日起开始实施。

第四章 护理工作制度

夜间及节假日护理总值班制度

护理部主任、副主任、科护士长、护士长按护理部安排的夜间及节假日值班排班表，轮流参加夜间及

节假日值班工作，总值班人员须坚守岗位，认真履行职责。

总值班人员应按规定着装，佩戴胸卡。遇有特殊情况需调班时，应提前向护理部主任提出申请，由护理部调配。

总值班人员须了解全院医疗护理及病人整体情况，对有特殊及紧急需要的值班护士给予人力援助及业务指导，按照护理部布置的本月质量管理重点内容检查护理相关工作，行使护理部工作职权，对值班护士的病人服务规范性、专业操作规范性进行监督，发现护理问题及时解决并加以记录，如实填写《徐州医科大学附属医院夜班及节假日护理总值班质量考核表》，次日晨向护理部汇报。

总值班主动热情与值班护士、医生及病人、家属问候、交流，体现人文关怀，在进行质量督导及与护士交流中，要以关怀指导为主，避免强势检查要求。

如遇有大型抢救，要亲临现场协助并参加抢救，必要时逐级上报，组织调配护理人员。发现突发公共卫生事件及某些特殊情况应及时上报医院总值班，根据应急预案进行相应组织、协调、处理，启动紧急状态下护理人力资源调配方案，并做详细记录。

护理部定期就查房中存在的问题在护士长例会上进行反馈，并对存在的重大问题进行相应处理。

护理人员管理制度

全院护理人员实行护理部—科护士长—护士长三级管理，逐层负责相应人员的借调、培训、使用、考核等。科护士长、护士长将联系方式报护理部备用，护士将联系方式报护士长备用，以备临时调配人员和联系工作。

所有人员必须持证上岗，按规定注册并妥善保管以备检查。未取得《护士执业证书》或未注册的护理人员必须在注册护士指导下工作，不得单独值班。

护理人员调配由护理部负责，应根据医院护理人员的总体情况、科室工作量、技术要求、岗位性质及人员结构等方面综合考虑。科室人员安排应遵循直系亲属回避制。

护理人员必须服从护理部调配，夜间护理人员服从值班护士长的安排，不得以任何理由推托。院重大急救、突发事件、新开展项目以及院组织的特护小组，各护士长应积极支持，所抽调人员应服从安排。

各级要充分合理使用护理人力资源，实行弹性排班制。在人力不足、科内无法调整或人力多余时，须及时汇报大科及护理部。

各级对护理人员必须建立考核评价机制并将考核结果与奖金、评优、职称晋升等挂钩。考核评价中力争做到公平公正。

对下列人员应及时完成考核工作：年终考核、续签合同、职称晋升、规范化培训、独立工作前、科室轮转结束前、转正定级前等，科室必须组成考核小组，按相关要求严格进行考核。

根据人事处聘用和解聘人员的标准和程序，对不再聘用人员采取谈话、限期改正措施，如无效则进入解聘程序。

护士长要加强人员的现场管理，及时发现护理人员的思想动态，做好思想工作，特殊情况及时汇报。

辞职人员必须提前一个月提出辞职申请，逐层审批，满一个月并办理辞职手续后方可离开医院，并交回一切与工作、科室等相关的物件，如工作服、钥匙等。

护理人力资源应急调配制度

为了保证病人安全，配合医疗急救工作，确保在紧急状态下能迅速调配护理人员到位，特制定在紧急情况下护理人力资源调配预案。

一、指导思想：

坚持“以病人为中心”，合理动态调配护理人员，使人力资源得到充分利用，最大限度发挥护理人员的潜能，科学实施人力资源管理，推动优质护理服务的深入。

二、组织领导：

建立以分管院长领导下的，以护理部主任为组长，科护士长、护士长为成员的护理人力应急调配领导小组。

三、启动原则：

凡遇到突发公共卫生事件、大型医疗抢救、特殊病例的守护、病房紧急缺编等突发事件，各科应及时

向护理部报告，夜间、节假日向总值班报告，护理部接到报告后，应立即启动紧急情况下护理人力资源调配预案，由护理人力应急调配领导小组统一指挥，协调各方面的工作，各科室应本着以大局为重的原则，服从医院和护理人力应急调配领导小组的调配，不得以任何理由推诿、拒绝。

报告程序：

正常上班时间：护士—护士长、科主任—护理部主任—分管院长。

夜班、节假日：一线值班护士—护士长、科主任—护理总值班—护理部主任—分管院长。

特别紧急情况下，可根据具体情况越级上报或直接通知有关人员，可向其他科室人员请求紧急援助。

五、调配原则：

1. 各科护士长必须合理安排好科内的人力资源，并确定在特殊情况下的备班人选，如节假日，要有备班，备班者电话要保持畅通，做到随叫随到。

2. 各科护士长根据危重病人的比例、手术数、床位使用率实行弹性排班。

3. 若遇特殊情况，护士长不能在所管辖科室增援“机动护士”，可请求有关科室护士长增援。紧急状态时，由护理部启动紧急状态下护理人力资源调配预案。

六、职责及要求：

1. 护理部与护理应急调配组成员，24小时保持联络畅通。遇到紧急情况时，护理部主任直接与科护士长、护士长联系，安排可调人员及时、有效地上岗。护理人员接到应急调配通知后，应迅速到达指定地点，按照现场指挥人员的安排，迅速有序地开展工作。

2. 护理部有计划、有组织、系统地对护理应急调配组成员进行院内和院外的相关专科培训，以提高护理人员的专科理论知识和实践技能。

3. 凡接到应急通知不能及时到岗者或不服从调配者，根据情节给予相应处理，将追究科护士长、护士长责任，并纳入年度护理质量考核。

护理人员执业注册管理制度

护士经执业注册取得《护士执业证书》后，方可按照注册的执业地点从事护理工作。未经执业注册取得《护士执业证书》者，不得从事诊疗技术规范规定的护理活动。

申请护士执业注册，应当具备下列条件：

具有完全民事行为能力；

在中等职业学校、高等学校完成教育部和卫计委规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书；

通过卫生行政部门组织的护士执业资格考试；

申请护士执业注册，应当符合下列健康标准：无精神病史；无色盲、色弱、双耳听力障碍；无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。

申请护士执业注册，应当提交下列材料：

护士执业注册申请审核表；

申请人身份证明、学历证书及专业学习中的临床实习证明；

护士执业资格考试成绩合格证明；

省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门指定的医疗机构出具的申请人6个月内健康体检证明；

医疗卫生机构拟聘用的相关材料。

护士申请延续注册，应当提交下列材料：

护士延续注册申请审核表；

申请人的《护士执业证书》；

省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门指定的医疗机构出具的申请人6个月内健康体检证明；

继续教育学分证书，学分符合要求。

《护士执业证书》应当保管在工作场所，以备检查。

专科护士准入制度

符合专科护士培养的资格（本科以上学历；注册护士；原则上40周岁以下；具有6年以上的临床护理经验，其中含3年以上的专科经历；具有2年以上的临床护理带教经验）。

接受省级卫生行政主管部门授权培训的理论课程（不少于2个月）与实践课程（不少于1个月）。

按要求完成理论与实践的全部课程，并通过培训基地组织的理论考试、技能考核和毕业答辩，获得《专科护士培训合格证书》。可从事专科护士工作，并享受专科护士的有关待遇。

精通本学科基本理论、专科理论和专业技能，掌握相关学科知识，掌握专科危重病人的救治原则与抢救技能，在突发事件及急危重症病人救治中发挥重要作用。

有丰富的临床护理工作经验，能循证解决本专科复杂疑难护理问题，有指导专业护士有效开展基础护理、专科护理的能力。

有组织、指导临床、教学、科研的能力，是本专科学术带头人。

遵照执行省级卫生管理部门规定的其他条件。

护理质量与安全管理制度

建立健全护理质量管理组织，负责全院护理质量控制。院成立护理质量与安全管理委员会，各护理单元有护理质量与安全管理小组。

制订各项护理质量标准，定期进行效果评价，修订完善，体现质量持续改进。

建立切实可行的质量管理方案，包括目标、计划、措施、效果评价及信息反馈。

院护理质量与安全管理委员会定期对全院护理质量进行检查、评价、反馈，提出改进措施。各单元护理质量与安全管理小组定期对本单元护理质量进行检查、评价、反馈，有改进措施。

加强对全体护理人员的质量管理教育，树立质量意识，参与质量管理。

护理查房制度

护理查房包括行政、业务、教学查房。

护理行政查房

重点查病房管理，护理人员编配、在岗情况、服务态度、工作质量，各项护理规章制度、护理操作常规及护理计划的落实情况，近期工作中的薄弱点、难点问题，护士长工作情况等。

2. 护理部主任应定期查房，重点检查护理质量，研究解决护理和护理管理中的有关问题。

(二) 护理业务查房

1. 重点检查疑难、重危、大手术患者及特殊患者的护理实施情况，新技术、新业务的开展运用情况，各项护理质量指标落实情况，护理质量持续改进的方法、效果等。

2. 根据医院工作实际，制定查房频率，每月护士长组织护理查房一次，对病区收治的疑难病例及典型病种展开讨论，要求科室 2/3 以上的护士参加，每季度护理部组织大科护理查房一次。

3. 每次护理查房的组织者在查房前应认真选择病例，保证查房的科学性、全面性和指导性。

(三) 护理教学查房

1. 以临床教学为目的，开展针对科内护士、新护士、实习生的护理教学查房。

2. 考察护士培训落实情况和教学实施情况。

(四) 查房过程中应总结护理经验，找出薄弱环节，现场分析指导并有跟踪评价及记录。

护理会诊制度

凡遇重大手术、新技术项目、急危重症患者护理中存在本科室难以解决的问题及本科室护士无资质执行护理操作时，应及时申请会诊。

申请会诊科室须填写会诊申请单，按程序送交相关部门，并将会诊所需资料准备齐全。

护理部成立相应的护理业务督导组，如伤口造口护理组、导管护理组、糖尿病护理组、静脉治疗组等。各护理业务督导组接到会诊通知应及时组织会诊，如遇紧急情况应立即组织。

参加会诊人员有病区护士长、相关科室护士长、护理业务督导组人员及申请科室护理人员。

会诊前应 与患者及家属做好解释工作，告知会诊的目的及程序，消除紧张情绪，取得配合。

会诊者应详细了解病情，分析讨论护理难点问题，提出意见和建议。会诊科室护士详细记录会诊意见、及时组织实施并做好效果评价。

护理病例讨论制度

护理病例讨论范围为危重、疑难、死亡病例及新手术、新业务、新技术。

护士长定期组织所属科室的全体护理人员参加，必要时邀请相关人员参加（如科主任、科护士长或护理部主任）。

护理病例讨论的主要内容有：护理措施及落实情况，经验教训及借鉴问题，讨论中围绕病例护理中的难点和疑点进行循证分析、讨论，专家提出指导性的方案。

对危重、重大抢救、死亡病例，护士长应及时组织科内护理人员讨论总结抢救过程中的经验教训及需要改进的护理方法，制定整改措施，提高护理质量。

护士长要重视讨论后的护理效果，科护士长对讨论的重症患者护理情况及效果进行追踪。

护理病例讨论至少每季度一次。

护理文件书写制度

各种护理文件必须完整、真实、及时记录，书写整洁；字迹清楚，术语确切，概念明确。

护理文件各项必须有完整日期，按年、月、日、顺序填写，必要时应加注时间，采用 24 小时制和国际记录方式。如 2016-09-20, 13:08。

各种记录规格项目符合《江苏省病历书写规范》要求。

所用计量单位必须用法定计量单位。

新入院患者的护理入院评估单由床位护士或值班护士在本班完成。

因抢救危重患者未能及时书写护理病历，当班护理人员应在抢救工作结束后 6 小时内据实补记，并注明时间，执行各项治疗时间应记录到时、分；急诊、ICU、手术室、产房、病房等转交患者时应及时正确填写“患者交接记录单”（一般/危重）。

护理病历应按规定内容和要求，由相应资格的护理人员书写或审阅、修改并签名。实习护士或进修护士书写病历，由带教老师以“老师/学生”的形式签名。

护理文件管理制度

护理文件由病房护士长总负责，办公室护士具体负责管理，各班护理人员实行谁当班谁负责的管理原则。

住院期间的护理文件定点放置，病历中各种表格均应按《病历书写规范》要求排列整齐。

病人出院或死亡后，病历须按规定排列整齐由病案室负责保管。医疗机构应当做好病历保管，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历，用后必须归还。

病人不得自行携带病历出科室，外出会诊或转院时，只许携带病历摘要；转科时应当由病区指定专人送交病历；需要复印病历者，按医院有关规定办理相关手续。

发生医疗事故或争议时，值班人员应立即向上级部门报告，由质量监控部门或专职人员在患者或其他代理人在场的情况下封存相关文件。

护士长对护理文件进行质量把关，定期或不定期地检查护理文件书写情况。

护士长定期对护理文件的书写质量进行分析，将存在问题向护士反馈，提出改进措施并督促落实。

病区交班报告本须按要求记录，保存一年，以备查阅（电子版可随时查阅）。入病历的各种护理文件随病历保存三十年；未入病历的各种执行单、输液巡回单保存三个月。

临床路径与单病种护理质量控制制度

护理三级质控网络负责对临床路径与单病种护理质量实施监控。

凡病区新开展临床路径与单病种的护理表单一律报护理部审核备案。

临床路径护理部分的内容应符合疾病护理常规要求。

护理人员知晓本岗位相关临床路径的工作流程。

制定临床路径与单病种护理质量标准，内容包含患者入院处置、病情观察、用药护理、心理护理、健康教育等。

三级质控网络定期质量评价，针对存在问题与缺陷进行总结分析，修订评价标准，提出改进措施，体现质量持续改进。

护理安全管理制度

在从事各项护理技术操作过程中，护士必须具备严肃认真的态度，严格执行各项操作规程和查对制度。

严格落实患者十大安全管理目标。正确识别患者身份；强化手术安全核查；确保用药安全；减少医院相关性感染；落实临床“危急值”管理制度；加强医务人员有效沟通；防范与减少意外伤害；鼓励患者参与患者安全；主动报告患者安全事件；加强医学装备及信息系统安全管理。

认真评估各种危险因素（患者、环境），对危重、昏迷、老年、儿童、麻醉、行动不便及新入院的患者，护理过程中要加强对患者及家属的安全宣教并根据病情和自理能力采取各种防护措施，确保患者安全。

针对临床护理重点环节，如医嘱查对、用药、输血、管路护理、皮肤护理、交接班、危重患者护理和转运等加强管理，防止差错事故。

严格执行交接班制度，要求做到：交接班本上写清，口头交接讲清，床头交接看清。

执行医嘱时应做到严格查对、班班查对，并在医嘱提示本上签名。护士长每周组织总查对一次，并在医嘱查对登记本上签名。

认真执行用药、输血、饮食、标本留取手术等查对制度。对所有急诊、住院患者建立腕带识别标识制度。

各类药物分类管理，保持药物良好药效，定期检查药物基数和效期，药物现配现用，不得放置过久。

护士长要有计划的检查各级各班护理人员工作质量，及时发现差错事故苗头并予以纠正。

对所发生的护理不良事件及时上报，讨论分析原因，查找不合理流程，及时整改。护理质量与安全管理委员会提出最终处理意见。

护理质量与安全管理委员会定期召开会议，针对护理不良事件上报及临床护理突出问题分析讨论不安全因素，提出防范和改进措施。

定期开展护理安全相关法律知识教育，提高护理人员的法律意识和自我保护意识，强化护理风险管理意识。

护理风险防范制度

成立护理质量与安全管理委员会，负责全院护理风险控制和管理。

完善护理安全管理制度，将护理安全制度落实到每一个工作程序、每一项护理操作中。

建立护理风险预警机制，针对临床易发生风险的护理环节，如配药用药、管路管理、压疮防治、交接班及重危病人护理等制定护理风险防范预案。

对护理工作中易疏忽出错和发生意外的环节，如药物过敏、输血、跌倒坠床等，制作各种警示标识，并加强检查和落实。

建立护理安全质控手册，护士长每周进行护理安全管理质量进行检查和考核，发现问题，及时反馈并整改。

加强护理设备和环境风险管理，如急救器材、输液设备、病床护栏等，确保病人安全。

护理质量与安全管理委员会对临床护理安全工作进行检查和督导，主动查找护理工作中存在的不安全隐患，分析原因，及时反馈，引以为戒。

患者身份识别制度

在医院就诊的每位患者必须至少具有一项唯一可信的身份识别信息，门、急诊患者以“就诊卡号”作为唯一可信识别信息，住院患者以“住院号”为唯一可信识别信息。

要求在对患者实施任何检查、操作、收费或转运前必须核对两种以上患者信息，如姓名、住院号、出生日期等，但不包括患者的床号或房间号，以确认患者身份。

清醒并具有完全行为能力的患者核对患者姓名时，请患者说出自己的姓名，确保身份正确；对新生儿、意识不清、语言交流障碍等原因无法向医务人员陈述自己姓名的患者，由患者陪同人员陈述患者姓名或核对腕带信息，确保身份正确性；无陪同的患者，必须核对腕带信息。

每位新入院患者到达病区时，护士核对患者信息，如有不符，通知入院处，纠正错误信息。输入或填写患者床头信息，所有患者均使用腕带且建立腕带信息。

在诊疗护理过程中需严格核对患者信息，包括腕带信息，准确无误方可执行。

病区药品安全管理制度

分类：备用药、抢救药、贵重药、高危药、麻醉药、精神药、外用药。

管理：

各类药品均需建立使用登记本，并按要求定时清点和签名。

备用药按需求定基数，定期清点。

抢救药用后及时补充，严格交接并签全名。

贵重药写明床号、姓名，班班交接。

高危药物标识醒目，使用时要实行双人查对，确保准确无误。

麻醉、精神药品用后保留安瓿，做到专柜、双锁、专人管理，班班交接签全名。

内服药及外用药应分开放置，标签（蓝、红）醒目，品名清晰。口服、静脉药分开放置，口服药品做好效期管理。

冰箱内药物分类放置，标识清晰，妥善保管，按时交接，并做好冰箱温度记录，以免影响药效。

认真组织对临床新药的学习并严格按照要求使用。

保持药物良好疗效，做到无过期、变质、变色。

对于有效期在6个月以内的药品，统一在安瓿头部使用近效期标识标注并优先使用。

（一）病区备用药品安全管理制度

各护理单元可以根据专科需要在病区药柜内保存一定数量的备用药品（包括针剂、大输液、口服药、外用药），建立备用药品管理登记本。

备用药品应严格分类放置并标识清楚，外用药及消毒制剂单独放置，不与其他任何药品混放，需冷藏的药品放置在冰箱冷藏柜。

备用药品有专人负责领取及保管，保证随时使用。工作人员不得私自使用。

备用药品定期整理，每月清点，检查药品数量、质量、有效期及其使用情况，防止药品积压、变质，如发现沉淀、变色、过期、药瓶标签与瓶内药品不符，标签模糊或涂改者，不得使用，可经分管领导同意报药房报损处理。

口服药药瓶外的标签与内容相符，并标记失效期，每半年更换一次，保证有效期内使用。如发现拆零药品有变质现象应作报损处理。

备用药品按批号顺序以近期先用原则使用，对效期一个月内的备用药品，列出药品明细表（并注明原因），科护士长签字后和实物一并交至相关药房回收。

（二）病区高警示药品安全管理制度

高警示药品是指药理作用显著且迅速、易危害人体或易产生严重不良反应的药品。该类药品包括：高浓度电解质制剂、肌肉松弛剂、细胞毒化药品、中药注射剂、国家药品不良反应中心信息通报的品种及其他高风险药品等。为促进合理用药，减少不良反应，制订如下管理制度。

有专用药柜或专区贮存，药品储存处有明显专用警示标识“高警示药品”，设置专门醒目药品标签（蓝签红字），与其他药品相区别。

高警示药品使用前，应有确切的适应症，严格按照药品说明书使用。无特殊情况不得超剂量、超范围使用（如确需要，应进行充分安全性论证）。

高警示药品配置及使用时要实行双人查对，确保准确无误。

静脉给药时护士必须按药品说明书规定调节好给药速度，加强病房巡视，严密观察病人用药后情况。加强安全性监测，一旦发生不良反应立即对症处理。

医护人员发现药品不良反应时，应及时填写药品不良反应报告表并上报至院药品不良反应监测办公室（药学部临床药学室）。

（三）病区麻醉、精神类（一类）药品安全管理制度

麻醉、一类精神类药品在外包装盒的醒目位置贴上药品标签（蓝签红字），注明药品名称、剂量和支数，有麻醉、一类精神药品的警示标识。

各病房保存的麻醉药品和精神药品限于本病房内临床使用，不得私自动用或借出，须遵循医嘱用药。

护理人员使用麻醉药品、一类精神药品时，严格进行双人核对并在专用登记本上详细记录患者床号、姓名、住院号、药品名称、批号、用法用量、剩余销毁情况、时间及执行者姓名，使用后保留好空安瓿。

病区的麻醉药品和一类精神药品应固定位置，专柜存放，双锁、双人管理。每班进行药品交接核对，并在登记本上签全名。

各病区根据本科室麻醉药品和一类精神药品的用药情况，凭原批号的空安瓿及“麻醉和一类精神药品专用处方”，至病区药房处再领取相应数额的药品，药房人员需签收并记录。

全体护理人员应认真学习有关麻醉药品和一类精神药品管理的法律法规，严格执行有关规章制度，确保麻醉药品和精神药品的保存和使用安全。

损坏的麻醉和一类精神药品，由病区护士长填写药品报损销毁单，并连同药品送至住院药房备案，更换新的药品，统一登记造册报损和销毁，做好相关记录。

（四）病区急救车药品安全管理制度

凡急救车内的药品必须设专用区域固定存放，并保持一定基数，编号排列。

使用后及时补充，保证随时使用。

急救车内的药品须进行效期登记管理，不经常使用的上一次性小锁，每月打开检查一次，双人核对并签全名；开放使用的，每班交接并签全名。

每月定期检查药品的有效期，并按日期调整使用，有效期在六个月内的药品，应列出明细表，护士长签字后一并交至药房进行更换；检查发现有标签不清、破损、变色、混浊及效期在一个月内的药品，应列出明细表并填写补充急救药品审批表，护士长签字后一并交至药房进行报损并重新领取该药品。

急救车内的高危药品应有明显的警示标识，管理方法参照高危药品管理规定。

急救药品有看似、听似的药品，在药品标签的右上角粘贴“相似药品”标识，并将药品分隔一定距离放置。

患者转科交接制度

（一）一般患者转科交接制度

所有待转运患者应由责任护士、主管医生评估后决定合适的转运方式，根据患者病情安排人员护送。

如患者能行走或能用轮椅进行转运，则由病区服务中心人员负责；如患者需用平车或病床运送必须由两名工作人员一起转运。

患者责任护士以外的其他工作人员负责转运患者前，须先通知责任护士。

护士长、护理组长安排人员负责该护士分管的其他患者的护理工作，以保证安全。

患者去其它科室检查，病区服务中心人员必须向该科室了解是否将患者送回原部门，检查科室在检查过程中和病区服务中心人员到来之前负责该患者的安全。

院外转运需在获得患者/家属同意，主管医生开具医嘱后方可进行。

填写一般患者转科交接登记表，由转出科室保存。

重危患者转科交接制度

1. 通知转入科室，告知病情，确认床位及各项准备事宜。

2. 向患者及家属传达转科医嘱。

3. 根据需要做好以下准备：

(1) 转运箱、氧气枕、医用供氧器、简易呼吸器及加压面罩。

(2) 开通留置的静脉通路；对于大出血患者，应保持两路以上的静脉通路。

(3) 转运监护仪，或其他监测设备。

(4) 使用血管活性药物者，应用带蓄电池的注射泵，以保证连续给药。

4. 评估患者，以确认转科的各项准备工作已完好。

5. 转运途中，严密观察患者的生命体征及病情变化，并完成所有的治疗和护理工作。

6. 重症患者由医、护人员共同护送。

7. 做好危重患者的交接和记录，首先核对腕带信息，交接患者的诊断、治疗、护理、过敏史、饮食、用药、皮肤、管道，药品、物品等，确保无误，填写危重患者转科交接登记表，由转出科室保存。

手术患者转运交接制度

手术室护工进病房接患者时，持手术患者交接单与病房护士到床头交接，逐项核对腕带及患者姓名、科室、床号、住院号、手术名称、术前医嘱执行情况、皮肤完整性、手术部位标记、病历、影像资料及特殊物品等，双方在交接单上签字后共同协助患者移至推车上。

患者进入术前准备室或手术间，护士确认患者信息及携带物品，并在手术患者交接单上签名。

危重患者由床位医生和病区护士共同护送患者至手术室。

急诊手术患者由急诊科医护人员携带急危重患者转科交接登记表，经绿色通道护送患者到手术室，与麻醉科手术室急诊值班人员交接签字后，由手术科室和手术室负责救治。交接登记表由急诊科带回保管。

患者术后离开手术室前，护士应确认管路通畅、妥善固定及携带物品，准确填写手术患者交接单。

根据患者去向准备转运物，通知接收科室及患者家属。

一般手术患者由手术室护工将患者安全送至病房，病房护士核实确认患者手术部位、皮肤、输液、引流管、术中情况等并在手术患者交接单上签字。

需送麻醉恢复室的手术患者由手术医生、麻醉医生、巡回护士共同护送至麻醉恢复室，与医生及护士交接相关内容并在手术患者交接单签字。

需送 ICU 的手术患者由手术医师、麻醉医生和手术室护士共同护送，与 ICU 值班医生及护士分别详细交接相关内容并在手术患者交接单上签字。

手术患者交接单需带回手术室保管。

围手术期患者安全管理制度

护士在工作中具备严肃认真的态度，思想集中，严格执行查对制度、交接班制度、岗位责任制度等各项规章制度。

手术前应充分关注患者，评估患者需求，为手术创造良好的生理、心理条件。手术前一日，护士认真做好术前准备和术前宣教工作。

手术当日，当班护士评估和查对手术患者准备情况，确认准备工作全部完成。手术室工作人员到病房接患者时，当班护士与手术室工作人员查对手术患者情况，确认无误，填写《手术病人交接记录单》并签名。

手术室护理人员严格执行手术安全核查制度，术前充分评估安全隐患，如体位并发症、器械、物品遗留等，及时采取预防措施。

手术过程中严格遵守无菌原则，做好用药、输血的核对工作，术前和关体腔前后巡回护士与洗手护士共同清点纱布、缝针、器械等，并填写《手术护理记录单》。严格遵守标本管理制度，防止搞错和遗失手术标本。

患者手术结束后手术室工作人员护送患者回病房，途中注意安全，防止发生跌倒/坠床、脱管等意外。回到病房时，手术室工作人员与当班护士查对交接手术患者情况，确认无误，填写《手术病人交接记录单》并签名。

手术后护士认真评估患者病情，严格按术后护理常规进行护理，发现异常及时汇报、处理。

根据患者疾病和病情变化正确评估围手术期的不安全因素，积极施以防范措施，预防并发症发生。

护理不良事件分级上报及管理制度

临床发生护理不良事件，当事人立即向管床或值班医生和护士长汇报，迅速采取补救措施，及时纠正错误，降低影响和危害，同时做好患者和家属的解释和沟通工作。与争议有关的病案、药品、血液、物品等封存备查。

分级上报与管理

(1) 如为一级或二级护理不良事件，科室或当事人应立即电话通知护理部（白天）或值班护士长（节假日、晚间）。接报者视情节向分管院领导汇报，同时向相关科室与部门通报事件情况，共同研究对策避免事件进一步升级。24 小时内当事人提供书面事情经过及认识，科室上报护理不良事件，一周内完成讨论。

(2) 如为三级护理不良事件，当事人应及时汇报科室护士长，护士长逐级汇报。48 小时内当事人提供书面事情经过及认识，上报护理不良事件，二周内完成讨论。

(3) 如为四级护理不良事件，三天内科室上报护理不良事件，一月内完成讨论，总结经验。

科室针对发生的护理不良事件认真组织讨论。一、二、三级护理不良事件科护士长参加，必要时护理部主任参加，着重从管理系统、工作流程、规章制度上分析查找原因，制定并落实改进措施，并及时完成护理不良事件改善报告。护士长将科室讨论结果上报科护士长，科护士长审核签署意见后上报护理部，护理部审核并签署意见；四级护理不良事件科内自行组织讨论。

护理部进行调查核实，根据事件性质和级别向院分管领导汇报或报请院医疗安全管理委员会讨论，确定性质，提出处理意见。

建立多途径护理不良事件上报，如信息系统上报或书面上报。按规定时间完成上报。

对及时、主动上报护理不良事件的个人或科室，提倡非处罚性处理或适当予以奖励。

(1) 允许匿名上报，科室适当表扬。

(2) 对于主动报告不良事件的科室，每例奖励 20 元。

附 1：医疗不良事件分级（SH9 分类法）一划分成 I-IV 四个级别

I 级--有过错事实并且造成后果的事件。如果两者有因果关系，根据后果的严重程度构成“医疗事故”或“医疗差错”，在不良事件中级别应属最高。

II 级--无过错事实但造成后果的事件。医疗行为无过错，主要由药物、医疗器械、植入物等造成的医疗意外，或不可避免的医疗并发症和疾病的自然转归，其后果可能比较严重，但一般不构成“医疗事故”或“医疗差错”。

III 级--有过错事实但未造成后果的事件。虽然发生的错误事实（指错误的行为已实施在患者身上），但未给病人机体与功能造成任何损害或有轻微后果，而不需任何处理可完全康复。

IV 级--无过错事实也未造成后果的事件。由于及时发现错误，未形成医疗行为的过错事实，其级别最低。

I-IV 四个级别其后果严重程度逐步递减。

附 2：医疗不良事件分级（中国医院协会）

(1) 警告事件--是指患者非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

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

(3) 未造成后果的事件--虽然发生的错误事实，但未给病人机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

(4) 隐患事件--由于及时发现错误，未形成事实。

临床护理人员规范化培训制度

新入职护理人员由护理部统一安排岗前培训。培训结束后统一参加考试，合格后方可进入临床工作。护理人员有义务和权利在职接受护理规范化培训。

护理部负责根据上级部门的培训要求制定护理人员的具体培训目标与实施细则。

护理部和各科室有明确的人员负责管理培训工作，选择合适的人员负责培训教学。

制定科学的考核评价指标与方法，严格考核，保证规范化培训的有效实施和培训质量。

规范化培训内容包括职业道德教育、基础理论、基本知识、基本技能、专科理论、专科技能培训、管理、教学和科研能力培训等方面。

规范化培训形式和方法可根据不同级别分层级培训。

未完成规范化阶段培训，不得进入下一轮培训。

护理人员在职继续教育培训与考评制度

培训总则

依据护士岗位需求及层次培训要求进行分层培训与考评。

护理部成立护理人员在职继续教育培训与考核小组，全面负责医院护理人员在职继续教育的培训与考评工作。

护理部制定各级各类护理人员在职继续教育培训计划及目标，并组织实施。

科室根据护理部计划制定本科室具体计划，并组织实施。

护理部定期督查护理人员在职继续教育计划落实情况，并对培训效果进行追踪评价。

培训内容

复习巩固护理基本理论、基本知识及基本技能。

学习专科护理理论及专科护理技术。

学习护理新知识、新项目、新技术。

学习护理管理、护理科研、临床教学等综合内容。

培训途径

护理部、大科及科室内有计划地组织培训、查房及演练。可以根据各专科特点，有针对性地组织护理人员进行培训。

参加院外举办的各类讲座、会议交流、学习班、研讨班等。

其他：进修、自学等。

组织考评

护理部每季度对科室继续教育培训情况进行考评。

护理人员理论与技能考核参照护理人员“三基三严”培训及管理制度。

护理人员人人掌握心肺复苏及电除颤技术。

初级职称人员每年必须取得 II 类以上学分 20 分；中、高级职称人员每年必须取得 I 类学分 10 分，II 类学分 15 分。

鼓励 N2 级及以上护理人员每年完成论文一篇，并争取在省级及以上刊物发表。

以上考评结果与本人评优评先、职称晋升及薪酬调整挂钩，如果未按照护理部要求培训或考核不合格者不予晋级。

护理人员“三基三严”培训及管理制度

三基：基本理论 基本知识 基本技能

三严：严格要求 严密组织 严谨作风

加强对护理人员知识更新，提高技术水平意识的思想教育，变被动学习为主动学习。

由护理部制定对各级、各类护士的培训计划，定期考核，使之达标。

不同层次的护理人员按照护理部制定的培训目标和计划，完成当年的“三基”考核任务。

考核训练内容以临床护理制度、消毒隔离制度、护理技术操作等为主，由护理部、督导组、护理总值班定期的采取书面答卷、提问、实地察看等方式进行考核，考核成绩入技术档案。

护士每人每年有考核成绩，书面考试和操作考核以 80 分为合格分，未达标者，给予一次补考，补考不及格者取消科室和个人当年评选先进资格。

建立严格质控组织，严格要求，加强监督，不放过任何可疑环节，确保护理安全。

护理部可根据情况，临时增加考核频次。

专科护士培养及使用制度

报考条件

临床注册护士；

本科及以上学历；原则上 40 周岁以下；

原则上具有 6 年以上临床护理经验；

具有 3 年以上相关专科经历；

具有 2 年以上临床护理带教经验。

（二）选拔方式及程序

护理人员按照报名条件自主报名。

科室护士长按照要求进行考核筛选，并择优推荐符合条件的护理人员。

护理部根据报名情况并结合我院人才培养需要，组织答辩遴选并上报分管院长审批。

（三）工作职责

承担院内或科内专科护理岗位工作。

负责院内或科内相关专业的护理会诊和疑难问题处理。

精通相应专业基本理论、专科理论和专业技能，掌握相关学科知识，掌握专科危重病人的救治原则与抢救技能，在突发事件及急危重症病人救治中发挥重要作用。

在临床岗位中对其他护理人员进行专业指导，并对专科护理的有关工作提出完善和改进建议。

主动、及时地掌握本专科领域护理新理论、新知识、新技术和新方法，积极参加本专科的护理继续教育学习。

承担院内或科内相关专业的教学及科研工作。

（四）考核要求

专科护士的考核由护理部统一完成，重点考核专科护士的岗位胜任能力。

业后每3年以第一作者至少在省级及以上护理期刊发表1篇本专科护理论文。

考核结果与护士的聘用、薪酬、晋升、表彰等挂钩。

（五）其他相关规定

培养费用报销包括：往返车票（培训期间、预答辩、答辩，共三次）、住宿费；培训费、答辩费等。除参加理论及实践课程外，只准予每人三天时间参加专科护士答辩。

临床护理工作制度

临床护理工作应始终树立“以患者为中心”的服务理念，工作人员必须着装整洁、仪表规范。上岗后仪容仪表符合要求，集中精力投入到工作中。

认真执行岗位责任制及各项规章制度、操作规程等。

全面实行包干责任制整体护理模式，扁平化管理，根据护士能力分管不同的病人。工作中运用护理程序的方法，全面了解分管患者情况，从患者的生理、心理、社会、文化、精神各方面评估患者，并及时采取措施，及时评价护理效果。

责任护士有计划地安排当班工作，以便更好地为患者提供直接护理服务。

严格执行分级护理制度，密切观察病情变化，各项监测、记录应及时、准确、客观，发现异常及时汇报。

值班护士了解病房一般情况和重点患者情况，包括患者总数，外出患者数，危重患者数，手术患者数，危重患者和手术患者病情、目前存在的护理问题以及采取的护理措施等。

护士长了解病房的一般情况，包括患者总数、外出患者数、危重患者数、I级护理患者数、手术患者数；大手术及危重患者的九知道、目前存在的护理问题、采取的护理措施；有心理、精神问题的患者、行特殊检查的患者情况等。督促、检查各项护理工作，发现问题及时纠正。实行弹性排班，满足患者和护理工作的需要。

护士长执行日沟通制度，及时发现并解决患者住院过程中的问题。护理人员进行各项护理工作时应向患者解释注意事项，必要时知情同意。

为患者提供清洁、整齐、安静、安全的就诊环境。

进行持续质量改进，不断发现问题、研究问题、解决问题，及时根据专科发展修订护理常规、操作规程、护理流程等，报护理部备案后执行，提高基础和专科护理质量，使之符合学科发展和医院护理工作要求。

护士长进行目标管理、规范管理，要不断研究时间管理、流程管理，以提高工作效率，增加直接护理时间。

护士长组织、带领全科护理人员研究、探讨护理工作，及时发现工作中存在的问题，及时整改，不断完善护理改革方案，推动临床护理工作的发展。

病区护理管理制度

病房由护士长负责管理，护士长不在由护理组长或办公室护士负责，值班时由值班护士负责。

工作人员必须着装整洁、仪表规范，上班时间不得从事与工作无关的事情。

保持病房整洁、舒适、安静、安全。避免噪音，做到走路轻、关门轻、操作轻、说话轻。护理人员上班不接听手机（护士长除外）。

病室内物品和床位摆放整齐，方便病人使用，不得随意搬动。

病员被服、用具按基数配给病员使用，统一管理，出院时清点收回清洁、消毒。

保持病房清洁卫生，注意开窗通风，每日至少清扫两次，垃圾及时处理，卫生间保持清洁。病区内不准吸烟。

护士长全面负责保管病房财产、设备，并分别指派专人管理，建立帐目，定期清点，如有遗失，及时查明原因，按规定处理。工作变动时，要办好交接手续。

做好新病人的入院介绍，定期向病员宣传讲解卫生知识，做好健康指导。

每月召开一次病员座谈会，征求意见，改进病房工作。

查对制度

目的：根据要求认真执行查对，以保证患者的安全，防止意外事件的发生。

原则：

患者身份确认必须至少同时使用二种身份标识：如姓名、住院号、出生日期等，但不包括患者的床号或房间号，并让患者陈述自己的姓名和/或核对手腕带。

有手腕带条码、条码标签及扫描仪设备的科室，在执行治疗时需扫描条码确认，但不得作为唯一识别方法。

有疑问时应及时澄清。

医嘱查对制度

处理医嘱后均须经第二者核对，处理医嘱者和核对者（非医嘱处理者）均须签全名。

按照《病历书写规范》的要求执行医嘱后及时记录。

有疑问的医嘱，须向有关医师询问清楚后方可执行。

每日总查对全日医嘱一次，每周总核对医嘱一次（医嘱与各种执行单），护士长参加并签名。总查对医嘱有登记。参与者均需签全名。

给药查对制度

必须严格执行三查七对，以确保正确的药物给予正确的患者。

三查：给药前、给药中、给药后。

七对：姓名、年龄（住院号）、药名、剂量、浓度、时间、用法。

配置前检查药品的质量：有无变质、变色、浑浊、絮状及容器裂痕，效期和批号，标签模糊不清或缺损勿使用。

配置后检查药物的性状有无浑浊、絮状、沉淀，注意药物的配伍禁忌。

药物使用：

确认身份。

询问有无过敏史。

核对过敏试验结果。

核对药物标签及腕带信息。

抢救时的口头医嘱，执行者须复读一遍，无误后方可执行，空安瓿经二人核对后方可丢弃。

注意用药后的反应。

对患者、家属提出的疑问须澄清后方可执行，必要时与医师联系。

输血查对制度

接收血库送来的血液时：

须检查血袋上的采血日期、有效期，血/血制品有无凝血块/溶血、变色、气泡，血袋有无破损及封口是否严密。

血袋上受血者和供血者的信息是否与交叉配血单上的信息相符。

有以上任何情况之一，应立即与血库联系并将血液退回。

输血前必须经二人核对，核对无误后在交叉配血单上签执行者和协助者的全名。

交叉配血单上受血者的姓名、住院号是否与住院病历信息相符。

交叉配血单上受血者的姓名、住院号、血型是否与血袋上的标签相符。

交叉配血单上供血者的血袋号、血型、血量是否与血袋上的标签相符。

交叉配血单上受血者的血型是否与血型鉴定单上的血型相符。

交叉配血单上受血者和供血者的血型是否相符。

交叉配血结果。

有以上任何疑问之一，不得执行输血。

输血时由两位医务人员到患者病床前核对患者身份和血型。

检验/病理标本查对制度

根据医嘱核对检验试管/容器标签。

留取检验/病理标本时应确认患者身份，以防混淆。

检验/病理科接收标本时，需有签收记录。

饮食查对制度

每日核对医嘱单、饮食执行单、床头饮食信息、饮食种类是否相符。

发饮食前确认患者身份，查对饮食单与饮食种类是否相符。

开饭时在病人床边再次核对饮食种类。

对禁食患者，应在床头信息设有醒目标志，并告知患者或家属禁食的原因和时限。

对特殊治疗饮食、检查饮食及自备饮食，需经医护人员查对落实后方可食用。

值班、交接班制度

交接班制度是保证临床医疗护理工作昼夜连续进行的一项重要措施，护理人员必须严肃认真地贯彻执行。

根据科室的情况实行轮流值班，每班人员运用护理程序针对病人个性情况实施整体护理。

值班人员必须坚守岗位，履行职责，保证各项治疗护理工作准确、及时实施。

值班人员应在交班前完成本班的各项常规工作，做好各项护理记录，整理好物品，为下一班做好准备。需下一班执行的医嘱或其它护理措施应做详细交代，与接班者共同做好交接后方可离去。

值班、交接班中如发现病情、治疗、器械物品交代不清时应立即查实、确认。接班时发现问题应由交班者负责，接班后再发现问题，则由接班者负责。

接班者提前 15 分钟到岗，接班者未接清楚之前，交班者不得离开岗位。各班交接时均要进行书面、口头、床边交接。

交接班内容：

(1) 交清住院病人总数、出入院、转科、转院、分娩、手术、死亡人数以及新入院、重危病人、抢救病人、大手术前后或有特殊检查处置、病情变化及思想情绪波动的病人。

(2) 交清医嘱执行情况，危重症护理记录，各种检查标本采集及各种处置完成情况，对尚未完成的工作，也应向接班者交待清楚。

(3) 查看昏迷、瘫痪等危重病人及绝对卧床病人有无压疮及基础护理完成情况，各种导管固定和引流情况。

(4) 交接备用、贵重、精神、麻醉及抢救物品、器械、仪器等。

护理工作“五个不交不接”：

(1) 工作不完成不交不接；

(2) 急救药品、器材不全不交不接；

(3) 输血输液不通畅不交不接；

(4) 各种引流管不通畅不交不接。

(5) 医嘱未查对不交不接。

分级护理制度

分级护理是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和生活自理能力，确定并实施不同级别的护理。

分级护理分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。

特级护理

具备以下情况之一，可确定为特级护理：

维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；

病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；

各种复杂或者大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

护理要求：

严密观察患者病情变化，监测生命体征；

根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

根据医嘱，准确测量出入量；

根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

保持患者的舒适和功能体位；

实施床旁交接班。

一级护理

具备以下情况之一，可确定为一级护理：

病情趋向稳定的重症患者；

病情不稳定或随时可能发生变化的患者；

手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

自理能力重度依赖的患者。

护理要求：

每小时巡视患者，观察患者病情变化；

根据患者病情，测量生命体征；

根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

提供护理相关的健康指导。

二级护理

具备以下情况之一，可确定为二级护理：

病情趋于稳定/未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；

病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；

病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

护理要求：

每2小时巡视患者，观察患者病情变化；

根据患者病情，测量生命体征；

根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；

提供护理相关的健康指导。

三级护理

病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可以确定为三级。

护理要求：

每3小时巡视患者，观察患者病情变化；

根据患者病情，测量生命体征；

根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

提供护理相关的健康指导。

危重病人抢救制度

发现病人病情变化时，护理人员立即实施必要的救治，同时通知医生，并配合抢救。

参加抢救的护理人员分工协作，迅速、正确执行抢救医嘱和操作规程。

执行口头医嘱时应复诵一遍，确认无误后方可执行；执行后及时记录执行时间、药品剂量、给药方法；抢救结束后由医生及时补写医属于医嘱单及病历上；抢救时所用药品的空药瓶经两人核对后方可弃去。

严密观察病情变化，及时报告医生并准确记录。

全面评估病人，根据病人存在的护理问题，落实各项护理措施，并及时做好记录。

严格执行交接班制度，每班之间详细交接病情、抢救经过、各种用药及护理问题与措施。

各种抢救物品、药品、器械用后及时清理、补充、消毒，物归原位，处于备用状态。

消毒隔离制度

1. 医护人员上班时要衣帽整洁，并根据诊疗工作的需要，选择相应的防护用品。

2. 医护人员实施诊疗护理前后均应严格执行手卫生规范。无菌操作时，要严格遵守无菌操作规程。

3. 各类物品使用后做好预处理，根据不同性质选择相应的清洗、消毒、灭菌方法，以保证消毒灭菌效果，消毒液定期更换。

4. 无菌物品按灭菌日期先后顺序存放，依次使用，定期检查无菌物品是否过期，用过的物品与未用过的物品应严格分开放置并有明显标记。

5. 特殊感染或传染病患者按病情分区隔离，并限制人员出入。特殊感染的可重复使用的诊疗器械，应双层封闭包装并注明感染性疾病的名称，由消毒供应中心单独回收，统一处理。

6. 出院、转科及死亡患者的床单元必须做好终末处理。

7. 严格执行垃圾分类收集。

8. 在感染管理科的指导下做好消毒隔离工作。

保护病人隐私制度与措施

为贯彻落实国家法律、法规和规章的有关规定，切实尊重和维护病人的合法权益，保护病人的隐私权，构建和谐医患关系，特制定保护病人隐私制度与措施如下：

（一）制度：

医务工作人员在为病人提供医疗卫生服务时应遵守以下制度规定：

1. 救死扶伤，实行人道主义，时刻为病人着想，耐心细致地为患者提供科学的医疗及护理服务。

2. 为病人保守医疗秘密，实行保护性医疗，不泄露病人的隐私。医务人员既是病人隐私权的义务实施者，同时也是病人隐私的保护者。

3. 尊重病人的人格与权利，对待病人不分民族、性别、职业、地位、财产状况，应一视同仁。

4. 严格执行《执业医师法》第 22 条规定：医师在执业活动中要关心、爱护、尊重患者，保护患者隐私；《护士条例》第 18 条规定：护士在执业中得悉就医者的隐私，不得泄露。

（二）措施：

为使患者的隐私得到切实保护，医务工作人员应当做到以下几点：

了解患者的民族、信仰、风俗、习惯、忌语，使其在不违反医疗、护理规定的原则下得到尊重。

医护人员未经患者本人或家属同意，不得私自向他人公开患者个人资料、病史、病程及诊疗过程资料。工作人员要注意言谈中不得擅自议论患者及家属的隐私。

对特殊疾病的病人，医护人员床头交接时不应交接医疗诊断，应为患者保密。

对异性患者实施隐私处置时，应有异性医护人员或家属陪伴。

危重症病人在更换被服、衣物、翻身时，应尽量减少暴露。

为患者处置时要拉帘或关闭治疗室的门。

住院病室要尽量做到男、女患者分开。

医护人员进行暴露性治疗、护理、处置等操作时，应加以遮挡或避免无关人员探视。

对于院内或科室内安排的涉及患者隐私的参观、学习活动，应征得患者本人同意，并告之学习内容。

除实施医疗活动外，不得擅自查阅患者的病历，如因科研、教学需要查阅病历的，需经医务科同意，阅后应立即归还，不得泄露患者隐私。

第五章 教学、科研管理制度

住院医师规范化培训学员管理细则

住院医师规范化培训是培养合格临床医师的必经途径。是加强卫生人才队伍建设、提高医疗卫生工作质量和水平的治本之策。为进一步规范我院住院医师规范化培训工作,适应国家卫生改革与发展需要,根据国家卫生部卫教(1993)第1号《关于实施〈临床住院医师规范化培训试行办法〉的通知》精神和江苏省卫生厅卫教(1992)第19号《关于印发〈江苏省卫生系统临床住院医师继续教育暂行办法〉的通知》、苏卫办科教(2007)第1号《关于加强住院医师、专科医师培训工作的通知》以及苏卫科教函(2007)第17号、23号、24号文件通知要求,在徐州医科大学附属医院规范化培训规定的基础上,参照卫生部住院医师规范化培训的试行方案,制定本细则。

第一章 保障措施

第一条 人员管理与待遇

一、人员管理

培训对象即参加住院医师规范化培训的住培医师,应遵守培训基地的有关管理规定。本院住培医师的人事档案管理归我院人事处。

单位委派的住培医师,培训期间原人事(劳动)、工资关系不变,住培医师、我院、委派单位三方签订委托培训协议;面向社会招收的住培医师与我院签订培训协议,其人事档案由第三方保管。

临床型在读的全日制医学生,培训期间人事档案归徐州医科大学研究生学院管理。

二、人员待遇

本单位住院医师、单位委派住培医师及社会人培训期间的绩效、补贴发放标准见附件3,具体发放金额按照考核结果对应的标准发放,详见考核结果处理。

第二条 培训年限

住院医师规范化培训年限一般为3年(在校医学专业学位研究生实际培训时间应不少于33个月)。已具有医学专业硕士学位研究生学历的人员,在毕业专业与规培专业方向一致的基础上,规培年限为2年,不一致年限为3年;专业型博士在毕业专业与规培专业方向一致的基础上,规培年限为1年,不一致年限为3年;科研型硕士、博士培养年限为3年,已在三级医院从事两年以上临床医疗工作的医师参加培训,由培训基地,

结合其临床经历和实践能力,在进行能力测评后,报送至江苏省确定接受培训的具体年限和内容。规定时间内未按照要求完成培训任务或考核不合格者,培训时间可顺延,顺延时间最长为3年。

第二章 培训实施

第三条 住培目标与考核

基地按照《住院医师规范化培训内容与标准(试行)》(国卫办科教发〔2014〕48号),确定住培医师的培训目标、考核认证等要求。

培训目标:

一、职业道德

热爱祖国,热爱医学事业,遵守国家有关法律法规。弘扬人道主义的职业精神,恪守为人民健康服务的宗旨和救死扶伤的社会责任,坚持以病人为中心的服务理念,遵守医学伦理道德,尊重生命、平等仁爱、患者

至上、真诚守信、精进审慎、廉洁公正。

二、专业能力

掌握本专业及相关专业的临床医学基本知识和技能,能够了解和运用循证医学的基本方法,具有疾病预防的观念,具备整体临床思

维能力、解决临床实际问题的能力、自主学习和提升的能力。

三、人际沟通与团队合作能力

能够运用语言和非语言方式进行有效的信息交流,具备良好的人际沟通能力和团队合作精神,善于协调和利用卫生系统的资源,提供合理的

健康指导和医疗保健服务。

四、教学与科研

能够参与见习和实习医生临床带教工作，具备基本的临床研究和论文撰写能力。

第四条 培训内容

住院医师规范化培训以提高职业素养及临床规范诊疗能力为核心。培训内容包括医德医风、政策法规、临床实践能力、专业理论知识、人际沟通交流等。重点提高临床规范诊疗能力，适当兼顾临床教学和科研素养。

一、岗前培训及入科教育：

（一）岗前培训

住培医师进入住院医师规范化培训基地学习之前，需经过培训基地岗前培训，岗前培训具体包括：医院情况、职业道德、公共理论、培养计划与要求、人际沟通与团队合作、临床基本知识和基本技能和模拟训练与考核等。

（二）入科教育

专业基地（轮转科室）应对住培医师进行入科岗前教育，内容包括：

- 1、科室基本情况，工作流程；
- 2、科室工作制度、学习制度以及相关的管理规定；
- 3、科室培养要求、计划、培训目的、病种要求及本专业相关重点知识技能；
- 4、指定带教教师；
- 5、宣讲本科室对住培医师的考核方式与办法；
- 6、医疗核心制度落实的教育及医疗安全教育等。

二、专业理论

专业理论学习应以临床实际需求为导向，内容主要包括公共理论和临床专业理论。

（一）公共理论

公共科目的培训，包括：医德医风、政策法规、相关人文知识，医学伦理学，医患沟通，重点和区域性传染病防治、突发公共卫生事件的应急处理以及预防医学、社区卫生、循证医学、医学英语、基础临床理论与操作以及临床教学、临床科研的有关基础知识等。（其中医学外语以自学为主，要求系统、认真地阅读外文专著和有关文献、专业杂志，并具有一定的听、说、写能力。）

（二）临床专业理论

主要学习本专业及相关专业的临床医学基础理论和基本知识，应融会贯通于临床实践培训的全过程。

三、临床实践

住培医师在带教教师的指导下，学习各相关专业和相关专业的常见病和多发病的病因、发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、处理方法和临床路径，危重病证的识别与紧急处理技能，基本药物和常用药物的合理使用。达到各专业培训标准细则的要求。

掌握临床通科常用的基本知识和技能，包括临床合理用血原则、心肺复苏技术、突发性疾病院前急救、姑息医疗、重点和区域性传染病的防治知识与正确处理流程。在培训第一年能够达到执业医师资格考试对临床基本知识和技能的要求。熟练并规范书写临床病历，在轮转每个必选科室时至少手写完成 2 份大病历。

四、教学及科研能力：

在带教教师和导师的指导下培养一定的教学及科研能力，应完成至少 1 篇文献综述或病例个案分析报告或国外医学文献译文；积极参加教学相关活动、申报科研项目。

第五条 日常管理

工作考勤

住培学员规范化轮转期间，需每天按班制打卡。

- 1、迟到、早退：每月迟到或者早退总次数为<3 次者，给予警告；每月总次数超过 3 次（含 3 次），扣除补助 200 元；
- 2、缺勤：无故缺勤一天者，扣除 100 元；情节严重者，由教育处备案，报分管院长根据相关规定处罚；
- 3、特殊情况：如有特殊情况，请按照教育处的要求上报分管院长，酌情处理。
- 4、产假期间按照人事相关规定停发津贴，如产假连续超过 90 天，或者事假、病假累计超过 60 天，需延长培训时间

二、请假

1、请假必须本人书面申请，按程序审批并登记后方能离岗。未办理请假手续，擅自离岗者，按旷工处理。

2、请假两天内需带教组长同意后报至教育处审批，三天以上（含三天）需报分管院长审批。

3、当月请假（产假、病假）7天（含7天）以上，补轮转一个月。

一、工作日及假期安排

住培医师的假期包括国家法定节假日。婚假及产假参照国家相关文件规定，规培期间总请假时间不得超过三个月，超出后需延期培训一年。假期仅能在本年度内根据所在培训科室实际情况予以安排。

二、请假程序

住培医师请假时应按照住培医师请假流程（附件1），填写相应的请假表（附件2），严格履行请假程序，并由科室相应管理人员及部门逐级审批。

未履行请假程序，擅自离岗者视为旷工。

三、考勤结果处理

（一）住培医师请假年度累计或一次超过30天者，不得参加年度评优。

（三）住培医师在同一培训科室轮转期间，请假累计超过10个工作日者，需在完成全部临床轮转后，补该科室当月轮转，补培训期间费用自理。

（四）住培医师培训计划不能擅自更改。因故确需变更培训计划者，须提前30天提出申请，变更生效之前仍然依照原培训计划完成培训，其完成的培训工作量予以承认。

第三章 培训考核内容、实施与结果认定

包括过程考核、年度考核和结业考核。过程考核是对住培医师轮转培训过程的动态综合评价。包括：日常考核、出科考核、年度考核。考核内容包括：医德医风、政策法规、临床实践能力、专业理论知识、沟通交流能力、出勤情况、培训指标完成情况和参加业务学习情况等方面。过程考核合格和通过执业医师资格考试是参加结业考核的必备条件。结业考核由国家卫健委组织实施。通过住院医师规范化培训结业考核的培训对象，颁发《住院医师规范化培训合格证书》。

第七条 日常考核和出科考核

一、日常考核和出科考核内容：

（一）日常考核

1、职业道德和医学人文精神考核评价：

对住培医师在该培训科室工作期间，是否遵守医院、科室规章制度，对发生的职业道德不良事件和违规及医疗差错等记录进行考核评价（住培医师职业道德不良事件、违规事件、医疗差错记录表）；

2、对住培医师参加教学查房、病例讨论、小讲课的考勤及效果进行评价

3、病历书写质量考核评价：

查阅、审核住培医师书写的住院病历，根据病历书写要求考核评分；同时检查手写完成的2份住院病历和批改情况并进行评价；

4、临床操作技能考核评价：

抽考一项所在培训科室常规操作或手术并评价；

5、人际沟通与团队合作能力考核评价：

调查医护及所管患者，对住培医师人际沟通与团队合作能力进行评分；

二、出科考核实施

（一）完成培训内容与要求：按照本专业《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》细则，完成当前轮转科室培训要求，每月按时上交出科考核表。

（二）手写大病历：每月住培学员需上交2份手写大病历（复印件上交教育处，原件交由轮转科室备查），带教教师须对所带学员手写大病历予以批改、评分、签字，教育处将组织督导专家不定期对病历进行复审，不合格病历处理办法同本院病历。

（三）每月住培学员需上交科室评价表【《轮转报到记录单》、《徐州医科大学附属医院带教老师满意度调查表》、《徐州医科大学附属医院住院医师月度考核评分表（由护士长完成）》、《徐州医科大学附属医院住院医师月度考核评分表（由科主任、带教老师共同完成）》、《患者满意度调查表》】。

（四）培训科室考核小组对住培医师临床工作水平进行出科考核，出科考核包括理论、技能。

三、日常考核和出科考核结果及认定

1. 日常考核

住培医师日常结果分为“优（85-100分）、良（75-84）、中（60-74）、差（60以下）”，其中“优、良、中”均视为考核合格，“差”视为考核不合格；培训期间有违反医院规章制度者，将根据实际情况考核为“中”或“差”。

住培医师的日常考核结果与当月绩效发放挂钩，考核结果“优、良、中、差”，对应发放标准为：“全额、80%、50%、0%”发放。住培医师当月考核结果为“差”者，应在完成全部培训计划后，在该培训科室进行再次培训，再次培训期间不再发放生活补助。

2. 出科考核

住培医师出科考核结束后，无论考核结果是否合格，均按培训计划进入下一培训科室学习。

对出科考核不合格者，当场给予一次补考机会；补考仍不合格者，视为出科考核不合格。住培医师应在完成全部培训计划后，在该培训科室进行再次培训，再次培训期间应严格按照《住院医师规范化培训内容与标准（试行）细则》（国卫办科教发〔2014〕48号）完成该培训科室的培训时间及培训内容并考核合格，再次培训期间不再发放生活补助。

第九条 年度考核

年度考核内容

每年按照国家规定，每年度国家基地组织进行年度考核，考核内容为该年度培训内容，考核内容包括年度理论考试、年度技能考核、年度业务学习情况、年度综合测评情况。

二、年度考核结果及认定

（一）年度理论、技能考核不合格者，给予一次补考机会（需缴费）；补考不合格者，不得参加结业考试。

（二）年度业务学习，每年至少参加院级学术讲座6次，院级理论培训2次，院级技能培训2次。

（三）住培医师应于培训第一年内考取执业医师资格证书，取得执业医师资格以及年度考核合格者其生活补助标准自动升级至下一年度水平。不合格者有一次补考机会，合格后升级至下一年度标准。

（四）培训期间未通过年度考核者，不得参加结业考核。

第十条 结业考核

结业考核包括公共科目考核、理论考核和临床实践能力考核。国家级住院医师规范化培训基地在上级部门的统一安排下，配合组织结业考核的相关工作。

通过住院医师规范化培训结业考核并考取执业医师资格证书的住培医师由国家卫生计生委颁发统一制式的《住院医师规范化培训合格证书》。

第四章 奖惩

一、培训过程中，在住培医师工作APP填写、考核中弄虚作假者，一经查实，立即终止培训，之前所完成的工作量酌情予以承认。

二、未经批准私自更改培训计划者，其培训工作量不予承认，情节严重者给予终止培训等处理。

三、培训过程中，出现服务态度恶劣，工作责任心差、甚至因严重违反规定出现医疗差错、引发医疗纠纷、造成医疗事故，将参照我院的《医疗缺陷管理条例》给予处罚。追究刑事责任的移交司法机关。

四、培训期间，工作认真积极，表现优异者，医院将给予年度评优并给予奖励。

1、基地对考核成绩优秀或表现突出者给予表彰。本院优秀住培学员在评优评先、晋职晋级、外出进修方面优秀考虑；外单位委培优秀学员将告知单位其优异表现；社会化住培优秀学员，医院优先聘用。

2、住培学员在培训期间，除法律法规或政策规定的原因外，在规定时间内未按照要求完成培训或年度考核不合格者不能参加结业考核。结业考核不合格者，培训时间顺延，顺延时间一般不超过3年，延期培训费用由住培学员个人承担。

五、培训期间存在下列情形之一者，经住院医师规范化培训基地讨论确定，以书面形式上报省里审批，予以终止培训；

- （1）培训期间内连续或累计旷工超过15天者；
- （2）违反医院各项规章制度造成极其恶劣社会影响者
- （3）玩忽职守造成严重医疗事故或经济损失者；
- （3）触犯国家法律，被追究刑事责任者；

第四章 附则

第十一条 本办法自发布之日起施行。如遇国家政策变化，再适时进行修订或补充。本办法由教育处负责解释。

全科转岗培训管理规定

按照卫生部、省卫生厅关于全科医生转岗培训的相关要求，为确保培养质量和医疗安全，现制定徐州医科大学附属医院全科转岗培训管理办法，请认真贯彻执行。

第一章 总则

一、全科医生转岗培训为全脱产培训。参加培训学员应严格执行培养标准和培训大纲，进行临床基地和社区实践基地培训。

二、培训人员应严格执行我院安排的轮转计划，不得私自调班或更换轮转科室。

三、培训人员按照大纲要求进行临床技能和社区实践培训，并如实记录在《徐州市全科医生培养登记手册》上，出科时需带教老师审核签字确认。培训结束后，市卫生局对学员的培训登记手册进行审核，审核合格后，方可参加省结业统考。

四、培训期间，培训人员应严格遵守我院的各项规章制度，尊敬带教老师，听从科室排班等安排。严格遵守各项技术操作规范，遇到问题应及时请示汇报，未经带教老师同意不得擅自用各种贵重仪器、医疗设备等，以防止差错，杜绝医疗事故发生。

五、轮转科室出科时，培训医院组织出科理论和技能考核，培训人员连续两次考核不通过者，顺延培训时间，直至考核合格。

六、培训期间，培训人员应严格遵守劳动纪律，不得无故缺勤，擅离岗位。如有特殊情况须到医院教育处办理请假及销假手续，2天以内须经所在科室带教老师同意；请假3天及以上或累计请假超过3次需到医院教育处备案。未经同意不得擅自离院，否则，作旷工处理。全年出勤率低于90%将视为培训不合格，不予参加省结业考试。

七、医院教育处不定期对照培训轮转表，抽查劳动纪律和培训情况，对严重违纪人员和选派单位进行全院通报。

八、培训人员按照培训大纲要求完成培训任务并通过省统考者，将获颁省全科医生转岗培训合格证。

第二章 培训目标

通过对其他等级医疗卫生机构在岗卫生技术人员的全科医学转岗培训，培养一支适应地方基本医疗卫生服务需求的全科医师队伍。

第三章 组织管理与师资建设

一、院级组织管理

我院成立了由教育处处长任组长的全科医生转岗培训工作领导小组，统一领导、协调全科医生转岗培训工作，建立全科医生转岗培训质量监控、师资管理、师资培训等方面的相关管理制度，落实具体工作人员负责全科医生转岗培训工作。

培训学科以全科专业基地为核心，要成立全科医生转岗培训管理小组，由培训学科主任担任组长，小组成员认真实施培训计划、审核培训手册和培训医师出勤情况，负责培训医师的出科考核，认真负责地填写培训医师的考核评分表，协助完成实践技能考核。

二、师资队伍建设和管理

1. 培训医院带教医师是全科医生转岗培训工作的主要执行者，应具有省级以上住培带教资格（有全科住培师资培训证书者优先），具有扎实的临床技能和良好的医德医风，遵纪守法，为人师表，以身作则，能认真履行各项工作职责。

2. 各学科带教医师与培训医师比例要求达到1:1。

3. 带教医师应严格按照卫生部《基层医疗卫生机构全科医生转岗培训大纲》的要求和医院制订的培训计划开展培训和考核工作，不得随意调整培训计划、培训流程和培训内容。

4. 带教医师应及时检查培训医师的医疗文书书写情况，定期审核培训医师培训记录，指导培训医师严格落实首诊负责、医疗值班等制度，指导和督促培训医师参加各项医疗活动、疑难病例讨论以及相关的学术活动，并注重培养培训医师的责任意识、质量意识和服务意识。

5. 对按照规定完成培训医师带教任务的带教医师，医院应根据实际情况给予适当的带教补贴。

对在指导培训医师过程中表现突出的带教医师，医院在评优评奖、职称晋升等方面应给予优先考虑。

6. 对指导住院医师态度不端正、带教不认真的带教医师，医院应取消其带教资格。

第四章 培训内容与方式

1、参照江苏省卫生健康委科教处发布的《全科医生培训转岗大纲》，统筹安排实践轮训，增加临床培训的内容可按照“缺什么，补什么”的原则，个人可选择科室学习，重点加强临床实践能力和公共卫生能力培训。

2、培训方式采用“现场观摩、教学查房，集中授课，必修与选修科目相结合”等培训方式。

3、培训内容分全科医学基本理论知识培训、临床综合诊疗能力培训、基层医疗卫生实践和全科临床思维训练四个方面。全科医学基本理论知识培训和全科临床思维训练由全科住培专业基地承担；临床综合诊疗能力培训由各住培专业基地承担；基层医疗卫生实践由基层实践基地承担。

第五章 考试考核

1、培训期间考核：主要考核培训学员在内科、外科、妇产科、儿科、急诊科等科室培训期间，对在学科相关基础理论，基本技能、基本知识掌握情况，考试形式为出科考试（理论+技能），考试实行百分制。

2、作风品行考核：重要考核培训对象在培训期间的工作态度、医德医风、遵章守纪等情况，考核结果评定为优、良、中、差。

第六章 保障措施

对培训工作管理规范、培训质量优良、有创新特色的培训学科和带教医师给予表彰和奖励。

住院医师规范化培训临床带教医师管理、培训、考核、激励制度

第一章 总则

第一条 为贯彻《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》（国卫科教发〔2013〕56号）和《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》（教研〔2014〕2号）文件精神，落实《住院医师规范化培训管理办法（试行）》（国卫科教发〔2014〕49号）和《关于印发建立住院医师规范化培训制度实施方案的通知》（桂卫发〔2014〕30号）文件要求，加强我院住院医师规范化培训师资管理工作，培养一支高素质的师资队伍，保障住院医师规范化培训的工作质量。结合我院实际，制定本办法。

第二条 住院医师规范化培训是毕业后医学教育、专业学位研究生教育的重要组成部分，目的是为各级医疗机构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、规范地承担本专业常见多发疾病诊疗工作的临床医师。

第三条 住院医师规范化培训师资是指承担住院医师（含硕士专业学位研究生）临床能力培训指导工作的教师，住院医师规范化培训师资实行“双师制”，师资类型包括临床指导教师和责任导师。

第四条 所有符合住院医师规范化培训师资条件的教职工都有培养住院医师的义务，除因考核不合格被取消住院医师规范化培训师资以外，任何个人不得以其他理由拒绝承担住院医师规范化培训工作任务。

第二章 师资职责

第五条 临床指导教师职责：

一、临床指导教师应在职业道德及精神文明等方面成为住院医师的表率，言传身教，不仅要指导住院医师做好临床工作，更要引导他们树立正确的世界观和人生观，提高住院医师的职业道德和业务素质。

二、熟悉国家统一制定的《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》，对住院医师在政治思想、临床实践、技能操作、专业理论和外语、临床教学、科研能力等方面的要求，针对不同专业的轮转住院医师制定出具体的培训计划，指导和监督住院医师进行培训，确保培训内容和标准达标。

三、承担临床住院医师专业理论课的教学，组织有关讲座，指导他们了解本学科的最新进展。

四、指导住院医师的实践工作，帮助他们提高思维、分析和处理问题的能力，提高与病人沟通、取得病人合作的技巧，提高临床诊疗技能的准确性和熟练程度。

五、负责安排和指导住院医师的教学实践。

六、负责指导循证医学在临床实践中运用。

七、负责指导和检查住院医师培训轮转 APP 的填写情况。

八、根据《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》要求，做好住院医师的出科考核工作，并积极参加专业基地和医院组织各类考试的命题、评卷和临床技能考核工作。

九、带教医师应及时检查住院医师的医疗文书书写情况，定期审核住院医师培训记录，指导住院医师严格落实首诊负责、医疗值班等制度，指导和督促住院医师参加各项医疗活动、疑难病例讨论以及相关的学术活动；

十、带教医师应关注住院医师的思想、学习、工作和生活，注重培养住院医师的责任意识、质量意识和服务意识。若正在规培的住院医师出现任何医疗差错，带教教师应承担相应责任；

第六条 责任导师职责：

一、责任导师参照研究生导师管理办法，执行导师与住院医师“一对一”的指导模式，全程跟踪管理其的培训工作。

二、指导和评价住院医师撰写的论文和综述，培养其科研工作能力。

三、指导和培训住院医师通过国家医师资格考试，并在培训基地进行执业注册。

四、每位导师对一名住培生负责。

五、指导住培生的理论知识、临床操作、科学研究及实践活动，定期检查学习情况和思想动态，督促住培生完成培养计划。

六、严格执行导师负责制。对培养住培生应有高度的责任感，全面关心住培生的学习、生活、工作和思想状况，及时向教育处反馈在培养过程中出现的问题。导师对优秀住培生的评选、表彰奖励、发展党员和评选先进等，具有建议权和推荐权。

第三章 组织管理

第七条 医院一把手负责制统一管理下，由教育处、专业基地、培训科室对住院医师规范化培训师资实行三级分级管理、分级负责。

第八条 教育处负责全院师资统筹管理，主要承担师资审批，健全激励机制，制定师资培训计划并组织实施。

第九条 教育处负责师资考核，带教质量监督及根据评价体系进行评价，师资动态管理。

第十条 培训科室负责推荐师资，协助专业基地进行带教质量监督和日常管理工作。

第四章 师资管理

第十一条 师资遴选及资格认定

一、指导教师遴选条件:选拔职业道德高尚、临床经验丰富、具有两年以上(含两年)实习生带教工作经验并考核合格的主治以上职称医师作为指导教师。

二、责任导师遴选条件:选拔职业道德高尚、临床经验丰富、具有两年以上(含两年)住院医师、硕士专业学位研究生、专科医师(进修生)的临床指导经验并考核合格的高年资主治以上职称的医师作为责任导师。

二、师资遴选程序及资格认定:申请人填写《住院医师规范化培训指导教师资格遴选表》、《住院医师规范化培训责任导师资格遴选表》，培训科室主任、专业基地负责人同意推荐，教育处管理进行资格审核，经住培工作领导小组讨论后通过。

第十二条 建立师资管理库和个人教学档案。

一、建立师资管理库，对所有经过资格认定的指导教师实行统一的动态管理，并有计划地增加和更新师资力量。

二、建立师资个人教学档案，包括资格认定申请表、专业职称及聘书等。

第五章 师资培训制度。

第十三条 师资培训安排

一、组织教师学习国家统一制定的《住院医师规范化培训内容与标准(试行)》。

二、院内组织教师开展业务学习和指导能力培训包括：

1. 临床教学基本理论与知识。

2. 临床教学基本技能：教学查房、体格检查、技能操作、常用急救技能等带教规范技巧等。

3. 出科考核组织与实施。

4. 全科医学和公共卫生服务基本理论和理念、全科医师诊疗思维与能力培训（全科师资）。

5. 教育教学基础理论、教学设计、多媒体教学等。

三、不定期组织教师到其他医院参观学习。

四、不定期请院外教学专家来院对教师进行教学能力培训。

第十四条 教学能力建设

- 一、教学团队和教师应积极开展教改课题研究，不断提高本学科教学能力。
- 二、医院为各学科开展教学能力建设提供必要支持。

第六章 师资上岗制度

第十五条 指导教师上岗前必须经过岗前培训合格、师资资格认定，住院医师规范化培训领导小组审批后方可上岗。

第十六条 对考核不合格者，取消指导教师资格，经重新参加上岗培训并考核合格后，提交师资资格认定申请获得审批方能上岗。

第十七条 上岗培训的方式：

- 一、参加国家级或省级住院医师规范化师资培训班，并取得培训合格证书。
- 二、参加远程教育，取得培训合格证书。
- 三、参加医院组织的住院医师规范化师资培训班，并通过考核，取得我院规范化培训师资合格证书。

第七章 师资教学质量评估制度

第十八条 考评原则

- 一、教育处负责常规考评工作，每半年进行一次，使之制度化、程序化、合理化。
- 二、考评前认真做好准备，对指导教师和责任导师表现有充分了解。
- 三、考评工作要认真仔细，客观公正，考评结果要公开。

第十九条 考评内容

指导教师：

- 一、带教热情。主要指老师的带教工作态度，包括工作积极性和主动性。
- 二、带教素质。包括指导教师的职业道德、工作进取心、责任心等。
- 三、带教能力。自身业务能力、管理能力、教学能力等进行考评。
- 四、教学数量。根据住院医师在老师指导下完成培训大纲各项要求的情况(住院医师规范化培训学员应完成数量)进行打分。
- 五、教学质量。随机抽取各专业基地指导教师，以教学查房/教学病例质量讨论为核心，进行考核；同时将学生的各项考核结果作为教学质量的评定标准之一。

责任导师：

- 一、积极热情。主要指责任导师的教学态度，包括工作积极性和主动性。
- 二、个人素养。包括责任导师的职业道德、工作进取心、责任心等。
- 三、自身能力。自身业务能力、管理能力、教学能力等进行考评。
- 四、教学质量。住培学员医师资格考核成绩、年度考核成绩、结业考核成绩作为考核责任导师教学质量的指标之一。
- 五、日常联系密切度，负责学员定期上交《学员与责任导师交流记录表》，至少每季度一次。

第二十条 考评方法

- 一、师资岗位实行动态管理，执行半年度和年度考核；
- 二、半年度考核由各专科负责：1、检查带教师资指导住院医师书写病历、诊断报告的记录；2、检查评估带教师资组织教学活动的情况；3、检查住院医师出科考核记录。教育处负责督查，并反馈住院医师评教情况。
- 三、年度考评：由教育处组织：1、专业基地半年度考评结果；2、教育处、督导组对于带教师资教学活动的考评；3、全员在培住院医师的评教考评，此外半年度考评不合格，视为年度考核不合格。

第八章 评定结果及奖惩制度

第二十条 考评结果认定：

- 一、年度考评结果为百分制，综合评分大于 90 分者为优秀，综合评分大于 80 者为合格，综合评分大于 60 分为基本合格，综合评分低于 60 分者为不合格。
- 二、连续两年度考评为基础合格者，视为第二年度考评不合格。
- 三、出现教学事故，视为当年考评不合格。

第二十一条 考评结果由教育处管理归档，作为医院开展各类评奖评优、奖惩处罚的参照依据。

第九章 激励

第二十二条 奖惩举措

一、根据指导住院医师人数，给予发放临床指导工作补贴，其中考评优秀者，发放教学量全额补贴的120%；考评合格者，发放教学量全额补贴的100%；考评基本合格者，发放教学量全额补贴的80%；考核不合格者，不予发放教学补贴。

二、根据指导住院医师人数，给予发放责任导师工作补贴。

三、在各级各类教学评比中获奖，或住院医师规范化培训工作考评为优秀者，作为医院年度考核或职称评聘的主要加分依据之一。

四、考评结果不合格者，取消带教教师资格，直至培训合格并重新进行师资资格认定后方能上岗。当年年度医院年度考核不合格者，延迟职称晋升一年。

六、具备住院医师规范化培训临床指导教师工作经历并考核合格，作为推荐申报高级职称的审核条件之一；具备责任导师工作经历并考核合格，作为推荐申请研究生导师资格必备条件之一。

第十章 退出

一、符合以下条件其中之一的住院医师规范化培训指导教师，将自动失去带教资格：

- 1、有违纪、违法行为的；
- 2、没有认真履行指导教师职责，无法保证规培学员培养质量的；
- 3、对教育处安排的教学或指导工作不接受或拒绝进行指导教师考核的；
- 4、带教教师不能够合理安排指导时间，带教态度不认真，学员普遍反映带教质量差的；
- 5、所带规培学员多次出科考试不合格，经补考后仍不合格的；
- 6、带教教师每月不能够完成科室教学计划（累计三次）；
- 7、规培学员完成科室轮转计划后，带教教师未经允许，阻止、妨碍学生继续轮转；
- 8、在住院医师规范化培训指导教师考核中连续2次考核不合格者，取消其带教资格；
- 9、其他不良言行有恶劣影响的。

二、因指导教师自身原因无法继续带教：

1、带教教师如在规培学员带教期间需要短期外出等，应提前对规培学员的学习等有关工作进行妥善安排；

- 2、若因工作调动、身体状况等原因，不宜继续指导；
- 3、指导教师出国>6个月；

以上情况须经分管院领导批准，并到教育处办理相关手续。

第十一章 附则

第二十七条 本办法自印发之日起施行。

第二十八条 本办法由教育处负责解释。

第二十九条 本办法如需修订，需提交预案由住院医师规范化培训工作领导小组讨论通过。

住院医师规范化培训基地、专业基地管理办法

为完善管理体系，细化管理职能，在徐州医科大学附属医院规范化培训实施细则（2018年修订版）的基础上，结合卫生部住院医师规范化培训的试行方案，制定本管理办法。

第一章 住院医师规范化培训基地职责

第一条 住院医师规范化培训基地按照国家卫生和健康委员会、江苏省卫生和健康委员会等上级主管部门布置的工作任务完成相关工作。

第二条 住院医师规范化培训基地是国家推行住院医师规范化培训必不可少的要素，国家级住院医师规范化培训基地在开展基地日常管理工作的同时，作为沟通各专业基地和住院医师规范化培训学员的重要桥梁，对各专业基地，住院医师规范化培训基地应承担起了解专业基地需求、保障培训管理工作实施、监督教学活动开展等工作；对参加住院医师规范化培训的学员，住院医师规范化培训基地应当多关注学员心理、思想动态，保障学员的基本需求、受教育需求，做好对教学的沟通反馈工作。

第三条 接受各级卫生计生行政部门的指导和监督管理。医院成立住院医师规范化培训领导小组，实行一把手负责制，全面负责培训基地建设、培训实施和管理；分管院领导具体负责培训基地各项建设和管理工作；住培职能部门、党办、团委、人事、医务、财务、后勤、保卫、信息中心等部门相关责任人任成员。领导小组下设办公室在住培职能管理部门，执行领导小组决议，负责日常管理服务工作。住培领导小

组的主要职责有：

1、认真贯彻落实上级卫生行政部门住院医师规范化培训相关政策规定，统筹协调本基地住培工作的开展；

2、研究制定和监督执行培训基地工作规划、工作制度、年度工作计划，做好工作总结，表彰评选先进。

3、建立会议制度，每季度至少召开一次专题会议（如遇特殊情况可随时召开），听取工作汇报，研究解决本基地有关住院医师规范化培训工作重点、难点及关键问题。

4、加强培训全过程，指导开展培训对象招收、入院教育、轮转培训、过程考核、院级督导、公共理论学习等活动，确保培训质量。

5、加强对住院医师规范化培训工作的人力、财力、物力投入，不断改善培训条件，保障培训对象待遇，建立师资激励与约束机制，提高指导医师的带教积极性。

住院医师规范化培训职能部门负责落实住院医师规范化培训的各项工作任务。主要职责是：

1、全面贯彻执行国家和省卫生计生行政部门下达的文件精神，将住院医师规范化培训工作纳入医院发展总体规划，制定切实可行的实施方案、培训计划及相关管理制度、配套政策和措施，统筹住院医师规范化培训所需的经费、设施、设备、人员等必要条件；

2、负责统筹住院医师规范化培训专业基地管理机构，组建管理人员队伍；

3、加强师资队伍建设和指导医师遴选、培训、评价、奖罚与退出机制，实行培训考核合格后持证上岗制度。院级培训率达100%。建立师资管理档案，对师资进行动态管理和考核评估。将住院医师规范化培训带教情况纳入医师年度考核、绩效考核和晋职晋级的范围；

4、负责本基地住院医师规范化培训招收工作，建立培训对象管理档案，承担培训对象日常管理；

5、负责组织并监督各科室按照住院医师规范化培训内容及相关标准开展培训；

6、负责本院住院医师规范化培训质量监控，组织实施日常考核、年度考核，督导出科考核，协助完成结业考核；

7、负责本院住院医师规范化培训管理人员、师资培训的组织工作；

8、协调医院党办、团委、人事、医务、财务、后勤、保卫、信息中心等部门做好各项保障工作，落实培训对象必要的学习、生活条件和有关福利待遇。

9、每季度组织开展一次针对所有专业基地及相关科室的教学督导活动，有组织、有计划、有总结、有反馈、有落实、有奖惩、有整改、有效果。

10、与财务部门共同负责住培经费的预算及使用管理，确保专款专用，落实好各类培训对象的待遇，推动培训工作有效实施。

11、建立顺畅的沟通反馈机制，了解培训对象的需求和相关问题，及时研究和妥善解决。

12、完成各级卫生行政部门交办的其他相关工作。

成立住院医师规范化培训督导组，督导组由院领导、院住培工作组成员、教学专家、各基地教学骨干组成。主要负责：

1、完成住培工作领导小组和职能管理部门要求的工作任务，协助开展住培督导工作。

2、参与培训基地有关住培工作的重点、难点讨论，积极提出意见和建议。

3、参与培训基地的指导、监督、考核、评估工作，及时发现问题，提出解决方案，督促整改落实，积极协助培训基地做好质量控制。

4、指导和审核各专业基地制订合理的和可操作性的培训轮转方案、培训计划、考核方案、管理制度，指导培训活动有效开展，加强各专业基地对培训过程和培训质量的监督、检查和评估。

5、参与并协助职能管理部门开展住培指导医师、考官和管理人员培训，指导规范教学与临床实践活动。

6、开展住培教学改革创新研究，完善住培有关政策制度，加强住培学术交流。

7、专家指导委员会根据工作推进需求随时召开专题会议，研究提升住培质量的关键问题，供培训基地住培工作领导小组决策参考。

第二章 住院医师规范化培训基地建设

第四条 住院医师规范化培训工作纳入医院发展规划和年度工作计划，设立专门账户，用于基地建设条件和培训所需其他支出。采取政府投入、医院自筹、社会支持的多元投入机制支持基地建设。政府投入经费按相应经费管理办法使用，实行专款专用，建专帐管理。

第五条 培训基地需依据《住院医师规范化培训基地认定标准（试行）》完善临床和辅助科室设置，配置相应的诊疗设施和设备，建立临床技能模拟训练室。

第六条 培训基地要落实专门职能管理部门和具体工作人员，负责培训的日常管理。职能部门和管理人员职责明确。

第七条 培训基地建立住院医师规范化培训管理规章制度建设并规范实施，强化全过程监管与培训效果激励，确保培训质量。

第三章 专业基地职责与要求

1、住院医师规范化培训专业基地需具备相应的诊疗资质，丰富的教学设备及充足的教学空间，专业基地涵盖的病例数、病种数、基本技能要求需达到国家要求。

2、专业基地由专业基地管理体系、专业基地技术体系、专业基地培训体系三大体系构成。设有专业基地负责人、教学主任、教学小组、带教老师等。专业基地负责人对专业基地负责，统筹、监督专业基地管理、教学、培训等方面工作的开展；教学小组负责教学活动的制定和实施监督；教学主任、带教老师负责具体培训实施工作；教学秘书负责学员轮转的过程管理和住培台账的归档。

3、培训基地应建立数量充足，年龄、学历、职称结构合理，有可持续发展潜力的住院医师规范化培训师资队伍，每名指导教师同时带教的培训对象不超过带教容量。

4、专业基地培养的学员住院医师规范化培训首次技能结业通过率应高于 90%，理论首次结业通过率应高于 95%。

5、专业基地接受徐州医科大学附属医院住院医师规范化培训督导小组及住院医师规范化培训管理部门（教育处）的日常监督及考核，考核分为日常抽查和年终考核，内容包括：学员日常考核结果、年度考核结果及住院医师规范化培训结业考核结果、带教老师教学活动质量及教学完成情况等。

第四章 住院医师规范化培训招收、轮转计划与考核

第八条 招收

培训招收工作按照省级卫生健康行政部门的计划由培训基地与专业基地（科室）共同组织完成。

1、培训基地严格落实上级卫生健康行政部门的有关招收要求，研究制定本培训基地的招收管理办法和招收简章，严格规范开展本培训基地招收工作。

2、培训基地应坚持公平公正公开原则，制定并对外公布招收简章，简章中应明确招收专业、招收计划、招收程序、住院医师培训期间的待遇、培训期间住院医师应履行的责任和义务等，对有关违约条件和惩处措施应提前告知。

3、依据专业基地培训容量组织招收，不得超容量招收。培训招收对象应以应届本科毕业生为重点，向全科、儿科、精神科、妇产科、麻醉科等紧缺专业以及来自县及县以下基层医疗机构委派培训对象倾斜，鼓励面向社会招收培训对象的力度，逐步减少本院参培住院医师比例。按照省级卫生健康行政部门有关规定，做好本地农村订单定向医学毕业生以及住培援疆援藏等东中西部支援行动计划的培训对象招收工作。

4、按规定与培训对象签订培训协议。对于单位委派的培训对象，培训基地、委派单位和培训对象三方签订委托培训协议。面向社会招收的培训对象，培训基地与培训对象双方签订培训协议。

第九条 轮转计划

轮转计划由培训基地住培职能部门联合专业基地（科室）按照《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》要求，依据培训标准、培训人数、基地容量、培训对象既往培训经历与个性化需求等综合情况统一制订。

1、住培职能部门应在培训对象进入基地前和专业基地一起制订培训对象（含专硕）3年统一培轮转计划表，供专业基地（科室）、培训对象执行。计划一经制订，不得随意更改，确需修改，经住院医师规范化培训领导小组批准后予以更改。

2、制订统一轮转表时应结合专业基地（科室）具体情况，科学合理安排，避免出现培训对象分布过于集中或过于分散现象。

3、本科毕业生参加培训的年限为 3 年。临床专业硕士、专业博士毕业生提供由院校开具的轮转培训证明，由培训基地对其临床能力进行考核鉴定。通过者应分别参加不少于 24 个月、12 个月的轮转培训。

4、专业基地（科室）应根据培训基地轮转计划表，制订本专业基地（科室）培训计划，确保培训时间、内容、效果、人员的落实。科室和个人必须按照培训大纲要求组织开展培训，不得缩短培训时间，不得减少培训内容。

第十条 考核

1、年度考核应在培训对象完成每一年度培训后进行，由培训基地统一组织实施，专业基地配合，综合评价培训对象年度培训的整体情况。

2、职能部门要指导、协调专业基地做好年度考核工作，科学合理、公平公正确定考核结果，并做好考核结果的归档登记。年度考核不合格者应进行补考，补考仍不合格者视为过程考核不合格。

3、过程考核合格、通过临床执业医师资格考试是参加结业考核的前提，不合格者、未通过者不得参加结业考核。

4、建立培训考核督导机制，加强对专业基地日常考核、出科考核的监督、评价和管理，组织开展好年度考核，避免流于形式或出现考核不规范的情况。对发现的问题应及时指出，并督促整改到位。对不符合考核要求者要坚决予以制止，并给予一定的惩罚措施。

5、培训基地应建立培训考核分析制度，对出科考核、年度考核、结业考核进行单独或关联分析，运用分析结果对临床教学活动进行指导，并作为专业基地、轮转科室、带教师资或培训对象奖惩的重要依据。

第五章 住院医师规范化培训质量监控

培训基地建立培训质量控制保障体系，通过院级督导、专业基地自查、第三方评估等质量监控方法，保障培训质量为核心，重点加强对制度落实、培训实施、过程管理、培训考核、培训效果等监测，形成制度化、常态化、规范化培训质量控制，促进各项住培工作的持续改进。

第十一条 院级督导

院级督导是指由培训基地定期组织的对所有专业基地培训工作进行的全面检查，是提高培训管理水平和培训质量的重要手段。

1、院级督导实行“一把手”负责制，由书记根据住培工作实际需要，组织开展督导工作，推动督导工作顺利实施。

2、住培职能部门制订督导计划，由督导小组具体实施，每季度至少开展1次。

3、院级督导应有具体计划，明确目的、内容、形式、程序、时间、反馈及改进措施等具体要求。

4、院级督导结果每次应通过书面的形式向各专业基地及时反馈，提出整改要求，并将整改内容作为下次督查的重点。对督查中发现的难点、重点、焦点问题应及时提交住培工作领导小组商议讨论，提出整改和解决措施。

8.院级督导结果应与专业基地、轮转科室和管理者、师资、培训对象奖惩机制挂钩，如评优评先、绩效、年度考核、个人职称晋升等。

第六章 住院医师规范化培训情况调查

第十二条 培训基地开展针对住院医师情况的调查活动。

1.住院医师情况调查的主要内容为培训活动情况、培训质量情况、带教医师情况及其他住培相关的问题。

2.住院医师情况调查应每年至少组织4次，也可根据情况随时组织。调查可分为座谈、访谈、问卷调查等方式。调查为匿名形式。

3.调查应有计划、有组织进行，应对调查结果进行认真分析和研究，对培训对象的合理化要求给予重视，制订改进措施。

4.调查结果应与培训考核结果挂钩，作为评价的组成部分。

第七章 住院医师规范化培训支撑保障

住培工作是一项复杂的系统工作，需要各方协调支撑，特别是党（团）建、人事、财务、后勤、医务等方面都须提供强有力的保障。

第十三条 党（团）组织建设

1、培训基地应加强住培培训对象的党、团组织建设和支部建设，成立住培培训对象党支部、团支部，发挥战斗堡垒和先锋模范作用，团结带领全体培训对象完成培训任务。

2、培训对象党（团）组织在医院党委（团委）领导下，认真学习贯彻党的路线、政策和方针，宣传住培制度。

3、加强与培训对象的联系与沟通，及时向培训基地党委报告培训对象思想动态，帮助解决实际问题。

4、按照党章要求组织开展活动。

第十四条 人事保障

1、培训基地应与住培培训对象和委派单位签订双方或三方协议。单位委派到培训基地参加培训的培训对象，其人事关系在原单位不变。面向社会招收的培训对象，人事关系实行第三方管理，依法享有养老、医疗、失业、生育、工伤等社会保障。

第十五条 培训对象待遇保障

1、工资应包括基本工资、绩效工资和国家规定的津贴、补贴。

2、本单位培训对象的工资应执行培训基地的规定，按照国家要求发放。委派单位应保障委派培训对象培训期间的基本工资待遇，包括岗位工资、薪级工资、国家规定的津贴、补贴和社会保障单位缴纳部分。

3、委派单位发放的工资低于住培基地同等条件住院医师工资水平的部分，住培基地可统筹运用中央财政、地方财政补助经费和基地自筹经费予以补齐，并发放绩效工资。

4、面向社会招收的培训对象，由培训基地参照本培训基地同等条件住院医师工资水平，统筹使用国家补助经费、省级配套经费和基地自筹经费予以发放。

5、鼓励培训基地、专业基地（科室）根据培训对象考核情况及医院实际，主动吸纳社会资金支持住培事业，加大对培训对象待遇的投入，不断提高培训对象生活补助水平。

6、培训对象在规定时间内未按照标准完成培训任务或考核不合格者，培训时间可顺延，顺延时间不超过3年，顺延期间不享受财政补助，培训相关费用由个人承担。

第十六条 后勤保障

1、保障住培培训对象享有与培训基地职工同等的后勤服务，配发统一的医疗工作服、统一标识的胸牌，享受医院的餐饮服务、设施服务及医院其他的统一服务。

2、为住培培训对象提供免费住宿或住宿补贴。

第十七条 财务保障

1. 建立住培经费专项账户，制订经费使用方案，做到有预算、有决算，规范各级财政和医院自投的经费使用。

2. 培训基地加大投入，加快住培基地教学设施设备更新，加强教学支撑条件建设，保障师资、培训对象补助，确保培训工作有效开展。

3. 按政策要求落实培训对象待遇，及时向培训对象发放每月的工资和补助。

第十八条 信息服务保障

1、加强信息化建设，采用信息化手段实行全过程高效管理与服务，确保与国家、省级层面的信息对接，满足国家和省级层面的信息要求。

2、培训基地信息中心协助住培工作，为培训对象开通医院工号，并给予培训对象各类医疗权限。

3、图书馆藏书数量（含电子图书）应不低于30000册，且对所有培训对象开放，并向其提供电子数据库使用账号。

4、培训基地设有临床技能中心，训练设施设备和专职管理人员应满足培训要求，并向培训对象开放。

5、制订满足培训标准要求的培训计划，组建师资队伍，编写教程、教案，保障培训基地技能培训和考核工作。

第十九条 沟通反馈管理

1、为保护培训对象的合法权利，提高培训质量和水平，建立培训对象与专业基地、培训对象与培训基地、培训基地与委派单位之间的沟通反馈机制。

2、沟通反馈途径。通过短信、微信、邮箱，书面沟通反馈；通过意见箱、正式书面通知、书信等；定期座谈会，各种见面会、沟通反馈会；其他有效的途径，如电话等。

3、沟通反馈形式。采取一对一或集体沟通反馈，指导医师住院医师间沟通反馈、培训基地与培训对象之间的沟通反馈，可通过集体交流、个别谈话等方式。

4、对第三方反映的问题应及时沟通。在培训过程中患者、同伴、护士、管理人员等第三方发现的问题也应及时沟通。

5、建立轮转出科沟通反馈制度，培训对象每次轮转出科时，轮转科室和带教医师均应对其轮转整体表现进行整体评价，指出优缺点，指导其不断改进。

第八章 住院医师规范化培训协同单位管理

第二十条 培训基地的协同单位可独立实施培训任务。培训基地设有除此情况外的协同单位的，学员在协同单位完成培训的时间不得超过三分之一，协同单位接受国家培训基地统一管理，实行统一招生注册、

统一培训计划、统一教学管理、统一考试考核。协同单位应积极配合，确保培训质量。

(一) 培训基地与协同单位共同制定培训计划，其中联合培养的学员在协同单位完成培训的时间不得超过三分之一。

(二) 培训基地须对协同单位指导教师教学活动给予指导，提高指导老师的带教能力。

(三) 培训基地应当按照统一标准和要求对协同单位培训学员的日常考核、轮转考核和年度考核进行管理。年度考核由培训基地统一组织实施。

(四) 培训基地定期对协同单位进行督导检查，定期召开工作会议，解决培训中遇到的困难和问题。

优秀住院医师评选办法

为了落实国家有关住院医师规范化培训的有关要求，建立我院住院医师规范化培训优秀学员的激励机制，激发住培学员的责任心、上进心，促进住院医师规范化培训工作开展，提高住院医师规范化培训质量，特制定优秀住院医师评选办法。

一、评选范围

正在徐州医科大学附属医院接受住院医师规范化培训的住院医师，在徐州医科大学附属医院培训时间满1年及以上。

二、评选比例

优秀住院医师人数占参评住院医师总人数的3%，设一、二、三等奖各若干名，徐州医科大学附属医院给予相应表彰和奖励。

三、评选时间及奖励方法

优秀规培学员每年度评选一次，于院内通报表彰，并颁发证书。

四、评选标准

(一) 教育处对规培学员的评定标准(100%)：

1. 热爱祖国，爱岗敬业，具有良好的政治和职业素质，遵守国家有关法律法规，遵守医学伦理道德，尊重生命、平等仁爱、患者至上、真诚守信、精进审慎、廉洁公正。(10%)
2. 认真遵守教育处安排的轮转计划，出色完成培训大纲规定内容，培训时间符合要求。(10%)
3. 规培过程中无医疗事故或医疗差错，无查实的违规违纪行为。(10%)
4. 掌握培训标准要求的临床知识和临床技能，出科考核、阶段考核、年度考核成绩优异。(20%)
5. 严格遵守各项规章制度、考勤制度：(1) 严格执行事前请假制度。(2) 培训期间年度出勤率 $\geq 95\%$ ，无迟到、早退情况。(3) 积极参加院内讲座及各种业务技能学习，出勤率 $\geq 90\%$ ，本专业院内讲座出勤率达100%。(4) 积极参与所在的小组或班级组织的各种活动，服从小组长、班长的安排，每年度至少主要主持小组或班级活动1次。(20%)
6. 培训过程中按时上交《出科考核表》、《月度考核评分表》、《指导老师考核评分表》、《医师满意度调查表》及手写大病历复印件。(20%)
7. 江苏省住院医师规范化管理平台填写及时、完整、真实。(10%)

(二) 科室对规培学员的评定标准(100%)：

1. 严格遵守科室规章制度，工作中衣冠整洁、仪表端庄，工作态度端正，具备良好人际沟通能力及团队合作精神。(10%)
2. 有较强的分析问题、解决问题的能力，临床基本技能操作熟练，本专业和相关专业的临床医学基础理论和基本知识扎实，并能融会贯通于临床实践培训全过程。(20%)
3. 规培过程中无医疗事故或医疗差错，无查实的违规违纪行为。(15%)
4. 掌握轮转科室要求的临床知识和临床技能，熟练并规范书写临床病历。(15%)
5. 出科考核理论和技能成绩优异。(15%)
6. 积极参与科室教学活动(教学查房、疑难病例讨论、小讲座、出科考核)。(15%)
7. 科室(病人、护士、同事)对规培学员满意度高。(10%)

(三) 带教教师对学员的评定标准(100%)：

1. 遵守院纪院规、科室规章制度。(10%)
2. 具备良好的职业精神与工作态度。(10%)
3. 具备较强的临床技能与医疗服务能力。(15%)

4. 具备较强的临床思辨能力与信息处理能力。(15%)
5. 病历完成质量高。(20%)
6. 医患沟通能力强。(10%)
7. 具备较强的团队合作能力与意识。(10%)
8. 日常出勤率高。(10%)

五、评选方法与程序

1. 规培学员自愿报名, 填写《优秀学员自荐表》。由教育处/临床学院初次筛选;
2. 教育处、科室、带教教师对初次筛选后的参评学员进行评分;
3. 由评审小组综合教育处、科室、学员三方的评分表, 按照各自占比计算均分, 确定名单, 确定名次, 予以公示, 并颁发证书表彰。
4. 在规培期间, 凡出现医疗差错事故、被科室投诉、旷工、迟到早退、不遵守医院、科室规章制度等违纪行为; 连续 2 次及以上考试不合格(包括出科考试、阶段考试、年度考试); 执业医师考试未通过者, 给予一票否决。

紧缺人才管理和经费使用规定

为缓解卫生健康行业紧缺专业人才短缺的问题, 提高紧缺专业人才队伍整体素质和专业水平, 按照国家统一部署, 江苏从 2018 年起启动实施紧缺专业人才培养项目。为规范培训工作, 保证培训质量, 我院特制订本规定:

一、培训对象

以县级医疗卫生机构临床医师为主, 具备专科及以上学历, 从事紧缺专业临床一线工作的临床执业(含助理)医师。具体培训专业及人数根据国家卫生健康委下达的年度培训计划确定。

二、培训目标

通过对其他等级医疗卫生机构在岗紧缺专业的临床执业(含助理)医师培训, 培养出适应地方基本医疗卫生服务需求的紧缺人才。

三、培训内容

国家卫生健康委确定年度培训专业, 并组织制定相应专业的培训大纲。2018 年度, 先行启动培训麻醉学专业和康复医学专业(详见附件 1, 2)。

四、培训方式

培训采取实地培训和线上学习相结合的方式, 原则上培训对象需脱产连续学习 12 个月。

(一) 实地培训。2018 年报名参加培训的学员须于 12 月底前进入培训基地, 按照《紧缺人才培养大纲(试行)》要求, 进行相关专业理论知识学习, 并到相应科室进行临床实践。

(二) 线上学习。2018 年 12 月 1 日起, 培训对象即可登录中国继续医学教育网(www.ncme.org.cn)进行线上课程学习或微信关注“NCME 助手”进行移动端学习(学员在线学习登录用户名为学员手机号, 密码为本人身份证后六位)。学习内容包括相关法律法规及政策、专业理论知识、医德医风、医学伦理等相关课程。

五、培训考核

1、培训期间考核: 主要考核培训学员在内科、外科、妇产科、儿科、急诊科等科室培训期间, 对在学科相关基础理论, 基本技能、基本知识掌握情况, 考试形式有入科教育、出科考试(理论+技能), 考试实行百分制。

2、作风品行考核: 重要考核培训对象在培训期间的工作态度、医德医风、遵章守纪等情况, 考核结果评定为优秀、良好、基本合格、不合格。

3、培训结业考核包括理论考核和实践技能考核。理论考核由省卫生健康委统一组织, 实践技能考核由培训对象所在设区市统一组织。结业考核合格者由省卫生健康委统一颁发培训合格证书, 并视同完成本年度继续教育学习任务。培训单位须在中国继续医学教育网-信息管理平台(www.ncme.org.cn)建立培训对象学习档案, 及时记录培训对象的学习过程、出勤、临床实践操作和理论学习等内容, 培训记录完整、过程考核合格作为参加结业考核的依据。

六、培训资金

中央财政对培训工作给予专项补助资金支持, 培训资金补助标准为每人每年 1.5 万元, 主要用于教学

实践活动和师资带教补助等方面。各地要加强资金管理，根据培训方案合理安排、规范使用项目经费。专项经费不得挪作其他项目使用，确保专款专用。（详见附表）

七、组织管理与师资建设

院级组织管理

院级层面成立由院级领导任组长的紧缺人才培训工作领导小组，统一领导、协调紧缺人才培训相关工作，建立紧缺人才培训质量监控、师资管理、师资培训等方面的相关管理制度，落实职能部门和具体工作人员负责紧缺人才培训相关工作。培训对象派出单位要确保培训对象参加培训期间的人事（劳动）、工资关系不变，保障合理待遇。

培训学科组织管理

成立紧缺人才培训管理小组，由培训学科主任担任组长，认真实施培训计划、审核培训手册和培训医师出勤情况，负责培训医师的出科考核，协助完成实践技能考核。按照培训大纲和培训任务要求，结合培训对象能力水平，制定个性化教学计划，切实增强培训的针对性和实效性。要确定专人负责培训工作，提供必要的学习和生活条件，保证培训师资有充足的时间进行带教，建立严格的过程考核机制，确保培训效果与质量。培训效果突出的培训单位可申报纳入国家级继续医学教育基地。

师资队伍建设和管理

1. 培训医院带教医师是紧缺人才培训工作的主要执行者，应具有本科及以上学历、中级及以上专业技术职称，具有扎实的临床技能和良好的医德医风，遵纪守法，为人师表，以身作则，能认真履行各项工作职责。

2. 紧缺人才学科带教医师与培训医师比例要求达到1:1。

3. 带教医师应严格按照卫生部对紧缺人才带教教师的要求和医院制订的培训计划开展培训和考核工作，不得随意调整培训计划、培训流程和培训内容。

4. 带教医师应及时检查培训医师的医疗文书书写情况，定期审核培训医师培训记录，指导培训医师严格落实首诊负责、医疗值班等制度，指导和督促培训医师参加各项医疗活动、疑难病例讨论以及相关的学术活动，并注重培养培训医师的责任意识、质量意识和服务意识。

5. 对按照规定完成培训医师带教任务的带教医师，医院应根据实际情况给予适当的带教补贴。对在指导培训医师过程中表现突出的带教医师，医院在评优评奖、职称晋升等方面应给予优先考虑。

6. 对指导住院医师态度不端正、带教不认真的带教医师，医院应取消其带教资格。

“优秀临床带教老师”评选办法

为充分调动广大临床带教老师的教学积极性，激发广大临床带教老师的教学热情，徐医附院特进行优秀带教老师（含住院医师规范化培训带教及临床实习医师带教）评选，对临床带教质量高、效果好的带教教师进行奖励，鼓励更多优秀教师积极投身于临床带教工作，投身于教学改革和教学研究，致力于提高临床教学质量。结合我院实际情况，特制定本办法。

一、评选条件

（一）教学态度应符合下列要求：

1. 具有现代教育思想和教育观念，贯彻党的教育方针，贯彻“以人为本”的教育理念，热爱本职工作，注重职业道德，教书育人，为人师表，医德医风端正，治学严谨，临床教学工作成绩突出。

2. 工作在临床教学一线，服从分配，积极承担医院、科室分配的临床研究生、住院医师规范化培训学员及实习医师的临床带教任务。

（二）教学内容应符合下列要求：

1. 贯彻理论与实践相结合的原则。

2. 符合培养方案和课程教学大纲的要求，有较强的科学性和系统性，信息量大，重点突出，材料充实，观点明确。

3. 不断改革和更新临床教学内容，注意扩大学生的知识面，教学内容能反映本学科基础知识、基本技能及学科的新进展。

（三）教学方法应符合下列要求：

1. 注重教学方法的改革与创新，因材施教，教学形式多样，重视培养学生分析问题和解决问题的能力，注重培养学生临床思维和创新的能力，注意加强学生自主学习能力和科学方法训练。

2. 恰当运用临床教学及现代教育技术手段。积极将临床实践及多媒体等现代教育技术运用于带教工作中，在实践与教学中有创新。

(四) 临床带教业绩考核及临床教学成果评价由管理部门、所在科室及学生(住培医师/实习医师)评价三部分组成(具体评价标准附后)，权重比例按(25%、15%、60%)计总分。

二、评选程序

(一) 各科室(专业基地)根据本办法要求推荐候选人，并将候选人名单在院内公示三天，接受全体教师的监督。

(二) 各科室(专业基地)组织公示后无异议的候选人填写《徐州医科大学附属医院优秀临床带教老师申请表》，并报临床学院、教育处。

(三) 临床学院、教育处共同组织有关专家进行评审，拟定人选提交院领导研究决定。

三、评选时间

优秀临床带教老师每年度评选一次，于年底进行，获奖比例原则上为每学年带教老师数的5%以内。

四、奖励办法

(一) 对获奖者授予“优秀临床带教老师”称号并发放奖金。

(二) 将获奖情况计入人事考核档案，作为职务晋升与岗位聘任的重要依据。

五、其他

凡在参评时间内出现教学事故、医疗事故或年度考核不合格者不得参评。

六、本办法自公布之日起实行，由临床学院、教育处负责解释。

附件一：

临床带教业绩考核及临床教学成果评价标准

1、教育处、临床学院对带教教师的评定标准：(附表1)

(1) 带教教师积极参加国家级、省级、院级师资培训、考核并合格，拥有国家级、省级师资培训证书的带教教师予以加分。(15%)

(2) 以身作则，培养学生良好的职业素养，确保病人满意度高，团队合作良好。(10%)

(3) 为人师表，培养学生良好的职业形象，确保遵守劳动纪律，着装规范。(5%)

(4) 带教教师能够按照培训及教学大纲要求，有计划和安排的完成培训及实习工作。(15%)

(5) 带教教师对学生带教、教学情况。按科室(基地)要求完成教学查房、疑难病例讨论和技能操作培训；对规培医师及实习医师书写的病历进行检查、修改、指导，确保病历符合要求；接受科室、学生对带教工作的建议意见并予以改进。(20%)

(6) 带教教师参与院级师资培训出勤率及完成各项院级教学活动参与率：(30%)

①院级培训出勤率。

②院内大讲座授课率。

③院级理论考核出题参与率。

④院级技能考核考官参与率。

(7) 带教教师对管理平台的使用率。(占5%)

2. 科室对带教教师的评定标准(100%)：

(1) 带教教师在带教过程中落实医疗安全和医疗质量责任，落实依法执业，确保不发生差错事故。(15%)

(2) 带教教师仪表端庄、举止文明，具有良好的职业道德和医疗作风，带教中言传身教、以身作则，培养学生良好的职业素养，确保病人满意度高，团队合作良好。(10%)

(3) 带教教师全年带教人次(以医疗组为单位)。(5%)

(4) 带教教师对学生带教、教学情况。对技能操作进行指导与考核，同时检查、修改、指导病历书写，确保病历符合要求。(20%)

(5) 带教教师积极参与科室教学活动(教学查房、疑难病例讨论、小讲座、出科考核)，并对教学活动进行活动后的评价、总结、反馈、改进。(20%)

(6) 带教教师所带学生出科考试成绩。(10%)

(7) 科室(病人、护士、同事)对带教教师满意度调查。(10%)

(8) 带教教师的专业理论知识、科研能力。(10%)

3、学生对带教教师的评价:(附表2)

(1) 老师仪表端庄,举止文明,带教中能言传身教以身作则,具有良好的职业道德和医疗作风。(10%)

(2) 按培训大纲及教学大纲要求,有计划的安排和完成培训及实习工作。(20%)

(3) 具体指导临床技能操作,规范准确,在初次操作及病史采集,查房时能巡视,及时点评,做到放手不放眼。(10%)

(4) 老师带教认真,耐心指导,解答问题。(10%)

(5) 理论联系实际传授临床医学理论和实践经验,能主动介绍学科的最新进展。(10%)

(6) 严格执行查房制度,能及时认真地分析讲解临床典型案例和疑难病例。(10%)

(7) 指导自学,培养临床观察和处理问题能力、沟通交流技巧、临床思维能力、表达能力、临床基本技能等。(10%)

(8) 规范使用外语专业词汇进行适当双语教学。(10%)

(9) 能及时签字认可培训及教学内容,并对完成情况作出评价,提出建议。(10%)

进修医生管理制度

总则

进修教育是继续医学教育的教育形式,是以学习与专业有关的新知识、新理论、新技术、新方法为主的一种更新教育。教学方式以临床实践为主,辅以相关的专业理论教学。为提高进修教学的管理水平和教学质量,使进修教学工作与医院管理工作相结合,现制定参照《中华人民共和国执业医师法》、《医疗事故处理条例》及医院的有关规章制度,制定本办法。

第一章 进修教育的组织管理

一、在医院党组织、分管院长的领导下,进修生管理实行医院、科室二级负责制。教育处全面负责进修教育的组织管理工作,各临床科室负责本科室进修人员的培训、考核、管理等工作,进修生的日常工作由指导教师具体负责。

二、根据学习时间长短及有无执业医师资格证、执业证,分为参观学习和进修。

(一) 参观学习

来院学习时间小于6个月或执业专业与进修专业不符的,统一认定为参观学习。学习结束后,只出具学习证明,不颁发相应进修结业证书。

(二) 进修

来院学习时间大于等于6个月,具有专科及专科以上学历,持有执业医师资格证书及执业证书且专业相符的,认定为进修。进修结束,经考核合格后颁发进修结业证书。

三、进修教育的方式:通过临床带教与专题讲座相结合的形式,提高进修生本专业理论水平、临床实践以及临床科学研究能力,使其掌握本专业的新知识、新理论和新技术。教育处组织全院性讲座,以提高进修生医学基本理论知识、人文素养以及科研创新能力;进修生的指导教师由具有丰富理论基础和临床经验的高年资主治医师以上人员担任。指导教师全面负责进修医师培训计划的实施,思想品德教育以及对进修生的考核、评价等工作,督促进修生按期完成进修学习任务。

四、教育处负责全院进修人员教育计划和实施方案的制定与落实。各科室根据实际情况及进修医师的要求制定本科室进修医师的培养目标和培养计划(包括门诊、病房、相关科室的轮转及讲课计划)。

五、教育处对各科室进修人员教育计划的实施情况进行不定期检查,督促进修人员教育计划的执行,协助各专科科室解决进修人员教育工作中存在的问题。

六、科室主任应定期检查本科室进修人员教育计划的落实情况,征集进修生的意见,及时总结和完善,并向教育处反馈,以提高进修教育质量。

七、进修生来院和离院需经教育处同意并办理相关手续。未经教育处同意,任何人均不得随意改变进修生的学习科目和时间。

八、进修生在学习期间违反院纪、院规,不服从科室管理的,由所在科室提出处理意见,上报教育处,由教育处会同医务处及医院相关部门依据医院的有关规定,给予相应处理。进修生在进修学习期间发生医疗事故的,按国务院《医疗事故处理条例》以及我院的具体规定进行处理。

九、各科室在保证本科毕业生实习任务、住院医师规范化培训等教学任务完成的前提下，临床科室可按照床位数的3~5:1确定招生数；医技科室可依据科室的接收能力确定招生数。各科室应将进修生招生计划于每年10月底前上报教育处。教育处依据各科室的计划制订医院进修生招生计划。招生计划分两期实施，进修生入学时间为每年1月及7月，中途不再办理进修手续。任何科室或个人不得擅自接收进修生。

第二章 学习、进修条件、招收录取流程及执业要求

一、学习、进修人员必须具备相应资格，要求为：

1、学习、进修人员必须是选送单位的业务骨干，年龄不超过45岁。无医疗事故记录。拥护中国共产党的领导，遵守国家法律，未参加任何反动组织；

2、身体健康、能从事正常医疗工作；

3、具有国家承认的专科及以上学历，持有医师资格证书及执业医师证书，所申请进修专业必须与执业许可一致；

4、医技科室进修须具备相应资质证书；

5、从事本专业工作年限：需在基层医疗机构从事本专业工作三年以上；

二、进修人员的招收录取流程：

1、进修报名时间：每年8.1~12.15日和2.1~6.15日，入院进修时间为1月和7月；

学习报名时间：每年1-12月均可报名，入院学习时间为每年的1月、4月、7月、10月。

学习进修培训费标准：500元/月。进修培训费一次性交齐，无论何种原因中途退学，进修培训费一律不退。在我院进修期间，可针对具体情况安排住宿，住宿费100元/月。

2、报名期间，学习进修学员可在徐州医科大学附属医院官网上打印填写进修申请表（见附件1），将进修申请表（需经派送单位同意盖章）、身份证、毕业证、执业医师证原件及复印件各一张，2寸照片1张交至教育处办理报名手续；

3、教育处对进修申请材料进行审核，合格后短信通知进修报到时间、岗前培训时间，发放进修培训编号；资格审查符合条件，并经岗前培训考核合格，签订医疗安全责任承诺书后，方能开始进修学习。

三、学习进修人员来院后必须接受岗前培训，岗前培训工作由教育处全面负责。培训的内容包括医疗文件的书写、电子病历的使用、医疗工作制度以及卫生法律、法规、医德医风等。业务科室负责本专业学习、进修生的入科教育工作，基本内容包括科室工作的流程、相关的管理规定、常见疾病的诊疗规范等，使进修生尽快熟悉相关临床工作。

第三章 进修医生管理

一、科室培训管理

1、各临床业务科室由科主任和科室秘书负责进修生的管理工作，各科室应安排有执业资格的，具备中级以上职称的人员担任进修生的指导老师，负责其在本科室进修学习期间的教学质量、医德医风、劳动纪律管理，指导其开展各项医疗活动；

2、各科室应严格按专业进修要求进行教学；

3、各科室在进修生入科后，必须根据本专业的实际情况安排至少1天时间，对其进行科室内部的入科教育，内容包括介绍科室情况、规章制度、工作流程、病历书写、常见疾病的诊疗规范等；

4、进修生入科一个月后，科室要对进修生的政治思想、劳动纪律、技术水平、日常表现等情况予以测评（见附件2），将测评结果于进修生入科后第二个月的15号前送至教育处；

二、进修人员管理

（一）对进修生医德医风和服务行为的管理

1、进修人员树立全心全意为人民服务的思想和高尚的职业道德，养成严谨的科学作风，按照教学计划的安排，坚持边学习、边实践，从实践中求提高；

2、进修生在学期间，应廉洁行医，依法行医，以德行医，严格遵守国家的法律法规，遵守医院和教育处的各项规章制度，如发生违规行为的，按医院相关规定进行处理，情节严重的，终止其进修学习，退回原单位。构成犯罪的，由司法机关依法追究直接责任人的刑事责任；

3、进修人员应以救死扶伤、防病治病为己任，尊重病人的人格和权利，保护病人的隐私，对病人应一视同仁，进修期间，发生服务缺陷的，参照医院相关规定予以处理，情节严重的，终止其进修学习，退回原单位；

4、进修人员作特殊检查、特殊处置或手术时，应由指导教师带教，严禁自

已独立操作，如擅自操作，除给与严肃批评外，按违反进修纪律处理；发生医疗差错或医疗事故，个人承担事故或差错责任，并终止其进修学习；

6、进修技术人员，应在上级技师指导下进行技术操作，严格执行技术操作规程，爱护仪器设备，认真细致，严防差错事做，凡因工作马虎，违反操作规程，损坏仪器者，由本人赔偿；

（二）对进修生医疗、业务工作的管理

1、进修人员在进修期间，应遵守医院各项规章制度，服从科室工作安排，衣着整齐，佩戴胸牌，尊重带教老师及其他人员，虚心学习，认真工作，努力完成进修任务，同时应积极参加医院、科室的各项培训、讲座及其他各项活动。

2、严格遵守医院的各项医疗规章制度和操作规程，严防医疗事故、医疗差错的发生；

3、进修生进修期间，发生医疗事故、医疗差错、医疗缺点，按照医院相关规定予以处理，造成的经济损失，由医院、科室和个人共同承担（个人承担部分由进修生本人和进修生的带教老师共同承担）。事情发生经过由科室上报至教育处，教育处视情节上报给医院及相关部门，处理结果由教育处通报其本人及原单位，情节严重者，终止其进修学习；

4、进修生不得独立值班、单独会诊、单独施行手术，其签发的疾病证明、转院治疗申请单、会诊申请单等所有医疗文件必须有上级医生的签名。如进修生擅自决定，则追究进修生本人责任；

5、科室应对进修人员每月进行一次业务考核，考核成绩记入进修生鉴定；

6、进修人员每月要上交1份手写大病历，由上级医师修改并签名交至教育处。

（三）对进修生组织纪律的管理

1、进修生在学期间，应按录取的专业和期限进行学习，不允许中途改变学习计划，因特殊原因需中途退学者，须持原单位证明到教育处办理离院手续后方可离院，中途退学者（包括除名者），进修费不予退还；

2、进修生在学期间，应自觉遵守劳动纪律，上班不退到、早退、离岗、脱岗，服从科室的工作安排，违反者，按医院相关规定进行处理，事件经过及处理结果由教育处通报其原单位，情节严重的，终止其进修学习，退回原单位，科室应严格考勤，随时上报违纪现象；

3、进修人员在进修期间不享受探亲假、婚假、年度公休假，节假日按照临床科室排班轮休，特殊情况需请假者，在安排好值班及工作的情况下，按照下列规定办理：

（1）一天假由负责进修工作的科室负责人批准；

（2）三天以内（含三天）由科主任批准；

（3）三天以上假期由本人填写请假条，科主任签字，教育处批准登记备案后批准，完成休假后，需至教育处销假；

4、进修一年，事假不得超过15天；进修半年，事假不得超过7天；进修三个月，事假不得超过3天。

5、病假视病情而定，须持有就诊记录及诊断证明。

6、病、事假累计超过1个月者，依据徐州医科大学附属医院进修管理规定，按自动退学处理。

（四）对进修生住宿的管理

在进修公寓住宿的进修人员，必须注意保持宿舍及公共场所的整洁、安静，不得留宿外人，不得私自使用火源、乱接电源、损坏公物等，发现者给予批评教育至终止进修等处理。进修生要团结友爱，互相帮助，爱护公物，厉行节约，损坏公物照价赔偿。

第四章 进修结业管理

1、学习论文及心得。进修期为1年者需完成进修论文1篇，进修期半年者需完成进修心得1篇，结业前交教育处，存入进修医师档案。

2、进修医师进修期满，由教育处和科室组织结业考核（包括理论和技能）。

3、教育处根据进修人员考勤、业务考核成绩（包括病历成绩和科室考试成绩）、结业考核成绩、科室鉴定及进修论文/心得进行结业审核，合格者发放进修结业证书，不合格者不予发放。

4、进修医师离院管理：进修医师必须按我院规定的结业时间办理离院手续，不得擅自提前离院。离院手续不得由他人代办，凡未经教育处批准擅自离院的进修医师，教育处一律不补办进修结业手续。

第五章 进修经费管理

一、进修医生经费用途

1. 岗前培训课时津贴
2. 进修医生专题讲座课时津贴
3. 临床带教津贴
4. 进修医生相关教学活动费用
5. 教育处组织的培训、考核及管理费用
6. 其他教学相关费用

二、进修医生经费管理要求

1. 在资金使用上，坚持专款专用，量入为出的原则，使专项资金规范、合理使用并达到预期目的。
2. 建立进修医生经费管理专项账目，由教育处归口管理，实时报销。报销流程为：经费使用者携带票据至财务处贴票后，由教育处处长审批后返回财务处报销。
3. 医院财务处和审计处应加强对教育处进修医生专项经费使用的管理和审计，确保经费的规范使用。

卫生技术人员继续医学教育实施细则

为进一步加强我院卫生技术人员继续医学教育工作，提高继续医学教育质量和效益，根据《江苏省专业技术人员继续教育条例》、江苏省卫生计生委、人事厅《江苏省继续医学教育项目及学分管理办法》（苏卫科教〔2007〕26号），江苏省卫生计生委《关于加强我省继续医学教育学分管理工作的通知》（苏卫科教〔2014〕9号），《徐州市卫生技术人员继续医学教育实施细则》等有关规定文件精神，结合我院实际情况，特制定本细则。

第一章 总则

第一条 继续医学教育实行分类管理，为国家级、省级和市级项目。

第二条 经国家及江苏省继续医学教育委员会公布的项目为国家级、省级继续医学教育项目，经徐州市继续医学教育委员会评审、批准和公布的项目为市级继续医学教育项目。省继续医学教育委员会负责Ⅰ类学分项目管理；市继续医学教育委员会负责Ⅱ类学分项目管理。

第三条 继续医学教育对象通过培训班、远程教育等多种形式学习、培训获得的学分为继续医学教育学分。继续医学教育项目主办单位授予相应项目类别的学分，学员所在单位负责登记。各级各类医疗卫生机构的专业技术人员应按规定取得相应的学分数。

第四条 市卫生计生委直属医疗卫生单位、徐州市医学会、市预防医学会、市医院协会、市医师协会、市护理学会、市中医药学会、市农村卫生协会、市优生优育协会、市医学伦理学会等各专业学会可申报、举办市级以上继续医学教育项目；各二级以上医疗卫生单位经徐州市卫生计生委（徐州市继续医学教育委员会）批准也可承办市级项目。

第五条 持续推进我院继续医学教育信息化建设。每年12月30日前，各科室、部门对本年度本单位卫生技术人员参加继续医学教育学习情况、学分证明进行审核和登记，录入“继续医学教育管理系统”，并凭学分登记证书和学分证书的原件、复印件到教育处进行审核。

第二章 项目的申报、认可、公布

第六条 申报国家级、省级项目应以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为主要内容，注重项目的先进性、针对性和实用性。申报市级项目应突出知识更新和实用技术的应用推广。

第七条 国家级、省级继续医学教育项目的申报、认可、公布。立项用户（拟举办国家级、省级继续医学教育项目的科室或部门）应按规定填写《国家级继续医学教育项目申报表》或《江苏省CME项目申报表》，并在每年申报日期截止前报行政用户（徐州医科大学附属医院教育处）审核，由行政用户审核通过后逐级上报，经国家、省继续医学教育委员会学科组评审通过后，由省卫生计生委在每年年初公布，项目有效期为2年。在国家级、省级项目的申报过程中，应注意以下事项：

每位项目负责人新申报的国家级和省级项目的数量不得大于2项，已举办的项目不得重复申报，国家级和省级项目申报内容不可一致。

每个国家级继续医学教育项目，每年举办的期（次）数不超过6期（次）。

报新项目或办理备案项目要求报送纸质申报表或项目备案表到教育处。报送的打印材料一式两份，应与网上申报的内容完全一致并按要求加盖公章（项目网上申报后，点击项目的申请代码可显示所申报项目并进行打印）。新项目申报表“授课教师签字栏”或“项目负责人栏”须有授课教师或项目负责人签字。

申报日期截止后，无网上申报或无打印申报材料均视为无效申报。

教育处在项目审核时，如非项目内容做必要的调整或修改，则以调整或修改后的网上申报数据内容为准。

第八条 市级继续医学教育项目的申报、认可、公布。拟举办市级继续医学教育项目的单位，按规定要求填写《徐州市继续医学教育项目申报表》报送教育处，由教育处统一上报至徐州市卫生计生委员会，经市继续医学教育委员会审核后，由市卫生计生委在每年分两批申报与公布，有效期为当年。

第九条 省、市级继续医学教育项目负责人应具有副高级专业技术职务，负责的项目内容必须是其从事的主要专业或研究方向；其当年申报的省级、市级继续医学教育项目均不得超过2项；

第十条 项目的形式包括由市继教委认可的专项培训班、科技成果推广、学术会议、专业学会经常性学术活动等。同时鼓励开展如国际学术交流、小组讨论、病案分析与讨论、现场演示等项目。

第十一条 承办单位的职责。各科室应按期举办继续医学教育项目，项目承办单位在项目开办之前应向社会发布有关项目的主要内容、具体办班时间、地点等信息。各级医疗卫生单位根据单位需要和专业技术人员的实际情况选择参加。

第十二条 举办国家级、省级项目（I类学分项目）的科室和部门在开班前一周联系教育处，准备书面通知、课表日程、预报名花名册（须附身份证号）并加盖公章，由教育处牵头预约时间到省医师协会领取I类学分项目学分证。

I类学分项目办班结束后一周内须将执行情况和学分管理上传至网站。登陆省卫生计生委网站，点击“继续教育项目申报”，进入“江苏省GME项目网上申报评审公布系统”，点击学分管理后，如实上传学员有关信息。

当年未举办的省级继续医学教育项目视为自动取消。凡今年没有填报项目执行情况等办班材料的项目负责人，将暂停其申报资格。

第十二条 举办国家级、省级项目（I类学分项目）的科室和部门，应及时报送纸质《国家级继续医学教育项目执行情况表》或《江苏省继续医学教育项目执行情况表》、项目总结、日程安排表、培训教材、学员名册、影像资料（课件、录像、照片等）、试卷等资料报送至教育处。如拟继续举办，应同时报送《国家级继续医学教育项目备案表》或《江苏省继续医学教育项目备案表》。

凡未按要求报送执行情况汇报表和备案表的项目，第2年不再公布。

第十三条 举办市级项目（II类学分项目）的单位应予办班前凭书面通知、日程安排、预报名花名册至教育处预约领取市级医学继续教育电子学分（II类学分），办班结束后一周内，应将培训名册、讲义或教材、影像资料、考试试卷等报市医学会和徐州医科大学附属医院教育处，作为核验市级医学继续教育学分证、办班质量考核的参考依据。

市级已批准的继续医学教育项目，当年没有如期完成，又未经市继续医学教育办公室批准，停止项目负责人下年度市级继续医学教育项目申报资格；已批准的市级继续医学教育项目若不能如期举办，应事先向市继续医学教育办公室提出书面申请，经批准后方能变更，否则视为没有如期完成。

第三章 学分授予

第十五条 卫生技术人员继续医学教育实行学分制。按照继续医学教育的项目、性质、内容、学时授予学分。学分分为I类学分和II类学分。

（一）I类学分

1. 经全国继续医学教育委员会评审，批准和公布的国家级继续医学教育项目；
2. 国家级继续医学教育基地申报，由全国继续医学教育委员会批准、公布的国家级继续医学教育项目；
3. 经江苏省继续医学教育委员会评审，批准和公布的省级继续医学教育项目；
4. 省级继续医学教育基地申报，由江苏省继续医学教育委员会批准、公布的省级继续医学教育项目；
5. 经江苏省继续医学教育委员会认定，由中华医学会、中华口腔医学会、中华预防医学会、中华护理学会、中国医院协会、中国医师协会等指定社团在我省举办的继续医学教育项目；
6. 为适应基层卫生专业技术人员培训、卫生突发事件应急培训，以及面向全体在职卫生人员开展培训需要，由国家卫生计生委、省卫生计生委组织和批准的培训项目（含远程医学教育项目）。

（二）II类学分

1. 市级继续医学教育项目。

2. 医疗卫生单位和省级学术团体组织的继续医学教育自管项目。
3. 自学、发表论文等其他形式的继续医学教育活动（论文按作者自然排序）。

第十六条 明确各级人员学分要求

（一）省级医疗卫生机构、三级医院中级及以上专业技术职务的卫生技术人员每年所获得 I 类学分不低于 10 学分，II 类学分不低于 15 学分。两类学分不可互相替代。鼓励其参加国家级 I 类学分项目学习。

（二）各级医疗卫生机构初级专业技术职务的卫生技术人员每年获得的学分不低于 20 学分，鼓励其参加 I 类学分项目学习。

第十七条 学分授予的标准

（一）I 类学分：

1. 参加国家级继续医学教育项目学习，经考核合格者，按 3 小时授予 1 学分；主讲人每小时授予 2 学分。每个项目所授学分数最高不超过 10 学分。

2. 参加省级继续医学教育项目学习，经考核合格者，按 6 小时授予 1 学分；主讲人每小时授予 1 学分。每个项目所授学分数最高不超过 10 学分。

3. 参加以学术会议、研讨会等形式申报的省级继续医学教育项目学习，经考核合格者，按 6 小时授予 1 学分。每个项目所授学分数最高不超过 3 学分。

（二）II 类学分：

由单位继续医学教育主管部门审核，参照以下标准授予相应的学分。

1. 参加市级继续医学教育项目学习，经考核认可者，每 3 小时授予 1 学分；主讲人每 1 小时授予 2 学分。

2. 单位组织的学术报告、科室讲座、专题讲座、临床病理讨论会、多科室组织的案例讲座会、技术操作示范、手术示范、新技术推广等继续医学教育项目自管项目，每次授予主讲人 2 学分，授予参加者 0.5 学分。每年最高不超过 10 学分。

3. 由单位组织或经本科室领导同意后，自学与本学科专业有关知识和知识，应有明确的目标和学习计划。学习后写出综述并经认可，每 2000 字可授予 1 学分。每年最多不超过 5 学分。

4. 学习由全国、省继续医学教育委员会制定或指定的杂志、音像等形式的自学资料，经考核认可，按委员会规定的学分标准授予学分。

5. 在有统一刊号（ISSN、CN）的期刊发表论文和综述，按期刊类别授予学分，并按作者排序第 1 至第 3 作者依次递减 1 学分：

科学引文索引（SCI）、工程索引（EI）、科学技术会议录索引（ISTP）收录的期刊（10—8 学分）

核心刊物 8—6 学分

非核心刊物 6—3 学分

内部刊物 3—1 学分

6. 已批准的科研项目，在立项当年按以下类别授予学分，并按课题组成员排序第 1 至第 5 名依次递减 1 学分：

国家级课题（10—6 学分）

省、部级课题（8—4 学分）

市、厅级课题（6—2 学分）

7. 有统一书刊号（ISBN）的医学著作，每编写 1000 字授予 1 学分；出国考察报告和国内专题调研报告，每 3000 字授予 1 学分；发表医学译文，每 1500 汉字授予 1 学分。

8. 参加自学考试、成人学历教育和专业职称考试的考前辅导班，凡是医学专业的课程（基础或专业课）取得合格证明的，每门课授予 2 学分（只适用于一级医疗机构或社区卫生服务机构等）。

9. 出版国家、省、市级继续医学教育项目的视听教材，放映时间每 10 分钟授予 1 学分；灯片每 10 张授予 1 学分。每年最高不超过 5 学分。

10. 参加远程继续医学教育 II 类学分项目学习，经考核合格者，按课件的学时数每 3 小时授予 1 学分。每个项目最高不超过 5 学分。

第十八条 经单位批准，外出进修（含出国培训）6 个月及以上者，经考核合格，凭进修合格证书或留学回国证明视为完成每年规定的学分数。进修 6 个月以下者，经考核合格，到上一级医疗机构（省级或外市医疗机构）进修的，凭进修合格证书每个月可授予 I 类学分 2 学分，市内医疗机构进修者凭进修合格

证书每个月授予Ⅱ类学分3学分。

第十九条 执行援疆、援藏、援外医疗任务和卫生支农任务的专业技术人员，应积极参加当地有关单位组织的继续医学教育活动。工作满6个月者，视为完成每年规定的学分数；6个月以下者，每月授予Ⅰ类2学分、Ⅱ类3学分。

第四章 学分登记、验证和考核

第二十条 参加继续医学教育人员，应持有省人社厅统一监制的《专业技术人员继续教育证书》，用于连续记载接受继续医学教育的情况，作为参加继续医学教育活动的凭证。

第二十一条 继续医学教育实行学分登记制度。省级项目证书由江苏省继续医学教育委员会统一印制，市级项目学分证书由徐州市继续医学教育委员会统一印制。经培训、考核合格后，由举办单位授予相应项目类别的学分证书，作为转登《专业技术人员继续教育证书》的凭证。

第二十二条 在江苏省举办的国家级继续医学教育项目，学分证书经审核并加盖江苏省继续医学教育委员会证书专用章后生效，作为继续医学教育项目Ⅰ类学分登记的依据。远程继续医学教育项目Ⅱ类学分证书，需由徐州市继续医学教育委员会办公室审核并加盖徐州市继续医学教育委员会证书专用章后生效。

第二十三条 异地举办的国家级继续医学教育项目和指定社团组织举办的由全国继续医学教育委员会统一公布的项目，如在江苏省举办，举办单位应在项目举办2周前将项目批准文件、通知、日程安排等资料报送江苏省继续医学教育委员会办公室备案，学员信息方能录入省学分管理系统。其余在江苏省举办的项目以每年12月由省卫生计生委公布认定的项目名称、学分等信息，作为各单位考核和登记学分的依据。

第二十四条 各单位要建立卫生技术人员继续医学教育档案，每年对本单位卫生技术人员参加继续医学教育的学习情况、学分证明进行审核和登记，并将继续医学教育学分完成情况作为卫生技术人员年度考核、卫生技术人员聘任、执业再注册、职称晋升的必备条件之一。对当年需申报高级专业技术职务的卫生技术人员，学分完成情况由各单位科教（医教）处进行核实并出具证明（市卫生计生委网站登陆徐州市卫生科教管理平台继续医学教育管理系统，在统计查询栏中，选择单位和学分类别查询个人各年度学分达标情况并打印学分证书，加盖公章）。

第二十五条 各地卫生计生行政部门、医疗卫生机构、个人可登陆“继续医学教育管理系统”（徐州市卫生和计划生育委员会网站“卫生科教管理平台”栏目中），查询审核学员继续医学教育学分情况。每年市卫生计生委将组织人员对“系统”信息录入情况进行核查，凡不一致，将进行通报。

第二十七条 建立继续医学教育评估制度，定期进行检查、评估。对不能按计划实施继续医学教育项目、管理混乱、乱授学分、乱发证书的单位，暂停或取消其举办继续医学教育项目的资格。鼓励各单位依法开展继续医学教育活动。对在继续医学教育工作中做出显著成绩的单位和个人，有关部门和单位应当给予表彰和奖励。

第六章 附则

第二十八条 《江苏省继续医学教育项目申报表》、《江苏省继续医学教育项目执行情况汇总表》、《江苏省继续医学教育项目备案表》等可登录江苏省卫生计生委网下载（网址：<http://jscme.jsma.net.cn/>）；国家级可登陆<http://cmegsb.cma.org.cn/>下载；《徐州市继续医学教育项目申报表》、《徐州市继续医学教育项目执行情况汇总表》等可登录徐州市卫生计生委网下载（网址：<http://jscme.haoyisheng.com/>）。

规范化培训学员集体宿舍管理规定

一、总则

规范化培训学员集体宿舍（以下简称学员宿舍）既是学生生活、学习、休息的地方，又是学员探讨工作、交流思想的重要场所。良好的宿舍环境能给人潜移默化的积极影响，促使生活在其中的人不知不觉地接受并形成良好的生活习惯，保持积极健康的生活态度，从而更好地做好本职工作。为营造整洁、安全、便利的居住环境，保障单位、学员的财产和人身安全，特制订大学生集体宿舍管理规定。

二、管理原则

严格管理：建立健全学员集体宿舍管理制度，由入住学员自我管理与外部管理相结合。

优质服务：单位注重提高服务质量，为入住学员提供优质、便利服务。

合理分摊：学员集体宿舍水、电费用、管理费用由单位和入住学员双方合理分摊，用水2吨/人/月，8元，用电8度/人/月，超出部分由宿舍人员平分。

三、管理规定

入住集体宿舍的学员要做到文明住宿、遵章守纪、服从管理，保持集体宿舍生活和安全秩序。集体宿舍卫生、安全、秩序等由入住学员共同维护。学员应自觉养成良好的生活习惯，保持个人卫生和身心健康。

（一）公共卫生管理规定

- 1、入住人员自行安排，轮流打扫室内卫生、整理床铺，并保持室内、厕所清洁卫生。
- 2、垃圾请倒在垃圾筐里，不向窗外和室内公共部位乱扔杂物，不在楼道、楼梯随意泼洒脏水。
- 3、保持宿舍排水、排污管道畅通。
- 4、保持宿舍墙壁干净，不乱写乱刻、乱涂乱画。

（二）安全秩序管理规定

- 1、按分配房间住宿，不得擅自调换。
- 2、注意爱护公物，凡室内公用设施不得私自搬走、拆毁、损坏或丢失，违者按价赔偿并视情节追究责任；

- 3、要自觉保持宿舍内的安静，自觉维护宿舍的生活秩序。作息时间原则上自行安排，使用音响时注意避免妨碍他人休息。

- 4、不得留宿外来人员。

- 5、宿舍管理费用和正常使用的水、电及网络等费用由每位入住学员平均分摊。其中，分摊的正常使用的水、电费用在个人工资里划扣，网络等费用由入住学员自行缴纳。

- 6、自觉增强防火、安全意识。宿舍内不得私拉乱接电线，不得擅自更改电源线路，不得使用电炉、热得快、电饭煲、电磁炉等大功率电器，造成事故除按价赔偿外，并按医院相关规定严肃处理。

- 7、严禁携带易爆、化学物品、毒品等违禁物品进入宿舍，宿舍楼内不得随意生火。

- 8、严禁在宿舍内酗酒、打架斗殴或侮辱他人，违者视其情节轻重予以相应处罚，情节严重者，送交公安机关处理。

- 9、禁止在宿舍内进行赌博及其它违法活动，凡是赌博，除没收赌具外，每人予以一定罚款，情节严重者，送交公安机关处理。

- 10、最后离开宿舍人员在离开之前，应认真检查，确保关闭水龙头和用电设施、设备；

- 11、入住大学生应加强安全防范意识。个人的柜子、箱子应锁好，防止钱财被盗。外出或上班离开宿舍时要关好门窗，因未关好门窗而造成其他员工的财物被盗追究责任人的经济赔偿责任。在未征得其他人员同意的情况下不得随意动用他人的物品，否则按偷窃论处，情节严重的交公安部门处理。

（三）公共设施维修规定

- 1、宿舍公共设施、设备需要维修的，上报宿舍管理员，由学院进行维修。

- 2、因个人原因损坏的设施、设备而产生的维修费用，由入住人员分摊自理。

科研项目管理办法

第一章 总 则

第一条 为切实贯彻医院“1234”转型发展战略，充分调动医院科技人员的创造性和积极性，鼓励医院科技人员积极申报各类科研项目，规范科技项目管理，结合我院实际情况，制定本办法。

第二条 科技项目管理是指对以我院为依托的科研项目和我院作为合作或协作单位共同参与的各类各级科研项目的全过程管理，主要包括项目申报、立项实施、中期检查、结题验收等过程的管理。

第二章 科研项目的类型与管理

第三条 科研项目按计划、合同形式和委托方式的特点分为纵向科研项目、横向科研项目、院级科研项目。

（一）纵向科研项目：

1. 我院为依托单位承担国家、部委、省市、厅局等各级政府部门的各类科研项目；
2. 我院作为合作或协作单位参与国际间、国家级、省部级、市厅级的各类科研项目，且项目合同中有明确经费分配方案。

（二）横向科研项目：通过对外开展科研活动取得的、除纵向科研项目之外的其他所有科研项目，包括技术开发、咨询、服务和实验室对外服务等。

（三）院级科研项目：由医院设立专项建设经费资助的科研项目。

第四条 科研项目的申报、实施、中期检查、验收等由科技处管理。

第五条 科研项目的管理实行项目负责人责任制。项目负责人依照国家法律和相关的科研项目管理条例，认真履行项目计划任务书或项目合同中各方约定的条款，并承担相应的责任。

第三章 科研项目的申请与立项

第六条 科技处根据各科研项目资助渠道的项目申请通知、招标指南以及其他相关信息，定期或不定期发布项目申请通知和项目申请指南，各科室应及时传达有关信息和要求，并积极动员、组织人员申报。

第七条 有限额申报要求的项目需经院内审查后择优上报。

第八条 项目上报以后，科技处及项目组应积极配合各计划主管部门的项目评审、论证或答辩工作。

第九条 项目批准通知下达后，即纳入医院科研计划统一管理，执行医院有关管理规定。项目负责人应在规定的时间内签订项目合同书，无正当理由，逾期未签订合同者视为自动放弃。

第四章 科研项目的过程管理

第十条 科研项目在实施中，项目负责人原则上不得变更研究计划和研究内容，如确需变更的，必须有充分理由，并由项目负责人及时提出申请，经科技处审批同意后方可继续开展。

第十一条 科研项目在实施中，原则上不得擅自变更项目负责人。项目负责人正常调动工作的，其在研的科研项目可按项目上级主管部门相关规定进行处置；如无相关规定，经科技处审核并报上级主管部门或委托单位批准后，原则上由项目组中院内成员按序接替担任项目负责人，由其负责科研项目的实施与科研项目经费使用管理。

第十二条 科研项目在实施中，项目负责人应按项目主管部门或委托方的要求及时报送年度进展报告、中期检查报告、结题验收报告、项目科技报告等。科技处督促项目组做好科研项目的年度进展、中期检查、结题验收等工作，并及时将有关材料报送主管部门或委托方。

第五章 科研项目的结题和验收

第十三条 纵向科研项目按合同任务书要求按时验收、结题，并提交相关验收、鉴定或结题报告等。按照合同或上级主管部门相关要求，在发表论文和出版著作等相关成果上标注项目资助来源、项目编号，经科技处审核后递交并组织专家验收。

第十四条 横向科研项目应按照合同要求按时结题验收，项目完成后经科技处审核后方可结题。

第十五条 医院自主设立的科研项目按照院级科研项目管理办法提交结题材料，经科技处组织专家审核同意后予以结题。

第十六条 除不可抗拒的原因外，纵向科研项目在研究期限内无法完成研究内容，或研究计划和研究内容变更未获批准时，造成项目被上级主管部门撤销、终止的，医院将作信用记录列入“黑名单”。

第十七条 横向科研项目实施过程中产生合同中止或纠纷的，经济责任由项目负责人承担。医院根据科研项目中止协议，在结清应付款项、评价与分割已取得的科研成果后，按中止协议有关条款清理剩余科研项目经费。

第十八条 根据科研项目管理要求，科研项目结束后，项目负责人按照相关要求及时向科技处提交完整的技术档案资料。技术档案的内容包括项目申请书、批文、技术合同、年度进展报告、总结报告、验收报告、论文、专利证书、技术鉴定证书及经费审计报告等。

第十九条 科研项目立项后，因变更、终止、撤消、结题、延期和负责人调离等涉及科研项目经费的预算调整、结账、清算或划拨的，应按照医院科研经费管理办法的相关规定办理有关手续。

第六章 附 则

第二十条 本办法由科技处负责解释。

科研经费管理办法

一、科研经费的主要来源

- (一) 国家、省（部）、市（厅）等上级主管部门直接下拨的纵向科研经费。
- (二) 协作单位按合作协议拨付的横向科研经费。
- (三) 医院经费直接划拨的院科研经费及相关配套经费。
- (四) 其它渠道获得的研究经费。

二、科研经费的使用原则

项目负责人应按照专款专用的原则，合理使用研究经费，并承担相应的责任。科技处对研究经费的使

用过程进行管理和监督，确保科研经费规范使用。

三、科研经费的管理

(一) 科技处获悉拨款情况后及时到财务查询确认，科技处管理人员按照“专款专用”的原则单独建立科研经费财务帐号。

(二) 凡调离我院人员的科研经费，经协商并办理相关手续，可变更项目负责人交由相关人员代理完成。逾期未能或无法完成的项目，其经费由科技处统筹安排，同时报党委办公会审核。

四、纵向科研经费的具体支出范围和支出限额：

纵向科研经费的使用应严格按照项目合同书或计划书的项目预算执行，项目经费由直接费用和间接费用组成。

(一) 直接费用

直接费用中各类经费开支限额及开支标准，各类纵向科研项目应严格按照各专项资金的管理办法执行。不得擅自调整、变更预算和扩大科研经费开支范围。

1、设备费：是指项目实施过程中购置、运输、安装或试制专用仪器设备，对现有仪器设备进行升级改造，以及租赁外单位仪器设备而发生的费用。

2、材料费：是指在项目实施过程中购买原材料、试剂、药品、动物等购置费，大型仪器设备等消耗的各种原材料、辅助材料等低值易耗品的采购及运输、装卸、整理等费用。

3、测试化验加工费：是指在项目实施过程中支付给外单位（包括项目承担单位内部独立经济核算单位）的检验、测试、化验及加工等费用。

4、燃料动力费：是指在项目实施过程中相关大型仪器设备、专用科学装置等运行发生的可以单独计量的水、电、气、燃料消耗费用等。

5、差旅费：是指在项目实施过程中开展科学实验（试验）、科学考察、业务调研、学术交流等所发生的外埠差旅费、市内交通费用等。

6、会议费：是指在项目实施过程中为组织开展学术研讨、咨询以及协调项目等活动而发生的会议费用。项目承担单位应当按照国家和省有关规定，严格控制会议规模、会议数量、会议开支标准和会期。

7、国际合作与交流费：是指在项目实施过程中项目研究人员出国及国外专家来华工作的费用。国际合作与交流费应当严格执行国家和省外事经费管理的有关规定。

8、出版/文献/信息传播/知识产权事务费：是指在项目实施过程中，需要支付的版面费、资料费、专用软件购买费、文献检索费、专业通信费、专利申请及其他知识产权事务等费用。

9、劳务费：是指在课题研究开发过程中支付给课题组成员中没有工资性收入的相关人员的劳务性费用，如项目临时聘用人员、研究生、博士后、访问学者及聘用的研究人员、科研辅助人员等均可参照当地科学研究和技术服务业从业人员平均工资水平，根据其在项目研究中承担的工作任务确定劳务费，其社会保险补助纳入劳务费科目开支。具体支出范围根据各专项资金管理办法决定，支出限额以主管部门规定及预算批复额为准，一律使用转账支票或汇款进行结算。

10、专家咨询费：是指在项目实施过程中支付给临时聘请的咨询专家的费用。专家咨询费不得支付给参与项目管理相关的工作人员。专家咨询费的开支标准应当按照国家、省、市科技经费管理的相关规定执行。

11、其他支出：是指在项目实施过程中发生的除上述费用之外的其他合理支出。其他支出应当在申请预算时单独列示，单独核定。

(二) 间接费用

间接费用是指承担单位在组织实施项目过程中发生的无法在直接费用中列支的相关费用。主要包括：承担单位为项目研究提供的房屋占有，日常水、电、气、暖消耗，有关管理费用的补助支出，激励科研人员的绩效支出以及课题审计费、论证费、评审费等。

1. 间接费用使用实行总额控制，按照不超过直接费用扣除设备费后的一定比例核定，具体比例如下：
500万元以下的部分为20%；
500万元至1000万元的部分为15%；
1000万元以上的部分为13%。

(三) 协作费用

1. 协作费用根据项目预算中核定的数额及相应协作合同，向指定协作单位转拨经费。

2. 项目负责人在开展科研活动过程中发生的支出，应与科研任务具有相关性，不得将无关的支出在科研经费中列支；必须取得真实、合法票据进行财务报销，不得使用假发票；必须按照实际开展的科研活动据实支出，不得虚构经济业务或通过非法手段取得票据套取科研经费。经费的使用应遵守医院财务管理制度，并接受医院财务部门的监督和审计部门的审计。

（四）转拨经费管理

1. 与其他单位合作申报的科研项目，需要按预算转出科研合作经费或协作费时，必须签订科研合作合同。项目负责人应提供科研项目批件、项目合同、合作合同、经费预算、合作单位的合法有效财务凭据等相关材料，经医院科研、财务部门审批，由科技处经办人至财务处办理经费转拨手续。

2. 项目负责人应及时严格按预算办理经费转拨手续，并加强对外拨经费的监督管理。不得层层转拨、变相转拨经费，不得借科研协作之名，将科研经费挪作它用或转入与项目负责人有直接经济利益关系的关联单位。院内各项目之间转账必须要有与项目有关的实质性的业务内容，不得随意相互转拨科研经费。

（五）决算与结余经费管理

1. 科研项目结题时，项目负责人应至财务处查询项目收支情况，根据编报项目决算的要求和规定，严格按照批准的资助项目经费预算及科研项目财务明细账目，实事求是编报资助项目经费决算并对项目决算的真实性、准确性负责，财务处和科技处应予以指导和审查。

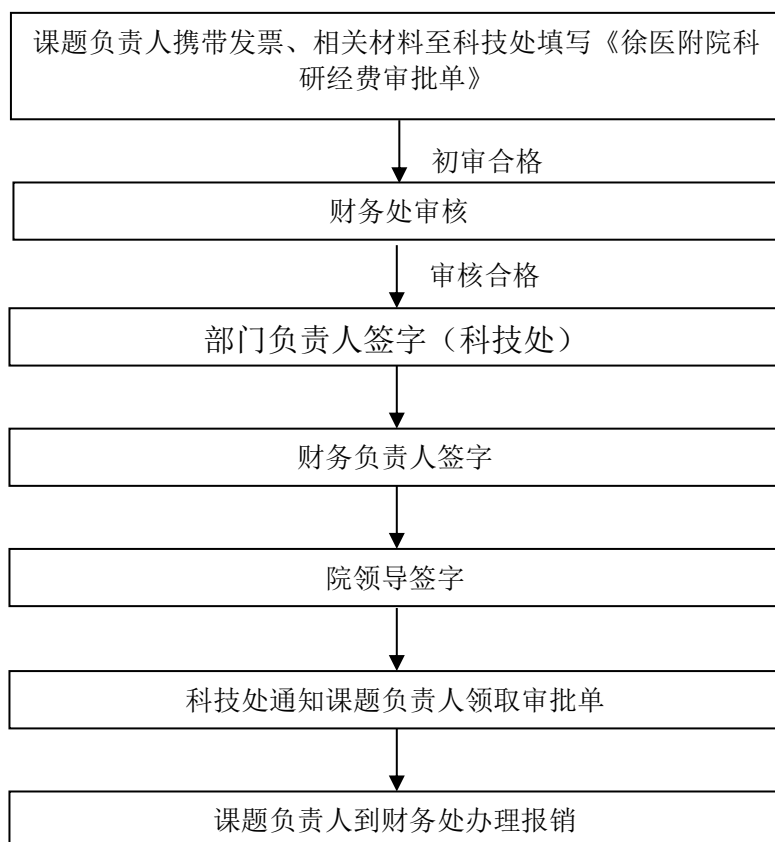
2. 科研项目结余经费是指课题结束或因故终止时，科研项目经费总预算减去实际总支出后的余额。结余经费的处理应按项目主管部门管理规定执行。需退回主管部门的，根据主管部门相关文件通知要求执行；符合主管部门规定可留存在医院的，项目负责人可以继续用于科研活动相关支出。

五、横向科研项目经费的管理及使用

（一）横向科研项目合同或协议一经生效，其经费到位后，由科技处办理立户手续。其经费支出按照该横向项目合同中项目支出明细使用。

（二）税费：按照财务规定收取一定比例的税费。

科研经费审批流程



七、经科技处申报获批的其它项目经费参照本办法执行。

八、本办法同时参照《国家自然科学基金资助项目资金管理办法》及其他省（部）级、市厅级项目经

费管理办法执行。

九、本办法由科技处负责解释。

参加学术会议规定

为交流医学科学信息，活跃全院学术气氛，提高我院的学术水平和知名度，同时保证我院的正常医疗、教学秩序，对于科技人员参加各种学术会议规定如下：

1、各种学术会议是指由国家、省、市卫计委等卫生行政部门批准的，以及经卫计委注册的学会及研究会主办的二或三级学术会议（全国、省、市），以及华东地区、淮海经济区的学术会议。

2、参加学术会议必须持有出席会议的正式通知，由科主任审批签字后到科技处办理审批手续后方可离院。

3、参加学术会议代表的经费报销列支途径：

医学会（中华/江苏省/徐州市）、医师协会（中国/江苏省/徐州市）、护理学会（中华/江苏省/徐州市）、中医药学会、口腔医学会系列会议产生的相关费用，对应参加学会的委员（含理事、学会秘书等）、大会交流发言可全部报销，非委员等其他情况会务费由院财务按院规定标准报销，标准为：国家级 600 元，省级 400 元，市级 200 元，多余部分从科室差旅费或其他科研经费中支出。

其他系列会议产生的相关费用可从科室差旅费中支出或本人相关课研经费中开支。

4、参加国际性学术会议应由科主任签字，科技处办理审批手续。应有相关邀请函或会议通知、出国行程表等凭据。出国前一个月应携带邀请函或会议通知、出国行程表到科技处审批。

5、凡外单位邀请本院医技人员参加研讨会、鉴定会、讲学等，经费应由邀请单位负责。

科研成果管理规定

一、总则

医学科研成果是指对某一科学技术研究课题，通过观察实验、研究试制或辩证思维活动取得的具有一定学术意义或实用意义的结果，是我院职工在科技活动中的辛勤劳动的结晶，是我院宝贵的财富。

申报

申报各级科研成果，需按照科技处内网发布通知要求，如实准备材料，在规定时间内提交相关材料。如果有申报名额限制的，须提前提交申报书，科技处统一组织专家初评，初评通过后，通知本人继续准备完整材料。

三、归档保存

科研成果获奖后，按科技档案立卷归档的规定，要将全套原件的复印件及获奖证书报送院综合档案室。

科技保密

涉及国家秘密技术的，依照《中华人民共和国保守国家秘密法》和科学技术保密的有关规定处理。

惩处

在科研成果的积累、申报、评审中，不得弄虚作假，反对争名夺利、沽名钓誉的思想和作风。如发现弄虚作假或剽窃他人成果者，取消其科研成果；对已获得奖励的成果，报请有关部门撤销奖励、追回奖金，并对其行为进行通报批评，情节严重者给予处分，造成医院损失的应予赔偿。

附则

本办法自公布之日起试行。

科研课题、科技成果、论文、著作及专利奖励规定

1、科研课题：

(1) 国外研修一年以上回院工作者分别给予科研项目启动经费 3 万元（需交科研项目研究申请书）。

(2) 获院级重点学科 A、B、C 级，每 2 年分别给予建设经费 8 万元、5 万元和 3 万元。评估不合格的学科停发经费。

(3) 获院优秀学科带头人、优秀学科带头人培养对象和优秀中青年骨干，每 2 年分别给予 4 万元、2 万元和 1 万元资助。

(4) 获国家、部省级、市厅级课题的人员按总经费的 15%、7%、5% 领取奖金。国家级课题最高奖 30

万，省部级课题最高奖励 20 万，市厅级课题最高奖励 3 万。

2. 科技成果奖励

- (1) 获国家级科技成果奖及中华医学奖、部、省级一等奖，奖励 20 万；
- (2) 获中华医学奖二等奖，奖励 10 万；三等奖，奖励 5 万；
- (3) 获部、省级二等奖，奖励 10 万；三等奖，奖励 5 万；
- (4) 获江苏医学奖一等奖、二等奖、三等奖，分别奖励 5 万、3 万、2 万；
- (5) 省医学新技术引进特等奖奖励 5 万元，一等奖奖励 3 万元，二等奖奖励 2 万元；
- (6) 获徐州市科技进步奖一等奖、二等奖、三等奖，分别奖励 4 万、2 万、1 万。

3. 论文奖励

发表论文不再报销版面费（和课题有关的论文可以从个人经费或课题经费报销），年底给予一次性奖励。奖金由通讯作者支配，无通讯作者奖励第一作者。

奖励等级如下：

一等奖：SCI 期刊发表的论著：

- IF<1, 3000 元/篇；
- 1≤IF<2, 4000 元×IF/篇；
- 2≤IF<3, 5000 元×IF/篇；
- 3≤IF<6, 6000 元×IF/篇；
- 6≤IF≤10, 8000 元×IF/篇；
- 10<IF, 10000 元×IF/篇；

非 SCI 的英文文章按中华文章奖励。

二等奖：中华医学会主办、中国科学技术协会主管的中华系列医学杂志发表论著奖励：2000 元/篇。

三等奖：北大核心期刊杂志发表论著奖励：1200 元/篇。

四等奖：其他期刊发表的论著奖励：200 元/篇。

第一作者和通讯作者都是本单位，全额奖励；

第一作者是本单位，通讯作者不是本单位，奖励 20%；

第一作者不是本单位，通讯作者是本单位，奖励 50%；

第一作者和通讯作者是外单位，奖励 1/n (n 为作者人数)。

以上情况第一作者、通讯作者为共同时，排名第一者奖励 1/2, 排名第 n, 奖励 1/n+1。

如第一作者、通讯作者虽为共同但均为本院人员，获全奖。

第一作者、通讯作者如果署名数个单位，本单位排第二，则按上述减半；本单位排第三，则按上述奖励 1/3。

4. 著作奖励

一等奖：10000 元

二等奖：6000 元

三等奖：2000 元

5. 专利奖励

国家发明专利：5000/项；

新型实用专利：2000/项；

专利申请费医院不予报销，但可以从本人科研经费中支出。

干细胞临床研究项目备案管理规定

一、总则

1. 干细胞临床研究定义：干细胞临床研究指应用人自体或异体来源的干细胞经体外操作后输入（或植入）人体，用于疾病预防或治疗的临床研究。体外操作包括干细胞在体外的分离、纯化、培养、扩增、诱导分化、冻存及复苏等。

2. 干细胞临床研究必须遵循科学、规范、公开、符合伦理、充分保护受试者权益的原则。研究项目预防或治疗疾病的效果优于现有的手段；或用于尚无有效干预措施的疾病，用于威胁生命和严重影响生存质量的疾病，以及重大医疗卫生需求。

3. 机构对干细胞临床研究项目进行立项审查、登记备案和过程监管，并对干细胞制剂制备和临床研究全过程进行质量管理和风险管控。

4. 省级卫生计生行政部门与省级食品药品监管部门负责干细胞临床研究的日常监督管理。对机构干细胞制剂和临床研究质量以及风险管控情况进行检查，发现问题和存在风险时及时督促机构采取有效处理措施。

5. 国家卫生健康委员会与国家药品监督管理局负责干细胞临床研究政策制定和宏观管理，组织制定和发布干细胞临床研究相关规定、技术指南和规范，协调督导、检查机构干细胞制剂和临床研究管理体制机制建设和风险管控措施，促进干细胞临床研究健康、有序发展。

二、项目负责人和制剂质量授权人员资质及职责

1. 由机构主要负责人正式授权，具有正高级专业技术职称，具有良好的科研信誉。

2. 主要研究人员经过药物临床试验质量管理规范（GCP）培训，并获得相应资质。

3. 项目负责人应当全面负责该项研究工作的运行管理；制定研究方案，并严格执行审查立项后的研究方案，分析撰写研究报告；掌握并执行标准操作规程；详细进行研究记录；及时处理研究中出现的问题，确保各环节符合要求。

4. 质量授权人应当具备医学相关专业背景，具有至少三年从事干细胞制剂（或相关产品）制备和质量管理的实践经验，从事过相关产品过程控制和质量检验工作。质量授权人负责审核干细胞制备批记录，确保每批临床研究用干细胞制剂的生产、检验等均符合相关要求。

三、项目立项与备案

1. 项目负责人提交有关干细胞临床研究项目备案材料分别经机构学术委员会及伦理委员会审查。

2. 机构学术委员会对申报的干细胞临床研究项目备案材料进行科学性审查并出具学术审查意见。

3. 机构伦理委员会按照涉及人的生物医学研究伦理审查办法相关要求，对干细胞临床研究项目进行独立伦理审查并出具伦理审查批件。

4. 机构学术委员会和伦理委员会审查通过的干细胞临床研究项目，由机构主要负责人审核立项。

5. 干细胞临床研究项目立项后在医学研究登记备案信息系统登记相关信息。

6. 机构将（1）机构申请备案材料诚信承诺书（2）项目立项备案材料（3）机构学术委员会审查意见（4）机构伦理委员会审查批件（5）所需要的其他材料 送至省级卫生计生行政部门与食品药品监管部门审核，审核通过后向国家卫生健康委员会与国家药品监督管理局备案。

四、临床研究

1. 临床研究人员必须用通俗、清晰、准确的语言告知供者和受试者所参与的干细胞临床研究的目、意义和内容，预期受益和潜在的风险，并在自愿原则下签署知情同意书，以确保干细胞临床研究符合伦理原则和法律规定。

2. 干细胞的来源和获取过程应当符合伦理。对于制备过程中不合格及临床试验剩余的干细胞制剂或捐赠物如供者的胚胎、生殖细胞、骨髓、血液等，必须进行合法、妥善并符合伦理的处理。

3. 在临床研究过程中，所有关于干细胞提供者和受试者的入选和检查，以及临床研究各个环节须由操作者及时记录。所有资料的原始记录须做到准确、清晰并有电子备份，保存至临床研究结束后 30 年。对干细胞制剂应当从其获得、体外操作、回输或植入受试者体内，到剩余制剂处置等环节进行追踪记录。干细胞制剂的追踪资料从最后处理之日起必须保存至少 30 年。

4. 研究人员应当按年度在医学研究登记备案信息系统记录研究项目进展信息。

5. 临床研究结束后，应当对受试者进行长期随访监测，评价干细胞临床研究的长期安全性和有效性。对随访中发现的问题，应当报告机构学术、伦理委员会，及时组织进行评估鉴定，给予受试者相应的医学处理，并将评估鉴定及处理情况及时报告省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

6. 机构自行提前终止临床研究项目，应当向备案部门说明原因和采取的善后措施。

五、研究报告制度

1. 机构应当及时将临床研究中出现的严重不良反应、差错或事故及处理措施、整改情况等报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

2. 严重不良事件报告

2.1 如果受试者在干细胞临床研究过程中出现了严重不良事件，如传染性疾病、造成人体功能或器官永久性损伤、威胁生命、死亡，或必须接受医疗抢救的情况，研究人员应当立刻停止临床研究，于

24 小时之内报告机构学术、伦理委员会，并由机构报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

2.2 发生严重不良事件后，研究人员应当及时、妥善对受试者进行相应处理，在处理结束后 15 日内将后续工作报告机构学术、伦理委员会，由机构报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门，以说明事件发生的原因和采取的措施。

3. 差错报告

3.1 如果在操作过程中出现了违背操作规程的事件，事件可能与疾病传播或潜在性的传播有关，或可能导致干细胞制剂的污染时，研究人员必须在事件发生后立即报告机构学术、伦理委员会，并由机构报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

3.2 报告内容必须包括：对本事件的描述，与本事件相关的信息和干细胞制剂的制备流程，已经采取和将要采取的针对本事件的处理措施。

4. 研究进度报告

4.1 凡经备案的干细胞临床研究项目，应当按年度向机构学术、伦理委员会提交进展报告，经机构审核后报国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

4.2 报告内容应当包括阶段工作总结、已经完成的病例数、正在进行的病例数和不良反应或不良事件发生情况等。

5. 研究结果报告

5.1 各阶段干细胞临床研究结束后，研究人员须将研究结果进行统计分析、归纳总结、书写研究报告，经机构学术、伦理委员会审查，机构主要负责人审核后报告国家和省级卫生计生行政部门和食品药品监管部门。

5.2 研究结果报告应当包括以下内容：（1）研究题目（2）研究人员名单（3）研究报告摘要（4）研究方法与步骤（5）研究结果（6）病例统计报告（7）失败病例的讨论（8）研究结论（9）下一步工作计划。

六、附则

1. 按照《干细胞临床研究管理办法（试行）》完成的干细胞临床研究，不得直接进入临床应用。

2. 本管理制度不适用于已有规定的、未经体外处理的造血干细胞移植，以及按药品申报的干细胞临床试验。依据《干细胞临床研究管理办法（试行）》开展干细胞临床研究后，如申请药品注册临床试验，可将已获得的临床研究结果作为技术性申报资料提交并用于药品评价。

3. 未经干细胞临床研究备案擅自开展干细胞临床研究，以及违反规定直接进入临床应用的机构和人员，按《中华人民共和国药品管理法》和《医疗机构管理条例》等法律法规处理。

伦理审查申请/报告指南制度

一、目的

为指导主要研究者/申办者、科研课题负责人提交药物/医疗器械临床试验项目以及利用人体组织或数据研究的伦理审查申请/报告，特制定本指南。

二、范围

本指南适用于本院医学伦理委员会、主要研究者/申办者、科研课题负责人及研究团队。

三、伦理审查申请/报告的类别

1. 初始审查

初始审查是指首次伦理委员会的首次审查，初始审查申请是指首次向伦理委员会提交的审查申请。

初始审查申请：符合上述范围的研究项目，应在研究开始前提交伦理审查申请，经批准后方可实施。

2. 跟踪审查

跟踪审查是指初始审查之后的审查，包括修正案、研究进展、严重不良事件、违背方案、暂停/终止研究、结题的审查。跟踪审查申请/报告是指向伦理委员会提交的上述内容的审查申请/报告。

1) 修正案审查申请：研究过程中若变更主要研究者，对临床研究方案、知情同意书、招募材料等的任何修改，应向伦理委员会提交修正案审查申请，经批准后执行。为避免研究对受试者的即刻危险，研究者可在伦理委员会批准前修改研究方案，事后应将修改研究方案的情况及原因，以“修正案审查申请”的

方式及时提交伦理委员会审查。

2) 研究进展报告：应按照伦理审查批件/意见规定的跟踪审查频率，在截止日期前 1 个月提交研究进展报告；申办者应当向组长单位伦理委员会提交各中心研究进展的汇总报告；当出现任何可能显著影响研究进行、或增加受试者危险的情况时，应以“研究进展报告”的方式，及时报告伦理委员会。如果伦理审查批件有效期到期，需要申请延长批件有效期，应通过“研究进展报告”申请。

3) 严重不良事件报告：严重不良事件是指临床研究过程中发生需住院治疗、延长住院时间、伤残、影响工作能力、危及生命或死亡、导致先天畸形等事件。发生严重不良事件，应在获知后 24 小时内向伦理委员会报告。

4) 违背方案报告：需要报告的违背方案情况包括：①重大的违背方案：研究纳入了不符合纳入标准或符合排除标准的受试者，符合中止试验规定而未让受试者退出研究，给予错误治疗或剂量，给予方案禁止的合并用药等没有遵从方案开展研究的情况；或可能对受试者的权益/健康以及研究的科学性造成显著影响等违背 GCP 原则的情况。②持续违背方案，或研究者不配合监察/稽查，或对违规事件不予以纠正。凡是发生上述研究者违背 GCP 原则、没有遵从方案开展研究，可能对受试者的权益/健康、以及研究的科学性造成显著影响的情况，研究者/申办者的监察员应提交违背方案报告。为避免研究对受试者的即刻危险，研究者可在伦理委员会批准前偏离研究方案，事后应以“违背方案报告”的方式，向伦理委员会报告任何偏离已批准方案之处并作解释。

5) 暂停/终止研究报告：研究者/申办者暂停或提前终止临床研究，应及时向伦理委员会提交暂停/终止研究报告。

6) 研究完成报告：临床试验结束时，该批件失效，应及时向伦理委员会提交研究完成报告。

3. 复审

复审申请：上述初始审查和跟踪审查后，按伦理审查意见“作必要的修正后同意”、“作必要的修正后重审”，对方案进行修改后，应以“复审申请”的方式再次送审，经伦理委员会批准后方可实施；如果对伦理审查意见有不同的看法，可以“复审申请”的方式申诉不同意见，请伦理委员会重新考虑决定。

4. 提交伦理审查的流程

送审

送审责任者：研究项目的送审责任者一般为主要研究者或申办者。

准备送审文件：根据送审文件清单，准备送审文件、方案和知情同意书，注明版本号和版本日期。

填写申请/报告的表格：根据伦理审查申请/报告的类别，填写相应的“申请”（初始审查、修正案审查、复审申请）或“报告”（研究进展、严重不良事件、违背方案、暂停/终止研究、结题报告）。

提交：首先提交 2 套送审文件，通过形式审查后，准备书面送审材料若干份（与参会人数一致），以及方案/知情同意书/招募材料等电子文件（PDF 格式），送至伦理委员会办公室。

领取通知

补充/修改送审材料通知：伦理委员会办公室受理后，如果认为送审文件不完整，文件要素有缺陷，发送补充/修改送审材料通知，告知缺项文件、缺陷的要素，以及最近审查会议前的送审截止日期。

接受审查的准备

会议时间/地点：办公室秘书组电话/短信/QQ 群通知。

准备向会议报告：主要研究者或研究者准备报告内容，提前 15 分钟到达会场。

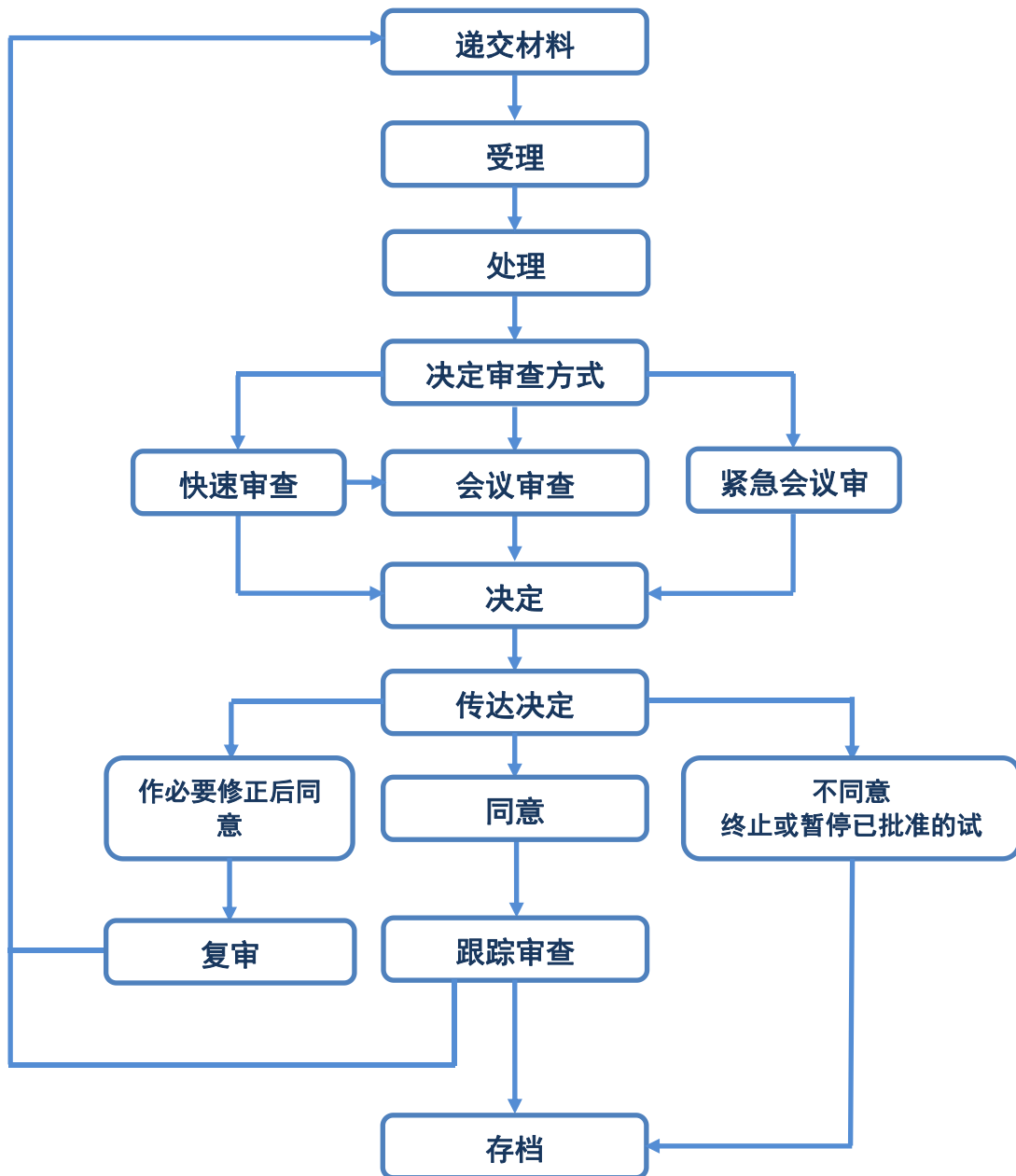
四、审查工作流程

1、药物临床试验、医疗器械临床试验项目经机构办公室审核并通过，涉及人的生物医学研究项目经院科技处审核并通过后；

2、递交有项目负责人签名的伦理审查申请报告至伦理委员会；

3、按照“申请伦理审查递交资料清单”要求准备伦理审查资料；

4、伦理委员会审查工作流程如下：



五、伦理审查的时间

伦理委员会每月召开一次审查会议（每个月最后一个星期四），需要时可以增加审查会议次数。伦理委员会秘书组受理送审文件后，一般需要1周的时间进行处理，请在会议审查10日前提交送审文件。

研究过程中出现重大或严重问题，危及受试者安全时，或发生其他需要伦理委员会召开会议进行紧急审查和决定的情况，伦理委员会将召开紧急会议进行审查。

六、审查决定的传达

伦理委员会办公室在做出伦理审查决定后10个工作日内，以“伦理审查批件”或“伦理审查意见”的书面方式传达审查决定。

如果审查意见为肯定性决定（同意继续研究，或不需要采取进一步的措施），并且审查类别属于研究进展审查、严重不良事件审查、违背方案审查、暂停/终止研究审查、结题审查，以及上述审查类别审查后的复审，伦理委员会的决定可以不传达。申请人在伦理委员会受理送审材料后两个月内没有收到伦理委员会的审查意见，视作伦理审查意见为“同意”或“不需要采取进一步的措施”。

七、伦理审查的费用

药物/医疗器械临床试验项目合同，以及科研课题经费的预算应包括伦理审查费用，伦理审查费归医院财务处统一管理。

每个临床试验项目的伦理审查费用为 3000-5000 元人民币；科研项目：纵向课题、横向课题的伦理审查费用为 1000 元人民币，其中，院课题、自选无经费资助课题免费。

八、免除审查

符合以下情况的生物医学研究项目可以免除审查：

1. 在正常的教育、培训环境下开展的研究，如：①对常规和特殊教学方法的研究；②关于教学方法、课程或课堂管理的效果研究，或对不同的教学方法、课程或课堂管理进行对比研究。

2. 涉及教育、培训测试（认知、判断、态度、成效）、访谈调查、或公共行为观察的研究。

1) 以下情况不能免除审查：

(1) 以直接或通过标识符的方式记录受试者信息；

(2) 在研究以外公开受试者信息可能会让受试者承担刑事或民事责任的风险，或损害受试者的经济、就业或名誉；

(3) 上述不能免除审查的情况，如果受试者为政府官员或政府官员候选人，或者国家有关法规要求在研究过程中及研究后对私人信息必须保密的情况，则可以免除审查。

2) “涉及访谈调查，公共行为观察的研究”的免除审查一般不适用于儿童与未成年人，除非研究者不参与被观察的公共行为。

3. 对于既往存档的数据、文件、记录、病理标本或诊断标本的收集或研究，并且这些资源是公共资源，或者是以研究者无法联系受试者的方式（直接联系或通过标识符）记录信息的。

4. 食品口味和质量评价以及消费者接受性研究：

1) 研究用健康食品不含添加剂；或

2) 研究用食品所含食品添加剂在安全范围，且不超过国家有关部门标准，或化学农药或环境污染物含量不超出国家有关部门的安全范围。

关于特殊受试人群免除审查的规定：免除审查不适用于涉及孕妇、胎儿、新生儿、试管婴儿、精神障碍人员和服刑劳教人员的研究。

研究者不能自行做出“免除伦理审查”的判断，应向本伦理委员会提交免除审查申请，以及研究方案等相关材料，由伦理委员会主任或授权者审核确定。

九、免除知情同意

1. 利用以往临床诊疗中获得的医疗记录和生物标本的研究，并且符合以下全部条件，可以申请免除知情同意：

1) 研究目的是重要的；

2) 研究对受试者的风险不大于最小风险；

3) 免除知情同意不会对受试者的权利和健康产生不利的影

响；

4) 受试者的隐私和个人身份信息得到保护；

5) 若规定需获取知情同意，研究将无法进行（病人/受试者拒绝或不同意参加研究，不是研究无法实施、免除知情同意的理由）；

6) 只要有可能，应在研究后的适当时候向受试者提供适当的有关信息。

若病人/受试者先前已明确拒绝在将来的研究中使用其医疗记录和标本，则该受试者的医疗记录和标本只有在公共卫生紧急需要时才可使用。

2. 利用以往研究中获得的医疗记录和生物标本的研究（研究病历/生物标本的二次利用），并且符合以下全部条件，可以申请免除知情同意：

1) 以往研究已获得受试者的书面同意，允许其他的研究项目使用其病历或标本。

2) 本次研究符合原知情同意的许可条件。

3) 受试者的隐私和身份信息的保密得到保证。

十、免除知情同意书签字

1. 以下两种情况可以申请免除知情同意签字：

1) 当一份签了字的知情同意书会对受试者的隐私构成不正当的威胁，联系受试者真实身份和研究的唯一记录是知情同意文件，并且主要风险就来自于受试者身份或个人隐私的泄露。在这种情况下，应该遵循每一位受试者本人的意愿是否签署书面知情同意文件；

2) 研究对受试者的风险不大于最小风险，并且如果脱离“研究”背景，相同情况下的行为或程序不

要求签署书面知情同意。例如，访谈研究，邮件/电话调查。

2. 对于批准免除签署书面知情同意文件的研究项目，伦理委员会可以要求研究者向受试者提供书面告知信息。

第六章 医院感染管理制度

各科室及部门感染/传染病管理小组及成员工作职责

目的

本制度规定了各临床科室及部门感染/传染病管理小组管理要求及工作职责，并明确小组成员职责。

人员构成

由各临床科室及部门主任/负责人、护士长及本科室兼职监控医师、监控护士组成。

各临床科室及部门主任/负责人为本科室感染预防与控制管理第一责任人。

科室兼职人员宜相对固定，且具有中级以上职称，在科主任的领导下开展工作。

小组主要职责

负责本科室/部门感染预防与控制及传染病管理的各项工作，结合本科室/部门感染防控及传染病工作特点，制定相应的感染预防与控制及传染病管理制度，经感染管理科审核后组织实施。

根据本科室/部门主要感染防控特点，包括医院感染主要部位、主要病原体、主要侵袭性操作、多重耐药菌感染和传染病特点，制定相应的感染预防与控制措施及流程，并组织落实。

根据本科室/部门所开展诊疗活动特点，定期开展感染/传染病防控风险隐患排查，尤其是重点环节、重点人群及重点操作，通过评估列出本科室/部门感染防控的主要风险因素和优先干预次序。

重视并及时准确做好本科室/部门健康体检相关感染的主动监测工作，建立本科室侵入性诊疗操作名录，制定相关防控制度及流程措施并落实；每月一次对监测、防控工作的落实情况汇总分析，根据数据进行持续质量改进。

短期内发现有3例或以上临床症状相同或相近的感染病例，尤其是病例间可能存在具有流行病学意义的共同暴露因素或共同感染来源时，无论有无病原体同种同源检测结果或检测回报结果如何，立即报告感染管理科，并积极协助调查。

结合本科室/部门多重耐药菌感染及细菌耐药情况，落实医院抗菌药物管理的相关规定，督促检查本科室感染病例的病原学送检情况，加强多重耐药菌的监测与隔离措施落实，监督临床医师合理使用抗感染药物。

负责对本科室/部门所有人员（包括医护人员、护工、保洁员、配餐员、患者及患者家属）感染防控管理知识和技能的培训。

督促并做好本科室/部门工作人员的消毒隔离、无菌技术、职业防护、一次性用品管理、抗菌药物合理使用及多重耐药菌管理等感染防控及传染病基本制度措施落实，发现问题及时整改并做好相应记录。

接受医院对本科室/部门感染防控及传染病管理工作的监督、检查与指导，落实感染防控及传染病管理相关改进措施，评价改进效果，做好相应记录。

定期完成或配合感染管理科完成本科室的环境卫生学及消毒灭菌效果等监测任务。

按时参加医院组织召开的医院感染防控及传染病管理信息员会议，及时向感染管理科回报本科室医院感染防控及传染病管理工作。

兼职感染/传染病监控医生职责

负责本科室/部门感染防控及传染病管理的各项工作，保证感染/传染病预防和控制制度贯彻落实。

根据本科室/部门主要感染特点，包括感染主要部位、主要病原体、主要侵袭性操作和多重耐药菌感染特点，制定相应的感染预防与控制措施及流程，并组织落实。

配合感染管理科进行本科室/部门感染监测、及时报告医院感染/传染病病例，同时督促进行病原学检查，并应每月一次感染监测、防控工作的落实情况进行自查、分析，发现问题及时改进，并做好相应记录。

发现有感染/传染病暴发、流行趋势时，立即向科主任及医院感染管理科汇报，积极协助调查感染可

能发病原因，并提出有效控制措施积极进行落实。

结合本科室/部门多重耐药菌感染及细菌耐药情况，落实医院抗菌药物管理的相关规定，督促检查本科室/部门感染病例的病原学送检情况，加强耐药菌的监测与隔离措施落实。

负责协助本科室/部门感染/传染病管理小组组织本科室人员的感染防控、多重耐药菌及抗菌药物相关知识的培训。

负责组织对本科感染病例进行讨论，记录完善。

监督和指导本科医师合理使用抗菌药物，根据病原学检验及药敏试验结果对感染患者合理用药。

按时参加医院组织召开的医院感染防控及传染病管理信息员会议，及时向感染管理科回报本科室医院感染及传染病管理工作。

兼职感染/传染病监控护士职责

负责本科室/部门感染防控及传染病管理的各项工作，保证感染预防和控制制度贯彻落实。

督促并做好本科室工作人员的消毒隔离、无菌技术、职业防护、一次性用品管理、抗菌药物合理使用及多重耐药菌管理等感染防控措施，发现问题及时落实并做好相应记录。

负责对本科室/部门所有人员（包括医护人员、护工、保洁员、配餐员、患者及患者家属）感染/传染病防控管理知识和技能的培训。

定期完成/配合感染管理科完成本科室的环境卫生学及消毒灭菌效果监测工作，不合格者予以反馈，并查找可能原因再次追加监测直至合格为止。

接受医院对本病区感染防控及传染病管理工作的监督、检查与指导，落实医院感染防控及传染病管理相关改进措施，评价改进效果，做好相应记录。

发现有感染/传染病流行趋势时，立即向科主任及医院感染管理科汇报，积极协助调查感染发病原因，提出有效控制措施并积极进行落实。

督促检查本科室/部门医疗废物分类、收集工作。

按时参加医院组织召开的医院感染防控及传染病管理信息员会议，及时向感染管理科回报本科室医院感染及传染病管理工作。

全体工作人员感染防控及传染病管理工作职责

目的

本制度规定了所有在院工作人员在感染预防与控制及传染病管理方面的工作职责。

主要职责

全体工作人员践行“人人都是感控实践者”的理念，将感染防控理念和要求融入到诊疗活动全过程、全环节、全要素之中。

全体工作人员牢固树立三线思维，感染防控是贯穿诊疗活动的“主线”、是保证患者安全的“底线”和依法执业的“红线”；在各项诊疗活动中严格执行我院医院感染管理的各项规章制度及 SOP。

全体医务人员均为传染病责任疫情报告人，采取首诊负责制原则，发现法定传染病，按《传染病防治法》的规定报告。

掌握抗感染药物临床合理应用原则，做到合理使用。

掌握医院感染诊断标准。

发现感染病例，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，如实报告本科室感染/传染病管理小组及感染管理科。

发现有感染流行趋势时，及时报告感染管理科，并协助调查。

参加预防、控制感染/传染病知识的培训。

掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤等职业暴露的发生。

感染管理相关部门及科室的感染防控管理职责

目的

为明确感染防控管理相关部门及科室感染防控管理职责，保证感染防控制度的落实，特制定此制度。医务处的感染防控管理职责与落实

协助组织医师和技部门人员预防、控制院感染知识的培训与考核；

按徐医附院相关感染防控制度负责日常监督指导医师和医技人员落实感染预防与控制的措施；

有全院抗菌药物临床应用的管理、监测和评价制度。

有“抗菌药物临床应用和管理实施细则”和“抗菌药物分级管理制度”，有明确的限制使用抗菌药物和特殊使用抗菌药物临床应用程序，实行责任制管理。

协助对医务人员进行抗菌药物合理应用的培训。

有定期抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告，有改进措施，及时为临床提供抗菌药物信息。

督促临床医务人员严格执行抗菌药物应用的管理制度和应用原则。

当发生感染暴发时，负责组织、协调相关科室、部门开展感染调查与控制的工作，根据需要进行医师和医技人力调配，组织对患者的治疗和善后处理。

护理部的感染防控管理职责与落实

协助组织全院护理人员感染预防与控制知识的培训与考核；

按徐医附院相关感染防控制度负责日常监督指导护理人员落实各项感染预防与控制，尤其是基本感染防控的措施；

当发生感染暴发时，根据需要进行护士人力调配。

人事处及改革办的感染防控管理职责与落实

按徐医附院【2019】63号文件要求，将感染防控相关的培训及督查管理相关绩效指标纳入医师、护士、医技人员和后勤人员的考核体系。

教育处的感染防控管理职责与落实

协助组织全院规培、实习、见习、进修等人员感染预防与控制知识的培训与考核；

按徐医附院相关感染防控制度负责日常监督指导上述人员落实各项感染预防与控制，尤其是基本感染防控的措施；

总务、病房管理、设备等相关主管部门的感染防控管理职责与落实

有感染预防与控制相关设施、设备，包括清洗、消毒、灭菌、通风系统、一次性使用物品、防护用品的保障制度与措施，并落实；

医院新建、改建与扩建应有论证，并应符合感染预防和控制的要求；

有医疗废物管理规章制度和岗位职责，落实并符合以下要求：

有专人负责医疗废物处理工作，知晓相关知识；

医疗废物的分类收集、运送、暂存、交接等工作符合有关法规的要求，有相应记录；

医疗废物处置设施设备运转正常，有运行日志；

有医疗废物处置人员的防护制度，防护用品配备合格，使用得当；

有医疗废物泄露应急预案。

有医用织物的管理制度，织物的管理符合 WS/T 508 的要求；

配合医院感染管理部门完成对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具和物品的相关证明的审核；

有主管部门对制度与岗位职责落实情况的监管和持续质量改进记录。

第七章 财务管理工作制度

财务管理办法及实施细则

第一章 总 则

第 1 条 为了适应社会主义市场经济和医疗卫生事业发展的需要，加强医院财务管理和监督，规范医院财务行为，提高资金使用效益，根据《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《政府会计准则——基本准则》、《政府会计准则——具体准则》、《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》（财会【2017】25号）、《医院执行政府会计制度操作指南》（国家卫健委财务司组织编写），结合我院实际情况，制定本办法及实施细则。

第 2 条 医院财务管理的基本原则是：执行国家有关法律、法规和财务规章制度；坚持厉行节约、勤

俭办事业的方针；正确处理社会效益和经济效益的关系，正确处理国家、单位和个人之间的利益关系，保持医院的公益性。

第3条 医院财务管理的主要任务是：科学合理编制预算，真实反映财务状况；依法组织收入，努力节约支出；健全财务管理制度，完善内部控制机制；加强经济管理，实行成本核算，强化成本控制，实施绩效考评，提高资金使用效益；加强国有资产管理，合理配置和有效利用国有资产，维护国有产权益；加强经济活动的财务控制和监督，防范财务风险。

第4条 医院应设立专门的财务机构，按国家有关规定配备专职人员，会计人员应当具备从事会计工作所需要的专业能力。按照《江苏省公立医院总会计师实施方案》、《关于加快推进三级公立医院建立总会计师制度实施意见》的要求，我院作为三级公立医院，必须设置总会计师。

医院财会岗位分为：主管会计、总账会计、成本管理、预算管理、往来账管理、财务稽核、票据管理、档案管理、物价管理、合同管理、欠费管理、现金出纳、银行出纳、对账会计、工资薪酬核算、医保核算、财务网络管理等，详见《徐医附院财务处岗位职责（2019版）》。

医院的总务处、药学部、医疗设备管理处、国有资产管理处等部门须设立专职财务人员，业务上接受财务处的专业指导，并定期轮岗。各二级单位财务人员必须按照国家和医院相关财务政策办理会计事项，科室负责人需对会计事项的合法性、真实性负责。

财会人员的任免和调动应按照国家 and 医院规定办理。

第5条 医院实行“统一领导、集中管理”的财务管理体制。医院的财务活动在医院负责人及总会计师领导下，由医院财务部门集中管理。

第二章 预算管理

第6条 预算是指医院按照国家有关规定，根据事业发展计划和目标编制的年度财务收支计划。

医院预算执行政府会计制度中预算会计体系，采用收付实现制编制，由收入预算、支出预算和预算结余组成。医院所有收支应全部纳入预算管理，不得以各种名义或借口私设“小金库”。

第7条 医院实行全面预算管理，建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等环节。

第8条 医院按照《中华人民共和国预算法》、《徐医附院预算管理制度（2019版）》，本着“量力而行，量入为出”的原则和零基预算的编制要求做到收支平衡不留缺口。对年度预算执行情况进行全面分析，根据年度事业发展计划以及预算年度收入的增减因素，测算编制收入预算；根据业务活动需要和可能，编制支出预算，包括基本支出预算和项目支出预算。编制收支预算必须坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则。不得编制赤字预算。

第9条 预算收入管理

根据《政府会计制度—基本准则》第19条规定，预算收入指医院在预算年度内依法取得的并纳入预算管理的现金流入。医院应将各项收入全部纳入预算，统一核算，统一管理。医院各项预算收入应依法取得，符合国家法律、法规和规章制度规定。

预算收入的编制，应参考上年度实际收入水平，结合预算年度医院事业发展和工作任务计划，以及医疗收费标准等因素确定。预算收入包括：财政拨款预算收入、事业预算收入、上级补助预算收入、附属单位上缴预算收入、经营预算收入、债务预算收入、非同级财政拨款预算收入、投资预算收益和其他预算收入。

医院预算收入一般在实际收到时予以确认，以实际收到的金额计量，医院应当加强对预算收入的管理，严禁隐瞒、截留、挤占和挪用。

第10条 预算支出管理

根据《政府会计制度—基本准则》第21条规定，预算支出指医院在预算年度内依法取得的并纳入预算管理的现金流出。预算支出包括：事业支出、经营支出、上缴上级支出、对附属单位补助支出、投资支出、债务还本支出和其他支出。

医院应将各项支出全部纳入预算管理，建立健全支出管理制度。医院各项支出应当严格执行国家有关规章制度和医院规定的开支范围和开支标准执行。

医院预算支出一般在实际支付时予以确认，以实际支付的金额计量。从省财政厅和省卫健委取得的有关指定项目和用途的专项资金，应专款专用、单独核算。

第11条 医院应按照规定调整预算。财政部门核定的财政补助等资金预算及其他项目预算执行中一般

不予调整。当医院发展计划有较大调整，或者根据国家有关政策需要增加或减少支出、对预算执行影响较大时，医院应当按照规定程序提出调整预算建议，经省卫健委审核后报财政部门按规定程序调整预算。收入预算调整后，相应调增或调减支出预算。

第12条 年度终了，医院应按照财政部门决算编制要求，真实、完整、准确、及时编制决算。年度决算由单位负责人和财务负责人审核签章后及时报送省卫健委，并接受审计监督。

第13条 预算结余分配

根据《政府会计制度—基本准则》第23条规定，预算结余指医院在预算年度内预算收入扣除预算支出后的资金余额，以及历年滚存的资金余额。包括：财政拨款结转（余）、非财政拨款结转（余）、专用结余、经营结余、其他结余等。

医院预算结余按是否限定用途，分为结转资金和结余资金。医院不以预算会计相关结余数作为提取专用结余基数，而是按规定比例以财务会计下医疗盈余作为基数提取专用结余，按2019年《政府会计制度》和卫健委规定的比例分别转入累计盈余、职工福利基金科目中。

第14条 医院应当加强结余资金的管理，按照国家规定正确计算与分配结余。医院结余资金应按规定纳入部门预算，在编制年度预算和执行中需追加预算时，按照财政部门的规定安排使用。医院动用财政项目补助收支结转（余），应严格执行财政部门有关规定和报批程序。

第三章 收入管理

第15条 根据《政府会计制度—基本准则》第42条规定，收入指报告期内导致医院净资产增加的、含有服务潜力或者经济利益的经济资源的流入。

收入包括财政拨款收入、事业收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入和其他收入。

第16条 医院所有收入来源合法合规，纳入医院财务处统一核算、统一管理。医院提供医疗服务、开展科教活动，要依法办事，必须符合国家法律法规和医院相关制度规定。

（一）医院应当在提供医疗服务（包括发出药品）并收讫价款或取得收款权利时，按照国家规定的医疗服务项目收费标准计算确定的金额确认为医疗收入。医院给予病人或其他付费方的折扣不计入医疗收入。

（二）医院应当根据科研教学业务实质，选择合同执行时间进度、已发生费用占合同整体费用的比例等方法合理确定合同完成进度来确认科教收入。

（三）医院应加强财政补助收入管理，保证收入及时确认和记录，不得提前或推迟确认收入，不得虚列和隐瞒收入。

（四）医院其他收入内容零星分散，应正确合理组织其他收入，纳入财务处统一核算与管理，任何科室部门不得私自收取现金，严禁设置账外账和小金库。

第17条 医院要严格执行国家物价政策，建立健全各项收费管理制度。医院制定《徐医附院物价管理制度（2019版）》，按制度要求不得随意调整收费项目和收费标准，不能自立项目乱收费。对于新开展的各项检查、治疗服务项目，其收费标准应先报主管部门和物价管理部门审批后执行，任何科室不得擅自新增项目和提高收费标准。

第18条 医院在开展医疗活动过程中，必须将社会效益放在首位，应承担更多的社会责任，充分体现医院公益性。同时医院在组织收入活动中强调经济效益，加强管理，通过提高技术、服务质量、工作效率增加经济效益。将社会效益和经济效益结合起来，不能单纯追求经济效益而忽视社会效益。

对于门诊、住院特殊情况，应首先抢救病人，开通绿色通道，及时登记欠费人姓名和详细地址，约定还款日期，并由经办人负责收回欠费，具体流程参照《徐州医科大学附属医院住院病人绿色通道（欠费解锁）审批规定》执行。

第19条 医院加强收费凭证的管理，建立健全收费凭证的管理制度，医院门急诊、住院收费必须按照有关规定使用财政部门统一监制的收费票据，严禁使用虚假票据。全院范围内使用的各种收据、有价证券、收费日报表等必须由财务处统一印刷领购，设专人保管并负责编号、领发、登记和销号，防止错收错发漏收，加强内控管理。

第20条 加强对收费凭证的日常稽核、验证工作，票据管理员对门诊、住院票据使用情况应结合日报表分户账页等进行核对，财务处派专人每月随机抽查，如发现问题，及时问询并汇报财务负责人，视问题轻重及时作出处理，具体参照《徐州医科大学附属医院收入复核管理办法》、《徐州医科大学附属医院住院处票据复核管理规定》。

第 21 条 医疗收入原则上当日发生当日入账，并及时结算。严禁隐瞒、截留、挤占和挪用。现金收入不得坐支。财务处应切实加强对门诊收费处、住院处的管理，进一步完善管理制度，督促门诊收费员、住院处收费员做到日清日结，防止押账、押款挪用。

第 22 条 医院托管单位实行“独立核算、自负盈亏”，但要求每月将营业收入、营业成本和利税情况报财务处，并接受财务处和审计处监督检查。

第 23 条 医院变卖废品收入及国有资产处置变价收入，应由国有资产管理处、总务处、医疗设备管理处等归口部门按照科室具体规定及流程处置，所有收入应及时上缴财务处，由财务处按照财务制度要求核算和处理，不得以任何名义私存、发放或违反规定进行开支。

第 24 条 对于各社会团体、单位、个人以实物形态或货币资金方式给予的捐赠，按照医院相关捐赠流程进行，各科室应将实物全部入库处理，货币资金应及时全额纳入医院大账统一管理。

第四章 费用管理

第 25 条 根据《政府会计制度—基本准则》第 45 条规定，费用指报告期内导致医院净资产减少的、含有服务潜力或者经济利益的经济资源流出。

费用包括业务活动费用、单位管理费用、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用和其他费用。

第 26 条 医院应严格执行国家财经法律法规和医院财务相关规定的开支范围、开支标准。开展医疗服务过程中，对一切开支应精打细算、合理安排；提倡勤俭节约，反对铺张浪费；少花钱、多办事、提高资金使用效益。

第 27 条 医院的各项支出在院党委统一领导下，由归口科室管理，财务处对合规性进行审核，分管院领导、主管院领导审批后，统一安排资金使用。

分级归口管理，根据部门预算和计划由有关职能部门负责。各项费用报销凭证要由有关部门负责人签字。财务处负责监督、审核和具体办理。

第 28 条 加强项目资金管理，医院从财政部门、主管部门取得的有指定用途的项目资金，应当按照文件精神进行专款专用，并按主管单位要求报送项目资金使用情况，项目完成后接受财政部门、主管部门的检查验收。对于不同来源的科教项目资金，应按照国家有关规定和医院科研经费使用相关规定进行管理，由归口部门具体负责，不得截留、挤占、挪用和违反规定转拨资金。

第 29 条 医院要增强资金管理工作的预见性、主动性和科学性，避免因决策失误造成的损失。医院资金使用决策应基于医疗活动的会计信息、医疗信息、市场信息等基础上，结合医院发展目标制定。在执行过程中严格控制，以保证有效实施，提高资金使用效益。

医院各职能科室必须按照下发的支出预算执行，如需调整的，具体流程参照《徐医附院预算管理制度（2019 版）》执行。

第 30 条 医院应严格执行省财政相关国库集中支付规定、政府采购有关规定执行。任何部门、任何个人不得随意购置任何器械、设备和材料，否则，财务处拒绝付款，有关部门不得办理入库手续，其经济后果由当事人承担。

第五章 成本管理

第 31 条 成本管理是指医院通过成本核算和分析，提出成本控制措施，降低医疗成本的活动。

第 32 条 成本管理的目的是全面、真实、准确反映医院成本信息，强化成本意识，降低医疗成本，提高医院绩效，增强医院在医疗市场中的竞争力。

第 33 条 成本核算是指医院将其业务活动中所发生的各种耗费按照核算对象进行归集和分配，计算出总成本和单位成本的过程。成本核算应遵循合法性、可靠性、相关性、分期核算、权责发生制、按实际成本计价、收支配比、一致性、重要性等原则，具体参照《徐医附院成本核算办法（2019 版）》。

第 34 条 根据核算对象的不同，成本核算分为科室成本核算、医疗服务项目成本核算、病种成本核算、床日和诊次成本核算。在以上核算对象为基础进行成本核算的同时，医院开展医疗全成本核算，应将财政项目补助支出所形成的固定资产折旧、无形资产摊销和库存物资等纳入成本核算范围；还应在医疗成本核算的基础上，将科教项目支出形成的固定资产折旧、无形资产摊销和库存物资等纳入成本核算范围。

第 35 条 各类科室成本应本着相关性、成本效益关系及重要性等原则，按照分项逐级分步结转的方法进行分摊，最终将所有成本转移到临床服务类科室。

第 36 条 医院应根据成本核算结果，采取不同方法及时分析实际成本变动情况及原因，把握成本变

动规律，提高成本效率。

第 37 条 医院应在保证医疗服务质量的前提下，采取有效措施纠正、限制不必要的成本费用支出差异，控制成本费用支出。

第六章 流动资产的管理

第 38 条 依据《政府会计制度——基本准则》第 27 条规定，资产是指医院过去的经济业务或者事项形成的，由医院控制的，预期能够产生服务潜力或者带来经济利益流入的经济资源。

第 39 条 流动资产是指预计在 1 年内（含 1 年）耗用或者可以变现的资产，包括货币资金、短期投资、应收及预付款项、存货等。

第 40 条 货币资金包括库存现金、银行存款、零余额账户用款额度、其他货币资金等。医院应当严格遵守国家有关规定，建立健全货币资金管理制度。

第 41 条 库存现金管理

收入的现金要当日存入银行，不得坐支，严格执行医院核定的库存限额，不以白条抵库。

现金支付必须按照国家《现金管理暂行条例》、《徐州医科大学附属医院现金报销管理办法》的规定使用现金，尽量减少现金支付。

医院严格遵守现金管理制度同时，建立并不断完善现金内部控制，强化对关键环节的风险控制。会计、出纳岗位分设，不能一人兼任两个岗位；定期或不定期对库存现金进行盘点；不得私设“小金库”，违反国家财经纪律。

第 42 条 银行存款、其他货币资金、零余额用款额度管理

医院应当根据《人民币银行结算账户管理办法》的规定严格开立银行结算账户，严格按照国家票据法、支付结算办法等有关规定办理银行存款收支业务。

医院银行结算账户只能开立一个基本户，用于办理日常转账结算和现金收付。医院不得为还贷、还债和套现而多头开立基本户；不得出租、出借银行存款账户；不得违反规定在异地存款和贷款而开立账户；不得为个人和其他单位提供信用担保；不得将单位的资金以个人名义开立账户存储。

对于银行账户、零余额账户开立、撤销银行账户信息应向省卫健委、省财政厅报备。

银行账、票分管，支票印签分管，网银采取多级复核，密钥分人保管，防止资金错发，形成制约关系。

对账人员要及时进行全面的对账工作，在认真处理各项资金收支基础上，定期及时核对账务，编制银行存款调节表（按月编报），及时清理未达账项。

第 43 条 往来账管理

应收及预付款项是指医院在开展业务活动和其他活动过程中形成的各项债权，包括应收账款、预付账款、财政应返还额度、应收股利、应收利息和其他应收款等。

财务处要加强对往来款项的管理，定期分析，及时处理债权债务。对应收款要及时催收，特别是对病人的应收医疗款，应设专人催收，对长期呆账确认无法收回的要经过清查，分清责任，报批后核销。

对医保病人的欠费，应及时同医保处联系核对及时结清，具体流程参照《徐州医科大学附属医院预付款及其他应收款管理办法》。

年度终了，医院可采用余额百分比法、账龄分析法、个别认定法等方法计提坏账准备。累计计提的坏账准备不应超过年末应收医疗款、其他应收款科目余额的 2%-4%。计提坏账准备的具体办法参照《关于医院执行〈政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表〉的补充规定》、《关于医院执行〈政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表〉的衔接规定》。

第 44 条 周转金管理

周转金是医院为维持正常业务活动而设置的具有专门用途，可以不断循环使用的资金，主要包括临时周转金、结算周转金等。

临时周转金核定办法：法定节假日期间，根据窗口单位每日资金报表中实际需求量，估计出平均所需金额。

结算周转金的核定办法：根据上年的种类应收款和暂付款的每月平均余额，减各类预期收款和暂付款的每月平均余额乘规定周转期来确定。

第 45 条 存货管理

存货是指医院为开展医疗服务及其他活动而储存的低值易耗品、卫生材料、药品、其他材料等物资。

存货要合理确定储备定额，定期进行盘点，年终必须进行盘点清查，保证账实相符。对于盘盈、盘亏、

变质、毁损等情况，应当及时查明原因，根据管理权限报经批准后及时进行处理。

总务处、医疗设备管理处要对低值易耗品建立辅助明细账，对各类物资进行数量、金额管理，反映低值易耗品分布、使用以及消耗情况。低值易耗品报废收回的残余价值，按照归口部门相关制度处理。

医院要建立健全自制药品、材料管理制度，按类别、品种进行成本核算。自制药品、材料按自主定价或备案价入库。

第七章 在建工程、固定资产管理

第 46 条 固定资产是指单位价值在 1000 元及以上（其中：专业设备单位价值在 1500 元及以上），使用期限在一年以上（不含一年），并在使用过程中基本保持原有物质形态的资产。单位价值虽未达到规定标准，但耐用时间在一年以上（不含一年）的大批同类物资，应作为固定资产管理。

医院固定资产一般包括房屋及构筑物、通用设备、专用设备、家具用具装具、文物及陈列品等，医院成立国有资产管理处，指定专人对固定资产进行管理，参照《政府会计准则第 3 号—固定资产》，《政府会计准则—应用指南—固定资产》及国有资产管理处关于固定资产管理的相关规定执行。

文物和陈列品，动植物，图书、档案，单独计价入账的土地，以名义金额计量的固定资产，加强实物管理，不计提折旧。

第 47 条 固定资产按实际成本计量。

第 48 条 医院原则上应当根据固定资产性质，在预计使用年限内，采用平均年限法或工作量法计提折旧。计提固定资产折旧不考虑残值。在确定固定资产的折旧方法时，应当考虑与固定资产相关的服务潜力或经济利益的预期实现方式。固定资产折旧方法一经确定，不得随意变更。当月增加的固定资产，当月开始计提折旧；当月减少的固定资产，当月不再计提折旧；已提足折旧仍继续使用的固定资产，不再计提折旧。

第 49 条 为增加固定资产的使用效能或延长其使用寿命而发生的改建、扩建或大型修缮等后续支出，应当记入固定资产及其他相关资产；为维护固定资产的正常使用而发生的修理费等后续支出，应当计入当期支出。

第 50 条 医院应当对固定资产定期进行实地盘点。对盘盈、盘亏的固定资产，应当及时查明原因，并根据规定的管理权限，报经批准后及时进行处理。

第 51 条 国有资产管理处要对固定资产采取电子信息化管理，定期与财务部门核对，做到账账相符、账卡相符、账实相符。

第 52 条 医院无偿调拨、出售、出让、转让、置换、对外捐赠、报废固定资产或者发生固定资产毁损时，应当按照国有资产管理处具体规定处理。

第 53 条 年终对全院财产物资进行清查，由国有资产管理处、财务处、医疗设备管理处、总务处、药学部抽调专人组成进行清查，对清查结果要写书面报告，对于清查问题提出处理意见，由财务处作相应的账务处理。对由于工作失职造成的损失应追究有关人员的责任。

第八章 无形资产管理

第 54 条 无形资产是指不具有实物形态而能为医院提供某种权利的资产。包括专利权、著作权、版权、土地使用权、非专利技术、商誉、医院购入的不构成相关硬件不可缺少组成部分的应用软件及其他财产权利等。

第 55 条 无形资产在取得时应当按照成本进行初始计量，具体管理流程详见国有资产管理处关于无形资产管理制度。

医院原则上应当根据无形资产性质，在预计使用年限内，采用平均年限法摊销。摊销时不考虑残值。当月增加的无形资产，当月开始摊销；当月减少的无形资产，当月不再摊销；已摊销完仍继续使用的无形资产，不再摊销。

第九章 对外投资管理

第 56 条 对外投资是指医院以货币资金购买国家债券或以实物、无形资产等开展的投资活动。

对外投资按照投资回收期的长短分为长期投资和短期投资。投资回收期 1 年以上（不含 1 年）的为长期投资。长期投资分为长期债权投资和长期股权投资。长期股权投资持有期间，通常应当采用权益法进行核算。医院无权决定被投资单位的财务和经营政策或无权参与被投资单位的财务和经营政策决策的，应当采用成本法进行核算。

第 57 条 医院应在保证正常运转和事业发展的前提下严格控制对外投资，投资范围仅限于医疗服务

相关领域。医院不得使用财政拨款、财政拨款结余对外投资，不得从事股票、期货、基金、企业债券等投资。

第 58 条 医院投资应按照国家有关规定进行资产评估，并按评估确定的价格作为投资成本。医院认购的国家债券，按实际支付的金额作价。

第 59 条 医院应遵循投资回报、风险控制和跟踪管理等原则，对投资效益、收益与分配等情况进行监督管理，确保国有资产的保值增值。

第十章 负债管理

第 60 条 依据《政府会计准则——基本准则》第 33 条规定，负债是指医院过去的经济业务或者事项形成的，预期会导致经济资源流出医院的现时义务。包括流动负债和非流动负债。

流动负债是指预计在 1 年内（含 1 年）偿还的负债，包括短期借款、应付票据、应付及预收账款、应付职工薪酬、应交增值税、其他应交税费等。

非流动负债是指流动负债以外的负债，包括长期借款、长期应付款等。

第 61 条 负债是医院资金来源的重要组成部分，医院在开展医疗活动中，有一定数量的负债，对医院正常业务活动开展具有积极意义。医院应合理安排负债规模，保证合理使用和按期偿还，并随时掌握自身偿债能力，化解财务风险。

第 62 条 医院应遵循原则：适度负债原则、效益性原则、控制成本原则。医院应对不同性质的负债分别管理，及时清理并按照规定办理结算，保证各项负债在规定期限内归还。因债权人特殊原因无法偿还负债，医院应规定计入其他收入。

医院原则上不得借入非流动负债，确需借入的，应按规定在省厅债务系统中报备。医院要正确合理筹措资金、使用资金，不能盲目举债，不能超过自身偿债能力举债。

第 63 条 预计负债指医院因或有事项所产生的现时义务而确认的负债，如对未决诉讼等确认的负债。预计负债应当按照履行相关现时义务所需支出的最佳估计数进行初始计量，在确定最佳估计数时，应当综合考虑与或有事项有关的风险和不确定性、未来事项等因素。

第 64 条 医院应加强病人预交金管理。预交金额度应根据病人病情和治疗的合理需要合理确定。

第十一章 净资产管理

第 65 条 根据《政府会计准则——基本准则》第 39 条规定，净资产是指医院资产减去负债后的净额，其金额取决于资产和负债的计量。主要包括累计盈余、专用基金、本期盈余、权益法调整。

第 66 条 累计盈余管理

累计盈余包括财政项目盈余、医疗盈余、科教盈余和新旧转换盈余。按照《关于医院执行〈政府会计准则——行政事业单位会计科目和报表〉的补充规定》，年末医院累计盈余科目为借方余额的，应按照规定确定的用于弥补医疗亏损的金额，冲减“累计盈余——新旧转换盈余”科目。

“累计盈余——医疗盈余”按规定用于弥补亏损，需要剔除财政基本拨款形成的及非同级财政拨款等具有限定用途资金形成的盈余，如不足以弥补亏损，可继续使用“累计盈余——新旧转换盈余”弥补。

医院应加强对累计盈余的管理，统筹安排，合理使用。对于累计盈余滚存较多的医院，在编制年度预算时应安排一定数量的累计盈余。

第 67 条 专用基金管理

专用基金，即医院按照规定提取或设置的具有专门用途的净资产。主要包括职工福利基金、医疗风险基金和其他专用基金。专用基金要专款专用，不得擅自改变用途。

职工福利基金是指医院根据有关规定，按财务会计下医疗盈余（扣除财政基本拨款形成的盈余以及非同级财政拨款等具有限定用途资金形成的盈余）计算提取的专门用于职工福利设施、集体福利待遇的净资产。

医疗风险基金是指医院根据有关规定，按财务会计下相关数据计算提取专门用于支付医疗风险保险或医疗事故赔偿的净资产。医院累计提取的医疗风险基金比例不应超过当年医疗收入的 1%-3%，具体比例可根据医院实际情况制定。

其他专用基金是指按照有关规定提取、设置的其他专门用途的净资产。

医院应加强对职工福利基金、医疗风险基金的管理，统筹安排，合理使用。对于职工福利基金、医疗风险基金滚存较多的医院，可以适当降低提取比例或者暂停提取。

第 68 条 权益法调整

权益法调整，即医院持有的长期股权投资采用权益法核算时，按照被投资单位除净损益和利润分配以外的所有者权益变动份额调整长期股权投资账面余额而形成的净资产。

第十二章 决算报告和财务报告

第 69 条 医院应当编制决算报告和财务报告。决算报告的编制主要以收付实现制为基础，以预算会计核算生成的数据为准。财务报告的编制主要以权责发生制为基础，以财务会计核算生成的数据为准。

第 70 条 决算报告是综合反映医院年度预算收支执行结果的文件。决算报告应当包括决算报表和其他应当在决算报告中反映的相关信息和资料。

第 71 条 财务报表是对医院财务状况、运行情况和现金流量等信息的结构化表述，包括会计报表和附注。会计报表至少包括资产负债表、收入费用表、净资产变动表、现金流量表、医疗业务收入费用明细表、成本报表等。附注是对会计报表中列示项目所做的进一步说明，以及对未能在这些列表中列示项目的说明。

第 72 条 医院应通过相关指标对医院财务状况进行分析，具体分析参考政府会计制度附表。

第 73 条 医院应当向省卫健委和省财政厅按年度报送决算报告，按月度、年度报送财务报告。医院年度决算和财务报告按规定经过注册会计师审计，通过省卫健委统一组织安排。

第 74 条 医院在办理年度决算前，应对财产物资、债权、债务进行全面清查盘点，对盘盈、盘亏、报废、毁损等按本制度规定及时处理。

第十三章 财务分析

第 75 条 财务分析是财务管理的重要组成部分。为了促进医院更好地完成各项任务，财务处应统一负责，积极组织各有关部门对经济活动资料进行收集和分析，分析结果应及时反馈给院领导和有关部门，以便领导决策。

第 76 条 财务分析的主要内容包括：预算执行情况分析、收支及资金运用情况分析、资产负债、净资产情况、成本核算情况等，通过财务分析来评价医院业务活动和经济活动的效果。

第 77 条 财务分析重要指标有医疗质量指标、工作质量指标、成本效益指标等，具体指标可参考基本数据及绩效考核表。医院的财务分析一般采用指标对比法、因素分析法，并注意采用现代科学分析方法。

第十四章 财务监督、内控管理

第 78 条 财务监督是根据国家有关法律、法规和财务规章制度，对医院的财务活动及相关经济活动所进行的监察和督促。财务监督的主要内容包括：预算管理的监督、收入管理的监督、支出管理的监督、资产管理的监督、负债管理的监督等。

第 79 条 内部控制是指一个单位为了实现其经营目标，保护资产的安全完整，保证会计信息资料的正确可靠，确保经营方针的贯彻执行，保证经营活动的经济性、效率性和效果性而在单位内部采取的自我调整、约束、规划、评价和控制的一系列方法、手段与措施的总称。

第 80 条 为加强医院内控管理，加强财务监督，规范医院经济管理行为和财务会计行为，医院根据《会计法》、《行政事业单位内部控制规范（试行）》等法律法规的要求，制定《徐州医科大学附属医院内部控制制度》（2019 版）

第 81 条 单位负责人对本单位内部控制制度的建立健全及有效实施负责。财务部门及财会人员应依法行使职责，严格执行内部财务会计控制制度，充分发挥财务会计的监督职能，对不符合本内控要求的业务，有权拒绝办理。其它业务部门及相关人员应严格执行内部控制制度，并及时向财务部门提供真实、完整的原始资料。

第 82 条 内部控制管理对医院财会机构和财人员岗位责任制、会计核算流程、财务不相容职务分离、收入管理制度、支出管理制度、收支审批责任、货币资金内部控制制度、债权债务内部控制制度、收费票据管理制度、会计档案内部控制制度、财务信息化系统权限控制方面进行全面管控。

第 83 条 医院财务监督应当实行事前监督、事中监督、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，接受财政、审计和主管部门的监督。建立健全医院内部控制制度，实行内部牵制，确保医院财务管理规范运营，有效规范医院经济管理行为和财务行为，加强财务监督。

第十五章 附 则

第 84 条 医院举办非独立法人分支机构的收支是医院财务收支的一部分，必须纳入医院财务统一管理。

第 85 条 医院会计科目、会计核算、账簿设置、账务处理程序，财会人员内部分工，由财务处按 2019

年施行的《政府会计制度——基本准则》、《政府会计制度——具体准则》、《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》（财会【2017】25号）的规定及省卫健委具体要求执行。

第86条 基建投资财务管理可参照《徐医附院基建财务管理办法（2019版）》执行。

第87条 总务处、医疗设备管理处、药学部、人事处、科技处、教育处等部门依照本办法精神结合本部门实际情况，分别制订实施细则并及时通知财务处，财务处应会同有关部门负责监督实施。

第88条 本办法由财务处负责解释。

第89条 本办法自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

预算管理制度

第一章 总则

第1条 预算是医院未来一定时期内经营计划的数量表现形式，是经营和管理计划正式的、量化的、货币化的表现。预算既是计划工作的成果，又是控制经营生产活动的依据。为更好地适应社会主义市场经济发展和医疗卫生体制改革的需要，切实提高医院的管理水平、工作效率和经济效益，现根据国家的有关方针、政策、制度和规定，严格贯彻执行《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《政府会计准则——基本准则》、《政府会计准则——具体准则》、《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》（财会【2017】25号），并结合我院实际情况，特制定本制度，自2019年1月1日起施行。

第2条 预算管理体系是医院根据战略规划、经营目标和资源状况，运用系统方法编制的整体经营、投资、筹资等的行动计划。医院经济活动的前后衔接、相互关联、有序排列形成一套完整的报表体系，它体现了医院对未来经济活动的预测能力，通过实际经营结果与预算进行对比分析，可以对医院的经营活动实行过程控制，促进医院经营目标的完成。

第3条 医院预算管理的必要性在于强化公立医院公益性和政府有效监管，明确所有者和管理者的责权，形成决策、执行、监督相互制衡，制定有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的机制，严格预算管理，加强财务监管和运行监督。

第4条 本制度的主要内容包括：总则，预算的组织结构，预算的编制，预算的审批与执行，预算的调整、分析与决算，预算的评价与考核，附则等。

第5条 本医院的年度预算期限为当年1月1日至12月31日，以医院的经营目标为依据、医疗业务收支预算为起点，编制全年的收入、业务支出、发展性项目支出等预算，组成年度预算。医院应当根据部门预算执行的相关要求，做好相关项目的立项和储备工作，完善项目评审机制，为编制年度部门预算和三年滚动规划打好基础。

第二章 预算的组织结构

第6条 医院的预算管理组织机构包括医院党委会的预算专项会议、财务部门的预算分析会以及预算责任体系。

第7条 院党委会是医院预算管理的最高机构，在预算组织机构中居于核心地位，以预算专项会议的形式审议或审查各项预算事项，听取预算实施结果的分析汇报。

第8条 财务部门为预算管理组织的常设部门，由其负责预算相关事项的日常处理和预算的整理、汇总、编制。

第9条 预算管理组织机构在预算管理中的主要职责：

- 1、审议通过预算管理的相关政策、规定、制度等；
- 2、结合医院事业发展计划，组织预测年度预算目标；
- 3、审议通过年度预算目标、编制方法和编制程序；

4、根据医院的经营目标，审批医院年度预算，听取医院预算执行情况的汇报，审议各部门提出的预算调整方案，并上报主管部门；

5、定期检查和分析预算执行情况，听取财务部门及其他部门的汇报，提出改进意见，督促预算管理目标的实现

第10条 财务部门在预算管理中的职责：

- 1、传达医院的年度预算目标；
- 2、参加有关预算的医院审议会议，向其他部门传达预算的编制方针、程序、具体指导各部门的预算编制；
- 3、根据预算的编制原则，初步审查、协调和平衡各部门的财务预算，制定医院的预算草案；

- 4、召开各部门预算规划会议，讨论平衡预算，并报医院预算管理组织机构审批；
- 5、根据上级主管部门审批后的预算，分解、细化、下发到科室、职能部门，并且跟踪实际执行情况。
- 6、初审各部门提出的预算调整方案，汇集科室、职能部门预算调整申请；
- 7、对预算执行过程的会计核算进行监控，各项支出收入是否得到有效控制，有无违反财务法规和会计制度；
- 8、预算执行完毕后，按要求及时形成预算执行反馈和预算分析报告。

第11条 医院的各医疗科室及财务处、人事处、党委组织部、党委宣传部、纪委办公室、审计处、院办公室、信息中心、医疗设备管理处、基建办公室、总务处等职能部门具体负责本部门业务涉及的预算的编制、执行、调整、监督等工作，并配合财务部门做好医院总预算的综合平衡、协调、分析、控制等工作。科室主要负责人参与医院财务预算工作的全过程，并对本部门财务预算执行结果承担责任。

第三章 预算的编制

第12条 医院预算执行政府会计制度中预算会计体系，采用收付实现制编制，由收入预算、支出预算和预算结余组成。医院所有收支应全部纳入预算管理，不得以各种名义或借口私设“小金库”。

第13条 年度预算编制的原则：

1、根据国家的方针、政策和卫健委下达的事业计划指标、任务，结合医院实际情况，按照省卫健委、财政厅关于做好部门预算编制要求，本着“一要吃饭，二要建设”的原则，“量力而行，量入为出”的原则和零基预算的编制要求做到收支平衡不留缺口。

2、医院对年度预算执行情况进行全面分析，根据年度事业发展计划以及预算年度收入的增减因素，测算编制收入预算；根据业务活动需要和可能，编制支出预算，包括基本支出预算和项目支出预算。编制收支预算必须坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则。不得编制赤字预算。

3、要坚持勤俭办事业的原则，做到开源节流，增收节支，努力挖掘内部潜力，提高资金使用效率。

第14条 预算编制程序

1、由财务处根据年度事业计划、工作任务和卫健委年度差额补助指标提出预算指标建议，并拟定年度预算草案。由财务处组织院内各科室上报相应的收入、业务量与基本支出以及发展性项目预算，并上报预算管理组织机构审议，审议通过后报主管部门审批。按照省级部门预算编制程序要求，实行“三下两上”的方法，经卫健委批复的年度部门预算由财务处统一掌握执行。

2、在执行过程中，如果受到客观因素影响，预算变化较大时，由财务处在认真核算的基础上，及时提出调整预算和财务收支计划的意见，并上报预算管理组织机构审议，审议通过后上报主管部门审批。

3、预算编制项目按医院执行的会计制度和省级部门预算编制规定的收、支科目执行，对购置专项和大型修缮等支出，总务处、医疗设备管理处、基建办公室应提出详细的计划经费概算，并有详细的项目论证说明及预算项目先后顺序。

第15条 收入、业务量预算的编制

医院应将各项收入全部纳入预算，统一核算，统一管理。医院各项预算收入应依法取得，符合国家法律、法规和规章制度规定。

预算收入及业务量的编制，应参考上年度实际收入、工作量水平，结合预算年度医院事业发展和工作任务计划，以及医疗收费标准等因素确定。主要内容包括：医疗收入、药品收入、其他收入、差额预算补助、专项补助和其他医疗服务收入等。各科室预算负责人依赖以往预算执行情况编报下一年度收入、业务量预算，测算时做到认真细致、实事求是。

第16条 基本支出预算的编制

1、医院应将各项支出全部纳入预算管理，建立健全支出管理制度。医院各项支出应当严格执行国家有关规章制度和医院规定的开支范围和开支标准执行。

2、有关职能部门根据业务部门提出的要求和医院经济状况，于当年预算上报截止日前，将翌年经费支出概算上报财务处。所有支出费用经归口科室上报，由财务处进行汇总，并且通过预算批复形式下发与相关归口科室。

3、支出预算应本着既要保证医疗业务活动需要，又要合理节约的原则，根据预算年度事业发展计划、工作任务、人员编制、有关开支定额标准和物资供应计划及价格变化因素等情况计算编制。

第17条 发展性项目的编制

医院发展性项目主要指固定资产购置、医院基建工程以及信息网络构建等和医院发展相关的专项支出。

应按照《江苏省省级财政专项资金管理办法》（省政府第63号省长令）的要求，强化发展性项目的管理。

总务处、医疗设备管理处、基建办公室等归口职能部门应按照预算控制指标，合理安排招投标等程序，并将招标采购申请交由财务处进行预算审核，交招标采购部门进行采购，以保证供应。分期资金使用计划报财务处审核、备案，并由财务处根据具体情况安排支付。

第18条 预算上报与下达

由财务处负责对上述各科室上报的收入、业务量、支出预算进行汇总，并上报预算管理组织机构，通过预算管理组织机构对年度预算进行审批，并将审批后结果上报省财政预算系统并下发至各职能科室。

第四章 预算的审批与执行

第19条 预算审批顺序为：先下级，后上级；先定性审批，后定量核准；先由归口部门进行统计，后报财务部门。

医院各职能科室应按照省财政批复的部门预算计划规范开支。财务部门对所有支出的预算执行情况进行记录。符合“三重一大”的支出项目需要经党委会会审批，财务部门根据审批结果安排相应资金的支付。

第20条 支出审批的管理原则

1、应当按照批准的部门预算和计划所规定的用途办理各项支出。

2、执行国家财政、财务制度和开支标准及开支范围。

3、各项资金的使用要划清资金渠道，分别列支。

4、购置大型、贵重仪器设备和大型修缮，事先要进行可行性论证和专家评议，并提出方案，报医院党委会或相关主管部门审批后，按部门预算安排支出，并积极筹措资金，确保投资项目的顺利实施。一般性购置和修缮，要经常进行，以保证医疗教学科研等工作需要。

第21条 支出审批管理细则

1、医院的各项支出在院党委统一领导下，由归口科室管理，财务处对合规性进行审核，分管院领导、主管院领导审批后，统一安排资金使用。

2、分级归口管理，根据部门预算和计划由有关职能部门负责。各项费用报销凭证要由有关部门负责人签字。财务处负责监督、审核和具体办理。

3、支出项目的要求

(1) 人员经费（工资、补助工资、职工福利费、离退休人员费用）应严格按照批准的劳动工资计划和国家规定的标准执行。

(2) “三公经费”及相关开支需按照中央八项规定及其实施细则的精神，结合省财政批复预算金额，坚持勤俭节约，严格控制相应支出。

(3) 差旅费用，按照徐医附院[2019]5号文件，《徐州医科大学附属医院差旅费管理办法》执行。必须按规定报经批准，并在出差结束后及时办理报销手续。报销差旅费先由财务人员审核计算，再由部门负责人、财务负责人签字，经相关院领导审批签字后方可报销。

(4) 根据实际需要科学合理定出药品、卫生材料、其他材料的最高库存量和最低库存量，以保证医疗业务的正常运转及流动资金的合理运用。

(5) 一般业务费，应在保证业务需要的前提下，采用定消耗定额和消耗比例以及“以收定支”等办法进行管理。

(6) 专项资金（专项补助、专用基金、专项借款、其他专项资金）要合理筹措、统一使用。

第22条 任何部门、任何个人不得随意购置任何器械、设备和材料，否则，财务处拒绝付款，有关部门不得办理入库手续，其经济后果由当事人承担。

第23条 加强项目资金管理，医院从财政部门、主管部门取得的有指定用途的项目资金，应当按照文件精神进行专款专用，并按主管单位要求报送项目资金使用情况，项目完成后接受财政部门、主管部门的检查验收。对于不同来源的科教项目资金，应按照国家有关规定和医院科研经费使用相关规定进行管理，由归口部门具体负责，不得截留、挤占、挪用和违反规定转拨资金。医院应严格执行省财政相关国库集中支付规定、政府采购有关规定执行。任何部门、任何个人不得随意购置任何器械、设备和材料，否则，财务处拒绝付款，有关部门不得办理入库手续，其经济后果由当事人承担。

第24条 严格按照省卫健委、财政厅规定的比例从业务收支结余中提取职工福利资金、医疗风险基金等，各项专用基金的使用，要按照有关开支范围和开支标准专项列支。

第25条 各职能部门应对照已确定的责任指标，定期或不定期地对部门及人员责任指标完成情况进

行检查，实施考评。医院对重大预算项目和内容，将密切跟踪其实施进度和完成情况，实行严格监控。

第 26 条 医院预算一经批准下达，各部门必须认真组织实施，将预算指标层层分解，从横向和纵向落实到内部各部门、各环节和各岗位。

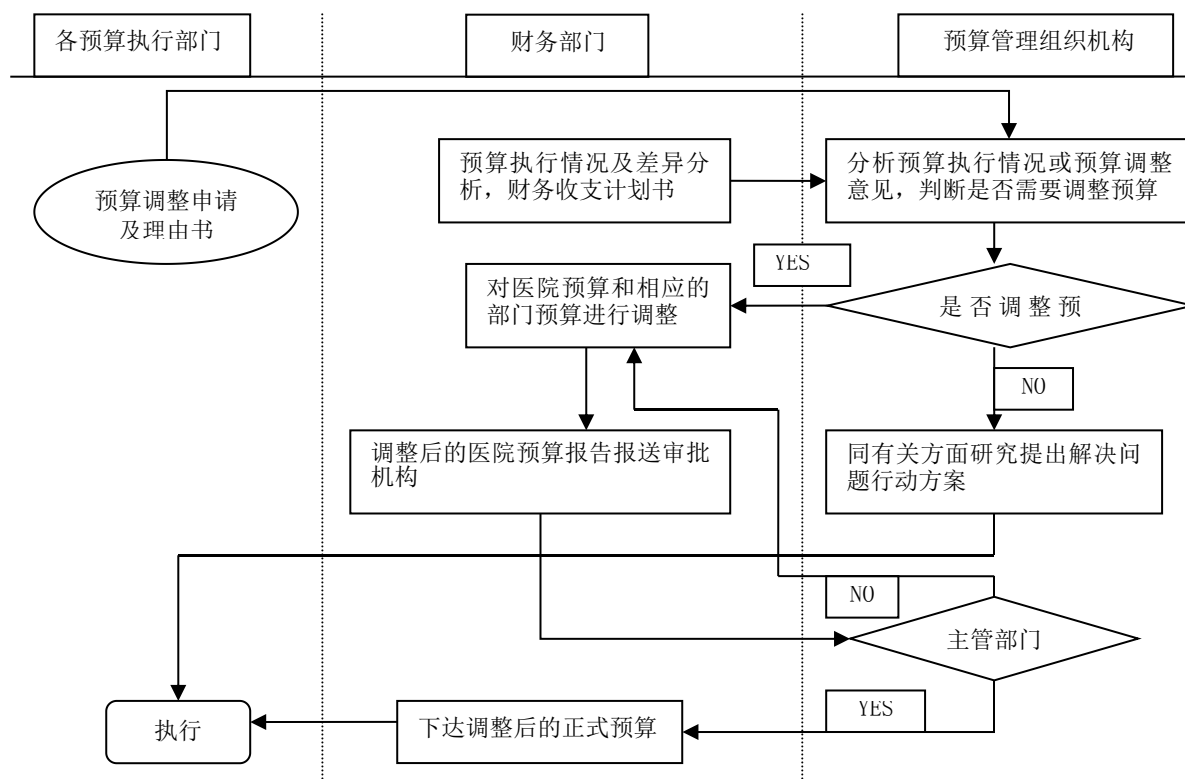
第五章 预算的调整、分析与决算

第 27 条 医院应按照规定调整预算。财政部门核定的财政补助等资金预算及其他项目预算执行中一般不予调整。当事业发展计划有较大调整，或者根据国家有关政策需要增加或减少支出、对预算执行影响较大时，医院应当按照规定程序提出调整预算建议，经省卫健委审核后报财政部门按规定程序调整预算。收入预算调整后，相应调增或调减支出预算。

第 28 条 医院预算的调整应符合以下要求：

- 1、预算调整事项符合发展战略和现实医疗服务活动状况；
- 2、预算调整重点放在预算执行中出现的重要的或非正常的关键性差异方面；
- 3、预算调整方案客观、可行。

第 29 条 预算调整的流程如下：



第 30 条 医院财务部门应加强与归口部门的沟通和联系，确保相关业务预算的执行情况能够相互监督、核对一致。并利用有关财务、业务、市场、技术、政策、法律等方面的信息资料，从定量与定性两个层面充分分析预算执行的现状、发展趋势及其存在的问题。对于预算执行差异，客观分析产生的原因，提出解决措施或建议。

第 31 条 运用财务报告和其他有关资料，采用差异分析、对比分析等方法监控预算执行情况，及时向预算管理组织机构和各职能部门报告或反馈预算执行进度，执行差异及其对医院预算目标的影响，促进医院完成预算目标。定期组织召开预算执行分析会议，通报预算执行情况，研究、解决预算执行中存在的问题，提出改进措施。

第 32 条 年度决算的编制，应按下列要求，认真、及时、准确地编报。

1、要认真总结医院预算安排及执行情况，财务管理及资金使用效果等方面经验教训，并系统的整理、分析财会基础资料。

2、在编制财务决算时，必须做好以下各项基础工作：

- (1) 年终，财务处应同开户行做好对账工作，并主动同主管机关核对各项拨款数额，做到不重不漏。
- (2) 认真做好财产清查工作，由各职能科室对固定资产、低值易耗品、库存药品、卫生材料、其他

材料以及专项物资进行盘点，做到账实相符；及时清理各种往来款项，对库存现金要进行清查、核对，确保账款相符。

(3) 编报的年度决算，必须分清资金渠道做到报表齐全、内容完整、准确、账表相符，并附有对决策资料进行科学分析后而撰写的决算文字说明。

(4) 年度决算由院长和总会计师签字盖章后及时报送主管机关。

第六章 预算的评价、考核

第 33 条 预算是各科室和项目绩效考核的基础和比较对象，医院实行对预算执行情况的评价、考核制度，并与相应的激励机制挂钩，实施事后控制，可以增强预算管理过程的完整性和权威性。

第 34 条 预算评价的主要内容包括：

- 1、是否按预算编制程序及日程进度完成预算的编制；
- 2、是否严格执行经批准的预算；
- 3、预算编制、执行的准确程度；
- 4、评价医院的预算管理系统及预算的完成情况，分析医院财务状况和经营状况。

第 35 条 对预算的考核包括预算完成的情况，预算编制准确性与及时性等指标；考核指标为：结余预算指标、收入预算指标、费用预算指标等。

第 36 条 对于预算年度考核执行率偏低的科室和项目，除特殊事项需要，在安排下一年度预算时，将予以适当调减。对于支出预算年度考核执行率不足 80% 的科室，其基本支出、发展性项目（除特殊事项需要）第二年的上报将予以控制，不得超出头一年该科室预算支出的总量。

第 37 条 考核结果按医院相关制度规定，对相关责任部门、责任人进行奖惩。

第七章 附则

第 38 条 本制度由财务处负责解释。

第 39 条 本制度自颁布之日起执行，过去与本制度相抵触的有关规定，同时废止。

成本核算办法

第一章 概述

第 1 条 医院实行成本核算的目的和意义

1、成本核算是社会主义市场经济的客观要求，成本核算是我院在深化卫生改革的大形式下的必然选择。

2、实行成本核算可以及时客观地反映医院成本变动情况。

3、可以促使医院加强经济核算管理，促进管理的科学化、现代化。

4、有利于增强职工的成本核算费用意识，节支降耗，降低服务成本，以较小的投入取得较大的社会效益和经济效益。

5、促进医院走优质、高效、低耗可持续发展之路，增强医院的核心竞争力，使人民群众享有质优价廉的医疗服务。

6、能为医院成本测算打好基础，为科学制定医院服务价格和完善补偿机制提供科学依据，争取更多的政策支持。

7、为医疗保险制度改革服务。

8、为正确评价医院绩效提供信息资料。

第 2 条 成本核算的对象和内容

1、对象：医院成本归属对象

2、内容：按核算层次分为三个层次：①院级成本：包括医疗成本和药品成本。②责任中心成本：包括临床科室、医技科室、药品供应、医疗辅助、行政管理等各最小责任中心的成本。③服务单元成本：项目成本、诊次成本、床日成本、病种成本、出院人次成本等。

第 3 条 成本核算原则

1、合法性原则 应当遵循国家、省内有关成本核算的相关法律、规范制度。本核算办法的编制依据为《江苏省医院成本核算与管理规范（2019 版）》。

2、可靠性原则 所有成本数据应当真实、可靠。

3、相关性原则 凡能够直接确认耗用成本中心的成本支出应直接计入，反之则按受益情况在各受益单元间进行分配。

4、分期核算原则 医院的成本核算期间应与会计核算期间、统计期间相互一致，保证统计信息和财务会计信息的相关性，为科室成本确定分摊依据。

5、权责发生制原则 严格按照权责发生制原则进行核算，待摊费用、预提费用、修购基金（折旧）、资产摊销、坏账准备的核算根据费用的受益期确定。

6、按实际成本计价原则 计算应当按实际发生额核算，不得以估价成本、计划成本代替实际成本。

7、收支配比原则 收入必须与取得时付出的成本费用相配比。

8、一致性原则 医院存货计价方法和成本分摊基础一经确定，在一个会计年度内不得改变，以保证科室成本核算的稳定性。

9、重要性原则 对主要费用、主要部门要采用详细方法进行分配计算。对于一般费用和部门，对成本影响不大的可以合并简化计算和分配。

第4条 成本核算工作要求：

（一）做好成本核算的基础工作

1、清产核资：对医院的资产进行全面清查，健全资产管理明细帐卡，包括：资产清查、产权登记、价值确认、资产核实。

2、建立健全实物资产管理制度，包括：计量、计价、验收入库、领退、转移、报废、清查和盘点制度。

3、规范成本核算的原始记录和凭证传递流程。内容包括：负责信息来源的科室、有关人员的处理程序、处理期限。

4、核定费用的开支标准，明确费用的审批权限，做到有章可循。

5、核定可行的消耗定额等。

（二）划分各种费用界限

1、成本费用和其它支出的界限

2、直接成本和间接费用的界限

3、资本性支出和收益性支出的界限

4、月费用界限

5、各成本单和费用界限

（三）确定结算办法

1、国家有统一规定的按统一规定方法结算。

2、国家无统一规定的按医院有关规定（内部结算办法）确定的内部结算价格结算。

第二章 组织体系

第5条 组成形式

医院实行集中核算形式，由医院成本核算办公室集中负责成本的预测、预算、核算、控制、考核、成本报表和分析工作，各有关科室负责登记有关原始资料，填报有关原始凭证，并进行初步审核、整理、汇总。

第6条 组织机构

成本核算实行院长负责制，在院长委托下由财务处长直接负责，以财务处作为成本核算办公室，由成本会计岗的相关人员具体负责，相应责任参见〈医院成本核算人员的岗位职责〉。

第7条 人员配备

成本核算的日常工作由财务部门负责，内设相应的成本会计岗位。医院各成本核算单元设立一名兼职或专职成本核算员（即成本专管员），一般由护士长或医疗组秘书担任，行政科室由科主任或科主任委派人员担任。

第8条 实行成本核算责任制

1、院长：对成本核算的合法性、合理性、真实性及正常运转承担责任，带头执行党和国家的有关方针、政策，坚持正确的办院方针，以最少的劳动耗费和占用取得较好的医疗效果，确保核算资料的真实，在人力、物力、财力各方面保证成本核算工作的顺利开展。

2、主管财务的科室负责人：是院长领导医院成本核算工作的直接助手，具有除院长以外对成本核算管理的最高领导地位，直接组织医院内部各部门、各科室建立健全成本核算工作责任制，组织编制成本计划，发动职工在医疗服务活动和其他活动过程中的各个环节开展成本核算工作。

3、成本核算相关部门包括：行政部门由办公室主任负责；医疗及相关责任科室，由科室负责人负责；各部门具体负责本部门内有关成本核算工作。各科室成本核算员对本部门成本耗费承担责任，对上报财务部门的成本核算数据全面负责，对有关科室的控制指标负责，成本核算业务受财务处领导。财务部门应健全原始记录，核算各科室及本部门内部成本执行情况，分析各环节存在的问题，提出改进意见和措施。

4、各科室在负责人的领导下，具体负责各科室的成本核算工作，健全原始记录，控制科室成本消耗，对执行情况进行分析，执行考核奖惩制度，对本科室成本消耗承担责任。

5、成本核算人员按照有关规定设置成本核算项目，做到结构合理、项目齐全、负责收集、整理成本核算数据，按规定的项目、程序、方法和时限要求，准确计算、编报、分析、预测和控制。

第三章 成本责任中心

第9条 成本责任中心按服务性质分为直接医疗类、医疗技术类、药品供应类、医疗辅助类、管理服务类。

1. 直接医疗类科室：指直接为病人提供医疗服务，并能体现最终医疗结果、完整反映医疗成本的科室。包括门诊科室、住院科室（临床诊疗类、临床护理类）。

2. 医疗技术类科室：指为直接医疗科室及病人提供医疗技术服务的科室。包括检验科、影像诊断科、手术室等。

3. 药品供应类科室：指为直接医疗科室及病人提供药品的科室。包括药剂科、药库、药房等。

4. 医疗辅助类科室：指服务于直接医疗科室和医技科室，为其提供动力、生产、加工及辅助服务、业务的科室。包括木工班、电工班、铁工班、中央空调、洗衣房、设备维修、供应室、电梯班、住院处、门诊收费处、保管室等。

5. 管理服务类科室：指管理和组织医院业务开展的行政管理科室。包括院办、党办、纪委、宣传科、工会、团委、医务处、护理部、财务处、信息中心、设备处等。

第四章 成本核算帐务体系

第10条 费用要素和成本项目

1、费用要素：根据医院费用发生的经济性质，医院成本核算费用要素分为：

1001 在编人员工资与津补贴：针对在编人员的岗位工资、薪级工资、职岗津贴、交通费、降温费、取暖费、通讯补贴、政府津贴、护龄津贴、卫生津贴、特殊津贴、综合目标奖、事业单位奖金、年终奖、出勤奖、专家门诊、其他津补贴G、加班费、生育保险、新职工提租补贴、煤气初装费、生活补贴。

1002 非在编人员工资津贴：针对人事代理与合同制员工的岗位工资、薪级工资、职岗津贴、交通费、降温费、取暖费、通讯补贴、政府津贴、护龄津贴、卫生津贴、特殊津贴、综合目标奖、事业单位奖金、年终奖、出勤奖、专家门诊、其他津补贴G、加班费、生育保险、新职工提租补贴、煤气初装费、生活补贴。

1003 在职人员保障与福利：包含在编人员与非在编人员的伙食补助费、基本养老保险费、职业年金缴费、基本医疗保险、失业保险、工伤保险、生育保险、其他社保缴费，以及住房公积金、医疗费等

1004 对个人和家庭的补助：主要包含离休费、退休费、退职（役）费、抚恤金、生活补助、救济费、医疗费补助、助学金、奖励金、职工子女学费、职工子女医疗费、其他一次性补助、职工家属医疗费、其他对个人和家庭的补助等。

2001 计价卫生材料：包含计价卫生材料、血费、计价影像材料费、计价化验材料费、计价植入器材费、计价介入器材费、计价其他卫生材料费。

2002 非计价卫生材料：包含医用气体、非计价影像材料费、非计价化验材料费、非计价植入器材费、非计价其他卫生材料费。

3001 西药：专用医疗材料中的西药费。

3002 中成药：专用医疗材料中的中成药费。

3003 中草药：专用医疗材料中的中药饮片费。

4001 自筹固定资产折旧：包含使用自筹资金购买的房屋及构筑物折旧、专用设备折旧、通用设备折旧、家具用具装备折旧。

4002 财政固定资产折旧：包含使用财政资金购买的房屋及构筑物折旧、专用设备折旧、通用设备折旧、家具用具装备折旧。

4003 科教固定资产折旧：包含使用科教经费购买的房屋及构筑物折旧、专用设备折旧、通用设备折

旧、家具用具装备折旧。

5001 自筹经费购置资产摊销：包含使用自筹资金购买的无形资产的折旧费用。

5002 财政经费购置资产摊销：包含使用财政资金购买的无形资产的折旧费用。

5003 科教经费购置资产摊销：包含使用科教资金购买的无形资产的折旧费用。

6001 计提医疗风险基金：专用基金下用于提取当月的医疗风险基金。

7001 办公业务费：包含办公费、印刷费、咨询费、手续费、邮电费、差旅费、因公出国（境）费、租赁费、会议费、培训费、公务接待费、劳务费、委托业务费、公务交通补贴、租车费用、出租车费用、其他交通工具费用等。

7002 计量运行费：包含水费、电费、取暖费、物业管理费、燃料费、维修费、过桥过路费、保险费、安全奖励费、其他公务用车费用。

7003 维修维护费：包含专业设备维修费、房屋建筑物维修费、网络信息系统运行维护费、其他维修费。

7004 其他材料费：主要指低值易耗品和其他材料。

7005 其他费用：包含科基金、质检(检测)费、诉讼费、会费、车辆保险费(其他交通工具)、驾驶员安全奖励(其他交通工具)、病人伙食费、合作项目支出、业务奖励、业务费_其他、广告宣传费、提取科研基金、咨询费_科教资金、其他商品和服务支出_其他、委托业务费、劳务费_其他、讲课费、会务(评审)费、稿费、租赁费、车辆年审费、车辆维修费、车辆保险费、注射乙肝免疫球蛋白、福利基金、工会经费、其他物业支出、洗涤费、医疗废物处置费、垃圾处理费、外购药品费、外院检查治疗费。

2、成本项目：根据医院的业务特点和各类费用的经济用途，医院成本项目为：

(1)人员经费：核算在职人员的基本工资、补助工资、绩效工资、其他工资、社会保障费以及离退休人员支出等；

(2)卫生材料费：核算直接用于医疗服务活动的各种卫生材料、一次性材料、医用的低值易耗品消耗等；包括血费、氧气费、放射材料费、化验材料费、其他卫生材料支出；

(3)药品费：是指医院为开展业务活动发生的药品耗费，包括西药、中草药、中成药耗费；

(4)固定资产折旧费：是指按规定提取的固定资产折旧。本科目核算医疗机构计提的固定资产折旧费，出租固定资产折旧费列其他支出；按照资金来源可分为自筹资金、财政项目资金、科教项目资金；

(5)无形资产摊销费：医院各科室的无形资产摊销费用，按照资金来源可分为自筹资金、财政项目资金、科教项目资金；

(6)计提医疗风险基金：采用直接计入方式当月归集的风险基金费用。

(7)其他费用：采用直接计入方式归集到(7)其他费用：核算办公费、宣传学习费、差旅费、邮电费、工会经费、福利费、业务招待费等；

第11条 成本核算账户

成本核算账户有：直接医疗成本、医疗技术成本、药品供应成本、医疗辅助成本、管理服务成本。其中，医疗辅助成本账户用以归集后勤和其它辅助部门所发生的成本，根据服务对象将服务成本分摊计入医疗成本、药品成本、医疗辅助成本成本和管理服务账户为过渡账户。

第五章 成本核算程序

第12条 成本核算的一般程序

医院总成本由医疗直接成本、药品直接成本、辅助成本以及管理成本构成。

医院发生的各项成本性支出，首先通过费用要素(成本项目)进行归集，凡能直接计入到各科室的费用，皆应直接计入；无法直接计入的，通过合理的方法分配计入；辅助成本按一定的方法进行分摊；管理成本按人员比例进行分摊。考虑医疗业务的特殊性，不进行辅助科室和管理科室之间的交互成本分配。

核算流程如下：

1、直接成本核算：对本期全院发生的成本类支出，按成本核算单元、费用发生明细项目进行追溯(直接计入)和分摊(水、电费等)，其中人员支出追溯至个人并按岗位及工时考勤信息直接计入或分摊至各成本核算单元，公用支出直接计入或按相关原则分摊进入各成本核算单元，计算出各核算单元的直接成本；

2、辅助成本分摊：将医疗辅助科室的成本按服务对象和相关分摊基础按成本项目分摊至医疗类(直接医疗和医疗技术)科室和药品供应科室，并实现分项结转，计算出各医疗类核算单元的医务成本、药品供应类核算单元的药事成本及直接医疗类的项目成本(医务成本)、医疗技术类的项目成本(医务成本)；

3、管理成本分摊：将管理服务类科室的管理成本按成本项目分分摊至各医疗类(直接医疗和医疗技术)科室和药品供应类科室，并实现分项结转；计算出各核算单元的医疗成本、药品成本以及直接医疗类的项目成本(医疗成本)、医疗技术类的项目成本(医疗成本)、药品单品成本；

4、医疗技术(含手术)成本分摊：将医疗技术成本(分医务成本和管理成本)按成本项目分摊至直接医疗科室，并实现分项结转；计算直接医疗科室的医疗总成本及诊次医疗成本、床日医疗成本、单病种医疗成本；

5、医药成本计算：汇总直接医疗科室的医疗成本和药品成本，计算直接医疗科室的医药总成本及诊次成本、床日成本、单病种成本等单位成本；

6、单病种计算：汇总单病种医疗项目成本和单病种药品成本，计算单病种成本。

第 13 条 辅助费用的归集与分配

1、辅助部门费用的归集

医院的辅助部门，是指为开展医疗活动而提供后勤、保障、物资供应的部门，这些部门发生的费用即为辅助部门费用。

辅助部门费用的归集按照费用要素进行归集。

2、辅助部门费用的分配

辅助部门费用按照“谁受益谁承担”的原则进行分配，分配方法采用直接分配法，首先在医疗支出和药品支出之间进行分配，然后再分配到直接医疗、医疗技术、药品供应类核算单元，并实行分项结转。相关项目的主要分配方法如下(如科室日常业务性质发生变化，可按实际情况修改分配方法)：

(1)水、电工班：根据当月发生的实际费用总额，除以当月的水、用电量(生活用水电直接记入管理费用)，计算出每单位水、电单价，然后再根据各部门水、电消耗量计算出各受益部门应承担的费用。

(2)木、电、铁维修班：根据各班组的支出成本，分别计算出维修工时成本和材料消耗成本，按照每工时成本，分摊到受益部门，对材料成本根据各受益部门消耗数按实计算。

(3)中央空调：按供气量或供气、暖时间、面积、容积进行分摊。

(4)洗衣房：根据总成本和总洗涤量，测算出每公斤洗涤成本(也可按每件物品系数)，按各部门洗涤量的大小进行分配。

(5)设备维修：因设备处具有管理的职能，也提供设备维修服务，医院可根据实际，将人员等成本分成管理部门和设备维修两块，管理的按管理费用分配方法，设备维修的可参照水电维修分配方法。

(6)供应室：根据总成本和各种敷料消耗、消毒量、消毒时间等综合因素，分别计算出每种敷料、各种消毒器械的单位成本。对于一次性材料、敷料可按进价分配，对于消毒物品可采用系数法，计算出总的消毒量，然后再按每部门的消毒量分配成本。

(7)病员食堂：可按医院提供的补助数额(包括人员经费、水电、气等)作为病员食堂成本，按照病区实际占用床日数计算出每床日应分摊的费用，再乘以各病区实际占用床日数得出各病区的分配数。

(8)电梯班：根据电梯的电费、折旧、维修费、人员工资等成本，按各核算单元的业务量进行分配。

(9)住院处：按各科室收入进行分配。

(10)收费处：按各科收入、工作量进行分配。

(11)其他辅助部门。

第 14 条 管理费用的归集与分配

1、管理费用的归集

管理部门是指为开展医疗活动施行管理、监督的部门。这些部门发生的费用以及全院性的费用支出、即为管理费用。

管理部门费用的归集按费用要素进行归集。

2、管理费用的分配

管理费用在医疗支出和药品支出之间按人员比例进行分配，并实行分项结转，核算到直接医疗、医疗技术、药品供应类核算单元。

第 15 条 医疗服务费用的归集与分配

1、医疗服务费用的归集

医院的医疗服务部门是指医院直接从事医疗服务的各环节，包括医疗技术类和直接医疗类。

医疗服务部门费用的归集按成本项目进行归集。

2、医疗服务费用的分配

(1)将医疗技术类费用按成本项目分摊到门诊和住院各核算单元(按各核算单元实际发生的医疗技术类服务项目的成本或收入进行分摊),并实行分项结转。

(2)将手术室发生的费用按成本项目分摊到各核算单元(按各核算单元的手术项目成本或收入等标准进行分摊),并实行分项结转,具体分摊方法以成本核算专职人员的判断为主。

第16条 药品费用的归集与分配

1、药品费用的归集

药品部门是指医院从事药品采购、保管、发放以及药品管理工作的部门。包括:药剂科、药库、门急诊药房、住院药房以及门急诊挂号、门急诊药品收费、住院药品收费等相关部门。

药品费用的归集按照成本项目进行归集。

2、药品费用的分配

药品采购成本按药品实际使用金额分摊到各科室;

药品经营成本按药品收入进行分配。首先在门诊和住院药品之间进行分摊,然后再分摊到各科室。

第六章 成本计算

第17条 医院总成本的计算

医院总成本=医疗成本(医务成本+管理成本)+药品成本(药事成本+管理成本)

医疗成本=门诊医疗成本+住院医疗成本

药品成本=门诊药品成本+住院药品成本

第18条 医院科室成本的计算

医院科室成本计算是以医院的成本核算单元为对象,通过成本费用归集、分配和计算的过程(包括医疗技术类、直接医疗类、药品供应类)。

公式:科室总成本=科室直接成本+科室间接成本=科室医务(药事)成本+管理成本

计算医疗服务项目成本时,科室成本不包含药品成本;计算诊次成本、床日成本、病种成本时科室成本包含药品成本。

第19条 项目成本的计算

项目成本计算是以医疗收费项目为核算对象,在科室成本计算的基础上将科室成本进一步分摊到各医疗服务项目中,计算出各医疗服务项目成本的过程。分摊的依据一般按各项目收入比分摊。

计算公式为:

某项目应分摊成本=(科室成本合计/科室收入合计)*该项目收入

第20条 医院诊次成本、床日成本的计算

医院诊次成本、床日成本的计算是以诊次和床日为核算对象,在科室成本核算的基础上将科室成本进一步分摊到门急诊人次、住院床日中,计算出诊次成本、床日成本的过程。分摊依据是工作量即门急诊总人次和住院总床日。计算公式如下:

全院平均诊次成本=全院门急诊科室成本之和÷全院总门急诊人次

各临床科室诊次成本=各科室门诊成本÷各科室门诊人次

全院平均实际占用床日成本=全院住院科室成本之和÷全院实际占用总床日

各临床科室实际占用床日成本=各住院科室成本÷各科室实际占用床日数

每诊次(床日)成本包括每诊次(床日)医疗成本、每诊次(床日)药品成本。

第21条 出院人次成本的计算

出院人次成本的计算是以出院人次为核算对象,将住院成本平均分摊到出院人次的过程。

计算公式为:出院人次成本=每出院人次医疗成本+每出院人次药品成本

第22条 病种成本的计算

病种成本的计算是以病种为核算对象,按一定流程和方法归集计算的过程。计算公式为:

某病种成本=(该病种医疗项目成本总和+药品成本总和)÷该病种病例总数

第七章 成本报表

第23条 成本核算报告根据成本核算账簿有关资料定期编制,每月1次。主要包括医院各科室直接成本表、医院临床服务类科室全成本表、医院临床服务类科室全成本构成分析表、医院科室运行成本计算表、医院诊次成本表、医院床日成本表、医院项目成本表、医院病种成本表、出院人次成本表及各责任中心损

病区房间设置变化时，科室须及时申报床位价格维护。填写《床位费变动申请表》，经护士长、科主任签字后，提交医务处审批签字，报送财务处专职物价员审核床位价格，审核无误后，维护至 HIS 系统，通知科室使用。

申请表附后：

床位费变动申请表

| 病区 | 房间内/外 (房间内的请标明房间号) | 床号 | 调整(加床/撤床/调价) | 调整原因 | 长期/临时 | 建议价格 (或调整方式) | 备注 |
|----|-----------------------|----|--------------|------|-------|-----------------|----|
| | | | | | | | |

备注：加床床位费 10 元/日，普通床位费 35 元/日，三人间床位费 45 元/日，双人间 A 床位费 60 元/日，单人间、套间为医院自主定价。

申请增加床位时请在备注栏标明房间情况（房间里有无卫生间）和床位情况（正式床、钢丝床等）。本表需经护士长、科主任、医务处分别签字后，交财务处调整。

护 士 长： 科主任： 医 务 处： .
 申请日期： 财务处： 核准价格： .

第二章 新增医疗服务项目价格管理制度

为规范医院医疗服务项目价格管理，促进医疗技术及时进入临床应用，满足患者的医疗需求，根据《江苏省新增医疗服务项目价格管理办法》，结合我院实际，制定本制度。

一、新增医疗服务项目，是指未纳入《江苏省医疗服务项目价格》（以下简称项目规范），经临床试验、专家论证，能够提高诊断治疗水平且诊疗效果明显，可在医疗机构开展的医疗新技术、新项目。

医疗服务项目开展所涉及的新增特殊医用材料，参照新增医疗服务项目管理。

二、新增医疗服务项目价格的申报、审核、实施和管理，适用医院各临床科室。

三、新增医疗服务项目由临床科室提出书面申请，并提供以下材料：

（一）食品药品监督管理部门批准的医疗器械注册证、生产经营许可证、使用说明书，列入甲、乙类大型医用设备管理目录的需同时提供配置许可批准文件。

（二）诊疗规范，逐项完整填报《江苏省新增医疗服务项目申报表》，并按要求提供工作原理、操作技术规范（程序）、质量标准、适用范围及可能产生的技术风险等说明材料。

（三）价格材料，填报《江苏省新增医疗服务项目价格申报表》，并提供仪器设备、特殊医用耗材、试剂等财务票据、采购合同或协议、入出库单，仪器设备维修合同或协议等；申请单独收费的特殊医用材料，需提供已公布省市招标采购价格及销售发票；外省市已立项的应提供项目批准文件。

（四）国家级正式刊物公开发表的临床应用资料及其他需要说明的事项。

四、临床科室协同财务处填报《江苏省新增医疗服务项目价格申报表》成本相关信息：水电气费用、劳务费用、仪器及设备折旧费、维修费、专用房屋折旧及维修费用。

五、新增医疗服务项目价格试工期两年。试行期间国家有新规定的，按国家规定执行。

试行期满后需要继续执行的，相关科室应当在试行期满前六个月向财务处报送试行期间的价格材料（按照本办法第六条的规定），财务处协同完善成本核查、送价格主管部门审批；逾期未报送的，项目价格自试行期满之日起停止执行。

六、对新增医疗服务项目价格执行公示制度，按照服务内容、服务规范提供服务。

七、附表：江苏省新增医疗服务项目申报表

附表 1、江苏省新增医疗服务项目申报表

医疗机构名称：

填报日期： 年 月 日

| | | | | |
|---|--|----------|------|------------|
| 项目名称 | 中文 | | 项目编码 | |
| | 英文 | | 计价单位 | |
| 除外内容 | | | 项目说明 | |
| 项目出处 | 2001 年版 ()；2007 年版 ()；2012 年版 ()；其他 () (如为 2012 年版项目，请在此处填写 2012 年版项目编码及名称) | | | |
| 项目内涵： | | | | |
| 项目临床意义： | | | | |
| 项目操作规范： | | | | |
| 项目适用范围及可能产生的技术风险： | | | | |
| 临床 应用 | 应用单位： | | | |
| | 结果： | | | |
| 申报科室负责人： | | 医务科室负责人： | | 价格管理科室负责人： |
| 法定代表人签字： | | | | |
| 单位公章 年 月 日 | | | | |
| 市级初审意见 市卫生计生委： 市物价局： 市人力资源社会保障局： | | | | |

附表 2、江苏省新增医疗服务项目价格申报表

医疗机构名称(盖章)：

| 项目名称 | | | | | 项目编码 | | | | | |
|-----------------------|----|--------|------------|---------|-------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|---------|
| 预计年开展服务例数 | | | | | 实际年开展服务例数 | | | | | |
| 一、业务费用 | | | | | 二、固定资产折旧及维护 | | | | | |
| 1、内涵一次性耗材消耗(按实际购进价计) | | | | | 1、仪器设备折旧费 | | | | | |
| 品名 | 单位 | 单价 | 实际使用数量 | 应摊金额(元) | 资产名称 | 原值(元) | 使用年限 | 折旧费(元) | 平均每次占用时间(分钟) | 应摊金额(元) |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 小计 | | | | | 小计 | | | | | |
| 2、电、水、气等常规消耗 | | | | | 2、仪器设备维修费 | | | | | |
| 名称 | 单位 | 单价 | 消耗数量(次) | 应摊金额(元) | 资产名称 | 年维修费(元) | 平均每次占用时间(分钟) | | 应摊金额(元) | |
| 电、水、气费 | | | | | | | | | | |
| 手术所需其它常规消耗(申报时填写具体名称) | | | | | | | | | | |
| 小计 | | | | | 小计 | | | | | |
| 3、劳务费用 | | | | | 3、专用房屋折旧及维修 | | | | | |
| 参加人员 | 人数 | 工时(小时) | 平均工资(元/小时) | 应摊金额(元) | 房屋总造价 | 房屋总面积(m ²) | 使用年限 | 项目使用面积 | 平均每次占用时间(分钟) | 应摊金额(元) |
| 医生 | | | | | | | | | | |
| 护士 | | | | | 房屋大修理费(按原值的年 2%计) | | | 平均每次占用时间(分钟) | | 应摊金额(元) |

二、门诊药房为购药患者提供药品清单。此清单独立于门诊发票清单，内容与门诊发票清单一致。

三、病区护士站为患者提供费用查询，科室要告知患者费用查询方式、协助患者进行费用查询；各病区均设置自助服务终端系统，向患者提供住院日清单查询功能，帮助住院患者及家属及时掌握费用使用情况。

四、住院收费处为办理出院手续的患者提供住院费用总清单，加盖住院收费处专用印章。

五、各类患者如果对清单有疑问，可随时向提供清单的部门查询具体情况。各级部门有义务耐心负责解释，如果患者对解释不满意，可直接投诉至医院物价管理部门。

六、以上各类服务均免费。

第六章 费用公示制度

根据国家卫计委、物价局相关最新文件精神，以及《关于进一步落实医疗机构价格公示制度的通知》的要求，制定本制度。

一、医疗服务项目、医用耗材等物价收费的价格，必须严格按照公开和透明的原则进行公示，自觉接受患者及各级主管部门的监督。

二、医院的各类物价管理必须严格纳入 HIS 系统统一管理，遵守医院物价管理规定。各级各类人员不得违反规定随意更改医疗服务项目、医用耗材等物价收费的内容。

三、凡医疗服务项目、医用耗材等物价收费的价格有变动的，相关部门必须及时通知更新价格库，确保价格调整准确准时。

四、在医院服务场所显著位置，采用电子触摸屏、电子显示屏、公示栏等方式公示常用医疗服务项目、医用耗材等价格；在门诊及每个病区设置自助服务终端系统，提供住院日清单查询及其他信息查询功能。

五、医疗服务价格公示的内容包括：医疗服务项目名称、项目内涵、除外内容、计价单位、价格等有关情况。

六、医院各级工作人员有义务为患者提供多种形式的医药费用查询服务，并明确告知住院患者费用查询方式。

七、公示内容实行动态管理，对变更的价格及收费项目和标准及时更新。

八、在医院显著位置公示政府价格举报电话和医院价格服务监督电话。

第七章 病案复核制度

为认真做好医院的价格管理工作，进一步规范收费行为，杜绝错、乱收费现象，增加医疗收费透明度，切实维护患者的知情权，对医院医疗服务及药品收费的复核规定如下：

一、完善医疗服务项目的病历记录和费用核查工作，财务处定期对患者病案记录和费用清单进行检查，严禁医嘱外收费。全院医疗服务项目收费做到“不多收，不少收，不漏收”。

二、科室指定专人负责，每月对住院患者发生的费用，进行自查复核，发现问题，及时进行更正。

三、建立健全患者费用清单查询制度。对门（急）诊患者，根据患者需要提供每一笔医药费用清单，包括收费名称、单价、数量、金额等。对住院患者，科室逐项记录每日发生的医疗费用，在患者入院时，告知患者每日费用查询方式，各病区均设置自助服务终端系统，向患者提供住院日清单查询功能。

四、对患者复核发现的收费问题，科室必须认真对待，及时改正，向患者表示歉意，同时要有整改措施。

五、财务处有针对性的对费用有疑义的临床科室进行巡访，调阅病历记录和费用清单进行复核，发现问题，及时反馈科室，督促科室整改。

第八章 退费管理制度

为进一步规范我院医疗收入退费管理，加强退费内部控制，根据《徐医附院内部控制制度》及我院相关财务制度规定，制定本办法：

一、门诊退费管理

（一）诊察费

1、患者交纳诊察费后未到坐诊医生处进行刷卡确认的，患者可随时退费。

2、患者交纳诊察费后已到坐诊医生处刷卡确认的，视不同情况进行处理：

（1）坐诊医生同意退费，且该患者除诊察费外未发生任何费用的（如药品费或检查费等），由坐诊医生在 HIS 系统上进行退费确认操作后，患者到收费处专门窗口办理相关退费手续。

（2）患者当天交纳的诊察费，坐诊医生因具体原因同意退费，但该患者除门诊诊察费外发生后续费

用的（如药品费或检查费），不允许进行退费。

3、诊查费当日有效，过日不得退费。

（二）门诊检查、检验、治疗等费用的退费管理

1、患者交纳费用后未到相关科室进行登记确认的，患者可随时退费。

2、患者交纳门诊医技费用后已到相关科室进行登记的，视不同情况进行处理：

（1）相关检查检验已发生的，不允许退费。

（2）相关检查检验未发生的，由医技科室在 HIS 系统上进行退费确认，患者到收费处专门窗口办理相关退费手续。

（三）门诊药品费用的退费管理

1、患者交纳门诊药品费用后未到门诊药房进行发药确认的，患者可随时退费。

2、患者交纳门诊药品费用后已领取药品的，因药品属于特殊商品，原则上不允许退费。如确因特殊情况，患者需要退药品费用的，门诊药房负责确认是否符合退药规定。符合门诊药房退药规定的，由门诊药房在 HIS 系统上进行退费确认，患者到收费处专门窗口办理相关退费手续。

二、住院退费管理

（一）住院费用(医疗服务项目和材料费)的退费管理

1、患者在科室发生的费用，护士长负有监管责任，护士长或其委托人拥有记费和退费的操作权限。

2、护士长或其委托人进行退费操作的，视不同情况进行处理：

（1）误记或错记的费用，在两日内发现的可由护士长或其委托人根据情况在本病区自行操作退费。

（2）其他退费需由护士长提出书面申请，根据退费金额执行不同标准的审批，审批同意后由住院处进行退费处理。

退费审批权限标准如下：

①金额<500 元，护士长在书面申请上签字；

②500 元≤金额<1000 元，科主任、护士长在书面申请上签字；

③1000 元≤金额<3000 元，护理部、科主任、护士长签字；

④3000 元≤金额，分管院领导、护理部、科主任、护士长在书面申请上签字审批。

（3）如遇到夜班或节假日等非正常工作时间，由总值班签字批准，住院处执行退费。

（4）财务处定期统计各科室的退费数量并分析原因，视情况纳入科室绩效考核。

（二）药品、检查、检验等的退费管理通过 HIS 程序进行控制，具体流程同门诊医技科室和门诊药房的退费管理。

（三）住院预交金的退费管理

1、已交入患者账户的预交金，原则上出院前不允许退费。

2、患者确有特殊原因需要退费且账面不欠费状态，由患者提出书面申请，床位医生签字，提供患者本人及代办人的身份证明和预交金单据，财务处签字审批，患者持以上材料到住院处办理退款。

三、附件：徐医附院退费申请单

徐医附院退费申请单

| | | |
|-------|-----|------|
| 住院号： | 姓名： | 病区： |
| 退费内容： | | |
| 原因： | | |
| | | 申请人： |
| | | 日期： |

| | | | | | | | |
|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| 院领导 | | 护理部 | | 科主任 | | 护士长 | |
| 总值班 | | | | | | | |
| 备注 | | | | | | | |

第九章 物价投诉管理制度

医疗价格管理直接关系到患者的利益，关系到医院的声誉，为加强医疗价格管理工作，及时处理各种投诉，促进医院改进服务，提高服务质量，维护医院形象。根据有关法律法规和医疗规章制度，结合医院的实际情况，制定本制度。

一、坚决贯彻执行国家价格法和《江苏省医疗服务项目价格手册》，接受物价、卫生及医保等主管部门的监督管理。对群众投诉到上级主管部门的意见虚心接受监督和批评，有错即改，持续改进医院物价管理工作。

二、徐医附院价格管理委员会为本院处理物价投诉的最终决策部门，价格管理部门的专职物价管理员处理日常物价投诉工作，负责接待我院患者及家属的书信、电话、来访等有关医疗服务价格的投诉。

三、医院设立物价投诉专用电话：85802334，医院公众场所设立意见投诉箱，各科室、班组设置意见簿。

四、医院应当按规定实行医疗服务价格公开，并及时更新，主动接受群众和社会的监督。

五、接到物价投诉当日内，按照下列要求作出办理意见：

- (一) 接待物价投诉人员应严格按照《财务处接待物价投诉行为规范》的要求来执行。
- (二) 对不符合受理条件，决定不予受理的，应当说明原因或将其他投诉途径告知申请人。
- (三) 对符合受理条件，但属于其他职能科室受理的，转报其他受理科室并告知申请人。

(四) 对符合受理条件，属于受理范围的，办理时应当按照受理、调查规范程序进行。收到物价投诉登记表当日内完成处理、反馈等程序，并将结果告知投诉人。情况复杂或需联系临床科室共同解决的，经价格管理部门领导批准后可适当延长办理期限，并告知投诉人。延长期限不得超过7个工作日。

六、建立物价投诉登记制度，患者无论是以书信、电话或是本人口述，均填写物价投诉登记表，针对投诉内容到科室进行调查，核查病历及医嘱，将实际情况与患者沟通，发现收费有误，及时向患者道歉并全额退费。

七、每一例投诉处理完毕后，整理与案件有关的资料，将调查的内容、处理的结果及患者的意见记录在投诉表上，立卷归档，留档被查。

八、为投诉人保密。

第十章 物价考核制度

为加强医疗服务价格管理，更好的规范医院收费行为，强化医院各科室人员的价格管理责任意识，维护患者的利益，结合我院实际情况，制定本制度。

一、考核范围

各临床科室向患者所提供的基本医疗服务、使用药品和医用材料等医疗服务，而发生的收费行为。

二、考核方法

考核方法结合各级部门检查、患者投诉、病案复核等手段，考核结果报该科室负责人。

三、考核内容：

- 1、擅自提前或推迟执行有关医药价格政策；
- 2、擅自提高或降低医疗服务价格标准；
- 3、重复收费、无医嘱或护理记录收费；
- 4、擅自将同一项目分解为若干项目收费；
- 5、超越“除外内容”规定的范围，擅自增加卫生材料品种和服务内容并收费；
- 6、未按规定加价规则收取卫生材料费；
- 7、擅自不收、少收或漏收给医院造成经济损失的。

四、考核处理：

- 1、对于检查出的问题，跟科室下达《徐医附院物价收费通知单》，由科室负责人签收并于三个工作日内回复意见。
- 2、违规收费行为一经认定，应立即整改。
- 3、多次发生违规行为，或同一违规记费行为被查处后再次发生的，将对科室负责人和记账人员严肃处理。

第十一章 附则

一、本制度由财务处负责解释。

二、本制度自颁布之日起执行，过去与本制度相抵触的有关规定，同时废止。

徐州医科大学附属医院内部控制制度

第一条 为加强内部控制制度建设，规范医院经济管理行为和财务会计行为，根据《会计法》、《行政事业单位内部控制规范（试行）》等法律法规的要求，结合医院实际，制定本制度。

第二条 医院负责人对本单位内部控制制度的建立健全及有效实施负责。财务部门及财会人员应依法行使职责，严格执行内部财务会计控制制度，充分发挥财务会计的监督职能，对不符合本内控要求的业务，有权拒绝办理。其它业务部门及相关人员应严格执行内部控制制度，并及时向财务部门提供真实、完整的原始资料。

第三条 医院内部控制制度在外部环境变化、单位业务职能调整和管理要求提高的情况下，进行适时的修订和完善。

第四条 本制度未尽事宜，参照各项具体业务的管理制度执行。

第五条 本制度由财务处负责解释。

第六条 本制度自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

财会机构和财会人员岗位责任制

一、院财务机构内部控制制度

(一)财务机构

1、单位的财务机构应相对独立

根据《会计法》及医院会计业务的需求设置财务处，并按照不相容职务相互分离和内部牵制的原则配备财会人员，明确各岗位职责。财务处由分管院长领导，具有相对独立性。

2、财务处业务范围

(1)执行国家财政法规和医院财务制度，贯彻落实上级文件精神及各项规章制度及办法；

(2)加强全院的财务会计基础工作及日常管理核算，完善全院的财务会计工作管理手段及各项内部控制制度；

(3)定期编制会计报表，核算业务收入、费用支出的真实性、合法性；分析指标完成情况；按时汇总，及时向领导提供财务报告；

(4)强化全院的资金管理，对全院的资金运用进行有效的统筹调配、控制、监督；

(5)加强债权债务、资产的管理、分析、清理，防止资产流失，对全院的资产管理进行监督及不定期的核实；

(6)负责制定全院财务会计工作网络化发展计划，并组织实施。

(二)财会人员管理要求

1、财会人员配备要求

(1)财会人员实行从业资格管理，财会人员要具有与其岗位、职位相适应的能力，并取得从业资格证书和相应的专业技术资格。不得任用不具备会计从业资格的人员从事财会工作。会计从业资格证书必须按照规定注册登记、年检。

(2)财会人员必须熟悉国家财经法律、法规、规章和制度，严守职业道德，敬业爱岗。并不断的提高自己的政治素质，业务素质，不断的完善自己。

(3)院各岗位财会人员应当有计划地进行轮换。为促进财会人员全面熟悉业务，不断提高工作质量，同时也防止舞弊现象的产生，医院财会人员岗位定期轮换。

(4) 财会人员要按照规定参加继续教育,对未接受继续教育或未完成继续教育规定时间的财会人员,不予办理会计从业资格证书年检。

2、会计机构、会计人员职权范围

(1) 会计机构、会计人员有权拒绝办理或纠正违法会计事项。

(2) 会计机构、会计人员有权监督会计资料和财产物资。

(3) 会计机构、会计人员有权对在财产管理、经济核算中的违纪现象向领导反映,并提出处理建议。

(4) 会计机构、会计人员有权对在财产管理、经济核算中的成绩突出者向领导反映,并提出奖励建议。

(5) 会计机构、会计人员有权向有关部门索取有关数据、资料。

(6) 会计机构、会计人员有权对院长授权的计划内开支进行审批。

3、对财会人员的考核

院应当定期检查财会人员遵守职业道德情况,并作为财会人员晋升、晋级、聘任专业职务、表彰奖励的重要考核依据。

财会人员违反职业道德的,由院进行处罚;情节严重的,由会计从业资格证书发证机关吊销其会计从业资格证书或按规定取消其专业技术资格。

4、财会人员工作移交

财会人员工作调动或因故离职,必须将本人所经管的财会工作,在一定期限内,全部移交给接替人员。没有办清交接手续的,不得调动或者离职。

5、会计档案的传递

编制凭证的各岗位人员,应当及时、准确的编制并打印会计凭证,主管会计及时审核,所有记账凭证在次月的10日以前传递到档案管理会计处,以备及时整理、装订,并在财务处保存一年后移交到院档案部门。

二、财会人员岗位责任制

(一) 本院财会工作岗位分为总会计师、财务处长、财务副处长、总账会计、票据审核、往来帐核算、工资核算、票证管理、会计档案管理、出纳等。

财会人员分工应当做到相互牵制、相互制约,严禁一人兼任不相容的岗位或独自操作会计业务全过程。

出纳人员不得兼任稽核、会计档案保管和收入、支出、费用、债权债务账目的登记工作,不得填制收付款记账凭证。

(二) 财会工作岗位在不违反内部牵制制度的前提下,可以一人一岗,一人多岗或一岗多人。财会人员的工作岗位应当有计划地进行轮换,一般4年轮岗一次为宜。

会计核算流程

本制度所指会计核算流程是会计活动从原始凭证取得、会计凭证填制、会计账簿登记,到财务会计报告编制的会计核算过程。

一、会计凭证

1. 根据实际发生的经济业务事项按照国家统一会计制度的规定取得或填制原始凭证。

2. 经办人取得或填制原始凭证应当办理以下手续:

(1) 经办人在原始凭证上签名或盖章(以下简称签章),列明经济业务内容,并由验收人或证明人在原始凭证上签章;

(2) 批准人在原始凭证上签署意见并签章;

(3) 经办人及时将手续完备的原始凭证送交财务处。逾期长久的经济业务事项,财务处有权不予受理,责任由经办人承担。

3. 经上级部门批准的经济业务或本院实施的重大业务,应当将有关文件作为原始凭证的附件。如文件需单独归档,应当附文件的复印件或在凭证上注明批准机关名称、日期和文件字号。

4. 财会人员有义务和权力对原始凭证的真实性、合法性、有效性进行审核:

(1) 原始凭证的内容是否真实;

(2) 凭证内容填写是否齐全,单位名称、计量单位、数量、单价和金额填写是否准确,文字和数字填写是否清楚,凭证中是否有不规范的改动;

(3) 发票是否有财政部门统一监制章,行政事业性收费收据是否有财政部门监制章,从外单位取得的收据、发票是否加盖单位财务专用章或发票专用章;

- (4) 审批手续是否完备;
- (5) 报销购买图书、药品及其他实物是否附有与发票金额相符的项目明细表;
- (6) 工资及劳保费支付标准的变更和一次性奖金的支付是否合规。

经审核,对于存在内容填写不全,手续不完备,计算差错等技术性错误的凭证,应退还经办部门或经办人,补办手续、更正错误或重新填制;对于违反国家政策、法令、制度的原始凭证,不予受理,并向财务处相关人员报告;财务处不予制止或纠正的,应当向院长报告。

1. 出纳人员根据收付款凭证办理完收付结算后,在记账凭证上签章,每日业务终了,应编制现金日报表,将办理完收付业务的记账凭证交制证人员。

2. 制证人员应根据审核无误的原始凭证和有关资料,及时填制记账凭证;对有差错的记账凭证,应按照规定予以退回或要求其更正;记账凭证编制完毕,交稽核人员审核。

3. 主管会计对记账凭证进行审核:

(1) 记账凭证是否附有原始凭证,所附原始凭证的内容是否真实、合法、有效,附件张数的填写是否正确;

(2) 记账凭证日期的填写是否正确;

(3) 会计科目的运用是否正确;

(4) 制证人员、记账人员、稽核人员、签名或盖章是否齐全,收款和付款凭证是否有出纳人员签名或盖章;

(5) 对记账凭证的差错是否按规定进行更正。

4. 主管会计审核凭证后在记账凭证上签章,将记账凭证交会计档案管理人员整理装订归档。

二、会计账簿

1. 本院按照《会计法》、国家统一医院会计制度的规定,结合本院会计业务的需要设置会计账簿。本院发生的所有经济业务事项都必须在依法设置的会计账簿上统一登记、核算。

2. 记账人员于每年会计业务开始前,根据会计业务需要,向财务提出账簿设置、科目开设的意见并经相关部门批准后,开设账簿。年初科目余额应与上年末的结余余额一致。

3. 必须使用上级财务主管部门统一规定的会计账簿。会计账簿包括总账、明细账、日记账和其他辅助性账簿。

4. 出纳人员应根据办理完毕的现金和银行存款的收、付款凭证,每天编制现金、银行日报表。

5. 每日现金结余余额不得超过库存限额。银行结余余额与银行对账单月末余额不一致的,会计人员应当查明原因,编制“银行存款余额调节表”。

6. 账簿记录发生错误,不准涂改、挖补、刮擦或用药水消除字迹,不得重新抄写,必须用划线更正法、红字更正法或补充登记法进行更正。

7. 定期对会计账簿记录的数字与货币资金、有价证券、库存实物与往来单位或个人等进行核对,保证账证、账账、账实相符。

8. 账证核对由记账人员与凭证填制人员相互核对。

9. 账账核对由记账人员相互核对。

10. 账实核对,现金日记账与库存现金的核对由出纳人员进行;财产物资明细账与实物资产的核对由记账人员与物资管理部门、固定资产技术管理部门人员相互核对,每年至少进行一次;银行存款日记账与银行对账单的核对由财务处长或其指定人员进行;应收、应付明细账余额与对方单位或个人的核对,由记账人员出具签认单,并与对方财务部门进行相互核对,相关业务部门配合,每年至少进行一次。

11. 财会人员应按规定在月末、季末、年末对各账户进行结账,结账期不得提前或延后。年度终了,账务人员、出纳人员应将会计账簿及时交会计档案管理人员。

三、财务会计报告

1. 本院按照《医院财务会计制度》有关规定编制财务会计报告。

2. 任何部门和个人不得授意、指使、强令财务部门编制或提供虚假的或隐瞒重要事实的财务会计报告,不得篡改或者授意、指使、强令他人篡改会计报表的有关数字。

3. 院长对本院财务会计报告的真实性和完整性负责。

4. 本院向不同会计资料使用者提供的财务会计报告,其编制基础、编制依据、编制原则和方法必须一致。

5. 院长应当组织、协调有关部门向财务处及时提供编制财务会计报告所需的有关资料。

6. 编制财务会计报告以前，必须进行以下工作：

(1) 组织财务、综合、技术、材料等部门进行全面的财产清查，核实债权债务。

(2) 检查相关的会计核算是否按国家统一的会计制度规定进行。

(3) 检查是否存在因会计差错、会计政策变更等原因需要调整前期或本期相关项目的事项。

(4) 按规定进行对账，核实各会计账簿与会计凭证、会计账簿之间、会计账簿的结余金额与财产物资实有金额是否一致。

(5) 按规定进行结账，不得提前或者延后。年度结账日为公历年度每年的12月31日；半年度、季度、月度结账日分别为公历年度半年、每季、每月的最后一天。

7. 财务处在准备工作完成以后，根据登记完整、核对无误的会计账簿记录和其他有关资料编制会计报表、会计报表附注和财务情况说明书。财务会计报告编制后，必须进行账表及表内、表间关系核对。

8. 财务会计报告编制完成后，由财务审核无误后在财务会计报告封面上签字并盖章，然后送院长审查并签字盖章，批准上报。

9. 财务处在规定的期限内向上级财务主管部门报送财务会计报告。

10. 自留的财务会计报告内容必须与上报的相一致。

财务不相容职务分离

为了加强财务管理，使财务岗位之间能形成相互监督、相互制约的机制，避免舞弊现象的发生，更好的保护财产安全，根据《中华人民共和国会计法》、《江苏省医疗机构财务会计内部控制规定（定稿）》的有关规定，结合医院实际情况，特制定本制度。

一、禁止一人办理收入业务的全过程

(一) 提供服务与收取费用应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 价格管理与价格执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 收入票据保管与使用应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 办理退费与退费审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(五) 收入稽核与收入经办应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

二、禁止同一部门或一人办理支出业务的全过程

(一) 支出的申请与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 支出的审批与执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 支出的执行与审核应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 支出的审核与付款结算应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

三、禁止一人办理货币资金业务的全过程

(一) 现金和银行存款的支付，由财务部门负责人或其授权的代理人审核，不能由同一个人办理付款业务；

(二) 出纳不得兼任稽核、票据管理和会计档案保管工作；

(三) 出纳不得兼任收入、

(四) 支出、债权和债务账目的账务登记工作；

(五) 严禁一人保管支付款项所需的全部印章。

四、禁止同一部门或一人办理固定资产业务的全过程

(一) 固定资产购建计划的编制与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 固定资产购建的验收取得与款项支付应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 固定资产购建的审批与执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 固定资产处置的申请与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(五) 固定资产业务的执行与相关会计记录应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

五、禁止同一部门或一人办理工程项目业务的全过程

(一) 工程项目建议、可行性研究与项目决策应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(二) 工程项目概预算编制与审核应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(三) 工程项目实施与价款支付应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

(四) 工程项目竣工决算与竣工审计应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系。

六、禁止一人办理债权或债务业务的全过程

(一) 债权或债务业务经办与会计记录应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系;

(二) 债权或债务业务会计记录与出纳应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系;

(三) 债权或债务业务经办与审批应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系;

(四) 债权或债务业务总账与明细账核算应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系;

(五) 债权或债务业务审查与记录应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系。

七、禁止同一部门或一人办理财务电子信息软件开发、系统操作、系统维护和档案保管等业务的全过程

(一) 财务电子信息软件开发与系统操作应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系;

(二) 财务电子信息系统操作与维护应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系;

(三) 财务电子信息系统操作和档案保管应实行岗位和职务分离,并形成内控监督体系。

收入管理制度

此收入管理制度是为进一步完善医院收入管理,在原有规章制度进行认真梳理的基础上进行补充。医院收入是指医院开展医疗业务活动及其他活动依法取得的非偿还性资金,以及从财政和主管部门取得的专项补助经费。医院收入应符合国家有关的法律法规和政策规定,依法组织并及时确认。

一、收入确认

(一) 专项补助经费 即医院从财政和卫生主管部门或主办单位取得的专项经费,此项收入应根据相关部门的要求,纳入单位预算体系,及时确认收入,专款专用。

(二) 医疗收入 即医院在医疗业务活动中取得的收入,包括挂号收入、床位收入、诊察收入、检查收入、治疗收入、手术收入、化验收入、护理收入和其他收入等。上述各项收入按照物价管理部门制定的医疗服务收费项目和价格,依法取得。

(三) 药品收入 即医院在开展医疗业务活动中取得的中、西药品收入,药品收入要严格执行零差价且依法取得。

(四) 除上述以外符合国家相关规定的收入均纳入其他收入管理。

二、收入管理

(一) 医院的全部收入要纳入财务处统一核算和管理。其他部门和个人不得私自收取任何费用。严禁私设“小金库”和账外账。

(二) 医院的各项收入要认真执行国家的物价政策,严格执行物价部门批准的收费标准。

(三) 医院取得各项收入必须开具按规定统一印制的票据,不得使用规定以外的不合规票据。

(四) 各项收入按财务规定及时入账。

1. 按照《会计法》的要求,以每月自然天数为收入的确认时间,以权责发生制为基础,保证医院收入核算及时准确。

2. 门诊收费处和挂号收费员每日编制收入日报表,住院收费员每日编制日报表,先由收费处复核会计每日审核日报表,审核无误后打印汇总住院病人费用结帐日报表并交至财务处,再由财务处二次审核并按月编制收入明细报表。

3. 定期对收入实现情况进行分析,主要针对收入结构状况和增减变动情况,评价收入差异变动原因,找出存在的问题和不足,提出改进的建议和意见。

4. 合理设置与收入相关的岗位,明确收入岗位的职责、权限,收入业务发生与收款业务职能;收入票据使用与审核保管职能,收入票据保管与出纳职能,收入退款与审批等不相容职能岗位分离。

本制度与以前财务处制定财务管理规章制度不一致的,一律按本制度执行。本制度自发布之日起实行。

支出管理制度

此管理制度是为进一步完善医院支出管理,在原有规章制度认真梳理的基础上进行补充。加强医院财务管理,依法组织收入,努力节约支出,提高资金使用效益,促进事业的发展,使医院各项经费管理有章可循,根据国家《医院财务管理》、《医院财务管理制度》、《会计法》、《现金管理暂行条例》的要求,结合

本院的实际，特制定本管理办法。

本办法适用于本院支出管理。

一、支出管理职责

医院的一切财务支出活动必须严格遵守国家法律法规和财务规章制度。

严格现金管理，大于现金支付额度的支出，应当使用银行转账支票结算，如因特殊原因使用现金时，应当由财务部门负责人审核签字。

按照权利与责任对等原则，审批人员负有各自的权利和责任。按照审批权限和要求履行审批职责，在审批过程中出现失职应承担相应的责任。

二、支出申请管理：

医疗机构的财务支出包括：业务支出（人员经费、药品费、卫生材料费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金、其他费用。其他费用下设办公费、维修（护）费、物业管理费等）和其他支出等。

财务部门要依据本年批复的年度预算和单位资金安排，复核用款计划。

财务支出用款计划需在财务部门备案，监督实施。

院长负责审批一定支出范围内的支出。

三、分级归口管理，根据部门预算和计划由相关职能部门负责。具体分工如下：

党办、宣传科：宣传学习（报刊、杂志、广播、电视、文娱、政治活动等）费用

院办：邮电费、电话费、公务车辆的配件及修理费、招待费

人事处：职工工资、临时工工资、社保费用、和离退休人员费用

组织科：援疆、陕人员费用、党日活动费用

医务处：医技人员夜班费、进修费、医疗纠纷赔偿费用

科技处：外出参加学习班及学术会议费用、科研费用

教育处：住院医及全科医相关费用

护理部：护士进修、出学习开会及其他费用

设备处：医疗设备购置、入库设备的安装修理费、卫生材料及低值易耗品的购置、入库管理及设备、材料的相关运杂费

总务处：水、电、气消耗、医疗垃圾（危险品）处置、办公用品、其他材料的购置，一般设备、其他固定资产的购置及维修费。

病房管理科：液氧费、洗涤费、物业费、印刷费等

信息中心：信息设备购置、图书购置、网络信息维护了费用

三、支出管理程序

财务处稽核人员负责原始凭证的填制；

职能科室负责人负责审核签字；

财务负责人审核签字；

分管副院长负责审批签字；

主管院长负责审核批准。

四、支出审核的原则

医院的所有支出在支付时必须由财务处进行审核。对支出的原始凭证、项目真实性、完整性、合法性审核，认真审核签批手续是否齐全，是否有预算或超预算支出。

五、支出审核的范围

已列入本年度计划的基本建设工程项目支出；

设备采购支出；

修缮项目支出；

购置卫生材料、其他材料、低值易耗品和办公用品支出等；

药品采购支出；

专项费用支出；

单位维持正常运转的其他支出。

六、支出审核的内容

报销的发票必须是由税务和财政部门监制的正式发票或收据；

发票或收据上项目填写必须齐全；

发票或收据上必须加盖单位财务专用章；

发票或收据大小写金额必须相符；

发票或收据不得涂改和挖补；

发票丢失视同丢失现金，责任自负。

预算审批计划文件（含增补预算审批计划文件）。

审批程序中各权限范围的审核、审批签字。

合同原件。

工程项目结算付款须有工程进度报告、工程项目完工验收单、结算审计报告等。

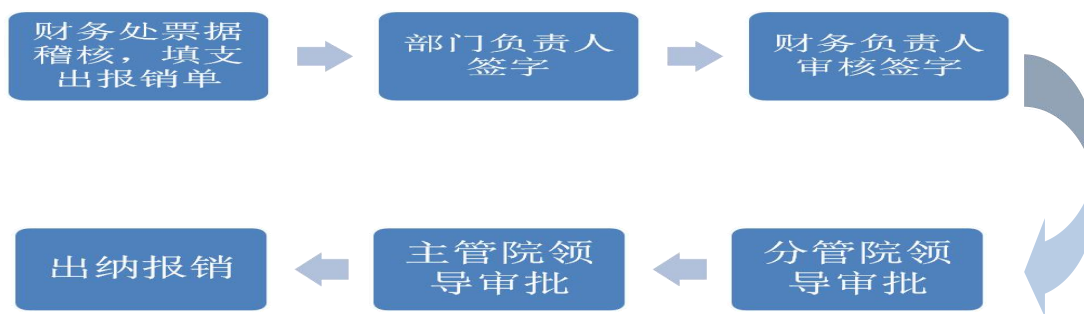
设备购置结算付款须有设备购置清单、设备验收单等。

其他凭证：要素完整；签字手续齐备；数量和金额清晰、完整、准确。

支出报销流程和审批权限

根据其职责、权限和相应程序，审批人员对申请报告和费用进行审批。按照权利与责任对等原则，审批人员在审批过程中出现失职应承担相应的责任。审批权限如下：

(一) 流程



(二) 费用开支审批表

| 费用开支项目 | 金额 | 部门负责人 | 财务负责人 (1000 元及以上) | 分管院领导 | 主管院领导 |
|---------------|---------------------|-------|----------------------|-------|-------|
| (一) 差旅费 | 5000 元以内、标准内支出 | √ | √ | √ | |
| | 5000 元以上及超出标准支出 | √ | √ | √ | √ |
| (二) 招待费 | 3000 元以下 | √ | √ | √ | |
| | 3000 元以上 (含 3000 元) | √ | √ | √ | √ |
| (三) 业务费用 | 5000 元以下 | √ | √ | √ | |
| | 5000 元以上 (含 5000 元) | √ | √ | √ | √ |
| (四) 购置低值易耗品 | 5000 元以下 | √ | √ | √ | |
| | 5000 元以上 (含 5000 元) | √ | √ | √ | √ |
| (五) 房屋及机器设备维修 | 50000 元以内、预算额内 | √ | √ | √ | |
| | 50000 元以上、超预算及无预算 | √ | √ | √ | √ |
| (六) 购建医疗用固定资产 | 100000 元以内、预算额内 | √ | √ | √ | |
| | 100000 元以上、超预算及 | √ | √ | √ | √ |

| | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|---|---|---|---|
| | 无预算 | | | | |
| (七)购建非医疗用固定资产 | 50000 元以内、预算额内 | √ | √ | √ | |
| | 50000 元以上、超预算及无预算 | √ | √ | √ | √ |
| (八) 人员费用：如讲课费、加班费、劳务费、工资等都需要主管院领导签字 | | | | | |

八、写规范及票据粘贴要求

(一)、报销单填写规范

填写报销单字迹工整、清晰，金额不得涂改，凡需填写大小写金额的单据，大小写金额必须相符，相关内容填写完整。费用报销单必须用蓝、黑钢笔或签字笔书写，不可使用圆珠笔或铅笔书写。

具体填写说明

- 1、在“姓名”处填写报销人姓名。
- 2、日期如实填写报销时的日期。
- 3、“事由”处填写费用支出的用途。
- 4、“支出金额”此处填写实际发生金额，“附件张数”填写报销的单据的数量。
- 5、人民币大写字样：零壹贰叁肆伍陆柒捌玖拾佰仟万
- 6、在费用报销单右下角的“经手人/领款人”处由报销人签字，财务经办会计在“财务稽核人”处签字。

(二)、票据粘贴要求

- 1、票据粘贴在粘贴单上，用胶水粘贴。票据粘贴要求平整，粘贴后不能超过粘贴单的范围。
- 2、发票由左往右贴，由下往上贴。火车票尽量往后面贴，因为它的金额在前面，如果贴得太前，贴上报销单后会把金额挡住。
- 3、如果发票量大，要分门别类，按规格大小统计一起粘贴。
- 4、尽量把发票贴均匀，平整，以便财务部装订成册。

九、财务处付款要求

财务人员要按照医院的各项支出管理规定，严格审核相关原始单据。

财务人员要按照医院的支出审批管理制度，确定相应签字手续完备后，方可付款。

支票签发必须填写收款单位名称（与发票一致）、日期、金额及用途，并由领款人签字

需现金支付的，应严格遵循国家现金管理条例的规定。

所有的借款必须在经济活动结束后一个月内还款。

十、现金支取范围

严格按照如下开支范围支付现金：

个人劳动报酬，包括劳务、讲课费及其它专门工作报酬；

支付给个人的各种奖金，包括按照国家规定颁发给个人的各种科学技术、文化艺术、体育等各种奖金；

各种劳保、福利费及国家规定对个人的其它现金支出；

出差人员必须随身携带的差旅费；

结算起点以下的零星支出。

本制度与以前财务处制定财务管理规章制度不一致的，一律按本制度执行。本制度自发布之日起实行。

收支审批责任

为进一步完善医院内控管理，根据原有规章制度进行认真梳理的基础上进行补充。财务开支审核审批是财务工作的重要组成部分，在这个过程中，每个环节紧紧相扣，形成了一个责任链，所以需要涉及到的每个审核审批人员高度重视、认真负责、严格把关，正确反映和监督各项经济业务，履行好各自的职责，减少渎职现象的发生，必须明确审批的责任。根据审批授权的具体环节，审批责任明确如下：

- 一、业务经办人员对医院取得的各项收入的完整性负责；

二、 签订合同的收入业务，签订合同科室对收入收缴的及时性付首要责任，财务部门负责监督执行情况；

三、 财务开票人员对所出具的票据相对应业务的真实、完整、合法性负责；

四、 具体业务经办人员对支出的合法性、真实性、有效性负责；

五、 部门科室负责人对支出的合法性、真实性、有效性负责；

六、 财务稽核岗位会计对载明支出内容凭证的合法性、真实性、完整性负监督审核责任；

七、 财务处长对支出的合法性、合理性及在会计核算中的准确性、适当性负责；

八、 财务人员财务支出制度的贯彻执行负有监督、审核责任。对无财务审核或审批人审批的支出，责任应相应由审批人或支出人承担；

九、 各审批人员要严格执行财务审批制度，不得违背审批原则和审批程序，无书面授权或相关依据的情况下不得超越审批范围和审批权限。

十、 发现已办理的会计业务违反规定或处理错误，按下列顺序追究责任及纠正：

（一）处长发现追究稽核人员责任由稽核人员负责纠正。

（二）稽核人员发现由报销人员负责并予以纠正

（三）出纳员办理未经审核、复核的款项收付，由出纳负责，与出纳无关的业务错误出纳员应协助纠正。

各部门应对经费支出严格把关，对支出款项的真实性、合法性负责。凡计划不当由申请部门负责，采购不当由采购部门负责，管理不当由使用部门负责，审批不当由审批人员负责，手续不全而给予支出报销的由财务部门负责

货币资金内部控制制度

一、本制度所指货币资金是指现金、银行存款和其他货币资金。

二、货币资金由院财务处统一集中管理，所有货币资金收支都必须纳入院财务处统一核算。院内其他任何部门未经财务部门授权，不得擅自办理收付款业务和出具收据。院内任何部门和人员在对外经济往来中，收取的各种名义的回扣、劳务费、手续费、配合费等应及时交由院财务处计入法定账册。

三、财务根据规定组织有关部门与人员编制年度现金流量预算和月份、季度执行预算，并认真组织实施，合理运作资金，适度保持现金持有量，发挥资金最大效益。

四、出纳人员不得兼任稽核、会计档案保管和收入、支出、费用、债权债务账目的登记工作，出纳岗位实行定期和不定期轮换。

五、按规定使用现金，超过结算起点，不得支付现金。不得从本单位的现金收入中直接支付现金。除发零星工资奖金、差旅费、独生子女医药费、学费、零星报销费用使用现金外，其他结算金额超过1000元以上的，如无特殊情况不得支付现金。对收取的水电费、以及出售的废、旧料收入、固资残值收入等要及时交财务处存入银行，不得坐支和作他用。

六、各类资金的审批人应当根据规定，在授权范围内进行审批，不得超越审批权限审批。经办人应当在职责范围内，按照审批人的批准意见办理货币资金业务。对于审批人超越授权范围审批的货币资金业务，财会人员有权拒绝办理。

七、对于大额货币资金支付业务，实行院长办公会集体决策和审批。

八、银行账户的开设和终止必须经财务处批准。

现金控制

1. 本制度所指现金是指院财务处控制的用于零星开支的库存现金。现金的收付及保管只能由出纳人员负责，其他人员未经授权，不得管理库存现金。

2. 本院现金收支业务的范围和额度，遵照国家《现金管理暂行条例》的规定执行。对不属于现金收支范围或超过收支额度的业务，必须通过银行办理转账结算。

3. 出纳员负责办理收款业务，不得同时担任开票和编制现金收款凭证工作。

4. 收取的现金必须及时入账，不得私设“小金库”，不得账外设账。

5. 收取的现金应当及时存入银行，不得直接用于支付自身经济业务的支出。因特殊情况需要坐支现金

的，应当事先报经开户银行审查批准。

6. 对现金支出实施以下控制：

(1) 有关部门或个人因业务活动需要预支现金时，应当提前向审批人提交现金预支申请，注明款项的用途、金额等内容，必要时附相关有效证明。

(2) 有权审批人根据其职责、权限和规定的程序对预支申请进行审批。对不符合规定的现金支付申请，审批人应当拒绝批准。审批人应当在权限范围内审批，不得越权审批。

(3) 财务处稽核人员对批准后的现金预支申请进行复核，复核现金支付的范围、批准额度、权限、程序是否正确，手续及相关单证是否齐备等，复核无误后交由出纳人员支付现金。

(4) 出纳人员应当根据审核无误的现金付款凭证，按规定办理现金支付手续；

(5) 业务人员报销时，应当取得合法的原始凭证，业务部门负责人，必须对原始凭证进行审核并签字盖章，院长批准后，主管会计应当审查原始凭证，审核原始凭证反映的经济业务内容是否真实、合法和有效，支出范围和额度是否与申请批准的一致，原始凭证的填制是否符合规定要求，审核无误后由财会人员编制现金付款凭证，财务处长应当在付款凭证及其相关附件签章；

(6) 出纳人员根据复核无误的付款凭证和所列数额，按规定办理现金支付或报销手续，及时登记现金日记账，并在付款凭证和所附原始凭证上加盖“付讫”戳记。

7. 现金必须存放在保险柜内，不得在保险柜内放置个人现金、存款单据及有价证券等，不得在保险柜内放置其他物品，不得以白条充抵库存现金。

8. 院财务处应当配备验钞机，出纳人员必须对收存入库的现钞进行验证。

9. 财务指定财会人员定期与出纳员对账，核对现金明细账（或总账）的发生额及余额与现金日记账是否相符，确保现金收支业务会计核算资料的真实完整。

10. 财务处应当加强库存限额的管理，超过限额的现金，应当及时存入银行。出纳人员应当每日清点库存现金实有数，并与现金日记账余额相互核对，确保账实相符。对发现的现金短缺或溢余，应当及时查明原因，报经审批后处理。

11. 财务处定期或不定期地清查库存现金，核对现金日记账，确保现金资产的安全完整。

银行存款控制

1. 本制度所指银行存款是指存入银行或其他金融机构账户上的货币资金。医院按照《人民币银行结算账户管理办法》的规定开立和使用银行账户。只能在银行开立一个基本存款账户，用于本单位经济活动范围内的资金收付。

2. 办理银行收付款业务时，实施以下控制：

(1) 业务部门根据业务需要，按照规定，授权经办人员办理涉及银行收付款项的经济事项。

(2) 审批人员应当在授权范围内对业务事项进行审核、审批。对超越审批权限的审批事项，财会人员应当拒绝办理。

(3) 经办人员在办理业务时，必须取得合法的原始凭证。应当根据经济事项类别、性质、以及对方单位的信用情况和本段的财务政策，会同财会人员确定收付款项的结算方式及结算时间；

(4) 对于银行收付款业务，业务主管和经办人员必须在相应的原始凭证上签字盖章，注明经济业务事项的内容、用途等，购置实物资产的必须附有验收部门或领用人员的验收签章。

(5) 财务或其指定人员必须对原始凭证及相关银行结算凭证进行审核，审查原始凭证的基本内容是否完整，审查经济业务事项是否真实、合法、合规，审查经济业务事项是否得到批准、是否超越审批权限和范围办理，业务经办人员和主管人员、分管副院长、院长是否在原始凭证上签字或盖章。对不符合规定的，财务部门应当要求经办人员补办手续或拒绝办理，对审核无误的，财务或其指定人员应当在相关原始凭证上签字或盖章，表示同意收付，会计人员根据审核无误的原始凭证及相关批示，编制银行收付款记账凭证。

(6) 出纳人员根据银行收付款凭证，按照银行结算办法的要求，办理收付结算手续，并及时登记银行存款日记账。对办理完毕的银行收付款业务，应当在收付款记账凭证和所附原始凭证上加盖“收讫”或“付讫”戳记。

3. 主管应当定期与出纳员进行对账，核对银行存款明细账（或总账）的发生额及余额与银行存款日记账是否相符，核对银行存款日记账与银行对账单是否相符；财务处长应当不定期抽查银行收付款凭证与银行存款日记账是否相符；月末，会计人员应当编制银行存款余额调节表，确保银行结存余额准确无误。财务处长应对现金、银行存款日记账进行审查、核对，每月不少于2次，审查情况要有记录，或在会计账

簿余额栏外盖章签字，发现问题及时处理。

财务处应当严格遵守银行结算纪律，不准签发没有资金保证的票据或远期支票，套取银行信用；不准签发、取得和转让没有真实交易和债权债务的票据，套取银行和他人资金；不准无理拒绝付款，任意占用他人资金。

票据和印章管理

1. 票据会计经财务处批准后统一办理与货币资金相关票据的购买、保管、领用、注销等工作，并专设登记簿进行记录，防止空白票据的遗失和被盗。

2. 财务专用章和法人代表名章应由财务处长保管，个人名章必须由本人或其授权人员保管，不得擅自将自己保管的印章交他人使用，也不得私自接受他人保管使用的印章。各类印章应当妥善保管。

3. 各类印章应当严格按照规定的业务范围和批准程序使用。必须明确需要单位负责人签字或盖章的经济业务事项和范围，不得乱用、错用。按规定需要由单位负责人签字或盖章的经济业务，必须严格履行签字或盖章手续。

监督检查

财务应当定期或不定期地对货币资金的运作管理情况进行检查。对监督检查过程中发现的货币资金内部控制中的薄弱环节，应当及时采取措施，加以纠正和完善。

债权债务内部控制制度

本制度所指债权是指本院因有偿调拨存货、处理固定资产、提供劳务、预付工程款等，应向购货单位或接受劳务单位收取的款项及单位内部职工借款，主要包括应收账款、应收票据、预付账款、其他应收款；债务是过去的交易、事项形成的现时义务，履行该义务预期会导致经济利益流出本院，主要包括应付账款、应付票据、预收账款、其他应付款。

债权管理制度

一、 应收债权的确认界定

(一) 应收账款的确认。在调拨、转让或提供劳务的行为已经完成，与交易相关的收入确认时形成的债权。

(二) 应收票据的确认。因调拨、转让或提供劳务等，收到的票据形成的债权，其确认应与应收账款确认相同。

(三) 预付款项的确认。按照规定签订合同或协议，并经院长授权批准，按合同规定预付给供货方货款总额一定额度的货款，确认为预付款项。

(四) 其他应收款的确认。发生的非购销活动的应收债权为其他应收款，包括各种赔款、存出保证金、备用金及应向职工收取的各种垫付款项等。财务处根据授权及相关责任部门提供的原始凭证和资料，经审核无误后确认。

二、 应收在院病人医药费以及应收医疗款管理

(一) 财务处根据住院收费处每日上报的缴费日报表，编制记账凭证，登记应收在院病人医药费以及应收医疗款。

(二) 财务处每月核对在院病人的应收与已收医药费是否与系统中核算发生的医药费一致。

(三) 建立出院病人个人欠费管理制度。专人负责，对个人欠费的审批权限作出规定，对大额债权必须采取保全措施。二级以上医疗机构应设置相应的欠费催收人员，以加强欠费催收工作。对个人欠费应进行账龄分析，催收人员根据分析结果以函证、上门催收等形式进行催收。

(四) 及时结算应收住院病人医药费。超过3年无法收回的医疗款作为坏账处理，坏账损失经过清查，报主管部门批准后，在坏账准备中冲销。年终按年末应收医疗款和应收在院病人医药费科目余额的3%~5%计提坏账准备。当年坏账准备不足冲销的，应分清原因，分别处理。

(五) 每月核对各种医疗保险的应收医疗款，医疗保险应收医疗款必须核对当期医保结算中心实际付款与拒付之和与应收医疗款一致，并按各种医疗保险类型设置应收医疗款和拒付医疗款明细账。

(六) 财务处应定期与医保结算中心核对账目，保证账账相符。加强对医保结算中心核定的退报、外地就诊、超总控等费用的核对工作，及时催收医保结算费用。

三、其他应收款管理

(一) 其他应收款是指除应收医疗款和应收在院病人医药费以外的其他各种应收和暂付款项，主要包括预付工程款和设备款等大额款项、备用金、差旅费借款和其他零星借款等。

(二) 建立其他应收款管理制度。财务处门应指定专人负责其他应收款的账务登记工作，分门别类记录其他应收款的发生情况，便于清理和催收。借款经办人在借支、预支项目完成后应及时办理报销，同时将余款全部缴清。对于经办人在借支、预支项目完成后三个月内仍未办理相关报销手续的，财务科必须向其发出书面催款通知，无正当理由拒绝清账者，经财务处处长和院长批准后，从其工资中分月强制扣款清账。

(三) 对于大额款项需依据相关合同，并由收款单位提供相应的预付款保证函。定期核对保证金和抵押金，确保在正常期限内收回。

四、财务控制

(一) 设置债权管理岗位，建立债权明细账，监督债权审批，禁止一人办理债权业务的全过程。

(二) 对收回的应收医疗款、其他应收款和列入坏账后重新收回的款项及时入账，杜绝账外款。

(三) 对有长期业务往来关系的单位建立完整信息资料，并对其信息实行动态管理，及时更新。

(四) 对可能成为坏账的应收款项应及时报告院领导，由其进行审查，确定是否确认为坏账。

(五) 列作坏账损失的应收账款必须符合以下条件之一：

1、因债务人破产或死亡，依照民事诉讼法以其破产财产或遗产（包括义务担保人的财产）清偿后，确定无法收回的应收款项

2、经单位和上级批准的债务人逾期履行偿债义务超过三年仍无法收回的应收账款。

(六) 对确实无法收回的款项，经办人应书面说明原因，财务处提出书面报告，报院长审批后完成会计账务处理，核销呆账并对已列销的坏账建立台账同时做好备查登记。

五、医疗欠费管理

(一) 为进一步加强医院的经济管理，明确各级人员的职责，控制病人医疗欠费，降低可控成本，减少经济损失，提高医院经营效益，特制定本制度。

1、住院病人在办理住院手续时，住院收费处每日核对所缴押金，并做缴款。

2、住院收费处定期向临床科室发放各种医疗保险类病人欠费汇总名单，及单个病人欠费《催款通知单》，由相关临床科室主任或护士长签收，临床科室负责将欠费《催款通知单》下发到病人或家属手中。

3、欠费的自费病人需补足医疗预收款后，方可办理药品、检查、治疗、手术等费用记账结算手续。

4、住院收费处定期对在院以及出院病人的欠费情况进行统计汇总。应将该信息反馈给临床科室，各科室及时清理欠费。年底住院收费处将各种不结款病人的出院手续一并结转到财务处，并将欠费情况及科室意见上报院领导。

5、对于因责任心不强而造成逾期应收医疗款和坏账损失的财务人员和其他相关人员予以警告，造成重大损失者予以经济处罚。

(二) 欠费管理具体工作标准

1、每月统计并上报上月待出院尚未结算欠费病人明细

(1) 每月5日统计上月待出院尚未结算欠费病人明细，将统计结果上传至内网，便于各病区护士长及医生催收欠款。明细中若有解锁病人，需要与住院处核实是否该病人有解锁清单，并联系相关负责人和病区及时催收该病人欠费。其中职工医保及居民医保病人的欠费统计在未办理结算之前，欠费金额按照总计金额扣除其自付金额计算。

操作步骤：HIS系统——住院系统——查询——住院病人查询——待出院病人——出院日期：上上月（月初一月底）——性质：自费农保等各类性质分别统计——查询——欠费病人——打印——引出内容：住院号、姓名、床号、入院日期、出院日期、预缴金额、总计金额、自费金额、余额、科室、性质、医疗小组——整理汇总表格——上传至内网，发通知，置顶于20日。

(2) 次月5日将上月汇总仍未结算病人清单报送至改革办，欠费金额与各科室绩效挂钩。并逐一核查之前上报的欠费病人是否办理结算手续，已追回的欠费病人明细同样体现在报改革办表格中，改革办按规定返还已扣绩效；表格一式两份并加盖财务章，一份交予改革办，一份财务处留存。电子表格上报处长（邮件方式）。

2、定期整理并清算待出院尚未结算的自费性质病人。按季度将自费性质的已发证明出院尚未结算病

人明细统计，交由住院处根据财务处要求统一结账，并将整理的发票、当日结账日报表上交至财务处，财务处做好发票保管工作。

3、办理病人住院结算业务。前期清理欠费中由住院处结算的病人如需进行结算，需要病人或代办人携带病人及代办人身份证等身份证件、预交金条交至财务处，根据病人住院号信息在《本月未结账病人清单》中查询做好结算登记。

根据病人发票上的信息，做结算工作。需要退病人款项时，写支出报销单（退病人 xxx 出院结账费用，住院号：xxxxxx），注明退款金额，附件包含发票记账联、完整足额的预缴金单以及病人和代办人身份证件复印件。预缴金单有缺失的，通过查询住院系统缴款信息后，填写预缴金单丢失说明，并要求病人或代办人签字。支出报销单粘贴后，需经办人及财务处处长签字，票据稽核会计审核无误后盖稽核章交现金会计进行结算，病人或代办人核实无误后在领款人签字并留联系电话，结算款与发票一并交由病人或其代办人。

4、定期编制医疗欠费报告。每隔半年或一年，根据省厅要求上报年度门急诊、住院欠费病人明细表及报告，对欠费管理工作中存在的问题进行分析并提出改进建议。电子版发送至卫生厅规财处邮箱，纸质版加盖公章后邮寄至卫生厅规财处。

5、定期清理欠费

(1) 每年度定期整理在院已发证明出院尚未结算病人的明细，申请信息中心将该明细中所有性质的病人从后台结转成自费性质，以便住院处统一结账。

(2) 住院处根据财务处要求统一结账，并将整理的发票、当日结账日报表上交至财务处，财务处做好发票保管工作。

6、提出欠费管理工作存在的问题，定期编写分析报告。进行欠费管理工作的过程中，发现问题及时汇报，并要做出适当的处理。定期对欠费管理中存在的问题进行分析，并提出相应的解决对策，形成书面总结报告。

7、办理其他与病人欠费管理相关的业务

六、备用金管理

(一) 为了加强备用金的管理，提高资金利用效率，有效控制资金占用，特制定本制度。

1、备用金是指由财务处拨出的固定数额现金，委托出纳或其他专人保管，用于办理部门日常零星支出，定期将有关业务凭证交给财务处门进行报销，并补齐备用金定额。医院的备用金主要有财务出纳备用金、门诊挂号收费备用金、住院结算备用金、等。

2、根据业务活动需要确定备用金定额，并设专人管理备用金。

3、根据规模大小、业务量等情况，合理确定各类收费人员的备用金数额，由财务负责人审批。

4、收费人员不得将备用金抵作他用。收费人员调出收费岗位时，必须及时交回备用金。

5、财务处门在抽查收费人员账款相符情况时，应同时抽查备用金使用情况。

债务管理制度

为确保各项债务的按期偿还，维护医院的良好形象，制定本制度。

一、医院债务

(一) 医院的债务主要分为流动负债和长期负债。

(二) 医院的债务是指医院所承担的能以货币计量，需要以资产或劳务偿还的债务，它代表的是医院对其债权人应承担的经济责任。

(三) 流动负债包括偿还期 1 年内的短期借款、应付账款、医疗预收款、预提费用、应交超收款、应付工资和应付社会保障费等。长期负债是指偿还期在 1 年以上的长期借款和长期应付款等。

二、应付债务的界定：

(一) 应付款项的确认。根据购销合同对所购商品的所有权已转移或劳务已发生为标志，即可确认记列为应付账款。

(二) 其他应付款的确认。发生非购销或非接受劳务应付的款项记为其他应付款。主要为本单位承担的租金、暂收其他单位和个人的款项、存入保证金、应付社会保障金等，按实际发生金额予以确认。

三、严格控制债务规模

(一) 医院树立效益意识和风险意识，防止因盲目扩大债务规模而影响医院正常业务的开展。

(二) 大额债务属于医院重大的经济事项，必须经决策层研究确定，决策前要做好充分的论证工作。

(三) 财务处门应指定专人负责应付账款、其他应付款的登记、核销、对账工作，建立严格的岗位责任制度，按费用类别合理设置二级明细账，建立“三核对”制度，即每月总账和明细账余额核对，明细账与管理部门核对，年末与供应单位核对，以保证账账相符。

(四) 控制应付账款规模，严格执行支出申请、审批、审核及支付的管理制度。

四、债务清理和结算

(一) 及时清理和结算债务。及时组织相关人员清理各种应付款项和预收款项等，对有关借款和应交款要保证在规定的期限内偿还和缴纳。

(二) 财务处设置债务管理岗位，定期核对并及时清理债务。禁止一人办理债务业务的全过程。

(三) 建立债务明细账，核算应付款项。

(四) 分别管理不同性质的债务，及时清理并按照规定办理结算，保证各项负债在规定的期限内归还。

(五) 建立应付债务账龄分析制度，按合同(协议)约定合理调度资金，及时清偿债务，维护医院信誉，防范由此而造成的财务风险。

(六) 因债权人原因确实无法偿还的债务，经院务会批准可计入其他收入。

五、预收医疗款制度

(一) 为维护医院利益，确保各项医疗收入的及时收回，保护病人的权益，制定本制度。

1、按照相关规定制定预交金额度和收取预交金。

2、收取预收医疗款必须开具由结算人员出具预收医疗款临时收据，临时收据一式三份，一份交病人，一份作为收入凭证，一份留存，并做好相关信息的记录与核对。

3、严格执行预交金的收、退、作废的操作规程。

4、严禁挪用预收医疗款，当日预交金当日入账，不得坐支。

5、预收医疗款实现系统内双重核对，即收费系统内部至少提供两种不同方式的提取数据，实现收款人员与审核人员间的核对，数据一致后审核人员及时确认预收医疗款收入。

6、预收医疗款实行收费员、收费处审核责任人和财务处审核责任人三级审核控制。

(1) 收款人员负责准确收取预交金，并开具由结算人员出具预收医疗款临时收据，临时收据一式三份，一份交病人，一份作为收入凭证，一份留存。

(2) 收费处审核责任人负责审核当天预交金总额，送存银行报送财务处门审核责任人审核。

(3) 财务处审核责任人每日核对预收医疗款报表与进账单是否一致。

(4) 收费处和财务处均设置预收医疗款账目，每月双方进行核对。

7、财务处不定期检查预收医疗款，依法追究挪用当事人的责任。

8、建立债务授权审批、合同、付款和清理结算的控制制度。定期进行债务清理，编制债务账龄分析报告，及时清偿债务，防范和控制财务风险。

债权、债务岗位责任制

1、项目负责人为本项目应收及应付款项管理的第一责任人，负责款项全过程管理。

2、财务负责人组织应收、应付款项的日常管理工作。

3、财务处为应收、应付款项管理的主办部门，其他相关部门为应收、应付款项管理的协办部门，各部门应设立专、兼职的管理人员，部门之间要密切配合、互通情况，共同做好应收、应付款项管理工作。

4、财务处门职责：

(1) 办理应收、应付款项的管理工作；

(2) 负责编制并下达应收款项催收计划及催收方案，并按月组织相关部门完成应收款项的清收工作；

(3) 负责建立健全应收款项台账，定期编制应收款项明细表；

(4) 严格按照医院资金管理和使用的有关规定，加强对外借款、对外预付账款的控制和监督；

(5) 负责应收款项管理的分析总结工作，针对问题及时提出管理建议；

(6) 及时偿还债务，避免长期债务情况的发生；对已形成的债务，合理确定偿还时间和规模；

(7) 与债权方及时沟通、核对，财务困难时，要得到债权方的理解，避免造成不良影响。

收费票据管理制度

此制度是为进一步完善医院票据管理，在原有规章制度进行认真梳理的基础上进行补充。加强对与资金相关票据的管理，规范各种票据的领用、保管、使用等事项，特制定本制度。本制度适用于与资金相关

票据的业务办理。

一、门诊和住院票据管理流程

(一) 购买门诊和住院票据应持“徐州市财政票据购、领、使用记录簿”和转账支票，到徐州市财政局综合处办理购买手续。购买数量应根据日常票据使用数量估算，一般为半年用量。应做到及时购买，避免出现断档现象，影响收费工作。

(二) 根据日常发票平均用量，打电话通知新华印刷厂送票据。票据送达时，当场查验票据的数量及票段，核对无误后签收送货单，并让门诊收费处或住院处票据管理人员核对无误后在门诊或住院票据登记簿上签字。如果发现票据的数量或票段错误，应当场联系新华印刷厂相关人员，再送正确的票据，错误的票据返厂处理，更正后再次送回。确保票据正确无误，避免影响收费工作。

(三) 核销票据采用二级核销。一级核销为一级核销员根据每日收费员使用票段登记表，逐一登记每个收费员使用票段核销时间，之后在发票领取登记表上一级核销人处签字，后上交给二级核销员。二级核销为二级核销员根据已上交的发票领取登记表核销已使用完毕的某批次票据，核销完毕后在发票领取登记表上二级核销人处签字。如发现问题，核销员之间应及时沟通，追溯查找原因，相关人员应作相应说明。确保核销的票据票号连续，票据数量和票段正确无误。

(四) 定期将门诊或住院发票存根运到仓库存放。定期清点，将超过存放期限的发票存根及时清理，按规定销毁。不用的发票应登记在册，妥善存放。存放票据的仓库应门窗上锁，钥匙由专人保管，确保票据安全存放。

二、结算票据管理流程

(一) 购买结算票据应持“徐州市财政票据购、领、使用记录簿”和上一期已使用核销完毕的结算票据，到徐州市财政局综合处办理购买手续。将购回的结算票据按顺序编号，登记在票据购领销登记簿上。

(二) 根据业务需要，规定结算票据领用人范围。领用时，领用人应在票据购领销登记簿上签字。核销结算票据时，应对照总账系统中记录的凭证，将每张票据对应的凭证号登记在收据核销登记表中。如无法找到收据对应的凭证，应联系收据领用人查找原因，并作相应说明。结算票据上记录的收入项目与总账系统记录的凭证应保证一致，做到票账相符。

三、内部收据管理流程

(一) 根据日常用量，及时联系印刷厂印制内部收据。印制的数量一般为一年用量。印制的内部收据应保证票号连续，如出现错号、断号，应在内部收据购领销登记簿上作出说明。

(二) 根据业务需要，规定内部收据领用人范围。领用时，领用人应在内部收据购领销登记簿上签字。核销内部收据时，应对照总账系统中记录的凭证，将每张收据对应的凭证号登记在收据核销登记表中。如无法找到收据对应的凭证，应联系收据领用人查找原因，并作相应说明。内部收据上记录的收入项目与总账系统记录的凭证应保证一致，做到票账相符。

四、住院票据复核流程

(一) 一级复核。住院处专人复核每日的住院票据，并及时上缴财务。

(二) 二级复核。住院处班长抽查一级复核的住院票据，抽查比例为 20%。

(三) 三级复核（财务处复核）

1、三级复核人员抽查一级和二级复核的住院票据。其中一级复核抽查比例为 10%，二级复核抽查比例为 10%。

2、财务处主管人员抽查三级复核人员复核的住院票据，抽查比例为 1%。

注：每一级复核均应建立抽查明细记录本，财务定期检查。

五、住院票据复核内容

票据复核包括住院预缴金收据复核和住院医药费结算收据复核。复核住院票据应根据个人日报表所列表的内容与相应个人交来的预缴金收据和结算收据进行核对。核对无误后，再将个人报表与汇总日报表进行核对。

(一) 住院预缴金收据复核

住院预缴金收据复核包括收预缴金收据和退预缴金收据的复核。

1、收预缴金收据复核

(1) 按照汇总日报表列示的操作员结账的顺序将个人日报表排序，再按序整理个人交来的收预缴金收据。

(2) 个人交来的收预缴金收据票号应当连续, 如果出现断号或其中某一票号预缴金收据丢失, 收费员应当文字说明原因, 并且应有住院处班长和财务处处长审批签字。

(3) 个人交来的收预缴金收据首尾号与个人日报表中列示的使用票段一致。如果不一致, 收费员应当文字说明原因, 并且应有住院处班长和财务处处长审批签字。

2、退预缴金收据复核

(1) 退预缴金收据的票号应当与个人日报表的票号一致, 并盖作废章。

(2) 退预缴金正常情况:

①退住院的预缴金收据(黑联)后应附住院通知单, 通知单上必须有医生签字, 退预缴金收据上应有病人签字。

②预缴金交错病人的, 退预缴金收据上应有双方病人签字, 并标有重新开出预缴金收据的票号, 并且应有住院处班长和财务处处长签字。

③退当天的预缴金收据, 两联(黑、蓝)必须齐全。

④出院病人退银联方式的预缴金收据, 应有病人签字。如果出院病人丢失预缴金收据, 收费员应填写预缴金收据丢失声明, 病人应在声明上签字, 以此抵作退的预缴金收据。

(3) 退预缴金非正常情况

隔天退现金方式或银联方式(退住院或出院除外)的预缴金收据, 收费员应写说明, 并且应有住院处班长和财务处处长签字。

(二) 住院医药费结算收据复核

1、个人交来的结算收据黑联和红联应分开装订。当天结算收据所附的出院病人退的预缴金收据应齐全。

2、个人交来的结算收据(存根联)票号应连续, 如果出现断号或其中某一票号结算收据丢失, 收费员应当文字说明原因, 并且应有住院处班长和财务处处长签字。

3、个人交来的结算收据首尾号与个人日报表中列示的使用票段一致。如果不一致, 收费员应当文字说明原因, 并且应有住院处班长和财务处处长签字。

4、作废结算收据的情况:(作废的结算收据应盖作废章)

①当天作废的结算收据应三联(绿、黑、红)齐全。如果作废其他收费员当天的结算收据, 只有收据联(绿联)一联的, 应有住院处班长签字。

②自费转农保作废的结算收据, 应有农保办盖章和住院处班长签字。

③农保金额或职工医保、居民医保基金金额结算错误, 作废的结算收据应有医保办盖章和住院处班长签字。

④出院病人发现有未做检查已记账的医疗费用, 需作废的结算收据, 应有医生或病区盖章说明和住院处班长签字。

⑤以上四种情况除外作废的结算收据, 应有经办收费员文字说明, 并有住院处班长和财务处处长签字。

(三) 个人与汇总日报表核对

1、使用票段应当逐一打钩核对一致。

2、退预缴金收据和作废结算收据的票号应当逐一打钩核对一致。

注: 凡是住院处异常的票据, 经办人应写说明, 并且应有住院处班长和财务处处长签字。

(四) 住院票据个人领、用、销登记

1、一级复核人员每日登记个人住院票据领、用、销情况。个人住院票据核对无误后, 将住院票据使用时间、使用票段、使用数量等录入住院票据领用销登记表。

2、各类审核票据、报表, 均应整理整齐, 及时交财务处票据管理人员进行三级复核, 对于审核过程中发现的问题应及时调查原因并上报。

3、三级复核人员定期复核住院票据个人领用销登记表, 定期核销批量住院票据。

六、住院票据复核责任制

(一) 票据复核采用分级制度, 追究相关人员责任, 其中:

1、二级复核发现一级复核的票据不符合复核标准, 将追究一级复核人员的责任。

2、三级复核发现一级复核或二级复核的票据不符合复核标准, 将追究相应级别复核人员的责任。

3、财务主管复核发现三级复核的票据不符合复核标准，将追究三级复核人及相关人员责任。

4、具体责任落实:每张票据 20 元，在绩效中扣除。

本制度与以前财务处制定财务管理规章制度不一致的，一律按本制度执行。本制度自发布之日起实行。

会计档案内部控制制度

一、本制度所指会计档案是指会计凭证、会计账簿和财务会计报告等会计核算专业资料，是记录和反映单位经济业务的重要史料和证据，包括但不限于使用书面方式或电子方式存储的各类会计核算资料。

二、按照职务分离、内部牵制原则，出纳人员不得兼任会计档案的保管工作。

会计档案立卷

财务处会计档案管理人员必须按照归档要求，在会计年度终了两个月内整理立卷、装订成册，编制会计档案保管清册。

会计档案形成后，在未交档案部门保管期间，由财务处会计档案管理人员专人管理，专柜存放，并严格执行会计档案定期检查制度、会计档案借阅、复制登记制度及安全和保密制度。

会计档案移交

会计档案移交档案管理部门时，财务处会计档案管理人员要编制移交清册及移交目录，交接双方核对无误后分别签字盖章。

档案管理部门接收移交的会计档案，应保持财务部门移交时原卷册的封装；个别需要拆封重新整理的，档案管理部门应当会同财务部门档案管理人员共同拆封整理。

会计档案查阅

本院人员查阅会计档案，要经财务处长批准，并在会计档案查阅登记簿上进行登记；外单位人员、审计、公安、监察或其他相关部门查阅会计档案，要有正式介绍信，并经财务处长批准后办理登记手续。

查阅人员不得将会计档案携带外出，原则上不得进行复印，如有特殊需要，需报经财务处长批准。

会计档案销毁

会计档案销毁要严格按照以下程序执行：

1、由本单位档案管理部门提出销毁意见，会同财务部门共同鉴定，确认无误后编制会计档案销毁清册，经院长在会计档案销毁清册上签署意见批准后，双方派人共同监销。

监销人员在会计档案销毁后，要在销毁清册上签名或盖章，并将销毁情况书面报告院长。

2、对于其中未了结的债权债务原始凭证及其他涉及未了事项的原始凭证，应单独抽出，另行立卷。单独抽出立卷的会计档案，要在会计档案销毁清册和会计档案保管清册中列明。

3、保管期限为 3 年以下的会计档案，不向档案部门移交，自行保管、销毁。

财务电子信息化系统权限控制

为了确保医院财务信息系统的正常、安全、高效运行，保证会计信息的真实性、及时性、保密性、安全性，财务处依据《财务处信息化管理制度》、《财务数据密码管理规定》，对会计核算人员系统权限进行管理。这里所指的系统包括用友财务系统、科基金系统、科研系统、成本系统。

所有使用系统人员需要进行登记，填写《财务处系统权限审批表》，系统管理员、财务负责人签字后，由系统管理员对应设置并存档。

一、对于用友系统、成本系统，制单人员有录入功能、查询功能、打印功能，而对账人员、出纳人员只有查询功能，其他人无权浏览。

二、对于科研系统，财务处有支出功能，相关科研课题审批科室有录入功能。财务处设置出纳、对账人员有权限登陆系统，可查阅全院人员科研信息，而相关审批科室只有所属课题范围的浏览权限。

三、科基金系统，系统管理员有录入权限，出纳有支出权限，科室负责人有权查询所属科室基金，其他人无权浏览。

所有系统密码需定期修改，不得告知他人。系统录入错误，不得删除，只能做负数冲销处理，保留修改痕迹。

后附:财务数据密码管理规定、权限审批单

附 1:

财务数据密码管理规定

一、电脑密码保护

财务工作人员应将自己使用的电脑设置密码保护，并定期更换，在离开座位时、下班时要将电脑待机或者关闭，防止别人使用电脑、信息数据泄露。

二、成本系统密码保护

成本系统指定账务制单人员、复核人员、主管人员、信息维护人员登录权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

三、用友数据密码保护

用友系统指定账务制单人员、复核人员、主管人员、信息维护人员登录权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露，其他人员没有权限登陆。需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

四、HIS 系统(科研系统、科基金系统、物价系统)密码保护

(一) 科研系统要指定现金出纳、银行出纳、科研系统对账人员登陆及录入权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限录入，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

(二) 科基金系统要指定现金出纳、银行出纳、科基金系统对账人员登陆及录入权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

(三) 物价系统要指定物价管理员登陆权限，设置密码保护，定期更改，防止数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

五、网上银行密码保护

网上银行指定银行出纳、银行对账人员登陆使用，其他人没有权限登陆，密码定期更换，网银 U 盾不得外借，不用时放置柜中，防止账户信息泄露。

基本建设财务管理办法

第一条 为适应医改新形势下医疗卫生机构基本建设项目管理的需要，加强医疗卫生机构建设项目财务管理，有效节约建设资金，控制建设成本，提高资金使用效益，根据财政部《基本建设财务规则》，并结合我院实际情况，制定本办法。

第二条 基本建设财务管理的主要任务是：

- (一) 依法筹集和使用基本建设项目建设资金，防范财务风险；
- (二) 合理编制项目资金预算，加强预算审核，严格预算执行；
- (三) 加强项目核算管理，规范和控制建设成本；
- (四) 及时准确编制项目竣工财务决算，全面反映基本建设财务状况；
- (五) 加强对基本建设活动的财务控制和监督，实施绩效评价。

第三条 医疗卫生机构负责人对基本建设项目财务管理制度健全及有效实施负责。

第四条 医院基本建设项目财务管理的主要职责是：

- (一) 基本建设资金的筹集与使用管理；
- (二) 基本建设资金的预算管理；
- (三) 基本建设资金的成本管理；
- (四) 基本建设的收入管理；
- (五) 基本建设工程价款的结算管理；
- (六) 基本建设的结余资金管理；
- (七) 编报竣工财务决算

第五条 做好基本建设财务管理的基础工作，按规定设置独立的财务管理机构或指定人员具体负责基本建设财务工作并同时纳入医院财务统一管理；严格按照批准的概预算建设内容，做好账务管理；对基本建设活动中的材料、设备采购、存货、各项财产物资及时做好原始记录；定期进行财产物资清查；按规定向财政及主管部门报送基建财务报表。

第六条 使用财政性资金建设的建设项目，在初步设计和工程概算获得有关部门批准后，要按照预算管理的要求，及时向同级财政部门、卫生行政主管部门提交初步设计的批准文件和项目概算，并报送项目年度预算，待财政部门预算批复后，作为安排项目年度预算的依据。

第七条 医院建设项目资金必须按照规定用于经批准的建设项目，专款专用，不得挤占、截留、挪用和套取工程资金。

第八条 凡使用财政性资金的建设项目，应当执行财政部门有关基本建设资金支付的程序，财政部门负责按批准的年度基本建设支出预算拨付到位。实行政府采购和国库集中支付的基本建设项目，应当根据政府采购和国库集中支付的有关规定办理资金支付。

第九条 严格医院建设项目工程的付款审批制度。建设工程项目未经批准之前，不得支付工程款。建设项目工程的勘察、设计、代理、代建、施工、监理、分包项目、材料及设备采购严格按照合同约定的条款付款。

第十条 遵循按工程质量、进度付款的原则。项目进度款的支付，须取得监理单位对建设项目进度和质量的书面评价证明。

第十一条 医院建设项目工程验收达到合格标准后，应当按照规范的工程价款结算程序支付资金。在与施工单位签订的施工合同中确定的工程价款结算方式要符合医院支出管理的有关规定。

第十二条 凡存在下列情况之一的，不得支付建设项目工程资金：

- (一) 违反国家法律法规和财经纪律的；
- (二) 不符合经批准的建设内容与规模，或未经批准超投资的；
- (三) 不符合合同条款规定的；
- (四) 付款结算、审核手续不完备的；
- (五) 支付审批程序不规范、不完整的。

第十三条 医院建设项目建设成本包括建筑安装工程投资支出、设备投资支出、待摊投资支出和其他投资支出。

第十四条 医院要加强建设项目工程成本管理，按工程项目核算成本，保证项目工程成本数据真实、准确、完整；严格遵守财经纪律，不乱摊乱挤成本，不虚列谎报成本，不任意扩大开支范围和提高开支标准。

第十五条 基本建设项目竣工时，应编制基本建设项目竣工财务决算。建设周期长、建设内容多的项目，单项工程竣工，具备交付使用条件的，可编制单项工程竣工财务决算。建设项目全部竣工后应编制竣工财务总决算。

第十六条 基本建设项目竣工财务决算是正确核定新增固定资产价值，反映竣工项目建设成果的文件，是办理交付使用手续的依据。医院各部门要认真执行有关的财务核算办法，严肃财经纪律，做到编报及时，数字准确，内容完整。

第十七条 医院应加强对基本建设项目竣工财务决算的组织领导，对于工程资金量大、建设周期长、建设内容多的项目，可聘请第三方会计师事务所编制竣工财务决算。

第十八条 建设项目竣工财务决算的依据，主要包括：可行性研究报告、初步设计、概算调整及其批准文件；招投标文件（书）；历年投资计划；财政部门审核批准的项目预算；承包合同、工程结算等有关资料。在竣工财务决算未经批复之前，原机构不得撤销，基建项目负责人及财务主管人员不得调离。

第十九条 在编制基本建设项目竣工财务决算前，建设单位要认真做好各项清理工作。清理工作主要包括基本建设项目档案资料的归集整理、账务处理、财产物资的盘点核实及债权债务的清偿，做到账账、账证、账实、账表相符。

第二十条 医院基本建设项目管理人员和财务会计人员要认真履行职责，对各项财务活动实行监督。违反规定，未造成严重后果的，要限期纠正，并对相关责任予以通报批评；构成犯罪的，依法追究相关人员刑事责任。

第二十一条 本办法由财务处负责解释。

第二十二条 本办法自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

收入复核管理办法

我院收入主要分为门诊和住院收入，在门诊和住院收入中，同时存在着多种支付方式，包括现金、银联、自助机、财付通、支付宝、APP、支票等，为统一管理，细化分工，明确收退款和复核流程，实现收费员（自助机）、班组长（运维组）、财务人员的三级管理制度，特制订以下办法。

1、窗口收退费管理

窗口收费人员每日工作结束后，应当准确核实个人报表中的现金与银联数，保证其与实收现金和银联签收单一致，如有长、短款需写明原因并与当日账目一同上缴收费处总账人员，总账人员核实登记后单独列示缴款单交予银行；做到日结日清。

窗口收费人员当日如有特殊情况导致账目出现不一致，（如：银行卡支付改现金支付），应在上缴当天账目时做出情况说明，并及时告知总账人员。

窗口收费人员收费时如遇到网络故障等原因，造成 HIS 成功平台失败、HIS 失败平台成功或者 HIS 平台均失败的情况下，如病人采用支付宝、财付通的缴款方式，应及时联系财务人员确认是否入账后方可处理，如财务人员亦无法处理的，引导病人填写“支付宝（财付通）后台支付审批单（见附件）”；如病人采用银联卡方式，则与病人解释情况（银联卡次日入账），并填写“银联网络故障查询申请单”（见附件），然后交由财务人员处理。

窗口人员退病人银联卡时，首先要确认病人缴款时所用银行卡，不能对同一笔金额使用多张银行卡尝试；退费时如出现报错或者长时间未响应，仅可对此笔金额重复尝试，不可尝试其他笔交易。

如遇突发情况导致系统大面积瘫痪，首先安稳病人情绪，如故障过程中正在处理业务的，咨询病人是否可以等待，如可以等待，按照（3）；如确有紧急情况的，在联系易联众或者信息中心后，向班长申请开通绿色通道，待系统恢复后次日，向财务人员查询后处理。

门诊总账人员应将收费员的个人日报中的银联、现金与实物；自助机运维组当天交送现金与易联众平台核对，保证 HIS 与平台，平台与实物一致。

2、自助机收退费管理

（1）自助机收账人员每日工作结束后应及时取出自助机钞箱中的现金，并与易联众平台中的现金数核对，如不相符应及时与易联众公司联系并处理，然后将账目分别交予门诊（住院）收费处总账人员，住院所收现金应同时与 HIS 核对。

（2）自助机总账人员应每日核对门诊 HIS 与平台的消费金额，如不相符及时与易联众公司或我院信息中心处理，如出现跨天核对，应在每日上缴账目中另附原因说明，并上缴财务。

（3）住院处总账人员应每日核对自助机平台报表和 HIS 报表中平台部分，包括：现金、支付宝、银联和财付通。

（4）在由于 HIS 与平台余额不一致导致病人无法出院结账情况下，为方便病人的就诊流程，可改动病人使其脱离易联众平台，单独经过 HIS 结算，此种情况处理后住院处总账人员应及时改回并登记。

（3）门诊总账人员应将收费员的个人日报中的银联、现金与实物；自助机运维组当天交送现金与易联众平台核对，保证 HIS 与平台，平台与实物一致。

3、财务处收费管理

财务处工作人员应于收款次日及时核对前一日账目，将银联、支付宝、财付通、APP 等与银行进账数目进行核对，如出现异常应及时处理，及时追缴，保证财务资金安全。

在日常反馈的收费问题，支付宝、财付通等可即时查询的账目，应及时查询确认，不能即时查询的，应做好详尽记录后次日查询反馈。

在收到住院（门诊）处上交的“银联网络故障查询申请单”后，应谨慎查询银行入账金额，必要时与银行联系是否成功，防止以后自动冲正。

当遇到紧急突发情况导致的账目错误，应由财务人员扎口集中处理，落实每一笔金额是否正确，防止重复录入，保证资金安全。

4、本办法由财务处负责解释。

5、本办法自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

现金报销管理办法

为加强医院财务管理工作，严格执行政府会计制度，根据国务院颁发的《现金管理暂行条例》的有关规定，结合医院具体情况，特制定本报销管理办法。

一、现金使用范围

- 1、出差人员差旅费；
- 2、结算起点（1000 元）以下的零星对公支出；
- 3、医疗赔偿（五万元以下）；

4、国家规定对个人的其他支出需报销现金的。

二、报销规定

1、为保证财务处资金安全，凡报销金额超过一万元业务，要至少提前一天预约，否则无法报销。

2、一百元以下支出要有部门负责人签字，一百元至一千元支出要有分管院长签字，一千元至五千元支出要有财务处长签字，超过五千元支出要有院长签字，以上签字层级，每一层要包含前述层级签字人。

3、小于一千元的零星对公支出可以通过现金报销，超过一千元支出必须通过银行转账，不予现金报销。报销零星对公支出时，需要提供章具齐全的正规票据。

4、科基金报销仅限于科室业务活动费用及发放非本院人员工资。科基金领取现金仅限于发票报销。从科基金账户发放研究生、规培生、临时人员（无工号）工资时，需提供人员银行卡号和开户行信息，通过网银打卡。报销科基金时，需提供科基金编码、要负责人签字，缺少任意一项不予报销。单张报销单金额不超过一万元。注意：发放个人工资超过五千元的，要按规定扣税。

5、科研经费只允许报销因科研活动产生的费用。报销科研经费时，要有科研经费编码及负责人签字，否则不予报销。科研经费中除差旅费、会议费和出版费外，其余项目如超过一千元要银行转账，不得现金报销。

6、五万元以下的医疗赔偿款允许通过现金结算，五万元以上的医疗赔偿款，金额较大通过银行转账。领取医疗赔偿款时，要患者本人或持本人签署的授权委托书方能领取。此外，领款人要提供身份证原件，待核实无误后领取赔偿款。

7、本管理办法由财务处负责解释。

7、本管理办法自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

预付款及其他应收款管理办法

为加快医院资金周转，防止医院资金被挤占挪用，堵住借款管理中存在的漏洞，完善医院内部控制，实现借款管理的安全性、规范性，效率性，特制定本管理办法。

一、借款范围

1、本办法所称预付款及其他应收款，包括工程项目预付款、设备预付款、药品、试剂、材料预付款、备用金、进修出国借款和其他公务事项借款，即“预付工程款”、“预付设备款”、“在途物品”和“其他应收款(职工借款)”、“其他应收款(备用金)”几个方面的核算内容。

2、预付款及其他应收款的借款只能用于医院医疗、教学、科研、行政、后勤等各项医院公用性开支，不得用于个人性开支。

二、借款人员

预付款及其他应收款的借款人员应为医院正式职工（有本院工号人员），其他人员不得借款。

根据合同签订情况，相关科室负责办理预付款，待结算时清欠借款。

三、借款业务流程

1、财务审核填单

借款填写一式三联借款单。工程预付款、设备预付款填写《徐医附院工程（设备）预付款审批单》；在途物品、备用金、周转金、进修出国借款和其他公务事项借款业务填写《徐医附院预付款借款单》。

借款人借款时必须写明借款用途、事由，报销时杜绝出现超出使用范围现象。

借款单据涉及合同的需要登记合同号。

2、领导审批：

所有借款业务应严格由部门负责人、财务负责人、院领导书面审批签字。出纳人员依据借款用途和借款金额合理确定付款方式，参照国家现金管理条例，办理预付款。

备用金借款必须由财务处依据财务制度和业务工作需要，核定借款额度和定期报账期限。

3、付款、单据传递与制单

财务处现金出纳或银行出纳依据审批后的借款单支付款项，附件交制单会计、往来账会计制单、记账。

4、结算

借款人应在经济业务完成后尽快到财务处办理结算手续。

（1）备用金借款，每年年终必须结算，下年度需要时再借，不得跨年长期挂账。

（2）进修出国借款人应在进修出国结束后到财务处办理借款结算手续。

(3) 其他公务事项的借款人应在经办事项结束后尽快到财务处办理结算手续。

5、对账

财务处定期对未结算借款单原件(第二、三联)与往来明细账、在建工程明细账进行核对,发现问题,及时查明原因处理。

6、本管理办法由财务处负责解释。

7、本管理办法自颁发之日起执行,过去与本办法相抵触的有关规定,同时废止。

财务信息化控制制度

第1条 为了加强医院财务信息化系统内控管理,建立有效的风险防控体系,守住资金安全底线,保证在现代化、智能化医院模式下会计信息的真实性、及时性、保密性和安全性,根据财政部《会计电算化管理办法》、《会计电算化工作规范》、《关于公立医院开展网络支付业务指导意见》(国卫办财务发【2018】23号)、《徐医附院财务处系统密码管理规定》等制度,结合医院自身工作特点,特制订本制度。

第2条 医院财务电子信息系统由医院财务处统筹管理,多方参与,责权分明,各所属核算终端分级管理原则进行管理,确保风险可控、顺畅高效。

第3条 按照授权与执行分离、记录与审核分离、备份与保管分离等内部牵制制度的要求,本着规范、安全、高效、保密的原则设置人员和岗位。

第4条 严格电子账户和资金管理,由财务处统一负责网络支付结算银行账户使用和管理,网付结算账户应由医院名义开设,账户开立和使用符合财政部门、中国人民银行和省卫健委账户管理有关规定。

第5条 规范对账、结算、退费管理。财务处应对门诊收费处、住院处每日报表进行核对,主要有银联POS,支付宝、微信、一卡通、APP等渠道资金,财务处应每月对网银支付、国库集中支付、支票结算等业务进行核对,如有差异及时查明原因并处理,确保医院信息系统、银行结算账户账款保持一致。对于发生单边账项情况,应明确处理流程,核实交易真实性,并按照退费管理规定进行操作和处理。

第6条 完善信息系统管理制度。财务处应配备信息系统管理员,由财务负责人统一管理。系统管理员要合理设置各岗位操作权限分配,组织相关人员对财务系统进行初始化、升级、维保、备份、培训、监督管理工作,要具备必要的应急事件恢复处理能力,保障数据完整性、安全性。

对于新增、调动或调离工作岗位的人员,需填制密码权限审批单,由财务负责人审批后,由系统管理员进行授权登记或注销登记。未经授权的人员,一律不得进入财务信息化系统,已授权的人员只能在所给定的权限内使用财务信息化系统,不得越权行事。

第7条 经授权的操作人员,必须以自己的登录号和口令注册登录进入系统,必须保证口令(密码)不为他人知晓,并定期更换密码。离开工作站前,必须退出系统,不允许借他人使用,防止财务数据泄露。

第8条 未经账套主管、系统管理员许可,任何人员不得登录服务器数据库,并对数据库文件进行修改、删除等操作。信息化系统服务器安置于指定位置,未经许可不得挪动,运行环境参照信息中心相关管理制度执行。

第9条 定期对数据库进行备份,系统管理员应对数据采用每日后台自动备份,年终通过光盘或者移动硬盘等存储介质进行双备份并存放不同地点予以保存。严禁未经许可下外借或者拷贝。

第10条 如需软件公司人员维护操作,系统管理员应作详细记录,并对修改前后数据、源程序、文档进行记录备份以备查询。维护人员不得对未授权的事项进行修改。一旦服务器内数据发生丢失、损坏等情况下,应立即报告财务负责人,经批准后组织软件公司人员将以前数据逐次恢复到数据服务器并将本月数据从临时备份文件恢复到最新状态,并进行审核、验证。

第11条 未经财务主管授权,任何人不得操作服务器。严禁带病毒软件进入电脑系统,严禁服务器连接外网,除非财务负责人、信息中心授权软件工程师远程维保,且远程完毕后及时停用。未经财务负责人批准,任何外来存储介质不得在财务服务器上使用。

第12条 本制度由财务处负责解释。

第13条 本制度自颁发之日起执行,过去与本制度相抵触的有关规定,同时废止。

附:

财务处系统密码管理规定

电脑密码保护

财务工作人员应将自己使用的电脑设置密码保护，并定期更换，在离开座位时、下班时要将电脑待机或者关闭，防止别人使用电脑、信息数据泄露。

成本系统密码保护

成本系统指定账务制单人员、复核人员、主管人员、信息维护人员登录权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

用友数据密码保护

用友系统指定账务制单人员、复核人员、主管人员、信息维护人员登录权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露，其他人员没有权限登陆。需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

HIS系统(科研系统、科基金系统、物价系统)密码保护

科研系统要指定现金出纳、银行出纳、科研系统对账人员登陆及录入权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限录入，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

科基金系统要指定现金出纳、银行出纳、科基金系统对账人员登陆及录入权限，设置密码保护，并定期更改，防止信息数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

(3) 物价系统要指定物价管理员登陆权限，设置密码保护，定期更改，防止数据泄露。其他人员没有权限登陆，需要查询数据时，找相关使用者协助查询。

5、网上银行密码保护

网上银行指定银行出纳、银行对账人员登陆使用，其他人没有权限登陆，密码定期更换，网银U盾不得外借，不用时放置柜中，防止账户信息泄露。

6、本规定自颁发之日起执行，过去与本规定相抵触的有关规定，同时废止。

7、本规定由财务部门负责解释权。

财务处安全应急预案

一、目的

为了确保医院财务工作正常运行，医院资金、财务数据、会计档案等安全，维护财务信息系统的安全稳定运行，提高对财务紧急事件的应对和处置能力，制定本预案。

二、适用范围

本预案适用于医院涉及财务安全的各类事件的防范、应对和处置，包括危及现金、银行存款、财务信息系统及财务网络、会计档案等事件。

财务处下属收费处、住院处可参考执行，依据自身情况制定相应的应急措施。

三、紧急事件说明

1、科室人员替换机制

指财务科人员不到位无法正常工作时，由他人代替工作的情况出现。

2、盗窃、抢劫事件

在财务办公室内或财务人员外出途中针对现金、支票、其他票据等发生盗抢事件，一般可造成医院财产损失甚至人员伤亡。

3、会计档案安全

在档案室、财务处发生的会计档案损毁事件，如发生火灾、水灾、故意损坏等行为致使纸质或电子档案损毁。

4、网络故障

指由于人为或客观原因致使财务系统、成本系统、自助机、网银不能正常使用。人为因素主要指故意破坏或在网络维护中产生故障；客观因素主要指由于网络运营商或系统提供商原因产生的故障。

5、财务数据失窃

财务部门以外人员未经授权允许，取得财务数据（包括纸质或电子数据）的行为，不论是否将数据用

于非法用途均属财务数据失窃。

6、计算机病毒感染或电脑黑客攻击

由于计算机或服务器感染各类病毒，致使计算机系统不能正常工作，或者计算机产生数据丢失、破坏。

7、操作失误

主要指财务人员由于误操作致使资金损失或数据丢失，如出纳付款失误、系统管理员数据维护的误操作等。

8、财务状况谣言

医院外部流传对医院不利的财务状况的谣言，致使医院债权人、供应商等对医院失去信任，并采取一些不利于医院的行动，如中止合同、拒绝授信、要求提前偿还债务等。

四、应急处理方案

1、科室人员替代机制

通过岗位轮换，使财务处各岗位工作内容由 2-3 人熟练掌握，保证在紧急情况下能够及时替代工作，避免人员不到位导致无法正常工作的现象出现。

2、盗窃、抢劫事件

财务处规定不得将印章带出财务办公室，现金出纳每日库存现金限额不得超过 5000 元，每天下班后将当日库存现金存放保险柜中，并定期更改密码。

若出纳在办公室中或外出途中遭遇不法分子抢劫时，应及时拨打“110”报案；若发生暴力抢劫事件，财务人员应尽可能避免与歹徒发生正面冲突，在确保自身安全的前提下，记住歹徒重要信息特征，方便公安机关追查。如现场有人受伤，应拨打“120”急救；如果发生盗窃事件，第一发现者应立即向财务处领导汇报，通知保卫处（电话 2240），并保护案发现场，同时做好保密工作，避免产生不良影响，以便领导统一指挥。

3、会计档案安全事件

纸质版会计档案存放医院档案室，如发生危及会计档案安全事件，如火灾、水灾等事件，按照《医院应急预案》中相关规定处理。财务电子数据进行后台备份、年终双备份，由财务处相关人员分开保管。

4、网络故障

当财务信息系统网络出现故障时，直接拨打信息中心电话 2064，由信息中心人员查找原因。如短时间内（半小时）可以修复的，信息中心立即进行修复，如不能修复的，立即通知所有成员，并向财务处领导报告，进一步确定解决方案。

当支付宝、微信、自助机、网上银行等出现故障时，操作人员立即联系银行技术支持人员、信息中心人员、公司维保人员联合修复，必要时可以请网络运营商参与解决问题。

5、财务数据失窃、泄露

财务处所有人员均要求对所使用的电脑加密，防止财务数据泄露。当发现财务数据被窃取，应立即报告领导，第一时间控制数据散播，尽可能将损失降到最低。组织相关人员查找源头和渠道，判断可能导致的后果，对于难以查找窃取者的情况，由领导决定是否向公安机关报案。

6、计算机病毒感染或电脑黑客攻击

当财务计算机系统受计算机病毒感染或电脑黑客攻击，致使系统不能正常运行时，直接拨打信息中心电话 2064，判断是否产生数据丢失或破坏、是否被窃取银行账户信息。对于没有造成严重后果的，由信息中心人员进行维护后继续使用；对于造成严重后果的，要立即采取措施减少损失，并向相关领导汇报，及时向公安机关报案，由公安机关介入调查。对于情况复杂的案例，信息中心人员无法准确判断或正确处理的，可以请外部相关合作单位协助处理，如软件供应商、网络运营商、硬件提供商的专业人员。

7、操作失误

对于付款操作失误，一经发现，首先与银行客户经理取得联系，确认该笔款项是否已经经过银行系统发出，如未发出，通知银行立即取消。如果银行已确认付出，立即通知财务处领导，由财务处长和具体经办人员与对方协商，要求对方退回款项。对于对方不承认收到款项或不愿意退回款项的，经多次协商仍无效的，财务处可以决定通过法律手段进行处理。

对于电子档案操作失误的，一经发现，立即停止任何操作，通知相关人员进行数据的恢复和抢救。

8、财务状况谣言

关于医院财务状况的对医院不利的谣言，一经发现立即向领导反映，召开紧急专题会议，查找谣言的

出处、流传渠道、制造谣言的真实意图，统一对外口径，有针对性地制定应对谣言的具体处理方案。

住院票据复核管理规定

一、住院票据复核流程

(一) 一级复核

住院处专人复核每日的住院票据，并及时上缴财务。

(二) 二级复核

住院处班长抽查一级复核的住院票据，抽查比例为 20%。

(三) 三级复核（财务处复核）

1、三级复核人员抽查一级和二级复核的住院票据。其中一级复核抽查比例为 10%，二级复核抽查比例为 10%。

2、财务处主管人员抽查三级复核人员复核的住院票据，抽查比例为 1%。

注：每一级复核均应建立抽查明细记录本，财务定期检查。

二、住院票据复核内容

票据复核包括住院预缴金收据复核和住院医药费结算收据复核。复核住院票据应根据个人日报表所列示的内容与相应个人交来的预缴金收据和结算收据进行核对。核对无误后，再将个人报表与汇总日报表进行核对。

(一) 住院预缴金收据复核

住院预缴金收据复核包括收预缴金收据和退预缴金收据的复核。

1、收预缴金收据复核

(1) 按照汇总日报表列示的操作员结账的顺序将个人日报表排序，再按序整理个人交来的收预缴金收据。

(2) 个人交来的收预缴金收据票号应当连续，如果出现断号或其中某一票号预缴金收据丢失，收费员应当文字说明原因，并且应有住院处班长和财务处处长审批签字。

(3) 个人交来的收预缴金收据首尾号与个人日报表中列示的使用票段一致。如果不一致，收费员应当文字说明原因，并且应有住院处班长和财务处处长审批签字。

2、退预缴金收据复核

(1) 退预缴金收据的票号应当与个人日报表的票号一致，并盖作废章。

(2) 退预缴金正常情况：

①退住院的预缴金收据（黑联）后应附住院通知单，通知单上必须有医生签字，退预缴金收据上应有病人签字。

②预缴金交错病人的，退预缴金收据上应有情况说明及病人签字，并标有重新开出预缴金收据的票号，并且应有住院处班长和财务处处长签字。

③退当天的预缴金收据，两联（黑、蓝）必须齐全。

④出院病人退银联方式的预缴金收据，应有病人签字，收回后单独抽出与发票存根联放在一起。如果出院病人丢失预缴金收据，收费员应填写预缴金收据丢失声明，病人应在声明上签字，以此抵作退的预缴金收据。

(3) 退预缴金非正常情况

隔天退现金方式或银联方式（退住院或出院除外）的预缴金收据，收费员应写说明，并且应有住院处班长和财务处处长签字。

(二) 住院医药费结算收据复核

1、个人交来的结算收据黑联和红联应分开装订。当天结算收据所附的出院病人退的预缴金收据应齐全。

2、个人交来的结算收据（存根联）票号应连续，如果出现断号或其中某一票号结算收据丢失，收费员应当文字说明原因，并且应有住院处班长和财务处处长签字。

3、个人交来的结算收据首尾号与个人日报表中列示的使用票段一致。如果不一致，收费员应当文字说明原因，并且应有住院处班长和财务处处长签字。

4、作废结算收据的情况：（作废的结算收据应盖作废章）

①当天作废的结算收据应三联（绿、黑、红）齐全。如果作废其他收费员当天的结算收据（日结后），只有收据联（绿联）一联的，应有住院处班长签字。

②自费转农保作废的结算收据，应有农保办盖章和住院处班长签字。

③农保金额或职工医保、居民医保基金金额结算错误，作废的结算收据应有医保办盖章和住院处班长签字。

④以上三种情况除外作废的结算收据，应有经办收费员文字说明，并有住院处班长和财务处处长签字。

（三）个人与汇总日报表核对

1、使用票段应当逐一打钩核对一致。

2、退预缴金收据和作废结算收据的票号应当逐一打钩核对一致。

注：凡是住院处异常的票据，经办人应写说明，并且应有住院处班长和财务处处长签字。

（四）住院票据个人领、用、销登记

1、一级复核人员每日登记个人住院票据领、用、销情况。个人住院票据核对无误后，将住院票据使用时间、使用票段、使用数量等录入住院票据领用销登记表。

2、各类审核票据、报表，均应整理整齐，及时交财务处票据管理人员进行三级复核，对于审核过程中发现的问题应及时调查原因并上报。

3、三级复核人员定期复核住院票据个人领用销登记表，定期核销批量住院票据。

三、住院票据复核责任制

票据复核采用分级制度，追究相关人员责任，其中：

1、二级复核发现一级复核的票据不符合复核标准，将追究一级复核人员的责任。

2、三级复核发现一级复核或二级复核的票据不符合复核标准，将追究相应级别复核人员的责任。

3、财务主管复核发现三级复核的票据不符合复核标准，将追究三级复核人及相关人员责任。

4、具体责任落实：每张票据 20 元，在绩效中扣除。

四、附 则

1、本规定由财务处负责解释。

2、本规定自颁发之日起执行，过去与本规定相抵触的有关规定，同时废止。

住院病人绿色通道（欠费解锁）审批规定

为提高医疗服务质量，更好的满足对急救医疗服务的需要，同时避免医院产生不必要的经济损失，对于住院病人在欠费情况下提供救治的情况制订以下规定：

一、审批流程

1、正常工作时间，住院病人如需解锁记账，医生应提供需记账的处方、检查治疗申请单或住院证，填写“住院费用解锁审批表”，经医务处、财务处审批，交住院处办理解锁业务。

2、非正常工作时间，住院病人如需解锁记账，医生应提供需记账的处方、检查治疗申请单或住院证，经总值班审批，填写“住院费用解锁审批表”，交住院处解锁办理。

二、监督检查

如未办理审批手续，住院处工作人员应拒绝办理解锁业务；在办理解锁业务后，住院处工作人员应登记“住院解锁登记簿”，将“住院费用解锁审批表”交与专人保管，并进行交接记录，特殊情况没办理“住院费用解锁审批表”的事后应及时补办。

解锁病人的床位医生应及时向病人催缴欠费，避免医院经济损失。

三、考核落实

住院处专人负责日常工作，对于无审批手续及特殊情况事后没及时补办的，对住院处经办人处以 50 元罚款，因此造成欠费损失的，按照损失金额处以罚款。

四、其他

本规定由财务处负责解释。

本规定自颁布之日起执行，过去与本规定相抵触的有关规定，同时废止。

自助机系统日常运营维护小组管理办法

第一章 总则

运维组是指对自助系统的日常运营维护，为保障我院自助设备持续地向患者提供优质、高效的服务，推动我院自助设备运营管理工作向“集中化、整体化、标准化、自动化”的目标进一步发展，规范各项操作以提高小组工作效率，强化落地执行能力，切实防控操作风险，以结果为导向，提升收费处综合管理水平，规范管理自助系统业务，制定本办法以下简称“运维组”。

1. 运维人员每天对自助机设备的现金进行收款、清点、结账、交款，然后与复核会计对账。
2. 实时监控自助机设备的运行情况，负责自助机设备的加纸、加卡、加病历、更换色带、硒鼓。
3. 根据监控，及时的处理一些日常的故障，如吞就诊卡、吞银联卡、吞病历、打印纸卡纸等等。
4. 每天对自助设备进行巡检，并定期对其进行维护与保养。
5. 每天有专人接听自助机设备的服务热线，处理患者反映的问题。处理患者直接投诉时，态度要诚恳、解答应准确，并告知患者解决问题的大概时间，并取得患者的谅解。
6. 建立自助设备的台账，并详细登记自助设备的采购日期、放置地点、保修与维保情况。
7. 运维人员应当按规定每日登记当天的工作日志。

第二章 日常操作流程

一、自助机取钞结账制度

1. 自助设备的现钞模块共计三把锁（开启验钞模块锁，取钞箱锁，取现金锁）应该分开管理，且钞箱钥匙不能离开点钞房间监控范围；
2. 自助机取钞时应当由两名工作人员（一名负责开验钞模块，一名负责取钞箱）和一名保安共同进行；
3. 自助机应当每天结账，并做到账目资金日清日结，且当天清点的现金应及时上交银行；
4. 清点钞箱有异常时，要登记备案。清点钞箱人员不能在清点钞箱时，没有交帐前，离开监控范围。

二、自助设备的巡视

1. 运维人员应当每天一早进行一次全部机具的巡视，巡视时按规定登记；每天下午做好二次巡查工作，认真清查自助机状况并做相应登记；
2. 巡视时发现设备故障、门头灯具故障应当及时报相关部门处理，并做好故障处理跟踪进度表

三、自助机的故障处理

1. 由引导人员报告自助机发生故障或者接到报故障电话后，十五分钟内到达现场，做好故障问题分析备案；
2. 正常工作时间发生“吞就诊卡或者吞病历”时，由引导人员从自助机中取出；若发生“吞银联卡”时，应由运维人员对被吞卡者的身份信息进行登记并由其签字确认，且被吞卡者取回银联卡时应凭有效证件。

四、自助机加耗材的管理

1. 管理就诊卡、病历、热敏纸、墨盒等入库和出库要登记备案（入库台账和出库日志账）；
2. 引导人员应提前做好准备工作领取耗材，并在领取时登记。

五、自助机对假币的控制

1. 自助机的验钞模块应当定期升级；
2. 清钞时发现假币应该立即停止该设备的对外服务，通知信息中心与设备厂商，查明原因并测试后方可再次投入使用。以上处理应按规定登记在案。

六、服务热线的接听

1. 接听患者电话应当按规定留存电话记录，并登记处理情况；
2. 处理患者直接投诉时，态度要诚恳、解答应准确，并告知患者解决问题的大概时间，尽可能取得患者的谅解；
3. 对于患者的投诉应当及时处理并向患者反馈。

七、账务差错的处理

1. 发生差错时应当及时采取措施，避免造成资金损失。错帐的调整应当严格按照财务处规定的方法处

理；

2. 结账后发现长、短款的，应当及时调阅流水查清不符的交易记录并登记《不符交易情况登记簿》，情况严重的应当向财务处汇报；

3. 长短款原因查实后，应当按规定登记并处理，属于设备原因的应当联系供应商赔偿；

4. 对于因通讯故障、断电等原因导致患者业务办理出现问题的，应当在 7 个工作日内查实完毕并通知患者处理结果；

5. 对于患者投诉账务出现差错，但自助设备监控、流水显示并未出现差错的，以自助设备记录为准，同时应联系设备供应商、信息中心分析原因。如有其它特殊情况的，按照“一事一议”的原则，由财务处、信息中心、设备供应商共同查找分析原因，评估患者投诉的投诉真实性，妥善处理客户投诉。

第三章 附则

一、本办法由财务处负责解释。

二、本办法自颁布之日起执行，过去与本办法相抵触的有关规定，同时废止。

第八章 审计工作制度

基本建设、维修、装饰工程竣工结算审计办法

第一条 为了进一步加强对我院基本建设、维修、装饰工程的监督和管理，维护医院利益、促进资金管理、提高投资效益，根据《卫生系统内部审计工作规定》（卫生部第 51 号令）文件精神，制定本办法。

第二条 凡使用政府及主管部门投资资金、医院自筹资金、科研经费等资金从事我院基本建设、维修、装饰工程的项目，其竣工结算审计执行本办法。

第三条 适用本办法的各类工程包括：建设工程，装饰工程，房屋建筑物的加固、改建、改造、维修工程，院内场地、道路、管道、围墙等室外维修工程，绿化工程以及其他公用设施等工程。

第四条 医院基本建设的管理部门应在年初向审计部门提交由医院院长办公会或院基本建设领导小组批准的年度工程建设计划，便于审计部门统筹安排年度审计计划。

第五条 各类工程建设项目竣工验收后，工程项目管理部门应要求施工单位按照合同规定完成竣工结算，应对施工单位的竣工结算进行初审，并及时向审计部门提交竣工结算的完整资料，工程项目间存在交叉施工时，应将所有项目的竣工结算资料同时提交。对于送审资料不完整的项目应补齐资料后再送审。

工程项目管理部门对竣工结算送审资料的完整性、真实性负责，施工单位应对竣工结算送审资料的完整性、真实性、合法性负责。

第六条 各类工程的竣工结算审计实行备案制和送审制。单项工程结算报送额小于 1 万元（含 1 万元）的项目实行备案制，未在审计处备案的项目，财务处不予支付工程款。单项工程结算报送额大于 1 万元的项目实行送审制：单项工程结算报送额 1-5 万（含 5 万）的项目三个月集中送审、单项工程结算报送额超过 5 万的项目按项目单独报送，无审计处出具的审计报告财务处不予支付工程结算款。

第七条 工程项目管理部门在竣工结算审计送审时，应提供下列相关文件资料：

1. 工程招标文件、工程量清单编制说明、工程量清单、招标控制价编制文件以及相关资料；
2. 项目建设的批准文件、设计文件、概算调整文件；
3. 施工单位的投标文件（含软件版）等相关资料，实行议标的议标文件和相关材料；
4. 工程施工合同及补充协议；
5. 施工图纸、施工图会审记录、竣工图纸；
6. 工程设计变更和签证；
7. 施工单位的工程结算书、工程量计算书、钢筋用量分析表、综合单价分析表（含软件版）；
8. 建设单位自行采购设备、主要材料的合同、清单以及施工单位领用甲供材料汇总表；
9. 建设单位专业分包工程合同及清单；
10. 隐蔽工程验收资料及竣工验收资料；
11. 质量等级评定表及依据法律法规需要提供的其他审计资料；
12. 决算报送表格见附表 1——附表 10。

第八条 基本建设、维修、装饰工程竣工结算审计内容包括：

1. 施工单位资质及取费等级审查；
2. 工程项目招、投标文件及相关资料审查；
3. 工程施工合同审查；
4. 工程质量验收证明资料审查；
5. 工程项目施工图纸、竣工图纸审查；
6. 工程设计变更资料及现场签证资料审查；
7. 隐蔽工程资料审查；
8. 工程数量现场勘验；
9. 工程量计算书审查；
10. 特殊材料价格签证审查；
11. 工程主要材料市场询价及价格审核；
12. 工程结算书审查，包括定额套用及工程取费等内容的审查。

第九条 为了防范结算审计风险，各类工程预付款和工程进度款支付应按合同约定支付，累计支付价款原则上不得超过合同约定额度。

第十条 各类工程的竣工结算审计工作，由医院审计部门统一归口管理。医院审计部门应根据实际情况及时组织安排自行审计或者委托社会中介机构进行审计，审计的相关费用按照有关规定支付。

第十一条 各类工程项目竣工结算的编制工作必须坚持实事求是、依法合规的原则，严格禁止施工单位高估冒算、弄虚作假的工程结算现象，否则由于种种不良行为造成的后果由施工单位承担。当竣工结算审计的核减率在 8%以下时，其审计费用由建设单位承担；当竣工结算审计的核减率超过 8%时，超过 8%（含 8%）部分的审计费用由施工单位承担。审计费用的计算按江苏省物价局关于工程造价咨询服务收费标准的相关规定执行。

工程项目管理部门应将本条款的审计费用结算办法作为专用条款列入工程施工承包合同，它是工程费用结算与支付的依据之一。

第十二条 对在工程项目管理中，坚持原则，避免重大经济损失或做出突出贡献、取得较大经济利益的项目管理单位和个人，可由审计部门建议医院或有关单位给予奖励。

对在工程项目管理中，因工作失职、失误、乱签证造成重大经济损失的，审计部门在法定职权范围内作出审计决定或向医院提出处理建议，构成犯罪的移交国家司法机关处理。

第十三条 对审计人员在工程审计中，秉公办事，严格执法执纪，维护国家和医院的利益、避免重大经济损失或做出突出贡献、取得较大经济利益的，医院及有关单单位应给予表扬或奖励。

对审计人员在审计中，利用职权谋取私利、接受或向施工单位索要贿赂的，弄虚作假、隐瞒事实真相、徇私舞弊的，玩忽职守、给国家和医院造成经济损失的，医院将视情节轻重给予党纪、政纪处分，构成犯罪的移交司法机关处理。

第十四条 本办法由审计处负责解释。

第十五条 本办法自 2016 年 5 月 1 日起执行。

建设及修缮工程委托审计实施办法

第一条 为规范建设及修缮工程委托审计（以下简称工程委托审计）工作，贯彻公开、公正、公平原则，提高工程委托审计质量和效率，根据财政部、审计署、国家卫生计生委等有关文件，结合我院实际，制定本实施办法。

第二条 本实施办法所指的工程委托审计业务包括：

- 一、建设及修缮（装饰）工程工程量清单及招标控制价的编制（审核）。
- 二、施工全过程跟踪审计。
- 三、建设及修缮（装饰）工程结算委托审计（以下简称工程结算委托审计）。

第三条 本着科学合理、操作规范、便于管理的原则，对工程委托审计业务，采取公开招标方式，建立徐医附院工程造价咨询机构备选库。

第四条 徐医附院工程造价咨询机构备选库的公开招标每三年组织一次，由审计处提出招标申请，招投标办公室组织招标。

第五条 每次公开招标,择优选定 5 家入围工程造价咨询机构和排名随后的 2 家候选工程造价咨询机构,服务期三年。审计处对中标入围单位实行动态考核淘汰机制,当淘汰后的入围单位不足 3 个(含 3 个)时,2 家候选工程造价咨询机构补充入围;当补充入围后经动态考核后少于 3 家时,应重新启动招标。

第六条 工程结算委托审计具体项目的安排。按照公平、公正的原则,每一项委托业务都由纪委、审计处从入围单位中抽取。第一年审计项目安排采取随机抽取的模式,入围单位机会均等;第二年起安排审计项目,依据在审项目及已完项目考核情况确定,考核优秀的入围单位可优先考虑安排审计项目。

第七条 委托审计项目确定后,审计处及时安排审计项目负责人,并于一周内与审计单位签订工程委托审计合同;合同签订后应及时办理审计资料交接,并督促审计单位认真履行合同。

第八条 审计处要加强对工程委托审计质量的管理。审计项目负责人负责委托审计项目质量控制和考核,考核的主要内容包括:

- (一)主审人员的执业资格和工作态度及水平;
- (二)审计单位的审计质量控制体系及措施;
- (三)初审报告及审计报告的及时性;
- (四)工程结算审定金额的准确性;
- (五)审计报告质量及审计意见、建议的准确性和建设性;
- (六)审计单位的廉政措施及审计人员的廉政情况。

第九条 审计处根据工程的规模大小和复杂程度,对部分工程审计项目采取委托另一家工程造价咨询机构进行复审或背靠背编标,并根据审核结果实施以下相应措施:

审核误差率在 2%~3%(含 2%)之间的,扣减原咨询服务费 15%;误差率在 3%~4%(含 3%)之间的,扣减原咨询服务费 30%;误差率在 4%~5%(含 4%)之间的,扣减原咨询服务费 50%;误差率超过 5%(含 5%)的将扣减本单项业务的全部审计费用,并淘汰为不合格单位。

第十条 审计单位有下列情形之一的,认定为不合格审计单位:

- (一)不能按照约定派出造价工程师;
- (二)将审计业务转让或委托其他审计单位实施;
- (三)不能按照约定时间完成审计任务;
- (四)不服从内部审计项目负责人管理和协调;
- (五)审计质量差,初审报告差错率大于 5%;
- (六)审计人员有违法违纪及作弊、不廉洁行为等。

第十一条 审计处按单项委托业务对入围单位进行质量考核,按年度汇总各单项业务质量考核结果(见附表 1-3)。年度考核结束后由审计处提出不合格审计单位建议,并会同纪委、监察科及相关部门,集体讨论并确定需淘汰的不合格入围单位名单。

第十二条 本实施办法由审计处负责解释。

第十三条 本实施办法自发布之日起施行。

- 附表: 1. 工程标底编制质量考核表
2. 工程跟踪审计质量考核表
3. 工程结算审计质量考核表

工程结算审计资料送审规定

第一条 为加强对工程结算的管理,合理确定和有效控制工程造价,依据《徐州医学院附属医院基本建设、修缮工程竣工结算审计办法》徐医附院〔2016〕26 号文等有关文件,结合我院基建与修缮工程结算审计资料送审情况,特制定本规定。

第二条 工程项目送审时要区分备案制工程和送审制工程。备案制工程项目是指单项工程结算报送额小于 1 万元(含 1 万元)的项目;送审制工程项目是指单项工程结算报送额大于 1 万元的项目。

第三条 备案制工程项目由工程管理部门负责结算审计,工程管理部门负责人及审核人应在结算书上签名盖章进行确认;若有核减的,还需施工单位在结算书上签名确认。审核结束、审批手续齐全后报审计处备案。

第四条 送审制项目中单项工程结算报送额 1-5 万元(含 5 万元)的项目三个月集中送审;单项工程结算报送额超过 5 万元的项目按项目单独报送。送审资料要求如下:

一、 工程管理部门应加强对送审资料的管理，复核所提供资料的完整性、真实性和有效性，并填报《徐医附院基建工程结算审计报送单》等工程结算报送表格(详见附件)。所有的表格需按表格要求签字盖章。

二、 结算资料由工程管理部门确认后送审，原则上审计处在结算审计过程中不再接受任何经济性资料。审计处不接收施工单位直接送审的资料。

三、 工程送审资料除招标文件、投标文件、合同等资料外，还需附有关键隐蔽部位（如：拆除、土石方、大型设备进出场等）的拍照记录和隐蔽工程签证单。隐蔽工程签证单由施工方和工程管理部门联合签字盖章。如项目设置跟踪审计、监理，需增加跟踪审计、监理签字盖章；未设置跟踪审计项目，总务处可根据工程情况，通知审计处参与隐蔽工程工程量的确认并签字盖章。

四、 用于结算的竣工图必须有施工单位竣工图专用章和施工单位相关人员签字、有工程管理部门盖章和审核人签字，如设监理，应有监理单位盖章和签字；竣工图应详实反映工程管理部门、设计、监理等单位确认的图纸会审记录、设计变更、工程洽商记录、监理工程师通知及工程管理部门施工指令等内容。若同一工程项目发包给不同的专业施工单位，工程管理部门应组织各方施工单位，明确其完成的工作范围，并形成会议纪要作为审计依据。

五、 工程结算书（需提供纸质及电子文件）：每项工程的结算书要求分两部分编制：第一部分是竣工图为依据编制，包括图纸会审记录（图纸会审记录按工程管理部门设计相关的规定报送，如按规定有图纸会审的，则报送。如按规定没有图纸会审的，则不报送）、设计变更、监理工程师通知及工程管理部门施工指令等；第二部分以现场签证、工程洽商记录以及其它有关费用为依据编制。上述两部分不应有重复列项的内容。新增的清单项目必须提供综合单价分析表，同一单价只需提供一份综合单价分析表，每份综合单价分析表必须含有相关人工、材料、机械的单价、含量。

六、 现场签证单：要求根据现场签证单的时间先后统一编号并整理装订成册。现场签证单上应有工程量的计算过程、施工简图、文字说明及相关影像资料；道路工程、室外电缆铺设等市政工程应有简图示意；增加工程所用材料的规格、品牌、厚度等需详实描述。签证单由施工单位和工程管理部门相关人员签字和单位盖章确认，如项目设置跟踪审计、监理，应有跟踪审计、监理签字。

七、 设计变更单：要求根据设计变更单的时间先后统一编号并整理装订成册。设计变更审批手续应齐全，设计变更单后应附设计变更图纸。

八、 人工费调整的工程项目应报送人工费调整时施工进度节点的相关资料。资料应有监理、工程管理部门项目负责人及部门负责人的签字和单位盖章。

九、 开工报告、竣工报告及工期延期联系单：工期延期联系单需写明延期原因、责任归属、处理意见等，并要求有监理单位、工程管理部门项目负责人及部门负责人的签字和单位盖章确认。按照医院工程签证审批权限需相关院领导签字的，还应有院领导签字。

十、 为避免信息沟通不足造成不必要的损失，若工程有甲供材料情况的，工程管理部门需填写甲供材料使用确认证明单。

十一、 其他有关资料：凡上述未提及而对结算审核结果有影响的材料均需提供。

十二、 工程结算书、投标书、图纸需将电子文件发送审计处邮箱。

十三、 项目审核完成后审计处仅留存《徐医附院基建工程结算审计报送单》，其余资料在审计完成后退还工程管理部门，由工程管理部门负责存档。

第五条 2016年5月1日后开工的项目严格按照本文件要求执行，2016年5月1日前开工的项目结合工程项目的合同条款参照执行。

第六条 本规定自发布之日起施行。此前有关规定与本规定不一致的，以本规定为准。

第七条 本规定由审计处负责解释。

经济合同审计办法

第一条 为加强医院经济合同管理，扭转医院在经济合同管理工作中的不规范行为，确保医院资产不受侵害，根据《中华人民共和国合同法》和有关审计法规及徐医附院内部审计工作规定，结合我院具体情况，特制定本办法。

第二条 经济合同审计的范围：

1、买卖合同审计

- 2、建设工程合同审计
- 3、借款合同审计。
- 4、技术合同审计。
- 5、租赁合同审计。

第三条 审计处是本院经济合同审计监督的主管部门，在分管院长的领导下，依法组织对经济合同的审计监督工作。

第四条 审查合同的合法性：

- 1、当事人是否有法人资格及签订与履行合同的权利与行为能力。
- 2、合同内容是否符合法律和政策的要求。
- 3、合同双方的权利义务是否平等。
- 4、合同签订手续是否符合法律规定。
- 5、资金来源与投向、结算价格与方式以及税款交纳是否合法。

6、是否有违反法律政策、计划要求以及违反国家或社会公共利益的条款，是否有代理人超越代理权签约的事项等。

第五条 审查合同的合规性：

1、合同的内容是否明确、周密，行为是否严谨，指标的数量、质量是否明确、具体。

2、合同的价款、酬金是否合理，合同履行期限、地点和方式是否明确，对于违反合同的责任有无明确规定。

3、签订合同双方的单位、地址是否清楚。

4、负责人签章与公章是否齐备等。

第六条 评价合同的效益性：

1、合作联营、科技开发、技术引进、建筑安装、勘测设计等项目是否列入国家计划或经有关部门批准。

2、相关部门对合同项目是否进行了可行性研究，其可行性研究的可信度如何。

3、合同项目的产品性能、质量、供货条件和成本、价格等方面与同行业相比，是否具有技术先进性和经济合理性。

4、合同项目的资金来源状况及投资资金回收的效益如何。

5、合同项目的收费标准、工料定额和结算价格是否经济合理等。

第七条 审计处应做好对以下合同的审计：

1、买卖合同的审计：①审查购销中标物的合法性。②审查购销合同的完整性。③审查购销合同中有关标的物的支付方式。④审查购销合同中有关标的物的质量要求。⑤审查购销合同中的买卖，在收到标的物时是否在约定的检验期内检验。

2、建设工程合同审计（参见《徐州医学院附属医院建设工程项目全过程审计办法》）。

3、借款合同的审计：①借款合同内容的审计。②订立借款合同的担保条件的审查。③订立借款合同的借款人条件的审查。④审查借款人借款数额是否与单位实际需要和偿还能力相适应。⑤审查借款合同的执行情况。⑥审查借款利息支付情况及账务处理情况。⑦审查借款合同的管理情况。⑧审查借款的清偿情况。

4、技术合同的审计：①审查技术协作合同的形式。②审查技术协作合同的内容。③审查技术协作合同的履行情况。④审查技术协作合同的管理情况。⑤审查技术协作合同的执行的结果。

5、租赁合同的审计：①租赁合同内容的审计。②租赁合同期限的审计。③租赁合同形式的审查。④租赁物使用情况的审查。⑤租赁物保管情况的审查。⑥租赁物维修情况的审查。⑦租赁物期满后有关事项的审查。

第八条 经审计评价，在经济合同签订过程中，如存在徇私舞弊等问题，审计处有权及时终止合同的签订，并追究有关人员的责任。违反国家法律法规构成犯罪的，应依法追究有关人员的刑事责任。

第九条 本办法由医院审计处负责解释。

第十条 本办法自 2015 年 1 月 1 日起施行。

财务收支审计办法

第一条 为了规范我院财务收支审计工作，保证审计工作质量，根据《中华人民共和国审计法》、《审

计署关于内部审计工作的规定》、和卫生部《卫生系统内部审计工作规定》，结合我院实际情况，制定本办法。

第二条 本办法所称财务收支审计，是指审计处依据国家有关法律法规对我院各项资金的筹集、管理和使用以及财产物资管理、使用的真实性、合法性和效益性进行的审查和评价。

第三条 财务收支审计的目的，是加强我院资金和财产物资的管理，提高其使用效益，保障各项业务工作的顺利发展。

第四条 对财务管理制度进行审计的主要内容：

(一)财务管理的内部控制制度是否建立健全并行之有效；

(二)财务管理体制、财务机构的设置、财会人员的配备是否符合国家和上级主管部门的规定并适应本部门、单位业务的需要；

(三)会计核算是否符合会计法规和制度的规定。

第五条 对会计凭证审计的主要内容：

(一)记账凭证是否附列全部经过审核的原始凭证，金额是否一致；

(二)原始凭证反映的经济业务是否真实、合法；

(三)会计分录是否正确，摘要是否清晰、明了，凭证填写格式是否符合规定要求。

第六条 对会计账簿审计的主要内容：

(一)账簿设置是否完整、全面；

(二)账簿反映的内容是否真实、完整、准确，记录是否及时、清晰，是否采用正确的更正方法；

(三)账簿反映的经济业务是否与记账凭证相符。

第七条 对财务收入进行审计的主要内容：

(一)各项收入，包括医疗收入、财政补助收入、科教项目收入和其他收入，是否实行统一管理、统一核算；

(二)应当纳入预算管理的各项收入是否及时足额到位，有无隐瞒、截留、挪用、拖欠等问题或设置“账外账”、“小金库”等问题；

(三)各项收入是否符合国家和上级主管部门的有关政策规定，各项收费是否严格执行国家规定的收费范围和标准，有无擅自设立收费项目、扩大收费范围、提高收费标准等乱收费问题；

(四)各项收入的会计核算和资金管理是否符合相关会计制度、财务制度的规定。

第八条 对财务支出进行审计的主要内容：

(一)各项支出，包括医疗业务成本、财政补助项目支出、科教项目支出、管理费用和其他支出，是否按计划执行，有无超计划开支、虚列支出和以领代报等问题；

(二)各项支出是否严格执行国家和上级主管部门有关财务规章制度规定的开支范围和开支标准，有无虚报虚列和其他违纪违规问题；

(三)专项资金是否专款专用，会计核算是否合规；

(四)各项支出的会计核算是否符合相关会计制度、财务制度的规定，有无会计信息失真等问题；

(五)各项支出所取得的经济效益和社会效益如何，有无损失浪费等问题。

第九条 对结余及其分配进行审计的主要内容：

(一)收支结余是否单独反映，会计核算是否符合相关会计制度、财务制度的规定；

(二)结余分配是否符合国家的有关规定，有无多提或少提职工福利基金等问题。

第十条 对专用基金进行审计的主要内容：

(一)职工福利基金、医疗风险基金和其他专用基金的提取是否符合国家的有关规定，是否及时足额到位；

(二)各项专用基金的管理是否合规；

(三)各项专用基金是否设置专门的账户进行会计核算，会计核算

是否合规。

第十一条 对资产进行审计的主要内容：

(一)货币资金的管理和使用是否符合规定；银行开户是否合法、合规，有无出租、出借或转让银行账户、公款私存等问题，各银行账户是否核算规定的内容；有价证券的购买及其资金来源是否合法，保管、转让和会计核算是否合法、合规，有无违纪违规、内部监控不到位和不安全等问题；

(二)对应收及暂付款项是否及时清理结算，有无长期挂账等问题，对确实无法收回的应收及暂付款项是否查明原因、分清责任、按规定程序批准核销；

(三)库存物资及固定资产的购置有无计划和审批手续，验收、领用、保管、报废、调出、租用、变卖等是否按照规定的程序办理并报有关部门审批、备案，有无流失等问题，会计核算是否符合规定；对库存物资是否进行定期或不定期的清查盘点，做到账实相符，盘盈、盘亏是否及时调整；固定资产是否定期或不定期地进行清查盘点，账账、账卡、账实是否相符；

(四)无形资产的管理是否符合规定，转让无形资产是否按规定进行资产评估，转让收入的会计处理是否合法、合规；

(五)对外投资是否按规定报上级主管部门和有关管理部门批准或备案，以实物或无形资产对外投资是否按规定进行资产评估，收益处理是否合法、合规。

第十二条 对负债进行审计的主要内容：

(一)对各项负债是否按照不同的性质分别进行管理，管理是否合法、合规；

(二)对各项负债是否及时处理，是否按照规定办理结算。

第十三条 对财务决算进行审计的主要内容：

(一)年度决算和财务报告编制的原则、方法、程序和时限是否符合财务制度的规定和上级主管部门的要求；

(二)年度决算和财务报告的内容是否完整，填列的数字是否真实，有无遗漏、隐瞒或弄虚作假等情况；

(三)年度决算和财务报告所列各项收入和支出是否合法、合规，有无违纪违规问题；

(四)财务情况说明书是否真实准确地反映了部门、单位的年度财务状况；

(五)财务分析的各项指标是否真实、准确以及根据部门或单位的业务特点增加的财务绩效分析指标是否恰当、有效。

第十四条 本办法由医院审计处负责解释。

第十五条 本办法自 2015 年 4 月 1 日起施行。

建设工程项目全过程审计暂行办法

总 则

第一条 为加强我院建设工程项目的全过程审计，规范审计程序，促进工程管理，控制工程投资，提高资金使用效益，维护医院财经纪律，根据《中华人民共和国审计法》、《卫生部关于加强和规范建设工程项目全过程审计的意见》（卫规财发〔2009〕39号）和国家有关政策法规，结合我院规章制度及实际情况制定本办法。

第二条 本办法所称建设工程项目是指国家拨款、医院自筹资金、科研经费、社会捐赠资金等投资并纳入基本建设计划的新建、改建和扩建工程项目。

第三条 本办法所称建设工程项目全过程审计是指从项目论证开始至工程交付使用为止，对项目建设的程序、过程及结算的合法性、规范性和效益性进行审计监督和综合评价。包括建设项目的投资立项和设计阶段审计、施工准备阶段审计、施工阶段审计、工程结算审计、财务竣工决算审计等。

第四条 建设工程项目的全过程审计由审计处归口管理并组织实施，审计处在院长的直接领导下独立开展审计工作。建设工程项目的全过程审计可由审计处依据工程规模和技术复杂程度组织审计小组或者委托社会审计咨询机构实施。委托社会审计咨询机构时应当按照国家或医院招标投标管理规定办理，委托费用按规定列入工程建设成本。

第五条 健全、完善建设工程项目全过程审计的保障机制和激励机制，保证审计工作经费来源；医院基本建设管理部门应积极配合和支持建设工程项目全过程审计的实施，为审计小组提供必要的工作条件。

第二章 审计依据与审计要求

第六条 依据国家相关法规和卫生系统审计的行业规定，开展建设工程项目全过程审计的主要依据：

(一) 国家及主管部门颁发的关于建设工程项目管理方面的法律法规，建筑法、合同法、招标投标法等；

(二) 地方政府及主管部门颁发的关于建设工程项目管理的地方法规、政府规章和政策性文件；

(三) 政府行政管理部门颁布的行业标准、工程量清单计价规范和工程技术规范；

(四) 建设工程项目的立项、可行性研究、工程设计及概(预)算、招标投标、工程承包等各阶段的委托合同及其成果文件；

(五) 建筑市场信息，如造价信息、招标投标信息、建筑材料价格信息、设备价格信息等等；

(六) 医院制订的关于建设工程项目的各种制度、办法和规定。

第七条 建设工程项目的全过程审计应按照如下要求开展工作：

(一) 在审计准备阶段，组建审计工作小组，明确项目审计负责人，签发审计通知书，做好审计小组进驻工作；了解建设项目的的基本情况，收集和整理必要的审计依据，为正常开展工作做好准备；根据审计要求制定审计方案，明确审计内容、审计重点、审计方法和审计时间等；

(二) 在审计实施阶段，审计小组通过参加会议、现场踏勘、核查、取证、计量、分析、比较和技术咨询等手段，对审查项目进行审计和评价；

(三) 审计工作应坚持合同原则、实事求是原则、独立性原则、和谐审计原则，以第一手书面证据为基础，以法律、法规、政策规定为依据做好审计工作；

(四) 审计小组应主动和基建管理部门沟通协商，解决施工过程中发生的问题，可以采用审计建议书的形式向基建管理部门提出书面建议，为规范管理、提高效益提供依据；

(五) 审计人员应认真做好审计日志，及时整理审计工作底稿、附件、核对取证记录和有关资料，保证基础资料的完整性和准确性，对审计数据、资料进行信息化处理，建立审计档案；审计结束后审计小组应审计资料及时登记归档。

第三章 审计内容

第八条 建设工程项目立项和设计阶段审计

项目立项审计主要是对建设工程项目的立项论证过程、可行性研究报告的真实性、完整性进行审查与评价，为医院领导提供决策依据，规避投资风险，提高投资效益。

设计阶段审计主要是对建设工程项目的勘察、设计阶段各环节经济管理活动的真实性、合法性和效益性进行审查和评价，检查和评价设计阶段内部控制及风险管理的有效性、设计资料的完整性和可靠性，提高建设工程设计的质量。

第九条 施工准备阶段审计

施工准备阶段审计主要是对工程建设前期招投标代理机构、监理、施工、设备(材料)采购的招投标以及合同管理等经济管理活动的真实性、合法性和效益性进行审查与评价，促进招投标各环节中的内部控制及风险管理，实现招投标程序及结果的真实、公正，保障工程发包和合同管理的合法、规范。

第十条 施工准备阶段审计主要内容

(一) 招投标审查与评价

1. 招标代理机构及监理单位招投标审查与评价

(1) 招标文件内容是否合法、合规，是否全面准确表述招标人的实质性要求。

(2) 开标程序是否符合相关法规和制度的规定，评标标准是否公正，定标程序及结果是否符合规定。

2. 施工招投标审查与评价

(1) 招投标前期工作审查与评价。主要检查招标项目是否具备法规和制度规定的招标条件，招投标程序和方式是否符合有关法规和制度的规定；是否存在人为肢解项目、回避招投标等违规操作。

(2) 招标文件审查与评价。主要检查招标文件的内容是否合法合规，是否完整、严密，是否全面准确地表述招标项目的实际状况和招标人的实质性要求；是否有利于降低风险、控制造价、发挥投资效益；工程量清单项目设置、项目名称的表达和计算规则是否符合《建设工程工程量清单计价规范》的要求；关于工程子目特征和要求的描述是否清楚、完整；评标标准和方法是否科学合理。

(3) 开标、评标、定标审查与评价。主要检查开标程序是否合规；评标中是否对投标人投标策略进行评估，是否对投标报价的合理性和完整性进行分析和比较，定标程序及结果是否符合规定。

3. 主要材料、设备招投标审查与评价

(1) 招标文件的内容是否合法合规，是否全面准确地表述招标项目的基本要求，招标材料、设备的清单

和技术要求是否齐全；要求包含在材料、设备价格中的各项费用是否齐全和完整。

(2)开标程序是否符合相关法规和制度的规定，评标标准是否公正、公平。

(3)投标单位对其内容澄清解释时是否对投标内容做了实质性修改，澄清解释内容是否真实、合理；定标程序及其结果是否符合规定。

(二) 合同审查与评价

1. 合同审查与评价的基本内容

(1)订立合同的主体是否合格，合同内容是否符合相关法律、法规规定，是否符合招标文件的要求。

(2)合同条款是否全面、合理，有无遗漏关键性内容，有无不合理的限制性条件；合同是否明确规定当事人双方的权利和义务。

(3)合同是否存在因损害国家、集体或第三者利益等导致合同无效的风险。

2. 专业合同审查与评价

(1)施工合同审查与评价。主要检查合同是否明确规定工程承包范围、工期、质量等，是否与招标文件要求和投标承诺一致；合同工程造价计价原则、计费标准及其确定办法是否合理；合同是否明确规定设备和材料供应的责任及其质量标准、检验方法；合同规定的付款和结算方式是否合适，质量保证期是否符合有关规定；合同所规定的双方权利和义务是否对等，有无明确工程审计在工程施工管理过程中的职责和权利；有无明确的协作条款和违约责任。

(2)监理合同审查与评价。主要检查监理单位的资质与工程项目的建设规模是否相符；监理的业务范围、责任、人员配备及应提供的工程资料和时间要求是否明确；监理报酬的计算方法和支付方式是否符合有关规定；有无明确的协作条款和违约责任。

(3)主要材料和设备合同审查与评价。主要检查材料和设备的规格、品种、质量、数量、单价、结算方式、运输方式、交货地点、期限、总价和违约责任等条款是否齐全；新材料、新设备的价格是否合理；检查采购合同与财务结算、计划、设计、施工、工程造价等各个环节是否存在脱节的问题。

(4)分包合同审查与评价。主要检查分包合同是否明确规定分包范围、内容、工期和质量标准；计价原则、计费标准及其确定办法是否合理；分包项目中间验收、交工验收、质量保证期是否符合有关规定；规定的付款和结算方式是否合适；合同双方权利和义务是否对等，有无明确的协作条款和违约责任。

第十一条 施工阶段审计

施工阶段审计主要是对建设工程项目实施过程中隐蔽工程的计量、主要材料及设备的价格确认、工程进度款的支付、设计变更和施工签证的认定以及索赔事项的核实等经济管理活动的真实、合法和效益进行的审查和评价，目的是促进施工过程规范管理、控制工程造价。

第十二条 施工阶段审计主要内容

(一) 隐蔽工程审查与评价

1. 主要检查隐蔽工程质量验收程序是否符合规定，相关记录是否完整，工程质量是否经过监理单位确认为合格。

2. 涉及工程费用变动的隐蔽工程，未经审计人员参与审查并计量，施工单位不得封闭，自行封闭的不予计量和不计算相关费用。

(二) 主要材料及设备价格审查与评价

1. 招标文件对主要材料和设备已明确“厂家、规格、单价”的，进场使用前由基建管理部门、监理单位确认。“厂家、规格”与招标文件不同时，经基建部门、监理单位对其质量和单价审查同意后，由审计人员确认其单价。

2. 招标文件规定甲控乙供的主要材料和设备，对技术含量高、投资额较大的主要材料、设备，由医院相关管理部门按有关规定组织招标。进场使用前由施工单位提供“厂家、规格、单价”，基建管理部门、监理单位对质量和单价进行审核。

3. 建设单位供货或指定的材料，对技术含量高、投资额较大的主要材料、设备，由医院相关管理部门按有关规定组织招标。进场时基建管理部门、监理单位对质量和单价进行审核验收。

(三) 工程进度款支付审查与评价

1. 审查工程实际进度与计划进度的偏差，分析对工程造价和工期的影响。

2. 审查施工单位填报并经基建管理部门审核的进度款支付凭证是否真实、准确，是否与实际完成的工程量相符。

3. 审查工程设计变更和施工签证的真实性,相关费用在当期支付的合理性,临时支付费用的金额在洽商的基础上确定。

4. 工程价款支付凭证未经审计人员审核,财务部门不予支付工程价款。

(四) 工程变更和施工签证审查与评价

1. 审查工程变更的程序是否合理、合规,分析变更理由是否充分。严格审查由施工单位提出的变更,防止施工单位利用变更增加工程造价;对设计单位提出的设计变更应分析变更原因;对基建管理部门提出的工程变更,应分析变更的理由是否充分、程序是否符合规定,为医院领导提供决策依据。

2. 审查工程变更的真实性,分析工程变更对工程造价的影响。对采用工程量清单报价的工程,变更工程子目的单价应直接或者间接套用投标报价清单的综合单价;工程量清单报价中没有的变更工程子目的价格应按招标文件及合同约定执行。

3. 审查施工签证的发生是否真实,施工签证反映的工程内容是否已经包含在工程量清单的有关工程子目中。施工签证的工程量计算及图纸是否准确和完整、有无重复计算。

4. 凡涉及费用变动的工程变更、施工签证,必须经过审计人员的确认,对未经审计人员审核确认的工程变更和施工签证,一律不予计算工程费用。

(五) 索赔费用审查与评价

1. 审查施工单位提出的索赔事项是否真实,索赔内容是否准确,责任是否划分清楚,索赔程序是否符合规定。

2. 审查索赔证据是否真实可靠,索赔费用的计算是否准确,依据是否充分。

3. 未经审计人员审核确认的索赔事项,一律不予计算有关费用。

4. 由于施工单位、设计单位的过失造成的工期延误及费用增加,审计小组应建议基建管理部门向其提出索赔。

第十三条 竣工验收阶段审计

竣工验收阶段审计主要是对建设工程项目合同履行、工程结算、项目决算等经济管理活动的真实、合法和效益进行审查和评价,保证工程结算和项目决算的真实、完整、准确,防止虚列工程、套取资金、弄虚作假、高估冒算等行为的发生,促进合同的有效执行,维护医院的合法权益。

第十四条 竣工验收阶段审计内容:

(一) 工程结算审查与评价

1. 检查工程结算的编制依据是否有效,内容是否完整。

2. 检查工程结算的方式是否正确,防止弄虚作假、高估冒算。

3. 检查工程变更、施工签证的内容是否真实,手续是否齐全,资料是否符合要求。

4. 检查工程变更、施工签证的结算增减项目及工程量计算是否准确,是否存在工程项目和工程量只增不减从而提高工程造价的风险。

5. 检查工程变更、施工签证的结算单价是否准确、合理;取费标准是否准确,是否与招标文件及合同规定相符。

6. 检查合同报价中没有完成的工程项目是否已做减项处理,计算是否准确;材料价差的调整是否合理。

7. 检查甲供材的结算情况,甲供材的结算情况应包含在工程结算中,不包含甲供材结算的工程结算基建部门不应该送审。

(二) 合同履行、变更和终止的审查与评价

1. 合同履行审查主要检查是否全面、真实地履行合同,合同履行中的差异及产生差异的原因是否合理、合规,对违约行为的处理是否符合有关规定。

2. 合同变更审查主要检查合同变更的原因是否真实,合同变更程序是否合规;检查合同变更对成本、工期影响的处理是否合理;合同变更事项必须经过审计小组的确认。

3. 合同终止审查主要检查终止合同的条件和程序是否符合有关规定,检查费用及其支付情况是否符合合同的有关规定;检查未了事项是否处理完毕,是否经过审计小组的确认。

(三) 工程竣工财务决算审查与评价

1. 竣工财务决算报表的审查与评价。检查竣工财务决算报表是否齐全并符合勾稽关系要求,账表是否一致;检查决算说明书反映的数据和情况是否真实、准确;检查建设工程项目是否具备竣工决算编制条件。

2. 项目投资计划执行情况的审查与评价。检查各种资金渠道投入的实际情况;核实计划总投资的实际

完成情况，重点检查投资计划调整是否合规，建设项目分项投资的核算是否真实，待摊投资支出内容和分摊办法是否合规；分析工程项目完成投资是否超概算，如有超概算的情况应核实其金额并分析产生的原因。

3. 交付使用资产的审查与评价。主要检查交付的资产是否符合交付条件，移交手续是否齐全、合规；检查交付使用资产的核算是否准确。

4. 结余资金的审查与评价。主要检查建设工程项目结余资金及剩余材料、设备等物资的真实性和处置情况，包括核实库存设备、专用材料账实是否相符；银行存款余额是否与银行对账单余额相符，库存现金数额是否与现金日记账账面余额相符，有无“白条”抵库现象；检查应收、应付款项的真实性，债权债务是否及时进行清理，有无虚列往来账隐瞒、转移、挪用结余资金的行为；是否按合同规定预留了施工单位在工程质量保证期间的保证金。

第四章 审计方法与程序

第十五条 建设工程项目立项和设计阶段审计、工程结算审计、财务竣工决算审计、基建部门内部控制制度审计可采用报送审计方式进行，医院审计处将根据医院事业发展的需要和医院年度审计计划的安排组织实施；建设工程项目施工准备阶段审计、施工阶段审计应采用跟踪审计方式进行。

第十六条 对工程变更和施工签证，必须严格程序、规范行为、认真审查，实行跟踪审计。

1. 工程变更必须附有工程变更图纸，现场签证必须注明详细的工程内容、必要的图示及相关尺寸、工程量清单及工程造价计算书。

2. 遇有工程抢险等紧急情况发生的工程变更和现场签证，报经基建部门和监理单位批准后，可先施工后申报，但必须在 48 小时内补办有关手续。

3. 工程变更项目必须按医院规定流程逐级审批后方可出具工程变更单。工程变更单、现场签证必须由监理单位、基建部门、审计部门或跟踪审计人员同意签字方可作为进度款支付和工程竣工结算的依据。

第十八条 监理单位和基建管理部门对用于永久工程的材料、设备的质量和主要技术指标是否符合设计要求必须严格把关，审计人员应对甲控乙供材料、设备单价进行审查确认。

第十九条 跟踪审计人员应严格把握工程量关，按照有关程序认真做好对施工单位已完工程数量的评价和确认工作。

1. 施工单位对已经完成的工程应及时报验，工程质量验收合格后，应及时提出计量申请；监理单位接到申请后应对合格工程及时组织计量。

2. 对隐蔽工程的计量必须在被覆盖前进行，未经计量不得覆盖，否则在工程竣工结算时不予计算工程费用。

3. 工程计量的结果应得到跟踪审计人员的确认，未经跟踪审计人员确认的计量结果一律不得作为结算依据计算工程费用。

第二十条 工程项目进度款的支付，应按工程承包合同的规定进行，在审查付款申请时，应认真审查实际完成的工程数量（含工程变更的增减）、实际领用的甲供材料价款以及施工单位违约责任等内容，对上述情况说明不清时审计人员有权拒绝签字确认。

第二十一条 采用跟踪审计方式实施的审计事项，基建管理部门应及时和审计小组联系，超过规定期限报送的审计事项审计小组不再受理；审计小组在收到完整材料后应及时组织审计，一般应在 5 日以内出具审计意见，特殊情况由基建管理部门和审计小组协商处理。

第二十二条 审计小组应根据建设工程项目全过程审计的情况，对工程建设各个阶段的管理情况和各种审计事项的审计结果进行分析评价，出具审计报告、或者审计建议书。

第五章 附 则

第二十三条 在建设工程项目全过程审计中，基建部门、监理单位、施工单位与其他有关单位应主动、及时向医院审计处或审计小组提供各项资料。

第二十四条 审计处在对建设工程项目进行审计时，应按照本办法组织实施，并对审计结论负责。在全过程审计中，对查出违反基本建设法律法规、违反财经纪律和损害医院利益的各种行为，审计处应按照有关规定及时向医院报告。对审计人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守或者泄露所知悉的商业秘密等行为，由医院给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第二十五条 本办法由医院审计处负责解释，

第二十六条 本办法自 2016 年 5 月 1 日起施行。

领导干部经济责任审计实施办法（暂行）

第一章 总 则

第一条 为加强对医院领导干部的管理和监督，促进干部勤政廉政，全面履行职责，规范经济责任审计工作，根据《中华人民共和国审计法》（中华人民共和国主席令第48号）、中共中央办公厅、国务院办公厅《党政主要领导干部和国有企业领导人员经济责任审计规定》（中办发〔2010〕第32号）和国家卫生计生委《卫生系统内部审计工作规定》（卫生部令第51号）以及《江苏省部门和单位内部管理领导干部经济责任审计暂行办法》（苏审发〔2012〕第184号）等法律、法规和干部管理监督的规定，结合我院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称干部是指医院任命的负有经济责任的正科级领导干部、主持工作一年以上的副科级领导干部以及负有重要经济责任的副科级领导干部。

第三条 本办法所称经济责任，是指领导干部在任职期间因其所任职务，依照法律、法规和有关政策制度规定对所在部门、单位的内部控制、财政财务收支以及有关经济活动应当履行的职责、义务。

本办法所称经济责任审计，是指审计处依据国家有关法律、法规，对干部任职期间履行经济责任的情况所进行的监督、鉴证和评价。

第四条 根据干部管理监督的需要，干部任期届满，或者任期内办理调任、晋升、转任、轮岗、降职、免职、辞职、退休等事项前，一般应当实行任期经济责任审计。特殊情况下需要在离任后进行审计或暂缓审计，以及需要在任职期间实施审计的，应当由党委组织科或纪检监察科提出意见，医院经济责任审计联席会议决定，报经医院主要领导批准后执行。

按照全面审计与突出重点相结合的原则，加强对掌握大量资金、资产、资源的重点单位或部门的领导干部，以及掌握重要经济决策权、执行权、管理权和监督权等关键岗位领导干部的经济责任审计。

第五条 下列无法正常实施经济责任审计的情况，一般不安排经济责任审计：

- （一）干部任职的单位已被撤并或有关当事人已经无法找到的；
- （二）干部已定居国外或死亡的；
- （三）干部已离开任职岗位二年以上的；
- （四）干部已被纪检监察部门或司法部门立案调查的；
- （五）其他不宜安排经济责任审计的情况。

第六条 干部经济责任审计的时间范围应当包括干部整个任期。任职时间较长的，以近三年的情况为主，必要时可追溯至其他年度。

第二章 工作职责

第七条 医院建立经济责任审计联席会议（以下简称联席会议）制度，联席会议主要职责为制定经济责任审计工作计划，指导检查、交流通报经济责任审计情况，协调解决经济责任审计中的问题。

第八条 联席会议由医院领导、党委组织科、纪检监察科、财务处、设备处、总务处、审计处等部门组成。根据工作需要，可以适当增加其他组成部门。

（一）党委组织科工作职责：向履任的干部通报本岗位的经济责任；提出干部经济责任审计的年度计划名单；向审计处出具审计委托书，通报被审计干部的有关情况。

（二）纪检监察科工作职责：向审计处通报所掌握的被审计干部所在单位（部门）的有关情况；负责查处审计中发现的违法违纪问题；根据审计结果，对应给予党政纪处分的干部做出处理意见和建议；对干部经济责任审计工作进行监督、检查。

（三）财务处、设备处、总务处工作职责：根据干部的岗位职责制定相关的经济责任及其指标；向审计处提供审计所需要的财务、资产管理等相关资料。

（四）审计处工作职责：根据经济责任审计计划和有关法律、法规等独立实施审计；提交干部经济责任审计报告和审计结果报告，通报经济责任审计开展情况。

第九条 联席会议下设办公室，与审计处合署办公，负责日常工作，协调、处理经济责任审计的具体事项。

第三章 审计内容

第十条 经济责任审计应当以促进领导干部推动本部门科学发展为目标，以领导干部守法、守纪、守规、尽责为重点，关注领导干部履行经济责任有关的管理、决策等活动的经济效益、社会效益和环境效益

情况。

第十一条 干部经济责任审计的主要内容包括：

（一）贯彻执行党和国家以及医院有关经济方针政策和决策部署，履行有关职责，推动本部门事业科学发展情况；

（二）遵守有关法律法规和财经纪律情况；

（三）有关目标责任制完成情况；

（四）重大经济决策情况；

（五）本部门涉及经济事项的管理制度、内部控制制度的建立和执行情况，厉行节约反对浪费情况；

（六）本部门预算执行和其他财政收支、财务收支的真实、合法和效益情况；

（七）本部门的物资采购和实物资产的管理情况；

（八）重要项目的投资、建设和管理情况；

（九）履行有关党风廉政建设第一责任人职责情况，以及本人遵守有关廉洁从政规定情况；

（十）对以往审计中发现问题的整改情况；

（十一）其他需要审计的内容。

干部经济责任审计的具体内容根据被审计干部的岗位职责等情况确定。

第四章 审计实施

第十二条 经济责任审计年度计划应按以下程序编制：

（一）由党委组织科向联席会议提出经济责任审计计划名单；

（二）联席会议研究拟定经济责任审计计划；

（三）经济责任审计计划报经党委批准后，列入审计工作计划；

（四）党委组织科根据确定的审计工作计划以书面形式委托审计处实施经济责任审计。委托书的内容主要包括：委托审计的干部姓名及简要情况、被审计干部所在单位的名称及简要情况、审计期间等其他有关事项。

第十三条 经济责任审计立项后，审计处应当根据审计工作量和实际工作需要，安排与审计任务相适应的审计人员组成审计组，并指定审计组组长，明确审计人员分工。审计组实行组长负责制。如因审计人员不足，经联席会议批准，可以调用医院其他相关部门工作人员或聘用中介机构人员参与审计。

第十四条 实施经济责任审计的程序主要包括：

（一）进行审前调查；

（二）编制项目审计实施方案；

（三）送达审计通知书；

（四）实施经济责任审计；

（五）起草审计报告并征求被审计干部及其所在单位（部门）的意见；

（六）出具审计报告和审计结果报告等文书。

第十五条 审计组在编制审计实施方案前，应当进行审前调查，了解被审计干部及所在单位（部门）的基本情况。审前调查可以采取召开座谈会、实地考察、查阅档案等多种形式。编制审计实施方案应当根据重要性和谨慎性原则，在评估审计风险基础上，围绕审计目标确定审计的范围、内容、步骤和方法。

第十六条 审计组应在实施审计 3 日前，向被审计干部及其所在单位（部门）送达审计通知书。

审计处实施经济责任审计，应当进行审计公示，公示时间不得少于 7 个工作日。

第十七条 审计组应当要求被审计干部提交任职期间履行经济管理职责情况的书面材料和其他资料，并于审计通知书送达后 10 日内送交审计组。

书面材料的内容主要包括：

（一）被审计干部经济管理职责范围和分工；

（二）与目标责任制有关的各项经济指标完成情况；

（三）利用资源开展业务的效益、效果情况；

（四）重大经济决策及相关项目情况；

（五）国有资产的安全完整情况；

（六）单位（部门）内部控制制度的建立、健全及其执行情况；

（七）单位（部门）及本人遵守国家财经法规和领导干部廉政规定的情况；

(八) 本人认为在经济责任方面存在的问题及建议;

(九) 需要说明的其他情况。

其他资料包括财政收支、财务收支相关资料; 工作计划、工作总结、会议记录、会议纪要、经济合同、考核检查结果、业务档案等。

被审计干部及其所在单位(部门)应对所提供书面材料和其他资料的真实性、完整性作出书面承诺。

第十八条 审计组在实施审计工作前应召开进点会。审计进点会由纪委书记主持召开, 通报审计工作具体安排和要求, 听取被审计干部介绍履行经济责任的情况。

经济责任审计进点会一般由下列人员参加:

- (一) 经济责任审计委托部门的有关人员以及审计组成员;
- (二) 被审计的干部及其单位(部门)领导班子成员和相关人员;
- (三) 审计组或被审计干部认为需要参加会议的其他人员。

第十九条 审计组通过审查会计凭证、会计账簿、会计报表, 查阅与审计有关的文件资料、档案, 检查现金、实物、有价证券, 召开座谈会, 向有关单位和个人调查了解相关情况, 并取得证明资料。

第二十条 审计处实施审计后, 应当出具审计报告。审计报告应当包括以下内容:

- (一) 实施审计的法律法规依据和委托、授权依据;
- (二) 被审计干部的职责范围等基本情况, 被审计干部所在单位(部门)的经济性质、管理体制、财务隶属关系等;
- (三) 被审计干部所在单位(部门)财务状况, 各项工作目标、任务完成情况等;
- (四) 审计发现的被审计干部及所在单位(部门)违反财经法规和领导干部廉政规定的主要问题;
- (五) 对被审计干部所在单位(部门)内部控制制度建立和执行情况, 财务收支等有关经济活动的真实、合法、效益情况的评价, 以及被审计干部对审计发现的违反财经法规、廉政规定的问题应当负有的领导责任、主管责任和直接责任;
- (六) 对被审计干部及所在单位(部门)违反财经法规问题的定性, 处理意见及依据, 有关改进建议;
- (七) 其他需要反映的情况。

第二十一条 提交审计报告前, 审计组应当征求被审计的干部及所在单位(部门)的意见。被审计的干部及其所在单位(部门)对审计报告有异议的, 审计组应当进一步核实, 并根据所核实的情况对审计报告作必要修改。

被审计的干部及其所在单位(部门)自接到审计报告之日起, 可于10日内提出书面意见, 逾期未提出意见的, 视同无异议。

第二十二条 审计处审定审计报告后, 应当向委托部门提交经济责任审计结果报告。

第五章 审计评价与结果运用

第二十三条 对干部经济责任审计, 应通过对其所在单位(部门)的财务收支以及有关经济活动真实性、合法性和效益性的审计, 对其经济责任履行的情况进行综合评价。审计评价应当与审计内容相统一, 评价结论应当有充分的审计证据支持。审计评价应遵循“依法评价、实事求是、客观公正”的原则。

第二十四条 审计处应当根据有关规定, 对被审计干部履行经济责任过程中存在问题所应当承担的直接责任、主管责任、领导责任作出界定。

第二十五条 本办法所称直接责任, 是指领导干部对履行经济责任过程中的下列行为应当承担的责任:

- (一) 直接违反法律法规、国家有关规定和单位内部管理规定的行为;
- (二) 授意、指使、强令、纵容、包庇下属人员违反法律法规、国家有关规定和单位内部管理规定的行为;
- (三) 未经民主决策、相关会议讨论而直接决定、批准、组织实施重大经济事项, 并造成重大经济损失浪费、国有资产(资金、资源)流失等严重后果的行为;
- (四) 主持相关会议讨论或者以其他方式研究, 但是在多数人不同意的情况下直接决定、批准、组织实施重大经济事项, 由于决策不当或者决策失误造成重大经济损失浪费、国有资产(资金、资源)流失等严重后果的行为;
- (五) 其他应当承担直接责任的行为。

第二十六条 本办法所称主管责任, 是指领导对履行经济责任过程中的下列行为应当承担的责任:

- (一) 除直接责任外, 内管干部对其直接分管的工作不履行或者不正确履行经济责任的行为;

(二)主持相关会议讨论或者以其他方式研究,并且在多数人同意的情况下决定、批准、组织实施重大经济事项,由于决策不当或者决策失误造成重大经济损失浪费、国有资产(资金、资源)流失等严重后果的行为。

第二十七条 本办法所称领导责任,是指除直接责任和主管责任外,领导对其不履行或者不正确履行经济责任的其他行为应当承担的责任。

第二十八条 对经济责任审计情况进行及时通报、使责任追究等结果得到运用,提高审计结果透明度,推动审计发现的问题及时得到整改。

第二十九条 审计处对干部及所在单位(部门)违反国家财经法规和廉政规定,认为需要处理的,应向联席会议提出处理意见;需要给予党纪政纪处分的,应移交干部管理和监督部门处理;触犯刑律的,应移交司法机关处理。

第三十条 党委组织科应当将经济责任审计结果作为考核、任免、奖惩被审计干部的重要依据,审计结果报告应当归入被审计干部本人档案。

第六章 附 则

第三十一条 本办法由联席会议办公室负责解释。

第三十二条 本办法自发布之日起施行。

建设工程项目的工程量清单和招标控制价编制管理办法

第一章 总则

第一条 为规范医院建设工程的工程量清单和招标控制价(以下简称:清单和控价)编制工作,提高清单和控价的编制质量,根据中华人民共和国国务院令 第 613 号《中华人民共和国招标投标法实施条例》、中华人民共和国住房和城乡建设部发布的《建设工程工程量清单计价规范》,结合我院实际情况,制定本办法。

第二条 凡使用政府及主管部门投资资金、医院自筹资金、科研经费等资金从事我院基本建设、维修改造工程的项目,其清单与控价的编制均执行本办法。

第三条 适用本办法的各类建设工程项目包括:基建工程,装饰工程,房屋建筑物的加固、改建、改造、维修工程,院内场地、道路、管道、围墙等室外维修工程,绿化工程以及其他公用设施等工程。

第四条 清单与控价的编制实行工程管理部门归口管理,审计部门分层级实施审计的管理办法。

第二章 清单与控价的编制

第五条 根据医院部门设置、业务分工和工程特点,医院建设工程项目的清单与控价的编制分别由以下归口管理部门负责:

(一)基建办负责新建基建工程项目(信息智能化除外)的清单与控价的编制工作。

(二)信息中心负责信息智能化工程项目的清单与控价编制工作。

(三)保卫处负责独立的消防改造项目的清单与控价编制工作。如果消防改造项目的施工区域同期进行土建、安装或装饰改造,则消防改造项目的清单与控价编制并入整体改造中,由总务处负责实施。

新建基建工程项目,消防工程的清单与控价编制由基建办负责实施。

(四)病房管理科负责医用气体改造工程项目的清单与控价编制工作。新建基建工程项目,医用气体项目的清单与控价编制由基建办负责实施。

(五)总务处负责基建办、信息中心、保卫处和病房管理科归口以外的建设工程项目(含西院)的清单与控价编制工作。

第六条 清单与控价的编制工作由工程归口管理部门委托具有编标资格的工程造价机构承担。工程造价机构的选取执行医院招投标管理相关规定。

第七条 工程归口管理部门负责受托工程造价机构的沟通协调、质量控制与考核等日常管理工作。质量控制与考核的主要内容有:

(一)工程造价人员的执业资格、工作态度及水平;

(二)工程造价机构的质量控制体系及措施;

(三)工程量清单的项目完整性,项目特征描述的准确性、完整性,工程量计算的准确性;

(四)招标控制价的合理性;

(五)工程造价机构的廉政措施及造价人员的廉政情况。

第三章 清单与控价的审计

第八条 清单与控价的审计由审计处负责委托医院工程审计备选库成员单位承担,并负责质量控制与考核工作。质量控制与考核执行《徐州医科大学附属医院建设及修缮工程委托审计实施办法》(徐医附院〔2016〕67号)的规定。

第九条 招标控制价在100万元(不含100万元)以上的维修改造项目、招标控制价在500万元(不含500万元)以上的新建项目,工程归口管理部门应将清单与控价报送至审计处审计。

第十条 招标控制价在100万至500万元(含500万元)之间的维修改造项目实行审核方式进行审计;招标控制价在500万元(不含500万元)以上的维修改造项目和新建项目实行背靠背方式编制清单与控价。

第十一条 实行审核方式进行审计的项目,工程归口管理部门应向审计处报送以下资料:

- (一) 工程量清单与招标控制价审核申请(详见附件1);
- (二) 招标控制价(含计价电子文档),工程量计算书、三维工程量计算模型(含施工图纸电子文档);
- (三) 招标文件(含工程量清单)、施工方案、招标补遗及招标答疑;
- (四) 甲供设备、材料清单;
- (五) 甲控设备、材料清单;
- (六) 施工图纸、施工组织设计;
- (七) 立项报告及审批资料;
- (八) 其他。

第十二条 实行背靠背方式编制清单与控价的项目,工程归口管理部门应向审计处报送以下资料:

- (一) 招标文件、施工方案、招标补遗及招标答疑;
- (二) 甲供设备、材料清单;
- (三) 甲控设备、材料清单;
- (四) 施工图纸、施工组织设计;
- (五) 立项报告及审批资料;
- (六) 其他。

第四章 附则

第十三条 本办法由总务处、审计处负责解释。

第十四条 本办法自公布之日起执行。

内部审计工作规定

第一章 总 则

第一条 为进一步加强我院内部审计工作,建立健全内部审计制度,充分发挥内部审计作用,促进医院持续健康发展,根据《中华人民共和国审计法》、《审计署关于内部审计工作的规定》和《卫生计生系统内部审计工作规定》及有关法律法规,结合我院实际,特制订本规定。

第二条 本规定所称内部审计,是指对本单位及所属单位财政财务收支、经济活动、内部控制、风险管理实施独立、客观的监督、评价和建议,以促进单位完善治理、实现目标的活动。

第三条 内部审计机构和内部审计人员从事内部审计工作,应当严格遵守有关法律法规、本规定和内部审计职业规范,忠于职守,做到独立、客观、公正、保密。

内部审计机构和内部审计人员不得参与可能影响独立、客观履行审计职责的工作。

第四条 医院党组织、主要负责人对医院内部审计工作的有效实施负责。

第五条 医院内部审计工作坚持全面覆盖、应审尽审;实事求是、客观公正;凡审必严、防微杜渐;促进管理、推动改革的原则。

第六条 医院内部审计工作依法接受国家审计机关和上级主管部门的指导和监督,并积极支持和配合国家审计机关和上级主管部门工作。

第二章 内部审计机构和人员管理

第一条 审计处是医院设置的独立的内部审计机构,在医院党组织、主要负责人的直接领导下开展内部审计工作,向其负责并报告工作。

第二条 内部审计人员应当具备从事审计工作所需要的专业能力。医院应当严格内部审计人员录用标准,支持和保障审计处通过多种途径开展继续教育,提高内部审计人员的职业胜任能力。

第三条 审计处负责人应当具备中级以上相关专业技术职称或者 5 年以上审计、会计工作经历，其任免应当征求上级主管部门意见。

第四条 医院应当保障审计处和内部审计人员依法依规独立履行职责，任何单位和个人不得打击报复。

第五条 审计处履行内部审计职责所需经费，应当列入医院预算。

第六条 对忠于职守、坚持原则、认真履职、成绩显著的内部审计人员，由医院予以表彰。

第三章 内部审计职责和权限

第一条 审计处应当按照国家有关规定和医院的要求，履行下列职责：

- (一) 制定审计工作办法和流程；
- (二) 编制年度审计工作计划；
- (三) 重大政策执行、事业发展目标完成情况审计；
- (四) 预算执行和财务收支、工程建设、采购、国有资产管理及其他所有经济活动事项审计；
- (五) 医院内部管理的领导干部经济责任审计；
- (六) 内部控制评价及风险管理审计；
- (七) 其他审计。

第二条 审计处开展内部审计工作时应有下列权限：

(一) 要求被审计部门按时报送发展规划、战略决策、重大措施、内部控制、风险管理、财政财务收支等有关资料（含相关电子数据，下同），以及必要的计算机技术文档；

(二) 参加或列席医院有关会议，召开与审计事项有关的会议；

(三) 参与研究制定有关的规章制度，提出制定内部审计规章制度的建议；

(四) 检查有关财政财务收支、经济活动、内部控制、风险管理的资料、文件和现场勘察实物；

(五) 检查有关计算机系统及其电子数据和资料；

(六) 就审计事项中的有关问题，向有关部门和个人开展调查和询问，取得相关证明材料；

(七) 对正在进行的严重违法违规、严重损失浪费行为及时向医院主要负责人报告，经同意作出临时制止决定；

(八) 对可能被转移、隐匿、篡改、毁弃的会计凭证、会计账簿、会计报表以及与经济活动有关的资料，经批准，有权予以暂时封存；

(九) 提出纠正、处理违法违规行为的意见和改进管理、提高绩效的建议；

(十) 对违法违规和造成损失浪费的被审计部门和人员，给予通报批评或者提出追究责任的建议；

(十一) 对严格遵守财经法规、经济效益显著、贡献突出的被审计部门和个人，可以向医院党组织、主要负责人提出表彰建议。

第三条 审计处应当有计划的开展内部审计工作，实现审计全覆盖。

审计处结合医院工作规划、管理需要和审计力量合理安排各年度审计项目，逐步实现一个审计周期内的审计全覆盖。一个审计周期为 5 年。

第四章 审计实施

第一条 审计处按照党政联席会议审批后的年度审计工作计划实施审计工作。临时增加的专项审计工作按照规定程序审批后实施。

第二条 审计处实施审计应当遵循内部审计准则及相关规定明确的程序，主要包括：制订工作方案、组建审计项目工作组、下达审计通知书、组织现场审计、制作工作底稿、沟通审计结果、出具审计报告、督促问题整改等。

第三条 审计处开展医院内部管理领导干部经济责任审计及其他特定审计事项时，应当遵守国家规定的审计程序和要求。

第四条 审计处根据审计业务的需要，除涉密项目外，可以向社会购买审计服务。购买服务时应当按照法律法规履行程序，委托具有相应资质的社会中介机构开展内部审计工作，并监督检查审计业务质量。

第五条 审计处应当采取督导检查、分级复核、质量评估等方式强化审计工作质量控制。

第六条 审计处应当加强内部审计信息化建设，提高审计能力、质量和效率。

第七条 审计处应当建立健全审计档案管理制度，并按照规定保管档案资料。

第八条 内部审计人员与被审计部门、被审计部门主要负责人或者审计事项存在利害关系的，应当回避。

第九条 内部审计人员办理审计事项，应当严格遵守审计职业道德和审计工作纪律，严格执行廉政纪律，做到独立、客观、公正、保密。不得歪曲事实、隐瞒问题，不得利用职权谋取私利。

第五章 审计结果运用

第一条 被审计部门是审计整改的主体。部门主要负责人作为第一责任人，应当组织部门集体研究部署审计整改工作，明确整改任务与职责。

第二条 对审计处提出的问题和建议，被审计部门应当立行立改、全面整改，落实自查自纠，完善内部管理。

第三条 被审计部门应当在规定时间内逐项完成审计报告反映问题的整改落实，向分管院领导汇报整改情况，并按时将分管院领导审批后的审计整改报告报送至审计处。

第四条 审计处应当对审计整改工作进展、长效机制建设等情况实施指导监督和跟踪检查。

第五条 建立健全审计通报制度。审计结果及审计整改情况应当经主要负责人批准后在适当范围内通报。

第六条 审计结果及其整改落实情况作为开展以下工作的重要参考依据：

- (一) 党风廉政建设；
- (二) 被审计部门的年度考核；
- (三) 中层干部的考核、任免、奖惩；
- (四) 审计事项相关责任人的个人年度考核；
- (五) 有关政策规章和制度机制的完善。

第七条 医院内部管理的领导干部经济责任审计结果报告应当归入被审计领导干部本人档案。

第八条 审计处应当加强与纪检监察、组织科、人事处等其他部门的协作配合，建立信息共享、结果共用、重要事项共同实施、问题整改问责共同落实等工作机制。

第九条 医院对内部审计发现的重大违纪违法问题线索，应当按照管辖权限依法依规及时移送纪检监察机关、司法机关。

第六章 责任追究

第一条 被审计单位有下列情形之一的，由单位党组织、主要负责人责令改正，并对直接负责的主管人员和其他直接责任人员进行处理：

- (一) 拒绝接受或者不配合内部审计工作的；
- (二) 拒绝、拖延提供与内部审计事项有关的资料，或者提供资料不真实、不完整的；
- (三) 拒不纠正审计发现问题的；
- (四) 整改不力、屡审屡犯的；
- (五) 违反国家规定或者本单位内部规定的其他情形。

第二条 内部审计人员有下列情形之一的，由医院对直接负责的主管人员和其他直接责任人员进行处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任：

- (一) 未按有关法律法规、本规定和内部审计职业规范实施审计导致应当发现的问题未被发现并造成严重后果的；
- (二) 隐瞒审计查出的问题或者提供虚假审计报告的；
- (三) 泄露国家秘密或者商业秘密的；
- (四) 利用职权谋取私利的；
- (五) 违反国家规定或者本单位内部规定的其他情形。

第三条 内部审计人员因履行职责受到打击、报复、陷害的，单位党组织、主要负责人应当及时采取保护措施，并对相关责任人员进行处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

第七章 附 则

第一条 本规定由审计处负责解释。

第二条 本规定自2018年12月1日起施行。《徐州医科大学附属医院内部审计工作规定》（【2017】9号）同时废止。

第九章 招标投标办公室工作制度

招标投标管理办法

第一章 总则

第一条 为了规范医院的采购行为，加强对招标投标活动的监督管理，维护招标投标活动双方的合法权益，依据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及相关法律、法规等规定，制定本办法。

第二条 医院及医院委托的有法定资格的采购代理机构进行的招标投标活动，适用本办法。

第三条 招标分为公开招标和邀请招标。

公开招标，是指招采部门依法以招标公告的方式邀请不特定法人或者其他组织投标。

邀请招标，是指招采部门以投标邀请书的方式邀请三家以上特定法人或者其他组织投标。

第四条 医院的工程、货物、服务类采购项目及其他需要进行招标的项目要严格按照年度预算和计划进行招标采购，临时计划（含三重一大项目）需经院办公会或招标采购领导小组审批。金额按以下标准执行：

货物、工程类项目单台（件、套、个、项）或同批预算金额<50万元、服务类项目预算金额<20万元的，由采购中心、总务处等具有招标采购权的职能部门招标采购；

货物、工程类项目单台（件、套、个、项）或同批预算金额≥50万元、服务类项目预算金额≥20万元的，由招投标办公室组织招标或委托代理机构招标。

第五条 院内招标项目一般应采用公开招标的方式。

各部门不得将应当以公开招标方式采购的项目化整为零或以其他方式规避公开招标采购。

第六条 任何单位和个人不得阻挠和限制供应商自由参加招标投标活动，不得指定货物的品牌、服务的供应商，以及采用其他方式非法干涉招标投标活动。

第七条 在招标投标活动中，招采部门工作人员、评标委员会成员及其他相关人员与投标商有利害关系的，必须回避。投标商认为上述人员与其他投标商有利害关系的，可以申请其回避。

第八条 参加医院投标活动的投标商，应当是按中国法律、行政法规规定满足参加招标投标活动条件的中外供应商。

第二章 组织机构及职责

第九条 医院成立招标采购工作领导小组，负责研究决定与招标采购工作相关的重大事项。招标采购工作领导小组由院长任组长，分管招标、采购的副院长和纪委书记任副组长，相关部门的分管院领导及部门负责人为成员。

医院招标采购工作领导小组的主要职责：

- （一）全面负责医院的招标采购工作；
- （二）研究制定医院招标采购工作的相关规章制度；
- （三）讨论决定医院招标采购工作中的重大事项；
- （四）审定医院“招标采购评审专家库”成员；
- （五）审定应招标而因特殊情况无法实施招标的重大项目的采购方式；
- （六）讨论、审定重大项目的招标采购工作。

第十条 医院设立招投标办公室（以下简称招标办），在医院招标采购工作领导小组的领导下，归口管理招标工作。

招投标办公室的主要职责：

（一）贯彻国家政府采购与招投标的方针政策 and 法律法规，拟订医院招标工作的相关规章制度和具体实施办法；

- （二）建立、管理医院“招标评审专家库”；
- （三）接受招标申请，审核项目相关资料，确定招标实施方式；
- （四）审查招标文件，发布招标信息，接受投标报名；
- （五）组织审查投标人资质，发出招标文件；
- （六）按照规定组织开标，公示评审结果，发布中标公告，发出中标通知书；
- （七）经医院招标采购工作领导小组或监督小组审定，组织竞争性谈判、单一来源采购、询价采购等；
- （八）对按照规定应纳入国家（地方）政府采购或招标的事项，配合主管部门做好相关工作；
- （九）负责招标相关文件资料的归集、整理和立卷归档；

- (十) 委托招标代理机构进行招标;
- (十一) 配合医院相关部门做好招标中的投诉以及法律纠纷等相关事宜;
- (十二) 负责相关数据的统计上报及汇总分析;
- (十三) 完成领导交办的其他工作。

第十一条 建立招标工作监督机制。医院设立由纪检、审计等相关部门组成的招标采购工作监督小组，对招标采购工作的相关环节进行监督。

招标采购工作监督小组的主要职责：

- (一) 依据国家法律法规和医院相关规定，拟订医院招投标监督工作的规章制度；
- (二) 会同相关招采部门在“招标采购评审专家库”中抽选评审专家；
- (三) 对招标采购过程和相关事项进行监督；
- (四) 受理招标采购中的有关投诉；

第十二条 医院招标采购项目实行专家评审制。

一般项目的评审应通过随机抽选方式组成评标委员会。通过随机方式难以确定合适评审专家的，经院招投标领导小组同意后，可由招采部门会同招标采购监督小组采取选择性方式确定评标专家。

评审专家组的评审结果将作为确定中标人的依据。

第三章 招标

第十四条 项目申请部门或归口管理部门一般应在招标公示前 20 日，向招采部门提供《徐州医学院附属医院招标采购项目审批表》。

第十五条 确定招标方式和投标单位

(一) 招采部门根据招标采购项目金额大小、技术要求、工程状况、市场行情，与项目申请部门、招标监督小组商定招标采购方式，报分管院领导同意后执行，特殊情况报招投标领导小组决定。

(二) 邀请招标的项目可由项目申请部门和归口管理部门提供拟邀标的投标单位建议名单。除竞争性谈判、单一来源采购方式外，其他招标采购方式参与的投标单位和询价厂商均不得少于三家。

第十六条 招采部门按照本办法的规定组织开展招标活动。

一般情况下，货物、工程、服务类等项目预算金额≥100 万元的，原则上由招标办委托有资质的代理机构进行招标采购。

第十七条 招标办委托采购代理机构招标的，必须与采购代理机构签订委托协议，确定委托代理的事项，约定双方的权利和义务。

第十八条 采用招标方式采购的，自招标文件开始发出之日起至投标人提交投标文件截止之日止，不得少于二十日。

第十九条 采用邀请招标方式采购的，招采部门在医院指定的媒体上发布资格预审公告，公布投标人资格条件，资格预审公告的期限不得少于七个工作日。

投标人应当在资格预审公告期结束之日起三个工作日前，按公告要求提交资格证明文件。招采部门会同招标采购监督小组从评审合格投标人中通过随机方式选择三家以上的投标人，并向其发出投标邀请书。

第二十条 公开招标公告应当包括以下主要内容：

- (一) 招标采购单位的名称、地址和联系方式；
- (二) 招标项目的名称、数量或者招标项目的性质；
- (三) 投标人的资格要求；
- (四) 获取招标文件的时间、地点、方式及招标文件售价；
- (五) 投标截止时间、开标时间及地点。

第二十一条 招采部门根据招标项目的特点和需求编制招标文件。招标文件包括以下内容：

- (一) 投标邀请；
- (二) 投标人须知（包括密封、签署、盖章要求等）；
- (三) 投标人应当提交的资格、资信证明文件；
- (四) 投标报价要求、投标文件编制要求和投标保证金交纳方式；
- (五) 招标项目的技术规格、要求和数量，包括附件、图纸等；
- (六) 合同主要条款及合同签订方式；
- (七) 交货和提供服务的时间；
- (八) 废标条款；
- (九) 投标截止时间、开标时间及地点；
- (十) 评标方法和评分标准；

(十一) 医院规定的其他事项。

招标文件中应规定并标明实质性要求和条件。

第二十二条 依法必须进行招标的项目必须按照规定发布资格预审公告或者招标公告。

第二十三条 招采部门根据需要可以要求投标人提交符合招标文件规定要求的备选投标方案,但应当在招标文件中说明,并明确相应的评审标准和处理办法。

第二十四条 招标文件规定的各项技术标准应当符合国家强制性标准。

招标文件不得要求或者标明特定的投标人或者产品,以及含有倾向性或者排斥潜在投标人的其他内容。

第二十五条 招采部门可根据需要,就招标文件征询有关专家或者供应商的意见。

第二十六条 采购项目在招采部门在发布招标公告、发出投标邀请书或者发出招标文件后,不得擅自终止。

第二十七条 招采部门根据招标采购项目的具体情况,可以组织投标人现场考察或者召开开标前答疑会,但不得单独或者分别组织只有一个投标人参加的现场考察。

第二十八条 开标前,招采部门和有关工作人员不得向他人透露已获取招标文件的投标人的名称、数量以及可能影响公平竞争的有关招标投标的其他情况。

第二十九条 招采部门在招标文件要求提交投标文件截止时间五日前对已发出的招标文件可以进行必要澄清或者修改,并以书面形式通知所有招标文件收受人。该澄清或者修改的内容为招标文件的组成部分。

第三十条 招采部门根据具体情况,可以延长投标截止时间和开标时间,将变更时间书面通知所有招标文件收受人。

第四章 投标

第三十一条 投标人是响应招标并且符合招标文件规定资格条件和参加投标竞争的法人、其他组织或者自然人。

第三十二条 投标人应当按照招标文件的要求编制投标文件。投标文件应对招标文件提出的要求和条件作出实质性响应。

投标文件由商务部分、技术部分、价格部分和其他部分组成。

第三十三条 投标人应当在招标文件要求提交投标文件的截止时间前,将投标文件密封送达投标地点。招采部门收到投标文件后,应当签收保存,任何部门和个人不得在开标前开启投标文件。

在招标文件要求提交投标文件的截止时间之后送达的投标文件,为无效投标文件,招采部门应当拒收。

第三十四条 投标人在投标截止时间前,可以对所递交的投标文件进行补充、修改或者撤回,并书面通知招采部门。补充、修改的内容应当按招标文件要求签署、盖章,并作为投标文件的组成部分。

第三十五条 投标人根据招标文件载明的标的采购项目实际情况,拟在中标后将中标项目的非主体、非关键性工作交由他人完成的,应当在投标文件中载明。

第三十六条 两个以上供应商可以组成一个投标联合体,以一个投标人的身份投标。

以联合体形式参加投标的,联合体各方均应当具有独立承担民事责任的能力。采购主管部门根据采购项目的特殊要求规定投标人特定条件的,联合体各方中至少应当有一方符合采购人规定的特定条件。

联合体各方之间应当签订共同投标协议,明确约定联合体各方承担的工作和相应的责任,并将共同投标协议连同投标文件一并提交招采部门。联合体各方签订共同投标协议后,不得再以自己名义单独在同一项目中投标,也不得组成新的联合体参加同一项目投标。

第三十七条 投标人之间不得相互串通投标报价,不得妨碍其他投标人的公平竞争,不得损害医院或者其他投标人的合法权益。

投标人不得以不正当手段谋取中标。

第三十八条 招标文件中明确投标保证金的数额及交纳办法。投标人投标时,应当按招标文件要求交纳投标保证金。

招标文件规定的投标保证金数额,原则不超过采购项目概算的百分之二,但最低不低于五千元人民币。投标保证金可以采用电汇、转账支票、银行汇票等形式从投标人基本账户交纳。投标人未按招标文件要求交纳投标保证金的,招采部门将拒绝接收投标人的投标文件。

联合体投标的,可以由联合体中的一方或者共同提交投标保证金,以一方名义提交投标保证金的,对联合体各方均具有约束力。

第三十九条 招采部门在中标通知书发出后五个工作日内退还未中标供应商的投标保证金,在采购合同签订后将中标供应商的投标保证金转为履约保证金。投标商因自身原因未办理退还保证金的,医院不承担任何责任。

第五章 开标、评标与定标

第四十条 开标在指定地点，按照招标文件确定的时间公开进行；招采部门开标前，通知监督小组到现场监督开标活动。

第四十一条 开标由招采部门主持，评标委员会评审，投标人和有关方面可派代表参加。

第四十二条 开标时，由投标人或者其推选的代表检查投标文件的密封情况，经确认无误后，由工作人员当众拆封，宣读投标人名称、投标价格和投标文件的其他主要内容。

第四十三条 开标时，投标文件中开标一览表(报价表)内容与投标文件中明细表内容不一致的，以开标一览表(报价表)为准。

投标文件的大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准；总价金额与按单价汇总金额不一致的，以单价金额计算结果为准；单价金额小数点有明显错位的，以总价为准，并修改单价；对不同文字文本投标文件的解释发生异议的，以中文文本为准。

第四十四条 开标过程应当由招采部门指定专人负责记录，并存档备查。

第四十五条 投标截止时间结束后参加投标的供应商不足三家的，除采购任务取消情形外，招采部门应当报告院招标采购工作领导小组，由招标采购工作领导小组参照以下原则处理：

(一) 招标文件没有不合理条款、招标公告时间及程序符合规定的，同意采取竞争性谈判、询价或者单一来源方式采购；

(二) 招标文件存在不合理条款的，招标公告时间及程序不符合规定的，应予废标，并责成招采部门按规定重新招标。

在评标期间，出现符合专业条件的供应商或者对招标文件作出实质响应的供应商不足三家情形的，可以比照前款规定执行。

第四十六条 评标工作由招采部门负责组织，具体评标事务由招采部门按规定组建的评标委员会负责，并独立履行下列职责：

(一) 审查投标文件是否符合招标文件要求，并作出评价；

(二) 要求投标人对投标文件有关事项作出解释或者澄清；

(三) 推荐中标候选人名单，或者受招采部门委托按照事先确定的办法直接确定中标供应商；

(四) 向招标监管部门报告非法干预评标工作的行为。

第四十七条 评标委员会由采购申请部门代表和有关技术、经济等方面的专家组成，成员人数应当为五人以上单数。其中，技术、经济等方面的专家不得少于成员总数的三分之二。采购数额在 300 万元以上、技术复杂的项目，评标委员会中技术、经济方面的专家人数须为五人以上单数。

评标委员会成员名单原则上应在开标前确定，并在招标结果确定前保密。

第四十八条 评标专家应当熟悉政府采购、招标投标的相关政策法规，熟悉市场行情，有良好的职业道德，遵守招标纪律，从事相关领域工作满八年并具有高级职称或者具有同等专业水平。

第四十九条 招采部门应当会同医院纪检部门对专家实行动态管理。

第五十条 招采部门应当在纪检部门监督下，从医院采购评审专家库中，通过随机方式抽取评标专家。

招标采购机构对技术复杂、专业性极强的采购项目，通过随机方式难以确定合适评标专家的，经监督小组同意，可以采取选择性方式确定评标专家（包括院外专家）。

第五十一条 评标委员会成员应当履行下列义务：

(一) 遵纪守法，客观、公正、廉洁地履行职责；

(二) 按照招标文件规定的评标方法和评标标准进行评标，对评审意见承担个人责任；

(三) 对评标过程和结果，以及供应商的商业秘密保密；

(四) 参与评标报告的起草；

(五) 配合招采部门的投诉处理工作；

(六) 配合招采部门答复投标人提出的质疑。

第五十二条 招标采购的评标方法分为最低评标价法、综合评分法。

第五十三条 最低评标价法，是指以价格为主要因素确定中标候选人供应商的评标方法，即在全部满足招标文件实质性要求前提下，依据统一的价格要素评定最低报价，以提出最低报价的投标人作为中标候选人或者中标供应商的评标方法。

最低评标价法主要适用于标准定制商品及通用服务、工程类项目，其它特定的条件下也可适用。

第五十四条 综合评分法，是指在最大限度地满足招标文件实质性要求前提下，按照招标文件中规定的各项因素进行综合评审后，以评标总得分最高的投标人作为中标候选人或者中标供应商的评标方法。

综合评分的主要因素是：价格及按照招标文件中事先规定的技术、财务状况、信誉、业绩、服务等，

对招标文件的响应程度以及相应的比重或者权值等。

评标时，评标委员会各成员应当独立对每个有效投标人的标书进行评价、打分，然后汇总每个投标人每项评分因素的得分。

采用综合评分法的，除执行统一价格标准的服务项目外，采购人或其委托的采购代理机构应当依法合理设置价格分值。货物项目的价格分值占总分值的比重（权重）不得低于30%，不得高于60%；服务项目的价格分值占总分值的比重（权重）不得低于10%，不得高于30%。

综合评分法中的价格分统一采用低价优先法计算，即满足招标文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。其他投标人的价格分统一按照下列公式计算：

投标报价得分=(评标基准价 / 投标报价)×价格权值×100

采购人或其委托的采购代理机构对同类采购项目采用综合评分法的，原则上不得改变评审因素和评分标准。

评标总得分=F1×A1+F2×A2+……+Fn×An

F1、F2……Fn 分别为各项评分因素的汇总得分；

A1、A2……An 分别为各项评分因素所占的权重(A1+A2+……+An=1)。

第五十六条 评标遵循下列工作程序：

(一) 投标文件初审。初审分为资格性检查和符合性检查。

1、资格性检查。依据法律法规和招标文件的规定，对投标文件中的资格证明、投标保证金等进行审查，以确定投标人是否具备投标资格。

2、符合性检查。依据招标文件的规定，从投标文件的有效性、完整性和对招标文件的响应程度进行审查，以确定是否对招标文件的实质性要求作出响应。

(二) 澄清有关问题。对投标文件中含义不明确、同类问题表述不一致或者有明显文字和计算错误的内容，评标委员会可以要求投标人作出必要的澄清、说明或者纠正。投标人的澄清、说明或者纠正应当采用书面形式，由其法人代表或者授权委托人签字，并不得超出投标文件的范围或者改变投标文件的实质性内容。

(三) 比较与评价。按招标文件中规定的评标方法和标准，对资格性检查和符合性检查合格的投标文件进行商务和技术评估，综合比较与评价。

(四) 推荐中标候选人名单。中标候选人数量应当根据采购需要确定，但必须按顺序排列中标候选人。

1、采用最低价评标法的，按投标报价由低到高顺序排列。投标报价相同的，按技术指标优劣顺序排列。评标委员会认为，排在前面的中标候选人最低投标价或者某些分项报价明显不合理或者低于成本，有可能影响商品质量和不能诚信履约的，应当要求其在规定的期限内提供书面文件予以解释说明，并提交相关证明材料；否则，评标委员会可以取消该投标人的中标候选人资格，按顺序由排在后面的中标候选人递补，以此类推。

2、采用综合评分法的，按评审后得分由高到低顺序排列。得分相同的，按投标报价由低到高顺序排列。得分且投标报价相同的，按技术指标优劣顺序排列。

(五) 编写评标报告。评标报告是招采部门根据评标委员会全体评标成员签字的原始评标记录和评标结果编写的报告，其主要内容包括：

1、招标的主要内容、开标日期和地点；

2、评标委员会成员名单；

3、评标方法和标准；

4、开标记录和评标情况及说明，包括投标无效投标人名单及原因；

5、评标结果和中标候选人排序表；

第五十七条 在评标中，不得改变招标文件中规定的评标标准、方法和中标条件。

第五十八条 投标文件属下列情况之一的，应当在资格性、符合性检查时按照无效投标处理：

(一) 应交未交投标保证金的；

(二) 未按照招标文件规定要求密封、签署、盖章的；

(三) 不具备招标文件中规定资格要求的；

(四) 不符合法律、法规和招标文件中规定的其他实质性要求的。

第五十九条 在招标采购中，出现下列情形之一的，应予废标：

(一) 符合专业条件的投标商或者对招标文件作实质响应的投标商不足三家的；

(二) 出现影响采购公正的违法、违规行为的；

(三) 投标人的报价均超过了采购预算, 采购人不能支付的;

(四) 因重大变故, 采购任务取消的。

招采部门应将废标理由通知所有投标人。

废标后, 除采购任务取消情形外, 若不能采取其他采购方式继续执行采购的项目, 招采部门将重新组织招标。

第六十条 招采部门在评标时采取必要措施, 保证评标在严格保密的情况下进行。

任何单位和个人不得非法干预、影响评标办法的确定, 以及评标过程和结果。

第六十一条 招采部门组织招标的采购项目, 应当在评标结束后五个工作日内确定中标供应商, 并按规定进行公示。

由招标办委托的采购代理机构在评标结束后五个工作日内将评标报告送医院招标办。招标办在收到评标报告后五个工作日内, 报院党政联席会或招标采购工作领导小组汇报招标情况。

第六十二条 中标供应商因不可抗力或者自身原因不能履行采购合同的, 招采部门报请招标采购工作领导小组批准后可以与排在中标供应商之后第一位的中标候选人签订采购合同(以此类推, 但不能超过第二位)。

第六十三条 在确定中标供应商前, 招采部门不得与投标人就投标价格、投标方案等实质性内容进行谈判。

第六十四条 中标供应商确定后, 中标结果应当在医院指定的媒体上发布公告。公告内容应当包括招标项目名称、中标供应商名单、招采部门电话。

在发布公告的同时, 招采部门应当向中标供应商发出中标通知书, 中标通知书对医院和中标供应商具有同等法律效力。

招采部门同时应当将中标结果书面通知归口管理部门。

中标通知书发出后, 相关部门改变中标结果, 或者中标供应商放弃中标, 应当承担相应的责任。

第六十五条 投标人对中标公告有异议的, 应当在中标公告发布之日起三个工作日内, 以书面形式向招采部门提出质疑。招采部门在收到投标人书面质疑后七个工作日内, 对质疑内容作出答复。

质疑供应商对招采部门的答复不满意或者招采部门未在规定时间内答复的, 可以在答复期满后十五个工作日内按有关规定, 向医院纪检部门投诉。纪检部门在收到投诉后三十个工作日内, 对投诉事项作出处理决定。

处理投诉事项期间, 医院纪检部门可以视具体情况书面通知招采部门和归口管理部门暂停签订合同等活动, 但暂停时间最长不得超过三十个工作日。

第六十六条 归口管理部门自中标通知书发出之日起三十个工作日内, 按照招标文件和中标供应商投标文件的约定, 与中标供应商签订书面合同。所签订的合同不得对招标文件和中标供应商投标文件作实质性修改。

招标采购过程中不得向中标供应商提出任何不合理的要求, 作为签订合同的条件, 归口管理部门不得与中标供应商私下订立背离合同实质性内容的协议。

第六十七条 归口管理部门按照有关规定将采购合同报审计处、财务处审核, 未经审核的合同不得签订。

第六章 验收与付款

第六十八条 按照采购合同约定, 主管部门对所采购的项目在规定时间内按照医院要求就同约定的条款进行验收, 并在验收完毕后签署验收报告; 对于大型或复杂的采购项目, 在需要的情况下可邀请国家认可的质量检测机构参加验收。验收方成员应在验收书上签字, 并承担相应的法律责任。

进口免税仪器设备的验收, 由职能部门组织进行, 用户不得自行开箱。

第六十九条 医院采购资金支付原则上由签订合同的主管部门负责办理。

第七章 采购档案

第七十条 采购或档案管理部门对医院采购项目每项采购活动的采购文件应妥善保存, 不得伪造、变造、隐匿或销毁。采购文件的保存期限为从采购结束之日起至少保存十五年。

1. 采购文件包括采购公告、采购活动记录、采购报告、招标文件、投标文件、评标记录、合同文本、验收证明、质疑答复、投诉处理决定及其他有关文件、资料。

2. 采购活动记录至少应当包括下列内容:

- (1) 采购项目类别、名称;
- (2) 采购合同、价格;
- (3) 采购方式;

(4) 确定中标供应商的原因。

第八章 责任

第七十一条 招标采购相关部门有下列情形之一的，责令限期改正，给予警告，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，由医院给予处分，并予通报：

- (一) 应当采用公开招标方式而擅自采用其他方式采购的；
- (二) 未发布采购信息公告的；
- (三) 将必须进行招标的项目化整为零或者以其他任何方式规避招标的；
- (四) 以不合理的要求限制或者排斥潜在投标人，对潜在投标人实行差别待遇或者歧视待遇，或者招标文件指定特定的供应商、含有倾向性或者排斥潜在投标人的其他内容的；
- (五) 无正当理由不按照依法推荐的中标候选人顺序确定中标供应商，或者在评标委员会依法推荐的中标候选人以外确定中标供应商的；
- (六) 在招标过程中与投标人进行协商谈判，或者不按照招标文件和中标供应商的投标文件确定的事项签订采购合同，或者与中标供应商另行订立背离合同实质性内容的协议的；
- (七) 中标通知书发出后无正当理由不与中标供应商签订采购合同的；
- (八) 拒绝有关部门按规定实施监督检查的。

第七十二条 招标采购相关部门及其工作人员有下列情形之一的，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，按照有关法律规定处以罚款，有违法所得的，并处没收违法所得，由医院给予处分，并予通报：

- (一) 与投标人恶意串通的；
- (二) 在采购过程中接受贿赂或者获取其他不正当利益的；
- (三) 在有关部门依法实施的监督检查中提供虚假情况的；

第七十三条 有本办法第六十八条、第六十九条违法违规行为之一，并且影响或者可能影响中标结果的，应当按照下列情况分别处理：

- (一) 未确定中标候选供应商的，终止招标活动，依法重新招标；
- (二) 中标候选人已经确定但采购合同尚未履行的，撤销合同，从中标候选人中按顺序另行确定中标供应商；
- (三) 采购合同已经履行的，给采购人、投标人造成损失的，由责任人承担赔偿责任。

第七十四条 投标人有下列情形之一的，按投标文件的规定，通过投标保证金予以相应的处理，列入不良行为记录名单，在三年内禁止参加医院采购活动，并予以公告。

- (一) 提供虚假材料谋取中标的；
- (二) 采取不正当手段诋毁、排挤其他投标人的；
- (三) 与招标采购相关部门、其他投标人恶意串通的；
- (四) 向采购部门行贿或者提供其他不正当利益的；
- (五) 在招标过程中与采购相关部门进行协商谈判、不按照招标文件和中标供应商的投标文件订立合同，或者另行订立背离合同实质性内容的协议的；

第七十五条 中标供应商有下列情形之一的，招标采购部门不予退还其缴纳的投标保证金；情节严重的，由纪检部门将其列入不良行为记录名单，在三年内禁止参加医院采购活动，并予以通报：

- (一) 中标后无正当理由不与医院签订合同的；
- (二) 将中标项目转让给他人，或者在投标文件中未说明，且未经我院同意，将中标项目分包给他人的；
- (三) 拒绝履行合同义务的。

第七十六条 评标委员会成员有下列行为之一的，责令改正，给予警告：

- (一) 明知应当回避而未主动回避的；
- (二) 在知道自己为评标委员会成员身份后至评标结束前的时段内私下接触投标人的；
- (三) 在评标过程中擅离职守，影响评标程序正常进行的；
- (四) 在评标过程中有明显不合理或者不正当倾向性的；
- (五) 未按招标文件规定的评标方法和标准进行评标的。

上述行为影响中标结果的，中标结果无效。

第七十七条 评标委员会成员或者与评标活动有关的工作人员有下列行为之一的，给予警告，对评标委员会成员取消评标委员会成员资格，不得再参加任何医院采购招标项目的评标。

- (一) 收受投标人、其他利害关系人的财物或者其他不正当利益的；

(二) 泄露有关投标文件的评审和比较、中标候选人的推荐以及与评标有关的其他情况的。

第九章 附则

第七十八条 本办法自发布之日起施行。

招标投标办公室岗位轮换制度（试行）

总则

为进一步加强科室管理和队伍建设，认真落实党风廉政建设相关工作，根据相关规定，结合部门实际制定本制度。

岗位轮换（以下简称轮岗）是指在符合医院相关规章制度的前提下，有计划地调换员工的岗位。通过轮岗，可以提高员工的学习能力和适应能力，同时从制度上保证党风廉政建设工作需要。

轮岗对象

招标投标岗位的所有工作人员。轮岗可以在本科室内部进行（部门内轮岗），也可以在相关科室之间进行（跨部门轮岗）。

轮岗时间

招标投标岗位人员在同一岗位工作不超过三年。因特殊情况需适当延长轮岗时间的，需报请分管院领导同意后方可执行。

轮岗纪律

按本制度进行轮岗的人员，应当服从轮岗决定，对拒不服从轮岗安排的，报经分管院领导批准后，交医院人事处作待岗处理。

自宣布轮岗之日起，一周内到新岗位上岗。

轮岗交接规定

轮岗人员应在接到轮岗通知后一周内，向接替人员办理交接手续，详细移交办公物品、文件、文档等相关资料和待办的相关事项，填写交接记录表并签字确认。

轮岗人员的工作交接一定要彻底，防止因交接不彻底出现工作不能衔接或者不连续的现象，保证工作顺利进行，轮岗部门负责人对交接工作负有指导和监督责任。

轮岗审批权限

轮岗计划由部门负责人拟定初步方案，报分管院领导批准后执行。

附则

本规定在符合医院规章制度的前提下，由招标投标办公室制定并解释。

本制度自下发之日起施行。

第十章 采购中心制度

货物与服务项目分散采购实施细则（试行）

第一条 为规范我院分散采购管理工作，合理简化采购工作流程，提高采购效率，根据国家有关法律、法规及《徐州医科大学附属医院采购管理办法》规定，结合院内采购限额标准的要求，制定本细则。

第二条 本细则所指的分散采购项目是指采购中心负责的设备处库房物资、总务处库房物资、其他物资等及货物（主要指固定资产类）项目单台（件/套/个/项）或同批预算金额<50万元、服务类项目预算金额<20万元的采购项目。

第三条 医院实行三级分散采购管理体系：

一、单项或者批量预算金额10万元(含)以上的货物服务类项目，原则上由采购中心委托第三方采购代理机构组织采购；

二、5万元(含)以上10万元(不含)以下的项目，一般由采购中心组织相关部门参加，组成三名或以上专家的采购小组对采购项目进行内部评审，确定成交供应商；

三、5万元(不含)以下的项目，由采购中心视具体情况采取本细则规定的采购方式进行采购。

第四条 分散采购的方式主要包括询价、竞争性谈判、竞争性磋商、单一来源、协议采购、网上商城、网上竞价、续标等。

第五条 货物服务类项目分散采购按照以下程序进行：

(一) 参照询价方式的分散采购程序：询价小组向符合资格条件的供应商发出采购货物询价通知书，

要求供应商一次报出不得更改的价格，采购人确定满足采购要求且价格最低的供应商为成交供应商。

(二) 参照竞争性谈判方式的分散采购程序：谈判小组与符合条件的供应商就采购货物服务事宜进行谈判，供应商按照要求提交响应文件和最后报价，采购人确定满足采购要求且价格最低的供应商为成交供应商。

(三) 参照竞争性磋商方式的分散采购程序：磋商小组与符合条件的供应商就采购货物服务事宜进行磋商，供应商按照要求提交响应文件和报价，采购人确定满足采购要求且价格、质量、服务综合评审最优的供应商为成交供应商。

(四) 参照单一来源方式的分散采购程序：经论证只能从唯一供应商处采购的项目，采购评审小组与单一供应商就质量、价格和服务进行商谈，确定成交供应商。

(五) 采用市场直接采购方式的，按如下程序组织实施：采购中心应先进行市场调研，取得符合要求的供应商信息及相应市场价格信息，本着货比三家的原则，择优选择成交供应商。

(六) 医院货物服务分散采购项目也可使用电子化采购平台或其他电商平台进行网上采购，确定成交供应商。

(七) 采购需求具有相对固定性、延续性、价格未发生变化或价格变化幅度在 10% 以内的服务项目，在年度预算能保障的前提下，可以续签一年合同，但合同履行期限总计不得超过三年。

第六条 中外文图书、期刊、数据库等货物服务类采购项目，由图书馆按照分散采购程序自行组织订购，并按照相关规定签订合同。

第七条 单项次金额在 1 万元及以上的采购项目原则上应按相关规定签订合同。

能够即时结清交付完毕的经济业务、临时采购、紧急物资采购的，且金额在 1 万元以下的，可以不签订书面合同。

合同金额在 5 万元及以上的项目，须报分管招标采购的院领导签批同意，合同金额在 5 万元以下的项目，由采购中心负责签订。

第八条 分散采购的合同依据医院制定的合同范本拟定，采购合同的标的、价款、质量、履行期限等主要条款应当与成交供应商的响应文件内容一致。

第九条 合同的全面履行、验收工作由使用部门、归口管理部门负责。使用部门及归口管理部门应依据合同约定，督促成交供应商按时、保质保量完成项目。

第十条 采购工作人员必须严守纪律、严格执行规定，主动接受监督检查。滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的人员，视情节轻重，由医院给予相应的处分，并承担相应的经济责任；涉嫌违法犯罪的，移送有关国家机关依法处理。

第十一条 其他采购管理细则与本细则不一致的，以本细则为准。

第十二条 本实施细则由采购中心负责解释。

第十三条 本实施细则自发布之日起施行。

第十一章 信息中心工作制度

信息系统权限管理制度

为了加强我院信息系统用户账号和权限规范化管理，确保应用程序的安全、有序、稳定的运行，防范应用风险特制定本制度。

一、对各用户的系统登录活动进行严格的管理，并按照各用户的身份对用户的访问权限进行严格的控制。

二、信息系统用户、角色、权限划分和制定，以管理部门（人事处、医务处、护理部等）审批确认申请单为依据，分配各科室人员的权限及口令。取得相应资格证的工作人员账号由工作人员提出书面申请，由本科室负责人签字确认、相关管理部门确认签字后，上交信息中心办理账号开通程序。

三、所有信息系统须指定系统管理员负责用户和权限管理的具体操作。管理部门可指定一名管理员进行二级权限登记操作。

四、每人有且仅有一个账号，严禁一人多账号登记注册。

五、工作人员对所持用户名、口令应予以保护，如因保护不善而造成的不良后果由本人（密码权限所属人）承担。造成严重后果者移交院方处理。

六、密码所属者在执行操作完毕后应立即退出，如未及时退出，一旦被他人利用对系统执行非正常操

作，如造成严重后果，移交院方处理；如未造成损失，一经发现未退出系统并且人员未在岗，将处以罚款。

七、因工作岗位变动，调动、离职等原因导致使用权限发生变化或需要注销账号时，以审批确认单为依据，及时更改或注销账号。

八、账号信息泄露或遗失时，应在 24 小时内通知管理人员，及时停用或更改账号权限或密码，保证信息系统数据安全，并进行书面记录。

外网管理规定

目前我院各临床、医技及职能科室均具备使用外网条件，为了合理配置和安全使用我院网络资源，特制定本规定。

一、账号申请。

我院采用实名制认证上网管理方式，需本人提交申请单申请认证账号。申请单内容包括使用人工号、姓名、办公地点、办公用途，并必须由科室负责人签字确认。

二、上网行为管理。

在工作时间内，严禁浏览与工作无关的网站；在工作时间外，严禁浏览黄赌毒等敏感站点。严禁使用我院外网发布不良言论，一旦核实，有个人承担责任。

三、上网位置。

科室病区使用外网的地点要具有私密性，严禁在医疗办公区域内使用外网网点。对于特殊需求的位置，需要申请说明，在院领导同意的情况下根据实际情况进行网点的布置和接通。

四、路由器。

严禁私自接入路由器等网络中继转换设备，严禁盗用他人的资源。信息中心将通过管理和技术的手段进行管控。违反上述规定将被取消该网点使用外网的资格。

信息数据查询管理制度

为进一步深化治理医药购销领域商业贿赂工作，规范医疗服务行为，维护患者和医疗机构及其工作人员的合法权益，避免为不正当商业目的统计医生个人和临床科室有关药品、耗材用量信息，建立防控医药购销领域商业贿赂长效机制，结合我院实际，特制定院内信息数据查询规范管理制度。

一、适用范围：本制度仅适用于一次性使用的统计查询内容，长期使用统计表单归属于软件系统更改范畴，请参照《徐医附院软件信息系统申请流程》。

二、申请流程

临床医技科室及职能部门因工作需要，有统计数据需求的，提出书面申请，填写《徐医附院数据查询申请表》。科室负责人签字确认后，根据查询内容提请医务处、纪委、信息中心等部门审批签字，手续齐全后由信息中心指定工作人员完成。

三、信息中心人员严格执行此制度，未经书面审批的统计查询，严禁工作人员擅自操作。一旦发现，信息中心将对涉事人员严肃处理，一切后果由个人承担。

四、信息中心工作人员完成统计工作后，将申请单汇总至信息中心指定人员登记保管，做好工作记录，记录数据流向信息。

五、定期检查、汇总工作记录，监督统计查询工作运行情况。

软件开发与维护管理制度

为满足医院日益增长和快速发展的信息化需求，规范软件变更与维护管理，提高软件管理水平，优化软件变更与维护管理流程，特制定本制度。

一、针对信息化建设、系统升级或运行中发现的问题，信息中心不定期召集相关部门召开信息专题会，及时、有效地解决我院信息化建设中出现的问题。

二、各科室有建议权、知情权，对信息化建设的过程应知晓，在信息系统使用过程中有好的建议可以直接向信息中心人员反馈。

三、系统变更工作可分为下面五种类型：

①功能完善维护，业务部门由于业务发展或业务处理的需要，所产生的对系统的现有功能进行修改、完善的需求，。

②系统缺陷修改，系统设计和实现上的缺陷，引发业务操作中的异常。对系统缺陷进行修复的需求。

③系统更换，原信息系统使用时间过长导致无法满足当前科室病区信息需求。

④增加新信息系统，当前科室病区没有信息系统。

⑤统计报表生成，业务部门统计报表数据生成的需求。所要求的统计报表数据不能够通过应用系统现有功能提供。

对于一次性数据统计查询报表，需填写《数据查询申请表》；对于长期使用表单及系统功能完善，需填写《信息化项目申请表》。申请表内需要相关领导和管理部门签字处应先签字在提交信息中心。

四、系统变更工作以项目形式由相关科室和信息中心指定负责人协作完成。

1、项目负责人接受需求，进行分析需求后，向开发人员提出系统变更建议。

2、变更建议交由主管领导审核，变更和变更方案经过评审、审批后方可实施变更，并在实施后将变更情况向相关人员通告。

3、系统变更过程应遵循软件开发过程相同的正式、统一的编码标准。

4、开发完成后，指定另外一名软件人员进行软件测试，测试完成后，向申请部门进行测试环境下演示。

5、项目负责人组织申请科室对系统程序变更严格按照功能要求演示确认，由申请部门签字确认后才能对系统进行更新上线，并对前一软件版本撤销、保存。

6、项目负责人对系统变更过程的文档进行归档及版本管理。

软件信息系统申请制度

随着我院信息化建设的逐步深入，各科室病区、医技及职能科室的信息化需求日益增长，为多方面、多层次保障医院信息化正常、流畅运行，特制定本申请制度。

针对不同科室对信息化项目需求，填写《信息化项目申请表》，有下列情况之一按相应流程申请：

一、硬件设备类

1、科室新增服务器、存储、网络设备，根据项目金额需要科室主要负责人、分管院领导同意，科内讨论确定具体需求参数后提交信息中心书面文档。

2、科室新增计算机、打印机等常用办公设备，需要经过科室负责人同意，确认具体参数后提交信息中心书面申请。

二、工程类

科室新增智能化工程项目，需要经过科室主要负责人同意，科内讨论确定后提交信息中心书面文档，必要时提交分管院领导批准。

三、软件类

1、科室增加新报表，新查询，经科主任、分管院领导同意后提交信息中心书面文档。

2、科室新增电子病历表单，由科室提出表单格式，由医务处确认签字后提交信息中心书面文档。

3、科室新增、更换、更改信息系统，需要经过科室主要负责人、分管院领导同意，科内讨论确定具体需求后提交信息中心书面文档。

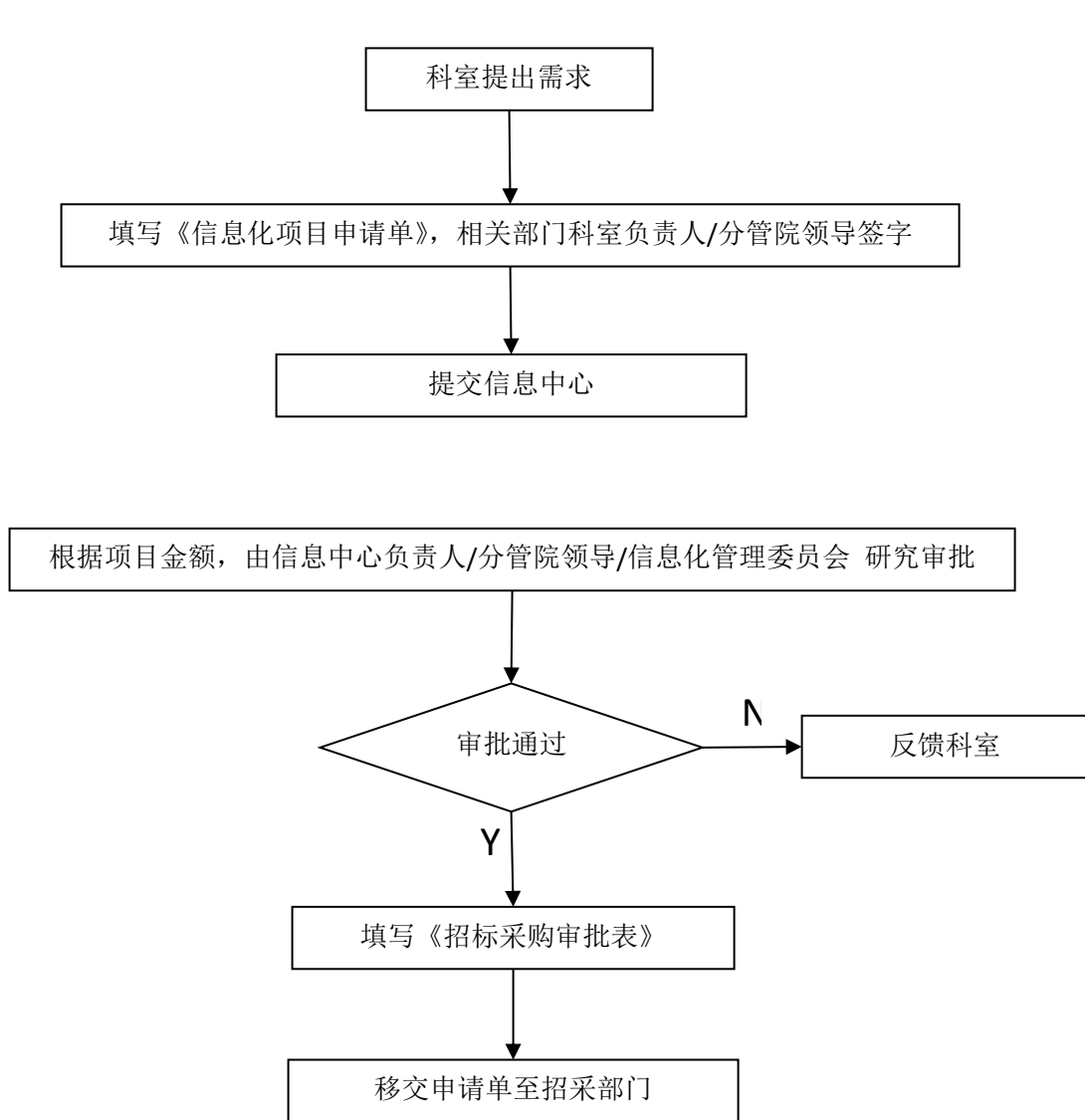
4、涉及本科室流程改变的，需要经过科室主要负责人同意，科内讨论确定后提交信息中心书面文档，必要时提交分管院领导批准。

5、涉及多科室流程改变的，需涉及科室科主任同意，或由相关管理科室提出，集体讨论决定，并报告分管院领导批准，必要时提交医院信息化建设领导小组讨论决定。

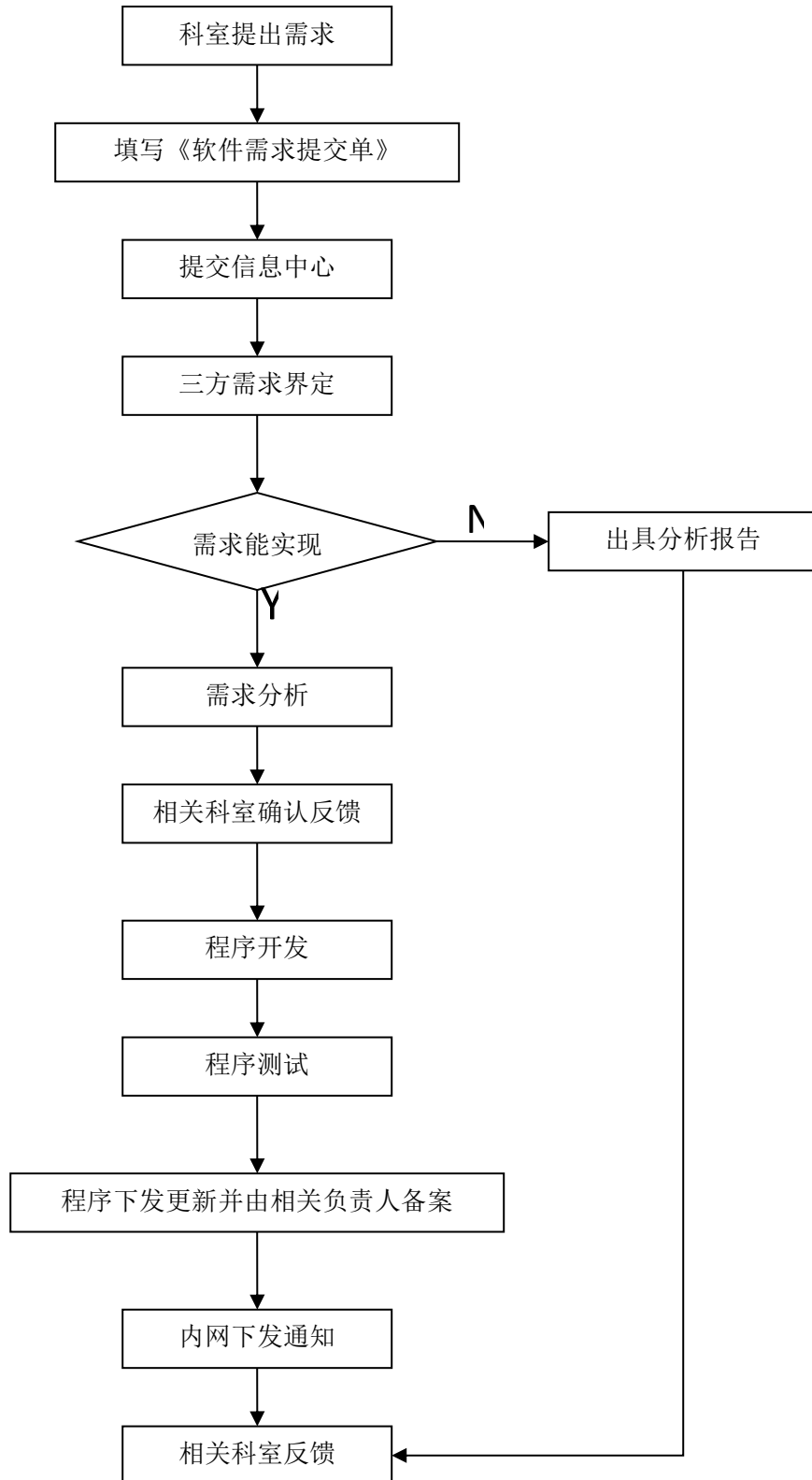
6、涉及全员流程改变的，由分管院领导组织相关科室讨论决定，必要时提交医院信息化建设领导小组讨论决定。

信息中心接到申请后，与申请科室进行沟通，确定需求细节及可行性，对需求明确且合理的工作，纳入工作计划，完成后对科室进行及时反馈；对不明确或不合理的需求，需提交上级归属管理部门进行讨论；仍无法确定的需求，请示院领导或提交信息化领导小组会议讨论。

徐医附院信息化项目需求申请流程



信息使用部门软件变更（修改、升级）申请流程



信息使用部门与信息中心协调机制

为保障信息化建设的顺利实施，建立科学、规范、合理的信息管理机制，与各部门建立良好的沟通协调机制与途径，确保信息使用流畅，结合我院工作实际，特制定本制度。

一、沟通原则 尊重、合作、服务、共识、持续改进。

二、沟通方式

1. 信息化领导小组开展信息专题会议。

2. 各科室信息化建设兼职信息管理员负责本科室新需求的收集整理，了解存在问题，及时向信息中心提交书面反馈。

3. 科室走访。信息中心根据工作需要，定期安排人员进行科室走访调研工作，了解业务科室对我院信息系统的意见和建议。

4. 电话告知。医院信息系统中出现的程序错误，由发现人直接向信息中心提出。

5. 与院外专业公司、人员通过网络、会议等方式学习新技术。

三、沟通内容

1. 对信息网络设备、计算机设备硬件的意见、要求、建议。

2. 对信息管理系统软件方面的意见、要求、建议。

3. 对信息中心其他方面的意见、要求、建议。

四、信息中心处理反馈

1. 建立沟通记录本，记录科室意见，分类整理汇总，定期将处理结果反馈相关科室。

2. 接到问题后，尽快进行测试，及时修改和更新。

3. 接到各科室需求后，及时组织讨论，提交相关公司开发。部分暂时不能实现的功能，应书面答复提交科室，告知不能实现的原因。可以处理部分修改完成后，在医院内网发布更新通知。

4. 更新程序后，信息中心具体分管人员应跟踪应用的效果，和需求提出部门沟通，确定是否满足需求，收集更新后的问题，持续改进。

软件项目实施管理制度

我院购买相关软件产品之后，需要公司技术人员进行现场软件调研、系统调试、客户化修改、人员培训、上线试用、后期维护等一系列的工作。为规范软件厂家顺利实施对接，特制定徐州医科大学附属医院软件项目实施管理制度。

制度内容主要包括项目启动阶段、需求调研确认阶段、软件功能实现确认阶段、接口对接阶段、数据初始化阶段、系统培训阶段、系统安装测试及试运行阶段、系统上线阶段、总体验收阶段、系统交接阶段十个阶段，每个阶段有不同的工作事项，可以重叠交替。

一、项目启动阶段

此阶段处于整个项目实施工作的最前期。

1、成立公司项目组及院方项目组

公司在合同签订后，由公司指定项目经理及成员，成立项目组，授权项目组完成项目目标。项目经理配合公司项目组，分享其他医院实施积累的项目经验及优点。

公司项目组至少配备一名资深技术人员，进行前期项目调研，与用户共同成立项目实施组织，编制《总体项目计划》，召开项目启动会。

成立我院项目组，由信息中心及相关科室的技术人员组成，配合公司项目组调研、实施，同公司签署《总体项目计划》、《项目实施协议》和《安全施工人员承诺书》。

2、前期调研

公司项目成员及我院项目组对我院使用科室进行项目需求的调研，确定相关科室的软件需求和期望达到的目标，形成项目调研文档，双方(公司项目组、我院项目组)进行签字确认。

3、编制《项目总体计划》

《项目总体计划》是一个文件或文件的集合，随着项目信息不断丰富和变化，会被不断变更，主要介绍项目目标、主要项目阶段、交付成果。通常包括以下几方面内容：

①项目描述、项目目标、主要项目阶段、里程碑、交付成果、职责分配（包括公司方的）；

②沟通管理计划，确定项目相关人员对信息和沟通的需要：即什么人何时需要提供什么信息以及通过什么方式将信息提供；

③质量管理计划，确定适合于项目的质量标准和如何满足其要求。

④未解决事宜和未定的决策。如果有必要，可以包括上述每一个计划，详细程度根据每个具体项目的要求而定。

4、启动会

公司项目组、医院项目组及使用部门共同召开的宣布项目实施正式开始的会议。会程安排如下：

①共同组建项目实施组织，明确实施组织的权利和职责；

②双方签署《项目实施协议》，项目组介绍《项目总体计划》和《项目实施协议》，包括项目目标、主要项目阶段、里程碑、交付成果、所计划的职责分配；项目实施中项目管理的必要性和如何进行项目管理；项目的质量如何控制；阶段验收、技术交接和项目结束后如何对用户提供服务。

二、需求调研确认阶段

此阶段的主要工作是公司项目实施人员向相关部门调查对系统的需求，包括管理流程调研、功能需求调研、报表要求调研、查询需求调研等，实施人员调研完成后，需编写《用户需求说明书》，并交付医院项目组及相关部门进行确认，待用户对《用户需求说明书》上所提到的需求确认完毕后，公司项目实施人员将以此为依据进行软件功能的实现。

三、软件功能实现确认阶段

此阶段的主要工作是项目实施人员根据需求调研阶段确认的《用户需求说明书》中的用户需求内容进行具体软件功能的实现工作。在软件功能实现的过程中，项目实施人员记录软件实现的详细过程。

当按照调研要求的所有功能实现完毕后，项目实施人员将编制《软件功能确认表》。由使用部门及医院项目组根据《软件功能确认表》上的功能逐一确定软件功能是否达到要求，对不满足要求的功能，要求公司项目实施人员记录并继续进行功能修改，直到满足我院要求。

同时提供《软件功能技术文档》和《数据库表结构说明文档》。

四、接口对接阶段

此阶段的主要工作是项目实施人员根据功能及数据要求，与其他信息系统或平台进行数据交换对接。按照对接数据要求编制《软件接口对接技术文档》。对不满足要求的接口规范，要求公司项目实施人员记录并继续进行修改。直到满足双方项目组的要求并确认签字。此阶段的主要工作内容为：

①接口方式确定：确定接口方式类型，统一平台接口、WebServers 方式、存储过程、或表结构或视图交换；

②基础数据规范：以 HIS、EMR 中的数据为标准，如科室、员工、收费项目、药品信息，必须以 HIS 系统的数据作为基础数据，并进行有效性验证，防止通过接口写入不符合条件的数据。

③闭环管理：对接口中交互的后台数据进行准确性验证，接口中反馈的提示信息必须形成闭环管理，有交互、有提醒、有历史日志查询。

五、数据初始化阶段

此阶段的主要工作是项目实施人员指导进行系统标准化资料的准备工作，并对进行初装资料的软件操作培训，以便能够及时的将标准资料录入系统，初装完成后，项目实施人员对资料初装的情况进行核查，为以后具体业务功能的开展做好基础。

最终以文档形式提供给院方项目组，内容包括：服务器 IP 地址、数据库名、数据库管理员用户名、数据库用户密码。

六、系统培训阶段

此阶段工作是整个项目实施工作中比较重要的工作，使用人员对软件的操作功能是否熟练将直接影响到后面的软件应用效果，所以双方要对此阶段的工作给予足够的重视，充分认识培训的重要性和艰巨性。

在项目实施之前对我院使用人员进行系统和规范的产品培训，达到让使用人员了解软件产品，最终自己能够解决使用中的具体的问题。

此阶段的培训工作中将用户参加产品培训的人员划分为决策层、维护层、操作层，培训内容分别是：

决策层：领导在实施中的作用与重要性、决策查询。

维护层：系统维护知识、操作方法、后台表结构、问题分析。

操作层：操作方法。

七、系统安装测试及试运行阶段

此阶段的主要工作是在真实环境下，对网络及硬件设备进行测试，对软件系统进行容量、性能压力、后台数据验证等测试。测试及试运行的目的在于确保系统各项功能均能正常使用，并且符合用户签署的《用户需求说明书》中描述的需求，同时把尽可能多的潜在问题在正式运行之前发现并改正；同时保障在正式运行前使用人员能进一步提高操作水平，掌握操作规范。

此阶段的主要工作内容为：

- 1、编制计划：与院方项目组商议具体测试及试运行时间，地点，人员等安排，公司项目组编制《测试及试运行计划》；
- 2、签署计划：用户签署《测试及试运行计划》，进一步确认测试及试运行安排；
- 3、发布测试及试运行通知：在测试及试运行开始前2天，按照签署的《测试及试运行计划》，将时间、地点、科室人员等相关科室负责人；
- 4、搭建环境及数据准备：在试运行开始前搭建好软件环境、硬件环境、网络环境、调通线路；检查软件、硬件、网络、线路等各个环节是否有问题；
- 5、组织测试及试运行：各部门相互全面配合，组织相关人员进行测试及试运行。
- 6、双方项目组负责指挥调度，检查用户使用情况并给予指导，跟踪检查如下情况：
跟踪业务流程执行状况。
跟踪新资料登录环节。
观察操作人员操作表现。
观察系统运行速度及异常表现。
观察关键数据的正确性。
及时纠正错误操作、对于新发生的问题及时与相关人员沟通，确定解决办法。
- 7、测试及试运行总结：测试及试运行完成，总结试运行中设备、软件的运行情况，总结试运行中业务流程和操作环节的情况，以书面总结形式将测试及试运行结果通知相关负责人。

八、系统上线阶段

此阶段为整体推广上线阶段。在测试及试运行总结完成需求后，开始在院区内进行整体系统上线。

确认系统具备正式安装启用条件后，需指定详细的上线计划，计划涵盖安装启用时间，科室推广步骤，工作内容，人员分工，系统保障等方面，提交科室，业务科室确认后执行。

针对推广过程中科室提出的问题与需求，及时讨论分析，确定新增或修改需求重复之前阶段进行进一步实施计划。

九、总体验收阶段

此阶段是对项目总体的完成情况进行验收。验收分阶段进行，在每一项目阶段结束时，用户对这一阶段的交付成果进行验收，在测试及试运行结束后，对系统进行总体验收。

需要验收的交付成果：

| 主要项目阶段 | 阶段组成 | 主要里程碑 | 交付成果 |
|--------|----------|--------|--|
| 启动阶段 | 编制总体项目计划 | | 签署的《总体项目计划》 |
| | 启动会 | 项目启动会 | 签署的《项目实施协议》 |
| 需求调研阶段 | 需求分析报告确认 | 需求调研结束 | 签署的《用户需求说明书》 |
| 软件实现 | 软件功能确认 | 软件功能确认 | 签署的《软件功能确认表》 《软件功能技术文档》 《数据库表结构说明文档》 |
| 数据对接 | 接口确认 | 数据接口对接 | 《数据交换接口技术文档》 |
| 数据初始化 | 初始检查及总结 | 数据初始完成 | 《数据库服务器地址配置》 |
| 系统培训 | 用户签署培训计划 | | 签署的《培训计划》 |
| | 培训总结 | 培训完成 | 《培训总结表》 |

| | | | |
|--------|--------------|-------|---------------|
| 测试及试运行 | 用户签署测试及试运行计划 | | 签署的《测试及试运行计划》 |
| | 测试及试运行总结 | 试运行完成 | 《测试及试运行总结》 |
| 验收 | 总体验收 | 验收完成 | 《总体验收报告》 |

十、系统交接阶段

此阶段是项目实施的最后一个阶段，主要工作是公司项目组向医院移交项目，包括产品、项目实施过程中所生成的各种文档。公司项目组还需要让使用部门填写《用户满意度调查表》，对公司项目实施人员的整个项目实施情况进行评价。

公司提供项目维护人员名单联系方式，若有人员调动时应及时通知我院。

信息系统应急处理预案

总则

一、目的

为有效防范医院信息系统运行过程中产生的风险，预防和减少突发事件造成的危害和损失，建立和健全医院计算机信息系统突发事件应急机制，提高计算机技术和医院业务应急处理和保障能力，确保患者在特殊情况下能够得到及时、有效地治疗，确保计算机信息系统安全、持续、稳健运行，特制定本预案。

二、工作原则

统一领导，分级负责，严密组织，协同作战，保障有力。

三、适用范围

适用于医院信息网络及各类应用信息系统。

四、启动条件

1. 机房主服务器发生不可抗拒因素（不可预知的突发故障）导致全院信息系统停止运行 30 分钟以上时。

2. 突发供电系统大范围停电，供电系统不能及时修复，并且备用电源亦不能提供电源，造成全部电脑不能运行。

3. 遇机房搬迁、设备维护、维修等，需要信息系统停止运行时，于停机前 3 天将停机计划和方案分别上报医院信息化建设领导小组和信息系统应急领导小组，停机时间视当时情况尽可能安排在晚 22:00~凌晨 6:00 时，将影响降至最小。

“信息系统应急预案”实施责任制：

一旦发生上述情况之一，应迅速启动“信息系统应急预案”。信息中心在第一时间汇报院领导，如遇夜间或节假日有关使用部门立即上报总值班，总值班通知信息中心人员，信息中心人员到场后作出初步结论，汇报院领导，并通知财务处、总务处、护理部等相关责任部门。信息中心开展相应的处理，如发生不能自行处理的因素，立即通知签约的服务公司派相关技术工程师到场处理。

组织机构和职责

根据计算机信息系统应急管理的总体要求，特成立医院信息系统应急保障领导小组（简称应急领导小组），负责领导、组织和协调全院计算机信息系统突发事件的应急保障工作。

1、应急领导小组成员由信息中心主任指定，日常工作由信息中心承担，其他各部门积极配合。

2、领导小组职责：

(1) 制定医院内部网络与信息系统应急处置预案。

(2) 做好医院网络与信息系统应急工作。

(3) 协调医院内部各部门之间的网络与信息系统应急工作，协调与软件、硬件供应商、线路运营商之间的网络与信息系统应急工作。

(4) 组织医院内部及外部的技术力量，做好应急处置工作。

医院信息系统出现故障报告程序

当各工作站发现计算机访问数据库速度迟缓、不能进入相应程序、不能保存数据、不能访问网络、应用程序非连续性工作时，要立即向信息中心报告。

信息中心工作人员对各工作站提出的问题必须高度重视，做好记录，经核实后及时给各工作站反馈故

障信息，同时召集有关人员及时进行分析，如果故障原因明确，可以立刻恢复的，应尽快恢复工作；如故障原因不明、情况严重、不能在短期内排除的，应立即报告应急领导小组，在网络不能运转的情况下由应急领导小组协调全院各部门工作，以保障全院医疗工作的正常运转。

医院信息系统故障分级

根据故障发生的原因和性质不同，分为三类和其它故障：

一类故障：由于机房遭遇水灾、火灾；机房电力、温控系统故障；服务器、存储、核心交换机不能正常工作；院内及至分院光纤损坏；全院网络不通；关键应用数据丢失、被篡改或删除；软件应用系统不能正常使用等以上情况造成的信息网络瘫痪。

一类故障由信息中心上报信息化建设领导小组，由信息化建设领导小组组织协调恢复工作。

二类故障：由于计算机病毒感染造成的多台终端不能正常工作；单个楼宇网络不通（包括单个楼宇内一层或多层网络不通）；关键系统中的单个应用程序模块不能正常运行；单个或多个非关键应用系统不能正常使用。

二类故障由各科室报告信息中心，由信息中心集中解决。

三类故障：由于单一终端的网络、软硬件故障，单一病人信息丢失、偶然性的数据处理错误、某些科室违反工作流程引起系统故障。由于各工作人员操作不熟练或使用不当造成的错误。

三类故障由各科室联系信息中心协调解决。

其它故障：由于医保线路、医保中心端引起的医保系统故障。

其它故障由财务处、医保办、农合办与信息中心协调解决。

各部门的具体协调安排

1、所有手工工作的统一时间须由医务处或信息中心通知，相关单位严格按照通知时间协调工作，在未接到新的指示前不准私自操作计算机。

2、门诊挂号工作协调

(1) 门诊挂号协调工作由财务处长负责协调请示，如手工挂号的转入、转出时间等；

(2) 当网络系统中断时，改为手工挂号，仍需正常分配门诊号；

(3) 网络恢复后，及时将中断期间的患者挂号信息输入到计算机；

3、门诊收费系统工作协调

(1) 由财务处长负责总体协调，并与信息中心保持联系，及时反馈沟通最新消息；

(2) 当网络系统运行中断超过 60 分钟时，应通知收款处转入手工收款工作；

(3) 门诊收款工作人员应建立手工发票使用登记本，对发票使用情况做详细登记；

(4) 当系统恢复正常时，由收款处负责人负责对网络运行稳定性进行监测，如不稳定，及时向信息中心反映情况。

(5) 在接到使用计算机的指令并重新启动运行后，门诊收款负责人应组织收款员逐步转入到机器操作。

4、住院费用核算系统工作协调

(1) 由财务处长总体负责协调工作；

(2) 原则上不在财务处进行费用补录，由住院处工作人员进行补录，防止帐目混乱；

(3) 当系统停止运行超过 2 天时，对普通出院患者，推迟出院结算时间。对急出院的患者应根据病历和临床科室护士工作站记录，进行手工核算出院。

(4) 在网络停止运行期间，出院患者急需结算时，应由该科护士工作站追查是否还有正在进行的检查，向住院处提供详细费用情况后，方可送交核算。

5、临床工作系统协调

(1) 临床科室工作由医务处、护理部共同协调；

(2) 网络故障期间临床科室详细记录患者的所有费用执行情况；

(3) 科室详细填写每个患者的药品请领单（包括姓名、住院号、费别、药品名称及用量），一式两份，一份用于科室补录医嘱，另一份送西药房；

(4) 出院带药由经管医生负责掌握经费情况，如出现费用超支情况由该医生负责；

(5) 根据医务处通知恢复运行时间，按要求补录所有医嘱（包括护理、检查、药品等）。

(6) 如患者急需出院，应向住院处提供详细费用情况，对正在进行的检查应予以说明。

6、医技检查工作协调

(1) 在网络停运期间应详细留取检查申请单底联；

(2) 网络恢复后，由临床科室医生补录医嘱，医技科室根据检查申请单底联复核后，进行执行完成操作；

(3) 对出院快、或有出院倾向的患者，各临床科室在申请单上注明，检查科室应及时通知科室或住院处沟通费用情况。

7、药房、药库工作协调

(1) 药品移库应严格按照信息中心规定的时间及要求进行计算机操作；

(2) 网络故障时，各药房根据门诊诊室或临床科室提供的处方或药品请领单发药；

(3) 网络恢复时对临床科室补录的发药医嘱进行发药补确认，同时与发药时药品请领单内容详细核对，如发现内容不符，必须详细追查；

(4) 网络恢复后，对出院带药处方由临床科室医生及时进行录入；

(5) 数据补录工作结束后，应查看系统内库存与实际库存相符情况。

各信息点接到重新运行通知时，需重新启动计算机，整体网络故障的工程恢复工作，由信息中心严格按照服务器数据管理要求进行恢复工作。

信息中心日常工作管理制度

为了加强信息中心工作管理，明确工作责任，提高服务质量，保障我院信息系统及网络稳定运行，制定本制度。

一、日常行为规范

1、遵守医院规章制度，不迟到，不早退，坚守岗位，认真履行职责，保持通信联络畅通，不得擅自离岗。

2、保持良好的精神风貌，保证服务质量和效率。

3、始终保持办公场所整洁卫生，务必做好防火、防盗、防雷、防潮、防高温等工作，发现异常及时向主管领导汇报或报警。

4、实行首接负责制。第一位接到维护电话人员，认真记录，并及时处理问题。若不能独立解决，则内部通知相关责任人，并确认问题处理完成。

5、按照医院请假手续进行休假，外出期间实行 A/B 角制度。信息中心值班人员可以按规定调休，原则上休息二日及以下需告知组长，休息三日及以上需向科主任请假。

二、值班制度

1、信息中心实行 24 小时值班制（2064）和工作日小组值班制，科室每日设置 1 名 24 小时值班人员，各小组每日设置 1 名值班人员，全员轮流值班。

2、非值班人员在正常工作时间均为各班人员，协助值班人员完成工作任务。

3、值班人员按时认真填写《值班日志》，记录报修科室、报修人、报修时间、故障问题、维护结束时间和维护结果等，严格执行交接班制度。

4、值班人员在接到报修或咨询时应及时处理，并做好记录，电话不能解决的，应立即现场处理。

5、值班人员（2064）负责值班当日的主机房安全检查，记录机房温湿度及 UPS、空调设备运行情况。发现异常，及时通知相关负责人员。

6、值班人员（2064）在工作时间，原则上不直接处理用户问题，主要司职记录相关问题，并告知相关负责人；在非工作事件，原则上独立处理授权范围内一切维保事宜。

7、值班人员在维保工作中确实出现困难，可直接向有关专业组或本组专业人员求助。

8、应急快速响应小组成员保持 24 小时手机开机状态，确保有效响应。

9、节假日期间，软件组成员实行听班制，网络组实行现场巡检制，并与中心值班人员沟通，及时书写值班日志。

三、交接班制度

1、科室规定每日上午 8:00 为交接班时间。工作日 8:00，全员参加交班会议，值班人员在会议中总结前一天工作内容，说明未处理故障，完成工作交接；非工作日 8:00，值班人员和接班人员自主交接班，说明未处理故障。

- 2、在交接班中发生未处理故障，由交接班人员负责处理，接班人员协助处理。
- 3、值班人员（2064）交接班结束后可以正常调休。工作日值班休息一日，周末值班休息二日。

四、岗位考核制度

1、人员考核程序按照医院人事处制度执行。

2、在职人员实行定期考核制度，分为半年度、年度考核，考核需提交个人工作总结，各组组长提交小组总结。

3、科室试用期新员工，自动成为信息中心轮转人员，按季度在各小组进行轮转值班，学习各小组工作内容，熟悉信息中心日常基本事务。小组轮转结束后，根据个人实际表现、科室人员反馈信息进行考核，并最终由科主任确定定岗。

4、针对考核不合格，或具有过失等行为，根据情节严重程度进行处罚。处罚形式有：通报批评，书面检讨，扣除绩效，换岗，待岗，退回人事处。

五、离岗离职制度

1、离岗离职职工程序按照医院人事处制度执行。

2、回收工作人员系统权限授权，注销其所有信息系统账号。

3、工作人员离岗离职时，应交接以下内容：

①信息中心管理信息系统设计的用户名和密码；

②负责相关项目的文档资料汇总；

③个人职务需要所持的所有与工作相关信息的文件、资料、图标、笔记、报告、存储介质、仪器等载体，确保信息相关内容不泄露；

4、工作人员离职离岗时，返还全部属于信息中心固定资产设备。

信息中心“AB角”工作制度

鉴于医院医疗活动对网络信息技术的高度依赖，为保障我院各项工作的不间断性和良好的应急能力，特制定本制度。

一、本制度所指“AB角”，是指工作内容性质相近的职位，在其中一岗缺位时，互相替代的两个岗位。可理解为岗位或项目的互备。

AB角的确定：由信息中心主任统筹考虑信息中心的工作特点后提出某一岗位或某一项目的AB角设置，规范角色应承担的工作内容和人员名单，确认无误后宣布。

二、A角人员应主动做好本职工作，不使工作积压。

三、A角人员不在岗时，应在离岗前，主动向B角人员交待不在岗期间内需处理的有关工作事项及可能碰到的问题；B角人员应积极主动承担起A角人员的相关职责，及时处理A角人员的有关工作事务，不得推诿扯皮，确保在规定时间内完成工作任务。

四、A、B两个责任人不得同时不在岗。如确因工作需要A角人员和B角人员同时外出，须报请主任批准后，向主任推荐或由主任指定其他技术人员临时代替其岗位工作，以确保有关工作正常运转。

信息中心安全管理制度

为加强我院信息安全工作，保证信息系统及网络安全、稳定运行，防治泄密和传输非法信息，根据国家有关规定，结合我院实际情况，特制定本制度。

日常行为安全

1、信息中心人员认真贯彻“八防”政策：防火、防水、防盗、防尾随、防泄密、防高温、防断电、防气体意外泄露。

2、办公室定期一切设备与设施，及时维修与维护。工作设备（包括计算机、笔记本、投影仪等器材），公共设施以及无人工作区域，管理落实到人，明确责任，实行目标管理。

3、下班或离开时，及时关闭电脑主机、显示器及插线板等，消除用电等方面的安全隐患。

4、当日值班人员（2064）在人员下班离开后，检查门窗、饮水机等设备是否关闭，落实安全措施。

设备使用安全

1、内网计算机仅作为医院信息系统工作站使用，由信息中心统一使用内网系统镜像。使用桌面管理

软件屏蔽 USB 端口，禁止使用控制面板和计算机属性等工具更改系统信息，避免病毒传播。

2、内网计算机、打印机设备由信息中心人员现场安装，未经允许，不得随意挪动、拆卸和外借，不能做其他用途。

3、计算机登录检测，利用网络准入技术保证只有授权的计算机才可以使用网络，通过网卡识别技术拒绝非授权计算机登录系统。

4、在应用系统中只开放与访问用户相对应的应用权限，并且需要通过密码检测通过才能使用系统。

5、所有服务器、主干交换机及其他系统主要设备由制定负责人管理，设备的配置、安装、调试有负责人与厂商工程师共同完成。任何人不得擅自操作网络设备、修改网络参数和服务器的相关设置，不得随意拆卸和移动。

6、各类软件系统的维护、增删、配置的更改，各类硬件设备的添加、更换必须按规定进行详细登记和记录，对各类软件、现场资料、档案整理存档。

中心机房安全

1、中心机房和信息管理办公室隔离分设，设置专管人员。

2、严格执行机房管理制度，非机房人员进入机房按流程办理审批及登记，与工作无关人员禁止入内。

3、非机房工作人员未经许可不得擅自上机操作，禁止对运行设备及各种配置参数进行更改。如因工作需求更改，一般在夜间进行，并制订计划书和应急方案。

4、严禁在网络服务器等设备上安装一切与工作无关软件。

5、对服务器等网络设备进行详细的记录，包括设备的检查记录、服务器启停记录，服务器运行情况和对用户的监控记录等，确保计算机系统的正常运行。

6、值班人员定期巡检各机房设施，认真、如实、详细填写《机房巡查日志》等核查表单，记录机房运行情况，以备后查。

7、不定期对机房内设置的附属设备、消防器材、监控设备进行检查，以保证其有效性。

8、信息中心系统管理维护人员对服务器系统和主要网络设备的设置与维护应当做好登记、备案、审核与备份工作。

网络运行安全

1、我院网络分为外网和内网，内网与外网在物理上完全隔离。严禁一台设备同时使用内网和外网资源。

2、内网为临床信息系统工作网络，设置网络准入条件，符合条件的设备可以使用内网资源，非法用户屏蔽；外网连接外部公网，实行实名制认证策略，非认证人员禁止使用。由信息中心专人负责准入和认证设置。

3、未经主任批准，任何人不得更改网络拓扑结构、交换机和路由器配置参数。

4、网络平台由科主任指定专人管理和维护，实行安全等级保护和用户权限控制。用户名口令的分配设置专人负责，不得泄露于其他无关人员。

5、严禁使用医院网络从事危害国家、医院和公共利益活动。

6、计算机网络系统设施附近施工，不得危害网络系统的安全。若无法避免，须提前通知网络中心，经科主任同意并采取保护措施后，方可实施。

防病毒、防入侵、防漏洞安全

1、采用国家许可的正版防病毒软件并及时更新软件版本。

2、所有使用内网网络的设备均安装杀毒软件，定期对系统进行漏洞修补、木马病毒查杀操作。

3、所有进入网络使用的移动存储设备，必须经过严格杀毒处理，对造成“病毒”蔓延的有关人员，给予处罚。

4、未经管理人员允许，不得在服务器安装新软件，包括信息中心新开发的软件。确认安装前，应进行病毒检测。

5、对于计算机病毒和危害网络系统安全的其他有害数据信息的防范工作，由网络中心负责处理。在进行安全检查时，所有人员积极配合并提供详细情况和资料。

6、外网设置防火墙，同时对路由器设置风暴阻拦。限制外网下载权限，禁止利用任何不可靠路径下载未知软件。

运行监控安全制度

1、指定专人每日进行系统监控日志查看、分析和记录工作。监控内容包括：设备运维系统、病毒扫描系统、机房环控系统、漏洞修补系统等实时安全监控类系统。

2、专职人员随时监控中心设备运行状况，发现异常情况应立即按照预案规程进行操作，并详细记录异常警报，及时上报处理，防止影响医院网络及系统运行。

4、网络管理人员定期对网络安全漏洞进行检测，关注病毒库更新情况，及时对安全系统升级。

5、信息中心人员具有较强的病毒防范意识，定期进行病毒检测，重点关注具有文件传输性质的服务器，发现病毒立即处理并通知专职人员进行防范，同时记录日志文档。

密码安全保密制度

1、工作中不得泄露国家机密、医院机密。拷贝或者借用涉密载体必须履行审批手续。涉密信息在存取、打印、复制、删除等处理过程中，应严格由指定人员操作，不得擅自给予他人，禁止泄露、外借、转移专业数据。

2、机房工作人员恪守保密制度，不得擅自泄露中心各种信息资料与数据。

3、为确保数据的安全保密，对各业务单位、业务部门送交的数据及处理后的数据都必须履行交接登记手续。

4、对服务器采取严格的保密防护措施，防止非法用户侵入。

5、保密设备及密码、密钥、技术资料等指定专人保管，设立系统管理员。

6、系统管理员负责注册用户，设置口令，授予权限，对网络和系统进行监控。

7、加强系统用户权限管理，在各类程序的授权上，不给操作人员超出本职责范围的权限。

8、采取定期更换管理员口令，如非系统管理员在特定情况下需要使用管理员口令，在口令使用完毕后立即对原口令进行作废处理，同时更改使用新口令。

数据库授权权限安全

1、信息中心管理人员要明确管理职责，不得擅自将自己操作权限转交他人；不得超越权限操作。

2、信息中心数据库服务器采用数据库与操作系统身份验证模式登录，密码采取分段式管理方式，由信息中心负责人、信息系统操作人员掌握，需操作服务器数据库时，必须输入操作系统密码和数据库密码及信息系统密码才能实现查询修改等功能。

3、对于主要网络设备和计算机服务器系统，信息中心应正确分配权限，并加严密的口令给予保护，口令应定期修改，任何非系统管理员严禁使用、扫描或猜测口令。

4、每周进行一次全备份，每日进行一次增量备份，数据和文档及时归档，备份介质由专人负责登记、保管。

5、非数据库管理员严禁擅自对数据库进行拷贝、导入/导出、修改配置等操作。

6、运用系统软件和应用软件的相应功能，合理设置了系统的使用权限：

①设定数据库的安全级：通过安全设定，确保各类数据库只能被授权的合法用户使用，未经授权的用户无论通过什么程序和软件工具都不能访问数据库。

②设定应用数据的安全性：通过设定权限控制用户对特定数据的使用。

③设定使用人员角色管理属性：医院内部各类工作人员繁杂，通过对角色进行授权，对同类所有人员进行授权，既保证数据共享，又保证数据的安全。

7、数据库访问密码保护，在客户端不存在透明的数据库访问密码，应用系统使用的数据库密码加密存放，并可随时修改密码。

8、严格按照预制操作流程对数据库进行操作，对新业务及特殊情况需要变更流程应先进行详细安排，由负责人批准后，方可执行。所有操作变更必须有书面日志记录。

数据备份和应急措施安全

1、定期对医院数据进行备份工作，采取以下四种方法对数据进行备份：

①采用冷备与热备相结合的方法，对文件服务器上的数据进行定期热全备份与不定期冷全备份。

②采用增量备份的方法，每天对数据库进行增量热备份。

③我院利用 ORACLE 数据库 DATAGUARD 功能在中心机房建立应急/备份服务器，并在异地机房内架设异地备份/冗灾服务器，与主服务器数据库实时同步。

④存放数据的磁盘全部为 RAID 5+ Hot Spare 或者 RAID 6 格式，任两块磁盘出现故障都不会造成数据丢失。

2、严格按照规章制度要求做好各种数据、文件的备份工作，严格实行异地存放、专人保管。所有重要备份文档定期整理装订，由专人保管，以备后查。

3、应急措施：我院利用 ORACLE 数据库 DATAGUARD 功能在中心机房建立了应急/备份服务器，与主服务器数据库实时同步，即使主服务器出现不可逆故障，应急/备份服务器可在十几分钟内代替主服务器运行。

4、灾难恢复：建立一套完整的灾难恢复方案，在病房大楼机房内架设了异地备份/冗灾服务器，即使中心机房出现了不可恢复的灾难性损害，异地备份/冗灾服务器也可在十几分钟内代替主服务器运行。保障全院的信息不中断。

信息中心机房管理制度

机房是我院信息系统运行的重要核心。为了科学、有效的管理机房，保障全院网络安全，促进信息系统的高效稳定运行，特制定本规章制度。

一、机房管理人员行为准则

1、机房管理人员的确定与授权由信息中心管理委员会和质量管理小组共同确定，并作为其工作督查机构。不定期对人员及执行情况进行检查，并作为人员考核依据。

2、机房管理人员要保持中心机房及各分机房的环境卫生。禁止在机房内吸烟、喝水、吃食物、嬉戏，保持机房安静。对于意外或工作中造成机房内的污渍，及时采取措施清理干净。

3、机房管理人员和进入机房的人员必须更换工作专用鞋或穿鞋套。严禁携带易燃、易爆、具有腐蚀性和强磁场物品及其它与机房工作无关的物品进入机房。

4、禁止带领与机房工作无关的人员进出机房，绝不允许与机房工作无关的人员直接或间接操纵机房任何设备，外来人员进入机房必须有专门的工作人员全面负责其行为安全。

5、禁止使用机房设备做与本职工作无关的事情。

6、机房管理人员应每日认真检查中心机房及 UPS 电源室内所有设备的运行状况，负责管理和维护(包括温度、湿度、电力系统、网络设备、消防设备等)，并做好详实的记录，出现问题及时联系相关人员进行维护。

7、各机房严禁堆放一切与机房工作无关的物品，严禁将机房空间用作仓库，保持机房清洁及设备安全。

8、注意机房的防晒、防水、防潮，维持机房环境通爽，注意天气对机房的影响，下雨天时应及时主动检查和关闭窗户、检查去水通风等设施。

9、机房管理人员负责内外网病毒服务器病毒码的及时更新，服务器操作系统安全补丁、漏洞检测及修补、病毒防治等工作。

10、机房管理人员负责全院网络的安全，监控网络流量并制定适合的管理和防护策略。

11、机房管理人员坚持每周到各分机房点巡视，了解各机房设备、系统等运行情况。

二、机房进出管理制度

1、本机房工作人员进出所管理的机房时，需持本人门禁卡刷卡进入。其他单位员工因工作需要进入机房时，凭本人工作证件登记后，经授权在机房管理人员陪同下方能进入机房。

2、进入机房的外来人员及携带的物品，均须接受检查，详尽、如实地填写机房出入登记表上的相关内容，机房维护人员负责监督工作，确认无误后方可进入。

3、外单位员工进入机房前，根据不同的工作属性，需要提供相应的文件资料。属于工程施工类的，需出示机房施工进出审批表、本人有效身份证件经同意后才能进出机房。

4、参观人员进入机房需由本单位人员陪同，陪同人员应全程陪同并承担参观过程的管理责任。陪同人员应提前完成有关审批手续。进出中心机房的参观由信息中心领导负责审批。

5、外来人员进出机房，需遵守机房相关管理规定，保持机房卫生、整洁，进入机房要求穿机房专用鞋或戴鞋套。

6、机房门禁卡管理系统应有专人管理，门禁卡严格控制，统一调配；门禁卡按照一人一卡的原则配置，设置确定的权限，不得借给他人使用；持卡人应刷卡出入权限规定的机房，确保门禁系统的记录完整、真实；持卡员工要妥善保管门禁卡，不得随意擅自将门禁卡借予他人使用。

7、设备厂商人员进入机房需向网络管理组提交申请及相关材料，由中心领导进行审批。设备厂

商提供的操作计划应明确设备供应商技术人员每步操作步骤对网络、设备、业务的影响，事前要制定应急预案，在发生紧急情况按照预案进行相应操作。

8、设备厂商人员进入机房后应严格按照操作计划进行，不得对任何不在审批计划范围内的设备进行操作或超出审批计划范围进行操作。若因厂商人员超计划操作，造成网络安全故障，相关厂商除承担一切损失外，同时信息中心将视情况予以相应处罚。

9、设备厂商人员进入机房后，网络管理组应派专人全程现场配合，配合过程中应认真监督，对于设备厂商人员对设备的每步操作，要认真核查，确保网络设备安全。如因监督不力，造成网络安全故障，相关部门应根据本管理条例，对有关责任人进行教育、处罚。

10、设备厂商人员现场操作完成后，需经信息中心相关负责人确认后方可视为操作完成。

三、数据保密及备份操作管理

1、中心机房设置数据库管理员，保证数据库 24 小时正常工作并做好各系统数据库月、周、日备份工作，备份集由专人管理确保数据的准确无误。

2、对数据实施严格的安全与保密管理，防止系统数据的非法生成、变更、泄露、丢失及破坏。

3、严格执行各种数据、文件的备份工作。中心服务器数据库要定期进行双备份，并严格实行异地存放、专人保管。所有重要文档定期整理装订，专人保管，以备后查。

4、根据数据的保密规定和用途，确定使用人员的存取权限、存取方式和审批手续。

5、禁止泄露、外借和转移专业数据信息，未经批准不得随意更改业务数据。

信息中心人员培训管理制度

信息技术日新月异，为提高信息中心人员专业性，建立学习型团队，促进培训工作规范化、常态化，提高人员业务水平和实际工作能力，特制定本规章制度。

一、培训基本原则

1. 全员性：信息中心所有人员都要积极参加培训项目。如有特殊情况不能参加，需提前请假。

2. 计划性：培训计划由信息中心根据年度计划安排。

3. 针对性：结合专业实际情况，指派人员到外地或外单位进修。

二、培训内容

1. 计算机安全法律教育。

2. 计算机职业道德教育。

3. 计算机技术教育。

三、培训种类

1. 入职培训。新入职员工进入信息中心后，由科室分配带教老师，参与信息中心日常工作。

2. 轮岗培训。未定岗职员按一定周期在不同组别轮转，熟悉各小组日常工作，掌握信息中心基础业务。

3. 内部常规培训。信息中心定于每周五下午 4:30 进行半小时常规培训，由科室人员按队列顺序，每周一人讲解信息技术，题材内容不限；不定期举办专题讲座或培训班，聘请相关专家进行讲课。

4. 外部培训。专业技术人员每年必须参加与负责工作相关联的专业培训；有选择地参加其他行业和部门举办的专业培训，鼓励参加其他业务交流和学习培训。

5. 业余进修。支持、鼓励人员结合自己的业务工作利用业余时间进行自主学习。

信息中心实习人员管理制度

为使进入信息中心实习人员更好开展实习活动，加强对实习人员管理，提高实习学生专业技术，特制定本规章制度。

一、信息中心设置实习负责人，由负责人根据人员实际情况制定实习进修计划，指定带教老师，安排实习生学习，并在实习结束后组织带教老师对实习生进行考核。

二、实习学生必须遵守医院和信息中心各项规章制度，不迟到，不早退，严禁无故旷工。

三、实习生根据实习计划进入指定工作岗位，经过培训后，与带教老师一起进行日常工作。

四、实习期间应尊敬老师，关心爱护病患，团结同学，互相帮助。

五、实习期间按照医院法定假期休息，如有特殊情况者，请假三天之内由信息中心实习负责人批准，

请假三天以上由信息中心主任批准,经批准后方可离院。请假超过一周者须实习生所在院校来函联系批准。

六、实习期满后,及时填写结业考核鉴定表,交由信息中心带教老师签署意见。

七、实习生不得利用工作之便谋取私利,不能违反医院规定,造成不良影响,应承担相应法律责任。

信息中心培训教室管理规定

信息中心培训教室是进行医院信息技术培训、医务人员上机学习的重要机构(场所),为提高教室使用效率,维护培训秩序,特制定本规章制度。

一、培训教室主要用途有:

1. 院内医、护、管有关人员的医院信息系统使用的培训;
2. 信息中心人员系统安装与完善;
3. 院内其他用途。

二、由信息中心指派管理员负责培训教室日常管理工作。管理员主要职责有:

1. 定期检查教室内清洁卫生,整理教室内务,营造良好培训环境。
2. 登记培训教室使用情况,及时填写工作记录。每次培训结束后,由管理员和使用者双方核实设备数量和完好情况。

3. 建立培训教室内设备的档案材料,定期巡查和维护设备,发现故障立即维修。

4. 做好防火,防盗,防事故的安全保卫工作,发现失盗情况,立即上报,并保护好现场。因管理不善导致设备丢失,追究管理员责任。

三、培训教室使用组织人员、参训人员管理规定:

1. 组织人员确认培训时间后,提前向管理员提出使用申请,并在约定的时间内完成相关培训工作。
2. 服从管理员的管理,严格遵守有关操作规程,未经许可不能随意使用。
3. 保持室内清洁卫生,严禁在室内吸烟、吃零食;严禁乱丢垃圾;严禁在桌子、墙壁上乱写乱画。
4. 培训结束后关闭电灯、计算机所有设备,关好门窗、空调等电器设备。
4. 使用者由于人为原因造成的设备损坏,应予以赔偿。

信息中心远程会诊中心管理规定

信息中心远程会诊中心是医院进行医联体会诊的机构(场所),同时,兼顾会议室功能。为提高会议室使用效率,维护使用秩序,特制定本规章制度。

一、远程会诊中心主要用途有:

1. 与我院具有合作关系的医联体医院进行远程会诊,视频对话;
2. 我院党委、行政会议以及全院性的学术会议、研讨会和研究生答辩等使用;
3. 院内其他用途。

二、由信息中心指派管理员负责远程会诊中心日常管理工作。管理员主要职责有:

1. 定期检查会议室内清洁卫生,整理内务,营造良好会务环境。
2. 登记会议室使用情况,及时填写工作记录。每次会议结束后,由管理员和使用者双方核实设备数量和完好情况。

3. 建立远程会诊中心内设备的档案材料,定期巡查和维护设备,发现故障立即维修。

4. 做好防火,防盗,防事故的安全保卫工作,发现失盗情况,立即上报,并保护好现场。因管理不善导致设备丢失,追究管理员责任。

三、会议室使用组织人员、参训人员管理规定:

1. 组织人员确认会议时间后,提前三天向管理员提出使用申请,并在约定的时间内完成相关会议内容。如未能如期使用会议室,请于订约日前一天告知管理人员,以便安排其它申请单位使用。

2. 服从管理员的管理,严格遵守有关操作规程,未经许可不能随意使用。

3. 请勿在会议室食用西瓜等多汁果品及瓜子花生等带壳食物,严禁乱扔果皮、纸屑、烟头等杂物,严禁随地吐痰。会议期间如需使用快餐、茶点请自行安排地点。

4. 使用会议室期间,应爱护室内的各种物品,保持完好无损;布置会场时,为保护墙壁,粘贴横幅只能使用透明胶带,勿用双面胶、胶水。

5. 会议结束后使用单位负责会后的基础清洁工作，并关闭电灯、计算机等所有设备，关好门窗、空调等电器设备，归还会议室钥匙。

6. 会议室内之各项家具、设备禁止携出使用。使用者由于人为原因造成的设备损坏，应予以赔偿。

信息中心资产管理制度

一、适用范围：本制度所指设备主要包括医院固定资产的计算机设备及软件；网络监察设备。

二、管理职责

1、信息中心成立资产管理小组，负责全院计算机设备和软件及网络监察设备管理。部门具体要求如下：

①负责设备日常管理，包括台账记录、设备申购、设备使用人或归属部门变更转移申请等各项工作。

②管理小组定期对部门设备进行自查，及时更新台账。

③使用科室负责提出设备的使用要求，明确说明设备的用途、性能、技术要求，并由管理人员审核确认。

④负责设备的日常维护及报修等工作。若科室、部门报修设备损坏需由公司维修时，由科室值班人员记录问题并反馈公司到达现场进行维修。

⑤负责设备验收及报废鉴定工作。

2、信息中心负责全院计算机设备和软件及网络监察设备的预算、计划、审批、验收、报废鉴定。招标采购办公室、物资采购中心根据审批情况进行采购。国有资产管理处根据验收、报废鉴定情况进行固定资产的出入库、报废与处置。

三、设备采购、领用及验收流程

1、各科室部门根据需要撰写申请单，经科室部门管理人员签字确认后，提交信息中心办公室。申请单内容包含申请科室、申请原因、申请设备用途，有特殊要求的设备需要提供性能要求和技术参数。信息中心根据申请单内容，进行现场核实，确认后签字提交相关采购部门。采购部门根据相关规定进行招标采购。

2、设备确认到货后，使用部门至信息中心领取设备，由相关人员到现场进行安装使用。正常使用后，由信息中心会同使用科室进行验收，并填写《徐医附院固定资产验收、交接凭证》。相关人员确认签字后，汇总材料交至国有资产管理处进行入库、制卡。

四、设备使用、保养及监督

1、使用科室在使用设备前应仔细阅读操作手册，严格按照操作规范操作使用。具体操作事宜包括：

①门诊诊室、科室护士站、医生站、部门个人使用电脑及打印机在下班后及时关机；

②长时间不使用系统工作站、电子病历网页应及时退出系统；

③定期对电脑内资料进行整理，做好备份并删除不需要文件，保证电脑运行速度；

④禁止使用未经杀毒的U盘接入设备，禁止私自拷贝相关文件资料；

⑤未经信息中心批准，任何人不得拆卸所使用的设备及配件；

⑥未经许可任何部门及个人不得私自连接交换机设备，不得私自接入网络；

2、设备及软件的使用人员要保证设备在安全环境下运行，如果因使用人员的过失造成丢失或损坏，要追究责任，择情进行赔偿。管理员对违规使用设备人员有提出处罚的权力。

五、设备维修管理

1、使用设备出现故障，使用人员拨打信息中心值班电话进行维修。如果设备需要进行硬件更换及维修，有信息中心人员联系合作公司报修，由公司人员到达现场进行修理。

2、保修期内设备，有供货公司进行维修；保修期外的设备，按照最经济可行的方案进行维修，发生费用计入设备所在科室部门成本。

六、设备报废鉴定管理

1、设备因丧失原有功能而正常淘汰，或因技术性能落后而强制淘汰的，或由非人为因素造成损毁且无修复价值的，均按正常报废处理。由于人为因素造成丢失或毁损的，除按非正常报废处理办理手续外，还应追究有关人员的管理责任和经济责任。

2、设备的状态符合以下条件之一的，使用部门可以申请报废：

①设备使用时间已超过折旧年限，计算机设备、网络监管设备购置期在五年以内的，一般不予更换；

②技术参数确实无法满足工作需要；

③主要部件、附件严重故障或缺损，无维修价值；

④依据国家有关规定需要进行处置的其他资产。

3、设备未达到折旧年限，但符合以下条件之一的，使用部门应当申请报废：

①国家主管部门发布淘汰的仪器设备品目及种类；

②旧设备未达到国家计量标准，又无法校正修复者。

③严重污染环境，不能安全运转或可能危及人身安全和人体健康，又无法维修或无改造价值者，确因工作原因损坏且没有维修价值并已经过保修期的设备；

④旧设备质量下降，存在安全隐患，不能正常运转，又无法改造利用者。

4、使用科室确认需要报废设备后，至信息中心领取《固定资产报废单》，填写设备信息及原因，使用部门管理人员签字后提交信息中心。由信息中心负责人员至现场查看该设备是否满足报废条件，确认可以报废后签字提交至信息中心主任审核。审核通过后，由使用科室转交至国有资产管理处审核并办理报废手续，并由其进行设备处置。单独使用的软件及无法提供实物的报废申请，由使用科室直接报国资处审核并办理报废手续。

信息中心备用机管理规定

一、备用机是指用于医院信息系统的计算机主机和打印机。

二、信息中心值班人员负责借出备用机、督促归还和验收归还的备用机。

三、临床及医技科室需要借用备用机，须提出书面申请，并指明联系人和约定的归还日期（5个工作日内），并承诺保证备用机的完整性和可用性。

四、备用机是一种有限的应急资源，需保证其始终处于冗余的备用状态。借用者须积极督促有关部门及时维修好自己的故障机，并按时归还备用机，不得以任何理由拖延不还。

五、值班人员借出备用机须登记，并保存好科室借用申请表备查。值班完毕向接班人员进行交接，接班者核对无误后签字认可。

六、对科室归还的备用机，借出人员要认真检查其完整性和可用性，并在登记本上注明归还日期。对造成损坏的备用机有权拒收，并责其进行维修。维修费用从借用科室中支出，否则由此产生的后果由值班人员负责。

七、定期检查备用机借、还登记情况。对多次借还不登记、归还不验收、并造成备用机故障者或备用机丢失者进行批评教育、扣发奖金、取消年终考评资格和赔偿损失等处理。

信息中心外来施工及驻场人员管理制度

一、适用对象

信息中心软件系统项目、硬件安装项目服务公司派遣的实施及维护驻场人员。

二、安全管理规定

1、遵守国家各项法律法规制度，遵守医院各项规章制度，遵守各项业务操作历程，严禁泄露医院敏感数据，从事非法活动。

2、代表公司签署《安全施工承诺书》，并盖公司印章。

3、信息中心指定项目负责人对驻场人员进行监护。

3、注意办公区域用水、用电安全，严禁使用大功率电器，离开办公区域及时关闭电器设备，检查关闭门窗，注意防盗。

5、在项目实施过程中，做好工作记录，遇到问题应及时与项目负责人沟通，谨慎操作。实施中若新增业务时，事先与项目负责人汇报，在确认需求，测试后才可投入使用。

6、定期备份软硬件参数文档，及时更新项目进度记录。若发生其他外部原因导致硬软件无法正常使用时，驻场人员有义务配合医院协商解决方案。

7、在项目所配备的标准内网工作计算机实施操作，妥善保管医院提供办公设备。严禁私自接入个人办公设备进入内网环境。

8、必须上传内网的外部文件，上传前必须在杀毒专用计算机上进行所有文件的杀毒过滤后上传。需

额外安装的相关工具软件应在项目负责人监督下安装。

9、需远程登录内网进行操作，信息中心仅提供远程虚拟桌面服务，严禁外部计算机在公网环境下直接远程登录内网。

10、严禁相关计算机在内、外网上同时或交叉运行，做到专机专用。项目组的内网计算机改为外网计算机，应由项目负责人在取得信息中心领导同意的情况下，彻底删除相关敏感及内部业务数据；外网机转内网机，则应对硬盘进行重新分区及格式化。

智能化工程项目管理条例

工作内容

1. 组织完成智能化开工审批手续，协调施工过程中的外部关系；
2. 协助招投标及签订施工合同；
3. 按照法律规范及合同规定和程序对建设项目进行从开工至竣工的全过程管理，实现项目合同目标；
4. 制定相关项目管理及推进方案，报请医院批复后并实施。

日常工作制度

1. 组织制度

- (1) 实行科室负责人领导下的项目管理人（指定专业工程师担任）负责制。
- (2) 根据智能化项目需要成立项目组，下设不同职责的执行人员。

2. 会议制度

- (1) 实行定期现场办公制度（周一至周五早上 8:00-下午 5:00 点）；
- (2) 值班制度：周六、周日，施工方正常施工时，安排专人值班；
- (3) 定期例会制度（暂定周五下午 3:00 点）：监理、施工单位主要负责人、项目人员参加，解决施工过程中存在的问题。

(4) 不定期会议：对施工过程中存在的困难、问题需要及时解决落实的专题会议，紧急会议。

(5) 协调组织并参与监理方组织的监理例会，（暂定周二下午 3:00 点）和不定期的各项专题会议。

(6) 监督、参与施工单位的安全、生产、质量、进度会议，提出合理的施工方法及工艺。

3. 检查制度

(1) 本科室项目工程师会同监理、施工方相关专业人员，每天进行一至二次的现场作业点的安全、质量、进度巡查（周一至周五），及时对过程控制，发现问题应口头和书面通知并用，限时要求施工单位整改，整改后必须进行复查，直至合格为止。

(2) 周小查：由科室项目负责人进行一周一查（暂定周二上午 9:30 分），监理、施工各主要负责人、相关专业负责人参加的安全、质量、进度检查，检查过程中发现的问题，以书面文字、影响、照片结合的形式及时下发施工单位，限时整改，整改过程和完毕时应进行复查，直至合格。

(3) 月大检查：每月至少一次不定时的月大检查或分部分项检查，建立检查表、评比标准，进行现场安全、质量、进度讲评，形成书面检查、评比报告。

(4) 各项检查结果应及时形成书面、影像资料报科室负责人审查后，提交相关单位负责人签认。

(5) 各岗位实行书面总结、计划，分周、分月报计划和分阶段目标计划的报告制度。

(6) 写出管理日志，注明当日巡查、情况及时间记录、工程会议、检查事项、工程签证、设计变更、施工质量、进度、安全问题及相关处理措施、落实情况等，必须当天书写，不准事后补写。

岗位责任制

1. 管理岗位轮岗责任制

(1) 项目管理人对科室负责人负责，积极配合院其他部门完成项目相关工作。

(2) 项目管理人严格执行轮岗责任制，接受院纪委、行风办、审计处的监督。

(3) 按周、月、年制定生产计划及总结，协助制定项目目标、协调内外关系。

(4) 组织、参与、起草、审查招标文件，评定招标文件，拟定项目合同主要条款。起草、审查由不同人员负责并报送科室负责人审批。

(5) 组织参与施工进度计划，材料供应计划，资金需求计划的制定和初步审查，抓好项目施工成本控制与管理。

(6) 主持日常工作例会，周、月、及分部分项检查。

(7) 正确指导施工单位的安全、质量、进度及文明施工。

(8) 审阅、办理或督促处理施工单位之间的来往函件。

(9) 组织工程竣工的初步验收。

2. 信息智能化工程项目岗位责任制

(1) 实行双人负责制，接受科室负责人领导。

(2) 明确分工和职责，各司其职，相互配合，重点环节实行双人联签制。

3. 智能化维修改造类项目岗位责任制

(1) 实行双人负责制，接受科室负责人领导。

(2) 起草并保存与施工、监理单位的来往函件及各种法律文件并上报科室负责人审阅。

(3) 组织项目施工审批所需资料。

(4) 进行施工现场工程量的统计，审核（初审）并进行核算。

(5) 组织工程质量的安全检查，做好施工现场安全事故预防工作，并作好记录。

(6) 组织对于隐蔽工程的验收，确保所记录的资料真实完整。

(7) 做好工程施工部位及现场安全文明施工的巡查，并记录工作。

(8) 审查批复施工方作业计划，预算资料及相应业务，批复质量整改措施，并检查落实情况和各方工程联系单的草拟回复，并报科室负责人审查。

(9) 材料验收和工程竣工验收等重点环节实行双人联签制。

4. 工程档案资料管理岗位责任制

(1) 设置工程档案资料管理员，接受科室负责人领导。

(2) 项目工程文件资料，应严格分级保密，未经上级领导同意，不得将涉及有秘密的资料透露给施工方或其他单位和个人。

(3) 由各项目负责人签订的合同及合同文件，必须确认合同方的法律资格，经相关部门审查，报科室负责人审批签署后，方可交合同与另一方实施，根据合同、图纸由工程部统一发放，相关专业工程师保留一套，要妥善保管使用，竣工后交回科室，以备存档或满足其他需要。

(4) 收集整理好施工、监理、公司来往函件并保存，建立资料台账。

(5) 督促指导施工单位的资料跟进完善，做到工程竣工、资料齐备，以备报验和存档。

(6) 做好各种会议的文字记录，及施工相关影响图片资料的保管工作。

(7) 将收集到的各类档案资料按照档案管理规定整理后尽快移交给医院档案室存档。

第十二章 设备管理制度

医用设备三级管理制度

医院医用设备管理应当遵循统一领导、归口管理、分级负责、权责一致的原则，应用信息技术等现代化管理方法，提高管理效能。医院的医用设备管理实行管理机构领导、医用设备管理部门和使用部门三级管理制度。

一、管理机构

医院设立医疗仪器设备管理委员会，负责对全院医用设备的发展规划、年度计划等重大事项进行评估、论证等管理工作。分管院领导对全院的医用设备管理工作进行统筹规划，并依据医院规模、管理任务、发展需要等情况配备数量适宜的专业技术人员。

二、医用设备管理部门

医用设备管理处是全院医用设备管理的职能部门，在分管院长的领导下，参加医院医用设备管理全过程。负责医用设备的规划调研、立项论证、申报审批、安装验收、维护保养、报废技术鉴定工作。

三、使用部门

使用部门应当设专职或兼职管理人员，在医用设备管理部门的指导下，具体负责本部门的医用设备日常管理工作。

1、凡有医用设备的科室，要逐级建立使用管理责任制，指定专人管理，严格使用登记。认真检查

保养，保持仪器设备处于良好状态。

2、凡初次操作者，必须在熟悉该仪器的同志指导下进行。在未熟悉该仪器的操作前，不得连接电源，以免接错电路，造成损坏。

3、仪器使用人员要严格按照仪器的技术标准、说明书和操作规程进行操作。使用仪器前，应判明其技术状态确实良好，使用完毕，应将所有开关、手柄放在规定位置。

4 不准搬动的仪器，不得随意挪动。操作过程中操作人员不得擅自离开，发现仪器运转异常时，应立即通知设备处技术人员，查找原因，及时排除故障，严禁带故障和超负荷使用和运转。仪器损坏需修理者，及时联系设备处维修中心。

5、医用设备（包括主机、附件、说明书）一定保持完整无缺。即使破损失效部件，未经设备处检验亦不得任意丢弃。

6、仪器用完后，应由管理人员检查，关机放好。若发现仪器损坏或发生意外故障，应立即查明原因，经设备维修中心鉴定后，转国资处根据医院相关规定进行处理。

设备处工作人员培训、监督考核制度

一、设备处工作人员应熟知相关法律法规和部门规章制度，熟知岗位职责，在工作中自觉践行。设备处定期举行相关培训。

二、设备处工作人员应服从院、科二级领导，在工作中服从安排调配，接受部门的监督考核。

三、设备处工作人员每年根据医院考评要求进行考核。考核内容：涉及国家法律法规、部门规章制度、岗位职责等。

四、设备处每年根据考核情况，填写考核表，按规定报院人事部门。

五、设备处定期对科室内部工作进行巡查监管，并根据巡查发现问题进行持续改进，相关措施落实到位。

六、本制度从本制定之日起开始实施，相关解释由设备处处长办公室负责。

医疗仪器设备使用人员应用培训考核制度

一、新引进医用设备特别是贵重精密仪器设备投入使用前，操作使用人员必须经过培训学习、熟悉操作、考核合格，在规定的医用设备培训登记表上签字后才能正式上岗操作使用仪器设备。

二、根据实际情况确定培训学习途径：到生产厂家培训学习；到已经有同类设备的兄弟单位学习；向已经参加过培训的科室人员学习，向厂家工程师学习；仔细阅读说明书自学等等。

三、医用设备操作使用人员在熟悉操作后，必须及时制定出操作规程和安全维护保养制度。每台装备均应在医用设备使用维护记录本上按时记录该仪器的维修情况。

四、贵重医用设备要求专人管理、专人操作。因工作需要必须移交他人操作时，应该由原操作人员负责教会使用并移交操作规程和安全维护保养注意事项，否则后果由原操作人员负责。

五、医用设备管理人员必须定期检查仪器设备使用者执行操作规程情况，不合格者不得继续操作仪器设备。

六、未经培训擅自操作仪器设备或者有章不循造成仪器设备故障或者医疗事故者，责任自负，并按医院有关规定处理。

七、使用人员完成培训或考核后，科室应将培训记录或考核记录妥善保存。

医用设备使用人员岗位考核和再培训制度

一、医用设备在上岗使用前，须由厂家工程技术人员或临床医学工程技术人员对操作人员进行现场培训，如操作复杂的设备异地培训，熟练掌握设备性能、日常保养和操作技术后方可使用，并且留存培训记录。

二、对国家有特殊要求的医用设备，操作人员须参加国家制定部门组织的培训，取得合格证后方可进行上机操作。

三、对甲、乙类大型设备，临床医师、操作技术人员、必须按卫生部规定经培训考核后取得上岗证后方可上岗。

四、压力容器等特种设备操作、管理、维修人员按技术监督部门规定参加岗位培训考核后取得上岗证后方可上岗。

五、再培训：操作人员合格证有效期满后须及时进行再次培训，复试合格后方可进行上机操作。

六、操作人员要严格按照医用设备操作规程进行操作，因违反操作规程引发的设备故障，视情节轻重进行赔偿或进一步追究责任。

七、设备处定期检查各使用科室对设备操作人员的培训与再培训情况，并做好检查记录。

急救、生命支持类医用设备临床使用安全监测与报告制度

一、急救、生命支持类医用设备用于抢救危重病人，应全面加强管理。

二、设备管理部门应掌握全院急救设备的分布情况，指导科室安全使用，保障设备正常工作。

三、设备处定期检查此类设备质量和数量，做好安全监测，发现问题及时处理。

四、科室应认真填写急救、生命支持类医用设备记录本，做好日检、交接班记录。出现故障问题后，立即停止使用，并向设备维修中心报修。

五、在购置程序上急救类、生命支持类医用设备优先采购供应，没有特殊情况，不准缺货。

六、遇重大节假日或长假，各科室要提前进行急救类、生命支持类医用设备准备情况检查。

七、各科室对急救类、生命支持类医用设备要列表管理，专人负责，做到心中有数，有问题及时上报。

八、若发生可疑不良事件，立即停止使用，并按照院内规程进行上报处置。

灭菌类医用设备临床使用安全监测与报告制度

一、灭菌类医用设备的使用管理必须符合国家相关标准、制度、规定。

二、压力灭菌类设备，必须办理齐全相关证件后才可以使使用，同时操作使用人员必须具有相应资质。

三、压力灭菌类设备必须定期接受省市计量强检部门的检测，合格后方可使用。

四、气体灭菌类设备其使用场所必须满足相关环境、人员防护要求，定期做好维护保养。

五、如操作过程中发生相关不良事件，立即按照院内流程进行上报，并立即停止使用。修复后经检测合格方可继续使用。

六、发生其他紧急突发情况，必须及时上报。

大型医用设备临床使用安全监测与报告制度

一、大型医用设备使用时，必须按照设备的有关要求和操作规程进行操作，不得随意添加或删减程序。

二、对需上岗资质的大型设备，操作使用人员必须取得上岗资质方可从事设备的使用。

三、大型设备的使用要有相关的使用和维护记录，并做好登记。

四、设备的防护与环境监测要符合卫生监督和辐射防护的要求。

五、在大型设备使用时，若发生故障，操作人员必须立即通知工程技术人员进行维修维护。

六、设备故障停机期间，不得带病工作，也不得随意开机。待设备故障处理完毕，状态良好才可继续使用。

医疗器械不良事件监测及报告制度

一、医疗器械不良事件是指：医疗器械不良事件，是指已上市的医疗器械，在正常使用情况下发生的，导致或者可能导致人体伤害的各种有害事件。

二、医疗器械不良事件的监测是指对可疑医疗器械不良事件的发现、报告、评价和控制的过程。医疗器械不良事件监测工作，是预防医疗器械不良事件重复发生和蔓延，保证人民生命安全的重要工作。

三、为加强医疗器械的安全监管，规范医疗器械不良事件报告管理，发现可疑不良事件及时处置，并按规定上报，保障医疗器械临床使用安全，根据《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》及省、市相关规定，制定本制度。

四、医用设备管理处负责医疗器械相关不良事件的监测、上报，完善管理制度，组织落实上级有关法律法规的培训工工作，指导医院医疗器械不良事件监测工作的开展、监督、检查，确保医疗器械使用安全有效。

五、临床科室健全完善监测体系。科主任、护士长为科室医疗器械不良事件监测的负责人，指定专人做好医疗器械使用的详细登记，并对不良事件的信息进行收集、整理、上报。

六、报告医疗器械不良事件应当遵循可疑即报的原则。

七、医院各临床科室、门诊在诊疗过程活动中如发现医疗器械不良事件时，应立即停止使用，封存，向设备处报告。

八、设备处接到报告后应及时安排相关人员开展工作，对不良事件进行调查、分析、评价，在事件发生后及时向国家药监部门进行网络直报，不得擅自处理。

九、根据不良事件的调查情况，设备处应及时向院内各相关科室通报，以引起警惕，避免造成新的伤害。

十、临床科室如对医疗器械不良事件隐瞒不报，经查实后根据情节轻重进行处罚。

医疗器械不良事件监测培训和考核制度

一、相关法规的宣传

- (1) 利用医院网站每年进行医疗器械产品不良事件监测宣传。
- (2) 通过宣传资料、公示栏等形式开展医疗器械产品不良事件监测宣传。
- (3) 专题培训宣传医疗器械产品不良事件监测的相关法规和规章制度。

二、相关法规的培训

- (1) 医疗器械不良事件监测培训对象为全体医护人员和医疗器械管理人员。
- (2) 医疗器械产品不良事件报告与监测培训内容：国家和各级政府相关法规如《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法（试行）》、《医疗器械不良事件监测工作指南（试行）》等法规的培训。
- (3) 设备处应积极参加由国家、省、市组织的关于医疗器械产品不良事件监测报告与监测的培训与技术指导。
- (4) 设备处负责组织相关人员进行医疗器械不良事件监测相关知识培训。

三、对相关人员的考核

(1) 考核目的

充分贯彻国家医疗器械不良事件监测该法规，充分落实医疗器械不良事件监测职责，促进医疗器械不良事件监测工作的展开，促进相关人员对医疗器械不良事件监测法规知识的掌握和落实的自觉性，提高相关人员处置医疗器械不良事件监测的工作能力，进一步提高我院医疗器械不良事件监测工作的水平。

(2) 考核内容

- ①各临床科室和联络员负责医疗器械不良事件监测相关法规的学习情况。
- ②各临床科室和联络员负责医疗器械不良事件监测相关法规的落实情况。
- ③各临床科室负责医疗器械不良事件监测相关规章制度的建立情况。
- ④发现可疑医疗器械不良事件的上报情况。
- ⑤医疗器械不良事件监测工作不合格整改情况。

(3) 考核方式

- ①每年不定期组织人员，对相关科室和人员的医疗器械不良事件监测相关工作进行全面考核。
- ②当发生医疗器械不良事件时，事件处置结束，对相关科室和人员进行一次考核。
- ③发生疑似医疗器械不良事件时，事件处置结束，对相关科室和人员进行一次考评。

四、对考核结果的鼓励

- (1) 相关奖惩措施参照院内文件具体要求执行。

五、实施监管

本制度适用于我院医疗器械不良事件法规宣传、培训和考核工作。设备处负责制度的制订、文件的实施和过程监管。相关部门和人员负责配合完成对法规的宣传、培训和考核工作。

医用设备购置论证管理制度

一、为了确保购置医用设备经济、安全、可靠，在申购设备前，应组织所需临床科室有关人员和专家进行可行性论证与评价，必要时进行实地考察，为领导正确决策提供科学依据。

二、购置金额在 10 万元以上的设备首先在科室内进行论证，科室需成立设备管理小组，进行充分研究论证。并根据论证意见制定技术参数，填写大型仪器设备论证书。论证书需科主任意见签字及科室设备管理小组三人以上签名（科室设有护理单元的，签字人员必须包括护士长）。

大型仪器设备论证书应包含以下内容：

- 1、科室的实力和技术能力。
- 2、申购设备的主要用途和使用目标。
- 3、临床有效性和安全性。
- 4、配套设施设备和人员资质情况。
- 5、科室现有同类/相关设备使用情况。
- 6、使用成本及消耗。
- 7、经济效益。
- 8、社会及教学科研综合效益。

三、科室每年 7~8 月份向设备处上报年度设备购置计划，上交大型仪器设备年度计划购置申请表，10 万以上设备需按照要求填写论证书。

四、设备处组织我院仪器设备管理委员会定期召开会议，审议年度购置计划，相关申购科室应准备论证材料，在会议上进行论证答辩。

医用设备决策管理制度

一、决策组织

我院医疗仪器设备管理委员会是医用设备全程管理的专业组织，负责对我院医用设备发展规划、年度装备计划、使用管理等重大事项进行评估、论证、咨询和决策。

二、决策内容

- （1）年度医用设备采购计划。
- （2）新医用设备的研究。
- （3）医用设备购买资金来源。
- （4）大型医用设备维修保养方式。
- （5）医用设备更新和报废技术鉴定。

三、决策程序

- （1）各科室填写申购单。
- （2）各科室提出设备的可行性论证。
- （3）医院医疗仪器设备管理委员会领导小组分析论证，形成初步决策意见，上报分管院领导。
- （4）医院党委办公会讨论分析，最终决策。

医用设备档案管理制度

第一条 建立健全我院仪器设备全生命周期的档案管理制度。原则上，5 万元以上仪器设备必须建立档案，档案保管期限至仪器设备寿命周期结束后 5 年以上。

第二条 仪器设备档案内容包括科室设备购置申请表、可行性论证报告、合同、配置清单、验收报告、相关技术资料等，要求归档及时，档案内容完整、准确。

第三条 仪器设备档案由设备处负责收集整理。

第四条 使用科室须建立仪器设备的使用档案，内容包括使用说明书、技术操作规范和规程、使用记录、维修保养记录等。

第五条 建立并完善医用设备信息管理系统，逐步实现档案管理的信息化工作。

第六条 档案资料整理完成后，移交院综合档案室进行管理。

医疗仪器设备申购制度

一、使用科室需要购置医用设备时，必须填写《徐医附院医用设备购置申请表》，经设备处审核，按照规定程序批准后，转交采购部门组织采购。

单价 10 万元以上医用设备，还应同时详细填写《大型医用设备可行性论证报告书》，报告内容须写明：

- 1、科室的实力和技术能力。
- 2、申购设备的主要用途和使用目标。
- 3、临床有效性和安全性。
- 4、配套设施设备和人员资质情况。
- 5、科室现有同类/相关设备使用情况。
- 6、使用成本及消耗。
- 7、经济效益。
- 8、社会及教学科研综合效益

二、 申请及审批流程

（一）年度计划项目

1、年度购置计划，根据医院预算的要求，每年进行一次。原则上根据医院总体规划，结合科室的实际情况制定。

2、根据医院年度预算的安排，各使用科室在接到设备处通知后，根据科室发展计划和实际需求，在规定时间内书面提交下一年度的医用设备购置（包括升级或技术改造）申请。申请资金包括各种专项经费、部门经费、科研经费等。

单价 1 万元及以上或批量价格在 5 万元及以上的项目应纳入年度购置计划。

3、设备处收到科室提交的项目申请，进行初审并分类汇总后，提交设备委员会论证。

4、设备委员会论证通过的项目报党委办公会审批。批准的项目列入年度计划项目，纳入医院年度采购预算。

（二）临时计划项目

年度购置计划外，科室因特殊原因确需更新或购置医用设备，执行以下审批流程：

1、使用科室填写书面申请，科室负责人签字，需要医务处、科技处等归口管理部门审批的，经相应管理部门同意后，报送设备处。

2、设备处初审后，根据院内审批权限报请批准。

医疗仪器设备使用管理制度

一、 各使用科室应遵循国有资产管理的有关规定，严格管理，确保医用设备的完好和安全，防止流失和损坏，充分发挥医用设备的使用效益，保证临床、教学、科研的需要。

二、 设备处应加大医用设备管理的信息化建设，利用信息管理系统，对医用设备的配置、使用、维护、维修、质控、计量等实行动态管理。

三、 医用设备的保管、使用由使用科室负责。价值较高的可移动医用设备，科室应明确专人保管。

四、 使用科室应当严格按照产品说明书等要求使用医用设备，使用前必须对使用人员进行培训，并保存相关的培训记录。

使用科室应保证医用设备存放和使用的场所、设施及条件符合产品说明书要求。对温度、湿度等环境条件有特殊要求的，还应当监测和记录贮存区域的温度、湿度等数据。

设备处应定期对有特殊要求的医用设备及使用场所的情况进行检查并记录巡查结果。

五、 使用科室对大型医用设备应制定严格的操作规程，制成卡片挂在医用设备上或醒目地贴在操作者便于看到的位置，使用时严格按操作程序进行。

大型医用设备须由专人负责日常管理，并有使用记录和交接手续。使用人员需经过专业技术培训合格后方可上机操作，进修、实习人员和其他非专业人员不得擅自操作。

大型医用设备使用科室应在明显位置，公示有关医用设备的主要信息，包括医用设备名称、注册证号、规格、生产厂商、启用日期和医用设备管理人员等内容。

六、 医用设备的内部调拨经批准后，由国资处办理调拨手续。

医疗仪器设备验收、保管制度

一、 仪器设备到货后，供应商或使用科室应及时通知设备处及采购部门，经查验供货无误，外包装完

好且未出现破损方可进行拆箱。

二、在安装之前应首先确认场地及配套的水电是否符合安装要求，若不符合则严禁安装，需改造完成后方可进行。安装过程中，装机工程师应严格按照操作规范及安装手册的要求进行，未安装完毕或调试尚未完成的设备严禁投入临床使用。

三、对于试运行期间仪器设备出现故障造成院方损失的应追究相应责任。

四、大型设备应由有关技术人员、管理人员及使用科室的有关人员共同进行验收，进口设备严格按照国家商检程序操作，在设备运行正常后方可办理验收手续。

五、验收时应依据购置合同及医疗器械注册证等相关资料对仪器设备的外观、产品信息、配置、运行情况进行查验核对。

六、凡进入医理院使用的仪器设备均要办理登记并建立验收记录。仪器设备验收完毕应将全部资料移交档案员建立档案，需要移交国有资产管处的验收资料及时移交。

七、仪器设备仓库保管员应做好防火、防爆、防盗工作，对于有安全隐患的及时采取措施并汇报，库房内严禁吸烟。

设备处资产库房管理制度

一、上班时保证在岗在位，及时收货，严格清点验收货物，不合格物品拒绝收货。

二、及时发货，通知科室前来领取，做好相关的登记，并留存相应存档资料。

三、库房内不得存放无关设备、物资，每日清点库存。

四、库房内物品应摆放有序，保存库房内环境整洁。

五、无关人员不得随意出入库房，每日下班锁好库房大门，妥善保管钥匙。

六、做好库房内的防火、防潮、防虫、防鼠工作，发现物资损毁，及时上报，按照院内规定处理。

设备维修中心管理制度

一、医用设备维修中心的工程技术人员负责全院医疗仪器设备的维修、维护、质控、保养等工作。

二、维修中心工程师接到微信报修平台派工提示信息或者报修电话后，及时到达现场，在配件齐全的情况下，及时修复设备，保证临床工作的正常进行。

三、仪器设备修复与否都应及时在微信报修平台登记具体信息及填写纸质维修记录单，无法自行修复的设备及时上报维修中心负责人及科室。

四、设备修复后及时在报修平台（或电话）通知相关科室领取，科室接到通知后派人验收取回。

五、因缺乏技术资料，配件，维修条件等原因无法自修的，由维修中心负责人联系外修，外修产生的费用要及时在报修平台体现。凡未经负责人认可自行联系外修的，其费用一律不予报销。单个维修配件价格在五万元以内的由维修中心询价后进行确认并采购，单个配件价格在五万元以上的直接上报采购中心审核购置。

六、定期对大型仪器进行维护和保养，（包括监督由厂家负责进行的定期保养）。

七、维修技术人员按照院内区域进行分工，每季度轮换，应相互协助，分工不分家。遇到复杂疑难故障，共同判断分析，尽量自行维修，减少外修，节约费用。

八、设备使用科室申购配件，设备维修中心按照规范流程及时购置和储备常用的设备配件，保障仪器设备正常使用。

医用设备维修制度

一、设备处维修工程技术人员负责全院的医用设备的维修、维护、质控及保养等工作。

二、医用设备需维修时，使用部门人员使用手机微信扫码或电话报修，工程师及时到达现场，需要送至维修中心的设备请使用科室派人送修。

三、仪器设备修复后，应在微信报修平台认真填写维修状态（包括故障现象、维修部位、更换的元件等），由维修人员负责完成。

四、仪器设备修复后应及时在报修平台上（或电话）通知有关部门领取，有关部门接到通知后及时派人验收取回。

五、因缺乏技术资料、配件、维修条件等原因无法自修的，由设备处联系外修；凡未经设备处认可自行联系外修的，其费用不予报销。

六、定期对仪器设备进行维护和保养（包括监督由厂家负责进行的定期保养）。

七、维修技术人员根据院内区域进行分工，每季度轮换，应相互协助，分工不分家。遇到复杂疑难故障，共同判断分析，利用本院力量搞好维修工作，减少外修，节约费用。

医疗仪器设备质量控制制度

1. 医疗设备处应根据相关法律、法规，制定出切实可行的医疗设备的质量监控管理制度和措施，包括设备论证、安装调试、验收、安全检测、维修维护、计量检定、报废等全程各环节的质量控制。

2. 应加强医疗设备的入库验收工作，对购入的医疗设备要查验医疗器械注册证或备案凭证等证明文件，查验其外观是否完好，配置、功能、附件是否满足购置合同及临床诊疗的要求，如需要还应进行试运转测试。

3. 医疗设备处应定期或不定期对医院各类医疗设备进行巡查，包括在用医疗设备的使用状况，和医疗设备管理情况，对巡查结果做好相关记录。

4. 医疗设备处应定期或不定期对临床科室设备使用人员进行培训，规范设备使用人员操作流程。

5. 对急救类、生命支持类的设备要重点巡视，保证急救类、生命支持类设备 100%完好，并时刻保持待用状态。

6. 对临床使用中出现的涉及医疗设备的操作、技术和质量问题，应及时组织讨论，提出改进意见和措施，属于不良事件的应按规定主动及时上报。

7. 对在用的医疗设备的应用质量进行定期或不定期检查，在安全性和有效性方面达不到要求的又无法修复的医疗设备应予以淘汰或报废。

医用设备三级保养制度

一、由各医疗科室对本科的医用设备做好一级保养，每天开机前、关机后均应对使用的医用设备按照产品说明书的要求进行检查，并进行清洁、校验、整理、复原等工作，使医用设备每天处于良好状态。

对环境有特殊要求的医用设备，要根据其技术管理要求，分别采取恒温、防磁、防震、稳压、避光、润滑等维护措施。

二、设备处维修技术人员或专业技术服务公司定期对医用设备进行二级保养，包括预防性检查、检验、校准、保养、维护，确保机器性能良好。

设备处维修技术人员应每半年对生命支持类、急救类及 50 万元以上大型医用设备使用状态、主要性能、安全防护等情况进行检查，必要时可邀请厂家技术人员协助检查。

需要按国家规定强制检定的医用设备，应根据相关管理部门规定的时间进行计量、检测，并保存相关记录。

三、设备处维修技术人员或专业技术服务公司，定期或按需对重点、大型设备进行三级保养，包括检测、拆解保养维护，易损部件更换。

四、当医疗科室发现仪器设备在使用中出现异常情况，应及时断电，关机停止使用，控制仪器设备的损坏程度。

五、仪器设备发生故障后，各医疗科室应及时通知设备处派专业维修人员前往检修或送到设备处检修。

六、设备处维修人员接到医疗科室通知后，应尽快对设备进行事故分析检查和修复。

七、各医疗科室要指定设备操作人员，要求操作人员严格按操作规程操作，并经常与设备处加强联系，和维修人员紧密配合，做好设备的保养工作。

大型医用设备购买保修制度

一、大型医用设备保修期满后，需要委托原厂或第三方专业维修机构对大型医用设备进行定期保养、维修的，可以由科室申请购买保修。

二、使用科室先写保修申请报告，科主任签字后送交设备处。

三、设备处接到报告后，向分管院长汇报，经分管院长批准后，按照医院规定流程办理。

四、必须由厂家进行维修的医用设备或其他大型医用设备在招标采购时若约定质保期后的保修价格，按照采购合同条款执行。

五、保修合同生效后通知到使用部门，并定期督促厂家按照合同做好维护保养。

医疗仪器设备更新制度

一、医疗仪器设备更新是指医疗仪器设备使用一定年限后，技术性能落后或功能单一，为提高其技术性能或增加新功能所进行的升级改造。

二、医疗仪器设备是否进行更新，需科室根据实际情况及其现状决定。

三、设备处负责组织工程技术人员对拟更新设备进行技术鉴定，以确认设备是否需要更新。

四、经工程技术人员鉴定确需更新的设备，经院领导讨论研究，通过后方可进行技术更新。

五、设备处制定更新方案，请厂家工程师或是本院工程技术人员进行设备更新，更新完成后设备处、使用科室联合验收。

六、大型设备更新需按照省厅有关设备更新要求办理。

医用设备报废技术鉴定制度

一、医疗仪器设备的报废鉴定工作由设备处统一管理。

二、凡确属不能使用或不安全、技术严重滞后的仪器设备可以申请报废。

三、凡申请设备报废的科室需填写报废申请单送交设备维修中心，申请单应认真填写，不能缺项，尤其设备状况及报废理由要详细填写。

四、申请报废的设备经工程师初步鉴定后由维修中心主任初审，写明意见送设备处汇总，由设备处定期组织院医用设备报废鉴定小组进行讨论。

五、经医院设备报废鉴定小组讨论通过的报废设备，移交国资处统一处置。

六、医疗仪器设备报废条件：

根据卫生部和卫生厅有关文件，凡符合下列条件之一的医疗仪器设备应予以报废：

1、国家主管部门发布淘汰的仪器设备品目及种类；

2、未达到国家计量标准，又无法校正修复者；

3、严重污染环境，不能安全运转或可能危及人身安全和人体健康，又无法维修或无改造价值者；

4、超过使用寿命，性能指标明显下降又无法修复者（普通简单设备使用 5 年），另外还有下述规定：

a. 凡购买超过需求或由于工作任务变更累计停用一年以上的仪器设备，应调剂使用。

b. 在用仪器设备技术下降，可降级使用或调剂使用。

c. 对欲降级使用或调剂使用的仪器设备，在降级或调剂使用前应先办理相关手续。

一次性使用无菌医疗器械管理制度

为了落实有关规定及文件精神，加强我院一次性使用无菌医疗器械管理，促进医用耗材安全、有效、依法应用，进一步规范临床诊疗行为，提高服务质量，特制订本管理制度，规定如下。

一、一次性无菌医疗器械是指无菌，无热源，经检验合格在有效期内一次性直接使用的医疗器械。如：无菌注射器、无菌注射针、一次性使用采血器，血液透析材料、介入材料、无菌输液器、无菌输血器和无菌输液袋等。

二、一次性无菌医疗器械的购进需供货单位提供：《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械经营企业许可证》、《医疗器械产品注册证》、《营业执照》、产品合格证、企业法定代表人的委托授权书（委托授权书应明确授权范围）。

三、建立无菌器械采购、验收制度，严格执行并做好记录。采购验收记录至少包括：购进产品的企业名称、产品名称、型号规格、产品数量、灭菌批号、产品有效期等。按照记录应能追查到每批无菌器械的进货来源。

四、一次性卫生材料的发放管理：一次性卫生材料的使用发放，应进行登记，记录每次发放的科室、领取的数量、规格、生产厂家、产品批号、消毒日期、有效期；对骨科内固定器械等植入性或介入性的医疗器械，必须建立详细的使用记录，使产品具有可追溯性，器材条形码应贴在病例上，以备案待查。

五、一次性无菌卫生材料的保管：一次性卫生材料应严格保管制度，物品应存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，距地面 $\geq 30\text{cm}$ ，距墙壁 $\geq 5\text{cm}$ ；不得将包装破损、失效、霉变的产品发放到使用科室。使用时若发生热源反应、感染或其它异常情况时，必须及时留取样本送检，按规定详细记录患者的病情，报告医院感染管理科、护理部、设备处、采购中心等部门，对物品保留检验。

六、严禁各科室、部门将未经报批手续的一次性卫生材料、低值医用耗材进入我院临床使用。所有一次性卫生材料、低值医用耗材不得由供应商直接送入医技、临床科室。同时也不得以任何理由、名义向患者、患者家属介绍购买非我院供应的一次性卫生材料、低值医用耗材，患者自购的耗材也不得应用于临床诊疗。

科室使用前应检查小包装有无破损、失效、产品有无不洁净等。对不合格产品或质量可疑产品应立即停止使用，及时报告采购中心和医院感染管理科。使用后的一次性无菌医疗器械严禁重复使用。

加强无菌器械质量跟踪，如使用无菌器械发生严重不良事件时，应在事件发生后及时上报，报告所在地省级药品监督管理部门和卫生行政部门。若使用中发生热源反应、感染或其它异常情况时，应立即停止使用，并按规定详细记录情况，必须及时留取样本送检，均应及时报告医院感染管理科。

九、建立无菌器械使用后销毁制度。使用后的一次性医疗用品须进行无害化处理，单独存放，按国家主管部门的规定暂存，转运和最终处理，禁止与生活垃圾混放，避免回流市场。

医用卫生材料报损制度

一、医用卫生材料的报损工作由设备处统一管理。

二、定期盘库时，发现库存的医用卫生材料中有过期、破损、质量不合格或不符合科室使用要求的，可以申请报损。

三、医用卫生材料的报损工作每年进行一次，一般在第四季度完成。

四、申请报损的医用卫生材料由库房保管员确认后，写明意见送设备处汇总，总价值千元以下的由处长直接审批，千元以上的报分管院长批准。

五、通过报损审批的医用卫生材料，由设备处进行销账及处理，所涉及物品金额报财务处备案。

计量管理工作制度

一、认真贯彻执行《中华人民共和国计量法》等有关法律、法规及各项制度。

二、医用设备计量器具检测均由设备处负责管理。

三、各科强检计量器具应登记、建帐、报省、市计量管理部门备案，不得遗漏。

四、医用设备计量器具使用应由科室申请报设备处后方能采购领用，领取后应登记。

五、设备处负责组织每年医用设备计量器具检测工作，积极配合省市计量检测人员的工作，做到不漏检。不符合计量范围要求的器具应及时停用，维修更换。

医学工程技术支持与咨询服务制度

一、设备采购计划确定后，设备处责任工程师主动与使用科室一起，联系目前主流设备供货商及厂家，为临床做好设备技术性能的宣讲服务，使科室充分了解设备的发展状况及设备的性能，同时做好医用设备的招标技术参数制定工作。

二、设备采购谈判时，与设备供货商及厂家明确定期培训、临床技术支持和咨询服务等事项，设备采购人员和责任工程师监督供货商对临床科室的培训、技术支持和咨询服务等活动。

三、设备处工程师定期到分管临床科室进行医用设备巡查，每季度一次，巡查发现问题及时指导，纠正不当使用方法，并深入细致地解答临床科室人员的问题；不能现场解决和解答的问题应及时联系设备供货商。根据定期巡检结果，分析设备故障原因，及时反馈到临床。并根据常发故障原因，深入临床做好技术指导。

四、设备处响应临床科室的需求或根据在用医用设备的特性及分布，组织医用设备的二次培训，联系设备厂商，进行技术支持和咨询服务等。

五、设备维修中心负责接待日常的来电、来人咨询（报修电话 2201）随时为临床科室提供医学工程技术相关的技术支持和咨询服务。

设备处重点岗位定期轮岗交流制度

为了加强党风廉政建设和行风建设工作，加强对重点部门和关键岗位人员的监督，根据医院纪检监察工作要求，结合设备处实际情况，特制订设备处重点岗位定期轮岗交流制度。

一、定期轮岗交流的岗位

物资验收人员、物资保管人员、办理入库人员。

二、轮岗期限

- 1、重点岗位一般每两年轮换岗一次。
- 2、科室领导根据实际工作需要，可临时调整轮岗人员。

三、具体措施

- 1、设备处工作人员应自觉接受轮岗安排，不得无故拒绝拖延。
- 2、轮岗人员上岗前应接受岗前培训，考核合格后方可上岗。
- 3、轮岗交流人员按要求做好交接工作。

第十三章 后勤保障工作制度

基建工程质量管理制

(1) 工程项目应严格按审定的设计图纸（包括会审纪要）和施工规范进行施工，确保工程建设质量。

(2) 施工单位应严格按工程设计图纸施工，不得擅自修改工程设计，在施工管理过程中发现设计图纸有差错的，应当及时提出修改意见和建议，经基建办公室同意后按程序修改。

(3) 严格落实材料、分项工程报检及封样制度。施工单位须将有关材料证件报监理批准后，由监理监督进场，监理应检查进场材料的数量、规格、产地、性能、生产日期等是否与其提报一致，如不一致，应限期撤离现场。需复验的材料，由监理监督取样后进行复验，合格后方可使用；需要进行复验的材料不经复验就擅自使用的，责令拆除返工。

(4) 施工过程中，施工单位必须对每一分项、分部工程进行自检，合格后报监理、甲方验收，经验收合格后方可进行下道工序施工。上道工序不经报验就进行下道工序施工，责令施工单位对不合格的分项工程进行返工处理，并且该部分工程量不予认可。

(5) 坚持对关键部位重点检查制度。

(6) 严格落实现场计量制度。施工方需将所用的原料的复验合格单及配合比通知单按时提报监理审核。在施工过程中应按规定做好计量工作，如发现所用原料不计量或计量不按要求操作者，必须责令整改。

(7) 落实质量问题报告制度。遇到重大质量事故、重要技术问题，甲、乙双方技术人员及设计人员要认真探讨分析，在 2 日内提出处理方案，报项目负责人审核批准。

徐医附院特种设备安全管理制度

为了落实安全生产的主体责任，加强对特种设备的安全管理，确保特种设备安全运行，使特种设备安全管理工作系统化、制度化、规范化。依据《中华人民共和国安全生产法》、我院特种设备有：压力容器（真空蒸汽灭菌器、医用氧舱、液氧站设施设备、气瓶）、电梯等。

1. 应严格执行《特种设备安全监察条例》和有关安全生产的法律、行政法规的规定，保证特种设备的安全使用。

2. 使用符合安全技术规范要求的特种设备（取得许可生产并经检验合格的特种设备）。特种设备投入使用前，应当对国家规定实行检验的特种设备及时申报并接受检验。

3. 持证上岗，严格按照特种设备操作规程操作有关设备，不违章作业。

4. 建立岗位责任制、隐患治理、应急救援等安全管理制度、制定操作规程，保证特种设备安全运行。

3. 特种设备在投入使用前或者投入使用后 30 日内，特种设备使用单位应当向直辖市或者设区的市的特种设备安全监督管理部门登记。登记标志应当置于或者附着于该特种设备的显著位置。

4. 应建立特种设备安全技术档案。安全技术档案应当包括以下内容：

4.1 特种设备的设计文件、制造单位、产品质量合格证明、使用维护说明等文件以及安装技术文件和

资料:

- 4.2 特种设备的定期检验和定期自行检查的记录;
- 4.3 特种设备的日常使用状况记录;
- 4.4 特种设备及其安全附件、安全保护装置、测量调控装置及有关附属仪器仪表的日常维护保养记录;
- 4.5 特种设备运行故障和事故记录;
- 4.6 高耗能特种设备的能效测试报告、能耗状况记录以及节能改造技术资料。

5. 对在用特种设备进行经常性日常维护保养, 并定期自行检查。

5.1 对在用特种设备应当至少每月进行一次自行检查, 并作出记录。特种设备使用单位在对在用特种设备进行自行检查和日常维护保养时发现异常情况的, 应当及时处理。

5.2 对在用特种设备的安全附件、安全保护装置、测量调控装置及有关附属仪器仪表进行定期校验、检修, 并作出记录。

5.3 锅炉使用应当按照安全技术规范的要求进行锅炉水(介)质处理, 并接受特种设备检验检测机构实施的水(介)质处理定期检验。

5.4 从事锅炉清洗的, 应当按照安全技术规范的要求进行锅炉清洗, 并接受特种设备检验检测机构实施的锅炉清洗过程监督检验。

6. 应当按照安全技术规范的定期检验要求, 在安全检验合格有效期届满前 1 个月向特种设备检验检测机构提出定期检验要求。

6.1 检验检测机构接到定期检验要求后, 应当按照安全技术规范的要求及时进行安全性能检验和能效测试。

6.2 未经定期检验或者检验不合格的特种设备, 不得继续使用。

7. 特种设备出现故障或者发生异常情况, 使用单位应当对其进行全面检查, 消除事故隐患后, 方可重新投入使用。

特种设备不符合能效指标的, 特种设备使用单位应当采取相应措施进行整改。

8. 作业人员每季度至少进行一次安全技术教育, 每半年至少进行一次应急预案演练。

9. 特种设备管理执行分级负责制, 特种设备管理小组各部门或科室负责人为安全管理责任人, 使用部门对特种设备安全管理具体负责。特种设备安全管理小组负责对特种设备使用部门进行督促、检查、指导等安全工作。)

10. 特种设备存在严重事故隐患, 无改造、维修价值, 或者超过安全技术规范规定使用年限, 特种设备使用单位应当及时予以报废, 并应当向原登记的特种设备安全监督管理部门办理注销。

液氧安全管理制度

1、本院所购进使用的液氧必须符合医用氧气国家规范及标准, 供氧中心应确保厂方提供以下有效资质材料: 营业执照、中华人民共和国组织机构代码、税务登记证、安全生产许可证、药品生产许可证、药品 GMP 证书及江苏省食品药品监督管理局药品注册批件。

2、液氧站周围应防火、防烟、防油, 内部保持卫生清洁, 严禁闲杂人员进入, 保持警示标牌的完好。

3、当使用中的液氧储槽低温液位表读数接近 2000 时, 电话通知液氧厂家送液氧, 电话通知 24 小时后, 应与液氧厂家再次联系液氧派送情况, 如无延误, 液氧厂家应于 48 小时之内将液氧送至院内并灌装完成。若有延误, 即刻按“液氧应急处置预案”执行。

4、储槽在液氧灌装前, 值班人员和供氧厂方人员共同检查各个阀门是否关闭、快速接头与软管之间的垫片是否平整到位, 记录罐中所剩液氧液位计读数。

5、灌装期间值班人员应检查附近有无明火, 油脂等易燃物, 确保灌装过程安全。灌装后检查各阀门是否关严, 罐体压力是否正常, 查看液位计读数, 完成后登记并签字确认。

6、液氧储槽使用前, 应先打开增压阀与气体通过阀, 等压力上升至 0.8Mpa 后, 打开出液阀。

7、液氧储槽操作所用工具应脱脂, 阀门开关应轻缓, 阀门打开至最大时应回转一圈, 防止阀门螺纹咬死; 如遇阀门冻死, 不能开关, 用自来水化冻, 严禁敲打, 严禁用烟火烤。

8、供氧中心工作人员应每三小时巡查并记录罐体压力、液位读数。不断总结经验, 严格执行“徐医附院特种设备安全管理制度”, 压力表每半年校验一次、安全阀每年检验一次、防爆片每两年更换一次、液氧储槽每三年检验一次;

9、液氧储槽应按照《国家固定低压压力容器使用规范》进行保养维护及监测。在使用过程中发生意外情况，立即执行“液氧应急处置预案”。

10、供氧中心工作人员应严格按照“医用气体相关设备验收制度”验收购进液氧，内容应包括：送货日期、医用液氧生产单位、供货单位、质量检测报告、供氧量、送货人、签收人等项目。

11、供氧中心工作人员应督促送气厂家按照液氧送货合同，每日检查液氧站运行情况，负责液氧罐及其附件的维保工作。每月检查送货厂家脱脂记录

电梯安全管理制度

1、新增电梯、大修后电梯、受自然灾害影响或灾后即将启用的电梯以及停用一年以上重新启用的电梯，必须经过江苏特种设备安全监督检验研究院徐州分院安全检验合格后，方可投入使用。在用电梯，应年检，每年按时向江苏特种设备安全监督检验研究院徐州分院提出申请，经检验合格，更换安全检验合格标志上的有效使用期限后，方可正式使用。

2、电梯机房门窗设有防风雨设施，机房门应设锁并有“机房重地、闲人免进”的标识。通向机房的道路应畅通安全，机房必须通风，环境温度应保持在5℃-40℃之间，并配备预防或扑救电器起火的消防器材。井道底坑保持清洁，无杂物、积水及油污。机房、井道与底坑均不设有与电梯无关的其它设置。

3、电梯产品合格证、电器控制原理图等电梯随机文件按设备档案管理制度执行。

4、建立健全电梯安全操作规程、维护保养制度、岗位责任制及交接班制度、操作证管理及培训制度和设备档案管理制度。

5、认真履行日检、月检、年检制度，开展每日安全自查，并做好详细记录。

6、电梯司机应持证上岗，严格执行培训制度，并加强使用管理。

7、每两年至少对电梯限速器校正试验一次，严禁超期使用；

8、专人负责管理电梯紧急开锁钥匙，不得随意交予其他非专业人员使用。

徐医附院环境卫生管理制度

1、环境卫生清洁标准：环境清洁卫生、窗明地净，无卫生死角。室内及物品设施清洁、无灰尘、无污垢；卫生间清洁、无污渍、无异味；地面清洁，无水渍、无纸屑、无烟头、无垃圾、无痰迹；墙壁光洁、无灰尘、无蜘蛛网；垃圾日产日清。保洁操作符合感染管理要求，严防造成二次污染或交叉感染。

2、徐医附院卫生保洁工作由外包保洁公司负责，病房管理科是医院环境卫生质量的监督管理部门。病房管理科每月不定期监督检查保洁公司的卫生保洁及管理质量，及时反馈监督检查情况和相关的意见和建议，以利于保洁公司及时整改；同时应将检查考核结果与保洁公司的保洁服务费用结算挂钩。

3、保洁公司应按照《徐医附院保洁服务质量考核标准细则》和相关的保洁 workflow 认真落实卫生保洁措施，保证保洁质量达标并符合医院感染管理要求。

4、保洁公司应教育员工认真落实工作质量标准，实行岗位责任制，严格遵守院方的各项管理规定。严格按照标准及流程作业，爱惜保洁用具和用品，节约保洁物料。严格落实耗材基数固定，按期、定时经护士长评估使用状况后更换保洁用具的管理规定。

5、保洁公司应服从院方管理，文明服务，维护院方形象和信誉。对待病人热情、礼貌、服务周到；员工统一着装，仪表端庄整洁，佩带胸卡；做到说话轻、走路轻、操作轻、开关门轻。爱护院方财物，若失责造成损失，责任方应按价赔偿；爱护资源，节约水电，杜绝长流水、长明灯，防止浪费。

6、保洁工人配合病区及所辖卫生区域做好病区的保洁管理工作。主动劝阻患者或其他人员吸烟、打地铺、乱晒衣物等不良行为，保证病区和外环境的清洁整齐。

7、病房管理科定期对从事保洁工作的员工进行保洁及医院感染管理相关知识培训，保洁工人能够熟知、掌握并能正确运用保洁及医院感染管理的相关知识。

卫生保洁服务质量考核管理规定

考核内容、标准

见《徐医附院保洁服务质量考核标准细则》（附件二）、保洁专项质量考核及保洁用具规范使用。

考核方式

1. 采取集中联合检查、日常督查、暗查、夜查、节假日、随机检查等方式对保洁公司的保洁质量进行效果评定，并根据检查结果发放卫生质量整改通知书；保洁公司按甲方要求上交整改措施及效果，如未按期整改者每次扣罚 50 元-500 元；每月累计以扣罚保洁服务费用的方式进行结算处理。

2、每月卫生质量扣罚金额超过服务费 8%并连续 3 个月及以上，甲方有权终止合同或缩减区域。

3、对护士长进行卫生保洁服务满意度抽查每月 1 次，护士长满意度 85%为及格，每降低 1 个百分点扣 100 元；如满意度调查表上有有效投诉按每条 100 元扣罚。

4、对所有保洁公司进行患者满意度抽查每月 1 次，患者满意度 85%为及格，每降低 1 个百分点扣 100 元；如满意度调查表上有有效投诉按每条 100 元扣罚。

5. 每项检查考核成绩 85 分为及格线：<85 分者，每降低 1 分扣罚 50 元； ≤80 分者，每降低 1 分者扣罚 100 元。

6. 对使用保洁工具不规范者，发现一处扣罚 50 元。

7、保洁公司应每周至少 1 次（至少 2 个区域）组织经理和主管联合检查；主管每天现场指导监督保洁工人的保洁质量并做好记录（每天将电子版发至群里）；保洁公司每周一上午将所有检查监督的记录资料交病房管理科审查。保洁公司未上交检查结果扣 100 元。

其它考核保洁服务质量的相关事项

1、夜班或节假日期间无保洁公司管理人员值班扣 1000 元，有值班未行使监督职责扣 500 元；期间保洁工人缺岗一人次扣 200 元。

2、对突发事件处置不利，将视情节轻重扣罚 500 至 10000 元。在医院发生的，无保洁公司责任的卫生突发事件，保洁公司处理大于 2 小时者，每人每次每小时补助 10 元误餐费。

3、各公司保洁人员严禁私自掖藏及买卖医疗废弃物否则需承担相应法律责任及相关后果：保洁公司督察发现，罚款 500 元/次；院方发现 1000—5000 元/次；市级督察发现 5000 元-30000 元/次。发现保洁工人买卖或收藏医疗废物，开除保洁工人并扣罚当月工资，同时扣罚保洁公司 2000 元。

4、严禁私自掖藏生活垃圾及废旧纸箱、纸板等废旧物资，如发现保洁工人私藏、买卖，扣罚保洁工人 200 元—500 元/次，同时扣罚保洁公司 500 元—2000 元/次

5、有卫生质量及保洁工人等方面的投诉，并现场核实情况属实者（即有效投诉），视情节轻重，每次扣罚 100 元至 1000 元；行风办反馈投诉 50 元/条。

6、发现保洁工人私自使用电器，没收并且每人每次处罚保洁公司 500 元。

7、保洁人员文明服务，上班时要穿工作服，保持清洁；如操作时不穿工作服或工作服不整洁扣罚 50 元/人。

8、保洁工人在工作岗位吸烟者，发现一次处罚 200 元。

9、甲方查岗时，保洁工人一次不在岗如无机动人员替岗扣罚 200-500 元，在岗不在工作状态者，每人每次处罚 20 元。

10、请销假相关事宜：保洁公司人员请假需要上报病房管理科，请假不得超过 3 天，请假期间公司需要及时安排机动人员做好相关工作，保持环境卫生质量，否则视为缺岗；管理人员不可两位及以上同时请假或休息（节假日值班除外），如超过 3 天者需保洁公司向病房管理科出具书面文件及派遣相应的管理人员到岗代理工作，否则算缺岗；保洁人员同时请假人数不得超过保洁公司总人数 5%，最高不准超过 6 人，否则视为缺岗。如果查岗期间发现恶意作弊的行为，将双倍按缺岗处罚。缺岗每人每次按每人的月服务费处罚。

12、保洁公司管理人员服从病房管理科管理，如不服从管理，将视情节轻重扣罚 500—5000 元，保洁公司保洁人员服从病房管理科，如不服从管理，将视情节轻重扣罚 200—2000 元。

医院标识标牌管理办法

为进一步加强医院标识系统的规范化标准化管理，弘扬医院文化，践行以病人为中心的服务理念，提升医院品质，努力营造美观大方整洁的人性化就医环境，结合医院工作实际，特制定本办法。

一、目的

加强院内各类标识牌管理，提升服务品质，保证标识基本风格统一、色彩协调、美观实用、易于辨认，进一步美化环境、营造医院文化氛围。

二、范围

本规定适用于院内指示标识牌、宣传牌（单）的管理。包括各医疗、办公场所的公共信息标识、警示标识、导向标识，医院科室，医护一览表照片等。

三、职责分工

病房管理科负责院内各类标识（牌）的设计、制作、验收；院内公共区域标识牌的位置规划、名称审定、日常监管；

医务处负责临床、医技科室标识牌、宣传牌内容的确定、审批；

护理部负责病区护理单元标识（牌、签）、宣传牌内容的确定、审批及病区护理单元标识（牌、签）的监管；

宣传科负责全院文化宣传的监管。

四、操作规程

（一）申请、制作原则

- 1、申请标识牌要遵照“规划、必需、经济、适合”的原则；
- 2、严格标识系统规范化管理，杜绝未经允许自设与医院文化风格不相协调的标识牌；
- 3、科室申请制作、更换标识牌应严格按照流程（向病房管理科提交申请报告，包括制作内容、相应英文、数量、摆放地点、科室负责人签字；病房管理科报分管领导签字同意后，协同设计人员实地勘察，确定标牌规格、样式，将设计草样反馈回科室，确认无误后制作安装）。

（二）已有标识牌更换

1、申请科室填写申请报告，明确标识内容、数量、摆放（粘贴）位置等，由办公室根据需要进行审批；

2、标识牌应与原有标识牌样式、尺寸、材质保持一致；

3、标识牌内容如有变动，按新增标识牌制作程序重新进行审核。

（三）新增标识牌制作

1、因增设建筑，机构、人员变更以及工作需要新增的标识牌，申请科室填写申请报告，涉及专业内容的由相关职能部门进行审核后报病房管理科；

2、病房管理科收到科室标识牌、宣传牌制作申请后，进行分类审批制作。常规标识牌更换按原标准进行设计制作。新增设制作牌子、业务性较强的宣传牌子由病房管理科报送相关主管部门、分管院领导审核确认后，

3、科室在申请制作业务介绍、专家介绍、新技术新项目宣传等类型宣传牌时，应向病房管理科提供相应文字、图片资料。病房管理科对确定的设计方案进行制作，完成后由申请科室负责人签字确认，办公室备案留存；

4、新增大型基建项目内标识牌及涉及医院整体工作的新增标识牌、宣传牌，由申请科室（主管科室）与病房管理科共同协商拟定方案，提交院长办公会讨论决定。

五、日常管理及其他

（一）遵照“谁使用、谁管理”的原则，加强科室、病区的标识牌、宣传牌的管理，确保牌子的正常使用和清洁完整，如有破损及时通知病房管理科。

（二）病房管理科负责定期进行巡查巡视，对于发现的破损、张角等现象进行及时维护。

（三）任何科室或个人不得在病区大理石墙面上打钉、不得随意制作张贴标识牌，不得随意在服务窗口、科室墙壁张贴、悬挂自行书写或打印的纸质告示、告知书等。

（四）各门诊、病区不得悬挂药品、耗材相关促销宣传图片、不得悬挂印有药械经销商、生产厂商名称的宣传牌。

（五）医院、科室举办的培训学习、专家讲座等不得接受药械商赞助，不得悬挂相关宣传图片，不得发放印有药械商厂名、Logo 标识的会务用品、纪念品。

（六）院感、消防、放射等特殊标识按照相关专业标准要求张贴和悬挂。各类党务、计生、医保等政策宣传类图片、标识牌应在申报病房管理科同意后进行张贴、悬挂。

（七）合作单位来院进行业务交流等活动，需张贴、悬挂宣传图片、条幅、会标的，应在申报办公室同意后进行指定位置进行张贴悬挂，协作科室（联系科室）应在活动结束后及时清除。

（八）每年由人事科提供人事变更有关信息（新上岗职工、离退休人员及职称改变等）；医务科提供医生简介更新内容以及专家门诊动态一览表更改的内容，以便及时调整相关标牌。

病房管理科物品洗涤外包质量监督及管理制度

由医用洗涤厂方洗涤后送回清洁物品，院被服中心应由专人每日认真抽查验收洗涤质量，抽查数量不应低于 5%，若抽查中发现 $\geq 10\%$ 的物品清洗质量不合格时，应将本次清洗的所有物品全部退回返洗，并罚款 2000 元；对不符合洗涤要求的零散物品应及时检出，单独存放，当日返洗。

物品清洗质量验收合格后，应认真清点清洗物品的数量，做好与洗涤厂方的交接登记，且本院所有物品到厂方后必须单独存放，单独洗涤，不与外院混洗，防止物品丢失。

在收送和清点物品过程中要严格按照医院感染管理要求规范操作，对病区收回污染被服与工作服应分开存放，分别处置，严防造成二次污染。污染物品由洗涤厂方工作人员收取后，应与院被服中心工作人员进行数量结算并记录，以备核查洗涤后物品的数量。

派驻工人收货时应认真填写三联单，如：三联单日期科室、楼层、病区、数量填写不清楚，每人扣 50 元；发货后发货凭证应及时收回，若因未及回收引发纠纷或赔偿由厂方承担。

若派驻工人有请假者，厂方应事先告知院方的被服中心，并及时补充人员，若未告知或未及时补充人员，每人每天扣 100 元。

清洁物品、污染物品应分区存放。病员被服与工作服分开，便于管理、查找、发放。

派驻工人应文明服务，加强与服务科室的交流沟通，遇到难以处理的问题时应及时报告院方被服中心。若因问题处理不当，发生纠纷争吵或斗殴者，每人罚款 500 元。

派驻工人应爱护医院的公共财物，文明运输，不得故意损坏电梯等公共设施，如有损坏照价赔偿。

本院组织相关部门到医用洗涤厂方抽查物品的洗涤情况 1~2 次 / 年，发现问题及时责令厂方整改。

送检中心工作管理制度

1、遵守医院的各项规章制度，服从病房管理科的领导，认真履行岗位职责，团结协作，互助友爱。

2、规范着装，佩戴胸牌，保持工作服整洁。工作时间应穿着工作服，离岗时间不得穿着工作服。接听电话时，使用文明用语。公共场所不得大声喧哗，耐心解答患者疑问，态度谦和。

3、遵守劳动纪律，不迟到、不早退，不脱岗；不得私自调换班次，严格执行请假制度，如临时有事，需提前一天请假。工作时间内不允许做任何与工作无关的事情。违反上述规定者，视情节轻重，每次罚款 20~50 元。

4、送检人员应将标本及时、准确、无误送达相关检验科室，严防差错事故发生。

5、收集标本应认真核对，轻拿、轻放，稳妥放置；转运途中保持标本完好状态；保持运送工具清洁、无污染。

6、严格按工作流程和工作计划圆满完成工作任务。不得擅自安排病人或其家属送取化验标本。

7、由连班值班人员负责办公室的清洁卫生工作，将私人物品摆放整齐，保持工作区清洁。

8、每周用 0.1% 的含氯消毒剂擦拭消毒所有的运送工具。

9、值班人员保持电话通畅，及时接听临床科室的工作呼叫，做好记录，及时到达岗位，取好标本后，与临床护士核对后请护士签字确认。如有延误，经核实属于值班人员责任者，视情节轻重，罚款 50-200 元。

10、工作手机仅用于院内工作使用，严禁拨打私人电话，如发现拨打私人电话，话费将由当班次工作人员支付，并处罚款 20 元；做好工作手机的保管交接工作，交接时保持满电状态，防止丢失或损坏。

11、如需辞职，应提前 1 个月向病房管理科递交书面申请，离岗后一周内交还工作服。

12、与科室充分沟通，统筹安排所服务科室的外送工作。遇到问题和困难应及时向病房管理科汇报，由病房管理科与相关科室协调处理。

13、安全管理个人物品及办公室公共财物，不私接电源，离开办公室前应关闭所有电源，关好门窗，防物品丢失，杜绝安全隐患。

制氧机房管理制度（东院）

制氧机房严禁烟火，所有管道禁油。更换空压机机油或油滤时，如果油污洒落地面，工作结束后要立即清除干净，不得用带有油污的抹布擦拭管道。

保持制氧机房通风、整洁、照明良好，保持机房内通道无杂物、畅通。

供氧中心工作人员每天 9:00 清洁制氧机房；每周三下午对设备做一次清洁包括：清洗空压机进风过滤网、室内进风口百叶窗和过滤纱网、用压缩空气吹洗空压机进风风隔。

制氧机房内温度控制在 5°—35℃ 之间，超过此温度范围时打开空调。

供氧中心值班人员要学会采用听、闻、看、摸的方式熟悉系统的运行情况，严格按照“制氧机系统安全操作规范”操作，认真做好设备运行记录。

供氧中心工作人员要熟悉制氧机系统保养规范，保管好维护备件，并根据需要，向上级部门提出保养耗材计划。

供氧中心值班人员遇到突发事件，沉着冷静、严格按照“应急处置预案”处理，同时拨打售后服务电话 13727054835，寻求解决，确保医院氧气的正常供应，汇报班长并记录。

供氧中心值班人员应严格按照“特种设备巡查记录表”规定做好日常巡查工作；严格按照“制氧机系统安全操作规范”操作，认真做好设备运行记录。

制氧机房必须按照消防要求设置灭火器等消防设施，供氧中心应定期检查消防设施，且必须熟练掌握消防设施的位置以及正确使用方法。

轨道物流小车使用管理制度（东院）

轨道物流小车系统机房严禁非工作人员进入，轨道物流小车驻点工程师应每日打扫机房设备，确保机房干净整洁。

轨道物流小车驻点工程师实行“8 小时值班、24 小时无障碍电话报修制度”，非值班期间，接到报修电话必须 2 小时内到达现场处理。

轨道物流小车驻点工程师无故不得离开机房，实时巡查系统，发现故障，必须立即处理并记录。

发生故障后，需立即排除并向供氧中心（东院）汇报，需要人员支持的，供氧中心值班人员应立即前往。如果仍然解决不了及时请求公司支援。

排除故障时，必须严格按照“轨道物流小车系统操作规范（东院）”操作，注意自身安全的同时还得保证设备安全。

轨道物流小车驻点工程师必须严格按照“轨道物流小车保养消毒规范（东院）”进行定期维护消毒，供氧中心（东院）应做好配合监督工作。且留存相关记录。

轨道物流小车驻点工程师及供氧中心（东院）值班人员日常巡回检查时，发现临床科室有不当操作时及时提醒、及时再培训。

轨道物流小车驻点工程师应每月向病房管理科提交一份关于轨道物流系统维修保养和系统状况的书面报告。

轨道物流小车监控电脑只做监控使用，严禁安装与系统无关的程序、软件，U 盘使用前必须杀毒。

轨道物流小车驻点工程师私人笔记本电脑内必须每月备份轨道物流系统的相关程序、软件，并能熟练掌握其操作方法。

第十四章 院安全管理制度

安全 检查 制度

一、安全检查必须要有计划，有步骤的进行，明确检查内容和方法，促进各项防范措施落实。

二、建立严格的检查制度，不定期由分管领导组织有关部门参加的全面检查，由保卫处组织抽查，达到不留隐患的目的。

三、安全检查要做到三结合，即白天检查和夜间检查相结合，重大节日检查和平时检查相结合，重点检查和普遍检查相结合，确保检查成效。

四、安全检查要有严格的报告、整改制度，对查出的不安全因素要及时汇报，对重大隐患要限期整改。

五、建立检查登记制度，对查出的各类隐患，要详细记录，并提出整改意见，由检查负责人和隐患部位负责人签字。

保卫处交接班制度

- 一、接班人员必须提前 10 分钟做好接班准备工作，佩戴好上岗证，正点交接班。
- 二、接班人员要仔细阅读交接班日记和有关通知单，详细了解上一班设备运行情况，交班记录要详细完整。
- 三、交班人员要对接班人员负责，要将记录、工具、场所卫生、设备运行动态等交接清楚，双方要办签字手续。
- 四、如在交班时设备突然发生故障，或正在处理故障，应以交班人员为主排除，接班人员积极配合，待处理完毕或告一段落，报告科室负责人，征得同意后交班人员方可离去。
- 五、在规定的交班时间内，如接班者因故未到，交班者不得离岗，擅自离岗者作旷工处理，发生的一切问题由交班者负责。接班者不按时间接班，保卫处要追查原因，视具体情节做出处理。
- 六、接班人员酒后上班者，交班人不得交给他们，并及时报告岗点负责人，统筹安排。

防火安全管理制度

- 一、严格执行三级防火责任制（即法人代表、分管领导、科室负责人）。
- 二、保卫处负责对全院的安全防火工作进行监督、检查，对发现的火灾隐患要及时督促整改。
- 三、定期对职工进行消防知识宣传，增强职工的安全观念和安全意识。各科室负责人有义务对职工进行安全防火教育，积极带领广大职工做好防火工作。
- 四、每月一次检查消防器材完好情况，对重点防火部位，要定期检查整改火灾隐患，各科室非工作需要不得使用电炉、酒精炉等，强化防火管理，确保本科室不发生火灾事故。
- 五、定期对消防器材设备进行检查、维护、更新，保持设备运行处于良好状态，任何人不得对消防设施随意挪迁或移做它用。
- 六、每个科室、班组要有一名义务消防员，负责本部门的日常安全防火检查。如发现隐患要及时向主管领导和保卫处汇报，采取相应措施妥善处理。保卫处负责做好义务消防队的组织建设和业务培训，开展经常性防火宣传。

防火巡查制度

根据《中华人民共和国消防法》、《徐州市消防条例》和《机关团体企事业单位消防安全管理规定》，为保证我院消防安全，防止火灾事故的发生，制定以下防火巡查制度。

- 一、坚持行政、保卫值班制度，领导带班制度。
- 二、值班人员必须坚守岗位，不得擅离职守。
- 三、保卫人员坚持每天巡查，下班后全院进行一次全面性巡查，并作好巡查记录。
- 四、重点岗位和部门设专人值班，上班后、下班前要检查防火安全重点部位。
- 五、保安巡逻人员坚持两小时一次巡查，巡查要仔细不遗漏一个疑点，发现隐患及时报告。
- 六、放假期间，严格交接班制度，坚持昼夜巡查制度。
- 七、各单位部门要设专人负责防火安全工作，坚持巡查制度。

火灾隐患整改制度

1. 对医院内存在的火灾隐患，应当确定主管部门和人员时予以消除。
2. 当场改正确有困难火灾隐患，由消防安全管理职能部门，立即向隐患部位消防安全管理人或消防安全责任人下达书面“整改通知书”限期整改。
3. 对有可能引发火灾或存有较大火灾隐患的部位，应立即停止其危险作业，责令进行整改，并落实整改期间的安全防范措施。
4. 消防安全责任人或消防安全管理人应确定整改的措施、期限以及负责整改的部门、人员，按要求进行整改。
5. 对公安消防机构检查发现的火灾隐患，要指定专人落实整改，整改完毕后写出“火灾隐患整改报告”报消防安全管理部门。
6. 对检查发现的火灾隐患要认真填写检查记录。火灾隐患整改完毕，负责整改的部门或者人员，应将

整改情况记录，报送消防安全责任人或消防安全管理人，签字后存档备查。

7. 火灾隐患整改完毕要组织进行检查验收。

8. 对本单位无力进行整改的火灾隐患要及时上报上级主管部门。

建筑自动消防设施维保管理制度

一、建筑自动消防设施的使用单位应指定部门负责消防设施的维护管理工作。

二、消防设施应具有系统竣工图，设备技术资料使用说明，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。

三、消防控制室应建立系统的使用操作规范，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。

四、应做好消防控制室的消防设施的维护保养记录。

五、消防控制室的消防设施应保持连续正常运行状态。任何单位和个人不得擅自随意中断运行。

六、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以便，清洗后应做响应阀及其他必要功能试验，不合格的应及时更换，严禁重新安装使用。

七、每年应委托具有建筑消防自动设施检测资格的单位对系统进行全面检测，检测合格后方可继续使用。

每日防火巡查制度

根据《中华人民共和国消防法》第十六条：消防安全重点单位实行每日防火巡查，并建立巡查记录之规定和我院实际情况，决定建立并实行每日防火巡查制度。

一、本单位每日巡查活动由保卫处值班员担任巡查员，负责对本院所属各科室部位进行每日防火巡查。

二、防火巡查员主要巡查消防安全制度、责任人员落实情况，按规定用电、用火情况，各部位消防器材管理、存放、使用、丢损、缺少等情况；及时发现存在的防火隐患；及时正确处置火警，按照疏散预案组织人员疏散；及时组织人员扑救初期火灾。防火巡查员将每日防火巡查及处置情况如实清楚地填写在当日《每日防火巡查记录本》上。

三、保卫处是我院消防安全的职能部门，负责全院消防安全的接、出警、消防安全检查、人员培训，对每日发生上报的重要情况都要如实作好记录，并根据情况汇总报院领导。

四、保卫处加强值班巡逻力量，实行 24 小时值班，正常时间联系电话请拨打 85802240，节假日休息时间及特殊情况请拨打 85802071、85703119（消防办）。值班人员要按时交接班，要坚守岗位，厉行职责，正确处理各种情况，督促有关单位及时整改消防隐患。遇有火警、火灾要立即拨打院内电话 3119 或火警电话 119、向领导汇报，并立即赶赴现场，按预案组织人员疏散，奋勇扑救火灾，注意保护现场。

五、各值班员要加强对每日防火巡查的领导，尤其要安排好节假日的防火巡查，做到组织落实、人员落实、措施落实，持之以恒，常抓不懈。要经常讲评、总结巡查情况，奖优罚劣，赏罚严明，关心防火巡查员、值班人员生活，及时解决和处理巡查中遇到的各种矛盾和问题。要求求真务实见实效，防止流于形式走过场。

门卫工作制度

1、门卫工作人员必须坚守工作岗位，工作中既要坚持制度，又要热情接待，态度和蔼，文明礼貌。

2、门卫要自觉爱护公共财物，搞好室内环境卫生，传达室不准存放与值班无关的他人物品。

3、加强对外来人员的管理，维护医院正常的工作秩序。上级部门来院联系或检查工作，门卫应热情接待。

4、凡住院病员和陪伴人员携物品入、出院，必须经过检查后方可放行。传达室有权查问或扣留。

5、严格杜绝医疗废物外流，严禁任何人员违法夹带、藏匿医疗废物出门，一经发现或查出，立即控制相关人员并向保卫处报告。

6、加强控制易燃、易爆、有毒物品出入单位。对夜间进出的人员、车辆经严格检查，无异常情况并进行登记后，方可开门放行。

7、本院职工、实习、进修人员及临时工的自行车、电动车一律刷卡入内，并整齐有序地停放在停车

场。外来机动车辆在指定位置停放，按规定收费。

8、维护单位大门秩序，及时清理门口摊点和车辆，保证门口交通畅通。

9、不准在门卫值班室，打扑克、下棋、喝酒等与值班职责无关的任何活动。

10、不得私自脱岗或让他人替岗，确保值班正常、连续运转。

11、完成领导交办的其它工作。

视频监控室管理制度

为加强监控室管理，确保监控系统的安全、规范、高效运行，制定本制度：

1、视频监控中心值班人员必须增强安全观念，保持高度警惕及高度责任心，密切注意各部位情况，善于发现问题，认真做好值班记录。

2、视频监控中心值班人员负责 24 小时监视闭路电视和防盗报警信号，发现问题及时向有关领导或部门报告。

3、视频监控中心值班人员要严格执行交接班制度。交接班时应将机器设备的使用情况，有无可疑情况交接记录清楚。

4、视频监控中心值班人员在值班时对所观察到的非正常情况，可疑人物，应进行详细记录，并视情况向有关领导或部门报告，采取必要的措施。

5、视频监控中心值班人员要对视频监控图像内所发生的事故及其它紧急情况记录。

6、非监控室人员不准进入，任何人不准在监控中心会客聊天。监控中心的值班人员不准离开监控室。

7、未经保卫处许可，任何人不得调阅、拷贝、使用视频监控图像。对图像信息的调取人员、调取时间、调取用途等事项需进行登记。

8、视频监控中心的视频监控图像不得擅自删改，不得隐匿、毁弃留存期限内视频监控图像信息的原始记录；不得非法使用视频图像信息资料。

监控室值班人员工作职责

1、要有较强的责任心，对工作认真负责。

2、按时交接班，值班期间不得无故离岗脱岗，如有发现则严肃处理。

3、必须认真详细的填写值班记录和交接班记录。

4、监控室是机密重地，非值班人员不得随意出入监控室。

5、熟悉各种设备维护性能和使用方法，严格遵守操作规程。

6、熟悉监控装置的布防位置、性能、及时掌握其运行情况。

7、爱护和定期进行维护保养，保证监控设备运行正常。

8、严格遵守保密规定，不对外泄漏、谈论技术防范监控系统及监控部位的有关情况。

9、不得随意删改监控、系统文件等，不得私自拆卸监控设备。

10、值班时间不得从事与工作无关的事情。

11、做好监控室清洁卫生工作。

12、出现不安全因素或可疑情况，要及时通知保卫人员或汇报主管领导。

13、值班期间如发现设备出现故障要及时通知专业人员维修。

视频资源使用制度

为加强医院安全防范措施，为医患人员安全、财产安全提供保障，为进一步规范视频监控资源的应用，特制定本使用制度。

一、监控人员不得擅自复制、提供、传播图像信息资料。

二、监控人员不得删改、破坏图像信息资料的原始数据记录。

三、单位或个人因需要调取、查看、复制视频系统图像信息和相关资料的，应当上报有关领导同意方可提供。

四、对涉及单位秘密和职工个人隐私的图像信息予以保密。

消防安全奖惩制度

一、按消防安全目标管理及签订的安全责任书，半年一次初评，年终总结评比按管理权限对达标单位及先进个人逐级进行表彰奖励。

二、对及时发现火警、火灾，积极参与扑救，避免重大损失的，对在安全管理工作中做出贡献的干部、职工，按审批权限给予一次性奖励，够立功条件者，报政府部门记功表彰。

三、值班人员擅离职守或因失职行为而造成经济损失者，应给当事人必要的经济处罚和行政处分，造成重大经济损失者要依法追究刑事责任。

四、因违章或失职、渎职而造成火灾等安全事故的单位，造成直接经济损失在千元以上不足万元按15%，万元以上不足十万元的按10%，十万元以上者按5%进行处罚，并对责任人和主管领导按有关规定给予必要的处分，情节严重者报请有关部门依法追究刑事责任。

消防安全教育培训制度

为了加强我院消防安全教育培训工作，提高全院职工消防安全素质，有效预防火灾及自然灾害，减少火灾危害，根据《中华人民共和国消防法》等有关法律法规制定本制度。

1、对新上岗人员进行岗前消防安全培训。

2、对现有在岗职工，每年至少组织一次消防安全培训。

3、每年11月9日开展形式多样的消防安全宣传教育。

4、我院属消防安全重点单位，每年至少组织一次灭火和应急疏散演练。

5、对职工的消防安全培训，应当将本科室病区岗位的火灾危险性，火灾危害性，防火灭火措施，消防设施及灭火器材的操作使用方法，人员疏散逃生知识等作为培训教育的重点。

6、医院各部位的消防安全重点部位：手术室、财务处、检验生化室、病案室、药库、药房、各病区、各库房、氧气站、电工班、供应室、食堂，对以上部门工作人员、义务消防队员进行经常性的消防安全教育及提示、提醒告知义务。

消防控制室管理制度

一、消防控制室实行昼夜24小时设专人值班，值班人员应坚守岗位，严禁脱岗，未经专业培训的无证人员不得上岗。

二、值班人员要认真学习消防法律、法规，学习消防专业知识，熟悉掌握消防设备的性能及操作规程，提高消防技能。

三、值班时间严禁睡觉、喝酒，不得聊天，打私人电话，不准在控制室内会客，严禁无关人员触动、使用室内设备。

四、严密监视设备运行状况，遇有报警要按规定程序迅速、准确处理，做好各种记录，遇有重大情况要及时报告。

五、未经公安消防机构同意不得擅自关闭火灾自动报警、自动灭火系统。

六、报警处理程序：

(一)接到报警信号后，应立即携带对讲机、插孔电话等通讯工具，迅速到达报警点确认。

(二)如未发生火情，应查明报警原因，采取相应措施，并认真做好记录。

(三)如确有火灾发生，应立即向消防控制室反馈信息，利用就近灭火器材进行扑救。

(四)消防控制室值班人员根据火灾情况启动有关消防设备，通知有关人员到场灭火，报告单位值班领导，并应拨打119向消防队报警。

(五)情况处理完毕后，恢复各种消防设备正常运行状态。

消防例会制度

为了认真贯彻执行消防法，时刻让大家保持高度警觉性、责任感，实行消防例会制度。

一、各单位定期、定时、组织人员学习《消防法》的有关知识。

二、各单位组织教职工讨论《消防法》有关内容，各自谈对消防工作的认识。

三、适时考核重点科室人员的消防知识掌握情况。

四、各单位在消防例会中，把教职工发现的情况、提出的问题，反馈至保卫处进行必要的整改。

五、通过例会，进一步把防火安全工作落到实处，让每个人都提高消防安全防范意识。

消防设备管理制度

一、全院的烟感器每年由消防中心组织测检 1~2 次。

二、自动灭火喷淋管道污水，每年由消防维护保养部门组织排放检查一次。

三、每季度由消防维护保养部门检查院内的地上消火栓及水泵结合器。

四、消防水泵每半年由消防维护保养部门手动或自动启动检查一次。

五、全院的消防加压、送风、排烟风机，每月由维保部门启动运行测试检查一次。

六、消防总控制联动系统每年由消防检测部门联合启动运行检查一次。

七、全院的各种电气设备，每年联合进行一次检查。

八、各部位的轻便手提式 4 公斤、8 公斤 abc 干粉灭火器，每两年更换药剂一次，其他器材损坏的要及时更换。

九、建筑物内凡存放有物品的地方，有人员活动的地方、公共场所、楼层间、机房、电房、气站、厨房、办公室等部位视情况配备轻便手提式灭火器材，由管辖部门负责保管及外表的清洁卫生，摆放消防器材的地方不得堆放杂物，改变消防器材摆放的位置时，要经保卫处同意，有意损坏消防器材要罚款，情节严重的要追究责任。

巡逻护院制度

一、熟悉巡逻区内各类设施、物品和位置，发现设备、物品有移动等可疑情况，应立即查明报告。

二、检查电线线路（目视检查，禁止手动检查）和水管管道有无损坏，发现漏水（电）时，应采取措
施并及时上报。

三、巡逻中闻到异味，听到可疑声响，需立即查明情况并报告。

四、注意观察来往人员的情况及其携带的物品，发现可疑人员要选择适当的位置加以监视并及时报告。

五、发现偷盗、流氓等违法犯罪分子，应即刻擒获。

六、发现打架、吵架、斗殴等行为时，要予以制止。

七、发现火警时，立即组织扑灭，并迅速报警。

八、发现可疑物品，要立即作安全处理，并报告有关部门。

九、驱赶物业范围内医托、散发广告、捡垃圾等闲杂违章人员。

十、巡视保安各岗位执勤情况，协助处理疑难问题，认真填写“交接班记录”。

医院动火管理制度

1、医院内所有生产、仓储等区域严禁烟火，不得任意吸烟动火。

2、动火必须按照医院消防安全管理制度有关规定，严格执行火审批制度。

3、固定动火必须经医院领导审查同意、批准，并明确动火防火人职责，采取有效安全防范措施，并
配备相应灭火器材。

4、动火作业前应清除动火点 5 米区域范围内的易燃易爆危险品或作有效的安全隔离，未做到不得动
火作业。

5、动火作业完毕，必须对现场认真清理，消除余火，确认安全后，方可离开现场。

6、库区、露天堆场周转 100 米内禁止燃放烟花、爆竹、露天堆场周围的杂草等易燃、可燃物应经常
进行清除。

7、仓库、车间内不准使用火炉取暖，在医院内使用时，应经医院批准，同时必须做到“三定”，定位
使用、定人负责、定安全措施。

8、过道内严禁存放易燃易爆物品。

9、动火单位必须到保卫处填写《动火申请》经批准后方可动火。

治安防盗制度

- 一、把安全工作摆上重要议事日程，切实加强领导，建立并完善安全责任追究制。
- 二、切实抓好人防、物防、技防的基础建设，确保重点要害安全，对门卫、办公室、财务室、微机室、仓库停车场等部位，落实防范措施，加强值班巡逻，杜绝可防性案件的发生。
- 三、组织经常性的治安安全检查，对查出的各类治安隐患，要及时整改并积极参与公安部门开展的创安达标活动。
- 四、认真做好治安防盗工作，张贴防盗警示牌，提醒病员保管好自己的财物，努力降低治安案件发案率。

院内安全管理制度

- 1、医院全体职工要牢固树立“预防为主、安全第一”、“安全工作、人人有责”的思想，把安全工作作为一项十分重要紧要的工作，抓紧抓好，抓出成效。
- 2、建立健全治安保卫工作制度，落实治安防范措施，预防和减少违法犯罪，消除治安灾害隐患，保护医院国有资产和职工人身安全，维护医院正常的工作秩序。
- 3、把安全教育工作作为做好安全工作的重要前提和基础性工作抓紧抓好，并结合医院实际和安全工作开展情况、形势任务及时进行宣传教育。
- 4、对全院消防、人防和防盗、防灾害和安全生产情况进行检查，检查结果及时汇报并保存好资料。
- 5、各科室保管使用的贵重精密仪器、设备、毒麻药品、放射性元素、危险品应落实专人、专柜、专锁保管，严格落实台账登记制度。
- 6、制定各种突发事件的处置预案，并组织职工进行必要的演练。

重点要害部位管理制度

- 1、对重点部门的工作人员要做到先审查、后使用，不适合者要立即调离或撤换。加强要害部位工作人员的政治思想和安全知识教育，增强安全意识，确保要害部位安全。
- 2、要害部位工作人员必须明确岗位职责，严格遵守安全操作规定，不准违章作业和擅离职守，安全负责人应在班前班后进行安全检查，及时发现和排除隐患，认真填写值班记录。
- 3、建立健全文件、资料、档案、安全管理制度，按照《保守国家机密暂行条例》的规定，确定专人负责，严格登记、保管、传递、使用程序，防止失密、泄密和窃密事件的发生。
- 4、重点部门的门窗、橱柜一定要坚固、完好，符合防火、防盗、防霉烂的要求，做到人走断电、闭水、清除火种、锁门、关窗。
- 5、非要害部位工作人员，不得无故进入要害部位，外来参观学习和临时性工作（包括临时合同工和外单位来进行维修的）人员，必须携带介绍信，经保卫处核查同意后，并由专人陪同，方可进入要害部位。
- 6、凡属工作失职，责任心不强造成的事故和泄密，其后果由当事人自负，并视情节轻重给予经济处罚或行政处分，直至追究刑事责任。因责任不明、防范不严、措施不落实而发生的问题，要追究部门主要负责人的责任。
- 7、要害部位发生事故或发现不安全因素时，应立即排除并保护好现场，及时向院领导和保卫处报告，并做好协查工作，确保要害部位的绝对安全。

逐级岗位消防安全责任制

为加强我院消防安全工作，根据《中华人民共和国消防法》等有关法律、法规，特制定我院逐级岗位消防安全责任制。

- 一、我院法人代表为单位消防安全责任人，对消防安全工作负总责。院分管领导为消防安全管理人。
- 二、院保卫处为单位消防安全责任职能部门，保卫处负责人为单位消防安全管理人，对本单位消防安全实施管理并督促检查。
- 三、各部门负责人为本部门的消防安全第一责任人，负责本部门的消防安全工作。
- 四、院内重点部门、重点岗位要设专人实施本部门本岗位消防安全工作
- 五、要害部门(变电室)要设专人值班，并检查全院安全用电情况，水塔要保持二十四小时供水。
- 六、全院职工做到人人掌握消防知识，学习灭火技能，维护部门消防安全。

自动消防设施操作管理制度

- 一、自动消防设施操作人员是消防控制室的专职值班人员及操作维护、管理人员；
- 二、自动消防设施操作人员应选用相对固定并经过消防培训考试合格后取得上岗证书的人员；
- 三、消防控制室必须由自动消防设施操作专职人员 24 小时值班，每班不得少于 2 人，消防控制室的值班人员总数不少于 6 人，值班人员经消防培训考试合格并取得上岗证书后方可上岗；
- 四、设有消防监控设施的建筑物，应制定消防安全操作和值班管理制度，明确自动消防设施控制室值班人员的工作职责和操作规程；
- 五、自动消防设施控制室要有明确的管理部门和消防安全管理人；
- 六、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，自动消防设施的操作人员要认真履行职责，熟练掌握消防设施的工作原理及操作技能；
- 七、参加自动消防设施操作人员上岗培训的，市公安局消防支队培训并考试合格后，由消防支队颁发上岗证；
- 八、自动消防设施操作人员上岗证有效期为两年；
- 九、违反本制度，市消防部门将根据《中华人民共和国消防法》等法律法规，对建筑物管理单位的主管人员和其他直接责任人予以处罚。

第十五章 病案统计制度

病案保密制度

- 1、病案是医务人员的工作记录，是具有法律效力的医疗文书。所有参与病案完成的医护、医技、病案管理人员等，都要自觉维护病案资料的安全，都有维护患者信息安全的义务。
- 2、患者享有对其病案的保密权，包括病人的姓名、性别、年龄、住址、工作单位、身份证号、电话号码、疾病起始经过、治疗经过、检查结果、诊断结果、疾病转归情况等。
- 3、患者有权了解疾病情况、诊疗措施、费用及预后，并享有对其病情保密权。
- 4、公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，应当出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明，由医务处审核后予以协助办理。
- 5、医务人员应严格遵守医院借阅制度，诊疗患者的医务人员可以借阅该患者相关病历；对与该患者无关的医务人员，为维护患者利益，病案管理人员有权拒绝借阅病案。
- 6、住院病历不得向非本院医务人员外借。
- 7、电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置有相应权限；操作人员对本人身份标识的使用负责，遵守保密制度，妥善保管本人用户名和密码，并经常更换密码。
- 8、因科研、教学、检查需要或临床科室用于死亡讨论的可借阅病历，需经医务处同意后方可借阅。
- 9、电子病历系统应当满足国家信息安全等级保护制度与标准。
- 10、病案统计科工作人员必须严格保守病案中一切秘密，不得随意泄露患者病情及隐私。

病案复印管理制度

根据《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》、江苏省《病历书写规范》、《病案科（室）建设管理规范》的要求，对患者获得有关病历资料的范围、复印资料的程序作出如下规定：

- 1、下列人员和机构如需要，可以申请复印或复制《医疗事故处理条例》规定的病历资料：
 - (1) 患者本人或者其委托代理人；
 - (2) 死亡患者法定继承人或者其代理人；
 - (3) 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门。
- 2、受理申请时，申请人应当按照下列要求提供有关证明材料：
 - (1) 申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；
 - (2) 申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；
 - (3) 申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证

明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；

(4) 申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书；

(5) 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，医疗机构可以根据需要提供病历：

①该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明；

②经办人本人有效身份证明；

③经办人本人有效工作证明(需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致)。

保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

3、按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，申请人要求复制病历时，可以对已完成病历先行复制，在医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行复制。

4、患方申请复印或者复制病历资料应填写《病历复印申请表》，由医务处统一审批，由病案室人员在申请人在场的情况下复印或者复制，经核对无误后，加盖病历复印专用章。

5、医院受理复印的病历资料申请后，应当在医务人员按规定时限完成病历后予以提供。未经医务处批准，病历原件不得拿出医院，住院病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时，应当由病区指定专门人员负责携带和保管。

6、患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政主管部门规定的其他病历资料。

7、复印收费 复印收费标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级卫生行政部门规定。复印收费内可包括复印纸张、病案调用、拆装费用，复印机及人工成本等构成。按江苏省物价局复印病历收费标准收取 0.3 元/页。

病案归档管理制度

1、出院病人的电子病历和纸质病历必须在病人出院后 48 小时内提交归档，死亡病历归档时间可至 7 天(应完成死亡病例讨论并填写有关死亡资料)。

2、纸质病历经科室质控医生和质控护士审核无误后，由病区护士(长)通过病案示踪系统签出扫描处理后送交并与病案管理人员交接。

3、病案管理人员认真检查病案的完整性及首页填写情况，审核无误后进行计算机扫描签收处理登记。

4、病案管理人员负责对已经回收病历而滞留在病房的病理报告、各种化验单、检查报告单等进行整理并及时存放病历中，确保归档病历的完整性。

5、病案管理人员认真整理、装订及录入首页信息，并妥善保管电子和纸质出院病案。

6、病案管理人员每日统计延期归档病历，并于病案示踪系统中发布各临床科室未归档病历信息，并及时催回病案，保证病案归档率。

7、全院出院病历 3 日归档率 $\geq 95\%$ ，7 日归档率达到 100%，每月对未及时归档的病区及医疗小组进行统计，每月汇总逾期病历并上报相关管理部门按照医院相关管理规定进行处罚。

8、病案上架时要认真细致、思想集中，坚持留尾号核对制。

9、严格执行病案借阅登记管理制度，定期电话及发催还通知单催还外借逾期病案，每月汇总统计逾期外借病案并通报。

10、任何科室和个人不得截留私藏病案，遵守医院相关病案保密制度。

病案借阅管理制度

1、病案属法律档案，按国家档案法进行管理，病案必须经病案统计科管理人员装订、立卷、质检后

方可借阅。

2、除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病案。

3、本院医务人员因科研、教学、晋升等需要查阅病案的，应向病案统计科提出申请，经同意并办理相应手续后方可检索、查阅病案，并且必须在病案室内阅览，查阅后应立即归还上架，不得带离病案统计科。

4、本院医务人员因科研、教学、晋升等需要外借病案的，应向病案统计科提出申请，经同意并办理相应手续后方可办理借阅病案，借阅期限为3天。

5、研究生、规培生、实习及进修医师借阅病案时须经带教老师签字同意，经病案统计科核准后方可借阅，借阅期限为3天。

6、非直接从事临床、教学和科研的本院工作人员无权使用病案，确因医院管理、检查等工作需要借阅病案须经医务处审批后方可借阅，借阅期限为3天。

7、本院医务人员需要阅览非本科室或病区出院患者电子病案时，从电子病历系统发出借阅申请，经病案统计科管理人员审核通过后，方可开放相应病案阅览权限，并在24小时后系统自动收回权限。

8、本院医务人员因检查等需要借阅批量病案，填写《借阅病案申请表》，由科主任签字后经医务处、科教处或相关管理部门审签，通过病案借阅管理系统提交病案库预约，病案库按优先原则、时间顺序、日阅读量等，合理分批提供所需病案，借阅限期为1周。

9、外单位或个人申请查阅、复印（复制）病案资料时须凭单位介绍信或有效证件，填写申请单，经医务处严格审批，方可查阅病案资料，复印（复制）国务院卫生行政部门规定可以复印的病历资料。

10、借阅病案过程中，实行登记本制度和计算机管理，借管双方都应在提交与归还过程中核对病案号与数量是否相符，并签字或病案示踪系统中身份登陆确认。

11、借阅者应妥善保管和爱护病案，任何人不得在原始病案资料上涂改、标注、污损、撕毁或遗失。不得私自复印、不得超越借阅的目的、不得进行与医疗无关的商业行为。若发现借阅者违反上述规定，病案统计科有权停止其借阅，若涉及到法律责任，全部由借阅者承担。

12、患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管，不得交由病员自行携带。

13、凡本院工作人员辞职、调离或、进修、出国学习前均应归还所借病案，否则不予办理相关手续。

14、患者及家属不得查阅及借用病案，如需要可按相关规定办理复印（复制）手续后给予复印（复制）。

15、病案库应做好病案借阅、登记、催交工作，借阅后的病案归还时由病案人员审核后放在指定位置，由病案管理人员归档上架。

16、借阅病案逾期未还，按每份每天10元累计罚款，逐月上报相关管理部门与个人考核挂钩。

病案库房管理制度

1、病案库房由病案管理人员专人管理，非专管人员不得擅自进入病案库房。

2、病案库房内设置必要的基础设施，记录温、湿度，根据季节变化及时调节室内温湿度，保持适宜的温、湿度（14-24℃，45%-60%）。

3、必须做好病案库房防火、防盗、防光、防尘、防虫、防霉等工作，及时更换防虫、防霉药物。

4、严禁将易燃、易爆物品带入库房，严禁在病案库房内吸烟。

5、病案库房内不得存放食品和堆放杂物，应定期进行清扫，保持库房内清洁。

6、定期巡视检查病案库房内各种安全措施，及时排除隐患。库房人员离开库房时，要关好门窗和关灭电器，确保库房安全。

7、病案库房内病案存放应排列整齐，编号有序。

8、定期巡视检查病案库房内历史纸质病案，发现问题及时汇报及时解决。

9、严格执行病案消防安全制度、病案借阅管理制度和病案复印（封存）制度。

病案信息安全制度

病案是具有法律效用的重要患者就诊记录，病案统计科是负责保管病案资料及信息的专门部门，保管的病案资料数量大、存放集中，是需安全保障的重点部门。为确保病案的安全性，特制定本制度。

1、病案统计科工作人员日常安全职责分工

(1) 病案库房由库房管理员专人管理，负责核查库房的安全情况，并检查防盗、防潮、防尘、防虫、防火等设备是否在位，出现异常问题及时联系相关责任部门进行维修；并在离开库房时要关好门窗和切断电源，确保库房安全。

(2) 工作日在病案统计科公共办公室区域设置值班人员，负责日常的安全核查，每日下班前做好清查工作，做到三清三关：垃圾清、烟蒂清、工作场所清；关电源、关门窗、关水（空调）。

2、病案统计科防盗管理

(1) 医院为病案统计科安装坚固的门窗及门锁，仅为科室工作人员配备钥匙；(2) 医院在病案统计科安装摄像头，由监控中心负责日常情况监控。

(3) 库房管理员负责对进出病案统计科的人员进行把关，原则上只有病案统计科工作人员可进入库房，严禁非工作人员进入库房。

3、病案统计科防火管理

(1) 医院在病案统计科固定位置配备消防器材，科室设置消防人员负责科内日常火灾隐患检查，及时报告存在问题，并每月检查一次消防器材是否在位。

(2) 严禁任何人员将易燃、易爆物品带入病案统计科库房，严禁在库房内吸烟及使用明火，使用电器设备须远离纸张、病案等易燃物品。

4、病案统计科防水、防潮管理

(1) 医院为病案统计科库房配置温湿度仪、除湿机等温湿度测量控制设备。

(2) 科内所有病案及电脑等均需垫高摆放，不得直接放置在地面上。

(3) 库房管理员每日根据温湿度仪测出数据调整除湿机及空调等的工作状态，使温湿度适合病案保管的范围。

(4) 逢雨季等自然气候变化时，库房管理员需加强对房顶、墙体渗雨情况的检查，发现问题立刻报告后勤保障部。

5、病案统计科防虫、防尘管理

(1) 医院为病案统计科配置吸尘器等除尘设备，由库房管理员每日清洁库房及病案架，保持室内环境整洁。

(2) 库房管理员负责在病案架内分散放置防虫、防霉药物，且每季度进行更新。

6、病案统计科各类信息安全管理

(1) 病案统计科工作人员均有保护每份病案信息及各类数据统计信息安全保密的责任和义务，禁止向未经批准的人员及机构泄露病案及各类数据信息。

(2) 病案统计科每位工作人员均需对各自管理的病历安全负责，禁止他人未经审核翻阅、抄录信息，并保证病历的完整性。

(3) 病案信息相关系统内需设置用户权限及密码，仅相关工作人员可以查看各类统计数据信息，工作人员离开电脑时，必须随时关闭系统。

(4) 电子病历系统应当满足国家信息安全等级保护制度与标准。严禁篡改、伪造、隐匿、抢夺、窃取和毁坏电子病历。

病历(案)管理制度

1、应严格遵循《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定》等法规，加强病历(案)管理，保证病案资料客观、真实、完整，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历资料。

2、病案统计科负责出院患者归档病案管理，包括出院病历归档、整理、排序、装订、首页数据质控、国际疾病手术操作分类编码录入及纸质病案入库上架，负责归档病案检索、查询、调(借)阅及对外病案复印(复制)等病案服务工作。

3、病案统计科工作人员，有义务和责任保护好纸质病历、电子病历和数字化病历。不得以任何形式修改归档病历，须按一定规律排列并上架存档纸质病历。

4、病案管理人员应每日催交出院病历，保证出院病历及时归档，同时严格把关病案首页数据填写质量，做好病案首页质量控制工作。

5、病人住院期间的病历由科室（病区）负责保管，患者出院（死亡）后，医师按病历书写规范的要求完成病历，由病区护士（长）负责按出院病历排列顺序整理，并在“病历内容目录表”整理者处签名以示责任并妥善保管。凡出院 48 小时的病历必须归档至病案室，由病案管理人员统一保存、管理。

6、患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。医疗机构应当在收到住院患者检查检验结果和相关资料后 24 小时内归入或者录入住院病历。住院期间患者病案复印工作，经医务处审签后由各科护理人员负责携带病历陪同到病案室复印。

7、医务人员应当按照《病历书写基本规范》和《电子病历基本规范（试行）》要求书写病历，并加强病历的内涵质量管理，重点是住院病历的环节质量监控，为提高医疗质量与患者安全管理持续改进提供支持。

8、除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

9、医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，要严格执行病案借阅管理制度，借阅病历应当在 3 个工作日内归还。外借病历送回时病案管理人员要进行严格检查，一旦发现丢失、缺面、污损、涂改等要及时指出、追回、纠正，并向病案统计科负责人汇报。

10、病历封存或病历复印服务应符合《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》等相关法律法规的规定。

11、病案复印（复制）应严格遵守病案复印管理制度，病历复印（复制）必须在病案室统一复印并加盖医院复印章。

12、依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历复制件。封存病历需专人负责保存，封存后病历的原件可以继续记录和使用，开启封存病历应当在签封各方在场的情况下实施。

13、建立病案信息安全管理制，安全设施与具体措施到位。做好病案库房的安全工作，加强防尘、防火、防蛀、防潮、防霉、防盗窃等安全防范措施。

14、病案档案库房为病案放置存档地点，不得随意挪作他用。

15、住院病案按规定至少保管 30 年，涉及患者个人隐私的内容应按照《统计法》、《医疗机构病历管理规定》予以保密。医疗机构及其医务人员应当严格保护患者隐私，禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

医院病历封存管理制度

1、为了加强我院住院病历封存的管理，根据国务院《医疗事故处理条例》和卫生部、国家中医药管理局《医疗机构病历管理规定》等法规，制定本制度，本制度适用于我院各临床科室。

2、依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历原件，包括：患者入院第一天至封存当日的有关病历资料。

3、医疗机构申请封存病历时，医疗机构应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构可以在公证机构公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

4、患者住院期间发生医疗纠纷时，当患方提出封存病历申请后，主管医师应及时向科主任汇报，并通知医患沟通办公室。

5、正常工作时间内封存病历，应当在患者或代理人以及病房科主任或医患沟通办公室人员在场的情况下进行，封存的病历由医患沟通办公室保存。下班和节、假日期间封存病历，病房工作人员应通知医疗值班科主任和医院总值班，协调医患沟通办公室相关人员来院进行处理。

6、封存原件时医院可留存病历复印件一份，以供病历分析、讨论使用。

7、病历封存采用医院的大号牛皮档案袋装封。封存时，档案袋正面填写科室、病人姓名、住院号及封存内容物，填写封存日期和时间。封口用白纸密封，医患双方人员共同在骑缝处签名，病历封存后，严禁单方启封。医患沟通办公室负责封存病历的保管。

8、封存后纸质及电子病历的原件可以继续记录和使用。按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，可以对已经完成的纸质及电子病历先行封存，当医

务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

9、开启封存病历应当在在医、患双方及医务处人员签封各方在场的情况下实施，应注意审核患者身份。

病案统计工作制度

1、严格执行《中华人民共和国统计法》，执行上级部门颁布的卫生统计工作制度。

2、在分管院长的领导下，病案统计科由专职统计人员负责医院病案统计工作，并逐步实现综合统计的职能。

3、病案统计科负责有关原始记录表格和院内报表的设计、制定、修改和解释。

4、各科室应指定专人配合统计原始资料的收集、统计工作，提供所有统计人员需要的资料，有信息化系统的部门，应提供相应数据接口。病案统计科应对各科室统计工作实行质量检查和业务指导。

5、病案统计科对收集来的原始资料、数据应严格检查审核，科学整理，正确计算，保证数字准确、可靠、及时。

6、建立医院统计信息自动化系统，对统计资料的整理、计算、存贮、传送、检索实现自动化处理，并对统计信息系统进行维护升级。

7、认真执行卫生统计报表制度，严格按卫生统计报表制度规定的指标涵义、统计口径和计算方法整理数据并汇总审核后，报各职能部门主任签字审核，及时准确地通过网络完成向各级卫生行政部门上报工作，病案统计科根据医院管理的需要设计院内报表，定期向院领导提供详细统计资料，并向各临床科室和职能部门反馈医疗信息。

8、定期撰写阶段性的综合统计分析报告和不定期的专题统计分析报告，用于医院管理。统计人员进行统计调查时，有关科室应尽力配合，不得弄虚作假。

9、建立健全统计台帐，妥善保管好各类统计资料和统计报表保证统计资料的连续性和完整性，为医院积累历史资料。

10、做好统计咨询服务，及时为院领导及各科室提供统计信息查询服务。在条件许可时，可以开展临床科研统计数据处理与分析业务。

病案复印管理制度

根据《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》、江苏省《病历书写规范》、《病案科（室）建设管理规范》的要求，对患者获得有关病历资料的范围、复印资料的程序作出如下规定：

1、下列人员和机构如需要，可以申请复印或复制《医疗事故处理条例》规定的病历资料：

- (1) 患者本人或者其委托代理人；
- (2) 死亡患者法定继承人或者其代理人；
- (3) 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门。

2、受理申请时，申请人应当按照下列要求提供有关证明材料：

- (1) 申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；
- (2) 申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；

(3) 申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；

(4) 申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书；

(5) 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，医疗机构可以根据需要提供病历：

- ①该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明；
- ②经办人本人有效身份证明；

③经办人本人有效工作证明(需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致)。

保险机构因商业保险审核等需要,提出审核、查阅或者复制病历资料要求的,还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料;患者死亡的,应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

3、按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求,病历尚未完成,申请人要求复制病历时,可以对已完成病历先行复制,在医务人员按照规定完成病历后,再对新完成部分进行复制。

4、患方申请复印或者复制病历资料应填写《病历复印申请表》,由医务处统一审批,由病案室人员在申请人在场的情况下复印或者复制,经核对无误后,加盖病历复印专用章。

5、医院受理复印的病历资料申请后,应当在医务人员按规定时限完成病历后予以提供。未经医务处批准,病历原件不得拿出医院,住院病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时,应当由病区指定专门人员负责携带和保管。

6、患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政主管部门规定的其他病历资料。

7、复印收费 复印收费标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级卫生行政部门规定。复印收费内可包括复印纸张、病案调用、拆装费用,复印机及人工成本等构成。按江苏省物价局复印病历收费标准收取0.3元/页。

病案归档管理制度

1、出院病人的电子病历和纸质病历必须在病人出院后48小时内提交归档,死亡病历归档时间可至7天(应完成死亡病例讨论并填写有关死亡资料)。

2、纸质病历经科室质控医生和质控护士审核无误后,由病区护士(长)通过病案示踪系统签出扫描处理后送交并与病案管理人员交接。

3、病案管理人员认真检查病案的完整性及首页填写情况,审核无误后进行计算机扫描签收处理登记。

4、病案管理人员负责对已经回收病历而滞留在病房的病理报告、各种化验单、检查报告单等进行整理并及时存放病历中,确保归档病历的完整性。

5、病案管理人员认真整理、装订及录入首页信息,并妥善保管电子和纸质出院病案。

6、病案管理人员每日统计延期归档病历,并于病案示踪系统中发布各临床科室未归档病历信息,并及时催回病案,保证病案归档率。

7、全院出院病历3日归档率 $\geq 95\%$,7日归档率达到100%,每月对未及时归档的病区及医疗小组进行统计,每月汇总逾期病历并上报相关管理部门按照医院相关管理规定进行处罚。

8、病案上架时要认真细致、思想集中,坚持留尾号核对制。

9、严格执行病案借阅登记管理制度,定期电话及发催还通知单催还外借逾期病案,每月汇总统计逾期外借病案并通报。

10、任何科室和个人不得截留私藏病案,遵守医院相关病案保密制度。

病案借阅管理制度

1、病案属法律档案,按国家档案法进行管理,病案必须经病案统计科管理人员装订、立卷、质检后方可借阅。

2、除为患者提供诊疗服务的医务人员,以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外,其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病案。

3、本院医务人员因科研、教学、晋升等需要查阅病案的,应向病案统计科提出申请,经同意并办理相应手续后方可检索、查阅病案,并且必须在病案室内阅览,查阅后应立即归还上架,不得带离病案统计科。

4、本院医务人员因科研、教学、晋升等需要外借病案的,应向病案统计科提出申请,经同意并办理相应手续后方可办理借阅病案,借阅期限为3天。

5、研究生、规培生、实习及进修医师借阅病案时须经带教老师签字同意,经病案统计科核准后方可借阅,借阅期限为3天。

6、非直接从事临床、教学和科研的本院工作人员无权使用病案，确因医院管理、检查等工作需要借阅病案须经医务处审批后方可借阅，借阅期限为3天。

7、本院医务人员需要阅览非本科室或病区出院患者电子病案时，从电子病历系统发出借阅申请，经病案统计科管理人员审核通过后，方可开放相应病案阅览权限，并在24小时后系统自动收回权限。

8、本院医务人员因检查等需要借阅批量病案，填写《借阅病案申请表》，由科主任签字后经医务处、科教处或相关管理部门审签，通过病案借阅管理系统提交病案库预约，病案库按优先原则、时间顺序、日阅读量等，合理分批提供所需病案，借阅限期为1周。

9、外单位或个人申请查阅、复印（复制）病案资料时须凭单位介绍信或有效证件，填写申请单，经医务处严格审批，方可查阅病案资料，复印（复制）国务院卫生行政部门规定可以复印的病历资料。

10、借阅病案过程中，实行登记本制度和计算机管理，借管双方都应在提交与归还过程中核对病案号与数量是否相符，并签字或病案示踪系统中身份登陆确认。

11、借阅者应妥善保管和爱护病案，任何人不得在原始病案资料上涂改、标注、污损、撕毁或遗失。不得私自复印、不得超越借阅的目的、不得进行与医疗无关的商业行为。若发现借阅者违反上述规定，病案统计科有权停止其借阅，若涉及到法律责任，全部由借阅者承担。

12、患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管，不得交由病员自行携带。

13、凡本院工作人员辞职、调离或、进修、出国学习前均应归还所借病案，否则不予办理相关手续。

14、患者及家属不得查阅及借用病案，如需要可按相关规定办理复印（复制）手续后给予复印（复制）。

15、病案库应做好病案借阅、登记、催交工作，借阅后的病案归还时由病案人员审核后放在指定位置，由病案管理人员归档上架。

16、借阅病案逾期未还，按每份每天10元累计罚款，逐月上报相关管理部门与个人考核挂钩。

病案库房管理制度

1、病案库房由病案管理人员专人管理，非专管人员不得擅自进入病案库房。

2、病案库房内设置必要的基础设施，记录温、湿度，根据季节变化及时调节室内温湿度，保持适宜的温、湿度（14-24℃，45%-60%）。

3、必须做好病案库房防火、防盗、防光、防尘、防虫、防霉等工作，及时更换防虫、防霉药物。

4、严禁将易燃、易爆物品带入库房，严禁在病案库房内吸烟。

5、病案库房内不得存放食品和堆放杂物，应定期进行清扫，保持库房内清洁。

6、定期巡视检查病案库房内各种安全措施，及时排除隐患。库房人员离开库房时，要关好门窗和关灭电器，确保库房安全。

7、病案库房内病案存放应排列整齐，编号有序。

8、定期巡视检查病案库房内历史纸质病案，发现问题及时汇报及时解决。

9、严格执行病案消防安全制度、病案借阅管理制度和病案复印（封存）制度。

病案信息安全制度

病案是具有法律效用的重要患者就诊记录，病案统计科是负责保管病案资料及信息的专门部门，保管的病案资料数量大、存放集中，是需安全保障的重点部门。为确保病案的安全性，特制定本制度。

1、病案统计科工作人员日常安全职责分工

（1）病案库房由库房管理员专人管理，负责核查库房的安全情况，并检查防盗、防潮、防尘、防虫、防火等设备是否在位，出现异常问题及时联系相关责任部门进行维修；并在离开库房时要关好门窗和切断电源，确保库房安全。

（2）工作日在病案统计科公共办公室区域设置值班人员，负责日常的安全核查，每日下班前做好清查工作，做到三清三关：垃圾清、烟蒂清、工作场所清；关电源、关门窗、关水（空调）。

2、病案统计科防盗管理

（1）医院为病案统计科安装坚固的门窗及门锁，仅为科室工作人员配备钥匙；（2）医院在病案统计科安装摄像头，由监控中心负责日常情况监控。

(3) 库房管理员负责对进出病案统计科的人员进行把关,原则上只有病案统计科工作人员可进入库房,严禁非工作人员进入库房。

3、病案统计科防火管理

(1) 医院在病案统计科固定位置配备消防器材,科室内设置消防员负责科内日常火灾隐患检查,及时报告存在问题,并每月检查一次消防器材是否在位。

(2) 严禁任何人员将易燃、易爆物品带入病案统计科库房,严禁在库房内吸烟及使用明火,使用电器设备须远离纸张、病案等易燃物品。

4、病案统计科防水、防潮管理

(1) 医院为病案统计科库房配置温湿度仪、除湿机等温湿度测量控制设备。

(2) 科内所有病案及电脑等均需垫高摆放,不得直接放置在地面上。

(3) 库房管理员每日根据温湿度仪测出数据调整除湿机及空调等的工作状态,使温湿度适合病案保管的范围。

(4) 逢雨季等自然气候变化时,库房管理员需加强对房顶、墙体渗雨情况的检查,发现问题立刻报告后勤保障部。

5、病案统计科防虫、防尘管理

(1) 医院为病案统计科配置吸尘器等除尘设备,由库房管理员每日清洁库房及病案架,保持室内环境整洁。

(2) 库房管理员负责在病案架内分散放置防虫、防霉药物,且每季度进行更新。

6、病案统计科各类信息安全管理

(1) 病案统计科工作人员均有保护每份病案信息及各类数据统计信息安全保密的责任和义务,禁止向未经批准的人员及机构泄漏病案及各类数据信息。

(2) 病案统计科每位工作人员均需对各自管理的病历安全负责,禁止他人未经审核翻阅、抄录信息,并保证病历的完整性。

(3) 病案信息相关系统内需设置用户权限及密码,仅相关工作人员可以查看各类统计数据信息,工作人员离开电脑时,必须随时关闭系统。

(4) 电子病历系统应当满足国家信息安全等级保护制度与标准。严禁篡改、伪造、隐匿、抢夺、窃取和毁坏电子病历。

病历(案)管理制度

1、应严格遵循《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定》等法规,加强病历(案)管理,保证病案资料客观、真实、完整,严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历资料。

2、病案统计科负责出院患者归档病案管理,包括出院病历归档、整理、排序、装订、首页数据质控、国际疾病手术操作分类编码录入及纸质病案入库上架,负责归档病案检索、查询、调(借)阅及对外病案复印(复制)等病案服务工作。

3、病案统计科工作人员,有义务和责任保护好纸质病历、电子病历和数字化病历。不得以任何形式修改归档病历,须按一定规律排列并上架存档纸质病历。

4、病案管理人员应每日催交出院病历,保证出院病历及时归档,同时严格把关病案首页数据填写质量,做好病案首页质量控制工作。

5、病人住院期间的病历由科室(病区)负责保管,患者出院(死亡)后,医师按病历书写规范的要求完成病历,由病区护士(长)负责按出院病历排列顺序整理,并在“病历内容目录表”整理者处签名以示责任并妥善保管。凡出院48小时的病历必须归档至病案室,由病案管理人员统一保存、管理。

6、患者住院期间,住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要,须将住院病历带离病区时,应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。医疗机构应当在收到住院患者检查检验结果和相关资料后24小时内归入或者录入住院病历。住院期间患者病案复印工作,经医务处审签后由各科护理人员负责携带病历陪同到病案室复印。

7、医务人员应当按照《病历书写基本规范》和《电子病历基本规范(试行)》要求书写病历,并加强病历的内涵质量管理,重点是住院病历的环节质量监控,为提高医疗质量与患者安全管理持续改进提供支

持。

8、除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

9、医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，要严格执行病案借阅管理制度，借阅病历应当在3个工作日内归还。外借病历送回时病案管理人员要进行严格检查，一旦发现丢失、缺面、污损、涂改等要及时指出、追回、纠正，并向病案统计科负责人汇报。

10、病历封存或病历复印服务应符合《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》等相关法律法规的规定。

11、病案复印（复制）应严格遵守病案复印管理制度，病历复印（复制）必须在病案室统一复印并加盖医院复印章。

12、依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历复制件。封存病历需专人负责保存，封存后病历的原件可以继续记录和使用，开启封存病历应当在签封各方在场的情况下实施。

13、建立病案信息安全管理制，安全设施与具体措施到位。做好病案库房的安全工作，加强防尘、防火、防蛀、防潮、防霉、防盗窃等安全防范措施。

14、病案档案库房为病案放置存档地点，不得随意挪作他用。

15、住院病案按规定至少保管30年，涉及患者个人隐私的内容应按照《统计法》、《医疗机构病历管理规定》予以保密。医疗机构及其医务人员应当严格保护患者隐私，禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

病历封存管理制度

1、为了加强我院住院病历封存的管理，根据国务院《医疗事故处理条例》和卫生部、国家中医药管理局《医疗机构病历管理规定》等法规，制定本制度，本制度适用于我院各临床科室。

2、依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历原件，包括：患者入院第一天至封存当日的有关病历资料。

3、医疗机构申请封存病历时，医疗机构应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构可以在公证机构公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

4、患者住院期间发生医疗纠纷时，当患方提出封存病历申请后，主管医师应及时向科主任汇报，并通知医患沟通办公室。

5、正常工作时间内封存病历，应当在患者或代理人以及病房科主任或医患沟通办公室人员在场的情况下进行，封存的病历由医患沟通办公室保存。下班和节、假日期间封存病历，病房工作人员应通知医疗值班科主任和医院总值班，协调医患沟通办公室相关人员来院进行处理。

6、封存原件时医院可留存病历复印件一份，以供病历分析、讨论使用。

7、病历封存采用医院的大号牛皮档案袋装封。封存时，档案袋正面填写科室、病人姓名、住院号及封存内容物，填写封存日期和时间。封口用白纸密封，医患双方人员共同在骑缝处签名，病历封存后，严禁单方启封。医患沟通办公室负责封存病历的保管。

8、封存后纸质及电子病历的原件可以继续记录和使用。按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，可以对已经完成的纸质及电子病历先行封存，当医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

9、开启封存病历应当在在医、患双方及医务处人员签封各方在场的情况下实施，应注意审核患方身份。

消防信息安全制度

病案是具有法律效用的重要患者就诊记录，病案统计科是负责保管病案资料及信息的专门部门，保管的病案资料数量大、存放集中，是需安全保障的重点部门。为确保病案的安全性，特制定本制度。

1、病案统计科工作人员日常安全职责分工

(1) 病案库房由库房管理员专人管理，负责核查库房的安全情况，并检查防盗、防潮、防尘、防虫、防火等设备是否在位，出现异常问题及时联系相关责任部门进行维修；并在离开库房时要关好门窗和切断电源，确保库房安全；

(2) 工作日在病案统计科公共办公室区域设置值班人员，负责日常的安全核查，每日下班前做好清查工作，做到三清三关：垃圾清、烟蒂清、工作场所清；关电源、关门窗、关水（煤气）。

2、病案统计科防盗管理

(1) 医院为病案统计科安装坚固的门窗及门锁，仅为科室工作人员配备钥匙；(2) 医院在病案统计科安装摄像头，由监控中心负责日常情况监控；

(3) 库房管理员负责对进出病案统计科的人员进行把关，原则上只有病案统计科工作人员可进入库房，严禁非工作人员进入库房。

3、病案统计科防火管理

(1) 医院在病案统计科固定位置配备消防器材，科室内设置消防员负责科内日常火灾隐患检查，及时报告存在问题，并每月检查一次消防器材是否在位；

(2) 严禁任何人员将易燃、易爆物品带入病案统计科库房，严禁在库房内吸烟及使用明火，使用电器设备须远离纸张、病案等易燃物品；

4、病案统计科防水、防潮管理

(1) 医院为病案统计科库房配置温湿度仪、除湿机等温湿度测量控制设备；

(2) 科内所有病案及电脑等均需垫高摆放，不得直接放置在地面上；

(3) 库房管理员每日根据温湿度仪测出数据调整除湿机及空调等的工作状态，使温湿度适合病案保管的范围；

(4) 逢雨季等自然气候变化时，库房管理员需加强对房顶、墙体渗雨情况的检查，发现问题立刻报告后勤保障部。

5、病案统计科防虫、防尘管理

(1) 医院为病案统计科配置吸尘器等除尘设备，由库房管理员每日清洁库房及病案架，保持室内环境整洁；

(2) 库房管理员负责在病案架内分散放置防虫、防霉药物，且每季度进行更新。

6、病案统计科各类信息安全管理

(1) 病案统计科工作人员均有保护每份病案信息及各类数据统计信息安全保密的责任和义务，禁止向未经批准的人员及机构泄漏病案及各类数据信息；

(2) 病案统计科每位工作人员均需对各自管理的病历安全负责，禁止他人未经审核翻阅、抄录信息，并保证病历的完整性；

(3) 病案信息相关系统内需设置用户权限及密码，仅相关工作人员可以查看各类统计数据信息，工作人员离开电脑时，必须随时关闭系统；

(4) 电子病历系统应当满足国家信息安全等级保护制度与标准。严禁篡改、伪造、隐匿、抢夺、窃取和毁坏电子病历。

病案统计工作制度

1、严格执行《中华人民共和国统计法》，执行上级部门颁布的卫生统计工作制度。

2、在分管院长的领导下，病案统计科由专职统计人员负责医院病案统计工作，并逐步实现综合统计的职能。

3、病案统计科负责有关原始记录表格和院内报表的设计、制定、修改和解释。

4、各科室应指定专人配合统计原始资料的收集、统计工作，提供所有统计人员需要的资料，有信息化系统的部门，应提供相应数据接口。病案统计科应对各科室统计工作实行质量检查和业务指导。

5、病案统计科对收集来的原始资料、数据应严格检查审核，科学整理，正确计算，保证数字准确、可靠、及时。

6、建立医院统计信息自动化系统，对统计资料的整理、计算、存贮、传送、检索实现自动化处理，并对统计信息系统进行维护升级。

7、认真执行卫生统计报表制度，严格按卫生统计报表制度规定的指标涵义、统计口径和计算方法整

理数据并汇总审核后，报各职能部门主任签字审核，及时准确地通过网络完成向各级卫生行政部门上报工作，病案统计科根据医院管理的需要设计院内报表，定期向院领导提供详细统计资料，并向各临床科室和职能部门反馈医疗信息。

8、定期撰写阶段性的综合统计分析报告和不定期的专题统计分析报告，用于医院管理。统计人员进行统计调查时，有关科室应尽力配合，不得弄虚作假。

9、建立健全统计台帐，妥善保管好各类统计资料和统计报表保证统计资料的连续性和完整性，为医院积累历史资料。

10、做好统计咨询服务，及时为院领导及各科室提供统计信息查询服务。在条件许可时，可以开展临床科研统计数据处理与分析业务。

第十六章 门诊制度

门诊工作制度

1、在分管院长的领导下，门诊部主任负责门诊的医疗、护理和行政管理工作，临床各科主任应加强对本科门诊的业务技术指导。各科应确定一位主治医师及以上职称的医师负责本科门诊工作。

2、各科室参加门诊工作的医务人员，在门诊部或医务处统一领导下进行工作。

3、门诊医护人员应派有一定经验的执业医师、注册护士担任，医师出诊须经过医务处资格审查并报门诊部备案。出诊医师由各科室派出并相对固定，专家门诊由副主任医生以上职称出诊，普通门诊由主治医师出诊。

4、各级出诊医师应严格执行门诊首诊负责制、会诊制度等各种医疗核心制度，规范书写门诊病历和开具检查申请单、处方。要根据因病施治的诊治原则，合理检查，科学合理用药。

5、对疑难病患者就诊两次不能确诊者，接诊医师应及时请本科室上级医师诊视或进行科间会诊。如需要多个专科协同诊疗者或疑难病就诊3次以上尚未明确诊断者，应提交门诊部办公室组织多学科会诊。

6、对某些慢性疾病和专科疾病，医院根据具体情况设立专科门诊和专病门诊。

7、做好预检分诊工作，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。建立感染性疾病门诊、发热门诊、肠道门诊，做好疫情报告。

8、对急重、高龄及来自远地的患者应优先安排就诊。

9、门诊工作人员要严格遵守劳动纪律，着装整洁，佩戴胸卡，文明用语，礼貌服务，态度和蔼，耐心细致解答问题。

10、门诊检验、放射等各种检查要做到操作规范，报告及时准确。门诊手术应根据条件规定一定范围。医师要加强对换药室、治疗室的检查指导，必要时亲自操作。

11、门诊各科与住院处及病房应加强联系，以便根据病床使用及患者情况，有计划地收容患者住院治疗。

12、门诊应保持清洁整齐，改善候诊环境，加强候诊教育和健康宣教，提供各项便民措施，执行预约诊疗服务工作制度，指导患者预约就诊，简化就医流程，方便患者就医。

13、对基层或外地转诊的患者，要认真诊治，在转回基层医院或原地时要提出诊治意见。

门诊首问负责制

一、最先受理病人或家属咨询的医院职工为第一责任人。负责解答、引领、处理病人或家属在医院范围内提出的医疗服务项目、寻医问药、科室设置、办事程序、信访投诉等各类问题。为病人提供优质满意的服务。

二、每位职工（包括实习、进修、物业、保安）在医院任何场所凡遇到患者或其他人员咨询时，无论其事与自己是否有关，都应耐心解释，或将其介绍到有关部门或者指定到相关地点，当好“二传手”。

三、首问负责制形式包括：面对面回答询问，回答电话询问，受理来信来访。

四、做到有问必答，禁用不知道之类词语必须使用文明语言，注意回答时目光、面貌、语气、语调等，努力体现亲切、和蔼、诚恳。即使询问者提问有不合理之处，也应耐心作出合理解释说明。

五、门诊咨询服务台、分诊台、收费处、药房窗口等首问责任人对到医院就医、检查、咨询的服务对象，要主动热情接待、耐心细致解释，不得以任何理由推诿或任由服务对象反复来回奔走，要想法设法帮助服务对象解决问题。

六、属于本人职责范围内事情，要立即予以答复，属于本部门职责范围内的问题当事人不能答复的，需立即请示本部门领导，按领导指示答复。不属于本部门、本人职责范围内的问题，不得推卸，要积极将提问者指引到相关部门，直达有人接待。对于来信来访或其它不能马上回答问题，一定要记录首次接待时间，并按医院有关规定按时答复。

七、遇到要临时帮助的病人应主动上前提供帮助，如病人轮椅上坡、危重病人行走不便等，均应主动询问，尽可能提供帮助和方便。

多学科综合门诊管理制度（修订）

1、多学科综合门诊在分管领导、门诊部主任领导下进行工作。各临床科主任应加强对多学科综合门诊的业务技术指导，并积极参加多学科门诊工作。

2、多学科综合门诊由门诊部牵头，各学科主任协调，各主要学科的专家参与，对疑难复杂病例进行讨论，共同拟定患者的诊断，制定最佳的综合治疗方案。

3、适用人群：①门诊患者所患疾病诊断较为明确，但病情涉及多学科、多系统、多器官需要多个专科协同诊疗者；②门诊患者就诊3个专科或在一个专科就诊3次以上尚未明确诊断者；③外院转来本院门诊的疑难病患者；④门诊患者申请，经甄别符合条件者。

4、多学科综合门诊对于疑难病患者，实行首诊医师负责、科室主任指导制。首诊医师根据患者具体情况提出申请，科室主任组织科内病例讨论后，填写申请表递交门诊部。

5、首诊科室对患者诊治全面负责，严禁推诿，贻误病情，对科室之间“临界病人”应由首诊科室负责诊治。

6、通知参加多学科综合门诊的科室负责人要委派副高职称及以上医师出诊。参加每例会诊的专家人数原则上不少于3名，会诊专家在接到会诊通知后，必须在约定时间准时参加会诊，如因故不能参加，至少提前一天通知门诊部。

7、为了满足特殊或病情较重的患者需要，门诊部有权根据实际情况临时组织增加会诊，特殊情况特殊处理，望各临床科室积极配合。

8、多学科综合门诊须对会诊后患者进行电话随访，收集患者或其家属对会诊工作的反馈意见。

9、多学科综合门诊须定期总结门诊疑难病例会诊工作，及时发现和解决工作中存在的不足，不断改进会诊工作，提高会诊质量。

门诊安全管理制度（修订）

一、消防安全管理

1、医院的消防安全管理工作认真贯彻执行有关消防工作的法律法规，落实“谁主管、谁负责”的原则，实行逐级消防安全责任制，门诊部的负责人是本部门消防安全的第一责任人。

2、门诊部负责对门诊各级各类人员进行消防安全知识的培训教育，增强门诊人员的安全防火意识和正确处理消防突发事件的能力，定期在保卫处的管理指导下进行消防演练及培训。

3、各诊区诊室的消防安全由各楼层分管护士专人负责，门诊区域内各科室的化验室、治疗室均由具体管理者或各科室主任负责。每日专人负责、严格交接班。具体内容为：每日检查所负责区域内的水、电、气、电脑及各种医疗设备的安全使用情况，下班后及时关闭；负责氧气、氮气等各种危险医用气体的存放、使用、气瓶维护等工作；定期检查所管辖区域内的消防设施和器材，保证其正常使用，发现过期及时和保卫处或门诊部联系；所管辖人员要熟练掌握消防设施、器材的摆放位置、数量、操作方法；负责管辖区域内的安全出口和消防疏散通道的畅通，不得占用和堵塞疏散通道；禁止本部门人员使用电炉、电饭煲等电器。

4、门诊部联合保卫处、病房管理科、总务处等相关职能部门定期开展消防安全监督检查，对在消防安全检查中提出的火灾隐患和不安全因素提出整改意见，发放《徐医附院门诊安全警示单》，督促相关部门和科室必须在规定时间内按规范要求整改，并报告保卫处或门诊部复查。

二、环境安全管理

1、门诊区域各级各类工作人员应了解与本岗位相关的安全知识和危害因素，以及可能出现的安全隐患，并重点排查。员工一旦发现有安全隐患，应第一时间采取必要的保护和应急措施，并及时上报主管部门。

2、门诊部区域在人员集中的活动场所，须设置固定警示标识，如禁止攀爬、注意防滑、严禁吸烟等，必要时根据实际情况增设防滑、防盗、扶手等安全设施。

3、对不明来源，留存在公共场所的可疑物品(手提箱、行李包等)，应及时通知保卫部门处理，不得擅自打开或搬动，以免发生意外。

4、门诊部联合各部门加强门诊各级各类工作人员各种安全知识的培训工作，内容包括突发事件紧急处理预案、个人防护装置的放置和正确使用、医疗仪器/电器设备的安全使用、电梯等门诊常用设施设备的使用规范等。

5、门诊部、保卫处等相关部门定时巡查，督促做好预防性的维护，确保制度的执行，评价整改措施的落实，避免不安全的事件发生。

门诊病人投诉处理制度（修订）

为使门诊投诉处理工作制度化、规范化，强化内部监督制约机制，充分尊重病人知情权和选择权，构建和谐医患关系，现结合门诊工作实际情况，制定本制度：

一、门诊部负责受理门诊患者或家属投诉事项，渠道畅通，服务台设立门诊病人意见本，办公室专人值班接待处理。

二、值班人员对来访者要热情接待，耐心听取来访者反映的问题、意见、建议和要求，核实情况，认真做好记录，耐心向患者解释并填写投诉登记表。

三、详细告知患者医疗纠纷解决途径：与医疗机构自行协商；

申请医疗纠纷人民调解委员会调解；向人民法院提起诉讼；法律、行政法规规定的其他途径。

四、认真做好投诉意见的信息收集、分析、整理工作。凡有信访投诉，来信要按信访内容分类登记、注明来源、内容摘要、承办去向和办理结果等，并对存在的突出问题，及时向科室反馈并提出意见和建议。

五、办理的投诉事项应在收到书面投诉意见的3个工作日内办理完毕，涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同进行的投诉事项，应当于10个工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见，如因问题复杂需增加时间进一步调查时，应当事先向投诉者告知。

六、定期在院周会上通报投诉情况，提出改进措施。

徐医附院门诊出具病情证明书管理规定

门诊病情证明书是具有法律效应的医疗文件，各科室必须严格按照国家有关规定和病历书写规范的要求，以实事求是的态度，严肃认真出具病情证明书。

门诊病情证明书用于门（急）诊病人的病情、诊断、休假证明，由在本医疗机构注册的执业医师，取得处方权的医师出具。医师不得出具与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的医学证明文件。

医师必须亲自诊查患者后方可开具病情证明，内容为病情、诊断及与病情诊断相关的医嘱、建议。病情证明应客观全面，每项诊断都应具备科学客观的诊断依据，并与病历中记载的病情和检查结果相符。

医师开具的病情证明书，应填写当日就诊日期，不得补开病休证明。病休时间不得大于三天，可以开具“建议休息，单位安排”，供病人单位参考。

五、病情证明书只适用于一般病休、体检和医学建议，其它（用于休学、陪护、疗养、治疗费用、退休、调换工种、调动工作、计生中的超胎生育、伤残鉴定、意外事故等）一律无效。

六、门诊病人“病情证明书”盖章时须持门诊病历，到门诊服务中心，和病情证明书原件一起办理审核、登记，加盖骑缝章，过期不予盖章。

七、门（急）诊病人每次就诊只能出具一次病情证明书，遗失不补，按照规定病情证明书复印件一律不予盖章。

八、门诊医师严禁弄虚作假、违法违规出具病情证明，不得提及与医疗不相关的其他处理意见。产生不良后果的由责任人承担，情节严重的须依法追究相应的法律责任。

门诊电子病历质量评价、考核管理制度

门诊病历是患者就医后留存的具有法律效力的医疗文件，随着门诊电子病历的推广应用，为了促进我院门诊（电子）病历质量稳步提高，特制定我院门诊电子病历质量评价、考核管理制度。

指导思想

实行全面质量管理和全程质量控制。建立门诊电子病历的全程质量控制流程和全程质量管理体系。明确质量管理内容并将其纳入医疗管理部门的日常工作，实施动态监控并与科室目标考核责任制结合，保证质控措施的落实。

以各类法律法规、规章制度为依据，不断修订完善质量考核体系及考核标准。

门诊部有计划、有针对性地进行检查、监督，对出诊医师普遍存在的门诊电子病历中存在的问题，进行专门调研并制定全面的干预措施。

门诊病历质量三级质控体系

人员构成、职责、工作内容

一级质控：各科室质控小组，负责本科室医务人员门诊病历书写知识的培训、考核；负责本科室门诊电子病历模板的修订；每月抽查本科室有出诊资格医师的门诊电子病历，每科室每人 10 份，及时反馈并跟进落实整改。

二级质控：门诊部，负责对全院有出诊医师资格的人员进行门诊病历书写规范的培训工作。现出诊科室 32 个专科，二级质控小组每月每科室抽取 20 份门诊电子病历进行检查，定期分析全院门诊电子病历质量并提出持续改进措施，反馈给相关科室并提交医疗质量委员会审议。

三级质控：业务副院长、医疗管理职能部门负责人、部分科主任、护士长组成的医疗质量委员会，负责审议全院门诊电子病历质量分析报告，制定或修订病历质量评价、考核、奖惩等制度，每季度至少召开一次例会。针对医院门诊病历存在的缺陷提出防范及持续改进措施。

结果反馈

科室质控管理小组指定一名质控联络员（主治医师及以上职称人员），每月进行科室门诊病历质量督导活动，对当月门诊病历运行过程中发现的问题进行总结分析，提出整改措施。

二级质控小组将每月抽查病历中存在的问题及时与相关科室沟通反馈，限时整改。每月对检查结果进行汇总，在院周会上通报。

门诊病历质控目标

门诊电子病历书写率为 100%。（每位患者挂号就诊后，接诊医师均应书写电子病历）

门诊电子病历书写合格率 $\geq 95\%$ 为合格，100%为优秀（书写合格率=各科室抽取病历中合格数/各科室抽取病历数）。

门诊病历书写基本要求

门诊病历是患者在医疗机构门诊就医过程中，医务人员对患者诊疗经过的记录，包括就诊时间和科室、病史、体格检查、相关检查、诊断及处理意见等记录。

门诊病历为电子版，每位患者挂号就诊后，接诊医师均应即时书写电子病历，根据信息功能尽可能打印、粘贴。

病历书写内容应客观、准确、及时、完整、规范，重点突出、表述准确、层次分明，主诉和现病史相一致。

病历书写应当使用中文和医学术语。通用的外文缩写和无正式中文译名的

症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

门诊电子病历书写过程中不允许出现错字，就诊当日 00:00 后不能进行修改。

电子版门诊病历信息科要有备份。

门诊电子病历格式与说明

（一）初诊病例

主诉：要简明扼要、规范，包括主要症状（或体征）及持续时间，不少于 4 个字，原则上不超过 20 个字。

现病史：现病史要重点突出，包括本次发病的起病日期、主要症状、伴随症状、病因、诱因、体征、他院诊治情况及疗效，病情的发展、演变及过敏史等。

既往史：简要叙述与本次疾病有关的既往史。

家族史：简要叙述与本次疾病有关的家族史。

体格检查：要详细记录阳性体征和有助于鉴别诊断的阴性体征。

门诊诊断：指医师根据患者病史，体格检查，既往检查结果和诊疗过程等，作出的初步诊断，并不是所有的检查完成并获得结果后所作出的判断。门诊诊断应当按规范书写诊断病名，如暂时不能明确，可写“**症状或体征原因待查”；也可在疑诊病名后加“？”，多个诊断按主次依次排列。

门诊处置：要具体包括处方和治疗方法、进一步检查措施或建议、法定传染病应注明疫情报告情况，必要的病情交代，对患者拒绝的检查或治疗应予以说明，必要时可要求患者签名。

建议：提醒患者复诊时间、注意事项等。

（二）门诊复诊病历

主诉：可写“***疾病复诊”或书写主诉。

既往史：同初诊病历。

家族史：同初诊病历

现病史：主要描述上次诊治后的病情变化和治疗反应，不可用“病情同前”代替现病史，重点记录检查后送回的报告单结果。对于外院转入患者，严禁使用“病史同前”替代在本院的病史书写。

体格检查：着重记录原来的阳性体征变化和新发现的阳性体征。

门诊诊断：诊断无变化者填写同样诊断，诊断改变者则需写新的诊断。

门诊处置：需要补充的实验室或器械检查项目；同一科室三次不能确认患者诊断，接诊医师应请上级医师或相关科室会诊，上级医师或会诊医师写明会诊意见及会诊日期和时间并签名，如仍未能明确建议患者多学科会诊（MDT），余同初诊病历。

电子病历（包括初诊和复诊）要求医师必须电子签名。

（四）门诊科间会诊记录

1. 首诊科室医师根据患者病情，若需要他门诊科室会诊者，由病人持门诊病历和电子会诊申请单直接前往会诊诊室，电子申请单应填写简要病史、体格检查和必要的辅助检查结果、初步诊断、会诊目的与要求。不宜搬动的患者及需要隔离的传染病患者，应邀会诊医师应迅速到达申请科室进行会诊。

2. 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，不属本科诊疗范围的病人应转科被邀请科室或再请其他有关科室会诊。

门诊病历质量奖惩管理规定

抽查中发现门诊电子病历未写或不合格，每份扣除个人绩效绩效 50 元，每季度连续两次及以上不合格，每份扣除个人绩效绩效 100 元。

科室门诊电子病历合格率为 $\geq 95\%$ ，每月检查结果进行公示，不合格科室扣除 200 元，如果科室每季度连续两个月及以上不合格，院周会通报批评并扣除 500 元。

每季度持续三个月门诊病历合格率为 100%，考核为优秀的科室各奖励 500 元。

方便门诊管理规定

为进一步加强门诊管理，提高方便门诊服务质量，更好地为病人提供方便、快捷、满意的服务，规范方便门诊的行为，规定如下：

一、方便门诊是医院针对慢性病患者长期治疗或一般常见病需定期开药开设的门诊。方便门诊的医师应具备执业医师资质。

二、方便门诊接待已经确诊且病情稳定的慢性病取药患者，不得接待初诊患者，不得接待病情不稳定的患者。

三、方便门诊医师须在患者持有相关疾病就诊病历资料情况下，按照原病历上注明的口服药品和服用剂量开具处方。医师须在病历上记录开药日期，并注明“方便门诊取药”字样，但不书写病情和体格检查记录。

四、方便门诊医师不得开具肌肉注射、静脉注射药品处方以及输血治疗和透析治疗等；不得开具第一、二类精神类药品、麻醉类药品、激素类用药、抗肿瘤药物、生物制品、抗排异药物、免疫抑制剂等；不得开具专业性很强的特殊用药物，如强心药、抗心律失常药、抗凝药及中药汤剂。如需要开此类药的患者须到相关专科挂号就诊开药。

五、方便门诊医师不负责开具检验、检查申请单，有需要进一步检验、检查的患者到相关专科挂号就诊。

六、方便门诊每张处方药量不超过《处方管理办法》中规定的量，即：不超过7日量，每张处方不超过5种药品。

七、方便门诊接待同一患者同一疾病三个月内连续取药不得超过三次，连续取药三次后的患者到相关专科挂号复诊。

八、方便门诊不提供除以上服务之外的其他诊疗服务。

九、方便门诊设立在服务中心，开放时间为每周一至周五全天，并进行公示，方便门诊不收取挂号费用。

门诊会诊工作制度（修订）

一、门诊医师应严格遵守首诊负责制，当门诊患者病情超出超出本科专业范围，需要其他专科协助诊疗时，需行科间会诊。

二、科间会诊由首诊医师提出，填写电子会诊单，应填写简要病史、体格检查和必要的辅助检查结果、初步诊断、会诊目的与要求。

三、会诊由具有执业资质的主治医师及以上职称医生接诊。如会诊科室只有专家门诊时，由当日坐诊的高级职称专家接诊。

四、会诊医师职责为：仔细阅读病历，了解患者的病情，亲自诊察患者，会诊后提出诊治意见并详细记录。会诊过程要严格执行诊疗规范，充分尊重患者知情权。

五、门诊医师如处理有困难时应及时请示上级医师协助解决，如遇病情疑难复杂或需要多学科共同协作，应及时向门诊部进行申请，门诊部择期进行多学科会诊。

六、不宜搬动的患者及需要隔离的传染病患者，应邀会诊医师应迅速到达申请科室进行会诊。

七、门诊诊治过程中如发现危重患者，门诊医师在进行询问患者、必要的体格检查、书写病历的同时，应与急诊室取得联系，安排专人护送患者到急诊室，必要时门诊医师应护送患者到急诊室并与急诊室医生交班。

门诊急危重症患者优先处置制度（修订）

为保障门诊急危重症患者的就诊安全，减少门诊就诊等待时间，及时得到有效的医疗处置，现结合我院门诊实际情况，制定门诊急危重症患者就诊优先处置制度。

一、服务对象：在门诊就诊过程中，尚不需要立即抢救的急危重症患者或病情容易变化，不能耐受较长等候时间的特殊患者。包括高龄、残疾、高危孕产妇、行动不便以及其他情况需要优先处置者。

二、服务内容：优先分诊、优先就诊、优先检查、优先取药。

三、服务要求：

1、有效识别需要优先处置的患者。对于重症、高龄、残疾、高危孕产妇等患者，各分诊岗位或者各窗口服务人员要及时识别，积极给予优先处置。门诊的保安、导医、物业人员也有义务主动帮助上述患者进行优先处置。

2、首诊医生对于以上患者要仔细评估病情，主动指导患者进入下一个诊疗环节。如有必要，及时护送患者进入急诊绿色通道，并做好病情交接，不得延迟或推诿。

3、各诊室护士站、检查和辅助科室要严格落实优先处置制度，密切配合、简化手续、相互支持。

徐医附院门诊健康教育制度

1、因人、因病实施健康教育，并将健康教育贯穿医疗活动的全过程。在就诊过程中，护士随时与患者进行交谈，针对患者最关心的问题及其没有意识到的重要问题，进行必要而简短的解释、说明、指导、安慰。

2、健康教育有内容精炼，形式多样，具有针对性和普遍性。

3、健康教育应用数据、依据、证据，以理服人、以事实打动人、用效果与效益吸引人。

4、门诊健康教育的方法

- 1) 语言教育方法：口头交谈、健康咨询、专题讲座、小组座谈。
- 2) 文字教育方法：标语、传单、小册子、报刊、墙报、专栏、宣传画等。
- 3) 形象化教育方法：图片、照片、示范、演示、PPT等。
- 4) 电化教育方法：广播、投影、录像带、VCD等。
- 5) 信息化教育方法：短信、微信、电话等。

5、门诊健康教育的形式

1) 接诊教育：在分诊过程中通过与患者交流，了解患者心理，识别病情的轻重缓急，安排患者就诊科室。

2) 候诊教育：护士对候诊患者进行健康知识的宣教，设置固定的健康教育课程，内容以常见病、多发病、流行病的防治知识为主，形式多样、内容精炼，语言通俗易懂。通过宣教既安定患者的情绪，又可向患者及家属传播医学科学常识及自我保健措施。

3) 专病专题讲座：将慢性病患者及家属集中起来，对疾病的症状、治疗方法、预后及并发症的预防等知识进行系统的讲解，对家庭护理、康复操等进行操作示范及现场体验。

4) 健康咨询：对患者的疾病康复情况进行电话咨询。

门诊首诊负责制度

一、患者在门诊首先就诊的科室为首诊科室，接诊医师为首诊医师，首诊医师对患者的检查、诊断、治疗等工作负责。

二、首诊医师应热情接待患者，详细询问病史，认真进行体格检查和必要的辅助检查，提出诊断和处理意见，并及时规范书写病历，不得以任何理由拒绝诊治患者。

三、经初诊认为本专业疾病，首诊医师根据病情对患者进行治疗或收住院。如诊断或治疗有困难时，应及时请上级医师会诊。

四、经初诊后认为是非本专业疾病，首诊医师应指导患者到相应专科就诊。

五、经初诊后认为患者的疾病涉及多学科，首诊医师应先完成病历记录和体格检查，及时请上级医师进行指导，必要时进行科间会诊或提交门诊办公室组织多学科会诊。

六、复合伤或涉及多科室的危重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，所有的有关科室须协力抢救，不得推诿。各科室分别进行相应的处理并及时做好病历记录。

七、各科首诊医师均应以患者为中心，将患者生命安全放在第一位，以医院整体利益为重，通力协作，严禁推诿行为。

门诊医师出诊管理制度（修订）

为规范门诊出诊医师的管理，提高门诊服务质量，确保医疗安全，规定如下：

一、门诊出诊医师应具有中华人民共和国医师资格证书、中华人民共和国执业医师执业证书及处方权。专家门诊由已取得副主任医师及以上职称的临床医师担任；普通门诊由已取得主治医师职称的临床医师担任，专家门诊不得由普通医师代替。

二、专家门诊严格实行准入和退出制度，副主任医师以上的专家个人填写《徐医附院专家门诊出诊申请表》，出诊时间由各科室统筹安排，保证相对固定，由科室主任向门诊部提出申请，经人事处、医务处审核后，门诊部审核汇总后报分管院长批准后实施，实行开通门诊电子病历权限、预约上线等后续工作。专家（包括返聘专家）因为各种原因不再继续出诊，也应由科主任提出申请，门诊部审核后报分管院长批准后实施。

三、出诊医师应严格执行各项医疗规章制度和诊疗规范，病历书写及处方开具符合规范要求，合理用药、合理检查、合理治疗，对病人认真负责，在完成本岗位诊疗工作后能主动指导患者进入下一诊疗环节。

四、出门诊医生应着装规范、佩戴胸牌，使用文明用语，保护患者隐私，严格遵守门诊各项规章制度。

五、专家门诊、普通门诊、专科门诊、专病门诊均实行全日制门诊，按时开诊，不得迟到、早退，出诊医生应急须离岗者，如院内重要会诊、危重患者抢救、重大手术等，必须向门诊部请假，由科室安排同等或以上职称的医生代替，妥善处理各种相关事宜，确保患者的就诊需求。

六、出专家门诊者，因各种原因停诊三个月（含三个月）以上，需书面申请，科室主任签字，递交门诊部。

七、门诊不得随意停诊，如因故不能开诊，要提前一天以上书面填写申请单通知门诊部，在请假单上明确标明替诊医师，替诊医师原则上应为同级别或以上级别专家职称，由科主任签字盖章，门诊部主任签字后执行。如遇特殊情况，书面填写申请单报请科主任签字后，门诊部报请院领导批准方可执行。

八、门诊部负责定期进行检查、考核。发现迟到、早退、无故脱岗、未请假随意停诊者，第一次违反给予批评教育，处予 200 元罚款；第二次违反给予院周会点名批评，处予 500 元罚款；第三次违反给予院周会点名批评，扣发当月专家门诊挂号绩效，本年度累计三次以上暂停其专家门诊，反复违规且坚决不予改正者取消其专家门诊资格。

门诊与辅助科室协调制度

一、门诊部全面负责门诊与辅助科室之间的联系工作，督促各科室共同做好门诊各项工作。

二、门诊临床科室与医技科室应保持密切联系与沟通，及时解决科室协作中出现的各种问题。

三、普通医技检查要满足门诊需求，当日完成检查和报告。若出现特殊情况，医技科室应与门诊部服务台联系说明情况，及时做好患者的解释沟通工作。

四、辅助检查科室检查出门诊患者有危急值时，应按医院《危急值的报告制度与程序》的规定，向门诊医生及时报告并说明情况。

五、若发生突发意外事件，各科室之间应协作处理，尽可能把突发事件的影响和危害程度降至最低。

六、对开展的新项目，医技科室应及时将检查的方法和临床意义与门诊相关科室沟通，以满足门诊医师的诊疗需要。

门诊预约诊疗服务工作制度

一、在分管院长的领导下，由门诊部全面负责医院门诊预约诊疗工作，本着公开、公平的原则加强门诊预约挂号管理，与相关部门密切协作，做好门诊预约工作。

二、门诊部专人负责预约诊疗的管理工作，及时维护及更新预约平台上门诊专家出诊信息，保证患者准确择医预约就诊。

三、医院实施实名制分时段预约诊疗，为患者提供多种形式的预约方式，包括现场预约（服务台、自助机）、电话预约（95169, 12580）、省网络平台预约、手机终端预约（徐医附院 APP、微医 APP、微信预约、支付宝预约）、诊间预约、社区双向转诊预约、随访后预约、体检后预约等方式。

四、专家门诊、专科门诊、普通门诊、复诊均开展预约诊疗服务，所有门诊号源全部开放预约，可提前预约 1-7 天的号源，基层转诊预约预留 20%号源，预约挂号患者优先就诊。

五、预约挂号采取实名制，患者预约、就诊均应提供真实、有效的实名身份信息和证件（身份证、医保卡），接待人员必须做好预约就诊人员相关信息和就诊需求登记，安排好预约就诊相关工作。

六、医院通过网站、微信公众号、电子屏幕等方式公示专家门诊和专科门诊信息，预约挂号须知、预约流程及预约方式。多种形式进行广泛宣传，努力提高患者预约的依从性。

七、为保障预约门诊工作的有序开展，专家出诊应严格遵守《徐医附院门诊医师出诊管理规定》，如因故不能开诊，要提前一天以上书面填写申请单通知门诊部，在请假单上明确标明替诊医师，替诊医师原则上应为同级别或以上级别专家职称，科主任签字盖章。门诊部及时通知患者取消预约或更改预约专家。

八、门诊预约人员定期进行预约流程、操作、形式、应急预案的规范化培训，提高预约诊疗服务能力。

九、门诊部定期进行预约诊疗服务工作评价，及时调整修正相关流程、指标等，不断优化服务流程，方便患者就诊。

门诊医学检验、检查结果互认制度

一、检验、检查结果互认原则

（一） 保证质量，确保安全。进行临床诊疗活动时，检验、影像检查结果的互认应以不影响疾病诊疗为前提，医患双方应遵循疾病的变化规律，恪守诊疗常规，由临床医生根据诊疗需要科学选择互认结果，确保医疗质量和医疗安全。

（二） 知情同意，资料齐备。在诊疗过程中，由诊治医生根据病人的具体病情判断是否认可外院的检查结果，进行院内会诊或再次检查。须向病人或家属明确说明并将复查依据在病历中予以记载。对予以

认可的外院检验、检查结果应在病历中载明，包括检验、检查结果、检查机构名称、检查日期、检查编号、检验流水号等资料。

(三)互认条件：同一地区的三级医院之间的医学检验、医学影像检查均互认。三级医院对二级医院的检验、检查结果的认可，由三级医院的临床医师判定。如二级医院的检验、检查结果符合诊断资料的质量要求，三级医院也可以认可，不再复查。

二、检验、检查结果互认项目的范围

第一类：临床检验类项目：

(一)临床生化：包括钾、钠、氯、钙、磷、葡萄糖、尿素、肌酐、尿酸、总胆固醇、甘油三酯、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶、肌酸激酶、碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰基转移酶。

(二)临床血液：包括白细胞、红细胞、血红蛋白、红细胞压积、血小板、平均红细胞体积、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞血红蛋白浓度。

(三)临床免疫：包括甲状腺功能测定、乙肝表面抗原、乙肝表面抗体、乙肝e抗原、乙肝e抗体、乙肝核心抗体、丙肝抗体。

第二类：医学影像检查项目：

(一)普通放射线检查，包括普通平片、CR、DR。

(二)使用大型医用设备的检查项目，包括PET-CT、PET、SPECT、CT、MRI、DSA等。

(三)其他医技类检查项目：包括心电图，B超等。

三、检验、检查结果不互认范围

有下列情形之一者可不列入互认范围或不受互认限制：

- 1、因病情变化，已有检验、检查结果难以提供参考价值的（如与疾病诊断不符合等）。
- 2、是在疾病发展过程中临床检验、检查结果容易产生较大幅度变化，且对疾病诊断有一定影响的。
- 3、检验、检查项目意义重大的（如实施手术等重大医疗措施前）。
- 4、检验、检查结果与病情明显不符的。
- 5、急诊、急救病人。
- 6、患者或其亲属要求做进一步检查的。
- 7、既往临床检验结果报告的时效性对疾病的诊断难以提供参考价值的。
- 8、其它符合诊疗需要的不可预测情形。

专病门诊管理规定

一、专病门诊是由某一学科针对某一常见病、多发疾病或重大疾病，结合自身学科的优势及影响力，开展对患者某一特定疾病的门诊诊疗形式。各临床科室应充分发挥本科特色，满足社会医疗要求，开设各类专病门诊。

1、开设资质：获得执业医师资格证书并在我院注册的医师，在获得本专业主治医师资格级以上职称，可以出本专业专病门诊。

2、开设要求：各科室根据本学科疾病谱特点、亚专业方向选择开设专病门诊，以专科或亚专科为单位申报特色专病门诊。原则上以常见病、多发病或某一类重大疾病为主，专病门诊的名称必须明确某一种或某一类疾病。各专病门诊不得以更替名称的方式重复设置。

3、申请流程及审批说明：专病特色等门诊名称由各专业科室自行决定，明确相关专业特长，其名称须符合科室执业范围，每项目必须有3人以上医师组成。科室主任签名确认，经医务处审核批准后，门诊部具体落实安排。

4、业务管理：专病门诊的医疗质量由本专科负责，实行学科及院级两级考核，院级由医务处负责组织考核。

5、日常管理：专病门诊每周至少开设一次，实行全日制门诊。门诊部负责出诊的督查、考核及日常管理工作。

6、诊次限制：专病等门诊在规定的挂号时间内不限诊次，如果病人过多，门诊部协调增排人员，避免门诊病人等候时间过长。

二、专病门诊要做到三定一优：固定每周门诊时间，固定诊室，相对固定的人员，保证优质医疗和服务质量。

三、专病门诊一旦开设后应按规定时间准时开诊，不得无故停诊。如因故需更改时间或临时停诊，应遵守《徐医附院门诊出诊医师管理制度》中的请假制度，提前报告门诊办公室，以便提前通知患者。

四、专病门诊应发扬专科优势，不断探索和总结经验，提高诊治效果。

专家门诊管理制度

一、专家门诊严格实行准入和退出制度，由具备本专业副主任医师、主任医师专业技术资格的医师承担，须经人事处聘任。

二、取得聘任资格的医师申请出专家门诊者，个人填写《徐医附院专家门诊出诊申请表》，出诊时间由各科室统筹安排，保证相对固定，由科主任向门诊部提出申请，经人事处、医务处审核后，门诊部审核汇总后报分管院长批准后实施，实行开通门诊电子病历权限、预约上线等后续工作。专家（包括返聘专家）因为各种原因不再继续出诊，也应由科主任提出申请，门诊部审核后报分管院长批准后实施。

三、出诊专家应严格执行各项医疗规章制度和诊疗规范，病历书写及处方开具符合规范要求，合理用药、合理检查、合理治疗，对病人认真负责，在完成本岗位诊疗工作后能主动指导患者进入下一诊疗环节。

四、出专家门诊者，因各种原因停诊三个月（含三个月）以上，需书面申请，科主任签字，递交门诊部。

五、出门诊专家应着装规范、佩戴胸牌，严格遵守门诊各项规章制度。出诊专家应急须离岗者，如院内重要会诊、危重患者抢救、重大手术等，必须向门诊部请假，由科室安排同等或以上职称的专家代替，妥善处理各种相关事宜，确保患者的就诊需求。

六、专家门诊实行全日制门诊，按时开诊，不得迟到、早退；不得随意停诊，如因故不能开诊，要提前一天以上书面填写申请单通知门诊部，在请假单上明确标明替诊医师，替诊医师原则上应为同级别或以上级别专家职称，由科主任签字盖章，门诊部主任签字后执行。如遇特殊情况，书面填写申请单报请科主任签字后，门诊部报请院领导批准方可执行。

七、门诊部负责定期进行检查、考核。发现迟到、早退、无故脱岗、未请假随意停诊者，第一次违反给予批评教育，处予 200 元罚款；第二次违反给予院周会点名批评，处予 500 元罚款；第三次违反给予院周会点名批评，扣发当月专家门诊挂号绩效，本年度累计三次以上暂停其专家门诊，反复违规且坚决不予改正者取消其专家门诊资格。

第十七章 对外合作与交流制度

徐医附院外合处报送账单管理规定

外合处按照医院部门分工，负责每月徐州市五县两区职工医保及居民医保对账单，徐州周边地区医保、农合账单报送，按照医院相关管理规定，结合外合处实际工作，制定暂行管理规定如下：

1、每月 28 日前，外合处按照院办要求将下月五日后需要报送账单时间、人员、地点列表，报请处长签字后，报分管院领导审核存档，报院办主任审核后报备给小车班长，以便派车。

2、报送账单人员按照报送账单排班表于报送日期前一天主动与院医保办负责农合账单打印的会计联系，确认账单打印准备完毕，双方交接签字提前把账单带回外合处，妥善保存好。并联系小车班长确认明天车辆已安排好，掌握司机联系方式备用。

3、报送当日早上八点再次确认车辆、账单准备完毕，八点半前准时从西门出发，前往各县区（市），到达目的地后与当地医保、农合管理部门的会计进行账单签字交接。

4、按时返回医院后，把交接签字本交与第二天报送的同志。

5、报送账单同志报送中注意要与各县区管理部门会计交流，及时了解医保、农合账款的拨付情况、新医保及农合政策出台情况，每年十二月份报送账单时主动询问、争取第二年定额，回院后及时将定额情况向处长汇报，处长视情况向分管院领导、主管领导汇报，有关管理部门的意见和建议，外合处填写工作联系函书面反馈给院医保办。

“外合处”工作联系制度

“外合处”负责对外合作，各相关工作在院内与相关部门有较多合作，为方便合作，加强部门联系，

特制定“外合处”工作联系制度如下：

1、“外合处”负责国际、国内、医联体合作及报送徐州五县两区及周边县区医保、农合账单，报送账单时接到当地医保或农合管理部门提出的意见和建议，根据意见或建议内容，分别书面向医保管理部门医保办及票据管理部门财务处进行书面反馈联系。

2、联系采用书面联系函方式联系，接到县区医保、农合部门意见，由相关人员登记并填写书面联系工作函，写明联系原因、县区反馈具体意见、反馈时间、具体反馈部门及人员，报“外合处”副处长签字，副处长确认签字后，再由处长签字然后转相关部门办理。

3、接到院内部门对县区医保、农合意见反馈，“外合处”人员记录并再次登记，并向处长汇报，由副处长或处长向县区医保或农合管理部门联系进行反馈。

4、相关书面工作联系函及反馈登记等复印，“外合处”会计保管备查。

第二篇 行政部门（班组）和行政、医疗护理人员职责

第一章 院级委员会职责

院考核评比领导小组职责

1. 在院长领导下，负责职工年度考核和评比结果的讨论审核工作。
2. 按照职工年度考核的标准和要求，审议各部门、科室、总支逐级考评后提交的全院职工年度考核结果，提出讨论审核意见报院领导审定。
3. 讨论审议年终评比结果，确定先进集体和先进个人名单并报院党委审批。
4. 完成领导交办的其他相关考核与评比工作。

院重点学科领导小组职责

1. 在院长领导下，负责医院学科建设和发展的计划、组织、考评、监督等工作。
2. 以严谨、求实的科学态度，向院领导提出战略性的学科建设和发展规划以及学科建设运行过程中出现问题后的对策措施。
3. 根据院领导提出的学科建设的要求，提出供决策的各种可行性方案。
4. 完成院领导交付的各项学科建设及经费管理的监督工作。
5. 按期完成对各级学科的系统考核及评估。
6. 院重点学科建设领导小组每季度活动一次，并有完整的活动记录。

院专业技术考核小组职责

1. 在院长领导下，负责专业技术人员的考核评价工作，作为卫技人员职称晋升和岗位聘任的依据。
2. 建立适应医院职称评聘制度改革要求的有利于科学公正地考察专业技术人员能力和业绩的评价方法，推进专业技术人员考评工作的改革完善和发展创新。
3. 建立科学合理的体现专业技术人员职业道德、专业水平、科研创新能力和工作业绩等要素构成的专业技术考评标准，并按评聘要求认真组织实施专业技术岗位考评工作。
4. 制定完善专业技术考评工作制度和运作程序，强化专业技术考核组的工作责任制，确保考评工作的客观公正。
5. 建立完善专业技术考核工作监督约束机制，广泛听取意见，不断改进工作。

院物资采购管理领导小组职责

1. 在院长领导下，负责医院物资采购工作的管理监督和指导协调等工作。
2. 贯彻落实国家关于实行物资集中招标采购管理的相关规定，制定并完善院内物资采购管理规定和监督制约机制。
3. 讨论制定院内重大项目的招标与采购工作方案。
4. 研究处理物资招标与采购中有关的重大问题，指导和组织协调全院物资采购工作。
5. 定期听取院采购办公室的工作情况汇报，审核、监督、检查招标与采购各项工作，规范医院物资招标采购活动。

院医疗废物管理领导小组职责

1. 在院长领导下，负责对医疗废物的产生、收集、转送、贮存、处置各个环节进行全程监督管理。

2. 认真贯彻落实《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》，结合医院工作实际，建立完善《徐医附院医疗废物管理实施方案》并认真组织实施。
3. 加强全院医护人员、运输工人等职业培训，明确主管部门、协同部门、医疗废物生产者、处理者的责任和义务，落实各级各类人员岗位责任制，提高对医疗废物处置的认识和法制观念。
4. 制定完善医院医疗废物管理制度和处理程序，按要求对不同废物使用彩色处理袋分袋处理，妥善封存，做到标识清晰；监督检查对医疗废物存放场地的定期消毒工作。
5. 全面落实医疗废物申报登记交接制度，建立交接登记本，认真清点登记，并落实专人保管好医疗废物交接登记本。
6. 不断改进医疗废物管理工作，预防院内感染，杜绝二次污染的发生。
7. 院放射安全防护管理小组职责
8. 在院长领导下，负责全院放射防护的监督管理工作，发现问题，指导改进。
9. 建立放射防护管理责任制，配备专（兼）职放射防护管理人员，建立放射工作管理档案。
10. 监督检查医院贯彻执行放射卫生法规、政策的情况，对医院放射设备申购、机房建设和放射性同位素的订购、运输等申报工作程序进行审查指导，并给予工作协调。
11. 制定并实施放射防护管理规章制度和防护措施，经常督促检查相关科室的贯彻落实情况。
12. 检查督促相关科室按国家规定，定期对放射工作场所及其周围环境、放射设备和放射防护设施性能进行检测、检查和评价。
13. 组织本单位放射工作人员接受放射防护法规、专业技术和放射防护知识的培训。
14. 制定并落实放射事故预防措施和应急预案。发生放射事故，按有关规定及时向上级主管部门报告。
15. 按《放射工作人员健康管理规定》定期组织放射工作人员进行个人剂量监测、健康体检，并建立放射工作人员健康档案。
16. 院学术委员会组职责
17. 在院长领导下，讨论并研究医院的业务技术发展规划，医疗、教学、科研、人才培养等项工作中的重大问题。
18. 审查、研究制定医院的科研计划及专业科室发展规划。
19. 审查、研究医院的科学研究成果和学术论文，参与制定医院关于奖励科技成果的规定细则和办法。
20. 对医院职称评定工作提供有关咨询意见。
21. 审查并研究医院有关部门的人才培养计划和落实情况。
22. 为分配使用医疗、教学、科研用房和购置大型医疗器械提供咨询和论证意见。

院人才培养委员会职责

1. 在院长领导下，负责医院人才培养工作的计划、组织、考评、监督等工作。
2. 在充分调研的基础上，向院领导提出战略性的人才发展规划以及人才使用管理的建设性意见。
3. 根据院领导对人才培养工作提出的要求，提出供决策的各种可行性方案。
4. 完成院领导交付的各项人才及经费管理的监督工作。
5. 定期完成对各类学科人才的系统考核及评估。
6. 加强学科带头人培养和人才梯队建设。
7. 人才培养委员会每季度活动一次，并有完整的活动记录。

院质量管理委员会职责

1. 在院长领导下，负责医院的全面质量管理工作。
2. 负责制定全院质量管理目标和方案，并认真组织督促实施。
3. 负责制定并完善质量管理制度，主要有：质量教育、监督检查和评价制度及质量信息收集分析处理办法等。拟定质量管理各种检查及信息反馈表，使质量工作制度化。
4. 开展经常性的质量教育工作，制定质量教育计划并认真督促实施。
5. 组建和整顿 QC 小组，协助并指导其工作，推动全员质量管理活动的广泛开展。
6. 质量管理委员会每季度活动一次，并有完整的活动记录。定期对医疗、护理、医技、药品、病案

质量、后勤保障、医院安全管理等进行监督、检查、评价，提出改进意见。

7. 质量管理委员会的日常工作由质量管理办公室负责。

院安全管理委员会职责

1. 在院长领导下，全面领导并负责医院的安全保卫工作。
2. 做好安全保卫的宣传教育工作，增强全院职工的法律意识和做好“三防”工作的自觉性。
3. 组织制定和督促检查医院的安全保卫制度和各项技术防范措施，确保要害部门的安全和各类安全设施的完好。
4. 切实加强治安管理工作，协助公安机关查处发生在医院内的各类刑事和治安案件。
5. 协助有关部门做好保密工作。
6. 完成领导和公安机关交办的其他任务。

院医疗仪器设备管理委员会职责

1. 在院长领导下，研究制定全院医疗设备购置的年度计划、调增计划，并组织实施。
2. 审查特殊消耗材料的购置计划。
3. 审查医疗设备购置、增调计划的落实进度，对于必须优先办理的设备提出指导性意见。
4. 审查全院医疗设备报废制度的执行情况。
5. 定期召集会议，一般每季度一次，必要时可提前或延期。

院感染管理委员会职责

1. 在院长的领导下，全面负责院内感染的监督和控制工作。
2. 依据有关政策法规，制定全院控制医院感染的规划、管理制度和预防措施，并组织实施。
3. 根据《综合医院建设标准》有关卫生学标准及预防医院感染的要求，对医院的改建、扩建和新建项目提出建设性意见。
4. 对医院感染管理科拟定的全院医院感染管理工作计划进行审定，对其工作进行考评。
5. 掌握院内感染的监测、控制动态，经常分析监控情况，有计划地开展院内感染流行病学的分析，查明原因，提出改进意见。
6. 对全院抗生素的使用情况进行调查研究，及时为临床提供抗感染药物信息，督促医务人员严格执行抗感染药物应用原则和管理制度。
7. 医院感染管理委员会每季度活动一次，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的重大事项，遇有紧急问题随时召开。

院药事管理委员会职责

1. 在院长领导下，负责审定医院的用药计划。
2. 制（修）订医院基本用药的品种目录及处方手册。
3. 组织评价新老药物的临床疗效与不良反应，并提出淘汰品种意见。
4. 研究解决医院医疗用药中的重大问题。
5. 监督检查医院贯彻执行药政法规及有关规章制度的情况，发现问题，指导改进。
6. 组织检查毒、麻、精神及放射性等药品的使用管理情况，发现问题及时纠正。
7. 对医院注册制剂申报工作进行协调，并对所提供的有关资料进行审查，提出意见。
8. 协调督促临床药学工作的开展，组织药学教育、培训和监督，指导本院临床各科室合理用药。

院医疗质量管理委员会职责

1. 在院长领导下，负责医疗质量管理和监控工作。
2. 审查、研究全院医疗质量管理目标和方案及医疗事故防范处理预案，为质量决策提供依据。

3. 根据现代化医院管理要求，研究制定院、科医疗质量管理体系和质量标准及质量检查考核奖惩办法，推动医疗质量管理工作制度化、标准化建设。

4. 开展经常性的质量教育工作，研究制定质量教育计划并督促实施。

5. 协助相关部门做好医疗缺陷的原因调查分析和性质鉴定工作。

6. 定期开展医疗质量评价分析，查找存在问题，拟定整改措施，指导并改进质量管理工作。

7. 院医疗质量管理委员会每季度活动一次，特殊需要可随时召开。

8. 院医疗质量管理委员会日常工作由医疗质量监控办公室负责。

院病案管理委员会职责

1. 在院长领导下，全面负责医院门诊病历、住院病历的管理工作，密切配合临床教学和科研。

2. 定期对病案管理工作进行指导、督促和检查，收集临床科室对病案管理工作的意见和建议。

3. 根据有关材料讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名，制定病历书写标准，及时提出对临床医师、护理人员写好、用好病历的要求。

4. 组织各种形式的运行病历质量督导检查 and 重点终末病案质量抽查，定期评选优秀病案，组织临床科室交流病历书写和管理经验。

5. 制定本院病案管理制度，审定全院医用表格的式样，并监督实施。

6. 在临床医师和病案管理人员之间发挥桥梁作用，推进相互间的密切协作，促进医院病历书写和管理质量的不断提高。

7. 定期听取病案管理工作情况的汇报，每年向院长提出病案管理工作报告。

8. 病案质量管理委员会的日常工作由医务处、病案科负责组织实施。

院医疗安全委员会职责

1. 在院长领导下，对全院医疗安全工作实施全程动态管理。

2. 医疗安全管理委员会每季度召开一次全体委员会议，及时学习贯彻卫生主管部门对医院医疗安全管理方面的有关文件精神，听取各位委员对安全医疗工作情况的汇报。

3. 开展经常性的医疗安全教育，做到警钟常鸣，常抓不懈，增强医务人员的医疗安全意识。

4. 定期组织分析全院医疗安全工作中的隐患，查找原因，制定整改措施，并狠抓落实。

5. 及时召开会议，研究讨论在医疗服务过程中发生的医疗缺陷或医疗纠纷，明确性质，分清责任，提出处理意见，并形成书面材料，由医务处按规定程序对医、患双方进行协调处理。

院输血管理委员会职责

1. 在院长的领导下，对全院临床输血工作进行质量监控、协调和指导。

2. 宣传贯彻国家有关血液制品管理和临床输血管理的相关法规，增强职工临床用血安全意识。

3. 指导全院的输血管理工作，监控临床输血工作质量。

4. 开展临床输血新技术的研究和推广，指导临床科学合理用血。

5. 定期听取各委员对临床输血工作的汇报、建议，并分析问题、研究对策。

6. 按期进行工作总结，向院长汇报。

院爱国卫生运动委员会职责

1. 在院长领导下，认真贯彻落实爱国卫生工作的方针、政策，组织开展爱国卫生运动。

2. 领导和布置、检查全院的卫生工作，制定搞好卫生工作的制度和措施，并组织实施。

3. 组织领导除害灭病活动，制定以灭鼠为中心的除害灭病规划，有计划有步骤地付诸实施。

4. 增添必要的卫生设施，划分卫生区域，组织医院各科室搞好室内外环境卫生，逐步治理好医院内的环境，进一步改善医院的卫生面貌。

5. 对医院环境卫生，坚持每月小检查，每季度大检查，定期公布检查结果，并评比表彰卫生先进科

室和个人。

院党风廉政责任制领导小组职责

1. 贯彻落实上级关于党风廉政建设工作部署和要求，研究制定党风廉政建设工作计划、目标要求和具体措施，切实抓好党风廉政建设。
2. 对党风廉政建设工作任务进行分解，向院领导班子及其成员提出在党风廉政建设中的任务分工。
3. 根据上级工作部署，明确医院党委在党风廉政建设中的职责和任务分工。
4. 监督检查领导班子、领导干部廉洁从政情况，强化权力制约和监督。
5. 起草医院落实党风廉政建设责任制年度情况专题报告。
6. 负责全院作风建设、党风廉政建设的部署安排、组织协调、检查指导和督促落实，纠正损害群众利益的不正之风，切实解决党风政风方面存在的突出问题。
7. 适时召开领导小组会议，听取有关情况汇报，研究重要政策和工作中的重大问题，部署和推动工作。
8. 完成上级关于党风廉政建设责任制方面的其他工作。

院惩治和预防腐败体系建设领导小组职责

1. 协调处理贯彻落实中央及省市党风廉政建设和反腐败工作部署中的重大问题；
2. 协调查处涉及党政领导干部的重大违纪违法案件；
3. 领导和协调查处影响大、涉及面广、群众反映强烈的重大案件；
4. 研究落实中央、中央纪委和省市县委、纪委主要领导对查办大案要案批示精神的措施；
5. 协调开展重大典型案件的警示教育活动。

院创建省、市文明单位领导小组职责

1. 安排部署创建文明单位的重大决策及各项活动；
2. 研究制定创建工作中遇到的突出问题的具体措施；
3. 负责与创建精神文明工作主管单位汇报、协调工作；
4. 组织开展形式多样的文明单位创建活动和自评工作；
5. 编印创建工作简报，及时通报信息，反映存在问题；
6. 做好各种记录及资料收集、整理、归档工作；
7. 负责接待上级文明组织的检查、验收、评比。

行风建设领导小组职责

1. 在院党委、行政的领导下，做好对医院行风和职业道德建设工作的组织、领导、督查、协调；
2. 做好上级关于行风和职业道德建设方针、政策、工作部署、服务规范的宣传、教育和落实；
3. 做好行风和职业道德建设工作有关问题的处理和决策；
4. 做好行风建设发展规划的制订，年度工作计划、总结的审核，职业道德教育工作的组织管理。

院社会治安综合治理领导小组职责

1. 贯彻落实党和国家关于社会治安综合治理的方针政策及上级党委的工作部署；
2. 研究本单位本部门的治安状况和社会治安综合治理工作情况，提出工作任务和要求，并监督实施；
3. 组织划分本单位治安防范责任区，建立安全责任人，落实治安责任制；
4. 检查督促治安员保卫委员会、人民调解委员会使其经常及时地开展工作，做到治安防范有人管，民事调解有人问；
5. 定期向上级综合治理办公室汇报工作，及时报告本单位治安情况，及在社会治安综合治理工作中涌现出的好人好事和本单位的经验教训；。

6. 做好社会治安综合治理工作的检查评比工作；
7. 建立例会制度，每月都要对本单位的社会治安状况做一次研究和布置。

院治理医药购销领域商业贿赂专项工作领导小组职责

1. 彻落实中央和省关于开展治理商业贿赂专项工作的各项方针、政策；
2. 研究部署、指导协调、检查督促医院开展治理医药购销领域商业贿赂专项工作，研究制订防控医药购销领域商业贿赂的长效工作机制；
3. 研究处理医院治理医药购销领域商业贿赂工作中的有关重要问题，指导、协调、配合有关部门查处典型案件。
4. 指导和协调医院治理医药购销领域商业贿赂专项工作；
5. 研究制定专项治理工作的实施方案
6. 研究处理与专项治理工作有关的其他重要问题。

医德考评工作领导小组职责

1. 在院党委、行政的领导下，做好对医德考评工作的组织、领导、督查、协调。
2. 制定和完善医院医德考评标准及相关规定。
3. 分析医院医德医风(职业道德)情况，提出整改意见。
4. 对职工进行年度医德考评，做好医德考评工作有关问题的处理和决策。

院分党校校务委员会职责

1. 坚持以马列主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”和习总书记系列重要讲话精神重要思想为指导，坚持“解放思想，实事求是，与时俱进”的思想路线，全面正确领导党校工作。
2. 深入实际，调查研究，根据医院党委的中心工作和要求，研究和制定党校长远规划和年度培训计划。
3. 及时对医疗、教学、科研、管理工作中的重大问题和重大事项进行研究，并做出正确决定。
4. 深入广大职工进行调研，掌握职工的思想动态，抓准职工在争取入党过程中的主要思想动向，力求使党校教学有针对性。
5. 不断总结经验，探索新形势下党校教育培训的方法和规律，不断提高教学质量。
6. 校务委员会委员应主动承担党校的教学任务或教学组织事宜，有目的地指导、启发学员并了解情况、听取意见，为医院党委决策工作提供信息和建议。
8. 分析研究并指导党校工作。校务委员会由党校校长或负责日常工作的常务副校长主持。
9. 完成医院党委、上级有关部门布置的其他工作任务。

《徐医附院报》编委会职责

1. 贯彻执行党和国家有关编辑出版的方针、政策和法令。
2. 审定院报编辑出版计划。
3. 检查指导编辑部的工作。
4. 定期召开编委会会议，听取编辑部工作汇报，研究解决编辑部和委员们提出的有关编辑出版发行中的问题。
5. 编委会委员应按时参加编委会会议，研究编辑、出版中的政策问题和技术性问题，听取和审查编辑部的工作汇报，提出改进意见和建议。
6. 编委会成员要及时了解医院发展动向，将有所发现和创新的稿件及时推荐给编辑部，为编辑部组稿、审稿提供信息。
7. 随时向编辑部提供读者和作者对编辑部排版、印刷、发行方面的反映。
8. 评审稿件。

院法制宣传教育工作领导小组职责

1. 对医院普法宣传工作的重大事项实行集体议案、民主决策。
2. 指导制定普法宣传工作规划、年度计划。
3. 组织开展各项普法宣传工作。
4. 对普法宣传工作的成果及时进行总结。
5. 对外协调普法宣传工作的有关事项。
6. 为普法宣传工作的有利开展做好经费、人员、设备等后勤保障工作。

院保密委员会职责

1. 贯彻党和国家有关保密工作的法律法规、方针政策，对医院全体人员进行保密教育，使涉密人员（特别是领导干部）熟知有关规定和保密知识，增强保密观念。
2. 审查医院定密级、变更密级和解密工作，确定保密要害部门、部位，对涉密岗位人员的聘用提出建议，建立相应的规章制度和岗位责任制并督促执行。
3. 对涉及国家秘密的要害部门、部位，涉密计算机系统和涉密通讯设备，组织采取技术防范措施。
4. 负责对外合作交流和宣传接待等方面提供资料和保密审查；对外提供、寄运的涉及国家秘密的文件、资料、出版物、稿件、论文和其他物品以及出境展览内容进行保密审查，并按规定办理审查或报批手续；对涉及国家秘密的大型活动和重要项目，同步采取专项保密措施。
5. 定期督促检查医院保密工作落实情况，严格执行泄密事件报告制度，依法查处泄密事件。
6. 组织实施保密法制宣传教育，普及保密法律知识。
7. 接受上级保密部门的业务指导，完成上级交办的相关工作。

院档案销毁鉴定领导小组职责

1. 贯彻执行党和国家关于档案工作的方针、政策、法律、法规和上级有关档案工作的指示、规定和办法等。
2. 制订本单位有关档案工作的规章制度和档案工作的发展规划，并监督、指导和检查执行情况。
3. 负责收集、整理、分类、鉴定、保管和统计本单位各类档案及有关资料。
4. 负责档案的利用工作，办理档案的借阅。
5. 承办上级组织交办的其它工作。

院计划生育委员会职责

1. 宣传落实党和国家计划生育法律法规和政策，维护妇女儿童的合法权益，教育职工树立科学、文明、进步的婚育观，自觉实行计划生育。
2. 认真落实计生工作各项任务，做好医院内的计划生育管理、服务和协调工作。
3. 及时了解核实医院内育龄群众的婚、孕、育情况和人口与计划生育统计信息。
4. 指导育龄夫妇选择适合的避孕节育措施，提高生殖健康水平，杜绝计划外生育。
5. 开展优生优育、避孕节育、生殖保健和疾病预防、医疗保健、康复、健康等宣传教育咨询服务。

院创建“青年文明号”活动领导小组职责

1. 负责徐医附院各级“青年文明号”的申报工作。
2. 组织制定创建目标、创建措施、考核细则、工作计划、奖励办法。
3. 负责定期的工作总结和自查。
4. 保障创建过程中的基本经费开支。

院志愿者医院服务工作领导小组职责

1. 制定志愿服务的各项制度；
2. 确立服务项目，落实服务内容；
3. 负责招募、培训、管理志愿者，建立志愿者注册制度；
4. 指导、协调志愿服务组织的活动；
5. 维护志愿服务组织和志愿者的合法权益；
6. 开展志愿服务的宣传和对外交流合作；
7. 表彰和奖励志愿服务组织和志愿者。

第二章 行政管理部门（班组）职责

院办公室

1. 在院长领导下，负责全院的秘书及行政管理工作。
2. 拟定全院发展规划、年度计划、季度工作安排，及时收集了解执行情况，做好医院工作总结。
3. 负责公文处理工作，包括文件起草、审核把关、制发登记、公文收发、传阅归档、保管利用等工作。
4. 安排各种行政会议，并做好会议记录。
5. 组织院行政查房及检查考核，及时了解执行情况。
6. 加强行政事务管理，检查督促所属班组人员做好收发投递、打印、印鉴、通讯联络、车辆使用等工作。
7. 做好公务接待、来宾接待及群众来访等接待服务工作。
8. 负责行政公章的使用、管理工作。
9. 及时完成领导交办的其他各项工作。

人事处

1. 在院长以及分管院长的领导下，根据人事工作政策、制度及有关规定，做好全院人事劳动管理工作。
2. 根据上级下达的医院规模、人员编制及各科室人才梯队的实际需要，制订机构编制和年度进人计划。参加各类人才招聘会，配合上级人事部门做好事业编制人员招聘面试、笔试等考核工作，组织合同制人员计划的申报与招考、录用等工作，对应聘的研究生、本科毕业生、合同制人员进行严格考核并择优录用。
3. 组织对新职工进行岗前教育和培训工作。根据各类职工的培养计划，协助有关部门，做好在职职工的继续教育工作和研究生的报考工作。
4. 按照与合同制人员挂靠单位签订的挂靠协议和医院岗位聘用协议，做好非编合同制人员的合同签订、工资管理、年度考核、续聘和退工等管理工作。
5. 掌握熟悉临床、医技科室科主任和护士长的政治思想、业务水平、组织管理能力等情况，配合院部领导做好中层管理人员的选拔、考核、管理等工作。
6. 负责职工的考核、培训、奖惩等工作。负责各类技术人员职务的晋升、聘任、续聘、解聘等工作。
7. 按照管理权限承办职工的聘用、调动、离休、退休、内退、辞职等工作。
8. 认真学习贯彻人事劳动政策，负责全院职工的工资调整，劳动福利的审核及有关费用的发放工作。
9. 根据医院考勤制度和请、休假制度等，做好全院工作人员的考勤管理，为财务处发放奖金、津贴等提供依据。

10. 按照管理权限，负责所管辖职工人事档案的收集、整理、归档工作，建立健全档案管理制度。负责全院的人事统计台帐和劳资报表统计等工作。

11. 配合做好各类人才工程的选拔、培养、考核的管理。

12. 做好人事保密工作。

医务处

1. 在院长以及分管副院长的领导下，负责全院医疗业务和医疗行政管理工作。

2. 制定医院医疗业务工作计划并组织实施，定期督促检查，按期总结汇报。

3. 经常监督、检查医疗工作制度、诊疗技术操作和医务人员岗位职责的贯彻执行情况，培养“三基”作风，严防差错事故。

4. 定期检查考核各临床、医技科室的医疗质量和工作效率，开展医疗质量效益评价分析工作，针对存在问题，制定整改措施并狠抓落实。

5. 组织重大抢救和疑难病理讨论、重大手术讨论、院内外会诊等工作，做好科室间的协调工作。

6. 组织临床、医技科室进行联合技术攻关，开展新技术、新项目，并做好新技术和重大手术的审批工作。

7. 做好抗生素的使用管理和审批工作，检查督促医务人员合理使用抗生素。

8. 及时做好医疗纠纷和医疗事故的调查、讨论、处理、上报等工作。

9. 组织实施对基层医院的业务技术指导和临时性院外医疗任务。

10. 协助科教处开展教学、科研工作。

11. 及时完成领导交办的其他任务。

医患沟通办公室

1、在院长、分管副院长的领导下，负责医院医疗纠纷的调查处理、医患沟通和医疗风险的管理工作。

2、组织相关部门做好医疗风险的识别、登记、评估、防范等工作。

3、按照规定要求，及时向卫生行政部门呈报医疗安全及投诉/纠纷事件，负责院内医疗不良事件上报的汇总、分析工作。

4、负责医疗纠纷的沟通及接待、登记、调查取证、收集资料、递交讨论、协调处理等工作。

5、配合相关部门做好医疗纠纷的调解和信访处置工作。

6、配合医学会等部门做好医疗纠纷的医疗损害（事故）鉴定工作。

7、配合或协助医院法律顾问做好医疗纠纷的法律诉讼相关工作。

8、配合宣传部门，协助完成相关媒体针对医疗纠纷的采访、沟通工作。

9、定期组织召开一次医疗安全委员会会议，及时对医疗纠纷进行讨论、分析，汇总会议讨论意见，上报院领导，为医院领导决策提供参考意见；分析医疗安全情况，提出整改措施。

10、向院领导、相关职能部门和业务科室提出医疗安全有关的合理化建议。11、根据院内相关制度拟定医疗纠纷责任人经济处罚和行政处理初步意见，供医院领导决策参考。

12、负责全院高危、重大手术患者二次沟通和评价工作。

13、参与医院医疗安全、医疗纠纷相关的规章制度的制定和完善工作。

14、协助医院相关部门处理由于服务态度、劳动纪律、医疗收费、工作责任心等引起的纠纷接待、调查、反馈和处理等事项。

15、负责医疗纠纷档案的整理、归档及保管工作。

16、负责全院医务人员的医疗纠纷法律法规和医疗纠纷防范及处理培训、案例讲评工作。

17、做好上级领导交办的其他工作。

应急管理办公室

- 1、在分管院长、医务处处长的领导下负责应急办工作。
- 2、在分管院长、医务处的指导下，负责编制和修订适合医院具体情况突发公共卫生事件应急预案，组织预案的应急演练，完善应急处理工作程序，作好应急处理准备，不断提高各类突发公共卫生事件的应急响应能力和水平。
- 3、负责协调院内、外和院内各部门、各科室间的应急工作。
- 4、负责卫生应急相关信息的收集、上报、统计、分析、监测和预警。
- 5、负责建立并组织本院应急队伍，对辖区内重大传染病疫情、重大交通事故、食物中毒、急性职业中毒、生活饮用水污染、放射性污染及其它严重危害人群健康的突发公共卫生事件的紧急处置。
- 6、负责制定卫生应急物资储备目录，制定储备计划，定期对应急物资和设备储备有检查，保障紧急医学救援任务。
- 7、负责制定应急技能培训及考核计划，定期对各级各类医务人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，组织考核。
- 8、负责对院内临床、医技科室应急管理工作检查与监管。
- 9、负责撰写医院应急工作评估报告和总结。
- 10、完成上级行政部门交办的重大赛事、重要活动、重要假期医疗保障等指令性工作任务
- 11、完成医院领导交办的其他工作任务。

护理部

1. 护理部有健全的管理体制，实行护理部—科护士长—护士长三级管理。
2. 护理部负责全院护理工作的人员管理、培训考核、质量管理、科研教学管理等有关事宜。
3. 护理部工作有年计划、季重点和月安排，并认真组织落实，年终有总结。
4. 围绕质量、安全、服务，工作中树立以患者为中心、以一线护士为中心的理念。
5. 运用制度管理与文化管理相结合的方式，建立健全各项护理管理制度、常规、流程等，并根据工作的需要进行修订和完善。
6. 对护理部工作进行分工合作，主要分为临床护理质量管理、护理教学管理、护理科研管理及各类护理人员培训。各位人员均按照工作要求，严格履行职责，发现问题及时汇报协商。
7. 定期召开护士长例会，及时传达上级的工作要求、文件精神及部署工作。
8. 加强护理队伍的建设和人才培养，注重护理新技术的推广，培养护理人员的科研创新能力。
9. 积极参与医院改革工作，不断总结和创新，协调好与各部门的关系。

科技处

- 1、在院长及分管院长的领导下，负责全院的科研管理、学会任职、科研实验室管理、学科与人才建设、伦理委员会等工作。
- 2、负责编制全院科学技术发展规划及年度计划，经院长批准后组织实施，经常督促检查，按时总结汇报。
- 3、组织重点学科和重点人才的评审，落实重点学科和人才的建设计划。
- 4、定期检查和督促国家、省、市、院级科研项目的运行，对所存在的问题及时请示、汇报和研究。处理、监控管理的内容如下：
 - (1) 负责组织全院科研课题的申报、评审和院内外科技协作。受理并组织科研项目协作。
 - (2) 组织全院科学技术成果（含新技术引进）的申报，落实相关激励措施。
 - (3) 负责科研经费的管理，协同财务处对经费的使用进行监管。
 - (4) 促进科研成果的转化，组织申请专利或新药证书。
- 5、组织开展院内外学术交流，负责办理参加学术会议和外投稿件的审批手续。
- 6、负责全院科技档案的收集、整理、归档和向院综合档案室的移交工作。
- 7、规范全院科研实验室管理工作，定期排查实验室安全隐患，保证实验室人员财产安全。

- 8、对本院实施的涉及人的生物医学研究项目的科学性和伦理合理性进行独立、称职和及时的审查、监督。组织开展相关伦理培训。
- 9、安排好各级学会任职工作。
- 10、及时完成领导交办的其他各项工作。

教育处

1. 在院长以及分管副院长的领导下，做好住院医师规范化培训、进修生教育、医学继续教育等工作。

(1) 住院医师规范化培训

负责住院医师规范化培训学员的招收和统计工作，进行岗前培训和考核。按照国家关于住培工作要求为学员设计轮转计划，并安排日常轮转排班。

建立和完善住院医师规范化培训一系列制度，包括学员考勤管理、教学质量控制、出科考核制度、评优评先机制等。

定期督查本院和协同基地住培带教和学员考勤，完善基地台帐和学员档案。

负责住培学员出科考核、阶段和结业考试报名工作。

负责住培经费管理和学员考勤津贴发放。

负责本院各住培基地师资队伍建设和骨干师资培训会议举办，并颁发资质证书等。

参与临床技能中心建设的布局规划。

负责住院医师规范化培训学员和部分进修医生住宿安排工作。

完成国家级住院医师规范化培训基地评估工作。

负责住院医师规范化培训学员特色活动的举办，如读片大赛、知识竞赛、运动会等。

(2) 进修生教育

临床医师进修，必须是教育部正规全日制医学院校毕业，经过注册的执业医师，在医疗单位从事专业工作满二年以上者。申请进修超声、CT、MR等影像专业的进修人员必须具有相应的大型仪器上岗证。

进修人员必须经过面试，身体健康（患有残疾者不适合进修工作不予接收），遵纪守法，具有良好的政治素质和医德医风。

进修人员且其注册类别和范围必须与所申请进修专业相一致。

进修人员申请进修须认真、如实地填写进修申请表，经所在单位和上级医疗卫生行政部门盖章审批；造假者一经查实，立即遣回，并追求其相应责任。

进修人员到执科教处盖章的派遣名单科室报到后，其工作安排、业务和政治学习、思想情况、考勤、结业考试、鉴定等由科室具体负责，科室由科秘书负责进修人员的管理工作。进修人员进入科室后，前一个月为试用期，科室考察了解其业务工作能力和工作态度等情况，经科室认定，科主任同意认可后方可继续进修。

进修人员在进修期间所发生医疗技术问题或者发生与之相关的医疗纠纷，由科教处、医务处协同相关科室据事实情况共同处理。

进修人员必须遵守我院的作息時間，不得无故迟到、早退或缺勤，值班时不得擅离岗位。

在进修期间，进修人员不能享受探亲假期，只享受法定节假日休息，也不得以积休的形式连续休息，如有特殊情况需请事假者，一天以内由所在科室科主任批准，三天内须由教育处批准，三天以上需由选送单位出具证明（其他任何个人、同事之间函电等均无效），教育处审批同意后方可离院，并按期回院办理销假手续。因故中途提前终止进修者，不发给结业证书，进修保证金用不予退还。进修时间不满6个月者，不发给结业证书。

(3) 医学继续教育

负责通知和督查各科室继续教育项目的申报、举办和备案工作，并在国家和省级继续教育平台进行项目核对、上报，做记录留档。

协助举办继续教育项目的科室进行学分发放和登记。

负责全院医师继续医学教育的管理，在ICME好医生系统注册录入学分，并进行年度达标考核，为本院医师职称考试提供继续教育学分证明。

以科室为单位，统计继续教育学分达标情况，收取继续教育学分证书，完成医院的继教指标工作。

根据上级要求和医院工作实际，建立完善医院职工继续教育管理制度、配套政策和实施方案，并狠抓落实，职工继续教育覆盖率达 100%。

建立完善职工继续教育和使用管理档案。

2. 完成领导交办的其他各项工作。

门诊部

一、在院长以及分管领导的领导下，负责门诊的医疗、教学、护理和行政管理工作。

二、制订门诊工作计划，经院长批准后组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

三、全面掌握门诊各科医疗、护理工作情况。负责领导、组织、检查门诊患者的诊治和疑难患者的会诊工作。接收大批外伤、中毒、传染病员时，要及时上报分管院长并采取相应措施。

四、组织门诊医疗质量和病历书写质量的检查、考核工作，定期分析评价，查找存在问题，制定整改措施并狠抓落实。督促检查医务人员贯彻各项规章制度、医护常规技术操作规程，不断提高医疗护理质量，严防差错事故。

五、开展门诊病人满意度调查，及时处理、汇总、分析和反馈，提出改进措施。落实门诊便民服务措施，简化服务流程，协调解决患者就诊时出现的各种问题，方便患者就医。

六、协调各科室之间的关系，实行门诊巡查制度，检查门诊科室开诊情况，维持良好的工作秩序，保证门诊医疗服务工作的正常运转。

七、接待和处理门诊群众来访、来信、来电投诉，妥善处理医疗纠纷。

八、负责督促指导门诊各科做好消毒隔离、疫情报告、卫生保洁、健康教育、卫生宣教等工作。

九、及时完成上级领导交办的临时性、指令性任务。

感染管理科

1. 依据国家和本地区卫生行政部门有关医院感染及传染病管理的法律、法规及标准，拟定全院感染防控及传染病管理规划、工作计划，组织制定院级层面感染防控及传染病管理各项规章制度，经医院感染防控及传染病管理委员会批准后，具体组织实施、监督和评价。

2. 负责全院各级各类人员预防、控制感染预防与控制及传染病相关知识与技能的培训、考核。

3. 按《医院感染监测规范》的要求全面开展各项监测工作，认真做好医疗保健相关感染发病情况的监测、耐药菌监测等，制定针对重点环节、重点人群与重点部位高危因素管理与监测计划。定期对医院环境卫生学及消毒、灭菌效果进行监督、监测。及时汇总、分析监测结果，发现问题，制定相应的控制措施，并组织实施。

4. 对医院发生的感染流行、疑似暴发聚集性事件进行报告及流行病学调查分析，提出控制措施，并组织实施。

5. 定期对临床各科室的感染防控及传染病管理质量进行督查，指导临床感染预防与控制基本措施执行情况，督促检查重点部位及重点环节的感染防控措施落实。

6. 定期开展全院感染防控风险评估工作，明确影响本院感染防控的主要风险因素和优先干预次序。根据风险评估结果，合理设定或调整干预目标和策略，采取基于循证证据的干预措施。

7. 参与药事管理委员会关于抗感染药物应用的管理，协助拟定合理用药的规章制度，并参与监督实施。

8. 对购入的消毒药械、一次性使用医疗、卫生用品相关证件进行审核，对其储存、使用及用后处理定期监督。

9. 认真落实国家及省市医疗废物相关法律法规，严格医疗废物分类管理及污水处理情况的监督检查。

10. 组织开展感染预防与控制方面的科研工作。

11. 及时向主管领导和管理委员会上报感染预防与控制及传染病管理动态，并向全院通报。

医疗质量管理办公室

1. 组织制定并实施医院医疗质量管理制度；

2. 建立医院医疗质量监控指标体系及评价方法；

3. 对本机构医疗质量进行监测、预警，运用管理工具统计分析医疗质量指标、风险数据、重大质量缺陷等资料，对医疗质量实施监控，并定期总结、分析、反馈，落实改进措施；
4. 根据医院医疗质量考核指标及标准制定科室医疗质量控制目标，并定期进行考核评价；
5. 实施本机构年度医疗质量控制实施方案；
6. 实施本机构医疗质量持续改进实施方案；
7. 制定本机构医务人员医疗质量管理相关法律法规、核心制度、技术规范及质量管理工具等的培训制度；
8. 负责各级专业质控中心管理工作，负责专业质控中心质控活动开展督导工作；
9. 研究提高医疗质量科学化及信息化管理水平，实现院科两级医疗质量监管体系；
10. 定期向医院医疗质量（病案质量）管理委员会汇报医疗质量（病案）情况及本办公室工作情况。

改革办公室

- 1、负责医院内部经济核算管理和科室绩效考核分配工作。
- 2、根据医院经营管理的总体目标和改革要求，拟定医院经营管理改革方案和实施细则并认真组织实施。
- 3、负责院、科成本效益分析和核算管理工作，落实院绩效分配分案，及时完成各科绩效考核、结算和分配兑现工作。
- 4、落实院综合目标责任制考核结果的奖惩兑现工作。
- 5、深入科室，了解改革方案的执行情况，及时搜集意见，提出改进措施，按时总结汇报，为领导决策提供准确可靠的经营管理信息。
- 6、负责医院现行经营管理改革方案和相关政策的宣传解释工作。
- 7、参与医院部分经济事项的讨论，对相关经济合同进行审阅、执行。
- 8、完成领导交办的临时性任务。

审计处

在院党委和院行政的领导下，对医院财政财务收支、经济活动、内部控制、风险管理实施独立、客观的监督、评价和建议。

- 1、制定内部审计工作办法和流程。
- 2、编制内部审计年度工作计划。
- 3、重大政策执行、事业发展目标完成情况审计。
- 4、预算执行和财务收支、工程建设、采购、国有资产管理及其他所有经济活动事项审计。
- 5、内部领导干部经济责任审计。
- 6、内部控制评价及风险管理审计。
- 7、其他审计。

国有资产管理处

1. 贯彻执行上级有关国有资产管理的政策、法规和制度，建立健全医院国有资产管理体制并组织实
 - 施。
 2. 办理固定资产入出库登记。
 3. 负责对固定资产使用期间的监管和调配登记。
 4. 组织固定资产清查。
 5. 开展大型医疗设备经济效益分析。
 6. 负责固定资产报废、处置等相关工作。
 7. 负责固定资产出租、出借的审核与上报。
- 完成上级领导交付的其他工作。

采购中心

1. 在医院物资采购管理领导小组的领导下，严格遵守《徐医附院采购管理办法》、《徐医附院招标投标管理办法》，按照物资管理部门的采购计划组织招标采购。

2. 规范采购活动行为，严格按照国家规定，因地制宜地确定采购形式和采购范围，编制招标采购文件并组织实施。

3. 严把采购质量关，认真审核并确认供货单位的相关资质材料和营业证照，确定供货企业、品种、规格、数量、价格、供应（配送）方式和其他约定，力求质优价廉，供货及时，签定购销合同。

4. 执行采购计划，计划外临时或急需物资，经审批同意后，方可组织采购。

5. 严格执行采购物资验收入库制度，采购物资到货后，必须与物资管理部门共同办理验收入库手续。

6. 掌握库存信息，坚持少进快补的原则，做到购货迅速，配送及时，降低库存量，加快资金周转。

7. 深入科室调查研究，了解临床实际需求，征求意见，改进工作，提高采购质量。

8. 加强物资采购监督管理的力度，严格执行《徐医附院招标采购工作监督管理办法》，增强物资采购的透明度，严格执行购货发票联签制度，教育采购人员遵纪守法，廉洁奉公，自觉抵制不正之风。

招投标办公室

为进一步规范医院采购行为，提高资金的使用效益，维护医院利益，促进廉政建设，2015年6月，经院领导研究决定成立招投标办公室，将原分散在各相关职能部门的建设工程、仪器设备、货物及服务类等项目的招投标工作逐步实行集中管理。招投标办公室主要工作职责范围如下：

1. 贯彻执行招投标法律、法规和方针政策。

2. 负责制定医院有关招标投标的规章制度和实施办法。

3. 完成医院招投标项目的组织工作。

4. 对招投标项目及相应合同的执行情况进行追踪，督促项目承办单位及中标单位按合同要求完成项目。

5. 收集对中标单位的反馈意见，建立供应商评价机制。

6. 协助处理招标工作中的有关问题和项目承办单位具体工作。

7. 负责与有关招标（采购）部门的协调工作，参与物品、设备、设施的验收。

8. 建立并逐步扩充完善“潜在投标人信息库”、“评标专家库”，并根据投标人及评标专家的情况实行动态管理。

9. 负责招投标有关文件资料的立卷及归档工作。

10. 建立和维护徐州医学院附属医院招投标管理网站。

11. 完成领导交办的其他工作。

财务处

1. 在院长以及分管院长的领导下，负责医院财务管理工作。

2. 建立健全各项财务管理制度，并根据业务变化及时修订。

3. 贯彻中央八项规定，执行财经纪律和财务规章制度，坚持开源节流、勤俭办事的原则，合理组织收入，严格控制支出。

4. 按照医院财务制度和会计制度要求做好会计核算工作，按时编报会计报表、利用财务数据开展经济活动分析，为医院经济管理和经济决策提供支撑。

5. 组织、协调全面预算管理工作。科学合理编报预算，严格预算执行和调整，加强预算考核，确保医院发展目标顺利完成。

6. 强化成本管理。依据成本核算管理办法和实施细则开展成本核算工作，不断优化成本核算体系，按时编报成本报表，利用成本核算数据开展成本分析，采取措施有效控制成本。

7. 加强合同管理。参与重要经济合同的签定，审核合同经济条款，严格合同登记和执行管理。

8. 建立健全医院价格管理制度，负责收费执行情况检查、考核以及收费项目的维护等工作。督促临床、部门按照国家标准规范收费，避免多收、漏收。

9. 加强资产管理，负责货币资产的日常管理，配合院内资产管理部门对房屋、设备、家具、药品、器械等国有资产实施监管，不定期抽盘资产，做到帐实相符，保证国有资产安全完整。

10. 全面推进医院内部控制建设，规范医院内部经济活动，防控经营风险，促进医院经济管理水平不断提高。

11. 做好工资薪金发放工作，准确计算、缴纳各类税款。

12. 加强医保（新农和）基金核算管理，及时核对各类基金发生、拨付并做好对比分析，促进医保资金及时回笼。

13. 加强财务人员培训，根据医院发展及时调整全院财务人员配置。

14. 完成上级交办的其它工作。

医疗保险管理办公室

1. 在院长领导下，负责各项医疗保险政策的宣传贯彻落实和医保业务管理工作。

2. 积极宣传医保政策，使本院职工和病人全面了解掌握并遵照执行。

3. 建立完善我院与现行医保政策相匹配的各项管理制度，保证医疗保险制度的顺利实施。

4. 检查督促各科室严格执行医保的各项政策和规章制度，按照现行医保政策和管理规定为病人提供医疗服务，办理相关审批手续。

5. 认真做好医保病人的咨询服务工作，及时协调解决医保病人在就医过程中遇到的各种问题。

6. 进行医保工作调研，不断总结经验，及时向市医保管理部分反馈信息，提出建议和意见。

7. 配合财务处、信息中心做好医保病人结账和医保管理信息的统计分析、上报工作。

8. 完成领导交办的各项临时性任务。

对外合作与发展处

1. 在院长以及分管院长的领导下，负责全院对外合作工作，包括与江苏省内及省外的各市、县职工医保、居民医保、农村合作医疗办公室签定定点医疗机构协议、报送账单、结算回款。

2. 与江苏省内县医院、乡镇卫生院签定医联体协议。

3. 撰写医疗市场分析报告，提出改进医疗服务的意见，提供可行性研究分析方案等，为领导决策提供建设性依据。

4. 制定对外合作与发展计划，制定徐医附院医联体章程等经党委会批准后组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

5. 通过市场调研，积极推进医联体建设。

6. 与其它单位签定急救绿色通道协议，协调相关部门及科室开通绿色通道。

7. 每月对各县区医疗市场运行情况进行汇总及分析，上报给院领导。

8. 负责办理院领导临时交办的各项任务。

信息中心

1. 在院长以及分管院长的领导下，负责全院信息化建设和管理工作。

2. 根据基本现代化医院建设发展要求，按照卫生部《医院信息系统基本功能规范》规定，在充分调研论证的基础上，拟定医院信息化发展规划和分步实施计划并认真组织，定期督促，按时总结汇报。

3. 负责医院计算机的软件管理、软件开发。联合财务处、门诊部、医务处、护理部等部门实现医院医疗信息化、管理信息化和财务信息化。

4. 负责全院计算机和网络系统设备安装、调试、维护、保养和职工计算机技术培训指导工作，确保计算机网络信息系统正常运行，负责全院计算机网络安全、保密管理工作，确保医疗数据准确安全。

5. 按时完成医院各种统计报表的填写上报工作，做好临床信息与管理信息的采集、整理、传输、汇总、分析，做到内容真实、完善、准确，并及时分析、反馈和利用，为领导决策提供依据。

病案统计科

1. 在院长以及分管院长的领导下，全面负责医院病案信息的管理工作，密切配合临床教学和科研。
2. 根据医院建设发展要求，制定病案统计管理工作的各项规章制度、岗位职责和科学的专业的 workflows，设定病案统计科发展计划，促进病案信息学科建设与发展。
3. 负责病案催交签收、整理装订、病案首页填写质量控制、分类编码工作和病案信息管理系统维护。
4. 负责归档住院病历的框架质控工作，发现缺陷不足及时反馈，并检查持续改进效果。
5. 认真执行卫生统计报表制度，核实门诊和住院各科室工作报表，并及时完成各级卫生行政部门网络直报工作，定期向院领导提供医疗质量和效益指标。维护和提高病案统计管理系统功能，配合信息中心建立医院数据统计中心。
6. 负责归档病案入库、上架、借阅工作，做到归档病历示踪入库，逐份核对上、下架病案，保证病案追踪有记录。
7. 负责病案复印工作。认真核对被复印人员的身份，并做好来访人证件登记及保存工作，严格执行病案复印管理制度。
8. 协同医务处病案书写质量监控工作，协助“病案管理委员会”进行优秀病历及不合格病历展评活动，参与医务处组织的病历抽查、评审工作。
9. 完成上级交办的其他工作。

图书馆

1. 在院长以及分管院长的领导下开展图书期刊数据库的管理工作。
2. 根据医院的发展规划和实施措施来制定图书馆的发展规划、年度经费预算、业务工作细则，组织实施并督促检查。
3. 统筹规划医院图书情报工作。
4. 吸取国内外附属医院图书馆先进经验，使各项业务工作规范化、系统化、现代化，发挥对附属医院医教研等方面的支撑作用。
5. 积极参与图书馆情报的学术研究和交流工作，处理馆际协作事务。
6. 审定数据库、书刊和设备的购置计划并上报医院。
7. 协同保卫部门做好图书馆的安全工作。
8. 完成医院领导和上级交办的其他工作。

医疗设备管理处

- (一) 根据国家、省有关规定，建立完善**医用**设备管理工作制度并监督执行；
- (二) 负责医用设备发展规划和年度计划的组织、制订、实施等工作；
- (三) 负责医用设备购置申请、验收、报废鉴定等工作；
- (四) 负责医用设备的维修、维护、质控、计量等工作，保障医用设备正常使用；
- (五) 收集相关政策法规和医用设备信息，提供决策参考依据；
- (六) 组织医用设备管理相关人员的专业培训；
- (七) 负责医用耗材新品申请登记及临时使用申请的审核；
- (八) 负责医用耗材的月度采购计划及临时采购计划的汇总及审核；
- (九) 负责医用耗材的存货管理、配送、统计等工作；
- (十) 医院安排的其他管理工作。

总务处

1. 在院党委行政的领导下，面对时代发展现状和医院发展目标，掌握现代管理理论，更新管理理念，运用科学的管理方法，对后勤保障工作实行全面管理。
2. 依据国家有关法律法规及医院有关规章制度制定部门的各项条例、规程和制度。
3. 及时传达上级部门和医院领导的指示精神、具体要求并落实执行，对责任内的工作进行总体规划、

实施、监督和管理。

4. 对于发现的重大问题、隐患、处理意见和结果以及对重大事件、大额支出等事宜及时向上级汇报。
5. 负责全院的能源供给保障，即对水、电、暖、冷、等医院所需能源及其应用的设备进行全面、安全、正常运转有效维修保养的管理。
6. 负责食堂的管理。
7. 负责污水处理工作并达到国家规定的标准，健全设备使用管理档案，保证设备运行处于良好状态。
8. 负责后勤物资保障、供应和管理工作的，健全物资申购、验收、保管、发放等制度，并督促执行。
9. 负责医院基本建设的分步实施计划及新、扩、改建工程的计划管理和实施工作，使医院建筑适应医、教、研、防发展的需要。
10. 组织全体职工参加全员素质培训及各专业技能培训 and 演练。
11. 对全体职工进行安全生产、劳动保护、医院感染等方面的法律法规教育。
12. 设立安全网络，明确安全责任，组织安全演练，协调有关突发事件的处置。

病房管理科

- 1、在院党委及分管院长的领导下，负责全院的病房管理工作。
- 2、负责医院卫生保洁质量的监督检查，依据各临床科室的卫生保洁服务质量考核表，定期对保洁公司的卫生保洁质量进行考核评分，每月汇总各保洁公司的考核情况，并根据《徐州医学院附属医院卫生保洁服务合同》与保洁公司进行保洁服务费用结算。
- 3、严格按照《中华人民共和国特种设备安全法》规定对本院所有电梯进行保养维护；加强对电梯司机的管理，严格执行《电梯司机操作规程》，确保医院电梯安全运行工作。
- 4、圆满完成临床一线的医疗织物的清洁、供应及使用管理工作；监督检查外包医用被服洗涤公司的洗涤及服务质量。
- 5、保证临床一线的医用氧气、特种气体、中心吸引、压缩空气、电子传呼系统及物流传输系统的正常使用、维护及管理工作。
- 6、负责临床外送工作的管理与协调，督导临床外送人员及时收集运送各类检验标本、各类单据、凭证、资料及小件物品。
- 7、按照《医院标识标牌管理制度》制作并维护好医院的标识标牌，标识用字规范、清楚、醒目，导向清晰明了。
- 8、多措并举，努力为住院病人及家属提供优质便捷的服务工作。

随访办公室

- 1、在院长领导下，负责全院出院患者的随访管理工作。
- 2、制定本部门年度工作计划，经院长审批同意后组织实施，定期汇报。
- 3、建立健全各项随访工作制度及工作流程，组织实施，以确保随访工作落实到位。
- 4、对所有出院患者以多种形式进行随访，将随访结果分类汇总，反馈到临床科室及相关部门，并协调处理。
- 5、为不断满足随访工作需求，逐步实现出院患者随访工作的信息化智能化管理。
- 6、负责全院随访手机的正常使用管理、后勤保障服务工作。
- 7、设计制作临床“爱心随访、预约复诊卡”，及时向出院患者发布医疗服务信息，健康服务热线24小时为患者提供康复指导与咨询。
- 8、定期对全院随访工作进行总结评价，兑现奖惩。针对存在的问题，分析原因制定整改措施并落实，不断提高随访质量。
- 9、及时完成领导交办的各项临时性、指令性工作。

保卫处

一、对职工进行遵纪守法和“四防”安全教育，与有关科室协同做好对违法人员的帮教工作，对于需

要处理的违法、犯罪分子，调查核实整理材料并上报。

二、积极预防和打击犯罪活动，同一切扰乱内部治安秩序和违反治安管理条例的行为作斗争，维护好医院的正常工作、生活秩序。

三、积极督促保安、巡逻、消防等制度的具体落实，协助医院领导检查各项治安管理制度的执行情况，发现漏洞及时报告，督促有关科室迅速整改。

四、建立安全检查制度，组织安全检查，落实防范措施，及时排除各种灾害隐患。

五、遇有重大灾害事故，积极参加抢救并配合事故调查。

六、及时侦破医院内发生的盗窃、破坏案件。

七、完成院领导和公安机关交办的其他任务。

第三章 行政工作人员职责

院办公室主任职责

1、在院长领导下，负责全院的秘书、行政管理工作。

2、安排各种行政会议，做好会议记录，负责综合医院的工作计划，总结及草拟有关文件，并督促检查其贯彻执行情况，向院长汇报。

3、负责领导行政文件的收发登记、转递传阅、立卷归档、保管、利用等工作。

4、负责本科室人员的政治学习，领导有关人员做好印鉴、打字、外勤、通信联络、行政用车安排、人民群众来访来信处理及参观和外宾的接待工作。

5、负责院长临时交办的其他工作。

办公室副主任协助主任负责相应的工作。

院办公室干事职责

1、在办公室主任领导下，负责办公室日常事务处理、工作联系和内勤及外勤服务等工作。

2、协助主任负责所属各班组的管理和工作任务安排，并检查督促其完成情况。

3、负责医院内外工作联系、电话通知、信息传递、公务答询、群众来信处理和来访接待、参观和外宾接待、印章管理等工作。

4、负责安排落实院长接待日、院总值班、节假日行政值班等工作。

5、负责院行政办公用品和院办公室办公设备、物资的计划、请领、保管和帐务管理工作。

6、协助主任负责本室人员的政治业务学习。

7、及时完成办公室主任交办的各项临时任务。

人事处长职责

1、在院长领导下，负责医院人事管理工作。

2、根据医院编制原则，结合本院工作实际和各专业特点，合理调配和使用各方面的人员，并承办人事调配的各项手续。

3、根据人事分配制度改革的相关政策和规定，拟定医院人事分配制度改革方案，经批准后，具体组织实施。

4、实施院、科两级聘用制，建立健全岗位聘用标准和实施办法，完善聘用合同和手续，加强聘用后续管理，并负责聘用工作的监督、鉴证和管理工作。

5、负责干部、职工的培养、考核、晋升、职称评审、奖惩和工资调整等工作。

6、负责办理人员的调入、调出手续。对新进人员实行人事代理制。

7、按照国家规定，做好工作人员的退职、退休和离职休养工作。

8、负责职工劳动考勤、假期审批管理和其工资福利待遇执行标准的落实。

9、负责人事档案管理，建立健全档案管理制度，做好人事档案的收集、整理、立卷、归档和保管利

用工作。

副处长协助处长负责相应的工作。

人事处干事职责

- 1、在处长领导下，负责人事处各项具体事务的处理工作。
- 2、协助搞好全院科室设置、人员编制、用人计划、人事调配、人事分配制度改革方案的制定和具体实施工作。
- 3、负责工资、福利调配管理等工作。包括工资福利的调整、计算、审核、统计、上报及考勤、住房补贴、公积金的计算、审核、发放等工作。
- 4、协助搞好出国人员管理工作，受理出国（境）人员的申请报告，按规定办理职工出国（境）手续，处理外事信件和接待有关外事来访。
- 5、负责全院职工的专业技术职务考评、聘任及转正定级工作，协助搞好学历管理和人才培养。
- 6、负责全院职工退休、返聘手续的办理工作。热情接待并妥善处理退休职工的来信来访，组织退休职工开展有益健康的文体娱乐等活动。
- 7、协助做好职工的考核、鉴定、奖惩工作。负责全院职工人事档案收集、整理、归档工作。
- 8、负责人事处的印鉴管理和内勤工作。
- 9、完成处长交办的临时性任务。

医务处长职责

- 1、在院长领导下，负责全院医疗管理工作。
 - 2、拟定医疗业务发展计划，经院长、副院长批准后组织实施。经常督促检查，按时总结上报。
 - 3、建立健全医疗工作制度、技术操作规程和医疗、医技人员岗位职责，并经常检查、督促其严格执行。
 - 4、建立健全医疗质量管理组织和质量监控部门，制定医疗质量管理方案，完善质量管理内部约束机制，进行医疗安全教育，定期对医疗、医技、药品、病案质量管理进行监督、检查、评价，提出改进意见。
 - 5、支持并协助临床、医技科室开展新技术、新项目。组织协调重大急危重病人的抢救、疑难病人讨论、重大手术讨论和院内、外会诊工作。
 - 6、加强门、急诊管理，改善服务态度，简化工作流程，健全急诊“绿色通道”，提高门、急诊医疗服务质量。
 - 7、制定防范、处理医疗事故的预案，预防医疗事故的发生，减轻医疗事故的损害。对发生或发现医疗事故、医疗过失行为或医疗事故争议的，立即组织调查、核实，按规定程序如实向院长、分管院长或卫生行政部门报告，并向患者通报、解释。
 - 8、负责组织实施对全院医务技术人员的业务培训和考核。协助人事处做好卫生技术人员的晋升考核、及执业医师注册工作。建立医务人员技术档案。
 - 9、负责组织实施临时性院外医疗任务和对基层医院的技术指导工作。
 - 10、领导医务处所属人员的政治业务学习，提高医疗管理能力和水平。
- 副处长协助处长负责相应工作。

医患沟通办公室主任职责

- 1、全面负责医疗纠纷处置与防范工作，向医务处处长和分管院领导负责。
- 2、根据院领导的指示精神，及时制定出医患沟通办公室的工作计划，并做到定期有总结汇报。
- 3、领导组织办公室全体工作人员，接受患者医疗纠纷投诉，及时深入调查，拟定处理方案，向院领导及时汇报，及时执行院领导的处理意见。
- 4、组织本部门积极配合卫生行政部门，信访部门，医疗纠纷人民调解委员会等部门的医疗纠纷调解、接访工作。
- 5、全面负责组织、协调各相关科室和法律顾问做好医疗纠纷诉讼和医疗损害（事故）鉴定工作。

- 6、组织召开院医疗安全委员会会议工作
- 7、组织做好全院高危、重大手术患者二次沟通和评价工作。
- 8、配合医疗质控部门，做好医疗纠纷防范工作。
- 9、配合宣传部门，做好媒体的医疗纠纷相关采访、沟通工作。
- 10、组织做好全院医务人员医疗安全和医疗法律法规培训和医疗纠纷讲评工作。
- 11、做好上级领导交办的其他工作。
- 12、副主任协助主任做好相关工作

医患沟通办公室干事工作职责

- 1、在主任领导下，办公室工作人员互相分工合作，共同完成办公室日常工作。
- 2、完成投诉接待，来信、来访、来电投诉，负责接收、处置信访部门等各种渠道转交的投诉，并及时汇报。
- 3、坚持首诉负责制，对不属于本部门受理的投诉，负责联系协调相关部门受理。
- 4、做好各种渠道的投诉登记，投诉谈话记录，投诉电话记录，医疗纠纷评估记录，二次沟通记录及各种会议记录。
- 5、及时向医疗纠纷责任科室送达投诉材料，告知医疗纠纷反馈书面材料的期限，并及时督导医疗纠纷答复材料的反馈。
- 6、负责医疗纠纷医患沟通安排和通知医患双方人员工作。
- 7、负责病历资料的调取、复印、登记和保管工作。
- 8、为医疗安全委员会会议准备相关材料，负责会议讨论意见汇总工作。
- 9、完成医疗纠纷调查、取证、分析、并拟定初步处理意见。准确、及时向相关各方反馈医疗纠纷调查情况和处理意见。
- 10、配合相关部门，组织医疗纠纷科室责任人和法律顾问做好医疗损害（事故）鉴定准备工作，并参与鉴定工作。
- 11、积极参与并配合法律顾问做好医疗诉讼案件的应诉和相关诉讼材料准备工作。
- 12、负责办公室各类文书和视听资料的收集、整理、复制、保管工作，及时整理文书档案和电子档案并做好归档工作，加强各种档案管理和安全，严格执行各类文书、各类物品的送达、交接签收手续。
- 13、做好高危、重大手术二次沟通安排和记录、汇总、分析、总结工作。
- 14、每季度对医疗纠纷工作进行分类、分析、总结，并提出初步医疗纠纷防范建议。
- 15、负责院内医疗不良事件上报、汇总、分析工作。
- 16、负责草拟年度总结，年度工作计划，经主任修改后上报分管院领导。
- 17、做好医疗安全和医疗法律培训工作。
- 18、做好后勤保障工作，负责领取办公室各种物品。
- 19、完成主任交办的其他工作。

应急办主任职责

- 1、根据分管院长和医务处的指令，拟定全院医疗应急管理工作计划和工作总结，经医院领导批准后，组织实施工作计划。
- 2、主持编制和修订各类突发公共卫生事件应急预案，组织应急演练。
- 3、完善各类突发公共卫生事件应急处理工作程序，作好应急处理准备。
- 4、负责协调院内、外和院内各部门、各科室间的应急工作。
- 5、负责卫生应急相关信息的收集、上报、统计、分析、监测和预警。
- 6、负责组建本院应急队伍，适时调整队伍成员。
- 7、在医院的统一指挥下，负责各类突发公共卫生事件的紧急处置。
- 8、根据医院具体情况制定卫生应急物资储备目录，定期对应急物资和设备储备有检查；
- 9、制定应急技能培训及考核计划，定期对各级各类医务人员应急知识、技能和能力的培训，组织考核。

- 10、组织对院内临床、医技科室应急管理工作检查与监管，提出持续改进措施，撰写评估报告和总结。
- 11、协调上级行政部门交办的重大赛事、重要活动、重要假期医疗保障等指令性工作任务。
- 12、完成医院领导交办的其他工作任务。

科技处处长职责

- 1、在院长及分管院长的领导下，负责全院的科研管理、学会任职、科研实验室管理、学科与人才建设、伦理委员会等工作。
- 2、负责编制全院科学技术发展规划及年度计划，经院长批准后组织实施，经常督促检查，按时总结汇报。
- 3、组织重点学科和重点人才的评审，落实重点学科和人才的建设计划。
- 4、定期检查和督促国家、省、市、院级科研项目的运行，对所存在的问题及时请示、汇报和研究。处理、监控管理的内容如下：
 - (1) 负责组织全院科研课题的申报、评审和院内外科技协作。受理并组织科研项目协作。
 - (2) 组织全院科学技术成果（含新技术引进）的申报，落实相关激励措施。
 - (3) 负责科研经费的管理，协同财务处对经费的使用进行监管。
 - (4) 促进科研成果的转化，组织申请专利或新药证书。
- 5、组织开展院内外学术交流，负责办理参加学术会议和外投稿件的审批手续。
- 6、负责全院科技档案的收集、整理、归档和向院综合档案室的移交工作。
- 7、规范全院科研实验室管理工作，定期排查实验室安全隐患，保证实验室人员财产安全。
- 8、对本院实施的涉及人的生物医学研究项目的科学性和伦理合理性进行独立、称职和及时的审查、监督。组织开展相关伦理培训。
- 9、安排好各级学会任职工作。
- 10、及时完成领导交办的其他各项工作。
- 11、副处长协助处长做好相关工作。

科技处干事职责

- 1、在科技处处长领导下进行工作。
- 2、负责科技处办公室日常事务处理工作，做好文件收发、登记、来往接待、证章管理、稿件审阅登记和科技档案收集、整理、归档等工作。
- 3、协助处长做好各级科研课题、科技成果、学会任职的申报和管理工作，做好医院学科和人才建设相关工作。
- 4、做好科研课题伦理审查审查工作。
- 5、做好科研实验室安全管理工作。
- 6、完成科技处处长交办的其他工作。

教育处处长职责

- 1、在院长领导下，负责毕业后教育和继续医学教育管理工作。
- 2、制定住院医师规范化培训和继续医学教育发展规划及年度计划，经批准后组织实施，经常督促检查，定期考核评估，按期总结汇报。
- 3、协助院长组织落实住院医师规范化培训专业基地建设及评审申报工作。
- 4、定期检查和督促住院医师规范化培训专业基地各项带教工作。
- 5、组织安排全院医技人员毕业后教育和继续医学教育工作。做好各级继续教育项目的申报并组织实施工作。
- 6、负责省级进修基地和进修医生的管理工作。副处长协助处长做好相应工作。

教育处干事职责

- 1、在教育处处长领导下进行工作。
- 2、负责教育处办公室日常事务处理工作,做好文件收发、登记、来往接待、证章管理、稿件审阅登记和科技档案收集、整理、归档等工作。
- 3、协助处长做好住院医师培训、继续医学教育和进修医师管理等工作。
- 4、协助处长做好继续教育的项目管理、学分登记工作,为办好国家及省级继续医学教育作好管理工作。
- 5、协助处长做好进修医生管理工作。
- 6、完成教育处处长交办的临时性工作。

门诊部主任职责

- 1、在分管院长的领导下,负责门诊医疗、教学、护理和行政管理工作。制定门诊管理工作计划,经院长批准后组织实施,经常督促检查,按期总结汇报。
 - 2、负责组织协调门诊患者的诊治和疑难患者的会诊工作,遇大批外伤、中毒、传染病等突发事件时,及时上报分管院长并采取相应措施。
 - 3、定期组织对门诊各科室门诊病历、处方进行监督和质量检查工作,分析评价,及时通报反馈,落实整改措施。督促检查医务人员贯彻各项规章制度、医护常规技术操作规程,不断提高医疗护理质量,严防差错事故。
 - 4、整顿门诊秩序,优化服务流程,落实门诊便民服务措施,协调解决患者就诊时出现的各种问题,方便患者就医。
 - 5、定期组织门诊病人满意度调查,及时处理、汇总、分析和反馈,提出改进措施,提高医疗服务质量。
 - 6、根据门诊流量的实时监测,掌握门诊各科医生出诊情况和就诊患者动态,合理调配人力资源,做好门诊和辅助科室的协调配合工作,保障患者就医。
 - 7、接待和处理门诊方面的群众来访、来信、来电工作,妥善处理医患纠纷。
 - 8、负责督促指导门诊各科做好消毒隔离、疫情报告、卫生保洁、健康教育、卫生宣教等工作。
 - 9、及时完成上级领导交办的各种临时性、指令性任务。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

门诊护士长职责

1. 在护理部、科护士长和门诊部主任领导下,负责门诊护理行政管理。
2. 根据护理部工作计划,制定门诊具体计划,并组织实施。负责护理人员的分工排班,经常深入各诊疗区 and 治疗区域检查护理服务质量。对复杂的技术亲自执行或指导护士进行操作,搞好传、帮、带,不断提高技术水平。
3. 督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程,严防差错事故的发生;检查指导各诊室做好开诊前准备及健康教育。
4. 督促护理人员改善服务态度,经常巡视,观察患者病情变化,对较重的患者应提前诊治或送急诊室处理。
5. 督促卫生员保持门诊环境整洁,做好消毒隔离工作。
6. 组织护士学习新技术、新业务。不断提高护理人员的业务水平和综合能力。
7. 负责协调和处理各种医患、护患之间的矛盾,维持良好的门诊就医秩序及就医环境。

门诊部干事职责

- 1、在门诊部主任的领导下,做好门诊日常协调工作。
- 2、负责处理门诊部办公室日常事务工作,做好群众来访接待、医患纠纷的调解处理、咨询服务、预约管理等工作。
- 3、协助主任定期检查门诊病历和门诊处方质量,督促导医人员每月发放病人满意度调查表,并将检

查结果及时汇总、分析，分别上报改革办、行风办等相关部门。

- 4、负责收集各科医生排班表，及时做好专家门诊调整、编排和宣传工作。
- 5、协助主任做好门急诊日工作量和专家门诊工作量的统计、上报工作。
- 6、协助主任根据门诊人流量合理调配人力资源，以满足患者就诊需求。
- 7、督促指导门诊各科室做好环境卫生、就诊秩序、疫情报告、健康教育等工作。
- 8、负责门诊部和门诊服务中心物品的计划、领取、使用和保管工作。
- 9、协助主任及时完成各类台账记录，做好各种资料的档案的管理工作。
- 10、完成领导交办的各种临时性、指令性任务。

门诊办公室值班人员职责

- 1、门诊办公室值班人员实行挂牌上岗，协助门诊部主任做好门诊科室的日常行政管理工作。
- 2、耐心解答患者的就医咨询，及时处理门诊发生的各种突发情况。
- 3、负责门诊患者投诉来访、来电的接待、调解和处理工作。
- 4、负责巡查各科室工作人员行为规范、劳动纪律、医疗秩序等各项工作的开展情况，发现问题及时与相关科室沟通协调处理，并做好相关记录。
- 5、根据门诊流量的实时监测情况，及时与相关科室联系，缩短病人就诊等候时间，做好门诊和辅助科室的协调配合工作。
- 6、做好值班工作日志和交接班工作。

门诊导医工作职责

- 1、严格遵守劳动纪律，提前 10 分钟到岗，着装整洁，佩戴胸卡，文明用语，礼貌服务。
- 2、热情、主动的接待患者及家属。引导患者刷就诊卡排队等候，准确指引患者到相应的科室。
- 3、主动为老、弱、病、残及行动不便的患者提供帮助，护送就诊。
- 4、正确引导患者检查、治疗、交费、取药、住院等各项就医流程。帮助患者使用自助机及各种手机终端服务，耐心回答患者提出的问题。
- 5、合理安排患者按顺序就诊，维持好就诊秩序，保证诊室内一医一患，保护好患者隐私。
- 6、为患者提供护理优质服务，提供各项便民服务。做好候诊宣教和健康宣教工作。
- 7、引导患者办理住院手续，必要时联系门诊服务中心导医护送住院。
- 8、医生工作站出现故障及时报修。
- 9、督促保洁人员做好卫生工作，随时保持诊室、桌面、地面整洁。整理医生使用过的器械、物品，协助分诊护士更换床单。
- 10、下班前，及时关闭水、电、门窗，做好安全检查工作，确保下班后诊区安全。

门诊部分诊护士职责

1. 在门诊部主任和护士长领导下进行工作，严格执行各项规章制度和技术操作规程。
2. 做好开诊前准备工作，保证诊室的清洁、整齐。
3. 协助医师进行检诊，按医嘱给患者进行相关处理。
4. 做好电子分诊叫号系统的指导工作，向患者宣传预约挂号的多种方式和注意事项，做好候诊宣教和健康宣教工作。
5. 经常观察候诊患者的病情变化，对病情较重或发生变化的患者应通知医生提前诊治或送急诊室处理。
6. 加强候诊区秩序管理，努力保持诊室内整洁、安静的就诊环境，诊室内做到一医一患。
7. 做好消毒隔离工作，防止院内感染。
8. 加强业务学习，参加“三基”培训，提高护理质量。
9. 为患者提供护理优质服务，提供各项便民服务。
10. 医生工作站出现故障及时报修。

11. 督促保洁人员做好卫生工作，随时保持诊室、桌面、地面整洁。
12. 下班前，及时关闭水、电、门窗，做好安全检查工作，确保下班后诊区安全。

门诊服务台护士职责

- 1、在门诊部主任和护士长领导下进行工作。
- 2、为患者提供优质护理服务，主动、微笑、热情、耐心地回答就诊者提出的各种问题,准确指导就诊方位。
- 3、负责门诊患者的预分诊、咨询及健康宣教工作。
- 4、负责门诊患者的预约挂号（现场预约、电话预约、网上预约、手机终端预约指导等）。
- 5、负责门诊患者的退费审核及病情证明盖章。
- 6、协助有困难的患者填写门诊病历首页楣栏。
- 7、指导患者自助打印化验报告单及协助有困难的患者打印报告单。
- 8、遇有行动不便及危重的患者协助家属送往相关科室。
- 9、负责准备和管理服务台各种用物及提供各项便民服务。
- 10、完成领导交办的其它临时任务，维持门诊大厅秩序，督促保洁员做好大厅及服务台内保洁工作。

门诊部预约管理工作人员职责

- 1、在门诊部主任领导下，负责门诊预约工作的协调、联系和管理。
- 2、按照预约工作相关规定和要求，负责收集、审核、整理医院各级专家的专家简历、专家门诊时间等资料，及时上传到各预约平台，随时调整更新专家信息，方便病人预约。
- 3、对于已办理请假手续的专家，及时对各种预约平台进行调整和维护，并通知服务台及相应分诊区。
- 4、负责我院专家书面请假单据的整理、保管工作。
- 5、主动收集患者对预约挂号服务的意见，及时向部门领导汇报，不断改进工作。

护理部主任职责

1. 在院长、分管院长的领导下，负责全院护理行政管理和业务管理。根据医院工作总目标，制定全院护理工作目标，总体规划和具体工作计划，有半年总结和全年总结以改进工作。
2. 负责在护理质量管理中贯彻质量方针和质量目标；负责护理质量控制程序文件的归口管理。
3. 拟定全年护理工作计划，并组织实施、评价、总结和反馈。
4. 负责按月重点分步实施计划，指导、督促各科执行并及时反馈。
5. 科学合理地分配和利用护理人力资源，负责院内护理人员的任、调、奖、惩工作。参与制定护理人力资源开发和人员管理方面的策略和方案。
6. 负责组织修订和完善护理常规、技术操作规程和质量标准，制定各级护理人员的岗位职责与护理制度，并指导、督促执行。
7. 定期组织检查和评价全院护理质量，有计划、有针对性地组织对院内各专科危重、疑难、甲类手术、死亡病例进行护理查房、会诊和讨论，保证护理质量持续改进。
8. 负责拟定在职护士继续教育及培训计划，组织全院护理人员的专业培训、考核。指导实习、进修人员的临床教学工作。
9. 负责护理部与其它部门间的协调与沟通，提请相关部门协调解决护理工作中的相关问题。
10. 组织护理科研计划申报、立项及护理新技术的推广工作。
11. 负责对护理用具和设备、物资的品质及先进性的调研，审核各护理单元提出的有关护理用品报批计划和使用情况。

副主任在护理部主任的领导下，协助护理部主任落实各项工作。

教学干事职责

1. 协助制定全院护理人员继续教育计划，并组织实施做好教学考核、学分管理和归档工作。
2. 协助安排与落实新护士岗前培训、“三基”强化培训、考核工作及落实规范化培训。
3. 参与实习护士的教学管理工作，包括见习、实习计划的制定、实习科室的安排、实习期间业务指导、培训、考核。
4. 负责对全院“三生”（实习、进修、见习期人员）进行临床实践质量评估及现场指导。
5. 负责并参与全院护理教学论文发表及各种科研项目的循证实践和资料收集、登记工作。
6. 负责全院护理教学、科研资料的归档和管理工作。
7. 负责其他事务性工作及其他临时性工作。

行政干事职责

1. 负责护理部各种文字资料收集和起草工作。
2. 负责各种文件的起草、登记、收发与保管，负责办公室报刊。
3. 负责护理论文投稿，发表论文及各种获奖项目登记工作和外来稿件的登记。
4. 负责全院护士注册、变更及再注册工作。
5. 负责办公用品的请领。
6. 负责护理部例会通知、记录工作。
7. 负责护理夜查房表格的发放、记录统计、及时反馈出现的问题。
8. 负责护理部网站更新及院内外宣传报道工作。
9. 负责参观、进修、来访人员接待、安排工作。
10. 负责其他事务性工作及其他临时性工作。

护理督导职责

1. 协助护理部对各级护理人员进行现场指导与考核工作，做好各科特殊、疑难、重大手术病例的护理现场指导工作。
2. 协助护理部开展新技术、新业务，制定护理常规、工作标准和临床路径。
3. 运用评估、检查、协调等管理手段，不断发现临床护理工作中现存和潜在问题，改进全院护理管理质量，确保医院护理环节质量监控得到有效实施。
4. 参与讨论、制订全院各级护理人员长期和短期在职培训考核及人才培养计划。
5. 指导护士规范化培训、教学、科研等工作。参与并指导临床护理循证实践以及护理论文的稿件初审、修改及投稿工作。
6. 指导临床护理教学实践，及时向护理部反馈实习、进修人员的培养现状及师资队伍建设方面的合理化建议。
7. 接受护士长及护理人员的业务咨询，指导其开展工作。
8. 及时反馈护理单元及相关协作部门对护理工作的意见和建议。

质控干事职责

1. 深入科室了解危重病人的病情，检查护理工作质量和效率，及时发现和指正环节质量中。
2. 参与对护理单元危重病人护理质量、护理文书书写质量的检查。
3. 定期抽查护理单元危重病人基础护理工作。
4. 定期对各护理单元的急救物品、病房管理、消毒隔离等情况进行全面检查，提出书面意见。
5. 实地了解病人对护理工作的满意度，做到有记录、有反馈。
6. 参与护士的“三基”理论及技能考核。
7. 负责其他事务性工作及其他临时性工作。

感染管理科科长职责

1. 在院长和医院感染防控及传染病管理委员会的直接领导下，负责全院感染预防与控制及传染病管理工作。
2. 据国家和本地区卫生行政部门有关感染及传染病管理的法律、法规及标准，拟订感染管理科的工作计划、院级层面感染防控及传染病管理各项制度，经委员会批准后组织实施，并定期督促检查，按时总结汇总。
3. 带领本科人员共同完成科室工作计划，积极开展感染防控的专题研究，认真贯彻落实感染防控及传染病管理制度，努力降低各项感染及传染病管理指标。
4. 负责组织全院各级各类人员预防、控制感染及传染病相关知识与技能的培训、考核。
5. 参与药事管理委员会关于抗感染药物合理使用的管理，协助拟定合理用药的规章制度，并参与监督实施。
6. 督促本科人员认真执行各项规章制度和操作规程，保证监测质量，及时有效地控制感染/传染病暴发、流行。
7. 组织本科人员的业务学习和技术考核，并对本科人员的晋升、奖惩提出具体意见。
8. 认真落实国家及省市医疗废物相关法律法规要求，组织对全院医疗废物收集、运送及暂存处的管理及污水处理情况进行监督检查。

感染管理专职人员职责

1. 严格执行医院感染防控及传染病管理工作计划，认真监督、检查医院及各科室医院感染防控及传染病管理规章制度落实情况。
2. 在科主任领导下，做好全院各级各类人员预防、控制感染及传染病知识与技能的培训与考核。
3. 通过“杏林感染实时监测系统”完成医疗保健相关感染全面综合性及目标性监测工作，定期对医院环境卫生学、消毒、灭菌效果进行监督、监测；及时汇总、分析监测结果，发现问题，制定相应的控制措施，并追踪督查落实情况。
4. 加强重点环节、重点人群、重点部位的感染防控工作，对感染/传染病疑似暴发、流行事件进行调查分析，提出控制措施，并实施及督察。
5. 熟练掌握感染预防与控制及传染病管理的新理论、新知识；及时了解国内外感染防控及传染病管理发展的现状；积极开展医疗保健相关感染的专题研究。
6. 定期对临床各科室的感染预防与控制及传染病管理质量进行督查，指导临床执行消毒隔离、职业防护等相关措施，督促检查重点部位及重点环节的感染预防与控制措施的落实。
7. 参与临床抗感染药物使用的管理，配合医务处对临床抗感染药物合理使用的督查。
8. 做好全院医疗废物收集、运送及贮存及污水处理情况的全程监督检查工作。
9. 在医院感染防控管理工作中应善于发现问题并及时向主管领导汇报。

医疗质量管理办公室主任职责

1. 在院长及分管院长的领导下全面负责医疗质量管理办公室工作，规范化、科学化、制度化管理医院医疗质量，不断完善和提高医疗质量管理的水平；
2. 负责定期组织对医院医疗质量管理体系运行情况进行检查；
3. 负责组织建立医院医疗质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈；
4. 负责组织实施医院医疗质量管理的各项制度；
5. 负责医院医疗质量考核指标的监测、预警，并组织落实持续改进措施；
6. 负责组织制定临床科室医疗质量考核指标并定期考核评价；
7. 组织协调医务人员医疗质量管理相关法律法规、核心制度、病历书写规范及质量管理工具的培训工作；
8. 负责院级医疗质控人员及科室质控联络员管理工作；
9. 负责各级专业质控中心管理工作，组织协调质控中心日常工作；

10. 认真完成由医院领导交办的其它工作。

医疗质量管理办公室干事职责

1. 在医疗质量管理办公室主任管理下开展工作；
2. 运用管理工具对医疗质量指标、风险数据、重大质量缺陷等资料统计分析、总结、反馈，并提出持续改进措施；
3. 负责特定（单）病种上报、病历质量控制、临床路径管理等医疗质量的督导检查；
4. 负责院级质控员质控任务的分配、考核工作；
5. 负责质管办与科室质控及临床路径等联络员的联系；
6. 积极参加医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范、质量管理工具的培训；
7. 督导挂靠医院的省级、市级专业质控中心质控工作的开展；
8. 负责协调参加省市专业质控中心各临床专科的质控工作，并提供质控相关指标数据；
9. 完成质管办主任交办的其他工作。

病案统计科主任岗位职责

- 1、在分管院长领导下，全面负责病案统计科的各项工作。
- 2、制定病案统计管理工作的各项规章制度、岗位职责和科学的专业的的工作程序，设定病案统计科的科室发展计划，促进病案信息管理学科建设与发展。
- 3、负责规划、申请病案统计科工作场所、基本设备和现代设备。
- 4、建立病案统计相关工作技术标准及质量标准，实时评估病案统计各项工作发展需求，及时做出适当的调整。
- 5、负责审批或起草各类因科室发展、人员培养、信息系统建设等需求向医院申请或请示报告。
- 6、督促病案统计人员遵守医院病案统计各项管理制度，对终末病历质量评审情况进行总结分析，定期向病案管理委员会汇报，以促进我院病历书写质量的全面提高。
- 7、根据现代病案管理及等级医院评审标准涉及病案管理的要求，定期向病案管理委员会汇报有关医院病案管理及服务工作中存在问题，并提出进一步整改措施。
- 8、推进医院病案管理信息化程度，逐步形成以病案统计管理信息系统为主，涉及病案示踪管理、病案复印管理、病案检索服务管理及病案退档管理等病案一体化管理信息系统。
- 9、推进医院病历质量管理信息化程度，逐步形成以电子病历系统全程病历质量监控，重点建立病案首页数据质量监控体系，保证医院病历质量及首页数据质量不断提高。
- 10、建立医院病案统计信息系统，对统计资料的整理、计算、存贮、传送、检索实现自动化处理，并对统计信息系统进行维护升级。
- 11、推进医院历史病案数字化及病理电子化归档建设，形成病案数据平台，逐步实现病案无纸化及复印自助化。
- 12、支持协调临床研究、流行病学研究涉及病案数据及统计分析。
- 13、统筹安排病案信息管理专业的科研和教学工作，加强病案统计骨干教师培养。
- 14、掌握国内外病案信息管理动态，积极开展经验交流，不断提高管理水平；组织指导病案人员进行业务学习，了解掌握病案管理的发展趋势。
- 15、组织征求临床科室及患者的意见和建议，不断提高病案管理服务质量，提高为职能部门、临床医务人员及患者服务意识。
- 16、参加院周会和其他相关会议，及时传达会议精神并组织执行；及时总结汇报医院的病案管理和医疗统计工作情况。

病案统计科编码员岗位职责

1. 在科主任领导下，认真履行病案相关法律、法规和规章，认真履行医院科室相关管理制度，出色地完成各项工作任务。

2. 编码员负责病案首页录入、国际疾病诊断分类编码和手术操作分类编码及首页填写质量控制等工作。
3. 病案分类编码要准确无误，疾病诊断分类编码和手术操作分类编码要依据国际疾病分类 ICD-10、手术操作 ICD-9-CM-3 开展工作。编写每一个疾病和手术编码时都要参阅病历内容，反复核对，确定无误时才能输入电脑，保证编码正确率达到 100%。
4. 编码员对病案首页的填写质量进行初级质控，每日编码录入结束后进行首页数据质量审核，发现问题及时与临床相关责任人沟通，在首页数据实时上报前修订。
5. 编码员发现首页诊疗项目填写缺陷及时与临床医师沟通，确保首页主要诊断及主要手术选择正确，保证其它疾病诊断和手术名称书写规范及正确排序。
6. 每月由编码组组长对编码正确性进行审核，对编码员编码正确率及编码错误类型进行分析总结，并提出整改措施。每季度由编码组组长统计编码员编码正确率，按照等级医院评审要求做出分析报告，并提出整改措施。
7. 熟练掌握病案资料的检索方法，认真做好医疗数据的检索工作，积极为医护人员晋升、临床科研等需求提供准确的病案数据资料，同时协助疾控、医保、医务处、随访办等各部门工作，提供准确的病案数据资料。
8. 做好病案服务管理、病案统计及数字化病案等信息系统维护工作，确保病案统计管理系统稳定运行。
9. 负责病案管理专业的专业课教学工作，做好实习生、见习生和进修人员的带教工作。同时做好各级医务人员国际疾病及手术操作分类编码培训，重点新进医务人员、规培人员及进修实习等国际疾病及手术操作分类编码培训工作。
10. 负责医院疾病分类编码及手术操作分类编码字典库与各级医疗质量监控平台字典库的编码对照工作。
11. 配合医务处完成医院疾病诊断、手术操作临床字典库修订工作，并负责各信息系统编码日常维护工作。
12. 为迎接国家、省、市各级各项检查工作提供病案资料。
13. 熟练掌握国际疾病分类 ICD-10、手术操作 ICD-9-CM-3，做到持证（编码合格证）上岗，熟练掌握本专业理论知识，了解国内外病案发展动态，加强学习，不断提高业务水平。
14. 严格保守病案中一切秘密，不得随意泄露患者隐私。
15. 完成科主任安排的临时性任务和医院下达的其他各项工作。

病案统计科病案管理员岗位职责

1. 在科主任领导下，认真履行病案相关法律、法规和规章，认真履行医院科室相关管理制度，出色地完成各项工作任务。
2. 病案管理员工作范围包括病案催交签收、整理装订、病案信息管理系统维护等。纸质病历经科室质控医生和质控护士审核无误后，由病区护士(长)通过病案示踪系统签出扫描处理后送交并与病案管理人员交接。
3. 严格按照《病历内容目录表》对出院病历进行排列顺序审核，并整理装订。
4. 在整理病案的过程中，检查是否缺页少项；检查病历中纸张及各种报告单张贴是否合格；检查病案首页数据填写规范性和准确性，发现问题，及时与临床医护人员沟通，尽快完善。
5. 病案管理员负责对已经回收病历而滞留在病房的病理报告、各种化验单、检查报告单等进行整理并及时存放病历中，确保归档病历的完整性。
6. 每日通过病案示踪系统发布逾期提醒，多渠道及时催交出院病历，确保病案 3 日归档率 >95%，7 日归档率达 100%。采用病案示踪系统，及时对回收的病历进行签收核对，确保无遗漏。
7. 每日对出院病历电子归档进行审核，保证出院病历电子归档率达标。
8. 每月对病案（包括纸质病案及电子病案）归档率进行考核，及时跟临床反馈，提出持续改进措施。
9. 每季度对病案（包括纸质病案及电子病案）归档率进行统计，并作出季度总结分析报告。
10. 做好电子病历和数字化病历日常管理工作，确保病历（病案）信息安全。
11. 作为教学医院，负责病案管理专业的专业课教学工作，做好实习生、见习生和进修人员的带教工作。

12. 协助医院医务处、临床等各科室迎接国家、省、市各级检查工作，为检查提供病案信息及病案资料。
13. 必须严格保守病案中一切秘密，不得随意泄露患者隐私。
14. 完成科主任安排的临时性任务和医院下达的其他各项工作。

病案统计科病案库房管理及复印人员岗位职责

1. 在科主任领导下开展工作，严格执行病案库房管理制度、病案复印制度、病案借阅管理制度、病案保密制度和病案室消防信息安全制度等相关病案管理制度。
2. 病案库房管理人员工作包括归档病案入库签收、上架、病案（纸质病案及电子病案）借阅和病案复印。
3. 定期检查库房内各种安全措施，及时排除隐患。要保持清洁、整齐、通风、干燥，防止病案霉烂、虫蛀和火灾。下班离开库房时，要关好门窗和关灭电源（包括计算机和复印机），确保病案库房安全。
4. 归档病历示综入库，逐份核对上、下架病案，做到病案追踪有记录、上架排列有序和病案零丢失，病案上架时要认真核对上架前后病历的病案号，实行留尾核对制，防止病历错误归档；归档病案排列整齐美观，保持松紧适度，防止病案破损，提高工作效率。每月中下旬对上架病历抽取全院出院人数的30%，保证上架准确率100%。保护好每一份病案资料，认真做好病案归档管理、调阅、借阅工作。
5. 严格遵守卫生部《医疗机构病历管理规定》要求，热情接待并耐心完成病案复印工作。根据复印者提供的病案复印（复制）申请单复印病历，认真核对被复印人员的身份，并做好来访人证件登记及保存工作。
6. 窗口病案服务人员根据复印申请人的要求进行病案客观内容的复印或复制，任何病案的复印必须在复印申请人在场情况下在病案复印室进行，并盖医院复印章证明。
7. 严把一人一号关，杜绝一人多号现象，及时归档每日复印病案，保证病案查找方便有序。
8. 病历封存要求医务人员、患者方、处理纠纷的职能部门三方同时在场，并在封存病历袋上签字，并贴上封条，由医务处专门人员登记保管。
9. 严格执行病案借阅制度，非本院工作人员不得查阅和外借病案。
10. 本院医务人员因科研、教学、晋升等需要查阅病案的，病案管理人员严格审核查阅申请并办理相关手续，在病案室内阅览相关病案，病案管理人员做好病案登记、核对、检查和阅后及时上架工作。
11. 严格按照医院相关管理规定，热情为临床医务人员、公检法、医保等人员提供纸质病历调阅、查询等服务，做好查询、借阅登记工作。
12. 负责审核本院医务人员病案示踪系统上提交借阅申请请求，预约外借病案，外借期限为3天。
13. 本院医务人员因检查等需要借阅批量病案，病案库管理人员按照借阅制度管理规定负责审核并办理相关借阅手续，按优先原则、时间顺序、日阅读量等，合理分批提供所需病案，借阅限期为1周。
14. 负责审核和开放电子病历系统阅览申请，由病案库管理人员放开阅览权限，并在24小时后系统自动收回权限。
15. 借阅病案过程中，实行登记本制度和计算机管理，借管双方都应在提交与归还过程中核对病案号与数量是否相符，并签字或病案示踪系统中身份登陆确认，每月催还外借病案，归还的病案当日上架，以便于病案的查找与供应，定期统计外借逾期归还病案按照医院相关管理制度进行处罚。
16. 定期对于病案库房管理及复印服务工作中存在的问题进行总结分析，并提出整改措施，逐步提高病案管理及服务质量。
17. 必须严格保守病案中一切秘密，不得随意泄露患者隐私。
18. 熟练掌握本专业理论知识，了解国内外动态，加强学习，不断提高业务水平。
19. 完成科主任安排的临时性任务和医院下达的其他各项工作。

病案统计科病案统计人员岗位职责

1. 在病案统计科主任领导下全面负责医院病案统计信息工作。
2. 病案统计人员必须认真贯彻执行《统计法》，对弄虚作假、虚构捏造，违反《统计法》的行为坚决抵制。

3、按时逐一核实门诊和住院部各科室医疗工作量，采集各医技科室的工作量数据，并录入统计系统，确保当日门诊、住院及医技报表及时准确无误。

4、及时整理各种统计资料，准确及时地完成医院门诊、住院、医技日报、月报等报表的录入、整理、汇总等制作工作，报送各业务行政部门。

5、病案统计管理系统中全面审核前日归档的出院病案首页数据的完整性、准确性及标准化，发现数据缺陷及时反馈给病案录入人员进行修订，保证医院出院首页信息上传各级医疗质量监控平台的质量，保证首页合格率达到95%以上，并逐步提高达到100%。

6、每日完成HQMS医院质量上报系统及省医疗医疗服务综合监管平台病案首页信息的上报，并及时完成病案统计管理系统内基础数据字典库的维护。

7、根据各级卫生行政部门有关病案首页管理的文件要求，调整病案统计管理系统内病案首页的结构内容及相关首页质控要求。

8、按时完成死亡病例的根本死因编码和死亡医学证明整理工作。

9、定期完成上级卫生行政部门要求的月报、季度报、半年报和年报等网络直报工作。

10、负责医院统计资料的整理、加工和保管工作，为各职能部门及临床科室提供各级各项检查所需医疗质量管理指标的相关数据及报表。

11、负责病案管理统计信息系统升级维护工作，协调完成系统与医院其他管理系统数据对接。

12、利用医院病案首页统计资料，开展医疗统计分析，进行定期或不定期的专题调查，写出专题调查报告，实行统计咨询与统计监督，为医院科学管理决策提供科学的依据。

13、努力钻研业务，熟悉本专业工作，运用现代统计学方法和计算机技术，帮助医务工作者分析临床科研数据，获取有价值的资料和信息，提高论文写作的水平。

14、保管好各种医疗统计资料，严格执行相关信息资料的保密制度。

病案统计科终末病案质控人员岗位职责

1、负责归档住院病历的病历书写质量控制工作，按照卫生部的《病历书写基本规范》、国家卫健委医政医管局《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》、江苏省卫计委《住院病历质量评审标准》《住院病案首页评分标准》及徐州医科大学附属医院病历质量管理规定，保证归档病案甲级率>90%，并逐步提高全院病案甲级率。

2、配合医务处组织专家组抽查重点病历（包括死亡病历、疑难危重抢救病历、新开展项目技术的病历、四级手术病历、超长住院日及医疗纠纷的病历）进行内涵质量监控，发现缺陷不足及时反馈医务处及相关临床科室，提出整改措施，并检查持续改进效果。

3、出院病历归档时按照《江苏省住院病历评审标准》全面进行电子质控，将不合格病历（乙级和丙级病历）及时反馈给临床各科室质控医师，督促其补充及完善。监测结果定期按照科室进行统计并上报医务处，按照医院相关病案质量管理规定进行奖惩。

4、重点监控出院病案首页数据质量，按照《住院病案首页评分标准》进行病案首页质量检查，定期反馈首页缺陷项目并提出整改措施，保证医院病案首页数据完整性、准确性及标准性，保证病案首页合格率95%以上，并逐步提高达到100%。

5、协同医务处不断加强病案书写质量监控工作，协助“病案管理委员会”进行优秀病历及不合格病历展评活动，参与医务处组织的病历抽查、评审工作。

6、负责每月督促检查病案管理技师工作质量（包括病历整理质量、编码正确率、病案归档率、上架率等）并汇总检查结果。

7、每月对终末病历质量检查结果汇总，对检查发现的病历缺陷项目进行分类统计和评分排序，并上报医务处质控科，按照医院相关病案质量管理规定进行奖惩。

8、每季度根据检查结果综合分析本院病案管理及终末病历质量检查发现的问题，上报医院病案质量及安全管理委员会，并提出进一步整改措施。每年度按照科室进行统计全院出院病案甲级率。

9、根据江苏省卫计委江苏省卫计委《住院病历质量评审标准》《住院病案首页评分标准》及《徐州医科大学附属医院病历质量管理》的要求，实时对医院电子病历系统提出住院电子病历归档终末质控需求，做到出院病案归档时全面电子质控。

10、认真完成学校安排的《病案信息管理》的教学任务，同时做好各级医务人员培训工作，重点新进医务人员、规培人员及进修实习等病案首页填写规范的培训工作。

11、必须按照病案保密制度严格执行，保守病案中一切秘密，不得随意泄露患者隐私。

12、熟练掌握本专业理论知识，积极参加各项继续教育项目，不断提高业务水平。

13、完成科主任安排的临时性任务和医院下达的其它各项工作。

改革办主任职责

1、在院长领导下，负责医院相关经济运行管理和科室绩效考核工作。

2、负责组织本科室人员政治和业务学习，贯彻执行国家法律、法规和财经纪律，以身作则，廉洁奉公，树立良好的职业道德。

3、分析医院及科室经济运行情况，深入调研，为领导决策提供准确可靠的信息。

4、根据医院经济运行情况和发展规划，牵头制定并不断完善绩效考核分配方案，经批准后认真组织实施，并负责改革方案相关政策的宣传解释工作。

5、负责组织开展科室运行分析和绩效考核，注重对医疗技术、医疗安全、服务质量等方面的综合评价，加强对科室成本控制的考核，促进科室节支降耗。

6、负责督促科室做好绩效津贴的分配发放工作，研究绩效津贴发放过程中出现的问题，提出解决办案和措施。

7、完成院领导交办的其他临时任务。

审计处处长职责

在院党委和院行政的领导下,主持审计处全面工作。

1、严格遵守《审计法》、《审计署关于内部审计工作规定》等审计法规及制度，依法开展内部审计工作。

2、依法建立健全内部审计规章制度并监督执行。

3、依据医院年度目标和经济活动情况，制定内部审计年度工作计划。

4、统筹处内各项工作，督促各项工作规范运作。

5、负责召开处务会议，组织业务学习。

6、审核各类审计实施方案、审计工作底稿、审计报告、审计意见书等。

7、负责内审质量控制、防范审计风险。

8、做好上级审计单位的协调和联系工作。

9、完成院领导交办的临时性任务及其它工作。

财务审计工作人员职责

在处长领导下，对财务收支、内部领导干部经济责任等所有非工程类经济活动进行审计和监督。

1、严格遵守《审计法》、《审计署关于内部审计工作规定》等审计法规及制度，依法实施审计业务；

2、实施财务收支、内部领导干部经济责任等所有非工程类经济活动审计工作。审计实施过程中，负责草拟审计实施方案、收集审计证据、实施审计取证与调查、做好审计记录、编制审计工作底稿、草拟审计报告。

3、审核非工程类采购项目招标文件，提出审计意见或建议。

4、监督院内非工程类项目招标采购工作。

5、及时完成审计项目资料的立卷、归档工作。

6、参与本处室质量管理，持续改进审计工作质量管理。

7、协助处长做好院内外协调、联系工作。

8、完成处长交办的其它工作。

工程审计工作人员职责

在处长领导下，对工程项目进行审计与监督。

- 1、严格遵守《审计法》、《审计署关于内部审计工作规定》等审计法规及制度，依法实施审计业务。
- 2、实施工程项目的事前审计，监督工程项目预算、招投标、合同管理，提出审计意见和建议。
- 3、实施项目事中审计，深入工程现场，对设置跟踪审计的在建工程项目的现场签证、设计变更和工程进度款的合理、合规进行审计监督。
- 4、对工程项目相关材料、仪器设备等大宗物资进行抽样审计，提出审计意见和建议。
- 5、对自审工程项目出具审计报告，对委托审计工程项目的审计报告进行质量监督和确认。
- 6、实施工程相关经济活动的专项审计。
- 7、及时完成工程审计资料的立卷、归档工作。
- 8、参与本处室质量管理，持续改进工程审计质量管理。
- 9、完成处长交办的其它工作。

外合处处长职责

- 1、在院长领导下，负责了解医疗市场的动态以及市场需求，负责行业内的市场信息，结付情况等收集，统计，分析医疗市场的运行趋势。
- 2、撰写医疗市场分析报告，提出改进医疗服务的意见，提供可行性研究分析方案等，为领导决策提供建设性依据。
- 3、制定对外合作与发展计划，制定徐医附院医联体章程等经党委会批准后组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 4、定期召开医联体会议，协调医联体上下级医院关系，改善服务态度，方便病人就诊，不断提高服务质量。
- 5、通过市场调研，积极推进医联体建设。
- 6、协助宣传部，通过健康讲座，义诊等活动，做好品牌推广与宣传工作。
- 7、每月对各县区医疗市场运行情况进行汇总及分析，上报给院领导。
- 8、按时完成院领导交办的各项任务。负责医联体单位的参观、进修、来访人员的接待及协调工作
- 9、副处长协助处长负责相应的工作。

外合处值班主任职责

- 1、值班主任代表“外合处”，实行挂牌上岗，坐班办公，不得擅自离岗。
- 2、负责值班时间电话接听、来访人员接待，来访人员的要求向处长汇报，按规定接待。（外合处有关工作接待由处长统一安排，值班主任实际办理，私人事务在值班期间不得办理。）
- 3、检查督促“外合处”日常工作，提醒大家注意水电气安全。
- 4、负责督促提醒账单报送人员账单领取、表格填写、车辆及司机安排等。
- 5、完成院里临时交办的各项事宜。

外合处干事职责

- 1、在外合处处长领导下工作。
- 2、负责处理外合处办公室日常的事务性工作，负责医联体建设具体实施。
- 3、协助处长及时做好各县区医保、农保的账单的报送及费用结付工作。
- 4、协助处长通过市场调研、医联体单位内部人员交流沟通，做好二三级医院转诊工作。
- 5、每月对各县区医保农合病人就诊及住院情况进行汇总，上报外合处长。
- 6、按时完成外合处长交办的各项任务。
- 7、协助副处长做好各项具体工作。
- 8、完成院里安排的各项临时性工作。

医保办主任职责

- 1、在院长领导下，负责本院医疗保险制度的实施和业务管理工作。
- 2、拟定医保工作计划，经院长批准后组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、宣传贯彻执行国家、省、市各项医疗保险政策和相关管理制度，健全医院配套实施管理规定和信息网络管理系统，保证医保工作的正常运行。
- 4、领导本科人员做好医保就诊病人的咨询服务工作，办理相关审批手续，及进协助解决在就医过程中的各种问题。
- 5、深入门诊和病区调查研究，了解情况，征求意见，及时向市保处反馈信息，提出建议和意见。
- 6、组织本科人员的业务学习和技术考核，并对本科人员的聘用、考核、奖惩提出具体意见。
- 7、负责本院职工子女住院医疗费用的审核报销工作。

医保办干事职责

- 1、在医保办公室主任领导下进行工作。
- 2、宣传贯彻医保政策，使本院职工和病人及时了解医保有关政策和管理规定。
- 3、做好本院与市医疗保险基金管理中心及医院各部门、各科室有关医保工作的协调，对不能解决问题，及时请示汇报。
- 4、做好医保就诊病人的日常来访接待工作，妥善解决医保就诊病人在诊疗过程中遇到的各种问题。及时做好医保相关信息的收集和反馈工作，为完善医疗保险管理制度提出建议和意见。
- 5、协助主任做好全院各科医保服务质量的自查考核工作，深入科室了解和掌握情况，检查并指导临床科室正确掌握并严格执行各项医保管理规定，对发现的问题妥善予以解决，或向科主任汇报，提出处理意见。
- 6、做好医保病人医疗费用的审核、结算并配合药剂科、信息中心、财务处分别做好药品分类、医保信息管理及与市医保处的帐务往来等工作。
- 7、协助主任办理医保相关的审批手续。认真做好参加工伤保险及生育保险人员来我院就医的医疗服务保障和结算报销工作；按照医保政策做好医保病人就医过程中使用蛋白、血液类制品及特殊诊疗项目的审批工作；督促各科室做好“医保大病救助申报单”的填报工作，并给予必要的指导；做好外地医保机构选择我院为定点医疗机构的接待工作，并为外地医保患者提供各项相关的服务
- 8、完成科主任交办的临时性工作。

国有资产管理处处长职责

1. 在分管院长的领导下，负责国有资产管理处工作。
2. 贯彻执行国家和上级主管部门有关国有资产管理的法律、法规、方针、政策。结合医院实际情况，制定医院国有资产管理办法和实施细则，建立健全规章制度并组织实施。
3. 根据医院整体工作安排，制定本部门工作计划并组织实施。
4. 加强队伍建设，做好全处职工的政治思想工作，组织业务学习，提高全处工作人员的思想觉悟、政治理论水平和实际工作能力。
5. 组织开展固定资产使用期间的经济效益分析。
6. 组织全院资产清查，健全资产档案，跟踪资产使用状态。
7. 管理医院资产的对外使用和处置，防范国有资产流失。
8. 完成医院领导布置的其他工作任务。

国有资产管理处资产会计岗位职责（财务处派遣）

1. 接收归口管理部门、采购部门转交的各项业务单据。
2. 办理固定资产入库前的财务验收。
3. 办理固定资产入库、出库、注销业务。
4. 编制固定资产有关的财务报表。

5. 按规定完成国有资产月报、年报的上报。

国有资产管理处资产管理岗位职责

1. 打印资产标签，现场核验固定资产并贴资产卡片。
2. 办理资产转移登记、资产管理责任人变更交接登记。
3. 办理固定资产损坏、丢失赔偿业务。
4. 对各科室兼职资产管理员进行业务指导。
5. 定期抽查盘点，监管固定资产账实相符情况。
6. 定期开展大型设备经济效益分析，跟踪重点设备运营情况。

国有资产管理处科室资产管理职责

1. 在科室负责人和国资处的领导下，负责本科室资产的日常管理。
2. 管理本科室资产明细账、资产卡片、房屋卡片。
3. 定期进行本科室资产状况自查，确保账实相符。
4. 办理本科室资产的实物验收、转移、交接、报废、报损、处置等。
5. 定期向国资处上报大型设备经济运营数据。
6. 完成医院统一安排的其他资产管理工作。

国有资产管理处房产管理员岗位职责

1. 参与新建、改扩建房产的验收、交接，办理有关手续。
2. 负责医院房产的编号、登记、打印房产卡片。
3. 监管房产对外使用、处置，办理相关申报手续。
4. 定期编制、更新医院房产清册。
5. 管理房产有关档案。

国有资产管理处资产处置管理员兼干事职责

1. 接收资产处置申请与技术鉴定报告。
2. 准备各类资产处置上报材料，接收上级批复。
3. 准备招标办进行处置招标所需材料。
4. 办理报废资产处置的实物交割。
5. 负责科室内部的日常行政事务与文秘工作；
6. 起草、签收、转发、催办各类往来公文；
7. 组织、协调会务工作，做好会议记录；
8. 管理科室印鉴与各类档案、资料；
9. 管理科室自用资产、办公用品、经费等。

采购中心主任职责

- 1、在分管院领导的领导下，负责物资采购工作。
- 2、建立健全采购中心工作制度和各类人员岗位职责，并认真督促执行。
- 3、组织采购人员做好市场的调研工作，实行公开招标和其他形式相结合的采购方式，保证采购工作质量，满足医疗、教学、科研工作的需要。
- 4、定期检查采购计划的落实情况及采购合同的履行情况，发现问题及时调查处理，并向招标采购领导小组报告。
- 5、定期检查采购档案及合同档案的建立情况，做到帐表相符，档案完整。
- 6、负责采购中心人员的政治和业务学习，不断提高采购人员的素质和业务能力，拒腐倡廉，秉公办

事，保证采购工作的顺利完成。

采购中心采购员职责

1、在中心主任领导下，严格执行《徐州医科大学附属医院采购管理办法》、《徐州医科大学附属医院货物与服务项目分散采购实施细则（试行）》等相关规定，按照申购计划完成物资采购任务，无计划不采购，质量不合格不采购，材质、规格、性能不清不采购；

2、采购活动中严格把好索证关，做好证照建档、存档。同时应调研市场动态，尽可能选择质优价廉、交货及时、信誉可靠的供货单位。不随意增加采购数量、更动供货单位、品牌、规格。如遇特殊情况及时请示采购中心主任、物资采购管理领导小组批准后采购；

3、涉及集中采购的药品、耗材和检验检测试剂等，要通过省平台进行采购；

4、对急需物资及时采购，最大限度地保证正常工作。贵重、专科性较强的物资，会同相关科室看样后采购。

5、严格执行行风和职业道德建设的各项规定，廉洁自律，不接受业务单位的宴请、馈赠、“回扣”及其他任何形式的好处费。

6、钻研采购业务知识，熟练掌握各类物资的采购业务。本着采购中心“一盘棋”、“分工不分家”的原则，采购员根据中心主任的安排，及时、认真地完成领导交给的任务。

7、遵守劳动纪律和规章制度，积极参加院科各项活动。

采购中心会计、内勤岗位职责

1、严格执行医院财务会计管理规定，做好会计资料的整理、报送工作。负责备用金支取及报账等工作。

2、按照档案管理的要求，负责收集、整理、装订、编制目录，保证采购档案标识清晰、保管安全、存放有序、查阅方便。工作变更时，应按规定办理档案移交手续。

3、做好后勤方面的工作，负责考勤、公文的收发、会议记录、学习记录等工作。

4、负责审核相关函件、合同的内容。

5、负责采购中心网站的维护、信息发布等工作。

6、建立办公设备登记帐册，做到帐册和实物相符。

7、协助主任组织业务、政治方面的学习活动。

8、上级交办的其他任务。

招投标办公室主任岗位职责

1、负责招投标办公室全面工作。

2、宣传党的方针、政策，认真学习、贯彻招投标有关政策、法规和条例。

3、建立健全招投标办公室的各类规章制度、工作纪律及廉政建设措施，并认真组织实施。

4、负责制定招投标办公室工作计划。

5、依照招投标办公室职责进行职责分工，并落实到人，确保招投标管理工作的顺利开展。

6、主持招标会议，按规定的程序组织医院招投标活动，负责审查招标项目申请、招标计划、招标方案等材料；监督投标资格审查、开标、评标等过程。

7、建立、完善、管理评标专家抽取系统，负责监督抽取评标专家。

8、受理招标活动中违法违规行为的举报和投诉，并及时向监督委员会汇报。

9、向主管领导报告工作，完成上级交办的各项工作。

招投标办公室干事岗位职责

1、负责招投标办的业务工作，安排招标工作计划，代理主任主持招标工作会议。

2、负责受理招标申请，审查招标文件及公告文本，对其规范性进行把关。

- 3、负责招投标办公室日常工作，发布招标公告。
- 4、做好开标会议的准备工作。
- 5、负责统计资料的收集，负责招标文件归档工作。
- 6、管理专家库及企业信息库。
- 7、管理招投标办公室网络主页，及时更新相关的内容。
- 8、完成领导交办的各项工作。

财务处长职责

- 1、在院领导领导下，主持财务处的行政、业务工作。组织医院的财务管理与财务监督工作。
 - 2、贯彻执行《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《政府会计制度》、《医院财务制度》等法律和法规。根据有关财经法规和制度，组织制订切合医院实际的财务规章制度、内部控制制度。
 - 3、对医院各项经济活动进行财务监督，防范财务风险。
 - 4、组织开展成本核算工作，加强成本管控，合理安排使用资金，提高资金利用率。
 - 5、贯彻执行国家物价政策，合理组织收入，落实收费公示制度，严禁多收乱收和故意漏收不收。
 - 6、按规定审核报送各类财务报表和分析资料，定期对医院的财务管理状况进行总结分析，为医院制定发展规划提供依据。
 - 7、主持编制医院年度财务预决算、制定预算执行计划及部门预算指标的分配，组织预算执行情况分析和调整工作。
 - 8、建立健全内部控制制度，保证经济活动合法合规，会计信息的真实可靠。
 - 9、督促、检查财务处各岗位的会计业务工作，组织对财务人员的政治理论学习和业务培训。
 - 10、完成领导临时交办的其他工作任务。
- 财务处副处长协助处长负责相应工作

主管会计职责

- 1、在财务处处长领导下，负责医院会计核算工作。熟悉并能正确执行相关财经法规、政策和《政府会计制度》，做好医院内部财务管理及会计基础工作。
- 2、审核会计凭证，包括会计科目的使用、摘要的规范以及附件的完整。做到账目清楚、内容真实、数字准确。
- 3、督促、检查财务处各岗位的会计业务工作。
- 4、核对总账与明细账，保证账账相符。核对与西院的各项往来款项。
- 5、负责会计科目的设置、变更，核算口径制定。
- 6、审核月度、季度、年度财务报表，编制指标数字对比表，对于数字异常反映，查找分析原因，提出建议并及时反馈信息，为领导决策提供依据。
- 7、定期进行财务报告分析，保证财务报表数字真实，计算准确，编表说明简明扼要，内容全面。
- 8、各类报表按时对外上报，并向有关领导及有关部门查询或提供会计资料。
- 9、月末整理凭证、报表，每年一次性打印账簿。
- 10、严格执行结算纪律，及时敦促清理债权债务。
- 11、定期抽查银行、现金等库存资金。
- 12、协助财务处处长做好决算编制、分析与评价工作。
- 13、协助财务处处长对外提供会计信息、迎接各项财务检查、完善与协调岗位各环节工作，加强职业道德和专业技能培训、建设医院会计人才队伍等工作。
- 14、协助财务处处长做好各项财务管理工作，完成临时交办的其他任务。

总账会计职责

- 1、严格遵守国家财经政策和医院制定各项财务制度，认真贯彻执行财政部制定的《政府会计制度》。
- 2、对每天出纳移交的原始凭证分类，将收入类和支出类业务分别整理。

3、对整理好的原始凭证进行账务处理，先收后支，按照核算口径分类入账，针对不同业务要求会计科目对应清楚、准确。

4、会计凭证应做到日清月结，数字真实，摘要完整易懂，账实相符。

5、会计凭证保证日期连续，凭证编号按顺序连贯，不得出现断号、空号、跳号。

6、会计凭证出纳签字、主管签字后打印出来，交付主管会计复核。

7、月末核对会计科目余额并作相应账务处理，发现问题及时解决。

8、期末结转损益类科目，确保结转完成后损益类科目余额为零。

9、月末对已审核无误的会计凭证进行对账、记账、结账处理。

10、编制月度、季度、年度财务报表和会计附注，做到数字真实、计算准确、内容完整、说明清楚。

11、按时完成领导安排的其他工作，参与财务学习和技能培训。

往来账管理岗位职责

1、认真贯彻执行《政府会计制度》，理清债权、债务，严格管理、及时清算；

2、根据已审核好的应付原始单据导入应付、应收系统，编制与往来款项相关的各项凭证，对往来款项进行明细分类核算，保证准确无误；

3、根据每月材料入库情况做付款计划并付款；

4、定期与供应商做好对账工作；

5、每月底及时催收资产、血库、科基金等报表、核对期末余额，保证报表数据与财务数据账账相符；

6、定期清理往来账（应付账款及其他应付款、其他应收款等），超过三年以上的坏账要清理。

7、月末核对相关科目总账、明细账余额后及时结账；

8、往来账复核：确保记账凭证、发票与验收单三者中金额、公司名称、会计科目与验收单物品对应一致，复核无误后审核盖章。

9、完成领导安排的其他工作。

财务稽核岗位职责

1、遵守国家财政法规、财务制度，审核票据合规性。

2、严格执行院内各项费用开支范围和开支标准，坚持原则，对一切经济事项，要事前逐笔审核，按预算定额控制开支，对不符合规定的不予报销，对符合规定的填制费用报销审批单。

3、按照医院费用审批制度，确定相应签字手续完备后，方可加盖“票据稽核”章。

4、按照《徐州医科大学附属医院经济合同管理制度（试行）》参与经济合同的管理，审核经济合同条款，对合同中不合理条款予以指出并作记录。严格按照合同规定支付款项。做好合同的归档保管工作。

5、完成临时交办的工作任务。

工资薪金核算岗位职责

1、根据上级规定和人事处的通知办理职工工资业务；切实做好工资等人员费用的发放工作；

2、按时编制工资表，做好存档、及时备份；

3、配合人事部门做好住房公积金及社保管理工作；

4、准确核算职工应缴个人所得税，并及时上报税务系统，完成其他税务工作；

5、完成每年人员费用部分预算工作；

6、完成临时交办的工作任务。

现金出纳岗位职责

1、做好库存现金的收付，随时记账，每日终了提交库存现金日报，日清月结。

2、逐笔核对当日收付款项，随时核对库存现金余额。

3、做好各种有价证券及收据的保管、发放及收据存根的登记整理工作。

- 4、在科研系统中登记科研经费收支情况，核对科研系统和用友账的明细是否一致
- 5、登记成本台账，登记会议收支辅助账。
- 6、核对本部及东院门诊、住院收费处病人费用结账汇总日报表。
- 7、完成临时交办的工作任务。

银行存款出纳岗位职责

- 1、严格执行银行存款结算制度，办理银行相关业务；
- 2、不准签发空白支票、空头支票和远期支票。支票丢失要办理挂失手续；
- 3、保管好银行印鉴等重要签章及密钥；
- 4、掌握各银行账户运行的状况，与银行保持沟通联系；
- 5、编制资金计划表，做资金计划，确保资金正常运转；
- 6、及时申报并使用国库资金计划，专款专用；
- 7、完成领导交办的其他工作。

档案管理岗位职责

- 1、每月 20 日前及时装订上月记账凭证，存放档案柜。做好日常档案调阅记录。
- 2、年度结束，及时打印出上年度全部明细账、总账，按照归档要求，装订成册。
- 3、将各类凭证、账簿、财务报告及其他类会计档案资料整理立卷，装订成册，编制移交清册，定期移交院档案室统一保管。
- 4、按照销毁程序和要求，销毁保管期满的会计档案。

票据管理岗位职责

- 1、及时审核收费收据的票码；定期抽查收费收据是否符合复核标准和规定。
- 2、负责有价票证的购进、发出、缴销和保管工作；抽查复核作废门诊收据、住院票据。
- 3、做好有价票证的保管工作，做到经常检查，定期清点，使有价票证不受虫蛀、潮变、毁损和散失。
- 4、控制有价票证的储备额，掌握票据的使用进度。
- 5、完成临时交办的工作任务。

对账会计岗位职责

- 1、严格遵守财务对账制度，认真细致的完成财务账核对工作。
- 2、核对自助机 HIS 系统账、E 卡通平台账和银行入账一致，做到“三账相符”；发现差错应于当日查实处理，保证医院资金财产安全。
- 3、协调处理自助机运营过程中的特殊情况，及时处理并做好登记。
- 4、处理自助服务范围内账务错误，协调财务与其他部门之前有关自助服务的账务工作。
- 5、核查需要后台退款的银联、支付宝或财付通，审查退款申请材料，并及时处理；如确需延迟退款的，应及时与病人联系并说明情况。
- 6、每会计月份结束后，对医院医技系统执行情况进行核对，并及时通知相关科室进行处理。
- 7、每月结束后整理归纳当月银行对账单，编制银行余额调节表。
- 8、银行对账单和余额调节表应分年分册妥善保管。
- 9、总结对账过程中的问题，优化工作流程，提高工作效率。
- 10、维护科研系统，并及时完成科基金和科研系统的对账。

医疗欠费管理岗位职责

- 1、每月 5 日，财务处统计两月前待出院尚未结算欠费病人明细（欠费金额大于 100 元），上传至内网，各病区护士长，医生及时催收欠款。

2、每月5日左右，财务处将汇总欠费病人清单及科室收回欠费清单报送至改革办，改革办以此作为对科室扣款依据，对于已收回欠费，改革办按规定返还前期已扣绩效。

3、每年根据省卫生和健康委员会要求，上报欠费报告。

4、道路救助：核对经医务处审核签字盖章后的申请单，根据审批期间开通绿色通道并收缴押金，及时开通绿色通道确保病人得到救助，并保证医疗欠费及时清欠。

5、定期结算已出院未结算病人医药费，做好清欠发票的保管工作。

物价管理岗位职责

1、熟悉相关价格政策，督促本单位认真贯彻执行国家和价格主管部门的有关收费规定，结合本单位实际，建立健全医院物价管理制度。

2、加强医疗服务价格政策的宣传，组织全院兼职物价员关于物价政策规定的学习和培训工作，做好与各科护士长之间物价政策的上传下达工作。

3、负责全院医疗服务项目、耗材等价格的管理及维护工作，熟悉医疗服务项目价格政策，定期对医院收费项目价格进行核对，确保医院收费价格的准确性。

4、定期进行抽查住院病历和费用清单的工作，对检查中发现的问题提出整改意见，及时反馈、报告领导。

5、落实好医院物价公示制度、费用查询制度、住院清单制度，增强患者诊疗信息透明化，提高患者对每日诊疗费用的可信度。

6、听取患者意见，协助解决医患之间的价格纠纷。做好有关收费政策解释及咨询工作，协调解决收费纠纷，如实提供价格或费用信息，及时处理患者对违规收费的投诉。

7、开展医疗服务项目价格调研，与相关科室做好监督实施价格决策的工作，配合当地价格管理部门开展物价检查。

8、完成临时交办的工作任务。

医保结算岗位职责

1、每月对农保办报送各县区的农合报表进行核对，给予签字盖章，确保报送数据的准确性。

2、对财务医保基金数与医保办医保基金数进行核对，催收对账完成后签字版的核对表，保证财务应收医疗款的准确性。

3、对所有收入的医保款项分地区分性质分种类的进行核对、分款及登记。

4、整理医保基金拨付率表及各月收入的医保款项发送相关科室给予催款提醒。

5、不定期的联合相关科室完成各地医保中心下发的医保数据核对及回款对账。

6、对各地区各种类型性质的医保以及拨付情况进行分析，及时发现问题，即使与相关科室沟通

7、完成临时交办的与医保基金拨付相关的工作任务。

成本会计岗位职责

1、拟订成本核算管理办法和实施细则

根据国家的有关规定，结合本单位的特点和需要拟订成本核算管理办法和实施细则。

2、拟订成本核算程序

根据医院成本支出的特点和成本管理的规定，对各项直接成本、间接成本的核算，成本对象和成本中心的确定，费用的归集、分配等拟定详细的核算程序。

3、根据《政府会计制度》（财会[2017]25号）、《医院财务制度》财社[2010]306号）和《江苏省医院成本核算与管理规范（2019版）》（苏卫财务[2019]1号），进行成本核算。

（1）每月对成本核算体系进行优化调整，包括责任中心的调整、责任个人的调整以及各项成本分配政策和依据的调整等。

（2）每月对各项成本费用的记账凭证进行复核，确保支出项目、责任中心的归属、成本费用的金额正确无误。

(3) 月末将各成本核算中心报送的成本数据进行归集处理，并导入成本核算系统，便于各项成本费用的归集和分配。

(4) 按时完成成本核算月报表、半年度以及年度报表，并编制季度、半年度和年度成本分析报告。

4、加强成本控制、拟定成本定额、定期开展成本专项分析。

定期分析成本费用计划执行情况和成本升降原因，对照本单位历史资料和同行业的先进水平，拟定成本定额，提出降低成本费用的办法和加强成本管理的建议。

预算会计岗位职责

1、收集整理上一年度全院临床与医技收入、业务支出明细与发展性项目执行结果，将相关结果上报预算管理组织机构，并通报相关责任科室。

2、设计当年预算统计表格并下发相关责任科室，提供财务数据的查询。

3、收集预算统计表格，整理汇总预算结果，并将结果上报预算管理组织机构。

4、依据预算管理组织机构的决策结果，将预算指标下达各责任科室、责任个人。

5、依据院管理层会议决议的预算结果，填报省厅收支预算总表。

6、复核每月收入、支出明细及发展性项目支出与预算对比，定期编制预算报告，对实际执行与预算结果差异较大的各科室，上报预算管理组织机构，并通知相关负责人。

7、收集整理预算追加调整报告，依据预算管理组织机构的批复修正相关预算。如发生年度预算调整事项，组织预算调整事项的上报、汇总、下发。

8、依据审批后的年度决算金额调整结余估计，并通报预算管理组织机构。

9、对全年预算执行情况进行总结，依据实际执行与预算金额进行对比，并将评价结果报预算管理组织机构及相关科室。

10、编制年度预算总结，对预算工作中的不足进行汇总，提交预算管理组织机构并备份。

基建会计职责

1、出纳会计根据审核后的基建原始单据收、付现金。每月终了，根据原始凭证登记现金流水账，编制现金月报表，核对库存余额，做到账实相符。

2、严格执行现金结算制度，保证库存现金不超过银行规定的限额；不发“白条”抵押现金。

3、保管好各类印鉴公章和银行票据，对各类公章必须严格按用途使用。

4、制单会计根据原始单据编制记账凭证，月末编制财务报表。

5、完成临时交办的工作任务。

食堂会计职责

1、认真学习各项财务制度，按会计制度记账、算账、报账，做到手续完备，账目清楚。

2、严格执行现金管理规定，认真审核各种收付款凭证，不符合财务制度的，应拒绝办理收付。

3、认真做好库存现金安全管理工作，保管好收付原始凭证，及时交财务处记账。

4、现金收支业务及时登记现金日记账，定期向财务处作书面报告。

5、做好 IC 卡系统管理工作，严禁非工作人员进入该系统操作，管好软件，严禁外借，做好养护工作，一旦出现故障及时作出处理。

6、做好食堂饭卡管理工作，根据规定和手续进行办卡、销卡。

7、月底对账，保证食堂系统与财务账一致。

8、及时完成食堂账务处理，按时出具食堂财务报表。

资产管理会计岗位职责

1、根据国家统一规定，按取得固定资产的不同来源，准确计价入账，保证做到供应商名称、入库金额及核算科目正确无误；

- 2、会同有关职能部门完善固定资产管理的基础工作，建立严格的固定资产明细核算凭证传递手续，加强固定资产增减的日常核算与监督；
- 3、根据资产处提供的经上级主管单位批复的报废清单办理核销账务处理；
- 4、领导安排的其他任务。

设备处会计岗位职责

- 1、在处长领导下，认真贯彻执行国家和医院有关会计工作规定，做好设备处相关财务管理工作。
- 2、及时办理资产及医用卫生材料相关财务手续，确保数据真实可靠。
- 3、及时做好库房票据的财务审核，财务验收工作。
- 4、按月做好各项财务报表，及时报财务处；按规定统计好各项数据、报表，上报院改革办。
- 5、严格执行财经纪律，认真贯彻增收节支、勤俭办事的原则。

药品会计岗位职责

- 1、认真执行国家和医院相关会计法规，遵守财经纪律，实施财务管理和监督，完成科室交办的工作任务。
- 2、按照财务要求对药品和试剂发票进行验收，整理药库和药房各种原始凭证，统计药剂部门工作量，及时上报改革办公室。
- 3、按月做好各项财务报表，及时上报财务处，如有差异做相应调整处理，做到账账相符。
- 4、不定期参与对药库和药房盘点工作，抽查各药房盘点过程，做到账实相符。对盘盈盘亏药品查明原因，上报财务处和药剂科，按规定作出相应账务处理。
- 5、认真做好药品成本核算，并做出相应财务分析，提出合理化建议上报财务处和药剂科。

财务网络管理岗位职责

- 1、负责财务会计电算化相关软件使用和年度账目设置、新旧年度会计科目结转等工作，会计信息系统相关资料的备份及管理。
- 2、按照财务处长要求设置岗位权限。
- 3、负责财务处内网管理，做好日常数据备份，网络的维护工作。
- 4、负责财务处计算机软硬件设施的管理。
- 5、负责财务处相关软件操作的纠错管理。
- 6、完成临时交办的工作任务。

住院处工作制度

- 1、严格执行会计法及有关会计法规规章，遵守会计人员职业道德，履行财会人员岗位职责。
- 2、遵守医院规章制度，按时开窗，挂牌上岗，不得擅自离开岗位，对病人态度和蔼，语言文明亲切，耐心解释答复病人询问。
- 3、努力学习业务知识，对待工作要认真负责，不断提高工作效率，缩短病人等候时间。
- 4、认真及时办理入院登记、出院结算等业务，审核各项手续是否齐全，收付款时唱收唱付，妥善保管收取的相关材料。
- 5、妥善保管和正确合理使用住院医药费收据、住院收费专用章、预收款收据等，严格执行有关领用核销手续，明确责任，确保安全。各种票据按照规定要求及时装订归档。
- 6、保管好收费备用金和收取的现金，长短款及时上报，严禁挪用公款，切实做到日清日结，每天的账款按时上交财务，确保各种报表及时、完整、准确。

信息中心主任岗位职责

- 1、负责信息中心的日常管理工作，制定年度工作计划，提出信息化发展规划和计划建设。

- 2、制定信息中心各项管理制度，并监督各项管理制度的落实。
- 3、围绕医院发展战略及部署，领导信息中心开展信息化建设。
- 4、监督信息中心各项工程的建设质量。
- 5、协调院内外各单位在网络建设中存在的问题。
- 6、负责信息中心人员、经费、资产等管理工作。
- 7、组织信息中心技术人员参加国内外专业学术会议及培训，提高业务水平。
- 8、负责对信息中心聘用人员进行考核，并提出考核意见及使用建议。
- 9、负责定期总结信息中心工作，并提供书面总结报告。
- 10、完成院领导交办的其他工作。

信息中心秘书岗位职责

- 1、负责信息中心文件的整理、分类、保管、归档。
- 2、负责收集信息中心各类文档资料。包括：各项管理制度、值班记录、各类设备使用手册、维修卡及维修记录、软件项目资料、文档及使用手册等。
- 3、负责保管各类软硬件项目协议书、合同等资料，协助科主任定期查看合同执行情况。
- 4、了解计算机网络系统低质易耗品需求，制定计算机低质易耗品年度计划，上报计算机低质易耗品年度使用情况分析。
- 5、协调与相关科室的关系，协助主任完成科室管理工作。

信息中心工程师岗位职责

- 1、在中心主任的领导下，负责拟定并执行医院信息系统管理的具体实施细则。
- 2、主持、指导和协助综合或专业性信息系统的总体设计、功能划分、软件开发、运行、验收，参与全过程的监督、管理工作。
- 3、协助主任完成信息中心职责范围内的各项工作及分工负责的有关工作。
- 4、追踪计算机科技发展动态，提出软、硬件升级换代的建议和方案，经批准后组织实施。
- 5、负责制定单位与国际互联网连通、网址注册、网页设计和制作、网上信息广告发布，以及员工上网管理监控等技术方案。
- 6、负责对信息中心技术员和基础数据维护员进行计算机知识和操作技能的培训，指导技术员进行全院计算机知识的操作技能的培训。
- 7、关注网络安全发展动态，提出切实可行的预防措施，谨防病毒侵袭。
- 8、掌握计算机常用部件的原理和维护方法，指导技术员对全院通过计算机的硬件进行维护，定期检查、保养，解答用户咨询。
- 9、完成领导临时交办的其他任务。

信息中心技术员岗位职责

- 1、负责信息中心日常维护工作。
- 2、负责全院网络系统的运行监测、维护，保证网络正常运行。
- 3、负责全院计算机及内网打印机维护工作，及时维修或联系硬件厂商。
- 4、负责全院信息系统维护工作，及时处理系统数据异常情况。
- 5、完成领导临时交办的其他任务。

信息中心网络系统管理员岗位职责

- 1、协助中心主任制定本单位局域网建设及网络发展总体规划，并组织实施。
- 2、负责网络管理规章制度的建立，帮助用户解决使用网络的疑难问题。
- 3、负责维护本单位网络主干通信设备，保证网络通信畅通。

4、负责网上资源的管理，负责入网计算机 IP 地址的申请、分配、登记和管理等工作，为新开通网络线路连接的用户提供服务。负责网络监测和管理，杜绝利用网络从事与工作无关的活动。负责网络管理资料的整理和归档。

5、负责网络安全和保密工作，密切关注计算机病毒发展动态，提出切实可行的预防措施，谨防外带存储器和网络病毒侵袭。对服务器进行定期的查毒、杀毒，对系统漏洞安装安全补丁，采取有效措施，防止网络破坏和攻击。

6、负责处理局域网主干线和交换机设备的故障；接待并处理终端用户的网络通信故障。

7、负责楼宇布线工程材料验收、现场施工检查、完工验收工作。

8、监视网络运行，调整网络参数，调度网络资源，保持网络安全、稳定、畅通。

9、学习网络新技术，优化和扩展局域网功能；负责计算机信息技术人员和其他网络应用人员的培训。

10、完成中心领导交办的其他任务。

信息中心信息管理员岗位职责

1、负责医院网站建设和主页动态信息的采集、制作与发布；及时更新服务内容；负责本单位主页信息和 BBS 的监控，及时处理不良信息。

2、负责信息化建设相关文件资料的收集、归类与整理；做好资料收集、编目、建档、检查和保管工作。

3、建设和统一管理院内分布式 Web 信息站点，指导各部门发布公共信息；开发和建设公共服务信息管理系统，提供公共服务信息的发布、查询等功能。

4、完成中心领导交办的其他任务。

信息中心数据库管理员岗位职责

1、负责医院各数据库的日常维护及监控，参与相应项目的数据库整理和收集，记录每日数据库工作日志。

2、按照职责给予各数据库管理和维护人员不同的操作权限。

3、定期检查数据库的使用情况，了解数据库的存贮情况（包括存贮过程及空间是否正常），完成数据库的异地备份工作。

4、了解和掌握数据库的所有结构、配置，所有数据库的表单及其之间的相互关系，并将数据库的有关书面资料加以整理并存档。

5、负责数据库的数据安全、保密工作。

信息中心软件员岗位职责

1、负责信息中心各项软件开发任务的具体实施，按时按量完成软件设计实施任务。

2、负责软件设计前期需求分析、详细设计，及时与需求科室部门沟通，确认软件最终呈现功能。

3、负责软件开发完成后的测试工作。

4、负责软件测试完成后的发布、上线工作。

5、收集、记录和整理过程中详细的文档，负责及时归档处理。

信息中心项目实施负责人岗位职责

1、实施项目负责人是指根据项目合同签订的内容，由中心主任指定专人负责该项目的实施的责任人。

2、实施项目负责人必须熟悉该项目合同、技术协议等相关文件，做好项目实施前的各项准备工作。

3、负责与项目公司协调，协助公司进行项目的实施。协调公司和各临床科室之间的关系。并定期召开协调会，处理好项目实施过程中出现的任何问题。

4、督促项目计划的按期进行。随时掌握项目的实施进度，保证项目按照实施计划进行。

- 5、安排项目小组成员的工作，定期检查项目小组成员的工作进展及工作质量。
- 6、及时向中心主任汇报项目的实施进展以及在实施过程中出现的问题，对于可能解决的问题力求及时处理，对于一些重大或复杂的问题应及时报告中心主任。
- 7、准确、详细地记录项目实施日志。对实施过程中出现的状况及解决方案做详细的文字记录。负责收集、记录和整理项目详细的文档，做好项目验收后的材料归档。
- 8、配合项目公司测试应用软件，提交测试报告。
- 9、协助项目应用科室做好项目验收工作，并参与项目验收。
- 10、项目正式运行后，负责监督项目的正常运行及日常管理。定期检查项目在科室应用运行情况。
- 11、若实施负责人变更，负责完成工作任务及各种文档的交接工作。

信息中心统计分析员岗位职责

- 1、具有使用常用统计分析软件的能力，具备关系数据库基础知识，有数据库结构设计和软件编程能力。负责管理网上备份的历史数据，设计并实现数据的提取、过滤、概括、标准化及加载，建立、管理医院的数据库。
- 2、配合科室全成本核算，每月定期向院领导和医院各管理部门提供上月的运行数据分析结果，每年的2月底之前向院领导和医院各管理部门提供上一年的运行数据分析结果，内容包括收入分析、支出分析、医疗费用分析、成本分析、医疗指标质量信息分析等。
- 3、了解院领导和医院各管理部门对数据查询和分析的需求，完成用户的查询和分析需求。

信息中心资产管理岗位职责

- 1、负责科室内固定资产账目的管理、登记、建档、报废工作。
- 2、记录科内人员固定资产设备的领用登记、保管和使用工作。
- 3、负责全院计算机设备和软件及网络监察设备的预算、计划、审批、验收、报废鉴定。
- 4、定期对科室内固定资产进行盘点，并及时记录。

图书馆工作人员职责

1. 在图书馆馆长的领导下进行工作。
2. 负责订购和收订医学图书、刊物和资料。
3. 负责图书资料的登记、分类和编目工作。
4. 负责书库的管理，保持书库和图书的整洁、整齐、通风，防止图书霉烂、虫咬和火灾。
5. 严格执行图书管理制度，坚守岗位，按时开馆，认真办理书刊借阅手续。
6. 熟悉中外文数据库，为读者提供文献检索服务。
7. 每日下班前应关好门窗，切断电源，注意安全。
8. 定期为临床一线人员提供信息检索培训服务。
9. 推广图书馆微信平台的完善与使用，丰富微信平台内容。

医疗设备管理处处长职责

- 1、在院长及分管副院长领导下，负责领导本科室的各项工作。
- 2、负责组织全院医疗仪器设备、医用卫生材料的供应、管理、维修工作，保证医疗、教学、科研工作的顺利进行。
- 3、审查各科室提出的医疗仪器设备的申请报告，组织有关人员汇总，制订采购计划，按规定报请批准后转交采购部门实施。
- 4、了解、检查各科室对医疗仪器设备的需求、使用和管理情况，做好合理供应和调配，发现问题，及时处理。
- 5、组织有关人员购入、调入的医用设备进行验收，组织建立贵重仪器设备管理和使用制度，督促

科室使用人员严格执行操作规程，发挥仪器设备应有的效益。

- 6、负责本处相关业务的培训工作，掌握本处人员的工作、思想情况，做好思想工作。

医疗设备管理处维修中心主任职责

- 1、带领维修中心全体工程技术人员做好全院各科室在用医用设备的维修、保养等工作。
- 2、因缺乏维修配件无法立即修复的设备，及时与厂家或者第三方公司联系，购置配件后自行安装。
- 3、对于缺乏技术资料或维修条件的设备或器械及时联系厂家或第三方公司及时修复，能够在现场维修的设备，我们工程师随同参与。
- 4、定期组织人员对大型仪器设备进行维护和保养，（包括监督由厂家负责进行的定期保养）。
- 5、负责做好维修技术人员的划片分工安排工作，定期轮换，相互协助，分工不分家，遇到复杂疑难故障，共同判断分析，利用本院力量搞好维修工作，减少外修，节约费用。
- 6、认真做好设备维修配件、材料的购置、保管工作。
- 7、组织全院医用设备报废申请的技术鉴定工作。
- 8、安排好人员做好节假日值班、日常听班工作，对于突发事件做到随叫随到，保证出勤人员在岗在岗。

医疗设备管理处档案员职责

- 1、在处长的领导下，负责全院的医疗仪器设备档案管理工作。
- 2、购入的仪器设备价值在5万元以上应建立档案。
- 3、仪器设备资料入档后，应有严格的借阅登记，属商业机密材料不得随意查阅，维修资料仅供维修人员借阅使用。
- 4、临床科室申购仪器设备需查阅档案资料时，应办理借阅手续，定期交还，以免影响其他科室查阅。

医疗设备管理处会计职责

- 1、在处长领导下，按照医院各项财会制度规定进行工作。
- 2、负责设备处会计事务处理，做到科目准确、数字真实、凭证完整。
- 3、按时月结，正确地编制会计报表，做到账表对应。
- 4、严格执行财经纪律，认真贯彻增收节支、勤俭办事的原则。
- 5、认真贯彻执行国务院颁发的《会计人员职权条例》和有关规定。

医疗设备管理处计量员职责

- 1、严格贯彻执行国家在计量标准器具的有关方针政策、法律法规。
- 2、国家规定的相关计量强检器具，及时办理各种计量、强检手续，合格后方可使用。
- 3、所在用的强检规定的标准器具都要按规定进行登记，并向计量管理部门申报备案。
- 4、负责组织每年的计量检定工作，按时进行检查。
- 5、不合格计量器具不得使用，应及时更换。

医疗设备管理处仪器、设备仓库保管员职责

- 1、在处长领导下，负责全院医疗仪器设备的保管工作。
- 2、对库存物资要定期进行盘点，建立账本，做到账物相符，细心保管，防止积压浪费、霉变、损坏、失盗。
- 3、做好防火、防爆工作，库房内禁止吸烟。

- 4、一般仪器设备到货后，应及时进行验收，按照有关规定办理验收手续，完善验收资料。
- 5、大型仪器设备应由有关技术人员、管理人员及使用科室等相关人员共同进行验收。
- 6、进口仪器设备严格按国家海关法、商检法进行开箱验收。
- 7、验收时按合同清单进行，自仪器设备外包装开始检查，清点主件与配件并记录，同时验明医疗器械注册证或备案凭证等相关证明文件，若有问题及时向供货方提出交涉。
- 8、验收前各有关人员必须阅读仪器设备资料，了解安装调试要求及正确的操作方法进行试机。
- 9、仪器设备验收后，必须达到说明书上的技术指标验收签字才能交付使用。
- 10、仪器设备验收完毕应将全部资料归档，需要移交国有资产管理部门的验收资料及时移交。

医疗设备管理处卫生耗材仓库工作人员职责

- 1、严格执行设备处库房管理制度，工作中做到不迟到、不早退、不脱离工作岗位。工作时间严禁在库房内闲谈。
- 2、所有入库物品要做到认真核对、仔细清点，有效期在三个月内的物品禁止入库；入库物品应按类存放、摆放整齐，不得混放。
- 3、入库物品信息原则上应当日输入微机，特殊情况下不得超过二十四小时，会计人员根据发票及时验收。
- 4、认真执行库房物品的出入库制度，凭出库单发货。
- 5、仓库重地严禁闲杂人员入内，送货及业务人员严禁进入仓储区；
- 6、库房内保持整洁，并注意防火、防盗、防潮、防霉、防虫、防鼠、防尘、防污染；
- 7、遵守仓库物品管理保密工作制度，不得随意向厂方客户泄露产品名称、数量、产地、价格等相关信息；
- 8、应按月、按季、按年定期进行盘库，每月30日为盘库日，会计、保管员等人员应同时进行盘库工作，做到账账相符、账物相符；盘点表应由保管员、会计签字后，送交处领导审核；
- 9、杜绝物品过期和变质现象，对不符合入库手续或有质量问题的物品应杜绝入库并通知相关人员做退货等处理；对于有效期在三个月内的物品必须及时上报处领导；
- 10、库房临时工作人员不得单独发货，出库单及物品需经本院工作人员确认后方可发货、出库。
- 11、库房工作人员应每月组织好月计划货物下送科室工作，临时计划所购物资到货入库后应及时通知科室领取。

医疗设备管理处维修人员职责

- 1、在设备处处长领导下，负责全院医疗仪器设备的维修、维护、质控、保养等工作。
- 2、树立全心全意为临床科室、为病人服务的精神。
- 3、迅速、保质保量地维修每一台故障医用设备，对急救、生命支持类设备应优先及时抢修。
- 4、维修人员接到微信平台派工提示信息或者报修电话后应于20分钟之内到达现场，24小时内修复，如不能修复应及时上报维修中心主任联系外修，不得以任何理由拒绝维修或不及时到位。
- 5、遇到几个科室报修时间重叠情况应及时与维修中心主任汇报，合理调配人员，保证维修的及时性。
- 6、严守工作岗位，节假日值班人员应及时抢修急用仪器设备。
- 7、维修工作人员每半年需到分管片区对设备进行巡检，发现问题主动处理，处理不了的及时向维修中心主任汇报，联系外修解决。巡检单应及时归档保存。
- 8、努力钻研业务，互相交流经验，积极参加技术培训班，提高业务水平。

总务处处长职责

1. 在院党委及行政的领导下，负责总务处的全面工作，领导总务处全体职工履行管理、监督、协调、服务的职责，确保安全生产。

2. 认真贯彻总务相关的各项法规、政策、标准，组织落实上级领导下达的有关任务。
3. 在院党委及行政的指导下，负责组织制定年度工作计划和年底工作总结，合理安排人、财、物，搞好高效能、高质量服务，更好的为患者、医疗和职工服务。
4. 负责总务处全体职员的思想政治教育工作。
5. 负责审批班组各种物品的采购和申领计划。从节约出发，严格物资的发放，减少办公费用的支出。
6. 组织开展月检和科室意见征询活动，并及时对存在的问题进行整改，对管理服务质量进行严格控制。
7. 负责全处人员的统筹安排。
8. 组织总务处例会，及时总结并安排当前的工作。
9. 负责基建项目的组织实施，节约施工开支。
10. 负责总务处各部门、班组的监督管理工作。
11. 完成院领导交办的其他工作任务。

总务处副处长职责

1. 协助处长履行管理、监督、协调、服务职能，确保安全生产。
2. 认真贯彻关于医院后勤的各项法规、政策、标准，组织落实上级领导下达的有关任务。
3. 协助处长并分工负责实施维修、养护计划、实施方案的审验，不定期检查维修服务和施工质量。
4. 协助处长并分工负责总务处全体职员的思想政治教育工作。
5. 协助处长并分工负责院区部分公共设施配套完善项目的申报，并对申报结果进行追踪。
6. 协助处长并分工负责对各外包协作单位的服务质量、施工单位的工程质量进行监督、检查、验收。
7. 协助处长对各专业人员的工作进行检查和考核。
8. 协助处长做好部门的其他工作，完成年度工作计划。

班组长岗位安全职责

- 1、贯彻执行医院和总务处对安全生产的指令和要求，全面负责班组内的安全生产工作。
- 2、组织职工学习并贯彻执行医院、总务处各项安全生产规章制度和安全技术操作规程，教育职工遵章守纪，制止违章行为。
- 3、组织并参加班组安全活动日及其它安全活动，坚持班前讲安全，班中检查安全，班后总结安全。
- 4、负责对新员工(包括实习、代培人员、临时工)进行岗位安全教育。
- 5、负责科室及班组安全检查，发现不安全因素及时组织力量消除，并报告上级主管领导。发生事故立即报告，组织抢救，保护好现场，做好详细记录，参加事故调查、分析、落实防范措施。
- 6、负责生产设备、安全装备、消防设施、防护器材和急救器具的检查维护工作，使其保持完好和正常运行。督促教育职工正确使用劳动保护用品、用具，正确使用灭火器材。
- 7、组织班组安全生产学习培训、竞赛，表彰先进，总结经验。
- 8、负责班组建设，提高班组管理水平。保持生产作业现场整齐、清洁，实现文明生产。

基建办主任的职责

- (1) 在医院的行政、党委和分管院长的领导下，主持基建办工作；
- (2) 负责组织实施医院的基本建设总体规划；
- (3) 负责医院年度基建计划的编制和报批工作，并组织实施；
- (4) 参与医院的招标工作，参与招标选定勘察、设计、监理、施工单位，参与合同的签订，负责工程质量、进度和材料设备的把关工作；
- (5) 负责建设资金的合理使用，组织工程的预、结算和报审，并按照合同规定和相关程序，通过院财务支付工程款项等费用；
- (6) 负责制定基建办部门和人员岗位职责，建立健全各项规章制度；
- (7) 负责组织施工，确保工程进度、保障工程质量、安全等现场协调工作；
- (8) 完成院长交办的其他相关事项。

基建办公室人员工作职责

- (1) 按国家规定的程序办理工程项目手续，工程图纸设计和外部事物的协调工作。
- (2) 制定工程材料采购计划，协同监理、跟踪审计市场调查材料质量，市场价格信息，组织整理招标采购的前期工作，按工程进度定期上报批准支付工程款。
- (3) 不定期，不定时，协同监理单位按规范要求检查、验收工地施工质量，抽验复试材料，督促工程进度，签证工程变更联系单。
- (4) 遵纪守法，遵守劳动纪律，不迟到早退，有事请假，未经批准不得脱岗。
- (5) 不准向施工方、材料供应方收受回扣，礼金和有价债券或贵重礼品财物。
- (6) 不准向施工方，材料供应方报销个人任何费用，不得以婚丧嫁娶索要任何礼金财物。
- (7) 不准接受施工方、材料供应方为其装修房屋或提供装修材料。
- (8) 不准接受施工方、材料供应方的宴请和娱乐健身等活动。
- (9) 建立工程定期例会制度；规定工程之中的审批权限及健全档案资料保存、收发登记制度。

病房管理科科长职责

- 1、在院党委及分管院长的领导下，带领全科人员，负责全院的病房管理工作。
- 2、负责医院卫生保洁质量的监督检查，认真组织对保洁公司卫生保洁质量的日常检查、月度联合检查、夜查及护士长满意度调查，每月汇总各保洁公司的考核情况，并根据《徐州医学院附属医院卫生保洁服务合同》与保洁公司进行保洁服务费用结算。
- 3、严格按照《中华人民共和国特种设备安全法》规定，监督落实对本院所有电梯的保养维护；加强对电梯司机的管理，确保医院电梯安全运行。
- 4、认真组织落实本院医用织物的清洁、供应及使用管理工作；监督检查外包医用织物洗涤公司的洗涤及服务质量。
- 5、监督落实临床一线的医用氧气、特种气体、中心吸引、压缩空气、电子传呼系统及物流传输系统的正常使用、维护及管理工作。
- 6、督导临床外送人员及时收集运送各类检验标本、各类单据、凭证、资料及小件物品。
- 7、按照《医院标识标牌管理制度》，认真落实医院标识标牌制作及维护工作。
- 8、加强对服务台的管理，多措并举，努力为住院病人及家属提供优质便捷的服务工作。

病房管理科职员工作职责

- 1、负责机关日常事务性工作；负责机关各种文稿的打印、发送，负责上级部门文件材料的领取。
- 2、认真贯彻执行党和国家各项法规、政策及机关各项规章制度。
- 3、负责整理各类文件的收发、登记、阅签、清退、整理、归档、保密工作。
- 4、负责办公室的日常管理工作，负责收发传真、考勤登记、接听电话等工作。
- 5、负责科室会议的筹备、会议通知的拟写、下发工作，负责会议记录和文字材料的整理工作。
- 6、负责收集和撰写有关信息，及时向领导提供信息参考和建设意见，提请领导应尽快办理的有关工作。
- 7、科室月计划、周计划安排工作。
- 8、保洁现场质量把控巡查工作。
- 9、保洁费用明细及科室成本核算工作。
- 10、完成领导交办的其它工作。

随访办公室主任岗位职责

- 1、在院长领导下，负责全院出院患者的随访管理工作。
- 2、负责本部门工作计划的制定，经审批同意后组织实施、定期汇报。
- 3、负责本部门各项规章制度的制定与实施，组织本部门职工政治学习与业务技术培训，注重职工职业素养的提高。

- 4、负责临床随访工作落实情况的监督和检查，随访手机费用的管理。
- 5、定期对全院随访工作进行总结评价，根据管理制度兑现奖惩。对存在的问题，分析原因制定整改措施并指导落实。
- 6、负责健康服务热线工作的日常管理。
- 7、针对患者反馈的信息，与临床科室、相关部门及时沟通，共同研究解决方案。
- 8、负责完成领导交办的临时性、指令性工作。

随访办公室人员岗位职责

- 1、在随访办主任领导下工作，负责全院出院患者的随访事务工作。
- 2、认真遵守医院、部门的规章制度，积极参加政治学习与业务培训。
- 3、定期检查督促临床医疗团队随访工作的落实情况，及时解决随访工作中遇到的问题。
- 4、按时进行随访数据的核查与统计，及时向临床反馈，不断提高随访工作质量。
- 5、认真做好短信随访、信函随访、集体访视、入户随访等工作，为患者提供康复指导与健康宣教。
- 6、负责随访手机的后勤保障工作，以保证正常使用。及时为医疗团队制作发放“爱心随访、预约复诊卡”
- 7、及时收集、分类、登记、汇总患者的反馈信息，与相关科室协商处理，并回复患者。
- 8、协助做好健康服务热线的相关工作，以及其他指令性工作。

健康服务热线人员岗位职责

1. 在部门负责人的领导下，负责热线电话接听工作，解答来电者的各种健康问题。
2. 遵纪守法，爱岗敬业，遵守医院规章制度及部门工作规定，服从工作安排。
3. 注重宣传医院文化，塑造医院形象，自觉维护医院利益，保守工作机密。
4. 讲普通话，用文明语，“声音微笑”，服务热情，严格执行工作流程。
5. 熟悉医院基本医疗服务情况、临床专家的技术特长及出诊时间等，以便引导就医。
6. 掌握急诊急救、常见病的诊疗原则等知识，熟悉医疗相关的法律、法规、政策，便于提供健康咨询服务。
7. 构建医患沟通的桥梁，介绍我院新业务、新技术等服务，做市民健康的守护者。
8. 完成上级交办的其他工作。

保卫处处长职责

- 1、保卫处处长在院长和分管院长领导下负责保卫处的全面工作。
- 2、对本科室人员进行合理分工，督促和检查保卫人员的工作和值勤情况，查处安全隐患、严防安全事故发生。
- 3、抓好全科人员的思想政治工作，组织业务学习，不断提高全体工作人员的政治素质和业务素质。
- 4、组织人员全力查办院内发生的各类刑事、治安案件。协助有关科室和部门处理医疗纠纷的保卫事宜。
- 5、负责检查和督导消防安全工作的开展和落实。
- 6、协调各科室关系，组织对全体职工的防火、防盗、防破坏、防事故的安全教育，搞好群防群治工作。

副处长协助处长负责相应的工作

保卫处工作人员岗位职责

- 一、在保卫处处长的领导下，负责医院治安、消防、监控工作。
- 二、认真学习专业知识，提高业务工作能力，明确治安保卫方面的目的和任务。
- 三、坚持贯彻“以防为主”的方针。落实“三防”（防火、防盗、防灾害事故）措施。
- 四、经常开展安全检查，及时发现隐患，积极向外领导汇报，提出安全保卫工作的意见和建议。
- 五、在保卫处处长的领导下，负责调查处理医院内部的治安案件和民事纠纷及突发事件，积极协助公安部门侦破刑事案件。
- 六、督促各实验室做好易燃、易爆、剧毒药品的管理工作，杜绝一切事故的发生。
- 七、经常检查消防器材，保持消防器材设备处于良好状态。
- 八、完成处长交给的其它工作任务。

保卫处内勤岗位职责

- 一、负责收集、掌握各项综治、保卫工作情况并及时向上级报告。
- 二、拟写本科室的工作计划、方案、预案、汇报、总结和材料。
- 三、按时上报各项报表，按规定管理使用印章，办理介绍信，收发各类文件及整理归档。
- 四、负责医院集体户口的户籍申报和管理工作。
- 五、建立和完善有关综治、稳定、保卫、安全生产等各类台帐。
- 六、做好来客、来访等接待工作。

监控室值班人员工作职责

- 1、要有较强的责任心，对工作认真负责。
- 2、按时交接班，值班期间不得无故离岗脱岗，如有发现则严肃处理。
- 3、必须认真详细的填写值班记录和交接班记录。
- 4、监控室是机密重地，非值班人员不得随意出入监控室。
- 5、熟悉各种设备维护性能和使用方法，严格遵守操作规程。
- 6、熟悉监控装置的布防位置、性能、及时掌握其运行情况。
- 7、爱护和定期进行维护保养，保证监控设备运行正常。
- 8、严格遵守保密规定，不对外泄漏、谈论技术防范监控系统及监控部位的有关情况。
- 9、不得随意删改监控、系统文件等，不得私自拆卸监控设备。
- 10、值班时间不得从事与工作无关的事情。
- 11、做好监控室清洁卫生工作。

监控中心职责

- 一、密切关注医院内易发案部位及重点部位动向情况，发现问题及时报告。
- 二、值班期间发现可疑情况及问题，及时上报，做好详细记录，并随时向上级报告情况。
- 三、严禁闲杂人员进入监控室，不得在控制室内会客。
- 四、每次交接班时，接班人应检查设备的工作和清洁情况，保证设备处于良好的工作状态。
- 五、熟练掌握监控系统的操作规程，严格按照规程操作，发生监控设备异常或故障，应立即向上级领导报告，不得擅自处理。
- 六、每日做好监控室的卫生工作，并随时保持监控室清洁。
- 七、严格按制度收发、保管器材（对讲机、应急灯等），并注意日常维护保养。
- 八、医院内部科室和个人调用视频资料必须得到主管处长的同意，并在监督下调用、查看。
- 九、公安机关调用视频资料必须出具相关证件或介绍信，上级领导审批后，方可调用。

消防安全管理人岗位职责

医院根据需要确定医院的消防安全管理人，消防安全管理人对单位的消防安全责任人负责，实施和组织落实下列消防安全管理工作：

- 1、拟定年度消防工作计划，组织实施日常消防安全管理工作。
- 2、组织制订消防安全制度和保障消防安全操作规程并检查监督其落实。
- 3、拟定消防安全工作的资金投入和组织保障方案。
- 4、组织实施防火检查和火灾隐患整改工作。
- 5、组织实施对医院消防设施、灭火器和消防安全标志的维护保养，确保其完好有效，确保疏散通道和安全出口畅通。
- 6、组织管理专职消防队和义务消防队。
- 7、在职工中组织开展消防知识、技能的宣传教育和培训，组织灭火和应急疏散预案的实施和演练。
- 8、完成医院消防安全责任人委托的其他消防安全管理工作。
- 9、定期向消防安全责任人报告消防安全情况，及时报告涉及消防安全的重大问题

消防安全责任人消防安全职责

医院法人代表是消防安全责任人，对本单位的消防安全工作全面负责并履行下列消防安全职责：

- 1、贯彻执行消防法规，保障医院消防安全符合规定，掌握医院的消防安全情况；
- 2、将消防工作与医院经营、管理等活动统筹安排，批准实施年度消防工作计划；
- 3、为医院的消防安全提供必要的经费和组织保障；
- 4、确定逐级消防安全责任，批准实施消防安全制度和保障消防安全操作规程；
- 5、组织防火检查，督促落实火灾隐患整改，及时处理涉及消防安全的重大问题；
- 6、根据消防法规的规定建立专职消防队、义务消防队；
- 7、组织制定符合医院实际的灭火和应急疏散预案，并实施演练。

义务消防队员消防安全职责

- 1、认真学习消防安全管理知识、消防业务技能，做到四会即：会宣传消防知识和报火警；会使用灭火器材；会发现、消除火灾隐患；会扑救初起火灾。
- 2、在本单位开展消防宣传活动，普及消防知识，自觉落实医院各项消防安全制度。
- 3、针对本岗位的消防安全管理特点，及时向单位领导和有关部门提出改进消防安全管理措施的意见和建议。
- 4、积极参加消防安全知识培训和业务技能训练，不断提高业务素质和灭火作战能力。
- 5、针对本单位的消防安全重点部位制定灭火疏散预案，并进行演练，熟悉自己的位置和分工；一旦发现灾情，立即按照预案分工投入疏散人员、疏散物资，扑灭初起战斗。
- 6、及时发现和制止不安全因素和行为，保证自己职责范围内无消防违章行为和火灾隐患。

第四章 医疗人员职责

临床科主任职责

- 1、在院长领导下，负责本科的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。
- 2、制定本科工作计划，并组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、领导本科人员，对病员进行医疗护理工作，完成医疗任务。
- 4、定时查房，共同研究解决重危疑难病例诊断治疗上的问题。
- 5、组织全科人员学习、运用国内外医学先进经验，开展新技术、新疗法，进行科研工作，及时总结经验。
- 6、督促本科人员，认真执行各项规章制度和技术操作常规，严防并及时处理差错事故。
- 7、确定医师轮换、值班、会诊、出诊。组织领导有关本科对挂钩医疗机构的技术指导工作、帮助基层医务人员提高医疗技术水平。
- 8、参加门诊、会诊、出诊，决定科内病员的转科、转院和组织临床病例讨论。

9、领导本科人员的业务训练和技术考核，提出升、调、奖、惩意见。妥善安排进修、实习人员的培训工作。组织并担任临床教学。

副主任协助主任负责相应的工作。

临床主任医师职责

- 1、在科主任领导下，指导全科医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。
- 2、定期查房并亲自参加指导急、重、疑难病例的抢救处理与特殊疑难和死亡病例的讨论、会诊。
- 3、指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作，有计划地开展基本功训练。
- 4、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
- 5、定期参加门诊工作。
- 6、运用国内外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。
- 7、督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。
- 8、指导全科医务人员结合临床开展科学研究工作。

副主任医师参照主任医师职责执行。

临床主治医师职责

- 1、在科主任领导和主任医师指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、预防工作。
- 2、按时查房，具体参加和指导住院医师进行诊断、治疗及特殊诊疗操作。
- 3、掌握病员的病情变化，病员发生病危、死亡、医疗事故或其他重要问题时，应及时处理，并向科主任汇报。
- 4、参加值班，门诊、会诊、出诊工作。
- 5、主持病房的临床病例讨论及会诊、检查、修改下级医师书写的医疗文件，决定病员出院，审签出（转）院病历。
- 6、认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查本病房的医疗护理质量，严防差错事故。协助护士长搞好病房管理。
- 7、组织本组医师学习与运用国内外先进医学科学技术，开展新技术、新疗法、进行科研工作，做好资料积累，及时总结经验。
- 8、担任临床教学，指导进修、实习医师工作。

临床住院医师职责

- 1、在科主任领导和主治医师指导下，按住院医师规范化培训计划并取得执业资格后，承担相应的医疗、教学、科研等工作。新毕业的医师实行三年二十四小时住院医师负责制。
- 2、担任住院、门诊、急诊的值班工作，对病员进行检查、诊断、治疗，开写医嘱并检查其执行情况。住院医师对所管病员应全面负责，在下班以前，作好交接班工作。对需要特殊观察的重症病员，用口头方式向值班医师交班。
- 3、书写病历，新入院病员的病历，一般应于病员入院后 24 小时内完成。检查和修改实习医师的病历记录。并负责病员住院期间的病程记录，及时完成出院或死亡病员的各项记录及病历首页的填写，按时做好病案整理和移交归档工作。
- 4、向主治医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病员病情的变化，提出需要转科或出院的意见。
- 5、参加科内查房。对所管病员每天至少上、下午各巡诊一次，科主任、主治医师查房巡诊时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。请他科会诊时，应陪同诊视。
- 6、认真执行各项规章制度、技术操作规程和岗位职责，担任并指导实习医师进行各项诊疗技术操作，严防差错事故。
- 7、随时了解病员的思想、生活情况，征求病员对医疗护理工作的意见，做好病员的思想工作。
- 8、参加业务学习、技术训练，完成住院医师培训任务，提高业务技术水平。
- 9、经科主任批准，担负一定的科研和教学任务，协助上级医师做好进修、实习医师的培训工作。

10、完成科主任和上级医师交办的各项任务。

麻醉科主任职责

- 1、在院长的领导下，负责全科的医疗、教学、科研、行政管理等工作。
 - 2、制定本科工作计划，并组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
 - 3、根据本科任务和人员情况进行科学分工，密切配合手术和对危重病员进行抢救。
 - 4、领导麻醉科医师做好麻醉工作，参加疑难病例术前讨论，对手术准备和麻醉选择提出意见，必要时亲自参加操作。
 - 5、组织本科人员的业务训练和技术考核。对本科人员聘用、晋升、奖惩提出具体意见。
 - 6、领导本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
 - 7、组织并担任教学工作，安排进修、实习人员的培训。开展科学研究工作，搞好资料积累，完成科研任务。
 - 8、确定本科人员轮换、值班、会诊、出诊等事宜。
 - 9、审签本科药品、器材的请领和报销，检查使用与保管情况。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

麻醉科主任医师职责

- 1、在科主任领导下，负责麻醉科医疗、教学、科研、技术培训和理论提高工作。
 - 2、参加和指导急、危、重、疑难病例的麻醉处理和抢救工作。担负特殊病例和疑难病例的会诊工作。
 - 3、组织危重、疑难病例的术前讨论，对麻醉前准备和麻醉选择做出决定，必要时亲自参加麻醉实施。
 - 4、领导本科人员的业务学习和基本功训练。学习运用国内外医学先进经验，吸取最新科研成就，根据本科情况应用于临床，积极开展科学研究工作。
 - 5、担任医学生、进修、实习人员的教学培训工作。
 - 6、担任并指导住院医师培训、继续医学教育和学科人才梯队建设等工作。
- 副主任医师职责参照主任医师职责执行。根据医院具体情况，副主任医师可在科主任安排下分管并负责临床麻醉、麻醉恢复室，AICU 或疼痛门诊等工作。

麻醉科主治医师职责

- 1、在科主任领导和主任医师的指导下，负责指导本科住院医师、进修、实习人员的麻醉处理并承担教学工作。
- 2、担任疑难病员的麻醉处理。
- 3、在上级医师指导下，具体负责临床麻醉（专科麻醉）、麻醉恢复室，AICU 或疼痛门诊等工作。
- 4、按科室统一计划安排协助课题负责人从事科研工作。
- 5、其他职责与麻醉科医师同。

麻醉科总住院医师职责

- 1、在科主任直接领导下和主治医师的指导下，负责麻醉科管理工作。
- 2、根据本科任务及人员情况进行科学分工，贯彻执行临床麻醉工作程序、各项规章制度和岗位职责。
- 3、按本科计划安排进修、实习人员的培训工作以及本科人员的轮转、值班、会诊、出诊等事宜。

麻醉科住院医师职责

- 1、在科主任领导和上级医师指导下，按住院医师培训计划参加本科的日常麻醉、教学、科研等具体工作。
- 2、麻醉前检查手术病员，参加麻醉前讨论，做好麻醉前的药品、器材和技术准备。
- 3、施行麻醉进程中，要认真细致进行麻醉操作，密切观察病情，并及时判断、处理，认真填写麻醉

记录单。如果出现严重意外情况，要积极处理并立即报告上级医师。必要时要与术者联系，共同研究处理。

4、手术后应和术者、巡回护士共同护送患者，并向麻醉恢复室或 AICU 或手术医师和病房护士交待病情及术后注意事项。

5、手术后进行随访，随访结果要有记录，并写出麻醉小结。

6、遇有疑难病例不能单独处理时，应及时报告上级医师。

7、严格执行各项规章制度和技术操作常规，严防差错事故。

8、积极开展临床麻醉的研究，参加科研及教学，做好进修、实习人员的培训工作。

9、参加麻醉恢复室、AICU 及疼痛门诊等工作，并协助各科抢救危重病员。

药剂科主任职责

1、在院长领导下，全面负责药剂管理和本科各项工作。制定药剂科工作计划，并组织实施。经常督促检查，按期总结汇报。

2、组织制定药品采购供应计划，报请院长审批后实施。经常深入科室了解对药品的供应需求和使用管理情况，及时做好药品调配供应工作。

3、负责临床用药监测和使用管理工作。领导临床药理学室工作人员开展治疗药物监测和不良反应监测，组织临床药师参与制定合理用药方案，指导临床合理用药，严格执行抗生素使用规范和审批制度。

4、协助院长做好医院药事管理委员会的日常工作，认真贯彻执行《药品管理法》及有关药政法规，定期组织检查全院各科室麻醉药品、毒性药品、精神药品和贵重药品的使用和管理。

5、定期召开科务会议，研究讨论学科建设和管理问题。检查、督促所属各室及时完成任务，提高服务质量。

6、组织本科人员的政治业务学习和技术考核，并对本科人员的聘用、晋升、奖惩提出具体意见。

7、重视人才培养，做好药理学教学工作，落实药剂师规范化培训和继续教育工作，妥善安排进修实习人员的培训。

8、组织开展临床药理学、临床药理学和科学研究工作。

副主任协助主任负责相应的工作。

主任（中、西）药师职责

1、在药剂科主任领导下，负责分管的调剂、制剂、药检、临床药理学、临床药理学、科研、教学等业务工作。

2、指导下级药师做好各项业务工作，深入实际，解决业务工作中的难题，指导复杂的药剂调配、制剂、药检、药物信息咨询等工作，保证药品安全、有效、经济。

3、负责下级药师、实习生、进修生的技术培养和理论提高，担任授课任务，督促和检查下级药师的具体工作。

4、深入临床科室，参加临床查房、会诊及病例讨论，研究落实合理用药，了解安全用药情况，征求用药意见，介绍新药。

5、组织并亲自参加临床药理学、临床药理学和科研工作，开展治疗药物监测和新技术、新剂型的研制。组织指导引进国内外的新理论、新知识、新技术、新方法。

6、督促检查毒性药品、麻醉药品、精神药品和贵重药品的使用及管理情况。

7、具备良好的职业道德，有较强的事业心及刻苦钻研业务、对技术精益求精的精神，为下级药师起模范带头作用。

副主任药师参照主任药师职责执行。

主管（中、西）药师职责

1、在科主任领导和主任药师的指导下，负责本科室规定范围内的工作，指导、组织并亲自参加药品的调配、制剂和检验、鉴定工作，保证药品质量。

2、组织、带领下级药学人员认真贯彻执行各项规章制度，岗位责任，技术操作规程，麻、毒、精神药品管理规定和《药品管理法》及药政法规等有关规定。

3、主持本室的日常业务工作，带领指导下级药学工作人员完成各项任务，保证业务工作的正常运转，改善服务态度，提高工作质量，严防差错事故。

4、熟练掌握本学科的基础理论、基本知识和基本操作，深入临床或社区介绍新药，收集药物安全信息，了解药物的使用和保管情况，发现问题及时解决。

5、积极参加临床药学，指导合理用药。开展药物信息咨询和新制剂、新剂型的研究工作，不断学习、应用国内外的新理论、新知识、新技术、新方法。

6、担任教学和进修、实习人员的具体培训带教工作。组织本科室药学人员的业务学习，定期考核，做好记录。

7、具备良好的职业道德，热爱药学专业，刻苦钻研业务技术，为下级药学人员起表率作用。

(中、西) 药师职责

1、在科主任领导和上级药师指导下，参加药品采购、管理、调配、制剂、药检、临床药学等日常工作。

2、认真执行各项规章制度、岗位责任制和各项技术操作规程，保证药品、制剂质量，严防差错事故。做好各项工作登记和统计工作，严格执行值班和交接班制度。

3、做好药品管理工作，防止药品霉变、过期失效，检查毒性、麻醉、精神、贵重药品的使用管理情况，发现问题及时研究解决，并向上级报告。深入临床了解药物使用和管理情况，收集药物安全信息。

4、认真学习业务技术，掌握药学的基础理论、基本知识和基本操作，学会查阅药学文献，学习科研工作的基本方法和技能。

5、担任进修生、实习生的带教工作，指导药剂士的业务学习和日常工作。

6、做好仪器设备的保养和使用登记工作。

7、服从分配，遵守职业道德规范，树立良好的药德，对病人做好解释工作。坚守岗位，遵守劳动纪律。

(中、西) 药剂士职责

1、在科主任领导和上级药师指导下，按照分工，负责药品的预算、请领、分发、保管、采购、报销、下送登记、统计以及处方调配和药品制剂等工作。

2、主动征求临床科室用药意见，改进供应工作。经常检查本室药品的使用、保管情况，发现问题及时研究处理，并向上级报告。

3、认真执行各项规章制度、岗位责任制和技术操作规程，按要求严格做好毒性、麻醉、精神和贵重药品的管理，严防差错事故。

4、学习并掌握药学的基础理论、基本知识和基本操作，对病人做好药品的用法、用量和注意事项的解释工作。提高工作和服务质量，

5、做好仪器设备的维护、保养工作。

6、严格遵守劳动纪律，坚守工作岗位，服从工作安排，遵守职业道德，树立优良的服务形象。

药剂科工人岗位职责

1、在本部门负责人领导下进行工作。

2、遵守科室各项规章制度，熟悉本部门工作流程，掌握相应的操作技术。

3、做好本室的清洁和整理工作，确保工作环境符合相应的标准要求。

4、协助做好药品的请领、制剂的配制等工作，负责药品、制剂的搬运、上架、整理和下送工作。

5、负责清洁、保养本部门的称量器具和相关器械，使之处于正常状态。

6、遵守劳动纪律，坚持工作岗位，强化安全意识，注重安全生产，防止意外事故。

检验科主任职责

- 1、在院长的领导下，负责本科各专业的检验、教学、科研和行政管理等工作。
 - 2、制定本科工作计划，并组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
 - 3、督促检查本科人员认真执行各项规章制度，检验操作规程和质量控制标准，做好消毒隔离工作。
 - 4、参加部分检验工作。检查各专业的检验质量（包括室内质控情况及室间质评成绩）。
 - 5、督促科内人员正确使用与保管菌株、剧毒危险品和器材，审签药品、器材的请领与报销，经常检查安全措施落实情况，严防差错事故。
 - 6、负责本科人员的业务学习、技术训练和继续教育计划的实施。安排进修、实习人员的培训。组织并担任教学工作。
 - 7、确定本科专业人员分工、调班（临时调度）、值班和外出服务等工作安排。
 - 8、制定本科的科研规划并组织实施。学习应用国内外先进技术，不断提高检验技术水平。
 - 9、负责本科考勤考核、提出聘、升、调、奖、惩等意见。督促本科人员做好登记统计工作，做好经济核算、奖金分配等工作。
 - 10、经常与临床科室联系，征求意见，改进工作。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

主任检验医（技）师职责

- 1、在科主任领导下，指导全科的检验、教学、科研、技术培训与理论提高工作。
 - 2、经常检查检验质量，担任特殊检验技术工作，解决本科业务上的复杂疑难问题。
 - 3、指导科内各级检验人员，做好检验工作，有计划地开展基本功训练。
 - 4、经常深入临床科室征询对检验工作的意见，介绍新的检验项目和临床意义，必要时参加临床科室疑难病例讨论或查房，主动配合临床医疗工作。
 - 5、担任教学和进修、实习人员的培训工作，负责本科人员的业务学习和技术考核，不断提高业务技术水平。
 - 6、学习运用国内外先进经验，吸收最新科研成就，不断改进检验工作，开展新的检验项目。
 - 7、督促下级检验人员，认真贯彻执行各项规章制度和检验操作规程，严防差错事故。
 - 8、指导全科结合临床医疗，开展科学研究工作。
- 副主任检验医（技）师参照主任检验医（技）师职责执行。

主管检验医(技)师职责

- 1、在科主任和主任检验医（技）师的领导下，负责指导本科的检验、教学和科研工作。
- 2、参加检验工作，检查科内的检验质量，解决业务上的复杂疑难问题。
- 3、担任教学工作，指导进修、实习人员的学习，做好科内技术人员的培养提高工作。
- 4、开展科研工作，协助科主任制定科研规划，并督促实施。学习应用国内外新技术、不断改进检验工作。
- 5、深入临床科室，征求意见，改进工作，主动配合临床医疗工作。

检验医(技)师职责

- 1、在科主任领导和上级检验医（技）师指导下进行工作。
- 2、担任检验并指导检验士进行工作，核定检验结果，负责试剂配制，定期检查校正检验试剂和仪器，严防差错事故。
- 3、负责菌种、毒株、剧毒危险品、贵重器材的管理，担任检验试剂和器材的请领、报销等工作。
- 4、协助开展科学研究和技术革新，不断开展新项目，提高检验质量。

- 5、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
- 6、担任本专业质量控制工作。

中心实验室科主任职责

- 1、在院长领导下，实行科主任负责制，全面负责本科医疗、教学、科研和行政管理工作。
 - 2、制定本科的发展计划及科研规划，并组织实施。经常督促检查，按期总结汇报。
 - 3、根据全院各学科技术发展和科研工作的需求，改进实验条件和实验技术，为全院各科提供优良的实验室研究条件和服务环境。
 - 4、加强与院内外的工作联系，学习运用国内外先进技术和科技成果，提高科研水平和服务保障能力。
 - 5、组织本科人员认真执行各项规章制度、技术操作规程和质控标准，定期检查安全措施、消毒隔离、设备保养等工作的落实情况，严防差错事故的发生。
 - 6、参加部分实验室诊断工作，解决实验诊断的疑难问题，组织检查科内人员的实验质量。
 - 7、组织本科人员的业务学习、技术训练，负责考勤考核、提出聘、升、调、奖、惩等意见。
 - 8、参加教学工作，安排进修、实习人员的培训，对入室进行课题研究人员做好实验室指导工作。
 - 9、参加院召开的工作会议，主持科室会议。根据本科任务和人员情况进行科学分工，保证及时完成各项工作任务。
 - 10、审签本科药品、器材的请领与报销，并检查使用与保养情况。提出科室设备更新计划。督促本科人员做好登记、统计及资料积累工作，做好经济核算及二次分配工作。
- 副主任参照并协助主任负责相应的工作。

中心实验室主任检验医（技）师职责

- 1、在科主任领导下，负责本科的检验、教学、科研及技术培训和理论提高等工作。
 - 2、督促本科各级人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，做好登记、统计和消毒隔离工作。正确使用、审签各种耗材，经常检查安全措施，严防差错事故发生。
 - 3、负责本科人员的业务学习、技术考核，担任临床教学及进修实习人员的培训工作。
 - 4、参加部分检验工作，并检查科内的检验质量。
 - 5、制定本室的科研发展规划和计划，检查进度，总结检验。学习运用国内外新技术，改进实验条件和实验技术。
- 副主任医（技）师参照主任医（技）师职责执行。

中心实验室主治检验医师（主管技师）职责

- 1、在科主任领导和主任医（技）师指导下进行工作。
- 2、督促检查本室各项规章制度、操作规程的执行情况，发现问题及时向科主任汇报。
- 3、协助制定本室的工作计划，安排值班，担任检验工作，并承担科研和教学任务。
- 4、协助检查检验质量，核对质量结果，负责特殊检验，试剂配制鉴定，检查校正试剂，定期检修仪器、防止差错事故的发生。
- 5、负责各种试剂、贵重仪器的管理和检验器材的请领、报销等工作。
- 6、负责检查、督促本室的安全、卫生工作及各种仪器、物品的保管使用。
- 7、搞好科研技术革新，学习先进经验，改进操作方法，提高检验质量，密切配合临床医疗工作。
- 8、担任教学，负责本室人员的业务学习及进修实习人员的培训工作。

中心实验室检验医（技）师职责

- 1、在科主任领导和上级医（技）师指导下，负责中心实验室日常检验和一定的教学、科研工作。
- 2、参加检验并指导检验士、员进行工作，核查检验结果，负责特殊检验的技术操作和特殊试剂的配制、鉴定和检查，定期校正检验试剂、仪器，严防差错事故的发生。

- 3、担任检验试剂和器材的请领、报销工作，按规定做好贵重仪器的使用管理。
- 4、协助开展科学研究和技术革新，不断学习应用新技术，提高技术水平和科研能力。
- 5、担任教学任务，协助上级医师做好进修、实习医师的培训工作。
- 6、完成科主任和上级医（技）师交办的各项任务。

输血科主任职责

- 1、在院长领导下，负责临床输血管理、教学、科研和科室行政管理工作。
- 2、制定本科发展规划和年度计划，并认真组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、宣传贯彻国家有关血液制品管理和临床输血管理的相关法规和规章，增强职工临床用血的安全意识和执法意识。
- 4、督促检查本科人员认真执行临床输血管理规定和医院各项规章制度、技术操作规程、岗位职责及质量控制标准，严防差错事故，确保临床安全用血。
- 5、负责临床输血管理，参加临床会诊和病例讨论会，指导临床科室科学合理用血，协调解决输血治疗中的有关问题。
- 6、指导本科人员的业务学习，技术训练和继续教育等工作。
- 7、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
- 8、学习运用临床输血新理论，开展临床输血新技术的研究和推广，遵循科学、合理的用血原则，提高输血医学理论和技术水平。
- 9、确定本科人员分工、值班、调休等事宜。负责科内人员考勤考绩和绩效分配，提出聘、升、调、奖、惩等意见。
- 10、审签本科器材、物资的请领和报销，并检查使用与管理情况。

输血科主任检验医（技）师职责

- 1、在科主任领导下，指导临床输血医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。
 - 2、参加并指导临床输血医疗和相关的输血检验工作，解决本科业务上的复杂疑难问题。
 - 3、检查督促下级医技人员严格执行临床输血的有关规定和医院各项规章制度及技术操作规程，检查监控临床输血工作质量，严防差错事故，确保安全用血。
 - 4、参加会诊和临床病例讨论会，对临床输血治疗工作提出意见和建议，指导临床科室科学合理用血。
 - 5、指导本科人员的业务学习、技术训练、继续教育等工作，对本科技术人员的晋升、考评等提出意见。
 - 6、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
 - 7、学习、介绍、应用国内外临床输血新知识、新理论，组织全科人员开展临床输血新技术的研究和推广，提高临床输血治疗的水平。
 - 8、协助科主任搞好本科行政管理工作。
- 副主任医（技）师参照主任医（技）师职责执行。

输血科主管检验医（技）师职责

- 1、在科主任领导和主任医（技）师指导下，负责临床输血医疗和一定范围的教学、科研工作。
- 2、参加并指导本科下级医技人员完成血型鉴定、交叉配血实验、血液过滤和发血等工作，指导并协助下级医技人员解决业务上的复杂疑难问题，如不能解决，应及时请示汇报。
- 3、协助督促检查科内各项规章制度、技术操作规程和岗位职责的执行情况，严防差错事故，保证临床及时安全用血。
- 4、主动深入临床科室，了解输血情况，改进输血技术，减少输血不良反应。
- 5、负责科内各种试剂、器材、物资的管理工作。
- 6、协助组织全科人员的业务学习，承担教学工作，担任进修、实习人员的培训。
- 7、协助科主任制定科研计划并督促实施，做好科研资料的积累和保管工作。

- 8、负责核查、填写输血科的各项记录，并做好统计、汇总上报和输血有关资料的保管工作。
- 9、完成科主任和上级医（技）师交办的工作。

输血科检验医（技）师职责

- 1、在科主任领导和上级医（技）师指导下，负责输血科日常输血检验和一定的教学、科研工作。
- 2、参加科室值班，及时完成值班期间临床输血的相关检验和发血工作，严格做好血液出入库、核对、领发登记，保证临床科室及时安全用血。
- 3、严格执行临床输血管理规定和医院各项规章制度及技术操作规程，认真履行岗位职责，严防差错事故，确保安全用血。
- 4、深入临床科室，宣传临床输血知识，了解输血治疗的效果，协助调查输血不良反应，推广输血新技术，主动征求意见，不断改进工作。
- 5、协助病人家属办理输血相关手续，热情做好接待、宣传和解释工作。
- 6、担任一定的教学和科研任务，协助上级医师做好进修、实习医师的培训工作。
- 7、参加业务学习，技术训练，完成住院医师培训任务，不断提高业务水平。
- 8、完成科主任和上级医（技）师交办的各项任务。

放射科主任职责

- 1、在院长领导下，实行科主任负责制。全面负责放射科普通放射、介入放射、CT、MRI 的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。
 - 2、负责制定本科各项工作计划，并组织实施，经常督促检查，不断改进提高，按期总结汇报。
 - 3、根据本科各室工作任务、医技人员技术水平，医疗设备情况进行分工和管理。保证对患者进行及时诊断和治疗。
 - 4、组织本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，定期检查安全措施、消毒隔离，设备保养、防护保健等工作的执行情况，严防差错事故的发生。
 - 5、了解全科人员思想动态，搞好业务训练和技术考核，督促做好各项工作记录与统计，重视医学资料积累与管理，完善考勤、考核制度，为全科工作人员职称晋升、奖惩提供依据。
 - 6、定期参加医疗岗点工作和读片会，审签重要诊断报告，亲自参加影像科(放射、超声、核医学)专业之间诊疗讨论会及院内科室间会诊和疑难病例的诊断治疗。根据放射诊断的全面质量管理(QA)和质量控制(QC)的要求，定期检查各医疗岗点的投照质量、报告书写质量及治疗水平。
 - 7、参加院召开的工作会议，主持科务会议，加强与有关科室的联系，参加影像与手术、病理证实的病例讨论会，征求意见，改进工作，以期提高全科业务水平。
 - 8、组织全科人员学习和引进、运用国内外先进医学技术，组织高、中级医技人员开展科学研究。负责审定科研项目设计，保证组织落实并重视进度和总结工作。负责审定科研成果及新技术的上报工作。
 - 9、督促全科人员定期体格检查，了解他们的健康情况，便于合理分配工作任务，确定本科人员工作换班、值班和休假。
 - 10、负责与科内高级医技人员商讨制定全科医技人员的继续教育及培训计划。
 - 11、负责教学和专业培训工作，重视并参与各类医学学生的影像教育及研究生指导工作。根据对进修、实习人员的培训要求，组织全科医技教学力量，制定教学大纲和进度计划，参加教学工作，收集意见和建议，总结经验，增强培训效果。
 - 12、审签本科药品、器材的请领、报销等事务。积极参与新型设备仪器购置的调研论证工作。
 - 13、负责科室人员的劳动考勤和绩效分配工作。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

放射科主任医师职责

- 1、在科主任领导下，负责本科医疗、教学、科研及技术培训等工作，并积极协助科主任搞好本科行政管理。

- 2、参加并指导读片会，审签重要诊断报告，负责解决特殊检查及疑难重症的诊疗问题。定期参加医疗岗点日常工作。负责与兄弟科室间的业务联系，参加会诊和病例讨论会。
- 3、督促下级医师认真执行各项规章制度和技术操作规程。检查下级医师在各医疗岗点的诊疗质量。
- 4、负责介绍并率先引进、运用国内外先进经验和技术，提高影像诊疗质量。
- 5、主持科内各项教学任务，参加拟订教学大纲和培训计划，并负责实施。
- 6、协助科主任完住院医师培训、继续教育、研究生培养等工作，对下级医师理论水平、业务能力、工作实绩作出评定。
- 7、指导并带领全科人员积极开展科学研究和技术革新，按期完成承担的科研项目。

放射科主治医师职责

- 1、在科主任领导和主任医师指导下，负责完成本科一定范围的医疗、教学、科研任务。同时协助科主任做好科内各项具体业务和日常行政管理工作。
- 2、协助督促检查科内各项规章制度、技术操作规程和 X 线防护保健条例的执行情况，提高医疗质量，严防差错事故。
- 3、参加各医疗岗点诊疗工作，参加院内外会诊和病例讨论。
- 4、主持读片会，书写和签审下级医师诊疗报告，负责指导下级医师及进修医师写好诊断报告。有责任协助住院医师解决工作中的难题，如不能解决时，应及时请示主任医师或科主任。
- 5、熟练掌握放射专业各类诊疗技术，了解超声、核医学两专业的诊断知识和运用范围。
- 6、努力完成上级医师所布置的教学任务，负责做好进修、实习医师的培训和日常管理工作。
- 7、学习国内外先进医学技术，参加科内重要科研项目，做好重要医学资料的积累和保管。

放射科医师职责

- 1、在科主任领导和上级医师指导下进行工作。
 - 2、参加各医疗岗点检查和诊疗工作，按时完成任务。如遇有困难，应及时请示上级医师。
 - 3、随同上级医师参加会诊、临床病例讨论会和专业学术活动。
 - 4、经科主任批准，担负一定的科研和教学任务。协助上级医师做好进修、实习医师的培训工作。
 - 5、熟知科内各医疗岗点医疗设备的性能，并能独立掌握使用。严格遵守技术操作规程，掌握常规照射位置和 X 线投照技术，正确处理暗室显影程序，做好防护工作，严防差错事故。
- 医士协助医师进行以上工作。

放射科主任技师职责

- 1、在科主任领导下，负责科内诊疗工作中有关技术、机械、设备方面的工作。负责实施全面质量管理（QA）和质量控制（QC）的各项任务。
- 2、根据全科实际工作需要和发展远景，负责提出完善各类医疗设备和增强技术力量的可行性发展规划和分步实施计划。
- 3、参加各类医疗设备规格、型号的选定论证，以及负责安装、保养维修等一系列工作。
- 4、为每台医疗设备制定质控指标、技术操作规程和岗点技术工作制度。制订中、下级技术人员操作技能审查考核标准和培养计划。
- 5、负责指导下级技术人员专业技术的基本功训练，重点培训下级技术人员独立处理专业方面疑难问题的能力，并负责介绍和使用新技术。
- 6、督促下级技术人员认真执行各项规章制度、技术操作规程和防护条例。
- 7、检查各工作岗点技术服务质量，参加适量技术操作，积极协助科主任收集情况，搞好全科行政管理和全面质量管理。
- 8、承担实习、进修技术人员的教学任务，制定教学大纲和培训计划，并付诸实施。收集教学中的意见，提出改进方案，提交科务会讨论。
- 9、与高级工程师技术人员配合，带领全科人员学习国内外先进医学技术，主动与兄弟科室和本科各

级医师共同探讨新的检查方法和投照技术。

10、参加并指导每日集体评片。

放射科主管技师职责

1、在科主任领导和上级技师指导下，负责安排和完成全科各医疗岗点有关机器操作和技术方面的具体工作。同时协助科主任搞好技术方面的行政管理工作。

2、参与并指导下级技术人员完成日常诊疗技术任务。工作中严格遵守并督促检查各项规章制度、技术操作规程和 X 线防护保健条例的执行情况。

3、按照质管要求和质控标准每日主持技术人员集体评片，并评价和改进照片质量。

4、参加操作并管理高精密度医疗设备，对下级技术人员日常工作中难度大和较复杂的技术操作，有责任给予帮助和指导。

5、具体负责有关医疗设备的安装、维修、保养、安全、防护等事务安排，并负责检查其工作效果。

6、努力完成科主任和主任技师布置的教学任务。负责做好实习、进修技术人员的培训和日常管理工作。

7、对每台医疗设备应建立并负责保管技术资料档案。包括设备资料、安装经过、运转数据、防护效能检测结果、定期维修记录、违章操作经过记录、机器零部件损坏情况及修配经过，包括隐患的估计、预测及防止、建议、设想等。发现紧急或重大问题，应立即向科主任汇报。

放射科技师职责

1、在科主任领导和上级医（技）师指导下，带领下级技术人员完成各类诊疗中有关技术工作。

2、经培训和考核合格后，参加高精密度医疗设备的管理和操作，参加介入性放射诊疗中有关技术工作。

3、工作中严格遵守各项规章制度，技术操作规程和 X 线防护保健条例，严防差错事故。

4、承担教学培训任务，对下级技术人员日常工作中遇到的困难有责任协助解决。

5、参加每日集体评片，提高照片质量。

6、参加科内设备的安装、维修、保养、管理、清洁、消毒等工作。

7、参加科内各项科研项目中有关技术改进等方面的研究。

8、分工负责设备、器材、家具的保管和请领、消耗、报损等账务管理。

放射科技士职责

1、在科主任领导下，完成上级医（技）师所分配的日常诊疗技术工作。

2、按照医师的要求负责进行日常 X 线摄影技术、照片的暗室显影、干燥、整理等整套程序的工作，并负责显、定影液配制等事务。

3、参加集体评片，并评价照片质量。

4、认真执行科内各项规章制度和技术操作规程，遵守 X 线防护条例，重视消毒隔离、安全保卫等工作，严防差错事故。

5、配合技师进行本科医疗设备的日常保养和管理，服从上级技师调度。参加医疗设备的安装和定期检修工作。

6、在上级技师分配下，协助做好机器附件的请领及保管、耗用、报销等具体事务。

7、填写技术工作量日报表。

8、积极参加科内技术革新和科研工作。

放射科工程师职责

1、在科主任领导下，协同正、副主任技师负责科内技术工作。主要负责在设备运行期间现场维护，保证正常开机。

2、参加与科内 1000MA 以上 X 线机、DSA、CT、MRI 等高精密医疗设备的选购、负责安装、使用和管理，熟悉设备的运行规律，了解该设备各系统部位的性能，尽早发现故障。根据影像诊断设备的质量控制规定做好校正性检修，找出原因，及时维修或提出更换部件的意见，使设备处于良好的工作状态。

3、负责培训高年资初级技术人员（3 年以上），熟练使用上述高精密医疗设备。

4、根据放射科诊疗医师要求，制定检查参数。

5、钻研专业业务，开发各种高精密度设备的功能，开展技术革新，充分发掘设备潜力，发挥其最大的效益。

6、与医学资料管理人员共同进行计算机软件开发应用实现医学影像资料检索、信息、图象存储和传输的计算机化，建立放射信息管理系统（RIS），最终完成图像存储与传输系统（PACS）。

7、组织工程技术人员和放射科主管技师以上人员共同做好各台高精密医疗设备定期检修工作。

放射科医学资料管理员职责

1、在科主任领导下，负责收集、保存及管理各项医学资料。

2、在登记处应做好下列工作：

（1）接收并查阅诊疗申请单中各栏目的内容填写是否完整；

（2）按检查项目批价；

（3）交款后登记编号，对复诊患者应查找原资料；

（4）特殊检查的患者应预约登记，并告知注意事项及取诊疗报告的时间和地点。

3、每日负责将医师签审完毕的病案资料收集汇总，清点核实，整理完善，依序排列，归档保存。

4、负责逐日完成病案疾病分类，编制疾病索引卡和教学病例索引卡，妥善保存教学资料。

5、资料管理员应具备一定的现代信息管理知识，能熟练操作计算机，将上述所有资料进行登记，存储进入计算机，并具有科学检索的知识和技能。

6、负责办理医学资料外借业务，按期催还。珍贵资料须经科主任签署同意后方可办理借阅手续。

7、负责病案资料室的干燥通风，整齐清洁，资料无积压、霉烂、虫蛀、鼠咬现象。断绝一切火源，未经许可，严禁非保管人员入内。

8、每月负责将医师组、技术组逐日记录的工作量、原始资料累积统计表，送交科主任审签后呈报院有关部门存档。

超声科（室）主任职责

1、在院长领导下，实行科（室）主任负责制。负责本科的医疗、教学、科研和行政管理工作。

2、制定本科（室）工作计划，并组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

3、督促本科（室）人员认真执行各项规章制度、操作规程，检查本科（室）超声诊疗质量。

4、根据本科（室）任务和人员情况进行科学分工，合理安排，确保对患者进行认真、及时地诊断和治疗。

5、审批新开展的诊断和治疗方案，参加临床会诊和疑难病例的诊疗处理，确保医疗安全，严防差错事故。

6、负责本科（室）人员业务培训、技术考核。担任教学和进修、实习医师的培训。

7、组织本科（室）人员学习、使用国内外先进医疗技术，制定和实施科研规划，并指导和审批本科（室）人员的科研课题。

8、确定科（室）人员轮换、值班、会诊和外出医疗。

9、审签药品、器材、家具、被服等物品的请领与报损。经常检查机器使用与保养情况。

10、督促全科人员执行岗位责任制，提出升、调、奖、惩意见。经常与兄弟科室联系，征求意见，改进工作。

11、除精通超声影像诊疗技术外，也应熟悉其它影像（放射、CT、MRI、核医学等）诊断知识和技术。副主任协助主任负责相应的工作。

超声科（室）主任医师职责

- 1、在科（室）主任领导下，指导全科（室）超声诊疗、教学、科研、技术培训与理论提高工作。
 - 2、检查超声诊断质量，担任特殊超声诊疗，解决本科室业务上的复杂疑难问题，参加院内外会诊。
 - 3、指导各级人员做好超声技术工作，有计划地开展基本功训练。
 - 4、担任教学和进修、实习医师的培训工作。负责科室人员业务学习和技术考核，提高业务技术水平。
 - 5、运用国内外先进技术，吸收最新科研成果，开展新的超声检查项目，提高超声诊断质量。
 - 6、指导全科（室）诊疗业务，开展科学研究工作。
 - 7、除掌握超声技术外，应熟悉其它影像技术，并注意有机结合，正确使用，相得益彰。
 - 8、密切联系临床科室，征询对超声工作的意见，介绍超声检查新项目和新技术。
- 副主任医师参照主任医师职责执行。

超声科（室）主治医师职责

- 1、在科（室）主任领导和主任医师指导下，负责本科室超声诊断、教学和科研工作。
- 2、担任超声诊疗工作，帮助和指导住院医师和进修、实习医师的工作，检查其诊断质量。参加院内外会诊，解决业务上的疑难问题。
- 3、开展科研、教学工作，学习、使用国内外新技术，提高技术素质，促进超声诊疗工作。
- 4、除熟悉超声技术外，对其它影像诊断知识亦应有所了解。
- 5、协助科（室）主任制定各项规划，并担任一定的行政管理工作。

超声科（室）住院医师职责

- 1、在科（室）主任领导和上级医师指导下进行工作。
- 2、担任日常超声检查，认真书写诊断报告，按时完成本职工作，遇到疑难问题及时请示上级医师。
- 3、协助上级医师进行科研和技术革新，在上级医师指导下开展新项目，不断提高诊疗质量。
- 4、担任进修人员培训和实习医师的见习教学工作。
- 5、在掌握本专业基础知识的基础上，努力学习其它影像诊断知识。
- 6、协助资料整理，负责病例随访，担任科内一定的事务工作。
- 7、严格遵守技术操作和安全规程，及时对使用仪器进行保养和维护。

核医学科主任职责

- 1、在院长领导下，实行科主任负责制。全面负责本科的医疗、教学、科研和行政管理工作。
 - 2、制定本科工作计划，并组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
 - 3、督促本科工作人员执行各项规章制度和技术操作常规，定期检查科室安全措施，消毒隔离、设备保养、防护保健等工作的执行情况。
 - 4、审定放射性同位素的订货计划，监督科内人员正确使用。随时检查放射性实验室的安全措施、药物保管与三废处理，严防发生差错事故。
 - 5、确定本科人员的分工与职责，以医疗为中心，充分发挥各级人员特长，不断提高医疗质量。
 - 6、组织并担任部分医疗、教学、科研工作，落实进修、实习医师的临床培训工作，定期组织影像（放射、超声、核医学）专业间诊断研讨会。
 - 7、组织高、中级技术职称人员制定科研规划，具体落实课题计划，掌握进度，按期完成，并及时总结经验。学习国内外先进经验，不断改进诊疗技术。
 - 8、负责科内人员的考勤、考绩工作，提出聘、升、调、奖、惩等意见。
 - 9、负责审签本科药品、器材及其他用品的请领、报销事务。在保证社会效益的基础上，做好经济核算工作。提出科室设备更新计划，参与引进仪器设备的论证和调研。
 - 10、加强与院内外的工作联系，不断改进工作。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

核医学科主任医（技、药）师、研究员、高级工程师职责

1、在科主任的领导下，负责本科的医疗、教学、科研、仪器设备与技术培训等工作，并制定相应的发展规划。

2、督促检查下级人员的工作质量，具体解决业务上的复杂疑难问题，并承担部分医疗、教学、科研工作。

3、主动配合临床医疗工作，经常征询临床科室对核医学工作的要求和意见。定期参加临床讨论会，主动介绍新的诊疗项目及临床意义。

4、全面负责教学和进修、实习人员的培训工作，负责科内人员的业务学习和技术考核工作，不断提高业务技术水平。

5、努力学习、运用国内外先进经验，及时吸收最新科研成果，不断开展新的诊疗项目，指导全科开展科学研究工作。

6、承担科主任分配的其它工作。

核医学科主治医师、主管技（药）师、助理研究员、工程师职责

1、在科主任领导下和上级医技人员的指导下，具体分管科内的医疗、教学、设备、药物和科研工作。

2、全面参加具体的诊疗与技术工作，并带培下级医技人员，能独立处理业务上较为复杂的疑难问题。

3、配合高级职称人员，具体负责临床教学、进修、实习人员的培训工作和科内业务学习，努力借鉴国内外新技术。

4、协助制定科研规划并组织实施，记录、整理、总结研究结果，不断提高诊疗和学术水平。

5、承担科主任分配的其它工作。

核医学科住院医师、技（药）师、实习研究员、助理工程师职责

1、在科主任领导和高、中级医技人员的指导下进行工作。

2、全面担任具体的临床与技术工作，按质量控制标准的要求，自觉遵守规章制度和技术操作规程，做好登记、建档、保管工作，严防发生差错事故。

3、担任实习教学，协助搞好进修、实习人员的培训工作。

4、参加新技术开发和科学研究工作，掌握科研设计和实验方法，努力提高理论和诊疗水平。

5、负责本科仪器设备的使用管理和维护保养，及放射性药物和医疗物品的领取、登记、保管工作。随时做好实验室的安全和规范管理。

6、承担科室分配的其它工作。

医士、药士协助医师、药师进行以上工作。

健康管理中心主任职责

1、在院长领导下，负责本院职工和院外群众集体或个人的健康检查、健康咨询、卫生宣教和科室行政管理等工作。

2、制定保健体检中心发展规划和工作计划，并组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

3、组织本科人员，加强对外业务宣传和公关活动，搞好兄弟科室间的业务联系和合作，主动开发健康检查的服务市场。

4、按健康检查的目的和要求，参加并组织本科医护人员及时完成本院职工体检和院外集体或个人的健康检查任务，督促做好体检结果的登记、统计、分析、汇总和报告发放等工作。

5、领导本科人员，结合体检结果和不同的受检对象，有针对性的做好卫生宣教、保健指导或提出进一步诊疗处置的意见。

6、检查督促本科人员严格执行各项规章制度、岗位职责和技术操作常规，实施质量检查、监控，严防差错事故。

7、组织本科人员学习现代医疗保健知识和国内外先进的保健体检工作经验，开展科学研究工作，不断改进和完善健康检查方案的设计，选择正确、合适、经济、有效的保健检查项目和检查手段，达到预期的检查目的和效果。

8、负责本科人员的业务学习、技术考核、继续教育和考勤考绩等工作，对本科人员聘用、晋升、奖惩提出意见。

9、审签本科器材、耗材、办公用品的请领、报销工作，检查使用保管情况。

副主任协助主任负责相应的工作。

健康管理中心主任医（技）师职责

1、在科主任领导下，负责保健体检中心业务指导、技术培训和理论提高等工作。

2、参加并指导健康检查工作，确定体检方案的设计和选择应用，审签体检报告，负责解决在体检过程中遇到的特殊、复杂、疑难问题，加强与兄弟科室的业务联系与合作。

3、组织指导并承担健康知识讲座、保健咨询和卫生宣教工作。

4、负责介绍、引进应用现代医疗保健知识和国内外先进的保健体检技术和经验，开展医疗保健的基础和应用研究，改进和完善健康检查的方案设计，提高保健检查工作质量和效益。

5、检查督促医务人员严格执行规章制度、岗位职责和技术操作规程，检查医疗保健服务质量，防止差错事故。

6、负责保健体检中心的学科建设，专业设置、设备配备、技术开发等项工作的调研论证工作。

7、指导本科人员的业务学习、技术培训、继续教育等工作，对本科人员的技术评定、聘用、职称晋升提出考评意见。

8、协助科主任搞好本科行政管理工作。

副主任参照主任医师职责执行。

健康管理中心主治医师、主管技师职责

1、在科主任领导和上级医技人员的指导下，负责科内与本专业相应的各项具体业务和相关事务管理工作。

2、参加本岗点健康检查、保健指导等工作，负责指导并协助下级医技人员解决工作中的难题，如不能解决，应按规定程序及时请示上报。

3、指导并担任健康知识讲座、健康咨询、卫生宣教等工作。

4、协助督促检查科内各项规章制度、岗位职责和技术操作规程的执行情况，检查下级医技人员的工作质量，防止差错事故。

5、协助组织安排科室人员的政治业务学习、技术培训、继续教育等工作。

6、学习运用国内外先进的医疗保健检查技术，改进和完善健康检查措施。开展科研工作，做好重要科研资料的积累和保管工作。

7、协助科主任做好日常行政管理工作。

8、完成科主任和上级医技人员交办的各项任务。

健康管理中心住院医师、技师职责

1、在科主任领导和上级医技人员指导下，取得执业资格后，履行与本专业相应的诊疗业务工作。

2、参加相应岗点的保健体检、检验、影像检查等工作，遇有困难及时请示上级医技人员，按时完成健康检查任务，做好体检结果的登记、统计、汇总和报告填写发放等工作。

3、在上级医师指导下，开展健康讲座、健康咨询、卫生宣教等工作。

4、严格执行各项规章制度、技术操作规程和质量控制标准，严防差错事故。

5、参加业务学习、技术训练，完成住院医师培训任务，不断提高业务水平。

6、负责科内器材、物资的请领、保管、报销和仪器设备的维护保养及消毒隔离等工作。

7、完成科主任和上级医技人员交办的各项任务。

康复科主任职责

- 1、在院长领导下，负责领导本科的医疗、教学、科研和行政管理工作。
 - 2、制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
 - 3、根据本科任务和人员情况进行科学分工，保证对病员进行及时检诊和治疗。
 - 4、领导本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
 - 5、参加诊疗工作，解决诊疗上的疑难问题。
 - 6、深入临床科室，观察理疗效果，与临床科交流治疗经验。
 - 7、组织本科人员的业务训练和技术考核，提出聘、升、调、奖、惩意见。学习、运用国内外先进经验，开展新技术、新疗法，制订科研规划，做好资料积累与登记、统计工作，完成科研任务。
 - 8、担任教学，搞好进修、实习人员的培训。
 - 9、确定本科人员的轮换、值班、出诊、会诊。
 - 10、审签本科器材请领与报销，并检查使用与保养情况。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

康复科主任医师职责

- 1、在科主任领导下，指导全科医疗、教学、科研、技术培养和理论提高等工作。
 - 2、参加并指导康复医疗工作，负责解决诊疗上的复杂疑难问题。
 - 3、指导本科主治医师和住院医师做好康复医疗工作，有计划地开展业务讲座和基本功训练。
 - 4、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
 - 5、定期参加门诊工作。负责与兄弟科室间的业务联系、参加会诊和病例讨论会。
 - 6、督促下级医师严格执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
 - 7、负责介绍、引进、应用国内外先进的康复医疗技术，提高医疗质量，组织全科人员开展科学研究工作。
 - 8、负责康复科学科发展、专业设置、设备建设、技术开发等项工作的调研论证工作。
 - 9、指导本科人员的业务学习、技术培训、继续教育等工作，对本科人员的技术评定、职称晋升、聘用等提出考评意见。
 - 10、协助科主任搞好本科行政管理工作。
- 副主任参照主任医师职责执行。

康复科主治医师职责

- 1、在科主任领导和主任医师指导下，负责相应范围的医疗、教学、科研工作。
- 2、参加岗点康复医疗工作，担任值班、出诊、会诊任务，负责指导并协助下级医师解决工作中的难题，完成日常诊疗任务。
- 3、协助督促检查科内各项规章制度、岗位职责和技术操作规程的执行情况，检查下级医师的工作质量，防止差错事故。
- 4、协助组织安排科室人员的政治业务学习、技术培训、继续教育等工作。
- 5、学习运用国内外先进的康复医疗技术，开展新技术、新疗法，进行科研工作，做好科研资料的的积累和保管工作。
- 6、担任临床教学，指导进修、实习医师工作。
- 7、协助科主任做好日常行政管理工作。
- 8、完成科主任和上级医师交办的各项任务。

康复科住院医师职责

- 1、在科主任领导和上级医师指导下，负责具体的康复诊疗工作和一定的教学、科研任务。
- 2、参加岗点康复诊疗工作，确定治疗的种类、部位、方法、剂量等，疗程结束后做出小结，并与临床科室保持联系。
- 3、负责病历书写和诊疗期间的各项记录。检查和修改实习医师的病历记录。

- 4、参加会诊、病例讨论，及时向上级医师报告诊疗上的困难及病员的病情变化。请他科会诊，应陪同诊视。
- 5、认真执行各项规章制度、技术操作规程和质量控制标准，严防差错事故。
- 6、参加业务学习、技术训练，完成住院医师培训任务，不断提高业务水平。
- 7、担任一定的教学和科研任务，协助做好进修、实习人员的培训工作。
- 8、完成科主任和上级医师交办的各项任务。

病理科主任职责

- 1、在院长领导下，负责本科的医疗、教学、科研和行政管理工作。
 - 2、制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
 - 3、督促本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，保证检查结果准确。
 - 4、参加疑难病例的病理检查，组织病理讨论。
 - 5、参加会诊和临床病理讨论会，经常与临床科室取得联系，征求意见，改进工作。
 - 6、督促科内人员做好病理资料的积累和保管，搞好登记、统计工作。
 - 7、负责组织本科人员的业务训练和技术考核，提出聘、升、调、奖、惩的具体意见。
 - 8、学习国内外先进经验，开展科学研究和技术革新工作。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

病理科主任医师职责

- 1、在科主任领导下，指导全科医疗、教学、科研、技术培养与理论提高等工作。
 - 2、参加并指导病理检查工作，组织病理讨论，解决病理检查诊断上的复杂疑难问题。
 - 3、督促下级医师认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
 - 4、参加会诊和临床病理讨论会，经常与临床科室取得联系，征求意见，改进工作。
 - 5、指导本科人员的业务学习、技术训练、继续教育等工作，对本科技术人员的聘用、考核、晋升等提出意见。
 - 6、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
 - 7、学习运用国内外先进技术和经验，组织全科人员开展科学研究和技术革新。
 - 8、协助科主任搞好本科行政管理工作。
- 副主任医师参照主任医师职责执行。

病理科主治医师职责

- 1、在科主任领导和主任医师指导下，负责相应范围的医疗、教学、科研工作。
- 2、参加病理检查工作，负责指导并协助下级医师解决工作中的难题，如不能解决及时向上级医师报告。
- 3、参加会诊和临床病理讨论会，经常与临床科室保持业务联系，征求意见，改进工作。
- 4、协助督促检查科内各项规章制度、岗位职责和技术操作规程的执行情况，检查下级医师的工作质量，防止差错事故。
- 5、学习运用国内外先进的病理检查技术，开展科研工作，做好科研资料的积累和保管工作。
- 6、担任教学，指导进修、实习医师的工作。
- 7、协助组织安排科室人员的政治业务学习、技术培训、继续教育等工作。
- 8、完成科主任和上级医师交办的各项任务。

病理科医师职责

- 1、在病理科主任领导和主治医师指导下，承担具体的病理检查和一定的教学、科研工作。
- 2、负责尸检和活体组织检查工作，认真做出病理诊断和发出报告，发现疑难问题及时请示上级医师。

- 3、指导技术人员进行尸检和病理诊断工作。
- 4、担负一定的科学研究与教学任务做好进修、实习人员的培训工作。
- 5、参加临床病理讨论会，做好讨论记录。随同上级医师参加会诊和专业学术活动。
- 6、认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
- 7、参加业务学习、技术训练，完成住院医师培训任务，不断提高业务水平。
- 8、完成科主任和上级医师交办的各项任务。

功能检查室主任职责

- 1、在院长领导下，负责本科的医疗、教学、科研、行政管理工作。
 - 2、制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
 - 3、根据本科任务和人员情况进行科学分工，保证对病员进行及时检查，及时发报告。
 - 4、督促本科人员认真执行各项规章制度、技术操作规程和岗位职责，严防差错事故发生。
 - 5、参加并指导岗点功能检查工作，解决技术上的疑难问题。
 - 6、参加会诊和临床病例讨论会，加强与临床科室的业务联系，征求意见，改进工作。
 - 7、负责组织本科人员的业务训练和技术考核，提出聘、升、调、奖、惩等的具体意见。
 - 8、担任教学，安排进修、实习人员的培训工作。
 - 9、学习运用国内外先进经验，组织全科人员开展科学研究工作。
 - 10、审签本科器材、物资的请领与报销，并检查使用管理情况。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

功能检查室主任医（技）师职责

- 1、在科主任领导下，指导本科室医疗、教学、科研、技术培养和理论提高工作。
 - 2、参加并指导本室下级医技人员，做好本职工作，负责解决技术上的疑难复杂诊断问题，签发诊断报告。
 - 3、参加会诊和临床病例讨论会，加强与临床科室的业务联系，征求意见，改进工作，提高诊断符合率。
 - 4、督促检查下级医技人员，认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
 - 5、运用国内、外先进经验和先进技术，结合临床，指导本室人员开展科学研究，提高诊断技能。督促科内人员做好技术资料的收集、整理和保管利用工作。
 - 6、负责组织本科人员的业务学习，技术训练和考核，提出技术考评的具体意见。
- 副主任医（技）师参照主任医（技）师职责执行。

功能检查室主治医师（主管技师）职责

- 1、在科主任领导和主任医（技）师指导下，负责一定范围的医疗、教学、科研工作。
- 2、参加并指导本室医（技）师做好岗点检查诊断工作，解决技术操作及诊断上的复杂疑难问题，如不能解决，及时向上级医师报告，保证本室任务的完成。
- 3、参加会诊、出诊和临床病例讨论会，加强与临床科室的业务联系，征求意见，改进工作，提高诊断符合率。
- 4、协助督促检查科内各项规章制度、岗位职责和技术操作规程的执行情况，检查监控下级医技人员的工作质量，防止差错事故。
- 5、学习运用国内外先进的检查诊断技术，开展新技术、新项目，进行科研工作，做好科研资料的积累保管工作。
- 6、担任教学，指导进修、实习医师的工作。
- 7、协助组织安排科室人员的政治业务学习、技术培训、继续教育等工作。
- 8、完成科主任和上级医师交办的各项任务。

功能检查室医师（技师）职责

- 1、在科主任领导和上级医（技）师指导下，承担本科室具体的诊断技术操作和一定的教学、科研工作。
- 2、参加岗点的诊断技术操作，书写检查报告，发现问题及时请示上级医师，按时完成任务。
- 3、严格执行各项规章制度、技术操作规程和质量控制标准，防止差错事故。
- 4、随同上级医师参加会诊、出诊、病例讨论和专业学术活动。
- 5、参加业务学习、技术训练，完成住院医师培训任务，提高业务水平。
- 6、担负一定的科研和教学任务，协助上级医师做好进修、实习医师的培训工作。
- 7、完成科主任和上级医师交办的各项任务。

高压氧治疗室主任职责

- 1、在院长领导下，负责本科的医疗、科研、教学、行政管理工作。
 - 2、制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
 - 3、领导和组织本科人员进行诊断、治疗工作，研究确定疑难病症的治疗措施，不断提高医疗质量。
 - 4、组织全科人员学习运用高压氧治疗的新知识、新技术，开展科学研究和技术革新工作。
 - 5、经常督促检查全科人员认真执行高压氧舱操作规程和各项规章制度，严防差错事故。
 - 6、督促检查本科人员做好高压氧舱的使用、维修、保养和管理工作。
 - 7、审定高压氧舱用氧计划，督促检查氧气的贮存安全工作。审签设备、物资请领与报销。
 - 8、负责组织领导本科人员的业务学习和技术考核。提出聘、升、调、奖、惩等的意见。
 - 9、担任临床教学，安排进修、实习人员的培训。
 - 10、负责本科人员的考勤考绩，确定科室人员的值班、休假等事宜。
- 副主任协助主任负责相应的工作。

高压氧治疗室主任医师职责

- 1、在科主任领导下，指导本科室医疗、教学科研、技术培养和理论提高工作
 - 2、参加并指导本科室下级医师做好高压氧治疗工作，负责解决治疗上的复杂疑难问题。
 - 3、检查督促本科人员认真执行高压氧舱操作规程和各项规章制度，严防差错事故。
 - 4、负责与临床科室的业务联系，了解病人的治疗效果，征求意见，改进工作。
 - 5、检查督促指导本科人员做好高压氧舱设备的使用、维护、保养工作，提高设备完好率和使用率。
 - 6、介绍、引进、运用国内外先进技术和经验，带领全科人员开展科学研究和技术革新工作。
 - 7、担任教学工作，指导进修、实习医师的培训工作。
 - 8、协助科主任做好行政管理工作。
- 副主任医师参照主任医师职责执行。

高压氧治疗室主治医师职责

- 1、在科主任领导和主任医师指导下，负责一定范围的医疗、教学、科研工作。
- 2、参加并指导本科医师和技术人员进行诊断、治疗和技术操作，解决下级医技人员工作中出现的难题，如不能解决，及时向上级医师报告。
- 3、参加值班、出诊、会诊工作，参与本科室危重病人抢救，加强与临床科室的业务联系。
- 4、协助督促检查科内各项规章制度、岗位职责和高压氧舱技术操作规程的执行情况，检查监控下级医技人员的工作质量，严防差错事故。
- 5、担任教学和进修、实习人员的培训工作。
- 6、协助安排科室人员的政治业务学习、技术培训、继续教育等工作。
- 7、学习国内外先进经验，开展新技术和科学研究，做好科研资料的积累和保管工作。

高压氧治疗室住院医师职责

- 1、在科主任领导和主治医师指导下，负责具体的治疗操作和一定的教学、科研工作。
- 2、对病员进行高压氧治疗的具体操作，认真填写高压氧治疗单和病历记录，做好病员入舱治疗须知的宣传解释工作，密切监察治疗过程，发现问题及时采取紧急措施，并向上级医师报告。
- 3、严格执行各项规章制度和高压氧舱操作规程，作好安全防护工作，严防差错事故。
- 4、随同上级医师参加会诊、出诊、病例讨论会，深入科室，征求意见，开展业务宣传。
- 5、担任一定的科研和教学任务，协助上级医师做好进修、实习医师的培训工作。
- 6、做好高压氧设备的使用管理，维护保养，设备效益分析，工作量登记、统计、汇总等工作。

营养科主任职责

- 1、在院长领导下，负责本科的业务、教学、科研和行政管理工作。
- 2、制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、组织合理的医疗营养，检查医疗营养的执行情况及效果，与各科医师保持密切联系，必要时参加临床会诊，改进营养治疗工作。
- 4、建立各种营养制度、厨房管理制度、卫生制度，以及降耗节支措施，并监督执行。
- 5、经常检查各类膳食的营养价值、卫生标准及质量，并不断研究改善。
- 6、负责本科工作人员的技术考核和思想工作，提出升、调、奖、惩意见。
- 7、督促检查本科的财务管理工作，提出厨房的建设和炊具购置计划。
- 8、领导所属人员的业务学习，开展科研和教学工作。组织营养技术人员的业务培训。
- 9、主持营养科科务会议，布置和检查工作，安排科内人员的分工等。

营养护士职责

- 1、在营养科主任领导下，负责本科具体业务及指导工作。
- 2、按照治疗要求和病员的饮食习惯，计划和拟定各类食谱，规划数量，并计算营养价值。
- 3、深入病房，了解营养治疗的效果及配膳情况，听取意见，改进工作。
- 4、负责食品的鉴定、检查、督促，指导饮食制备和分发，并在开餐前进行尝检，使之符合治疗原则、营养要求、卫生标准。
- 5、发现工作中有不符营养治疗原则的问题时，应提出改进意见。
- 6、组织炊事员、配餐员学习营养知识及饮食卫生知识，交流烹调技术，定期对病人进行营养知识的宣传教育。
- 7、汇总第二天各种饮食数目。
- 8、完成领导交办的临时任务。

配餐员职责

- 1、在病区护士长的领导和营养技术人员的业务指导下，负责病员饮食的预定、发放工作。
- 2、严格执行医院各项规章制度，遵守服务行为规范，认真履行岗位职责。
- 3、做好病员的选餐预定工作，耐心向病人解释，做好各类治疗饮食的宣传工作，不断提高就餐率。
- 4、熟悉治疗饮食的种类，根据医嘱及病员饮食预定计划，按时、准确、热情地将饮食发送到病员床边。
- 5、经常深入病房，虚心听取意见，及时向领导反映，不断改进饮食供应工作。
- 6、负责餐车、餐具的清洁、消毒和管理。
- 7、严格执行《食品卫生法》，搞好个人清洁卫生，工作时穿戴工作衣帽、口罩。
- 8、完成领导交办的临时任务。

第五章 护理人员职责

科护士长职责

根据护理部工作计划和质量标准,结合本科情况制定科内计划,并组织实施。督查和指导护理质量标准的落实和过程控制,提出整改意见和措施,定期向护理部汇报。

协调护理部合理配置和利用护理人力资源,负责分管部门护理人员的依法执业及任、调、奖、惩具体考核。制定护理人力资源开发和人员管理方面的具体方案,并向护理部提供第一手资料。

3. 指导各专科护士长的现场管理工作,按照相关标准实施人员考核与年度评价,保证本科内各位护士长的工作符合标准。

4. 定期组织召开本科护士长会议,定时与护理部主任和本科护士长交流,及时解决有关问题。

5. 组织制定本科风险防范预案并组织护士学习,召开护理安全工作会议,对护理缺陷事故及时进行分析处理,提出改进措施。

6. 参与本科各病房晨会交接班,运用护理程序组织现场检查,指导危重、疑难、甲类手术病人护理查房、大科会诊和病例讨论。参加护理新技术实践的培训、指导和推广。

7. 组织本科护理人员的继续教育、规范化培训及“三基”考核。拟定本科护理科研计划,督促检查计划的执行情况,及时总结护理经验。

8. 负责安排临床教学和进修实习生带教工作并负责质量督导。

病区护士长(正、副)职责

1. 根据护理部工作计划和质量标准,结合本科情况制定相应的科室计划,做到月有重点、周有安排,并组织实施。

2. 协助护理部合理利用护理人力资源,根据患者病情需要,运用护理程序科学地进行排班和小组分工,责任到人。负责护理人员的依法执业及奖、惩具体考核。参与本科护理人员的任、调考核。

3. 组织护理查房、疑难和死亡病历讨论、会诊。参与制定科室风险防范预案并组织培训。召开护理安全工作会议,及时分析、讨论护理不良事件,提出改进措施。

4. 指导各级护理人员开展整体护理。掌握护理单元工作动态,及时查看新入院、疑难危重和手术患者,督促护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规程,有计划地检查医嘱执行情况,及时审修护理记录。

5. 定期组织召开公休座谈会,听取患者及家属对医院服务的意见和建议,分析原因,研究对策。

6. 定期对本病房护士进行护理工作评价,按照护理部的要求完成护理人员规范化培训及“三基”考核工作。指导实习、进修护理人员的带教考评工作。

7. 负责对本科室设备、固定资产进行定期清点、送检、补充及感染监控管理等。

门诊护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下,负责检查护理人员完成所分管的工作。

2. 制定工作计划,并组织实施。负责护理人员的分工排班,经常深入各诊疗区和治疗区域检查护理工作情况及护理质量。对复杂的技术应亲自执行或指导护士进行操作,搞好传、帮、带,不断提高技术水平。

3. 督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作,严防差错事故的发生;检查指导各诊室做好开诊前准备及健康教育。

4. 督促护理人员改善服务态度,经常巡视患者的病情变化,对较重的患者应提前诊治或送急诊室处理。

5. 督促卫生员保持门诊的整洁,做好消毒隔离工作。

6. 组织护士学习新技术、新业务。

7. 负责协调处理各种医护、护患矛盾,维持良好的门诊就医秩序及就医环境。

急诊护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下，根据护理部及科内工作计划，制定本室的具体计划，并组织实施。
2. 负责督促检查本室的护理质量，参加并指导危重患者的抢救护理工作。
3. 组织安排，督促检查护理人员配合医师做好急诊预检抢救工作。
4. 督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。每周检查重点工作，每月有护理工作质量考核。
5. 组织护士准备各种急救药品、器材，定量、定点、定位放置，并经常督促检查。
6. 加强对护理人员的业务培训，提高急诊预检抢救业务的基本知识和技术水平。
7. 负责护理人员排班及抢救器材、药品、办公用品和日用品的计划请领工作。
8. 负责本室护理人员的思想工作，教育护理人员加强责任心，改善服务态度，遵守劳动纪律。
9. 培养并督促护士增强洗手依从性，避免医源性交叉感染，同时做好消毒隔离工作。
10. 安排护士完成预检抢救室的各种台帐登记工作并定时检查。
11. 负责指导和管理实习、进修人员的学习安排。
12. 督促检查工勤人员的卫生工作，并做好终末消毒。

输液室护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下，根据护理部工作计划和质量标准，结合本科情况制定相应的科室计划，做到月有重点、周有安排，并组织实施。
2. 协助护理部合理利用护理人力资源，根据患者病情需要，运用护理程序科学地进行排班和小组分工，责任到人。负责护理人员的依法执业及奖、惩具体考核。参与本科护理人员的任、调考核。
3. 参与制定科室风险防范预案并组织培训。召开护理安全工作会议，及时分析、讨论护理不良事件，提出改进措施。
4. 掌握护理单元工作状态，督促护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规程，有计划地检查执行情况，及时审修各项护理记录。
5. 积极听取患者及家属对医院服务的意见和建议，召开质控会议，分析原因，研究对策。
6. 定期对本科室护士进行护理工作评价，按照护理部的要求完成护理人员规范化培训及“三基”考核工作。指导实习、进修护理人员的带教考评工作。
7. 负责对本科室设备、固定资产进行定期清点、送检、补充及感染监控管理等。

手术室护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下，负责本室的行政业务管理。根据医院 ISO9001 质量管理体系要求，对手术室的护理质量进行检查，确保分解目标的完成。
2. 制定本室工作计划并组织实施。合理安排人员，进行科学分工，对难度较大或新开展的手术和抢救工作，必要时亲自参与或指导操作，确保医疗安全。
3. 负责组织本科室各级护理人员的业务学习，根据专科业务、技术需要，有计划地采取多种方式学习新业务知识、新技术操作和新仪器的使用等，并组织理论考试和技术考核。
4. 督促所属人员认真执行无菌技术操作规程，做好消毒隔离及各项监测工作，督促和检查卫生员做好清洁消毒工作。
5. 督促检查各项规章制度和护理常规贯彻执行情况，发现问题及时纠正，对发生的不良事件要认真组织讨论，分析原因，制定防范措施。
6. 负责本室的财产预算、请领、管理和报损等。对各类物品、仪器、设备要指定专人负责，建立账目，定期组织清点、报修，贵重、精密器械要建立使用登记卡。
7. 督查手术标本的保管和及时送检。
8. 执行医院有关制度，定期对工作人员进行考核评估，并向科领导汇报。
9. 负责接待参观事宜。

消毒供应中心护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下，负责本科室的行政管理、物品管理和人员管理工作。
2. 制定科室的工作计划并组织实施、检查、总结和记录。检查督促科室人员认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故的发生。
3. 督促检查本科室护理工作质量，定期对清洗、灭菌工作进行质量控制，督促落实并持续改进。定期对大型设备进行监测和校验。
4. 负责日常工作的安排，定期征求临床科室意见，协调改进工作。
5. 负责本科室的物品预算、请领和(报损)管理工作，每月及时上报各科室的物品消耗统计报表。
6. 对各级护理人员及消毒员的工作进行指导和培训，做好进修人员、实习生的带教工作。
7. 组织开展业务学习、技术革新和科研工作，不断学习新理论，引进新技术，掌握新技能，不断提高工作质量和工作效率。
8. 制定并完善停电、停水、停气及灭菌器出现故障时的应急预案和突发事件的处理流程，并确保措施有效落实。
9. 负责接待参观事宜。

ICU (CCU、EICU) 护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下进行工作。
2. 根据护理部及科室工作计划，制定护理工作计划，并组织实施。
3. 负责科室护理质量监控，达到工作质量标准，做到持续质量改进。
4. 掌握本科室护理工作动态，参加并组织急、危、重症患者的监护和抢救工作。
5. 组织本科室护理查房和护理会诊。
6. 组织本科室护理人员的业务学习、技术训练和护理科研工作及技术革新。
7. 了解本专业发展动态，积极组织推广新业务、新技术。
8. 负责安排工作人员进行各类仪器、设备、药品的管理。
9. 督促检查护理人员做好消毒隔离工作，预防院内感染。
10. 检查带教老师工作，督促教学计划落实，评价教学效果。
11. 督促检查保洁员认真履行职责，达到工作质量标准。
12. 定期征求患者和家属意见，不断提高服务质量。

血液净化中心护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下，负责血液净化中心各项规章制度的执行、组织实施。
2. 协助血液净化中心主任开展日常管理工作。
3. 负责各项透析护理操作规范的制定和技术培训。
4. 负责透析医疗用品的登记和管理。
5. 负责血液净化中心的感染控制和管理。
6. 负责各种报表(如患者账单、工作量、各种护理记录)的汇总。
7. 负责定期组织护理人员进行业务学习。
8. 负责护理人员工作安排(含护工)。
9. 负责定期组织对患者及家属的科普宣教工作。
10. 负责护理科研的组织协调及进修带教工作。

导管室护士长职责

1. 在护理部、科护士长及科主任的领导下，全面负责导管室的行政管理、物品管理及人员管理，制订工作计划并组织实施，定期检查和总结，提出改进意见。
2. 制定和完善各项规章制度，督促检查护理人员的落实情况，杜绝不良护理事件的发生。
3. 负责导管室质量控制工作。按照质控计划安排质控工作、督促落实并进行持续质量改进。

4. 负责日常工作安排，统筹安排手术，合理调配人力资源，确保每日手术安全完成。
5. 督促检查护理人员技术操作、消毒隔离和各级人员岗位职责的履行情况。
6. 负责导管室的药品、耗材、敷料、设备等物资的管理，定期检查，作到帐物相符。
7. 定期检查急救设施、抢救车、急救耗材的情况，参与危重病患者的急救及重大手术的术前会诊。
8. 积极参加学术活动，学习新业务，掌握学术新动态。
9. 按时参加护士长例会和院周会，及时传达会议精神，主持每周一次科务晨会，对存在问题查找原因并制定整改措施。
10. 组织护理人员每月定时进行业务学习，定期安排培训与考核，认真落实规范化培训和继续教育计划。
11. 落实进修人员的教学及临床实践。
12. 组织实施介入护理科研工作，指导撰写护理论文。
13. 做好科室之间的工作协调，接待参观、交流、检查等事宜，完成上级指令性任务。

产科护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下，负责产科护理工作的行政管理和业务技术管理。
2. 负责制订产科护理工作计划并组织实施，督促检查并及时反馈、总结、评价，不断提高护理质量。
3. 根据孕产妇的需要、产科护士具体情况，进行科学合理的排班。
4. 掌握产科护理人员的思想动态和工作表现，关心护士的生活及学习情况，增强凝聚力，提高工作效率。
5. 督促产科护理人员严格执行各项规章制度、职业道德规范和技术操作规程，严防护理不良事件的发生，定期组织安全会议，对存在的问题进行分析讨论，提出改进措施并积极向护理部报告。
6. 合理利用医疗资源，做好仪器、设备、药品等物品的管理，保证供应并定期检查，做好记录。减少易耗材料的浪费，降低成本，提高效益。
7. 参加并组织难产处理、新生儿窒息复苏、急危重患者的抢救以及疑难、危重病例的讨论，了解各级医生对护理工作的要求。
8. 随同科室主任查房，参加科内会诊及大手术或新开展的手术、疑难病例的讨论。
9. 培养护理人员的现代护理观，为孕产妇提供生理、心理、社会、文化全方位的护理服务。负责产科的护理质量管理，使产科护理质量达标并得到不断改进。
10. 负责指导和管理实习、进修人员，并指定有经验、有教学能力的护理人员担任带教工作。
11. 组织产科护理人员业务学习、护理查房、专业技能训练、规范化培训及考核。
12. 积极参加各项学术活动，了解产科护理新进展，开展新业务、新技术及护理科研工作。
13. 定期召开工休座谈会，对提出的意见及建议制定合理的改进措施。

病区服务中心护士长职责

1. 在护理部主任、科护士长和科主任的领导下，负责病区服务中心行政管理和业务管理工作。
2. 根据护理部及大科管理目标，结合科室实际制定工作计划并组织实施，完成工作目标，做好记录与总结，按要求上报各类报表。
3. 负责各级人员素质和职业道德教育，不断提高服务技能、服务水平。
4. 督导各级人员执行岗位职责、规章制度和操作流程，减少差错事故发生，确保患者安全。
5. 全面负责服务中心的服务质量管理。及时做好持续质量改进，确保质量目标达标。
6. 制定护理员的培训及考核计划，协助病区护士长做好护理员的管理工作。
7. 负责全院机动仪器的管理，合理利用医疗资源。
8. 负责各种统计报表的上报及整理工作。
9. 负责做好科室之间的工作协调，完成上级指令性任务。
10. 负责病区服务中心软件系统的不断完善与维护工作。

专科护士职责

1. 承担全院本专科病人的护理会诊、护理门诊及相关的专科护理临床工作；对专科病人进行护理评估，制定护理计划并落实护理措施，评价护理效果。
2. 解决病人的专科护理问题，做好资料收集、评估、记录工作。抢救技术熟练、专业理论扎实，能正确分析病人的各种资料。
3. 负责本专科病人健康教育的实施，开展本专科健康教育知识讲座和活动，不断提供本专科的最新进展及前沿知识。
4. 为病人、家属、医护人员提供专科护理培训和咨询服务，负责临床护士专科知识与技能的培训和考核工作。
5. 掌握本专科新技术、新业务，了解本学科发展的动态，应用本专科新的知识，丰富本专科知识体系，改进护理质量。

护理组长职责

1. 在护士长的领导下，认真履行护士职责，做好临床护理工作。
2. 掌握危重患者的情况，保证危重患者护理措施到位，防止护理并发症的发生。
3. 指导下级护理人员运用整体护理的理念做好各项护理工作，督促下级护士执行各项护理常规、规章制度和技术操作规程，
4. 指导下级护士按照《病历书写规范》要求，做好各种文件记录。
5. 协助护士长做好科室护理质量考核和持续护理质量改进工作。
6. 参与病区安全管理，定期分析安全隐患，提出防范与整改措施。
7. 参与科室护理人员规范化培训、分层次培训及“三基”考核工作。
8. 承担下级护士的业务指导，护生的见习和实习、进修护士的护理教学。
9. 参与本病区新业务、新技术的开展及护理科研工作。

责任护士职责

1. 在护士长领导及上级护士的指导下开展护理工作。
2. 运用整体护理的理念，对分管患者进行评估，制定护理计划并落实护理措施，评价护理效果，执行各项护理常规、规章制度和技术操作规程。
3. 按照《病历书写规范》要求，及时、准确、客观书写护理记录。
4. 按照分级护理的要求巡视病房，密切观察病情变化，发现异常及时汇报。
5. 配合医生做好危重患者的抢救及诊疗工作，负责正确采集患者各种检查标本。
6. 熟悉各种抢救器材的性能和使用方法，做好保养维护，确保完好，处于备用状态。
7. 参与病房安全管理、物（药）品的管理、消毒隔离工作。
8. 承担本病区下级护士的业务指导、护生的见习和实习、进修护士的护理教学。
9. 参与本病区新业务、新技术的开展及护理科研工作。

办公室护士职责

1. 在护士长领导下进行工作。
2. 保持办公室安静、整洁、有序，禁止大声喧哗。
3. 保证办公信息系统及设备处于良好运行状态，负责办公室的物品管理。
4. 整理医疗护理文件，督促护士正确书写各种护理记录。
5. 正确处理、核对医嘱，每周总查对一次。
6. 做好各种对外沟通交流工作，及时办理出入院、转科、转院手续。
7. 按时书写交班报告，为下一班做好准备工作。

治疗护士职责

1. 在护士长领导下进行工作。
2. 督促进入治疗室、换药室的工作人员衣帽整洁、仪表端庄，严格执行操作规程。
3. 保持治疗室、换药室、处置间清洁、整齐，符合院感相关要求。
4. 保持治疗室医疗器械、物品、药品整洁有序、位置固定、按时补充。
5. 保证治疗室、换药室各种无菌物品、消毒液按规定时间更换与处理。
6. 检查抢救药品、物品是否定位放置，急救器材的性能是否完好备用。
7. 进行各种治疗操作时，严格执行操作规程及查对制度。

夜班护士职责

1. 在护士长领导下进行工作。
2. 认真贯彻落实值班、交接班制度，做好书面、口头、床边交接班工作。
3. 坚守岗位、履行职责，按分级护理要求，按时巡视病房，密切观察病情变化，按要求书写护理记录。
4. 严格落实查对制度，按时核对医嘱，按常规做好注射、治疗、给药、标本采集等工作。
5. 做好特殊检查及手术前的准备工作。
6. 保持病房环境安静、整洁、有序，观察患者睡眠情况。
7. 按时书写交班报告，为下一班做好准备工作，交班。

教学护士（临床带教老师）职责

1. 根据护理部和科室的教学计划，制订本科室（病区）临床护理教学计划并负责实施，定期总结经验，制订改进措施。
2. 负责实习护生和进修护士带教人员的安排。
3. 负责临床教学质量的监督与评价。督促护理人员和实习护生、进修护士认真执行各项护理常规、规章制度和技术操作规程，做好各项护理工作。
4. 组织本科室（病区）的教学业务讲座和教学查房，定期召开座谈会了解教与学两方面的意见，改进教学方法。
5. 负责本科室（病区）实习护生和进修护士的出科考核工作。

发热门诊护士职责

1. 在护士长领导下工作。
2. 严格执行消毒隔离制度，做好各项防护措施。保持环境整洁，定时空气消毒，做好记录。
3. 认真填写发热病人的各种登记表，统计并填写日报表。
4. 严格执行查对制度，认真执行各项操作规程，做好病人的治疗护理工作。
5. 严密观察病人病情变化，发现异常及时报告。遇疑似、确诊病人要按传染病报告制度报告。
6. 严格值班交接班制度，坚守岗位。
7. 负责物品的补充申领。
8. 严格执行医疗废弃物管理制度。

影像科护士职责

1. 热情接待病人，耐心为预约病人解释接受检查和治疗准备事宜。
2. 负责抢救物品、药品的管理工作，并做好器械的清洁消毒工作。
3. 严格执行各项规章制度和技术操作规程。
4. 加强机房感染管理，指导进出人员的感染防护和放射防护，保持机房内整洁、肃静，空气温度、湿度适宜。

5. 认真做好检查前候诊病人的准备工作，评估受检者的病情、检查部位、配合程度等，科学安排就诊秩序，适时做好候诊病人相关健康教育。
6. 与医、技人员密切配合完成检查治疗工作。
7. 在检查治疗过程中严密观察患者的病情变化。被检查者有异常情况时，积极配合医生做好急救处理工作并及时做好护理记录。
8. 检查结束后主动告知患者及家属注意事项及取报告的时间、地点。
9. 如有造影剂外渗情况发生，及时、客观、完整填写护理不良事件并上报。

内镜中心护士职责

1. 配合医师完成各种检查和治疗工作。
2. 做好内镜和附件使用前的检查，保证内镜检查 and 治疗的顺利进行。
3. 按消毒规范要求对内镜进行清洗、消毒。并做好内镜及附件的维护、保养工作，定期检查并记录。
4. 做好电话咨询、预约登记工作，向患者交代注意事项。
5. 做好检查前准备工作，认真填写病史单，检查前认真核对患者、药品，了解患者病情。
6. 保证药品、物品完好无缺，每天查对抢救车，确保各项抢救药品、物品处于良好备用状态。
7. 检查治疗中严密观察患者病情变化，如发现异常，及时报告医师，并协助医师处理。
8. 收集核对病理标本，认真执行三查八对一注意制度，及时送检，及时发送报告单。
9. 做好仪器档案的登记及保管、病历资料的存档工作。
10. 工作结束后保持环境、物品清洁、整齐。

分诊护士（门诊协诊护士）职责

1. 在护士长领导下进行工作，严格执行相关的规章制度和技术操作规程。
2. 做好开诊前准备工作，保证诊室的清洁、整齐。
3. 落实好门诊首诊负责制。
4. 协助医师进行检诊，遵医嘱给患者进行相关处理。
5. 做好患者的健康教育工作。
6. 定时观察候诊患者的病情变化，对较重的患者应提前诊治或送急诊室处理。
7. 加强候诊区秩序管理，保持诊室内整洁、安静的就诊环境，诊室内做到一医一患。
8. 做好消毒隔离工作，防止院内感染。
9. 完成每日重点工作、临时性工作，管理好诊区内各类物品。
10. 加强业务学习，参加“三基”培训，提高护理质量。

门诊换药室护士职责

1. 严格遵守无菌操作原则和各种技术操作规程。
2. 备好应急药品，做好紧急状态下的急救工作。
3. 做好伤口护理知识健康教育。
4. 执行换药室的消毒隔离制度，做好换药器具及换药敷料的终末处理工作。
5. 做好物品器械的清点、保管工作。
6. 保持换药室整齐、清洁、有序，负责物品的补充申领。
7. 严格执行医疗废弃物管理制度。

体检中心护士职责

1. 负责体检人员的接待、分类，维持体检秩序，合理安排体检人员进入诊室体检。
2. 及时巡视各体检诊室，协助体检医师进行诊检及分流工作。
3. 负责对来院体检人员进行健康教育。

4. 负责体检诊室开诊前的准备和诊后各类体检器械的消毒整理工作。
5. 做好体检人员的健康资料整理与保管工作。
6. 协助科主任做好临时护士的管理工作。
7. 遵守科室各项规章制度，工作时间不做私事、不串岗。

核医学科护士职责

1. 熟悉各种核医学检查及治疗的名称，检查要求、注意事项及价格等。
2. 严格执行登记程序，不漏登、错登。认真核对病人姓名、性别、科室、床号、住院号、编号等信息后请患者到候诊室接受检查及治疗。检查结束后，认真核对各项信息后，正确发放报告单。
3. 热情、认真接待病人，耐心为预约病人解释有关核医学检查及治疗准备事宜。
4. 负责核医学科用品的及时领取，存放。
5. 协助做好同位素的淋洗、配药、分装、送服、注射等工作，及时安排急诊、出诊事宜。
6. 保持工作场所干净整齐，做好清洁、消毒工作。
7. 配合核医学检查及治疗操作。
8. 按照放射性废物的处理原则对放射性废物进行正确处理。
9. 负责核医学科抢救药物及器材管理，积极协助医师进行抢救。

门诊大厅服务台护士职责

1. 在门诊部主任和护士长领导下进行工作，认真执行医院各项规章制度。
2. 主动、微笑、热情、耐心地回答就诊者提出的各种问题,准确指导就诊方位。
3. 负责门诊患者的预分诊、咨询及健康宣教工作。
4. 负责门诊患者的预约挂号（现场预约、电话预约、网上预约、APP 指导等）。
5. 负责门诊患者的退费审核及病情证明盖章。
6. 负责门诊病人轮椅的租用，及轮椅的日常维修保养工作。
7. 维持好收费窗口及自助机秩序，站好“一米线”。
8. 协助有困难的患者填写门诊病历首页楣栏。
9. 指导患者自助打印化验报告单及协助有困难的患者打印报告单。
10. 遇有行动不便及危重的患者协助家属送往相关科室。
11. 负责准备和管理服务台各种用物及提供便民服务。
12. 完成领导交办的其它临时任务，维持门诊大厅秩序，督促保洁员做好大厅及服务台内保洁工作。

口腔科门诊治疗室护士职责

1. 在科主任和护士长领导下进行工作。
2. 保持诊室安静、整洁，维持就诊秩序，做好开诊前准备工作（器械、敷料、药品等）。
3. 坚守工作岗位，严格执行各项规章制度和各种技术操作规程。
4. 合理安排患者就诊，密切观察就诊患者情况，发现异常，立即通知医生并配合处理。
5. 严格执行消毒隔离制度、医疗废弃物分类制度，明确各区域划分，按院感要求做好终末处理，防止院内感染。
6. 在诊疗期间，做好患者的安抚及健康知识宣教工作。
7. 做好抢救物品、药品管理及水电等安全管理，按时检查各种无菌物品是否在有效期内。

耳鼻喉科门诊治疗室护士职责

1. 在科主任和护士长领导下进行工作。
2. 做好开诊前准备工作（器械、敷料、药品等），并保持诊室的整洁。
3. 严格执行消毒隔离制度，定时、定期进行用物消毒灭菌，防止院内感染。

4. 坚守工作岗位，严格执行各项规章制度和各种技术操作规程，严防差错事故。
5. 在诊疗期间，做好患者的安抚及健康知识宣教工作。
6. 负责做好本科室的各项护理工作及各项小治疗的操作。配合医生完成各种小手术及清创缝合工作，严格执行医疗垃圾分类制度。
7. 负责配合耳鼻喉科的内镜检查、内镜的管理、消毒、保养、生物监测等。
8. 负责发放病理报告单。
9. 下班前关闭水源、电源、门窗，确保安全。

眼科门诊治疗室护士职责

1. 在科主任和护士长领导下进行工作。
2. 尊重关爱患者，主动热情为患者服务。
3. 做好各类物品管理，及时补充申领。
4. 做好开诊前准备工作（器械、敷料、药品等），并保持诊室的整洁。
5. 严格执行消毒隔离制度，做好医疗垃圾分类，定时进行用物消毒灭菌，防止院内感染。
6. 坚守工作岗位，严格执行各项规章制度和各种技术操作规程，严防差错事故。
7. 做好各种小手术和眼底造影的预约及配合工作。
8. 做好眼科常见病的宣教工作。
9. 配合科室做好实习生及进修生的门诊带教工作。
10. 下班前关闭水源、电源、门窗，确保安全。

皮肤科门诊治疗室护士职责

1. 在科主任和护士长领导下进行工作。
2. 做好开诊前准备工作（器械、敷料、药品等），并保持诊室的整洁。
3. 严格执行消毒隔离制度，做好医疗垃圾分类，定时进行用物消毒灭菌，防止院内感染。
4. 坚守工作岗位，严格执行各项规章制度和各种技术操作规程，严防差错事故。
5. 能独立完成相关专科治疗与护理工作：如冷冻治疗、擦药等。
6. 配合性病患者做好相关检查与治疗工作，并做好物品器械的消毒灭菌，防止交叉感染。
7. 做好各类物品管理，及时补充申领。
8. 做好皮肤科常见病的宣教工作。
9. 下班前关闭水源、电源、门窗、确保安全。

预检护士职责

1. 在科主任、护士长领导下进行工作。
2. 按时交接、补充预检台各种治疗护理物品，保持预检台清洁整齐。
3. 主动、热情接待患者，对来诊车辆主动迎出询问，按分诊标准进行分诊，安排急危重患者优先就诊，做好分级检诊及登记。
4. 完善急诊患者信息录入，如有遗漏，应及时补录。
5. 承担与他科的联系工作，遇有特殊情况及时向上级汇报。如遇批量伤员的抢救，立即向护士长汇报，并报请护理部、医务处以便领导掌握情况，组织抢救队伍。涉及法律纠纷及时与有关部门联系。
6. 如发现严格管理的疾病，应立即将患者隔离诊治，做好消毒隔离、疫情报告等相关工作。
7. 负责接听咨询电话并热情、耐心回答。
8. 维持急诊大厅就诊秩序，检查大厅和各走道的灯和空调等，如有损坏，及时通知相关部门维修。
9. 负责督促保洁人员做好环境及诊室卫生工作。
10. 完成护士长布置的临时工作任务。

抢救室护士职责

1. 熟悉并掌握抢救常规及各种抢救技能。
2. 在急救过程中，迅速、准确地协助医师进行抢救，并及时做好相关记录。
3. 积极巡视病人，严密观察病情，按护理程序对病人实施护理，发现异常，及时报告并做好各项护理记录。
4. 正确执行医嘱，严格执行查对制度及值班交接班制度。
5. 做好急救病人与家属的健康教育与心理护理。
6. 协同医师护送危重病人及手术病人到病房或手术室，并与病房和（或）手术室护士做好病人的交接工作。
7. 负责检查、补充各种急救物品、药品及医疗器械，保证急救物品、药品、器械性能良好，处于备用应急状态。
8. 严格执行各项无菌操作规程，做好消毒隔离工作，防止院内交叉感染。
9. 接受护士长带教任务的安排，指导下级护士、进修与实习护士的工作。
10. 协助护士长做好急诊抢救室的管理，保证良好的抢救秩序。

观察室护士职责

1. 在护士长的领导下进行工作。
2. 负责留观病人的病情观察，发现病情变化及时汇报值班医师，协助医师做好病人的抢救工作。
3. 及时做好各项护理工作和护理记录，严防差错事故的发生。
4. 做好病人的基础护理与心理护理。
5. 完成各项治疗及护理工作，协助医师进行各项诊疗工作。
6. 协助指导下级护士及进修、实习护士工作。
7. 负责留观病人的健康教育与出院指导。
8. 负责观察室的消毒隔离与医疗垃圾分类管理工作，并及时做好相关记录。

清创室护士职责

1. 在护士长领导下进行工作，协助外科医生完成清创缝合工作。
2. 负责清创室所有物品的清点、维护、保管、补充，保证正常使用。
3. 室内物品分类摆放整齐，标签醒目，保持性能良好。
4. 做好消毒隔离和终末处理工作。
5. 保持清创室内安静，负责出入人员的管理；督促检查参加清创人员的无菌操作，注意患者安全，严防差错事故。
6. 热情耐心地解答患者提出的疑问。
7. 督促保洁人员做好清洁卫生工作。

输液室巡回护士职责

1. 在护士长领导下，按照门诊移动输液系统进行工作，安全完成输液治疗。正确使用 PDA，准确记录工作量。
2. 严格执行各项操作规程，严格执行查对制度。
3. 观察输液患者的病情，备好急救药品、物品，发现输液反应及其他病情变化及时处理并立即报告医师。
4. 保持输液室环境的整洁、安静。
5. 经常与患者交流沟通，解答患者提出的疑问，做好健康知识宣教。
6. 执行消毒隔离制度。做好输液器具的终末处理工作。
7. 认真做好科室实习、进修护士的带教。
8. 做好医疗垃圾与生活垃圾的分类处理。

输液室配液护士职责

1. 在护士长领导下，按照门诊移动输液系统进行工作，正确使用 PDA，准确记录工作量。
2. 认真执行各项护理规章制度和技术操作规程，特别是查对制度和无菌技术操作原则。
3. 工作时严肃认真，保持高度责任心。
4. 对输入特殊药物的患者，须向巡回护士交代清楚，根据药物性能及病情调节输液速度。
5. 保持配液室整齐、清洁，物品定点放置、有序，生物安全柜每班用后及时清理消毒，定期进行细菌培养，各种仪器设备性能良好。
6. 认真做好科室实习、进修护士的带教。

输液室查对护士职责

1. 在护士长领导下按照门诊移动输液系统进行工作。
2. 接输液清单及自带药时，认真核对药品名称、用法和用量，询问有无药物过敏史，并向患者交代注意事项。
3. 热情接待患者，工作时严肃认真，保持高度责任心。
4. 交代患者保存好输液座位号等物品，告知患者对号就座，以方便输液需要。
5. 认真做好科室实习、进修护士的带教。
6. 认真做好体温计的消毒与交接工作。

输液室穿刺护士职责

1. 在护士长的领导下，按照门诊移动输液系统进行工作，正确使用 PDA，准确记录工作量，认真履行护士职责，负责所有患者的输液。
2. 严格执行三查七对制度：进行反问式双向核对，核对输液单与患者姓名、药名、剂量等相符。
3. 如所输药液需皮试，应询问过敏史或是否连续用药。
4. 严格执行无菌操作原则一人、一椅、一挂钩、一止血带、一针、一输液器。
5. 操作过程中严格按操作规程，排尽空气，保证输液器内无气泡，保证消毒范围，规范贴输液贴。
6. 不得随意调换座位，若有特殊情况需经护士同意帮助解决。
7. 根据年龄、药物性质、病情调节好滴速，交待患者不得自行调节。
8. 将患者穿刺手臂摆放妥当，告知尽量不要乱动，以免穿刺部位肿胀、脱落。
9. 操作前后洗手，使用后的垃圾按要求分类放置。
10. 整个输液过程中必须礼貌用语，态度友善，语气婉转。
11. 协助护士长做好输液区的管理工作。
12. 认真做好科室实习、进修护士的带教。
13. 做好输液患者的宣教工作。

手术室护士职责

1. 在护士长的指导下，认真履行护士职责，负责患者的护理。
2. 指导下级护士做好洗手、巡回等手术配合工作及临床护理实践，开展手术护理查房，提升护理业务水平。
3. 承担各专科疑难、危重或新开展手术的护理配合，并熟练掌握抢救配合技术。
4. 协助护士长做好手术室管理工作，制定各专科护理工作指引和手术配合流程，完成各专科护理工作标准、护理质量评价标准等。
5. 参与各级护理人员的培训及考核。
6. 承担手术室科研课题，开展护理科研及撰写护理论文。
7. 掌握本专科新技术、新业务，了解本学科发展的动态，应用本专科新的知识，丰富本专科知识体系，改进护理质量。

手术室护理组长职责

1. 完成本专科的日常工作，协助护士长进行亚专科管理，与护士长和组员进行双向交流，增强团队凝聚力。
2. 担负本专科组新开展手术项目、重大疑难、复杂的特殊手术配合和组织工作。
3. 负责本组专科护士的培训及考核和实习、进修生的教学工作。每日检查护士的各项工作是否高质量完成。
4. 负责本专科手术间、手术器械、仪器设备及特殊手术用物的管理。
5. 及时与手术医生沟通，听取手术医生对专科护士的评价，协调好科室关系和医护关系，提高专科组主动服务意识和工作质量。
6. 定期召开组务会，讨论解决组内存在的各种问题，找出差距，不断提高手术配合质量。
7. 协助护士长组织护理查房与专题讲座。
8. 参与教学工作，包括年轻护士的带教。
9. 协助护士长做好各专科的管理工作。

手术室洗手护士职责

1. 手术前

(1) 查看手术通知单，了解拟实施手术名称、麻醉方式及患者相关信息(过敏史、生化检查等)、手术特殊用物，必要时参加病例讨论、访视患者。

(2) 备齐手术所需物品，包括无菌物品、外科洗手用品、脚踏等。必要时请术者确认关键的器械和物品，如有疑问及时补充、更换。

(3) 检查手术所需无菌物品及器械的灭菌标识和有效期。

(4) 协助巡回护士安置患者、准备手术仪器设备等。

2. 手术中

(1) 铺置无菌台前：确认周边环境符合无菌技术操作要求；再次检查手术所需无菌物品及器械的灭菌标识和有效期。

(2) 执行外科手消毒，原则上提前 15~30 分钟刷手。

(3) 铺置无菌台后，检查手术器械性能、完整性。

(4) 执行手术物品清点制度，与巡回护士共同清点台上物品。

(5) 遵循无菌技术操作原则，协助手术医生进行手术区域皮肤消毒、铺置无菌单、戴无菌手套。

(6) 与巡回护士连接好各种手术仪器，如电刀、吸引器、超声刀、冷光源等。

(7) 关注手术进程，掌握手术步骤及主刀医生习惯，提前准备并正确传递手术器械，及时擦拭器械上的血渍，传递前及使用后均需检查器械完整性。

(8) 对正在使用的器械、纱布、纱垫，缝针等做到心中有数，用后及时收回。

(9) 监督手术医生对特殊器械及电外科的安全使用。

(10) 负责手术台上标本的管理，严格执行手术标本管理制度。

(11) 监督手术台上人员的无菌技术操作，严格执行手术隔离技术。保持无菌区域干燥整洁、不被污染，如有或疑有污染立即更换。

(12) 做好标准预防，正确传递锐器，防止发生锐器伤。如为特殊感染手术，按相关规定处理。

(13) 术中原则上不调换洗手护士，特殊情况必须调换时，严格执行交接班制度，现场交接。

(14) 完成第四次手术物品清点后，告知手术医生手术物品数目正确、完整。

3. 手术后

(1) 协助手术医生包扎伤口，清洁手术区域皮肤。正确连接各种引流袋。

(2) 正确处理标本。

(3) 遵循垃圾分类原则，锐器应放置于锐器盒内。

(4) 做好器械整理，及时与消毒供应人员交接。

手术室巡回护士职责

1. 手术前

(1) 查看手术通知单，了解拟实施手术名称、麻醉方式及患者相关信息（过敏史、生化检查等），必要时参加病例讨论、访视患者，做好术前宣教。

(2) 确认手术所需物品、仪器、设备、手术体位用物等，并处于功能状态。

(3) 检查手术间环境，包括湿度、湿度、照明、清洁状况等，发现异常及时报修。清空上一台手术患者的所有物品、病历资料、垃圾等。

(4) 遵循一间、一人、一病历原则：每个手术间只能安置一位患者，并只能存放该患者的病历、资料。

(5) 执行手术患者交接制度，做好与病房护士的交接，检查所带药物、影像学检查结果等，确认患者有无义齿、饰品、植入物等，并在交接单上签名记录，

(6) 采用两种以上方法核对手术患者身份（姓名+住院号）。

(7) 患者转移至手术床时，先确认手术床和手术平车固定，再转移患者，告知患者不得随意移动，防止坠床的发生。

(8) 做好患者的心理护理，减轻患者焦虑。

2. 手术中

(1) 根据手术及麻醉需要，选择静脉穿刺部位建立静脉通路，妥善固定。遵医嘱给予术前抗菌药物。

(2) 执行《手术安全核查制度》，在麻醉前、手术开始前、患者离室前，与麻醉医生、手术医生共同核对患者相关信息，确保正确的患者、正确的手术部位、正确的手术方式。

(3) 协助实施麻醉。

(4) 协助洗手护士铺置无菌台：检查无菌物品的有效期、包装等，确保物品合格，打开无菌物品。

(5) 执行手术物品清点制度，清点、核对手术中所需物品，并签字记录。

(6) 检查评估皮肤，遵循手术体位安置原则，与手术医生、麻醉医生共同安置手术体位，实施必要的保护和约束措施，避免受压、暴露等造成的损伤，防止患者坠床。

(7) 减少不必要的暴露，保护患者隐私，做好保暖，保证舒适。

(8) 随时提供手术所需仪器、设备、手术器械、耗材等。正确连接、调试手术设备。

(9) 严格执行查对制度：给药、输血等操作时须与手术医生或麻醉医生双人核对；抢救时协助麻醉医生给药；在执行口头医嘱时必须复述确认，并保留空安瓿至手术结束。

(10) 及时供应术中所需物品，添加物品双人清点后及时记录，掉落的物品集中放于固定位置，以便清点。

(11) 做好护理观察：包括出血、用药、输液输血、尿量、手术体位等。发生异常情况，积极配合抢救。

(12) 严格执行并监督手术间所有人员的无菌操作技术、消毒隔离技术、垃圾分类等各项规定的落实。控制参观人数，保持手术间门处于关闭状态、环境整洁。

(13) 严格执行交接班制度，现场交接，内容包括手术物品、体位及皮肤、管路等，并做好交接记录。

(14) 遵循手术标本管理制度，协助洗手护士或手术医生核对病理及病理单的各项内容，确认标本来源的名称和数量，妥善管理手术标本，督促及时送检，并签字记录。

(15) 执行护理文件书写规定，准确填写各种护理文件，并签字确认。特殊情况在护理记录单上详细描述，必要时请主刀医生签字确认。

(16) 巡视仪器和设备的运转情况，发现异常及时检查，必要时报修。

3. 手术后

(1) 协助手术医生包扎伤口，保持患者皮肤清洁，衣物整齐，保护隐私、注意保暖。

(2) 检查患者皮肤：如有损伤等异常情况，与手术医生共同确认，发生时，须在护理记录单上记录，并与手术医生、病房护士交接。

(3) 整理管路：保持通畅，标识清楚，固定稳妥。

(4) 整理患者所带物品及护理文件，将患者安全送离手术室。

(5) 整理手术间，物归原处，并补充所需物品。

(6) 执行不良事件上报制度，及时上报与患者安全相关的事件。

门诊手术室护士职责

1. 在麻醉手术科科长、科护士长、手术室护士长领导下开展工作。
2. 做好门诊手术室管理工作。
3. 协调好门诊手术室和各相关科室关系，做好门诊手术的护理工作，发现问题及时处理，并与护士长取得联系。
4. 每月按规定做好空气培养等感控管理工作，并进行登记。
5. 负责门诊手术室的药品、器械、敷料、卫生设备等物品的请领、补充工作。
6. 负责抢救器材、药品的良好备用状态，随时配合医师做好患者的抢救工作。
7. 督促检查卫生员工作，按规定做好一次性医疗用品的毁形处理及医疗垃圾、生活垃圾的分类处置。
8. 负责门诊手术室的安全、保卫工作。

手术室无菌库房护士职责

1. 负责库房、无菌物品室、仪器室的管理工作。
2. 负责高值耗材的保管、登记、补充、发放工作。及时供应手术间所需物品。
3. 负责每日盘点一次高值耗材，及时向护士长汇报，做好请领工作。做到数量充足、无堆积、无过期、不浪费。
4. 指导、督促、检查护工及时补充低值耗材，做到随用随取并保证各类物品拆除外包装后进入手术室。
5. 对每月的低值耗材使用量做好预算，及时申请，定时盘存，既保证术中使用时，又不造成积压和浪费。
6. 每天查对各手术间的收费单，对发放的高值耗材进行查对，内容包括名称、种类、价格、数目，确保无丢失、无漏费、无差错。
7. 负责急诊柜物品的管理、补充工作以及与夜班、急诊班贵重物品的交接工作。

手术室器械室护士职责

1. 负责手术器械、敷料、腔镜器械及外带器械的准备、配送和保管，保证器械供应。发放器械敷料时，应依灭菌日期先后顺序发放。
2. 负责无菌器械室物品的检查、整理和补充工作。做到数量充足、无堆积、无过期、不浪费，保持器械室整洁，物品定位放置。
3. 负责与夜班、急诊班护士做好特殊器械、腔镜器械及外带器械的交接工作。
4. 负责止血带的消毒、配送工作。
5. 负责低温等离子，环氧乙烷消毒物品的分类和发放工作。
6. 负责每日特殊、贵重器械的使用安排及调配工作。
7. 根据手术通知单查看次日各种手术器械、敷料及特殊器械需求情况并上报供应中心。做好与消毒供应中心的协调工作。
8. 负责器械配送护工的指导、管理、监督工作。
9. 定时巡视各区污物走廊及污梯，保证使用过的器械及时送往消毒供应中心。
10. 负责对手术人员进行爱护公物，爱护手术器械的宣教，避免器械碰撞、压、摔等现象。
11. 负责检查监督手术器械的正确使用，禁止手术器械从事非功能范围的工作。

手术室值班护士职责

1. 按规定时间接班，做好各项交接班工作。
2. 严格执行各项规章制度，不得擅自离职守。

- 负责急诊手术的安排及突发事件、急诊抢救的协调管理，并向护士长汇报。
- 严格按照查对制度要求和内容，核对手术病人，确保手术申请及内容填写完整，费用落实，无漏费。
- 做好安全保卫工作，接班时、交班前必须检查整个手术室的水电气、门窗是否符合安全规定。
- 非本科值班人员不得进入手术室。
- 检查督促当班卫生员完成当日工作。

手术室夜班护士职责

- 按规定时间接班，与值班同志做好交接班工作。
- 检查各手术间水电气、门窗关闭等安全情况及急诊电话畅通情况。
- 负责本班安全保卫工作（做到接班时查、睡觉前查、交班前查）。
- 负责夜班急诊手术的安排与配合。
- 严格按照查对制度要求和内容，核对手术病人，确保手术申请及内容填写完整，费用落实，确保无漏费。
- 督促护工按护士长排班接病人入室，先接轻病人，后接重危病人，病人入室必须戴一次性帽子。
- 下班前整理好值班室，做好护士办公室的整理清洁工作，认真交接班，特殊事情向护士长汇报。

麻醉术后恢复室（PACU）护士职责

- 在手术室护士长领导下，麻醉科主任业务指导下进行工作。
- 负责病人在麻醉复苏期间的监测与护理工作。
- 严密观察病情，做好监测与记录工作，准确执行麻醉医师的医嘱。
- 负责麻醉复苏室内药品、器械的管理工作，定位放置，定时维护，确保有效，处于应急状态。
- 负责麻醉复苏室所有物品的清洁、消毒工作。
- 负责相关资料管理及统计工作。

消毒供应中心护士职责

- 在护士长的领导下进行工作，负责可重复使用物品的回收、清洁、包装、灭菌、发放及管理工作，及时满足临床需求。
- 严格执行各项操作规程、查对制度。
- 参与清洗、消毒灭菌质量监测，确保消毒灭菌质量合格。
- 在护士长指导下做好实习生、进修生带教工作，完成教学计划。
- 积极参加护理部及科室组织的业务学习，掌握本科室专业知识，开展新业务、新技术及护理科研工作。
- 协助护士长做好科室管理工作，听取临床意见，加强沟通，及时改进。

消毒供应中心消毒员职责（新增）

- 在护士长的领导、护士的指导下完成消毒灭菌工作。
- 持证上岗，严格执行执行岗位职责、各项规章制度、安全操作规程，物品灭菌时不得擅自离开工作岗位。
- 应熟悉设备结构、性能，操作规程和应急措施，熟练掌握各类消毒灭菌设备的使用方法及操作程序。
- 每日机器运行前要进行安全检查，做好设备日常维护和定期维护保养，常检查高压灭菌器的功能，出现问题及时上报护士长，联系维修，确保设备良好的运行状态。
- 负责各类物品规范装载，掌握各类物品灭菌方法，正确选择灭菌程序，密切观察各类物品灭菌的温度、压力和时间，保证灭菌过程合格。

6. 按规范要求做好各项灭菌监测工作，并记录结果。出现监测不合格时，及时向护士长报告，协助查找原因并改进。

7. 熟悉掌握停电、停水、停汽及灭菌器出现故障时的应急处理方法。

8. 参加科室组织的相关业务学习和岗位培训。

9. 维护环境清洁、整齐及安全。

10. 下班前检查水、电、汽是否处理妥当，关闭门窗，防止意外发生。

ICU（CCU、EICU）护士职责

1. 自觉遵守院、科各项规章制度及各项技术操作规程，准确及时地完成各项治疗、护理措施。

2. 做好病人的基础护理和心理护理。

3. 护理中做到有评估、有计划、有措施，以减少护理并发症的发生。

4. 参加主管病人的医生查房，及时了解病人的治疗护理重点，全面了解患者病情。

5. 掌握常规监测手段，使用各种仪器设备，密切观察病情变化并及时通知医生采取相应措施，护理记录详实、准确。

6. 掌握抢救技术，能够配合医生完成各项抢救。

7. 协助医师进行各种诊疗工作，负责采集各种检验标本。

8. 严格执行消毒隔离制度，防控医院感染的发生及扩散。

9. 做好病房仪器、设备、药品、医用材料的保管工作。

10. 参加科室组织的护理查房、会诊和病例讨论，参与本科室护理教学、科研和新技新项目开展工作。

11. 自觉遵守科室的各项规章制度和技术规程，参与病房管理，协助护士长工作。

血液净化中心护士职责

1. 在血液净化中心主任及护士长的领导下进行工作。

2. 认真学习血液透析技术原理和操作规程，加强操作技能训练，积极协助护士长进行新业务、新技术的开展。

3. 负责分管患者的上、下机操作，严格执行各项规章制度，做好消毒隔离和感染管理控制工作。

4. 认真执行透析医嘱，严格执行查对制度，上机后必须双人再次核对，并签名，防止差错发生。

5. 熟练掌握各种透析并发症的处理。

6. 透析过程中半小时巡视患者，每小时测量血压，特殊情况随时监测，及时了解患者透析反应，发现问题要及时向医生汇报并遵医嘱处理。

7. 认真观察机器运转情况，及时做好透析记录。

8. 加强对患者透析知识的宣教，并做好心理护理。

9. 积极参加各种学术活动，业务学习、护理查房、病例讨论，及时总结经验，做好透析质量持续改进。

10. 督促患者按时进行乙肝、丙肝、梅毒及 HIV 等病原学检查，认真做好有关资料的登记工作。

11. 协助护士长和带教老师做好进修护士、专科护士带教工作。

导管室主班护士工作职责

1. 在科主任及护士长的领导下负责各项介入诊疗手术护理配合并完成手术间各项管理工作。

2. 严守工作岗位，不得擅离职守。

3. 负责手术间的日常管理工作：包括每日术前整理手术间；术中做好手术间清洁管理工作；术后做好手术间终末处理及管理工作。

4. 负责手术间质控工作：每周三进行手术间质控，按照质控项目逐项落实并做好记录。

5. 负责手术间急救药品、常规药品、急救器材、仪器设备的管理，每日检查确保功能良好。

6. 负责接诊连台手术患者，核对患者身份信息、实施心理护理并指导患者在候诊区候诊，危重及特殊患者需与办公班人员做好交接，确保患者候诊安全。

7. 负责完成介入诊疗护理配合工作，包括：

(1) 术前：做好手术物品、药品、仪器设备等准备工作；接患者入室，核对患者基本信息、各种术前准备及特殊带药等；备好无菌器械台、协助手术医生消毒、铺单、穿无菌手术衣、戴无菌手套、必要时连接压力监测系统；手术开始前严格执行手术核查制度。

(2) 术中：了解手术进程并根据手术进程及时提供各种所需物品；认真填写手术护理记录单，要求字迹清楚，无漏项；严格记录术中特殊用药时间、剂量及途径；及时登记各种手术耗材，植入体内的耗材需贴条形码；认真填写收费单，无漏费；严密观察病情变化，积极做好抢救配合，记录及时、准确、真实；督促术者严格执行无菌技术操作，保持器械台整洁、干燥、无菌；禁止谈论与手术无关的话题。

(3) 术后：每台手术结束后，协助包扎患者，注意保暖；连台手术时指导工人及时清理手术间；手术全部结束后完成手术间终末处理：包括及时添加各种消耗物品；所有物品整理后规范化放置；用 0.1% 的含氯消毒剂擦拭物体表面；指导工人做好手术间清洁、消毒工作。

8. 负责危重患者的交接。凡危重患者需填写《危重患者转运记录单》，护送患者返回病房并与病房护士做好交接。

导管室副班护士工作职责

1. 在科主任及护士长的领导下配合主班护士完成各项介入诊疗手术护理配合工作及手术间管理工作。

2. 严守工作岗位，不得擅离职守。

3. 负责每日更换常规包，并督促护理员清洁处理后打包送供应室灭菌处理。

4. 负责及时整理自供应室领回的无菌物品，归类放置到位。

5. 负责协助主班护士做好手术护理配合工作，包括：

(1) 术前：接患者入室，协助主班做好各项查对工作。将患者妥善安置于手术床上；根据手术需求协助患者摆好体位；根据病情需要开放静脉通路；连接各种监护设施；各种抢救器材处于备用状态；协助医师进行消毒、铺巾、穿无菌手术衣等。

(2) 术中：协助主班护士做好物品供应、病情观察、抢救配合等工作。

(3) 术后：协助医生包扎，妥善搬运患者。

6. 与办公室护士共同负责候诊区待诊患者及术后待转运患者的病情观察，如有异常，及时通知医生并做好抢救配合。

7. 负责协助主班于每日手术结束后进行手术间终末处理；指导护理员及时做好各种物品、器械的分类处置工作；指导卫生员做好手术间的清洁、消毒工作并做好垃圾的分类处置；协助主班整理手术间。

导管室办公班护士工作职责

1. 在科主任及护士长的领导下负责特殊急救物品的管理、手术病历信息录入、费用记账、术中用药、耗材管理等工作。

2. 严守工作岗位，不得擅离职守。

3. 负责检查急救器材、药品、耗材及精、麻药的管理，每日检查并登记。

4. 负责检查肥皂液、洗手裤褂、口罩、帽子等的供应情况并及时补充。

5. 负责打印手术通知单。每日打印手术通知单，每手术间一份。

6. 负责核对前一日手术病历录入、记费及术中用药补充情况。每日核对手术病历及耗材的登记及录入，确保信息正确；核对记费单，确保项目正确无漏费；核对术中用药的输入及补充情况。

7. 负责完成当日手术病历及耗材信息的录入、费用记账及术中用药的录入及补充工作。

8. 负责耗材的常规管理工作：检查耗材备货情况并及时申请不足耗材、接供应商送货物品及自设备科库房领回物品，分别做好登记并及时录入；所有耗材分类规范摆放。

9. 必要时负责协助主班护士做好手术护理配合工作。

10. 与副班护士共同负责候诊区待诊患者及术后待转运患者的病情观察，如有异常，及时通知医生并做好抢救配合。

导管室急诊班护士工作职责

1. 在科主任及护士长的领导下负责完成急诊手术护理配合工作。
2. 护理人员与技师共同负责完成急诊手术。
3. 急诊班值班期间确保通讯工具 24h 畅通，接急诊手术通知后应于 30 分钟内到岗。
4. 急诊班人员到达导管室后应立即做好术前准备，包括备齐各种药品、耗材；备好无菌器械台；各种抢救器材处于备用状态。术前准备就绪后通知手术医生送患者入室。
5. 负责完成急诊患者手术护理配合工作：包括根据手术进程及时提供各种所需物品；严密观察病情变化，积极做好抢救配合；护理记录及时、准确、真实；认真填写手术护理记录单，要求字迹清楚，无漏项；严格记录术中特殊用药时间、剂量及途径；及时登记各种手术耗材，植入体内的耗材需贴条形码；认真填写收费单，无漏费。
6. 负责完成术后患者管理、手术间终末处理、手术器械处理、费用记账及急救药品补充。
7. 负责各种耗材及物品效期的检查。每月初检查各种耗材及物品的有效期，确保无过期。
8. 负责手术间环境微生物监测，每月进行手术间空气培养。

导管室护理组长工作职责

1. 在护理部、科护士长、科主任的领导下，协助护士长进行科室级管理工作。
2. 在护士长不在的情况下，代替护士长负责科室的各项管理工作。
3. 做好护士长和护士之间的双向交流，增强团队凝聚力。
4. 负责各专科手术耗材、手术器械、仪器设备及特殊用物的管理。
5. 协助护士长做好各专科新开展手术、重大疑难、复杂及特殊手术的配合和组织工作。
6. 负责新入职护士专科规范化培训、考核及进修生的教学工作。
7. 及时与手术医生沟通，听取手术医生对护士的评价，协调好科室关系和医护关系，提高主动服务意识和工作质量。

产房护士职责

1. 执行各项规章制度和技术操作规程，准确及时地完成各项护理工作。
2. 严格执行无菌操作技术和消毒隔离制度。
3. 在医师和护士长指导下负责正常产妇的接产工作，按照助产技术操作规范进行助产，协助医师进行难产的接产工作，严防产时、产后并发症的发生。
4. 观察产程进展，如有异常及时汇报医生，同时提供生活和基础护理，满足产妇的生理、心理和社会等全方位的需求。
5. 做好各种抢救药品、器材及物品的交接、保管，配合医师做好急危重产妇和新生儿窒息的抢救工作。
6. 协助产妇做好新生儿早吸吮、早接触，促进母乳喂养。
7. 负责临床教学及带教工作，指导新护士、进修生、实习生的工作。
8. 参加业务学习、护理查房、专业技能训练、规范化培训及考核。
9. 积极参加各项学术活动，了解产科护理新进展，开展新业务、新技术及护理科研工作。

母婴同室护士职责

1. 严格执行各项规章制度和技术操作规程，正确执行医嘱，准确及时地完成各项护理工作。
2. 遵守母婴同室的有关规定，支持和促进母乳喂养。
3. 做好病情观察，及时发现母、婴异常情况，及时汇报医生并给予相应处理。
4. 做好健康教育工作，指导产妇正确的母乳喂养方法及新生儿护理方法，进行产褥期保健和计划生育指导，并将出院母婴转入围产期三级保健网络。
5. 做好母婴的治疗和护理工作。
6. 严格执行消毒隔离制度，做好新生儿预防接种工作及疫苗的管理上报工作。

7. 做好各种抢救药品、器材及物品的交接、保管，能有效地配合医师做好高危孕产妇的抢救工作。
8. 负责临床教学及带教工作，指导新护士、进修生、实习生的工作。
9. 参加业务学习、护理查房、专业技能训练、规范化培训及考核。
10. 积极参加各项学术活动，了解产科护理新进展，开展新业务、新技术及护理科研工作。

高压氧舱室护士职责

1. 掌握高压氧治疗的基本原则，适应症、禁忌症，不良反应和处理原则。开舱前做好患者进舱前的准备工作，了解病史，体检和有关资料，做到对治疗患者的情况心中有数。
2. 负责各项急救器材、药品的领取和更换，使之随时处于备用状态。
3. 掌握氧舱设备、仪表的功能和使用方法，在氧舱医师的指导下，负责氧舱操作台阀件、仪表的操作以及具体治疗方案的实施。
4. 配合氧舱技术人员进行氧舱供氧和设备的日常维护保养工作。
5. 承担下级护士的业务指导、进修护士的护理教学工作，参与高压氧的新业务、新技术的开展及护理科研工作。

PICC 门诊护士职责

1. 在护士长和静疗组长的领导下工作，负责门诊患者 PICC 置管，PICC、输液港等各种深静脉导管的维护和并发症的处理，患者的健康教育。
2. 熟练掌握各种 PICC 置管和维护的操作规程，并加强学习和对外交流，及时更新操作流程。
3. 参加静脉输液、PICC 置管患者的客观评估并且为其选择合适的置管方式和血管通道器材。
4. 收集、处理与静脉输液、PICC 相关的数据和临床资料，进行分析、反馈等总结工作。
5. 按院感制度进行诊间环境管理，具体参照医院的相关制度。
6. 院内、院外 PICC 疑难问题的会诊。
7. 积极开展新技术、新业务及 PICC 的科研和教学工作，负责全院静疗培训。

静脉配置中心护士职责

1. 在护士长的指导下，及时完成贴签、排药、核对、调配、包装及运输交接等操作，保证临床应用。
2. 严格遵守各项管理规章制度，没有病区处方（医嘱单）不得擅自配置药品。
3. 配置前严格遵守核对制度，发现问题及时处理或向审方排药人员反馈，杜绝差错。
4. 根据规范要求做好无菌操作前的各项准备工作，配置应在 100 级净化区域内进行。
5. 严格遵循操作规程和规范，配置过程中不随意离开，配置中遇到质量问题及时汇报，以便及时得到妥善处理。
6. 协助药师做好排药、核对、复核等工作。
7. 及时完善各项操作记录和仪器设备维护使用登记记录。
8. 正确执行操作场所的卫生控制及所用器具和设备的消毒处理。
9. 承担实习生、进修生的带教工作。
10. 参加继续教育和业务学习，提高业务理论水平。

放疗中心护士职责

1. 在科主任及护士长的指导下进行工作。
2. 严格遵守护理规章制度和技术操作规程，准确及时地完成各项治疗护理任务。
3. 做好与病人及家属的沟通及相关健康知识宣教。
4. 协助护士长组织护理查房与专题讲座。
5. 负责放疗中心办公物品的准备，及时联系各部门进行放疗中心物品及设施的维修工作，以保证病人能安全使用各项生活设施。

6. 协助护士长做好管理工作。

医院感染管理科护士职责

1. 负责本科医院感染管理的各项工作，保证医院感染预防和控制制度贯彻落实。
2. 督促并做好本科室工作人员的消毒隔离、无菌技术、职业防护、一次性用品管理、抗菌药物合理使用及多重耐药菌管理等医院感染防控措施，发现问题及时落实并做好相应记录。
3. 负责对本病区所有人员（包括医护人员、护工、保洁员、配餐员、患者及患者家属）医院感染管理知识和技能的培训。
4. 定期完成或配合感染管理科完成本科室的环境卫生学及消毒灭菌效果监测工作，不合格者予以反馈，并查找可能原因再次追加监测直至合格为止。
5. 接受医院对本病区医院感染管理工作的监督、检查与指导，落实医院感染管理相关改进措施，评价改进效果，做好相应记录。
6. 发现有医院感染流行趋势时，立即向科主任及医院感染管理科汇报，积极协助调查医院感染发病原因，提出有效控制措施并积极进行落实。
7. 督促检查本科室医疗废物分类、收集工作。
8. 按时参加医院组织召开的医院感染管理信息员会议，及时向感染管理科回报本科室医院感染管理科回报本科室医院感染管理工作。

病区服务中心护士职责

1. 在科护士长和护士长的领导下进行工作，负责管理全院护理员招聘的初选、更换、辞退等工作的沟通、协调。
2. 协助护士长对全院新进护理员的岗前培训，协助科室护士长进行护理员临床岗间培训，协助临床各科室对护理员进行护理业务指导、培训。
3. 协助各科室护士长督查、考核护理员各项工作，做好护理员各项质量控制并及时反馈、不断提高工作质量。
4. 建立健全护理员人事档案及管理、考核、培训等相关台账。
5. 负责做好各科室消毒物品运送工人的培训，协调回收与配送工作，并及时做好供应室与各科室之间的工作协调，完成上级指令性任务。
6. 负责服务中心信息系统的信息处理工作，及时调配陪检人员，保证全院各科室的服务需求。
7. 及时接听电话，做好陪检人员的安排及陪检工具的确认，并及时处理有关事务，必要时做好记录。
8. 负责各种报表的统计及整理工作，完成上级各种指令性任务。
9. 协助护士长做好科室药品运送人员的调配，及时做好病区药房与各科室之间的沟通协调工作。
10. 协助护士长做好物资、仪器的保管、协调运送和维护工作。

