

医疗质量安全核心制度

要点释义

(第二版)

国家卫生健康委员会医政司 组织编写



中国人口出版社
China Population Publishing House
全国百佳出版单位

医疗质量安全核心制度 要点释义 (第二版)

国家卫生健康委员会医政司 组织编写



中国人口出版社
China Population Publishing House
全国百佳出版单位

图书在版编目 (CIP) 数据

医疗质量安全核心制度要点释义：第二版 / 国家卫生健康委员会医政司组织编写. — 北京：中国人口出版社，2023.6

ISBN 978-7-5101-9191-6

I . ①医… II . ①国… III . ①医疗质量管理 - 中国
IV . ①R197.323.4

中国国家版本馆 CIP 数据核字 (2023) 第 035296 号

医疗质量安全核心制度要点释义 (第二版)

YILIAO ZHILIANG ANQUAN HEXIN ZHIDU YAODIAN SHIYI (DI-ERBAN)

国家卫生健康委员会医政司 组织编写

责任编辑	刘继娟
装帧设计	华兴嘉誉
责任印制	林 鑫 任伟英
出版发行	中国人口出版社
印 刷	天津中印联印务有限公司
开 本	787毫米 × 1092毫米 1/32
印 张	8.75
字 数	120 千字
版 次	2018 年 10 月第 1 版 2023 年 6 月第 2 版
印 次	2023 年 6 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-5101-9191-6
定 价	58.00 元

电子信箱	rkchs@126.com
总编室电话	(010) 83519392
发行部电话	(010) 83510481
传 真	(010) 83538190
地 址	北京市西城区广安门南街 80 号中加大厦
邮 政 编 码	100054

编委会

主 审：焦雅辉

副主审：邢若齐 李大川

主 编：马旭东

副主编：高嗣法 尹 畅

编写专家组成员（以姓氏笔画为序）：

王 平 王惠英 庄良金 刘秋生

孙 晖 孙 湛 李大江 李西英

李环廷 吴汉森 张 勤 陆 勇

陈 虹 陈海勇 周 帅 胥雪冬

徐 玲 崔永亮 景抗震 熊天威

潘胜东

审稿专家组成员（以姓氏笔画为序）：

付铁红 刘先夺 刘益兵 肖 伟

张振伟 胡 军 钮正春 洪 涛

姚瑞洁 黄 易 程传坤

导言

党的二十大指出，高质量发展是全面建设社会主义现代化国家的首要任务，人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志。国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》明确要求，要持续改进医疗质量管理体系和标准体系，提高不同地区、不同级别公立医院医疗服务同质化水平。加强医疗质量管理，保障医疗安全，是实现公立医院高质量发展的必要手段，是推动医疗卫生事业可持续发展的必要途径，也是维护人民群众健康权益的坚实保障。

2016年，国家卫生健康委颁布了《医疗质量管理办法》，推动医疗质量安全管理工作步入制度化、规范化管理轨道，并将

医疗机构及其医务人员应当严格遵守的，对保障医疗质量和患者安全具有决定性作用的一系列制度凝练为 18 项医疗质量安全核心制度。此后，又将具体工作要求进一步细化，形成《医疗质量安全核心制度要点》（以下简称《要点》）。

《要点》将多年来医疗卫生领域落实核心制度的共识和行之有效的经验做法进行了精炼概括，对每项核心制度实施的基本原则和关键环节提出了具体要求，对一些新的管理模式和工作要求进行明确，为各级各类医疗机构制定和执行本机构的核心制度细则提供了基本遵循。考虑到全国各地、各级各类医疗机构的理解可能存在差异或偏差，为了更好地指导地方和医疗机构理解制度内涵，进一步提高制度的落实和执行效果，2018 年 10 月，国家卫生健康委医政医管局组织编写并出版了《医疗质量安全核心制度要点释义》（以下简称《释义》）。

《释义》出版 4 年来，得到了广大医疗

机构和医务人员的广泛好评，在指导医疗机构积极落实核心制度、保障医疗质量安全方面发挥了重要作用。同时，在工作中我们也发现，部分医疗机构对《要点》还在一定程度上存在理解上的差异，对部分管理要求缺乏深层次的认识，导致在执行层面存在偏差。2022年9月，国家卫生健康委医政司委托国家卫生健康委医院管理研究所，组织国内多家医疗机构40余位权威专家对《释义》进行了修订和完善。为了保障修订稿的科学性和严肃性，又邀请了部分省份卫生健康行政部门具有丰富医政管理工作经验的行政管理人员和专家进行审校。本次修订，延续了上一版《释义》主要框架和表现形式，重点对实施以来，地方和医疗机构普遍反映的共性问题以及高质量发展背景下的一些新形势新业态的管理方式进行了阐释和说明，使核心制度的内涵更加清晰，更具有指导性和操作性，便于医疗机构和医务人员准确理解和执行落实。

为方便工作人员随身携带，仍然保留《释义》口袋工具书尺寸的设计。因时间和水平有限，书中如有不妥和疏漏之处，敬请各位专家和读者批评指正。

目 录

一、首诊负责制度.....	1
（一）定义	1
（二）基本要求	1
【释义】.....	2
1. 首诊负责制度的核心理念是什么？	2
2. 何谓首诊责任主体？	2
3. 何谓诊疗活动的连续性？	2
4. 如何界定首位接诊医师？	3
5. 何谓门、急诊一次就诊过程结束？	3
6. 何谓诊疗过程中的不同阶段？	4
7. 首诊医师如何保障医疗行为可追溯？	5
8. 非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，无法 提供诊治，如何做到首诊负责？	5
9. 如果借用他人信息挂号，是否承担首诊负 责制的主体责任？	5
10. 互联网医疗是否存在首诊责任？	6

二、三级查房制度	7
（一）定义	7
（二）基本要求	7
【释义】	8
1. 何谓查房？	8
2. 何谓患者评估？	8
3. 医疗机构如何制定“患者评估管理制度和流程”？	9
4. 何人可为患者提供评估服务？	10
5. 如何使用患者评估的结果，指导医务人员的诊疗活动？	11
6. 如何确立患者评估的时间框架？	11
7. 如何理解三级查房？	13
8. 为什么要实行科主任领导下的三级查房？	14
9. 科室人力资源不足，如何实施三级查房？	15
10. 如何理解各级医师的医疗决策和实施权限？	16
11. 如何理解查房周期？	17

12. 为什么要设置不同级别医师查房周期? ..	18
13. 是否每次查房都需要记录?	19
14. 查房行为规范包括哪些?	19
15. 尊重患者包括哪些内容?	20
16. 如何保护患者隐私?	20
17. 有条件的医疗机构如何开展护理查房? ..	21
18. 有条件的医疗机构如何开展药师查房? ..	21
三、会诊制度	23
(一) 定义	23
(二) 基本要求	23
【释义】	24
1. 为什么要开展会诊?	24
2. 在什么情况下需要会诊?	25
3. 为什么医疗机构内的多学科会诊要由医疗 管理部门组织?	25
4. 在什么情形下可以发出急会诊申请? ..	26
5. 如何理解“会诊发出”?	26
6. 急会诊如何才能做到 10 分钟内到位? ..	27
7. 请求会诊和受邀会诊医师应该具备什么	

资质？	27
8. 会诊单格式及填写规范应包含哪些基本要素？	28
9. 医疗机构应该制定哪些类型的会诊流程？ ·	29
10. 为什么要求会诊请求人员陪同会诊？ ...	29
11. 会诊意见或建议的执行情况如何在病程记录中体现？	30
12. 是否允许进行电话会诊？	30
13. 国家对前往或邀请机构外会诊有哪些规定？	30
14. 如何开展互联网医院会诊和远程会诊？	31
15. 门诊疑难病例会诊如何开展？	31
16. 会诊结束的标志是什么？	31
四、分级护理制度	32
（一）定义	32
（二）基本要求	32
【释义】	32
1. 何谓分级护理？	32

2. 国家分级护理管理相关指导原则有哪些?	34
3. 特级护理、一级护理、二级护理、三级护理的适用情况有哪些?	35
4. 住院患者病情和(或)自理能力评估的内容有哪些?	36
5. 如何明确标识护理级别?	38
五、值班和交接班制度	40
(一) 定义	40
(二) 基本要求	40
【释义】	41
1. 为什么要建立“全院性医疗值班体系”?	41
2. 值班和交接班如何体现诊疗活动的连续性?	42
3. 如何理解“有条件的医院可以在医院总值班外, 单独设置医疗总值班和护理总值班”?	42
4. 医师与护理交接班记录的基本内容包括	

哪些？	43
5. 如何对医疗机构总值班进行管理？	44
6. 何谓本机构执业医务人员？	45
7. 何谓单独值班？	46
8. 为什么非本机构执业医务人员不得单独值班？	46
9. 医疗机构如何规定值班人员的值班时间和值班区域？	47
10. 病区值班医师能参加择期手术吗？	47
11. 病区值班医师能参加门诊吗？	47
12. 值班医师遇到急会诊或紧急手术时怎么办？	48
13. 交接班记录可以是电子版吗？需要打印出来吗？交接班记录的保存时限有什么要求？ ..	48
六、疑难病例讨论制度	50
（一）定义	50
（二）基本要求	50
【释义】	51
1. 医疗机构及临床科室如何明确疑难病例的	

范围？	51
2. 为什么强调参加疑难病例讨论成员中应当至少有 2 人具有主治及以上专业技术职务任职资格？	52
3. 医疗机构疑难病例讨论记录文本应包括哪些内容？	53
4. 如何发挥疑难病例讨论制度的作用？ ...	53
5. 为什么疑难病例讨论制度原则上由科主任主持？	54
6. 什么情况下由医疗管理部门人员主持疑难病例讨论？	54
7. 什么情况下应该邀请相关科室人员或机构外人员参加？	54
8. 医疗机构疑难病例讨论的频次应如何执行？ ..	55
七、急危重患者抢救制度	56
（一）定义	56
（二）基本要求	56
【释义】	57
1. 医疗机构和临床科室如何明确急危重患者	

1. 范围？	57
2. 如何规范抢救流程？	58
3. 医疗机构的抢救资源包括哪些？	59
4. 何谓抢救资源的配置及紧急调配机制？	60
5. 如何确保各单元抢救设备和药品可用？	61
6. 何谓绿色通道机制？ 包括哪些内容？ ...	62
7. 急危重症患者多学科救治时的原则是什么？	63
8. 为非本机构诊疗范围内的急危重患者转诊 时提供的必要帮助包括哪些？	63
9. 对抢救记录有何要求？	64
八、术前讨论制度	65
（一）定义	65
（二）基本要求	65
【释义】	66
1. 为什么要求“除以紧急抢救生命为目的的 急诊手术外，所有住院患者的手术必须	

实施术前讨论”？	66
2. 门诊手术如何进行术前讨论？	67
3. 为什么要求术者必须参加术前讨论？	67
4. 何谓手术组讨论、医师团队讨论、病区内 讨论和全科讨论？	68
5. 如何界定住院患者术前讨论参加人员的 范围？	68
6. 如何理解“必要时邀请医疗管理部门”和 “相关科室参加术前讨论，或事先完成相 关学科会诊”？	69
7. 术前讨论的内容包括哪些？	70
8. 术前讨论的结论记入病历，有何具体 要求？	70
9. 什么是术前讨论完成？术前讨论的结果由 谁签名？	71
10. 日间手术如何进行术前讨论？	71
11. 如何理解“术前讨论完成后，方可开具手 术医嘱，签署手术知情同意书”？	71
12. 如何开展四级手术术前多学科讨论？ ..	72

九、死亡病例讨论制度 74

（一）定义 74

（二）基本要求 74

【释义】..... 75

1. 如何界定医疗机构内死亡病例具体范围和讨论主体？ 75

2. 死亡病例讨论制度要求的死亡讨论 1 周内完成，如何界定具体时限？ 75

3. 死亡讨论应在全科范围内进行，如何界定全科范围？ 75

4. 由谁担任死亡病例讨论的主持人？ 76

5. 记入病历的死亡病例讨论结果包括哪些内容？ 76

6. 医疗机构应及时对全部死亡病例进行汇总分析，此处的“及时”如何界定？ 76

7. 医疗机构对死亡病例汇总分析提出持续改进意见包括哪些方面？ 77

8. 死亡病例讨论结果如何记入病历？ 77

十、查对制度	79
（一）定义	79
（二）基本要求	79
【释义】	80
1. 查对制度的实施或执行人员包括哪些？	80
2. 哪些临床诊疗行为需要进行复核查对？	80
3. 如何查对患者身份？	81
4. 如何落实口语化查对？	81
5. 如何对昏迷、意识不清等无法表明自己身 份的患者进行身份查对？	82
6. 药学专业技术人员调剂处方时的查对包括 哪些？	83
7. 高警示药物调配发放和使用前的查对要注 意什么？	83
8. 病理查对包括哪些内容？	83
9. 医疗器械、设施设备的查对包括哪些 要点？	84

十一、手术安全核查制度	86
（一）定义	86
（二）基本要求	86
【释义】	86
1. 手术安全核查的意义是什么？	86
2. 国家有关规定中对手术安全核查过程和内容的 关键点是什么？	87
3. 医疗机构如何建立手术安全核查标准化 流程？	88
4. 如何建立手术部位识别标示制度与工作 流程？	88
5. 医疗机构如何执行手术安全核查表？ ..	89
6. 医疗机构手术安全核查表如何实现本 土化？	91
7. 如何对手术安全核查制度的执行情况进行 有效管理？	92
8. 如何将手术安全核查表纳入病历？	92
9. 如何对阴道分娩进行手术安全核查？ ..	92

十二、手术分级管理制度	94
（一）定义	94
（二）基本要求	94
【释义】	95
1. 何谓手术分级？	95
2. 为什么要把手术划分成四个级别来管理？	96
3. 手术分级管理目录由谁制定？	96
4. 医疗机构如何制定本机构的手术分级管理 目录？	97
5. 治疗性和诊断性的操作是否都要归入手 术分级管理范围，并设立医师分级授权？	99
6. 如何理解手术医师资质与授权管理？ ..	100
7. 限制类技术如何执行手术分级管理？ ..	101
8. 如何开展手术分级授权？	101
9. 医疗机构手术分级管理应注意的要点有 哪些？	102
10. 医疗管理部门如何进行手术分级管理 督查？	102

11. 如何管理紧急状态下的越级手术情况？	103
12. 手术授权管理与医师职称、职务有何 关系？	104
13. 如何建立手术医师的技术档案？	104
14. 如何依托信息化做好手术分级管理？	105
十三、新技术和新项目准入制度	107
（一）定义	107
（二）基本要求	107
【释义】	108
1. 何谓新技术和新项目？	108
2. 新技术和新项目准入申报方式应该包括哪 些内容？	109
3. 新技术和新项目管理期限是如何规定的？ ..	111
4. 什么情况下新技术和新项目可转化为常规 技术？	111
5. 医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理 委员会审核内容有哪些？	112

6. 新技术和新项目安全隐患和技术风险的处置预案包括哪些内容?114
7. 如何界定开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围?114
8. 新技术和新项目质量控制的要点包括哪些?114
9. 何谓全程追踪管理?116
10. 如何实行动态评估管理?116
11. 新技术和新项目开展中哪些情况需要报告?117
12. 什么情况下需要中止新技术和新项目?117
13. 医疗技术和诊疗项目临床应用清单应该包括哪些方面?119
14. 邀请外院有资质或具备能力条件的医生来院, 或者引进有资质或具备能力条件的医师进院后开展首次应用的新技术或新项目, 是否需按照新技术和新项目的准入要求进行审查和监管?119
15. 因患者病情亟需或以抢救生命为目的紧

急实施的临床研究或应用的新技术和新项目，如何规范开展？	120
-----------------------------------	-----

十四、危急值报告制度

（一）定义	121
-------------	-----

（二）基本要求	121
---------------	-----

【释义】	122
------------	-----

1. 何谓危急值？	122
-----------------	-----

2. 哪些科室需设置危急值？	122
----------------------	-----

3. 如何合理设置危急值项目及阈值？	123
--------------------------	-----

4. 危急值报告流程包括哪几个环节？	123
--------------------------	-----

5. 如何报告门、急诊患者危急值？	125
-------------------------	-----

6. 什么情况下需要对危急值项目进行重复检查、检验？	126
----------------------------------	-----

7. 如何实现报告流程无缝衔接且可追溯，并保证传递及时？	126
------------------------------------	-----

8. 是否可设置疾病相关的危急值项目和阈值？	127
------------------------------	-----

9. 应如何报告外送检验或检查项目的危急值？	128
------------------------------	-----

10. 临床科室接到危急值报告后的处理流程是什么？	129
---------------------------------	-----

十五、病历管理制度

(一) 定义	131
--------------	-----

(二) 基本要求	131
----------------	-----

【释义】	132
------------	-----

1. 病历管理制度中的医疗活动全过程具体包括哪些？	132
---------------------------------	-----

2. 哪些文书需医疗机构保存，有何具体要求？	132
------------------------------	-----

3. “严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定”，具体指哪些相关规定？	133
--	-----

4. 病历质量检查、评估与反馈机制具体包括哪些方面？	133
----------------------------------	-----

5. 何谓病历书写时应当做到客观、真实、准确、及时、完整和规范？	134
--	-----

6. 医疗机构应当保障病历资料安全的具体要求是什么？	134
----------------------------------	-----

7. 病历内容的记录与修改信息可追溯的具体	
-----------------------	--

要求是什么？	135
8. 推行电子病历以及病历的无纸化有哪些注 意事项？	136
9. 如何实施病历无纸化？	136
10. 患者的知情告知同意书等相关资料是否可 以直接无纸化，而取消纸质版本？	140
十六、抗菌药物分级管理制度	141
（一）定义	141
（二）基本要求	141
【释义】	142
1. 抗菌药物分级原则是什么？	142
2. 是否有全国统一的抗菌药物分级管理 目录？	143
3. 各级、各类医疗机构如何制定本机构抗菌 药物分级管理目录？	144
4. 医疗机构可否使用未纳入省级抗菌药物分 级管理目录中的抗菌药物？	144
5. 医师、药师如何获得抗菌药物处方权与调 配权？	145

6. 抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训和考核内容包括哪些?	147
7. 如何在临床使用特殊使用级抗菌药物?	147
8. 特殊使用级抗菌药物会诊专家库组成人员包括哪些?	148
9. 抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价等工作中需要遵循的相关文件规定有哪些?	149
10. 门诊可否使用特殊使用级抗菌药物?	150
11. 临床可否越级使用抗菌药物?	150
十七、临床用血审核制度	152
(一) 定义	152
(二) 基本要求	152
【释义】	153
1. 临床用血有哪些程序和环节?	153
2. 医疗机构如何落实临床用血审核制度?	153

3. 临床科室如何落实临床用血审核制度？
.....154
4. 如何建立医疗机构血液库存预警机制？
.....154
5. 临床用血量申请及审核有哪些要求？ ...154
6. 如何进行血液的发放与接收的审核？ ...155
7. 临床输血的“双人核对制度”指的是
什么？156
8. 输血全过程的血液管理制度主要包括哪些
内容？156
9. 输血前相关检测有哪些？157
10. 输血前如何做好输血治疗知情同意？
.....158
11. 输血治疗病程记录包括哪些主要内容？
.....158
12. 输血不良反应监测和处置流程的主要内
容有哪些？159
13. 输血相容性检测实验室的管理的主要内
容有哪些？161

十八、信息安全管理	163
(一) 定义	163
(二) 基本要求	163
【释义】	165
1. 信息安全全流程系统性保障制度包括哪些方面?	165
2. 如何进行信息安全等级划分?	166
3. 医疗信息安全的组织架构及分工职责是什么?	167
4. 实施医疗机构信息安全管理问责制有哪些内容?	168
5. 如何建立与完善计算机信息系统的管理制度与流程?	169
6. 如何根据医疗机构患者诊疗信息安全风险评估的内容制定应急预案?	170
7. 医疗机构建立患者诊疗信息保护制度应当包含哪些方面?	171
8. 为什么要建立分级授权制度?	173
9. 员工授权管理制度包括哪些方面?	173

10. 如何防止医疗信息泄露、毁损和丢失？	
.....	175
11. 发生泄露事件后应急预案要点有哪些？	
.....	175
12. 如何建立患者诊疗信息安全事故责任的追溯机制？	
.....	176
13. 如何实施软件安全管理？	
.....	176
14. 医疗机构如何对医疗数据的使用、处理和披露进行管理？	
.....	177
附件 1 医疗质量管理办法	179
附件 2 医疗技术临床应用管理办法	200
附件 3 医疗机构手术分级管理办法	222
附件 4 《医疗质量管理办法》内容与医疗机构、临床科室工作关联图	236
附件 5 医疗质量安全核心制度、医疗重点环节和风险管理示意图	238

一、首诊负责制度

(一) 定义

指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。医疗机构和科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。

(二) 基本要求

1. 明确患者在诊疗过程中不同阶段的责任主体。
2. 保障患者诊疗过程中诊疗服务的连续性。
3. 首诊医师应当做好医疗记录，保障医疗行为可追溯。
4. 非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应医疗机构就诊。

【释义】

1. 首诊负责制度的核心理念是什么？

答：医疗机构在患者就诊时，为强化医疗质量和安全，应对该患者实施明确、连续的全流程诊疗管理，覆盖医疗机构内所有医务人员的行为，并在患者医疗记录上可追溯。首诊负责制明确了医疗活动的责任主体。

2. 何谓首诊责任主体？

答：是指医疗活动中承担相应诊疗义务和法律责任的医师、科室或医疗机构。

3. 何谓诊疗活动的连续性？

答：医疗机构的诊疗服务涉及医学的各个学科，是以专业化的团队来完成各种诊疗服务流程，医疗机构应遵照首诊负责制的要求，确保患者在就医过程中，各个诊疗服务流程连贯、清晰。诊疗活动的连续性具体体现在（但不限于）以下几点。

（1）对于急危重症需抢救的患者，应有医务人员的全程陪同（含监护）或 / 及陪同

转运，并积极抢救，必要时呼叫专科人员。

(2) 对于普通患者，应当有医疗记录来体现所有的医疗行为是连续的，患者或其法定代理人自主放弃的除外。

4. 如何界定首位接诊医师？

答：(1) 患者完成门急诊挂号并到达诊室后，首先接诊的科室为首诊科室，首位接诊医师为首诊医师。不包括医师接诊未挂号患者、患者所挂就诊号与所接触的医师不符或与科室（专科）不符的情况。

(2) 急危重症需抢救的患者的首位接诊医师即为首诊医师，不受其是否挂号，挂号与医师、科室或专科不符的限制。

(3) 涉及多科室的急、危重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室主持诊治外，所有的有关科室须执行急、危重患者抢救制度，协同抢救，不得推诿，不得擅自离开。

5. 何谓门、急诊一次就诊过程结束？

答：就诊过程结束的标志有 4 种情形。

（1）门、急诊患者诊断明确，医师开具治疗医嘱且患者或其法定代理人知晓和接受处置方案。

（2）因诊疗需要，医师开具住院单，患者办理完成入院手续。

（3）门、急诊患者诊断不明确，应告知患者或其法定代理人后续诊治方案，做好书面记录，包括开具的检查、检验未完成的情况；预计当日工作时间内可完成并取得检查、检验结果的，应由该医师完成结果评估或书面记录告知患者如何完成结果评估。

（4）对于急危重症需抢救的患者，应确保患者及时妥善得到后续救治诊疗支持。

6. 何谓诊疗过程中的不同阶段？

答：患者从入院就诊，到门、急诊诊疗结束，或住院治疗从住院到出院，在这个全程诊疗过程中，可能涉及门、急诊阶段和/或住院阶段。诊疗阶段发生变化时，责任主体也随之发生改变。在门、急诊阶段一般由门、急诊出诊医师负责，住院阶段由所在科

室的主管医师负责。当患者接受各种诊疗措施时，由每一个诊疗手段的实施者对这个诊疗阶段承担首诊职责，该实施者包括所有医务人员，不限于医师。

7. 首诊医师如何保障医疗行为可追溯？

答：首诊医师接诊患者后，应当对其实施的诊疗行为履行告知义务，并及时完成医疗记录。

8. 非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，无法提供诊治，如何做到首诊负责？

答：如果患者罹患非本医疗机构诊疗科目范围内的疾病，虽无法提供诊治，但必须先评估患者病情状况，判断其是否存在急危重症情况。如果患者病情平稳，应给患者提供适当的就医建议，履行告知义务并书写转诊医疗记录。对急危重症需抢救的患者应当按照急危重患者抢救制度进行诊疗。

9. 如果借用他人信息挂号，是否承担首诊负责制的主体责任？

答：如果就诊患者借用他人信息挂号，

医师有权拒绝接诊，不承担首诊负责制的主观责任。但若患者病情处于急危重症状态，医师须按未挂号患者予以接诊并承担首诊职责。

10. 互联网医疗是否存在首诊责任？

答：互联网医疗服务的首诊责任管理按照国家卫生健康委发布的《互联网诊疗管理办法（试行）》《互联网诊疗监管细则（试行）》等有关规定执行。

（胥雪冬、徐昕晔、李西英、李珊）

二、三级查房制度

(一) 定义

指患者住院期间，由不同级别的医师以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动的制度。

(二) 基本要求

1. 医疗机构实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师—主治医师—住院医师。

2. 遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的工作原则。

3. 医疗机构应当明确各级医师的医疗决策和实施权限。

4. 医疗机构应当严格明确查房周期。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。

5. 医疗机构应当明确医师查房行为规范，尊重患者、注意仪表、保护隐私、加强沟通、规范流程。

6. 开展护理、药师查房的可参照上述规定执行。

【释义】

1. 何谓查房？

答：查房是指医护人员在病房里对住院患者实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动，其核心是检查、评估患者，了解、分析与预测患者疾病相关的信息，包括患者生理、心理、家庭和社会信息，旨在制定与调整诊疗方案，观察诊疗效果，开展医患沟通等医疗活动。

2. 何谓患者评估？

答：由具有法定资质的医师和护理人

员，按照制度、程序、诊疗指南或规范，对患者进行疾病诊断与评估，并结合患者心理、家庭和社会因素进行分析、综合判断，据其结果制订诊疗计划并实施规范的同质化服务。查房是最常见的患者评估方式，但不仅限于此形式。

3. 医疗机构如何制定“患者评估管理制度和流程”？

答：医疗机构应制定患者评估管理制度和流程，包括评估项目、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等，且规定由医疗管理、护理管理等部门监管患者评估工作。

患者评估的重点范围至少应包含住院患者评估、手术前评估、麻醉风险评估、危重患者评估、危重患者营养评估、住院患者再评估、手术后评估、出院前评估等。

患者评估内容可以各不相同，可能需要由一位或多位有资质的人员完成，也可能在不同的时间点完成，但所有的评估结果都必

须在患者诊疗过程中完成。诊疗措施需要评估结果来决策时，该评估应当在诊疗措施实施前完成。

4. 何人可为患者提供评估服务？

答：由执业医师和注册护士，或是经医疗机构授权的其他岗位卫生技术人员实施对患者的评估工作。

执行患者评估工作的应是在本机构注册的执业医师和注册护士，或是经医疗机构授权的其他岗位卫生技术人员。医疗机构对具备资质的医师、护士及相关专业的卫生技术人员进行评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等内容的培训与教育。

患者评估和再评估是一个医疗质量管理的重点过程，它要求评估者受过专业教育、训练，具有专门的知识 and 技能。因此，对进行各种评估的人员的资格要求和职责必须以书面形式加以规定。

特别要对进行急诊患者评估的人员资格进行明确规定。

每一个专科必须在执业范围、相关的法律法规或要求的资格证书规定的范围内进行患者评估。

5. 如何使用患者评估的结果，指导医务人员的诊疗活动？

答：医务人员应当及时对患者进行初次评估与再评估，明确患者的医疗和护理服务需求，并将评估结果记入住院病历中。

患者评估资料供临床科室直接负责患者诊疗、护理工作的医师、护士合理使用，为制定诊疗（手术）方案（计划）和会诊、讨论提供支持，使用过程中应注意保护患者隐私。

为了尽快给予患者正确治疗，首次患者评估必须尽快完成。医疗机构应规定各科完成患者评估的时间框架，尤其是医疗和护理评估。

6. 如何确立患者评估的时间框架？

答：患者评估的时间框架取决于许多因素，包括医疗机构为患者提供的服务类型、

治疗的复杂程度、持续时间及治疗过程中的病情动态变化。医疗机构可以对不同的部门和服务规定不同的患者评估时间框架。参与患者服务的相关人员能及时获得这些评估信息。至少包括但不限于以下内容。

（1）在紧急情况下，患者的初次医疗和护理评估可能仅限于对患者显而易见的需求和状况的评估。当紧急手术前没有时间为急诊手术患者记录完整的病史和体检时，在病历中必须有一个包含术前诊断的简要病情记录。

（2）初次医疗和护理评估结果在患者入院后 24 小时内或根据病情在更短的时间内完成，应明确患者最紧急或最重要的治疗需求。

（3）根据急诊科患者需求和病情初次评估决定患者去向，包括回家休养、留观、收入住院、转院等。

（4）在麻醉或手术、介入治疗前应完成相关评估记录。

(5) 对急、危重症患者的评估。应及时完成是否应进入重症医学科诊疗的评估。

(6) 诊疗过程中应及时对患者进行再评估，以判断患者对治疗的反应，适时调整医疗、护理方案，或根据评估结果确定出院或转院。

(7) 住院时间一个月以上或明显超过本科室平均住院天数的患者，应每月或及时进行一次再评估。

(8) 患者评估结果应记录在病历中。

7. 如何理解三级查房？

答：三级查房，重在表明对于每一位住院患者都必须有三种不同级别的医师开展查房活动。医疗机构应当根据本机构医师队伍和管理体制建立本机构的三级查房和相应的诊疗体系。所谓三种级别，即分别具有高级、中级和初级三个不同层次或资质的医师，包括但不限于主任医师 / 副主任医师—主治医师—住院医师。

8. 为什么要实行科主任领导下的三级查房？

答：《医疗质量管理办法》规定科室主任是科室医疗质量安全的第一责任人，所有本科室的诊疗活动应在科主任领导下完成，实行分级分层管理。

科主任根据科室 / 病区床位、工作量、医师的专业资质层次和能力等要素可组建若干个医疗团队（或称主诊医师制、医疗组长制、主任医师制等），指定医疗团队的负责人（含医疗组长、主诊医师和带组的主任医师 / 副主任医师等），中间级别和最低级别的医师可参照职称、个人技术能力等因素选拔和认定，报医疗管理部门审核和相关委员会批准并定期调整。科主任可以同时担任医疗团队的负责人。

医疗团队的负责人应对本团队经治患者的诊疗活动承担责任；为确保医疗质量与安全，医疗管理部门应对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求。

医疗团队的组织模式可以多样化，应根据本机构的功能任务、专业设置、医疗资源分布以及科研教学需求等要素，确立适合于本医疗机构运行需要的三级查房和诊疗责任体系，应采用本机构官方文件形式予以公布，医疗管理部门应履行监管责任。

9. 科室人力资源不足，如何实施三级查房？

答：医疗机构应当根据本机构医疗服务能力提供的实际情况，结合当地患者的医疗需求合理设置临床科室，积极配置相关科室必需的人力资源。

对不能满足每一位住院患者必须有三个不同级别的医师进行诊疗管理的专业部门/科室，医疗机构可采用专业类别相同或相近的专业部门/科室合并运行，或实行大外科、大内科管理体制开展医疗活动。确无法满足要求的，应当停止提供相关住院诊疗服务。

10. 如何理解各级医师的医疗决策和实施权限？

答：医疗行为权限分为两种：医疗决策权限和医疗实施权限。

医疗决策权限是指医师或医疗团队根据患者评估和医疗机构、医疗团队或医师个人的诊治能力制定患者个性化的诊疗方案，一般情况下，对于门、急诊患者，限于具备独立承担责任能力的门、急诊医师；对于住院患者，限于科主任、医疗团队负责人或医疗管理部门指定的医师。医疗决策权限的具体内容在不同医疗场所可有不同，以保证医疗质量与安全为目标，由医疗机构和所在专科共同制定。

医疗实施权限是指患者的诊疗方案制定后，逐项予以实施的权限，每一位医师应当根据其个人能力经医疗机构授权后方可拥有相应权限。

医疗行为的医疗决策权限包括但不限于诊疗方案的制定与确认，特别是手术（含介

入、内镜下手术)、麻醉等高风险操作的决策权;医疗行为的实施权限包括但不限于处方权、特殊药品处方权、会诊权、手术(含介入、内镜下手术)、麻醉等高风险操作的实施权等,部分实施权限与决策权限是重叠的。

医疗机构应重视对本机构各级医师医疗决策和实施权限的评价与授予工作,有本医疗机构发布的工作制度与实施管理文件,根据医疗机构功能定位、医疗技术复杂性和医师个人能力不同,通过相关的组织与评估流程,对不同的医师授予不同的医疗行为的决策权限和实施权限,记入个人技术档案,相关信息在医疗机构内部予以公布。

医疗机构应对各级医师的医疗决策权限和实施权限开展定期及不定期的评估,并根据评估结果进行动态调整。

11. 如何理解查房周期?

答:所有患者必须有三个不同级别的医师来实施查房等诊疗管理,医疗机构应当严

格明确查房周期，不能少于《要点》规定的要求。作为住院患者，工作日每天至少接受查房2次，非工作日每天至少接受查房1次。作为医师，可以一个医师完成查房，也可以几个医师共同查房；其中，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。

《要点》中规定的查房频次是最低要求，科室和医师应当根据患者病情和工作需要，对病情危重或病情变化存在不确定性的患者提高查房频次，以保障医疗质量安全。

12. 为什么要设置不同级别医师查房周期？

答：患者住院期间，限于病情的个体性和诊疗措施的落实，不可避免地出现病情的变化甚至恶化，定期或根据病情不定期查房是随时、及时了解患者病情变化的基本措施，同时，医师的个人专业知识及行为倾向也难以避免存在病情观察遗漏或片面等情况，多人、多次查房是尽量避免这类情况发

生的重要手段。

13. 是否每次查房都需要记录?

答: 查房过程或结果, 原则上应当在当天的病历记录中有所体现, 病情稳定时可以每 2~3 天合并记录一次, 除了上级医师履行管理职责、审核病历中补录或修改的内容外, 不允许倒记(先前的病程记录记录在后发生的病程记录之后)和随意补记(抢救记录除外), 病情不稳定时应随时记录。医嘱作为病历的一部分也可以体现诊疗行为的可追溯性, 但重要的医嘱(如抢救患者、主要诊疗措施、与诊疗规范不一致的医嘱)应当在病程记录中说明其合理性和必要性。

14. 查房行为规范包括哪些?

答: 医疗机构应当明确本机构的查房行为规范, 包括但不限于以下几项。

(1) 上级医师查房一般应有下级医师陪同。

(2) 查房前, 医师应当了解患者病情变化和检查、检验结果。

(3) 首次查房时, 医师应当对患者做

自我介绍。

（4）医师要仪容端正、衣着整齐。

（5）查房时，仅限于谈及医疗及与该患者疾病治疗相关的话题。

15. 尊重患者包括哪些内容？

答：包括但不限于以下几项。

（1）尊重患者的知情权和隐私权。

（2）尊重患者的诊疗选择权，主动提供替代方案并陈述优缺点供患者或其法定代理人选择时参考。

（3）不得有侮辱、歧视性语言。

（4）在患者心理、家庭承受能力可及的范围内实施诊疗活动，以保护患者的尊严。

16. 如何保护患者隐私？

答：检查患者身体时应当适当遮挡，避免无关人员窥视，不可在公开场合谈论患者相关信息。

患者病情、治疗及预后等情况应与其本人或其法定代理人沟通，并予以说明，不得向其他无关人员泄露。

17. 有条件的医疗机构如何开展护理查房?

答：护理查房是指不同级别的护理人员按照护理程序开展患者评估，提出护理解决方案的护理活动，以保证患者照护过程中的质量和安全，进行护理工作协调，提高护理工作效率。

护理主管部门应当根据本机构的护理队伍及能力对本机构的护理查房体系（含级别和架构、人员资质等）予以确认，并明确各级护理查房内容和频次。

医疗机构应积极推动护士、医师或 / 和药师等人员联合查房，更加有利于患者诊疗决策的全面性、综合性，以及促进团队沟通和体现集体合作精神。

18. 有条件的医疗机构如何开展药师查房?

答：临床药师通过参加医师查房或单独查房，了解患者病情及治疗情况，参与临床医师的药物治疗方案的制定、执行和修改，

为患者提供用药教育、用药咨询等药学监护服务，为医疗团队提供药学技术支持，其目的是促进合理用药，减少药物治疗风险。

药师查房主要针对重点患者（例如，多病多药、脏器功能不全、术前术后、药物治疗毒副作用较大、对已有药物疗效不佳的危重患者、应长期用药但依从性不佳等）进行，全面监护药物疗效及不良反应。

医疗机构应积极推动药师、医师和护士等人员联合查房，更加有利于患者诊疗决策的科学性，以及促进团队沟通和体现集体合作精神。

（张勤、尹畅、钱莎莎、
刘秋生、李礼安）

三、会诊制度

(一) 定义

会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。规范会诊行为的制度称为会诊制度。

(二) 基本要求

1. 按会诊范围，会诊分为机构内会诊和机构外会诊。机构内多学科会诊应当由医疗管理部门组织。

2. 按病情紧急程度，会诊分为急会诊和普通会诊。机构内急会诊应当在会诊请求发出后 10 分钟内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成。

3. 医疗机构应当统一会诊单格式及填写规范，明确各类会诊的具体流程。

4. 原则上，会诊请求人员应当陪同完

成会诊，会诊情况应当在会诊单中记录。会诊意见的处置情况应当在病程中记录。

5. 前往或邀请机构外会诊，应当严格遵照国家有关规定执行。

【释义】

1. 为什么要开展会诊？

答：根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国刑法》的规定，医师必须按照疾病的诊疗规范开展医疗活动。

医学的专科化发展决定一名医师不可能对所有疾病都具备相应的诊治能力，因此专科专治是给予患者同质化诊疗的基础。同时，一位患者就诊时往往患有多种疾病，需同时开展诊疗，鉴于疾病诊疗规范和指南往往有定期或不定期的更新和修订，医师不可能知晓其所有经治疾病的所有诊疗规范的动态变化，多学科合作是规范诊疗和保障医疗质量以及患者安全的重要举措。因此，如果医师不熟悉本专科以外疾病的诊疗规范，除

急诊抢救患者外，应经上级医师查房同意提请他科会诊。

2. 在什么情况下需要会诊？

答：《中华人民共和国医师法》第二十二條规定，医师在注册的执业范围内，按照有关规范进行医学诊查、疾病调查、医学处置、出具相应的医学证明文件，选择合理的医疗、预防、保健方案。

如果患者所患疾病属于执业范围之外，应通过会诊转至相关科室开展诊疗；患者罹患本科疾病的基础上并伴随有执业范围外的疾病需要同时治疗，应在积极治疗本专业范围疾病的基础上，请求会诊协助诊疗或严格按照该疾病的诊疗规范实施诊疗。

医疗机构应有院内会诊管理相关制度与流程，包括会诊医师资质与职责、会诊时限、会诊记录书写等要求。

3. 为什么医疗机构内的多学科会诊要由医疗管理部门组织？

答：多学科会诊是指同时邀请两个及以

上学科参与的会诊，需要涉及跨部门/科室、跨专业领域的活动，为了确保多学科会诊的效率与质量，应由医疗管理部门负责组织会诊。具体有以下几个优势：一是可以提高会诊的效率和及时性；二是便于有效协调院内相关医疗资源；三是对会诊质量进行有效监管；四是对参与多学科会诊医师的资质进行把关等。

4. 在什么情形下可以发出急会诊申请？

答：当患者罹患疾病超出了本科室诊疗范围和处置能力，且经评估可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救，此种情形可以发出急会诊申请，并要求受邀科室医师 10 分钟内到达。为了避免造成有限的医疗资源浪费，提高急会诊的质量与效率，邀请会诊的医师需要严格把握急会诊指征。同时，医疗机构应当对急会诊的申请予以监管。

5. 如何理解“会诊发出”？

答：根据医疗机构自身实际情况制定制

度与流程，明确“会诊发出”的定义，可以以电话呼叫、电子或纸质申请单发出等形式进行定义。医疗管理部门需明确本机构“会诊申请收到”的定义，即以接听电话，收到电子、纸质申请单等形式进行定义。

急会诊必须采用即发即达的通知方式，如电话通知，急会诊的申请单不需送达应邀会诊科室。

6. 急会诊如何才能做到 10 分钟内到位？

答：医疗机构应当重视急会诊的 10 分钟到位原则，制定急会诊到位流程，定期组织演练；保证有效的通信方式、急会诊院内行走路径、电梯快速运送等畅通；合理调配医务人员以确保急会诊及时到位。

急会诊记录单应明确记录邀请会诊时间和会诊到达时间，并具体到分钟。

7. 请求会诊和受邀会诊医师应该具备什么资质？

答：请求会诊和受邀会诊医师的业务水平是会诊质量的重要保障，医疗管理部门应

对会诊相关医师的资质进行规定，以保证会诊质量，提高会诊双方及患者的满意度。

普通会诊应由主治及以上技术职称医师或三级查房医师中的中级及以上的医师提出；多学科会诊的请求人员原则上为科主任、主诊医师、医疗组长、带组的主任医师等医师；邀请机构外专家会诊原则上应征得科主任同意及医疗管理部门批准。非特殊原因，不得越级开展工作。

普通会诊受邀医师应当具有主治医师资质或医疗管理部门认定的医师。急会诊的请求医师和受邀医师不受资质限制，但应首选在岗的最高资质医师。

8. 会诊单格式及填写规范应包含哪些基本要素？

答：会诊单至少应由以下几个要素组成，住院号/就诊卡号、姓名、性别、年龄、简要病情及诊疗情况、会诊目的、申请人签名、申请时间（时间记录到分）、会诊意见或建议、会诊人签名及会诊完成时间（时间

记录到分)。

9. 医疗机构应该制定哪些类型的会诊流程?

答: 医疗机构制定的会诊流程包括但不限于以下类型。

(1) 机构内普通会诊流程。

(2) 机构内急会诊流程。

(3) 机构内多学科会诊流程(含全院大会诊)。

(4) 邀请机构外专家会诊流程。

(5) 被邀请至外机构会诊流程。

(6) 远程会诊流程。

10. 为什么要求会诊请求人员陪同会诊?

答: 会诊是一个短时间完成的诊疗协商过程, 为便于受邀会诊医师尽快并准确了解会诊患者的病情, 请求会诊人员应向受邀会诊医师介绍患者基本情况和诊疗过程, 并清晰、准确表明会诊目的、会诊要求, 以便提高会诊效率。急会诊请求方必须全程陪同。

会诊请求人员陪同会诊, 也是对受邀会

诊医师的尊重。

11. 会诊意见或建议的执行情况如何在病程记录中体现？

答：会诊请求人员应当在病历中将会诊意见或建议的执行情况进行记录，对未执行的会诊意见或建议应在病程记录中注明理由。

12. 是否允许进行电话会诊？

答：医疗机构内的会诊，属于医师诊疗行为范畴，依据《中华人民共和国医师法》规定，必须亲自诊查、调查，并按照规定及时填写病历等医学文书，故医师必须到现场亲自诊查患者，不允许以电话形式进行会诊。若遇有紧急抢救，可以在电话中先进行病情交流，同时尽快赶到现场会诊。电话交流不能代替急会诊 10 分钟内到位的要求。

13. 国家对前往或邀请机构外会诊有哪些规定？

答：参照原卫生部于 2005 年 4 月颁布的《医师外出会诊管理暂行规定》执行。

14. 如何开展互联网医院会诊和远程会诊?

答: 按照国家卫生健康委于 2018 年颁布的《互联网医院管理办法(试行)》《互联网诊疗管理办法(试行)》《远程医疗服务管理规范(试行)》执行。

15. 门诊疑难病例会诊如何开展?

答: 医疗机构应当按照《医疗机构门诊质量管理暂行规定》, 根据自身实际情况, 制定门诊疑难病例会诊管理相关制度和流程, 明确本机构门诊疑难病例会诊的范围、会诊的形式及会诊的程序。

16. 会诊结束的标志是什么?

答: 受邀会诊医师根据本次会诊情况完成会诊意见书书写视为本次会诊结束。

(李西英、李珊、胥雪冬、
徐昕晔、李明)

四、分级护理制度

（一）定义

指医护人员根据住院患者病情和（或）自理能力对患者进行分级别护理的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构应当按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，制定本机构分级护理制度。
2. 原则上，护理级别分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理 4 个级别。
3. 医护人员应当根据患者病情和（或）自理能力变化动态调整护理级别。
4. 患者护理级别应当明确标识。

【释义】

1. 何谓分级护理？

答：分级护理是指患者在住院期间，医

护理人员根据患者病情和（或）自理能力进行分级别护理。护理级别依据患者病情和自理能力分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。临床护士应实施与患者病情和（或）自理能力相适应的护理级别，并给予相对应的标识提示，从而保障患者安全，提高护理质量。

分级护理制度作为重要的护理工作制度之一，在保证护理服务质量、确定临床护理人员编制、合理配置护理人力资源、制定护理服务收费标准等方面发挥着重要的作用。2013年，原国家卫生计生委颁布了中华人民共和国卫生行业标准 WS/T 431-2013《护理分级》，明确了分级护理的定义、基本要求以及患者自理能力的评估依据及标准。为使分级护理在临床上更具有可操作性，推进医疗机构临床护理服务质量持续改进，促进优质护理服务持久、深入发展，原国家卫生计生委又对分级护理制度的定义、核心要点、护理要求、制度督查量化及落实流程进

行了补充和细化。

2. 国家分级护理管理相关指导原则有哪些？

答：原卫生部 1982 年颁布的《医院工作制度》中规定：患者入院后，应根据病情决定其护理级别，划分为特级、一级、二级、三级护理 4 个级别。2009 年原卫生部印发的《综合医院分级护理指导原则（试行）》中提出，依据疾病的轻重缓急和患者的自理能力来确定护理级别，首次将患者的自理能力引入分级护理之中。如何确定患者的自理能力，在文件中没有统一的标准。

2013 年，原国家卫生计生委颁布了中华人民共和国卫生行业标准 WS/T 431-2013《护理分级》，明确了采用 Barthel 指数评定量表对日常生活活动进行评定，根据 Barthel 指数总分，确定自理能力等级，并提出临床护士应根据患者的护理分级和医师制订的诊疗计划，为患者提供护理服务，根据患者护理分级安排具备相应能力的护士。

为各级各类医疗机构制定和执行本机构分级护理制度及护理工作服务标准提供了基本遵循。

可见，患者护理级别的确定应是在医护充分沟通之后，由医生开具护理级别医嘱，护士有效执行，并做到能级对应。

3. 特级护理、一级护理、二级护理、三级护理的适用情况有哪些？

答：护理级别由医护人员根据患者病情和（或）自理能力进行评定。

特级护理：适用于维持生命，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。

一级护理：适用于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。

二级护理：适用于病情趋于稳定或未明确诊断前，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。

三级护理：适用于病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无须依赖的患者。

4. 住院患者病情和（或）自理能力评估的内容有哪些？

答：住院患者的病情由主治医师进行评定，分为病危 / 抢救、病重 / 病情不稳定、病情稳定 / 康复期，需根据病情变化及时评定。

患者自理能力采用 Barthel 指数评定量表对日常生活活动，包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯 10 个项目进行评定（见表 4-1），将各项得分相加即为总分，根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无须依赖四个等级（见表 4-2）。患者新入院（转入）、出

院、手术当天、术后第一天时，护士需对患者进行自理能力评分，当出现其他特殊情况，如病情变化等需重新评分。

表 4-1 Barthel 指数（BI）评定量表

序号	项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1	进食	10	5	0	-
2	洗澡	5	0	-	-
3	修饰	5	0	-	-
4	穿衣	10	5	0	-
5	控制大便	10	5	0	-
6	控制小便	10	5	0	-
7	如厕	10	5	0	-
8	床椅转移	15	10	5	0
9	平地行走	15	10	5	0
10	上下楼梯	10	5	0	-

Barthel 指数分：分

注：①根据患者的实际情况，在每个项目对应的得分上画√。②引自 WS/T 431-2013《护理分级》。

表 4-2 自理能力分级

自理能力等级	等级划分标准	需要照护程度
重度依赖	总分 ≤ 40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分 41 ~ 60 分	大部分需他人照护
轻度依赖	总分 61 ~ 99 分	少部分需他人照护
无须依赖	总分 100 分	无须他人照护

注：引自 WS/T 431-2013《护理分级》。

5. 如何明确标识护理级别？

答：为了更好地落实各级别护理要求，各医疗机构应明确各级护理标识，护理标识需在患者床头卡、床位图（含电子信息卡）等患者信息载体中体现，使其在护士临床工作中发挥显著的提醒作用。当患者护理级别出现变化时需同步调整护理标识。

由于我国医疗机构众多，各医疗机构传统习惯差异较大，建议用颜色来表示护理级别，包括但不限于以下几种。

（1）特级护理（特护）一般用红色标记，其护理的对象是病情危重或重大手术后的随时可能发生意外，需要严密观察和加强

照护的患者。

(2) 一级护理用粉红色标记, 表示重点护理, 但不派专人守护。

(3) 二级护理用蓝色标记, 表示病情无危险性, 主要是照顾病情稳定的重症恢复期患者, 年老体弱、生活不能完全自理、不宜多活动的患者。

(4) 三级护理是普通护理, 用绿色标记或不做任何标记。

(李环廷、魏丽丽、王平、
林箐、余双彬)

五、值班和交接班制度

（一）定义

指医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构应当建立全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并保证常态运行。

2. 医疗机构实行医院总值班制度，有条件的医院可以在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班。总值班人员需接受相应的培训并经考核合格。

3. 医疗机构及科室应当明确各值班岗位职责、值班人员资质和人数。值班表应当在全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。

4. 当值医务人员中必须有本机构执业的医务人员，非本机构执业医务人员不得单独值班。当值人员不得擅自离岗，休息时应当在指定的地点休息。

5. 各级值班人员应当确保通讯畅通。

6. 四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

7. 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

8. 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。

【释义】

1. 为什么要建立“全院性医疗值班体系”？

答：患者的诊疗活动是一个连续性工作过程，医疗机构有连续工作要求的部门或科室均应安排专人值班，以保障诊疗活动正常进行。除了临床、医技、护理等岗位外，信息系统保障部门与提供水、电、气、消防及

其他公用设施应急保障的后勤相关部门也应安排值守。

2. 值班和交接班如何体现诊疗活动的连续性？

答：值班和交接班的连续性，包括医师间、护士间以及医护间的患者诊疗信息传递。由于部分医疗机构存在医疗值班和护理值班两套单独的值班体系，不能完全保证随时获取同一患者的信息，因此，医疗机构应设置定期的医护联合交班来实现患者信息的沟通与交流。

3. 如何理解“有条件的医院可以在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班”？

答：医院总值班是医疗机构行政部门在非工作时间承担行政领导协调职责的值班机制，考虑到非工作时间，不仅仅有行政相关的事项需要处置，更多的是处置与医疗相关的专业事项，行政科室人员对临床工作并不熟悉，难以对医疗相关的事项进行及时有效

的协调。因此，对一些在非工作时间，医疗相关事项协调需求较多的医疗机构，在相关人力资源基本满足要求的情况下，可另外设置医疗总值班和护理总值班，以提高总值班的协调效率。

医疗总值班在非工作时间承担由医疗管理部门负责的职责。护理总值班在非工作时间承担由护理管理部门负责的职责。

4. 医师与护理交接班记录的基本内容包括哪些？

答：医师交接班记录包括交班医师对需要交班的患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录，该记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班医师应在交接班记录上签字确认，并注明签字时间（精确到分钟）以体现交接班时间可追溯。

需要交班的患者应包括但不限于：新入院患者诊断未明或评估后病情不稳定，急危重患者，当日接受手术及侵入性操作患者，有当日检查、检验结果为危急值的患者及其

他需特别注意的患者。另外，可以根据本科室的患者的特点，再增列其他的交班内容。

急危重患者和当日四级手术的患者，因情况特殊并且需随时评估，必须床旁交班，给予口头详尽叙述交接班内容以及相关的注意事项，并将交接班内容及注意事项及时记录到交接班记录册当中。

值班人员应在下班前对值班期间患者的重要处置记录于交接班记录中。

护理交接班记录可以包括但不限于交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄；新入院患者应包括入院时间、主诉、入院情况、入院诊断、以往简要诊疗经过；非当日入院需要交班的患者应包括目前病情变化、目前诊断及交班注意事项或接班诊疗计划，必要时包括饮食情况、睡眠情况、情绪变化、并发症观察、手术准备、检查准备、护理措施落实等内容。

5. 如何对医疗机构总值班进行管理？

答：医疗机构应建立医院总值班管理与

工作体系，制定医院总值班管理制度（包括岗位职责、值班人员资质、值班人数、通信联系工具、交接班机制及记录内容清单等），明确主管部门并履行管理职责；对值班人员进行上岗前培训，考核合格后才能参与值班。

6. 何谓本机构执业医务人员？

答：“本机构执业医务人员”是指注册在本医疗机构（含区域注册）且接受本机构人力资源管理部门管理的医务人员。进修医务人员、对口帮扶医务人员等按照国家医务人员注册相关规定不需做注册变更的，经医疗管理部门考核合格后可按本机构执业医务人员管理参与值班。但进修医师在进修期间的前3个月，原则上不安排单独值班。

非本医疗机构的规培人员符合下列条件：①取得执业医师证书；②在本医疗机构注册；③在本机构规培满1年。经医疗管理部门考核合格后，可按本机构执业医务人员管理参与值班。

属于本医疗机构编制内的规培人员，应

根据其临床能力，由科室申请，医疗管理部门审批后可以安排单独值班，但应该有一定的加强培训阶段，具体培训时间由本机构确定。

7. 何谓单独值班？

答：单独值班是独立承担医疗机构所设的各类值班岗位的工作，即由具备岗位资质的个人，独立决策处理值班期间全部业务，并对其决策和处理的工作负责。

当值医务人员必须是有本机构执业资质的执业医师及经医疗管理部门认定许可的进修医师、符合条件的规培人员和对口帮扶医师，其他医务人员不得单独值班。

乡镇医疗机构的执业助理医师，经医疗管理部门认定后允许在本机构单独值班。

8. 为什么非本机构执业医务人员不得单独值班？

答：非本机构执业医务人员存在流动性大、能力水平参差不齐、责任界定不清等情况，所以不能单独值班，只能在上级医师的带领下参与值班，不得顶岗单独值班。

9. 医疗机构如何规定值班人员的值班时间和值班区域？

答：医疗机构及各科室部门应结合本机构及本科实际情况，根据各个值班岗位职责对值班时间和值班区域以文件形式予以明确，以确保医疗工作的连续性和处置的及时性。

值班人员排班表在适当范围内提前公开，不得擅自离岗，接班人员未到岗完成交接班前，交班人员不得离岗，直到接班人员到岗完成交接班后方可离开。

10. 病区值班医师能参加择期手术吗？

答：值班岗位职责应包含本科室所有患者的非预期事件的处置，往往带有突然性，值班医师应当随时待命，因此本科室或病区值班医师原则上不得参与择期手术，若因专业需要必须参加时，应有相同或更高级别资质医师接替值班并在岗，告知当班护士，同时报备医疗管理部门后方可参加。

11. 病区值班医师能参加门诊吗？

答：正常工作时间，原则上不得安排值

班医师参加门诊工作。因特殊情况确需值班医师参加门诊工作的，应当报科室主任或病区主任或上级医师批准，并确认有相同或更高级别资质的本科人员替班并承担相应值班责任。

12. 值班医师遇到急会诊或紧急手术时怎么办？

答：处置急会诊或急诊手术等紧急情况是值班医生的职责，医疗机构应当在值班制度中予以明确，并根据本机构实际情况指导各科室合理安排值班力量，保障患者紧急医疗需求得到及时处置以及值班区域相关正常医疗工作的连续性和及时性。必要时，值班医师应当报告医院（医疗）总值班或医疗管理部门启动相关应急预案。

13. 交接班记录可以是电子版吗？需要打印出来吗？交接班记录的保存时限有什么要求？

答：可以使用电子交接班记录。已实现电子签名的交接班记录，不需要打印；没有

电子签名的，需要打印并完成签名。电子交接班记录的书写要求同纸质交接班记录，且修改情况应在系统中留痕，可追溯。交接班记录按照临床使用需求时限保存。

(王平、林箐、王惠英、
李环廷、魏丽丽)

朱要本基(二)

六、疑难病例讨论制度

（一）定义

指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构及临床科室应当明确疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

2. 疑难病例均应由科室或医疗管理部门组织开展讨论。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。必要时邀请相关科室人员或机构外人员参加。

3. 医疗机构应统一疑难病例讨论记录的格式和模板。讨论内容应专册记录，主持人需审核并签字。讨论的结论应当记入病历。

4. 参加疑难病例讨论成员中应当至少有2人具有主治及以上专业技术职务任职资格。

【释义】

1. 医疗机构及临床科室如何明确疑难病例的范围？

答：尽早识别疑难病例是落实疑难病例讨论制度的前提条件，应从院、科两级层面明确疑难病例的识别标准。

(1) 医疗机构应根据本机构诊疗范围及医疗技术水平，明确本医疗机构疑难病例识别的基本指征，并要求全体医务人员知晓。识别疑难病例的基本指征，至少应包括以下情形。

①患者当前有明确的症状体征，但没有

明确的诊断或诊疗方案难以确定。

②疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效。

③非计划再次住院和非计划再次手术。

④出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

（2）临床科室应当在本医疗机构疑难病例识别基本指征范围的基础上，根据专业学科特点和诊疗常规，进一步细化、明确本科室的疑难病例识别标准。

2. 为什么强调参加疑难病例讨论成员中应当至少有 2 人具有主治及以上专业技术职务任职资格？

答：疑难病例的疾病情况比一般疾病更复杂，诊疗过程所需要的医疗技术条件和支持要求也更高，为尽早明确诊断或完善诊疗方案，所组织的疑难病例讨论会必须由具备较强临床能力的医师参加，主治及以上专业技术职务任职资格人员具有较为完备的理论知识和丰富的临床经验，对疑难病例具有

较强的判断能力和诊治能力，是能够提出合理诊疗方案的基本保障。同时，医疗机构及其临床科室应组织足够的人员数量及技术力量，保障疑难病例讨论内容的全面性和科学性。

3. 医疗机构疑难病例讨论记录文本应包括哪些内容？

答：疑难病例讨论记录内容应包括但不限于患者基本信息，讨论时间、地点、参加人（其他科室人员应注明学科、职称）、主持人、记录人，讨论过程中各发言人发言要点，讨论结论（主要是指后续诊疗方案），主持人审核签字。讨论结论记入病历。

4. 如何发挥疑难病例讨论制度的作用？

答：一是要妥善解决患者本次就诊需要处理的医疗问题，保障患者当次就医全过程的安全和诊疗质量。二是要强化疑难病例经验积累意识，不断提高医师个人、科室乃至医疗机构层面对同类疑难病例的诊疗水平。三是要在医疗机构内适时交流疑难病例诊疗

经验，促进医疗能力和技术水平全面提升。

5. 为什么疑难病例讨论制度原则上由科主任主持？

答：科主任是本科室医疗质量管理的第一责任人，有责任对科室疑难病例的诊疗工作进行协调与把关，因此疑难病例讨论应由科主任主持。在科主任公差期间，应向医疗管理部门备案，由其指定科室负责人承担疑难病例讨论主持职责。

6. 什么情况下由医疗管理部门人员主持疑难病例讨论？

答：患者病情复杂、症状体征超出本科常见症状体征范围、需要多学科共同参与的，或有机构外人员参加的，应由医疗管理部门人员主持。

7. 什么情况下应该邀请相关科室人员或机构外人员参加？

答：解决疑难病例所需要的诊疗能力或医疗设备条件，超出本科室或本医疗机构的诊疗范围或能力范围，应邀请相关科室或医

疗机构外人员参加疑难病例讨论，确保能够
为患者制定相对全面的诊疗方案。

**8. 医疗机构疑难病例讨论的频次应如何
执行？**

答：疑难病例讨论的频次由各临床科室
根据本科室诊治患者的实际情况确定。

(崔永亮、刘花、景抗震、
孟繁荣、孙佳璐)

七、急危重患者抢救制度

（一）定义

指为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构及临床科室应当明确急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

2. 医疗机构应当建立抢救资源配置与紧急调配的机制，确保各单元抢救设备和药品可用。建立绿色通道机制，确保急危重患者优先救治。医疗机构应当为非本机构诊疗范围内的急危重患者的转诊提供必要的帮助。

3. 临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下

医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。

4. 抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字。

【释义】

1. 医疗机构和临床科室如何明确急危重患者范围？

答：根据本机构或科室常见疾病谱情况来确定，可以包括但不限于病情危重、不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害的患者；生命体征不稳定并有恶化倾向患者等。

（1）患者急性起病，诊断未明，根据其症状的诊疗流程，必须立即处置，否则可能导致重要脏器功能损害或危及生命。

（2）患者急性起病，诊断明确，根据诊疗规范必须立即处置，否则可能延误最佳治疗时机或危及生命，如有明确治疗时间窗

的疾病。

（3）患者生命体征不稳定并有恶化倾向。

（4）出现检验或检查结果危急值，必须紧急处置的患者。

（5）患者出现其他预计可能出现严重后果，必须紧急处置的病情。

2. 如何规范抢救流程？

答：急危重患者的抢救是需要紧急、规范、高效落实的医疗行为，争分夺秒把握抢救时机是关键。程式化的抢救流程图、清单式的急危重症患者抢救流程目录，能够更为有效地避免医务人员在紧张的抢救过程中疏漏必要的处置，进一步规范诊疗行为。

医疗机构应组织临床科室梳理常见的急危重症目录，根据诊疗规范、诊疗指南、操作规范和医学伦理规范等，制定符合本机构实际的程式化的抢救流程图，简明扼要标注时限要求、如何获取抢救资源等；可能涉及紧急使用的抢救设施设备，应于该设备恰当位置展示使用步骤流程。归集急危重症患者

抢救流程，形成清单式目录。根据知晓和执行情况开展针对性培训、督查、评估，持续改进抢救流程，提高抢救规范性、成功率。

对于心脏骤停患者进行心肺复苏术等抢救时不仅需要医务人员知晓的抢救流程图，可适当张贴于医疗机构内相应位置，向患者及其家属普及急危重症知识与技能，提升社会知晓度与参与度。

3. 医疗机构的抢救资源包括哪些？

答：医疗机构的抢救资源包括但不限于以下几项：

（1）抢救人员：所有医务人员均应接受抢救技能培训，掌握抢救基本理论、基础知识和基本抢救操作技能（包括但不限于心肺复苏等），具备独立抢救能力，并注意培养专科抢救人员（包括心包穿刺术、气道开放技术、动/静脉穿刺置管术、心电复律、呼吸机使用等），有条件时建立应急医疗分队，紧急状态时能立即到位、开展抢救。

（2）抢救药品：根据医疗机构内不同

区域常见急危重疾病的抢救流程和本区域常见急危重疾病抢救时需要在极短时间内应用的药物进行配备，可以包括但不限于心肺复苏药物、呼吸兴奋药、血管活性药、利尿及脱水药、抗心律失常药、镇静药、止血药、平喘药等。

（3）抢救设备：根据医疗机构常见急危重症疾病抢救时需要配备的设备进行配置，包括但不限于吸氧设备、简易呼吸器、除颤设备、心电图机、心电监护仪、负压吸引设备、心肺支持设备、洗胃机、便携式超声仪和快速床旁检验设备等。

（4）临床科室可设置抢救区域和抢救床位。

4. 何谓抢救资源的配置及紧急调配机制？

答：医疗机构应当建立抢救资源相关配置制度，保证抢救人员、药品、设备等按医疗区域需要进行合理配置。当相关的抢救人员、药品、设备等抢救资源不能满足本区域临时抢救所需时，医疗机构应有相关紧急调

配制度，保证人员、药品、设备等抢救资源能够迅速调用，形成固定的紧急调配流程，并定期进行演练。紧急调配机制可以包括但不限于以下几项。

(1) 有人员紧急调配的制度、规定和执行方案，定期演练，可建立机构内应急医疗分队（人员均有相应资质、抢救技能）。

(2) 有抢救用药保障制度。

(3) 有医疗设备紧急调配制度，定期演练。

(4) 有应急床位统一调配机制。

(5) 有多科室紧急抢救协作制度，急救服务体系中相关部门（包括急诊科、各临床及医技科室、药房、挂号收费等）责任明确。

5. 如何确保各单元抢救设备和药品可用？

答：医疗机构应有机制将本区域内抢救设备安置于固定的、便捷可及的位置，定期维护和巡查，始终保持待用状态；各单元医务人员知晓抢救设备位置、使用方法，知晓

抢救设备缺乏或故障时替代设备的调配流程。

抢救药品种类和数量能满足本区域常见的急危重症患者抢救需要；各单元医务人员知晓抢救用药使用流程、补药流程和应急预案。

6. 何谓绿色通道机制？包括哪些内容？

答：医疗机构“绿色通道”是指医疗机构为急危重症患者提供的快捷高效的服务系统。它所救治患者的理念是：以患者为中心，对急、危重症患者按照“优先处置转运”及“先及时救治，后补交费用”的原则救治，确保急诊救治及时有效。医疗机构应有各部门间的协作机制，职责任务明确，参与救治人员符合资质。

进入绿色通道的患者或机制可以包括但不限于以下内容。

（1）病种或人群绿色通道：可疑传染病、重点病种（包括但不限于，严重创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等）及重症孕产妇、重症新生儿的紧急救治。

(2) 流程绿色通道：如院前、分诊、就诊、会诊、手术、药物治疗、输血治疗、检验、影像学检查、收治入院、转运等环节优先处理的机制；突发应急事件处理流程。

(3) 财务绿色通道，先抢救后付费制度。

(4) 绿色通道标识。

7. 急危重症患者多学科救治时的原则是什么？

答：急危重症患者涉及多发性损伤或多脏器病变的患者，应及时请专科医师会诊，并由现场主持抢救的最高资质和资历的医师主持多学科会诊。根据会诊意见，由可能威胁到患者生命最主要的疾病所属专业科室接收患者，并负责组织抢救，如落实救治科室存在争议，应立即通知医疗管理部门予以协调确认。

8. 为非本机构诊疗范围内的急危重患者转诊时提供的必要帮助包括哪些？

答：(1) 转运前，应完成患者评估，履行告知义务，根据评估结果决定转运方式。转运途中配备可及的生命支持设备，医疗机

构间的转运可联系有资质的专业转运机构来完成。

（2）转送患者要有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯抢救。

（3）有与相关合作医疗机构建立转接服务的机制。

9. 对抢救记录有何要求？

答：抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时所做的记录。

抢救记录内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名等，要做到及时记录，抢救时间应当具体到分钟。

因抢救急危重症患者，未能及时书写病历或录入医嘱的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记和补录，并加以注明。

危重症患者应及时向患方告病危，记录与患方沟通的说明。

（刘秋生、李礼安、吴汉森、

张勤、高梦阳）

八、术前讨论制度

(一) 定义

指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。

(二) 基本要求

1. 除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。
2. 术前讨论的范围包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。临床科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。全科讨论应当由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合

并症的，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。

3. 术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

4. 术前讨论的结论应当记入病历。

【释义】

1. 为什么要求“除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者的手术必须实施术前讨论”？

答：术前讨论是指手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所做的讨论。讨论内容包括但不限于术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施。

进行术前讨论是医疗机构和医务人员的基本义务，体现审慎、严谨、科学的态度，是围手术期管理的关键环节之一，也是保障手术患者医疗质量安全的重要举措。需要进行住院手术的患者，病情较为复杂或有一定

的风险，术前讨论可集思广益，帮助术者明确手术指征和方案，从而降低手术风险和并发症的发生率，保障患者安全。本要点明确不需术前讨论的仅限于紧急抢救生命的急诊手术，其他急诊手术均应完成术前讨论。

住院患者的术前讨论同样应包括日间手术，在医学影像下的介入诊疗、内镜下的手术等有创操作或手术。

2. 门诊手术如何进行术前讨论？

答：门诊手术患者的术前讨论形式，由参加门诊手术的医师及相关人员在术前共同进行讨论，讨论地点和方式不限。原则上在门诊病历上清楚记录诊断、手术适应证和禁忌证、手术方式、麻醉方式、注意事项等内容。

3. 为什么要求术者必须参加术前讨论？

答：术前讨论过程中，术者听取和接受其他医师的建议和意见，有助于查漏补缺，消除思维惯性或盲区，形成合理的手术方案，降低手术风险。

4. 何谓手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论？

答：医疗机构根据本院手术规模及手术医师业务能力，可以有以下几种术前讨论模式。

手术组讨论，是指计划参与该手术的医师及相关成员参加的术前讨论。

医师团队讨论，是指医疗机构授权的医疗组全体成员（包括主诊医师带组的全体成员，主任医师 / 副主任医师或医疗组长带组的全体成员等）参加的术前讨论。

病区内讨论，是指在由同一科室的两个或以上医师团队组成的病房管理相对区域内所有医疗团队参加的讨论。

全科讨论，是指本科室全体成员参与的讨论。

5. 如何界定住院患者术前讨论参加人员的范围？

答：临床科室应根据本科室手术分级管理目录、科室人员（医疗团队）配置、技术水平、既往手术效果等情况，确定各种住院

患者手术前的术前讨论参加人员的范围，并交医疗管理部门审批后实施。术前讨论参加人员范围应当遵循科学、必要、适宜的原则。

新开展手术、高风险手术、毁损性手术、非计划重返手术室再手术、可能存在或已存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术，应当纳入全科讨论范围。

6. 如何理解“必要时邀请医疗管理部门”和“相关科室参加术前讨论，或事先完成相关学科会诊”？

答：对新开展手术、高风险手术、毁损性手术、非计划重返手术室再手术、存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术、可能涉及紧缺医疗资源调用或医疗纠纷防范等情况时，可邀请医疗管理部门参与讨论。

由于患者病情复杂，可能存在患者重要脏器功能不耐受拟开展的手术、手术涉及多

学科或存在可能增加手术风险或影响手术效果的合并症、手术方式需要其他科室参与等情况，应当邀请相关科室参加术前讨论，或事先完成相关科室的会诊。

7. 术前讨论的内容包括哪些？

答：术前讨论的内容包括但不限于以下几项：患者术前病情及承受能力评估（包括但不限于生理、心理和家庭、社会因素）；临床诊断和诊断依据；手术指征与禁忌证、拟行术式及替代治疗方案；手术风险评估；术中、术后注意事项，可能出现的风险及应对措施；术前准备情况；是否需要分次完成手术；围手术期护理具体要求；麻醉方式与麻醉风险等。

8. 术前讨论的结论记入病历，有何具体要求？

答：术前讨论的结论包括：临床诊断、手术指征、拟行术式、麻醉方式、术中术后可能出现的风险及应对措施；特殊的术前准备内容；术中、术后应当充分注意的事项