焦作市口腔医疗质量控制中心
关于开展2026年口腔专业医疗质量控制调研指导评价工作的通知

焦作市各哨点医院:

为进一步推进全省口腔诊疗规范化、同质化工作，焦作市口腔医疗质量控制中心（以下简称质控中心）决定开展口腔专业医疗质量控制调研指导评价工作，现将有关事宜通知如下:

一、调研指导对象

根据工作需要，选取2024年新增且既往未参加过质控中心调研指导评价工作的焦作市口腔专业医疗质量监测哨点医院(以下简称哨点医院），作为调研指导评价对象（附件1）。

二、调研指导时间

2026年6-8月。

三、调研指导内容

（一）调研内容

医疗机构的口腔基本情况、质控组织建设情况、口腔质控指标制定情况、感染控制情况，详见《医疗机构口腔基本情况调查表》（附件2）。

（二）指导评价内容

1.质控工作改进目标开展情况，详见《质控工作改进目标指导评价表》（附件 3）。

四、指导评价专家及分组

根据工作安排，成立指导评价组，具体分组见附件 1。

五、工作步骤

（一）医疗机构自查（2026年6月15日-6月30日）

1.医疗机构填写《医疗机构口腔基本情况调查表》（附件 2），电子版发送至质控中心。

2.医疗机构按照附件 2-3 内容，整理相关资料，以备现场检查。

（二）现场指导评价（2026年7月1日-8月10日）

依据附件 2-3 内容，开展指导评价工作，针对性的给予指导意见、建议。

（四）反馈与整改（2026年7月1日-8月17日）

1.现场总结指导评价工作中发现的问题及亮点，认真提出意见建议，并反馈至相关医疗机构。

2.医疗机构接到反馈意见一周内，将整改计划 PDF 版（盖单位公章）报送至质控中心邮箱。

六、工作要求

（一）请有关医疗机构高度重视本次调研指导工作，安排专人负责，对照评价内容准备相关材料，提前与联系人对接沟通，

认真做好各项准备工作。

（二）调研指导工作期间，有关医疗机构及专家要严格落实中央八项规定，严肃工作纪律。

联系人及联系方式：

焦作市质控中心　　李晓轩　18336881554

焦作市质控中心邮箱　yf1222@163.com

附件：1.指导评价工作分组

2.医疗机构口腔基本情况调查表

3.质控工作改进目标指导评价表

4.医疗机构联络信息登记表

焦作市口腔医疗质量控制中心

（焦作市五官医院代章）

2026年6月4日

附件 1

指导评价工作分组

序号	时间	省辖市	机构名称	指导评价人员		联系人（微信同号）
				组长	组员	
1	7月10日15:00-17:00	焦作市	焦作市妇幼保健院	杨勇	苏东旭 何梦瑶	霍静利
2	7月17日15:00-17:00		温县第二人民医院	赵振华	李晓轩 李德增	王盟
3	7月24日15:00-17:00		孟州市中医院	马淑霞	王盟 高永翔	何梦瑶

附件 2

医疗机构口腔基本情况调查表

调研单位名称：　　□公立　□民营

项目	具体内容	医疗机构情况
（一）基本情况	1.医疗机构级别、口腔门诊科室、口腔住院病区数量	医疗机构级别： 门诊科室数量：　　个 住院病区数量：　　个
	2.口腔人员情况：医师、护士、医技人员数量	①医师：　　人 其中正高级　人、副高级　人、其他　人； 博士　人、硕士　人、本科　人、其他　人。 ②护士：　　人、 其中住院护士　人、门诊护士　人； 正高级　人、副高级　人、其他　人； 博士　人、硕士　人、本科　人、其他　人。 ③医技：　　人 其中正高级　人、副高级　人、其他　人； 博士　人、硕士　人、本科　人、其他　人。
	3.口腔急诊科设置情况	□有　口腔急诊科医师数：　人 口腔急诊科椅位数：　台

		□无
	4.设备情况：椅位、放射诊疗设备等数量	椅位数：　　台 口腔显微镜数：　　台 牙片机数：　　台 全景X光机：　　台 CBCT数：　　台 CAD/CAM数：　　台
	5.2025年口腔门诊就诊人次、口腔出院患者人次、口腔住院患者手术人次	门诊就诊人次：　　人 出院患者人次：　　人 住院患者手术人次：　　人
	6.信息化开展情况：①电子病历系统（EMR系统）、②医院信息管理系统（HIS系统）、③实验室（检验科）信息系统（LIS系统）④医学影像系统（PACS系统）	①电子病历系统 □有 等级：__级 □无 ②医院信息管理系统 □有 □无 ③实验室（检验科）信息系统 □有 □无 ④医学影像系统 □有 □无
（二）质控组织建设情况	1.医院三级质控体系建设情况	□建立三级质控体系 □未建立
	2.科室质控小组成立情况或专人负责情况	□成立质控小组或有专人负责 □未成立质控小组或无专人负责
	3.质控组织运行情况	□开展相关工作（有相关记录或照片） □未开展工作
（三）口腔质控指标情况（非国家、	1.口腔颌面外科住院质控指标	□有 制定时间　年　月　□无
	2.口腔颌面外科门诊质控指标	□有 制定时间　年　月　□无

省质控中心发布的指标）	3.口腔内科质控指标	□有 制定时间 年 月 □无
	4.口腔修复质控指标	□有 制定时间 年 月 □无
	5.口腔正畸质控指标	□有 制定时间 年 月 □无
（四）感染控制情况	1.感染控制制度	□有 □无
	2.感染控制专/兼职人员	□有 □无
	3.医疗垃圾分类	□符合规定 □不符合
	4.执行手卫生规范	□符合规定 □不符合
	5.职业暴露应急预案和处置流程	□有 □无
（五）河南省口腔专业医疗质量控制指标改进情况（“橡皮障隔离术在根管治疗中的使用率”和“正畸治疗前拍摄头颅定位X线片的百分比”见指导评价表）	1.2026年1-6月腮腺浅叶良性肿瘤术前术后诊断符合率（无该项内容请填/）	①手术前诊断与手术后病理诊断均为腮腺浅叶良性肿瘤病例数_____。②手术前诊断为腮腺浅叶良性肿瘤病例总数_____。
	2.2026年1-6月腮腺浅叶良性肿瘤术后涎瘘发生率（无该项内容请填/）	①手术后出现涎瘘的腮腺浅叶良性肿瘤病例数_____。②腮腺浅叶良性肿瘤手术病例总数_____。
	3.2026年1-6月拔牙术前拍摄X线片的百分比（无该项内容请填/）	①拔牙术前拍摄X线片的患者人次数_____。②拔除牙总患者人次数_____。
	4.2026年1-6月慢性牙周炎患者定期复诊率（无该项内容请填/）	①牙周基础治疗后6—8周复诊患者数_____。②牙周基础治疗后6—8周的患者总数_____。
	5.2026年1-6月修复体活髓牙牙体预备意外穿髓率（无该项内容请填/）	①修复体活髓牙牙体预备意外穿髓的牙数_____。②修复体活髓牙牙体预备的总牙数_____。

（六）橡皮障隔离术应用情况	1.橡皮障隔离术应用存在的困难？ 2. 推动、落实橡皮障隔离术应用的建议？
调研人员签字：　　年　　月　　日	

附件 3

质控工作改进目标指导评价表

单位名称：　　口腔病房　　□有　　□无

评价指标	检查主要内容	提供的文档资料或现场核查	指标与评价方法	存在问题	备注
（一）种植体脱落发生情况	2026年1-6月种植体脱落情况	1.医疗机构汇报种植体脱落人数，并提供发生脱落患者病历。	1.2026年1-6月种植体植入数_____，脱落数_____，其中修复前脱落数_____。		国家控工作改进目标—“降低种植体修复前脱落率”
		2.随机抽取2026年1-6月未发生脱落患者病历20份（不足20份以实际为准），查看病程记录，核实医院汇报信息。	2.实际抽取病历数_____，发生脱落数_____。 3.核实数据是否符合　□是，□否。		
（二）种植体周围炎发生情况	2026年1-6月种植体周围炎发	1.医疗机构汇报种植周围炎发生例数，并提供发生患者病历。	1.2026年1-6月种植体植入数_____，种植体周围炎发生例数_____。		国家口腔质控中心二级

	生情况	2.随机抽取2026年1-6月未发生患者病历20份（不足20份以实际为准），查看病程记录，核实医院汇报信息。	2.实际抽取病历数_____，记录周围炎病历数_____。 3.核实数据是否符合 □是，□否。		质控工作改进目标—“降低种植体周围炎发生率”
（三）橡皮障日常使用情况	1.临床应用橡皮障隔离术	现场查看相关橡皮障材料和设备使用情况。	1.□有设备，有_____套；□无设备。 2.□经常使用，□偶尔使用，□未使用。 3.□有收费记录；□无收费记录。		河南省质控工作改进目标—“提高橡皮障隔离术在根管治疗中的使用率”
	2.橡皮障操作情况	随机抽取一名开展根管治疗的医师，现场操作。	1.熟练程度：□熟练，□不熟练，□不会。 2.规范程度：□规范，□不规范。		
	3.2026年1-6月橡皮障隔离术在根管治疗中的使用率	随机抽取2026年1-6月20份根管治疗病历；病历中体现使用橡皮障即为使用病历。使用率=使用病历数/20*100%。	1.2026年1-6月根管治疗患者总人次数_____，其中使用橡皮障患者人次数_____。 2.抽取病例数20份，使用病历数_____。		
	4.橡皮障领取清单或购买单	医院相关职能部门领取清单或购买单据。	□有，□无。		

（四）原发口腔癌治疗前临床TNM分期评估情况	2026年1-6月原发口腔癌治疗前临床TNM分期评估完成情况	随机抽取2026年1-6月口腔癌出院病历20份（不足20份以实际数量为准），查看治疗前临床TNM分期评估完成率（口腔癌患者治疗前完成临床TNM分期评估的病例数/实际查看病历数×100%）。	1.原发口腔癌患者□有，□无。 2.2026年1-6月原发口腔癌患者总人数_____，其中评估完成患者数_____。 3.抽取病历数_____，评估完成病历数_____。 [注：原发口腔癌包括唇、颊、舌、牙龈、腭及口腔的其他和未特指部位的原发上皮性恶性肿瘤（ICD:C00-C06，M8010-M8110/3），排除复发的口腔癌（ICD:C80）。只统计鳞状细胞癌，不包括间质细胞来源的肉瘤和腺上皮来源的腺癌]		国家口腔质控中心二级质控工作改进目标—“提高原发口腔癌治疗前临床TNM分期评估完成率”
（五）正畸患者头颅侧位片拍摄情况	2026年1-6月正畸患者头颅侧位片拍摄率	随机抽取2026年1-6月20份正畸治疗病例（不足20份以实际数量为准），查看头颅侧位片。拍摄率=拍摄病例数/20*100%。	1.2026年1-6月新增错颌畸形治疗患者总人数_____，其中拍摄患者数_____。 2.实际抽取病例数_____，拍摄病历数_____。		

指导评价专家姓名：　　年　　月　　日

附件 4

医疗机构联络信息登记表

序号	医疗机构名称	医疗机构级别（三级、二级、一级、未定级）	医疗机构属性（公立、民营）	哨点医院情况（国家级、省级、市级、非哨点医院）	联系人	电话号
1						
2						
3						
…						