

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
3.1.1对就诊患者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。						
3.1.1.1	【C】					
对就诊患者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管	对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定,且在全院范围内统一实施。	1. 医院工作制度/规范中有关在全院范围内对门诊就诊与住院患者身份识别施行唯一标识管理的规定,内容包括但不限于以医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码作为患者身份识别标识{B};在重点部门(急诊、新生儿、ICU、产房、手术室等)乃至全院范围内应用条码技术等信息化技术手段进行患者身份自动识别{A}。		1. 门(急)诊诊室、辅助检查科室和服务窗口(包括挂号、收费、取药/报告单据及入/出院手续办理窗口等)部位各4个,以及3个住院病区(其中至少包含2个重点部门)。【访视内容:用以识别就诊者身份的标识、方法和技术手段】。	1. 指定时段内10份出院病历。【追踪内容:病历记载/体现的患者身份识别标识、方法、手段与相关规定执行落实情况。】	1. 门(急)诊和住院病区5名在岗职守医护人员。【考核内容:使用医院规定的有效就医标识凭证和识别手段随机测试5例就诊/住院患者身份识别的正确性。】
	【B】符合'C',并					
	对就诊患者住院病历施行唯一标识管理,如使用医保卡、新型农村合作医疗卡编号或身份证号					
	【A】符合'B',并					
	对提高患者身份识别的正确性有改进方法,如在重点部门(急诊、新生儿、ICU、产房、手术室)使用条码管理。					
3.1.2在诊疗活动中,严格执行“查对制度”,至少同时使用姓名、年龄两项核对患者身份,确保对正确的患者实施正确的操						
3.1.2.1	【C】					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。（★）	1. 有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓	1. 包括“查对制度”在内的医院工作制度/规范中有关正确核对患者身份的规定（内容包括但不限于在实施标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食等诊疗活动时对患者身份进行核对确认应用的项目[包括种类和数量]、方法与程序{3.1.2.1}；涉及重点对象[如产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍无法自己陈述姓名患者、处于镇静期间患者，以及无法进行身份确认的无名患者等]、重点部门[如急诊/抢救部门、手术室、ICU、产科和新生儿室等]和重点流程[如转诊/转科、患者交接、实施手术/抢救等紧急救治、采取特殊或重大诊疗措施等]的患者身份识别的标识方法、核对流程与转接登记{3.1.3.1}）。	1. 门（急）诊就诊与住院患者/患者近亲属各5名；门（急）诊与住院病区医务人员各5名。【访谈提纲：医院关于在诊疗活动中正确核对、识别患者身份的规定，以及本人在规定执行过程中的职责；医务人员在为患者实施标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食等诊疗操作时进行患者身份核对的内容、方法和过程，患者/近亲属在核对时是否正确陈述患者姓名。】	1. 门（急）诊诊室（治疗室/检查室）与住院病区各5个（在给药、供餐及标本采集相对集中的时段前往为宜）。【访视内容：医务人员在为患者实施标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食等诊疗操作时进行患者身份核对的内容、方法和过程；本科室和主管职能部门对“查对制度”及正确核对、识别患者身份规定执行落实情况进行督导、检查的记录/凭证、改进意见及落实记录。】		1. 门（急）诊科与住院病区医生、护士各3名（其中至少包含1名科主任和护士长）。【考核内容：依据预设问题回答相关规定要求，实施/模拟患者身份核对与确认操作。】
	2. 至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、年龄、出生年月、年龄、病历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依					
	3. 相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。					
	【B】符合‘C’，并					
	1. 各科室严格执行查对制度。					
	2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。					
	【A】符合‘B’，并					
	查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效。					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
3.1.3完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间流程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。						
3.1.3.1	【C】					
完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间流程）的患者识别措施，健全转科交接	1. 患者转科交接时执行身份识别制度和流程,尤其急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间的转接。		1. 10名在重点部门、涉及重点患者收治与重点流程科室工作的医务人员。 【访谈提纲：对重点患者（如产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者）、无法进行身份确认的无名患者和无法陈述自己姓名患者进行身份识别与准确交接的身份标识方法、核对和交接的流程。】	1. 急诊科、产科、新生儿科/室、ICU和手术室，以及收治有无法识别身份的无名患者或无法向医务人员陈述自己姓名患者的科室。 【访视内容：进行患者身份识别的身份标识、核对方法、程序和交接记录；转接登记{B}；本科室和主管职能部门对正确核对、识别患者身份规定执行落实情况进行督导、检查的记录/凭证、改进意见及落实记录{B}。】	1. 10份指定时段内涉及重点患者、重点部门与重点流程的出院病历。【追踪内容：患者身份识别与转接登记等制度规定执行落实情况。】	
	2. 对重点患者,如产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定					
	3. 对无法进行患者身份确认的无名患者,有身份标识的方法和核对流程。					
	4. 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					
	【B】 符合'C',并					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	1. 科室有转科交接登记。					
	2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。					
	【A】符合'B',并					
	重点部门患者转接时的身份识别制度落实,持续改进有成效。					
3. 1. 4使用“腕带”作为识别患者身份的标识,重点是ICU、新生儿科(室),手术室、急诊室等部门,以及意识不清、抢救、输血、不同语种语言交流障碍的患者等;对传染病、药物过敏等特殊患者有识别标志(腕						
3. 1. 4. 1	【C】					
使用“腕带”作为识别患者身份的标识,重点是重症监护病房、新生儿科(室),手术室、急诊室等部门,以及意识不清、语言交流障碍的患者等	1. 对需使用“腕带”作为识别身份标识的患者和科室有明确制度规定。	1. 医院工作制度/规范中有关使用“腕带”作为识别患者身份标识的规定,其使用范围包括但不限于重症医学病房(ICU、CCU、SICU、RICU等)、新生儿科(室)、手术室;急诊抢救室和留观的患者、住院、有创诊疗、输液		1. 门(急)诊挂号窗口、重症监护单元、手术室、急诊科(含抢救室、留观室)、新生儿科/室及5个住院病区。【访视内容:使用“腕带”作为识	1. 指定时段内使用“腕带”作为识别患者身份标识科室出院患者病历和在运行住院患者病历各10份(出院与运行病历中均须至少包含经由急诊抢救	

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	2. 至少在重症医学病房(ICU、CCU、SICU、RICU等)、新生儿科(室)、手术室使用“腕带”识别患者身份。	以及意识不清、语言交流障碍等患者 {B} 。		别患者身份的标识工作开展情况；重点查看急诊抢救室和留观患者，住院病区内接受有创诊疗、输液/输血治疗，以及存在意识不清、语言交流障碍等情况患者使用“腕带”识别患者身份的情况 {B}；主管职能部门对使用“腕带”识别患者身份工作开展情况进行督导、检查和指导、督促改进记录/凭证 {B}；可扫描自动识别条形码“腕带”在全院范围内得到有效使用 {A} 。	收入患者、经重症医学病房救治患者、接受有创诊疗措施患者、手术患者和新生儿科患者病历各1份)。【追踪内容：在诊疗全过程中使用“腕带”为唯一身份标识识别患者身份工作开展及相关规定执行与落实情况。】	
	【B】符合‘C’，并					
	1. 对急诊抢救室和留观的患者、住院、有创诊疗、输液以及意识不清、语言交流障碍等患者推广使用“腕带”识别患者身份。					
	2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。	1. 职能部门对全院使用腕带识别患者身份工作开展情况实施督导检查、进行分析评价、总结反馈，以及制定改进措施并监督落实的工作记录、凭证。				
	【A】符合‘B’，并					
	1. 正确使用“腕带”识别患者身份标识,持续改进有成效					
	2. 使用带有可扫描自动识别的条形码“腕带”识别患者					
3. 2. 1在住院患者的常规诊疗活动中，应以书面方式下达医嘱。						
3. 2. 1. 1	【C】					
按规定开具完整的医嘱或处方。	1. 有开具医嘱相关制度与规范。	1. 医院工作制度/规范中有关医嘱开具/下达，以及对存有	1. 门（急）诊科室与住院病区医师、		1. 指定时段内出院患者病历和在运行	

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	2. 医务人员对模糊不清、有疑问的医嘱, 有明确的澄清流程, 有明确的澄清流程	疑问医嘱予以澄清流程的规定, 内容包括但不限于医嘱开具/下达主体、方式、流程、核对/澄清、执行与监督管理等。	护士各5名; 药剂部门投药/复核人员5名。【访谈提纲: 医院有关医嘱开具、核对/澄清和执行的規定; 口头临时医嘱下达适用情形、执行程序、方式和相关管理规定; 遇有与预设问题相同或类似情形时对存有疑问/口头医嘱予以澄清的方式、流程; 经澄清修改医嘱和补记口头医嘱的管理规定和实际确认/执行方式; 对医嘱开立与处方开具不一致, 或对开具处方存在疑问时的处理方式等。】		住院患者病历各10份 (出院与运行病历均须至少包含急诊抢救、在病区住院期间经历过抢救患者病历各2份); 门 (急) 诊和住院处方各30份。【追踪内容: 查看医嘱实际开具/下达主体、方式、流程、核对/澄清、执行情况; 经澄清修改医嘱和补记口头医嘱的确认与执行; 医嘱与处方开具及各项诊疗执业活动开展的一致性; 查寻医嘱外诊疗活动。】	
	【B】符合'C', 并					
	职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。					
	【A】符合'B', 并					
	医嘱、处方合格率≥95%。					
3. 2. 2在实施紧急抢救的情况下, 必要时可口头下达临时医嘱; 护理人员应对口头临时医嘱完整重述确认。在执行时双人核查, 事后及时补记。						
3. 2. 2. 1	【C】					
有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程。	1. 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。					
	2. 医师下达的口头医嘱, 执行者需复述确认, 双人核查后方可执行。					
	3. 下达口头医嘱应及时补记。					
	【B】符合'C', 并					
	职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	【A】符合‘B’，并					
	医嘱制度规范执行，持续改进有成效。					
3. 2. 3 接获非书面的患者“危急值”或其他重要的检查（验）结果时，接获者必须规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的信息，复述确认无误后方可提供						
3. 2. 3. 1	【C】					
有危急值报告制度与处置流程。	1. 有临床危急值报告制度及流程。包括重要的检查（验）结果等报告的范围	1. 医院工作制度/规范中有关临床危急值或其他重要检查（验）结果报告、处置的规定，内容包括但不限于全院纳入报告管理危急值或其他重要检查/验项目名录；报告主体、内容、形式、发出与接获程序、报告事项登记/记录、接获后追踪与处置，以及完整的工作流程等。	1. 门（急）诊和住院病区医师、护士各5名；危急值或其他重要检查/验结果报告科室（至少包括检验、放射、超声、病理和功能检查等科室）专业技术人员5名。 【访谈提纲：本科室/部门涉及的纳入报告管理的临床危急值或其他重要检查/验结果项目名录及报告、处置的规定；临床危急值报告内容、形式、发出与接获程序；报告事项核对	1. 门（急）诊与住院病区涉及临床危急值或其他重要检查/验结果报告发出与接获科室/部门各5个。【访视内容：报告发出/接获的登记/记录；本科室/部门和医院主管职能部门对临床危急值或其他重要检查/验结果报告相关制度执行落实情况进行督导检查、分析总结、指导/督促改进的工作记录/凭证 {B}；信息系统具有对临床危急值	1. 依据临床危急值或其他重要检查/验结果报告发出登记/记录随机调阅出院患者病历、查阅在运行住院患者病历各10份。【追踪内容：病历中有关临床危急值或其他重要检查/验结果报告接获、接获后追踪与实施针对性处置措施、过程，以及处置结果的记载】	1. 模拟临床危急值或其他重要检查/验结果报告的发出与接获【考核内容：报告发出与接获科室/人员对相关规定与流程的执行落实情况。】
	2. 接获非书面危急值报告者应规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的信息，复述确认无误后及时向经治或值班医生报告，并					
	3. 医生接获临床危急值后及时追踪与处置。					
	4. 相关人员知晓上述制度与流程，并正确执行。					
	【B】符合‘C’，并					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。		、登记/记录过程; 接获报告后的信息传递、追踪与处置流程等。】	或其他重要检查/验结果的自动识别、网络发送及报警/提示功能并能正常发挥作用。 {B}】		
	2. 信息系统能自动识别、提示危急值,检查(验)科室能通过网络及时向临床科室发出危急值报告,并有醒目的提示					
	【A】符合'B',并					
	有危急值报告和接收处置规范,持续改进有成效。					
3. 3. 1择期手术的各项术前检查与评估工作全部完成后方可下达手术医嘱						
3. 3. 1. 1	【C】					
有手术患者术前准备的相关管理制度	1. 有手术患者术前准备的相关管理制度	1. 医院工作制度/规范中有关手术患者术前准备管理的规定,包括但不限于对择期手术患者下达手术医嘱前须完成必要术前检查;手术、麻醉实施者对手术患者的术前访视;患者病情和手术风险评估,以及履行知情同意手续等工作;手术部位识别标示的标记主体、时机、部位(特别是手术部位涉及有双侧、多重结构[如手指、脚趾、病灶部位]、多平面[如脊柱])、方法、颜色与流程,以及患者参与方式等	1. 手术医师、麻醉医师与择期手术患者各5名(至少来自于3个不同的手术科室/病区)。【访谈提纲:手术前准备事项、内容、程序和实施过程;医护人员与患者所做/交流形式、内容。】	1. 手术室,以及5及个已安排当日手术,手术患者尚未离开本科室的病区。【访视内容:5例手术开台过程,访视重点不限于手术患者的术前准备、手术部位识别标识、“三步安全核查”的实施{3. 3. 1}、无菌操作等;拟送手术室患者的术前准备、手术部位识别标	1. 10份择期手术患者出院病历。【追踪内容:病历中有关患者手术前准备情况的记载,包括术前检查、术前访视、病情和风险评估等工作完成情况以及知情同意手续履行情况】	1. 查看3例择期手术全过程(从将患者由病室接出至手术结束患者返回病室/麻醉复苏室)。【考核关注点:术前准备执行情况、手术部位标识执行情况、“三步安全核查”执行情况等】【协和】
	2. 择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手					
	【B】符合'C',并					
	职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。					
	【A】符合'B',并					
	术前准备制度落实,执行率100%。					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
3. 3. 2有手术部位识别标示制度与工作流程。		{3. 3. 2. 1} 。		识工作情况；本科室/部门和医院主管职能部门对术患者术前准备、手术部位识别标识管理相关制度执行落实情况进行督导检查、分析总结、指导/督促改进的工作记录/凭证 {B}】		
3. 3. 2. 1	【C】					
有手术部位识别标示相关制度与流程	1. 有手术部位识别标示相关制度与流		1. 手术科室医师、护士各5名。【访谈提纲：接受手术患者手术部位识别标示的标记时机、部位(特别是手术部位涉及有双侧、多重结构[如手指、脚趾、病灶部位]、多平面[如脊柱])、方法、颜色与流程。】			
	2. 对涉及有双侧、多重结构(手指、脚趾、病灶部位)、多平面部位(脊柱)的手术时,对手术侧或部位有规范统一的					
	3. 对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。					
	4. 患者送达术前准备室或手术室前,已标记手术部位。					
	【B】符合'C',并					
	职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。					
	【A】符合'B',并					
	涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率					
3. 3. 3有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程						
3. 3. 3. 1	【C】					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。（★）	1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。	1. 医院工作制度/规范中有关手术安全核查、手术风险评估内容与流程的规定，内容包括但不限于落实“三步安全核查”的要求（即麻醉实施前按《手术安全核查表》依次核对所列内容；手术开始前核实患者身份信息、手术方式、部位/标识和物品准备，确认风险预警等内容；患者离开手术室前再次核查患者身份信息及实际手术方式、术中诊疗措施、手术用物、手术标本及即时状况，确认患者去向）。	1. 手术科室医师、护士各5名；麻醉医师2名、手术室护士5名。【访谈提纲：医院手术安全核查与手术风险评估制度规定与流程】		1. 10份出院手术患者病历。【追踪内容：有关手术安全核查与手术风险评估制度与流程执行情况的记载/记录；《手术安全核查表》填写与病历记载、以及手术/麻醉记录单内容的一致性。】	
	2. 实施“三步安全核查”，并正确记录					
	第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植					
	第二步：手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护理人员执行并向手术医师和麻					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	第三步:患者离开手术室前:三方共同核查患者身份(姓名、性别、年龄)、实际手术方式,术中用药、输血的核查,清点手术用物,确认手术标本,检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管,确认患者去向等内容。					
	3. 准备切开皮肤前,手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程,实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容,并正确记					
	4. 手术安全核查项目填写完整。					
	【B】符合‘C’,并					
	职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。					
	【A】符合‘B’,并					
	手术核查、手术风险评估执行率100%					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
3. 4. 1按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监						
3. 4. 1. 1	【C】					
按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施	1. 根据《医务人员手卫生规范》有手部卫生管理相关制度和实施规范。	1. 医院工作制度/规范中有关按照《医务人员手卫生规范》实施手部卫生管理及其规范的规定。	1. 门（急）诊与住院病区医务人员各10名（其中手术室、新生儿室、重症医学科、产科和消毒供应部门至少要各有1人）。【访谈提纲：《医务人员手卫生规范》及本单位手部卫生管理相关制度和实施规范的有关内容要求；手卫生管理目的、意义、种类、方法及适用原则等】	1. 10个科室/部门（其中消毒供应部门、设置有重症医学、急诊急救、血液透析、产科和新生儿床位，以及开展手术、介入和内镜检查等操作的科室必查）。【访视内容：手卫生设备、设施配置及使用情况；手卫生宣教 {3. 4. 2. 1}；医务人员参加手卫生培训情况 {3. 4. 2. 1}；本科室/部门和医院主管职能部门对手卫生设备和手卫生依从性和规范洗手相关制度执行落实情况进行督导检查、分析总结、指导/督促改进的工作记录/凭证 {B}等。		1. 20名医务人员（其中10名须为手术室、新生儿室、重症医学科、产科和消毒供应部门医务人员）手卫生管理与洗手操作。【考核内容：医务人员手卫生依从性与洗手的正确性。】（协和：把“医院工作人员”改为“医务人员”更为合适。）
	2. 手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷。					
	【B】符合‘C’，并					
	职能部门有对手卫生设备和手卫生依从性进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 规定时间内职能部门对全院手消毒液消耗量（ml/床日）监测记录。				
	【A】符合‘B’，并					
	医院全员手卫生依从性≥95%。	需纳入普适评审中综合评定。				
3. 4. 2医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）。						
3. 4. 2. 1	【C】					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规	1. 对医务人员提供手卫生培训。			】		
	2. 有手卫生相关要求(手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等)的宣教、图示					
	3. 手术室、新生儿室等重点科室, 医务人员手卫生正确率达100%。					
	【B】符合‘C’, 并					
	1. 职能部门有对规范洗手进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。					
	2. 医务人员洗手正确率≥90%。					
	【A】符合‘B’, 并					
	1不断提高洗手正确率, 洗手正确率≥95%。					
3. 5. 1对高浓度电解质、易混淆（听似、看似）的药品有严格的贮存要求，并严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的						

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
3. 5. 1. 1	【C】					
严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理规章制度。	1. 严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的使用管理制度。	1. 医院工作制度/规范中有关麻醉药品等特殊药品使用管理的规定，内容包括但不限于负责麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品使用管理的责任部门、责任人及工作职责；药品购置、入库、存放/发放、领用、保管、核查、销毁和返还的要求、程序，以及全过程监督管理措施和操作规范）。	1. 涉及麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品使用临床科室（含门[急]诊和住院病区）医师、护士各5名；涉及此类药品使用医技科室医务人员5名；药剂部门工作人员5名。【访谈提纲：医院对此类特殊药品使用管理规定和要求；本科室/部门常用/接触特殊药品种类、数量、用途，以及使用、保管方法和注意事项；参加特殊药品使用管理专门培训情况；本科室/部门及医院主管职能部门对特殊药品使用管理工作进行监督管理、督导检查的情况等。】	1. 药剂科麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品存放地及10个涉及特殊药品使用的临床和医技科室（其中至少应包括门（急）诊的急诊室、抢救室、透析、放射和疼痛门诊；住院病区中的手术麻醉部门、肿瘤内/外科和重症医学单元）。【访视内容：药剂部门相关制度流程执行情况，包括贮存、使用、空安瓿回收销毁等环节；特殊药品的存放区域、标识和贮存方法；药品购置、入库、存放/发放、领用、保管、核查、销毁和返还程序；本科室/部门和医院主管职能部门对特殊药品使用	1. 门诊、住院麻醉处方各5张。【追踪内容：按医嘱处方开具、药品调剂、临床使用、残余液处理登记及空安瓿回收全过程。】	1. 2个品种麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品帐物；2种麻醉药品批号管理及专用账册保存、销毁登记/记录。
	2. 有麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法的相关					
	3. 相关员工知晓管理要求,并遵循。					
	【B】符合‘C’,并					
	职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。					
	【A】符合‘B’,并					
	执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定,符合率100%。					
3. 5. 1. 2	【C】					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
有高浓度电解质、听似、看似等易混淆的药品贮存与识别要求。	1. 对高浓度电解质、化疗药物等特殊药品及易混淆的药品有标识和贮存方法的规定。	1. 医院工作制度/规范中有关高浓度电解质、化疗药物及易混淆的药品贮存与识别的规定，内容包括但不限于纳入医院高浓度电解质、化疗药物等特殊药品及易混淆药品管理药物名目录；高浓度电解质、化疗药物及包装相似/听似/看似等易混淆药品、一品多规或多剂型药物贮存/使用过程的识别管理，包含标识、警示、方法、流程和防误用措施等。	1、涉及高浓度电解质、化疗药物等特殊药品及易混淆药品贮存与使用临床科室（含门[急]诊和住院病区）医师、护士各5名；涉及此类药品使用医技科室医务人员5名。【访谈提纲：医院对此类特殊药品使用管理规定和要求；本科室/部门常用/接触此类药品种类、数量、用途，以及使用、保管方法和注意事项；参加此类特殊药品使用管理专门培训的情况；本科室/部门及医院主管职能部门此类特殊药品使用管理工作进行监督管理	1. 药剂科高浓度电解质、化疗药物及易混淆药品等特殊药品存放地及10个涉及此类特殊药品使用的临床和医技科室。【访视内容：此类药品贮存/保管设施、标识及方法；各环节贮存的包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的“警示标识”与防止错误识别措施。】		
	2. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”	2. 药剂科对看似、听似易混淆药物等有提醒公告、记录，并对信息档案定期检查、更新等工作凭证。				
	3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。					
	【B】符合‘C’，并					
	职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。				1. 指定种类和品规的包装相似/听似/看似药品，一品多规或多剂型药物在全院各存放/部门使用的“警示标识”是否统一。	
	【A】符合‘B’，并					
	对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率					
3. 5. 2处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。						
3. 5. 2. 1	【C】					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。	1. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并有转抄和执行者签字。	1. 医院工作制度/规范中有关处方或用药医嘱转抄和执行的规定，内容包括但不限于处方或用药医嘱转抄和执行的核对程序，并由转抄和执行者签字；药师审核处方或用药医嘱的方法、程序；住院患者用药医嘱下达、摆药、发药程序；按药品说明开具、使用注射剂，防止药物配伍禁忌；静脉用药调配与使用操作规范及输液反应应急预案；开展药品安全性监测与严重、群发不良用药事件报告 {B}；临床药师参与、指导临床合理用药，提供药事咨询服务 {B} 等。	1. 药师（其中至少2名为临床药师）、门（急）诊与住院病区医师、护士各5名。【访谈提纲：处方或用药医嘱转抄、执行核对程序；药师审核处方或用药医嘱规定与程序设计；注射剂药物配伍禁忌注意事项；静脉用药调配与使用操作规范及输液反应应急预案；已开展药品安全性监测内容、方法、程序和范围 {B}；严重、群发不良用药事件报告方式、内容、时限 {B}；临床药师参与、指导临床合理用药，提供药事咨询服务形式和内容 {B}；本科室/部门及医院主管职能部门对处方或用药医嘱转抄和执行核对工作进行监督管理、督导检查方式、内容 {B}】	1. 门（急）诊科室与住院病区各5个。【访视内容：有处理字迹难辨处方或医嘱规定、程序和措施；处方或用药医嘱转抄和执行的核对程序、转抄和执行者签字情况；5名住院患者（其中需包含至少3名静脉注射患者）用药过程；药事不良事件报告记录；药品安全监测系统运行情况 {B}；本科室/部门及医院主管职能部门对处方或用药医嘱转抄和执行核对工作进行监督管理、督导检查的记录与凭证。】	1. 指定时段内用药住院患者病历10份，与之相对应开具的住院处方20份。【追踪内容：处方或用药医嘱在转抄和执行时的核对签字；用药医嘱与开具处方的一致性。】2. 返回修改用药医嘱病历10份。【追踪内容：病历中有关修改用药医嘱理由、程序和实施的记载。】	
	2. 有药师审核处方或用药医嘱相关制度。对于住院患者，应由医师下达医嘱，药学技术人员统一摆药，护士按照规范实施发药，确保给药。					
	3. 开具与执行注射剂的医嘱(或处方)时要注意药物配伍禁忌,按药品说明书					
	4. 有静脉用药调配与使用操作规范及输液反应应急预案					
	5. 正确执行核对程序≥90%。					
	【B】符合'C',并					
	1. 建立药品安全性监测制度,发现严重、群发不良事件应及时报告并记录。					
	2. 临床药师为医护人员、患者提供合理用药的知识,做好药物信息及药物不良反应的咨询服务					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。					
	【A】符合‘B’,并					
	正确执行核对程序达到100%。					
3. 6. 1根据医院实际情况确定“危急值”项目,建立“危急值”管理制度						
3. 6. 1. 1	【C】					
根据医院实际情况确定“危急值”项目,建立“危急值”管理制度与工作	1. 有临床危急值报告制度与工作流程。	同本项下3. 2. 3. 1之C1。	同本项下3. 2. 3. 1之C1。但增加5名来自临床实验室、病理、医学影像、电生理检查、内窥镜、血药浓度监测等科室/部门的受访者。	同本项下3. 2. 3. 1之要素。	同本项下3. 2. 3. 1之要素。	同本项下3. 2. 3. 1之要素。
	2. 医技部门(含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查与内窥镜、血药浓度监测等)有“危急值”项目表					
	3. 相关人员熟悉并遵循上述制度和 workflows。					
	【B】符合‘C’,并					
	根据临床需要和实践总结,更新和完善危急值管理制度、工作流程及项目表	1. 根据临床需要和实践总结更新和完善危急值管理规定、流程和项目表;以及主管职能部门对危急值报告制度定期检查与有效性评估 {A}				
	【A】符合‘B’,并					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	职能部门定期(每年至少一次)对“危急值”报告制度的有效性进行评估。	的记录与证明。				
3. 6. 2严格执行“危急值”报告制度与流程。						
3. 6. 2. 1	【C】					
严格执行“危急值”报告制度与流程。（★）	1. 医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容,能够有效识别和确认“危急值”。	1. 工作制度中关于临床危急值识别与确认、报告及处置相关规定。				
	2. 接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容、和报告者的信息,按流程复核确认无误后,及时向经治或值班医师报告,并					
	3. 医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。					
	【B】 符合‘C’,并					
	信息系统能自动识别、提示危急值,相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告,并有语音或醒目的文					
	【A】 符合‘B’,并					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	有网络监控功能,保障危急值报告、处置及时、有效。					
3. 7. 1对患者进行跌倒、坠床等风险评估,并采取措施防止意外事件的发生						
3. 7. 1. 1	【C】					
对患者进行风险评估,主动向高危患者告知跌倒、坠床风险,采取有效措施防止意外事件的	1. 有防范患者跌倒、坠床的相关制度,并体现多部门协作。	1. 医院工作制度/规范中有关开展患者风险评估,告知跌倒、坠床风险,防止意外事件发生的规定,内容包括但不限于基于患者风险评估/再评估情况进行风险告知;多部门协作防范高危患者(包括儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等特殊患者)发生跌倒、坠床等意外的预案、措施;发生坠床或跌倒的处置及报告程序。	1. 5名特殊患者(如儿童、老年人、孕妇、行动不便患者)。【访谈提纲:防范发生跌倒、坠床的注意事项;医护人员对自身存在风险如何告知的;对警示标识的认知;需要时如何使用帮助设施或寻求帮助等。】 2. 5名住院病区护士。【访谈提纲:对患者跌倒、坠床风险实施评估/再评估的内容、方法;预防跌倒、坠床风险事件发生主要方法、措施;跌倒、坠床处置与报告流程等】(协和)	1. 5个住院病区(其中至少应包含神经内/外科、骨科、循环内科、产科和儿科中的2个)。【访视内容:预防跌倒、坠床发生的安全设施与防范措施;病区所有高危患者病历及评估表/记录(协和);本科室近3年发生跌倒、坠床等情况的不良事件报告记录;本科室/部门及医院主管职能部门对防跌倒、坠床进行监督管理、督导检查的记录与凭证{B}。】	1. 10份具有跌倒、坠床风险高危因素住院患者病历和2份发生跌倒、坠床等意外事件患者(依据不良事件报告确定)病历。【追踪内容:基于患者风险评估/再评估情况进行风险告知;多部门协作防范高危患者(包括儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等特殊患者)发生跌倒、坠床等意外的预案、措施;发生坠床或跌倒的处置及报告程序等。】	1. 观察2名跌倒、坠床高危患者评估/再评估过程。
	2. 对住院患者跌倒、坠床风险评估及根据病情、用药变化再评估,并在病历中记录。					
	3. 主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。					
	4. 医院环境有防止跌倒安全措施,如走廊扶手、卫生间及地面防滑。					
	5. 对特殊患者,如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等患者,主动告知跌倒、坠床危险,采取适当措施防止跌倒、坠床等意外,如警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	6. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告程序					
	【B】符合‘C’, 并					
	1. 有坠床、跌倒的质量监控指标数据收集和分析。	1. 防范坠床、跌倒工作质量监控指标数据及分析资料。 (协和)				
	2. 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率≥90%。					
	【A】符合‘B’, 并					
	高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率100%。					
3. 7. 2有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案与工作流程。						
3. 7. 2. 1	【C】					
有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。	有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与工作流程。	同本项下3. 7. 1. 1之C1。				
	【B】符合‘C’, 并					
	患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程知晓率≥95%					
	【A】符合‘B’, 并					
	根据患者跌倒、坠床等意外事件的总结分析, 完善防范措施, 保障患者安全。	1. 针对患者跌倒、坠床等意外事件进行总结分析、完善防范措施、保障患者安全工作记录与持续改进数据信息与实例证明。				

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
3.8.1有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。						
3.8.1.1	【C】					
有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	1. 有压疮风险评估与报告制度、工作流程。	1. 医院工作制度/规范中有关压疮防范与压疮病例管理的规定，内容包括但不限于压疮风险评估、压疮事件报告、压疮病例管理、压疮诊疗与护理规范、压疮案例分析及工作持续改进要求、措施和流程等。	1. 住院病区医师、护士各5名。【访谈提纲：压疮风险评估的内容、方法、程序；压疮报告的内容、方式、流程；压疮诊疗规范〔医师〕与护理规范主要内容、要求；预防压疮的措施等。】	1. 3个住院病区。 【访视内容：本科室/部门高危患者入院压疮风险评估记录；参加压疮案例分析与接受相关培训情况；发生压疮不良事件上报记录/登记；本科室工/部门及主管职能部门针对压疮风险评估、报告制度和诊疗及护理规范执行情况实施督促检查、总结反馈，促进持续改进等工作记录/凭证（重点查看督查主体、频次、强度、内容、后续处理及跟进追踪评价，用实例或数据说明压疮防范措施持续改进有成效）{B}；近3年非预期性压疮事件发生情况{3.8.2.1A}。】	1. 10例具有压疮风险高危因素住院患者病历；2例发生压疮病例/病历（从不良事件报告登记中抽取）【追踪内容：压疮风险评估、报告、病例管理全过程中相关制度、流程和诊疗护理规范的执行、落实情况。】	
	2. 有压疮诊疗与护理规范。					
	3. 高危患者入院时压疮的风险评估率≥90%。					
	【B】符合‘C’，并					
	1. 职能部门有督促、检查、总结、反馈，有改进措施。					
	2. 对发生压疮案例有分析及改进措施					
	【A】符合‘B’，并					
	1. 持续改进有成效					
	2. 高危患者入院时压疮的风险评估率100%。					
3.8.2实施预防压疮的有效护理措施						
3.8.2.1	【C】					
落实预防压疮的护理措施。	1. 有预防压疮的护理规范及措施。					
	2. 护理人员掌握操作规范。					
	【B】符合‘C’，并					
						1. 3名住院病区护士。【考核内容：观察/模拟对压疮高危患者评估/再评估，及预防压疮

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	职能部门有督促、检查、总结、反馈,有改进措施。					的操作过程。】 (协和)
	【A】符合'B',并					
	落实预防压疮措施,无非预期压疮事件发生。					
3. 9. 1有主动报告医疗安全(不良)事件的制度与可执行的工作流程,并让医务人员充分了						
3. 9. 1. 1	【C】					
有主动报告医疗安全(不良)事件的制度与工作流程。	1. 有医疗安全(不良)事件的报告制度与流程。	1. 医疗安全(不良)事件报告制度规定,内容包括但不限于医疗安全(不良)事件报告责任主体、内容、时限、流程;鼓励/引导员工主动报告医疗安全(不良)事件,自愿参加《医疗安全(不良)事件报告系统》网上报告的机制、措施;严格执行《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度》工作要求;对上报医疗安全(不良)事件的处置与追踪;员工针对性教育培训的组织开展;主管职能部门的监督检查;持续改进措施制定、执行与跟踪评价;医疗安全(不良)事件报告由指定部门统一收集、核查并向相关机构上报{B};在全院范围内对医疗安全(不良)事件及时分析并采取防范	1. 不同岗位、职务/级员工24名(须包括至少5名新入职员工):医师、护士、医技部门工作人员各6名;管理、工勤人员各3名。【访谈提纲:医院医疗安全(不良)事件报告有关规定,包括报告对象、内容、时限、途径和流程;本科室/部门及本岗位报告过的,或虽本报告但发生可能性较大或其他科室/部门发生频率较高的医疗安全(不良)事件各类及其有效防范措施;参	1. 门(急)诊科室(含医技科室)、住院病区各5个;医院管理职能部门(须含主管职能部门)、后勤服务保障部门各3个。【访视内容:本科室/部门医疗安全(不良)事件报告工作情况;医疗安全(不良)事件报告登记/记录;组织/参加医疗安全(不良)事件教育、培训记录;近3年上报的重大医疗过失行为和医疗事故报告记录;近3年发生的医疗事故及虽未构	1. 指定时段内报告的医疗安全(不良)事件、重大医疗过失行为和医疗事故各5例;发生的医疗事故及虽未构成医疗事故但实际赔偿金额超过5万元的医疗纠纷5例。【追踪内容:各起事件报告、登记、处理,及结合事件的报告、处置开展案例分析、教育培训和持续改进情况。】	
	2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。					
	3. 有途径便于医务人员报告医疗安全(不良)事件。					
	4. 每百张床位年报告≥10件。					
	5. 医务人员对不良事件报告制度的知晓率100%。					
	【B】符合'C',并					
	1. 有指定部门统一收集、核查医疗安全(不良)事件。					
	2. 有指定部门向相关机构上报医疗安全(不良)事件。					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	3. 对医疗安全(不良)事件有分析,采取防范措施。	措施 {B} ; 院内网络医疗安全(不良)事件直报系统及数据库的建立与运行管理 {A} ; 改进安全(不良)事件报告系统敏感性,有效降低漏报率的机制设计与措施 {A}。 2. 指定时段内全院医疗安全不良事件报告统计及原始凭证(须能够由网络系统直接调取)。(协和) 3. 指定时段内经法定主体鉴定/裁定/判定构成医疗事故,或发生经济赔(补)偿案例汇总登记与案卷。	加不良事件报告制度专门教育和培训情况;医院及本科室/部门鼓励员工主动上报医疗安全(不良)事件,参加《医疗安全(不良)事件报告系统》网上自愿报告活动激励机制、措施及实际作用 {3. 9. 2. 1} ; 重大医疗过失行为和医疗事故报告时限、内容和程序 {3. 9. 2. 1}】(协和)	成医疗事故但实际赔偿金额超过1万元医疗纠纷档案/案卷;开展医疗安全信息分析、利用信息资源改进医疗安全管理情况 {3. 9. 3. 1} ; 本科室工/部门及主管职能部门针对医疗安全(不良)事件、重大医疗过失行为和医疗事故报告制度执行情况实施督促检查、总结反馈,促进持续改进等工作的记录/凭证 {B} ; 院内医疗安全(不良)事件网络直报系统及数据库实际使用、运行状况 {A} ; 卫生部《医疗安全(不良)事件报告系统》院内使用情况 {3. 9. 2. 1B} ; 医院医疗安全(不良)事件直报系统与卫生部《医疗安全(不良)事件报告系统》网络对接情况 {3. 9. 2. 1A} ; 信息技术在医疗安全管理方面		
	4. 每百张床位年报告≥15件。					
	5. 全院员工对不良事件报告制度的知晓率100%。					
	【A】符合'B',并					
	1. 建立院内网络医疗安全(不良)事件直报系统及数据库					
	2. 每百张床位年报告≥20件。					
	3. 持续改进安全(不良)事件报告系统的敏感性,有效降低漏报率。					
3. 9. 2有激励措施,鼓励不良事件呈报。						
3. 9. 2. 1	【C】					
有激励措施鼓励医务人员参加《医疗安全(不良)事件报告系统》网上自愿报告活动。	1. 建立有医务人员主动报告的激励机制。					
	2. 对不良事件呈报实行非惩罚制度。					
	3. 严格执行《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度》的规定。					
	【B】符合'C',并					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	1. 激励措施有效执行。			有效应用 {3. 9. 3. 1A}。】		
	2. 使用卫生部《医疗安全(不良)事件报告系统》报告。					
	【A】符合‘B’, 并					
	医院医疗安全(不良)事件直报系统与卫生部《医疗安全(不良)事件报告系统》建立网络对接					
3. 9. 3将安全信息与医院实际情况相结合, 从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进, 对重大不安全事件要有根本原因						
3. 9. 3. 1	【C】					
定期分析医疗安全信息, 利用信息资源改进医疗安全管理	1. 定期分析安全信息。	1. 医院工作制度/规范中有关开展医疗安全信息分析、利用信息资源改进医疗安全管理的规定, 内容包括但不限于定期分析医疗安全信息; 对重大不安全事件进行根本原因分析; 根据不良事件原因分析、查找结果改进医疗安全管理工作; 信息技术在医疗安全管理方面的有效应用等 {B}。 2. 开展医疗安全信息分析、				
	2. 对重大不安全事件进行根本原因分					
	【B】符合‘C’, 并					
	1. 利用信息资源加强管理, 实施具体有效的改进措施。					
	2. 对改进措施的执行情况进行评估。					
	【A】符合‘B’, 并					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	应用安全信息分析和改进结果,持续完善和优化医院患者安全管理方案或制度规范。	利用信息资源改进医疗安全管理的实际工作措施及成效证明/凭证,包括但不限于分析讨论记录/纪要、案例分析/通报记录;专门教育/培训				
3. 10. 1针对患者疾病诊疗,为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育,协助患者对诊疗方案做出正确理解						
3. 10. 1. 1	【C】					
针对患者疾病诊疗,为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育,协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择	1. 有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。	1. 医院工作制度/规范中有关依据患者疾病诊疗提供针对性健康知识教育的规定,内容包括但不限于医务人员结合患者疾病诊疗提供针对性健康知识教育与有效行为干预;采取有效沟通、交流措施引导、鼓励患者(尤其是需要接受手术、介入和有创诊疗,使用药物治疗或输液输血等诊疗措施患者)参与自身诊疗方案制定、选择与实施;引导、鼓励患者参与诊疗服务质量、安全保障过程,向药学人员提出安全用药咨询{3. 10. 2. 1}等。	1. 门(急)诊、住院病区就诊患者/近亲属各5名(其中至少包含1名急诊留观病例)。【访谈提纲:医护人员依据患者疾病诊疗情况与受访者就相关健康知识教育,诊疗方案制定、选择与实施,有效参与诊疗服务质量、安全保障等方面做过何种方式、内容的沟通;在实施诊疗措施,尤其是在患者接受介入、手术、有创诊疗、输液输血等诊疗措施,或使用药物治疗前医护人员进行告知和沟通交流	1. 5个住院病区。 【访视内容:患者或其近亲属对病情、诊疗措施和相关健康知识的知晓程度与行为上的依从性;在诊疗活动过程的参与、配合的主动性及程度,尤其是对自身诊疗方案制定、选择、实施和调整,以及对自身诊疗服务质量、安全性的关注、参与及满意程度;就安全用药问题向药学人员咨询及获得服务的情况;本科室工/部门及主管职能部门针对为患者及其近亲属提供相关健康知识教		1. 5名医护人员。 【考核内容:观察/模拟5例为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育,引导其主动、有效参与自身诊疗方案及自身诊疗服务质量、安全性保障的沟通、交流过程。】
	2. 针对患者病情,向患者及其近亲属提供相应的健康教育,提出供选择的诊疗方案。					
	3. 宣传并鼓励患者参与医疗安全活动,如告知在就诊时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					
	【B】符合'C',并					
	患者及近亲属了解针对病情的可选择诊疗方案。					
	【A】符合'B',并					

三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）

评审标准	评审要点	资料查阅	调查访谈	实地访视	案例追踪	抽查考核
	职能部门对患者参加医疗安全活动有监管,有持续改进。		的内容,以及本人对告知内容的理解程度与选择权。】	育,引导其主动、有效参与自身诊疗方案及自身诊疗服务质量、安全性保障规定执行情况实施督促检查、总结反馈,促进持续改进等工作的记录/凭证等】		
3. 10. 2主动邀请患者参与医疗安全活动,如身份识别、手术部位确认、药物使用等。						
3. 10. 2. 1	【C】					
主动邀请患者参与医疗安全活动。	1. 邀请患者主动参与医疗安全管理,尤其是患者在接受介入或手术等有创诊疗前、或使用药物治疗前、或输液输血前,有具体措施与					
	2. 鼓励患者向药学人员提出安全用药咨询。					
	【B】符合'C',并					
	职能部门对患者参加医疗安全活动有定期的检查、总结、反馈,并提出整改措施。					
	【A】符合'B',并					
	患者主动参与医疗安全活动,持续改进医疗安全管理。					

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征求意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）



三级综合医院现场评审方法（征询意见稿）

