

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	1.1.1.1	D		B	2014年医院已经按照三级医院进行管理，并接受上级行政部门的督导管理。	
XXXX市医院	1.1.2.1	C		C		
XXXX市医院	1.1.3.1	C		C		
XXXX市医院	1.1.4.1	C		C		
XXXX市医院	1.2.1.1	B	始终坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位	A	1. 加强支医、扶贫、义诊工作。 2. 合理用药，有效控制医疗费用。 3. 承担县域卫生系统健康扶贫重任，对“三无”病人、健康贫困户给予免费医疗	
XXXX市医院	1.2.2.1	D	未具备临床住院医师培训基地的资质。	E		
XXXX市医院	1.2.3.1	D		B	1. 制定了医院的诊疗常规和技术操作规范。 2. 制定下发临床路径知情告知制度和知情同意书。 3. 制定单病种质量管理实施方案。 4. 相关职能部门每月督查并及时反馈。	
XXXX市医院	1.2.4.1	D	积极优化医疗服务流程，缩短患者诊疗等候时间及住院天数。	A	积极优化服务流程，启用多种方式预约挂号、预约检查，增加挂号窗口、自助打印设施设备，患者平均住院日已从9.8天缩短至6.9天。	
XXXX市医院	1.2.5.1	D		C	1. 落实国家药物相关规定，制订相关制度。 2. 每月对科室基本药物使用情况进行统计，纳入业务指标管理。	
XXXX市医院	1.2.6.1	A	医院无特需门诊和特需住院床位。	A	制定控制公立医院特需服务规模措施与动态管理机制。	
XXXX市医院	1.3.1.1★	C		B	1. 加强对口支援工作监督管理。 2. 给予各受援乡镇卫生院配备远程心电图，帮扶开展“血、尿、粪”三常规检查，常规B超；帮扶麻家塔、高家堡卫生院开展了中医专业，帮扶大柳塔卫生院开展了妇产科。 3. 定期对受援情况进行实地检查汇总，参与门诊出诊、住院诊疗，业务能力提升，提高帮扶效果。	
XXXX市医院	1.3.2.1	D		B	2017年要求到农村服务医师人数占符合晋升条件人数100%。	
XXXX市医院	1.3.3.1	C	依法承担传染病发现、救治、报告、预防等任务；无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散。	A	1. 有专门部门，专人负责传染病疫情监控、报告及传染病预防工作。 2. 传染病诊疗信息登记完整，无漏报。 3. 我院传染病实行系统直报，定期进行监督检查，存在问题及时反馈，持续整改。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	1.3.4.1	C		B	1. 单独成立院前急救科，并进行改造。 2. 完善各项制度与流程，保障患者安全。 3. “绿色通道”能有效衔接，多部门有效协调。	
XXXX市医院	1.3.5.1	C	医院达到无烟医院标准	A	1. 开展义诊、健康教育讲座、等健康教育公益性活动，开展微信公众号等健康咨询服务平台。 2. 全院各处设有醒目统一的控烟标识。 3. 有专职控烟员，加强控烟监督，达到无烟医院标准。	
XXXX市医院	1.3.6.1	D		B	医院出台了《XXXX县医院双向转诊工作实施方案》与《XXXX县双向转诊流程图》，确定了常见疾病分级诊疗上转、下转病种分类。	
XXXX市医院	1.3.7.1	A	根据相关法律法规完成医疗数据上报工作，数据真实可靠。	A		
XXXX市医院	1.4.1.1	D	承担突发公共卫生事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作，相关资料完整，持续改进应急管理工	A	1. 承担突发公共卫生事件的医疗救援工作，对参与突发事件救援工作有分析讨论，持续改进应急管理工作。 2. 2016年获得榆林市公共卫生医疗救援优秀单位荣誉。	
XXXX市医院	1.4.2.1★	D		B	1. 完善医院应急预案总案、明确各科室、总值班及各级人员职责。 2. 修订各级各类应急管理制度及预案。	
XXXX市医院	1.4.3.1★	C		B	1. 院科两级均进行了灾害脆弱性分析。 2. 定期修订医院灾害脆弱性分析报告对潜在危害进行识别调整。	
XXXX市医院	1.4.3.2★	D		B	1. 根据灾害脆弱性分析结果制订了院科两级应急预案。 2. 组织了应急管理专项考核。 3. 不断优化应急流程设计。	
XXXX市医院	1.4.4.1	D		B	应急办组织了系统的应急培训及应急演练，开展应急演练月活动。	
XXXX市医院	1.4.4.2	C		B	1. 收集、修订医院及主要部门停电应急预案。 2. 进行人员培训及相关演练，应急办及时督导改进演练总结的不足。 3. 定期巡查、检修和维护记录。	
XXXX市医院	1.4.5.1	D	应急物资库按计划建立。	A	应急物资库分为生活物资、应急药品、应急设备、防护物资四类储备物资，明确应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。	
XXXX市医院	1.5.1.1	C		C		
XXXX市医院	1.5.2.1	C		C		

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	1.5.3.1	D		C	制定了《XXXX市医院骨干医师培训项目实施方案》、《XXXX市医院轮转医师管理规定》、《XXXX市医院轮转医师考核手册》培训实施方案。明确由医务科专人负责培训工作。	
XXXX市医院	1.5.4.1	C		C		
XXXX市医院	1.5.5.1	D		B	制定了《XXXX市医院关于外出进修及参加学术活动的管理规定》，有选派支医人员名单及资料。	
XXXX市医院	1.6.1.1	C		C		
XXXX市医院	1.6.2.1	D		C	医院按照《科研、著作、论文管理办法》逐年进行科研项目奖励及论文版面费用报销。	
XXXX市医院	1.6.3.1	D		C	引进介入治疗、关节置换技术提高临床诊疗水平。	
XXXX市医院	1.6.4.1	D	医院未开展临床试验	E		
XXXX市医院	2.1.1.1	D		B	1. 门诊实行分时段预约诊疗服务。 2. 门诊实行了部分医生中长期预约，复诊患者可提前挂号预约，方便患者复诊就诊，并进行登记。	
XXXX市医院	2.1.2.1	D		B	门诊患者预约比例有所提高。	
XXXX市医院	2.1.3.1	D		C	与锦界卫生院、贺家川卫生院签订协议；转诊患者时携带基层病历资料。	
XXXX市医院	2.2.1.1	B	门诊管理工作有分析评价，持续改进门诊工作。	A	制订了缩短患者等候时间的措施，门诊管理工作有分析评价，持续改进门诊工作。	
XXXX市医院	2.2.2.1	D	公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，提供咨询服务，并对医师出诊情况进行评价、分析、持续改进	A	通过微信公众平台、电子屏幕等多种形式公开出诊信息，不断完善门诊服务，患者满意度高。	
XXXX市医院	2.2.3.1	D		B	制订了门诊流量实时监测措施，重新修订了医疗资源调配方案，门诊就诊情况有分析评价。	
XXXX市医院	2.2.3.2	D		B	制订门诊突发事件应急预案，并组织培训、演练，工作人员能有效识别预警信息	
XXXX市医院	2.2.4.1	D		C	成立多学科综合门诊，完善各项规章制度、职责，开展相关工作。	
XXXX市医院	2.2.5.1	B	实行无假日门诊和夜间门诊，持续改进门诊服务质量。	A	修订绩效方案，实行24小时门诊，持续改进门诊服务质量。	
XXXX市医院	2.3.1.1	C		B	对急诊科进行分区改造，布局合理规范。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	2.3.1.2	C		B	急诊医护人员定期参加院内外培训、考核，资料完善。	
XXXX市医院	2.3.2.1★	D		B	1. 改造急诊分诊台，配备分诊护士，专人负责分诊工作。 2. 完善急诊抢救登记表，完善转交接记录，病历资料完整。 3. 医务科监管并落实急会诊制度。	
XXXX市医院	2.3.2.2★	C		B	建立重点病种急诊抢救制度及流程，规范抢救登记、总结、分析记录表，持续改进工作质量。	
XXXX市医院	2.3.3.1	C		B	1. 由医务科牵头，急诊科配合规范大规模抢救登记与分析。 2. 对重大突发事件有评价、分析及改进。	
XXXX市医院	2.4.1.1	D		B	1. 修订出入院流程，完善相关制度并进行培训，并落实执行。 2. 完善各种便民措施。 3. 完善转科服务管理工作制度和流程。	
XXXX市医院	2.4.2.1	C		B	制定了“绿色通道管理制度”、“六大病种管理制度”、“急诊入院制度”，并进行督导检查，在质控考评中反馈，要求持续改进。	
XXXX市医院	2.4.2.2	D		B	为急危重症患者出入院手续开通绿色通道并提供个性化服务，医务科、质控科每月进行监管。	
XXXX市医院	2.4.3.1	C		B	完善急诊转科制度，知情同意告知到位，每月进行监管，持续改进服务流程和服务质量。	
XXXX市医院	2.4.4.1	C		B	1. 开展电话、门诊复诊、特殊患者上门随访等多种随访方式。 2. 开展微信、电话、现场等多种预约方式。 3. 运用质量管理工具不断提升预约成功率和随访率。 4. 医务科、质控科每月督查。	
XXXX市医院	2.5.1.1	D		B	开展了先诊疗后结算模式。	
XXXX市医院	2.5.2.1	C		B	1. 向患者提供基本医疗保障相关制度的咨询服务。 2. 相关职能部门进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	
XXXX市医院	2.5.3.1	D	合疗办对医院各项指标均有考评机制，且多年来成效显著。	A	医院制订《XXXX市医院基本医保参保人员就诊权益管理办法》，并加强培训、督查，成效显著。	
XXXX市医院	2.6.1.1★	C	医院有诊疗替代方案及知情告知，医务人员履行告知义务，并签字确认，医务科落实监管，有成效。	A	重点督查了手术患者病历中诊疗替代方案及知情告知。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	2.6.2.1	C	职能部门加强督导检查，在每月质控考评中体现。	A	病历中增加病情告知书，经过督导，落实较好。	
XXXX市医院	2.6.3.1	C	职能部门加强督导检查，医务科组织全院医护人员进行知情同意告知制度的培训，且在每月质控考评中体现对未履行知情同意的病历进行扣分，持续改进有成效。	A	1. 进行维护患者合法权益、知情同意以及告知方面培训。 2. 加强监管，及时反馈。	
XXXX市医院	2.6.4.1	D		C	制定医院实验性医疗管理工作制度与审核程序。	
XXXX市医院	2.6.5.1	D		C	张贴宣传标语，保证门诊一人一诊室，医务科每月督查并下发整改通知单，持续改进。	
XXXX市医院	2.7.1.1★	C	有专门部门受理、处理投诉，设施设备完善，投诉办能及时处理并答复投诉人。	A	医院投诉例数明显下降，投诉渠道多样化，投诉流程更加顺畅。	
XXXX市医院	2.7.1.2★	D		B	聘请了法律顾问，并通过多种形式对员工进行了案例教育。	
XXXX市医院	2.7.2.1	D	定期对投诉资料进行归类整理、分析，提出改进建议提供相关管理部门。	A	对每一起投诉进行原因分析，并进一步提出整改措施。每季度对投诉资料进行归类整理、分析。	
XXXX市医院	2.7.3.1	D	通过投诉管理，持续改进医疗服务。	A	重新修订XXXX市医院投诉管理办法，现已落实，并实施。	
XXXX市医院	2.7.4.1	D		B	对员工进行了纠纷防范与处理的专门培训，同时开展了典型案例培训。	
XXXX市医院	2.8.1.1	C		B	就诊环境标识清晰，有导诊咨询服务台，为患者提供接待、引导、咨询服务；有轮椅、推车、移动手机充电站等便民措施。	
XXXX市医院	2.8.2.1	A	全院有明显、规范的标识体系，宣传科定期对标识进行监管。	A	路径标识与功能区域相符，发生变化及时更新，指定宣传科负责监管。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	2.8.3.1	D	就诊环境安全、医疗用房达到国家综合医院建设标准。	A	加装候诊排队提升系统、病房卫生间安装呼叫器、防滑扶手。	
XXXX市医院	2.8.4.1	C		B	1. 门诊患者实行一人一诊室。 2. B超、心电图室设置帘幕，手术室有单独空间进行医患沟通及知情告知。 3. 病房病床间设置帘幕保护患者隐私。 4. 每月联合质控考评进行督查，持续改进。	
XXXX市医院	2.8.5.1	D	医院达到无烟医院的标准。	A	1. 各科室对有吸烟的住院患者进行戒烟健康教育，做好入出院健康宣教。 2. 开展多种形式的戒烟咨询服务。 3. 召开控烟会议，制定统一的检查记录单，进行督导检查。	
XXXX市医院	2.8.6.1	D		B	平安医院建设有培训，中层人员知晓率≥90%。	
XXXX市医院	3.1.1.1	A		B		对条款理解存在偏差。
XXXX市医院	3.1.2.1★	D		B	1. 修订《查对制度》；修订《身份识别管理制度》，规定重点部门、重点环节身份识别措施。 2. 制订《查对制度》质量考核标准。 3. 护理部每月督查。	
XXXX市医院	3.1.3.1	C		B	完善关键环节转交接流程，健全转科交接登记并落实执行。	
XXXX市医院	3.1.4.1	D		B	修订《身份识别管理制度》，制订《身份识别管理制度质量考核标准》并落实执	
XXXX市医院	3.10.1.1	B		B		
XXXX市医院	3.10.2.1	D		B	药剂科向患者提供用药咨询服务。	
XXXX市医院	3.2.1.1	D	医嘱、处方合格率≥95%。	A	制定模糊不清有疑问医嘱的澄清流程，医务科每月进行检查，并在当月质控简报中进行反馈，要求持续改进。	
XXXX市医院	3.2.2.1	C		B	医务科对口头医嘱的下达进行检查，在当月质控简报中进行反馈，要求持续改进	
XXXX市医院	3.2.3.1	C	有危急值报告和接收处置规范。	A	危急值实现信息系统自动识别与提示功能。	
XXXX市医院	3.3.1.1	C		B	医务科对术前准备（术前检查、风险评估等）进行检查，在当月质控简报中进行反馈，要求持续改进。	
XXXX市医院	3.3.2.1	C	涉及多侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率100%	A	医务科更新手术部位标识制度，对手术部位标识进行检查，在当月质控简报中进行反馈，要求持续改进。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	3.3.3.1★	C	1. 医务科、护理部、质控科每月进行专项督导检查。 2. 手术核查、手术风险评估执行率100%。	A	医务科更新手术部位标识制度，对手术部位标识进行检查，在当月质控简报中进行反馈，要求持续改进。	
XXXX市医院	3.4.1.1	D		B	医院手卫生设施相对完善、齐全，经过一系列的整改措施，全院手卫生依从性较	
XXXX市医院	3.4.2.1	C		B	经过两年的整改，全院手卫生正确率已符合条款要求。	
XXXX市医院	3.5.1.1	C	制订特殊药品管理制度，规范精麻毒药品使用及贮存办法，统一标识。	A	1. 修订了特殊管理药品制度，展开了培训。 2. 医务科对相关工作进行了督导检查。 3. 全院统一规范。	
XXXX市医院	3.5.1.2	C	对高危药品管理制度及目录进行了修订，全院统一制度统一标识，符合率100%。	A	1. 修订了相关药品制度，完善了标识，开展了培训。 2. 医务科对相关工作进行了督导检查。 3. 全院统一规范。	
XXXX市医院	3.5.2.1	D	严格执行处方或用药医嘱转抄和执行时的核对程序，正确执行核对程序达100%	A	完善处方或医嘱转抄与执行管理制度并落实执行。	
XXXX市医院	3.6.1.1	C	确定“危急值”项目，建立完善的“危急值”管理制度与工作流程，运用管理工具持续改进危急值管	A	1. 修订“危急值”上报制度与流程，补充完善“危急值”项目表。 2. 完善信息系统识别“危急值”。 3. 运用PDCA持续改进危急值管理。	
XXXX市医院	3.6.2.1★	C		B	检验科报告危急值可进行电脑提示。	
XXXX市医院	3.7.1.1	D		B	1. 修订跌倒、坠床相关制度。 2. 医院增设卫生间扶手、呼叫器，完善预防跌倒措施。 3. 对预防跌倒工作质量每月进行检查分析。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	3.7.2.1	C	对跌倒、坠床意外事件进行汇总分析，运用PDCA质量管理工具进行持续改进，降低跌倒、坠床发生率。	A	修订跌倒、坠床报告制度及流程，对护理人员进行培训并落实执行。	
XXXX市医院	3.8.1.1	D		B	修订压疮风险评估、报告制度与诊疗规范并落实执行。	
XXXX市医院	3.8.2.1	C	有压疮的护理规范及措施并严格落实；无非预期压疮事件发生	A	修订压疮诊疗规范并落实执行。	
XXXX市医院	3.9.1.1★	B	建立院内网络医疗安全不良事件直报系统，每百张床位年报告≥20件，持续改进安全不良事件报告系统的敏感性，有效降	A	建立院内网络医疗安全不良事件直报系统，每百张床位年报告≥20件，医疗安全事件报告系统可以对所有不良事件进行统计分析。	
XXXX市医院	3.9.2.1	C		B	向国家医疗质量管理与控制信息网上报不良事件。	
XXXX市医院	3.9.3.1	C		B	运用PDCA循环法加强高发不良事件的管理，如导管滑脱事件。	
XXXX市医院	4.1.1.1	D		B	建立了医院质量管理组织架构图，相关管理委员定期召开工作会议，质控科每月《医疗信息简报》体现医院质量的持续改进。	
XXXX市医院	4.1.1.2	D		C	2016年制定了《全面质量管理和持续改进实施方案》，各相关职能部门每月进行联合质控考评。	
XXXX市医院	4.1.1.3	D		B	2016年制定了科室质控手册，可以体现持续改进。	
XXXX市医院	4.1.2.1	D		B	1. 2016年修订了各委员会人员名单，构成合理，明确职责，能履行职责，确保发挥委员会功能 2. 由医院质量与安全管理委员会，统一领导和协调各相关委员会工作。	
XXXX市医院	4.1.2.2	D		B	各委员会按时召开会议，有总结、分析、改进措施，并推动与督导全院或相关领域的质量与安全工作。	
XXXX市医院	4.2.1.1	D		C	2016年制定了《全面质量管理和持续改进实施方案》。	
XXXX市医院	4.2.1.2	C		C		
XXXX市医院	4.2.2.1	B		B		
XXXX市医院	4.2.2.2	C		B	职能部门加强监管，发现问题及时反馈、要求整改。	
XXXX市医院	4.2.2.3	C		B	抽调高年资医师辅助督导检查。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.2.3.1	D		B	按三基培训计划，落实三基考核。	
XXXX市医院	4.2.4.1	D		C	加强科室应急预案学习、演练，防范不良事件发生率。	
XXXX市医院	4.2.4.2	D		B	经过培训，患者十大安全目标知晓率已达标。各病区张贴患者十大安全目标。	
XXXX市医院	4.2.4.3	D		C	院聘请律师开展了医疗法律法规、医疗风险防范培训。	
XXXX市医院	4.2.5.1	D		B	1. 近三年每年邀请外院专家进行质量管理工具的培训。 2. 根据等级医院的需要，全院每个科室均外出培训评审相关内容。 3. 职能科室、临床、医技科室都有PDCA案例，并在7月份举行了PDCA大赛。	
XXXX市医院	4.2.5.2	D		B	1. 近三年每年邀请外院专家进行质量管理工具的培训。 2. 根据等级医院的需要，全院每个科室均外出培训评审相关内容。 3. 职能科室、临床、医技科室都有PDCA案例，并在7月份举行了PDCA大赛。	
XXXX市医院	4.2.6.1	D		B	定期开展院科两级形式多样的全员质量与安全教育和培训。	
XXXX市医院	4.2.7.1	C		C		
XXXX市医院	4.3.1.1	C	医疗技术管理有统一的审批、管理流程，无违法、违规开展医疗技术服务的记录。	A	医疗技术管理有统一的审批、管理流程，医务科进行监管。	
XXXX市医院	4.3.1.2	D	伦理委员会建立并开展工作，无违规擅自开展医疗技术案例。	A	伦理委员会召开了会议，讨论了新技术新项目。	
XXXX市医院	4.3.2.1	D		B	对一类医疗技术进行审核批准，制定一类医疗技术目录（非手术类）。	
XXXX市医院	4.3.3.1	C		C		
XXXX市医院	4.3.3.2	C		C		
XXXX市医院	4.3.4.1	D		C	制定了XXXX市医院临床科研项目中使用医疗技术的管理制度。	
XXXX市医院	4.3.5.1★	C	对高风险手术、操作进行授权，建立数据库，有更新。	A	对高风险手术、操作进行授权，建立数据库，并更新。	
XXXX市医院	4.3.5.2★	D	医疗技术分级分类管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。	A	医务科对诊疗技术资格许可授权实施动态管理，有授权管理的完整资料。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.4.1.1	D		B	1. 制定下发临床路径知情告知制度和知情同意书。 2. 制定单病种质量管理实施方案。 3. 医疗、护理、医技、药学等相关科室职责、分工明确，有多部门间和科室间的协调机制。	
XXXX市医院	4.4.2.1	D		C	1. 制定下发临床路径知情告知制度和知情同意书。 2. 制定单病种质量管理实施方案，明确了质控指标。 3. 对临床路径和单病种的质量管理进行了专项的培训、考核。	
XXXX市医院	4.4.3.1	D		C	1. 我院在HIS系统中有临床路径的信息管理模块。 2. 有单独的“特定单病种质量检测系统”。 3. 对临床路径和单病种病历进行了检查。	
XXXX市医院	4.4.4.1	D		B	1. 临床路径、单病种质量管理实施方案明确要求了相关监测指标。 2. 每季度对相关信息进行汇总与分析，提出持续改进措施。	
XXXX市医院	4.4.5.1	D		B	1. 临床科室对患者进行满意度及依从性的调查。 2. 质控科对医务人员进行满意度及依从性的调查。 3. 质控科对每月满意度、依从性和疗效、费用及成本进行卫生经济学分析评估。 4. 每季度对相关信息进行汇总与分析，提出持续改进措施。	
XXXX市医院	4.4.6.1	D		B	我院有单独的“特定单病种质量检测系统”，可以调取详细的数据，信息可追溯，相关措施落实到位。	
XXXX市医院	4.4.6.2	D		B	1. 由质控科指定的干事与国家卫计委网站进行对接。 2. 激励措施鼓励上报病例与实际相符，由专职质控员负责信息最后确认。	
XXXX市医院	4.5.1.1	D		B	对医务人员进行患者病情评估的培训，并进行月检查，并在当月质控简报中进行反馈，要求持续改进。	
XXXX市医院	4.5.2.1	C		B	质控科对住院重点病种进行月统计。	
XXXX市医院	4.5.2.2	C		B	影像科对大型设备检查阳性率进行统计分析评价。	
XXXX市医院	4.5.2.3	D	抗菌药物使用率及使用强度达标，医院信息系统支持抗菌药物	A	完善了抗菌药物管理相关制度并展开了培训。	
XXXX市医院	4.5.2.4	D		C	建立了全静脉营养液使用管理制度。	
XXXX市医院	4.5.2.5	D		C	建立了糖皮质激素类药物的规范使用与管理。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.5.2.6	D	肿瘤化学治疗药物超常规、超剂量、新途径的用药方案临床药师未参与病例讨论。	D		
XXXX市医院	4.5.2.7	D		B	1. 医院有明确单病种的质控指标； 2. 主管部门能用单病种过程质量等质控指标，监控临床诊疗质量。	
XXXX市医院	4.5.2.8	C		B	多学科会诊申请不够规范，督查科室整改。	
XXXX市医院	4.5.3.1	C		C		
XXXX市医院	4.5.3.2	B		B	监管检查有成效，上级医师对诊疗方案核准率 100%。	
XXXX市医院	4.5.4.1	B		B	加强监管，保证会诊时限与质量。	
XXXX市医院	4.5.4.2	D		C	逐步建立外出会诊档案。	
XXXX市医院	4.5.5.1	D		B	制定临床诊疗指南，医务科对科室学习情况进行监管。	
XXXX市医院	4.5.5.2	C		B	医务科2016年12月收集整理各科室最新常见疾病和操作，制定《XXXX市医院常见疾病诊疗常规》和《XXXX市医院操作常规》。	
XXXX市医院	4.5.6.1	C		B	职能部门加强监管，进行总结评价持续改进。	
XXXX市医院	4.5.6.2	C		C		
XXXX市医院	4.5.6.3	C		B	针对出院小结相关职能部门进行总结、评价和提出整改措施。	
XXXX市医院	4.5.7.1	D		C	院科两级进行了质量与安全培训与教育。	
XXXX市医院	4.5.7.2	D		C	医院对科室有明确的质量与安全指标，并定期分析。	
XXXX市医院	4.5.7.3	D		C	1. 对全院临床医生进行了病历书写规范的培训。 2. 每月集中考评一次各科室的病历，对存在的问题及时反馈给各临床科室，科室根据存在的问题提出相关的整改措施。病案管理委员会每季度对病历质量进行总结、分析，提出改进措施。	
XXXX市医院	4.5.7.4★	C	各科室平均住院日均能达到要求。	A	全院平均住院日6.9天，全体医师明确科室平均住院日的要求。	
XXXX市医院	4.5.7.5★	C		B	医务科对住院超30天患者按季度进行统计、分析，要求持续改进。	
XXXX市医院	4.5.8.1	D	新生儿室建设与管理符合规范要求，满足诊疗需要。	A	新生儿科建筑布局规范合理，新配备吸氧浓度监护仪，能满足诊疗需要。	
XXXX市医院	4.5.8.2	A	医护人员配备符合要求，人员梯队结构合理。	A		

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.5.8.3	C	新生儿感染管理符合规范要求。	A	感染设施规范，控感办有监管，体现持续改进。	
XXXX市医院	4.6.1.1	C	手术医师资格分级授权管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例	A	对手术医师分级授权实行动态管理。	
XXXX市医院	4.6.1.2	C	实施手术医师能力评价与再授权，公开手术医师权限。	A	手术医师定期业务能力评价与再授权的档案资料完整。	
XXXX市医院	4.6.2.1	D		B	医务科对医务人员进行术前讨论制度培训，月检查，在当月质控简报中进行反馈，要求持续改进。	
XXXX市医院	4.6.2.2	C		C		
XXXX市医院	4.6.3.1	D		B	规范临床科室手术前知情同意先医生签署，后家属或患者签署。	
XXXX市医院	4.6.4.1	D	重大手术目录健全，落实先审批后手术管	A	完善重大手术目录，医务科定期督查，必要时参与术前讨论。	
XXXX市医院	4.6.4.2	C		B	制定医院急诊手术绿色通道管理制度及流程，并开展落实。	
XXXX市医院	4.6.5.1	C		B	开展了围手术期预防用抗菌药物使用管理规范培训，药剂科对手术病例点评进行汇总分析。	
XXXX市医院	4.6.6.1	C		B	针对手术记录及术后病程记录相关职能部门进行分析、反馈和提出整改措施。	
XXXX市医院	4.6.6.2	C		C		
XXXX市医院	4.6.7.1	C		B	加强监管，在当月质控简报中进行反馈，持续改进。	
XXXX市医院	4.6.7.2	C		B	加强手术并发症的监督，发现问题，及时反馈，整改。	
XXXX市医院	4.6.8.1	D		C	1. 科室成立质量安全小组并按时活动、记录。 2. 开展手术质量评价。 3. 院科两级进行了质量与安全培训与教育。	
XXXX市医院	4.6.8.2★	C		B	建立了手术科室的质量与安全指标监测数据库；科室及质控科、医务科定期进行评价分析，采取有效措施进行质量的持续改进。	
XXXX市医院	4.6.8.3★	D		B	医务科对非计划再次手术进行季度统计分析，月检查，在当月的质控简报中进行反馈，要求整改。	
XXXX市医院	4.7.1.1	C		B	医务科对麻醉医师授权情况实施动态管理。	
XXXX市医院	4.7.1.2	B		B		
XXXX市医院	4.7.1.3	D		B	每月组织进行理论培训和考核。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.7.1.4	C		B	护士长已经取得中级专业技术职称。	
XXXX市医院	4.7.2.1	C		B	主管部门实施动态管理。	
XXXX市医院	4.7.2.2	C		B	主管部门实施动态管理。	
XXXX市医院	4.7.3.1	A		B		
XXXX市医院	4.7.4.1	C	严格执行手术安全核查，核查签字率达100%；麻醉全过程在病历/麻醉单中体现。	A	医务科、质控科每月对手术安全核查进行专项督查，持续整改。	
XXXX市医院	4.7.4.2	C	科室定期自查、主管部门与监管，麻醉意外的预防有成效。	A	医务科、质控科每月进行督查并反馈。	
XXXX市医院	4.7.4.3	C		B	已进行分析、评价、总结，有改进措施。	
XXXX市医院	4.7.5.1★	D		B	已进行基础建设整改，床台比达标。	
XXXX市医院	4.7.5.2★	C	严格麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程，监护记录真实准确，完整率100%。	A	主管部门实施动态管理。	
XXXX市医院	4.7.6.1	D		B	主管部门实施动态管理。	
XXXX市医院	4.7.7.1	D	未开展自体血回输。	D		
XXXX市医院	4.7.8.1	C		B	主管部门实施动态管理。	
XXXX市医院	4.7.8.2	C		B	定期开展质量与安全培训，严格执行并落实核心制度、诊疗规范，有培训考核记录。	
XXXX市医院	4.7.8.3	D		B	对科室质量进行自查，定期总结、分析，进行持续改进。	
XXXX市医院	4.7.8.4	C		B	收集各项质量指标数据，定期总结、分析，进行持续改进。	
XXXX市医院	4.8.1.1	B		B		
XXXX市医院	4.8.1.2	D		C	急诊科人员配置合理，符合规范要求。	
XXXX市医院	4.8.1.3	D		C	急诊科医护人员经过专业培训，有培训计划，落实培训考核，记录完善。	
XXXX市医院	4.8.1.4	D		B	各部门分工明确 妇产科 儿科眼科等医师承担本专业急诊工作。	
XXXX市医院	4.8.2.1	D		C	完善急诊病历，提高病历书写质量；完善病人转交接登记。	
XXXX市医院	4.8.2.2	B		B		
XXXX市医院	4.8.3.1	C		B	加强分诊人员分诊准确率，运用PDCA提高患者分诊率。	
XXXX市医院	4.8.3.2	B		B		

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.8.3.3	D	有急诊患者优先住院机制，落实并有效执行，无急诊住院患者滞留急诊室现象。	A	对危重患者的流向情况进行分析。	
XXXX市医院	4.8.4.1	D		B	预检分诊、分区救治。	
XXXX市医院	4.8.4.2	D		C	重点病种有明确的服务流程及服务时限。	
XXXX市医院	4.8.4.3★	C		B	会诊制度健全，按规定时限完成，医务科定期督查。	
XXXX市医院	4.8.5.1	B	急救设备完好率100%，处于应急备用	A	急救药品、设备专人管理，设备科定期进行维修保养，护理部定期督查，完好率100%。	
XXXX市医院	4.8.5.2	D		B	医护人员能熟练掌握各种急救技能操作，医务科、护理部定期培训考核。	
XXXX市医院	4.8.6.1	D		C	成立质控小组、制定职责。	
XXXX市医院	4.8.6.2	D		C	开展质控统计指标分析。	
XXXX市医院	4.9.1.1.1★	C	重症医学科布局、设备设施符合相关要求	A	重症医学科布局合理，专人负责设备维修保养，处于完好备用状态，辅助科室能及时为重症患者传递检查信息。	
XXXX市医院	4.9.1.1.2	C		C		
XXXX市医院	4.9.2.1★	C		B	科室定期进行质量评价，医务科、质控科定期进行督查。	
XXXX市医院	4.9.3.1	C		B	医务科对高风险技术操作进行动态授权管理。	
XXXX市医院	4.9.3.2	C		B	通过相关科室医师联合查房、病例讨论等形式，健全多学科协作机制。	
XXXX市医院	4.9.4.1	C		B	控感办定期进行督查，存在问题及时反馈并整改。	
XXXX市医院	4.9.5.1	C		C		
XXXX市医院	4.9.5.2	C		C		
XXXX市医院	4.10.1.1	D		B	重新修订了全院相关制度，并对新制度进行了培训。	
XXXX市医院	4.10.2.1	D		C	感染科设置基本符合规范要求。	
XXXX市医院	4.10.2.2	D		B	1. 制定感染性疾病科工作人员岗前培训计划，人员均培训达标。 2. 对评审周期内到感染性疾病科新上岗的工作人员进行培训考核，考核均达标。	
XXXX市医院	4.10.2.3	C	传染病报告及时，感染性疾病管理规范，参与区域突发性公共卫生事件的救援工作	A	1. 核对各科室对检查提出来的整改意见的落实情况。2. 无因为管理问题导致传染病播散。	
XXXX市医院	4.10.3.1	C		B	制定职业暴露的处置预案，并进行演练，有完整职业暴露登记资料。	
XXXX市医院	4.10.3.2	C		B	医废处置符合规范要求，总务科定期进行督查，持续整改。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.10.4.1	D	传染病报告工作规范，有专人负责；登记项目完整，传染病报告率100%，报告及时率100%。	A	1. 对全院医务人员进行传染病相关制度的培训与考核。 2. 落实传染病报告责任奖惩制度。	
XXXX市医院	4.10.5.1	D		B	1. 组织H7N9疫情防控应急演练，并进行总结，以提高实战应急处置能力。 2. 对传染病预防相关教育与咨询工作效果进行评价。	
XXXX市医院	4.10.5.2	C	通过义诊、发放宣传册等多种形式向公众公开传染病预防知识的教育和咨询，有完整的健康教育资料和	A	采用多种形式向公众开展常见传染病预防知识的教育和咨询，有针对艾滋病等重大传染病开展预防教育咨询，有完整的教育咨询资料和效果评价。	
XXXX市医院	4.11.1.1	D	中医科设置独立病区，床位占医院床位数 $\geq 5\%$ 。	A	护士通过外出培训、进修等形式接受中医相关知识、技能岗位培训。	
XXXX市医院	4.11.2.1	D		B	完善中医科工作制度、岗位职责，有体现中医特色的诊疗规范和疾病护理常规，定期补充修订，医务科、护理部落实监管措施。	
XXXX市医院	4.11.2.2	D	发挥中医特色，参与多学科综合门诊诊疗工作。	A	1. 建立了转诊制度。 2. 参与了多学科综合门诊。	
XXXX市医院	4.11.2.3	D		B	护士接受了中医护理常规、操作规范等培训，能为患者提供具有中医专业特色的康复和健康指导等服务。	
XXXX市医院	4.11.3.1	D		B	药剂科对煎药室进行了规范建设，相关职能部门进行监管。	
XXXX市医院	4.11.4.1	D		C	建立了中医质量与安全评价考核制度。	
XXXX市医院	4.12.1.1	D		C	完善康复诊疗规范，完善诊疗计划并落实执行。	
XXXX市医院	4.12.1.2	C		C		
XXXX市医院	4.12.2.1	C		C		
XXXX市医院	4.12.3.1	D		C	已组织人员培训及考核。	
XXXX市医院	4.12.3.2	D		C	规范康复病历及质量评估记录，补充完善相关制度与流程。	
XXXX市医院	4.12.3.3	D		C	严格落实诊疗规范，修订满意度调查表。	
XXXX市医院	4.12.4.1	C		C		
XXXX市医院	4.12.4.2	D		C	在中医科设立了10张康复病床。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.12.5.1	D		C	1. 组建科室质量与安全管理小组。 2. 落实质控小组职责，负责质控各项工作。	
XXXX市医院	4.12.5.2	D		C	对科室人员进行了质量与安全培训，有记录。	
XXXX市医院	4.13.1.1	D		C	开设疼痛科，完善工作制度、岗位职责并落实执行。	
XXXX市医院	4.13.2.1	D		B	开展疼痛评估与规范，对全院医务人员进行培训与指导，科室定期自查整改。	
XXXX市医院	4.13.3.1	D		B	开展健康宣教，履行知情同意手续，完善记录，个体化给药。	
XXXX市医院	4.13.4.1	D		B	制订疼痛治疗风险防范与处置预案，对科室人员进行培训、考核，熟悉各类风险处置流程。	
XXXX市医院	4.13.5.1	D		C	制订科室质控指标，开展质量监控，持续改进各项工作。	
XXXX市医院	4.14.1.1	D		C	卫生行政部门同意设立精神心理门诊。	
XXXX市医院	4.14.2.1	E	我院精神科只有门诊，卫生行政部门未同意设立病房。	E		
XXXX市医院	4.14.3.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.14.4.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.14.4.2	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.14.5.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.14.6.1	D		C	1. 由科主任主任和护士长领导的质量安全管理小组成立，职责明确。 2. 质量安全管理制度完善、诊疗规范健全。 3. 精神科质量安全管理工作的计划并能实施。 4. 本科室人员明确制度和职责要求。	
XXXX市医院	4.14.6.2	D		C	1. 物理约束小时数有记录资料。 2. 患者使用隔离总小时数有记录资料。 3. 出院时非单药抗精神病用药比重百分比有记录。 4. 精神科重症住院患者压疮比重有记录。 5. 坠床等不良事件有记录。	
XXXX市医院	4.15.1.1	D		B	调整了药事管理委员会人员，下设了职能小组，明确了各组职责。	
XXXX市医院	4.15.1.2	D		B	新建了化疗药物管理办法，开展了药师管理法律法规培训。	
XXXX市医院	4.15.1.3	D		C	开展了岗位职责及技术岗位职责培训。	
XXXX市医院	4.15.2.1	C	药品采购规范、储备适宜，无违规采购。	A	定期检查采购供应制度执行情况。	
XXXX市医院	4.15.2.2	C		C		

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.15.2.3	D		B	1. 完善了药品质量管理各项制度。 2. 完善了高危、易混淆药品标识。 3. 合理分类、分区放置。	
XXXX市医院	4.15.2.4	D		B	1. 完善了精麻药品管理制度及设施。 2. 每月对储存部门进行检查。	
XXXX市医院	4.15.2.5	D	各病区备用药品基数管理并通过药事会备案，药剂科每月进行监督检查。所有病区急救用药同一位置统一规范统一清单。	A	1. 各病区备用药品建立了基数并通过药事会备案。 2. 药剂科定期对备用药品进行检查。 3. 护理部统一位置、统一规范、统一清单格式。	
XXXX市医院	4.15.2.6	C		C		
XXXX市医院	4.15.2.7	E	无医院配置制剂	E		我院未设置。
XXXX市医院	4.15.2.8	D		C	建立了静脉用药分散调配操作规程。	
XXXX市医院	4.15.2.9	C		B	对调剂错误进行了分析，提出整改意见。	
XXXX市医院	4.15.2.10	B		B		
XXXX市医院	4.15.3.1	D		C	制定了超说明书用药管理制度。	
XXXX市医院	4.15.3.2	D		B	整理完善了医师处方签章留样。	
XXXX市医院	4.15.3.3	D	住院患者口服单剂量摆药，护士按时间派发并说明用法。给药差错等不良事件通过内网上报系统统一管	A	完善并落实《护理查对制度》、《医嘱执行制度》相关规定；制订《药品使用后观察制度》并落实执行。	
XXXX市医院	4.15.3.4	B		B		
XXXX市医院	4.15.3.5	C		C		
XXXX市医院	4.15.3.6	D		C	完善了处方点评组织，明确了责任。	
XXXX市医院	4.15.4.1	C		B	建立了基本药物使用监督考评机制。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.15.5.1★	D	门诊患者抗菌药物使用率≤20%，住院患者抗菌药物使用率≤60%，运用PDCA持续改进，成效显著。	A	1. 完善了抗菌药物管理组织。 2. 开展了抗菌药物相关知识培训、考核。	
XXXX市医院	4.15.5.2★	D	抗菌药物应用情况作为院、科两级综合目标考核的重要指标。	A	细菌耐药情况分析对策报告增加了药学方面的分析内容。增加了微生物样本送检率调取。	
XXXX市医院	4.15.5.3★	D		B	修订了抗菌药物临床应用监测与评价制度，增加了月报告内容。	
XXXX市医院	4.15.5.4★	D	所有药品通过“三统一”阳光采购，抗菌药物采购计划送医务科监管，无违规购用	A	新修订的抗菌药物分级管理目录，市卫监局备案。开展了抗菌药物购用专项监督。无违规购用。	
XXXX市医院	4.15.6.1★	B		B		
XXXX市医院	4.15.6.2★	C	建立了应急物资库，应急药品全在库内存放专人管理。	A	1. 修订了突发事件医疗救治药品目录。 2. 对预案进行了培训，各岗位人员熟悉流程及职责， 3. 签订了大规模调集药品保障协议。	
XXXX市医院	4.15.7.1	D		C	1. 开展了宣传单、临床药师下病房等形式的患者用药教育。 2. 调整了临床药学组负责人。 3. 临床药师对所在科室的医嘱进行审核。	
XXXX市医院	4.15.7.2	D		C	临床药师已纳入医院人才培养计划。现有的临床药师逐步开展了工作。	
XXXX市医院	4.15.7.3	D		B	1. 临床药师专职专科开展药学查房、参加危重症患者会诊及讨论，审核用药医嘱。	
XXXX市医院	4.15.8.1	C		B	科室组建质量安全管理小组，并开展相关工作。	
XXXX市医院	4.15.8.2	C		B	下发明确质量与安全控制指标，每月开展评价活动，持续改进。	
XXXX市医院	4.16.1.1.1	D	通过书面或电话形式向科室通报细菌耐药情况；每半年向临床科室征求检验项目设置意见，持续改进。	A	医院进行检验设备集中设置和管理，每半年一次向临床科室征求检验项目设置意见，加强项目管理。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.16.1.1.2	B	能提供24小时急诊检验服务，临床科室对急诊检验服务满意度	A	常规开展必须检验项目，满足急诊服务需求。	
XXXX市医院	4.16.1.2	B	危急值报告登记资料完整。	A	严格落实危急值报告制度与流程，运用PDCA提高危急值报告合格率。	
XXXX市医院	4.16.1.3	D		C	通过学习，人员已对履职要求熟悉。	
XXXX市医院	4.16.1.4	D		B	新项目开展符合规范，审批资料完整，医务科对新项目进行监管并完善相关记录	
XXXX市医院	4.16.2.1	D		B	制定实验室安全管理制度和流程，严格执行并落实。	
XXXX市医院	4.16.2.2	C		C		
XXXX市医院	4.16.2.3	C	实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。	A	完善相关警示标识及防护设施，定期维护保养，确保正常使用。	
XXXX市医院	4.16.2.4	D		B	完善各项安全设施，定期进行安全检查，存在问题及时整改。	
XXXX市医院	4.16.2.5	C	职业暴露应急预案科学，处置流程合理，培训演练到位，记录全面详实，分析改进	A	对职业暴露进行培训及演练，工作人员熟悉应急措施与处置流程。	
XXXX市医院	4.16.2.6	C		B	对各种消毒用品进行监测，记录完整；控感办定期进行督查，资料完善。	
XXXX市医院	4.16.2.7	C		B	主管部门定期进行监管，并完善了督察资料。	
XXXX市医院	4.16.2.8	C	菌种、毒株收集、取用、处理记录完整，无意外事件发生。	A	微生物实验室有专人负责管理，完善制度和流程；菌种、毒株收集、取用、处理记录完整，无意外事件发生。	
XXXX市医院	4.16.2.9	D	完善危化品管理制度，专人管理，主管部门定期督查，持续	A	配备危化品柜，完善危化品管理制度，设专人管理，主管部门定期督查，持续整改。	
XXXX市医院	4.16.3.1	D		C	临床检验专业技术人员资质符合要求。	
XXXX市医院	4.16.3.2	C		B	医务科对医技人员进行动态授权，定期进行督查。	
XXXX市医院	4.16.4.1	A		B		
XXXX市医院	4.16.4.2	C		B	严格执行检验报告双签字制度，严格执行科室复检制度并落实，有记录。	
XXXX市医院	4.16.4.3	D		B	各类检验项目能按照时限要求出报告，时限符合率 $\geq 90\%$ 。	
XXXX市医院	4.16.4.4	D		B	医务科、质控科对检验报告规范性进行督查，反馈，并持续整改。	
XXXX市医院	4.16.5.1	C		B	试剂统一医院采购，试剂与校准符合规范要求。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.16.6.1	C		B	检验科开展多种形式咨询方式，对咨询情况进行总结分析，通过微信通知、现场培训等方式开展相关培训。	
XXXX市医院	4.16.7.1	D		B	成立质控小组，履行质控人员职责，对科室质量指标进行监管并统计分析。	
XXXX市医院	4.16.7.2	D		C	完善检验科标本采集运输制度与流程，对相关科室人员进行培训。	
XXXX市医院	4.16.7.3	D		B	开展室内质控，对存在问题进行原因分析，提出改进措施，持续整改。	
XXXX市医院	4.16.7.4	D		B	参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。	
XXXX市医院	4.16.7.5	B	仪器设备规范操作合格率100%	A	有专人负责仪器设备保养、维护与管理，定期校验，有记录。	
XXXX市医院	4.16.7.6	D		B	开展了POCT项目室间质评，定期进行结果比对，按规定进行校准和纠正，有记录	
XXXX市医院	4.16.7.7	C	实验室数据保留3年以上在线查询资料。	A	全部连接LIS，新增自助打印报告系统。	
XXXX市医院	4.17.1.1	D		C	病理科开展服务项目能够满足临床需求，收费服务项目符合相关要求。	
XXXX市医院	4.17.1.2	D		C	对病理科布局进行合理改造，分区明确。	
XXXX市医院	4.17.1.3	B		B		
XXXX市医院	4.17.2.1	D		B	按需增设人员，落实各类人员岗位职责。	
XXXX市医院	4.17.2.2	C		B	有病理科医师人才培养计划并落实执行。	
XXXX市医院	4.17.2.3	D		B	执行并落实分级授权管理制度与程序，定期进行培训并考核。	
XXXX市医院	4.17.3.1	D		B	废弃有害液体统一集中回收，交给具有资质机构对废液进行回收处理。	
XXXX市医院	4.17.4.1	C	常规诊断报告准确率≥99%，每月进行质量监管，统计数据并进行结果分析，持续改进诊断质量。	A	建立切片核查登记表，对申请单内容不详者当即联系临床医生，职能部门定期进行监管，落实改进措施。	
XXXX市医院	4.17.4.2	C	病理诊断报告能够保证在5个工作日发出，报告书写内容与格式符合规范。	A	科内组织质控员督查病理书写规范及完成报告时限，统一诊断报告书写格式及内容。	
XXXX市医院	4.17.4.3	D		B	完善报告补充、迟发或更改制度，健全相关记录，职能部门定期督查整改。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.17.4.4	C	1.有细胞学标本采集、诊断的相关规范、制度及流程。 2.细胞学诊断有授权。 3.抽查达到规定要求	A	完善科内制度，规范采集、诊断、签发流程，抽查达到规定要求 $\geq 95\%$ 。	
XXXX市医院	4.17.4.5	D		B	联系财务科完善会诊收费文件，执行并落实。	
XXXX市医院	4.17.5.1	A	临床科室对病理科满意度高。	A	科内专人负责联席会议组织、记录、满意度调查，职能部门定期督查，落实整改措施。	
XXXX市医院	4.17.5.2	D	未开展病理医师住院医师规范化培训。	D		
XXXX市医院	4.17.6.1	D		B	有质量安全管理小组，执行并落实质控指标，定期分析评价，持续改进。	
XXXX市医院	4.17.6.2	D		C	质控科组织召开联席会议，规范病历申请单。	
XXXX市医院	4.17.6.3	C		B	有专人负责标本收发，完善登记，职能部门定期督查。	
XXXX市医院	4.17.6.4	C		C		
XXXX市医院	4.17.6.5	A		B		
XXXX市医院	4.17.6.6	C		B	术中快速病理诊断准确率 $\geq 95\%$ 。	
XXXX市医院	4.17.6.7	D		C	特殊染色质量达到室间质评的合格标准，有相关操作规定与流程。	
XXXX市医院	4.17.6.8	D		B	有室间质评合格标准，有效提高免疫组化染色质量。	
XXXX市医院	4.17.6.9	E	卫生行政部门未批准。	E		我院与公安部签订尸检协议，但未开展尸检工作。
XXXX市医院	4.17.6.10	D		B	专人负责试剂和设备管理，执行并落实相关制度。	
XXXX市医院	4.17.6.11	D		C	参加行业内组织的实验室质控活动，并取得相应资质。	
XXXX市医院	4.18.1.1	B	PACS系统运行良好，具备3年在线查询，3年以上离线存储功能	A	医院升级了HIS及PACS系统，我院实行住院患者唯一编码管理，各类影像检查在同一个住院号下的统一编码，实现了一人一个唯一编码管理。	
XXXX市医院	4.18.1.2	B		C		

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.18.1.3	D		B	科室制定了紧急意外抢救预案，完善了必要的紧急意外抢救用的药品器材。科室人员经培训，熟悉了紧急意外抢救预案流程，具备了紧急意外抢救的能力，并且制定了与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	
XXXX市医院	4.18.2.1	B	科室建立健全了各项规章制度和技术操作规范，并落实了岗位职责，科室开展了质量控制。根据相关要求和工作需要，及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规范进行完善和修订。	A	科室及时修订和完善了各项规章制度、岗位职责和技术操作规范。	
XXXX市医院	4.18.2.2	B	定期校正放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，符合有关标准和要求，设备运行完	A	每件设备的定期校正和维护均已落实到人，设备的完好运行率达到了 $\geq 95\%$	
XXXX市医院	4.18.2.3	C		B	科室设置了图像质量评价小组，定期对图像质量进行评价，评价结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。	
XXXX市医院	4.18.3.1	C		B	医院升级了PACS系统，按照影像胶片及报告自助打印系统，完全实现了双人阅片，执行并落实报告审核制度。	
XXXX市医院	4.18.3.2	B		B		
XXXX市医院	4.18.4.1	C	有专人负责安全管理工作，每季度进行一次常规安全检查，根据检查结果进行持续	A	在设备科的协助下，持续改进和完善了监测报告和环境评估报告，有专人负责安全管理工作，执行并落实相关制度，持续改进有成效。	
XXXX市医院	4.18.4.2	A	有完整的放射人员放射防护档案与健康档案，未发生放射安全（不良）事件。	A		
XXXX市医院	4.18.4.3	D		C	制定了放射安全事件应急预案，有辐射损伤的具体处置流程和规范，相关人员熟	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.18.5.1	D		B	质量与安全管理相关制定已健全，并能执行，有完善的相关资料，大型设备阳性率有统计，都已达标，影像诊断与手术后符合率 $\geq 90\%$	
XXXX市医院	4.19.1.1	D	每季度有临床用血情况分析 and 血液保障安全性评估，调查分析临床用血不良事件及不良反应，提出改进措施；定期总结分析报告，促进临床用血管理工作水平的提高	A	调整输血管理委员会成员，增加麻醉医师，定期召开委员会会议，主管部门定期督察，持续改进输血管理工作。	
XXXX市医院	4.19.1.2	C		C		
XXXX市医院	4.19.1.3	D		B	1. 执行临床用血申请分级管理制度，制度指标明确，措施有效。 2. 在质控考评中对科室及医师不合理用血进行公示。	
XXXX市医院	4.19.2.1	C		B	建立质量安全监测目标，主动征求临床科室意见和建议，持续改进输血质量。	
XXXX市医院	4.19.2.2	B	人员数量符合规定要求，有输血医师培养计划。	A	对输血科进行流程改造，人才梯队建设合理，符合规范要求。	
XXXX市医院	4.19.2.3	B		B		
XXXX市医院	4.19.3.1	D		C	定期对临床医务人员进行培训，资料完善。	
XXXX市医院	4.19.3.2	D	输血前检测率100%，输血治疗知情同意书签署率100%。	A	医务人员熟悉并严格执行输血相关规章制度。	
XXXX市医院	4.19.3.3	C		B	成分输血率100%均达到相关标准。	
XXXX市医院	4.19.3.4	D	未开展自身输血技术	D		
XXXX市医院	4.19.3.5	C		C		
XXXX市医院	4.19.4.1	C		B	经过自查整改，完善了科室自查记录，对存在问题及时整改。	
XXXX市医院	4.19.4.2	C		C		
XXXX市医院	4.19.4.3★	C	执行输血标本采集流程，输血前核对制度	A	补充完善输血标本采集流程，严格执行查对制度及核对程序，医务科、质控科、护理部履行监管职责，对存在问题进行追踪评价。	
XXXX市医院	4.19.5.1★	B	执行血液储存质量监测与信息反馈的制度	A	完善科室自查整改记录，医务科、护理部定期进行督查，对存在问题进行追踪评价，持续改进。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.19.5.2★	B	输血全过程的血液管理制度健全，并能够有效执行；质控科、医务科、护理部能够较好的履行监管职责，对存在问题与缺陷进行追踪评价。	A	质控科、护理部落实监督检查，对存在问题与缺陷进行追踪评价，有改进成效。	
XXXX市医院	4.19.5.3	C		B	医院有紧急用血预案，科室按照制度和流程要求进行自查，落实整改。	
XXXX市医院	4.19.5.4★	C		B	科室严格落实制度要求，有培训考核，相关医务人员熟悉预案、规范及流程，职能部门定期督查。	
XXXX市医院	4.19.6.1	D	严格执行相容性监测实验室的管理制度。	A	完善输血相容性监测管理制度，严格执行并落实；职能部门定期进行督查，持续改进。	
XXXX市医院	4.19.6.2	D		C	建立室间控制相关制度和流程，符合规范要求。	
XXXX市医院	4.19.6.3	C		B	完善补充紧急抢救配合性输血的批准机构及职责。	
XXXX市医院	4.20.1.1	A	医院感染管理组织健全。	A	健全了医院感染管理组织，并有效开展工作；定期进行监督检查并及时反馈，对上级主管检查中发现的问题，及时整改。	
XXXX市医院	4.20.1.2	B	医院2年内无重大感染暴发责任事件。	A	不断修订完善医院感染控制制度，定期进行监督检查，发现问题及时反馈改进。	
XXXX市医院	4.20.2.1	B		B		
XXXX市医院	4.20.3.1	C		B	科室按照《医院感染监测规范》中要求监测的全部项目。	
XXXX市医院	4.20.3.2★	D		B	目标性监测资料完善，定期进行核查，及时反馈信息，提出改进意见。	
XXXX市医院	4.20.3.3	C		B	制定医院感染暴发演练脚本，并演练，对演练进行评价、分析及改善。	
XXXX市医院	4.20.4.1	D		B	经过全院培训、手卫生考试、手卫生操作比赛等多种形式的宣传，控感办对手卫生执行情况进行监督，科室进行自查，手卫生依知晓率持续提高。	
XXXX市医院	4.20.5.1★	C		C		
XXXX市医院	4.20.5.2★	D		C	有多部门共同参与的多重耐药菌管理机制，执行并落实相关制度规范。	
XXXX市医院	4.20.5.3★	D		B	加强对医护人员及检验科、微生物室人员进行多重耐药菌感染相关知识培训，并对培训效果进行考核。	
XXXX市医院	4.20.6.1	D		B	规范抗菌药物管理，定期进行督查。	
XXXX市医院	4.20.6.2	D		C	有细菌耐药监测及预警机制，及时统计分析，并全院通告前五位医院感染病原微生物名称。	
XXXX市医院	4.20.6.3	C		C		

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.20.7.1	D		C	为科室购置了防护用品，证件齐全。	
XXXX市医院	4.20.7.2	D		C	已协同设备科完善并保存了检测资料。	
XXXX市医院	4.20.7.3	B	消毒供应中心质量达到相关规范，灭菌合格率100%。	A	物流实行全程信息化管理；并应运PDCA循环管理工具降低灭菌物品与实际锅号、锅次不符率。	
XXXX市医院	4.20.8.1	D		B	各科室已按照《医院感染监测规范》完善各项监测记录，并完善了控感办定期的讨论记录。	
XXXX市医院	4.20.8.2	D		B	每季度向卫计委上报医院感染暴发信息。	
XXXX市医院	4.21.1.1	D		B	开展的介入诊疗项目有准入资格；有介入诊疗项目的相关科室能为介入诊疗并发症提供技术支持，并制定了诊疗应急预案；参与介入诊疗的科室和人员均知晓协作职能和工作流程；主管部门对介入诊疗定期检查。	
XXXX市医院	4.21.1.2	D		B	完善了设备保养、维护、维修记录并有监管。	
XXXX市医院	4.21.2.1	C		B	落实了岗位技术操作规范，有培训效果监管检查。	
XXXX市医院	4.21.2.2	C		C		
XXXX市医院	4.21.3.1	D		C	医生资质授权管理与流程均符合医院要求。	
XXXX市医院	4.21.3.2	C		C		
XXXX市医院	4.21.3.3	C		B	完善介入科相关制度，医务科、介入科定期对制度落实情况进行督查。	
XXXX市医院	4.21.3.4	C		B	控感办定期进行督查，存在问题及时反馈并整改。	
XXXX市医院	4.21.5.1	C		B	放射防护管理制度健全并落实；操作人员均佩戴个人剂量计；手术操作时患者敏感部位有防护；个人剂量定期监测。	
XXXX市医院	4.21.6.1	D		C	落实了相关人员质量和安全管理的培训与教育计划。	
XXXX市医院	4.21.6.2	C		C		
XXXX市医院	4.22.1.1	C	血液透析室建筑符合标准要求，管理规范	A	血液透析室建筑符合标准要求，管理规范。	
XXXX市医院	4.22.1.2	D		C	配置熟悉血液透析机和水处理设备的性能结构、工作原理、维修技术的技师1名	
XXXX市医院	4.22.1.3	D		B	完善设备一览表，建筑面积示意图。	
XXXX市医院	4.22.2.1	C		C		
XXXX市医院	4.22.2.2	D		B	1. 科室完善首次病历、透析记录、化验记录、用药记录等。 2. 职能部门定期对病历监督检查，有反馈及改进措施。	
XXXX市医院	4.22.2.3	C		C		
XXXX市医院	4.22.2.4	C		B	制订紧急意外情况处理预案，常见并发症紧急处理流程，针对意外情况和并发症紧急处理有培训、演练，记录完整。按规定实施不良事件的上报。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.22.3.1	D		B	1. 有医院感染管理的相关制度。 2. 有传染病患者隔离制度与措施。 3. 感控科与科室能够认真完成感染紧急情况的处理预案及演练。 4. 控感办对科室检查制度落实情况监督检查，有反馈及改进措施。 5. 有医院内感染紧急处理预案，演练。	
XXXX市医院	4.22.3.2	C		B	1. 对所有初次透析治疗的患者进行病毒标准物的相关检查，对规律透析患者每半年复查一次，如发现阳转病人及时按流程上报。 2. 科室分别建立阳性患者分机治疗区、新病人分机治疗区、阴性病人分机治疗区。 3. 向需要透析治疗的患者按规定签署知情同意书。	
XXXX市医院	4.22.3.3	D		B	废液排入污水处理系统，定期监测管路消毒剂残留量，总务科定期监督检查、反馈存在问题。	
XXXX市医院	4.22.4.1	C		B	设备科对血液净化室的设备运行进行监管。	
XXXX市医院	4.22.4.2	D		B	水处理设备符合国标要求，操作运行和维修记录规范；科室和设备科能够履行监管职责，各项工作记录完整。	
XXXX市医院	4.22.4.3	D		B	库房符合标准，使用有登记，不良反应有记录及处理流程，科室有自查。	
XXXX市医院	4.22.5.1	B		B		
XXXX市医院	4.22.5.2	C	透析液符合感控要求，控感办能及时进行监管。	A	透析液符合要求，科室使用成品透析液，控感办能及时监管。	
XXXX市医院	4.22.6.1	C	我院透析器不进行复用，使用一次性透析器。	A	科室有自查，对存在问题有改进措施，控感办及职能部门定期督察。	
XXXX市医院	4.22.6.2	C	我院透析器不进行复用，使用一次性透析器。	A		
XXXX市医院	4.22.7.1	C		C		
XXXX市医院	4.22.7.2	D		C	血液透析室能按规定流程及时收集运行数据并进行数据统计。建立质量安全管理监测指标。	
XXXX市医院	4.23.1.1	E		C	新建营养科、人员资质符合要求，制定各级各类人员职责。	
XXXX市医院	4.23.1.2	E		B	营养门诊每周6天；肠内营养及治疗膳食配置室建设中；ICU、综合内科所有病人开展营养风险筛查和评定。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.23.1.3	E		C	建立各项制度，监督指导营养食堂，对全体人员进行营养培训。	
XXXX市医院	4.23.2.1	E		B	有“住院患者各类膳食适应症和膳食应用原则”及手册。	
XXXX市医院	4.23.2.2	E		C	住院医师遵循制度执行膳食医嘱。	
XXXX市医院	4.23.3.1	E		C	定期营养查房、参与危重病人会诊，提供各种疾病的营养支持方案。	
XXXX市医院	4.23.4.1	E		C	提供各种诊断、治疗膳食服务；进行营养与健康宣传服务；为糖尿病、高血压病人提供膳食营养指导。	
XXXX市医院	4.23.5.1	E		C	成立了质量管理小组，有明确的质量与安全指标。	
XXXX市医院	4.24.1.1	D		C	氧舱布局合理。	
XXXX市医院	4.24.1.2	C		B	相关职能部门进行监督检查并提出反馈。	
XXXX市医院	4.24.2.1	C		B	主管部门对科室进行监管，并且科室人员均持证上岗，知晓制度职责并落实。	
XXXX市医院	4.24.2.2	C	无违规情况。	A	有对进舱人员进行安全教育制度的宣传，职能部门有监管，确保接受治疗的患者无违规情况。	
XXXX市医院	4.24.2.3	B	做到每一位进舱人员均严格按照要求操作。	A	有控制氧浓度的制度与流程，氧浓度控制在23%以下；超过时，置换3分钟达到正常氧浓度。有原始的操作记录。做到每一位进舱人员均严格按照要求操作。	
XXXX市医院	4.24.3.1	C	每一例患者均有完整规范的治疗记录，整个治疗过程安全。	A	高压氧治疗的适应证、禁忌证，及完整的工作流程；有气源伤人的突发事件应急预案；入舱时，认真做好心理护理工作，指导患者如何配合治疗。有危重昏迷患者陪舱制度；有完整的工作流程。操作项目、时间与签名等内容及时准确记录。	
XXXX市医院	4.24.4.1	D	诊疗活动医护人员未执行三级负责制。	D		
XXXX市医院	4.24.5.1	D	各项定期检验资料完整，符合要求。	A	医院按照规定进行氧舱的定期检验。定期检验由认可检验单位进行，有定期检验报告。有主管部门监管及检查；各项定期检验资料完整，符合要求。	
XXXX市医院	4.24.5.2	C		B	有医院制定的应急预案；医院制定的紧急情况时应急处置措施与各部门、各岗位的职责，有协调机制；有组织应急演练的资料。在岗工作人员知晓其对应急预案相关内容、紧急情况时应急处置措施与所在岗位职责。有主管部门监督。	
XXXX市医院	4.24.6.1	D		C	科室的质量与安全小组明确其工作职责；制定了工作计划并有记录。有质量安全指标，对高压氧治疗诊疗服务的全程管理，定期评价质量。	
XXXX市医院	4.24.6.2	D		B	1. 制定质量与安全培训培训计划，定期组织培训，包括患者安全知识的培训。 2. 培训率≥90%。对质量安全制度、安全操作常规等进行定期再培训、再考核。在岗人员对核心制度、人员岗位职责、技术操作常规熟知。	
XXXX市医院	4.24.6.3	D		B	1. 定期开展高压氧治疗质量评价，有每季度质量评价报告及对比资料；有适宜的评价方式与管理工具。 2. 有主管部门监督记录。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.25.1.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.1.2	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.1.3	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.2.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.2.2	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.3.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.3.2	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.4.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.4.2	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.5.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.5.2	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.6.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.6.2	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.25.6.3	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.26.1.1	C		C		
XXXX市医院	4.26.2.1	D		C	由医务科、本科室主任对各小科室进行了监管。	
XXXX市医院	4.26.3.1	C		C		
XXXX市医院	4.26.3.2	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.26.3.3	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.26.4.1	D		B	检查室、检查仪器建立定期消毒机制，按照医疗废弃物分类规范安置垃圾桶和垃圾袋。	
XXXX市医院	4.26.5.1	E	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.26.5.2	D	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.26.5.3	D	卫生行政部门未批准	E		
XXXX市医院	4.26.6.1	D		C	科室落实了质量与安全计划，对存在问题进行整改。	
XXXX市医院	4.27.1.1	D		C	从事管理高级职称的人员负责病案室。	
XXXX市医院	4.27.1.2	B		B		
XXXX市医院	4.27.2.1	B		C		
XXXX市医院	4.27.2.2	C		C		
XXXX市医院	4.27.2.3	C		B	职能部门对病案保存与使用情况进行检查，对存在的问题与缺陷提出整改措施。	
XXXX市医院	4.27.2.4	D		B	1. 首页填写培训。 2. 临床科室自查及主管职能部门督查，有整改措施。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	4.27.2.5	B		B		
XXXX市医院	4.27.2.6	D		C	科室加强对病案的归档的追踪。	
XXXX市医院	4.27.3.1	A		C		
XXXX市医院	4.27.4.1	D		B	对全院临床医生进行了病案首页及病历书写规范的相关培训，并有完整的资料。	
XXXX市医院	4.27.4.2	D		B	每月集中考评一次各科室的病历，对存在的问题及时反馈给各临床科室，科室根据存在的问题提出相关的整改措施。病案管理委员会每季度对病历质量进行总结、分析，提出改进措施。	
XXXX市医院	4.27.5.1★	C	信息系统支持疾病分类与手术操作分类，编码准确性不断提高。	A	派送编码员外出学习；同时由我们资深编码老师、专业临床医师对编码员进行每周一次的专业知识学习；要求编码员加强自学，养成通读病历的习惯，随时与临床医生沟通的习惯。同时增加了对临床科室《首页填写规范》的培训次数，加强了首页填写质控。为专业临床科室整理提供了常见疾病与编码，常见手术与编码，主要诊断选择原则等资料。通过以上措施的落实，编码准确率有了较大的提	
XXXX市医院	4.27.5.2★	C		B	通过统计整理2014-2016年三年的病案首页数据，编码员更加熟练掌握了检索公式，提高了检索能力。	
XXXX市医院	4.27.6.1	A	职能部门对病案服务有监管。	A	职能部门对病案服务有监管。	
XXXX市医院	4.27.7.1	A	有基于电子病历的临床信息系统（CIS），电子病历系统具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分	A	2016年开始启用新版电子病历，新版可供医生自由录入病历模板，做到了一次录入重复使用多处共享，保证了信息的一致性，提高了临床工作效率。新版电子病历中大量使用知识库，提高了书写效率，促进了医疗术语标准化，能有效的规避医疗风险，减少临床医疗事故发生率，并增加了医嘱、检验、检查、病历信息等引用功能，方便了医生的使用，提高了病历标准化水平。	
XXXX市医院	4.27.7.2	B		B		
XXXX市医院	5.1.1.1	D	建立在院长领导下的护理组织管理体系，各级护理管理者岗位职责明确，护理管理体系有效运行。	A	完善护理组织管理体系并有效运行。	
XXXX市医院	5.1.1.2	C		B	完善并落实护理部十三五规划、护理部年度计划。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	5.1.2.1	D	护理部未执行三级管理。	D		医院正在统筹规划中。
XXXX市医院	5.1.2.2	C	按照《护士条例》规定，实施护理管理工作。	A	1. 按照相关规定执行护理人员准入管理。 2. 对各项规章制度落实情况有监管，持续改进有成效。	
XXXX市医院	5.1.3.1	D		C	制订《XXXX市医院护士岗位实施管理办法》，实施护理人员分层级管理。	
XXXX市医院	5.1.4.1	C		C		
XXXX市医院	5.1.4.2	D		B	制订《XXXX市医院护理常规》并落实执行，对护理常规、技术操作、核心制度有培训、考核记录，存在问题及时反馈持续整改。	
XXXX市医院	5.1.4.3	D		B	各护理单元有专科性护理常规，定期补充和完善，具有专业性、适用性。	
XXXX市医院	5.1.4.4	D		B	修订《护理文件管理规定》，规范各护理单元制度制订的流程，适时修订护理相关制度。	
XXXX市医院	5.1.4.5	D		B	定期开展护理管理制度培训，资料完整。	
XXXX市医院	5.2.1.1	C		C		
XXXX市医院	5.2.1.2	D	严格执行各级护理人员资质审核。	A	1. 对新上岗护士进行资质审核，及时变更执业信息。 2. 每年对护理人员资质进行审核，及时变更执业信息。	
XXXX市医院	5.2.1.3	D	聘用护理人员对薪酬制度满意程度较高。	A	制定： 1. 《院内聘用人员实施方案》 2. 《院内聘用人员薪酬分配方案》 3. 有相关职能部门（人事部、护理部）及用人科室共同管理的用人机制。	
XXXX市医院	5.2.1.4	C	护理人员对薪酬满意度高，离职率低。	A	在《院内聘用人员实施方案》、《院内聘用人员薪酬分配方案》中体现护理人员同工同酬的规定。	
XXXX市医院	5.2.1.5	B		B		
XXXX市医院	5.2.2.1	C		B	有聘用护理人员资质、岗位技术能力要求，按照国家标准合理配置护理人员。	
XXXX市医院	5.2.2.2	C		B	制订《护理人力资源紧急调配制度与实施方案》，有紧急调配人员储备库，对储备库人员有培训、考核。	
XXXX市医院	5.2.3.1	D		C	按照要求合理配置护理人员，床、护比达标。	
XXXX市医院	5.2.3.2	D		C	制订《护理人力资源弹性调配制度》，完善调配流程，建立机动护士库，对护理人员实行弹性调配。	
XXXX市医院	5.2.4.1	D		C	修订护理绩效考核方案	
XXXX市医院	5.2.5.1	D		C	进行护士外出进修登记，制订护士外出进修申请表和学习汇总表，并组织讲课。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	5.2.5.2	D		C	制订《XXXX市医院专科护士培训方案》，科室参照本方案制订并按要求执行。	
XXXX市医院	5.3.1.1	C		B	落实《分级护理》制度，每月质控考评进行督查，存在问题及时反馈整改。	
XXXX市医院	5.3.2.1★	D		B	1. 制订“开展优质护理服务的保障制度、措施”。 2. 加强对护理服务目标及内涵的培训，提高知晓率。 3. 制订护理工作规范，下发各科室。 4. 优质护理服务病房覆盖率为100%。 5. 患者和医务人员满意度高。	
XXXX市医院	5.3.3.1★	C		B	1. 修订并完善患者各项评估表单。 2. 实行护士岗位管理，体现能级对应，提高危重患者的护理质量。 3. 加强基础护理工作，防范护理并发症。 4. 实施“以患者为中心”的责任制整理护理，对落实情况有督查、反馈，持续整	
XXXX市医院	5.3.4.1	D		B	制订《危重患者护理常规》，完善风险评估和安全防范措施。	
XXXX市医院	5.3.4.2	D		B	完善相关工作流程和应急预案并落实执行。	
XXXX市医院	5.3.5.1	D		C	规范围手术期护理常规，落实并执行。	
XXXX市医院	5.3.6.1	D		B	严格执行查对制度，正确执行医嘱核对与处理流程，遵照医嘱正确提供治疗、给药等护理服务，定期督查整改。	
XXXX市医院	5.3.7.1	C		B	严格执行输血查对制度，规范输血技术操作，完善输血反应处理预案、报告处理制度与流程，定期督查整改。	
XXXX市医院	5.3.8.1	D		B	制定相关设备紧急处置流程与制度并组织学习。	
XXXX市医院	5.3.9.1	C		B	科室开展多种健康教育方式，发放健康教育手册，开通微信公众号，实施功能锻炼指导等，每季度更新健康教育信息，持续改进有成效。	
XXXX市医院	5.3.11.1	D	按照《病历书写规范》书写护理文件，定期进行追踪评价和持续改进。	A	按照《病历书写规范》不断完善护理文件书写质量，定期督查，持续改进。	
XXXX市医院	5.3.12.1	D		B	修订护理查房制度、病历讨论制度、护理会诊制度，落实并完善相关规定。	
XXXX市医院	5.4.1.1	D		B	护理质量与安全管理组织完善，定期进行质控检查并召开会议，集中反馈，持续整改。	
XXXX市医院	5.4.2.1	D		B	修订护理不良事件制度与上报流程，鼓励上报，有激励措施。	
XXXX市医院	5.4.3.1	D		B	定期对不良事件进行汇总分析，逐步完善上报制度与流程。	
XXXX市医院	5.4.5.1	D		B	制订《护理常见技术操作并发症》手册，落实并执行。	
XXXX市医院	5.4.6.1	D		C	补充完善重点环节应急预案及流程，落实并执行。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	5.5.1.1.1	D		B	手术室分区合理，标识明确，洁污分开，职能部门每月进行督查。	
XXXX市医院	5.5.1.2.1	D		C	修订手术室各项制度，加强护士培训考核，制定手术室护理人员培训方案。	
XXXX市医院	5.5.1.3.1	D		B	完善各项安全制度，加强手术安全核查制度落实，完善工作流程，加强应急预案的培训和演练。	
XXXX市医院	5.5.1.4.1	C		B	请第三方做2017年度手术室空气洁净度监测，将消毒锅搬离手术室，完善医疗设备的清洁消毒，加强监督护工手术间的清洁消毒，加强医疗废物的管理，配备适宜的职业防护用具。	
XXXX市医院	5.5.2.1.1	A	供应室布局、设施、设备符合相关规范要求，工作区域划分符合消毒隔离要求。	A		
XXXX市医院	5.5.2.2.1	D	配备人力合理，对所有需要消毒灭菌处理的物品集中回收管理	A	临床科室可重复使用消毒物品全部集中回收管理，相关职能部门每月督查，持续整改。	
XXXX市医院	5.5.2.3.1	A		B	完善相关制度和流程，按要求修订；定期发放意见表征求科室意见，不断改进。	
XXXX市医院	5.5.2.4.1	A	建立完善的监测制度，质控控制过程记录符合追溯要求，建立清洗、消毒、灭菌效果监测制度，专人负责质量监测工作。	A		
XXXX市医院	5.5.2.5.1	B	有岗位培训计划，能体现专科特点，并按照计划进行培训、考核、评价。	A	培训内容与理论考核结合，考核成绩大于90分。	
XXXX市医院	5.5.3.1.1	C	制度完善，有应急预案及流程，对应急预案有演练、有分析，体现持续改进。	A	对突发事件的应急预案进行培训、考核，有演练，总结分析。	
XXXX市医院	5.5.3.2.1	D		B	新生儿科护理人员配置合理，有专业理论和技术培训，实行分层培训。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	5.5.3.3.1	C	能按照“新生儿质量考核标准”定期进行督查，反馈整改，患儿安全措施落实到位	A	1. 科室能定期自查，对问题做到持续整改。 2. 护理部按照“新生室质量考核标准”每月进行督查，存在问题及时反馈整改。	
XXXX市医院	5.5.3.4.1	C	消毒隔离制度规范，传染病患儿隔离措施到位，手卫生监管有成效。	A	1. 新生儿科有专人监管医院感染工作； 2. 各项感控制度落实到位，措施执行到位。	
XXXX市医院	6.1.1.1	A	变更及时、命名规范、诊疗信息公开、无院中院	A	变更及时、命名规范、诊疗信息公开、无院中院。	
XXXX市医院	6.1.2.1★	B	在国家法律、法规、诊疗护理规范框架内开展诊疗活动。	A	加强职能部门监管，及时反馈并改进。	
XXXX市医院	6.1.2.2	D		C	对全院职工进行了法律法规培训，提高医务人员安全意识。	
XXXX市医院	6.1.3.1★	D	无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。	A	对医、技人员资质进行排查，合理授权。	
XXXX市医院	6.1.4.1	C	宣传科对各类医疗信息进行整合统一发布	B	成立归口科室宣传科并制订各项宣传工作制度，进行监督管理。开通市医院医疗信息服务微信公众号。	
XXXX市医院	6.1.5.1	D		B	完善制度职责规范，开展培训教育，及时更新规章制度及职责。	
XXXX市医院	6.10.1.1	D		B	成立“院务公开领导小组”，明确宣传科负责院务公开工作。	
XXXX市医院	6.10.1.2	D	院务公开信息定期、及时更新，方式多样	A	通过与信息科对接，在医院触摸屏设子菜单，公开医院资质信息；采取微信、网站等多种方式进行信息公开。	
XXXX市医院	6.10.1.3	B	患者对提供的服务满意度高。	A	完善患者满意度调查，满意度较高。	
XXXX市医院	6.10.1.4	C	社会评价对院务公开满意度高。	A	设计公开方式与公开内容的问卷，与党办配合进行调查与分析。	
XXXX市医院	6.10.2.1	C	院务公开内容完整、及时。	A	充实院务公开内容；综合职工意见起草改进院务公开（对内）方式与内容的文件；建立完善的院务公开信息登记本。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	6.10.3.1	D		B	收集整理职工关于院务公开的反馈意见与建议；设计公开方式与公开内容的问卷，与党办配合进行调查与分析，并做进一步改进。	
XXXX市医院	6.11.1.1	D	多渠道定期收集院内外对医院服务意见，进行持续改进。	A	1. 制定了社会评价工作实施方案，成立了社会评价工作领导小组和办公室，明确了各科室责任； 2. 组织社会监督员进行评价。	
XXXX市医院	6.11.2.1	D	党办组织社会评价的测评、分析及反馈，近年满意度不断提高	A	1. 制定了社会评价工作实施方案，成立了社会评价工作领导小组和办公室，明确了各科室责任。 2. 基本完善了资料收集工作。	
XXXX市医院	6.11.3.1	D		B	建立了纸质版数据库及管理制度。	
XXXX市医院	6.2.1.1	D	院领导定期深入科室开展行政查房，积极采纳各级各类人员意见建议。	A	进一步规范院长行政查房记录，并对存在问题进行反馈、督导整改，做到持续改进。	
XXXX市医院	6.2.1.2 ★	D		B	多渠道公开“三重一大”信息，并进行培训，职工知晓率明显提高。	
XXXX市医院	6.2.2.1	C	医院运行状况与组织架构图相符，架构图及时更新。	A	医院根据管理职能变化及时调整组织架构图，并进行院内公示传达到全院职工。	
XXXX市医院	6.2.2.2	D		B	制订工作制度和流程，统一审核发布。	
XXXX市医院	6.2.2.3	D		C	实行目标管理责任制，签订目标责任书，并定期进行考核。	
XXXX市医院	6.2.3.1	D		B	建立联席会议制度，职能部门有监管。	
XXXX市医院	6.2.4.1	D		B	1. 近三年每年邀请外院专家进行质量管理工具的培训。 2. 根据等级医院的需要，全院每个科室均外出培训评审相关内容。 3. 职能科室、临床、医技科室都有PDCA案例，并在7月份举行了PDCA大赛。	
XXXX市医院	6.2.5.1	C		B	每个月、每季度对业务指标完成情况进行对比分析。	
XXXX市医院	6.3.1.1	D		B	医院对院训进行了解释，通过夜查房、应知应会考试等形式，提高院训、宗旨、愿景及医院五年发展规划的知晓率。	
XXXX市医院	6.3.2.1	D		B	医院起草制订了“十三五发展规划”，职代会通过，以红头文件下发科室组织学	
XXXX市医院	6.3.3.1	D		C	收集上级主管部门批准文件、大型维修项目及建设项目的报批资料。	
XXXX市医院	6.3.3.2	B		B	收集质量验收、消防验收报告。	
XXXX市医院	6.4.1.1	D		C	独立设置了人事科，完善了工作制度及信息查询软件。	
XXXX市医院	6.4.1.2	D		C	完善了人力资源发展规划及人力资源配置及岗位设置方案。	
XXXX市医院	6.4.1.3	D		B	各级各类卫生技术人员配比合理，病房护士与实际开放床位之比符合要求。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	6.4.1.4	C		B	《卫技人员任职资格管理办法》、《专业技术职称评聘实施办法》。	
XXXX市医院	6.4.1.5	D		C	完善修订院科两级人员紧急替代方案。	
XXXX市医院	6.4.2.1	D		B	1. 完善卫技人员个人技术考评档案，对卫生专业技术人员资质定期进行审核评估，落实授权管理制度。	
XXXX市医院	6.4.2.2	D		B	制定外来短期工作人员的技术资质管理的规定、规范与程序。	
XXXX市医院	6.4.3.1	C		B	严格落实岗前培训制度，持续改进岗前培训大纲。	
XXXX市医院	6.4.3.2	D		C	完善《XXXX市医院轮转医师管理规定》，严格组织人员进行规培。	
XXXX市医院	6.4.3.3	D		C	实行全员继续医学教育，继续医学教育结果与个人职称晋升挂钩，医务科负责具体组织实施、并建立继续教育信息库。	
XXXX市医院	6.4.4.1	C		C		
XXXX市医院	6.4.4.2	D	本院暂未获得重点专科。	D		
XXXX市医院	6.4.5.1	D		B	1. 制定职业安全各相关制度。 2. 组织职业安全防护教育培训。 3. 加强督导检查。 4. 对职业损害做根因分析。	
XXXX市医院	6.5.1.1	B	信息系统运行良好，各部门对信息工作满意。	A	不断完善信息系统使用和管理工作，运行良好，各部门对信息工作满意。	
XXXX市医院	6.5.1.2	B		B		
XXXX市医院	6.5.1.3	B	医院领导重视信息化建设，信息化建设有成效。	A	信息管理部门履行职责、执行制度到位率100%，医院领导对信息化建设履责到位100%。	
XXXX市医院	6.5.2.1	C		C		
XXXX市医院	6.5.2.2	C	信息系统能较好支持临床活动，符合国家医疗管理相关管理规范。	A	1. 新增加门诊预约挂号系统，患者可通过自助机、微信、支付宝等渠道进行预约挂号。 2. 信息系统符合《基于电子病历的医院信息平台建设技术解决方案》有关要求，符合国家医疗管理相关管理规范和技术规范。	
XXXX市医院	6.5.3.1	B	信息系统集成与交互共享功能完善，远程会诊平台方便就医。	A	医院信息系统具备信息集成与交互共享，与上下级医院间均建立了信息共享的远程医疗服务平台。	
XXXX市医院	6.5.4.1	C		B	保障信息系统安全运行措施完善、信息安全有监管有分析。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	6.5.4.2	C	有完善的信息系统运行维护监控机制，全院有信息系统故障应急单据包。信息科能及时处理预警事件。	A	1. 已进行了信息系统应急演练，演练结束后总结并对预案进行修订完善。 2. 完善了监控制度与监控记录，并及时处理预警事件，定期进行了对信息系统运行维护评价和改进方案，并组织落实。	
XXXX市医院	6.5.5.1	C	信息化建设投入年度预算执行良好，社会效益好。	A	逐渐加大信息化建设的投入，有信息化建设及运行维护的年度预算，医院接受内外审计、监察等监管，未发生违纪违规现象。	
XXXX市医院	6.5.5.2	C		B	加强外派培训与科内培训，培训有完整资料。	
XXXX市医院	6.5.6.1	C		B	增开网上图书预约、催还、续借等功能。	
XXXX市医院	6.6.1.1	D	无违法违规案件发生，能持续改进财务	A	完善制度、并进修了培训、完善了财务分析总结报告并经注册会计师审计。	
XXXX市医院	6.6.1.2	B		B	完善培训计划并落实，整理了委派会计与出纳的轮岗资料。	
XXXX市医院	6.6.2.1	D		C	暂时无重大经济项目的合理、详细的立项论证。	
XXXX市医院	6.6.2.2	D	总会计师制暂不设立	C	已由上级卫生计生行政部门任命	
XXXX市医院	6.6.3.1	D		B	完善了定额成本管理制度、制定专职成本核算员。	
XXXX市医院	6.6.3.2	D		C	完善制度，并对资产进行监管盘点，及完善盘点分析报告。	
XXXX市医院	6.6.4.1	D		B	完善制度、配置价格专职人员。	
XXXX市医院	6.6.4.2	D		B	完善制度、每月进行监督检查并进行分析、反馈。	
XXXX市医院	6.6.4.3	D		B	进行价格自查并及时纠正不规范行为。	
XXXX市医院	6.6.5.1	D		C	完善相关制度流程及人员职责。	
XXXX市医院	6.6.6.1	D		B	完善审计制度、制定审计计划、并完成部分审计工作。	
XXXX市医院	6.6.7.1	D		C	完成预算编制工作。	
XXXX市医院	6.6.7.2	D		C	按照预算执行	
XXXX市医院	6.6.8.1	B		B		
XXXX市医院	6.7.1.1	D	医德医风管理覆盖全院，台账清楚，持续改进。	A	1. 全院下发医德医风建设实施方案（内含组织管理体系、其他部门具体工作职责） 2. 建立了全院人员的医德医风档案。	
XXXX市医院	6.7.1.2	D		B	重新编制岗位职责，明确各岗位医德医风要求。	
XXXX市医院	6.7.1.3	C	通过每月质控考评，实现医德医风动态化管理。	A	将医德医风考评纳入每月联合质控考评，考评结果在每月《质量控制简报》通报。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	6.7.2.1	C	医德医风建设纳入职称晋升与绩效考核等，奖惩机制分明。	A	1. 强化医德医风工作，每年年底进行考评，结果与晋升职称等挂钩。 2. 不断落实表彰、奖励工作。	
XXXX市医院	6.7.3.1	D	廉洁工作监督管理有成效，无违法违规违纪案例。	A	廉洁自律工作有督查，重点部门制订了自查报告。	
XXXX市医院	6.7.4.1	B	统筹文化建设管理，多渠道多方式开展文化活动。	A	医院建设文化走廊、举办适合各类职工的文化活动等，充分展现了员工风采、提高凝聚力。	
XXXX市医院	6.7.4.2	D		B	全院进行文化建设价值取向培训、考核，最终员工价值取向知晓率大于90%；志愿者活动、优质护理等活动正在有序的开展。	
XXXX市医院	6.8.1.1	B		B	后勤保障组织机构、规章制度完善；有为患者、员工服务的具体措施。	
XXXX市医院	6.8.10.1	D		B	制订外包业务审核制度及程序。	
XXXX市医院	6.8.2.1★	D		B	有后勤保障岗位职责、操作规范、流程、应急预案，进行了相关演练，有记录；制订节能降耗实施方案，并落实执行。	
XXXX市医院	6.8.2.2	C		B	制订应急物资采购预案。	
XXXX市医院	6.8.3.1	C		B	加强对食堂的监管评价，落实为医护人员送餐工作。	
XXXX市医院	6.8.3.2	C		B	完善保障食品卫生管理的各项制度并进行监管。	
XXXX市医院	6.8.3.3	C		B	突发食品安全事件有演练有总结分析，持续改进。	
XXXX市医院	6.8.4.1	C		C		
XXXX市医院	6.8.4.2	D		B	加强安全防护管理，定期督查，有监管资料。	
XXXX市医院	6.8.4.3	D		B	联系相关部门对污水处理进行评价，并出示报告，总务科进行监管。	
XXXX市医院	6.8.5.1	D	对保卫工作人员考核工作有持续改进落实	A	安保人员定期培训，保卫科组织了考核。	
XXXX市医院	6.8.5.2	D		B	已定期组织演练，保存影像资料并持续改进相关工作。	
XXXX市医院	6.8.6.1	D		B	监控覆盖重点部位和死角。	
XXXX市医院	6.8.6.2	D		B	对视频监控系统进行调整，时间误差小于30秒。	
XXXX市医院	6.8.7.1★	C		B	修订消防应急预案、组织全院参与的火灾演练，制订消防重点部位文件，完善检查监管记录。	
XXXX市医院	6.8.7.2	D		C	组织自查，工作人员持证上岗。	
XXXX市医院	6.8.7.3	B		B	完善并及时修订了危险品安全管理制度和岗位职责，对危险品管理进行培训，采购、领用帐物相符，保卫科定期巡查有记录，有危化品管理的PDCA案例。	

XXXX医院自评报告

医院名称	条款代码	首次自评	简要说明	末次自评	采取的改进措施	需要说明的问题
XXXX市医院	6.8.8.1	C		B	全面排查后勤相关岗位人员持证上岗，定期组织培训。	
XXXX市医院	6.8.9.1	C		B	医院环境整洁、舒适，主管部门有监管、有反馈。	
XXXX市医院	6.9.1.1	D		B	组织相关制度及岗位职责的学习。	
XXXX市医院	6.9.2.1	C		C		
XXXX市医院	6.9.2.2	D		C	完善设备购置、使用、决策等制度。	
XXXX市医院	6.9.3.1	D		C	召开医院装备管理委员会，对50万以上装备进行论证，完善相关制度，持续改进	
XXXX市医院	6.9.3.2	D		C	对大型设备进行效益分析。	
XXXX市医院	6.9.4.1	D		C	完善设备相关制度与流程，有医用设备安全监测与报告制度，定期校验、维修、保养。	
XXXX市医院	6.9.4.2	C		B	对机房环境进行自查和监测，满足环保要求。	
XXXX市医院	6.9.4.3	C		C		
XXXX市医院	6.9.4.4	D		B	有计量设备监测管理制度，对全院计量设备定期监测。	
XXXX市医院	6.9.5.1	D		C	对除颤仪及监护仪培训后进行考核。	
XXXX市医院	6.9.6.1	C		C		
XXXX市医院	6.9.6.2★	C		B	对急救生命支持类设备完善操作流程与使用登记。	
XXXX市医院	6.9.6.3	D		B	发布医疗装备应急调配的程序，进行培训。	
XXXX市医院	6.9.7.1	D		C	完善高值耗材相关采购记录及追溯记录。	
XXXX市医院	6.9.8.1	D		C	组织科室人员进行制度及职责的学习。	
XXXX市医院	6.9.8.2	D		C	有质量与安全指标，定期对科室仪器设备进行巡检，有记录。	