

附件：4

2017 年版《医疗美容机构评价标准实施细则---诊所标准》

一、医院管理

序号	评价内容	评价标准	评价方法
1	1. 诊所定位明确、规模适宜。	【C】 1. 诊所正式执业二年以上。 2. 制定年度工作计划和中、长期发展规划并实施。	1. 查阅《医疗机构执业许可证》 2. 查阅诊所发展规划，抽查评审时间以前的规划内容执行情况。
		【B】 符合“C”，并 1. 美容治疗床 2 张以上；或手术床 1 张及观察床 1 张，或牙科综合治疗椅 1 张。 2. 美容外科、美容皮肤科、美容牙科、美容中医科 4 个临床科目中设置不超过 2 个科目。 3. 卫生专业技术岗位 \geq 诊所岗位总量的 50%。	1. 核查诊所床位数； 2. 诊所床位扩增有行政部门批准文件； 3. 查阅诊所岗位设置有关文件。
		【A】 符合“B”，并 1. 2 名临床科室主治医师或者 1 名副主任医师。 2. 至少 2 名护士，具有护师资格以上的护士 1 名。	1. 核查所有从业人员执业资格证书，核对人员学历、职称情况。
2	2. 组织机构的设置、岗位设置及规章制度和建立相应专业委员会。	【C】 1. 组织机构的设置及其岗位职责，不交叉，分工明确，到岗到人；机构及科室命名规范。 2. 有规章制度。 3. 设置相应专业管理小组或指定专人负责，保障医疗安全、医务人员和患者权益。	1、查看诊所组织机构（科室等）设置相关文件。 2、查看规章制度和科室设置的岗位职责。 3、查看建立相应专业管理小组或指定专人负责文件和人员结构组成。
		【B】 符合“C”，并 1. “诊所感染控制”和“诊所医疗质量管理”写成	1、有《诊所感染控制管理规定》。有《诊所医疗质量管理规定》。

		<p>书面文件。</p> <p>2. 绩效评价及相关标准写成书面文件。</p>	<p>2、有诊所绩效考核与评价的相关规定，查阅考核记录。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 有全员定期（至少每年1次）开展医疗卫生法律法规、规章制度、质量管理、岗位职责培训计划并实施。</p> <p>2. 职工熟悉相关法律、法规、规章制度和岗位职责。</p>	<p>1、查阅诊所法规、管理制度、质量管理、岗位职责等培训计划、培训资料（书籍或影像资料）；</p> <p>2、抽查员工对诊所法规、管理制度、质量管理、岗位职责的了解情况。</p>
3	3. 建立医疗卫生专业技术人员的“三基”培训考核制度，落实执业人员岗前及在岗继续医学教育。	<p>【C】</p> <p>1. 根据科室人员结构的具体情况，制订“三基”、或美学、心理学、社会学、人文医学培训相适宜的培训目标、计划、措施，组织实施。</p> <p>2. 有岗前培训制度和梯队建设有规划、有措施并落实，岗前培训、住院医师培训率（含在岗培训）达到100%。</p>	<p>1、抽查诊所人员组成，核查培训计划是否符合人员需求。</p> <p>2、查阅有关文件和培训记录，抽1人，了解住院医师培训情况。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 按国家，省卫生行政部门有关要求进行医学教育、规范培训，有相应证明文件。</p>	<p>1、抽查2名专业人员继续医学教育证书。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 制定继续教育规划，有经费预算并落实。</p>	<p>1、查看财物报表，继续教育投入情况。</p>
4	4. 后勤保障满足诊所服务流程需要。	<p>【C】</p> <p>1. 后勤保障规章制度写入文件，管理组织健全，分工明确；人员熟悉相关制度和职责。</p> <p>2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足诊所运行需要。</p>	<p>1. 查阅有关台账材料。</p> <p>2. 查看记录，实地查看和随机抽查4种后勤物品供应。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 后勤能为临床提供卫生保洁和物流配送服务，有服务流程规范，满足医疗服务需要，各种标识清晰。</p>	<p>1. 查阅后勤物资服务流程，实地考察后勤物资标示。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 诊所职能部门应每季度至少监测1次并记录备查。</p>	<p>1、查阅记录。</p>

5	5. 信息系统满足医院管理和临床工作需要。	<p>【C】</p> <p>1. 诊所信息系统符合《诊所信息系统基本功能规范》的规定, 信息系统满足内部行政业务管理和客户服务流程。</p>	1、查阅信息系统运行情况记录。
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>1. 有专人负责信息系统的管理, 建立诊所内各部门各部门的协调机制。</p> <p>2. 制订信息化发展规划, 有与信息化建设配套的相关管理制度。</p>	1、查阅诊所信息化管理文件。
		<p>【A】符合“B”, 并</p> <p>1. 诊所信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息, 为诊所管理、临床医疗和服务提供包括决策支持在内的技术支撑。</p>	1、抽查 2 名患者电子病历记录。
6	6. 开展业务业绩情况, 建立特色专科及医师技术档案	<p>【C】</p> <p>1. 科室设置规范。</p> <p>2. 年门诊、住院观察人次档案资料。</p> <p>3. 年治疗人次档案资料, 其中: 年门诊、住院观察手术人次, 年非手术治疗(激光、注射、针灸等)人次。</p>	1. 查看属地卫生行政部门批准的《许可证》, 及机构科室设置文件。
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>1. 门诊就诊人次增长率 $\geq 2\%$。</p> <p>2. 手术及非手术人次增长率 $\geq 2\%$。</p> <p>3. 建立特色病种(专科)。</p> <p>4. 建立完整的病历(含特色病种)档案资料。</p>	1. 查看近 2-3 年年度门诊日志、病历(住院观察)统计资料; 年度手术、非手术治疗统计资料(提供登记簿备查)。
		<p>【A】符合“B”, 并</p> <p>1. 特色病种(专科)诊治增长率 $\geq 2\%$。</p> <p>2. 建立医疗美容执业医师个人开展病种病例、技术、手术分级管理档案资料。</p>	1. 查看近 2-3 年年度特色病种(专科)诊治人次资料(提供年度统计数字及其它资料)。
			2. 查看执业医师个人资格证书资料, 技术档案(含手术、非手术治疗病例等)资料。

二、患者安全

序号	评价内容	评价标准	评价方法
(一) 确立查对制度，识别患者身份			
7	1. 对就诊患者施行唯一标识（身份证号码、病历号等）管理。	【C】 1. 对门诊就诊和住院观察患者的身份标识有制度规定，且在全诊所范围内统一实施。	1. 查阅患者身份标示有关制度，并实地考察之行情况。
		【B】 符合“C”，并 1. 对就诊患者住院病历实行唯一标识管理，如使用身份证号码或病历号等。	1. 抽查 1 名患者。
		【A】 符合“B”，并 1. 对提高患者身份识别的正确性有改进方法，如在重点部门（手术室）使用条码管理。	1. 抽查手术室条码使用情况。
8	2. 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。	【C】 1. 有标本采集、给药（或/和输血或血制品）、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名。 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、病历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 3. 相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。	1. 查阅有关文件和记录。
		【B】 符合“C”，并 1. 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。	1. 查阅“查对制度”。 2. 查阅职能部门工作记录。
		【A】 符合“B”，并 1. 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实。	1. 抽查 1 名工作人员执行情况。

(二) 确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤			
9	1. 按规定开具完整的医嘱或处方。	【C】 1. 有开具医嘱相关制度与规范。 2. 对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。	1. 查阅有关文件。
		【B】 符合“C”，并 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。	1. 查阅记录，并抽取其中 1 份记录，了解整改情况。
		【A】 符合“B”，并 1. 医嘱、处方合格率 \geq 100%	1. 抽查 5 张不同给药途径（口服、肌注、静脉等）的处方和 5 份出（住）院（观察病历）医嘱。
(三) 确立手术安全核查制度，防止手术患者、手术部位及术式发生错误			
10	1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。	【C】 1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。 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术医嘱。	1. 查阅记录。
		【B】 符合“C”，并 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。	1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。
		【A】 符合“B”，并 1. 术前准备制度落实，执行率 100%。	1. 抽查 5 份有相关手术记录的病历（查看医患沟通、病情知情同意书和手术同意书、术前检查、病情与风险评估等）
	2. 有手术部位识别标示相关制度与流程。	【C】 1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。	

11		<p>2. 对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）多平面部位的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记。</p> <p>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。</p> <p>4. 患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位。</p>	<p>1. 查阅记录，并现场查看。</p> <p>2. 访问手术患者。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。</p>	<p>1. 抽查 2 份手术记录。</p>
12	<p>3. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p>	<p>【C】</p> <p>1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p> <p>2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。</p> <p>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、体内植入物、影像学资料等内容。</p> <p>第二步：手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、</p>	<p>1. 查阅文件，抽查手术科室 2 份病历，了解择期手术管理规范或制度落实情况。</p> <p>2. 询问相关手术医师、麻醉医师、护士等人员知晓情况。抽查 2 份病历，了解手术安全核查制度落实情况。</p>

		<p>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醉医师报告。</p> <p>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。</p> <p>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, 并正确记录。</p> <p>4. 手术安全核查项目填写完整。</p>	<p>3. 抽查《手术安全核查表》2份。</p>
		<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>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。</p>	<p>1. 查阅督导记录, 抽取1份记录, 了解整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”, 并</p> <p>1. 手术核查、手术风险评估执行率100%。</p>	<p>1. 抽查5份病历中手术安全核查与手术风险评估记录。</p>
<p>(四) 执行手卫生规范, 为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施, 落实诊所感染控制的基本要求。</p>			
13	<p>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管措施。</p>	<p>【C】</p> <p>1. 根据《医务人员手卫生规范》(卫通〔2009〕10号)有手部卫生管理相关制度和实施规范。</p> <p>2. 手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷。</p>	<p>1. 查阅文件。</p> <p>2. 现场查看手卫生设备及设施。</p>
		<p>【B】符合“C”, 并</p>	

		1. 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. 手卫生检查督导活动记录，抽取 1 份记录，查看整改情况。
		【A】 符合“B”，并 1. 诊所全员手卫生严格执行手卫生制度，全员手卫生依从性 $\geq 95\%$ 。	1. 暗访手卫生执行情况。
(五) 医疗纠纷的预防与处理			
14	1. 妥善处理医疗纠纷	【C】 1. 依据《医院（诊所）投诉管理办法（试行）》，制定诊所“医疗纠纷处置管理规定”。规定内容应包含：医疗纠纷范围界定，有效和无效、全责和部分责任分类，接待、处理时限规定，经济赔偿额度，和个人处罚规定，以及调解、法律诉讼等操作流程。 2. 相关职能部门或专职人员负责，熟悉流程并履行相应职责。	1. 查看“规定”预“操作流程”资料。 2. 提问 1 名医疗纠纷专职处理人员。
		【B】 符合“C”，并 1. 对诊所全员职工开展年度多种形式医疗安全教育。	1、查看培训资料。 2、查看纠纷实例教育资料
		【A】 符合“B”，并 1. 相关职能部门或专门负责人对上述工作定期进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1、查看职能部门专门负责人的台账记录资料。 2、查看医疗纠纷个案档案。
(六) 特殊药物的管理，提高用药安全			
	1. 严格执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的特殊管理药品的使用与管理规章制度。	【C】 1. 严格执行麻醉药品、精神药品、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。 2. 有麻醉药品、精神药品、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	1、查看资料，抽查 4 份使用药物的运行记录。 2、抽查 1 名医务人员。

15		方法的相关规定。 3. 相关员工知晓管理要求，并遵循。 注：删除放射性药品！	
		【B】 符合“C”，并 1. 职能部门或指定专门负责人对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1、设立合理用药监测系统。 2、有检查记录和查看整改情况。
		【A】 符合“B”，并 1. 执行麻醉药品、精神药品、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；符合率达到100%。	1、抽查1种药物。
16	2. 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。	【C】 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。 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”。 3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。	1. 查看文件。 2. 现场考察。 3. 抽查2名员工。
		【B】 符合“C”，并 1. 职能部门或指定专门负责人对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	1. 查看记录和整改情况。
		【A】 符合“B”，并 1. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全诊所统一“警示标识”，符合率100%。	1. 抽查1-2种药品。
	3. 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	【C】 1. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核	

17	抄和执行者签名确认。	<p>对程序，并有转抄和执行者签字。</p> <p>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，确保给药安全。</p> <p>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（有药物配伍禁忌表），按药品说明书应用。</p> <p>4. 有静脉用药调配与使用操作规范及输液反应、药物过敏等应急预案。</p> <p>5. 正确执行核对程序 $\geq 90\%$。</p>	1、抽查处方和出（住）院病历（住院观察病历）各 10 份查看处方和医嘱合格率。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 职能部门或指定专门负责人对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。</p>	<p>1、查看药品监测系统。</p> <p>2、抽查 2 名医护人员。</p> <p>3、查看记录和整改情况。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 正确执行核对程序达到 100%。</p>	1、抽查处方、医嘱各 10 份。
（八）防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生			
	1. 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发生。	<p>【C】</p> <p>1. 有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门协作。</p> <p>2. 对住院患者跌倒、坠床风险评估及根据病情、用</p>	

18	2. 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。	<p>药变化再评估，并在病历中记录。</p> <p>3. 主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。</p> <p>4. 诊所环境有防止跌倒安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑。</p> <p>5. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告程序。</p> <p>6. 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。</p>	<p>1. 查阅有关材料。</p> <p>2. 查看医疗区域易滑区域、危险区域标识情况等。</p> <p>3. 提问 1 名医务人员对措施及报告知晓情况。</p>
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有坠床、跌倒的质量监控指标数据收集。</p> <p>2. 有患者跌倒、坠床等意外事件的总结、分析，及完善的防范措施。</p> <p>3. 员工对患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程知晓率 $\geq 95\%$。</p>	<p>1. 查看质量监控指标数据记录。</p> <p>2. 查看意外事件总结、分析、整改防范措施等书面文字记录。</p> <p>3. 提问 1-2 名医护人员，了解知晓率。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 高危患者入院诊治时跌倒、坠床的风险评估率合格率 90%。</p>	<p>1. 抽查 2 份风险评估报告。</p>
(九) 妥善处理医疗安全（不良）事件			
	1. 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。	<p>【C】</p> <p>1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。</p> <p>2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。</p> <p>3. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。</p>	<p>1. 查看资料和登记表。</p> <p>2. 查看教育培训记录。</p> <p>3. 查看是否建立不良事件应急通道。</p>

19		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有指定部门或专人负责统一收集、核查医疗安全（不良）事件，有指定部门向相关机构上报医疗安全（不良）事件。 2. 对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。 3. 对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。 3. 全院员工对不良事件报告制度率 100%。 	1. 现场查看负责部门或专人工作台账记录资料，及上报流程。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。 2. 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看网络系统。 2. 查阅记录，查看整改情况。
20	2. 定期分析医疗安全信息,利用信息资源改进医疗安全管理。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期分析安全信息。 2. 对重大不安全事件进行根本原因分析。 	1. 查看分析资料。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用信息资源加强管理，实施具体有效的改进措施。 	1. 查看整改记录。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 对改进措施的执行情况进行评估。 	1. 现场查看整改情况。

三、医疗质量管理与持续改进

序号	评价内容	评价标准	评价方法
(一) 实施全程医疗质量管理与持续改进			

21	1. 制定医疗质量管理和持续改进方案并组织实施。	【C】 1. 有医疗质量管理和持续改进方案，并组织实施。	1. 查看文件及落实情况。
		【B】 符合“C”，并 1. 执行查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等，有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患。 2. 执行疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、知情告知制度、医患沟通制度等。	1. 查看以上制度。 2. 抽查 2 项制度及落实情况。
		【A】 符合“B”，并 1. 开展全员医疗质量和安全教育，每年至少 2 次。	1. 查看培训记录。
(二) 医疗技术管理			
22	1. 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理。	【C】 1. 建立医疗技术分级管理制度，人员资质准入、监督评价和医疗技术档案管理制度并实施。 2. 落实《医疗技术临床应用管理办法》规定，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。 3. 按《医疗美容项目分级管理目录》开展诊疗活动。	1. 查阅文件、工作记录。 2. 抽查 2 种技术项目档案。
		【B】 符合“C”，并 1. 有 诊所 医疗技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。 2. 有医疗技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。 3. 有完整的医疗技术管理档案资料。	1. 查阅文件。 2. 高风险技术项目工作记录。 3. 抽查 2 份医疗技术管理档案。

		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。</p>	1. 查看记录。
23	2. 有新技术准入与风险管理制度，并落实。	<p>【C】</p> <p>1. 有新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序。</p> <p>2. 申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。</p>	1. 查看相关文件。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价。</p> <p>2. 职能部门或指定专门负责人有完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结与监管资料。</p>	<p>1. 抽查新开展医疗技术病历和诊所有关部门对开展的新技术评估记录。</p> <p>2. 抽查 1 份新技术档案。</p>
		<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 职能部门或指定专门负责人有监管，根据监管评价。实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。</p>	1. 查看记录。
(三) 主要专业部门医疗质量管理与持续改进			
24	2. 门诊工作医疗质量管理与持续改进	<p>【C】</p> <p>1. 有门诊管理制度并落实；有导诊、分诊等指示图。</p> <p>2. 规范门诊医疗文书；有书写质量监控措施。</p> <p>3. 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。</p>	<p>1. 查看文件，现场考察。</p> <p>2. 抽查 10 份门诊病历。</p> <p>3. 现场查看出诊信息及导医台。</p>

		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 专科医师负责评价与核准门诊诊疗（检查、药物治疗、手术治疗等）计划/方案的适宜性，并记入病历。 2. 有诊所内、外会诊管理制度与流程。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查 1 份门诊病历及医师资格。 2. 查看会诊管理制度与工作流程；查看台账或登记记录。
		<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有完整的门诊质量管理资料体现持续改进成效，门诊病历规范率 90%。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查 10 份门诊病历。
25	3. 药事质量管理与持续改进。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按照《医疗机构药事管理规定》的相关要求，设立药事管理与药物治疗学小组，职责明确，日常工作由药学部门或指定药学专业人员负责并有相应工作制度。 2. 药学专业技术人员满足工作需要，按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。 3. 执行“特殊药品管”管理的有关规定。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查医院文件和具体措施及近一年资料。 2. 检查专业人员学历（学位）证书、任职人员资格。 3. 抽查 1 种特殊管理药物。
		<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医师、药师、护理人员按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 询问了解药品相关的技术事项管理部门。 2. 查 10 份病历（门诊、住院观察病历），了解抗菌药物分级管理规定落实情况
		<p>【A】符合“B”，</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看质量管理工作运行流程。
26	4. 诊所感染管理与持续改进。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 根据国家有关的法律、法规，按照《诊所感染管理办法》要求，制定并落实诊所感染管理的各项规章制度。 2. 根据《诊所感染管理办法》和诊所功能任务，建立完善的诊所感染管理组织体系。 3. 诊所感染管理部门或指定专人负责实行目标管 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看文件，现场查看职能部门（或指定专人负责人）。

		理责任制，职责明确。	
		【B】 符合“C”，并 1. 开展诊所感染防控知识的培训与教育，每年至少 2 次。	1. 培训记录。
		【A】 符合“B”，并 1. 2 年内无重大院内感染暴发责任事件。	1. 查看卫生部门记录。
27	5. 病历（案）管理与持续改进。	【C】 1. 设置病案部门或指定专门人负责病案工作，从业人员有医学或统计学背景。 2. 有病案工作制度和人员岗位职责，工作人员知晓本岗位职责和履职要求，熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。	1. 查阅有关人员资料和培训记录， 2. 抽查 5 份病案首页。 3. 核查负责人资质。
		【B】 符合“C”，并 1. 有人员培训的规划，有参加病案专业继续教育的记录。 2. 持续改进病历质量。	1. 查看文件及培训记录。
		【A】 符合“B”并 1. 诊所至少每季度对病历质量进行总结、分析、评价，提出整改措施，改进病历质量。	1、查看近 2 个季度病例质量评价记录，及整改情况。
	6. 护理质量管理与持续改进。	【C】 1. 依据《综合诊所分级护理指导原则》，制定符合诊所实际的分级护理制度。 2. 依据《护士条例》、《综合诊所分级护理指导原则》、《临床护理实践指南（2011 版）》。等文件要求，开	1、查阅资料。 2、查看培训记录。

28		展护理培训工作，规范护理行为。 3. 遵照医嘱为围术期患者提供符合规范的术前和术后护理。 4. 护理安全管理。	3、提问 1 名工作人员。
		【B】符合“C”，并 1. 开展优质护理服务试点工作。	1. 查看优质护理方案。
		【A】符合“B”，并 1. 有临床护理常规与单病种护理质量控制制度，按流程提供符合规范的护理服务。	1. 抽取 1 份护理服务记录，核查是否符合临护理常规及护理质控规定。
29	7. 手术室管理与持续改进。	【C】 1. 有手术室的工作制度，如手术室查对制度、消毒隔离制度、手术室管理制度、手术标本管理制度等。 2. 有岗位工作人员职责、有手术配合操作常规、技术标准和工作流程。 3. 制定意外事件（如停电、停水、停气等情况）应急预案，达到人人知晓，保证落实。 4 按照限制区、半限制区、非限制区设计工作流程；区域内布局合理、环境整洁，各个区域有明显的标志，人流、物流合理。	1. 查看各项制度、人员职责等文件资料，实地查看落实情况。 2. 抽查 1 名员工了解情况。
		【B】符合“C”，并 1. 定期组织质量检查、分析，对工作缺陷有改正措施，每年至少 1 次。	1. 查看检查记录。
		【A】符合“B”，并 1. 有与临床科室及相关部门举行协调会议或征求意见的制度，并有记录，有改进措施。 2. 手术术前有访视，术后有回访。 3 手术室工作人员或复苏室（已设置）与病房有交接程序和记录。	1. 查看记录和整改情况。 2. 查看交接记录。 3. 抽查 1 名患者。

四、医院服务

序号	评价内容	评价标准	评价方法
30	1. 维护患者合法权益。	【C】 1. 维护与尊重患者权益制度。 2. 公开患者投诉渠道和流程。 3. 医护人员熟知并落实相关制度。	1. 查阅文件和投诉、处理、整改记录。 2. 抽查医护人员是否进行知情同意和告知方面培训。
		【B】 符合“C”，并 1. 建立并落实医患沟通制度，使用患者及其家属易于接受的方式和理解的语言。	1. 实地查看。
		【A】 符合“B”，并 1. 建立医学伦理制度维护患者合法权益。 2. 患者投诉有反馈、有记录，持续改进。	1. 查看文件，抽取 1 份记录查看整改情况。
31	2. 医德医风制度建设。	【C】 1. 有医德医风管理组织体系，有职能部门或指定专门负责人负责管理与考评。 2. 将医德医风的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。 3. 诊所文化建设纳入诊所建设发展规划。。	1. 查阅有关资料和实地查看临床科室及医务人员、窗口单位，了解诊所是否有相关规定、制度、具体措施以及贯彻执行情况。
		【B】 符合“C”，并 1. 有完整规范的医德考评档案。 2. 有岗位职责、医德医风与行为规范的教育培训。	1. 抽查医德考评档案。 2. 查看培训记录等材料。
		【A】 符合“B”，并 1. 落实奖惩，医德医风建设有成效，有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施并落实。	1. 查阅资料，抽查 1 个优秀科室和 1 名优秀员工，核实奖励措施落实情况。

32	3. 优化服务环境和服务流程。	【C】 1. 有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高患者预约就诊比例。 2. 至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式；门诊实行分时段预约诊疗服务。 3. 服务环境和设施清洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目。	1. 查阅文件，现场查看服务标示。
		【B】 符合“C”，并 1. 有信息化预约管理平台，有专人负责预约具体工作。	1. 现场考察预约流程。
		【A】 符合“B”，并 1. 有完善的就医者预约、诊疗服务管理制度，登记资料完整。	1. 查看预约、诊疗日志登记记录。
33	4. 开展诊所文化建设。	【C】 1. 将文化建设纳入诊所建设发展规划，有诊所文化建设方案，有指定部门负责文化建设工作。	1. 查阅有关文件及活动记录。
		【B】 符合“C”，并 有对员工价值（职业道德）取向的培训和教育，员工知晓率达到 90%。	1. 查看活动记录资料。 2. 抽查 2 人了解诊所价值观知晓情况。
		【A】 符合“B”，并 1. 诊所文化建设受到政府或社会组织表彰。	1. 查阅有关证明文件。