昆明医科大学第二附属医院石林天奇医院

昆明医科大学第二附属医院石林天奇医院

应急预案汇编

昆明医科大学第二附属医院石林天奇医院 印制

2022年1月（第三版次）

目 录

[第一章 突发事件应急总体预案 1](#_Toc89701249)

[第二章 医疗类 11](#_Toc89701250)

[县域内突发公共卫生事件医疗救援工作预案 11](#_Toc89701251)

[医院医疗纠纷（争议）处置预案 14](#_Toc89701252)

[医院院内紧急意外事件应急预案 20](#_Toc89701253)

[医疗风险防范及损害处置预案 21](#_Toc89701254)

[医疗技术风险预警及医疗技术损害处置程序 25](#_Toc89701255)

[新技术、新项目保障患者安全的措施和风险处置预案 27](#_Toc89701256)

[疼痛治疗风险防范与处置应急预案 28](#_Toc89701257)

[急诊科大型群体事件医疗救治应急预案 30](#_Toc89701258)

[危重孕产妇抢救应急预案 31](#_Toc89701259)

[临床应急用血预案 33](#_Toc89701260)

[输血不良反应处理规范及处置预案 38](#_Toc89701261)

[职业暴露职业安全应急预案 43](#_Toc89701262)

[突发传染病应急处置预案 47](#_Toc89701263)

[医院感染暴发预警机制及应急控制预案 50](#_Toc89701264)

[医疗废物流失、泄漏、扩散等意外事故应急处置预案 56](#_Toc89701265)

[菌种及毒株样品生物安全事件应急预案 59](#_Toc89701266)

[标本溢洒应急预案 62](#_Toc89701267)

[危险化学品事故应急预案 65](#_Toc89701268)

[特殊管理药品应急预案 66](#_Toc89701269)

[患者服用假、劣药品、调剂错误药品导致人身伤害事件应急预案 68](#_Toc89701270)

[药品缺药事件应急预案 70](#_Toc89701271)

[突发公共卫生事件药品供应应急预案 71](#_Toc89701272)

[辐射安全事故应急预案 74](#_Toc89701273)

[第三章 后勤保障类 78](#_Toc89701274)

[医院停电应急预案 78](#_Toc89701275)

[医院停水应急预案 81](#_Toc89701276)

[消防安全应急预案 84](#_Toc89701277)

[医院安全保卫应急预案 90](#_Toc89701278)

[供氧中心停氧应急预案 93](#_Toc89701279)

[突发食品安全事件应急预案 95](#_Toc89701280)

[地震应急预案 97](#_Toc89701281)

[医院电梯事故应急措施和救援预案 102](#_Toc89701282)

[信息系统故障应急预案 103](#_Toc89701283)

[信息安全应急预案 106](#_Toc89701284)

[急救类医学装备应急预案 107](#_Toc89701285)

[医学装备故障应急预案 108](#_Toc89701286)

# 第一章 突发事件应急总体预案

一、总则

（一）编制目的

规范应对突发事件行为，建立反应迅速、处置有力的应急体制和应对机制，最大程度地预防和减少突发事件及其造成的损害，保障医院广大职工及就医者的生命财产安全，促进医院和谐稳定发展。

（二）编制依据

根据《中华人民共和国突发事件应对法》 、 《国家突发公共事件总体应急预案》 、《昆明市突发事件总体应急预案》等有关法律、法规、规章、文件及医院实际情况，制定本预案。

（三）适用范围

适用于发生在本院内、须由本院负责处置的，或发生在院外、须由本院参与处置的各类突发事件。

（四）事件分类

1. 安全事故。主要包括医疗纠纷群体性突发事件、消防安全事故、危险化学品事故、公共设施和设备事故、核与辐射事故、网络信息安全事故、重大工程建设及建筑物安全事故等各类安全事故。

2. 公共卫生事件。主要包括传染病疫情、群体性不明原因疾病、食品安全和职业危害以及其他严重影响公众健康和生命安全的事件。

3. 事故及自然灾害。主要包括火灾、大面积停水、停电、停氧气、洪涝灾害、地震灾害等。

4. 社会安全事件。主要包括恐怖袭击事件、民族宗教事件、经济安全事件和群体性事件等。

上述各类突发事件往往相互交叉和相互关联，或同时发生，或引发次生、衍生事件，应具体分析，统筹应对。

（五）工作原则

1. 坚持预防为主，预防与应急相结合，完善监测和预警机制，努力把应急准备各项工作落到实处。

2. 统一指挥、分级负责。在上级及医院突发事件应急委员会统一领导和指挥下，各部门按预案规定的职责开展工作。

3. 快速有效，减少损失。采取有效控制措施，尽最大努力和可能，最大限度地减少人员伤亡，减少财产损失和社会影响。

二、组织体系

（一）领导机构

设立突发事件应急领导小组，统一领导重大突发事件应对工作。

组 长：张捷

副组长：董艳玲 徐靖平 董卫华 蔡 菜

成 员：李俊艳 胡泰潢 李秋燕 李玉凤 赵晓庆 张 路

主要工作职责：根据上级部门指示，部署突发事件处理方案；决定是否启动突发事件应急预案；指挥各工作组实施现场保护、抢救、疏散等工作；上报突发事件信息，向媒体发布事件的相关内容；决定是否终止预案；追查突发事件原因，追究相关人员责任，不断完善突发事件应急机制等。

突发公共事件应急委员会下设办公室（应急办），办公室设在行政办，电话67747777。李俊艳兼应急办主任。

（二）专项应急指挥机构

为有效应对各类突发事件，医院设立各专项应急指挥部，具体包括：医疗纠纷群体性突发事件、突发公共卫生事件、辐射事故、消防安全事故、危险化学品事故、停电、电梯事故、网络信息安全故障、集体食物中毒、洪涝灾害、地震灾害、反恐和刑事案件、特种设备重大安全事故、重大工程建设及建筑物安全事故。各专项应急指挥部指挥长一般由分管副院长担任。

专项应急指挥部主要职责：组织编制、修订专项应急预案，组织指挥突发事件应急处置工作，制定专项工作规划和年度工作计划，开展专业应急训练、演练和宣传教育工作等。

各专项应急指挥部办公室设在牵头职能部门。

应急专家组

1. 医疗应急专家组。

组 长：董卫华

副组长：赵嘉英

组 员：胡泰潢 李秋燕 李玉凤、各临床医技科室负责人

2. 综合类应急组。

组 长：徐靖平

副组长：李俊艳

组 员：张 路 赵晓庆 潘吉双 张彦国 杨艳华 毕丽璇

3. 应急救援抢救组。

组 长：胡泰潢

副组长：苗云峰

组 员：临床科室主任、医技科室主任

1. 应急处置

（一）信息报告。

医院职工对发生或可能发生突发性公共事件及其潜在隐患均应在发现情况后立即报告相关职能部门。节假日或夜间报告行政总值班（15908713493）。信息报告的内容主要包括：突发事件的时间、地点、性质、损害程度、已采取的措施、可能发展的趋势等。

（二）先期处置。

1. 突发事件发生后，事发部门应立即启动本部门应急预案，迅速展开救援行动；组织人员疏散、安置受到威胁的人员；控制危险源，封锁危险场所，严防危害扩散。及时向医院相关职能部门或行政总值班报告。

2. 相关职能部门或行政总值班接报后，迅速核实突发事件基本信息，立即报告医院突发性事件应急委员会和专项应急指挥部，启动应急预案，组织医院应急力量参与抢险救援，同时迅速向当地公安、消防等有关部门进行报告，并自突发性公共事件发生时计算2小时内向上级行政主管部门报告。

（三）应急响应、指挥协调

应急领导小组主要领导成员迅速赶赴事发现场实施指挥，调动全院各方面应急力量和资源，组织紧急救援行动。

（四）处置措施

突发事件发生后，根据实际情况采取下列一项或多项措施：

1. 组织急救队伍，营救和救治受害人员，疏散、撤离并妥善安置受到威胁的人员。
2. 迅速控制危险源，封锁危险场所，在专业人员来到现场之前加强突发公共事件发生现场的安全保卫、治安管理和交通疏导工作，预防和制止各种破坏活动，维护治安。
3. 尽快恢复被损坏的水电、通信等有关设施，紧急调用相关的物资、设备，确保抢险救灾工作顺利开展。
4. 向受灾人员提供应急避难场所及食品、饮用水、衣被等生活必需品，满足公众正常生活所需。
5. 加强现场公共卫生监测，防止疾病、环境污染等次生、衍生和耦合事件发生。
6. 医院建立突发性事件信息发布和新闻发言人制度，统一信息发布。加强舆论收集、研判与监管，对突发事件应对工作进行及时、客观、真实的发布与报道，正确引导舆论导向。
7. 突发事件处置工作基本完成，经有关部门、专家评估，次生、衍生和事件危害被控制或消除，应急处置工作即告结束。由医院应领导小组会宣布应急结束，并及时通知参与处置的有关部门和单位。

四、后期处置

（一）善后处置

事发地点继续保持或采取必要措施，防止发生次生、衍生事件。根据损失情况，制定补偿、抚慰、抚恤、安置等方案，做好各项善后工作。

（二）调查与评估

对突发事件发生的原因、影响范围、受灾程度及突发事件应对过程进行全面客观的调查、分析、评估，提出改进措施，形成调查评估报告。

信息发布

突发事件的信息发布应当及时、准确、客观、全面。事件发生的第一时间要向社会发布简要信息，由领导小组指定专人负责信息发布，发布前应向卫健主管部门报告，任何科室和个人不能向外发布信息。

六、应急保障

（一）应急队伍保障

有关职能部门牵头组建专业应急救援队伍，根据突发事件实际情况，确定专业应急救援队的规模和数量。突发事件发生后，应急领导小组统一发布调度指令。

（二）物资保障

后勤部按照应急预案要求和有关规定，做好物资储备工作。医务处按照专业需要，责成有关科室配齐应急救援所需药品、装备和器材。

七、宣传培训和演练

（一）全方位、全员培训。进行涵盖各类突发性公共事件的监测、预警、识别、报告、应急处理技术、群体防护、个体防护、现场救护等内容的培训。特殊人员应进行特殊技能的培训。

（二）各职能部门分别制订应急预案，模拟演练每年1-2次，由各职能部门、各专项应急指挥部制订模拟演练计划并组织实施。提高组织成员的应急反应能力。

附件1：突发事件专项应急指挥部设置情况

附件2：突发事件应急处置流程图

附件3：突发事件的分类和相应级别

附件4：突发应急组织成员及联系方式

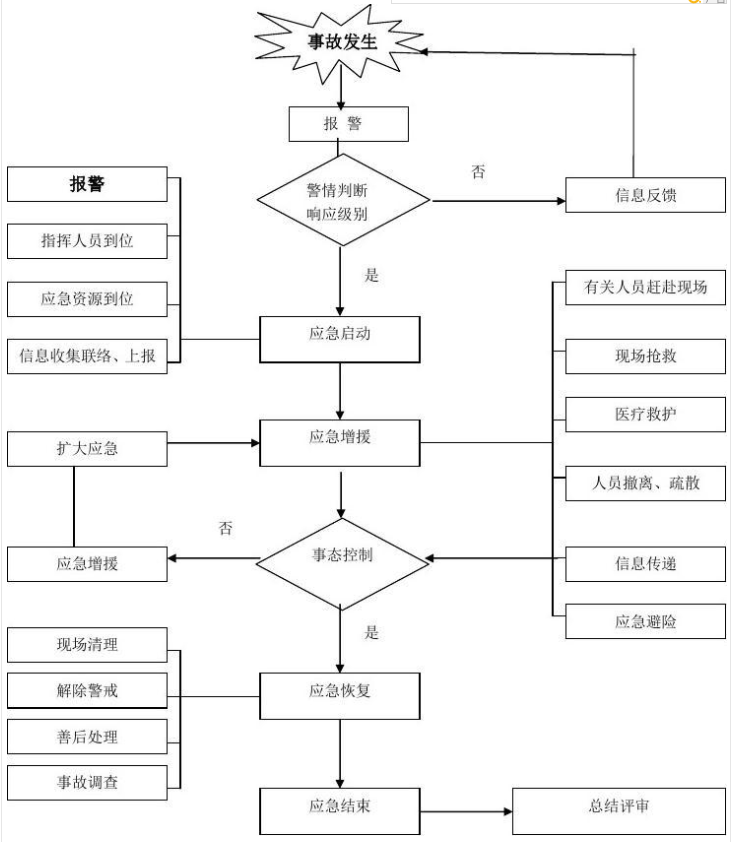
附件1

突发事件专项应急指挥部设置情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **专项应急**  **指挥部** | **主要职责** | **指挥部办公室位置** |
| 安全事故 | 医疗纠纷群体性突发事件应急指挥部 | 组织指挥医疗纠纷群体性突发事件应急处置工作，及时掌握事态发展趋势，研究制定相应对策，实行统一调度。 | 医务科 |
| 辐射事故应急指挥部 | 研究制定放射性设备管理相关规定，防范辐射事故发生。发生事故时，负责应急救援的协调指挥。 | 放射科 |
| 消防安全事故应急指挥部 | 研究制定消防安全的相关规定，组织指挥火灾事故应急救援行动。 | 保卫科 |
| 危险化学品事故应急指挥部 | 研究制定预防与应对危险化学品事故的相关规定，组织指挥危险化学品事故的应急处置工作。 | 药剂科 |
| 停电应急指挥部 | 研究制定相关规定，防范停电事故发生。发生事故时，负责协调指挥和应急处置。 | 后勤部 |
| 电梯事故应急指挥部 | 研究制定相关规定，防范电梯事故发生。发生事故时，负责协调指挥和应急处置。 | 后勤部 |
| 特种设备重大安全事故应急指挥部 | 研究制定预防与应对特种设备安全事故的相关规定，组织指挥重特大安全生产事故的应急处置工作。 | 医学装备科 |
| 网络信息安全故障应急指挥部 | 研究制定相关规定，防范网络信息系统故障发生。发生事故时，负责协调指挥和应急处置。 | 信息科 |
| 安全事故 | 重大工程建设及建筑物安全事故应急指挥部 | 制定重大基建工程建设及建筑物安全的相关管理办法。发生安全事故时，负责协调指挥和应急处置。 | 后勤部 |
| 有限空间作业安全事故应急指挥部 | 制定有限空间作业安全操作的相关管理办法。发生安全事故时，负责协调指挥和应急处置。 | 后勤部 |
| 公共卫生事件 | 突发公共卫生事件应急指挥部 | 组织开展突发公共卫生事件的预防与应对工作，组织开展医疗卫生应急救援队伍的建设管理及应急物资储备保障工作。 | 防保科 |
| 集体食物中毒应急指挥部 | 研究制定相关规定，防范集体食物中毒事件发生。负责突发事件的协调指挥和应急处置。 | 后勤部 |
| 自然灾害 | 突发洪涝灾害应急指挥部 | 组织指挥全院洪涝汛情预防与应对工作。组织开展应急救援队伍的建设管理及应急物资储备保障工作。 | 后勤部 |
| 地震灾害应急指挥部 | 组织指挥地震灾害抢救抢险行动。组织应急救援队伍，负责应急物资储备保障工作。 | 后勤部 |
| 社会安全事件 | 反恐和刑事件应急指挥部 | 研究制定应对恐怖袭击和重大刑事案件的方针政策，组织指挥恐怖袭击事件和重大刑事案件的应对工作，提出进入紧急状态的建议。 | 保卫科 |

附件2

突发事件应急处置流程图



附件3

突发事件的分级和相应级别

根据突发公共卫生事件的性质、危害程度、涉及范围，分为特别重大（I级）、重大（Ⅱ级）、较大（II级）和一般（IV级）四级。

一、特别重大突发公共卫生事件（I级）

1. 发生肺鼠疫、肺炭疽病例；腺鼠疫在一个州（市）行政区域内流行，一个平均潜伏期（6天）内，多点连续发病20例以上，或流行范围波及2个以上州（市）。
2. 发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感确诊病例，并有扩散趋势。
3. 波及我省或多个省群体性不明原因疾病并有扩散趋势。
4. 新的传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现已经消灭的传染病重新流行。
5. 发生烈性传染病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。
6. 周边或与我省通航的国家、地区发生特别重大传染病疫情，并出现输入性病例，严重危及我省公共卫生安全的事件。
7. 卫生部认定的其他特别重大突发公共卫生事件。

二、重大突发公共卫生事件（Ⅱ级）

1. 腺鼠疫在一个县（市）区行政区域内流行，一个平均潜伏期（6天）内发病10例以上，或波及2个以上县（市）区。
2. 发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感等烈性呼吸道传染病疑似病例。
3. 霍乱发生流行，在一个州（市）行政区域内，1周内发病30例以上，或波及2个以上州（市）。
4. 我省尚未发现的传染病发生或传入，但未造成扩散。
5. 乙、丙类传染病波及2个以上县（市）区，一周内发病水平超过前5年同期平均发病水平2倍以上。
6. 群体性不明原因疾病扩散到本县（市）区以外的地区。
7. 一次食物中毒人数超过100人并出现死亡病例，或死亡10人以上。
8. 一次急性职业中毒50人以上，或死亡5人以上。
9. 预防接种或群体性预防服药出现人员死亡。
10. 发生重大医源性感染事件。
11. 境内外隐匿运输、邮寄烈性生物病原体、生物毒素，造成我省境内人员感染或死亡的。
12. 省级以上卫生部门认定的其他重大突发公共卫生事件。

三、较大突发公共卫生事件（Ⅲ级）

1. 腺鼠疫发生流行，在一个县（市）区行政区域内，一个平均潜伏期内发病10例以下。
2. 霍乱在一个县（市）区行政区域内发生，1周内发病10-29例，或波及2个以上县（市）区，或州（市）人民政府所在地城市市区发生。
3. 一个平均潜伏期内皮肤炭疽病例数超过10例。
4. 一周内在一个县（市）区行政区域内，乙、丙类传染病发病水平超过前5年同期平均发病水平1倍以上。
5. 一个平均潜伏期内，一个学校等集体单位中，100人以上或50%以上的在校学生出现流感样、流行性腮腺炎、猩红热、水痘、感染性腹泻病例，或发病100例以下，有死亡病例。
6. 发生高危急性弛缓性麻痹（AFP）病例聚集性分布。
7. 一次食物中毒人数超过100人，或中毒人数在100人以下，死亡3-9例。
8. 一次急性职业中毒10~49人，或死亡4例以下。
9. 预防接种（或服药）出现群体性不良反应或接种事故。
10. 在一个县（市）区行政区域内发生相同症状的10例以上群体性不明原因疾病。
11. 市级以上卫生部门认定的其他较大突发公共卫生事件。

四、一般突发公共卫生事件（IV级）

1. 发生动物间鼠疫流行。
2. 霍乱在一个县（市）区行政区域内发生，1周内发病9例及以下。
3. 一个县（市）区行政区域内发生皮肤炭疽，一个平均潜伏期内病例数未超过10例。
4. 一个县（市）区行政区域内，乙、丙类传染病发生局部点状暴发，无死亡病例报告。
5. 一个平均潜伏期内，一个学校、幼儿园等集体单位中，30-99人或30%-50%的在校（园）学生出现流感样、流行性腮腺炎、猩红热、水痘、感染性腹泻病例，无死亡病例。
6. 一次食物中毒30~99人，无死亡病例，或食物中毒30人以下，但事故发生在学校、地区性或全国性重要活动期间。
7. 一次急性职业中毒9人以下，未出现死亡病例。
8. 一个县（市）区行政区域内，发生3-10例群体性不明原因疾病。
9. 县级以上卫生部门认定的其他一般突发公共卫生事件。

附件四

突发公共事件医疗卫生救援应急组织成员及联系方式

一、应急指挥组

组 长：院长

副组长：党支部书记、副院长、工会主席

组 员：院办主任 医务科主任 护理部主任 感控办主任 后勤部主任 保卫科主任

组 长：张 捷13808701333

副组长：董艳玲13888386210

董卫华 13888932513

徐靖平 13888313046

蔡 菜 15911615619

成 员：李俊艳 13888386210

胡泰潢 13769167724

李秋燕 13888606164

李玉凤 18213061736

赵晓庆 13888699117

张 路 13987653818

应急办电话：67747777

总值班电话：15908713493

二、医疗应急组

组 长：分管医疗副院长

副组长：质控办主任

组 员：医务科主任、感控办主任、护理部主任、部分临床医技科室负责人

组 长：董卫华 13888932513

副组长：赵嘉英 13708865497

成 员：胡泰潢 13769167724

李玉凤 18213061736

李秋燕 13888606164

徐靖平 13888313046

蔡 菜 15911615619

李崇光 15198854920

钱东刚 13888002723

李 军 13888438492

陶云光 13987664396

张彦国 13508711261

三、综合类应急组：

组 长：分管后勤副院长

副组长：院办主任

组 员：保卫科主任、后勤部主任、信息科主任、医学装备科主任、外联宣传部主任

组 长：徐靖平 13888313046

副组长：李俊艳 13888386210

组 员：张 路 13987653818

赵晓庆 13888699117

潘吉双 15912105690

杨艳华 13888327957

李红平 13708467856

四、应急救援现场抢救组

组 长：医务科主任

副组长：急诊科主任

组 员：急诊科全体成员、部分高年资医生

组 长：胡泰潢 13769167724

副组长：苗云峰 13888119846

成 员：太 祥 15987163260

余 雁 13518793918

罗双坤 18313896290

倪书耀15925228862

何菊丽 15925110268

张涛艳 13678764722

陈四亮 13668751518

担架班 67747734

驾驶班 67747777

# 医疗类

## 县域内突发公共卫生事件医疗救援工作预案

为确保我院医疗卫生救援应急工作迅速、高效、有序的进行，提高应急反应能力和医疗卫生救援水平，保障石林县域内人民群众身体健康和生命安全，依据本院实际情况，特制定本预案。

一、响应分级

Ⅰ级响应 Ⅰ级响应的启动

发生重特大突发公共事件，全院总动员仍不能完成救援工作，需请求上级卫生行政部门派出支援。

Ⅰ级响应行动

当接到关于卫生工作救援特别重大事件的有关指示、通报或报告后，医疗救援领导小组应立即启动紧急医疗救助预案，进行全院总动员，派出专家组对伤病员进行综合评估，组织现场救治；并立即将情况逐级汇报到卫生行政主管部门，求得紧急支援。

Ⅱ级响应 Ⅱ级响应的启动

发生特大突发公共事件，需举全院之力才能完成救治任务，必要时可请求上级医院予以支援者。

Ⅱ级响应行动

当接到关于卫生工作救援重大公共事件有关指示、通报或报告后，医疗救助领导小组应启动紧急医疗救援预案，组织专家组对伤情进行评估，开展医疗救治，并分析突发公共事件的发展趋势，专家组在进行紧急救援的同时应提出应急救治的建议，并及时将情况向院救援领导小组汇报，救援领导小组根据情况请求上级医院支援，并将事件汇报给卫生行政主管部门。

Ⅲ级响应 Ⅲ级响应的启动

发生一次性事件出现较大人员伤亡超过3例的突发公共事件。

Ⅲ级响应行动

当接到关于医疗卫生工作救援较大事件的有关指示、通报或报告后，医疗救治领导小组应派出专家组到达现场，迅速组织开展现场医疗救援工作，并及时将情况向有关部门汇报。

Ⅳ级响应 Ⅳ级响应的启动

发生一般突发公共卫生事件，其中死亡和危重病例超过1例的事件者。

1. 组织结构

医疗救援领导小组

组长 董卫华

出院 苗云锋 胡泰潢 李俊艳 赵晓庆 杨晓西 张彦国

急救工作小组

组长 苗云峰

组员 急诊科医护人员

工作职责

1. 平时做好应急抢救物资的准备，包括救护车、急诊抢救设备和药品的完好并齐全。加强急诊绿色通道的日常管理。
2. 强化卫生应急管理规范，加强救治工作组成员及医务人员应急处置能力的培训，适时演练。
3. 一旦发生突发公共卫生事件，第一时间内组织人员对患者进行救治，落实相关卫生防护、监测检验和疫情控制措施。
4. 服从上级调遣，积极参与社会救护工作。
5. 紧急救援措施
6. 建立以苗云峰主任为组长的医疗救援小组，负责病人接诊、收治和转运工作。加强日常医疗救援的培训及相应医疗设备建设。定期开展培训和演练，提高应急救治能力。医疗卫生救援应急药品、医疗器械、设备、快速检测器材和试剂、防护用品等物资的储备和动用，应急储备物资使用后要及时补充。我院配备救护车辆两辆，常年在医院备勤。开设应急救援“绿色通道”，保证医疗救援工作的顺利开展。
7. 发生突发公共卫生救援事件，第一时间内组织人员对患者进行救治，落实相关卫生防护、监测检验和疫情控制措施。
8. 指定行政办新闻发言人，按照有关规定作好信息发布、传递工作。
9. 服从上级调遣，积极参与社会救护工作。
10. 救治结束后出诊科室将相关救治资料报告医务科，由医务科按照《云南省卫生计生委关于加强突发事件伤病员病情判定和信息报送的通知》的相关要求进行信息报送。
11. 在突发事件的应急处理过程中，对做出贡献的人员，给予表彰和奖励。对不负责任、不履行岗位职责、不服从指挥调度、散布谣言、扰乱医疗秩序、危害公众健康等行为者，按照国家法律法规和集团有关规定处理。
12. 处置流程
13. 院前急救：
14. 当有关部门接到院外意外或危重抢救信息时，立即向急救工作组组长或总值班汇报情况，急救工作组组长或总值班根据急救情况，通知急诊科及相关科室和职能部门做好急救准备；
15. 各相关科室接到急救指令后，立即确定急救人员名单（以医院急救小分队为基础），到急诊科听从急诊科主任安排。准备抢救仪器、设备、药品（急诊科负责准备备用并有清单）、车辆及后勤物质。要求在15分钟内派出救护车赴现场救护；
16. 急救工作组组长或总值班立即核实情况，尽可能搞清事件的发生地点、范围、原因、人员伤亡情况，一旦情况核实或接到上级部门的医疗救护指令，急救工作组组长及时派出急救小分队奔赴事发现场；
17. 医疗急救工作组应根据突发事件的原因、人员伤亡情况配备必需的抢救监护器材、药品、物资。急诊科及相关科室做好收治病员的一切准备；
18. 夜间院外急救任务，由在院的值班医师承担，总值班同时协调相关科室备班医师顶班，以保证院内医疗安全；
19. 病人入院后，按院内急救流程执行；
20. 院内急救：
21. 当急诊科接收同一事件有三人以上的急救病人时，除执行一般的抢救程序外，视病情轻重，事件性质处理：病情轻，病员少，直接通知相关科室值班医师；病情重，病员多，立即通知总值班开通绿色通道，通知急救工作组组长（工作日）或总值班（夜间、节假日）组织备班医疗急救小分队人员参与抢救工作，如有必要通知其他急救小分队人员参与。急救工作组组长或总值班在组织抢救的同时上报分管副院长、院长；
22. 急救工作组组长或总值班核实情况后迅速召集医疗抢救工作组成员到现场。突发公共卫生事件需同时向上级卫生行政主管部门汇报；
23. 急救工作组组长全程指挥协调相关人员投入分检、抢救、手术、记录、安排住院等工作，并及时向医疗救护领导小组汇报；
24. 超出本院救治能力的伤员，在急救工作组组长的统一协调下，及时向就近的医院分流或请求上级行政主管部门组织上级医院专家参与救治工作。

## 医院医疗纠纷（争议）处置预案

第一章 总 则

第一条 为有效准确、依法妥善处置医疗纠纷，保护患者、医院及医务人员的合法权益，保障医疗安全，维护医疗秩序，创建平安医院，构建和谐医患关系，依据国务院《医疗纠纷预防和处理条例》和卫生部《医院投诉管理办法》等法律、法规，结合本院实际，制定本预案。

第二条 本预案所称医疗纠纷，是指医患双方对医院的医疗、护理行为和结果及其原因、责任在认识上产生分歧而引发的争议。

第三条 医院建立健全医务人员违法违规行为公示和责任追究、医疗质量监控和评价、医患沟通和安全责任等制度。同时，设立医疗纠纷患方接待场所，指定专人接受患方咨询和投诉。

第四条 发生医疗事故或可能为医疗事故的医患纠纷时，应当按照本制度的规定及时妥善处理。

第五条 本制度由医院医务科、投诉接待办公室负责监督实施。

第二章 医院医疗纠纷处理部门的设置及职责

第六条 医院医疗纠纷处理部门的设置及职责

一、成立预防和处理医患纠纷工作领导小组

主 任：董卫华（副院长 副主任医师）

副主任：胡泰潢（医务科科长）

委 员：徐靖平（副院长 主任医师）

张 路（法律顾问）

李俊艳（行政办公室主任）

赵嘉英（质控办公室主任 主任医师）

李秋燕（护理部主任 主管护师）

李玉凤（医院感染管理办公室负责人）

毕丽璇（财务科科长）

李崇光（外一科主任 主任医师）

钱东刚（外二科主任 副主任医师）

蔡 菜（内一科主任 副主任医师）

娄学明（内三科主任 副主任医师）

李志祥（内四科主任 主任医师）

李丽红（妇产科主任 主治医师）

李 军（儿科主任 副主任医师）

张彦国（麻醉科主任 副主任医师）

苗云峰（急诊科主任 主治医师）

槐秀玲（门诊部主任 主管护师）

徐苑湄（外一科护士长 主管护师）

吴静红（外二科护士长 主管护师）

符慧娟（内一科护士长 主管护师）

张娉婷（内二科护士长 主管护师）

毕桂英（内三科护士长 护师）

杨园梅（内四科护士长 主管护师）

高 芳（妇产科护士长 护师）

罗琴丽（儿科护士长 主管护师）

李玉如（手术室/供应室护士长 主管护师）

徐斌岚（急诊科护士长 主管护师）

李迎军（检验科主任 副主任技师）

杨晓西（放射科主任 主管技师）

耿亚蕊（超声科主任 主治医师）

王 菊（药剂科主任 主管药师）

潘吉双（信息中心负责人）

杨艳华（体检科主管）

二、领导小组主要工作职责：

1. 组织、协调和解决影响正常医疗秩序的重大矛盾纠纷；

2. 指导、协调各科室做好预防和处理医疗纠纷工作；

3. 建立完善预防和处理重大医疗纠纷制度。

领导小组下设投诉接待办公室，挂靠医务科，由医务科负责人兼任主任。

三、投诉接待办公室主要工作职责：

1. 协调、联系领导小组成员，根据工作需要，从小组成员中抽调人员参与阶段性工作，接待患者的投诉，填写《医院投诉登记表》，向患者提供医疗纠纷和医疗事故处理程序等咨询服务，及时调解医疗纠纷；

2. 负责医疗事故和重大医疗过失行为的调查和报告；

3. 配合医学会医疗事故技术鉴定中心做好医疗事故技术鉴定工作，提交有关医疗事故技术鉴定所要求的各种相关资料，协助完成调查取证、陈述及答辩等程序；

4. 负责处理由本医疗机构承担的赔偿事宜，按照规定向上级有关部门作出书面报告；

5. 对发生的医疗事故或违反《条例》规定的责任人提出相应的处罚意见；

6. 及时总结医疗纠纷情况，向医疗机构负责人、有关职能部门和科室提出有关的合理化意见。

第七条 医院各相关职能部门职责：医务科负责医院制定医疗纠纷预防及处置培训制度和计划，鼓励各科室采用各种方式进行培训。医院医护人员、行政后勤工作人员都应当接受医疗纠纷预防及处置的相关法律法规及基础知识培训和考核，考核成绩与年度考核挂钩。加强医院医疗纠纷处置专职人员培训，定期组织培训学习和考察调研，提高医疗纠纷处置的能力和水平。

保卫科负责医疗纠纷场所和医务人员的安全保卫工作。

第八条 医疗机构保卫部门应当落实安全责任制，完善安全防范措施，在门（急、诊大厅、抢救室、手术室、收费（挂号、处、药房/库）、和贵重设备、危险物品存放处，以及易发生聚众闹事的场所，应当安装报警、电视监控等安防设备或配备相应设施。

行政办公室负责医疗纠纷处置工作的后勤保障工作。

财务科负责医疗纠纷处置后的赔付款支付、医疗费减免以及执行医院对相关责任人员进行经济处罚的决定等工作。

其它相关部门和科室应当配合做好相关工作。

第三章 医疗纠纷风险分级

第九条 医疗纠纷风险分级

根据患方的人数、情绪、态度、行为以及医疗不良结果的程度，将医疗纠纷风险分为三级：

一级风险：患方来院投诉人数少于5人患方质疑医务人员诊疗行为的正确性和有效性；患者及家属要求复印病历；拒绝在重危病人通知单、手术知情同意书等材料上签字（判定可能发生医疗纠纷）；患者及其家属向科室讨要说法等情形。

二级风险：患方来院投诉人数大于5人、10人以下的，占据医疗机构诊疗、办公场所，干扰正常医疗秩序，对医务人员人身安全构成威胁；患方对医疗机构的诊疗过程提出质疑，经解释无效，影响其他病人诊疗的行为等情形。

三级风险：患方来院投诉人数超过10人，聚众占据医疗机构诊疗、办公场所，严重干扰医院工作的；侮辱、诽谤、威胁、殴打医务人员或者侵犯医务人员人身自由、干扰医务人员正常生活的；停尸闹丧，拒绝将尸体移送太平间或殡仪馆，在医疗场所设灵堂、摆花圈，拉横幅等行为的；患方在医院内实施打、砸、抢等行为，造成物品损坏等情形。

第四章 报告

第十条 一旦发生群体性时间，医院应在30分钟内向石林县卫健局及相关成员单位报告，报告内容包括时间、地点、事件发生原因、规模及程度，及时分级响应。

发生一级以上风险医疗纠纷，当事医务人员应当立即向科室主任或护士长报告。科室主任或护士长应当立即到位，及时了解情况，同时向医务科（非上班时间和节假日向行政总值班）报告，同时领导小组及成员赶赴纠纷现场处置纠纷。

发生二级以上风险医疗纠纷，医务科接到科室主任或护士长报告后，应当立即向主管院长汇报，同时赶赴现场组织调查。非上班时间和节假日发生医疗纠纷，行政总值班在接到科室报告后应尽快到位，需医务科协调处理的，应通知医务科人员及时到位。

第十一条 发生或估计会发生三级风险医疗纠纷，医务科应向医院主管领导报告，同时，通知保卫科向当地公安机关报警（情况紧急时，医务人员或医务科工作人员直接报警，医务科工作人员了解情况后向主管卫生行政部门书面报告。

第十二条 发生重大医疗过失行为的（导致患者死亡或者可能为二级以上医疗事故；导致3人以上人身损害后果；卫生行政部门规定的其他情形、，医务科应当向医院主要领导报告，并在12小时内向主管卫生行政部门书面报告。

第十三条 医疗纠纷经双方自行协商解决的、人民调解以及法院调解或者判决的，自解决之日起7个工作日内，医务科负责书面向院领导报告医疗纠纷简要情况、处理经过、赔款数额、可能存在的责任情况等，待医院医疗质量与安全管理委员会讨论后，将事件的定性和整改处理意见报卫生行政主管部门。

第五章  医疗纠纷的处置

第十四条 医疗纠纷处置，应当遵循实事求是、公正公平、及时便民、依法妥善的原则，做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

医疗纠纷处置应当严格执行《医疗纠纷预防和处理条例》。

医院工作人员应热情接待患方的咨询和投诉，耐心听取患方陈述，虚心征求患方意见，认真做好笔录和解释说明工作。按医疗纠纷事件风险分级情况，采取不同的处置措施。

一级风险的纠纷原则上由当事医务人员或科室负责协调沟通。

二级风险的纠纷以医务科工作人员为主负责与患方沟通协调，其他科室及其他职能部门配合，必要时主管院长出面接待。

三级风险的纠纷发生后，医务科应及时汇报主管院长并立即组织相关专家进行讨论，由医院处置医疗纠纷领导小组指派人员出面与患方沟通。

第十五条 坚持不是医疗事故不赔偿的原则。

第十六条 医务人员尤其是医院医疗行政人员应当认真学习有关医疗事故的法律知识，力争对医疗事故的判断基本准确，以便正确处理。

第十七条 出现医疗事故或可能成为医疗事故时，医务人员应当立即向所在科室负责人报告，科室负责人应当及时向医务科报告。

第十八条 医务科接到报告后，应当立即进行调查、核实，将有关情况如实向主管院长报告，并向患者或家属通报、解释。

第十九条 发现医疗过失行为的，科室及医务人员应当立即采取有效措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大。

第二十条 医务科应及时将医院专家讨论意见和处理意见向患方通报和解释，答复患方的咨询和疑问。患方仍有异议的，应当告知患方有关医疗纠纷处置的办法和程序，引导患方依法解决纠纷。

第二十一条 患方反映的问题和提出的异议，医务科应及时组织调查、核实。当事医务人员及科室负责人应当积极配合，实事求是反映医疗经过，必要时提供书面情况说明，重大疑难的医疗纠纷应当组织院内专家会诊。

第二十二条 患方依法提出要求复印复制病历资料、对相关药物注射物品等实物进行检验、申请尸体解剖和医疗事故技术鉴定的，医务科工作人员应当依照规定给予配合和支持，患者可根据《条例》的相关规定复印病历。复印病历资料统一在医务科进行，医务人员应当陪同患者复印资料，复印时患者必须在场，封存的病历资料由医院保存。病历原件资料不得交由患者。

第二十三条 发生医疗纠纷后，医院应当立即启动本预案，采取下列应急控制措施，防止事态进一步扩大：

一、全院人员必须听从医患纠纷领导小组的指挥，按职责和纠纷风险级别处置要求及时赶赴现场。

二、医务科工作人员应当立即进行初步调查、核实，有关情况如实向医院领导和上级卫生行政部门报告，组织相关医务人员采取有效措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大。并向家属通报和解释相关情况。

三、保卫科工作人员或保安立即赶赴现场，采取有力措施，维护现场秩序，保护医务人员及病区其他患者的人身安全和医院公共财物的安全。三级风险医疗纠纷负责报警，并向警方提供有关患方人员违法闹事的证据。

四、公安机关民警到达后，由医务科负责向民警介绍纠纷基本情况，与民警共同做好患方的教育疏导工作，引导患方依法处理医疗纠纷。公安机关依法强制移尸的，医院保卫、后勤部门配合公安机关工作。

五、发生三级以上风险医疗纠纷，医务科应申请医院向患方所在单位、基层群众自治组织和当地乡镇人民政府（街道、请求参与医疗纠纷处理。

六、发现新闻媒体介入纠纷的，行政办公室统一负责接待，在分管院长协调下，完成相关工作。

七、发生医疗纠纷的科室，要妥善保管与病情有关的各种原始资料，必要时应在医患双方共同在场的情况下，按《医疗纠纷预防和处理条例》规定封存和启封现场实物及相关病历资料。

八、患者在医院内死亡的，按规定将尸体移送殡仪馆，不得以任何理由拒绝移动尸体，尸体病房内停留不得超过12小时，逾期不处理的尸体，经医疗机构所在地卫生行政部门批准，并报经同级公安部门备案后，由医疗机构按照规定处理。医患双方不能确定死因或对死因有异议的，应当在患者死亡后48小时内由专业人员尸检。

第二十四条 经医院专家讨论，认为医务人员诊疗行为存在过失，或医院管理不到位，造成患者损害的，经鉴定可能为医疗事故的，由医务科代表医院与患方协商处理，协商一致时，医院与患者亲属签署《医疗纠纷调解协议》。

双方协商解决医疗纠纷的，应当在医院专用接待场所进行。患方来院人数在5人以上的，应当推举代表进行协商，参加协商的双方代表人数不得超过3名，患方参加人员为直系亲属或特别授权委托人。

第二十五条 医疗纠纷处理完毕后，财务科依据医务科与患方签订的理赔调解协议书、卫生行政部门调解书、法院调解书或判决书向患方支付赔款。

第二十六条 医院禁止各医疗行政部门、各科室及医务人员在未签署《医疗纠纷调解协议》的情况下与患者及其家属私自了结医疗事故争端。

第二十七条 发生医疗事故争议，在双方协商阶段，在患者同意的条件下，医院可以和患者共同申请医疗事故签定。

医院对首次鉴定结论不服的，应当自收到首次鉴定结论之日起15日之内向卫生行政部门提出再次鉴定的申请。

第六章 奖 惩

第二十八条 医疗纠纷处置完毕后，医院应当按照医院专家会诊意见，及时组织讨论，分析存在问题，制定完善相应制度措施，责令当事医务人员和科室组织整改，并依法追究当事人员责任。

第二十九条 全院各科室和医务人员违反《医疗纠纷预防和处理条例》和本办法规定，有下列情形之一的，由医院责令改正；情节严重的对负有责任的主管人员和直接责任人员给予通报批评、行政处分和经济处分：

1. 未如实告知患者病情、医疗措施和医疗风险，严重侵犯患者知情选择权；
2. 未按照卫生部的要求书写和妥善保管病历资料，或涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料；
3. 没有正当理由，拒绝为患者提供复印或者复印病历资料服务，或违反条例和卫生部规定，擅自扩大复印对象和复印内容；
4. 未在规定时间内据实补记抢救工作病历内容的；
5. 未按照规定履行封存、保管和启封病历资料和实物手续，或未按照规定向患方权利人申明尸检权利和依法保存、处理尸体；
6. 未在规定时间内向科室主任和医院管理部门报告重大医疗过失行为和医疗事故争议的；
7. 未按照规定期限完成举证责任或由于认为因素导致举证不力；
8. 未按照本办法要求组织医疗事故争议处理，导致医疗事故争议恶化，影响医院正常工作秩序或给医院带来严重不良影响；
9. 未按规定参加各种业务培训，取得培训合格证；
10. 在医疗事故争议处理中，故意歪曲或捏造事实，有意扩大争议事态或跳动患方闹事，增加医疗事故争议处理难度，严重影响医院声誉。

第三十条 因医疗事故或医疗事故争议产生的经济赔偿，按医院目标管理方案执执行。

第三十一条 因设备、材料原因引起的医疗事故争议，按情况予以适当处理。

第三十二条 对防范及处理医疗事故成绩突出的科室及个人给予精神及物质奖励。

第三十三条 对经医疗事故技术鉴定委员会鉴定或人民法院审理，最终判定医院不承担任何责任的，医院对积极履行证据收集、会议答辩、出庭作证等义务的科室和个人进行适当表彰和奖励。

第三十四条 本预案由医院质量与安全管理委员会制订、解释，医务科负责具体执行，并于公布之日起施行，原医院相关制度与本预案有抵触的，依本预案为准。

## 医院院内紧急意外事件应急预案

为了提高应对院内紧急意外事件（主要指猝死、意外伤害、自杀、自伤、他伤）的应急反应能力，最大限度地减少人员伤亡，降低突发事件造成的损失，特制定本预案。

1. 指导思想

院内紧急意外事件的处理本着积极抢救、减少损失、充分沟通、获得理解的原则进行，在积极抢救病人生命的同时，做好与家属沟通工作，避免由于病人家属不理解而产生负面影响，给医患双方造成不应有的损失。

1. 应急组织机构

成立院内紧急意外事件处理工作组：

组 长：徐靖平副院长

副组长：胡泰潢、李秋燕、张路

组 员：各临床科室主任、护士长

1. 具体要求
2. 保护现场，及时报告
3. 住院患者住院期间突然出现心脏骤停、猝死、意外伤害、自杀、自伤等情况时，由患者所在科室立即组织医务人员进行积极救治，同时将情况报告医务科、护理部，以便协助调配医疗资源做好进一步救治工作；
4. 若突发心脏骤停、猝死、意外伤害、自杀等情况为探视患者人员，依照就近原则在离事发现场最近的科室组织抢救，同时联系患者（死者）亲属或单位，做好解释工作。科室科主任护士长上报保卫科、医务科和护理部，保卫科安排保安维持秩序、拉隔离带，阻止群众围观、拍照。医务科根据情况及时联系相关职能部门或分管院领导，协助处置；
5. 若发生患者或家属在住院期间因打架斗殴致伤的，所在科室立即向保卫科、总值班报告，同时做好伤者的医疗救治工作，保卫科组织人员保护现场进行控制，必要时向公安机关报案，以便妥善处理；
6. 遇有突然死亡事故、自杀或他杀时，要在第一时间保护现场，报告保卫科、医务科、护理部。由保卫科、医务科或护理部工作人员了解情况后报告分管院领导，确定初步形势后报告公安机关；
7. 对自杀死亡人员，首先报告保卫科封锁现场，避免一切无关人员靠近，待公安机关人员到达后，寻找死者遗书等证据材料；
8. 对他杀死亡人员，首先报告保卫科封锁现场，避免无关人员靠近，观察周围有无可疑人员，最早发现现场的当事人待公安人员到达后，汇报情况、提供线索。
9. 做好善后工作
10. 当公安机关查清死者死亡原因后，要及时做好与各新闻平台的解释工作，并向主管行政部门进行汇报；
11. 做好周边群众及其他住院患者的解释工作，打消大家的猜疑与恐惧心理；
12. 一切对外要发言或报告由医院指定的新闻发言人说明。

## 医疗风险防范及损害处置预案

为保护病人的合法权益及医务人员的正当行医权利和最大限度地减少医疗差错事故，提高医疗质量，适应现代社会对于医疗服务的要求，推动医疗技术的发展，并根据国务院颁布的《医疗事故处理条例》等规范性文件，制定医疗风险防范及应急预案。我院各医疗及相关医技科室必须严格执行。

### 医疗风险防范预案

一、总则

1. 医疗、医技及相关科室必须围绕医疗质量保障工作建立、完善并落实各项规章制度。
2. 各种抢救器械设备要处于备用状态，可随时投入使用。根据资源共享、特殊急救设备共用的原则，医务处有权根据临床急救需要进行调配。
3. 全体医务人员要有大局意识，科室之间、医护之间、临床医技之间、门诊与急诊之间、门急诊与病房之间应相互配合。
4. 严禁在患者及其家属面前谈论同行之间对诊疗的不同意见，严禁诽谤他人，抬高自己的不符合医疗道德的行为。
5. 禁止在诊疗过程中、手术中谈论无关或不利于医疗过程的话题。
6. 严格执行首诊负责制，严禁推诿病人。
7. 任何情况下，进修及实习医师均不得独自参加各种会诊。

二、加强对下列重点病人的关注与沟通：

1. 低收入阶层的患者。
2. 孤寡老人或虽有子女，但家庭不睦者。
3. 自费患者。
4. 在与医务人员接触中已有不满情绪者．
5. 预计手术等治疗效果不佳或预后难以预料者。
6. 本人对治疗期望值过高者。
7. 交代病情过程中表示难以理解者，情绪偏激者。
8. 发生院内感染者。
9. 病情复杂，可能发生纠纷者。
10. 住院预交金不足者。
11. 已经产生医疗欠费者。
12. 需使用贵重自费药品或材料者。
13. 由于交通事故有可能推诿责任者。
14. 经他人介绍者。
15. 患者或家属具有一定医学知识者。
16. 艾滋病患者。

三、常规要求

1. 已经出现的医患纠纷苗头，科室主任必须亲自过问和参与决定下一步的诊治措施。主任本人或安排专人接待病人及家属，其它人员不得随意解释病情。
2. 所有“绿色通道”在开通的同时，必须向患者或家属讲明预计医疗费用，要留有充分的余地，并且要履行知情同意，由患者签字；意识障碍或病情危重者由家属签字认可。
3. 项检查必须具有严格的针对性，合理安排各项检查的程序及顺序。重视对于疾病的转归及预后有重要指导意义的各项检查及化验，包括阳性结果及有鉴别诊断意义的阴性结果，应认真分析，所有资料需妥善保管。
4. 合理使用药物，注意药物的配伍禁忌和毒副作用。严禁滥用抗生素，三代头抱类杭生素不得预防性使用，只有主任医师或科主任有权决定泰能与万古霉素的使用；禁止将奎诺酮类药物用于18岁以下人群。
5. 重视院内感染的预防和控制工作，充分发挥各科院内感染监控小组的作用，对于已经发生的院内感染及时报卡，不得隐瞒，服从专业人员的技术指导。
6. 输血时必须进行HIV、HCV、乙肝系列、梅毒血清抗体等检查。输血后的血袋交由输血科统一保管七天后方可销毁。
7. 各医技科室在关键部位，必须配备抢救设备，并保证随时可用；在接到急诊检查申请后必须尽快安排。急诊化验必须在接到标本后30分钟内出具结果（个别检查项目除外）。
8. 药剂科保证药品的正常进货渠道及质量，保证抢救药品及时到位。

四、特殊要求

1. 流产手术前必须进行B超检查，对疑似异位妊娠、不全流产更应提高警惕做相应检查。
2. 儿科对于颅内出血及早产儿必须向家属交待今后生存质量问题。
3. 各手术科室必须严格按照诊疗常规，严格掌握手术适应症、禁忌症，术前向患者（家属）尽充分告知义务。
4. 介入治疗使用一次性贵重耗材，医师护士双方签字，并将一份条形码贴到病历中，一份导管室保留。
5. 凡我院新开展的手术和项目，必须书面向医务科申报，批准后用于病人。
6. 涉外医疗或邀请非本院医师必须履行正当手续。

五、病历书写

严格按照《 医疗事故处理条例》 、《 中华人民共和国执业医师法》 、《 病历书写规范》 的要求进行书写，严禁涂改、伪造、隐匿和销毁病历。

（一）住院病历

1. 病历首页的填写必须按照卫生部有关规定及我院的实施细则进行填写。病历质控医师以及病历质控护士必须及时检查病历质量；
2. 科主任对病历终末质量负责，病房主治医师对运行病历质量负责；
3. 病历书写者必须认真对待病案室签发的病历返修通知单，及时对病历进行完善；
4. 住院病历必须在24小时之内完成，首次病程必须在8小时内完成；
5. 主治医师必须在48小时内对新入院病人进行查房，并在病历中体现查房意见；
6. 急诊病人入院3天之内、门诊入院病人7天之内必须有主任查房，并在病历中体现；
7. 住院病历的其他内容参照我院其他有关规定执行；
8. 主治医师对终末病历的签字必须在病人出院的同时完成；
9. 科主任或主任医师的终末病历签字必须在病历出院二周之内完成；
10. 死亡病历讨论必须在一周之内完成；
11. 手术后首次病程必须在手术后即时完成，手术记录在术后24小时由术者亲自书写，特殊情况由第一助手书写，术者应审阅记录并签字；
12. 抢救记录如未能及时书写，须在抢救结束后6 小时内据实补记，并加以注明；
13. 各种检验报告、图像资料必须妥善保存，不得遗失。借阅时必须登记备案，及时返还；
14. 避免患者及亲属接触、翻阅病历，以免造成丢失和涂改以致责任不清。

（二）门诊病历

包含主诉、病史、体检、诊断、处理等内容。

1. 保证“三次确诊率”，对于两次就诊不能明确诊断的患者，必须请专科专家会诊。
2. 处方书写必须符合规定。
3. 门诊病历及检查、图像资料由病人保管。
4. 节假日（周末）期间不得以任何理由拒绝就诊及收治病人入院治疗。

六、收治病人

1. 病人实行急诊优先、专病专治的原则。禁止科室之间盲目抢收病人造成延误诊断治疗和医疗纠纷。
2. 对于慢性病和危重病人，各科必须以病情和病人利益为出发点，不得以各自借口拒收病人。
3. 凡具备空床的科室不得以任何借口拒绝接受他科借床病人。
4. 病人在办理住院手续时，须签署委托书者，由受托人负责代理病人履行在院期间的知情权及选择权。

七、三级查房及会诊：

1. 查房制度是保证医疗安全，防范医疗风险的重要措施，各级医师必须严格执行“三级医师查房制度”。
2. 对于普通病人，住院医师每日查房两次，主治医师每日查房一次，主任（副主任）医师每周查房一次。
3. 对于重点（危重）病人，必须及时查房和巡视。
4. 杜绝重术前、术中，轻术后的现象，对于术后病人，主刀医生应及时查房巡视。
5. 对于危重病人和病情复杂的病例，以及具有潜在医疗纠纷的患者，必须及时报告医务科，组织全院会诊。
6. 各科必须保证对急诊医师以上的技术支持。
7. 急会诊必须在10分钟内到位。
8. 涉及多科室的急诊抢救病人，在局部情况与全身情况治疗产生矛盾时，及时报告并积极抢救生命，服从医务科或院总值班的协调。

八、术前讨论

1. 二级以上住院择期手术必须经过术前讨论，病历中要有详细记录，术者必须参加。
2. 禁止以术前讨论代替三级查房。
3. 同一次住院、同一疾病的计划外二次手术或两科以上同时上台的联合术前讨论必要时要通知医务科共同参加。

九、病人的知情同意内容如下：

1. 目前的诊断、拟实施的检查、治疗措施、预后、并发症、难以避免的治疗矛盾、出血及麻醉意外等。门诊治疗中药物的毒副作用等。
2. 检查治疗有可能产生的不良后果以及为矫正不良后果可能采取的进一步措施，住院治疗中必用药物的毒副作用。
3. 手术中需留置体内材料。
4. 医疗费用的情况。
5. 手术、麻醉及其他非护理性有创作性操作的实施。
6. 手术过程中发现与术前诊断不一致的病灶。
7. 术中需切除术前未向患者及家属交代的器官组织时。
8. 分娩方式的选择。
9. 对于女性患者需切除乳房、子宫及其附件、男性患者因接受治序对生殖功能影响者。
10. 危重病人因特殊检查需进行搬动有可能造成危险时。
11. 输血、造影、介入、气管切开、化疗等。
12. 新生儿颅内出血、早产儿今后生存质量。
13. 其它需患者或家属了解的内容均应有文字记以及患者或受权人签字。

### 损害处置预案

一、发生医疗纠纷争议，且产生患者身体损害时，启动本预案。

二、一旦发生医疗纠纷争议，需立即通知上级医生和科室主任，同时报告主管部门，白天为医务科，夜间为总值班，不得隐瞒，并积极采取补救措施，避免或减轻对患者身体健康的进一步损害，尽可能挽救患者生命，由护理因素导致的医疗事故争议，除按上述送程序上报外，同时按照护理体系逐级上报。

三、由医务科会同科主任共同查找原因。

四、由医务科组织多科会诊，参加会诊人员为科主任或当班最高级别医生。

五、科主任与医务科共同指定接待病人家属的人员，由专人解释病情。

六、由医务科根据患者或家属的要求决定封存《 医疗纠纷预防和处理条例》 所规定的病历内容。

七、疑似输液、输血、注射、药物引起的不良后果，医务科以及患者或家属共同在场的情况下，立即对实物进行封存，实物由医院指定相关部门保管。

八、如患者死亡，应尽全力动员尸解，病历上应有记录。

九、如患者需转科治疗，各科室必须竭力协作。

十、当事科室须在24 小时内就事实经过写出书面报告上报至医务科，并根据要求拿出初步处理意见。

十一、任何科室和个人不得私自减免患者住院费用。

十二、遇家属或病人情绪激动，不听劝阻或聚众闹事影响正常秩序者，立即通知保卫科或派出所人员到场，按治安管理条例办理。

## 医疗技术风险预警及医疗技术损害处置程序

为更好的完成我院医疗技术风险预警及医疗技术损害处置的工作，完善工作制度及流程，特制订下发此文件，请各科室认真遵照执行。

一、组织管理体系

医院成立医疗技术管理委员会，在院长领导下从保障医院安全和医疗质量的高度出发，确定医疗技术风险管理的总体目标和指导思想，并对医院相关医疗技术进行规范化风险评估、处置预案和持续改进方案进行决策。

下设医疗技术管理办公室，设在医务科，具体负责对全院医疗技术行为的风险控制，包括医疗技术风险预警内容、防范措施及处置预案的制定及落实。

二、医疗技术风险预警内容

（一）在实施检查、诊断、治疗过程中，违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，发生（或很可能发生）的任何不良医疗事件，已经或尚未给患者或医院造成损害，无论患者与家属有无投诉，都是医疗风险的警示范围。具体有以下几种：

1. 违犯工作纪律；

2. 违反诊疗规范；

3. 医疗保障缺陷；

4. 诊疗记录缺陷。

（二）新技术、新项目在临床应用过程中出现下到情形之一的，应当立即报告医务科。

1. 医疗技术被卫健委废除或禁止使用的；

2. 项目主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常完成相关工作的；

3. 发生与项目直接相关的严重不良后果的；

4. 项目存在医疗质量和医疗安全隐患的；

5. 临床应用存在伦理缺陷的；

6. 临床应用效果不确切的。

三、医疗技术风险预警相关措施

（一）住院患者沟通机制

住院医师接诊患者后，认真向患者介绍自己，同时将病情、初步诊断、治疗方法等情况告之患者，记入谈话记录。

（二）实施有创性检查与治疗，必须在实施操作前向患者或家属交待术中、术后可能出现的并发症、医疗意外等情况并签署知情同意书。

（三）认真落实高风险环节签字制度

实施高风险有创操作或者手术时，医师必须在实施前向患者或家属充分交待操作中、操作后或者术中、术后可能出现的并发症、医疗意外等情况，由律师、医师、患者或委托人三方签署高风险协议。

（四）落实节假日主任查房机制

节假日医疗组长或者科主任查房是使住院患者在特定的时段不间断的处于质量控制中；医疗组长或者科主任节假日查房有利于保护危重患者生命健康。

（五）绿色安全生命通道

完善院内急诊急救机制，抢救患者过程中涉及到各医技科室、通讯、后勤保障部门，要迅速到位，保证医疗救治过程不间断。

四、医疗技术风险预警及医疗技术损害处置程序

（一）临床科室、医技科室、药学部及其他有关部门日常工作检查发现预警项目内容，按照不良事件规定上报。

（二）立即消除致害因素。技术损害一旦发生，首先发现者应当立即设法终止致害因素，当致害因素的识别和判定有困难时，立即报告上级医护人员指导进行下一步处理，不可迟疑拖延。

（三）迅速采取补救措施。密切注意患者生命体征和病情变化，千方百计采取有效补救措施，降低技术损害后果，保护患者生命健康。

（四）立即按照程序上报。

（五）组织会诊协同抢救。损害较轻、不致造成严重后果者，当事科室要酌情组织科内会诊，妥善处理（由科主任或高年资医师主持）；对于情节严重的技术损害，应当根据需要邀请院内相关专科会诊，共同抢救（科主任主持），必要时可邀请外院专家会诊指导。

（六）迅速收集并妥善保管有关原始证据，包括实物、标本、手术切除组织器官、剩余药品、材料、试剂、摄像和录音资料、各种原始记录等。

（七）妥善沟通，稳定患方情绪，争取患方配合，防止干扰抢救和发生冲突。

（八）如患者已经死亡，应在规定时限内向其亲属正式提出尸检建议，签署尸检建议书。

（九）如属医疗过失，应当区分责任程度，并依照相关规章制度对责任者作出合理处理。

（十）引起医疗纠纷者，按照规定程序进行处理。患方以不正当手段过度维权、聚众滋事、扰乱医疗秩序时，在耐心劝导和向当地卫生行政部门、公安部门报警的同时，组织力量维护医疗秩序，保护医院设施。

（十一）当发现技术损害与技术或药品器材本身缺陷有关，或同类损害重复或反复出现时，暂停使用该项技术或有关药品器材，并对其认真地进行研讨和重新评估，必要时报告当地卫生行政部门。

（十二）出现各预警项目后，相关科室要详细记录预警项目内容、发生的原因、可能造成的后果并且分析、总结、制定进一步整改措施。

## 新技术、新项目保障患者安全的措施和风险处置预案

新技术、新项目因技术复杂、操作难度大等原因，开展过程中可能出现事先难以预料的情况。为了保证病人的安全，减少医疗差错事故，防范医疗纠纷发生，特制定本预案。

一、严格执行《新技术新项目准入制度》

（一）新技术、新项目提出后，为保证其安全有效地应用于临床，在开展新技术、新项目之前，有关医师应广泛查阅国内外相关著作及文献，并收集、整理、写出书面综述或报告（附相关资料），制定各种意外情况应急预案，并提交科主任进行全科集体讨论。

（二）全科讨论由科主任主持。参与人员包括科室正（副）主任医师，主治医师、住院医师等，充分发表意见，进行认真讨论，并对讨论内容应有详细书面记录，其结果由开展项目负责人写出书面报告，讨论结果以书面形式提交科教科。

（三）经全科人员讨论同意后，应详细填写《新技术新项目申请表》，并附报告及相关资料送医务科，医务科对《新技术新项目申请表》进行初审合格后，报请医院“医疗技术管理委员会”“医学伦理委员会”审核、评估，经论证同意后，报请分管院长审批后方可实施。

二、严格执行知情同意程序

为对患者的生命安全负责，尊重患者的知情同意权，实行新技术、新项目开展患者（家属）知情同意制度。在开展新技术、新项目前，医师应向患者或其委托人详细交待病情，重点交代新技术、新项目给患者带来的好处和可能存在的问题，尊重患者及委托人意见，并在知情同意书上签字后方可实施。

三、严格执行疗效的分析评价程序

（一）认真记录病例资料，随访观察疗效。

（二）定期总结病例，与常规操作进行比较。

（三）检索文献、查阅资料，与其他医院进行比较。

（四）年终将本年度开展的新病例进行分析总结上报。

四、报告程序及处置

一旦发生紧急意外情况，立即启动《医疗风险防范及损害处置预案》。经现场经治医师采取补救后仍难以处理时，立即上报上级医师及科主任，必要时报告医务科或院领导。立即向患者或家属告知情况，征得患者或家属的同意并签署知情同意书。经治医师对紧急意外情况出现后的病情变化、诊疗方案、上级医师意见及诊疗情况应及时记录，同时必须坚守岗位，不得擅自离开，至患者病情稳定为止。

## 疼痛治疗风险防范与处置应急预案

一、指导思想

根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《医师法》等相关规定，医疗机构有义务、有责任预防及处理危重患者的抢救及医疗纠纷与医疗事故，保护医患双方的合法权益。

二、工作原则

在日常的医疗工作中，必须坚持“预防为主”的原则，切实采取有效措施，保障急救抢救工作顺利进行并防止医疗事故的发生，减少医疗纠纷，降低医疗风险，增加医疗风险的快速处理的反应能力，特制定本预案。

三、组织机构及职责

（一）急救抢救领导小组

组 长：张彦国

副组长：胡泰潢

组 员：xx

（二）职责

1. 制定麻醉科质量监控工作计划和工作制度，建立医疗质量监控指标体系和科学评价方法，研究提升医疗服务质量、加强日常监控的工作方法；

2. 加强医疗质量日常监控，定期或不定期组织检查、考核和评价，判定指标完成情况，不断提出改进措施，促进医疗质量的提升；

3. 当发生重大应立即组织强有力的医疗力量进行抢救，将损失降到最低程度，并对相关资料进行封存；

4. 处理医疗纠纷坚持实事求是的科学态度，做到事实清楚，定性准确，责任明确，处理恰当。

四、疼痛治疗中的应急预案

（一）患者发生输液反应时的应急措施

1. 患者发生输液反应时，应立即撤除所输液体，重新更换液体和输液器；

2. 护士配合医师进行处理；

3. 情况严重者应立即停止手术，就地抢救，必要时进行心肺复苏；

4. 护士建立护理记录，记录患者的生命体征、一般情况和抢救过程；

5. 发生输液反应时，应及时报告医院感染管理科、消毒物品供应中心、护理部和药剂科；

6. 保留输液器和药液分别送消毒供应中心和药剂科，同时拿相同批号的液体、输液器和注射器分别送检。

（二）疼痛治疗中发生误吸的处理

1. 首要措施

（1）高危患者应监测SpO2、心率、血压等。

（2）给予100%氧气吸入，尽可能减少误吸物继续污染气道。

（3）如果患者处于清醒或半清醒状态，吸净口腔及鼻咽腔，将患者置于修正位。

（4）如果患者意识不清但仍有自主呼吸，可按压环状软骨。若患者正自行催吐（小心食管破裂）则应避免按压环状软骨，并将患者置于左侧卧、头低位。气管内吸净后即可插管并进行机械通气。

（5）如果患者意识消失，呼吸停止，则应立即插管，开始机械通气。

（6）按照气道异物处理：正压通气时，正压尽可能小，直至插入气管导管，气道已吸净，所有误吸物均已清除。

2. 次要措施

（1）拔管前下粗鼻胃管，抽空胃内容物。

（2）监测呼吸功能，拍胸片。寻找肺水肿、肺泡塌陷或肺融合的证据

（3）当SpO2保持在90-95%时，CPAP（10cmH2O）和胸部理疗有助于改善肺不张。

（4）当吸100%氧气SpO2<90%时，可能有固体食物成分阻塞了部分支气管树。如果患者已插管，考虑进行纤维支气管镜或硬质支气管镜检查，或用0.9%生理盐水进行支气管灌洗，去除气道内较大异物及半固体成分异物。术后送回病房。

流程图：

意外发生

误吸

输液反应

监测SpO2、心率、血压

撤出液体，就地抢救

吸尽异物，清理气道

监测呼吸功能

观察生命体征

记录

记录

## 急诊科大型群体事件医疗救治应急预案

为满足重大、批量病员抢救治疗的需要，使医疗抢救工作能够及时、快速，有序，高效的实施，特制定本应急预案。

一、科室医疗抢救领导小组

由科主任任组长，护士长、三级医生任副组长，成员二级医生以上人员组成。组长及副组长负责组织、协调和指挥，并向医院相关部门随时报告救治情况。

二、科室医疗抢救治疗组

由急诊科全体医护人员组成，当人员、设备、物资不足时及时向医院报告，由医院统一解决。

1. 科主任：担任抢救治疗组组长。主要负责对患者的医疗工作，如检伤分类、救治方案的确定、组织会诊、及时向医院相关部门反馈患者救治情况等。
2. 主任及副主任医师：全面负责病人救治的具体实施。
3. 主治及住院医师：参加抢救治疗的全过程（如医疗文件书写、检伤分类、病情观察、清理气道、气管插管、人工通气上呼吸机、深静脉穿刺插管、血液灌流术、股动脉穿刺抽血、骨折固定、伤口包扎、小清创缝合等）。
4. 护士长：负责组织安排、督促、检查护士、护工做好各项抢救治疗工作，并保障急救药品、物品齐全，各抢救仪器性能良好。
5. 抢救护士：负责病情观察、治疗及护理工作（包括建立静脉通路、输液、洗胃、监测生命体征等）。
6. 记录护士：书写护理文件，记录生命体征、抢救过程、化验结果等。
7. 巡回护士：供应抢救物品，配合各种操作。

三、病员数量与急诊科医务人员组成

1. 病员人数少于5人，由值班医护人员负责抢救处理。如病员病情特别危重，上级医师及时参与抢救治疗。
2. 病员人数在6~10人，除值班医护人员外，上级医师和二线值班医生、护士及时参与抢救治疗。
3. 病员人数在11~30人，除值班医护人员外，科主任、护士长和二、三线值班医护士及时参与抢救治疗。
4. 病员人数在30人以上，急诊科全体医护人员参与抢救治疗，必要时请医院协调各相关科室参与抢救。

四、检伤分类

按病人出现的临床症状和体征分为四类：

1. 重度（红色标记牌）：危及生命体征（呼吸、循环、意识等），如窒息、大出血、严重中毒、休克、心室颤动等；
2. 中度（橙色标记牌）：病情比重度要轻，只要在短时间内得到及时处理，一般不会危及生命，否则病情很快恶化，如单纯性骨折、外伤出血、眼伤等；
3. 轻度（绿色标记牌）：血压、呼吸、脉搏等基本生命体征正常、可步行，症状较轻,一般对症处理即可,如一般挫伤/擦伤；
4. 死亡（黑色标记牌）：意识丧失,颈动脉博动消失,心跳呼吸停止,瞳孔散大。

## 危重孕产妇抢救应急预案

制定本预案的目的：系统的规范急危重孕产妇的接诊、分诊、检查、诊断、抢救全程医疗服务行为，使急危重孕产妇得到及时、规范、高效、周到的医疗服务。提高抢救成功率，减少医疗风险。

危重孕产妇纳入“绿色通道”管理，应实行“二先二后”制（即先救治处置，后挂号交款；先入院抢救，后交款办手续），各有关临床、医技科室（如检验科、影像科、药房等）及后勤部门（如电梯、住院收费处）根据应急抢救工作小组的请求，优先为患者提供快捷的服务

1. 成立危重孕产妇抢救小组

组 长：董卫华

副组长：李丽红、董艳玲、蔡菜、徐靖平

成 员：胡泰潢、李秋燕、李俊艳、赵晓庆、苗云锋、李军、妇产科医护人员

1. 应急预案适用范围

孕产妇所患疾病可能在短时间内（﹤6小时）危及病人生命，则自动进入急救绿色通道，这些疾病包括但不限于：

孕产妇休克、昏迷、异位妊娠大出血、产科大出血、羊水栓塞等。

三、危重孕产妇抢救流程

1. 危重孕产妇到达医院，分诊护士将病人送入急诊抢救室，并在5分钟内完成病人合适体位的摆放、吸氧、开通监护仪进行监护并完成第一次生命体征监测（T、P、R、Bp）、建立静脉通道、采取血液标本（常规、生化、凝血和交叉配血标本）备用，建立病人抢救病历。

2. 首诊医生询问病史、查体、迅速判断影响生命的主要因素、下达抢救医嘱、下达会诊医嘱、下达检查医嘱、下达手术医嘱。所有医嘱可下达口头医嘱，由护士记录并复述，医生确认后执行。抢救后6小时内由抢救医生完成急诊抢救病历和补记口头医嘱。

3. 抢救工作小组负责联系专科医生在到达妇产科进行会诊，妇产科主管医师负责和专科医生就病人的情况进行口头沟通，专科医生应对病人进行快捷有效的查体，并向妇产科医生说明专科处理意见，确定转诊及抢救方案，由妇产科医生或专科医生负责将病人转送到专科医生制定的场所，如手术室、抢救室或病区。

4. 经主管医师评估，病情危重，需要紧急施行抢救手术的病人，如肝、脾破裂、宫外孕破裂大出血等，在快速做好术前准备的同时，电话通知手术室做好急救手术准备。妇产科医生将病人送到手术室，由妇产科医生、麻醉师共同抢救病人。如孕产妇病情复杂，必要时，可联系专科医师（如儿科医生），专科医生到达后，由专科医生和妇产科医生共同完成治疗和手术。术前必须有书面的手术通知单，写明术前诊断、手术名称及病人基本信息。

5. 所有危重孕产妇的诊断、检查、治疗、转运必须在医生的监护下进行。

四、急诊绿色通道的要求

（一）进入急性危重抢救绿色通道的病人必须符合本规范所规定的疾病情况。

（二）在确定病人进入绿色通道后，凡不属于本专业授权范围的抢救要尽快请相应专业医生紧急会诊。接到会诊通知，在医院医疗岗位的医生10分钟内到达现场，如有医疗工作暂不能离开者，要指派本专业有相应资质的医生前往。在院外的二线医生30分钟内要到达现场。

（三）进入绿色通道的病人医学检查结果报告时限

1. 病人到达放射科后，平片、CT30分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）。

2. 超声医生在接到病人后，30分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）。

3. 检验科接受到标本后，30分钟内出具常规检查结果报告（血常规、尿常规等，可电话报告），60分钟内出具生化、凝血结果报告，配血申请30分钟内完成（如无库存血，则60分钟内完成）。

4. 药剂科在接到处方后优先配药发药。

（四）手术室在接到手术通知后，10分钟内准备好手术室及相关物品，并立即通知手术相关人员到场，在手术室门口接病人，病人到达后，接入手术区，麻醉医生进行麻醉评估和选择麻醉方案。急诊抢救手术要求在病人到达急诊科后1小时内开始。

（五）病人的病情、各种检查和治疗方案等根据医院规定完成知情同意，如病人没有家属和委托人，可由三名现场医务人员签署知情同意书，并报医务科长或总值班批准、签名。

五、报告和会诊

确定危重孕产妇开始抢救后，接诊医生及时报告苗云锋，请妇产科值班医师急会诊，同时报告医院（正常工作日报告医务科，节假日和夜间报告医院总值班），总值班在抢救病人指挥有困难时可请示主管院长、医务科长。

超出我院诊治能力的高危孕产妇，由妇产科继续抢救的同时报告医务科，科主任或医务科要向石林县妇幼保健院或石林县医院危重孕妇抢救中心提出会诊邀请，进行专科会诊或办理转诊转院。

## 临床应急用血预案

1. 目的

为保障紧急抢救患者情况下临床血液能快速安全输注于临床患者，制定紧急用血工作预案。

1. 编制依据
2. 《突发公共卫生事件应急条例》
3. 《艾滋病防治条例》
4. 《临床输血技术规范》
5. 指导思想和基本原则

统一领导，分工负责。严格依照国家有关法律法规，对临床紧急用血进行管理，确保临床输血安全。

1. 组织及职责
2. 为做好临床紧急输血工作，确保紧急用血的顺利实施，成立临床应急用血协调小组。

组长：医务科主任

副组长：检验科主任

成员：各临床科室主任

1. 职责
2. 医务科主任负责紧急输血应急工作的统一领导、决策和现场指挥。
3. 医务处负责各科室协调与信息上报，并监督执行预案。
4. 检验科血库负责预案的具体实施。
5. 其他各科主任具体负责各部门的应急工作。
6. 紧急用血管理预案
7. 经治医师首先为患者建立通畅的静脉通路，最好静脉插管，通过该插管采集供血型鉴定和交叉配血、病毒筛查试验用的血标本，并同时通知检验科血库做好紧急用血准备。
8. 检验科血库在确认库存血液不足时，立即与采供血机构联系，说明哪种血液不能满足紧急输血的需要。
9. 如果有多名医护人员处理多名伤员，此时应指定1名医师负责血液申请并与检验科联络。每个患者的血标本和输血申请单上应清楚地标明患者姓名和唯一性病案号。若无法识别患者（如患者昏迷），可在病案号的基础上加紧急入院号（如01号、02号……），避免在确认受血者身份和粘贴血标本标签时出错。
10. 如果在短时间内发出另外一份针对同一名患者的《临床输血申请单》，应使用与第一份《临床输血申请单》和血标本上相同的标识编号，以便检验科技术人员确认处理的是同一名患者。
11. 急性失血患者如经液体复苏后收缩压能维持在10.66kPa（80mmHg）左右可暂不输血，因为患者维持在许可的低血压状态可减缓出血，防止在伤口处形成的一个不结实的止血血栓被血流冲走。
12. 对于低血压急需手术的患者应尽快送手术室。
13. 特别紧急情况下，需要紧急同型输血时，在《临床输血申请单》上标明血液需求的紧急程度，并统一特定用语表达的含义：“火急”：10～15min以内；“紧急”：30min以内。申请单连同血标本快速送达检验科血库。血液输注完后，经治科室应尽快到医务科审批补办相关手续。
14. 检验科在接到《临床输血申请单》及血标本后，如病情“火急”且不知患者血型情况下，应在10～15min内发出第一袋未经交叉配血的O型悬浮红细胞（O型红细胞必须正反定型相符），并在血袋上标明发血时尚未完成交叉配血试验。此后，应尽快鉴定供、受者血型并根据临床输血需要，发出经交叉配血主侧相合的同型悬浮红细胞。但在未知患者RhD血型的情况下，对于有生育需求的女性或未成年女性不轻易发给RhD阳性O型红细胞。病情“紧急”应在30min内完成正反定型及凝聚胺法主侧配血。
15. 紧急非同型血液输注，不能输注全血，只能输注红细胞。红细胞只要求主侧配血相合，次侧配血不作要求。输注前要与患者或其亲属签订《输血治疗同意书》说明利弊。血浆和冷沉淀可以相容性输注。
16. 5若已输入大量0型红细胞成分后，能否输注与患者同型的血液应视具体情况而定。当患者原ABO血型的红细胞与新采集的患者血标本血清相合时，可以输注与患者原血型同型的血液（在改输原同型的血液时，须更换输血器）。若交叉配血试验由于ABO抗体所致不合时，则应继续输注0型红细胞。
17. RhD阴性患者需要输注血浆和冷沉淀时，可按ABO同型或相容性输注，RhD血型可忽略，执行《RhD阴性及其他稀有血型的血液输注管理规程》。
18. 紧急情况下，患者为RhD阴性，没有检测到抗-D，男性患者或无生育需求的女性患者可输RhD阳性血，但必须征得患者或其亲属的同意，并在《输血治疗同意书》上注明：若有抗体产生，以后输血只能输注RhD阴性血。
19. 患者为RhD阴性，体内虽未检测到抗-D，但患者是有生育需求的妇女（包括未成年女性）应输RhD阴性血液；如一时找不到RhD阴性血液，不立即输血会危及患者生命，此时须采取以下措施：① 告知患者和家属病情,并说明在紧急情况下输注的利与弊，并在输血治疗同意书注明给患者带来的后果和并发症：第一，不会出现溶血性输血反应；第二，该类Rh阴性红细胞缺乏，不输Rh阳性红细胞危及生命，此时抢救生命是第一位的，输注Rh阳性红细胞是抢救生命的必要条件；第三，会给以后用血或妊娠带来不良后果，可能导致妊娠的流产、早产或新生儿溶血病等不良后果（特别是对未生育的女性）；第四，患者因本身原发病不治而非输血治疗所能挽回时，不能借口归罪于输血治疗不当，知情后患者或家属签字认可。② 临床科室主任和检验科主任签字认可。③ 医务科报批。必须征得患者或其亲属同意后才能实施。
20. 紧急用血可以欠费进行，检验科血库不得以任何理由拒绝发血。
21. 应急保障措施
22. 血液供应紧张：联系总值班，通知医院驾驶员随时待命到储血点或血液中心取血；如科室血液供应不足，应第一时间联系石林县储血点，协调用血，如果石林县储血点无足够库存血液再积极联系昆明市血液中心；如果市血液中心没有足够库存血液，则立即与血液中心领导进行联系，由血液中心领导进行协调解决，并报告科主任。遇有特殊血型的血液（如Rh阴性）时，若血站没有库存，当出现Rh阴性患者急需输血时，可向市血液中心申请输用同型或相容型冰冻红细胞。如血液中心确实无法解决时，要求血液中心与其他血站进行联系，寻找合适的血液供应临床，以保证患者治疗需要。当与其他供血单位联系仍无法解决时，要与临床科室联系，进行患者直系亲属的血型检查工作，发现与需血患者相同血型的献血人员后，及时与市血站联系进行采血，血液采集和检验要求血液中心按紧急情况处理，以最快的速度完成各项检查，保证尽快供应临床。
23. 发生停电时，首先与医院值班电工进行联系，确定发生的原因和估计停电时间。若为短暂停电，有急需输血患者时，则将设备连接到备用电源（UPS）进行配血试验，但不能融化血浆；如确需输用血浆，可在水浴箱内加热水调节温度达到要求后进行融化（注意监测温度），以保证临床抢救治疗。血液发出无法打印报告单时，可手工填写报告单，以保证临床输血程序正常进行。待来电后再补打报告单。
24. 配血离心机为配血专用离心机，出现故障后会影响交叉配血工作。当出现故障后，首先把电源关掉，5分钟后再打开电源，检查是否正常工作，如仍不正常而有急需输血者，可临时启用备用配血离心机进行配血，但要调整好离心时间和离心力。
25. 当冰冻血浆解冻箱出现故障时应启用备用血浆解冻箱。向备用血浆解冻箱内加入一定量的热水后，加入蒸馏水调节温度在37度以下，接上备用血浆解冻箱电源，让备用血浆解冻箱自动调节水温至37度后进行血浆融化。待设备修好后再使用原解冻箱进行工作。
26. 输血信息系统故障后，无论是软件问题，还是硬件问题，首先进行重新启动，然后查看是否正常。如仍不正常，有需要紧急输血患者，则先进行手工填写输血报告单发血，待信息系统修好后再补打报告单。
27. 预案启动与终止
28. 应急响应
29. 在正常工作日，医务科接到需紧急用血抢救事件后，立即报告医务科主任及相关人员。
30. 节假日及下班后，总值班接到紧急用血事件后，立即报告医务科及代班领导。
31. 接到严重自然灾害、突发公共卫生事件和群伤事件后，按突发事件应急用血预案执行。
32. 接到紧急用血事件通知的科室，应做好输血前一切准备工作，包括血样采集、标识及送检和取血的前期准备。
33. 紧急输血无患者家属签字的需报医务科备案，所有需签署的同意书随后补签。
34. 应急终止

紧急输血抢救事件得到有效控制，患者抢救成功或患者死亡，则该事件预案终止。

1. 总结评估与改进

对每一起临床紧急用血事件，要进行总结评估，及时发现过程中存在的问题和不足，提出改进建议。医院紧急用血协调小组定期组织对本预案进行调整和修订。

1. 本预案经医院临床输血管理委员会批准后实施。
2. 附则
3. 本预案由临床输血管理委员会负责解释。
4. 本预案自发布之日起施行。

特殊情况下紧急输血的批准流程

临床急诊科室取血

急查血型、根据库存报血液中心请求送血（或本院派车取血），同时报医院总值班和检验科主任；血液中心血液不足时，启动紧急特殊用血预案，同时报医院医务科主任和科主任、联系血液。准确完成配血。

检验科值班人员

临床急诊科室医护

人员

抢救病人，申请输血

立即报告医务科

领导小组根据紧急状况的程度评估级别，根据血液库存情况和患者多少，批准启动相应的应急预案，并负责协调监督。

急救病人（多人）

特殊用血应急协调流程

遇到特殊血型的血液

紧急抢救时，可采用配合性输血

检验科交叉配血、发血

有库存血

石林县储血点预借

即时向市血液中心申请

无库存血

有库存

无库存

向其它单位调血

筛查患者家属血型

## 输血不良反应处理规范及处置预案

一、输血不良反应的定义和分类：

输血不良反应是指在输血过程中或输血后，受血者发生了原来疾病不能解释的、新的临床症状和体征；可发生在输血时、输血后24小时内甚至输后几天至几十天发生。

按发生时间可分为：即发型输血反应和迟发型输血反应；按免疫学可分为：免疫性输血反应和非免疫性输血反应；其中免疫性输血反应是输血不良反应中最常见的反应。

常见输血不良反应有：

（1）发热反应；

（2）过敏反应；

（3）输血相关性移植物抗宿主病；

（4）输血相关的急性肺损伤；

（5）输血后紫癜；

（6）血小板输注无效；

（7）循环负荷过重；

（8）肺微血管栓塞；

（9）溶血性输血反应；

（10）细菌污染性输血反应。

二、输血不良反应处理

1. 检验科接到临床输血科室反映有输血不良反应时，检验科医师应及时深入临床科室，协同临床医生作好相关处理与记录，提出输血指导意见，收回和保存因输血反应未输完的血液，并报告科主任。
2. 怀疑非溶血性发热反应，执行以下程序；
3. 立即停止输血，保持静脉通路。
4. 对症处理，注意保暖，解热，镇痛。
5. 医护人员要密切观察病情变化，每15至30min测体温、血压一次。
6. 非溶血性发热反应要与细菌污染性输血反应鉴别。
7. 2.4.1发生非溶血性发热反应应立即停止输血，经对症处理后30min至2h后症状缓解；若患者仍需输血，应改输少白细胞红细胞或洗涤红细胞。
8. 2.4.2如停止输血并经对症处理2h后，病情未缓解甚至加重者，应考虑细菌污染性输血反应，应及时抢救，处理程序见细菌污染性输血反应处理程序。
9. 怀疑过敏反应，执行以下程序：
10. 对轻度过敏反应应减慢输血速度，口服或或肌内注射抗组胺药物，严密观察，若症状缓解可继续输血；反之，应立即停止输血，保持静脉通路并查找原因。
11. 重度过敏反应：立即停止输血，保持静脉通路，有支气管痉挛者，皮下注射肾上腺素；严重或持续者，静脉注射或静脉滴注地塞米松、氨茶碱等；有喉头水肿者，应立即气管插管或气管切开，以免窒息；有过敏性休克，应积极进行抗休克治疗。
12. 怀疑血型不合引起的输血不良反应，执行以下程序：
13. 核对《临床输血申请单》、血袋标签和《临床输血记录单》。
14. 核对受血者及献血者及ABO、RhD血型。用保存于冰箱中的受血者与献血者血标本及新采集的受血者血标本、血袋中剩余血标本，重测ABO、RhD血型，并进行不规则抗体筛选及交叉配血试验（盐水介质和非盐水介质）。
15. 采集受血者血液加肝素抗凝、离心，观察血浆颜色，并进行血常规、血浆游离血红蛋白含量测定。
16. 采集受血者血液，进行血清胆红素含量测定、血浆结合珠蛋白测定、直接抗人球蛋白试验并检测相关抗体效价，如发现特殊抗体，应作进一步鉴定。
17. 留取输血不良反应后第一次尿送检（急性溶血性输血反应属血管内溶血，尿中有血红蛋白）。
18. 一旦怀疑因血型不合引起的急性溶血性输血反应，应由经治医师积极治疗，治疗原则如下：
19. 迅速补充血容量。
20. 应用速效利尿剂。
21. 应用多巴胺。
22. 碱化尿液。
23. 应用肾上腺皮质激素及大剂量免疫球蛋白。
24. 病情严重者施行换血或血浆置换疗法。
25. 有急性肾功能衰竭应进行透析治疗。
26. DIC的防治。
27. 怀疑细菌污染引起的输血不良反应按以下程序处理：
28. 观察血袋剩余血液的物理性状：如有无浑浊、膜状物、絮状物、气泡、溶血、红细胞变暗紫色、血凝块等，有上述情况之一均提示有细菌污染的可能。
29. 取血袋剩余血液直接涂片或离心后涂片镜检，找污染细菌（阴性不能排除细菌污染）。
30. 取血袋剩余血液和患者血液，在4℃、22℃、37℃条件下作需氧菌和厌氧菌培养。细菌培养须在无菌条件下进行。
31. 对受血者进行外周血白细胞计数：如中性粒细胞与输血前相比明显增多，对诊断有帮助。
32. 一旦怀疑细菌污染引起的输血不良反应，治疗原则如下：
33. 尽早联合使用大剂量、强效、广谱抗生素。
34. 加强支持治疗。
35. 及时采取抗休克、防治DIC与急性肾功能衰竭措施。

三、检验科应当按照以下流程调查发生不良反应的原因，并进一步确定是否发生了溶血性输血反应。

1. 患者和血袋标签，确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血；

2. 查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错；

3. 肉眼观察受血者发生输血反应后的血清或血浆是否溶血。如果可能，该标本应和受血者输血前的标本进行比较；

4. 用受血者发生输血反应后的标本做直接抗人球蛋白试验；

5. 抗体筛选，抗体鉴定；

6. 患者输血前标本Rh血型（尤其D、E）鉴定；

7. ABO定型要采用抗A、抗B血清，要同时作正、反定型；

8. 患者输血后血标本和剩余血涂片检查和细菌培养。

四、输血不良反应的上报及管理措施。

1. 临床输血出现不良反应和发生输血相关疾病时，相关科室医师应详细记录输血不良反应记录单后送检验科，检验科应及时调查处理，并经医务科审核备案；

2. 当输血不良反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，检验科主任应积极参与解决；检验科主任负责解释上述实验结果并永久记录到受血者的临床病历中；

3. 临床输血完毕后，临床科室应填写临床输血记录单（存根），连同回收血袋一并送血库，经核对无误后保存；

4. 回收血袋应在2-6℃条件下保存至少7天，且临床输血无输血反应的情况下方可按照医疗废物管理制度进行处置；

5. 检验科每月统计输血不良反应上报医务科；医务科必须会同检验科对输血不良反应进行评价、反馈，要求达到100%；

6. 医院输血管理委员会应对输血不良反应进行定期分析，制定对策，不断提高临床输血安全水平。

输血不良反应处置流程图

立即停止输血 更换输液管 改输生理盐水

严密观察并记录 遵医嘱给药 报告医生

填写输血反应记录单 上报检验科血库

怀疑严重输血反应时： 1. 保留血袋

2. 留取患者血样、尿样送检验科

3. 对输血器进行封存

输血不良反应调查流程

患者出现输血不良反应

通知血库，经治医生填写输血不良反应记录单

根据输注血液品种、剂量，输血反应发生时间，患者症状、体征，输血史、妊娠史初步判断输血不良反应种类

非溶血性输血反应

怀疑细菌污染

溶血性输血反应

采集患者尿标本

采集患者血标本

血袋剩余血

核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录

观察物理性状

离心肉眼观察是否溶血

观察物理性状本

核对受血者及供血者ABO血型、Rh（D）血型

对症处理及后续的情况，实验室检查

尿常规，尿Hb

DAT试验

血袋剩余血

血标本

找出输血前受血者及供血者血标本

重新测定ABO血型、Rh（D）血型、不规则抗体筛选、交叉配血试验（盐水介质非盐水介质）

血常规、测定游离Hb、胆红素

观察物理性状血

血常规

离心涂片找污染细菌

细菌培养（需血液中心、我院、患者家属三方共同采样培养）

综合分析、判断

检验科输血不良反应调查反馈单

反馈科室

医务科

血液中心

统计上报

告知

## 职业暴露职业安全应急预案

第一部分 总 则

一、目的 为了保障我医务人员及相关工作人员的职业安全，有效预防医务人员和相关工作人员在工作中发生职业暴露感染艾滋病、梅毒、乙肝病毒，制定本应急预案。

二、定义 职业暴露是指在从事艾滋病、梅毒、乙肝防治工作及执行相关工作的过程中，被艾滋病、梅毒、乙肝病毒感染者或艾滋病、梅毒、乙肝患者的血液、体液污染了破损的皮肤或非胃肠道粘膜，或被含有艾滋病、梅毒、乙肝病毒的血液、体液污染了的针头及其它锐器刺破皮肤从而感染艾滋病、梅毒、乙肝的情况。

三、适用范围 卫生、医护人员，包括从事艾滋病病毒检测的实验室人员，负责艾滋病病人和感染者医疗护理的医务人员。

1. 组织机构及职责

（一）职业暴露应急领导小组：

组 长：分管副院长

成 员：感控办主任、医务科主任、护理部主任、医教科负责人、检验科主任、“三病”专管人员、各临床科室主任。

领导小组下设办公室在医院感控办，由感控办负责人兼任办公室主任，并负责日常管理工作。

（二）领导小组工作职责

1. 根据科室特点，制定各种传染病职业暴露防护工作指导原则和操作规程；

2. 相关部门组织培训，正确掌握预防和控制传染病职业暴露的防护技术；

3. 为科室可能暴露的员工提供合格的防护物品和安全技术设备；

4. 对职业暴露人员做好经常性监督和评估，评估设备的安全性能和人员安全操作情况；

5. 建立规范的暴露事件报告制度，对每一次意外暴露情况做详细记录；

6. 为职业暴露人员提供职业暴露预防和发生职业暴露后如何处理的技术支持和咨询。

（三）感控办工作职责

1. 发生职业暴露后立即组织人员及时查找原因，制定防护方案；

2. 接到职业暴露报告后，按照“早发现、早报告、早评估、早服药、定期随访”的原则，进行暴露者和被暴露者的检测确认工作；

3. 接到感染确认报告后，负责情况的上报和治疗药品的领取和发放；

4. 做好流行病学调查，做出初步的危险性评估，指导被暴露者进行伤口消毒处理；

5. 收集暴露者和被暴露者的基本资料和标本结果，做好登记，便于调查分析，随访复查；

6. 做好被暴露者的心理辅导工作，采取相应的预防措施，如接种疫苗，预防性服药等，并负责与上级疾控中心取得联系，得到技术指导；

7. 做好被暴露者的跟踪随访，及时安排定期复查，情况严重者，送上级相关医疗机构检查治疗；

8. 加强对所有人员的院感知识培训和教育；

9. 督导临床科室按照《医院感染管理办法》规范操作治疗，避免医院感染和职业暴露。

（四）临床科室职责

1. 负责发生职业暴露后的临时紧急处理；

2. 获取暴露源（病人）的病情资料，如暴露源情况不明，设法动员病人给予配合，做相应的检测，并将检测结果或病情资料报送医院感控办，以备对照评估；

3. 要求当事人立即向科室主任和护士长报告，并填写职业暴露登记表，一式两份（所在科室、感控办）；

4. 当事人被暴露后，24小时内抽取血样标本，并将检验结果送回感控办存档，以备跟踪评估。

（五）检验科职责

主要承接相关检测工作，接到相应项目检验单后立即进行急查，迅速报告检验结果，并注意保存样本和资料。

（六）医教科及护理部职责

1. 做好相关科室的协调工作。

2. 解答被暴露者业务外的有关疑问。

第三部分 医务人员职业安全防护措施

医务人员从事诊疗活动时应当严格执行标准预防措施，对所有病人的血液、体液、分泌物、排泄物及被血液、体液、分泌物、排泄物污染的物品均视为具有传染性的病源物质，接触这些物质时，必须采取防护措施。

（一）医务人员进行接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时要求戴手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。

（二）在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到医务人员的面部时，医务人员应当戴手套、具有防渗透性能的口罩、防护眼镜；有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染医务人员的身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

（三）医务人员手部皮肤发生破损，在进行接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴手套，必要时戴双层手套。

（四）医务人员在进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，要保证充足的光线，并特别注意防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或者划伤。

（五）使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的利器盒，以防刺伤。禁止将使用后的一次性针头重新套上针头套。禁止用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器。

第四部分 发生职业暴露后的处理措施

（一）紧急处理措施：

1. 立即从伤口周围向中央挤压，尽可能挤出血液；

2. 用洗手液和流动水反复冲洗伤口，再用75%酒精或0.5%碘伏进行消毒，必要时进行包扎；

3. 被暴露的粘膜，用生理盐水反复进行冲洗。

（二）报告程序：

1. 发生职业暴露后，当事人应及时（1小时内）电话报告科室负责人和医院感控办（电话：7716或18213061736）；

2. 向上级部门报告的内容，包括损伤时间、地点、被何物损伤、伤口多大多深、现场处理措施、医疗处理措施、处理记录、用药记录。

（三）职业暴露登记：

对职业暴露情况进行登记、保存和上报。详细记录职业暴露发生的时间、地点及经过；暴露方式；损伤的具体部位、程度；暴露物种类（培养液、血液或其它体液）和含有HIV的情况；处理方法及处理经过（包括赴现场专家或领导活动）；是否采用暴露后预防药物，并详细记录用药情况、首次用药时间（暴露后几小时或几天）、药物毒副作用情况（包括肝肾功能化验结果）、用药的依从性状况，定期检测及随访情况。由主任/护士长组织填写职业暴露登记表，感控办留底备案。

（四）事故报告：

小型事故（存在任何一种小的损伤或一级暴露）可在紧急处理后立即将事故情况和处理措施报告本单位主管领导。 重大事故（存在严重损伤或二级及以上暴露）在紧急处理的同时要向本单位主管领导报告，主管领导要立即派专家到现场对处理进行具体指导，并立即向所在地疾病预防控制中心（抗艾滋病病毒药物储备点）报告，力争在暴露后最短时间内（2小时以内）开始预防用药。各职业暴露处理单位及时将填报的“职业暴露人员个案登记表”报至疾病预防控制中心。

第五部分 应急处置

（一）艾滋病病毒职业暴露应急预案

1. 艾滋病病毒职业暴露级别分三级

（1）发生以下情形时，确定为一级暴露：

1）暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；

2）暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量小且暴露时间短。

（2）发生以下情形时，确定为二级暴露：

1）暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；

2）暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量大且暴露时间较长；或者暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较轻，为表皮擦伤或者针刺伤。

（3）发生以下情形时，确定为三级暴露：

1）暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；

2）暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较重，为深部伤口或者割伤物有明显可见的血液

2. 暴露源的病毒载量水平分为轻度、重度和暴露源不明三种类型。

（1）经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度低、艾滋病病毒感染者无临床症状、CD4计数正常者，为轻度类型。

（2）经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度高、艾滋病病毒感染者有临床症状、CD4计数低者，为重度类型。

（3）不能确定暴露源是否为艾滋病病毒阳性者，为暴露源不明型。

3. 艾滋病病毒职业暴露的应急处理

（1）局部应急处理措施：

1）立即用肥皂液和流动水清洗污染的皮肤，用生理盐水冲洗黏膜。

2）如有伤口，应在伤口旁端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂液和流动水进行冲洗。禁止进行伤口的局部挤压。

3）受伤部位的伤口冲洗后，用消毒液如75%乙醇或0.5%碘伏进行消毒，并包扎伤口。

4）衣物污染：尽快脱掉污染的衣物，进行消毒处理。

5）污染物的泼溅：发生小范围的泼溅事故时，应立即进行消毒处理。发生大范围泼溅事故时，应立即通知分管领导到达现场，查清情况，确定消毒范围和程序。

（2）发生艾滋病病毒职业暴露后的处理：

1）感控办联系县级疾控中心艾滋病科进行评估。

2）暴露者根据专家评估意见遵循自愿的原则实施预防性用药。

①用药时间：预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业暴露后尽早开始，最好在4小时内实施，最迟不得超过24小时；超过24小时的，也应当实施预防性用药。

②用药原则：发生一级暴露且暴露源病毒载量水平为轻度时，可以不使用预防性用药；发生一级暴露但暴露源病毒载量水平为重度或者发生二级暴露但暴露源病毒载量水平为轻度时，使用基本用药程序。发生二级暴露且暴露源病毒载量水平为重度，发生三级暴露且暴露源病毒载量水平为轻度或重度时，使用强化用药程序。暴露源病毒载量水平不明时，可使用基本用药程序。

③用药方案：预防性用药方案分为基本用药程序和强化用药程序。基本用药程序：两种逆转录酶抑制剂，使用常规治疗剂量，连续服用28天。如双汰芝（AZT与3TC联合制剂）300mg/次，每日2次，连续服用28天或参考抗病毒治疗指导方案。强化用药程序：强化用药程序是在基本用药程序的基础上，同时增加一种蛋白酶抑制剂，如佳息患或利托那韦，均使用常规治疗剂量，连续服用28天。

3）暴露者应分别在暴露后即刻、6周、12周、6个月、12个月对HIV抗体进行检测，并对服用药物的毒性进行监控和处理，发现异常情况尽快报告感控办。

（二）乙型肝炎病毒职业暴露应急预案

l. 已知暴露者HbsAg阳性或抗HBs阳性，则可不予特殊处理，如抗HBs滴度低（<10IU／mI），需加强乙肝疫苗1次（5ug）；

2. 已知暴露者HbsAg和抗HBs均阴性，尽快给暴露者肌肉注射乙肝免疫球蛋白（HBIG）200U和乙肝疫苗，乙肝疫苗接种期间按第0—1—2—12月执行，并分别在暴露后即刻、4周、8周、12周检测乙肝两对半，发现异常情况尽快报告感控办；

3. 不明确暴露者HbsAg阳性或抗HBs是否阳性，立即抽血检验核心HbsAg和抗原HBs，并尽快给暴露者肌肉注射乙肝免疫球蛋白（HBIG）200U，并根据检验结果参照上述原则进行下一步处理。

（三）梅毒职业暴露应急预案

病人梅毒病毒阳性者，给予职业暴露的医务人员抗生素预防治疗，推荐长效青霉素240万单位，每周一次，每侧臀部注射120万单位/次，连续注射两周。对青霉素过敏者可选用红霉素等。停药后1个月、3个月进行梅毒抗体检测。

（四）丙型肝炎病毒职业暴露应急预案

含有丙肝病毒的血液、体液的针头或玻璃刺伤皮肤时，立即在伤口旁端轻轻挤压，尽可能挤出损伤部位的血液禁止进行伤口的局部挤压然后用流动的水或生理盐水彻底冲洗，再用0.5%碘伏、75%酒精等消毒创面，24小时内抽血检查丙肝抗体。对丙肝抗体阳性者，立即予干扰素行早期治疗。

## 突发传染病应急处置预案

为进一步细化突发传染病医疗救治各项措施，严格落实“四早”“四集中”原则，按照“及时发现、快速处置、精准管控、有效救治”目标要求，为可能出现的突发传染病疫情做好应对准备，保障人民群众生命安全和身体健康。根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《关于印发应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案》联防联控机制医疗发﹝2020﹞276号等有关法律法规及文件规定，参照本院《新型冠状病毒肺炎医院感染防控应急预案》，结合我院实际情况，制定本预案。

本预案适用于新型冠状病毒肺炎疫情防控应急工作。

1. 工作原则
2. 统一领导，联防联控。成立突发传染病疫情应急指挥部，进行统一领导与指挥，密切配合上级有关部门，共同做好突发传染病疫情的应急工作。
3. 依法防控，科学应对。依据相关法律法规和本预案规定，规范开展突发传染病疫情应急工作。充分发挥专业作用，运用先进科学技术，提高防控水平。
4. 预防为主，有效处置。不断健全突发传染病疫情应急体系和防控机制，做好人员、技术、物资等应急准备，落实各项防控措施。加强监测，及时研判与评估突发传染病疫情风险；适时预警，及早响应，快速处置。
5. 加强宣教，社会参与。加强宣传教育，提高全院全员与社会广大公众自我防护能力和社会责任意识。积极组织、动员全院全员参与传染病疫情应对准备和应急处置的宣传活动。及时、主动引导社会舆论，不造谣、不传谣、不信谣、维护社会稳定。

二 、应急管理组织及职责。

应急处置领导小组：

组 长：张 捷（院 长）

副组长：徐靖平（副院长）

董卫华（副院长）

董艳玲（副院长）

蔡 菜（副院长）

成 员：医务科、护理部、感控办、行政办、质控办、财务科、药剂科、后勤部、科教科等部门负责人及门急诊、各临床医技科室科主任护士长。

职责：成立突发传染病疫情应急指挥部，办公室设在感控办，由徐靖平副院长担任办公室主任，感控办李玉凤主任任办公室副主任负责日常工作。负责对突发传染病疫情的应急处理的统一领导、统一指挥，并协调全院各科室之间的相互配合工作，下设七个工作小组。

1. 物资保障组

组长：董艳玲 （副院长）

成员：毕丽璇（财务科科长）

王 菊（药剂科主任）

职责：负责防护物资、消杀物品、急救药品储备，储备量应满足医疗机构 30天满负荷运转需求。

1. 救治转运组

组 长：徐靖平 （副院长）

执行组长：胡泰潢（医务科科长）

成 员：李志祥（呼吸内科主任）

苗云峰（急诊科主任）

杨晓西（放射科主任）

李迎军（检验科主任）

李 军（儿科主任）

赵嘉英（质控办主任）

李玉凤（感控办主任）

职 责：统筹合理调配医疗力量，建立会诊制度，规范会诊流程，积极救治患者。

1. 护理组：

组长：李秋燕（护理部主任）

成员：各科室护士长

职责：做好门急诊、住院楼预检分诊、陪护及探视管理工作，普通病区预留出应急隔离病房。

1. 培训演练组：

组 长：蔡 菜（副院长）

执行组长：朱忠琼（科教科负责人）

成 员：胡泰潢（医务科主任）

李玉凤（感控办主任）

职责：加强传染病疫情防控和救治知识培训及演练，围绕传染病病例发现、报告、隔离、规范化诊疗以及核酸检测、院感防控、医务人员个人防护等开展全员培训。

1. 消杀安保组

组 长：徐靖平 （副院长）

成 员：赵晓庆（后勤部主任）

熊臣浩（后勤部）

职责：做好医疗废物管理、医院环境清洁消毒、安全生产保障工作。

1. 疫情信息管理组

组长：李玉凤（感控办主任）

成员：潘吉双（信息科主任）

吴金凤（感控办）

邹雪峰（信息中心）

职责：严格按《中华人民共和国传染病防治法》的要求及时上报传染病疫情，如遇暴发流行，及时与县卫健局、县疾控中心汇报，及早进行流行病学调查。保障隔离病区患者挂号、缴费等流程通畅，开展预约诊疗。

1. 综合协调组

组长： 李俊艳（办公室主任）

成员：朱 秀（人事部主任）

濮自硕（行政办）

李玲琳（人事部）

职责：综合协调各小组工作，调度全院志愿者参与预检分诊、导诊等工作。

五、报告登记制度

1. 预检分诊、门急诊接诊过程中一旦发现疑似病例应立即报告相关责任人并转运至石林县人民医院感染科留观待查，对不配合的病人及时联系公安部门强制留观；

2. 接诊医师应详细、完整地填写各项登记，字迹清楚，家庭住址与联系方式一定要保证准确真实；

3. 任何科室和个人不得隐瞒、缓报、谎报或授意他人隐瞒、缓报、谎报，违反者将依法追责。

六、医疗救治

1. 所有疑似、留观、确诊病人全部转至石林县人民医院感染科治疗，对于普通病区的发热病人应收治在应急隔离病房（缓冲病房），待核酸检测正常后方可转出缓冲病房；

2. 急诊科人员具体负责疑似新型冠状病毒感染肺炎的危重患者抢救工作，抢救过程中有任何困难及时向专家救治组反应，由专家救治组全权调度会诊、救治、转诊工作；

3. 感控办负责指导医务人员做好个人防护与消毒隔离工作，防止院内交叉感染。

七、保障医疗设施

及时添置必要的防护用品及抢救药械，所有防护物资由医院统一调度使用。

八、规范管理

各小组、各部门必须要职责明确，各司其职。秋冬季传染病疫情应急处置领导小组要组织、领导、协调一系列医疗救治工作。全院医务人员及时掌握了解秋冬季传染病疫情的临床特征、诊断标准、治疗原则、个人防护及报告制度等。医务人员要严守操作规程，自觉做好消毒隔离与自身保护。

## 医院感染暴发预警机制及应急控制预案

为提高医院感染暴发处置能力，有效控制医院感染突发事件暴发、流行、快速切断传播途径，防止医院感染继发和蔓延，最大限度地降低医院感染对患者造成的危害，保障医疗安全，根据卫生部《医院感染管理办法》、《医院感染暴发报告及处置管理规范》及相关规定的要求，结合实际建立本医院感染暴发预警机制，制订应急处理预案。由医院感染管理委员会讨论通过执行。

1. 总则

（一）医院感染暴发概念

指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生3例以上同种同源感染病例的现象。

（二）适用范围

本预案适用于我院医院感染暴发突发事件的应急处置。

（三）处置工作原则：

处置过程实行调查与控制措施同步进行；统一领导，分级负责，责任到人；积极采取措施，防止医院感染暴发的扩大化。

二、医院感染暴发应急处置组织体系

（一）领导小组：

组 长：张 捷

副组长：徐靖平 董艳玲 董卫华 蔡 菜

成 员：李玉凤 胡泰潢 李秋燕 赵嘉英 王 菊 毕丽璇 赵晓庆 李迎军以及发生医院感染暴发或疑似暴发科室主任及护士长

职 责：负责统一领导和指挥，组织、协调应急处理工作。对医院感染暴发或疑似暴发事件成立与否做出最终判断。决定本预案是否启动和是否终止。研究并制定发生医院感染暴发事件及疑似暴发事件时的控制措施。负责对外信息发布。按规定向卫生局及疾控中心报告。

（二）医院感染暴发医疗救治小组

组 长：胡泰潢

副组长：李秋燕

成 员：各临床、医技科室主任

职 责：负责对疑似病例进行会诊、讨论，明确诊断并积极进行救治；负责对本预案的启动及终止提出建议。调度各科卫生技术力量（医务科、护理部），保障救治感染患者工作开展。负责病人分流转运及转运途中医疗监护。预防医疗纠纷的发生。根据事态发展及调查结果完善诊疗方案。

（三）消毒隔离及医疗护理小组

组 长：李秋燕

成 员：李玉凤及各科室护士长

职 责：根据事件性质，负责消毒、隔离和防护技术指导和具体消毒隔离措施的落实工作。协助调查医院感染发生原因、做好标本采集。

（四）感染控制组

组 长：李玉凤

成 员：吴金凤 昂子健及检验科微生物室医师、发生医院感染暴发或疑似暴发科室监控医师和监控护士

职 责：进行环境卫生学检测以及有关的标本采集、病原学检查等工作。负责对感染病例发生地点、时间、涉及人数、主要症状和体征、可能原因等信息进行调查、收集、整理和报告。

（五）后勤设施保障组

组 长：王 菊

成 员：毕丽璇 赵晓庆

职 责：负责消毒、隔离防护、救治药品等物资的应急供应。在接到医院感染暴发事件通报后，设备科、药剂科、后勤部应在4小时内立即对医疗设备、防护器材、药品、消毒药械等进行库存检查、质量检修，根据库存状况及领导小组的进一步安排，进行紧急采购。

三、预警机制

1. 医院感染防控知识培训 定期对全院医务人员进行培训，做到对医院感染病例的早发现、早报告、早控制，避免感染扩散；

2. 加强医院感染监测

（1）各科室感染管理小组应对科室感染散发病例、突发感染暴发事件的日常监测工作负责。

（2）感控办、临床医师、检验科及各管理部门应及时加强信息交流与沟通，多部门协作机制，对感染暴发早期预警，及时控制。

3. 医院感染预警 按从高到低分为一级、二级、三级。

（1）三级预警：

同一科室同时出现3例同部位不同源医院感染；

同一科室同时出现3例不同部位不同源医院感染；

出现1例不明原因重症院内感染病例。

（2）二级预警：

同一科室同时出现2例同部位、同病原菌的医院感染；

科室出现1例法定传染病的医院感染；

科室同时出现2例多重耐药菌感染；

同一科室同时出现3例以上不同部位不同源医院感染；

短期内科室出现2例以上不明原因，相同症状重症病例。

1. 一级预警

短时间内发生3例以上同种同源感染病例；

短时间内医院、科室同类感染骤增，罹患率显著高于医院、科室历年院感一般发病水平；

1例医院感染病例产生较严重后果；

二级预警采取适当措施仍有新病例出现的情况。

4. 各级预警处理：

1）三级预警科室内部通报：加强消毒,及时隔离病人；严密监测所有病人，避免新发病例，并报感控办备案（12h内）；院感办进行检查指导。必要时组织相关科室对不明原因患者会诊，完善检查明确诊断。

2）二级预警报告感控办（6h内）；加强消毒，及时隔离耐药菌感染病人和法定传染病感染病人；严密监测所有病人并实行保护性隔离，杜绝新发病例；感控办报告医院院感委员会，必要时进行全院内部通报。  
 3）一级预警报告院感办（2h内）： 请示医院院感委员会批准启动应急控制预案；全院内部通报同时上报卫生行政主管部门。

四、预案的启动

（一）医院感染暴发事件报告程序及责任人

1. 临床科室发生3例（含3例）以上疑似医院感染暴发或3例医院感染暴发病例时，由本科室科主任（不在时可授权给科室监控小组其他成员）在6小时之内上报感控办，如遇特殊原因报告未能畅通，应立即向主管院长直接报告；

2. 检验科在短时间内（一般为7天），在不同病人的同类标本中三次检出同一种病原体，或在同一病区的不同病例中，三次检出同一种病原体，或检出特殊的、重要的、多重耐药的病原体，科主任务必在6小时内报告感控办；

3. 感控办接到临床科室或检验科的报告后，2小时之内向分管院领导报告，应急处置领导小组同时向医务科、护理部、设备科、药剂科及总务科进行通报，以有利于有关部门及时采取应急处置措施；

4. 医院领导小组组长根据《医院感染暴发报告及处置管理规范》相关规定向卫生局及疾控中心报告，请求协助调查处理。

（二）医院感染暴发事件确认程序

1. 医院感染暴发事件报告程序启动后，医院感染暴发应急处置领导小组组长应在2小时组织相关职能部门及专家组成员对暴发事件进行调查、确认，并对事件进行综合评估，研究确定是否启动本预案。当领导小组成员出现不同意见时，由院长决定本预案是否正式启动；

2. 在本预案启动后，院长向卫健局及疾控中心报告；

3. 在本预案启动后，在4小时之内召开会议，各小组严格履行各自职责。

（三）应急处置及控制措施

边调查，边控制，防止感染源传播和感染范围的扩大。同时随着调查不断获得新的发现，及时调整控制措施。

1. 查找感染源：感控办、检验科应对感染病人、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员及陪护人员等进行病原学检查。
2. 分析感染因素：对感染病人及相关人群进行详细流行病学调查。调查感染病人及周围人群发病情况、分布特点，根据疾病特点分析可能感染途径，对感染病人、疑似病人、病原携带者及其密切接触者进行追踪调查，确定感染途径。
3. 积极实施医疗救治感染病人，控制感染源，必要时进行隔离。
4. 切断感染途径。在确定感染暴发的传播途径后，采取相应的控制措施。对感染源污染的环境采取正确有效的消毒处置措施。
5. 保护易感人群，必要时对易感病人隔离治疗，甚至暂停接收新病人。
6. 总结经验教训 调查处置结束后，制定今后防范措施，尽快将调查处置过程整理成书面材料，记录暴发经过，调查步骤和所采取的控制措施及其效果，并分析此次调查经验与不足。

五、预案终止

医院感染暴发事件隐患或相关危险因素被消除后，距离本院最后一例医院感染病例最长潜伏期也无新病例出现，医院感染暴发应急处置领导小组应责成各小组对医院感染暴发事件的发展态势进行评估，根据评估结果决定本预案是否终止。

六、责任追究及处罚措施

1. 及时上报感染病例 实行首诊医生负责制，首诊医生为第一责任报告人，任何责任报告人在发现疑似医院感染暴发时，应立即向所在科室负责人报告，同时电话或书面报告医院感控办；

2. 不得瞒报、缓报和谎报 对医院感染暴发报告不及时的科室和个人进行全院通报批评，科主任、护士长、科室监控医师、主管医生、检验人员都有职责上报；

3. 各临床科室和职能部门积极配合 应当对医院感染暴发的调查处置工作予以配合，不得拒绝和阻碍，不得提供虚假材料。认真落实医院感染暴发应急处置措施。

医院感染暴发调查资料分析

1.临床资料分析

2.流行病学资料分析

3.实验室资料分析

1.分析暴发的原因

2.推测可能的感染源、感染途径或感染因素

3.评价采取控制措施的效果

根据调查结果及新发病例情况及时调整控制措施

观察无新发病例，确认暴发终止

订正报告：暴发终止一周内写出调查报告，总结经验，制定防范措施

调查

临床科室或微生物室发现医院感染暴发或疑似暴发

医院感控办

报告

初步证实暴发

院外报告（初次报告）

1.Ⅰ级医院感染流行或暴发事件2小时内向县级卫生行政部门报告，并同时向疾控机构报告

2.Ⅱ级、Ⅲ级医院感染流行或暴发事件12小时内向县级卫生行政部门和疾控机构报告

严密监测新发病例

开展救治工作

1.救治感染者

2.感染与非感染患者分开

3.必要时暂停接收新患者

派专家开展调查

1.根据疾病传播途径，采取经验性预防控制措施

2.消毒隔离

3.个人防护

4.医疗废物、排泄物等处理

5.防止交叉感染和污染

1.启动病原学检查

2.动流行病学调查：具体照“医院感染暴发流行病学调查标准操作规程”

## 医疗废物流失、泄漏、扩散等意外事故应急处置预案

一、总则

为做好我院医疗废物流失.泄漏.扩散和环境污染等意外事故发生的应急处置工作，最大程度地减少因环境污染对患者健康造成的危害，维护患者利益，减少不良影响，保障医疗安全，确实履行我院在环境保护中所承担的职责。根据国家有关法律.法规要求，结合我院实际情况，特制定本预案。

二、编制依据

《中华人民共和国传染病防治法》 、《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》、《医疗废物管理条例》 、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》 、《危险废物转移联单管理办法》 、《危险废物经营许可证管理办法》。

三、工作原则

坚持预防为主，常备不懈，统一领导、分级负责，指挥有方、协调有序，依法规范.措施果断的工作原则，积极协调本院各相关部门和科室落实预案处置工作。

四、组织机构及职责

（一）应急领导小组成员：

组 长：院长

副组长：分管副院长

成 员：医务科、感控办、护理部、后勤部、保卫科和各临床科室主任及护士长。

（二）应急领导小组职责：

1. 负责组织、协调、指挥医疗废物流失、泄漏、扩散和环境污染等意外事故发生时的环境污染控制和医疗救治工作。

2. 统筹调配各级各类医护力量，设备、药品、防护用品等卫生资源。

3. 监督、指导各项应急措施的落实，根据事故的风险等级和发展态势决定启动或终止应急响应。

（三）各部门工作职责：

1. 医务科职责：负责因意外事故造成的人员损害病例的医疗救治工作，制定救治方案并组织实施。

2. 护理部职责：负责组织实施各病区内环境污染的消毒处理工作，及因意外事故发生造成的人员损害的护理工作。

3. 医院感控办职责：负责对事故的起因进行调查.评估和报告；监督.指导现场消毒隔离及个人防护措施落实；

4. 后勤人员职责：负责污水处理站的日常消毒.监测.记录等工作及设备.设施的维护保养；组织实施公共区域内.暂存地的消毒处理工作并提供人员防护及消毒用品。

5. 药剂科职责：负责保证应急处置所需的消毒.防护.医疗.设备等物资的供应。

五、处置程序

（一）日常处置：

1. 固体医疗废物处置：各临床.医技科室医务人员负责对固体医疗废物进行分类收集，保洁人员负责及时将医疗废物转运至医疗废物暂存间暂时贮存，暂存间管理人员负责将暂存间的医疗废物移交给云南正晓环保投资有限公司集中处置，并认真填写医疗废物转移联单；

2. 污水处理：各临床、医技科室在诊疗过程产生的医疗废水，全部集中至污水处理站进行消毒处理。污水处理站工作人员负责每日监测余氯.PH值2次；每月采集污水样本送县疾控中心监测粪大肠杆菌1次；联系第三方监测肠道致病菌，沙门氏菌的监测，每季度不少于1次，志贺氏菌的监测，每年不少于2次。达到排放标准后方可排放；

3. 出现局部小区域或公共区域环境污染，由所在科室人员或保洁人员立即进行局部消毒处理。

（二）紧急处理措施：

1. 在收集或转运医疗废物过程中，发生医疗废物流失.泄漏.扩散和环境污染等意外事故时，当事人应立即电话报告科室负责人和医院后勤部、感控办，医院后勤部感控办接到报告后应立即到达现场进行调查.评估，确定流失、泄漏、扩散的医疗废物的类别、数量、发生时间、影响范围及严重程度等，同时电话报告分管副院长；

2. 启动应急预案，组织相关人员尽快按照应急预案程序，对发生医疗废物泄漏.扩散的现场进行处理；

3.对被医疗废物污染的区域进行处理时，应当尽可能减少对病人、医务人员、其他现场人员及环境的影响；

4. 对泄漏、溢出、散落的医疗废物迅速进行收集、清理和消毒，必要时封锁污染区，以防扩大污染；

5. 对液体溢出物可先用吸湿材料进行局部清理后，再用2000mg/L含氯消毒液对受污染的区域、物品进行喷洒或擦洗消毒，消毒工作从污染最轻的区域向污染最严重的区域进行，对可能被污染的所有使用过的工具均应进行消毒处理；

6. 工作人员在进行现场清理时，必须穿防护服.防水鞋，戴口罩和乳胶手套等防护用品，清理工作结束后，用具和防护用品均须进行消毒或灭菌处理；

7. 清理人员的身体（皮肤）在清理过程中不慎受到污染时，应及时采取相应措施处理，并更换防护用品，受污染的部位应尽快清洗.消毒后洗澡，必要时接受医疗救治；

8. 应急领导小组根据事故的风险等级和发展态势，决定终止应急预案，同时组织相关人员进行调查取证、总结分析、责任追究等工作；

9. 事故处理工作结束后，后勤部、感控办应对事件的起因进行调查分析，对采用的防范措施加以评估，总结经验教训，预防类似事件的发生。

（三）报告程序：

1. 发生医疗废物流失.泄漏.扩散和意外事故时，当事人应立即报告科室负责人和医院后勤部、感控办，后勤部、感控办接到报告后应立即到现场进行调查，经调查证实后应立即向分管副院长报告，并在24小时内向县卫健局和县环保局报告；

2. 发生重大医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故导致1人以上死亡或者3人以上健康损害，或污水导致公共水体污染时，当事人应立即报告科室负责人和医院医务科、感控办，经医务科.感控办调查证实有上述重大事故，应立即向分管副院长和院长报告，并在12小时内向县卫健局和县环境保护局报告，同时采取相应紧急处理措施；

3. 因医疗废物管理不当导致3人以上死亡或者10人以上健康损害，需要对致病人员提供医疗救护和现场救援的重大事故时，当事人应立即报告科室负责人和医院医务科.感控办，经医务科.感控办调查证实有上述重大事故，应立即向分管副院长和院长报告，并在2小时内向县卫健局和县环境保护局报告，同时采取相应紧急处理措施。

医疗废物流失、泄露事故紧急处理流程

立即组织人员封锁保护现 场

立即电话报告医院后勤部、感控办等相关部门

发现事故

将调查处理结果向上级汇报

向全院反馈，进行再教育，留档备查

总结经验教训，采取有效防范措施，预防再次发生

解除封锁

好

不好

评估消毒效果

做好防护，从污染较轻区域向污染较重区域彻底清洁消毒，并对清扫的工具进行消毒

配合有关部门的检查、监测、调查取证

现场调查，评估危险程度，写出调查报告

一般事故需48小时内上报；需要特别对致病人员提供医疗救护和现场救援的重大事故，应24小时内上报

报告上级卫生行政部门和环境保护行政主管部门及相关部门

根据《医疗废物管理条例》，采取相应紧急处理措施

## 菌种及毒株样品生物安全事件应急预案

1. 目的

规范菌种及毒株样品管理，明确菌种及毒株样品生物安全事件处的处理程序。

1. 适用范围

临床微生物学专业组因工作需要保管的菌种及毒株样品。

1. 职责
2. 3.1 临床微生物学专业组组长对菌种及毒株样品管理负主要有责任。
3. 3.2 临床微生物学专业组工作人员按标准操作程序规范使用菌种及毒株样品。
4. 4. 工作程序
5. 预防预警报告
6. 预防机制
7. 严格贯彻执行《中华人民共和国生物安全法》 、《病原微生物实验室生物安全管理条例），抓紧做好病原微生物实验室备案登记工作。
8. 病原微生物实验室要加强实验室标准化建设，对实验室人员配备、设备配置、个人防护和安全行为等必须按照《实验室生物安全通用要求》等严格执行。
9. 病原微生物保藏要制定严格的安全保管制度，作好病原微生物菌（毒）种和样本进出和储存的记录，建立档案制度，并指定专人负责。对高致病性病原微生物菌（毒）种和样本要设专库或者专柜单独储存。
10. 增强安全意识，进一步完善实验室生物安全的各项规章制度。把生物安全管理责任和措施落到实处，消除安全隐患。实验室工作人员自觉遵守微生物实验室生物安全管理相关法律法规，严格按照操作规程和技术规范开展工作。
11. 加强安全防范，防止不法之徒盗窃病原微生物菌（毒）种和样本用于对人群进行生物化学恐怖攻击，危害公众健康和影响社会稳定。
12. 预警机制
13. 建立有效的预警机制，为各种病原微生物菌（毒）种和样本建立档案和使用记录，每次使用后及时登记与发现遗失或被盗，立即报告。
14. 建立实验室工作人员健康档案，定期体检。发现与实验室生物安全有关的人员感染要立即报告。
15. 定期开展自查，发现安全隐患要迅速预警通报。
16. 预警分级标准。实验室感染根据所操作的病原微生物致病性及其对周围人群和环境危害的严重程度，可将实验室生物安全事故划分为三个等级。分别为一般性实验室安全事故、严重实验室安全事故和重大的实验室安全事故。

Ⅰ级：一般性实验室生物安全事故是指实验室发生了三、四类病原微生物泄漏或感染，导致1~5人的感染，并引起轻度的临床症状，事故对实验人员健康和公众安全不产生明显损害的。

Ⅱ级：严重实验室生物安全事故是实验室人员在实验室中，1人感染了二类病原微生物或发生二类病原微生物泄露或菌株丢失等，感染者具有明显的临床表现，但未导致死亡；或尚未造成周围人群和环境危害的或发生一般性实验室感染达5人以上的。

Ⅲ级：重大的实验室生物安全事故是指在实验室中发生一类病原微生物泄漏事件或1人及以上感染，且具有明显的临床表现的，并波及和危害到周围人群健康，甚至危害到社会人群的安全；或二类病原微生物2人或以上感染的，或因感染导致人员死亡的；或有一、二类病源微生物菌（毒）种丢失、泄露或导致环境污染等严重危害的。

1. 报告机制
2. 病原微生物菌（毒）种或者样本在运输、储存中被盗、被抢、丢失、泄漏的，承运单位、护送人、保藏机构要采取必要的控制措施，并在2小时内分别向承运单位的主管部门、护送人所在单位和保藏机构的主管部门报告，同时向所在地的县卫生行政主管部门报告。发生被盗、被抢、丢失的，还应当向公安机关报告。接到报告的卫生行政主管部门要在2小时内向本级人民政府报告，同时向上级卫生行政主管部门。
3. 任何单位和个人发现高致病性病原微生物菌（毒）种或者样本的容器或者包装材料，要及时向附近的卫生行政主管部门报告。接到报告的卫生行政主管部门要及时组织调查核实，并依法采取必要的控制措施。
4. 微生物实验室工作人员出现与本实验室从事的高致病性病原微生物相关实验活动有关的感染临床症状或者体征时，实验室负责人应当向医院感控办报告。
5. 微生物实验室发生高致病性病原微生物泄漏时，工作人员要立即采取控制措施，防止高致病性病原微生物扩散，并同时向医院感控办或感控员报告。
6. 疗机构及医务人员发现由于实验室感染而引起的与高致病性病原微生物相关的传染病病人、疑似传染病病人，诊治的医疗机构要在2小时内报告县卫生行政主管部门。接到报告的卫生行政主管部门要在2小时内通报实验室所在地的县卫生行政主管部门。接到通报的县级卫生行政主管部门要在2小时内向本级人民政府报告。并向上级卫生行政主管部门。同时采取相应的预防、控制措施。
7. 应急响应：只要发生了意外，无论何时、何地，相关部门、人员有责任和义务立即作出响应。
8. 一般情况下，有下列情形之一者，即可启动实验室感染应急预案：
9. 实验人员在检测高致病性病原微生物过程中，发生严重差错或事故，导致病原微生物外溢，且数量较多或样本中病原体浓度较高时，并有实验室人员防护不到位，造成直接暴露，极有可能导致感染时；
10. 在操作高致病性病原微生物的实验室，遇突发事件，如突然断电，导致送排风系统无法正常运转，或遇到火灾等自然灾害，导致病原体外泄，造成严重污染，使实验人员直接暴露时；
11. 因违反操作规程和安全管理制度，安排未经安全培训和不具备专业能力的进修实习人员从事高致病性病原微生物检测工作，发生严重差错或事故，造成病原微生物扩散，实验操作人员个体防护措施存在缺陷时；
12. 实验过程中，发生病原微生物容器破损外溢或扩散，从事高致病性病原微生物检测的人员，未经预防接种，且所操作的病原微生物能够导致严重疾病，甚至死亡的情况时；
13. 在操作能够通过呼吸道传播、扩散的高致病性病原微生物时，实验人员发现个体防护措施存在缺陷，并直接暴露，且实验人员未经预防接种时。
14. 分级响应：
15. 4.3.2.1 发生一般感染事件时应做好以下工作：

（a） 生物安全委员会立即领导生物安全管理机构（办公室）组织有关部门，全面了解事故发生的情况，督促各有关科室履行各自的职责，落实各项防控措施，及时予以处置和纠正。

（b） 发生感染或事故的实验室应暂停相关的实验活动。

（c） 立即组织专家组进入实验室进行调查。

（d） 对污染区域开展消毒，并对污染和事故可能带来的危害情况进行评估。

1. 较大的实验室感染，在一般实验室事故措施的基础上，应该做好以下工作：

（a） 停止发生事故的实验室所有工作，组织专家进行调查、评估。

（b） 感染人员立即送定点医院隔离观察或治疗。

（c） 对发生感染或泄露事件的实验室的所有相关人员进行医学观察。

（d） 事件判定后的2小时内报县卫生行政部门。

1. 重大实验室感染，在较大实验室事故措施的基础上，应该做好以下工作：

（a）对发生感染或泄露事件的实验室进行封锁，组织专家进入进行调查、评估。

（b）事件判定后立即报县卫生行政部门。

（c）调查处理后，对实验室进行全面彻底消毒。

1. 先期处置

发生感染或泄漏事件的实验室停止实验活动，并按照相关程序做好现场应急处置，病原微生物安全委员会办公室接到报告后应该对感染事件的基本情况和信息进行核实，并负责召集单位病原微生物安全委员会成员，对所发生的实验室差错或事故的严重程度与可能产生的危害进行分析评估，一确定实验室差错或事故性质可能造成的后果，并对受暴露的实验人员采取医学观察或隔离治疗等措施，最后根据所造成的后果的危害大小和严重程度进行感染事件等级认定。具体措施如下：

1. 封闭被病原微生物污染的实验室或者可能造成病原微生物扩散的场所；
2. 开展流行病学调查；
3. 对病人进行隔离治疗，对相关人员进行医学检查；
4. 对密切接触者进行医学观察；
5. 进行现场消毒；
6. 其他需要采取的预防、控制措施。
7. 具体处置方法按职业暴露、生物危害物溢出等处理程序处理。
8. 事件综合评估：根据生物安全事件报告的具体情况，确定评估主体；领导小组组织专家小组对评估主体进行危害评估。
9. 生物安全事件原因调查。对生物安全事件发生的具体原因、应急处理情况、接触人员的感染情况、引起疾病流行的可能性等进行调查。
10. 标本、样品采集和检验。对污染的物品、区域、接触人员和可疑感染的生物进行采样和检测，以评估确定事件的性质和危害。
11. 生物安全事件危害范围评估。根据引发生物安全事件的病原微生物具体种类、接触人员和泄露范围，评估确定生物安全事件危害范围。现场调查和取证人员要采取适宜的防护措施。疫情的解除。
12. 解除封锁的条件是：对污染区进行必要的安全处理，如对病原体进行彻底的消毒或销毁；根据情况进行必要的杀虫、灭鼠；对小隔离区进行终末消毒，并从最后一例病人算起，经过一个最长潜伏期仍无新的病例发生，报请批准封锁的主管部门解除封锁。
13. 保障措施
14. 不断完善实验技术操作规程和技术规范，强化实验室规范化建设。
15. 加强对涉及实验室生物安全的监测与预警、疫情分析评估、流行病学调查、消毒技术等方面的业务培训。加强实验室业务人员法制化管理和法律责任方面的学习。
16. 病原微生物实验室设立单位要自觉遵守国家相关的法律法规，定期开展自查，不断完善实验室检查制度。

## 标本溢洒应急预案

1. 目的

为规范检验科标本溢洒（包括各种临床检测标本、培养物等发生的溢出）处理，防止污染进一步扩散，造成实验室污染及工作人员职业暴露感染，特制定本预案。

1. 适用范围

发生在检验科内的各种标本的溢洒。

1. 职责

但发生标本溢洒时，实验室人员按本预案规定的流程进行处理。

1. 工作程序
2. 台面、地面标本溢洒

1 标本溢洒后，首先放置警示标识。

2 负责清理的工作人员穿戴个人防护装备，护目镜和双层手套等防护用具。

3 取吸水纸覆盖污染区域，吸干液体部分，防止污染进一步扩散。

4 用含有效氯，2000 mg/L的消毒液，喷洒覆盖消毒30分钟左右。

5 用镊子将吸水纸连同破损的容器小心钳入医疗垃圾袋中（若破损的容器是玻璃等损伤性利器，则要钳入锐器盒中）。

6 用2000mg/L的含氯消毒液浸泡过的抹布自外向内擦拭污染区域，作用30分钟。

7 抹布放入消毒液中浸泡消毒，镊子取污染后高压灭菌，30分钟后用清水拖布擦拭污染区域两次待干。拖布放入2000mg/L的含氯消毒液浸泡消毒。

1. 生物安全柜内标本溢洒

1 处理溢洒物时不要将头伸人安全柜内，也不要将脸直接面对前操作口，而应处于前视面板的后方。选择消毒剂时需要考虑消毒剂对生物安全柜的腐蚀性。

2 如果溢洒的量不足1 mL时，可直接用消毒剂浸湿的纸巾（或其他材料）擦拭。

3 如溢洒量大或容器破碎，宜按如下操作：

（1）使生物安全柜保持开启状态，等待至少5 min.

（2）在清理时穿戴个人防护装备，护目镜和双层手套等防护用具。

（3）在溢洒物上覆盖浸有酒精的吸收材料，作用至少20 min以发挥消毒作用。必要时，用酒精浸泡工作表面以及排水沟和接液槽。

（4）在安全柜内对所戴手套消毒后，脱下手套。如果防护服已被污染，脱掉所污染的防护服后，用适当的消毒剂清洗暴露部位。

（5）穿好适当的个体防护装备，如双层手套、防护服、护目镜和呼吸保护装置等。

（6）小心将吸收了溢洒物的纸巾（或其他吸收材料）连同溢洒物收集到专用的收集袋或容器中，并反复用新的纸巾（或其他吸收材料）将剩余物质吸净；破碎的玻璃或其他锐器要用镊子或钳子处理。

（7）用酒精擦拭或喷洒安全柜内壁、工作表面以及前视窗的内侧；作用一定时间后，用洁净水擦干净消毒剂。

（8）如果需要浸泡接液槽，在清理接液槽前要先报告主管人员；可能需要用其他方式消毒后再进行清理。

1. 离心机内溢洒

1 在离心感染性物质结束后，至少再等候5min打开离心机盖。

2 如果机器正在运行时发生破裂或怀疑发生破裂，导致标本外洒时，立即关闭离心机电源，停止使用。待离心机完全停止转动时，让离心机密闭（例如30min）使气溶胶沉积，打开离心机盖开始清理工作。

3 如果机器停止后发现破裂，如果离心机已被污染，立即小心关上盖子，切断离心机的电源，标识停用，让离心机密闭至少30分钟后开始清理工作。

4 疏散所有无关人员，穿着适当的个体防护，准备好清理工具。

5 穿着防护服，戴厚橡胶手套，准备好镊子、2000mg/L含氯消毒、棉花、纸巾、75%酒精后，打开离心机，当清理玻璃碎片时应当使用镊子，用镊子夹着棉花来进行清理细小的破碎物，小心将所有离心桶、十字轴和转子转移出来，侵泡在75%酒精中60分钟，未破损的带盖离心管应放在另一个75%酒精的容器中，然后收回。

6 用2000mg/L含氯消毒剂擦拭离心机其他可能被污染的部位，然后用清水冲洗擦拭，空气晾干，清理时所使用的全部材料都应按感染性废弃物处理。

7 必要时，需要评估后采取使用的措施。

8 按程序记录相关过程和报告。

标本溢洒应急处置流程图

关闭电源，打开盖子被污染，立即小心关上，切断电源，做好标识

30分钟后

准备好清理工具，穿好适当防护装备

将转子转移出来，侵泡于75%酒精内60分钟

离心管转移到收集容器中，用镊子清理破碎物，用2000mg/L含氯物擦拭可能被污染的部位，空气晾干

空气晾干后方可投入使用

离心机内溢洒

## 危险化学品事故应急预案

一、目的：为加强危险化学品的管理，做到一旦发生意外事故，能在较短时间内迅速处理，确保人员和财产安全，结合本院实际，制定应急预案。

二、范围：药剂科、全院各科室

三、内容：

（一）成立危险化学品事故应急处理领导小组，负责组织事故应急处理和领导工作。组长由院长担任，副组长由书记、副院长担任，成员由各科室负责人、行政办公室和保卫科人员组成。

（二）预防措施

1. 安全事故重在预防，要通过定期组织安全教育、提高员工的责任意识、安全意识和防范意识；

2. 逐级签定安全责任书，做到谁主管谁负责，谁使用谁负责；

3. 对使用危险化学品的科室，严格执行国家《[危险化学品安全管理条例](https://baike.baidu.com/item/%E5%8D%B1%E9%99%A9%E5%8C%96%E5%AD%A6%E5%93%81%E5%AE%89%E5%85%A8%E7%AE%A1%E7%90%86%E6%9D%A1%E4%BE%8B" \t "_blank)》和我院《危险化学品管理制度》，做到专人负责，定点放置，妥善保管，领发使用有记录，院内人员在使用时认真查对，严格按规范操作，避免差错和自伤，熟悉院内使用的危险化学品的性质和无害化处理的措施；

4. 科室安全管理负责人每周对危险化学品的使用、存储、记录情况进行督查，科主任、分管领导每月对危险化学品使用监管情况进行督查，定期巡查。

（三）应急处理措施

1. 发现丢失或被盗，发现人员及时报告科室负责人和保卫科进行现场调查,将结果上报院领导，经研究决定后由行政办公室向公安部门报案，并配合公安人员积极追查；

2. 在使用过程中发生差错，使用人员及时报告科室负责人处理，并上报院领导进行调查，针对具体情况及时作出处理；

3. 发现泄露，发现人员应根据其特性，及时作出处理，报告科室负责人，并上报院领导进行调查处理。

（四）附则

本预案所称危险化学品，是指具有毒害、腐蚀、爆炸、燃烧、助燃等性质（包括院内统称的易制毒、易制爆化学品），对人体、设施、环境具有危害的剧毒化学品和其他化学品。

## 特殊管理药品应急预案

一、目的：为加强我院特殊管理药品的监管，有效预防、控制和消除特殊管理药品突发安全事故的危害，保障公众身体健康和生命安全，根据《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗用毒性药品管理办法》、《放射性药品管理办法》及《易制毒化学品管理条例》结合我院实际制定本预案。

二、范围：药剂科 临床各科室

三、内容：

（一）本预案所称特殊管理药品包括麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品。

（二）特殊管理药品突发事件应急处理工作坚持预防为主、常备不懈、反应及时、依法处置的原则。

（三）各科室要大力开展特殊管理药品法律法规和特殊药品应急知识的宣传，依靠全院的力量、预防和减少特殊管理药品对社会的危害。

（四）组织机构及职责：

1. 医院成立特殊管理药品突发事件应急处置领导小组，由分管院长任组长，医务科、药剂科主任任副组长，成员包括医务、药学、护理及保卫等人员。其职责如下：

（1）修订医院特殊管理药品突发事件应急处理预案；

（2）研究制定医院特殊管理药品突发事件应急处理工作措施和程序；

（3）负责医院特殊管理药品突发事件应急处理专业队伍的建设和培训；

（4）对医院依法处理特殊管理药品突发事件应急工作实施统一指挥、监督和管理并及时向省、市卫生行政部门、药品监督管理部门及其他相关部门报告。

2. 医院应急领导小组下设办公室，由药剂科主任负责。其职责如下：综合协调医院特殊管理药品突发事件的预警和日常监督管理工作；综合协调医院特殊药品突发事件信息的收集、分析、评估工作；负责对特殊管理药品突发事件的调查，必要时协助有关部门实施控制；组织实施应急领导小组的各项指令，提出应急处理建议和应急处理措施，协助解决应急处理中的具体问题；负责特殊管理药品突发事件应急处理情况的总结报告。

（五）预防与控制：

1. 加强对特殊管理药品法律法规和特殊药品应急知识的宣传、培训，提高防范意识；

2. 加强特殊管理药品日常监管，制定和落实预防特殊管理药品突发事件责任制，一旦发现隐患和突发事故苗头及时采取应对措施；

3. 加强特殊管理药品使用环节的监管，定期检查特殊管理药品使用执行有关法律法规的情况，使用环节的购进、运输、储存、保管、调配、使用情况及其问题整改落实的情况，依法对使用特殊管理药品突发事件组织调查、确认和处理并负责有关资料的整理和情况的综合汇报。

（六）报告与处理：

1. 特殊管理药品突发事件有下列情形之一的应启动应急程序：特殊管理药品滥用造成一人以上死亡或者三人以上严重中毒；麻醉药品、第一类精神药品流失、被盗；医疗用毒性药品中属剧毒物品流失、被盗；发现麻醉药品、精神药品滥用成瘾人群；

2. 特殊管理药品突发事件应急处理按以下程序进行：立即组织力量对报告事项调查核实、确定采取控制危害扩大的措施或者对现场进行控制；立即向省、市卫生行政部门、药品监督管理部门及其他相关部门报告。报告内容包括：事故发生时间、地点、事故简要经过、涉及范围、死亡人数、事故原因、已采取的措施、面临的问题、事故报告单位、报告人和报告时间等；采取必要的药品救治供应措施；事故的分析、评估、研究应对措施；

3. 任何部门和个人都不得瞒报、缓报、谎报或者授意他人瞒报、缓报、谎报特殊管理突发事件。

（七）本预案适用于特殊管理药品在销售、储存、保管和使用等环节中突发造成或者可能造成人体健康严重伤害和严重影响公众健康的社会问题的应急处理。此应急预案从发布之日起实施。

## 患者服用假、劣药品、调剂错误药品导致人身伤害事件应急预案

一、目的：当患者服用假、劣药品，调剂错误药品导致人身损害时，能以最快的速度，尽最大的努力，最大限度地避免和减少人员伤亡，维护公众的生命财产安全，尽快恢复医院正常的医疗秩序

二、范围：适用于院内因患者服用假、劣药或调剂错误药品引发的，造成或可能造成导致人身损害的事件。

三、职责：

1. 日常做到信息共享，立足预防。经常关注药监系统和有关监测网络的信息及数据，及时掌握相关信息，主动防范；

2. 突发事件发生时，医院医疗质量与安全管理小组统一指挥，各相关科室、部门密切配合，以最快的速度，最大限度地避免和减少人员伤亡，维护公众的生命财产安全，尽快恢复医院正常的医疗秩序；

3. 突发事件发生时，依法处置，讲究策略。把对事件的果断处置同避免激化矛盾进行统筹考虑，根据事件的性质、情况和不同的发展阶段，因情施策，妥善处置；

4. 突发事件发生时，由医疗质量与安全管理委员会主任委员组织成立3个临时工作组，由医务科统一安排工作：

（1）医疗救护组：由医务科负责组织相关科室的医护人员迅速开展医疗救护工作。

（2）应急物资保障组：由财务科负责落实和保障救援物资的供应、发放和储存。

（3）事件调查处理组：由药剂科负责事件的调查、处理和汇报工作。

5. 突发事件发生时药剂科迅速收集、整理药品信息，确定事件影响的范围，确保紧急情况信息报送渠道畅通、运转有序；

6. 应急物资保障组及时落实救援物资供应、发放和储备；

7. 医务科根据情况需要及时做好紧急情况的疏导解释工作，安定民心，平息民情，保证相关人员、单位和财产的安全；

8. 重大紧急情况处理结束后，药剂科要及时向医院医疗质量与安全管理小组提交事件处理报告。内容包括：事件发生的原因、处理经过、有关对策、处理结果及事件的影响评估、事态的发展趋势等；

9. 处置流程

（1）医护人员在获悉发生紧急情况的信息后，必须在10分钟内向药剂科汇报，报告的内容包括：发生事件的人数、性质、时间、地点、原因、经过、社会反映及其他已掌握的情况。

（2）药剂科接到情况报告后必须立即向医务科及医院分管领导报告，医务科启动应急预案，药事分管院长再向当地食品药品监督管理局汇报。并联合相关部门快速到位、果断处置。

（3）应急预案启动后，医疗救护组迅速开展医疗救护工作，尽可能地减少、减轻药品对人员、人体的伤害。

（4）应急物资保障组：由财务科负责落实和保障救援物资的供应、发放和储存。

（5）药剂科迅速开展控制、追回等相关应急工作，控制事态发展。

医疗救护组迅速开展医疗救护工作

应急物质保障组负责救援物资供应

药剂科负责控制、追回相关工作

分管院长

医务科

药剂科立即上报

10分钟内报告药剂科

发现患者服用假、劣药品，调剂错误药品伤害事件

向当地卫生行政部门及食品药品监督管理局上报

紧急情况处理结束后，药剂科要及时分管院长提交事件处理报告

紧急情况处理结束后，药剂科要及时向医院医疗质量与安全管理小组提交事件处理报告

## 药品缺药事件应急预案

一、目的：保障临床药品供应。

二、范围：药剂科

三、职责：

1. 药品采购管理人员应根据实际我院工作需要与药品配送公司建立缺药应急处理措施，以最大限度满足患者需求。

2. 与药品配送公司建立连锁供应（或内部调整），避免临时缺货。在药品购进计划发出后1-2个工作日内及时送货到医院，急救药品应保证在4个小时内送达，否则应根据药品需求量报请科主任和分管院长，商议从其他药品配送公司购货，并以书面形式（避免[法律](http://www.studa.net/Law/)纠纷）与中标的配送公司协议相关内容。

3. 对于紧急药品，药品配送公司送达后有货没有发票的，药库管理员告知药品采购并询问价格，完善记录，进行临时入库后发到所用科室或先以借药的方式发到科室，待补开票后进行补入库，完善相关手续。补开票限定在1-2个工作日之内。

4. 临时抢救病人需要的药品，当班人员立即报告所在药房负责人，药房负责人与药库管理员商议联系药品配送公司进行配送，在药品配送公司暂时又缺药的情况下，可到就近的医院暂借，以满足临床抢救病人需要。等药品配送公司货到后及时还上。如近期都买不到的情况下，到其他医院购买，满足临床用药需要。

5. 在药品配送公司暂时缺药且就近的医院也无药的情况下，上报科主任，报分管院长协调医院行政总值班到周边或上级医院进行借药，以最大限度满足临床抢救病人需求。

## 突发公共卫生事件药品供应应急预案

一、目的：规范在突发公共卫生事件发生时，药剂科对突发公共卫生事件应急处理工作，保证药学服务质量及医疗救护工作的顺利完成。

二、范围：突然发生造成或者可能造成社会公众健康，严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大事物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件

三、职责

1. 医院建立突发公共卫生事件药品应急供应领导小组，分管院长任组长，药剂科主任任副组长，药房、药库等相关人员为成员。

突发应急事件药品供应小组人员名单：

组 长：蔡 菜（联系电话：15911615619）

副组长：王 菊（联系电话：13888338041）

组 员：叶友燕 李 萍 曾成博 普秀兰 卢春花 赵 敏 李金龙 李静源 毕海清 洪静玲 毕金花 赵 红 李晓洁 杨 婷 杨 琦

注：（门诊药房联系电话67747704，住院药房联系电话67794528）

2. 药剂科根据实际情况，做好常规急救药品的储备，当遇突发事件时立即启动药品应急供应预案。药剂科主任与药库管理员应及时了解事件的类型和轻重程度，分析现有库存药品能否保证医疗救援所需，以及能维持使用时间的长短，由药库管理员提供应急采购药品书面计划，并报药剂科主任、分管院长各一份备案。

3. 药品应急采购方式：采取多种形式、多渠道采购，以保证所需药品及时到位。原则上与我院有业务合作的药品配送公司都是药品应急供应单位，为了应对突发公共卫生事件，保证医疗救援所需药品，并保证其药品质量，经双方协商同意，签订药品应急采购合同。

4. 突发应急事件备用急救药品目录（附件1）

5. 发生突发应急事件时，根据其性质、类别及严重程度，启动应急响应。由当班人员立即通知药房负责人及科主任，主任负责全科的协调工作，积极组织相关人员按照医院的部署，完成各项抢救工作。

6. 为了在突发公共卫生事件应急处理中能更有序开展工作，下设4个专业职能组，其职责为：

（1）人力资源组：由科主任任组长，负责在突发应急事件中科室的人员整合、稳定职工情绪、生活保障等方面的工作。其他各组应定期向科主任汇报人员情况（包括出勤、感染情况）。

①人员整合包括各组工作人员的重新定岗、人员调配、新组临时岗位的人员安排、排班，一旦进入应急响应状态，宣布全科人员停休，明确每个人的职，全体人员保证24小时通讯通畅，期间全天待命，随叫随到，待事件结束后才能撤离岗位。无故不到者按医院有关规定从严处理，造成严重后果者依法依规处理。

②稳定员工情绪，对工作人员进行激励并应建立响应的约束机制，理解、体量工作人员的切实困难。

③必要的生活物资保障工作，向隔离区内工作人员提供必需的食品、生活用品；进行工作安全保障，制定预防措施、消毒、隔离等。

④保证与上级领导和部门沟通渠道的通畅，向上级申明药剂科的工作情况、特殊性，协调各种临时性问题。

（2）药品保障供应组：药库管理人员兼任组长，其主要职责如下：

①从多渠道获取药品供应信息；根据医院制定的治疗指南或专家组意见制定药品专项采购计划（包括治疗指南或专家指定的药物目录中药品），写明药品的名称、疗程、用量、预计接受治疗的人数、需要考虑药物治疗方案之间的相互替代性。在采购过程中保证紧缺药品供应。在有业务合作的药品配送公司采购不到的药品，及时向科主任报告，由科主任及分管院长协调向当地地其他医院借调，如当地其他医院也缺货，则向周边的市、县、镇医院借调药品或由专人向临近市、县的药品配送公司进行采购。在采购的药品未到之前，如有药品短缺，应通过媒体积极呼吁社会捐赠急需药品。

②负责医院消毒剂的采购、保管、发放工作。负责向病区运送药品，注意每次需将药品送至发热门诊或隔离病区的半污染区，与污染区的工作人员进行交接。

③供应库存药品、协调各药房抢救药品的调剂使用。

（3）药品调剂组：由门诊药房、住院部药房组长负责，其主要工作为：

①进行医院日常药品的调拨工作，执行其他与调剂相关的临时性任务。

②对窗口工作人员进行切实有效的防护，处方应用院内网络系统传递，手工传递的处方应进行消毒并妥善保管，避免院内交叉感染。

③如遇传染性病人需设专门取药窗口。

④为临床提供用药信息，保障药品供应，做好患者的用药咨询和宣传工作。

（4）药品质量控制及药学服务组：由药科质量与安全管理小组负责，主要工作是负责突发事件中药物质量、药物信息、临床药学和药物安全性方面的工作。

①对采购药品、外购药品、捐赠药品的质量进行严格控制，认真查验每批次药品的有效期及药品检验报告。

②及时收集整理药物信息包括合理用药信息，以适当的方式向临床传递。

③及时收集和上报药品不良反应。

突发应急事件的药事管理工作注意事项

（1）遇有上述突发应急事件启动应急响应以后，药剂人员必须按照方案各就各位开展工作，同时积极主动、灵活机动采取措施，参与到工作中。

（2）传染病突发应急事件后药学工作的善后处理：

①为传染病病人提供药品供应的药房应设置在清洁区。

②用于治疗住院传染病病人的药品，应在清洁区摆药。整包装药品不应进入污染区、半污染区。在传染病得到有效控制，污染区准备撤除时，应对污染区剩余药品进行消毒处理。污染区剩余药品消毒应在污染环境及房屋的终末消毒后进行。剩余药品消毒方法采用0.2%-0.5%过氧乙酸溶液浸泡。消毒后的剩余药品视为医用垃圾，可装入双层黄色垃圾袋，到指定地区处理，不得回收使用。污染区药品销毁前，应进行账册登记，金额统计。

③进入半污染区的药品的处理。药品应尽可能不进入半污染区。特殊需要进入半污染区的药品，在传染病得到有效控制，半污染区准备撤除时，应对半污染区剩余药品进行消毒处理。进入半污染区的剩余药品的消毒应在所处环境及房屋终末消毒后进行，半污染区内药品外包装或者原包装消毒采用0.2%-0.5%的过氧乙酸溶液擦拭。已打开原包装的口服药品不得回收使用。其余药品在外包装、原包装擦拭消毒后，经院感染办检查批准后可继续使用。半污染区的药品消毒后进行账册登记、金额统计。

④传染病后消毒药品的处理。因传染病防治工作需要准备充足的消毒药品，其消毒药品主要以过氧乙酸和含有效氯产品为主。阶段性防治传染病工作结束后，应首先联系其他使用单位，以减少浪费和避免环境污染。消毒药品过期后，不得再销售、使用。

⑤积压药品的处理。阶段性防治传染病工作结束后，在保证药品的有效期内正常使用外，如存在积压药品，应及时全面统计，积压药品信息首先向药品供应企业反馈，以避免盲目进货。库内待处理积压药品，在盘点入账后与药品供应企业联系处理。过期失效后不得进行使用，建账统计后，按有关规定报损销毁。

（3）突发事件过后，相关药品应由经手人及时分类办理有关出库、入库及使用手续，电脑程序及时调整，并作好记录，原则上谁经手谁负责。及时完成对突发事件应对总结，并完善相关制度。

向科主任汇报应急中的工作情况及进展

突发事件过后，由经手人及时分类办理药品相关的手续，并做好记录

书写应急事件总结并上报分管院长

发生突发应急事件时

当班人员立即上报药房负责人及科主任

科主任组织安排各职能组安医院要求有序开展工作

药品质量控制及药学服务组，药物质量、药物信息、临床药学和药物安全性方面的工作

人力资源组整合科室的人员、稳定职工情绪、生活保障等方面的工作

药品供应组，从多渠道获取药品供应信息，保障药品供应

药品调剂组，为临床提供用药信息，保障药品供应，做好患者的用药咨询和宣传工作

## 辐射安全事故应急预案

一、目的

为了更好地贯彻落实《中华人民共和国放射性污染防治法》《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》，根据国家环境保护总局、公安部、卫生部《关于建立放射性同位素与射线装置辐射事故分级处理和报告制度的通知》的文件精神，加强对医院内放射源与射线装置的安全监管，减少在使用过程中发生辐射安全事故，控制和减轻事故后果，在辐射事故发生后，立即启动本事故应急方案，采取防范措施，尽全能降低事故危害，同时按要求报告当地环保、公安和卫生行政部门，特制订本预案。

二、工作原则

统一指挥、明确职责、大力协同、及时处理、常备不懈、保护员工、保护环境。

三、适用范围

1. 放射源应用中发生的事故；

2. 放射性物质存放中发生的事故；

3. 放射性废物处置设施事故；

4. 其它辐射事故。

四、指挥体系及职责

1. 医院设立辐射安全与环境保护领导小组；

2. 医院辐射安全与环境保护领导小组组成：

组 长：张捷（院长 主任医师）

副组长：徐靖平（副院长 副主任医师）

组 员：胡泰潢（医务科科长）、杨晓西（放射科主任 主管技师）、李云龙（放射科医师 主治医师）、张彦国（医学装备科主任 主治医师）、李红平（设备科干事）

医院辐射安全与环境保护领导小组主要职责是：

（1）贯彻执行国家辐射应急的方针政策和辐射应急工作要求；

（2）负责向上级和属地有关部门报告医院内发生的辐射应急事故和事件；

（3）组织制订医院应急响应方案，做好应急准备工作；

（4）应急期间充分调动人力、物力支援，实施统一指挥，统一组织，统一行动；

（5）采取各种有效快速的救援措施，最大限度地减少污染危害，避免人身伤亡和财产损失，消除对医院的负面影响；

（6）组织人员参加辐射应急人员培训和应急演练；

（7）配合上级有关部门进行事故调查和审定工作。

4. 医院辐射安全与环境保护管理小组职责分工

组 长：全面负责本小组工作

副组长：具体负责本小组工作及时收集有关工作信息，向分管院长汇报。分管医院辐射工作人员的健康工作。

成 员：分管辐射管理中各科室间的协调工作。负责事发现场安全保卫工作。负责放射科日常工作的安排和管理，对放射设备维护人员实施监督管理。

五、医院辐射应急处理程序

（一）严格遵守放射工作各项规章制度和放射性同位素安全防护管理制度，规范放射源的储存、保管，严格执行放射诊疗操作规范。

（二）发生射线装置或电磁波、同位素等放射源泄露、污染等严重事件时：

1. 立即终止原放射诊疗操作，关闭操作电源，切断继续泄露可能；

2. 封锁现场，切断一切可能扩大污染范围的环节；

3. 迅速撒离有关人员，对事故受照射人员进行及时的检查、救治和医学观察；

4. 实行现场警戒，划定紧急隔离区。保护事故现场，保留导致事故的材料，设备和工具等；

5. 及时报告医院辐射应急领导小组，并在2小时内填写《辐射事故初始报告表》，及时报告环境保护部门、公安部门和卫生行政部门。6.根据放射事故的性质，配合有关部门，积极采取相应的去污染措施。

（三）丢失放射性物质时

1. 保护事故现场；

2. 及时报告医院辐时应急领导小组，上报县卫生行政部门、环境保护部门及公安部；

3. 协助公安、环保及卫生部门迅速查找，追回丢失的放射性物质。

（四）应急预案的启动

领导小组接到事故发生报告后，立即启动应急预案，并及时向县环保局（环境辐射管理处电话：0871-67798423），县卫生局（医政处电话：0871-67797698、0871-67793763，卫生法监督局：0871-67795011）县公安局（电话：110）报告。

（五）应急预案的解除

当发生辐射事故的射线装置或场所修复后，经环保部门 监测安全合格报请卫生行政主管部]批准，应急预案尚可解除。要及时收集与事故有关的物品和资料，做好调查研究工作，认真分析事故原因，并采取妥善措施，尽量减少事故发生，保护国家财产及公众的安全。

辐射损伤处置流程

应急指挥部根据事故类型和大小报请上一级应急指挥部按权限和程序向社会及媒体发布信息

总结分析事故原因，对事故影响进行评估，对事故责任者提出处理建议

应急抢救人员迅速到达现场、切断机器总电源、病人转至急诊室进行抢救，对辐射损伤严重者转至上级医院抢救

辐射事件应急指挥办公室立即启动应急预案、通知上级卫生主管部门及环保部门

电话通知医院辐射事件应急指挥办公室

病人出现误照射时，值班人员立即切断机器电源并隔离现场

未照射

有照射

及时检查，救治，医学观察

警戒、保护现场

立即报告医院辐射安全与环境保护领导小组

启动应急预案、报告（2小时内）

公安局

110

县环保局

0871-67798423

县卫生局医政处

0871-67797698

卫生执法监督局

0871-67795011

辐射装置、场所修复，各部门监测合格

紧急预案解除

恢复正常工作

分析事故原因，及时改进

发生辐射安全事故

立即停止诊疗操作，切断电源，封锁现场。

迅速撤离有关人员

# 第三章 后勤保障类

## 医院停电应急预案

一、适用范围

医院整体供电中断（10分钟以上）和内部区域性停电（1小时以上）。

二、组织机构

成立突发性停电情况应急工作领导小组，做到分级负责，信息畅通。

组 长：主管后勤部副院长

职 责：负责协调、指挥突发停电后的应急工作

副组长：行政办主任、医务科主任、后勤部主任、保卫科主任、门诊部主任。

职 责：负责启动应急预案，落实突发停电后保证医院正常运行的各项工作。

组 员：后勤部全体成员

职 责：负责及时与相关单位联系，满足需要。负责利用应急设备，启用备用电源或发电机组，并做好停电后的后勤服务工作。了解医院日常供电情况，经常与供电局等有关部门沟通，掌握停电信息，做到常备不懈。负责配合组长联络供电部门，应对出现突发停电时间较长时租用发电车的工作。负责及时抢修损坏的供电设备。

突发性停电情况应急工作领导小组下设办公室，办公室设在后勤部，后勤部主任兼任办公室主任。

三、应急措施

（一）若停电由供电局引起，且是单线停电，计划性停电（停电时间5-15分钟），后勤部提前报告主管院领导，同时在微信群进行提示，全院做好停电准备。

水电组提前10分钟到配电室等候备用电源切换监控，确保ICU、手术室、放射科、信息中心等重点科室的正常供电。

（二）在接到双电源停电通知的情况下，后勤部应将停电线路、区域、时间、电梯使用及安全防范要求等情况向主管院领导报告，通知行政办、医务科、护理部、保卫科配合；同时，水电组应做好停电前的应变工作，特别是关注发电机的油料储备工作，保证至少有48小时的发电油料供应。

（三）在没有接到任何通知、突然发生双电源停电的情况下，后勤部水电组应立即确认是内部故障停电还是外部停电。若系内部故障停电，应立即派人查找原因，采取措施，排除故障，防止故障扩大，尽快恢复供电；若系外部停电，一方面要防止突然来电引发事故；另一方面致电供电局查询停电情况，了解何时恢复供电，并将了解的情况上报主管院领导、行政办、医务科、护理部、门诊部、保卫科。尽快在院内微信工作群中发布公告，随时接受咨询。

（四）后勤部立即派人前往各楼层检查电力及电梯运行情况，发现停电状态下电梯内有人时立即进行施救。

（五）无论何种情况停电时间在30分钟内，立即启动发电机，为ICU、手术室、供氧中心、急诊科、信息科机房、门诊收费、药房、放射科等重点科室供电。不能满足所有科室同时供电的需要，根据医院管理的侧重点不同，发电机组的送电根据以下序列进行：

第一序列：手术室、ICU、产房、放射科、信息科、电梯、供氧中心

第二序列：检验科、供应室、急诊科

（六）内部供电设备出现故障后，后勤部需立即组织抢修，以水电组组长为核心，其他人员随时听候调遣，以最快的速度抢修损坏设备，恢复供电。后勤部主任必须在现场指挥与协调，并将相关信息及时通报给主管后勤副院长。

（七）安排保卫科保安到住院部大楼各主要出入口、电梯口维持秩序，加强安全保护措施。

（八）派人值守后勤办公室、院办公室，耐心接待各科室询问，做好解释和疏导工作，防止与来院看病患者或住院患者发生冲突。

四、突发断电且发电机同时发生故障的应急处理

若是发电机发生故障，且短时间内（30分钟）无法修复，紧急租赁供电局大型发电车，开至医院配电房外连线供电。

五、应急联系电话

徐靖平 13888313046

赵晓庆 13888699117

李俊艳 13888386210

胡泰潢 13769167724

李秋燕 13888606164

李 镖 13759572176

医院停电应急处置流程图

自修范围

倒闸操作，更换主供线路

启动发电机，恢复重点科室供电

 电话联系供电部门，查明停电原因、持续时间

 供电部门范围

后期处置

（改进措施）

 向应急预案小组组长汇报停电情况

 发电机异常，通知供电部门出动电力抢修车，接入备用电缆对重点科室进行供电

 第一时间向应急小组汇报

 查明原因

 拟定维修方案，对故障设备进行维修

发现停电后

应急结束

## 医院停水应急预案

一、适用范围

医院整体停水或医院内部局部区域停水。

二、组织机构

成立突发性停水应急工作领导小组，做到分级负责，信息畅通，处置准确。

组 长：主管后勤副院长

职 责：负责协调、指挥突发停水后的应急工作

副组长：后勤部主任

职 责：负责启动应急预案，落实突发停水后保证医院正常运行的各项工作。

组 员：后勤部全体人员

职 责：负责及时与相关单位联系，满足即时需要。负责利用应急设备，做好停水后的后勤服务工作。与自来水公司等有关部门建立沟通联络机制，掌握停水信息。负责及时抢修损坏的供水设备。负责联络商家，保证停水时间较长时及时供应瓶装饮用水。

突发性停水应急工作领导小组下设办公室在后勤部，由后勤部主任兼任办公室主任。

三、应急措施

（一）接到自来水公司停水通知后，后勤部及时在院内微信工作群内发布停水通知；重点科室必须电话通知，各科室立即进行储水准备。同时，水电组工程人员做好停水前的应变工作，检查防停水设备和蓄水箱等是否处于备用状态。

（二）在没有接到任何通知、突然发生停水的情况下，水电组人员应立即确认是内部故障停水还是外部停水。若系内部故障停水，应立即派人查找原因采取抢修措施，排除故障， 防止故障扩大；在突发性停水应急工作领导小组的指挥与协调下进行安全有序的紧急抢修，尽快修复故障恢复供水。

若系外部停水，一方面要发布通知，请大家立即关好水龙头，防止来水后造成跑水事故，以及防止突然来水引发事故；另一方面致电自来水公司查询停水状况，了解何时恢复供水，并将了解的情况通知后勤部和院办公室，在医院微信工作群上发布信息，接受咨询。要求自来水公司尽快恢复日常供水工作，且在恢复前提前给予通知。

（三）发生停水状况后后勤部、水电组，应详细记录停水事故始末时间、发生原因、应对措施以及造成的损失。

（四）供水事故发生时的应急要点：

1. 发现水管爆裂后，应立即向有关部门报告水管爆裂的准确地点，同时由抢修人员关闭爆管回路的供水总阀门（如果需关闭各栋大楼层进水主阀，需电话通知各科室）；

2. 平时遇到突然停水时不要惊慌，后勤部门在短时间内要向大家说明停水原因，并及时解决；

3. 来水后，需打开水龙头适当放水，待管道内的残水及杂质冲放干净后再使用；

4. 如果已知或已发生停水时间较长（180分钟左右）的情况，医院储备水必须优先保障院内相关重点科室（手术室、消毒供应中心、胃镜室等）和部门（食堂、洗衣房）的供水。

四、应急救援电话

后勤部办公室：0871-67747722

赵晓庆：13888699117

李 镖：13759572176

赵荣昆：13888533919

医院停水应急处置流程图

发现停水后

自修范围

拟定维修方案，对故障设备进行维修

电话联系供水部门，查明停水原因，持续时间

供水部门范围

向应急预案小组组长汇报停水情况

第一时间向应急小组汇报

查明原因

后勤处置

（改进措施）

应急结束

## 消防安全应急预案

为了完善医院的消防安全工作，预防和减少火灾事故的发生，确保广大医护人员、患者、医院的生命财产安全，根据《中华人民共和国消防法》及相关规定，认真贯彻预防为主，防消结合的方针，制定本预案：

一、组织机构及工作职责

（一）安全消防指挥部

总 指 挥：张捷院长

副总指挥：徐靖平副院长

办 公 室：保卫科消防控制室 电话：67747731

职责：

（1）指挥部是火灾现场的最高指挥权力机构。总指挥应坚守岗位，收集各行动织信息，根据火灾现场情况，负责对全院各部门的指挥、调度、发布抢救指令；

（2）负责火灾扑救的全面指挥，向各行动组下达行动命令；

（3）决定上报火警119。 组织和协助公安消防部门的救火指挥。

（二）安全消防小组

1. 火灾扑救组

组 长：张 路

副组长：资富祥

组 员：保安应急小分队

常设位置：保卫科消防控制室 电话：67747731

职责：

（1）负责火灾现场的侦察，扑救初起火灾的现场组织，在指挥部未到达指挥位置前，具有临时全面指挥权力；

（2）发生火情立即赶到现场侦察，了解着火点位置、火灾面积、火势及危害程度并及时报告指挥部；

（3）组织应急小分队和各部门安全生产质控员利用各种灭火器材进行初起火灾的扑救；

（4）配合公安消防人员对火场进行扑救，直到扑灭为止；

（5）灭火后负责调查火源及起火原因，撰写火灾报告并提出奖惩意见。

2. 人员疏散组

组 长：护理部主任

副组长：人力资源部负责人

常设位置：护理部 电话：67747793

职责：

（1）负责组织疏散火场以及火情危害区的各类人员，保证全体非救火人员安全撤离，减少人员伤亡；

（2）负责组织火场工作人员（医生、护士、工勤人员等）带领患者和受火灾威胁人员迅速撤离，疏散到安全地带；

（3）负责妥善安排在院内的住院患者，对危重患者保证抢救治疗不中断。

3. 秩序维护组

组长：保卫科

副组长：保卫科、医学装备科、工会

常设位置：保卫科 电话：67747734

职责：

（1）负责封锁通往火场的各条通道，在大批人员撤离后关闭火场防火门；

（2）负责现场安全保卫，设立火场安全隔离区，协助火场人员疏散撤离，禁止无关人员进入现场，保证消防人员迅速展开补救；

（3）负责对抢出来的物资进行集中保管，减少财产损失。（4）协助公安消防人员做好灭火后现场保护。

4. 道路开通组

组 长：行政办主任

副组长：财务科主任

常设位置：行政办 电话：67747777

职责：

（1）负责保障消防通道、人员疏散通道、消防车辆行驶通道畅通无阻；

（2）迅速开通火灾现场周围的疏散通道；

（3）根据火场需要及时开通院区其他大门，引导消防车辆抵近火区；

（4）准备应急破拆工具和后勤物资的保障。

5. 动力保障组

组 长：后勤部主任

副组长：后勤部各班组组长

常设位置：后勤部 电话：67747722

职责：

（1）负责保障火场消防用水，控制电、气等火场危险设施；

（2）与保卫科消防控制室配合迅速启动地下消防联动装置启动消防泵，保障墙壁消火栓供水；

（3）派人协助消防车辆连接地下消火栓；

（4）及时切断火场氧气等气体，保障灭火人员安全；

（5）根据灾情向指挥部提出切断电源报告；

（6）负责水、电、气等设施的抢险维修；

（7）负责发生火灾时建筑物的电梯控制物停放首层的工作。

6. 通信联络组

组 长：信息科主任

副组长：信息科全体人员

常设位置：信息科 电话：67747721

职责：

（1）负责救火工作的联络畅通。

（2）利用有线、无线通信设施和徒步通信，保证指挥部与各行动组之间、指挥部与院外公安消防部门之间，以及与其他有关部门之间的联络通畅。

（3）选出 3 ~5 名年轻可靠、身体健康的工作人员，以防有线、无线通信中断而进行徒步通信。

7. 医疗救治组

组 长：分管业务副院长

副组长：医务科主任、护理部主任、急诊科主任、麻醉科主任

常设位置：医务科 电话：67747718

职责：

（1）负责对疏散出来的危重患者和在灭火抢救中受伤人员的急救；

（2）按照指挥部设置的临时疏散地点随时接收受伤人员，协同人员蔬散组妥善安置流散出来的住院患者，确保危重患者治疗不中断；

（3）接受指挥部命今向火场派出急救组实施现场急救；

（4）负责安定、整顿救火期间各医疗单位秩序，防止出现混乱。（5）抢救人员应配备防毒面具。

二、火灾报告程序

当某部门（部位）发现火情时，现场工作人员应立即向保卫科消防控制室报告。保卫科接到火情报告后，应立即派人到现场查看，根据火情组织现场扑救，同时应将火情向院领导、医院总值班报告，决定向 119 报告并请求支援。

指挥部接到火灾报告后，立即启动火灾扑救应急预案，并将火灾区情况向上级机关和主管部门报告。同时，指挥部应利用火灾自动报警广播系统和无线对讲机不断广播“哪些人需要紧急疏散，各行动组如何采取措施”，指挥调动各部门的人员。

三、消防指挥程序

灭火工作总的原则是：立即报告第一，迅速灭火第一，安全救人第一。

扑救火灾分三个阶段组织实施：各科室（部门）小规模自救阶段、全院组织扑救阶段和公安消防部门组织扑救阶段。

1. 各科室（部门）小规模自救阶段

适用于火灾初起。本阶段工作要点是：及时报警，立即自救，力争早期灭火。

（1）各科室、部门内发生火灾，应立即电话报告保卫科消防控制室和医院总值班，或者呼救。值班人员应就近利用灭火器消火栓及时扑救。若为电器、煤气等危险设施失火，要立即切断供路，力争在火源未扩大之前予以扑灭，立即关闭防火门或防火卷帘门。对一时不能扑灭的火情要竭尽全力控制火势蔓延，为后续大规模扑救争取时间；

（2）根剧火情及时组织无关人员撤离火场；

（3）保卫科消防控制室接收到火灾报警报告后，立即派人到失火现场调查、实施现场指挥；

2. 全院组织扑救阶段

适用于火灾形成一定范围的危害，小规模自救灭火无效时。本阶段的工作要点是：全体动员、各司其职，一切为救火服务，力争灭火，或控制火势蔓延，为公安消防扑救工作做好准备。

（1）保卫科、总值班室接到发生火灾的报告后要立即做好以下工作。

①迅速派人到火场调查，侦察火情位置、面积、危害程度及初期扑救效果，及时向指挥部汇报；

②负责临时现场指挥，同时通知指挥部领导立即赶到现场组织指挥；

③调动火灾扑救组，通知保安应急小分队携带灭火器材、破拆工具、绳索等，组成灭火突击队参加扑救；

④调动人员疏散组，组织无关人员疏散，并适时关闭防火门；

⑤调动秩序维护组，设立初期安全隔离区，保障大规模灭火工作顺利展开；

⑥经指挥部授权，向全院发布消防命令。通过保卫科消防监控室报警系统向全院广播：“全院职工请注意，院内（ ）位置发生火灾，（ ）科室（部门）人员迅速撤离；保卫部门封锁（ ）层楼通道。请全院其他单位人员坚守岗位，听候指挥部命令。”（反复广播多次）。没有广播设施的部位，由通信联络组负责用电话通知；

⑦根据指挥部授意，向上级消防部门报火警119。

（2）火灾现场设临时指挥部，由主管负责本部门的副总指挥承担现场指挥，并应根据火势的大小、蔓延的方向和速度、人员疏散的快慢、消防力量的强弱、道路的畅通和消防设备的毁坏程度等实际情况做出指挥决策。

①决定人员疏散的范围及地点；

②决定火场隔离区控制区城；

③决定向上级消防部门报警119，请求支援。

夜间或休息日发生火灾，救火指挥由值班领导和医院总值班同保卫科、后勤保障部、院办公室、医务部、护理部等值班人员组成临时指挥部，行使指挥权。同时向其他院领导汇报。

（3）各行动组组长、副组长听到火险通知后，应立即赶到火灾现场指挥部报到，并按预定方案分工进行，组织实施。组长不在时，副组长负责；

（4）各负责人听到火险通知后应立即组织本部义务消防员带上灭火器，以最快的速度赶到现场，火灾扑救组接受任务，迅速参战；同时组织本单位人员坚守岗位，听从指挥部命令，避免秩序混乱。

3. 消防部门组织扑救阶段

适用于火势凶猛，面积较大，院内组织自救无效时。指挥部要果断及时向上级消防部门报警119，请求支援。指挥部应同时做好以下工作：

（1）命令道路开通组派人打开火场附近的院区大门，开通院区行驶道路，并负责给消防车和消防员带路，伸其讯速投入救援；

（2）动力保障组派人打开火场附近的楼外地下消火栓井盖和楼内墙壁消火栓，负责给消防队员带路，协助迅速接通水源；

（3）其他人员继续坚持扑救，控制火势，延缓火势幕延；

（4）消防队到达后，重新成立总指挥部。总指挥由公安消防现场指挥担任，院内总指挥为组员，应主动向总指挥部汇报火灾发生部位、燃烧物燃烧程度及扑救过程，介绍救火线路。听从指挥，做好配合，齐心协力扑灭火灾。

四、消防指挥部指令要求

1. 各单位消防器材要放在指定位置，各科室负责人要熟悉配备的消防设备和器材的性能、使用方法、存放位置，并保持良好的战备状态；
2. 发生火灾时应及时报警，同时迅速灭火自救；
3. 各级指挥员应熟记应急预案的组织机构、指挥程序和各自的任务分工；
4. 各行动组应熟悉本组的行动计划；
5. 各科室负责人应认真落实本部门的防火安全职责、制定本部门的应急方案，组织科室成立义务消防队员，掌握灭火、疏散、逃生常识；
6. 全体职工要服从命令听从指挥。做到有组织、有纪律，令行禁止，有条不紊，主动配合，齐心协力，扑灭火灾；
7. 一旦院内发生火灾，义务消防队员应立即赶到现场，积极扑救。

五、疏散要求

1. 分时、分片、分楼层有序疏散，当值员工自动维持秩序；

2. 在楼梯、拐弯处、楼门口安排员工值守，引导安全疏散，避免拥挤、摔倒和踩踏造成伤亡；

3. 疏散完成后，组织人员清查病区，确保无人滞留；并将氧气筒等可能倾倒的物品放平在地上，关闭一起设备电源，避免发生次生灾害；

4. 疏散前分别帮患者带上手腕带：重病人红色，持续治疗患者黄色，普通患者绿色。将患者有序疏散到食堂门口停车场应急避难场所处对应的红区、黄区、绿区。红区病人等待救援队到来第一时间进行转诊，黄区病人由本院医务人员就地优先救治，绿区病人由院内工作人员安抚情绪等待恢复秩序分流到集中救治点救治。

六、消防监督与处罚

消防工作是石林天奇医院安全管理的重要内容，保卫科行使本院消防安全管理的主要责任有权对本院各部门的防火工作进行监督、检查和违章违规处理。在发生火灾、火情过程中，对出现下列情况之一者给予相应的处罚，情节严重者将依法追究刑事责任。

（1）发现火灾、火情不报、谎报、漏报、迟报者；执行扑救任务的人员擅离职守、拒不执行命令者；

（2）火灾火情科室部门）自救措施不力，违规违章造成消防设施设备不能使用者，或有阻碍扑救工作的其他行为者；

（3）火火情扑灭后，有意破坏现场，不配合或不如实提供火灾事故情况者，妨碍公安消防机关调查者给予处罚。

火灾应急处理流程图

报保卫科微型消防站

报本科室负责人

总值班

火势无法控制，拨打119报警

报院领导

启动消防应急预案

报消防队

报卫健部门

火灾现场人员 报告并灭火自救

发生火灾

## 医院安全保卫应急预案

为规范医院内部治安保卫工作，保护医务人员及病患人身财产安全，维护医院正常医疗秩序，正确处理治安突发事件，特制订本预案。

1. 适用范围：

全院各科室、部门

二、组织机构

1. 成立安全保卫应急领导小组

组 长：院长

副组长：分管副院长

成 员：保卫科工作人员

应急领导小组下设安全保卫应急办公室在保卫科，保卫科主任任主任。

应急领导小组主要职责：

负责全院的综合治理工作，处置发生在院内和与医院有关的矛盾纠纷。一旦发生矛盾纠纷，领导小组启动本预案。

1. 成立安全保卫应急医疗小组

组长：分管医疗副院长

成员：医务科主任、护理部主任、各临床科室医务人员

1. 成立安全保卫应急保障工作小组

组长：分管后勤副院长

成员：后勤部主任 后勤部工作人员 保卫科工作人员

1. 突发治安事件应急处置原则
2. 以人为本，减少危害。切实履行服务职能，把保障职工和病人的健康和生命财产安全作为首要任务，最大程度地减少突发事件及其造成的人员伤亡和危害。
3. 居安思危，预防为主。高度重视安全工作，常抓不懈，防患于未然。增强忧患意识，坚持预防与应急相结合，常态与非常态相结合，做好应对突发事件的各项准备工作。
4. 统一领导，分级负责。在医院突发应急指挥部的统一领导下，实行科主任负责制，充分发挥应急指挥机构的作用。
5. 依法规范，加强管理。依据有关法律和行政法规，加强应急管理，使应对突发事件的工作规范化、制度化。
6. 快速反应，协同应对。加强医院应急处置队伍建设，建立联动协调制度，充分动员和发挥广大职工的作用，形成统一指挥、反应灵敏、功能齐全、协调有序、运转高效的应急管理机制。
7. 依靠科技，提高素质。加强医院安全技术建设，采用监测、预测、预警、预防和应急处置技术及设施，提高应对突发事件的科技水平和指挥能力，避免发生次生、衍生事件，加强宣传和培训教育工作，提高职工自救、互救和应对各类突发事件的综合素质。
8. 应急处置程序
9. 发生盗窃、抢夺、抢劫事件处置程序
10. 发现有人在院内实施盗窃或抢夺、抢劫行为，应立刻向保卫科值班汇报（67747734），并通知监控室协助监视；并在第一时间向领导小组汇报，同时组织围捕。
11. 保卫科接到汇报后，视情况尽快派遣适当数量安保人员赶赴现场，尽可能制止盗窃和抢夺、抢劫行为，在力所能及的情况下堵截捉拿嫌疑人，同时向警方报警。
12. 安保人员在事件中捕获犯罪嫌疑人，应在询问、记录后移交警方处理，并根据警方要求提供现场监控和询问记录，严禁实行拷打、审讯和扣押，并应劝阻失主打骂犯罪嫌疑人。
13. 若犯罪嫌疑人在警方到来前已逃离现场，安保人员应注意保护现场，阻止任何人员进入或接近现场，并不得触碰现场任何物品和门窗，等候警方前来处理。
14. 如在作案现场发现有人受伤，应在保护好现场的基础上，通知医务人员前来救护。
15. 在抓捕犯罪嫌疑人的过程中，若有需要可临时关闭所有出入口，停止人员出入，配合防止犯罪嫌疑人乘机逃离。
16. 警方人员到达后，安保人员应清楚记下警官官衔、编号和报案编号，并积极提供线索，配合警方人员办案。
17. 发生刑事、治安案件和治安灾害事故处置程序
18. 在医院范围内发生刑事案件或治安灾害事故后，应迅速向公安机关报案，并同时向领导小组及上级领导汇报。
19. 根据情况，采取适当方法将现场进行封锁，禁止任何人员进入现场，安保人员也避免无故进入现场，以免破坏现场。如遇下大雨、大雪等气候条件变化时应采取妥当的措施保护现场。遇到人员伤亡时，应及时对伤员进行抢救和救治，但在抢救人员进入现场时，应尽可能减少现场变动情况，并记录变动前伤者躺卧位置、姿势和现场其它情况。
20. 在警方到达前，抓紧时间向发现人或周围群众了解案件和事故发生、发现的经过，收集线索，并认真记录。
21. 警方到达现场后，安保人员应及时向警方汇报案件、事故发生、发现经过和现场情况，积极协助抓获犯罪分子。
22. 发生殴打医护人员和“医闹”违法行为的处置
23. 当发生纠纷，影响正常工作、诊疗秩序，殴打我院工作人员，保卫科人员立即赶到现场，制止其行为，保护好医护人员安全，将有关人员带离现场进行说服教育，视情节轻重，移交公安机关处理。
24. 在处理一般医疗纠纷时，保卫科立即安排3-4名安保人员直接参与医疗纠纷处理，自始至终与处理医疗纠纷人员在一起，无论纠纷处理平静、激烈与否，采取1对1的保护性措施，全程负责保护处理医疗纠纷人员的安全；根据医疗纠纷处理情况而定，适时调集安保人员负责医疗纠纷处理现场外围秩序。同时向公安机关报告，请求公安机关到医院协助处理医疗纠纷，防止事态扩大。
25. 在处理医疗纠纷升级为“医闹”事件时，保卫科全体工作人员和全体安保人员立即到医疗纠纷处理现场重点保护医疗纠纷处理人员的安全，维护现场秩序，控制事态，对“医闹”违法行为予以坚决制止，迅速查明当事人的基本情况，与当地政府联系处置，并及时报告有关部门, 采取强硬措施,将主要闹事者强制带离现场，积极协助公安机关调查取证。在事态难以控制时，由安全保卫领导小组统一指挥、通知医院职工共同防范，制止“医闹”事件。
26. 发生爆炸、纵火等恐怖事件的处置
27. 如发现不明爆炸物，立即向院领导和安全保卫科报告，同时迅速采取隔离措施，疏散现场人员，保护好有关人员。
28. 立即向公安部门报告，请求协助排爆。
29. 加强对现场的控制工作，禁止无关人员进出控制区域。
30. 如发生纵火事件，立即启动灭火预案，并报119请求支援，积极做好扑救工作和伤员的救治工作。
31. 安全保卫应急办公室在最短时间内以书面形式向有关部门报告事件处置情况。

## 供氧中心停氧应急预案

一、为及时有效地应对医院突发性液氧骤停事故，迅速有序地组织和恢复供氧，确保病人生命安全和减少财产损失，确保病人用氧畅通，促进事故应急工作的制度化和规范化，依据国家相关法律法规，结合我院实际情况，特制定本方案。

二、坚持“预防为主，常备不懈”的方针，遵循“统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速响应，措施果断”的原则。

三、适用范围：本预案所称突发性事故是指因严重自然灾害导致供氧设施损坏或遭受破坏等原因造成突发性的氧气骤停、氧气泄露等造成重大危害或严重影响正常医疗工作的事件。

组 长：徐靖平

副组长：李秋燕

成 员：赵晓庆、周永强、李俊艳、胡泰潢、李玉凤、氧气班全体职工。

四、具体的处理措施：

（一）液氧中心实行24小时值班制，电话：67747080（内线4082）并备足氧气瓶。

（二）重点科室（手术室）必须长期配备氧气瓶，其他科室配备氧气枕，并充满氧气备用。

（三）负压压力不足，检查负压设备是否正常运行，负压终端口是否有堵塞，负压管道有无漏气。

（四）危重病房内应长期配备氧气枕，并充满氧气备用。

五、处理流程

（一）供氧中心工作人员接到供氧故障通知后应立即派人检查氧气管路，遇普通故障的进行及时维修，不能处理应及时上报后勤部主任。

（二）后勤部主任接到报告后，应及时协调处理相关事宜，并联系售后进行维修，在最短时内处理故障，及时供氧，同时向分管后勤副院长及院长助理汇报故障情况。

（三）供氧中心监督岗在微信工作群内通知各科室值班护士立即打开备用氧气枕（重点科室电话通知），试好流量连接吸氧管，继续为危重患者吸氧，并向患者或家属做好解释及安抚工作。使用呼吸机的患者，将备用氧气瓶推至床旁，安装减压表接呼吸机，以保证呼吸机正常运转。

（四）遇科室有特殊重病人需要氧气的，电话通知供氧中心，由供氧中心在断氧十分钟之内将氧气瓶运送到科室应急。

（五）抢修结束，查明原因，总结经验，做好记录。

医院停氧处理流程图

发生用氧故障

普通故障

供氧中心人员维修

不能维修及时上报后勤部主任

后勤部主任协调售后进行及时维修

后勤部主任上报分管后勤副院长

供氧中心监督岗通知各科室打开氧气瓶或氧气枕应急吸氧

遇有重病人科室通知供氧中心运送氧气瓶至科室应急

抢修结束，查明原因，总结经验，做好记录

## 突发食品安全事件应急预案

食品安全工作是医院安全卫生工作的重要组成部分。为了确保我院全体职工、患者食品卫生的安全，保障医疗工作的顺利进行和社会的稳定，特制定我院突发食品安全事件应急预案。

一、领导机构

组 长：徐靖平（副院长）

副组长：李秋燕（副院长）

成 员：赵晓庆、杨文静、李俊艳、李玉凤、胡泰潢、苗云锋、餐厅全体工作人员

二、预防措施

（一）加强对食品卫生安全的学习、宣传、教育，严格执行《食品卫生法》和各项管理制度及操作要求；

（二）教育员工讲卫生，勤洗手、勤洗头、勤洗澡、勤换衣，勤剪指甲。餐厅从业人员必须具备健康证，定期体检，无法定传染性疾病，持证上岗；

（三）每天保持餐厅环境卫生整洁，每周进行一次大扫除，不留卫生死角。公共场所、餐厅等坚持定期消毒，作好记录；

（四）餐厅采购食品必须在取得合法经营权的、手续齐全的正规经销摊点定点采购。采购的蔬菜要新鲜，要用清水多次冲洗清除残留农药。不得加工变质腐烂的蔬菜，不得加工凉拌菜。每天坚持试尝、留样制度，并作好详细、准确的记录；

（五）从业员工加工食品时，必须穿戴清洁卫生的工作衣帽。不留长指甲，不留长发，不吸烟，要有良好的个人卫生习惯；

（六）严禁采购和加工霉烂变质、污染，未经检疫的食物，未经化验鉴定许可的野生动植物和病死的家禽、家畜不得食用；

（七）制作食品应当烧熟煮透。生熟食品应分开存放，加工生熟食物的刀、菜板应当分开，并有明显标识，剩余食品应冷藏保鲜，食用前仔细检查并充分加热；

（八）食品储藏柜保持干燥、阴凉、通风，防止食品霉烂变质，严禁将非食品、有毒物质和食品一起储藏或存放在食品储藏柜。

三、突发食品安全事件处理流程

（一）一旦发生食物中毒，立即上报医院分管后勤副院长，分管领导迅速赶赴现场，及时组织相关人员抢救治疗食物中毒人员，尽可能按就近、相对集中的原则进行抢救处理；

（二）第一时间通知医院急诊科，报告发生食物中毒事件，急诊科按具体情况派相关医护人员到场，并做好科内抢救准备工作；

（三）派人保护好现场，保管好供应给的食物，对可疑的食物和留样食品立即封存。待现场调查取证结束后，按照医院、卫生执法监督局的要求进行处理；

（四）感控办立即用电话向县卫健局和县疾控中心汇报，报告中毒情况、发生时间、主要症状、中毒人数等；

（五）全力保持医院的稳定，全体教职工统一认识、思想，作好舆论导向和家属群众的安抚解释工作，避免职工、患者和其他人员因不必要的恐慌而引起混乱。如怀疑是人为投毒，应立即向当地派出所报告；

（六）医院安排人员配合医院、医务人员即时、妥善安排救治病人，并派人到医院守护中毒病人，有什么情况便于及时汇报、解决和处理；

（七）医院领导和有关人员要密切配合疾控中心做好职工、患者和社会各方面的工作，对发生食物中毒的人员逐一进行个案调查，内容包括主要症状、做好思想工作，让患者积极配合医院医务人员进行治疗，遵守医嘱，争取早日康复。

突发食品安全事件应急处理流程图

出现食物中毒事件

保护现场

逐级报告

现场处理

调查整改

封存食品样本和相关设备

确定中毒人数及范围

院领导

上报

感控办、医务科、后勤部，院办

县卫健局、县疾控中心

通知急诊科组织人员抢救食物中毒患者

采集中毒生物样本及可疑食物

总结经验教训，采取有效防范措施，预防再次发生，并写出总结报告

做好安抚，避免恐慌

## 地震应急预案

为切实做好发生地震灾害时患者、陪伴家属及医院工作人员的安全疏散工作，实施抗震救灾，保护所有人员的生命及财产安全，结合我院实际情况，制定本预案。

一、灾情判断

当发生强有感地震时，可能出现房屋晃动、吊灯摆动、物品移动、照明电源中断、通讯联络中断、电梯停运，现场人员惊慌失措、秩序混乱、拥挤、踩伤、摔伤、砸伤、人员被困等情况。

二、组织指挥体系

（一）成立地震灾害应急工作领导小组

组 长：张捷（院长）、董艳玲（党委书记）

副组长： 徐靖平（副院长）、 董卫华（副院长）、 蔡菜（副院长）、 李秋燕（副院长）

成 员：李俊艳（院办主任）、赵晓庆（后勤部主任）、胡泰潢（医务科主任）、李玉凤（感控办主任）

领导小组下设办公室在后勤部，由徐靖平兼任办公室主任，赵晓庆任办公室副主任并负责日常工作。

（二）集结地点：医院门诊大楼

（三）工作职责：负责全院地震灾害抢险指挥工作。

分设七个工作组：

1. 紧急疏散组

组 长：董艳玲

副组长：胡泰潢、李秋燕、赵晓庆

成 员：各职能部门、各科室负责人

集结地点：各楼层安全通道（楼梯口）集结。

工作职责：组织紧急疏散。副院长、医务科主任、后勤部主任在住院1号楼、2号楼门前空地负责协调疏散。

1. 抢救组

组 长：董卫华

副组长：胡泰潢、李秋燕

成 员：外科、内科全体医护人员

集结地点：院内空地临时抢救区。

工作职责：对伤病员实施紧急救治及心理疏导。

1. 联络组

组 长：徐靖平

副组长：李俊艳

成 员：院办成员

集结地点：门诊大楼一楼场地。

工作职责：上情下达，下情上报。

1. 安全保卫组

组 长：徐靖平

副组长：张路、付云彪

成 员：保卫科全体工作人员

集结地点：门诊大楼一楼场地

工作职责：负责对医院重点目标的巡视，加强安全保卫，打击违法犯罪活动。

1. 抢险救灾组

组 长：徐靖平

副组长：赵晓庆

成 员：后勤部全体工作人员

集结地点：后勤部

工作职责：对被破坏的设施进行抢修

1. 生活保障组

组 长：朱秀

成 员：工会全体委员

集结地点：2号住院楼前空地

工作职责：负责地震后安排职工及住院病人的生活保障。

1. 纪律检查组

组 长：董卫华

成 员：党办、安全生产委员会成员

集结地点：门诊楼小会议室  
 工作职责：负责对抗震救灾时党员、职工违纪情况的查处。

三、应急总体原则

（一）全体职工要树立“灾情就是命令，时间就是生命”的观念，在破坏性地震发生后，医院突发事件应急领导小组成员必须以最快的方式赶到医院，根据分组职责组织抢险救灾；

（二）院办或医院行政值班在地震发生后要立即向医院突发事件应急领导小组报告，并通知抗震救灾抢救组；

（三）抗震救灾抢救组成员在地震发生后要立即到达现场组织人力、物力进行抢险、解救伤员、保管好尸体；

（四）抗震救灾物资（铁锹、手电、钳子等）平时存放在后勤库房“救灾物资专用架”上备用。

四、震时紧急处置程序

（一）医院突发事件应急领导小组组长即到达指挥位置行使抗震救灾指挥权。抗震指挥部位置：院内空地临时指挥部（首选门诊楼前空地）；

（二）指挥疏散领导：

白天：院长、副院长，依次类推。（下同）

夜间：行政总值班、二线班医师。

病区指挥：

白天：科主任、护士长；夜间：值班医师、护士。

（三）各病区医务人员坚守岗位，稳定患者情绪，让患者远离玻璃门窗、吊灯等头顶上的装饰物，保护好头部，就近躲在坚固的床下、桌子下或墙角，关闭空调、照明电源，保护好患者，防止发生患者跳楼摔伤、电击伤、踩伤等意外事故；

（四）引导所处位置不超过二层且能行动的人员迅速撤离到室外安全区域；视具体情况帮助所处位置不超过二层且具有有限行动能力的人员撤离到室外安全区域；

（五）手术室医务人员停止手术，坚守岗位，按急救处理原则用无菌物品保护伤口，防止感染，并将手术患者转移至远离玻璃门窗、头顶无装饰物的无菌安全地区，保护患者体位，使用简易呼吸器，保证患者呼吸道畅通，静脉通道畅通，地震停止，继续实施手术；

（六）对病房监护室的重症患者及术后患者，医务人员应坚守岗位，稳定患者情绪，守候在患者床前，做好患者心理护理，保证患者呼吸、血压正常，静脉通道通畅，对可能发生的情况，及时采取治疗措施，最大限度地保证患者生命安全；

（七）门诊医务人员立即停止各种检查，坚守岗位，关闭各种仪器及电源。将病人就近躲避在坚固的办公桌下、床下及墙角处防止砸伤；

（八）财务人员立即将现钞和支票锁在保险柜内，带好钥匙，锁好门窗，就近隐蔽在安全区；

（九）后勤部安排电梯管理人员就近楼层停机，将乘客就近疏散到坚固的房角处抱头躲避；

（十）后勤部组织人员整体或区域性切断电源，在必须连续供电的岗位启用EPS应急电源或UPS不间断电源，或启用发电机；整体或区域性切断医用气体供应，并对相应的制、供氧装置予以处置，切断管道供养时，应立即转换为气瓶或袋装供养；切断燃气、油通路；关闭锅炉，关闭压力消毒锅并采取适当措施降压；

（十一）职能科室人员立即关闭电源，锁好门窗，到达指定位置，接受指挥部的领导、调遣；

（十二）保卫人员加强对财务、配电室等要害部位的巡视，维护社会治安，打击违法犯罪活动；

（十三）药库、药房工作人员锁好门窗及毒麻、贵重药品，防止被盗、丢失，就近躲避在安全区，震后及时查对，并将情况报指挥部；

（十四）节假日及夜间地震时，各级指挥员应迅速到达医院，组织指挥抗震工作；

（十五）各病区指挥员、医院总指挥在得到上级、地震局确有大震的指令或大地震已经发生时方可下令疏散住院病人；

（十六）各病区医务人员、保卫人员，未得到总指挥下达的撤离命令不得擅离工作岗位，要忠于职守，履行职责，保护病人生命及国家财产的安全。

五、震后紧急疏散程序

（一）灾害性地震发生后，医院应急领导小组应立即启动地震应急响应，根据具体情况发出疏散通知或警报，适时组织疏散；

（二）接到应急领导小组发出的疏散通知或警报后，现场医院职工运用疏导用语引导人员按照预定的疏散路线和顺序按划定的出入口和疏散场地，进行有序疏散；

（三）按下列基本原则组织疏散

1. 能行动的病人可由现场医院员工引导自行疏散；

2. 有限行动能力和不能行动的病人在医护人员监护及其他人员的协助下疏散；

3. 不可移动的病人根据医院抗震指挥领导小组的指令决定是否疏散；

4. 注意维持心脏病、高血压和其他重症患者的生命体征平稳并随时做好抢救准备。

（四）疏散要求

1. 分时、分片、分楼层有序疏散，当值员工自动维持秩序；
2. 在楼梯、拐弯处、楼门口安排员工值守，引导安全疏散，避免拥挤、摔倒和踩踏造成伤亡；
3. 疏散完成后，组织人员清查病区，确保无人滞留；并将氧气筒等可能倾倒的物品放平在地上，关闭一起设备电源，避免发生次生灾害；
4. 将患者有序疏散到食堂门口停车场应急避难场所处对应的红区、黄区、绿区。疏散前分别帮患者带上手腕带：重病人红色，持续治疗患者黄色，普通患者绿色。红区病人等待救援队到来第一时间进行转诊，黄区病人由本院医务人员就地优先救治，绿区病人由院内工作人员安抚情绪等待恢复秩序分流到集中救治点救治。

（五）疏散路线及地点

1. 门诊、医技大楼经消防楼梯疏散到门诊大楼外停车场内；

2. 住院部大楼和新综合楼经消防楼梯疏散到餐厅门口停车场内；

3. 宿舍楼、食堂、洗衣房、餐厅疏散到餐厅门口停车场内。

六、震后措施

（一）医务人员迅速对摔伤、砸伤、烧伤、踩伤的病人实施救治；

（二）医务人员对本病区的患者逐一检查、治疗，科室主任将本病区地震中病人情况向医务科汇报；

（三）财务科人员及时核对账目，向科长汇报，科长将账目情况向院长汇报；

（四）后勤部组织相关人员对所辖设备全面检修，恢复正常运转；

（五）各要害部位及职能部门负责人，将本部门灾后情况及时上报分管院领导；

（六）医护人员除对住院患者实施救治外，还要承担社会因地震受伤及其他患者的救治工作。

地震应急预案流程图

临震应急反应

防震抗灾领导小组召开紧急会议进行布署应急措施

积极正面宣传，确保医院工作秩序稳定

组织所建筑进行全面检查，封堵、关闭危险场所，停止各项室内大型活动

恢复正常医疗秩序

检查易燃易爆物品、有毒有害物品、特种设备、供电输电、机房等重要设备、场所，做好防护

加强各类值班值勤，保持通讯畅通，及时掌握基层情况，全力维护正常医疗工作和生活秩序。

震后应急对策

防震抗灾领导小组成员立即进入指挥一线，了解震情和灾情。

全院职工迅速到达各自工作岗位，服从指挥，完成各自任务。

及时向上级报告受灾情况

组织全院医务人员和患者及家属迅速开展自救和互救。

## 医院电梯事故应急措施和救援预案

为及时有效地应对医院突发性电梯故障，迅速有序地恢复电梯正常运行，确保病人生命安全和减少财产损失，促进事故应急工作的制度化和规范化，依据国家相关法律法规，结合我院实际情况，特制定本方案。

坚持“预防为主，常备不懈”的方针，遵循“统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速发应，措施果断”的原则。

适用范围：本预案所称突发性电梯故障是指因严重自然灾害或电梯设施损坏或遭受破坏等原因造成突发性人员被困电梯轿厢事件。

一、组织机构：成立电梯故障应急领导小组。

组 长：徐靖平

副组长：李秋燕

成 员：赵晓庆、杨文静、周永强、胡泰潢、李镖、赵荣昆

二、具体的处理流程：

（一）实行24小时值班制，值班电话：67747786（内线7786）

（二）电梯发生异常情况时（人员被困），值班人员应用电梯配置的通讯对讲系统或其他可行方式，详细告知电梯轿厢内被困乘客应注意的事项。

（三）值班人员马上了解电梯轿厢所停楼层的位置、被困人数、是否有病人或其它危险因素等情况，立即通知电梯维修保养单位并立即向应急领导小组报告。

（四）由应急小组的专业人员先行实施救援程序，即用盘手轮移动轿厢至平层，之后转动开门机带轮，打开轿厢门，使乘客离开轿厢。发生火灾时，值班人员应尽快将电梯开到安全楼层（一般着火层以下的楼层较为安全），引导乘客安全撤出后切断电源，随后扑灭火源。

（五）如医院自行救助有困难，应当配合电梯维修保养单位实施救援。

（六）如有乘客重伤，应当按事故报告程序进行紧急事故报告并及时通知院急诊科做好抢救准备工作。

（七）向乘客了解事故发生的经过，调查电梯故障原因，协助做好相关的取证工作。

（八）如属电梯故障所致，应当督促电梯维修保养单位尽快检查并修复。

（九）及时向上级相关部门提交故障及事故情况汇报资料。

## 信息系统故障应急预案

一、目的

科学应对网络与信息安全突发事件,有效预防、及时控制和最大限度地消除信息故障及隐患。

二、医院信息系统故障分级及处理流程

（一）故障分类

根据发生的原因和性质不同故障分为三类：

I类故障：由于主服务器不能正常工作、核心交换机故障、存储故障、主干光纤损坏、主服务数据丢失、局部网络不通、规律性的软件和硬件发生故障等造成的全院性瘫痪。

中心机房电力和空调中断超过4小时。信息科确定白天3小时晚上6小时内无法恢复的重大系统故障,本应急预案主要针对此类故障。

Ⅱ类故障：备份服务器故障、服务器和存储单一硬盘损坏、楼层交换机故障、单一患者信息丢失、偶然性的数据处理错误、单一科室系统故障、楼层停电、楼层机房故障、某些科室违反工作流程引起局部系统故障。

Ⅲ类故障：单一终端故障、单一网点故障、由于各终端操作造成的错误。

（二）信息系统故障处理流程

1. 当各工作站发现不能进入业务系统、不能保存数据、不能访问网络、应用程序非连续性工作时,要立即向信息科报告,信息科故障报修（电话：67747721）；

2. 信息科工作人员对各科室工作站提出的问题必须高度重视,接到故障报告后,应立即展开调查,若故障明确且能立即解决处理的,如Ⅱ类、Ⅲ类故障则由工作人员独立或集中解决并做好记录；

3. 当信息科工作人员一旦确定为整体故障I类故障时,立即向信息科主任汇报。信息科主任确认后,首先上报医院应急领导小组,同时积极组织恢复工作。医院应急领导小组充分考虑到特殊情况对故障恢复带来的时间影响,各部门根据事故影响范围和恢复时间的程度转入本机模式或手工操作,具体时限如下：

30分钟内不能恢复一一门诊挂号、医技科室转入本机模式,门诊医生站、门诊药房等部门转入手工操作。

6小时内不能恢复一一各临床医生工作站、护士工作站、中心药房、手术室转入手工操作。

24小时以上不能恢复一一全院各种业务转入手工操作。

以上情况由信息科通知各科室。

三、全院各部门的具体协调安排

所有手工操作的统一启动时间,须由信息科主任判断所需修复时间,报告领导小组同意后通知相关部门,各科室应严格按照通知的时间协调各项工作,在未接到新的通知前不准私自操作。

（一）医务科

医务科负责临床和医技科室。

1. 安排各医技科室针对重点服务对象进入本机模式,待系统恢复后补录；
2. 配合做好门诊服务对象和其他服务对象的解释工作；
3. 接到住院启动手工录入应急模式通知后,安排各临床科室启动手工书写病历和医嘱,待系统恢复后及时补录相关病历和医嘱。

（二）门诊部

1. 接到门诊启动手工录入应急模式的通知后，安排各门诊医生采用手工书写病历、处方和申请单，待系统恢复后补录相关处方、申请单和病历；

2. 接到启动应急方案的通知后，应立即赶到现场，做好对服务对象的疏导、解释和应诊工作；

3. 负责拟定并张贴紧急通知和告知书，并在各相关部门的配合下维持秩序；

4. 通知门诊各导诊台人员启动人工挂号，并维持秩序；

5. 通知各科室诊室准备好手工处方和申请单。

（三）财务科

1. 挂号收费处：接到启动应急方案的通知后，做好窗口解释工作；进入手工收费模式，待系统恢复后，再正式在医院信息系统上做结账。

2. 住院收费处：接到启动应急方案的通知后，耐心做好窗口解释工作；仅手工办理入院手续，收取预交金，并开具手工临时收据。留下患者的相关信息和联系方式，待系统恢复后，在系统中及时补录入院信息。

（四）护理部

1. 接到启动手工应急模式通知后,要求所有临床护士站核对、查对所有医生手工医瞩后并执行，做好相关的登记工作；

2. 所有医嘱项目采取先借后补方式（凭借条于中心药房借药，手工申请单做检查、治疗等）；

3. 待系统恢复后，根据医生补录的医嘱执行,并及时补录相关账单。

（五）药剂科

门诊、急诊药房：依据医生开的手工处方单和收费发票进行发药,做好记录,待系统恢复后,进行系统发药确认。

中心药房：凭系统领药单抵扣借条。

（六）医技科室

1. 接到启动应急方案的通知后，做好窗口解释工作；

2. 按正常程序采集、接收各类标本，特别是门诊、急诊患者的检验、检查等项目手工登记；

3. 各工作站登录本机检验模式，手工记录每个患者的基本信息，包括姓名、性别、年龄、检查检验项目，仪器通过本机解码模式传输结果并打印结果给患者；

4. 信息系统恢复后，启动正式系统，将本机检验结果上传至服务器保存。

（七）手术室

1. 接到启动应急方案的通知后,应立即手工记录当日患者在手术过程中发生的费用,以防漏费；

2. 手术通知单改为手工书写；

3. 待系统恢复后,指定人员及时将登记的内容录入系统。

（八）后勤部

配合门诊部、财务、药房等一线窗口,停电时间有可能超出信息科机房UPS电源供电时限时,进入后勤保障紧急预案状态,发电机启动发电,送出备用电力。

（九）保卫科

安排安保人员到上述现场做好医疗秩序的维护工作。协同门诊部维持好服务台和各大厅的秩序。

四、应急预案的结束

（一）应急预案结束的前提条件

1. 系统恢复正常,业务可正常办理；

2. 工作站完成应急业务补记账工作；

3. 所有手工业务处理完毕,补录工作完成,核对无误。

（二）应急预案结束的指令发布

应急预案的结束由医院应急领导小组决定,由信息科通知,运行部门根据指令全面恢复应用系统。

（三）应急预案结束后的主要工作

1. 信息科各技术组继续监控事件解决后的运作情况,直至确定可持续正常运作为止；

2. 信息科在故障发生后的两天内开会进行技术总结,对存在的问题和安全隐患进行进一步整改,以书面形式上报给医院应急领导小组；

3. 医院应急领导小组汇总应急工作开展情况,对本次突发事件的起因、造成的不良影响、资金损失及应急工作本身等进行全面总结分析,并提出改进意见,督查改进情况,进步优化应急流程。

## 信息安全应急预案

医院信息包括医院各系统中的日常业务运营信息、临床医疗信息、服务对象个人信息及医院工作人员终端电脑上的工作信息等。医院及其工作人员有责任保证此类信息的安全性和隐私性,不得违法利用和外泄。

一、防范措施

1. 信息系统运行环境采取双机热备容灾模式；

2. 数据库专人专管,对开发人员和运维人员,根据实际工作需要分配不同权限。若私自利用或外泄数据,医院有权追究其法律责任；

3. 医院实现内外网物理隔离,内网设置防火墙、杀毒软件等安全措施,防范对数据信息的恶意攻击或窃取。外网设置防火墙、杀毒软件等,防范病毒和攻击；

4. 加强信息系统账户安全等级,设置符合要求的复杂密码,并不定时更新密码。根据职能科室和使用科室需求单确定各个账户的信息系统权限；

5. 通过数据库监控分析软件实时监控数据库运营情况,定期调阅数据库系统日志。

6. 使用网络管理软件对终端计算机设备进行日常运行健康状态检测,做好定期巡检；

7. 积极获取计算机设备使用者的使用反馈信息,并定期对使用者进行培训,防止错误操作的发生；

8. 使用科室人员不得将重要数据资料存放在内网终端电脑中。

二、应急处理措施

1. 电脑终端故障,导致数据信息无法查看、备份等情况。科室工作人员致电信息科,信息科安排工程师现场检验。在科室使用人员监督下,工程师先备份本机数据至科室的移动硬盘或科室其他电脑硬盘,根据实际情况进行系统重装或硬件维修；

2. 医院工作人员丢失相关密码,应及时通知信息科进行密码的重置,由工作人员自身修改密码；

3. 一般性服务器故障：出现数据库运行故障或服务器系统故障,信息科可通过管理软件将数据库服务切换至镜像服务器,实时接管当前系统数据信息,保证信息的安全性和稳定性。同时信息科应检查故障服务器及数据库日志,排查故障原因；

4. 核心服务器瘫痪,信息科应及时上报情况至医院信息领导小组。同时通知各业务科室按照 “信息系统故障应急预案”进入相应的流程；

5. 医院内部工作人员或厂家工作人员恶意外泄数据,信息科收回其所有信息权限,及时通知医院行政办，如情节严重可直接报警110；

6. 处理结束后应及时总结经验教训,采取有效的整改措施,并写出总结报告。

## 急救类医学装备应急预案

为了保障医院急救类、生命支持类医学装备正常使用，提高救援的反应速度和协调水平，保障患者和装备操作者的生命安全，结合我院的实际情况，特制定本预案。

1. 适用范围
2. 急救类、生命支持类装备突发故障时。
3. 紧急突发事件需进行大规模救治或医院承担紧急救治任务，急需要急救类、生命支持类装备时。
4. 组织机构与工作职责
5. 组织机构

成立医学装备应急保障工作小组，统一指挥我院医学装备应急保障工作。

组长：张捷

副组长：董艳玲 董卫华 徐靖平

成员：胡泰潢 李红娟 李红平

（二）工作职责

1. 做好全院医疗设备日常维护工作；
2. 负责预案启动后医学装备的调用、外借、运输、维修及协调处理等各项工作。
3. 应急处置
4. 当患者在救治过程中，遇到急救类、生命支持类装备突发故障时，应立即告知医学装备科，医学装备科应第一时间赶到现场对设备进行维修处理，如有可能提供备用装备；
5. 当患者在救治过程中，遇到本科室急救类、生命支持类装备短缺时，应向其他拥有急救类、生命支持类装备的科室借用，必要时可通过总值班、医务部、医学装备科等部门协调；
6. 如遇到紧急突发事件需进行大规模救治或医院承担紧急救治任务，根据事件发生的程度，首先启动急救类、生命支持类设备及应急储备设备；
7. 急救设备储备数量不足时，由医务科牵头，医学装备科负责协调院内设备，以最大限度满足工作要求，必要时可向装备供应商处紧急借用；
8. 应急状态下，每日上报本部门应急保障工作情况；
9. 应急状态取消后，3个工作日内向医院书面汇报保障任务完成情况

## 医学装备故障应急预案

为了有效预防、积极应对和及时控制医学装备使用过程中的突发故障或意外事件，建立健全医学装备和意外事件的应急反应机制，最大限度的减少医学装备故障或意外事件对患者及使用者身体健康和生命安全造成的危害，特制定本预案。

一、适用范围

本预案适用于突发性的医学装备故障或意外事件，用于指导装备故障或意外事件的报告、处理、控制、恢复等全过程。

二、定义

急救、生命支持类和重要医学装备发生突发性故障或意外事件时，采取的应急管理措施。

三、运行机制

组织机构与职责：

成立医学装备应急领导小组

组 长：分管副院长

副组长：护理部主任、医务科科长、医学装备科科长

成 员：后勤部主任、医学装备科、后勤部工作人员

应急领导小组应在组长的领导下，负责本院突发状况下临床各类设备的完好及材料的及时供应。

当启动医学装备故障应急预案时，小组成员应立即到岗到位实行24小时值班制度并保持通讯畅通。

平时应做好一定数量的应急保障装备物资的储备，以备应急状态下紧急使用，定期查看和更新储备物资，使之经常处于有效期和正常状态。

应急状态下医学装备应急保障小组或医院总值班有权临时调配临床科室闲置装备供应急保障使用。

操作人员应熟知相关医学装备的使用性能，严守安全操作规范。科室应定时检查仪器性能情况，保证始终处于良好备用状态。

医学装备在使用过程中出现故障，可能危害患者或操作人员的安全时，使用者应立即停用设备，避免造成更大的人体伤害。

如医学装备对人体造成伤害，操作人员应立即通知患者的主管医师和相关科室，并报告科主任、医学装备科及分管院长（非工作时间报告总值班）。 主管医师应立即赶赴现场对患者进行紧急医疗处置，尽量减少故障对患者造成的伤害。科主任在接到报告后，现场指挥对患者开展的急救工作，并立即报告分管院长。

应急小组维修员应保持与医疗设备维修方、设备科维修工程师的联系畅通，当重大急救设备发生故障后，相关设备维修工程师应尽快到达现场并做相应处置；科室内部如有备用的装备（下称备机），立即替换备机使用，故障装备由医学装备科工程师进行维修。科室内部无备机，工程师进行现场维修，短期内无法修复的，按就近原则在其他科室借用或调用备机。

若无法就近借用、调用到，应立即上报医学装备科科长及分管院长，从全院其他科室调配借用。如院内装备确实无法完成急救工作时，应急小组成员应及时向上级领导报告，可就近联系外院的有关负责部门寻求装备支援，确保临床的急救工作能及时、顺利地进行。

对于属于医疗器械不良事件的同时按不良事件上报流程及时上报。

医学装备故障应急预案流程图

有急救设备发生故障时，由医护人员对病人进行人工急救。

启用本科室备用急救设备，并通知医学装备科对其维修，记录下故障信息。

本科室同类设备替代

通知应急小组调配：调用其他科室设备。

调用其他科室应急设备，可以先借，后办理借用手续。

若院内设备无法满足需要，应急小组可向装备供应商处紧急借用。

通知医学装备科对其维修，记录故障信息及时间过程，确认是否需要增加设备数量以满足需要。

完成急救后，由借用科室将借用设备返还调配科室，并报应急领导小组。

无