

首诊负责制度

一、病人初次就诊的科室为首诊科室，接诊医师为首诊医师，首诊医师接诊病人后应及时了解病情，作出初步诊断与处理，并安排必要的检查，按时完成病历书写。

二、如患者为非本科疾病或本科不能处理的疾病，首诊医师不得拒诊。此时首诊医师应立即向上级医师报告，由上级医师查看病情，并联系相关科室会诊。被邀科室须由主治医师（含主治医师）以上人员参加会诊。首诊医师对诊疗过程做好详细记录。

三、发现危重病人时，首诊医师必须及时抢救病人，同时向上级医师报告，共同参加抢救。坚决杜绝科室间、医师间推诿病人。

四、被邀会诊科室的医师应严格执行医院会诊制度，在规定时间内到达会诊科室。完成会诊后，认真书写会诊意见并解答邀请科室医师的疑问。

五、当会诊科室医师会诊意见与该治疗科室不一致时，须分别请示本科上级医师，直至双方主任。若双方仍不能达成一致意见，由首诊医师负责处理并上报医务科或总值班协调解决，不得推诿。

六、涉及多科室的危重病人抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，所有的相关科室须执行危重病人抢救制度，协同抢救，不得推诿，不得擅自离去。各科室分别进行相应的处理并及时做好病历记录。

七、首诊医师对需要紧急抢救的病人，须先抢救，同时由病人陪同人员办理挂号和交费等手续。不得因强调挂号、交费等手续延误抢救时机。

八、门、急诊首诊医师抢救急、危、重症病人时，在患者病情稳定后方可转入病房。需要转院患者离院前须由首诊医师与接诊医院联系，并对病情记录、途中注意事项、护送等作出妥善安排。

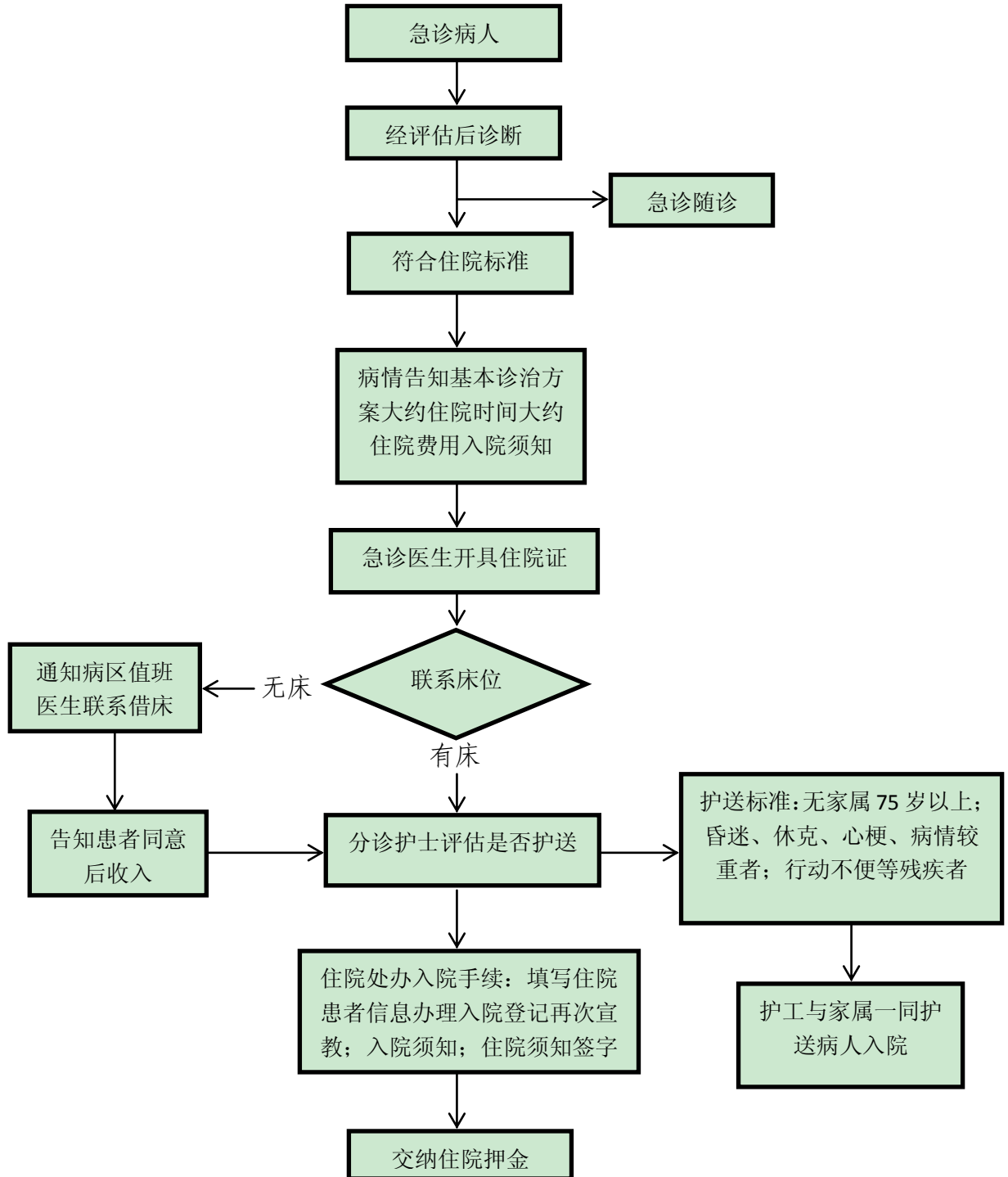
九、首诊医师应对病人的去向或转归进行登记备查。

十、凡在接诊、诊治、抢救病人或转院过程中未执行上述规定、推诿病人者，要追究首诊医师、当事人和科室的责任。

十一、门诊或急诊医生按病情决定病人住院。门诊医师与住院病房联系床位，确定有床后方可开具住院证。

十二、危重病人由急诊或门诊医护人员护送至病房。同时由病人家属办理相关手续。

急诊患者住院流程



急诊患者优先处置规定

一、建立优先处置通道，符合条件者及时启动优先处置通道。进入“优先处置通道”的患者包括：各种休克、昏迷、心肺骤停，严重心律失常，急性重要脏器功能衰竭垂危者。

二、工作要求及诊疗程序：

（一）急诊科必须对所有急诊病人实行 24 小时应诊制和首诊负责制。

（二）急诊科当班医生根据患者病情，决定是否进行“优先处置”。“优先处置”的病人，不需办理挂号、候诊等手续，实行“先抢救，后收费”，立即给予抢救，提供全程服务。

（三）对“优先处置”的病人，各有关科室必须优先诊治和简化手续，各科室间必须密切配合，相互支持。

（四）危重患者优先入院抢救，由急诊科医生、护士护送，后补办住院手续。

（五）对“优先处置”病人不得推诿或拒绝诊疗，如因推诿、拒绝诊疗、脱岗离岗等原因造成不良后果的，医院追究当班医护人员责任。

三、对群体伤及突发公共卫生事件病情危重者，急诊科在积极救治的同时要上报总值班，必要时上报主管副院长、院长。

绿色通道管理制度

为了确保急诊危重患者得到有效地医疗救治，最大限度争取抢救的时间，进一步提高危重患者的抢救成功率，医院建立急诊绿色通道制度。各科室必须对进入急诊绿色通道救治的患者提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务。

一、治疗原则

在接诊各类危重症患者时，医务人员应本着先抢救生命，后办理手续的原则，对患者进行全程陪护，保障各类诊疗措施的优先畅通，维持患者的各项生命体征。

二、治疗范围（根据我院现状，暂制定以下病种为绿色通道适用范围）

（一）糖尿病酮症酸中毒

（二）糖尿病低血糖

（三）高渗性高血糖状态

（四）心跳呼吸骤停

（五）休克

（六）急性心肌梗死

（七）致死性心律失常

（八）急性心力衰竭

（九）急性呼吸衰竭

（十）所有生命体征不稳定的病人或预见可能出现危及生命的各类危急重病人。

三、治疗流程

（一）门诊绿色通道

1、门诊绿色通道的抢救工作由门诊办公室统一指挥，设有专人负责门诊抢救室的管理，确保急救设备完好，急救药品齐全并在有效期内，可随时对危重症患者实施抢救。

2、接诊医师根据患者病情判断是否需要进入绿色通道，进入绿色

通道的患者实行“先诊疗后付费”，无需挂号和交费，检查（验）科室应配合患者抢救工作，待患者病情稳定后统一补交各项费用。

3、门诊绿色通道患者，实行首诊负责制，由接诊医师和急诊护士负责现场抢救，同时上报门诊办公室。

4、在抢救过程中如不能明确诊断，需及时通知上级医师进行会诊（如住院总医师，二班值班主任），待病情稳定后转入急诊科进行后续治疗，非本院诊疗范围的疾病应转至相关医院进行后续治疗。

5、接诊医师在交接患者时要完成门诊抢救病历，与接收医师进行交接。

（二）急诊绿色通道

1、急诊科在接到需进入绿色通道的患者后，首先电话报告医务科（或总值班），获得授权后方可开通绿色通道，及时进行登记备案，本着“先诊疗后付费”的原则，接诊医师在所开具的检查、化验单上加盖绿色通道专用章，并尽可能留取患者有效证件（如：身份证、医保证、医保卡等）。

2、急诊科设有24小时值班人员，包括护士和医生，随时迎接急危重病人入急诊抢救。值班护士准备好各类抢救设备和抢救药品。

3、急诊科医生应尽快根据患者病情开展救治工作，护士根据医生下达医嘱准确执行，详细记录各种检查项目、使用的药品和材料等，并妥善保管好医生所开具的检查单、处方和所使用材料的原单据。

4、因病情复杂不能处理的疾病，急诊医生应及时联系上级医师进行会诊，上级医师应在接到会诊通知后10分钟内到达现场开展会诊工作，待患者病情稳定后转入住院病房或转诊完成后续治疗。

5、医护人员在抢救结束后，根据实际情况及时完成抢救病历的书写，内容详细、完整。

（三）医技科室绿色通道

1、医技科室对加盖绿色通道专用章的所有检查、化验单，予以优先检查、化验，B超、心电图等常规检查应立即出报告，化验、放射应

在 30 分钟内出报告。

2、进入绿色通道患者，除按紧急优先处置外，允许医技科室在检查完毕后通过电话先口头报告结果，随即在将书面报告送达临床科室。

四、管理规范

（一）严格执行首诊负责制。首诊医生要执行对患者的抢救、向上级医生或主任报告、组织会诊、完成各种医疗文书，必要时陪同患者进行检查或转送。

（二）医护人员接诊病人后，如发现适合开通绿色通道的病人或病情，应及时开通绿色通道，各相关临床科室及职能科室应全力配合抢救科室，科室间不得相互推诿。

（三）辅助科室应配合抢救科室，保障进入绿色通道患者的优先治疗。

（四）对于重大突发事件，由分管院长统一领导，门诊办公室、医务科或总值班负责指挥，各相关临床科室必须服从安排和指挥。

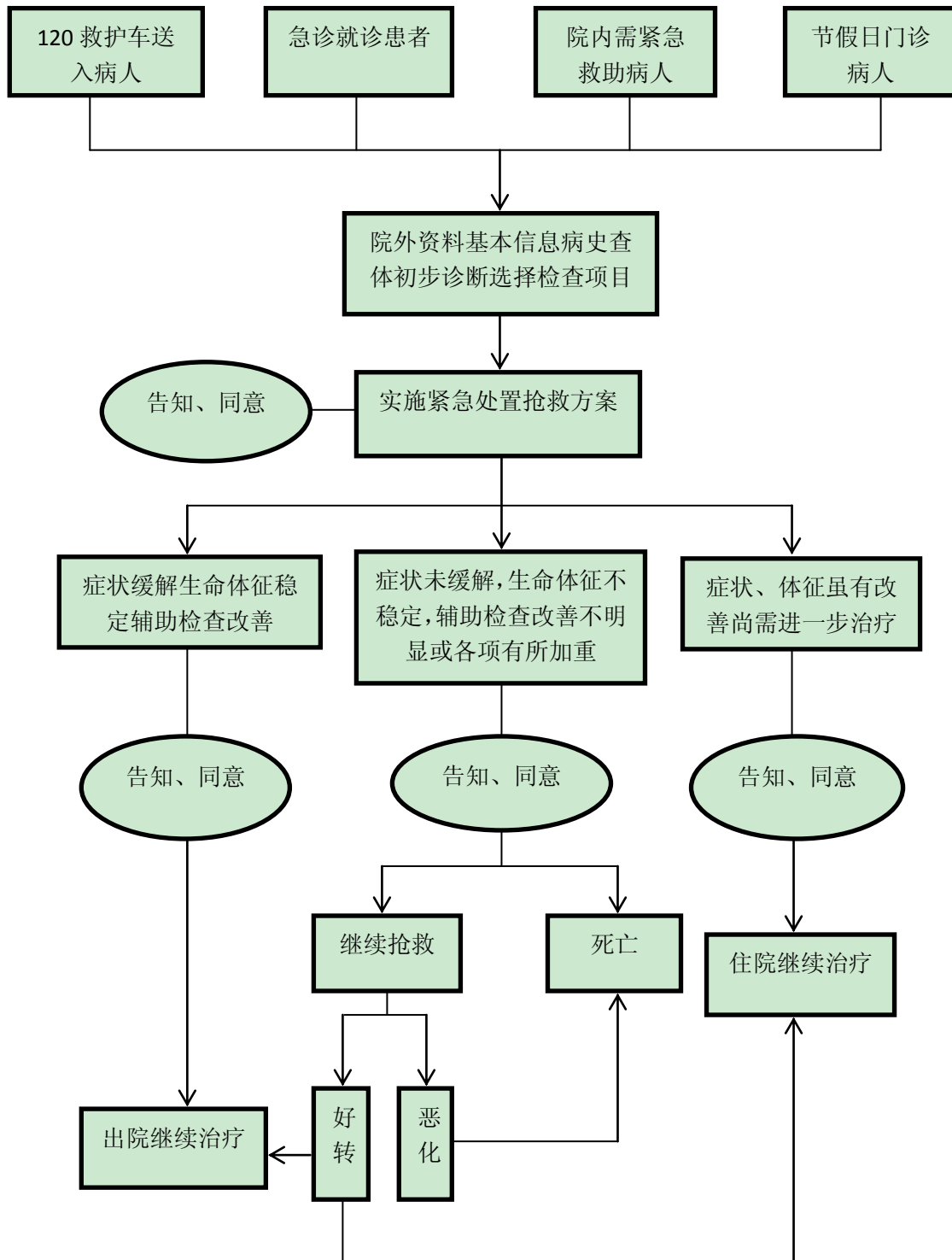
（五）进入绿色通道患者在医疗费用暂时无法落实的情况下，各科室要发挥革命人道主义精神，及时进行抢救，维持患者的各项生命体征。

（六）医务人员应尊重家属的知情权，及时告之病情及变化，根据病情发给病重或病危通知，并由患者家属或委托人进行书面签字。

（七）为保证抢救及时，遵循生命权高于知情同意权原则，对绿色通道抢救病人的各类有创操作，值班医师按照国家有关规定和实际情况可以先操作后补谈话。

（八）任何科室及个人不得以任何理由拒绝检查（验）和抢救。

急诊患者评估流程



入院手续办理流程

一、患者持住院证前来办理住院，患者首次住院时，应根据患者填写的“患者基本信息确认单”所载信息录入电脑，录入时，确保信息准确无误；患者再次住院时，按住址、身份证号码或关系人查找出该患者登记信息，与其核对相关信息，确保信息准确无误。

二、办理住院同时办理医保联网手续。应办未办医保联网手续的，要填写“未办理医保说明单”告知患者，同时做好登记，并负责催其补办。

三、按照医院医保患者（城职）首次住院押金 3700 元，再次住院押金 2500 元，医保患者（城居）住院押金 5000；非医保患者住院押金 5000 之规定收取押金。若患者所携带押金不够此标准，医生需在住院证上注明“暂交***，余款明日补齐”，并签字。办理完毕后，将盖有“收讫”印章的住院预交金收据第三联即“蓝联”，交予患者手中，提醒患者切勿遗失。

出院手续办理流程

一、自费患者出院当天凭住院预交金收据办理结算手续；

二、医保患者自出院之日起七个工作日后，凭住院预交金收据办理结算手续，遇节假日顺延。3、结算时收回住院预交金收据，加盖作废图章。同时认真核对日期、姓名、住院号、金额，核对无误后，准确计算患者花费情况，住院预交金多退少补。

收入院管理规定

一、收入院的原则：第一，患者确有住院诊治的必要；第二，本学科能够满足患者的医疗需求。

二、门、急诊医师收治患者权限：门诊医师、各科专家及医师有权收治门诊患者住院治疗。急诊医师有权收治急诊患者住院治疗。多种疾病的患者根据本次入院要治疗的主要疾病收入相应的科室。

三、门、急诊医师、各科专家及医师在初步检查做出评估后要向准备收入院的患者/家属告知：患者的主要诊断、入院后可能要进行的检查、治疗的大概方案及预期效果、患者住院的大概时间及费用，并讲明费用有可能会增加；无陪伴以及探视制度等内容，得到患者/家属的总体认同、理解后，填写住院证。

四、患者入院、转科或会诊前必须要提供的诊断性检查结果，这些必要的检查结果未出来之前，患者不应入院、转诊或会诊。对于急诊或危重患者，其诊断性检查可在入院之后随之进行。

五、根据患者病情要求患者进行特殊检查进行筛查，在检查结果未出来之前不应收入院（一般指肿瘤、传染病等相关检查）。

特殊人群服务规定

- 一、残疾、虚弱老年患者没有安排陪诊，重者报告医务科
- 二、对住院的虚弱老人、痴呆、精神症状、年幼儿童患者，全体人员给予关照，为受虐人员提供援助。
- 三、需紧急处置者开辟绿色通道：优先就诊、优先检查、优先出报告、优先诊治、优先住院。

医院无空床或医疗设备有限处理规定

为了在我院科室没有空床或医疗设施有限时，及时为患者解决入院、诊疗问题，特制定本规定。

一、提前告知，妥善沟通，避免产生医患冲突

门诊医生收入住院患者时，所收科室无空床的情况下，科室主任及护士长应立即启动加床方案。对于加床患者，及时与患者及其家属妥善沟通，详细告知加床条件，采取自愿原则，取得患者及其家属同意，严禁强制入院或不告知就收入院的情况发生。

二、合理加床

根据临床各科室的医务人员配备、医疗备品储备、抢救设施配备等情况，依据科室自身加床潜力，由科室酌情处理。各科室在不推诿病人的情况下，在不影响医疗安全与医疗质量为前提下，合理进行加床，尽力保证加床数量在安全线以内。科室无加床空间下，在征得患者本人及其家属同意后由急诊科留观、治疗，待有空床后，及时转入住院病房。

三、高度重视加床患者，杜绝盲目加床

各科室对于加床患者要加强重视，准备好治疗期间所需各种必备仪器设施，严禁在无法达到诊疗基本要求的情况下盲目加床。

四、保证好加床医护人员配备

各科室负责人应安排所加床位的主管医师及护士，及时安排接诊，处置。

五、加快周转

做好患者周转工作，及时进行床位调整。

六、严格规范诊疗行为

科室应严格执行医院核心制度，遵守三级医生负责制，执行好查对制度，有特殊情况应立即向医务科进行上报并备案，杜绝医疗差错及事故的发生。

患者评估制度

为保障医疗质量和医疗安全，规范我院医务人员在开展诊疗活动时的患者评估工作，使患者得到科学有效的治疗方案，全面把握患者的基本现状和诊疗服务需求，结合我院实际情况，特制订本制度。

一、对患者进行评估工作是各临床科室医护人员的工作职责，是重要的质量管理监控环节，医护人员通过询问病史、体格检查、临床实验室检查、医技辅助检查等途径，判断患者的心理、生理、社会、经济状况、病情程度等情况。

二、执行患者评估工作的医务人员应具备在本院注册的执业医师、注册护士或是经医院授权的其他岗位卫生技术人员。每一个专业进行的评估要在其执业、执照、适当的法律、法规范围内进行。不具备上述资格的人员可以在有资格人员的监督下进行患者评估，其书写的医疗文件必须经有资格人员的审核和签名或盖章。在特殊的紧急情况下（如突发病情变化需紧急救助、发生突发社区灾难事件大批患者救治时），进行评估的医护人员的资格可不受执业范围限制，按照《首诊负责制度》要求对患者进行必要的评估，待条件允许时立即请相关的转科医师进行详尽的评估。

三、患者评估的重点范围包括但不限于：门、急诊患者评估、住院患者评估、手术前评估、麻醉评估、危重患者评估、住院患者再评估，包括手术后评估、出院前评估等。对于外院或我院住院超过 30 天的病历资料；患者病情及症状发生变化；检查结果出具或治疗后均需进行再评估。

四、临床医生除对患者病情进行评估，还应对患者的心理进行评估，通过对患者的心理评估判断患者的情绪状态，并充分考虑到患者的社会、文化、家庭和经济状况对疾病和治疗反应的影响，充分与患者家属及本人进行沟通。

五、在评估过程中，医、护人员要尊重患者并注意患者隐私的保护，评估结果要及时告知患者或家属，患者或家属有对诊疗方案的决策权、

选择权。

六、患者评估资料是供临床科室直接负责患者诊疗、护理工作的医师、护士适宜使用的，为制定诊疗方案、会诊等提供支持，并记录在病历中。

七、医护人员除对患者的病情进行评估，还应对患者的心理评估，判断患者的情绪状态（例如：患者是否有抑郁、恐惧、易怒惹以及伤害自己或他人的倾向）。

八、对特殊人群的评估要根据个性化特点或状况而定，如：儿童、青少年、年老体虚者、终末期患者或疼痛患者、临盆或终止妊娠妇女、情绪或精神错乱患者、疑似药物或酗酒依赖者、被虐待或被忽视的受害者、传染病患者、癌症患者、免疫抑制患者等。

危急值管理制度

为进一步规范临床及医技科室“危急值”报告和处理流程，加强“危急值”产生时科室间的相互协作，确保及时有效地反馈、处理，防止医疗安全事件的产生，现结合我院实际情况完善制度如下，请各科室贯彻执行。

一、适用范围

本制度适用于临床科室、医技科室及相关职能科室

二、报告流程

（一）住院患者危急值报告

1、医技科室工作人员在发现“危急值”情况后，检查（验）人员应首先确认仪器、设备和检查过程是否正确，核实检查（验）标本是否有错，检查（验）项目质控、定标、试剂是否正常；仪器传输是否有误，查对患者身份是否有错，并做好检查（验）项目复查。

2、医技科室工作人员在确认检查（验）过程各环节无异常的情况下，应立即电话通知临床科室人员“危急值”项目和结果，不得瞒报、漏报或延迟报告，并在科室内《危急值报告登记本》上逐项做好“危急值”报告登记，登记内容包括检查（验）日期及时间（精确到分钟）、患者姓名、住院号、病床号、检查（验）项目、检查（验）结果、复查结果、临床科室、临床联系人、报告人等。

3、临床科室在接到医技科室上报“危急值”的电话时，应告知接报告人的姓名和患者的基本信息，并确认该结果是否符合病情，并在科室内《危急值记录本》内做好登记，登记内容包括接报告日期及时间（精确到分钟）、接报告人姓名、住院号、病床号、患者姓名、检查（验）

项目、检查（验）结果、报告科室、报告人等，若与临床症状不相符，应关注标本的留取情况，及时与检查（验）科室沟通，确保最终检查结果的准确。

4、临床科室接报告人应及时告知主管医生或值班医生，由被报告医生及时在《危急值记录本》内填写被报告医生姓名、被报告时间（精确到分钟），并及时对患者采取相应的治疗措施。

5、医技科室对临床科室有疑问的“危急值”相关数值负有解释责任，不得推诿、拒绝。

（二）门诊患者危急值报告

门诊患者出现“危急值”后，医技科室统一报告住院总医师，由住院总医师登记备案后联系当日门诊医师，根据首诊负责制的管理要求，由门诊医生给予治疗，治疗经过记录在门诊病历内，如需转至急诊，由门诊医生按照相关规定将患者转至急诊。

三、管理规范

（一）临床、医技科室应设有专人负责对本科室内的“危急值”报告管理，定期进行分析，查找存在问题，及时整改。

（二）各临床、医技科室应加强“危急值”管理制度的培训，深刻理解“危急值”的管理意义。

（三）各临床、医技科室在实际工作中，应关注“危急值”报告指标的及时更新，以便进一步规范“危急值”的报告指标。

（四）临床科室除医护人员，其他人员不得接听“危急值”报告电话。

（五）对未认真执行“危急值”管理制度，因漏报、瞒报造成医疗

事故的人员，医院将追究当事人以及相关科室负责人责任。

(六) 既往与本制度不一致者，按照本制度执行。

四、报告项目及范围

(一) 医学检验

检验项目	单位	低值	高值	备注
白细胞计数	10 ⁹ /L	2.5	30	过低极易发生严重的难以控制的感染；过高不除外恶性血液系统疾病
血红蛋白含量	g/L	50	200	重度贫血（31-60g/L） 极重度贫血（<30 g/L）
红细胞压积	%	20	60	国际上尚没有为输血而规定的血红蛋白和红细胞压积的阈值，是否输血取决于患者各方面功能情况和症状
血小板计数	10 ⁹ /L	50		可有自发性出血
凝血活酶时间	INR		4	可有严重出血风险
激活部分凝血活酶时间	S		70	可有严重出血风险
D-二聚体	mg/L FEU		5.2	连续两次
纤维蛋白原定量	g/L	1	8	可有严重出血风险
二氧化碳结合力	%	20	70	低碳酸或高碳酸血症
	mmol/L	10	40	
酸碱度		7.2	7.6	严重的酸或碱中毒
氢	mmol/L	80	115	严重的酸或碱中毒
二氧化碳分压	mmHg	20	70	低碳酸或高碳酸血症
碳酸氢根	mmol/L	15	40	严重的代谢性酸或碱中毒
氧分压	mmHg	50		<60 出现智力和视力减退，当 PO ₂ 降至 40-50 时，有一系列精神症状，当 <20 可造成神经细胞不可逆损害。
血氧饱和度	%	75		出现口唇、指甲处发绀，是缺氧的典型表现。
钾	mmol/L	2.5	6.5	2.5-3mmol/L 中度低钾血症，可出现虚弱、心律失常，<2.5 为严重低钾血症；严重高钾血症有微循环障碍表现，甚

				至心搏骤停，几乎都有ECG改变。
钠	mmol/L	120	160	重度缺钠可发生神经错乱，疲劳，头疼恶心，呕吐厌食，甚至抽搐，半昏迷；高钠可导致神经症状，烦躁不安，肌肉震颤，昏迷死亡。
钙	mmol/L	1.6	3.5	过低可考虑肾衰竭，还可引起手足抽搐，肌强直等；过高极度消耗，胃肠道症状还可中毒而高钙性昏迷，生命危险。
氯	mmol/L	70	130	严重的酸或碱中毒
葡萄糖	mmol/L	2.8	30	<2.8可引起中枢神经系统损伤甚至失去知觉，严重者危及生命；血糖过高可出现酸中毒，甚至高渗昏迷
尿素	mmol/L		36	慢性肾衰竭，尤其是尿毒症BUN增高的程度一般与病情严重性一致
肌酐	umoI/L		530	肾功能衰竭
淀粉酶	U/I		>正常参考值上限3倍以上	可确诊胰腺炎，但不反映病情轻重
肌钙蛋白(cTNT)	ng/ml		>0.5	为急性心肌梗死敏感指标，起病3-4小时升高，于24h左右达高峰，2w左右降至正常
CK-MB	U/L		75	为急性心肌梗死敏感指标，起病后4h内升高，16-24h达高峰，3-4d恢复正常。 对4h内发病的早期AMI有重要诊断价值！
CK	U/L		1800	AMI心肌酶测定之一，起病6-10h升高，12h高峰，3-4d降至正常
LDH	U/L		500	AMI心肌酶测定之一，起病6-10h升高，2-3d高峰，1-2w降至正常
AST	U/L		300	AMI心肌酶测定之一，起病6-10h升高，24h

				高峰，3-6d 降至正常； 高于 300u/L 通常与急性肝细胞损伤有关
ALT	U/L		300	高于 300u/L 通常与急性肝细胞损伤有关，如病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝衰竭等
r-GT	U/L		1200	男性：11~50U/L 女性：7~32 U/L 见于急慢性肝炎以及胆道梗阻性疾病等
细菌培养及药敏	培养出耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、产超广谱β-内酰胺酶（ESBLs）肠杆菌科细菌、耐万古霉素肠球菌、多重耐药的鲍曼不动杆菌			
无菌部位标本细菌培养	血液、骨髓、脑脊液培养阳性			

（二）心电图

- 1、心脏停搏；
- 2、急性心肌损伤；
- 3、急性心肌梗死；
- 4、急性心肌缺血；
- 5、致命性心律失常。

（1）心室颤动；

（2）室性心动过速；

（3）心肌梗死后多源性 RonT 型室性早搏；

（4）频发室性早搏并 Q-T 间期延长；

（5）预激伴快速心房颤动；

（6）心室率大于 180 次/分的心动过速；

（7）高度或完全性房室传导阻滞；

（8）短暂的心室停搏/全心停搏（大于 3 秒长 RR 间期）或大于 2 秒逐渐加重的停播。

（三）医学影像

- 1、严重的颅内血肿、脑挫裂伤急性期；
- 2、脑疝；
- 3、颅内急性大面积脑梗死（一个脑叶或全脑干范围或以上）；
- 4、严重的脊柱骨折并椎管变形；
- 5、张力性气胸；
- 6、纵膈摆动；
- 7、急性主动脉夹层动脉瘤；
- 8、动脉瘤破裂出血；
- 9、心脏破裂；
- 10、急性肺栓塞；
- 11、严重的肝、脾、胰、肾等腹腔脏器挫裂伤、出血；
- 12、其他影像科医生认为危及患者生命的情况。

（四）超声

- 1、急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂或大血管破裂出血的危重病人；
- 2、大量心包积液，前臂前厚度大于等于 3cm，合并心包填塞；
- 3、急性心肌梗塞或外伤致心脏破裂合并心包填塞。

危重患者抢救制度

(一) 抢救工作应由主治医师资格或以上人员主持，接诊住院医师发现病情危重患者应立即进行抢救，同时将情况报告上级医师及住院总医师，各级医务人员不得以任何理由拒绝急救处置。

(二) 重大抢救需根据病情提出抢救方案，并立即上报职能科室或总值班，凡涉及法律规定，由职能科室或总值班上报上级部门。

(三) 抢救室专为抢救病员设置，其他情况一般不得占用。

(四) 一切抢救药品、物品、器械、敷料力求齐全完备，定人保管，定位储存，不准任意挪用或外借。

(五) 药品、器械用后均需及时清理、消毒，消耗部分应及时补充，放回原处，以备再用。

(六) 每日核对一次物品，班班交接，做到帐物相符。

(七) 无菌物品须注明消毒日期，超过规定时限重新灭菌。

(八) 每周须彻底清扫、消毒一次，室内禁止吸烟。

(九) 抢救时对抢救人员要按岗定位，遵照各种疾病的抢救程序进行工作。抢救过程中要严密观察病情，记录要及时详细，用药要准确。

(十) 对危急病人就地抢救，待病情稳定后方可移动。

(十一) 严格交接班制度和查对制度，对病情变化，抢救经过及各种用药等要详细交代，所有使用后的药品安瓿，须经二人核对后方可弃去，执行口头医嘱时，应加以复核。

(十二) 要及时与病人家庭及单位联系。

(十三) 每次抢救病员完毕后，要做现场评论和初步总结。

(十四) 认真书写危重患者护理记录单，字迹清晰、项目齐全、内

容真实全面，能体现疾病发生发展变化的过程，确保护理记录的连续性、真实性和完整性。

（十五）抢救完毕后，整理抢救现场，抢救器械消毒，及时清点和补充抢救药品。

（十六）由于现有医疗技术、设备不能满足对危重患者的治疗，应在危重患者病情稳定后，及时转院。

（十七）遇重大抢救、突发公共事件应按照相关预案的规定及时报告，组织抢救。凡涉及法律、纠纷的病员，在积极救治的同时应向有关部门报告。

（十八）各临床科室应定期进行抢救演练，有专人负责，有演练记录。

医嘱管理制度

为加强临床医嘱管理，规范临床医务人员的医嘱下达与执行，保障医院医疗质量安全，根据《执业医师法》、《处方管理办法》等相关法律、法规，结合医院实际情况，特制定本制度。

第一条 患者医嘱由医师开具，护理人员负责执行。

第二条 开具医嘱医师须具有执业医师证书并取得医院处方权，未取得执业医师证书或医院处方权的医师，如见习医师、进修医师、实习医师等开具的医嘱必须由取得执业医师证书和医院处方权的带教医师审阅并签名，执行医嘱人员应是具有护士资格证书的护士，其他人员不得下达与执行医嘱。

第三条 医嘱共分为长期医嘱、临时医嘱、口头医嘱。医师开具的所有医嘱均应在记录单内进行记录并存入病历，记录单包括医嘱单（包括长期医嘱单、临时医嘱单等）、麻醉记录单等。

第四条 在抢救危重患者时，可临时使用口头医嘱，护士在执行口头或电话医嘱时要完整确认患者姓名、医嘱内容并复述医嘱内容，经开医嘱医生确认及双人核查无误后方可执行，在执行后记录执行时间并签名。下达口头医嘱的医生须在抢救或手术结束后 6 小时内补记。

第五条 医嘱书写应完整、准确、清楚、格式规范。药物医嘱应记录药物名称、用量、用法、数量、用药途径、药物单位。静脉滴注要注明每分钟的滴速或毫升数。

第六条 如患者需进行转科、手术，将停止医嘱，待转入科室接收后或手术后重新开具医嘱。

第七条 护士根据医生的医嘱对患者进行处理，医生未开具医嘱，护士不得擅自对患者进行处理。如患者急需抢救，护士有权根据护理规范对患者进行紧急处置，及时报告医生并进行记录。

第八条 护士应严格按照“查对制度”执行医嘱，做到班班查对。转抄、整理医嘱后，需由两人以上核对无误后，方可执行。

第九条 医嘱单是医疗诉讼中的重要证据，也是医疗护理过程中进行信息沟通的重要文件，任何人不准私自藏匿、销毁、涂改。

第十条 凡需下一班执行的临时医嘱，应进行交班，并应在交班本上注明。

疑难、危重病例讨论制度

（一）入院三天经入院讨论后仍不能确诊的病例或在诊疗过程中出现的疑难问题，必须及时进行疑难病例讨论。

（二）讨论目的必须明确，提出尽早解决诊断治疗问题上的意见。

（三）讨论会由科主任或副主任医师以上职称人员主持，有关医护人员、进修人员、实习人员参加。根据需要可邀请有关科室参加，必要时院领导和医务科派员参加讨论。

（四）经管医师必须做好讨论前的各项准备，重点介绍病史、体检、诊断要点和治疗经过，对死亡病例提出死亡原因，对疑难、危重及术前病人提出初步意见。主持者要综合讨论情况，提出结论性意见。

（五）讨论记录应根据当时讨论情况整理后，及时记入专门病例讨论记录本内，记录讨论地点、时间、参加人员、病例报告人、发言人、总结意见、科主任及记录人签名（均须签全名）。病例讨论摘要记录于病程记录中。

患者留观、入院、出院、转科、转院制度

为加强我院住院患者的留观、入院、出院、转科、转院管理，规范诊疗流程，使住院患者得到及时、有效、准确、合理的治疗，保障医疗安全。经院长办公会研究决定，特制定以下制度，望各临床科室遵照执行：

一、入院

1、病人住院，须持有本院门诊或急诊医师签署收住院意见的门诊病历和住院证，持有效证件、住院押金及生活必需品到住院处办理入院手续（患者或家属要保存好有关收据）。

2、接诊新入院病人的病房护士应将病人带到病室内，对危重病人，须做好抢救准备工作。

3、患者入住病房后，责任护士应及时通知医生检查病人，建立并填写住院病历，制定诊疗方案。

4、医护人员应主动热情向病人介绍住院期间的相关要求，并及时进行相关告知同意书的签字。协助患者熟悉环境，主动了解其心理状态、生活习惯等。

5、主管医生需在8小时内完成首程，24小时完成住院病历，病历书写要规范。

二、出院

（一）患者出院，须有经治医师下达出院医嘱，经上级医师或科主任同意后，方可办理出院手续。

（二）患者出院前，由责任护士及主管医师告知出院后注意事项，包括：目前的病情

（三）患者出院时，在办理医疗费用结算手续并领取出院带药后方能出院。

(四)责任护士主动征求患者对医疗、护理等各方面的意见及建议，并协助患者整理物品。

(五)患者出院后护士应及时对病床进行终末处理。

三、转科

(一)根据首诊负责制的要求，接诊医生需全面负责患者转科全过程。

(二)患者因病情需要转往他科治疗时，需首先邀请转往科室会诊，经会诊同意后方可转科，未经会诊将病人强行转科所引起的医疗事故或纠纷，由转出科室负全部责任。

(三)决定转科后，转出科室主管医生应首先通知患者及其家属，按照《病历书写规范》的要求，将“转出记录”记入病程。

(四)转出科室应有陪护人员陪送患者前往转入科室，做好交接工作，与转入科室主管医生面交病历后离开。病情严重等特殊情况下应有转出科室主管医生陪同。

(五)转入科室医生应在患者转入后详细询问病史、检查，拟定治疗计划，并及时在病程内记入“转入记录”。

(六)患者病情确实需要转科时，接受科室不得拒绝或推诿，必要时可向医务科进行申请协调，对因拒不执行而造成的医疗事故及纠纷，由接收科室负全部责任。

(七)双方科室对是否立即转科有争议时，应贯彻首诊负责制的原则，直至双方科室意见达成一致。

四、转院

(一)限于医疗技术及设备条件，对不能诊治的患者，由科内讨论后，经科主任批准后准予转院。

(二) 主管医生或护士需提前与转入医院联系，征得转入医院同意后，方可转院。

(三) 转院应征得患者本人或其家属同意，主管医师应如实、充分告知患者本人及其家属转院的必要性、可能发生的风险等。

(四) 自动转院的患者，主管医生需将风险告知患者本人或家属，并要求其签署《自动出院或住院告知书》后，方可办理出院手续。

(五) 危重病人转院前应先进行急救处理和做好药物及抢救器材准备，派专人护送。途中可能加重病情或有生命危险者，应留院处理，待病情稳定后再行转院。如患者家属执意要求立即转院，医生需在病程记录中进行记录，并签署《自动出院或住院告知书》。

(六) 如因违反以上任何一项条款而造成医疗事故及纠纷，均由当事科室及主管医生负责。

五、留观服务流程

1、根据病情需要，必须急诊观察的病人，可在观察室进行观察，观察时间一般不超过 72 小时。

2、留观病人要求其家属留陪，昏迷病人或无陪伴病人日间需通知医务科，夜间通知总值班。

3、传染病及精神病患者不属于留观范畴。

4、有下列病情可选择急诊留观：

(一) 暂不能确诊，病情又不允许返回者。

(二) 诊断明确短期内可治愈者。

(三) 符合入院条件但暂无床位者。

(四) 其他需要留观者。

患者安全转运制度

为加强医院患者转运工作管理，保障临床工作的连续性，减少患者在转运途中的不安全因素，结合我院实际情况，特制订本制度。

一、适用范围

本制度适用于医院内患者转运相关的科室。

二、转运流程

- 1、患者转运工作由主管医生或责任护士负责，除患者主管医生或责任护士以外的其他工作人员负责转运患者前，未经主管医生或责任护士批准，不得对患者进行转运。
- 2、所有待转运患者应由责任护士或主管医生评估后，按患者病情选择合适的转运方式。
- 3、患者到医技科室进行检查，应由临床科室人员负责将患者送回原部门，检查科室在检查过程中和护送人员到来之前负责该患者的安全。
- 4、院外转运需在患者或家属同意以及主管医生的医嘱后方可进行。
- 5、各临床科室应设有转科、转院登记本，转出科室应在登记本内对患者的转科基本信息进行登记，接收科室在核对无误后在转出科室登记本内签字。
- 6、转送、接收患者，必须认真识别患者身份。对能有效沟通的患者，实行开放式询问核对，对手术、昏迷、神志不清、无自主能力等无法进行有效沟通的患者，医护人员应核对患者卡片。

四、危重患者转运

- 1、危重患者包括以下几类：
 - (1) 生命体征不稳定。
 - (2) 意识改变
 - (3) 抽搐
 - (4) 气管内插管。
 - (5) 使用镇静药后有意识抑制等改变。
 - (6) 带有有创压力监测管。

(7) 静脉使用调节血压、心律及呼吸方面药物等。

2、下列情况患者禁止转运

- (1) 心跳、呼吸停止
- (2) 有紧急插管指征，但未插管
- (3) 血液动力学极其不稳定，未插管。

3、转运前准备

(1) 转运前医生应首先评估患者病情，以判断患者是否可以转运，是否必须转运，是否需要该转运程序，如需要，则将医嘱书写在病历上。

(2) 在下列情况发生时，禁止转运：心跳、呼吸停止；有紧急气管插管指征，但未插管；血液动力学及其不稳定，但未使用药物。

(3) 责任护士充分评估患者的病情，包括一般情况、生命体征等，做好护理记录，填写患者转运交接单。

(4) 医护人员在对患者进行转运前应向患者及家属的转运时间、转运的风险及注意事项等进行告知。

(5) 医护人员应在患者转运前联系转入科室，向转入科室汇报患者病情，确定转运时间后，转入科室做好接待准备。

4、转运过程中医护人员可根据患者病情酌情使用各类器材，如：

- (1) 负压吸引器；
- (2) 急救药品：肾上腺素、胺碘酮、阿托品和碳酸氢钠；
- (3) 静脉输注液体和药物，充电功能的输液泵；
- (4) 其他药物根据病人情况备用：镇静、镇痛剂、麻醉剂
- (5) 血压监护仪（或测血压袖带）
- (6) 心电监护/除颤器
- (7) 尺寸合适的气道管理器材
- (8) 氧气供应足够全程所需并富余 30min 以上。
- (9) 以及各类保障患者在转运过程生命安全的器材。

4、转运一般由护士负责，病情需要时，由医生一起转运。

5、转运过程及患者做检查时，医护人员应留在患者身边，根据需要观

察和记录生命体征及病情变化，并完成所有的治疗和护理工作。

6、与转入科室医护人员交接时，交接内容应包括：

- (1) 神志、生命特征；
- (2) 体位、伤口下敷料、各种管道（包括引流管、胃管、尿管、气管切开等）护理情况；
- (3) 各种监护治疗设备（如监护仪、输液泵等）的数据指标和仪器使用情况；
- (4) 输液肢体、穿刺部位、静脉通道、持续静滴液体及治疗药物；
- (5) 口腔、皮肤及易受压部位；
- (6) 饮食、服药、睡眠及二便；
- (8) 护理记录单的填写

会诊制度

（一）会诊要求

1. 申请会诊科室应严格掌握会诊指征，会诊目的明确。为保证会诊质量，由专人负责，会诊前做好各种相关资料的收集、整理。

2. 被申请科室或个人，在无正当理由情况下，不得推诿。根据需会诊患者病情，准时参加会诊。

3. 一般疑难病例会诊，由副主任医师职称以上主持；遇重大、疑难病例会诊，由医务科或院领导组织有关会诊。

4. 请主诊医师会诊或涉及3个科室以下的会诊，由申请科室自行联系；3个科室以上会诊，上报医务科负责协调安排。

5. 会诊时，由主管医师负责详细介绍病历。与会人员仔细诊查患者，围绕会诊目的，认真、全面讨论；主管医师综合分析会诊意见后，由上一级医师或科主任制定诊疗方案。

（二）会诊形式：

1. 科内会诊

对本科室较疑难或对科研、教学有意义的病例，都可由主治医师主动提出，主任医师或科主任召集本科有关人员参加，进行会诊讨论，以进一步明确和统一诊疗意见。会诊时，由经治医师报告病历并分析诊疗情况，同时详细、完整地做好会诊记录。

2. 科间会诊

（1）门诊会诊

根据病情，若需要他科会诊，应详细询问病史，进行必要的体格检查，认真书写门诊病历，与相关科室联系会诊。被邀科室须由主治医师（含主治医师）以上人员参加会诊。

（2）病房会诊

根据患者病情，需邀请院内相关科室会诊时，由主诊医师提出会诊并通知住院总医师，由住院总医师负责联系相关科室提出会诊要求。申请会诊科室须提供简要病史、体检、必要的辅助检查结果、初步诊断、会诊目的与要求。被邀请科室按申请科室的要求，派出主诊医师以上医师（含主诊医师）进行会诊，于接到要邀请后24小时内完成会诊。遇疑难或病情复杂病例，应立即请上级医师协助会诊，尽快提出具体意见。

（3）急诊会诊

对本科难以处理急需其他科室协助诊治的急、危、重症的病人，由经治医师通过电话或书面形式，提出紧急会诊申请，同时通知住院总医师参与会诊和抢救。会诊医师应在接到邀请10分钟内到达申请科室。会诊时，申请医师必须到场，配合会诊抢救工作。

（4）院外会诊

本院不能解决的疑难病例，可请外院专家会诊。由科主任提出申请，上报医务科。医务科与有关医院联系，确定会诊人员、时间及需解决的疑难问题，并负责安排接待事宜。会诊由主诊医师或科主任主持。会诊时，由住院医师报告病情并进行会诊记录，主诊医师和科主任进行诊疗情况介绍，由院外专家进行会诊，会诊意见以书面形式记录，并进入病历，诊疗方案由主诊医师或科主任讨论决定。需转外院会诊者，需经本科科主任审签或医务科批准。

（5）外出会诊

外院请本院医师会诊时，由医务科根据申请会诊医院的要求，派遣副高级及以上职称人员前往会诊。本院医务人员必须经医务科备案、同意后方可外出会诊，且不能私自携带仪器、设备前往；执行外省市会诊任务，须经主管院领导同意，外出会诊人员不得在外院进行手术，如情况特殊，必须经医务科及主管院领导批准。

病历资料交接制度

为加强患者在转科、转院过程中的管理，确保疾病治疗的连续性，防范患者在转科、转院过程中的医疗安全，提高医院的整体医疗质量，根据我院实际情况特制订本制度，具体内容如下：

一、转科

（一）转科前，应由主管医生开具转科医嘱，完成本科室内的所有处置记录，并书写转科记录。

（二）转出与转入科室对患者病情进行交接，转入科室接诊医生开具医嘱，护士对患者进行评估，接诊医生在病人转入后及时书写转入记录。

（三）转出科室应与转入科室做好患者药品的交接，主管医生应详细了解患者的用药情况和转入时的带药情况，对于不可继续使用的药品应向患者或家属进行告知。

（四）转科前病案质量由转出科室负责，转科后病案质量由转入科室负责，病案如需补充和修改，在患者出院前完成补充和修改。

二、转院

（一）患者在转院前，主管医生负责完成转院所需病历的书写，内容包括：患者转院时的病情、治疗经过、诊断、转院理由、接诊的医疗机构名称及同意接收患者的相关记录，转院后的医疗需求，转诊途中的病情变化及救治情况。

（二）医保患者与转诊有关的任何特殊情况应记录在《转诊转院单》中，上交医保科，由医保科统一上报。

住院患者健康教育制度

我院重视提高住院患者健康素质，坚持以人为本和为人民健康服务的根本宗旨，大力开展健康教育与健康促进工作。为进一步加强我院住院病人健康知识，特制定以下制度：

各临床业务科室主任必须重视并主管住院健康教育，将此项工作纳入岗位责任制，各楼层设立健康教育专栏，并做到定期更换专栏内容，为住院患者举办健康教育讲座，督促检查医护人员对患者入院、住院和出院过程中的健康教育工作。

根据住院病人情况选定时间由医生或护士进行集体讲解。内容带有普遍性。如：个人卫生、公共卫生、饮食卫生、常见病、多发病、传染病的防治知识、简单的急救常识、妇幼保健等。讲解时注意语言通俗易懂。

医生利用查房和值班时间，针对病人的不同情况给予医药卫生保健知识、心理健康教育和行为指导，把指导内容和行为目标提供给责任护士，由护士长督促实施，并指导护士开展本科健康教育的效果评价。

责任护士了解住院患者住院期间心理发展及变化，了解其心理需求，对患者进行心理护理，及时向主治医生反馈病人信息；协助医生开展综合性的健康教育，督促和指导病人实现行为目标；为病人提供出院指导和康复指导。

尊重和维护患者合法权益制度

为进一步贯彻“以病人为中心”的服务理念，增进医患之间的相互信任与理解，增强医护人员的责任意识和法律意识，保障患者在治疗期间的平等医疗权、知情同意权、诊治权、选择权、隐私权、生命权、健康权、监督权、肖像权、宗教信仰权等多项合法权利得到维护，特制定本制度。

一、患者的合法权益

（一）平等医疗权

患者不分性别、国际、民族、信仰、社会地位和病情轻重，均有权受到礼貌、耐心细致、合理连贯的诊治服务。

（二）健康权

患者有权维护自己身体组织、器官结构完整、功能正常，免受因非正常医疗目的造成的伤害，以及维护自身的精神心理免受恶性伤害的权力。

（三）诊治权

患者有享受安全有效的诊断方法、治疗措施、护理条件的权力：凡病情需要，有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件等均有权获得。

（四）知情同意权

患者有权了解自己的病情、病因、诊断、治疗计划、所用药物的疗效、副作用和使用方法；有权知晓手术原因、手术成功率、手术风险、可能发生的并发症及替代治疗方案；有权知晓预后情形及费用情况；有权复印患者本人的病历相关材料复印件、医疗费用明细等。

（五）选择权

1、患者有权根据医疗条件或自己的经济条件选择医院、医护人员、医疗及护理方案；

2、患者在法律允许的范围内（精神病、传染病患者的某些情况不属于允许范围）可拒绝治疗，也有权拒绝某些实验性治疗。但医生应说明拒绝治疗的危害；

3、患者在不违反法律规定的范围内，有权自动出院，但必须自行承担由此引起的一切后果和责任，并签字为据。

（六）隐私权

1、患者在医疗过程中，对由于医疗需要而提供的个人信息或隐私，以及自己的病情，有要求保密的权利。

2、患者对接受检查的环境有权要求具有合理的声音、形象方面的隐蔽性。由异性医务人员进行隐私部位的体检治疗时，有权要求第三者在场。

3、在进行涉及床边会诊、讨论时，有权要求与其诊疗无关的人员不得参与；有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人员阅读。

（七）投诉权

患者或其技术如果对医院的医疗服务有任何意见或不满意，有权到相关投诉部门进行投诉。

（八）监督权

1、患者有权监督医院对自己所实施的医疗护理工作，如果患者的正当要求没有得到满足，或由于医护人员的过失造成患者身心的损害，患者有权向医院提出质问或依法提出上诉；

2、患者在接受治疗的过程中，无论由谁支付医疗费用，患者有权审查其支付的帐单，并有权要求解释各项支出的用途。

（九）肖像权

患者有权要求医院不得在任何情况下以营利为目的使用本人肖像。

（十）宗教信仰权

患者在治疗期间，患者本人或家属的宗教信仰的权力应得到尊重和维护。

二、管理规范

（一）医务人员应尊重患者的平等医疗权。

医务人员对待患者应不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重，提供礼貌周到、耐心细致、合理连贯的诊治服务。

（二）医务人员应尊重患者的安全有效的诊治权。

医务人员在对患者进行治疗时应严格遵守各项法律、法规，不断加强临床知识学习，及时更新，为患者提供安全、有效的诊疗服务。

（三）医务人员应当尊重患者的知情同意权

医务人员应主动告知患者其病情、病因、诊断、治疗计划、所用药物的疗效、副作用和使用方法、所需的医疗费用及预后等；并告知其治疗和手术原因、成功率、存在风险、可能发生的并发症及替代治疗方案；签署各类《告知同意书》。从医疗角度不宜告知的或当时尚未明确诊断的，应向患者本人及其家属进行解释。

（四）医务人员应尊重患者的选择权

医务人员应在对患者或其近亲属、授权委托人进行病情、诊断、治疗措施和医疗风险告知的同时，提供不同的诊疗方案，说明不同方案的利弊，并体现在病历中。

（五）医务人员应尊重患者的隐私权

医务人员在对异性患者进行体检或治疗操作时，应有第三者在场。医务人员未经患者同意，不得向除患者亲属、授权委托人以及医务人员以外的其他人员讨论或无故泄露其病情资料，患者的病情资料与记录均由医院妥善保管并保密。

（六）医务人员应尊重患者的投诉权

医务人员在对患者进行治疗期间，如患者对医疗服务、治疗水平等存在意见或不满意时，患者有权直接提出疑问及提出批评，医务人员应及时向患者进行解释，不得阻止患者的正常投诉。

（七）医务人员应尊重患者的民族习惯和宗教信仰

医务人员应主动了解患者的民族和有无宗教信仰，尊重患者的民族风俗习惯和宗教信仰，对患者提出的关于民族风俗习惯和宗教信仰的要求，在客观条件允许和不影响治疗的前提下，应充分配合，尽量满足。

（八）医务人员应尊重患者肖像权

医务人员未经患者本人同意，不得以营利为目的使用患者肖像。

知情同意制度

为加强医院医疗质量安全管理，体现以人为本的精神和对病人权力的尊重，增进医患之间的信任和理解，防范因医患沟通产生的医疗纠纷，按照《医疗机构管理条例》、《侵权责任法》、《执业医师法》等相关法律法规和天津市卫生局《病历书写规范》的相关要求，结合我院实际情况，现制订本制度。

一、告知对象

(一) 患者本人为完全民事行为能力人时，应告知患者本人。

(二) 患者本人为 18 周岁以下，应告知患者本人及其法定监护人。

(三) 患者因有精神类疾病并不能辨认自己行为或后果时，应告知患者的法定监护人。

(四) 患者由于疾病导致无法行使知情同意权（患者年满 18 周岁，处于昏迷、休克、麻醉等意识丧失状态），其知情同意权由具有完全民事行为能力的亲属或授权人代为行使。

(五) 因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应向其具有完全民事行为能力的亲属或授权人进行告知。

二、告知内容

(一) 患者入院前告知

接诊医师应告知患者的病情、转归、初步的诊断、住院的必要性，预计的住院时间、可能的医疗费用，病房床位情况等。

(二) 患者入院时告知

1、患者入院后，由护士应向患者提供“住院须知”，并向患者介绍该病区的环境、人员及医疗组情况。

2、主管医师及时向患者作自我介绍并详细询问病情，为了进一步确诊，需要做的检查，以及初步的治疗方案，如有多种替代治疗方案，应向患者或家属讲明，供患者选择。

3、应注意告知患者或家属应予配合及注意的有关事项。

(三) 治疗过程中的告知

1、以患者或患者家属陈述的病情及医师的初步检查为依据，告知患者所患疾病的现状及发展情况。

2、诊断疾病的措施和方法，以及这些诊断措施和方法可能发生的意外；

3、患者所患疾病的诊断、暂不能确定的诊断、诊断发生变化，以及相关依据；

4、拟采取的治疗措施（包括药物治疗、手术治疗及其他治疗）的近期和远期效果。包括可能出现的理想效果、某种程度的好转、可能出现的副作用及并发症，以及能够预测的后果、目的、方法及手术过程中可能出现的并发症和意外；如存在有多种可能的治疗措施时，应同时向患者说明几种不同措施的优缺点；

5、如遇本院难以诊断、治疗的情况，应及时向患者或家属说明，并提供转院诊治或邀请外院医师来院会诊、治疗的建议。

6、患者死亡后应向家属进行尸检告知。

7、使用自费药品、贵重药品和进行大型仪器检查前告知，应首先征得患者或家属同意，签署相应的知情同意书。

三、书面告知范围

（一）各种手术及麻醉

（二）输血（血液制品）治疗

（三）有创伤性、危险性、可能产生不良后果和危险的检查和治疗；

（四）由于患者体质特殊或病情危重，在诊疗过程中病情发展的不确定性，以及可能产生不良后果和危险的检查和治疗；

（五）临床试验性检查和治疗；

（六）收费可能对患者造成较大经济负担的检查和治疗，如贵重药品、自费药品等；

（七）对死因有异议需尸检；

(八) 患者病情危重;

(九) 患者本人或家属拒绝, 放弃治疗;

(十) 其他需要事后证明已得到患者(或相关人)认可的事项。

四、管理规范

(一) 履行告知同意制度的医生、护士必须具备执业资格。

(二) 知情同意书应由患者本人或其直系亲属或授权人签字后方可生效。

(三) 患者本人拒绝、放弃治疗或因患者不能行使民事行为能力其直系亲属或授权人拒绝实施的抢救性治疗措施, 如急诊手术、气管插管、使用呼吸机、血液透析、输血、用药等, 经治医师应向患者本人或授权人明确告知不接受抢救性治疗可能出现的不良后果, 在病历内详细记录, 并签署《拒绝或放弃医学治疗告知书》, 由经治医师和患者本人或授权人双方签字。

(四) 患者急需抢救, 本人及其直系亲属或授权人暂不能签字, 应报告科主任、医务科或行政总值班, 经批准后方可开展进一步诊疗工作, 事后向患者本人、家属或其他委托人补充履行知情同意手续。

(五) 各临床科室须使用医院统一制定并下发或在医院备案认可后的告知同意书, 不得擅自制定告知同意书。

(六) 患者因各种原因授权他人行使其知情同意权时, 被授权人只能在授权权限范围内签署意见, 非被授权人不得在相关医疗知情同意书签署有关意见。

(七) 告知应体现在治疗和护理的各个环节, 其中包括诊断、治疗、麻醉、发药、服药、注射、膳食、休息与活动、出院复查、医嘱以及尸检等方面。

(八) 对治疗及护理有重要意义的事项, 应进行反复多次告知。

(九) 医护人员对患者家属的告知, 应当真实、准确、充分, 严禁敷衍、草率、错误的告知。