

2023年质控站工作计划和目标(模板10篇)

计划是提高工作与学习效率的一个前提。做好一个完整的工作计划,才能使工作与学习更加有效的快速的完成。我们该怎么拟定计划呢?以下是小编为大家收集的计划范文,仅供参考,大家一起来看看吧。

质控站工作计划和目标篇一

根据医院质量管理“质量、安全、服务、费用”的要求,质量管理必须贯穿于护理工作的始终,因此必须紧紧围绕质量这条主线,根据医院及护理工作计划,制定本计划:

一、护理质量的质控原则:

实行院长领导下的质量管理监控,落实护理质量的持续改进,全面落实质控前移,加强专项质控,落实纠纷缺陷管理,实施安全预警管理,继续小组活动的开展。

二、护理质量管理实施方案:

(一)进一步完善护理质量标准与工作流程。

结合临床实践,不断完善质控制度,进一步完善护理质量考核内容及评分标准,如病房管理、基础护理、重病护理、消毒隔离、护理文件的书写,供应室、手术室、门诊护理质量等,每月制定重点监测内容并跟踪存在问题。

(二)建立有效的护理质量管理体系,培养一支良好的护理质量管理队伍

1、发挥护理质量监控小组的作用,注重环节质控和重点问题

的整改效果追踪。实行平时检查与季度检查相结合，重点与全面检查相结合的原则。护理部每月质控小结评分一次，在护士长例会上通报，分析产生原因，提出解决办法。

2、加大落实、督促、检查力度，注意对护士操作流程质量的督查。抓好三级质控管理，做到人人参与，层层管理，共同把关，确保质量，充分发挥护理质控员的工作，全员参与护理管理，有检查记录、分析、评价及改进措施。

3、完善护理质控管理委员会制度，职责，每季度召开会议，对护理存在的疑难问题进行讨论、分析、提出有效的整改措施。4、加强对护理缺陷、护理纠纷的管理工作，坚持严格督查各工作质量环节，发现安全隐患，及时采取措施，使护理差错事故消灭在萌芽状态。护理部对护理缺陷差错及时进行讨论分析。

5、加强医疗护理法律法规的培训，以提高护理人员的法律意识，依法从护，保护病人及护士的自身合法权力。

6、建立并健全安全预警工作，及时查找工作中的隐患，并提出改进措施。

质控站工作计划和目标篇二

批准：

审核：

编制：

潼关县环境监测站

二零一八年一月

为了规范本实验室的检测作业技术活动，严格控制好质量体系运行的各种因素，确保检测结果的准确性和有效性，不断提高检测质量，特制定检测质量控制计划。

一、内部质量控制计划

- 1、实验室全体人员认真系统学习《质量手册》和《程序文件》等体系文件，做好新增工作的岗前培训，严格按照质量手册和程序规定要求完成检测任务；集中举办国家新颁布有关试验室检验标准的宣贯和地方实验室检测规范等业务培训学习；聘请有关仪器厂家技术人员讲解仪器使用方法，并进行现场操作演示，进一步提高检测人员技术操作水平。
- 2、按照检验、检测仪器设备维护规定和计划定期对仪器设备进行维护并做好记录，对试验室环境进行监控并记录。
- 3、质量监督员实验室的日常检测工作进行监督检查，监督仪器设备、试剂药品、检测过程、报告记录等是否符合要求，对不符合工作进行控制并及时予以纠正。
- 4、年内安排一次内审和一次管理评审。内部审核计划应包括管理体系的全部要素，并重点审核监督评审和对检验结果的质量保证有影响的重点区域。试验室负责人根据预定的日程表和程序，年底对实验室的管理体系和技术活动进行管理评审，对管理体系进行必要的改进完善，以确保其持续适用和有效。
- 5、仪器管理员按规定时间对仪器设备进行送检，并定期自校和做好期间核查。
- 6、各类原始记录和监测报告的填报，严格执行三级审核及授权签字人审核制度。
- 7、按照规定程序做好采样现场和实验室内部的质量控制工作，

努力提高检测水平。

二、内部质量控制计划

积极参加陕西省质量技术监督局、渭南市环境监测站测试等上级单位举办的能力验证、比对试验和考核活动。

三、结果质量控制

1、定期采用下列方式监控检测结果的有效性：

(1) 进行盲样考核：当使用有证标准物质进行盲样考核时，检测结果在证书标示值及其不确定度范围内为合格。

(2) 实验室在11月对全年内质量控制情况作出评审，评审结论及资料由质控室归档。(3) 定期采用标准物质对仪器进行标定和校验。

2、运用统计技术对测量结果进行分析，对异常值进行判断和处理。当发现质量控制数据将要超出预先确定的判断依据时，应采取有计划的纠正措施，防止报告错误的结果。

质控站工作计划和目标篇三

20xx年悄然过去，回顾过去的一年里，在医院领导的关心和大力支持下，血液透析部顺利完成了升级改造，确保了业务量的增长和医疗服务质量安全，取得了巨大的进步[]20xx年是医院发展的开局之年，是血液透析部发展的新契机。在新年来临之际，为了更好地开展血液透析工作，确保医疗服务质量安全，我们总结经验，展望未来，制定了20xx年的质控工作计划。

确保血液透析工作按照血液净化标准操作规程开展，确保治疗质量，确保患者生命安全，在此基础上，确保科室业务不

断发展。

1. 建立20xx年度质控小组。
2. 整理制定各项工作标准和流程并监督其落实情况，及时反馈整改。
3. 加强应急及急救能力训练及突发事件处理能力训练。每月有培训，每季度有演练。争取做到人人参与。
4. 加强业务学习，做到技术操作规范化，基础理论考核常规化。科内每月组织一次业务学习。每半年进行一次理论考核。
5. 加强专科查房，提高下级医师分析问题、解决问题的能力。
6. 严格执行院感防控规范。加强医务人员手卫生的监控，防范医源性感染。对一般病人常规定期监测乙肝、丙肝、梅毒及艾滋病等传染病指标，对高危人群、重点人群加强监测，严防院感的发生和传播。严格按照血液净化标准操作规程进行内毒素和细菌污染物的监测，发现问题及时上报院感科。加强医疗垃圾废物的管理。
7. 每周至少和血液透析工程师沟通一次，了解透析机械的运行情况和透析用水安全方面存在的问题，杜绝医疗安全隐患。
8. 每周至少和护士长沟通一次，了解护理工作、血管通路、清洁消毒方面存在的问题，改进护理质量。
9. 每月召开一次医疗差错、事故分析讨论会，防范相同或相似事件的再次发生。
10. 每季度进行一次患者满意度调查，对病人反映的问题，要及时给予答复和解决。

11. 严格执行医疗不良事件报告制度，及时制止不良事件并建立长效防范的机制。

12. 定期检查医师工作情况，发现工作缺陷，立即整改，重大问题及时上报。

13. 年度内个人出现3次以上差错，科室管理小组对其进行当面警告和经济处罚。

14. 对质控成员定期进行质量管理知识培训。

15. 质控小组确定每周检查重点，质控小组对检查结果进行汇总。

16. 科主任对汇总结果进行讲评。

总之□20xx年血液透析部将紧紧地团结在院领导的周围，围绕医院建设的中心工作，严格执行各项工作标准，确保医疗服务质量安全，争当医院创先争优排头兵，为医院的发展尽心尽力。

质控站工作计划和目标篇四

医院医疗质量管理是医院生存和发展的生命线，是医院管理核心工作□20xx年质控科要在院领导及医务科主任的领导下，按照二级甲等医院评审细则要求，对医疗质量进行有效管理。

一建立、健全医疗质量控制体系

（一）建立医疗质量管理委员会：由院长负责，各科室主任为管理委员会成员，负责制定全院医疗质量控制目标、任务，并建立和不断完善关于医疗质量控制，规章制度和医疗质量考核标准；组织、实施全院医疗质量检查工作。

（二）由质量管理委员会牵头：质控科，医务科、护理部、门诊、医院感染科等对各科室质控情况进行及时全面监督管理；定期进行医疗质量的检查评比并提出奖惩意见；并对医疗质量中存在的问题，提出改进要求及整改意见。

（三）各科室成立科室质控小组，由科主任、护士长负责，由本科室资深医师、护士或药师、技师为成员。负责对本科室的工作进行指导、监督。对医疗质量工作进行自查、总结、上报；督促落实各项医疗法规、规章制度，发现医疗安全隐患及时纠正；完善科室质控工作的记录及登记，对各种质量指标做好统计、分析、评价；结合本专业特点及技术水平，制定及修订本科室疾病诊疗常规、技术规范、急救预案。

二建立、健全各项规章制度建立、健全各项规章制度，特别是以保证医疗质量、医疗安全的“核心制度”落实，并根据质量管理要求完善其他相关制度。

- （一）首诊负责制度。
- （二）三级医师房制度。
- （三）疑难病例讨论制度。
- （四）会诊制度。
- （五）危重患者抢救制度。
- （六）手术分级管理制度。
- （七）术前讨论制度。
- （八）死亡病例讨论制度。
- （九）分级护理制度。

(十) 查对制度。

(十一) 病历基本书写规范与病案管理制度。

(十二) 交接班制度。

(十三) 临床用血审核制度。

(十四) 新技术准人及医疗事故责任追究制度。

抽相结合。对考核结果和科室的绩效工资挂钩进行奖罚。

质控站工作计划和目标篇五

患者安全是全球关注的重要问题，提高医疗安全必须关注系统改进，为了最大可能地通过合格的员工利用正确的方法为合适的患者提供及时、安全、有效的服务，建立一个更安全的医疗系统，促使全院医疗质量持续改进，按照质控办三年规划及质控办岗位职责，结合20xx年质控工作的经验，现制定20xx年工作计划如下：

1、在思想认识及行动上始终保持和院党委高度一致，在院长和医院质量管理委员会的领导和医院信息化的技术支持下，制定前瞻性质量改进计划，关注医院各层面质量检测数据收集，并将分析结论反馈到相应部门。

2、医生是引领质量改进的主题，配合医务科从医生工作质量抓起，带动全院员工参与，实现全员、全程、全部的全面质量管理工作。

3、建立全院不良事件及意外事件管理监测工作，进行根源分析后反馈到相应部门，指导下步质量改进工作。

4、每月收集、整合、查实、汇总、上报、反编辑各层面质控

情况，根据考核情况编写《信息通报》报送医院质量管理委员会审核后发送全院，每月一期，达到反馈各层面质控信息、报道记录医院本月重大活动、宣传各科新项目新技术新理念的目的。

5、每季度召开一次质量分析质询会，由二级质控的各质量考核组对所考核内容、存在问题、整改落实情况向院领导及相关科室进行汇报；对其中存在的主要问题、一些影响医疗质量的关键环节和不安全因素进行分析，提出改进意见，防患于未然；对本季度发生的医疗、护理纠纷、缺陷，进行讨论、分析、评价，提出整改措施；院长对同一问题连续三次整改未改进的科室负责人或当事人进行质询，同时表扬奖励好的，批评处罚差的。

6、用“请进来、走出去”的方式，每年组织1--2次质量管理教育培训活动，进行质量改进和安全理念的职业化培训，从而引导全员的临床警讯与风险防范意识，强化质量和安全意识。

7、严格按照豫卫医(20xx)107号文件《河南省病历书写基本规范实施细则(试行)》和豫卫医(20xx)106号文件《河南省医疗机构表格式护理文书书写规范(试行)》的通知要求，每月对全院归档病历进行逐一审查，对病历中的及时性、合理检查、合理用药、临床用血、病情告知、医嘱规范及护理文书记录，尤其是临场路径和抗菌药物的合理使用等重点环节加大质量管理，并将存在问题向医务科、护理部及相应科室进行实时反馈和定期反馈。

8、每月收集、审核、计算各临床科室及行政后勤财务人员的综合目标考核得分报院长审定后送财务科，作为发放绩效工资的依据。

9、完成医院交办的各项临时工作任务，负责配合、协调职能部门对各科室的考评工作。

在20xx年的工作中，质控办全体成员将坚持做艰苦的工作，有正确的方法，少说空话，做好数据的收集、分析、使用，提供在结构、流程和结果方面的可比性资料，发现质量改进机会，为优化医院系统改进，保障医院医疗安全，提升医院服务品质而不懈努力！

质控站工作计划和目标篇六

组长：沈宏达(科主任)、王英(护士长)质控员：朱劲松(医生)、郑俊珂(护士)。

二. 科室质控小组职责

4、做好科室的质量自测自评，分析科室医疗质量数据、病人投诉情况、质量缺陷问题，自我查找医疗隐患，自评工作优劣。

三. 科室质控小组工作计划

4、对各种医疗文书的书写情况进行检查(病历、处方、申请单、护理文件)，对核心制度执行情况进行检查，对护理工作进行检查，提出整改措施并落实。

质控站工作计划和目标篇七

1、做好护理人员自控工作。认真培训、督促、检查护理自控记录，树立护理人员自动自控理念，养成良好的质量观、安全观念。护理自控规范化，护理工作零失误。

2、做好科室内互控工作。通过护士长、护理组长、组员的三级监控，通过组与组之间的互相监控，达到护理质量无缝隙管理。

3、认真做好护理质量持续改进工作。针对护理工作中的不足

及问题，进行讨论、分析，提出整改措施，认真执行落实。做到同一问题不重复出现。

4、科室制定完整的质控计划，方法、措施、评价、整改系统详细。并在工作中落实。充分利用管理工具，及时记录。包括点状图、柱形图的掌握和利用。

5、在科室内开展品管圈管理。针对肛肠科日常护理工作及专科护理特点，制定符合本科特点的品管圈，提升护理管理效果。全科护理人员参与品管圈活动的学习、掌握，通过品管圈解决实际护理问题、难题。提升护理质量水平。

项及病人个性化风险管理项目1项。风险防范率达100%。

2、加大重点环节及特殊病人的监管力度。将重点环节管理及特殊病人监管列入质控计划。并通过科室组织的应急预案演练、护士长日巡查提高护理人员应急技能。护理人员掌握及落实率达100%。

3、创新护理安全管理举措。

(1) 推出邀请患者参与三查十对工作，即操作前、操作中、操作后查对。以及患者床号、姓名、年龄、诊断等。让患者了解三查十对工作内容，自动参与查对。减少疑虑、减少差错、保障安全。

(2) 在科内推出手术室真人体位卡和手术室实景图片。让患者尽早融入手术情境中，消除恐惧心理，加强手术配合程度。

(3) 倡导个性化宣教，多样化宣教：针对不同民族、宗教信仰患者，科室要准备基督教、佛教书刊，护士做到相关了解，并重视与患者在语言、宗教信仰方面的沟通。针对患者的心理状态、有无家庭矛盾、有无自杀倾向，护士要深入观察，化解危机。针对有慢性病患者，护士要密切观察，做好宣教，

发现问题及时汇报医生。

1、提高护士长自我管理能力和全面学习新的护理管理方法及技能。积极参加护理管理培训及交流，提升护理管理水平。

2、积极配合护理重点岗位培训，专科护士培训。护士培训后将学到的知识及技能充分运用到临床护理。

3、继续推进精细化管理。将原有的精细化管理措施巩固改进，并推出新的精细化管理措施。20xx年将重点在改进病房环境方面加大力度。创建温馨、整洁、安全的病房为精细化管理重点项目。提升患者满意度。

4、推进护理岗位管理。完善护理培训效果，督促护理人员加强学习理论知识及技能操作，以达到护理人员顺利晋阶。

5、坚持护理绩效分配方案的完善及落实。依据护理人员层级、工作量、护理质控、患者满意度等进行绩效分配，调动护理人员工作积极性。达到公平、合理、高效的目标。

6、完善目标管理及信息化管理。科室年初制定详细、完整的护理工作计划、分解目标，并有措施、方法、目标。全年积极落实计划目标。工作中记录相关真实工作数据，配合信息化管理。按要求完成各项监控指标上报工作。

1、学习、培训先进的管理方法及管理工具。运用pdca、qcc、鱼骨图、柏拉图等方法进行科学管理。年内科室将成立以降低术后患者虚脱发生率为主题的品管圈（圈名：平安圈）。

2、建立有科室特色的护理风险管理项目3项。分别为：术后患者虚脱风险管理项目，术后患者心率减慢或心跳骤停风险管理项目，术后患者伤口出血风险管理项目。并制定详细的预防和处理流程。

3、做好护士长上午时间段在岗工作，积极处理服务中的断点问题。监督护理工作中出现的质量问题，并及时改正，防范危险因素发生。

4、护理业务工作扎实进行。做好每月的护理查房，每季度的护理病历讨论，每季度的护理会诊工作，每月的工休座谈会工作。

5、坚持进行每月护理质量安全会议、护理质量持续改进会议。坚持护士长特殊病人日访视工作，并及时记录。发现患者中出现的难点、复杂情况，预见性处理护理问题。

质控站工作计划和目标篇八

加强检验科的质量管理，坚持以“患者为中心”，牢固树立为人民服务的宗旨，把持续改进医疗质量和保障医疗安全作为检验科管理的核心内容，为人民群众提供优质、高效、安全、便捷和经济的医疗服务，不断满足人民群众日益增长的医疗卫生要求。检验科质控小组坚持做到每周检查，总结。

1、全科进行质控工作检查（包括质控图、质控月总结、失控报告等）。

2、检查全科各项登记是否及时保质保量完成（包括急诊登记、危急值处理、不合格标本）。

3、对hiv初筛实验室盲样检测、上报工作进行督促。

4、对仪器各项保养、转岗同志对仪器熟知程度进行提问。

5、本月取消纸质化验单，工作中的运行情况。

6、细菌培养阳性率统计。

7、不定期抽查检验报告合格率、检验报告时限符合率。

8、检查向临床开展服务满意度调查工作情况。

9、查看科室工作人员从事岗位与授权记录。

10、检查科室生物安全学习、各浸泡桶有效率浓度，以及科室生物安全排查。

11、月医技质控科检查存在问题进行检查改进。

1、本月科室质控工作依旧有条不紊进行，各项记录（有质控记录、失控报告）查看也基本合格。个别室存在无失控报告现象，血凝存在一周一次质控（原装质控品），时间分辨仪部分项目质控也一周开展一次，部分免疫杂项未覆盖质控如优生四项、出血热抗体、血吸虫抗体、结核抗体、梅毒抗体等，目前用阴阳性对照代替。发现个别室质控图靶值相似，可能存在人为改动现象。

2、对各项保养记录、急诊登记、危急值登记等查看基本能及时记录，中班、下午班、晚班登记比上月有所好转，任然存在个别未登记情况。

3、本月取消纸质化验单工作运行基本流畅，体液室工作带来压力，条码扫描不顺畅。

4、本月hiv初筛实验室进行盲样检测工作，结果如期上报。

5、在仪器检查中对转岗同志、实习生提问，基本操作、检测流程，仪器基本构造都能了解。

6、本月细菌阳性率%，低于国家平均（30%）水平。

7、本月8号对生化抽查236份报告，发现条码是前天开的，报

告单的采样时间就是前一天的，报告合格率、时限率大部分未能合格。

8、本月对临床医生、护士开展满意度调查，基本满意。

9、本月科室仪器基本运行顺畅。试剂方面应科室条件所限，试剂基本保存一个星期的量，试剂库不合格。

10、对科室生物安全检查，工作人员生物安全意识有所提高，消毒桶内浓度检测达标，每月有一次生物安全学习。

11、科室有轮岗制度，工作人员基本有授权上岗权限。

12、对上月医技质控检查存在的问题进行整改检查。

1、加强质控学习，使工作人员认识到质控工作的重要性，血凝因进口质控品成本过高，导致未天天进行质控，时间分辨也应成本问题未开展，免疫杂项因工作量不大，未开展质控，每次做阴阳对照替代。要不定期检查质控，杜绝人为改动质控现象。

2、加大科室检查力度，对各项一手记录资料要深入检查，杜绝作假、不及时记录、记录不全。中晚班漏登要加大惩罚力度。

3、纸质化验单取消，有利科室工作，杜绝浪费纸张现象，但给体液室带来压力，查看兄弟科室找出好的解决办法。

4□hiv初筛实验室严格按照省疾控的管理，继续找好艾滋检测工作。

5、对抽查报告时限率情况，发现其他医院也存在相同问题，是系统问题，尽快联系工程师商量解决。

- 6、细菌阳性率过低，科室条件受限，部分仪器落后，达不到细菌适宜环境，以及受分析前采样干扰，本月微生物室同志为临床科室讲课。
- 7、科室试剂管理方面不合格，因条件受限，未能有合格的试剂保存库，年底新大楼的落成，将建立高标准的试剂库。
- 8、科室将继续生物安全培训，让二级实验室逐一讲解方面的工作体会，加深大家的防护意识。
- 9、开展满意调查是提升科室服务重要方式，经后还将继续扩大调查力度，提升科室服务满意度。
- 10、医技质控小组反馈的问题，科室从本月开始按照三甲标准继续做好自查、整改力度，保留所有原始资料，开展三基考试。

20xx3年5月31日

质控站工作计划和目标篇九

患者安全是全球关注的重要问题，提高医疗安全必须关注系统改进，为了可能地通过合格的员工利用正确的方法为合适的患者提供及时、安全、有效的服务，建立一个更安全的医疗系统，促使全院医疗质量持续改进，按照质控办三年规划及质控办岗位职责，结合20xx年质控工作的经验，现制定20xx年工作计划如下：

- 1、在思想认识及行动上始终保持和院党委高度一致，在院长和医院质量管理委员会的领导和医院信息化的技术支持下，制定前瞻性质量改进计划，关注医院各层面质量检测数据收集，并将分析结论反馈到相应部门。
- 2、医生是引领质量改进的主题，配合医务科从医生工作质量

抓起，带动全院员工参与，实现全员、全程、全部的全面质量管理工作的。

3、建立全院不良事件及意外事件管理监测工作，进行根源分析后反馈到相应部门，指导下步质量改进工作。

4、每月收集、整合、查实、汇总、上报、反编辑各层面质控情况，根据考核情况编写《信息通报》报送医院质量管理委员会审核后发送全院，每月一期，达到反馈各层面质控信息、报道记录医院本月重大活动、宣传各科新项目新技术新理念的目的。

5、每季度召开一次质量分析质询会，由二级质控的各质量考核组对所考核内容、存在问题、整改落实情况向院领导及相关部门进行汇报；对其中存在的主要问题、一些影响医疗质量的关键环节和不安全因素进行分析，提出改进意见，防患于未然；对本季度发生的医疗、护理纠纷、缺陷，进行讨论、分析、评价，提出整改措施；院长对同一问题连续三次整改未改进的科室负责人或当事人进行质询，同时表扬奖励好的，批评处罚差的。

6、用“请进来、走出去”的方式，每年组织1--2次质量管理教育培训活动，进行质量改进和安全理念的职业化培训，从而引导全员的临床警讯与风险防范意识，强化质量和安全意识。

7、严格按照豫卫医(20xx)107号文件《河南省病历书写基本规范实施细则(试行)》和豫卫医(20xx)106号文件《河南省医疗机构表格式护理文书书写规范(试行)》的通知要求，每月对全院归档病历进行逐一审查，对病历中的及时性、合理检查、合理用药、临床用血、病情告知、医嘱规范及护理文书记录，尤其是临场路径和抗菌药物的合理使用等重点环节加大质量管理，并将存在问题向医务科、护理部及相应科室进行实时反馈和定期反馈。

8、每月收集、审核、计算各临床科室及行政后勤财务人员的综合目标考核得分报院长审定后送财务科，作为发放绩效工资的依据。

9、完成医院交办的各项临时工作任务，负责配合、协调职能部门对各科室的考评工作。

在20xx年的工作中，质控办全体成员将坚持做艰苦的工作，有正确的方法，少说空话，做好数据的收集、分析、使用，提供在结构、流程和结果方面的可比性资料，发现质量改进机会，为优化医院系统改进，保障医院医疗安全，提升医院服务品质而不懈努力！

质控站工作计划和目标篇十

医院医疗质量管理是医院生存和发展的生命线，是医院管理的核心工作。20xx年质控科要在院领导及医务部主任的领导下，按照二级甲等医院评审细则要求，对医疗质量进行有效管理。

医院医疗质量控制体系为医院医疗质量管理委员会、质量管理职能部门、科室质控小组和各级医务人员自我管理的四级管理体系。

（一）医疗质量管理委员会：医院设立医疗质量管理委员会，由院长负责，成员由业务副院长、质量控制科、医务科、护理部、门诊及临床、医技、药剂科等相关科室主任组成。

职责：主要是负责制定全院医疗质量控制目标、任务，并建立和不断完善关于医疗质量控制的规章制度和医疗质量考核标准；组织、实施全院医疗质量检查工作。

（二）质量管理职能部门：质控科牵头，组织医务科、护理部、门诊、医院感染科等对各科室质控情况进行及时全面监督管理；定期进行医疗质量的检查评比并提出奖惩意见；并

对医疗质量中存在的问题，提出改进要求及整改意见。

（三）科室质控小组：各临床、医技科室设立质控小组，由科主任、护士长、质控医师、护士、药师等人组成。科主任是科室医疗质量的第一责任人，负责对质控小组的工作进行指导、监督。

职责：制定切实可行的科室质量管理目标、任务、措施及评价方法，对本科室医疗质量工作进行自查、总结、上报；督促落实各项医疗法规、规章制度，发现医疗安全隐患及时纠正；完善科室质控工作的记录及登记，对各种质量指标做好统计、分析、评价；结合本专业特点及技术水平，制定及修订本科室疾病诊疗常规、技术规范、急救预案。

（四）个人质量管理：临床医生、护士、医技人员等医务人员是医疗行为的具体操作者，是质量管理的第一道关口，是质量管理的重要保证。

职责：规范执行疾病诊疗常规和各项技术规范，认真规范填写各种医疗文书，确保基础质量，环节质量和终末质量，并为此负责。

让各类人员了解自己的工作内容、范围、义务、权利、权限。将工作职责分发给各类工作人员手中，并组织进行学习，使每个医务人员明白在自己的岗位上必须尽什么样的义务，工作权限是什么，什么时候该请示、汇报等，准确定位，将责任明确到人。

建立、健全各项规章制度，特别是以保证医疗质量、医疗安全的“核心制度”落实，并根据质量管理要求完善其他相关制度。

（一）首诊负责制度。

- (二) 三级医师查房制度。
- (三) 疑难病例讨论制度。
- (四) 会诊制度。
- (五) 危重患者抢救制度。
- (六) 手术分级管理制度。
- (七) 术前讨论制度。
- (八) 死亡病例讨论制度。
- (九) 分级护理制度。
- (十) 查对制度。
- (十一) 病历基本书写规范与病案管理制度。
- (十二) 交接班制度。
- (十三) 临床用血审核制度。
- (十四) 新技术准入及医疗事故责任追究制度。

将各种技术规范、工作流程整理成册，发放给各个相关科室，诊疗活动都要按照具体规范进行，保证各个环节质量和效率，保证终末质量。

根据医院实际，医院医疗质量管理委员会将对全院医疗质量负责；医务部对基础质量进行检查、考核；质控科对医疗质量的环节质量和终末质量进行检查、考核；办公室对服务质量进行检查、考核。考核将采取定期集中检查、考核和不定期的抽查相结合。对考核结果和科室的绩效工资挂钩进行奖

罚。