

2023年医疗安全生产自查报告(通用9篇)

报告是一种常见的书面形式，用于传达信息、分析问题和提出建议。它在各个领域都有广泛的应用，包括学术研究、商业管理、政府机构等。报告的作用是帮助读者了解特定问题或情况，并提供解决方案或建议。下面是小编为大家带来的报告的范文模板，希望能够帮到你哟！

医疗安全生产自查报告篇一

为进一步提高医疗质量，保障医疗安全，按照《溧水区“加强医德医风建设 防范医患纠纷”专项检查月活动方案》(溧卫字[20xx]81号)要求，20xx年9月，我局组织医疗、护理、院感专家，采取查阅台账、抽查病历、现场查看等方式进行了检查。现将有关情况通报如下：

区人民医院每月对病历进行科室互查、随机抽查、开展处方点评工作、进行抗菌素合理使用检查，制定专刊通报检查结果，并通过大查房等形式检查医疗措施落实情况，取得了一定效果。区中医院及时开展医患纠纷评判与分析工作，对预防医患纠纷发生起到积极作用。

(一)病历质量及管理

1. 在院运行病历管理不规范。多份在院病历出现排序混乱、检查报告单混夹的现象，甚至有入院一周的患者的检验单还没有及时粘贴。入院证用废纸打印。区中医院在院病历中有缺少体温单、医嘱单、医患沟通记录单的现象。

2. 对病历书写规范的理解和执行不够到位。大部分病历住院记录中对有鉴别诊断意义的阴性症状体征描述欠缺或不够；首次病程记录对诊断依据的记录或描述不够规范，缺少鉴别诊断内容。对异常的辅助检查结果不重视，异常结果没有分

析、处理记录；病程记录中夹带英文缩写如□kcl□

3. 病历内涵质量有待提高。三级查房制度内涵质量不高，上级医师查房记录流于形式，缺乏对病人个体诊治方案等的针对性分析，缺乏指导意义；术前讨论流于形式，没有针对患者的手术指征、手术方式选择的理由及术中、术后可能发生的情况及对策进行讨论；医患沟通流于形式，对于病情的诊断、治疗及预后、转归的交代过于简单、格式化，没有个性化体现对异常的辅助结果、入院后新增的诊断、重要的检查治疗措施等普遍缺乏沟通，病情的沟通不透彻、不清晰明了。

5. 仍然存在重度缺陷病历。非患者本人签名的各类同意书缺少授权委托书或者受委托人员的身份证明。

(二) 核心制度的落实

1. 交接班记录不及时、不完整，甚至交接记录空白。

2. 疑难危重病例及死亡病例讨论制度落实不到位。大部分病区今年1至9月份讨论记录本空白甚至缺失。

3. 三级查房记录过于简单，缺乏分析，指导意义不大。对住院病人病史、病情、治疗情况不够深入、全面，对病人管理存在缺陷，安全意识淡薄。

4. “危急值”报告制度未落实。病程记录中未记载分析，没有上级医师查房记录，没有治疗后的复查、处理记录，诊疗过程中体现不出“危急值”的临床意义，对“危急值”不够重视。

(三) 医院感染管理

医务人员手卫生依从性执行效果不理想，少部分人员还没有掌握标准洗手法。输液室地面及门口可见棉签、输液贴。

(四) 医疗质量监督

未有效落实院、科两级质量管理工作。区中医院医疗质量管理委员会未按计划组织定期检查考覈，职能部门未定期下科室进行医疗质量检查。两家区级医院大部分临牀科室未开展相应的质控活动，对科室医疗质量未进行有效管理。医疗质量检查、考覈结果未与绩效考覈挂钩。

(一) 提高认识，完善院、科两级质量管理体系。健全院、科两级质量管理组织，院长是医疗安全工作的第一责任人，临牀、医技等各科室科主任和护士长是科室质量管理第一责任人，要切实提高对医疗质量工作重要性的认识，强化内部监督管理，充分调动科室管理责任人的积极主动性，将责任分工落实到每一个人。落实院、科两级质量管理制度，做到层级管理，责、权明确，严格考覈，使医院逐步走向规范化、科学化管理的轨道。

(二) 强化质量控制措施，加大督促考覈力度。狠抓医务人员核心制度、“三基三严”及医患沟通等知识培训，做到人人熟悉医疗卫生法律规章制度，人人掌握岗位基础知识、基本理论和基本技能，人人注重医患沟通。严格执行首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、危重患者抢救制度、手术分级管理制度、术前讨论制度等医疗核心制度，完善病人安全管理、医疗技术准入、不良事件报告、分级护理等规章制度，并抓好贯彻落实。明确各项医疗管理工作目标，制定考覈细则，形成不定期检查和定期考覈的工作机制。

(三) 重视医疗质量检查、考覈结果的应用，形成医疗、护理质量持续改进工作机制。制订医疗质量管理考覈和奖惩办法，将医疗质量检查考覈结果与科室、个人的效益考覈、职称聘用、考覈等挂钩，奖优罚劣。

各医院要针对检查中发现的薄弱环节和缺陷，举一反三，认真梳理，深究根源，制定切实可行的整改方案和措施，明确

职责分工，落实目标任务，不断提高医疗质量和服务水平，更好地为羣众健康服务。

接到区卫生局关于助产机构医疗质量安全集中清理整顿专项行动实施方案的通知后，本院领导高度重视，组织学习了《中华人民共和国婴保健法》、《中华人民共和国婴保健实施办法》和《广西壮族自治区母婴保健管理办法》；严格按照方案进行了自查自纠。

现将自查自纠结果总结如下：

- 1、有关母婴保健法等法律法规和产科管理相关文件学习情况和相关资料都比较齐全。
- 2、本院有《母婴保健技术服务执业许可证》，无过期不校验的情况。
- 3、我院妇产科人员6名，均有《母婴保健技术考核合格证书》，两名有《医师执业证书》4名有《执业助理医师证书》，其中两名妇产科主治医师。
- 4、按照《自治区卫生厅关于印发医疗保健产科孕产妇和婴儿安全管理制度（桂卫基妇20xx 58号）》规定，制定了产科衣服服务管理制定：产科安全管理制度、建立爱婴医院产科质量自我评估管理制定、孕产妇安全管理制度、母婴同室安全管理制度、婴儿安全管理制度、终止妊娠制定、弃婴管理制定、胎儿性别鉴定管理制定、产科相关登记制定等，并认真的落实了以上各项制定。
- 5、根据《卫生行政部门产科及其产科服务机构和人员职责》要求，制定了本院医生，护士的相关职责。
- 6、关于新生儿疾病筛查的开展效果不明显，未达到方案规定的筛查率，这项工作必须加强。产筛方面及地贫筛查方面还

须加强。

7、认真检查了产房的`各项设施，都处于功能状态，急救药品无过期现象，杜绝安全隐患。

8、医疗文书书写方面还存在缺项漏项，书写不够规范的现象，要求医护人员要加强理论学习，力求提高医疗技术水平。

9、产科相关登记，还存在一些漏项，漏登等情况，要认真落实整改。

我们将以这次的清理整顿行动为契机，强化相关的规章制度，防范医疗风险，提高产科管理水平和服务质量，促进本院产科持续健康发展。

1、存在超范围执业现象

2、个别医疗护理文书不规范

3、手术登记不全面

4、存在开展二类以上手术现象。

5、院内无医疗废物交接记录

进一步加强质量安全教育，提高医务人员的安全、质量意识。

医务人员普遍存在重视专业知识而轻视质量管理知识的学习，质量管理知识缺乏，质量意识不强，这样就不能自觉地、主动地将质量要求应用与日常医疗工作中，就很难保证质量目标的`实现。

1、健全院科医疗管理组织，实行院科二级负责制。院长、科主任为院、科质量安全管理第一责任人，领导班子要定期专题研究医疗质量与医疗安全工作。健全医疗质量与医疗安全

管理体系，强化职能科室及医疗质量监管部负责人的管理责任，加大质量控制监管力度，扩大院质量控制和医务科职能，设立医院质量与安全小组，科室设质控小组。

2、医疗质量管理职能部门组织实施医疗质量与安全管理，负责指导、监督、考核、分析、评价医疗质量及安全工作，考核组每个月定期进行医疗质量与安全指标的检查分析并督导落实。监管检查须有计划、有记录、有分析、有反馈、有整改措施、有实际效果。建立执行部门与监管部门交叉协调管理机制。

3、健全医疗质量管理组织：医疗质量管理与安全、药事管理、医院感染、病案管理、输血管理、和护理管理小组等每季度召开会议研究医疗质量安全管理问题，有活动记录，重视工作实效。

4、加强全员医疗质量和医疗安全教育。牢固树立质量安全意识，营造质量安全氛围，提高全员质量安全参与能力，质量安全培训纳入全员培训计划，定期进行，确保培训效果。

5、强化“三基、三严”训练，开展岗位练兵。职能部门制定并组织实施医、护、药、技等全员培训计划，分类开展临床医疗、护理、影像、检验、药剂、输血、医院感染等岗位专业人员的练兵活动。抓好抓实急症处理、重患抢救、复苏技术、物理诊断、外科操作、临床技能、病历书写等基本功训练，强化依法执业能力、临床思辨能力和医患沟通能力。

6、严格执行医疗质量和医疗安全管理与持续改进的核心制度，完善并实施各项规章制度、技术操作规程及各类人员岗位职责。建立健全医疗技术风险防范、控制及追溯机制，完善重大医疗安全事件、医疗事故防范预案和处理程序，完善非医疗因素引起的意外伤害事件的防范措施。按规定报告处理医疗事故、纠纷等不良事件。

7、加强重点部门及重点岗位的管理。各质量安全执行及监管部门高度重视急诊科护理管理、医院感染控制等工作以及其他重点部门科室（门诊、药事、病案管理等）的管理，制定可行的质控、监管计划和措施，重点查找医疗安全隐患和薄弱环节，加强整改，每月有检查、有监控记录。

8、依法加强医疗技术管理，遵守高危、敏感技术准入规定，严格医疗技术和人员资质准入、分级管理和监督评价管理。建立医疗技术风险预警机制，完善并实施医疗技术损害处置预案，对新开展医疗技术进行安全、质量、疗效等全程追踪管理与评价。

9、应用蒙医诊疗技术项目标准化

按医疗科学管理手段指导制定患者的医疗诊疗方案，规范临床医疗工作和医疗行为，合理利用卫生资源，保证并持续改进医疗质量。

我院狠抓服务质量，严防医疗差错，依法执业，文明行医。医院成立了以张季岳副院长为组长的医疗质量管理领导小组，定期抽查处方、病历，及时反馈相关责任人，对全院医疗质量进行监督。各种单病重质量控制达到市、区标准。

严格遵守《病历书写基本规范》中的各项要求，对于病人做到客观、真实、准确、及时、完整的书写各项医护文书。

我院完善并实施一系列规章制度，完善各项管理制度，包括十三项核心制度、新技术准入制度、药事管理制度、突发公共事件管理制度等。对于就诊病患，挂号时要求出示医疗证及身份证，住院病人住院期间需提交两证复印件，认真查对，严防冒名顶替。严格掌握入院标准，遵循门诊能治疗的，坚决不住院，严格按照标准收治住院，不随意降低住院指针，不拖延住院日。

我院严格遵守医保各项相关制度，组织全院医务人员反复认真学习医保相关政策，并且进行了考核工作，将考核成绩与个人利益分配挂钩。

对于就诊或住院病人的检查、治疗，我院严格按照《基本药物目录》规定执行。要求每位医师严受执业道德规范，切实做到合理检查、合理用药、合理施治、合理收费，能用价格低的药品则不用价格高的药品，切实减轻农民医疗费用负担。药库药品备货达到目录规定的90%以上。严格控制了处方用药量，住院病人用药不超过3日量，出院病人带药不超过7日量，严禁开大处方、人情方和滥用药物，且出院带药天数不得超过实际住院天数。严格按照规定进行检查，坚决杜绝一人医保，全家用药的现象。

我院严格按照省、市、区物价、卫生、财政等部门联合制定的收费标准进行收费。狠抓内涵建设，提高服务质量，缩短病人平均住院日，严格控制住院费用。

今年市、区卫生局加大了医疗帮扶力度，市传染病医院、区一医院均有专家、教授下乡进行医疗帮扶工作，对提高一线医疗人员专业知识水平，完善知识结构，更新最新专业动态，均有很大的帮助。

2、高年资中医师对于电脑掌握不佳，未能实现全部电子处方，对于完善门诊统筹有一定阻力。

3、发现个别医师存在门诊处方不合格现象，包括处方格式不合格，门诊抗菌药物使用比列大于20%等等。

我院一定以此次医院等级评审暨考核为契机，在上级业务主管部门的领导下，严格遵守《医疗机构管理条例》，强化管理措施，优化人员素质，求真务实，开拓创新，不断提高医疗服务质量和技术服务水平。

按照河北省卫计委、河北省中医药管理局《关于进一步加强医疗质量管理的通知》要求，对照我院实际情况进行了自查自纠，现总结如下：

一、汲取教训、引以为戒，组织全体医务人员认真学习了《通知》精神，要求全体职工严格遵守医疗卫生相关法律法规和诊疗常规。严格执行诊疗规范和操作规程，切实防范医疗质量和医疗安全风险。

二、针对《通报》中反映的问题，组织领导班子成员及医疗安全领导小组，进行了全面检查。发现问题如下：

- 1、门诊医生处方书写欠规范，少数医生未书写门诊病历。
- 2、传染病报告登记不全，但无漏报现象。
- 3、部分科室紫外线消毒记录不全。
- 4、住院病人三级查房制度落实不够。未发现诊疗护理中违规操作和违规诊疗现象。

三、整改措施；

- 1、各位医生对“十八项医疗核心制度”的学习不能松懈，要严格履行“十八项核心制度”，持谨慎、细心、耐心的工作态度，保障医疗安全。
- 2、各科室认真学习处方和病历书写规范，提高医疗文书书写水平。
- 3、按照医疗废物管理条例和消毒管理办法做好医疗废物分类及处置工作，做好各项消毒工作，并做好记录。
- 4、加强医务人员院感知识培训，加强相关法律及技术规范学习，切实提高医务人员医院感染责任意识，风险意识。

20xx.08.23

德阳市卫生局：

为了认真贯彻落实医疗质量安全管理，确保医疗质量安全，进一步加强医疗质量、规范医疗行为、消除安全隐患、保障患者就医安全，我院根据医疗质量管理确保医疗安全要求，进行了严格的自查自纠工作。现将有关自查情况汇报如下：

一、院领导对医疗质量安全非常重视，并成立了由院长任组长，其他班子成员任副组长，相关职能科室负责人为成员的医疗质量安全稽核领导小组，制定了相应医疗质量管理确保医疗安全实施方案。每月定期对各科室部门进行医疗质量安全稽核，并召开稽核会议，对于在稽核过程中存在的医疗隐患问题，给予整改通知，并要求存在的'问题科室给予整改情况说明，且要求立即整改。

我院稽核领导小组于xx年2月底对各科室医疗质量安全制度，医德医风建设，医疗安全应急处理，进行认真细致检查，对全体医务人员执行岗位职责，医疗核心制度，诊疗标准，病例书写质量及护理操作规范，工作责任心，工作质量、服务质量等方面进行了自查。检查中发现个别病例书写不完全规范，医务人员对医疗核心制度淡薄。

二、我院在xx年3月2日下午组织全院医务人员进行医疗质量安全知识培训，提高全院医务医疗质量安全认识，转变观念；加强领导，统一思想。精心组织，具体落实；严格自查，积极整改。

德阳禾成肝胆病专科医院

xx年3月

我们是医务工作者，是白衣天使，以后工作中要拥有一颗爱

岗敬业的心，要有始终如一的踏踏实实的工作。在从现在做起，从自身做起。也认识到要重视医疗质量,我作为住院医师结合自己情况现总结如：

(1) 要做到病人入院30分钟内进行检查并作出初步处理。

(2) 急、危、重病人应即刻处理并向上级医师报告。

(3) 按规定时间完成病历书写（普通病人24小时、危重病人6小时内完成；首次病程记录当班完成，急诊病人术前完成）。

(5) 24小时内完成血、尿、便化验，并根据病情尽快完成肝、肾功能、和其它所需的专科检查。

(6) 按专科诊疗常规制定初步诊疗方案。

(7) 对所管病人，每天至少上、下午各巡诊一次。

(8) 按规定时间及要求完成病程记录（会诊、术前讨论、术前小节、转出和转入、特殊治疗、病人家属谈话和签字、出院小节和死亡讨论等一切医疗活动均应有详细的记录）。

(9) 对所管病人的病情变化应及时向上级医师汇报。

(10) 诊疗过程应遵守消毒隔离规定，严格无菌操作，防止医院感染病例发生。若有医院感染病例，及时填表报告。

(11) 病人出院时须经上级医师批准，应注明出院医嘱并交代注意事项。

(12) 严格按诊疗常规操作,不违背卫生法规。以后要加强对卫生法的学习。

(13) 加强医患沟通、为和谐的医患关系做出自己的.贡献、

回顾过去所发生的大小医疗事故，哪一起不是因为麻痹大意或不按诊疗常规操作才发生的呢？因此，在实际工作中要防微杜渐，从小事做起，及时处理好不安全因素，避免医疗的发生。其实，要医疗安全并不难，关键在于有没有责任心。只要每个人多留点心，只要对工作多一点认真负责的态度，在岗必尽职，尽职必尽责，无论身居何处，只要有高度的责任感和强烈的使命感，就一定能避免医疗事故的发生、。

20xx年第一季度医疗质量自查报告及整改措施根据医疗机构医疗质量安全整顿活动的要求，我院对重点科室、重点部门进行了全面的检查。现就自查结果及整改意见、措施和具体整改责任落实汇报如下：

（一）我院有健全的安全管理体系，职责明确，责任到人。我们制定了医疗质量及安全管理方案与考核标准，健全完善了各项医疗管理制度职责。医疗质量管理按照管理方案和考核标准的要求，定期深入科室进行监督检查，督促核心制度的落实，检查结果以质量分的形式与医院绩效考核方案挂钩，有效地促进了医疗质量和医疗安全管理的持续改进。

（二）加强了医疗质量和医疗安全教育，医务人员的安全意识不断提高。

我们通过安全大会的形式，对全员进行质量安全教育，并与各科室有关人员签定安全责任书。加强了法律、法规及规章制度的培训和考核。举办了“医疗质量安全”等培训。安全检查检查结束后，院质量控制科召开会议，认真研究分析检查中发现的问题和纠纷隐患，找出核心问题和整改措施，然后召开科长、护士长、业务骨干会议进行质量讲评，有效促进了医疗质量的提高。

加强三基、三严的培训与考核，按照年初三基培训考核计划，各科室每季度必须考核一次，医务科、护理部每半年必须举办一次全院性的三基考核，参考率、合格率务必达95%以上。

（三）健全了防范医疗事故纠纷、防范非医疗因素引起的意外伤害事件的预案，建立了医疗纠纷防范和处理机制。

（四）护理管理方面

（1）护理管理组织

能够严格按照《护士条例》规定实施护理管理工作，组织护士长及护理人员认真学习了《护士条例》，确保做到知法、守法、依法执业。

（2）护理人力资源管理

每年制定护士在职培训计划，包括三基学习、业务讲座、护理查房等。按计划认真执行完成。

（3）临床护理管理

树立人性化服务理念，确保将患者知情同意落到实处。对围手术期患者实施术前访视和术后回访，设计了规范的计划。各科室高度重视健康教育工作，制定了健康教育内容。

（五）医院感染管理

（1）建立健全了医院感染管理组织

（2）医院感染控制管理组织的工作职责得到了落实

我院根据实际情况和任务要求，每年制定医院感染管理工作计划，做到组织落实、责任到人。每年召开医院感染管理会议，总结近期医院感染管理工作情况，解决日常工作中发现的带有普遍性的问题，布置下一时期的工作重点。

（3）加强了医院感染管理知识的培训，不断提高医护人员的医院感染控制和消毒隔离意识

(4) 认真开展了医院感染控制与消毒隔离监测工作，降低了医院感染率，从未发生医院感染爆发流行现象。加强了一次性使用用品的管理。各科室严格执行“一次性使用无菌医疗用品管理办法”，一次性使用医疗、卫生用品由设备科统一购进、储存和发放，“三证”齐全。各科室按需领取，做到先领先用，有效期内使用。一次性使用用品用后，由专人集中回收，禁止重复使用和回流市场。

(一) 某些医疗管理制度还有落实不够的地方。

个别医务人员质量安全意识不够高，对首诊医师负责制、病例讨论制度等核心制度有时不能很好的落实，病例讨论还有应付的情况。患者病情评估制度不健全，对手术病人的风险评估，仅限于术前讨论或术前小结中，还没建立起书面的风险评估制度。

(二) 抗菌药物的应用仍存在不合理的想象。

个别医务人员抗菌药物使用不合理，普通感冒也使用抗生素；外科围手术期预防用药不合理，抗生素应用档次过高，时间过长。

(三) 住院病历书写中还存在不少问题。

1、病程记录中对修改的医嘱、阳性化验结果缺少分析，查房内容分析少，有的象记流水帐。

2、存在知情同意书漏签字、自费用药未签知情同意书。

一、首先要加强医疗相关法律、法规、规章制度、各级人员职责的培训。我院花大力气进行了制度建设，汇编了各种法律法规、制度及各级人员职责。要认真组织学习《医院工作人员岗位职责》、《医院常用法律法规选编》、《医疗质量与安全手册》，医务人员务必掌握相关法律法规、核心

制度、人员职责[]20xx年3月份组织一次全员医技、法规、制度、职责等有关知识的考核，成绩记入个人档案。加强医务人员的质量管理基本知识的'学习，提高医务人员的质量意识、安全意识与防范意识。

1、医务科要进一步加强质量查房和运行病历检查工作，这项工作

作对于提高医疗质量是很好的措施，但是要注重实效，不能流于形式，对查到的问题除了当面讲解以外，对屡犯的一定要通过经济处罚，给予惩戒。

2、要加强三基训练与考核，要不断完善考核办法，严肃考核纪律，注重考核的实效，不能流于形式。科室负责人要重视三基训练，要经常对医务人员讲三基学习的重要性，这对提高医务人员的技术水平至关重要。

3、加强病案质量的管理。

要进一步健全相关制度及病历检查标准，以制定奖惩办法，保证住院病历的及时归档和安全流转。

4、进一步加强医院感染的监控。

要进一步在医院感染病例监测、消毒灭菌效果监测、环境卫生监测等工作上下大功夫，严格执行各项医院感染管理制度，要将工作做细，不能应付。要进一步加大医院感染知识的培训和宣传力度，让每个医务人员都要认识到医院感染控制的重要性，自觉遵守无菌操作技术，做好个人控制环节。发挥科室医院感染控制小组的职责，配合院感办积极开展工作，杜绝医院感染事件的漏报。

5、进一步加强抗菌药物的使用管理。

医疗安全生产自查报告篇二

市卫生计生委医政科：

根据《龙岩市卫生计生委转发国家卫生计生委办公厅进一步加强医疗安全管理和风险防范工作的通知》文件，我院根据《福建省2017年加强医疗安全管理专项整治活动方案》开展自查工作，现将自查情况报告如下：

一、医疗安全与风险管理体系组织建设

为更好的开展医疗安全管理和风险防范工作，建立健全组织架构。医院成立了医疗质量管理委员会（汀中医〔2016〕34号）。院长作为医疗安全管理工作的第一责任人，任医疗质量管理委员会主任。落实了主体责任，也加强了组织领导。

接下来工作重点是制定并严格落实各级人员岗位职责。

二、医疗质量安全核心制度落实

为迎接二甲评审工作，医院按照《医疗质量管理办法》等相关文件要求，细化了医疗质量安全核心制度，并汇编成册。印制了《汀州中医院核心制度》（内容包含20项）、《工作制度与岗位职责》、《卫生法规及文件汇编》、《汀州中医院员工教育手册》丛书，并及时下发到科室及个人。医院医务人员认真贯彻执行各项规范、指南、操作规程等。医院规模、人员、设施符合标准，医疗服务行为规范。

下一步工作重心是建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度。建立健全医疗安全评价和监管体系，完善相关工作制度、应急预案和 workflows，充分运用信息化手段加强日常管理和监督检查，确保各项制度措施落实到位。

三、重点部门、重点环节、重点病种医疗安全风险监控和管

理

为迎接二甲评审工作，医院各部门、相关环节，包括重点环节、重点病种等的相关制度和规范是比较完善。

但对于医院重点部门、重点环节、重点病种的医疗安全风险监控和管理、节假日、周末等时段的医疗安全管理还是有待加强。因此，这部分工作将是医院日后的工作重心。

四、医务人员医疗安全意识和风险防范意识教育培训 医院将通过院务会、科主任会、业务学习等，加大培训宣传医疗安全意识和风险防范意识的力度，增强全院职工特别是医务人员医疗安全意识和风险防范意识，重点做好新入职医务人员、实习进行人员、返聘人员等安全教育和风险管理。强化“三基”训练、加强“三严”教育，不断提高医务人员临床服务能力和技术水平。

汀州中医院

2017年2月22日

医疗安全生产自查报告篇三

时间过得太快，让人不知所措，工作已经告一段落了，在工作开展的过程中，我们看到了好的，也看到了需要改进的地方，我想这个时候，你需要写一份自查报告了。自查报告怎么写才不会千篇一律呢？下面是小编为大家收集的医院医疗安全自查报告，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

医院医疗安全自查报告1

为进一步加强医院管理，提高医疗质量，保障人民群众就医安全，按照市局要求[]20xx年xx月xx号上午，我院医务科组织

相关人员对本院及辖区卫生机构医疗安全隐患进行突击检查，现将检查情况报告如下：

一、存在的问题

- 1、医疗文书书写欠规范，个别村卫生室存在不及时记录现象。
- 2、村卫生室普遍存在消毒感染记录无或不规范现象。
- 3、各村卫生室医疗废物分类不规范。
- 4、各村卫生室的医疗质量安全管理制度不健全，处置流程不明确，操作性不强。
- 5、各村卫生室输液率普遍偏高。
- 6、各村卫生室未按规定配备合格消防器材。
- 7、光明、中村、蒋山村卫生室室内电路老化，存在严重安全隐患。
- 8、光明村卫生室房屋结构老化，木结构材质较多，存在安全隐患。
- 9、部分口服用药未及时书写病历，与病人沟通较少，病史采集不完整，对病人告知不到位。
- 10、中心卫生院医保刷卡时未核实病人身份，导致妇科用药男用、男性用药女用的现象。

二、整改措施

- 1、加强医技人员规范化医疗文书书写的知识培训，每季度安排相关人员进行检查，做到医疗文书书写及时、规范、准确无误。

- 2、对各村卫生室人员加强院感知识培训，每季度组织相关人员进行规范化普查。
- 3、对村卫生室人员集中进行医疗废物规范化分类处置学习，并每季度进行检查。
- 4、加强村卫生室人员安全医疗的知识培训，对村卫生室的医疗质量安全制度、流程作出规范性的指导。
- 5、加强对村卫生室三率的定期及不定期检查，督促其规范用药。
- 6、组织村卫生室人员进行安全生产知识培训及消防安全法规学习，提高安全生产意识，督促其对存在的安全隐患进行积极整改。
- 7、加强与病人的沟通，病史采集完整，必要情况做好与病人或家属告知工作。
- 8、医保刷卡时做好身份核实工作，务必每方必对，每方必查。
- 9、责令安全条件不足的村卫生室进行必要的环境改造，以适应安全生产的要求。

医院医疗安全自查报告2

为了加强医疗安全管理，防范各类事故的发生，切实树立“以病人为中心”的医疗服务理念，创建“平安医院”，深入开展“三好一满意”、“医疗质量万里行”、“抗菌药物临床应用专项整治”活动方案的要求，我院开展了医疗质量安全自查自纠活动，现将自查情况汇报如下：

一、规范执业，规范行医，强化管理。

严格执行有关法律法规，严格执行医疗机构准入制度和医务

人员准入制度，我院的医疗机构执业许可证均在有效期内，医院按照《医疗机构执业许可证》的执业范围开展诊疗活动，无擅自扩大诊疗科目、无聘用无证人员、无违规发布医疗广告等现象。组织学习了卫生法律法规、规章制度、常规规范的学习。我们先后开展了《执业医师法》《护士条例》、《传染病防治法》等卫生法律法规，通过开展专题讲座和学习小组集中学习、医务人员自学等形式，使医务人员了解掌握了卫生法律法规、规章制度、常规规范，强化其法律意识和自我保护意识，增强依法执业的自觉性。

二、严抓医疗质量，确保医疗安全。

进一步规范了医院临床输血管理。各科严格按照专科疾病的诊治流程，开展临床工作，确保医疗质量和医疗安全。严格执行三级医生查房制度，并需要在病情记录上进行详细的查房记录，病情分析、医疗处理和下一步的诊疗计划记录等。严格落实执业医师管理制度；严格执行医生值班制度，做好交接班工作，危重患者必须做到床边交班。落实会诊制度的执行。各科室质控医师要加强指控力度，提高病案质量。

三、落实各项制度，加强医患沟通增进医患理解。

认真落实知情同意书的签署，入院时的沟通、住院时的沟通、出院前的沟通、门诊患者的沟通、医护之间的沟通，落实医疗行为的及时到位，各种检查及时进行，患者病情的变化是否得到及时处理，是否存在医疗隐患或者纠纷。

四、建立了医疗安全事件报告制度和应急处置预案。

为进一步加强监测管理工作，深化思想，提高认识。结合本单位实际，建立和完善相应的管理组织和制度，落实配备专（兼）职人员，并承担管理工作职责，加强领导，贯彻落实。经过此次医疗安全情况自查，我院能严格遵守国家的法律法规，依法行医，规范执业，执业活动符合执业校验标准，进

一步完善了医疗服务水平和管理规范、提高了服务意识、优化了服务流程、改善了服务态度、增强了服务技能。根据存在的问题和整改措施认真完善医疗卫生各方面工作，全面促进和提升医疗服务卫生，严防医疗安全事件发生，为群众提供安全、放心的医疗环境。但是，由于各种主客观条件的限制，我们的工作肯定还有许多不足之处，在此恳请上级给予更多指导和支持，让我们在今后工作中，不断完善，更好的为辖区群众服务。

医疗安全生产自查报告篇四

（一）机构自查情况：单位全称为“科苑街道丰苑社区卫生服务站”，性质为民办非企业，位于；法人代表：；主要负责人：区卫生局颁发的《医疗机构执业许可证》，执业许可证号2017年12月23日。我服务站对《医疗机构执业许可证》实行了严格管理，从未进行过涂改、买卖、转让、租借。现有床位6张，诊疗科目有预防保健、全科医疗；业务用房面积320平方米。

（二）人员自查情况：我服务站现有主治医师1名，执业医师1名，助理医师2名、护士3名。我服务站从未多范围注册开展执业活动；从未使用未取得执业医师资格、护士执业资格的人员或一证多地点注册的医师从事医疗活动，所属医护人员均挂牌上岗，并在大厅内设立了监督栏对外公开。

（三）提高服务质量：按照卫生行政部门的有关规定、标准加强医疗质量管理，实施医疗质量保证方案；定期检查、考核各项规章制度和各级各类人员岗位责任制的执行和落实情况，确保医疗安全和服务质量，不断提高服务水平。

（四）院内交叉感染管理情况：成立有服务站内交叉感染管理领导小组，由等组成。经常对有关人员进行教育培训，建立和完善了医疗废物处理管理、院内感染和消毒管理、废物泄漏处理方案等有关规章制度，有专人对医疗废物的来源、

种类、数量等进行完整记录，定期对重点科室和部位开展消毒效果监测，配制的消毒液标签标识清晰、完整、规范。

（五）固体医疗废物处理情况：对所有医疗废物进行了分类收集，按规定对污物暂存时间有警示标识，污物容器进行了密闭、防刺，污物暂存处做到了“五防”，医疗废物运输转送为专人负责并有签字记录。

（六）一次性使用医疗用品处理情况：所有一次性使用医疗用品用后做到了浸泡消毒、毁型后由医疗垃圾处理站收集。

（七）疫情管理报告情况：我服务站建立了严格的疫情管理及上报制度，规定了专人负责疫情管理，疫情登记簿内容完整，疫情报告卡填写规范，疫情报告每月开展一次自查处理，无漏报或迟报情况发生。

（八）药品管理自查情况：经查我服务站从未使用过假劣、过期、失效以及违禁药品。严格执行抗菌药物制度规定。

医疗安全生产自查报告篇五

》(溧卫字[20**]81号)要求，20**年9月，我局组织医疗、护理、院感专家，采取查阅台账、抽查病历、现场查看等方式进行了检查。现将有关情况通报如下：

区人民医院每月对病历进行科室互查、随机抽查、开展处方点评工作、进行抗菌素合理使用检查，制定专刊通报检查结果，并通过大查房等形式检查医疗措施落实情况，取得了一定效果。区中医院及时开展医患纠纷评判与分析工作，对预防医患纠纷发生起到积极作用。

(一)病历质量及管理

1. 在院运行病历管理不规范。多份在院病历出现排序混乱、检查报告单混夹的现象，甚至有入院一周的患者的检验单还没有及时粘贴。入院证用废纸打印。区中医院在院病历中有缺少体温单、医嘱单、医患沟通记录单的现象。
2. 对病历书写规范的理解和执行不够到位。大部分病历住院记录中对有鉴别诊断意义的阴性症状体征描述欠缺或不够；首次病程记录对诊断依据的记录或描述不够规范，缺少鉴别诊断内容。对异常的辅助检查结果不重视，异常结果没有分析、处理记录；病程记录中夹带英文缩写如[kcl]
3. 病历内涵质量有待提高。三级查房制度内涵质量不高，上级医师查房记录流于形式，缺乏对病人个体诊治方案等的针对性分析，缺乏指导意义；术前讨论流于形式，没有针对患者的手术指征、手术方式选择的理由及术中、术后可能发生的情况及对策进行讨论；医患沟通流于形式，对于病情的诊断、治疗及预后、转归的交代过于简单、格式化，没有个性化体现对异常的辅助结果、入院后新增的诊断、重要的检查治疗措施等普遍缺乏沟通，病情的沟通不透彻、不清晰明了。
5. 仍然存在重度缺陷病历。非患者本人签名的各类同意书缺少授权委托书或者受委托人员的身份证明。

(二) 核心制度的落实

1. 交接班记录不及时、不完整，甚至交接记录空白。
2. 疑难危重病例及死亡病例讨论制度落实不到位。大部分病区今年1至9月份讨论记录本空白甚至缺失。
3. 三级查房记录过于简单，缺乏分析，指导意义不大。对住院病人病史、病情、治疗情况不够深入、全面，对病人管理存在缺陷，安全意识淡薄。

4. “危急值”报告制度未落实。病程记录中未记载分析，没有上级医师查房记录，没有治疗后的复查、处理记录，诊疗过程中体现不出“危急值”的临床意义，对“危急值”不够重视。

(三) 医院感染管理

医务人员手卫生依从性执行效果不理想，少部分人员还没有掌握标准洗手法。输液室地面及门口可见棉签、输液贴。

(四) 医疗质量监督管理

未有效落实院、科两级质量管理工作。区中医院医疗质量管理委员会未按计划组织定期检查考覈，职能部门未定期下科室进行医疗质量检查。两家区级医院大部分临床科室未开展相应的质控活动，对科室医疗质量未进行有效管理。医疗质量检查、考覈结果未与绩效考覈挂钩。

(一) 提高认识，完善院、科两级质量管理体系。健全院、科两级质量管理组织，院长是医疗安全工作的第一责任人，临床、医技等各科室科主任和护士长是科室质量管理第一责任人，要切实提高对医疗质量工作重要性的认识，强化内部监督管理，充分调动科室管理责任人的积极主动性，将责任分工落实到每一个人。落实院、科两级质量管理制度，做到层级管理，责、权明确，严格考覈，使医院逐步走向规范化、科学化管理的轨道。

(二) 强化质量控制措施，加大督促考覈力度。狠抓医务人员核心制度、“三基三严”及医患沟通等知识培训，做到人人熟悉医疗卫生法律规章制度，人人掌握岗位基础知识、基本理论和基本技能，人人注重医患沟通。严格执行首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、危重患者抢救制度、手术分级管理制度、术前讨论制度等医疗核心制度，完善病人安全管理、医疗技术准入、不良事件报告、分级护

理等规章制度，并抓好贯彻落实。明确各项医疗管理工作目标，制定考覈细则，形成不定期检查和定期考覈的工作机制。

(三)重视医疗质量检查、考覈结果的应用，形成医疗、护理质量持续改进工作机制。制订医疗质量管理考覈和奖惩办法，将医疗质量检查考覈结果与科室、个人的效益考覈、职称聘用、年度考覈等挂钩，奖优罚劣。

各医院要针对检查中发现的薄弱环节和缺陷，举一反三，认真梳理，深究根源，制定切实可行的整改方案和措施，明确职责分工，落实目标任务，不断提高医疗质量和服务水平，更好地为羣众健康服务。

医疗安全生产自查报告篇六

第一季度医疗质量自查报告及整改措施根据医疗机构医疗质量安全整顿活动的要求，我院对重点科室、重点部门进行了全面的检查。现就自查结果及整改意见、措施和具体整改责任落实汇报如下：

(一)我院有健全的安全管理体系，职责明确，责任到人。我们制定了医疗质量及安全管理方案与考核标准，健全完善了各项医疗管理制度职责。医疗质量管理按照管理方案和考核标准的要求，定期深入科室进行监督检查，督促核心制度的落实，检查结果以质量分的形式与医院绩效考核方案挂钩，有效地促进了医疗质量和医疗安全管理的持续改进。

(二)加强了医疗质量和医疗安全教育，医务人员的安全意识不断提高。

我们通过安全大会的形式，对全员进行质量安全教育，并与各科室有关人员签定安全责任书。加强了法律、法规及规章制度的培训和考核。举办了“医疗质量安全”等培训。安全检查检查结束后，院质量控制科召开会议，认真研究分析检

查中发现的问题和纠纷隐患，找出核心问题和整改措施，然后召开科长、护士长、业务骨干会议进行质量讲评，有效促进了医疗质量的提高。

加强三基、三严的培训与考核，按照年初三基培训考核计划，各科室每季度必须考核一次，医务科、护理部每半年必须举办一次全院性的三基考核，参考率、合格率务必达95%以上。

（三）健全了防范医疗事故纠纷、防范非医疗因素引起的意外伤害事件的预案，建立了医疗纠纷防范和处理机制。

（四）护理管理方面

（1）护理管理组织

能够严格按照《护士条例》规定实施护理管理工作，组织护士长及护理人员认真学习了《护士条例》，确保做到知法、守法、依法执业。

（2）护理人力资源管理

每年制定护士在职培训计划，包括三基学习、业务讲座、护理查房等。按计划认真执行完成。

（3）临床护理管理

树立人性化服务理念，确保将患者知情同意落到实处。对围手术期患者实施术前访视和术后回访，设计了规范的计划。各科室高度重视健康教育工作，制定了健康教育内容。

（五）、医院感染管理

（2）医院感染控制管理组织的工作职责得到了落实我院根据实际情况和任务要求，每年制定医院感染管理工作计划，做到组织落实、责任到人。每年召开医院感染管理会议，总结

近期医院感染管理工作情况，解决日常工作中发现的带有普遍性的问题，布置下一时期的工作重点。

(3) 加强了医院感染管理知识的培训，不断提高医护人员的医院感染控制和消毒隔离意识。

(4) 认真开展了医院感染控制与消毒隔离监测工作，降低了医院感染率，从未发生医院感染爆发流行现象。加强了一次性使用用品的管理。各科室严格执行“一次性使用无菌医疗用品管理办法”，一次性使用医疗、卫生用品由设备科统一购进、储存和发放，“三证”齐全。各科室按需领取，做到先领先用，有效期内使用。一次性使用用品用后，由专人集中回收，禁止重复使用和回流市场。

(一) 某些医疗管理制度还有落实不够的地方。

个别医务人员质量安全意识不够高，对首诊医师负责制、病例讨论制度等核心制度有时不能很好的落实，病例讨论还有应付的情况。患者病情评估制度不健全，对手术病人的风险评估，仅限于术前讨论或术前小结中，还没建立起书面的风险评估制度。

(二) 抗菌药物的应用仍存在不合理的想象。

个别医务人员抗菌药物使用不合理，普通感冒也使用抗生素；外科围手术期预防用药不合理，抗生素应用档次过高，时间过长。

(三) 住院病历书写中还存在不少问题。

1、病程记录中对修改的医嘱、阳性化验结果缺少分析，查房内容分析少，有的象记流水帐。

2、存在知情同意书漏签字、自费用药未签知情同意书。

（一）进一步加强质量安全教育，提高医务人员的安全、质量意识。

医务人员普遍存在重视专业知识而轻视质量管理知识的学习，质量管理知识缺乏，质量意识不强，这样就不能自觉地、主动地将质量要求应用与日常医疗工作中，就很难保证质量目标的实现。质量管理是一门学科，要想提高医疗质量，不但要学习医学理论、医疗技术，还要学习质量管理的基本知识，不断更新质量管理理念，适应社会的需求。只有使医务人员树立起正确的质量管理意识，掌握质量管理方法，才能变被动的质量控制为主动的自我质量控制。因此，培训全体医务人员质量管理知识，增强质量意识是提高医疗质量的基础工作之一。首先要加强医疗相关法律、法规、规章制度、各级人员职责的培训。我院花大力气进行了制度建设，汇编了各种法律法规、制度及各级人员职责。要认真组织学习《医院工作人员岗位职责》、《医院常用法律法规选编》、《医疗质量与安全手册》，医务人员务必掌握相关法律法规、核心制度、人员职责。20xx年3月份组织一次全员医技、法规、制度、职责等有关知识的考核，成绩记入个人档案。加强医务人员的质量管理基本知识的学习，提高医务人员的质量意识、安全意识与防范意识。

（二）加大监督检查力度，保证核心制度的落实。

1、医务科要进一步加强质量查房和运行病历检查工作，这项工作对于提高医疗质量是很好的措施，但是要注重实效，不能流于形式，对查到的问题除了当面讲解以外，对屡犯的一定要通过经济处罚，给予惩戒。

2、要加强三基训练与考核，要不断完善考核办法，严肃考核纪律，注重考核的实效，不能流于形式。科室负责人要重视三基训练，要经常对医务人员讲三基学习的重要性，这对提高医务人员的技术水平至关重要。

3、加强病案质量的管理。

要进一步健全相关制度及病历检查标准，以制定奖惩办法，保证住院病历的及时归档和安全流转。

4、进一步加强医院感染的监控。

要进一步在医院感染病例监测、消毒灭菌效果监测、环境卫生监测等工作上下大功夫，严格执行各项医院感染管理制度，要将工作做细，不能应付。要进一步加大医院感染知识的培训和宣传力度，让每个医务人员都要认识到医院感染控制的重要性，自觉遵守无菌操作技术，做好个人控制环节。发挥科室医院感染控制小组的职责，配合院感办积极开展工作，杜绝医院感染事件的漏报。

5、进一步加强抗菌药物的'使用管理。

根据卫生部《进一步加强抗菌药物临床应用的管理》通知精神，制定我院具体实施办法及奖惩制度，注重监控围手术期预防用药情况。要进一步落实抗菌药物分级管理制度，在门诊工作站设置处方权限，保证制度的落实。提高细菌培养、药敏试验率。

医疗安全生产自查报告篇七

我们是医务工作者，是白衣天使，以后工作中要拥有一颗爱岗敬业的心，要有始终如一的踏踏实实的工作。在从现在做起，从自身做起。也认识到要重视医疗质量,我作为住院医师结合自身情况现总结如：

(1) 要做到病人入院30分钟内进行检查并作出初步处理。

(2) 急、危、重病人应即刻处理并向上级医师报告。

(3) 按规定时间完成病历书写（普通病人24小时、危重病人6小时内完成；首次病程记录当班完成，急诊病人术前完成）。

(5) 24小时内完成血、尿、便化验，并根据病情尽快完成肝、肾功能、和其它所需的专科检查。

(6) 按专科诊疗常规制定初步诊疗方案。

(7) 对所管病人，每天至少上、下午各巡诊一次。

(8) 按规定时间及要求完成病程记录（会诊、术前讨论、术前小节、转出和转入、特殊治疗、病人家属谈话和签字、出院小节和死亡讨论等一切医疗活动均应有详细的记录）。

(9) 对所管病人的病情变化应及时向上级医师汇报。

(10) 诊疗过程应遵守消毒隔离规定，严格无菌操作，防止医院感染病例发生。若有医院感染病例，及时填表报告。

(11) 病人出院时须经上级医师批准，应注明出院医嘱并交代注意事项。

(12) 严格按诊疗常规操作，不违背卫生法规。以后要加强对卫生法的学习。

(13) 加强医患沟通、为和谐的'医患关系做出自己的贡献、

回顾过去所发生的大小医疗事故，哪一起不是因为麻痹大意或不按诊疗常规操作才发生的呢？因此，在实际工作中要防微杜渐，从小事做起，及时处理好不安全因素，避免医疗的发生。其实，要医疗安全并不难，关键在于有没有责任心。只要每个人多留点心，只要对工作多一点认真负责的态度，在岗必尽职，尽职必尽责，无论身居何处，只要有高度的责

任感和强烈的使命感，就一定能避免医疗事故的发生、。

- 1、存在超范围执业现象
- 2、个别医疗护理文书不规范
- 3、手术登记不全面
- 4、存在开展二类以上手术现象。
- 5、院内无医疗废物交接记录

进一步加强质量安全教育，提高医务人员的安全、质量意识。

医务人员普遍存在重视专业知识而轻视质量管理知识的学习，质量管理知识缺乏，质量意识不强，这样就不能自觉地、主动地将质量要求应用与日常医疗工作中，就很难保证质量目标的实现。

德阳市卫生局：

为了认真贯彻落实医疗质量安全管理，确保医疗质量安全，进一步加强医疗质量、规范医疗行为、消除安全隐患、保障患者就医安全，我院根据医疗质量管理确保医疗安全要求，进行了严格的'自查自纠工作。现将有关自查情况汇报如下：

一、院领导对医疗质量安全非常重视，并成立了由院长任组长，其他班子成员任副组长，相关职能科室负责人为成员的医疗质量安全稽核领导小组，制定了相应医疗质量管理确保医疗安全实施方案。每月定期对各科室部门进行医疗质量安全稽核，并召开稽核会议，对于在稽核过程中存在的医疗隐患问题，给予整改通知，并要求存在的问题科室给予整改情况说明，且要求立即整改。

我院稽核领导小组于xx年2月底对各科室医疗质量安全制度，

医德医风建设，医疗安全应急处理，进行认真细致检查，对全体医务人员执行岗位职责，医疗核心制度，诊疗标准，病例书写质量及护理操作规范，工作责任心，工作质量、服务质量等方面进行了自查。检查中发现个别病例书写不完全规范，医务人员对医疗核心制度淡薄。

二、我院在xx年3月2日下午组织全院医务人员进行医疗质量安全知识培训，提高全院医务医疗质量安全认识，转变观念；加强领导，统一思想。精心组织，具体落实；严格自查，积极整改。

德阳禾成肝胆病专科医院

xx年3月

1、健全院科医疗管理组织，实行院科二级负责制。院长、科主任为院、科质量安全管理第一责任人，领导班子要定期专题研究医疗质量与医疗安全工作。健全医疗质量与医疗安全管理体系，强化职能科室及医疗质量监管部负责人的管理责任，加大质量控制监管力度，扩大院质量控制和医务科职能，设立医院质量与安全小组，科室设质控小组。

2、医疗质量管理职能部门组织实施医疗质量与安全管理工作，负责指导、监督、考核、分析、评价医疗质量及安全工作，考核组每个月定期进行医疗质量与安全指标的检查分析并督导落实。监管检查须有计划、有记录、有分析、有反馈、有整改措施、有实际效果。建立执行部门与监管部门交叉协调管理机制。

3、健全医疗质量管理组织：医疗质量管理与安全、药事管理、医院感染、病案管理、输血管理、和护理管理小组等每季度召开会议研究医疗质量安全管理问题，有活动记录，重视工作实效。

4、加强全员医疗质量和医疗安全教育。牢固树立质量安全意识，营造质量安全氛围，提高全员质量安全参与能力，质量安全培训纳入全员培训计划，定期进行，确保培训效果。

5、强化“三基、三严”训练，开展岗位练兵。职能部门制定并组织实施医、护、药、技等全员培训计划，分类开展临床医疗、护理、影像、检验、药剂、输血、医院感染等岗位专业人员的`练兵活动。抓好抓实急症处理、重患抢救、复苏技术、物理诊断、外科操作、临床技能、病历书写等基本功训练，强化依法执业能力、临床思辨能力和医患沟通能力。

6、严格执行医疗质量和医疗安全管理与持续改进的核心制度，完善并实施各项规章、技术操作规程及各类人员岗位职责。建立健全医疗技术风险防范、控制及追溯机制，完善重大医疗安全事件、医疗事故防范预案和处理程序，完善非医疗因素引起的意外伤害事件的防范措施。按规定报告处理医疗事故、纠纷等不良事件。

7、加强重点部门及重点岗位的管理。各质量安全执行及监管部门高度重视急诊科护理管理、医院感染控制等工作以及其他重点部门科室（门诊、药事、病案管理等）的管理，制定可行的质控、监管计划和措施，重点查找医疗安全隐患和薄弱环节，加强整改，每月有检查、有监控记录。

8、依法加强医疗技术管理，遵守高危、敏感技术准入规定，严格医疗技术和人员资质准入、分级管理和监督评价管理。建立医疗技术风险预警机制，完善并实施医疗技术损害处置预案，对新开展医疗技术进行安全、质量、疗效等全程追踪管理与评价。

9、应用蒙医诊疗技术项目标准化

按医疗科学管理手段指导制定患者的医疗诊疗方案，规范临床医疗工作和医疗行为，合理利用卫生资源，保证并持续改

进医疗质量。

我院狠抓服务质量，严防医疗差错，依法执业，文明行医。医院成立了以张季岳副院长为组长的医疗质量管理领导小组，定期抽查处方、病历，及时反馈相关责任人，对全院医疗质量进行监督。各种单病重质量控制达到市、区标准。

严格遵守《病历书写基本规范》中的各项要求，对于病人做到客观、真实、准确、及时、完整的书写各项医护文书。

我院完善并实施一系列规章制度，完善各项管理制度，包括十三项核心制度、新技术准入制度、药事管理制度、突发公共事件管理制度等。对于就诊病患，挂号时要求出示医疗证及身份证，住院病人住院期间需提交两证复印件，认真核对，严防冒名顶替。严格掌握入院标准，遵循门诊能治疗的，坚决不住院，严格按照标准收治住院，不随意降低住院指针，不拖延住院日。

我院严格遵守医保各项相关制度，组织全院医务人员反复认真学习医保相关政策，并且进行了考核工作，将考核成绩与个人利益分配挂钩。

对于就诊或住院病人的检查、治疗，我院严格按照《基本药物目录》规定执行。要求每位医师严受执业道德规范，切实做到合理检查、合理用药、合理施治、合理收费，能用价格低的药品则不用价格高的药品，切实减轻农民医疗费用负担。药库药品备货达到目录规定的'90%以上。严格控制了处方用药量，住院病人用药不超过3日量，出院病人带药不超过7日量，严禁开大处方、人情方和滥用药物，且出院带药天数不得超过实际住院天数。严格按照规定进行检查，坚决杜绝一人医保，全家用药的现象。

我院严格按照省、市、区物价、卫生、财政等部门联合制定的收费标准进行收费。狠抓内涵建设，提高服务质量，缩短

病人平均住院日，严格控制住院费用。

今年市、区卫生局加大了医疗帮扶力度，市传染病医院、区一医院均有专家、教授下乡进行医疗帮扶工作，对提高一线医疗人员专业知识水平，完善知识结构，更新最新专业动态，均有很大的帮助。

2、高年资中医师对于电脑掌握不佳，未能实现全部电子处方，对于完善门诊统筹有一定阻力。

3、发现个别医师存在门诊处方不合格现象，包括处方格式不合格，门诊抗菌药物使用比例大于20%等等。

我院一定以此次医院等级评审暨考核为契机，在上级业务主管部门的领导下，严格遵守《医疗机构管理条例》，强化管理措施，优化人员素质，求真务实，开拓创新，不断提高医疗服务质量和技术服务水平。

按照河北省卫计委、河北省中医药管理局《关于进一步加强医疗质量管理的.通知》要求，对照我院实际情况进行了自查自纠，现总结如下：

一、汲取教训、引以为戒，组织全体医务人员认真学习了《通知》精神，要求全体职工严格遵守医疗卫生相关法律法规和诊疗常规。严格执行诊疗规范和操作规程，切实防范医疗质量和医疗安全风险。

二、针对《通报》中反映的问题，组织领导班子成员及医疗安全领导小组，进行了全面检查。发现问题如下：

1、门诊医生处方书写欠规范，少数医生未书写门诊病历。

2、传染病报告登记不全，但无漏报现象。

3、部分科室紫外线消毒记录不全。

4、住院病人三级查房制度落实不够。未发现诊疗护理中违规操作和违规诊疗现象。

三、整改措施；

1、各位医生对“十八项医疗核心制度”的学习不能松懈，要严格履行“十八项核心制度”，持谨慎、细心、耐心的工作态度，保障医疗安全。

2、各科室认真学习处方和病历书写规范，提高医疗文书书写水平。

3、按照医疗废物管理条例和消毒管理办法做好医疗废物分类及处置工作，做好各项消毒工作，并做好记录。

4、加强医务人员院感知识培训，加强相关法律及技术规范学习，切实提高医务人员医院感染责任意识，风险意识。

20xx.08.23

为进一步提高医疗质量，保障医疗安全，按照《溧水区“加强医德医风建设 防范医患纠纷”专项检查月活动方案》（溧卫字[20xx]81号）要求，20xx年9月，我局组织医疗、护理、院感专家，采取查阅台账、抽查病历、现场查看等方式进行了检查。现将有关情况通报如下：

区人民医院每月对病历进行科室互查、随机抽查、开展处方点评工作、进行抗菌素合理使用检查，制定专刊通报检查结果，并通过大查房等形式检查医疗措施落实情况，取得了一定效果。区中医院及时开展医患纠纷评判与分析工作，对预防医患纠纷发生起到积极作用。

(一) 病历质量及管理

1. 在院运行病历管理不规范。多份在院病历出现排序混乱、检查报告单混夹的现象，甚至有入院一周的患者的检验单还没有及时粘贴。入院证用废纸打印。区中医院在院病历中有缺少体温单、医嘱单、医患沟通记录单的现象。
2. 对病历书写规范的理解和执行不够到位。大部分病历住院记录中对有鉴别诊断意义的阴性症状体征描述欠缺或不够；首次病程记录对诊断依据的记录或描述不够规范，缺少鉴别诊断内容。对异常的辅助检查结果不重视，异常结果没有分析、处理记录；病程记录中夹带英文缩写如[kcl]。
3. 病历内涵质量有待提高。三级查房制度内涵质量不高，上级医师查房记录流于形式，缺乏对病人个体诊治方案等的针对性分析，缺乏指导意义；术前讨论流于形式，没有针对患者的手术指征、手术方式选择的理由及术中、术后可能发生的情况及对策进行讨论；医患沟通流于形式，对于病情的诊断、治疗及预后、转归的交代过于简单、格式化，没有个性化体现对异常的辅助结果、入院后新增的诊断、重要的检查治疗措施等普遍缺乏沟通，病情的沟通不透彻、不清晰明了。
5. 仍然存在重度缺陷病历。非患者本人签名的各类同意书缺少授权委托书或者受委托人员的身份证明。

(二) 核心制度的落实

1. 交接班记录不及时、不完整，甚至交接记录空白。
2. 疑难危重病例及死亡病例讨论制度落实不到位。大部分病区今年1至9月份讨论记录本空白甚至缺失。
3. 三级查房记录过于简单，缺乏分析，指导意义不大。对住院病人病史、病情、治疗情况不够深入、全面，对病人管理

存在缺陷，安全意识淡薄。

4. “危急值”报告制度未落实。病程记录中未记载分析，没有上级医师查房记录，没有治疗后的复查、处理记录，诊疗过程中体现不出“危急值”的临床意义，对“危急值”不够重视。

(三) 医院感染管理

医务人员手卫生依从性执行效果不理想，少部分人员还没有掌握标准洗手法。输液室地面及门口可见棉签、输液贴。

(四) 医疗质量监督管理

未有效落实院、科两级质量管理工作。区中医院医疗质量管理委员会未按计划组织定期检查考覈，职能部门未定期下科室进行医疗质量检查。两家区级医院大部分临床科室未开展相应的质控活动，对科室医疗质量未进行有效管理。医疗质量检查、考覈结果未与绩效考覈挂钩。

(一) 提高认识，完善院、科两级质量管理体系。健全院、科两级质量管理组织，院长是医疗安全工作的第一责任人，临床、医技等各科室科主任和护士长是科室质量管理第一责任人，要切实提高对医疗质量工作重要性的认识，强化内部监督管理，充分调动科室管理责任人的积极主动性，将责任分工落实到每一个人。落实院、科两级质量管理制度，做到层级管理，责、权明确，严格考覈，使医院逐步走向规范化、科学化管理的轨道。

(二) 强化质量控制措施，加大督促考覈力度。狠抓医务人员核心制度、“三基三严”及医患沟通等知识培训，做到人人熟悉医疗卫生法律规章制度，人人掌握岗位基础知识、基本理论和基本技能，人人注重医患沟通。严格执行首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、危重患者抢救

制度、手术分级管理制度、术前讨论制度等医疗核心制度，完善病人安全管理、医疗技术准入、不良事件报告、分级护理等规章制度，并抓好贯彻落实。明确各项医疗管理工作目标，制定考覈细则，形成不定期检查和定期考覈的工作机制。

(三)重视医疗质量检查、考覈结果的应用，形成医疗、护理质量持续改进工作机制。制订医疗质量管理考覈和奖惩办法，将医疗质量检查考覈结果与科室、个人的效益考覈、职称聘用、考覈等挂钩，奖优罚劣。

各医院要针对检查中发现的薄弱环节和缺陷，举一反三，认真梳理，深究根源，制定切实可行的整改方案和措施，明确职责分工，落实目标任务，不断提高医疗质量和服务水平，更好地为羣众健康服务。

接到区卫生局关于助产机构医疗质量安全集中清理整顿专项行动实施方案的通知后，本院领导高度重视，组织学习了《中华人民共和国婴保健法》、《中华人民共和国婴保健实施办法》和《广西壮族自治区母婴保健管理办法》；严格按照方案进行了自查自纠。

现将自查自纠结果总结如下：

- 1、有关母婴保健法等法律法规和产科管理相关文件学习情况和相关资料都比较齐全。
- 2、本院有《母婴保健技术服务执业许可证》，无过期不校验的情况。
- 3、我院妇产科人员6名，均有《母婴保健技术考核合格证书》，两名有《医师执业证书》4名有《执业助理医师证书》，其中两名妇产科主治医师。
- 4、按照《自治区卫生厅关于印发医疗保健产科孕产妇和婴儿

安全管理制度（桂卫基妇20xx 58号）》规定，制定了产科衣服服务管理制定：产科安全管理制度、建立爱婴医院产科质量自我评估管理制定、孕产妇安全管理制度、母婴同室安全管理制度、婴儿安全管理制度、终止妊娠制定、弃婴管理制定、胎儿性别鉴定管理制定、产科相关登记制定等，并认真的落实了以上各项制定。

5、根据《卫生行政部门产科及其产科服务机构和人员职责》要求，制定了本院医生，护士的'相关职责。

6、关于新生儿疾病筛查的开展效果不明显，未达到方案规定的筛查率，这项工作必须加强。产筛方面及地贫筛查方面还须加强。

7、认真检查了产房的各项设施，都处于功能状态，急救药品无过期现象，杜绝安全隐患。

8、医疗文书书写方面还存在缺项漏项，书写不够规范的现象，要求医护人员要加强理论学习，力求提高医疗技术水平。

9、产科相关登记，还存在一些漏项，漏登等情况，要认真落实整改。

我们将以这次的清理整顿行动为契机，强化相关的规章制度，防范医疗风险，提高产科管理水平和服务质量，促进本院产科持续健康发展。

20xx年第一季度医疗质量自查报告及整改措施根据医疗机构医疗质量安全整顿活动的要求，我院对重点科室、重点部门进行了全面的检查。现就自查结果及整改意见、措施和具体整改责任落实汇报如下：

（一）我院有健全的安全管理体系，职责明确，责任到人。我们制定了医疗质量及安全管理制度与考核标准，健全完善

了各项医疗管理制度职责。医疗质量管理按照管理方案和考核标准的要求，定期深入科室进行监督检查，督促核心制度的落实，检查结果以质量分的形式与医院绩效考核方案挂钩，有效地促进了医疗质量和医疗安全管理的持续改进。

（二）加强了医疗质量和医疗安全教育，医务人员的安全意识不断提高。

我们通过安全大会的形式，对全员进行质量安全教育，并与各科室有关人员签定安全责任书。加强了法律、法规及规章制度的培训和考核。举办了“医疗质量安全”等培训。安全检查检查结束后，院质量控制科召开会议，认真研究分析检查中发现的问题和纠纷隐患，找出核心问题和整改措施，然后召开科长、护士长、业务骨干会议进行质量讲评，有效促进了医疗质量的提高。

加强三基、三严的培训与考核，按照年初三基培训考核计划，各科室每季度必须考核一次，医务科、护理部每半年必须举办一次全院性的三基考核，参考率、合格率务必达95%以上。

（三）健全了防范医疗事故纠纷、防范非医疗因素引起的意外伤害事件的预案，建立了医疗纠纷防范和处理机制。

（四）护理管理方面

（1）护理管理组织

能够严格按照《护士条例》规定实施护理管理工作，组织护士长及护理人员认真学习了《护士条例》，确保做到知法、守法、依法执业。

（2）护理人力资源管理

每年制定护士在职培训计划，包括三基学习、业务讲座、护

理查房等。按计划认真执行完成。

（3）临床护理管理

树立人性化服务理念，确保将患者知情同意落到实处。对围手术期患者实施术前访视和术后回访，设计了规范的计划。各科室高度重视健康教育工作，制定了健康教育内容。

（五）医院感染管理

（1）建立健全了医院感染管理组织

（2）医院感染控制管理组织的工作职责得到了落实

我院根据实际情况和任务要求，每年制定医院感染管理工作计划，做到组织落实、责任到人。每年召开医院感染管理会议，总结近期医院感染管理工作情况，解决日常工作发现的带有普遍性的问题，布置下一时期的工作重点。

（3）加强了医院感染管理知识的培训，不断提高医护人员的医院感染控制和消毒隔离意识

（4）认真开展了医院感染控制与消毒隔离监测工作，降低了医院感染率，从未发生医院感染爆发流行现象。加强了一次性使用用品的管理。各科室严格执行“一次性使用无菌医疗用品管理办法”，一次性使用医疗、卫生用品由设备科统一购进、储存和发放，“三证”齐全。各科室按需领取，做到先领先用，有效期内使用。一次性使用用品用后，由专人集中回收，禁止重复使用和回流市场。

（一）某些医疗管理制度还有落实不够的地方。

个别医务人员质量安全意识不够高，对首诊医师负责制、病例讨论制度等核心制度有时不能很好的落实，病例讨论还有

应付的情况。患者病情评估制度不健全，对手术病人的风险评估，仅限于术前讨论或术前小结中，还没建立起书面的风险评估制度。

（二）抗菌药物的应用仍存在不合理的想象。

个别医务人员抗菌药物使用不合理，普通感冒也使用抗生素；外科围手术期预防用药不合理，抗生素应用档次过高，时间过长。

（三）住院病历书写中还存在不少问题。

1、病程记录中对修改的医嘱、阳性化验结果缺少分析，查房内容分析少，有的象记流水帐。

2、存在知情同意书漏签字、自费用药未签知情同意书。

一、首先要加强医疗相关法律、法规、规章制度、各级人员职责的培训。我院花大力气进行了制度建设，汇编了各种法律法规、制度及各级人员职责。要认真组织学习《医院工作人员岗位职责》、《医院常用法律法规选编》、《医疗质量与安全手册》，医务人员务必掌握相关法律法规、核心制度、人员职责。20xx年3月份组织一次全员医技、法规、制度、职责等有关知识的考核，成绩记入个人档案。加强医务人员的质量管理基本知识的学习，提高医务人员的质量意识、安全意识与防范意识。

1、医务科要进一步加强质量查房和运行病历检查工作，这项工作

对于提高医疗质量是很好的措施，但是要注重实效，不能流于形式，对查到的问题除了当面讲解以外，对屡犯的一定要通过经济处罚，给予惩戒。

2、要加强三基训练与考核，要不断完善考核办法，严肃考核纪律，注重考核的实效，不能流于形式。科室负责人要重视三基训练，要经常对医务人员讲三基学习的重要性，这对提高医务人员的技术水平至关重要。

3、加强病案质量的管理。

要进一步健全相关制度及病历检查标准，以制定奖惩办法，保证住院病历的及时归档和安全流转。

4、进一步加强医院感染的监控。

要进一步在医院感染病例监测、消毒灭菌效果监测、环境卫生监测等工作上下大功夫，严格执行各项医院感染管理制度，要将工作做细，不能应付。要进一步加大医院感染知识的培训和宣传力度，让每个医务人员都要认识到医院感染控制的重要性，自觉遵守无菌操作技术，做好个人控制环节。发挥科室医院感染控制小组的职责，配合院感办积极开展工作，杜绝医院感染事件的漏报。

5、进一步加强抗菌药物的使用管理。

医疗安全生产自查报告篇八

(一)机构自查情况：单位全称为“昆明汤池医院”□xx性质为民营企业，位于昆明市阳宗海风景区管委会汤池镇；法人代表：高凯宏；主要负责人□xx□具有xx卫生局颁发的《医疗机构执业许可证》，执业许可证号□xx□有效期限至xx年xx月xx日。我院对《医疗机构执业许可证》实行了严格管理，从未进行过涂改、买卖、转让、租借。现有床位xx张，诊疗科目有外科、内科、中医科、妇产科、检验科、影像科；业务用房面积xx平方米。

(二)人员自查情况：我院现有主治医师xx名，住院医

师xx名，主管药剂师xx名，检验师xx名，主管护师xx名，护士xx名，技师(放射)xx名。我院从未多范围注册开展执业活动或非法出具过《医学证明书》；从未使用未取得执业医师资格、护士执业资格的人员或一证多地点注册的医师从事医疗活动，所属医护人员均挂牌上岗，并在大厅内设立了监督栏对外公开。

(三)提高服务质量：按照卫生行政部门的有关规定、标准加强医疗质量管理，实施医疗质量保证方案；定期检查、考核各项规章制度和各级各类人员岗位责任制的执行和落实情况，确保医疗安全和服务质量，不断提高服务水平。

(四)院内交叉感染管理情况：成立有院内交叉感染管理领导小组，由.....等组成，领导小组人员均取得上岗证。经常对有关人员进行教育培训，建立和完善了医疗废物处理管理、院内感染和消毒管理、废物泄漏处理方案等有关规章制度，有专人对医疗废物的来源、种类、数量等进行完整记录，定期对重点科室和部位开展消毒效果监测，配制的消毒液标签标识清晰、完整、规范。

(五)固体医疗废物处理情况：对所有医疗废物进行了分类收集，按规定对污物暂存时间有警示标识，污物容器进行了密闭、防刺，污物暂存处做到了“五防”xx□医疗废物运输转送为专人负责并有签字记录。

(六)一次性使用医疗用品处理情况：所有一次性使用医疗用品用后做到了浸泡消毒、毁型后由医疗垃圾处理站收集，进行无害化消毒、焚化处理，并有详细的医疗废物交接记录，无转卖、赠送等情况。所有操作人员均进行过培训，并具有专用防护设施设备。

(七)疫情管理报告情况：我院建立了严格的疫情管理及上报制度，规定了专人负责疫情管理，疫情登记簿内容完整，疫情报告卡填写规范，疫情报告每月开展一次自查处理，无

漏报或迟报情况发生。

(八)药品管理自查情况：经查我院从未使用过假劣、过期、失效以及违禁药品。

医疗安全生产自查报告篇九

五年前景预测报告

观研天下（北京）信息咨询有限公司

快递服务行业市场调研报告相关问题解答

1、什么是快递服务行业调研

快递服务行业调研是开展一切咨询业务的基石，通过对特定快递服务行业的长期跟踪监测，分析市场需求、供给、经营特性、获取能力、产业链和价值链等多方面的内容，整合快递服务行业、市场、企业、用户等多层面数据和信息资源，为客户提供深度的快递服务行业市场研究报告，以专业的研究方法帮助客户深入的了解快递服务行业，发现投资价值和投资机会，规避经营风险，提高管理和运营能力。

快递服务行业研究是对一个行业整体情况和发展趋势进行分析，包括行业生命周期、行业的市场容量、行业成长空间和盈利空间、行业演变趋势、行业的成功关键因素、进入退出壁垒、上下游关系等。

关于快递服务行业市场调研中主要包含以下几点核心内容

调研企业通过自身营销及庞大互联网市场，掌握市场宏观微观经济，为国内外的企业单位、

2、研究报告使用人群

我公司报告使用者范围较广，包括企事业单位，个人或团体。

3、快递服务行业市场调研报告内容

快递服务行业市场调研报告书主要研究快递服务行业市场经济特性（产能、产量、供需），投资分析（市场现状、市场结构、市场特点等以及区域市场分析）、竞争分析（行业集中度、竞争格局、竞争对手、竞争因素等）、工艺技术的发展状况、进出口分析、渠道分析、产业链分析、替代品和互补品分析、行业的主导驱动因素、政策环境、重点企业分析（经营特色、财务分析、竞争力分析）、商业投资风险分析、市场定位及机会分析、以及相关的策略和建议等。

4、调研方式和数据来源

数据部分来自国家统计数据，海关总署，问卷调查数据，商务部采集数据等数据库。其中宏观经济数据主要来自国家统计局，部分行业统计数据主要来自国家统计局及市场调研数据，企业数据主要来自于国家统计局规模企业统计数据库及证券交易所等，价格数据主要来自于各类市场监测数据库。

中国快递服务市场现状分析及未来五年前景预测报告

第二节行业上下游产业链分析一、产业链模型原理介绍二、行业产业链分析

二、行业附加值的提升空间分析三、行业进入壁垒与退出机制分析

报告来源：观研天下--中国企业发展咨询首站

第三章中国快递服务产业发展环境分析第一节我国宏观经济环境分析

第四章中国快递服务产业运行情况

第三节快递服务行业市场供需情况分析一、行业产能情况分析二、行业产值分析

三、行业产量统计与分析四、行业需求量分析

第四节行业发展趋势分析

第四节行业竞争力优势分析