

# 2023年毅力的论点 财务如何培养毅力心得体会(优质6篇)

围绕工作中的某一方面或某一问题进行的专门性总结，总结某一方面的成绩、经验。总结书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇总结呢？下面是小编为大家带来的总结书优秀范文，希望大家可以喜欢。

## 安全质量管理工作总结篇一

综采预备队在九月份的安全生产中，认真按照矿党政有关的要求不断加强职工安全教育，强化安全质量管理，狠抓措施落实和问题整改，形成了以质量保安全，以安全促生产的良好局面，使九月份的整体工作有了较大的提高。现将九月份主要工作简介如下：

九月份我们积极利用各种形式，在全队开展岗位工种事故案例教育、手指口述、应急预案演练。还利用周一安全日活动组织员工观看事故案例，使职工从事故中吸取教训，举一反三从思想上提高对安全工作的深刻认识，使安全警钟长鸣。强化安全知识学习，着重对三大规程，煤矿安全法律法规、三违界定标准进行了系统的学习，使职工对安全工作有了深刻的认识，进一步提高了职工的整体安全素质。突出教育重点，特别是加强了“薄弱人员”排查，做到提前排查、超前预防，把事故消灭在萌芽之中。同时，加大了对“三违”人员的帮教措施，并由区队和“三违”人员签订了安全协议使“三违”人员切实能够从思想上提高认识，树立安全第一的思想，从根本上消除了安全问题的出现，筑牢了安全防线。

我队严格执行副队长跟班制和“三大员”跟班制，具体协调和监督现场各项安全生产工作。为促进员工在安全工作的主动性和自觉性，我队先后制定和完善了《综采预备队交接班

制度》、《管理人员跟班制度》、《隐患排查制度》、《三违帮教制度》，还根据工作面的实际情况制定了《工程质量验收标准》，充实完善了员工学习培训、安全生产管理等三十多项规则制度，并汇编成册。其次，根据区队发展实际，重新制定完善了新的《综采预备队安全质量奖罚制度》，充分调动员工学技术、学业务、自觉搞好安全质量的积极性。

为确保区队安全生产，力创精品工作面，我们及时落实各项安全质量责任制，使每个干部职工明确自己工作的安全责任。对工作面整个区域进行分片、分班挂牌管理，重点加强对“四个薄弱”的排查，切实做到超前防范，有章可依，有章必依，区队有章可循，执章必严。加大班组现场安全质量管理力度，要求班长同时出勤2人，全面负责现场安全质量生产管理，隐患整改；区队干部坚持跟班盯岗，与职工同上同下，严抓“三违”，细排隐患；强化监督检查，认真落实各项规章制度和各级安全岗位责任制，分析安全重点，制定整改措施，处理安全问题，消除人的不安全因素和物的不安全状态。

严格现场交接班制度，并要求安全质量验收员把好验收关，严格落实奖惩标准，确保不出事故。为迎接“精品现场会”的召开，预备队结合工作面现场实际，对两端头支护，工作面“三直、两平、两畅通”、两巷外围文明生产进行了重点整治，严把“毫米关”真正做到“全方位、无死角”。不断健全完善了质量标准化考核标准和奖惩制度，及时研究解决质量标准化建设中存在的问题，严格落实检查考核和奖惩办法。从严从细加强管理，上标准岗，干标准活，严格安全质量流程控制。

为确保工作面煤质达到要求，预备队根据新安煤矿煤质管理的有关要求，制定了《综采预备队煤质管理实施方案》。严格控制放煤质量，验收员严格按标准验收，确保“精采细放”，严禁脏、杂、次物进入煤流。为降低煤炭的含水量，还重点要求合理使用好各转载点的'喷雾设施，严格执行“开

水开机、停机停水”制度，使工作面的煤质有了一个较大的提高，燃烧值达到5000卡以上。

兄弟单位的先进经验和做法，及时整改不足，夯实安全基础，扎牢基层，发扬严、勤、细、实的工作作风，把安全工作做到实处，确保预备队安全生产持续健康稳定发展。

针对9月份的各项安全质量工作存在的不足和差距，在十月份还要重点加强以下几项工作：

## 安全质量管理工作总结篇二

为进一步提高本病区护理质量与安全管理工作质量，现将20xx年度上半年护理质量与安全管理工作进行总结。

1、护理质量管理实行护理部——病区两级质控标准，在上级领导指导下，

科室质量与安全管理工作小组依照质控标准，结合本科室的实际情况进行全面质控。以便及时发现工作中的问题，及时改进，持续提高护理质量。

2、做好科室护理人员的相关培训，针对薄弱环节，做好重点督促检查工

作。学习医院有关手术室护理质量与安全管理工作的相关规章制度。

手术室护理质量与安全主要从手术室消毒与隔离、病人安全、护理服务、医疗急救物品、药品、设备完好管理、护理文书、标本管理等方面进行质控。发现问题，分析原因，提出整改措施，进行总结分析。并定期向有关部门汇报质控小组活动情况。

上半年存在的主要问题有：

- 1、护理文书书写欠认真，相关工作记录本个别护理人员字迹潦草。
- 2、药品管理交接有时流于形式，未认真检查。
- 3、劳动纪律有时松散，出现个别人员早会迟到现象
- 4、病理标本管理不规范。
- 5、重点环节之间交接衔接不紧凑，个别急症病人未佩戴腕带。

医护协作沟通欠缺确界定流程马虎协作责任心

- 1、加强对急救药品、物品、设备的管理，严格仔细交接班，定位放置。
- 2、抽查核心制度落实情况。
- 3、加强培训学习。无菌操作、院感、安全制度等方面的学习。
- 4、加强工作责任心的锻炼，加大对低年资护士的培养力度。
- 5、护士长加大检查力度，奖惩举措。

## 安全质量管理工作总结篇三

时光如流水般匆匆流动，一段时间的工作已经结束了，回顾这段时间的'工作，一定有许多艰难困苦，这也意味着，又要准备开始写工作总结了。我们该怎么去写工作总结呢？下面是小编为大家收集的护理质量与安全管理工作总结，仅供参考，希望能够帮助到大家。

1、 护理质量管理实行护理部——病区两级质控标准，在上级领导指导下，

科室质量与安全小组依照质控标准，结合本科室的实际情况进行全面质控。以便及时发现工作中的问题，及时改进，持续提高护理质量。

2、 做好科室护理人员的相关培训，针对薄弱环节，做好重点督促检查工

作。学习医院有关手术室护理质量与安全管理的规章制度。

手术室护理质量与安全主要从手术室消毒与隔离、病人安全、护理服务、医疗急救物品、药品、设备完好管理、护理文书、标本管理等方面进行质控。发现问题，分析原因，提出整改措施，进行总结分析。并定期向有关部门汇报质控小组活动情况。

上半年存在的主要问题有：

1、 护理文书书写欠认真，相关工作记录本个别护理人员字迹潦草。

2、 药品管理交接有时流于形式，未认真检查。

3、 劳动纪律有时松散，出现个别人员早会迟到现象

4、 病理标本管理不规范。

5、 重点环节之间交接衔接不紧凑，个别急症病人未佩戴腕带。

医护协作沟通欠缺 确界定流程 马虎 协作 责任心

#### 四、 整改措施：

- 1、加强对急救药品、物品、设备的管理，严格仔细交接班，定位放置。
- 2、抽查核心制度落实情况。
- 3、加强培训学习。无菌操作、院感、安全制度等方面的学习。
- 4、加强工作责任心的锻炼，加大对低年资护士的培养力度。
- 5、护士长加大检查力度，奖惩举措。

## 安全质量管理工作总结篇四

### 科室质量与安全管理小组工作计划

一、加强学习、提高认识、认真履行职责、提高质量与安全意识。

全科医护人员要加强学习，深刻领会《医疗事故处理条例》精神，熟悉与医疗行业有关的法律、法规，增强法律意识、安全意识和自我保护意识。自觉认真履行岗位职责，要经常性地进⚔质量管理教育，提高全员质量管理意识，牢固树立“质量与安全第一”的观点。

二、强化风险管理，提高风险意识，做到警钟长鸣。

要逐步强化科室的风险管理，成立医疗护理质量风险基金。通过风险管理，强化医务人员的医疗安全意识，有效调动医护人员的积极性和责任心，促进科室采取有效措施加强管理，防范和处理医疗纠纷、差错及事故。要经常组织典型案例进行讨论，做到警钟长鸣，在保障病人安全的同时加强自我保

护。

三、完善科室医疗质量与安全体系建设，发挥科室的监督作用。

完善医疗、护理质量管理委员会，科室质量管理小组两级体系的建设，加强对医疗、护理、药事、输血、院感的质控工作。定期组织检查，及时将检查情况反馈，同时检查结果与岗位工资、奖金发放挂钩，持续改进医疗质量。充分发挥科室质量体系的监督作用，及时发现问题，提出整改措施，保障安全措施与医院发展相适应和配套。组织要定期召开医疗质量管理会议，将安全生产纳入会议主要议程。

四、坚持以病人为中心，认真落实执行各项医疗规章制度。

临床工作要坚持以病人为中心，做到对病人骂不还口，打不还手，为病人提供温馨、细致、耐心的服务。同时要认真落实执行各项医疗核心制度，如：首诊、首问医生负责制、三级查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、死亡病例讨论制度、病案书写基本规范与管理制度、技术准入制度、查对制度、分级护理制度、医嘱制度、交接-班制度、医患沟通制度等。通过落实制度，始终把医疗质量、医疗安全放在医院管理的核心。

五、加强“三基三严”训练，不断提高医护技术质量。

加强医务人员的业务训练，重点是“三基三严”训练，即基本知识、基本理论、基本技能，严肃的态度、严格的要求、严密的方法，加强临床能力的培训，不断提高医护技术质量。

六、重视医疗文件的内在质量与安全。

医疗文件是医护人员临床思维的凭证是诊疗过程中的原始记录有很强的书证作用，在医疗纠纷中是进行技术鉴定、司法

鉴定、判明是非、分清责任的依据。同时医学模式的改变对医疗文件的书写内容提出了新的要求，加强医疗文书的内在质量管理避免医疗纠纷的发生。

## 七、正确对待家属同意治疗意见的签字。

《知情同意书》的签订实际上是双向性的，一方面是使患者理解临床医学的风险，另一方面医生要针对这些风险，做好充分的'防范措施和一旦发生意外的应急补救措施。家属签订同意书是理解可能发生的危险，但决不是容忍医护人员因失误所发生的意外，医护人员必须保持头脑清醒，正确对待家属对治疗操作同意的签字，在治疗中要精益求精，尽可能避免发生意外。临床医生在选择治疗方式、方法、药物、护理措施的同时，要对家属讲清利弊，充分征求意见，尊重患者或家属对治疗方法的选择权。

## 八、严格科室技术准入，加强医疗质量考核。

医护办要加强对临床科室开展的新技术、新项目进行严格的可行性研究、审核及风险评估，严把医疗技术准入关。同时，要加强对各临床科室进行每月或季度的质量考核，发现事故苗头及时进行堵截，以确保患者在医院能得到安全有效的医疗服务。

## 医疗科室质量和安全管理小组管理制度及持续改进制度#e#

医疗质量是科室管理的核心内容和永恒的主题，科室必须把医疗质量放在首位，质量管理是不断完善、持续改进的过程，要纳入科室的各项工作。

并应当具备相应的质量管理与分析技能。

科室质量管理组织要根据医院有关要求和科室医疗工作的实际，建立切实可行的质量管理方案。医疗质量管理与持续改



进是全面、系统的工作，能监督日常医疗质量管理及质量的危机管理。质量管理方案的主要内容包括：建立质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈，加强医疗质量关键环节、重要岗位的管理。

健全医院规章制度和人员岗位责任制度，严格落实医疗质量和医疗核心制度。核心制度包括：首诊负责制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、病例讨论制度、查对制度、报告书写基本规范与管理制度、交接-班制度、技术准入制度、医患沟通制度。

加强科室人员质量和安全教育，牢固树立质量和安全意识，提高科室人员质量管理与改进的意识和参与能力，严格执行医疗技术操作规范和常规。

科室人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

质量管理工作有文字记录，并由质量管理组织形成报告，定期逐级上报。

通过检查、分析、评价、反馈等措施‘持续改进医疗质量，将质量与安全的评价结果纳入对员工的绩效评价。

建立与完善医疗质量管理实行责任追究的制度，

形成医疗质量管理可追溯与质量危机预警管理的运行制度。

加强基础质量、环节质量、和终末质量管理。

针对质量管理持续改进为目标的不良事件报告系统，

## **安全质量管理工作总结篇五**

为加强医疗质量控制体系建设，促进医疗质量规范化、标准

化管理，建立和完善我省医疗安全质量控制长效机制，提高医疗质量，保障人民群众身体健康，分期建设省级医疗质量控制中心(下称xxx质控中心xxx)制定本计划。

按照xxx国家中医药管理局xxx以病人为中心，以提高医疗质量为主题xxx的医院管理年活动要求，加强医疗质量管理，健全医疗质量控制体系，保证医疗安全，提高医疗质量，保障人民身体健康。

(一)省卫生厅全面负责省医疗质量控制工作，统筹协调全省医疗质量控制活动;广东省医院协会受省卫生厅委托，承担日常管理工作。

省卫生厅负责质控中心的规划、协调和管理，组织质控中心拟订专业性医疗质量控制标准，建立评价体系和质量信息体系，统筹协调质控中心的质控活动。

省卫生厅加强对全省三级医院的医疗质量控制，重点是省、部属医院;各市按照全省医疗质量要求，参照省级医疗质量控制中心建设实施办法，结合当地实际，组织实施本辖区的医疗质量控制工作。

广东省医院协会受省卫生厅委托，受理申报材料，收集、汇总质控信息，分析全省医疗质量控制工作状况，提出改进意见和建议。

(二)根据医疗质量管理的需要，按不同专业分科或专业技术设置专科质控中心，省卫生厅根据我省医疗质量控制工作进展情况，不定期公布计划建设的专科或专业质控中心名称。

(三)质控中心挂靠单位条件:

(四)专业质控中心在省卫生厅的组织领导下，履行下列职责:

6. 建立相关专业的信息资料数据库，加强有关专业的信息收集、整理与分析；

7. 充分发挥本专业专家的技术指导作用；

8. 承担省卫生厅委托的其他医疗质量管理任务。

(五)质控中心设主任1人，副主任2-3人，秘书1-2人；质控中心设专家组，成员7-10人，专职、兼职均可，质控中心专家组成员包括医院管理和临床医学专家，原则上由相关专业的国家、省级学会(分会/组)的委员组成。

(六)质控中心实行主任负责制，组织架构由省卫生厅确认。

根据全省医疗质量控制中心建设规划与年度公布专项建设计划，符合条件单位可向省卫生行政部门申请。申请单位必须提交以下材料：

(一)《广东省医疗质量控制中心建设申请表》(附件1)；

(二)可行性报告，内容包括单位基本情况、专业优势、工作设想；

## 安全质量管理工作总结篇六

(一)医疗制度、医疗技术

1. 重点抓好医疗核心制度的落实：首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难危重病例、讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、分级护理制度、死亡病例讨论制度、交制度、病历书写规范、查对制度、抗菌药物分级管理制度、知情同意谈话制度等。

2. 加强医疗质量关键环节的管理。

3. 加强全员质量和安全教育，牢固树立质量和安全意识，提高全员质量管理与改进的意识和参与能力，严格执行医疗技术操作规范和常规。

4. 加强全员培训，医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

## (二) 病历书写

1. 《病历书写规范》的再学习和再领会，《住院病历质量检查评分表》讲解和学习；

2. 病历书写中的及时性和完整性，字迹的清楚性；

3. 体检的全面性和准确性；

4. 上级医生查房的及时性和记录内容的规范性；

8. 归档病历是否及时上交，项目是否完整；

## (三) 护理及医院感染管理

1. 各班职责落实情况；

2. 基础护理符合率及并发症发生率；

3. 专科护理到位情况；

4. 病房管理情况：是否安静、整洁、舒适、安全；

5. 护理文书书写的规范性；

6. 急救药品、器械的管理；

7. 医院感染突发事件应急处理能力；

8. 医院感染散发病历报告落实情况；
9. 清洁、消毒、灭菌执行情况；
10. 手卫生与自身防护落实；
11. 抗菌药物合理使用；
12. 一次性无菌物品是否按规范使用；
13. 多重耐药菌的预防与控制；
14. 医疗废物的管理；
15. 加强医院感染预防与控制的各项工。

1. 严格遵守医疗卫生管理的法律、法规、规章、诊疗操作规范和常规，加强对科室

的质量管理、检查、评价、监督。

3. 认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，建立病历环节质量的监控、评价、反馈，每本病历均由住院医师、副主任医师、科主任三级进行质控，每周科室医疗质量管理小组进行质量检查一次，每月科室医疗质量管理小组对科室医疗质量情况进行一次全面的分析、评估，半年总结一次，检查处理情况及时进行通报。

4. 每月组织进行“三基”培训，每季度组织技能操作考核。

质量检查，查出缺陷及时反馈及改正。

6. 提高科室业务学习的质量，保证业务学习的数量。每月进行业务学习一次，疑难病例讨论两次。

## 安全质量管理工作总结篇七

20xx年是我们xx市xxxx医院创建三级甲等医院重要的一年。一年中，我们对于医疗质量与安全的认识与体会有了一个全面、崭新，更加深刻的领会，总结神经内科在20xx年医疗质量与安全方面的工作如下：

，对20xx年1月至12月的工作重点有统筹安排，具体工作落实到人、责任到人，对执行各项核心制度的落实情况进行定期或不定期检查，提出相应整改措施。在医院各相关职能部门的领导下，在工作中不断学习，完善了医患沟通制度（包括入院后首次沟通、出院前医患沟通、病情变化随时沟通），对住院超过30天的患者进行病情评估，制定神经内科临床诊疗指南、操作规范、操作流程，完善科内药事管理（尤其对抗菌素的管理），多重耐药的监管，单病种及临床路径管理及流程，建立及完善科内投诉机制，顺利通过优质护理服务的验收工作。

。在20xx年以前，我科医疗病例质量的监管主要为定期或不定期抽查病历，在架病历为主，检查结果记录在病历质量自查登记本上，发现问题在晨会上提出，以达到共同改进及提高。20xx年以后，我们根据医务科分别下发的新的住院病历质量评分标准，为科内病例质量进行评分。一年中，共抽查在架病历100余份，无乙级及丙级病历的出现。共检查20xx年1月至6月归档病历577份，发现三级医师查房制度有落实，但落实不到位，病历中存在涂改，医患沟通未签字，病程记录书写质量不高。如对病情发展变化、预后、鉴别诊断过少等共性问题，并在20xx年7月以后逐步整改。

。根据我科情况，为达到医院下达的相关目标，我们严格执行抗菌药物的分级管理，多次组织科内学习考核，严格执行抗菌素的使用适用症，我科圆满完成医院下达的目标即抗菌素使用强度在20ddd以下。一年来在，我科的抗菌素使用强

度在9-12ddd值，严格执行限制级使用抗菌素的规范及流程。使用特殊级抗菌素都根据药敏结果选择用药，并在使用前申请药剂科组织会诊。但因对该项工作理解不到位，有一例病例未申请会诊，仅根据药敏结果选择用药。在一年中，神经内科住院部均对出院患者使用抗菌药物进行登记（包括剂量、剂型、用法）。对门诊使用抗菌药物进行每日统计总人数，门诊使用抗菌药物患者少于20%。

以上工作中存在在抗菌药物使用前未能及时送微生物检查，分析原因主要在于入院后患者即存在感染，送检可能影响及延误患者诊治时机。

。自20xx年7月以来制定了三基三严培训计划，制定培训标准，并在科内培训了徒手心肺复苏流程、腰穿流程、体格检查的评分标准。

。至目前为止我科共有急性脑梗塞、病毒性脑炎、癫痫持续状态三个病种纳入单病种与临床路径的管理。总结20xx年，我科共有91例急性脑梗塞，入组单病种管理，平均住院费用14100元，平均住院天数14.2天。病毒性脑炎7例患者入组临床路径管理，癫痫持续状态0例。总结以上数据，癫痫持续状态、病毒性脑炎入组少。单病种网络直报数量少，与我科电脑安装仅三月且我科医师对网络直报重视不够所导致。

□20xx年我科共接收实习医生72人，其中全科医师转岗培训4人□xx医专2人□xx医学院1人□xx中医学院34人□xx医专31人。共组织科内授课16次，内容为神经系统体格检查、神经系统解剖，脑出血、脑梗塞、蛛网膜下腔出血、癫痫的诊断治疗。

□20xx年6月以来，科内开展及参与院内关于手卫生、院感、多重耐药的相关知识培训多次，目前为止已在科内自查一次，手卫生及相关知识、多重耐药的考核已达标。

□20xx年我科认真组织参与院内输血知识培训一次，科内共同

学习近10次，认真学习输血适应症，认真完成输血申请单的填写，输血前后评估及输血医嘱的执行□20xx年我科共有两名患者输自体血，经自查输血病历评分在90分以上。

。我科一直坚持疑难病历讨论、危重病例讨论、死亡病例讨论，今年建立和完善住院超过30天评估及讨论制度□20xx年我科共有死亡病例1人，科内组织讨论并记录。疑难病例讨论五次，危重病例讨论1例，住院超过30天患者70人，严格按照病例讨论制度及时书写并进行记录。其中填写住院超过30天上报表10份。

。自20xx年5月以来，共接危急值报告36次，经医院及科室自查□20xx年7月22日漏登记一次，该危急值为患者李花相（236417）血培养检出g+阳性菌，已在科内进行学习，并对当事人进行处罚，已制定整改措施。

。住院患者移交登记本共转入患者51名（自20xx年6月21日开始登记起□□20xx年我科共报告多重耐药菌（二类）1例，为痰培养检出克雷柏菌，已采取床旁隔离，仪器专用，严格手卫生等相应措施。目前该患者好转入院。

。自20xx年5月以来，共有2例非计划重返，赵国书（245318）诊断脑梗塞恢复期，出院8天后重返，重返的原因为患者希望肢体功能恢复更好一些，血管疾病未再发。肖怀学诊断颅内多发占位性病变（脑转移瘤？），患者到xx诊治，但上级部门无病床故而重返。

。其中由护理人员随访70余例，由医生随访患者15例，目前我科医师随访例数较少，分析原因主要是：随访意识缺乏，部分随访患者有漏登记情况。目前我科已配置一台公用手机，要进一步加强和落实出院患者随访制度。

20xx年我科共上报不良事件14例，其中水电不良事件1例，墙



体污染1例，护理不良事件3例，药品不良事件9例，分析原因主要有：高危患者发生坠床、跌倒事件。药品不良事件涉及到的药品有：卡马西平、氨必仙、阿莫西林氟氯西林、头孢美唑等，分析主要为药品的副作用，发生的主要症状有：皮疹、皮肤发痒、消化道不良反应，停药后给予抗过敏治疗均痊愈。

□20xx年我科共有2例患者投诉□20xx年9月4日患者xxx家属投诉出院所带针水错误，我科采取自查落实情况，上报至护理部及医务科。落实情况后对当事人进行批评教育及处罚□20xx年10月7日患者xxx投诉血压控制不满意、脑梗塞病灶未消失、咳嗽未好转，科内组织全组医师查房，分析原因，调整治疗方案，并向患者解释梗塞病灶不可能消失，请呼吸科xxx主任会诊，协助诊治呼吸系统病变，以后患者好转出院。

总结以上情况，我们在20xx年工作中，病床数量明显增多，工作量增加的情况下，医疗质量控制方面在院领导及相关科室的领导下，通过全体医护人员的共同努力，做了大量的工作。但总结起来，有许多方面落实不到位，细节方面还有很多欠缺，比如核心制度的知晓率及相关制度落实仍需进一步努力，下一年争取在出院患者随访单病种管理、手卫生、医嘱点评、病例质量监管方面做更多的工作，力争使我科医疗质量更上一个台阶。