

湖北省临床检验中心文件

鄂临检发〔2018〕13号

湖北省临床检验中心关于转发 《省卫生计生委2018年部省属医疗机构 依法执业随机抽查情况》的通知

各有关部省属医疗机构：

现将省卫生计生委《2018年部省属医疗机构依法执业随机抽查情况》（鄂卫生计生函〔2018〕106号）转发给你们，请各单位针对涉及到的临床检验相关问题进行限期整改。

根据《省人民政府办公厅关于公布省级随机抽查事项清单的通知》（鄂政办发〔2016〕106号）要求，为进一步强化部省属医疗机构依法执业意识，2018年4月10日—26日，省卫生计生委对13家部省属医疗机构开展了“双随机一公开”专项执法检查，并将检查情况及处理意见进行了通报。根据

通报情况，其中有包括湖北省第三人民医院、湖北省妇幼保健院、华中科技大学同济医院附属梨园医院、武汉科技大学天佑医院、湖北省直属机关医院、湖北省荣军医院等6家医院存在涉检验质控、血液质控、实验室建设、机构资质、人员培训等几类临床检验相关问题。

为落实省卫生计生委专项整改的要求，加强医疗机构临床检验管理，各有关医疗机构应高度重视。一是根据省卫计委的要求迅速进行专项整改、落实到位。二是省临床检验中心将成立两个督导检查组，于7月16日至20日之间对问题整改的情况进行复查。三是全省各医疗机构应以此次专项检查为契机，进一步加强实验室管理。

附件：省卫生计生委2018年部省属医疗机构依法执业
随机抽查情况



湖北省卫生和计划生育委员会

委财务处、政法处、疾控处、医政医管处、妇幼处、药政处、中医药管理局、家庭发展处、科教处、血管中心、公立医院管理中心，省卫生计生委综合监督局，省临床检验中心：

上半年，我委对部省属医疗机构开展了依法执业“双随机一公开”专项执法检查，现将有关情况通报给各处室（单位）：

（一）请各处室（单位）结合检查情况加强日常业务管理；

（二）下一步拟在委门户网站向社会公示此次随机检查结果，请各处室（单位）在《2018年部省属医疗机构随机抽查问题清单》的基础上提出拟公示的问题清单，《问题清单（公示板）》花脸稿于2018年7月13日前反馈委综合监督处。

联系人：徐晶 A515 （027-87305044）



2018 年部省属医疗机构依法执业随机抽查情况

根据《省人民政府办公厅关于公布省级随机抽查事项清单的通知》（鄂政办发〔2016〕106 号）要求，为进一步强化部省属医疗机构依法执业意识，2018 年 4 月 10 日—26 日，省卫生计生委对部省属医疗机构开展了“双随机一公开”专项执法检查，现将检查情况及处理意见通报如下。

一、检查情况

此次检查随机抽取 13 家部省属医院作为检查对象，随机抽取监督执法人员 60 名，组成 4 个检查组每家医院利用两天时间完成现场检查任务。检查内容包括医疗质量、医疗收费、医院及人员资质、传染病防控、放射防护、计生、改善医疗服务质量等七个方面。同时首次引入改善医疗服务质量的内容，邀请行风监督、媒体监督等多个领域的专家担任社会监督员，全程参与到综合检查中。共检查医院 13 家，各类病历 946 份，门诊处方 2078 份；查看卫生技术人员资质 3730 人；检查内科、外科、妇产科等共 316 个点位。共发现问题 374 条（见附件），提出整改意见和合理化建议 298 条，下达卫生监督意见书 13 份。

二、处理结果

（一）责令限期整改（13 家）

1、华中科技大学同济医学院附属同济医院

- 2、华中科技大学同济医学院附属协和医院
- 3、湖北省人民医院
- 4、武汉大学中南医院
- 5、湖北省中医医院
- 6、湖北省肿瘤医院
- 7、武汉大学口腔医院
- 8、华中科技大学同济医学院附属梨园医院
- 9、湖北省第三人民医院
- 10、湖北省妇幼保健院
- 11、武汉科技大学附属天佑医院
- 12、湖北省荣军医院
- 13、湖北省直机关医院

以上机构应当按照《卫生监督意见书》的要求逐项整改，并向省卫生计生委报告整改情况，省卫生计生委综合监督局负责对整改情况进行复查和督办。

（二）立案查处（1家）

湖北省荣军医院

上述医疗机构在检查中发现存在违法违规事实，由按照属地管理原则，由医疗机构所在地卫生计生监督执法机构立案，并依法实施行政处罚。

附件：2018年部省属医疗机构随机抽查问题清单

附件

2018 年部省属医疗机构随机抽查问题清单

序号	单位	问题清单	处理意见
1	湖北省第三人民医院	<p>（一）依法执业方面</p> <p>1、血液透析室目前实际运行 25 台血液透析机，《医疗机构执业许可证》上只审批 11 台。口腔科实际配备 20 台牙椅，《医疗机构许可证》上只核准了 17 台。</p> <p>2、《医疗机构执业许可证》中核准有一级诊疗科目医疗美容科，未见医疗美容二级诊疗科目核准。所有开展的美容项目没有向登记机关备案。</p> <p>3、药学专业技术人员占卫生专业技术人员比例 4.2%，未达到 8% 的要求。</p> <p>4、医疗美容科陈立医师未取得美容主诊医师资格，在门诊病历上单独签字，没有主诊医师冠签。放射科规陪人员郭诗颖在病案号 687929 的病历中出具放射诊断报告。</p> <p>5、电子处方栏无医师电子签名（未同时打印纸质处方）、审核、核对无药事人员签名。未使用条码管理、未使用处方电子签名。</p> <p>6、临时医嘱、长期医嘱同样处方同时开具。</p> <p>7、美容病历首页缺少主治医师签字，缺少主治医师进行病历质量控制。</p> <p>（二）传染病防控方面</p> <p>8、产科接种第一类疫苗乙肝疫苗和卡介苗，未在接种场所显著位置公示国家要求的接种品种和方法等相关内容。</p> <p>9、血透室收治有乙肝，丙肝，梅毒病人，均集中在 B 区、C 区、M 区，B 区、C 区设在一个房间，未分别分区隔离。</p> <p>10、病原微生物实验室使用后的病原菌培养基等高风险废物未高压灭菌前，违反规定放在微生物实验室门外的医疗废物专用桶内等待处理。</p> <p>（三）放射防护方面</p> <p>11、10 名放射工作人员（其中，放射科 1 人、疼痛科 2 人、神经外科 7 人）未取得《放射工作人员证》。</p> <p>12、肿瘤科放疗治疗室陀螺刀的性能巡检记录报告无检测结论和建议，检测日期前后不一致。</p> <p>13、体检中心职业病健康体检部门未配备放射性职业病主诊医师。</p> <p>（四）计生管理方面</p> <p>14、你院法人代表未签订《禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和 选择性别的人工终止妊娠责任书》。B 超、妇产科相关医务人员签订《禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和 选择性别的人工终止妊娠承诺书》的时间为 2012 年。医院法人代表和妇产科科室主任已经变动，《禁</p>	限期改正

止非医学需要的胎儿性别鉴定和 选择性别的人工终止妊娠责任书》、《禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和 选择性别的人工终止妊娠承诺书》相应内容未及时更新。

15、终止妊娠的药品和其他药品混放，未实施专柜管理。

16、孕妇B超报告单上有一名文员和一名医生签字，未落实医生双签制度。

(五) 物价收费方面

17、存在无医嘱收费问题。如“静脉输液注射”（病案号 691589、687689）、组织多普勒显像（TDI）（病案号 689319、687489、690489、689229）

18、存在重复收费问题。如麻醉中监测（病案号 691589）经尿道膀胱碎石取石术激光加收（病案号 691589）。

19、存在未提供服务收费问题。如膀胱镜使用费（病案号 691589）、二级护理多收六天（病案号 687689）、腰椎 CT 多记一个部位（病案号 690529）。

20、存在提高标准收费问题。如同一切口的两个手术次要手术未按 60%收取（病案号 690529、688286）。

(六) 医疗质量方面

◆临床诊疗：

21、病历项目填写不完整。如病案号 664039：输血治疗同意书中，输血目的及成分为空白。病案号 688210：术后送病理检查，出院记录病检一栏未填写。住院号 687328：死亡病历讨论记录，主持人未签名。

22、病情诊断记录与实际不符。如病案号 690391：病案首页诊断肺恶性肿瘤，出院医嘱外院继续化疗，出院转归为：“治愈”。病案号 689509：3月6日检查异常结果有描述，病中对病情无分析；住院号 694135：心电图异常未记录未分析。

23、遵守病人知情同意的规定不严谨。如病案号 693060：出院患者提前离院同意书，仅有家属签字，但无授权委托同意书。

◆护理质量：

24、普外科护士站内 10%氯化钾与 10%氯化钠（名称听似药品）放置位置较近，存在安全隐患。

25、消化科床位数 55 张，护士数 18 人，床护比达不到 1:0.6 的标准。

◆药学管理：

26、药房布局不合理，未按照标准设置阴凉库、阴凉柜，不能满足特殊药品的保存条件。

27、使用药品与病情指征不符。如病案号 691359：诊断为右肾积水伴右肾输尿管上段结石，使用辅酶 Q10 属无指征用药。

28、美容科肉毒素存储柜未上锁，没有执行双锁及相关登记制度

◆输血管理：

29、存在无指征输血问题。如病案号 680407：输血前 PT、APTT 正常，申请输注 400ml 血浆，无相应输血指征。

◆临床检验：

30、实验室建筑面积小于 500 平方米的最低标准，未按照业务需求分为主要业务功能区、辅助功能区、管理区。

	<p>31、PCR 室未按照要求分为试剂准备区、标本制备区和 PCR 扩增检测区。</p> <p>◆血透管理：</p> <p>32、技术规范及规章制度不完善，缺应急加班制度，缺部分机型操作规范。</p> <p>33、血透室标识的清洁区和污染区有混杂，有部分无菌物品存放在污染区。</p> <p>34、水处理间使用面积小于水处理机占地面积的 1.5 倍。</p> <p>35、血透质控有待提高，如血浆白蛋白检查率和达标率偏低。</p> <p>（七）医疗服务方面</p> <p>36、公共设施维护不及时、不到位。如部分楼层楼道灯，部分卫生间水龙头损坏。</p> <p>37、有关制度落实不到位。六名工作人员未佩戴工牌、一室一医一患制度未严格执行。</p> <p>38、没有开展患者对接受医疗服务进行即时满意度评价。</p> <p>39、投诉电话 83743409 回复不及时。</p>	
2	<p>（一）依法执业方面</p> <p>1. 名称与标识管理不规范。门诊二号楼面对解放大道方向楼体外侧悬挂有“儿童医院”标识，医院大门方向解放大道对面楼体外侧悬挂有“同济医院生殖医学中心”标识，与《医疗机构执业许可证》上核准名称不一致。</p> <p>2. 医疗机构相关证件管理不规范。《母婴保健技术服务执业许可证》产前诊断项目有效期至 2018 年 2 月 27 日，已过有效期，未及时申请办理延续手续。《医疗机构执业许可证》中核准有一级诊疗科目医疗美容科，未见医疗美容二级诊疗科目核准。</p> <p>3. 药学专业人员配备比例不足。药学专业人员配备占全院所有卫生技术人员的 5%，未达到 8%的要求。</p> <p>4. 医疗卫生人员管理不规范。外籍医师来你院短期行医，在医务处有申请表留存，但未见注册后的《外国医师短期行医许可证》留档资料。两名从事医疗美容激光操作的人员罗欢、余婉莹不能出示医疗卫生人员相关资质，涉嫌非法行医。</p> <p>（二）传染病防控</p> <p>5. 血液透析治疗室建筑布局不符合规定。血透室水处理间使用面积小于水处理机占地面积的 1.5 倍。血液透析室收治有乙肝、丙肝、梅毒病人，均集中在 A 区 1-6 床透析，未分别分区隔离。</p> <p>6. 口腔治疗中心操作记录本登记不全。口腔治疗中心压力灭菌生物和化学指示剂监测结果登记本只有操作者签名没有检查者签名。</p> <p>7. 病原微生物实验室工作人员防护服直接悬挂在试验区的走廊墙壁上。</p> <p>8. 病原微生物实验室与检验专业研究生的实验室在一起，中间无任何物理屏障。</p> <p>（三）放射防护</p> <p>9. 核医学放射诊疗室配备了个人防护用品，但进行操作的工作人员未按照规定使用。</p> <p>（四）计生管理</p> <p>10. 门诊妇产科 B 超室的医疗文书登记项目不全。门诊妇产科 B 超室的《武汉市孕妇 B 超检查实名登记簿》中孕妇 B 超检查项目普遍无孕</p>	限期改正

	<p>周和医师签名，个别医师签订的“两非”责任书没有日期。</p> <p>11. 出生婴儿信息未按照规定及时上报。2018年4月9日有一例出生婴儿信息超过24小时，属于迟报。</p> <p>(五) 医疗质量</p> <p>12. 开展特殊诊疗活动时对患者不能完全遵循知情同意原则。如病案号1007266967-3，放射科介入检查治疗谈话中无患者或代理人签名。</p> <p>13. 手术分级审批申报资料不全。程浩、曾恒的医师手术资质申请表中，科室意见栏有医疗副主任和专科主任签名，职能管理部门意见栏和医院医疗授权管理委员会意见栏中均无签名。</p> <p>14. 手术分级管理审批细化不够，仅审批手术级别没有细化到手术项目。高年资低职称手术授权审批环节过于简单，仅手术室主任审批。</p> <p>15. 没有对开展的新技术、新业务项目进行定期技术质量监测和评估。</p> <p>16. 医疗质量管理委员会无定期专门会议记录。</p> <p>17. 临床路径工作开展不够全面。制定了101个临床路径，实际实施74个。</p>	
3	<p>(一) 机构及人员资质</p> <p>1、机构许可及备案不全。</p> <p>如：医院目前所购买、使用的抗菌药物未向核发《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案；</p> <p>《医疗机构执业许可证》上核准有医疗美容科一级诊疗科目，但未按照自身所开展的医疗美容项目将诊疗科目核准到二级（如：美容外科、美容皮肤科、美容口腔科、美容中医科）；</p> <p>医院开展医疗美容项目未按照《医疗美容服务管理办法》要求向登记机关备案。开展临床用血项目，但《医疗机构执业许可证》上未核准有输血科。</p> <p>2、PCR实验室资质过期。如：检验科开展临床基因扩增检验项目，但其提供的《临床基因扩增检验实验室评审合格证书》上显示有效期为：2007年3月1日至2010年2月28日，已过有效期8年，医院不能出示有效的复审证明。</p> <p>3、药学专业技术人员配备不足。如：你医院药学专业技术人员仅占全院卫生专业技术人员的2%，少于8%的要求。临床药师为3名，少于三级医院至少配备5名的要求。</p> <p>(二) 传染病防控</p> <p>4、医疗废物处置不规范。如：医疗废物暂存间与生活垃圾存放处相邻，未按照《医疗废物管理条例》的规定将医疗废物的暂时贮存设施远离生活垃圾存放场所的要求。</p> <p>5、实验室布局不合理。如：PCR实验室试剂制备、试剂贮存和准备间及扩增间未分别设缓冲间；微生物实验室、PCR实验室和艾滋病初筛实验室均为非自动关闭门。</p> <p>(三) 放射防护管理</p> <p>6、放射工作人员资质不全。如：放射科工作人员蒋诚诚、万亚平、杨莎，骨科工作人员罗程、洪柳已完成上岗前职业健康体检、培训及个人计量监测，但目前还未办理《放射工作人员证》。</p>	限期改正

7、放射诊疗场所防护设施、设备配备不足。如：儿保科骨密度检查室及放射科诊疗工作场所机房大门旁均未见温馨提示标语；儿保科骨密度室检查床与操作台在同一室内，之间未用铅防护屏风进行屏蔽；各放射机房内受检者和陪检者防护用品数量配备不足。

（四）计划生育管理

8、未及时签订“两非”责任书。如：你院法人与B超、妇产科等相关科室负责人未签订《禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠责任书》。

9、登记不规范。如：门诊B超室未对怀孕14周以内的孕妇检查后在《武汉市孕妇B超检查实名登记簿》上进行登记；实施14周以内终止妊娠手术的记录本中，实名信息登记不全，未对药流患者进行登记。

（五）物价

10、靠标准收费的问题。如：静脉输液配药靠“注药加收”收费（病案号：806283、805763、805963、792155、806433、807373、804253、803403、806423、807523、806313、799393、802022、795716、806404）；尿道口擦洗靠“小换药”收费（病案号：806283、805963）。

11、超标准收费的问题。如：常规彩超同时做第二部分未按规定执行50%递减收费政策（病案号：802022），磁共振平扫同时做增强扫描未按加收100元政策执行（病案号：795716）。

12、未提供服务收费的问题。如：静脉高营养多收6次（病案号：792155），常规彩超检查多收一个部位（病案号：795716）。

13、重复收费的问题，如：收取一级护理费同时收一般专项护理费（病案号：801883、807373、804253、793603、803403、807523、799393、795716）。

14、无医嘱收费的问题。如：无医嘱收新生儿暖箱费（病案号：806423、806313、806413）；无医嘱收经膀胱镜输尿管支架置入术、膀胱穿刺造瘘术、膀胱镜尿道镜检查等费用（病案号：795716）。

15、医院为政府举办三级医疗机构，使用、销售基本药物的比率为20%，未达到25%的标准要求。

（六）医疗质量管理

16、医院管理组织未及时更新。如：医院法人与相关责任人已经变动，但临床用血管理委员会组织文件未及时调整；临床用血管理文件未经院方审核盖章后发出。

17、医疗质量体系不完善。如：妇产科科室内医疗质量管理组织制度不健全；放射科对质控指标不明晰。

18、制度落实不到位。如：护理设备保养不能体现三级保养制的要求；未实施临床合理用血评价和公示制度，用血计划实施情况无评估；未制订主要用血科室用血计划。

19、卫生技术人员培训、宣传落实不到位。如：儿科PICU诊疗指南未及时更新，医护人员学习培训内涵不足；对开展标本采集工作的人员无定期培训资料；医务人员临床用血和无偿献血相关培训未按规定实施。

（七）信息化建设

20、仍需推进信息化系统建设。如：未建立院内不良事件直报系统及数据库；护理查对落实未体现信息化，输液瓶上无输注药品的瓶贴，无移动护理PDA；药学无处方点评系统。

（八）护理质控管理

21、病区基数药品备用种类过多。如：药品标识不全，不能全部配送，存在安全隐患。

（九）病历质控管理

22、医疗核心制度落实上仍有不足和欠缺。主要表现在归档病历中：

如：病案号 00815213：(1)首次病程记录眼部体征与住院志不一致，(2)住院志和死亡讨论记录未及时放入，(3)“知情同意书”签署时间完全一致，(4)首页的手术及操作编码未填写。

病案号 00805063：(1)术前讨论无主持人签字，(2)术后首次病程记录出血量约 200 毫升，麻醉记录单未记载。

病案号 008005763：手术风险评估单无手术医生签字。

病案号 008062831：(1)术前讨论无主持人签字，(2)术后首次病程记录失血量与麻醉记录单不一致，(3)手术三方核查，麻醉实施前，手术开始前，患者离开手术室前，均无手术医生签字。

（十）药学质控管理

23、日常工作记录不全。如：药房内温度湿度无监测登记。

24、个体化诊疗项目开展不全。如：未开展治疗药物浓度检测及基因检测项目。

（十一）临检质控管理

25、室内质控未覆盖全部检测项目。如：开展的所有检测项目缺乏相关比对记录及分析记录；同一检测项目，使用多个品牌仪器，定期相互比对资料不全；临床开展 POCT 项目，未建立制度，无准确度比对记录。

26、检验科设施设备配备不规范。如：无专用危化品间，试剂与标本混放，毒株、菌株无双人管理；微量元素检测间无排烟装置，实验室内多处放绿色植物，存在安全隐患。

（十二）临床输血质控管理

27、输血后疗效未实施及时评估（现场检查 10 分输血病历中仅个别医生有记录）。

28、储血冰箱近期未按规定实施细菌监测。

（十三）改善医疗服务

29、公共设施维护不及时，投诉电话无回复。如：老住院部一楼楼道灯损坏，打投诉电话 5 天无人修理，也无回复；医院路牌标识不完善、主要路口未设指示牌。

30、医院工作人员主动服务意识不强。如：医院总服务台患者站在面前不能做到主动询问；住院部复印一元一张超出收费标准。

31、医院在医德医风建设上存在缺失。如：社会监督员现场检查时，一位脚伤患者前往急诊室就医，并想借用轮椅去放射科检查，但需交 500 元押金，便未租借，自行一蹦一跳离开，医务人员未主动提供服务，属于医德医风的缺失，未体现“以病人为中心”的服务理念。

32、保护患者隐私方面。如：电梯内没有保护患者隐私的标语；门诊就医未严格执行“一室一医一患”的诊查制度（患者就医从诊室内排到了诊室外，秩序混乱）。

33、门诊、住院窗口未开展患者即时满意度评价工作。

		34、改善便民服务措施方面。如：服务大厅未提供轮椅、复印、意见本、笔、纸等便民设施；出院缴费窗口未开通患者支付宝、微信等多种支付方式；患者就餐自行选择项目不多（执行17元2荤2素的套餐标准）无选择权，食堂厨房卫生环境有待加强。	
4	湖北省人民医院	<p>（一）机构及人员资质</p> <p>1、挂牌不规范，如“胎儿医学中心”。</p> <p>（二）放射防护</p> <p>2、核医学科开展“粒子插入治疗”项目，未经放射诊疗许可登记。</p> <p>3、核医学科、pet中心外包保洁人员接触放射线，未办理《放射工作人员证》。</p> <p>4、部分《放射工作人员证》中未及时记录个人剂量监测信息。</p> <p>（三）计生管理</p> <p>5、妇产科医生及B超人员“两非”承诺书签订形式为相关科室人员在医院文件下混签，并未严格落实到每个人均签订承诺书。</p> <p>6、妊娠分娩登记本中有一名叫刘婷的产妇未在24小时内上报，分娩日期为2018年4月8日11时36分。</p> <p>7、B超室胡佳琪医师注册的执业范围是内科专业。</p>	限期改正
5	华中科技大学同济医学院附属梨园医院	<p>（一）依法执业方面</p> <p>1、现场检查门诊工作人员有3人未佩戴胸牌上岗。</p> <p>2、床护比未达标：护士人数388名，机构证核准的床位数800张，未达到国务院卫生主管部门规定的护士配备的标准。</p> <p>3、药学专业技术人员29名，本机构卫生专业技术人员692名，未达到8%的标准。</p> <p>4、存在科室挂牌不规范问题，分为五种类型：（1）按核准的二级科目专业挂牌：如住院部一楼挂介入科，核准的诊疗科目为医学影像科（介入放射学专业）。（2）自创科目：如住院部一楼设有创面修复科，而机构证上能找到与其相关的诊疗科目仅有外科（烧伤外科专业）。（3）按病种挂科室：门诊二楼设有风湿关节病专科、糖尿病肥胖专科。（4）随意添加字和颠倒顺序：内科（肾病学专业）挂肾内科、肿瘤科挂肿瘤内科。门诊二楼设有皮肤美容科，机构证副本仅有皮肤科（皮肤病专业、性传播疾病专业）和医疗美容科（美容外科、美容皮肤科）。</p> <p>（二）传染病防控</p> <p>5、预检分诊台检查时无人值守，预检分诊登记本无病人接触史登记项，预检分诊台利洁牌手消毒液过期（20160224-20180223）。</p> <p>6、血透治疗室有传染病专用透析房间，但室内未配备透析机。</p> <p>7、口腔科无菌物品保存柜内存放有一次性手套外包装盒。</p> <p>8、急诊科等多个科室的医疗废物交接登记本，登记不规范，均无医疗废弃物重量登记。</p> <p>9、病原微生物实验室无可视窗及自闭门，室内无洗眼器和喷淋装置，实验室洗手设施未靠近出口处。</p> <p>（三）放射防护</p> <p>10、医院未组织在岗放射工作人员范梦迪、庞聪参加防护知识培训，未为其办理《放射工作人员证》。</p>	限期改正

11、不能出示 GE OEC Fluorostar Compact D 型移动式 C 臂机 2017 年度场所防护检测报告及设备状态检测报告。

12、放射诊疗场所未按要求张贴温馨提示标语。

13、现场检查，发现 CT 室在给患者作下肢扫描时，未给患者穿戴防护用品。

（四）计生管理

14、终止妊娠药品登记字迹过于潦草。

15、无 B 超人员“两非”承诺书记录。

16、未见妇产科医生与科室签订的不从事“两非”行为承诺书记录。

（五）病历质量

17、病历质量：（1）出院小结未能反映诊疗过程，仅罗列检查结果，简单书写治疗方法。（2）大病历中一般情况记录有误。（3）诊断依据过于简单，等于未写：病史+体检……（4）上级医师查房记录不规范。

18、抗菌药物：I 类切口预防性用药时间太长。

19、超适应症用药：脑苷肌肽、神经节苷脂、丹参川芎等。

20、医嘱与病情不符：小切口——大换药。

（六）护理质量

21、在组织管理上：人力资源相对不足，无支助体系，临床辅助工作完全由临床护士完成。

22、对各项制度及流程需进一步细化并加强培训（查医嘱查对制度，各科室不统一，医嘱执行单存在转抄，血袋输完后的保存不规范，手术室与病房交接单内容不全）。

23、病区药品与物品耗材管理需规范，病区常用药品无目录，无基数，无交接，有效期管理，仪器设备管理欠佳（标识不统一，部分仪器无效验）。

24、临床护理：多学科的合作有待完善（查患者营养评估，饮食落实，康复护理落实不全）。

（七）药学质控

25、医院药占比高达 47%，远高于国家 30%的规定，需要采取措施加强管理。

26、加强辅助用药、抗菌药物的管理：医院全院药品排名前 10 位多为辅助药品和抗菌药物，奖惩制度、反馈制度要落实，同时能争取细化至科室、医生。

27、药学技术人员总数占医院卫生专业技术人员总数的 4.33%，低于规定的 8%的要求。

28、住院药房工作面积小，与医院规模不匹配。

29、不合理用药：（1）病案号 109703 骨手外科：使用 4 种辅助用药，曲克芦丁脑蛋白、瓜蒌皮、单唾液酸四己神经节苷酯、丹参川芎嗪；（2）病案号 114501 骨手外科：使用瓜蒌皮，无指征；（3）病案号 115483 内分泌科：使用胎盘多肽，无指征。

（八）血液质控

- 30、临床输血管理委员会会议记录不详细。
- 31、院方对临床用血管理工作没有院文行文。
- 32、输血科无用血科室的用血计划。
- 33、输血科布局不合理。
- 34、参与发血的人员未做相关传染病的体检。
- 35、抽查病历：病案号 105622 输血前核对记录对“血袋有无破损渗透”记录有误，病案号 107906 的 4/4 输血后 72h 内没有效果评价。病案号 120057《输血治疗同意书》输血前检查结果未填。病案号 101215《输血治疗同意书》病人未登知情时间。

（九）临检质控

- 36、存在临床开展检验项目（心内科开展心梗标志，呼吸、ICU 开展全面检查）报告单不规范（血气报告用热敏打印纸，无检验者、审核者签名），存在安全隐患。
- 37、临床开展 POCT 未进行质控，无标准，无改对，存在安全隐患。
- 38、实验室缺乏生物安全防范设施，无洗眼装置。
- 39、外送标本记录不完整。

（十）血透质控

- 40、质量控制分析过于简单。
- 41、污物通路及污物间布局不合理（上透析室在二楼，污物间在一楼）。
- 42、无设备维修、保养档案。
- 43、执业暴露记录本未每月记录。
- 44、项目质控缺少血浆白蛋白检测。
- 45、电脑设备及网络不支持信息管理。

（十一）物价

- 46、大处方：在门诊检查中发现：药品处方有“大处方”糖尿病门诊开捷诺维 28 天量，不符合急三慢七，也不符合医保重症开药量两周的原则。
- 47、无医嘱收费：检查申请为肝胆脾彩超检查，收费加收了门静脉系彩超 72 元，与检查申请不符。
- 48、重复收费：急诊科收取门急诊留观诊查费后收取一级护理 20 元和一般专项护理 10 元。
- 49、住院病历检查中发现：（病案号 119069）存在一护理到底。
- 50、病案号 11269 提高标准收费，患者床位费为双人间病房，收取单人标准取暖费 182 元；
- 51、病案号 113941 存在无医嘱收费：麻醉分析无医嘱无报告收费，同时存在提高标准收费：床边手指血糖套收电脑血糖监测 60 元。

	<p>52、病案号 119593 无医嘱收费：床边心电图床边无医嘱 5 元，磁共振 1T 第二部位收费未有减半，多收 42.5 元住院号 19654X 线计算机成像第二部位为减半，多收 76.5 元，</p> <p>53、病案号 119269 提高标准收费患者床位为双人间，取暖费按单人间标准收取，多 39 元，</p> <p>54、病案号 120111 肝胆脾彩超与医嘱不符多收 62.28 元，B 超检验项目打包收费无明细清单、另电脑血糖检测提高标准收费 2.5 元。</p> <p>(十二) 社会监督</p> <p>55、卫生间未备厕纸、洗手液，有不当信息，公共设施损坏未及时安排修复，天花板打开未及时扣上，楼道内有堆放。</p> <p>56、手推车噪音较大，影响病人休息。电梯内无提示保护患者隐私的提示性语句。</p> <p>57、门诊大厅内无志愿者服务，无志愿者服务记录，无意见箱，投诉电话 86779910，4 月 23 日晚 6 点差 5 分接通响几声后，告知是空号，25 日 11 点 25 分电话接通，告知不是预约投诉电话。</p> <p>58、在满意度调查问卷时，部分患者对医院后勤保障有意见，一是热水晚上 8:00 以后才有，二是中、晚餐馒头是冷的。</p> <p>59、部分科室复诊记录不全，部分医生回访记录不全；</p> <p>60、住院患者为分时段预约检查；使用医保缴费的患者无法使用微信和支付宝结账；</p> <p>61、有院长接待日，但无相关工作记录。</p>	
6	<p>(一) 依法执业方面</p> <p>1、科室挂牌不规范：门诊新大楼一楼挂牌“整形美容科”，而核准的诊疗科目为医疗美容科（美容外科）。</p> <p>2、该院机构证核准的床位数为 1000 张，人事科提供的护士在岗人数为 429 人，未达到 1: 0.6 的床护比例。</p> <p>3、医药护技在岗总人数为 827 人，其中药师 33 人，未达到医疗机构药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员 8%的要求。</p> <p>4、胃肠科医师姚磊未变更执业地点。</p> <p>5、病案号 202995 的病案首页，在科主任、副主任医师、主治医师、责任护士签名处均只有打印的签名，没有手签。</p> <p>6、病案号 203522 的《手术知情同意书》由患者近亲属签名，但未注明与患者的关系。</p> <p>7、病案号 201801 多处审阅医生签名处空白。</p> <p>(二) 传染病防控</p> <p>8、临床科室医疗废物转运交接登记混乱。如：血透室工作人员吴思敏休息不在岗，但转运交接人签名为其本人；预防接种门诊转运交接记录无具体时间；口腔科转运交接时间全部为上午 8:30，血透室全部为上午 9:00。</p> <p>9、血透中心透析机处于正常工作状态，但设备消毒登记本上已经填写当日消毒记录。</p> <p>10、预检分诊处使用的“万金消毒片”已经过期（有效期为 2016.3.28——2018.3.28）。</p> <p>11、二级生物实验室的门不能自动关闭。</p> <p>(三) 放射防护</p>	限期改正

12、《放射诊疗许可证》副本中三台在册射线装置未进行性能及场所检测，分别为位于放射科的序号 2 美国 GE 公司 HiSpeed NX/I 型双排螺旋 CT、序号 6 美国 GE 华伦公司 TP310202 型 X 光照片机（CR）手动、序号 7 美国 GE 华伦公司 TP310609 型 X 光照片机（CR）自动，负责人自诉 CT 已损坏不能开机，两台 CR 现场未见，已撤出，但未注销。

（四）计生管理

13、2018 年 4 月 11 日妇科患者陆琼，开出了米非司酮与米索前列醇片进行药流，但未在 14 以内终止妊娠登记本上记录。

14、妇科门诊日志上“诊断”、“处理意见”两栏字迹模糊不清，终止妊娠登记本上患者地址信息记录不详细。

（五）医疗质量

15、门诊处方使用中药物使用天数均是 1 天。

16、病历中共性问题：（1）未能充分体现出三级查房；（2）病历最后审核不严格，未完善医师签名。

17、病历中个性问题：（1）骨科：病案号 203522 诊断右膝半月板损伤，行关节镜下半月板部分切除，是三级手术，手术分级为四级，术后行关节腔穿刺术，为手术操作，未签署知情同意书；病案号 186769 术前查白蛋白 38.5g/L，使用白蛋白无指针。（2）心内科：病案号 203393 相关知情同意非病人本人签署，无授权委托；病案号 201801 入院时血糖为危急值，后面所有病程中无血糖记录。（3）儿科：200888 主诉为“双下肢紫红色皮疹半月”入院，第一诊断为急性上呼吸道感染，第二诊断过敏性紫癜；主诉与第一诊断不相符。（4）胃肠泌尿外科：203250 手术者与术前谈话医生不是同一个医生。

18、未开展日间手术。

（六）护理质控

19、质量管理体系：无对导管相关感染，给药等敏感指标的监测。在护理质量与安全分析中未体现预警分析与干预。

20、核心制度的落实：医嘱核对制度流程进一步细化规范（没有核对原始电子病历，治疗单手写转抄），病区药品与耗材物品管理有待规范（查冰箱内自备药品与使用不相符，近效期药品未做标识，物品耗材未做效期管理）。

21、人力资源管理：特殊科室护士资质准入与培训未完全落实（查急诊护士准入培训考核记录记录不全）。

22、优质服务：患者护理计划的制定与措施的落实未体现专科护理特点，多学科诊疗与护理有待加强（查神经内科 22 床患者生活能力评定医护不相符，护理计划中无具体的营养评估与饮食指导，康复指导与训练等）。

（七）药水质控

23、药学专业技术人员数量不足，占本机构卫生专业人员的 4%。

24、由于药品供应公司选配公司，存在少量网下采购现象。

25、抗菌药物管理中 I 类切口超过规定，为 30.6%（2018 年一季度）。

26、临床药学服务手段单一，未开展个体化诊疗工作，无法为临床提供相应指导。

27、药占比需要管控（2017 年为 24%，2018 年一季度为 35%）。

28、药学信息化建设滞后，临床药学，药水质控数据还依靠人工计算。

(八) 血液质控

- 29、2017 年全年临床供应血小板约 140 人份，而输血科无血小板保存设备。
- 30、血液冷链的监控，在从输血科出库到临床时，目前无法检测此过程的温度。
- 31、病历检查中，输血治疗同意书书写不规范：（病案号 181513，病案号 20209）有空项。
- 32、病案号 200779，缺输血前传染病因子的检查报告。

(九) 临检质控

- 33、TAT 时间中部分标本采集时间欠缺。
- 34、未开展手指血糖仪与大型生化仪定期比对，未规范开展手指血糖室内质控，未参加手指血糖室间质评。
- 35、未参加湖北省细菌耐药性监测网，阳性菌株数偏少。
- 36、化学危险品管理设施如防爆柜欠缺。
- 37、未见危急值报告制度有效性评估报告（每年一次）。

(十) 血透质控

- 38、洗手池数量不达标，未按 1:6 配备。
- 39、洗手液、擦手纸配备不齐。
- 40、全病区未配备洗眼装置。
- 41、锐器盒配备太少，三个房间共用一个锐器盒。
- 42、病人治疗未完成，消毒记录已登记。

(十一) 物价

- 43、提高标准收费多收 502 元：CT 第三部位未递减多收 53 元（病案号 203574）；双侧充填式无张力疝修补术未递减 20%多收 240 元（病案号 200936）；B 超检查图文报告按照照片收费多收 5 元/次（病案号 202791）；手指血糖按照葡萄糖测定（干化学法）收费多数 6 元/次，多收 204 元（病案号：202591）。
- 44、未服务收费多收 266 元：内镜检查图文报告每次按次收费多收 90 元（病案号：203454、202683）；持续吸氧 176 元（病案号 201045、203808）。
- 45、无医嘱收费多收 160 元：每增加一块纱布多收 40 元（病案号 201090）；新生儿行为测定 120 元（病案号 201090）。

(十二) 社会监督

- 46、公共设施损坏修复不及时，不到位。如楼道灯、洗手间水龙头。
- 47、投诉电话反馈不及时。
- 48、社工服务和志愿者服务有待加强，公共区域吸烟劝阻，患者的引导有待加强。

		49、院长接待日工作记录有待进一步完善。	
7	湖北省中医院	<p>(一) 依法执业方面</p> <p>1、肝病门诊大楼侧面挂牌“肝病研究型门诊”。</p> <p>2、口腔科医生余姣《医师执业证书》执业地点为湖北省中医院光谷院区。</p> <p>(二) 传染病防控</p> <p>3、门诊预检分诊台1人在岗，检查时见摆放“巡查”提示牌后去处理其他事务；该岗位同时承担“投诉接待”、“问询处”、“健教资料”发放等工作，不利于预检分诊工作的落实；该岗位工作人员对预检分诊流程及工作内容如“暴露史”的询问要点不熟悉。</p> <p>4、抽查血透患者邬汉怀、徐汉斌，均未按规定落实乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等检测。</p> <p>5、医疗废物院内登记不完善，如产科、口腔科、检验科等部门损伤性废物均未计重量，有的和感染性废物混合称重，有的科室未见称重工具但记录重量。</p> <p>6、实验室手卫生设施及洗眼设施在工作区域最内侧，洗眼器周围堆放杂物，BSL-2的自动闭门处在常开状态；未对实验室从业人员开展有针对性的生物安全知识培训；未见压力灭菌器操作人员李爱萍等3人的培训记录。</p> <p>(三) 放射防护</p> <p>7、部分工作人员未对受检者进行个体防护。</p> <p>8、部分机房内部无机械排风装置。</p> <p>9、核医学科布局不规范，防护设施不完善。</p> <p>10、口腔科X射线机房布局不合理，无操作间。</p> <p>(四) 计生管理</p> <p>11、妊娠分娩24小时内上报，由于系统无法登陆，故未能查阅出生婴儿上报情况。</p> <p>12、无14周以内终止妊娠登记本。</p> <p>13、门诊药房米非司酮登记潦草，有涂改迹象。</p> <p>14、妇科病房孕妇信息登记不全，医生未签名，患者雷雪婷无联系方式。</p>	限期改正
8	华中科技大学同济医学院附属协和医院	<p>(一) 机构及人员资质</p> <p>1、挂牌不规范，医院对外挂牌有协和骨科医院、协和医疗整形美容医院，与核准的医疗机构名称不相符。</p> <p>2、规范管理文件更新不及时，如医院器官移植伦理委员会成立文件为2012年，到目前为止未更新。</p> <p>3、医疗用毒性药品管理不规范，如门诊药房存放注射用A型肉毒素的冰箱未上锁。</p> <p>4、门诊大楼楼层指示牌上标有“细胞治疗”，但目前未开展工作，未及时拆牌。</p> <p>5、药剂科内所设的二级生物安全实验室未见备案。</p>	限期改正

	<p>6、相关知情同意书书写不完整不规范。如病历号 1934356，病危通知书上人员签字未写明与患者关系；病历号 1913858，病人使用乙类药品、目录外药品及部分自费支付诊疗项目知情同意书无患者姓名、无病情诊断、无签字日期；病历号 1911554 自费知情书未签日期；病历号 1921218、1686182、1808213、1912531 相关输血、穿刺、化疗知情同意书非患者本人签字，但签名者未注明与患者关系。</p> <p>7、病历文书书写不规范、不完整。如病历号 1933409，会诊记录申请医生未签名，临时医嘱单上执行时间与开具时间逻辑错误。病历号 1887830，临时医嘱签名医生未标注日期；病历号 1927149，术前讨论记录中参与人员未签名；病历号 1911554，首次病程记录医生为徐再锋，而手签确认为唐婷婷；病历号 1903835，急诊科与相关科室病人交接记录单上出科时间未记录；病历号 1928987、1907959，心血管介入治疗术前讨论记录中参与人员记录为“心内全体医生”；病历号 1921218，输液港记录单无操作者签名、无置管时间记录。</p> <p>8、检查检验报告单书写不规范。病历号 1933409 里的大便常规、尿常规检验报告单上无检验者、审核者署名；病历号 15134 里的输血科报告单无核对人员签名；病历号 1887830 里的 X 射线报告单报告医生处签名为“规培 15”。</p> <p>(二) 传染病防控</p> <p>9、口腔科“无菌室”发现以下问题：①装有培养皿的一包无菌包已过期（灭菌日期为 2017 年 1 月 4 日，失效日期为 2017 年 7 月 3 日）；②装有培养皿的四包无菌包仅标注灭菌日期（2017 年 11 月 10 日），未标注失效日期；③无菌室柜子内放有神龙卷纸一提和未开包装的机油一箱。</p> <p>10、发热门诊预检分诊台放置一瓶 236 毫升的“洁芙柔”牌免洗手消毒凝胶（生产单位：上海利康消毒高科技有限公司，卫生许可证号：沪卫消证字（2013）第 0001 号，生产批号：20141117）已过期（生产日期为 2014 年 11 月 17 日，有效期至 2016 年 11 月 16 日）。</p> <p>(三) 放射防护</p> <p>11、有 9 台放射设备 2017 年度放射诊疗设备性能检测指标有不合格项。</p> <p>12、放射工作人员的培训情况、个人剂量检测结果、职业健康检查报告的结论均未工作记录在《放射工作人员证》上。</p> <p>13、现场不能出示核医学科病房床位数的核准相关批件。</p>	
9	<p>(一) 机构及人员资质</p> <p>1、医院血液透析机核准为 17 台，实际开设有 35 台。</p> <p>2、医院药学人员占卫技人员比例为 1.9%，远小于标准要求的 8%。</p> <p>3、医院临床用床旁检查项目无室内质控及比对。</p> <p>4、医院相关管理文件更新不及时。如医院器官移植管理委员会成立最新文件为 2015 年，现在相关人员已有调整，但新的文件尚未发布。</p> <p>5、生殖中心化验室开展“精子常规”及“精子 DNA 碎片检查”两个临检项目，但未开展相应质控工作。</p> <p>6、病历、影像检查报告单、处方等医学文书书写不规范、不完整。（处方编号 18041100098403、18041100097934 的处方无医生签名；精麻处方编号 0001903、0006025、0001006 的处方签名医生均为李家福，但三张处方上字迹明显不同，也与药房签名留样不一致；精麻处方编号 0005993、0001901 的处方签名医生龚青，但两张处方签名笔迹明显不一致；病案号 1138035 病历的病危通知书中有家属签名，但未注明与患者关系；生殖中心病案号 002135 病历卵子与胚胎处理同意书无医生签名；医学美容科 2018 年 4 月 15 日患者王晨晨知情同意书无医生签名；医学美容科 2018 年 4 月 16 日患者吴凤芝手术记录医生无手签确认；病案号 0001169159 病历的病程记录无医生签名；</p>	限期改正

	<p>病案号 0001169159 病历的 CT 检查报告单、病案号 0001163372 病历的 CT 报告、B 超报告、磁共振报告无医生手签确认)。</p> <p>7、张克俭为该院保健科医生，其执业范围为“西医内科”，但该医生在处方编号 18041100099996 的处方中开具了中草药。</p> <p>(二) 传染病防控</p> <p>8、医疗废物暂存间房门未见严密的封闭措施。</p> <p>9、医院污水相关工作人员未定期开展专业技能培训，最近的一次培训为 2015 年。未建立工作人员健康档案。</p> <p>10、疫苗运输的温度监测记录不全。</p> <p>11、消毒产品索证不全。如抽查“运作牌 0.5%活力碘皮肤黏膜消毒剂”的生产厂家卫生许可证已过期。</p> <p>12、血液透析中心布局不合理。如非阳性透析患者与医务人员为同一通道。</p> <p>13、发热门诊虽独立设置，但仅有一间房，未见明显功能分区，如无专用诊室、治疗室、隔离观察室等。</p> <p>(三) 放射防护</p> <p>14、3 台放射设备性能检测指标有不合格项（内科楼医学影像中心飞利浦 CT 机 CT 值线性不合格；放疗中心一室瓦里安 CLINICAL 直线加速器治疗床等中心旋转不合格；内科楼二楼介入室四室 DSA 有伪影）。</p> <p>15、3 台放射设备不能提供一年内场所防护检测报告及设备状态检测报告（门诊二楼核医学科西门子 E-cam SPECT、六号楼一号机房上海联影直线加速器、六号楼二楼消化内镜中心飞利浦医用诊断 X 射线系统）。</p> <p>16、放疗中心后装室华东电子后装机定位设备投入使用，但不能出示相应的放射诊疗许可。</p> <p>17、存在未给受检者使用防护用品的情况。</p> <p>18、放射工作人员的培训间隔时间超过 2 年。</p> <p>(四) 计生服务</p> <p>19、门诊部妇产科大门无“禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠”标识。</p> <p>20、住院部药房终止妊娠药品登记不规范，未登记上一天的结存数。</p> <p>(五) 医疗质量</p> <p>21、中医科 2017 年 7 月 6 日在对一例疑难危重病例讨论记录中，仅见病例基本情况描述及处理意见，但未见具体病情分析及讨论过程的记录，疑难危重病例讨论制度流于形式。</p>	
10	<p>(一) 机构及人员资质</p> <p>1、医院未经核准挂牌“湖北省中医院省直分院”。</p> <p>2、医院康复科从事康复治疗的技术人员李准、杨卓、刘欢等 8 人未取得相应资质独立从事康复治疗工作。</p> <p>3、医院未配备临床药师。</p> <p>4、医院处方设计不符合要求：在药房检查所见处方均只设计有配药人签名处，而无审核/审对签名处。</p>	限期改正

5、医院检验科出具的检验报告单上检验者均未手签确认。

6、医院皮肤科器械药品储存柜内有危化品氢氧化钠一瓶，与其他医疗用品混放。

7、医院有省中医院专家坐诊，但未办理相关手续。

8、医院检验科工作人员芦威、余梅二人未取得相关检验资质，但在检验科出具的检验报告上审核者处签名。

(二) 传染病防控

9、医院污水管理方面：一是未定期对医院污水工作人员进行培训；二是污水余氯测试剂过期（生产日期 201109，有效期一年），现场未见比色器显色池。

10、未对医疗废物暂存间紫外线强度进行监测。

11、感染科门诊布局不合理，仅设有发热诊室、肠道诊室、卫生间各一间，未见明显功能分区，如无专用治疗室、隔离观察室等。

12、内镜室各分区未见明显标识，电动吸引器未标注消毒日期。

13、放射科和检验科传染病阳性检查结果登记本登记项目设置不规范，未见结果反馈记录。其中检验科传染病阳性检查结果登记本检查结果无对应的项目名称，标本接收时间、结果报告时间及测定者均未进行登记。

(三) 放射防护

14、放射防护管理制度更新不及时。

(四) 医疗质量

15、对职工的满意度监测，有相关的问卷调查，但是对于问卷抽取比例、抽取方式没有规定，对于问卷结果只有初步统计，发现职工满意度并不高，也未进行相应的处理。

16、病历中医师签名不及时。

(五) 病历质控管理

17、医疗文书管理欠规范：一是康复科病案号 6638 的病历多种量表五评估者签名一栏，病人信息一栏无住院号，部分量表无医院标识；二是病案号 6384 的病历会诊单文本格式不规范；三是病案号 6384 的病历诊断为双侧肺炎，疾病诊断未按照 ICD-9 进行规范命名。

(六) 护理质控管理

18、静脉治疗安全管理制度不完善。

19、手术室手术床与护士配比不达标，床位 2 张，护士数 1 人；外科病区床位 28 张，护理人员 8 人，相对不足。

20、科内备用药品种类及存放不规范。

21、科室仪器设备的保养维护均由病区护士完成。

22、手术清点记录单仅有巡回护士签名，未体现双人检查及签名。

23、护理质量管理信息化相对不足，对给药错误率、管路滑脱率等敏感指标以及不良事件上报管理等相关性指标监测均为手工完成。

(七) 药学质控管理

24、抗菌药物管理不规范：一是抗菌药物管理缺乏信息系统的技术支撑；二是抗菌药物考核指标使用率通过抽查处方计算不准确，使用强度未达标；三是特殊级抗菌药物使用未落实会诊制度。

25、药库未实行色标管理及标签定位管理。

26、门诊处方后记不规范，无药师审核栏目。

27、处方编号 0092025301 的处方诊断与用药不相符；处方编号 2000089879 的处方无感染指针使用抗菌药物。

28、病案号 6412 的病历诊断为直肠损伤，应用了“奥硝唑”抗感染治疗。

（八）临检质控管理

29、实验室布局不合理，HIV 检测点无资质证。

30、检验科质量目标不明确，未见标本采集运输指南；室内质控参数设置不规范；临床 POCT 血糖仪未与生化自动分析仪比对；没有开展临床 POCT 血糖室内质控；检验科报告单不规范，时间未到时到分。

31、检验科与临床沟通不及时，未定期召开检验与临床联席会议。

32、消毒记录不规范，3-5 天才记录一次，紫外灯无酒精擦拭记录。

33、临床收到危急值报告后未见相应的处理记录；危急值记录不规范，如接听电话人记录为“内一科”，未写明具体接听人姓名。

（九）血液质控管理

34、临床用血管理相关制度中缺少血液库存管理制度、输血技术管理制度和库存预警制度。

35、输血后的病人血样和血袋未保存，缺少保存记录。

36、病案号 3189 病历的输血治疗同意书中有关输血前传染性因子检查结果未填写。

（十）物价

37、收费标准掌握错误：一是病案号 6394 的病历手指血糖测定应收 2.5 元，实收 12 元；二是病案号 6814 的病历住院患者收取门诊副主任医师诊查费。

38、重复收费：病案号 6814 的病历四肢血管彩超多收取一次。

39、无医嘱收费：一是病案号 6517 的病历术后镇痛；二是病案号 6473 的病历肛周药物注射封闭术。

40、医嘱与实际收费不相符：如病案号 6585、0686、6954 的病历。

（十一）改善医疗服务

41、卫生间未配洗手液、卫生纸，无感应或脚踏式冲水设施。

42、仅 1 楼有医院建筑平面图，其他楼层均无。

43、无网上自助预约。

44、住院楼一楼大厅 APP 查询时很多栏目空缺，如：部分科室介绍、平面图、住院指南。

		<p>45、投诉电话提供了多个。</p> <p>46、无药品明细公示。</p> <p>47、“一室一医一患”意识较弱。</p> <p>48、支付方式缺少微信与支付宝等掌上支付方式。</p> <p>49、院长接待日工作不完善，缺少工作记录。</p> <p>50、未与司法行政部门协调建立医疗纠纷第三方调解机制。</p>	
11	武汉大学口腔医院	<p>(一) 医疗质量管理</p> <p>1、未见医务人员职业道德教育记录。</p> <p>2、病案号 91194 手术前讨论记录未见参与人员的发言；检验报告单未签名。</p> <p>3、关节唇腭裂外科对护理工作检查发现的问题，无持续改进措施。</p> <p>4、医院未建立护理管理信息平台。</p> <p>(二) 机构及人员资质</p> <p>5、未按规定公示《医疗机构执业许可证》。</p> <p>(三) 传染病防治</p> <p>6、医疗废物交接时，损伤性废物未登记重量。</p> <p>7、艾滋病初筛实验室与外相通的门不能自动关闭。</p> <p>(四) 放射防护</p> <p>8、《放射工作人员证》中无放射防护培训、职业健康检查、个人剂量检查等相关内容的记录。</p> <p>9、两台新设备未经行政许可投入使用（①口腔 X 射线体层摄影设备（3D Accuitomo）竣工验收报告批复时间为 2018.1.29；②口腔内成像 X 射线机 planmeca Prox 竣工验收报告批复时间为 2017.10.15）。</p> <p>10、五台设备不能出示本年度的场所检测报告（①一号楼牙体牙髓一科型号为 TROPHR 牙片机、②一号楼三楼牙体牙髓科型号为 Xmind 牙片机、③一号楼型号为 DCT-pro 牙科 CT、④二楼放射科 1 室型号为 Xmind 牙片机、⑤型号为 NEW TOM VG 车载口腔）。</p> <p>11、一号楼摄片一室堆放报废设备及杂物。</p> <p>12、放射防护用品使用不规范（牙片摄影使用铅围裙，未使用大领铅橡胶颈套）。</p> <p>13、检查中发现一号楼摄片四室林瑶、五室董梦怡，二楼摄片一室桂阳瑞雪等 3 人未配带个人剂量计，不能出示放射工作人员证。</p>	限期改正
12	湖北省荣军医院	<p>(一) 医疗质量管理</p> <p>1、未建立单病种管理指标体系及医疗质量参考标准。</p> <p>2、未定期对卫生计生法律、法规进行培训考核。</p>	疫情缓报当场予以警告的行

	<p>3、未建立护理质量管理信息化平台。</p> <p>(二) 机构及人员资质</p> <p>4、未在门诊大厅或醒目位置公示《医疗机构执业许可证》。</p> <p>5、外外科挂牌整形外科，但《医疗机构执业许可证》上未核准此项目。</p> <p>(三) 传染病防治</p> <p>6、不能出示近一年医院污水检测报告。</p> <p>7、器械科不能出示天津天力牌次氯酸钠溶液的卫生安全评价报告。</p> <p>8、口腔科器械处理间处理操作流程设计不规范。</p> <p>9、发现 1 例传染病病例未按时报告传染病疫情信息。患者谢正勇于 2018 年 3 月 31 日到门诊泌尿外科就诊，4 月 4 日检验科取得艾迪康实验室梅毒检测结果，4 月 8 日 10 时接诊医生朱振标填写传染病报告卡，4 月 8 日 16 时由刘宏在疾控信息系统上报，时限超过了 24 小时。</p> <p>(四) 放射防护</p> <p>10、放射科放射设备（1 台 CT、2 台 DR、1 台胃肠机）所在房间号与《放射诊疗许可证》副本登记的房间号不符合。</p> <p>11、碎石机房工作人员周玲在岗，其 2016 年 4 月 21 日体检报告显示白细胞偏低，体检结论显示待白细胞恢复正常后方可继续从事放射工作，但未见恢复正常的体检报告。</p> <p>(五) 计划生育</p> <p>12、14 周以下孕妇 B 超无专门登记、无双人签字。</p> <p>13、终止妊娠药品使用存在账目不符的情况。</p> <p>(六) 物价收费</p> <p>14、门诊收费：（1）门诊清单格式不完整，缺单价、数量，药品无明细；（2）同一项目收费价格不等；（3）CR 收费标准错误，应收 35 元/曝光，实收 40 元/曝光。</p> <p>15、住院收费：（1）无医嘱收费：病案号 18001272、18001372、18001640、18001660、18000849、18001204；（2）未服务收费：病案号 18001372、18001300、18000662；（3）缺报告单：病案号 18001372、18001640；（4）重复收费：病案号 18001653、18001461；（5）未按标准递减收费：病案号 18001548。</p> <p>16、卫生材料收费：未严格执行标准加成率，抽查 12 个品种，其中有 5 个品种存在超标加成情况。</p> <p>(七) 病历质量</p> <p>17、首次病程记录诊疗计划无具体的检查与治疗措施。</p> <p>18、CT、MRI 检查未征得患者的同意。</p> <p>19、医院病历书写不规范。如：病案号 18000263 X 线报告单报告医师与审核医师为同一人；病案号 18000912 MR 报告单上无医师签名；</p>	<p>政处罚，其他问题限期改正</p>
--	--	---------------------

病案号 18001121 检验报告单用圆珠笔签名，输血告知书上未注明患者血型等基本信息。

(八) 护理质量

20、无后勤保障支助人员，未做到下收下送，增加了护士非护理工作时间，与优质护理服务理念存在差距。

21、全院护理信息化未走到同质化；门急诊输液无瓶贴，未使用 PDA，查对制度落实有隐患。

22、科内药品基数种类，数量过多，存在管理隐患。

23、2017 年实际开放床位 365 张，护理不良事件 14 件，未达到每百张床位率报告 ≥ 10 件。

24、护理人力资源不足：（1）手术室护士与手术床之比 1:2， $< 1:2.5$ ；（2）内一科、外一科一名责任护士护理患者 > 8 名。

(九) 药事管理

25、药学专业技术人员占比 5%，低于 8% 的标准。

26、药架药品标签不够规范，有的书写商品名，有的缺规格；避光药品缺避光设施。

27、建立了辅助用药临床用药管理制度，每月对辅助用药排名，目前落实辅助用药点评。抽查的病历中，发现个别病例存在辅助用药不合理，无适应证用药（病案号 18000320，骨科诊断取内固定装置，无适应证使用银杏达莫）。

28、临床药学服务处于起步阶段，临床药师未参与临床药物治疗及查房等工作。

(十) 血液管理

29、院方信息系统与武汉血液中心信息系统未联网。

30、抽查输血后血样和血袋保存，没有按照要求对输血后血袋进行保存、交接。

31、病历检查：（1）输血治疗同意书版本不对，差许多项目；（2）交叉配血报告中缺项（如差血液的复检血型）。

(十一) 临床检验

32、HIV 实验室未取得合格证。

33、未建立医院层面的 POCT 管理委员会，未能有效对 POCT 设备实施有效管理，手指血糖未进行定期比对。

34、室内质控未全覆盖，未定期对室内质控进行评价和总结。

35、报告单格式的时间节点有待改进和完善。

(十二) 改善医疗服务管理方面

36、部分住院病房环境不良，医居混杂。先后在内科、外科、康复科等住院区病房发现，陪护人员将大量生活用品无序堆放在病房内，包括微波炉、电磁炉等日常居家厨具，在病房内开伙做饭，不仅不利于病人健康，而且影响医院形象，此类问题并非个例，较为突出。

37、部分服务设施维修、检查不到位。医院近期新增一批自助挂号缴费机，有的显示暂停服务，有的零部件不齐全，如多个自助设备未安装可插入医保卡的键盘及插卡口，仅可使用银行卡。1 号楼 2 楼安全出口指示牌（灯牌）损坏未及时修理。

38、部分区域环境治理不达标。如 3 号楼门前未见设有灭烟台；4-5 楼楼梯间发现烟头未及时打扫；抽查各病区三个以上洗手间发现，全都没有配备厕纸、洗手液；水龙头非感应式或脚踏式，没有提供热水装置；1 号楼 3 楼男洗手间三个厕位均发现有多处医保卡代刷、代孕、

		<p>供精、收药等小广告，且距离上次清理痕迹较久；3号楼1楼洗手间地面有水渍；个别公共卫生间内临时堆放病床换洗床单等其他物品。</p> <p>39、投诉、咨询管理待规范。院方对外公布有两个投诉电话，其中固定电话能够打通，但无人接听；移动电话工作人员在回复时显得有些急躁。</p> <p>40、院长接待日制度应出示原始记录。检查中发现，有院长接待日制度，但记录粗糙。院方提交检查的记录材料均为新打印的一摞材料，其中仅有一天的详细记录，其他均填写“无”。从去年5月到9月，10月到12月落款日期、签名等明显笔迹一致，疑为同一天临时赶工补出的应检材料。</p> <p>41、全院公共电梯中未发现按检查要求规定的保护患者隐私的提示性语句。</p> <p>后勤保障方面：</p> <p>42、热水供应无法保证正常化。在走访调查中，有患者反映，医院热水供应方面有故障，有时一整天没有热水，一般只在晚饭后较短时间内有热水，供应不正常。据了解，该院热水供应方面确实存在设备上的问题。</p> <p>43、医院对医院食堂监管不到位。检查医院食堂时发现没有按规定公示“卫生许可证”，所公示的餐饮服务许可证有效期截止期为2018年2月1日，已过期两个多月，没有及时换证。食堂负责人无法提供工作人员个人健康证。</p> <p>44、有患者希望改善医院食堂伙食，能够有高、中、低多档选择，特别是提高晚餐质量。</p>	
13	湖北省肿瘤医院	<p>(一) 机构及人员资质</p> <p>1、术前讨论未记录参与人员意见（病案号248305、246462）。</p> <p>2、放疗逐次记录单执行者未签名，放射治疗记录单首页无任何记录（病案号244913）。</p> <p>3、住院须知护士未签名（病案号248031）。</p> <p>4、病程记录中确认医师未签名（病案号248229）。</p> <p>5、住院病历首页无医师签名，患者授权委托书未标明受委托人性别（病案号248859）。</p> <p>6、麻醉药品处方签审核，调剂药师未签名（病案号0011483）。</p> <p>7、医院设置有健康体检中心，但医疗机构执业许可证未核准此项目。</p> <p>(二) 医疗质量管理</p> <p>8、未建设医院护理质量管理平台。</p> <p>(三) 放射防护</p> <p>9、不能出示SPET-CT及岛津MUX-100J DR机的工作场所及设备性能检测报告。</p> <p>10、核医学工作场所布局不符合现行有关标准要求，患者管理混乱。</p> <p>11、放射工作人员证中个人剂量及职业健康登记不规范及登记不全。</p> <p>12、一台后装机停止使用4年，未申请许可注销。</p>	限期改正