



科室医疗技术档案管理 目录

Modified by JACK on the afternoon of December 26, 2020

科室医疗技术管理目录

一、 科室医疗技术管理小组

二、 医疗技术管理相关制度

(1) 医疗技术管理制度

(2) 新技术、新项目准入制度

(3) 手术分级管理制度

(4) 介入诊疗技术临床应用管理制度

(5) 重点医疗技术管理办法

(6) 医疗技术风险预警管理制度

(7) 医疗技术损害防范与应急处理管理办法

三、 科室一、二、三类医疗技术目录

四、 科室手术、介入、腔镜授权资料

(1) 技术授权讨论会记录

(2) 技术授权档案

五、 科室新技术、新项目管理档案

(1) 开展新技术、新项目科内讨论记录

(2) 新技术、新项目申报表

(3) 新技术、新项目开展情况登记表

(4) 新技术、新项目质量与安全评价表

(5) 新技术、新项目督导检查表格

(6) 新技术、新项目开展年度汇总表

六、 科室重点医疗技术项目管理档案

(1) 重点医疗技术项目科内讨论记录

(2) 重点医疗技术项目责任书

(3) 重点医疗技术项目开展情况登记表

(4) 重点医疗技术项目质量与安全评价表

(5) 重点医疗技术项目开展年度汇总表

一、科室医疗技术管理小组

组 长:

管理员:

成 员:

职 责: 1、在科主任领导下,协助科室医疗质量管理小组, 做好科室医疗技术管理工作。

2、梳理科室一二三类医疗技术项目,并做到医务科备案,做好二三类医疗技术申报工作。

3、做好科室技术授权工作。

4、做好科室新技术、新项目管理。

5、做好科室重点医疗技术管理工作。

6、与医务科加强沟通,及时提供医务科相关数据,记录科室需要的解决问题,向医务科汇报。

工作计划与方案:

二、 医疗技术管理相关制度

- (1) 医疗技术管理制度
- (2) 新技术、新项目准入制度
- (3) 手术分及管理制度
- (4) 介入诊疗技术临床应用管理制度
- (5) 重点医疗技术管理办法
- (6) 医疗技术风险预警管理制度
- (7) 医疗技术损害防范与应急处理管理办法

(1) 医疗技术管理制度

为加强临床医疗及医技专业技术人员医疗技术准入与分级管理，提高医疗质量、保障医疗安全，根据国家卫生和计划生育委员会《医疗技术临床应用管理办法》要求，特制定本制度。

二、 医疗技术的确认

医疗技术是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断、治疗措施。医疗技术分三类，第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术。第三类医疗技术是指具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：

- (一) 涉及重大伦理问题；

(二) 高风险；

(三) 安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；

(四) 需要使用稀缺资源；

(五) 国家卫生和计划生育委员会规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

三、医疗技术的准入

(一) 第一类医疗技术临床应用由医院根据功能、任务、技术能力实施严格管理。医院建立一类医疗技术管理档案，具有相应专业技术资格、执业注册地点在本院的专业技术人员，根据受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限、实际技术技能等情况，经培训考核合格后，可开展相应医疗技术工作。

(二) 第二类、第三类医疗技术临床应用管理应根据卫生行政部门的要求进行审批或备案。

四、手术分级管理制度

医院建立手术分级管理制度。根据风险性和难易程度不同，手术分为四级：一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术，二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术，三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术，四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

五、医疗技术的建档及管理

(一) 医院由医务科具体负责医疗技术临床应用管理，医院学术委员会依据卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限、实际技能等，对医疗、医技专业技术人员医疗技术临床应用进行分级管理。

(二) 医院定期对授权专业技术人员技术应用情况进行复核，根据受聘专业技术职称与实际技能变化情况调整授权范围，并记入个人技术档案。

(三) 对于手术医生，根据从事专业、手术资格以及实际操作技能等，按照手术分级的标准，明确其手术权限，并在医务科备案。急症手术与新项目开展等特殊手术严格按照《莱芜市人民医院手术分级管理制度》执行。

六、临床医生应用抗菌药物应严格按照抗菌药物分级管理规定执行。

七、奖惩

(一) 对于授权的专业技术人员，应按照授权范围开展诊疗技术，因个人原因不能开展或不能胜任者脱产培训 3 个月，仍不能胜任者，适当降低或缩小其医疗技术应用范围。

(二) 不能胜任其授权的医疗技术诊疗工作，一年内连续发生两起及以上重大医疗差错事故者，取消其该技术级别从业资格，降一级开展医疗技术诊疗工作，满 1 年后经医院学术委员会及专家组临床应用能力技术审核合格后恢复原从事技术级别。

(三) 未经相关备案与申请手续，超范围开展医疗技术应用未造成不良影响的给予行政与经济处罚，造成严重后果的取消其该技术级别从业资格，涉嫌违纪违法的追究相应法律责任。

八、本制度适用于全院临床医疗及医技专业技术人员。

(2) 新技术、新项目准入制度

一、新技术应按国家有关规定办理相关手续后方可实施。

二、实施者提出书面申请，填写《莱芜市人民医院新技术、新项目申请表》，提供理论依据和具体实施细则、结果及风险预测及对策，科主任审阅并签字同意后报医务科。

三、医务科组织学术委员会专家进行论证，提出意见，报主管院长批准后方可开展实施。

四、新技术、新项目的实施须同患者签署相应协议书，并应履行相应告知义务。

五、新技术、新项目实施过程中由医务科负责组织专家进行阶段性监控，及时组织会诊和学术讨论，解决实施过程中发现的一些较大的技术问题。日常管理工作由相应控制医师和监测医师完成。

六、新技术、新项目完成一定例数后，科室负责及时总结，并向医务科提交总结报告，医务科召开学术委员会会议，讨论决定新技术、新项目的是否在临床全面开展。

七、科室主任应直接参与新技术、新项目的开展，并作好科室新技术、新项目开展的组织实施工作，密切关注新项目实施中可能出现的各种意外情况，积极妥善处理，做好记录。

(3) 手术分及管理制度

为确保手术安全，提高手术质量，加强手术医师的手术管理，明确各级医师进行手术操作的权限，预防医疗差错的发生，根据《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》、《医疗技术临床应用管理办法》、《三级综合医院评审标准实施细则》、《医疗机构手术分级管理办法（试行）》制定本制度。

一、手术分级

根据风险性和难易程度不同，手术分为四级：

一级手术：风险较低、手术过程简单，手术技术难度低的手术；

二级手术：有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术：风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；

四级手术：风险高、过程复杂、难度大的手术。

二、手术医师分级

根据其卫生技术资格、受聘技术职务、从事相应技术岗位工作年限和临床工作经验，规定手术医师的分级。所有手术医师均应依法取得执业医师资格，且执业地点在本院。

(一) 住院医师

1、低年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以内，或获得硕士学位、从事住院医师岗位工作 2 年以内者。

2、高年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以上，或获得硕士学位、从事住院医师岗位工作 2 年以上者。

(二) 主治医师

1、低年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以内，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以内者。

2、高年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以上，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作 2 年以上者。

(三) 副主任医师：

1、低年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以内者。

2、高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以上者。

(四) 主任医师

受聘于主任医师岗位职责者

三、各级医师手术权限

(一) 低年资住院医师：在上级医师指导下，可逐步开展并熟练掌握一级手术、参与二级手术。

(二) 高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师临场指导下逐步开展二级手术。

(三) 低年资主治医师：可主持二级手术，并在上级医师临场指导下，逐步开展三级手术。

(四) 高年资主治医师：可主持三级手术。

(五) 低年资副主任医师：主持三级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展四级手术。

(六) 高年资副主任医师：可主持四级手术，在上级医师临场指导下或根据实际情况主持新技术、新项目手术和科研项目手术。

（七）主任医师：可主持四级手术以及新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。

（八）对技术资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者，或经科室技术资格准入手术首席专家认可授权后方可开展相应手术。

四、手术审批权限

手术审批权限是指对拟实施的不同级别手术以及不同情况、不同类别的手术的审批权限，是控制手术质量的关键。

（一）常规手术

- 1、一级手术：由医疗组长审批，主治（及以上）医师签发手术通知单。
- 2、二级手术：由医疗组长审批，高年资主治（及以上）医师签发手术通知单。
- 3、三级手术：由医疗组长或科主任审批，由副主任（及以上）医师签发手术通知单。
- 4、四级手术：由科主任审批，由高年资副主任（及以上）医师签发手术通知单。

（二）特殊手术

1、资格准入手术

资格准入手术是指按卫生行政主管部门的规定，需要专项手术资格认证或授权的手术。由卫生行政主管部门或其认可的专业学术机构向医院及手术医师颁发专项手术资格准入证书或授权证明。已取得相应类别手术资格准入的手术医师才具有主持资格准入手术的权限。

2、重大手术

对医院界定的重大手术，必须按照《重大及新开展手术报告审批制度》的规定进行上报审批，获准后方可实施。

3、急诊手术

预期手术的级别在值班医师手术权限级别内时，可施行手术。若属重大手术或预期手术超出自己手术权限级别时，应紧急报告医疗组长，必要时向科主任汇报。但在需紧急抢救生命的情况下，在上级医师暂时不能到场主持手术期间，值班医师在不违背上级医师口头指示的前提下，有权、也必须按照具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。

4、新开展手术

新开展手术，根据《新技术、新项目准入制度》的规定，获得准入资格后方可实施。

5、外出会诊手术

本院执业医师受邀请到外单位或外地手术，必须按照《执业医师法》、《会诊制度》的要求办理相关审批手续。外出手术医师所主持的手术不得超出其在本细则规定的相应手术级别。

五、权限管理

(一) 手术人员资格权限按照医院《医疗技术临床应用管理制度》的有关规定执行，进行动态管理。手术医师资格分级授权及再授权程序如下：

1、手术医师可独立承担手术时，或手术医师根据前述有关条款需晋级承担上一级手术时，应当根据自己的资历、实际技术水平和操作能力等情况，书写述职报告，填写“莱芜市人民医院手术医师资格准入申请表”，交本科室主任；

2、科主任组织科内专家小组对其技术能力讨论评价后，提交医务科；

3、医务科组织相关专家，对其进行理论及技能考核评估；

4、医务科复核认定后，提交学术委员会讨论通过；

5、手术医师资格分级授权结果院内公示；

6、学术管理委员会主任签批；

7、医务科备案。

(二) 手术按照已确认的手术人员分工进行，不得越级手术。手术中根据病情需要扩大手术范围，或改变预定术式，需请示上级医师，按照医师分级手术范围规定进行手术。施行越级手术时，须经科主任批准并必须有上级医师在场指导。

(三) 除正在进行的手术需请示上级医师指导情况之外，上级医师不得未经给患者查房或会诊、未参加术前讨论，而直接参加手术。对于违反本管理办法超权限手术的科室和责任人，一经查实，将追究科室负责人、医疗组长和责任人的责任，对由此而造成医疗事故的，将严格按照医疗纠纷处理相关规定追究相应人员责任。

六、管理要求

(一) 医师必须严格遵守法律、法规及规章制度，医院各级医师要严格执行此规范，不能超越。凡因不遵守手术分级管理规范而发生的医疗纠纷，当事人负有完全责任。

(二) 各科室主任根据各科的实际情况，组织科室人员进行讨论，初步确定每一位手术医师的手术级别，报医务科，由医务科组织医院专家委员会讨论通过，计入医生个人技术档案。

(三) 科主任依据此规范，严格加强科室管理，每位手术医师必须在各自的手术级别中开展手术。

(四) 对于工作能力强，能够胜任高一级医师手术的医师，必须在上级医师指导下，完成此手术 10 例以上，由个人提出申请，科室讨论，形成书面材料报医务科，经医院专家委员会人员观摩手术或观看手术录像，讨论通过后，方可实施此类手术，并计入个人技术档案。（如果没有通过者，1 年后可再有本人提出申请）。

(五) 对连续两年发生两起以上因手术造成医疗纠纷或手术效果不理想的人员，经医院专家委员会讨论，停此类手术并降一级执行，直至取消手术资格，并由医务科备案，重新恢复手术级别，须经医院专家委员会考核后裁定。

(六) 若遇紧急特殊情况，科室或医师超范围开展与本人级别不相称的手术，需应邀请上级医师会诊或经医务科（行政值班室）同意，分管院长批准后进行。如遇特殊情况或急诊手术时，应积极抢救病人，并同时报医务科（行政值班室）备案，抢救结束后补齐相关手续。

(七) 各科室在执行该规范的过程中，可根据医学发展的要求和本科室手术医师的技术水平，仪器、设备条件经医院专家委员会讨论，再次手术分级的基础上，增加不同级别的手术术式，但不能减少。

(八) 对于业务能力差，不能胜任本人级别手术的医师，有科主任主持科室人员进行讨论，向医务科做出书面报告，由医务科组织医院专家委员会进行讨论，做出该医师具体的手术级别，并报请院领导批准。

(九) 手术医师根据个人的手术能力，完全能够胜任本人级别手术，而科主任不允许做此类手术时，可与科主任进行沟通，沟通不成时，可直接向医院专家委员会提出申诉，经医院专家委员会讨论后裁定。

(4) 介入诊疗技术临床应用管理制度

一、本制度所称腔镜、介入诊疗技术是应用现代高科技手段进行的一种微创性治疗，即在医学影像设备的引导下，将特制的导管、导丝等精密器械引入人体，对体内病灶进行诊断和局部治疗。

二、从事腔镜、介入诊疗技术人员基本要求

(一) 腔镜、介入诊疗医师资质要求

1、取得《医师执业证书》，执业范围为内科专业、外科专业及影像诊断与放射治疗专业医师。

2、具有主治医师以上（含主治医师）专业技术任职资格，并有 3 年以上相关专业临床诊疗工作经验。

3、拟从事内镜、介入诊疗技术的医师需经过卫生行政部门认定的内镜、介入诊疗技术培训基地或本院系统培训并考核合格。

（二）其他相关卫生专业技术人员

经过内镜、介入诊疗技术专业系统培训并考核合格。

（三）医院对从事内镜、介入诊疗技术的工作人员实行授权制，未取得医院授权的人员不得从事内镜、介入诊疗技术相关工作。

三、设备及设施符合国家相关要求。

四、内镜、介入诊疗技术管理

我院内镜、介入诊疗技术按照手术及有创操作的相关制度严格管理，具体可参照我院《查对制度》、《病例讨论制度》、《患者知情同意告知制度》、《围手术期管理制度》、《手术分级管理制度》、《手术安全核查制度》、《手术风险评估制度》等相关制度。

(一) 严格遵守内镜、介入诊疗技术操作规范和诊疗指南，根据患者病情、可选择的治疗方案、患者经济承受能力等因素综合判断治疗措施，因病施治，合理治疗，严格掌握内镜、介入诊疗技术的适应症与禁忌症。

(二) 在实施内镜、介入诊疗技术前，必须经 2 名（其中至少 1 名为副主任医师）以上专业技术任职资格的医师决定，术者由具有内镜、介入诊疗技术临床应用能力的本院医师担任，术后制定合理的治疗与管理方案。

(三) 实施内镜、介入诊疗技术前，应当向患者和其家属告知手术目的、手术风险、使用高值耗材、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施等，并签署知情同意书。

(四) 开展内镜、介入诊疗技术的科室必须制定并发症等紧急情况处理的应急预案和流程，主管医师应全程参与内镜、介入诊疗过程，密切观察患者病情变化，与内镜、介入诊疗技术实施医师充分做好相应的急救准备工作，切实保障患者医疗安全。

(五) 建立健全内镜、介入诊疗后随访制度，定期进行随访、记录。

(六) 医院和科室应定期进行内镜、介入诊疗技术临床应用能力评价，包括病例选择、手术成功率、严重并发症，死亡病例，医疗事故发生情况，术后病人管理，病人生存质量，随访情况和病历质量等，必要时实施再授权，保证内镜、介入诊疗技术质量持续改进。

(七) 其他管理要求

1、建立腔镜、介入诊疗技术器材购入、使用登记制度。必须使用经药品监督管理部门审批的、经医院统一采购的腔镜、介入诊疗技术器材，不得通过器材谋取不正当利益。在腔镜、介入诊疗病人住院病历中手术记录部分，留存腔镜、介入诊疗器材条形码或者其他合格证明文件，保证器材来源可追溯。不得违规重复使用一次性腔镜、介入诊疗器材。

2、完善仪器的管理、使用和日常维护的相关规定，设备的定期检修及保养等参照我院设备科的相关规定执行。

3、腔镜、介入手术室纳入全院感染管理监测范围，按照医院感染管理的相关制度严格管理。

4、按照我院相关规定，规范人员健康维护、环境保护、放射诊疗质量和辐射安全保障等工作。

5、腔镜、介入诊疗工作人员每年应参加相关的继续医学教育，加强培训学习。

6、严格执行国家物价、财务政策，按照国家规定收费。

(5) 重点医疗技术管理办法

一、为加强临床医疗及医技专业技术人员医疗技术准入与分级管理，提高医疗质量、保障医疗安全，根据国家卫生和计划生育委员会《医疗技术临床应用管理办法》要求，特制定本制度。

二、医疗技术的确认

医疗技术是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断、治疗措施。医疗技术分三类，第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术。第三类医疗技术是指具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：

- （一）涉及重大伦理问题；
- （二）高风险；
- （三）安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；
- （四）需要使用稀缺资源；
- （五）国家卫生和计划生育委员会规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

三、医疗技术的准入

（一）第一类医疗技术临床应用由医院根据功能、任务、技术能力实施严格管理。医院建立一类医疗技术管理档案，具有相应专业技术资格、执业注册地点在本院的专业技术人员，根据受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限、实际技术技能等情况，经培训考核合格后，可开展相应医疗技术工作。

（二）第二类、第三类医疗技术临床应用管理应根据卫生行政部门的要求进行审批或备案。

四、手术分级管理制度

医院建立手术分级管理制度。根据风险性和难易程度不同，手术分为四级：一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术，二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术，三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术，四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

五、医疗技术的建档及管理

（一）医院由医务科具体负责医疗技术临床应用管理，医院学术委员会依据卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限、实际技能等，对医疗、医技专业技术人员医疗技术临床应用进行分级管理。

（二）医院定期对授权专业技术人员技术应用情况进行复核，根据受聘专业技术职称与实际技能变化情况调整授权范围，并记入个人技术档案。

（三）对于手术医生，根据从事专业、手术资格以及实际操作技能等，按照手术分级的标准，明确其手术权限，并在医务科备案。急症手术与新项目开展等特殊手术严格按照《莱芜市人民医院手术分级管理制度》执行。

六、临床医生应用抗菌药物应严格按照抗菌药物分级管理规定执行。

七、奖惩

（一）对于授权的专业技术人员，应按照授权范围开展诊疗技术，因个人原因不能开展或不能胜任者脱产培训 3 个月，仍不能胜任者，适当降低或缩小其医疗技术应用范围。

(二) 不能胜任其授权的医疗技术诊疗工作，一年内连续发生两起及以上重大医疗差错事故者，取消其该技术级别从业资格，降一级开展医疗技术诊疗工作，满1年后经医院学术委员会及专家组临床应用能力技术审核合格后恢复原从事技术级别。

(三) 未经相关备案与申请手续，超范围开展医疗技术应用未造成不良影响的给予行政与经济处罚，造成严重后果的取消其该技术级别从业资格，涉嫌违纪违法的追究相应法律责任。

八、本制度适用于全院临床医疗及医技专业技术人员。

(6) 医疗技术风险预警管理制度

一、建立院长负责制，由主管院长主抓医疗技术风险工作，医院从工作环境、技术力量给高风险、高技术的科室以重视和支持。

二、对高风险的外科、妇产科医师实行医疗技术准入制度，不经批准的人员不允许从事高风险的医疗技术工作；严格执行手术分级制度。

三、严格执行新技术新业务准入制度，坚决杜绝不经批准的新技术新业务在临床中使用。

四、建立“绿色通道”，对抢救、入院、会诊等实行规范化管理，注重患者抢救工作流程和工作程序。

五、对急危重患者实行科主任负责制，对需要全院会诊的及时通知医务科，由医务科集中院内外专家会诊救治，不得贻误患者病情。

六、对超出本科专业诊治范围的患者应及时请相关专业会诊并转科治疗，对超出医院诊治范围的患者及时转院治疗，不得延误。

七、对在治疗过程中，出现严重诊断和治疗问题、严重并发症或副作用的，应立即由科主任组织积极抢救，同时通知医务科，由医务科组织全院会诊指定下一步救治方案。

(7) 医疗技术损害防范与应急处理管理办法

一、医疗技术损害防范措施

(一) 严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章、诊疗护理规范、常规、恪守医疗服务职业道德。

(二) 严格医务人员的准入、资质和资格审查。

(三) 严格医疗技术准入管理制度，严格新技术、新项目的审查。

(四) 针对实际工作中出现的问题及时提出改进措施。

(五) 对医务人员开展经常性的医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章、诊疗护理规范、常规的培训和医疗服务职业道德的教育。

(六) 医务科、护理部、门诊部为医疗质量监控部门，负责监控医疗护理质量，监督医疗护理服务，检查医护执业情况，提供相关医疗咨询。

(七) 在医疗活动中，要将患者的病情、采取的医疗措施和可能发生的医疗风险如实告知患者和家属，及时解答咨询，但要避免产生不良后果。

(八) 遵守医院各项规章制度，特别严格执行医疗质量和医疗安全的核心制度以及手术分级管理制度、抗菌药物使用分级管理制度。

二、医疗技术损害应急处理

(一) 医务人员在对患者进行各项技术诊疗操作过程中，出现医疗技术损害时，应按以下原则处置患者。

1、患者当时无生命危险时应立即暂停原医疗技术操作，并根据当时具体情况采取适宜应急补救措施，防止再次或继续发生医疗技术损害。

2、患者当时有生命危险时，医疗技术操作立即以抢救患者生命为主，采取损害补救处理对策，防止对患者的进一步损害，避免发生其他更加严重的损害后果。

3、出现医疗技术损害时，当事人应立即按照医院报告制度规定，逐级上报科室主任、医务科及相关职能部门，医务科接到报告后应及时组织相关技术专家会诊讨论，研究进一步的补救处理对策和决定是否继续进行原医疗技术操作。

(二) 医疗技术损害构成医疗事故者，医务科应按照《医疗事故处理条例》规定和要求上报。

(三) 发生医疗技术损害责任争议时，相关病历资料复印件可应患方要求，在医患双方的共同监督下封存和启封。按照规定，封存的资料由医院保管。

(四) 疑是输液、输血、注射、药物等引起医疗技术损害不良后果的，医患双方应共同对现场实物进行封存和启封。按照规定，封存的实物由医院保管。需要检

验的，由双方共同指定具有检验资格的机构进行检验；无法共同指定时，由市卫生和计划生育委员会指定。

（五）死亡患者的家属对死因有异议时，医务人员应告知其尸检（48 小时内进行，具备冷冻条件的，可以延长至 7 日），双方共同提出申请，由市卫生和计划生育委员会指定尸检机构。

（六）患者死亡后，尸体应立即移放太平间。逾期不处理的尸体，经报请市卫生和计划生育委员会批准，并报辖区公安部门备案后，医院按照规定进行处理。

（七）发生医疗技术损害责任争议时，科室应力争予以化解；不能化解的医疗争议，由医疗安全科组织人员进行处理，科室予以配合。

（八）双方同意进行医疗事故争议技术鉴定的，按照规定的程序进行；诉至人民法院的医疗争议，由医疗安全科组织应诉工作，并做好应诉准备。

（九）医院对医疗事故相关责任科室和责任人按照医院有关医疗事故处理规定进行处罚。

三、科室一、二、三类医疗技术目录

一类医疗技术	
二类医疗技术	(保存申报资料和审批结果复印件)
三类医疗技术	(保存申报资料和审批结果复印件)

四、科室手术、介入、腔镜授权资料

1、 技术授权讨论会记录（ ____ 年度）

时间		地点	
参加人 员			

科室讨论意见：

记录者：

科主任签字：

年 月 日

2、技术授权档案（一式两份，科室一份，医务科一份）（每类技术项目的个人申请表、科室考核表、科室分级授权审批表）（已有制式表格）

五、 科室新技术、新项目管理档案

1. 开展新技术、新项目科内讨论记录
2. 新技术、新项目申报表（一式两份 医务科、科室各一份）
3. 新技术、新项目开展情况登记表
4. 新技术、新项目质量与安全评价表
5. 新技术、新项目督导检查表格
6. 新技术、新项目开展年度汇总表（一式两份 医务科、科室各一份）

莱芜市人民医院

开展新技术、新项目科内讨论记录

(____ 年度)

项目名称				
项目 负责人		职称/职务		是否 研究生导 师
项目 主要 成员	姓名	职称/职务	承担的主要任务	签 名
<p>科室讨论意见:</p> <p>1、对项目的适应症、先进性、科学性、可行性的客观评价 (划√)</p> <p><input type="checkbox"/>该项目目前为成熟、先进技术, 我院已具备开展条件;</p> <p><input type="checkbox"/>该项目为改良、替代技术(方法), 较原技术(方法)有一定优越性;</p>				

其它（具体写明）：

2、对申请者的业务水平及承担该项目的能力等进行评价（划√）

申请者业务水平高，进修学习、实际操作过该项目（技术），能胜任该项目的开展；

申请者业务水平较高，参观、学习过该项目（技术），预计可以完成；

申请者业务水平较高，对该项目（技术）有一定了解，预计可以完成；

其它（具体写明）：

3、对技术路线、操作常规的意见和建议（划√）

技术路线明确、合理、可行，操作常规周密完善，对不良事件的应急预防措施得当；

技术路线明确、基本合理、可行，操作常规可行，对不良事件的应急预防措施得当；

其它（具体写明）：

4、其它需要说明的问题（请具体写明）

科主任签字：

年 月 日

参加讨论人员签名：

新项目	登记号	
登记	批准日期	

莱芜市人民医院

新技术、新项目申报表

项目名称:

项目负责人:

完成科室:

相应级别: 国家级 省级 市级 院级

上报日期: 年 月 日

莱芜市人民医院

一、可行性报告:

(包括目前此项目国内外开展现状; 此项目的临床意义及适应症、禁忌症; 具体技术路线, 操作规范和操作规程; 疗效判定标准、评价方法、不良反应等; 我院现有设备及人员配备、技术支撑条件; 对此项目的社会效益、经济效益的

科学预测。⑦负责人以前完成新技术、新项目的情况。

(可加附页)

二、项目参与人员

项目 负责人		职称/职务		是否 研究生导 师	
项目 主要 成员	姓名	职称/职务	承担的主要任务	签名	

三、管理制度和质量保障措施：

(可加附页)

四、预见风险及处理预案：

(可加附页)

五、主管部门审核意见：

科室讨论意见： 科主任签字： 年 月 日
医院学术委员会意见： 主任委员签字： (公章) 年 月 日
医院伦理委员会意见： 负责人签字： (公章) 年 月 日

医院审批意见：

负责人签字：

(公章)

年 月 日

例数		平均住院天数		平均住院费用		临床疗效		有无并发症		其他
科室主任签字：										

新技术、新项目质量与安全评价表

科室自我总结与评价（运行情况分析、方法评估、费用统计、诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、不良反应、随访情况、安全性、有效性、存在问题及解决方案等）：

另外需要说明和补充的内容:

负责人签名

年 月 日

新技术、新项目督导检查表格

莱芜市人民医院

新技术、新项目开展年度汇总表

项目名称:

项目负责人:

完成科室:

相应级别: 国家级 省级 市级 院级

开展日期: 年 月 日

姓名	性别	住院号	入院日期	出院日期	主要诊断	出	
总例数		平均住		平均住	临床疗	有无并	其

		院天数		院费用		效		发症		
科室主任签字： 日										

一、开展病例登记：（典型病例少于 20 例全部登记，多于 20 例，选取最典型病例登记 20 例）

二、科室自我评价:

(治疗效果、取得的社会效益和经济效益等)

科 室 主 任 签 字 :

年 月 日

(字数

不限, 不够可附页)

三、其他

(另外需要说明和补充的内容)：

科室主任签字：

年

月 日

(字数

不限，不够可附页)

四、主管职能部门评价：

(对该新技术、新项目的综合评价及要求等)：

负责人签字：

年

月 日

六、 科室重点医疗技术项目管理档案

- 1、开展重点医疗技术项目科内讨论记录
- 2、重点医疗技术项目责任书（一式 2 份 医务科、科室各一份）（已印好）
- 3、重点医疗技术项目开展情况登记表
- 4、重点医疗技术项目质量与安全评价表

莱芜市人民医院

重点医疗技术项目科内讨论记录

(____ 年度)

项目名 称				
项 目 负责人		职称/职务		是否 研究生导 师
项 目 主 要 成 员	姓名	职称/职务	承担的主要任务	签 名
科室讨论意见：				
				科主任签字：
				年 月

日

参加讨论人员签名:

莱芜市人民医院

重点医疗技术项目责任书

例数		平均住院天数		平均住院费用		临床疗效		有无并发症		其他
科室主任签字:										

重点医疗技术项目质量与安全评价表

科室自我总结与评价（运行情况分析、方法评估、费用统计、诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、不良反应、随访情况、安全性、有效性、存在问题及解决方案等）：

另外需要说明和补充的内容：

负责人签名

年 月 日