

运用PDCA循环提高输血病历合格率

项目部门：输血科　　汇报人：黄少敏　　运行时间：2020年4月—2020年8月

科室简介

人员结构

临床医师：1人，高级职称；
检验人员：7人，其中高级职称1人，中级职称3人，初级职称2人，跟班学习1人。
有扎实的临床、检验、输血专业理论知识和较强的操作能力。

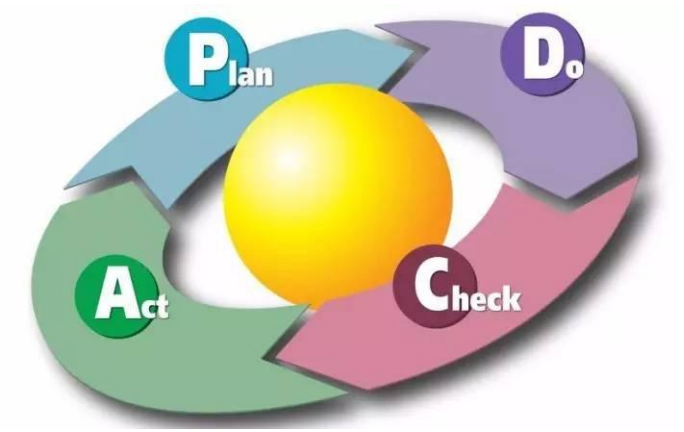
主要业务

血型鉴定、交叉配血、不规则抗体筛选、直接抗人球蛋白试验等。

主要职能

承担我院临床用血的计划申报、血液储存、配发血、用血指导、临床用血会诊、保障临床输血安全。常年为临床合理用血提供咨询服务。

汇报内容 CONTENTS



- P 计划阶段
- D 实施阶段
- C 检查阶段
- A 处理阶段

P 计划阶段

选题背景

1. 国家卫健委医管所三甲辅导时发现，输血治疗同意书填写不完整、漏项；输血病程记录不规范，效果评价过于简单等输血病历不合格问题。

2. 输血科多年来对临床输血病历进行检查并反馈存在问题，一直没得到改善。

选题依据

选题依据一：

根据《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》，4.19.3.2中条款的要求。

4．19．3．2 执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其	【C】 1．按照相关规定，对准备输血的患者进行血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）的相关检测。

120

近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗知情同意书”。	2．有相关规定要求医师向患者、近亲属或委托人充分说明使用血液成分的必要性、使用的风险和利弊及可选择的其他办法，并记录在病历中。 （1）取得患者或委托人知情同意后，签署“输血治疗知情同意书”。 （2）同意书中须明确其他输血方式的选择权。 （3）同意书中可明确同意输血次数。 （4）《输血治疗知情同意书》入病历保存。 （5）因抢救生命垂危的患者等特殊情况需紧急输血，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准后实施。 3．医院对特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程。
	【B】符合“C”，并 医务人员熟悉并严格执行该规定。
	【A】符合“B”，并 1．输血前检测率100%。 2．输血治疗知情同意书签署率100%。

选题依据

选题依据二：

根据《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》，4.19.3.3的条款要求。

4.19.3.3 有临床用血前评估和用血后效果评价制度，严格掌握输血适应证，做到安全、有效、科学用血。	【C】 1. 医院有根据患者病情和实验室检测指标进行输血指征综合评估的指标。 2. 医院有用血后效果评价管理要求。 3. 医院对输血适应证有严格管理规定，定期评价与分析用血趋势。 4. 医务人员掌握输血适应证相关规定，做到安全、有效、科学用血。
	【B】符合“C”，并 1. 有输血前评估指征或检测指标落实情况督导检查，有记录。 2. 成分输血率100%达至相关要求。
	【A】符合“B”，并 1. 输血前评估指征或检测指标100%符合规范要求。 2. 用血适应证合格率100%均达到相关标准。

选题依据

选题依据三：

根据《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》，4.19.3.5中条款的要求。

4. 19. 3. 5 输血治疗病程记录完整详细。	【C】 1. 医院有输血治疗病程记录的相关规范。 （1）输血治疗病程记录完整详细，至少包括输血原因，输注成分、血型和数量，输注过程观察情况，有无输血不良反应等内容。

121

	（2）不同输血方式的选择与记录。 （3）输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。 （4）手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致；输血量与发血量一致。
	【B】符合“C”，并 有输血治疗病程记录质量的督导检查和改进措施。
	【A】符合“B”，并 落实整改措施有成效。输血治疗病程记录100%符合规范要求。

项目定义

输血病历合格率：指输血病历中合格的病历与输血病历总数的比率

$$\text{输血病历合格率}=\frac{\text{输血病历中合格的病历}}{\text{输血病历总数}}\times 100\%$$

CQI小组成立

成立提高输血病历合格率CQI小组

姓名	科室	职称/职务	组内职责
黄少敏	输血科	副主任技师/科主任	组织召开协调会、分配任务
林红	输血科	主管技师/科副主任	查阅文献、分析原因、对策实施
黄彩云	输血科	主管检验师	查阅文献、分析原因、对策实施
庄慧光	输血科	主治医师	查阅文献、分析原因、对策实施
林月茹	医务科	主治医师/副主任	分析原因、对策拟定
林崖	消化内分泌科	主治医师/副主任	分析原因、对策拟定
姚大洲	病案科	主任医师/科主任	分析原因、对策拟定、对策实施
邢子念	输血科	初级检验师	查阅文献、分析原因、对策实施
林书彪	输血科	主管检验师	查阅文献、分析原因、对策实施
邢增旭	输血科	初级检验师	查阅文献、分析原因、对策实施

活动计划

运用PDCA循环提高输血病历合格率

阶段	内容 \ 时间	2020年4月			5月					6月					7月					8月					负责人
		第3周	第4周	第5周	第1周	第2周	第3周	第4周	第5周	第1周	第2周	第3周	第4周	第5周	第1周	第2周	第3周	第4周	第5周	第1周	第2周	第3周	第4周	第5周	
P	主题设定	····——	····——																						林红
	成立小组	····——	····——																						黄少敏
	制定计划	····——	····——																						黄彩云
	现状调查	····——	····——																						邢子念
	目标设定	····——	····——																						林崖
	原因分析			····——	····——	····——																			邢增旭
	对策拟定			····——	····——	····——																			林月茹
D	对策实施						····——	····——	····——	····——	····——	····——	····——	····——	····——	····——	····——	····——							庄慧光
C	效果确认																		····——	····——	····——	····——			林书彪
A	标准化																						····——	····——	姚大洲
	持续改进																						····——	····——	黄少敏
	····· 计划 —— 实施						制表人：黄彩云								制表时间：2020年4月14日										

现状调查

对输血病历进行检查



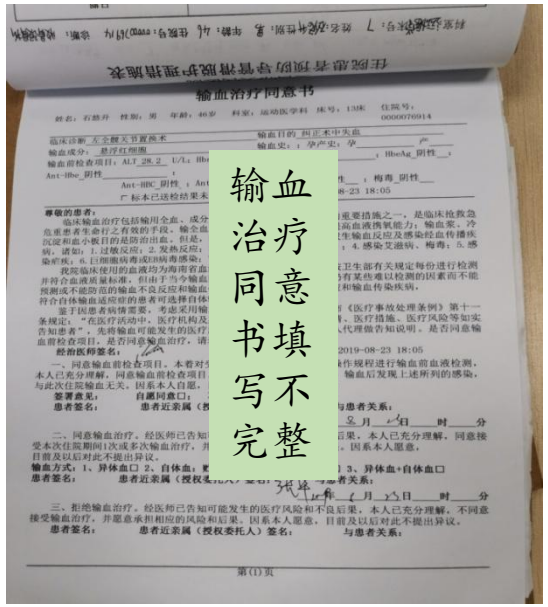


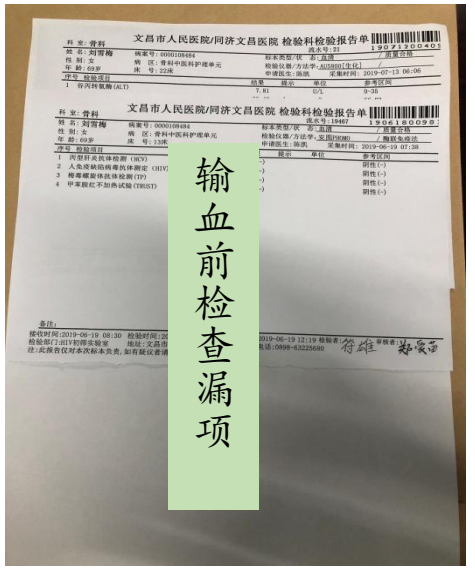


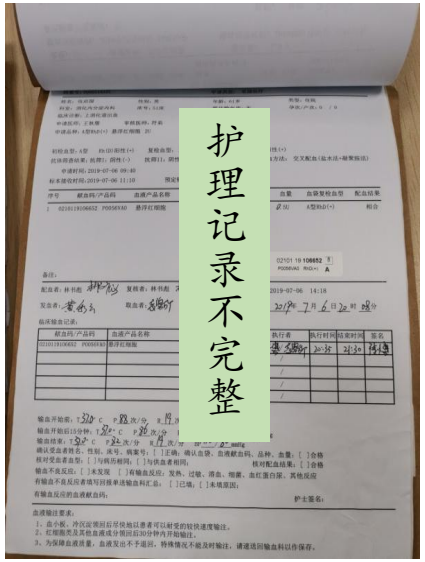
查检表

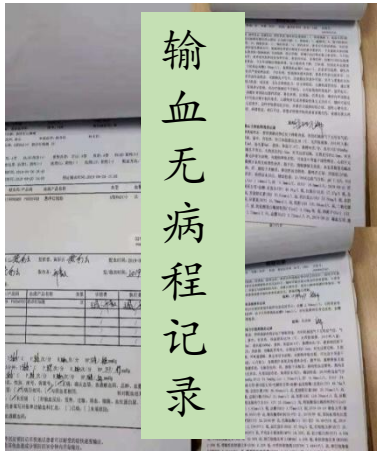
现状调查

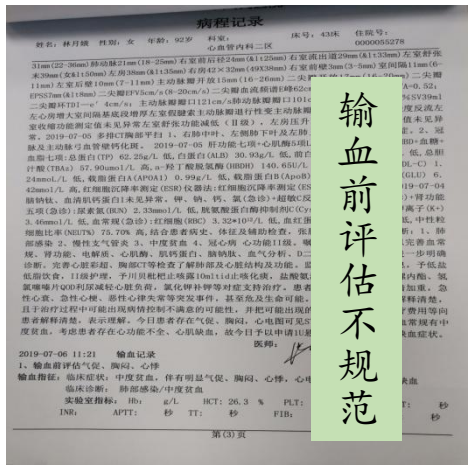
通过对2019年7-12月304份病历进行检查，发现以下存在问题（如图）。

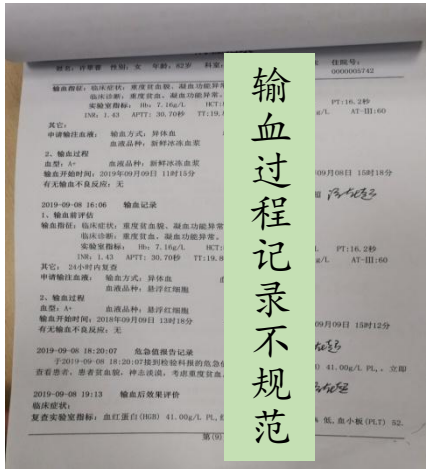


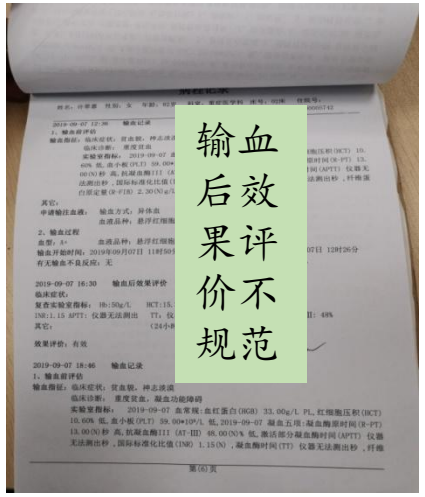






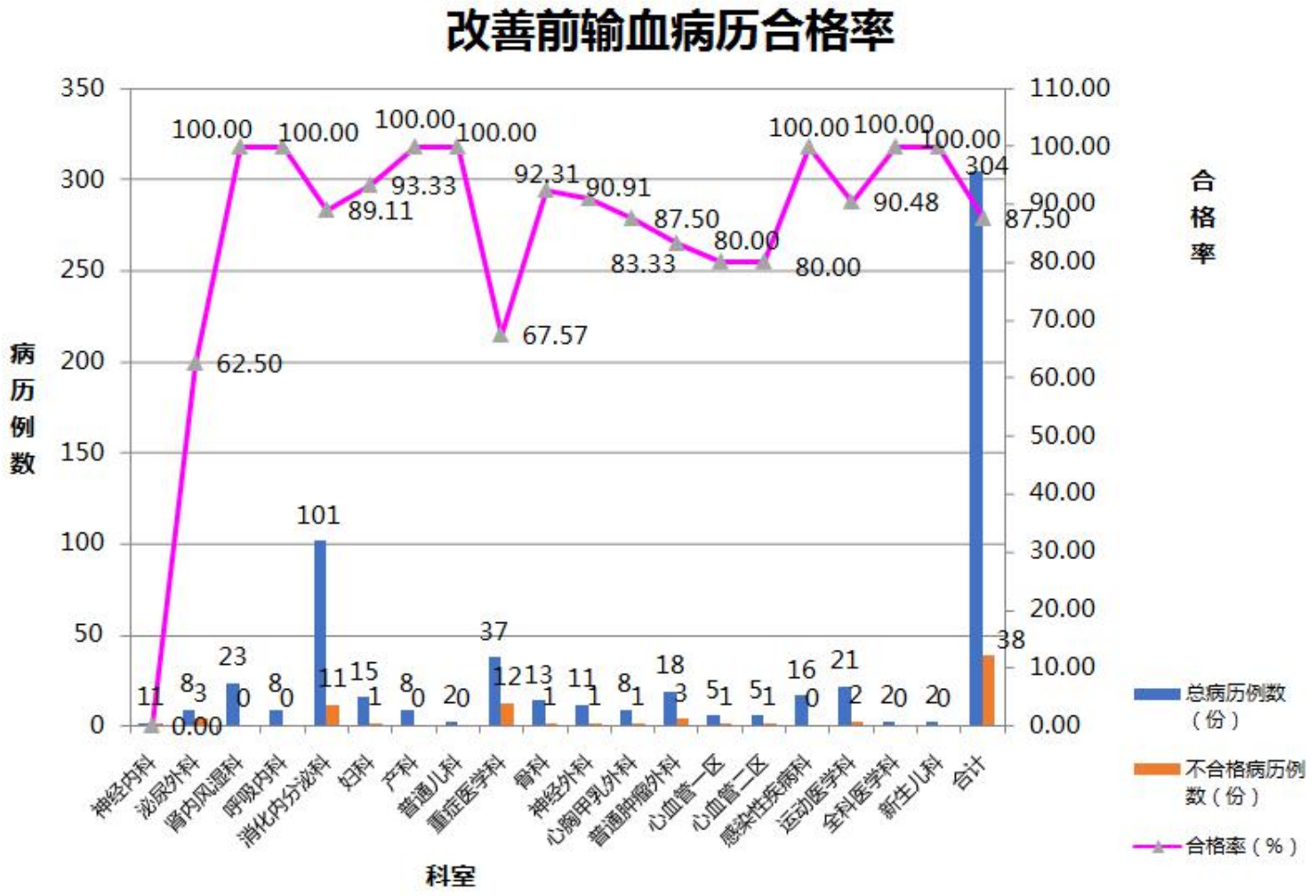






现状调查

2019年7-12月输血病历合格率			
科室	总病历例数（份）	不合格病历例数（份）	合格率（%）
神经内科	1	1	0.00
泌尿外科	8	3	62.50
肾内风湿科	23	0	100.00
呼吸内科	8	0	100.00
消化内分泌科	101	11	89.11
妇科	15	1	93.33
产科	8	0	100.00
普通儿科	2	0	100.00
重症医学科	37	12	67.57
骨科	13	1	92.31
神经外科	11	1	90.91
心胸甲乳外科	8	1	87.50
普通肿瘤外科	18	3	83.33
心血管一区	5	1	80.00
心血管二区	5	1	80.00
感染性疾病科	16	0	100.00
运动医学科	21	2	90.48
全科医学科	2	0	100.00
新生儿科	2	0	100.00
合计	304	38	87.50



制表人：黄彩云　　制表时间：2020年4月22日

现状调查

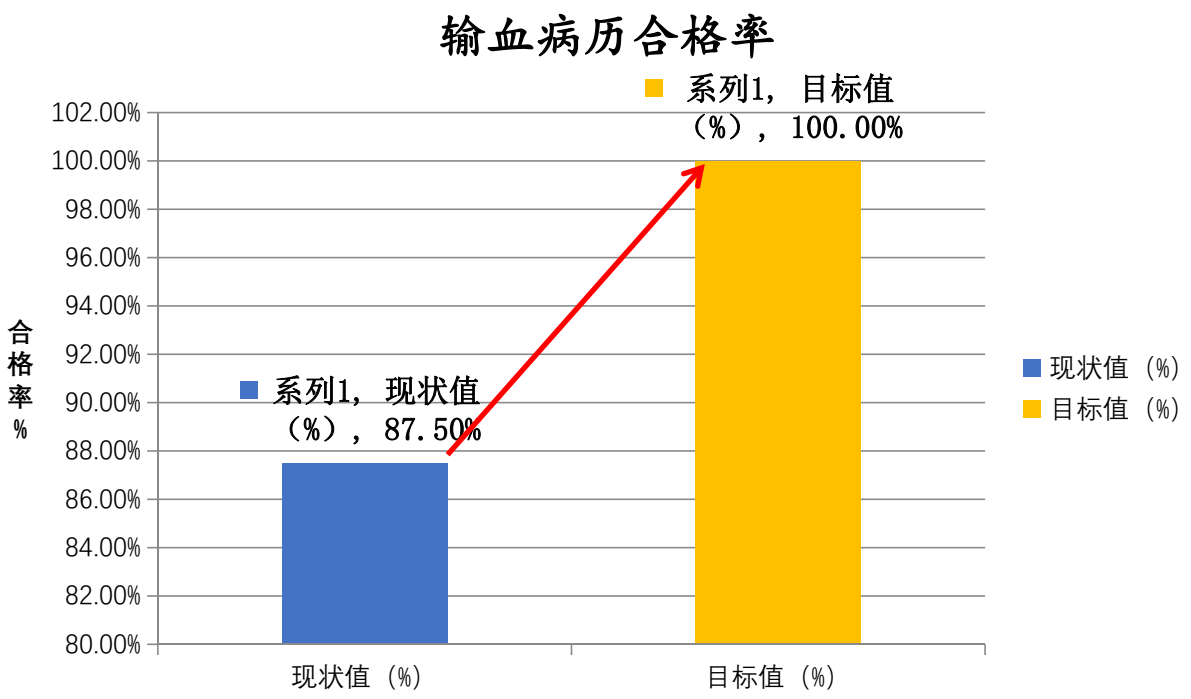
2019.07-2019.12输血病历存在问题汇总表

科室	总数	输血病历不合格总例数	存在问题						
			输血治疗同意书签署无/不规范	输血前评估记录无/不规范	输血过程记录无/不规范	输血后评价记录无/不规范	输血前检查无/缺项	无输血病程记录	护理记录填写不规范
神经内科	1	1							1
泌尿外科	8	3			2		2		
肾内风湿科	23	0							
呼吸内科	8	0							
消化内分泌科	101	11	3		4	3	1	1	2
妇科	15	1			1				
产科	8	0							
普通儿科	2	0							
重症医学科	37	12	1	1	5	1	1	4	2
骨科	13	1					1		
神经外科	11	1			1				
心胸甲乳外科	8	1							
普通肿瘤外科	18	3			3	1			
心血管一区	5	1			1				
心血管二区	5	1		1					
感染性疾病科	16	0							
运动医学科	21	2	1		1				
全科医学科	2	0							
新生儿科	2	0							
合计：	304	38	5	2	18	5	5	5	5
合格率（%）	87.50								

2019年7月至12月输血病历的合格率为87.50%

制表人：黄彩云　　制表时间：2020年4月22日

设定目标值



制表人：林红　　制表时间：2020.4.22

目标值来源：

根据《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》中4.19.3.2、4.19.3.3、4.19.3.5条款的要求：

1. 输血前检测率100%。
2. 输血治疗知情同意书签署率100%。
3. 输血前评估指征或检测指标100%符合规范要求。
4. 用血适应症合格率100%均达到相关标准。
5. 输血治疗病程记录100%符合规范要求。

设定输血病历合格率目标值为100%。

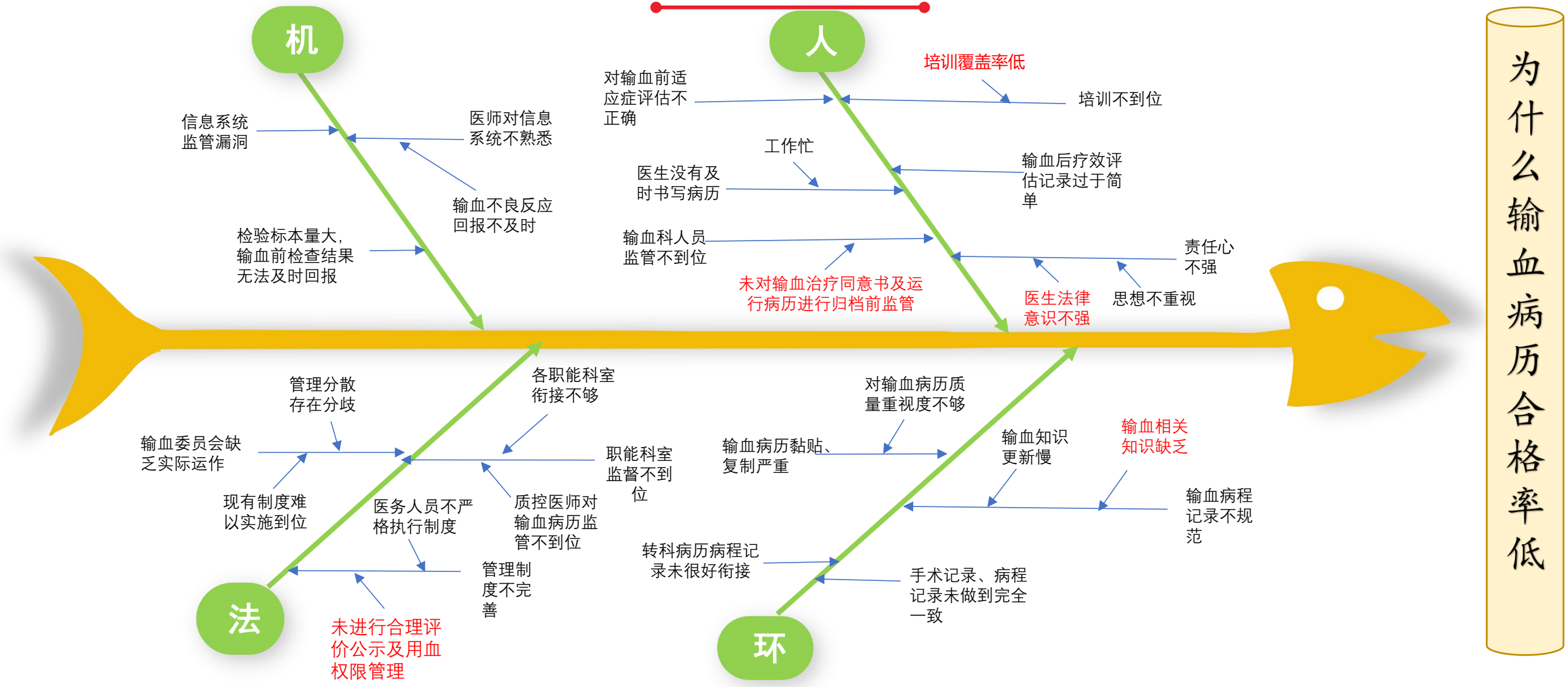
原因分析

小组成员头脑风暴





原因分析



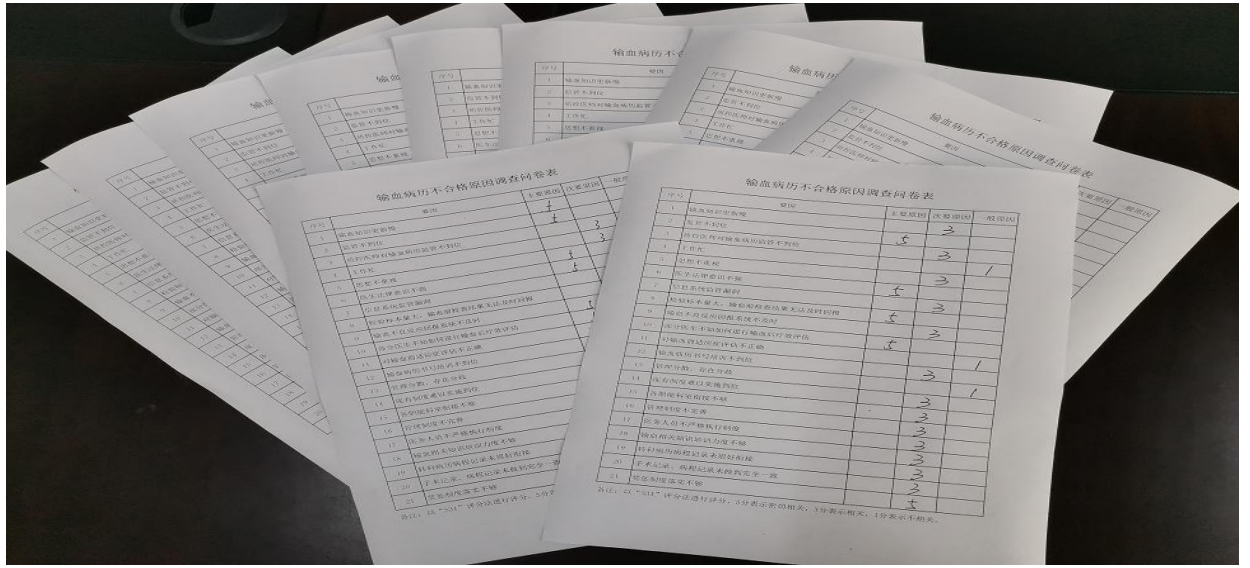
制图人：黄彩云　　制图时间：2020 年 4 月28 日

要因选定

输血病历不合格原因调查问卷表

序号	要因	主要原因	次要原因	一般原因
1	输血知识更新慢			
2	工作忙			
3	培训覆盖率低			
4	质控医师对输血病历监管不到位			
5	医生法律意识不强			
6	思想不重视			
7	信息系统监管漏洞			
8	检验标本量大，输血前检查结果无法及时回报			
9	输血不良反应回报不及时			
10	输血后疗效评估记录过于简单			
11	对输血前适应症评估不正确			
12	输血相关知识缺乏			
13	管理分散，存在分歧			
14	现有制度难以实施到位			
15	未进行合理评价公示及用血权限管理			
16	对输血病历质量重视度不够			
17	各职能科室衔接不够			
18	医务人员不严格执行制度			
19	未对输血治疗同意书及运行病历归档前监管			
20	转科病历病程记录未很好衔接			
21	手术记录、病程记录未做到完全一致			

备注：以“531”评分法进行评分，5分表示密切相关，3分表示相关，1分表示不相关。



以“531”评分法，各个组员对输血病历不合格原因进行评分，5分表示密切相关，3分表示相关，1分表示不相关。

要因选定

输血病历不合格要因评分统计结果

序号	要因	组员1	组员2	组员3	组员4	组员5	组员6	组员7	组员8	组员9	组员10	总分	要因确认	采纳
1	输血知识更新慢	3	5	5	1	1	1	1	3	3	3	26		
2	工作忙	3	5	3	3	1	1	3	1	3	3	26		
3	培训覆盖率低	3	3	5	5	3	3	3	3	3	5	42	★	√
4	质控医师对输血病历监管不到位	1	3	5	3	5	1	1	5	3	3	30		
5	医生法律意识不强	5	5	5	3	5	3	5	3	5	5	44	★	√
6	思想不重视	3	5	1	3	5	1	3	3	5	3	32		
7	信息系统监管漏洞	3	3	1	1	1	3	3	5	5	5	30		
8	检验标本量大，输血前检查结果无法及时回报	5	3	1	3	5	1	1	1	3	3	26		
9	输血不良反应回报不及时	3	5	1	3	5	1	3	3	3	3	30		
10	输血后疗效评估记录过于简单	5	5	3	3	3	1	1	1	1	3	32		
11	对输血前适应症评估不正确	1	3	5	3	3	1	1	1	3	5	26		
12	输血相关知识缺乏	3	5	5	3	5	3	5	5	5	5	44	★	√
13	管理分散，存在分歧	1	3	3	3	1	1	3	1	5	5	26		
14	现有制度难以实施到位	3	3	3	3	1	1	3	1	3	5	26		
15	未进行合理评价公示及用血权限管理	5	5	3	5	5	5	5	5	3	5	46	★	√
16	对输血病历质量重视度不够	3	5	5	1	1	1	1	3	3	5	28		
17	各职能科室衔接不够	3	3	1	1	1	3	3	5	5	5	30		
18	医务人员不严格执行制度	3	3	3	3	5	3	5	3	3	3	34		
19	未对输血治疗同意书及运行病历归档前监管	3	5	5	3	5	3	5	3	5	5	42	★	√
20	转科病历病程记录未很好衔接	3	3	5	5	5	3	3	3	5	3	32		
21	手术记录、病程记录未做到完全一致	3	5	3	3	3	1	1	1	1	3	30		

说明：全体组员经过5、3、1评分法进行评分，组员10名，每项总分为50分，根据二八法则选择40分以上的为要因。

制表人：黄彩云　　制表时间：2020年5月6日

真因验证

输血病历不合格问题统计

序号	科室	临床各个科室输血病历总数	临床各个科室输血病历不合格例数	未进行合理评价公示及用血权限管理	未对输血治疗同意书及运行病历归档前监管	培训覆盖率低				输血知识缺乏			医生法律意识不强	
				临床各个科室输血病历不合格例数	临床各个科室输血病历不合格例数	输血前评估无/记录不规范	输血过程记录无/不规范	输血后评价无/记录不规范	无输血病程记录	输血前评估无/记录不规范	无输血病程记录	输血后评价无/记录不规范	输血治疗同意书无/签署不规范	输血前检查无/缺项
1	神经内科	1	1	1	1									
2	泌尿外科	8	3	3	3		2							2
3	肾内风湿科	23	0	0	0									
4	呼吸内科	8	0	0	0									
5	消化内分泌科	101	11	11	11		4	3	1		1	3	3	1
6	妇科	15	1	1	1		1							
7	产科	8	0	0	0									
8	普通儿科	2	0	0	0									
9	重症医学科	37	12	12	12	1	5	1	4	1	4	1	1	1
10	骨科	13	1	1	1	1				1				1
11	神经外科	11	1	1	1		1							
12	心胸甲乳外科	8	1	1	1									
13	普通肿瘤外科	18	3	3	3		3	1				1		
14	心血管一区	5	1	1	1		1							
15	心血管二区	5	1	1	1	1				1				
16	感染性疾病科	16	0	0	0									
17	运动医学科	21	2	2	2		1						1	
18	全科医学科	2	0	0	0									
19	新生儿科	2	0	0	0									
20	合计：	304	38	38	38	3	18	5	5	3	5	5	5	5
21	合计：	304	38	38	38	31				13			10	

制表人：黄彩云　　制表时间：2020年5月8日

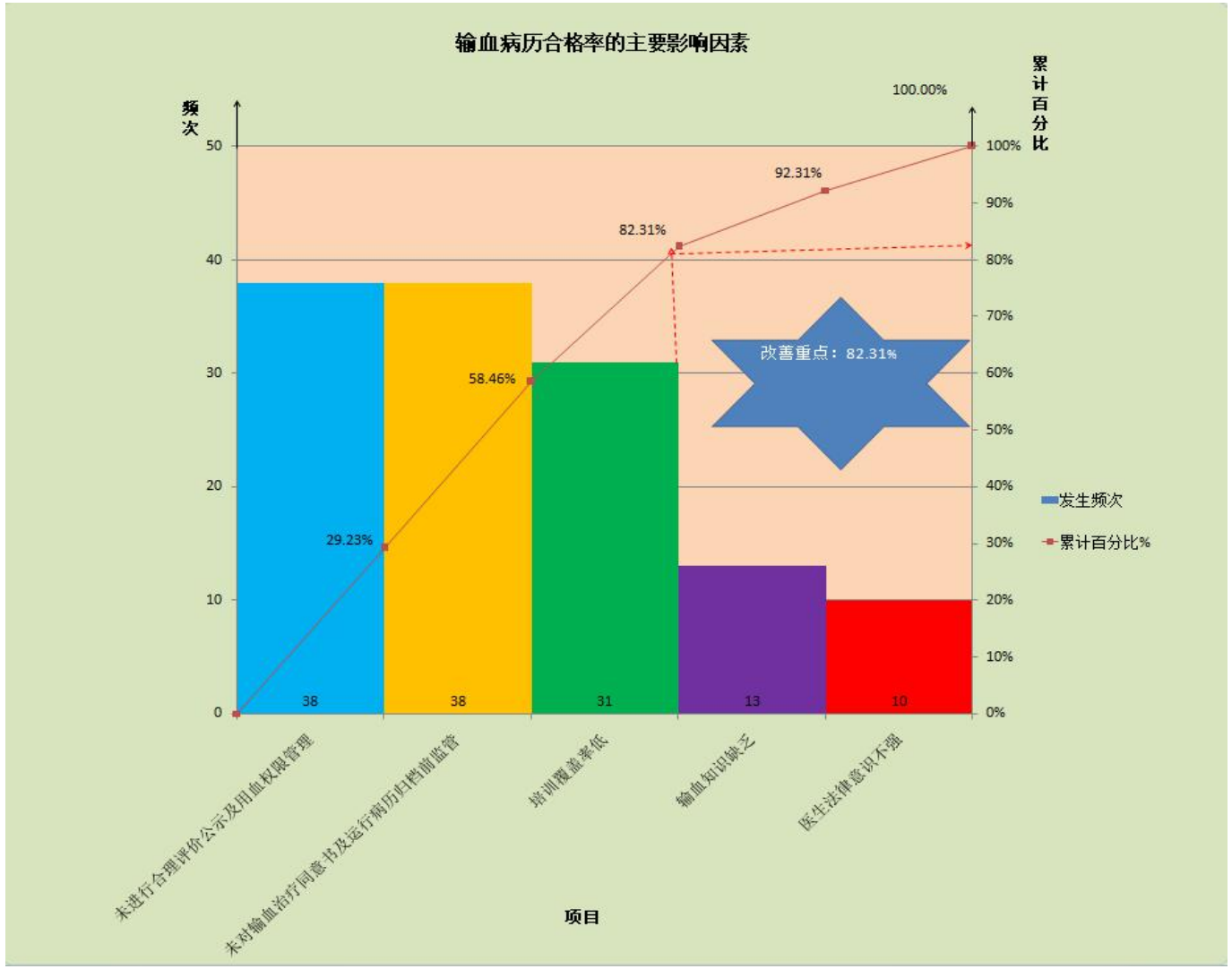
真因验证

输血病历不合格的真因验证				
序号	项目	发生频次	所占比例%	累计百分比%
1	未进行合理评价公示及用血权限管理	38	29.23	29.23
2	未对输血治疗同意书及运行病历归档前监管	38	29.23	58.46
3	培训覆盖率低	31	23.85	82.31
4	输血知识缺乏	13	10.00	92.31
5	医生法律意识不强	10	7.69	100
合计		130		100

根据抽查2019年7-12月临床输血病历，不合格问题出现的情况与五项要因相关，发生频次及累计百分比进行统计。

制图人：黄彩云　　制表时间：2020年5月8日

真因验证



根据二八法则找出以下三个真因：**未进行合理评价公示及用血权限管理**、**未对输血治疗同意书及运行病历归档前监管**、**培训覆盖率低**，作为改善的重点。

制图人：黄彩云　　制表时间：2020年5月8日

对策拟定

主要问题 (what)	主要原因 (why)	措施 (how)	负责人 (who)	日期 (when)	地点 (where)
管理制度不完善	未进行合理评价公示及用血权限进行管理	按要求修订临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度	林月茹 庄慧光	6月3日	医务科 输血科
		按制度落实公示及用血权限进行管理		每月、每季度	
监管不到位	未对输血治疗同意书及运行病历进行归档前监管	在发取血时进行输血治疗同意书检查及在输血后对运行病历进行检查，并将存在问题进行反馈	输血科人员	5月10日-7月25日	输血科
培训不到位	培训覆盖率低	现场培训后科室再培训。 （但本次培训受新冠疫情影响，采用线上形式）进行培训及考核，要求全体临床医护人员参加	黄少敏 庄慧光	5月21日-5月23日	线上

制表人：林红　　制表时间：2020.5.9

D 实施阶段

对策实施

对策实施一：

主要问题	主要原因	措施	负责人	日期	地点
(what)	(why)	(how)	(who)	(when)	(where)
管理制度不完善	未进行合理评价公示及用血权限进行管理	按要求修订临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度	林月茹 庄慧光	6月3日	医务科 输血科
		按制度落实公示及用血权限进行管理		每月、每季度	

对策实施



同济文昌医院
文昌市人民医院文件

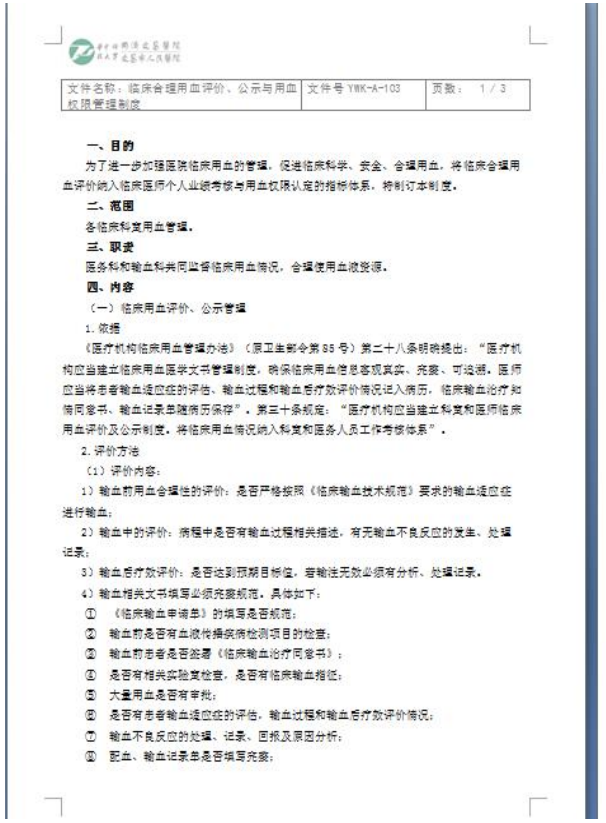
文医〔2020〕157号

关于印发《临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度》的通知

各科室、班组：

为了进一步加强医院临床用血的管理，促进临床更加科学、安全、合理用血，将临床合理用血情况纳入临床医师个人业绩考核与用血权限认定的指标体系，结合工作实际，医院制定了《临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度》，并经院长办公会议审议通过，现将该制度印发给你们，请遵照执行。

文昌市人民医院 同济文昌医院
2020年6月3日



文件名称：临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度 | 文件号 YWK-A-103 | 页数： 1 / 3

一、目的

为了进一步加强医院临床用血的管理，促进临床科学、安全、合理用血，将临床合理用血评价纳入临床医师个人业绩考核与用血权限认定的指标体系，特制订本制度。

二、范围

各临床科室用血管理。

三、职责

医务科和输血科共同监督临床用血情况，合理使用血液资源。

四、内容

（一）临床用血评价、公示管理

1.依据

《医疗机构临床用血管理办法》（原卫生部令第85号）第二十八条明确提出："医疗机构应当建立临床用血医学文书管理制度，确保临床用血信息客观真实、完整、可追溯。医师应当将患者输血适应症的评估、输血过程和输血后疗效评价情况记入病历，临床输血治疗知情同意书、输血记录单随病历保存"。第三十条规定："医疗机构应当建立科室和医师临床用血评价及公示制度，将临床用血情况纳入科室和医务人员工作考核体系"。

2.评价方法

（1）评价内容：

1）输血前用血合理性的评价：是否严格按照《临床输血技术规范》要求的输血适应症进行输血；

2）输血中的评价：病程中是否有输血过程相关描述，有无输血不良反应的发生、处理记录；

3）输血后疗效评价：是否达到预期目标值，若输注无效必须有分析、处理记录。

4）输血相关文书填写必须完整规范，具体如下：

① 《临床输血申请单》的填写是否规范；

② 输血前是否有血液传播疾病检测项目的检查；

③ 输血前患者是否签署《临床输血治疗同意书》；

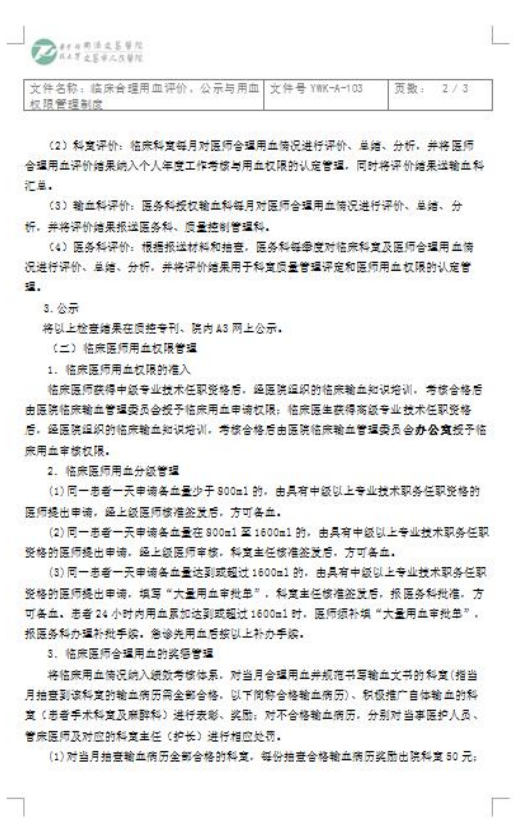
④ 是否有相关实验室检查，是否有临床输血指征；

⑤ 大量用血是否有审批；

⑥ 是否有患者输血适应症的评估、输血过程和输血后疗效评价情况；

⑦ 输血不良反应的处理、记录、回报及原因分析；

⑧ 配血、输血记录单是否填写完整；



文件名称：临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度 | 文件号 YWK-A-103 | 页数： 2 / 3

（2）科室评价：临床科室每月对医师合理用血情况进行评价、总结、分析，并将医师合理用血评价结果纳入个人年度工作考核与用血权限的认定管理，同时将评价结果送输血科汇总。

（3）输血科评价：医务科授权输血科每月对医师合理用血情况进行评价、总结、分析，并将评价结果报送医务科、质量控制管理科。

（4）医务科评价：根据报送材料和抽查，医务科每季度对临床科室及医师合理用血情况进行评价、总结、分析，并将评价结果用于科室质量管理评定和医师用血权限的认定管理。

3.公示

将以上检查结果在质控专刊、院内A3网上公示。

（二）临床医师用血权限管理

1.临床医师用血权限的准入

临床医师获得中级专业技术任职资格后，经医院组织的临床输血知识培训，考核合格后由医院临床输血管理委员会授予临床用血申请权限；临床医生获得高级专业技术任职资格后，经医院组织的临床输血知识培训，考核合格后由医院临床输血管理委员会**办公室**授予临床用血审核权限。

2.临床医师用血分级管理

（1）同一患者一天申请备血量少于800ml的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师核准签发后，方可备血。

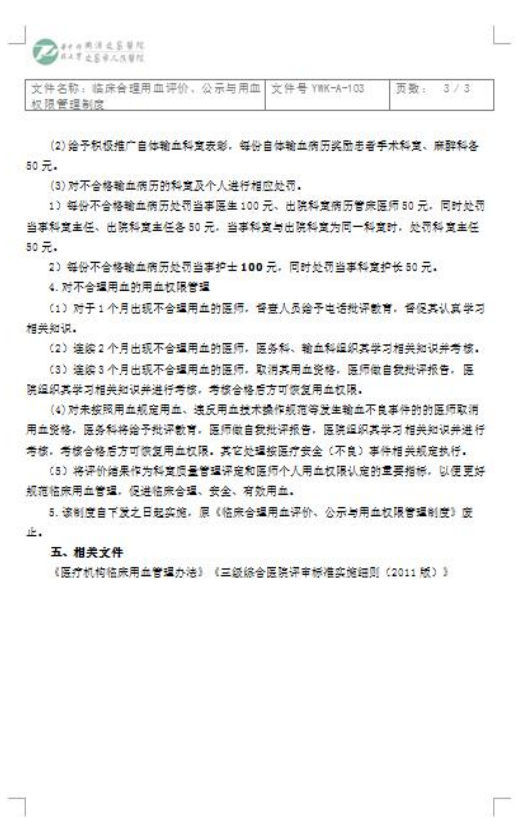
（2）同一患者一天申请备血量在800ml至1600ml的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。

（3）同一患者一天申请备血量达到或超过1600ml的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，填写"大量用血审批单"，科室主任核准签发后，报医务科批准，方可备血。患者24小时内用血量加达到或超过1600ml时，医师须补填"大量用血审批单"，报医务科办理补批手续。急诊先用血后按以上补办手续。

3.临床医师合理用血的奖惩管理

将临床用血情况纳入绩效考核体系，对当月合理用血并规范书写输血文书的科室（指当月抽查到该科室的输血病历完全部合格，以下简称合格输血病历）、积极推广自体输血的科室（患者手术科室及麻醉科）进行表彰、奖励；对不合格输血病历，分别对当事医护人员、管床医师及对应的科室主任（护长）进行相应处罚。

（1）对当月抽查输血病历全部合格的科室，每份抽查合格输血病历奖励出院科室50元；



文件名称：临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度 | 文件号 YWK-A-103 | 页数： 3 / 3

（2）给予积极推广自体输血科室表彰，每份自体输血病历奖励患者手术科室、麻醉科各50元。

（3）对不合格输血病历的科室及个人进行相应处罚。

1）每份不合格输血病历处罚当事医生100元、出院科室病历管床医师50元，同时处罚当事科室主任、出院科室主任各50元，当事科室与出院科室为同一科室时，处罚科室主任50元。

2）每份不合格输血病历处罚当事护士**100**元，同时处罚当事科室护长50元。

4.对不合理用血的用血权限管理

（1）对于1个月出现不合理用血的医师，督查人员给予电话批评教育，督促其认真学习相关知识。

（2）连续2个月出现不合理用血的医师，医务科、输血科组织其学习相关知识并考核。

（3）连续3个月出现不合理用血的医师，取消其用血资格，医师做自我批评报告，医院组织其学习相关知识并进行考核，考核合格后方可恢复用血权限。

（4）对未按照用血规定用血、违反用血技术操作规范等发生输血不良事件的的医师取消用血资格，医务科将给予批评教育，医师做自我批评报告，医院组织其学习相关知识并进行考核，考核合格后方可恢复用血权限，其它处理按医疗安全（不良）事件相关规定执行。

（5）将评价结果作为科室质量管理评定和医师个人用血权限认定的重要指标，以便更好规范临床用血管理，促进临床合理、安全、有效用血。

5.该制度自下发之日起实施，原《临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度》废止。

五、相关文件

《医疗机构临床用血管理办法》《三级综合医院评审标准实施细则（2011版）》

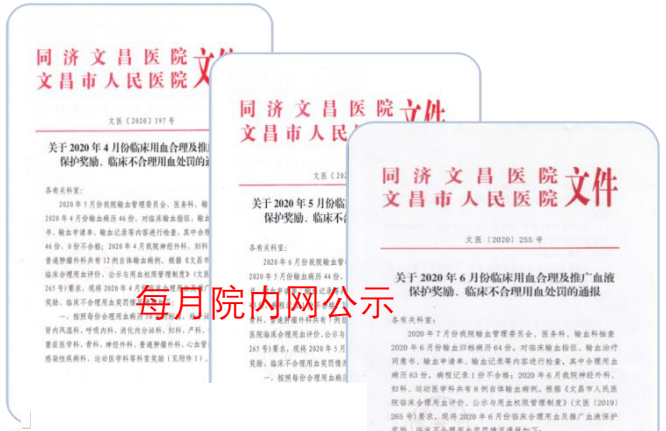
修订制度

同济文昌医院/文昌人民医院　　文医【2020】157号文件
关于印发《临床合理用血评价、公示与用血权限管理制度》的通知。

对策实施

制度落实

① 院内网公示




附件3

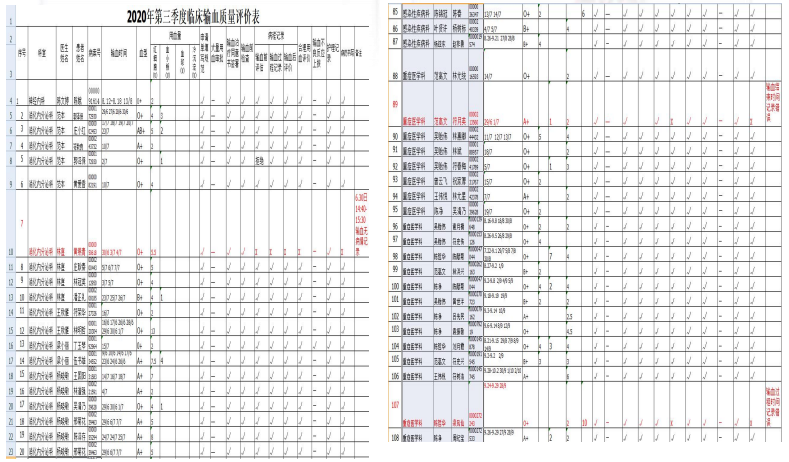
2020年7月临床医师合理用血评价统计表

科室	用血医生	用血人数	合理用血人数	不合理用血人数	不合理原因
消化内分泌科	林盛	4	3	1	0000050618黄丽青6月30日14时40分-15时30分输血，无输血病情记录
	杨晓敏	6	6		
	杨庆威	8	8		
	郭冰	1	1		
	范杰	5	5		
	王秋雁	2	2		
	梁小丽	2	2		
呼吸内科	符晶	1	1		
	陈曦	1	1		
肾内风湿科	冯杨	1	1		
	刘达聪	2	2		
	韩碧翠	1	1		
感染性疾病科	陈振强	1	1		

科室	用血医生	用血人数	合理用血人数	不合理用血人数	不合理原因
	杜圆洁	1	1		
运动医学科	田志坚	2	2		
普通儿科	卢方海	1	1		
重症医学科	吴灿华	3	3		
	陈涛	1	1		
	曾云飞	1	1		
	王胜松	1	1		
	范高文	2	1	1	0000213560符月英6月29日输血记录中结束时间记录错误。
妇科	邱林美	2	2		
	陈惠婷	1	1		
产科	吴燕玉	1	1		
普通肿瘤外科	郑茂明	1	1		
	黄勃	1	1		
骨科	卢国强	4	4		
	林基	1	1		
泌尿外科	欧先凡	1	1		
全科医学科	梁丽媛	1	1		
	吴娟	2	1	1	0000115690那谷溪，7月13日输

每月通过对输血病历检查汇总分析，进行临床合理用血评价、推广血液保护技术公示。



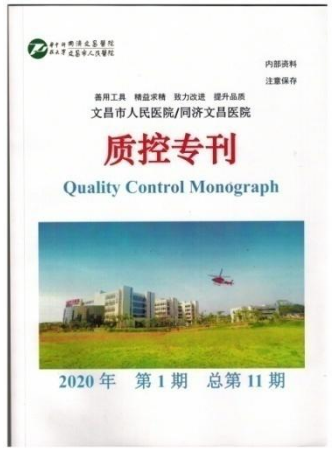

2020年第三季度临床输血质量评价表

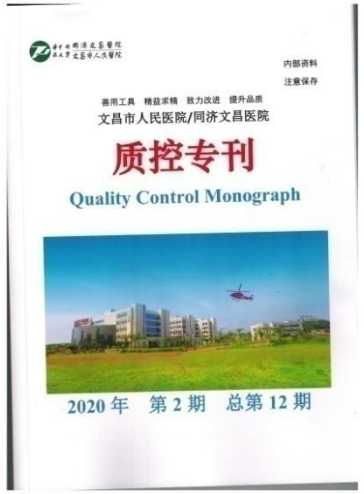
每季度对临床科室及医师合理用血评价的公示

对策实施

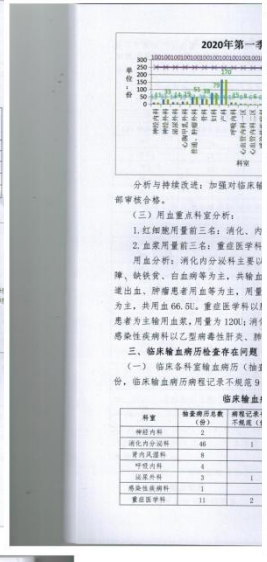
制度落实

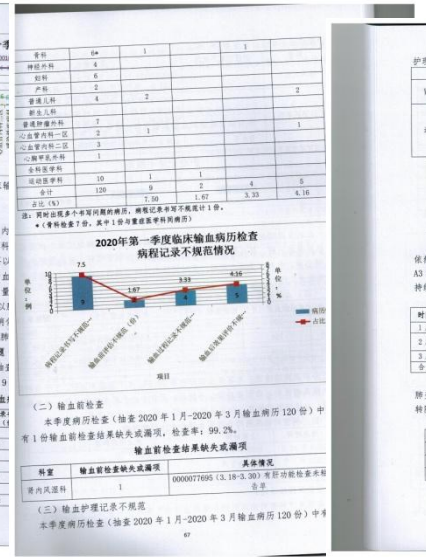
② 质控专刊

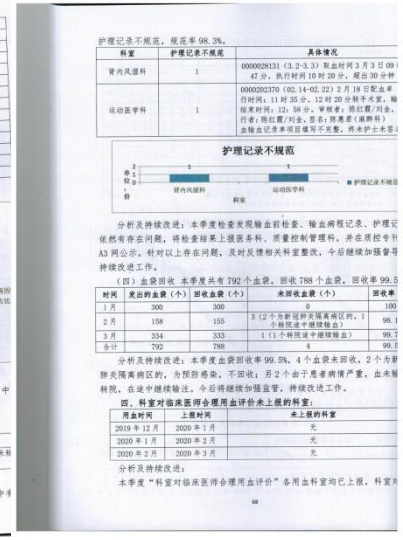






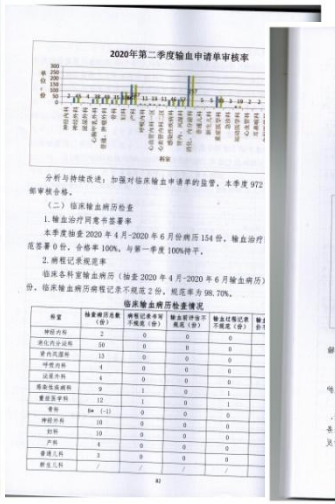


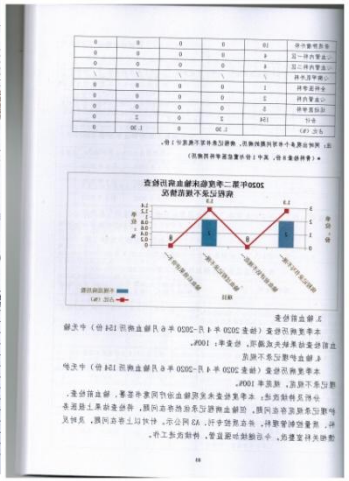




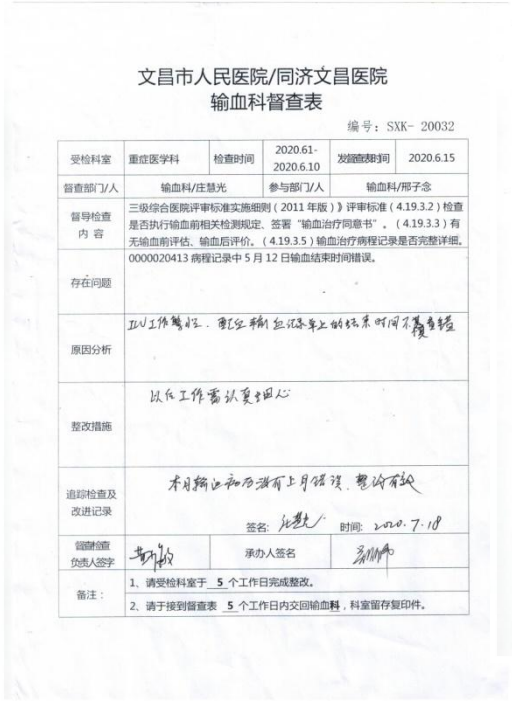








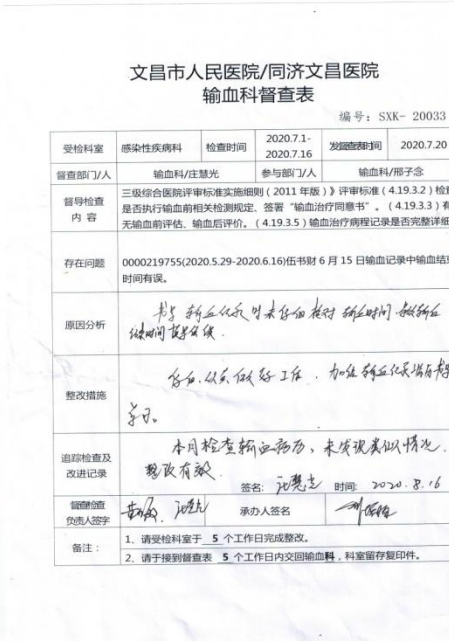
对策实施



文昌市人民医院/同济文昌医院
输血科督查表

编号：SXK- 20032

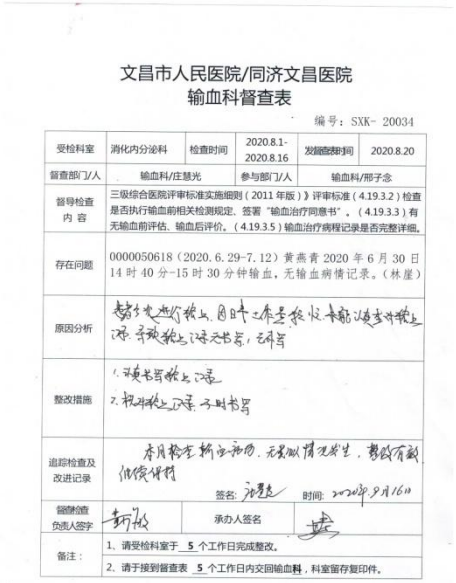
受检科室	重症医学科	检查时间	2020.61-2020.6.10	发回查时间	2020.6.15
督查部门/人	输血科/庄慧光		参与部门/人	输血科/邢子念	
督导检查内容	三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》评审标准（4.19.3.2）检查是否执行输血前相关检测规定、签署“输血治疗同意书”。（4.19.3.3）有无输血前评估、输血后评价。（4.19.3.5）输血治疗病程记录是否完整详细。				
存在问题	0000020413 病程记录中5月12日输血结束时间错误。				
原因分析	工作疏忽，录入病程记录时的结束时间不准确				
整改措施	以后工作需认真细心				
追踪检查及改进记录	本月输血病历没有上月错误，整改有效 签名：[illegible] 时间：2020.7.18				
留存检查负责人签字	[illegible]	承办人签名	[illegible]		
备注：	1、请受检科室于 5 个工作日完成整改。 2、请于接到督查表 5 个工作日内交回输血科，科室留存复印件。				



文昌市人民医院/同济文昌医院
输血科督查表

编号：SXK- 20033

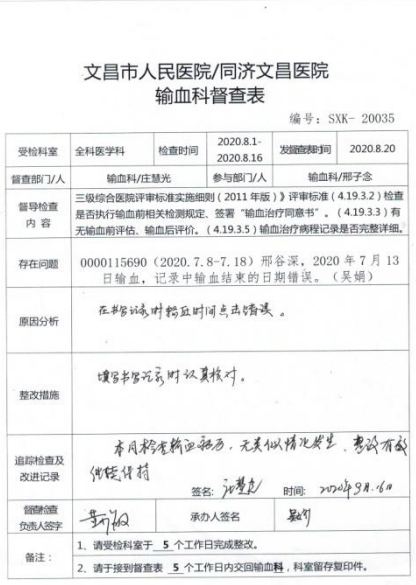
受检科室	感染性疾病科	检查时间	2020.7.1-2020.7.16	发回查时间	2020.7.20
督查部门/人	输血科/庄慧光		参与部门/人	输血科/邢子念	
督导检查内容	三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》评审标准（4.19.3.2）检查是否执行输血前相关检测规定、签署“输血治疗同意书”。（4.19.3.3）有无输血前评估、输血后评价。（4.19.3.5）输血治疗病程记录是否完整详细				
存在问题	0000219755(2020.5.29-2020.6.16)伍书财6月15日输血记录中输血结束时间有误。				
原因分析	书写错误，未及时发现				
整改措施	多加以后的工作，加强书写记录后检查				
追踪检查及改进记录	本月检查输血病历，未发现类似情况，整改有效 签名：[illegible] 时间：2020.8.16				
留存检查负责人签字	[illegible]	承办人签名	[illegible]		
备注：	1、请受检科室于 5 个工作日完成整改。 2、请于接到督查表 5 个工作日内交回输血科，科室留存复印件。				



文昌市人民医院/同济文昌医院
输血科督查表

编号：SXK- 20034

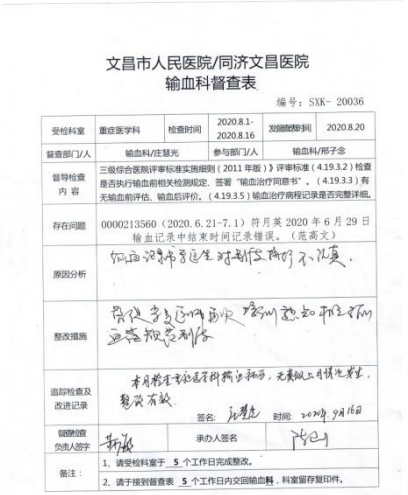
受检科室	消化内分泌科	检查时间	2020.8.1-2020.8.16	发回查时间	2020.8.20
督查部门/人	输血科/庄慧光		参与部门/人	输血科/邢子念	
督导检查内容	三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》评审标准（4.19.3.2）检查是否执行输血前相关检测规定、签署“输血治疗同意书”。（4.19.3.3）有无输血前评估、输血后评价。（4.19.3.5）输血治疗病程记录是否完整详细。				
存在问题	0000050618（2020.6.29-7.12）黄燕青 2020年6月30日14时40分-15时30分钟输血，无输血病情记录。（林崖）				
原因分析	[illegible]				
整改措施	1、对责任护士进行培训 2、按时输血后记录，不得补写				
追踪检查及改进记录	本月检查输血病历，无类似情况发生，整改有效 签名：[illegible] 时间：2020.9.16				
留存检查负责人签字	[illegible]	承办人签名	[illegible]		
备注：	1、请受检科室于 5 个工作日完成整改。 2、请于接到督查表 5 个工作日内交回输血科，科室留存复印件。				



文昌市人民医院/同济文昌医院
输血科督查表

编号：SXK- 20035

受检科室	全科医学科	检查时间	2020.8.1-2020.8.16	发回查时间	2020.8.20
督查部门/人	输血科/庄慧光		参与部门/人	输血科/邢子念	
督导检查内容	三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》评审标准（4.19.3.2）检查是否执行输血前相关检测规定、签署“输血治疗同意书”。（4.19.3.3）有无输血前评估、输血后评价。（4.19.3.5）输血治疗病程记录是否完整详细。				
存在问题	0000115690（2020.7.8-7.18）邢谷深，2020年7月13日输血，记录中输血结束的日期错误。（吴娟）				
原因分析	在书写记录时时间点击错误。				
整改措施	增强书写完后时认真核对。				
追踪检查及改进记录	本月检查输血病历，无类似情况发生，整改有效 签名：[illegible] 时间：2020.9.16				
留存检查负责人签字	[illegible]	承办人签名	[illegible]		
备注：	1、请受检科室于 5 个工作日完成整改。 2、请于接到督查表 5 个工作日内交回输血科，科室留存复印件。				



文昌市人民医院/同济文昌医院
输血科督查表

编号：SXK- 20036

受检科室	重症医学科	检查时间	2020.8.1-2020.8.16	发回查时间	2020.8.20
督查部门/人	输血科/庄慧光		参与部门/人	输血科/邢子念	
督导检查内容	三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》评审标准（4.19.3.2）检查是否执行输血前相关检测规定、签署“输血治疗同意书”。（4.19.3.3）有无输血前评估、输血后评价。（4.19.3.5）输血治疗病程记录是否完整详细。				
存在问题	0000213560（2020.6.21-7.1）符月英 2020年6月29日输血记录中结束时间记录错误。（范高文）				
原因分析	[illegible]				
整改措施	[illegible]				
追踪检查及改进记录	本月检查输血病历，无类似情况发生，整改有效 签名：[illegible] 时间：2020.9.16				
留存检查负责人签字	[illegible]	承办人签名	[illegible]		
备注：	1、请受检科室于 5 个工作日完成整改。 2、请于接到督查表 5 个工作日内交回输血科，科室留存复印件。				

制度落实

③ 督导整改

对策实施

对策实施二：

主要问题	主要原因	措施	负责人	日期	地点
(what)	(why)	(how)	(who)	(when)	(where)
监管不到位	未对输血治疗同意书及运行病历进行归档前监管	在发取血时进行输血治疗同意书检查及在输血后对运行病历进行检查，并将存在问题进行反馈	输血科人员	5月10日-7月25日	输血科

对策实施

对输血治疗同意书监管



输血科人员查看运行病历





检查结果
微信输血质量管理群反馈

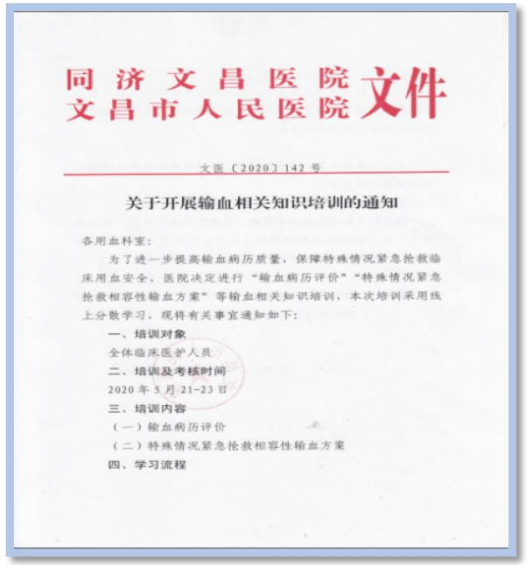


对策实施

对策实施三：

主要问题	主要原因	措施	负责人	日期	地点
(what)	(why)	(how)	(who)	(when)	(where)
培训不到位	培训覆盖率低	现场培训后科室再培训。（但本次培训受新冠疫情影响，采用线上形式）进行培训及考核，要求全体临床医护人员参加	黄少敏 庄慧光	5月21日-5月23日	线上

对策实施



同济文昌医院 文昌市人民医院 文件

文医〔2020〕142号

关于开展输血相关知识培训的通知

各用血科室：

为了进一步提高输血病历质量，保障特殊情况紧急抢救临床用血安全，医院决定进行“输血病历评价”“特殊情况紧急抢救相容性输血方案”等输血相关知识培训，本次培训采用线上分散学习，现将有关事宜通知如下：

一、培训对象

全体临床医护人员

二、培训及考核时间

2020年5月21-23日

三、培训内容

（一）输血病历评价

（二）特殊情况紧急抢救相容性输血方案

四、学习流程



（一）科室负责人及护长：组织科室全体医护人员下载以上制度培训课件（详见附件）认真学习相关内容，学习完成后扫描课件中二维码进行考核。

（二）医务人员：考试结束后，提交答案即完成本次输血相关制度培训及考核。

五、具体要求

输血相关知识培训非常重要，各科室要高度重视，科室负责人、护士长务必通知所在科室人员在线学习“输血病历评价”、“特殊情况紧急抢救相容性输血方案”及考核。

附件：1.输血病历评价（PPT）

2.特殊情况紧急抢救相容性输血方案（PPT）

文昌市人民医院 同济文昌医院

2020年5月21日



同济文昌医院 文昌市人民医院
培训记录表

培训内容	特殊情况紧急抢救相容性输血方案、输血病历评价				
培训时间	2020年5月21-23日（延期至27日8时）				
培训地点	线上学习				
课件编写	黄少敬 庄慧光				
培训对象	全院临床医护人员				
参加人数	458	学时	2	记录人	黄少敬
培训小结及评价	为进一步保障特殊情况紧急抢救相容性输血的临床用血安全，提高输血病历质量，要求各科室主任、护士长组织本科室医护人员下载学习内容，完成学习并通过扫描问卷星考核。 此次培训，课件中详细讲解了特殊情况紧急抢救相容性输血方案的流程；同时输血病历评价课件中也详细讲解输血文件书的书写，通过学习提高了医务人员对特殊情况紧急抢救相容性输血方案、输血病历评价的认识，更好地掌握和运用到临床工作中。 此次培训参加考核的人员共有458人。其中医师：159人，护士293人，输血检验人员6人。应参加人数571人，培训率80.2%。 培训考核结果：100分192人；90-99分199人，80-89分52人，60-79分12人，0-59分3人，合格率99.3%。				
附件	□签到表 □✓课件材料 □✓培训通知 □图片材料 □培训试卷 □✓考核成绩 （本次培训，若有以上材料，请在相应的“□”内打勾）				

备注：附件至少要有签到表、课件。

特殊情况紧急抢救相容性输血方案、输血病历评价培训成绩

序号	科室人数	科室	姓名	职称	成绩（分）
1	1	眼科耳鼻喉科	符乃方	主治	100
2	2	眼科耳鼻喉科	李红曼	主管护师	85
3	3	眼科耳鼻喉科	吴红阳	护师	65
4	4	眼科耳鼻喉科	庄耿刚	主治医师	100
5	5	眼科耳鼻喉科	吴芳	副主任	100
6	6	眼科耳鼻喉科	伍丽	护士	80
7	7	眼科耳鼻喉科	李宏丰	主治医师	95
8	1	心胸甲乳外科	叶一团	主治	90
9	2	心胸甲乳外科	符国林	轮科护士	90
10	3	心胸甲乳外科	郭永心	护师	75
11	4	心胸甲乳外科	林尤伟	副主任医师	65
12	5	心胸甲乳外科	邢爱珠	主管护师	95
13	6	心胸甲乳外科	何秋丹	护士	100
14	7	心胸甲乳外科	符传超	主治医师	100
15	8	心胸甲乳外科	何文淑	护师	100
16	9	心胸甲乳外科	韩明秀	护师	95
17	10	心胸甲乳外科	姚欣怡	护师	90
18	11	心胸甲乳外科	曾玉珠	护士	80
19	12	心胸甲乳外科	陆裕富	主治医师	100
20	13	心胸甲乳外科	张燕蕊	护士	100
21	14	心胸甲乳外科	张军豪	医师	90
22	15	心胸甲乳外科	林春雨	主管护师	75
23	16	心胸甲乳外科	林明飞	副主任医师	95
24	17	心胸甲乳外科	周虹	主管护师	100
25	18	心胸甲乳外科	谢于娟	主管护师	90
26	1	新生儿科	崔凤婷	医生	100
27	2	新生儿科	陈怡君	主治医师	100
28	3	新生儿科	杨东梅	护师	85
29	4	新生儿科	傅启义	主治医师	100
30	5	新生儿科	符玉香	主管护师	100
31	6	新生儿科	邢维娜	护师	100
32	7	新生儿科	王茜雯	护士	95

B443 fx 1

	B	C	D	E	F
413	24	急诊科	文贝玉	护士	100
414	25	急诊科	吕玉妃	助理护士	100
415	26	急诊科	陈华辉	护士	100
416	27	急诊科	许泽鑫	护士	98
417	28	急诊科	邢佳	护士	98
418	29	急诊科	邓碧霞	护师	98
419	30	急诊科	李娜	护师	98
420	31	急诊科	冯国楷	住院医师	95
421	32	急诊科	林冬梅	护士	95
422	33	急诊科	宋云	护士	95
423	34	急诊科	陈献雄	护士	95
424	35	急诊科	薛文静	护士	95
425	36	急诊科	陈明友	住院医师	95
426	37	急诊科	郑视霞	助理护士	95
427	38	急诊科	吴贞瑜	医师	95
428	39	急诊科	冉玉芬	主管护师	91
429	40	急诊科	曾小丹	主管护师	91
430	41	急诊科	陈丽娜	护师	91
431	42	急诊	郑艳	助理护士	100
432	43	急诊	符玉莲	护士	100
433	44	急诊	邢增宇	住院医师	100
434	45	急诊	杨复助	医师	100
435	46	急诊	蔡金谷	助理护士	100
436	47	急诊	韩玉雪	护师	100
437	48	急诊	周文玲	护士	100
438	49	急诊	黄雪菲	护师	100
439	50	急诊	张丽娟	护师	94
440	51	急诊	云美芳	主管护师	93
441	1	血液净化室	符琼珍	主管护师	93
442	2	血液净化室	陈敏丽	主管护师	83
443	3	血液净化室	林微波	主管护师	86
444	4	血液净化室	尹美玲	主治医师	90
445	5	血液净化室	钱善川	主治医师	86
446	6	血液净化室	梁琴雨	护师	95
447	1	中医科	曾玉娟	主治医师	90

特殊情况紧急抢救相容性输血方案、输血病历评价各科室培训情况

科室	参加学习考核总人数	医生	护理人员	其他人员	合格人数	不合格人数	合格率（%）
神经内科	22	10	12		22		100
消化内分泌科	22	8	14		22		100
感染性疾病科	16	8	8		16		100
心血管内科一区	19	5	14		19		100
心血管内科二区	19	7	12		19		100
呼吸内科	21	5	16		21		100
肾内风湿科	11	3	8		11		100
血液净化室	6	2	4		6		100
普通肿瘤外科	20	7	13		20		100
心胸甲乳外科	18	6	12		18		100
骨科	14	4	10		14		100
运动医学科	19	9	10		18	1	94.7
神经外科	19	4	15		19		100
泌尿外科	4	4	0		4		100
妇科	16	7	9		15	1	93.7
产房、产科	23	11	12		23		100
儿科	21	11	10		21		100
新生儿科	19	5	14		19		100
眼耳鼻喉科	7	4	3		7		100
重症医学科	46	8	38		45	1	97.8
中医科	1	1	0		1		100
急诊科	51	11	40		51		100
麻醉科	23	13	10		23		100
输血科	7	1	0	6	7		100
全科医学	14	5	9		14		100
合计	458	159	293	6	455	3	99.3

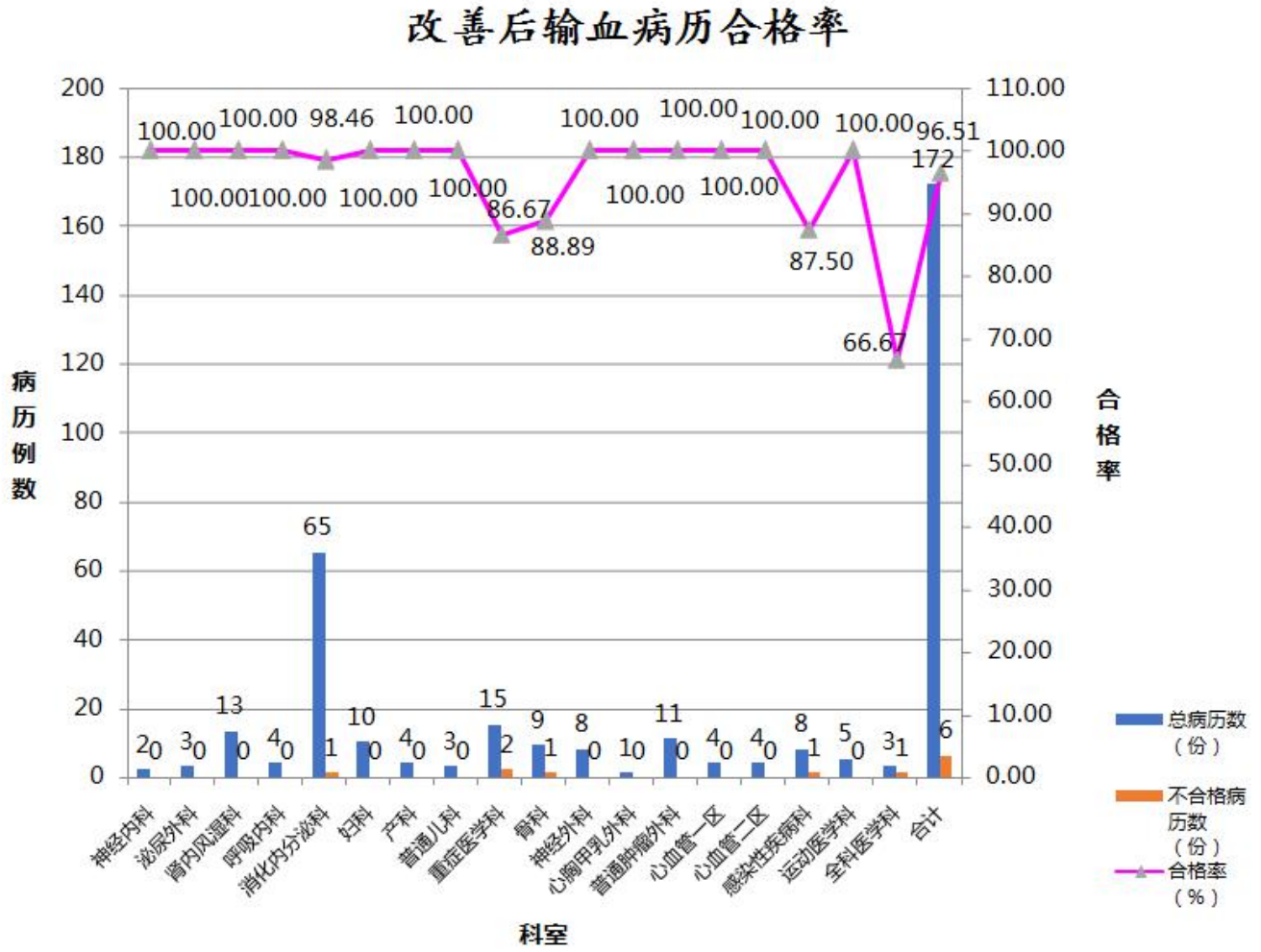
培训

参加培训：458人
应培训：571人
培训率：80.2%
合格率：99.3%

C 检查阶段

检查阶段

2020年5-7月输血病历合格率			
科室	总病历数（份）	不合格病历数（份）	合格率（%）
神经内科	2	0	100.00
泌尿外科	3	0	100.00
肾内风湿科	13	0	100.00
呼吸内科	4	0	100.00
消化内分泌科	65	1	98.46
妇科	10	0	100.00
产科	4	0	100.00
普通儿科	3	0	100.00
重症医学科	15	2	86.67
骨科	9	1	88.89
神经外科	8	0	100.00
心胸甲乳外科	1	0	100.00
普通肿瘤外科	11	0	100.00
心血管一区	4	0	100.00
心血管二区	4	0	100.00
感染性疾病科	8	1	87.50
运动医学科	5	0	100.00
全科医学科	3	1	66.67
合计	172	6	96.51



制表人：黄彩云　　制表时间：2020年8月12日

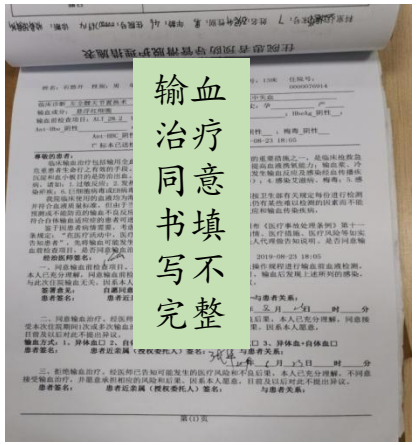
检查阶段

2020年5-7月输血病历存在问题汇总表

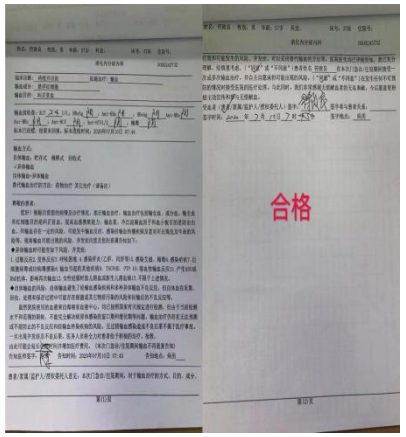
科室	总病历数（份）	不合格病历数（份）	存在问题						
			输血治疗同意书签署无/不规范	输血前评估记录无/不规范	输血过程记录无/不规范	输血后评价记录无/不规范	输血前检查无/缺项	无输血病程记录	护理记录填写不规范
神经内科	2	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿外科	3	0	0	0	0	0	0	0	0
肾内风湿科	13	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸内科	4	0	0	0	0	0	0	0	0
消化内分泌科	65	1	0	0	0	0	0	1	0
妇科	10	0	0	0	0	0	0	0	0
产科	4	0	0	0	0	0	0	0	0
普通儿科	3	0	0	0	0	0	0	0	0
重症医学科	15	2	0	0	2	0	0	0	0
骨科	9	1	0	0	1	0	0	0	0
神经外科	8	0	0	0	0	0	0	0	0
心胸甲乳外科	1	0	0	0	0	0	0	0	0
普通肿瘤外科	11	0	0	0	0	0	0	0	0
心血管一区	4	0	0	0	0	0	0	0	0
心血管二区	4	0	0	0	0	0	0	0	0
感染性疾病科	8	1	0	0	1	0	0	0	0
运动医学科	5	0	0	0	0	0	0	0	0
全科医学科	3	1	0	0	1	0	0	0	0
合计	172	6	0	0	5	0	0	1	0
合格率（%）	96.51								

制表人：黄彩云　　制表时间：2020年8月12日

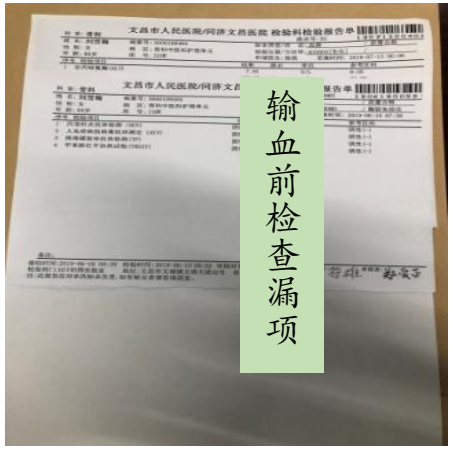
检查阶段



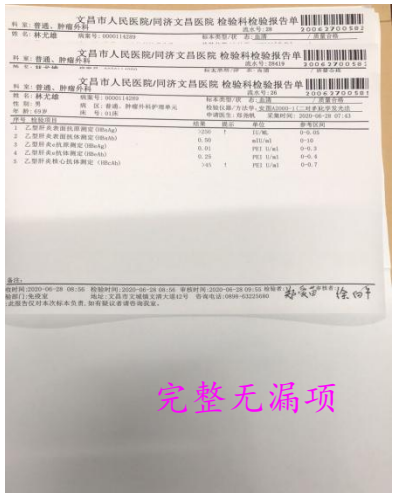
整改



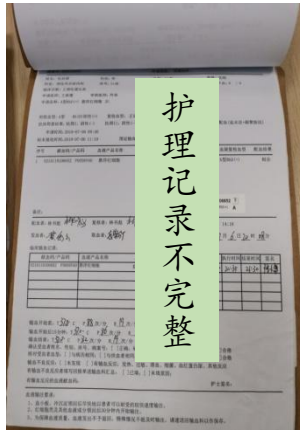
输血治疗同意书签署

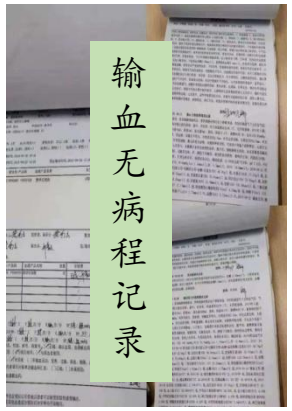


整改

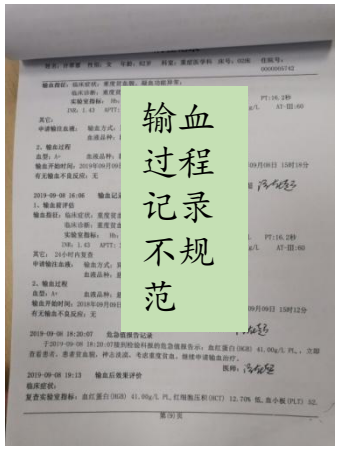


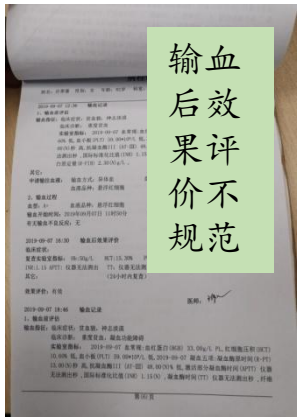
输血前检查



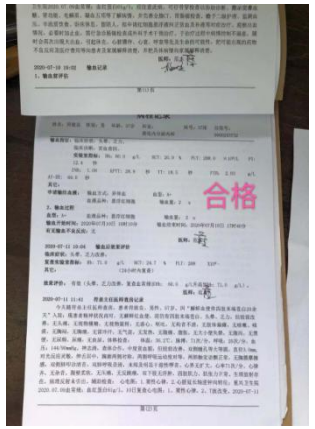






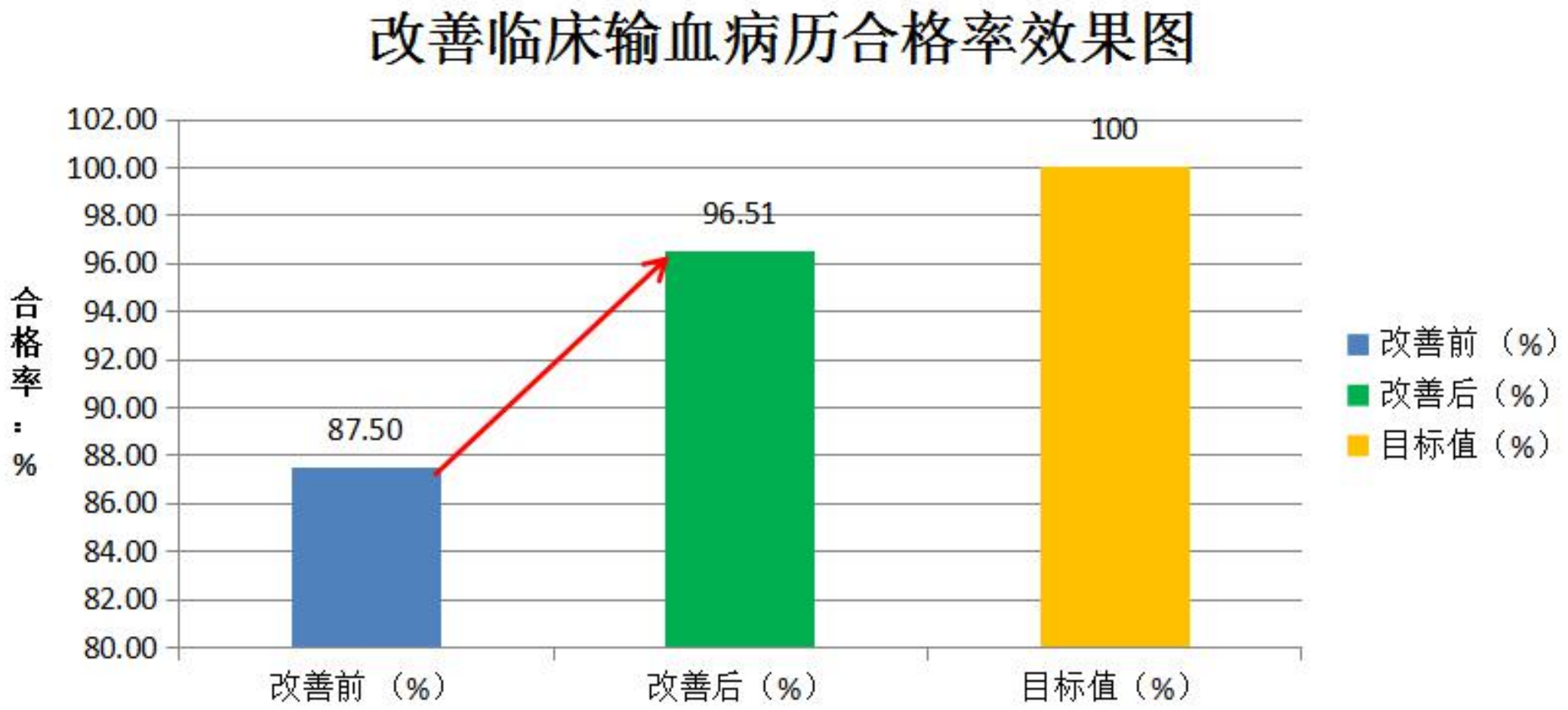


整改



输血病程记录

检查阶段



制表人：黄彩云　　制表时间：2020年8月12日

A 处理阶段

标 准 化

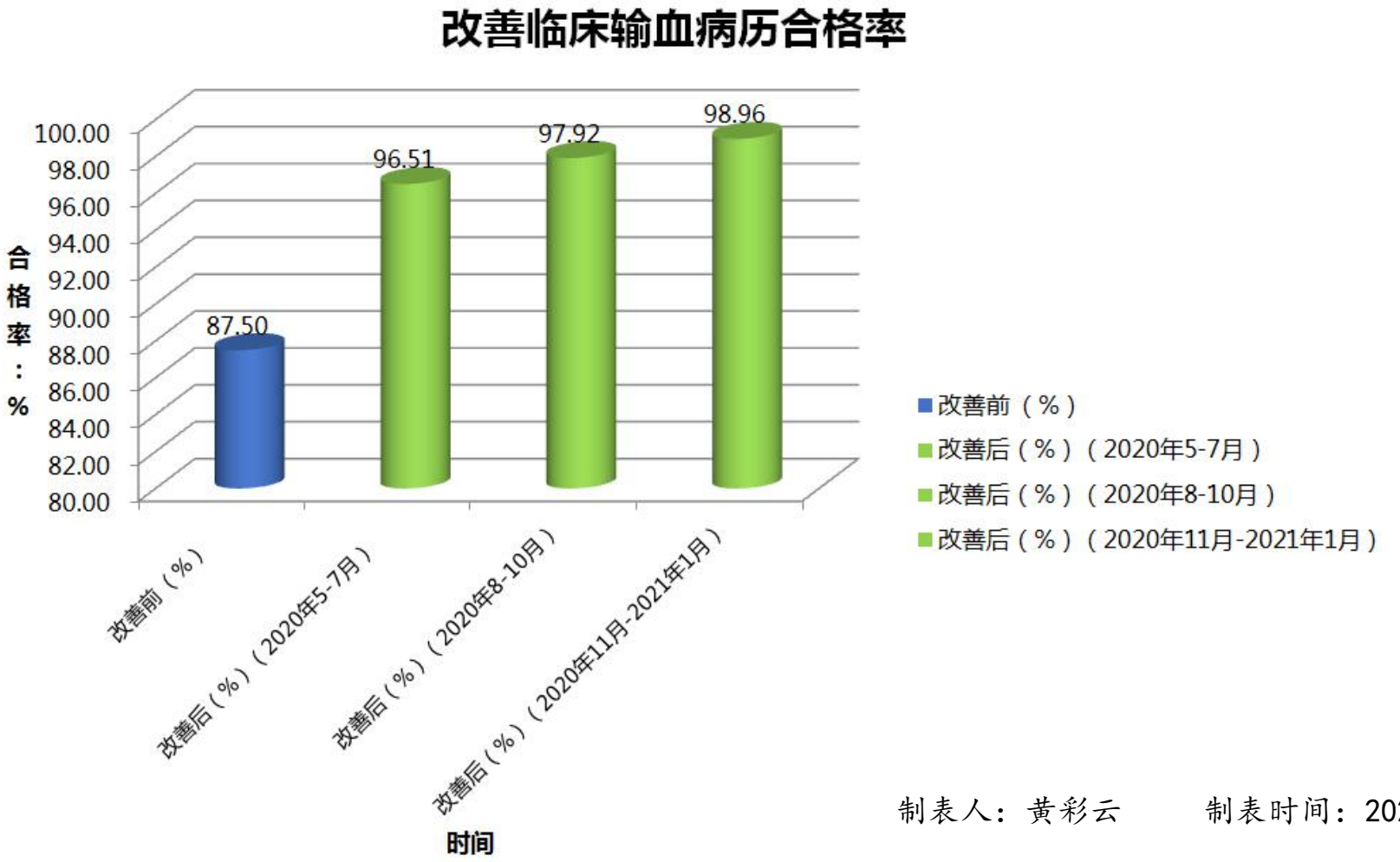
通过PDCA循环工具应用：

一、完善相关公示制度，依照制度要求严格落实公示管理措施。

二、在短时间的监管工作中发现，质量改进工作有成效，下一步将监管工作做为常态工作。

三、临床医护人员经培训后，对临床输血及病历书写有了进一步的认识，病历合格率上升，以后将继续加强培训力度，保障临床用血科学、合理、安全、有效。

持续改进



通过PDCA循环工具的应用，改善效果在稳步上升，以后将继续努力，争取实现达标。

制表人：黄彩云　　制表时间：2021年2月20日

同舟共济，求实创新
厚德博学，精诚济世

感谢聆听