目 录

[突发公共卫生事件应急预案 4](#bookmark1)

[自然灾害事故、突发公共卫生事件 6](#bookmark2)

[医疗救护应急预案 6](#bookmark3)

[休息、节假日及夜间突发事件处置预案 8](#bookmark4)

[交通事故紧急抢救预案 10](#bookmark5)

[重大医疗纠纷应急处置预案 14](#bookmark6)

[影响医院秩序事件应急处理预案 15](#bookmark7)

[医疗差错、事故应急预案 16](#bookmark8)

[医疗技术损害处置预案 16](#bookmark9)

[医疗风险应急处置预案 18](#bookmark10)

[群体性食物中毒救治应急预案 19](#bookmark11)

[产科急救应急处置预案 20](#bookmark12)

[突发意外紧急情况处理预案 22](#bookmark13)

[急诊病人救治绿色通道 23](#bookmark14)

[手术患者发生呼吸心跳骤停的应急预案及程序 24](#bookmark15)

[手术室突发意外伤害事件应急预案及程序 25](#bookmark16)

[传染病应急预案 26](#bookmark17)

[传染病异常信息处置预案 27](#bookmark18)

[突发事件药品供应应急预案 29](#bookmark19)

[特殊管理药品突发事件应急预案 29](#bookmark20)

[患者有自杀倾向时及自杀后的应急预案 31](#bookmark21)

[发生猝死的应急预案 32](#bookmark22)

[发生误吸的应急预案 32](#bookmark23)

[突然发生病情变化时的应急预案 33](#bookmark24)

[发生输血反应的应急预案 33](#bookmark25)

[发生输液反应的应急预案 34](#bookmark26)

[发生空气栓塞的应急预案 35](#bookmark27)

[用药错误应急预案 35](#bookmark28)

[药物引起过敏反应的应急预案 36](#bookmark29)

[住院患者烫伤应急预案 36](#bookmark30)

[出现惊厥的应急预案 37](#bookmark31)

[患者发生坠床/跌倒的应急预案 37](#bookmark32)

[住院患者外出不归时的应急预案 38](#bookmark33)

[引流管脱出的应急预案 38](#bookmark34)

[气管插管导管意外脱管的应急预案 39](#bookmark35)

[仪器设备出现故障时应急预案 40](#bookmark36)

[吸氧过程中中心吸氧装置出现故障的应急预案 40](#bookmark37)

[吸痰过程中中心吸引装置出现故障的应急预案 41](#bookmark38)

[心电监护仪使用过程中出现故障的应急预案 41](#bookmark39)

[微量泵使用过程中出现故障的应急预案 42](#bookmark40)

[除颤仪发生故障的应急预案 42](#bookmark41)

[除颤仪使用过程中突发停电的应急预案 43](#bookmark42)

[后勤保障类突发事件应急预案 44](#bookmark43)

[突发停水事件应急预案 45](#bookmark44)

[突发停电事件应急预案 45](#bookmark45)

[医院供暖应急预案 46](#bookmark46)

[突发泛水事件应急预案 48](#bookmark47)

[医院防盗预案 48](#bookmark48)

[急救设备突然故障应急预案 50](#bookmark49)

[辐射事故处置应急预案及应急措施 50](#bookmark50)

[医院信息化系统应急预案 53](#bookmark51)

[医院感染暴发报告流程及处置预案 61](#bookmark52)

[医务人员职业暴露应急预案 64](#bookmark53)

[突发医疗废物意外事故应急预案 68](#bookmark54)

[胎儿、婴儿遗体处置流程 70](#bookmark55)

[胎盘处置管理流程 70](#bookmark56)

第一部 分医疗应急预案

突发公共卫生事件应急预案

一、总则

1.为了有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件的危害，保障公众身体健康与 生命安全，维护社会稳定和发展，根据国务院《突发公共卫生事件应急条例》、《山东 省突发公共卫生事件应急办法》、《东明县突发卫生事件应急预案》及有关法律、法规，

结合我院实际，制定本预案办法。

2.突发公共卫生事件是指在本县行政区域内突然发生，造成或者可能造成公众健康

严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重

影响公众健康的事件。

二、设立组织机构

1.成立突发公共卫生事件应急处理领导小组。由理事长黄腾同志任组长，其他院领 导班子成员任副组长，医务处、护理部、感染管理科、质管科、设备科、总务科、药剂 科、急诊医学科、临床各科、CT/MRI 室、放射科、检验科、功能科、供应室负责人为成

员。负责对突发公共卫生事件应急处理的领导和组织协调工作。

2.成立突发公共卫生事件应急处理专家技术指导小组。由业务副院长及医务处、护 理部、感染管理管科、质管科、急诊医学科、临床各科、检验科、CT/MRI 室、放射科、 功能科等科室主任组成。负责突发公共卫生事件的技术指导、消毒隔离、自身防护以及

突发公共卫生事件病人的会诊和诊疗技术指导等工作。

3.成立突发公共卫生事件应急处理救护队。下设医疗组、护理组、医技组、消毒防 护组、消毒物品供应组、药品供应组、设备物质供应及后勤物质供应组等。由业务副院 长任队长，医务处、放射科、药剂科、设备科、总务科等科室负责人为各组组长，各相 应科室医务人员为成员。负责突发公共卫生事件的诊疗、护理、医务人员消毒隔离和防

护、药物、设备及后勤物质的保障。

4.成立突发公共卫生事件救护梯队。由内科、外科、急诊医学科、儿科、医学影像 科、检验科等业务骨干组成的一、二、三级梯队。形成多梯队救护，以保证突发公共卫 生事件病人的救治。在本院人员不能满足防治工作需要时，及时报告县卫计局突发公共

卫生事件指挥部及有关领导，由县内其他医疗单位选派相关专业的医护人员，及时充实

防治队伍。

三、应急处理措施

1.公开突发公共卫生事件专用电话。我院的突发公共卫生事件专用电话号码为：

7705200、7705293（中夜班），24 小时昼夜值班。

2.医院接到突发公共卫生事件发生的信息后即组织医护人员及时到达现场，听从突 发公共卫生事件指挥部的统一指挥和调遣，做好院前救护工作，按照国家对突发公共卫

生事件的病人转运的工作要求对突发公共卫生事件病人进行院前救护与转运。

3.设立突发公共卫生事件应急处理组织和门诊（如：急诊科、传染病门诊、发热门 诊等），并按《消毒隔离工作规范》要求独立设置，选派高年资、经验丰富的医护人员

值班，对就诊病人实行首诊负责制以保证接诊工作。

4.有下列情形之一的，应当在2小时内向县人民政府卫生行政主管部门报告：

（1）发生或者可能发生传染病暴发、流行的；

（2）发生或者发现不明原因的群体性疾病的；

（3）发生传染病菌种、毒种丢失的；

（4）发生或者可能发生重大食物中毒和职业中毒事件的。

5.建立合格的专用病房，对传染病病人和疑似病人采取隔离、观察、治疗的措施。

对重大食物和职业中毒，生物、化学、爆炸等突发公共卫生事件病人按不同技术要求和

不同病情进行分类诊治，以最大限度地减少伤亡和致残。

四、保障措施

1.储备必需的药品、器械、防护设备等物质，配备专用的交通、通讯工具保证必要

的突发公共卫生事件防治经费。

2.院内医、护、技和行管后勤人员要密切配合，各司其职，共同做好突发公共卫生

事件的应急处理工作。

3.积极开展突发公共卫生事件病人的应急处理、医疗救护和个人防护等专业技术培

训，及时组织不同规模不同性质的突发公共卫生事件应急处理模拟演练，确保病人得到

及时的抢救。

五、督导检查

全院各科室要认真落实突发公共卫生事件应急处理工作责任，定期督导检查，及时 发现和改进工作中的薄弱环节。确立处理突发公共卫生事件的目标，全力做到确保不发 生继发病例和减少并发症，减少病人死亡和致残。对在突发公共卫生事件应急处理中做 出突出贡献的科室和个人给予表彰和奖励，对因工作不力造成严重后果的科室和或个人

要按有关法规严肃处理。

突发公共卫生事件应急工作处理流程



自然灾害事故、突发公共卫生事件

医疗救护应急预案

为了应对自然灾害、突发公共卫生事件，确保出现重大险情疫情时能够迅速出动人 员投入到救护工作，把自然灾害引发的伤害和疾病流行降到最低程度，特制东明县人民

医院自然灾害事故、突发公共卫生事件医疗救护应急预案。

一、自然灾害指对人类产生破坏性影响的水灾、旱灾、地震、山体滑坡等。

二、突发公共卫生事件是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的 重大传染病疫情、群体性不明原因疫病、重大食物中毒、重大职业中毒，以及重大放射

性物质、危险化学品丢失、泄漏事故和自然灾害引发疾病等严重影响公众健康的事件。

三、工作制度

（一）院外出诊及抢救

1.接到应急指挥部事件报告后，急诊医学科人员负责在第一时间内迅速通知急诊医

学科主任、院长、医务处、护理部、救护队员和司机。

2.司机在接到通知 2 分钟内将救护车开到急诊医学科门口，其他人员须在 3 分钟内

到场并出发。

3.急诊医学科按照要求将事先配备好的置于诊室内的有关药品、抢救设备及时存放

在救护车内。

4.后勤人员做好后勤保障工作，配好手电筒、雨具、防护服、雨鞋等物品。

5.应急领导小组带队出发，以最短时间迅速到达现场。

（二）抢救医疗器械、药品（由急诊医学科备）要求：

1.巡视包 3-5 个。巡视包内必备物品：听诊器、血压表、体温表、止血带、三角巾、 绷带卷；一次性注射器、手电筒、压舌板、消毒纱布、棉签等。巡视包内必备药品：强 心剂、利尿剂、呼吸兴奋剂、升压药、止血药、抗过敏药、抗惊厥药等急救药品、处理

外伤的应急药品及止痛药等。

2.急诊医学科必备物品包括氧气、担架、夹板、绷带、气管切开包、清创缝合包、

输液用品及抢救用药。

（三）主要后勤物资要求（后勤人员、司机准备）

1.后勤人员按物资准备要求将常规配备物资备于总值班室内并定期检查其完备情 况，如为救护队员配备雨具、雨鞋、应急灯、手电等。如遇特殊重大灾害事故或突发事

件时，应保证具备随时调配人员及物资的能力。

2.救护车应定期检修以确保随时处于良好的应急状态。

3.做好其他有关后勤保障工作。

四、组成自然灾害事故及突发公共卫生事件应急处理救护队。成员见《突发公共卫

生事件应急预案》突发公共卫生事件应急处理救护队。

五、有关纪律和要求

（一）实行一把手负责制，加强领导，认真落实应急救援救治组织、人员、药品、 设施、设备常备不懈的要求。严格执行 24 小时值班制，接到应急通知后，救治队伍迅

速进入紧急状态，并落实各种应急救治药品、器械、仪器、设施、设备等。

（二）各医疗救治组人员，必须无条件，不折不扣地执行院总值班及应急领导小组

的指令，对执行不力、临阵脱逃的个人将严肃处理、直至追究法律责任。

（三）救护队必须听从应急指挥部的统一调动，未经同意，任何人不得擅自离开救

援现场。

休息、节假日及夜间突发事件处置预案

为及时处置医院休息日、节假日及夜间突发事件,保证医院休息日、节假日及夜间

工作正常运行,根据医院实际制定本预案。

一、组织机构及职责

成立医院节假日、休息日及夜间突发事件处置领导小组，负责处置和协调节假日、 休息日及夜间突发事件；下设四个协调小组，分别承担综合协调、医疗救治、医技检查、

后勤保障等工作的实施。

（一）节假日、休息日及夜间突发事件处置领导小组

组 长：黄 腾

副 组 长：陆明起 段国祥 张改明 海凤森 宋爱娥

梅俊荣 李俊丽

成员科室：院办公室 人事科 医务处 护理部 财务科

总务科 门诊部 医患办 保卫科

领导小组职责：

1.负责处理医院节假日、休息日及夜间医疗、行政、后勤和其他临时事宜，及时传 达、处理上级指示和紧急通知，签收处理来文、来电，收发传真等，办理上班时间未办

事宜。

2.负责督促检查医院非工作时间临床、医技及后勤工作，负责医疗救护用车的调派，

保证医院非工作时间正常医疗工作秩序。

（二）四个协调小组

1.综合协调组

组 长：段国祥

成 员：院办公室等行管科室负责人

2.医疗救治组

组 长：海风森 宋爱娥

成 员：医务处、护理部负责人及各临床科室主任、护士长

3.医技组

组 长：梅俊荣

成 员：门诊部及各医技科室主任

4.后勤保障组

组 长：陆明起

副组长： 张改明 段国祥 李俊丽 秦 杰

成员科室：总务科 保卫科 财务科 药学部 设备科

二、保障措施

（一）一线值班人员必须坚守工作岗位，二线科主任、护士长必须保证 24 小时通

讯畅通，接到指令，迅速到达指定现场。

（二）节假日、休息日及夜间如发生紧急、重大情况及突发性医疗事件，各科室应 及时向医院总值班汇报，总值班及时报告值班院领导，同时根据不同情况启动相应的应

急预案,组织人员集中力量解决临时发生的问题，并协调有关部门进行处置。

（三）各小组应在总值班和各小组组长的统一指挥下发挥各自的职能作用。

1.综合协调组：应急预案启动后，综合协调组成员根据总值班的要求迅速到达指定

现场，负责协调、组织、督促各项应急工作落实。

2.医疗救治组：急诊医学科、内科、外科、妇产科、儿科等临床科室接到病人救治

任务后，要迅速行动，及时做好病人抢救、诊治工作。

3.医技组：检验科、放射科、CT 室、功能科、供应室等医技科室值班人员要在岗在

位，配合临床科室做好医疗抢救任务。

4.后勤保障组：保障院内水、电、气的供应，医院车辆调配、设备维修、秩序维持、

药品供应及抢救物资的供应等。

（四）总值班人员及时跟踪和续报事态发展情况，组织力量对报告事项调查核实， 并及时进行编辑整理，保证信息的准确性。如有重大事件须经领导同意并签发后在 2 小

时内报告县卫计局，与社会治安有关的事件及时向当地派出所报告。

交通事故紧急抢救预案

为保障道路交通事故发生后各项医疗卫生救援工作迅速、高效、准确地开展，最大 程度地减少人员伤亡和健康危害，保障人民群众身体健康和生命安全，维护社会稳定， 根据《中华人民共和国安全生产法》、《中华人民共和国道路交通安全法》等有关法律、

法规，结合我院实际制定本预案。

对道路交通事故伤员救治实行“绿色通道 ”，做好事故发生后的各项应急救援工作；

加强应急准备，提高交通事故救援的应变能力，有条不紊地进行应急救援。

一、适用范围

本预案适用于突然发生重大群体交通事故，伤亡人员较多的事件。

二、工作原则

(1)预防为主，常备不懈。提高全体医务人员对突发交通事故的认识，做好人员、

技术、物资和设备的应急储备工作。发生交通事故后，使伤员能够及时得到处理。

(2)统一领导，分级负责。根据突发交通事故范围、性质和危害程度，实行分级管

理。

(3)依法规范，措施果断。按照相关法律、法规和规章的规定，在发生交通事故后，

做出快速反应，及时处理。

三、应急组织体系

为更好负责组织、协调事件应急处理工作，并根据突发交通事故应急处理工作的实

际需要，成立东明县人民医院交通事故应急领导小组：

组 长：海风森

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 副组长：李跃东 | 朱 红 |  |  |  |
| 成 员: 伍 青 | 吴兴林 | 周玉海 | 张广鹰 | 郝雨生 |
| 庞培林 | 杨建军 | 李献民 | 乔增海 |  |

四、工作职责

接到有关部门通知后，积极做好准备工作，迎接病人，并做好病人接诊、收治和转

运工作，实行重症和普通病人分开管理。

五、交通事故的应急反应和终止

发生交通事故时，有关各科室要作出相应应急反应。同时，要遵循交通事故发生外

伤后疾病发展的客观规律，结合实际情况及时调整治疗措施，减少危害和影响。

突发交通事故应急反应的终止需符合以下条件：突发交通事故隐患或相关危险因素

消除，伤员得到合理救治。

六、应急医疗救治体系

建立突发交通事故应急救治队伍，并加强管理和培训。采取定期和不定期相结合的

形式，组织开展交通事故的应急演练。

不同突发公共事件的标准和操作程序

一、医疗救援分级标准

根据突发公共事件造成的人员伤害情况，将突发公共事件医疗救援分为特别重大

(Ⅰ级）、重大(Ⅱ级）、较大(Ⅲ级）和一般(Ⅳ级）四级。

（一）医疗救援特别重大事件（I 级）

1.一次突发公共事件伤亡 100 人以上，且危重人员多，或者突发放射事件、化学品 泄漏事故导致大量人员伤亡，需要国家、省、市在医疗卫生救援工作上给予支持的突发

公共事件。

2.跨省（区、市）的有特别严重人员伤亡的突发公共事件。

3.国务院及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生救援工作的特别重大突发公

共事件。

（二）医疗救援重大事件（II 级）

1.一次突发公共事件伤亡 50 人以上、99 人以下，其中，死亡和危重病例超过 5 例

的，需要省、市在医疗卫生救援工作上给予支持的突发公共事件。

2.跨市的有严重人员伤亡的突发公共事件。

3.省政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生救援工作的重大突发公共事

件。

（三）医疗救援较大事件（III 级）

1.一次突发公共事件伤亡 30 人以上、49 人以下，其中，死亡和危重病例超过 3

例的。

2.县政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生救援工作的较大突发公共事

件。

（四）医疗救援一般事件（IV 级）

1.一次突发公共事件伤亡 10 人以上、29 人以下，其中，死亡和危重病例超过 1

例的。

2.政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生救援工作的一般突发公共事

件。

二、医疗救援程序

（一）先期处置

120 急救站和急诊医学科接到突发公共事件的报告后，在迅速开展应急医疗卫生救 援工作的同时，立即将人员伤亡、抢救等情况报告现场医疗卫生救援指挥部或上级卫生

行政部门。

（二）预案启动

发生一般以上突发公共事件需要进行医疗卫生应急救援时，突发公共事件医疗卫生

应急救援领导小组可视情况宣布启动《突发公共事件医疗卫生应急救援行动方案》。

（三）分级响应

1.特别重大、重大、较大事件的应急响应

救援领导小组接到特别重大、重大、较大突发公共事件发生，需要组织医疗卫生应 急救援的有关指示、通报或报告后，立即启动本方案。迅速组织医疗卫生救援专家对伤 病员及救治情况进行综合评估，提出初步处置意见和建议，供各级决策部门参考；组织 本机构医护人员开展现场医疗卫生应急救援行动，落实医疗卫生救治措施；根据救援行 动需要，向上级卫生部门提出需要支援的专家和数量；成立现场救援指挥部，展开医疗

卫生应急救援行动。及时向上级卫生部门报告有关医疗卫生应急救援行动情况；救援领

导小组按相关规定开展工作，协调各成员单位，组织领导和指挥救援专家组、救援机构

和现场救援指挥部组织实施医疗卫生应急救援行动。

2.一般事件的应急响应

救援行动领导小组接到一般突发公共事件发生，需要进行医疗卫生应急救援的有关 指示、通报或报告后，立即报告卫生主管部门批准后，启动本方案。组织医护人员开展 现场救治行动，组织专家对伤病员及救治情况进行调查、确认和评估，同时向县政府、

县突发公共事件应急指挥机构报告有关医疗卫生应急救援行动情况。

（四）应急响应终止

在突发公共事件现场医疗卫生救援工作完成和伤病员在医疗机构得到救治后，经县 人民政府批准，县卫生行政部门可宣布医疗卫生救援应急响应终止，并将医疗卫生救援

应急响应终止的信息报告上级卫生行政部门。

应急启动程序



重大医疗纠纷应急处置预案

为最大限度地减少因重大医疗纠纷带来的社会负面影响，维护医院正常医疗工作秩

序，提高对重大医疗纠纷的防范和应急处置能力，特制定本预案。

（一）应急组织机构及职责

成立医疗纠纷应急处置工作组：

组 长：陆明起

成 员：海风森 李俊丽 李延虎 李跃东 刘莉

朱 红 李金生 王发松 周广亮

1.全面负责重大医疗纠纷处理的组织领导，密切关注事态发展，在事态扩大、医院 无法单独处置的情况下，负责联系卫健局和 110 民警处理相关事宜；外宣办负责处理好 新闻媒体的报导和记者的采访（新闻发言人：陆明起执行院长为第一发言人，海风森副

院长为第二发言人）；负责咨询或请法律顾问协助处理纠纷。

2.医患办和宣教办通过摄影与录音等手段调查取证；保卫科组织全体保卫人员携带 必要的防护器材，做好医院特别是当事人的安全保卫工作；防止当事人和医院利益受到

伤害和损失。

3.加强医院管理和监督检查，搞好医疗安全宣传教育，防范医疗纠纷发生。

4.发生医疗纠纷时，在行政调解和处置重大医疗纠纷过程中把握好相关法律、法规

和政策的尺度。

5.负责初步的行政调解与处置，力求控制局面。

6.组长要及时获取情报和收集有关信息，保持通信畅通，确保有关信息能立即上传

下达。

7.及时处理有关医疗技术事宜并立即整理有关医疗护理文书，按规定封存与复印。

（二）医疗纠纷分级

1.一级：

经过 1 至 2 个疗程治疗效果不明显，没有达到患者预期目的，患者已提疑问的；因

医护人员服务不到位致使患者不满的；因误诊、漏诊或医疗差错给患者造成一定损失的。

2.二级：

发生一级医疗纠纷并经各科负责人调解无效的；给患者造成较大损失，患者表示强

烈不满和愤怒，有迹象表明有可能组织“医闹 ”或起诉的。

3.三级：

患者或家属已明确表示要起诉的；因医疗差错或事故已给造成患者残疾或造成患者

死亡的；已经发生围攻医务人员等“医闹 ”现象的。

（三）应急处置

一级：由各科负责人负责处理，争取把矛盾控制到最低点，防止事态扩大，同时要

及时报告组长。

二级和三级：当事人或知情人要立即向组长汇报，立即启动本预案。

（四）相关要求

1.加强医院管理和监督检查。要加强医院管理和安全教育并广泛宣传，增强全体医 护人员医疗安全责任意识；要建立健全各项医疗规章制度，确保医院核心制度的落实； 要严格执行各项医疗护理操作常规，防止误诊、漏诊和医疗差错的发生；要定期召开医

疗安全形势分析会，加大医疗安全隐患排查力度，避免发生医疗纠纷。

2.加强学习，引进人才，努力提高医院诊治水平。避免医疗事故的关键是提高医疗 技术水平。因此，医院要引进人才，特别是引进学科带头人；同时要搞好医院的人才培

训和业务学习计划，努力提高医疗技术水平。

3.建立机制，妥善处置。

一是建立信息报告机制。出现医疗纠纷迹象或已经出现医疗纠纷，要立即向医疗纠

纷应急处置工作组报告，同时立即完善医疗文书。

二是建立应急反应机制。要密切关注事态发展，一旦有医疗纠纷迹象，抓住关键时 刻，立即启动预案，分级处置，不失时机地引导医患双方尽快形成共识，力求及时、妥

善、有效地处理纠纷。

三是建立协调联动机制。当事态扩大，医院已无法协调解决时，要立即向卫计局报

告，必要时向政府报告请求处理，防止事态恶化。

影响医院秩序事件应急处理预案

为确保医院内因病人或家属寻衅闹事、殴打医务人员等意外事件发生时能够及时、

有效处置，保障患者及医务人员人身安全，维护正常医疗秩序，特制订本预案。

（一）应急组织机构

成立稳定医院秩序应急工作组：

组 长：黄 腾

副组长：陆明起

成 员：李俊丽 李金生 各科室主任、护士长

（二）稳定医院秩序应急工作组职责

1.如发生病人或家属在医院内与医务人员吵闹且有寻衅滋事倾向的，现场目击员工 应予以劝阻；如劝阻无效，立即报告该工作组组长和保卫科科长，告知事发原因、地点。

当事人尽可能回避，不要和对方发生正面冲突。

2.保卫科长即召集院内保卫，前往事发地点。发现殴打医务人员、投掷损坏物品时，

应及时、坚决地制止。

3.当事态严重、无法控制时，由组长决定即刻与派出所或 110 中心联系，告知事发

地点，同时向相关部门报告。

4.副组长应主动组织保卫、现场医务人员或医患办人员一起将涉事方劝至医患沟通

办公室，千方百计平息事态。

5.事发后，副组长应主动、及时向组长汇报事发原因、事态进展及处理的结果。

医疗差错、事故应急预案

1.一旦发生医疗差错事故，需立即通知上级医师和科室主任，同时报告相关职能科 室，白天报告医务处，夜间或节假日报告总值班人员，不得隐瞒。并积极采取补救措施， 避免或减轻对患者身体健康的进一步损害，尽可能挽救患者生命。由护理因素导致的差

错事故，除按上述程序上报外，同时按照护理体系逐级上报。

2.由职能科室组织科室负责人查找原因。

3.由职能科室组织多科会诊，参加会诊人员为当班最高级别医师。

4.科室主任与职能科室共同决定接待病人家属的人员，指定专人进行病情解释。确 定经治医师和科室负责人为处理差错、事故或纠纷的第一责任人，其它医务人员不得擅

自参与处理。

5.职能科室结合情况，决定是否封存《医疗事故处理条例》中所规定的病历内容。

6.疑似输液、输血、注射、药物引起的不良后果，在职能部门人员、患者或家属共

同在场的情况下，立即对实物进行封存，实物由医院保管。

7.如患者死亡，应动员家属进行尸检，并在病历中记录。

8.如患者需转科治疗，各科室必须竭力协作。

9.当事科室须在 24 小时内就事实经过写出书面报告，同时提出初步处理意见，上

报医患办。

10.任何科室和个人不得私自减免患者住院费用。

医疗技术损害处置预案

为使一旦发生的医疗技术损害得到迅速、有序、妥善的处理，最大限度降低损害程

度，保护患者生命健康，减轻医患双方损失，防止严重后果发生，制定本预案。

一、立即消除致害因素。

技术损害一旦发生，首先发现者应当立即设法终止致害因素；当致害因素的识别和

判定有困难时，应当立即呼叫上级医护人员指导处理，不可迟疑拖延。

二、迅速采取补救措施。

密切注意患者生命体征和病情变化，千方百计采取有效补救措施，降低技术损害后

果，保护患者生命健康。

三、尽快报告有关领导。

技术损害一旦发生，都必须立即如实报告。首先报告上级医师和科主任，情节严重 者应当同时报告医务处、主管院领导或者总值班人员，重大技术损害必须同时报告院长，

任何人不得隐瞒或瞒报。

四、组织会诊协同抢救。

1.患者损害较轻、不致造成严重后果时，立即暂停原医疗技术操作，当事科室要酌 情组织科内会诊、妥善处理（由科主任或现场高年资医师主持），并根据当时具体情况 采取适宜应急补救措施。同时立即上报科室负责人、医务处或业务院长，同时做好患者

的保护性医疗措施，防止再次或继续发生医疗技术损害。

2.科室负责人、医务处或业务院长接到报告后在十五分钟内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是否继续进行原医疗技术操作。医院和科室选派技 术骨干根据补救对策及时处理患者，操作中应尽量避免或减少其他并发症。操作后，必 须严密观察患者病情，防止发生其他意外情况。及时按规定整理材料，保留标本报医务

处或业务院长。

3.患者当时有生命危险时， 医疗技术操作立即停止，以抢救患者生命为主。在抢 救患者生命的同时立即上报科室负责人和医务处及业务院长。科室上级医师、技师或医 务处、业务院长接到报告后，应立即在事发地点组织相关技术专家抢救患者生命，同时 讨论和采取补救处理对策；必要时由医务科邀请上级医院专家会诊指导（医务处或主管

院长主持）。

4.待患者生命危险解除后，在进一步会诊讨论、研究详细补救处理对策。补救对策 应防止发生患者的进一步损害，尽量减少损害和避免发生其他损害后果。技术操作完毕 后，必须派专人严密监护患者病情，防止发生其他意外情况。及时按规定整理材料、保

留标本报业务院长及医务处。

五、迅速收集并妥善保管有关原始证据，包括实物、标本、手术切除组织器官、剩

余药品、材料、试剂、摄像和录音资料、各种原始记录等。

六、妥善沟通，稳定患方情绪，争取患方配合，防止干扰抢救和发生冲突。

七、如患者已经死亡，必要时应在规定时限内向其亲属正式提出并送达书面尸检建

议，并力争得到患方书面答复。

八、全面检查、总结教训，找出技术损害发生的原因，及时完善相关记录，制定改

进措施。

九、如属医疗过失，应当区分直接责任和间接责任，依照法律法规和相关规章制度

对责任者做出合理处理。

十、随时做好医疗事故技术鉴定或应诉准备。

十一、因技术损害构成医疗事故者，按照《医疗事故处理条例》规定程序进行处理。 患方以不正当手段过度维权、聚众滋事、扰乱医疗秩序时，在耐心劝导和向当地卫生行

政部门、公安部门报警的同时，组织力量维护医疗秩序，保护医院设施。

十二、当发现技术损害与技术或药品器材本身缺陷有关，或同类损害重复出现或反 复出现时，暂停使用该项技术或有关药品器材，并对其认真地进行研讨和重新评估，必

要时报告县卫生行政部门。

医疗风险应急处置预案

一、发生医疗事故争议时，启动本预案。

二、一旦发生医疗事故争议，需立即通知上级医生和科室主任，同时报告主管部门， 白天为医患办，夜间为总值班，不得隐瞒，并积极采取补救措施，避免或减轻对患者身 体健康的进一步损害，尽可能挽救患者生命，由护理因素导致的医疗事故争议，除按上

述送程序上报外，同时按照护理体系逐级上报。

三、由医患办会同科主任共同查找原因。

四、由医患办组织多科会诊，参加会诊人员为科主任或当班最高级别医生。

五、科主任与医患办共同指定接待病人家属的人员，由专人解释病情。

六、由医患办根据患者或家属的要求决定封存《 医疗事故处理条例》 所规定的病

历内容。

七、疑似输液、输血、注射、药物引起的不良后果，医患办工作人员以及患者或家

属共同在场的情况下，立即对实物进行封存，实物由医院指定相关部门保管。

八、如患者死亡，应尽全力动员尸解，病历上应有记录。

九、如患者需转科治疗，各科室必须竭力协作。

十、当事科室须在 24 小时内就事实经过写出书面报告上报至医患办，并根据要求

拿出初步处理意见。

十一、任何科室和个人不得私自减免患者住院费用。

十二、遇家属或病人情绪激动，不听劝阻或聚众闹事影响正常秩序者，立即通知保

卫科或派出所人员到场，按治安管理条例办理。

群体性食物中毒救治应急预案

为确保一旦发生群体性食物中毒时，医院能及时采取有效措施，迅速救治，保障病

人的身体健康，根据卫计局相关要求，结合医院实际，制定本预案。

（一）应急组织机构

成立群体性食物中毒救治应急工作组：

组 长：陆明起

副组长：肖 坤

成 员：李跃东 朱 红 乔增海 卢凤霞 仪爱文 樊海军

职 责：

在医疗救护领导小组领导下履行好以下职责：

1.负责组织、协调和指导医院内食物中毒事故的处理工作；

2.调动本院医疗力量参与食物中毒处理和病人救治；

3.做好患者呕吐物、排泄物、血样等标本的留样和检验工作；

4.及时向县卫计局及县疾病预防控制中心（CDC）工作领导小组报告；

5.协助县疾病预防控制中心（CDC）对中毒事故进行调查、核实；

6 . 组 织 对 食 物 中 毒 事 故 病 人 的 救 治 及 联 系 会 诊 、 转 送 工 作 。

（二）预案启动条件

凡发生群体性食物中毒事故有以下几种情形之一的，即启动本预案：

1.中毒人数超过 10 人；

2.中毒事故中发生死亡事故 1 人以上；

3.中毒事故发生在医院重要活动或者节假日期间；

4.其他需要启动本预案的情形。

（三）应急处置流程

1.急诊科接收三人以上食物中毒患者或病情严重有生命危险的食物中毒患者时，

即刻通知医务处（工作日）或总值班（夜间、节假日）。

2.医务处或总值班接到通知后立刻向群体性食物中毒救治应急工作组汇报，群体性 食物中毒救治应急工作组根据中毒患者人数、病情等情况判断是否启动应急预案。如无 须启动，由急诊医学科组织力量抢救，必要时由医务处、总值班调动备班医疗急救分队

参与救治。如需启动应急预案，即刻组织院内力量参与救治，必要时外请专家来院协助

救治或转院治疗。

3.当符合以下情形时，及时向县疾病预防控制中心食物中毒事件应急处置工作领导

小组办公室报告相关情况。

（1）中毒人数超过 30 人的；

（2）出现危重或死亡病例的；

（3）新闻媒体关注、相关部门通报以及其它需要实施紧急报告制度的食物中毒事

故。

4.在做好救治工作的同时协助疾病预防控制中心对食物中毒事件进行调查、现场采

样及实验室检测工作。

产科急救应急处置预案

为了进一步加强医院产科急救工作的管理，确保母婴安全，根据东明卫生行政部门 对产科急救工作的要求，遵循统筹协调、资源整合、分级负责的原则，做到危重孕产妇 得到及时、准确、有效的医疗救治，切实降低孕产妇死亡率和婴儿死亡率，特制定产科

急救应急处置预案。

（一）应急组织机构

成立产科急救工作组：

组 长：海风森

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 成 员：李跃东 | 朱 红 | 杜 红 秦 霞 孔青梅 |
| 朱鸿霞 | 乔增海 | 周伟华 李宪民 解备卿 |
| 邵玉红 | 郑建民 | 周凤敏 张瑞敏 杨建军 |
| 纪文英 | 李 岩 | 景 芳 |

职 责：

组长全面负责产科抢救小组的组织、协调，对集体讨论的重大方案和措施作出决策。 执行组长的各项决策和措施，与患者家属进行病情交待、沟通，必要时做好向上级行政

部门汇报及与外单位联络的工作。

产科专家负责产科急危重病人的具体抢救；产科住院医师负责落实产科专家的具体 抢救工作、医嘱处理、病历书写完善等；产科护士长负责指挥产科抢救的护理工作、医 嘱执行、计算出入量、保证液体管道通畅、急救药品的补充等。各临床专业专家负责相 应专业技术性急救工作，协助组长及产科成员完成抢救工作；医技科室及其他职能科室

负责做好检验检查、血源、药品、救护车辆等保障工作。

（二）院内产科急救流程

1.首诊医师积极处置，同时立即报告二线医师或科主任，由科主任或高年资医生到 场处置的同时报至产科急救工作组组长，由其组织产科急救工作组成员实施急救，情况

危急时应立即向上级行政主管部门报告并请求启动产科急救绿色通道；

2.产科负责产妇的整体状况的把握和控制；

3.麻醉科负责术中患者安全；

4.ICU 负责器官功能维护及并发症处理；

5.各专业科室协助 ICU 工作；

6.产科指定一名医师负责记录病情并随时与患者家属沟通；指定一名护士负责记录 口头医嘱及计算出入量等，必要时指定其他护士负责液体通道通畅、医疗物资供应及执

行医嘱等；

7.产科急救工作组负责现场协调及内外联络。

（三）院前产科急救流程

1.产科或急诊医学科接到呼救电话后询问并记录地点、发病时间、初步诊断、目前

病情、需求、联系电话等；

2.不需产科现场紧急处理的由急诊医学科出诊；需产科紧急处理的通知产科，由产

科急救二线出诊接患者来院；

3.病情危重需要我院支援的报告产科急救工作组，由其组织急救第一梯队出诊。（第

一梯队由产科二线医师、麻醉科医师、护士等组成）；

4.产科急救工作组根据急救工作状况进行人员、物资、设备调配。必要时调动急救 第二梯队出诊。（第二梯队由业务副院长、科主任及各专业组组长等组成，负责为第一

梯队提供技术支援，24 小时待命）。

【程序】

立即抢救→胸外按压→气管插管→快速输液→遵医嘱用药→密切配合→对症处理

→及时记录

附件：产科急救应急处置流程图



突发意外紧急情况处理预案

一、门诊导医和门诊接诊医师在工作期间发现紧急情况要及时报告相关部门或领

导。

二、在门诊工作中发现，由突发公共卫生事件或交通事故而造成大批患者时必须立 即建立绿色通道，做好导诊、分诊工作，通知相关科室做好救治准备工作，并立即向门

诊部、医务处汇报组织相关急救人员到场。

三、对危及生命的急、危病人，及时护送急诊医学科救治。

四、相关部门接到报告及时报告院领导，启动全院紧急处理预案。

急诊病人救治绿色通道

为了保证危重病人的急诊抢救工作及时、准确、有效地进 行，院内为急、危重症 患者建立了快速、高效的服务系统，即绿色通道，是包括急诊预检、抢救室、手术室、

ICU、药房、输血科、 检验和影像检查等在内的一个快速、有效的急救医疗体系及制度。

一、急诊救治绿色通道的服务人群：所有生命体征不稳定的病人或预见可能出现危

及生命的各类危急重病人。具体危重病人和急诊救治绿色通道服务范围如下：

1.心跳呼吸骤停患者；

2.昏迷患者；

3.休克患者；

4.严重心律失常患者；

5.急性重要脏器功能衰竭患者；

6.各种急性中毒患者；

7.急危重孕产妇；

8.急性创伤；

9.急性颅脑损伤；

10.高危新生儿；

11.其它急症而有生命危险的患者。

二、急诊救治绿色通道的服务原则：一律实行优先抢救、优先检查和优先住院，与

医疗相关的手续后补办的原则。

三、急诊救治绿色通道的工作制度

1.实行首诊负责制，实施抢救科室及检验、输血、放射、 药剂、手术等相关辅助 科室的医护人员必须全力抢救，无条件为患者提供方便，不得以任何理由推诿患者，延

误患者的最佳诊疗时机。

2.急诊医学科护士接诊时，（或在救护车送达我院的患者中），发现急危有上述情 况时，须立即报告医生，进入“绿色通道 ”救治。急诊医学科医生根据初步的病情判断， 尽快下达建立静脉通道、监测生命体征、 进行各种救治措施、进行各种相关检查的口

头或书面医嘱。急诊医学科护士尽快准确执行。

3.科室实行医生和护士 24 小时值班制度，抢救设备和备用抢救药品齐备，随时做

好危重病人急诊抢救的准备。

4.在抢救过程中，如需相关科室协助，抢救科室电话呼叫院内急会诊，相关科室会

诊医师在 10 分钟内到达。

5.为保证抢救的及时，对绿色通道抢救病人进行各类有创操作时，值班医师应按照

国家的有关规定先留取血样，随后进行梅毒、艾滋病和乙肝、丙肝等的监测。

6.对绿色通道抢救的病人，值班医师必须尊重家属的知情权，及时告之病情及变化，

进行医患沟通，根据病情发给病人及家属病重或病危通知。

7.实行上报制度。在进行危重病人急诊抢救的同时，必须及时上报患者病情及抢救 情况，正常工作日报告医务处，夜间或休息日报告院总值班，由医务处或院总值班协调

相关科室协助抢救，并在必要时组织抢救会诊。

四、绿色通道保障措施

1.凡急危病人，都应该开通绿色通道，以确保在最短的时间内得到最大范围的处置，

抢救生命。

2.在绿色通道中的病人，任何科室都应予以优先原则，检验科、功能科以及相关科

室人员，在接到救援电话后，10 分钟内赶到急诊医学科，协助和参与抢救。

3.绿色通道中病人，所有的检查单，均应在申请单的左上角标注有“急 ”字样或绿 色通道章，应予以优先检查，B 超、心电图检查后立即出报告，化验、放射在 30 分钟内

出报告。

4.在绿色通道中，任何科室不得以任何理由拒绝检查和抢救。

5.在病人的医疗费用暂时无法落实的情况下，要先抢救后收费以免耽误抢救时机。

6.及时请示汇报医院总值班，确保绿色通道畅通，下列情况下必须汇报：

（1）严重工伤、重大交通事故、涉及法律纠纷的病人，大批中毒、法定传染病或

灾情病人。

（2）病情危重需开通绿色通道，但是又无家属（单位领导）、无钱病人。

（3）需立即进行重大手术、重大脏器切除或截肢病人。

手术患者发生呼吸心跳骤停的应急预案及程序

【应急预案】

1.手术患者进入手术室，在手术开始前发生呼吸心跳骤停时，应立即行胸外心脏按 压、人工呼吸、气管插管，快速建立静脉通道，根据医嘱应用抢救药物。同时呼叫其他 医务人员帮助抢救。必要时准备开胸器械，行胸内心脏按压术，在抢救过程中应注意心、

肺、脑复苏， 必要时开放多条静脉通道。

2.术中患者出现呼吸心跳骤停时，先行胸外心脏按压术，未行气管插管的患者，应

立即行气管插管辅助呼吸，必要时再开放一条静脉通道。

3.参加抢救人员应注意密切配合，有条不紊，严格查对，及时做好记录，并保留各

种药物安瓿及药瓶，做到据实准确的记录抢救过程。

4.麻醉、护理值班人员严格遵守科室各项规章制度，坚守岗位，术中密切观察病情，

以便及时发现病情变化，尽快采取抢救措施。

5.急救物品做到“ 四固定 ”，班班清点，完好率达 100%，保证应急使用。

6.麻醉、护理人员熟练掌握心肺复苏流程及各种急救仪器的使用方法和注意事项。

7.在抢救病人的同时及时与患者家属沟通，取得患者家属的理解和配合，并做好记

录。

【程序】

立即抢救→胸外按压→气管插管→快速输液→遵医嘱用药→密切配合→对症处理

→及时记录

手术室突发意外伤害事件应急预案及程序

【应急预案】

1.手术室平时应备有足量的手术器械和敷料，每日清点补充,以保证应急使用。

2.对特殊器械如骨科包等常规准备，同时备有足量的一次性消耗材料，保证突发抢

救的应用。

3.各类抢救药品、仪器固定房间放置，性能良好，严格交接,以备应急使用。

4.全体医护人员熟练掌握各种抢救技术，熟悉抢救药品的药理作用和抢救设备的使

用方法。

5.工作人员要有高度的责任心和应急能力，遇有意外事件发生后，及时通知相关人

员，立即到达手术室进行抢救。

6.根据通知的伤员伤情，合理安排手术房间和人员，由护士长和科主任统一指挥。

7.敷料护士准备好一切器械包、敷料和一次性用药，并送至手术间。

8.巡回护士备好吸引器、输液用品、中心吸氧装量等，同时准备好一切抢救用品，

保证手术顺利进行。

9.洗手护士密切配合手术医师进行手术。

10.根据情况随时与护理部、急诊医学科联系，并做好一切记录。

11.同时安排专人负责专门取血、送标本等外出工作，保证病人在最短时间内得到

最有效的抢救。

12.各班分工负责，忙而不乱，若遇有大量伤员要启动第二梯队应急，并及时报告

协调。

【程序】

平时做好准备 → 熟悉抢救技术 → 按伤情合理安排 → 尽快手术抢救 → 密切

配合 → 做好记录、及时报告

传染病应急预案

为了及时处理或预防传染病，适应疾病预防控制形势发展的需要，提高预防控制突 发事件的应急应变能力，有效预防、及时控制和消除我县发生的重大传染病的危害，规 范和指导传染病应急处理工作，最大限度地减少传染病造成的危害，保障人民身体健康 与生命安全，维护正常的社会秩序，依据《突发公共卫生事件应急条例》、《中华人民 共和国传染病防治法》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《突发公共卫生事件与 传染病疫情监测信息报告管理办法》、《中华人民共和国食品卫生法》及《中华人民共

和国职业病防治法》等有关法律法规，结合我院实际，制定本预案：

一、组织机构

传染病应急处置领导小组：

组 长：陆明起

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 副组长：海风森 | 张改明 | 段国祥 | 宋爱娥 |
| 李俊丽 | 梅俊荣 |  |  |
| 成 员：李跃东 | 张美芹 | 沈凤娥 | 朱 红 |

各临床科室主任、护士长

二、有下列情形之一的，应及时报告：

1.发生或者可能发生严重传染病的；

2.发生或发现不明原因的群体性疾病的；

3.发生或者可能发生重大食物中毒事件的。

当前主要包含鼠疫、霍乱、非典型肺炎、艾滋病、肺炭疽、麻风病、结核病、登革

热、人感染猪链球菌病等重要和重大传染病，以及食物中毒。

三、发现有上述情形之一的应当及时向分管院长及医务处报告，由院领导在 2 小时

内向卫计局报告。

四、接诊医生对于可疑传染病患者，可转至相应的专科进行诊治，必要时由医务处 组织相关科室人员进行会诊，或邀请外院专家进行会诊以尽早明确诊断。对因传染病致 病的人员提供及时的医疗救护。对就诊病人必须给予及时治疗，并书写详细、完整的病

历记录，重点在于流行病学资料的采集，有利于疾病预防控制机构和医疗机构加强对传

染病的疫源追踪、疫点消毒、密切接触者的管理，做好疫点、疫区的卫生管理工作，防 止疫情蔓延工作的开展。对需要转送的病人，应当按照规定将病人及其病历记录复印件

转送到接诊或指定的医院。

五、收治传染病病人、疑似传染病病人，应当依法向疾病预防控制中心报告。对于 疑似传染病且属于重点防治的传染病病例（如霍乱）要及时网络直报，不必等检验结果

出来后报告，同时做好病人的隔离治疗。

六、传染病暴发、流行时，对传染病暴发、流行区域内流动人口做好预防工作，落 实有关卫生控制措施，对传染病病人和疑似病人，应当采取就地隔离、就地观察、就地

治疗的措施。

七、对传染病做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止病源扩

散。

八、本预案将根据具体实施中发现的问题及时进行修订、补充。

传染病异常信息处置预案

一、 目的

为进一步加强我院传染病疫情监测及相关信息报告管理，及时准确掌握异常信息， 建立健全我院疫情快速反应机制，快速有效地处置传染病疫情，特制定本预案。异常信 息是指传染病的暴发与流行、群体性中毒（食物中毒和职业中毒）、甲类及按甲类管理

的传染病疫情、本地罕见传染病、新发传染病或不明原因疾病发病死亡等异常情况。

二、编制依据

根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家 突发公共卫生事件应急预案》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办

法》等制定本预案。

三、组织机构职责及处置

（一）临床科室和辅助检查科室

临床科室和辅助检查科室医师发现异常信息时，立即向科主任汇报，科主任组织科

内专家进行会诊，同时完成异常情况登记。必要时辅助检查科室可请送检科室参加会诊。

1.会诊结果明确排除传染病、群体性中毒、不明原因疾病时，排除异常情况。

2.明确诊断为某种常见传染病暴发或流行、甲类及按甲类管理的传染病、罕见传染 病、新发传染病、群体性中毒这几种情况中任意一种时，科主任立即向分管院长汇报，

同时本科室负责传染病报告管理的人员将此异常信息向公共卫生科（医院内负责传染病

报告和管理的科室）报告。

3.科内会诊不能明确诊断或排除时，作为不明原因疾病向分管院长和公共卫生科报

告。

（二）分管院长

分管院长接到确诊的异常信息报告后，应立即将信息向各相关业务科室通报，并按 规定组织开展防控、救治等措施，同时立即通知公共卫生科报告疾病预防控制中心。对 于临床科室和辅助检查科室报告的不能明确诊断或排除的异常信息，分管院长应立即组

织全院专家进行院内会诊。

1.院内会诊结果明确排除传染病和群体性中毒、不明原因疾病时，排除异常情况。

2.院内会诊明确诊断为某种常见传染病暴发或流行、甲类及按甲类管理的传染病 （鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、新型冠状病毒肺炎、炭疽中的肺炭疽、人感染高致 病性禽流感和甲型 H1N1 流感）、罕见传染病、新发传染病、群体性中毒这几种情况中 任意一种时，分管院长立即组织相关科室和业务人员进行防控；同时指示公共卫生科立 即电话报告疾病预防控制中心，在疾病预防控制中心将事件核实并确认后的 2 小时内进 行网络直报。若疾病为常见的乙类（未按甲类管理）、丙类传染病，则在疾病诊断后的

24 小时内进行网络直报。

3.院内会诊仍不能明确诊断或排除时，分管院长立即启动院内不明原因疾病处置预 案，做好病人的救治及隔离防护、消毒等防控措施；同时此异常情况作为不明原因疾病 由公共卫生科立即电话报告疾病预防控制中心。分管院长组织相关科室及业务人员配合

卫生行政部门、疾病预防控制中心及上级专家组做好后续的调查防控工作。

（三）公共卫生科

公共卫生科接到确诊的异常信息报告后，应立即报告分管院长并同时电话报告疾病 预防控制中心，在疾病预防控制中心将事件核实并确认后的 2 小时内安排专人进行网络 直报，实时对疫情动态变化及防控进展等情况进行专题分析，分析结果向分管院长汇报，

并通报各相关科室。

公共卫生科接到临床科室和辅助检查科室报告的不能明确诊断或排除的异常信息，

应派人参与院内会诊并做好相应记录。

1.院内会诊结果明确排除传染病、群体性中毒、不明原因疾病时，排除异常情况。

2.院内会诊明确诊断为某种常见传染病暴发或流行、甲类及按甲类管理的传染病、 罕见传染病、新发传染病、群体性中毒这几种情况中任意一种时，应立即电话报告当地

疾病预防控制中心，在疾病预防控制中心将事件核实并确认后的2小时内进行网络直报。

若疾病为常见的乙类（未按甲类管理）、丙类传染病，则在疾病诊断后的 24 小时内进 行网络直报。同时，实时对疫情动态变化及防控进展等情况进行专题分析，分析结果向

分管院长汇报，并通报各相关科室。

3.院内会诊仍不能明确诊断或排除时，此异常情况作为不明原因疾病由公共卫生科 立即电话报告当地卫生行政部门和疾病预防控制中心。同时密切关注事件进展，做好实

时分析和通报，并在疾病预防控制中心的指导下做好信息的网络报告和订正工作。

突发事件药品供应应急预案

1.按照突发事件药品供应应急预案药品目录,长期储备药品。

2.成立突发事件药品供应应急领导小组（见附件）。小组成员应保持 24 小时电话

畅通，确保随时联系。

3.突发应急事件的预警系统启动后，药事管理小组成员立即到达指定地点，各司其

责开展工作。

4.如遇抢救患者，当班人员应准备好急救药品，积极主动参与抢救工作；当药品短 缺时，应主动与药库或药房联系，领发补充药品手续从简，以方便、快捷、高效为原则，

同时应运用专业知识积极寻找代用品解决问题。

附件: 突发事件药品供应应急领导小组

组 长：张改明

副组长：郑春英

组 员：药房负责人、药房当班人员、药库保管员、临床药师

特殊管理药品突发事件应急预案

为加强药剂科特殊管理药品的监管，有效预防、控制和消除特殊管理药品突发事件 的危害、保障公众身体健康和生命安全，根据《中华人民共和国药品管理法》、《中华 人民共和国药品管理法实施条例》、《易制毒化学品管理条例》，结合我科实际，制定

本预案。

一、本预案适用于特殊管理药品在储存、保管和使用等环节中，突发造成或者可能

造成人体健康严重伤害和严重影响公众健康的社会问题的应急处理。

二、本预案所称特殊管理药品包括麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射药

品及药品类易制毒化学品。

三、特殊管理药品突发事件应急处理工作，坚持预防为主、常备不懈、反应及时、

依法处置的原则。

四、科室成立由特殊管理药品突发事件应急处置小组，由科主任任组长。

五、加强特殊管理药品日常监管，制定和落实预防特殊管理药品突发事件责任制。

六、特殊管理药品突发事件，有下列情形之一的，应立即向分管领导汇报：

1.特殊管理药品滥用，一次造成 1 人以上死亡或者 3 人以上严重中毒。

2.注射用麻醉药品、一类精神药品及麻黄素注射液流失、被盗。

3.属剧毒物品的医疗用毒性药品中流失、被盗。

4.发现麻醉药品、精神药品滥用成瘾人群。

第二部分 护理应急预案

紧急状态下护理人力资源调配方案

为确保护理岗位应对大型突发公共卫生事件、大型医疗抢救、疾病爆发流行及其它

紧急状态下护理人力资源的准确、及时、迅速投入抢救工作，护理部选出业务精湛、乐 于奉献的护理骨干，建立医院紧急状态下护理人力资源储备库，以争分夺秒救治病人，

现制定《紧急状态下护理人力资源调配方案》。

（一）领导小组

组 长：朱红

副组长：赵秀萍

成 员：各临床科室护士长

秘 书：侯秋玲

（二）上报程序

1. 急诊科、各病区遇到紧急状态需调配护理人力资源时，立即上报护士长（星期

日、节假日、夜间同时通知院总值班及护理部）。

2. 护士长立即向领导小组汇报。

3. 调配小组应急响应，启动储备库，进行人员调配。

（三）调配程序

1. 护士长首先抽调病区内听班护士，进行病区内紧急调配。

2. 报护理部请求院内支援，根据储备人员排班首先调配当日听班储备人员，然后

调配本周备班储备人员，同时通知调配科室护士长。

3. 储备人员到位后，如果被支援科室护士长在岗，护士长负责调度安排；护士长

不在岗由当班层级最高的护士负责调度安排，并指挥调度临时工作。

（四）调配规定

储备人员库实行分组排班模式，每组 2-3 人，每人每月听班 2 日，当日在科室上 班；备班一周，排为备班值班，当周必须保持 24 小时通讯通畅，不能离开市区，如需 请假请自行联系调班并向护理部上报，接到护理部调配通知后听班、备班人员必须立即

响应：

一线储备人员（即当日听班储备人员，）10 分钟内到岗；

二线储备人员（即当周备班储备人员）30 分钟内到岗。

（五）紧急状态下护理人力资源调配流程：病区遇到紧急状态需调配护理人力资源→报

告护士长→报告护理部(节假日或夜间报告总值班）→调配储备库人员→被支援科室护 士长（护士长不在岗当班最高层级护士）调度安排、指挥临时工作→患者身份识别及分

流→建立静脉通道，随时准备抢救。

患者有自杀倾向时及自杀后的

应急预案

（一）出现自杀倾向时的应急预案

1．发现有自杀倾向时，应加强与患者或家属的交流与沟通，查找自杀原因，与家

属配合，有针对性的做好心理支持，共同做好患者的心理疏导。

2．认真检查病室内环境，若发现私藏药品、锐利器械等危险物品帮其收藏，防止

发生意外。

3．加强对家属的安全教育指导，杜绝私自离开病室，24 小时守护，若发现有异常

变化，及时告知值班医师或护士。

4．必要时请心理医师会诊，采用药物或心理疗法进行治疗。

（二）出现自杀后的应急预案

1．发现患者自杀，应立即通知医生，携带必要的抢救物品及药品与医生一同奔赴

现场。

2．判断患者是否有抢救的可能，如果有应立即开始抢救工作。

3．如果抢救无效，应保护现场（病房内及病房外现场）。

4．通知医院总值班、医务科、护理部。

5．协助主管医生通知家属。

6．配合院领导及有关部门的调查工作。

7．做好各种记录。

8．保证病室常规工作的进行及其他患者的治疗工作。

（三）出现自杀倾向时与自杀后的紧急处理程序

1．出现自杀倾向时的紧急处理程序：有自杀倾向时→报告护士长及分管医生→查 找自杀原因→加强心理支持→收藏危险物品→加强家属安全教育指导→24 小时守护→

心理动态观察→心理医师会诊→必要时药物或心理疗法治疗。

2．出现自杀后的紧急处理程序：发现自杀→与医生尽快赶赴进行抢救→保护现场

→配合院领导及有关部门的调查工作→做好各种记录→ 同时要保证病室常规工作的进

行及其他患者的治疗工作→上报医疗安全（不良）事件。

发生猝死的应急预案

（一）突发猝死的应急预案

1．发现患者在病房内猝死，应立即进行基础生命支持，实施胸外心脏按压、人工

呼吸等急救措施，同时呼叫其他医务人员。

2．增援人员到达后，根据患者病情进行高级生命支持。建立静脉通道，遵医嘱应

用复苏药物。

3．若在走廊、厕所等病房以外的环境发生猝死，做出正确判断后，立即就地抢救，

行胸外心脏按压、人工呼吸等急救措施，同时请其他人员或家属帮助呼叫其他医务人员。

4．其他医务人员到达后，按心肺复苏抢救流程迅速采取心肺复苏，及时将患者搬

至病床上，搬运过程中不可间断抢救。

5．在抢救中，应注意随时清理环境，合理摆放抢救仪器，腾出空间，利于抢救。

6．参加抢救的医务人员应密切配合，团结协作，分秒必争，共同进行抢救工作，

同时做好患者与家属的沟通、安慰等安抚工作。

7．在抢救结束后 6 小时内，据实、准确地记录抢救过程，并进行交接班。

（二）突发猝死的紧急处理程序

患者突发猝死紧急处理程序：发现猝死→立即就地抢救→通知其他医务人员→继续

抢救→告知安慰家属→记录抢救过程。

发生误吸的应急预案

（一）住院患者发生误吸的应急预案

1．住院发生误吸，护理人员要根据具体情况进行抢救处理，同时呼叫其他医务人

员。

2．婴儿，用手托住腹部，头放低，用力手拍背部；儿童及成人患者，救护者站在 患者身后，用双手紧紧的抱住患者腹部，突发用力向腹后上提起，以使异物咳出；体重

较重者，用膝盖顶住患者腹部，头放低，敲拍背部；不宜或难以站立着，患者仰卧位，

头偏向一侧，用右手掌或四指并拢在患者上腹部向内上方推压，促使异物排出。

3．其他医护人员应迅速备好急救用物，必要时进行负压吸引，快速吸出口鼻及呼

吸道内异物。

4．监测生命体征和血氧饱和度，如出现严重呼吸困难、发绀、意识障碍等，使用

简易呼吸器维持呼吸，同时急行插管吸引或气管镜清除异物。

5．当出现呼吸心跳停止时，应立即进行胸外心脏按压、人工呼吸等抢救措施，遵

医嘱应用抢救用药。

6．抢救结束 6 小时内，据实、准确记录抢救过程。

7．待病情平稳后，安慰患者和家属，分析发生误吸的原因，制定有效的预防措施，

防止再次发生误吸。

（二）住院发生误吸时的处理程序

住院发生误吸时的处理程序：立即根据情况实施急救→通知其他医务人员→配合抢

救→吸引→维持呼吸→遵医嘱给药→原因分析→制定改进措施。

突然发生病情变化时的应急预案

（一）突发病情变化时的应急预案

1．发现一旦发生病情变化，在医生到来之前采取相应的急救措施，如吸氧、监测 生命体征、建立静脉通道，必要时测血糖、做心电图等。同时通知值班医生，记录病情

变化的时间。

2．将抢救车推至床旁，医生到达后，根据医嘱应用药物，配合医生积极采取抢救

措施。必要时报告科主任、护士长。

3．遇重大抢救，应及时通知医务科、护理部，节假日、夜间通知行政总值班。

4．将病情变化情况向家属告知，如家属不在或无家属陪同，白天可报告医务科，

夜间报告行政总值班。

5．抢救 6 小时内据实、准确地记录抢救过程，并进行交接班。

（二）突发病情变化的紧急处理程序

突发病情变化的紧急处理程序：发现病情变化→立即采取必要抢救措施→通知其

他医务人员→继续抢救→告知安慰家属→记录抢救过程。

发生输血反应的应急预案

（一）输血反应的应急预案

1．停止输血，更换新的输液管和生理盐水维持静脉通道，立即通知值班医师。

2．将抢救车推至床旁，协助医师进行抢救处理。

3．保留未输完的血袋及输血管，以备检验。同时报告输血科、医务科、护理部，

及时查找原因。

4．疑为溶血性输血反应，将保留血袋和抽取血样一起送输血科，填写“患者输血

（不良）反应回报单 ”。

5．如患者或家属对药物、输血用具等有疑问时，报告医患办，医患及医患办三方

共同在场的情况下封存标本。

（二）输血反应紧急处理程序

输血反应紧急处理程序：立即停止输血→更换输液管→改换生理盐水→报告医师 →遵医嘱给药→严密观察并做好记录→报输血科、医务科和护理部→填写“患者输血（不

良）反应回报单 ”，将抽取的血样和保留血袋送输血科。

发生输液反应的应急预案

（一）输液反应的应急预案

1．立即停止输液，更换输液器，改用生理盐水维持静脉通路，必要时吸氧并通知

值班医生。

2．将抢救车推至床旁，配合医师进行抢救与治疗。如寒颤者给予保暖、高热者给

予物理降温。并按医嘱应用抢救药物。

3．发生肺水肿，立即使患者取坐位，双下肢下垂，给予高流量吸氧，并在湿化瓶

内加入 20-30%的酒精，缓解缺氧症状，同时配合医生及时抢救。

4．如发生空气栓塞，立即使患者取左侧卧位和头低脚高位，同时配合医生积极抢

救。

5．将剩余药液、输液器及使用的注射器等当场保存，注明用药时间与种类，与药

剂科、感染管理科联系，查找输液反应的原因。

6．如患者或家属对药物、输液用具等有疑问时，报告医患办，医患双方及医患办

共同在场的情况下封存标本，并签字，同时注明封存日期和时间。

7．填写医疗安全（不良）事件报告表，24h～48 小时内上报医务处并做好护理记录

及交班工作。

（二）输液反应处理程序

输液反应处理程序: 立即停止输液→更换输液器和液体→报告医师→遵医嘱给药

→就地抢救→观察生命体征→上报医疗安全（不良）事件→保留输液器和药液→送检→

有疑问时→封存。

发生空气栓塞的应急预案

（一）发生空气栓塞的应急预案

1．当发现空气进入体内时，立即夹住静脉管路，阻止空气进一步进入。

2．使患者处于头低足高左侧卧位，给予氧气吸入。同时通知值班医师和其他值班

人员。

3．将抢救车推至床前，更换输液器或排空输液管内残余空气，配合医生做好急救

处理并做好记录。

4．密切观察病情变化，安慰患者和家属，解除患者恐惧感，使其积极配合治疗。

5．病情稳定后，上报医疗安全（不良）事件，分析原因，制定改进措施。

（二）空气栓塞的紧急处理程序

空气栓塞的紧急处理程序：立即夹住输液管→头低足高左侧卧位→氧气吸入→更换 输液器或排空输液管内残余空气→通知医生，配合抢救并做好记录→观察病情变化→安 慰患者和家属→病情稳定→上报医疗安全（不良）事件，分析原因，制定改进措施用

药错误应急预案

（一）用药错误应急预案

1．当发现用药错误后，立即停止正在使用的药物，如停止静脉输液或回收未曾服

完的口服药，妥善处理和安慰患者及其家属。

2．患者家属意见较大不能处理时，报告护士长及当班医生，共同做好解释与道歉

工作，必要时报告护理部和医务科。

3．采取恰当护理措施，密切观察患者病情及其反应。

4．保留输液器和药物，家属有异议时，立即按有关程序对药物、输液器具进行封

存。

5．护士长组织护理人员进行分析讨论，提出整改措施，填写医疗安全（不良）事

件报告表。

（二）用药错误紧急处理程序

用药错误紧急处理程序：立即停止、撤回药物→做好安慰解释工作→报告护士长 和值班医生→必要时上报护理部、医务科→观察病情及反应→保留药物，必要时封存→

分析讨论与整改→上报医疗安全（不良）事件。

药物引起过敏反应的应急预案

（一）药物过敏反应的应急预案

1．发生过敏反应后，立即停药，使患者平卧，并请周围人员帮助呼叫其他医护人

员。

2．将抢救车推至床旁，更换液体和输液管。

3．症状较轻的，遵医嘱应用抗过敏药物，如地塞米松 10mg 静脉注射或用氢化可的

松 200mg 加 5%或 10%葡萄糖液 500ml 静脉滴注。

4．给予高流量（6～8 升/分）面罩氧气吸入，保持呼吸道通畅。

5．给予心电监护，密切观察血压、心率、呼吸及血氧饱和度的变化。

6．当出现脉搏细弱、大汗、口唇发钳、血压下降等过敏性休克症状时，立即遵医

嘱给予肾上腺素 1mg 皮下注射或静推，并给予多巴胺、间羟胺等升压药物。

7．必要时建立第二路静脉通道，按医嘱应用其他药物。

8．当呼吸受抑制时，应立即人工呼吸，并遵医嘱应用呼吸兴奋剂；喉头水肿影响 呼吸时，应立即配合医师进行气管插管或气管切开等抢救措施，准备好各种抢救物品，

必要时通知麻醉科 7705297（65297）协助。

9．出现心跳骤停时，立即行胸外心脏按压等基础生命支持。

10．护理人员要严密观察生命体征，记录抢救过程，安慰患者和家属，做好沟通交

流。

11．填写医疗安全（不良）事件报告表，上报医务处。

（二）药物过敏反应紧急处理程序：

药物过敏反应紧急处理程序：立即停药→平卧→呼叫医护人员→准备抢救车→ 更换输液管及液体→应用抗过敏药物、肾上腺素或升压药物→氧气吸入、心电监护→呼 吸困难者进行人工呼吸，协助气管插管或气管切开→发生心跳呼吸停止进行心肺复苏→

密切观察病情变化→告知安慰家属→记录抢救过程→上报医疗安全（不良）事件。

住院患者烫伤应急预案

（一）烫伤应急预案

1．发现烫伤，立即清除致热源。

2．评估病情，立即通知主管医生或值班医生，报告受伤情况，紧急处理烫伤部位。

3．记录烫伤经过、部位、面积与深度，以及其他的症状和体征及处理措施。

4．向护士长汇报烫伤情况。

5．护士长召集全科护士进行讨论，并在 24 小时内上报医疗安全（不良）事件。

6．按烫伤的程度及面积，按医嘱补充相应的液体，同时加用抗生素，根据烫伤情

况及时正确处理伤口。

（二）烫伤的处理程序

烫伤的处理程序：立即去除热源→评估病情→报告医生→处理烫伤部位→执行医嘱

→记录烫伤经过、面积、部位等→报告护士长→科室讨论→上报医疗安全（不良）事件。

出现惊厥的应急预案

（一）惊厥的应急预案

1．出现惊厥征象或惊厥时，应立即将患者平卧，头偏向一侧，并解开衣领。同时

呼叫其他医务人员。

2．及时清理呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，以防发生窒息，并给予氧气吸入。

3．不要试图撬开患者嘴巴或者在牙齿之间或嘴中放置任何物品，以免造成牙齿损

伤和误吸。

4．将抢救车推至床旁，遵医嘱应用止痉或退热药物。

5．如果是高热引起的惊厥，应迅速给予物理降温。

6．对于持续惊厥者，应注意保护患者安全，防止坠床及碰伤，并减少一切不必要

的操作及刺激。

8．护理人员要严密观察生命体征，记录抢救过程，安慰患者和家属，做好沟通交

流。

（二）惊厥的紧急处理程序

惊厥的紧急处理程序：立即采取合适的体位→保持呼吸道通畅→防止舌咬伤→

通知医生→遵医嘱应用止痉药物→观察生命体征→告知安慰家属→记录抢救过程。

患者发生坠床/跌倒的应急预案

（一）住院期间患者出现跌倒/坠床的应急预案

1．患者发生跌倒/坠床时，护士应立即到达现场，安抚患者，监测其血压、心率、 呼吸、神志、意识等生命体征，初步评估伤情和病情，通知主管医生或值班医生，报告

护士长、科主任。

2．医生赶到现场后，护士应向医生详细描述事件的经过，并协助医生对患者进行

必要的体格检查及伤情判断和救治措施。

3．如病情许可，护士和医师可将患者移至病床或推车，进行后续治疗及必要的辅

助检查；必要时，就地抢救。

4．发生跌倒/坠床后，医护人员应将发生跌倒或坠床的经过、目前的伤情、治疗措

施、预后等情况告知家属，并做好解释工作。

5．对严重损伤的患者，严密观察，积极治疗；对于不需要做特殊处理的，注意观

察。

6．发生跌倒/坠床后，当班护士填写医疗安全（不良）事件报告表，24～48 小时内

上报医务处。

（二）住院期间跌倒坠床紧急处理程序

出现跌倒坠床紧急处理程序：发生跌倒或坠床→护士立即赶到→通知医生→查

看受伤部位→判断病情→采取急救措施→加强巡护→严密观察病情变化→准确记录→

上报→分析与改进。

住院患者外出不归时的应急预案

（一）外出不归的应急预案

1．一旦发现私自外出，根据住院信息的通讯方式，与患者和家属进行联系，同时

通知值班医师。

2．如家属联系不上，又不知去向，应立即通知保卫科 7705232（65232）等有关部

门协助，共同寻找。

3．及时上报护士长及科主任，同时报告护理部、医务科或总值班 7705293（65293），

必要时拨打 110 报警。

4．确保通讯工具畅通，一旦获得信息，立即相互转告。

5．属外出不归，需两人共同清理物品，妥善保存。

6．科室分析外出原因，提出改进措施，杜绝外出。

7．填写医疗安全（不良）事件报告表上报医务处。

（二）外出不归时的紧急处理程序

外出或不归的紧急处理程序：发现外出→根据通讯方式进行联系→通知值班医

师→联系不上→通知保卫科协助寻找→通知护士长、科主任，报告护理部、医务科或总

值班→必要时拨打 110 报警。



引流管脱出的应急预案

（一）管道脱出的应急预案

1．如果发现引流管滑脱，立即协助病人保持合适体位，安慰患者。

2．采取必要的紧急措施，无菌敷料敷盖引流口处，严禁将滑脱的管道重新插入创

腔内。

3．通知值班医生，密切观察病人生命体征变化及切口渗出情况，观察引流情况，

同时做好记录。

4．协助医生，根据病情采取相应的应对措施，如：①立即重新置入引流管；②停

止引流，处理局部伤口。

5．向护士长汇报，填写医疗安全（不良）事件报告表上报医务处。

（二）引流管脱出紧急处理程序

引流管脱出紧急处理程序：管道脱落→妥善处理→通知医师→密切观察病情、伤

口及引流情况→协助医师伤口处理→上报医疗安全（不良）事件。

 气管插管导管意外脱管的应急预案

（一）气管插管导管意外脱管的应急预案

1．如果发现气管插管意外脱管滑脱，立即通知医生并安慰患者。

2．若导管脱出距离≤6cm：

（1）使用吸痰器吸净口鼻腔及导管上分泌物，放出气囊内气体，在医生的指导下

将管插回原深度。

（2）抽血，进行血气分析。

3．导管脱出距离≥8cm：

（1）立即通知医生，准备抢救用物，随时做好抢救准备。

（2）抽出气囊内气体并拔出气管导管。

（3）畅通呼吸，清除呼吸道分泌物，给予中流量氧气吸入，简易呼吸气囊辅助通

气。

（4）准备气管插管物品，如需二次插管，应配合医生进行插管和各项处置。

（5）做好清醒患者的安慰与指导工作，以取得患者的配合。

（6）适当约束患者肢体，防止再次拔管。

3．密切观察患者生命体征及病情变化。

4．做好患者脱管事件经过与抢救记录，上报医疗安全（不良）事件至医务处。

（二）气管插管导管意外脱管紧急处理程序

1．若导管脱出距离≤6cm→吸净鼻腔分泌物→放出气囊内气体→将导管插回原深度

→确定气管导管位置→抽血→观察患者生命体征→填写护理不良事件报告单。

2．若导管脱出距离≥8cm→立即报告医生→抽出气囊内气体并拔出气管导管→给予

中流量氧气吸入→观察病情需要，配合医生进行二次插管→做好患者的安慰与指导工作

→适当约束患者肢体，防止再次拔管→观察患者生命体征→填写护理不良事件报告单。

仪器设备出现故障时应急预案

（一）仪器设备出现故障时应急预案

1．值班护士应熟知本病区所有仪器的种类、数量及性能特点，并熟练掌握各种仪

器设备的使用。

2．科室每天对本科室急救类、生命支持类医疗设备进行检查并做好记录，保证设

备时刻处于待用状态，发现故障立即送设备科维修，并准备好备用机。

3．急救仪器设备使用中突然出现故障，应采取紧急替代措施保障患者的连续救治，

如简易呼吸器替代呼吸机，人工压力装置替代电动洗胃机等。

4．严密观察患者的生命体征及病情变化，同时做好安抚工作。

5．应立即拨打设备科“维修热线 ”18366061720（661720），通知设备科维修人员

进行维修。

7．故障的仪器设备应悬挂“待修 ”标识，并做好交接班。

（二）仪器设备出现故障时紧急处理程序

设备故障→采取补救措施→观察病情变化→对患者和家属进行安抚→联系设备维 修人员→仪器设备暂不能维修时→报告设备科或总值班院内调配→故障仪器悬挂“待

修 ”标识，做好交接。

吸氧过程中中心吸氧装置

出现故障的应急预案

（一）吸氧过程中中心吸氧装置出现故障的应急预案

1．立即打开备用氧气袋，调节流量，连接吸氧管，继续为患者吸氧，并向患者家

属做好解释及安慰工作。

2．必要时将备用氧气筒装置推至床旁，给予氧气吸入。

3．应用过程中密切观察患者缺氧症状有无改善以及其他病情变化。

（二）吸氧过程中中心吸氧装置出现故障的紧急处理流程

备用氧气袋或氧气筒接吸氧管→继续氧气吸入→观察病情变化→通知设备科维修

“维修热线”18366061720（661720）。

 吸痰过程中中心吸引装置

出现故障的应急预案

（一）吸痰过程中中心吸引装置出现故障的应急预案

1．先分离吸痰管与中心吸引装置，然后用注射器连接吸痰管吸痰，并向患者家属

做解释与安慰工作。

2．如注射器抽吸效果不佳，连接备用吸痰器进行吸引。

3．密切观察患者呼吸道分泌物情况，必要时再次吸引。

4．立即通知设备科进行维修“维修热线 ”18366061720（661720）。

（二）吸痰过程中中心吸引装置出现故障的紧急处理流程

分离吸痰管→接备用吸痰器→吸痰→观察病情→通知设备科维修

心电监护仪使用过程中

出现故障的应急预案

（一）心电监护仪使用过程中出现故障的应急预案

1．心电监护仪使用过程中出现故障，首先检查患者情况。

2．检查电源线路连接是否正确，接头是否松动。

4．心电监护仪不能正常工作时，立即拆下故障心电监护仪，启用备用心电监护仪。

5．严密观察患者的生命体征及病情变化，并向患者及家属做好解释工作。

6．若无监护仪，汇报医生、护士长，外借监护仪。

7．挂“待修 ”标识。

8．立即通知仪器维修人员，并报告护士长，做好记录交接，节假日或夜间备用心

电监护议不能满足需要时报告护士长协调。

（二）心电监护仪使用过程中出现故障紧急处理流程

检查患者意识→更换监护仪→密切观察病情变化→解释工作→挂“待修 ”标识→通

知设备科维修

微量泵使用过程中出现故障的

应急预案

（一）微量泵使用过程中出现故障的应急预案

1．发现微量泵出现故障，立即查看故障原因，做好故障排除工作。

2．若故障不能排除，重新更换微量泵，做好患者及家属的解释工作。

3．若无微量泵，遵医嘱调节输液滴速，做好解释工作。汇报护士长、医生，外借

微量泵。

4．挂“待修 ”标识。

5．立即通知设备科进行维修，“维修热线 ”18366061720（661720）。

（二）微量泵使用过程中出现故障的紧急处理流程

检查微量泵性能→观察病情变化→更换微量泵→解释工作→通知设备科维修

除颤仪发生故障的应急预案

（一）除颤仪发生故障的应急预案

1．除颤仪使用过程中发生故障，责任护士继续行心肺复苏。

2．当班护士查看故障原因，做好故障排除工作。

3．若故障不能排除，就近调配除颤仪。

4．密切观察患者的病情变化，积极配合医生进行抢救与药物治疗。

5．立即通知设备科 18366061720（661720）进行维修。

（二）除颤仪发生故障的紧急处理流程

发现除颤仪故障→协助医生行心肺复苏→更换除颤仪→观察病情变化→通知设备

科维修

除颤仪使用过程中突发停电的

应急预案

（一）除颤仪使用过程中突发停电的应急预案

1．除颤仪在使用过程中遇停电时立即行心肺复苏并报告设备科，查找原因，迅速

恢复供电。

2．观察除颤仪备用电源情况，若除颤仪显示“ 电池电压低”，则除颤仪还能提供 10min 的监护与 5 次 200J 电除颤，在蓄电池电量用完前，应迅速启用备用除颤仪，同时 评估患者，协助医生抢救。若科室无备用除颤仪，科室应在第一时间就近借用其他科室

的除颤仪。

3．值班人员知晓备用除颤仪的放置地点或除颤仪调配科室，备有除颤仪的科室接 到求助电话后应在 5min 内将除颤仪送到抢救科室，除正在抢救使用外，不得以任何理

由拒绝。抢救完毕补办相关借用或归还手续。

（二）除颤仪使用过程中突发停电的紧急处理流程

突然停电→协助医生行心肺复苏→启用备用除颤仪→评估患者→协助医生抢救。

第三部分

后勤保障类突发事件应急预案

（一）适用范围

因自然灾害和人为因素造成突发停水事件、突发停电事件、医用氧事件、食品安全

事件、突发泛水事件、安全事件等后勤保障类突发事件。

（二）组织机构

处置工作组：

组 长：李俊丽

副组长：杨 超

成 员：范二柱、孙建思及物业各班组成员

应急处置工作组办公室设立在总务科，办公室主任由杨超同志兼任。

工作组职责：

1.宣传培训

通过各种手段，广泛宣传应急法律法规和应急常识。制定年度培训计划，并组织实

施，做出应急培训总结分析。

2.应急演练

对后勤保障类突发事件进行应急演练。做好演练方案的策划，并组织实施，做好演

练总结分析。

3.工作要求

（1）加强对重点部门、部位和环节的巡查。

（2）负责后勤保障类应急事件应急物资、用品的储备、调运工作，以及定期检查、

补充、更新。

（3）负责后勤保障类突发事件的工作部署和协调工作。

（4）负责后勤保障类应急事件的总结分析，并对发现的问题进行整改。

（5）根据预案在演练或突发事件中的运行效果及时对后勤保障类应急预案进行修

订。

（三）各类预案

突发停水事件应急预案

一、适用范围

因自然原因或内外部原因造成医院水管网突发停水事件。

二、应急措施

如内部管网或供水设备发生故障，造成院内全部或局部停水：应急处置工作组电话

告知受影响的相关科室，一边组织人员及时抢修，尽快保证临床用水需要。

突发停电事件应急预案

一、适用范围

医院供电网络受严重自然灾害影响或发生事故，造成院内整个电网失电或局部失电

的突发性事件。

二、应急措施

（一）接供电部门通知，电线路维修停电，处置组通知电工预热发电机准备供电，

之前以电话等形式向各科室发出电源切换通知。

（二）医院高压进线、高压电缆因自然灾害、重大事故发生故障、毁损，造成医院 整个电网失电时，总务值班人员立即向应急处置工作组报告情况，启用备用发电机同时

并向县供电局报告情况，请求支援，及时排除故障，尽快恢复运行。

（三）病房楼或单体建筑配电系统全部失电时，立即断开损坏电缆两侧保护开关，

就近接取临时电源或请求现场发供电支援，保证重要负荷供电需求。

（四）全院供电网络失电时，现场发电或临时电源优先保证手术室、重症医学科、 新生儿监护室、产房、急诊科、血液透析室、血库、信息中心、中心供氧、负压吸引等

重要用电负荷单位的电力供应。

（五）电力未恢复前，尤其是夜间，处置工作组组织力量加强巡视，通知医务处、 护理部、保卫科以及受停电影响的相关科室劝说病人家属保持安静、留在原位，维持治

安秩序，防止混乱而导致其他突发事件的发生。

（六）应急处置工作组组织有关部门对大面积停电事件进行事故调查，并落实整改

措施。

医用氧事件应急预案

一、适用范围

因自然或人为原因引起医用制氧设备或输送管线发生泄露、火灾、爆炸等事故，以

及因此或其他故障导致各病区供氧中断等事件。

二、基本情况

医院现有三台液氧贮罐供氧为主，并辅以汇流排备用氧气钢瓶补充。值班人员 5 人，

实行 24 小时值班制度。

三、应急措施

（一）医用氧储存设备因泄露、爆炸等事故引起的火灾时

1.值班人员应立即关闭液氧和供氧贮罐所有进、出气阀门，快速打开排气阀，以最

短时间内减压完毕，同时关闭总电源；

2.值班人员要及时拨打应急电话（69200）或院总值班室电话（65293）将事件情况

报告，并拨打 119 火警电话；

3.应急处置工作组迅速组织人员扑救

（二）各病区供氧中断时，病区应立即拨打值班电话问询情况（69200）或院值班

室电话（65293）告知，值班人员或值班调度须及时向应急处置工作组报告情况。

1.如供氧管线发生故障，应急处置工作组一边组织人员往各病区补送氧气瓶应急，

一边组织排查处理；

2.如液氧设备发生故障，要立即启用备用汇流排钢瓶供氧应急同时要对故障进行检

修并排除。

（三）应急处置工作组组织有关部门对突发供氧事件进行事故调查，并落实整改措

施。

医院供暖应急预案

为应对因各种原因造成的供暖设施损坏、医院突发性大面积停暖事件的发生，建立 健全快速、有效地事件抢修和救援应急处理机制，保证医院职工及患者的安全，特制订

本预案。

一、适用范围

本预案适用于医院因供暖系统突发故障，影响正常供暖或停止供热的事件。

二、组织机构与职责

1.突发供暖事故应急指挥小组

组 长：李俊丽

副组长：杨 超

组 员：范二柱、孙建思、工程部

2.职责

（1）统一领导供暖事故应急处理、事故抢险、供暖恢复等应急工作。

（2）协调各相关科室之间的关系、协助应急救援工作。

（3）研究应急决策和部署。

三、应急措施

1.医院现有市政供暖板换机组两个，两台循环电泵。如一台因故障停用后，立即启

用另一台循环电泵。同时尽快对故障电泵进行检修。

2.若供暖管路发生爆裂影响供暖时，值班人员立即关闭相应阀门并通知事故应急指

挥小组，迅速组织有关人员进行抢修，并通知供暖受影响的科室。

3.大面积停暖之后，由应急指挥小组事故调查组开展事故现场调查，技术分析，事 故原因研究，事故性质和责任的查明，编写事故调查报告，提出安全预防措施合理的建

议。

食品安全事件应急预案

一、适用范围

1、医院职工、患者、患者家属在医院职工餐厅、营养餐厅就餐时发生的食物中毒等事

件。机构设置：

2、医院成立食品卫生安全工作领导小组：

组 长：李俊丽

副组长：杨 超

组 员：范二柱 陈 晓 张忠勇 刘五娇 张瑞英

领导小组下设办公室，全面负责日常工作及领导小组交办的事宜，办公室设在职工

餐厅办公室，由陈晓负责，办公室电话为：0530-7827977，院领导小组值班电话：

0530-7705200

二、应急措施

1.发生就餐人员食物中毒，立即将中毒病人送急诊科抢救治疗。

2.所在餐厅应立即停止供应食品，并尽快查明原因。

3.立即拨打医院办公室电话（69200）或院值班室电话（65293），向餐厅所属科室

以及处置工作组汇报，并逐级向疾病预防控制中心汇报。

配合卫生行政部门进行调查，按卫生行政部门的要求如实提供有关材料和样品。

4.餐厅与处置工作组应按照相关要求，采取有效措施，把事态控制在最小范围。

5.处置工作组及时向有关部门报告事态处置进展情况，必要时报公安部门介入处

理。

6.所在餐厅查明中毒原因前，立即联系其他餐厅，保证就餐供应。

突发泛水事件应急预案

一、适用范围

因各种原因造成院内管道破裂（包括供水、空调、消防、排水等管道）发生的泛水事件。

二、应急措施

发生泛水事件时，迅速拨打应急电话（69200）或院总值班室电话（65293），向处置工

作组报告情况。处置组立即组织人员：

1.查找泛水原因，关闭泛水管道阀门，切断泛水区域电源。

2.阻断水源蔓延，泛水严重时，转运安置患者及家属。

3.抢运各类物资设备，把损失减至最低限度。

4.设置防滑标志，以告诫患者及其他人员。

5.清理泛水，避免造成环境污染。

6.抢修恢复管道功能，恢复供水、排水。

医院各类治安突发事件（凶杀、抢劫、打架、伤亡、闹事、盗窃、重大纠纷等）应急处

理办法及处置程序

一、医院职工发现上述治安突发性事件时，应第一时间拨通医院办公室电话（69200） 报警，如遇人员伤亡或难以控制性突发性情况，应同时拨打派出所电话或 110 报警，简

要说明事发地点、性质、人数、情况及特征；

保卫科报警电话：7705292（65292）；

派出所值班电话：110 7999110（渔沃所）；

二、保卫科值班人员接到报警电话后应第一时间内赶往现场，妥善处置，防止避免 事件扩大；如遇较为难以控制性情况，应第一时间内请求派出所协助处理，并汇报医院

总值班；

三、驱散无关围观人员，保护好现场及相关资料（监控录像等），并留意周围情况；

四、对伤亡事件做好现场保护和通知抢救工作；

五、配合公安机关部门调查取证。

医院防盗预案

为全面提升医院内部的治安防控水平，有效维护医院内部稳定，现根据国务院颁布

施行的《企业事业单位内部的治安保卫条例》，结合本单位的实际，特制定本预案。

一、指导思想

以党的十九大精神为指导，认真贯彻“预防为主、单位负责、突出重点、保障安全 ” 的方针。以创建平安医院为载体，全面落实医院内部治安防控措施，不断提高医院自防、

自治、 自卫、 自控能力，有效减少医院内部案件的发生，全面建设良好的就医环境。

二、总体目标

以医院保卫科为龙头，以保卫人员为骨干，形成点、片、面结合，人防、物防、技

防配套的全方位防控体系，最终达到内部秩序处于可控状态。

（1）防盗体系结构严密、层次清晰、重点突出、全面覆盖、运作协调、保障有力。

（2）医院内部防盗严密，控制有力。对问题发现得了，控制的住，及时发现和处

置。

（3）重点要害部位的人防、物防、技防措施落实到位，医院工作秩序井然。

三、建设标准

（1）人防建设

一是建立健全医院内部保卫组织，加强重要部位和区域的巡逻巡查，配备专职保 卫人员 34 人，对医院出入口和重要部位进行 24 小时值守，对出入的人员车辆进行检查 登记，从中发现可疑情况，并对医院内部主要部位进行巡逻防控以及时发现隐患，防止 被盗案件的发生。二是与公安机关联合在医院建立了以渔沃派出所为首的警务区，驻守

医院内。

（2）物防建设

一是对财务室、收款处、信息中心、仓库、药房要使用达标防盗门、保险柜和报警

器，对其它重点防范部位根据实际需要落实相应的物防措施。

（3）技防建设

对重点部位场所根据需求安装电视监控作为录象记录设备，录象记录应保存一个月

以上。

四、组织机构

按照“谁主管谁负责 ”的原则，全面落实单位法定代表人或主要负责人“安全保卫 工作第一负责人 ”的责任，大力开展创建平安医院活动，加强保卫组织建设，整合保卫 力量，积极开展内部巡逻防控，强化重要部位值守，在明确医院内部保卫工作责任主体

的基础上，争取细化措施，层层分解目标责任，共同承担保卫防范的责任。

根据本医院实际情况和工作需要，成立以院长为组长，书记、副院长为副组长，各

科室主任为成员的保卫领导小组，设置保卫科和专职保卫人员具体负责保卫工作。

五、报警和接处警程序

（1）监控中心值班人员通过监控录象对随时发现的可疑情况及时拨打“7705292 ” 向保卫科值班人员报警，接警后值班人员及时出警和通知就近的巡逻人员赶赴现场，并

到各个出入口进行堵截。

（2）巡逻人员对正在实施现场盗窃的情况应立即制止并联系增派人员进行处理。

（3）在必要的情况时须向公安机关及时报警并向院领导汇报。

急救设备突然故障应急预案

一、临床工作中出现急救设备突然故障，值班人员通知科主任，并通知设备科人员

或医院总值班，启动院内应急预案。

二、值班人员按程序关闭故障设备，与病人联结的医疗设备应脱机，并采取补救措 施：如用简易呼吸器、人工气囊替代呼吸机，用除颤监护仪替代心电监护仪，用漏斗洗

胃替代电动洗胃机。

三、设备科人员联系厂家工程师第一时间到达事发地点进行维修，维修人员应及时

向设备科报告设备状况。

四、设备科根据设备故障性质程度决定是否由其他相关科室调拨设备或院外调拨，

以保证病人的救治，使设备故障对病员救治造成的影响程度降至最低。

五、医务处安排应急救治专家组成员参加设备突然故障后的救治。

六、医务处安排相关科室备好床位、抢救设备及物品，必要时接受因设备突然故障

而转来的病员。

七、通讯联络方式：

（1）医院内部电话联系，各科室均有电话。

（2）医院总值班：7705293 内线 65293

设备科：7705226 内线 65226 主任 15020269908（669908）

辐射事故处置应急预案及应急措施

应急预案：为有效预防和规范各类辐射事故的应急处置工作，提高应对辐射事故的 能力，最大限度的控制和减少事故造成的后果和危害，保护公众和工作人员的健康安全， 保护环境，根据《中华人民共和国放射性污染防治法》、《放射性同位素与射线装置安 全和防护条例》、《核事故与辐射事故应急响应方案》、《突发公共卫生事件应急条例》

的精神，结合我院实际，制定本方案。

一、应急机构和职责分工

辐射事故应急办公室设在医务处，负责应急演练，组织协调事故的处理、善后工作，

医院辐射安全和防护监督员参与协调工作。

保卫科负责现场保护及维护安全秩序，物质供应部门负责抢救物质的准备，器械修 理部门负责辐射测量仪器及设备调试，药品部门负责抢救药品的调配，放射科等辐射装 置使用科室负责现场的处置及有关技术工作，检验科负责应急化验工作，肿瘤科、神经

内科等临床科室负责应急抢救处置治疗工作。

二、应急人员组成

应急人员组成包括医务处、保卫科、总务科、设备科及放射科、CT/MRI 室、肿瘤科、

神经内科、呼吸内科、检验科等科室人员等。

辐射事故应急处置小组名单：

组长：梅俊荣

成员：牛玉英 陈铁军 陈杜鹃 姜 华

刘国庆 张建华 周凤敏 李金生 杨 超

三、应急人员培训

应急人员上岗前经过相关辐射安全和防护专业培训，经考试合格后上岗。

四、应急装备及物质准备

1.辐射测量仪器及设备 数字式个人计量计

2.放射防护用品:a 防护铅衣;b 防护靴 、防护手套等;c 防护屏风;

3.应急药品

（1）放射损伤防治药：雌三醇，尼尔雌醇，盐酸胱胺，抗放利，炔雌醇，“523 ”

片剂等；

（2）放射性核素阻吸收药：碘化钾片，普鲁土蓝，DTPA-Ca, DTPA-Zn, 酰丙胺膦

等；

（3）吸附或沉淀药：活性炭，磷酸铝凝胶，硫酸钡，氢氧化铝等；

（4）其他药品：盐酸阿朴吗啡，吐根，双醋酸酚酊等。

4.其他应急设备及物资:a 除污染洗消器械;b 担架;c 救护车;d 去污箱;

五、事故分级

根据辐射事故的性质、严重程度、可控性和影响范围等因素，从重到轻将辐射事故

分为特别重大辐射事故、重大辐射事故、较大辐射事故和一般辐射事故四个等级。

特别重大辐射事故，是指 I 类、II 类放射源丢失、被盗、失控或者造成大范围严重

辐射污染后果，或者放射性同位素和射线装置失控导致 3 人以上（含 3 人）急性死亡。

重大辐射事故，指 I 类、II 类放射源丢失、被盗、失控或者放射性同位素和射线装 置失控导致 2 人以下（含 2 人）急性死亡或者 10 人以上（含 10 人）急性重度放射病、

局部器官残疾。

较大辐射事故，是指 III 类放射源丢失、被盗、失控或者放射性同位素和射线装置

失控导致 9 人以下（含 9 人）急性重度放射病、局部器官残疾。

一般辐射事故，是指 IV 类、V 类放射源丢失、被盗、失控或者放射线装置失控导致

人员受到超过年剂量限值的照射。

放射事故根据事故性质分责任事故、技术事故、其他事故。（责任事故指违反有规 定的人为因素造成的放射事故，技术事故指因设备质量或故障造成的放射事故，其他事

故指除责任事故和技术事故的放射事故。

六、放射事故调查

相关科室协助有关部门或机构做好事故调查工作。

协助卫生行政部门有关人员携带仪器设备到达事故现场，核实事故情况，估算受照 剂量，判定事故类型级别，提出救治措施及救治方案，迅速进行立案调查；保卫部门协

助事故现场的侦察、收集证据、现场保护和立案调查，并采取有效措施控制事故的扩大。

七、辐射事故的报告程序

实行逐级报告制度。发生或发现放射事故，尽快向卫生行政部门、公安机关报告， 最迟不得超过 2 小时，24 小时内填写《放射事故报告卡》。造成环境污染的，同时报告

县环境保护部门。

八、放射事故应急处理程序

发生放射事故时应立即向辐射事故应急办公室报告。启动本应急方案，采取以下应

急处理。

1.发生人体受超剂量照射事故时，应当迅速安排受照人员接受检查或者在指定的医

疗机构救治，同时对危险源采取应急安全处理措施。

2.发生工作场所放射性同位素污染事故时，应当作如下应急处理：

（1）立即撤离有关工作人员，封锁现场；切断一切可能扩大污染范围的环节，迅

速开展检测，严防对食物、畜禽及水源的污染；

（2）对可能受到放射性核素污染或者放射损伤的人员，立即采取暂时隔离和应急 救援措施，在采取有效个人安全防护的情况下组织人员彻底清除污染，并根据需要实施

其他医学救治及处理措施；

（3）迅速确定放射性同位素种类、活度、污染范围和污染程度；

（4） 污染现场尚未达到安全水平以前，不得解除封锁。

3.发生放射源丢失、被盗事故时，事故单位应当保护好现场，并认真配合有关部门

进行调查侦破。

4.事故发生后协助卫生环保行政部门有关人员赶赴事故现场，核实事故情况，估算 受照剂量，判定事故类型级别，提出救治措施及救治方案，迅速进行立案调查；协助公 安机关负责事故现场的勘察、收集证据、现场保护和立案调查，并采取有效措施控制事

故的扩大。

5.立即向当地环境保护主管部门报告处理环境放射性污染。

应急措施：

一、应急措施应预先制定，有明确的责任分工，应急措施的实施应有专人专职或兼

职防护人员负责，平时要有训练。

二、放射性操作区应展示简明的应急措施指南，并指定该区域的防护负责人。

三、工作区应备有急救药品和设备，现场急救应根据污染和危险情况而定。

四、在采取应急措施使场所污染程度达到要求后，可宣布结束应急状态。

五、发现放射源遗失，保管人员应沉着稳定，不要惊慌，及时保护现场，防止其他

人员进入。

六、及时报告环保部门。县环保局电话：7266960。

七、协助环保、公安部门人员调查、侦破。真实的反应事故发生的时间，在场人员

等。事故处理完毕及时总结报告，杜绝事故再次发生。

第四部分

医院信息化系统应急预案

[为防止因医院信息系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)出现故障而影响全院正常医疗秩序，确保患者在特殊情况下

能够得到及时、有效地治疗，结合我院实际，特制定本预案，望各科室（部门）在应急

情况下遵照执行。

一、医院信息[系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)出现故障报告程序

1、当各工作站发现计算机访问数据库速度迟缓、不能进入相应程序、不能保存数 据、不能访问网络、应用程序非连续性工作时，要立即向网络信息中心报告。网络信息

中心 24 小时报障电话：0530-7705300（短号：65300）。

2、网络信息中心工作人员对各科室工作站提出的问题必须高度重视，接到故障报

告后，应立即展开调查，若断定是网络存在问题时，应安排专人对来电询问科室做好解

释工作，同时报告网络信息中心主任。

3、情况核实后，网络信息中心及时给各工作站反馈故障信息，同时召集有关人员 及时进行讨论，如果故障原因明确，可以立刻恢复的，应尽快采取措施恢复系统工作；

如故障原因不明、情况严重、不能在短期内排除的，应立即报告院领导。在网络不能运

转的情况下由院领导协调全院各部门工作，以保障全院医疗工作的正常运转。

二、医院信息[系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)故障分级及处理原则

2.1 根据故障发生的原因和性质不同分为三类：

一类故障：由于服务器不能正常工作、光纤损坏、主服务器数据丢失、备份硬盘损 坏、服务器工作不稳定、局部网络不通、重点终端故障、规律性的整体、局部软件和硬

件发生故障等造成的全院性计算机网络瘫痪。

二类故障：由于单一终端软、硬件故障，单一病人信息丢失、偶然性的数据处理错

误、某些科室违反工作流程引起局部[系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)故障。

三类故障：由于各终端操作不熟练或使用不当造成的错误。

2.2 故障分类等级的处理原则：

一类故障：由网络信息中心主任上报院领导，由医院组织协调恢复工作。

二类故障：由网络[管理](http://www.gongwen123.com/Article/zongjie/nianzhong/index.htm)人员上报网络信息中心主任，由网络信息中心集中解决，并

做好相关记录。

三类故障：[由网络管理](http://www.gongwen123.com/Article/zongjie/nianzhong/index.htm)员单独解决，并详细登记维护情况。

三、发生网络整体故障时的应急协调

当网络信息中心一旦确定为网络整体故障时，首先是立刻报告院领导，同时积极组 织恢复工作，并充分考虑到特殊情况对故障恢复带来的时间影响。各部门根据故障恢复

时间的程度将转入手工操作,详见(六)，具体时限明确如下：

30 分钟内不能恢复：门诊挂号、住院登记、药房等部门转入手工操作。

6 小时内不能恢复：各护士工作站、医生工作站、药房、手术室、医技检查转入手

工操作（具体时间由网络信息中心通知）。

24 小时以上不能恢复：全院各种业务转入手工操作。

3.1 各部门的具体协调安排：

3.1.1 所有手工操作的统一启动时间，须由网络信息中心工作人员判断所需修复时 间，报告院领导同意后通知相关部门，各科室应严格按照通知的时间协调各项工作，在

未接到新的通知前不准私自操作计算机。

3.1.2 门、急诊工作由门诊部主任负责联系协调。网络恢复后，门、急诊工作人员

要及时将中断期间的患者信息输入到计算机。

3.1.3 门、急诊收费处工作由财务科长负责总体联络协调，要与网络信息中心保持 联系，[及时反馈沟通最新消息](http://www.gongwen123.com/Article/zongjie/jihua/index.htm)；[当网络系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)运行中断超过 30 分钟时，要通知收款员转

入手工收费程序；

1、门诊收款员要建立手工发票使用登记本，对发票使用情况做详细登记；

2、[当系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)恢复正常时，由收款员负责对网络运行稳定性进行监测，如不稳定，及

时向网络信息中心反馈情况；

3、在接到网络信息中心发出可使用计算机的通知时，应重新启动运行后，收款员

逐步转入机器操作。

3.1.4 住院处的工作由财务科长总体负责联络协调；

1、当[系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)停止运行超过 24 小时，对普通出院患者，推迟出院结算时间。对急诊出

院的患者应根据病历和临床护士工作记录，进行手工核算，出具手写发票。

2、在网络停止运行期间，出院患者急需结算时，应由该科护士追查是否还有正在

进行的检查项目，并向出院结算处提供详细费用情况后，方可送交结算。

3、在网络停止运行期间，入院患者急需输入院手续时，实行手工输入院手续。系

统恢复时补录病人所有资料。

3.1.5 护士工作站由护理部主任负责总体联络协调：

1、网络故障期间医护人员应手工详细记录患者的所有医嘱、护理记录和费用执行 情况；详细填写每位患者的药品请领单（包括姓名、住院号、费别、药品名称及用量），

一式两份，一份用于科室补录医嘱，另一份送药房作为领药凭证。

2、接到网络信息中心通知恢复网络运行时，按要求补录医嘱、护理记录和在本科

发生的费用执行情况。

3.1.6 医生工作站由医务科长负责总体联络协调：

1、网络故障期间临床科室应手工详细记录患者的所有医嘱、病历记录，并详细记

录治疗执行情况、病情进展情况。

2、接到网络信息中心通知恢复网络运行时，按要求补录各种记录。

3.1.7 医技检查工作站由门诊部负责总体联络协调：

1、在网络停运期间应详细留取、[整理检查申请](http://www.gongwen123.com/Article/dtgz/zhuanzheng/index.htm)单底联；

2、网络恢复后根据检查单底联登记，通过手工补录患者在本科发生的费用（注意

与临床科室联系沟通）。

3、对即将出院或有出院倾向的患者，主治医师要在检查申请单上要注明，检查科

室应及时通知科室或住院处，及时沟通费用情况。

3.1.8 药房工作由药学部主任负责总体联络协调：

1、严格按照网络信息中心通知的时间及要求进行操作；

2、网络故障时，根据临床科室提供的药品请领单发药；

3、网络恢复时对临床科补录的摆药医嘱进行确认，同时与发药时药品请领单内容

详细核对，如发现内容不符，须详细追查；

4、网络恢复后对出院带药处方及时进行确认。

四、应急数据恢复工作规定

1、各工作站接到网络信息中心发出的重新运行通知时，需重新启动计算机；整体 网络故障的工程恢复工作，由网络信息中心严格按照服务器数据[管理](http://www.gongwen123.com/Article/zongjie/nianzhong/index.htm)要求进行恢复工 作；[由网络管理](http://www.gongwen123.com/Article/zongjie/nianzhong/index.htm)[员按《数据备份恢复方案》进行系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)恢复。

2、由网络信息中心主任指定专人负责恢复，当人员变动时应有交接手续。

3、当光纤损坏时应立即使用备用光纤进行恢复；交换机出现故障时，应使用备用

交换机。

4、对每次的恢复细节应做好详细记录。

五、故障处理程序

5.1 网络故障应急处理程序

1、网络信息中心接到科室操作人员的故障信息后，应立即展开调查，先通过自己 工作站试验是否存在相同情况，或通过网络管理软件查证，若是则基本上可以断定是网

络存在问题，立即通知网管并安排一个人专门对科室来电做解释工作。

2、采用排除法确定故障位置：先将与交换机相连的双绞线逐一拔出，同时观察交 换机指示灯是否闪动正常，逐一拔出除服务器的所有连接终端，若仍不能解决问题，则 逐一拔出内部的光纤接口，一般到此完全可以排除是由哪条线影响到网络速度，先隔离

开这条网线让其他用户先使用网络。

3、发现是由某一光纤影响，网络信息中心人员应到该交换机处采用同样排除法逐

个拔双绞线，直到找出是由哪条线路、哪个终端工作站影响到整个网络。

4、通过这种方法，一般可以在最短的时间内找到各种网络故障的原因，若在 15 分 钟不能解决问题，应上报到网络信息中心主任，同时告知各科室出现问题的简要情况及 解决方案，30 分钟内仍不能解决问题，应上报到医院分管院长，同时通知相关的门诊与

临床业务将转入手工运作，直至网络恢复。

5、网络信息中心应时常与硬件网络集成商保持较好的联系，一旦出现交换设备或

光纤线路损坏，能及时通知他们以最快速度赶来救援，同时做好线路备份工作。

5.2 服务器故障应急处理程序

1、遇到服务器指示灯非正常显示，不可随便关机，根据指示灯面板符号，判断是

电源、风扇、硬盘故障，此时服务器处于病态运行，一旦关机可能无法重启。

2、及时与供货商或服务器定点维修公司取得联系，汇报服务器状态，初步确定故

障原因，由维修公司前来维修。

3、任何时候关机前，先通知该服务器连接用户关机，再将数据备份，并导出到异

地保存。

4、若在可接受的时间范围内（例如 2 小时停机）修复服务器，则通知联接用户大 约修复时间，若不能接受长时间停机，则将此服务器的数据转移到其他服务器运行，更

改相应的应用程序的配置，直至服务器修复后再转回来。

5、若服务器突然死机，且服务器内数据无法抢救出来，则启动备份机制，将最近 一次的备份数据取出，在另外一台服务器上恢复，当日工作继续进行，同时通知各科室

和财务科对断点后的数据进行补录。

6、网络信息中心在网络服务器恢复后，应按人员技术水平不同分片包干，协助重

要科室进行数据补录工作。

7、在数据库恢复与补录过程中，应及时与软件公司取得联系，随时获得技术支持 或让软件公司技术支援，安排人员参与医院抢救和补录工作，确保将损失和影响降到最

低。

5.3 网络服务器故障一旦发生，网络信息中心应设 24 小时专人值班，监控网络运行。 发现问题，在及时处理的同时迅速向科室领导汇报。故障排除后，应完成故障报告，在 技术讨论会上汇报。

5.4 遇到较大故障，网络信息中心工作人员应迅速集合，集体攻关。具体分为 3 个组做

以下工作：

①故障检修组：[集中系统管理](http://www.gongwen123.com/Article/zongjie/nianzhong/index.htm)员继续分析故障、[查找原因修复系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)。

②技术联络组：迅速与软、硬件供应商联系，采取有效手段获得技术支持。

③院内协调组：通知全院各科室故障情况，并到关键科室协助数据保存。

5.[5 全院各信息系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)使用科室应制定相应的[系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)故障数据保护措施，并建立数据抢录小

组，发现停机，应保存断点，保护原始数据，断点前后表单分开存放。

5.6 在停机期间，相关科室应组织数据抢录小组在岗待命，一[旦系统](http://www.gongwen123.com/Article/ldjh/rdzx/index.htm)恢复，当日应立即

完成对重要数据的录入，第二天完成全部数据补录。

5.7 故障排除后 2 天内，网络信息中心应组织技术研讨会，分析故障原因，制定预防措

施，完成故障排除报告并上报院领导。

六、应急转入手工操作后各系统的应急计划

6.1 故障发生的风险等级划分:

根据可能产生的后果风险对医院的影响程度，量化评估如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 影响级别 | 影响性质 | 评估标准 |
| 4 | 灾难性 | 造成全院系统崩溃、数据丢失等灾难性的影 响。 |
| 3 | 严重 | 严重影响病人正常就医，造成病人或医务人员 极大不便。 |
| 2 | 较严重 | 对医院正常工作和病人就医有一定影响，但损 失不大。 |
| 1 | 可承受 | 受影响程度很小，可以接受。 |

6.2 各系统应急方案

6.2.1 主服务器、主交换机

责任部门：网络信息中心，风险等级：4 级。

现状：HIS 系统主服务器采用双机热备，在集群环境下实现双机共享数据库， 以保证应用的高可用性，实现数据库在故障时的容错和恢复。电源：2 台 30KV UPS。 应急准备：定期检查 UPS 使用情况，保证供电正常。定期检查交换机。每日检查服

务器、UPS 运行使用情况。

应急计划：根据具体发生的情况，采取以下措施。

供电故障：临时外接电源，重新启动服务器。

服务器硬件故障：关注正常的服务器的运行状态，关闭大量查询统计的业务，保证 以下关键业务的正常运行：门急诊挂号收费、药房发药、住院结算、病区医生站、

病区护士站、病区药房、门诊医生站。

主交换机故障：用备用交换机替代，保证关键业务。

30 分钟内不能解决，门诊收费启用门诊挂号收费应急系统。白天 1 小时内、晚上 6

小时不能解决，上报应急领导小组，建议全院各部门启用应急方案。

6.2.2 门诊挂号收费

责任部门：门诊收费处，风险等级：3 级。

现状：门诊收费收费应急方案，需先导出系统中的收费项目，对照收费。

应急准备：手工发票、复写纸、笔、算盘、计算器等记帐用品，检查化验收费价目。

应急计划：根据具体情况，采取以下措施：

系统瘫痪：手工划价记帐。系统恢复后，把手工单子补入计算机。

6.2.3 门诊药房

责任部门：门诊药房，风险等级：2 级。

现状：收费后确认发药及退药确认。

应急计划：凭处方或发票发药。待系统恢复正常后，确认发药以减库存。

6.2.4 药库（中、西）

责任部门：药库，风险等级：2 级。

应急计划：先用手工记帐，把药品分发至药房，保证药房的供应。待系统恢复，

再补发放。对于调价，直接通知门诊收费处。

6.2.5 门诊医生站

责任部门：门诊部，风险等级：3 级。

应急准备：手工处方、各类检查单、门诊日志表。

应急计划：手工处理。

6.2.6 门诊叫号

责任部门：门诊护士，风险等级：2 级。

应急计划：人工叫号。

6.2.7 医技管理系统

责任部门：各医技部门，风险等级：2 级。

应急准备：医技记帐单、各自医技项目单价表。

应急计划：手工登记、划价。对于住院病人，及时把划价单送住院收费处。

6.2.8 LIS 系统

责任部门：检验科，风险等级：3 级。

应急准备：化验收费价目、手工化验报告单。

应急计划：根据具体情况，采取以下措施：

服务器故障。保存在各检验仪器的工作站上，改集中打印为到每个站点打印报告单。

然后送到门诊、病房。

系统瘫痪：仪器独自工作，人工抄写报告单。待系统恢复后，再人工输入。

6.2.9 PACS(影像、超声、内镜、病理、心电图)

责任部门：CT 室、放射、超声、内镜、病理，风险等级：3 级。

应急准备：手工报告单。

系统瘫痪：手工出报告单，但无图象。

6.2.10 住院收费

责任部门：住院收费处，风险等级：2 级。

应急准备：笔、预缴款收据。

应急计划：网络、服务器故障。启用应急系统。

系统瘫痪：手工开预缴款收据，手工入院。对于出院病人，记录通信地址，先出院，

待系统恢复再补办。

6.2.11 住院药房

责任部门：住院药房，风险等级：3 级。

应急准备：记帐单。

应急计划：先发药，再到住院处记帐或系统恢复后记帐。

6.2.12 住院护士站

责任部门：住院护士，风险等级：3 级。

应急准备：执行单等。

应急计划：手工处理。

6.2.13 住院医生站

责任部门：住院医生，风险等级：3 级。

应急准备：医嘱单、化验单、手术单等。

应急计划：手工处理。开临时医嘱先取药。

6.2.14 电子病历

责任部门：住院医生，风险等级：2 级。

应急准备：病历纸等。

应急计划：手工处理。

6.2.15 手术、麻醉管理系统

责任部门：手术室、麻醉科，风险等级：2 级。

应急计划：手工处理。所发生费用直接在住院处记帐。

6.2.16 血库管理系统

责任部门：血库，风险等级：2 级。

应急准备：记帐单，项目单价表。

应急计划：手工登记、划价。及时把划价单送住院收费处。

6.2.17 院长查询系统

责任部门：院领导，风险等级：1 级。

现状：待系统恢复即可。

6.2.18 病案统计系统

责任部门：病案统计室，风险等级：1 级。

现状：待系统恢复即可。

3、应急预案的结束

3.1 应急预案结束的前提条件:

1、系统恢复正常，业务可正常办理。

2、工作站完成应急业务补记账工作。在自助渠道关闭的前提下先开启工作站应用

系统。

3、所有挂失业务处理完毕，补账工作完成，账务核对无误。

3.2 应急预案结束的指令发布:

应急预案的结束由领导小组决定。运行部门根据指令全面恢复应用系统，相关人员

开启自助设备。

3.3 应急预案结束后的主要工作:

1、业务支持工作组、技术支持工作组和安全及法律保障工作组继续监控事件解决

后的运作情况，直至确定可持续正常运作为止。

2、领导小组对本次故障进行全面总结。领导小组汇总应急工作开展情况，对本次 突发事件的起因、造成的不良影响、资金损失以及应急工作本身等进行全面总结分析，

并提出改进意见，督查改进情况，进一步优化应急流程。

3、网络信息中心负责备份应急数据至工作站，每半天一次同步。在应急业务结束

后及时删除应急数据，防范风险。

七、预案的管理与完善

各部门要组织落实专人收集、整理预案执行中存在的问题，及时报告领导小组，领

导小组根据应用系统的完善和发展情况，结合暴露出的问题适时进行修订。

第五部分 医院感染应急预案

医院感染暴发报告流程及处置预案

根据 WS/T524-2016《医院感染暴发控制指南》管理要求，医疗机构发现医院感染暴 发时应遵循“边救治、边调查、边控制、妥善处置 ”基本原则，分析感染源、感染途 径、及时采取有效的控制措施，最大限度地降低医院感染对患者造成的危害，保障医疗

安全，制定本方案。

一、医院感染突发事件应急领导小组

组 长：黄 腾

副组长：宋爱娥

组 员：秦杰、李俊丽、张美芹、陈杜鹃、朱 红、沈凤娥、杨 超、张运华、周凤

敏、郑春英、各专科科主任及供应室护士长

二、医院感染暴发定义

医院感染暴发：是指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生 3 例以上同种同

源感染病例的现象。

三、工作职责

1、出现医院感染暴发流行趋势时临床科室经治医生立即报告科主任，同时电话报 告医院感染管理科（65211）医务科（65301），如夜间和节假日发生及时报告医院总值

班（65293）；

2、医院感染管理科接到报告后第一时间到达现场进行调查处理，采取有效措施， 应遵循“边救治、边调查、边控制、妥善处置 ”的基本原则，控制医院感染的暴发，将

调查证实发生的医院感染暴发事件报告分管院长；

3、医务处负责组织专家进行会诊，协助临床科室查找感染源及传播途径，隔离相关

病人，防止感染源的传播和感染范围的扩大；

4、护理部负责协调病区护理人员，协助做好各项消毒、隔离及安置病人等工作；

5、总务处负责应急物资采购与准备工作；

6、药剂科负责治疗、抢救药品准备和发放工作。

四、医院感染暴发的处置预案

1、积极救治患者，查看医院感染暴发病例，了解病史、核查实验室检查结果，开 展相应的流行病学调查，对其他可能的感染患者要做到早发现、早诊断、早隔离、早治

疗、做好消毒隔离工作。

2、查找感染源：医院感染管理科协助检验科对病人、接触者、可疑传染源、环境、

物品、医务人员及陪护人员等进行相关病原学检查。

3、调查感染暴发流行的起始时间及医院感染传播方式，分析并列出潜在的危险因

素。

4、控制感染源：对病人和疑似病人进行隔离治疗，有明显的隔离标识；同种病原

体感染病人可同住一室；可疑特殊感染病人应单间隔离。

5、根据医院感染暴发的特点，切断其传播途径：在确定感染暴发的感染途径后， 采取相应的控制措施。对感染源污染的环境采取有效的消毒处理，去除和杀灭病原体。 病房物体表面、地面采用 1000～2000mg/L 含氯消毒剂进行擦拭；所有进出病人病房人 员均须严格洗手；病人使用过的一次性用品，均按医疗废物处置；病人转出病房后，病

房要进行终末消毒；

6、对易感人群实施保护性隔离措施：根据医院感染暴发评估情况，病区暂停收治 新病人，必要时对易感病人和工作人员实施预防性用药，医护人员应按照要求做好个人

防护。

7、发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染时，还应严格遵循标准预防，积极 查找病原体，加强消毒隔离和医务人员职业防护措施；明确病原体后，再按照该病原体

的传播途径实施相应的消毒隔离措施，确保不发生新的医院感染。

8、根据医院感染暴发的调查和控制情况，实时调整相应控制措施。

9、汇总分析调查资料，写出调查报告，包括处理过程描述、感染事件分析及采取 控制措施、监测检验结果、事件性质，总结经验教训，反思其中是否符合国家规范要求， 对采取干预措施进行效果评估，制定医院今后的防控措施，向院领导及上级卫生行政部

门报告。

10、对未发生医院感染暴发的病区采取预防措施，防止疫情蔓延。

五、疫情的报告

经医院感染管理科调查证实发生以下情形时，报告分管院长，分管院长报告院长及

医院感染管理委员会，并于 12 小时内向县卫健局及疾控中心报告。

1、5 例以上疑似医院感染暴发；

2、3 例以上医院感染暴发。

医院发生以下情形时，应在 2 小时内向县卫健局及疾控中心报告（CDC）报告。

1、10 例以上的医院感染暴发；

2、发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；

3、可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

六、医院感染暴发的预防措施

1、开展医院感染的监测：及早发现医院感染流行暴发的趋势，及时采取控制措施；

2、加强临床抗菌药物应用的管理，尤其是某些特殊抗菌药物的应用；

3、加强医院消毒灭菌效果的监督监测；

4、加强标准预防、职业防护与职业暴露预防和医务人员手卫生宣传教育；

5、加强医源性传播因素的监测和管理，如消毒及无菌操作、一次性无菌医疗用品

的管理等；

6、严格探视制度和陪护制度；

7、加强重点部门、重点环节、高危人群与主要感染部位的医院感染管理；

8、及时汇总和反馈临床上分离的病原体及其对抗菌药物的敏感性；

9、做好卫生应急物资储备，包括医疗救护的药品及器械、消毒药械、个人防护用

品等，以保障卫生应急工作进行。

附件：医院感染暴发报告与处置流程：

院感流程--001 医院感染爆发报告处置流程 （SOP）

医务人员职业暴露应急预案

为维护医务人员的职业安全，做好职业暴露的预防和处置，降低医务人员血源性病 原体感染的风险，保障工作人员的身体健康。结合我院的实际情况，成立职业暴露后应

急管理小组，并制定职业暴露后应急工作预案。

一、职业暴露的概念

职业暴露是指医务人员在从事医疗、护理及相关工作的过程中，意外被某种传染病 病人的血液、体液污染了破损的皮肤或粘膜，或被含有传染病的血液、体液污染了的针

头及其他锐器刺破皮肤，有可能被感染的情况。

医务人员职业暴露是指医务人员在从事诊疗、护理等工作过程中意外被病原体感染 的血液、体液污染了皮肤或黏膜，或者被含有病原体的血液、体液污染了的针头及其他

锐器刺伤皮肤，有可能被病原体感染的情况。

二、医务人员职业防护应急领导小组

组 长：宋爱娥

成 员：秦杰、李俊丽、陈杜鹃、朱红、张美芹、沈凤娥、周凤敏及相关科室主

任

三、医务人员防护措施

1．医务人员进行接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时要求戴手套，操作完

毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。

2．在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到医务人员的面部时，

医务人员应当戴手套、具有防渗透性能的口罩、防护眼镜；有可能发生血液、体液大面 积飞溅或者有可能污染医务人员的身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围

裙。

3．医务人员手部皮肤发生破损，在进行接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时

必须戴手套，必要时戴双层手套。

4．医务人员在进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，要保证充足的光线，并特别注

意防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或者划伤。

5．使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的利器盒，以防刺伤。

6.禁止将使用后的一次性针头重新套上针头套。避免用手直接接触使用后的针头、

刀片等锐器。

四、发生职业暴露后的处理措施

医务人员发生职业暴露后，应当立即实施以下局部处理措施：

1、脱离污染环境，用肥皂液和流动水清洗污染的皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。

2、如有伤口，应当从伤口近心端向远心端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，

再用肥皂液和流动水进行冲洗。禁止进行伤口的局部挤压。

3、受伤部位的伤口冲洗后，应当用消毒液，如：75%乙醇或者 0.5%碘伏进行消毒，

必要时包扎伤口；被暴露的粘膜，应当反复用生理盐水冲洗干净。

五、职业暴露的登记和报告

医务人员发生职业暴露，应立即向所在科室主任、护士长及感染管理科进行报告， 追踪可能污染源的流行病学资料，通过 OA 系统上报不良事件，认真填写《职业暴露报 告卡》，在感染管理科的指导下，接受相关指导，根据相关传染病的特征，必要时给予

相关检查及药物预防干预。

六、发生职业暴露后的处置预案

（一）艾滋病职业暴露的处置预案

1、暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；

2、暴露级别：

一级暴露：暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量小且暴露时

间较短。

二级暴露：暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量大且暴露时间 较长；或者暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较轻，为表皮擦伤或者针

刺伤。

三级暴露：暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较重，为深部伤口或

者割伤物有明显可见的血液。

3、暴露源类型：

轻度类型：暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度低、艾滋病病毒感染者无临床症状、

CD4 计数正常者。

重度类型：暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度高、艾滋病病毒感染者有临床症状、

CD4 计数低者。

暴露源不明型：不能确定暴露源是否为艾滋病病毒阳性者。

4、艾滋病病毒职业暴露的处置

（1）按照正确程序处置污染部位，并立即向所在科室领导、上级领导部门（医务 部或护理部）及感染管理科进行报告。认真填写《艾滋病病毒职业暴露报告卡》，根据 暴露级别和暴露源病毒载量水平对发生艾滋病病毒职业暴露的医务人员实施预防性用

药方案。

（2）预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业暴露后尽早开始（4 小时内，最迟不得

超过 24 小时；即使超过 24 小时，也应当实施预防性用药）。

（3）感染管理科对发生艾滋病病毒职业暴露的医务人员给予随访和咨询，在暴露 后的第 4 周、第 8 周、第 12 周、6 个月及 1 年时对艾滋病病毒抗体进行检测，对服用药 物的毒性进行监控和处理，观察和记录艾滋病病毒感染的早期症状等。每半年将发艾滋

病病毒职业暴露情况进行汇总，上报疾病预防控制中心。

（二）发生乙肝病毒职业暴露后处置预案：

1、已知暴露者 HBsAg 阳性或抗 HBs 阳性，则可不予特殊处理；如抗 HBs 滴度低

需注射乙肝免疫球蛋白（HBIG）200U，并加强乙肝疫苗 1 次（5μg）。

2、已知暴露者 HBsAg和抗 HBs 均阴性，尽快给暴露者注射乙肝免疫 球蛋白（HBIG） 200U 和乙肝疫苗，乙肝疫苗接种间期按第 0-1-6 月执行；并分别在暴露后即刻， 12 周，

6 个月检测乙肝五项发现异常情况尽快报告。

3、不明确暴露者 HBsAg 或抗 HBs 是否阳性，立即抽血检验 HBsAg 和 抗 HBs，并尽 快给暴露者注乙肝免疫球蛋白（HBIG）200U；并根据检验结果参照上述原则进行下一步

处理。

（三）发生丙肝病毒职业暴露后处置预案：

1、暴露者应分别在暴露后即刻及 12 周后检测 HCV 抗体和 HCV-RNA，发现异常尽

快报告；

2、如确定 HCV 感染尽快抗病毒治疗。

（四）发生梅毒职业暴露后处置预案：

1、暴露后即刻及 4 周后做梅毒血清学监测

2、长效青霉素 240 万单元肌肉注射，每周一次，连续 3 周。

六、化学治疗的防护管理

（一）化学治疗防护措施

1、化疗科室护理人员要进行上岗前教育，定期进行防护知识讲课，增强化疗病房

护理人员的防护意识及防护知识。

2、化疗病房配药室要求配备必要的防护设施，配药室要求能够自然通风，有条件

的应安装排气扇（或生物安全柜）。

3、冲配规则包括：使用输液泵和软袋液体以减少空气中有害物质排出；用水剂代 替粉剂以减少冲配时气溶和气雾的外溢；必须打开粉剂安瓿时应用无菌纱布包裹，溶解 药物时溶媒延瓶壁缓慢注入瓶底，待药粉浸透后再行搅动，以防粉末外逸；抽取药液时 以不超过注射器容量的 3/4 为宜，并使用针腔较大的针头抽取药液，以防注射器内压力

过大，药液外溢。

4、护理人员在配制化疗药及为病人进行化疗药物的穿刺注射时， 应戴口罩、帽

子及双层手套；有条件应戴防护目镜，穿防护服。

5、配制化疗药后的垃圾应按医疗废物处理，装入黄色垃圾袋，盛垃圾的容器要加

盖，防止化疗药物挥发于空气中污染环境。

6、化疗病人的排泄物、分泌物、呕吐物应马上处理或应用加盖容器。

7、严格化疗药物管理，设专人专柜保管，药瓶有损坏应及时处理， 防止污染环

境。

（二）化疗药物污染的应急程序

1、立即用流动清水冲洗被污染部位。如：操作中不慎将药液溅到皮肤或眼睛，应 立即使用生理盐水彻底冲洗；如果溢出到桌面，应用棉纸或纱布吸附药液，再用清水冲

洗被污染桌面。

2、立即就诊，根据造成污染的化学物质的不同性质用药。

七、接触消毒液的防护措施

（一）使用化学消毒剂时，护士应穿戴好手套、防护衣和口罩，口罩和手套要定

时更换。

（二）保证良好的通风环境。

（三）遵守医院或部门的剧毒、有害物质的保管规定；集中存放，容器密闭，并

有显著标志。

（四）使用中的化学消毒剂容器加盖；一些使用消毒剂集中的特殊部门如手术室、

供应室、内窥镜室的建筑应达到一定速度的通风排气要求。

附：医务人员职业暴露处理与报告流程图

院感流程--002 医务人员职业暴露处理与报告流程图(SOP)

突发医疗废物意外事故应急预案

为加强对医疗废物的管理，防止医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故造成环境污 染、人员伤亡，以及疾病的传播，根据《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废

物管理办法》及《突发公共卫生事件应急预案》等制定本方案。

一、组织管理

成立医疗废物意外事故应急领导小组，由院长任组长，负责对事故处理的组织、指 挥和协调工作。成员分别由有院感科、医务科、护理部、总务科、设备科、药剂科、保 卫科及临床各科主任组成，负责现场调查、医疗救治、现场消毒隔离及设备和后勤物质

供应等工作。

二、预防控措施

1、认真督导检查，防范意外事故发生

由医院感染管理科、医务科、护理部等部门组成督导组，对医院日常医疗废物处理 工作进行不定期抽查，医院感染控制科坚持经常性的监督和检查，发现问题，及时通报、

反馈、指导整改，以预防医疗废物处置过程中意外事故的发生。

2、强化培训，提高责任感

采取多种形式，加强医疗废物安全处理的宣传教育，以提高全院职工执行法律、法

规和规章制度的自觉性。

三、建立医院突发医疗废物事件应急报告制度

1、各科室或个人发生医疗废物意外事件后，应立即报告院感科，院感科即刻报告 医疗废物意外事故应急领导小组，并在 48 小时内报告县卫健委及环保局；当发生医疗 废物管理不当导致 1 人以上死亡或者 3 人以上健康损害，需要对患病人员提供医疗救护 和现场救援的重大事故时，应当在 12 小时内向县卫健委、环境局报告；当发生医疗废 物管理不当导致 3 人以上死亡或者 10 人以上健康损害，需要对患病人员提供医疗救护 和现场救援的重大事故时，应当在 2 小时内向县卫健委、环境局报告并根据《医疗废物

管理条例》的规定，采取相应紧急处理措施；

2、任何科室和个人对突发医疗废物意外事件不得隐瞒、缓报和谎报。

四、突发医疗废物处置事件应急处理程序、措施

1、医院接到突发医疗废物事件情况后，应迅速组织相关人员确定流失、泄漏、扩

散的医疗废物的类别、数量、发生时间、影响范围及严重程度。

2、立即启动应急预案，对发生医疗废物泄漏、扩散的现场进行处理，对泄漏及受

污染的区域、物品进行消毒或者无害化处置，必要时封锁污染区域以防扩大污染。

3、对感染性废物污染的区域进行消毒时，消毒工作从污染最轻向污染最严重区域

进行，对可能被污染的所有使用过的工具也应进行消毒。

4、工作人员应当做好卫生安全防护后方可进行工作。

5、如果有人员被艾滋病病毒污染的医疗废物伤害，应根据损伤程度进行评估，决

定是否进行艾滋病抗病毒治疗。

6、处理工作结束后，领导小组应对事件的起因进行调查，汇总材料，并完善防范

措施，预防类似事件发生。

安全注射原则：

1、三防：人防、技防、器防

2、四减少： 减少非必要的注射操作

减少非规范的注射操作

减少注射操作中的职业暴露

减少注射相关的医疗废物

安全注射：是指对接受注射者无害、实施注射操作的医务人员不暴露于可避免的风险、

以及注射后的废弃物不对环境和他人造成危害。

备注:

注意事项：

采样前，关好门、窗，在无人走动的情况下，静止 10min 进行采样。

空气消毒效果监测合格标准:

细菌总数≤4cfu/30min ·9cm 平板：手术室、ICU

细菌总数≤4cfu/15min ·9cm 平板：产房、介入室、新生儿室、烧伤病房。

细菌总数≤4cfu/5min ·9cm 平板：血透、感染性疾病科、消毒供应科、内镜室、检

验科、普通病房等

注意事项：

采样前，关好门、窗，在无人走动的情况下，静止 10min 进行采样。

物体表面消毒效果监测合格标准:

细菌总数≤5cfu/cm2：手术室、ICU、产房、介入室、新生儿室、烧伤病房。

细菌总数≤10cfu/cm2：血透、感染性疾病科、消毒供应科、内镜室、检验科、急 诊、口腔科门诊、普通病房等。

胎儿、婴儿遗体处置流程

一、感染性死胎（死婴）的收集、处置流程：

1、相关人员履行告知义务，与产妇或家属签订协议。

2、在感染性死胎（死婴）表面喷洒 2000mg/L 含氯消毒液后装入双层黄色医疗垃圾

并封袋口。

3、垃圾袋外粘贴“感染性 ”标签，标签上注明产生日期、科室、名称。

4、科室应规范填写交接登记本，感染性死胎≥16W、胎重≥500g 的死产胎儿必须

以火葬处理，通知总务科安排太平间管理人员处置。

5、双方交接人员在登记本签字，按规定由科管总务科理人员运送至殡葬场焚化，

做好登记，并留取证明。

（二）非感染性死胎（死婴）的收集、处置

1、相关人员履行告知义务，由产妇或家属自行处置，如拒绝自行处置者，与产妇

或（和）家属签订放弃或捐献协议。

2、非感染性的死胎（死婴）≥16W、胎重≥500g 的死产胎儿必须以火葬处理，≤1

6W、胎重≤500g 的死产胎儿按病理性废物处理。

3、垃圾袋外粘贴标签，注明产生日期、科室、名称。

4、科室应规范填写死胎（死婴）交接本，通知总务科安排太平间管理人员处置。

5、双方交接人员在登记本上签字，由太平间管理人员运送至殡葬场焚化，并留取

证明。

6、手术及其它诊疗过程中产生的废弃的人体组织、器官等按病理性废物管理。

胎盘处置管理流程

（一）感染性胎盘的收集、处置

1、相关人员应履行告知义务，与产妇或家属签订协议。

2、在感染性胎盘表面喷洒 2000mg/L 含氯消毒液后装入双层黄色医疗垃圾并封口。

3、垃圾袋外粘贴“感染性 ”标签，标签上注明产生日期、科室、名称。

4、科室应规范填写交接登记本，注明系感染性胎盘，暂存科室冰箱。

5、总务科派暂存处专门管理人员去科室收取，双方在胎盘交接登记本上签字，交

于专门收取人员并在转移联单上签字，由转运车运送至专门地点处置。

（二）非感染性胎盘的收集、处置

1、相关人员履行告知义务，由产妇或家属自行处置，如拒绝自行处置者，与产妇

或（和）家属签订放弃或捐献协议。

2、非感染性胎盘直接装入黄色医用垃圾袋中规范封口。

3、垃圾袋外粘贴标签，注明产生日期、科室、名称。

4、科室应规范填写胎盘交接本，暂存科室冰箱。

5、总务科派暂存处专门管理人员去科室收取，双方在胎盘交接登记本上签字，交

于专门收取人员并在转移联单上签字，由转运车运送至专门地点处置。