

# 最新护理质控员总结(实用5篇)

总结是对过去一定时期的工作、学习或思想情况进行回顾、分析，并做出客观评价的书面材料，它有助于我们寻找工作和事物发展的规律，从而掌握并运用这些规律，是时候写一份总结了。那么我们该如何写一篇较为完美的总结呢？以下是小编为大家收集的总结范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

## 护理质控员总结篇一

护理质量直接关系到患者的生命健康与安全，关系到医院在社会公众中的形象。加强质量管理，不断提高护理服务质量，使患者满意是护理管理的中心任务，为适应护理工作发展的需要，质控科实行了由质控科护理质控成员、护理部成员、科护士长、病区护士长、病区质控员组成的护理质量控制路径，使护理质量在科学管理体制上有了明显提高。现总结如下：

### 1、完善了质量控制体系

制定护理管理网络，建立质控科护理质控成员、护理部成员—科护士长及护理骨干为框架的护理管理组织网络，修订并完善各种质控网的工作职责，对每一项工作均设计合理流程，从而最大限度减少护理差错的发生，保证了护理质量。

### 2、增强质量控制意识

护士长作为医院护理系统中最基层的管理者，其质量控制意识、领导艺术、管理能力及水平等直接影响质量控制环节。通过派一些护理骨干到上级医院进修学习、在院内开展护士长管理培训班，同时增派护理管理者及骨干参加院外组织的护理管理培训班，以提高护士长的管理意识和管理能力，提

高护理人员整体素质。护士长充分发挥了以人为本的管理职能，调动护士的主观能动性，自觉地依照标准和制度，对自身行为进行约束和控制，实现了全员参与护理质量控制，增强了质量控制意识。

3、改进和完善了全院各科室质量控制评价标准为使优质护理更深入人心、落实到位，进一步提高我院护理质量，通过结合质控中存在的问题，对全院各科室的护理质控标准进行进一步修订，特别是将优质护理融入分级护理、病房管理等质控标准中，强调绩效考核的落实，以充分调动全院护理人员的主观能动性及工作积极性，细化了质控标准，便于质控人员掌控，及时发现一些潜在危险，减少安全隐患。

#### 4、规范护理文件书写，强化法制意识

严格按照卫生厅护理文件书写规范要求，制定了医院不同病区护理文件书写规范及标准，采取统一全员培训，使护理人员更加明确护理文件书写的意义，规范了护士的行为，保障了护理安全，提高了护理质量；完整、客观、规范的护理记录，为举证提供了法律依据，保护了护患的合法权益。各级护理人员也明确了如何才能书写好护理文件，以达标准要求。

5、开展“优质护理”和“三好一满意”，提高护理满意度随着社会的进步，患者及家属对护理服务要求的进一步提高，以及“优质护理服务”在全院的全面铺开，“三好一满意”的深入开展，做好患者基础护理、生活护理、健康宣教，提供优质的服务显得极为重要，护理部对全体护理人员进行了总动员，说明开展“优质护理服务”的重要性和必要性，以服务好、质量好、医德好和群众满意为准则，严格要求自己，鼓励护士长经常督促护理人员深入病房为患者服务，注重与患者的沟通、交流，质控科也进行相应质量督促及检查，提高了患者对护理工作满意度，减少医疗纠纷的发生。

#### 6、加强环节质量控制

(1) 发挥护士长质量控制主体作用。护士长的质量管理工作要有计划，对其科室的护理工作进行循环式的自查、自评，做到质控指标人人心中有数，达到全员参与护理质量控制。同时，护士长要做好几个重要环节的质量管理，控制好高危环节（抢救急危重症患者、使用特殊药物、更换床位、运送重患者检查）、高危人群（危重患者、年老体弱、新上岗护士）、高危时间（交接班、节假日、中午、夜间工作人员少时），把好患者的入院、治疗、护理、出院重点环节关，重点检查特殊管道、患者病情相关的安全隐患，做好警示标识及安全防范，确保了护理安全和护理质量的落实。

(2) 建立、健全护士长夜间查房制度。制定长期的护士长夜查房机制，护士长夜间查房时，主要督促检查护理人员在岗及岗位责任履行情况、危重患者护理工作落实情况，做到白天护理质量监控与夜间护理质量控制相结合，使全院护理质控工作形成一个自查、自审、日控、夜查相结合的质控网络。

## 7、做好质量控制反馈

(1) 以患者满意度为标准，持续改进护理工作质量。患者满意度是衡量护理质量的最可靠标准之一，每季定期发放患者满意度调查表，以患者的需求、评价、期望等来测评护理服务质量，对调查结果进行整体分析。

1、病区管理(1) 主要存在问题：出院患者终末处理不彻底，警示标识与患者病情不符，个别患者无床头卡，应铃不及时；治疗带脏，床头铃坏、脱落；治疗室脏、地面有棉签，无菌区与非无菌区未严格区分，消毒液放置柜欠清洁，换药室床单未及时更换，办公室屋顶有蜘蛛网；晨间护理不到位，患者床单元脏乱、渣屑多，陪人床、加床摆放凌乱，病房窗台脏、地面有医疗垃圾，床下有便器，病房物品杂乱，床头柜东西乱、欠整洁，窗台存放物品多、挂毛巾，厕所有异味，标本箱脏；执行输液未使用反问试查对，输液滴数与医嘱及病情不符，输液、接瓶执行者未签全名、签名太潦草难辨认，

输液挂瓶多，输液卡记录不规范，个别患者未挂输液卡；输氧卡书写不规范，给氧流量不准确；患者停氧后未及时记录及撤氧表，使用中的氧管乱放，待用氧管凌乱未及时整理，备用氧表未防尘，使用中的氧表未定期清洁，氧气湿化瓶及兰芯未定期消毒处理；口服药瓶外脏、瓶签字迹欠清晰，药品有变质、过期现象，高危药品放置不规范（10%氯化钠与10%氯化钾放在一起），与普通药品混放；毒麻药品未加锁保存，皮试抢救盒内药品标识不清、注射器数量不符；心电监护仪脏；冰箱上堆放物品、内存食物，其内物品乱、欠清洁，冰箱温度过高（20℃）、温度记录不相符；终末消毒记录不完善，物品、药品交接班记录本漏接班者及月检查者签字；个别护士对停电应急预案回答不全。护士到病房注射未携带注射单、接瓶未戴口罩。

（2）原因分析：住院患者多，护理人力资源相对不足，护士长忙于事务工作，无暇顾及护理管理；个别护士缺乏病房管理理念、不重视药品的规范化管理，平常对备用药的质量检查力度不够，导致过期药品仍存在于药柜内，不注重保持药瓶清洁；个别护士不重视仪器的管理及保养。

## 2、基础护理、分级护理

（1）主要存在问题：床单元脏乱、欠整洁，未按护理等级巡视病房及做好基础护理，危重患者生活、基础护理不到位，多依赖陪人做，患者仍有皮肤、头发欠清洁及胡须长现象，患者自行操作氧气雾化，膀胱冲洗液无患者姓名，心电监护电极片脱落，患者血压异常、发热无后续观察记录，心电监护仪显示不清。责任护士对患者病情“八知道”回答不全，未能掌握患者病情、护理常规、抢救流程；操作前未行告知义务，未能向患者进行用氧、监护仪使用相关注意事项的宣教；个别科室健康宣教资料不全，责任护士未能主动向患者进行自我介绍，入院介绍、相应的护理措施交待不全；患者不知晓护士长、责任护士、相关治疗、饮食、护理级别、康复知识、用药检查注意事项等，饮食卡与患者病情、护理级

别与病情不相符，置管患者引流管无标识、床头无防脱落标识，记出入量患者床头无标识，危重患者无防压疮、坠床标识，个别患者不佩戴腕带，翻身卡漏记录及签名、个别出现超前记录，床头柜标本盒与患者姓名不符。引流管标识脏、留置针及贴膜脏、有渗血，未及时更换，输液中的针头未完全插入留置针肝素帽。

(2) 原因分析：少数护理人员思想停留在功能制护理，有重治疗轻基础护理的思想，工作忙时忽略了患者的基础、生活护理，对患者病情了解甚少，健康宣教只流于形式，不能真正落实到位，不重视患者对服药、饮食、治疗、康复等健康知识的需求及掌握；对导管等专科护理重要性缺乏认识；个别低年资的护理人员缺乏护患沟通技巧，同时对疾病相关知识的深度、内涵了解不全。

### 3、消毒隔离

(2) 原因分析：主要是个别护士消毒隔离意识不强，无菌观念淡薄，不重视无菌物品、清洁、污染物品的规范放置，对院内交叉感染等潜在危险认识不足，未能严格执行消毒隔离制度。

### 4、护理文书

(1) 主要存在问题：书写质量不高，书写仍有漏项、漏字、错字现象，未按时书写入院记录，交班不连续，不按医嘱观察、记录病情，观察病情不够细致，专科护理措施欠有针对性，护理记录上未能反映护理级别及实施了的护理措施；皮试阳性者，未记录对患者及其家属的告知；记录的生命征与体温单不相符；归档病历首页、护工同意书、护理记录、体温单漏项、排放装订不规范，医嘱单漏手签。

(2) 原因分析：少数护理人员工作责任心不强、法制观念淡薄，对书写规范认识不足、理解不深，病历书写缺乏内涵，

电子病历使用不熟练；对护理文书法律性认知不足，存在隐患缺乏预见性认识，专业理论基础不扎实，观察病情及表达能力欠佳。

## 5、优质护理服务

(1) 主要存在问题：除了存在分级护理、病房管理、消毒隔离、急救药品物品管理、护理文书、患者满意度调查等问题外，个别科室缺开展优质护理服务动员会记录，漏年度总结，满意度调查未开展、开展后未进行系统的统计，无存在问题原因分析及整改措施的落实；个别科室无绩效考核制度及方案，床护比不达标，未能实行层级管理及合理排班；护士不知晓优质护理工作基本要求，不熟悉相关制度、工作职责、护理常规；特殊科室温馨提示、区域标识、相关健康知识等宣传资料较少，未能体现开展优质护理工作；个别患者不知道已开展优质护理活动。

(2) 原因分析：主要因为管理者对优质护理内涵理解不深，不能将其落实到实处；个别护理人员对优质护理工作开展认识不足，重视、宣传不够。

## 6、满意度调查

(1) 主要存在问题：最不满意项为患者未知晓责任护士、本病区护士长、护理级别、适合自己病情的饮食、相关治疗护理相关知识，入院后护士未能协助进行卫生处置（修剪指、趾甲、刮胡须等）。

(2) 原因分析：护理人力资源不足，护士无更多的时间与患者沟通和做好基础护理。

1、整改前：病房管理合格率99.21%，急救物品完好率97.62%，护理文书书写合格率100%，消毒隔离合格率96.83%，分级护理合格率100%，基础护理合格率100%，护理工作满意

度49,06%，优质护理合格率11.67%，护理技术操作合格率100%，常规器械消毒合格率100%，一人一针一管一灭菌执行率100%。

2、整改后：病房管理合格率100%，急救物品完好率100%，护理文书书写合格率100%，消毒隔离合格率100%，分级护理合格率100%，护理工作满意度93,3%，优质护理合格率100%，护理技术操作合格率100%，常规器械消毒合格率100%，一人一针一管一灭菌执行率100%。

#### 四、改进措施及明年持续改进计划

1、以“优质护理”、“三好一满意”标准为准绳，树立“以患者为中心”的质量意识，杜绝护理缺陷的发生。全面进行广泛爱岗敬业教育，弘扬对患者的高度负责、对技术精益求精的无私奉献精神，增强护理人员事业心和责任感，认真履行岗位职责，杜绝护理缺陷的发生。

2、为了充分发挥护士长的管理职能，加强护士长管理知识、管理理念和专业知识的再学习，将采取进修、参观学习等方式，借鉴他人的管理经验，不断更新管理理念和管理方式，注意从规章制度抓起，层层把关、时时监控、严格落实，重视护理质量控制，加强缺陷管理，坚持深入临床，解决实际问题，加强法制教育，提高法律意识，使护理管理步入科学化管理。

3、继续做好重点环节的质量控制，确保护理安全。对检查中出现的问题，进行现场反馈，及时给予书面反馈单，提出整改建议，限期整改，在规定时间内复查。

4、抓好前馈控制、现场控制和终末控制三个环节的质控，不断纠正偏差，建立安全医疗管理体系，做好质量控制反馈，促进护理质量全面达标。

5、进行目标管理，制定护理质量考核体系，采取考核的办法，定期用质量控制标准检查、督促、指导，使规范化护理质量标准落实到实处，渗透、贯穿、落实到每个护士全程工作中去。

6、从多方面开展品管圈活动，使全员参与护理质量管理，进一步提高护理质量。

7、充分利用后勤保障，使他们送物、送药上门，上门维修，节约护士人力；护理人员实行分层能级管理，根据患者病情合理安排分管工作，体现护士价值，使患者受益；合理配置护理人力资源，使护理人员在完成治疗工作的同时，有一定的人力，更多的时间用于观察病情、做好心理护理、健康宣教及基础护理等方面工作，注重培养专科护士，使护理工作更专业化、技术化，以提高护理质量。

8、组织学习护理文件书写规范，规范护理行为，防范护理纠纷。

9、加强护理质控信息的逐级反馈，及时评价反馈质控过程中存在的不足，按pdca整改流程进行原因分析，制定相应的改进措施，并督促检查改进措施的落实。

10、继续发挥护士的主观能动性，强化质量意识和服务意识。同时将护士长从繁忙的事务工作中解放出来，将主要精力放在护理管理、护理质控上，将质量管理的环节落实到小组及个人。

## 护理质控员总结篇二

我院为加强护理质量管理，保障医疗护理安全，提高社会及患者对护理服务的满意度，于20xx年成立了护理质量控制委员会[]20xx年修订并完善了护理质量与护理安全管理委员会，对全院各病区护理质量进行统一标准、定期或不定期检查、



督导，解决护理管理工作过程中存在的问题。现将20xx年工作总结如下：

在院级领导指导下，实行护理部主任责任制，实行护理部一病区护士长一病区护士长三级质量管理，质控管理委员会成员分组分工合作，定期或不定期下病房检查，院质检小组每月抽查两次，护理部每月抽项查、每季度实行全面综合检查。并对病区管理，护士长管理，基础护理、等级护理、急救药品物品等指标进行考核；病区实行护士长责任制，质控由科室质控小组负责执行，并有记录。质量管理委员会成员定期召开会议，总结质量检查中存在的问题，分析原因，提出改进措施并反馈到各科室。并将护理工作质量检查结果作为科室进一步质量改进及护士长管理考核重点。

优质护理服务的开展始于20xx年7月，由最初的内科逐渐在80%以上科室开展，护理服务理念改变了，护理质量提高了，医患关系逐步得到各谐，病人满意度得到提高。基安全质量管理工作总结基础护理、病区管理、护理文书、健康教育、出院指导质量等得到了进一步提高。

定期或不定期对临床科室进行检查，发现脏乱差现象，要求整改，并进一步规范，先进科室试点，优秀科室奖励。

(二)督促各科室根据本科室特点，制定并实施整体护理个性化护理和临床路径，全院护理方面有单个病种有临床路径。

(三)加强护理安全管理。对高危患者进行入院评估;20xx年1-11月份收治病人总数：17843人。共计评估在院高风险病人管道脱落294例，其中3例发生脱管，脱管发生率;评估坠床/跌倒病人1412例，其中发生坠床1例，发生跌倒2例;评估压疮病人553例，其中2例发生难免性压疮例3，发生率%;院外带入压疮10例，治愈5例，未治愈因病情需要转院2例，因病情危重而死亡2例。

(四)护理工作中存在的不良事件和安全隐患要求科室积极上报;质管会经过开会讨论给予定性和处理□20xx年1-11月份共计发生护理差错23例,高危患者发生管道脱落3例;发生药物不良反应2例,护理不良事件共计20例。无重大护理事故发生。

对护士长进行阶段检查、指导。对存在的问题限期进行整改。

护理工作中存在不足,也是20xx年工作努力方向。例如在开展护理工作中缺乏条理性,不能很好的把握细节;沟通协调不是很到位,有些工作处理不及时;制度,流程有待于进一步完善等。

### 护理质控员总结篇三

质控科工作总结医院医疗质量管理是医院生存和发展的生命线,是医院管理的核心工作□20xx年质控科在医院领导的正确领导下,紧紧围绕医院工作重点,对医疗质量进行了有效管理。

1.为了以优异的成绩通过二甲复审目标,使医院的医疗质量、服务能力得到进一步提升,我科认真学习标准细则,逐条梳理,积极开展自查工作,进一步完善各项工作,认真查漏补缺,抓好工作落实,并指导科室有计划,有步骤的完成本科室复审达标计划及相关资料准备工作。

2.增加诊疗科目:根据《xx省二级综合医院评审标准实施细则》和相关文件要求完成我院:心血管内科专业、肾病学专业、免疫学专业、胸外科专业、心脏大血管外科专业、烧伤外科专业、整形外科专业、重症监护、计划生育专业、生殖健康与不孕症专业;妇女保健科;新生儿专业、小儿普通外科专业、小儿骨科专业、小儿泌尿外科专业、小儿胸外科专业、小儿神经外科专业;临床心理专业、结核病专业、重症医学科、临床体液、血液专业、临床生化检验专业;临床微生物学专业、临床免疫、血清学专业;介入放射学专业、放射治疗专业;中

中西医结合科;等48二级诊疗科目申请、申报、审核工作。

3. 根据□xx省卫生计生委办公室关于取消第三、二类医疗技术临床应用准入审批有关工作的通知□x卫办医(20xx)x号文□□xx卫生及省委办公室关于加强第三、二类医疗技术临床应用事中事后监管的通知□x卫办医政(20xx)x号文规定要求,完成我院血透技术、关节镜、小儿外科、骨关节镜、冠状动脉介入技术等未开张的新技术和以开展的三级以下鼻科内镜诊疗技术;三级及以下腹腔镜子宫及附件诊疗技术、宫腔镜诊疗技;三级及以下经尿道、腹腔镜诊疗技术;三级及以下腹腔镜肝脏、胆道、胃肠诊疗技术、乳腺腔镜诊疗技术;二级以下胃镜、结核镜诊疗技术的申请、备案工作。

1. 推进“十四项核心制度”落实工作。要求各科室要相对集中时间,组织全体科室人员认真学习14项医疗核心制度内容,做到人人知晓,自觉运行和严格执行。在制度学习的基础上,各科室认真查找在日常临床工作中落实核心医疗制度上存在的薄弱环节,如体制机制、技术、理念问题逐一进行分析,查找原因,有针对性地制定出整改措施。质控科对活动开展情况进行不定期检查指导,督促各科室认真自查。

2. 环节质量检查:每月不定期到医、护、技各科室进行质量检查,对各科室临床危急值实行动态监管,开展绿色通道,细化会诊转诊流程,增强科室之间合作意识。抽查运行病历书写质量,如病历完成的及时性、各项记录内容的完整性、三级医师查房等核心制度的执行情况、围手术期医疗文书的书写等,抽查医技科室检查报告书写等、及时反馈查出的问题,及时督导改正。

3. 终末质量检查:按照□xx省病历书写基本规范》,每月对各科病历质量进行检查,至少抽取每个科室每位管床医师一份病历,对发现问题的病历进行认真总结、分析、评价,将结果及时反馈至相关科室督促整改。对临床各科室除病历外的医疗质量管理进行检查,如业务学习情况、疑难、危重、死

亡病例讨论、科室周质控工作记录、危急值处理等。

根据我院《临床路径管理制度、规范》、《临床路径实施计划》及相关文件规定，每月对我院55个临床路径、单病种质量控制；一类切口抗菌药物应用、手术前预防性应用抗菌药物进行专项检查工作，检查结果在科主任例会中进行通报并按照相关文件规定进行奖惩。

认真完成20xx年所有申报的继教项目，今年以来，对于我院所有继续教育对象，医、药、护技人员546人，完成省级、市级继续教育办公室审批的15个继续医学教育项目学习，并按照上级要求完成所有公共课和专业课的学分学习。为每一次院内学习、继续医学教育项目开展做好记录并授予相应学分。积极配合医学会完成本年度的继续医学教育讲座。我院广大干部职工按照上级要求全部参加并完成了市卫计委、市医学会、县卫生局安排的各项继续教育项目。完成20xx年的继续教育项目申报工作。

病历质量管理仍然是医疗质量中的一个薄弱环节，也是医疗管理质量中的难点，出院医嘱、诊断依据、鉴别诊断、术前讨论、术前小结等内容描述简单，三级医师查房流于形式，缺乏内涵知识及临床指导意义，运行病历不能按时完成，会诊记录及检验申请单字迹潦草，难以辨认，科室质控人员对科室的环节质量和终末质量不够重视，检查出的问题未及时跟踪追责，致使有些问题出现屡查屡犯现象。

在下一年度的医疗质量管理工作中，要吸取教训，总结经验，以基础质量、环节质量检查为重点，狠抓问题的改进与制度的落实，提高医疗质量，确保医疗安全。

## 护理质控员总结篇四

20xx年创建三级医院，在这个过程中学习、摸索、不断学习、改进管理的方法思路，分析、理解、应用三级医院的条款标

准，提升了管理技能；方向正确，思路清晰，管理有据可循。通过三级医院的创建，全面提升了质控科对业务科室的检查水平，实现pdca□并取得可喜的成绩。

20xx年质控科在院长、主管院长和医疗质量管理委员会的领导下，对全院医疗质量进行全程监控；根据医院的总20xx年创建三级医院，在这个过程中学习、摸索、不断学习、改进管理的方法思路，分析、理解、应用三级医院的条款标准，提升了管理技能；方向正确，思路清晰，管理有据可循。体发展战略，提出年度、年度内阶段性质控 重点目标、并为其制定考核标准；对年度医疗质量管理工作予以总结、提出整改建议、推动持续改进。

建立了一个由院长负责领导、职能科室参与全面监控，科主任、护士长实施管理，全员个个参与的二级质量监控体系。为使这一监控体系发挥有效的作用，医院调整了医疗质量管理委员会的成员，充实了业务骨干和管理专家；质控科按照三级医院的评审标准，结合质量考核方案，对被检查科室的工作质量标准有针对性、有重点地进行检查。如临床科室重点查住院病历、诊疗常规、危急值、临床路径、单病种等；医技科室重点检查技术工作质量，报告单书写质量等，并将检查结果及时反馈给科室。每月进行一次质量考评，考评结果每月汇报一次，把医疗考核质量与奖惩挂钩。这样，有了完善的质量管理体系对医疗质量管理起到了保证的作用。

现将20xx年质控工作总结如下：

一、督查科室质控小组活动。每周一至周三根据院发2号文件要求，对全院临床、医技、药械、麻醉科质控小组活动进行督导检查。检查科室质控小组活动记录、对存在的问题分析、评估及整改情况。重点检查科室根据质控方案自查的情况，发现问题及时整改□20xx年全院各科每月都进行了质控活动，对本科室存在的一些缺陷能够及时整改，随着创建三级医院

工作的不断深入，医务人员思想理念发生着变化，不断认识科室内部质量管理的重要性，由被动向主动管理转变。质控科采取工作形式多样化（督导、检查、面对面沟通、征求各级医师意见.，深入临床，倾听医务人员建议、牢骚，把这些作为工作的着重点，进一步改进工作思路和方法，为临床、医技科室提供帮助与服务。随着创建三级医院工作的深入，科室质量与安全小组增加了监管项目，涵盖24项内容：1. 电子病历规范书写及内涵质量管理；2. 临床路径管理；3. 危急值管理；4. 重点病人、重点病种管理；5. 申请单、报告单检查；6. 医疗核心制度管理；7. 各项记录本规范书写；8. 住院超过30天患者管理；9. 手术分级管理（手术权限动态管理、大手术上报、围手术期管理. 10. 新技术、新项目管理；11. 患者拟归档病历管理；12. 合理用药及抗生素使用管控；13. 重要医嘱更改、大型检查适应症异常辅助检查结果分析记录；14. 输血质量管理；15. 护理管理；16. 医院感染管理；17. 危重病人管理□18.i类切口抗菌药物使用管控；19. 手术病人安全管理（手术病情评估、手术治疗计划、方案、术后并发症及预防措施.；20. 手术质量评价（按《安徽省三级综合医院评审标准细则20xx年版□p107---4.6.8.2进行评价.；21. 医疗安全管理；22. 病情评估制度；23. 分析评价大型设备检查阳性率□ct□mrt□dr□dsa □cta □ect等.；24. 医师分级管理。

大型检查适应症及结果分析、日常病程记录的检查，对诊疗常规进行分析。重点检查疑难危重病历、危急值管理、临床路径管理、手术病历及新入院病历，发现问题，现场反馈，并责成被查科室制定出整改措施，限时整改。

多，管理比较棘手，院领导把医技科室管理纳入2号文件综合目标考核之中，那么职能科室跟进、加大检查督导力度。质控科每月抽查报告单书写、“危急值”管理等，抽查结果，现场反馈，并责成科室限时整改，医技科室质量管理已见成效。

麻醉科质量管理由于专业性强，又是手术过程中的重要一环，非常重要。对于手术病人术后要重点巡视呼吸情况、循环稳定、恶心呕吐、声音嘶哑、下肢助力恢复、脊麻后头痛、尿潴留等。每月对在院的术后病人进行随机随访，考查麻醉科此项工作开展的情况。其检查结果纳入麻醉科综合目标考核。

每周督查药械科室对本科室的监管项目及内容，参与临床抗生素规范化使用的检查、管理、指导工作。

急性st段抬高性心肌梗死、特发性血小板减少性紫癜、房间隔缺损、腹股沟疝、甲状腺腺瘤、自然分娩、计划性剖宫产、母婴abo血型不合溶血病11个单病种的临床路径。十月份又根据省卫生厅文件要求，增加了股骨颈骨折（股骨头置换）的临床路径管理。此项工作分时间、阶段逐步深入，目前开展情况良好。

经过近二年此项工作开展的过程中，存在着一些问题，医务人员由于日常医疗工作较紧，而进行临床路径管理的病人按表单开医嘱填写表单，要与患者多次沟通等，增加了工作量，还有部分患者对临床路径管理认识不够瞧，认为限制他们使用药品、限制检查，可能会耽误他们治病等，因此，造成入径率偏低，入径完成率偏低。

“危急值”是指该辅助检查结果显示患者正处于生命危险的边缘状态的指标；临床检验“危急值”是2009年患者重大安全目标管理的其中之一，是医疗安全管理的关键点，我院5个医技科室分别制定了“危急值”的项目及范围。辅助科室发现“危急值”后，应首先核查检验标本的相关信息，检查仪器性能有无异常，操作过程各环节是否规范，必要时重复测定检查，排除上述可能的异常后，立即电话通知临床医护人员（住院病人通知病区护士，门急诊病人通知经治医生或分诊护士），有条件的嘱咐其在网络查看结果，并安排人员尽快送出书面报告（报告上加盖“危急值”印章）。在《危急值报告登记本》上记录下列内容：患者姓名、住院号、病区及床号、

危急值项目及检查结果、报告者姓名、接电话人员姓名、检查日期时间、通知科室时间（时间均应记录到时、分、复检情况等备查。病区护士接到检查科室电话通知后，立即通知经治或值班医生，同时在《危急值报告记录本》中记录。内容包括：患者姓名、住院号、床号、危急值项目及检查结果、电话通知人姓名、时间、通知经治或值班医师的时间、接到检查报告时间及送报告人员姓名等（时间均记录到时、分。记录护士及经治或值班医师均应签署全名备查。经治或值班医师接到通知后，及时对“危急值”予以相应处置，将处置情况记录于病程记录，并报告上级医师。病程录中应记录上级医师对危急值的分析处置意见，要进行追踪观察并记录在病程录中。危急值管理中存在的突出问题：医技科室与急诊科之间的矛盾，针对此现象，通过应知应会内容检查提问，绝大多数医务人员都能背诵，掌握危急值的管理制度与流程。

通过三级医院评审标准的学习及解析，心中更明了，思路更清晰。把三级医院的标准作为日常工作的尺度，通过督导检查及全院医务人员的共同努力，使我院的医疗质量跃上新台阶，为晋升三级医院打下坚实的基础。20xx年9月11日院部召开动员大会，正式进入创建三级医院阶段，本部门条款解析，按照条款进行督导检查，建立资料盒，针对条款准备资料，在创建的同时，提升质量管理，保障医疗质量，顺利完成三级医院评审检查。质控科工作得到专家认同。

1、根据工作需要及时对质量监控网络进行调整，2、完善院科两级质量管理责任制，3、制定全面医疗质量控制方案、考核标准及检查流程，4、将医疗质量检查纳入医院综合目标考核中。使医疗质量管理纵横交织，网络覆盖面广，辐射到每个角落，进入规范化管理的轨道。

质控科是医院医疗质量管理的部门之一，分管医院医疗质量控制。20xx年质控科完成了全年各项目标任务，并围绕医院等级评审，大力推进医疗质量水平的提高，为全院医护人员创



建了一个有序、规范的工作环境，为病人提供了一个更加温馨、舒适的诊疗环境。为医院的效益做出了贡献。

## 护理质控员总结篇五

为了加强医疗质量管理，集团董事会于20xx年4月12日上午对石家庄长城医院进行了医疗质量大检查。我院成立两个质量检查组，分别对医院的医疗、护理进行全方位大检查，现将护理部分工作检查结果汇报如下：

检查内容分为：病房管理、抢救药品、抢救设备管理、消毒隔离管理、护理表格书写、护理差错事故登记及上报等几项内容。

妇科、外科系统病区、消化内科、心血管科一区、心血管科四区。共抽查护理表格18份，其中现运行10份，归档8份。总体来说较上次检查有很大提高，主要表现在以下几个方面：

病房整体卫生不错，地面清洁无杂物，患者床单位整洁更换及时。

尤其是对新楼的七病区、十五病区提出表扬，科主任、护士长积极配合、充分准备，整体住院环境最好，患者对住院环境非常满意。

抢救车内药品及物品齐全，护士对14种抢救药品的剂量、规格、摆放位置能够熟练掌握，对五病区郭亚楠，七病区何璇提出表扬。

护理差错登记齐全，按规定上报，有上报制度。

个别出院患者的床头卡未及时撤除，新入院患者没及时放置床头卡。个别科室的紫外线消毒登记不及时。

旧楼病区楼道加床的床位号粘贴不整齐，影响美观。个别病历中的体温单有涂改现象。毒麻药品交班登记本未记录药品批号。一次性医疗垃圾分别处置合理，标识明确。

及时召开全院护士长会，检所检出的问题及时反馈各科护士长，督促其规范病房住院、出院患者的管理。加强对科室的检查力度，及时发现及时解决，不规范之处，护士长会上统一规范和要求，随时发现，随时处理，对科内检查出的问题与个人收入挂钩，调动大家的积极性。