

# 最新十八项医疗核心制度心得 十八项医疗核心制度(优秀5篇)

范文为教学中作为模范的文章，也常常用来指写作的模板。常常用于文秘写作的参考，也可以作为演讲材料编写前的参考。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？以下是我为大家搜集的优质范文，仅供参考，一起来看看吧

## 十八项医疗核心制度心得篇一

会诊是发挥有关专业人员的集体智慧，更恰当地解决疑难病例的诊疗，提高医疗质量、保障医疗安全的重要环节。会诊也是各科室之间或各医院之间协作的重要形式。

(1) 住院病人住院时间超过7天，经科内三级医师查房后仍未能明确诊断或尚没有相对明确的提示诊断线索者。

(2) 病人虽已确诊，但经治疗疗效不佳或在治疗上遇到困难者。

(3) 病人住院期间出现其他专业的病情变化或伴发其他专业的疾病者。

(4) 病人病情复杂，同时伴有多系统症状或多器官功能损害者。

(5) 手术时出现需要其他专业的医师配合者。

(6) 门诊或急诊就诊的病人因病情需要其他专业的医师协助诊疗者。

(7) 病人或家属提出要求者。

(8) 因其他特殊情况，病人所在科的科主任或医务科认为需会诊者。

更不应流于形式。

(1) 科内会诊：由主管医师提出，科主任召集有关医务人员参加。

(2) 科间会诊：由主管病人治疗组的主治医师提出，主任（副主任）医师同意，填写会诊申请单。如因本科诊疗设备的限制，在病人病情允许的情况下，可带病人到相应专科检查（如需携带病历的，科室派医务人员携病历一同前往）。

(3) 门（急）诊会诊：由首诊医师提出，医生或护士电话通知被邀请科室的医师到指定诊室会诊。首诊医师须写好门（急）诊病历及初步诊断意见。

(4) 手术会诊：是指在手术过程中需要请其他专业医师协助处理的会诊。由主刀医师或其上级医师提出，电话通知相应专业的医师，应邀者得通知后应立即到场（如因事不能到场应说明原因，并提出代替人）。

(5) 院内多科会诊：是指需要同时邀请3个科或以上的医师进行会诊的情况。由病人所在科的科主任提出会诊的目的和要求，并将会诊通知书送医务科，医务科确定参加会诊的科室（部门）人员，并通知有关人员在指定的时间参加会诊。会诊申请书放在病人住院病历的最前面备阅。会诊的主持人根据病人的具体情况、会诊的参加人员等，可相应确定由病人所在科的科主任、医务科科长或医院领导主持。

(6) 院外会诊：本院一时不能诊治的疑难病例，由专科主任提出，填写《会诊邀请函》及《会诊申请单》报医务科审批同意并存档。若病情危急，科主任可直接电话邀请上级医院专家后，立即报医务科，并明确会诊时间、被邀请专家的单

位和姓名等信息，再由医务科通知对方医院医务科。会诊由申请科的专科主任主持。必要时，携带病历，陪同病员到院外会诊。但须在医务科备案。

(1) 普通会诊在发出会诊邀请后24小时内完成。

(2) 紧急会诊须在确定会诊后10分钟内执行，需要紧急会诊时，上述第三条所规定的组织程序均可简化，责任医师（主管医师、值班医师或首诊医师）应用电话通知被邀请人，之后邀请人应补发会诊申请单给被邀请会诊医师。

(3) 属于抢救病人生命的紧急会诊，被邀请人必须在接到通知后以最快的速度到达会诊指定地点。

(1) 责任医师要认真、清楚的填写会诊申请单的每项内容，尤其对通知单中的诊断意见、会诊目的、时间、地点、邀请人员、属普通或紧急会诊、申请时间等。

(2) 责任医师要认真、清楚的填写会诊申请书内容：包括病人姓名、住院号、病历摘要、必要的辅助检查及化验结果、初步诊断、会诊目的、书写日期等项。并根据第三条所规定的会诊邀请人权限，由申请会诊邀请人审阅后亲笔签名。

(3) 会诊时，病人的主管医师及与被邀请会诊医师相应级别的上级医师必须全程陪同会诊并详细介绍病人的情况。如主管医师因特殊情况不能在场时，其上级医师必须指定专人或亲自负责代替其陪同会诊的工作。如上级医师因特殊情况不能在场时，本科的二线值班医师必须在场陪同会诊。

(4) 责任医师要做好会诊前的准备和会诊记录，并实事求是地实施会诊意见提出的诊疗行为。

(1) 未指名的普通会诊，由本院主治医师以上医师负责。

(2) 指名的普通会诊，原则上由指定的被邀请人负责，如被邀请人不能执行，应与邀请人协商后另行安排其他医师负责。

(3) 紧急会诊原则由被邀请科室的本院主治医师以上医师或二线值班医师负责。

(4) 普通会诊在接到会诊通知后24小时内完成。紧急会诊被邀请人须在10分钟到位。属于抢救病人生命的紧急会诊，被邀请人必须在接到通知后以最快的速度到达会诊指定地点。

(5) 应邀会诊医师在会诊时应做到以下几点：

详细阅读病历，了解患者的病情，亲自诊察患者，补充、完善必要的检查；

对疑难病例、诊断不明确或处理有困难时，须及时请本科上级医师协助会诊；

会诊过程中要严格执行诊疗规范；

严禁会诊医师不亲自查看病人电话会诊。

## 十八项医疗核心制度心得篇二

医疗机构应建立三级医师治疗体系，实行主任医师(或副主任医师)、主治医师、住院医师查房制度。

(1) 住院医师查房的主要任务是密切观察病情变化，在诊疗计划原则下对病情作对症处理，遇到疑难复杂问题及时报告上级医师决定，住院医师对所有病人每日至少查房二次。住院医师查房应按时进行(上午、下午各一次)，上午查房可以在主治医师的带领下同时进行，下午主要对重点病人查房。接到护士报告或病人反映，应随时查房。

(2)应重视病人的主诉，并作相应的检诊，不允许不检查病人就处置。

(3)查房发现的病情变化情况，应在病程记录中记载，并向上级医师报告。

(4)落实医嘱执行情况 and 检查报告单，分析检验结果，提出进一步检查和治疗意见。

(5)加强与病人的沟通，做好病人的思想工作，督促病人配合执行医嘱，如按时服药、卧床休息、适宜运动、饮食要求等。

(6)做好上级医师查房前的准备，备好病历、影像检查胶片、检验报告和所需检查器材，上级医师查房时要报告病情，提出要解决的问题，及时做好查房记录。

每日上午带领住院医师对所管病人进行系统查房一次，接到下级医师或护士报告应随时到场重点查房。

(1)听取住院医师报告和护士的反映，倾听病人的陈述。

(2)对新入院、危重、诊断未明、治疗效果不好的病人进行重点检查和讨论，必要时报告主任(副主任)医师或提交科室病例讨论。

(3)检查病历并纠正其中错误的记录。

(4)检查医嘱执行情况及治疗效果，决定病人出院、转院等。

每周查房至少2次。主任(副主任)医师查房前，主治医师应督促经管医师作好有关准备，查房时经管医师简要报告病情后，作必要的补充。主任(副主任)医师应认真听取下级医师的报告和需要解决的问题，可在病人面前质询、答疑问题，可当场质询或答疑，对下级医师严格要求。

主任(副主任)医师查房内容包括:

- (1) 审查新入院、危重病人的诊断、治疗计划。
- (2) 解决疑难病例诊疗问题。
- (3) 决定重大手术及特殊检查治疗。
- (4) 进行必要的教学工作。
- (5) 审查和决定会诊，讨论病例。

## 十八项医疗核心制度心得篇三

- 1、急危重患者的抢救工作，一般由科主任或正(副)主任医师负责组织并主持抢救工作。科主任或正(副)主任医师不在时，由职称最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或正(副)主任医师，特殊病人或需多学科协同抢救的病人，应及时报告医务科、护理部和主管院长，以便组织有关科室共同进行抢救工作。
- 2、对急危重患者严格执行首诊负责制，不得以任何借口推迟抢救，必须全力以赴，分秒必争，各种记录及时全面，对他科病情由主诊科负责邀请有关科室参加抢救。
- 3、参加危重患者抢救的医护人员必须明确分工，紧密合作，各司其职，坚守岗位，要无条件服从主持抢救人员的指挥及医嘱，但对抢救病人有益的建议，可提请主持抢救人员认定后用于抢救病人。
- 4、参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救人员的医嘱，并严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况 and 病情变化报告主持抢救者；执行口头医嘱时应复颂一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

5、严格执行交接班制度和查对制度，各班应有专人负责，对病情抢救经过及各种用药要详细交班，所用药品的空安瓿瓶经二人核对方可离开，各种抢救药品，器械用后应及时清理，清毒，补充，物归原处，以备再用。

6、需多学科协作抢救的危重患者，原则上由医务科或医疗副院长等组织抢救工作，并指定主持抢救人员、参加多学科抢救病人的各科医师应运用本科专业特长，团结协作致力于病人的抢救工作。

7、病危、病重病人要填写病危通知单，一式两份，一份放入病历中，一份交病人家属。要及时、认真向病人家属讲明病情及预后，填写病情告知书，以期取得家属的配合。

8、因纠纷、殴斗、交通或生产事故、自杀、他杀等原因致伤的病员及形迹可疑的伤病员，除应积极进行抢救工作外，同时执行特殊情况报告制度，在正常工作日应向医务科和保卫科汇报，非工作日向医院总值班汇报，必要时报告公安部门。

9、不参加抢救工作的医护人员一般不进入抢救现场，但须做好抢救的后勤工作。

10、抢救工作中，药房、检验、放射或其他辅助科室及后勤部门，应满足临床抢救工作的需要，要给予充分的支持和保证。

## **十八项医疗核心制度心得篇四**

为了确保手术的安全和质量，加强我院各级医师的手术分级管理，根据《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》，参照《医院管理评价指南(试行)》的要求，制定本制度。

手术指各种开放性手术、腔镜手术及介入治疗(以下统称手

术)。依据其技术难度、复杂性和风险度，将手术分为四级：

四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

三级手术：技术难度较大、手术过程较复杂、风险度较大的各种手术。

二级手术：技术难度一般、手术过程不复杂、风险度中等的各种手术。

一级手术：技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。

依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，规定手术医师的分级。所有手术医师均应依法取得执业医师资格。

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

(2) 高年资住院医师：从事住院医师岗位工作3年以上者，或获得硕士学位、取得执业医师资格、并曾从事住院医师岗位工作2年以上者。

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

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

(1) 低年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作3年以内，或有博士后学历、从事副主任医师岗位工作2年以上者。

(2) 高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作3年以上者。



4、主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

1、低年资住院医师：在上级医师指导下，可主持一级手术。

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

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

4、高年资主治医师：可主持三级手术。

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

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

7、主任医师：可主持四级手术以及一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。

8、资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者。

9、任何级别医师所作的外科手术类别，均不可超出所受聘医院的外科手术执业范围。

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同情况、不同类别手术的审批权限。

(1)四级手术：科主任审批，由高年资副主任医师以上医师签发手术通知单。

(2)三级手术：科主任审批，由副主任医师以上医师签发手术

通知单。

(3) 二级手术：科主任审批，高年资主治医师以上人员签发手术通知单。

(4) 一级手术：主管的主治医师以上医师审批，并可签发手术通知单。

高度风险手术是指手术科室科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术(含70岁以上高龄患者的手术)。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科，由医务科负责人审批或提交业务副院长审批，获准后，手术科室科主任或高年资副主任以上医师负责签发手术通知单。

拟作手术的级别在值班医师手术权限级别内时，可通知并施行手术。若属高风险手术或拟作手术超出自己手术权限级别时，应紧急报责任规定的上级医师审批，需要时再逐级上报。原则上应由具备实施该项手术资格的医师主持手术。在紧急抢救生命的情况下，而上级医生又暂时不能到场主持手术期间，任何级别的值班医生在不违背上级医生口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的。抢救手术，不得延误抢救时机。急诊手术如发现需施行的手术超出自己的手术权限时，应立即口头上报请示。

(1) 一般新技术、新项目手术及重大手术、致残手术须经科内讨论、由科主任填写“术前小结及审批表”，签署同意意见后报医务科备案，并由医务科负责人审批或提交业务副院长或院长审批。

(2) 高风险的新技术、新项目、科研手术参照卫生部《卫生部医疗技术临床应用管理办法》执行。

(1) 被手术者系执外国或港、澳、台护照的人员。

(2) 被手术者系特殊保荐对象、著名专家学者、知名人士及各党派负责人。

(3) 70岁以上的高龄病人的手术。

(4) 器官摘除手术。

(5) 可能导致毁容或致残的。

(6) 已经或预期可能引致医、患或司法纠纷的。

(7) 在本院发生的因手术后并发症需再次手术的。

(8) 外院医师会诊主持手术的(异地行医必须按执业医师法和卫生部第42号令《医师外出会诊管理暂行规定》执行)。

本院执业医师受邀请到本市外单位或外地手术，必须按《执业医师法》和卫生部第42号《医师外出会诊管理暂行规定》的要求执行。外出手术医师所主持的手术不得超出其按本制度规定的相应手术级别。

7、外籍医师在本院行医手术的执业手续按国家有关规定审批。

1、各科室和各级医师必须严格执行本制度。

2、在急诊手术、探查性手术或非预期的中转手术中，如必须施行超手术权限的手术时，在不影响病人安全的前提下，应请示上级医师，如有必要应报科主任及医务科，术毕一周内补办相关手续。

3、对违反本规范超权限手术的责任人，一经查实，将追究责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。

明确各级医师手术权限，是规范医疗行为，保障医疗安全，

维护病人权益的有力措施，各临床科室及各级医师必须严格遵照执行。

## 十八项医疗核心制度心得篇五

会诊是发挥有关专业人员的集体智慧，更恰当地解决疑难病例的诊疗，提高医疗质量、保障医疗安全的重要环节。会诊也是各科室之间或各医院之间协作的重要形式。

(1) 住院病人住院时间超过7天，经科内三级医师查房后仍未能明确诊断或尚没有相对明确的提示诊断线索者。

(2) 病人虽已确诊，但经治疗疗效不佳或在治疗上遇到困难者。

(3) 病人住院期间出现其他专业的病情变化或伴发其他专业的疾病者。

(4) 病人病情复杂，同时伴有多系统症状或多器官功能损害者。

(5) 手术时出现需要其他专业的医师配合者。

(6) 门诊或急诊就诊的病人因病情需要其他专业的医师协助诊疗者。

(7) 病人或家属提出要求者。

(8) 因其他特殊情况，病人所在科的科主任或医务科认为需会诊者。

更不应流于形式。

(1) 科内会诊：由主管医师提出，科主任召集有关医务人员参加。

(2)科间会诊：由主管病人治疗组的主治医师提出，主任(副主任)医师同意，填写会诊申请单。如因本科诊疗设备的限制，在病人病情允许的情况下，可带病人到相应专科检查(如需携带病历的，科室派医务人员携病历一同前往)。

(3)门(急)诊会诊：由首诊医师提出，医生或护士电话通知被邀请科室的医师到指定诊室会诊。首诊医师须写好门(急)诊病历及初步诊断意见。

(4)手术会诊：是指在手术过程中需要请其他专业医师协助处理的会诊。由主刀医师或其上级医师提出，电话通知相应专业的医师，应邀者得通知后应立即到场(如因事不能到场应说明原因，并提出代替人)。

(5)院内多科会诊：是指需要同时邀请3个科或以上的医师进行会诊的情况。由病人所在科的科主任提出会诊的目的和要求，并将会诊通知书送医务科，医务科确定参加会诊的科室(部门)人员，并通知有关人员在指定的时间参加会诊。会诊申请书放在病人住院病历的最前面备阅。会诊的主持人根据病人的具体情况、会诊的参加人员等，可相应确定由病人所在科的科主任、医务科科长或医院领导主持。

(6)院外会诊：本院一时不能诊治的疑难病例，由专科主任提出，填写《会诊邀请函》及《会诊申请单》报医务科审批同意并存档。若病情危急，科主任可直接电话邀请上级医院专家后，立即报医务科，并明确会诊时间、被邀请专家的单位 and 姓名等信息，再由医务科通知对方医院医务科。会诊由申请科的专科主任主持。必要时，携带病历，陪同病员到院外会诊。但须在医务科备案。

(1)普通会诊在发出会诊邀请后24小时内完成。

(2)紧急会诊须在确定会诊后10分钟内执行，需要紧急会诊时，上述第三条所规定的组织程序均可简化，责任医师(主管医师、

值班医师或首诊医师)应用电话通知被邀请人，之后邀请人应补发会诊申请单给被邀请会诊医师。

(3)属于抢救病人生命的紧急会诊，被邀请人必须在接到通知后以最快的速度到达会诊指定地点。

(1)责任医师要认真、清楚的填写会诊申请单的每项内容，尤其对通知单中的诊断意见、会诊目的、时间、地点、邀请人员、属普通或紧急会诊、申请时间等。

(2)责任医师要认真、清楚的填写会诊申请书内容：包括病人姓名、住院号、病历摘要、必要的辅助检查及化验结果、初步诊断、会诊目的、书写日期等项。并根据第三条所规定的会诊邀请人权限，由申请会诊邀请人审阅后亲笔签名。

(3)会诊时，病人的主管医师及与被邀请会诊医师相应级别的上级医师必须全程陪同会诊并详细介绍病人的情况。如主管医师因特殊情况不能在场时，其上级医师必须指定专人或亲自负责代替其陪同会诊的工作。如上级医师因特殊情况不能在场时，本科的二线值班医师必须在场陪同会诊。

(4)责任医师要做好会诊前的准备和会诊记录，并实事求是地实施会诊意见提出的诊疗行为。

(1)未指名的普通会诊，由本院主治医师以上医师负责。

(2)指名的普通会诊，原则上由指定的被邀请人负责，如被邀请人不能执行，应与邀请人协商后另行安排其他医师负责。

(3)紧急会诊原则由被邀请科室的本院主治医师以上医师或二线值班医师负责。

(4)普通会诊在接到会诊通知后24小时内完成。紧急会诊被邀请人须在10分钟到位。属于抢救病人生命的紧急会诊，被邀

请人必须在接到通知后以最快的速度到达会诊指定地点。

(5) 应邀会诊医师在会诊时应做到以下几点：

详细阅读病历，了解患者的病情，亲自诊察患者，补充、完善必要的检查；

对疑难病例、诊断不明确或处理有困难时，须及时请本科上级医师协助会诊；

会诊过程中要严格执行诊疗规范；

严禁会诊医师不亲自查看病人电话会诊。

1. 十八项医疗核心制度2017
2. 十八项医疗核心制度2017(2)
3. 十八项医疗核心制度2017(5)
4. 十八项医疗核心制度2017(3)
5. 十八项医疗核心制度2017(4)
6. 十八项医疗核心制度2017(6)
7. 医院管理规章制度
8. 卫生院岗位绩效工资分配制度
9. 小企业财务报销制度(2)
10. 小企业财务报销制度