

目 录

第一章 公共事件类.....	1
中华人民共和国突发事件应对法.....	1
国家突发公共事件总体应急预案.....	13
国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案.....	20
湖南省突发公共事件总体应急预案.....	29
总体应急预案框架图.....	43
应急管理 workflow 示意图.....	44
应急预案体系.....	45
湖南省突发公共事件医疗卫生救援应急预案.....	46
突发事件应急处置预案.....	56
公共精神卫生服务医疗应急处置工作方案.....	59
突发公共事件心理危机干预方案.....	63
医院反恐应急预案.....	66
治安突发事件应急预案.....	69
安全保卫应急预案.....	72
信访工作应急预案.....	74
医疗纠纷应急处置预案.....	76
火灾救援疏散应急预案.....	79
电梯安全管理应急预案.....	81
冰灾、雪灾应急预案.....	84
防汛应急预案.....	85
监控指挥中心突发监控故障应急预案.....	88
住院精神病人逃跑处置预案.....	90
微型消防站火灾应急预案.....	92
安全保卫组织架构图.....	93
第二章 后勤保障类.....	102
医院后勤安全生产应急预案.....	102
供水安全管理应急预案.....	106
车辆安全管理应急预案.....	108
医院突发性停电事故应急预案.....	109
医院灾害性停电应急预案.....	113
电梯安全管理应急预案.....	114
食品安全突发事件应急处置预案.....	117
食堂安全事件应急预案.....	119
中心供氧安全管理应急预案.....	121
医院信息系统应急预案.....	125

危险品安全事件处置预案.....	131
污水处理工作流程.....	136
医疗机构医疗废物防流失、泄露和意外事故的应急预案.....	137
医院感染暴发报告流程与处置预案.....	138
医院职业暴露后应急预案.....	142
医务人员职业暴露、锐器伤处理及报告流程.....	144
艾滋病毒职业暴露应急预案.....	145
暴露后处理及报告流程.....	149
传染病暴发流行应急预案.....	152
传染病暴发流行处理流程图.....	157
突发公共卫生事件与重大传染病应急预案.....	158
第四章 医疗类.....	164
第四章 医疗类.....	165
防范医疗事故预案.....	165
夜间、节假日应急工作预案及流程.....	174
医疗技术损害处置预案.....	179
医疗新技术患者安全保障和风险处置预案.....	180
中心供氧火灾事故紧急扑救及疏散预案.....	183
放射科火灾事故紧急扑救及疏散预案.....	183
高压氧火灾事故紧急扑救及疏散预案.....	183
临床科室火灾事故紧急扑救及疏散预案.....	184
急救、生命支持系统仪器装备应急预案.....	184
医疗器械临床使用安全事件应急预案.....	186
放射事故应急预案与处理流程.....	187
造影剂过敏性休克的应急预案及流程.....	190
功能科病员突发猝死应急预案.....	191
紧急封存患者病历及反应标本的应急预案及程序.....	192
病案保护及信息安全应急预案.....	194
组织机构及职责.....	194
预防与预警.....	195
临床输血应急预案及流程.....	200
输血不良反应处理预案.....	203
重点急危重患者的抢救预案.....	207
休克患者的抢救预案及流程.....	208
晕厥患者的抢救预案及流程.....	209
中暑的抢救预案及流程.....	210
突发鼻出血患者的抢救预案及流程.....	211
突发过敏性哮喘患者的抢救预案及流程.....	212

上消化道出血抢救预案及流程.....	212
青霉素过敏性休克抢救预案及流程.....	213
低血糖昏迷抢救预案及流程.....	214
脑梗塞抢救预案及流程.....	215
脑出血抢救预案及流程.....	216
癫痫持续状态抢救预案及流程.....	218
有机磷农药中毒抢救预案及流程.....	219
呼吸心跳骤停抢救预案及流程.....	220
糖尿病酮症酸中毒患者抢救预案及流程.....	222
肺心病合并呼吸衰竭的应急预案及流程.....	222
肺癌大咯血应急预案及流程.....	223
自发性气胸的应急预案及流程.....	224
高血压急症的应急处理与护理措施.....	225
急性左心衰竭的应急预案与流程.....	226
急性心肌梗死并心律失常时的风险预案及流程.....	227
突然发生猝死的应急预案及流程.....	227
药物过敏性休克应急预案及流程.....	228
住院患者发生误吸时的应急预案及流程.....	229
中毒急救流程.....	232
阿片类药物急性中毒的应急预案及处理流程.....	233
阿片类药物急性中毒的处理流程.....	234
肠梗阻病人抢救应急预案及流程.....	237
消化道穿孔应急预案及流程.....	238
创伤性休克的应急抢救预案及流程.....	239
急腹症的应急预案及流程.....	240
气管切开使用呼吸机患者意外脱管应急预案与处理流程.....	241
气管插管意外脱出的应急预案.....	241
开放性骨折患者应急预案及流程.....	242
截瘫病人的应急预案及流程.....	242
骨盆骨折的应急预案及流程.....	243
骨筋膜室综合症应急预案及流程.....	244
脂肪栓塞应急预案及程序.....	244
脑疝患者的应急预案及流程.....	245
癫痫持续状态的抢救预案及流程.....	246
小脑幕切迹疝（颞叶沟回疝）处理预案及流程.....	247
甲亢危象的应急预案及流程.....	247
急性肠梗阻患者的应急预案及流程.....	248
困难气道的处理预案.....	249

麻醉科过敏反应的处理预案.....	252
局麻药毒性反应处理预案.....	253
恶性高热的处理预案.....	254
哮喘持续状态处理应急预案.....	255
肺栓塞的应急处理预案.....	256
晕针紧急处理预案.....	258
癫痫发作紧急处理预案.....	259
体位性低血压紧急处理预案.....	260
断针紧急处理预案.....	260
患者压疮防范与应急处理.....	261
噎食防范预案及应急处理流程.....	262
窒息防范与应急处理.....	263
预约诊疗服务流程.....	265
精神病患者非自愿住院流程.....	266
急诊室留观流.....	267
医院会诊流程图（院内、院外）.....	268
急会诊流程图.....	269
双向转诊流程图.....	269
转院服务流程图.....	272
出院患者随访流程.....	272
精神康复流程.....	274
常见急危重症病人抢救流程图.....	275
急救通则（First Aid）.....	276
休克抢救流程图.....	277
过敏反应抢救流程.....	278
昏迷病人的急救流程图.....	279
昏迷原因的鉴别.....	280
有神经系统症状，结合病史判断.....	280
眩晕的诊断思路及抢救流程.....	281
窒息的现场抢救流程.....	281
发热的诊断治疗流程图.....	281
心动过缓的诊断治疗流程图.....	284
高血压危象抢救流程图.....	285
高血压危象抢救流程图.....	286
急性心肌死抢救流程.....	287
急性心衰救治流程.....	288
急性左心功能衰竭抢救流程与规范.....	289
呼吸衰竭抢救流程.....	290

大咯血的紧急抢救流程图.....	292
急性颅脑操作的急救流程图.....	293
致命性哮喘抢救流程图.....	294
低血糖症抢救流程图.....	295
全身性强直—阵挛性发作持续状态的紧急抢救流程图.....	296
急性中毒诊疗抢救流程图.....	297
成人致命性快速性心律失常抢救流程图.....	298
急性有机磷农药中毒抢救流程.....	299
颅脑创伤的急救诊疗流程图.....	300
电击伤急救处理流程图.....	301
骨折的现场急救流程图.....	302
抽搐急性发作期的抢救流程图.....	303
成人无脉性心跳骤停抢救流程图.....	304
阿片类药物急性中毒的处理流程.....	305
阿片类药物急性中毒的应急预案及处理流程.....	306
MECT 治疗工作流程.....	307
呕血抢救流程.....	308
糖尿病酮症酸中毒及高血糖高渗状态抢救流程.....	308
中暑急救流程.....	310
淹溺抢救流程.....	310
急性药物中毒诊疗流程.....	311
DIC 诊断与抢救流程.....	313
急性肾功能衰竭急救流程.....	314
急性肝功能衰竭急救流程肝性脑病急救流程.....	315
患者坠床/摔倒时的应急程序.....	317
重大突发事件报告流程图.....	318
医疗不良事件报告流程图.....	319
放射性事故应急流程.....	320
心理疾病临床处理规范化流程.....	321
紧急情况下口头医嘱执行流程.....	323
患者意外事件报告流程.....	323
患者冲动防范处理流程.....	324
自缢处理流程.....	324
噎食处理流程.....	325
出走处理流程.....	325
自伤的处理流程.....	326
触电处理流程.....	326
医疗技术审批流程.....	326

高风险诊疗操作技术授权审批程序.....	328
病人病情评估流程.....	329
重性精神疾病患者分类干预管理流程.....	330
患者病情评估操作流程.....	331
烫伤、烧伤的处理流程.....	332
吞服异物处理流程.....	333
药物中毒处理流程.....	333
特殊诊疗服务流程.....	334
“危急值”报告登记流程图.....	335
检验科标本洒溢处理流程.....	336
检验科化学危险品溢出与暴露应急预案.....	337
检验科门急诊应急预案.....	337
检验科危急值报告程序及流程图.....	339
附件：检验科危急值报告流程图.....	340
检验科职业暴露事件应急处理预案.....	341
检验科乙肝职业暴露处理方法与报告流程图.....	343
检验科丙肝职业暴露处理方法与报告流程图.....	344
检验科梅毒职业暴露处理方法与报告流程图.....	345
检验科 HIV 职业暴露处理流程图.....	346
突发事件药事管理应急预案.....	347
特殊管理药品突发事件应急预案.....	348
特殊管理药品突发事件应急处理流程图.....	350
突发事件应急药品目录.....	351
假、劣药品或调剂错误药品导致人身.....	352
损害的处置预案.....	352
严重、群发药品不良事件应急预案及急救器材、药品清单.....	353
配置的急救器材、药品清单：.....	355
检验科实验室安全管理流程.....	355
第五章 护理类.....	368
意外事件紧急情况下护理应急预案.....	386
临床护理工作流程.....	388
一、患者身份识别流程.....	388
二、无名身份患者就诊处置流程图.....	389
三、患者入院流程.....	390
四、患者出院流程.....	391
五、患者转科工作流程.....	392
（一）患者转出流程.....	392
（二）患者转入流程.....	393

(三) 患者转院流程.....	394
(四) 精神科住院患者身份识别流程.....	395
(五) 危急值报告处理流程.....	395
九、口服给药工作流程.....	396
十、安全用药工作流程.....	397
十一、药物使用与治疗流程.....	398
十二、标本采集流程.....	399
十三、处理医嘱流程.....	400
十四、紧急情况下执行口头医嘱流程.....	401
十五、护理会诊流程.....	402
十六、护理投诉处理流程.....	403
十七、护理不良事件处置流程.....	404
十八、重点环节质量控制流程.....	405
临床护理应急处理流程.....	406
一、过敏性休克的应急处理流程.....	406
二、输液反应处理流程.....	407
三、服药错误的应急处理流程.....	408
四、脱管滑脱应急处理流程.....	409
五、跌倒/坠床应急处理流程.....	410
六、患者触电应急处理流程.....	411
七、住院病人压疮处理流程.....	412
八、患者发生体位性低血压处理流程.....	413
九、患者突发抽搐处理流程.....	413
十、患者噎食应急处理流程.....	414
十一、自杀/自伤应急处理流程.....	415
十二、外走应急处理流程.....	416
十三、暴力攻击应急处理流程.....	417
十四、危重病人护理应急处理流程.....	418
十五、猝死的应急处理流程.....	419
十六、应急处理流程.....	420
十七、医学保护性约束技术操作流程.....	421
十八、护理人力资源调配流程.....	422
(一) 紧急状态下人力资源调配流程.....	422
(二) 非紧急状态下人力资源调配流程.....	422
十九、职业暴露/锐器伤处理流程.....	423
二十、突发公共卫生事件处理流程.....	423
二十一、穿脱防护用品流程.....	424
二十二、门诊预检分诊流程.....	426

二十三、核酸检测标本采集、送检流程.....	427
二十四、断针紧急处理预案.....	428
二十五、中心供氧故障紧急处理预案.....	429
应急处理流程.....	429
二十六、心肺复苏操作流程.....	430
二十七、电除颤急救技术操作流程.....	431
二十八、简易呼吸复苏囊操作流程.....	432
二十九、突发停电处理流程.....	433
三十、发生火灾处理流程.....	433

第一章 公共事件类

中华人民共和国突发事件应对法

(中华人民共和国主席令第69号)

颁布时间：2007年8月30日 实施时间：2007年11月1日

第一章 总 则

第一条 为了预防和减少突发事件的发生，控制、减轻和消除突发事件引起的严重社会危害，规范突发事件应对活动，保护人民生命财产安全，维护国家安全、公共安全、环境安全和社会秩序，制定本法。

第二条 突发事件的预防与应急准备、监测与预警、应急处置与救援、事后恢复与重建等应对活动，适用本法。

第三条 本法所称突发事件，是指突然发生，造成或者可能造成严重社会危害，需要采取应急处置措施予以应对的自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件。

按照社会危害程度、影响范围等因素，自然灾害、事故灾难、公共卫生事件分为特别重大、重大、较大和一般四级。法律、行政法规或者国务院另有规定的，从其规定。突发事件的分级标准由国务院或者国务院确定的部门制定。

第四条 国家建立统一领导、综合协调、分类管理、分级负责、属地管理为主的应急管理体制。

第五条 突发事件应对工作实行预防为主、预防与应急相结合的原则。国家建立重大突发事件风险评估体系，对可能发生的突发事件进行综合性评估，减少重大突发事件的发生，最大限度地减轻重大突发事件的影响。

第六条 国家建立有效的社会动员机制，增强全民的公共安全和防范风险的意识，提高全社会的避险救助能力。

第七条 县级人民政府对本行政区域内突发事件的应对工作负责；涉及两个以上行政区域的，由有关行政区域共同的上一级人民政府负责，或者由各有关行政区域的上一级人民政府共同负责。

第八条 突发事件发生后，发生地县级人民政府应当立即采取措施控制事态发展，组织开展应急救援和处置工作，并立即向上一级人民政府报告，必要时可以越级上报。

第九条 突发事件发生地县级人民政府不能消除或者不能有效控制突发事件引起的严重社会危害的，应当及时向上级人民政府报告。上级人民政府应当及时采取措施，



统一领导应急处置工作。

第十条 法律、行政法规规定由国务院有关部门对突发事件的应对工作负责的，从其规定；地方人民政府应当积极配合并提供必要的支持。

第十一条 第八条 国务院在总理领导下研究、决定和部署特别重大突发事件的应对工作；根据实际需要，设立国家突发事件应急指挥机构，负责突发事件应对工作；必要时，国务院可以派出工作组指导有关工作。

第十二条 县级以上地方各级人民政府设立由本级人民政府主要负责人、相关部门负责人、驻当地中国人民解放军和中国人民武装警察部队有关负责人组成的突发事件应急指挥机构，统一领导、协调本级人民政府各有关部门和下级人民政府开展突发事件应对工作；根据实际需要，设立相关类别突发事件应急指挥机构，组织、协调、指挥突发事件应对工作。

第十三条 上级人民政府主管部门应当在各自职责范围内，指导、协助下级人民政府及其相应部门做好有关突发事件的应对工作。

第十四条 第九条 国务院和县级以上地方各级人民政府是突发事件应对工作的行政领导机关，其办事机构及具体职责由国务院规定。

第十五条 有关人民政府及其部门作出的应对突发事件的决定、命令，应当及时公布。

第十六条 有关人民政府及其部门采取的应对突发事件的措施，应当与突发事件可能造成的社会危害的性质、程度和范围相适应；有多种措施可供选择的，应当选择有利于最大程度地保护公民、法人和其他组织权益的措施。

第十七条 公民、法人和其他组织有义务参与突发事件应对工作。

第十八条 第十二条 有关人民政府及其部门为应对突发事件，可以征用单位和个人的财产。被征用的财产在使用完毕或者突发事件应急处置工作结束后，应当及时返还。财产被征用或者征用后毁损、灭失的，应当给予补偿。

第十九条 因采取突发事件应对措施，诉讼、行政复议、仲裁活动不能正常进行的，适用有关时效中止和程序中止的规定，但法律另有规定的除外。

第二十条 中国人民解放军、中国人民武装警察部队和民兵组织依照本法和其他有关法律、行政法规、军事法规的规定以及国务院、中央军事委员会的命令，参加突发事件的应急救援和处置工作。

第二十一条 中华人民共和国政府在突发事件的预防、监测与预警、应急处置与救

援、事后恢复与重建等方面，同外国政府和有关国际组织开展合作与交流。

第二十二条 县级以上人民政府作出应对突发事件的决定、命令，应当报本级人民代表大会常务委员会备案；突发事件应急处置工作结束后，应当向本级人民代表大会常务委员会作出专项工作报告。

第二章 预防与应急准备

第十七条 国家建立健全突发事件应急预案体系。

国务院制定国家突发事件总体应急预案，组织制定国家突发事件专项应急预案；国务院有关部门根据各自的职责和国务院相关应急预案，制定国家突发事件部门应急预案。

地方各级人民政府和县级以上地方各级人民政府有关部门根据有关法律、法规、规章、上级人民政府及其有关部门的应急预案以及本地区的实际情况，制定相应的突发事件应急预案。

应急预案制定机关应当根据实际需要和情势变化，适时修订应急预案。应急预案的制定、修订程序由国务院规定。

第十八条 应急预案应当根据本法和其他有关法律、法规的规定，针对突发事件的性质、特点和可能造成的社会危害，具体规定突发事件应急管理工作的组织指挥体系与职责和突发事件的预防与预警机制、处置程序、应急保障措施以及事后恢复与重建措施等内容。

第十九条 城乡规划应当符合预防、处置突发事件的需要，统筹安排应对突发事件所必需的设备和基础设施建设，合理确定应急避难场所。

第二十条 县级人民政府应当对本行政区域内容易引发自然灾害、事故灾难和公共卫生事件的危险源、危险区域进行调查、登记、风险评估，定期进行检查、监控，并责令有关单位采取安全防范措施。省级和设区的市级人民政府应当对本行政区域内容易引发特别重大、重大突发事件的危险源、危险区域进行调查、登记、风险评估，组织进行检查、监控，并责令有关单位采取安全防范措施。县级以上地方各级人民政府按照本法规定登记的危险源、危险区域，应当按照国家规定及时向社会公布。

第二十一条 县级人民政府及其有关部门、乡级人民政府、街道办事处、居民委员会、村民委员会应当及时调解处理可能引发社会安全事件的矛盾纠纷。

第二十二条 所有单位应当建立健全安全管理制度，定期检查本单位各项安全防范措施的落实情况，及时消除事故隐患；掌握并及时处理本单位存在的可能引发社会安



全事件的问题，防止矛盾激化和事态扩大；对本单位可能发生的突发事件和采取安全防范措施的情况，应当按照规定及时向所在地人民政府或者人民政府有关部门报告。

第二十三条 矿山、建筑施工单位和易燃易爆物品、危险化学品、放射性物品等危险物品的生产、经营、储运、使用单位，应当制定具体应急预案，并对生产经营场所、有危险物品的建筑物、构筑物及周边环境开展隐患排查，及时采取措施消除隐患，防止发生突发事件。

第二十四条 公共交通工具、公共场所和其他人员密集场所的经营单位或者管理单位应当制定具体应急预案，为交通工具和有关场所配备报警装置和必要的应急救援设备、设施，注明其使用方法，并显著标明安全撤离的通道、路线，保证安全通道、出口的畅通。有关单位应当定期检测、维护其报警装置和应急救援设备、设施，使其处于良好状态，确保正常使用。

第二十五条 县级以上人民政府应当建立健全突发事件应急管理培训制度，对人民政府及其有关部门负有处置突发事件职责的工作人员定期进行培训。

第二十六条 县级以上人民政府应当整合应急资源，建立或者确定综合性应急救援队伍。人民政府有关部门可以根据实际需要设立专业应急救援队伍。

县级以上人民政府及其有关部门可以建立由成年志愿者组成的应急救援队伍。单位应当建立由本单位职工组成的专职或者兼职应急救援队伍。

县级以上人民政府应当加强专业应急救援队伍与非专业应急救援队伍的合作，联合培训、联合演练，提高合成应急、协同应急的能力。

第二十七条 国务院有关部门、县级以上地方各级人民政府及其有关部门、有关单位应当为专业应急救援人员购买人身意外伤害保险，配备必要的防护装备和器材，减少应急救援人员的人身风险。

第二十八条 中国人民解放军、中国人民武装警察部队和民兵组织应当有计划地组织开展应急救援的专门训练。

第二十九条 县级人民政府及其有关部门、乡级人民政府、街道办事处应当组织开展应急知识的宣传普及活动和必要的应急演练。居民委员会、村民委员会、企业事业单位应当根据所在地人民政府的要求，结合各自的实际情况，开展有关突发事件应急知识的宣传普及活动和必要的应急演练。新闻第三十条 各级各类学校应当把应急知识教育纳入教学内容，对学生进行应急知识教育，媒体应当无偿开展突发事件预防与应急、自救与互救知识的公益宣传。培养学生的安全意识和自救与互救能力。教育主管

部门应当对学校开展应急知识教育进行指导和监督。

第三十一条 国务院和县级以上地方各级人民政府应当采取财政措施，保障突发事件应对工作所需经费。

第三十二条 国家建立健全应急物资储备保障制度，完善重要应急物资的监管、生产、储备、调拨和紧急配送体系。设区的市级以上人民政府和突发事件易发、多发地区的县级人民政府应当建立应急救援物资、生活必需品和应急处置装备的储备制度。县级以上地方各级人民政府应当根据本地区的实际情况，与有关企业签订协议，保障应急救援物资、生活必需品和应急处置装备的生产、供给。

第三十三条 国家建立健全应急通信保障体系，完善公用通信网，建立有线与无线相结合、基础电信网络与移动通信系统相配套的应急通信系统，确保突发事件应对工作的通信畅通。

第三十四条 国家鼓励公民、法人和其他组织为人民政府应对突发事件工作提供物资、资金、技术支持和捐赠。

第三十五条 国家发展保险事业，建立国家财政支持的巨灾风险保险体系，并鼓励单位和公民参加保险。

第三十六条 国家鼓励、扶持具备相应条件的教学科研机构培养应急管理专门人才，鼓励、扶持教学科研机构和有关企业研究开发用于突发事件预防、监测、预警、应急处置与救援的新技术、新设备和新工具。

第三章 监测与预警

第三十七条 国务院建立全国统一的突发事件信息系统。

县级以上地方各级人民政府应当建立或者确定本地区统一的突发事件信息系统，汇集、储存、分析、传输有关突发事件的信息，并与上级人民政府及其有关部门、下级人民政府及其有关部门、专业机构和监测网点的突发事件信息系统实现互联互通，加强跨部门、跨地区的信息交流与情报合作。

第三十八条 县级以上人民政府及其有关部门、专业机构应当通过多种途径收集突发事件信息。县级人民政府应当在居民委员会、村民委员会和有关单位建立专职或者兼职信息报告员制度。获悉突发事件信息的公民、法人或者其他组织，应当立即向所在地人民政府、有关主管部门或者指定的专业机构报告。

第三十九条 地方各级人民政府应当按照国家有关规定向上级人民政府报送突发事件信息。县级以上人民政府有关主管部门应当向本级人民政府相关部门通报突发性



件信息。专业机构、监测网点和信息报告员应当及时向所在地人民政府及其有关主管部门报告突发事件信息。有关单位和人员报送、报告突发事件信息，应当做到及时、客观、真实，不得迟报、谎报、瞒报、漏报。

第四十条 县级以上地方各级人民政府应当及时汇总分析突发事件隐患和预警信息，必要时组织相关部门、专业技术人员、专家学者进行会商，对发生突发事件的可能性及其可能造成的影响进行评估；认为可能发生重大或者特别重大突发事件的，应当立即向上级人民政府报告，并向上级人民政府有关部门、当地驻军和可能受到危害的毗邻或者相关地区的人民政府通报。

第四十一条 国家建立健全突发事件监测制度。县级以上人民政府及其有关部门应当根据自然灾害、事故灾难和公共卫生事件的种类和特点，建立健全基础信息数据库，完善监测网络，划分监测区域，确定监测点，明确监测项目，提供必要的设备、设施，配备专职或者兼职人员，对可能发生的突发事件进行监测。

第四十二条 国家建立健全突发事件预警制度。可以预警的自然灾害、事故灾难和公共卫生事件的预警级别，按照突发事件发生的紧急程度、发展势态和可能造成的危害程度分为一级、二级、三级和四级，分别用红色、橙色、黄色和蓝色标示，一级为最高级别。预警级别的划分标准由国务院或者国务院确定的部门制定。

第四十三条 可以预警的自然灾害、事故灾难或者公共卫生事件即将发生或者发生的可能性增大时，县级以上地方各级人民政府应当根据有关法律、行政法规和国务院规定的权限和程序，发布相应级别的警报，决定并宣布有关地区进入预警期，同时向上一级人民政府报告，必要时可以越级上报，并向当地驻军和可能受到危害的毗邻或者相关地区的人民政府通报。

第四十四条 发布三级、四级警报，宣布进入预警期后，县级以上地方各级人民政府应当根据即将发生的突发事件的特点和可能造成的危害，采取下列措施：

（一）启动应急预案；

（二）责令有关部门、专业机构、监测网点和负有特定职责的人员及时收集、报告有关信息，向社会公布反映突发事件信息的渠道，加强对突发事件发生、发展情况的监测、预报和预警工作；

（三）组织有关部门和机构、专业技术人员、有关专家学者，随时对突发事件信息进行分析评估，预测发生突发事件可能性的大小、影响范围和强度以及可能发生的突发事件的级别；

(四) 定时向社会发布与公众有关的突发事件预测信息和分析评估结果，并对相关信息的报道工作进行管理；

(五) 及时按照有关规定向社会发布可能受到突发事件危害的警告，宣传避免、减轻危害的常识，公布咨询电话。

第四十五条 发布一级、二级警报，宣布进入预警期后，县级以上地方各级人民政府除采取本法第四十四条规定的措施外，还应当针对即将发生的突发事件的特点和可能造成的危害，采取下列一项或者多项措施：

(一) 责令应急救援队伍、负有特定职责的人员进入待命状态，并动员后备人员做好参加应急救援和处置工作的准备；

(二) 调集应急救援所需物资、设备、工具，准备应急设施和避难场所，并确保其处于良好状态、随时可以投入正常使用；

(三) 加强对重点单位、重要部位和重要基础设施的安全保卫，维护社会治安秩序；

(四) 采取必要措施，确保交通、通信、供水、排水、供电、供气、供热等公共设施的安全和正常运行；

(五) 及时向社会发布有关采取特定措施避免或者减轻危害的建议、劝告；

(六) 转移、疏散或者撤离易受突发事件危害的人员并予以妥善安置，转移重要财产；

(七) 关闭或者限制使用易受突发事件危害的场所，控制或者限制容易导致危害扩大的公共场所的活动；

(八) 法律、法规、规章规定的其他必要的防范性、保护性措施。

第四十六条 对即将发生或者已经发生的社会安全事件，县级以上地方各级人民政府及其有关主管部门应当按照规定向上级人民政府及其有关主管部门报告，必要时可以越级上报。

第四十七条 发布突发事件警报的人民政府应当根据事态的发展，按照有关规定适时调整预警级别并重新发布。

有事实证明不可能发生突发事件或者危险已经解除的，发布警报的人民政府应当立即宣布解除警报，终止预警期，并解除已经采取的有关措施。

第四章 应急处置与救援

第四十八条 突发事件发生后，履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府应当针对其性质、特点和危害程度，立即组织有关部门，调动应急救援队伍和社会力量，依照本章的规定和有关法律、法规、规章的规定采取应急处置措施。

第四十九条 自然灾害、事故灾难或者公共卫生事件发生后，履行统一领导职责的人民政府可以采取下列一项或者多项应急处置措施：

（一）组织营救和救治受害人员，疏散、撤离并妥善安置受到威胁的人员以及采取其他救助措施；

（二）迅速控制危险源，标明危险区域，封锁危险场所，划定警戒区，实行交通管制以及其他控制措施；

（三）立即抢修被损坏的交通、通信、供水、排水、供电、供气、供热等公共设施，向受到危害的人员提供避难场所和生活必需品，实施医疗救护和卫生防疫以及其他保障措施；

（四）禁止或者限制使用有关设备、设施，关闭或者限制使用有关场所，中止人员密集的活动或者可能导致危害扩大的生产经营活动以及采取其他保护措施；

（五）启用本级人民政府设置的财政预备费和储备的应急救援物资，必要时调用其他急需物资、设备、设施、工具；

（六）组织公民参加应急救援和处置工作，要求具有特定专长的人员提供服务；

（七）保障食品、饮用水、燃料等基本生活必需品的供应；

（八）依法从严惩处囤积居奇、哄抬物价、制假售假等扰乱市场秩序的行为，稳定市场价格，维护市场秩序；

（九）依法从严惩处哄抢财物、干扰破坏应急处置工作等扰乱社会秩序的行为，维护社会治安；

（十）采取防止发生次生、衍生事件的必要措施。

第五十条 社会安全事件发生后，组织处置工作的人民政府应当立即组织有关部门并由公安机关针对事件的性质和特点，依照有关法律、行政法规和国家其他有关规定，采取下列一项或者多项应急处置措施：

（一）强制隔离使用器械相互对抗或者以暴力行为参与冲突的当事人，妥善解决现场纠纷和争端，控制事态发展；

（二）对特定区域内的建筑物、交通工具、设备、设施以及燃料、燃气、电力、

水的供应进行控制；

（三）封锁有关场所、道路，查验现场人员的身份证件，限制有关公共场所内的活动；

（四）加强对易受冲击的核心机关和单位的警卫，在国家机关、军事机关、国家通讯社、广播电台、电视台、外国驻华使领馆等单位附近设置临时警戒线；

（五）法律、行政法规和国务院规定的其他必要措施。严重危害社会治安秩序的事件发生时，公安机关应当立即依法出动警力，根据现场情况依法采取相应的强制性措施，尽快使社会秩序恢复正常。

第五十一条 发生突发事件，严重影响国民经济正常运行时，国务院或者国务院授权的有关主管部门可以采取保障、控制等必要的应急措施，保障人民群众的基本生活需要，最大限度地减轻突发事件的影响。

第五十二条 履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府，必要时可以向单位和个人征用应急救援所需设备、设施、场地、交通工具和其他物资，请求其他地方人民政府提供人力、物力、财力或者技术支援，要求生产、供应生活必需品和应急救援物资的企业组织生产、保证供给，要求提供医疗、交通等公共服务的组织提供相应的服务。履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府，应当组织协调运输经营单位，优先运送处置突发事件所需物资、设备、工具、应急救援人员和受到突发事件危害的人员。

第五十三条 履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府，应当按照有关规定统一、准确、及时发布有关突发事件事态发展和应急处置工作的信息。

第五十四条 任何单位和个人不得编造、传播有关突发事件事态发展或者应急处置工作的虚假信息。

第五十五条 突发事件发生地的居民委员会、村民委员会和其他组织应当按照当地人民政府的决定、命令，进行宣传动员，组织群众开展自救和互救，协助维护社会秩序。

第五十六条 受到自然灾害危害或者发生事故灾难、公共卫生事件的单位，应当立即组织本单位应急救援队伍和工作人员营救受害人员，疏散、撤离、安置受到威胁的人员，控制危险源，标明危险区域，封锁危险场所，并采取其他防止危害扩大的必要措施，同时向所在地县级人民政府报告；对因本单位的问题引发的或者主体是本单位人员的社会安全事件，有关单位应当按照规定上报情况，并迅速派出负责人赶赴现场

开展劝解、疏导工作。

突发事件发生地的其他单位应当服从人民政府发布的决定、命令，配合人民政府采取的应急处置措施，做好本单位的应急救援工作，并积极组织人员参加所在地的应急救援和处置工作。

第五十七条 突发事件发生地的公民应当服从人民政府、居民委员会、村民委员会或者所属单位的指挥和安排，配合人民政府采取的应急处置措施，积极参加应急救援工作，协助维护社会秩序。

第五章 事后恢复与重建

第五十八条 突发事件的威胁和危害得到控制或者消除后，履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府应当停止执行依照本法规定采取的应急处置措施，同时采取或者继续实施必要措施，防止发生自然灾害、事故灾难、公共卫生事件的次生、衍生事件或者重新引发社会安全事件。

第五十九条 突发事件应急处置工作结束后，履行统一领导职责的人民政府应当立即组织对突发事件造成的损失进行评估，组织受影响地区尽快恢复生产、生活、工作和社会秩序，制定恢复重建计划，并向上一级人民政府报告。

受突发事件影响地区的人民政府应当及时组织和协调公安、交通、铁路、民航、邮电、建设等有关部门恢复社会治安秩序，尽快修复被损坏的交通、通信、供水、排水、供电、供气、供热等公共设施。

第六十条 受突发事件影响地区的人民政府开展恢复重建工作需要上一级人民政府支持的，可以向上一级人民政府提出请求。上一级人民政府应当根据受影响地区遭受的损失和实际情况，提供资金、物资支持和技术指导，组织其他地区提供资金、物资和人力支援。

第六十一条 国务院根据受突发事件影响地区遭受损失的情况，制定扶持该地区有关行业发展的优惠政策。

受突发事件影响地区的人民政府应当根据本地区遭受损失的情况，制定救助、补偿、抚慰、抚恤、安置等善后工作计划并组织实施，妥善解决因处置突发事件引发的矛盾和纠纷。公民参加应急救援工作或者协助维护社会秩序期间，其在本单位的工资待遇和福利不变；表现突出、成绩显著的，由县级以上人民政府给予表彰或者奖励。县级以上人民政府对在应急救援工作中伤亡的人员依法给予抚恤。

第六十二条 履行统一领导职责的人民政府应当及时查明突发事件的发生经过和

原因，总结突发事件应急处置工作的经验教训，制定改进措施，并向上一级人民政府提出报告。

第六章 法律责任

第六十三条 地方各级人民政府和县级以上各级人民政府有关部门违反本法规定，不履行法定职责的，由其上级行政机关或者监察机关责令改正；有下列情形之一的，根据情节对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）未按规定采取预防措施，导致发生突发事件，或者未采取必要的防范措施，导致发生次生、衍生事件的；

（二）迟报、谎报、瞒报、漏报有关突发事件的信息，或者通报、报送、公布虚假信息，造成后果的；

（三）未按规定及时发布突发事件警报、采取预警期的措施，导致损害发生的；

（四）未按规定及时采取措施处置突发事件或者处置不当，造成后果的；

（五）不服从上级人民政府对突发事件应急处置工作的统一领导、指挥和协调的；

（六）未及时组织开展生产自救、恢复重建等善后工作的；

（七）截留、挪用、私分或者变相私分应急救援资金、物资的；

（八）不及时归还征用的单位和个人的财产，或者对被征用财产的单位和个人未按规定给予补偿的。

第六十四条 有关单位有下列情形之一的，由所在地履行统一领导职责的人民政府责令停产停业，暂扣或者吊销许可证或者营业执照，并处五万元以上二十万元以下的罚款；构成违反治安管理行为的，由公安机关依法给予处罚：

（一）未按规定采取预防措施，导致发生严重突发事件的；

（二）未及时消除已发现的可能引发突发事件的隐患，导致发生严重突发事件的；

（三）未做好应急设备、设施日常维护、检测工作，导致发生严重突发事件或者突发事件危害扩大的；

（四）突发事件发生后，不及时组织开展应急救援工作，造成严重后果的。前款规定的行为，其他法律、行政法规规定由人民政府有关部门依法决定处罚的，从其规定。

第六十五条 违反本法规定，编造并传播有关突发事件事态发展或者应急处置工作的虚假信息，或者明知是有关突发事件事态发展或者应急处置工作的虚假信息而进行传播的，责令改正，给予警告；造成严重后果的，依法暂停其业务活动或者吊销其执

业许可证；负有直接责任的人员是国家工作人员的，还应当对其依法给予处分；构成违反治安管理行为的，由公安机关依法给予处罚。

第六十六条 单位或者个人违反本法规定，不服从所在地人民政府及其有关部门发布的决定、命令或者不配合其依法采取的措施，构成违反治安管理行为的，由公安机关依法给予处罚。

第六十七条 单位或者个人违反本法规定，导致突发事件发生或者危害扩大，给他人人身、财产造成损害的，应当依法承担民事责任。

第六十八条 违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 附 则

第六十九条 发生特别重大突发事件，对人民生命财产安全、国家安全、公共安全、环境安全或者社会秩序构成重大威胁，采取本法和其他有关法律、法规、规章规定的应急处置措施不能消除或者有效控制、减轻其严重社会危害，需要进入紧急状态的，由全国人民代表大会常务委员会或者国务院依照宪法和其他有关法律规定的权限和程序决定。紧急状态期间采取的非常措施，依照有关法律规定执行或者由全国人民代表大会常务委员会另行规定。

第七十条 本法自 2007 年 11 月 1 日起施行。

国家突发公共事件总体应急预案

颁布时间：2006年1月8日 实施时间：2006年1月8日

一、总则

（一）编制目的

提高政府保障公共安全和处置突发公共事件的能力，最大程度地预防和减少突发公共事件及其造成的损害，保障公众的生命财产安全，维护国家安全和社会稳定，促进经济社会全面、协调、可持续发展。

（二）编制依据

依据宪法及有关法律、行政法规，制定本预案。

（三）分类分级。

本预案所称突发公共事件是指突然发生，造成或者可能造成重大人员伤亡、财产损失、生态环境破坏和严重社会危害，危及公共安全的紧急事件。根据突发公共事件的发生过程、性质和机理，突发公共事件主要分为以下四类：

1、自然灾害。主要包括水旱灾害，气象灾害，地震灾害，地质灾害，海洋灾害，生物灾害和森林草原火灾等。

2、事故灾难。主要包括工矿商贸等企业的各类安全事故，交通运输事故，公共设施和设备事故，环境污染和生态破坏事件等。

3、公共卫生事件。主要包括传染病疫情，群体性不明原因疾病，食品安全和职业危害，动物疫情，以及其他严重影响公众健康和生命安全的事件。

4、社会安全事件。主要包括恐怖袭击事件，经济安全事件和涉外突发事件等。

各类突发公共事件按照其性质、严重程度、可控性和影响范围等因素，一般分为四级：Ⅰ级（特别重大）、Ⅱ级（重大）、Ⅲ级（较大）和Ⅳ级（一般）。

（四）适用范围

本预案适用于涉及跨省级行政区划的，或超出事发地省级人民政府处置能力的特别重大突发公共事件应对工作。

本预案指导全国的突发公共事件应对工作。

（五）工作原则

1、以人为本，减少危害。切实履行政府的社会管理和公共服务职能，把保障公众



健康和生命财产安全作为首要任务，最大程度地减少突发公共事件及其造成的人员伤亡和危害。

2、居安思危，预防为主。高度重视公共安全工作，常抓不懈，防患于未然。增强忧患意识，坚持预防与应急相结合，常态与非常态相结合，做好应对突发公共事件的各项准备工作。

3、统一领导，分级负责。在党中央、国务院的统一领导下，建立健全分类管理、分级负责，条块结合、属地管理为主的应急管理体制，在各级党委领导下，实行行政领导责任制，充分发挥专业应急指挥机构的作用。

4、依法规范，加强管理。依据有关法律和行政法规，加强应急管理，维护公众的合法权益，使应对突发公共事件的工作规范化、制度化、法制化。

5、快速反应，协同应对。加强以属地管理为主的应急处置队伍建设，建立联动协调制度，充分动员和发挥乡镇、社区、企事业单位、社会团体和志愿者队伍的作用，依靠公众力量，形成统一指挥、反应灵敏、功能齐全、协调有序、运转高效的应急管理机制。

6、依靠科技，提高素质。加强公共安全科学研究和技术开发，采用先进的监测、预测、预警、预防和应急处置技术及设施，充分发挥专家队伍和专业人员的作用，提高应对突发公共事件的科技水平和指挥能力，避免发生次生、衍生事件；加强宣传和培训教育工作，提高公众自救、互救和应对各类突发公共事件的综合素质。

（六）应急预案体系

全国突发公共事件应急预案体系包括：

1、突发公共事件总体应急预案。总体应急预案是全国应急预案体系的总纲，是国务院应对特别重大突发公共事件的规范性文件。

2、突发公共事件专项应急预案。专项应急预案主要是国务院及其有关部门为应对某一类型或某几种类型突发公共事件而制定的应急预案。

3、突发公共事件部门应急预案。部门应急预案是国务院有关部门根据总体应急预案、专项应急预案和部门职责为应对突发公共事件制定的预案。

4、突发公共事件地方应急预案。具体包括：省级人民政府的突发公共事件总体应急预案、专项应急预案和部门应急预案；各市（地）、县（市）人民政府及其基层政权组织的突发公共事件应急预案。上述预案在省级人民政府的领导下，按照分类管理、分级负责的原则，由地方人民政府及其有关部门分别制定。

5、企事业单位根据有关法律法规制定的应急预案。

6、举办大型会展和文化体育等重大活动，主办单位应当制定应急预案。

各类预案将根据实际情况变化不断补充、完善。

二、组织体系

（一）领导机构

国务院是突发公共事件应急管理工作的最高行政领导机构。在国务院总理领导下，由国务院常务会议和国家相关突发公共事件应急指挥机构（以下简称相关应急指挥机构）负责突发公共事件的应急管理工作；必要时，派出国务院工作组指导有关工作。

（二）办事机构

国务院办公厅设国务院应急管理办公室，履行值守应急、信息汇总和综合协调职责，发挥运转枢纽作用。

（三）工作机构

国务院有关部门依据有关法律、行政法规和各自的职责，负责相关类别突发公共事件的应急管理工作。具体负责相关类别的突发公共事件专项和部门应急预案的起草与实施，贯彻落实国务院有关决定事项。

（四）地方机构

地方各级人民政府是本行政区域突发公共事件应急管理工作的行政领导机构，负责本行政区域各类突发公共事件的应对工作。

（五）专家组

国务院和各应急管理机构建立各类专业人才库，可以根据实际需要聘请有关专家组成专家组，为应急管理提供决策建议，必要时参加突发公共事件的应急处置工作。

三、运行机制

（一）预测与预警

各地区、各部门要针对各种可能发生的突发公共事件，完善预测预警机制，建立预测预警系统，开展风险分析，做到早发现、早报告、早处置。

1、预警级别和发布

根据预测分析结果，对可能发生和可以预警的突发公共事件进行预警。预警级别依据突发公共事件可能造成的危害程度、紧急程度和发展势态，一般划分为四级：Ⅰ级（特别严重）、Ⅱ级（严重）、Ⅲ级（较重）和Ⅳ级（一般），依次用红色、橙色、黄色和蓝色表示。



预警信息包括突发公共事件的类别、预警级别、起始时间、可能影响范围、警示事项、应采取的措施和发布机关等。

预警信息的发布、调整 and 解除可通过广播、电视、报刊、通信、信息网络、警报器、宣传车或组织人员逐户通知等方式进行，对老、幼、病、残、孕等特殊人群以及学校等特殊场所和警报盲区应当采取有针对性的公告方式。

（二）应急处置

1、信息报告

特别重大或者重大突发公共事件发生后，各地区、各部门要立即报告，最迟不得超过4小时，同时通报有关地区和部门。应急处置过程中，要及时续报有关情况。

2、先期处置

突发公共事件发生后，事发地的省级人民政府或者国务院有关部门在报告特别重大、重大突发公共事件信息的同时，要根据职责和规定的权限启动相关应急预案，及时、有效地进行处置，控制事态。

在境外发生涉及中国公民和机构的突发事件，我驻外使领馆、国务院有关部门和有关地方人民政府要采取措施控制事态发展，组织开展应急救援工作。

3、应急响应

对于先期处置未能有效控制事态的特别重大突发公共事件，要及时启动相关预案，由国务院相关应急指挥机构或国务院工作组统一指挥或指导有关地区、部门开展处置工作。

现场应急指挥机构负责现场的应急处置工作。

需要多个国务院相关部门共同参与处置的突发公共事件，由该类突发公共事件的业务主管部门牵头，其他部门予以协助。

4、应急结束

特别重大突发公共事件应急处置工作结束，或者相关危险因素消除后，现场应急指挥机构予以撤销。

（三）恢复与重建

1、善后处置

要积极稳妥、深入细致地做好善后处置工作。对突发公共事件中的伤亡人员、应急处置工作人员，以及紧急调集、征用有关单位及个人的物资，要按照规定给予抚恤、补助或补偿，并提供心理及司法援助。有关部门要做好疫病防治和环境污染消除工作。

保险监管机构督促有关保险机构及时做好有关单位和个人损失的理赔工作。

2、调查与评估

要对特别重大突发公共事件的起因、性质、影响、责任、经验教训和恢复重建等问题进行调查评估。

3、恢复重建

根据受灾地区恢复重建计划组织实施恢复重建工作。

（四）信息发布

突发公共事件的信息发布应当及时、准确、客观、全面。事件发生的第一时间要向社会发布简要信息，随后发布初步核实情况、政府应对措施和公众防范措施等，并根据事件处置情况做好后续发布工作。

信息发布形式主要包括授权发布、散发新闻稿、组织报道、接受记者采访、举行新闻发布会等。

四、应急保障

各有关部门要按照职责分工和相关预案做好突发公共事件的应对工作，同时根据总体预案切实做好应对突发公共事件的人力、物力、财力、交通运输、医疗卫生及通信保障等工作，保证应急救援工作的需要和灾区群众的基本生活，以及恢复重建工作的顺利进行。

（一）人力资源

公安（消防）、医疗卫生、地震救援、海上搜救、矿山救护、森林消防、防洪抢险、核与辐射、环境监控、危险化学品事故救援、铁路事故、民航事故、基础信息网络和重要信息系统事故处置，以及水、电、油、气等工程抢险救援队伍是应急救援的专业队伍和骨干力量。地方各级人民政府和有关部门、单位要加强应急救援队伍的业务培训和应急演练，建立联动协调机制，提高装备水平；动员社会团体、企事业单位以及志愿者等各种社会力量参与应急救援工作；增进国际间的交流与合作。要加强以乡镇和社区为单位的公众应急能力建设，发挥其在应对突发公共事件中的重要作用。

中国人民解放军和中国人民武装警察部队是处置突发公共事件的骨干和突击力量，按照有关规定参加应急处置工作。

（二）财力保障

要保证所需突发公共事件应急准备和救援工作资金。对受突发公共事件影响较大的行业、企事业单位和个人要及时研究提出相应的补偿或救助政策。要对突发公共事件财政应急保障资金的使用和效果进行监管和评估。

鼓励自然人、法人或者其他组织（包括国际组织）按照《中华人民共和国公益事



业捐赠法》等有关法律、法规的规定进行捐赠和援助。

（三）物资保障

要建立健全应急物资监测网络、预警体系和应急物资生产、储备、调拨及紧急配送体系，完善应急工作程序，确保应急所需物资和生活用品的及时供应，并加强对物资储备的监督管理，及时予以补充和更新。

地方各级人民政府应根据有关法律、法规和应急预案的规定，做好物资储备工作。

（四）基本生活保障

要做好受灾群众的基本生活保障工作，确保灾区群众有饭吃、有水喝、有衣穿、有住处、有病能得到及时医治。

（五）医疗卫生保障

卫生部门负责组建医疗卫生应急专业技术队伍，根据需要及时赴现场开展医疗救治、疾病预防控制等卫生应急工作。及时为受灾地区提供药品、器械等卫生和医疗设备。必要时，组织动员红十字会等社会卫生力量参与医疗卫生救助工作。

（六）交通运输保障

要保证紧急情况下应急交通工具的优先安排、优先调度、优先放行，确保运输安全畅通；要依法建立紧急情况社会交通运输工具的征用程序，确保抢险救灾物资和人员能够及时、安全送达。

根据应急处置需要，对现场及相关通道实行交通管制，开设应急救援“绿色通道”，保证应急救援工作的顺利开展。

（七）治安维护

要加强对重点地区、重点场所、重点人群、重要物资和设备的安全保护，依法严厉打击违法犯罪活动。必要时，依法采取有效管制措施，控制事态，维护社会秩序。

（八）人员防护

要指定或建立与人口密度、城市规模相适应的应急避险场所，完善紧急疏散管理办法和程序，明确各级责任人，确保在紧急情况下公众安全、有序的转移或疏散。

要采取必要的防护措施，严格按照程序开展应急救援工作，确保人员安全。

（九）通信保障

建立健全应急通信、应急广播电视保障工作体系，完善公用通信网，建立有线和无线相结合、基础电信网络与移动通信系统相配套的应急通信系统，确保通信畅通。

（十）公共设施

有关部门要按照职责分工，分别负责煤、电、油、气、水的供给，以及废水、废气、固体废弃物等有害物质的监测和处理。

（十一）科技支撑

要积极开展公共安全领域的科学研究；加大公共安全监测、预测、预警、预防和应急处置技术研发的投入，不断改进技术装备，建立健全公共安全应急技术平台，提高我国公共安全科技水平；注意发挥企业在公共安全领域的研发作用。

五、监督管理

（一）预案演练

各地区、各部门要结合实际，有计划、有重点地组织有关部门对相关预案进行演练。

（二）宣传和培训

宣传、教育、文化、广电、新闻出版等有关部门要通过图书、报刊、音像制品和电子出版物、广播、电视、网络等，广泛宣传应急法律法规和预防、避险、自救、互救、减灾等常识，增强公众的忧患意识、社会责任意识和自救、互救能力。各有关方面要有计划地对应急救援和管理人员进行培训，提高其专业技能。

（三）责任与奖惩

突发公共事件应急处置工作实行责任追究制。

对突发公共事件应急管理工作中做出突出贡献的先进集体和个人要给予表彰和奖励。

对迟报、谎报、瞒报和漏报突发公共事件重要情况或者应急管理工作中有其他失职、渎职行为的，依法对有关责任人给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

六、附则

（一）预案管理

根据实际情况的变化，及时修订本预案。

本预案自发布之日起实施。

国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案

颁布时间：2006年2月26日

一、总则

（一）编制目的

保障自然灾害、事故灾难、公共卫生、社会安全事件等突发公共事件（以下简称突发公共事件）发生后，各项医疗卫生救援工作迅速、高效、有序地进行，提高卫生部门应对各类突发公共事件的应急反应能力和医疗卫生救援水平，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。

（二）编制依据

依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《中华人民共和国放射性污染防治法》、《中华人民共和国安全生产法》以及《突发公共卫生事件应急条例》、《医疗机构管理条例》、《核电厂核事故应急管理条例》和《国家突发公共事件总体应急预案》，制定本预案。

（三）适用范围

本预案适用于突发公共事件所导致的人员伤亡、健康危害的医疗卫生救援工作。突发公共卫生事件应急工作按照《国家突发公共卫生事件应急预案》的有关规定执行。

（四）工作原则

统一领导、分级负责；属地管理、明确职责；依靠科学、依法规范；反应及时、措施果断；整合资源、信息共享；平战结合、常备不懈；加强协作、公众参与。

二、医疗卫生救援的事件分级

根据突发公共事件导致人员伤亡和健康危害情况将医疗卫生救援事件分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级。

（一）特别重大事件（Ⅰ级）

1、一次事件出现特别重大人员伤亡，且危重人员多，或者核事故和突发放射事件、化学品泄漏事故导致大量人员伤亡，事件发生地省级人民政府或有关部门请求国家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）重大事件（Ⅱ级）

- 1、一次事件出现重大人员伤亡，其中，死亡和危重病例超过 5 例的突发公共事件。
- 2、跨市（地）的有严重人员伤亡的突发公共事件。
- 3、省级人民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）较大事件（Ⅲ级）

- 1、一次事件出现较大人员伤亡，其中，死亡和危重病例超过 3 例的突发公共事件。
- 2、市（地）级人民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）一般事件（Ⅳ级）

- 1、一次事件出现一定数量人员伤亡，其中，死亡和危重病例超过 1 例的突发公共事件。
- 2、县级人民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。

三、医疗卫生救援组织体系

各级卫生行政部门要在同级人民政府或突发公共事件应急指挥机构的统一领导、指挥下，与有关部门密切配合、协调一致，共同应对突发公共事件，做好突发公共事件的医疗卫生救援工作。

医疗卫生救援组织机构包括：各级卫生行政部门成立的医疗卫生救援领导小组、专家组和医疗卫生救援机构〔指各级各类医疗机构，包括医疗急救中心（站）、综合医院、专科医院、化学中毒和核辐射事故应急医疗救治专业机构、疾病预防控制机构和卫生监督机构〕、现场医疗卫生救援指挥部。

（一）医疗卫生救援领导小组

国务院卫生行政部门成立突发公共事件医疗卫生救援领导小组，领导、组织、协调、部署特别重大突发公共事件的医疗卫生救援工作。国务院卫生行政部门卫生应急办公室负责日常工作。

省、市（地）、县级卫生行政部门成立相应的突发公共事件医疗卫生救援领导小组，领导本行政区域内突发公共事件医疗卫生救援工作，承担各类突发公共事件医疗卫生救援的组织、协调任务，并指定机构负责日常工作。

（二）专家组

各级卫生行政部门应组建专家组，对突发公共事件医疗卫生救援工作提供咨询建议、技术指导和支持。

（三）医疗卫生救援机构

各级各类医疗机构承担突发公共事件的医疗卫生救援任务。其中，各级医疗急救中心（站）、化学中毒和核辐射事故应急医疗救治专业机构承担突发公共事件现场医疗卫生救援和伤员转送；各级疾病预防控制机构和卫生监督机构根据各自职能做好突发公共事件中的疾病预防控制和卫生监督工作。

（四）现场医疗卫生救援指挥部

各级卫生行政部门根据实际工作需要，在突发公共事件现场设立现场医疗卫生救援指挥部，统一指挥、协调现场医疗卫生救援工作。

四、医疗卫生救援应急响应和终止

（一）医疗卫生救援应急分级响应

1、I 级响应

（1）I 级响应的启动

符合下列条件之一者，启动医疗卫生救援应急的 I 级响应：

- ①发生特别重大突发公共事件，国务院启动国家突发公共事件总体应急预案。
- ②发生特别重大突发公共事件，国务院有关部门启动国家突发公共事件专项应急预案。
- ③其他符合医疗卫生救援特别重大事件（I 级）级别的突发公共事件。

（2）I 级响应行动

国务院卫生行政部门接到关于医疗卫生救援特别重大事件的有关指示、通报或报告后，应立即启动医疗卫生救援领导小组工作，组织专家对伤病员及救治情况进行综合评估，组织和协调医疗卫生救援机构开展现场医疗卫生救援，指导和协调落实医疗救治等措施，并根据需要及时派出专家和专业队伍支援地方，及时向国务院和国家相关突发公共事件应急指挥机构报告和反馈有关处理情况。凡属启动国家总体应急预案和专项应急预案的响应，医疗卫生救援领导小组按相关规定启动工作。

事件发生地的省（区、市）人民政府卫生行政部门在国务院卫生行政部门的指挥下，结合本行政区域的实际情况，组织、协调开展突发公共事件的医疗卫生救援。

2、II 级响应

（1）II级响应的启动

符合下列条件之一者，启动医疗卫生救援应急的II级响应：

- ①发生重大突发公共事件，省级人民政府启动省级突发公共事件应急预案。
- ②发生重大突发公共事件，省级有关部门启动省级突发公共事件专项应急预案。
- ③其他符合医疗卫生救援重大事件（II级）级别的突发公共事件。

（2）II级响应行动

省级卫生行政部门接到关于医疗卫生救援重大事件的有关指示、通报或报告后，应立即启动医疗卫生救援领导小组工作，组织专家对伤病员及救治情况进行综合评估。同时，迅速组织医疗卫生救援应急队伍和有关人员到达突发公共事件现场，组织开展医疗救治，并分析突发公共事件的发展趋势，提出应急处理工作建议，及时向本级人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。凡属启动省级应

急预案和省级专项应急预案的响应，医疗卫生救援领导小组按相关规定启动工作。

国务院卫生行政部门对省级卫生行政部门负责的突发公共事件医疗卫生救援工作进行督导，根据需求和事件发生地省级人民政府和有关部门的请求，组织国家医疗卫生救援应急队伍和有关专家进行支援，并及时向有关省份通报情况。

3、III级响应

（1）III级响应的启动

符合下列条件之一者，启动医疗卫生救援应急的III级响应：

①发生较大突发公共事件，市（地）级人民政府启动市（地）级突发公共事件应急预案。

- ②其他符合医疗卫生救援较大事件（III级）级别的突发公共事件。

（2）III级响应行动

市（地）级卫生行政部门接到关于医疗卫生救援较大事件的有关指示、通报或报告后，应立即启动医疗卫生救援领导小组工作，组织专家对伤病员及救治情况进行综合评估。同时，迅速组织开展现场医疗卫生救援工作，并及时向本级人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。凡属启动市（地）级应急预案的响应，医疗卫生救援领导小组按相关规定启动工作。

省级卫生行政部门接到医疗卫生救援较大事件报告后，要对事件发生地突发公共事件医疗卫生救援工作进行督导，必要时组织专家提供技术指导和支持，并适时向本省（区、市）有关地区发出通报。



4、IV级响应

(1) IV级响应的启动

符合下列条件之一者，启动医疗卫生救援应急的IV级响应：

- ①发生一般突发公共事件，县级人民政府启动县级突发公共事件应急预案。
- ②其他符合医疗卫生救援一般事件（IV级）级别的突发公共事件。

(2) IV级响应行动

县级卫生行政部门接到关于医疗卫生救援一般事件的有关指示、通报或报告后，应立即启动医疗卫生救援领导小组工作，组织医疗卫生救援机构开展突发公共事件的现场处理工作，组织专家对伤病员及救治情况进行调查、确认和评估，同时向本级人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。凡属启动县级应急预案的响应，医疗卫生救援领导小组按相关规定启动工作。

市（地）级卫生行政部门在必要时应当快速组织专家对突发公共事件医疗卫生救援进行技术指导。

(二) 现场医疗卫生救援及指挥

医疗卫生救援应急队伍在接到救援指令后要及时赶赴现场，并根据现场情况全力开展医疗卫生救援工作。在实施医疗卫生救援的过程中，既要积极开展救治，又要注重自我防护，确保安全。

为了及时准确掌握现场情况，做好现场医疗卫生救援指挥工作，使医疗卫生救援工作紧张有序地进行，有关卫生行政部门应在事发现场设置现场医疗卫生救援指挥部，主要或分管领导同志要亲临现场，靠前指挥，减少中间环节，提高决策效率，加快抢救进程。现场医疗卫生救援指挥部要接受突发公共事件现场处置指挥机构的领导，加强与现场各救援部门的沟通与协调。

1、现场抢救

到达现场的医疗卫生救援应急队伍，要迅速将伤员转送出危险区，本着“先救命后治伤、先救重后救轻”的原则开展工作，按照国际统一的标准对伤病员进行检伤分类，分别用蓝、黄、红、黑四种颜色，对轻、重、危重伤病员和死亡人员作出标志（分类标记用塑料材料制成腕带），扣系在伤病员或死亡人员的手腕或脚踝部位，以便后续救治辨认或采取相应的措施。

2、转送伤员

当现场环境处于危险或在伤病员情况允许时，要尽快将伤病员转送并做好以下工

作：

(1) 对已经检伤分类待送的伤病员进行复检。对有活动性大出血或转运途中有生命危险的急危重症者，应就地先予抢救、治疗，做必要的处理后再进行监护下转运。

(2) 认真填写转运卡提交接纳的医疗机构，并报现场医疗卫生救援指挥部汇总。

(3) 在转运中，医护人员必须在医疗仓内密切观察伤病员病情变化，并确保治疗持续进行。

(4) 在转运过程中要科学搬运，避免造成二次损伤。

(5) 合理分流伤病员或按现场医疗卫生救援指挥部指定的地点转送，任何医疗机构不得以任何理由拒诊、拒收伤病员。

3、疾病预防控制和卫生监督工作

突发公共事件发生后，有关卫生行政部门要根据情况组织疾病预防控制和卫生监督等有关专业机构和人员，开展卫生学调查和评价、卫生执法监督，采取有效的预防控制措施，防止各类突发公共事件造成的次生或衍生突发公共卫生事件的发生，确保大灾之后无大疫。

4、信息报告和发布

医疗急救中心（站）和其他医疗机构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当地卫生行政部门。

现场医疗卫生救援指挥部、承担医疗卫生救援任务的医疗机构要每日向上级卫生行政部门报告伤病员情况、医疗救治进展等，重要情况要随时报告。有关卫生行政部门要及时向本级人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关情况。

各级卫生行政部门要认真做好突发公共事件医疗卫生救援信息发布工作。

5、医疗卫生救援应急响应的终止

突发公共事件现场医疗卫生救援工作完成，伤病员在医疗机构得到救治，经本级人民政府或同级突发公共事件应急指挥机构批准，或经同级卫生行政部门批准，医疗卫生救援领导小组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。

五、医疗卫生救援的保障

突发公共事件应急医疗卫生救援机构和队伍的建设，是国家突发公共卫生事件预防控制体系建设的重要组成部分，各级卫生行政部门应遵循“平战结合、常备不懈”



的原则，加强突发公共事件医疗卫生救援工作的组织和队伍建设，组建医疗卫生救援应急队伍，制订各种医疗卫生救援应急技术方案，保证突发公共事件医疗卫生救援工作的顺利开展。

（一）信息系统

在充分利用现有资源的基础上建设医疗救治信息网络，实现医疗机构与卫生行政部门之间，以及卫生行政部门与相关部门间的信息共享。

（二）急救机构

各直辖市、省会城市可根据服务人口和医疗救治的需求，建立一个相应规模的医疗急救中心（站），并完善急救网络。每个市（地）、县（市）可依托综合力量较强的医疗机构建立急救机构。

（三）化学中毒与核辐射医疗救治机构

按照“平战结合”的原则，依托专业防治机构或综合医院建立化学中毒医疗救治和核辐射应急医疗救治专业机构，依托实力较强的综合医院建立化学中毒、核辐射应急医疗救治专业科室。

（四）医疗卫生救援应急队伍

各级卫生行政部门组建综合性医疗卫生救援应急队伍，并根据需要建立特殊专业医疗卫生救援应急队伍。

各级卫生行政部门要保证医疗卫生救援工作队伍的稳定，严格管理，定期开展培训和演练，提高应急救治能力。

医疗卫生救援演练需要公众参与的，必须报经本级人民政府同意。

（五）物资储备

卫生行政部门提出医疗卫生救援应急药品、医疗器械、设备、快速检测器材和试剂、卫生防护用品等物资的储备计划建议。发展改革部门负责组织应急物资的生产、储备和调运，保证供应，维护市场秩序，保持物价稳定。应急储备物资使用后要及时补充。

（六）医疗卫生救援经费

财政部门负责安排应由政府承担的突发公共事件医疗卫生救援所必需的经费，并做好经费使用情况监督工作。

自然灾害导致的人员伤亡，各级财政按照有关规定承担医疗救治费用或给予补助。安全生产事故引起的人员伤亡，事故发生单位应向医疗急救中心（站）或相关医

疗机构支付医疗卫生救援过程中发生的费用，有关部门应负责督促落实。

社会安全突发事件中发生的人员伤亡，由有关部门确定的责任单位或责任人承担医疗救治费用，有关部门应负责督促落实。各级财政可根据有关政策规定或本级人民政府的决定对医疗救治费用给予补助。

各类保险机构要按照有关规定对参加人身、医疗、健康等保险的伤亡人员，做好理赔工作。

（七）医疗卫生救援的交通运输保障

各级医疗卫生救援应急队伍要根据实际工作需要配备救护车辆、交通工具和通讯设备。

铁路、交通、民航、公安（交通管理）等有关部门，要保证医疗卫生救援人员和物资运输的优先安排、优先调度、优先放行，确保运输安全畅通。情况特别紧急时，对现场及相关通道实行交通管制，开设应急救援“绿色通道”，保证医疗卫生救援工作的顺利开展。

（八）其他保障

公安机关负责维护突发公共事件现场治安秩序，保证现场医疗卫生救援工作的顺利进行。

科技部门制定突发公共事件医疗卫生救援应急技术研究方案，组织科研力量开展医疗卫生救援应急技术科研攻关，统一协调、解决检测技术及药物研发和应用中的科技问题。

海关负责突发公共事件医疗卫生救援急需进口特殊药品、试剂、器材的优先通关验放工作。

食品药品监管部门负责突发公共事件医疗卫生救援药品、医疗器械和设备的监督管理，参与组织特殊药品的研发和生产，并组织对特殊药品进口的审批。

红十字会按照《中国红十字会总会自然灾害与突发公共事件应急预案》，负责组织群众开展现场自救和互救，做好相关工作。并根据突发公共事件的具体情况，向国内外发出呼吁，依法接受国内外组织和个人的捐赠，提供急需的人道主义援助。

总后卫生部负责组织军队有关医疗卫生技术人员和力量，支持和配合突发公共事件医疗卫生救援工作。

六、医疗卫生救援的公众参与

各级卫生行政部门要做好突发公共事件医疗卫生救援知识普及的组织工作；中央

和地方广播、电视、报刊、互联网等媒体要扩大对社会公众的宣传教育；各部门、企事业单位、社会团体要加强对所属人员的宣传教育；各医疗卫生机构要做好宣传资料的提供和师资培训工作。在广泛普及医疗卫生救援知识的基础上逐步组建以公安干警、企事业单位安全员和卫生员为骨干的群众性救助网络，经过培训和演练提高其自救、互救能力。

七、附则

（一）责任与奖惩

突发公共事件医疗卫生救援工作实行责任制和责任追究制。

各级卫生行政部门，对突发公共事件医疗卫生救援工作作出贡献的先进集体和个人要给予表彰和奖励。对失职、渎职的有关责任人，要依据有关规定严肃追究责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（二）预案制定与修订

本预案由国务院卫生行政部门组织制定并报国务院审批发布。各地区可结合实际制定本地区的突发公共事件医疗卫生救援应急预案。

本预案定期进行评审，根据突发公共事件医疗卫生救援实施过程中发现的问题及时修订和补充。

（三）预案实施时间

本预案自印发之日起实施。

湖南省突发公共事件总体应急预案

(湘政发〔2006〕29号)

颁布时间：2006年11月8日

第一章 总 则

(一) 编制目的

加强和规范对突发公共事件应急工作的管理，提高政府保障公共安全和处置突发公共事件的能力，最大程度地预防和减少突发公共事件及其造成的损害，保障公众的生命财产安全，维护国家安全和社会稳定，促进全省经济社会全面、协调、可持续发展。

(二) 编制依据

依据《国家突发公共事件总体应急预案》和有关法律、法规、规章，结合本省实际情况，制定本预案。

(三) 分类分级

本预案所称突发公共事件是指突然发生，造成或者可能造成重大人员伤亡、财产损失、生态环境破坏和严重社会危害，危及公共安全的紧急事件。

(四) 根据突发公共事件的发生过程、性质和机理，突发公共事件主要分为以下四类：

(五) 1、自然灾害。主要包括水旱灾害，气象灾害，地震灾害，地质灾害，生物灾害和森林火灾等。

2、事故灾难。主要包括工矿商贸等企业的各类安全事故，交通运输事故，公共设施和设备事故，核与辐射事故，环境污染和生态破坏事件等。

3、公共卫生事件。主要包括传染病疫情，群体性不明原因疾病，食品安全和职业危害，动物疫情，以及其他严重影响公众健康和生命安全的事件等。

4、社会安全事件。主要包括恐怖袭击事件，民族宗教事件，经济安全事件，涉外突发事件，群体性事件和严重危及公共安全的重特大刑事案件等。

上述各类突发公共事件往往相互交叉和关联，某类突发公共事件可能与其他类别的事件同时发生，或引发次生、衍生、耦合事件，应当具体分析，统筹应对。

各类突发公共事件按照其性质、严重程度、可控性和影响范围等因素，一般分为

四级：I级（特别重大）、II级（重大）、III级（较大）和IV级（一般）。

（四）适用范围

（五）本预案适用于本省行政区域可能发生或者已经发生的各类突发公共事件的应对工作。

本预案指导全省的突发公共事件应对工作。

（六）工作原则

1、以人为本，减少危害。切实履行政府的社会管理和公共服务职能，把保障公众健康和生命财产安全作为首要任务，最大程度地减少突发公共事件及其造成的人员伤亡和危害。

2、居安思危，预防为主。高度重视公共安全工作，常抓不懈，防患于未然。增强忧患意识，坚持预防与应急相结合，常态与非常态相结合，做好应对突发公共事件的各项准备工作。

3、统一领导，分级负责。在省委、省人民政府的统一领导下，建立健全分类管理、分级负责，条块结合、属地管理为主的应急管理体制，在各级党委领导下，实行行政领导责任制，充分发挥专业应急指挥机构的作用。

4、依法规范，加强管理。依据有关法律和行政法规，加强应急管理，维护公众的合法权益，使应对突发公共事件的工作规范化、制度化、法制化。

5、快速反应，协同应对。加强以属地管理为主的应急处置队伍建设，建立联动协调制度，充分动员和发挥乡镇、社区、企事业单位、社会团体和志愿者队伍的作用，依靠公众力量，形成统一指挥、反应灵敏、功能齐全、协调有序、运转高效的应急管理机制。

6、依靠科技，提高素质。加强公共安全科学研究和技术开发，采用先进的监测、预测、预警、预防和应急处置技术及设施，充分发挥专家队伍和专业人员的作用，提高应对突发公共事件的科技水平和指挥能力，避免发生次生、衍生、耦合事件；加强宣传和培训教育工作，提高公众自救、互救和应对各类突发公共事件的综合素质。

（六）应急预案体系

全省突发公共事件应急预案体系包括：

1、省突发公共事件总体应急预案。《湖南省突发公共事件总体应急预案》（以下简称《省总体应急预案》）是全省应急预案体系的总纲，是省人民政府应对本省突发公共事件的规范性文件和行动指南，是市州、县市区人民政府和省直部门（单位）制

订应急预案的参考文本，由省人民政府制订并公布实施，报国务院备案。《湖南省突发公共事件总体应急预案》框架图见附件 2。

2、省突发公共事件专项应急预案。省专项应急预案主要是省人民政府及其有关部门（单位）为应对某种类型或某几类类型突发公共事件制订的涉及数个部门（单位）职责的计划、方案和措施，由省有关部门（单位）牵头，相关部门（单位）协助制订，报省人民政府批准后实施。应急预案体系见附件 4。

3、省突发公共事件部门应急预案。省部门应急预案是省有关部门（单位）根据《省总体应急预案》、省专项应急预案和部门（单位）职责为应对单一种类且以部门（单位）处置为主、相关单位配合的突发公共事件制订的计划、方案和措施，由省有关部门（单位）制订发布，报省人民政府备案。

4、市州、县市区突发公共事件总体应急预案。市州、县市区总体应急预案是各市州、县市区人民政府根据《省总体应急预案》，为应对本行政区域突发公共事件制订的整体计划和规范程序，是市州、县市区人民政府组织、管理、指挥、协调相关应急资源和应急行动的指南。市州、县市区总体应急预案在省人民政府领导下，按照分类管理、分级负责的原则，由市州、县市区人民政府制订发布。市州总体应急预案报省人民政府备案，县市区总体应急预案报市州人民政府备案。

5、企事业单位突发公共事件应急预案。企事业单位应急预案是企事业单位、高危行业重点单位等根据有关总体应急预案、专项应急预案、部门应急预案，为应对本单位突发公共事件制订的工作计划、保障方案和操作规程。企事业单位应急预案由各单位制订，报主管部门和有关应急管理办事机构备案。

6、重大活动突发公共事件应急预案。举办大型庆典、会展和文化体育等重大活动，主办单位应当事先制订应急预案，报批准举办活动的政府部门审定和同级人民政府应急管理办事机构备案。

各类应急预案应当根据实际情况变化，由制订单位及时修订并报上级审定、备案。各类应急预案构成种类应不断补充、完善。

第二章 组织体系

（一）领导机构

省人民政府是全省突发公共事件应急管理工作的最高行政领导机构。在省长的领导下，通过省人民政府常务会议研究、决定和部署全省突发公共事件应急管理工作，统一领导和组织指挥突发公共事件的应急处置工作。副省长和省人民政府其他领导按

照工作分工和在省相关突发公共事件应急指挥机构中兼任的职务，负责相关类别突发公共事件应急管理工作。必要时派出省人民政府工作组指导工作。

省人民政府副秘书长协助省人民政府领导处理有关工作。

（二）办事机构

省人民政府办公厅是突发公共事件应急管理的办事机构，设省应急管理办公室（省人民政府总值班室），履行值守应急、信息汇总和综合协调职责，发挥运转枢纽作用；负责接收和办理向省人民政府报送的紧急重要事项；承办省人民政府应急管理的专题会议，督促落实省人民政府有关决定事项和省人民政府领导批示、指示精神；指导全省突发公共事件应急体系、应急信息平台建设；组织编制、修订《省总体应急预案》，组织审核省专项应急预案和省部门应急预案，指导应急预案体系建设；协调特别重大、重大突发公共事件的预防预警、应急演练、应急处置、调查评估、信息发布、应急保障和宣传培训等工作。

（三）工作机构

省有关部门（单位）依据有关法律、法规、规章和各自职责，承担相关类别突发公共事件的应急管理工作。负责省专项应急预案和省部门应急预案的制订与实施，贯彻落实省人民政府有关决定事项；承担相关应急指挥机构办公室的工作；及时向省人民政府报告重要情况和建议，指导和协助市州人民政府做好突发公共事件的预防、处置和恢复重建工作。省有关部门（单位）在应急管理工作中的主要职责见附件 1。

（四）市州、县市区机构

市州、县市区人民政府是本行政区域突发公共事件应急管理工作的行政领导机构，负责本行政区域各类突发公共事件的应对工作。市州、县市区人民政府要做好本行政区域各类突发公共事件应急处置的组织领导工作，其办事机构、工作机构及其职责可参照《省总体应急预案》，结合本地实际情况予以确定。

乡镇人民政府、街道办事处应当协助上级人民政府做好突发公共事件应急工作。

（五）专家组

县级以上人民政府和各专项应急指挥机构根据实际需要建立各类专业人才库，聘请有关专家组成专家组，为应急管理提供决策建议，必要时参加突发公共事件的应急处置工作。

第三章 运行机制

各级人民政府要建立应对突发公共事件的预测预警、信息报告、应急处置、恢复

重建及调查评估等机制，提高应急处置能力和指挥水平。

各级人民政府应当加强应急管理机构建设，整合各方面资源，建立健全快速反应机制，形成统一指挥、分类分级处置的应急机制，提高应对突发公共事件的能力。

各级人民政府要加强城市应急中心建设，建立统一接报、分级分类处置的应急平台，充分发挥城市在应急救援工作中的骨干作用；加强农村应对突发公共事件能力建设。

突发公共事件应急管理 workflow 示意图见附件 3。

(一) 预测与预警

(二) 各级人民政府及有关部门（单位）要针对各种可能发生的突发公共事件，完善预测预警机制，开展风险分析，做到早发现、早报告、早处置。

1、预测预警系统

各级人民政府及有关部门（单位）要综合分析可能引发的各类突发公共事件的预测预警信息并及时上报。省人民政府办公厅会同市州人民政府、省有关部门（单位），整合监测信息资源，依托政府系统办公业务资源网及相关网络，建立健全突发公共事件预测预警系统。

2、预警级别和发布

3、根据预测分析结果，对可能发生和可以预警的突发公共事件进行预警。预警级别依据突发公共事件可能造成的危害性、紧急程度和发展势态，一般划分为四级：I 级（特别严重）、II 级（严重）、III 级（较重）和 IV 级（一般），依次用红色、橙色、黄色和蓝色表示。各级人民政府及其部门（单位）要及时、准确地报告突发公共事件的有关情况，并根据突发公共事件的管理权限、危害性和紧急程度，发布、调整 and 解除预警信息。预警信息包括突发公共事件的类别、预警级别、起始时间、可能影响范围、警示事项、应采取的措施和发布单位等。涉及到跨区域的预警信息的发布、调整 and 解除，须报上级有关部门批准。预警信息的发布、调整 and 解除可通过广播、电视、报刊、通信、信息网络、警报器、宣传车或组织人员逐户通知等方式进行，对老、幼、病、残、孕等特殊人群以及学校等特殊场所和警报盲区应当采取有针对性的公告方式。

4、3、预警预防行动

进入预警期后，县级以上人民政府及其有关部门（单位）应当依据有关法律、法规、规章的规定，采取严格的防范控制措施，防止事态的发生、发展，并根据预警级

别的实际需要采取以下措施

- (1) 实行 24 小时值班制度，加强信息监控、收集；
- (2) 及时向社会发布可能受到突发公共事件危害的警告或者劝告，宣传应急和防止、减轻危害的常识；
- (3) 转移、撤离或者疏散容易受到突发公共事件危害的人员和重要财产，并妥善安置；
- (4) 要求各类应急救援队伍和人员进入待命状态；
- (5) 调集所需应急物资和设备；
- (6) 确保通讯、交通、供水、供电、供气、供暖等公用设施的安全和正常运行；
- (7) 法律、法规、规定的其他措施。

(二) 应急处置

1、信息报告和通报

突发公共事件发生后，省有关部门（单位）、事发地市州人民政府要按照相关应急预案规定的分级标准，在组织抢险救援的同时，及时汇总相关信息并迅速报告。重大或特别重大突发公共事件，必须在接报后 1 小时内向省应急管理办公室（省人民政府总值班室）口头报告，在 2 小时内书面报告，不得迟报、漏报、谎报和瞒报。省人民政府在 4 小时内向国务院报告，同时通报有关地区和部门（单位）。省有关部门（单位）报送国务院主管部门的特别重大突发公共事件信息，应同时或先行向省应急管理办公室（省人民政府总值班室）报告。特殊情况下，事发地人民政府及有关部门（单位）值班人员可直接向省人民政府报告，并同时报告上一级人民政府。报告内容主要包括时间、地点、信息来源、事件性质、影响范围、事件发展趋势和已经采取的措施等。应急处置过程中，要及时续报有关情况。省应急管理办公室（省人民政府总值班室）要及时汇总上报突发公共事件的重要信息和情况，同时将省人民政府领导同志作出的处置突发公共事件的批示或指示传达给有关地区和部门（单位），并跟踪反馈落实情况。市州人民政府和省有关部门（单位）要及时掌握各类突发公共事件信息，对于一些事件本身存在比较敏感或发生在敏感地区、敏感时间，或有可能转化为重大、特别重大突发公共事件的信息，也应及时报送。各相关部门（单位）要与毗邻区域加强协作，建立突发公共事件等信息通报、协调渠道，一旦出现突发公共事件影响范围超出本行政区域的态势，要根据应急处置工作的需要，及时通报、联系和协调。突发公共事件涉及港澳台侨、外籍人员，或者影响到境外的，由省人民政府及省外事侨务、

台湾工作等部门按照国家有关规定上报国务院及有关部门。突发公共事件涉及或者影响到本省行政区域外的，由省人民政府及时与所涉及或者影响的省（区、市）人民政府取得联系，通报有关情况。

5、先期处置

6、突发公共事件发生后，事发地人民政府和有关部门（单位）要立即采取措施控制事态发展，组织开展应急救援工作，并及时向上级人民政府和有关部门（单位）报告。事发地市州人民政府和省有关部门（单位）在报告重大、特别重大突发公共事件信息的同时，要根据职责和规定的权限启动相关应急预案，及时、有效处置，控制事态，并采取相应措施，密切注意和防止次生、衍生、耦合事件的发生。各级人民政府要建立并加强与驻湘部队、武警、中央在湘单位、毗邻省市区的协同应急联动机制和网络。根据突发公共事件应急处置实际需要，按照有关规定协调有关部门（单位）参与突发公共事件先期处置工作。突发公共事件发生单位和所在乡镇、社区负有先期处置的第一责任，要组织群众开展自救、互救。相关单位必须在第一时间进行应急处置。突发公共事件跨国（境）的，省有关部门（单位）要按照国家有关规定采取相应措施，控制事态发展，并按程序将有关情况及时报告省人民政府和国家有关部门。突发公共事件跨省行政区域的，由省人民政府与有关联的省（区、市）人民政府联合采取相应的应急措施。

3、应急响应

对于先期处置未能有效控制事态，或者超出市州人民政府处置能力、需要省人民政府协调处置的突发公共事件，省相关应急指挥机构应及时提出处置建议，经省人民政府领导同志批准后启动省相关应急预案，必要时提请省人民政府常务会议审议决定。

7、指挥与协调

需要省人民政府处置的，由省人民政府相关应急指挥机构或省人民政府工作组统一指挥或指导、协调有关市州、部门（单位）开展处置工作。主要包括：

- （1）组织协调有关市州、部门（单位）负责人、专家和应急队伍参与应急救援；
- （2）制定并组织实施抢险救援方案，防止引发次生、衍生、耦合事件；
- （3）协调有关市州、部门（单位）提供应急保障，调度各方应急资源等；
- （4）部署做好维护现场治安秩序和当地社会稳定工作；
- （5）及时向省人民政府报告应急处置工作进展情况；
- （6）研究处理其他重大事项。



事发地市州人民政府负责成立现场应急指挥机构，在省人民政府相关应急指挥机构或省人民政府工作组的指挥或指导下，负责现场的应急处置工作。需要多个省相关部门（单位）共同参与处置的突发公共事件，由该类突发公共事件的业务主管部门牵头，其他部门予以协助。现场应急指挥机构应当配备专业技术人员，并设立专家组，充分发挥专家的咨询、参谋作用，确保指挥决策的科学性。

8、现场应急基本措施

应急预案启动后，相关应急指挥机构、现场应急指挥机构应当立即组织、调动应急救援队伍和社会力量，根据实际情况采取下列措施：

- (1) 组织营救和救治受害人员，疏散、撤离、安置受到威胁的人员；
- (2) 迅速消除突发公共事件的危害和危险源、划定危害区域、加强巡逻、维持社会治安；
- (3) 针对突发公共事件可能造成的损害，封闭、隔离或者限制使用等有关场所，中止可能导致损害扩大的活动；
- (4) 对现场加强监测，防止疫病、环境污染等次生、衍生、耦合事件的发生；
- (5) 抢修被损坏的公共交通、通信、供水、供电、供气等基础设施，提供生活必需品、临时避难场所；
- (6) 决定启用本级人民政府储备的应急救援物资和设备，必要时征收、征用其他急需的物资、设备，或者组织有关企业生产应急物资，组织运输企业运输应急救援人员和物资；
- (7) 采取法律、法规、规章等规定的其他措施，包括依法限制公民某些权利和增加公民某些义务等。

6、紧急状态

发生或者即将发生特别重大突发公共事件，采取一般处置措施无法控制和消除其严重社会危害，需要宣布全省部分地区进入紧急状态的，依法由省人民政府提请国务院决定；需要宣布全省进入紧急状态的，依法由省人民政府按照《国家突发公共事件总体应急预案》有关规定，报请国务院提请全国人大常委会决定后实施。

7、应急结束

突发公共事件应急处置工作结束，或者相关危险因素消除后，现场应急指挥机构予以撤销。

紧急状态的解除，由负责决定、发布或执行机构依据法定程序宣布。

（三）恢复与重建

1、善后处置

各级人民政府和有关部门（单位）要积极稳妥、深入细致地做好善后处置工作。对突发公共事件中的伤亡人员、应急处置工作人员，以及紧急调集、征用有关单位及个人的物资，要按照规定给予抚恤、补助或补偿，并提供心理及司法援助。省有关部门（单位）按照规定及时调拨救助资金和物资。有关部门（单位）要做好疫病防治和环境污染消除工作。保险监管机构督促有关保险机构及时做好有关单位和个人损失的理赔工作。

2、调查与评估

省有关部门（单位）要会同事发地市州人民政府，对突发公共事件的起因、性质、影响、责任、经验教训和恢复重建等问题进行调查评估，并向省人民政府报告。省人民政府办公厅组织省有关部门（单位）于每年第一季度对上年度发生的突发公共事件进行全面评估，向省人民政府汇报。

3、恢复重建

恢复重建工作按照属地管理的原则，由事发地市州、县市区人民政府负责。市州、县市区人民政府和省有关部门（单位）在对受灾情况、重建能力以及可利用资源评估后，要认真制定灾后重建和恢复生产、生活计划，迅速采取各种有效措施，明确救助程序，规范捐赠管理，组织恢复、重建。需要省援助的，由事发地市州人民政府提出请求，省有关部门（单位）根据调查评估报告和受灾地区恢复重建计划，提出解决建议或意见，按有关规定报经批准后组织实施。

（四）信息发布

突发公共事件的信息发布应当实事求是、及时准确。各级人民政府及其有关部门（单位）要在事件发生的第一时间向社会发布简要信息，随后发布初步核实情况、政府应对措施和公众防范措施等，并根据事件处置情况做好后续发布工作。

（五）省人民政府负责处置的突发公共事件的信息发布，按照国家、省委的有关规定和《湖南省突发公共事件新闻发布应急预案》执行。省有关部门（单位）负责处置的突发公共事件的信息发布，由省有关部门（单位）会同省新闻主管部门负责。其他突发公共事件信息由事发地市州人民政府组织发布。

第四章 应急保障

省有关部门（单位）要按照职责分工和相关应急预案，做好应对突发公共事件的



人力、物力、财力、交通运输、医疗卫生及通信保障等工作，保证应急救援工作需要和灾区群众的基本生活，以及恢复重建工作的顺利进行。

（一）人力资源

按照平战结合、军地结合、专兼结合、社会参与、规模适度、协调配合、指挥灵便、反应快速、应急有效的原则，构建突发公共事件应急救援队伍体系。公安（消防）、民政救灾、医疗卫生、地震救援、矿山救护、防洪抢险、森林消防、核与辐射、环境监控、危险化学品事故救援、铁路事故、民航事故、基础信息网络和重要信息系统事故处置，以及水、电、油、气等工程抢险救援队伍，是应急救援的专业队伍和骨干力量，应当随着经济社会的发展不断加强，充实现有专业应急救援队伍。省有关部门（单位）和市州、县市区人民政府要加强应急救援队伍的业务培训和应急演练，建立联动协调机制，提高装备水平；动员社会团体、企事业单位以及志愿者等各种社会力量参与应急救援工作。要加强以乡镇和社区为单位的公众应急能力建设，建立各类群众性的应急救援队伍，发挥其在应对突发公共事件中的重要作用。各级人民政府应当充分发挥驻湘部队、武警以及民兵、预备役部队在参与应急处置和支援抢险救灾工作中的骨干和突击队作用。公安（消防）、医疗卫生等突发公共事件的基本应急救援队伍，要按照有关应急指挥机构的指令，承担各类突发公共事件的抢险救援任务；各专业应急救援队伍除承担本专业抢险救援任务外，应当根据需求和有关应急指挥机构的指令，支援其他抢险救援工作。

（二）财力保障

各级财政要保证突发公共事件应急准备和救援工作所需资金。企业应当设立本单位突发公共事件应急工作专项资金。全省性特别重大、重大突发公共事件应急处置所需经费，按现行事权、财权划分原则，分级负担。对受突发公共事件影响较大和财政困难的地区，省人民政府根据事发地实际情况向中央政府请求给予支持。对受突发公共事件影响较大的行业、企事业单位和个人，省有关部门（单位）要及时研究提出相应的补偿或救助政策，报省人民政府审批。各级财政和审计部门要对突发公共事件财政应急保障资金的使用和效果进行监管和评估。鼓励自然人、法人或者其他组织（包括国际组织）按照国家有关法律、法规的规定进行捐赠和援助。支持各保险机构推广针对应急工作的险种；有关生产经营单位应当依法向保险机构办理法定保险；鼓励公民、组织购买财产保险和人身意外伤害等商业保险；企事业单位应当依法为从业人员办理有关社会保险。

（三）物资保障

各级人民政府要建立健全应急物资监测网络、预警体系和应急物资生产、调拨及紧急配送体系，完善应急工作程序，确保应急所需物资和生活用品的及时供应。

省发改委要会同湖南储备物资管理局等部门（单位）负责全省应急物资储备的综合管理工作，建立应急救援物资、生活必需品储备制度。省商务厅及有关部门（单位）要按照职能分工，负责基本生活用品的应急供应及重要生活必需品如肉、糖等的储备管理工作。

省相关部门（单位）和市州、县市区人民政府根据有关法律、法规、规章和应急预案的规定，做好物资储备工作。加强对突发公共事件应急储备物资的管理，防止储备物资被盗用、挪用、流散；一旦出现上述情况，应当依法查处并及时予以补充；对过期失效的应当及时予以更新。

（四）基本生活保障

省民政厅等有关部门（单位）要会同事发地市州、县市区人民政府做好受灾群众的基本生活保障工作，确保灾区群众衣食住行及疾病的及时医治。

（五）医疗卫生保障

省卫生厅要会同有关部门（单位）根据应急预案和相关职责，建立医疗卫生应急专业技术队伍和保障系统，根据需要及时赴现场开展医疗救治、疾病预防控制等卫生应急工作，及时为受灾地区提供必要的药品、器械等卫生和医疗设备援助。红十字会等社会卫生力量应当在突发公共事件中积极参与医疗卫生救助工作。加强公共卫生体系建设，形成疾病预防控制体系、突发公共卫生事件医疗救治体系、卫生监督体系，全面提高公共卫生管理和应急处置能力。突发公共事件的应急医疗救治工作必须坚持以人为本、救死扶伤的原则，尽最大可能减少人员伤亡，并按照现场抢救、院前急救、专科救治的不同环节和实际需要组织实施应急救护。医疗急救机构负责院前急救工作；各级医疗机构负责后续专科救治工作；红十字会等社会团体和群众性救援队伍应当积极配合专业医疗救护队伍，组织群众参加现场卫生救护。

（六）交通运输保障

各级人民政府要加强交通战备建设，依法建立紧急情况社会交通运输工作的征用程序，确保抢险救灾物资和人员能够及时、安全送达。省建设、交通、民航、铁路等有关部门（单位）要保证紧急情况下应急交通工具的优先安排、优先调度、优先放行，确保运输安全畅通。



根据应急处置需要，有关部门（单位）要对事发现场及相关通道实行交通管制，开设应急救援“绿色通道”，保证应急救援工作顺利开展；道路设施受损时，有关部门（单位）应当迅速组织专业队伍进行抢修，尽快恢复，确保道路畅通。

（七）治安维护

公安、武警部队按照有关规定，参与应急处置和治安维护工作。要加强对重点地区、重点场所、重点人群、重要物资和设备的安全保护，预防和制止违法犯罪活动。必要时，依法采取有效管制措施，控制事态，维护社会秩序。

突发公共事件发生地的基层政府和社区组织应当积极发动和组织群众，开展群防联防，协助公安部门实施治安保卫工作。

（八）人员防护

市州、县市区人民政府要按照平战结合的原则，根据本地经济社会发展以及不同突发公共事件的特点、现状及其发展趋势等实际情况，指定或建立与人口密度、城市规模相适应的应急避险场所；应急避险场所的建设，可与人防工程、公园、广场、文化体育场馆等公共设施的建设或者改造相结合。必要时，可以依法征用机关、团体、企事业单位的各类场所等作为临时避险场所。各级人民政府要制定人员紧急疏散预案，完善紧急疏散管理办法和程序，明确各级责任人，确保在紧急情况下公众安全、有序的转移或疏散。县级以上人民政府有关部门要为涉险人员和应急救援人员提供符合要求的安全防护装备，采取必要的防护措施，严格按照程序开展应急救援工作，确保人员安全。

（九）通信保障

省信息产业、通信管理、广电等有关部门（单位）负责建立健全应急通信、应急广播电视保障工作体系，完善公用通信网，建立有线和无线相结合、基础电信网络与移动通信系统相配套的应急通信系统，确保通信畅通。已建或拟建专用通信网的单位，应当与电信主管部门及时沟通、协商，明确应急通信保障工作中各自的职责，确保紧急情况下的协同运作。参与突发公共事件应急工作的省部门（单位）、应急保障专业队伍以及各应急指挥机构，应当至少确保1部专用固定电话24小时有人值守，并明确带班领导。

（十）公共设施

有关部门（单位）要按照职责分工，分别负责煤、电、油、气、水的供给，以及废水、废气、固体废弃物等有害物质的监测和处理。交通、通信、水利、人防、电力、

管道等基础设施建设，应当充分考虑各类突发公共事件应急的需要并与之相适应。

（十一）科技支撑

有关部门和科研教学单位要积极开展公共安全领域的科学研究；加大公共安全监测、预测、预警、预防和应急处置技术研发的投入，不断改进技术装备，建立健全公共安全应急技术平台，加强城市灾害数字仿真研究和公共安全应急决策系统的开发，提高公共安全科技水平。各级人民政府要注意发挥企业在公共安全领域的研发作用，鼓励企业研究、开发、生产用于突发公共事件监测、预测、预警、预防和应急处置工作的新技术、新工具、新设备。

第五章 监督管理

（一）预案演练

省应急管理办公室（省人民政府总值班室）应当协同相关应急指挥机构或省有关部门（单位）制订应急演练计划并定期组织综合性应急处置演练。市州、县市区人民政府要结合本地实际，有计划、有重点地组织有关部门对相关预案进行演练。基层应急管理单位应当积极组织本单位综合性应急处置演练和专项演练。应急演练要从实战出发，深入发动和依靠公众，普及减灾知识和技能，切实提高应急救援能力。应急演练结束后应当对演练进行全面总结和评价。

（二）宣教和培训

社会公众均应当学习应急管理知识。各级各类机构和社会组织都有普及宣传应急管理知识的责任。省应急管理办公室（省人民政府总值班室）要会同省有关部门（单位）组织编写应急管理教育培训教材，编印各类突发公共事件应急知识通俗读本，设立应急管理网页，加强民众防护和应急管理工作宣传。省宣传、文化、广电、新闻出版等有关部门（单位）要通过图书、报刊、音像制品和电子出版物、广播、电视、网络等形式，广泛宣传应急法律、法规、规章和预防、避险、自救、互救、减灾等常识，增强公众的忧患意识、社会责任意识和自救、互救能力。省司法行政部门要把应急法律、法规、规章作为全民普法的重要内容。省教育厅要会同省有关部门（单位）制定学校应对突发公共事件的教育规划。在中小學生中普遍开展预防、避险、自救、互救、减灾等有关常识教育；在大学生中进行必要的突发公共事件应急管理知识教育。省人事部门应当会同省应急管理办公室负责建立健全应急法律、法规、规章和应急管理知识干部培训制度，把应急法律、法规、规章和应急预案等应急管理知识纳入干部教育培训内容。市州、县市区人民政府要针对本地区特点开展突发公共事件应急预案的宣



传和教育培训工作。乡镇人民政府、街道办事处、村（居）委会和企事业单位要加强应急常识的宣传和辅导。各级各有关部门（单位）要有计划地对应急救援和管理人员进行业务培训，提高其专业技能。

（三）责任与奖惩

突发公共事件应急管理工作实行行政领导负责制和责任追究制。各级人民政府对突发公共事件应急管理工作中作出突出贡献的先进集体和个人要给予表彰和奖励。对在应急处置工作中伤亡的人员依法给予抚恤。对迟报、漏报、谎报和瞒报突发公共事件重要情况或者应急管理工作中有其他失职、渎职行为的，依法对有关责任人给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 预案管理

本预案由省人民政府制订，由省人民政府办公厅负责解释与组织实施。省有关部门（单位）和市州、县市区人民政府按照本预案的规定履行职责，并制订相应的应急预案。

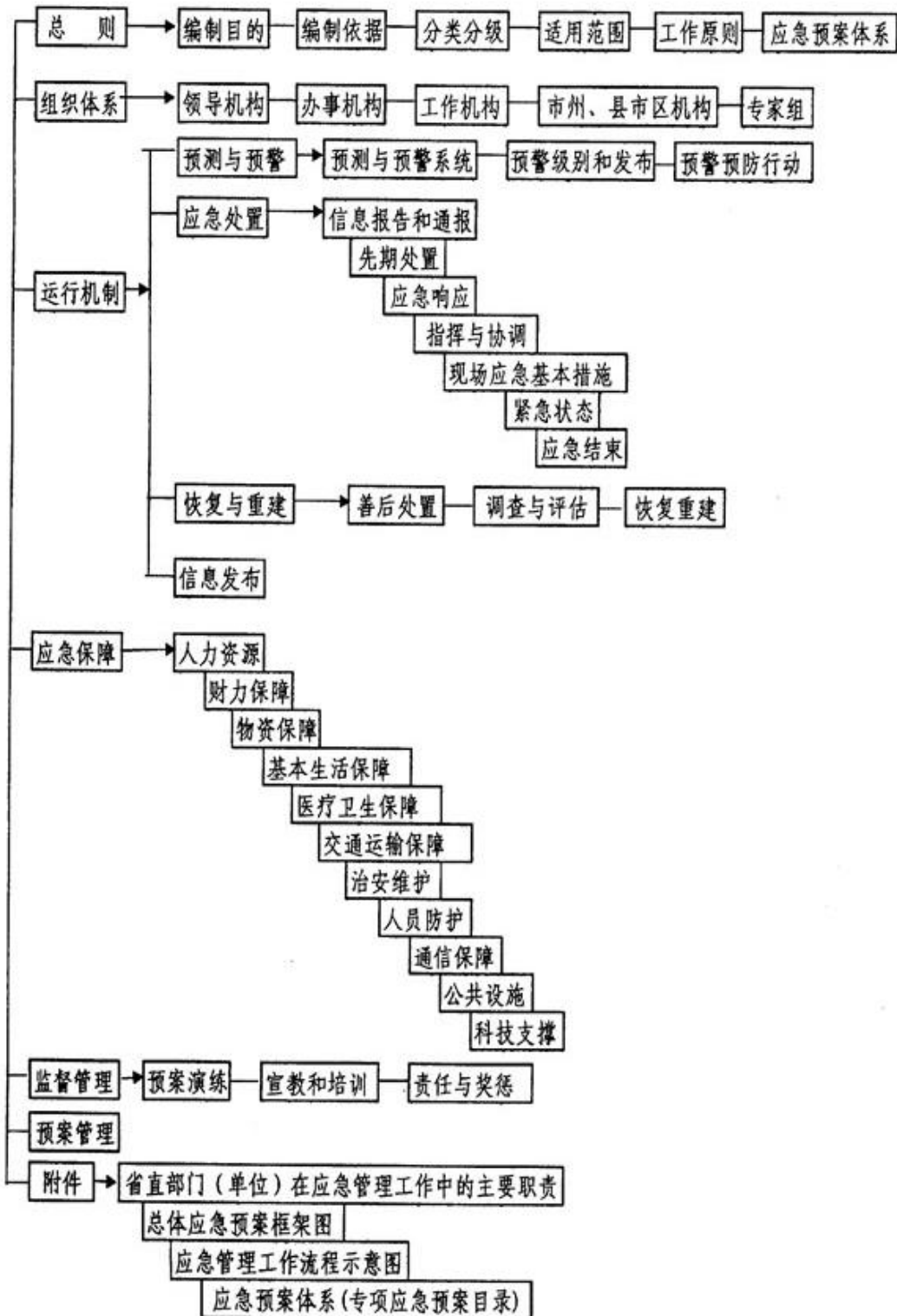
省人民政府根据实际情况的变化，及时修订本预案。

本预案自发布之日起施行。

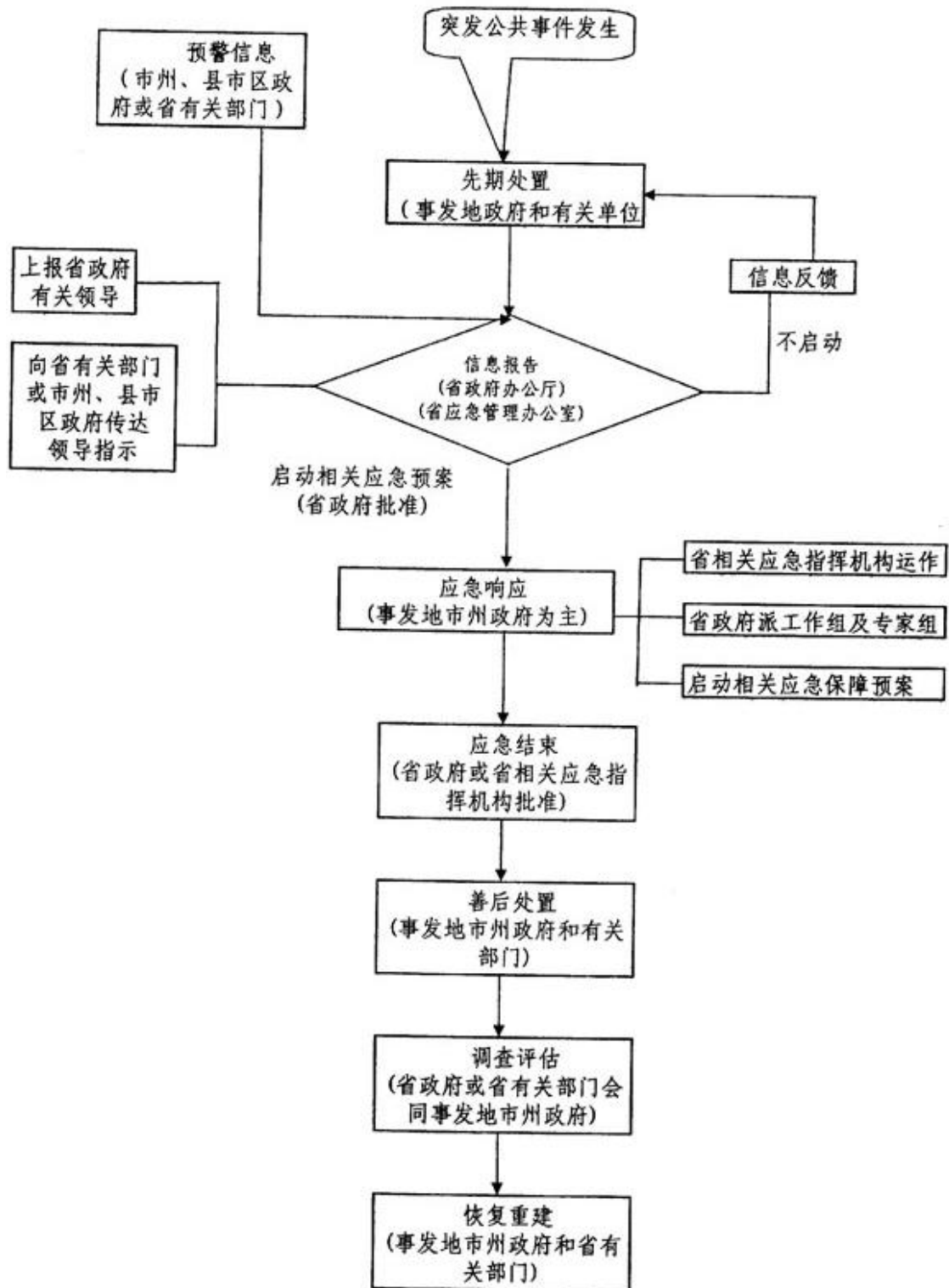
附件：

- 1、省有关部门（单位）在应急管理工作中的主要职责
- 2、总体应急预案框架图
- 3、应急管理 workflow 示意图
- 4、应急预案体系

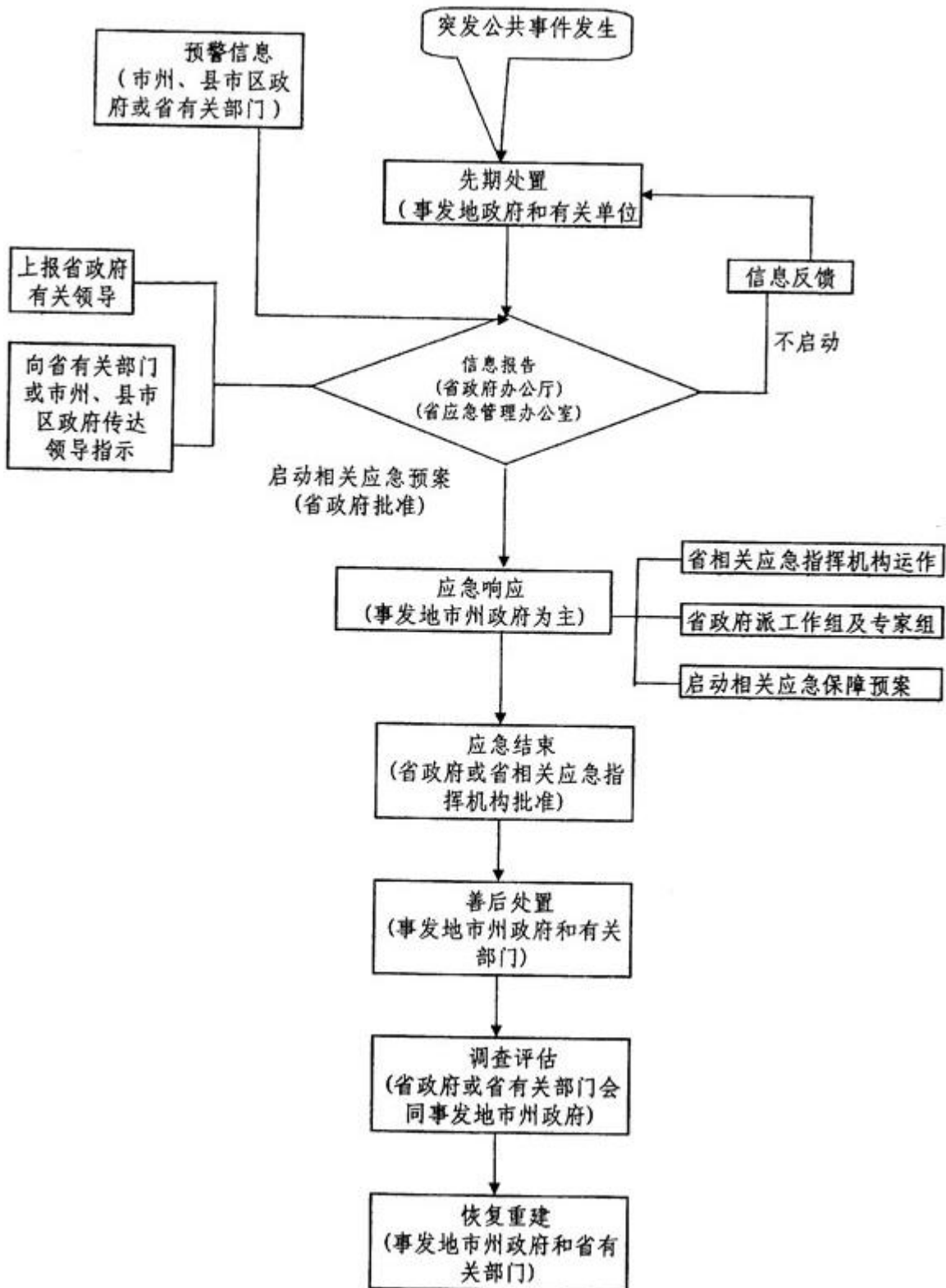
总体应急预案框架图



应急管理工作流程示意图



应急预案体系



湖南省突发公共事件医疗卫生救援应急预案

一、总则

（一）编制目的

保障自然灾害、事故灾难、公共卫生、社会安全事件等突发公共事件（以下简称突发公共事件）发生后，各项医疗卫生救援工作能迅速、高效、有序地进行，提高卫生系统应对各类突发公共事件的应急反应能力和医疗卫生救援水平，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。

（二）编制依据

《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国执业医师法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》、《湖南省突发公共事件总体应急预案》等法律法规和有关规定。

（三）适用范围

本预案适用于本省行政区域突发公共事件所导致的人员伤亡、健康危害的医疗卫生救援工作。

（四）工作原则

1、统一领导，分级负责，属地管理，强化责任。在省政府统一领导下，建立健全分类管理、分级负责制，实施条块结合，各司其责，实行行政领导责任制。

2、以人为本，救死扶伤，加强协作，公众参与。加强与各部门通力合作，动员公众积极参与，提高自救互救能力。采取分级救治与合理转运相结合的方法，科学检伤分类，先救命后治伤。最大程度地减少突发公共事件造成的人员伤亡危害程度。

3、依法规范，措施果断，平战结合，常备不懈。加强对突发公共事件医疗卫生救援应急处置的科学研究和技术培训，对全省医疗卫生救援工作统一、协调管理，采取平战结合的方式，常备不懈，形成良好的管理机制，提高全省突发公共事件医疗卫生救援应急管理的综合水平。

4、整合资源，信息共享，依靠科学，加强合作。充分利用社会资源，动员各级各类卫生部门（单位）积极参与，整合资源、通力合作，为突发公共事件医疗卫生救援应急处置提供先进、完备的科技保障。采用最先进的监测、预警、预报、救治技术，能反应及时、措施准确、处置果断，提高医疗卫生救援的综合能力和水平。

二、应急指挥体系及职责

省、市州、县市区卫生行政部门设立突发公共事件医疗卫生救援指挥机构，负责本地区的突发公共事件医疗卫生救援工作。

（一）应急组织机构

省卫生厅成立湖南省突发公共事件医疗卫生救援领导小组（以下简称省医疗卫生救援领导小组），由省卫生厅厅长任组长，省卫生厅分管副厅长任副组长，有关处室负责人为成员。

省医疗卫生救援领导小组办公室设在省卫生厅，与省卫生厅应急管理办公室合署办公。

（二）应急组织机构职责

1、省医疗卫生救援领导小组

领导、组织、协调、部署全省突发公共事件医疗卫生救援工作，指导市州、县市区开展突发公共事件医疗卫生救援工作。

2、省医疗卫生救援领导小组办公室

负责突发公共事件医疗卫生救援日常工作。制定预案，开通对外电话，实行24小时值班制，制定有关预警、预报、预防和信息报告制度。提出应急物质储备目录，开展应急演练、调查评估、信息发布、应急保障和宣传培训及其他应急协调、管理工作。

3、现场医疗卫生救援指挥部

全省各级卫生行政部门要根据实际工作需要，在突发公共事件现场设立现场医疗卫生救援指挥部，由现场最高级别卫生行政部门负责人任指挥长，统一指挥、协调现场医疗卫生救援工作。

4、医疗卫生救援专家组

省、市州、县市区卫生行政部门要建立医疗卫生救援专家组，参与制定、修订和评估突发公共事件医疗卫生救援应急预案和技术方案，对突发公共事件医疗卫生救援工作提供咨询建议、技术指导和支持。

医疗卫生救援专家组包括现场处置组、医疗救治组、紧急转运组、隔离防护组、流行病调查组。

5、医疗卫生救援机构

全省各级各类医疗机构承担突发公共事件医疗卫生救援任务。其中，各级医疗急救中心（站）、化学中毒和核辐射事故应急医疗救治专业机构承担突发公共事件现场医疗卫生救援和伤员及时转送，各级医疗机构承担现场救援和医疗救护的同时，开展病人接诊、收治和转运工作，对病人实行分类管理，其ICU承担送达院内危重病人的抢救。各级疾病预防控制机构和卫生监督机构应根据各自职责做好突发公共事件中的

疾病预防控制工作。

三、应急响应

（一）应急响应分级

根据突发公共事件导致人员伤亡和健康危害情况，将医疗卫生救援应急响应事件分为Ⅰ级（特别重大）、Ⅱ级（重大）、Ⅲ级（较大）和Ⅳ级（一般）四级。

1、符合下列情况之一的，为Ⅳ级（一般）：

（1）一次事件伤亡10人以上、29人以下，其中，死亡和危重病例超过1例的突发公共事件。

（2）县市区人民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。

2、符合下列情况之一的，为Ⅲ级（较大）：

（1）一次事件伤亡30人以上、49人以下，其中，死亡和危重病例超过3例的突发公共事件。

（2）市州人民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。

3、符合下列情况之一的，为Ⅱ级（重大）：

（1）一次事件伤亡50人以上、99人以下，其中，死亡和危重病例超过5例的突发公共事件。

（2）跨市州的有严重人员伤亡的突发公共事件。

（3）省人民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。

4、符合下列情况之一的，为Ⅰ级（特别重大）：

（1）一次事件伤亡100人以上，且危重人员多，或者核事故和突发放射事件、化学品泄露事故导致大量人员伤亡，事件发生地省级人民政府或有关部门请求国家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）应急响应行动

1、Ⅳ级响应

（1）Ⅳ级响应启动

符合下列条件之一的，启动医疗卫生救援应急的Ⅳ级响应，用蓝色表示：

①发生一般突发公共事件，县市区人民政府启动县市区突发公共事件总体应急预案。

②其他符合医疗卫生救援一般事件（Ⅳ级）级别的突发公共事件。

（2）Ⅳ级响应行动

县市区卫生行政部门接到关于医疗卫生救援一般事件的有关指示、通报或报告后，应立即启动县市区医疗卫生救援领导小组工作，组织医疗卫生救援机构开展突发公共事件的现场处理工作，组织专家对伤病员及救治情况进行调查、确认和评估，同时向本县市区人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。凡属启动县市区应急预案的响应，县市区医疗卫生救援领导小组按相关规定启动工作。

县市区卫生行政部门应及时将本区域医疗卫生救援一般事件报告市州卫生行政部门，必要时向有关县市区通报。

市州卫生行政部门接到医疗卫生救援一般事件报告后，要对事件发生地突发公共事件医疗卫生救援工作进行督导，必要时应快速组织有关专家进行技术指导和支持，并适时向本市州有关地区发出通报。

2、Ⅲ级响应

（1）Ⅲ级响应启动

符合下列条件之一的，启动医疗卫生救援应急的Ⅲ级响应，用黄色表示：

①发生较大突发公共事件，市州人民政府启动市州突发公共事件总体应急预案。

②其他符合医疗卫生救援较大事件（Ⅲ级）级别的突发公共事件。

（2）Ⅲ级响应行动

市州卫生行政部门接到关于医疗卫生救援较大事件的有关指示、通报或报告后，应立即启动市州医疗卫生救援领导小组工作，组织专家对伤病员及救治情况进行综合评估。同时，迅速组织开展现场医疗卫生救援工作，并及时向市州人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。凡属启动市州应急预案的响应，市州医疗卫生救援领导小组按相关规定启动工作。

市州卫生行政部门应及时将本区域医疗卫生救援较大事件报告省卫生行政部门，必要时向有关市州通报。

省卫生行政部门接到医疗卫生救援较大事件报告后，要对事件发生地突发公共事件医疗卫生救援工作进行督导，必要时组织专家提供技术指导和支持，并及时向本省相关地区发出通报。

3、Ⅱ级响应

（1）Ⅱ级响应启动



符合下列条件之一的，启动医疗卫生救援应急的Ⅱ级响应，用橙色表示：

- ①发生重大突发公共事件，省人民政府启动省突发公共事件总体应急预案。
- ②发生重大突发公共事件，省有关部门启动省突发公共事件专项应急预案。
- ③其他符合医疗卫生救援重大事件（Ⅱ级）级别的突发公共事件。

（2）Ⅱ级响应行动

省卫生行政部门接到关于医疗卫生救援重大事件的有关指示、通报或报告后，应立即启动省医疗卫生救援领导小组工作，组织专家对伤病员及救治情况进行综合评估。同时，迅速组织医疗卫生救援应急队伍和有关人员到达突发公共事件现场，组织开展医疗救治，并分析突发公共事件的发展趋势，提出应急处理工作建议，及时向省人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。凡属启动省总体应急预案和省专项应急预案的应急响应，省医疗卫生救援领导小组按相关规定启动工作。

省卫生行政部门应及时向国务院卫生行政部门报告和向有关省（市、区）通报情况，接受国务院卫生行政部门的督导，必要时可请求国家医疗卫生救援应急队伍或专家进行支援。

4、Ⅰ级响应

（1）Ⅰ级响应启动

符合下列条件之一的，启动医疗卫生救援应急的Ⅰ级响应，用红色表示：

- ①发生特别重大突发公共事件，国务院启动国家突发公共事件总体应急预案。
- ②发生特别重大突发公共事件，国务院有关部门启动国家突发公共事件专项应急预案。

- ③其他符合医疗卫生救援特别重大事件（Ⅰ级）级别的突发公共事件。

（2）Ⅰ级响应行动

凡发生医疗卫生救援特别重大事件，由国务院卫生行政部门立即启动医疗卫生救援领导小组工作，指挥、组织、协调、落实医疗卫生救援等措施。凡属启动国家总体应急预案和专项应急预案的应急响应，省卫生行政部门和省医疗卫生救援领导小组按规定启动工作。

省卫生行政部门接到本区域内发生医疗卫生救援特别重大事件的有关指示、通报或报告后，应在国务院卫生行政部门的指挥下，立即启动省医疗卫生救援领导小组工作，组织、协调医疗卫生救援机构开展医疗卫生救援工作。

（三）现场医疗卫生救援和指挥

医疗卫生救援应急队伍在接到救援指令后要及时赶赴现场，并根据现场情况全力开展医疗卫生救援工作。在实施医疗卫生救援过程中，既要积极开展救治，又要注重

自我防护，确保安全。

有关卫生行政部门应在事发现场设置现场医疗卫生救援指挥部，以及时准确掌握现场情况，做好现场医疗卫生救援指挥工作。主要或分管负责人要亲临现场，靠前指挥，减少中间环节，提高决策效率，加快抢救进程。现场医疗卫生救援指挥部要接受突发公共事件现场处置指挥机构的领导，加强与现场各救援部门的沟通与协调。

1、现场抢救

到达现场的医疗卫生救援应急队伍，要迅速将伤员转送出危险区，本着“先救命后治伤、先救重后救轻”的原则开展工作，按照国际统一的标准和方法迅速对伤病员进行检伤分类，分别用蓝、黄、红、黑四种颜色，对轻、重、危重伤病员和死亡人员作出标志（分类标记用塑料材料制成腕带），扣系在伤病员或死亡人员的手腕或脚踝部位，以便后续救治辨认或采取相应的分级、分区处理措施。

2、转送伤员

当现场环境处于危险或在伤病员情况允许时，要尽快将伤病员合理转送并做好以下工作：

（1）对已经检伤分类待送的伤病员由现场医生进行复检。对有活动性大出血或转运途中有生命危险的急危重症者，应就地先予抢救、治疗，做必要的处理，满足基本生命需要后再进行监护下转运，迅速有针对性转往有关医疗机构。

（2）认真填写转运卡提交接纳的医疗机构，并报现场医疗卫生救援指挥部汇总。

（3）在运转中，医护人员必须在医疗仓内密切观察伤病员病情变化，并确保治疗持续进行。

（4）在运转过程中要科学搬运，避免造成二次损伤。

（5）合理分流伤病员或按现场医疗卫生救援指挥部指定的地点转送，任何医疗机构不得以任何理由拒诊、拒收伤病员。

（四）疾病预防控制和卫生监督

突发公共事件发生后，有关卫生行政部门要根据情况组织疾病预防控制和卫生监督等有关专业机构和人员，开展卫生学调查和评价、卫生执法监督，采取有效的预防控制措施，防止各类突发公共事件造成的次生或衍生突发公共卫生事件的发生，确保大灾之后无大疫。

（五）信息报告和发布

医疗急救中心（站）和其他医疗机构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当地卫生行政部门。



现场医疗卫生救援指挥部、承担医疗卫生救援任务的医疗机构要每日向上级卫生行政部门报告伤病员情况、医疗救治进展等，重要情况要随时报告。有关卫生行政部门要及时向本级人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关情况。

各级卫生行政部门要会同新闻主管部门，按照《湖南省突发公共事件新闻发布应急预案》的有关规定，做好突发公共事件医疗卫生救援信息发布工作。

（六）应急响应终止

突发公共事件现场医疗卫生救援工作完成，伤病员在医疗机构得到救治，经本级人民政府或同级突发公共事件应急指挥机构批准，或经同级卫生行政部门批准，医疗卫生救援领导小组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。

四、应急保障

各级卫生行政部门应遵循“平战结合、常备不懈、分类管理、分级负责、统一协调、高效运转”的原则，加强突发公共事件医疗卫生救援工作的组织和队伍建设，组建医疗卫生救援应急队伍，制定各种医疗卫生救援应急技术方案，保证突发公共事件医疗卫生救援工作的顺利开展。

（一）信息系统

全省应建立统一的突发公共卫生事件监测、报告、决策指挥系统信息和技术平台，承担突发公共事件医疗救援常规监测及信息收集、处理、分析、发布与传递等。在充分利用现有资源的基础上建设医疗救治信息网络，信息系统应覆盖省、市州、县市区、乡镇、街道，实现医疗机构与卫生行政部门之间、卫生行政部门与相关部门之间的信息互通共享。

（二）急救机构

长沙市根据服务人口和医疗救治工作需求，建设一个相应规模的医疗急救中心，并完善急救网络。各市州、县市区可依托当地综合力量较强的医疗机构建立相应规模的急救机构。

（三）化学中毒与核辐射医疗救治基地

省化学中毒救治基地和省核辐射救治基地均设省劳卫所。按照“平战结合”的原则，在长沙市建立化学中毒和核辐射应急医疗救治专业机构，其他市州要依托实力较强的综合医院建立化学中毒、核辐射应急医疗救治专业科室。

（四）应急医疗卫生救援队伍建设

省、市州、县市区卫生行政部门依托各级各类医疗卫生机构组建综合性医疗卫生救援应急队伍，并根据需要分类建立特殊专业医疗卫生救援应急队伍，（如核辐射医

疗卫生救援应急队伍、化学中毒医疗卫生救援应急队伍)。省级队伍不少于 100 人，市级不少于 60 人，县级不少于 30 人。

各级卫生行政部门要保证医疗卫生救援工作队伍的严格管理，建立医疗救援应急队伍成员资料库，及时调整成员并更新成员信息资料，保持队伍稳定，制定相关管理制度，定期开展培训和演练，提高各级应急医疗救治队伍综合应急救治能力。省、市州、县市区卫生行政部门要分别指定当地一所实力较强的综合医院作为其应急医疗救治队伍的培训基地，承担各级相应的培训、演练任务。

(五) 物资储备

各级卫生行政部门应根据实际工作需要提出应急药品、医疗器械、设备、快速检测器材和试剂、队伍装备及卫生防护用品等物资的生产、储备计划建议。各级发改委负责制定应急物资储备计划，各级经委负责组织应急物资（包括应急药品、医疗设备和器械、防护用品及生活必须品）的生产、储备和调运，保证供应，维护市场秩序，保持物价稳定。医疗储备物资的动用，按国家发改委《国家医药储备应急预案》和省经委《湖南省医药储备应急预案》执行。应急储备物资使用后要及时补充。

各级卫生行政部门或指定的专门机构，应加强对应急医疗救援队伍装备物品的管理，制定相关管理办法，实行定管理单位、定主管领导、定使用保管人员的责任制，做好其物品的使用和定期维护等管理工作，做好应急队伍装备物品的目录编制、装备标准和配置方案交有关部门，配合有关部门做好其经费预算和采购工作。

(六) 经费保障

财政部门负责安排应由政府承担的突发公共事件医疗卫生救援所必需的经费，设立专项资金，并做好财政资金使用的监督工作。

自然灾害导致的人员伤亡，各级财政按照有关规定承担医疗救治费用或给予补助。

安全生产事故引起的人员伤亡，事故发生单位应向医疗急救中心（站）和相关医疗机构支付医疗卫生救援过程中发生的费用，有关部门应负责督促落实。

社会安全突发事件中发生的人员伤亡，由有关部门确定的责任单位或责任人承担医疗救治费用，有关部门应负责督促落实。各级财政可根据本级人民政府的决定对医疗救治费用给予补助。

各类保险机构要按照有关规定对参加人身、医疗、健康保险的伤亡人员，做好理赔工作。

(七) 交通运输保障

各级医疗卫生救援应急队伍要根据实际工作需要配备救护车辆、交通工具和通讯设备，并保持完好状况。



铁路、交通、民航、公安（交通管理）等有关部门，要保证医疗卫生救援人员和物资运输的优先安排、优先调度、优先放行，确保运输安全通畅。紧急情况下，对现场及相关通道实行交通管制，开设应急救援“绿色通道”，保证医疗卫生救援工作的顺利开展。

（八）其他部门保障

1、公安机关负责维护突发公共事件现场治安秩序，加强对重点地区、重点场所、重点人群、重要物资和设备的安全保护，依法、及时、妥善处置与医疗卫生救援有关的突发事件，查处打击违法犯罪活动，保证现场医疗卫生救援工作的顺利进行。

2、科研部门制定突发公共事件医疗卫生救援应急技术研究方案，组织科研力量开展医疗卫生救援应急技术科研攻关，统一协调、解决检测技术及药物研发和应用中的科技问题。

3、海关负责突发公共事件医疗卫生救援急需进口特殊药品、试剂、器材的优先通关验放工作。

4、食品药品监管部门负责突发公共事件医疗卫生救援药品、医疗器械和设备的监督管理，参与组织特殊药品的研发和生产，并组织对特殊药品进口的审批。

5、红十字会按照《中国红十字会总会自然灾害与突发公共事件应急预案》，负责组织群众开展现场自救和互救，做好相关工作。并根据突发公共事件的具体情况发出呼吁，依法接受国内外组织和个人的捐赠，提供急需的人道主义援助。

6、省通信管理局负责组织、协调各电信运营企业，为突发公共事件的报告及医疗卫生救援应急处理提供通讯保障工作。

7、省劳动保障厅负责组织制定并会同有关部门落实参与突发公共事件应急医疗卫生救援医务人员的伤残待遇政策。

8、省人事厅、省民政厅分别负责制定相关政策，落实对应急医疗卫生救援工作有功人员的奖励和对死亡的烈士认定及有关抚恤政策。

9、省军区负责组织、协调辖区内军队有关医疗卫生机构和技术力量，支持和配合突发公共事件医疗卫生救援工作。

五、监督管理

（一）宣传培训

各级卫生行政部门要做好突发公共事件医疗卫生救援知识普及的组织工作；宣传部门要组织广播、电视、报刊、互联网等媒体扩大对社会公众的宣传教育，广泛宣传应急救援的法律法规和医疗救援自救、互救常识，提高公众应急救援综合素质；各部门、企事业单位、社会团体要加强对所属人员的宣传教育；各医疗卫生机构要做好宣

传资料的提供和师资培训工作。

（二）公众参与

在广泛普及医疗卫生救援知识的基础上逐步组建以公安消防干警、企事业单位安全员和卫生员为骨干的群众性参与、救助网络，形成全社会、广大公众积极参与医疗卫生救援的良好氛围。

医疗卫生救援演练需要公众参与的，演练组织部门应制定相应预案并报经本级人民政府同意。

（三）奖惩和责任

各级卫生行政部门对突发公共事件医疗卫生救援工作作出贡献的集体和个人要给予表彰和奖励。对失职、渎职的有关责任人，要依据有关规定严肃追究责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。对在突发公共事件应急医疗救援工作中表现突出英勇献身人员，应按有关规定追认为烈士，并予相应抚恤；对因此而致病、致残、死亡人员应按国家有关规定，给予相关补助和抚恤。

突发公共事件医疗卫生救援工作实行责任追究制。

六、附则

（一）预案管理与更新。省卫生厅根据情况变化，对预案进行修订和完善。

（二）预案解释部门。本预案经省人民政府批准后实施，由省人民政府办公厅印发，省卫生厅负责解释。

（三）预案实施时间。本预案自印发之日起施行。

突发事件应急处置预案

根据《中华人民共和国突发事件应对法》和《湖南省突发事件应急预案置理办法》及各级政府要求和全面做好安全维稳工作的指示精神，确保我院发生突发紧急情况时，能够紧张有序、高效无误地进行应急处置，保障我院的根据《中华人民共和国突发事件应对法》和《湖南省突发事件应急预案置理办法》及各级政府要求和全面做好安全维稳工作的指示精神，确保我院发生突发安全稳定工作，特制定本预案。

一、突发事件的内容范围

本预案适用于本院突发公共事件的防范和应急处置。包括突发公共卫生事件、重大自然灾害、重大刑事和社会治安案件以及火灾、重大医疗纠纷等突发等事件。

二、组织机构和职责

（一）成立突发事件应急处置领导小组

组 长：党委书记、院长

副组长：领导班子副职

成 员：院办公室、医务科、护理部、院感科、保卫科、总务科、人事科、财务科等职能科室负责人。

应急领导小组下设办公室，负责全院突发公共事件日常管理工作，在小组领导下协调有关应急处置工作。组织制定突发事件规章制度及应急预案并组织演练，组织协调医院突发公共事件紧急救援和处置，重大安全事故和突发重大人员伤亡事件紧急医疗救护工作，负责应急状态下全院人力资源、信息、交通工具、设备、物资保障总调度。领导小组办公室设医院办公室。

成员部门职责：

院办公室：负责总协调、联络以及信息发布、新闻舆论宣传和引导工作。

医务科：制定医疗急救预案，制定专家组名单，负责医务人员医疗急救培训。负责全面组织、协调突发公共事件的应急救治工作包括医务人员调配、救治场所安排、组织专家会诊等。

护理部：制定护理急救预案，负责护理人员急救培训和管理。负责护理人员的调配工作，保证应急状态下护理队伍的数量和质量。

院感科：负责公共卫生突发事件应急预案的制定、落实，一旦发生突发院感事件，

负责指挥、协调、实施预案。

总务科：负责应急物资、设施、卫生用品的准备，保证抢救设备、监护设备等设备的运行状况良好。随时为应急救援提供相应物资设备。负责应急状态下水、电、气、车辆等后勤保障系统运行良好，为应急救援提供后勤支援。

人事科：负责人力资源调度。

财务科：负责协调解决应急救援有关工作所需经费等问题。

保卫科：负责突发公共事件发生地和救治地的安全保卫工作，协助疏导病人和家属，创造良好的救治环境

（二）成立相关应急处理小组：

1、突发公共事件医疗应急处理小组：由院长任组长，各分管副院长任副组长，院感科、医务科、质控科、精防办、总务科、保卫科负责人及各科室主任任组员，具体承担国家的公共卫生医疗应急任务。职能部门由院感科负责。

2、国家重大灾害危机干预、心理应急援助小组：由医务科精防办负责人担任小组组长，各精神科和门诊主任为组员，具体承担国家重大灾害心理危机干预的任务。职能部门由医务科、精防办负责。

3、紧急医疗救护组：组长：分管医疗副院长，副组长：医务科长，组员：老年科科长、护士长以及门诊主任、护士长以及副高以上医师。负责对医院住院病人、门诊病人、家属、本院员工以及任何在我院范围突发紧急意外情况时的抢救处理。职能部门由医务科负责。

4、安全保障应急处理小组，组长分管行政后勤的副院长，副组长：保卫科和总务科负责人，职能部门由保卫科和总务科负责，对火灾、重大自然灾害、重大医疗纠纷、重大安全事件、突发停水停电等事件进行处置。

三、应急处理程序

突发公共卫生事件：由院感科负责收集资料，了解情况，制定应急医疗支援方案，做好后勤准备工作，同时通知相关组员作好待命准备，向院应急领导小组汇报情况，请求指示，同时向相关政府部门进行报告，提出申请，听从指挥和调配。

国家重大灾害事件危机干预的心理援助：由医务科和精防办负责收集资料，了解情况，整合各种资源，集结队伍，随时待命，作好心理援助应争方案，做好后勤准备工作，向院应急领导小组汇报情况，请求指示，同时向政府相关职能部门提出支援申请，听从政府的指示和安排调配。



院内医疗意外事件由紧急医疗救护组组织抢救，并将情况向院领导汇报，积极联系其家人，转综合医院等处理。

火灾、重大自然灾害、重大医疗纠纷、重大安全事件等紧急事件，任何人员一经发现，立即上报保卫科和院行政值班，同时报告 110 或 119 请求支援。保卫科直接向院长报告并听从院长指挥进行应急处理工作。同时院行政值班向其他院领导、职能科室负责人报告。要求领导必须在 40 分钟内赶到现场。保卫科在第一时间拉响报警警铃，院内所有职工和领导赶到事发地点，听从院应急领导小组的指挥，最先到达现场的职务最高者即为现场指挥。

四、职责要求及奖惩制度

1、及时报告。如遇突发事件，一是立即报告主管科室负责人，非正常上班时间报告院行政值班人员，由科室负责人和行政值班人员根据情况报告院领导，如遇火警立即报 110；二是及时向上级主管部门和公安部门报告，保护现场，保留证据；三是做好法律宣传、疏导工作，及时化解矛盾，不使矛盾激化，尽量把矛盾控制在萌芽状态；四是紧急情况发生后，立即报警 110 协助处理。

2、应急小组接到突发事件的通知后，立即赶到事故发生现场，并及时向公安部门和有关部门及领导报告事故发生的情况，同时召集人员进行应急处理。

3、各组人员在接到突发事件通知后，在院内的人员必须在 5 分钟之内赶到事发现场，在长沙市内的人员必须在 30 分钟之内赶到现场，要求各组人员按照分工，履行好各自的职责，其余人员按照现场指挥接受临时派遣任务。

4、在突发事件发生时，在院内所有工作人员随时听从应急处置领导小组的安排，积极配合各项工作，严格遵守工作纪律，要认真负责、相互协调，不得以任何理由推诿和拖延时间。对不听安排和不接受任务、工作不合作、耽误时间影响工作造成后果的，一律严肃处理。并且严格按照责任事故追究制处罚，包括追究法律责任。

公共精神卫生服务医疗应急处置工作方案

按照卫生健康委《严重精神障碍管理治疗工作规范（2018年版）》的要求，为进一步完善我院公共精神卫生服务医疗应急处置机制和提高应对公共精神卫生服务医疗应急处置的能力，特制定本工作方案。

一、适用范围

本方案适用于突发严重精神障碍，或严重精神障碍患者病情急剧变化，已经出现或可能出现对自身的伤害（自杀、自伤行为），或者对他人造成伤害、对财物造成重大损失、严重扰乱社会治安等（危害社会行为）；或者出现急性或严重药物不良反应，需要通过应急医疗处置及时采取干预措施，以避免伤害和损失的发生或者减轻伤害和损失程度时。

二、领导组织

（一）成立公共精神卫生服务医疗应急处置领导小组

组 长：贺吉清 孙 杰

副组长：沈雪芝 陈 东 赵金聚

成 员：蒋华英 高飞鸿 葛小平 周曼纯 何 杰 严高超

下设办公室，设在公共精神卫生防治办公室，由高飞鸿兼任办公室主任。

（二）成立公共精神卫生服务医疗应急处置专家技术组

组 长：沈雪芝

副组长：蒋华英 高飞鸿 葛小平 周曼纯 何 杰

成 员：严高超 刘 伟 何杏桃 卢永红 舒 卓 王慧玲 易运清

曹检化 潘 俊 黄 雷 熊 矩 黄艳红 黎鼎盛 杜海燕

朱霞东 羊 敏 莫祥德 柳春旺 邓红兵 黎 彪 彭建宏

24 小时医疗应急处置电话：0731-85585069。

三、处置流程

接到社区卫生服务中心/公安机关的请求→医院派出应急处置专家前往处置地点（情况特别紧急的，专家应在赶往途中电话指导社区精防专干/民警进行处置）→专家现场干预（患者家属或现场民警签订《应急医疗处置知情同意书》）→处置完成后专家填写《应急医疗处置记录单》。



四、处置总原则

1、合理：应急医疗处置判断要准确，方法要恰当，严格遵循相关的法律法规。

2、及时：工作人员应该及时赶到现场，采取干预措施，尽可能缩短造成伤害和损失的时间。

3、安全：采取的一切处置措施，均旨在保护患者、家属、周围人群以及实施应急医疗处置的医疗人员的人身安全；保护公共和私人财物；必要时应联系当地公安机关协助。

五、处置方式

公共精神卫生服务应急处置小组成员采取的有关应急医疗处置措施，应该遵循《疾病诊疗规范—精神病分册》和《中国精神疾病防治指南》的规定。对“精神科门诊留观”或者“精神科紧急住院治疗”的患者，应按照门诊留观和紧急住院的要求办理相关手续。

1、现场临时性处置

用于疾病诊断明确，问题清楚，处理措施不复杂的情况。主要针对一般的急性药物不良反应患者，或病情不重，治疗依从性较好，患者家庭有一定管理条件的患者。

如果现场临时性应急医疗处置未能达到预期效果，应及时转为精神科门诊留观或精神科紧急住院治疗。

2、精神科门诊留观

用于能立即确诊，需进一步检查或观察；或疾病诊断虽已明确，但处理措施较简单，预计问题可以在 24 小时内得到解决的情况。主要针对较严重的急性药物不良反应，或患者家属/监护人有较强看护能力并且危险性评估在 2 级及以下的患者。

如果估计病情不能在 24 小时内得到有效控制，或有继续发展加重的趋势，应随时转为精神科紧急住院治疗。

3、精神科紧急住院治疗

用于患者病情危重，需要保护性治疗或强制性治疗；或处理措施复杂，病情需要较长时间（24 小时以上）才能控制；或不能确诊，需进一步检查、观察或会诊的情况。主要针对危险性评估在 3 级及以上的患者，或出现严重的急性药物不良反应患者。

六、几种常见危害行为的处置程序

1、暴力攻击行为

(1) 评估患者危险性。根据患者病史及目前的状况，评估冲动和暴力行为发生的可能性以及可能带来的不良后果，进行危险性评估。

(2) 非药物性干预措施

A. 一般的安全技巧：与对方保持一定的距离，避免直接的目光对视，不要随便打断患者的谈话，要有安全的逃离通道，及时发现患者愤怒的迹象，取走患者携带的凶器等。

B. 检查技巧：避免给患者过度的刺激（声光），予以足够的个人空间，尽量保持开放的身体姿势，尊重、认可患者的感受，向患者表示随时愿意提供帮助。多做言语的安抚，以减少患者的恐惧，劝阻患者停止暴力无效时，则予以身体约束。

(3) 药物治疗。采用快速镇静疗法，如使用氟哌啶醇，或氯硝西洋肌肉注射。

(4) 积极处理原发疾病。

2、自伤自杀行为

(1) 阻止自伤自杀行为，救治躯体损伤。立即阻止正在实施的自伤自杀行为；快速进行必要的躯体检查，实施现场急救，恢复并维持生命体征正常。视躯体损伤程度及医疗处理条件，决定是否转入综合性医院急诊科急救，或请其他科会诊。

如生命体征平稳，应将患者转移至安全场地，由专人看护，避免再度发生自伤自杀行为。如在社区内缺少安全保护措施，应采取精神科门诊留观或紧急住院治疗。

(2) 快速药物镇静。

(3) 积极处理原发疾病。适时开始或调整针对原发疾病的治疗方案。了解并分析自伤自杀的成因，给予支持性心理治疗。

3、与抗精神病药相关的急性不良反应

抗精神病药副作用较多，特异质反应也常见，所以处理和预防药物的不良反应与治疗原发病同等重要。常见的急性药物不良反应有锥体外系反应、恶性综合征、体位性低血压、药物过量中毒等。处置急性药物不良反应，应遵照《疾病诊疗规范—精神病分册》、《中国精神疾病防治指南》的要求

实施。

七、院外应急医疗处置常用措施

(1) 心理危机干预。

使用支持性和解释性言语，缓解患者紧张、恐惧和愤怒情绪，劝说患者停止危害行为。同时对现场其他人的焦虑、紧张、恐惧情绪给予必要的安慰性疏导、转移。



(2) 保护性约束。

保护性约束为及时控制和制止危害行为发生或者升级，而对患者实施的保护性措施。

经患者监护人（家属）同意，在当地公安机关公务人员协同下，使用有效的保护性约束手段对患者进行约束，对其所携危险物品及时全部搜缴、登记、暂存，将患者限制于相对安全的场所。

(3) 快速药物镇静。

为迅速控制患者情绪，经应急医疗处置组的精神科执业医师诊断并处方，可使用抗精神病药物（如氟哌啶醇等，或加用苯二氮卓类药物）快速镇静。用药后，应注意观察药物不良反应。

(4) 持续性药物治疗。

对已经接受社区/乡镇管理的患者，根据疾病诊断和既往治疗情况，应及时制定和调整长期药物治疗方案，以巩固治疗效果，控制并缓解病情。

(5) 其他治疗。

查看并处理患者出现的身体损伤。必要时，请就近综合性医院会诊或协助诊疗。

突发公共事件心理危机干预方案

一、干预目标和原则

(一) 以促进社会稳定为前提, 根据整体突发公共事件工作部署, 及时调整心理危机干预工作重点。

(二) 心理危机干预活动一旦进行, 应该采取措施确保干预活动得到完整地展开, 避免再次创伤。

(三) 实施分类干预, 针对受助者当前的问题提供个体化帮助。严格保护受助者的个人隐私。

(四) 以科学的态度对待心理危机干预, 明确心理危机干预是突发公共事件救援工作中的一部分。

二、领导组织

突发公共事件心理危机干预领导小组

组 长: 贺吉清

副组长: 沈雪芝

成 员: 蒋华英 高飞鸿 何 杰 葛小平

突发公共事件心理危机干预专家技术组

组 长: 沈雪芝

副组长: 蒋华英 高飞鸿 葛小平 周曼纯 何 杰

成 员: 严高超 刘 伟 何杏桃 卢永红 舒 卓 王慧玲 易运清

曹检化 羊 敏 柳春旺

三、工作内容

(一) 综合应用基本干预技术并与宣传教育相结合, 提供心理救援服务。

(二) 了解突发公共事件人群的社会心理状况, 发现可能出现的紧急群体心理事件苗头, 及时向上级报告并提供解决方法。

(三) 通过实施干预, 促进形成灾后社区心理社会互助网络。

四、目标人群评估、制定分类干预计划

评估目标人群的心理健康状况(SRQ), 将目标人群分为普通人群、重点人群。对普通人群开展心理危机管理, 对重点人群开展心理危机援助。

五、出发前准备



(一) 了解本次突发公共事件基本情况。如：事件类型、伤亡人数、包括道路、天气、通讯和物资供应等；了解目前政府救援计划和实施情况等。

(二) 复习本次突发公共事件引起的主要躯体损伤的基本医疗救护知识和技术，例如骨折伤员的搬运、创伤止血等。

(三) 明确即将开展干预的地点，准备好交通地图。

(四) 初步估计干预对象及其分布和数量。

(五) 制定初步的干预方案/实施计划。

(六) 准备宣传手册及简易评估工具，熟悉主要干预技术。

六、现场工作流程

(一) 接到任务后按时间到达指定地点，接受当地指挥部指挥，确定工作目标人群和场所。

(二) 按照干预方案开展干预；没有制定心理危机干预方案的地方，抓紧制定干预方案。

(三) 分小组到需要干预的场所开展干预活动。

(四) 使用简易评估工具，对需要干预的对象进行筛查，确定重点人群。

(五) 根据评估结果，对心理应激反应较重的人员及时进行初步心理干预。

(六) 对筛选出有急性心理应激反应的人员进行治疗及随访。

(七) 有条件的地方，要对救援工作的组织者、社区干部、救援人员进行集体讲座、个体辅导、集体心理干预等措施，教会他们简单的沟通技巧、自身心理保健方法等。

(八) 及时总结当天工作。每天晚上召开碰头会，对工作方案进行调整，计划次日的工作，同时进行团队内的相互支持，最好有督导。

(九) 将干预结果及时向当地负责人进行汇报，提出对重点人群的干预指导性意见，特别是对重点人群开展救灾工作时的注意事项。

(十) 在工作结束后，要及时总结并汇报给有关部门，全队接受一次督导。

七、常用干预技术

(一) 普通人群

普通人群是指目标人群中经过评估没有严重应激症状的人群。对普通人群采用心理危机管理技术开展心理危机管理。从突发公共事件当时的救援，到整个事件的善后安置处理，都需要有心理危机管理的意识与措施，以便为整个救援工作提供心理保障。包括以下几方面：

1. 依靠各方力量参与。建立与当地民政部门、学校、社区工作者或志愿者组织等负责突发公共事件安置与服务的部门/组织的联系，并对他们开展必要的培训，让他们协助参与、支持心理危机管理工作。

2. 利用大众媒体向灾民宣传心理应激和心理健康知识。

3. 心理救援协调组应该积极与突发公共事件指挥部保持密切联系与沟通，协调好与各个部门的关系，保证心理危机管理工作顺利进行。对在心理危机管理中发现的问题，应及时向指挥部汇报并提出对策，以使问题得到及时化解。

（二）重点人群

重点人群是指目标人群中经过评估有严重应激症状的人群。对重点人群采用“稳定情绪”、“放松训练”、“心理辅导”技术开展心理危机救助。

1. 稳定情绪技术要点

（1）倾听与理解。目标：以理解的心态接触重点人群，给予倾听和理解，并做适度回应，不要将自身的想法强加给对方。

（2）增强安全感。目标：减少重点人群对当前和今后的不确定感，使其情绪稳定。

（3）适度的情绪释放。目标：运用语言及行为上的支持，帮助重点人群适当释放情绪，恢复心理平静。

（4）释疑解惑。目标：对于重点人群提出的问题给予关注、解释及确认，减轻疑惑。

（5）实际协助。目标：给重点人群提供实际的帮助，协助重点人群调整和接受因突发公共卫生事件改变了的生活环境及状态，尽可能地协助重点人群解决面临的困难。

（6）重建支持系统。目标：帮助重点人群与主要的支持者或其他的支持来源（包括家庭成员、朋友、社区的帮助资源等）建立联系，获得帮助。

（7）提供心理健康教育。目标：提供常见心理问题的识别与应对知识，帮助重点人群积极应对，恢复正常生活。

（8）联系其它服务部门。目标：帮助重点人群联系可能得到的其它部门的服务。

2. 放松训练要点包括：呼吸放松、肌肉放松、想象放松。分离反应明显者不适合学习放松技术。（分离反应表现为：对过去的记忆、对身份的觉察、即刻的感觉乃至身体运动控制之间的正常的整合出现部分或完全丧失）。

3. 心理辅导要点是通过交谈来减轻突发公共事件对重点人群造成精神伤害的方法，个别或者集体进行，自愿参加。开展集体心理辅导时，应按不同的人群分组进行，如：住院轻伤员、医护人员、救援人员等。

医院反恐应急预案

为了提高对暴力恐怖事件的应急能力，维护医院正常的就医秩序和医疗工作的开展，确保就医患者和医务人员的生命安全及医院设施设备等财产的安全，我院特制定本预案。

一、目的

处理反恐防暴事件主要是以平息事态，控制局面，防止扩散，减少损失，保障人员生命安全为主要原则。针对不同性质的事件采取不同方法进行处理，如采用制止、宣传、保护、支援、疏散等方法，围绕保护就医患者和医务人员的生命安全为中心，有条不紊地开展应急工作。

二、反恐应急预案的领导小组

组 长：贺吉清、孙杰

副组长：陈东、赵金聚、沈雪芝

成 员：章 灿、沈韵、向健涛、龙 波、蒋华英、周曼纯、何 杰

三、指挥系统的构成及职责

1、指挥部指挥长由贺吉清同志担任。

(1) 其主要掌握现场情况，制定应急决策，确定疏散救援路线，根据现场情况需要，调整调集所有抢险、抢救、支援力量。

(2)、向参加行动的下级部署任务，并检查实施情况。

(3)、公安、消防等相关部门到达后，介绍现场有关具体情况。

(4)、组织医院专职的医务人员、保卫力量协同作战，根据需要组织人员参与辅助性行动。

(5)、组织人员做好现场的警戒、物资看护、维护现场秩序。

2、指挥部副指挥由陈东同志担任。其主要协助指挥长工作，在指挥长离开事发现场的时候，履行指挥员职责。

3、指挥部下设：通讯联络组、宣传报道组、引导疏散组、后勤保障组、医疗救护组、善后处理组；

(1)、通讯联络组由向健涛负责，掌握事发现场的详细情况，及时向指挥部报告并及时做好传达上级的指示，汇报现场情况，控制周边所有的有线、无线通讯器材的

调配，确保事发现场信息畅通。

(2)、宣传报道组：由沈韵负责与各部门、新闻单位人员一起，在指挥部的统一领导下，做好劝说、动员工作，鼓舞士气，及时收集事发现场信息和各种事迹，做好新闻宣传工作；

(3)、引导疏散组：由于章灿负责；其主要职责：组织引导周边所有人员的疏散和重要物资的转移，负责现场警戒和物资清点统计。

(4)、后勤保障组：由龙波负责；其主要职责：听从指挥部下达的各项指示，为参加行动的所有小组提供所需物品、水、电等方面的支援保障，根据现场事发性质，必要时采取断电、水、气措施，全力配合各小组的工作。

(5)、医疗救护组：由沈雪芝、周曼纯负责；其主要职责：负责抢救伤员，协助有关部门及时将伤员转移、抢救。

(6)、善后处理组：由何杰负责安抚受伤人员，并妥善安排受伤人员的住院、治疗等相关事项；

四、具体事项的处理办法

1、暴力侵害

(1)、如果在没有伤及人员的情况下，应该以宣传教育的方法为主，劝说其放弃伤害他人及破坏正常秩序的行为；

(2)、如已伤及他人应当立即制止，以抢救伤员为主，如情况继续恶化，应以武力进行制止；

(3)、注意观察暴力行为组织者的一切行为，特征，情况允许的话，应当立即实施擒获，不具备条件的情况下，也要想办法接近、控制，等待公安武警或其他队员的援助；

(4)、注意收集证据，保护证人；

2、爆炸物品

(1)、如发现不明爆炸物，立即向领导小组汇报，同时采取隔离措施，疏散人群集中到安全地带，并保护好相关人员；

(2)、严禁人员进出，加强事故地点的保卫、巡逻工作，防止他人靠近；

(3)、报告公安部门，请求派人排爆并协助其工作；

3、抢夺、抢劫、盗窃

(1)、如发现犯罪嫌疑人没有离开医院，立即报警并关闭所有进出通道，并在第



一时间内向领导小组汇报，同时组织抓捕工作；

(2)、如发现犯罪嫌疑人离开医院，立即向领导小组汇报，然后细致查看医院财物安全情况，做好统计；

(3)、如发现犯罪嫌疑人已伤人，立即向领导小组汇报，并及时采取救护措施；

(4)、如发现犯罪嫌疑人在可视范围内，应立即组织追捕、捉拿；

(5)、保护好现场、证人，在公安部门人员到来之前，严禁无关人员进出；

4、故意纵火

(1)、立即启动消防应急预案，组织人员进行扑救，同时拨打 119 报警电话；

(2)、保护好现场，引导消防车进入火灾事发点；

(3)、如发现犯罪嫌疑人在现场，应立即组织围捕；

(4)、如犯罪嫌疑人在逃，并在可视范围内，立即组织追捕、捉拿；

(5)、灭火后，应保护好现场统计损失；

5、投毒

(1)、如发现是放置的毒品，应立即保护好现场，严禁他人进出，如果是有毒气体、液体泄露，应带上防毒面具，采取相应的措施，如关闭阀门、开窗通风、隔离等办法；

(2)、如毒源正在蔓延，立即疏散人员到安全地带；

6、破坏、损坏医疗设备

(1)、如正在实施破坏、损坏医疗设备行为，应立即进行劝阻、制止，并立即向领导小组汇报，在劝说无效的情况下，立即进行强制抓捕；

(2)、破坏事态继续扩大，抓捕遭到强烈反抗时，立即报警并关闭所有进出通道，实施围捕控制，等待公安武警或其他队员的援助；

五、认真落实“三防”工作，加强防护措施，确保各项工作的顺利开展实施，结合上面的应急预案，“三防”工作措施如下：

1、人防：

(1)、加强保卫队伍的建设，实行半军事化管理，加强体能训练，不断开展“反恐”演练，提高实战对应能力和快速反应能力；

(2)、严格落实各项保卫制度，院区内实行 24 小时双岗值班巡逻制，加大对人员较多，院内重点部位的巡查力度，并及时维持好现场秩序；

(3)、加强对外人员及可疑人员的盘查力度，详细查看相关证件，做好进出登记，

必要时查看其携带物品；

(4)、加强对医疗设施设备的检查，发现问题及时上报维修，确保正常运转；

2、物防

(1) 加强各种药剂、毒麻物品的管理，建立详细的进出库登记，表明使用单位、药量、以及其领用人、使用人；

(2)、加大对各种仪器的管理，安全操作，上岗人员必须持证上岗，确保安全规范；

3、技防

(1)、加强监控设备的管理，及时检修发现问题及时上报处理，对老化的设备及时更换；

(2)、加强消防设备器材的管理，实施消防演练，确保关键时刻拉得出，用得上；

(3)、对院区内的重点部位安装红外线报警器，实施有效的布防、监控；

(4)、加强对医疗器材、设备的管理，及时检查各种仪表，是否达到规定的指数，确保合格率是否达到 100%

治安突发事件应急预案

为认真贯彻落实治安保卫条例，规范医院内部治安保卫工作，保护病患、家属、医务工作者人身、财产和公共财产安全，维护本医院工作、生产秩序，正确处置治安突发事件。特制定本预案。

一、编制依据

根据《中华人民共和国宪法》、《刑法》、《治安管理条例》、《企业事业单位内部治安保卫条例》等法律法规及有关规定和地方性法规及办法，结合医院实际情况，制定本预案。

二、适用范围

本预案适用于医院可能造成重大人身伤亡、较大经济损失以及较大社会影响的治安突发性事件或事故。



三、预案体系

本预案为专项应急预案。

四、工作原则、纪律及奖惩

统一指挥，快速反应，以人为本，迅速化解，减少损失；力争把突发治安事故的危害与影响控制到最小程度。不得（亦不得授意他人）瞒报、缓报、谎报突发事件；不得阻碍应急工作；不得拒绝履行应急职责，延误应急时机；违抗命令，否则予以处分和处罚，情节严重者，将追究经济 and 法律责任。在突发事件应急工作中做贡献的先进集体和个人，给予表彰和奖励。

五、事故等级

1、一般事件与事故：直接经济损失 1 万元以下并且不满足重大突发事件条件的事件与事故。该类事件事故采用医院内部规定的程序处理；

2、较大事件与事故：较大经济损失是指直接经济损失在 1 至 10 万元；造成人员轻伤。

3、重大突发事件：给医院造成的经济损失达人民币 10 万元以上事件；造成人员重伤死亡的事件；给医院形象造成严重负面影响的事件；严重影响医院正常生产经营活动的事件。

六、医院发生治安事件的主要类型

- 1、重大斗殴事件；
- 2、群体性极端人员寻衅滋事；
- 3、重大盗窃事件；
- 4、针对重点人员和部位的恐怖袭击事件；
- 5、危害医院正常经营的其它治安性质的事件。

七、应急组织机构及其职责

（一）应急小组架构

1、医院治安事件应急领导小组：

组 长：院长

副组长：主管副院长

成 员：院办主任、安全办主任、总务科科长、质控科科长

2、治安事件应急小队：

队长：安全办主任

副队长：质控科科长

成员：安全办全体成员、保安全体成员

（二）职责分工

1、应急小组组长负责治安突发事件应急预案的启动、应急决策、整体调配应急资源与力量、整体指挥应急行动、应急状态解除、向政府部门汇报重大突发治安事件。（组长不在现场时，由副组长担任）

2、应急小组副组长具体落实应急小组决议和组长指示（组长不在现场时，担任现场指挥）；组织指挥和统筹协调应急资源与力量；信息汇总分析；对外联络及信息发布；后勤资源与力量调配。

3、应急小组成员接到突发治安事件信息后及时上报应急领导小组，负责应急救援过程中通讯联络、现场处置、施救、费用借用、事故处理。后续办理事故保险索赔事宜。

八、重大危险源监控与管理

1、重大危险源的监控管理：加强全体职工法制培训教育，增强、提高大家的安全意识；

2、加强管理，严格按照医院治安管理制度执行；

3、对医院全区域实行全天 24 小时不间断的巡查、督查。发现异常情况及时汇报、处理。并将一切可能发生的治安事件控制在萌芽状态。

九、预警及措施

（一）按照突发治安事件的严重性、紧急程度和可能波及的范围，根据事态发展情况和采取措施的效果，预警可以升级、降级或解除；

（二）根据“有备无患”的原则，对有关信息进行评估，当符合“较大事件或重大突发事件”的突发治安事件即将发生或发生的可能性增大时，应按照相关应急预案进入预警状态；

（三）进入预警状态后，根据应急事件或事故的类别与性质，可能采取的措施（不限于此）

1、立即启动相关应急预案；

2、在适当范围内传递关于预警状态的信息，必要时广泛发布预警公告；

3、转移、撤离或疏散可能受到危害的人员、物资，并妥善安置；

4、指示医院科室应急小组组员、应急小队进入应急状态。进行初步应急资源整合，

做好调配准备；

5、需要报上级单位的，应按要求在规定时间内报告。

（四）应急响应

治安事件发生后，现场目击人员要立即向周边人员发出预警警报，拨打警务室值班电话，或到警务室寻求帮助。如有人员伤亡，立即拨打医疗急救电话 120，情况严峻时拨打 110。现场人员应立即根据现场实际情况，正确处置初起事件。警务室接到报警电话后，立即组织值勤人员和备勤人员前往事故发生点，组织应急处置，并将情况第一时间向上级报告。

安全保卫应急预案

一、目的

有效提高处置突发事件的应急能力和快速反应能力，切实保障在各类突发事件时，各响应力量能够及时采取措施，控制事态发展，保存有利证据，最大化为群众和医院挽回损失。

二、适用范围

全体安保人员

三、组织机构

安全办主任：章 灿 专干：刘荣凌

下设门卫岗、警务室、监控室实行 24 小时值班，确保随时接警。

报警电话：85264367

四、职责

1、维护医院医疗服务正常秩序，保卫医院、员工、就诊和住院患者人身及财产安全。禁止易燃、易爆、有毒、有害及其它危险物品进入医院，对影响医院医疗服务秩序的人和事进行疏导，并根据事件性质进行处置或报请相关部门协作处置。

2、做好医院门卫工作，加强夜间巡视，对进入医院车辆及可疑人员进行盘查及登记，防止医院、员工、住院病员财务被盗失窃。做好职工、病员伙食安全工作，认真落实国家食品卫生法律法规，保证食品安全。

五、应急流程

1、接到报案后，保卫值班人员要迅速赶到现场，采取有效措施，保护现场，并对事人进行问话，查明事件原因。

(1) 医院内部发生群体性事件

门诊患者较多时，各楼梯口执勤人员必须安全有序地疏散人员，避免重大伤亡事故。

(2) 保安人员在遇到冲击事件时，应立即上报安全办和 110；封锁现场，防止不法分子闯入出事现场造成混乱或破坏；对进入出事现场的人员要采取措施动员或强制其离开；

(3) 对待参与冲击闹事的人员，保安人员要协助有关部门进行处理。

2、发生治安、刑事案件或正在实施犯罪行为

(1) 遇有正在实施的不法侵害行为，应立即制止，并将不法行为人员扭送至保卫科、公安机关；

(2) 遇有爆炸或刑事案件发生时，应立即报警，采取措施防止事件扩大。积极协助救助受伤者，疏散附近人员，同时做好现场保护工作。

3、发生自然灾害（如水、风、地震、雷电等）

(1)、协助有关部门组织人员抢险救灾，把医院医疗设备和患者及时转移到安全地带；

(2)、维护灾害事故现场秩序，防止犯罪分子趁火打劫，哄抢、盗窃医疗设备及财物。

4、发生紧急断电或有人破坏电力设施等重点部位

(1) 要沉着冷静，组织保安人员对医院重点部位进行维护，防止不法分子趁火打劫，煽动群众闹事。

(2) 立即上报有关部门，并紧急调拨通信照明设备，保障通信畅通，指挥疏散患者及工作人员，营救被困人员。

5、保卫人员应配合有关部门对现场进行勘查，对所获得材料进行分析研究，对案件进行定性，尽最大的努力减少损失。

(1) 案件发生后，要认真分析，找出发生事故的原因及保卫工作中存在的问题予以整改。

(2) 做好善后工作，提出对案件责任人的处理意见，呈报上级主管部门。

信访工作应急预案

为保证我院在发生重大信访事件时能够及时、高效、有序地开展工作，提高信访工作的应急反应能力和处理突发事件的水平，妥善处理突出问题和群体性事件，维护医院发展和稳定大局，制定本预案。

一、工作原则

在市委、市政府和市民政局统一领导和指挥下，条块结合，以块为主，重点稳控，紧急处置，协调一致，服从全局。

二、组织保障

信访工作实行领导负责制和分级负责制。由孙杰任信访工作领导小组组长，贺吉清、陈东、沈雪芝、赵金聚任领导小组副组长，各职能、临床、医技科室负责人和我院常年法律顾问为成员。

领导小组下设办公室，负责受理日常工作。陈东同志为办公室主任，章灿、沈韵为副主任，刘荣凌为联络员。

三、职责分工

（一）信访领导小组主要职责

1、领导小组组长主持召开领导小组成员紧急会议，通报信访情况，听取各成员的情况汇报，研究决定是否启动信访应急预案，安排部署、指导协调和检查督促全院信访应急工作。

2、及时上报并发布信访信息，视情况请求有关部门支持与配合。

3、及时赴上访现场，做好政策解释和劝阻工作。

四、制度保障

（一）把信访工作列入重要议事日程，尤其是主要领导应定期听取信访部门的工作汇报。

（二）坚持信访领导责任制，谁主管谁负责。要明确信访工作的重点部位、重点问题并组织力量深入调查，提出解决方案并跟踪落实。

（三）对信访工作实行目标管理，把信访工作作为考核的一个重要指标。

（四）坚持信访领导责任制，不断完善领导干部接待群众来访、阅批群众来信、亲自处理重大信访问题的制度。

（五）实行责任追究制，对因工作不负责、失职、处置失当而引发大规模群众集体上访造成严重后果的，必须追究有关领导的责任。

（六）坚持下访工作制度，转变工作方法，由上访变为下访，深入基层，广泛宣传政策，倾听群众的呼声，摸清潜在的上访苗头，有针对性地研究解决带有普遍性的问题。

（七）坚持信息通报、预测排查制度，对群众来信来访反映的普遍性、突出问题，研究制定解决办法，发现群众集体上访苗头，要及时就地化解。

五、应急措施

发现重大信访苗头或事件发生后，启动本预案，并开展以下工作：

（一）立即召开信访领导小组会议，通报上访情况和接访情况，分析研究可能出现的重大问题及对策。

（二）立即将上访情况和接访情况向院党委和市民政局报告，请求有关部门给予帮助和支持。

（三）对已发生的群众集体上访，一定认真对待，做到有访必接，防止矛盾激化，把非法上访群众稳定在当地。

（四）通知上访有关部门、科室工作人员，根据职责和任务，立即赶赴上访现场做好耐心细致的疏导工作。

（五）对问题复杂、规模较大的集体上访，有关领导一定要亲自出面做工作，及时提出处理意见。

（六）坚决劝阻集体赴京、赴省上访，对已进京、进省的集体上访群众，立即通知有关部门、科室，尽快将他们接回，做好疏导工作。

（七）对自身处境艰难，失去生活信心，有轻生或危害社会倾向的特殊人员要耐心开导，稳定他们的情绪，并积极联系有关方面解决。必要时，报请公安机关采取应急措施。

（八）对多年上访的老户，坚持属地管理的原则，在摸清主要问题的前提下，采取请上来或走下去的方式，与当地有关机构研究解决，想方设法把他们稳定在当地。

六、通信保障

有关人员在接到信访通报后，移动电话要保证 24 小时畅通；值班电话要坚持 24 小时值班，随时掌握各方面信息并上传下达。

医疗纠纷应急处置预案

一、总则

(一)、编制目的:正确处理医疗纠纷,有效控制和打击“医闹”,维护患者的合理诉求和保护医疗机构及其医务人员的合法权益,维护医疗机构正常工作秩序,保障医疗安全,建立和谐的医患关系,最大限度地预防和减少由于医疗纠纷导致的群体性事件。

(二)、编制依据:依据我国《侵权责任法》;国务院《医疗事故处理条例》;卫生部《医疗机构管理条例》《执业医师法》;卫生部、公安部《关于维护医疗机构秩序的公告》。

(三)、事件定义:医疗纠纷是指患者及家属就医疗机构对患者进行诊治过程中的最终医疗结果不能接受,由此而产生的纠纷。“医闹”是指患者及其亲属,或社会其他无关人员为达到某种目的,有组织、有预谋的利用医疗纠纷和当事人的过激情绪,人为制造群体事件,激化医患矛盾,扩大事态,用极端手段要挟医院,以图从中谋利的非法行为。本预案涉及医疗纠纷(包含医闹、暴力性伤医)是指患方拒不依照正常程序、不通过正常渠道解决矛盾,以各种非正常行为严重影响医疗机构正常医疗秩序,甚至非法组织、策划、煽动、纠集社会闲散人员或患者亲属在医疗机构内寻衅滋事的各种非法行为。

(四)、适用范围:本预案适用于人为利用医疗纠纷,以获取不正当利益为目的,以极端手段自发或被无关人员有预谋利用和煽动医患双方对抗情绪,导致纠纷矛盾升级,影响医疗机构正常工作秩序,造成恶劣影响和不良后果,甚至可能形成群体性事件的“医闹、暴力性伤医”行为。

(五)、工作原则:有效预防,分级负责,妥善处理,化解矛盾,防止激化,正当防卫,快速平息,由警察协助打击主要闹事人员。

二、组织机构及职责

(一)、组织机构:成立我院医疗纠纷调解领导小组(以下简称领导小组),作为负责处置医疗纠纷应急指挥机构。

领导小组组长:院长、党委书记

副组长:行政副院长、业务副院长、纪委书记

成员:医务科、护理部、质控科、安全办、院办、分院负责人和各医技和临床科室负责人及我院常年法律顾问。

主要职责有四个方面：

1、发现纠纷和“医闹、暴力性伤医”苗头，立即组织好调查、核实医疗纠纷发生的原因和性质，判断是单纯医疗纠纷还是有组织的“医闹、暴力性伤医”行为，并及时组织专门讨论，形成相应结论上报医院领导。

2、预测事件的紧迫程度，可能形成的规模，表现的行为方式，蔓延发展及事态扩大的可能趋势，在第一时间内进行有效的协商调解和处置工作，避免医疗纠纷事态进一步扩大。

3、负责向医院主要领导报告，并向患者通报、解释有关情况，负责组织有关专家对医疗纠纷进行分析、评估。对医院内部处置无效、事件有可能升级的医疗纠纷（医闹、暴力性伤医）行为提出进一步处理意见并向市卫健委、民政局、公安局报告。

4、负责联系公安部门、尸检机构、尸体保存机构的工作。

（二）、进一步健全完善内部保卫应急组织的职能和工作方案：

工作原则和目的：根据卫生部、公安部的通告，为维护医院正常的医疗工作秩序，切实保护医疗机构及其医务人员，保证医疗机构内部的治安秩序和社会稳定，对劝说无效，仍以各种手段严重影响医疗机构正常医疗秩序的各种行为采取有效的强制措施。

工作方案和要求：

1、对有组织的“医闹、暴力性伤医”事件或危及到医务人员人身安全的要由行政值班尽快抽调内部保安力量和应急保卫组织（应急分队）到位。

2、各小组待命时要保证通讯畅通，第一时间到位，行动统一听组长指挥，不能擅自行动。

3、及时调查、取证、并对蓄意闹事的各种行为进行认定并及时报警由警方依法处理。

4、通过政府对患方所在的社区及时沟通，限制群体集结、采用不正当手段闹事。

三、预防预警机制

1、信息收集：患方对医疗服务提出质疑时，医务人员要耐心进行解释，防止矛盾激化，主动了解患方的意图，掌握其动向，做到心中有数，逐级汇报。对有组织的“医闹、暴力性伤医”行为，领导小组各部门要掌握第一手资料和收集有关信息，并积极做好汇总、上报、分析和判断事件发展趋势。

2、预警行动：医疗纠纷和“医闹、暴力性伤医”事件发生后，医疗机构要按《医疗事故处理条例》要求，尽快履行职责，积极协商处理。协商处理不奏效，事态不能平息或事态一开始就矛盾激化升级有失控趋势，出现下列十种行为之一应立即报告上级主管部门和当地派出所。



- 2.1、在医疗机构内寻衅滋事的；
- 2.2、故意损坏医疗机构和医务人员财物的；
- 2.3、侮辱、威胁、恐吓、殴打医务人员；
- 2.4、非法限制医务人员人身自由的；
- 2.5、冲击或占据办公、诊疗场所，影响正常医疗、工作秩序的；
- 2.6、在医疗机构内摆设灵堂，举行各种形式的祭祀活动的；
- 2.7、围堵医疗机构大门和诊疗场所，限制人员和车辆出入的；
- 2.8、抢夺尸体或拒不按规定将尸体移放太平间或法定停尸场所，陈尸要挟；
- 2.9、患者符合出院条件，无理占据病床拒不出院的；
- 2.10、胁迫医务人员索要国家管制的麻醉药品、精神药品的。

四、应急响应

(一)、启动:医疗纠纷发生后在未影响医疗机构正常秩序的前提下，由医院的相关部门按规定和医院内部程序以原则性与灵活性相结合，兼顾医患双方正当权益和以人为本的方式积极自行处置，包括医患双方协商、卫生行政部门协调、医疗事故鉴定或进入司法程序。

医疗纠纷经初步处置未得到有效控制，事态未平息且仍有升级的趋势并出现以上10种非法行为之一的，领导小组要启动本预案，同时请求相关部门按照法律、法规进行应急处置。

(二)、现场处置：各相关领导及科室人员马上到场，按职责分工迅速投入处置工作。

(三)、响应措施：

1、接到医疗纠纷（医闹）事件报告后，领导小组成员尽快到达现场，组织调查，摸清情况，针对“医闹”的不同行为方式和发展态势，制定切实可行的处置方案，争取工作主动权，使事件造成的损失和不良影响降到最低限度。

2、立即将有关情况上报市卫生局、市民政局综治办、派出所，并立即组织应急分队成员到位，维护医院的秩序和人身安全。

3、必要时通过相关政府部门联系患方所在的镇、村委会，通过他们做好患方的疏导、劝止工作，共同维护社会稳定。

五、应急终止

医疗纠纷已经按程序解决，事件已经平息，医患双方无异议，医疗机构恢复了正常的工作秩序，由医院领导小组宣布应急终止。

火灾救援疏散应急预案

为了确保本院全体职工、患者，人身、财产和公共财产安全，提高灭火技术水平和应急疏散技能，在紧急情况下，能快速处置初期火灾事故，及时有效地扑灭火灾，迅速疏散人员转移，减少火灾造成的财产损失，保障人身安全，特制定本预案。

一、成立突发事件应急处置领导小组

组 长：贺吉清 孙杰

副组长：陈东 赵金聚 沈雪芝

成 员：由各职能部门负责人组成。下设灭火行动组、疏散引导组、通讯联络及设施保障组、安全防护救护组。

职 责：掌握现场情况做出决策，向各组下达指令，指挥灭火、人员疏散行动，在公安消防队到达后，移交指挥权，配合公安消防队行动。

(1) 灭火行动组

负责人：章灿

成 员：全体保安队员

职 责：第一灭火力量在 60 秒内采取措施控制火情，第二灭火力量在接到火情后 3 分钟内到达现场并根据现场情况展开灭火行动。

(2) 疏散引导

负责人：各科室负责人

成 员：各科室当班人员。要求及时打开每个楼层疏散通道和安全出口，负责组织引导病人安全疏散。

职 责：接到火警信息后，引导科室内的工作人员和患者疏散，清查各楼层有无人员滞留。

(3) 救护组

负责人：蒋华英

成 员：周曼纯 何 杰 胡军燕 易运清 曹检化

黄 雷 柳春旺 朱霞东 潘 俊 谷丽红 朱树桃 王文英 朱赣英 刘中伏
吴红梅 苏小英 黎 彪 邓红兵 陈 跃 李 珊 刘 伟 何杏桃 陈 祖

卢永红 舒 卓 陈 艳 王慧玲 贺 妮 唐冰玉



易 畅 熊 炬 黄艳红 黎鼎盛 杜海燕 朱霞东

羊 敏 谭 双

职 责：接到火警信息后，疏通室外消防车道，对受伤人员进行初步救护，视情况拨打“120”求救，设置安全防护警戒区，避免楼面跌落物品击伤行人，制止无关人员进入楼内。

（4）通讯联络及设施保障组：

负责人：龙 波

成 员：全体后勤人员

职 责：切断非消防动力电源，保障照明及消防设施、设备电源，迫降消防电梯，在一层停止并锁定客用电梯，停止空调运行，协助操控防排烟设施、防火卷帘、消防泵等自动消防设施，如联动控制发生故障，则由工程设备部门值班人员赶到设备处实施手动控制，为防火和疏散提供设备保障。

二、报警和接警处置程序

（1）发现火情

任何人员发现火情应立即按下附近手动报警按钮或打电话向消防控制室报告，发生火情部位的巡查人员（或就近工作人员）应立即形成第一灭火力量并在 60 秒内采取措施控制火情，直至第二灭火力量（灭火行动组）赶到现场展开行动。

（2）火警确认

消防控制室对任何火警信号必须核实，火警以语言确认为准。

（3）报警及进入应急状态

确认火警后，按以下程序操作：

1、消防控制室将自动消防设施联动控制置于“自动”状态，迫降消防电梯，配合灭火组及疏散组随时控制、启动起火层应急广播，防排烟系统及相关的自动灭火设施。

2、消防控制室值班人员向“119”消防指挥中心报警。

3、消防控制室通知配电室切断起火层日常用电路，通知配电室确保照明用电及消防设施、设备用电，确认消防设施、设备电源控制柜状态。

4、通知当班人员就位，各级人员到位，展开灭火疏散行动：

1)、第二灭火力量（灭火行动组）在 3 分钟内赶到起火部位，利用就近消防设施（灭火器、室内消火栓等）开展初期火灾的扑救，公安消防队（第三灭火力量）到场后协助开展火灾扑救；

2)、应急疏散组通知工作人员通过广播喊话等方式，各疏散引导员在预案规定的岗位上，引导人员利用最近的安全疏散通道疏散至安全地带，并清点人数，向到场消防队报告。

3)、通讯联络及设施保障组保障指挥部与各组之间通讯畅通，消防用电不间断，各消防设施运行正常。

4)、安全防护救护组实施区域警戒，清理车场通道，积极抢救伤员，迎候消防车、救护车；设置安全防护警戒区，避免楼面坠落物品击伤行人，制止无关人员进入楼内。

三、火警解除

火灾扑灭后，彻底清查起火现场及相关部位，确认已完全扑灭，烟气已基本排除，所有被疏散对象都已安全疏散完毕，征询公安消防人员同意后下达火警解除指令。

电梯安全管理应急预案

一、安全管理应急预案

（一）目的

规范电梯应急救援工作流程确保电梯、人员的安全。

（二）适用范围

长沙市第九医院门诊大楼、老年呵护中心楼、养护楼电梯应急救援工作。

（三）分级标准

一、一般事故、重大事故。

二、应急救援组织机构

（一）应急领导小组

组 长：主管院长

副组长：总务科科长、

成 员：总务科副科长、维修班班长及科成员

（二）应急组织机构职责

1、组织有关部门按照应急救援预案迅速开展抢救工作，防止事故进一步扩大，力争把损失降到最低程度。



2、根据事故发生状态，统一布置应急救援预案的实施工作，并对应急处理工作中发生的争议采取紧急处理措施。

3、根据预案实施过程中发生的变化和问题，及时对预案进行修改和完善。

4、紧急调用各类抢险物资、人员、设备。

5、当事故由危及周边单位和人员的险情时，组织人员和物资疏散工作。

6、配合上级有关部门进行事故调查处理工作。

7、做好稳定秩序和伤亡人员的善后及安抚工作。

三、电梯困人的应急救援

（一）值班人员接到被困人员求救电话，问清被困情况。务必请被困人员保持镇静，等待救援被困人员不可将身体伸出轿厢外，如有轿厢没关好，设法关好以防不测。和被困人员做好沟通。

（二）准确判断轿厢位置做好救援准备。

1、当轿厢停于接近电梯口位置时救援步骤。

（1）关闭机房电源开关（应保留照明开关）。

（2）用专用钥匙开启层门。

（3）和被困人员一起打开轿厢门，协助被困人员离开，重新关好厅门。

2、当轿厢远电梯口时的救援步骤。

（1）切断电源。

（2）关好所有厅门、轿门，通知轿内被困人员，保持镇定。不要靠近轿门。以免发生意外。

（3）机房人员与其他人员保持联系，做好准备得到应答后方可进行操作。在机房内必须要有两人操作。一人操作方向盘车轮，一人慢慢打开抱闸。

（4）将电梯盘到平层区。

（5）刹车恢复制动状态，确定可靠后。收起盘车轮。

（6）打开层门、轿门救出被困人员。

3、救援时应缓慢进行，尤其当轿厢处于空载下向上盘车时，为防止对重或侧重造成溜车，应采取渐进方式，一步步松制动器，以防电梯失控。

4、开启层门时应小心，防止电梯不在本层，而发生人员坠入井道事故。

四、发生火灾情况的应急处理

（一）大楼发生火灾情况时。应立即设法按动“消防开关”使电梯进入消防状态，

电梯回到基站。

(二) 电话通知分管领导同时拨打火警电话。

(三) 井道或轿厢内失火时，应立即停梯并疏散人员。切断电源后用干粉、二氧化碳灭火器灭火。并及时通知上级部门，若火势猛应拨打火警电话，以保证人员、财产安全。

五、电梯停电应急处理

接到医院停电通知后，班组必须做到以下几点：

(一) 出告示牌，说明停电时间与原因。

(二) 在电梯停电前 10 分钟把电梯降到基层，并锁住停用。

(三) 电梯安全员对所有电梯进行巡查，确认是否有被困人员，如有被困者，及时放出。

(四) 值班人员必须守在电话旁，随时待令。

(五) 如电梯故障、停电等其它原因，使被困人员不能马上放出。就按“机房紧急救援操作步骤”操作。

六、电梯发生水浸时的应急处理

(一) 地坑、井道遭水浸时，应将电梯停于发生水淹的上一层，然后断开电源开关。

(二) 组织人员堵水源。水源堵住后进行除湿处理，地坑有水排出积水。

(三) 维修人员全面检查，试梯正常后恢复使用。

七、地震时的应急处理

(一) 对于震级和烈度较大，没有预报发生的突发地震，很可能来不及采取措施。在这种情况下，若一旦有震感应，就近停梯人员就近躲避。如有人员被困电梯不要外逃。保持镇静，等待救援。

(二) 震级较大对电梯产生破坏时，电梯停止使用，等技术监督局检测合格后再使用。

冰灾、雪灾应急预案

为确保我院冰灾、雪灾预防等各项应急工作高效、有序地进行，最大限度地减少人员伤亡和财产损失，根据市政府和民政局的有关工作指示，结合我院工作实际，特制定本预案。

一、应急机构领导小组

组 长：贺吉清、孙杰

副组长：陈东、沈雪芝、赵金聚、

组 员：各科室部门负责人。

贺吉清、孙杰担任现场总指挥，应急机构领导小组设在院办公室。

二、主要职责

领导小组应加强领导，健全组织，强化工作职责，加强对防雪灾工作研究，完善各项应急预案的制定和各项措施的落实。

1、组长总负责，贯彻传达上级主管部门有关指示，研究部署防雪灾工作。

2、副组长负责现场管理工作。指导落实防雪灾措施，协调消防应急行动，保持内外部联络；在应急情况下，应立即与就近卫生、安全、消防部门联系进行防雪灾抢险工作，负责调集抢险器材、设备等；24 小时安排人员值班，根据防雪灾办公室通知，随时做好电力抢修准备工作。

3、组员具体负责防雪灾工作的实施。防雪灾物资的准备及调配，防雪灾设备及人员调配，并现场负责指挥和巡查相关危险部位人员、设备撤离情况，做好安全防护工作；负责与各部门之间的信息沟通，及时收集与发布天气情况；积极配合防雪灾领导小组的预防及救援行动，发现问题及时上报相关领导，做好工作纪录。

4、所有人员都有保护国家和投资者财产安全、抢救伤员和防止事故扩大的义务。

三、预防、预警及响应计划

1、预防措施：

(1) 领导小组成员都必须收听天气预报，尽早发现雨雪天气，发现险情，及时向防雪灾领导小组汇报，将险情消灭于萌芽状态；

(2) 冬季来临必须加强用电设备的安全检测及防护工作，及时更换破损的线路，防止因雪灾而负重过大而引发火灾隐患；

(3) 充分利用院内各种渠道进行防雪灾知识的宣传教育，组织、指导全院职工防雪灾知识的普及教育，广泛开展防雪灾中的自救和互救训练，不断提高广大职工防雪灾的意识和基本技能。

(4) 认真搞好各项物资保障，严格按预案要求积极筹储，落实饮食饮水、防冻防雪、抢险设备等物资落实，强化管理，使之始终保持良好战备状态。

2、防雪灾的应急响应：

(1) 接到上级指示或通知后，领导小组立即进入临战状态，依法发布有关消息和警报，全面组织各项防雪灾工作。各有关组织随时准备执行防雪灾任务。

(2) 组织有关人员对所属建筑进行全面检查，封堵、关闭危险场所，停止室内大型活动。

(3) 加强对易燃易爆物品、有毒有害化学品的管理，加强对供电、输电、机房等重要设备、场所的防护，保证防雪灾工作进行顺利。

(4) 加强全院宣传教育，做好院员工的思想稳定工作。

(5) 加强各类值班值勤，保持通信畅通，全力维护正常生产、生活秩序。

(6) 按预案落实各项物资准备，如，草垫、工业盐、麻袋等。

(7) 领导小组在上级统一组织指挥下，迅速组织抢险救灾。

(8) 采取一切必要手段，组织各方面力量全面进行防雪灾工作，把雪灾造成的损失降到最低点。

(9) 调动一切积极因素，迅速恢复院正常生产秩序，全面保证和促进社会安全稳定。

(10) 迅速了解和掌握院受灾情况，及时汇总上报。

(11) 做好雪灾后处理、统计、总结工作。

(12) 雪灾过后，做好防水、防洪预案及相关工作的部署。

防汛应急预案

为及时做好极端天气强降雨洪涝灾害的防范与处置工作，保证抗洪防汛工作高效有序进行，确保医院及病人生命财产安全，维护医院正常的工作秩序稳定。根据《中华人民共和国突发事件应对法》《中华人民共和国防汛条例》《湖南省防汛应急预案》《开展“郑州暴雨下在长沙，我们怎么办”极端灾害应对相关课题研究》等法律、法规、的



通知精神，结合我院当前工作实际，制定本预案。

一、适用范围：

本预案适用于本院范围内发生极端天气强降雨水灾造成重大险情事故时应急救援处理工作。

二、工作原则：

坚持“预防为主，安全第一、综合治理”的原则，汛期灾害发生时，能够快速发挥应急组织机构作用，采取积极确实可行措施，及时做好灾害发生后的救援处置工作，最大限度的减少灾害损失。

三、应急机构的组成及工作职责：

在市委市政府和上级部门的统一指导下，依据《长沙市防汛应急预案》，成立防汛工作领导小组，负责指挥、协调、预防、处置工作。防汛工作办公室设在院办公室，由沈韵任办公室主任，负责各项工作的综合协调。

防汛工作领导小组名单：

总指挥：孙杰、贺吉清

副总指挥：陈东、沈雪芝、赵金聚

小组成员：沈韵、章灿、龙波、吴军、童轶、肖鹏、彭敏、刘荣凌

主要职责：

1、在上级防汛应急指挥部的统一领导下，指挥和落实全院的防汛救灾工作。强化工作职责，完善各项应急预案的制定和各项措施的落实；

2、做好风险评估、物资储备、队伍建设、装备配置和组织培训演练等工作。

3、接到预警通知后，迅速组织抢险队伍赶赴现场进行抢险救援工作，及时进行堵水、疏通、设备抢救，防止灾情扩大。

4、防汛期间安排24小时值班，落实检查防汛措施并及时处理应急情况，遇有重大情况立即报告防汛指挥长和副指挥长，确保政令畅通。

四、重点隐患及避险措施：

1、隐患点：门诊负一楼（影像科）、地下车库防止雨水外排不畅，引起倒流倒灌
避险措施：设置防汛挡水板，堆放防汛沙袋，防止积水进入门诊负一楼、地下车库。准备一台可移动抽水泵，根据情况使用。

人员安排：高杰、焦军、黄娜、马俊、刘妙、高承铁、李林、胡晓涵、肖鹏

2、隐患点：养护楼后花园、地下车库

避险措施：堆放防汛沙袋，防止积水进入地下车库。设置潜水泵，将雨水引流至院外市政管道。

人员安排：童轶、李原、李娜华、王双、陈蓉、张亚轩、覃伟、汤一丁、彭思寰

、杨乾

3、隐患点：精神科一楼大厅、电梯厅积水

避险措施：设置防汛挡水板，堆放防汛沙袋，将雨水引流至下水道和污水井防止积水进入精神科大厅和电梯。

人员安排：章灿、刘荣凌、马冲、邹宇、朱林佳、曹玲、文梅、刘波、唐紫纯、张雅文

4、巡逻队任务：由物业保安队实施交接班24小时巡逻制度，发现异常情况，立即报告防汛指挥部。

五、工作要求：

（一）统一思想，提高认识。各部门要高度重视防汛工作，切实增强做好防汛工作的责任感和紧迫感，全力以赴做好防汛工作。

（二）明确任务，落实责任。对照防汛工作任务，切实将防汛任务具体分解到岗到人。对问题集中的重点地段，加大险

情排查力度，发现隐患及时处置，并详实记录，确保院内道路不出现大范围积水。

（三）反应及时，处置高效。遇到汛情及时启动应急预案，按照分工调动人员，确保相关人员到岗到位。预案启动后，各部门要相互协作、通力配合，做到命令能执行、交代有回复、处置有报告，巡查全面、严守重点、督查严格、保障得力、协调落实、积极宣传。发现重大险情要及时处理并上报，遇到处置责任不明确时，严格按照“谁发现谁处置”原则执行，不得以责任不明为由推诿，更不得故意瞒报谎报。

（四）强化督查，严格问责。要积极主动做好防汛期间的各项工作，对照工作职责及任务安排，确保各项工作落实到位。对在防汛工作中因不履职、不尽责造成影响的部门和个人，进行通报批评，并按照有关规定进行问责。

（五）灾后防疫措施。灾后清理是一系列传染病侵袭人体的薄弱时机！再加上全球新冠疫情还在蔓延中，面对特大暴雨，我们要尽最大努力做好减灾防疫的工作

1、灾后生水是疫情最好的传播渠道

洪涝过后，在输送配水和贮水过程中极有可能重新被化学有毒有害物质和生物病原体污染。用生水冲洗蔬菜水果、洗锅刷碗非常容易导致食物中毒和介水传染病的发生。不喝生水。不要吃被洪水浸的蔬菜或者死因不明的禽畜、鱼虾贝类。提倡用炖煮、焖烧等长时间加热的烹调方法将食物煮熟、煮透。

2、灾后环境和生活用品消毒

洪涝中会携带各类细菌以及有害微生物，易出现感染性腹泻、细菌性痢疾、伤寒



、霍乱、轮状病毒腹泻、甲型肝炎等疾病。

注意环境卫生，不随地大小便，不随意丢弃垃圾。

需要及时用次氯酸消毒液或者84消毒液进行擦拭、喷洒等，对医院住院部、门诊、宿舍区、餐厅、家属区的内外环境进行消杀工作。根据防控需求配制相应浓度，如一般500mg/L，高时可达10000mg/L或以上。做好个人防护和医院防护，一定要在雨水退去后，及时消毒。对于电器类易腐蚀的物品，可以选择次氯酸消毒液。加强手卫生，对手部、脚部皮肤用酒精消毒液及时消毒，以防皮肤接触过细菌通过口部、眼部等孔窍传播人体内；

3、做好防鼠灭蚊工作，预防虫媒传染病

苍蝇是甲肝、霍乱、伤寒、痢疾等传染病的主要传染来源，老鼠体内含有流行性出血热病毒、钩端螺旋体和鼠疫杆菌等，蚊子是乙脑、疟疾、登革热、丝虫病、黄热病等传染病的主要传染源；室内灭蝇灭鼠工作。室内可用苍蝇拍灭蝇，食物应用防蝇罩遮盖，可使用粘杀，捕杀等方法灭鼠。夜间睡觉使用蚊帐防护。

4、上报和诊治

如果出现发热、呕吐、腹泻、皮疹等症状，要尽快上报院防控办，必要时需上报疾控中心、市民政局和市卫健委。并及时就医、隔离等。防止传染病暴发流行。

加强职工、患者、食品、环境等的核酸检测工作。

5、防疫物资储备

防疫物资储备充分，如医用口罩、84消毒液、医用酒精、防护服、体温计等。

6、其他

尽量避免外出，外出穿长袖长裤。出行一定要戴好手套、口罩、穿上雨靴。对暴露外面的皮肤做好防护工作，可以穿遮挡大部分身体部位的衣物防止蚊虫叮咬。

监控指挥中心突发监控故障应急预案

为提高指挥中心处置突发监控事件的能力充分发挥指挥中心在保卫工作与处置监控事件中的作用，配合相关部门做好对突发事件的处置，最大程度地预防和减少突发监控事件及其造成的损失保障人员、物资安全，特制订本方案。

一、组织与指挥

由监控指挥中心人员组成监控系统突发故障应急领导小组

组长：章灿负责指挥指挥中心视频监控突发大面积故障全面抢修工作。

副组长：王辉和负责指挥中心视频监控抢修协调及故障原因汇总进而上报部门领导。

二、系统故障预防流程

- 1、监控中心值班人员实时排查视频信号及存储情况。
- 2、监控维护单位定时巡查监控线路及检修监控设备。
- 3、监控维护单位定期对监控设备运行状况进行跟踪测试，数据整理成册并存档。

三、系统故障应急流程

1、故障发生

指挥中心可从以下途径得知故障的发生，通过监控指挥中心监控值班员实时排查发现故障和通过维护单位巡检发现故障。

2、报障受理

监控指挥中心得知系统故障发生后，立即响应，并向报障人详细了解系统故障情况，及时联系维护单位并上报部门领导。

四、信息研判

根据了解到的系统故障情况进行分析判断，以确定采用一般故障处理流程还是立即启动系统突发故障应急处理预案。

五、预案启动

如需启动应急预案，则立刻通知系统突发故障应急领导小组，由领导小组启动应急预案，对系统突发故障应急事件进行全面管控处理。

六、资源确认

监控系统突发故障应急预案启动后，首先是根据现场突发故障实际状况、紧急程度、技术难度、备品备件等情况对相关资源（主要是参与人员）依据经验进行调度和确认，主要有以下资源：维护单位技术支持人员；相关厂家技术支持人员；

七、预案执行

按照既定的预案进行突发监控故障抢修，如遇到问题及时向监控系统突发故障应急领导小组汇报。

八、预案终止

预案的终止时间由监控故障现场技术人员根据现场的实际进展情况报系统突发故障应急领导小组决定。



九、结果上报

预案中止后，相关预案参与人员将整个事件过程中所有收发信息、领导批示、事故调查报告、现场情况、图片等材料及时整理归档，并总结事件处理过程中的经验和教训，修改、完善事件应急预案。然后集中上报至系统突发故障应急领导小组。

住院精神病人逃跑处置预案

为营造和谐社会，做好精神疾病管理工作，防止病人逃跑给社会、医院、家庭、他人造成伤害、对公私财物造成重大损失、严重扰乱社会治安等危害社会行为，结合我院实际情况，特制订我院精神疾病患者逃跑应急处置预案，具体如下：

一、成立精神病患者逃跑处置领导小组

组 长：贺吉清、孙杰

副组长：陈 东、赵金聚、沈雪芝、

成 员：章 灿、沈韵、龙波、周曼纯、蒋华英、何 杰、王辉和、刘荣凌、物业主管、行政值班员、精神科室负责人

二、职责和分工

组长：是精神病患者逃跑处置工作总指挥，贯彻传达上级主管部门有关指示，负责计划部署、督查各组成员完成情况。负责各组之间协调工作。

副组长：及时传达总指挥的命令。协助总指挥，指导落实分管范围内的工作联系。协调应急行动，保持内外部联络；在应急情况下，应立即与就近卫生、安全部门联系。

成员：按要求积极完成领导交办的各项工作任务。具体负责追逃工作的实施。车辆、设备、人员调配，做好安全防护工作；负责与各部门之间的信息沟通，及时收集逃跑病人动向情况；积极联系、配合公安部门行动，发现问题及时上报相关领导，做好工作纪录。

三、防范措施

1、组织学习病区安全管理，经常进行应急预案的实战演练。

2、了解患者病史，详细记录患者的家庭住址、联系方式等，以便逃跑后查找。

3、加强护患沟通，取得病人的信任，关心病人，善待病人，帮助患者尽快适应病区环境。解释住院治疗的重要性，向病人介绍治疗方法及疗效，密切观察病情，了解患者的思想动态、心理压力，及时发现逃跑先兆，及时给予恰当的心理疏导。

4、工作人员要认真履行岗位职责，及时巡视患者的活动情况，并适当限制其活动范围，及活动范围应该在工作人员的视野范围内。

5、对有严重逃跑企图的患者，重点交班，鼓励督促患者多参加病区的工娱集体活动，转移患者逃跑的注意力。

6、加强环境安全管理，完善病房设施。杜绝一切，可以造成患者逃跑的条件，经常检查病区门窗，每日检查病区的危险物品，发现门、窗、锁等设备有损坏时，及时修复。对各种辅助室的门用完及时上锁，及时作安全检查，防止病人私藏工具作撬窗、门锁之用，以防成为患者逃跑的途径和工具。工作人员保管好自己的钥匙，进出病房时注意防护，不要让病人站在门边，以防开门时冲出或抢夺钥匙。

7、及时观察病人的病情，对有出逃企图或不安心住院的患者，应该做到心中有数，重点监护，班班交接，并且给予心理疏导，做到消除患者出逃的想法。

8、每 15 分钟巡视病人的活动情况及清点人数。

9、病情稳定的患者应鼓励家属探视，减轻患者的孤独感，避免患者出逃的想法，让其安心住院。探视时要与家属沟通，禁止带入危险物品，以免落下出逃的工具。

10、每天利用晨间护理，进行安全检查。

11、对逃跑企图强烈的患者，应安置在重点病房，由专人监护，或遵医嘱给予暂时约束保护。

12、外出检查、活动和新入院的患者，要认真排查，防止禁带物品混入，外出检查或探视时应该有专人看护。

13、改善精神科病区的住院环境，病区的所有电源应集中设置，最好设置在医护办公室，病房内的病床、椅子、床头柜、饭桌应固定，不能让病人举起、抬起以免这些设施都成为患者出逃的工具。

四、应急措施：

1、立即报告主任、护士长和上级部门（医务科、护理部、保卫科），逢节假日报告医院行政值班人员，同时通知门卫，门卫应立即行动关闭大门，对可疑人员进行阻拦。

2、立即组织工作人员查看病人逃跑现场，估计病人逃跑路线，马上到监控室调取监控视频，确定逃跑路线，组织人员沿路就近寻找，同时清查病房内病人数，并对逃跑处做紧急处理，以防再度出现外逃事情。

3、确认患者逃跑路线的同时报告保卫科和总务科，并进一步调配力量，协调车辆，到附近车站、交通要道及附近派出所调取天网监控查找。

4、24 小时仍未找到线索，经组长同意应向局综治办及当地派出所汇报备案，以便



协助查找。还要应同时借助报纸，广播电台、电视台等新闻媒体，借助社会力量更广泛的寻找。

5、若有逃走病人的信息，则应组织人员派车接送。严禁训斥和惩罚逃跑患者，检查病人身体状况，耐心询问逃跑的原因及途径，以防再次逃跑，并做好详细记录。

微型消防站火灾应急预案

为了确保微型消防站辖区内人身，财产安全，提高灭火技术水平和应急疏散技能，在接警后，能快速处理初起火灾事故，及时有效地扑灭火灾，迅速疏散人员转移，减少火灾造成的财产损失，保障人身安全。特制定本预案。

一、接警

接警后，接警员必须快速、准确的组织人员着战斗服(配备灭火器，对讲机，消防绳等物品)前往火灾现场，并采取相应的紧急措施。接警后，应立即互通信息并向上一级报告。

二、灭火指挥

1、由现场最高管理人员担任总指挥。本着“小火自救，大火报警”的原则，指导、组织消防员进行灭火。

2、设置消防警戒线，疏通消防车道，组织引导人员安全疏散，积极抢救伤员，迎接消防车，救护车进入火灾现场。

3、协助、听从公安消防机关指挥，控制火情。

三、灾后处理

1、保护现场，在未经公安消防机关许可的情况下，任何人不得进入、清理火灾现场。

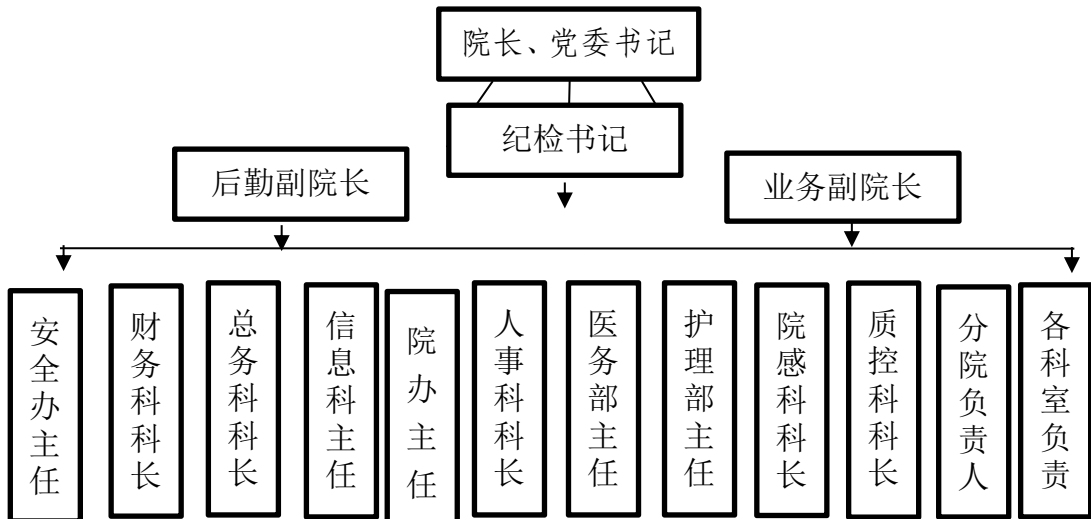
2、协助公安消防机关调查起火原因。

3、彻底清查起火现场及相关部位，确认已安全扑灭，烟气已基本排除，所有疏散人员都已安全疏散完毕，征询公安消防人员同意后撤离现场。

4、清点消防器材，及时更换，做好书面记录，并提出处理意见。

安全保卫组织架构图

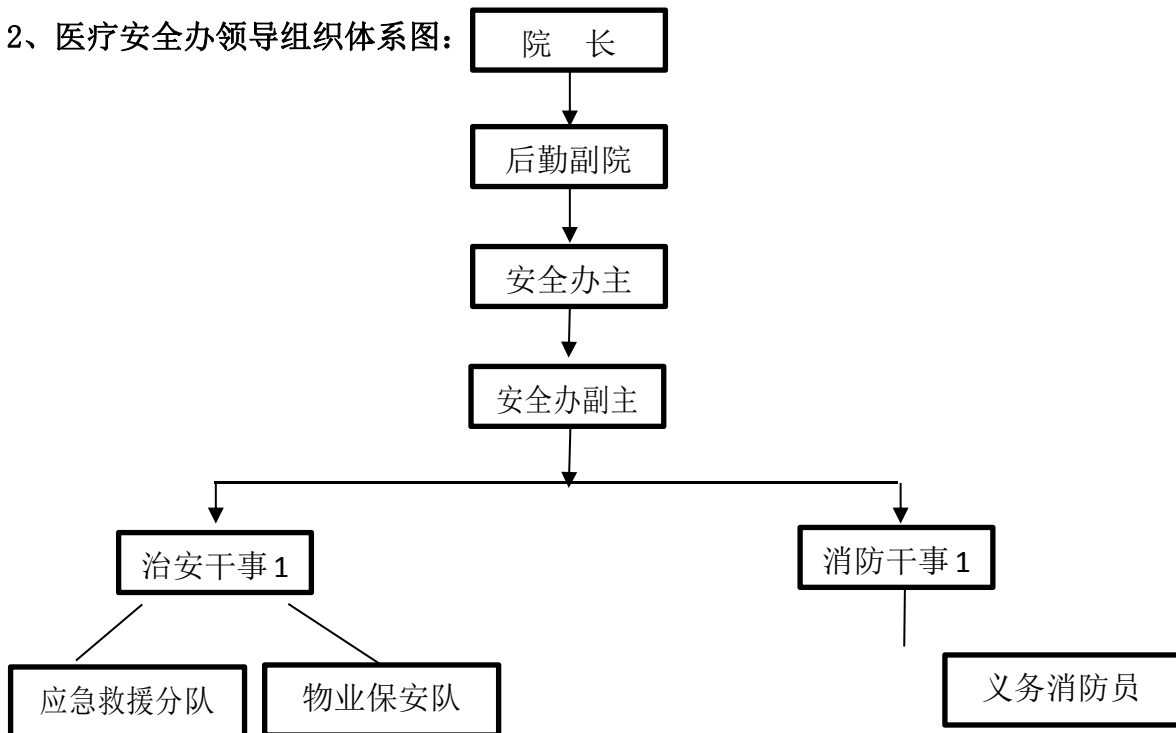
1、安全保卫领导小组组织架构图：



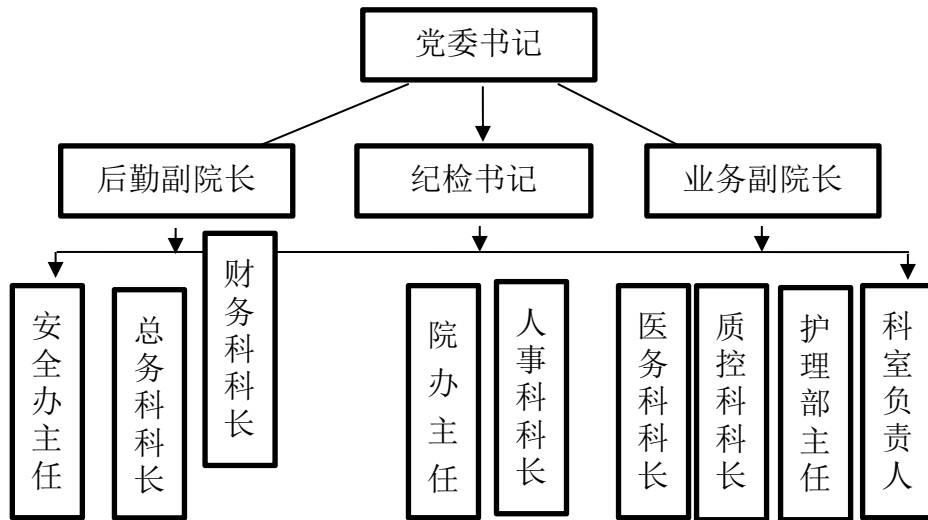
领导小组下设办公室：医疗安全办（兼）

领导小组办公室主任：医疗安全办主任

2、医疗安全办领导组织体系图：



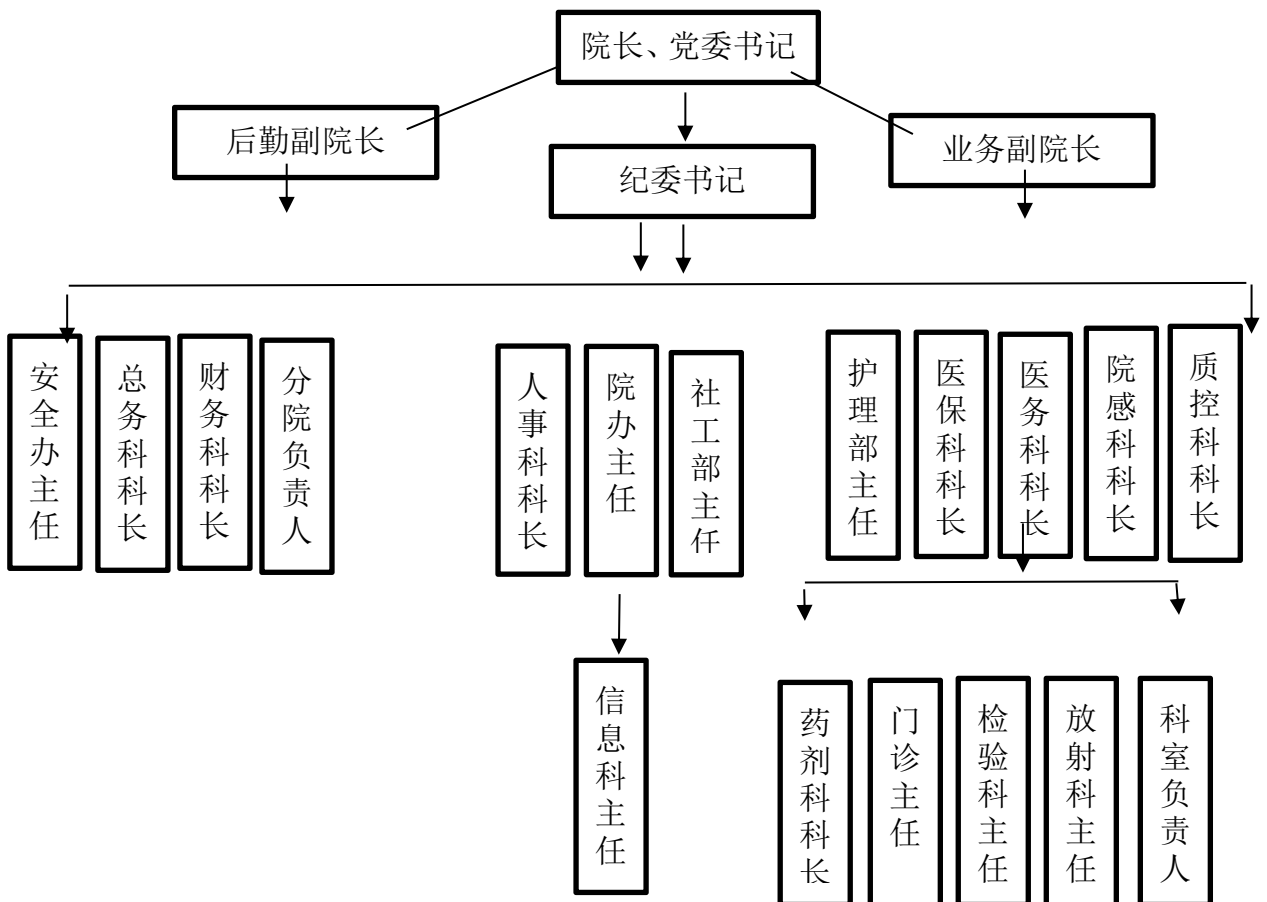
3、信访工作领导小组组织架构图：



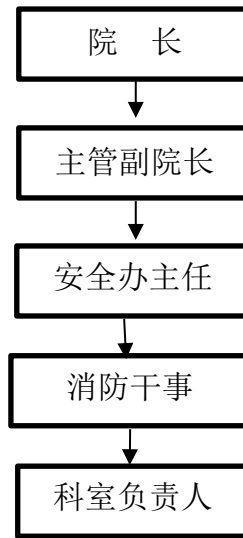
信访工作领导小组下设办公室：医疗安全办（兼）

办公室主任：医疗安全办主任

4、安全生产工作领导小组组织架构图：



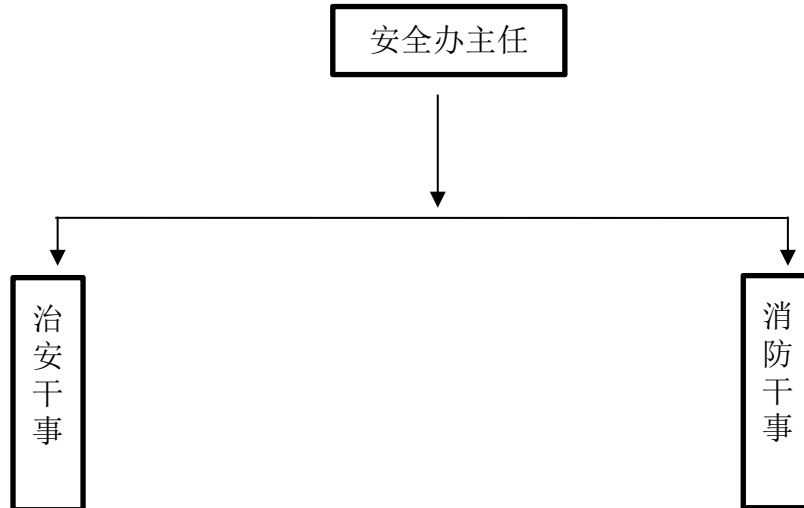
5、消防安全工作领导小组组织架构图：



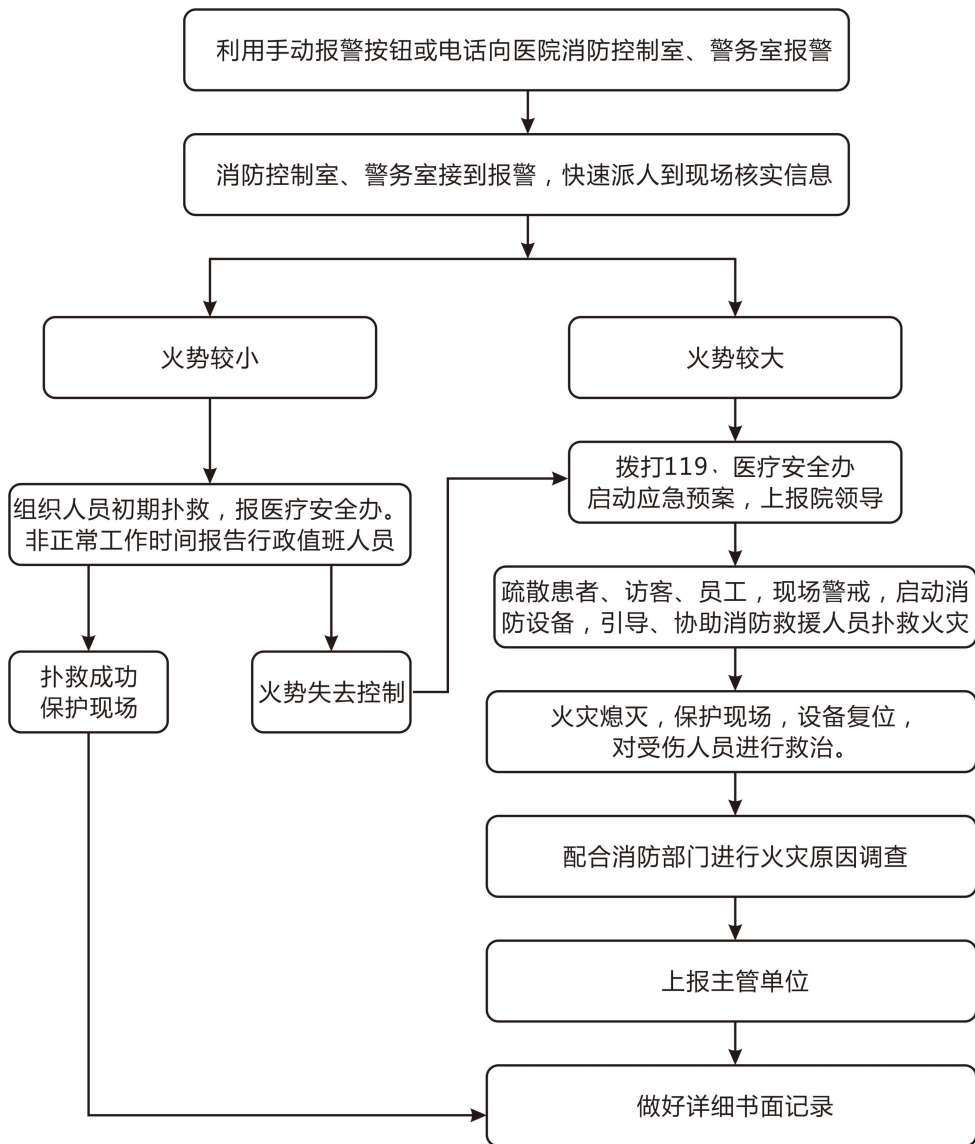
消防工作领导小组下设办公室：医疗安全办（兼）

办公室主任：医疗安全办主任

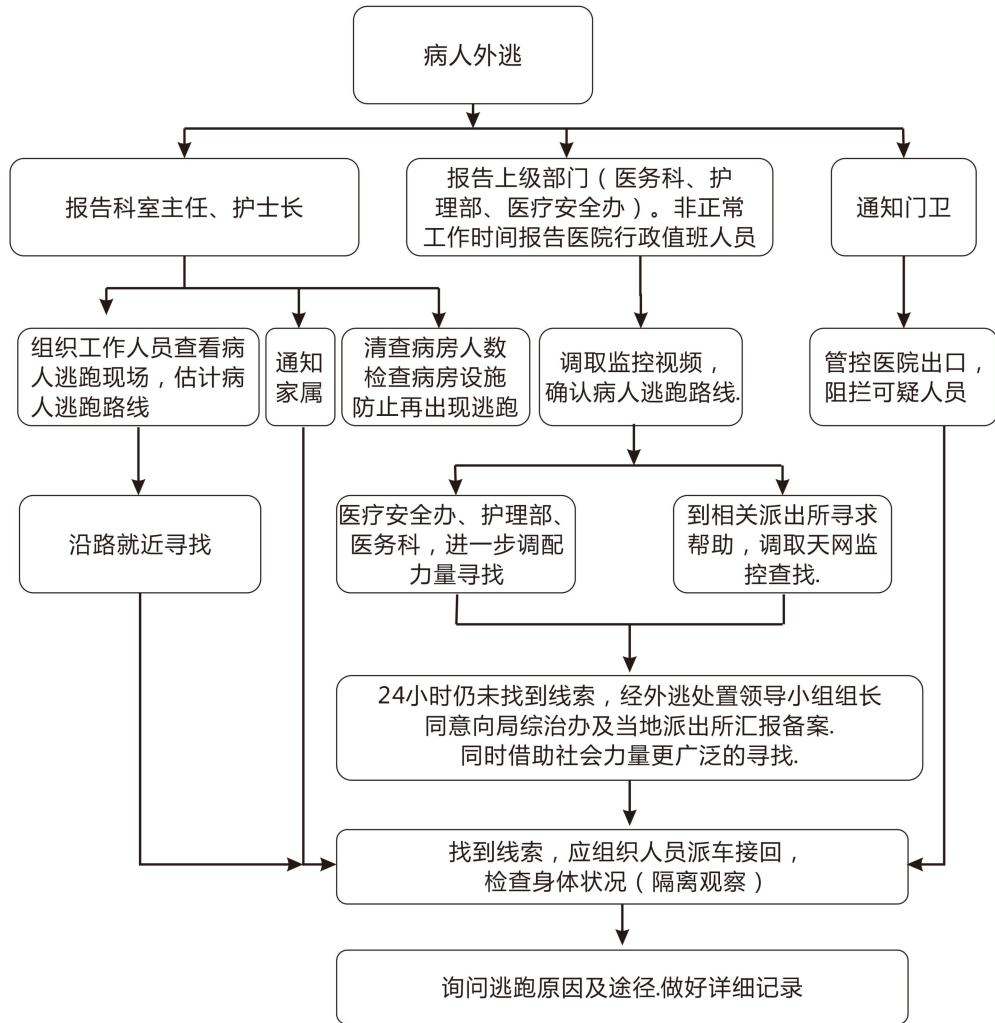
6、医疗安全办组织架构图：



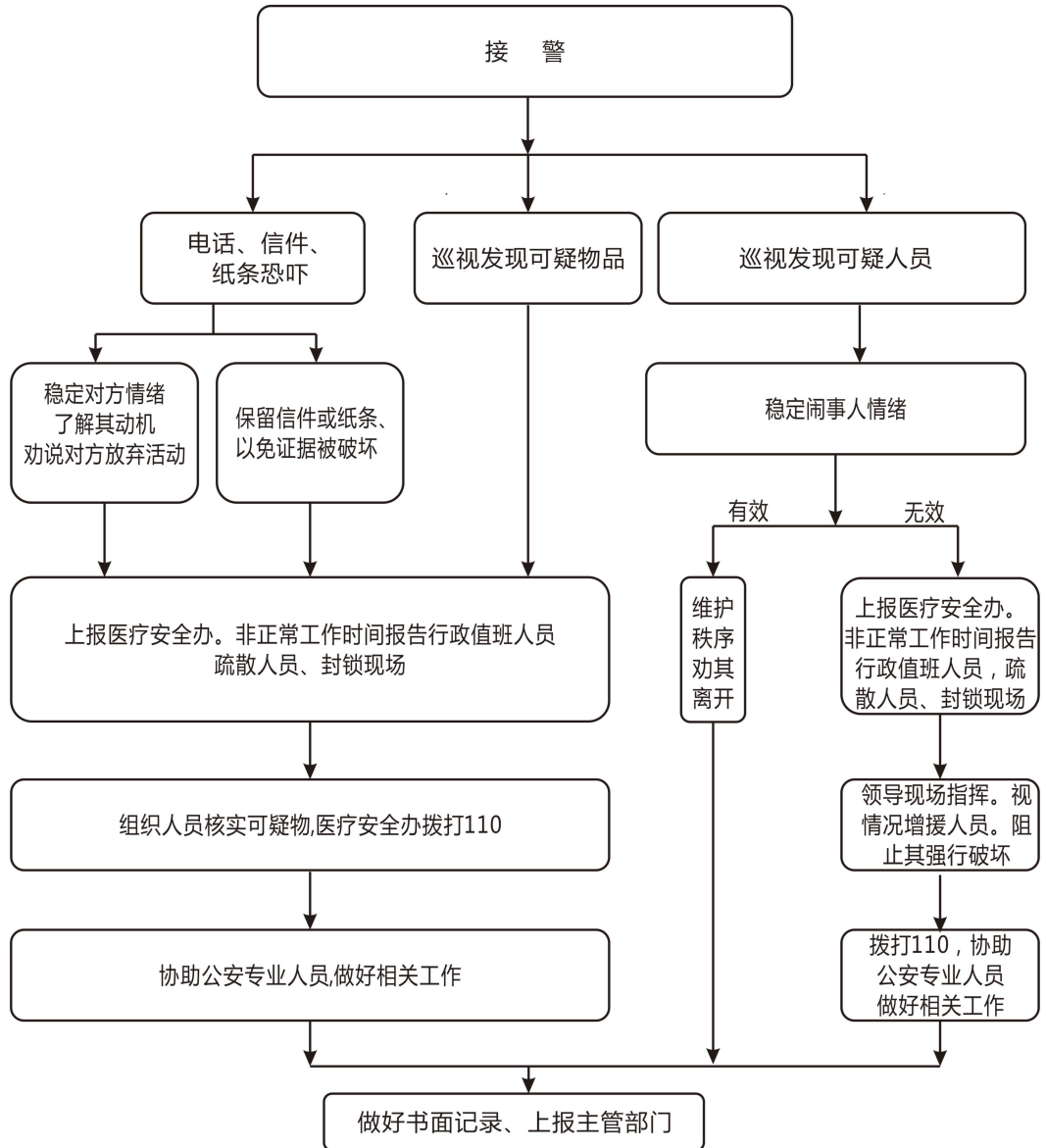
发生火灾应对流程



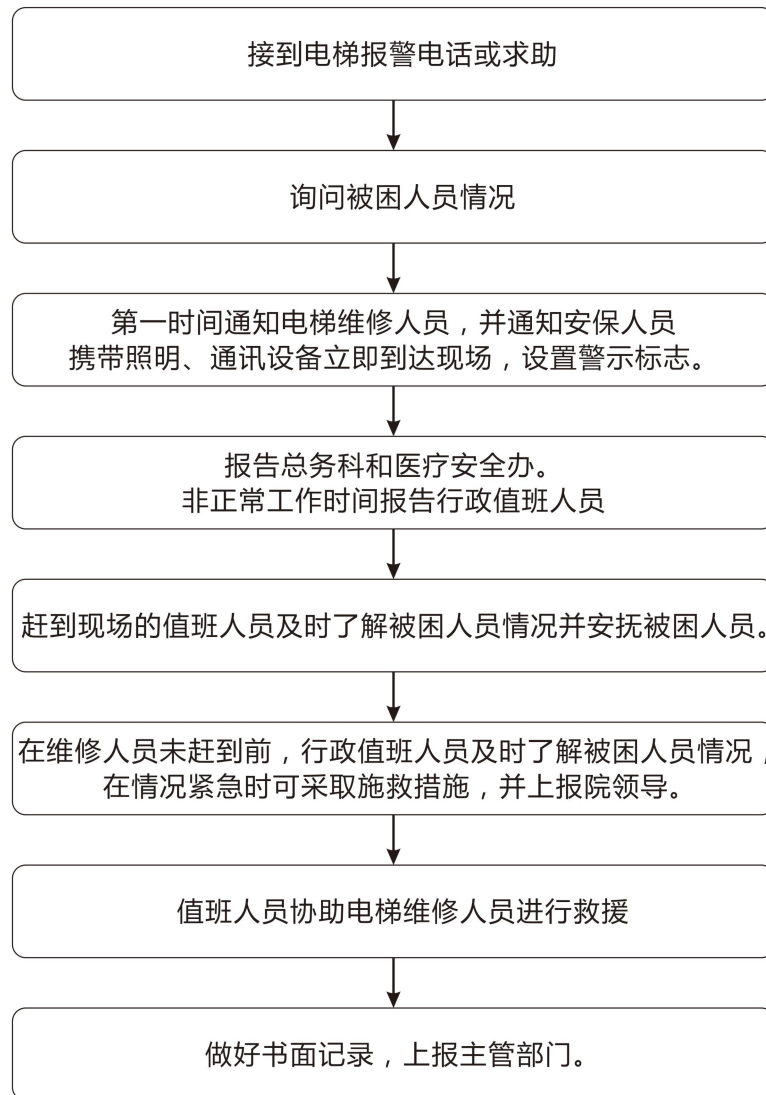
病人外逃应对流程



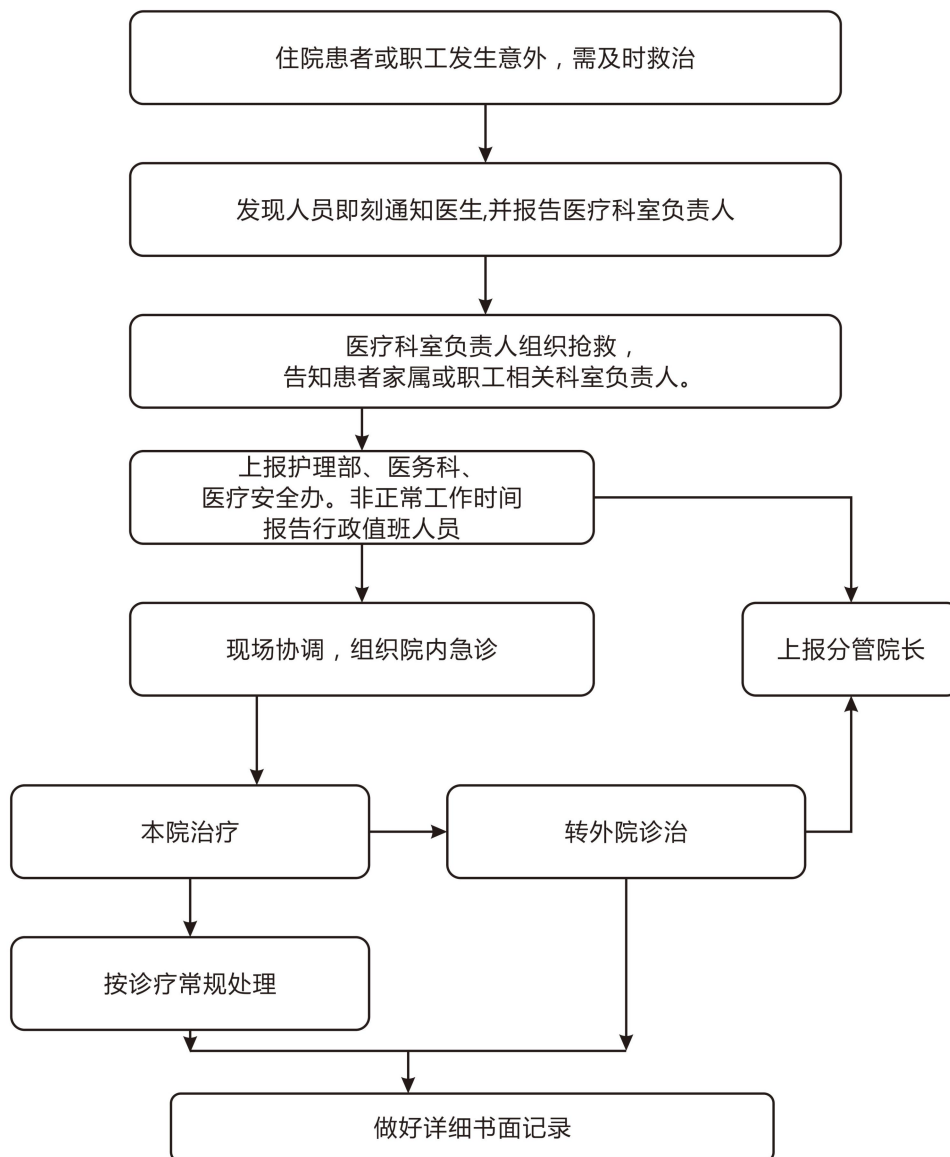
反恐事件应对流程



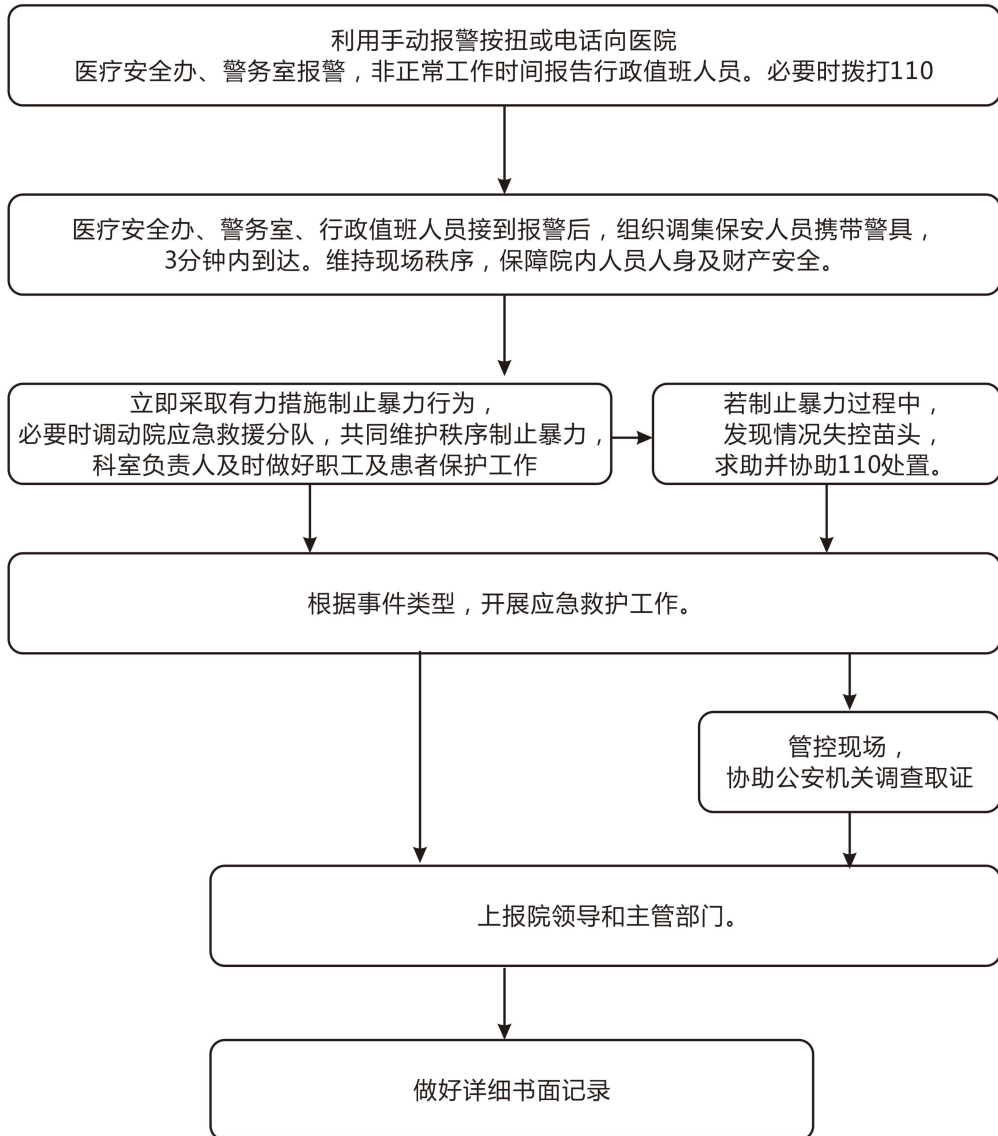
电梯救援应对流程



医疗突发事件应对流程



突发暴力事件应对流程



第二章 后勤保障类

医院后勤安全生产应急预案

一、总则

（一）工作目的

安全生产工作事关人民群众的生命财产安全，也是后勤工作的重中之重。在医院领导指导下，总务科结合后勤工作的特点和实际情况，依照预防为主、常备不懈、统一领导、分级负责、反应及时、措施果断的原则，建立健全有效的预防、控制和消除工作中的安全隐患，应对突发重大安全事故的救助体系和运行机制，规范和指导应急处理工作，最大限度地减少重大安全事故的危害，保障职工和患者及家属身体健康与生命安全，维护正常的医疗秩序。

（二）后勤生产安全事故应急领导小组

组 长：主管院长

副组长：院办公室、医疗安全办、总务科负责人

（三）适用范围

主要针对医院院区在用水、用电、用气安全方面；空调、电梯、中心供氧安全运行；医院污水的日常处理、消毒工作；食堂在食物生产加工、储存、运输、消费等环节中发生食源性疾患，造成疾病或者可能对人体健康构成潜在的重大危害，并造成严重社会影响的重大安全事故适用本预案。

（四）工作原则

按照医院后勤安全生产原则，根据安全事故和后勤突发事件的范围、性质和危害程度，对重大安全事故和突发事件实行责任制管理。坚持群防群控，加强日常巡查、监控，及时分析、评估和预警。对可能引发的重大安全事故，要做到早发现、早报告、早处置。依法规范应急救援工作，确保应急预案的可操作性。对重大安全事故要做出快速反应，及时启动应急预案，严格控制事故发展，有效开展应急救援工作，做好重大安全事故的善后处理及整改督查工作。

二、应急处理指挥机构

（一）医院成立后勤安全生产事故应急领导小组

在医院应急领导小组领导下，后勤安全生产事故应急领导小组，负责对医院后勤

重大安全事故和突发后勤事件应急处理工作的统一领导和指挥。

（二）重大安全事故日常管理机构

总务科负责医院重大安全事故的日常监管工作。应急领导小组要结合医院实际，负责对院内重大安全事故应急救援的组织、协调以及管理工作。

三、监测、预警与报告

后勤应急领导小组要组织各科室和各后勤班组负责人做好监测、预警和报告。建立周报、月报制度，有特殊情况随时报告，医院根据情况，逐级向有关部门及当地政府及时报告。形成统一、科学的安全信息评估和预警指标体系，及时研究分析安全隐患及形势，对生产和生活中的安全问题做到早发现、早预防、早整治、早解决。

四、应急保障

（一）信息保障

上报和传达。上报总务科和相关部门，向医院职工及时通报信息。

（二）医疗保障

重大安全事故造成人员伤害的，医院应立即启动紧急救援系统进行紧急救援。

（三）人员保障

应急领导小组负责组织相关部门人员、专家参加事故处理。

（四）技术保障

重大安全事故的技术鉴定工作必须由有资质的检测机构承担。当发生重大安全事故时，应立即封锁现场，按有关标准要求实施检测，为重大安全事故定性提供科学依据。

（五）物资保障

医院确保重大安全事故应急处理所需设施、设备和物资。

（六）演习演练

采取定期和不定期相结合形式，组织开展突发重大安全事故的应急演习演练。

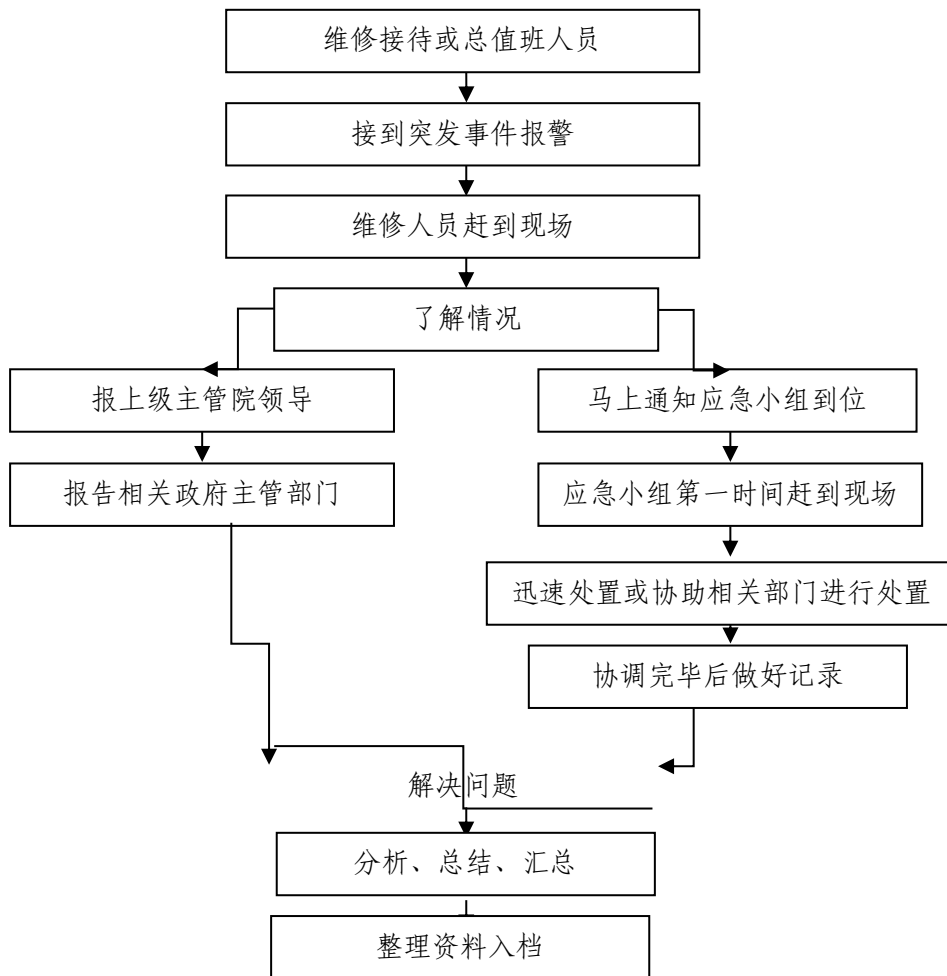
（七）宣教培训

应急领导小组应加强对全院职工适时进行安全知识、安全操作、紧急避险的教育，提高风险和责任意识。

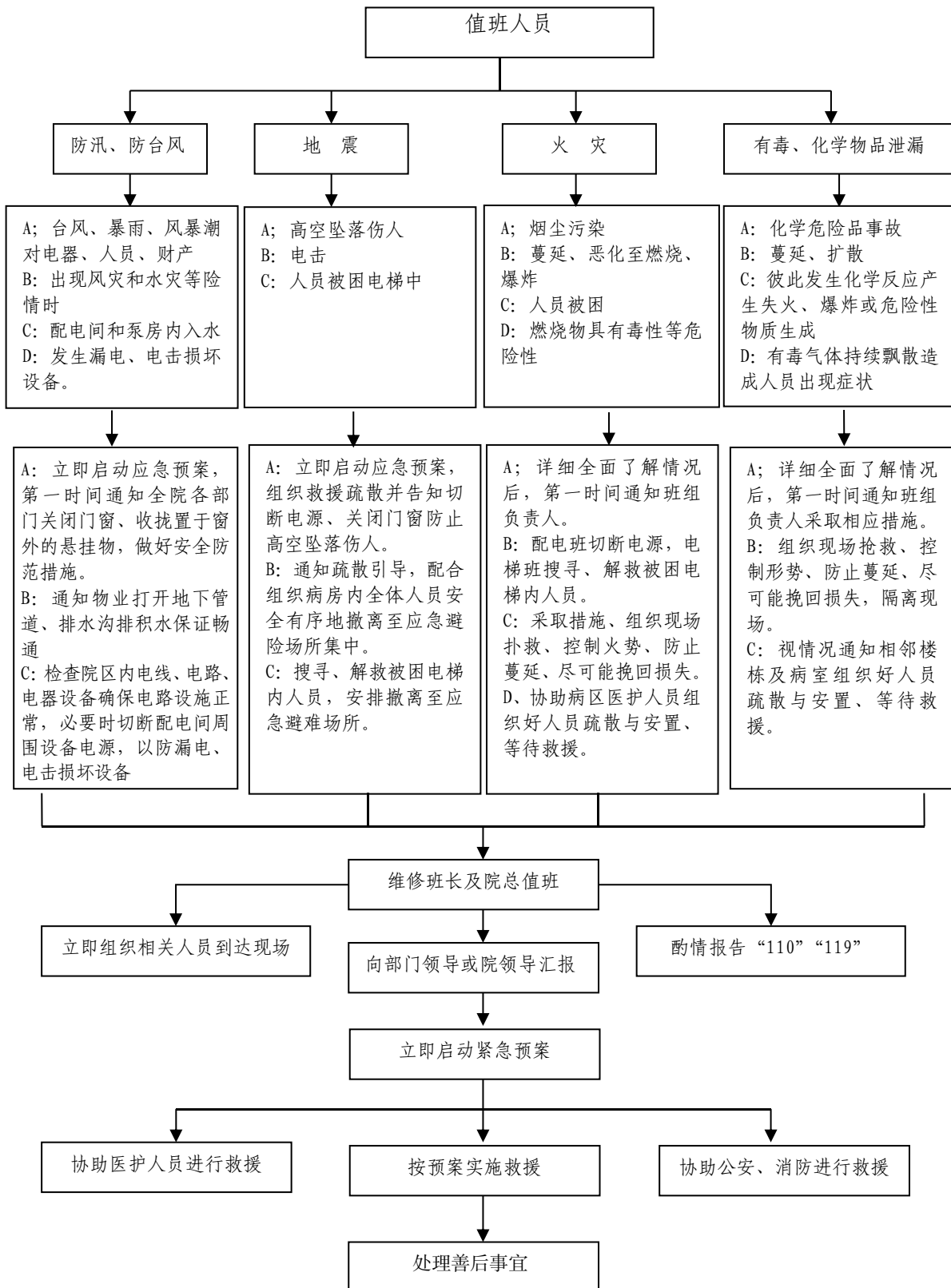
（八）紧急预案是在日常规范操作、规范管理的前提下制定的突发重大紧急事故的处理。对没有执行和违反常规而造成的重大事故要进行责任追究。



五、总务科应急突发事件管理工作流程



六、应对恶劣气候及严重灾害处置流程





供水安全管理应急预案

一、制定目的

为确保病人生命安全和减少财产损失，保证医院用水畅通，促进事故应急工作的制度化和规范化，迅速有序地组织和恢复供水，依据国家相关法律法规，结合我院实际情况，制定本预案。

二、应急原则

供水事故处理工作贯彻“预防为主，常备不懈”的方针，遵循“统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速发应，措施果断”的原则。

三、组织机构

医院成立供水应急领导小组，下设应急抢修队。

停水应急领导小组

组 长：主管院长

副组长：总务科科长

（一）职责：

- 1、做好日常安全供水工作，落实安全生产责任制，防范供水事故发生。
- 2、发生供水事故时，及时做好供水事故应急工作，尽快恢复供水。
- 3、根据供水事故严重程度，决定启动和终止应急预案。
- 4、及时向上级报告事故情况并向全院公布。
- 5、必要时请求外力支援。
- 6、领导小组组长是履行本预案规定的的第一责任人。成员单位应在领导小组的统一指挥下，各司其职，各负其责，通力合作，做好供水事故时的社会综合应急工作。

（二）应急抢修队

组长：维修班班长

成员：维修班全体成员

职责：发生事故时，组织人员实施救援行动；向指挥小组汇报事故情况，事后总结应急救援工作经验教训。

四、应急程序

紧急停水时，医院供水应急系统会在很短时间内恢复供水，可保障医疗工作的正常运转。

- （一）如果是医院停电影响下停水，要协助电工将水泵电源连接到发电机电源上，

确保供水。

(二) 如果是供水主管破裂，和物质采购中心联动，在最短时间恢复正常供水。

(三) 如果是供水泵故障，马上换备用水泵，在最短时间完成水泵转换。

(四) 如果是供水公司停水，主动联系自来水公司，把握停水时间，并提前把楼顶蓄水池强行蓄满水，延迟停水时间。

五、计划性停水应急程序

(一) 维修工在接到供水部门通知停水的电话或以其他形式的停水通知时，必须问清楚停水的时间，停多长时间及停水原因，做好记录，如不在本班次，应在交接班时交接清楚。

(二) 通知应急领导小组组长（夜间通知总值班人员），说明停水的原因，具体停水时间，停多长时间。上述情况通知办公室。

(三) 如在正常工作时间内，在时间允许的情况下，应在医院办公系统向全院发出通知。

(四) 如时间紧急，应在接到供水部门的通知后，立即通知应急领导小组组长（夜间通知总值班人员），说明情况，向各科室发出通知，重要科室要跟科主任、护士长讲清停送水的时间，并制定好停送水计划。

六、临时性停水应急程序

(一) 出现临时性停水时，应立即电话询问供水部门，问明停水原因及停水时间的长短。

(二) 通知应急小组组长或总值班，说明情况。

七、保障措施

(一) 水工日常应做好水泵的维护保养工作，保证水泵随时投入使用。

(二) 水工平时要掌握水泵知识和操作规范，注意操作安全。



车辆安全管理应急预案

一、制定目的

为了确保车队的生命财产安全，防范车辆安全事故的发生，力保车辆安全事故发生时损失减少、危害降低，能快速、高效、合理有序地处置安全事故，特制定本预案。

二、组织机构

医院成立车辆安全应急领导小组

组 长：主管院长

副组长：总务科科长

成 员：总务科副科长、汽车班班长

三、安全生产职责和任务

（一）在总务科的领导下，全体驾驶人员必须认真执行各项安全管理制度，服从工作安排。

（二）遇发生意外事故，应积极采取措施，尽量减少损失，发生事故后要先抢救伤者、保护现场、找好旁证，及时报告交警和有关领导，及时处理。

四、预防措施

（一）定期对司机班全体驾驶员进行安全行车教育，谨慎驾驶，安全行车，及时排除故障，努力提高驾驶技术，防止事故发生。做到“三稳四不”（即：起步稳、停车稳、行车稳；起步不闯、挂档不响、转弯不快、进出停车场不猛）。发生交通事故，自然灾害，当事人应立即进行自救，并报警和通知车队班组长和相关领导，电话 110（交警）、119（消防）、120（急救）。

（二）爱护车辆设备，使车辆保持良好的状态，认真执行出车三检（即：出车前、行驶中和回停车场后的检查），下班后做好车辆的保养和清洁工作。每车必须配备合格的灭火器、故障车警示牌。

（三）车辆发生火灾时当事人应立即熄火停车，使用消防器材灭火并报火警。

五、交通事故应急预案

（一）发生交通事故后，迅速将伤者送到医院进行救治。

（二）及时通知受伤者家属，并迅速报告交警部门。

（三）组织人员保护现场，看住肇事车辆及肇事人，记下肇事车辆的牌照，以备交警部门进行处理。

（四）紧急拨打“122”事故处理电话。

六、救灾及其它突发事件应急预案

（一）在发生暴雨或地震及其它突发事件期间，车队要安排机动车辆 24 小时值班。

（二）车队全体驾驶员要 24 小时保证通讯畅通。

医院突发性停电事故应急预案

一、制定目的

为应对医院突发性大面积停电事故，迅速有序地组织和恢复供电，确保病人生命安全和减少财产损失，保证医院用电畅通，促进事件应急工作的制度化和规范化，依据国家相关法律法规，结合我院实际情况，制定本预案。

二、应急原则

停电事故处理工作贯彻“预防为主，常备不懈”的方针，遵循“统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速发应，措施果断”的原则。

三、组织机构

医院成立停电事故应急领导小组，下设应急抢修组。

（一）医院停电事故应急领导小组

组 长：主管院长

副组长：总务科长

成 员：总务副科长 维修班班长、各科室负责人

领导小组下设办公室在总务科，领导小组成员发生变动时，由相应科室负责人自然接替。

职责：

- 1、做好日常安全供电工作，落实安全生产责任制，防范停电事故发生。
- 2、发生停电事故时，及时做好停电事故应急工作，尽快恢复供电。
- 3、根据停电事故严重程度，决定启动和终止应急预案。
- 4、及时向上级报告事故情况或向社会公布。
- 5、必要时请求外力支援。
- 6、领导小组组长是履行本预案规定的第一责任人，成员应在领导小组的统一指挥下，各司其职，各负其责，通力合作，做好停电事故时的社会综合应急工作。

（二）应急抢修组

队长：总务科科长

成员：维修班班长及成员

职责：发生事故时，组织人员实施救援行动；向指挥小组汇报事故情况，必要时



向供电部门发出求援请求，事后总结、记录应急救援工作情况。

四、应急程序

（一）后勤部门应急程序

我院现在供电为手动切换双回路供电，一旦电力供应发生故障或因我院配电室供电设备、大型医疗用电设备需要停电检修时，则立即启动第二供电电源，经手工切换后保障消防电梯、住院收费、急诊科、消防水泵等重点科室及部门临时使用。

1、计划性停电应急程序

（1）电工在接到供电公司通知停电的电话或以其他形式的停电通知时，必须问清楚停电的时间、停多长时间及停电原因并做好记录，如停电时间不在本班次，应在交接班时交接清楚。

（2）通知应急领导小组组长或总值班人员，说明停电的原因、具体停电时间，停多长时间，并做好备用第二供电电源的准备工作。

（3）如在正常工作时间内，在时间允许的情况下，应由办公室以书面形式向各部门发出通知。

（4）如时间紧急，应在接到供电公司的通知后，立即通知应急领导小组组长（夜间通知总值班人员），同时通知电梯管理员，说明情况，由办公室或总值班向各部门发出通知，重要科室除向当班医师、护士外，时间允许还应向科主任护士长讲清停电的时间，并做好停送电计划。

（5）在停电前 30 分钟到配电室，做好切换备用第二供电电源的前期检查。停电时要在 15 分钟中保证备用第二供电电源的正常启动和输送。

（6）在停电前 10 分钟，除消防电梯外，将全部电梯停置电梯基站。

（7）当外网第一供电电源停电后，启动备用第二供电电源后，经值班电工手工切换输送给手术室、ICU、消防电梯、门诊收费、急诊科、消防水泵等重点部门的供电。

（8）做好备用第二供电电源运行记录及恢复市电供电后的记录。

2、突发性、临时性停电应急程序

（1）出现临时性停电时，值班电工应立即电话询问供电公司，问明停电原因及停电时间的长短。

（2）通知应急小组组长或办公室（总值班），说明情况。

（3）如停电时间较短（10 分钟之内）应等待市电来后送高低压电。

（4）如停电时间较长，应立即准备切换备用第二电源。

(5) 如双电源均无电，应尽快启动备用发电机，保证全院的供电。

(6) 做好备用第二供电电源的运行记录。

(7) 医院内部原因停电时，要查明停电原因，是高压电路还是低压电路。如果高压电路出现故障，医院电工立即导入备用电源以保证重点科室的供电，并及时与供电部门抢修班联系，尽快恢复，保证供电；如果医院低压电路出现故障时，应快速查明原因，按照操作规定恢复供电。

(8) 电梯遇到突然停电后，后勤人员要做好被困乘客安抚工作，快速与电梯维保单位及科室主管取得联系，尽快用人工方法放出被困乘客。

(9) 医疗安全办在停电期间，无论白天还是夜间，均应加强病区的巡视，安抚患者，同时注意防火、防盗，预防患者家属因情绪过激给医疗抢救工作带来的不良影响。

(二) 突发性事故、火灾停电处理程序

遇到突然停电后，无论事故性或火灾停电，医院电工应立即启动备用第二电源，在确保住院收费、消防电梯、消防水泵等重点科室及部门应急供电正常的情况下，及时寻找停电原因，并向总值班及相关科室和领导报告；遇到突然停电后，因情况不明，各临床科室在岗值班人员，应立即切断本科室主要电源开关（住院收费、消防电梯、消防水泵等应急电源的科室和正在抢救患者的科室除外），并及时与总值班联系，以获得停电或事故原因，只有在得到总值班或电工值班员准确答复可以合闸供电后方可合上本科室主电源开关。经电工检查后，如停电故障来自电力供电部门，应及时向总值班报告，并协助总值班与供电部门交涉，督查电力供电部门尽快恢复医院供电，必要时及时向卫计委、民政局、政府汇报。停电故障若来自火灾，积极配合消防部门灭火，并在火灾排除后检查电线路完好后方可供电。

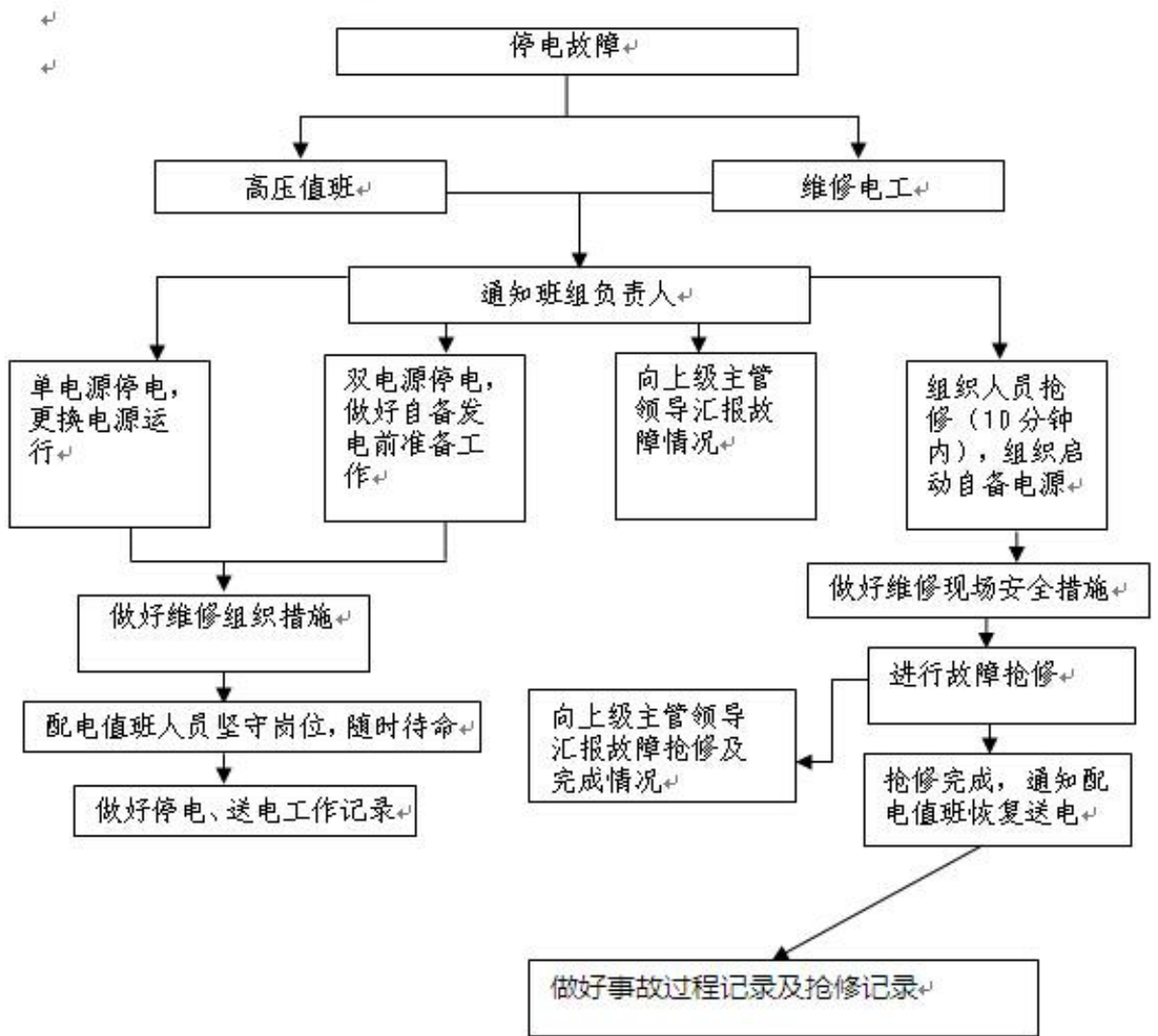
(三) 对所有停电情况，电工值班均在事后做详细记录。

(四) 此预案请各科室认真组织职工学习，力争做到应知应会，发生上述停电时，每个职工均能操作。

(五) 保障措施

- 1、电工日常应做好发电机的维护保养工作，保证发电机随时投入使用。
- 2、电工平时要掌握供电知识和操作规范，注意操作安全。
- 3、临床科室常规备有应急灯电筒等照明用物，定期检查，保持完好状态。
- 4、后勤部门要组织进行应急停电演练，每年 1-2 次，通过演练，使大家熟悉掌握突发停电的应急处置程序。

停电故障处理流程图



医院灾害性停电应急预案

一、目的

为应对因飓风、台风、地震、暴雨、雷雨、暴风、冰凌等自然灾害，可能造成线路接地、短路或遭雷击接地、倒架、断线、短路引起 10KV 线路两回路停电，电厂供电中断，造成全院停电；灾害天气造成 10KV 两回路进线电源跳闸，由于暴雨、雷雨、暴风、冰凌等自然灾害，造成线路接地、短路或遭雷击接地、倒架、断线、短路引起线路停电。其后果是影响全院的通风、排水和各临床科室，且需要恢复供电的难度较大，时间也较长，从而危及整个医院工作人员和病人的安全。

二、组织机构

医院成立灾害性停电事故应急领导小组，下设应急抢修队。

（一）医院灾害性停电应急领导小组

组 长：主管院长

副组长：总务科科长

成 员：总务科副科长及科成员

（二）应急抢修队

队 长：维修班班长

成 员：维修班全体人员

三、职责

（一）做好日常安全供电工作，落实安全生产责任制。

（二）发生灾害性停电事故时，及时做好停电事故应急工作，尽快恢复供电。

（三）及时向上级报告事故情况并向社会公布。

（四）必要时请求外力支援。

（五）领导小组组长是履行本预案规定的第一责任人。成员单位应在领导小组的统一指挥下，各司其职，各负其责，通力合作，做好灾害性停电事故时的社会综合应急工作。

（六）应急抢修队职责：发生事故时，组织人员实施救援行动；向指挥小组汇报事故情况，必要时向供电部门发出求援请求，事后总结应急救援工作经验教训。

四、应急程序

（一）应立即电话询问供电部门，问明停电原因及停电时间的长短。

（二）通知应急小组组长或总值班，说明情况。

（三）如停电时间较短（10 分钟之内）应等待市电来后送高低压电。

（四）如停电时间较长（10 分钟之内），应尽快启动备用发电机，保证全院的供电。

（五）做好备用第二电源、自备发电的运行记录

电梯安全管理应急预案

一、安全管理应急预案

(一) 目的

规范电梯应急救援工作流程确保电梯、人员的安全。

(二) 适用范围

全院电梯应急救援工作。

(三) 分级标准

一般事故、重大事故。

二、应急救援组织机构

(一) 应急领导小组

组 长：主管院长

副组长：总务科科长、

成 员：总务科副科长、特种设备安全管理员、特种设备作业员

(二) 应急组织机构职责

1、组织有关部门按照应急救援预案迅速开展抢救工作，防止事故进一步扩大，力争把损失降到最低程度。

2、根据事故发生状态，统一布置应急救援预案的实施工作，并对应急处理工作中发生的争议采取紧急处理措施。

3、根据预案实施过程中发生的变化和问题，及时对预案进行修改和完善。

4、紧急调用各类抢险物资、人员、设备。

5、当事故由危及周边单位和人员的险情时，组织人员和物资疏散工作。

6、配合上级有关部门进行事故调查处理工作。

7、做好稳定秩序和伤亡人员的善后及安抚工作。

三、电梯困人的应急救援

(一) 值班人员接到被困人员求救电话，问清被困情况，务必请被困人员保持镇静，等待救援被困人员不可将身体伸出轿厢外，如有轿厢没关好，设法关好以防不测，和被困人员做好沟通。

(二) 准确判断轿厢位置做好救援准备。

1、当轿厢停于接近电梯口位置时救援步骤。

- (1) 关闭机房电源开关（应保留照明开关）。
- (2) 用专用钥匙开启层门。
- (3) 和被困人员一起打开轿厢门，协助被困人员离开，重新关好厅门。

2、当轿厢远电梯口时的救援步骤。

- (1) 切断电源。
- (2) 关好所有厅门、轿门，通知轿内被困人员，保持镇定。不要靠近轿门。以免发生意外。

(3) 机房人员与其他人员保持联系，做好准备得到应答后方可进行操作。在机房内必须要有两人操作。一人操作方向盘车轮，一人慢慢打开抱闸。

- (4) 将电梯盘到平层区。
- (5) 刹车恢复制动状态，确定可靠后。收起盘车轮。
- (6) 打开层门、轿门救出被困人员。

3、救援时应缓慢进行，尤其当轿厢处于空载下向上盘车时，为防止对重或侧重造成溜车，应采取渐进方式，一步步松制动器，以防电梯失控。

4、开启层门时应小心，防止电梯不在本层，而发生人员坠入井道事故。

四、发生火灾情况的应急处理

(一) 大楼发生火灾情况时。应立即设法按动“消防开关”使电梯进入消防状态，电梯回到基站。

(二) 电话通知分管领导同时拨打火警电话。

(三) 井道或轿厢内失火时，应立即停梯并疏散人员。切断电源后用干粉、1211灭火器灭火，并及时通知上级部门，若火势猛应拨打火警电话，以保证人员、财产安全。

五、电梯停电应急处理

接到医院停电通知后，班组必须做到以下几点：

- (一) 出告示牌，说明停电时间与原因。
- (二) 在电梯停电前 10 分钟把电梯降到基层，并锁住停用。
- (三) 电梯安全员对所有电梯进行巡查，确认是否有被困人员，如有被困者，及时放出。
- (四) 值班人员必须守在电话旁，随时待令。

（五）如电梯故障、停电等其它原因，使被困人员不能马上放出。就按“机房紧急救援操作步骤”操作。

六、电梯发生水浸时的应急处理

（一）地坑、井道遭水浸时，应将电梯停于发生水淹的上一层，然后断开电源开关。

（二）组织人员堵水源。水源堵住后进行除湿处理，地坑有水排出积水。

（三）维修人员全面检查，试梯正常后恢复使用。

七、地震时的应急处理

（一）对于震级和烈度较大，没有预报发生的突发地震，很可能来不及采取措施。在这种情况下，若一旦有震感应，就近停梯人员就近躲避。如有人员被困电梯不要外逃，保持镇静，等待救援。

（二）震级较大对电梯产生破坏时，电梯停止使用，等技术监督局检测合格后再使用。

食品安全突发事件应急处置预案

为了切实提高医院应对食品安全突发事件的应急救援能力，深入贯彻落实《中华人民共和国食品卫生法》，根据《餐饮服务许可管理办法》和《餐饮服务食品安全监督管理办法》要求，特制定我院食品安全突发事件应急处置预案。

一、组织机构：

成立医院食品安全突发事件应急处理领导小组

组 长：主管院长

副组长：总务科负责人

组 员：总务科食堂管理员及餐饮外包单位负责人

二、职责：

（一）应急小组组长负责全面工作，平时加强监督管理协调部门之间的工作，一旦发生食物中毒事件，负责组织抢救中毒人员、安排检查现场、保护留样食品、调查事件的起因，负责安排善后工作。

（二）副组长负责食品安全检查工作，并制定管理措施及检查的各项措施，并与市、区防疫部门联系接受监督。如果发生食物中毒立刻向卫生监督部门和卫生厅报告，并要在组长的领导下及时展开工作，抢救中毒人员，解决善后工作，并做好病友及家属情绪稳定工作，配合协调解决问题。

（三）食品安全人员负责食堂的食物，食品安全检查工作，并制定检查的各项措施及管理措施，经常性地组织食堂从业人员进行培训和学习，并与市、区防疫部门联系，接受监督。如果发生食物中毒立刻报告，对食堂的食品展开全面检查，抢救中毒人员，解决善后工作。保护好现场和留样食品。

（四）食堂管理人员对发现的饭菜过期、有异味等及时报告以便检查，发现的问题要及时解决并报告上级领导。

三、应急处理工作预案程序：

（一）医院发现集体中毒事件要立即启动应急处理工作预案。

（二）对中毒者采取紧急处理。

1、停止食用中毒食品。

2、采集病人排泄物和可疑食品等标本，以备检验。

3、组织好对中毒人员进行抢救。



4、及时将病人送往医院治疗。

5、对中毒食物和有关工具、设备和现场采取临时控制措施。

（三）由组长负责组织调查事故原因，如怀疑有人故意投毒，由保卫部向公安部门报告并进行立案侦察；防疫部门执法人员到达后立即提取 48 小时的留样并进行检查；组织人员进行调查询问相关的人员，弄清中毒事件的起因并采取有效措施把中毒人员控制在最小的范围；配合其他部门进行有效的工作。

（四）对中毒食品控制处理。

1、保护现场，封存剩余的食物或者可能导致食物中毒的食品及其原料。

2、为控制食物中毒事故扩散，责令食堂承包人销毁已购入的造成食物中毒的食品或可能导致食物中毒的食品。

3、经检验，属于被污染的食品，予以销毁或监督销毁。

（五）对相关用品采取相应的消毒处理。

1、封存被污染的食品用具及工具，并进行清洗消毒。

2、对微生物食物中毒，要彻底清洗、消毒接触过中毒食品的餐具、容器以及存储过程中的冰箱、设备，加工人员的手也要进行消毒处理，对餐具、用具、容器、抹布最有效的方法是采取煮沸办法，煮沸时间不应少于 15 分，对不能进行热力消毒的物品，可用 75%的酒精进行擦拭或者用化学消毒剂浸泡。

3、对化学性食物中毒要用热碱水彻底清洁接触过的容器、餐具、用具等，并对剩余的食品彻底清理，杜绝中毒隐患。

（六）善后及责任追究

1、善后

食物中毒事故发生后医院应注意保持院内的稳定，食物中毒的相关信息应由疾病预防控制机构、卫生监督部门确认。要严格控制信息发布渠道，注意工作方式，避免病人、家属不必要的恐慌。安抚好中毒人员，稳定情绪，做好与家属的沟通，维护医院正常的工作秩序。

2、责任追究

① 对导致事故起因的相关责任人进行严肃追究。

② 对事故瞒报、谎报和不及时上报的行为进行严肃追究。

③ 对事故处理中的玩忽职守、推诿扯皮等影响应急预案顺利实施的行为进行严肃追究。

食堂安全事件应急预案

一、目的

食堂为重点防火部门，为有效消除火患、防范火灾，确保生命、财产安全，维护医院稳定，特制定此预案。

二、组织机构及职责

（一）应急领导小组

组 长：主管院长

副组长：总务科科长

组 员：食堂主管及食堂承包人

下设应急救援小组

（二）应急救援小组

组 长：总务科科长

副组长：食堂管理员和餐饮外包单位负责人

组 员：医院保安队和应急救援队、食堂员工

（三）应急领导小组职责

- 1、应急领导小组负责监督、部署安全工作，实行统一指挥。
- 2、经常性对餐厅进行消防检查，发现隐患及时提出整改建议，并督促落实。
- 3、在火警发生时，确定现场指挥人，及时召集组织力量，布置救人、抢救物资、供水、排烟、灭火等任务。
- 4、掌握火势发展情况，及时调整部署，如火势在可控范围内，组织人员利用灭火器等灭火；如火势不可控，马上组织安排疏散工作，并及时联系公安消防参与扑救。
- 5、在公安消防到达现场后，及时说明情况，在消防的统一指挥下，实施各项灭火工作。
- 6、统一组织事故善后处理工作，协助相关部门收集、汇总事故发生原因，损失情况。

（四）应急救援小组职责

- 1、认真落实各项消防安全规定，定期进行自查，对发现的安全隐患马上进行整改，确保万无一失。
- 2、加强工作人员安全培训，定期组织消防安全演练，不断完善应急预案。
- 3、定期对各类消防器材进行检查、维护，更换过期的灭火器，确保所有消防器材处于良好状态。
- 4、在发生火警时，要及时查明原因，向应急领导小组汇报。食堂工作人员首先要



疏散就差人员，并及时关闭燃气阀门、切断电源、转移油类等易燃物品，避免火势增大或发生爆炸。

5、医疗安全办在接到报警后，应马上组织保安队和应急救援队到现场实施救援，根据情况发展，对周边单位及人员进行疏散。

6、在公安消防到达现场后，应听从消防统一指挥，配合开展各项灭火工作。

（五）应急处置

报警和接警

1、发现火灾或火警势头时，不要惊慌失措，要沉着冷静，马上查明火情原因，并切断电源、关闭燃气阀门，将情况及时报告医院保卫办。

2、在报警时，要详细说明起火地点、原因、燃烧物品、目前情况等。

3、领导小组在接到报警后，立即组织医院应急救援队赶到现场，实施扑救工作，并马上拨打消防报警电话。

组织扑救和疏散

1、食堂工作人员在发现火情后，应积极维护起火现场秩序，本着“先人后物”的原则，先有序疏散人员，再将易燃、易爆物品搬离起火现场。

2、在火情可控下，组织人员按照分工，各司其责，科学施救。

3、如火情无法控制，则马上组织进行疏散工作，隔离所有闲杂人员，以避免遭受重大伤亡。

防烟

1、在火情发生后，为防止烟雾弥漫，影响救援，应将指定的防火门关闭。

2、在火灾发生后，燃烧会产生大量有毒烟雾，在场施救人员要按规定佩戴好防毒面具，没有防毒面具的要用手或湿毛巾捂住口鼻，撤离火场。

安全救护

1、在火情发生后，领导小组立即组织救护人员及担架车守候在现场，随时救护受伤的人员。

2、如有受伤人员，应立即进行伤口包扎，并视情况送病房救治。

3、如出现窒息人员，应立即送急救室抢救。

善后处理

1、认真记录事故发生的过程，采取的措施，存在的不足，并提出相应的解决方案。

2、保护好现场，配合相关部门做好事故调查、取证工作。

3、事故责任人应坚守现场，等候处理。

中心供氧安全管理应急预案

一、目的

为了控制制氧生产及供氧过程中可能发生的火灾、容器爆炸等会造成人员伤亡、急性中毒或重大经济损失等突发事件的发生，结合医院的实际情况制定安全生产事故应急预案，通过预案实施使应急救援工作协调统一，从而达到迅速控制事故的发展，减少或消除人员伤亡和经济损失的目的。

二、适用范围

本预案适用于制氧及氧气供应过程中发生的火灾、容器爆炸等事故。

三、应急领导小组及职责

组 长：总务科科长

副组长：副科长

组 员：特种设备安全管理员、特种设备作业人员

职责

- (一) 组织制订事故应急救援预案，组织应急预案的演练。
- (二) 在事故发生后全面指挥事故现场的应急救援工作。
- (三) 负责人员、资源配置、应急队伍的调动。
- (四) 协调事故现场有关工作，批准本预案的启动与终止。
- (五) 负责事故善后工作及信息的上报工作。

四、应急工作原则

(一) 以人为本，安全第一。把保障人身安全和身体健康放在首位，预防和减少安全事故，切实加强医院职工的安全防护。

(二) 统一领导，分级负责。在应急领导小组的统一领导下，负责现场指挥医院中心供氧安全事故应急救援工作。

(三) 快速响应，果断处置。事故的发生具有很强的突发性，在很短的时间内快速扩散和爆炸，按照分级响应的原则快速、及时启动相应的应急预案。

(四) 预防为主，平战结合。贯彻落实“安全第一，预防为主，综合治理”的方针，坚持事故应急与预防工作相结合。加强重大危险源管理，做好事故预防、预测、预警和预报工作。开展培训教育，组织应急演练，做到常备不懈。

五、事故应急处置



(一) 发现问题及时处理，不能处理应及时上报有关领导和通知维保公司，同时通知各临床科室断氧情况，对特殊病区的重病人立即组织有关人员使用氧气瓶恢复供氧，确保病人安全。

(二) 特种涉笔作业人员在接到通知后，以最快速度赶到现场，组织人员进行抢修，或协助维保公司处理问题，并做相关记录。

(三) 发现火灾及人力所无法抗拒的因素，导致的突发事件时，保安人员应立即疏散所有氧点群众，同时拨打 119 消防报警电话，等待救援，通知相关部门做好防范。

(四) 氧压过低，应排除仪器故障，更换氧瓶，组织人员进行抢修。

(五) 负压不足，检查电机，水泵是否正常运转。

危险品安全事件处置预案

一、目的

为有效预防和控制危险品突发事故，提高事故应急救援工作效率，建立统一领导、职责明确、科学高效的应急救援体系，最大限度地降低事故危害程度，保障人员、患者生命财产安全，促进医院和谐稳定。

二、指导思想

坚持以人为本，真正将“安全第一、预防为主”方针落到实处。一旦发生危险品安全事故，能够以最快的速度、发挥最大的效能，有序地实施救援，把事故危害降到最低点，最大限度地减少人员伤亡和财产损失。

三、制定依据

依据《中华人民共和国安全生产法》、《危险化学品安全管理条例》、《易制毒化学品管理条例》、《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》等法律、法规、规章及有关规定和要求。

四、成立应急领导小组

组长:院长

副组长:分管院长

成员:总务科、医疗安全办、医务科、感染科

工作职责:

(一) 负责召集各抢险救援部门的现场负责人研究现场救援方案，制定具体救援措施，明确各部门的职责分工；

(二) 负责指挥现场应急救援工作;

(三) 应急办公室负责医院危险品应急救援指挥部的日常工作; 制定危险品应急救援预案; 组织和指导应急救援演练; 负责应急救援咨询服务工作; 对危险品安全事故进行调查处理。

(四) 负责协助事故现场灭火工作, 控制易燃、易爆、有毒物质泄漏和有关设备、容器的冷却。事故得到控制后负责洗消工作, 组织伤员的搜救。

(五) 负责制定抢险救灾运输预案, 确定抢险运输单位, 监督抢险单位做好人员和车辆准备, 优先保证救灾人员和物资的运输以及受灾群众的安全疏散。

(六) 组织事故可能危及区域内的人员疏散撤离, 对人员撤离区域进行治安管理, 参与事故调查处理; 负责事故现场及周边道路的交通管制, 禁止无关车辆进入危险区域, 保障救援道路的畅通。

(七) 组织现场救护及伤员转移; 受伤人员及时送急诊科救治, 负责统计伤亡人员情况。

五、预警预防

(一) 强化信息监控与报告, 应急救援小组接到危险品安全生产事故报告后, 应在事故发生后 30 分钟内向相关单位报告。

(二) 强化预警预防行为, 及时采取措施控制事态发展。

六、应急处置

(一) 危险物品安全事故发生后, 根据实际情况, 采取必要措施:

- 1、立即实施紧急疏散和救援行动, 组织医护人员开展自救互救。
- 2、紧急调配应急资源用于应急处置。
- 3、划定警戒区域, 采取必要管制措施。
- 4、实施动态监测, 进一步调查核。
- 5、向周边区域发布危险或避险警告;

(二) 应急救援指挥部接到一般、较大、重大、特别重大安全事故报告后, 根据事故的性质、类别、危害程度、范围、等级和可控情况, 提出具体处理意见。

(三) 根据事件性质、严重程度和应急处置的需要, 成立现场指挥部, 由院长任组长, 负责研究制订现场应急处置方案和措施, 开展以下工作:

- 1、对应急行动中的重大事项作出决策。
- 2、统一指挥协调现场抢险救援。
- 3、组织营救受伤人员, 指挥人员疏散、安置。
- 4、组织协调有关部门做好保障和支援。

5、向卫生主管部门相关上级主管部门及时报告事态发展和处置情况。

6、事故发生后，医院全体人员服从现场指挥部的统一指挥。现场指挥部根据应急处置的实际需要成立若干工作组，各工作组要按照职责分工，各司其职，协同作战，全力以赴做好各项应急处置工作。

7、现场指挥小组确认事故灾难得到有效控制、危害已经消除后，向应急领导小组提出结束现场应急的报告，批准后宣布应急结束。

七、后期处置

（一）清理与处理事项，尽快消除事故影响，安抚受害人和受影响人员，尽快恢复正常工作秩序。

（二）危险品事故灾难发生后，保险公司必须及时查勘理赔，提供快速便捷的理赔服务。

（三）应急救援小组在应急救援结束后，及时总结分析应急救援工作的经验教训，提出改进救援工作的意见和建议，并形成报告，报送有关部门。事故调查处理工作，按照国家有关规定组织进行。

八、保障措施

（一）强化通信与信息保障，建立和完善重大危险源和救援力量信息数据库，保证应急救援参与部门之间畅通联络。

（二）强化应急救援与保障，包括救援装备保障、应急队伍保障、交通运输保障、治安保障、物资保障、应急避难场所保障。

（三）宣传、培训和演练。广泛开展应急法律法规和预防、避险、避灾、自救、互救常识的宣传工作，提高全院职工安全和应急避险意识。对相关人员进行岗前培训和业务培训，提高应急救援的业务水平和专业能力。

医院信息系统应急预案

一、信息系统故障应急方案

为防止因医院信息系统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、各部门在应急情况下遵照执行。

（一）医院信息系统出现故障报告程序

当各工作站发现计算机不能进入相应程序、不能保存数据、不能访问网络、应用程序非连续性工作时，要立即向信息中心报告。中心工作人员对各工作站提出的问题必须高度重视，做好记录，经核实后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，应尽快恢复工作；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）医院信息系统故障分级

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、主干光纤损坏、服务器数据库问题、服务器工作不稳定、网络不通等软件和硬件发生故障等造成的停机和网络瘫痪。

二类故障：由于交换机、网络故障、服务器、数据库部分问题、偶然性的数据错误、某些科室违反工作流程等引起的部分片区性故障。

三类故障：由于各终端电脑硬件、网络、病毒和操作不当造成的单点故障。

针对上述故障分类等级，处理原则如下：

一类故障：由信息科科长报院领导，由医院组织协调恢复工作，并由信息系统故障恢复领导指挥小组统一指挥协调恢复工作。

二类故障：由网络管理人员上报信息科科长，由信息科集中解决。

三类故障：由网络管理员单独解决，并详细登记维护情况。

（三）发生各类故障时的首要工作

1、发生一类故障时

（1）当信息科一旦确定为一类整体故障时，首先是立刻报告院领导，同时组织恢复工作，并充分考虑到特殊情况如节假日、病员流量大、人员外出及医院有重大活动等对故障恢复带来的时间影响。

（2）当发现网络整体故障时，各部门根据故障恢复时间的程度将工作转入相应的

应急操作模式，具体时限明确如下：

①30分钟内不能恢复：门诊收费转入手工操作模式。

②3小时内不能恢复--各住院收费、药房、护士工作站、医生工作站、库房、医技检查等转入手工操作。

2、发生二类故障时

(1) 当发生区域性故障时，信息科应组织相关专业人员迅速查找问题原因，并通知相关科室负责人准备相应的应急预案。

(2) 故障无法短时恢复的情况，根据不同的原因，采用以下处理方式：

①由于软件或则数据库造成区域性故障，及时通知软件公司查找并解决问题。门诊收费立即启用手工操作，其他没有单机科室转入手工操作。

②由于网络或则硬件问题造成的区域性故障，更换网络设备和相关硬件，都无法解决的情况下，可让涉及故障的科室人员到正常的科室借用电脑，通知相关科室负责人协调工作。

③由于病毒造成的区域性故障，应立即从物理上切断故障区域和内网的连接，并作相应的杀毒处理。

3、发生三类故障时

此类故障由信息科安排专人处理，短时无法解决的可采取借用电脑的方式暂时处理紧急工作。或则手工操作，恢复后重新录入电脑。

二、计算机网络系统备份和恢复方案

(一)数据分类

1、业务数据，包括医院在经营和管理中产生的业务数据，以及支持业务开展产生的管理和审计数据。

2、系统数据，包括网络设备以及各信息系统的系统管理数据，如数据字典、权限设置、密码密钥、存贮分配、网络地址及软硬件配置参数等。

(二)业务数据的分级与定级

1、业务数据分级。医院信息系统业务数据重要度按照数据被破坏或无法使用对医院利益造成的损失程度，分核心、关键、重要和一般数据四个等级。

等级	名称	定义
4	核心业务数据	非常重要，其破坏或无法使用后可能对医院利益造成非常严重的损失
3	关键业务数据	很重要，其破坏或无法使用后可能对医院利益造成严重的损失

2	重要业务数据	重要，其破坏或无法使用后可能对医院利益造成中等程度的损失
1	一般业务数据	不重要，其破坏或无法使用后可能对医院利益造成较低的损失，甚至忽略不计

2、业务数据定级。定级由数据使用部门和数据的管理部门依据可能造成的损失，共同确定。

(三) 业务数据备份管理

1、业务数据备份与恢复

(1) 业务数据备份

等级	备份措施					
	备份方式	频率	介质	份数	备份位置	替换频率
核心业务(HIS、EMR等)	增量秒级备份(CDP)	5S	硬盘	2份	本地存储	3天内全保留 每周替换
	全量备份	4小时	硬盘	2份	本地存储	3天内全保留 每周替换
	全量备份	4小时	硬盘	2份	异地机房存储	3天内全保留 每周替换

备份策略截图：

编辑异地容灾计划

容灾计划名称：

主站点：

备站点：

受保护云主机：

异地容灾方式 | **本地备份方式** 📌 注意事项

备份方式： 按周备份 按天备份 按小时备份 持续数据保护 (CDP)

IO日志保留时间： (超过保留时间的IO日志将会被自动合并)

IO日志间隔时间：

定期备份频率： 生成一个备份 📘

- 近3天，保留全部备份
- 3天到7天，每天（默认当天最后1个）保留1个备份
- 超过7天的备份自动合并，以节省空间

确定 取消

设置恢复点保留方式

时间	保留方式 (默认保留时间段内的最后一个)	操作
最近 <input type="text" value="1"/> 天	全部保留	
超过 <input type="text" value="1"/> 天 至 <input type="text" value="8"/> 天	<input type="text" value="每周"/> 保留一个	🗑️
+ 新增时间计划 (最多设置5条)		

确定 取消

(2) 业务数据恢复。

1) 为保证系统发生故障时能够快速恢复，关键业务（含）以上数据库应在每次备份后进行一次数据有效性检查。

2) 其他纳入运营体系的数据库应满足应急恢复基本要求。

异地容灾 RPO 医院设定为 30 分钟。

2、业务数据管理

(1) 数据保管

1) 备份数据的介质保管员必须指定专人担任，备份操作人员应同数据介质保管员进行数据的交接，交接后的备份数据应按照备份策略指定的场所保管。介质保管员须对备份数据建立存档介质的目录清单和登记管理工作。

2) 存储介质保管地点应有防火、防潮、防尘、防盗设施要求。核心业务数据的介质应配有专门防火、防潮、防尘、防盗、防磁介质柜。

3) 为实现备份介质的安全管理，每年数据管理部门应根据存档介质的目录清单对备份介质进行一次完整性检查。

(2) 数据使用。备份数据的使用，应按照《备份数据使用审批表》（附录一）的审批流程进行审批，同时，应对数据的使用进行登记，对交接和归还责任人与时间应

有详细的记录。

（3）数据清理

1) 对于重要（含）以上永久保存的业务数据，在数据卸载和清理前必须对数据进行备份永久保存，保证可以使用。

2) 交易期间，禁止数据清理操作。

（4）数据转存

1) 对于重要（含）以上永久保存的业务数据，为防止存储介质过期数据失效。

2) 应在介质使用 5 年后进行数据转存。转存的数据必须有详细的文档进行记录，记录信息应包括：介质的编号、存储的内容、存储数据的记录时间、转存日期、转存操作人员等。

（四）系统数据备份管理

1、信息技术中心配置专用服务器，由专人对系统配置数据进行备份管理，用户通过严格授权访问系统配置等信息。

2、相关系统负责人负责系统数据的备份工作，当系统数据发生改变时，要及时进行备份，并做好更改记录。

3、系统数据每年备份一次，备份数据应永久保存，不能覆盖。

4、系统数据的管理办法同 6.3.2 业务数据的管理办法。

三、供电系统和机房环境

1、保证服务器和网络设备的电源供应，采用 UPS 和市电的双线供电。

2、作好防水、防火（配备消防设施）工作，定期检查各种设备和线路是否被破坏，有损坏情况的及时更换处理。

四、医保网络故障应急预案

因职工医保中心或居民医保中心医保网络故障，造成门诊病人刷卡消费、特殊病种报销、出院结算病人结算故障。为确保医院医保工作的有序开展，制定网络故障应急预案：

1、当医保或财务结算人员发现医保网络出现故障，导致参保病人不能正常消费和结算时，给参保病人做好耐心、细致、合理的解释工作。

2、立即出示“医保网络故障”公示牌，若配备了电子屏应在其上滚动播动“医保网络故障”的温馨提示。

3、立即电话报告信息科值班人员，值班人员向主任或分管领导汇报。

4、值班人员立即与职工医保中心或居民医保中心和信息管理中心联系，信息管理中心查明并处理网络故障，确保最短时间内联通网络，恢复网络链接。

危险品安全事件处置预案

一、目的

为有效预防和控制危险品突发事故，提高事故应急救援工作效率，建立统一领导、职责明确、科学高效的应急救援体系，最大限度地降低事故危害程度，保障人员、患者生命财产安全，促进医院和谐稳定。

二、指导思想

坚持以人为本，真正将“安全第一、预防为主”方针落到实处。一旦发生危险品安全事故，能够以最快的速度、发挥最大的效能，有序地实施救援，把事故危害降到最低点，最大限度地减少人员伤亡和财产损失。

三、制定依据

依据《中华人民共和国安全生产法》、《危险化学品安全管理条例》、《易制毒化学品管理条例》、《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》等法律、法规、规章及有关规定和要求。

四、成立应急领导小组

组 长:院 长

副组长:分管院长

成 员:总务科、医疗安全办、医务科、感染科

工作职责:

(一) 负责召集各抢险救援部门的现场负责人研究现场救援方案，制定具体救援措施，明确各部门的职责分工；

(二) 负责指挥现场应急救援工作；

(三) 应急办公室负责医院危险品应急救援指挥部的日常工作；制定危险品应急救援预案；组织和指导应急救援演练；负责应急救援咨询服务工作；对危险品安全事故进行调查处理。

(四) 负责协助事故现场灭火工作，控制易燃、易爆、有毒物质泄漏和有关设备、容器的冷却。事故得到控制后负责洗消工作，组织伤员的搜救。

(五) 负责制定抢险救灾运输预案，确定抢险运输单位，监督抢险单位做好人员和车辆准备，优先保证救灾人员和物资的运输以及受灾群众的安全疏散。

(六) 组织事故可能危及区域内的人员疏散撤离，对人员撤离区域进行治安管理，参与事故调查处理；负责事故现场及周边道路的交通管制，禁止无关车辆进入危险区域，保障救援道路的畅通。

(七) 组织现场救护及伤员转移;受伤人员及时送急诊科救治,负责统计伤亡人员情况。

五、预警预防

(一) 强化信息监控与报告,应急救援小组接到危险品安全生产事故报告后,应在事故发生后 30 分钟内向相关单位报告。

(二) 强化预警预防行为,及时采取措施控制事态发展。

六、应急处置

(一) 危险物品安全事故发生后,根据实际情况,采取必要措施:

- 1、立即实施紧急疏散和救援行动,组织医护人员开展自救互救。
- 2、紧急调配应急资源用于应急处置。
- 3、划定警戒区域,采取必要管制措施。
- 4、实施动态监测,进一步调查核。
- 5、向周边区域发布危险或避险警告;

(二) 应急救援指挥部接到一般、较大、重大、特别重大安全事故报告后,根据事故的性质、类别、危害程度、范围、等级和可控情况,提出具体处理意见。

(三) 根据事件性质、严重程度和应急处置的需要,成立现场指挥部,由院长任组长,负责研究制订现场应急处置方案和措施,开展以下工作:

- 1、对应急行动中的重大事项作出决策。
- 2、统一指挥协调现场抢险救援。
- 3、组织营救受伤人员,指挥人员疏散、安置。
- 4、组织协调有关部门做好保障和支援。
- 5、向卫生主管部门相关上级主管部门及时报告事态发展和处置情况。
- 6、事故发生后,医院全体人员服从现场指挥部的统一指挥。现场指挥部根据应急处置的实际需要成立若干工作组,各工作组要按照职责分工,各司其职,协同作战,全力以赴做好各项应急处置工作。

7、现场指挥小组确认事故灾难得到有效控制、危害已经消除后,向应急领导小组提出结束现场应急的报告,批准后宣布应急结束。

七、后期处置

(一) 清理与处理事项,尽快消除事故影响,安抚受害人和受影响人员,尽快恢复正常工作秩序。

(二) 危险品事故灾难发生后,保险公司必须及时查勘理赔,提供快速便捷的理赔服务。

（三）应急救援小组在应急救援结束后，及时总结分析应急救援工作的经验教训，提出改进救援工作的意见和建议，并形成报告，报送有关部门。事故调查处理工作，按照国家有关规定组织进行。

八、保障措施

（一）强化通信与信息保障，建立和完善重大危险源和救援力量信息数据库，保证应急救援参与部门之间畅通联络。

（二）强化应急救援与保障，包括救援装备保障、应急队伍保障、交通运输保障、治安保障、物资保障、应急避难场所保障。

（三）宣传、培训和演练。广泛开展应急法律法规和预防、避险、避灾、自救、互救常识的宣传工作，提高全院职工安全和应急避险意识。对相关人员进行岗前培训和业务培训，提高应急救援的业务水平和专业能力。



第三章 医院感染管理类

污水处理应急预案

为有效的预防及时控制和清除医疗污水废物流失、泄露、扩散和意外事故所造成的危害，保障人民群众的生命安全，维护正常的医疗秩序，根据《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》制定本方案：

一、组织管理，成立医院医疗污水废物管理组织

组 长：院 长

副组长：业务院长、后勤院长

成 员：院感科长、总务科长、医疗污水废物管理员、设备操作员

二、医疗污水废物管理部门：总务科

三、职责

1、负责组织污水处理应急预案的制定、修订，组建应急救援专业队伍，组织实施救援行动。

2、负责紧急状态下的现场抢修作业，包括泄露控制；设备抢修作业；恢复生产的检修作业。

3、组织事故调查，总结应急救援经验教训。

4、及时分析各项水质指标，汇报领导小组。

5、协调采购中心及库房做好抢险物资及劳保用品的及时供应。

6、布置安全警戒，保证现场井然有序，保障现场及站区道路畅通。

四、事故应急处置措施

1、医院全体工作人员均有义务监督医疗污水废物的管理，当发现医疗污水废物流失、泄露、扩散时，应立即上报医院总务科或分管院长，下班时间报行政总值班，并随时保持联系。排查事故主要原因。医院应在 48 小时内上报市卫健委和市环保局等有关上级部门。

2、医院发生医疗污水废物管理不当，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 24 小时内向市卫健委、环境保护主管部门报告，并根据《医疗废物管理条例》的规定，采取相应紧急处理措施，并逐级上报。

3、发生医疗污水废物导致传染及传播或者有证据证明传染病传播的事故有可能发生时，应当按照《传染病防治法》及有关规定报告并采取相应措施。

4、设备发生故障后，应立即使用备用设备，没有备用设备的，生产应组织设备维

修人员，根据污水处理站设备的实际运行情况，即使做好设备维修及更新配件工作。确保损坏的污水处理设备能在 2 小时内修复，并恢复正常运行，同时损坏期间的污水进入循环水池或者备用水池，不得对外排放。

5、当污水处理站因电力突然中断、设备管件更换或其他原因，造成污水处理站暂时不能正常运行时，把格栅池、调节池、酸化池作为储存池；当储存量达到 90% 时，紧急情况切断进水水源、关闭调节池出口等。

6、当出水口污水中的污染物（COD_{Cr}）浓度超过国家污水综合排放标准时，污水处理站操作人员，应采取投放措施进行处理，直至污水处理站出水口污水中的污染物（COD_{Cr}）浓度达到国家污水综合排放标准时，才可以对外排放。

7、当使用盐酸等化学药品发生泄漏时，用沙土、干燥石灰或苏打灰混合，然后收集运至废物处理场所处置。也可以用大量谁冲洗，经稀释的洗水放入废水系统。

8、当皮肤接触盐酸时：立即用水冲洗至少 15 分钟。或用 2% 碳酸氢钠溶液冲洗。若有灼伤，就医治疗。

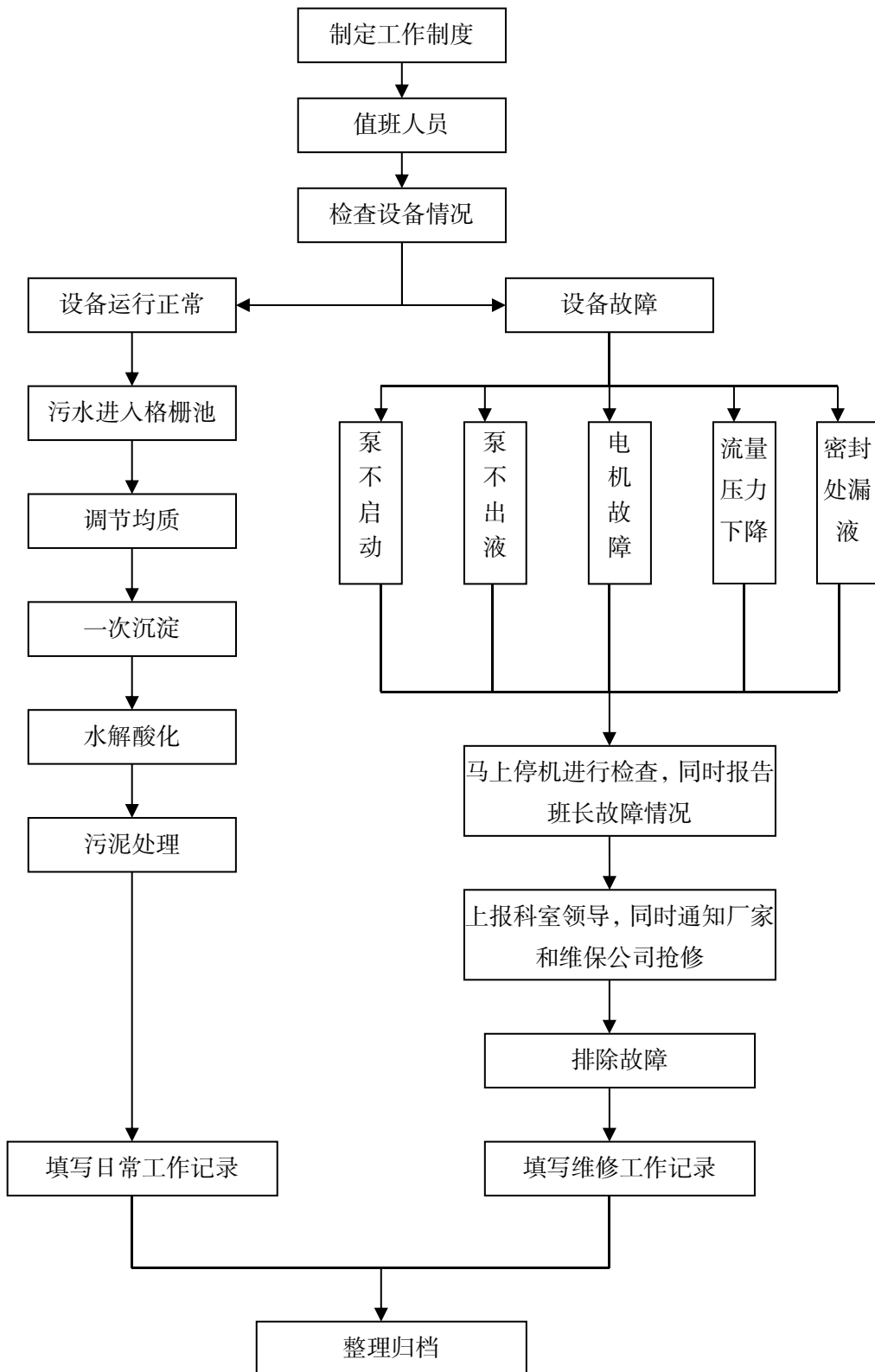
9、当眼睛接触盐酸时：立即提起眼睑，用流动清水冲洗 10 分钟或用 2% 碳酸氢钠溶液冲洗。

10、当鼻吸入盐酸时：迅速脱离现场至空气新鲜处；呼吸困难时给输氧，给予 2-4% 碳酸氢钠溶液雾化吸入，就医治疗。

11、对被医疗污水废物污染的区域进行处理时，应当尽可能减少对病人、医务人员、其他现场人员及环境的影响。

12、对引起事件的责任人应追究其法律责任。

污水处理工作流程



医疗机构医疗废物防流失、泄露和意外事故的应急预案

一、指导思想

为防止疾病传播，保护环境、保障人体健康，贯彻落实《中华人民共和国医疗废物管理条例》，卫生部《医疗机构医疗废物管理办法》，构建医疗废物的长效安全管理和应急处理机制，提高全院职工对意外事故的快速反应和控制能力，确保在意外事故突然来临时，能够临危不惧，从容处置。

二、应急指挥体系

组 长：院长

副组长：业务院长、护理院长、后勤院长

成 员：院感科长、医务科长、质控办主任、护理部主任、院感科专职人员、消毒器械负责人、检验科科长、药剂科科长、总务科科长、影像科主任及各临床科室主任。

三、处理措施

1、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、迅速报告院感科、总务科。如意外事故会造成较大后果的，应逐级向主管副院长、院长报告。

3、院感科、总务科根据情况迅速组织收集、清理和消毒处理。必要时，请求公安交警、环境保护和城市应急联动中心的支持。并及时向卫生行政主管部门报告。

立即上报当地疾病预防控制中心、长沙市卫健委、长沙市疾控中心以及行政主管部门市民政局。

4、组织有关人员尽快按照应急方案，对发生医疗废物泄漏、扩散的现场进行处理。

5、对被医疗废物污染的区域进行处理时，应当尽可能减少对病人、医务人员、其它现场人员及环境的影响。

6、采取适当的安全处置措施，对泄漏物及受污染的区域、物品进行消毒或者其他无害化处置，污染或可疑污染处用 2000mg/L 含氯消毒剂喷洒消毒，停留 30 分钟后再做处理。必要时封锁污染区域，以防扩大污染；

7、对感染性废物污染区域进行消毒时，消毒工作从污染最轻区域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当用 2000mg/L 含氯消毒剂喷洒消毒。

8、工作人员应当做好卫生安全防护后进行工作，戴口罩、帽子和手套，进行工作时应避免用污染的手套接触其他物品，以避免污染环境。

9、处理工作结束后，医院医疗废物应急处理小组应及时对事件的起因进行调查，汇总资料，并完善防范措施，预防类似事件的发生。

医院感染暴发报告流程与处置预案

为规范医院感染暴发报告的管理，提高全院医务人员医院感染暴发处置反应能力，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，根据《医院感染管理办法》，制定本预案。

一、健全健全医院感染暴发流行组织机构，成立领导小组，正确指挥，积极应对。医院院长为第一责任人。组织相关部门协助医院感染管理办，开展流行病学调查与控制工作，并从人力、物力和财力方面予以全面支持。

（一）领导小组：

组 长：院长

副组长：业务院长

成 员：院感科科长、医务科科长、护理部主任

（二）技术专家组：临床大科主任

二、医院感染暴发报告范围：包括疑似医院感染暴发和医院感染暴发。

（一）医院感染暴发：指在医院内同一病区的患者中，短时间内发生 3 例以上医院感染病例。

（二）疑似医院感染暴发：指在医院内同一病区的患者中，短时间内出现 3 例以上临床症状群相似、怀疑有共同感染源的感染病例；或者 3 例以上怀疑有共同感染源或感染途径的感染病例现象。

三、报告流程

（一）当科室发生疑似医院感染暴发或 3 例以上医院感染暴发时，科室医护人员应立即报告科室主任，科室主任 2 小时内报告医院感染管理办公室，院感办及时报告主管院长，并立即到科室开展流行病学调查，经核查、落实后于 12 小时内向市卫生行政部门报告，并网络直报，同时向雨花区疾病预防控制中心和行政主管单位市民政局报告。

（二）当医院确认发生以下情况时：

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：指发生甲类传染病或依照甲类传染病管理的乙类传染病的医院感染。

3、可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染时。应于 2 小时内由医院专人同时向市卫生行政部门及雨花区疾病预防控制中心报告。

（三）确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的有关规定进行报告，按要求上报疫情。

四、相关科室职责及预防控制措施

（一）医院感染管理科：

- 1、接到科室报告后应在 30 分钟之内，赶往事发现场采取相应措施。
- 2、及时组织相关人员完成流行病学调查，发现有医院感染暴发趋势时，负责及时向医务科、主管院长报告并通知相关部门。
- 3、会同医院感染的相关专家，制订控制医院感染暴发的措施并组织科室实施。
- 4、组织专职人员进行持续监测，及时进行效果评价；
- 5、加强宣传教育，组织医护人员进行医院感染知识培训，提高其监测能力。
- 6、初步证实流行或暴发：对怀疑患有同类感染的病例进行确诊，若短时间内发生 3 例以上同源感染病例的现象，应计算罹患率，若罹患率显著高于该病区一般发病率水平，则证实有流行或暴发。
- 7、进行医院感染暴发流行的流行病学调查及采取有效控制措施：
 - （1）查找引起医院感染的因素：对医院感染病人、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员及陪护人员等进行病原学检查和详细流行病学调查。
 - （2）指导医护人员根据医院感染病原学的流行病学特征做好个人防护措施。
 - （3）制定和组织落实有效的控制措施：包括对病人做适当治疗，进行正确的消毒处理，必要时隔离病人甚至暂停接收新病人。确诊或疑似传染病人按规定及时转诊传染病医院。
 - （4）分析调查资料：对病例的科室分布、人群分布和时间分布进行描述；分析流行或暴发的原因，推测可能的感染源、感染途径或感染因素，结合实验室检查结果和采取控制措施的效果综合做出判断。
 - （5）写出调查报告：总结经验，制定防范措施。

（二）各临床科室：

- 1、发现医院感染暴发趋势时应立即报告医院感染管理科（节假日报告医院总值班）；如确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》和《传染病信息报告管理规范》的要求进行报告；遇可疑病例时应及时邀请相关科室专家会诊。
- 2、必须及时查找原因，积极协助完成流行病学调查，认真制定和执行医院感染控制措施。
- 3、及时送病原学检查和药敏试验，查找感染源、感染途径，积极治疗病人，控制医院感染的蔓延。
- 4、必要时组织护理人员实施分组护理：医院感染患者的安置原则为：感染病人与非感染病人分开，同类感染病人相对集中，特殊感染病人单独安置，由传染病导致的特殊感染患者须按《传染病防治法》的规定进行处置。

（三）临床微生物实验室：

- 1、当发生医院感染暴发时，提供快速、准确的病原学鉴定和药敏结果指导临床。



2、配合院感科进行环境微生物的调查。

3、当发生医院感染暴发时协助院感科查找感染源，协同制订并实施医院感染控制措施。

4、在临床微生物室常规工作中建立微生物检测结果查询数据库，帮助发现医院感染暴发；发现有新的耐药菌株或罕见的医院感染病原体及时通知医院感染管理科。

（四）医务科：

1、发生医院感染暴发趋势时，统筹协调院感科组织相关科室、部门开展医院感染调查与控制工作，根据需要对医师人力资源进行合理调配，组织对病人的及时治疗 and 善后处理。

2、当发现医院感染暴发趋势需要对感染病例进行会诊或核实诊断时，由医务科负责组织相关专家完成病例会诊或核实诊断的任务。

（五）护理部：

发生医院感染暴发时，根据需要对护理的人力资源进行合理调配，严格执行消毒隔离措施，对医院感染的特殊病例，必要时进行分组护理。

（六）医院感染相关专家：

1、积极参与医院感染病例的会诊，指导科室合理使用抗菌药物；协同院感科制订控制措施；

2、协同院感科及时完成流行病学调查，并共同拟定控制措施，防范事态的扩展。

（七）医院感染管理委员会：

1、及时召开医院感染管理委员会会议，对医院感染暴发趋势进行评估，决定是否启动或终止应急预案；

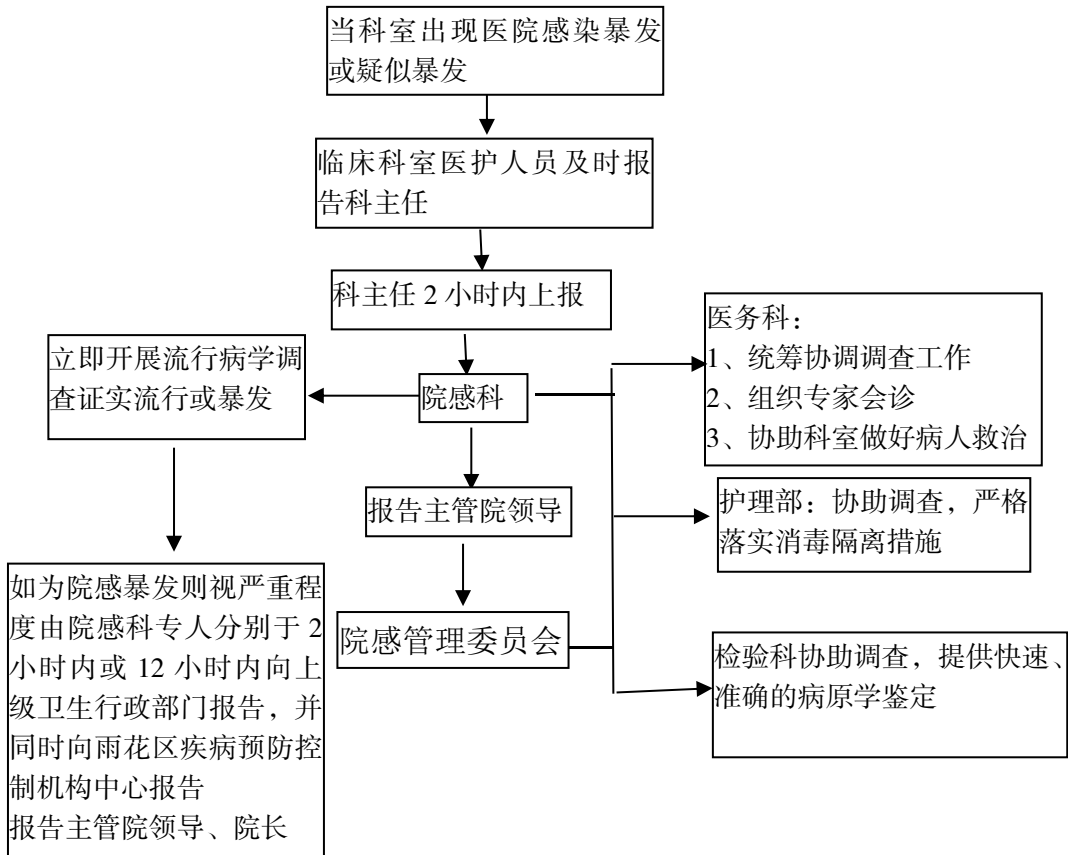
2、及时组织和协同相关部门提供人力、物力、财力等方面支持，及时控制医院感染暴发；

3、指导医院感染管理科按《医院感染管理办法》的规定上报医院感染暴发情况。

五、效果评价

院感突发事件应急处理结束后，院感管理委员会应对院感突发事件的应急处理进行评估。评估内容主要包括事件概况、现场调查处理概况、病人救治情况、所采取的措施的效果评价、应急处理过程中存在的问题和取得的经验及改进建议。评估报告根据事件分级报告医院领导和（或）相关上级部门。

附表：医院感染流行或暴发报告处置流程



医院职业暴露后应急预案

为做好职业暴露的预防和处理，保障工作人员的身体健康和确保工作人员的职业安全，根据《艾滋病防治条例》和《传染病防治法》，结合我院的实际情况，成立职业暴露后应急管理小组，并制定职业暴露防护工作流程。

一、应急管理小组

组 长：院长

副组长：业务院长、护理院长、后勤院长

成 员：院感科长、医务科长、护理部主任、总务科长、各科室主任、护士长

应急管理办公室设：院感科

二、职业暴露的概念

本预案所称职业暴露是指工作人员在医院工作中意外被可疑传染病病人的血液、体液污染了皮肤或粘膜，或者被含有病人血液、体液污染了的针头及其锐器刺破皮肤，有可能被感染的情况。

此处所谓可疑传染病病人是指能通过血液、体液接触传播的病人，在实际工作中我们通常主要是针对艾滋病、梅毒、肝炎等疾病造成的职业暴露。

三、处理措施

（一）立即轻挤出损伤处的血液挤出（由近心端向远心端），

（二）用生理盐水或流动水进行冲洗，禁止进行伤口的局部挤压。用 70%酒精 或 0.5%碘伏进行局部消毒。

（三）如疑为传染病人时，伤后立即根据情况进行免疫预防用药，并进行有关血清学检查。

四、报告程序

（一）发生职业暴露后，尽快落实紧急处理措施，并在 2 小时内上报院感科，暴露源为 HIV 阳性或疑似病人，应当在暴露发生后 1 小时内上报。

（二）报告的内容，包括损伤时间、地点、被何物损伤、伤口多大多深、现场处理措施、医疗处理措施、处理记录、用药记录。

（三）由当事人填写职业暴露登记表交医院感染管理科和人事科，并到相关科室就诊，随访和咨询。

五、发生艾滋病病毒职业暴露后的处理

- (一) 对暴露的级别和暴露源的病毒载量水平进行评估和确定。
- (二) 暴露者根据专家评估意见遵循自愿的原则实施预防性用药。
- (三) 暴露者应分别在暴露后即刻、6周、12周、6个月、12个月对HIV抗体进行检测，并对服用药物的毒性进行监控和处理，发现异常情况尽快报告传染病管理科。
- (四) 暴露者应如实填写“艾滋病职业暴露人员个案登记表”，完成后资料交医院感染管理保存。

六、发生乙肝病毒职业暴露后

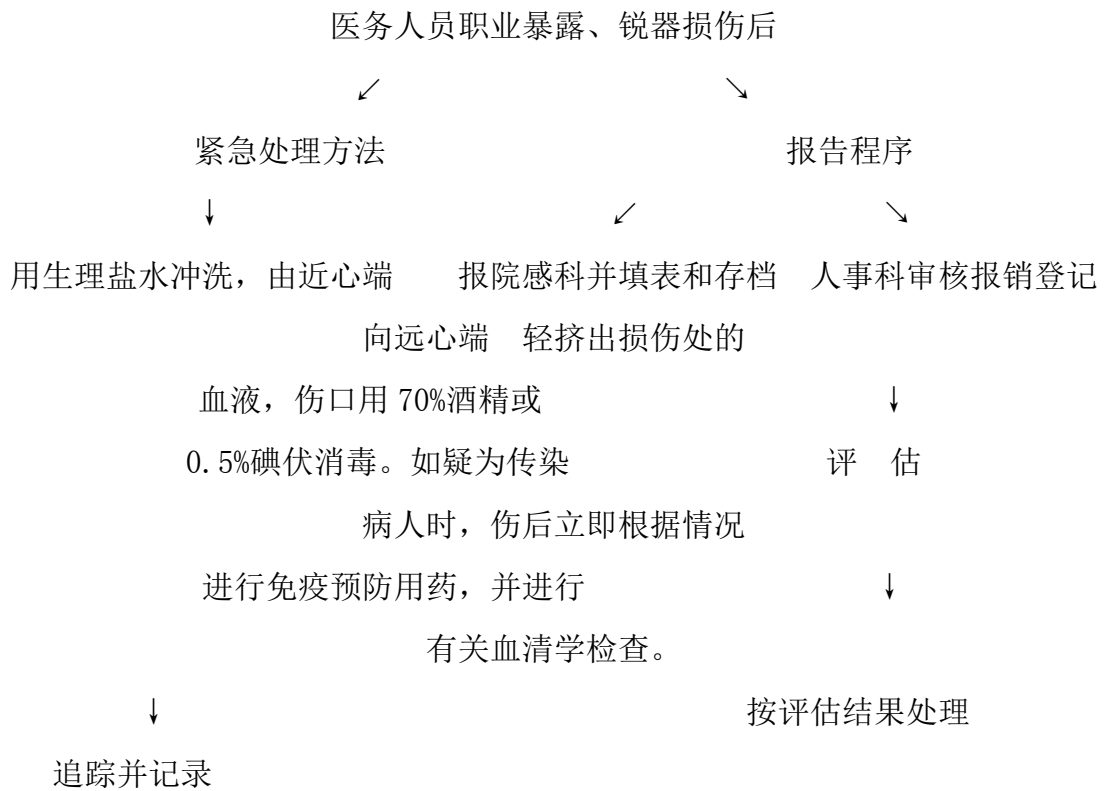
- (一) 已知暴露者HbsAg阳性或HBsAb阳性，则可不予特殊处理，如抗HBs滴度低($<10\text{IU}/\text{mI}$)，需加强乙肝疫苗1次(5ug)。
- (二) 已知暴露者HbsAg和抗HBs均阴性，尽快给暴露者肌肉注射乙肝免疫球蛋白(HBIG)200U和乙肝疫苗，乙肝疫苗接种期间按第0-1-2-12月执行，并分别在暴露后即刻、4周、8周、12周检测乙肝两对半，发现异常情况尽快报告院感科。
- (三) 不明确暴露者HbsAg阳性或抗HBs是否阳性，立即抽血检验核心HbsAg和抗原HBs，并尽快给暴露者肌肉注射乙肝免疫球蛋白(HBIG)200U，并根据检验结果参照上述原则进行下一步处理。
- (四) 暴露者应如实填写“职业暴露人员个案登记表”，完成后资料交院感科存档。

七、发生丙肝病毒职业暴露后

- (一) 暴露者应分别在暴露后立即、6周、8周检测HCV抗体和HCV-RNA，发现异常尽快报告医院感染管理。
- (二) 如确定HCV感染尽快抗病毒治疗。
- (三) 暴露者应如实填写“职业暴露人员个案登记表”，完成后资料交医院感染管理存档。



医务人员职业暴露、锐器伤处理及报告流程



艾滋病病毒职业暴露应急预案

为了保障我院工作人员的职业安全，有效预防和控制工作人员艾滋病病毒职业暴露的发生，确保职业暴露后能及时得到恰当的处置和防护药品，降低职业暴露感染艾滋病病毒的危险，根据《卫生部办公厅关于做好艾滋病病毒职业暴露防护工作的通知》和湖南省卫生厅下发的《湖南省艾滋病病毒职业暴露应急预案》的精神，结合本院的实际情况，特制定本应急预案。

一、组织机构

（一）领导小组：

组 长：业务院长

副组长：院感科科长

成 员：医务科、护理部、检验科、门急诊护士长

（二）技术专家组：

组 长：院感科科长

成 员：各科室主任组成

二、管理职责

（一）领导小组职责

医院艾滋病病毒职业暴露应急领导小组，由院领导、院感科、医务科、护理部及相关科室的科主任和护士长组成。负责统一指挥、协调工作，组织检查和督导。

（二）技术专家组职责

负责职业暴露预防与应急处理，指导消毒隔离。指导评估及预防性治疗，追踪访问。

（三）传染病管理办职责

1、负责职业暴露登记和回访。收集管理“艾滋病职业暴露人员个案登记表”；监测暴露源和职业暴露者。

2、负责为全院职工提供并完成与工作相关的充足有效的技术培训，强化全员安全培训，倡导标准预防。

3、重大事件负责报告医院主管领导、卫生行政部门和雨花区疾病预防控制中心、行政主管单位市民政局。

4、做好有关卫生宣传教育和职业暴露者心理辅导工作。

5、负责暴露事件后的咨询、技术指导、分析总结等工作。



三、工作原则

（一）预防为主

1、普及宣传艾滋病防治知识，提高全院工作人员的防护意识；加强艾滋病病毒职业暴露的预防与处理知识的培训，提高防治技能。

2、掌握预防 HIV 传播的消毒方法。

3、 医务人员在进​​行医疗护理检验操作时，要树立安全防护意识，严格遵守消毒隔离制度。

（1） 当有可能接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物和其他被污染物品时，应戴口罩、手套、或穿隔离衣带防护面罩，必要时穿鞋套。

（2） 工作人员在每次接触病人、及病人的排泄物、分泌物、污染物品后，应洗手。

（3） 在使用、处理、清洁锐器时，不能用手直接接触，以防止被扎伤。

（4） 医务人员皮肤破损时，不宜参与介入性操作，当皮肤有渗出性病变或皮炎时，应避免与病人直接接触。

（5） 正确处理医疗废物。

（6） 对被污染的物品和环境，必须按消毒灭菌规范进行处理。

（二）严格管理

1、各部门必须制定严格的安全防范措施。

2、对艾滋病病毒职业暴露的预防、报告、评估和处理工作，须严格按照国家及我省制定的有关制度执行。

3、加强报告制度，发现职业暴露个案时及时采取有效的预防与控制措施，迅速阻断艾滋病病毒的传播，尽可能地降低职业暴露感染艾滋病病毒的几率。

（三）反应迅速

建立应急快速反应机制，增强应急处理能力，当发生职业暴露时，要做到“早发现、早报告、早评估、早服药、定期随访”，有效地预防和控制因职业性暴露感染艾滋病病毒的发生，确保工作人员的职业安全。

四、危险性评估标准

（一）艾滋病病毒的职业暴露级别分为三级。

1、一级暴露：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。

2、二级暴露：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。

3、三级暴露：暴露源刺伤或者割伤皮肤，且损伤程度较重，为深部伤口或者割伤物有明显可见的血液。

（二）暴露源病毒载量水平

1、经检验，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，为轻度类型。

2、经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，且滴度高、艾滋病病毒感染者有临床症状、CD4 计数低者，为重度类型。

3、不能确定暴露源是否为艾滋病病毒阳性者，为暴露源不明型。

五、暴露后的应急处理

（一）紧急局部处理措施

1、用肥皂和水清洗沾污的皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。

2、如有伤口，应轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，用肥皂水或清水冲洗。

3、受伤部位的消毒：伤口用消毒液（如 70%酒精，0.2-0.5%过氧乙酸，0.5%碘伏等）浸泡或涂抹消毒，并包扎伤口。被暴露的粘膜，应用生理盐水或清水冲洗干净。

（二）预防性用药

1、用药时间

预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业暴露后尽早开始，最好在 2 小时内实施，最迟不得超过 24 小时；超过 24 小时的，也应当实施预防性用药。

2、用药原则

发生一级暴露且暴露源病毒载量水平为轻度时，可以不使用预防性用药；发生一级暴露但暴露源病毒载量水平为重度或者发生二级暴露但暴露源病毒载量水平为轻度时，使用基本用药程序。

发生二级暴露且暴露源病毒载量水平为重度或者发生三级暴露且暴露源病毒载量水平为轻度或重度时，使用强化用药程序。

暴露源病毒载量水平不明时，可以使用基本用药程序。

3、用药方案

预防性用药方案分为基本用药程序和强化用药程序。（联系市传染病医院王教授免费领取预防用药，电话 82233347）

（1）基本用药程序：两种逆转录酶抑制剂，使用常规治疗剂量，连续服用 28 天。如双汰芝（AZT 与 3TC 联合制剂）300mg/次，每日 2 次，用药时间为连续服用 28 天。或参考抗病毒治疗指导方案。

（2）强化用药程序：强化用药程序是在基本用药程序的基础上，同时增加一种蛋白酶抑制剂，如佳息患或利托那韦。均使用常规治疗剂量，连续服用 28 天。

六、应急后处理

（一）事故登记

暴露者在对局部暴露情况进行处理后，须到传染病管理科对事故的情况按要求填写艾滋病职业暴露人员个案登记表，记录事故发生的时间、地点及经过；暴露方式；损伤的具体部位、程度；接触物种类（培养液、血液或其他体液）和艾滋病病毒载量水平；处理方法及处理经过（包括赴现场专家或领导活动）；是否采用暴露后预防药物，并详细记录用药情况、首次用药时间、药物毒副作用情况（包括肝肾功能化验结果）、用药的依从性状况、联系方式。

（二）事故报告

小型事故（存在任何一种小的损伤或一级暴露）在紧急处理后，须将事故情况和处理措施报告传染病管理科。

重大事故（存在严重损伤或二级及以上暴露）在紧急处理的同时，须立即向院感科和主管院长报告，院感科要立即派专家到现场对处理进行具体指导，并立即向区疾病预防控制中心或市疾控中心（抗艾滋病病毒药物储备点）报告，力争在暴露后最短时间内（24 小时以内）开始预防用药。

（三）监测

重大事故中的职业暴露者要立即检测艾滋病病毒抗体，该血清留样备用。

职业暴露人员在暴露后的一年内要定期检测艾滋病病毒抗体，即分别在暴露后 6 周、12 周、6 个月、12 个月检测。

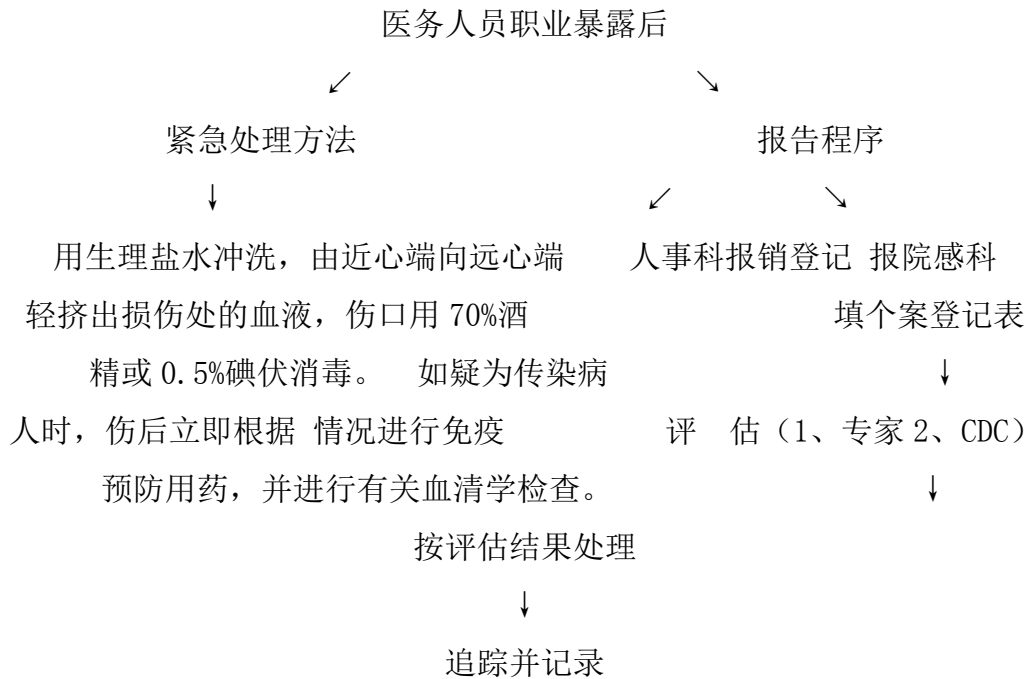
（四）保密

无论重大事故或小型事故，单位和个人对事故涉及的职业暴露者在整个处理过程中，均应注意做好保密工作。

（五）做好有关卫生宣传教育和职业暴露者心理辅导工作。

（六）负责暴露事件后的咨询、技术指导、分析总结等工作。

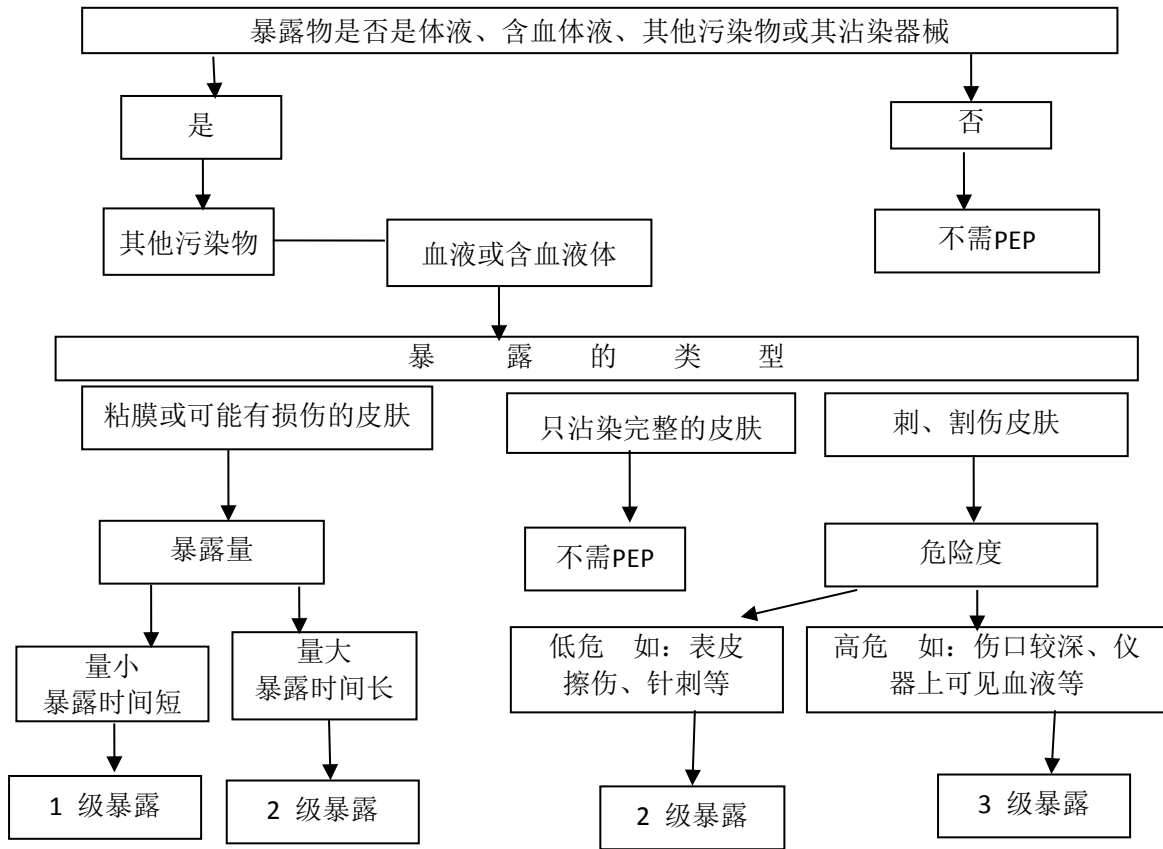
暴露后处理及报告流程



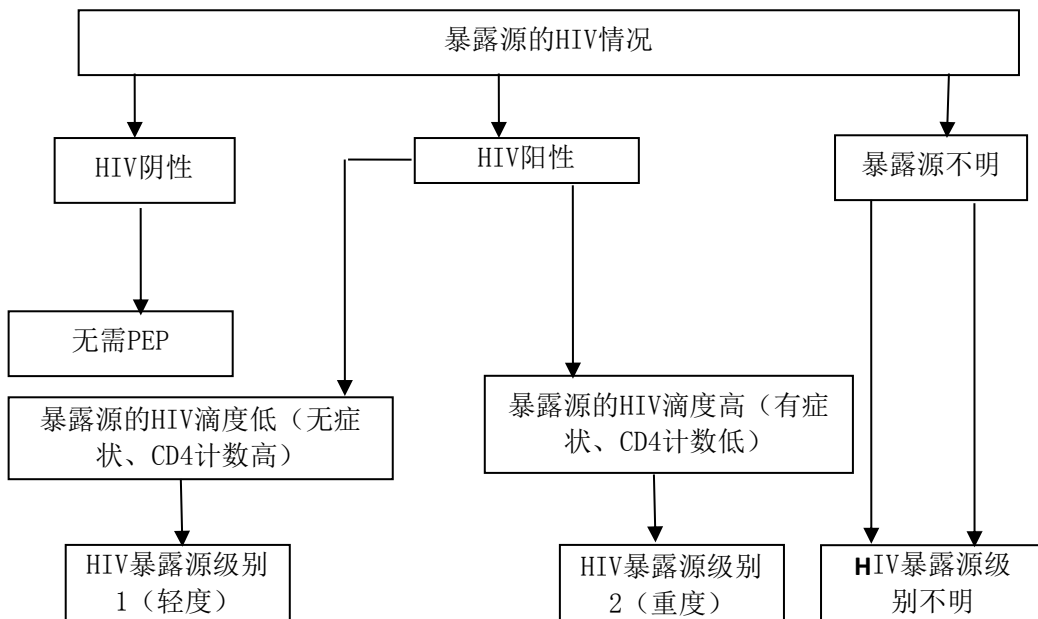
附：职业暴露后的评估程序

步骤 1：确定暴露级别

备注：PEP（暴露后预防）



2、步骤 2：确定 HIV 暴露源头严重程度



根据暴露级别和暴露源病毒载量水平预防性用药的推荐处理方案

暴露级别	感染源级别	预防性用药推荐处理方案
1	1	不一定使用 P E P，可由职业暴露者本人根据利害比较作出决定
1	2	使用基本用药程序
2	1	使用基本用药程序
2	2	使用强化用药程序
3	1 或 2	使用强化用药程序
原因不明	原因不明	使用基本用药程序

1、基本用药程序：

两种逆转录酶制剂，使用常规治疗剂量，连续使用 28 天。双汰芝（AZT 与 3TC 联合制剂） 300 mg/次，每日 2 次，或参考“国家艾滋病抗病毒治疗指导手册（试行）”。

2、强化用药程序：

基本用药程序加一种蛋白酶抑制剂，均使用常规治疗剂量，连续使用 28 天。

传染病暴发流行应急预案

为了切实做好我院传染病暴发流行的预防控制工作，保护人民身体健康和生命安全，根据卫生部关于《传染病防治法》，建立健全医院传染病暴发流行组织机构，成立领导小组，正确指挥，快速反应，积极应对。结合我院实际，特制定本预案。

一、组织机构：

（一）防治领导小组：

组 长：院长

副组长：业务院长

成 员：院感科科长、医务科科长、护理部主任

（二）技术专家组：

组 长：业务院长

成 员：临床各科主任

（三）传染病暴发流行应急处置小组：

组 长：院感科科长

成 员：医务科科长、护理部主任

（四）传染病暴发流行医疗救治组

组 长：医务科科长

成 员：临床各科主任

（五）传染病暴发流行防治工作消毒隔离小组

组 长： 护理部主任

组 员： 临床护士长

二、防治领导小组职责：

负责制定传染病暴发流行防治应急预案，协调有关科室履行预案各项职责，落实应急处理的各项措施；组建和完善传染病暴发流行监测、预警和报告系统；开展对全院医务人员传染病暴发流行防控、诊治、消毒技术培训；组织对传染病暴发流行疫情的应急处理。

医疗救治工作的工作原则：早发现、早报告、早诊断、早隔离、早治疗。

三、疫情报告

（一）院内疫情报告由首诊医师负责。院内疫情向医院院感科报告，报告主要内容须包括：病人姓名、性别、年龄、职业、家庭地址、联系电话、流行病学史、初步诊断及诊断依据。同时填写传染病报告卡。

（二）所有对外的疫情报告由院感科专人负责，于2小时内通过国家疾病控制监测信息报告管理系统进行网络直报。

（三）休息时间及节假日，院内疫情向院总值班报告。

（四）报告流程：

- 1、门、急诊发现可疑病例须立即报告院感科。
- 2、病房发现可疑病例须立即报告院感科。
- 3、经院内专家组排查确诊疑似病人，须立即向院感科报告。
- 4、医院院感科接到疫情报告后，须立即向主管院长及雨花区疾控中心进行疫情报告。

四、院感科工作流程

（一）门诊、急诊均应建立发热病人预检分诊制度，并建立发热病人登记，特殊时期发热病人转至上级医院，追踪观察等工作规定。特别对相对集中发热人群和家庭要组织及时的检查。

（二）医院院感科要分析每周院内各区域的发热病人的情况记录，小结防治处理流程和规范中的问题。

（三）当医院出现传染病流行趋势时，各科室要及时报告医院院感科，医院院感科立即组织专家排查组成员进行会诊。同时报告雨花区疾病预防控制中心，进行流行病学调查。

（四）门诊发热的登记和转诊符合规范要求

1、医院门诊设立发热登记，特殊时期发热患者需转至上级医院，业务管理由医务科、院感科、护理部负责。

2、对门诊的发热患者，接诊护士应复测患者体温，并详细、认真填写门诊日志。发热门诊日志的内容主要包括：病人姓名、性别、年龄、职业、家庭地址、联系电话、流行病学史。

3、门诊接诊医师发现可疑发热病例后，及时报告医院传染病防治办公室及上级医师，确诊转区疾控规定的定点医院。医院院感科接到报告后须迅速组织进行排查。如排查组会诊确定为传染病暴发流行疑似病人，应立即报告主管业务院长、院长，同时

按疫情报告要求进行疫情报告（包括电话、网络、表格）。

4、休息时间及节假日报告医院总值班，由总值班人员通知医院院感科及专家排查。排查组会诊确定为传染病暴发流行疑似病人由院感科专人按疫情报告要求进行疫情报告。

（五）普通门诊及病房的病人实行首诊负责制，首诊医师应充分了解传染病暴发流行的诊断标准，认真负责的进行排查。普通门诊及病房发现可疑传染病暴发应及时报告院感科。医院院感科接到报告后须迅速了解情况并安排专家排查。休息时间及节假日报告医院总值班，由总值班人员通知医院院感科处置。

（六）对于传染病暴发流行疑似病人的诊断须经医院排查组 2 名以上成员签字方可确定。

五、消毒隔离要求

（一）体温计一人一用一消毒。注射、抽血一人一针一巾一根止血带。

（二）血压计袖带隔离垫片采用一次性用品，袖带每天用有效氯 1000mg / L 含氯消毒液浸泡 30 分钟后清洗、晾干。血压计和听诊器每次使用后即 75% 酒精擦拭消毒。

（三）使用后的一次性医疗用品及所有废弃物，分类放入双层黄色塑料袋内，焚烧。

（四）每室备痰盂，痰盂内置有效氯 2000mg / L 含氯消毒液 1000mL，每天消毒痰具一次。病人的排泄物、分泌物等先用含有效氯 2000mg / L 含氯消毒液等量混合，充分混匀，加盖消毒 30—60 分钟后再倒入厕所。

（五）门诊有发热患者时，空气每日用多功能动态消毒机消毒 2 次。物体表面（包括桌、椅、门把手等）和地面及墙面每日用含有效氯 1000mg / L 含氯消毒液消毒 1—2 次。

（六）呼吸治疗装置尽量使用一次性管道，重复使用的各种管道应送消毒供应中心清洗消毒然后进行灭菌处理。

（七）监护仪用有效氯 1000mg / L 含氯消毒液擦拭，30 分钟后用清水擦拭。

（八）担架车、轮椅及运载病人的交通工具，应立即用有效氯 1000mg / L 含氯消毒液喷洒消毒，作用 30 分钟。

六、医务人员的个人防护

（一）严格按标准预防要求执行。

（二）遵守手卫生规范。

(三) 医护办公室通风换气，保持室内空气流通，与隔离留观室及隔离病房分隔无交叉，并尽可能保持一定距离。

(四) 小心锐器伤，使用后的针头等锐器立即置入耐刺有盖容器内（送焚烧）。

(五) 接触疑似传染病暴发流行病人和诊断病人的医务人员需隔离 7 天或按疾病的相关文件要求。

(六) 孕妇和哺乳期工作人员应避免在发热门诊、隔离留观室及隔离病区工作。

(七) 医护人员二级或以上防护：

1、二级防护适用于门诊有特殊发热患者的医务人员，或当下相关传染病管理要求。

2、穿工作服、戴工作帽、双层手套、隔离衣、防护服，N95 口罩、护目镜或防护面屏、防护靴等，必要时专用的防护套头。

3、严格手卫生。手消毒用 0.3~0.5% 碘伏消毒液或快速手消毒剂（洗必泰醇、新洁尔灭醇、75% 酒精等）揉搓 1—3 分钟。

七、废弃物的处理

(一) 一次性注射器、输液器：用耐刺防漏的锐器盒密封，送焚烧。

(二) 其他医用垃圾一律用双层黄色塑料袋密封后送焚烧。

(三) 病人生活垃圾用双层黄色塑料袋密封后送焚烧。

(四) 病人的排泄物、分泌物均需消毒液混匀浸泡后才能倒入厕所或化粪池。

(五) 办公区、生活专用区的废弃物用双层塑料袋密封后送焚烧。

(六) 需重复使用的病服、床单、隔离衣等，用有效氯 1000mg / L 含氯消毒液浸泡 30-60 分钟后进洗衣房清洗。

(七) 污水处理。收治传染病暴发流行病人的医院现阶段可以适当增加药物投放，使总余氯量在大于 6.5mg / L。

八、培训

(一) 培训工作由院感科、科教科具体负责实施。

(二) 培训内容：相关法律法规、传染病暴发流行防治基本知识传染病诊断标准、治疗原则、疫情报告的程序和具体要求、流行病学调查方法和具体内容、隔离区设置及操作规范、个人防护的要求和规范。

九、保障措施

(一) 设备保障

由设备科建立传染病暴发流行防治设备绿色通道，保证所需设备完好、按时到位。

（二）后勤供应保障

- 1、建立防传染病暴发流行物资定点供应商，确保各类物资随时供应。
- 2、物资采购中心保证一定的防传染病暴发流行物资储备。
- 3、后勤保障小组人员随时保持通讯畅通。

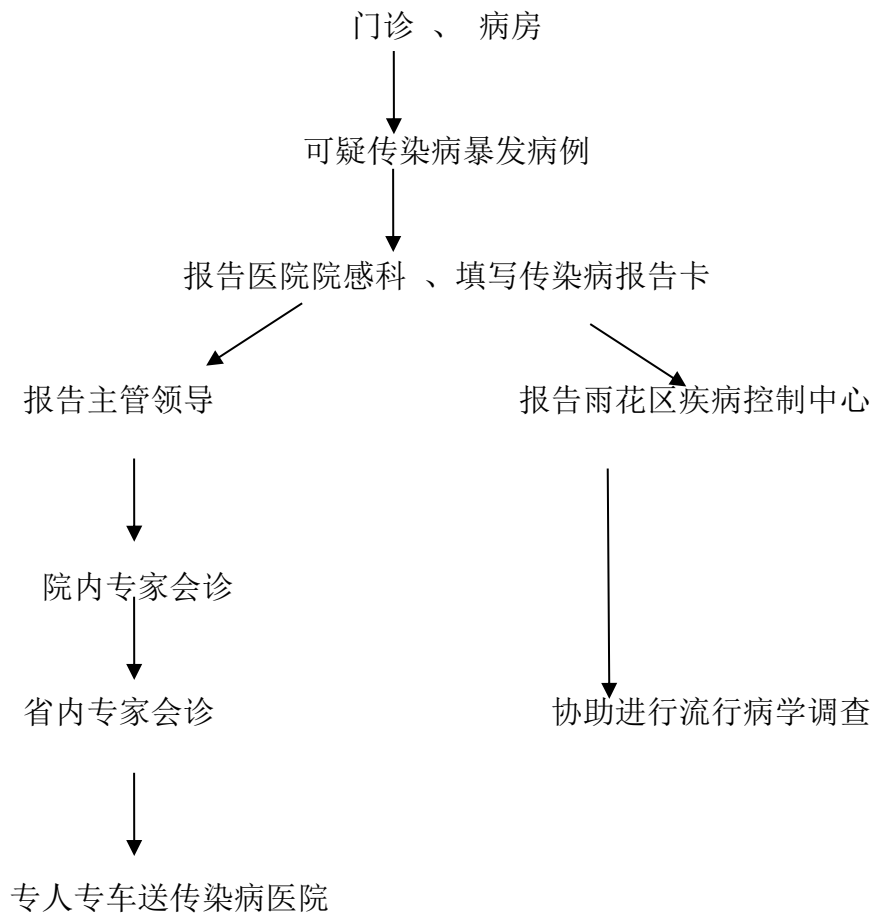
（三）药品药液保障

药剂科建立传染病暴发流行药品和药液供应绿色通道，保障随时供应。

（四）人员保障

对全院各级医务人员进行培训，所有医务人员能随时应对疫情。

传染病暴发流行处理流程图



突发公共卫生事件与重大传染病应急预案

为应对自然灾害、事故灾难、公共卫生、社会安全事件等突发公共事件及重大传染病疫情，有效保证各项医疗卫生应急工作能迅速、高效、有序地进行，提高应急反应能力，最大程度地减少人员伤亡和健康危害，维护社会稳定，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国执业医师法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共事件医疗卫生应急预案》、《湖南省突发公共事件总体应急预案》等法律法规和有关规定及本院实际，特制定本预案。

一、工作原则

预防为主，依法管理、属地负责、分级控制、快速反应、依靠科技、协调有序、有效应对。

二、组织机构与职能

(一)、突发公共事件与重大传染病应急领导小组：

组 长：院长

副组长：其他班子成员

组 员： 各职能部门负责人和临床科室主任。

领导小组下设办公室：

主 任：葛小平 24 小时应急专用电话：0731-85585069、15973175581（65585）

(二)、突发公共事件与重大传染病应急现场处置组：

组 长：医务科长

成 员：医疗安全办、精防办、院办公室负责人

联系人：蒋华英 13875983437（62834）

(三) 突发公共事件与重大传染病应急医疗救治组：

组 长：沈雪芝业务院长

成 员：院感科、医务科、质控办、以及各临床科室和门诊主任。

联系人：葛小平 0731-85585069、15973175581（65585）

(四)、突发公共事件与重大传染病应急与流行病学调查处理组

组 长：葛小平

成 员：文雅静、高飞鸿、张红达

电话：85585069

(五)、突发公共事件与重大传染病隔离防护组

组 长：周曼纯

成 员：谭双、胡智军、王文英、刘中伏

联系人：周曼纯 电话：85585069（13786196370）

（六）、突发公共事件与重大传染病应急实验检测组：

组 长：彭建宏 电话：85091029（62984）

（七）、突发公共事件与重大传染病应急紧急转运组：

组 长：龙波

成 员：童轶、张郁文、卢江

联系人：龙波 电话：13787285819（65819）

三、应急响应分级

根据突发公共事件导致人员伤亡和健康危害情况，将医疗卫生应急响应事件分为 I 级（特别重大）、II 级（重大）、III 级（较大）和 IV 级（一般）四级。

（一）符合下列情况之一的为 IV 级（一般）

（1）一次食物中毒人数 30—99 人，未出现死亡病例。

（2）一次发生急性职业中毒 10 人以下，未出现死亡病例。

（3）腺鼠疫，一个平均潜伏期内病例数 10 例以下。

（4）霍乱在 1 周内发病 10 例以下。

（5）其他事件一次伤亡 10 人以上、29 人以下，其中，死亡和危重病例超过 1 例的突发公共事件。

（6）县市区人民政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生应急工作的一般突发公共事件。

（二）符合下列情况之一的，为 III 级（较大）：

（1）发生肺鼠疫、肺炭疽病例，一个平均潜伏期内病例数未超过 5 例，流行范围在一个区（县）行政区域内。

（2）腺鼠疫发生流行，一个平均潜伏期内连续发病 10—19 例，或波及 2 个以上街道或乡镇。

（3）霍乱在 1 周内发病 10—29 例，或波及 2 个以上街道或乡镇。或在本市及各区（县）中心区域首次发生。

（4）1 周内在一个区（县）行政区域内，乙类、丙类传染病发病水平超过前 5 年同期平均发病水平 1 倍以上。

（5）在一个区（县）行政区域内发现群体性不明原因疾病。

（6）一次食物中毒人数超过 100 人（含 100 人），或出现死亡病例。

（7）一次发生急性职业中毒 10—49 人，或死亡 4 人及以下。

（8）预防接种或群体预防性服药出现群体心因性反应或不良反应。

（9）其他事件一次伤亡 30 人以上、49 人以下，其中，死亡和危重病例超过 3 例的突发公共事件。

(10) 省和长沙市人民政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生应急工作的较大突发公共事件。

(三) 符合下列情况之一的，为Ⅱ级（重大）：

(1) 一个平均潜伏期内（6天）在本市发生5例及以上肺鼠疫、肺炭疽病例，或者相关联的疫情波及2个以上区（县）。

(2) 发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感疑似病例。

(3) 腺鼠疫发生流行，一个平均潜伏期内（6天）连续发病20例及以上，或流行范围波及包括本市2个以上区（县）。

(4) 霍乱发生流行，1周内发病30例及以上，或波及2个以上区（县），有扩散趋势。

(5) 乙类、丙类传染病波及本市2个以上区（县），1周内发病水平超过前5年同期平均发病水平2倍以上。

(6) 我国尚未发现的传染病在本市发生或传入本市，尚未造成扩散。

(7) 发生群体性不明原因疾病，超出本市一个区（县）行政范围。

(8) 发生重大医源性感染事件。

(9) 预防接种或群体预防性服药出现人员死亡。

(10) 一次食物中毒人数超过100人（含100人）并出现死亡病例或出现10例及以上死亡病例。

(11) 一次发生急性职业中毒50人及以上，或死亡5人及以上。

(12) 境内外隐匿运输、邮寄烈性生物病原体、生物毒素造成本市人员感染或死亡的。

(13) 其他事件一次伤亡50人以上、99人以下，其中，死亡和危重病例超过5例的突发公共事件。

(14) 跨市州的有严重人员伤亡的突发公共事件。

(15) 省人民政府及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生应急工作的重大突发公共事件

(四) 符合下列情况之一的，为Ⅰ级（特别重大）：

(1) 肺鼠疫、肺炭疽病例在本市发生并有扩散趋势。

(2) 发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感病例，并有扩散趋势。

(3) 群体性不明原因疾病涉及包括本市在内的多个省份，并有扩散趋势。

(4) 发生新传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入本市，并有扩散趋势，或发现我国已消灭的传染病重新流行。

(5) 发生烈性病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。

(6) 周边以及与我国通航的国家和地区发生特大传染病疫情，本市出现输入性病

例，严重危及本市公共卫生安全的事件。

(7) 其他事件一次伤亡 100 人以上，且危重人员多，或者核事故和突发放射事件、化学品泄露事故导致大量人员伤亡，省级人民政府或有关部门请求国家在医疗卫生应急工作上给予支持的突发公共事件。

(8) 跨省（区、市）的有特别严重人员伤亡的突发公共事件。

(9) 国务院及其有关部门确定的其他需要开展医疗卫生应急工作的特别重大突发公共事件。

四、应急响应行动

（一）IV级响应

1、IV级响应启动（用蓝色表示）

(1) 凡本院发生符合上述一般突发公共事件与传染病疫情应急事件条件之一的，由本县市区人民政府及相关部门立即启动医疗卫生应急领导小组工作，指挥、组织、协调、落实医疗卫生应急等措施。凡属启动县市区人民政府及相关部门总体应急预案和专项应急预案的应急响应，本院应急预案按规定启动。

(2) 本院接到县市区人民政府或相关部门关于医疗卫生应急一般事件的有关指示、通报或报告后，应在县市区人民政府或卫生行政部门的指挥下，立即启动本院应急预案。组织、协调开展相关医疗卫生应急工作。

2、IV级响应行动

启动本应急预案后，立即启动本院应急领导小组的工作，组织医疗应急各专家组开展突发公共事件的现场处理工作，组织专家对伤病员及救治情况进行调查、确认和评估，同时向本县市区人民政府和突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。

必要时，在本县市区人民政府或卫生行政部门的统一指挥下，接受市区卫生行政部门对一般突发公共事件与传染病疫情的医疗卫生应急工作现场督导及市区卫生行政部门组织的相关专家提供的技术指导和支持。

（二）III级响应

1、III级响应启动（用黄色表示）

(1) 凡本院发生符合上述较大突发公共事件与传染病疫情应急事件条件之一的，由市区人民政府及相关部门立即启动医疗卫生应急领导小组工作，指挥、组织、协调、落实医疗卫生应急等措施。凡属启动市区人民政府及相关部门总体应急预案和专项应急预案的应急响应，本院在市区人民政府或卫生行政部门的统一指挥下，按规定启动本应急预案。

(2) 本院接到市区人民政府及相关部门关于医疗卫生应急较大事件的有关指示、通报或报告后，应在市区人民政府及卫生行政部门的指挥下，立即启动本院应急预案。组织、协调开展相关医疗卫生应急工作。



2、III级响应行动

启动本应急预案后，立即启动本院应急领导小组的工作，组织医疗应急各专家组开展突发公共事件的现场处理工作，组织专家对伤病员及救治情况进行调查、确认和评估，同时向市区人民政府及卫生行政部门的突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。

必要时，在市区人民政府及卫生行政部门的统一指挥下，接受省级卫生行政部门对较大突发公共事件与传染病疫情的医疗卫生应急工作现场督导及省级卫生行政部门组织的相关专家提供的技术指导和支持。

（三）II级响应

1、II级响应启动（用橙色表示）

（1）凡本院发生符合上述重大突发公共事件与传染病疫情应急事件条件之一的，由省级人民政府及相关部门立即启动医疗卫生应急领导小组工作，指挥、组织、协调、落实医疗卫生应急等措施。凡属启动省级人民政府及相关部门总体应急预案和专项应急预案的应急响应，本院在省级人民政府或卫生行政部门的统一指挥下，本应急预案按规定启动。

（2）本院接到省级人民政府及相关部门关于医疗卫生应急重大事件的有关指示、通报或报告后，应在省级人民政府及卫生行政部门的指挥下，立即启动本院应急预案。组织、协调开展相关医疗卫生应急工作。

2、II级响应行动

启动本应急预案后，立即启动本院应急领导小组的工作，组织医疗应急各专家组开展突发公共事件的现场处理工作，组织专家对伤病员及救治情况进行调查、确认和评估，同时向省级人民政府及卫生行政部门的突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。

必要时，在省级人民政府及卫生行政部门的统一指挥下，接受国务院卫生行政部门对重大突发公共事件与传染病疫情的医疗卫生应急工作现场督导及国务院卫生行政部门组织的相关专家提供的技术指导和支持。

（四）I级响应（用红色表示）

1、I级响应启动

（1）凡本院发生符合上述特别重大突发公共事件与传染病疫情应急事件条件之一的，由国务院启动国家突发公共事件总体应急预案或有关部门启动国家突发公共事件专项应急预案。指挥、组织、协调、落实医疗卫生应急等措施。凡属启动国务院及相关部门总体应急预案和专项应急预案的应急响应，省级突发公共事件应急预案立即启动，在本省人民政府或卫生行政部门的统一指挥下，本院应急预案按规定启动。

（2）本院接到省人民政府及相关部门关于医疗卫生应急重大事件的有关指示、通

报或报告后，应在省级人民政府或卫生行政部门的统一指挥下，立即启动本院应急预案。组织、协调开展相关医疗卫生应急工作。

2、I级响应行动

启动本应急预案后，立即启动本院应急领导小组的工作，组织医疗应急各专家组开展突发公共事件的现场处理工作，组织专家对伤病员及救治情况进行调查、确认和评估，同时向省人民政府及卫生行政部门的突发公共事件应急指挥机构报告有关处理情况。

必要时，在省级人民政府及卫生行政部门的统一指挥下，接受国务院卫生行政部门对重大突发公共事件与传染病疫情的医疗卫生应急工作现场督导及国务院卫生行政部门组织的相关专家提供的技术指导和支

五、现场医疗卫生应急和指挥

各应急专家组及相关科室、人员在接到应急指令后要及时赶赴现场，并根据现场情况全力开展医疗卫生应急工作。在实施医疗卫生应急过程中，既要积极开展救治，又要注重自我防护，确保安全。

本院应急领导小组主要或分管负责人要亲临现场，靠前指挥，减少中间环节，提高决策效率，加快抢救进程。各现场医疗卫生应急专家组要接受突发公共事件现场处置指挥机构的领导，加强与现场各应急部门的沟通与协调。

（一）现场抢救

到达现场的医疗卫生应急队伍，要迅速将伤员转送出危险区，本着“先救命后治伤、先救重后救轻”的原则开展工作，按照国际统一的标准和方法迅速对伤病员进行检伤分类，分别用蓝、黄、红、黑四种颜色，对轻、重、危重伤病员和死亡人员作出标志（分类标记用塑料材料制成腕带），扣系在伤病员或死亡人员的手腕或脚踝部位，以便后续救治辨认或采取相应的分级、分区处理措施。

（二）转送伤员

当现场环境处于危险或在伤病员情况允许时，要尽快将伤病员合理转送并做好以下工作：

（1）对已经检伤分类待送的伤病员由现场医生进行复检。对有活动性大出血或转运途中有生命危险的急危重症者，应就地先予抢救、治疗，做必要的处理，满足基本生命需要后再进行监护下转运，迅速有针对性转往有关医疗机构。

（2）认真填写转运卡提交接纳的医疗机构，并报现场医疗卫生应急指挥部汇总。

（3）在运转中，医护人员必须在医疗仓内密切观察伤病员病情变化，并确保治疗持续进行。

（4）在运转过程中要科学搬运，避免造成二次损伤。

（5）合理分流伤病员或按现场应急领导小组的要求转送病人，任何科室不得以任

何理由拒诊、拒收伤病员。

六、保障措施

- 1、各临床科室要预备相应医务人员，随时准备参加医疗救护与疫情控制工作。
- 2、检验科要做好突发公共卫生事件与重大传染病应急的病原微生物监测工作，有相应专家加强对防治工作的指导。必要时请疾控专家指导。
- 3、院感、医务、总务、设备、药剂、检验等部门加强密切沟通，做好相关的应急救治器械、药物、车辆和物资的储备。
- 4、密切沟通财政部门，确保疫情控制和病人治疗经费的需要。

七、信息报告和发布

各临床及相关科室在接到突发公共事件的应急任务后，在迅速开展应急医疗卫生应急工作的同时，立即将人员伤亡、抢救等情况报告现场医疗卫生应急领导小组。

医疗卫生应急领导小组要每日向上级卫生行政部门报告伤病员情况、医疗救治进展等，重要情况要随时报告。

突发公共事件及重大传染病疫情的信息发布由各级卫生行政部门要会同新闻主管部门，按照《湖南省突发公共事件新闻发布应急预案》的有关规定进行发布。本院各科室不得随意传播。

八、应急响应终止

突发公共事件或重大传染病防治现场医疗卫生应急工作完成，伤病员在医院得到救治有效，经省、市、区人民政府或同级卫生行政部门批准，医疗卫生应急领导小组可宣布医疗卫生应急响应终止，并将医疗卫生应急响应终止的信息报告上级卫生行政部门。

第四章 医疗类

医护人员紧急替代制度

为了保证医疗、护理工作的正常运行，确保患者就诊的连续性，医院特制定了医护人员紧急替代制度与程序。

1. 目的

为确保各科室部门工作的正常运行，及医疗工作得以正常运行，特制定岗位替代制度。同岗替代制度是指某一岗位医务工作人员在短期内脱离岗位时，其所承担的工作职责由本科室其他工作人员替代履行，以保障医疗工作顺利开展，维护患者正当就医权利，减少医疗纠纷的一项制度。

2. 适用范围

全院医护人员。

3. 各临床科室紧急替代制度程序如下：

一、门、急诊人员紧急替代制度

（一）门诊工作人员替代制度

- 1、普通门诊若不能出诊，本人于开诊前及时通知本科室主任安排其他人员出诊。
- 2、专家门诊若不能出诊，本人于开诊前及时通知本科室主任安排相应职称的人员出诊。
- 3、临床医技科室值班人员若不能出诊，本人提前通知本科室主任安排其他人员出诊。
- 4、门诊部发现缺岗时，通知科主任及时安排相应的人员到岗。

（二）急诊工作人员替代制度

- 1、值班人员在值班期间本人如遇突发情况，及时报告本科二线、三线或科主任安排相应人员到岗。
- 2、接班人员未到岗，交班人员不能擅自离岗。
- 3、正常工作时间以外或节假日急诊科有急诊患者需要会诊发现相关科室人员缺岗时，应及时通知总值班及相关科室主任安排相应的人员到岗应诊，不得延误急诊病人的诊治工作。

二、病房人员紧急替代制度

（一）白天：如因工作繁忙而人员不足，或当班医务人员因意外情况不能坚持完成工作时，由其下一级医师替代完成；若后者没有能力完成该诊疗操作，则需向科主任报告，请求派相应的人员替代，如有必要，可报告医务科或院领导，予以协调解决。

（二）夜间及节假日：当遇到人员不足，或当班人员因故不能坚持完成工作时，由当班人员负责联系本科室二线值班人员接替，并报告科主任，如有必要可报告院总值班或院领导，予以协调解决。

（三）各临床医技科室必须安排上级医师二线值班或听班。

第四章 医疗类 防范医疗事故预案

根据国务院颁布的《医疗事故处理条例》和本院医疗安全的要求，结合医院工作实际，制定本方案。

一、建立健全医疗服务质量管理组织，明确质量管理职责和权限

医院各个职能部门，各级各类人员都是医疗事故预防的主体，都要参与医疗服务质量管理，履行职责，以医疗服务质量为中心，严谨认真地落实每一个服务环节的工



作。医疗服务质量管理的主要协调部门是医务科、质控科、护理部，它们承担全院各
科室医疗服务质量管理的组织协调工作。

二、加强对医院员工医疗安全教育和医疗质量管理培训

（一）员工培训的主要内容

1、医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章的培训：

对员工进行法律基本知识，与医疗活动相关的法律，与医疗争议和诉讼相关的法律
知识教育。

全国人大颁布的卫生管理法律有《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国
药品管理法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国献血法》、《中华
人民共和国母婴保健法》；

国务院颁布的行政法规：《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《血液制品
管理条例》、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》；

国家卫计委或与有关部、委、办、局联合发布的规章和具有法律效力的规范性文
件。《全国医院工作条例》、《医院工作制度》、《医院工作人员职责》、《医疗机构管理条
例实施细则》、《医疗机构临床用血管理办法（试行）》、《中华人民共和国护士管理办
法》、《消毒管理办法》、《医院感染管理办法》、《医务人员医德规范》等。

2、诊疗护理规范、常规的培训： 根据不同的专业进行相关的诊疗护理规范、常
规的培训：

（1）卫生行政部门及行业协（学）会制定的有关诊疗护理规范、常规；

（2）卫生部统编教材有关诊疗护理规范、常规；

（3）本院制定的有关诊疗护理规范、常规。

3、医疗服务质量培训：

（1）医疗质量管理基础；

（2）医疗质量控制的基本方法；

（3）医疗服务基本技能。

4、职业道德培训：

（1）公民道德实施纲要；

（2）医务人员医德规范。

（二）员工培训的实施

1、员工培训工作的分工

- (1) 医务科负责员工培训的管理和协调；
- (2) 各职能及临床医技科室负责本部门培训计划的制定；
- (3) 分管院长监督培训计划的实施及对培训效果进行评估；
- (4) 医务科、人事科、质控科、院感科、科教科、护理部等共同负责岗前基础教育；
- (5) 医务科负责医疗培训的组织安排；护理部负责护理培训的组织安排；院感科负责疫情、院内感染培训的组织安排；其他职能科室负责相关的培训工作；
- (6) 各临床医技科室制定科内培训计划，每月进行科内业务和规范培训。

2、培训管理

- (1) 各职能科室根据医学发展方向和基本培训需求，于年初制定出全年的培训计划(包括培训对象、时间、地点、内容、教师、教材、培训考核方式等内容)；
- (2) 组织培训的职能科室，要做好培训的一切准备工作，如场地、幻灯、投影仪、扩音器等；
- (3) 学分统计。每年第四季度末，业务人员将继续教育证书，发表的学术文章、学术论文证书、听课证、学分证书等原始凭证交科主任，护士长登记后，由科室统一交科教科进行全年度学分统计。

3、培训的实施

- (1) 全员培训：对全体员工进行培训的内容有：医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章；医疗服务质量培训，包括医疗质量管理基础、医疗质量控制的基本方法、医疗服务基本技能；职业道德培训，包括公民道德建设实施纲要、医务人员医德规范等；法律知识培训，包括法律基本知识、与医疗活动相关的法律、与医疗争议和诉讼相关的法律知识等。
- (2) 分类分层培训：包括各类人员的岗位技能和规范培训、新分配人员培训、低年资人员培训、高年资及中级人员培训和高级人员培训等。

三、加强医疗服务质量管理的方法和措施

医疗服务质量管理是确定医疗质量方针、目标和职责，并在医疗服务质量管理体系中通过医疗质量策划、医疗质量控制、医疗质量保证和医疗质量改进的所有活动。医疗服务质量关系到患者的健康和生命，医疗质量管理就是患者健康和生命的保证，是医院管理永恒的主题。

(一) 制定医院的医疗质量管理方案



1、医务科、质控科、护理部具体实施医院医疗质量管理委员会的任务。医院感染管理委员会、医院输血管理委员会、医院药事管理委员会各司其职，开展相关质量管理活动。

2、建立院、科质量管理组织，开展质量管理工作。

3、强调医疗质量是各项工作的核心，对全体职工进行经常性的质量管理教育，提高全员的质量意识，树立“质量第一，一切为患者服务”的思想，使职工自觉参与质量管理。

4、修订并出台医院工作条例、工作制度与工作人员职责。在实践中不断改进和完善质量管理制度。

5、按照卫生行政部门颁发的医疗质量标准和二级甲等医院的标准，并结合我院实际情况，制定质量评价与考核标准。

6、通过院、科二级检查，进行纵向、横向比较，找出差距，不断改进工作。

7、将质量管理目标分解到科室，建立科主任负责制及各级人员参与质量管理的要
求。

8、建立质量管理信息系统，应用计算机系统对临床科室、病案统计科室、质量控制科室及反映质量各种数据的科室进行联网，做到准确、及时、完整的信息管理。

9、在质量管理过程中，采用定性指标与定量指标相结合，终末质量指标与环节质量指标相结合的办法对医疗质量进行适时监控，做到：抓基础质量、重视环节质量，以提高终末质量，对医疗质量进行全程优质监控。

10、建立切实可行的奖惩制度。将质量考核结果与奖金分配挂钩，与年度考核、职称晋升相结合，并实行院内公示。

（二）做好单病种质量控制

单病种质量管理是当前医院提高医疗质量，配合医疗保险实施的一项重要工作。各病种相对独立地组成不同的医疗质量单元，能较准确地评价、分析，而且各病种在控制过程中能够互相比较、互相影响，有利于提高医院整体医疗质量和管理水平

1、临床科室必须确定一名副主任以上人员作为专职质控负责人，明确职责，落实到人。

2、严格执行专科单病种诊疗常规和技术规程，如诊断标准，治疗标准，疗效判定标准。重视急、危、重、疑难患者的诊治工作，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则实施细则》中的各项规定，控制院内感染，提高单病种治疗质量。

3、建立完善的病种质管流程，做到病种质量管理程序化，通过微机联网，编入规定程序进行统计。质控科每季度对临床科室进行一次单病种质量考评及信息反馈。

4、优化住院流程，缩短住院日。

5、建立单病种质量考核制度，科室每月自查，了解指标完成情况，开展讲评，提出下月质量要求；院内每季度督查，检查完成情况，及时解决质量问题并进行反馈，发挥调控作用。

（三）医疗服务质量监督和检查

实行“三级检查”，动态监控（重点监控各环节质量）

1、一级全面督查：由医疗质量管理委员会成员组成若干小组，对全院临床内、外科系统和医技系统科室进行全面督查。（每季度一次或每半年一次）。

2、二级重点督查：由医疗质量管理委员会部分成员不定期对重点问题进行督查。督查结果量化评分，按月书面通报科室（指出问题、表扬优点），检查结果与整改情况与科室奖金分配挂钩。

3、三级自我检查：由科主任、护士长、质控医师、质控护士组成的科室质控小组组织实施。

（1）不定期检查科室医务人员履行工作职责的情况、各治疗组各项规章制度的执行情况，尤其是诊疗关键环节的处置和实施期限，并通过病历记录体现落实情况，切实做到质量自我检查、自我管理，及时发现医疗隐患，及时纠正。

（2）每月根据相应指标，有组织地安排本科室医疗、护理质量的自测自评工作。

（3）在科务会上每月一次通报本科室医疗、护理质量整体情况。

（4）对自查发现的问题和院质量检查的反馈信息及时制定整改措施。

四、抓好医疗质量控制和医疗事故防范关键环节

（一）做好急诊和急危重症患者抢救工作

急诊抢救工作重点要严格执行首诊负责制，严格执行诊疗技术操作常规，严格执行请示报告制度。对急危重症患者，首诊医师应当采取紧急措施进行诊治，不得拒绝急救处置，对急诊患者及时有效的抢救往往是抢救成功的关键。

（二）抓好医疗质量管理核心制度的执行

认真贯彻执行医院医疗核心制度是保证医疗质量的重要基础，也是影响医疗质量的重要因素。做好分级护理制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、查对制度、术前讨论制度、危重患者抢救制度、死亡病例讨论制度、临床医疗技术准



入制度、临床用血审批制度等的落实，确保医疗安全，预防医疗纠纷。

（三）做好病历书写和管理

病历是医疗活动中最有说服力的证据材料，医务人员应严格按照卫生部制定的病历书写规范的要求完成住院记录、病程记录、其他相关内容的书写和医学文书的签署，确保病历质量。严格病历归档和借阅制度，做好病历管理工作。

（四）尊重患者知情同意权和知情转让权

为了使医患双方进行有效的沟通，做到相互理解、相互配合，把医疗纠纷的预防与化解相结合，我院结合工作实际，提出在医疗活动中加强“事先告知”工作的意见，主要从以下六个方面尊重患者的知情同意权：1、患者入院时告知，2、治疗过程中告知，3、创伤性操作前、后告知，4、改变治疗方案时告知，5、对无行为能力人住院时特别告知，6、其他环节告知。尊重患者的知情同意权是改善医患关系最根本的途径，达到预防医疗纠纷的目的。

为了在尊重患者的知情同意权的同时，实施保护性医疗，我院制定了《住院患者授权委托书》，患者可以委托自己信任的亲属或其他人，作为自己住院期间的代理人，受委托人可以根据患者的委托权限，代表患者如实向医院提供患者病情的全部资料，协助配合治疗，接受医院的询问，签署相关医学文件；代表患者向医师了解病情，选择诊疗方案及处理与疾病诊疗有关的事务。

（五）医疗纠纷预防和医疗服务改进措施

1、日常医疗活动中各级各类医务人员应严格遵守医疗法律、法规、医院规章制度和各专业的诊疗规范；发生医疗纠纷时，相关医务人员要严格请示汇报制度，加强医务人员内部的沟通，将医疗纠纷消灭在萌芽状态。

2、当发生不合格医疗服务时，责任科室负责人应在 24 小时内组织科室全体成员进行原因分析，确定纠正措施汇报相关职能部门。责任科室具体实施纠正措施，由相关职能部门进行跟踪验证。

3、职能部门在日常工作、业务查房、进行满意度调查、收集患者意见时，发现有影响医疗服务质量的潜在因素时，应采取相应的预防措施。一旦发现潜在的医疗差错或事故隐患，应由职能科室会同分管院长召集相关科室商讨原因，指出责任部门和预防措施，并抓落实。

4、各职能科室通过数据分析，要积极寻找提高医疗质量的措施，确定需要改进的环节，为患者和社会提供最优质的服务。

5、在纠正、预防和改进措施的实施过程中,相关职能科室对不合格医疗服务原因进行分析、确定责任部门或责任人、并对实施的全过程进行监督。

6、职能科室记录各次纠正预防和改进措施的发出时间、责任部门、完成及验证结果。逾期未能完成的,要报告分管院长,组织相关人员进行原因分析,再次明确责任部门和完成期限。

医疗事故及纠纷的防范与处理预案

为保障医疗安全,减少医疗安全事故的发生,按照《医疗事故处理条例》的要求,根据我院《医、护、药、技质量实施细则》《医疗质量奖惩办法》及《医疗安全责任状》的有关规定,对医疗事故及纠纷的防范与处理特制定以下预案:

1、全院各级各类医务人员在医疗活动中,必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规,恪守医疗服务职业道德。

2、医院定期对其医务人员进行医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的培训和医疗服务职业道德教育。

3、医院专门设置医疗服务质量监控科及医疗安全办公室,并配备专职人员,具体负责监督本院医务人员的医疗服务工作,检查医务人员执业情况,发现医护质量问题,及时督促整改;接受患者对医疗服务的投诉,向其提供咨询服务。

4、各科室成立由科主任、护士长及质控员组成的医疗质量、安全管理小组(简称QC小组)负责制定本专科医疗规章制度及防范医疗事故的具体措施,督促落实医疗规章制度及医疗质量检查,及时发现并配合医疗安全办处理医疗事故及可能引起医疗事故的医疗过失行为或医疗事故争议。尽一切可能缩小医疗过失造成的人身损害及财产损失,积极参与医疗事故鉴定的解释及举证应诉的材料准备。

5、各临床科室均应当按照国务院卫生行政部门及省卫生厅规定的要求,书写并妥善保管好病历诊疗。因抢救急危患者,未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记,并加以注明。

6、严禁涂改、伪造、隐匿、销毁或抢夺病历资料。

7、患者有权复印或复制其门诊病历、入院记录、体温单、检验报告、医学影响检查资料、特检特治同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录及卫生行政部门规定的其它病历资料。

患者依照上述规定要求复印病历资料时,经填写复印申请单,医务科审核后,各科室应提供复印服务并在病历资料上加盖证明印记。复印病历资料时,应当有患者在

场，复印资料可按规定收取工本费。

8、各临床及医技科室在医疗活动中，医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果。

9、各临床及医技科室应当制定防范和处理不良医疗事件的预案、预防不良医疗事件的发生，减轻不良医疗事件的损害。

10、医务人员在医疗活动中发生或发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或发生医疗事故争议的，应当立即向所在科室负责人报告，科室负责人应当及时向本院质控科及医疗安全办公室报告（非上班时间报总值班），质控科及安全办接到报告后，应当立即进行调查、核实，将有关情况如实向主管或值班院长报告，并向患者通报、解释。

11、发生医疗事故的，医务科及医疗安全办公室应当按照规定向市、区卫生局报告。发生重大医疗过失行为的（1. 导致患者死亡或可能为一级医疗事故；2. 导致3人以上人身损害后果；3. 省、市卫生行政部门规定的其它情形），医院应当在12小时内向市、区卫生局报告。

12、发生或发现医疗过失行为，医院、科室及其医务人员应当立即采取有效措施，避免或减轻患者身体健康的损害，防止损害扩大。

13、发生医疗事故争议时，死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊记录病程记录应当在医患双方在场的情况下封存和启封。封存的病历资料可以是复印件，由医院保管。

14、疑似输液、输血、注射、药物等不良后果的，医患双方应当共同对现场实物进行封存和启封，并由医院保管。需要检验的，应当由双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验。

15、患者死亡，医患双方当事人不能确定死因或对死因有异议的，应当在患者死亡后48小时内进行尸解；具备尸体冻存条件的可以延长至7日。尸解应当经死者近亲属同意签字，并由按国家规定取得相应资格的机构和病理解剖专业技术人员进行。拒绝或拖延尸检，超过规定时间，影响对死因判定的，由拒绝或拖延的一方承担责任。

16、患者在院内死亡，尸体应当立即移放太平间。尸体存放超过2周不处理的，医院经报所在地卫生行政部门批准，并报经同级公安部门备案后，医院将按照规定处理尸体。

17、医疗纠纷的处理程序：

1) 医疗安全办负责接受医疗投诉材料，记录投诉情况及联系电话。下科室调查纠纷发生的基本情况，并将投诉材料及内容转达被诉科室负责人。

2) 当事科室针对投诉人提出的问题进行讨论，就投诉意见逐条准备解释材料及处

理态度或意见，当事医师或护士写出书面材料。

3) 约定投诉人及家属、当事人、科室负责人一起进行讨论，就投诉问题进行逐条解释及沟通，尽量缩小双方对投诉问题的分歧。

4) 一般纠纷在科室内处理，涉及经济赔偿及减免医疗费用的纠纷经患方、当事科室及医疗安全办三方协商后，将纠纷情况、处理方案及时向主管院领导汇报并请示意见，经同意后协议终结。

5) 重大医疗过失行为、医疗事故及纠纷按重大医疗纠纷处理组织及职能的暂行规定处理，并及时向主管院长报告，经主管院长批示后向上级卫生主管部门报告。

6) 综合投诉材料、当事人材料、科室讨论意见、投诉人态度及院领导指示做出较为合理的处理。

7) 对协调处理、行政或人民调解失败的，尽量反复沟通，如仍不满意者，告知其进行医疗事故鉴定或向人民法院提起诉讼。

8) 积极准备医学鉴定材料，准备举证材料应诉。

18、医疗事故、医疗纠纷及医疗投诉处理终结后，当事科室应组织集体讨论，总结经验及教训，制定整改措施，并初步确定责任承担意见报医务科、质控科备案。

19、医疗事故争议及医疗纠纷定性定责科室评定困难的，可提请院医疗质量管理委员会进行评估该委员会将组织院内相关专家对已立案的医疗事故争议及纠纷进行评估。评估内容如下：

1) 定性：医疗事故、非医疗事故的医疗过失、非医疗过失；

2) 责任科室、责任个人；

3) 责任程度（完全责任系数 1.0，主要责任系数 0.75 左右，次要责任系数 0.5 左右，轻微责任系数 0.25 左右）。

20、奖罚规定：

1) 对工作认真负责，及时发现和处理医疗事故及事故隐患，杜绝了大的医疗事故者，由科室组织材料报医院办公室，经核实后予全院通报表扬并奖励 100-1000 元。

2) 积极协助处理医疗纠纷，使医院挽回经济损失者予全院通报表扬并奖励 100-500 元。

3) 发生医疗事故及可能引起医疗事故的医疗过失行为或医疗事故争议时，当事人及科室负责人未及时报告，造成当事患者损害扩大、处理难度加大或不积极协助医院处理医疗纠纷者予以通报批评并罚款 500-1000 元。

4) 本院职工恶意激化医患矛盾、纵容和挑唆患方告状、为患方提供“内部资料”等引起或扩大医疗纠纷的，一经查实，罚款 1000-2000 元，根据情节可处以待岗、下岗或解聘。

5) 医疗事故及医疗纠纷处理发生的各种赔偿、补偿、减免等给医院造成的经济损失, 均按《安全责任状》、《医疗纠纷处理程序的暂行规定》及《关于医疗纠纷赔偿处理的若干规定》等有关规定办理。医疗事故、医疗纠纷处理终结后, 当事科室未组织讨论总结、制定整改措施及、提出处理意见及落实责任分担的, 予该科室负责人罚款200-300元。

夜间、节假日应急工作预案及流程

为确保夜间、节假日期间我院各项工作安全, 特制订本预案。

一、应急组织

组长, 由总值班担任

成员: 应急小分队全体成员及相关科室值班人员

办公室设在院办公室, 应急电话: 85585069

二、应急组织职责

1、总值班有权对夜间、节假日期间医务人员统一指挥和调度, 任何人不得推诿。

2、各科室要高度重视假日期间各项工作安全, 在节前认真细致开展安全自查, 认真分析和查找安全管理的薄弱点和重点环节, 落实各项防控措施和安全责任制, 杜绝各类安全事件的发生。

3、各临床、医技科室要加强节假日期间的医疗安全管理, 做好节假日期间人员、设备、药品的安排保障, 加强科室危重病人的管理, 严格执行首诊负责制, 确保患者24小时都能得到及时、有效的救治。

4、医院节假日期间执行总值班、院领导带班的值班制度, 总值班人员要认真履责, 协调、处理好节假日期间各项工作和突发事件。

5、节假日期间医疗、行政等各级各类值班人员要坚守岗位, 履行职责, 不准脱岗, 确保紧急情况的及时处置。对因擅自脱岗失职造成影响或后果的, 将追究当事人和科室负责人的责任。各临床、医技科室除安排好一线值班外, 同时安排好二线值班, 保证需要时及时到位。

6、全院各级医师要保证假日通讯联络畅通, 各级值班人员要严格严格执行医院《请示报告制度》。

7、应急办做好各种突发公共生事件的应急处理准备, 各部门要积极配合, 确保人员、车辆、物品、设备到位。

三、处置流程:

1、对假日期间出现的医疗安全事件的处置原则是能解决的尽快解决，

一时解决不了的要做好耐心的解释、疏导工作，避免矛盾激化。

2、在诊疗过程中引起医疗纠纷，所在科室值班人员在做好耐心解释工作的同时，要及时向科主任、护士长及总值班汇报事情的进展情况，总值班应随时报告值班院领导；总值班、科主任、护士长要及时参与事情的处理。对于小的纠纷，科室能够解释处理的要及时解决，必要时联系医务科进行调解。

3、医疗过程中患者及家属提出异议，并且情绪激动，有过激行为时，所在科室应立即报告医院总值班、后勤保障科，及时到场进行阻止，以防止事态扩大。当事态严重、无法阻止的情况下，经值院领导同意后，立即拨打 110，请求民警协助维护医院的正常秩序。

4、对于复杂的或解决有困难的纠纷，要及时向医务科及分管院领导联系，按《医疗差错、纠纷、事故预防处置应急预案》进行处置。

医患突发事件应急处置预案

为了科学、规范、及时、有效地做好突发事件防范医患冲突事件和应急处理工作，保障医院各科室临床医疗工作正常进行，确保医疗安全，根据国家有关法律、法规、规章和政策规定，结合我院实际，制定本预案。

一、总则

（一）目的

有效预防和及时控制突发医患冲突事件和应急处理工作，规范和指导突发事件应急处理工作，最大限度地减少突发事件造成的危害及影响，保障医患身体健康和生命安全及科室正常医疗工作。

（二）工作原则

- 1、预防为主，综合防治。坚持“预防为主”，积极采取各项综合性防治措施。
- 2、指挥有力，协调有序。坚持统一领导和指挥，协调科室人员积极应对。
- 3、提高能力，强化协作，科学应对。依靠科学技术，提高突发事件的预警、处置能力。

（三）适用范围

本预案适用于长沙市第九医院院内突发医患冲突、纠纷事件时的应急处置。

二、突发事件的判定标准、终止条件

（一）判定标准



出现以下情形之一时，应启动应急处理工作：

- 1、任何原因出现的医患剧烈语言、肢体冲突事件；
- 2、任何原因出现的医务人员与病员家属剧烈语言、肢体冲突事件；
- 3、任何原因发生在科室的其他不明人员对医务人员辱骂，围殴等事件。

（二）终止条件

符合以下条件，即可终止应急处理工作：

冲突平息，相关人员得到妥善处置或处理，无安全或纠纷预警。

三、突发事件应急实施细则及流程

（一）冲突发生时

1、及时通知后勤保障科和总值班，必要时及时拨打 110 报警，科室其他值班人员隔离冲突双方，及时做好沟通、解释工作，做好现场控制，防止冲突进一步扩大或加剧；

- 2、冲突相关医务人员回避；
- 3、通知医务科、安全办、主管院长出面调解、平息；
- 4、争取院内完成调解，平息冲突；
- 5、为保证医疗工作顺利进行，休息人员可替班或加班。

（二）若冲突不能解决或平息

- 1、通知公安介入；
- 2、报告市卫计委等上级相关部门介入调解。

重大突发事件应急医疗救援预案

一、目的

为保障自然灾害、事故灾难、公共卫生事件、社会安全事件发生后，各项医疗卫生救援工作迅速、高效、有序地进行，提高本院应对各类突发事件的应急反应能力和医疗卫生救援水平，最大限度地减少人员伤亡和健康危害，维护社会稳定，特制订本预案。

二、适用范围

本预案适用于突发事件导致的人员伤亡、健康危害的医疗卫生救援工作；突发公共卫生事件应急工作按照《长沙市第九医院突发事件应急处理预案》、《湖南省突发公共卫生事件医疗卫生救援应急预案》的有关规定执行。

三、基本原则

- 1、预防为主，常备不懈

认真宣传普及突发事件医疗救援知识，提高医护人员对加强突发事件医疗救援工作的重要性及必要性的认识，不断加强突发事件医疗救援工作机制的建立和完善，提高全员业务知识，随时做好突发事件医疗救援工作。

2、快速反应，减少损失

建立快速反应机制，强化人力、物力、财力储备，增强应急处理能力。一旦出现重大突发事件，立即启动重大突发事件应急医疗救援预案，最大限度地减少人员伤亡和社会影响。

3、依靠科学，加强合作

对重大突发事件应急医疗救援要科学救治，不断规范救治措施与操作规程，加强科室间的信息沟通、协调和业务技术培训工作，实现救治工作的科学化、规范化。

四、医疗救援工作领导小组

成立重大突发事件应急医疗救援工作领导小组和救治工作小组。负责指导全院重大突发事件应急医疗救援工作。

1、领导小组：

组 长： 院长

副 组 长： 业务副院长

成 员： 医务科、医疗安全办、精防办、门诊主任及各临床科室主任

2、救治工作小组：

组 长： 医务科科长

副 组 长： 安全办主任、精防办主任

成 员： 各科室主任及护士长

五、突发事件处置

1. 突发事件分类 (1) 一般事件 (IV级)：一次事件伤亡 10 人~29 人，其中死亡和危重病例 1~2 例的突发事件。县级人民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事件。(2) 较大事件 (III级)：一次事件伤亡 30~49 人，其中死亡和危重病例 3~4 例的突发事件。市级人民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事件。(3) 重大事件 (II级)：一次事件伤亡 50~99 人，其中死亡和危重病例 5 例及以上的突发事件。跨市 (州) 的有严重人员伤亡的突发事件。省人民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事件。(4) 特别重大事件 (I级)：一次事件伤亡 100 人及以上，且危重人员多，或者核事故和突发放射事件、化学品泄漏导致重大人员伤亡，省人民政府或有关部门请求



国家在医疗卫生救援工作上给予支持的突发事件。跨省（区、市）的有特别严重人员伤亡的突发事件。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事件。

2. 当突发事件来临，立即启动全院性的急救预案，由接受过分类训练，有经验的临床医生按照伤员轻重缓急进行分度：（1）轻度：生命体征基本正常，如一般挫伤，擦伤。（2）中度：如单纯骨折，外伤后出血等短时间内不会危及到生命。（3）重度：重危，危及生命者，如窒息，大出血，休克，心室颤动，昏迷等，需要得到及时抢救治疗。（4）死亡：意识丧失，动脉搏动丧失，心跳呼吸停止，瞳孔散大。

3. 做好标记：每位伤员左手臂上部别一醒目标牌，上面填写病人的编号、姓名、性别、年龄、受伤部位、药物过敏、日期、时间等，并按病情轻重，用绿、黄、红、黑四种不同颜色的布条别在卡上，分别代表轻、中、重、死亡四种不同的伤情（由护士根据医生分类后执行）。

六、现场抢救

（1）现场保证一个病员由一个医师，两名护士全程陪同，负责外送检查，抢救用药。医务科、总值班指挥现场抢救，护士长协调相关人员工作，后勤保障部提供相关后勤支持。（2）大批伤员来临时，先救命后治病，先治重伤后治轻伤。尸体直接转送殡仪馆保存。（3）争取时机，抢夺时间，速战速决。通过包扎、止血、骨科患者给予固定、快速输液、静脉给药输血，使病人的生命体征维持在一个稳定状态。在保证气道通畅的情况下，争取在较短时间内对确定大出血，严重创伤，脏器破裂损伤情况，立即转送有条件的三级医院，转院者需做好联络，转诊工作。（4）建立交接班制度，保证抢救工作的延续性。现场急救时应将相关病历卡随身携带，医嘱与病情变化及时记录。时间精确到分。注意记录完整，防止遗漏。患者运送途中护理人员陪同加强观察，随时记录，并与接诊科室做好交接班工作。（5）建立回访制度。伤员经抢救后分流至相关科室，护士需做好登记，抢救者书写重大抢救记录经过，一周后由抢救护士随访，并书写随访记录。

七、信息报告和发布

在迅速开展紧急医疗救援工作的同时，立即将伤病员姓名、年龄、住址、目前生命体征、初步诊断、处置方式、下一步治疗意见及时报市卫健委（可先用电话口头初报，在2小时内补报书面初次报告），按要求向上级卫生行政部门报告伤病员情况、医疗救治进展等，重要情况要随时报告。

八、医疗救援应急响应的终止

突发事件现场医疗救援工作完成，伤病员在医疗机构得到救治，经卫生行政部门批准，应急医疗救援工作领导小组可宣布医疗救援应急响应终止，并将医疗救援应急终止的信息报告上一级卫生行政部门。

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，制订本预案。

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、尽快报告相关领导。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科、主管院领导或者总值班，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。损害较轻、不致造成严重后果者，当事科室要酌情组织科内会诊，妥善处理（由科主任或高年资医师主持）；对于情节严重的技术损害，应当根据需要邀请院内相关专科会诊，共同抢救（科主任主持）。

五、迅速收集并妥善保管有关原始证据，包括实物、标本、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，制定改进措施，修订制度及时完善相关记录。

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、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，必要时报告当地卫生行政部门。

医疗新技术患者安全保障和风险处置预案

为了降低医疗技术风险、保障患者安全，根据原卫生部《医疗技术临床应用管理办法》和医院《医疗技术分级管理制度》、《医疗技术损害处理预案》、《医疗技术风险预警机制》等相关法规和医院制度，制订本预案。

一、对本院开展的第一类医疗技术，包括外科各类各级手术、有创诊疗项目，等医疗技术逐项审核，废止或淘汰未经批准或落后技术。中止本院技术或设备设施无法保证医疗技术使用安全的项目。严格按照《医疗技术分级管理制度》开展新技术、新项目的临床应用，任何科室或医生个人不得任意实施未经医院审核同意的医疗技术。

二、新开展的医疗技术，相关科室及参与人员要组织培训，充分了解或掌握技术要领，严格把握应用指征，开始使用前几例要请有实际经验的专家现场做技术指导，及时纠正或控制技术缺陷与风险。逐渐过渡到本院医师能独立完成。先集中 1-2 位医师操作，待掌握并有经验后，科内再根据其资质准入进行推行。

三、任何医疗技术临床应用都有潜在风险，尤其是高风险诊疗技术，使用时必须认真掌握适应症，熟记禁忌症，严禁无指征或有禁忌情况下使用。在选用时要充分分析利弊，尽量选择风险少、安全性高的技术项目，并与患者充分说明诊疗措施的目的、潜在风险、利弊及可供选择的方法，在患方理解的情况下，签署知情同意书。

四、严格医疗技术分级管理和人员准入管理：2018 年限制使用的二、三医疗技术项目报市卫计委审核备案批准后方可开展，医院复核后予以准入。一类技术项目，根据医师的职称、工作量、工作能力经考核后确定，科室及每位医务人员不能超范围越级手术和实施有创诊疗。一旦发现违规，按医院相关规定处理。

五、提高医疗技术风险防范意识，各级医务人员在诊疗活动中，对患者进行诊疗操作时，必须认真观察不良事件，如手术不顺利、失血过多，解剖不清，病灶寻找困难，组织结构复位不佳，反复多次探查等，要及时请上级医生或有经验医生会诊，不得蛮干，一切从降低技术风险和保证病人安全为原则。

六、一旦出现技术损害，首先发现者应设法立即终止损害因素，减少损害扩大；当操作者处理有困难，应当立即呼叫上级医务人员或科主任到场指导处理，不可迟疑

拖延；如科室处理有困难，立即报告医务科或院总值班组织会诊协同抢救。必要时邀请外院专家会诊指导；对威胁患者生命或发生2人及以上重大医疗技术损害的，由分管院长和医务科统一协调指挥，尽全力救治。救护车、药品、设备、人员必须统一听从院内指挥和调度，任何科室和个人不得无故懈怠和违反。

七、接到有纠纷苗头报告时，医务科人员应及时到场调查沟通，稳定患方情绪，争取配合诊疗、防止干扰救治和引发医疗纠纷。如发生纠纷按有关程序，妥善处置。

八、出现医疗技术损害时应按以下原则处置

1、患者当时无生命危险时，立即采取以下措施：

①立即暂停原医疗技术操作，并根据当时具体情况采取适宜应急补救措施。

②立即上报科室负责人及医务科，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。

③医务科负责组织院内技术过硬人员根据补救对策及时处理患者，操作中应尽量避免和（或）减少其他并发症发生。

④操作后，必须严密观察患者病情，防止发生其他意外情况。按规定整理材料，及时上报上级主管部门。

2、当患者有生命危险时，应立即采取以下措施：

①医疗技术操作立即以抢救患者生命为主。

②在抢救患者生命的同时立即上报科室负责人及医务科。

③科室上级医师、技师及医务科接到报告后，应立即在事发地点组织相关技术人员抢救患者生命。同时讨论和采取损害补救处理对策。待患者生命危险解除后，再进一步会诊讨论、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。技术操作结束后，必须派专人严密监护患者病情，防止发生其他意外情况。并积极落实转往上级医院。

④按规定收集和保管好原始证据，整理材料，及时上报上级主管部门。医务科要定期对各科室实施检查、监督、指导，对事件进行分析评价，查找原因，吸取教训，改进提高，确保其专项医疗技术操作损害处置措施的有效。

防范使用未经批准或已经废止和淘汰的临床医疗技术的风险处置预案

1、国家卫健委公布废止和淘汰的医疗技术时，医务科应及时组织全院医务人员学习，并通报全院禁止使用该项医疗技术。

2、通知开展该项医疗技术的科室负责人，停止该项医疗技术封存相关设施设备，

填写终止使用申请书，报医务科。

3、医务科及时将申请书报医院伦理委员会，伦理委员会批复停止开展时，医务科给予开展该项技术项目科室下达停止实施开展医疗技术项目通知书。

4、医务科负责整理文件、科室申请、伦理委员会会议记录、会议结论、申请回复及科室封存的设施设备情况资料准备完备，报医院领导审阅后医院档案室存档。

5、科室负责人需要开展未经批准的医疗技术项目时，应填写医疗技术审批表报医务科，医务科提交院伦理委员会审批，一类医疗项目如审批通过可直接实施；二类、三类医疗技术项目需报上级主管部门审批，变更增加《医疗机构执业许可证》后，方可实施。

6、一旦发现开展未经批准的医疗技术项目时，应立即上报医务科。医务科应立即通知开展此项技术的负责人停止临床应用，组织人员进行核查，明确责任，同时将情况报医院伦理委员会，对事件进行评估认定。如为可临床开展的医疗技术，应通知技术负责人按照要求进行申请审批，对科室和责任人的违规行为进行处理；如为禁止开展的医疗技术项目，应严肃处理，必要时，由医院组织封存相关设施设备。

7、对于医疗技术项目的开展、监督情况，医务科负责整理相关资料，按年度报医院进行存档。

中心供氧火灾事故紧急扑救及疏散预案

为尽最大可能避免火灾事故的人员伤亡及财产损失，确保发生火灾时，值班员能够正确的处理应急事故，特制定中心供氧火灾事故紧急扑救及疏散预案：

- 一、当发生火灾事故时，操作人员应按照预案沉着冷静的处理。
- 二、迅速关闭电源、供氧总阀门；
- 三、利用所配备的灭火器材，迅速扑灭初起火灾；
- 四、在处理的同时，立即报告保卫部或消防监控班；
- 五、建立警戒范围，疏散围观群众到安全地带；
- 六、积极配合消防队及保卫部应急小分队进行灭火及火灾事故善后调查工作。

放射科火灾事故紧急扑救及疏散预案

为尽最大可能避免火灾事故的人员伤亡及财产损失，确保发生火灾时，值班员能够正确的处理应急事故，特制定放射科火灾事故紧急扑救及疏散预案。

- 一、当发生火灾事故时，操作人员应按照预案沉着冷静的处理。
- 二、迅速关闭总电源；
- 三、利用所配备的灭火器材，迅速扑灭初起火灾；
- 四、所有工作人员，立即分散组织病友有序的从各个安全出口疏散，如有担架、轮椅的病人，需护送出安全出口。
- 五、在处理的同时，立即报告保卫部或消防监控室。
- 六、积极配合消防队及保卫部应急小分队进行灭火及火灾事故善后调查工作；

高压氧火灾事故紧急扑救及疏散预案

为了更好的认识与防范火灾事故的发生、降低突发火灾的危害程度，将事故控制在最低限度内，特制定本科室应急预案：

- 一、当发生火灾事故时，操作人员应按照预案沉着冷静的处理。
- 二、迅速关闭总电源和关闭供氧、供气阀门；



- 三、迅速打开排气阀，操作安全手柄，快速减压和应急排气；
- 四、打开舱门救出病人，迅速转移出现场进行抢救；
- 五、利用所配备的灭火器材，迅速扑灭初起火灾；
- 六、在扑救火灾的同时，立即上报保卫部或消防监控班；
- 七、配合消防队及保卫部进行火灾扑救，并做好善后火灾调查工作。

临床科室火灾事故紧急扑救及疏散预案

为尽最大可能避免火灾事故的人员伤亡及财产损失，确保发生火灾时，临床科室值班医生、护士能够正确的处理应急事故，特制定临床科室火灾事故紧急扑救及疏散预案：

- 一、当发生火灾事故时，值班医生、护士应按照预案沉着冷静的处理。
- 二、查清起火部位，迅速关闭本楼层总电源；
- 三、利用所配备的灭火器材，迅速扑灭初起火灾；
- 四、所有工作人员，立即分散组织病友有序的从各个安全出口疏散，如有担架、轮椅的病人，需护送出安全出口；
- 五、在处理火情的同时，立即报告保卫部或消防监控班；
- 六、待消防队或保卫部到达现场后，积极配合消防队及保卫部应急小分队进行灭火及火灾事故善后调查工作。

急救、生命支持系统仪器装备应急预案

第一条 为有效预防、及时控制和正确处置急救、生命支持系统仪器使用过程的安全事件，保障患者的身体健康和生命安全，根据《医疗器械监督管理条例》有关条款，特制定本预案。

第二条 本预案所指急救、生命支持系统仪器装备应急事件包括：

- （一）设备故障或质量事件，导致危及病人生命或机体损伤。
- （二）大批量病患出现时，设备的配备。
- （三）院内科室间设备调剂应急。

第三条 本预案所指急救、生命支持系统仪器装备分为以下几类：

- (一) 吸氧设备
- (二) 电动吸引器
- (三) 除颤仪
- (四) 呼吸机、简易呼吸器
- (五) 心电图机、监护仪
- (六) 电插板
- (七) 洗胃机

第四条 成立急救、生命支持系统仪器装备应急工作领导小组。主要负责急救、生命支持系统仪器装备的管理、维护、协调及应急处理等相关工作

组长：由分管医疗与器械的院领导任组长。

副组长：总务科（设备科）科长

成员：医务科科长、护理部主任、各科室主任、护士长、仪器采购管理人员
领导小组下办公室，总务科（总务科）主任任办公室主任。

第五条 急救、生命支持系统仪器装备应急事件报告程序及处理：应急事件一旦发生，当事科室或个人应立刻停止使用并及时更换备用仪器，向应急事件办公室报告，领导小组及办公室应立即进入应急状态，对报告的内容进行核实，确认后立即报告省、市食品药品监督管理局和省、市卫计委等有关部门，并组织协调医院有关部门开展以下工作：

(一) 采取紧急措施，控制事态发展；协调开展伤员救治工作；查明事件原因，依法提取证据并查封有可能危害人体健康的证据材料等。

(二) 根据事态发展情况，应急事件办公室应及时向上级有关部门报告有关情况。

(三) 加强与新闻媒体的沟通，掌握主动，消除恐慌。

(四) 所有有关人员都要服从医院统一调度，休假人员立即返回工作岗位，开通所有通讯工具，做到车辆待命、通讯畅通等。

第六条 应急事件得到有效控制或消除后，应急事件办公室应在 1 小时内向上级有关部门报告，并在 2 日内将书面总结报告呈上。

第七条 急救、生命支持系统仪器装备管理

(一) 急救、生命支持系统仪器装备实行专管共用，由使用科室专人负责保管，全院调剂使用。

(二) 仪器维修租赁中心对急救、生命支持系统仪器装备定期检查性能，定期维修、保养，保证设备完好率达到 100%。

(三) 仪器维修租赁中心会同生产厂家对使用部门操作人员进行设备的操作培训，保证所有的操作人员能熟练操作设备。

(四) 所有类型的急救、生命支持系统仪器装备都有备用仪器，由仪器维修租赁中心统一管理。仪器维修租赁中心实行 24 小时值班制度，保证部门人员都能熟练安装、调试及操作所有类型的急救、生命支持系统仪器装备，保证能随时提取。

医疗器械临床使用安全事件应急预案

第一条 为有效预防、及时控制和正确处置各类医疗器械安全事件，保障患者的身体健康和生命安全，根据《医疗器械监督管理条例》有关条款，特制定本预案。

第二条 本预案所指医疗器械临床使用安全事件(以下简称安全事件)为获准上市、合格的医疗器械，在正常使用的情况下，出现与医疗器械预期使用效果无关的，并可能或者已经导致患者死亡或严重伤害的事件。

严重伤害是指下列情况之一者：

- (一) 危及生命；
- (二) 导致机体功能的永久性伤害或者机体结构的永久性损伤；
- (三) 必须采取医疗措施才能避免上述永久性伤害或损伤。

第三条 成立安全事件应急工作领导小组，负责安全事件的组织、协调、监测及应急处理等相关工作。

组长：由分管医疗与器械的院领导任组长

副组长：医务科科长

成员：总务科（设备科）科长、质控办主任、护理部主任、院感科科长、放射科主任、检验科主任、医疗器械采购员

领导小组下设安全事件办公室：

总务科（设备科）主任任办公室主任。

第四条 安全事件报告程序及处理：安全事件一旦发生，当事科室或个人应立刻停止使用并及时向安全事件办公室报告并认真填写《用药（械）相关医疗损害事件监测

子系统信息项（医疗器械）》，领导小组及办公室应立即进入应急状态，对报告的内容进行核实，确认后立即报告长沙市食品药品监督管理局和省卫生厅、卫生部等有关部门，并组织协调医院有关部门开展以下工作：

- （一）采取紧急措施，控制事态发展；协调开展伤员救治工作；查明事件原因，依法提取证据并查封有可能危害人体健康的证据材料等。
- （二）根据事态发展情况，安全事件办公室应及时向上级有关部门报告有关情况。
- （三）加强与新闻媒体的沟通，掌握主动，消除恐慌。
- （四）所有有关人员都要服从医院统一调度，休假人员立即返回工作岗位，开通所有通讯工具，做到车辆待命、通讯畅通等。

第五条 安全事件得到有效控制或消除后，安全事件办公室应在 1 小时内向上级有关部门报告，并在 2 日内将书面总结报告呈上级机关。

附表：用药（械）相关医疗损害事件监测子系统信息项（医疗器械）（略）

放射事故应急预案与处理流程

根据国家《放射性同位素与射线装置安全与防护条例》及《放射诊疗管理规定》（以下简称《规定》）的要求，为使我院一旦发生放射诊疗事件时，能迅速采取必要和有效的应急响应行动，保护工作人员及公众及环境的安全，制定本应急预案。

一、放射事故应急处理机构与职责

（一）成立长沙市第九医院放射事故应急处理领导小组，组织、开展放射事故的应急处理救援工作，领导小组组成如下：

组 长： 沈雪芝

副组长： 蒋华英 何杰

成 员： 龙波 章灿 严高超 邓红兵

（二）应急处理领导小组职责：

- 1、定期组织对放射诊疗场所、设备和人员进行放射防护情况进行自查和监测，发现事故隐患及时上报至医务科并落实整改措施。
- 2、发生放射源泄漏污染、人员受超剂量照射事故时，应启动本预案。
- 3、事故发生后立即组织有关部门和人员进行放射性事故应急处理。



4、负责向市卫生局 24 小时内报告事故情况。

5、负责放射性事故应急处理具体方案的研究确定和组织实施工作。

6、放射事故中人员受照时，要通过个人剂量计或其它工具、方法迅速估算受照人员的受照剂量。

7、负责迅速安置受照人员就医，组织控制区内人员的撤离工作，并及时控制事故影响，防止事故的扩大蔓延。

二、放射性事故应急救援应遵循的原则：

（一）迅速报告原则；

（二）主动抢救原则；

（三）生命第一的原则；

（四）科学施救，控制危险源，防止事故扩大的原则；

（五）保护现场，收集证据的原则。

三、放射性事故应急处置程序及规范：

（一）事故发生后，当事人应立即通知同工作场所的工作人员离开，并及时上报院领导。

（二）应急处理领导小组召集专业人员，根据具体情况迅速制定事故处理方案。

（三）事故处理必须在单位负责人的领导下，在有经验的工作人员和卫生防护人员的参与下进行。未取得防护检测人员的允许不得进入事故区。

（四）除上述工作外，防护检测人员还应进行以下几项工作：

1. 迅速确定现场的辐射强度及影响范围，划出禁区，防止外照射的危害。

2. 根据现场辐射强度，决定工作人员在现场工作的时间。

3. 协助和指导在现场执行任务的工作人员佩戴防护用具及个人剂量仪。对严重剂量事故，应尽可能记下现场辐射强度和有关情况。并对现场重复测量，估计当事人所受剂量，根据受照剂量情况决定是否送医院进行医学处理或治疗。

4. 各种事故处理以后，必须组织有关人员进行讨论，分析事故发生原因，从中吸取经验教训，采取措施防止类似事故重复发生。凡严重或重大的事故，应向区卫生局报告。

四、放射性事故的调查：

（一）本单位发生重大放射性事故后，应立即成立由放射科第一责任人为组长的，有工会负责人和总务科负责人参加的事故调查组、善后处理组和恢复工作组。

(二) 调查组要遵循实事求是的原则对事故的发生时间、地点、起因、过程和人员伤亡情况及财产损失情况进行细致的调查分析，并认真做好调查记录，记录要妥善保管。

(三) 配合医院应急救援领导小组编写、上报事故报告书方面的工作，同时，协助卫生行政部门、公安部门进行事故调查、处理等各方面的相关事宜。

六、各小组职责分工

1、放射事故应急工作领导小组

组 长 沈雪芝

副组长 蒋华英 何 杰

成 员 龙波、严高超、童 轶、章 灿、邓红兵

主要职责

- (1) 负责组织应急准备工作，调度人员，指挥应急小组迅速赶赴现场，开展工作；
- (2) 对放射事故的现场进行组织协调、安排救助，指挥放射事故应急救援行动；
- (3) 负责向上级行政主管部门报告放射污染事件应急救援情况；

2、现场处置组

组 长 邓红兵

成 员 瞿湘东 莫觉非 胡昌鸿

主要职责

(1) 首先采取措施保护工作人员和公众的生命安全，保护环境不受污染，最大限度控制事态发展；

(2) 迅速、正确判断事件性质，将事故情况报告放射事故应急工作领导小组；

(3) 配合上级卫生行政主管部门对事故进行立案调查、进行检测和现场处理等各项工作。

3、医疗救护组

组 长 蒋华英

成 员 何 杰 严高超 羊 敏

主要职责

(1) 接到指挥中心命令后，迅速赶赴现场；

(2) 现场进行伤员救助，并根据现场情况向指挥中心报告人员损伤情况；

(3) 将人员恢复情况随时上报指挥中心。



4、后勤保卫组

组 长 章 灿

组 员 童 轶 王辉和 刘荣凌

主要职责

(1) 接到应急工作领导小组命令后，立即赶往现场，协助处置组疏散人群。

(2) 负责现场警戒，划定紧急隔离区，不让无关人员进入，保护好现场。

5、摄像记录组

组 长 沈 韵

组 员 张 琳

主要职责

负责现场资料的图片及文字收集工作。

造影剂过敏性休克的应急预案及流程

【应急预案】

1、患者一旦发生过敏性休克，立即停止注射，就地抢救，并迅速报告上级医生及门诊主任（羊敏 ）；

2、立即平卧，遵医嘱皮下注射肾上腺素 1mg，小儿酌减。如症状不缓解，每隔 30min 再皮下注射或静脉注射 0.5ml，直至脱离危险期，注意保暖；

3、给予氧气吸入，改善缺氧症状，呼吸抑制时应遵医嘱给予人工呼吸，喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管，必要时配合施行气管切开；

4、迅速建立静脉通路，补充血容量，必要时建立两条静脉通路。遵医嘱用药，如升压药维持血压，应用氨茶碱解除支气管痉挛，给予呼吸兴奋剂，此外还可给予抗组胺及皮质激素类药物；

5、发生心脏骤停，立即进行胸外按压、人工呼吸等心肺复苏的抢救措施；

6、观察与记录，密切观察患者的意识、体温、脉搏、呼吸、血压、尿量及其他临床变化，患者未脱离危险前不宜搬动。

【流程】

立即停止注射→建立并保持静脉通道畅通→平卧→皮下注射肾上腺素→吸氧→补

充血容量→解除支气管痉挛→发生心脏骤停行心肺复苏→密切观察病情变化→告知家属→记录抢救过程。

功能科危重患者抢救预案

1、功能检查时必须有医生在场，在检查前应对患者是否能接受检查进行评估。如属危重患者一般劝其暂停检查，如必须检查者应通知其病房派医师到场。

2、在检查过程中，如患者病情重应有家属在检查室陪同检查，随时观察患者病情变化。遇到意外情况及时通知检查室工作人员。

3、如患者接受检查时出现意外，应立即停止检查，并投入抢救。工作人员应在第一时间通知患者所在病区的值班医师，请求协助抢救。

4、检查室工作人员应随时观察受检者病情变化，及时询问患者。

5、功能科备有氧气、呼吸器、抢救药品，急救箱不准上锁。

6、科室人员定期检查抢救药物是否到期，设备是否可用。

7、医生应具有初步的抢救知识，在专科医生到来前，应做到给患者吸氧，建立静脉通道，给予必要的抢救药品。

功能科病员突发猝死应急预案

【应急预案】

一、值班人员应严格遵守医院及科室各项规章制度，坚守岗位，发现急危病症，尽快采取抢救措施。

二、急救物品做到“四固定”，班班清点，同时检查急救物品性能，完好率达到100%，急用时可随时投入使用。

三、医护人员应熟练掌握心肺复苏流程。

四、发现患者猝死，应迅速做出准确判断，第一发现者不要离开患者，应立即进行心脏按压、人工呼吸等急救措施，同时请有关人员呼叫其他医务人员。

五、增援人员到达后，立即根据患者情况，依据心肺复苏抢救程序配合医生采取各项抢救措施。

六、在抢救中，应注意随时清理环境，为急救床等进入腾出空间，利于抢救。

七、参加抢救的各位人员应注意互相密切配合，有条不紊，严格查对，及时做好各项记录。

八、抢救无效死亡，协助家属将尸体运走，向上级汇报抢救过程结果；在抢救过

程中，要注意对患者家属或陪同人员进行解释及安慰。

【流程】

防范措施到位→猝死后立即抢救→通知医生→继续抢救→告知家属→记录抢救过程

紧急封存患者病历及反应标本的应急预案及程序

1、封存患者病历前的应急预案及流程

【应急预案】

1、当出现纠纷和医疗争议，患者及家属要求封存病历时，病房要保管好病历，以免丢失。

2、及时准确将患者病情变化、治疗、护理情况进行记录。

3、备齐所有有关患者的病历资料。

4、迅速与科主任、医务科(夜间及节假日与院总值班)联系。

【流程】

患者及家属要求封存病历 → 保管好病历 → 及时准确记录 → 备齐病历资料 → 迅速与医务科或总值班联系

2、关于封存患者病历的应急预案及流程

【应急预案】

1、发生医疗事故争议时，患者本人及其代理人，提出封存病历申请。

2、科室向医务科(夜间向总值班)报告。

3、医务科或总值班与患者或近亲属共同在场的情况下封存患者的病历原件。

4、封存的病历由医务科保管，夜间及节假日由院总值班保管，次日或节假日后移交医务科。

6、如为抢救患者，病历应在抢救结束后6小时内据实补记。

【流程】

提出申请 → 向医务科或总值班报告 → 双方共同在场时现场封存原件 → 医务科保管 → 抢救病历6小时内补记

3、关于封存反应标本的应急预案及程序

【应急预案】

- 1、患者在医院期间进行输液、输血、注射、药物等治疗时，发生不良后果，要当场将标本保存，注明使用日期、时间、药物名称、给药途径。
- 2、疑似由于输液、输血、注射、药物等引起的不良后果时，科室应向医务科(夜间向总值班)报告。同时由护士长报告护理部。
- 3、科室医务人员、患者本人或其代理人，需共同在场的情况下，对现场实物进行封存。
- 4、封存标本需在封口处加盖公章，同时注明封存日期和时间。
- 5、封存标本由医务科保管，夜间及节假日由院总值班保管，次日或节假日后移交医务科。
- 6、需要进行检验的标本，应当到由医患双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验。
- 7、双方无法共同指定检验机构时，由上一级卫生行政部门指定。
- 8、对封存标本进行启封时，应由双方当事人共同在场。
- 9、疑似输血引起不良后果，科室要对血液立即进行封存保留，并向医务科汇报，同时通知医院储血点，由院方与提供该血液的采供血机构联系。

【流程】

发生不良后果 → 当场将标本保存 → 向主管部门报告 → 双方共同在场时现场封存实物 → 加盖公章 → 注明封存日期和时间 → 医务科保管 → 标本需进行检验时 → 双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验 → 或由上一级卫生行政部门指定 → 封存标本启封时双方当事人共同在场 → 疑似输血反应 → 封存保留血液 → 与供血机构联系



病案保护及信息安全应急预案

总则

第一条 为保障病案室在自然灾害、事故灾难、公共卫生等突发事件发生后各项救援工作迅速、高效、有序地进行，快速有效救援，减少损失，切实维护病案资料的实体安全，切实提高病案科工作人员预防和处置突发事件的能力，根据医院的有关规定，结合科室工作实际，特制订本预案。

第二条 本应急预案适用的范围为病案室及信息科办公区域中遭遇、发生的各类突发事件，其中病案库房，病案办公室为重点监测部门。

第三条 应急救援工作的原则是：统一领导、分级负责、自救与团结救助相结合，明确职责、落实责任、依靠科学、反应及时、措施果断，要坚持先主后次、先急后缓、先重后轻的原则，重点保护病历。

第四条 医院成立病案保护及信息安全应急领导小组，对医院病案保护及信息安全突发事件应急工作实施统一指挥、监督和管理。

第五条 本预案的目标为：在应急的情况下，保护病案优先，采取最有效行动消除对病案资料的威胁；保护未受损的病案、资料；积极抢救已受损的病案、资料，尽可能恢复病案材料的原貌。

组织机构及职责

成立病案保护及信息安全应急领导小组

组长：医务科科长

组员：质控科科长、病案室主任、保卫科主任、信息科主任

应急领导小组的职责是：

- (一) 修订医院病案保护及信息安全突发事件应急处理预案；
- (二) 研究制定医院病案保护及信息安全突发事件应急处理工作措施和程序；
- (三) 负责指挥医院病案保护及信息安全突发事件应急处理工作，协调有关部门的关系，确保应急处理工作快速有效开展，控制危害扩大，最大限度地减少损失；
- (四) 负责医院病案保护及信息安全突发事件应急处理专业队伍的建设和培训；
- (五) 定期或不定期督查病案室的日常预防及预警工作，提高科室成员的应急处置能力。

预防与预警

一、提高警惕，强化病案保护及信息安全意识，始终把保护病案及信息安全突发事件预防作为病案室的中心环节和主要任务。

二、严格执行病案防护及信息安全制度，做好病案的防火、防水、防潮、防尘、防虫、防光、防有害气体、防不适宜的温度湿度、防有害微生物、防盗窃、防止丢失工作，做好病案的查阅、借阅、复印、保存工作，严格病案资料保密和信息安全。

三、强化抢险救灾的日常训练工作：所有人员均应熟悉自己的抢险岗位、职责、消防器材的存放位置、使用方法等，真正做到责任到人，措施到位，方法得力。

四、完善抢险救灾器材配置，保障后勤供给。消防器材应每年检查一次，保证消防通道畅通。

五、建立病案安全检查制度，把安全工作的重点从事后处理转到事前防范上来，树立预防重于抢险的思想。病案室管理人员应对库房安全情况进行检查，加强对重点部位的检查，发现问题和隐患要及时整改。

六、建立健全预警报告机制，工作时间内自然灾害、事故灾难、公共卫生等突发事件发生后，发现人员要在第一时间向科室领导或分管院长报告，同时积极组织自救。节假日、下班后期间自然灾害、事故灾难、公共卫生等突发事件发生值班后，人员要在第一时间向科室领导和相关报警部门报告，同时组织保安人员自救。

医疗安全不良事件报告制度

病人安全是医疗的基本原则，是质量管理的核心。为了鼓励全院职工及时、主动、方便地报告影响病人安全的事故隐患或潜在风险，通过管理人员及时分析原因，采取相应措施，最大限度地避免类似事件的发生，以达到持续改进医疗质量，减少医疗缺陷，确保医疗安全的目的。为此，我院特制定了无惩罚性不良事件报告制度与流程，并在院内网上设置了不良事件上报程序，鼓励全院职工积极参与不良事件上报。

一、不良事件的定义

所谓医疗不良事件是指临床诊疗活动中以及医院运行过程中，任何可能影响病人的诊疗结果、增加病人的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。不良事件可分为2类，一类是可预防的不良事件，即医疗过程中未被阻止的差错或设备故障造成的伤害；另一类是不可预防的不良事件，即正确的医疗行为造成的不可预防的伤害。



二、不良事件报告的意义

1、通过报告不良事件，及时发现潜在的不安全因素，可有效避免医疗差错与纠纷，保障病人安全。

2、不良事件的全面报告，有利于发现医院安全系统存在的不足，提高医院系统安全水平，促进医院及时发现事故隐患，不断提高对错误的识别能力。

3、不良事件报告后的信息共享，可以使相关人员能从他人的过失中吸取经验教训，以免重蹈覆辙。

三、不良事件报告系统的分类

根据报告系统的主体和适用范围可分为外部报告系统和内部报告系统两类；根据所报告不良事件的种类可分为强制报告系统和自愿报告系统两类。外部报告系统和内部报告系统中都包含强制报告系统和自愿报告系统。医疗事故和重大医疗差错属于强制报告系统。

四、不良事件的范围

不良事件主要包括以下范围：

(1) 病人在住院期间发生跌倒、用药错误、走失、误吸或窒息、烫伤以及其他与病人安全相关的护理意外；

(2) 诊断或治疗失误导致患者出现严重并发症、非正常死亡、严重功能障碍、住院时间延长或住院费用增加等医疗事件；

(3) 严重药物不良反应或输血不良反应；

(4) 因医疗器械或医疗设备的原因给患者或医务人员带来的损害；

(5) 因工作人员或陪护人员的原因给患者带来的损害；

(6) 严重院内感染；

(7) 门急诊、保卫、信息等其他相关不良事件。

五、不良事件报告的原则

坚持非惩罚性、主动报告的原则。医院鼓励医务人员主动、自愿报告不良事件，包括报告本人的或本科室的，也可以报告他人的或其他科室的，可以实名报告也可以匿名报告。对主动报告的科室和个人的有关信息，医院将严格保密。

六、不良事件报告的时限

建议早发现早报告，一般不良事件报告时间为 24~48 小时以内；严重不良事件或情况紧急者应在处理事件的同时先口头上报相关部门，事后在 24~48 小时内补填《不

良事件报告表》。

七、不良事件报告流程

院内有《不良事件报告表》，按表格要求填写相关内容，根据事件内容报告至相应职能部门即可。

八、不良事件报告的奖惩措施

对主动、及时上报不良事件的人员和科室，将根据不良事件的具体情况给予免责、减轻处罚或奖励处理；凡发生严重不良事件但隐瞒不报的科室和个人，一经查实，根据事件具体情况给予当事科室和个人相应的行政和经济处罚。

建立不以惩罚为手段的不良事件报告系统是建立安全医疗体系的第一步。发达国家都建立了较为完善的医疗不良事件报告系统，我国与发达国家比较相对滞后，不良事件报告制度因各种原因尚未真正落实。我院已建立较全面的不良事件报告系统，并制定了方便全院职工上报的流程与无惩罚措施。相信只要全院职工积极主动的参与不良事件上报，形成良好的医疗安全文化氛围，我们就能真正推行不良事件报告制度，切实保障病人医疗安全。

急诊“三无”病人（无姓名、无家庭住址、无钱）处理流程

一、“三无”病人是指：无身份（姓名和居住地）、无家属或单位、无经济来源的病人。收治原则上实行专科收治，任何科室及个人不得以任何理由拒绝救治“三无”病人，科室主任、护士长要配合院方做好“三无”患者的适当诊治与管理工作，保障“三无”患者的基本人权和基本医疗，医疗费用由医院暂时承担。

二、“三无”病人来院后，积极做好接诊工作，热情接待，服务态度良好，做到一视同仁。确需住院治疗的，办理住院手续，接诊医生护士应仔细询问并记录病人的基本情况，包括姓名、工作单位、家庭地址、联系电话、发病现场情况、当时的病情等，以便为诊断和治疗提供最确切的依据并及时寻找和查证病人的身份；同时详细记录送诊人员信息，包括姓名，工作单位，联系方式，警员编号，110、120 的车牌号码等。神志不清者与医生或 110、120 工作人员一起清点随身物品，详细填写物品登记簿并签字交接班。

三、接诊医护人员为患者测量四测，详细记录生命体征，严密观察病人病情。病情危重患者应做好初步抢救，如：上氧、补液、吸痰等。脏污患者应初步清洁处置。接诊医护人员及时采取相关的诊疗措施并及时完成相关的医疗文书书写。

四、病情危重，需要立即进行有创操作、检查等“三无”患者，需要病人或家属

签字的，通知总值班，由科室负责人或医务科代签，采用先抢救治疗后结算的方式，总值班第二天应向医疗业务院长报告。

五、仔细收集线索、寻找病人家属。对经积极抢救后清醒的病人应详细询问病情、姓名、家庭住址、工作单位、联系方法等。其次是对仍然昏迷的病人要注意清点随身物品，如证件、电话簿等，一旦找到相关线索，立即报告医院总值班和医务科、精防办，负责联系病人家属。

六、达到出院标准的“三无”住院病人，由精防办积极与市救助站联系商议“三无”人员的医疗费用及遣送事宜。

七、“三无”患者救治无效后死亡的，由精防办、保卫科联系派出所、救助站、殡仪馆等有关部门进行后续处理。

危重病患者处理应急预案

为积极抢救危重病患者，保障病人生命安全，提高抢救成功率，保证医院医疗质量与病人安全，特制定危重病患者处理应急预案。

一、建立危重病人管理工作机制

（一）建立危重病人日报制度 危重病人是临床科室、医护人员重点管理对象，也是医院医疗质量管理的重点对象。各科室危重病人，每日应由住院医师填写危重病人日报表，向医院报告，下达的病重、病危通知单应有登记和家属签字，并及时送医务科，必要时可口头或电话向医务科报告危重病人的情况。

（二）建立、健全抢救组织。医院成立由各科主任组成的抢救网，各科成立由业务骨干组成的抢救小组，抢救组织成员应随叫随到。

（三）业务院长全面掌握全院危重病人情况，有重点地巡视危重病人，参加或组织指挥全院性重大抢救和各科危重病例临床讨论、会诊等，及时解决管理工作中的各种重大和特殊问题。

（四）医务科要将危重病人视为医院医疗质量管理的重点，深入病房了解危重病人情况，核查考核治疗小组对危重病人质量控制措施落实情况，帮助临床医生及病人解决一些协调、支持等具体问题，组织科间协作救治和会诊讨论，随时向业务院长汇报重大情况。

（五）医院总值班加强夜间危重病人诊治的组织、协调工作，及时解决值班医师诊治工作遇到的困难。

二、严密观察和监护病情变化

对危重病人而言，严密观察病情变化是一项极其细致而又重要的诊疗活动，要求医护人员要有高度的责任心和仔细的工作态度，注意及时捕捉病情变化情况，为挽救病人生命赢得宝贵时间。

（一）加强护理观察和监护

（二）各科医师要加强对危重病人的查房，及时掌握病情变化情况，对病情转归趋势作出判断，并依据病情及时调整治疗措施。

（三）要充分运用现代检测、监测技术，对危重病人进行连续的定期的检测、监测，及时指导诊疗工作。

三、提高应急能力

危重病人的病情变化可能骤然恶化，需要争分夺秒地及时处理或抢救，否则，就会失去抢救时机，付出难以弥补的代价。因此，保证危重病人得到及时有效的救治，对危重病人管理来说是至关重要的。

提高危重病人救治应急能力，主要从以下几点抓落实。

（一）建立和保持畅通的通信呼叫系统

（二）保持抢救物质、装备处于完好状态

（三）加强一线医护人员抢救技能培训，如心肺复苏技术、气管插管、静脉切开术、吸痰、洗胃、心电监护等抢救技术，一线医护人员应熟练掌握，保证病情突然恶化的危重病人，能在一线医护人员发现时，及时在现场得到救治。

四、组织指挥

（一）组织者应有较强的技术能力和一定的管理能力，要善于计划、组织和协调、控制，做好病人家属与抢救人员的思想工作。一般情况下，抢救的组织指挥由本科的科主任或主任医师负责，特殊情况时，如临时现场抢救等原则上由本科在场最高职称医师负责。

（二）遇大批伤病员入院抢救时，院长应亲自组织指挥，但技术性决策仍应分散各科自行决定。

（三）组织指挥者在抢救过程中，要善于团结不同专科的技术人员一道工作，当情况严峻、意见不一时，在博采众长的同时，应分秒必争，当机立断。

（四）参加抢救人员必须服从组织者的统一指挥，组织者应对参加人员的工作迅速作出临时分工，人员不足时应及时申请支援，使抢救工作有条不紊的进行。

临床输血应急预案及流程

一. 临床紧急用血预案

1. 目的：为保障紧急抢救患者情况下临床血液能快速安全输注于临床，制定紧急用血工作预案。

2. 编制依据：《突发公共卫生事件应急条例》、《艾滋病防治条例》、《临床输血技术规范》

3. 指导思想和基本原则：统一领导，分工负责。严格依照国家有关法律法规，对临床紧急用血进行管理，确保输血安全。

4. 组织及职责：为做好临床紧急输血工作，确保紧急用血的顺利实施，成立临床紧急用血协调小组：

组长：沈雪芝

副组长：将华英 彭建宏

成员：各临床科室主任

5. 职责

5.1 主管院长负责紧急输血应急工作的统一领导、决策和现场指挥。

5.2 医务科负责各科室协调与信息上报，并监督执行预案。

5.3 检验科负责预案的具体实施。

5.4 其他各科主任具体负责各部门的应急工作。

6. 紧急用血管理预案

6.1 经治医师首先为患者建立通畅的静脉通路，最好静脉插管，通过该插管采集供血型鉴定和交叉配血、病毒筛查试验用的血标本，并同时通知检验科做好紧急用血准备。

6.2 检验科在确认库存血液不足时，立即与采供血机构联系，说明哪种血液不能满足紧急输血的需要。

6.3 如果有多名医护人员处理多名伤员，此时应指定 1 名医师负责血液申请并与检验科联络。每个患者的血标本和输血申请单上应清楚地标明患者姓名和住院号。若无法识别患者(如患者昏迷)，可在病案号的基础上加紧急入院号(如 01 号、02 号……)，避免在确认受血者身份和粘贴血标本标签时出错。

6.4 如果在短时间内发出另外一份针对同一名患者的《临床输血申请单》，应使用与第一份《临床输血申请单》和血标本上相同的标识编号，以便检验科技术人员确认处理的是同一名患者。

6.5 急性失血患者如经液体复苏后收缩压能维持在 10.66kPa (80mmHg) 左右可暂不输血，因为患者维持在许可的低血压状态可减缓出血，防止在伤口处形成的一个不结实的止血血栓被血流冲走。

6.6 特别紧急情况下，需要紧急同型输血时，在《临床输血申请单》上标明血液需求的紧急程度，检验科在接到《临床输血申请单》及血标本后，如病情“急”应尽快鉴定供、受者血型并根据临床输血需要，发出经交叉配血主侧相合的同型悬浮红细胞。但在未知患者 RhD 血型的情况下，对于有生育需求的女性或未成年女性不轻易发给 RhD 阳性 O 型红细胞。病情“紧急”应在 30min 内完成正反定型及凝聚胺法主侧配血。

6.7 紧急非同型血液输注，不能输注全血，只能输注红细胞。红细胞只要求主侧配血相合，次侧配血不作要求。输注前要与患者或其亲属签订《输血治疗同意书》说明利弊。血浆和冷沉淀可以相容性输注。

6.8 若已输人大量 O 型红细胞成分后，能否输注与患者同型的血液应视具体情况而定。当患者原 ABO 血型的红细胞与新采集的患者血标本血清相合时，可以输注与患者原血型同型的血液(在改输原同型的血液时，须更换输血器)。若交叉配血试验由于 ABO 抗体所致不合时，则应继续输注 O 型红细胞。

6.9 RhD 阴性患者需要输注血浆和冷沉淀时，可按 ABO 同型或相容性输注，RhD 血型可忽略，执行《RhD 阴性及其他稀有血型的血液输注管理规程》。

6.10 紧急情况下，患者为 RhD 阴性，没有检测到抗一 D，男性患者或无生育需求的女性患者可输 RhD 阳性血，但必须征得患者或其亲属的同意，并在《输血治疗同意书》上注明：若有抗体产生，以后输血只能输注 RhD 阴性血。

6.11 患者为 RhD 阴性，体内虽未检测到抗-D，但患者是有生育需求的妇女(包括未成年女性)应输 RhD 阴性血液；如一时找不到 RhD 阴性血液，不立即输血会危及患者生命，此时须采取以下措施：(1)告知患者和家属病情，并说明在紧急情况下输注的利与弊，并在输血治疗同意书注明给患者带来的后果和并发症：第一，不会出现溶血性输血反应；第二，该类 Rh 阴性红细胞缺乏，不输 Rh 阳性红细胞危及生命，此时抢救生命是第一位的，输注 Rh 阳性红细胞是抢救生命的必要条件；第三，会给以后用血或

妊娠带来不良后果，可能导致妊娠的流产、早产或新生儿溶血病等不良后果(特别是对未生育的女性)；第四，患者因本身原发病不治而非输血治疗所能挽回时，不能借口归罪于输血治疗不当，知情后患者或家属签字认可。(2)临床科室主任和输血科主任签字认可。(3)医务科报批。必须征得患者或其亲属同意后才能实施。

6.12 紧急用血可以欠费进行，检验科不得以欠费为理由拒绝发血。

7. 应急保障措施

7.1 血液供应紧张：如果省中心血站没有足够库存血液，则立即由医院总值班与中心血站领导进行联系，由血库负责人进行协调解决，并报告科主任。遇有特殊血型的血液(如 Rh 阴性)时，若血库没有库存，当出现 Rh 阴性患者急需输血时，可向省中心血站申请输用同型或相容型冰冻红细胞。如血站确实无法解决时，要求血站与其他血站进行联系，寻找合适的血液供应临床，以保证患者治疗需要。当与其他供血单位联系仍无法解决时，要与临床科室联系，进行患者直系亲属的血型检查工作，发现与需血患者相同血型的献血人员后，及时与省血站联系进行采血，血液采集和检验要求省血站按紧急情况处理，以最快的速度完成各项检查，保证尽快供应临床。

7.2 发生停电时，首先与电工班进行联系，确定发生的原因和估计停电时间。若为短暂停电，有急需输血患者时，则将设备连接到备用电源、(UPS)进行配血试验，但不能融化血浆；如确需输用血浆，可在水浴箱内加热水调节温度达到要求后进行融化(注意监测温度)，以保证临床抢救治疗。血液发出无法打印报告单时，可手工填写报告单，以保证临床输血程序正常进行。待来电后再补打报告单。

7.3 配血离心机为配血专用离心机，出现故障后会影响到交叉配血工作。当出现故障后，首先把电源关掉，5分钟后再打开电源，检查是否正常工作，如仍不正常而有急需输血者，可临时启用备用配血离心机进行配血，但要调整好离心时间和离心力。

7.4 当冰冻血浆解冻箱出现故障时应启用备用血浆解冻箱。向备用血浆解冻箱内加入一定量的热水后，加入蒸馏水调节温度在 37℃以下，接上备用血浆解冻箱电源，让备用血浆解冻箱自动调节水温至 37℃后进行血浆融化。待设备修好后再使用原解冻箱进行工作。

7.5 输血微机管理系统故障后，无论是软件问题，还是硬件问题，首先进行重新启动，然后查看是否正常。如仍不正常，有需要紧急输血患者，则先进行手工填写输血报告单发血，待微机修好后再补打报告单。

8. 预案启动与终止

8.1 应急响应

8.1.1 在正常工作日，检验科接到需紧急用血抢救事件后，立即报告医院总值班、医务科主任及相关人员。

8.1.2 节假日及下班后，检验科接到紧急用血事件后，立即报告总值班。

8.2 接到严重自然灾害、突发公共卫生事件和群伤事件后，按突发事件应急用血预案执行。

8.3 接到紧急用血事件通知的科室，应做好输血前一切准备工作，包括血样采集、标识及送检和取血的前期准备。

8.4 紧急输血无患者家属签字的需报医务科备案，所有需签署的同意书随后补签。

8.5 应急终止，紧急输血抢救事件得到有效控制，患者抢救成功或患者死亡，则该事件预案终止。

9. 总结评估与改进对每一起临床紧急用血事件，要进行总结评估，及时发现过程中存在的问题和不足，提出改进建议。医院紧急用血协调小组定期组织对本预案进行调整和修订。

输血不良反应处理预案

一、输血不良反应识别标准：

常见的输血反应和并发症包括非溶血性发热反应、变态反应和过敏反应、溶血反应、细菌污染、循环超负荷、出血倾向、酸碱平衡失调、输血相关性急性肺损伤和传播感染性疾病等。

（一）常见输血不良反应

1、非溶血性发热反应

发热反应多发生在输血后 1-2 小时内，往往先有发冷或寒战，继以高热，体温可高达 39℃-40℃，伴有皮肤潮红、头痛，多数血压无变化。症状持续少则十几分钟，多则 1-2 小时后缓解。

2、变态反应和过敏反应

变态反应主要表现为皮肤红斑、荨麻疹和瘙痒。过敏反应并不常见，其特点是输入几毫升全血或血液制品后立刻发生，主要表现为咳嗽、呼吸困难、喘鸣、面色潮红、

神志不清、休克等症状。

3、溶血反应

绝大多数是输入异型血所致。典型症状是输入几十毫升血后，出现休克、寒战、高热、呼吸困难、腰背酸痛、心前区压迫感、头痛、血红蛋白尿、异常出血等，可致死亡。麻醉中的手术患者唯一的早期征象是伤口渗血和低血压。

4、细菌污染反应

如果污染血液的是非致病菌，可能只引起一些类似发热反应的症状。但因多数是毒性大的致病菌，即使输入 10~20ml，也可立刻发生休克。库存低温条件下生长的革兰染色阴性杆菌，其内毒素所致的休克，可出现血红蛋白尿和急性肾功能衰竭。

5、循环超负荷

心脏代偿功能减退的患者，输血过量或速度太快，可因循环超负荷而造成心力衰竭和急性肺水肿。表现为剧烈头部胀痛、呼吸困难、发绀、咳嗽、大量血性泡沫痰以及颈静脉怒张、肺部湿啰音、静脉压升高，胸部拍片显示肺水肿征象，严重者可致死。

二、输血不良反应处理规范：

（一）临床医护人员发现输血患者出现输血不良反应后，应立即停止输血，更换输血管道，用生理盐水维持静脉通道。立即报告值班医生或护士长。在积极处理的同时，要及时向检验科通报输血不良反应发生的情况，与检验科共同调查、分析输血不良反应发生的原因以确定进一步的处理、治疗方案。患方提出异议时，经治医护人员应该与患方共同封存剩余血液、血袋及输血器材等，双方签字后由检验科保管备查。

（二）检验科工作人员接到临床输血不良反应报告后，应仔细询问患者所属病区、姓名、性别、住院号、年龄、血型、既往输血史、孕产史；疾病诊断、用药史、本次输血成分名称、输血量、患者输血后出现的临床症状与体征，认真填写《输血不良反应回报单》，与临床科室一起确定初步的处置参考意见。

（三）对于严重输血不良反应，检验科应指派具有相应资质的医生到临床进行会诊，协助临床查找原因及制定救治方案、观察处理疗效。并把处理情况汇报给医务科，如怀疑血液质量及细菌污染，应及时报告市中心血站。

（四）处理完患者后，及时将《输血不良反应回报单》及血袋仪器送检验科保存，检验科将输血不良反应进行登记，每月汇总分析后，报医务科保存备案。检验科及输血管理委员会要定期做分析及整改，以减少输血不良反应的发生。

（五）输血反应的处理：

1、急性（速发型）输血不良反应的处置：

(1) 如果怀疑为溶血性输血不良反应，应立即停止输血并做以下工作：

a、立即抽取受血者的血液加肝素抗凝、离心，观察血浆颜色，并进行血常规、血浆游离血红蛋白含量测定；

b、核对输血申请单、血袋标签、交叉配血报告单和全部有关记录，以验证受血者和所输血液成分有无核对错误；

c、核对受血者及献血者 ABO、RH (D) 血型。用保存于冰箱中的受血者与献血者标本及新采集的受血者血标本、血袋中剩余血标本，重测 ABO、RH (D) 血型、不规则抗体筛选及交叉配血试验（盐水介质和非盐水介质）；

d、留取输血反应后第一次尿送检（急性溶血性输血反应属血管内溶血，尿中有血红蛋白）；

e、必要时，溶血反应发生后 5~7 小时测血清胆红素含量。

一旦怀疑因血型不合引起的急性溶血性输血反应，应由临床医师为主积极治疗，治疗原则如下：

1) 迅速补充血容量；2) 应用速效利尿剂；3) 应用多巴胺；4) 碱化尿液；

5) 肾上腺皮质激素及大剂量免疫球蛋白；6) 有急性肾功能衰竭应进行透析治疗；

7) DIC 的防治。

(2) 怀疑血液污染引起的输血不良反应应按以下程序处理：

a、观察血袋剩余血的物理性状；如有无混浊、膜状物、絮状物、气泡、溶血、红细胞变成暗紫色、血凝块等，有上述情况之一均提示有细菌污染的可能；

b、取血袋剩余血直接作涂片或离心后涂片镜检，找污染细菌（阴性不能排除细菌污染）；

c、取血袋剩余血和患者血液，在 4℃、22℃、37℃ 条件下作需氧菌和厌氧菌细菌培养。

d、外周血白细胞计数，如中性粒细胞与输血前相比明显增多，对诊断有帮助。

一旦怀疑血液污染引起的输血不良反应，治疗原则如下：1) 尽早联合使用大剂量、强效、广谱抗生素；2) 加强支持疗法；3) 及时采取抗休克、防治 DIC 与急性肾功能衰竭措施。

(3) 发热反应：

发热反应轻者，先减慢输血速度，若症状继续加重，应立即停止输血并通知医生，

撤下输血器注明“输血反应”，查究其原因并对症处理（高热给予物理降温，寒颤者保温），遵医嘱应用抗过敏药物，严密观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化。

（4）过敏反应：

除按发热反应处理外，按过敏性休克抢救；有呼吸困难者，给高流量吸氧，喉头严重水肿者，协助医生进行气管切开。

（5）循环负荷过重反应：

如按急性肺水肿的原则处理，停止输血，酌情帮助病员端坐，四肢轮扎，有效的减少静脉回心血量；高流量输氧通过 25-30%的酒精湿透后吸入，以改善肺部气体交换；遵医嘱应用镇静、镇痛、扩血管、强心、利尿等药物，以减轻心脏负荷。

2、迟发性输血不良反应的处理：

输血完毕数天以后出现的不良反应为迟发性输血不良反应，受血者如果发现或怀疑为迟发性输血反应，应有以下注意事项：免疫性的迟发性输血反应属于血液成分的抗原 - 抗体反应，在检测和确认后，记录于受血者的病历中。其处理步骤同急性输血不良反应。

3、输血相关传染性疾病的处理：

输血后如果受血者出现可经血液传播的传染病，医护部门应汇同采血机构仔细调查，验证受血者是否确因输注供体血而传染疾病，受血者如确诊感染 HIV，应迅速报告卫生行政管理部门。输血相关传染病所涉及的献血员，由采血机构按有关政策处理。

六、【流程】

立即停止输血→更换输液管→改换生理盐水→报告医生→遵医嘱给药→严密观察并做好记录→填写输血反应报告卡→ 上报医务科、血库→ 怀疑严重反应时→ 保留血袋→抽取患者者血样→送检验科

重点急危重患者的抢救预案

肺水肿患者的抢救预案及流程

抢救措施：

1、病人取端坐位，双腿下垂，以减少静脉回流。

2、高流量酒精湿化（20-30%）吸氧，6-8升/分，亦可面罩给氧，可使肺泡内的泡沫因表面张力减低而破裂，增加气体与肺泡壁的接触面积，改善气体交换。

3、遵医嘱用药

(1)镇静：皮下注射吗啡 5-10mg，必要时间隔 15 分钟重复使用，注意观察有无呼吸抑制。

(2)洋地黄制剂：西地兰 0.2mg 稀释后静推，2 小时后可重复使用，急性心肌梗死在急性期 24 小时内不宜用洋地黄类药物。

(3)利尿剂：速尿 20-40mg 静推，4 小时后可重复一次，注意观察尿量及电解质情况。

(4)氨茶碱：0.25 克加入 0.9%氯化钠 100ml 静滴，速度不宜过快。

(5)血管扩张剂：如酚妥拉明、硝普钠、硝酸甘油等。用药时应注意监测血压。

(6)激素：地塞米松或氢化可的松静推或静滴。

4、必要时四肢轮扎，减少静脉回流血量，每 5-10 分钟轮换一个肢体。

5、做好心理护理。

6、做好各项记录及家属的沟通安慰工作。

抢救流程：

迅速准确判断→患者取端坐位或卧位，两腿下垂→高流量吸氧→立即通知医生→遵医嘱用药→密切观察生命体征→心理护理→做好各项记录

休克患者的抢救预案及流程

抢救措施:

1、发现患者发生休克,应迅速做出准确判断,取患者于去枕平卧位或头胸抬高 10° - 20° ,下肢抬高 20° - 30° (休克体位),有心衰者半卧位,尽量少搬动,保暖,同时让旁边患者或家属通知医生及其他医务人员,保持呼吸道通畅,吸氧,尽快建立静脉通道,必要时建立双静脉通道或深静脉置管,并准备好各种急救药品和器材,针刺人中,进行血常规,血球压积,电解质,血培养,心电图,血气分析等检查,有条件测中心静脉压,密切观察生命体征,积极配合医生做好各项抢救措施。

2、在上述治疗同时尽快选择针对性治疗。

抢救流程:

迅速准确判断→立即进行就地抢救→吸氧及建立静脉通路→
呼叫医生及其他医务人员→备好各项急救药品和器材→按医嘱用药→
密切观察生命体征→做好各项记录→做好与家属的沟通安慰工作

晕厥患者的抢救预案及流程

抢救措施：

1、发现患者晕厥后应将其移至空气流通处、头低足高位，保证脑组织有尽可能多的血液供应量。

2、立即确定气道是否通畅，并测定呼吸和脉搏等。

3、放松紧领的衣服。

4、低血糖晕厥应静脉注射葡萄糖。

5、心源性晕厥应立即吸氧，心电图示房室传导阻滞时皮下注射阿托品。如为室性心动过速静脉注射利多卡因。急性左心衰竭的处理方法为强心、利尿等。急性心肌梗塞给予止痛、镇静、抗心律失常、抗休克或抗心衰，有条件进一步进行溶栓或介入治疗处理，心源性晕厥经现场急救后再安全转运。

6、脑源性晕厥现场抢救措施有吸氧、保持呼吸道通畅、降压和降低颅内压。静脉注射葡萄糖，血压过高者肌注利血平或硫酸镁(深部肌肉注射)。

7、中暑昏厥将中暑昏厥者转移至阴凉通风处迅速降温，用冰水、冷水或酒精擦浴使皮肤发红，头部及大血管分布区放置冰袋，有条件静脉滴注5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液。

8、对晕厥后跌倒的病人，应该仔细检查有无外伤等体征。

9、做好安全防范工作。

抢救流程：

发现晕厥→移至空气流通处进行抢救→测生命体征→立即通知医生→根据病因采取相应措施→检查有无外伤→按医嘱用药→做好各项记录→做好安全防范→严格交接班

中暑的抢救预案及流程

抢救措施:

1、患者出现中暑时，应迅速做出准确判断，第一发现者不要离开患者，应立即将患者搬离高温环境，同时请旁边的患者或家属帮助呼叫其他医务人员。在头部、颈部、腹股沟大动脉处放冰袋，同时用冰水或酒精擦全身。

2、增援人员到达后立即根据患者情况，协助医生进一步判断患者的意识、生命体征、全身状况、有无危及生命的症状等。

3、根据病情配合医生对患者采取必要的急救措施。开放静脉通道，必要时开放两条静脉通路，并准备好各项急救药品和器材。

4、药物降温：遵医嘱给予氯丙嗪 25~50mg 加入 5%葡萄糖液或 0.9%氯化钠溶液中滴注。

5、在物理降温和药物降温过程中，严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、神志及尿量变化，每 10~30 分钟测量肛温一次，肛温下降至 38℃左右暂停降温。

6、对症处理：对抽搐、烦躁不安、肌肉痉挛者适当使用镇静药物。注意呼吸道通畅，防治脑水肿，纠正水、电解质和酸碱平衡失调。

7、昏迷者，可遵医嘱给予纳络酮等药物，以降低应激反应，起到促醒作用。

8、及时做好各项记录。

9、加强巡视，及时观察采取措施后的效果。

10、向患者及家属做好中暑的宣教指导，告知预防措施。

抢救流程:

患者出现中暑→迅速准确判断→搬离高温环境→立即通知医生→

进一步检查判断患者病情→备好各项急救药品和器材→按医嘱用药→做好各项记录→宣教指导提高防范意识

突发鼻出血患者的抢救预案及流程

抢救措施:

- 1、鼻出血时陪伴并安慰患者，让患者安静地坐下，并通知医生。
- 2、局部止血：按病因和病情不同区别对待。

(1) 指压止血法：如出血量小，可让患者坐下，头部应该保持正常竖立或稍向前倾的姿势。用拇指和食指紧紧地压住患者的两侧鼻翼，压向鼻中隔部，暂让患者用嘴呼吸。一般压迫 5-10 分钟左右，出血即可止住。注意：捏鼻止血时，安慰患者不要紧张，张大嘴呼吸，头不要过分后仰，以免血液流入喉中。

(2) 压迫填塞法：如果出血量大，或用上法不能止住出血时，可采用压迫填塞的方法止血。具体做法是：用脱脂棉卷成如鼻孔粗细的条状，向鼻腔充填。不要松松填塞，因为填塞太松，达不到止血的目的。鼻内充填消毒棉球或浸有 1% 麻黄素的棉球止血，亦可用各种止血海绵、凝血酶等。用凡士林纱条作前鼻充填或后鼻充填法。冷冻止血法：鼻中隔前方的少量出血可作鼻部冷敷。可以用碎冰或冰毛巾冷敷鼻子、颈部及脸颊，促使血管收缩，减少流血。让患者坐在椅子上，将双脚浸泡在热水中，可止鼻血。

3、遵医嘱全身治疗:

- (1) 注意营养，给予高热量易消化饮食。对老年或出血较多者，注意有无失血性贫血、休克、心脏损害等情况，并及时处理。失血严重者，须予输血、输液。
- (2) 寻找出血病因，进行病因治疗。
- (3) 反复鼻腔填塞时间较长者，应加用抗生素预防感染。

抢救流程:

发现患者鼻出血→安慰患者→采取坐位（头部应该保持正常竖立或稍向前倾的姿势）→通知医生→局部止血→遵医嘱用药→严密观察病情→做好各项记录

突发过敏性哮喘患者的抢救预案及流程

抢救措施：

- 1、消除过敏原及引起哮喘的刺激因素，控制发作。
- 2、体位与环境取坐位或半卧位，保持病室安静及通风良好，注意消除病人的焦虑及紧张。
- 3、保证呼吸道通畅并纠正缺氧。
- 4、缓解哮喘发作的药物治疗，如肾上腺素、治喘灵、氨茶碱等。
- 5、抗炎药物糖皮质激素如氢化可的松等。
- 6、抗感染依据药敏试验选择敏感抗生素。

抢救流程：

发现患者出现哮喘→安慰患者→采取坐位或半卧位→吸氧、建立静脉通路→通知医生→遵医嘱用药→严密观察病情→做好各项记录→心理护理、健康教育

上消化道出血抢救预案及流程

抢救措施：

- 1、发生大出血时，病人绝对卧床休息，头稍高并偏向一侧。防止呕出的血液吸入呼吸道。
- 2、立即通知医生，准备好抢救车，负压吸引器，三腔二囊管等抢救设备，积极配合抢救。
- 3、迅速建立有效的静脉通道，遵医嘱准确的实施输血，输液及各种止血治疗，补充血容量。
- 4、给予吸氧。
- 5、严密监测病人的生命体征变化，必要时进行心电监护。
- 6、食道静脉曲张破裂出血
 - (1)垂体后叶素 30-50 单位加入 500ml 液体中静滴（高血压，冠心病及孕妇忌用）。
 - (2)生长抑素的应用。
 - (3)双囊三腔管压迫止血。

7、去甲肾上腺素 8-16mg 加入冰生理盐水 100-200ml 中行胃管注入。

8、收缩压在 70mmHg 以下时 30min 内应加压输血 400ml，血压正常时输血补液速度应适当缓慢，以免血压过高导致再次出血。

9、绝对卧床，烦躁者给予镇静剂，门脉高压出血者慎用。

10、严密观察病情，注意保暖，尽量少搬动病人，保持呼吸道通畅，及时清除血迹、污物。

11、准确记录出入量，观察呕吐物和粪便的性质及量。

12、做好心理护理，关心、安慰病人。做好各项记录。

抢救流程：

发现患者出现大出血时→绝对卧床，头偏向一侧，安慰患者→立即通知医生→建立静脉通路、吸氧→遵医嘱用药→保持呼吸道通畅，及时清理血迹→严密观察病情→做好各项记录→心理护理、健康教育→做好交接班

青霉素过敏性休克抢救预案及流程

抢救措施：

1、立即停药、平卧，就地进行抢救，派人通知医生。发现出现过敏性休克后，立即将所致的过敏性休克药物更换为注射用生理盐水，并同时更换输液管，且不可拔针，维持静脉通路。

2、立即给予皮下注射 0.1%肾上腺素 0.5~1ml，如症状不缓解，可每隔 30min 皮下或静脉注射 0.5ml，直至脱离危险期。

3、立即给予去枕仰卧，头尽量向后仰，保持呼吸道通畅，予氧气吸入 3~5L/min，改善缺氧症状。对呼吸仍受抑制者，可给予口对口人工呼吸或使用呼吸兴奋剂，如尼克刹米等，必要时给与气管插管或气管切开术。

4、维持有效循环血量，补充血容量，可用低分子右旋糖酐、生理盐水、5%葡萄糖注射液，要酌情补液，输液速度不可过快，量不可过多，以免引发肺水肿。

5、发生心跳骤停时，立即行胸外心脏按压。

6、如采取上述处理，血压仍低者，可使用血管活性，应用多巴胺，根据血压调节滴速，但不可过快，使收缩压保持在 90~100mmHg。

7、密切观察患者意识、体温、脉搏、呼吸、血压、尿量及其他临床变化,并做好病情动态观察与记录。

8、安抚患者及家属,告诉患者及家属引起过敏的药物名称,今后切不可应用该药。

9、保存药物及注射用具以备检测。

抢救流程:

立即停药→更换静脉输液器→就地平卧→通知医生→立即皮下注射 0.1%盐酸、肾上腺素 0.5~1ml→吸氧→遵医嘱给药→病情观察与记录→做好与家属的沟通安慰工作→保存药物及注射用具以备检测。

患者发生低血糖的抢救预案及流程

抢救措施:

发现患者发生低血糖,第一发现者不要离开患者,立即将患者就地平卧,保持安静,请旁边的患者或家属呼叫其他医务人员,立即测血糖、生命体征,明确诊断后立即口服 50%葡萄糖 20ml 或糖类食品,必要时建立静脉通道进行静脉推注 50%葡萄糖,根据患者情况,采取各项抢救措施,安慰患者,做好各项记录。

抢救流程:

1、患者发生低血糖→迅速准确判断→将患者就地平卧→意识清楚者→

口服 50%葡萄糖水 20ml→密切观察→安慰患者→做好记录

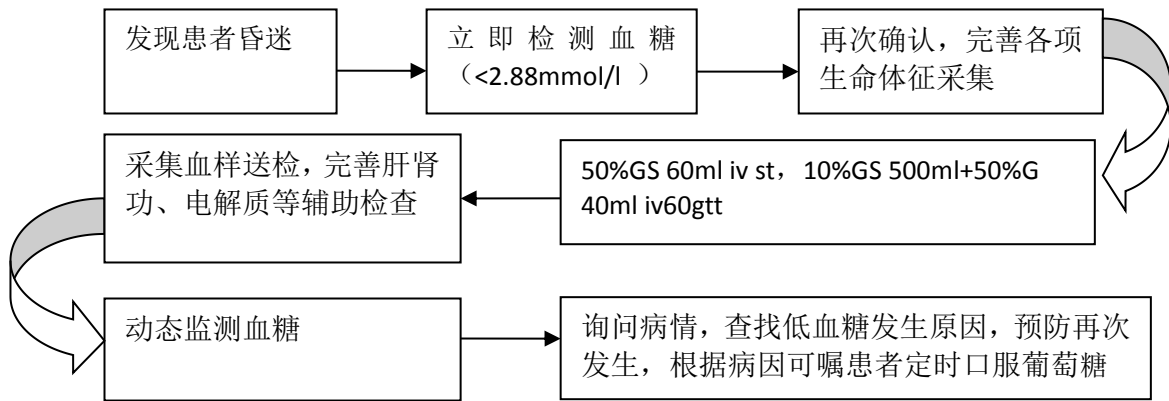
2、患者发生低血糖→迅速准确判断→将患者就地平卧→意识不清楚者→遵医嘱予高渗葡萄糖静推→密切观察→做好记录→做好与患者家属的沟通安慰工作

低血糖昏迷抢救预案及流程

抢救预案

发现患者系低血糖引起昏迷,呼叫身边的同事参加抢救,将患者安置到相关病房,再次检测血糖,再次确认低血糖症,积极完善呼吸、心跳、血压等生命体征的采集,同时建立静脉给药通道,立即予以 50%高渗葡萄糖液静推,10%葡萄糖液+50%高渗葡萄糖液静推静脉维持,采集血样送检,密切检测血糖,据血糖水平可再次给药,待患者醒后就询问病史,查找引起低血糖原因,预防低血糖症再次发生,同时做好相关记录。

抢救流程

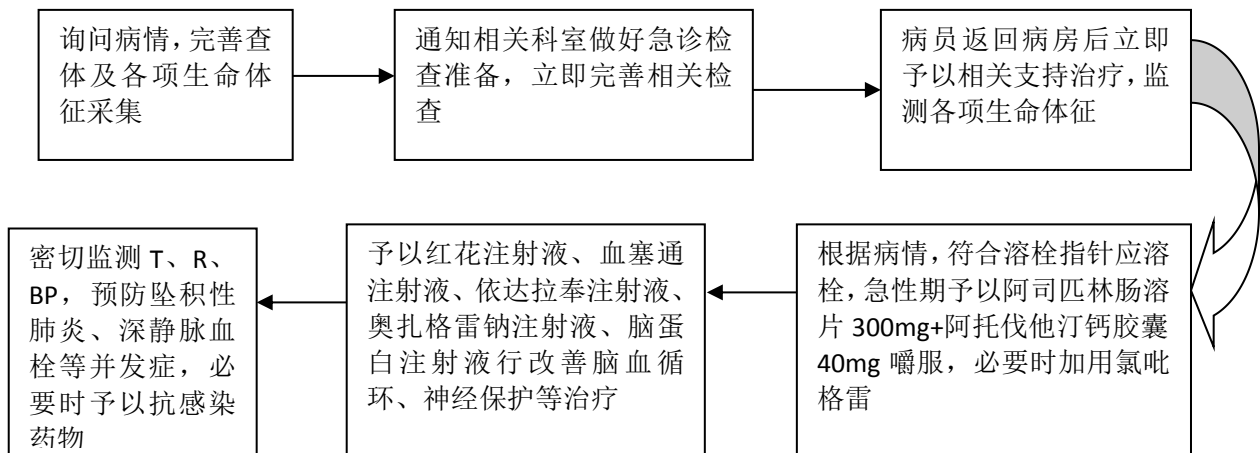


脑梗塞抢救预案及流程

抢救预案

患者发生偏瘫、失语、昏迷等急症，立即询问病情，完善神经系统查体，同时办理入院手续，通知护士完善各项生命体征采集，通知放射科、B超室、心电图室急诊完善头颅CT、颈部血管彩超、心电图等检查，确认脑梗塞后立即予以吸氧及呼吸支持，心电监护，判断有无溶栓指征，用药上予以改善脑血液循环、神经保护等治疗，密切监测患者血压、神志等变化。

抢救流程

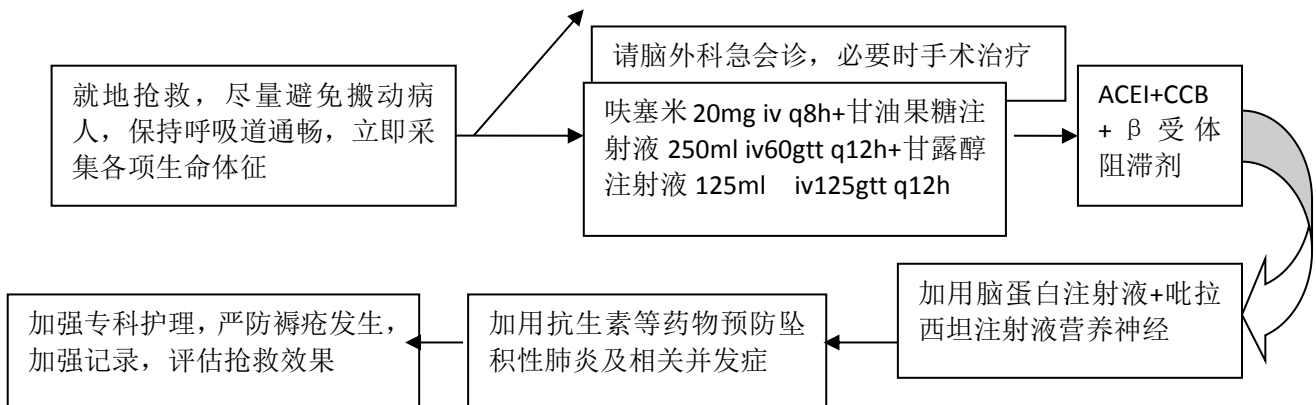


脑出血抢救预案及流程

抢救预案

发现患者系脑出血患者，宜就地抢救，尽量避免搬动病人，保持呼吸道通畅，必要时气管切开，使用头部冰帽或冰袋降温，防止褥疮和其他并发症，使用呋塞米+甘油果糖注射液+甘露醇注射液降低颅内压，密切监测血压，降低颅内压后血压仍偏高，予以适当降压，可加用 ACEI、CCB 等类别降压药，加用脑细胞营养液改善神经功能障碍，加用抗生素预防坠积性肺炎等并发症。

抢救流程

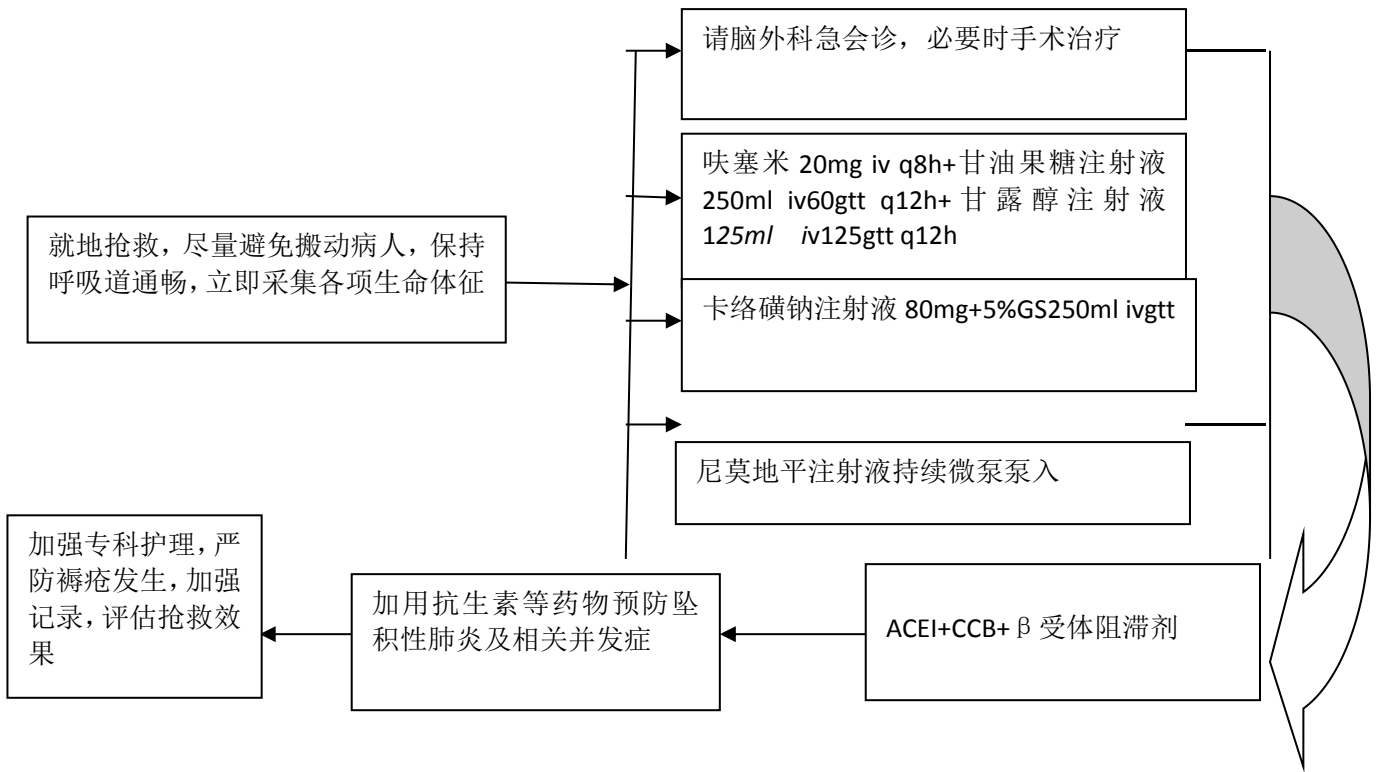


蛛网膜下腔出血抢救预案及流程

抢救预案

发现患者系蛛网膜下腔出血患者，宜就地抢救，尽量避免搬动病人，保持呼吸道通畅，必要时气管切开，使用头部冰帽或冰袋降温，使用呋塞米+甘油果糖注射液+甘露醇注射液降低颅内压，加用止血药，预防脑血管痉挛，密切监测血压，降低颅内压后血压仍偏高，予以适当降压，可加用 ACEI、CCB 等类别降压药，加用脑细胞营养液改善神经功能障碍，加用抗生素预防坠积性肺炎等并发症。

抢救流程

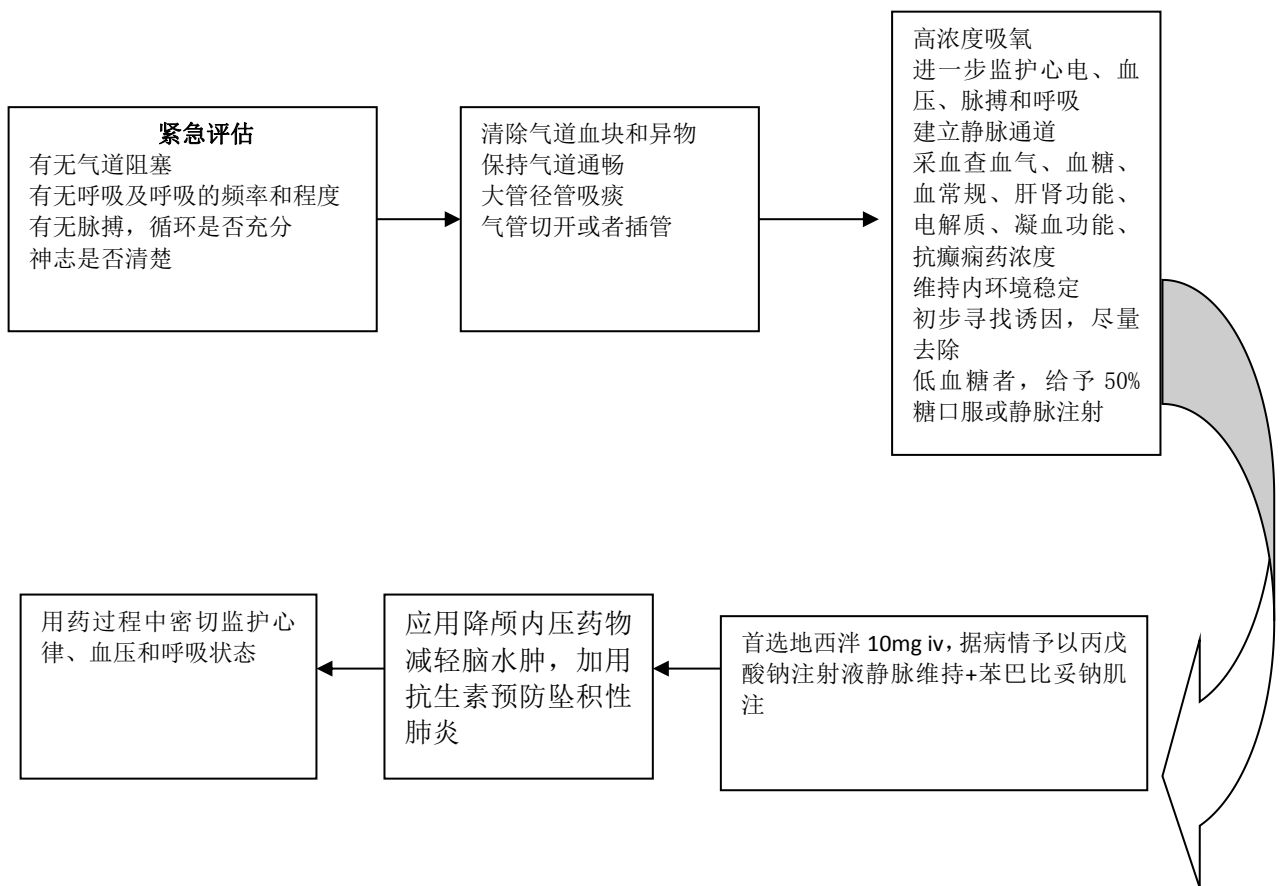


癫痫持续状态抢救预案及流程

抢救预案：

患者系癫痫持续状态，发现后立即呼叫身边的人参与抢救，紧急评估，有无气道阻塞，有无呼吸及呼吸的频率和程度，有无脉搏，循环是否充分，神志是否清楚，如有气道阻塞，立即清除气道血块和异物，保持气道通畅，大管径管吸痰，气管切开或者插管，首选地西洋 10mg 静推控制发作，静推后若仍有抽搐，可予以丙戊酸钠静脉维持、苯巴比妥钠肌注控制癫痫发作，若患者抽搐后出现昏迷，予以降颅内压药物，予以抗生素预防坠积性肺炎，必要时完善 CT 等检查，加强生命体征监测，预防褥疮等并发症的发生。

抢救流程：



有机磷农药中毒抢救预案及流程

抢救预案：

（一）卧床，头偏向一侧，口于最低位避免误吸，保持呼吸道通畅。阻滞毒物继续吸收：皮肤污染立即用清水或4%~5%碳酸氢钠溶液彻底清洗，口服中毒者应立即用2%~4%碳酸氢钠溶液洗胃，直至无味不浑浊为止，2小时后再行洗胃1~2次，并注入导泻剂导泻。

（二）加速毒物排出：对病情严重者或毒物吸收量大、吸收时间长者，可用血液透析+灌流。

（三）迅速建立静脉通路，补液，加强利尿，促使毒物尽快排出。遵医嘱使用特效药物治疗。抗胆碱药以阿托品为代表，要达到阿托品化量，给药要快，并反复用药，巩固疗效。达到阿托品化量时，逐渐减量，应防止阿托品中毒。胆碱酯酶复能剂以氯磷定、碘解磷定多用，但对敌敌畏、敌百虫、乐果中毒反有害。另有解磷定注射液，用于中毒早期，视病情补充阿托品和氯磷定。

（四）遵医嘱进一步监护心电、血压、脉搏、呼吸、瞳孔、给予吸氧，保持血氧饱和度95%以上。

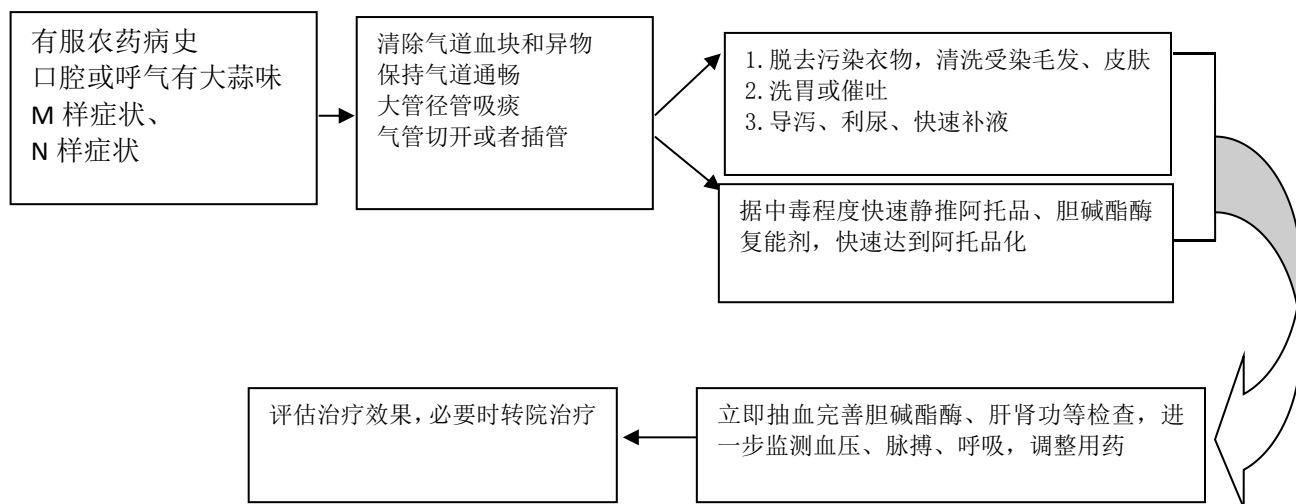
（五）镇静：烦躁、抽搐者可遵医嘱使用地西洋。

（六）进行血清胆碱酯酶活性及血电解质的检测。

（七）加强基础护理，预防褥疮、口腔炎、尿路感染、肺部感染等。

（八）做好患者的心理护理，使其有安全感。

抢救流程：

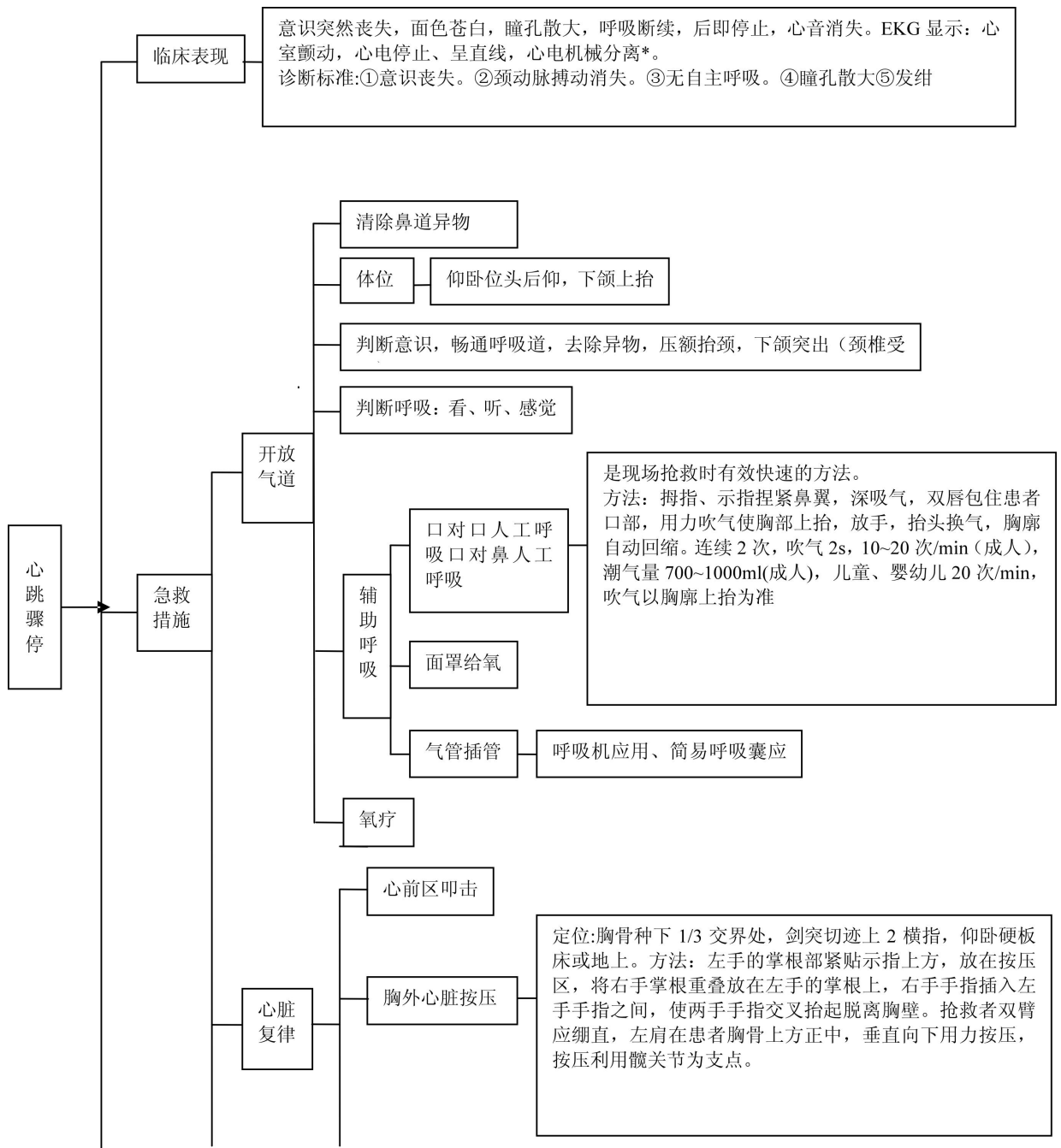


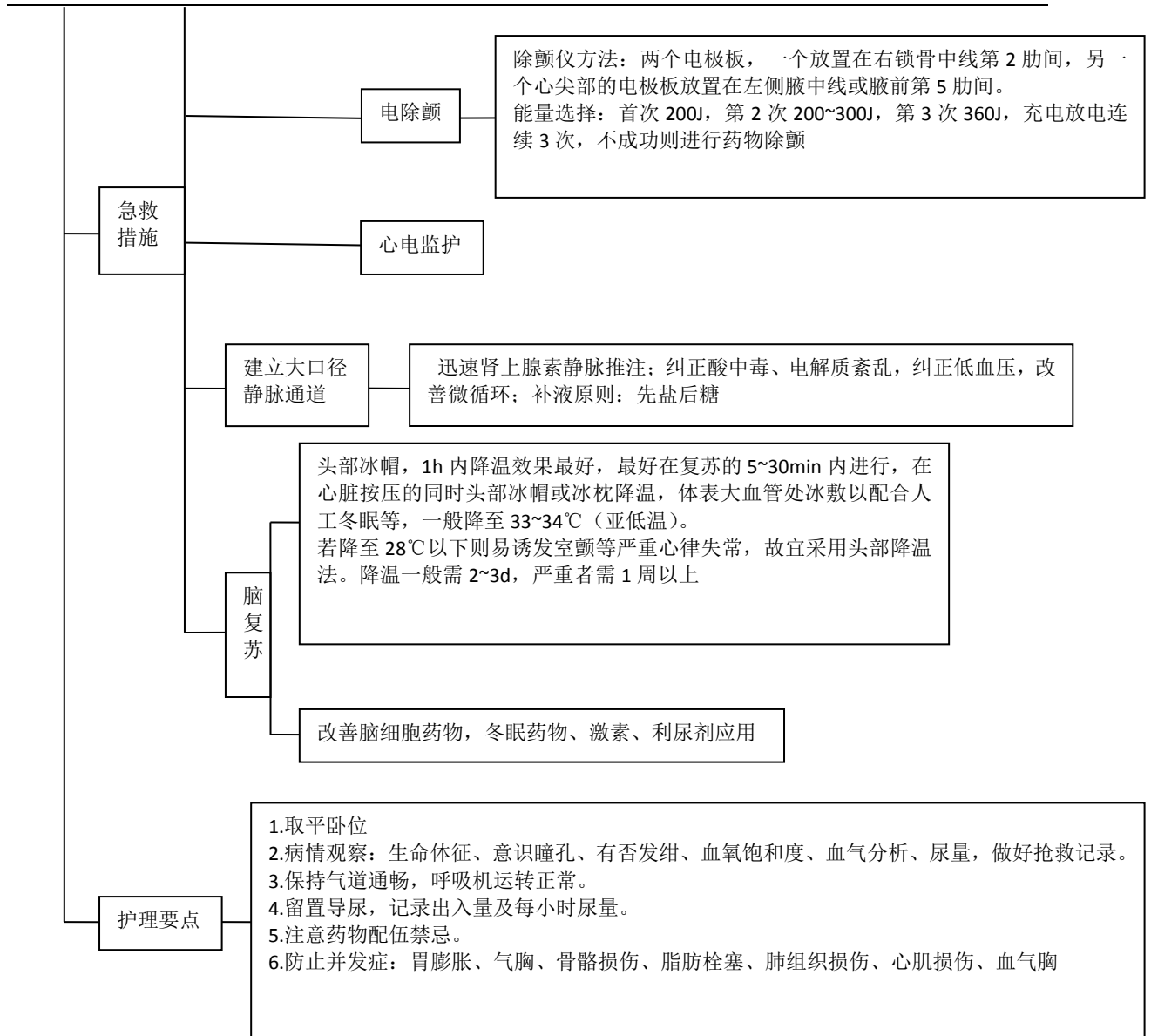
呼吸心跳骤停抢救预案及流程

抢救预案：

拍摇患者并大声询问，发现意识丧失、大动脉搏动消失、呼吸停止瞳孔散大，确定呼吸心跳骤停，立即呼叫相关人员参与抢救，立即开始抢救，使患者水平仰卧，解开颈部钮扣，持续胸外心脏按压，清除口腔异物，开放气道，立即行气管插管、球囊辅助呼吸，反复推注肾上腺素、阿托品、可拉明、洛贝拉等抢救药物，必要时行电除颤，密切监测患者各项生命体征。

抢救流程：（下一页）





糖尿病酮症酸中毒患者抢救预案及流程

抢救预案：

（一）当患者发生酮症酸中毒时，患者表现为恶心、呕吐、嗜睡或烦躁，呼吸加深。后期血压下降，四肢厥冷，重者昏迷。因此应立即采取措施，医护配合，争分夺秒抢救患者。

（二）通知医生的同时，迅速为患者建立静脉通路，补充液体，必要时开通双通路。

（三）吸氧、心电监护。准确执行医嘱，确保液体和胰岛素的输入，液体输入量应在规定时间内完成，常规应用微量泵泵入胰岛素。备好各种用品及药品，如吸痰器、开口器、舌钳、抢救车等。

（四）有谵妄、烦躁不安者加床挡，每 1h 查血糖一次并做好记录。

（五）按时测量体温、脉搏、呼吸、血压，严密观察神志、瞳孔、出入液量，并详细记录，及时报告医生。

（六）患者病情好转，逐渐稳定后，向患者及家属了解发生酮症酸中毒的诱因，协助制定有效的预防措施。

（七）按《病历书写规范》规定，在抢救结束 6 小时内据实补记抢救记录。

流程：

立即抢救→保持呼吸道通畅→建立静脉通路→吸氧、监护→观察生命体征→告知家属→记录抢救过程

肺心病合并呼吸衰竭的应急预案及流程

应急预案：

（一）立即通知医生的同时，迅速给予患者持续低流量氧气吸入并建立静脉通路。

（二）清除呼吸道分泌物，缓解支气管痉挛。遵医嘱应用支气管解痉剂，必要时给予糖皮质激素。

（三）心电监护。观察患者缺氧情况，并配合医生做血气分析。

(四) 遵医嘱应用抗生素，以控制感染。

(五) 准备好各种抢救用品及药品，吸引器、气管插管用物、呼吸兴奋剂等。

(六) 护士应严密观察：

1、患者的神志、生命体征、尿量和皮肤色泽等，尤其是患者的呼吸频率，节律及深浅度。

2、各类药物的作用及副作用，尤其是呼吸兴奋剂。

3、氧疗效果，如有二氧化碳潴留加重现象，立即报告医生采取措施。

4、患者排痰情况，及时吸出痰液，以免阻塞呼吸道。

5、患者有无肺性脑病先兆。

(七) 患者病情好转，神志清楚，生命体征逐渐平稳，护理人员应做到：

1、整理床单，更换脏床单及衣物。

2、安慰患者和家属，给患者提供心理护理服务。

3、指导患者合理饮食。

(八) 待患者病情完全平稳后，向患者详细了解此次发病的诱因，制定有效保健措施，避免或减少急性发作。

流程：

吸氧→通知医生→建立静脉通路→除呼吸道分泌物→心电监护→观察病情→告知家属→保健指导

肺癌大咯血应急预案及流程

应急预案：

(一) 使患者倒置或头低脚高位，轻叩其背部，用开口器取出义齿，把舌脱出，及时用手或吸引器去除口腔、咽喉血块，并请旁边人员帮助呼叫其他医务人员。

(二) 给患者持续低、中流量吸氧。

(三) 迅速建立静脉通道，使用强有力的止血药物，同时准备呼吸兴奋剂。

(四) 及时补充血容量、纠正休克，并做好输血准备，准备气管插管等器械。

(五) 绝对卧床休息，加强心电，血压，呼吸，心率多功能监护，如有异常及时报告医生采取措施。

(六) 患者病情好转，生命体征逐渐平稳后，护理人员应给患者做好：

- 1、清洁口腔，床单元整洁，室内保持安静，空气新鲜。
- 2、让患者保持安静，卧床休息，避免搬动，防止情绪激动，可给予适当的镇静药。
- 3、抢救结束后，6小时内据实补记。
- 4、大咯血患者止血后，鼓励患者咳嗽，将残留血块咳出。

流程：

立即抢救→通知医生→用氧、静脉输液→继续抢救→观察生命体征→记录抢救过程

自发性气胸的应急预案及流程

应急预案：

- (一) 发生气胸时立即给予氧气吸入，通知其他医护人员。
- (二) 用12~16号无菌针头于锁骨中线第二肋穿入胸膜腔，简易放气。首次放气不要过多、过快，一般不超过800ml。
- (三) 建立静脉通道，准备胸腔闭式引流装置。
- (四) 遵医嘱，给予镇咳剂和镇痛剂。
- (五) 观察病人呼吸困难改善情况、血压的变化。
- (六) 病情好转，生命体征逐渐平稳，指导病人：
 - 1、卧床休息，保持室内空气流通。
 - 2、注意用氧安全，指导病人勿擅自调节氧流量。
 - 3、咳嗽剧烈时可遵医嘱给予适量镇咳剂。
 - 4、保持胸腔引流管的通畅，指导病人下床活动时引流管勿高于穿刺点，引流管勿脱出等注意事项。
 - 5、做好病人心理护理，告知气体一般2~4周内可吸收。

流程：

立即吸氧→排气抢救→吸氧、静脉用药→继续抢救→病情观察→健康指导

高血压急症的应急处理与护理措施

高血压急症是指在原发性或继发性高血压病程中由于某些诱因的作用，血压突然升高，在短时间内舒张压 $>130\text{mmHg}$ 和(或)收缩压 $>200\text{mmHg}$ ，伴有重要器官组织如心、脑、肾、眼底、大动脉的严重功能障碍或不可逆损害。如不及时处理，可危及生命，护理人员应高度重视对高血压急症的监护及护理，以尽快降压控制病情，以防发生不可逆转的重要脏器损害。

1、一旦发现出现高血压急症者，立即通知医生，及时配合抢救。

2、协助患者取合适体位。如患者突然出现心悸、胸闷气喘、口唇发绀、咯粉红色泡沫痰等急性左心衰表现，应该立即嘱双腿下垂，端坐卧位；或者患者血压突然升高，伴剧烈头痛、恶心呕吐、心慌，视物模糊等高血压脑病表现时立即嘱患者平卧，抬高床头 30° ，绝对卧床休息。

3、给予吸氧，改善脑缺氧症状，减轻心脏负担。呕吐时将头偏向一侧，吸痰，清除口腔呕吐物，保持呼吸道通畅，必要时，气管插管防窒息。

4、上心电监护仪，密切监测生命体征。

5、立即建立静脉通道，遵医嘱对症使用抢救药物。

6、安慰患者，保持情绪稳定。避免一切不良刺激，向患者及家属解释情绪的变化与血压高低的关系，良好的情绪能促进疾病早日恢复，对负性情绪及不配合患者给予小剂量的镇静剂。

7、病情观察：高血压急症病情变化迅速，认真观察心、脑、肾、视网膜等重要脏器功能。应密切观察患者意识、瞳孔、球结膜有无水肿、有无呕吐，尿量，肢体活动情况，有无视线模糊，有无心悸气短、胸闷、咯粉红色泡沫痰等症状，如有异常及时汇报医生。

8、注意药物使用。硝普钠是治疗高血压急症作用最迅速最有效的首选药。降压起效快，作用强，持续时间短，疗效恒定可靠。适用于各种高血压急症。使用硝普钠应该严格避光，现用现配，配置24h后无论是否用完都应更换；长期使用应防止出现氰化物中毒；严格控制滴速；不应与其他药物配伍；密切观察血压及精神症状，防止发生体位性低血压；副作用有头痛恶心，做好解释。伴烦躁、抽搐者应给予地西洋、巴比妥类药物肌肉注射或水合氯醛灌肠。同时合并有高血压脑病时应根据医嘱及时应用甘

露醇等脱水剂。

9、疗效观察。用药期间严格执行医嘱，监测血压，记录降压效果，注意观察药物不良反应同时备好其他急救药品。

10、康复期的健康教育。

(1) 良好的饮食习惯，低盐 (<6g/d)、低脂、多食深绿色蔬菜和新鲜水果。一般高血压病人不必限制蛋白摄入，但是伴发肾脏损害，尤其是血尿素氮和血肌酐升高者，应限制蛋白摄入，减轻肾脏负担。

(2) 养成良好的生活方式。戒烟戒酒，控制体重，保证充足睡眠、质量好，保持大便通畅，保持情绪稳定，家属支持，每日量血压。

(3) 合理运动，劳逸结合。适量进行有氧运动，如气功、太极拳等。运动每周 3-5 次，每次 20-60min，运动时心率保持在(170-年龄)次/min。

急性左心衰竭的应急预案与流程

- 1、立即减慢输液速度（15 滴/分）。
- 2、采取正确体位（半卧位、双下肢下垂）。
- 3、立即通知医师。同时备好抢救车、负压吸引等急救物品。
- 4、立即给予吸氧（高流量、20%-30%的酒精湿化吸氧）。
- 5、安慰患者，保持情绪稳定。
- 6、立即予以心电、血压、血氧饱和度监护，必要时安置病人入住监护室。
- 7、根据医嘱使用镇静剂（如安定、吗啡等）。
- 8、根据医嘱给予强心、利尿、扩血管药物应用。
- 9、观察记录病情、生命体征变化以及抢救效果。
- 10、病情稳定，急性肺水肿缓解，及时将高流量酒精湿化吸氧，改为普通吸氧。
- 11、维持静脉通路，严密观察患者的生命体征，记录 24 小时出入水量。
- 12、根据医嘱调整用药，并观察患者治疗效果，做好记录。
- 13、做好健康教育，避免再发。

急性心肌梗死并心律失常时的风险预案及流程

【风险预案】

- 1、急性心肌梗死合并室性心动过速时，护理人员应立即通知医生的同时，嘱患者绝对卧床休息，氧气持续吸入 3~4L/min，心电监护，建立静脉通道。
- 2、遵医嘱给予利多卡因 50~100mg 静推，必要时可 5~10min 重复使用，而后以 1~3mg/min 静滴维持 48~72h。
- 3、准备好器械及药物，如除颤器、无菌手套、生理盐水、注射器、镇静剂等，药物治疗无效、无禁忌症时，可行同步直流电复律。
- 4、密切观察心率、心律、血压、呼吸的变化，及时报告医生，采取措施。
- 5、患者病情好转，生命体征逐渐平稳后，护理人应安慰患者和家属。必要时转上级医院进一步诊治。准确地记录抢救过程。

【工作流程】

立即抢救→通知医生→继续抢救→观察生命体征→告知家属→必要时转院→记录抢救经过

突然发生猝死的应急预案及流程

【防范措施及应急预案】

- 1、值班人员应严格遵守医院及科室各项规章制度，坚守岗位，定时巡视患者，尤其对新患者、重患者应按要求巡视，及早发现病情变化，尽快采取抢救措施。
- 2、急救物品做到“四固定”，每日清点，同时检查急救物品性能，完好率达到 100%，确保随时投入使用。
- 3、医护人员应熟练掌握心肺复苏流程，常用急救仪器性能、使用方法及注意事项。仪器及时充电，防止电池耗竭。
- 4、发现患者在病房内猝死，应迅速做出准确判断，第一发现者不要离开患者，应立即进行心脏按压、人工呼吸等急救措施，同时请旁边的患者或家属帮助呼叫其他医务人员。
- 5、增援人员到达后，立即根据患者情况，依据本科室的心肺复苏抢救程序配合医

生采取各项抢救措施，同时向医务科和总值班报告。

6、抢救中应注意心、肺、脑复苏，开放静脉通路，必要时开放两条静脉通路。

7、发现患者在走廊、厕所等病房以外的环境发生猝死，迅速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，同时请旁边的患者或家属帮助呼叫其他医务人员。

8、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。

9、在抢救中，应注意随时清理环境，合理安排呼吸机、除颤仪等各种仪器的摆放位置，腾出空间，利于抢救。

10、参加抢救的各位人员应注意互相密切配合，有条不紊，严格查对，及时做好各项记录，并认真做好与家属的沟通、安慰等心理护理工作。并注意对同室患者进行安慰。

11、按《病历书写基本规范》规定，在抢救结束后 6h 内，据实、准确地记录抢救过程。

12、抢救无效死亡，协助家属将尸体运走，向医务科或总值班汇报抢救过程结果。

【流程】

防范措施到位→猝死后立即抢救→通知医生→继续抢救→告知家属→记录抢救过程

药物过敏性休克应急预案及流程

一、应急预案

（一）患者一旦发生过敏性休克，当班护士立即停止使用引起过敏的药物，就地抢救，并迅速报告医生。

（二）立即平卧，遵医嘱皮下注射肾上腺素 1mg，小儿酌减（用量遵照医嘱执行）。如症状不缓解，每隔 30min 再皮下注射或静脉注射 0.5ml（小儿用量遵照医嘱执行），直至脱离危险期，注意保暖。

（三）改善缺氧症状，给予氧气吸入，呼吸抑制时应遵医嘱给予人工呼吸，喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管，必要时配合施行气管切开。

(四) 迅速建立静脉通路，补充血容量，必要时建立两条静脉通路。遵医嘱应用晶体液、升压药维持血压，应用氨茶碱解除支气管痉挛，给予呼吸兴奋剂，此外还可给予抗组胺及糖皮质激素类药物。

(五) 发生心脏骤停，立即进行胸外按压、人工呼吸等心肺复苏的抢救措施。

(六) 观察与记录，密切观察患者的意识、体温、脉搏、呼吸、血压、尿量及其它临床变化，患者未脱离危险前不宜搬动。

(七) 按《病历书写规范》规定及时、准确地记录抢救过程。

二、流程

立即停用此药→平卧→皮下注射肾上腺素→改善缺氧症状→补充血容量→解除支气管痉挛→发生心脏骤停行心肺复苏→密切观察病情变化→告知家属→记录抢救过程

住院患者发生误吸时的应急预案及流程

一、应急预案

(一) 住院患者因误吸而发生病情变化后，护理人员要根据患者具体情况进行抢救处理。

1、当患者处于神志清醒时：取站立身体前倾位，医护人员一手抱住上腹部，另一手拍背；

2、当患者处于昏迷状态时：可让患者处于仰卧位，头偏向一侧，医护人员按压腹部，同时用负压吸引器进行吸引；也可让患者处于俯卧位，医护人员进行拍背。

3、在抢救过程中要观察误吸患者面色、呼吸、神志等情况并请旁边的患者或家属呼叫其他医务人员。

(二) 其他医护人员应迅速备好负压吸引用品（负压吸引器、吸痰管、生理盐水、开口器、候镜等），遵医嘱给误吸患者进行负压吸引，快速吸出口鼻及呼吸道内吸入的异物。

(三) 患者出现神志不清、呼吸心跳停止时，应立即进行胸外心脏按压、气管插管、人工呼吸，加压给氧、心电监护等心肺复苏抢救措施，遵医嘱给予抢救用药。

(四) 给患者行持续胸外按压，直至患者出现自主呼吸和心跳。及时采取脑复苏，给予患者头戴冰帽保护脑细胞，护理人员根据医嘱给予患者脑细胞活性剂、脱水剂等。

(六) 护理人员应严密观察患者生命体征、神志和瞳孔变化，及时报告医师采取措施。

(七) 患者病情好转，神志清醒，生命体征逐渐平稳后，护理人员应给患者：

- 1、清洁口腔，整理床单，更换脏床单及衣物。
- 2、安慰患者和家属，给患者提供心理护理服务。
- 3、按《病历书写规范》规定，在抢救结束后 6h 内，据实、准确地记录抢救过程。
- 4、待患者病情完全平稳后，向患者详细了解发生误吸的原因，制定有效的预防措施，尽可能地防止以后再发生类似的问题和情况。

二、流程

立即抢救→及时清理分泌物→通知医生→记录抢救过程→观察生命体征→继续抢救→告知家属

中毒

治疗原则：

- 1、脱离现场；
- 2、迅速清理体内已被吸收或尚未吸收的毒物；
- 3、如有可能，尽快使用特效解毒药；
- 4、对症支持治疗。

清除毒物：

催吐：用压舌板刺激舌根处。

洗胃：6 小时内最佳，可适当增加洗胃次数，特别是有机磷中毒，腐蚀性毒物一般不洗胃，昏迷、惊厥者避免误吸。不明原因时多用生理盐水，腐蚀性毒物可用鸡蛋清或牛奶保护胃黏膜。

导泻：25%硫酸镁 1ml/kg

强化利尿：葡萄糖+速尿

血液净化：

特殊解毒药：有机磷：阿托品、氯解磷定

阿托品：毛果芸香碱

亚硝酸盐：美兰

氟乙酰胺：乙酰胺

酒精、镇静剂：纳洛酮

氟哌啶醇、胃复安：安坦

一氧化碳中毒

1、诊断要点：根据 CO 吸入史和临床症状即可确诊。血中 HbCO 急剧升高，是急性 CO 中毒的重要诊断依据。

2、治疗原则：尽快明确诊断，及时治疗，尽快改善患者缺氧状态，及时吸氧，积极采取对症支持治疗。

3、治疗计划：

1) 迅速使患者脱离中毒环境，转移到空气通畅处，以切断 CO 的继续吸入。

2) 保持呼吸道通畅若呼吸道被阻塞，应立即抽吸分泌物，昏迷患者必要时可做气管切开或气管插管。

3) 尽快改善缺氧状态应予纯氧吸入，鼻导管给氧可达 5L/min，面罩吸氧可达 10L/min。可用含 7%二氧化碳的混合气体吸入，以刺激呼吸中枢。对重度 CO 重度伴昏迷，出现心血管功能改变和神经系统症状的患者均应予以高压氧治疗，以提高治愈率，避免或减少后遗症。

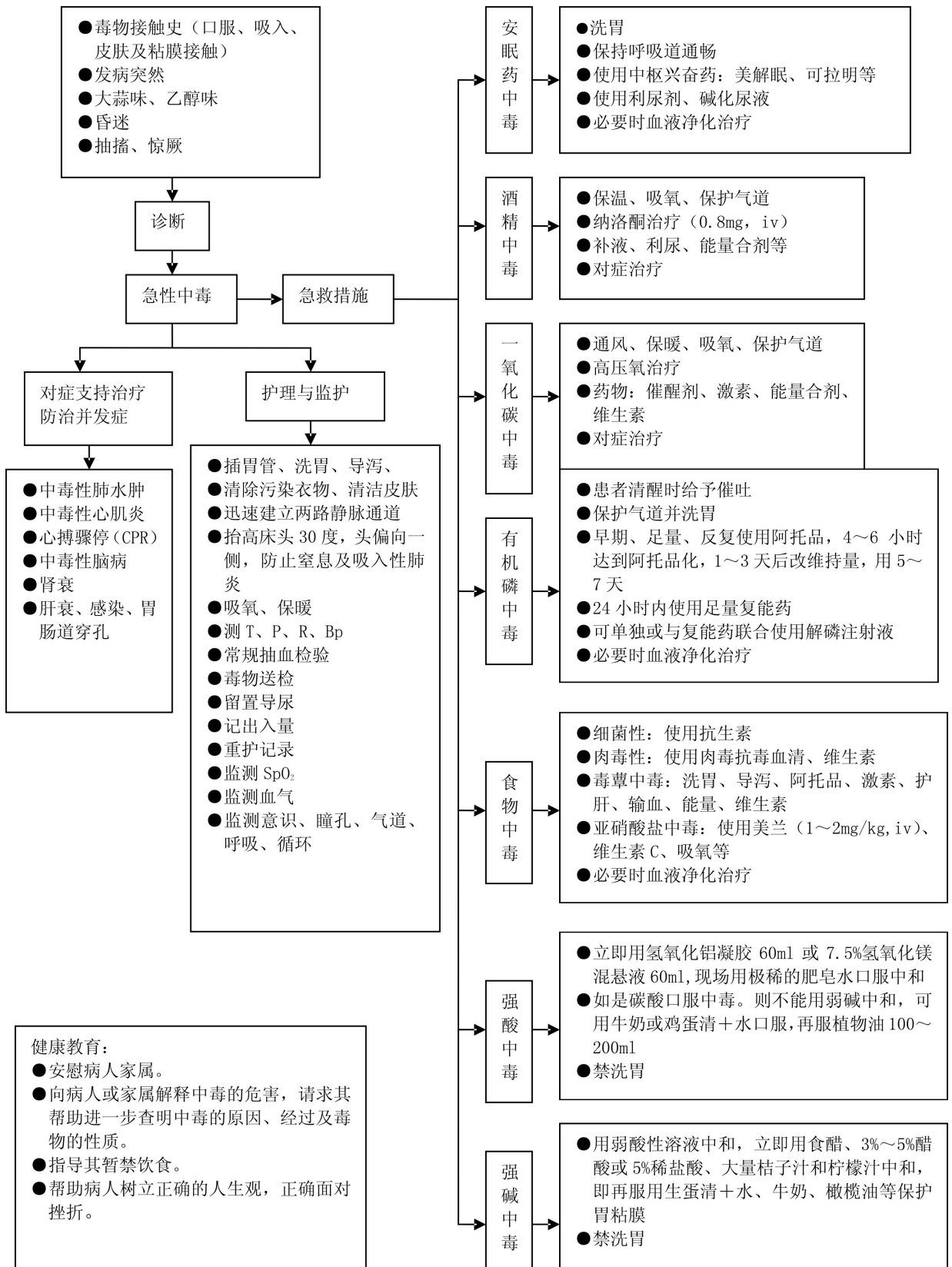
4) 输血或换血疗法可迅速改善组织缺氧状态。

5) 脑水肿和肺水肿的治疗可予 20%甘露醇静滴，每次 0.5-1g/kg，每 6-8 小时一次，地塞米松静推，每次 0.5-1mg/kg，每 6-12 小时一次，2-3 天后渐减量。肺水肿时给予呋塞米静推，每次 1mg/kg。

6) 改善脑细胞代谢，促进脑细胞功能恢复可予细胞色素 30mg、ATP20mg、辅酶 A50-100U、补充大剂量维生素 C、维生素 B1、维生素 B6、维生素 B12 及 r-氨络酸等。

7) 对症、支持治疗如有酸中毒应先改善通气，再予碱性液体。出现昏迷、呼吸抑制者可予机械通气。抽搐者给予地西洋，注意维持水、电解质和酸碱平衡。

中毒急救流程



阿片类药物急性中毒的应急预案及处理流程

病人在大剂量滥用阿片类药物后，出现精神运动性抑制，言语不清、昏睡甚至昏迷，严重者可导致死亡，必须慎重对待。

门诊患者来院时为了能服用美沙酮口服液，对在此之前服用其它阿片类药物可能隐瞒了病史，或不愿讲明情况，导致短时间内服用了大量的阿片类药物。某些病人可能存在美沙酮中毒的高危险因素，特别在用药早期(以下提示的是一些高危险因素：(第一次用美沙酮，且病人医疗和药物滥用情况不明、病人为多药滥用者、病人的耐受性不明、病人有美沙酮或其它药物过量的危险、病人有呼吸系统及肝脏疾病、使用肝药酶抑制剂)。与美沙酮相关的死亡，90%是因为合并使用其它药。一旦发生服药过量事件，立即将患者安置到抢救室并通知医生进行急救，同时叫人通知院内急救中心。

一、保持呼吸道畅通与人工呼吸、上氧。

二、纳络酮的使用——越早越好。

1、单纯海洛因中毒：一次静注 0.4mg，必要时 2—3min 重复注射，直到意识恢复、呼吸正常、一般情况好转。

2、美沙酮合并其它阿片类药物中毒：首剂量 2—4mg，无效时 3—5min 重复用药，直到 10mg 或更大剂量，之后 2mg / 500ml 液体静滴或每 2—3h 重复注射 0.4mg，维持 12h 以上。

3、单纯美沙酮中毒：首剂量 2—4mg，无效时 3—5min 重复用药，直到 10mg 或更大剂量，之后 2mg / 500ml 液体静滴或每 2—3h 重复注射 0.4mg，维持 24h 以上。

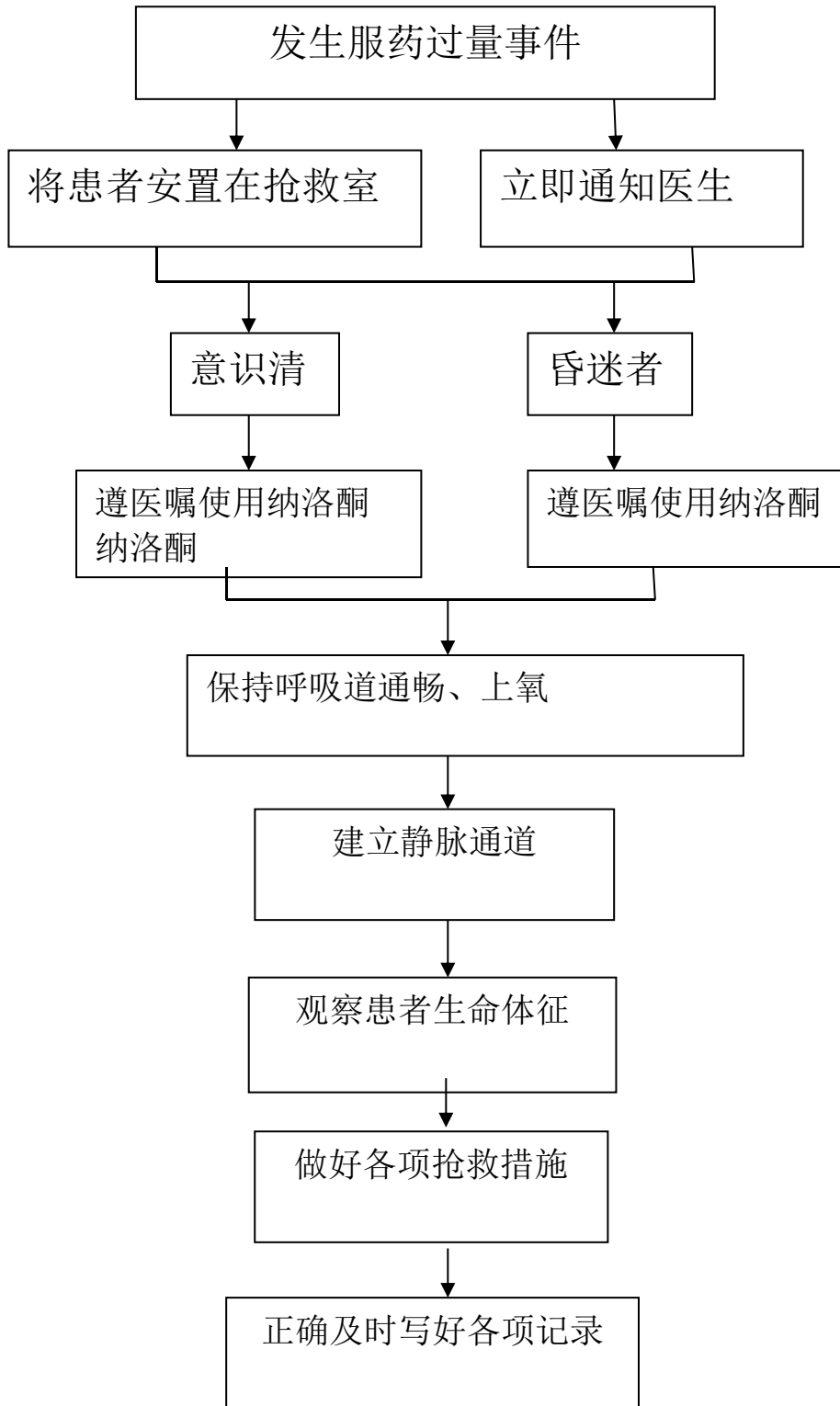
三、建立静脉通道并保持通畅，纳洛酮在病情改善后应改为小剂量静滴或肌注维持 24 小时以上。

四、遵医嘱用药，防治脑水肿。

五、观察生命体征：做好体温、脉搏、呼吸、血压的测量和记录。

六、纳络酮处理促醒，症状缓解后应立刻转诊到医院急诊科继续治疗。

阿片类物质急性中毒的处理流程



休克的抢救处理流程

1、过敏性休克:

为 I 型速发变态反应,起病急骤凶猛,病死率高。主要表现为喉头水肿、呼吸困难、胸闷发绀,面色苍白、四肢湿冷、血压下降,甚至昏迷抽搐。不可耽误,若有皮肤瘙痒时重视。

处理:

- (1) 立即停药,换管路、吸氧,
- (2) 1/10000 肾上腺素 0.01mg/kg,皮下或肌肉注射,隔 10-15min 可重复;
- (3) 非那根 0.5-1mg/kg 肌肉注射;
- (4) 地塞米松 0.2-0.4mg/kg 静注;
- (5) 必要时液体复苏和血管活性药物。

2、感染性休克

基于严重的感染发生急性循环障碍、有效血容量减少、组织血液灌流不足。

诊断依据:

(1) 感染性休克代偿期(早期):临床表现符合下列 6 项中 3 项:

- 1) 意识改变,烦躁不安或萎靡,表情淡漠。
- 2) 皮肤改变,面色苍白发灰,唇周、指趾紫绀,皮肤花纹,四肢凉。
- 3) 心率脉搏增快,外周动脉搏动细弱。
- 4) 毛细血管再充盈时间 ≥ 3 秒。(需除外环境温度影响)
- 5) 尿量减少 $< 1\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$
- 6) 代谢性酸中毒(除外其他缺血缺氧及代谢因素)

(2) 感染性休克失代偿期(晚期):代偿期的临床表现加重伴血压下降。如意识模糊,昏迷、惊厥,收缩压 $<$ 该年龄组第 5 百分位或 $<$ 该年龄组正常值 2 个 SD。

即:1-12 个月 $< 70\text{mmHg}$,1-10 岁 $< 70\text{mmHg}+[2x \text{ 年龄}]$, > 10 岁 $< 90\text{mmHg}$ 。

治疗措施:

1、液体复苏:充分是逆转病情,降低病死率最关键措施。2 条静脉或骨髓输液通道,中心静脉导管。

生理盐水:每剂 10-20ml/kg,10-20min 静推,1 小时内 1、2、3 剂,总量可达 60-80ml/kg。

血糖:第 1 小时一般不含糖,检测血糖在正常范围之内,低血糖用葡萄糖 0.5-1g/kg

纠正， $>11.1\text{mmol/L}$ 时，强化胰岛素治疗，静滴胰岛素 $0.05\text{U}/(\text{kg}\cdot\text{h})$

碱性液：纠正酸中毒最好的方法是恢复组织灌注，适度酸性环境致氧离曲线右移，利于组织用氧，纠酸并减少血管活性药物的使用也没增加心输出量，PH 达 7.25 即可。

胶体：血浆、低右、6%羟乙基淀粉、白蛋白，输血指征为红细胞压积 $<30\%$ 或 HGB $<70\text{g/L}$ 。晶：胶一般为 4: 1。

继续和维持输液：由于血液重新分配及毛细血管渗漏等，脓毒性休克的液体丢失和持续低血容量可能持续数日，因此要继续和维持输液。继续输液用 $1/2$ — $2/3$ 张液体，根据电解质测定调整，6-8h 内输液速度为 $5-10\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ ，维持用 $1/3$ 张，24h 内速度为 $2-4\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 。

2、经液体复苏后休克仍不能有效纠正时首选多巴胺。或液体复苏时即使低血容量未完全纠正，为了维持一定的组织灌注压，也可以使用升压药物。

常用血管活性药物输注的算法：体重 (kg) $\times 3\text{mg}/50\text{ml}$ 。每小时走几毫升，就是几 $\text{ug}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。

3、积极控制感染和清除病灶：应在 1h 内使用，多主张联合用药，尽量能覆盖革兰阳性杆菌并兼顾革兰阳性球菌和厌氧菌。

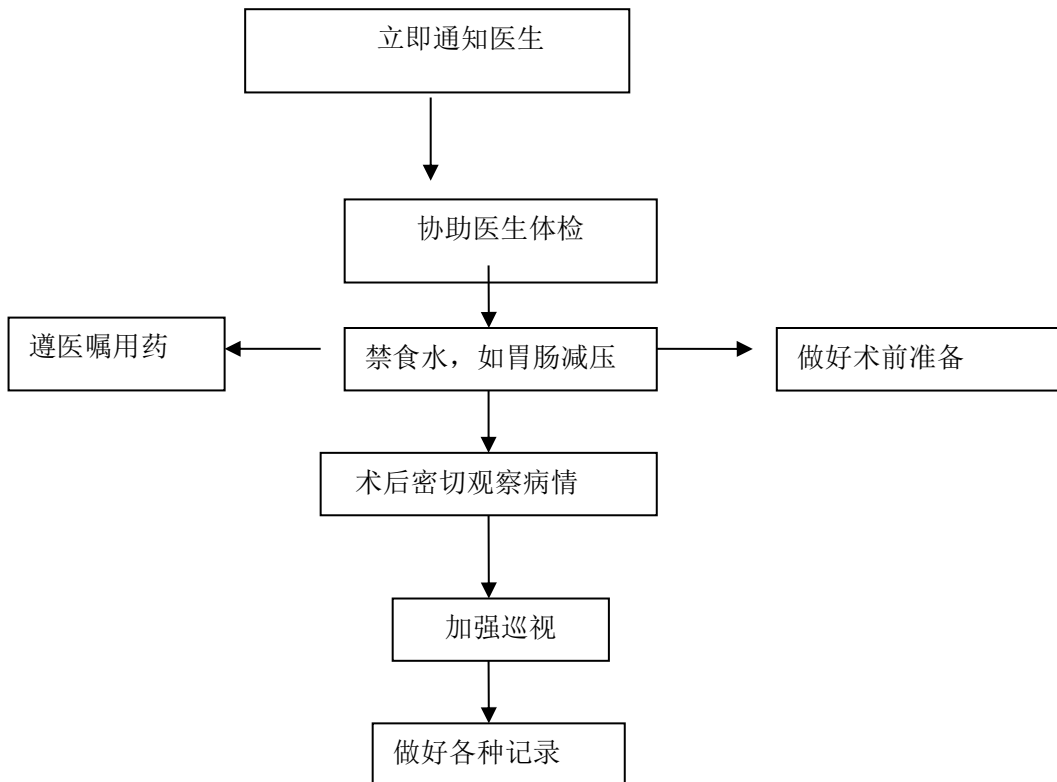
4、重症休克尤其可疑肾上腺皮质功能低下时、长期使用激素或出现儿茶酚胺抵抗时主张使用，小剂量中疗程，氢可 $3-5\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，甲泼尼龙 $2-3\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，可用至 7 天。

5、凝血障碍存在于感染性休克的整个过程，应早期发现及时治疗，小剂量肝素 $5-10\text{U}/\text{kg}$ 皮下或静注，q6h。发生 DIC 按其常规治疗。

肠梗阻病人抢救应急预案及流程

- 1、立即通知医生，协助医生体检。
- 2、明确诊断后给予解痉治疗，行胃肠减压，嘱禁食水，卧床休息。
- 3、给予补液对症治疗，如需手术遵医嘱做好术前准备。
- 4、术后严格监测生命体征，做好管道护理，加强巡视，严格交接班。

流程：

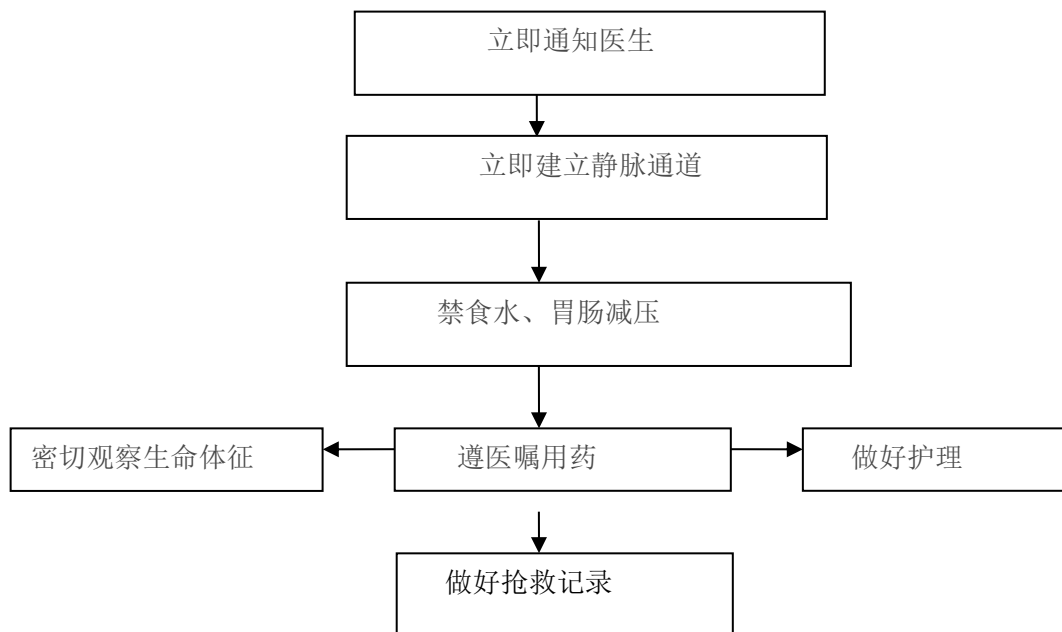


消化道穿孔应急预案及流程

预案：

- 1、立即通知医生，患者取半卧位，伴有休克者平卧，立即建立静脉通道。
- 2、禁食水，行胃肠减压，观察引流液颜色、量、性质，如引流液为鲜红色血性液，立即通知医生处理。
- 3、遵医嘱给予输液，维持水电解质平衡，应用抗生素药物，预防及治疗休克等。
- 4、密切观察患者生命体征、腹痛、腹膜刺激症、肠鸣音变化等，记录 24 小时出入量，做好术前准备。
- 5、做好患者和家属的心理护理。
- 6、及时、准确记录病情及抢救过程。

流程：



创伤性休克的应急抢救预案及流程

预案：

1、通知医生的同时，迅速为患者建立静脉通路，氧气吸入、补充血容量，选择较大且直的血管，用大号留置针，防止肺水肿发生。

2、遵医嘱给予止血剂及新鲜血或代血浆，患者继续发现血压下降，心率 >120 次/分，血压 $<80/50$ mmHg，神志模糊，四肢厥冷，甚至出现失血性休克，应迅速补充血容量，及时查找原因是否有内脏出血，请相关科室会诊，同时结扎出血部位。

3、准备好各种抢救物品及药品。

4、每15-30分钟监测生命体征一次。

5、密切观察患者神志面色，口唇、指甲颜色。

6、注意保暖，但需防止烫伤。

7、及时留取各种标本，并送检。

8、安慰患者和家属，提供心理服务。

9、在抢救结束6小时内，据实准确记录抢救过程。

流程：

立即抢救→通知医生→继续抢救→观察生命体征→告知家属→记录抢救过程

发生DIC时的应急预案

预案：

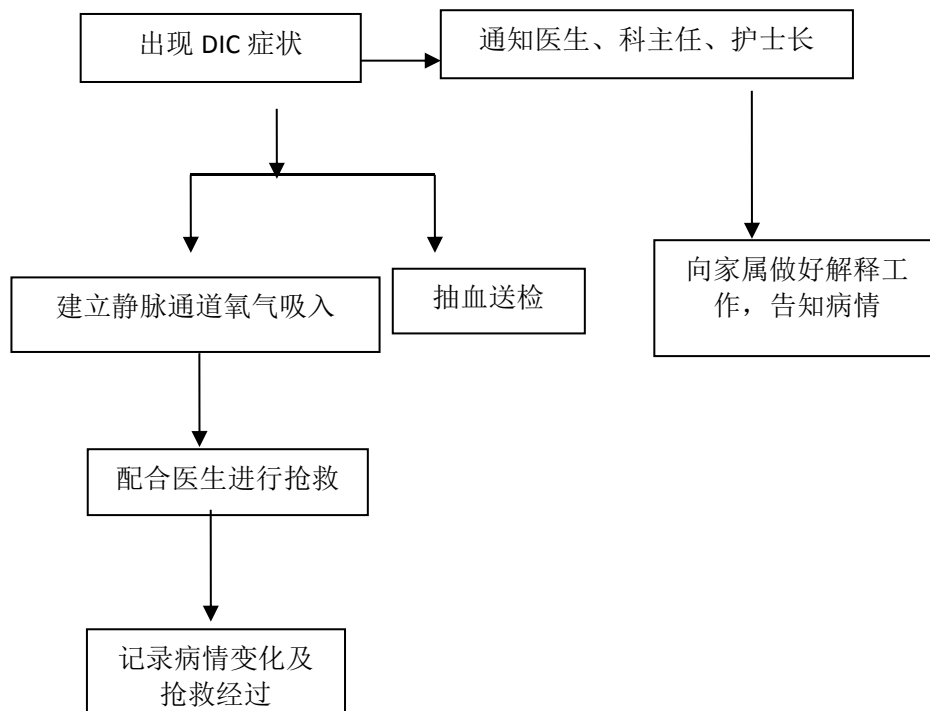
1、一旦发现患者出血不凝，皮肤粘膜有紫斑或出血，立即通知值班医生、科主任及科护士长。

2、立即建立静脉通道，氧气吸入，遵医嘱协助医生进行抢救治疗。

3、抽血做各项检查。

4、严密观察并记录病情变化，抢救经过。

流程：



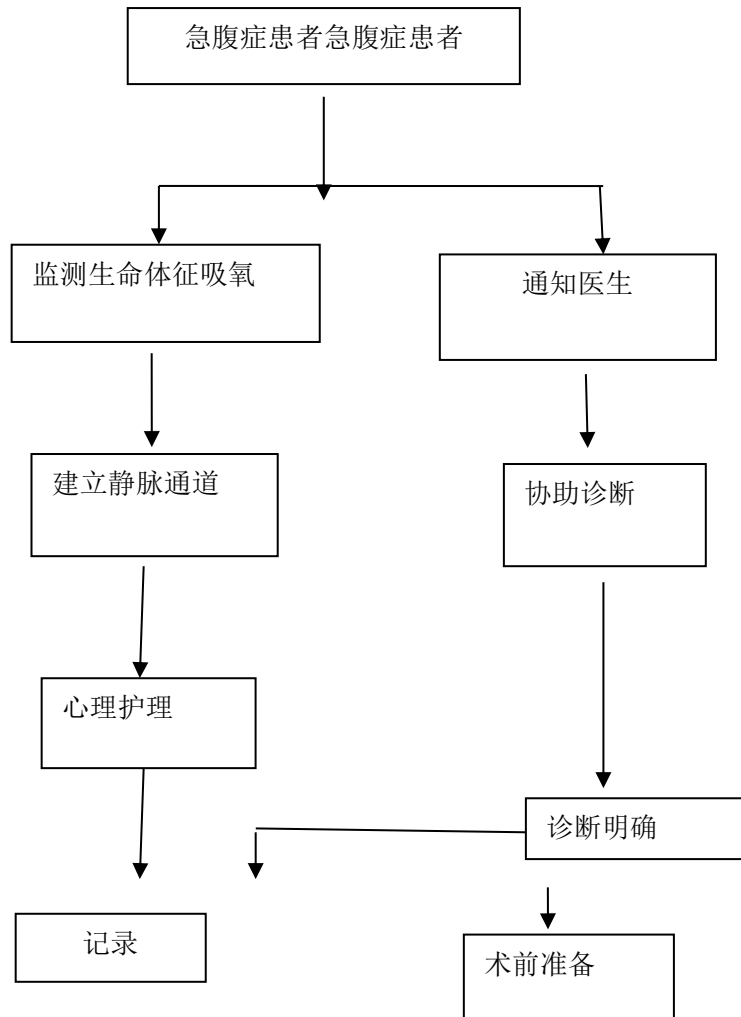


急腹症的应急预案及流程

预案：

- 1、严密观察病情，监测生命体征，发现异常立即通知值班医生，科主任及护士长。
- 2、建立静脉通道，（留置针），必要时给与双通道。
- 3、及时完成各项实验室检查项目，做好输血准备。
- 4、取休克卧位，氧气吸入 2—3L/min。
- 5、动态记录生命体征变化。
- 6、遵医嘱做好术前准备。

流程：



气管切开使用呼吸机患者意外脱管应急预案与处理流程

应急预案

- 1、立即用血管钳撑开气管切开处，同时通知医生，根据患者病情进行处理。
- 2、当患者切开时间超过一周，窦道形成时，更换套管重新置入，连接呼吸机，氧流量调至 100%，然后根据病情在调整。
- 3、如切开时间在一周以内，立即进行气管插管，连接呼吸机，通知专业医师进行重新置管。
- 4、其他医护人员应迅速准备好抢救药品和物品，如患者出现心跳骤停时，应立即给予心脏按压。
- 5、配合医生查动脉血气分析，根据结果调整呼吸机参数。
- 6、严密观察生命体征及神志、瞳孔、血氧饱和度的变化，及时报告医生进行处理。
- 7、病情稳定后，专人护理，应补抢救记录。

处理流程

立即抢救→通知医生→根据病情处理→氧流量调至 100%→配合查动脉血气分析→调整呼吸机参数→观察生命体征→记录抢救过程。

气管插管意外脱出的应急预案

- 1、当气管导管意外脱出时，严密观察病情及生命体征，血氧饱和度，有自主呼吸：给予高流量吸氧，必要时吸痰，清醒病人做好心理护理，无自主呼吸：保持呼吸道通畅，简易呼吸器人工呼吸，严密观察呼吸频率，面色，血氧饱和度，并立即通知值班医生。
- 2、配合医生紧急处理，并备好吸引器、吸痰管，呼吸机，并设定好呼吸机参数，协助喉镜气管插管，接呼吸机辅助呼吸（听诊双肺呼吸音），固定气管插管。
- 3、观察病人呼吸频率，面色，血氧饱和度，重新调整呼吸机参数，根据心电监测及血气指标，除颤仪备床旁备用。
- 4、根据医嘱给病人肌松剂、镇静剂，有效肢体约束。
- 5、插管后，确定插管位置，固定好气管插管，连接呼吸机，必要时做胸片检查及复查动脉血气。
- 6、准确记录处理过程及病人生命体征。

开放性骨折患者应急预案及流程

【应急预案】

- 一、查看病员，评估受伤部位、程度，迅速为患者建立静脉道路，补充血容量，必要时输血，准备及时应用药物；
- 二、保持呼吸道通畅，充分给氧改善患者的通气功能，提高组织血氧含量，纠正低氧血症；
- 三、伤肢妥善固定，伤处包扎止血，充分暴露患者身体各部分，以发现危及生命的重要创伤；
- 四、常规采集血液标本，以便及时做生化、肾功能、红细胞压积等化验检查，协助做各种辅助检查；
- 五、必要时留置尿管，观察尿液颜色、性质和量，以了解有效循环血量情况、泌尿系统损伤及损伤程度。
- 六、协助做好各种诊断穿刺及治疗，如胸穿、腹穿、胃肠减压及胸腔闭式引流术；
- 七、抢救的同时做好术前准备，禁饮食准备、备皮、皮试、术前用药准备、各种检查结果报告单（X线片、CT片、磁共振等）的准备等；
- 八、制定手术方案，根据病情选择不同的处理方式及固定方式。

【流程】

查看、评估病员→建立静脉通路→吸氧→保护呼吸道通畅→妥善患肢外固定，伤口处置→观察生命体征→术前准备→心理护理→记录抢救过程。

截瘫病人的应急预案及流程

【应急预案】

- 一、指定专人组织抢救，熟练掌握急救原则，准备急救器材、药品。
- 二、平卧硬板床。
- 三、在抢救的同时评估受伤程度，是完全性脊髓损伤还是不完全性脊髓损伤。
- 四、密切观察生命体征、全身情况变化，危及生命安全时，应首先抢救病人，待稳定后再处理其他。

五、做好入院宣教。

六、解除压迫，防止继发性脊髓损害。

七、避免瘫痪肢体的肌肉萎缩和关节僵硬，教会病人功能锻炼。

八、防止并发症。

【流程】

组织人员，准备器材、药品→评估受伤程度→密切观察→入院宣教→防止继发损害→功能锻炼→防止并发症。

骨盆骨折的应急预案及流程

【应急预案】

一、急救人员熟练掌握骨盆骨折病人的治疗原则，准备好硬板床及抢救药品，指定专人组织抢救。

二、快速建立静脉通道，迅速补充血容量，在抢救过程中，初步评估病人受伤的程度，是否开放性出血，止血，固定骨盆环。

三、在抢救过程中，注意观察病员的病情变化，如神志、瞳孔、呼吸、血压等生命体征情况，评估抢救效果。如有危及生命的并发症时，应首先处理，其次才是骨折本身。

四、非手术治疗的病人，嘱病人卧床休息 3-4 周。

五、手术治疗，积极做好术前准备，制定手术计划，采取适宜的手术方式、固定方式。

六、根据手术选择术后锻炼时间及方式，预防深静脉血栓、肺部感染、泌尿道感染、褥疮等。

【流程】

做好急救准备→做好物品及入院准备→抢救病人→判断病情→继续抢救病人→做好术前准备→制定手术计划→术后康复



骨筋膜室综合症应急预案及流程

【应急预案】

骨筋膜室综合症多发生于骨折创伤后 72h 内

一、观察患肢皮肤颜色、肿胀情况、疼痛性质、感觉活动状况、脉搏及毛细血管充盈时间，尿液的性质、颜色、量，以及有无全身反应。

二、注意伤口敷料的松紧度。

三、禁止使用止痛类药物，以免掩盖病情。

四、严格床头交接班。

五、一旦发现，立即放平肢体，松解外固定，有效制动。禁止按摩、热敷。

六、密切观察病情变化，尽早行手术切开减压，清除血肿及坏死组织，必要时截肢。

七、做好抢救工作：积极防治失水、酸中毒、高钾血症、肾功能衰竭、心律失常、休克等并发症。

【流程】

观察患肢情况→伤口敷料的松紧度→禁用止痛药→做好交接班→患肢制动、松解外固定→完善术前准备→尽早手术→预防并发症的发生

脂肪栓塞应急预案及程序

【应急预案】

一、保持呼吸道通畅：采取侧卧位或平卧位，头偏向一侧，以利于呼吸道分泌物排出，防止呕吐物误吸引起窒息，舌后坠阻塞呼吸道时应插入气管导管或用舌钳将舌拉出，必要时可行气管切开。

二、体位：术前术后均应抬高床头 15-30 度，以利静脉回流。

三、迅速建立静脉通道，纠正休克，快速输血输液扩容抗休克治疗，注意保暖。急查血常规，必要时尽早输注血浆、红细胞悬液等。监测血压，必要时使用多巴胺等升压药物。

四、给予呼吸支持治疗，纠正低氧血症，采用面罩给氧，必要时气管插管或气管

切开，予以呼吸机辅助呼吸治疗，并及时监测血气变化。

五、早期予以大剂量的糖皮质激素（甲基强的松龙或地塞米松）甲基强的松龙为：480mg/d 维持 3-5 天。之后根据病情逐渐减量。

六、保护脑细胞治疗，冰帽降温、甘露醇脱水、鲁米那镇静。

七、改善微循环，应用羟乙基淀粉、丹参等药物。

八、防止应激性溃疡。

九、抗感染治疗、防止肺部感染。

十、营养支持治疗，早期给予胃肠道营养或静脉营养。

十一、对骨折部位采取及时、有效的外固定。

十二、躁动病人谨慎使用镇静药，应由专人看护，给予适当约束，防止坠床及意外发生。

十三、加强基础护理，对于昏迷病人要注意保暖，定时翻身拍背，清理呼吸道，防止坠积性肺炎。

十四、完善各项检查：三大常规检查，血型鉴定、血气分析，胸部及头颅 CT、心电图等。

十五、实时做好抢救记录。

【程序】

保持呼吸道通畅→建立静脉通道，纠正休克→大剂量的糖皮质激素→保护脑细胞、镇静→改善微循环→预防应激性溃疡、肺部感染→营养支持→专人看护预防意外情况发生→加强基础护理→实时做好抢救记录。

脑疝患者的应急预案及流程

【预案】

一、脑疝患者常见先兆症状有：剧烈头痛、频繁呕吐、血压升高、一侧瞳孔散大，脉搏慢而有力，伴有不同程度的意识障碍，一侧肢体活动障碍等。医护人员发现患者有脑疝先兆症状时，立即置患者侧卧位或仰卧位，头偏向一侧，患者烦躁时，要防止坠床。立即通知医生，迅速建立静脉通路，遵医嘱给脱水、降低颅内压药物，通常使用 20%甘露醇 250ml 快速静脉点滴。

二、其他护理人员迅速给予氧气吸入，备好吸痰器、吸痰盘、及时吸净呕吐物及

痰液，同时给予心电、血压、血氧饱和度监测。

三、严密观察患者瞳孔、意识、呼吸、血压、心率、血氧饱和度的变化，及时报告医生，必要时做好脑室外引流准备。

四、患者出现呼吸、心跳停止时，应立即采取胸外心脏按压、气管插管、简易呼吸器或人工呼吸机辅助呼吸等心肺复苏措施，并遵医嘱给予呼吸兴奋剂及强心剂等药物治疗。

五、头部放置冰袋或冰帽，以增加脑组织对缺氧的耐受性，防止脑水肿。

六、患者病情好转后，护理人员应给患者做好：1. 清洁口腔，整理床单，病情许可时更换床单及衣物；2. 安慰患者和家属做好心理护理；3. 协助昏迷或偏瘫患者翻身，按摩皮肤受压处，置肢体于功能位；4. 向患者及家属说明脑疝的病因、诱因、临床表现，尽可能避免脑疝再次发生；5. 按《病历书写规范》规定，在抢救结束后 6h，据实、准确地记录抢救过程。

【流程】

发现脑疝先兆→取体位→通知医生→加压脱水→心电监护、吸氧、吸痰→严密观察病情（必要时脑室外引流）→告知家属→记录抢救过程。

癫痫持续状态的抢救预案及流程

【预案】

癫痫是神经外科常见的临床表现，癫痫持续状态是威胁病人生命的急症之一。

一、严密观察病情，预防自伤或跌伤。

二、立即控制抽搐，可选用安定、苯妥英钠、鲁米那钠静脉滴注或肌注，或水合氯醛灌肠，必要时静脉注射硫喷妥钠。

三、保持呼吸道通畅，吸痰、给氧，必要时气管切开或气管插管辅助呼吸。

四、维持循环功能。

五、防治脑水肿，给予脱水剂和糖皮质激素。

六、维持营养和水电解质平衡。

【流程】

立即抢救→控制抽搐→保持呼吸道通畅→监测生命体征→维持循环→密切配合→对症处理→及时记录。

小脑幕切迹疝（颞叶沟回疝）处理预案及流程

【预案】

小脑幕切迹疝（颞叶沟回疝），是神经外科临床上最常见的急症。常见于颅内血肿、急性脑出血、肿瘤、颅内感染及其他颅内占位病变的病人。主要表现为：意识障碍加深，一侧瞳孔散大，光反应消失，对侧肢体瘫痪。

一、立即静脉快速滴注或注射 20%甘露醇 250~500ml 及地塞米松 10~30mg，或速尿 20~40mg，并立即通知医生。

二、病因已明确者，立即术前准备，手术探查，去除病因。

三、病因不明确者，经脱水治疗等急救措施后，如病情稳定，急诊进行 CT 或脑血管造影检查。

四、严密观察病情，注意神志、瞳孔和生命体征的变化

【流程】

立即抢救→监测生命体征→控制颅内压→保持呼吸道通畅→完善辅查→遵医嘱用药→手术→对症处理→及时记录。

甲亢危象的应急预案及流程

【预案】

一、住院患者因急性感染、精神创伤、高热、妊娠等而发生病情变化后，医护人员要根据患者具体情况进行抢救处理。当患者体温升高至 39℃时，应立即给予物理降温，药物降温、密切观察其变化，每 15-30 分钟测 T、P、R、BP 一次，病情稳定后可改为 1-2h 一次。

二、其他医护人员应迅速备好各种急救药品，如丙硫氧嘧啶，复方碘溶液，呼吸急促时给予氧气吸入。

三、患者出现体重变化，如体重锐减、烦躁不安、呼吸急促、大汗淋漓、厌食、恶心、呕吐、腹泻等应警惕虚脱，休克、嗜睡、谵妄和昏迷时应及时备好液体，准备抗休克治疗。

四、病情好转，神志清楚、生命体征逐渐平稳后，护理人员应给患者做好：

1、清洁口腔，整理床单，更换脏床单及衣服，避免受凉。



2、安慰患者和家属，给患者提供心理服务。

3、按《病历书写规范》规定，在抢救结束后 6h 内据实、准确地记录抢救过程。

五、待患者病情安全平稳后，向患者详细了解诱发因素，制定有效的预防措施，尽可能地防止以后再发生类似的问题。

【流程】

立即抢救→监测生命体征→保持呼吸道通畅→完善辅查→遵医嘱用药→对症处理→及时记录。

急性肠梗阻患者的应急预案及流程

【预案】

一、取半卧位，头偏向一侧，保持呼吸道通畅。

二、迅速建立静脉通路，遵医嘱给予补液及抗生素。

三、禁饮食，遵医嘱行胃肠减压，并保持通畅，注意观察引流液颜色及量。

四、严密观察生命体征变化，必要时心电监护，监测血压、心率，如有异常，及时采取措施。

五、病室保持安静，空气流通，避免不良刺激加重病情变化。

六、安慰患者及家属，给患者提供心理护理服务，使其减轻恐惧焦虑心情，取得配合。

七、做好基础护理，如口腔护理等。

八、需手术治疗者与家属沟通，建议转入综合医院做好术前准备。

【流程】

监测生命体征→取合适体位→胃肠减压→完善辅查→遵医嘱用药→对症处理→转院→手术→及时记录。

困难气道的处理预案

一、困难气道的定义和分类

(一) 困难气道的定义

1、困难气道：是经过正规训练的麻醉医师在行面罩通气和（或）气道插管时遇到了困难。

2、困难气管插管：即经过正规训练的麻醉医师使用常规喉镜正确地进行气管插管时，操作在4次以上或需时10min以上者仍不能完成为插管困难。

3、面罩通气困难：即一个麻醉医师在无他人帮助的情况下不能维持正常的氧合和（或）合适的通气。

(二) 根据气道困难发生的类型分为：通气困难和插管困难

1、急诊气道：一般指通气困难同时插管也很困难的十分危急的病人，需要采取特别紧急的措施打开气道，并建立通气，通气困难往往发在诱导后。

2、非急诊气道：病人能维持自主呼吸或在面罩辅助下能维持正常的通气和氧合，但插管困难，此种困难气道的处理比较从容，允许选择其他的插管方法完成气管内插管。根据术前估计分为：

①已经确定或者预料的困难气道。

②未能预料的困难气道：术前估计未能发现气道问题和未作术前检查而常规诱导，诱导后发生了困难气道，这是产生急诊气道的常见原因。

二、困难气道的评估

1、术前访视：术前访视需要了解患者既往有无困难气管插管等情况。如患者曾有困难气管插管病史，应特别注意以下四个重要问题；

①气管插管的困难程度及所采用的解决办法；

②直接喉镜操作期间患者的体位；

③气管插管所用的器械；

④操作者对患者既往所采用的气管插管方法是否熟悉。

2、体格检查：良好训练的麻醉医师多半能一眼发现潜在的困难气管插管。短粗、肌肉发达和组织臃肿的颈部常可导致直接喉镜操作和声门显露困难。病态肥胖，因鼻道和声门周围区域有过多的组织可累及呼吸道，可阻挡在清醒和麻醉状态下行直接喉镜操作时的视野及接近声门口的径路。下颌短小、门齿前突，颈部肿物，疤痕挛缩，

气管移位等。下颌骨在颞下颌关节处的活动度；头部在寰枕关节处的活动度；颈部的长度、周径和肌肉发达的程度；腭的大小和开关；下颌骨与面部大小的比例；上颌牙与下颌牙的咬合情况等，并目测甚至颞突和下颌角的大致距离。体检指标包括：

开口度：张口度小于 3cm 示气管插管操作困难；小于 1.5cm 则无法用直接喉镜进行气管插管。

牙列：上切牙突出在直接喉镜显露和气管插管操作期间可影响插管操作。

下颌骨活动度

舌咽部结构：即马兰帕蒂分级（Mallampati）。

寰枕关节伸展度：患者枕寰关节的仰伸度分级：

I 级：伸展度无降低；

II 级：降低 1/3

III 级：降低 2/3

IV 级：伸展度完全消失。

下颌间隙：测量甲-颏间距和/或下颌骨水平支的长度，正常成年人喉前下颌骨内面和舌骨之间的空间平均至少应能达到两指以上。

3、影像学检查。

4、喉镜检查喉镜下所见到的咽部视野：

I 级：能看到声带；

II 级：仅能看到部分声带；

III 级：仅能看到会厌。

IV 级：看不到会厌。

局麻下喉镜暴露达 II 级水平提示插管无困难，可放心进行全麻诱导插管。

三、困难气道的处理

1、已知的困难气管插管

一般准备：病人的心理准备必不可少，术前必须用抗胆碱药物。

局部麻醉：表面麻醉是清醒插管的主要麻醉方法，常用 1%的丁卡因或 4%的利多卡因 5-10ml 喷雾，气管内表面麻醉可经环甲膜穿刺注入，个别敏感病人需进行舌咽神经或喉上神经阻滞。

镇静、镇痛：原则为小剂量、短效、不抑制自主呼吸、能减少或消除病人的痛苦

和不愉快感。在熟练掌握一定困难插管方法后，对预计无面罩通气困难、喉头显露为II、III级的病人，可选用短效肌松剂。对未完全掌握困难插管技巧的医师及预测重度插管困难的病人，诱导时不能用肌松剂。

插管失败可选择：①取消手术，重新准备；②如果极不合作，面罩通气正常，可选择全麻诱导；③手术必须完成，可选择局麻下手术或手术“建立气道”。

2、非清醒插管

在能够维持呼吸道通畅和病人无缺氧之虑基础上，非清醒插管能使病人更顺利和舒适地度过麻醉插管。术前准备应准备纤维喉镜、应急气道如喉罩、联合导气管、经气管高频喷射通气装置等。对于未完全掌握困难插管技巧的住院医师及预计重度困难插管的病人和需要纤维喉镜的病人，主要采用全静脉和吸入麻醉。使吞咽反射消失，而自主呼吸不受明显影响，必要时病人可很快清醒。对熟练掌握会厌下盲探声门的插管方法，无面罩通气困难可采用常规麻醉诱导，于完全肌松方式进行插管，如试插失败和插管困难程度比预计的重，应面罩给氧3至5分钟，待自主呼吸恢复。

3、具体插管方法

直接喉镜：压迫喉结、使气管导管弯成一定的弧度、寻找气管导管内的气流声(肌松插管病人可轻压胸廓)、经口左侧气管插管、使用导管引管器等。

经鼻盲探插管：保持自主呼吸，以呼吸声作为导管接近声门的引导。

光索：实质上是一根前端装有灯泡可弯曲的管芯，在环甲膜清楚看到光索前端的亮点时，光索的前端正位于环甲膜后。

纤维光导内窥镜：包括纤维支气管镜和纤维喉镜。

逆行性引导法。

喉罩引导法。

4、面罩不能通气且气管插管困难病人的处理

食道气道联合导管插管

喉罩通气

手术紧急通气技术：包括经环甲膜穿刺行气管高频喷射通气、环甲膜切开术和气管切开术，但12岁以下的儿童，环甲膜穿刺应列为禁忌。

麻醉科过敏反应的处理预案

一、过敏反应定义

过敏反应又称 I 型变态反应，是由 IgE 介导的变态反应，即速发型超敏(变态)反应，其特点是发作快，恢复迅速，通常不遗留组织损伤，具有明显的个体差异和遗传倾向。

二、过敏反应的临床表现

过敏反应一定伴有血压下降和心动过速，也可能发生支气管痉挛、喉头水肿、眼眶周围水肿、低氧血症和心律失常等症状。症状一般在注射药物后 5 分钟内出现，偶有延迟反应发生。皮肤潮红为常见症状，荨麻疹亦可见；有些病人可发生凝血障碍和白细胞减少。

三、过敏反应的治疗原则及防治方案

1、治疗原则：

- (1) 尽快找出变应原并脱离接触；
- (2) 针对变态反应的发生发展过程，切断或干扰其某个环节以终止其继续发展。如①脱敏；②阻止活性介质释放；③对抗活性介质的作用；④改善效应器官的反应性；⑤应用肾上腺皮质激素。

2、防治方案：

(1) 肾上腺素的应用：当成人发生危及生命的过敏反应时，应立即静脉注射肾上腺素 10~100ug，而后每 1~3 分钟重复一次，剂量可酌情加倍，直至血压回升并稳定。若未危及生命，可皮下注射浓度为 1：1000 的肾上腺素。在过敏反应的急性期，还有可能需要 α-肾上腺素能作用的拟交感神经药(如去甲肾上腺素)来维持重要器官的灌注。

(2) 积极输液、供氧，维持循环稳定：若症状严重，则应快速建立静脉通路，酌情输入等渗含钠液和 / 或胶体溶液，尽快恢复血容量和血压。必要时可经面罩或鼻管方式给患者供氧。

(3) 氨茶碱的应用：氨茶碱属丁甲基黄嘌呤类药物，磷酸二酯酶(phosphodiesterase PDE) 的强抑制剂。当 PDE 的活性受到抑制时，cAMP 则不能转化成无活性的 5' AMP，因而从另一途径提高了细胞内 cAMP 的水平。此外，氨茶碱还具有松弛平滑肌的作用，故从理论上讲，此药与腺苷酸环化酶促活剂(如肾上腺素)合并使用治疗支气管痉挛是合理的。常用剂量为 3~5mg / kg 静脉滴注。

(4) 抗组胺药的应用：苯海拉明是临床上常用的抗组胺药。发生过敏反应时，成人可静脉注射 50~100mg 苯海拉明 (Diphenhydramine)。

(5) 激素的应用：大剂量肾上腺皮质激素(如氢化考的松、甲基强的松龙等)常用于发生变态反应的病人(如甲基强的松龙 10~15mg/k 静脉滴注)。由于此类药物在抗变态反应中有抑制毛细血管渗出和组胺释放、促进致敏物质代谢、抑制抗体形成等作用，因此，临床上常规应用。

局麻药毒性反应处理预案

一、预防：

局麻药毒性反应突出的表现是惊厥，毒性反应发生时可影响到呼吸和循环系统，严重者可危及生命，因此防止其毒性反应十分重要。

(一) 麻醉前给予非抑制量的苯二氮卓类药物，如地西洋、咪达唑仑。

(二) 应用局麻药的安全剂量是关键，特殊手术需要大量局麻药时可使用最低有效剂量浓度，避免单次用药过量。

(三) 适量加入血管收缩剂如肾上腺素，以减慢吸收速度和延长麻醉作用时效。

(四) 防止局麻药误入血管内，注药过程反复抽吸，可先注射实验剂量以观察反应。

(五) 警惕毒性反应的前驱症状，如惊恐、突然入睡、多语和肌肉抽动；此时应立即停止注射，采用过度通气以提高大脑的惊厥阈值。

二、治疗：

(一) 发生惊厥时应注意保护病人，避免意外的损伤。

(二) 充分吸氧，必要时进行辅助或控制呼吸。

(三) 可给予快速巴比妥类药物或地西洋、咪达唑仑等进行镇静，但是勿应用过量以免发生呼吸抑制。

(四) 开放静脉输液，维持血流动力学的稳定。

(五) 如给予快速巴比妥类药物或地西洋、咪达唑仑后仍继续惊厥，则是应用肌松药的适应症。但是必须有熟练的麻醉人员方可应用肌松药，且要有人工呼吸设备。

恶性高热的处理预案

手术中应避免使用容易诱发恶性高热的药物，特别是家族成员存在肌肉性疾患或恶性高热者更应避免。当手术患者出现不易解释的心动过速、体温异常快速升高时，就应考虑到恶性高热发生，并应立即采取下列措施：

一、立即停用人工麻醉药物和终止手术，更换钠石灰及麻醉回路管道，并用纯氧进行过度通气，排出 CO₂。

二、及早彻底地全身降温，包括体表冷却降温，如在开腹或开胸手术，可用冷却的生理盐水反复进行胸腹腔冲洗；更有效的方法是采用体外循环利用变温器进行血液降温。为避免意外低温，体温保持在 38℃—39℃ 即可。

三、纠正代谢性酸中毒，可先给 5% 碳酸氢钠溶液 2-4ml/kg，待进一步动脉血气分析的结果后做进一步处理。

四、维持循环稳定，包括控制窦性心动过速、维持动脉血压、补充液体维持动脉灌注等。

五、保护肾功能，早期预防肾衰。在 45-60 分钟内静脉输入冷却的乳酸钠复方生理盐水 1500-2500ml，并给予速尿或甘露醇，维持尿量 >2ml/(kg.h)，必要时行血液透析。

六、纠正电解质紊乱，如控制高血钾症等。必要时施行血液透析。

七、应用较大剂量的地塞米松或氢化可的松。

八、尽早应用丹曲洛林 (Dantrolene)，这是目前抢救恶性高热最有效的药物。其用法为静注丹曲洛林 2mg/kg，每 5min 一次直至总量 10mg/kg，以后每 6~15h 重复一次或持续静滴 1mg/(kg.h)，连续 3d 或病情稳定，体温正常为止。

九、由于钙通道阻断剂在治疗恶性高热中作用有可能加重高血钾和心肌抑制，甚至诱发恶性高热，故不主张钙通道阻断剂用于恶性高热。

十、加强观察和监测，如体温、心电图、动脉压、CVP、尿量、动脉血气分析、以及电解质、凝血功能等的监测。

十一、当病情好转时，也不能放松气道管理，气道管理有困难时，应尽早气管切开。

十二、其他支持疗法和预防感染。

哮喘持续状态处理应急预案

措施:

1、原因分析

(1)病理状态: 难治性支气管痉挛。

(2)表现: 气道压升高, 呼出二氧化碳波形呈倾斜状。

2、紧急处理措施: 100%氧气吸入: 舒喘灵 250ug, iv 或吸入喷雾 2.5mg; 氨茶碱 250mg, 缓慢 iv。后续措施: 氢化可的松 200mg。进一步检查: 胸片, 动脉血气分析。

仍需考虑: ①呼吸回路阻塞: ②气管导管打折或套囊疝形成; ③支气管插管 / 导管移位; ④气道异物; ⑤过敏反应; ⑥气胸。

3、危险因素

(1)哮喘病史, 尤其是有既往急性发作致进 Icu, 和 / 或全身类固醇依赖的患者。

(2)并发呼吸道感染。

(3)气管导管刺激隆突。

4、诊断

(1)气道压升高, 二氧化碳波形呼气相延长。

(2)主气管及双肺高度膨胀并共鸣, 或伴有呼气相哮鸣音 (严重时可消失)。

(3)严重支气管痉挛须作为一个待排除诊断。判断气道阻力升高的最快的方法是, 在呼吸回路远端断开, 直接手捏气囊进行通气。如果仍感觉阻力较大, 问题在于气道 / 导管阻塞, 或肺顺应性降低。

(4)用带刻度的弹性橡胶探条听诊气管导管, 排除导管阻塞 (注意其可经气管导管插入的深度, 并于导管外露的标记相比较)

5、首要措施 ABC: ...100%氧气吸入。

(1)提高吸入麻醉浓度——七氟醚刺激性最低, 高碳酸血症时不易诱发心律失常 (氟烷最易诱发心律失常)。

(2)舒喘灵 250ug 静脉注射或 2.5mg 气管内吸入, 两种方法可二者选一 (作为急救措施)。可将装有 β 受体激动剂的装置装入 50ml 注射器的喷雾桶内, 吸入时喷 2—6 下。用 Luer 锁将此注射器与 15cm 长的已钻孔输液管或二氧化碳监测管道连接, 通过对注射器活塞进行加压, 即可喷出吸入药。使用这种喷雾管的目的是经气管导管使药物直接作用于支气管, 减少沾染在导管上的部分。

(3) 氨茶碱 250mg 缓慢静脉注射。

6、次要措施

(1) 如果上述方法治疗失败或条件不具备，可考虑使用溴化异丙托品(0.25mg 吸入)、肾上腺素静脉注射(1: 10000 稀释液, 10ug=0.1ml)、氯胺酮(2mg / kg 静脉注射)、镁剂(2g 缓慢注射)。

(2) 氢化可的松 200mg，静脉注射。

(3) 检查药物，注意可能存在已给药物的过敏反应。

(4) 拍胸片——检查有无气胸，确定气管导管前端位置(如果刺激隆突，稍往外拔出)。测动脉血气及电解质(长时使用 β 2受体激动剂可引起低钾血症)。

(5) 送 ICU。

7、其他

(1) 自主呼吸病人出现奇脉提示全身血压不稳。当血压变化大于 10mmHg (1.3kPa) 提示重度哮喘。

(2) 气体陷阱：严重支气管痉挛时使用 IPPV 可引起平均胸内压升高。如果出现脉压差增大、颈静脉充盈，考虑静脉回流受阻，心输出量随之下降。间断脱开呼吸回路，观察二氧化碳波形，有无呼气延长及脉压差恢复。

(3) 此时相呼吸机参数设置建议：100%氧气；先为手控；可能需要较高压力；减慢呼吸频率；延长呼气相；只要 SpO₂ 正常，不用担心 CO₂ 水平。必须采用低频率通气，从而保证充分呼气(允许性高碳酸血症)。

肺栓塞的应急处理预案

措施：

由内源性或外源性栓子阻塞肺动脉及其分支，引起右心室后负荷增加及左心室排血量锐减，从而出现血压下降、缺氧、晕厥甚至猝死著称肺栓塞(pulmonary embolism)。肺栓塞的病死率真占各急性死亡病例的 7%~14%，其中 90% 以上来自深静脉血栓形成，未经治疗死亡率高达 35%。

病因

- 1、深静脉血栓：主要为下肢深静脉，其次为盆腔静脉或前列腺静脉丛。
- 2、心脏病，尤其伴充血性心力衰竭、心房颤动者。
- 3、肺、消化道和生殖系统肿瘤。

- 4、创伤：如股骨骨折，多为脂肪栓塞来源。
- 5、妊娠及分娩，羊水栓塞。
- 6、肥胖。年龄>40岁，静脉曲张及术后长期卧床者多见。
- 7、近期手术和血栓寒史。
- 8、空气栓塞。

临床征象

1、临床症状的轻重主要取决于栓子大小、阻塞血流范围及部位、原有疾病及发作的急缓程度，病情轻重差别很大。

(1)轻度：症状轻微或无症状。

(2)中度：突发胸闷，胸痛，咳嗽，咯血，呼吸急促，呼吸困难，发绀，出冷汗，晕厥。

(3)重度：血压下降，心源性休克，心跳骤停，猝死。

2、心脏功能及心音的改变：可出现心动过速，房性早搏，室性早搏，心房颤动及ST-T改变，颈静脉怒张。肺动脉区响亮粗糙收缩期杂音，肺动脉瓣第二音(P2)亢进等。

3、肺部有罗音、哮鸣音、胸膜摩擦音，胸腔积液。

4、 $PaO_2 < 10.7kPa (80mmHg)$ ，肺泡气动脉血氧分压差 $fA-aD_{O_2}$ ； $PaCO_2$ 多正常或低于正常。

5、胸部X线检查：局限肺野片状阴影，患侧横膈升高，肺动脉扩张，肺动脉段膨出。

6、肺动脉造影：证实栓子存在。

紧急处理

1、纯氧吸入。

2、镇痛，剧烈胸痛者静脉注射哌替啶 50~100mg 或罂粟碱 30~60mg。

3、对症治疗。出现心力衰竭者，西地兰 0.4mg 稀释后静脉注射，6~8h 后可重复一次。休克时可用多巴胺和(或)间羟胺等血管活性药物。

4、解除血管痉挛：阿托品 0.5~1mg，或氨茶碱 0.25~0.5g，稀释后缓慢静脉注射；酚妥拉明 10mg 稀释成 250ml 后，缓慢静脉滴注；地塞米松 10~20mg，静脉注射。

5、抗凝治疗：肝素，负荷量 150u/kg，维持量 1000~2000u/h，使部分凝血活酶时间(aPTT)达到对照值的 1.5~2.5 倍，凝血时间(试管法)为正常的 2~2.5 倍。

6、溶栓治疗：

(1)链激酶负荷量 25 万 u(静脉滴注 30min)，维持量 10 万 u/h(12~48h)。

(2)尿激酶负荷量 4000u/kg(30min)，维持量 4000u/h(12~48h 滴完)。

7、手术治疗：阻断下腔静脉以防止深静脉血栓引起肺栓塞，肺栓子摘除术。

8、维持循环功能稳定。

晕针紧急处理预案

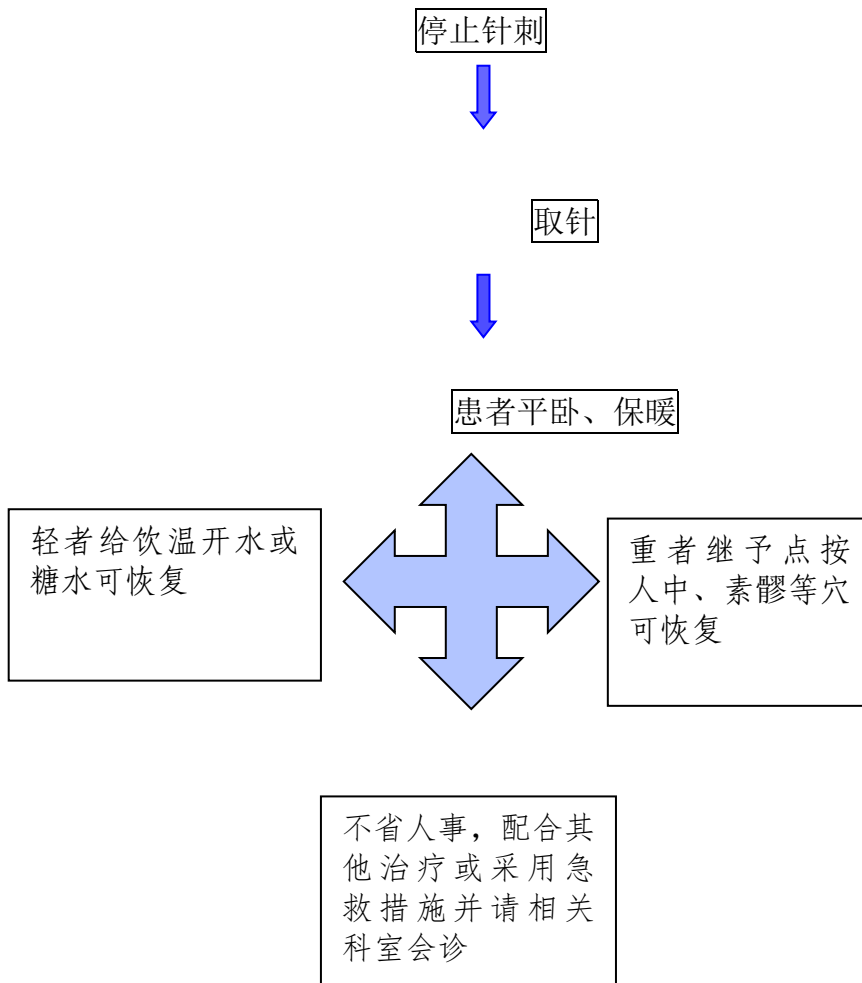
1、立即停止针刺，将针全部取出。

2、使患者平卧，注意保暖，

(1) 轻者仰卧片刻，给饮温开水或糖水后，即可恢复正常。(2) 重者在上述处理基础上，可点按人中、素髎、内关、足三里、灸百会等穴，即可恢复。

(3) 若仍不省人事，呼吸细微，脉细弱者，可考虑配合其他治疗或采用急救措施。

流程：



癫痫发作紧急处理预案

1、体位

让患者平卧于床上，或就近躺在平整的地方，

2、保持呼吸道通畅：

(1) 吸出口腔内的分泌物，(2) 解开衣领和腰带，以保持呼吸道通畅。(3) 使用压舌板或牙垫防止咬伤舌和颊部。(4) 给予低流量氧气吸入。

3、镇静

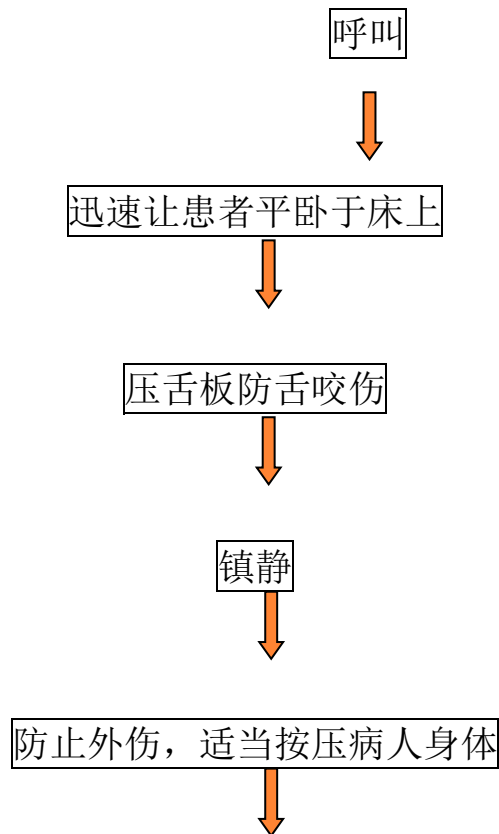
快速、足量地给予抗癫痫药物，尽快控制抽搐发作。缓慢静脉推注安定 10-20mg

4、防止外伤

(1) 手托病人枕部，以防颈部过伸。

(2) 阵挛期四肢肌肉收缩紧张时，可适当约束限制，切勿用力按压病人身体，以防骨折及脱臼。

程序：



体位性低血压紧急处理预案

- 1、立即让病人平卧，解开衣扣，测量血压和脉搏。
- 2、吸氧等对症处理。
- 3、当症状缓解后，停止当天康复治疗，返回病房休息。次日无症状继续治疗。

流程：

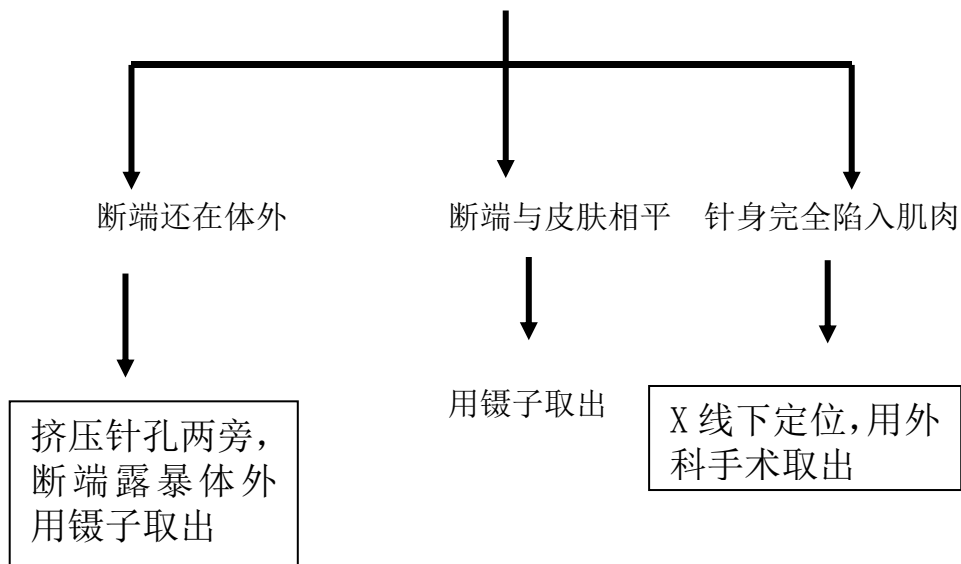


断针紧急处理预案

- 1、断端还在体外，可用手指或镊子取出；
- 2、断端与皮肤相平，可挤压针孔两旁，使断端露暴体外，用镊子取出；
- 3、针身完全陷入肌肉，应以 X 线下定位，用外科手术取出。

流程：

不紧张，不乱动



患者压疮防范与应急处理

【防范措施】

(1)对高危患者进行压疮危险因素评估，采取针对性的预防措施。

(2)对难免压疮患者填写难免压疮申报表(以强迫体位及心力衰竭等病情严重或特殊，医嘱严格限制翻身为基本条件，并存在大小便失禁、高度水肿、极度消瘦3项中的1项或几项可申报难免压疮)，护理部指定专人核实、指导、追踪，必要时组织护理会诊。

(3)保持床单位清洁、干燥、平整。对大小便失禁患者注意肛周及会阴部皮肤护理。

(4)对长期卧床者，定时更换体位，2~3小时翻身1次，按摩骨隆突处或受压部位。

(5)瘫痪患者或病情不允许翻身的患者，可用多功能按摩床垫，骨隆突处或受压部位可使用减压贴等缓解局部压力。

(6)加强营养，增强机体抵抗力。

【处理措施】避免或减少导致压疮的因素，根据压疮的程度采取相应的措施：

(1)第Ⅰ期 皮肤完整、发红。

临床表现：局部皮肤出现指压不褪色的红斑。

处理措施：避免继续受压，增加翻身次数，减少局部刺激。禁按摩，避免摩擦。可局部使用减压贴或赛肤润等敷料。

(2)第Ⅱ期 表皮或真皮受损，但尚未穿透真皮层。

临床表现：疼痛、水疱或破皮。

处理措施：①避免局部继续受压，定时更换体位，使用气垫床。②妥善处理创面，有条件者使用水胶体敷料，预防感染。③促进上皮组织修复，有条件者使用表皮生长因子。

(3)第Ⅲ期 表皮或真皮全部受损，穿入皮下组织，尚未穿透筋膜及肌肉层。

临床表现：有不规则的深凹，伤口基底部与伤口边缘连接处可能有潜行、深洞，可有坏死组织及渗液，伤口基底部基本无痛感。

处理措施：根据创面情况进行换药，保持局部清洁，必要时清创。使用水凝胶、水胶体、泡沫类或银离子等新型敷料，促进伤口湿性愈合。

(4)第Ⅳ期 全皮层损害，涉及筋膜、肌肉、骨。

临床表现：肌肉或骨暴露，可有坏死组织、潜行、瘘管，渗出液较多。

处理措施：清创，去除坏死组织；促进肉芽组织生长，必要时手术治疗。

【处理程序】

评估压疮高危患者→采取防范措施→根据压疮分期进行处理→做好记录及交接班。

噎食防范预案及应急处理流程

●噎食防范预案

噎食是指食物堵塞咽喉部或卡在食管的狭窄处甚至误入气管，引起呼吸抑制，危及生命。常见因抢食、暴食、药物不良反应所致。一次，从积极预防着手，根据病人不同的特点，因人而异，制定预案，进行护理干预。

●精神障碍病人一般采用集体用餐方式，开饭期间护理人员应严密观察病人进食情况，并劝导病人细嚼慢咽，酌情协助，防止噎食，或力争对噎食者早发现、早急救。

●对暴食或抢食的病人，安排单独进餐，劝其放慢进食的速度，禁止将馒头带回病室。

●对老年或药物反应严重、吞咽动作缓慢的病人给予软食或无牙饮食，必要时予以每口少量喂食，专人照顾。

●发现噎食者，就地急救，分秒必争，立即有效清除口咽部食物，疏通呼吸道，同时告知医生。具体采取一抠二置的方法或 Heimlic 手法。

●一抠：是用中指、示指从病人口腔中抠出或用食管钳取出异物。

●二置：是将病人倒置，用掌拍其后背，借助于震动，使食物松动，向喉部移动而掏出。

● Heimlic 手法：双手环绕病人腰间，左手握拳并用拇指突起部顶住病人上腹部，右手握住左拳向后上方用力冲击、挤压。

患者自杀防范与应急处理

【防范措施】

(1) 加强巡视，了解患者心理状况，对有自杀倾向的患者给予心理疏导并及时报告医师和护士长，进行重点交接班。

(2) 及时与家属沟通，密切观察患者心理状态、情绪变化，与家属共同做好患者心

理护理，尽量减少不良刺激；告知家属需 24 小时陪伴。

(3) 检查患者室内环境、用物，清除不安全的器具和药品，必要时对患者给予针对性约束。

【处理措施】

(1) 发现患者自杀，立即判断患者相关情况，就地抢救；同时立即报告护士长、值班医师、科主任。

(2) 保护现场，清理无关人员，减少不良影响。保存自杀用具，协助公安部门调查取证。

(3) 对死亡者做好尸体料理。无家属在场时，需两名医务人员共同清理患者遗物并签名，暂由护士长保存。

(4) 做好家属的联络和安抚工作。

【应急处理程序】

患者自杀→就地抢救、逐级上报→协助取证→清理死亡患者遗物→安抚家属。

窒息防范与应急处理

【防范措施】

(1) 评估患者误吸的高危因素：意识障碍，吞咽、咳嗽反射障碍，呕吐物不能有效排出，鼻饲管脱出或食物反流，头颈部手术，气管插管或气管切开，小儿、年老、体弱及进食过快者等。

(2) 对相关患者及家属进行预防误吸的健康教育

1) 指导患儿家属避免使用容易引起误吸的玩具和食物。

2) 患者呕吐时，应弯腰低头或头偏于一侧，及时清理呕吐物。

3) 指导患者及家属选择合适的食物，进食速度宜慢，进食过程中避免谈笑、责骂、哭泣等情绪波动。

(3) 对可能误吸的高危患者采取相应措施

1) 床旁备抽吸等急救装置。

2) 对意识、吞咽障碍等患者，护士应协助喂食，或遵医嘱管饲流汁，注意妥善固定管道，防止移位、脱出。

3) 不能自行排痰的患者，及时抽吸口鼻、呼吸道分泌物和痰液，保持呼吸道通畅。

【处理措施】

(1) 患者发生窒息，护士立即采取解除窒息的措施，同时迅速报告医师，查找窒息原因。

(2) 针对导致窒息的原因采取相应的抢救措施

1) 误吸：意识尚清醒的患者可采用立位或坐位，抢救者站在患者背后双臂环抱患者，一手握拳，使拇指掌关节突出点顶住患者腹部正中线脐上部位，另一只手的手掌压在拳头上，连续快速向内、向上推压冲击6~10次(注意勿伤及肋骨)。昏迷倒地的患者采用仰卧位，抢救者骑跨在患者髋部，按上法推压冲击脐上部位。通过冲击上腹部，突然增大腹内压力，抬高膈肌，使呼吸道瞬间压力迅速加大，肺内空气被迫排出的同时使阻塞气管的食物(或其他异物)上移并被驱出。如果无效，隔几秒钟后，可重复操作1次。

2) 幼儿喉部异物：现场人员沉着冷静，迅速抓住幼儿双脚将其倒提，同时用空心掌击拍背部，如异物不能取出，应紧急气管切开或手术取出异物。

3) 咯血导致的窒息：立即有效解除呼吸道阻塞，清除呼吸道内的血液，保持呼吸道通畅。若发现咯血过程中咯血突然减少或停止，患者出现烦躁、表情恐惧、发绀等窒息先兆时，应立即用吸引器吸出咽喉及支气管血块。

4) 头颈部手术或气管切开术后窒息：迅速报告医师，协助医师进行紧急处理。

(3) 保持呼吸道通畅 因痰液堵塞导致呼吸困难者，应立即吸痰，必要时行气管内插管、气管切开术。

(4) 做好记录并详细交接班。

【应急处理程序】

发生窒息→立即清理呼吸道、保持呼吸道通畅，吸氧，同时报告医师→进行对症处理→监测病情→护理记录→交接病情。

预约诊疗服务流程

各位病友：

为了方便患者诊疗、缓解上午挂号拥挤、住院难等现象，我院将推出现场预约及电话预约诊疗制度，实施方法如下：

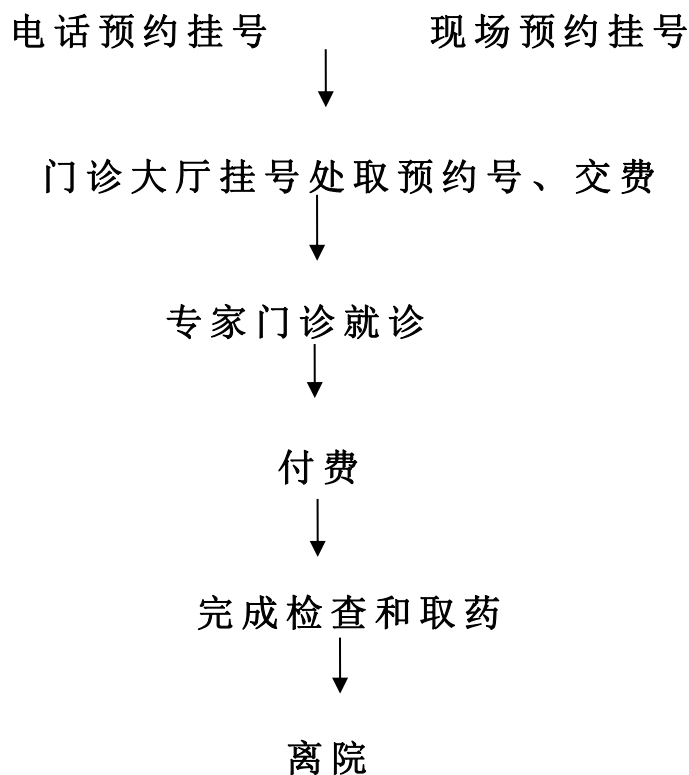
1、预约电话 0731-85091009。电话预约和现场预约需提前两天，预约时间为正常工作日期间，即：周一至周五上午 8:00-12:00，下午：14:30-17:00，电话预约和现场预约均不含门诊挂号费。

2、预约挂号采取实名制。患者预约、就诊均应提供真实、有效的实名身份信息和证件、有效的联系电话。

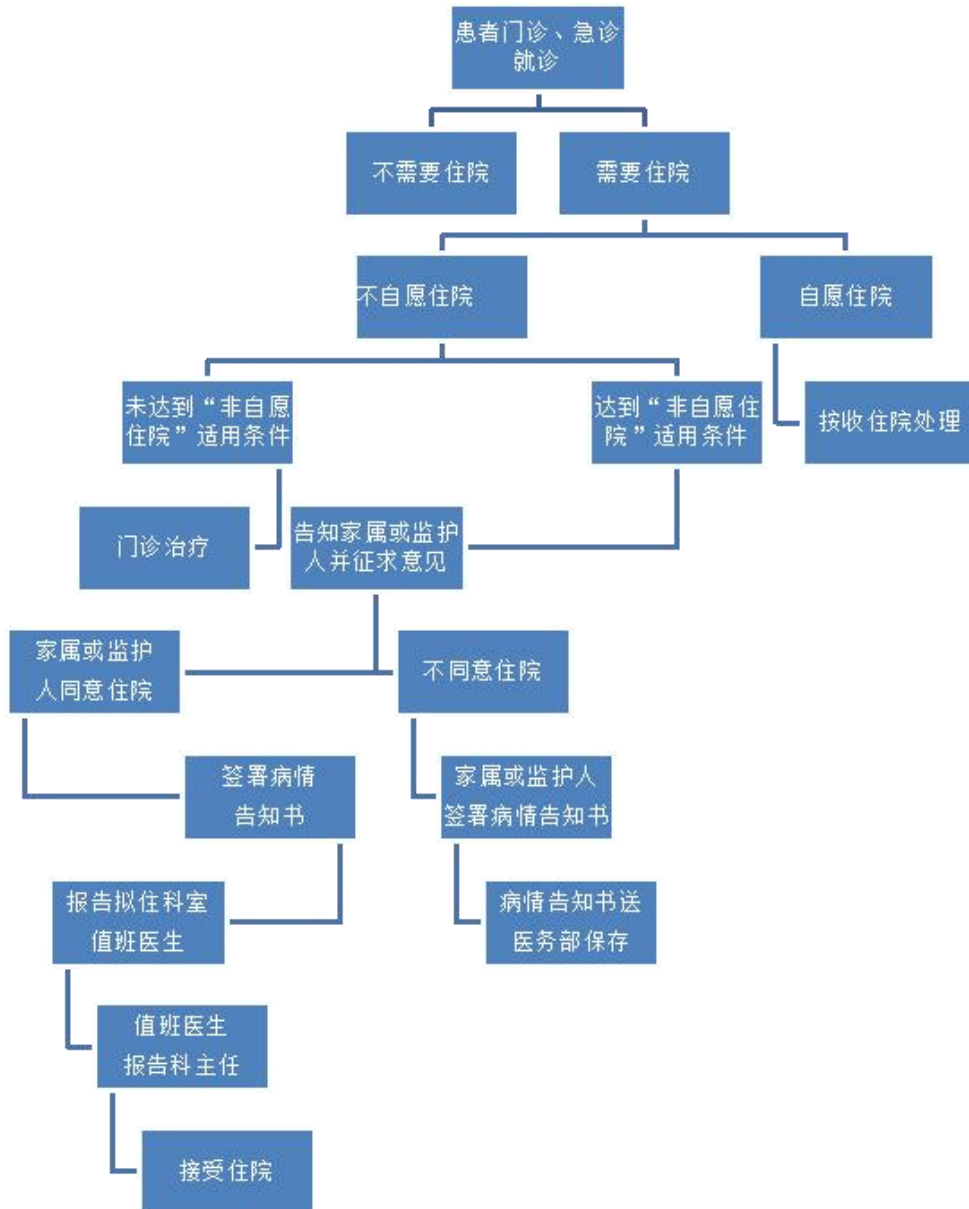
3、预约患者就诊当天（10 点前）到导诊预约台通报本人有关信息和就诊需求，工作人员核对无误后，提供相应专科（专家）预约号，到预约窗口挂号、收费处交费，然后到专家门诊及相关科室就诊、检查。

4、门诊号是有限资源，如您确定不来就诊，电话预约者请一定在就诊前一天 15:00 之前电话取消预约项，否则记违约一次。对于一个月内三次以上（包括三次）违约者，将取消其半年内的预约资格。

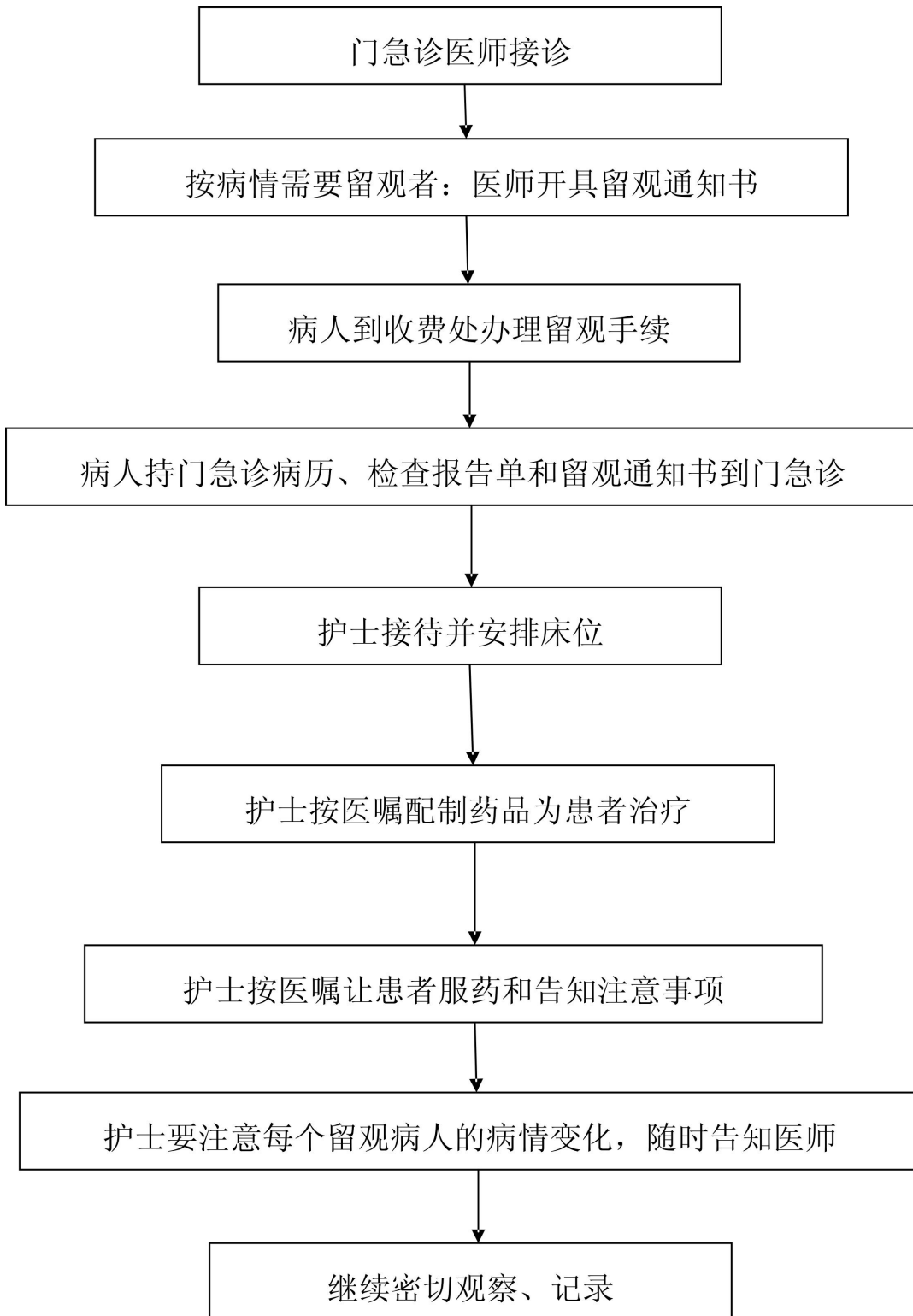
预约挂号流程图



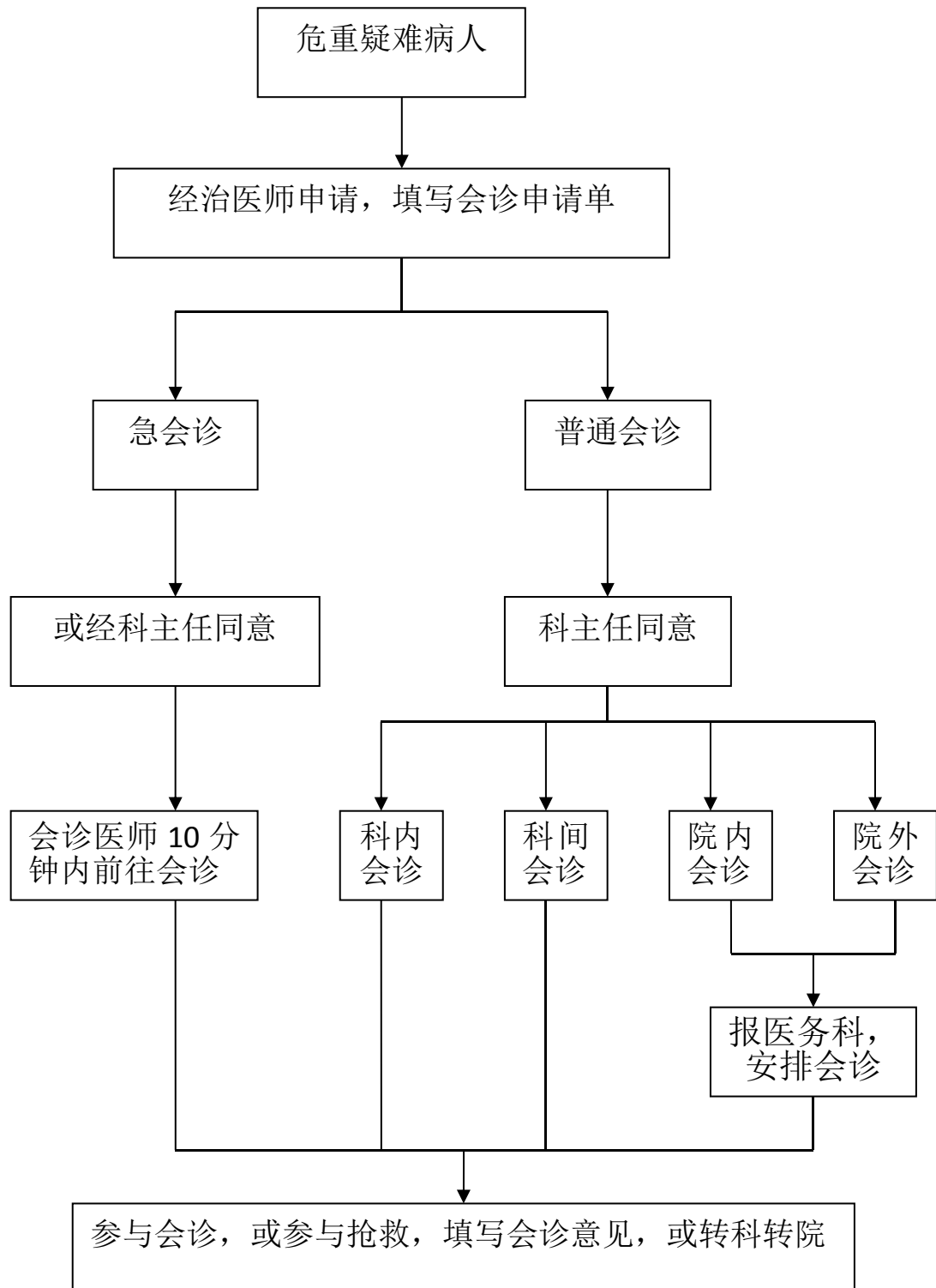
精神疾病患者非自愿住院流程



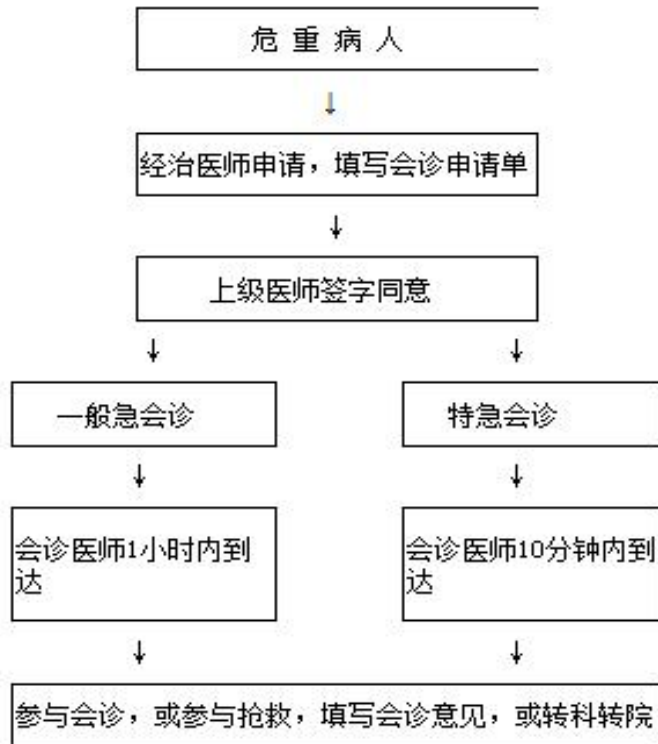
急诊室留观流



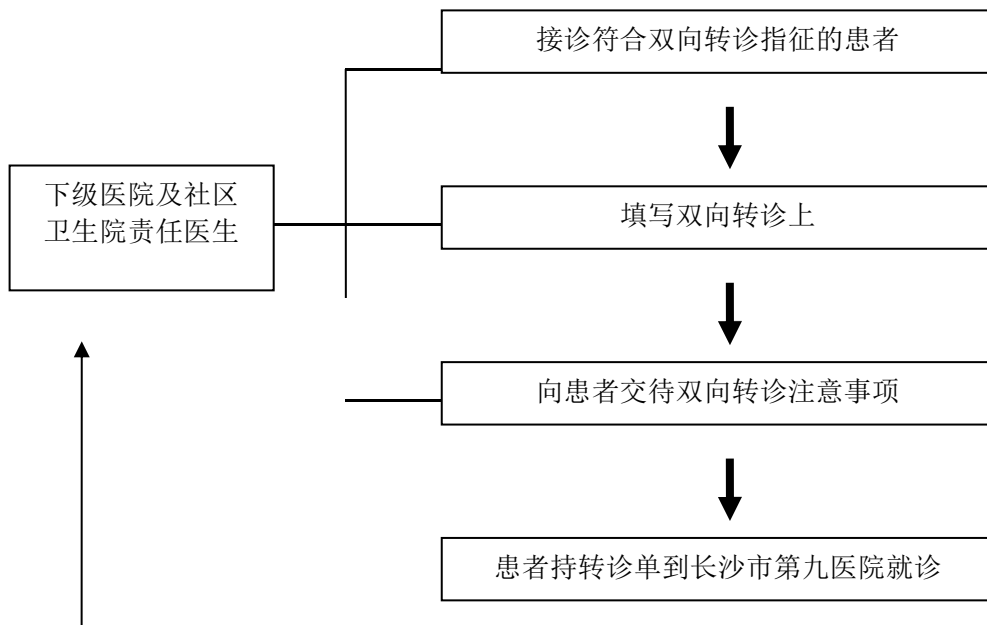
医院会诊流程图（院内、院外）

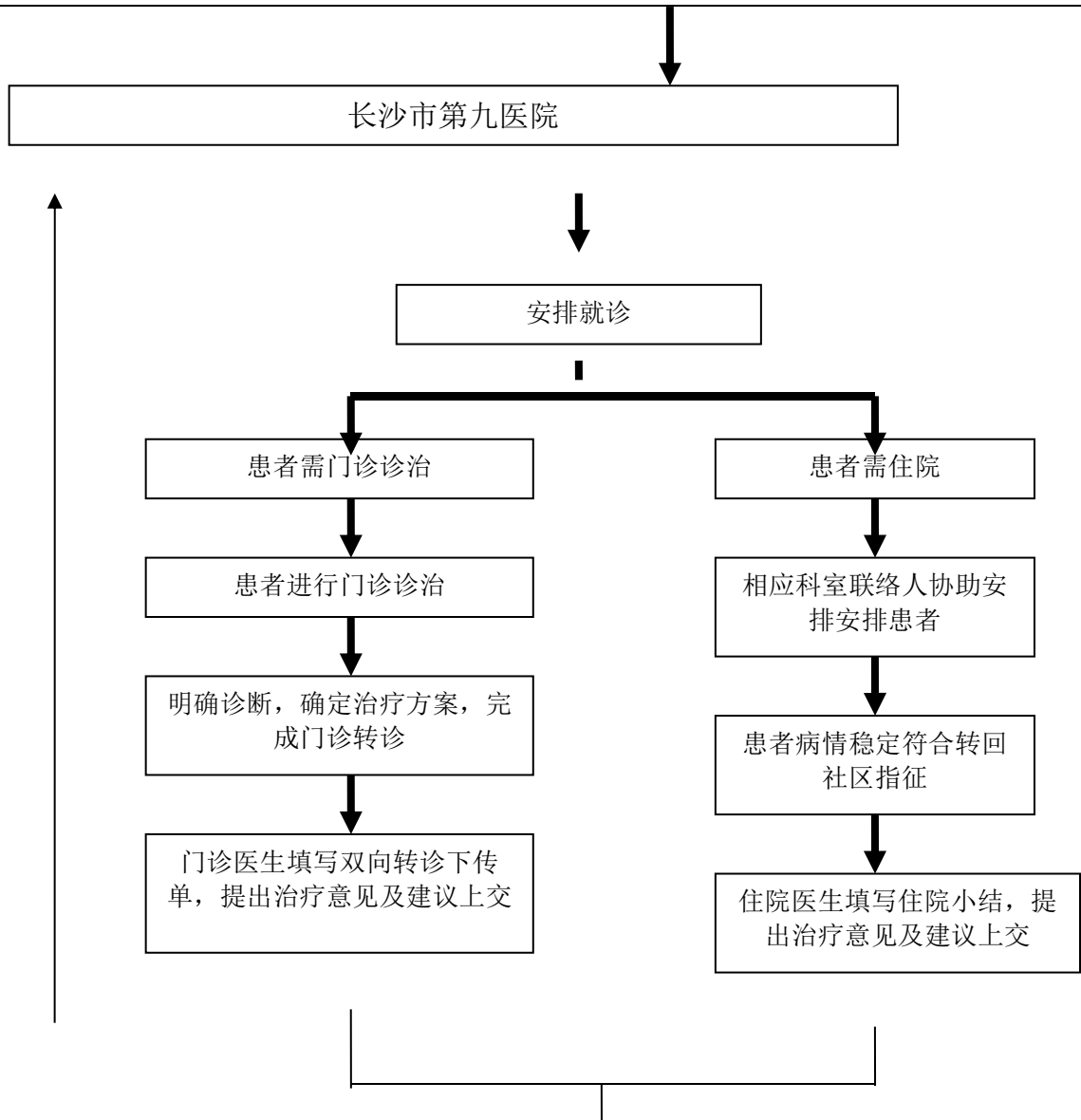


急会诊流程图



双向转诊流程图





附件 3

双向转诊单（开出医院保存）

转诊单编号 _____ 健康档案号 _____

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 住址 _____ 患方电话 _____

费别 医疗保险、公费医疗、新农合、自费、其他 _____

转诊原因 _____

转诊日期 _____ 病情：轻、中、重、危机、康复

患方签字 _____ 转诊医生签名 _____ 医生电话 _____
年 月 日

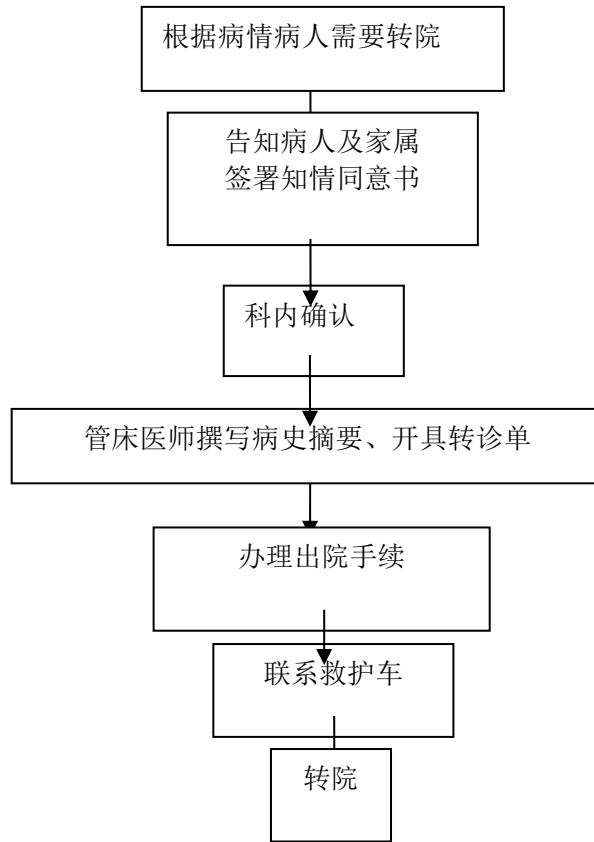
双向转诊单（接收单位保存）

转诊单编号 _____ 健康档案号 _____

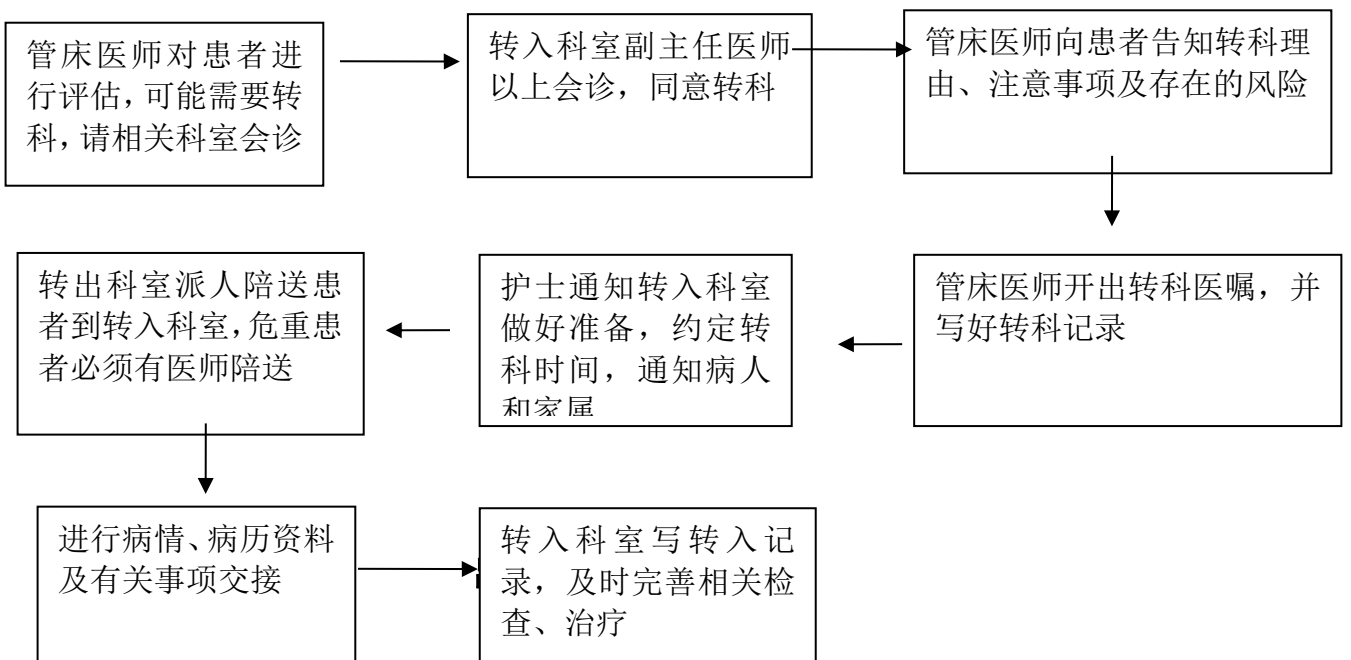
费别（医疗保险、公费医疗、新农合、自费、其他）

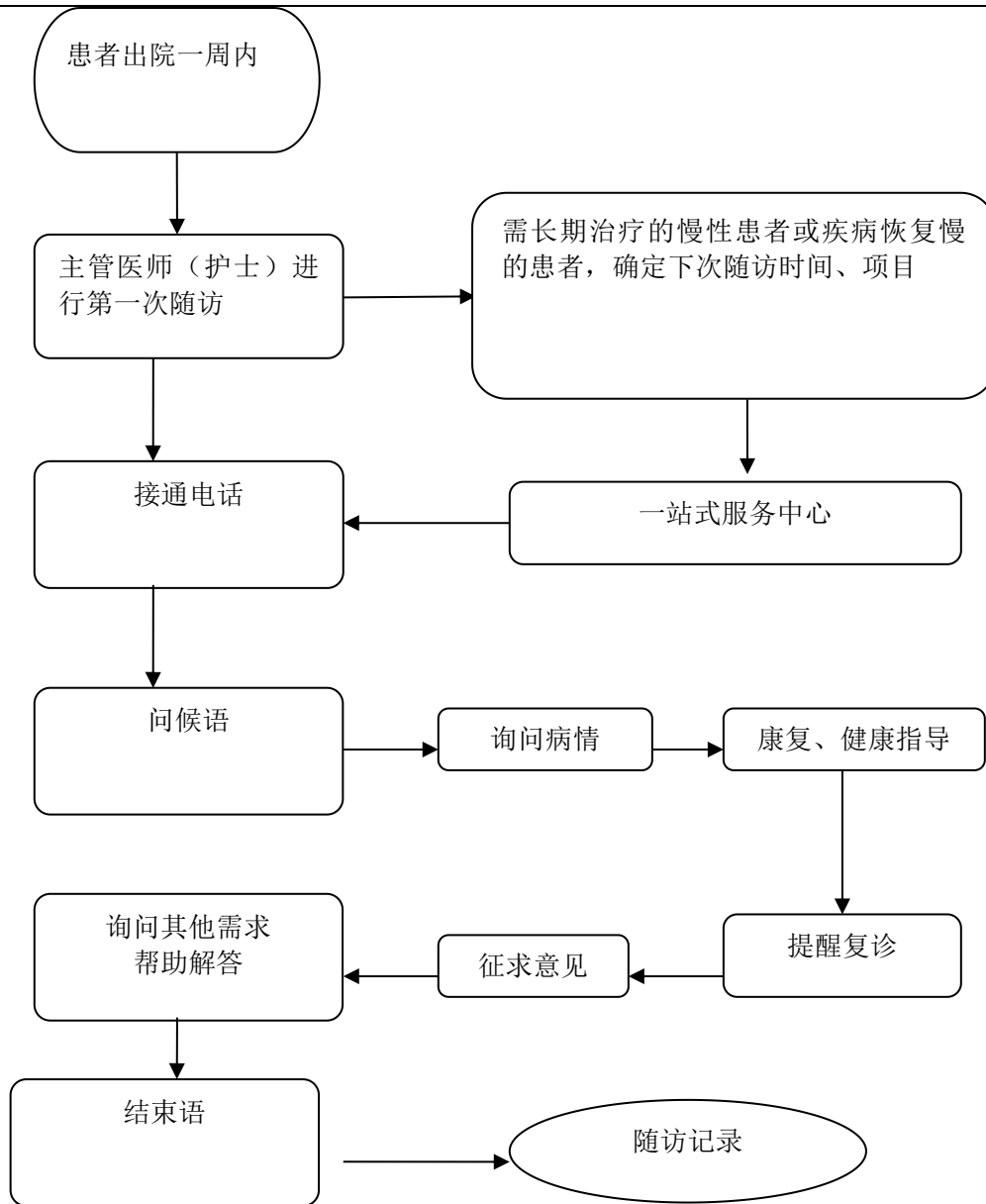
转诊目的：	
病情摘要：	
转诊注意事项：	
转诊单位/科室：（盖章）	转诊医生签名：
联系电话：	转诊时间： 年 月 日
患方签字：	

转院服务流程图

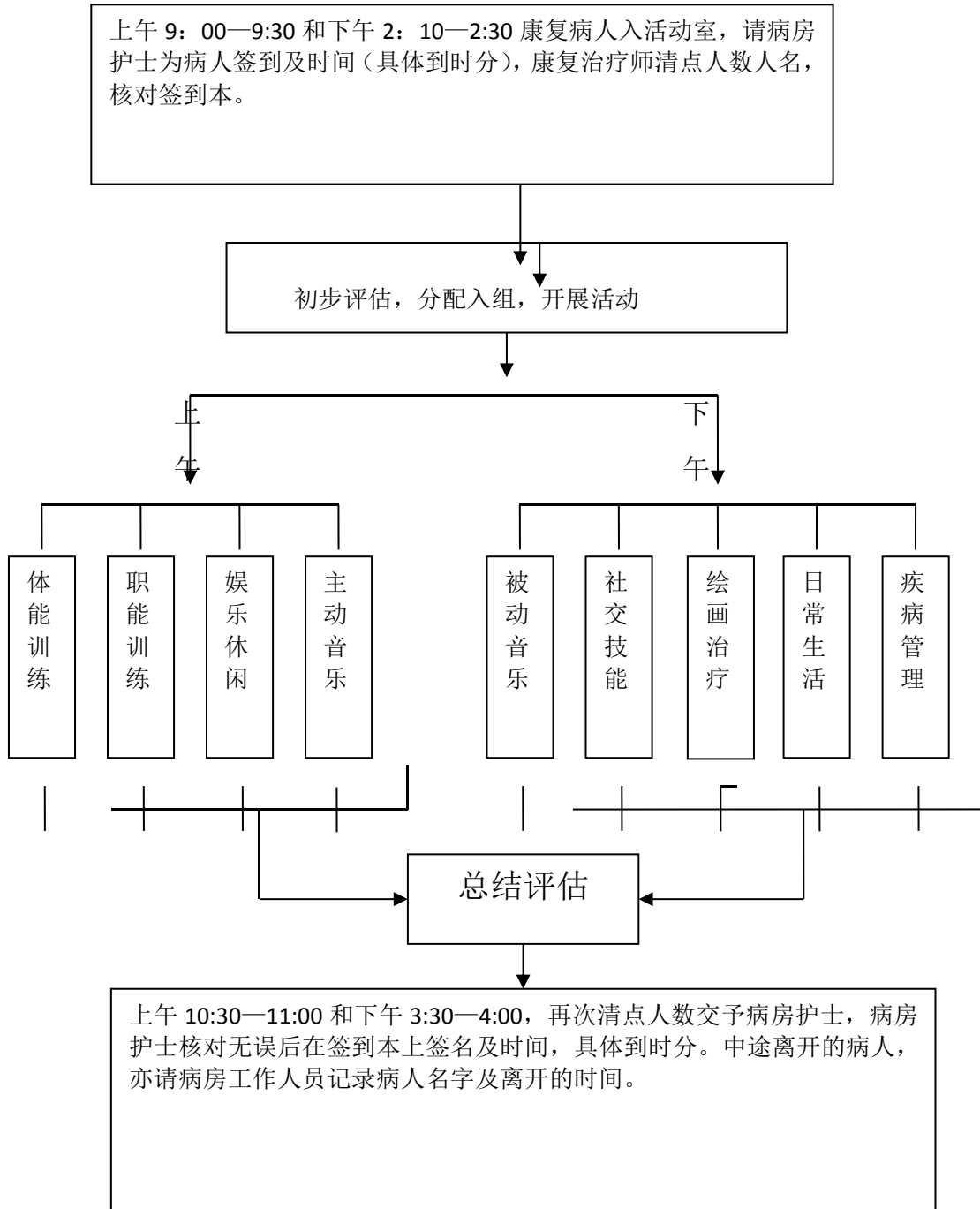


院内转诊（转科）流程图

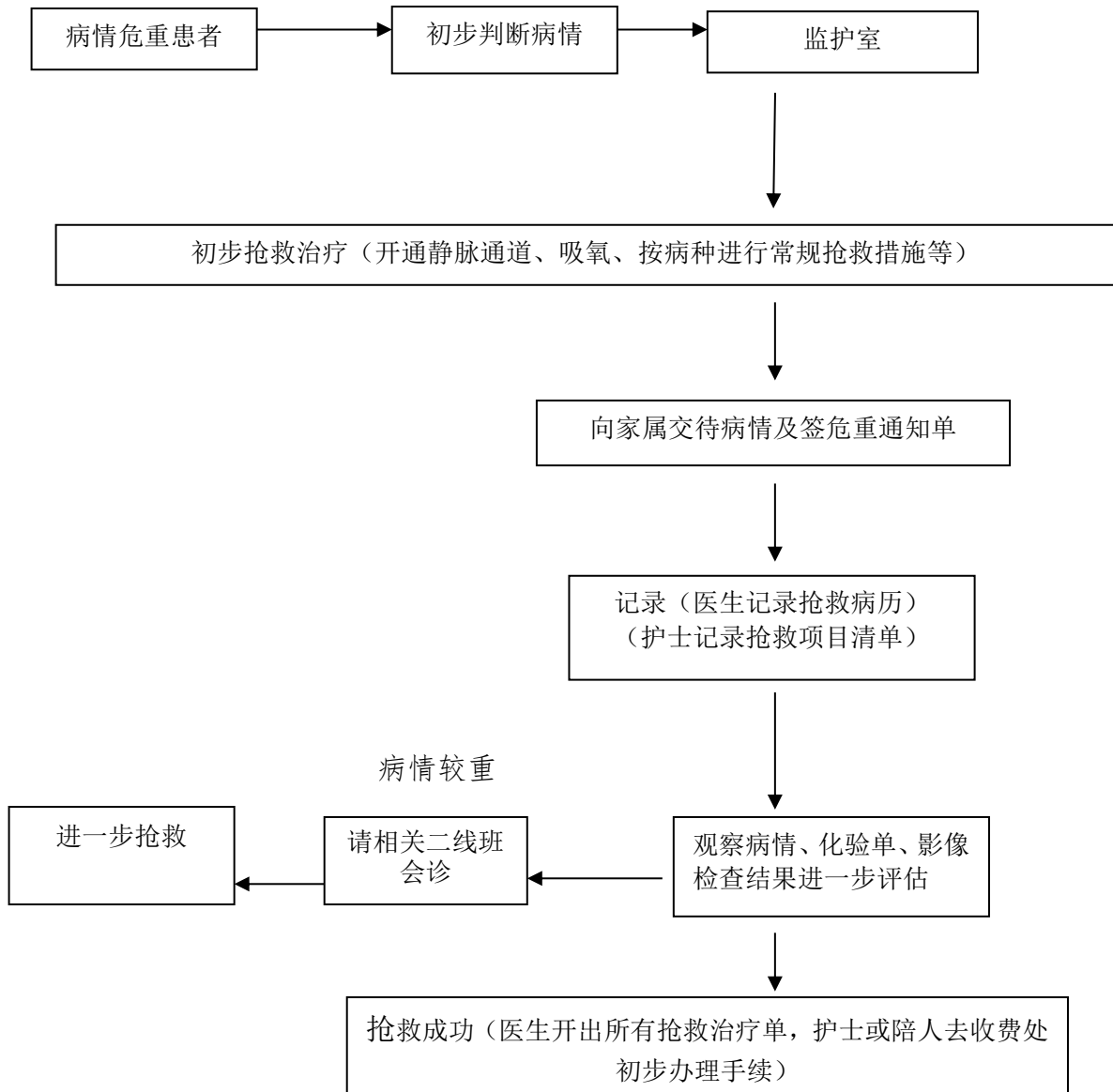




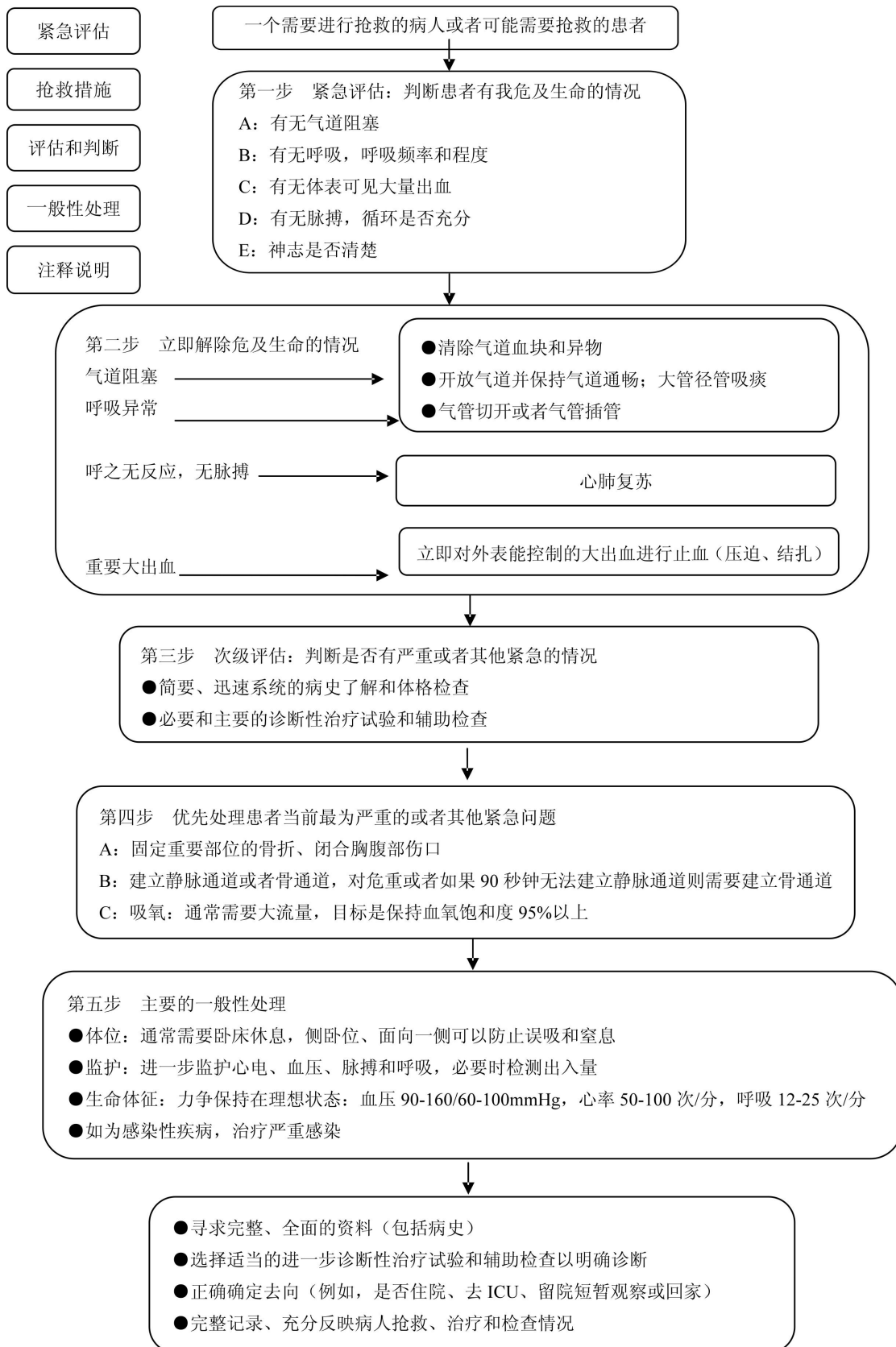
精神康复流程



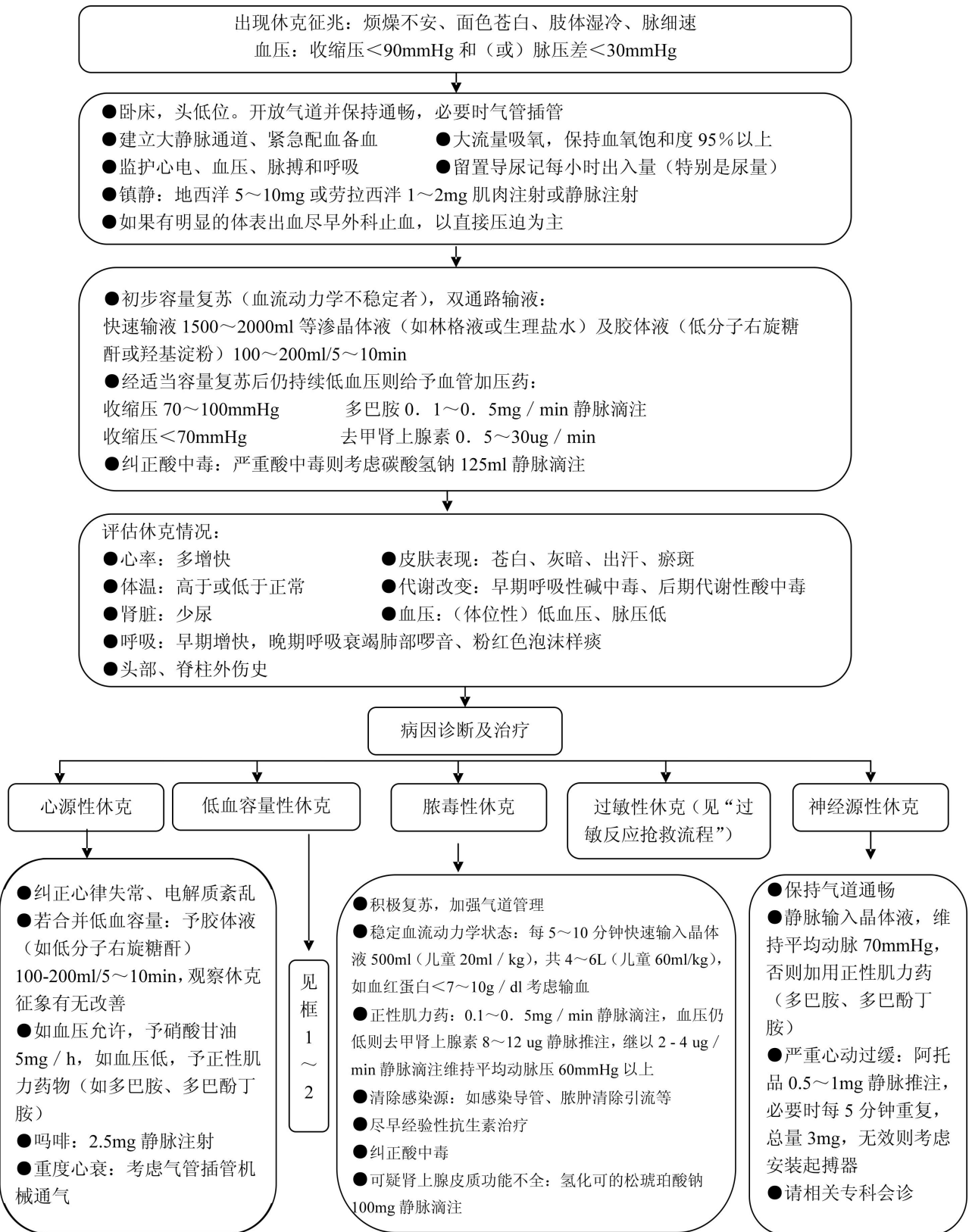
常见急危重症病人抢救流程图



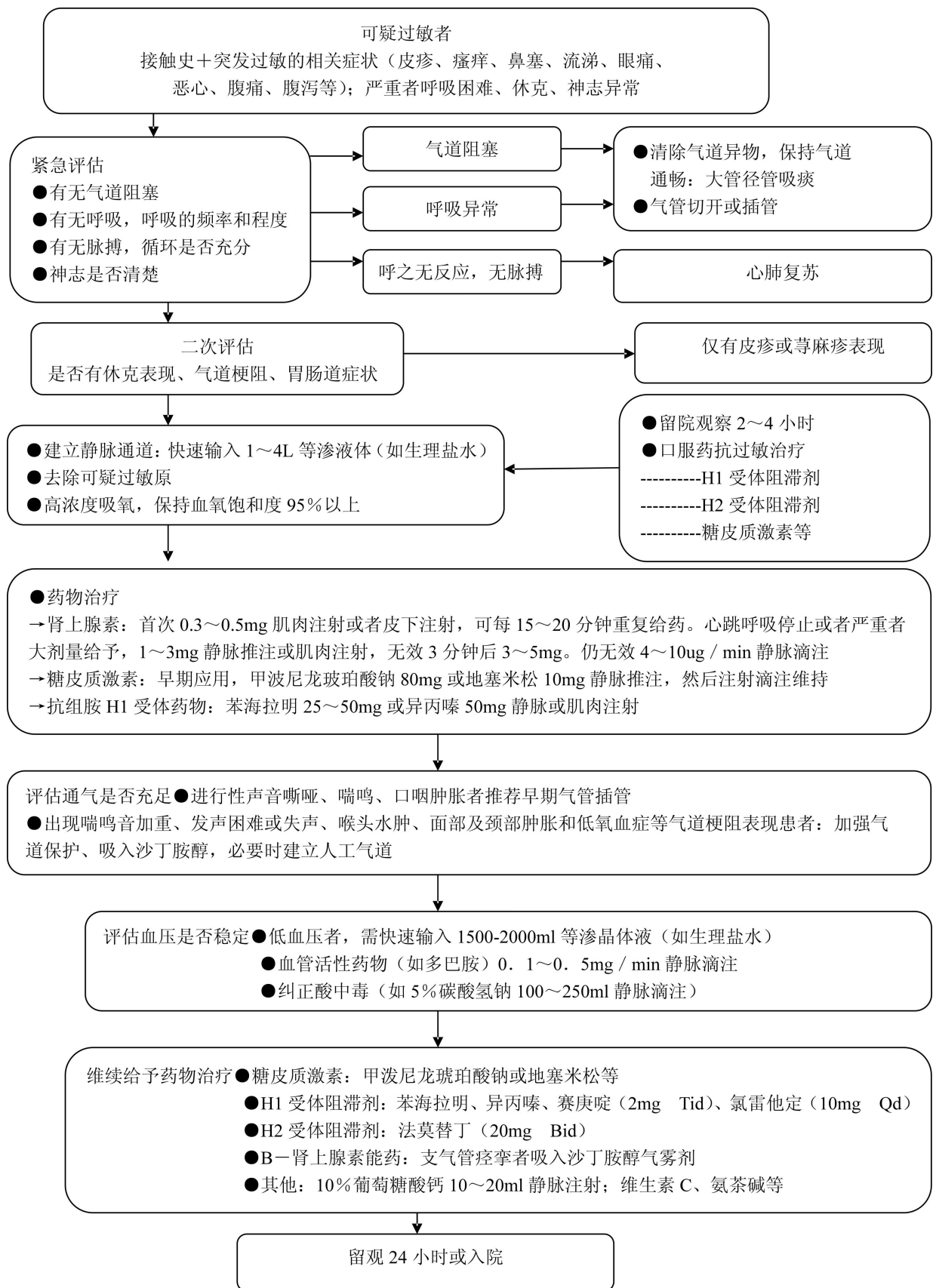
急救通则 (First Aid)



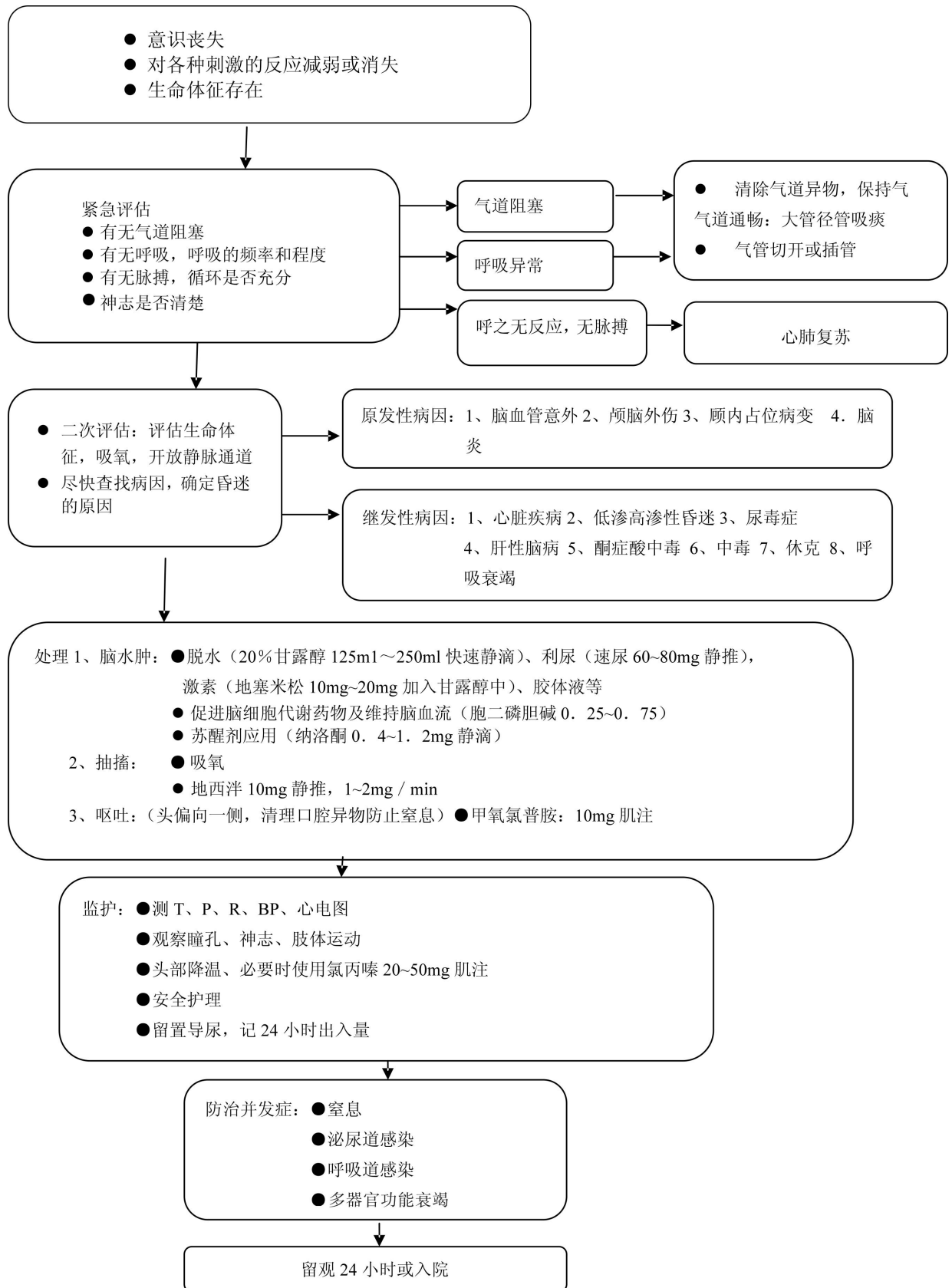
休克抢救流程图



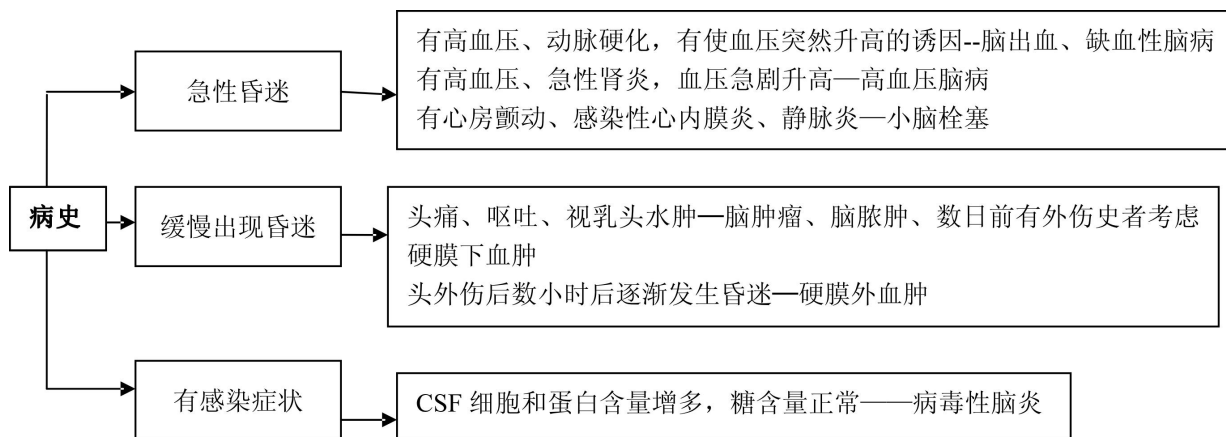
过敏反应抢救流程



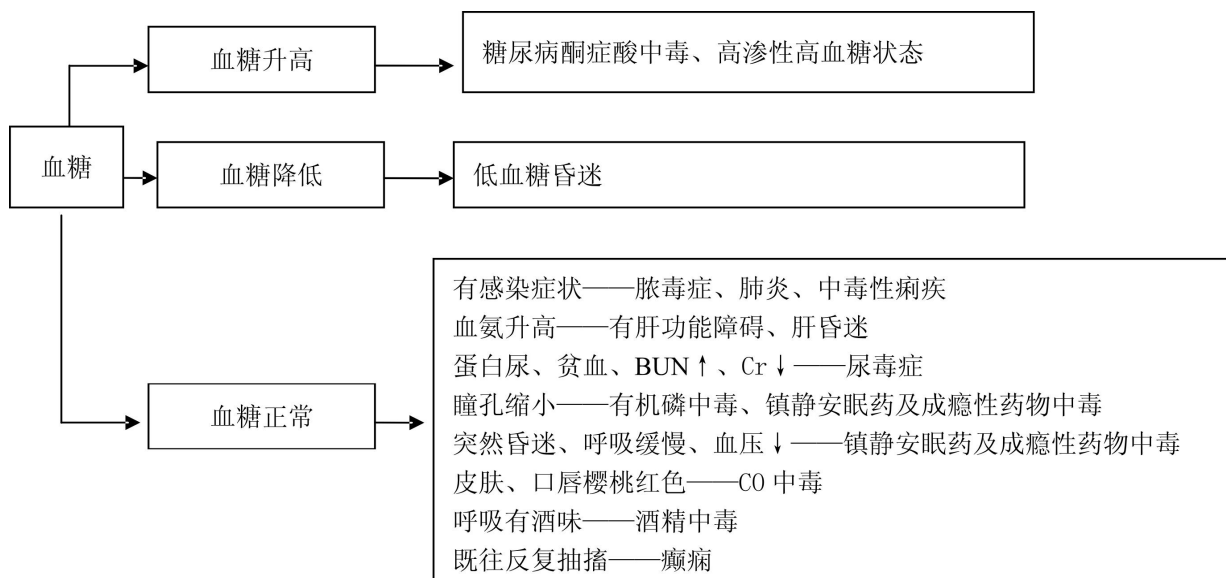
昏迷病人的急救流程图



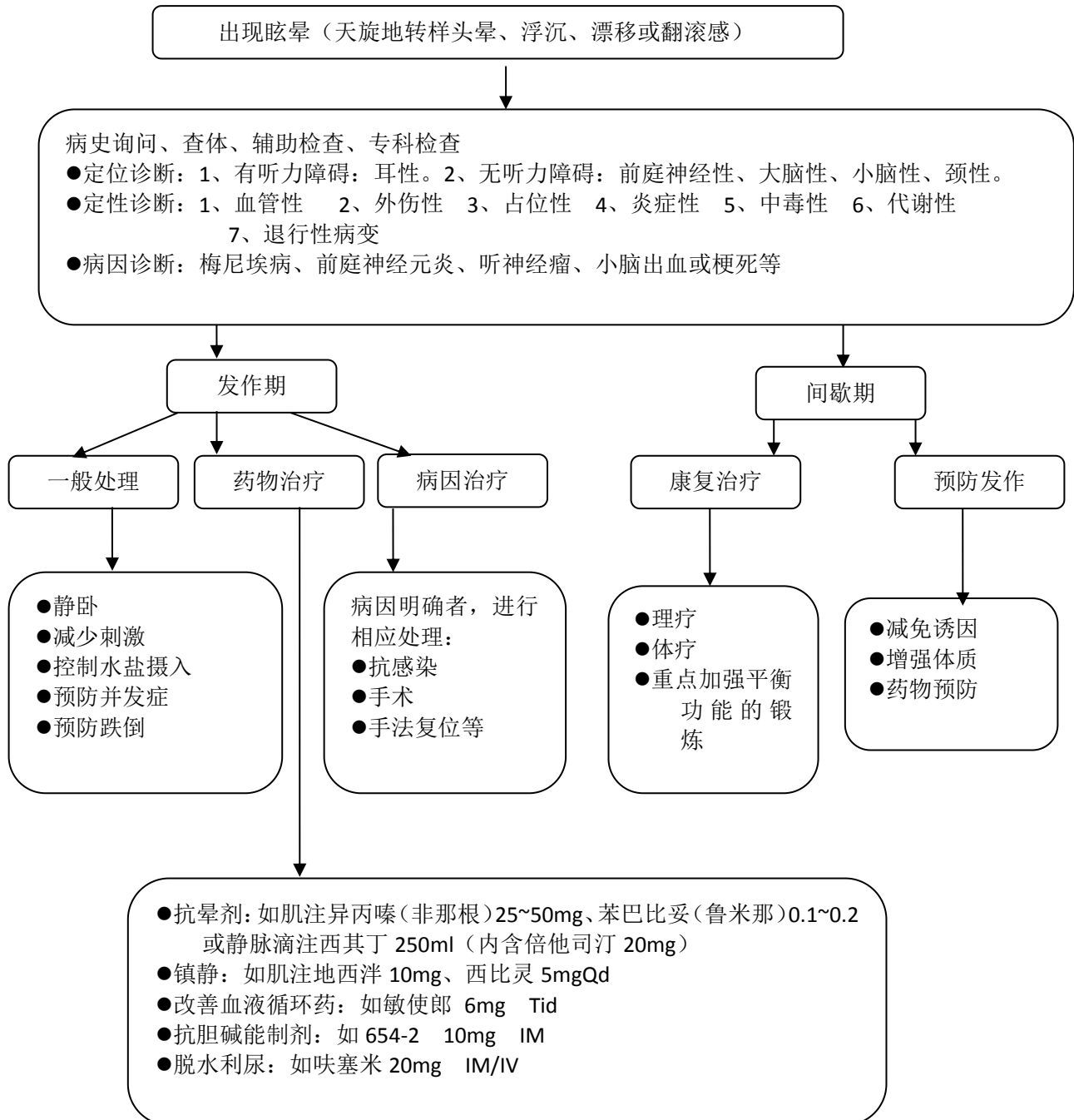
昏迷原因的鉴别



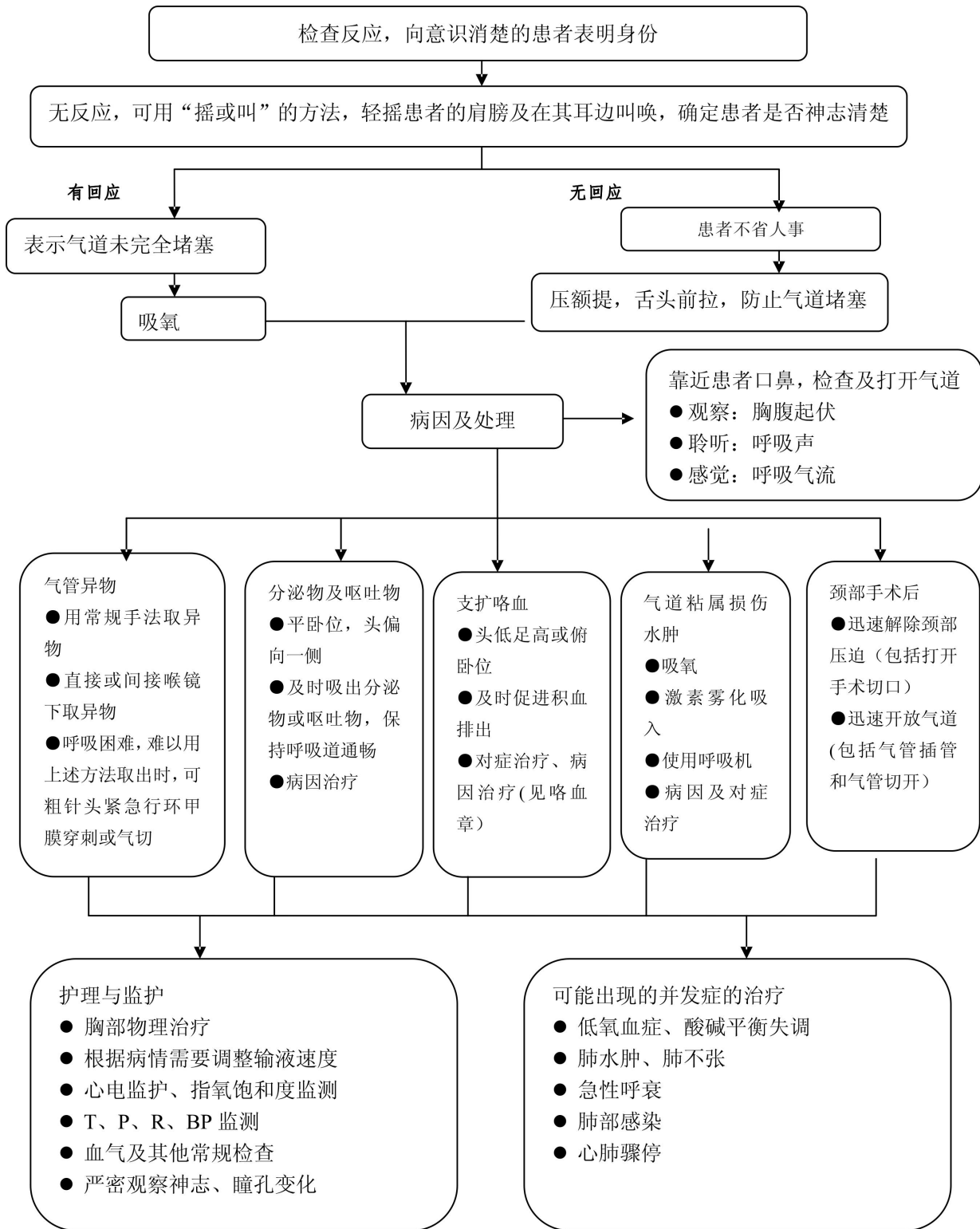
有神经系统症状，结合病史判断



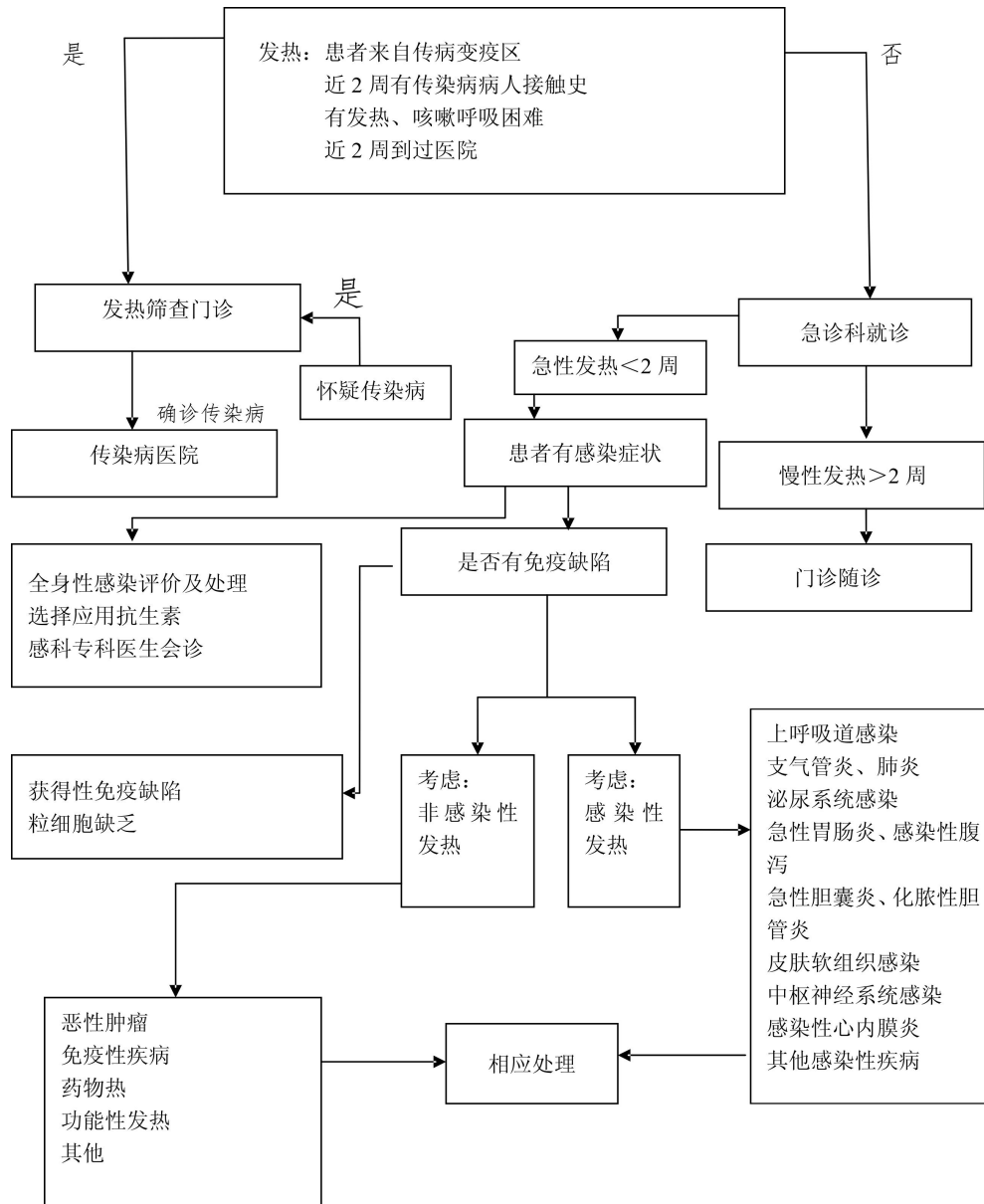
眩晕的诊断思路及抢救流程



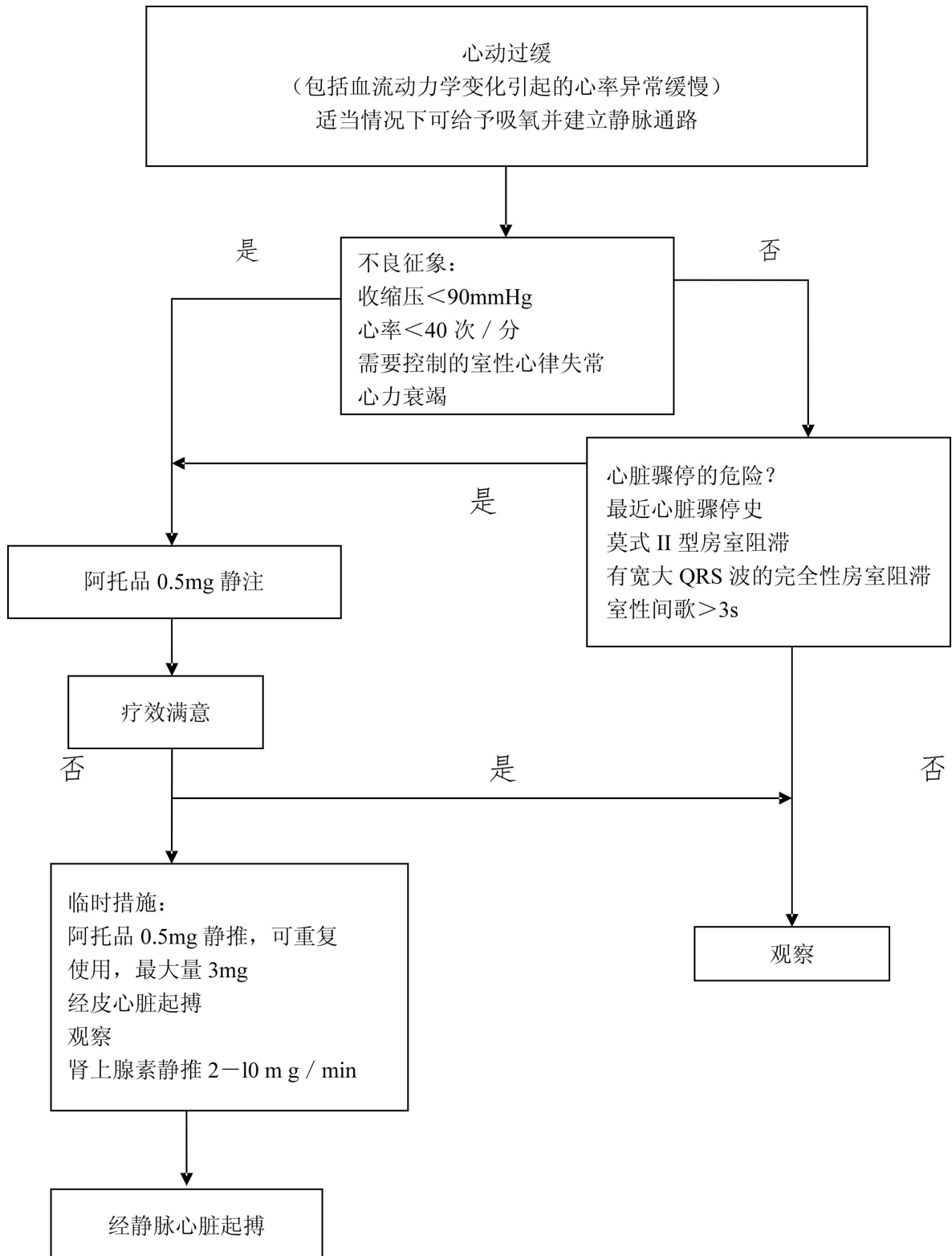
窒息的现场抢救流程



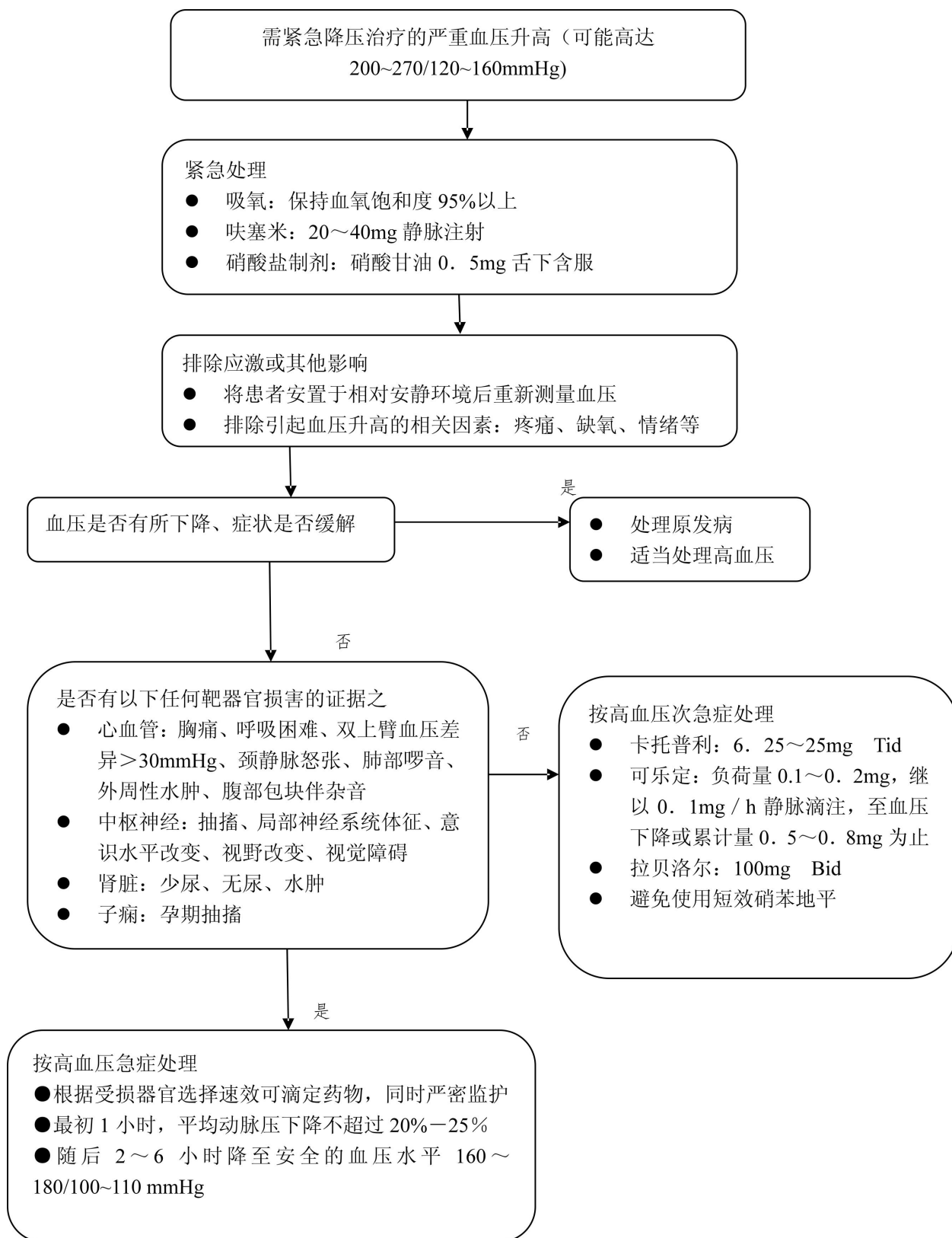
发热的诊断治疗流程图



心动过缓的诊断治疗流程图



高血压危象抢救流程图



高血压危象抢救流程图

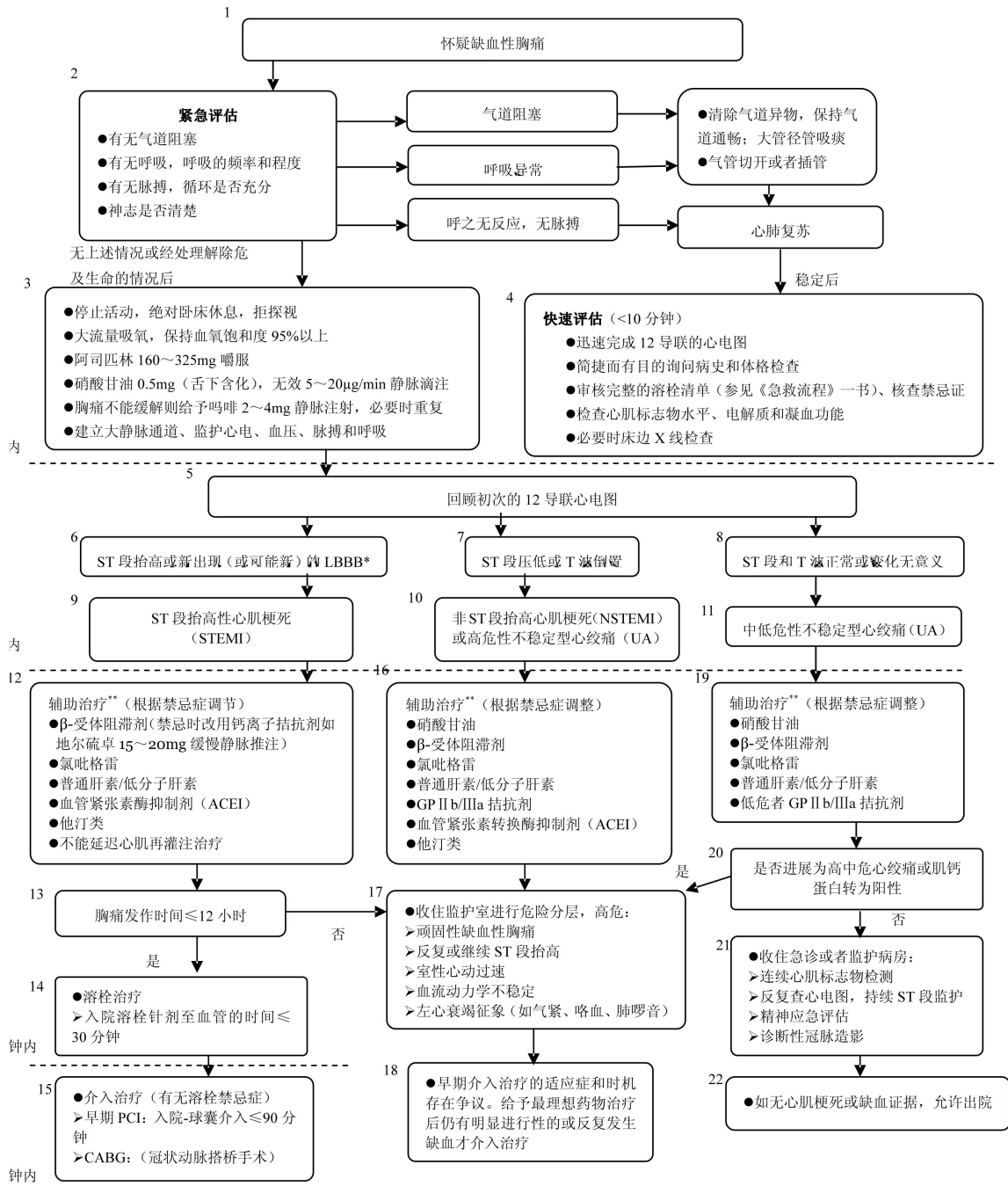
药物使用方法:

- 利尿剂: 呋塞米, 适用于各种高血压危象, 静脉常用量为 40~120mg, 最大剂量为 160mg
- 作用于 α 受体的药物
 - 酚妥拉明: 对嗜铬细胞瘤引起的高血压危象有特效。每 5 分钟静脉注射 5~20mg, 或 0.2~0.54mg / min 静脉滴注
 - 盐眼乌拉地尔: 可改善心功能, 治疗充血性心衰。适用于糖尿病、肾功能衰竭伴前列腺肥大的老年高血压病人
- α 、 β 受体阻滞剂: 拉贝洛尔, 适用于肾功能减退者: 肝功能异常者慎用。0.25mg/kg 静脉注射 2 分钟以上, 间隔 10 分钟再次给予 40~80mg, 或以 2mg / min 起静脉滴注调整, 总剂量不超过 300mg
- 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI): 依那普利是唯一静脉用药, 每次 2.5mg: 或首次剂量 1.25mg 按血压每 6 小时调整 1 次
- 钙通道拮抗剂 (CCB)
 - 双氢吡啶类钙通道阻滞剂: 尼卡地平对急性心功能不全者尤其低心输出量适用, 但对急性心肌炎、心肌梗死、左室流出道狭窄、右心功能不全并狭窄患者禁用。5~10mg / h 静脉滴注: 尼莫地平多用于蛛网膜下腔出血者
 - 非双氢吡啶类钙通道阻滞剂: 地尔硫卓除扩张血管平滑肌降压外, 还具有比较明显的扩张包括侧支循环在内的大小冠状动脉作用, 高血压冠心病并发哮喘患者及肥厚型心肌病流出道狭窄为首选药物
- 血管扩张剂
 - 硝酸甘油: 起始 5ug/min 静脉滴注, 若无效, 可每 3~5 分钟速度增加 5~20ug/min, 最大速度可达 200ug/min
 - 硝普钠作用时间短, 起效很快, 停滴血压即回升。起始 0.3~0.5ug / (kg · min) 静脉滴注, 以 0.5ug / (kg · min) 递增直至合适血压水平, 平均剂量 1~6ug / (kg · min)

各种高血压与降压目标:

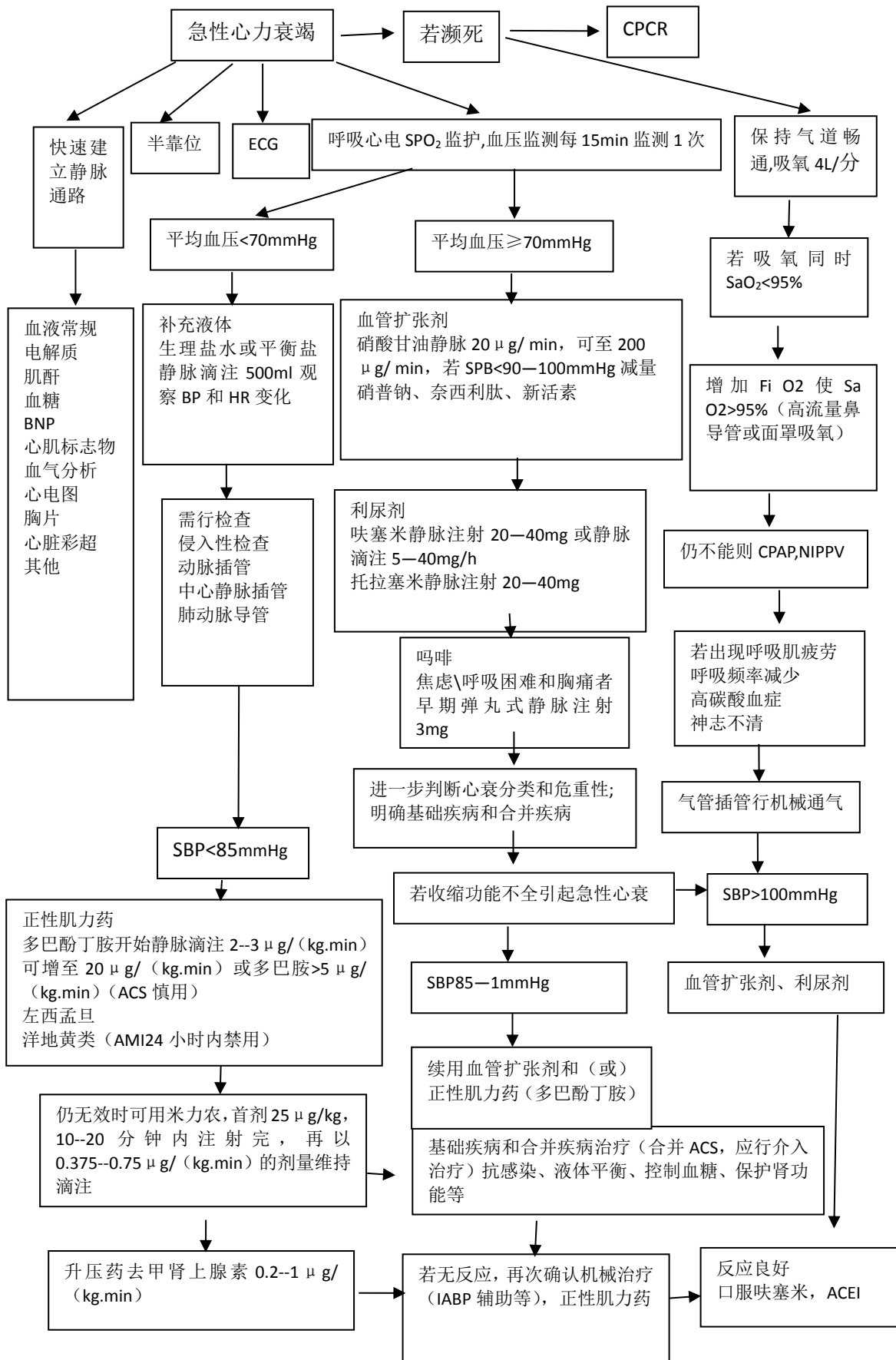
- 高血压性脑病 160~180/100~110mmHg, 给药开始 1 小时将舒张压降低 20%~25%, 但不能 >50% 降压防止脑出血
- 脑出血: 舒张压 >130mmHg 或收缩压 >200mmHg 时会加剧出血, 应在 6~12h 之内逐渐降压, 降压幅度不大于 25%: 血压不能低于 140~160/90~110mmHg。此外, 凡脑血管病变急性期有脑水肿、颅内压升高时禁用一切血管扩张药
- 蛛网膜下腔出血: 收缩压 130~160mmHg, 防止出血加剧及血压过度下降
- 脑梗死: 一般不积极降压, 稍高的血压有利于缺血区灌注, 除非血压 >200/130mmHg; 24 小时内血压下降应 <25%, 舒张压 <120mmHg, 如考虑紧急溶栓治疗, 为防止高血压所致出血, 血压达 185/110mmHg 就应降压治疗
- 高血压性急性左心功能不全: 立即降压治疗, 凡能降压的药物均可通过降压治疗心衰
- 恶性高血压: 在数日内静脉用药及 (或) 联合多种药物将血压降到 160 /100mmHg
- 急性主动脉夹层: 收缩压 100~120mmHg, 心率 60~70 次 / 分。将血压迅速降低到维持脏器血液灌流的最低水平。常合用减慢心率及扩血管药, 如乌拉地尔、尼卡地平+拉贝洛尔等。主动脉根部病变的 Stanford A 型病人应紧急手术
- 儿茶酚胺过剩: 对嗜铬细胞瘤 α 受体阻滞剂是首选, 最好同时合并使用 β 受体阻滞剂
-
- 围手术期高血压: 血压波动显著, 应使用作用快的降压药物
- 子痫: 尽快使舒张压降至 90~100mmHg

急性心肌死抢救流程

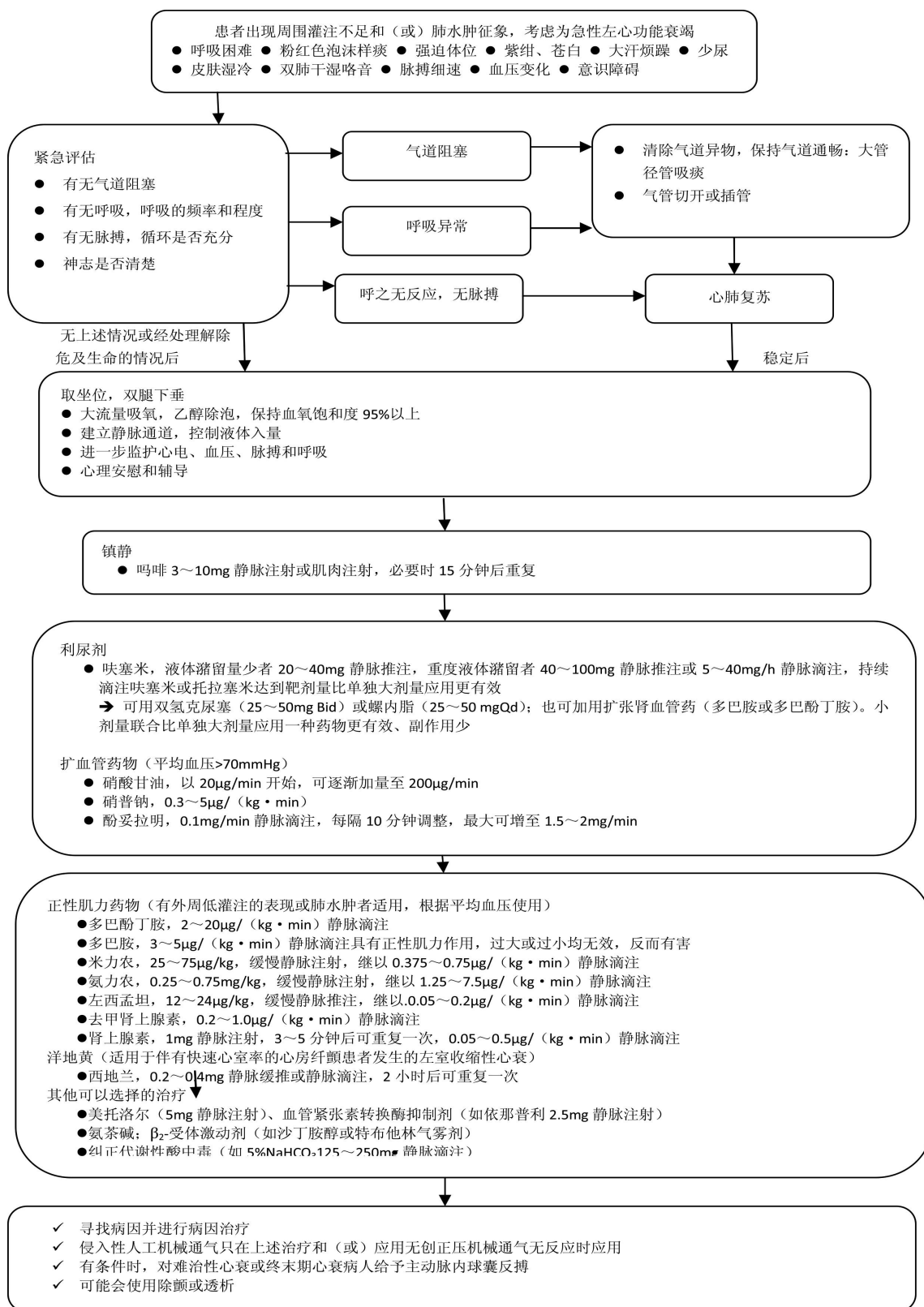


LBBB: 左房室束支传导阻滞
辅助治疗药物:
 ●β-受体阻滞剂: 普奈洛尔 10~30mg/次, 3~4 次/日或 1~3mg 缓慢静脉注射; 美托洛尔 6.25~25mg Tid
 ●氯吡格雷: 首剂 300mg, 此后 75mg/d, 连续 8 天
 ●普通肝素 60U/kg 静脉注射, 后继 12U/(kg·h) 静脉滴注; 低分子肝素 3000~5000U 皮下注射, Bid
 ●GP II b/IIIa 拮抗剂: 阿昔单抗 0.25mg/kg 静脉推注, 继以 10μg/(kg·h) 静脉滴注 12 小时; 替罗非班 10μg/kg 静脉推注, 继以 0.15μg/(kg·min) 维持 48 小时
 ●ACEI/ARB: 卡托普利 6.25~50mg Tid; 氯沙坦 50~100mg Qd, 厄贝沙坦 150~300mg Qd
 ●他汀类: 洛伐他汀 20~40mg Qn, 普伐他汀 10~20mg Qn, 辛伐他汀 20~40mg Qn; 也可以选择氟伐他汀、西立伐他汀

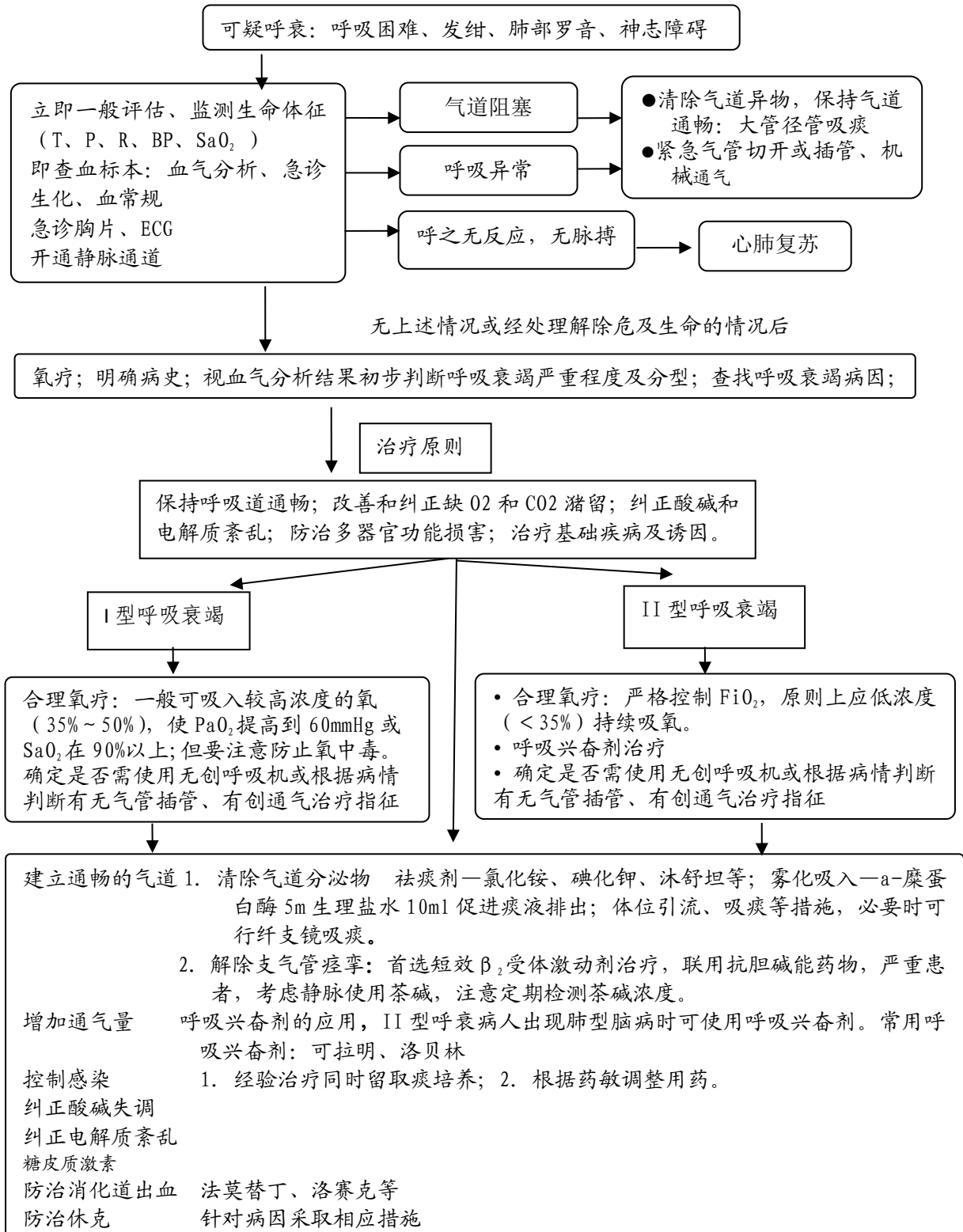
急性心衰救治流程



急性左心功能衰竭抢救流程与规范



呼吸衰竭抢救流程



当经上述综合治疗措施后，呼吸仍不缓解或病情进一步加重，应尽早施行机械通气

无创机械通气（NPPV）应用指征

- 1 神志基本清楚、依从性好，有一定的配合和理解能力，气道分泌物匀或自主咳嗽咳痰能力较强，血流动力学稳定或仅需要少量的血管活性药物维持（多巴胺 $< 5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ）。
- 2 对于病情较轻（动脉血 $\text{pH} < 7.35$ ， $\text{PCO}_2 > 45\text{mmHg}$ ）的患者宜早期应用 NPPV；
- 3 对于出现轻中度呼吸性酸中毒（ $7.25 < \text{pH} < 7.35$ ）及明显呼吸呼吸困难（辅助呼吸肌参与、呼吸频率 > 25 次/分）的 AECOPD 患者，推荐应用 NPPV。
- 4 对于出现严重呼吸性酸中毒（ $\text{pH} < 7.25$ ）的 AECOPD 患者，在严密观察的前提下可短时间（1-2h）试用 NPPV。

常用 NPPV 模式：CPAP、PSV+PEEP（通常所称双水平正压通气 Bippap 即主要为此种通气模式）。

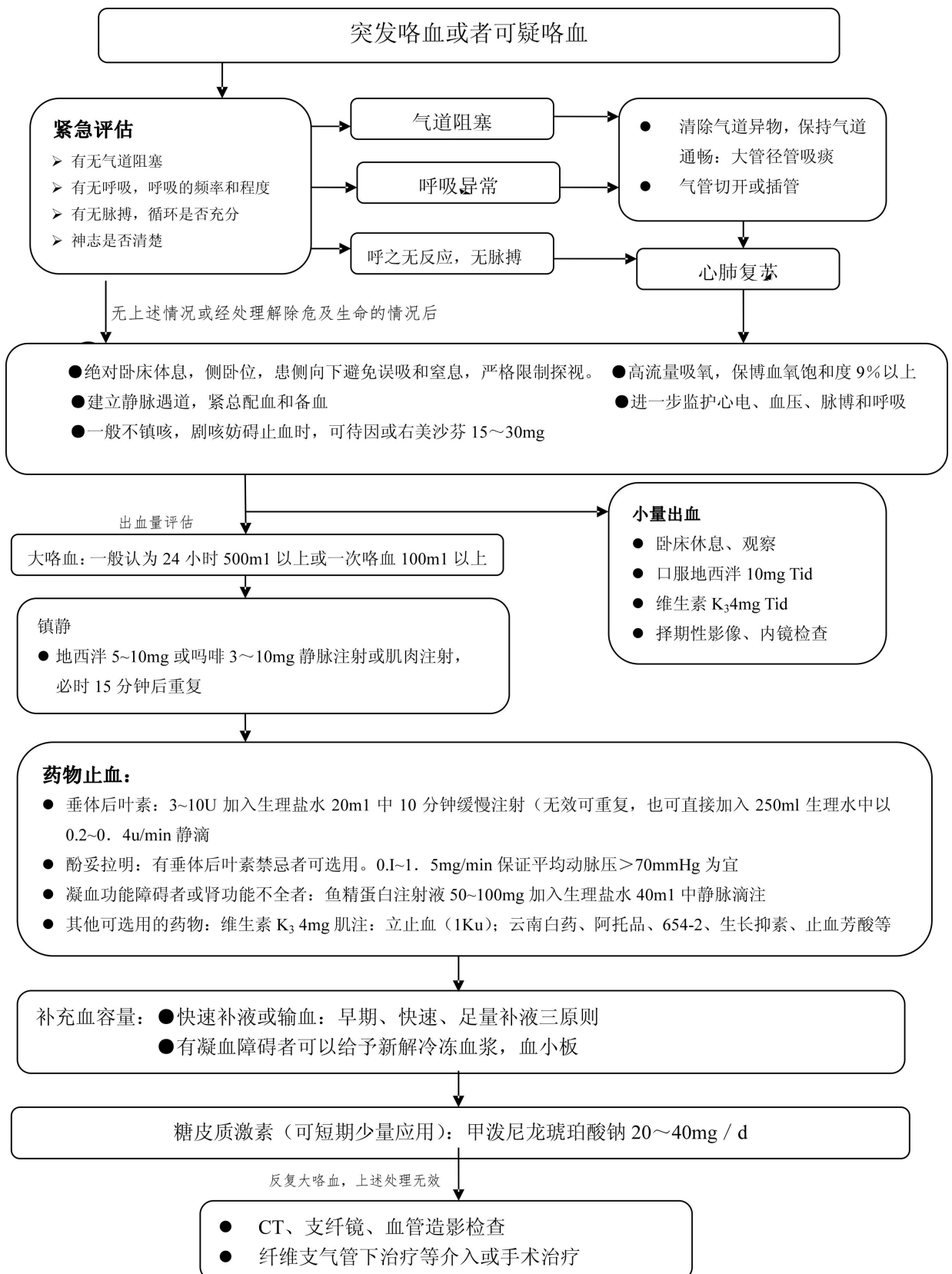
参数一般采取适应性调节方式，呼气相压力从 $2-4\text{cmH}_2\text{O}$ 、吸气相压力从 $4-8\text{cmH}_2\text{O}$ 开始逐渐上调，待患者耐受后再逐渐上调，直至达到满意的通气水平。

有创通气应用指征

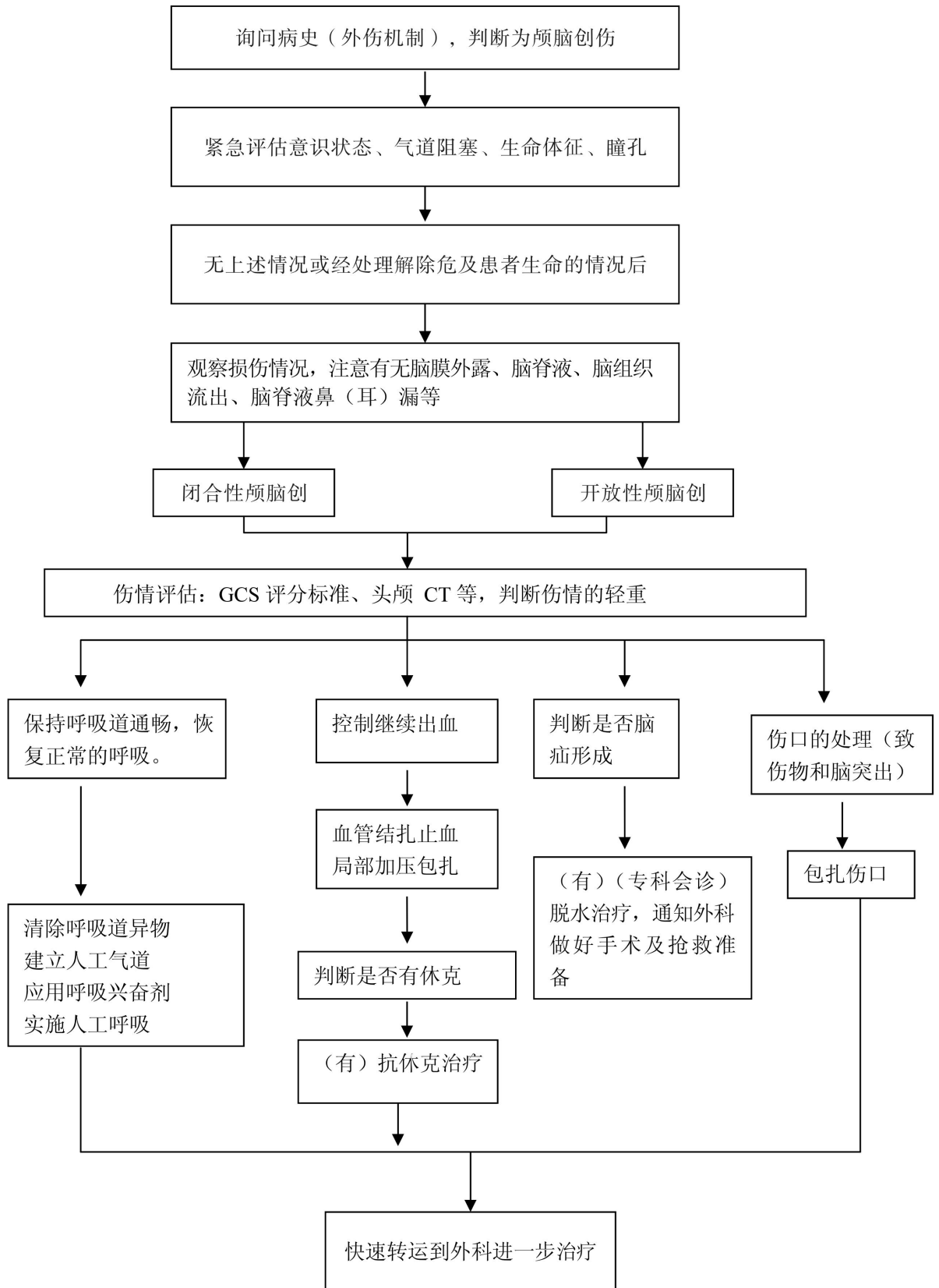
- 1 危及生命的低氧血症（ $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$ 或 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200\text{mmHg}$ ）；
- 2 PaCO_2 进行性升高伴严重的酸中毒（ $\text{pH} < 7.20$ ）；
- 3 严重的神志障碍（如昏睡、昏迷或谵妄）；
- 4 严重的呼吸窘迫症状（如呼吸频率 > 40 次/分、矛盾呼吸等）或呼吸抑制（如呼吸频率 < 8 次/分）；
- 5 血流动力学不稳定；
- 6 气道分泌物多且引流障碍，气道保护功能丧失；
- 7 NPPV 治疗失败的严重呼吸衰竭患者。

常用的模式：A/C、SIMV、PSV、SIMV+PSV；
参数调节：呼吸频率（f）依不同模式而各异，吸气时间（ T_i ）或吸呼时比（I:E）， T_i 0.8—1.2 秒，I:E 与 f 及 T_i 有关；潮气量（ V_t ）： $6-10\text{ml}/\text{kg}$ ；吸氧浓度（ FiO_2 ）能达到目标氧合的适宜浓度，注意避免氧中毒。

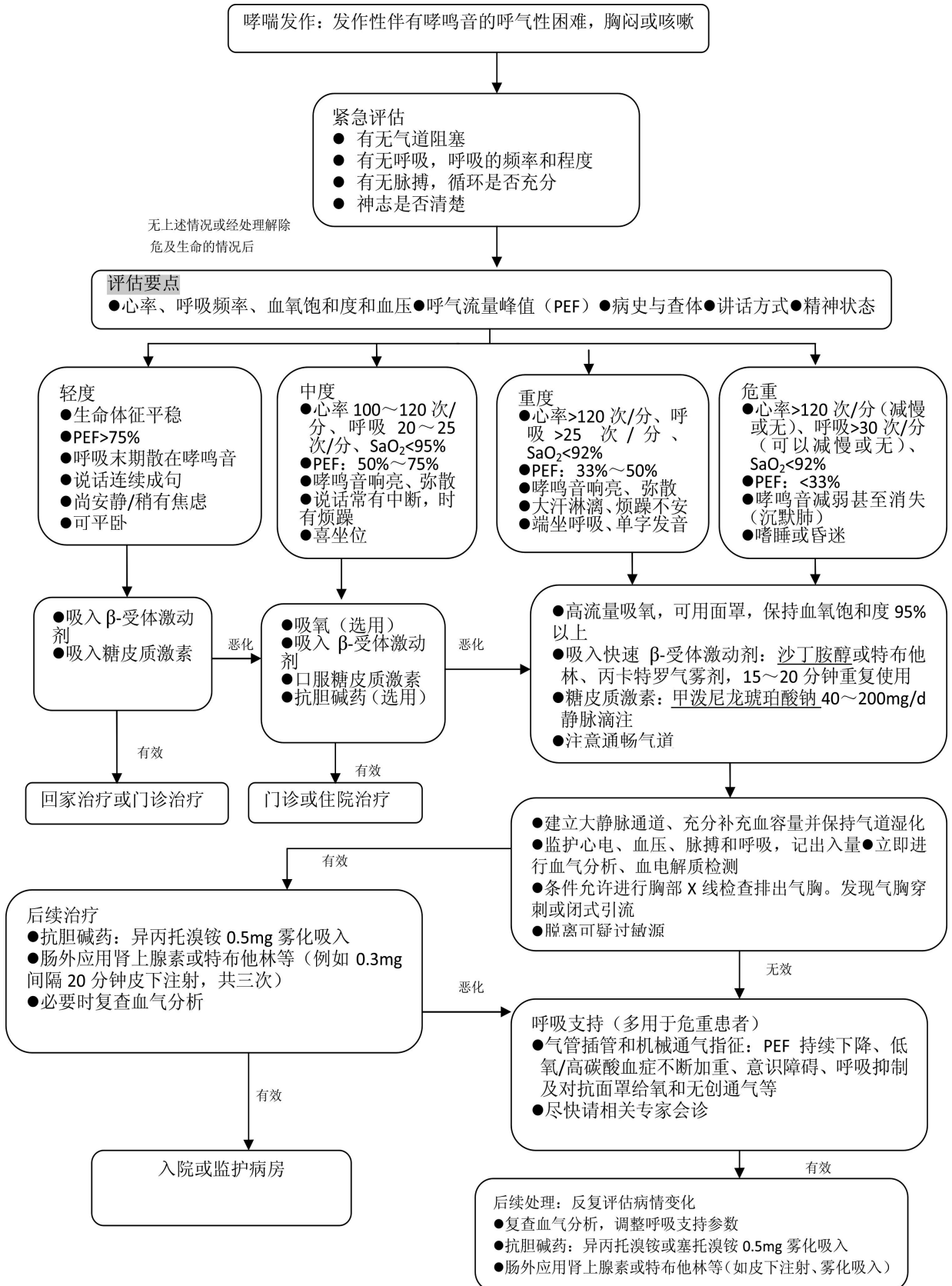
大咯血的紧急抢救流程图



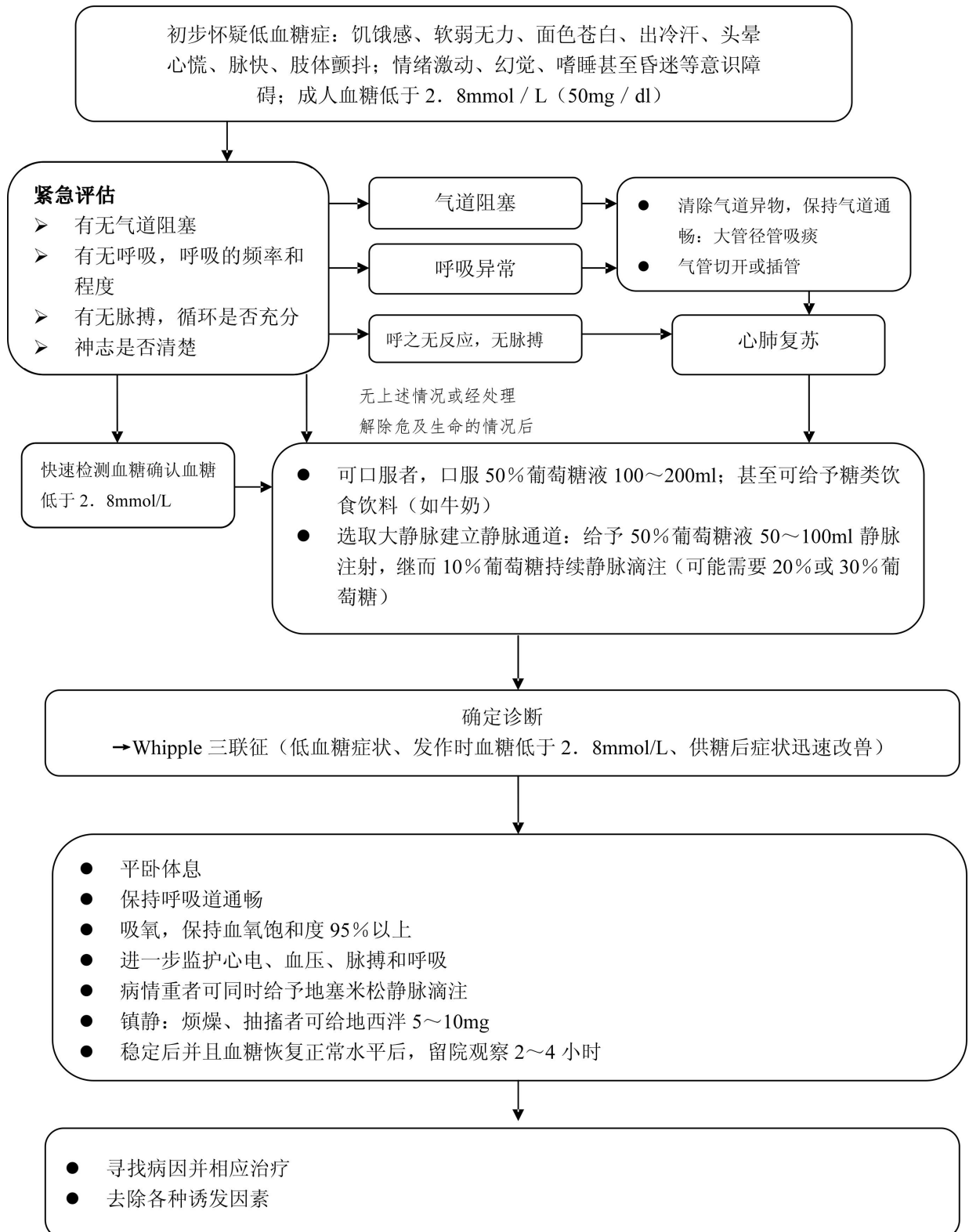
急性颅脑操作的急救流程图



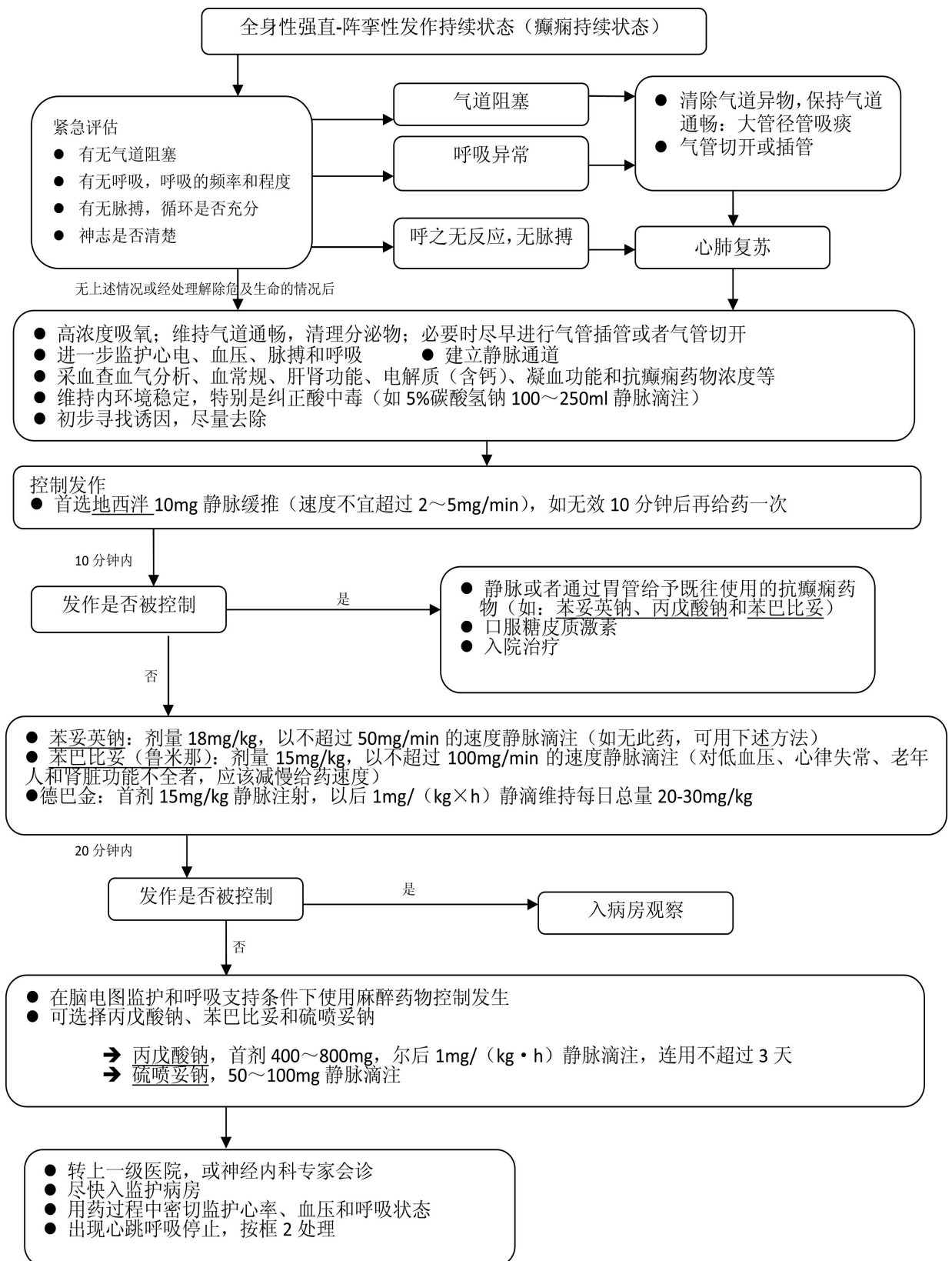
致命性哮喘抢救流程图



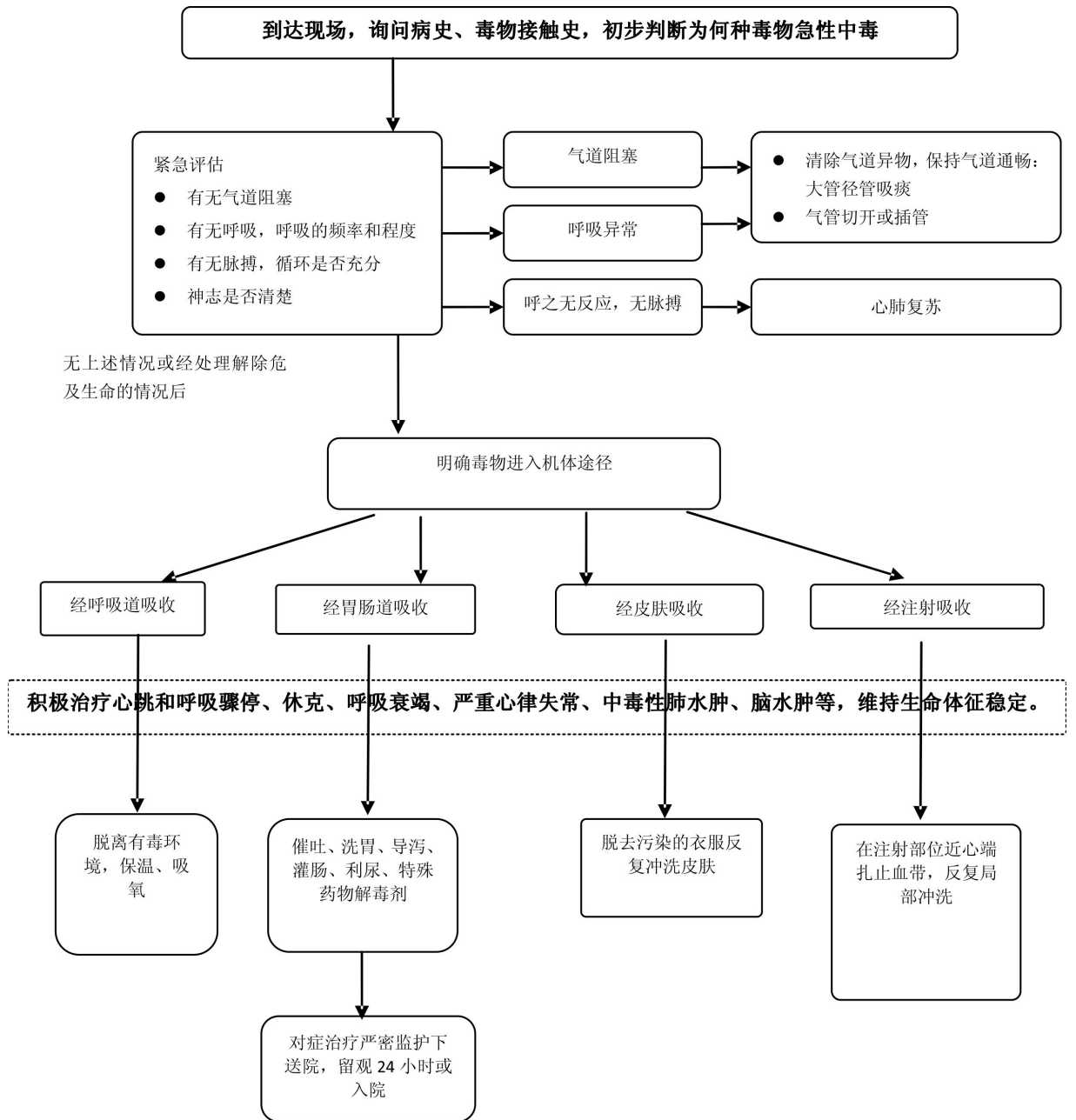
低血糖症抢救流程图



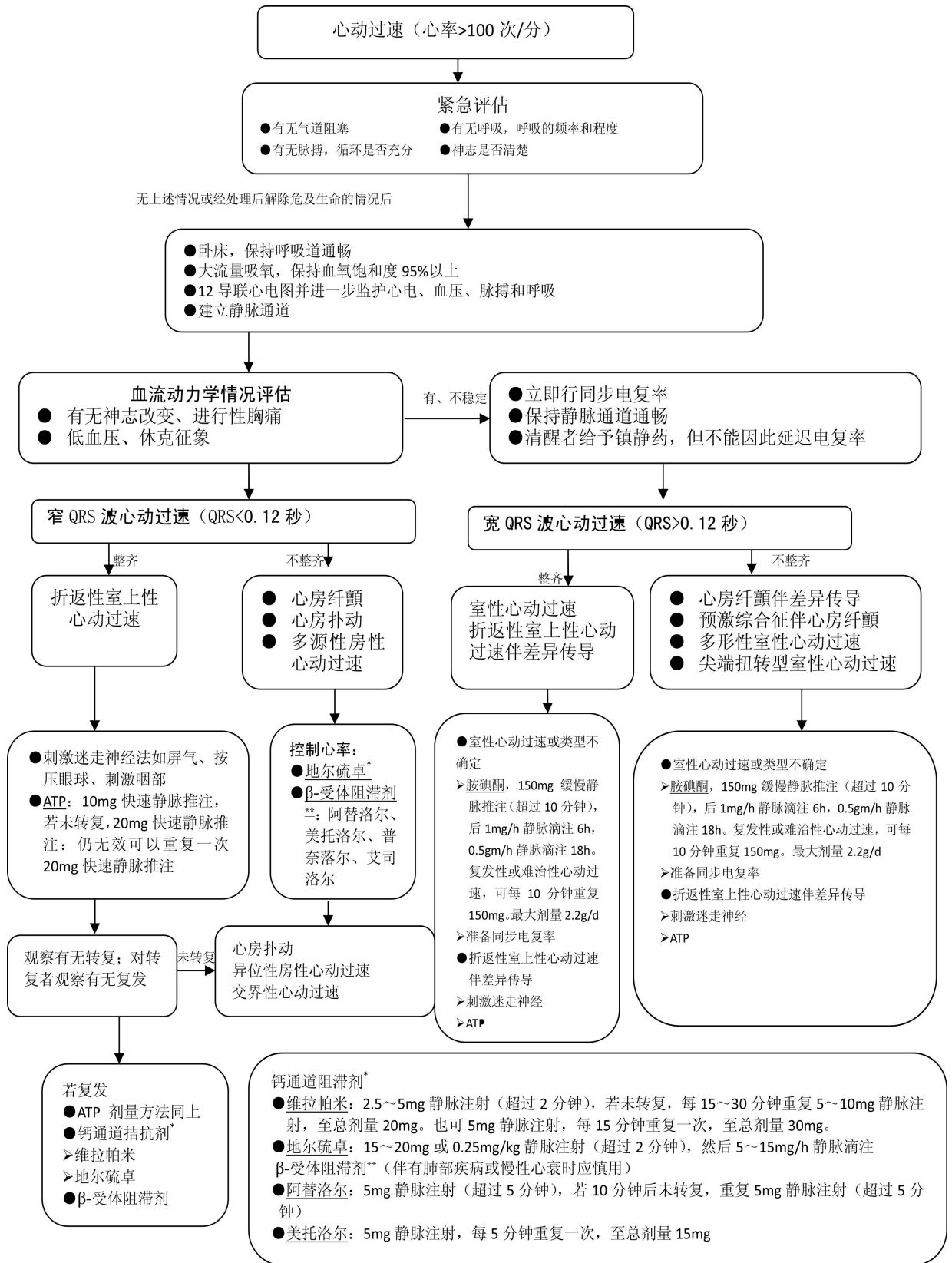
全身性强直-阵挛性发作持续状态的紧急抢救流程图



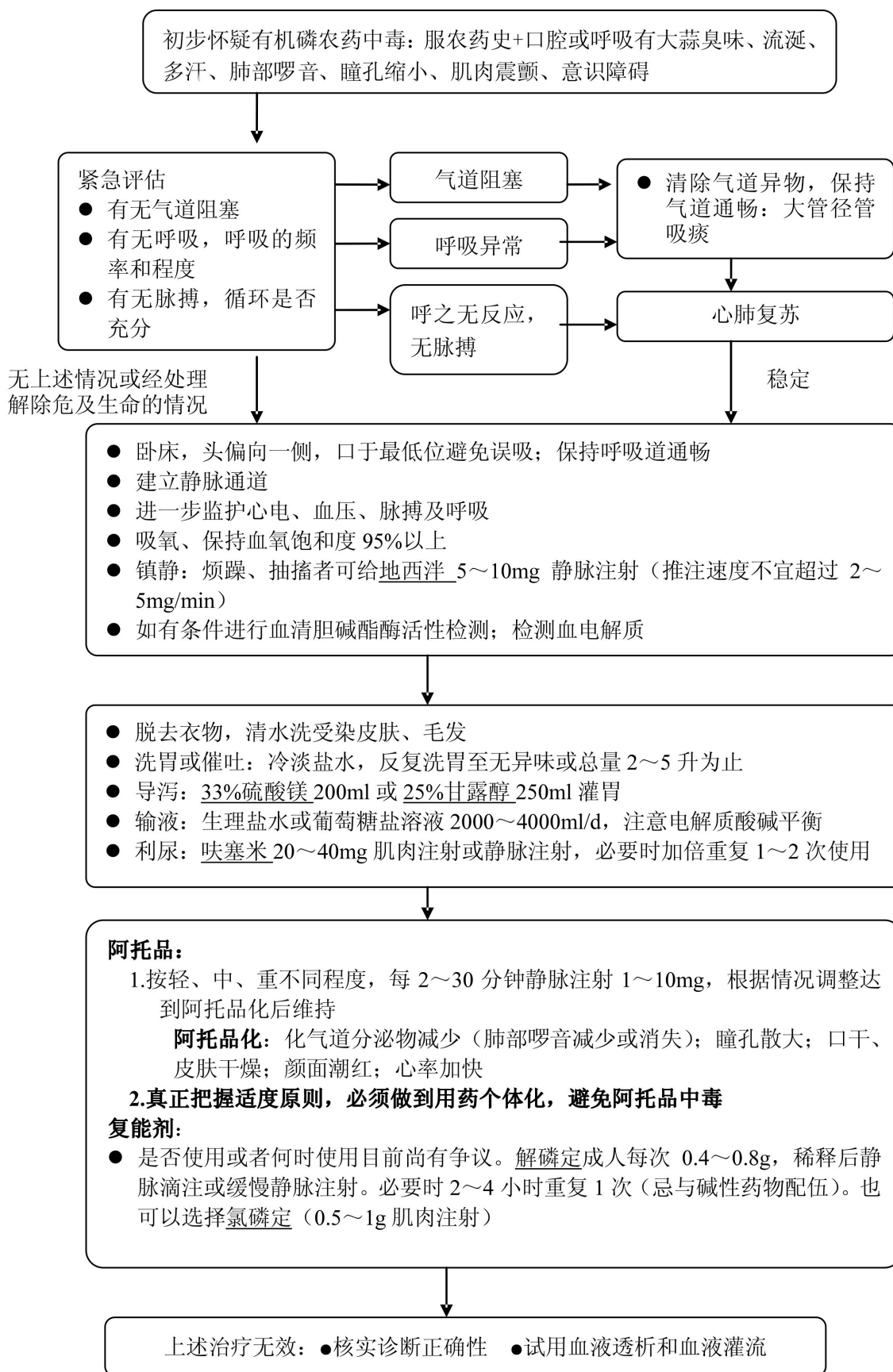
急性中毒诊疗抢救流程图



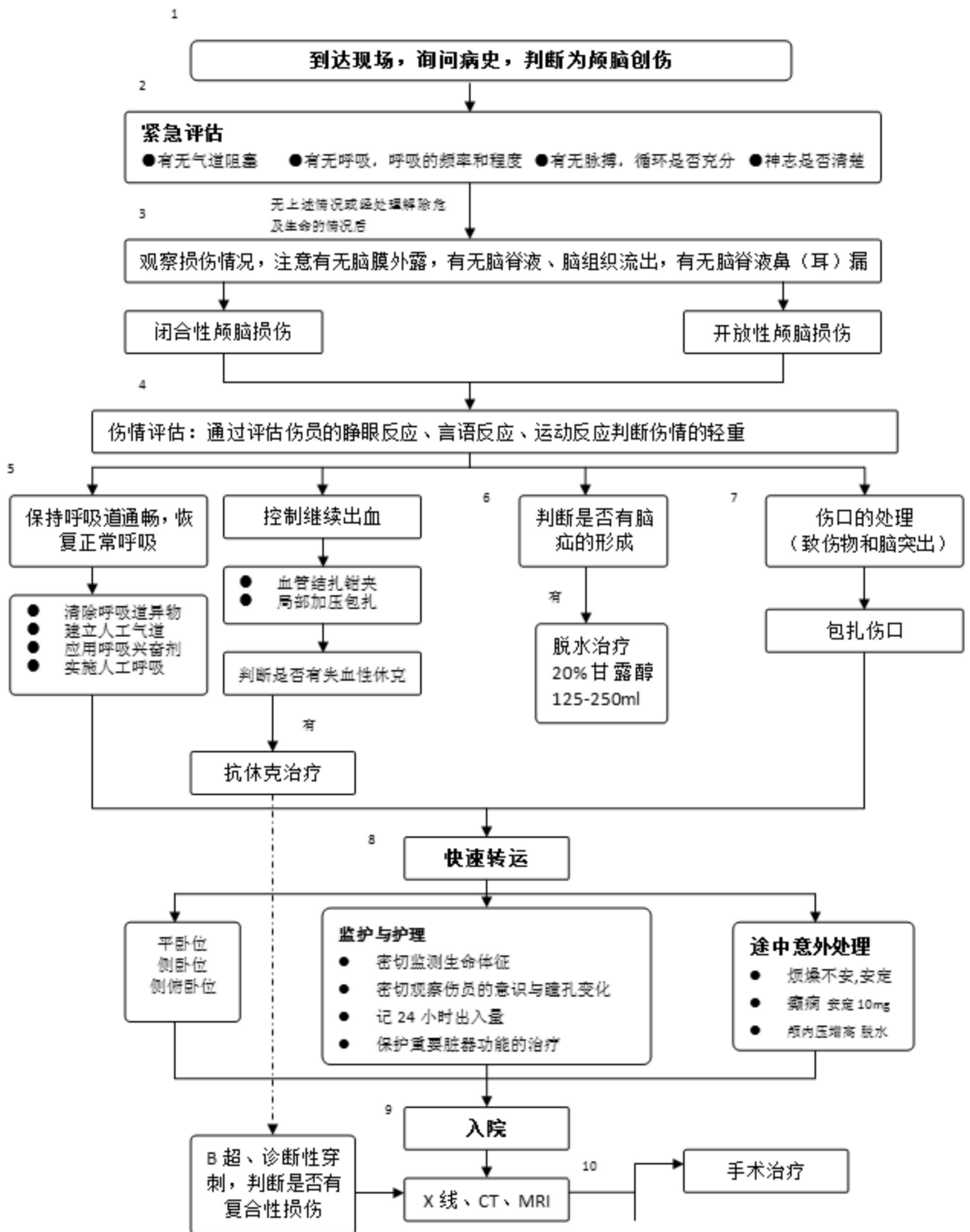
成人致命性快速性心律失常抢救流程图



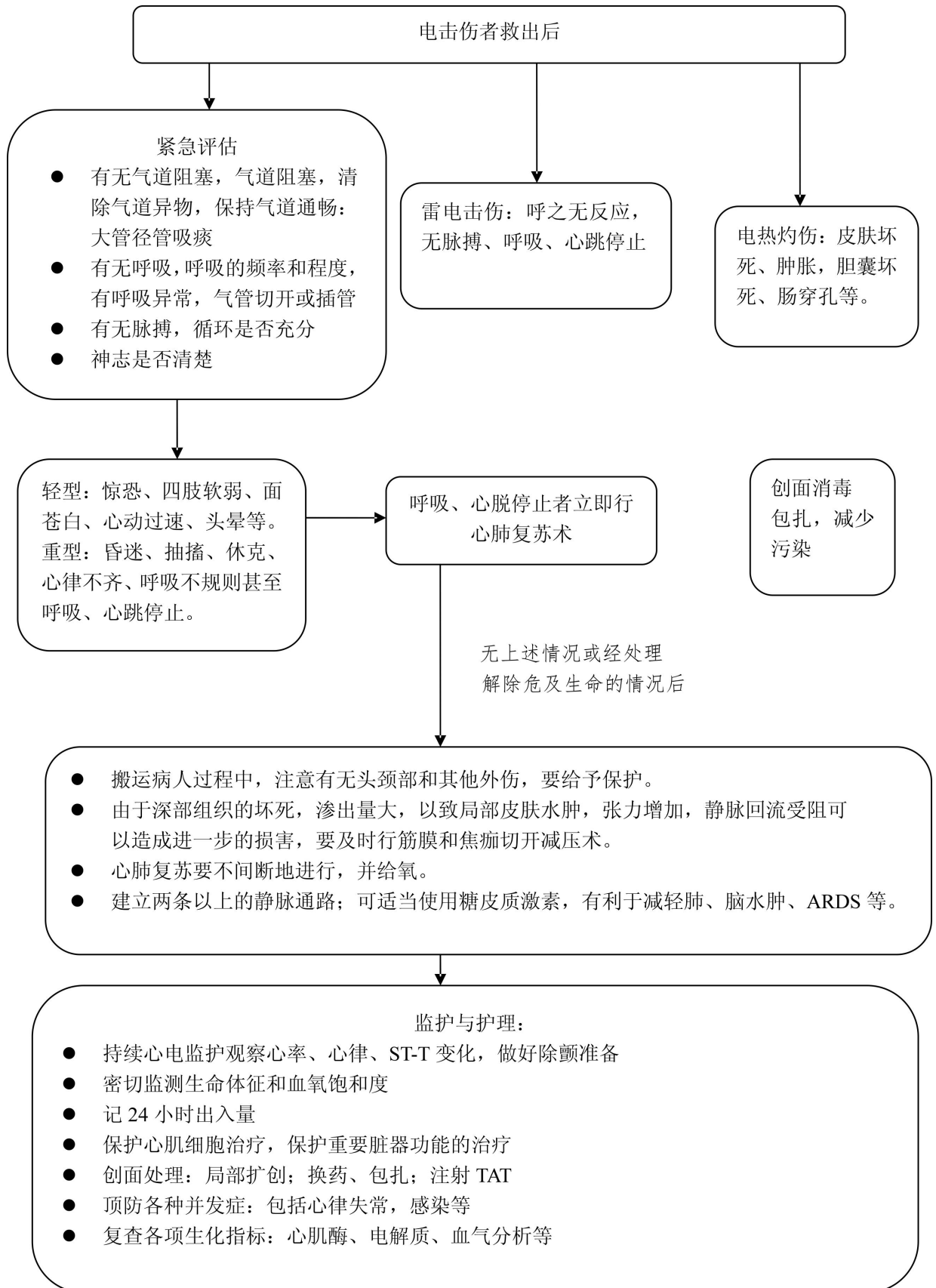
急性有机磷农药中毒抢救流程



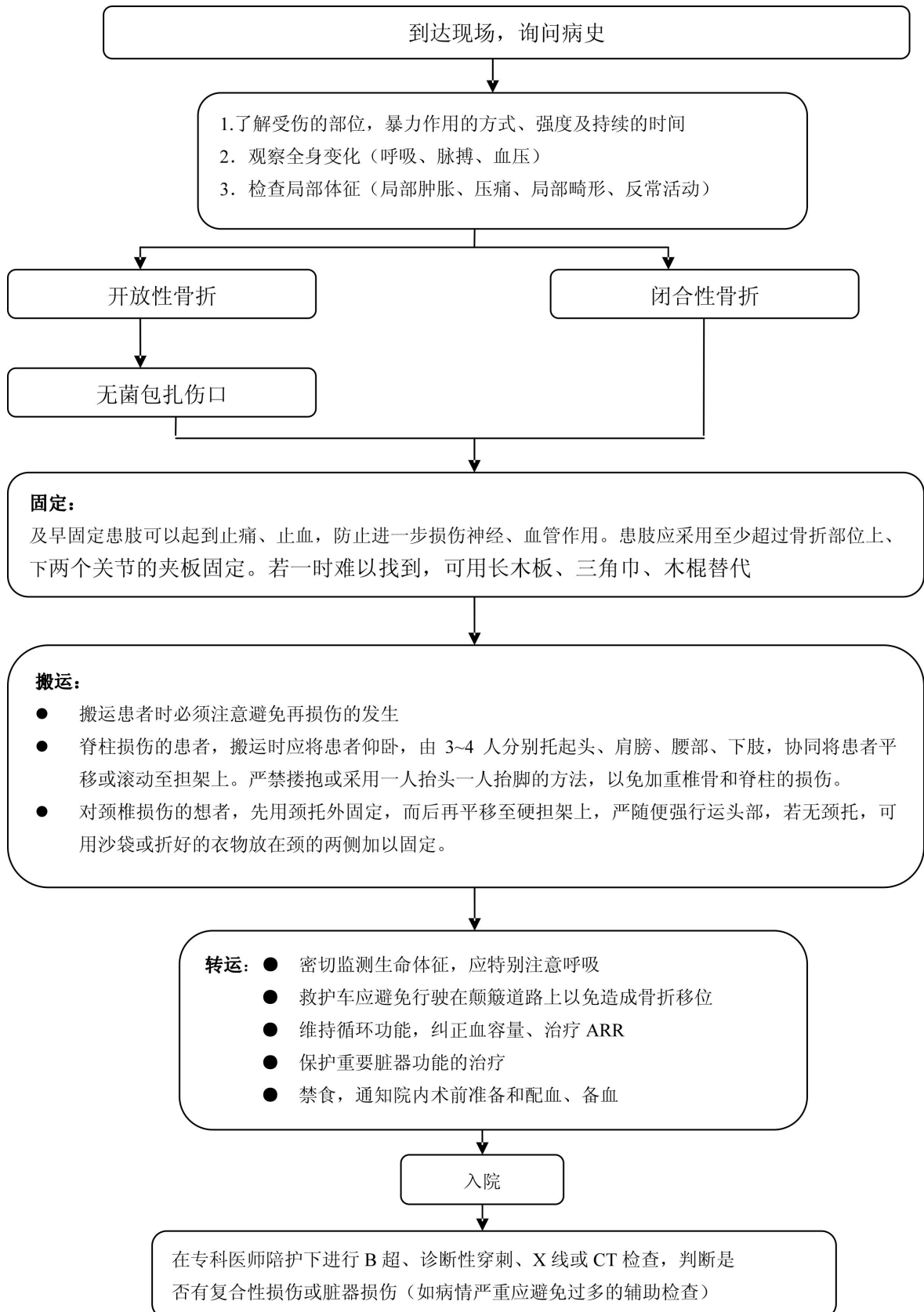
颅脑创伤的急救诊疗流程图



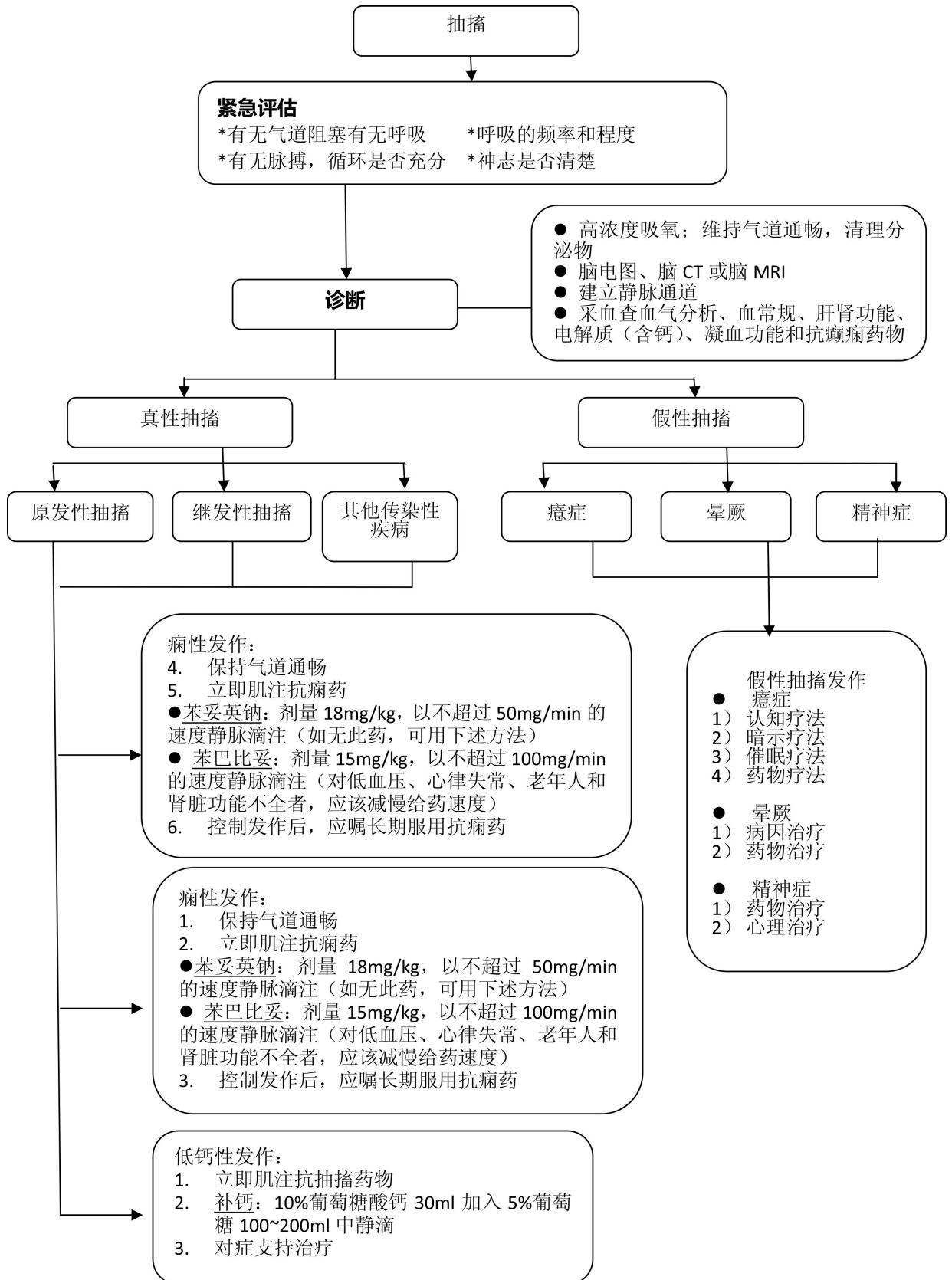
电击伤急救处理流程图



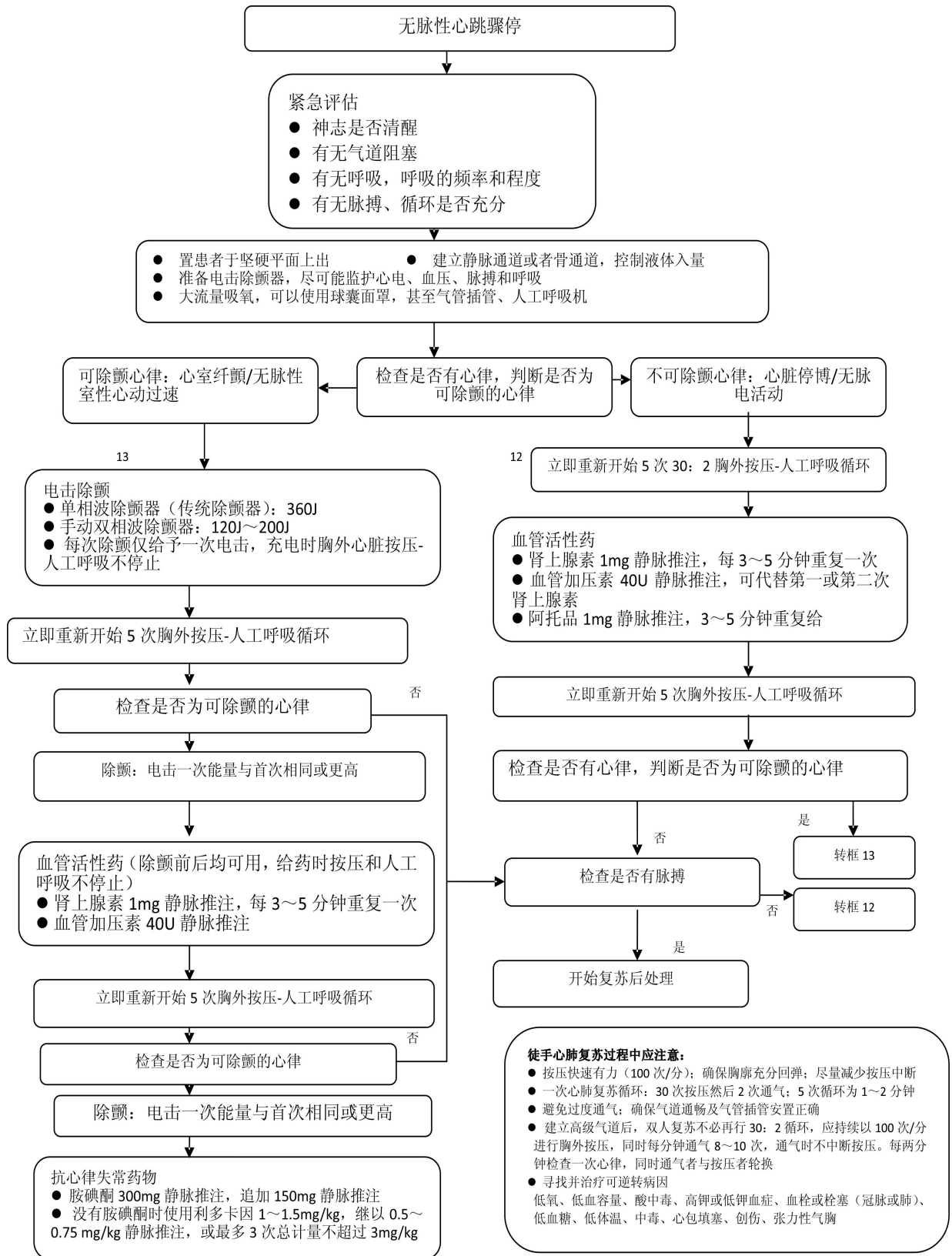
骨折的现场急救流程图



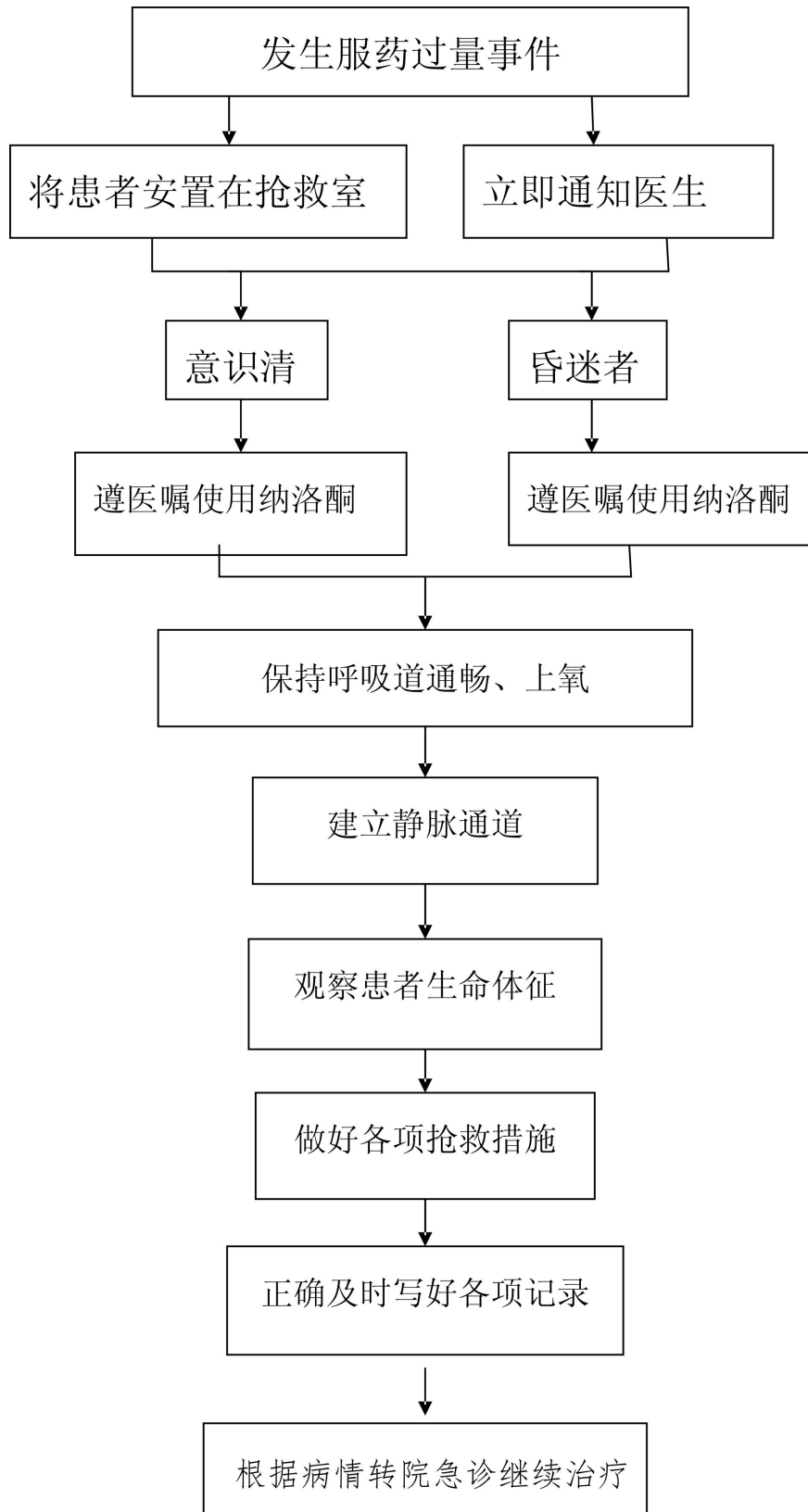
抽搐急性发作期的抢救流程图



成人无脉性心跳骤停抢救流程图



阿片类药物急性中毒的处理流程



阿片类药物急性中毒的应急预案及处理流程

病人在大剂量滥用阿片类药物后，出现精神运动性抑制，言语不清、昏睡甚至昏迷，严重者可导致死亡。必须慎重对待。

门诊患者来院时为了能服用美沙酮口服液，对在这次之前服用其它阿片类药物隐瞒了病史，或不愿讲明情况。导致短时间内服用了大量的阿片类药物。某些病人可能存在美沙酮中毒的高危险因素，特别在用药早期（以下提示的是一些高危险因素：（第一次用美沙酮，且病人医疗和药物滥用情况不明、病人为多药物滥用者、病人的耐受性不明、病人有美沙酮或其它药物过量的危险、病人有呼吸系统及肝脏疾病病史、使用肝药酶抑制剂）。与美沙酮相关的死亡，90%是因为合并使用其它药。一旦发生服药过量事件，立即将患者安置到抢救室并通知医生进行急救，同时叫人通知院内急救中心。

一、保持呼吸道畅通与人工呼吸、上氧。

二、纳洛酮的使用——越早越好

1、单纯海洛因中毒：一次静注 0.4mg，必要时 2—3min 重复注射，直到意识恢复、呼吸正常、一般情况好转。

2. 美沙酮合并其它阿片类药物中毒：首剂量 2—4mg，无效时 3—5min 重复用药，直到 10mg 或更大剂量，之后 2mg / 500ml 液体静滴或每 2—3h 重复注射 0.4mg，维持 12h 以上。

3. 单纯美沙酮中毒：首剂量 2—4mg，无效时 3—5min 重复用药，直到 10mg 或更大剂量，之后 2mg / 500ml 液体静滴或每 2—3h 重复注射 0.4mg，维持 24h 以上。

三、建立静脉通道并保持通畅，纳洛酮在病情改善后应改为小剂量静滴或肌注维持 24 小时以上。

四、遵医嘱用药，防治脑水肿

五、观察生命体征：做好体温、脉搏、呼吸、血压的测量和记录

六、纳洛酮处理促醒症状缓解后应立刻转诊到医院急诊科继续治疗。

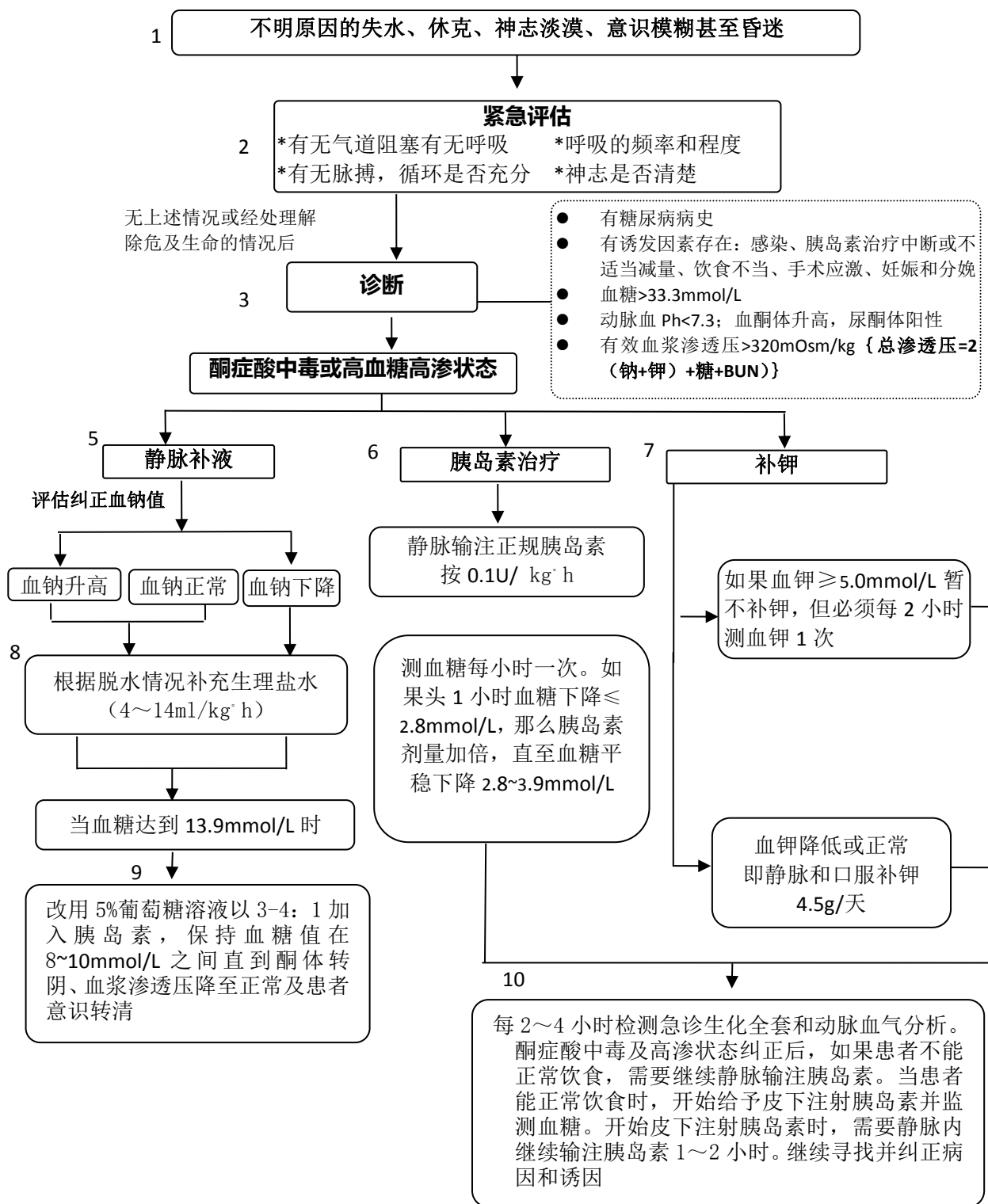
MECT 治疗工作流程

- 1、MECT 治疗前须完善血常规、肝功能、电解质、心电图及胸片等检查化验。
- 2、管床医师向患者及家属告知 MECT 治疗相关事宜，并签署知情同意书。
- 3、管床医师填写会诊申请单，经科主任或上级医师签署意见，邀请 MECT 室医师会诊。
- 4、MECT 室医师去病房会诊，查看病人，复审知情同意书、查验各项检查化验结果，排除禁忌症，填写会诊意见并安排治疗时间。
- 5、MECT 室医师联系麻醉科医师，麻醉科医师在治疗前访视患者，签署麻醉同意书，排除禁忌症。
- 6、病房护士按时携带药物及用品护送患者到 MECT 治疗室接受治疗，并全程护理（注：门诊病人视同当事病房病人）。
- 7、MECT 室医生、护士及麻醉科医生填写相关治疗记录单。MECT 室医生在患者病历中书写 MECT 治疗记录，做到每次治疗均有病程记录。一个疗程的 MECT 治疗结束时，病房管床医生书写 MECT 治疗小结。
- 8、MECT 治疗结束以后，患者留在 MECT 室休息，医护人员观察病人有无副反应与不良事件，并评估疗效。患者意识清晰后方可在病房护士护送下离开 MECT 室。
- 9、MECT 治疗一个疗程结束时，MECT 治疗记录单、治疗安全核查表、麻醉记录单由护士带回病房交由主管医师存入病历存档。
- 10、MECT 治疗后 36 小时内，MECT 室医生回访患者并填写《MECT 后副反应与不良事件随访登记表》。

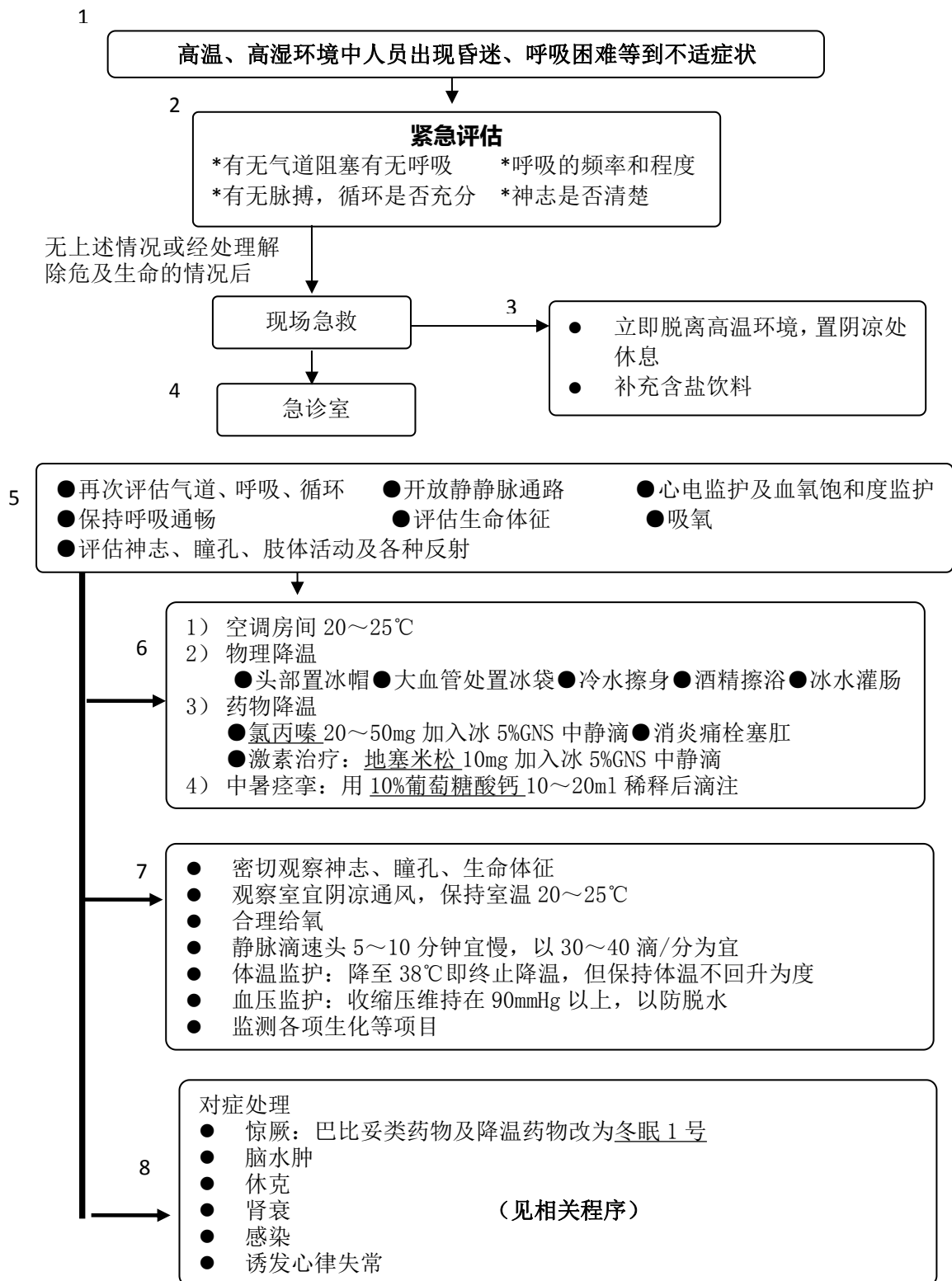
呕血抢救流程



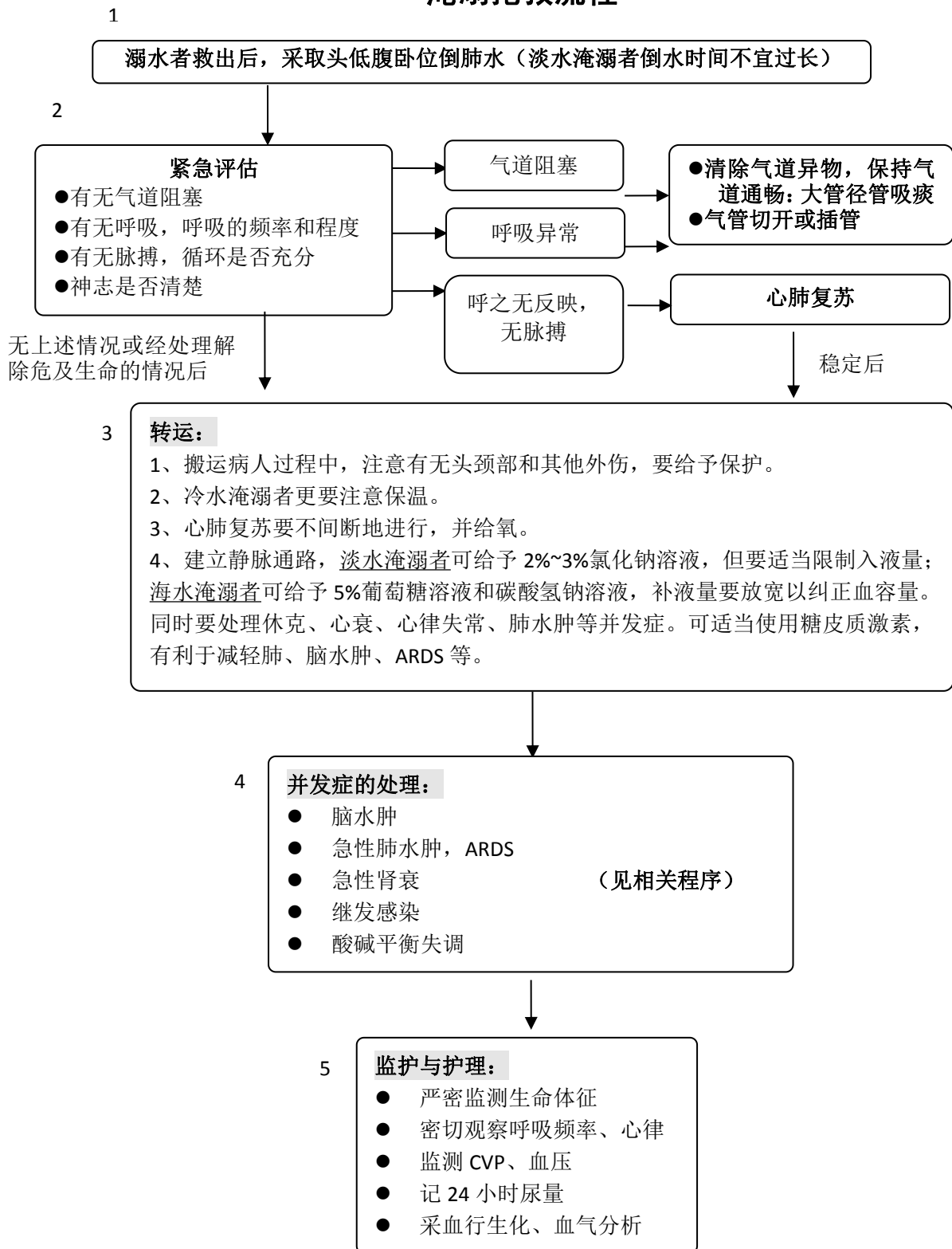
糖尿病酮症酸中毒及高血糖高渗状态抢救流程



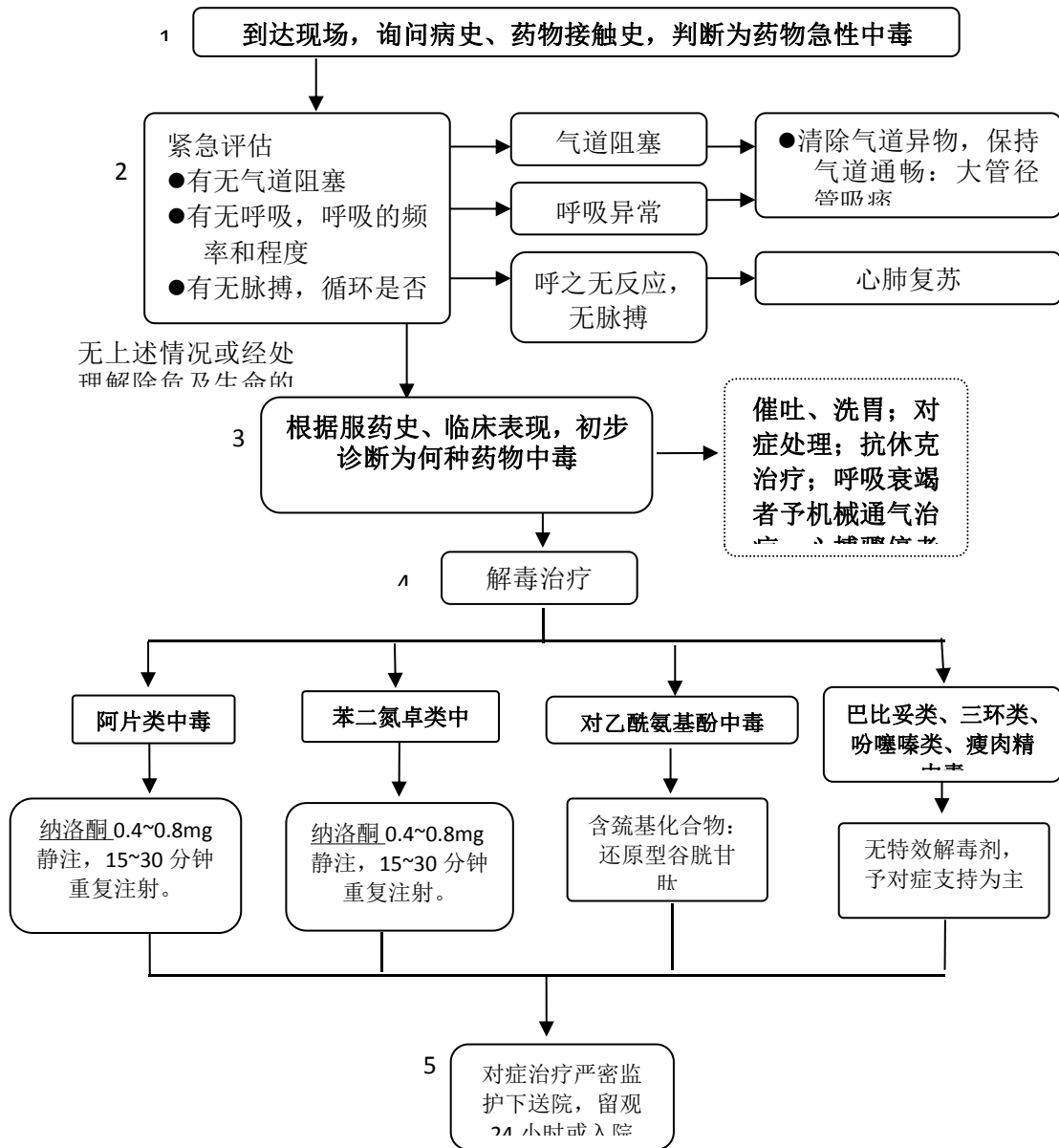
中暑急救流程



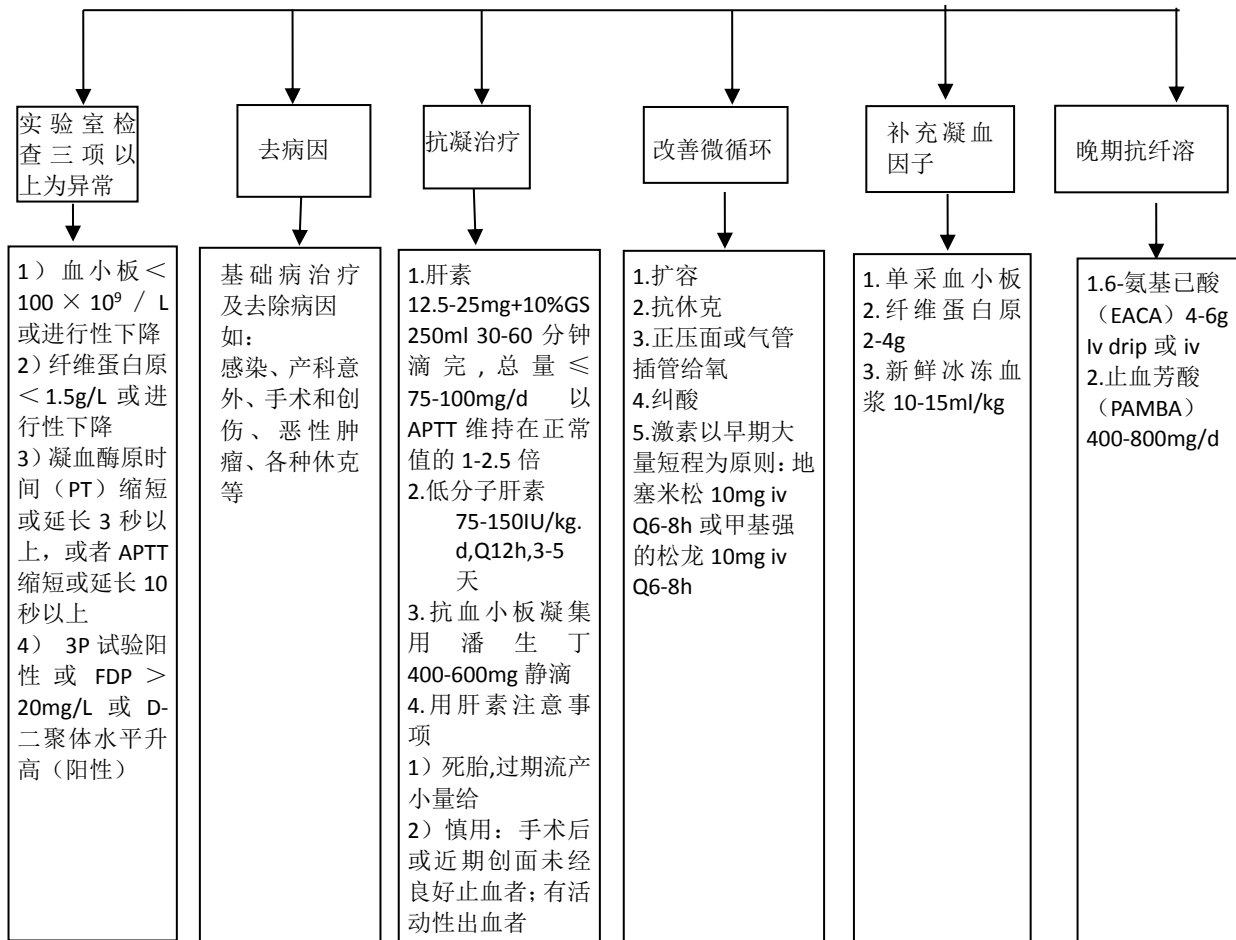
淹溺抢救流程



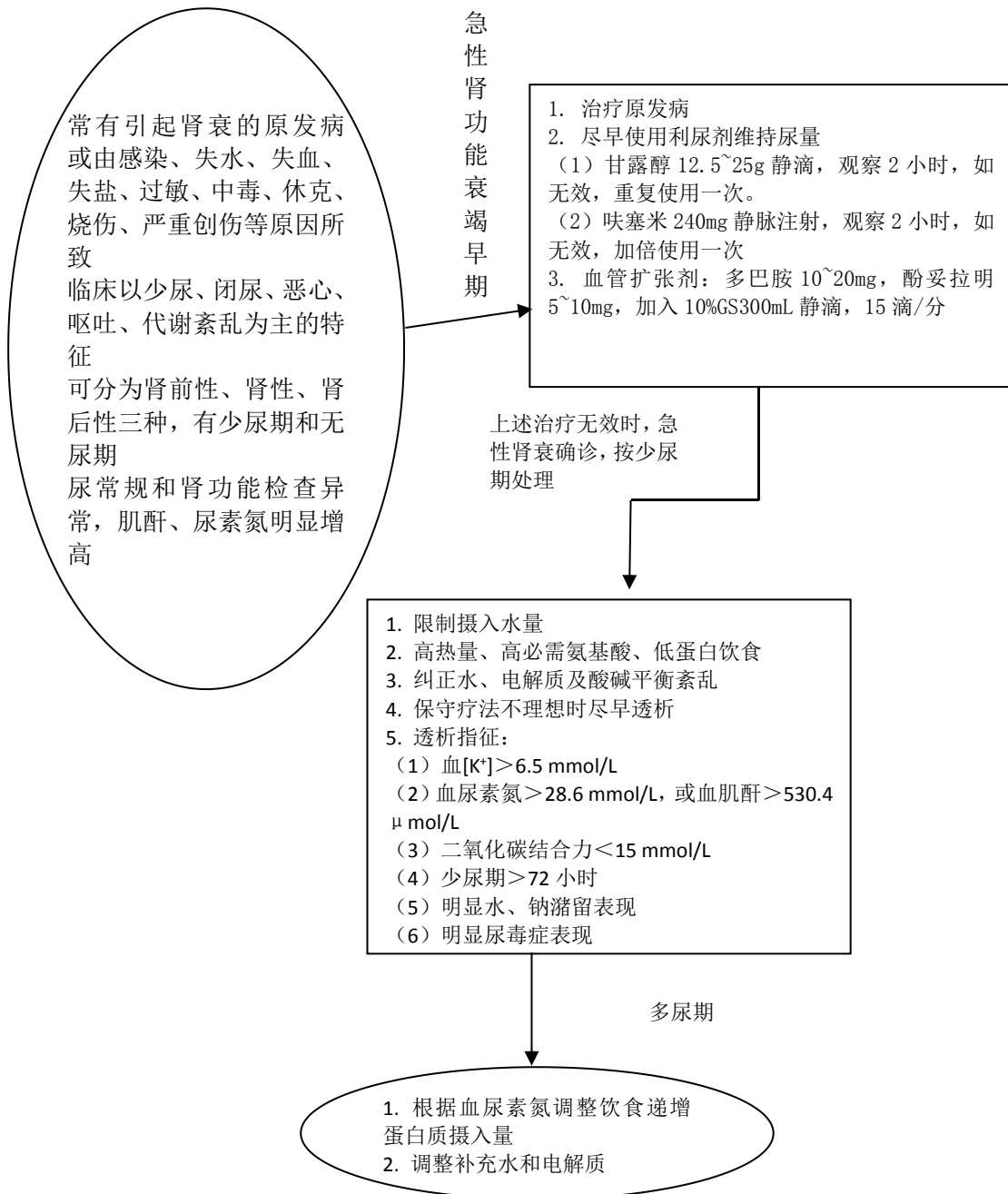
急性药物中毒诊疗流程



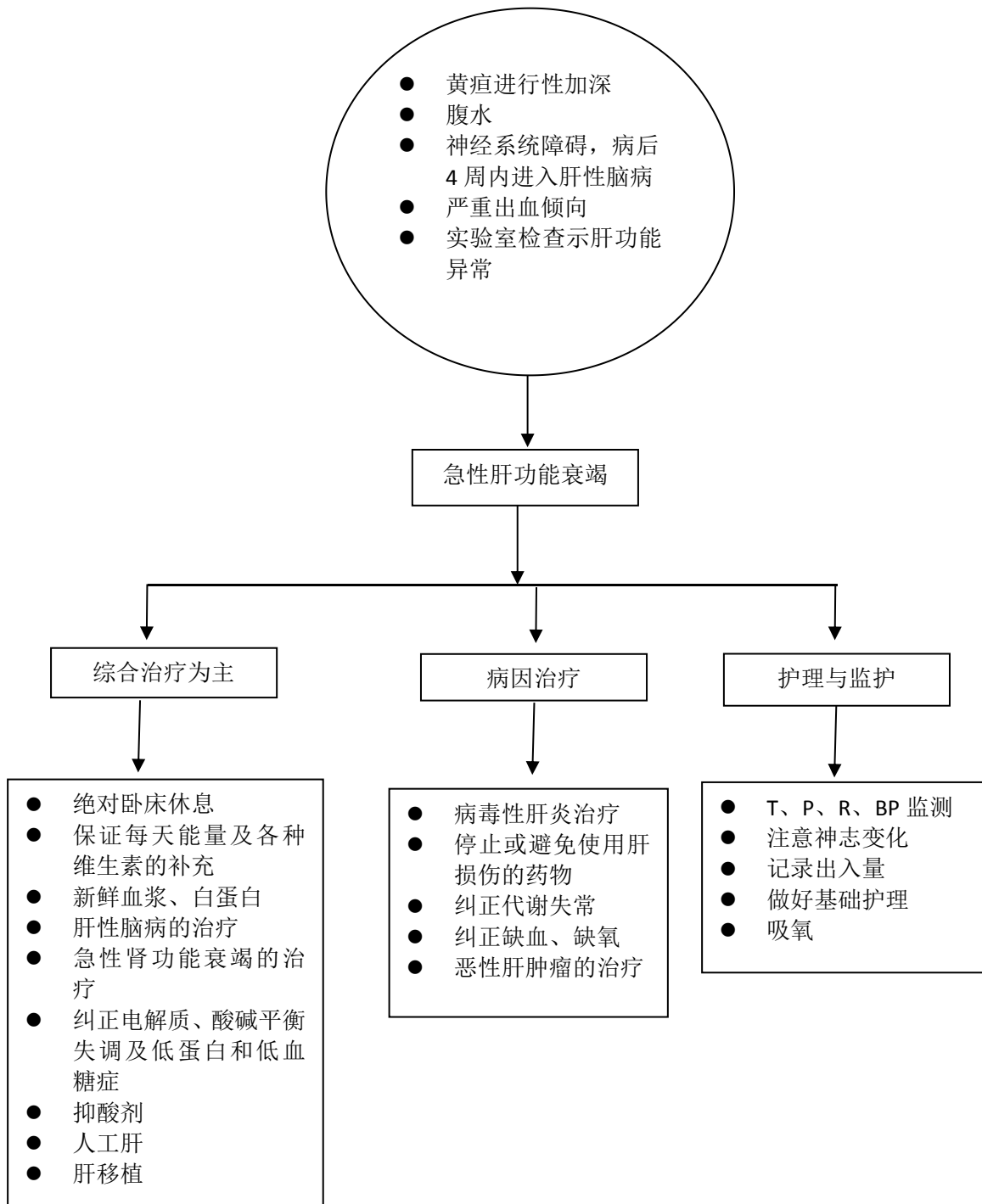
DIC 诊断与抢救流程



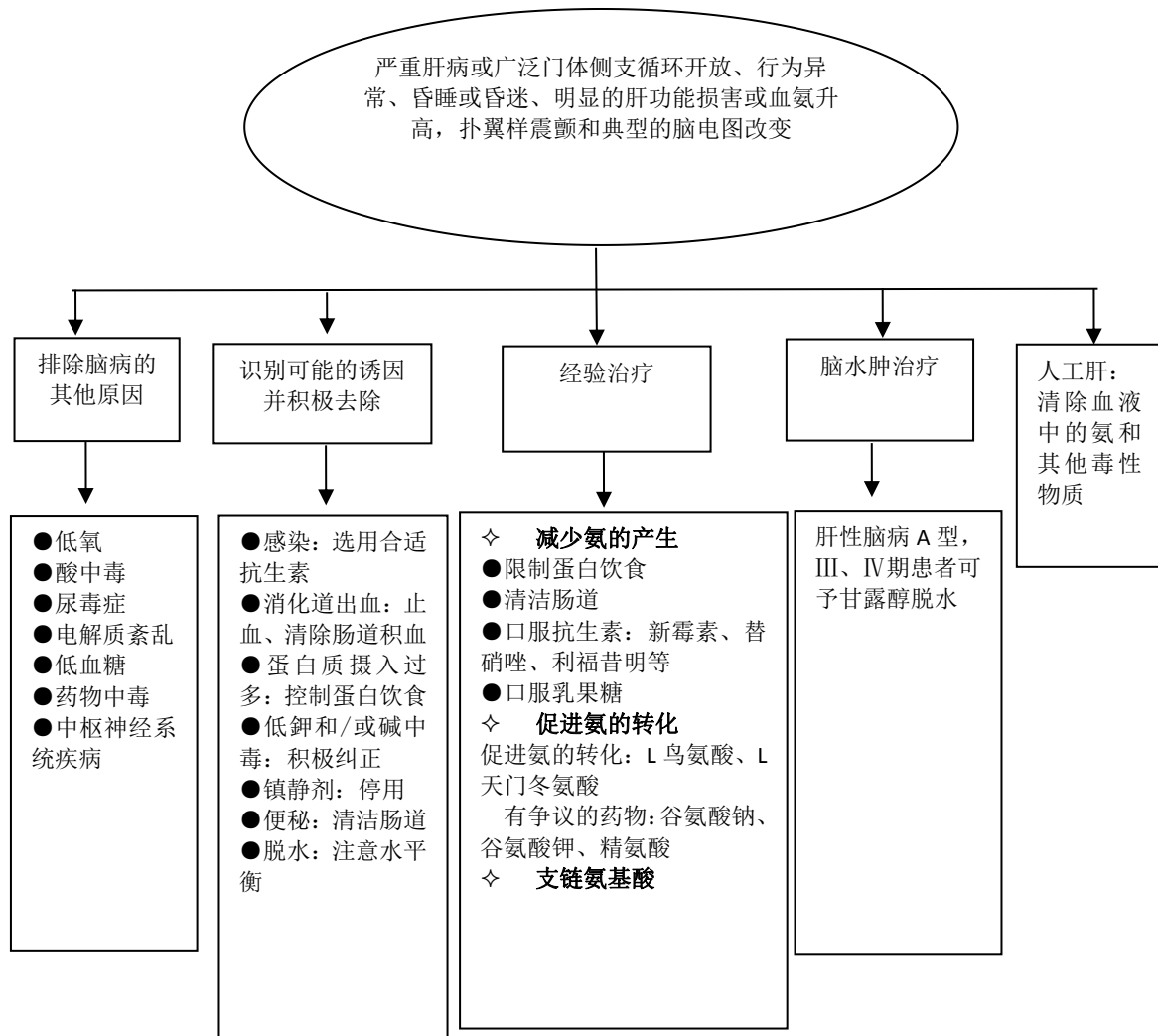
急性肾功能衰竭急救流程



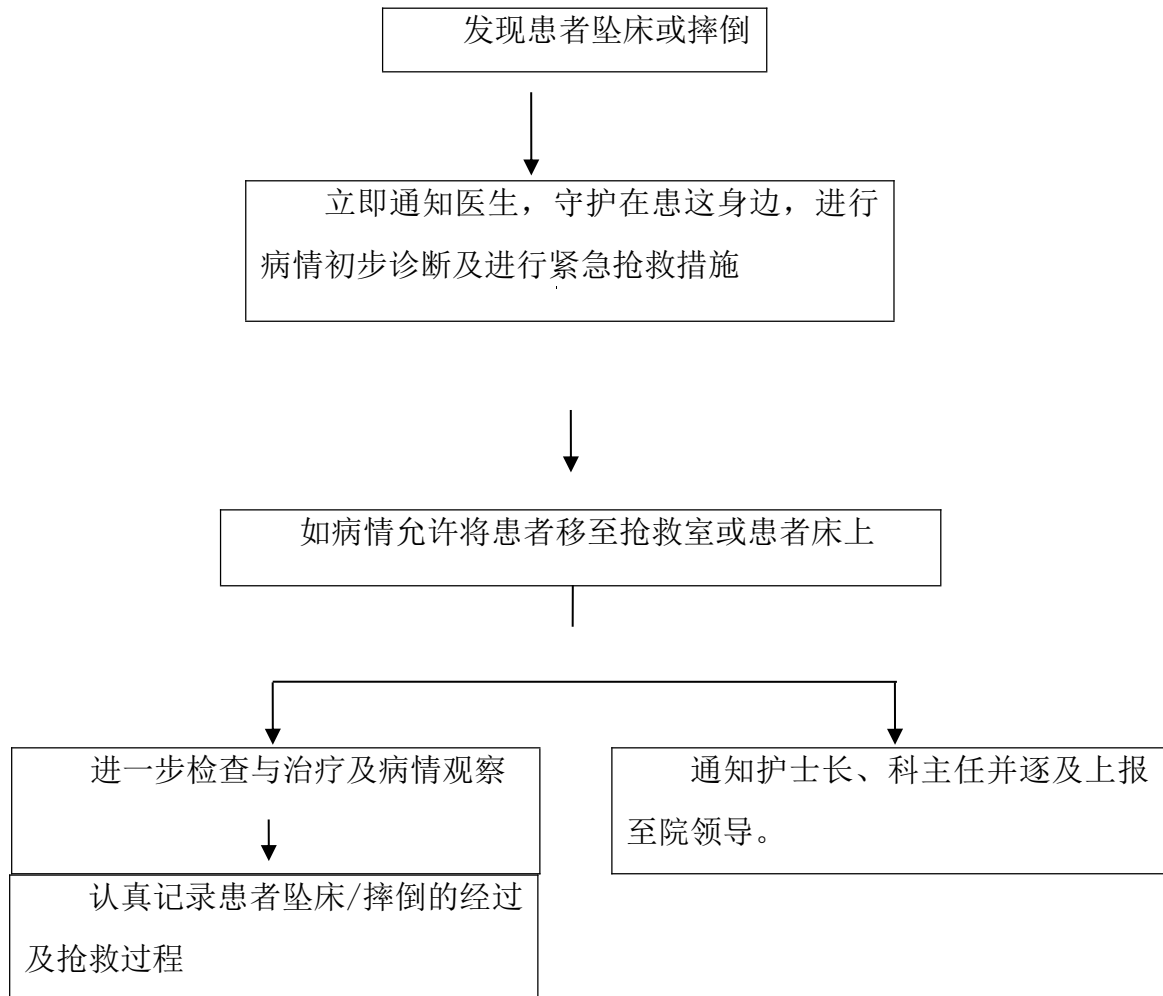
急性肝功能衰竭急救流程



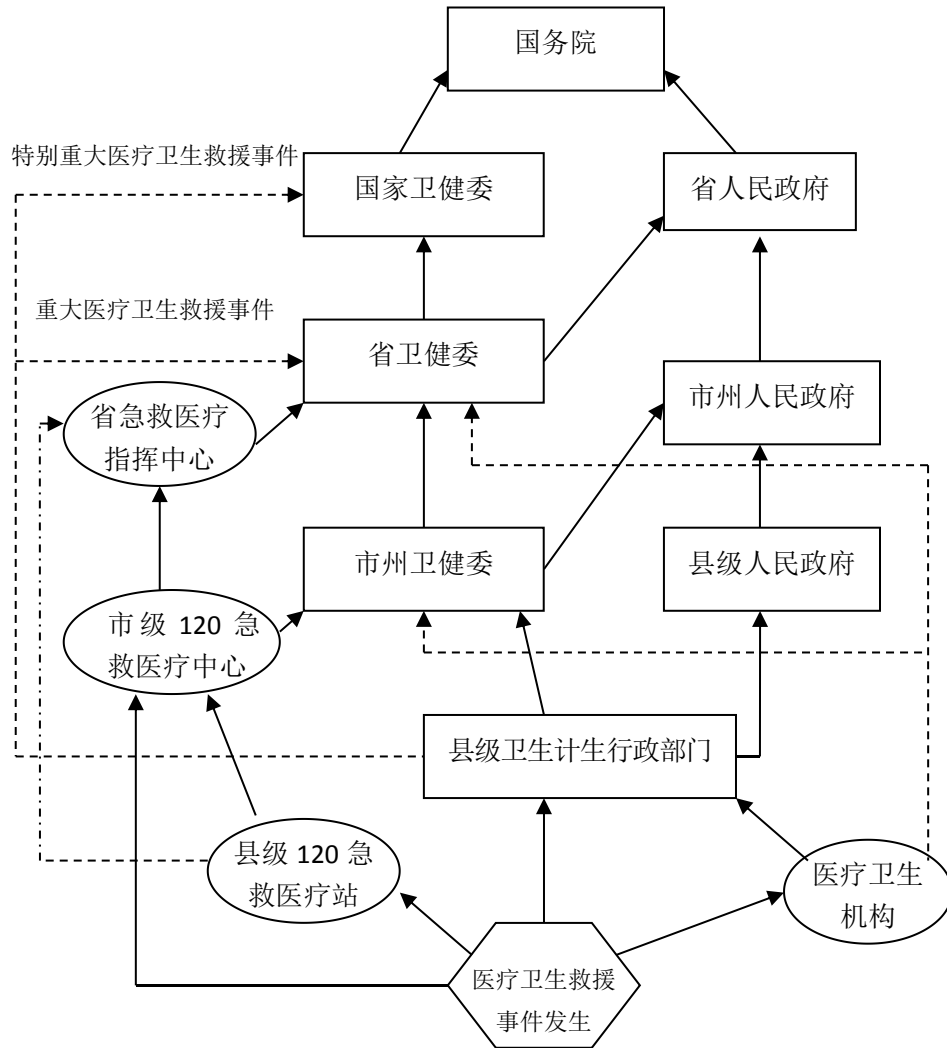
肝性脑病急救流程



患者坠床/摔倒时的应急程序

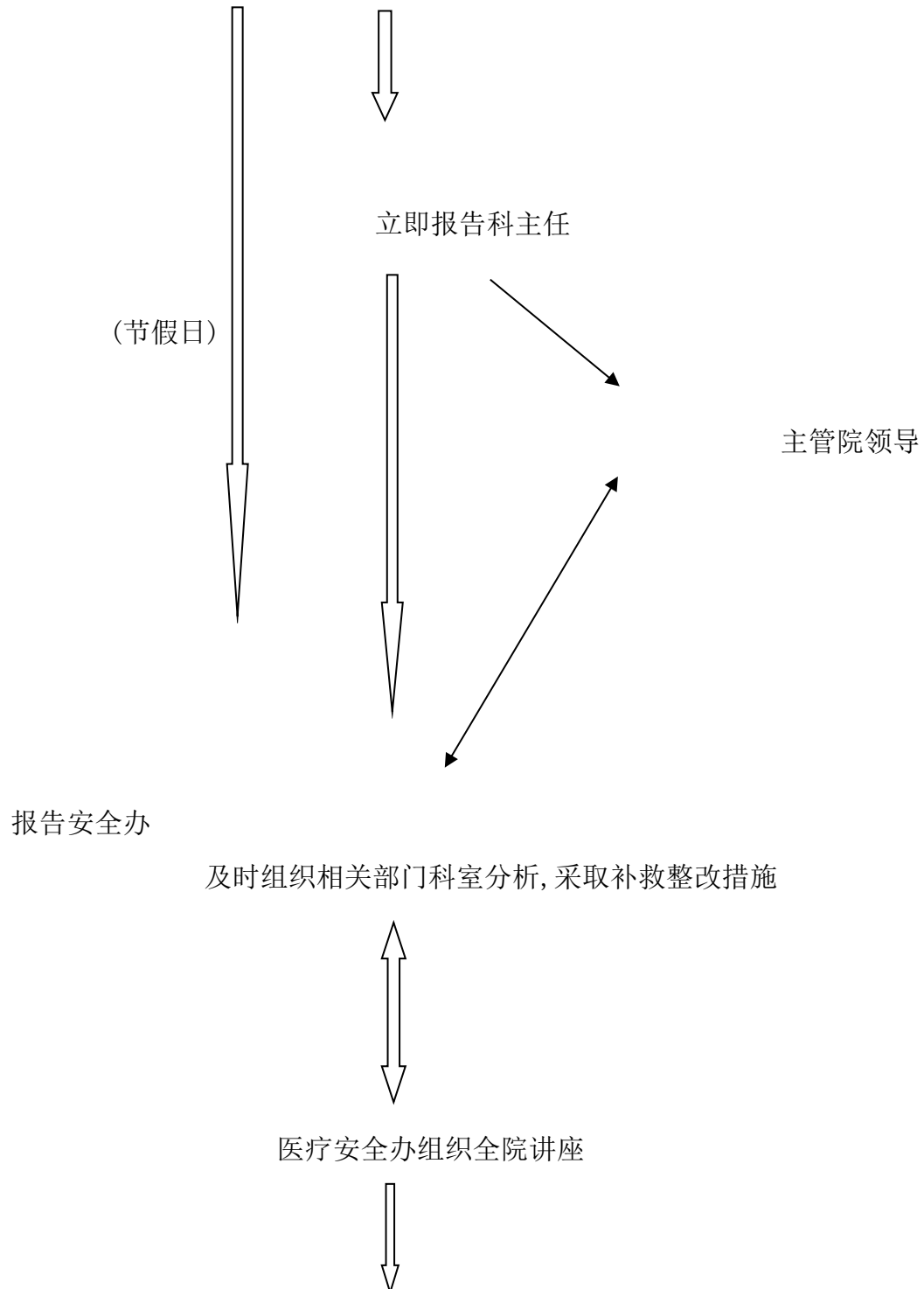


重大突发事件报告流程图

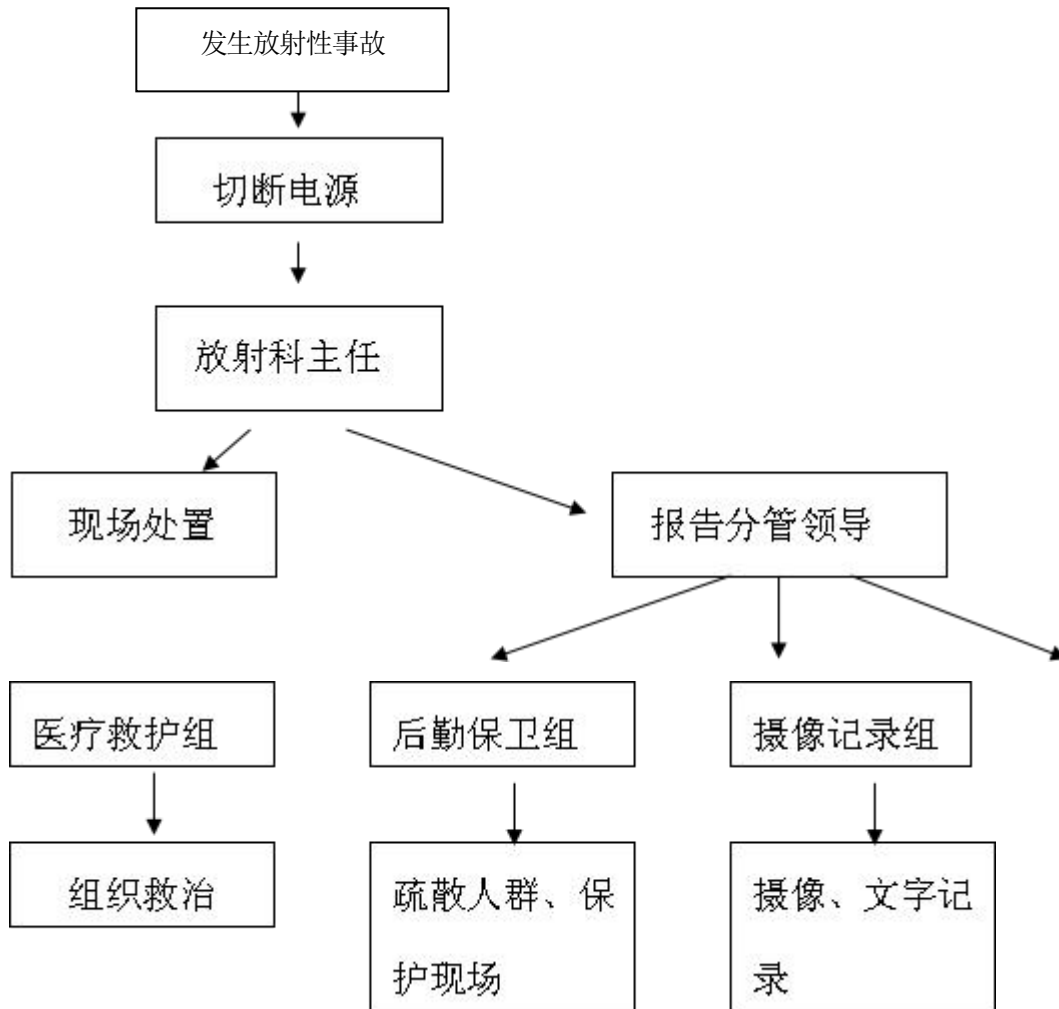


医疗不良事件报告流程图

临床医技科室发现, 出现医疗安全不良事件



放射性事故应急流程



心理疾病临床处理规范化流程

心理疾病临床处理规范化流程框架：5 大步 10 小步

第一大步： 诊断步骤

第 1 小步：精神检查

目的:建立医患关系

确定目前临床相、验证病史中的症状收集诊断与鉴别诊断必需的其它信息达到目的的方法:正确的步骤，灵活有效的应用临床沟通技巧

精神检查的三段式步骤：

开始

1、开始前准备：

(1)明确阶段任务:建立信任，发现症状线索，决定谈话方式，处理患者情绪；

(2)心理准备与环境准备：三个“不要”原则：不陷入争辩、不轻易打断、不做道德价值观评判；

(3)主要运用观察和倾听技巧。

观察—从看见患者开始，内容：表情、态度、动作、步态、姿势、衣着、说话方式与反应方式、一般状态与意识、理解与判断所观察到的信息的临床意义。

接触与反应方式

倾听—从听见患者说话开始，用心倾听，有反应的倾听。

2、开始：见面、入题、破题、深入

(1) 任务：澄清症状，明确临床相，重点应用倾听、提问、澄清、反馈、引导、非言语交流等技巧，澄清症状的基本要求。

(2) 忌：浅尝辄止，想当然，教条生硬。

结束阶段

明确结束交谈阶段的目标

结束阶段主要应用总结、控制与引导技术

结束会谈的推荐方法

第 2 小步：补充询问病史

了解病人既往情况，了解病人病情发生、发展情况，争取与病人家属就患者病情达成共识

第 3 小步：躯体及神经系统检查

第 4 小步：物理检查与临床心理测验



常见生化检查类型和方法，结构性脑影像学，心理测验

第 5 小步：诊断分析

横向诊断过程

纵向诊断过程

诊断过程中应注意的几个问题

诊断思维与流程

常见精神障碍诊断和分类系统

第二大步（第 6 小步）：规范化治疗方案

心理治疗、物理治疗、药物治疗、工娱治疗等

第三大步：风险评估

第 7 小步：预后估计

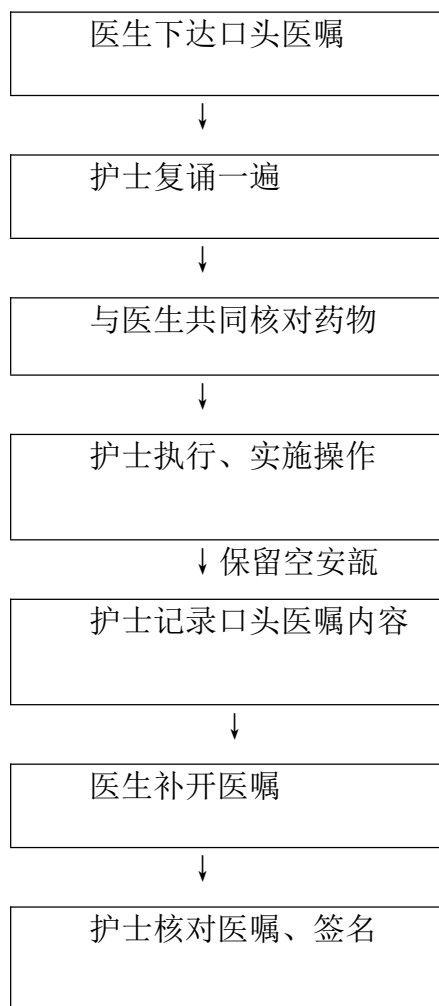
第 8 小步：与患者和家属沟通

第四大步（第 9 小步）：病历书写步骤

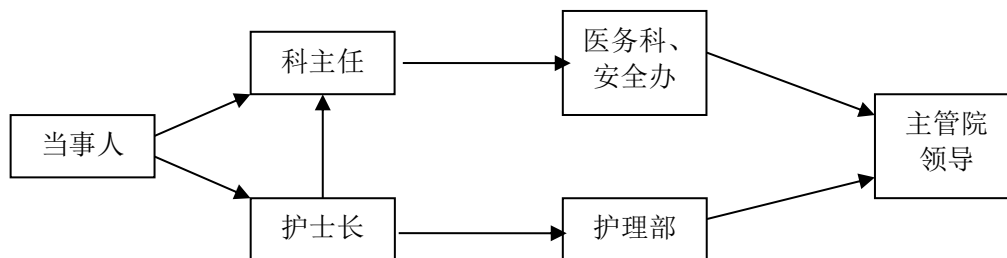
一般资料 主诉（代主诉） 现病史、既往史、个人史、家族史

第五大步（第 10 小步）：持续治疗与追踪

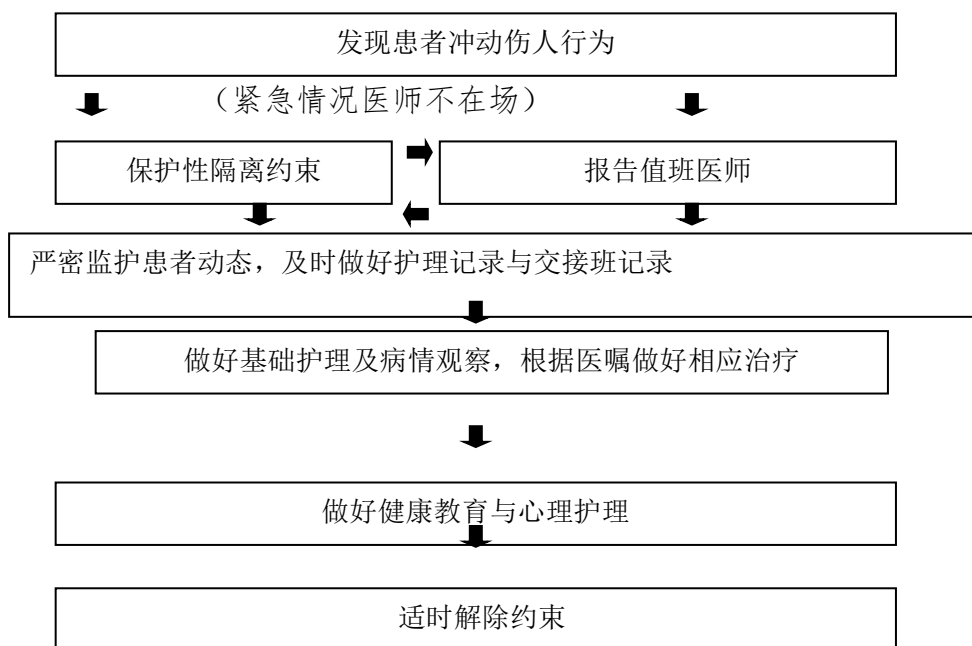
紧急情况下口头医嘱执行流程



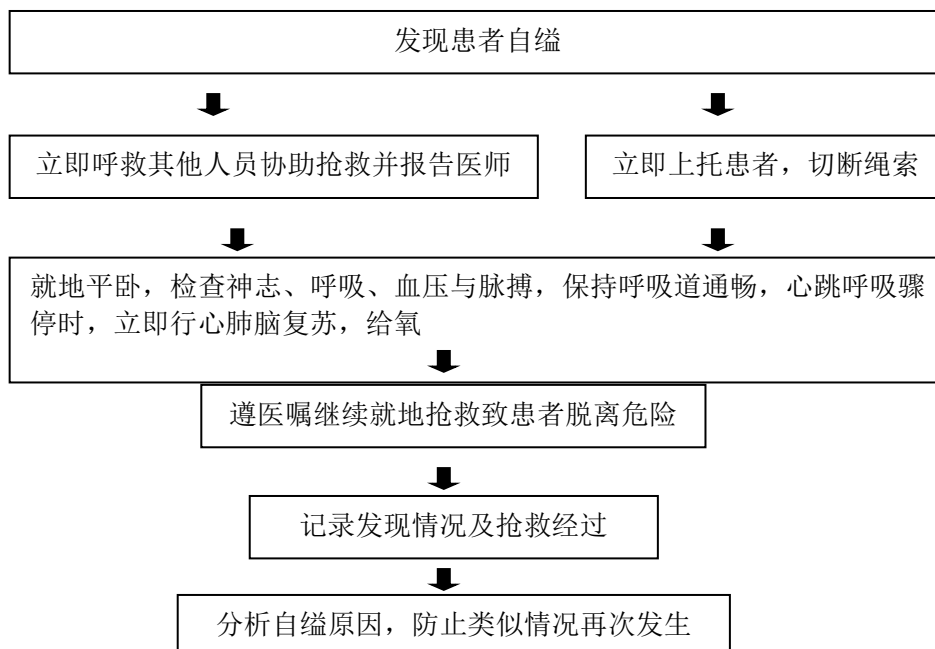
患者意外事件报告流程



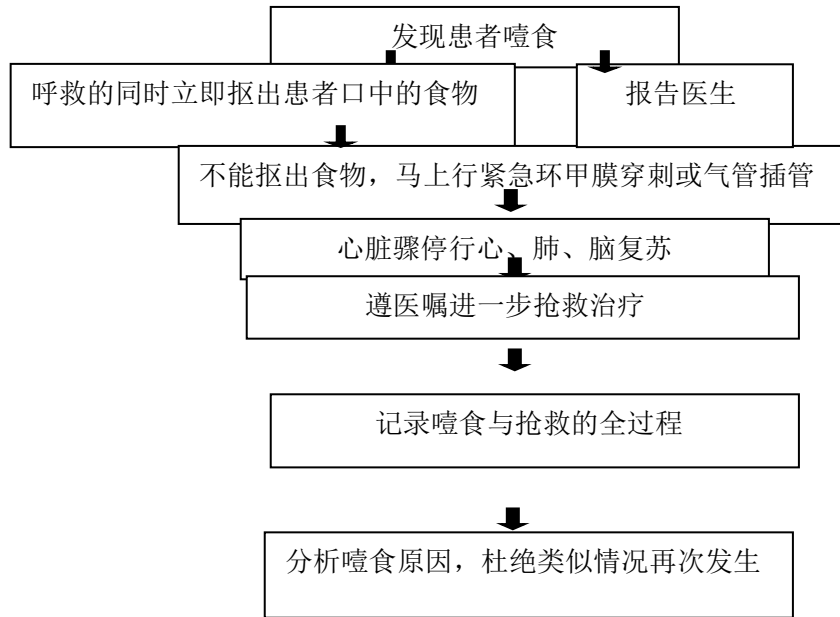
患者冲动防范处理流程



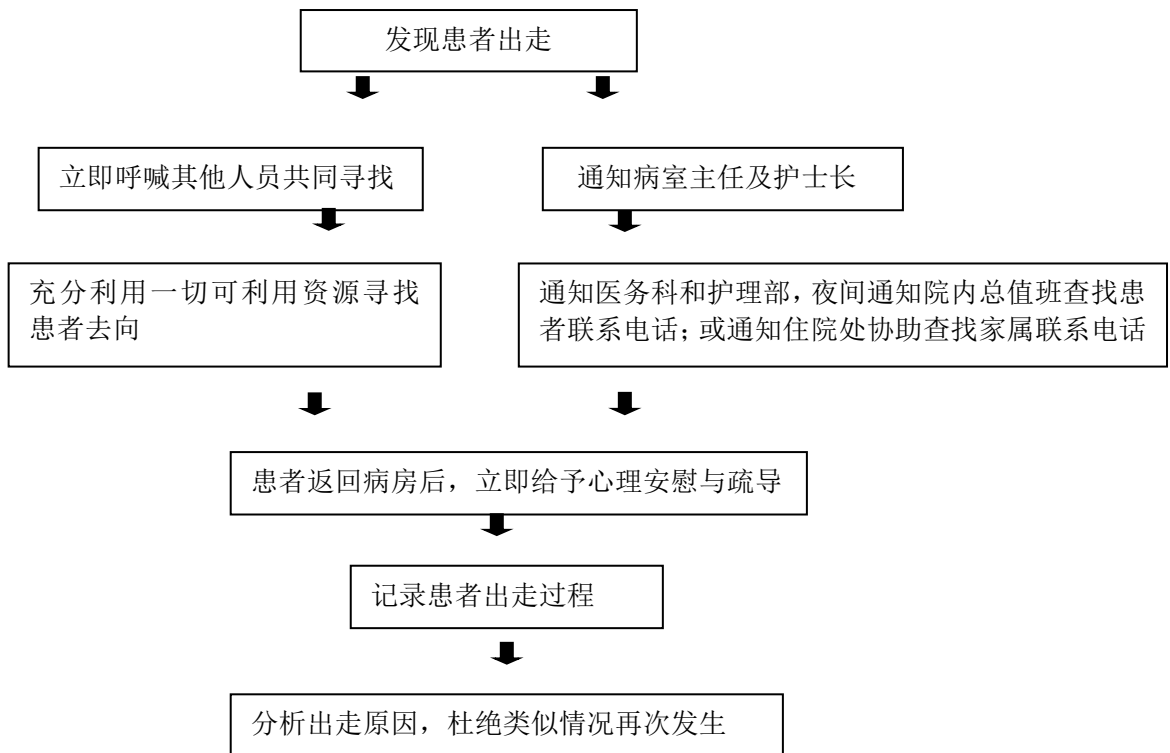
自缢处理流程



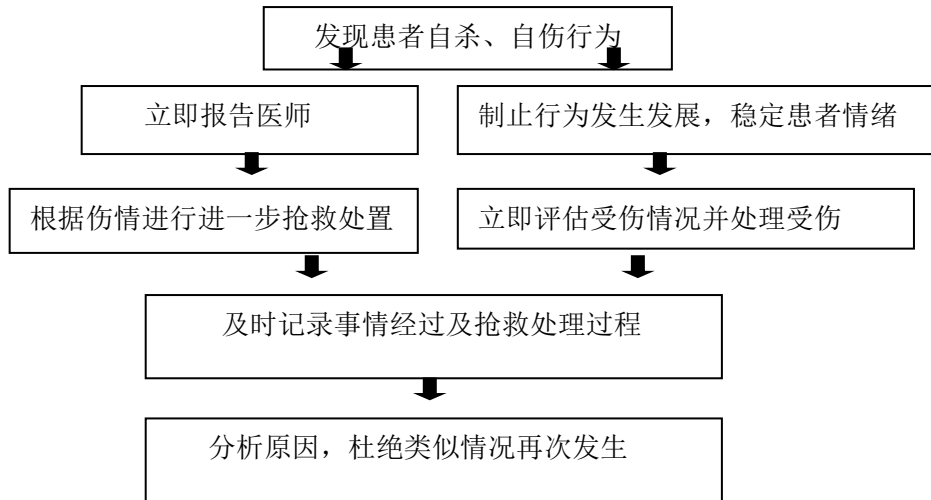
噎食处理流程



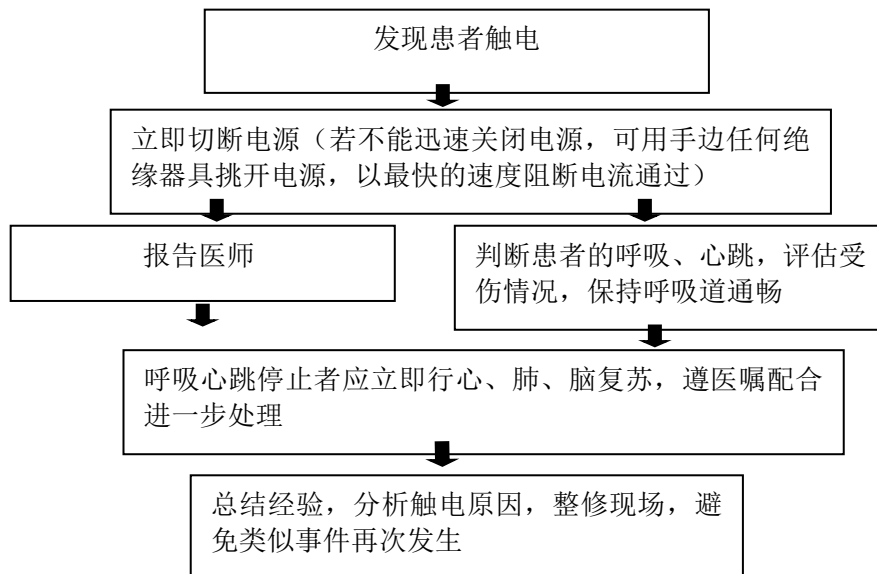
出走处理流程



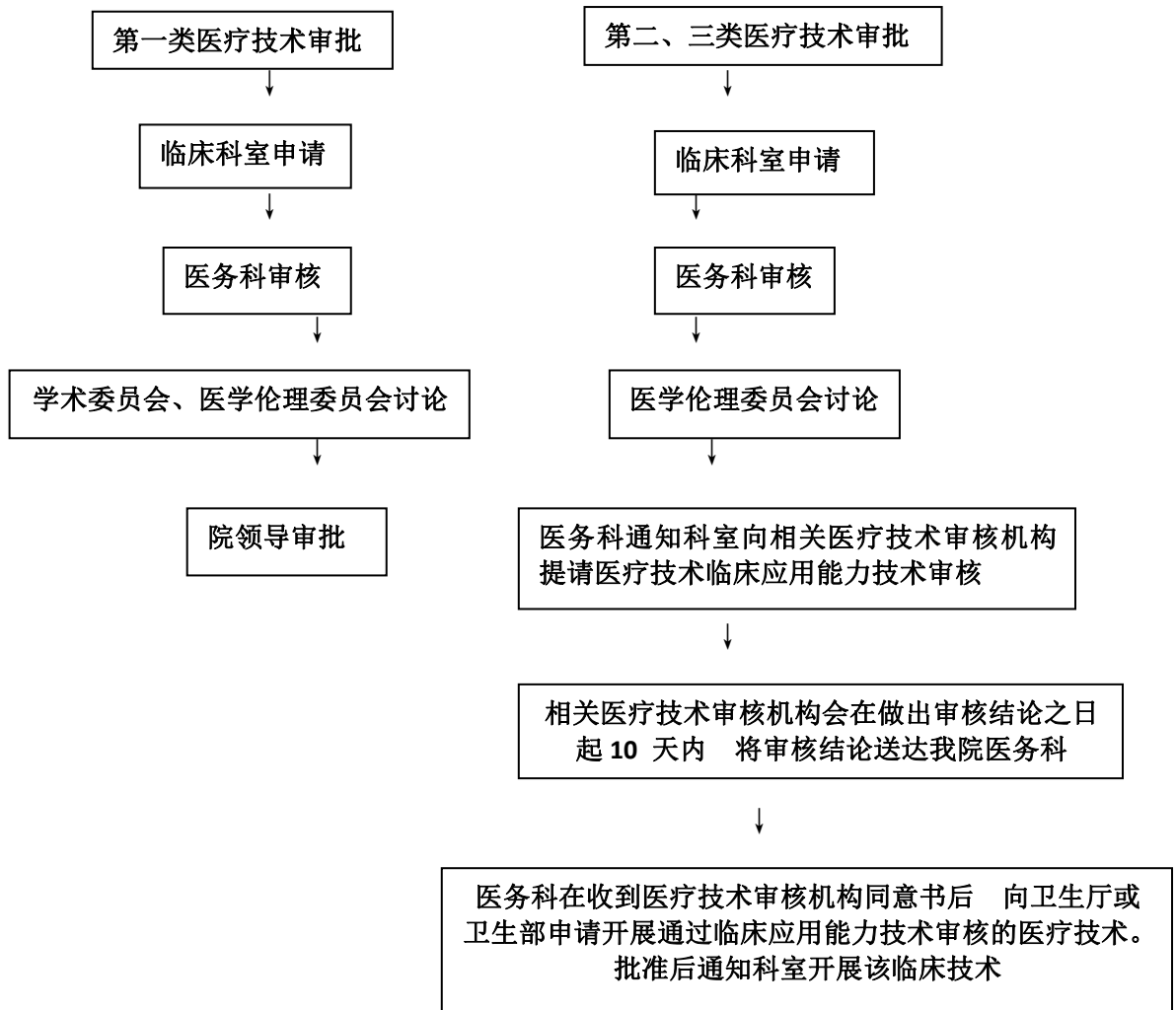
自伤的处理流程



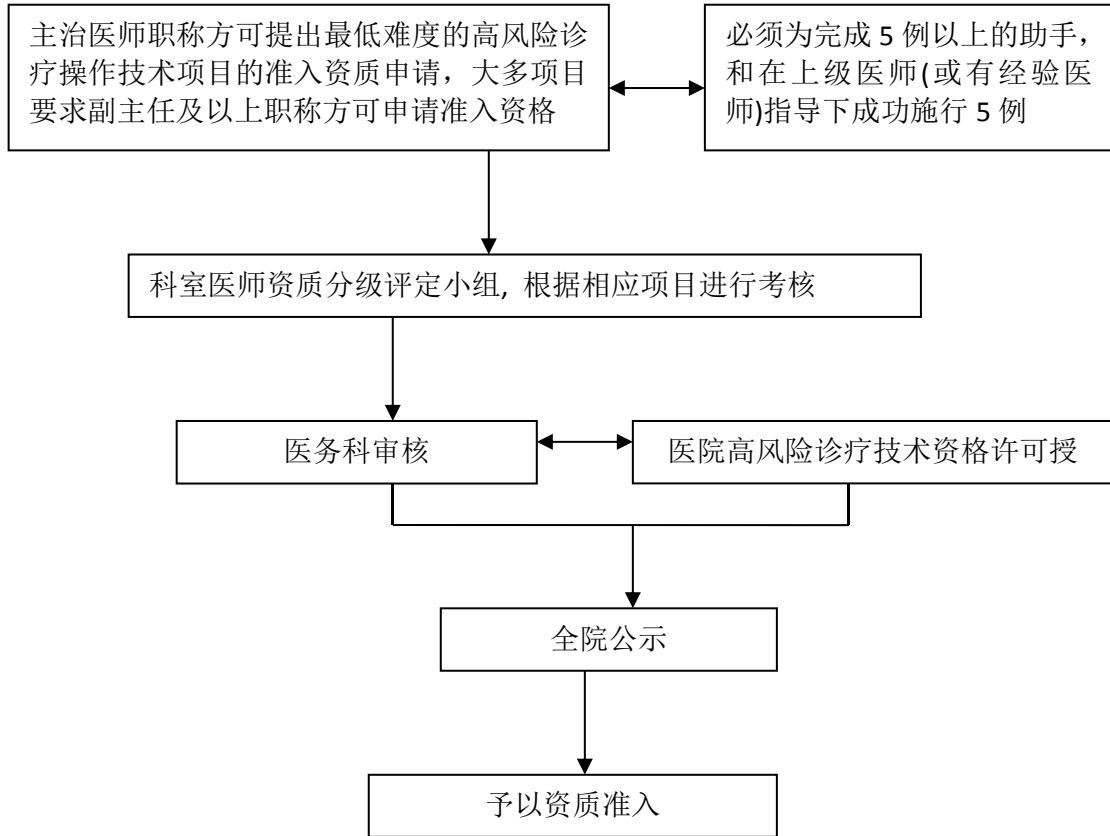
触电处理流程



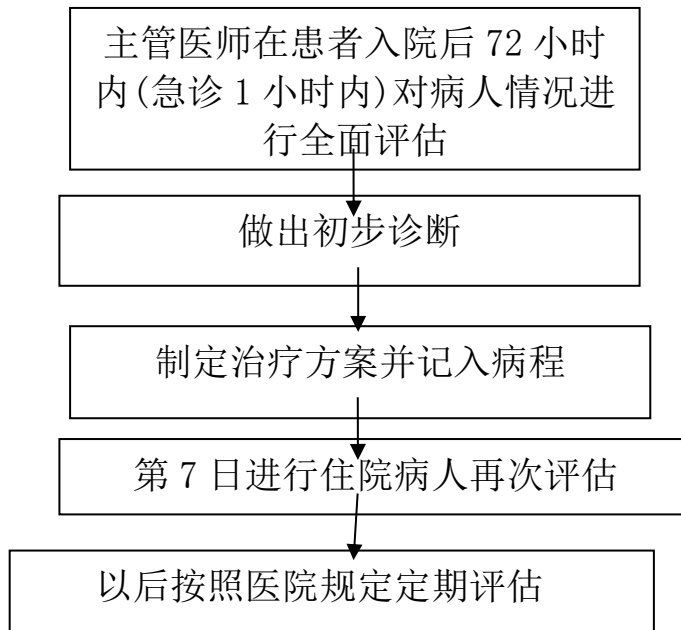
医疗技术审批流程



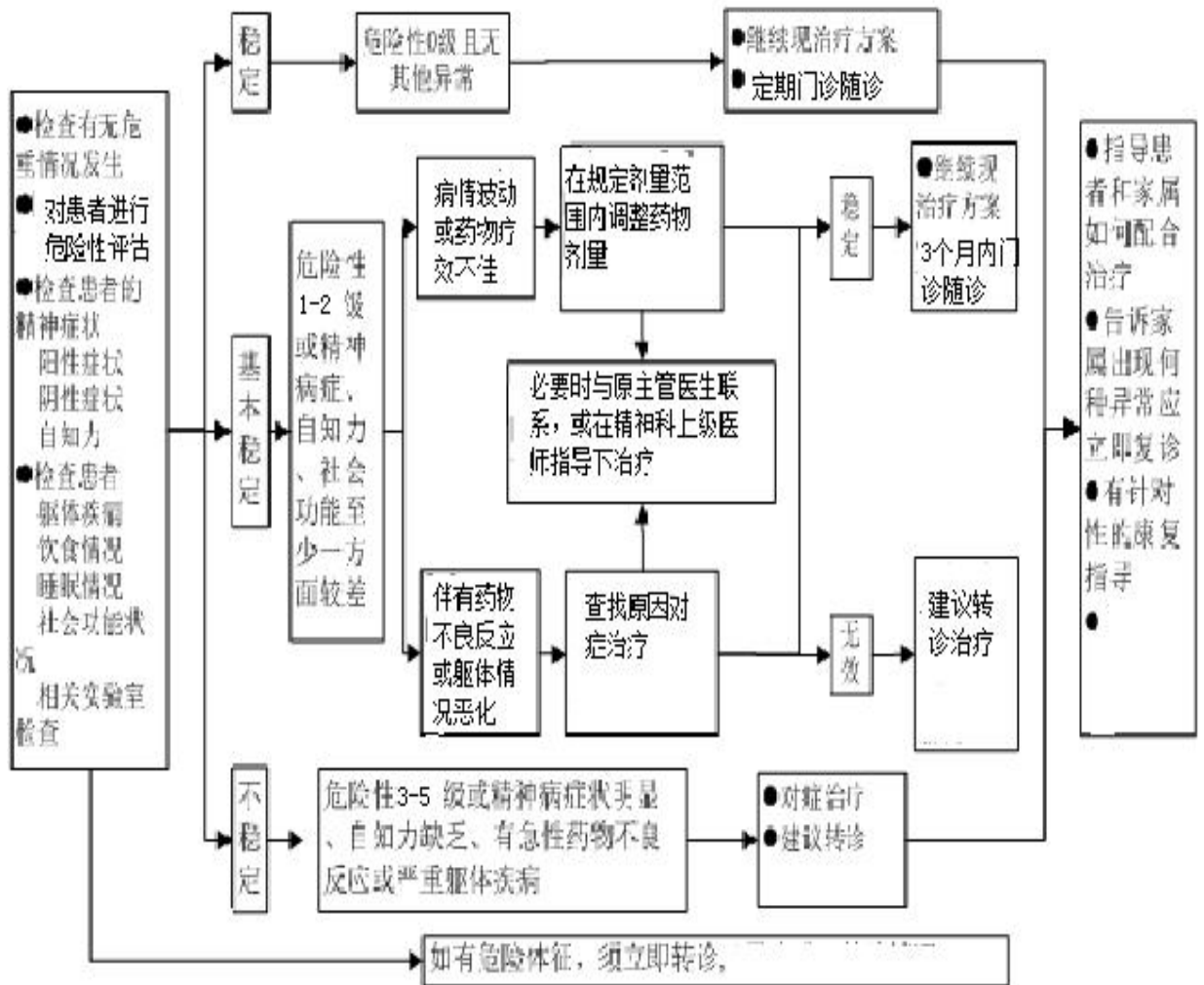
高风险诊疗操作技术授权审批程序



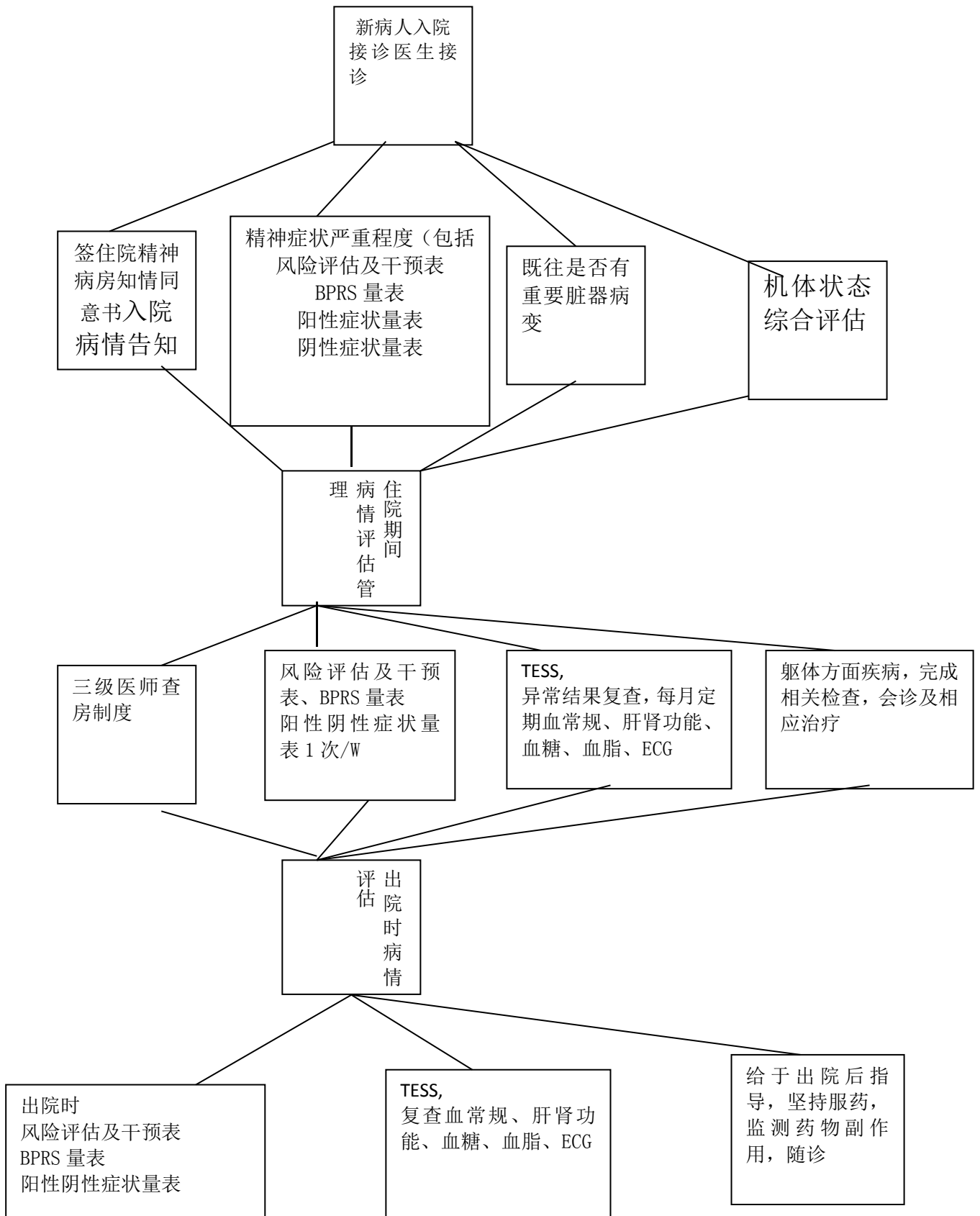
病人病情评估流程



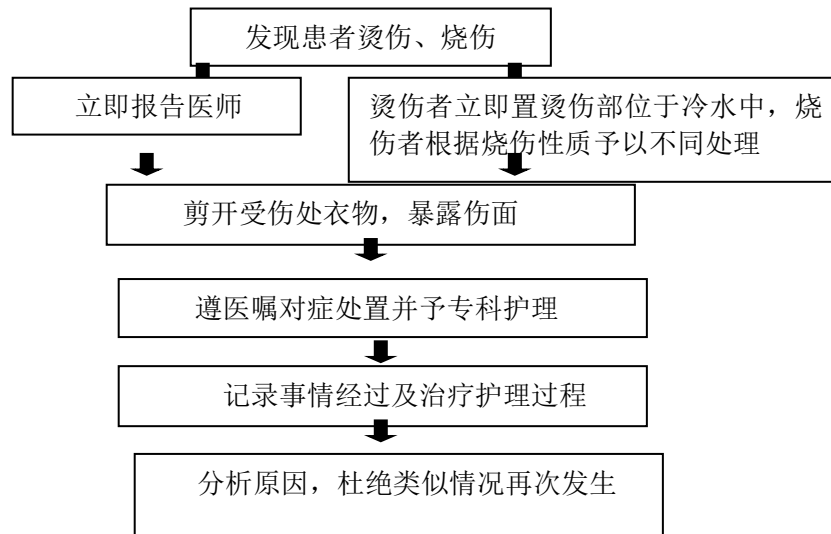
重症精神疾病患者分类干预管理流程



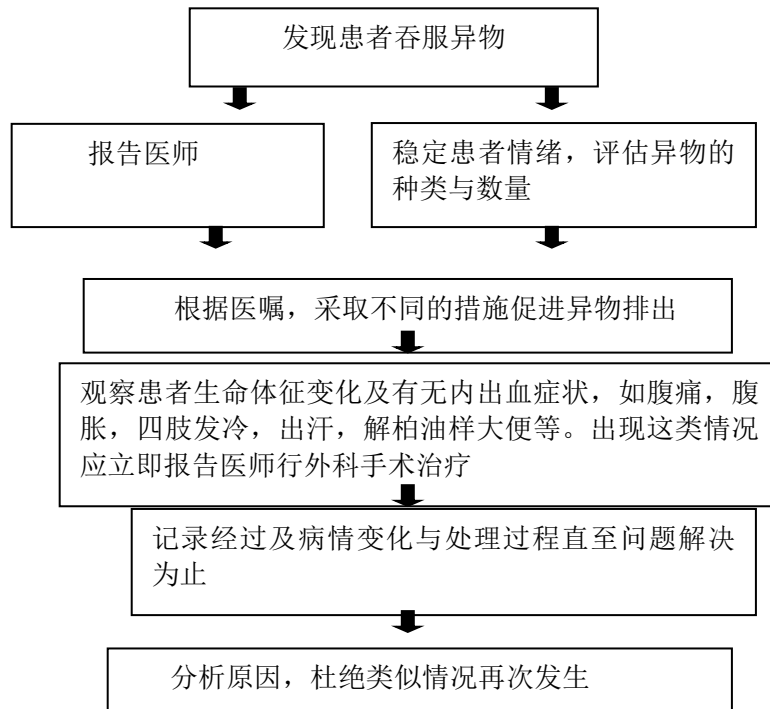
患者病情评估操作流程



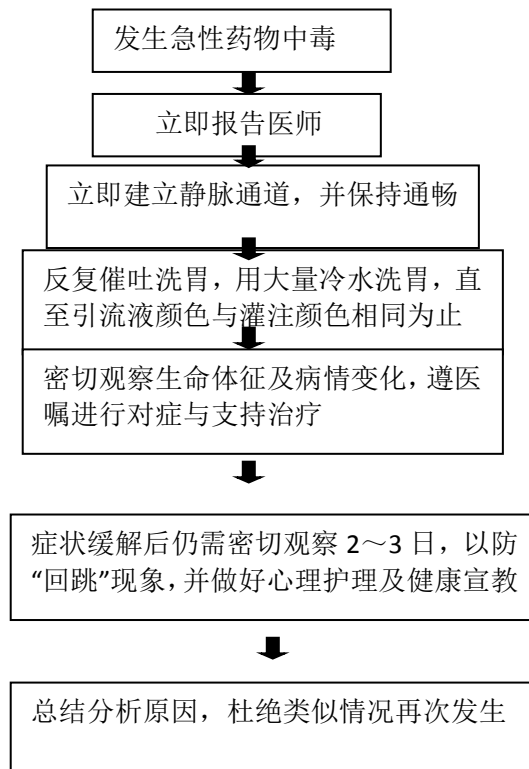
烫伤、烧伤的处理流程



吞服异物处理流程

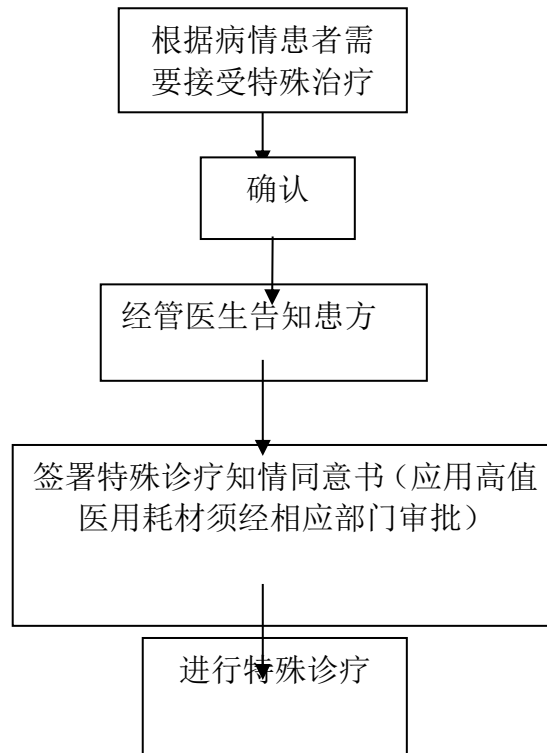


药物中毒处理流程

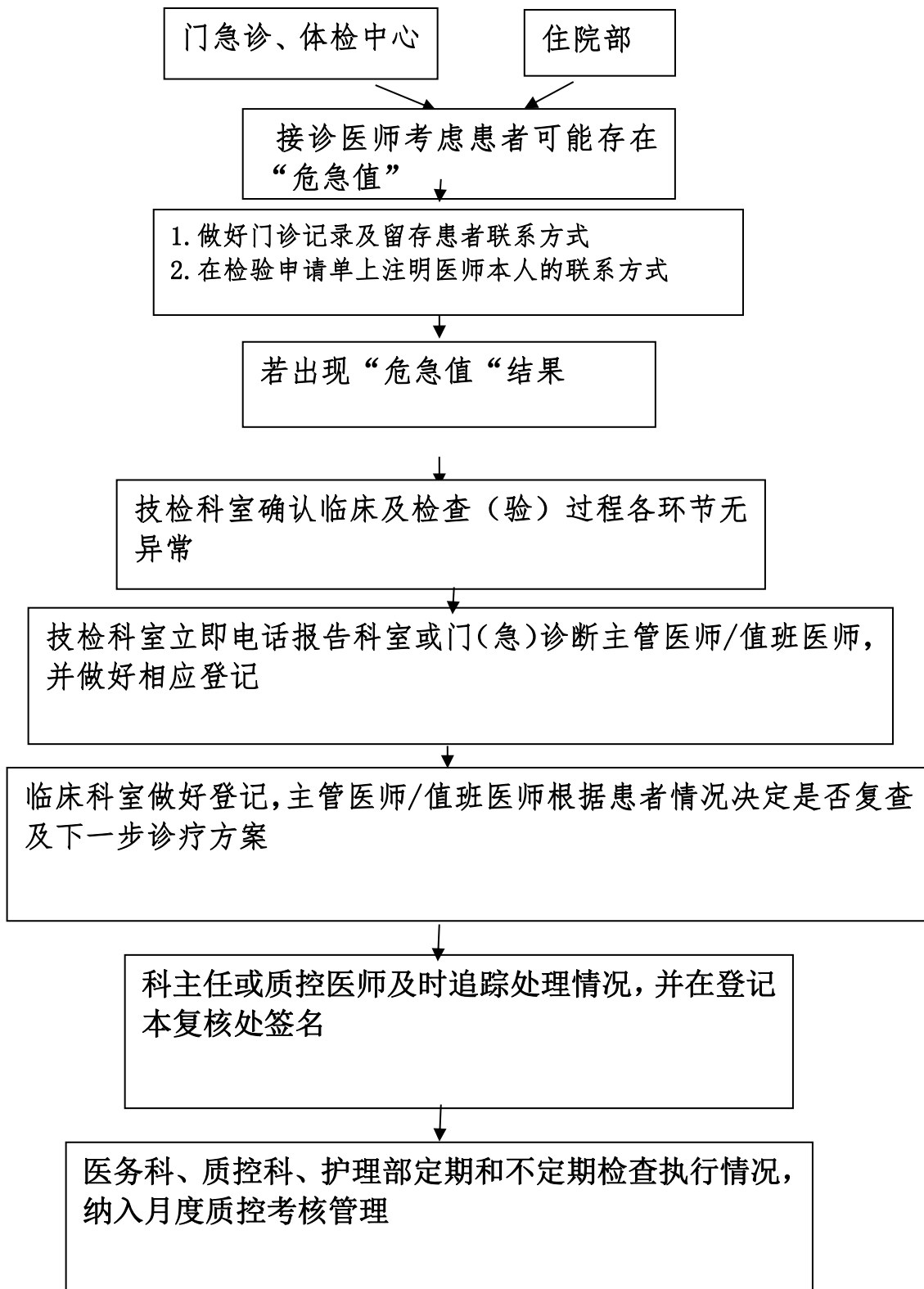


特殊诊疗服务流程

特殊诊疗包括：重症监护（ICU）、介入性诊疗、有创诊疗、手术治疗、血液净化、器官移植、人工关节置换、高值费用项目（ ≥ 1000 元）等。



“危急值”报告登记流程图



检验科标本洒溢处理流程

一、标本或感染性废物发生洒溢时，首先根据洒溢位置判断是否会立即造成工作人员职业暴露，如果洒溢发生在实验室未直接接触医务人员身体的地方，应先设置洒溢标识，防止其他工作人员接触到或被污染。

二、各种区域处理程序

1、工作人员在处理洒溢事件时必须穿工作服或防护服，戴口罩、手套等防护设备。

2、实验室地面，台面，桌面的消毒：发生洒溢后（洒溢量超过 10mL）立即用清洁布或吸水纸覆盖受污染的物品表面或区域，然后在上面倒上含 500mg/L 有效氯消毒液，覆盖 30 分钟后擦拭清洁污染区域。洒溢量少于 10mL 时直接向洒溢处倾倒含 500mg/L 有效氯消毒液，覆盖 30 分钟后擦拭清洁污染区域，然后将擦拭后的清洁布或吸水纸放于感染性废弃物的容器内。再用清洁的抹布擦洗溢出区域，去除残留的消毒液。用后的抹布置于含 500mg/L 有效氯的消毒液内 30 分钟。

3、实验室内使用材料、试验仪器内外表面有感染性物质洒溢时，一般选择小型喷雾器喷雾消毒，以降低有机材料被损害的程度。

4、衣物被污染后应立即脱下浸泡于含 500mg/L 有效氯消毒液 30 分钟后清洗。

5、潜在感染性标本在离心时发生破裂与洒溢时应立即关闭离心机电源，先使离心机仓内气溶胶沉淀 30 分钟再打开离心机盖处理，处理玻璃碎片时应当使用镊子或镊子夹着棉花来进行，玻璃碎片应置于利器废物盒处理。离心机腔内发生洒溢的部位均应用 500mg/L 有效氯消毒液擦拭 2-3 次，然后用清洁水擦拭干净并干燥，将所有的擦拭物品按感染性废物处理。

7、若标本或感染性液体溅入眼睛或口鼻腔，立即用大量生理盐水反复冲洗。

8、标本洒溢导致工作人员意外吸入或意外接触暴露后应立即处理，并及时报告科主任和院感科，如工作人员在处理操作过程中不慎被锐器损伤，应立即按相关程序紧急处理。

检验科化学危险品溢出与暴露应急预案

1. 化学污染

立即用流动清水冲洗被污染部位。

立即到急诊室就诊，根据造成污染的化学物质的不同性质用药。

2. 皮肤、粘膜、角膜被污染

皮肤若意外接触到血液或体液或其他化学物质时，应立即用肥皂和流动水冲洗；

若患者的血液、体液意外进入眼睛、口腔，立即用大量清水或生理盐水冲洗；

及时到急诊室就诊，请专科医生诊治；

3. 灼伤

碱类灼伤：

(1) 皮肤：应立即用洗眼器大量水冲洗至碱性物质基本消失为止，再用 1%~2% 醋酸或 3% 硼酸溶液进一步冲洗。

(2) 眼睛：被碱灼伤时应先用洗眼器流水冲洗，再选择适当的中和药物如 2%~3% 硼酸溶液大量冲洗，特别要注意穹窿部要冲洗彻底。

酸类灼伤：

(1) 皮肤：被一般酸灼伤后立即用大量流动清水冲洗。

(2) 彻底冲洗后可用 2~5% 的碳酸氢钠溶液、淡石灰水或肥皂水进行中和，切忌未经大量流水彻底冲洗就用碱性药物在皮肤上直接中和，这样会加重皮肤的损伤。

检验科门急诊应急预案

门急诊应急预案小组：

组长：彭建宏 副组长：唐日升

组员：万斌，谭志霞，秦易生，陈礼，曾珍，卢旭

1. 白天门诊高峰或节假日科室人员缺员应急预案：

1.1 白天：如因工作繁忙而人员不足，或当班人员因意外情况不能坚持完成工作时，由科主任协调其他有资质的操作人员替代完成。

1.2 若替换操作人员没有能力或经验完成该设备操作，需及时向科主任报告，并请求派相应的熟练操作人员替代。

1.3 夜间及节假日：当遇到人员不足，或当班人员因故不能坚持完成工作时，由当班人员负责联系并报告科主任。如主任认定有必要增加工作人员，由主任负责联系其

他人员紧急到岗，做好人员分派。

1.4 如科室人员全员尚不能满足工作所需，可由主任报告医院总值班或院领导，请求予以协调解决。

2. 门急诊核心仪器设备故障应急预案：

2.1 实验室突发仪器故障，立即报告科室主任并确认异常情况的性质，观察有无错误操作。

2.2 偶发现象或确属不能立即排除的故障。用明显标示牌标示故障仪器，以防被错误使用。

2.3 有满足要求的替用设备的，立即到四楼启用替用设备【准用仪器】。

2.4 大型贵重仪器关闭电源开关，取下电源插头，用相应防尘罩遮蔽仪器，及时与供应商或厂商会同解决。填写【仪器设备故障和维修记录】

2.5 仪器维修好后取下故障标示。

2.6 对未能及时排除故障时，必须及时上报科主任，批准后，应积极联系附近医院的其他实验室，以满足病人和临床需求。

3. 检验科危重病人处理应急预案：

3.1 接受危重病人标本时，应优先检测，出现危急值时应第一时间将检测结果通知病人经治医师，检测结果审核无误后须尽快发出。

3.2 门急诊人员交接班时，应该全面了解危重患者的检验结果情况，做好交接工作。

3.3 值班人员遇有疑难问题时，应请组长或副主任协助处理。

4. 突发公共安全或卫生事件应急预案：

4.1 发生以下情况者，可视为疑似突发公共卫生事件：

4.1.1 发生或者发现不明原因的群体性疾病的；

4.1.2 发生传染病菌种，毒种丢失的；

4.1.3 发生或者可能发生重大食物和职业中毒事件的；

4.1.4 发生重大火灾，水灾，特大爆炸，精神病人打砸及其它重大伤害事件；

4.2 突发事件发生后，科室主任应该迅速初步判断事件的类型，并立即向医院医教科、院感科、预防保健科及分管院长、院长及时汇报。

4.3 突发事件发生时，尤其是疑似疫情突发，立即对科室其他病人进行疏散。

4.4 在未得到医院准许情况下，不公布涉及该突发事件的所有检测结果。

4.5 通知参加应急事件处理的所有人员做好个人防护措施，并在医院直接领导下进行工作。

检验科危急值报告程序及流程图

二、“危急值”报告程序

1、检验科工作人员发现“危急值”情况时，检验者首先要确认仪器、设备和检查过程是否正常，操作是否正确；核查检验标本是否有错，检验项目质控、定标、试剂是否正常，仪器传输是否有误。在确认检验过程各环节无异常的情况下，需立即电话通知临床科室人员“危急值”结果，并在《检验危急值报告登记本》上逐项做好“危急值”报告登记。

2、临床检验科必须在《检验危急值结果登记本》上详细记录，并简要提示标本异常外观性状，如溶血、黄疸、乳糜状等。

3、记录应有以下内容：患者姓名、性别、年龄、住院号、临床诊断、申请医师、检验项目、检验结果、收到标本时间、报告时间、检验报告者、通知方式、接收医护人员姓名。

4、对原标本妥善处理之后保存待查。

5、检验科要在检验报告“危急值”项目处加盖“危急值”提示章。临床检验科凡打印报告除加盖“危急值”提示章外，在项目结果后还有“HH”或“LL”的提示。

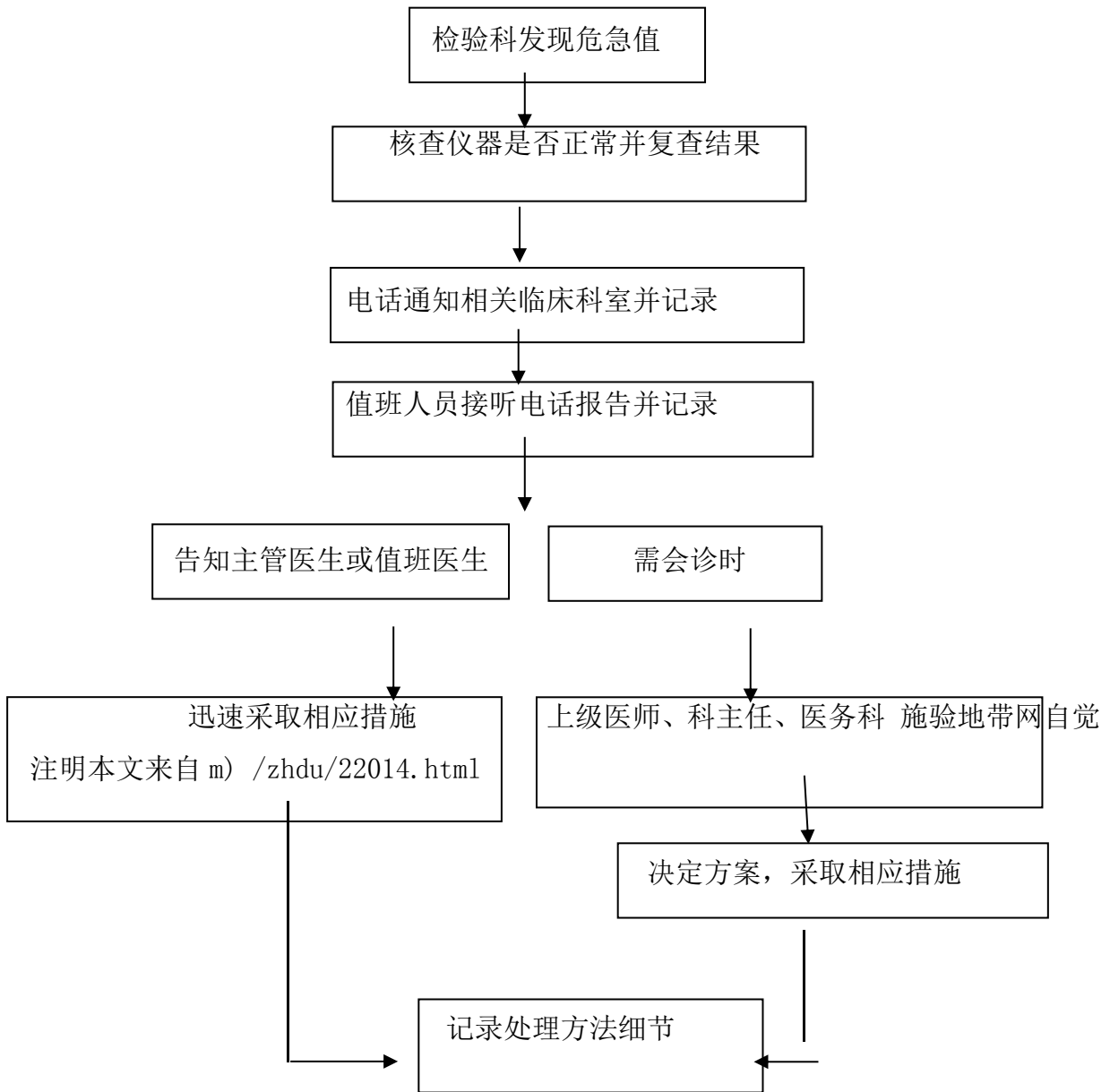
6、检验科在对病人检查过程中发现急、危、重病人出现危急症状应立即启动急救应急预案，并与临床医生、护士联系，采取紧急抢救措施。

7、临床科室人员在接到“危急值”报告电话后，应在临床科室《危急值报告登记本》上做好记录，同时及时通知主管医生或值班医生，做好下一步的救治工作。

8、主管医生或值班医生如果认为该结果与患者的临床病情不相符，应进一步对病人进行检查；如认为检验结果不符，应关注标本留取情况。必要时，应重新留取标本送检进行复查。若该结果与临床相符，应在30分钟内结合临床情况采取相应处理措施，同时及时报告上级医师或科主任。

9、主管医生或值班医生需6小时内病程记录中记录接收到的“危急值”报告结果和所采取的相关诊疗措施。

附件：检验科危急值报告流程图



检验科职业暴露事件应急处理预案

（一）化学污染

1. 立即用流动清水冲洗被污染部位。
2. 立即到急诊室就诊，根据造成污染的化学物质的不同性质用药。
3. 在发生事件后的 48 小时内向有关部门汇报，并报告感染管理科。

（二）针刺伤

1. 被血液、体液污染的针头或其他锐器刺伤后，应立即用力捏住受伤部位，向离心方向挤出伤口的血液，不可来回挤压，同时用流动水冲洗伤口；
2. 用 75%酒精或安尔碘消毒伤口，并用防水敷料覆盖；
3. 意外受伤后必须在 48 小时内报告有关部门，并报告感染管理科、领取并填写《医疗锐器伤登记表》，必须在 72 小时内作 HIV、HBV 等的基础水平检查；
4. 可疑被 HBV 感染的锐器刺伤时，应尽快注射抗乙肝病毒高效价抗体和乙肝疫苗；
5. 可疑被 HCV 感染的锐器刺伤时，应尽快于被刺伤后做 HCV 抗体检查，并于 4—6 周后检测 HCV 的 RNA；
6. 可疑被 HIV 感染的锐器刺伤时，应及时找相关专家就诊，根据专家意见预防性用药，并尽快检测 HIV 抗体，然后根据专科医生建议行周期性复查（如 6 周、12 周、6 个月等）。在跟踪期间，特别是在最初的 6—12 周，绝大部分感染者会出现症状，因此在此期间必须注意不要献血、捐赠器官及母乳喂养，过性生活时要用避孕套。

（三）皮肤、粘膜、角膜被污染

1. 皮肤若意外接触到血液或体液或其他化学物质时，应立即用肥皂和流动水冲洗；
2. 若患者的血液、体液意外进入眼睛、口腔，立即用大量清水或生理盐水冲洗；
3. 及时到急诊室就诊，请专科医生诊治；48 小时内向有关部门报告，并报告感染管理科领取并填写相关登记表。

（四）灼伤

1. 碱类灼伤：

1.1 皮肤：应立即用大量水冲洗至碱性物质基本消失为止，再用 1%~2%醋酸或 3%硼酸溶液进一步冲洗。

1.2 眼睛：被碱灼伤时应先用大量流水冲洗，再选择适当的中和药物如 2%~3%硼酸溶液大量冲洗，特别要注意穹窿部要冲洗彻底。

2. 酸类灼伤：

2.1 一般酸灼伤



2.1.1 皮肤：被一般酸灼伤后立即用大量流动清水冲洗。

2.2.2 彻底冲洗后可用 2~5%的碳酸氢钠溶液、淡石灰水或肥皂水进行中和，切忌未经大量流水彻底冲洗就用碱性药物在皮肤上直接中和，这样会加重皮肤的损伤。

2.2 浓硫酸灼伤

皮肤被浓硫酸沾污时切忌先用水冲洗，以免硫酸水合时强烈放热而加重伤势，应先用干抹布吸去浓硫酸，然后再用清水冲洗。

2.3 强酸灼伤

强酸溅入眼内，用眼喷淋器冲洗时应，冲洗时应拉开上下眼睑，使酸不至于留存眼内和下穹窿中，立即送医院眼科治疗。

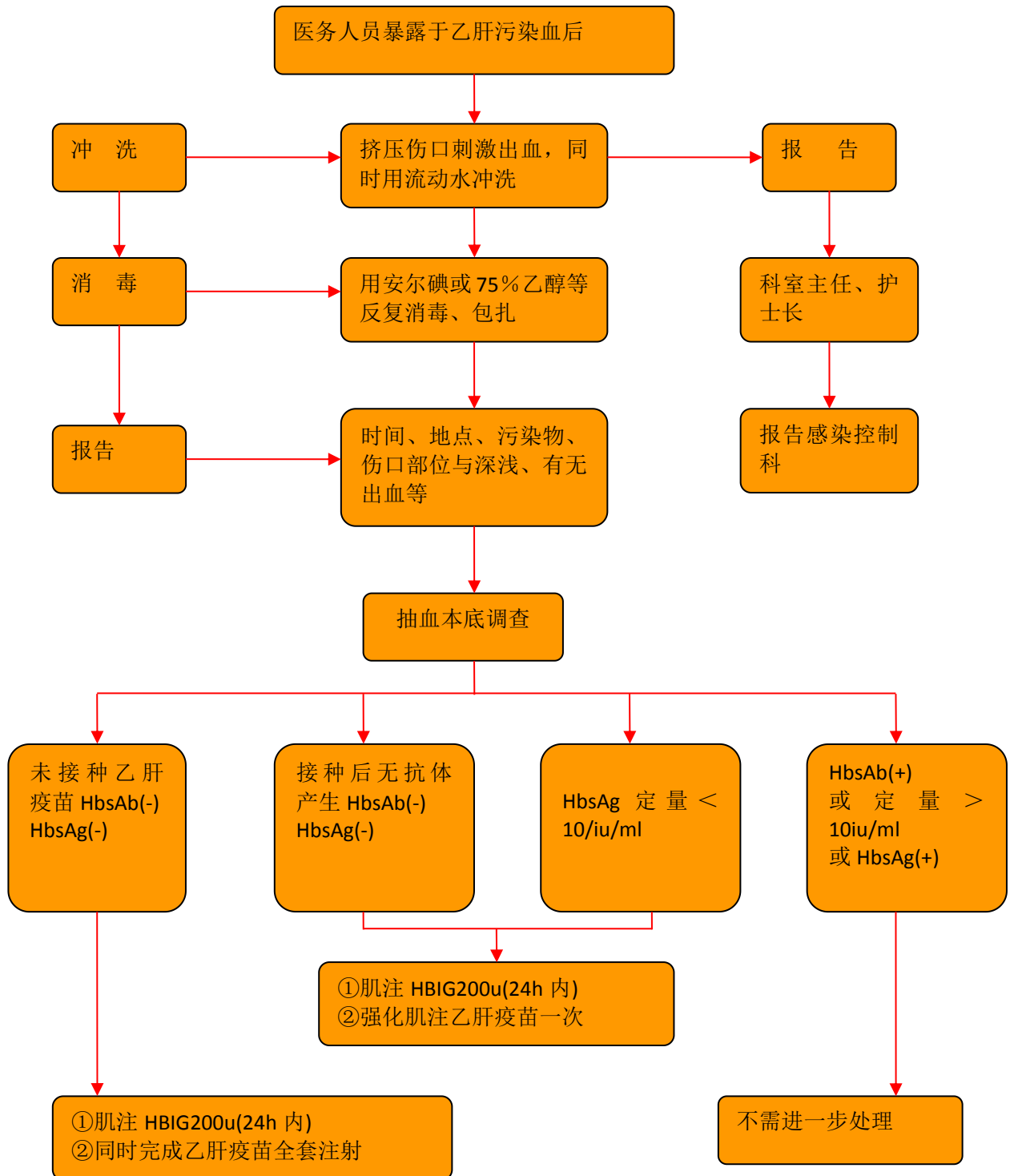
（五）标本污染

1. 棉质工作服、衣物有明显污染时，可随时用有效氯 500mg/l 的消毒液，浸泡 30-60 分钟，然后冲洗干净。

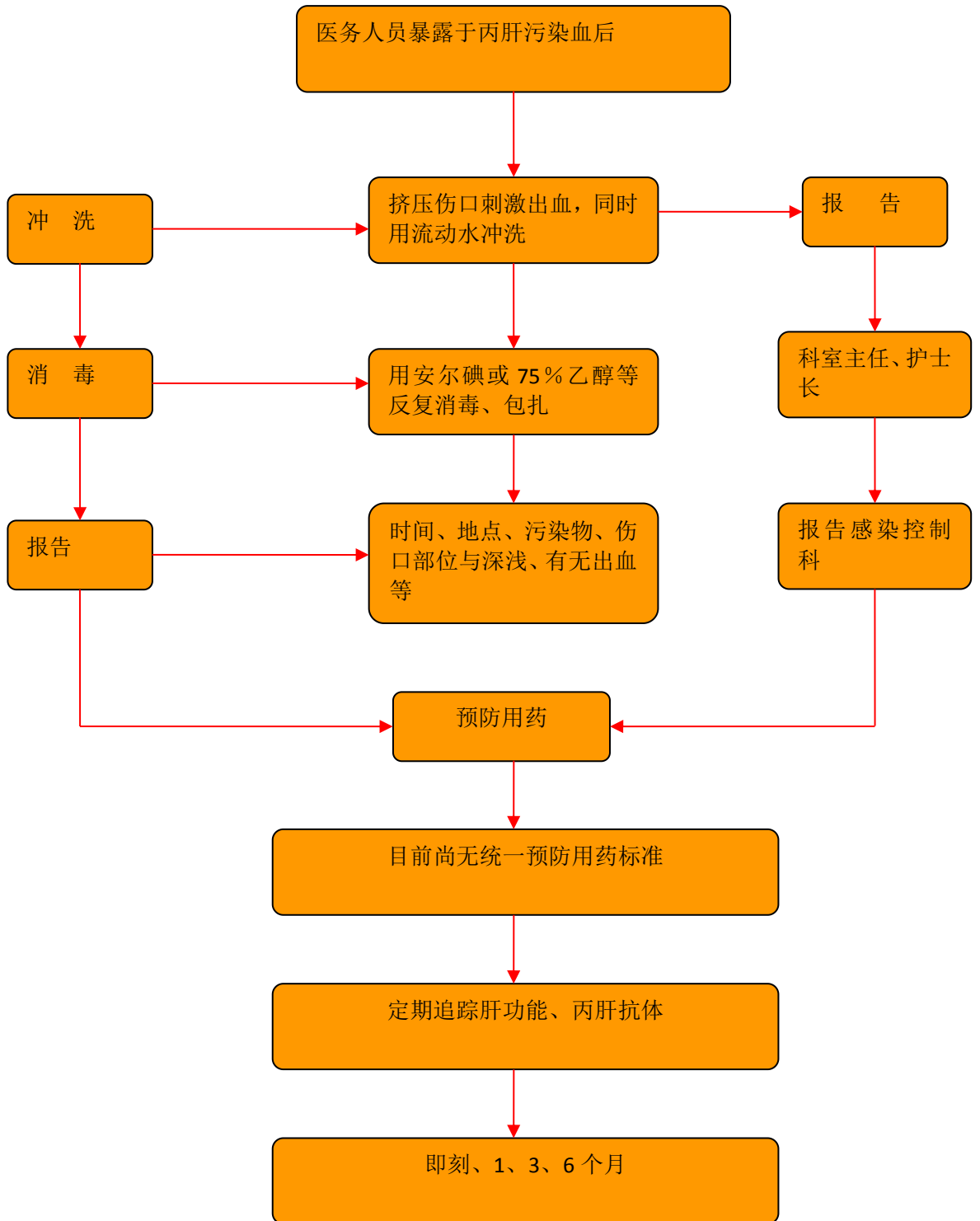
2. 各种表面若被明显污染，用 1000-2000mg/l 有效氯溶液撒于污染表面，并使消毒液浸过污染表面，保持 30-60 分钟，再擦除，拖把或抹布用后浸于上述消毒液内 1 小时。

3. 仪器污染应考虑消毒方法对仪器的损伤，和对检测项目的影响，选用适当的方法。

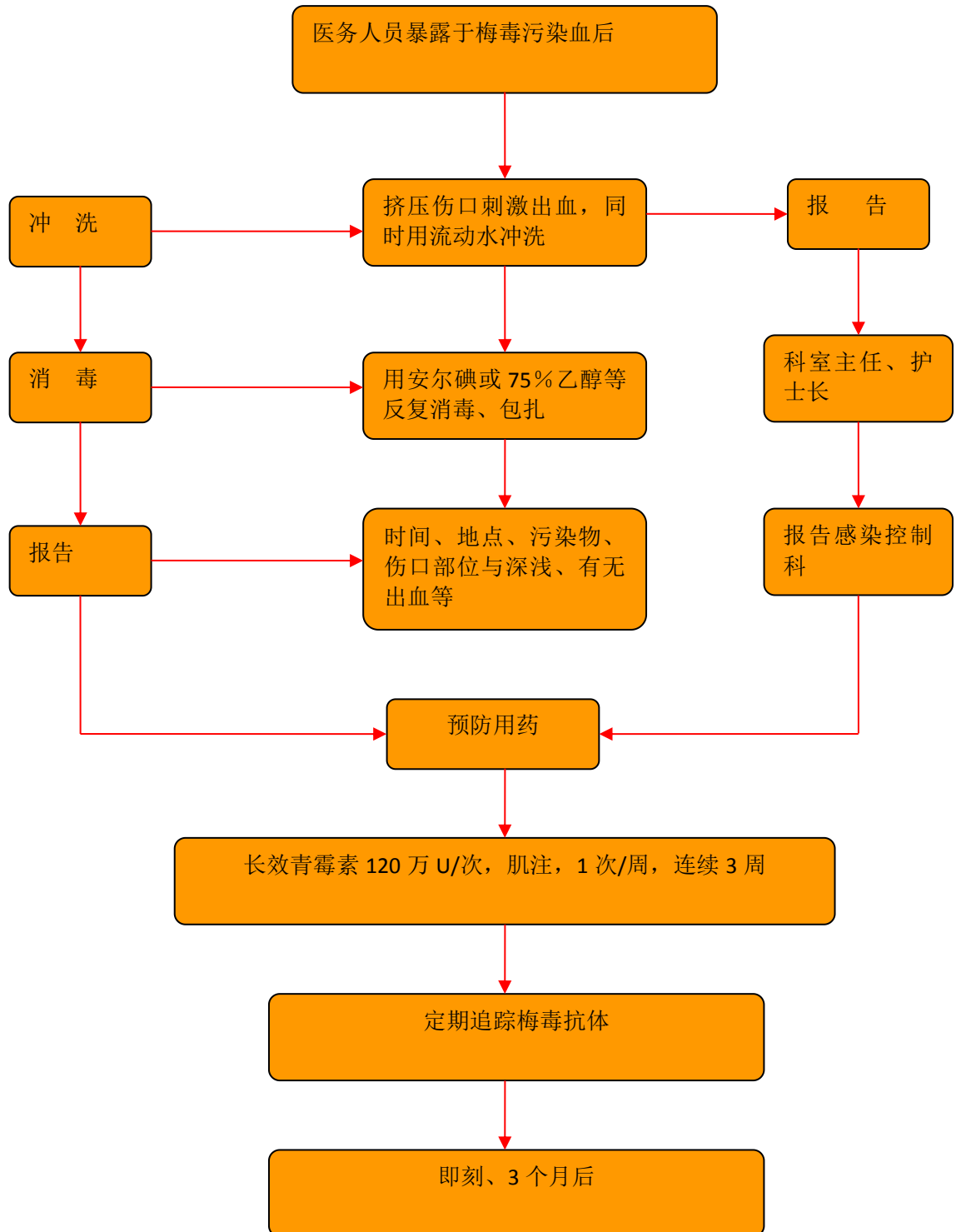
检验科乙肝职业暴露处理方法与报告流程图



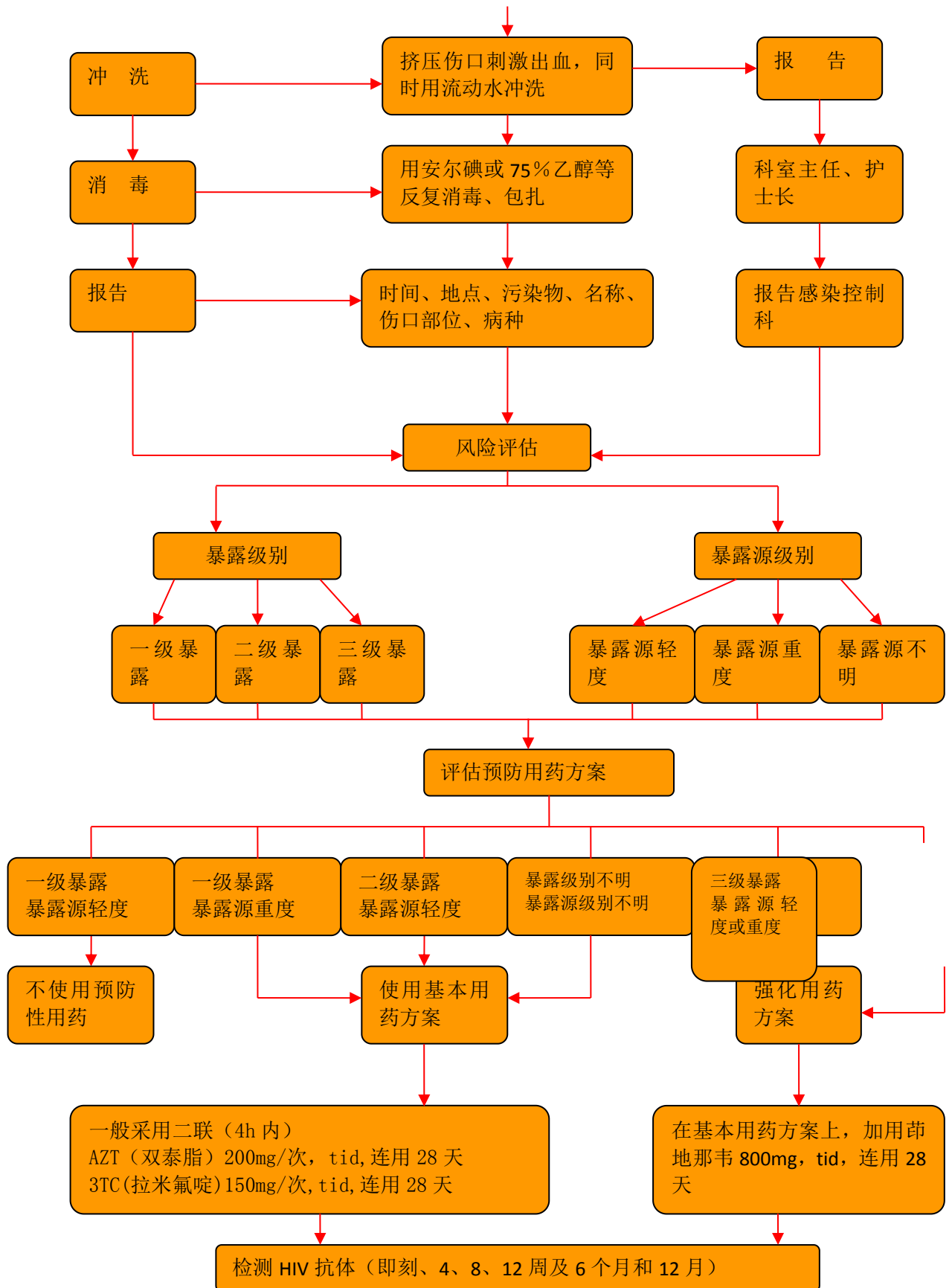
检验科丙肝职业暴露处理方法与报告流程图



检验科梅毒职业暴露处理方法与报告流程图



检验科 HIV 职业暴露处理流程图



突发事件药事管理应急预案

为确保突发应急事件发生后能迅速处理，保证药学服务质量及医疗救护工作的顺利完成，特定本突发事件药事管理应急预案，请遵照执行。

一、突发应急事件的预警系统

突发应急事件的预警系统指各种意外紧急需要医疗救援的所有状况，包括传染病、中毒抢救、水灾、地震、火灾等。

1.预警系统的启动：发生突发应急事件时，根据其性质、类别及严重程度，启动应急响应。由当班人员立即直接通知主任或副主任及药房负责人，负责协调工作，各相关部门主管负责组织协助。按照医院的部署，利用全科的资源协助完成抢救工作。

2.启动一级应急响应：由药剂科主任负责协调工作；启动二级应急响应：协助药剂科主任分管工作的副主任负责协调工作；启动三级应急响应：由该药房负责人负责协调工作。

二、组织机构

1.在突发事件中医院药事管理委员会的主要职责包括：

(1)制订、审核治疗及预防用药方案：制定相应的突发应急事件应急药品目录或突发应急事件抢救用药目录（见附件1）。

(2)审核紧急备药品种的剂型、数量（见附件1）；

2.药剂科成立突发事件应急小组，其成员组成：

组长：黎彪

副组长：吕辰

组员：石淑亚、朱文君、陈晶、文庆彬、谈正、杨乾、陈双喜、车飞纲、戴菊红、李小玉、杨倩、孙军、聂临峰、庞芷婵、彭钰婕、王义、谢文芳、赵莹凡、张玲、蒋婷、肖素芬、沈伟

3.药剂科突发事件应急小组下设3个专业组，其职能为：

(1)人力资源组：由科主任任组长，负责在突发应急事件中的人员整合和协调工作：
①包括各组工作人员的重新定岗、人员调配、新组临时性岗位的人员安排、排班，一旦进入一级应急响应状态，应宣布全科停休，全体人员预留24小时联系电话；

②保证与上级领导沟通渠道的通畅，向上级汇报处理突发应急事件时药剂科的工作情况及协调各种临时性问题。

(2)药品保障供应组：由副主任、药库负责人(组长)及库管员组成，其主要职责为：

①签订突发应急药品采购协议；



②根据医院制订突发事件应急药品目录，从多渠道获取药品信息，保障药品储备和保证紧缺药品的供应；

③负责协调各药房抢救药品的调剂供应；遇药房库存不足，临时采购亦来不及的情形时，协调临床科室从备用的急救药品柜中紧急调用。

(3)药品调剂组：由中心药房负责人（组长）及组员组成，其主要职责为：

①突发事件发生时，简化药品请领手续，开通绿色通道，保障临床所需；

②为临床提供用药信息，保障药品供应的同时，防止储备药品积压。

三、突发应急事件的药事管理工作注意事项

(1)遇有上述突发应急事件启动应急响应以后药剂人员必须按照方案各就各位开展工作。除上述分工外，各药师都要积极主动、灵活机动采取措施，全力参与抢救工作。

(2)突发事件药事管理应急预案也适用于其他突发应急事件发生的药事应急，全体同志要根据突发环境事件的性质、类别等不同灵活应对。

特殊管理药品突发事件应急预案

目的与依据

特殊管理药品包括麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品。为有效应对特殊管理药品在销售、运输、储存、保管和使用等环节中出现流失、失窃、滥用、成瘾等突发事件，依据《中华人民共和国药品管理法》、《药品不良反应报告和监测管理办法》和《应急预案编制管理办法》制定本预案。

适用范围

本预案适用于药剂科特殊管理药品流失、失窃、滥用、中毒、成瘾等突发事件应急处理。

预防措施

1. 加强对特殊管理药品法律法规和特殊药品应急知识的宣传、培训，提高防范意识。

2. 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，一旦发现隐患和突发事故苗头，及时采取应对措施。

3. 加强特殊管理药品使用环节的监管，定期检查特殊管理药品使用执行有关法律法规的情况，使用环节的购进、运输、储存、保管、调配、使用情况，及其问题整改落实的情况；依法对特殊管理药品突发事件组织调查、确认和处理，并负责有关资料的整理和情况的综合汇报。

4. 加强科内工作人员对特殊管理药品突发事件应急预案学习与培训，掌握特殊药品突发事件应急报告与处理流程。

5. 成立特殊药品突发事件应急处置领导小组（以下简称领导小组）：

组 长：贺吉清

副组长：沈雪芝

成员： 蒋华英 严高超 何杰 葛小平 文字 刘伟 舒卓

何杏桃 卢永红 王慧玲 易运清 曹检化 潘俊 黄雷 熊矩 黄艳红 黎鼎盛 杜海燕 朱霞东 羊敏 黎彪 吕辰 （排名不分先后）

办公室设药剂科，黎彪任领导小组办公室主任

处理措施

1. 药剂科工作人员接到特殊管理药品突发事件报告或监测异常，应立即报告科主任。

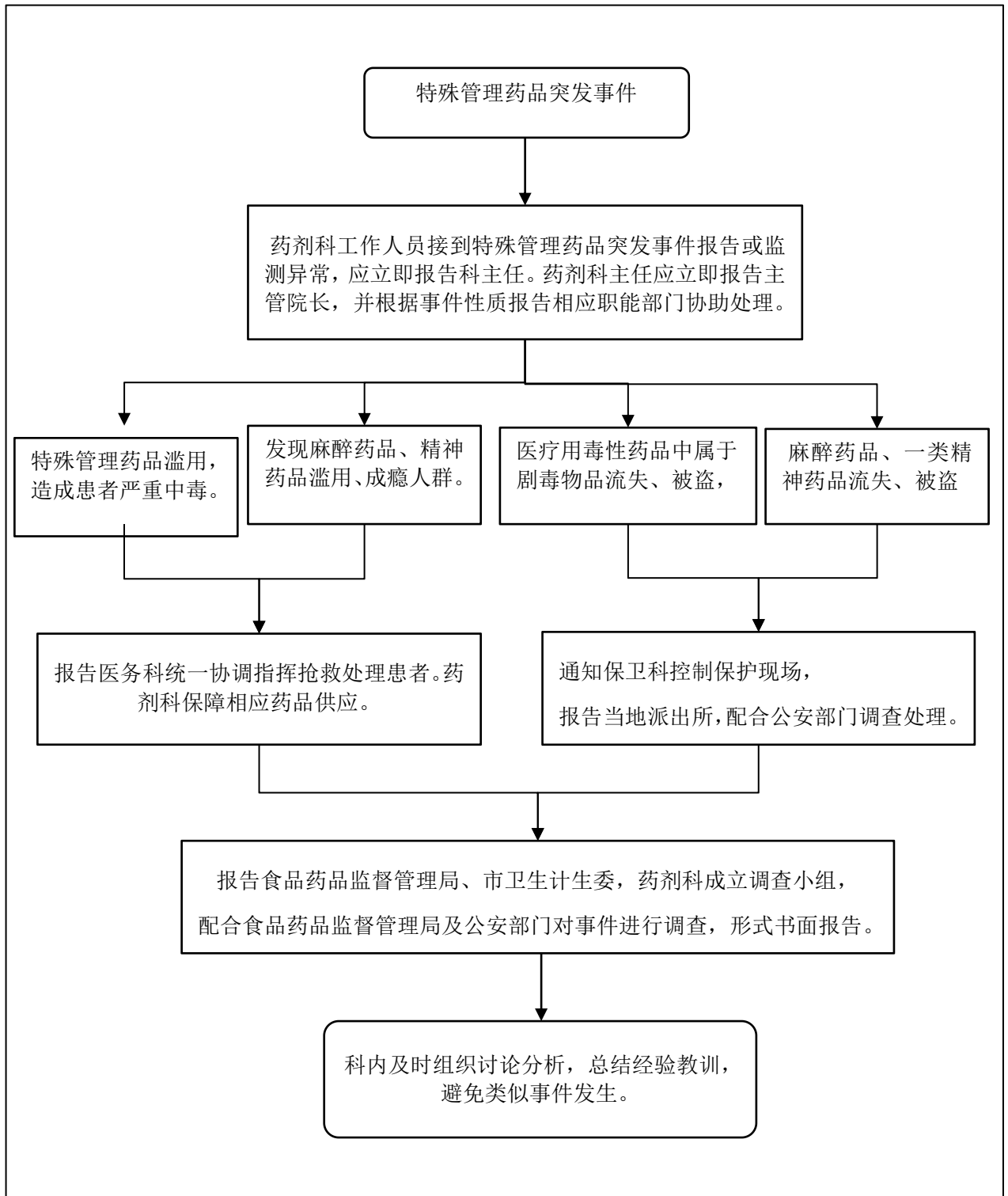
2. 药剂科主任应立即向领导小组组长报告，并根据事件性质报告相应职能部门协助处理。

3. 如为特殊管理药品流失、失窃事件，立即通知保卫科控制保护现场，报告当地派出所，并配合公安部门调查处理；同时，报告市食品药品监督管理局、市卫生计生委，配合食品药品监督管理局的调查，并形成书面调查报告。

4. 如为特殊管理药品中毒、成瘾事件，立即报告医务科统一组织患者救治处理，药剂科保障相应药品供应。

5. 科内及时组织讨论分析，总结经验教训，避免类似事件发生。

特殊管理药品突发事件应急处理流程图



附件 1

突发事件应急药品目录

种类	药品通用名称	剂型	备数量
抗休克血管活性药	肾上腺素注射液	注射剂	50 支
	重酒石酸去甲肾上腺素注射液	注射剂	50 支
	重酒石酸间羟胺注射液	注射剂	100 支
	盐酸多巴胺注射液	注射剂	100 支
呼吸中枢兴奋剂	尼可刹米注射液	注射剂	50 支
	洛贝林注射液	注射剂	50 支
	氨茶碱注射液	注射剂	20 支
止血药	维生素 K1 注射液	注射剂	50 支
	酚磺乙胺注射液	注射剂	50 支
利尿药	呋塞米注射液	注射剂	50 支
镇静药	地西洋片	片剂	2 瓶
	地西洋注射液	注射剂	20 支
抗感染抗病毒药	注射用 80 万青霉素	粉针剂	100 支
	利巴韦林注射液	注射剂	50 支
解毒剂	纳洛酮注射液	注射剂	10 支
	阿托品注射液	注射剂	20 支
其他类	地塞米松注射液	注射剂	50 支
	盐酸利多卡因注射液	注射剂	25 支
	破伤风抗毒素	注射剂	10 支

假、劣药品或调剂错误药品导致人身 损害的处置预案

一、为及时、妥善处置由患者服用假、劣药品或调剂错误药品导致人身损害等情况，确保人体用药安全有效，维持正常的医药经济秩序，最大限度地降低危害和损失，根据国家的有关法律、法规、规章，制定本预案。

二、本预案适用于因患者服用假、劣药品或调剂错误药品引发的，造成或可能造成导致人身损害的事件。

三、处置原则

统一指挥，协调各方。在突发药害事件应急领导小组（与特殊药品突发事件应急处置领导小组人员同，以下简称领导小组）指挥下，各有关单位密切配合、快速高效地开展处置工作。

信息共享，立足预防。经常开展纵横两向联系（临床科室、药监部门和卫生计生部门），及时掌握相关信息，主动防范，抓早抓实，争取把问题和矛盾解决在萌芽阶段。

快速反应，减少损失。以最快的速度，尽最大的努力，最大限度地避免和减少人员伤亡，维护公众的生命财产安全，尽快恢复医院正常的医疗秩序。

依法处置，讲究策略。要注意把握政策，依法办事，讲究工作方式方法，把对事件的果断处置和避免激化矛盾进行统筹考虑。根据事件的性质和发展的不同阶段，区别情况，区分性质，讲究策略，因情施策，妥善处置。

四、有关人员在获悉发生紧急情况的信息后，应当在第一时间内向领导小组办公室（设药剂科）报告，内容包括：发生事件的单位、人数、性质、时间、地点、原因、经过、社会反映及其他已掌握的情况。

五、药剂科接到突发药害事件报告后必须快速到位、果断处置，同时向领导小组报告，领导小组组织专家调查、分析决定是否启动处置预案，一旦启动预案：

应立即向市卫生计生委、市食品药品监督管理局汇报。

医疗救护组迅速开展医疗救护工作，尽可能地减少、减轻药品对人员、人体的伤害。

开展控制、药剂科迅速追回药品等相关紧急工作，控制事态发展。

药剂科迅速收集、整理药品信息，确定事件影响范围，确保紧急情况信息报送渠道通畅、运转有序，同时，根据事态发展，及时统一做好宣传报道工作。

应急物资保障组及时落实救援设备供应、发放。

治安保卫组根据情况需要及时做好紧急情况的疏导解释工作，安定民心，平息民情。

六、对假、劣药品及时查明原因，追究相关责任；对调剂错误药品及时分析原因，并有针对性地提出整改措施。

七、重大紧急情况处理结束后，及时向领导小组提交事件处理报告。内容包括：事件发生的原因、处理经过、相关对策、处理结果、影响评估、事态的发展及预后等。

严重、群发药品不良事件应急预案及急救器材、药品清单

一、总则

(一) 目的：为我院各科室正确处置药品严重突发性群体不良事件提供指导，提高快速反应和应急处理能力，切实做到“早发现、早报告、早评价、早控制”，防止各种药品严重突发性群体不良事件的发生，保障人民身体健康和用药安全，结合我院实际情况，特制定本预案。

(二) 编制依据：本预案根据《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》、《突发公共卫生事件应急条例》及《药品不良反应报告和监测管理办法》等法律法规和国家、省食品药品监督管理局《药品和医疗器械突发性群体不良事件应急预案》，并根据本院具体情况编制。

(三) 预案的适用范围：本预案适用于东营区人民医院内突然发生，造成群体健康严重损害的药品不良事件的应急处理工作。即：同一药品一个月内出现3例以上类似的严重不良事件（威胁生命，并有可能造成永久性伤残和对器官功能产生永久损伤）或国家食品药品监督管理局认定的其他严重药品突发性群体不良事件。

(四) 药品严重突发性群体不良事件工作实行责任制。相关部门要各司其职，各负其责，对因玩忽职守、工作不力造成严重损失的追究责任，严肃处理。

二、领导机构

由主管药学的院领导、医务科主任、药剂科主任、临床科室主任组成我院药品突发性群体不良事件应急处理领导小组，主管药学的院领导为领导小组组长。负责统一领导和协调我院药品突发性群体不良反应事件应急管理工作。

三、预警机制及预案启动

(一) 药品不良反应监测：各级医务人员一旦发现新的、严重的、罕见的及群发性的药品不良反应/事件应认真填写《药品不良反应/事件报告表》，并及时上报，或通过电话及时向我院药品不良反应监测室报告。对严重的、群发性的药品不良反应/事件应在发现后4个小时内通过电话向我院药品不良反应监测室报告；其他的药品不良反应/事件应在发现后3个工作日内上报。不得瞒报、迟报或授意他人瞒报、迟报。

(二) 药品不良反应监测室接到报告后应及时组织调查核实，并按规定向上级药品不良反应监测中心报告。对严重的、群发的药品不良事件应在接到电话报告后4个小时内到临床了解情况，并作出是否属于药品严重突发性群体不良反应事件的初步判断。药品不良反应监测室还应对接到的所有药品不良反应/事件报告进行分析和整理，

以便及时发现已经出现的药品严重突发性群体不良反应事件。

（三）药品不良反应监测室一旦作出药品严重突发性群体不良反应事件的初步判断，应立即向药学部主任汇报，药剂科主任应立即向药品突发性群体不良事件应急处理领导小组组长汇报，领导小组组长应在 24 小时内组织领导小组及相关人员开会，判断事件的性质、严重程度及应对措施，并作出是否启动预案的决定。

四、一旦启动预案，应立即采取以下措施。

（一）药剂科：

（1）通知全院暂停使用该药品，各药房停止发出该药品，已发出的通知临床科室停止使用，已使用的要求临床科室密切观察。

（2）查找资料，分析判断不良反应的原因、性质和处理方法。

（3）追查药品来源。

（4）向省卫生局和市、省药品不良反应监测中心报告。

（5）按照要求，及时将可疑药品送药检所检验。

（6）保证治疗药品的供应。

（二）医务科：

（1）组织专家会诊，确定治疗方案，全力组织诊治。

（2）组织专家进行事件性质认定，责任认定和处理意见。

（三）临床科室：

及时组织全科讨论，明确事件性质，确定治疗方案，全力组织诊治。并将不良事件的发生情况向有关部门如实报告。

配置的急救器材、药品清单：

急救器材

血压计、听诊器、手电筒、压舌板、开口器、舌钳、呼吸球囊、吸痰管、氧管、氧气袋、冰袋、手套、体温表、输液器、呼吸机、监护仪、心电图机、洗胃机、吸痰器、气管切开包、缝合包、导尿包。

急救药品

洛贝林、尼可刹米、氨茶碱、盐酸肾上腺素、硫酸阿托品、去甲肾上腺素、多巴胺、呋塞米、去乙酰毛花苷、地塞米松、盐酸异丙嗪、利多卡因、硝酸甘油、硫酸镁、东莨菪碱、5%葡萄糖、10%葡萄糖、50%葡萄糖、生理盐水、20%甘露醇

检验科实验室安全管理流程

一. 目的：规范临床实验室的安全管理。

二. 适用范围：检验科实验室和工作人员安全的一般要求，防火、用电、化学危险物品、微生物的安全要求，以保证检验科实验室的安全运作，将事故控制在最低限度。

三. 安全管理流程：

1 工作人员和实验室安全的一般要求

1. 1 吸烟

实验室工作区内绝对禁止吸烟。点燃的香烟是易燃液体的潜在火种；香烟、雪茄或烟斗都是传染细菌和接触毒物的途径。

1. 2 食物、饮料及其它

实验工作区内不得有食物、饮料及存在“手接触可能”的其它物质。实验工作区内的冰箱禁止存放食物。食物应放置在允许进食、喝水的休息区内。

1. 3 化妆品

实验工作区内禁止使用化妆品或进行化妆，并建议经常洗手的实验人员使用护手霜。

1. 4 眼睛和面部的防护

处理腐蚀性或毒性物质时，须使用安全镜其它保护眼睛和面部的防护用品。但允许面罩或工作人员在实验室的危险区内不要佩戴隐形眼镜，除非同时使用护目镜或面

罩。使用、处理能够通过粘膜和皮肤感染的试剂，或有可能发生试剂溅溢的情况时，必须佩戴护目镜、面罩或面具式呼吸器。

1. 5 服装和个人防护装备

除要求符合实验室工作需要的着装外，工作服应干净、整洁。所有人员在各一实验区内必须穿着遮盖前身的长袖隔离服或长袖长身的工作服。当工作中有危险物喷溅到身上的可能时，应使用一次性塑料围裙或防渗外罩。有时还需要佩戴其它防护装备如：手套、护目镜、披肩或面罩等。个人防护服装应定期更换以保持清洁，遇被危险物品严重污染，则应立即更换。盛放被污染的实验服和工作服，应用合适的、有标识并能防渗的包装。清洗时应用足够高的温度和足够长的时间以获得良好的去污效果。

不得在实验室内设值班床，严禁在实验室内住宿。

1. 6 鞋

在各工作区内，应穿舒适、防滑、软底并能保护整个脚面的鞋。在有可能发生液体溅溢的工作岗位，可加套一次性防渗漏鞋套。帆布鞋可吸收化学物品和有传染性的液体。

1. 7 头发和饰物

留长发的工作人员应将头发盘在脑后，佩戴帽子。以防止头发接触到被污染物和避免人体脱屑落人工作区，不得佩戴有可能被卷入机器或可随人传染性物质的饰物。

1. 8 胡须

蓄有胡须的男性工作人员必须遵守上项(1.7)规定。

1. 9 洗手

实验室工作人员在脱下手套后、离开实验室前、接触患者前后、以及在进食或吸烟前都应该洗手。接触血液、体液或其它污染物时，应立即洗手。

1. 10 眼睛冲洗

眼睛若被血液或其它体液溅到，立即用大量的生理盐水冲洗。

1. 11 呼吸防护

在没有有效的硬件控制的实验室或实验室不能有效地控制危险因素时，工作人员配戴呼吸防护器具，以防止吸入被有害粉尘、气体、烟雾、蒸气污染的空气。这些防护器具包括：防尘面罩、机械或化学滤筒式呼吸器、导管式呼吸器以及自给式呼吸器，提供的呼吸防护器具必须是根据现有标准专门设计的，对某些特殊危害应能提供足够保护的。

下列情况应使用正压、自给式呼吸器：

*有害气体的性质不明；

- *氧气含量低于 19.5%；
- *存在有不易察觉的有害气体；
- *吸入的污染气体会立即对生命和健康造成威胁；
- *紧急处理危险物质的事故时。

在有可能需要做复苏治疗的地方，应准备口对口 I 式复苏包或其它相关的通气装置。

1. 12 移液

所有实验室操作禁止用口移液具应使用助吸器。

1. 13 锐利物品

谨慎处理针头和碎玻璃等锐利物品。使用后的针具不要折断、弯曲、破损、重复使用或用手重装在针管上的。一次性注射器上的针头用后不要取下，锐利物品应立即放置在不刺破的容器内，在完全装满之前就应及时丢弃。

1. 14 隔离措施

接触患者时，实验室工作人员应遵守医院的隔离措施。

1. 15 工作环境

1. 15. 1 “清洁”区和“非清洁”区

根据实验室的具体工作情况由主任选择并确定“清洁”和“非清洁”工作区，在清洁区和非清洁区之间设“缓冲室”。被指定为“清洁”的区域，则应努力保持清洁，如采取预防措施，防止电话、视频显示器终端、键盘、门柄及其它经常被手或手上的手套触摸的物品的污染，要求工作人员在触摸设备(如计算机键盘及电话的保护罩等)前取下手套，仪器设备和工作面的应常规消毒和清洁。被指定为“非清洁”的区域，允许戴手套接触所有物品(如电话、门柄、计算机终端和其它物品)，所有这些物品的表面都认为是不清洁的。未戴手套的人员如果使用该区域内的电话、计算机终端或其它设备，应该戴上手套，或在使用后立即彻底洗手，“清洁”和“非清洁”区都应保持整洁。实验台至少应每天清洁一次，如有必要可以多次清洗，用合适的含氯消毒剂清洗。在处理溅溢的样品或严重污染的工作面时，应戴上手套和其它个人防护装备、使用相应合适的清洁剂清除所有的溅溢物。

1. 15. 2 设备

冰箱、冷冻柜、水浴和离心机应该定期清洗和消毒，在发生严重污染后应立即进行清洗和消毒，进行清洗、消毒时要戴上手套穿上工作服或其它合适的防护服。

1. 15. 3 外衣

外衣(实验服、工作服)应悬挂在远离散热器、蒸汽管道、供暖装置、以及有明火

的地方，不要挂在压缩气瓶或灭火器上，也不要挂在门的玻璃隔板上，妨碍视线。“清洁”的和“非清洁”的个人防护服要分开存放。

1. 15.4 垃圾处理

每天清理垃圾，医院物业工作人员来处理。

1. 15.5 装饰

不得在电灯、灯座或仪器上进行装饰，更不要使用电子装饰物、蜡烛、圣诞树等有引起火灾危险的装饰品。

1. 15.6 个人物品

实验工作区不得存放个人物品，如钱包、外套、皮靴、咖啡杯、运动服、预包装的食品和药品等。

1. 15.7 用后的废弃物品

实验工作区内的用后废弃物品存量不要太大。具危险性的液体如酸或碱性液体应放在视平线下。较大的废弃物容器应靠近地面存放，在用喷洒消防设备的地方，与天花板的距离应保持 90 厘米以上，在不用喷洒的地方应与天花板保持 50 厘米以上的间距。

1. 15.8 出口通路

实验室的出口和通道必须保持畅通无阻，不准堆放物品、垃圾、装置、或设备。注意：无论任何时间、何种原因都不得阻塞通往灭火器、火警箱、防火毯、安全淋浴或出口的道路。

1. 16 玻璃器具

操作玻璃器具时应遵循下述安全规则：

- *不使用破裂或有缺口的玻璃器具。
- *不要用猛力取下玻璃试管上的塞子，粘紧的时可用刀切开分离。
- *接触过传染性物的玻璃器具，清洗之前，应先消毒。
- *破裂的玻璃器具和玻璃碎片应丢弃在有专门示记的、单独的、不易刺破的容器里。
- *高热操作玻璃器具时应戴隔热手套。
- *每次换班前，合适的消毒剂对洗刷玻璃器具的区域进行表面消毒。
- *破碎的玻璃器具只能使用机械装置处理。

1. 17 离心机

1. 17.1 气溶胶

离心过程中应控制气溶胶的产生在最低水平。

1. 17.2 操作

离心机只有在盖好盖板后，才能启动。

1. 17.3 污染

装标本(血、尿、痰)或易燃液体的离心管，只能在管塞密封后方可离心。

1. 17.4 传染性物品

所有能够产生气溶胶进行播散的生物制品或标本，都应使用密封的离心管，并在盖紧的离心头或转头中进行。

1. 17.5 清洗

合适的消毒液常规清洗离心机。

1. 17.6 平衡

离心时应保持合适的平衡，以保证离心的顺利进行。

2. 防火安全准则

2.1 安装有警报系统。每个检测和报警装置都与总警报系统连接。实验室的任何地方，包括储藏室能听到警报系统的报警。所有有关建筑的防火设置，都应当经当地消防部门审核批准。

2.2 防火

2.2.1 隐患的估计和研究

在开始临床实验工作之前就应对火灾的隐患进行研究，在实验工作运行的过程中，要经常研究火警的隐患。研究的内容包括：

2.2.1.1 使用化学物品的数量和性质，可能发生的化学反应，以及电器设备的隐患等。

2.2.1.2 哪些操作方法已经改变了，新使用了哪些化学物品，以及在上届消防培训之后增加了哪些新的工作人员。

2.2.2 易燃易爆物

2.2.2.1 易燃性液体的供给量应控制在有效并安全进行实验的最小量。待处理的用过的可燃性液体也应计算在内。

2.2.2.3 禁止用冰箱储存易燃液体。如果确实需要，应存放在专门的防爆冰箱内。冰箱应远离火源。

2.2.2.4 从储藏罐里倒出易燃液体，应在专门的储藏室或通风橱内进行。运送易燃液体时，其金属容器应有接地装置。

2.2.2.5 加热易燃易爆液体(燃点低于94℃)必需在通风橱进行，不能用明火加热。装易燃易爆物的容器应当经当地有关消防部门审核批准。

2.2.3 火源隐患



2. 2. 3. 1 常见的火源是明火、加热器件和电火花(电灯开关、电动机、摩擦和静电)。

2. 2. 3. 2 应对电气设备的接地、漏电和墙上插座的接地、极性进行年度检查。

2. 2. 3. 3 应尽量消除各种火源隐患。

2. 3 灭火

实验室配备足够扑灭各种火情装置。

2. 3. 1 灭火器

根据上级消防部门的规定配备、摆放灭火器，并根据要求对灭火器进行定期检查维修。

*A 类灭火器适用于固体可燃物(如纸、木材、塑料)引起的火灾。A 类灭火器多数为消防水栓。

*B 类灭火器适用于汽油和溶剂引起的火灾。B 类灭火器多数为二氧化碳或化学干粉，如碳酸氢钠内。

*C 类灭火器适用于电气引起的火灾。所有工作人员都应知道电开关的位置以及切断失火电器电源的方法。

2. 3. 2 警报系统应进行年度安全检查，随时检修、维护的。

2. 3. 3 如火灾波及供气管道系统应立即关闭远端阀门以切断燃气来源。如果无法做到这点或燃气是来自储气瓶时，则应立即从房间内撤离。

2. 4 消防训练

2. 4. 1 应对实验室工作人员进行防火安全训练。

2. 4. 2 所有工作人员必须学会如何发布火警警报，学会遇有失火时应做到：

2. 4. 2. 1 拨打报警电话“119”。

2. 4. 2. 2 发出火警警报以求得帮助，并开始从失火区或建筑物撤离。

2. 4. 2. 3 如果可能，立即使用便携式灭火器进行灭火。

2. 4. 2. 4 如果不能扑灭火情，应把所有通向火场的门关紧，并用湿毛巾或床单堵住下面的门缝，以阻止火情的蔓延。

2. 4. 2. 5 应将房间里的所有人员撤出。(如果火情并非十分危险，可安排留下一人，向前来灭火的消防队员介绍具体情况。)

2. 4. 3 由受过训练的人员讲解使用便携式灭火器进行灭火的技能。训练应为“手把手”的方式，还应包括不同火情采用不同灭火器的知识。

2. 4. 4 对工作人员撤离火场的训练应经常举行，每年进行几次。所有人员每年至少参加一次训练(包括夜班和周末加班的人员)。练习应包括帮助病人和其他人员的撤

离。撤离时，应关闭所有门窗。

3. 实验室用电安全准则

3.1 仪器用电

作为仪器维护措施的一部分，应进行年度的安全用电检查并建立档案记录。每年至少对所有电插座的接地和极性、电缆的完整性进行检查一次，并将结果记录在案。可移动的设备应接地或采用更先进的方法防止触电，但全部塑封无法接地的仪器例外。新设备在使用前也应进行同样的检查。实验室应装有足够的插座，分布要合理，以减少在插座上接上其它多用插座和避免拖拉过多的电线。在空气中存在达到一定数量的易燃气体或蒸汽有可能形成可爆性混合物的危险环境下，应使用指定专门为此设计的防爆电器设备。

3.2 维修与维护

所有电器设备的维修与维护只能由取得正式资格的维修人员进行。

3.2.1 仪器的维修

除校准仪器外，仪器不得接电维修。维修时要确保手干燥，取下所有的饰物(如手表和戒指)，然后谨慎操作。

3.2.2 线路检修

实验室技术人员不得维修建筑物的电力系统。任何涉及开关、插座、配电箱、保险丝、断路器的维修工作应由医院维修人员或其他有资格的人员进行。

3.2.3 接地

电器设备必须接地或用双层绝缘。电线、电源插座、插头必须完整无损。在潮湿环境的电器设备，要安装接地故障断流器。

4. 化学危险物品使用准则

4.1 引言

临床化学实验室存有许多腐蚀性、毒性、易燃和不稳定试剂，属化学危险物品。实验室工作使用化学危险物品，应向有关机构备案，并遵守相应管理规定。所有化学危险物品的容器都应有清晰标记。目前，广泛应用配制好的试剂和试剂盒，致使有些化学危险物品不易被识别，对这些试剂和试剂盒的成份应予复审并给予适当标记。实验室管理人员有责任向工作人员介绍化学危险物品。每一种化学危险物品应有材料安全数据表显示它的特性。实验室技术人员有责任熟悉并向同事介绍化学危险物品和遵照安全操作。

4.2 化学危险物品分类

4.2.1 腐蚀品

腐蚀品是接触人体后给人造成可见损伤或不可逆改变的物质。腐蚀性化学废弃物是指 pH 小于 2.1 或 pH 大于 12.5 或对钢 (SAE1020) 的腐蚀力超过 0.635cm / 年 (55t) 的物质。例如：盐酸。

4.2.2 毒害品

毒害品是吸入、食人或少量接触即可引起严重生物效应的物质。

4.2.3 致癌物

由于检测化学物品能否诱发恶性肿瘤的测试系统很不相同，定义致癌物比较困难。例如：苯。

4.2.4 可燃烧物

可燃烧物指任何可燃烧的化学物品，包括可燃物和易燃物。

4.2.4.1 易燃液体 (燃点低于 38℃) 可分为以下几个级别：

1A 级：燃点低于 22℃-12℃；沸点低于 18℃

1B 级：燃点低于 22℃-12℃；沸点高于 18℃

1C 级：燃点高于 21℃ 低于 38℃

4.2.4.2 可燃液体 (燃点高于 38℃ 低于 60℃) 可分为以下几个级别：

IIIA 级：燃点高于 60℃ 低于 94℃

IIIB 级：燃点高于 94℃

4.2.5 易爆化学物品

易爆化学物品是指能迅速发生剧烈化学变化的不稳定物质，爆炸性分解可在正常温度和压力下发生。例如：肼。

4.3 材料安全数据表及标签

购进可能有危害的化学物品都必须附有材料安全数据表。所有危险化学品都需要以易于识别的形式进行标记，使专业和非专业人员很容易警觉其潜在的危险性。标记可以是文字、图标、标准化代码或多种形式并存。

4.4 腐蚀品的储存

4.4.1 储存

腐蚀品应在近离地面处储存以减小掉下的危险。

4.4.2 酸性试剂瓶的搬运

搬运体积超过 500ml 的浓酸试剂时，必须用运载托车。

4.4.3 不能共存的化学物品

注意不要在同一区域内存放互相不能共存的化学物品。例如：乙酸或乙酸酐等有机酸应与硫酸、硝酸或高氯酸等强氧化剂分开储存。

4. 4. 4 个人防护装备

在使用腐蚀性物品场所的工作人员，应该穿戴围裙、手套和其它个人防护装备。

4. 4. 5 溅溢

使用任何化学物品之前，应安排好处理容易破碎或溢出的物品的容器。

4. 4. 6 化学通风橱

所有挥发性腐蚀物品的操作，都必须在化学通风橱中进行。

4. 5 易燃物的储存

4. 5. 1 储存

易燃易爆液体应在合格的容器里储存。分装时应有明确的易燃和可燃性标记，工作储备量控制在最低限度。储存可燃性液体的仓库应远离明火和其它热源。

4. 5. 2 冰箱

可燃性液体如需要在冰箱内存放，该冰箱的设计必须符合避免产生蒸汽燃烧的要求。实验室所有的冰箱门都应标明可否用于存放易燃、可燃性液体。

4. 6 紧急处理

实验室必须重视发生化学危险品溅溢的可能性。有关工作人员都应接受培训，以掌握处理突发事件的知识。培训应包括化学危险物品溅溢的识别，熟悉向管理部门通报的方法和保护自身安全应采取的措施。在多数溅溢事故中，实验室可以决定撤离的区域，并通知有关专业部门处理。如果由外部专门机构处理溅溢物，则实验室就必须中断工作，直到隐患排除。

4. 7 污染物的清除和处理

每个实验室都应负责日常的清污工作。在结束常规工作时、工作交班、发生紧急事件如清除溅溢物后，都需要进行清污工作。

需外送维修的设备，只有在实验室管理人员确认没有化学危险物品污染时，才能外送维修。

4. 7. 1 废弃化学物品

所有废弃化学物品都应按危险物品处理，除非能够确定它的性质。

清洁溅溢有害物质的所用材料，包括吸附物和中和物，都被认为是有害废弃物。

4. 7. 2 专职人员

实验室专人协调和负责处理实验室有害化学废弃物。

4. 7. 3 容器

化学废弃物放置在密闭、有盖的容器中。

4. 7. 4 标签



化学废弃物的包装应有标签，标签应包含以下内容：

- *日期
- *来源
- *实验室来源
- *成份
- *物理性质(气体、液体等)
- *体积
- *危险性(易燃或易爆)

4. 7. 5 运输

实验室由专责人员负责容器转运，并将其放置在指定的废弃物堆放场所。

5. 实验室微生物安全准则

5. 1 引言

在临床实验室，工作人员在接触标本和操作过程中，可能被感染。临床实验室可能接触的微生物可分为三类：

5. 1. 1 病毒，如：病毒性肝炎(特别是乙型及丙型肝炎)和获得性免疫缺陷综合症(AIDS)。

5. 1. 2 细菌，包括：细菌、分枝杆菌、真菌。

5. 1. 3 其他具有高毒力的病原体，如出血热病毒和立克次体。

因为从病史和体检不能可靠地鉴定所有病人的病原体，所以当接触和处理所有的体液时，均应执行“常规预防措施”。

5. 2 感染途径

5. 2. 1 空气传播

在取下装有标本试管的塞子时、溶液洒落在坚硬的表面上、用未加塞子的试管进行离心或溶液(包括接种环内的溶液)加热太急时，具有传染性的溶液在上述各种情况下，可能形成气烟雾散布在空气中。

5. 2. 2 经口传播

用口吸移液可能导致微生物入人体引起传染。传染也可通过间接途径，如饮食或吸烟前没有彻底洗手引起“手—口”传染。

5. 2. 3 直接接种

偶然的针刺、碎玻璃划伤和动物咬伤均可通过直接接种引起传染。临床标本中的感染原也可通过被纸张轻微划伤的手指、很轻的擦伤或损伤的表皮进入人体造成感染。

5. 2. 4 粘膜接触

一些病原体，包括肝炎病毒和人类免疫缺陷病毒(HIV)，能够通过和粘膜(如眼结膜)的直接接触进入人体。所以在擦拭眼睛、更换隐形眼镜或使用化妆品前应彻底洗手。

5. 3 血源性病原体

5. 3. 1 间接接触

临床实验室工作人员都面临着接触血源性病原体的可能性。为了减低对乙型肝炎(以下简称乙肝 HBV)、丙型肝炎(以下简称丙肝 HCV)，每个实验室都应制定“控制接触感染原的方案”，方案包括以下内容：

*方案的目的

*一般项目管理(负责人、工作人员的职责、年度总结和改进措施)

*感染风险的检查

*执行的方法(工程学控制、实际工作控制、个人防护装备、实验室事务管理)

*乙肝疫苗接种

*接触病原体后的评估和随访，包括专业医务人员的处理和他们的书面意见，以及医学记录保存

*标签和标志

*资料 and 培训(课目、方法和记录保存)

5. 3. 2 备注

所有的单位都应执行“常规预防措施”。另外，每个实验室都应确定每个职员工作岗位的潜接触的程度。一旦确定有接触潜在感染原的可能，应采取硬件控制和操作过程控制，以减少或消除接触这些潜在感染原的可能。提供相应的个人防护装备，如手套、工作服、实验服、面罩、面具、护目镜、安全镜和鞋套等。并讲解何时使用和如何使用。

5. 3. 3 常规预防措施

*来自所有病人的血液和体液都被认为是具有传染性的。所有血液和体液的标本都应放置于具有安全盖的结构优良的容器里，以防在运输过程中发生泄漏。采集标本时应防止污染容器的外表或随标本的检验单。如果存在潜在的或实际的污染，则应再加一层包装(例如：包装袋)。所有的标本应加上生物危害标签。

*所有处理血液和体液(例如：取下真空试管的塞子)的工作人员都应戴上手套。如果有可能发生血液或体液的喷溅，则应使用面部防护装备。

*对于组织学和病理学检查、微生物培养之类的常规操作，并不需要在生物安全橱内进行。但是，如果操作过程中会产生气烟雾或飞沫，则应使用生物安全橱(1类或III类)，这些操作包括混匀、超声雾化和剧烈搅拌。



*实验室应使用机械移液装置。绝对禁止用口吸移液。

*使用注射器和针具时应防止受伤。禁止用手将针套重新套在针头上、禁止故意将针头弯曲或折断、将针头从一次性注射器上取下、或对针头进行其它操作。所有锐利物品在使用后都应放入贴有清晰标签、不会被刺破的容器内，然后运至处理场所。废弃锐利物品的容器应就近放在便于操作的地方。为防止装得过而满意外伤人，应在装满后尽快运走。

*血液或其他体液发生泄漏或工作结束后，均应使用合适的化学杀菌剂对实验室工作区进行表面消毒。可使用新鲜配制的漂白粉溶液(次氯酸钠 1: 10 稀释液)和 2.5% 甲酚溶液或其它有效的溶液对所有的工作台进行消毒。漂白剂溶液应至少作用 15 分钟，使用其它的消毒剂可参考其产品说明书。

*实验中用过的污染物品在重复使用前或装入容器中按传染性废弃物进行处理前，应先进行去污处理。

*被血液或其他体液污染的设备在实验室内或外送商家进行维修之前，应先进行清洁和消毒。无法彻底消毒的设备必须贴上生物危害的标签。

*手或其他部位的皮肤在接触血液或其他体液后必须立即彻底清洗。在实验工作结束后或取下手套后应立即洗手。在离开实验室之前应脱下所有的个人防护装备。

*如果实验人员工作时有可能接触到血液、其它可能具传染性的物质、病人的粘膜或要损伤的皮肤、或在处理污染的物品或表面时，都应戴上手套。在进行血管穿刺时，包括静脉采血、手指或脚背穿刺，也应戴上手套。如果手套破损、刺破、或失去其屏障功能，则应尽快更换。清洗或消毒会损害一次性手套的质量，故不得重复使用一次性手套，在接触病员后应更换手套。

*工作区应使用吸收性强的纸张覆盖。在移液、混合、振荡、搅拌或离心时，必须防止发生气烟雾。

*为尽量减少在紧急情况下采用口对口的复苏术，应在那些可能需要进行复苏术的地方，备有复苏包或其它通气装置。

*患有渗出性病变或湿疹的医务人员在痊愈前不得直接接触病人，也不得接触医疗设备。

5. 3. 4 乙型肝炎病毒免疫接种接触后的随访，为可能接触血源性病原体的工作人员免费接种乙肝病毒疫苗。工作人员可以拒绝接种，但应在表示拒绝的协议上签名。

各单位必须制定关于对接触血源性病原体者的紧急处理方案。处理措施包括事故调查，工作人员的会诊和治疗，以及防止类似事故再发生的改进措施。

5. 3. 5 标签警告标志

必须采用通用的警告标志系统明确标识装有危险生物制品的容器或被其污染的物品，在危险废弃物的容器、存放血液和其它有潜在传染性物品的冰箱、以及处理尖锐物品的容器上，所贴的标签应标明通用的生物危害标志。

用于存储、运输的容器应加上标签或颜色编码标志，并在存储、运输前将容器盖上。如实验室用常规预防措施来处理所有标本，同时标本或容器又存放在实验室内，可不使用标签或颜色编码标志；但如果离开实验室，就必须使用标签或颜色编码标志。

5. 4. 3 标本运输

*运输前应将标本进行可靠包装。禁止使用皮氏细菌培养皿邮寄标本。禁止将干冰放入密封的容器。

*严格遵守运输部门和国际空运协会的有关规定。

*运输用于诊断的标本时应根据需要标记上“易腐坏”、“干冰保存”、“冷冻生物制品”或“易碎”等标志。

5. 4. 4 标本处理

*被高毒力微生物(如土拉巴斯德菌或粗球孢子菌等)污染的物品，处理前必须经过高压灭菌，包括用于隔离的设备和材料。

*培养分枝杆菌和两性真菌用的平皿和试管必须使用胶带密封，用压力蒸气灭菌后进行处理或焚化处理。

*普通标本和使用过的培养基应弃入结实的塑料袋中。*可重复使用的物品和污染的器具应置于装有次氯酸钠 1: 10 稀释液或其它合适的消毒剂的不锈钢容器内，然后进行高压灭菌、清洗和再次灭菌。

*对医疗废弃物处理的管理应遵守有关法规。

5. 4. 5 生物安全柜

生物安全柜是微生物实验室里控制生物危害的最好的方式之一。实验室根据产品说明书进行安装、使用和维修。

实验室应制定安全柜的维护规程，以确保安全柜内合适的气流流速，并适时更换滤器。安全柜的放置应远离气流不稳定的地方，通风口的设置应根据产品说明书。在维护、移动和/或处理安全柜之前必须对生物安全柜进行消毒。

5. 4. 6 备注

下面是微生物实验室里的一些常规准则：

*不接收或处理严重污染的标本。

*涉及分枝杆菌的离心操作应使用有旋帽的离心斗，离心管也应塞紧(双重隔离)。

*针具和接种环应灭菌处理，并防止加热时液体发生飞溅。



5. 4. 7 泄漏事故

(1) 立即清洗发生泄漏污染的区域。通知主管和主任。如果培养物发生泄漏或其容器发生破损，应对该区域进行至少 10 分钟的清洗，直至气溶胶或飞沫已经沉降。

(2) 吸净漏出的液体。

(3) 清洗发生泄漏的区域。

(4) 尽可能使用漂白剂、酒精或苯酚对工作台进行消毒。

第五章 护理类

一、患者紧急状况下护理应急预案

(一) 药物过敏性休克防范与应急处理

【防范措施】

1. 用药前详细询问患者药物过敏史、用药史、家族史，已知对某种药物过敏的患者，禁用该药物（精制破伤风抗毒素 TAT 行脱敏注射除外）。

2. 正确实施药物过敏试验。

3. 过敏试验阳性者，报告医师，并在腕带、床头卡、医嘱单、三测单、治疗卡及病历夹封面注明过敏药物名称，床头挂醒目的过敏试验阳性药物标志，并告知患者和家属。

4. 严格执行“三查八对”，用药过程中密切观察药物反应，警惕过敏反应的延迟发生。

【应急处理】

1. 一旦发生过敏性休克，应立即停药，就地抢救，同时报告医师和护士长。

2. 将患者立即平卧，保持气道畅通、吸氧，做好气管插管或切开的准备工作，迅速建立静脉通路。

3. 遵医嘱使用肾上腺素、肾上腺皮质激素、血管活性药、抗组胺类药等。

4. 密切观察并记录患者意识、瞳孔、生命体征及尿量等变化，注意保暖。患者未脱离危险时，不宜搬动。

5. 发生呼吸、心脏骤停时立即行心肺复苏术。

6. 做好患者和家属的安抚工作。

7.6 小时内完善抢救记录。

【应急处理程序】

发生过敏性休克→立即停药、平卧、就地抢救，同时报告医师、护士长→开放呼吸道、吸氧、维持有效通气，建立静脉通路→遵医嘱注射肾上腺素或地塞米松→遵医嘱给药，解除支气管痉挛、维持有效循环→心搏骤停时进行心肺复苏→密切观察病情变化，做好记录→安抚患者及家属→告知患者今后避免使用该类药物。

（二）输液反应防范与应急处理

【防范措施】

1. 质量检查：严格检查药物及输液器具的质量。

2. 合理用药：一瓶液体中尽量避免多种药物联合使用，特殊用药，两瓶之间连续静脉输液时，使用生理盐水冲管，以减少药物互相配伍或避免其他原因造成的药物沉淀或结晶。

3. 减少微粒：计划配药，选择大小合适的注射器抽吸药物，尽可能避免反复穿刺胶塞，减少药液中微粒的产生，现配现用。

4. 环境适宜：配药应在治疗室或配液室进行，减少人员流动。

5. 操作规范：输液治疗严格执行无菌技术操作原则及输液操作规程。

6. 遵医嘱或根据患者年龄、病情及药物性质调节输液速度，密切观察用药后反应。

【应急处理】

1. 发生输液反应后，立即减慢或停止输液，报告医师或护士长，迅速对症处理，尽量避免对患者身体健康造成损害，将损害降至最低程度。

2. 发热反应 根据病情轻重，选择相应的处理措施。

（1）减慢输液速度、保暖。

（2）对高热者予以物理降温或遵医嘱给予药物治疗，及时对症处理。

（3）严重者立即停止该药物输入，更换液体和输液器，保留输液器具和剩余药液备查。

（4）遵医嘱抽血做血培养及药物敏感试验。

（5）观察病情变化，监测生命体征，稳定患者及家属情绪，及时完善各项记录。

（6）患者家属有异议时，立即按有关程序对剩余药物及输液器具进行封存、双方签字并送检。

（7）及时报告护理部、医院感染管理科、药剂科、消毒供应中心等部门。

3. 急性肺水肿

（1）立即减慢或停止输液。

（2）协助患者取端坐位，双腿下垂以减少静脉回流，减轻心脏负荷。

(3) 高浓度吸入经过 30%~50% 乙醇湿化处理的氧气,降低肺泡表面张力,减轻缺氧症状。

(4) 遵医嘱给药。

(5) 观察病情变化,监测生命体征,稳定患者及家属情绪,及时完善各项记录。

【应急处理程序】

1. 发热反应应急处理程序:立即减慢或停止输液→更换液体和输液器→报告医师、护士长→遵医嘱给药→监测生命体征和观察病情变化→完善各项记录→保留输液器和药液→必要时封存、送检→报告相关部门。

2. 急性肺水肿应急处理程序:立即停止或减慢输液→协助患者取端坐位→报告医师、护士长→遵医嘱给药、吸氧等处理→监测生命体征和观察病情变化→完善各项记录。

(三) 输血反应防范与应急处理

【防范措施】

1. 血液必须由医护人员领取。
2. 严格执行“三查八对”制度,发血者和领血者必须共同核对。
3. 进行输血治疗时严格执行输血操作规范,输血前再次由 2 人核对,确保输血正确无误。
4. 血液领回病房后,须尽快输注,不得退回。遇特殊情况暂时不能输注者,应立即送回输血科寄存(15 分钟内),标明寄存开始时间。切忌用非储血冰箱存储血液。
5. 对有过敏史的受血者,输血前遵医嘱使用抗过敏药物。
6. 输血速度适宜,开始输血时速度宜慢,15 分钟后无不良反应可根据需要调整速度。
7. 加强巡视,保证输血安全。输注后的 30 分钟内严密观察受血者生命体征和病情变化,仔细询问和倾听患者主诉。

【应急处理】

1. 发生输血反应后,立即减慢或停止输血,报告医师、护士长及科主任,迅速查明原因,对症处理,尽量避免对患者身体造成损害,将损害降至最低程度。

2. 发热反应:反应轻者,减慢输血速度。若症状呈进行性发展,应停止输血,保留输血器、剩余血液备查。遵医嘱进行对症处理:畏寒、发冷时,注意保暖;高热时给予物理降温或遵医嘱使用药物治疗。

3. 溶血反应:可疑溶血反应时立即停止输血,更换输血器,输注生理盐水;抽取患者血标本与血袋剩余血一并送输血科检验;密切观察肾区症状及尿液变化,遵医嘱给予吸氧、碱化尿液等对症处理;对尿少、尿闭者,按急性肾衰竭处理,必要时行透

析疗法。

4. 监测生命体征和观察病情变化，稳定患者及家属情绪，及时完善各项记录。
5. 填写输血反应报告单，上报护理部、输血科、医院感染管理科等职能部门。
6. 患者或家属有异议时，按有关程序对剩余血液、输血器进行封存、送检。

【应急处理程序】

可疑溶血反应→立即停止输血→更换输血器→输注生理盐水→报告医师、护士长及科主任→遵医嘱采取救治措施→监测生命体征和观察病情变化→完善各项记录→保留血袋剩余血与采患者血样送检→填写输血反应报告卡→报告相关部门。

(四) 用药错误防范与应急处理

【防范措施】

1. 妥善保管药物 药物的放置符合药物存储要求，专柜（专屉）、分类、原包装存放（在使用前不能去掉包装和标签）；高危药物单独存放，有醒目标识。留存基数的品种和数量宜少不宜多。

2. 杜绝过期药品 坚持“先进先出”、“需多少领多少”的原则，定时清理，及时更换快过期药物，报废过期药物。

3. 杜绝不规范处方与口授处方（非紧急情况下），及时识别和纠正有问题的医嘱，从源头杜绝或减少用药错误的发生。

4. 正确执行医嘱 做到正确的时间、正确的患者、正确的剂量、正确的途径和正确的方式给药，认真观察患者用药后的反应。

5. 严格落实查对制度 坚持“三查八对”，严格检查药品质量。

6. 用药前再次核对床号、姓名及药物，询问患者用药史和药物过敏史，倾听患者主诉，如有疑问，停止用药，再次核对无误，方可执行。

7. 加强学习与培训，不断提高和更新临床药学知识，提高用药水平。

【应急处理】

1. 发现药物错误或用药对象错误后，立即停止药物的使用，报告医师和护士长，迅速采取相应的补救措施，尽量避免对患者身体造成损害，将损害降至最低程度。

2. 发现输液瓶内有异物、絮状物，疑为真菌或其他污染物质时，立即停止液体输入，更换输液器，遵医嘱进行相应的处理，如抽患者血样做细菌培养及药物敏感实验，抗真菌、抗感染治疗等。

3. 保存剩余药物备查。

4. 密切观察病情变化，监测生命体征，稳定患者及家属情绪，完善各种记录。采取补救措施过程中，尽量不惊动患者，避免正面冲突影响补救措施的实施。

5. 妥善处理后选择时机与患者和/或家属进行沟通，争取取得理解和配合。



6. 如患者或家属有异议，应在医患双方在场时封存剩余液体，及时送检。

7. 当事人填写“护理不良事件报告表”，科室及时讨论、分析，针对事件引发原因进行整改，根据情节和对患者的影响提出处理意见。护士长按照护理不良事件报告制度的要求在规定的时间内上报护理部等职能部门。

【应急处理程序】

用药错误→停止用药→报告医师、护士长→积极采取补救措施→观察病情变化→完善各项记录→患者或家属有异议封存药物送检→填写‘护理不良事件报告表’→科室讨论、提出整改意见→向护理部等职能部门报告。

（五）导管脱落防范与应急处理

【防范措施】

1. 带管患者在床头悬挂防脱管警示表示，所有管道必须妥善固定，由置管者做好标记，详细记录管道名称、留置时间、部位、长度，观察和记录引流管内引流液的性质、量、发现异常及时处理。

2. 加强对高危患者（如意识障碍、躁动、有拔管史、依从性差的患者）的观察，作为重点交接班内容详细交接。必要时保护性约束。

3. 做好患者及家属的健康宣教，提高其防范意识及管道自护能力。

4. 严格遵守操作规程，治疗、护理中动作轻柔，注意保护导管，防止导管脱落。

5. 加强培训，提高护士防导管脱出移位的风险意识。如PICC置管，穿刺时尽量避开肘窝，以透明敷料固定体外导管，也可使用固定翼加强导管的固定；更换敷料时，避免将导管带出体外。

【应急处理】

1. 根据脱落导管的类别采取相应的措施。

2. 伤口引流管脱落 立即报告医师，将脱出的引流管交医师查看是否完整，如有管道断裂在体内，须进一步处理，观察伤口渗出情况，需要再次置管时，协助医师做好相关准备。

3. 胸腔闭式引流管脱落 引流管与引流瓶连接处脱落或引流瓶损坏，立即夹闭引流管并更换引流装置；引流管从胸腔滑脱，立即用手捏闭伤口处皮肤，通知医师并协助处理。

4. “T”管脱落 立即报告医师，密切观察腹痛情况，告诉患者暂禁食禁饮，必要时协助医师重新插管。

5. 胃管脱落 观察患者有无窒息表现，是否腹胀；如病情需要，遵医嘱重新置管。

6. 导尿管脱落 观察患者有无尿道损伤征象，是否存在尿急、尿痛、血尿等现象；评估患者膀胱充盈度、是否能自行排尿，必要时遵医嘱重新置管。

7. 气管导管脱落 对气管切开患者立即用止血钳撑开气管切开处，确保呼吸道畅通，同时报告医师，给予紧急处理。

8. PICC 置管/深静脉置管脱落

(1) 导管部分脱出：观察导管脱出的长度，用无菌注射器抽回血，如无回血，报告医师，遵医嘱用肝素钠液或尿激酶通管，如导管不通畅则拔管；如有回血，用生理盐水冲管保持通畅，重新固定，严禁将脱出的导管回送。

(2) 导管完全脱出：测量导管长度，观察导管有无损伤或断裂；评估穿刺部位是否有血肿及渗血，用无菌棉签压迫穿刺部位，直至完全止血；消毒穿刺点，用无菌敷贴覆盖；评估渗出液性状、量；根据需要重新置管。

(3) 导管断裂：如为体外部分断裂，可修复导管或拔管。如为体内部分断裂，立即报告医师并用止血带扎于上臂；如导管尖端已漂移至心室，应制动患者，协助医师在 X 线透视下确定导管位置，以介入手术取出导管。

(4) 自控镇痛泵（PCA）导管脱落：立即检查导管末端是否完整，报告医师及麻醉师进行处理，密切观察病情及生命体征变化。

9. 做好记录，严格交接班，防止再次脱管。

【应急处理程序】

发生脱管→应立即处理并报告医师→协助医师处理，必要时重新置管→密切观察病情变化→查找原因→做好记录及交接班→防止再次脱管。

（六）跌倒/坠床防范与应急处理

【防范措施】

1. 高危患者悬挂防跌倒（坠床）警示标识。
2. 定期检查病房设施，保持设施完好，杜绝安全隐患。
3. 病房环境光线充足，地面平坦干燥，特殊情况有防滑警示牌。
4. 对住院患者进行动态评估，识别跌倒的高危患者并予以重点防范。做好健康宣教，增强患者及家属的防范意识。
5. 穿防滑鞋，衣服大小合适，不要过于宽大。
6. 服用镇静、安眠药的患者未完全清醒时，不要下床活动；服用降糖、降压等药物的患者，注意观察用药后的反应，预防跌倒。
7. 术后第 1 次小便，应鼓励患者在床上小便，确实需要起床小便时，应有人在床旁守护，防止因直立性低血压或体质虚弱而致跌倒。
8. 对长期卧床、骨折、截肢等患者下床行走时，应有人守护，并告知拐杖等助行器的使用方法。

9. 对于躁动不安、意识不清、年老体弱、婴幼儿以及运动障碍、失明等易发生坠



床的患者，置护栏等保护装置，必要时保护性约束，对照顾者给予相关指导。

10. 给患者执行洗澡、翻身、擦浴等操作时遵守操作流程。

【应急处理】

1 患者突然跌倒，护士迅速赶到患者身边，同时呼叫医师，协助评估患者意识、受伤部位与伤情、全身状况等，初步判断跌伤原因和认定伤情。

2. 疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患者，根据跌伤的部位和伤情采取相应的搬运方法，协助医师对患者进行处理。

3. 患者头部跌伤，出现意识障碍等严重情况时，遵医嘱迅速采取相应的急救措施，严密观察病情变化。

4. 受伤程度较轻者，嘱其卧床休息，安慰患者，酌情进行检查和治疗。

5. 对于皮肤出现瘀斑者进行局部冷敷；皮肤擦伤渗血者用络合碘清洗伤口后，以无菌敷料包扎；出血较多者先用无菌敷料压迫止血，再由医师酌情进行伤口清创缝合，遵医嘱注射破伤风抗毒素等。

6. 孕妇发生跌倒，应观察和记录有无阴道流血、流水和宫缩，早期发现流产、早产、胎膜早破、胎盘早剥等先兆。

7. 做好记录，严格交接班，动态观察 24-48 小时。

8. 了解患者跌倒时情况，分析跌倒原因，加强巡视，向患者及家属做好健康宣教，提高防范意识。

9. 填写不良事件报告表，上报护理部。

【应急处理程序】

患者跌倒→护士立即赶到现场，同时报告医师→进行必要检查，伤情认定→对症处理→严密观察病情变化，做好伤情及病情记录→详细交班→强化健康教育→填写不良事件报告表，上报护理部。

（七）压疮防范与应急护理

【防范措施】

1. 对高危患者进行压疮危险因素评估，悬挂警示标识，采取针对性的预防措施。

2. 对难免压疮患者填写难免压疮申报表（以强迫体位及心力衰竭等病情严重或特殊，医嘱严格限制翻身为基本条件，并存在大小便失禁、高度水肿、极度消瘦 3 项中的 1 项或几项可申报难免压疮），护理部指定专人核实、指导、追踪，必要时组织护理会诊。

3. 保持床单位清洁、干燥、平整。对大小便失禁患者注意肛周及会阴部皮肤护理。

4. 对长期卧床者，定时更换体位，2~3 小时翻身 1 次，按摩骨隆突处或受压部位。

5. 瘫痪患者或病情不允许翻身的患者，可用多功能按摩床垫，骨隆突处或受压部

位可使用减压贴等缓解局部压力。

6. 加强营养，增强机体抵抗力。

【处理措施】

1. 避免或减少导致压疮的因素，根据压疮的程度采取相应的措施：

第 I 期 皮肤完整、发红。

临床表现：局部皮肤出现指压不褪色的红斑。

处理措施：避免继续受压，增加翻身次数，减少局部刺激。禁按摩，避免摩擦。

可局部使用减压贴或赛肤润等敷料。

第 II 期 表皮或真皮受损，但尚未穿透真皮层。

临床表现：疼痛、水疱或破皮。

处理措施：①避免局部继续受压，定时更换体位，使用气垫床。②妥善处理创面，有条件者使用水胶体敷料，预防感染。③促进上皮组织修复，有条件者使用表皮生长因子。

(3) 第 III 期 表皮或真皮全部受损，穿入皮下组织，尚未穿透筋膜及肌肉层。

临床表现：有不规则的深凹，伤口基底部与伤口边缘连接处可能有潜行、深洞，可有坏死组织及渗液，伤口基底部基本无痛感。

处理措施：根据创面情况进行换药，保持局部清洁，必要时清创。使用水凝胶、水胶体、泡沫类或银离子等新型敷料，促进伤口湿性愈合。

(4) 第 IV 期 全皮层损害，涉及筋膜、肌肉、骨。

临床表现：肌肉或骨暴露，可有坏死组织、潜行、瘘管，渗出液较多。

处理措施：清创，去除坏死组织；促进肉芽组织生长，必要时手术治疗。

【处理程序】

评估压疮高危患者→采取防范措施→根据压疮分期进行处理→做好记录及交接班。

(八) 烫伤防范与应急处理

【防范措施】

1. 设立醒目的标识（如热水、开水等）。

2. 及时、准确评估患者情况，对相关患者进行预防烫伤的健康教育，强化对儿童和老人的安全宣教。

3. 保暖引起的烫伤 教会患者和家属正确使用保暖用具：使用热水袋时用布套或厚毛巾包裹，不直接接触皮肤，经常查看热水袋的位置及是否漏水；热水袋温度成人不超过 60℃，婴幼儿、老年人、术后麻醉未醒、感觉迟钝、末梢循环不良、昏迷等患者低于 50℃。

4. 沐浴时必须经过两次试温；严禁戴手套试水温，因隔离需要必须戴手套操作时，只能选择盆浴，并测好水温后方可进行操作。

5. 防电器灼伤 安全使用各类医疗电器，防止因局部潮湿（汗水、血液等）导致电灼伤。使用温疗仪时，护士应熟练掌握使用方法，密切监测温度的变化，观察治疗部位的局部情况，告知患者和家属不随意调节仪器。

6. 需要喂食或鼻饲的患者食物及饮水的温度控制在 38-40℃。

7. 指导患者和家属正确使用生活设施 调节水温时，先开冷水开关，再开热水开关；使用完毕，先关热水开关，再关冷水开关。热水瓶放置在固定且不易触碰的地方。

8. 精神科病房开水间及时落锁，患者饮水的保温桶储备温水，并落锁。

【应急处理】

1. 脱离热源，采取冷疗法。立即用洁净冷水冲洗，浸泡或冷敷烫伤部位 30 分钟，终止热力对组织的继续损害，有效减轻损伤程度和疼痛。

2. 报告医师和护士长，根据烫伤程度、面积大小给予适当处理。

I 度烫伤：属于表皮烫伤，皮肤会有发红、疼痛的现象。

处理措施：冷敷，可用水胶体敷料（如透明贴）或湿润烧伤膏等。

II 度烫伤：浅 II 度烫伤伤及表皮和真皮浅层，产生水泡，色素沉着。深 II 度烫伤及表皮下方的真皮层。

处理措施：正确处理水泡，避免小水泡破损，大水泡可在无菌操作下低位刺破放出水疱液；已破的水疱或污染较重者，应彻底消毒、清洗创面，外敷水胶体敷料或湿润烧伤膏。

III 度烫伤：烫伤直达皮下组织，皮肤有发硬、发白或发黑的现象，虽然疼痛感并不明显，但却是非常严重的烫伤。

处理措施：立即请烧伤科医生会诊，进行清创处理、指导治疗。

3. 查找原因，采取针对性整改措施，防止类似事件的再次发生。

【应急处理程序】

发生烫伤→立即脱离热源，迅速用洁净冷水冲洗，浸泡或冷敷烫伤部位 30 分钟→正确处理创面→遵医嘱用药→寻找原因→及时整改。

（九）窒息防范与应急处理

【防范措施】

1. 评估患者窒息（误吸）的高危因素：意识障碍，吞咽、咳嗽反射障碍，呕吐物不能有效排出，鼻饲管脱出或食物反流，头颈部手术，气管插管或气管切开，小儿、年老、体弱及进食过快者等。

2. 对患者及家属进行预防窒息（误吸）的健康宣教

- (1) 指导患儿家属避免使用容易引起误吸的玩具和食物。
- (2) 患者呕吐时，应弯腰低头或头偏于一侧，及时清理呕吐物。
- (3) 指导患者及家属选择合适的食物，进食速度宜慢，进食过程中避免谈笑、责骂、哭泣等情绪波动。

3. 对可能误吸的高危患者采取相应措施

- (1) 床旁备吸引等急救装置。
- (2) 对意识、吞咽障碍等患者，护士应协助喂食，或遵医嘱管饲流汁，注意妥善固定管道，防止其移位、脱出。
- (3) 不能自行排痰的患者，及时抽吸口鼻、呼吸道分泌物和痰液，保持呼吸道通畅。

【应急处理】

1. 患者发生窒息，护士立即采取解除窒息的措施，同时迅速报告医师，查找窒息原因。

2. 针对导致窒息的原因采取相应的抢救措施。

(1) 误吸：意识尚清醒的患者可采用立位或坐位，抢救者站在患者背后双臂环抱患者，一手握拳，使拇指掌关节突出点顶住患者腹部正中线脐上部位，另一只手的手掌压在拳头上，连续快速向内、向上推压冲击6~10次（注意勿伤及肋骨）。昏迷倒地的患者采用仰卧位，抢救者骑跨在患者髋部，按上法推压冲击脐上部位。通过冲击上腹部，突然增大腹内压力，抬高膈肌，使呼吸道瞬间压力迅速加大，肺内空气被迫排出的同时使阻塞气管的食物（或其他异物）上移并被驱出。如果无效，隔几秒钟后，可重复操作一次。

(2) 幼儿喉部异物：现场人员沉着冷静，迅速抓住幼儿双脚将其倒提，同时用空心掌击拍背部，如异物不能取出，应紧急气管切开或手术取出异物。

(3) 咯血导致的窒息：立即有效解除呼吸道阻塞，清除呼吸道内的血液，保持呼吸道通畅。若发现咯血过程中咯血突然减少或停止，患者出现烦躁、表情恐惧、发绀等窒息先兆时应立即用吸引器吸出咽喉及支气管血块。

(4) 头颈部手术或气管切开术后窒息：迅速报告医师，协助医师进行紧急处理。

3. 保持呼吸道通畅 因痰液堵塞导致呼吸困难者，应立即吸痰，必要时行气管内插管、气管切开术。

4. 做好记录并详细交接班。

【应急处理程序】

发生窒息→立即清理呼吸道、保持呼吸道通畅，吸氧、同时报告医师→进行对症处理→监测病情→护理记录→交接病情。



（十）噎食防范与应急处理

风险来源：常见因抢食、暴食、药物不良反应所致。

【防范措施】

1. 床头悬挂防噎食（误吸）警示标识。
2. 告知患者/陪护或家属有噎食、误吸的危险，并讲解相关注意事项，进食易引起噎食的食物如：干硬食物、圆滑食物、带壳或核的瓜果等。
3. 吞咽困难者进食时要取半坐卧位，避免进食过急，必要时护理人员喂食。
4. 危重患者鼻饲前应吸净气道内的痰液。鼻饲时要掌握进食量、速度，人工气道患者鼻饲时气囊处于充气状态，且右侧卧位。
5. 鼓励患者咳嗽、咳痰，对无力咳嗽痰多的患者及时吸痰。
6. 使用有关药物时，应仔细观察药物的疗效及副作用，减少噎食误吸的发生。
7. 精神科患者集体用餐，医护人员严密观察患者进食情况，高危患者设防噎食专坐，对暴食、抢食病人安排单独进餐，对老年或药物反应严重、吞咽动作缓慢的病人给予软食或无牙饮食，必要时专人照顾。

【应急处理】

1. 发现噎食者，就地急救，分秒必争，立即有效清除口咽部食物，疏通呼吸道，同时告知医生。具体采取一抠二置的方法或 Heimlich 手法。
 - （1）一抠：是用中指、示指从病人口腔中抠出或用食管钳取出异物。
 - （2）二置：是将病人倒置，用掌拍其后背，借助于震动，使食物松动，向喉部移动而掏出。
 - （3）Heimlich 手法：双手环绕病人腰间，左手握拳并用拇指突起部顶住病人上腹部，右手握住左拳向后上方用力冲击、挤压。

【应急处理程序】

发生噎食→当班护士→通知医生→抠出病人口腔中的异物→方法 1：将病人倒置、拍背，抠出食物→遵医嘱协助抢救→方法 2（Heimlich 手法）：双手环绕病人腰间，左手握拳并用拇指突起部顶住病人上腹部，右手握住左拳向后上方用力冲击、挤压→麻醉医师气管切开→开通静脉通路，心肺复苏→观察生命体征→正确及时写好护理记录

（十一）患者自杀（自伤）防范与应急处理

【防范措施】

1. 对患者常规进行自杀风险评估，高风险患者遵医嘱悬挂相关警示标识。（如红色正三角形△）
2. 告知家属，患者现存或潜在的自杀危险，设 24h 陪护。
3. 高危患者安置于监护室或隔离室，24h 不离开工作人员视野。重点患者每班交接

并按时巡视，必要时遵医嘱给予保护性约束。

4. 维护环境设施安全，定期安全检查并记录，确保无危险因素。急救设施完好备用。

5. 建立信任的治疗关系，了解患者心理状况，对有自杀倾向的患者给予心理疏导，可尝试与患者签署预防自杀协议。

6. 保障各项治疗及时有效完成，尽早控制精神症状。

7. 门诊患者限制药物的使用，减少患者可以得到药品的数量，高危药品重点管理，每次限量供应。

8. 鼓励患者参与康复、社交活动，调动社会支持系统，尽量减少不良刺激，创造良好的修养环境。

【应急处理】

1. 自缢

(1) 发现患者自缢，立即将患者向上托起，解脱自缢的绳带结；

(2) 将患者就地放平，松解衣领及腰带；

(3) 心跳呼吸停止者，立即进行心肺复苏。

2. 服药（毒）

(1) 检查患者生命体征、意识状况及瞳孔；

(2) 根据毒物（药物）性质不同配合医师抢救，如洗胃等；

(3) 透析等其他排毒治疗。

3. 吞服异物

(1) 稳定患者情绪，了解吞服异物的种类

(2) 检查患者咽喉部，如异物位置较浅，视线可及，可用镊子轻轻取出。

(3) 如部位较深，立即行 X 线检查，确定位置

(4) 如异物较小，给予富含纤维素的食物如韭菜，将异物包裹后排出，观察患者排便情况。

(5) 如异物较大，不易排出，或有可能引起消化道损伤者，应手术取出。

(7) 吞服化学药品，立即服牛奶、淀粉、饮水、鸡蛋清等

4. 抢救成功，患者清醒后安抚患者情绪，继续监测病情，做好相关记录，严格交接班。

5. 保护现场，清理无关人员，减少不良影响。保存自杀用具，协助公安部门调查取证。

6. 做好家属的联络和安抚工作。

7. 梳理事件经过，上报不良事件。



【应急处理程序】

患者自杀→就地抢救、心肺复苏→高级生命支持（其他急救措施）抢救成功→安抚患者→监测病情→记录经过→重点交接→上报不良事件。

（十二）患者擅自离院（外走）防范与应急处理

【防范措施】

1. 对有走失危险的高危患者（如精神障碍、智能障碍、无陪幼儿、老年患者等）遵医嘱悬挂醒目标志如蓝色 X，为患者佩戴腕带，附身份标识牌（有联系电话、联系人姓名、家庭住址等）。

2. 告知陪护及家属，患者现存或潜在的走失危险。

3. 重点患者心中有数，按时巡视，高风险患者 24h 不脱离工作人员视线，必须去向明确，交接班到位、有效预警。对出走企图强烈的病人不宜带出病区活动。

4. 维护环境设施安全，检查门窗等设施并记录，妥善保管钥匙，无危险因素。

5. 保障各项治疗及时有效完成，尽早控制精神症状。

6. 创造舒适、整洁的住院环境，满足患者饮食、睡眠、卫生等基本需求。

7. 加强与患者沟通，建立信任的护患关系，及时了解患者病情及心理变化，做好心理护理。组织患者参加工娱活动，改善患者认知及人际关系。

【应急处理】

1. 发现患者走失，立即组织人员寻找。安全出口布控，通知协作部门联同布控。

2. 确认患者走失，立即报告医师、护士长、科主任及保卫科（晚夜班报告总值班）等。

3. 分析判断患者出走的时间、方式、去向，并立即组织力量寻找。

4. 尽快联系家属，提供有价值的线索共同寻找。

5. 寻找困难时请公安部门或其他人员予以协助。

6. 找到后做好患者的心理安抚，分析患者外走原因，进行相关处理。

【应急处理程序】

患者走失→安全出口布控→确认走失→报告上级、联系家属→共同寻找→找回后→安抚患者→分析走失原因→进行相关处理。

（十三）暴力攻击防范与应急处理

【防范措施】

1. 高危患者根据医嘱悬挂相关警示标识。（如黄色圆圈○）

2. 为病人创造一个安静、舒适的休养环境，做好分级护理及病区危险物品的管理，维护环境设施安全，无危险因素。

3. 告知家属（陪护），患者现存或潜在的暴力危险，做好防范。

4. 执行操作时注意与患者的接触技巧，避免激惹患者，减少诱发因素，工作人员做好自身安全防护。

5. 高危患者安置于监护室或隔离室，其动态表现应在工作人员视线范围内，力争将冲动行为控制在萌芽状态。必要时予以冲动行为干预治疗。

6. 保障各项治疗及时有效完成，尽早控制精神症状。

7. 建立良好护患关系，做好心理护理。鼓励病人以适当的方式表达和宣泄情绪。

8. 及时进行健康教育，提高患者的自控能力。

【应急处理】

(1) 患者发生暴力攻击行为，当班护士应立即呼叫其他工作人员协助，同时与患者保持安全距离，用劝导、安抚性语言稳定病人的情绪，分散其注意力，其他工作人员疏散围观病人。

(2) 如果病人手中有危险品，应与其他工作人员协作，选择适当方式从患者侧面或背面巧妙夺取。

(3) 遵医嘱隔离约束病人，并用药物控制病人的情绪，做好约束病人的基础护理和心理护理。

(4) 正确及时写好护理记录。

【应急处理程序】

病人攻击→呼叫其他工作人员，通知医生→用简洁语言稳定病人情绪（安抚劝导）→疏散围观病人→选择适当方式从侧方或后方夺取患者手中危险品→保护性约束隔离冲动病人→遵医嘱用药→正确及时写好护理记录→重点交接班。

（十四）猝死应急处理

1. 发现后立即抢救，同时通知值班医生、护士长（节假日通知医院总值班），必要时通知上级领导。

2. 通知家属，如抢救紧张可通知院总值班，由院总值班通知家属。

3. 向院总值班或医务处汇报抢救情况及抢救结果。

4. 如患者抢救无效死亡，应等家属到院后，再通知太平间将尸体接走。

5. 做好病情记录及抢救记录。

6. 在抢救过程中，要注意对同室患者进行保护。

处理程序：

发生猝死→立即抢救→通知医生→配合医生继续抢救→通知家属→记录抢救过程。

（十五）高危药物外渗应急预案

【防范措施】

1. 正确选择穿刺静脉 高渗性、刺激性强的药物，宜选择粗大静脉，由远心端向近心端选择穿刺，穿刺时避免同一部位、长时间、多次穿刺。

2. 提高一次性穿刺成功率，减少对血管壁的损伤

3. 使用静脉留置针并妥善固定。

4. 熟悉药液的性质 选择合适的给药方式，适当调节室温及穿刺部位的保暖，提高注射液的温度。

严格执行无菌操作技术 加强工作责任心，经常巡视病人，尤其对意识障碍、感觉丧失、循环不良的病人更需要细心观察。

对谵妄、烦躁不安、治疗依从性差的患者可进行肢体约束。

加强对患者及陪护人员的健康宣教。

【应急处理】

1. 立即停止高危药物的输注，可保留针头接注射器，回抽漏于皮下的药液，然后拔除针头。

2. 发生高危药物外渗后要及时通知护士长及主管医师。

3. 根据外渗药物的种类选择不同的处理措施：

(1) 一般肿胀：输入的一般性药物维生素类给以热敷即可，常用热水袋、湿热敷或给予 25%—50%硫酸镁或 75%—95%酒精湿热敷。

(2) 输入特殊药物时，化疗药物、升压药、高渗性药物等不管是否出现红肿炎症应立即采取封闭治疗。

(3) 血管收缩药：如多巴胺、去甲肾上腺素、垂体后叶素等，立即用 654—2 药物热敷或生理盐水 5ml+酚妥拉明 5mg 局部封闭。

(4) 钙剂外渗：用 0.25%~0.5%普鲁卡因封闭疗法，复方丹参注射液或 50%硫酸镁局部湿热敷。

(5) 脂肪乳外漏，局部用酒精擦敷皮肤部位，扩张血管，透明质酸 150~300 μm 加入 0.25%的普鲁卡因注射液 10~15ml 中，做局部封闭。

(6) 20%甘露醇外渗：采用 654-2 或 50%硫酸镁湿敷，酚妥拉明局部封闭。

(7) 高渗溶液、强酸、强碱药物：如 50%葡萄糖、甘露醇、碳酸氢钠等，立即停止给药，给予冷敷

(8) 造影剂外渗：用 50%的硫酸镁局部湿冷敷，忌热敷。

(9) 化疗药物外渗，注射部位局部封闭：取适当的解毒剂，如无解毒剂，可用生理盐水 10ml+地塞米松 5mg+1%普鲁卡因或 2%利多卡因 5-10ml 作环形封闭。24 小时内可用冰袋局部冷敷。

3. 抬高患肢，促使血液回流，减轻局部肿胀程度。避免局部受压。
4. 冷、热敷期间应加强观察，防止冻伤或烫伤。
5. 遵医嘱与中药外敷或超短波等物理治疗。
6. 密切观察局部变化，做好交班。

处理程序：

高危药物外渗→立即停药→回抽药液→报告护士长及主管医生→局部行封闭治疗
→局部热（或冷）敷→加强交班、密切观察局部情况→根据情况做进一步处理

（十六）消化道大出血应急预案

1. 发生大出血时，患者绝对卧床休息，头部稍高并偏向一侧，防止呕出的血液吸入呼吸道。

2. 立即通知医生，准备好抢救车、负压吸引器、三腔二囊管等抢救设备，积极配合抢救。

3. 迅速建立有效的静脉通路，遵医嘱实施输血输液及应用各种止血治疗。

4. 及时清除血迹、污物。必要时用负压吸引器清除呼吸道内分泌物。

5. 吸氧。

6. 做好心理护理，关心安慰患者。

7. 严密监测患者的心率、血压、呼吸和神志变化，必要时进行心电监护。

8. 准确记录出入量，观察呕吐物和粪便的性质及量，判断患者的出血量，防止发生并发症。

9. 熟练掌握三腔二囊管的操作和插管前后的观察护理。

10. 遵医嘱进行冰盐水洗胃：生理盐水维持 4-8℃，一次灌注 250ml，然后抽出，反复多次，直至抽出液体清亮为止。

11. 采用冰盐水洗胃仍出血不止者，可胃内灌注去甲肾上腺素，即冰盐水 100 ml 加去甲肾上腺素 8mg，30 分钟后抽出，每小时一次，可根据出血程度的改善，逐渐减少频次。

12. 认真做好护理记录，加强巡视和交接班。

处理程序：

发生消化道大出血→绝对卧床、抬高头部并偏向一侧→通知医生→准备抢救设施、积极配合抢救→清除呼吸道内分泌物→建立静脉通路（双通道）、遵医嘱给药→吸氧→加强心理护理→根据情况采取有效的止血措施→密切观察病情→做好护理记录→加强巡视及交接班。

（十七）急性肺水肿应急预案

1. 发现患者出现肺水肿症状时，立即停止输液或将输液速度降至最低。



2. 及时通知医师进行紧急处理。
3. 将患者安置为端坐位，双下肢下垂，以减少回心血量，减轻心脏负担。
4. 高流量给氧 6-8L/min，减少肺泡内毛细血管渗出，可用 30%~50% 的酒精湿化后鼻导管吸入，从而改善通气，或遵医嘱使用无创呼吸机辅助呼吸。
5. 遵医嘱给予镇静、利尿、扩血管和强心药物。
6. 必要时进行四肢轮流结扎，每隔 5~10 分钟轮流放松一侧肢体止血带，可有效地减少回心血量。
7. 认真记录患者抢救过程（抢救后 6 小时内记录）。
8. 患者病情好转，生命体征平稳后，护士应清洁口腔、更换整理床单位、安慰患者及家属、加强巡视、重点交接班。

处理程序：

发生急性肺水肿→停止输液或减慢速度→通知医师→端坐位→镇静→吸氧→减少静脉回流→利尿→采用血管扩张剂和强心药→观察生命体征→告知家属→记录抢救过程。

（十八）空气栓塞应急预案

1. 发现空气进入人体内时，立即关闭静脉通道，阻拦空气进一步进入，更换输液器或排空输液器内残余空气。
2. 通知主管医生及病房护士长。
3. 将患者处于头低足高左侧卧位，使空气进入右心室，避开肺动脉入口，由于心脏的跳动，空气被分成泡沫，分次少量进入肺动脉内。
4. 给予氧气，有条件者可行高压氧治疗，遵医嘱对症处理。
5. 病情危重时，配合医生积极抢救。
6. 认真记录空气进入原因及抢救经过。
7. 通知家属。
8. 密切观察患者情况做好记录，加强交班，直至患者完全脱离危险为止。

处理程序：立即夹住静脉通路→头低足高左侧卧位→通知医生→吸氧或高压氧→药物治疗→观察生命体征→告知家属→记录原因及抢救经过→继续观察。

（十九）针刺伤（锐器伤）防范与应急处理

【防范措施】

1. 加强职业安全防护培训，纠正不安全注射行为。尤其对新上岗人员强化经血液传播疾病知识、防护用物应用、医疗锐器处理、锐器刺伤后的处理措施等培训，提高护士的自我防护意识与能力。
2. 改善工作环境，提供足量、有效的防护用品。

3. 建立医院职业暴露报告系统，医务人员在发生意外针刺伤或粘膜、有创伤口接触患者血液体液等职业暴露后要向院感科、医务科、护理部等职能部门报告，填写“工作人员血液体液职业暴露登记表”，及时采取有效措施，减少发生医院感染的危险。

【应急处理】

1. 紧急处理：不慎被尖锐物体刺伤时，用流动水或肥皂液立即冲洗伤口，用生理盐水冲洗黏膜。从伤口近心端向远心端轻轻挤出血液，用肥皂液或流动水冲洗，冲洗后用消毒液如：2%络合碘或75%乙醇消毒，包扎伤口，必要时进行外科处理。如为艾滋病、乙肝、丙肝等阳性患者血液污染的黏膜、伤口，应反复用生理盐水冲洗。

2. 暴露程度评估：按照职业暴露的类型分为一级、二级、三级暴露，依暴露源的病毒载量水平分为轻度、重度和暴露源不明三种类型，分级分型确定详见卫生部《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》。

3. 被乙肝、丙肝阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后，应在24小时内抽血查乙肝、丙肝抗体，同时注射乙肝免疫高价球蛋白，按1个月、3个月、6个月接种乙肝疫苗。

4. 被HIV阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤时，应进行血源性传播疾病的血清学水平基线检查，在24小时内抽血查HIV抗体，报告医院感染管理部门、保健科，进行登记；根据暴露级别及病毒载量水平实施预防性用药方案。

5. 乙肝、丙肝追踪随访6个月；梅毒追踪随访3个月；艾滋病病毒暴露按第4周、第8周、第12周及6个月、12个月时间点复查病毒抗体，作相应处理。

【应急处理程序】

血液、体液暴露→立即冲洗、消毒处理伤口→暴露程度评估→针对暴露源进行实验检查和预防用药→登记、上报→追踪随访。



意外事件紧急情况下护理应急预案

（一）火灾应急预案

【预防措施】

1. 做好病房安全管理工作，定期检查库房、电源、线路及消防器材，发现隐患及时通知相关科室，消除隐患，做到防患于未然。
2. 定期组织学习消防安全知识、消防器材及设备的使用方法。
3. 病房按要求配备必要的消防设施及设备，消防设施完好、齐全、消防通道畅通。精神科封闭病房各消防通道的门能随时打开。
4. 加强住院患者、陪护人员及探视人员的消防安全知识宣教及管理，严禁携带易燃、易爆物品进入病房。
5. 病房内一律禁止吸烟，住院患者不允许使用任何电器。
6. 病房内禁止烧纸及使用蜡烛、蚊香等明火用具。
7. 规范氧气等医疗器材的使用与管理。

【应急处理】

当病区发生火灾时，所有工作人员应遵循“高层先撤、患者先撤、重患者和老人先撤、医务人员最后撤”的原则，“避开火源，就近疏散，统一组织，有条不紊”，紧急疏散患者。

当班护士和医生要立即组织好患者及陪护人员，不得在楼道内拥挤、围观，保持消防通道畅通。

3. 集中现有的灭火器材及人员积极扑救，同时报告主任、护士长、医院保卫科及上级领导，夜间电话通知院总值班，紧急报警。

4. 将患者撤离疏散到安全地带，稳定患者情绪，保证患者生命安全。撤离时，不要乘坐电梯，应走安全通道。叮嘱患者用湿毛巾捂住口鼻，防止窒息，尽可能以最低的姿势或匍匐快速前进。

5. 在保证人员安全撤离的条件下，尽可能切断电源、撤出易燃易爆物品并积极抢救贵重物品、设备及重要的科技资料。

6. 发现火灾无法扑救，要立即拨打“119”报警，并告知准确位置。

【处理程序】

做好病房安全管理→消除隐患→发生火灾→紧急疏散患者→立即报告主任、护士长→报告保卫科或总值班→积极扑救→切断电源→尽快撤出易燃易爆物品→积极抢救贵重物品、设备及科技资料→火情无法扑救立即拨打“119”→告知准确方位。

(二) 停电应急预案

停电原因：

1. 预先通知的双电源停电。
2. 无预先通知（包括火灾、雷击、风灾、水灾等造成）的突然停电。
3. 仪器电源故障。

应急措施：

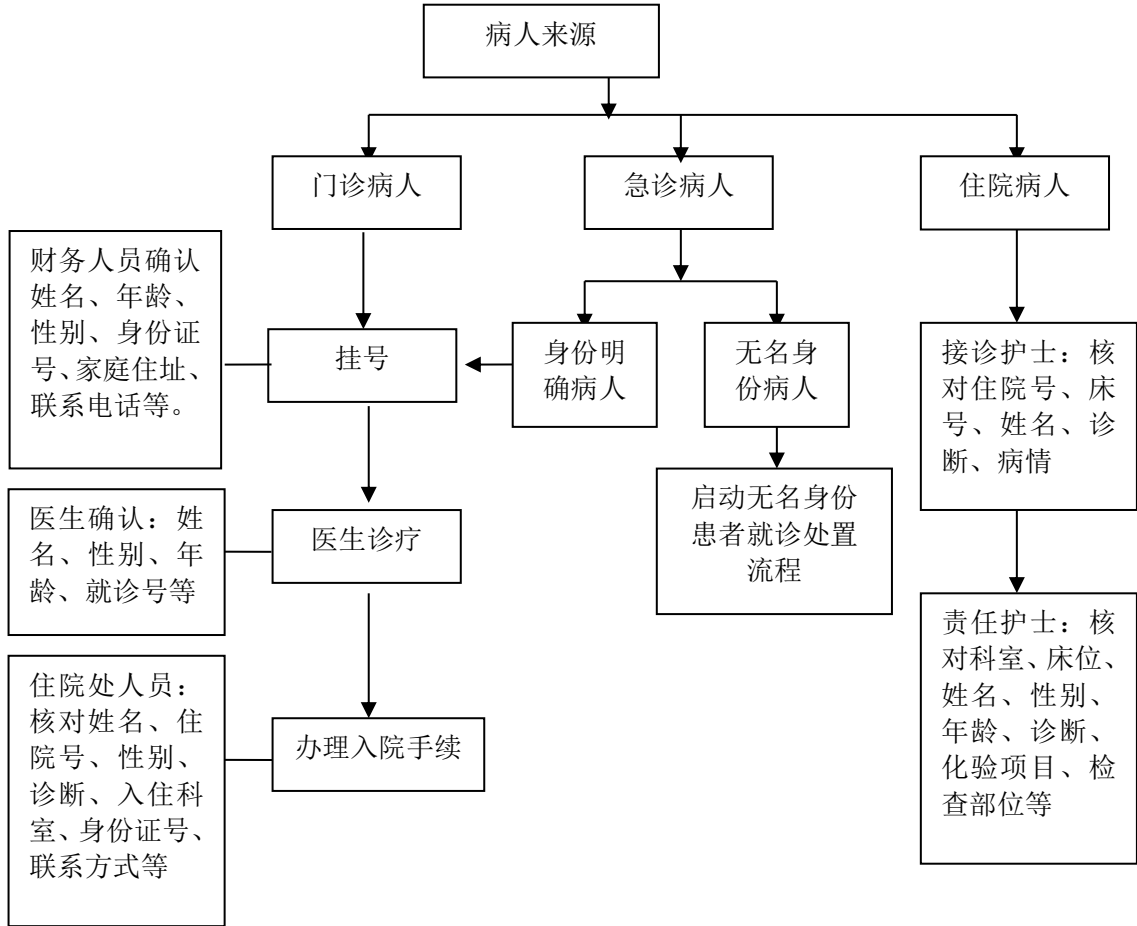
1. 病房壁挂式应急灯处于正常使用状态。
2. 病房备用应急照明物品：手电筒、可移动应急灯，都处于良好备用状态。
3. 使用呼吸机时同时备用简易呼吸气囊。
4. 所有带蓄电功能的仪器均应蓄满电备用。
5. 所有仪器的电源线按要求维护，老化电源线及时更换。

处理程序：

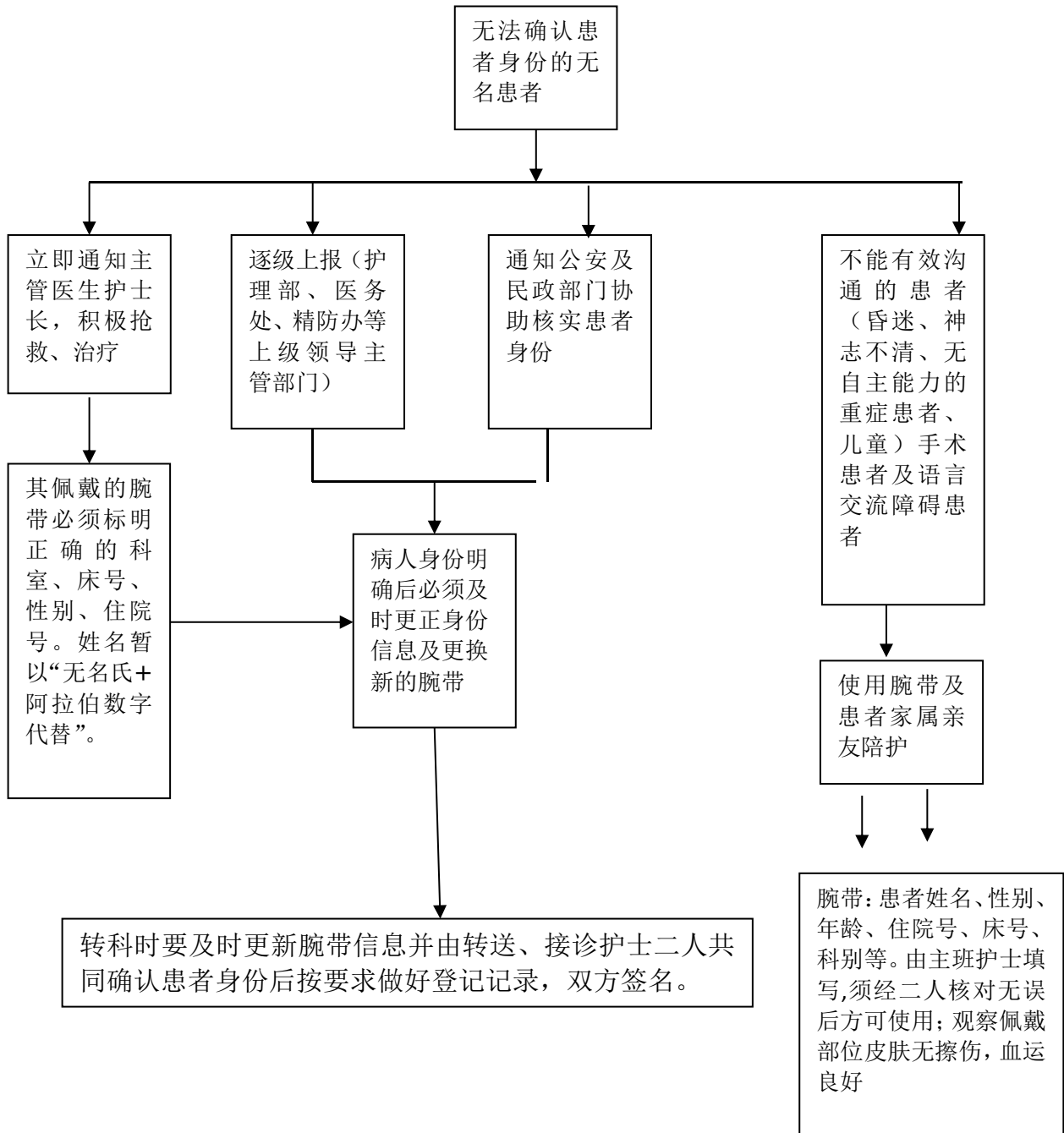
意外停电→通知医师→立即保护使用仪器的患者（使用呼吸机的患者立即更换简易呼吸气囊辅助呼吸，吸痰患者使用注射器接吸痰管抽吸痰液，使用心电监护仪者由护士监测生命体征）→开启应急照明灯→安抚患者，稳定患者情绪→通知维修中心→加强巡视→防火、防盗。

临床护理工作流程

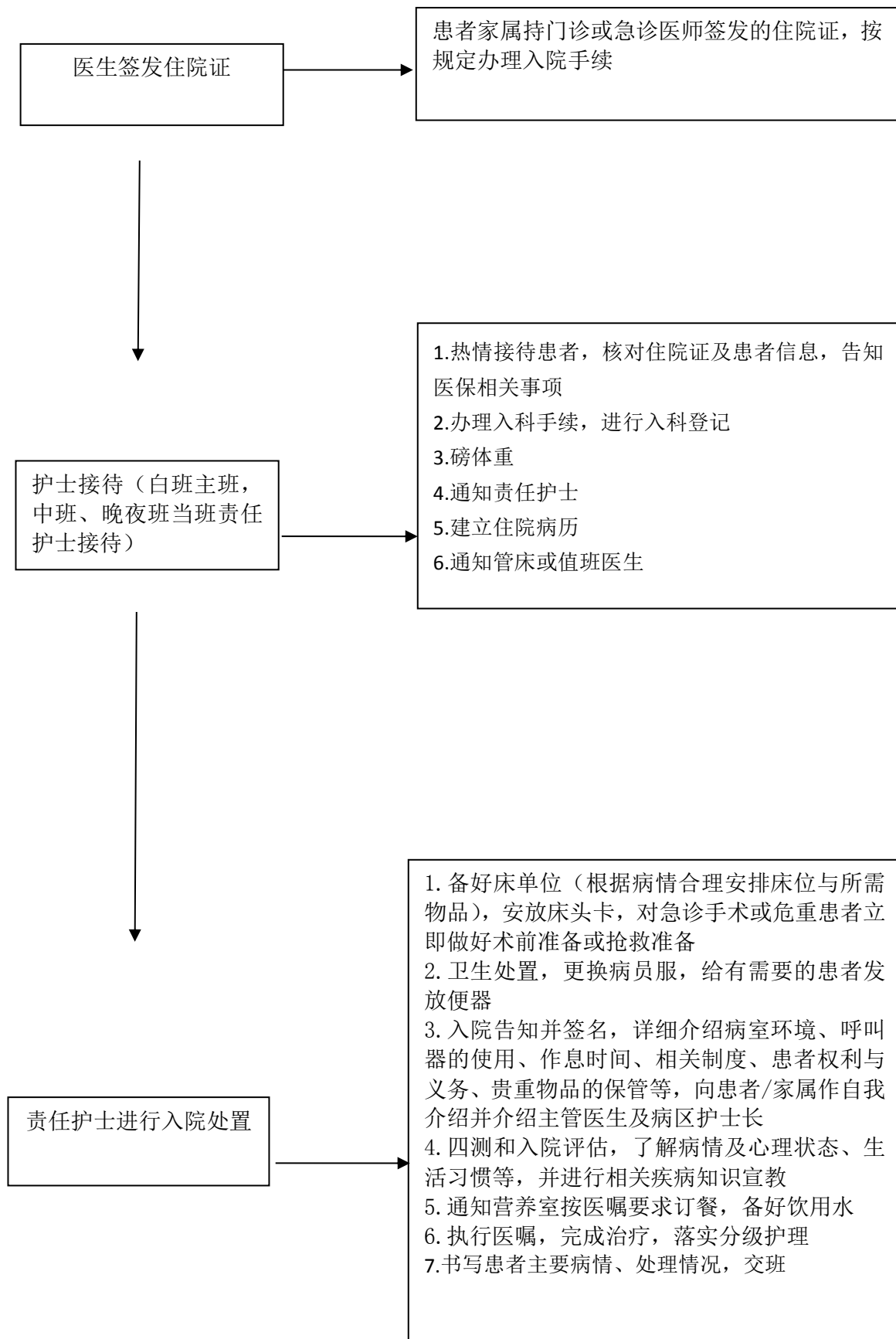
一、患者身份识别流程



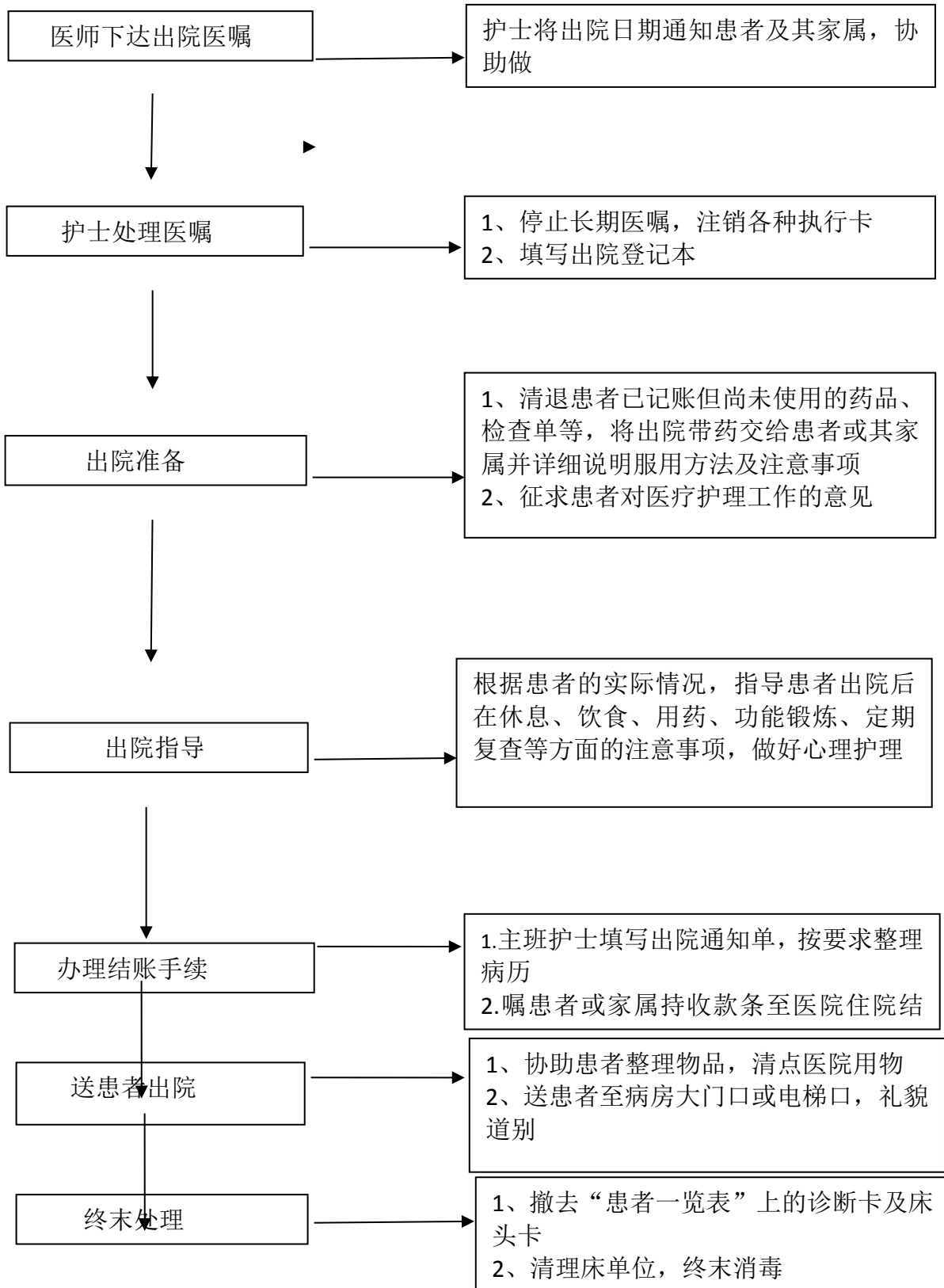
二、无名身份患者就诊处置流程图



三、患者入院流程

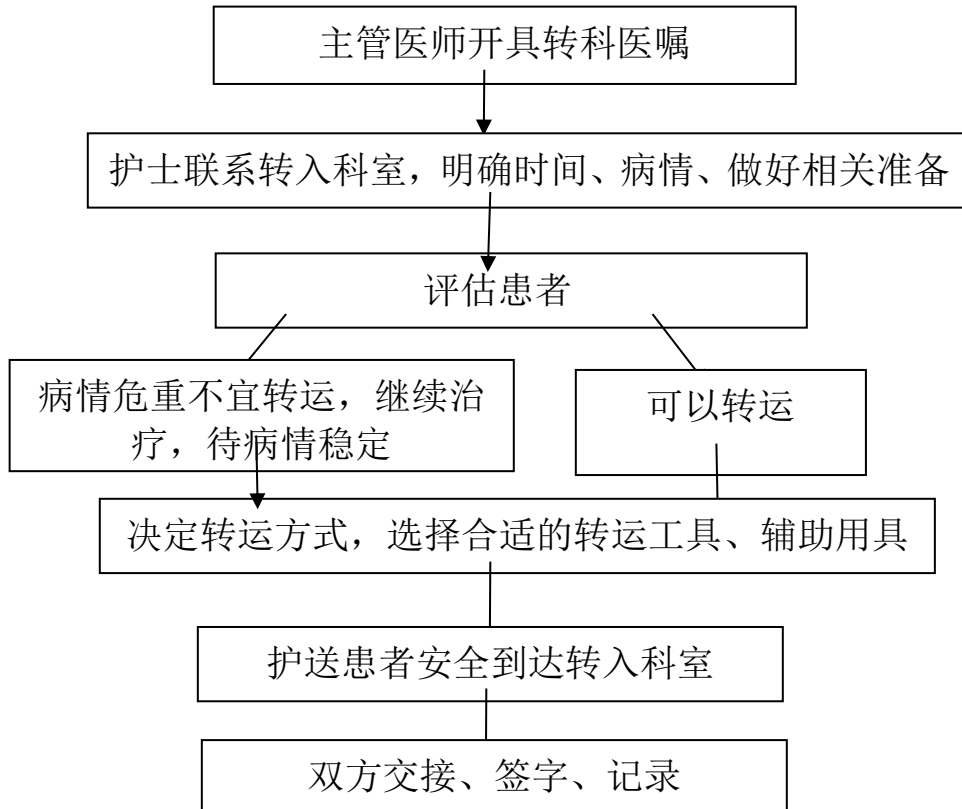


四、患者出院流程

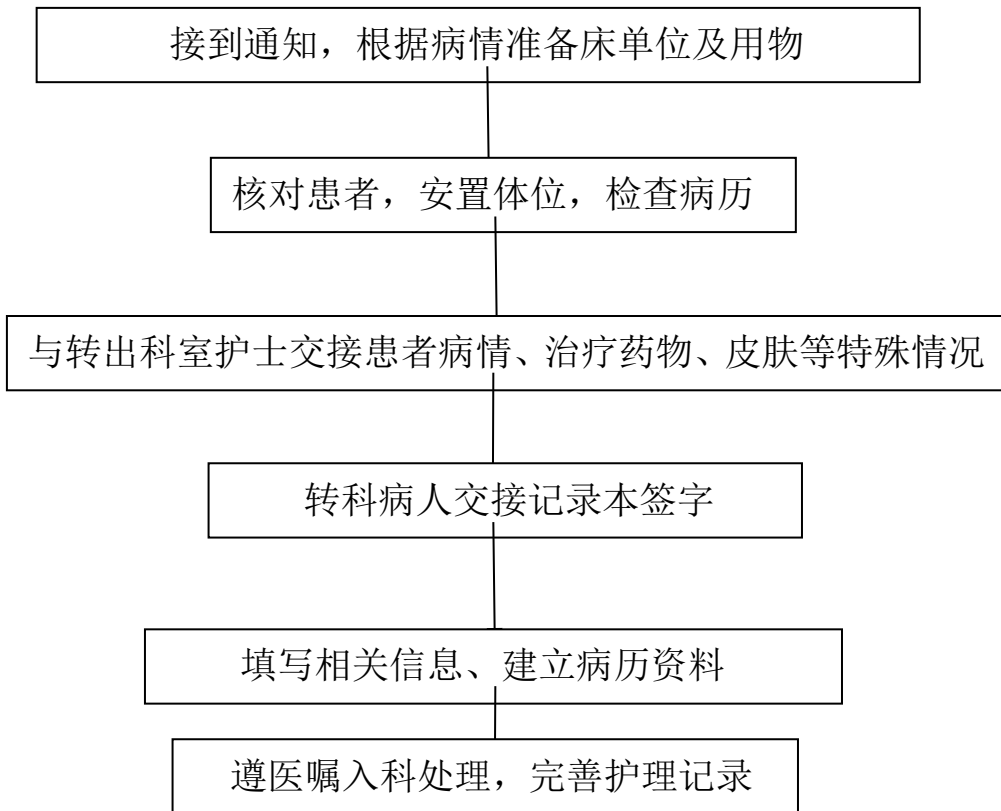


五、患者转科工作流程

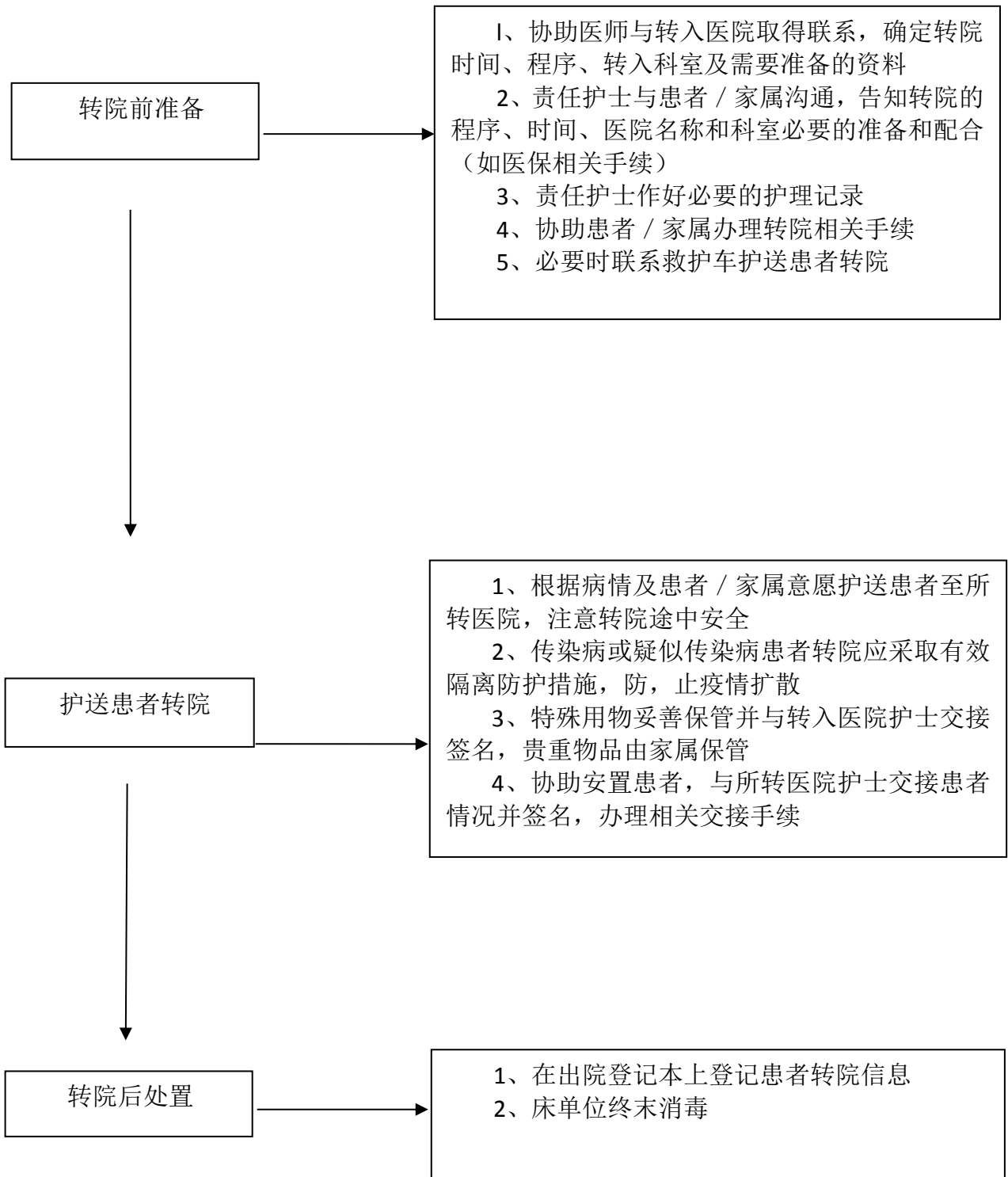
(一) 患者转出流程



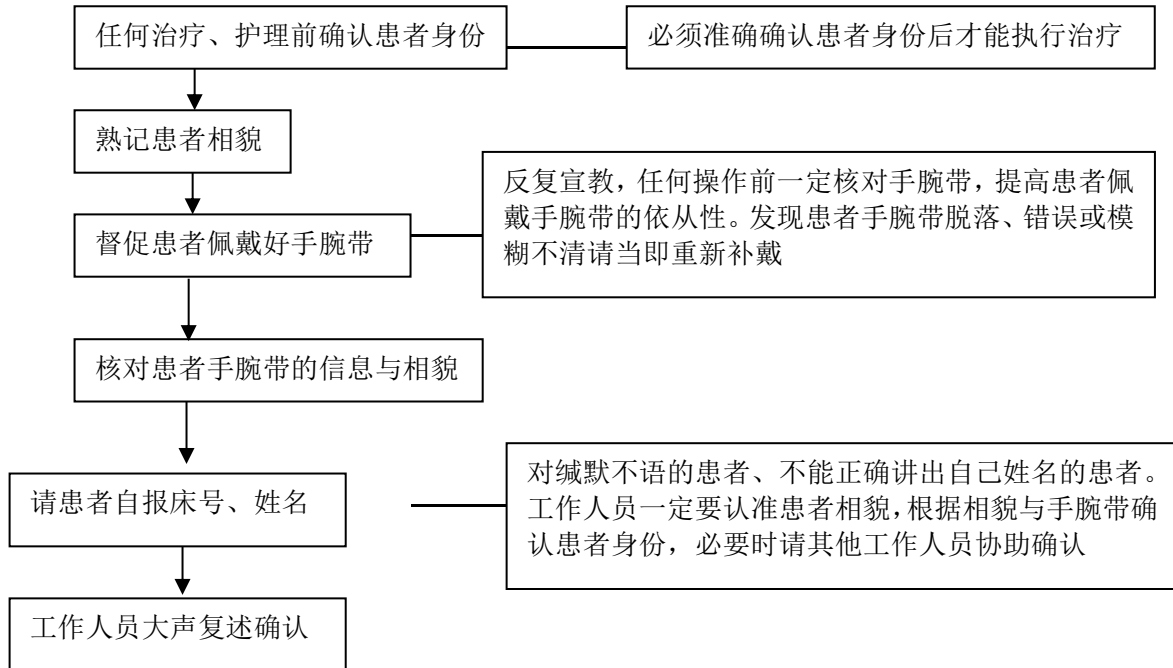
(二) 患者转入流程



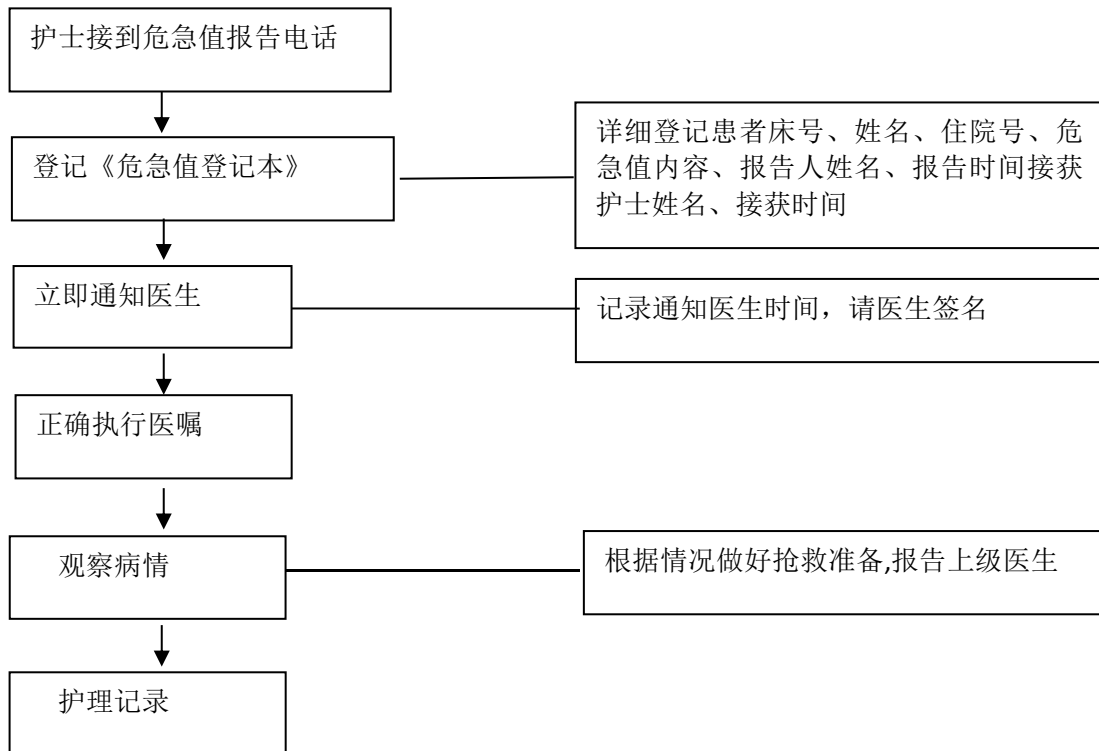
(三) 患者转院流程



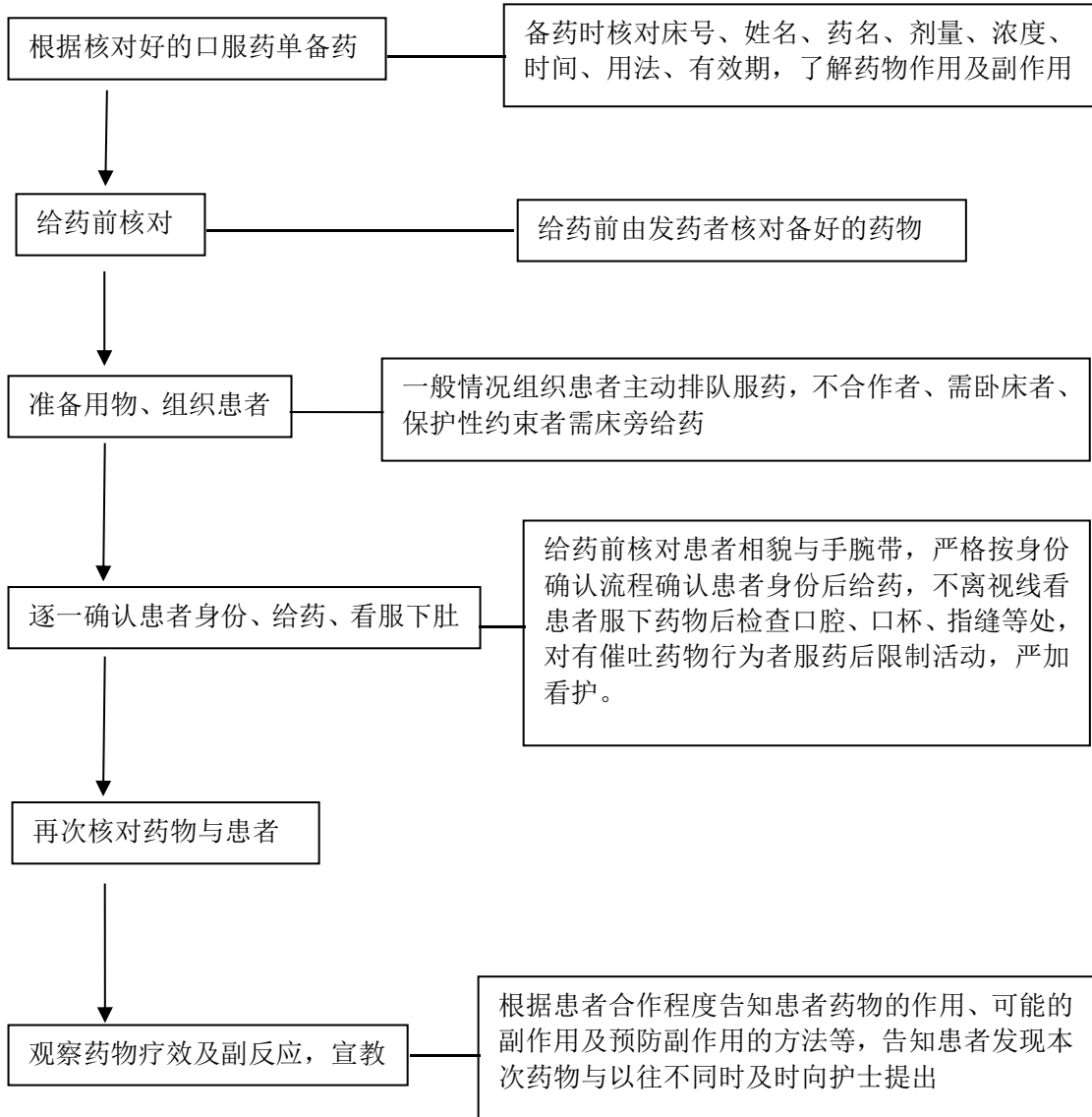
(四) 精神科住院患者身份识别流程



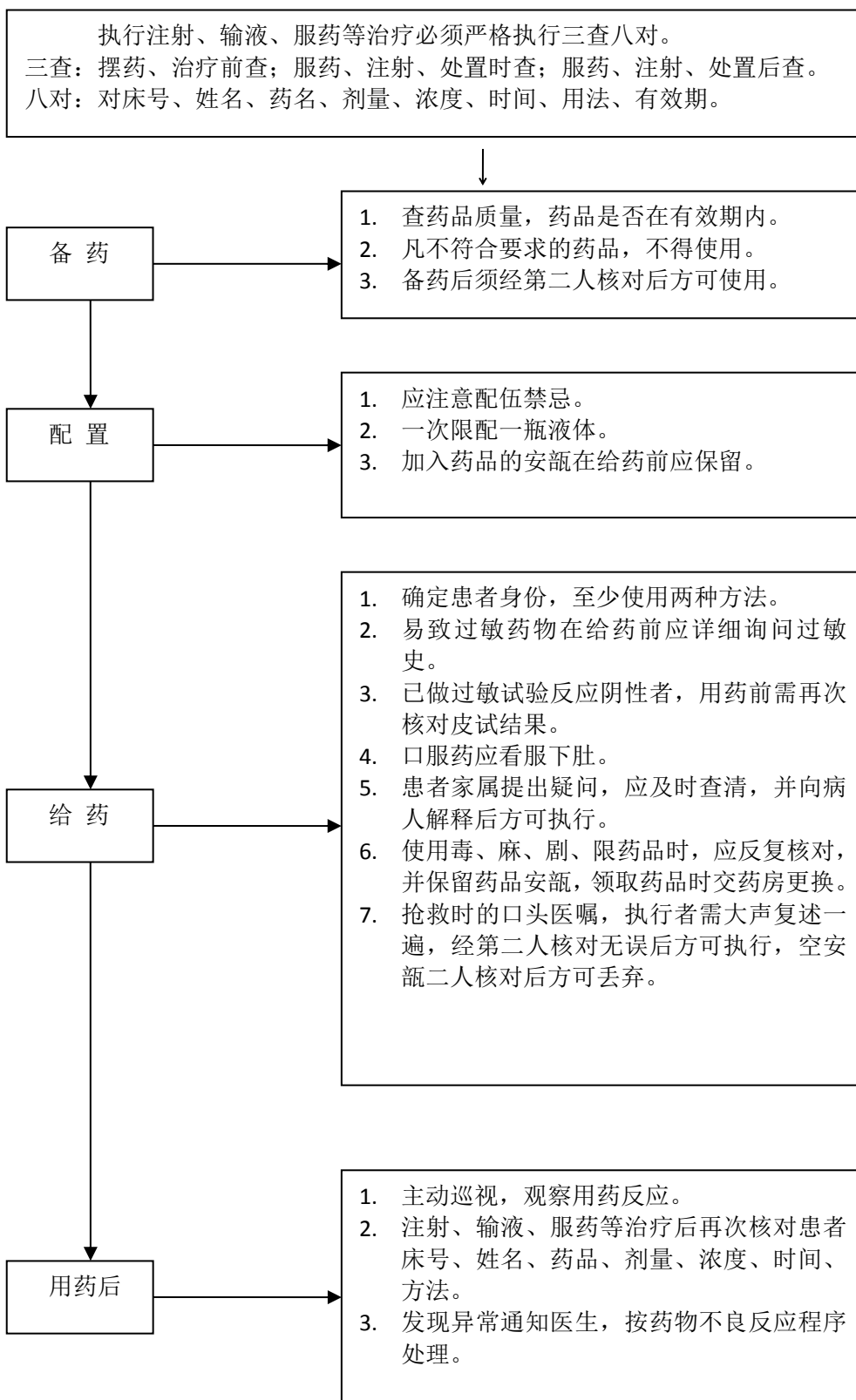
(五) 危急值报告处理流程



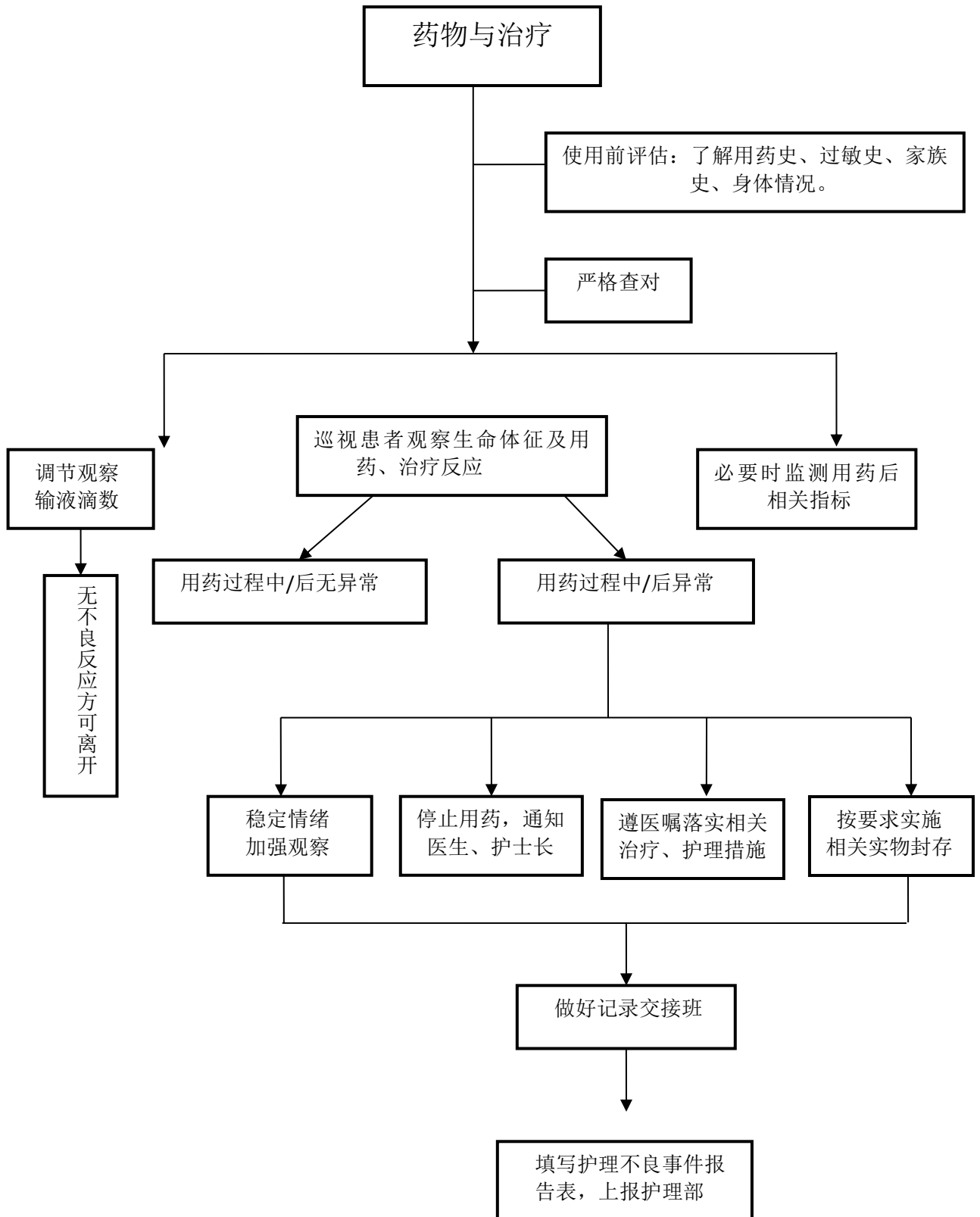
九、口服给药工作流程



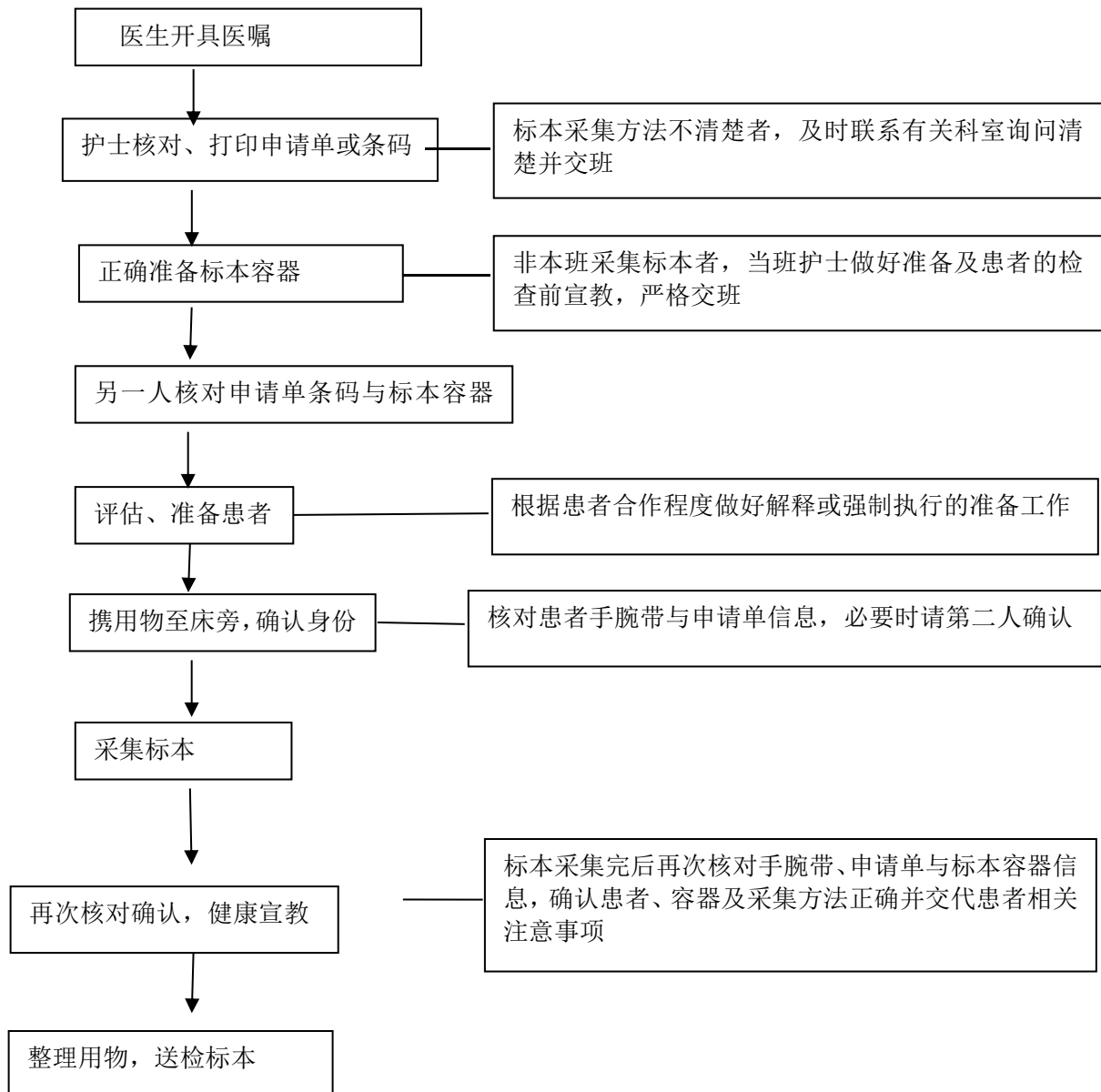
十、安全用药工作流程



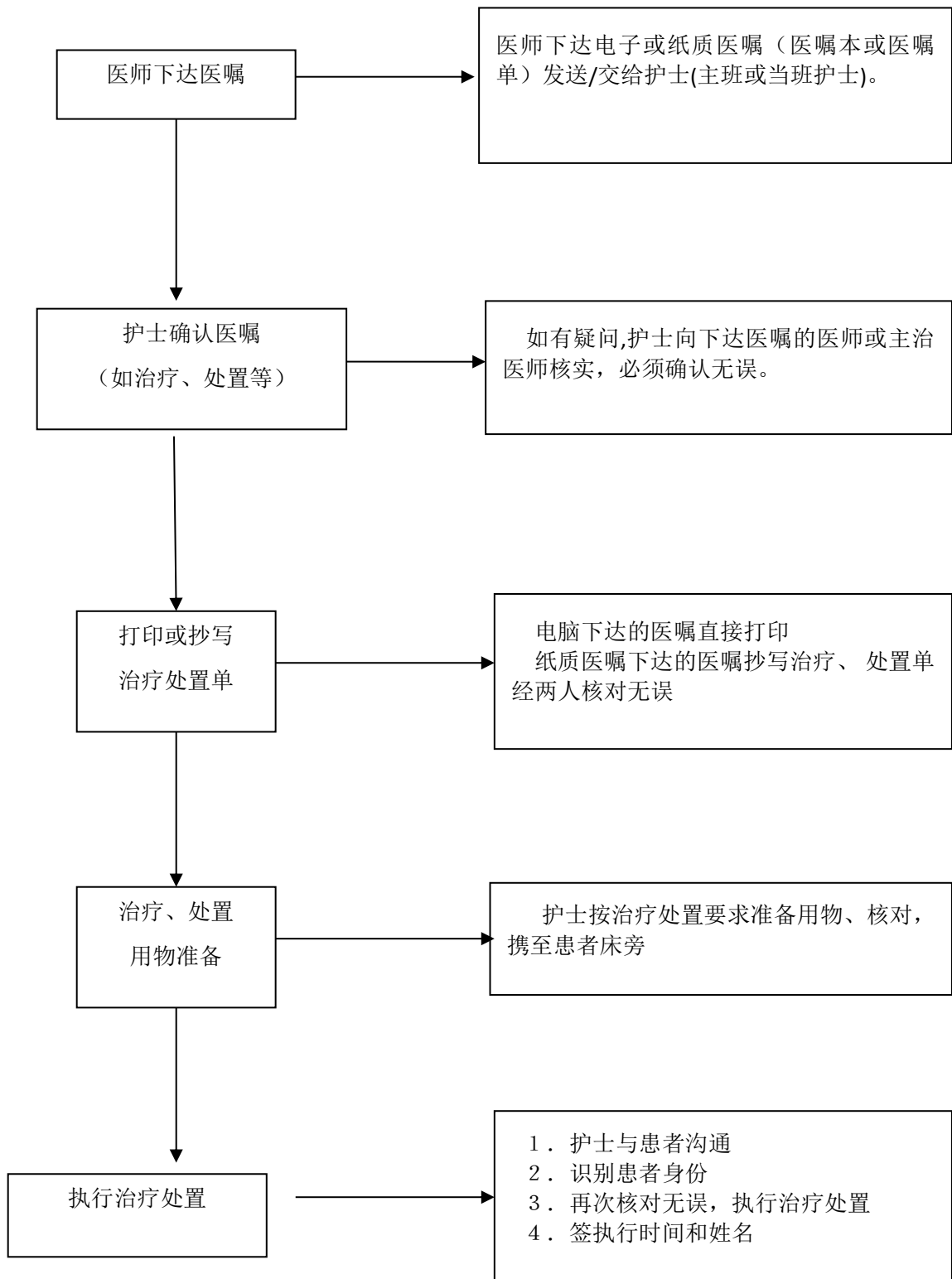
十一、药物使用与治疗流程



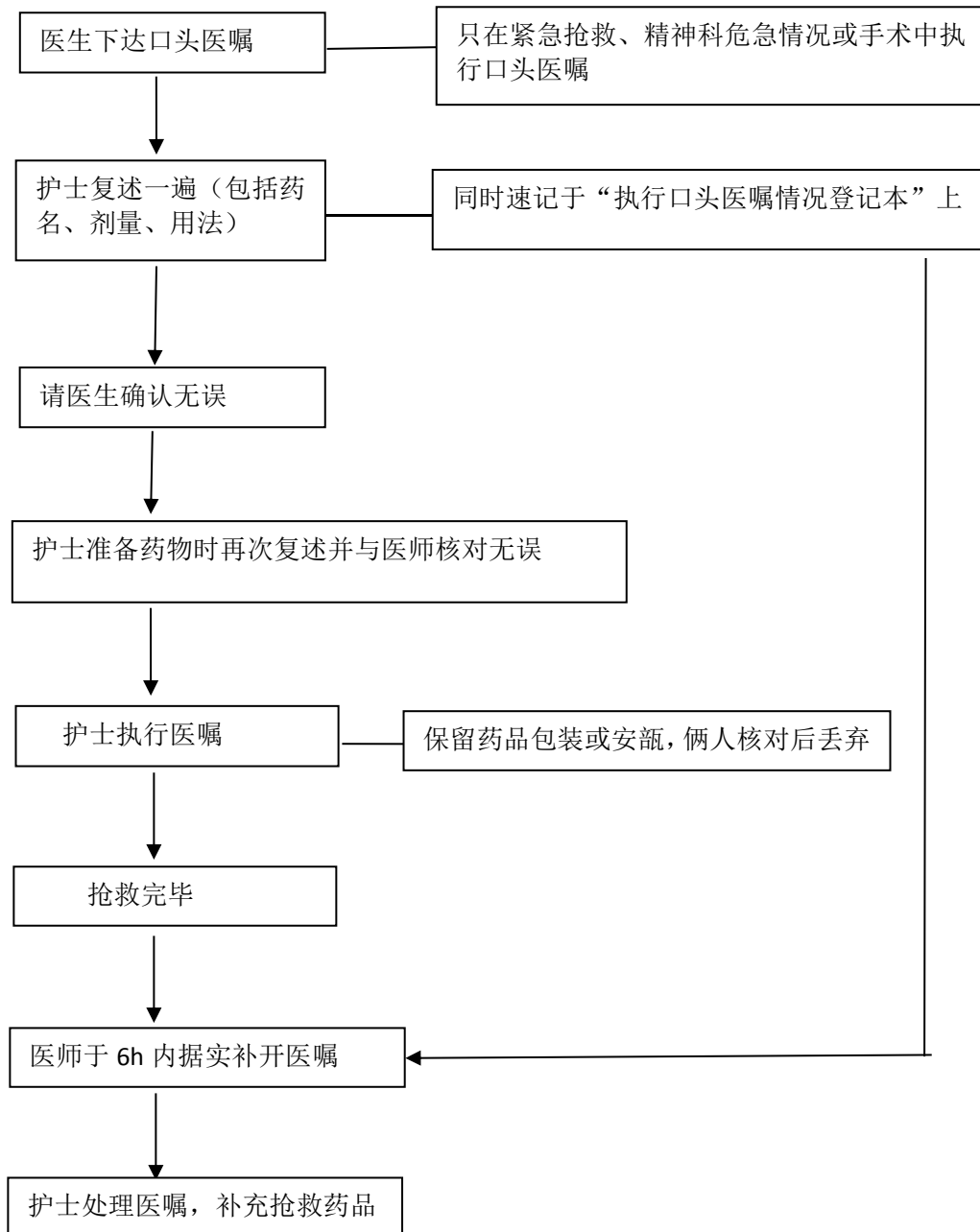
十二、标本采集流程



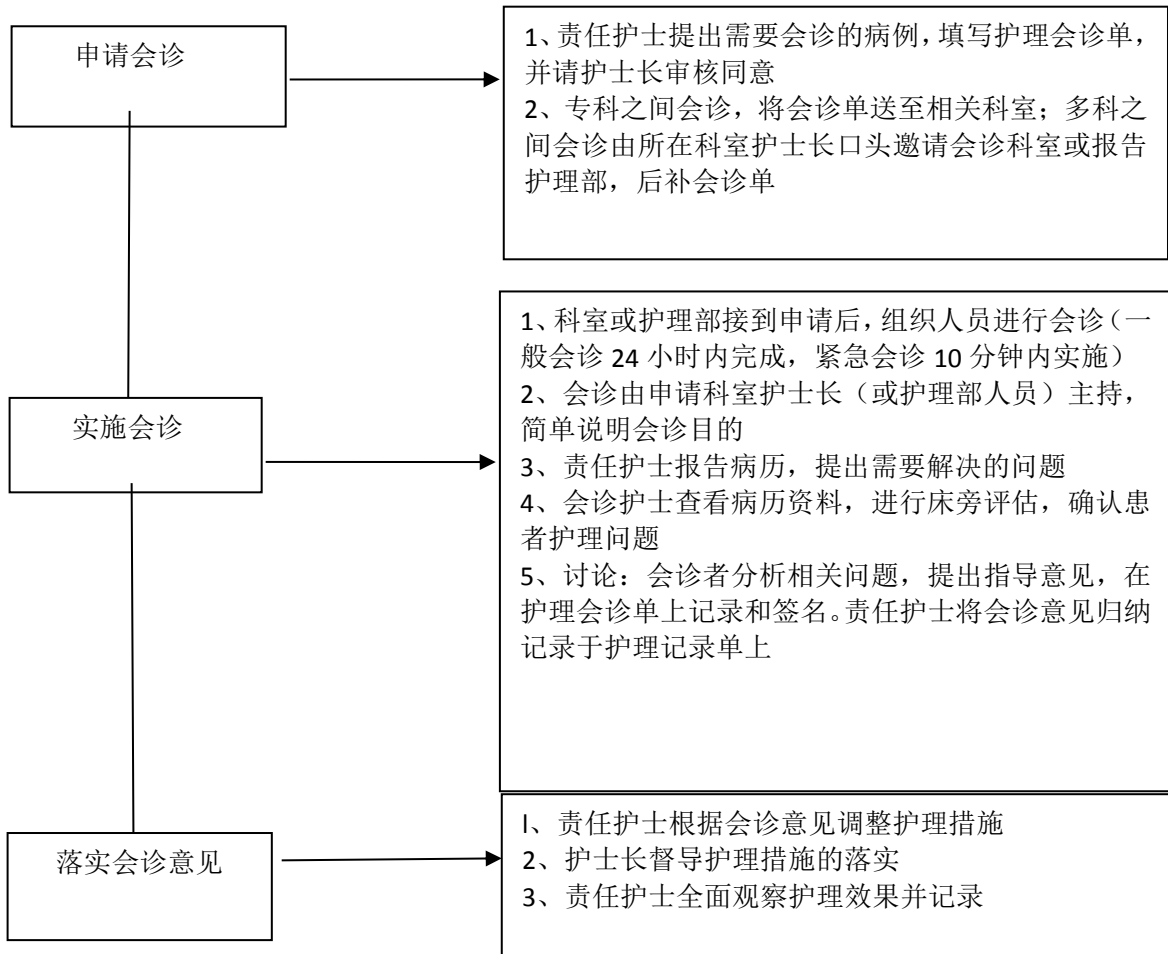
十三、处理医嘱流程



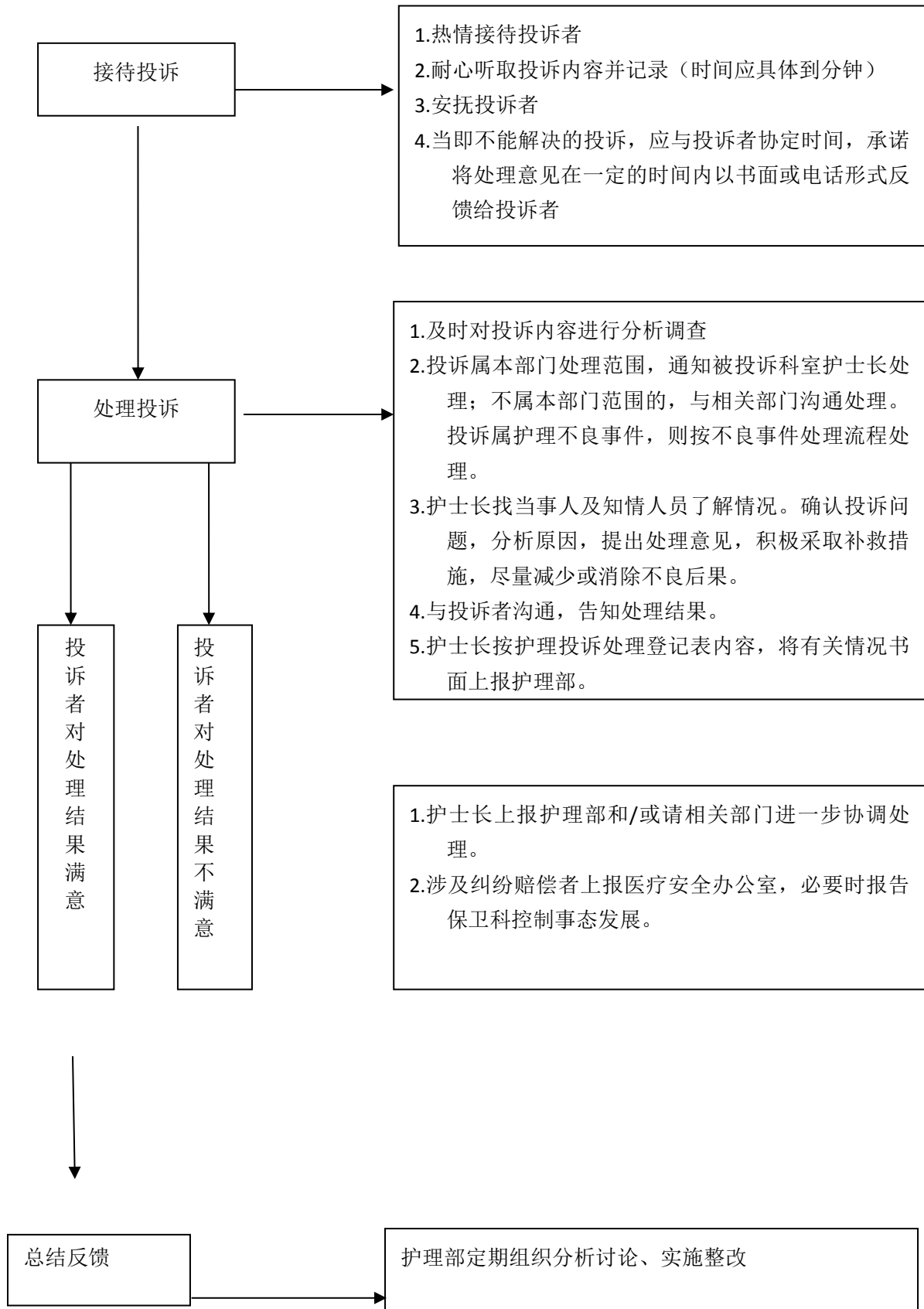
十四、紧急情况下执行口头医嘱流程



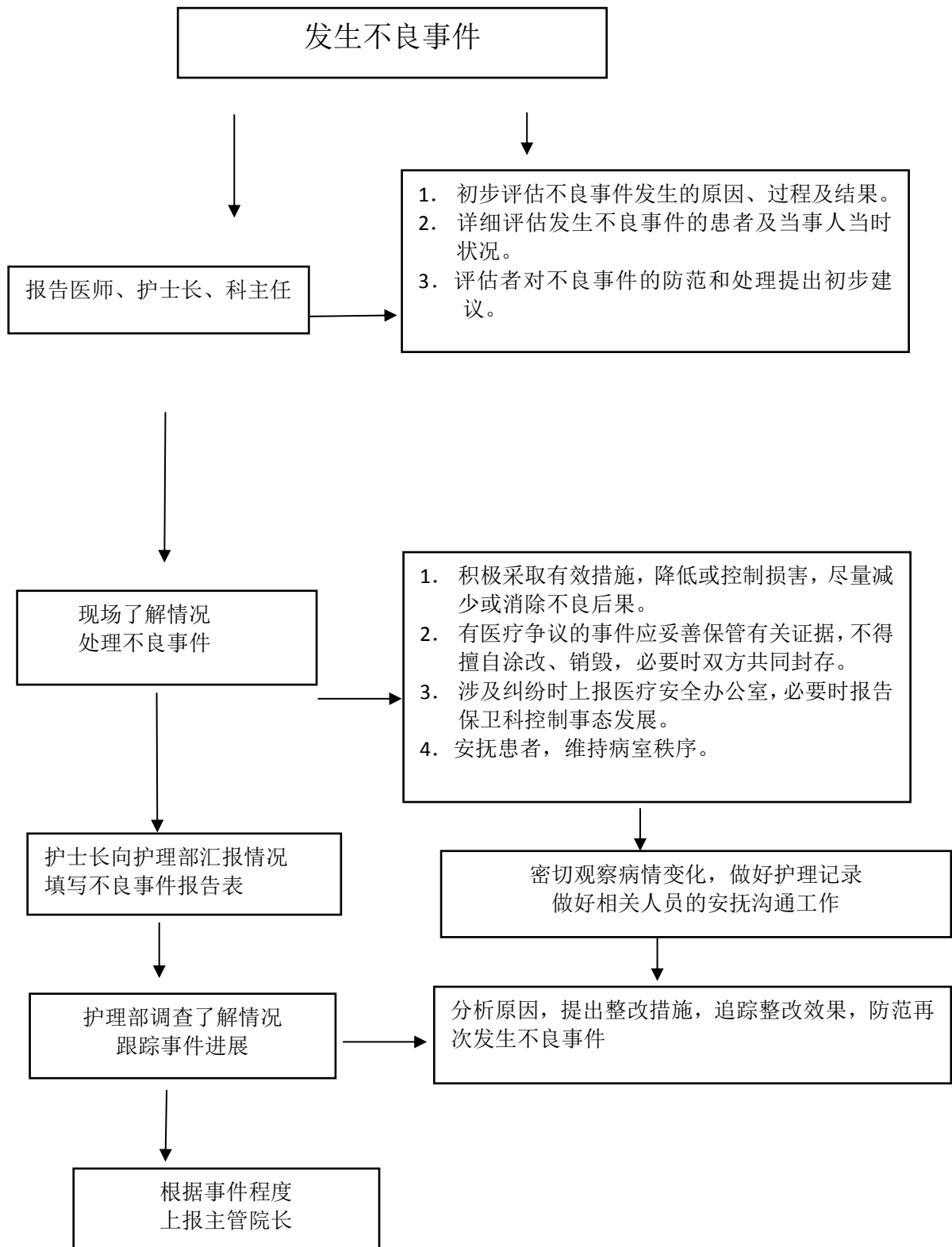
十五、护理会诊流程



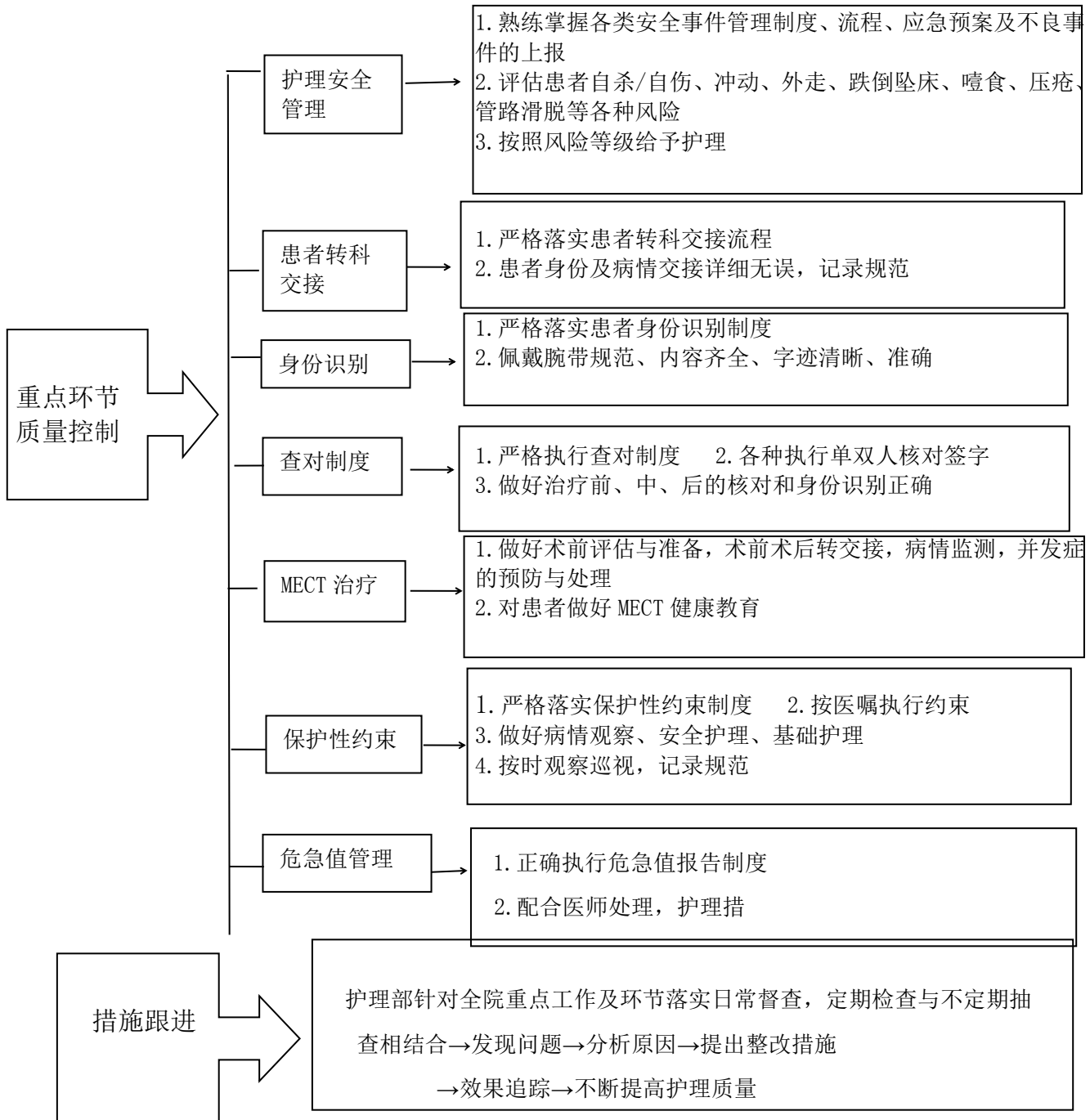
十六、护理投诉处理流程



十七、护理不良事件处置流程

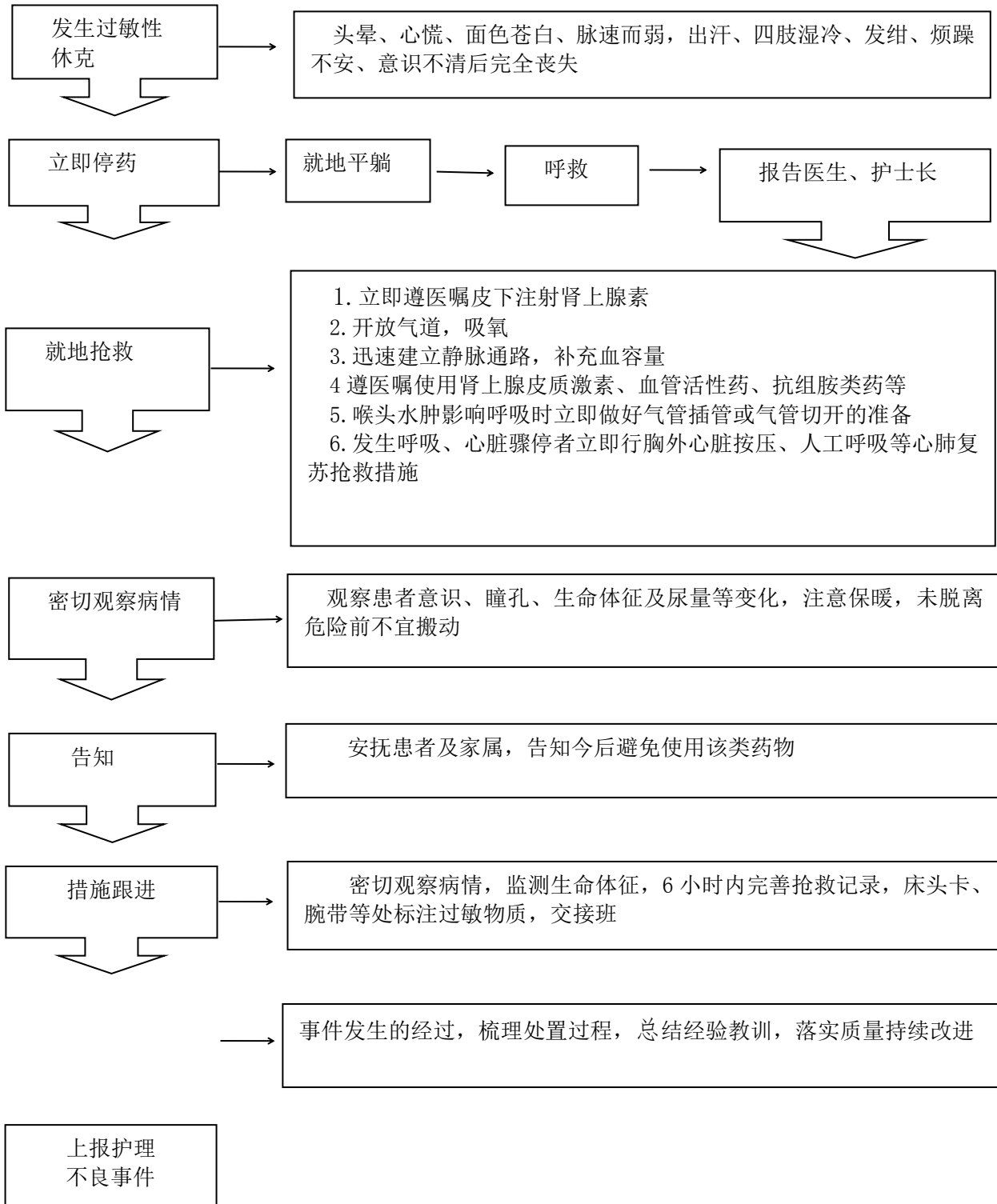


十八、重点环节质量控制流程

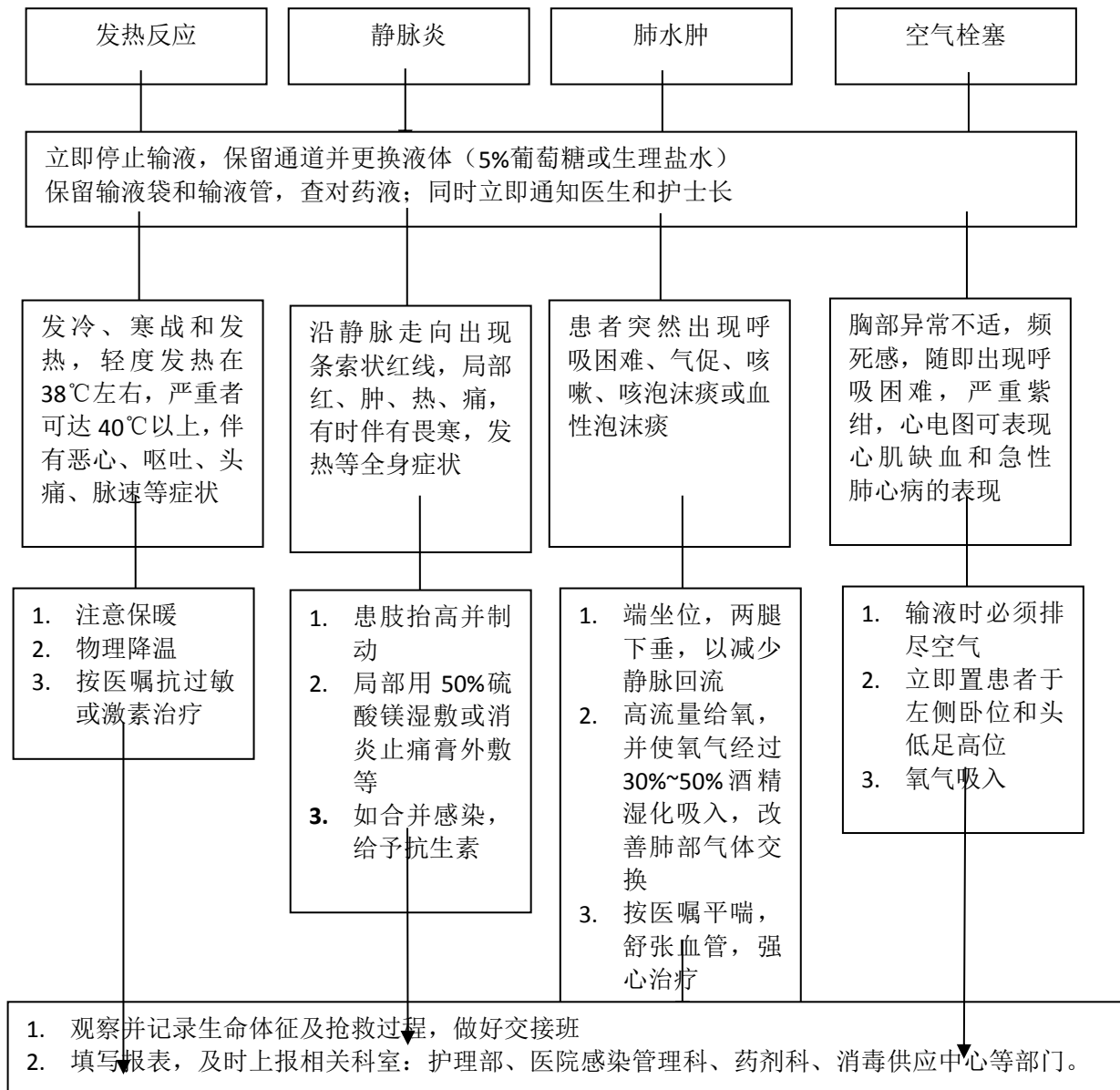


临床护理应急处理流程

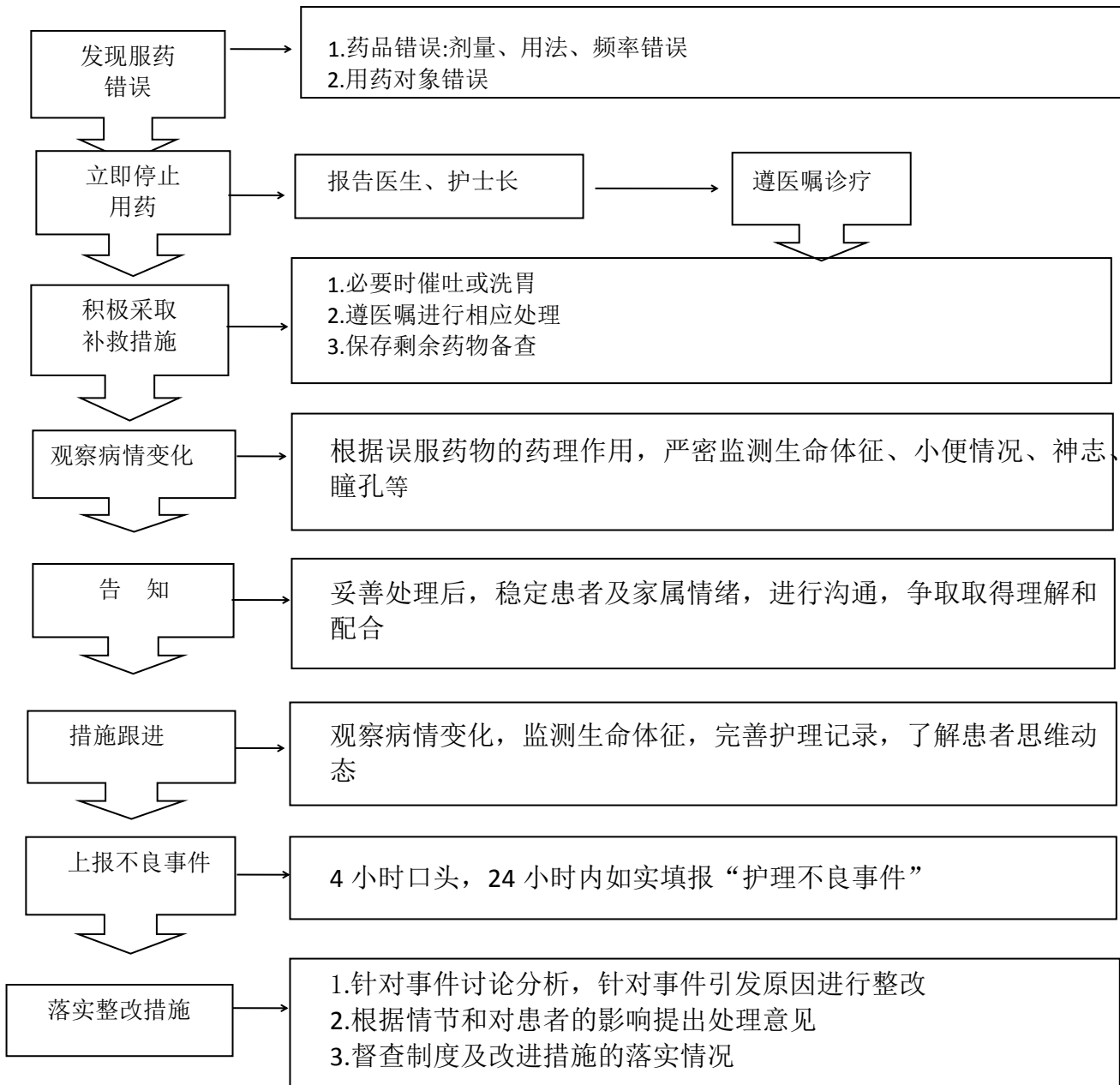
一、过敏性休克的应急处理流程



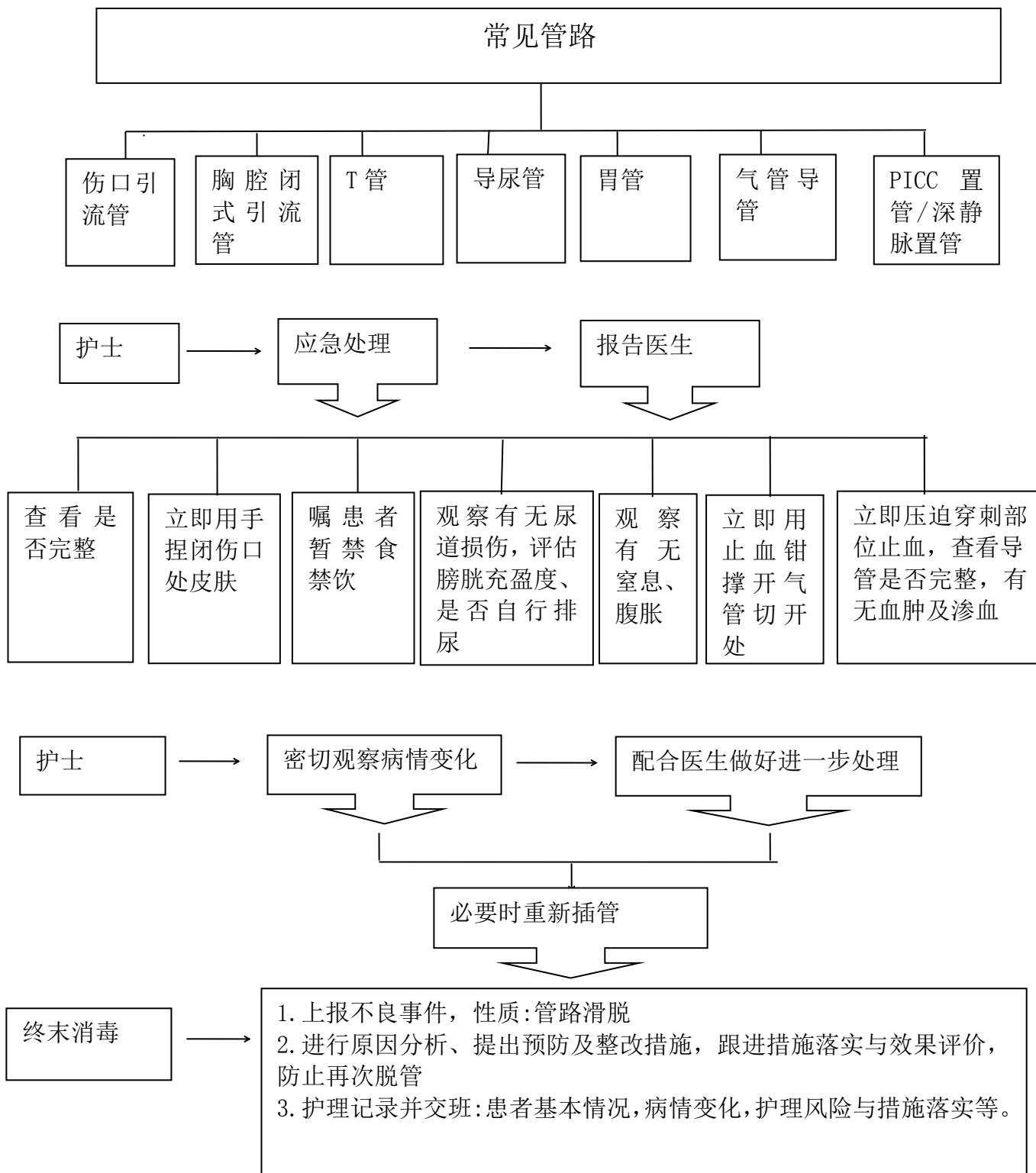
二、输液反应处理流程



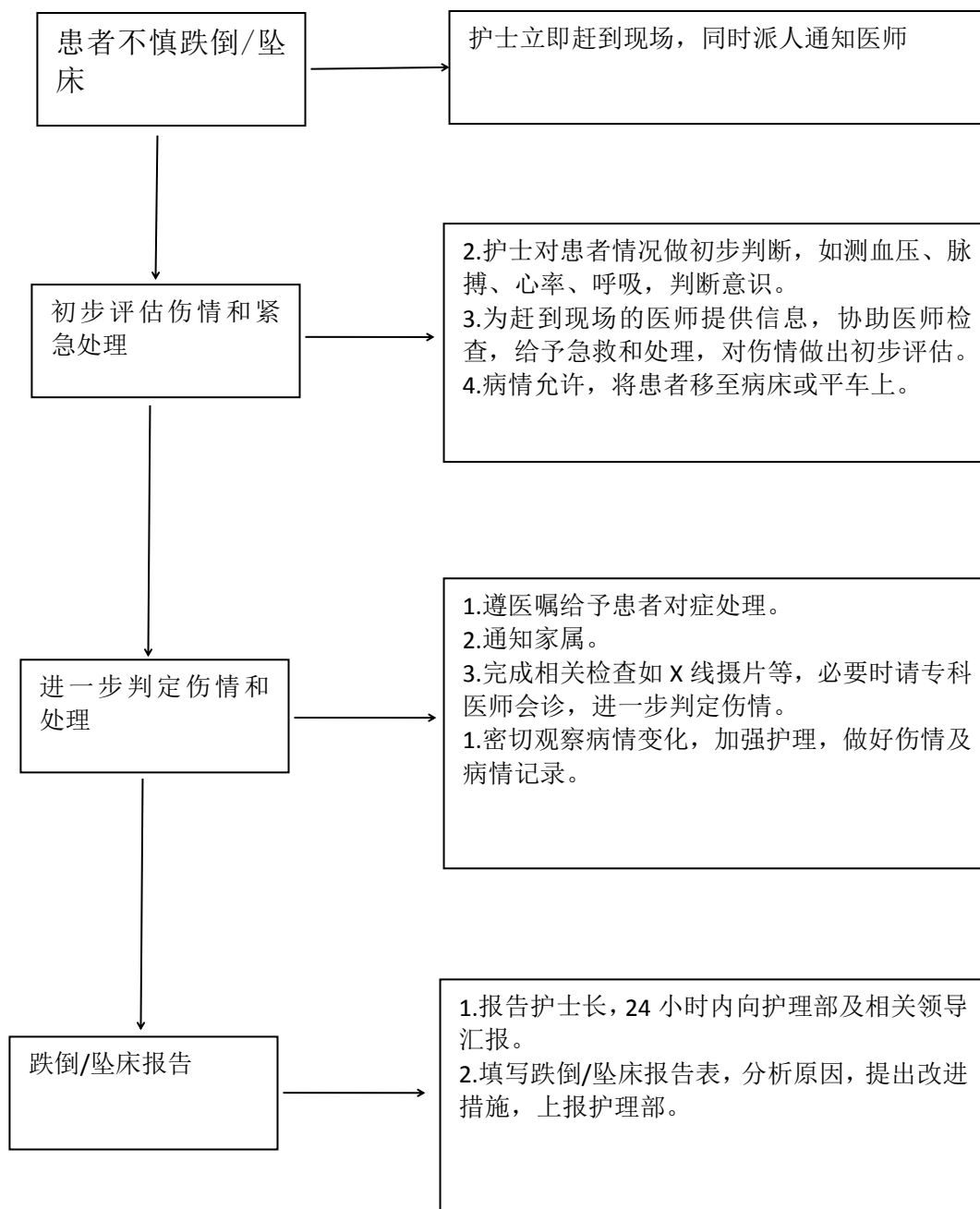
三、服药错误的应急处置流程



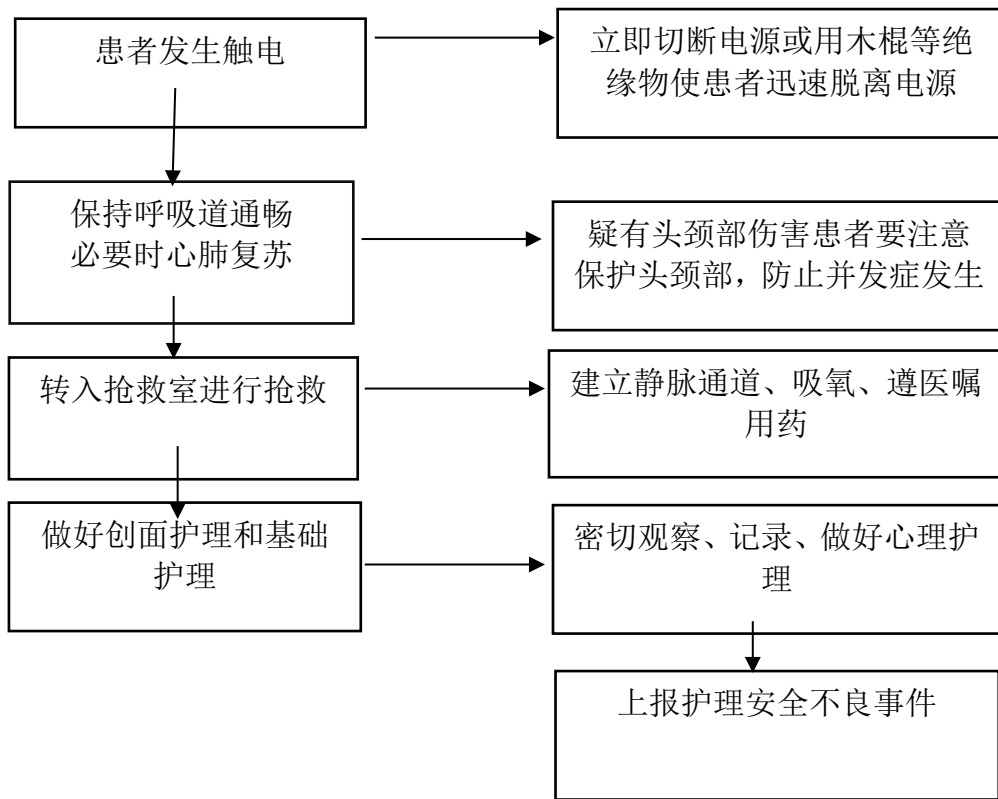
四、脱管滑脱应急处置流程



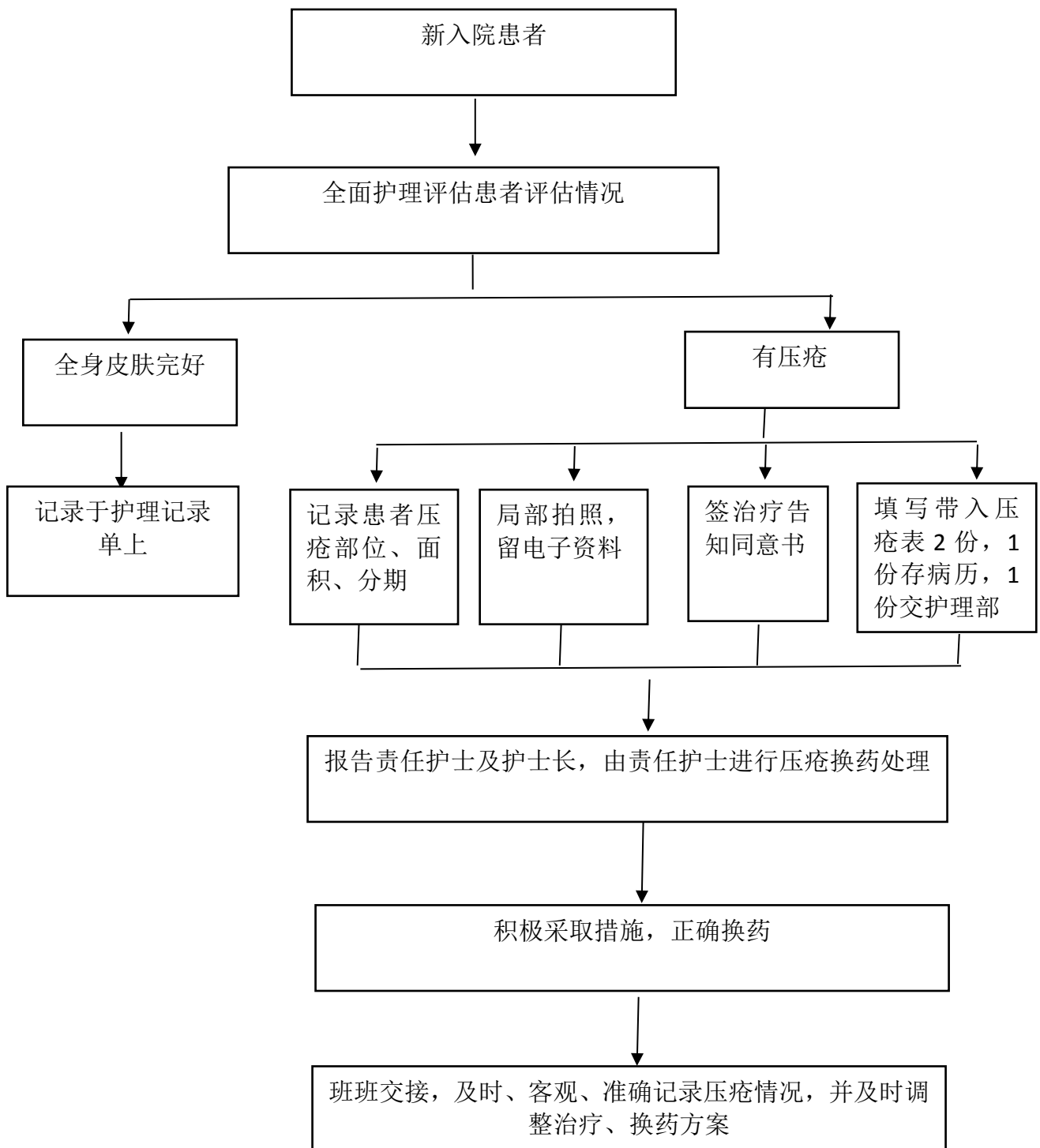
五、跌倒/坠床应急处置流程



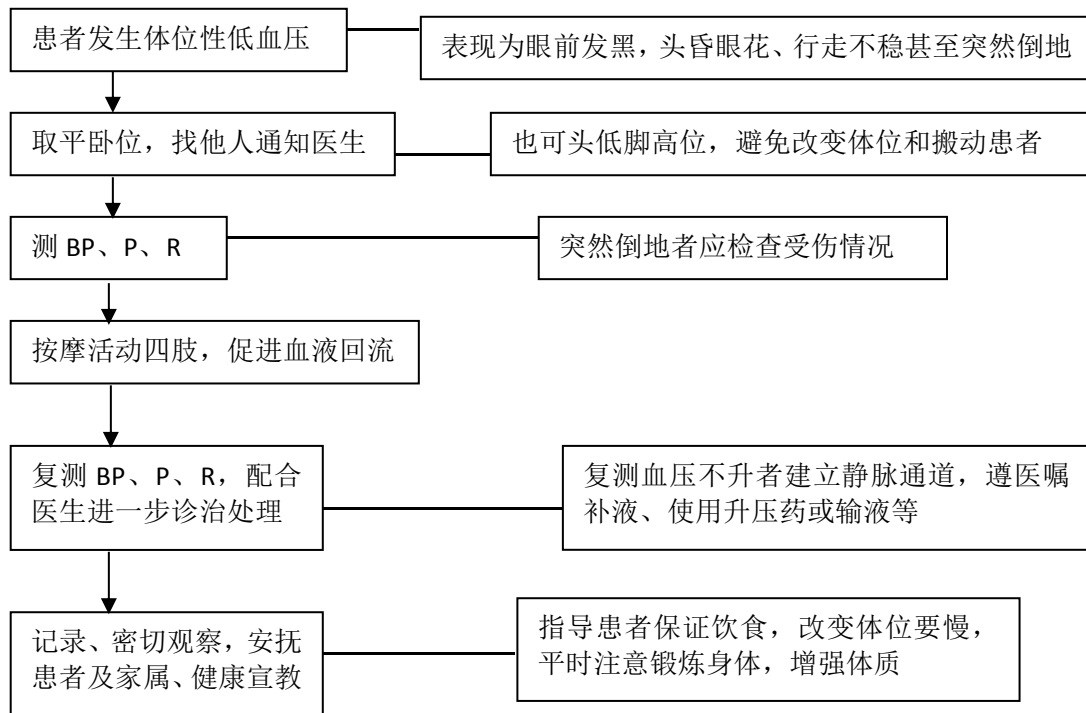
六、患者触电应急处理流程



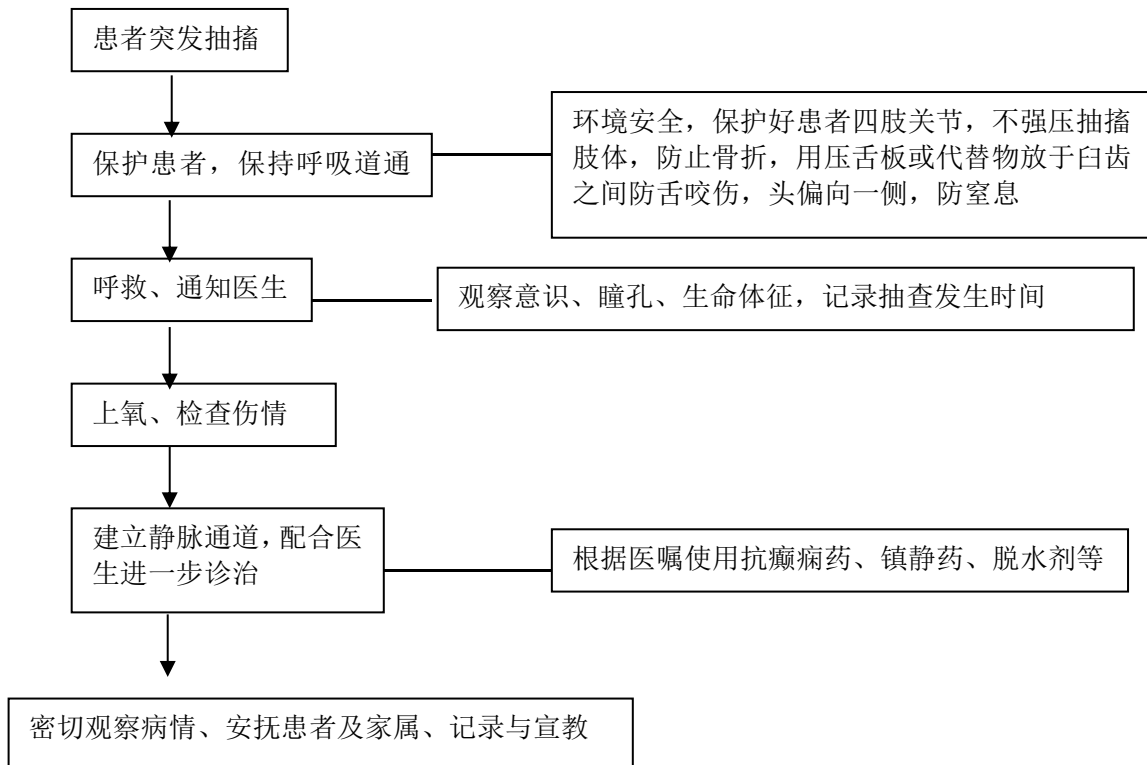
七、住院病人压疮处理流程



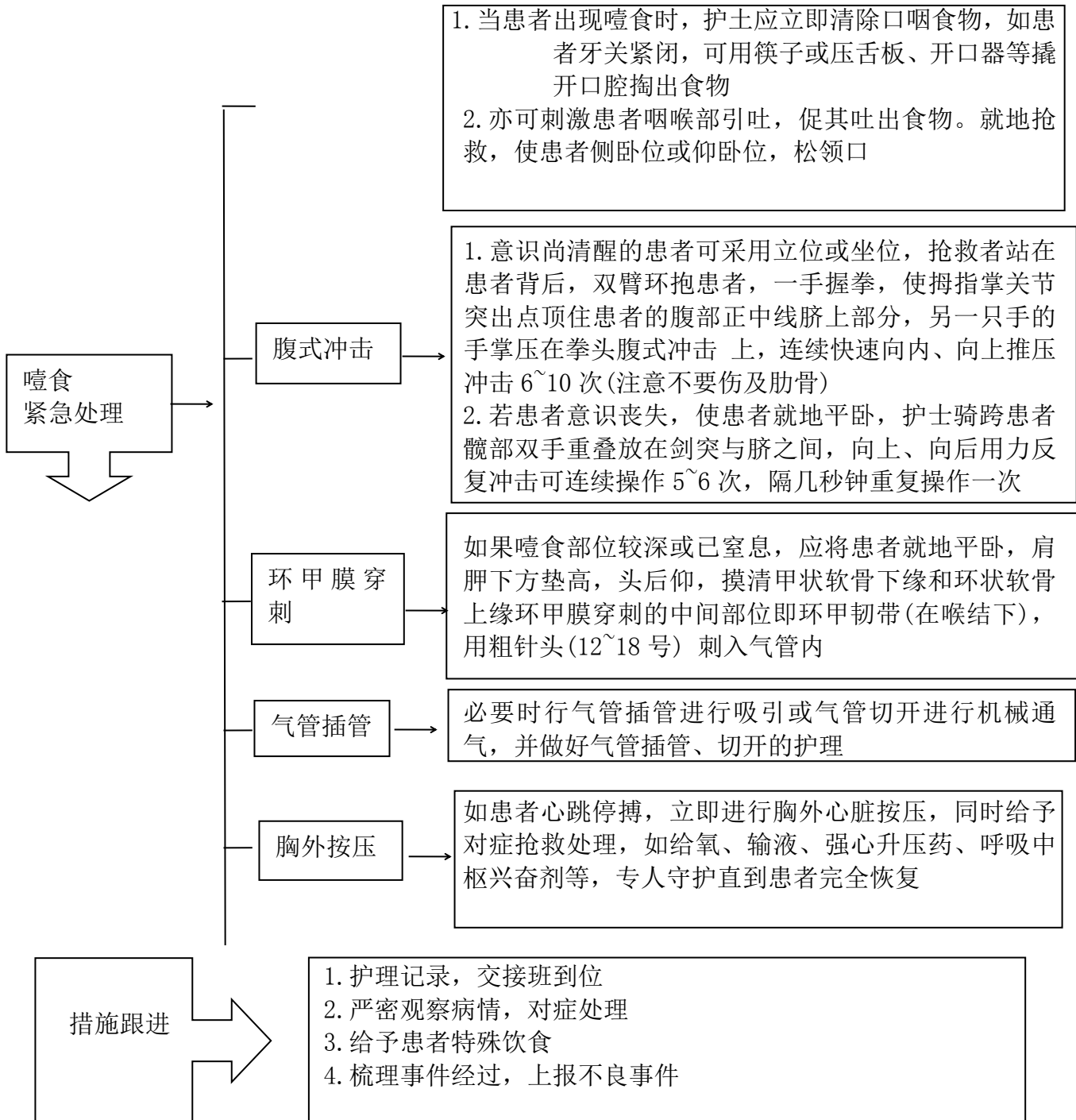
八、患者发生体位性低血压处理流程



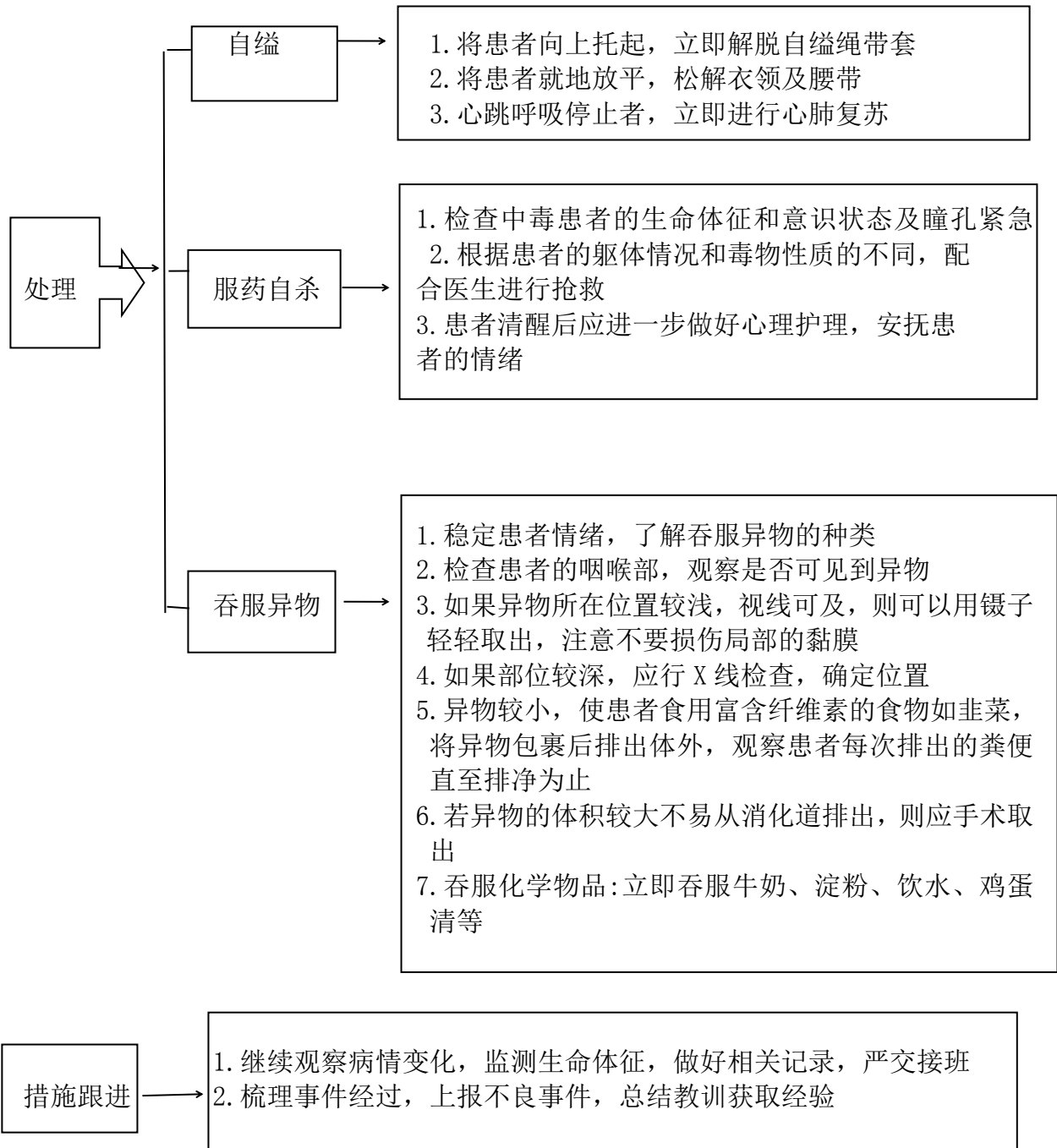
九、患者突发抽搐处理流程



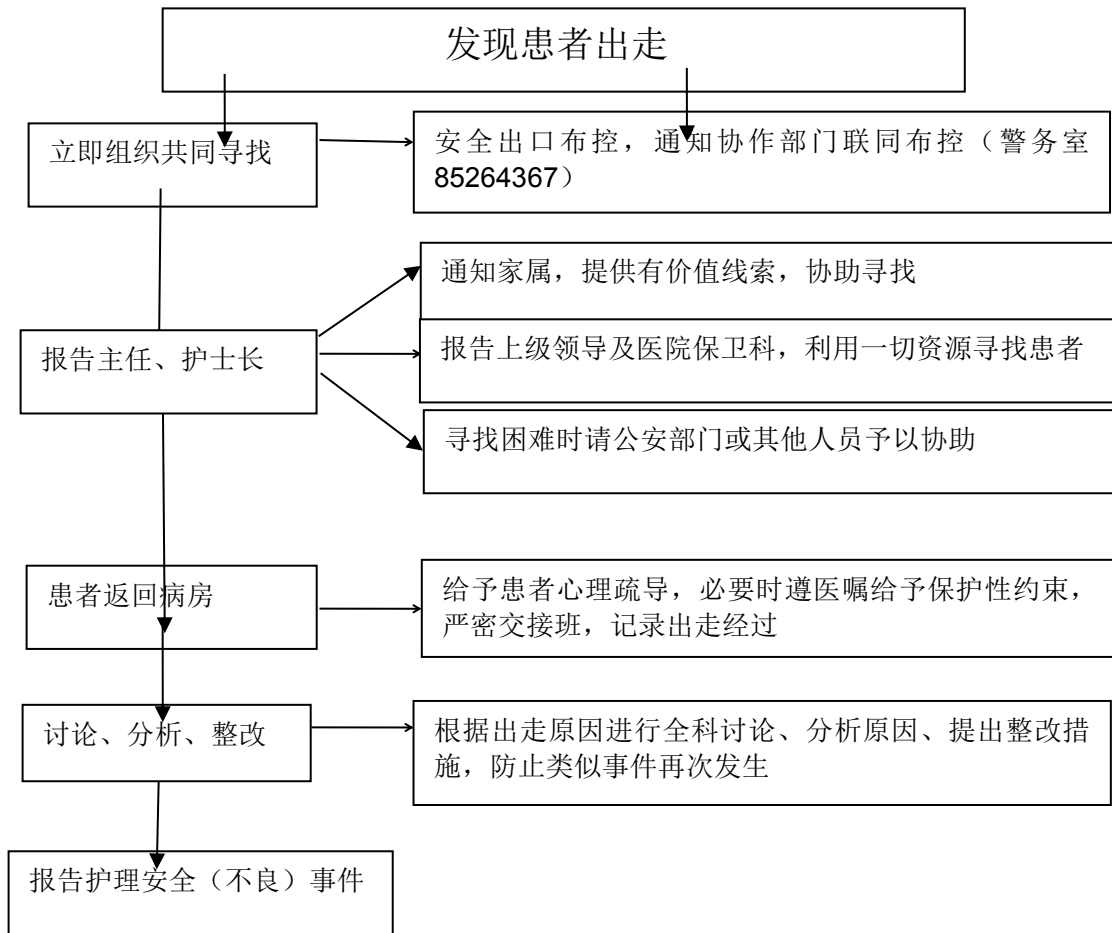
十、患者噎食应急处置流程



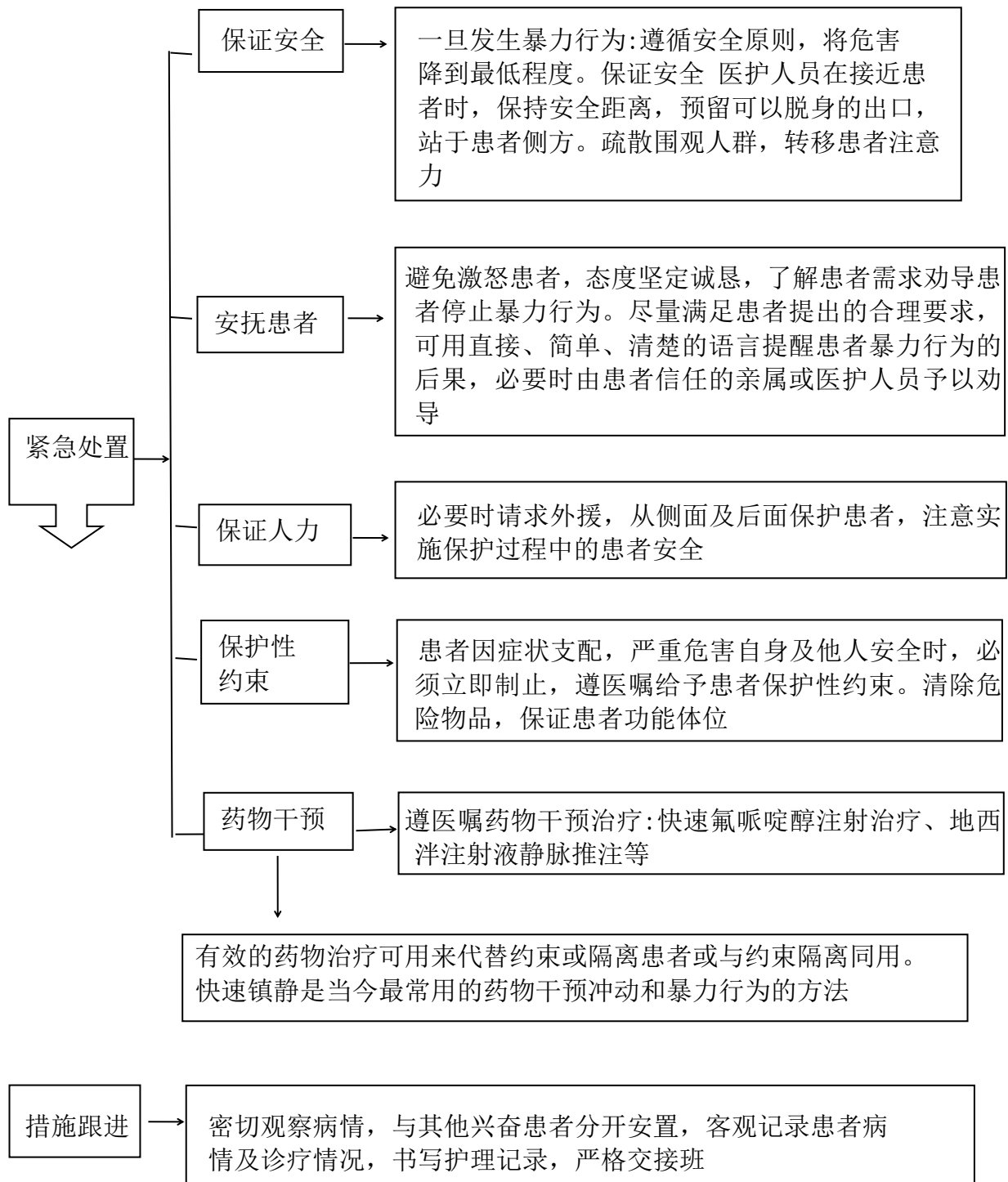
十一、自杀/自伤应急处置流程



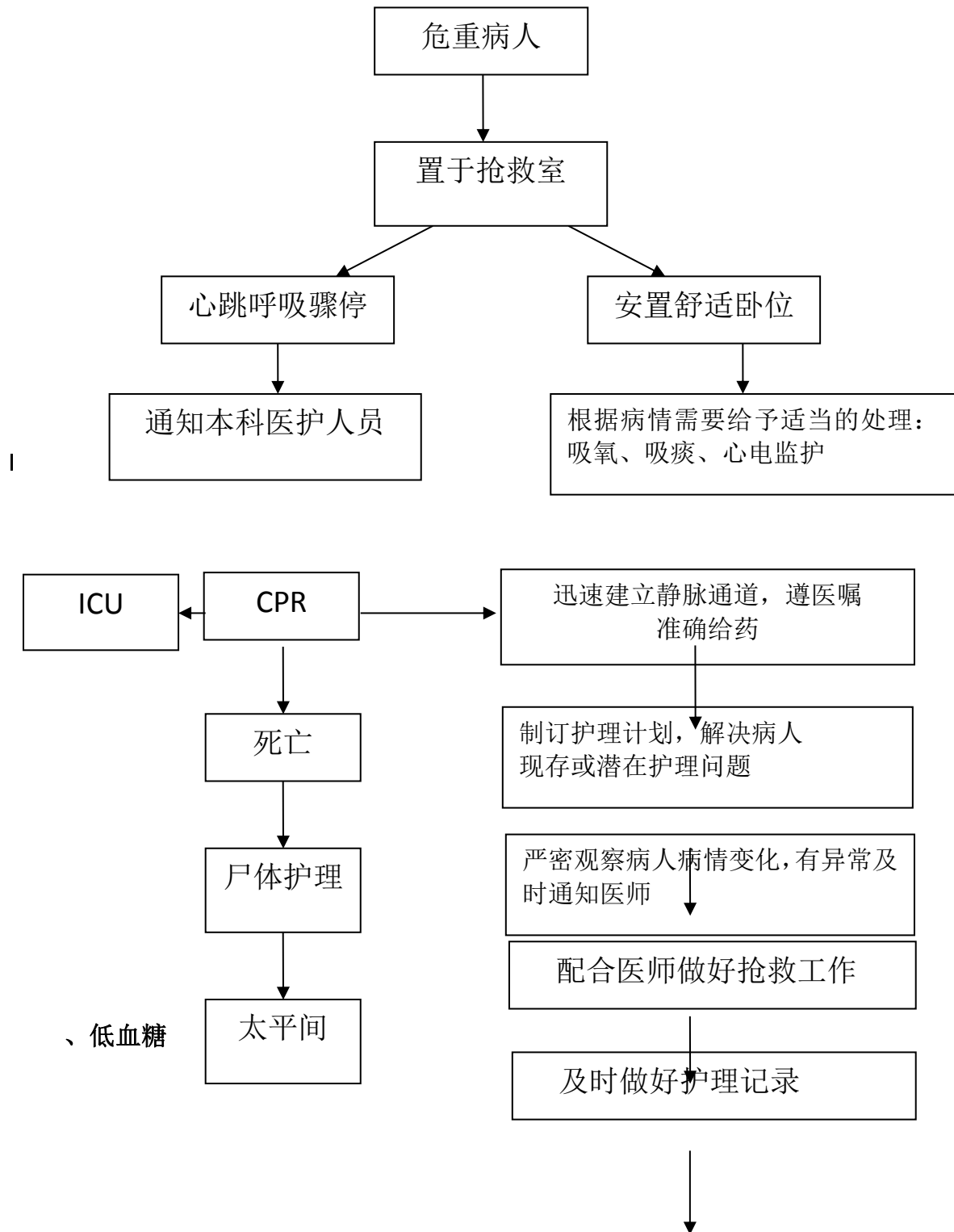
十二、外走应急处置流程



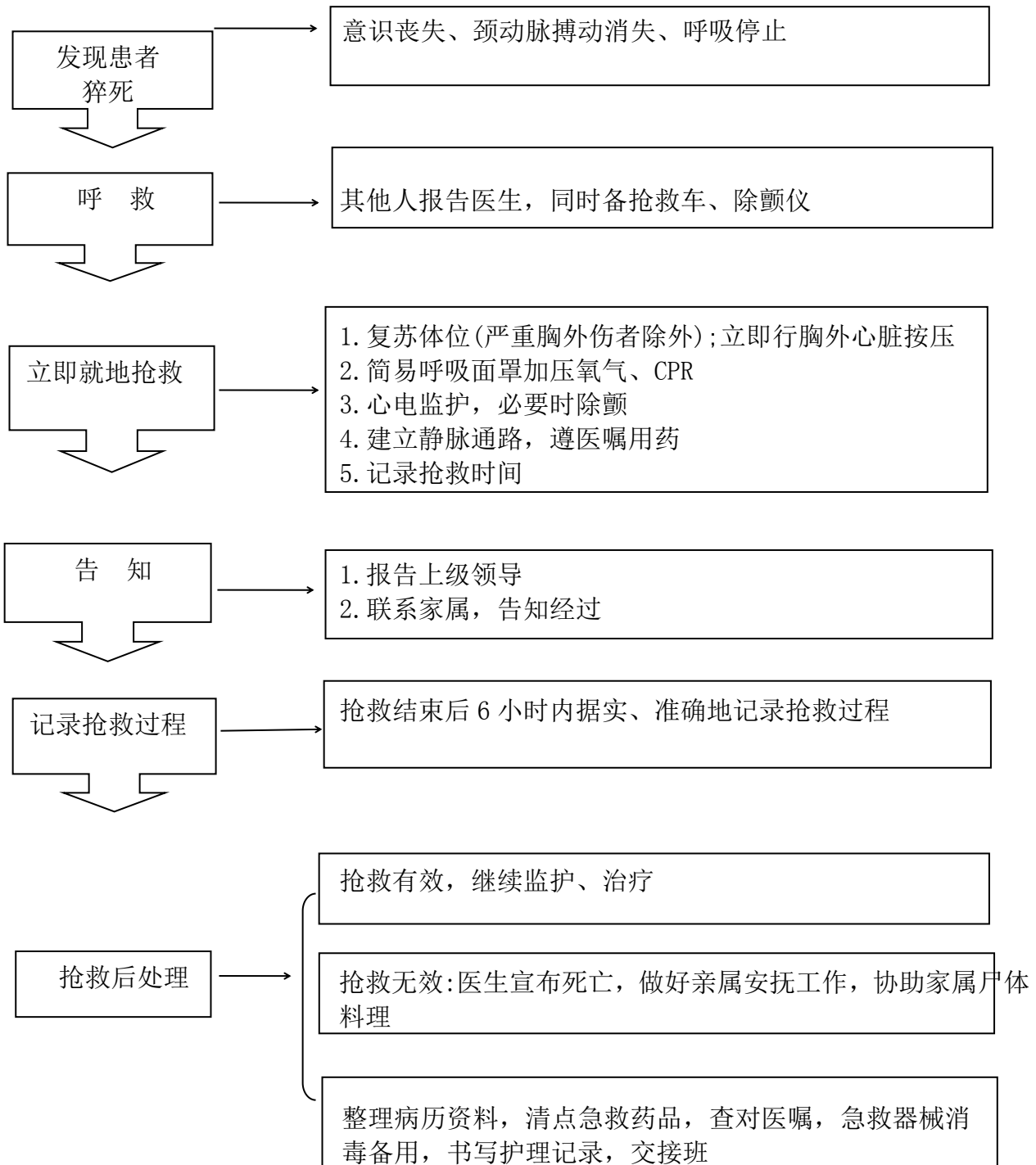
十三、暴力攻击应急处置流程



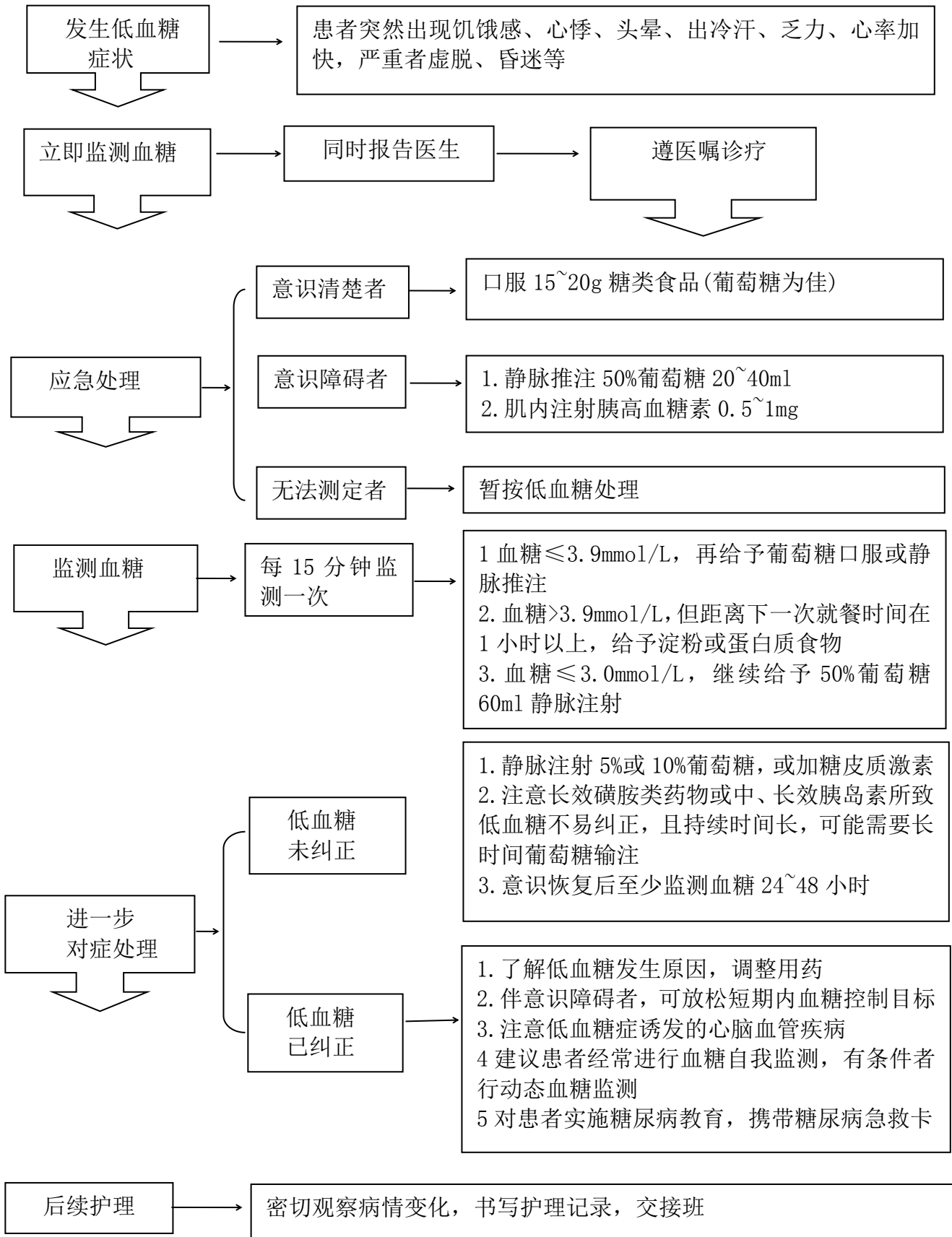
十四、危重病人护理应急处置流程



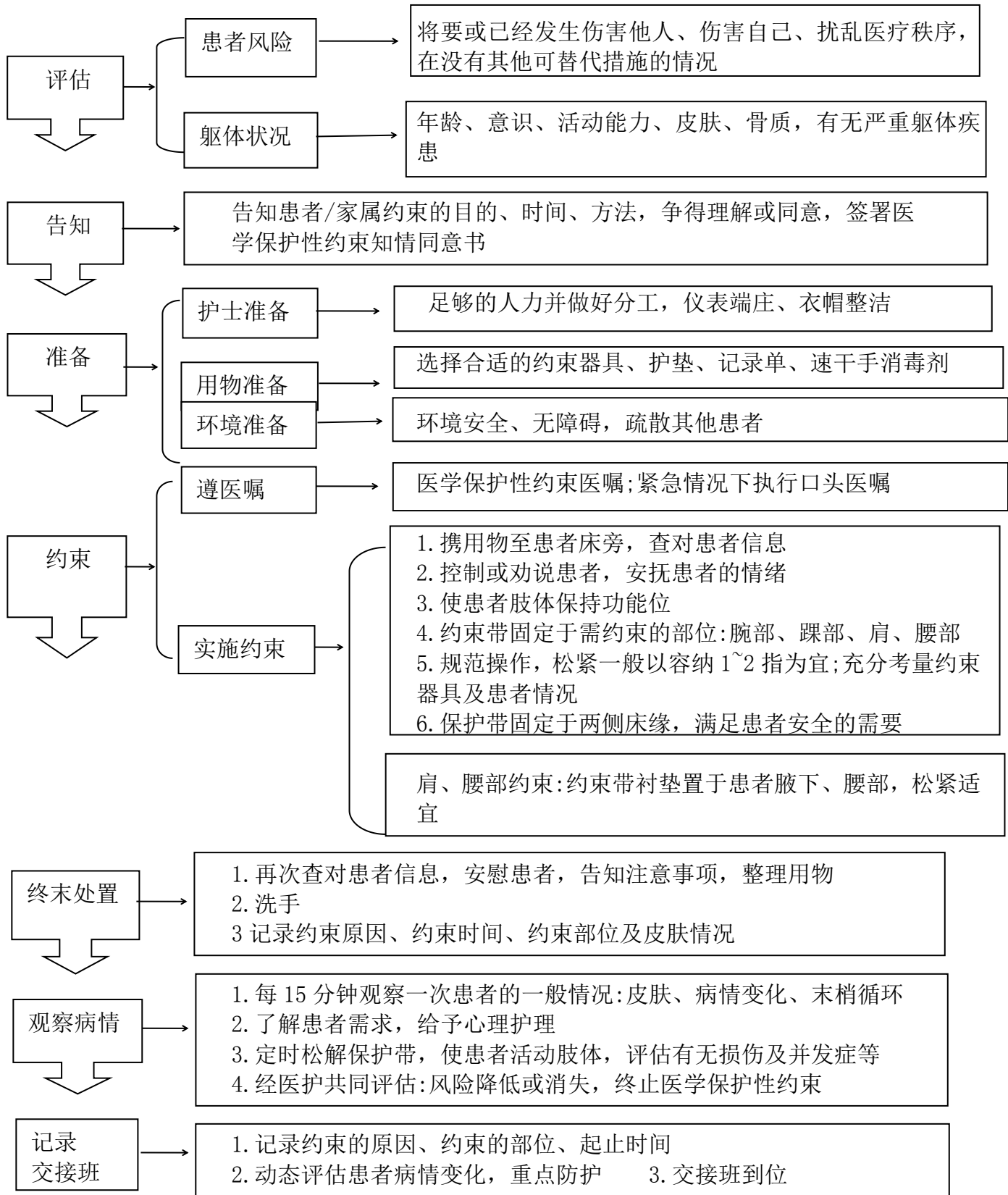
十五、猝死的应急处置流程



十六应急处置流程

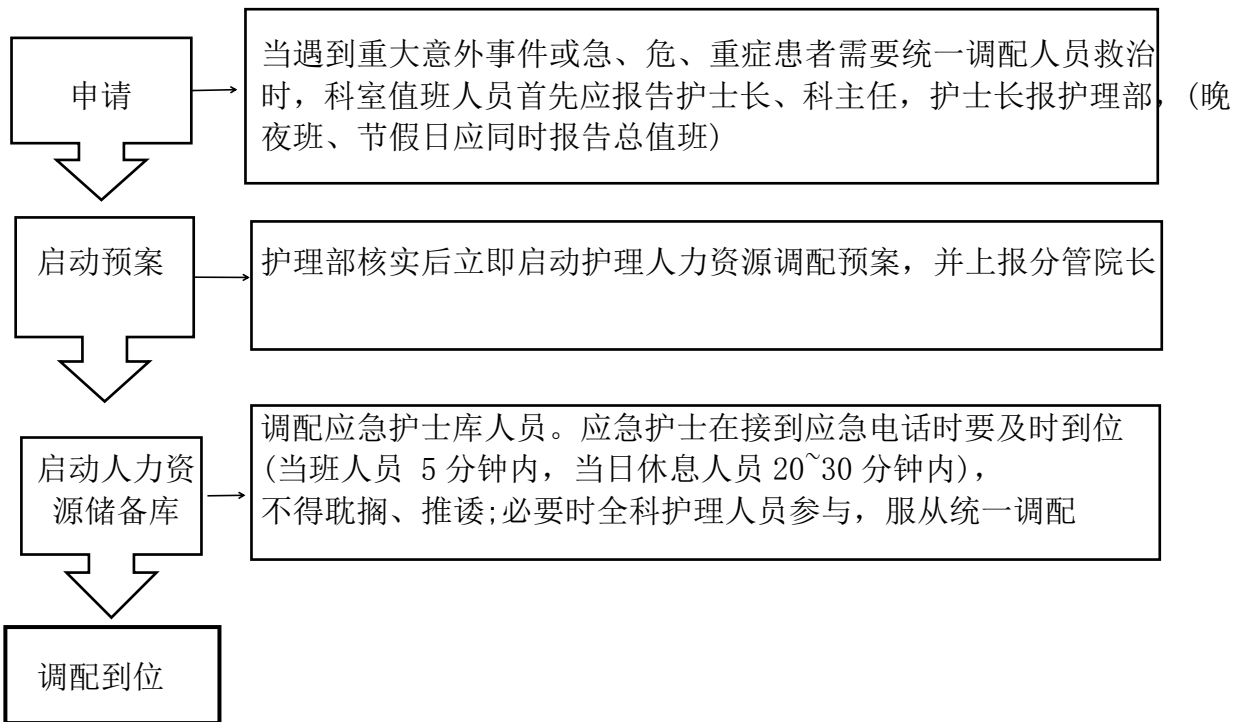


十七、医学保护性约束技术操作流程

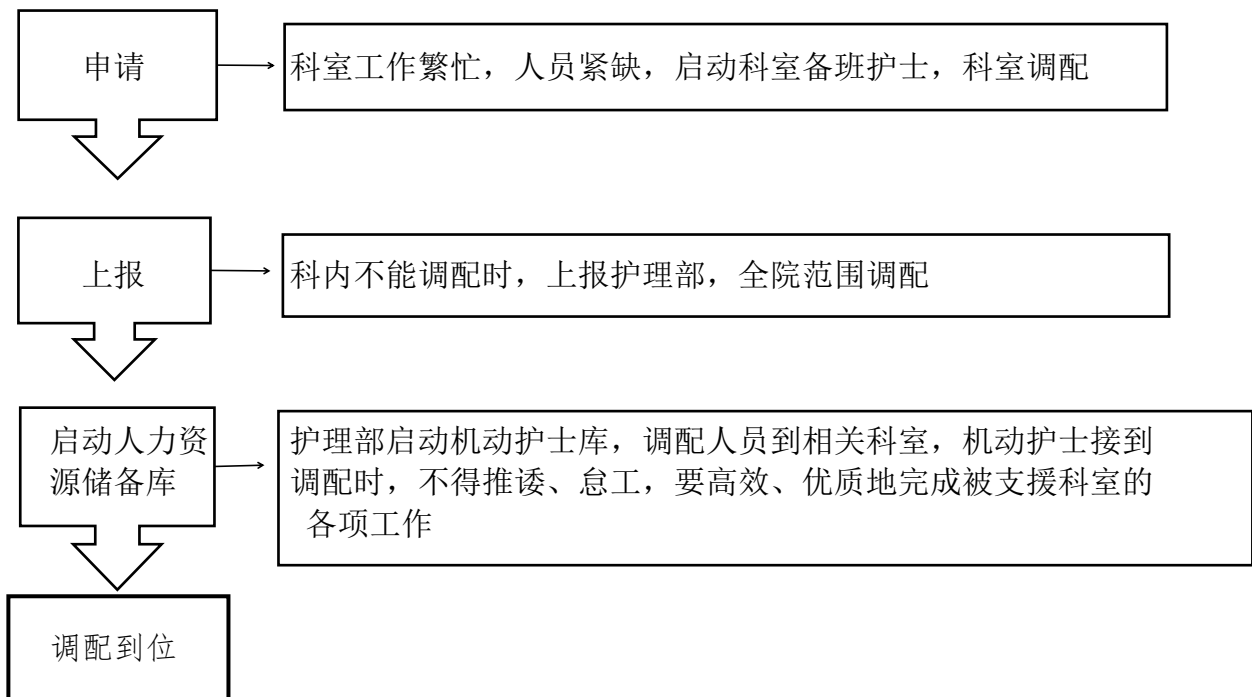


十八、护理人力资源调配流程

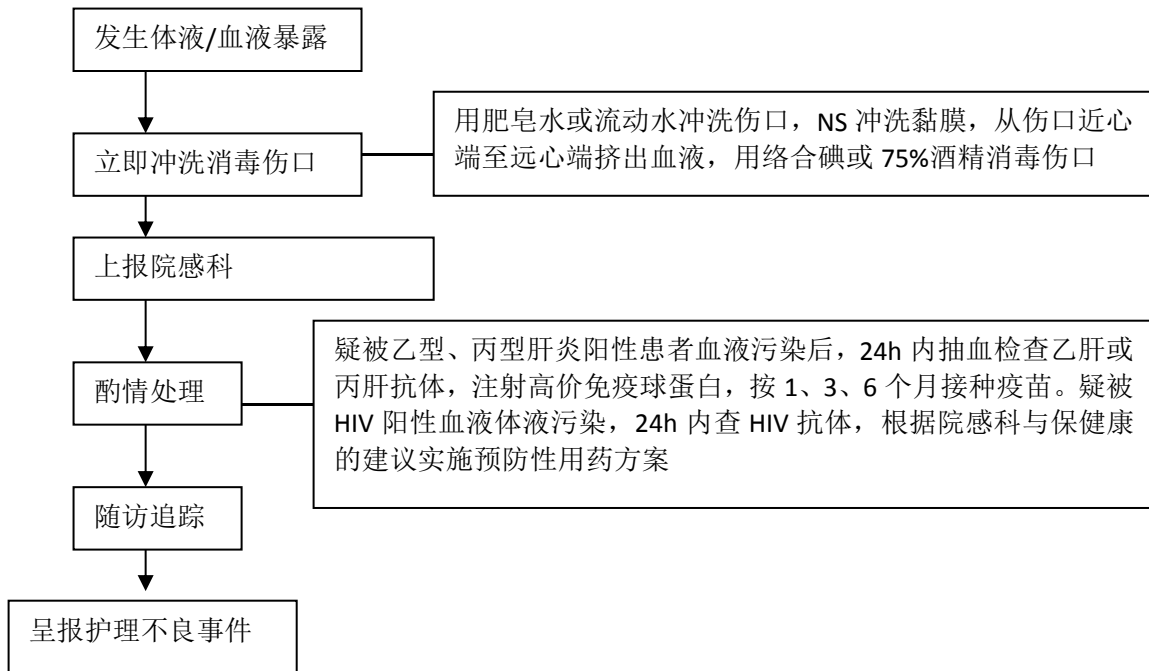
(一) 紧急状态下人力资源调配流程



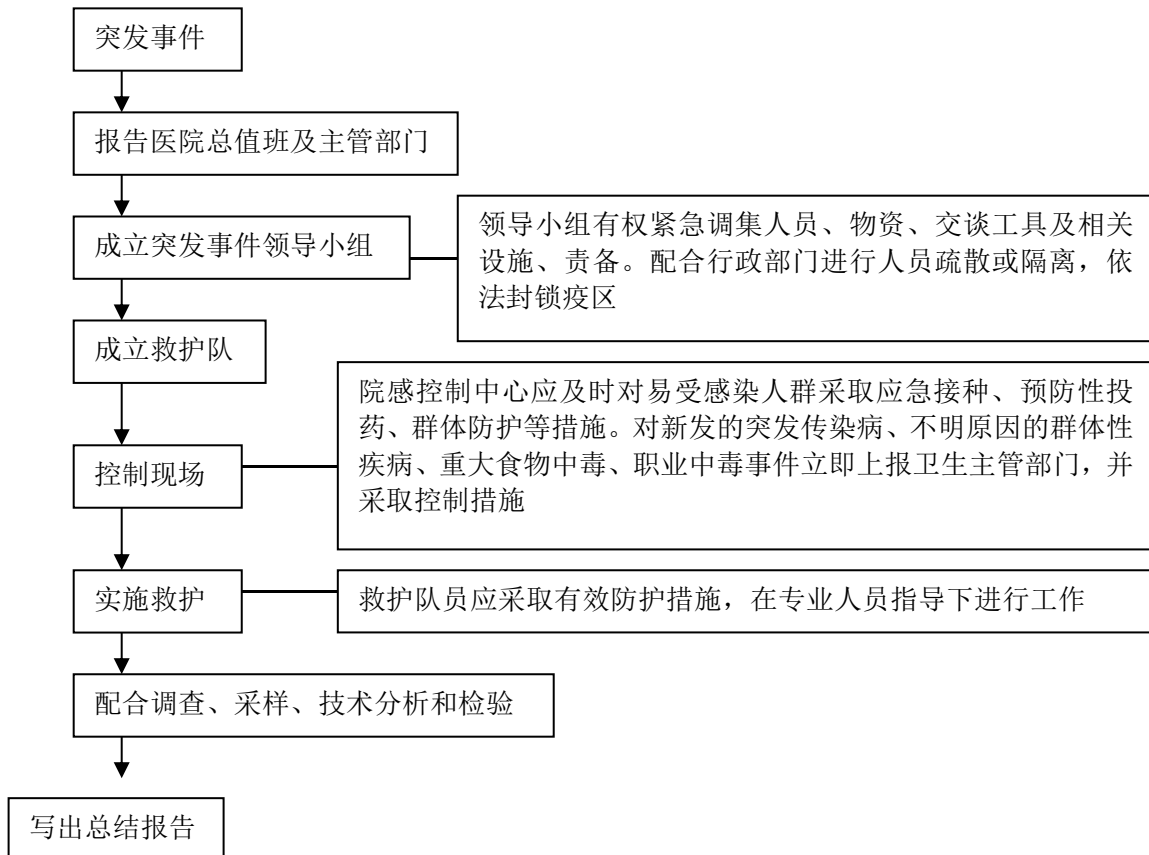
(二) 非紧急状态下人力资源调配流程



十九、职业暴露/锐器伤处理流程

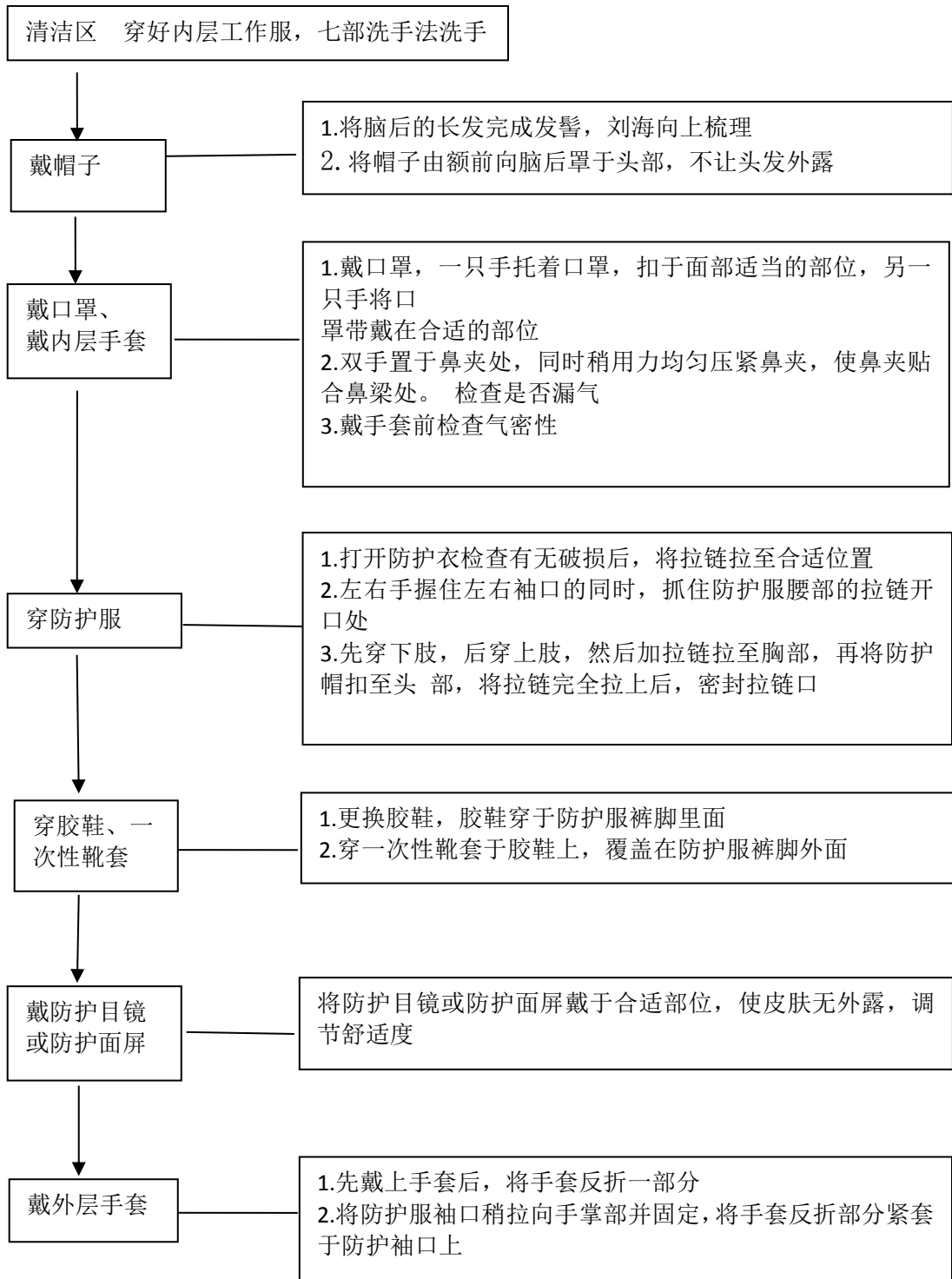


二十、突发公共卫生事件处理流程

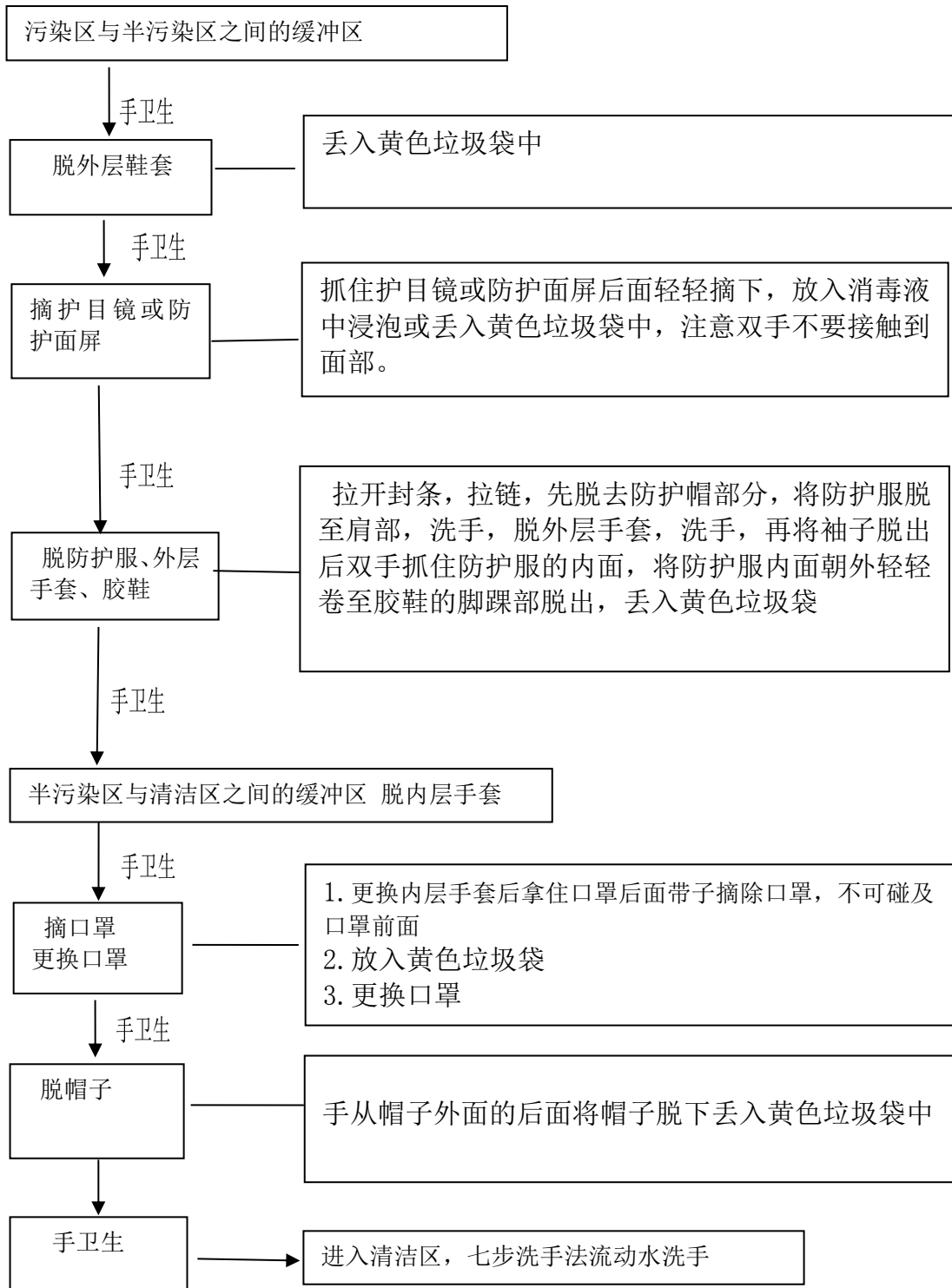


二十一、穿脱防护用品流程

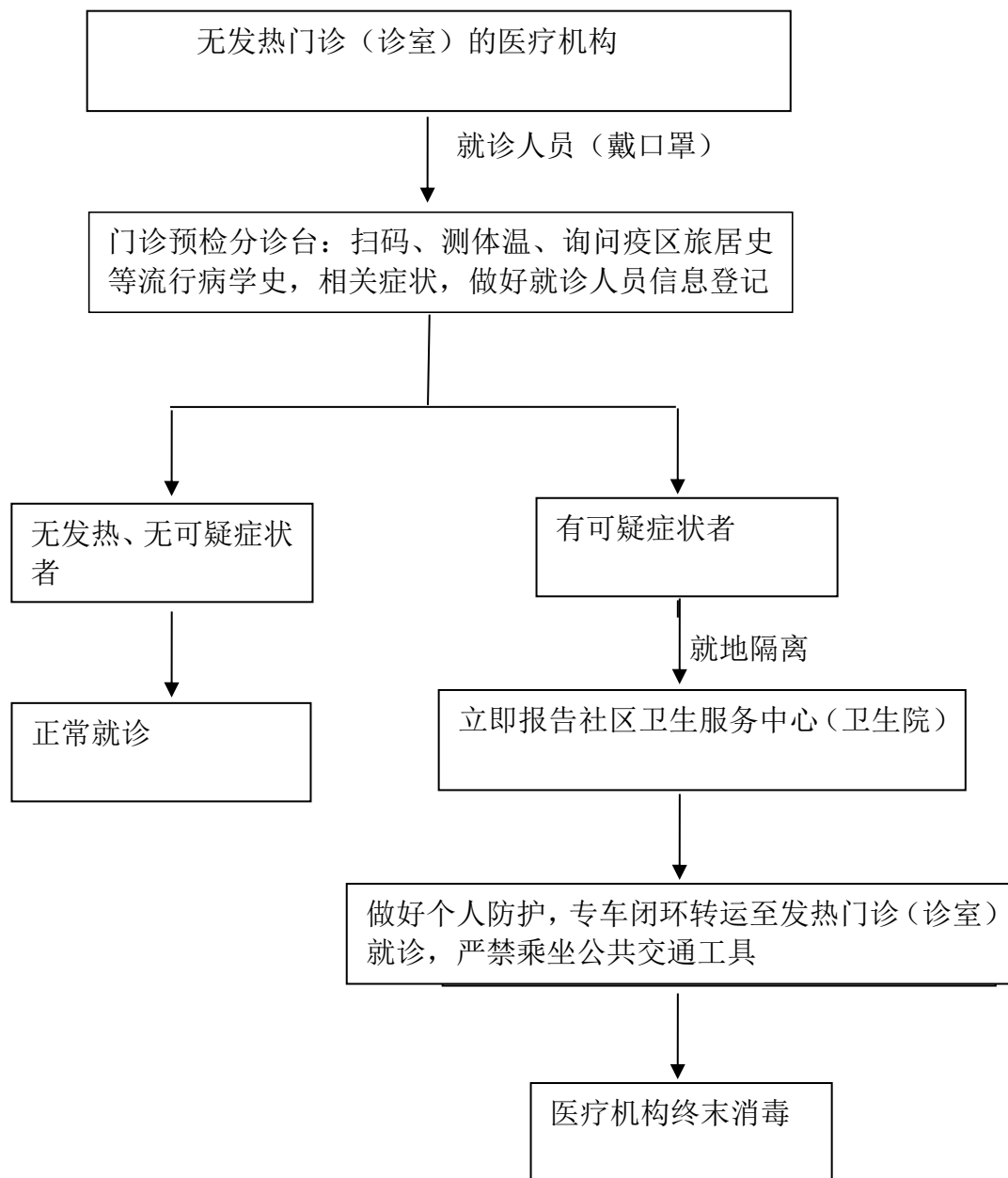
(一) 穿防护服流程



(二) 脱防护用品流程

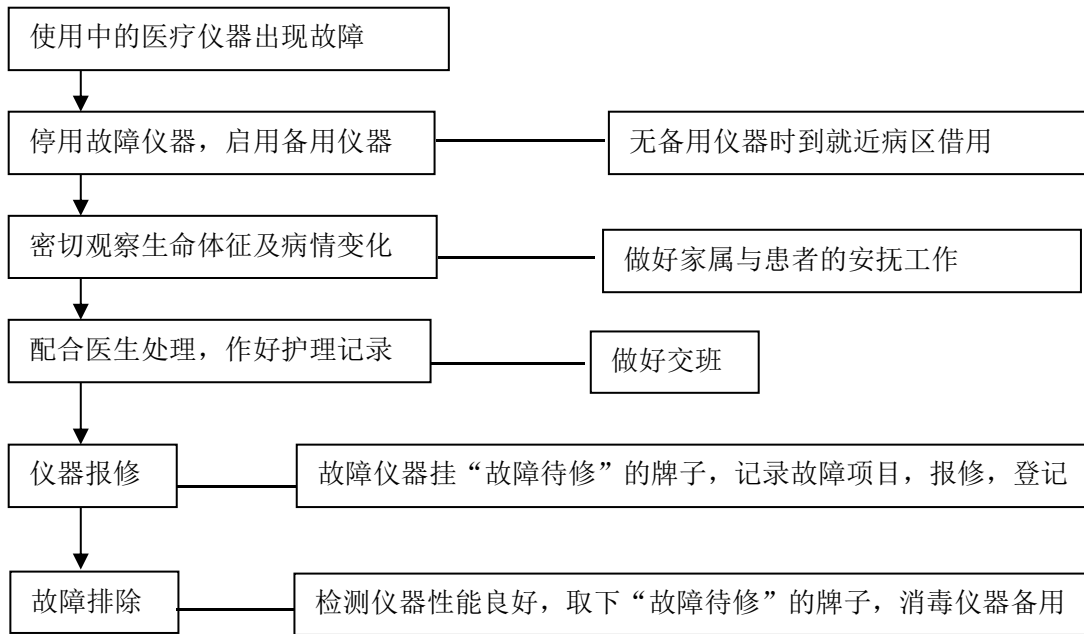


二十二、门诊预检分诊流程



二十三、核酸检测标本采集、送检流程



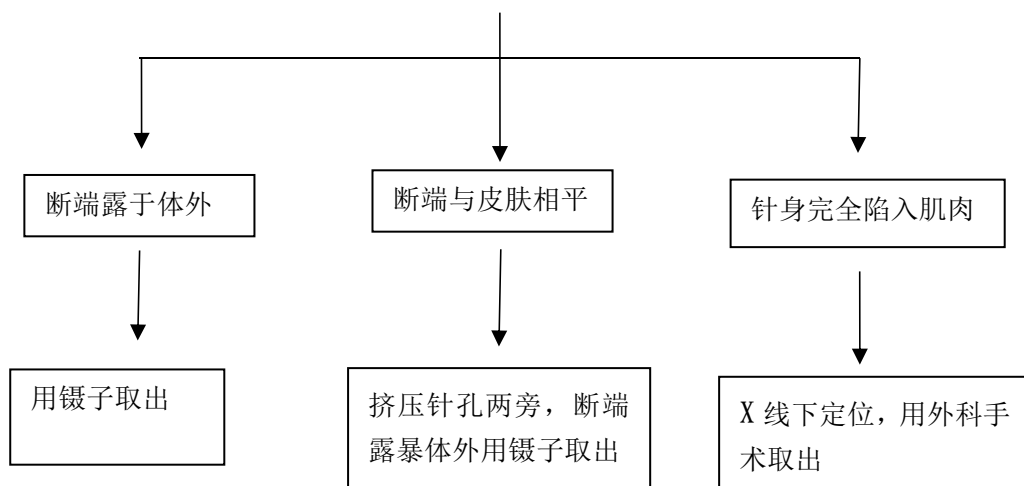


二十四、断针紧急处理预案

- 1、断端还在体外，可用手指或镊子取出；
- 2、断端与皮肤相平，可挤压针孔两旁，使断端露暴体外，用镊子取出；
- 3、针身完全陷入肌肉，应以 X 线下定位，用外科手术取出。

流程：

不紧张，不乱动



二十五、中心供氧故障紧急处理预案

预案

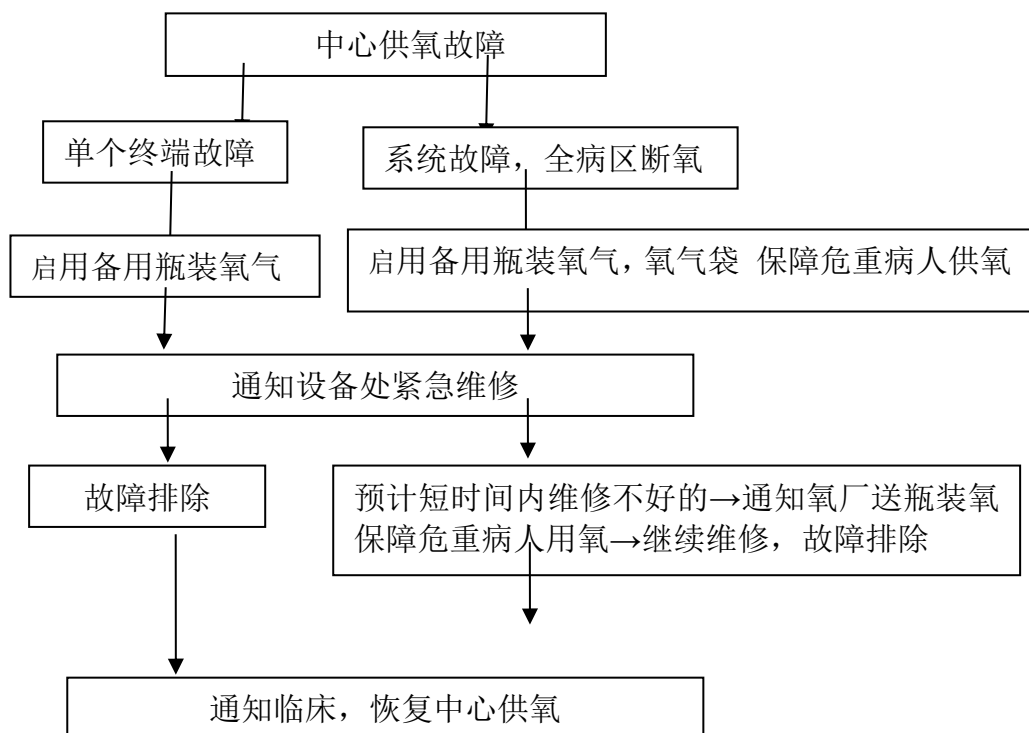
后勤部门定期联系专业人员对中心供氧系统进行检查、维护，一般每半年一次。

临床科室定期（每季度）对各终端进行检查。

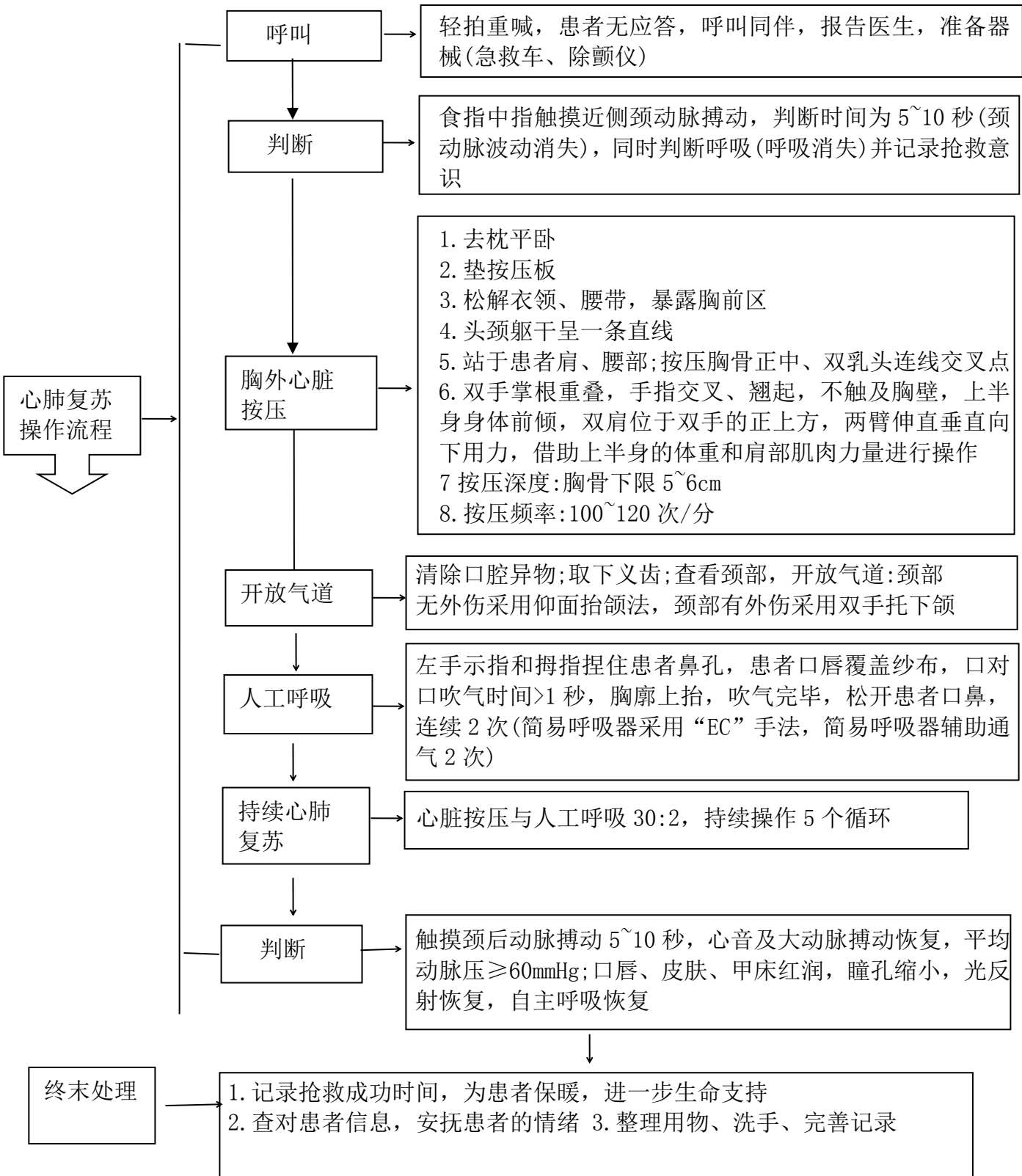
使用中遵守操作规程，避免强力按压终端。

各科室常规备用两瓶筒装氧气，氧气袋及时充满氧气备用。

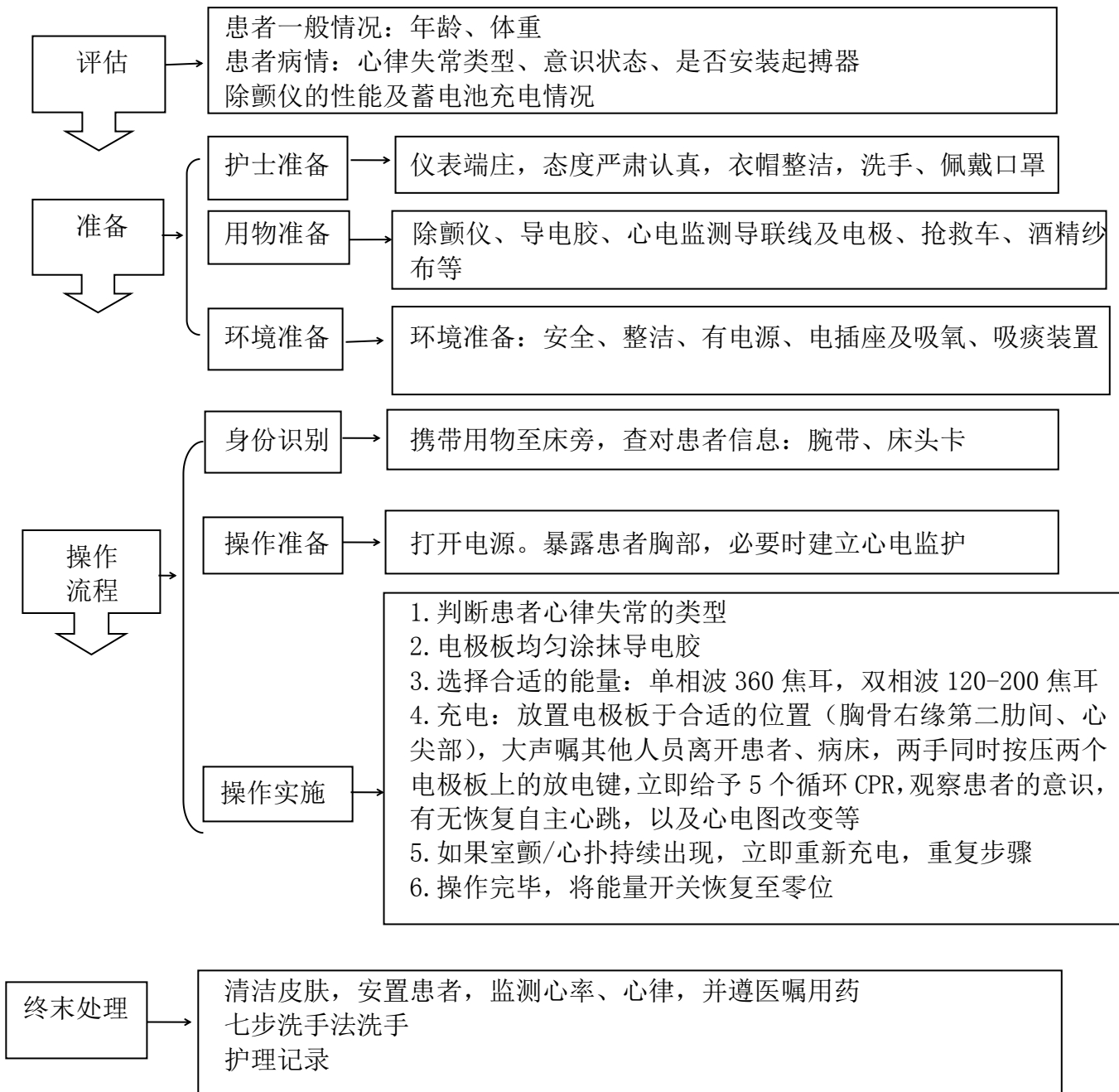
应急处理流程



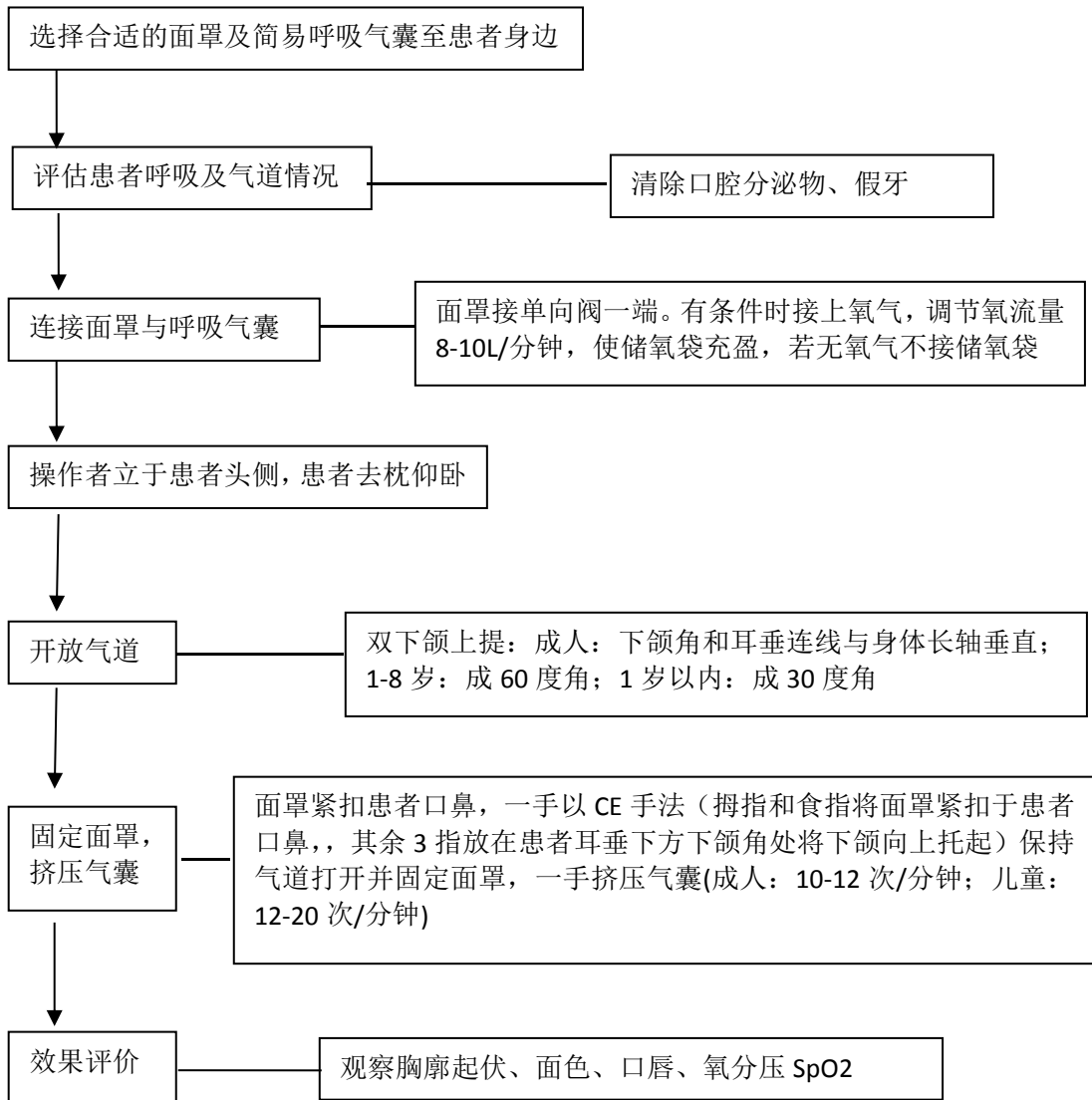
二十六、心肺复苏操作流程



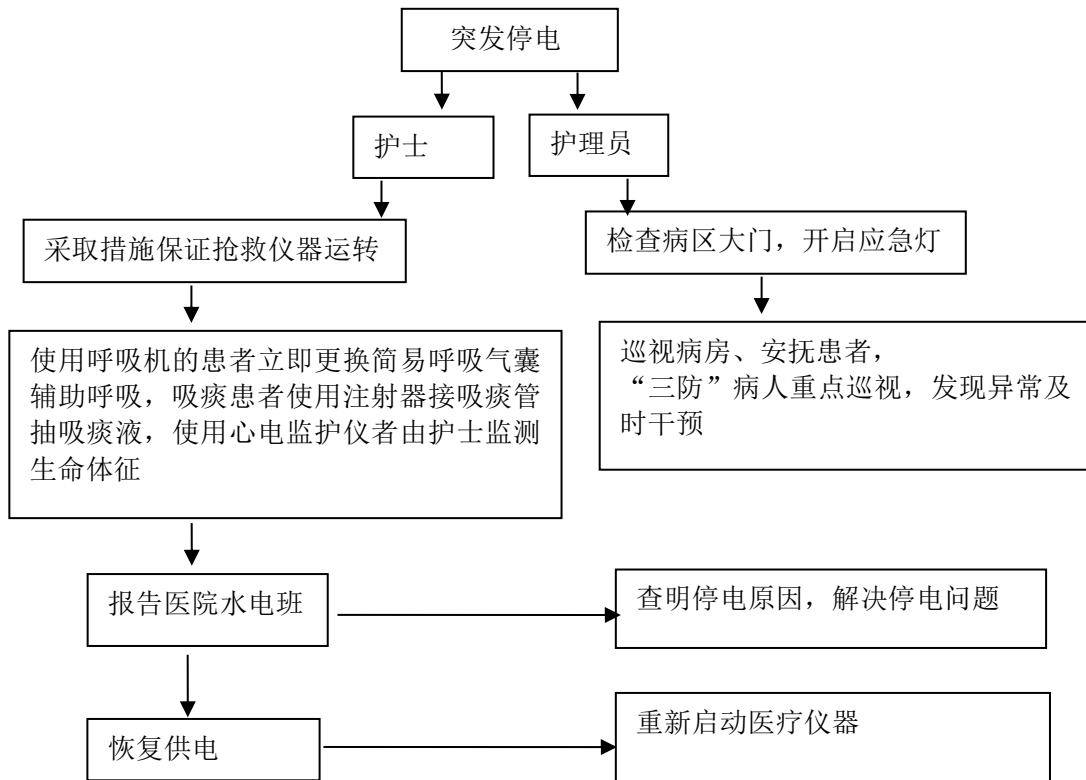
二十七、电除颤急救技术操作流程



二十八、简易呼吸复苏囊操作流程



二十九、突发停电处理流程



三十、发生火灾处理流程

