# 医院药学人员的编制

来源：网络 作者：雪域冰心 更新时间：2025-05-22

*第一篇：医院药学人员的编制三、医院药学人员的编制一般可按卫生技术人员总数比例、按床位或两者结合的办法来计算，或者以实际工作量计算的方法进行编制。（一）按卫生技术人员总数比例计算 综合医院病床与工作人员之比，根据各医院的规模和担负的任务，1...*

**第一篇：医院药学人员的编制**

三、医院药学人员的编制

一般可按卫生技术人员总数比例、按床位或两者结合的办法来计算，或者以实际工作量计算的方法进行编制。

（一）按卫生技术人员总数比例计算 综合医院病床与工作人员之比，根据各医院的规模和担负的任务，1978年国家卫生部颁发的《综合医院组织编制原则试行（草案）》规定，在卫生技术人员中，药剂人员占8％。

随着临床药学的开展，有专家提出药剂人员应占全院卫生技术人员总数的10％，其中药师占药师人员的30％；根据部队药局业务范围、技术条件和设备情况，药剂人员一般宜占卫生技术人员的编制数的8％~9％。

县医院以下根据情况可适当减少。中、西药剂人员必须经过专业训练，具备专业知识，才能胜任药剂工作。

医院因实行药品管理改革所需的财会统计人员，应当增加编制。药剂科还应配有勤杂人员。

（二）按床位比例计算 国家卫生部规定，各级药剂人员与病床之比，药师1:80~100，其他药剂人员为1:15~18,中药炮制制剂人员为1:60~80。

根据部队医院目前情况，药师与床位之比，可参照：总医院1:50~60，驻军医院1:60~70的比例计算。

**第二篇：医院药学**

医院药学:是以药学理论为基础,以患者为中心,以安全.有效.合理用药为目的,通过医院药学的实践及研究,以保证药品质量和用药合理性的一门应用性.综合性分支学科

医院药品供应保障内容:药品调剂业务.药品的采购储存及养护.医院制剂及药品检验业务 临床药学:指药学与临床相结合,直接面向患者,以患者为中心,研究与实践临床药物治疗,提高药物治疗水平的综合型应用学科

药学服务的内涵:它是药学人员利用药学专业知识和工具,向医院的患者.医生.护士及社区居民提供全方位的与药物使用相关的各类服务,这是一种以患者为中心的主动服务;医院药学是融多学科理论为基础,以合理用药为目标,以实施药学技术服务和药学监护为职责的药学学科;医院药学的主要内容是医院药事管理,医院药品供应保障,临床药学和药学服务

传统医院药学侧重医院药品的供应保障,现代医院药学是以患者为中心开展药学技术服务 医院药事管理:指医院以服务患者为中心,以临床药学为基础,促进临床科学.合理用药的药学技术服务和相关的药品管理工作

处方:由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中,为患者开具的,由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核.调配.核对的,并作为患者用药凭证的医疗文书 处方的种类:协定处方;法定处方;医师处方

处方的意义:法律意义;经济意义;技术意义

处方制度:处方权的规定;处方书写规定;药品名称用法的规定;药品剂量与数量的规定;处方限量规定;特殊管理药品用量规定;电子处方的管理;处方保存规定;处方点评制度

处方审核的内容:规定必须做皮试的药品,处方医师是否注明过敏试验及结果的判定;处方用药和临床诊断的相符性;剂量用法的正确定性;选用剂型与给药途径的合理性;是否有重复给药现象;是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌;其它用药不适宜情况

处方调剂差错类型:审方错误;调配错误;标示错误;配发变质失效的药品等其他行为

调剂工作质量评估:配方差错率;不合格处方漏检率;发出不合格药品数;配方复核率;药品损耗率;调剂人文服务质量评估

药品不良反应:合格药品在正常的用法用量下出现的与用药目的无关的或意外的有害反应 摆放药品的分类:按药品剂型分类摆放;按药理作用;使用频率;内服药与外用药分开;特殊管理药品摆放

门诊调剂的工作方式:独立配方;写作配方;综合法

集中调配的静脉用药包括肠外营养液.危害药品.抗生素药物等所有需要静脉给药的药品

**第三篇：医院药学**

医院药学作业

班级： 姓名： 学号：

一、名词解释

1、医院药学：医院药学是指研究医院的药品供应、药学技术、药事管理和临床用药的一门科学；是与医院临床工作接触药学的工作，安是以药剂学为中心展开的药事管理和药学技术工作，以临床医师和病人为服务对象，以供应药物和指导、参与临床安全、合理、有效的药物治疗为职责；以治疗效果为质量标准，在医院特定环境下的药学科学工作。

3、药品调剂：系指按照医师临床处方所开列的药物，准确地为患者配制药剂的操作技术，通常应有审方、计价、调配、复核、包装、发药等六个程序。

4、医院制剂：系指由医院制剂室按三级标准或协定处方，制成的一类适应本医院临床需要市场未能供应的制剂。按医院制剂手册或协定处方制成的制剂又称为医院自制制剂。

5、消除半衰期((t1/2): 是血浆药物浓度下降一半所需要的时间。其长短可反映体内药物消除速度。

6、生命质量（quality of life）:又称为生活质量、生存质量、生命质素。

7、药物经济学（Pharmacoeconomics）：主要研究药品供需方的经济行为，供需双方相互作用下的药品市场定价，以及药品领域的各种干预政策措施等。

8、最小成本分析法(CMA)：用于两种或多种药物治疗方案的选择，虽然只对成本进行量化分析但也需要考虑效果，这是最小成本分析与成本分析的区别

9、成本-效果分析(CEA)：是以特定的临床治疗目的（生理参数、功能状态、增寿年等）为衡量指标，计算不同方案或疗法的每单位治疗效果所用的成本。

10、药物不良反应：是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无 关或意外的有害反应。

11、不良事件: 是指因果关系已确定的反应，而药品不良事件是指因果关系尚未确定的反应。

12、B型不良反应: 又称剂量不相关的不良反应，与药物固有的正常药理作用无关，而与药物变性和人体特异体质有关。发生率较低，危险性大，病死率高。

13、首剂效应：系指首剂药物引起强烈效应的现象。有些药物，本身作用较强烈，首剂药物如按常量给予，可出现强烈的效应，致使患者不能耐受。因此对于具有这种性质的药物，其用量应从小剂量开始，根据病情和耐受情况逐渐加大到一般治疗剂量，较为安全。

14、新药（new drugs）：是指化学结构、药品组分和药理作用不同于现有药品的药物。新药系指未曾在中国境内上市销售的药品。对已上市药品改变剂型、改变给药途径、增加新适应症的药品，不属于新药，但药品注册按照新药申请的程序申报。

15、临床试验：指任何在人体(病人或健康志愿者)进行药物的系统性研究，以证实或揭示试验药物的作用、不良反应及/或试验药物的吸收、分布、代谢和排泄，目的是确定试验药物的疗效与安全性。

16、药物相互作用：是指两种或两种以上的药物同时应用时所发生的药效变化。即产生协同(增效)、相加(增加)、拮抗(减效)作用。

17、拮抗作用：拮抗作用是某些元素具有抑制作物吸收其它元素的作用，这种作用称之为拮抗作用。拮抗作用是指不同激素对某一生理效应发挥相反的作用。

18、毒性（toxicity）：又称生物有害性，一般是指外源化学物质与生命机体接触或进入生物活体体内的后，能引起直接或间接损害作用的相对能力，或简称为损伤生物体的能力。也可简单表述为，外源化学物在一定条件下损伤生物体的能力。

19、药学监护：是近年来国内外医院药学领域的热门话题。是医院实施医疗防治工作的重要一环，也是21世纪药剂科工作模式改革的一个重要方面。

20、临床营养：为治疗或缓解疾病，增强治疗的临床效果，而根据营养学原理采取的膳食营养措施。又称治疗营养。所采用的膳食称治疗膳食，按其功用分为治疗膳和实验膳。

21、医院药学信息服务：指医院药剂科中药学人员迚行的对药学信息收集、保管、整理、评价、传递、提供和利用等工作。

22、依从性：也称顺从性、顺应性,指病人按医生规定进行治疗、与医嘱一致的行为,习惯称病人“合作”;反之则称为非依从性。

23、药学职业道德: 指药学工作人员在药学工作中应遵守的道德规则和道德标准，是社会对药学工作人员行为摹本要求的概括。它是药学职业道德基本原则的具体表现、展开和补充；用以指导人们的言行，协调药学领域中的各种人际关系。

二、简答题

1、医院药学的内容有哪些? 答：它包括药事管理，药品的调剂、调配、制剂、临床药学、药物研究、药品检验与质控、药物信息、药学的科研与教学、药学人才的培养和药学人员的职业道德建设等。中国现代医院一门崭新的学科―――现代医院药学，将在现在和未来医院的医疗工作中发挥重要作用。

2、简述调剂业务的步骤。

答：根据医师处方或科室请领单，按照配方程度，及时、准确地调配和分发药剂，调配处方必须严格按照处方调配操作规程，仔细审查处方，认真调配操作，严格监督检查，耐心讲解药物用法、用量和注意事项。严格按照规定管理毒、麻和精神药品，并监督临床使用。

3、医院制剂质量标准有哪些? 答：普通制剂室的主要任务是配制药典制剂（包括“部颁标准”和“地方标准”）及本院协定处方的预制药剂，例如合剂、溶液剂、散剂、软膏剂、酊剂、混悬剂、栓剂、片剂、膜剂、胶囊剂等。

灭菌制剂室负责大输液及各种规格的注射剂、滴眼剂等。

4、简述影响生物利用度的因素有哪些? 答：影响生物利用度的因素较多，包括药物颗粒的大小、晶型、填充剂的紧密度、赋型剂及生产工艺等，生物利用度是用来评价制剂吸收程度的指标。

其他因素还有：①胃肠道内的代谢分解；②肝脏首过作用；③非线性特性的影响；④实验动物的影响；⑤年龄、疾病及食物等因素的影响。

5、治疗药物评价遵循什么原则？ 答：

一、从药物使用的目的出发，医师、药师针对疾病的病因及病人的生理、病理改变，在充分掌握药物的药理学、药效学、制剂学和毒理学知识的基础上，科学、正确、合理地为患者提供最佳的治疗药物；

二、从药物利用目的出发，对上市后药物的临床治疗效果进行评价，决定淘汰还继续使用，这有依赖于对治疗药物的评价结果；

评价原则：有效、安全、经济、方便，以及生命质量和品种质量。

6、药物经济学评价的方法。

答：药物经济学评价方法主要有四种：最小成本分析、成本效果分析、成本效用分析和成本效益分析。

7、药物不良反应监测包括哪些内容？

答：1.所有危及生命、致残直到丧失劳动能力或死亡的不良反应；

2.新药投产使用后发徨的各种不良反应； 3.疑为药品所致的突变、癌变、畸形； 4.各种类型的过敏反应；

5.非麻醉药品产生的药物信赖性；

6.疑为药品间相互作用导致的不良反应； 7.其它一切与药品有关的意外的不良反应。

8、简述A型不良反应的发生机制。

答：由药物本身或其代谢物所引起，为固有药理作用增强或持续所致。具有剂量依赖性和可预测性，发生率较高，但危险性小，病死率低，个体易感性差异大，与年龄、性别、病理状态等因素有关，包括药物的副作用、毒性作用以及继发反应、首剂效应、后遗效应等。

9、简述新药的类别。答：（1）中药

第一类：中药材的人工制成品；新发现的中药材；中药材新的药用部位。

第二类：改变中药传统给药途径的新制剂；天然药物中提取的有效部位及制剂。

第三类：新的中药制剂（包括古方、秘方、验方和改变传统处方组成者）。

第四类：改变剂型但不改变给药途径的中成药。

第五类：增加适应症的中成药。（2）西药

第一类：我国创制的原料药品及其制剂（包括天然药物中提取的及合成的新的有效单体及其制剂）；国外未批准生产，仅有文献报道的原料药品及其制剂。

第二类：国外已批准生产，但未列入一国药典的原料药品及其制剂。

第三类：西药复方制剂；中西药复方制剂。

第四类：天然药物中已知有效单体用合成或半合成方法制取者；国外已批准生产，并已列入一国药典的原料药品及其制剂；改变剂型或改变给药途径的药品。

第五类：增加适应症的药品。

10、简述新药临床试验各期的内容和完成病例数。

答：

1、期初步临床药理学及人体安全性评价试验，观察人体耐受和药代动力学。观察人群——健康志愿者。

2、期治疗作用初步评价，观察目标适应症的治疗作用和安全性，为3期临床设计和给药方案提供依据。观察人群——少数病人志愿者。

3、期大规模试验药物的临床试验。一般设计为随机盲法对照，药物治疗作用的确证，为药物注册提供重要依据。观察人群——大量人群有时也包括老人和儿童。

4、期上市后临床。拓宽药品的适应症或了解更多的不良反应。观察人群——数以千计的病人资料。

11、影响药物吸收的相互作用有哪些？ 答：药物应用后在体内产生的作用（效应）常常受到多种因素的影响，例如药物的剂量、制剂、给药途径、联合应用、病人的生理因素、病理状态等等，都可影响药物的作用，不仅影响药物作用的强度，有时还可改变药物作用的性质。

临床应用药物时，除应了解各种药物的作用、用途外，还有必要了解影响药物作用的一些因素，以便更好地掌握药物使用的规律，充分发挥药物的治疗作用，避免引起不良反应。

12、常见注射剂配伍变化发生原因。答： 1.沉淀

（1）注射液溶媒组成改变 ：因改变溶媒的性质而析出沉淀，某些注射剂内含有非水溶剂，目的是使药物溶解或制剂稳定，若把这类药物加入水溶液中，由于溶媒性质的改变而析出药物产生沉淀，如氯霉素注射液（含乙醇、甘油）加入5%葡萄糖注射液或氯化钠注射液中，可析出氯霉素沉淀。

（2）电解质的盐析作用：亲水胶体或蛋白质药物自液体中被脱水或因电解质的影响而凝结析出。两性霉素B注射剂和氯化钠注射液合用可发生盐析作用而出现沉淀。

（3）pH改变：5%硫喷妥钠10ml加入5%葡萄糖注射液500ml中产生沉淀，系由于pH值下降所致。

（4）直接反应：普鲁卡因与氯丙嗪或异丙嗪，头孢菌素类与Ca、Mg离子等形成难容性螯合物析出沉淀。

2.变色

酚类化合物水杨酸及其衍生物，以及含酚基的药物如肾上腺素与铁盐发生络合作用，或受空气氧化都能产生有色物质，异烟肼或维生素C与氨茶碱、多巴胺与苯妥因那等合用都可出现颜色变化。

3.效价降低 乳酸根离子可加速氨苄西林的水解，氨苄西林在含乳酸根的复发氯化钠注射液中，4小时效价下降20%。

4.聚合反应 氨苄西林1%（W/V）的储备液，放置期间除发生变色、溶液变黏稠外，还可能形成沉淀。这是形成聚合物。头孢噻啶等也有此现象。

13、简述有机磷农药中毒的解救原则。答：

1、清除毒物，防止继续吸收

2、积极采取对症治疗

3、解毒药物的应用 ①胆碱能神经抑制剂 ②胆碱酯酶复能剂

特效解毒药物的剂量和用法：均应早期、足量应用，并根据病情变化适量增减，治疗期间，应监测红细胞胆碱酯酶活性，＜30％时，必须联合用药。

14、简述药学监护的主要内容。

答：1 把医疗、药学、护理有机地结合在一起，让医生、药师、护士齐心协力，共同承担医疗责任。既为病人个人服务，又为整个社会国民健康教育服务。3 积极参与疾病的预防、检测、治疗和保健。指导、帮助病人和医护人员安全、有效、合理地使用药物。5 定期对药物的使用和管理进行科学评估。根据药学监护的上述内容，医院药师的工作方式将发生改变，他们不仅仅是调制药品，而是要与医生、护士一起直接面向病人，参与治疗，指导用药，工作在临床第一线。

15、简述药学监护的步骤。

答：

1、首次接触病人，应建立药历，记录有关信息，患者的疾病状况（包括病人以往 用药史、药物过敏史、疗效学），与病人进行充分沟通，尽可能了解病人长期的身体素质和经济状况。实践证明取得病人及其家属的信任和配合是关键的一步，医院药师应在详细掌握病人用药后的疗效和不良反应的前提下，再根据病情的变化向医师提供针对性较强的用药计划。

2、药师应认真参与决定用药的全部过程。从药物——病人——致病原三位一体上综合考虑因果关系，选择恰当的剂型、给药途径和给药方法。

3、利用药物动力学和药效学的知识决定用药效量及疗程，告知病人实施药物治疗计划的重要性以及在用药过程中可能的药物反应、严重并发症等。

4、对病人进行用药监测，并使药物不良反应及药物相关作用的发生降低到最低限度。同时借助于现代化的仪器设备，把科学数据和理论知识相结合，分析、判断药物在不同病人体内的情况，科学地解释药物治疗有效、显效、失败的原因，再根据具体情况为医师提供切实可行的下一步药物治疗方案。治疗方案应适合前述的药物治疗目标，还要符合药物经济学原则，遵守卫生系统中的用药政策。良好地治疗效果既可以加速病人的康复，取得医师、病人的信任，又可以逐步确立医院药师在PC工作中的地位，同时能够为今后工作铺路。

5、病人离开后，安排随访，并依法保守工作中获得的病人私人信息（尊重病人的隐私权）或安排问卷调查。

16、药学情报查阅检索工具的种类和用法有哪些？

答：

一、常用法即是利用现有的各种信息文献检索工具进行查阅的方法，它又可以分为顺查和倒查两种。

二、追溯法这是很多科技人员习惯使用的一种方法。

三、分段法（或称循环法）本法是以上两种方法的综合利用。

17、作为药师，提高患者依从性的措施有哪些？

答：改善服务态度 药师服务对象不是一般的社会群体，而是特殊的社会人群即病人，这就构成了其工作的特殊性，因为病人受疾病折磨，其情绪、要求与一般人不同，表现出情绪的不稳定性和要求较高，药房药师的精神风貌、道德水准是病患者的精神依托。药师在发药过程中，注意文明礼貌服务，对病人态度和蔼，语言文明，耐心对待病人提出的问题，这样，病人自然对药师有信任感，有利于提高病人的依从性。反之，病人不相信药师，依从性就差。

18、病患用药教育的内容有哪些？ 答：

一、药物的不良反应；

二、处方药与非处方药；

三、药物的常用剂型和使用方法；

四、指导患者辨认药物的“有效期”、“失效期”和剂量；

五、指导患者读懂药品说明书中的“慎用”“忌用”“禁用”；

六、胰岛素的保存方法；

七、抗生素的合理使用；

八、选择药物要注意个体差异；

九、正确指导发热儿童选药和退热；

十、老人用药的注意事项。

19、病患用药教育的方法有哪些？ 答：

一、药师向患者提供咨询服务时，要注意到不同患者对信息的要求及解释上存在种族、文化背景、性别及年龄的差异，要有针对性地使用适宜的方式、方法，并注意尊重患者的个人意愿。

二、对特殊人群需注意的问题：老年人（认知能力下降）、妊娠或哺乳期妇女、患者的疾病状况（肝、肾功能不全）等。

三、解释的技巧：对于一般患者的咨询，要以容易理解的医学术语来解释；应尽量使用描述性语言以便患者能正确理解，还可以口头与书面解释方式并用。尽量不用带数字的术语来表示。

四、尽量为特殊患者提供书面材料：①第一次用药的患者；②使用地高辛、茶碱等治疗窗窄的药物的患者； ③用药依从性不好的患者。

五、尊重患者的意愿，保护患者的隐私：不得将咨询档案等患者的信息资料用于商业目的。

六、及时回答不拖延：能当场解答就当场解答，不能当场答复的，不要冒失回答，要问清对方何时需要答复，进一步查询相关资料后尽快予以正确答复。20、简述高血压联合用药原则。

答：单用一种降压药不能达到降压目标，进一步加大降压药的剂量，虽可以增加一定的疗效，但随着剂量的增加，常会产生一些不良反应。因此，要想把血压降至正常，大多数患者都需联合使用两种或两种以上的降压药。

21、简述药学职业道德的原则。

答：药学职业道德的基本原则被概括为：(1)提高药品质量，保证药品安全有效；(2)实行社会主义的人道主义；(3)全心全意地为人民健康服务：

必须处理好三个方面的关系：①正确处理医药人员与服务对象的关系；②正确处理个人利益与集体利益的关系；②正确处理“德与术”的关系。

**第四篇：医院人员编制比例和配备**

医院人员编制比例和配备

（一）确定编制总额

医院人员编制总额的核定，是依据有关主管部门核准的床位数，按一定的人员编制标准核定的。其计算公式为： M＝=B×Y+[(B-Bmin)/(Bmax-Bmin)]×(Ymax-Ymin)×B+A1……+An

式中：M——核定人员编制总数； B——核定床位数； Bmax——规定该等级医院床位数的上限； Bmin——规定该等级医院床位数的下限； Y——编制常数平均值； Ymax——该等次常数上限； Ymin——该等次常数下限； A1，A2，…，An——医院其他附属编制。

（二）制定编制方案 人员编制方案是编制员额、人员编制类别以及岗位、职数、各类人员结构比例等方面的规定。

（三）核定编制比例 编制比例是指编制员额与核编参数之间的比例关系的规定。医院编制比例，通常由一定数量的编制员额与一定数量的核编参数组成。对于医院来说，病床数就是核编参数，医院的核定病床数通常是由卫生行政主管部门依据区域医疗规划所审定的。

（四）进行人员配备 我国医院的人员配备，主要依据卫生部1978年颁布的《综合医院组织编制原则（草案）》进行。根据这个《原则》综合医院病床与工作人员之比，依医院的规模和承担的任务分为三类：300张床位以下的医院按1∶1.30～1∶1.40计算；300～400张床位的医院按1∶1.40～1∶1.50计算；500张床位以上的医院按1∶1.60～1∶1.70计算。医院各类人员的比例为：行政和工勤人员占总编制的28％～30％，其中行政管理人员占编制的8％～10％；卫生技术人员占总编制的70％～72％，在卫生技术人员中，医师、中医师占25-35％，护理人员占40-50％，药剂人员占8％，检验人员占4.6％，放射人员占4.4％，其他卫生技术人员占8％。

1、临床科室负责人配备（1）科主任。25张床位以上的科设科主任，超过40张床位可增设副主任。门诊任务较多的科，病床虽少于25张也可设科主任。门诊及病房任务较少的科，可由其他有关科的科主任兼任。（2）科护士长。各科设护士长（助产士长），病床多时可设副职。

2、医师的配备 卫生部规定，各级医师结构比例为：主任医师∶副主任医师∶主治医师∶住院医师＝1∶2∶4∶8。在编配某一职级的医师时，通常采用的计算公式为： M＝(Tw×B×R)/Ta×15/P＋A 式中： M——某职级医师数； Tw——住院医师日均诊治每位患者所需工时； B——核定编制床位数； R——病床使用率； Ta——住院医师日均有效工时； P——住院医师比例数； A——机动数。根据医院担负的任务和规模的不同，医师中高、中、初专业技术人员的比例也应有所差异，以初级卫生保健和社区医疗为主要任务的医院，医师的配备应侧重于全科医师，其专业技术职称中，高、中级比例可相对较少；承担高度医疗或医学院校附属医院，高中级专业技术人员编配比例可适当增大。

3、护理人员和助产士的配备 护理人员包括护理技术人员和护理员。护理技术人员和护理员的比例为3∶1为宜。卫生部1997年颁布的《综合医院评审标准》规定，三级、二级综合医院中，实际从事临床护理工作的在编护理人员数不少于卫生技术人员总数的50％；病房床位与病房护士之比不少于1∶0.4；具有大专以上护理专业毕业文凭者，三级医院不少于护士总数的20％，二级医院不少于护士总数的10％。（1）病房护理人员承担的工作量不包括发药及治疗工作量在内，发药及治疗护理人员与病床之比为1∶100～1.2∶100。（2）40～50张床位设护士3～4人。（3）门诊护理人员与门诊医师之比为1∶2。（4）住院护理人员与病床之比为1∶100～1.2∶100。（5）急诊室护理人员与病床之比为1∶100～1.5∶100。（6）婴儿室护理人员与婴儿病床之比为1∶3～1∶6。（7）注射室护理人员与病床之比为1.2∶100～1.4∶100。（8）供应室护理人员与病床之比为2∶100～2.5∶100。（9）设有观察床的护理人员与观察床之比为1∶2～1∶3。（10）手术室护理人员与手术台之比为2∶1～3∶1。（11）助产士与妇产科病床之比为：1∶8～1∶10。（12）病房、门诊、住院处、急诊室、观察室、婴儿室、注射室、手术室、供应室等单位，每6名护理人员（助产士）增加替班1名。

4、医技人员的配备（1）检验人员。检验师与病床之比为1∶100～1∶200，其他检验人员与病床之比为1∶30～1∶40。（2）药剂人员。药剂师与病床之比为1∶80～1∶100，其他药剂人员与病床之比为1∶15～1∶18，中药炮制、制剂人员与病床之比为1∶60～1∶80。（3）放射人员。放射医师与病床之比为1∶50～1∶60。（4）理疗人员。理疗医师与病床之比为1∶100～1∶150，其他理疗人员与病床之比为1∶50～1∶100。（5）营养人员。营养人员与病床之比，三级综合医院为1∶200；二级综合医院为1∶250。（6）病理人员。病理人员与病床之比为1∶100～1∶130。（7）麻醉人员。麻醉人员与手术台之比为1∶1～1.5∶1。（8）口腔科技术人员。根据实际需要，在编制总数内进行调配。

5、行政管理和工勤人员的配备（1）书记、院长及其副职。100～200张床位的医院设2～3人；300～400张床位的医院设3～5人；500张床位以上的医院设4～6人。（2）其他行政管理人员。可根据医院科室设置和实际需要配备。（3）病人厨工。与床位数之比为1∶25～1∶30。（4）配餐人员。与床位数之比为1∶40～1∶50。（5）病房卫生员。与床位数之比为1∶20～1∶25。（6）洗衣工。与床位数之比为1∶25～1∶40。（7）其他工勤人员。可根据实际需要，在工勤人员编制内进行调配。

**第五篇：医院药学管理制度**

冯卯中心卫生院医院药学管理制度

一、西药调剂室工作制度

（一）调剂人员要具备全心全意为广大病员服务的思想和高尚的医院道德，对工作认真负责，把好药口质量关，确保病人用药安全有效。

（二）调剂要人员要以认真负责的态度，根据本院医师正式处方调配发药，非本院处方不予调配。

（三）收方后，对处方认真执行“三查十对”制度，审查无误后方可调配，如处方内容错误时，应与处方医师联系更正后，方可调配。

（四）配方时，应缌、迅速、准确、严格执行核对制度，计价配方，发药及核对人员均应在处方上签字。

（五）发药时应将病人姓名、用药方法及注意事项，详细写在药袋和瓶签上，并应耐心地向病人交待清楚。

（六）对发出的药品，原则上不予退回，如特殊情况确须退药时，只限有效期内的注射剂，和原包装的片、丸剂。经医师开写退药处方，复写两联，一联交药房，一联交收款处。

（七）调剂室在分装协定量的药品时，应将规格数量和分装日期标明在药袋上，分装人员必须详细复核、登记、签字。

（八）调剂室内部应保持清洁，药品及调配用具要定位放置，用后放回原处。

（九）调剂室贮药瓶签，应按规定用中文和拉丁书写清楚，注明规格、常用量和极量，补充药品时，必须经另一人核对方可装瓶。

（十）对麻醉药品、毒药、精神药品及贵重药品，值班人员要认真盘点清楚，发现问题和错长错短，当班者和统计员应及时查明原因，由科、室负责人协商处理。

（十一）凡是具有效期的药品，要定期检查有效期防止药品过期失效。

（十二）调剂室的所有衡器、量具要按照计量法规定，进行定期检查确保计量准确可靠。

（十三）调剂室工作人员要衣帽整洁，注意个人卫生，工作时间要保持肃静，不得大声喧哗，严格遵守劳动纪律，坚守工作岗位，工作时有事离开时，应请假，不能撤回擅自脱岗，若下班时有未完成的工作应向值班人员交待清楚。

（十四）非本室人员未经允许禁止入内。

二、病房药房工作制度

（一）调剂人员必须具有全心全意为人民服务的思相和高尚的医药道德、对工作认真负责，把好药品质量关，确保病人用药安全有效。

（二）配方人员要以认真负责的态度，根据正式处方或领药单调配发药，非本院处方不予调配，病房药房的药品只供住院病人使用，门诊处方未经科主任同意，不予调配。

（三）收方时，对处方内容审查核对无误后，方可调配，如处方内容不委妥或错误时，应与处方医师（士）联系更正后方可调配。

（四）配方时应按调配技术常规和操作规程称量标准，不得估量取药，所用原料和辅料必须符合药用规格，急诊处方及抢救用药保证随到随配。

（五）配方应细心迅速和准确，严格执行核对制度，计价配方，核对发药人均需在处方上签名。

（六）对出院病人发药时，应将病人姓名用药方法及注意事项详细在药袋上或瓶签上，并应耐心地向病人交待清楚。

（七）对已发出的药品原则上不予退回，如特殊情况，确需退药时，只限有限注射剂和原包装片、丸剂，经医师（士）用红笔开出退方，方可退回。

（八）调剂室的分装人员必须详细复核在药袋上写清药名、含量及数量。

（九）调剂室的药品及调配用具要定位放置，用后放回原处。

（十）调剂室的贮药瓶的瓶签应按规定用中文和拉丁文书写清楚，注明规格、常用量和极量。补充药品时经另一人核对，方可装瓶。

（十一）对麻醉药、毒药、精神药品及贵重药品，当日核对，发现问题或错长错短及时核对。

（十二）药品要定期检查有效期，严防过期失效的现象发生。

（十三）调剂室工作人员要衣帽整齐，注意个人卫生和室内卫生，工作时间应保持肃静，不得大声喧哗，严格遵守劳动纪律，坚守工作岗位，工作时间有事离岗要请假，不得擅自脱岗。

（十四）调剂室应定期会同病房检查小药柜的管理情况，如有问题及时解决。

（十五）非本室人员不得入内。

三、麻醉药品管理制度

（一）根据中华人民共和国药品管理法第七章第三十九条规定：麻醉药品属特殊管理药品之一，要执行特殊的管理办法，管理办法由国务院制定。

（二）按照国务院文件，国发[1987]103号《麻醉药品的管理办法》的通知精神，特制定医院药剂科麻醉药品的管理制度，一九七九年九月十三日国务院颁发《麻醉药品管理条例》同时废止。

（三）麻醉药品系指连续使用易产生身体依赖性且能成瘾癖的药品，主要有阿片类、可卡因类、大麻类、合成麻醉药类及卫生部指定的其它易成瘾癖的药品，药用原植物及期制剂，我国规定的麻醉药品范围共八类，33个品种。

（四）医院药剂科麻醉药品的管理和使用，必须按国发103号《麻醉药品管理办法》的精神进行采购，管理和使用，医疗单位及个人，不得自行更改管理办法。

（五）麻醉药品只限于医疗、教学、科研需要，医院制剂室制备含有麻醉药品的制剂，需由当地卫生行政部门批准（县以上卫生行政部门）方可自行配制，未经批准的任务单位和个人不得自行配制。

（六）具有麻醉药品处方权的医务人员必须具有医师以上技术职称，并经考核能正确使用麻醉药品,本院医务人员的麻醉药品处方权需经医务科负责批准，并将医师签字式样送药剂科备查。

（七）进行计划生育手术的医务人员经考核能正确使用麻醉药品的，在进行手术期间有麻醉药品处方权。

（八）麻醉药品和用量：每张处方针剂不得超过二日常用量，片剂、酊剂、糖浆剂等不得超过三日常用量，连续使用不得超过七天。

（九）麻醉药品处方书写要求：处方要用专用处方（红底黑字）书写工整，字迹清晰，写明病情，医师签全名，划价、配方、发药及核对人员均应签全名，并进行麻醉药品处方登记，医务人员不得为自已开方使用麻醉药品。

（十）经县以上医疗单位诊断需使用麻醉药品的危重病人可由县以上行政部门指定的医疗单位，凭医疗诊断书和户口簿核发＜麻醉药品专用卡＞患者凭“专卡”到指定的医疗单位规定开方取药，具体按＜麻醉药品专用卡＞的有关规定执行。

（十一）医院药剂科应根据国务院对麻醉药品管理的有关规定，执行和监督本院麻醉药品的管理和使用，禁止非法使用、储存、转让或借用麻醉药品，对违反规定滥用麻醉药品者，药剂科有权拒绝发药，并及时向院领导及当地卫生行政部门报告。

（十二）医院抢救病人时，急需麻醉药品者，如手续不完备时，可先发放该病例一次性使用剂量之后补办手续。

（十三）医院的医疗、教学、科研所用的麻醉药品按＜麻醉药品管理办法＞使用，药剂科要严格执行＜麻醉药品管理办法＞中的关规定，严格保管，合理应用，杜绝滥用，防止流痹，严格实行麻醉药品的“五专制度”；专人负责，专柜加锁，专用处方，专用帐册，专册登记。

（十四）麻醉药品处方应完整保存三年备查

（十五）药剂科各班组麻醉药品的管理和使用，要有专人负责管理、班班交接、认真填写麻醉药品交班笨及处方登记本。

（十六）药剂人员在调配麻醉药品时，要严格审查处方，对不符合规定的麻醉药品处方，拒绝调配。

（十七）药剂科主任应定期检查本院的麻醉药品管理使用情况，发现总是及时解决处理。

（十八）麻醉药品的报销制度 对霉变破损的麻醉药品，使用单位每年报销一次，由单位领导审核批准，就地监督销毁，并向当地卫生行政部门报备，医疗科室和药剂科各班组剩余的麻醉药品，应按退药手续随时交药剂科，不得积存。

四、贵重药品管理制度

（一）按上级有关规定和医院临床用药的实际情况，划分为片剂单价1．00元以上者，针剂5．00元以上者列为贵重药品管理范围（包括自费药品）。

（二）贵重药品又分为一类和二类，一类贵重药品须建立逐日消耗交班表和日清月结收支帐。

（三）凡属一类贵重药品，值班人员必须每日认盘点，填写逐日消耗交班表，如有差错和丢失现象按科有关规定酌情处理。

（四）统计员每日根据门诊用药消耗数量及时补充药品，以保证临床用药，当日消耗的贵重药品应及时登记入帐，并应帐物相符。

（五）自费药品均按上级有关规定执行，严禁自费药品公费报销的现象发生。

（六）贵重药品如有自然破损，应按上级规定的报损制度执行，认真清点破损药品，填写药品溢耗单，由科室负责人签字方能上报财务，予以报销。

（七）值班人员调配处方时，应计价准确，调配无误，凡计价误差大，或错发及多发出的贵重药，均按差错登记处理。

（八）值班人员调配处方时，应计价准确，调配无误，凡计价误差大，或错发及多发出的贵重药，均按差错登记处理。

（九）属公费医疗的患者，应按公费医疗制度执行，严格控制和杜绝滥开大方的现象。

（十）贵重药品应定期检查有效期限，严防过期失效的药品使用于临床。

（十一）凡属生物制品的药品均按要求冷藏保存，易潮解和霉变的药品应存放于干燥通风处。

（十二）严格执行药品管理法，严防伪、假、劣药混入。

（十三）严格执行贵重药品逐日消耗制度，贵重药品每月盘点一次，并认真填写盘点明细表，上报财务科。

（十四）贵重药品一律由调剂室按医师处方发放，晚间急症病人所用药品，次日须补办手续。

五、西药库工作制度

（一）药品采购

1．药库管理人员负责全院药品的采购供应工作，根据本院业务性质、工作范围、医疗需要，按时编制药品采购计划交科主任审查，院长批准后执行。药品的库存量，在供产正常情况下一般为二至四个月，特殊情况可适当增减。

2．采购人员应自觉遵守财务管理的有关规定，谦洁自律，把好药品质量关，不准采购假劣药品和非药品，坚持按主渠道进药品。

3．按“药品管理法”规定进行药品采购，认真执行药品采购计划，积极组织货源，保证药品供应，要搞好经济管理，保证资金合理流动避免药品积压和浪费。

4．购进、调进和退库的药品，由采购人员按照原始发标，会同药库管理人员对品名、规格、数量、批准文号、生产批号、有效期限外观质量、包装情况、产地金额等项，进行检收核对无误后，采购保管或验收人在进货单上签字后方可入库。

5．入库单由药库管理人员，填写一式三联，第一联留存、备查，第二联记帐凭证，第三联，随原始单据交财务部门力理报销。

1．药库管理人员要认真执行药政法则，对麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品、贵重药品，必须按有关规定，严格管理，不断提高专业知识水平和经济管理水平。

2．药品库的房屋要求建筑坚实、室内干燥通风、门窗牢固，注意随时加锁。库内设有防火设备，并应经常检查，确保安全，非药库管理人员不得擅自进入药库。

3．库存药品应按性质、剂型、分类保管注意室内温度、通风避光及药品的有效期，需低温保存的药品，应贮冰箱内，防止变霉、虫柱、鼠咬等。

4．药品库：必须建立健全各种帐卡、统计、登记有效药品标记。

5．化学危险药品应另设安全库，分类存放，不得与其它物品同库贮存，并定期进行安全检查。

6．药品库必须定期清查盘点，并核对帐目，达到帐（卡）帐目相符。

7．保管人员调动工作时，必须办理移交履行交接手续，并应由科主任监交，交接双方和监交人员在有关帐（卡）表格上签字负责。

1.各科室应填写领物申请单，定期到药库领取药品。

2.实发药由药库管理人员填写出库单一式四联，双方签字，第一联统计计帐。第二联保管出帐（卡）。第三联交领物单位。第四联交财务部门。

3.未经领导同意，药品库不得配发处方（急救除外）不得对外代收、代购、转让药品。

六、药品质量信息反馈制度

（一）药剂科应设专职或兼职信息员，做好药品质量信息的反馈工作，定期向药事管理委员会报告。

（二）信息员要深入实际，收集或征询药品质量情况，并汇总整理，填写药品质量信息反馈报告表，报院药事管理委员会。

七、中药调剂室工作制度

（一）调剂人员必须具有全心全意为广大病员服务的思想和高尚的医药道德，对工作认真负责，把好药品质量关，确保病人用安全有效。

（二）调配人员根据处方调配发药。非本字处方不予调配。

（三）收方时审查处方内容，医师签各无误后方可调配。如发现不妥之处或因缺药不能全部配发时，应与医师联系修改后再行调配。急症处方先调配。

（四）配方时应细心准确，按照调配技术规程进行调配，中药配方应按处方应付的统一标准调配，称量要准确，严禁估量抓药，毒性药材要逐剂称量，凡需先煎，后下，烊化，冲服，包煎的药材应单包，并在包上注明煎服方法。

（五）要严格执行配方复核制度、计价、配方发药人员均应在处方上签字。

（六）发药时，应将病人姓名、用法、用量及注意事项,详细写在药袋上，并应耐心地向病人交待清楚。

（七）对已发出的药品原则上不予退药，如特殊情况确需退药时，只限原包装片、丸剂、其药品各称及含量、规格清楚者，需经处方医师开退药处方，说明理由并附报销单据，方可办理退药。

（八）药品应按剂型、药理作用等分类排序，定位放置。

（九）药品应定期检查，对有效期的药品应建立登记管理制度,确保药品质量。

（十）对毒剧药、贵重药及自费药品应按有关规定管理，实行专人专帐，专柜加锁保管，并做到逐日消耗统计，月终盘点，帐物相符。

（十一）凡属自费药品，要严格按照有关规定计价、交费，不得以任何形式公费报销。

（十三）调剂室的药品应每日盘点，建立健全统计报销制度。

（十四）调剂室工作人员要衣帽整洁，注意个人卫生并保持好室内卫生，应严格遵守劳动纪律，不擅自脱岗，不迟到早退。

（十五）非本室人员不得擅自进入调剂室。

（十六）凡是库内有药，病人需要应及时领取保证病人用药。

八、中药贵重药品管理制度

（一）按上级有关规定和医院临床用药的实际情况划分，中成药单价4元以上，中草药单价1．00／10g以上者列为贵重药品管理范围（包括自费药品）。

（二）贵重药品又分为一类和二类，一类贵重药品须建立逐日消耗交班本和日清月结收支帐。

（三）凡属一类贵重药品，值班人员必须每日认真盘点，填写逐日消耗交班表，如有差错和丢失现象，按科内有关规定酌情处理。

（四）统计员每日根据门诊用药消耗数量，及时补充药品以保证临床用药，当日消耗的贵重药品应及时登记入帐，并应帐物相符。

（六）贵重药品如有破损，应按院内规定的报损制度处理，认真清点破损药品，填写药品溢耗单，由科主任签字方能上报财务预以报销。

（七）如遇药品调价时，应及时清点库存药品，将药品差价填写调价单，上报财务科。

（八）调配人员调配处方时，应计价准确，调配无误，凡计价误差大或错发及多发出的贵重药，均按差错登记处理。

（九）属公费医疗的患者，应按现行的公费医疗制度执行，严格杜绝滥开大方的现象。

（十）贵重药品应定期检查，严防过期霉变的现象发生，易潮解和霉变的药品应存放于干燥、阴凉、通风处。

（十一）严格执行《药品管理法》，严防伪、假、劣药混入。

（十二）严格执行贵重药品逐日消耗，日清月结制度，贵重药品每月盘点一次，并认真填写盘点明细表，上报财务科。

（十三）贵重药品一律由调剂室，按医师处方发放、库房与临床科室均无权发放。

九、医疗用毒性药品管理制度

（一）毒性药品须具有由责任心强，业务熟练的主管药师以上的药剂人员负责管理。

（二）毒性药品需设毒剧药橱，实行专人、专柜、专帐，帖明显标签加锁保管的方法。

（三）调配毒性药处方时，必须认真负责，称量要准确无误，处方调配完毕，必须经另一位药师复核后，方可发出，并行签名。

（四）本院就诊的患者，如需用毒性药品者，应由多年实践经验的主治以上的医师开方，并写写明病情及用法，一类毒性药品由院长签字，二类毒性药品由药学科主任签字，方可调配，对于民间单方，验方需用的毒性中药，患者购买时，应有购买者所在机关单位出具购买证明。

（五）毒性药品须按药典规定，内服一类药品为一日量，二类药品为二日量，外用适量。

（六）毒性药品应设立专帐卡，每日盘点一次，日清月结，做到帐物相符，并填写使用登记本。登记本应明患者姓名，年龄，用药品名数及日期，处方医生姓名、调配人员姓名。处方及证明一般保存一年，以备后查。

（七）管理人员交接时，应在科主任监督下进行交接，并在帐卡上签字，严格交接，做到帐物相符。

附；毒性中药及中成药品种。

第一类 砒石（红砒）（白砒），水银。

第二类 生白附子、生附子、生马前子、生乌头、生川乌，生草乌、生天雄、斑蟊（包括青娘虫、葛上亭长、地胆）红娘虫、生巴豆、生半夏、生甘遂、生南星、生狼毒、生藤黄、洋金花、闹洋花、生千金子、生天仙子、蟾酥、轻粉、红粉、红升丹、白降丹、雄黄、九分散、九虎丹、九转回生丹、回生散。十、中药库工作制度

（一）计划采购

1．根据本院的业务需要性质和工作范围及不同季节的发病情况，请领计划及库存情况，编造药品的年、季、月采购计划。经药剂科主任审批及报请分管院长批准后采购，中西药品的库存定额在供应正常情况下一般限定2~4个月库存，特殊情况可适当调整。

2．采购计划一式两份，一份送药材公司，一份留底备查，外地采购药品需经科主任和分管院长批准。

3．按“药品管理法”规定进行药品采购，不得购进伪药劣药和非药用品，采购人员应自觉遵守财务管理制度，廉洁自爱，自觉遵守国家的法律、法令，把好药品质量关，保证人民用药安全。

4．坚持按正规渠道进行，严禁由私人手中购进药品。

（二）仓库保管

2.库存药品应按药物性质分类保管，要注意室内温度、湿度，通风避光及药品经常凉晒和蒸，以防霉变、虫蛀、鼠咬及化学污染等。

3.药库必须建立健全各种帐卡，统计登记和特殊药品的标记做到帐物相符。

4.每月清查核对帐目一次，年终彻底盘点并核对帐目做金额核算，以便掌握全年药品的进销情况和合理库存。

5．保管人调高动时，必须履行交接手续，并由科主任监交，交接双方和监交人均应在帐卡上表格上签字以示负责任。

1．各科室应有领药预领单，定期到药库领取药品，只要库房有的药品或病房需要，可随时领取。

2．实发药品由保管人员填写出库单，一式三联，双方签字，第一联保管记帐，第二联药材会计记帐，第三联交领药单位。

3．药库不得配发处方，未经领导同意，不得对外代收、代购、转让药品。

4．有关毒剧药品的领发，应按毒限剧药管理制度的规定执行。

十一、中药加工炮制室工作制度

为提高服务质量，改善服务态度，更好的配合临床，科研教学需要，特订中药加工炮制室制度如下：

（二）凡进炮制室待加工的药材，必须查明药物来源，药材的真伪、优劣、质量等以保证药材加工前的质量。

（三）药材加工除去药材内的杂草和泥土，需做制剂的药材快水冲洗，凉（烘）干备用。

（四）需炒制的药材，根据药物性质、掌握加热的温度、按规范进行操作。

（五）炒炭药材必须保证质量不可炭化，操作过程中应用清水喷灭火星，防止复燃，至24小时后凉透验收入库。

（六）需加辅料炮制的药材，必须保证辅料的纯净度，按照规定的重量和浓度执行。

（七）需切制的根茎类药材用水冲淋、润湿，按标准厚度切制、凉干。

（八）根据门诊需要，做到加工有计划、认真填写出入库单据和工作量报表。

（九）炮制室内加工间和工作间分开，加工设备应放在干燥通风房间，并备有通风、降湿除尘、防火设施，对于加工设备做到定期检修。

（十）需加工药材，内服和外用器皿一定要分开，用后冲洗干净。

（十一）工作人员每年做一次体检，炮制工作人员必须是专职人员，对于加工好的药材必须经二人复核、签字登记方可用于临床。

（十二）以上制度，请给予监督指导，非工作事宜请勿入内。

十二、药剂人员考绩、考核制度

（一）药剂科（部）要建立药学人员考核，考核领导小组，由科主任，组长定期、不定期地对药学人员进行考绩，考核成绩存入业务技术档案。

（二）药剂科（部）要按上级的部署要求，根据实际情况，每年一次，制定具体的考绩、考核内容、方法和标准。

（三）政治思想和服务质量按医院规定进行考核，药剂科要及时上报，留底存入药剂科的自建档案。

（四）药学人员的出版著作发表论文、发明专刊、科研成果技术革新、获奖等级、及在工作中有突出的成绩、先进事例或发生严重差错及事故，均应作为考绩、考核内容登记入科（部）业务技术档案。

十三、政治、业务学习制度

（一）药剂人员要加强政治学习，坚持四项基本原则、树立全心全意为人民服务的思想，刻苦钻研业务，不断提高政治和业务技术水平，药剂科（部）要在医院统一部署下每周抽出时间，组织政治学习和业务学习，举办各种形式的讲学讲座，并做好考勤和学习记录。

（二）药剂科（部）每年年底初要根据实际情况，制定各级药剂人员学习计划，根据计划，有针对性地安排学习辅导，培训考核等，在考核中如遇不适，可及时修正，年终分别由本人和科（部）写出书面总结。

（三）青年药师（士）及新毕业的药剂师（士）要加强基础理论和外语的学习，加强基础操作技能的训练。新毕业的药师（士）二年内要在各工作岗位上进行轮换，以便全面了解和掌握本科（部）的工作。

（四）主管药师应加强高层次专业理论的学习主任药师要不断学习国内外先进理论和先进技术，结合实际，开展新技术新项目的研究工作。

（五）在药剂科（部）统一计划下、各级药师要定期举行不同层次的业务技术座谈。

十四、业务技术指导和培训制度

（一）药剂科实行主任药师、主管药师、药师、药士四级技术岗位负责制。

（二）上级药师承担下级药师（士）的技术咨询和业务指导，并有计划地对下级药（士）进行技术培训。

（三）对初级职称中，青年药学人员，应按其任职要求，要加强基础理论学习和基本操作训练有计划地进行岗位培训或选送外出进修，争取在5~10年内达到中高级职称水平。

（四）药剂科要根据业务发展需要，有计划地选送人员进行专题培训。

（五）承担教学任务的单位，应有高年资药师负责教学工作，带教的药师要根据教学大纲和医院实际情况，制定具体的实习（进修）。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！