# 2025年度助产技术专项服务工作总结

来源：网络 作者：风起云涌 更新时间：2025-06-18

*第一篇：2024年度助产技术专项服务工作总结2024年度助产技术专项服务工作总结为做好爱婴医院的工作，强化母婴保健技术服务和爱婴医院的长效管理，我院在 2024年度的助产技术和母婴保健技术服务中，在上级主管部门的正确领导下，以“三个代表”...*

**第一篇：2025年度助产技术专项服务工作总结**

2025年度助产技术专项服务工作总结

为做好爱婴医院的工作，强化母婴保健技术服务和爱婴医院的长效管理，我院在 2025年度的助产技术和母婴保健技术服务中，在上级主管部门的正确领导下，以“三个代表”重要思想为指针，贯彻实施《母婴保健法》，落实《两纲》发展要求，加大工作力度、开拓进取，以保障生殖健康、提高出生人口素质为重点，以为儿童妇女健康服务为宗旨，优化服务模式，拓宽服务领域。降低我乡孕产妇死亡率、婴儿死亡率和出生缺陷发生率，使我乡妇幼保健工作取得一定成效，现总结如下：

一、贯彻实施《母婴保健法》，实行规范化、制度化管理。采取了多种形式加大学习力度，贯彻实施《母婴保健法》，依法搞好母婴保健技术服务和管理工作，规范服务内容，保证妇女儿童获得法律所规定的服务。对母婴保健各项技术服务逐步实行了规范化、制度化管理，依法对母婴保健有关专项服务实行执业许可，使母婴保健技术服务既有法律的权威性，又具有医学技术的科学性。组织对从事助产技术服务的技术人员进行了岗前培训，3名技术人员获母婴保健上岗合格证。

二、做好孕产妇系统管理工作。推行住院分娩，做好孕产妇系统化管理，降低孕产妇死亡率。我乡2025年孕产妇265人，孕产妇系统管理255人，产前检查率88.46％，产后访视率90.80％，系统管理率91.85％，住院分娩率98.50％，剖宫产率20.33％。同时还做好高危孕产妇管理工作，高危产妇管理率100％。

三、加大基础设施投入，产科服务能力得到提高。我院以巩固爱婴医院成果为契机，加大了基础设施投入，重新装修的产科门诊宽敞整洁、流程合理，同时配备了电脑、产床，为广大孕产妇提供了方便、优质、规范化的保健服务，改善了医院的就诊环境。

四、加强产科急救能力建设，提高产科质量。严格执行产科急救预案，提高急救技能，强化产科质量管理，保障母婴安全。我院一直以来都注重产科质量管理，一是重视孕期保健质量，做到产前检查项目齐全，围产期保健手册记录完整。二是重视病历书写质量，定期抽查产科病历，严把病历质量关，2025 年度未发现一份丙级病历。三是规范产房管理，做到各项急救药品、设备、常用药品齐全。四是对高危孕产妇进行规范化管理和转诊。

五、加强妇幼保健人员队伍建设，提高人员素质和业务能力。乡、村二级网络建设是妇幼保健工作的基础，我乡加强基层人员队伍建设和管理，加强社区硬件设备，加强村级网络建设，每村设立1名妇幼保健人员，各村妇幼保健人员配备率达100％。每年组织一次业务培训，召开例会四次，提高了妇幼保健人员业务熟识度。我院妇幼专干进行不定期下村指导、督导评估，积极落实各项工作。

六、存在问题：

一、产科人员结构配备不合理。

二、因我院病房条件有限，爱婴小区的建设还有很多不完善的地方，我们力争新建病房楼和爱婴小区。

三、村级妇幼保健人员学历偏低，整体技术力量较弱，存在着服务不

到位的现象。村级妇幼保健人员积极性不高，必须加强基层队伍建设，稳定及扩充妇幼保健人员队伍，加强乡、村二级设备网络建设，提高乡村保健人员素质、做好本职工作。

楚州区三堡卫生院

2025年12月1日

**第二篇：助产技术法律法规**

北京市助产技术管理办法

第一章 总则

第一条 为提高出生人口素质，保障母婴健康，加强对助产技术的监督管理，依据《中华人民共和\*\*婴保健法》以及《中华人民共和\*\*婴保健法实施办法》，《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》，制定本管理办法。

第二条 本管理办法中所称的助产技术，是指医务人员协助产妇完成分娩的技术。

第三条 助产技术的实施应当以支持孕产妇安全分娩为目的，按照医学指征，选择必要、适合的助产技术。

第四条 本办法适用于本行政区域内各类开展助产技术服务的医疗保健机构和人员。

第二章 技术服务

第五条 助产技术通常包括正常产程的处理、会阴切开缝合术、胎头吸引术、产钳术、内倒转术、臀位牵引术、剖宫产术以及相关必要的技术。

第六条 开展助产技术服务的医疗保健机构在为孕妇进行产前检查时，应当对孕妇和家属进行有关安全分娩知识的宣传，提供咨询服务，提倡和鼓励自然分娩。

第七条 开展助产技术的医疗保健机构必须严格执行《北京市高危孕产妇管理办法》，加强对高危孕产妇的筛查、诊治及随访工作。

第八条 需要实施特殊必须的助产技术时，经治医师应本着科学、负责的态度，向孕产妇及其家属告知技术的安全性、有效性和风险性，使孕产妇和家属理解技术可能存在的风险和结果的不确定性，并由孕产妇或委托其家属签署知情同意书。遇突发紧急状态时，医务人员应以抢救孕产妇和新生儿生命为原则，进行相应的救治工作。

第九条 开展助产技术服务的医疗保健机构应当建立健全产科各项工作制度和业务操作规范。

第十条 助产技术服务人员施行助产技术时，应该严格按照相应的职责、技术规程操作，保证受术者的安全。

第十一条 加强分娩过程中产科与儿科的配合。抢救危重新生儿时应有儿科医师进产房负责抢救，助产人员协助。

第十二条 建立孕产妇和围产儿的急救和转诊制度，建立健全转诊网络，加强转运途中的抢救和处理，减少孕产妇和围产儿的死亡和并发症发生。

第三章 机构管理

第十三条 对实施助产技术的医疗保健机构实行分级管理。

开展助产技术服务的医疗保健机构按照相应的条件、职责和任务分为三级，按照卫生行政部门认定的医院等级开展助产技术服务。

第十四条 开展助产技术的医疗保健机构，履行下列职责：

（一）一级助产技术服务机构的职责：

1．负责正常分娩的助产工作，掌握《开展助产技术服务的医疗保健机构的基本条件》中要求的本级机构应能开展的各项技术；

2．开展高危孕产妇的筛查，做好高危孕产妇的登记、随访和及时安全转诊，动员和安排高危孕产妇到上一级助产技术服务机构住院分娩；

3．制定孕产妇急救应急预案，提供及时有效的抢救；

4．组织本单位助产技术人员到上级机构接受业务培训和继续教育；

5．为育龄妇女及家属提供有关助产技术和生殖健康的咨询服务；

6．执行各项妇幼卫生工作要求的登记和报告制度，建立健全各种登记本、卡、册，专人负责与助产工作有关的资料登记、统计，按要求如实向有关部门上报有关信息；

7．按照国家有关规定，做好出生医学证明的发放及管理工作；

8．接受卫生行政部门的监督管理，接受妇幼保健机构的质量管理。

（二）二级和三级助产技术服务机构的职责：

1．负责正常和高危孕产妇的助产工作，掌握《开展助产技术服务的医疗保健机构的基本条件》中要求的本级机构应能开展的各项技术；

2．接受高危孕产妇转诊，负责产科危重病人的诊治，对下级医院提出的会诊抢救要求，应立即组织人员到场援助；

3．建立院级高危孕产妇抢救小组，相关科室要密切配合，实施孕产妇急救绿色通道；制定抢救预案，做好平时的培训和演练；

4．组织本单位助产技术人员的业务培训和继续教育；

5．根据本市行政区域划分，配合当地卫生行政部门，对下级助产技术服务机构的业务工作进行检查和指导，参与下级助产技术服务机构的会诊，承担助产技术人员的培训和继续教育；

6．承担有关助产技术的科研工作，促进助产技术的发展；

7．二级和三级助产技术服务机构的其他有关职责与一级助产技术服务机构职责的5、6、7、8条相同。

第十五条 区县级妇幼保健机构在市、区县卫生行政部门的领导下及市级妇幼保健机构的业务指导下，履行下列职责：

（一）负责本行政区域内从事助产技术的医疗保健机构的质量管理工作；

（二）负责本行政区域内从事助产技术专业人员培训、考核的组织工作；

（三）负责本行政区域内孕产妇死亡病例的入户调查、配合开展助产技术服务的医疗机构做好高危孕产妇的随访工作；

（四）负责组织对本行政区域内从事助产技术服务的医疗保健机构进行定期的检查、评估；

（五）收集、核实、汇总、分析本行政区域内助产技术的有关信息，并定期向上级部门报告。

第十六条 市级妇幼保健机构在市卫生行政部门的领导下履行下列职责：

（一）组织制定北京市助产技术规范与有关规定、制度；

（二）负责全市从事助产技术专业技术人员的师资培训；

（三）负责全市助产技术服务工作的质量管理；

（四）负责组织对从事助产技术服务的医疗保健机构进行定期检查、评估；

（五）负责组织助产新技术与适宜技术的推广与应用；

（六）负责收集、汇总、分析全市助产技术的有关信息，并对数据质量定期检查，定期向市级卫生行政部门报告。

第四章 质量管理

第十七条 从事助产技术的医疗保健机构应按照相应的职责、任务开展助产技术服务，遵守国家的规章制度及职业道德。

第十八条 从事助产技术的人员应当严格遵守有关临床诊疗技术规范和各项工作制度，提高助产技术和服务质量，预防和减少产科并发症。

第十九条 开展助产技术的医疗保健机构和人员必须严格执行国家规定的医院感染管理规范，严格控制院内感染。

第二十条 从事助产技术服务的专业技术人员应接受助产技术业务培训，积极参加继续教育课程，不断学习掌握助产技术新知识、新技术。

第二十一条 开展助产技术的医疗保健机构应建立产科质量自我评估制度，定期组织产科医务人员查阅接诊记录、转诊记录、查房记录、产科抢救记录及病例讨论记录等。

第二十二条 建立健全《出生医学证明》计算机管理系统。

第二十二条 开展助产技术的医疗保健机构和人员必须严格执行《北京市孕产妇死亡报告、调查制度》、《孕产妇死亡评审制度》、《围产儿死亡报告、评审制度》。

第二十三条 建立助产技术服务信息系统，对资料进行计算机管理，并定期进行质量检查。

第五章 审批

第二十四条 申请从事助产技术服务的卫生专业技术人员必须具备下列基本条件：

（一）取得执业医师（执业助理医师）、注册护士（或助产士）资格；

（二）符合《从事助产技术服务的卫生专业技术人员的基本条件》；

（三）通过助产技术专业知识和技能培训，并有接生30例以上新生儿的经历。

第二十五条 申请从事助产技术的医护人员，由所在单位向所在地区（县）卫生行政部门申报，并提交下列材料：

（一）《母婴保健技术服务人员审核审批表》；

（二）《中华人民共和国执业医师证书》或《中华人民共和国助理执业医师证书》或《外国医师短期行医许可证》或《中华人民共和国护士执业证书》及复印件；

（三）人员学历、职称证书及复印件；

（四）卫生行政部门认可的培训及考核合格证明；

（五）医疗机构出具的有接生30例以上经历的证明文件。

第二十六条 卫生行政部门自受理从事助产技术的医护人员申请之日起，应当在20个工作日内进行审核并作出是否合格的决定。对合格者，应当自作出决定的之日起十日内向申请人颁发从事助产技术的《母婴保健技术考核合格证书》。经审核不合格的，将审核结果和理由以书面形式通知申请单位。

第二十七条 申请开展助产技术服务的医疗保健机构应符合下列所有条件：

（一）取得《医疗机构执业许可证》；

（二）设有妇产科诊疗科目；

（三）具有与所开展技术相适应的卫生专业技术人员；

（四）具有与所开展技术相适应的技术条件和设备；

（五）符合《开展助产技术服务的医疗保健机构的基本条件》要求。

第二十八条 申请开展助产技术的医疗保健机构应当向所在地区（县）卫生行政部门提交下列文件：

（一）《医疗机构执业许可证》及其副本；

（二）开展助产技术的母婴保健技术服务执业许可申请文件；

（三）助产技术人员的《母婴保健技术考核合格证书》；

（四）开展助产技术服务的规章制度。

第二十九条 申请开展助产技术的医疗保健机构，向所在区（县）卫生行政部门提出申请。卫生行政部门自受理申请之日起，应当在20个工作日内进行审核并作出行政许可决定。二十日内不能作主决定的，经本行政机关负责人批准，可以延长十日，并应当将延长期限的理由告知申请机构。对合格的机构，应当自作出决定的之日起十日内向申请机构颁发从事助产技术的《母婴保健技术执业许可证》，注明助产技术服务机构的级别；经审核不合格的，将审核结果和理由以书面形式通知申请机构。

第三十条 开展助产技术的《母婴保健技术服务执业许可证》和《母婴保健技术考核合格证书》有效期三年，有效期满继续开展助产技术服务的，应当在该行政许可有效期届满三十日前向原审批机关申请延续，未申请延续的，对该许可予以注销。

第三十一条 从事助产技术服务的医护人员三年内应接受市或区县卫生行政部门组织的或委托其他机构组织的助产技术继续教育，并不少于18学时。不满18学时助产技术继续教育，且考核不合格的人员，合格证书有效期满后需重新办理审批手续。

第三十二条 从事助产技术服务的医疗保健机构应接受卫生行政部门组织的助产技术质量监督检查，对检查中发现的问题，经限期整改仍达不到要求的，则许可有效期满后需重新办理审批手续。

第三十三条 批准开展助产技术的医疗保健机构申请变更机构名称、地址、法人代表、服务项目等，必须到原审批机关申请办理变更登记手续。

第三十四条 终止助产技术服务的医疗保健机构必须向原审批机关申请办理注销登记手续。

第三十五条 未经卫生行政部门审批许可的医疗保健机构，不得开展有关的助产技术项目。

第三十六条 任何机构和个人未经卫生行政部门许可不得从事助产技术服务。

第三十七条 《母婴保健技术服务执业许可证》、《母婴保健技术考核合格证书》应妥善保管，不得出借或涂改，禁止伪造、变造、盗用及买卖。

第三十八条 《母婴保健技术服务执业许可证》、《母婴保健技术考核合格证书》遗失后，应当及时报告原发证机关，并自发现之日起三十日内申请办理补发证书的手续。未申请补办的，视为无证。

第六章 监督管理

第三十九条 北京市卫生局负责全市助产技术服务应用的规划、监督管理工作；履行下列职责：

1、制定开展助产技术服务的医疗保健机构和人员的基本条件；颁布有关助产技术规范；

2、规划全市助产专业技术人员培训工作；

3、督察全市开展助产技术的医疗保健机构执业情况；

4、规划全市孕产妇急救和转诊网络；

5、定期公布全市产科质量信息；

6、对医疗保健机构违反《中华人民共和\*\*婴保健法实施办法》及相关的法律法规的行为，依法给予行政处罚。

第四十条 区县卫生行政部门主管本行政区域内助产技术应用的许可、监督、管理、登记工作，履行下列职责：

1、负责对开展助产技术的医疗保健机构及其人员进行审批、校验、发证、注销、变更；

2、负责对本行政区域内开展助产技术的医疗保健机构执行国家法律、法规、规范和本办法的情况进行日常监督；对违反《中华人民共和\*\*婴保健法实施办法》及相关的法律法规的案件进行调查、取证、处理；

3、负责协调本行政区域内孕产妇急救和转诊工作；

4、对本行政区域内的医疗保健机构的产科质量进行监督管理。

第七章 奖励与处罚

第四十一条 各级卫生行政部门对在助产技术服务工作中做出显著成绩或有突出贡献的机构和个人，给予表彰或奖励。

第四十二条 未经批准擅自开展助产技术的非医疗保健机构和未取得执业医师资格的人员，擅自从事助产技术服务的，按照《中华人民共和国执业医师法》第三十九条有关规定进行处罚。

第四十三条 未取得助产技术执业许可擅自从事助产技术的医疗保健机构，依据《医疗机构管理条例》第四十七条有关规定进行处罚。

第四十四条 未取得助产技术执业许可的医疗保健机构或人员出具出生医学证明文件的，按照《中华人民共和\*\*婴保健法实施办法》第四十条有关规定进行处罚。

第四十五条 出具虚假出生医学证明的，按照国家相关法律法规进行处罚。

第四十六条 以不正当手段取得助产技术执业许可的，按照《中华人民共和国行政许可法》第六十九条规定予以撤消。

第八章 附则

第四十七条 本办法由市卫生行政部门负责解释。

第四十八条 家庭接生员的管理按京卫妇字[1996]3号文的规定执行。

第四十九条 本办法自颁布之日起施行。原《北京市助产管理规定（试行）》和《北京市助产工作评估考核标准（补充部分）》、《关于对从事助产工作的单位及人员进行考核、发证事宜的通知》同时废止。

北京市卫生局

**第三篇：助产技术有关制度**

产科门诊工作制度

一、科主任应加强对本科门诊的业务技术指导。门诊医护人员应派有一定经验的医师、护士担任。

二、对疑难重症病人不能确诊者，应及时请上级医师会诊。

三、门诊工作人员要有高度责任感和同情心，关心体贴病人，热情接待，太度和蔼，耐心解答问题。尽量简化手续，方便病人。做好门诊分诊、导诊、咨询服务和候诊宣传管理工作。

四、对病人进行认真检查、简明扼要准确地记载病历，科主任应定期检查门诊医疗质量。门诊医师要采用保证疗效、经济便宜的治疗方法，科学用药，合理用药，尽可能减轻病人的负担。

五、门诊检验、超声、放射等各种检查结果，必须做到准确及时。门诊药房划价、发药必须做到准确无误。医师要加强对换药室、治疗室的检查指导，必要时亲自操作。

六、加强检诊，做好分诊工作，严格执行消毒、隔离制度，防止交叉感染，做好疫情报告。

七、门诊各科与病房加强联系，以便根据病床使用及病人情况，有计划地收病人住院治疗。

八、门诊工作人员要遵守劳动纪律，不得离岗缺岗，特殊情况须请假，经临床科主任同意，作好代班安排。

一、分娩室每日二十四小时应有人值班。值班人员不得擅自离开分娩室。

二、分娩室应设有产程中所必需的用品、药品和急救设备，做到专人保管，定期检查、补充和更换。

三、工作人员进入分娩室，必须穿戴分娩室专用的帽子、口罩、鞋和工作服。接产和手术时，应严格执行无菌操作规程。

四、值班人员应热情接待产妇，严密观察产程。产妇在待产和分娩过程中，如有异常情况不能处理时，应及时报告上级医师。

五、严格交接班制度，接班者要测血压、听胎心，并做记录。

六、分娩室应保持清洁，定期搞好卫生和消毒，定期做细菌培养。有传染病的产妇，分娩时应采取隔离措施，分娩后及时消毒。

七、接产后，接产人员应及时，准确填写产程、临产、新生儿和出生证等记录。

八、产妇在产后留分娩室观察一小时，无特殊情况送回病房。新生儿处理完毕，抱给产妇辨认性别，全身检查，测验脚印、点眼等，送婴儿室。

一、分娩室每日二十四小时应有人值班。值班人员不得擅自离开分娩室。

二、分娩室应设有产程中所必需的用品、药品和急救设备，做到专人保管，定期检查、补充和更换。

三、工作人员进入分娩室，必须穿戴分娩室专用的帽子、口罩、鞋和工作服。接产和手术时，应严格执行无菌操作规程。

四、值班人员应热情接待产妇，严密观察产程。产妇在待产和分娩过程中，如有异常情况不能处理时，应及时报告上级医师。

严格交接班制度，接班者要测血压、听胎心，并做记录。

六、分娩室应保持清洁，定期搞好卫生和消毒，定期做细菌培养。有传染病的产妇，分娩时应采取隔离措施，分娩后及时消毒。

七、接产后，接产人员应及时，准确填写产程、临产、新生儿和出生证等记录。

八、产妇在产后留分娩室观察一小时，无特殊情况送回病房。新生儿处理完毕，抱给产妇辨认性别，全身检查，测验脚印、点眼等，送婴儿室。

交接班制度

一、实行２４小时值班制。值班医师应按时接班，听取交班医师关于值班情况的介绍，接受交班医师交办的医疗工作。

二、对于急、危、重病患者，必须做好床前交接班。值班医师应将急、危、重患者的病情和所有应处理事项，向接班医师交待清楚，双方进行责任交接班签字，并注明日期和时间。

三、值班医师负责病区各项临时性医疗工作和患者临时情况的处理，并作好急、危、重患者病情观察及医疗措施的记录。遇有需经主管医师协同处理的特殊问题时，主管医师必须积极配合。

四、值班医师夜间必须在值班室留宿，不得擅自离开工作岗位，遇到需要处理的情况时应立即前往诊治。如有急诊抢救、会诊等需要离开病区时，必须向值班护士说明去向及联系方法。

每日晨会，值班医师应将重点患者情况向病区医护人员报告，并向主管医师告知危重患者情况及尚待处理的问题。

待产室消毒隔离制度

一、工作人员进入待产室要更换手术衣、口罩、帽子鞋子。

二、待产室整齐清洁，地面无污迹，每天用3-5%来苏尔液拖地，墙壁、无影灯与桌面等处，每日擦抹一次，晨晚均要开窗通风，避免室内空气污浊。

三、消毒液浸泡，每周更换一次，各种消毒液浓度要达到要求。

四、每周彻底清扫一次，每日用紫外线定时消毒。

五、物品排列有序，消毒与未消毒物品严格分开，并有标志。

母婴同室消毒隔离制度

一、室内定时开窗通风换气，每日一次，备手提式紫外线消毒灯，作出院终末处理。

二、室内日常清洁消毒，湿式打扫，病房地面与走廊每天用含氯制剂拖扫一次。

三、工作人员注意手的清洁，治疗操作及接触产妇、新生儿前后洗手，必要时消毒液浸泡。喂哺前帮助母亲清洁手、乳头。

四、护士分工明确，责任到人，避免多人次接触产妇及婴儿而引起交叉感染。

五、工作人员如患传染病及时调离。

六、控制陪护探视人员，探视者应着清洁服装，洗手后方可接触婴儿。在传染性疾病流行期间，禁止探视。

产房消毒隔离制度

一、分娩室要求无尘，环境清洁，空气新鲜。每周大扫除，室内、家具、用品彻底消毒，对空气物品表面，每月作细菌监测，并记录。物品表面细菌少于8个／cm2。空气少于500个／m3。

二、每日通风2次，每日紫外线照射1小时，紫外线强度每半年监测1次，有记录。

三、每日用消毒液浸湿的抹布擦拭全部用具，每班用浸有消毒液拖把擦地面l～2次。

四、拖把、抹布分区专用，设有标识。

五、产床每次使用后，应用消毒液抹洗，然后才能重复使用。

六、接生用的臀垫，使用一次性用品。

七、各类物品。按常规进形清洗、消毒或灭菌。

八、持物筒、持物镊、敷料缸、器械盘等无菌物品按消毒隔离要求进行消毒和灭菌。

九、接生后所用物品、器械、敷料应及时处理、更换、消毒。

有灭菌日期。

十一、产妇用卫生纸，必须高压消毒、灭菌，方可使用。

十二、患者便器应固定使用，用后刷净、消毒后，方可再使用.安全管理制度

一、医务人员要树立质量安全意识，医疗工作必须严肃认真，在医疗活动中，要严格执行有关法律法规、各种规章制度和操作规程。

二、执行好“差错事故防范处理制度”。

三、对于违背规章制度和操作常规、责任心差而造成医疗纠纷和事故，医院要严肃处理。

四、、对孕产妇及其陪护人员进行防火、防盗窃及安全用电知识教育。

五、医护人员会用灭火器、防火门处理火灾事故。

六、随同来院的小孩须由监护人看管，严防走失、跌伤等事故发生。

七、定期对电路进行检测，消除隐患。

八、使用好电子监控系统。

九、定期进行消防知识教育。

差错防范制度

一、各级人员必须履行岗位职责，加强责任心，严格执行各项医疗护理制度及技术操作规程。

二、严格执行三级医生查房制度、会诊制度、疑难杂病例讨论制度、死亡病倒讨论制度等核心制度。

三、严格值班、交接班制度，坚守岗位。对新病人、术后病人及危重病人加强巡视，精心护理，及时处理。必要时随时请示上级医师或紧急会诊讨论。

四、坚持首诊负责制度，不准借故推诿和拒收病人。加强急诊工作和抢救工作，不得延误病人诊治。树立良好医德医风，不断改善服务态度。

五、尊重患者知情权、选择权、隐私权、严格履行告知义务，加强医患沟通。

六、加强医疗安全教育。

七、经常组织业务学习，鼓励自学，不断提高业务水平。

救措施，以减少或消除由于差错事故造成的不良后果。

九、差错事故发生后，按其性质与情节，分别组织全科或全院有关人员进行讨论，汲取教训，改进工作。

十、对发生的医疗事故或可能是医疗事故的事件，应按有关规定做好调查处理工作，并及时上报卫生行政部门。

急救药品管理制度

一、急诊药柜的药品，保存一定数量的基数，便于临床应急使用，工作人员不得擅

住院病历应当使用蓝黑墨水、门（急）诊病历和需复写的资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。病历书写应使用准确的中文和医学术语。

二、病历书写应当文字工整、字迹清晰、表达准确、语句通顺、层次分明。表达要明确、客观，不可含糊其辞或主观推断。书写过程中出现错字时，应当用原笔双横线划在错字上，改动医师盖章，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

三、病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名，均须用正楷签署全名，不得用草书或外文签名，更不能只签一个姓代替全名。

四、上级医务人员有审查修改下级医务人员书写病历的责任，对病历修改一律用红笔，注明修改日期，并保持原记录清楚可辨。出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录须有主治医师以上的医

因抢救急危重患者未能及时书写病历的，应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

五、对按照规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人或其委托代理人签署同意书。患者不具备完全民事能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可由本院主管院长或者被授权的负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知《知情选择书》中所确定的被告知者。

病历书写质量检查制度

根据卫生部制定的《病历书写基本规范》要求，现制定我院病历书写质量评价标准和监督检查规定，目的是规范医务人员的病历书写工作，提高医疗质量，避免医患纠纷，保护医患双方合法权益，最终保障医疗安全，具体规定如下：

一、坚持医务科督查与科室自检相结合的办法考评。要求医生、护士严格按照病历书写规范，认真书写，及时完成各项记录。书写病历的医生及护士应经常对照质量评分标准进行自我检查。

二、科室内由科主任、高年资医生、护士长组成科室病历质控小组，随时对病历进行检查，发现问题，及时纠正。

三、医务科每个月组织一次全院病历检查。

四、检查工作由医务科主持，人员由临床科室各派一人，原则上是科主任参加，如果科主任有事可以指派本科医师参加；此外每次检查病历时，病案室配合抽取病历。

个医生的病历都要检查；各科室不能检查本科室病历，其余可随机抽取，每份病历均需按照《病历书写质量评价标准》逐项全面检查并评分，不得漏项。

六、病历检查人员要本着对医生负责的态度认真检查，严格按照《病历书写质量评价标准》评分，查完后签署名字和日期。

七、医务科将最终检查结果进行记录，汇总意见后上报院领导，对于不符合规定的病历给予处罚。

出生医学证明管理制度

根据《中华人民共和\*\*婴保健法》和《关于加强新版（出生医学证明）启用管理的通知》（卫妇社发【2025】19号）文件精神，为加强《出生医学证明》的有关管理要求制定本规定。

1、《出生医学证明》是依据《中华人民共和\*\*婴保健法》出具的，具有医学法律效力的证明。

2、必须使用由卫生部，公安部统一制发的新版《出生医学证明》严格发放。

3、按照国家规定的印模式样刻制出生医学证明专用章，不得任意改动。

4、《出生医学记录》《出生医学证明》由专人管理签发。根据婴儿出生状态填写，字迹清楚、内容准确、不得涂改和弄虚作假。使用卫生局批准的计算机软件备案、上报、打印。

1）婴儿姓名根据新生儿父母申报姓名填写，用字必须准确。（2）性别、健康状况、出生地点分类应根据新生婴儿出生时确认情况填写。

（3）新生婴儿父母姓名、身份证编号须依据公安机关签发的有效身份证件填写。

（4）在出具《出生医学证明》时须反复核实产妇姓名和婴儿，严防冒充或填写错误。

5、《出生医学证明》实行全国统一编号管理。对同一新生婴儿《出生医学记录》与《出生医学证明》上的出生编号一致。

6、《出生医学证明》交新生婴儿父母或监护人妥善保管，任何人不得出卖、转让、出借和私自涂改。

7、严格执行《出生医学证明》收费标准。

8、本规定中的活产婴儿指出生时有呼吸、心跳、脐带搏动、随意肌收缩四项生命体征之一的婴儿。

9、根据卫生部、公安部《关于印发管理补充规定的通知》（京卫妇字[2025]6号）文件制定补发《出生医学证明》程序相关规定：

（一）《出生医学证明的补发只适用于1996年1月1日以后出生且曾经取得《出生医学证明》，后因各种原因丢失原《出生医学证明》者。

（二）补发程序：

1）新生儿父母持本人身份证、户口本及其复印件各一份（A4纸）到区妇幼保健院妇产科申请补发，并填写《出生医学证明》申请、审核表。

（2）妇产科对申请人提交的《出生医学证明》补办申请、核审表进行核审，核审无误者给予补发《出生医学证明》，将《出生医学证明》补发申请、核审表及新生儿父母身份证、户口本复印件留存在病案中。

（3）未报户口者补发《出生医学证明》正副页；已上户口者只补发《出生医学证明》正页。

接受转诊和反馈转诊病人情况的制度

一、产科医师接到乡村医生电话或直接转至我院的孕产妇后，应以高度负责的态度，积极组织医护人员对转来的患者进行救治。

二、转入我院的孕产妇实行首诊负责制，接诊医生制定治疗方案。

三、对疑难病历及时组织会诊，并做好抢救记录和总结。

四、病人出院时要将病人住院期间情况、治疗经过、出院后注意事项等反馈到村卫生所，对孕产妇进行产后访视，保健指导，以利于产妇康复。

五、我院无法救治的病例及时转院，转院时由医护人员陪同。

登记统计制度

一、各种医疗登记，要填写完整、准确，字迹清楚，并妥善保管。

二、要填写好病案首页、出院卡片、出入院登记，并按时填报病人流动日、月报。医技科室应填写好病人流动情况和门诊登记。

三、医疗质量统计，一般包括出入院数、治愈率、病死率、床位使用率、床位周转次数，平均住院天数、病人疾病分类、初诊与最后诊断符合率、临床与病理诊断符合率、手术前后诊断符合率、无菌手术化脓感染率、手术并发症、以及医技科室工作数量、质量等。

四、根据统计指标，定期分析医疗效率和医疗质量，从中总结经验，发现问题，改进工作。

项统计报表，经院领导审阅签字后，报卫生行政部门。

孕产妇死亡讨论及报告制度

一、孕产妇死亡定义：指妇女从妊娠开始至妊娠结束后42天内，不论妊娠各期和部位，包括内外科原因，计划生育手术，宫外孕，葡萄胎死亡，不包括意外原因(如车祸、中毒等)死亡。

二、凡死亡的病例，一周内进行讨论，确定诊断死因，及时总结经验教训。

三、设立死亡讨论登记本，将病例讨论经过、结果进行详细记录。

四、对死亡病例讨论应该高度重视，实事求是，明确死因，吸取教训。

五、上报的孕产妇死亡要详细填写《孕产妇死亡病例登记表》。

六、报告对象：我镇内及所辖村屯死亡的孕产妇。

孕产妇死亡报告时间和部门：在孕产妇死亡后12小时内电话报告管辖防保机构，同时录入妇幼信息系统上传。24小时内电话报告区妇幼保健院。

八、报告内容：孕产妇死者姓名、年龄、现住址、户籍、首诊地点、分娩地点及时间、死亡地点及时间、死亡初步诊断等。

围产儿死亡讨论及报告制度

一、围产儿死亡定义：指妊娠满28周以上(或生体重≥1000g以上)至产后7天内死亡的胎儿及新生儿，不包括计划生育要求引产的死胎、死产。

二、凡死亡的病例，一周内进行讨论，确定诊断死因，及时总结经验教训。

三、设立死亡讨论登记本，将病例讨论经过、结果进行详细记录。

四、对死亡病例讨论应该高度重视，实事求是，明确死因，吸取教训。

五、上报的围产儿死亡要详细填写《围产儿死亡病例登记表》。

六、报告对象：我市所辖内死亡的围产儿。

1.围产儿死亡同时合并孕产妇死亡的上报时间：应随孕产妇一同上报。

2.足月非畸形围产儿死亡24小时内电话报告区妇幼保健院。3.单发生围产儿死亡的，应及时电话报告区妇幼保健院。

八、报告内容：围产儿母亲姓名及年龄、出生天数、户籍、首诊地点、分娩地点及时间、死亡地点及时间、死亡初步诊断等。

剖宫产术前讨论制度

一、讨论前准备：讨论前应将相关资料准备好，并通知相关人员参加，相关人员应详细查阅医学资料和书籍。

二、讨论内容：术前诊断及依据，手术适应症,禁忌症，手术条件，术前准备，手术方法及步骤，麻醉方式，术中可能出现的意外及其应对措施，是否履行手术同意书签字手续，手术室的配合要求，术后注意事项，术后护理等。

三、记录讨论记录：如实记录所有参加人员的发言，主持人的总结性发言。主持者应根据讨论结果进行相应的术前准备工作。

剖宫产术后审核制度

一、目的：考察剖宫产术前讨论制度执行情况，最大程度保障医疗安全和手术患者安全。

二、审核组织:由业务院长领导，医务科人员参加审核。

三、审核内容：术前诊断及依据是否与术后相符；手术适应症掌握情况；术前准备是否充分；手术操作方法及步骤是否得当；麻醉效果如何；术中是否出现意外情况并采取哪些措施；是否履行手术同意书签字手续；手术室的配合情况如何；术后患者恢复情况等。

四、根据审核结果，对手术治疗过程中积累的经验加以推广，存在不足提出改进措施。

产科三级查房制度

一、科主任、主任医师或主治医师查房，应有下级医师、护士长和有关人员参加。

二、对危重病人，住院医师应随时观察病情变化，并及时处理，必要时可请主治医师、主任医师、科主任临时检查处理。

三、查房前医护人员做好准备工作，查房时要自上而下逐级严格要求。经治住院医师报告简要病历和提出需要解决的问题。科主任应根据情况做好必要的检查和病情分析，并做出肯定性的指示。

四、查房内容：

1、科主任、主任医师查房：要解决疑难病例的诊治；审查对新入院、危重病人的诊断、治疗计划；决定重大手术及特殊检查

讲解。

2、主治医师查房：要求对所管病人分组进行系统查房。尤其对新入院、危重、诊断

未明、治疗效果不好的病人进行重点检查与讨论；听取医师和护士的反应；倾听病人的陈述；了解病人病情变化并征求对饮食生活的意见；检查病历并纠正其中错误记录；检查医嘱执行情况及治疗效果；决定出院转院问题。

3、住院医师查房：要求重点巡视重危、疑难、待诊断、新入院、手术后的病人，同时巡视一般病人；检查化验报告单，分析检查结果，提出进一步检查和治疗意见，检查医嘱执行情况，修改、开出医嘱。

六、上级医师查房意见应详细、准确记录于病历中，必要时上级医师应审查修改签字。上级医师查房批示应及时执行。

产科抢救用血管理制度

一、抢救用血必须根据输血原则，严防滥用血液。

二、输血前必须履行输血治疗同意书手续。

三、输血前检查包括：乙肝五项、丙肝病毒抗体、艾滋病病毒抗体、梅毒血清等试验。如遇急诊，输血前必须留有血样备查“输血前检查”。

四、开输血申请单的首诊医师，负责追回输血前检查的结果并张贴到病历上。

五、输血申请报告单等内容不能缺项：输血前结果要补添。

六、严格执行“三查八对”制度:输血前由两名护士认真核对受血者姓名、床号、住院号、血型及交叉结果、储血号和血液有

一次一人一份。

七、输血后血袋送保留24小时。

八、如果输血时出现反应，应由临床主管医师向血库说明情况，填写好输血不良反应报告单，并与有关部门一起查明.九、认真填写输血护理记录单。

十、医务工作人员必须严格按照规定执行，否则由此引发的法律问题科室和个人负责。

高危妊娠管理制度

一、门诊由有经验的医师专人管理，科主任要定期出高危妊娠门诊。

二、产科门诊做好高危孕产妇的筛查及管理工作

三、实行孕期首诊负责制，开展早孕、中、晚（或临）高危妊娠评分筛查，指导孕期产前检查。

四、在产前检查中，对高危孕妇要做到早发现、早预防、早治疗，并实行专案管理，五、筛查出高危孕妇，实行分级分类管理，凡高危孕妇应增加产前检查次数，根据存在的高危因素给予治疗监护；重症高危

门诊不能处理或难做出诊断的应及时指导孕妇转上级医院进一步确诊治疗。

六、查出高危孕妇要及时登记、预约下次检查日期。

七、做好高危孕妇孕期保健知识宣传。

八、做好宣传动员，使孕妇和家属明白高危妊娠对母亲和婴儿的危害，听从医务人员的指导。

九、高危孕妇必须到县级医疗机构分娩。重危高危孕妇转诊必须有医护人员陪护。

高危孕产妇管理制度

一、医疗保健机构对高危孕产妇实行首诊负责制，发现高危孕产妇要进行建档及专人管理，早期干预，及时转诊，避免诊治延误。

二、各级医疗保健机构妇保医生在出诊时对筛查出的高危孕产妇要进行专册登记，专案管理，并在保健卡（册）上做特殊标记，实施逐级报告制度。

三、对已确诊的高危孕妇，根据不同的危险因素，采取不同的保健治疗措施，认真进行监护，重点管理，按时进行高危评分，积极诊治。将每次检查治疗结果及处理意见详细记录在管理卡册上。

次数，定期跟踪随访，确保母婴安全。五、二级以上医疗保健机构应开设高危门诊及高危病房，加强对高危孕妇的监护，制定诊疗方案，适时计划分娩，做好新生儿窒息复苏的准备工作，保证母婴平安。

六、社区卫生服务中心识别出高危孕产妇后，应根据《南通市高危孕产妇分类分级管理要求》及时上转，上级医疗保健机构要及时向下级单位反馈转诊病人的诊断、治疗、处理、结局等信息，评价转诊是否及时和延误，并指导和纠正不正确的处理方法，提高转诊的效率。

孕产妇死亡上报制度

为了进一步做好全市孕产妇死亡评审工作，分析孕产妇死亡原因，有针对性地采取干预措施，降低孕产死亡率，特制定孕产妇死亡评审上报制度。

一、在卫生行政部门的领导下，负责对本辖区发生的孕产妇死亡进行上报工作，要求上报的资料具体、真实、实事求是。

二、在本辖区发生孕产妇死亡病例后，各级各类医疗保健机构负责向辖区妇幼保健机构提供孕产妇死亡详细病历资料复印件。凡发生孕产妇死亡，不论住院时间长短，均要在24小时内报告妇幼保健机构，一个月内填报孕产妇死亡个案调查表，上报至县妇幼保健站。

虚报、瞒报。

孕产妇系统管理制度

一、按《中华人民共和\*\*婴保健法》的要求，对孕产妇进行系统管理、系统检查、监护和保健指导，发现问题，及时处理。

二、根据分级服务管理要求，凡是怀孕的妇女到户口所在的或长期居住地进行早孕建卡。按孕产妇系统管理要求对孕产妇进行定期检查，进行产前、产时及产后保健宣教工作、按要求进行产后访视，认真做好产后42天结案工作，三、及时筛查及治疗高危孕产妇，对其进行重点管理，按照高危孕产妇分类分级管理要求及时转诊并做好追踪随访。

四、注重产褥期保健,防止产后并发症的发生,指导产褥期卫生及母乳喂养。

技术档案。



护理管理制度

一、护理工作实行院长领导下的护理部主任负责制，护理部主任应具有一定的护理业务水平和管理能力。

二、病房护理管理实行护士长负责制，护士长应具备专科业务知识，技术熟练，有一定教学、管理能力。

三、病床与护理人员的比例符合规定。

四、制定并完善各科疾病护理常规和护理技术操作规程，并认真执行。

五、建立健全护理管理制度(护士长例会制、护理查房制、护士长夜查房制、护理质量检查考评制、护理差错事故登记报告及定期分析讨论制度等)。

养严格要求、严密组织、严谨态度的工作作风。

七、建立护理质量评价指标： 1.护理技术操作合格率。

2.五种护理表格(观察单、医嘱记录、医嘱单、护理交班本、护理记录单)书写合格率。 3.母婴同室责任制护理开展病房数。

4.常规器械消毒灭菌合格率。

5.每百张床年护理严重差错发生次数，年护理事故发生次数。6.病人对护理工作、服务态度的满意度。

感染管理

1.贯彻卫生部加强医院感染的有关规定，严格控制院内感染。

2.控制感染组织应符合1988年卫生部下发的《建立健全医院感染管理组织的暂行方法》的规定。

3.有全院性控制感染方案、对策、措施、效果与评价。 4.建立严格的消毒、隔离和传染病登记报告制度。 5.有院内感染控制的在职教育制度，医疗人员必须树立无菌观念和进行正确的无菌

技术操作。

有合理使用抗生素的管理办法。

7.有特殊区域的保洁监控措施，这些区域为妇产科、手术室、消毒供应室、母婴同室、新生儿病房、治疗室等。

8.消毒供应室应达到卫生部《医院消毒供应室验收标准(试行)》的要求。

待产室及产房管理制度

一、产妇临产住院，工作人员介绍爱婴医院常规，并进行有关母乳喂养好处及管理的强化教育。

二、对无母乳喂养禁忌症者，不允许携带婴儿奶粉、奶瓶、奶头入院。

三、产程中鼓励产妇吃高营养食物及补充足够水分，以增强体力，准备产后哺乳。

四、新生儿娩出后，擦干皮肤，清理呼吸道，处理脐带后，正常新生儿在生后30分钟内即抱放在产妇胸前行皮肤接触，时间不得少于30分钟，并继续协助新生儿吸吮，观察觅食、吸吮、分娩记录中注明原因，实施皮肤接触中要注意保暖。

五、剖宫产术后可行母、婴面颊皮肤接触。进入母婴同室，产妇有应答反应者30分钟内正规进行皮肤接触、早吸吮，皮肤接触至少持续30分钟。

六、对早产、轻度窒息新生儿，由儿科医师决定早接触和早开奶时间。

七、不宜早接触、早吸吮的指征：

1.新生儿重度窒息、产伤或其他合并症，经新生儿复苏抢救后需送高危新生儿病房继续抢救或观察者。

2.高危母亲抢救者。

3.剖宫产母亲麻醉未清醒者。 4.有母乳喂养禁忌症者。

5.34周及以下的早产儿，吸吮、吞咽不协调者。

母婴同室管理制度

一、收住对象

1.凡住院分娩(阴道或剖宫产)的产妇及新生儿，除不宜母乳喂养者外，均应收住母婴同室。

2.有严重并发症或合并症，暂不宜母乳喂养，待病情好转后酌情转入母婴同室。

3.高危新生儿的母亲，如儿科无条件提供母婴同室，可继续留住母婴同室。如新生儿，则转入新生儿重症监护病房。有条件的医院应尽量将母亲共同转入儿科母婴同室。

母婴同室期间，母亲或新生儿患传染病需隔离时，应将母婴共同进行隔离治疗。



二、工作人员职责 1.产、儿科医师工作职责：

(1)产、儿科医师分工合作，负责产妇及新生儿的医疗、保健、健康咨询等全面工作，24小时有人负责。

(2)产、儿科医师与护士密切配合，指导母乳喂养。(3)每日查房至少2次，做好相应诊治工作。(4)认真书写病历，包括有关母乳喂养记录。 2.护理人员工作职责：

(1)实行母婴责任制护理，认真执行母婴同室护理常规。(2)医护配合共同做好母乳喂养工作。

(3)产房及待产室护士协助产妇做好早接触及早吸吮工作，并同时指导产妇母乳喂养。

(4)产房护士或助产士与产后母婴同室护士认真交接母婴情况。

三、护理常规

1.产后6小时内母婴观察及护理：

观察产妇生命体征及伤口、宫缩、阴道出血和排尿情况。

(2)核对新生儿姓名、性别、住院号。

(3)观察新生儿呼吸及皮肤、脐带有无渗血、婴儿有无呕吐并注意保暖。

(4)协助剖宫产的母亲进行早接触、早吸吮，并指导正确哺乳姿势及按需哺乳。

(5)协助并指导母亲生后6小时内再次喂奶，按需哺乳。 2.产褥期的观察及护理：

(1)每日检查恶露、伤口愈合、子宫复旧情况，保持外阴清洁。

(2)每日检查乳房情况(胀度、乳量、乳头形状)，指导母亲正确的哺乳体位、含接姿势及挤奶手法。发现异常情况(如奶胀、乳头皲裂、副乳等)及时加强指导和咨询。

(3)加强心理护理，针对产妇的问题进行耐心细致的解答，使母亲树立母乳喂养的信心。

(4)指导并提供母亲科学膳食，保证充分营养。 3.新生儿及患儿的观察及护理：

(1)记录新生儿及患儿的一般情况，每日测体温、体重、大小便次数及性质、黄疸情况并做好记录。

了解新生儿的吸吮次数及吸吮情况。

(3)每日洗澡一次，做好新生儿皮肤护理、脐带护理、预防接种工作。

(4)严格执行消毒、隔离制度。

(5)加强巡视，了解母亲及新生儿情况，做好护理记录，发现异常及时报告医师。

四、简易人乳库

鼓励有需要有条件的爱婴医院设立人乳库，收集人乳的对象应为无传染病身体健的母亲。

1.人乳库供奶范围：

(1)产妇不能用自己的乳汁哺喂的新生儿及患儿。(2)有医疗适应症的新生儿及患儿。 2.人乳收集：

(1)备好消毒奶杯，以有盖的透明广口杯为宜。(2)清洁产妇的乳房，采奶前洗手。

(3)挤乳方法：手法挤乳为主，消毒器具(吸奶器或奶泵)挤奶为辅。

(4)将收集好的人乳汁贴上瓶签，准确记录供乳者姓名、收集日期、时间、分娩孕周。

采奶后入乳库前消毒。①消毒条件为恒温水箱62.5℃30分钟，待自然冷却至室温后放入冰箱待用。 ②冰箱内保持4℃，储存应在24～48小时内使用，-20℃储存可在3个月内使用，库奶使用时需复温。

(6)若乳母挤出的奶用于哺喂自己的新生儿，则不需要消毒，但容器外应标明姓名、日期、床位号，臵于4℃冰箱内保存，24小时内使用。

3.人乳库应由专人管理：

(1)对各病室收集的人乳进行检查。

(2)管理人员对乳库的人乳做好时间标记，储存及使用时应作记录。

(3)每日检查乳库，应保证先入库的先供应，并及时清理过期的乳汁。

(4)设专用冰箱储奶，冰箱应每周清洁一次，每月对库存奶检菌一次，并有记录。

探视制度

1.严格执行医院探视制度，以确保母婴得到充分的休息和治疗。

2.为防止交叉感染，有传染性疾病者禁止探视。3.严格控制探视人数，每次不超过2人。

妇产科管理制度

一、营造宽松、舒畅、宁静的诊疗环境

妇产科医院各诊疗场所不应与外界环境直接连通，以满足维护病人隐私权的需要，消除病人紧张、焦虑的心理。

二、不断提高业务技术水平

妇产科医院风险较大，要求医务人员有高度的责任感和精益求精的业务技术水平，良好的服务态度，同时也要不断改善硬件。

三、积极开展科学研究工作，将妇产科医院办出新的特色。



**第四篇：助产技术自查报告**

温县妇幼保健院

关于进一步加强助产服务 技术执法工作自查报告

为切实加强我院助产技术服务和新生儿相关医疗保健服务的管理，强化医务人员的法律意识和医德医风建设，根据《河南 省卫生厅关于关于进一步加强助产服务技术执法工作的通知》，我院对助产服务技术进行认真自查问题，对存在的问题进行整改。现将工作情况汇报如下：

一、高度重视，明确职责

根据《河南省卫生厅关于关于进一步加强助产服务技术执法工作的通知》的要求，我院高度重视，院领导通过组织专题研究，多次召开班子会及中层干部会议，全面动员，统一思想，组织相关科室医护人员认真贯彻实施。相关职能部门认真对照实施方案，严格督导、检查、评价、情况整合、信息通报和跟踪整改等 工作，确保各项工作目标落到实处。

二、增强法律意识，依法加强服务管理。

为了进一步提高医疗服务质量、保障医疗安全、规范科室管理、严格依法执业，我院加强法律法规知识培训，牢固树立医务人员依法执业理念，严格按照母婴保健法、执业医师法等法律法 1 规开展执业活动。健全和完善了助产技术管理、出生医学证明管理及新生儿相关医疗保健服务等各种规章制度的修订，严格执行禁止非医学需要鉴定胎儿性别和选择性别终止妊娠、新生儿相关医疗保健服务管理、出生医学证明管理等工作。

三、完善规章制度，确保医疗保健质量。

要求医务人员严格按照诊疗保健常规和操作规范开展诊疗活动，落实各项医疗和妇幼保健管理制度。严格按照相关规定完善规章制度，建立健全胎儿婴儿遗体及胎盘管理规定、新生儿交接管理、分娩登记、死亡登记等妇幼保健工作相关的原始记录，各种登记要规范、准确、齐全。对患病新生儿，医务人员要如实记录病情及诊断依据，及时、如实向新生儿家属介绍病情，任何医疗机构和医务人员严禁以任何理由自行处置患病新生儿。有产妇和婴儿死亡以及新生儿出生缺陷情况的，应当向医务科报告，组织相关科室会诊。

四、规范执业行为，强化医德医风建设。

加强医德医风教育，使医务人员具备良好的职业道德和医疗执业水平，发扬大医精诚理念和人道主义精神，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。坚持完善医务人员医德考评制度，加大遵纪守法和医德医风在医务人员日常考核中的比重。我院以《医疗机构从业人员行为规范》为重点，深入开展医 2 务人员职业道德、法制纪律教育，切实提高医务人员医德医风水平。

五、存在问题：

1、极少数医务人员认识不够，法律意识不强。平时忙于工作，忙于业务，学习法律法规时间和精力很少。平时只对上级的有关政策、文件精神的了解及学习，而忽视了法律法规的理论学习。

2、新生儿交接不规范。产房在新生儿交接时，有是仅有家属交接，未做到助产士、产科病区护士、家属三交接。

六、整改措施。

1、统一思想，提高认识。认真学习《河南省卫生厅关于关于进一步加强助产服务技术执法工作的通知》，细化分工，统一思想，提高认识，加强落实。同时结合我院实际，利用各种形式加强学习和教育，提高依法执业意识，培养高尚的职业道德，使 医德医风建设不断提高。

2、增强法律意识，深入开展依法执业和医德医风宣传教育活动。牢固树立依法执业理念，要以全心全意维护人民群众健康和求真务实的作风，结合党的群众路线教育实践活动，对全体医务人员开展多种形式的法律法规和医德医风宣传教育活动。医务人员要发扬大医精诚和人道主义精神，严格执行母婴保健法、执 3 业医师法等法律法规，切实增强职业道德和医疗执业水平，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

3、完善规章制度，保障妇女儿童健康权益。结合我院实际，不断完善妇幼保健相关管理制度。医务人员要切实按照诊疗保健常规和操作规范开展诊疗活动，严格执行胎儿婴儿遗体及胎盘管理规定、新生儿交接管理、出生医学证明管理等妇幼保健工作。对患病新生儿，在积极治疗的同时，要如实记录病情及诊断依据，及时向家属介绍病情，严禁以任何理由自行处置患病新生儿。

4、、加强监督，依法严厉查处违法行为。进一步加强监督管理，旗帜鲜明地站在维护人民健康的立场，树立卫生行政执法的公信力，完善医务人员医德医风和职业绩效考评制度，保证群众获得安全，规范有效的医疗保健服务。对于丧德枉法、严重损害群众利益的恶性事件，发现一起、尽快查处一起，严肃处理，将害群之马彻底清除出医疗卫生队伍，绝不姑息手软。

二O一三年九月三日

**第五篇：河北省助产技术管理办法**

河北省助产技术管理办法

（试行）

第一条

为规范助产技术的监督与管理，提高助产技术水平，减少产科并发症，保障母婴健康，降低孕产妇和婴儿死亡率，依据《中华人民共和\*\*婴保健法》、《中华人民共和\*\*婴保健法实施办法》及《河北省母婴保健条例》，结合本省实际，制定本办法。

第二条

本省行政区域内各级各类医疗保健机构开展助产技术服务必须遵守本办法。

第三条

各级人民政府卫生行政部门加强对助产技术服务工作的组织与领导，大力推行住院分娩，加强产科建设，推广适宜技术，提高产科质量，保障母婴生命安全。

第四条

助产技术服务实行分级管理。

省级卫生行政部门负责全省助产技术服务工作的监督管理，制定助产技术管理办法、助产技术服务机构基本标准和人员条件以及相关的技术规范，定期进行督导检查与评估。

市级卫生行政部门负责本行政区域内助产技术服务工作的监督管理，制定开展助产技术服务工作规划、培训计划，对助产技术服务进行质量管理和信息管理，定期进行督导检查与评估。

县级卫生行政部门根据当地医疗需求和技术发展状况，制定开展助产技术服务医疗保健机构设置规划，负责开展助产技术服务医疗保健机构和人员的审批、颁证、校验以及日常的监督管理。对从事助产技术服务的专业人员进行培训，对助产技术服务进行质量管理和信息管理。

第五条

申请开展助产技术服务的医疗保健机构，必须符合下列条件：

（一）符合当地医疗机构设置规划；

（二）取得《医疗机构执业许可证》；

（三）符合《河北省助产技术服务机构基本标准））；

（四）符合审批机关规定的其他条件。

第六条

申请从事助产技术服务的人员必须符合下列条件：

（一）符合《河北省助产技术服务机构基本标准》中助产技术服务人员的条件；

（二）符合审批机关规定的其他条件。

第七条

凡申请开展助产技术服务的医疗保健机构，必须向审批机关提交下列材料：

（一）《医疗机构执业许可证》及其副本；

（二）《母婴保健技术服务执业许可申请表》、《母婴保健技术服务执业许可申请登记书））；

（三）有关医师（士）、助产师（士）的《医师执业证书》、《护士执业证书》和《母婴保健技术考核合格证书））；

（四）审批机关规定的其他材料。

第八条

县级卫生行政部门受理申请后，应当在30个工作日内，按照本办法规定的条件与要求进行审查和实地考核，合格者报市级卫生行政部门验收合格后，颁发《母婴保健技术服务执业许可证》，同时报市级卫生行政部门备案，不合格的将理由以书面形式通知申请方。

第九条

《母婴保健技术服务执业许可证》有效期为3年，有效期内实行年审校验制度。校验由原审批机关按照母婴保健服务执业许可证校验程序办理。校验合格的单位可继续开展助产技术服务；校验不合格的单位限期整改，对整改后仍不合格的，由原发证机关撤销并收回《母婴保健技术服务执业许可证》。

《母婴保健技术服务执业许可证》有效期满，继续开展助产技术服务的医疗保健机构，应按照本办法规定的程序，到原审批机关重新办理审批手续。

第十条

从事助产技术服务的人员实行持证上岗制度。由县级卫生行政部门组织培训、考试、考核、认定，并取得《母婴保健技术考核合格证书》。取得《母婴保健技术考核合格证书》的助产技术人员，必须在注册的执业地点从事助产技术服务；未取得《母婴保健技术考核合格证书》的，不得从事助产技术服务工作。

第十一条

大力推行住院分娩，逐步取消家庭接生。转变家庭接生员职能，主要承担孕产妇保健管理、产前检查、产后访视、动员并护送孕妇到医院住院分娩等任务。边远地区孕产妇住院分娩确有困难的，应当由经县级卫生行政部门许可并取得《家庭接生员技术合格证书》的人员，按照操作规程，实行新法接生。

高危孕产妇应当到有监护条件的县级以上医疗保健机构住院分娩。

第十二条

从事助产技术服务的医疗保健机构在为孕妇进行产前检查时，遇到下列情形之一的，建议孕妇到省卫生行政部门批准从事产前诊断的医疗保健机构进行产前诊断。

（一）羊水过多或者过少的；

（二）胎儿发育异常或者胎儿有可疑畸形的；

（三）孕早期接触过可能导致胎儿先天缺陷的物质的；

（四）有遗传病家族史或者曾经分娩过先天性严重缺陷婴儿的；

（五）初产妇年龄超过35周岁。

第十三条

从事助产技术服务的医疗保健机构和人员，严禁对胎儿进行性别鉴定。医学认为确需进行胎儿性别鉴定的，由省卫生行政部门指定的经批准从事产前诊断的医疗保健机构进行。

第十四条

从事助产技术服务的乡级医疗卫生机构负责正常产的接生，高危孕产妇的筛查和转诊；有条件的中心卫生院可以开展剖宫产手术。县级以上医疗保健机构负责正常及高危孕产妇的助产，接受下级医疗机构的转诊，同时负责会诊、人员进修、培训和指导工作，提高助产技术水平和抢救高危孕产妇的能力，建立孕产妇抢救绿色通道。

第十五条

从事助产技术服务的医疗保健机构要建立健全各项规章制度，严格执行卫生行政部门制定的技术规范和操作规程，实施消毒接生和新生儿复苏，预防产伤及产后出血等产科并发症，实施消毒接生和新生儿复苏，预防产伤及产后出血等产科并发症，加强质量管理，提高技术水平和服务能力，降低孕产妇及新生儿发病率、死亡率。要按照《河北省新生儿疾病筛查诊治管理办法（试行）））的规定，积极开展新生儿疾病筛查，降低出生缺陷发生率。

第十六条

医疗保健机构的助产技术人员要严格按照卫生部和国家中医药管理局制定的《病历书写基本规范》，正确书写产科住院病历及相关记录。

第十七

条从事助产技术服务的医疗保健机构应严格按照卫生部、公安部有关规定和省卫生厅、公安厅下发的《河北省出生医学证明管理办法》，认真填写并出具由卫生部统一印制的《出生医学证明》。从事家庭接生的人员要按照卫生部的有关规定，出具有关接生证明（同时附家庭接生员考核合格证书复印件），报所在乡镇卫生院出具《出生医学证明;o

第十八条

从事助产技术服务的医疗保健机构要按照孕产妇保健系统管理的有关规定，做好孕产期保健工作，加强信息资料的管理，统一使用省卫生厅编印的《孕产妇保健手册》和有关表、卡、册，有专人负责助产技术服务有关资料的登记、统计、上报工作。认真执行孕产妇死亡、婴儿死亡和出生缺陷监测报告制度，做好孕产妇死亡和新生儿死亡死因评审工作。

第十九条

《母婴保健技术服务执业许可证》及其副本和《母婴保健技术考核合格证书》由卫生部统一印制。《母婴保健技术服务申请表》、《母婴保健技术服务申请登记书》、《母婴保健技术服务申请回执》、《母婴保健技术服务执业许可批准书》、《母婴保健技术人员考核审批表》等由省卫生厅依照卫生部规定的格式统一印制。

第二十条

对违反本办法规定的医疗保健机构和个人，按照《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《中华人民共和\*\*婴保健法实施办法》和《河北省母婴保健条例》等法律法规的有关规定给予相应处罚，构成犯罪的依法追究刑事责任。

第二十一条

对违反本办法规定，未经批准擅自开展助产技术服务的非医疗保健机构，按照《医疗机构管理条例》有关规定进行处罚。

第二十二条

条本办法自下发之日起施行。

附件：河北省助产技术服务机构基本标准

（一）房屋标准及布局：

1,从事助产技术服务的乡级医疗机构分娩区设：待产室、缓冲间（带）、分娩室，分娩区总使用面积40平方米以上。

2,从事助产技术服务的县级以上医疗保健机构分娩区设：更衣室、卫生间、缓冲间（带）、待产室、刷手室、分娩室、隔离分娩室、污物处理间。

3,从事助产技术服务的县级医疗保健机构分娩区总使用面积80平方米以上。

4,从事助产技术服务的市级以上医疗保健机构分娩区总使用面积100平方米以上。

5、分娩区应集中设在病房一端，远离不洁区域，保持空气流通，光线充足，环境清洁，安静。

6、分娩室内地面、墙壁、天花板应便于清洁。

7,分娩区内各房间屋门应设自由门，窗户严密，有采暖、降温设备。

8,分娩区各房间应设足够量的电源接口，上下水道，便于使用。

9,产科母婴同室每床净使用面积，县级以上不少于6平方米，乡镇级不少于5平方米。

（二）设备标准：

1,从事助产技术服务的乡级医疗机构基本设备：

产床、器械台、婴儿秤、卧式身长测量器、血压计、听诊器、胎心听诊器（或多普勒）、骨盆测量器、局部照明灯、紫外线灯、石英钟、消毒接生及产道裂伤缝合器械、新生儿吸痰器、吸氧设备、输液和输血设备、新生儿复苏囊。有条件的乡级医疗机构配胎头吸引器等。

2、从事助产技术服务的县（区）级以上医疗保健机构基本设备：

在乡级医疗机构基本设备的基础上，增加胎心监护仪、产钳、胎头吸引器、输液泵、产后刮宫器械、新生儿抢救台、新生儿暖箱、新生儿窒息复苏抢救设备以及产妇应急抢救设备。有条件的配空气消毒设备（如空气消毒柜)o

（三）人员标准：

1,按照卫生部规定的医疗保健机构相应级别配备助产技术人员。

2、从事助产技术服务的人员，必须取得《医师执业证书》和《母婴保健技术考核合格证书》。

3、从事助产技术服务取得《护士执业证书》的人员，必须具有助产士及以上技术职称或经助产专业技术培训考核合格，取得《母婴保健技术考核合格证书》。

4、省、市级医疗保健机构的产科主任必须具有副主任医师以上技术职称；县级医疗保健机构的产科主任必须具有主治医师以上技术职称；乡级医疗机构分娩室负责人必须具有助理执业医师以上职称、有三年以上妇产科临床经验。

（四）药品标准

1,宫缩剂：缩宫素、麦角新碱、卡孕栓或米索前列醇（至少2种）；

2,血管系统药物：西地兰、可拉明、多巴胺、婴粟碱、肾上腺素、阿托品、654一2;

3,降压药：硫酸镁、心痛定、瑞吉亭（酚妥拉明）；

4、镇静药：安定、杜冷丁、冬眠灵、非那更（至少2种）；

5、利尿剂：甘露醇、速尿；

6、止血药：Vitk、止血敏、立止血、止血芳酸、凝血酶原复合物（至少3种）；

7、扩容剂：生理盐水、林格氏液、低分子右旋糖配、5％及10％葡萄糖液；

8、纠酸药：5％碳酸氢钠；

9、麻醉药：普鲁卡因、利多卡因、地卡因；

10、其它：＊肝素针剂、＊鱼精蛋白针剂、凝血酶针剂、地塞米松、3％构檬酸钠、纳络酮、硝酸磺胺酣酞钠滴眼液。

（注：＊号者为县级以上医疗保健机构配备）。

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！