# 产科质量自我评估制度

来源：网络 作者：心如止水 更新时间：2025-06-25

*第一篇：产科质量自我评估制度产科质量自我评估制度为加强对助产技术的管理、进一步提高我院产科质量管理水平，全面贯彻落实我省助产技术基本要求，我院全面开展产科质量管理评估工作具体如下：一． 医院产科质量管理评估工作的目的1.通过评估及时发现医...*

**第一篇：产科质量自我评估制度**

产科质量自我评估制度

为加强对助产技术的管理、进一步提高我院产科质量管理水平，全面贯彻落实我省助产技术基本要求，我院全面开展产科质量管理评估工作具体如下：

一． 医院产科质量管理评估工作的目的1.通过评估及时发现医院产科管理工作中的薄弱环节并积极整改

2.提高产科医护人员对医院产科质量管理工作的重视程度

3.提高各级医务人员对育龄妇女特别是孕产妇医疗救治的责任意识和协作意识

4.提高提高我院产科对孕产妇的诊治水平和处置能力，切实保障母婴安全与健康。

二． 评估的具体内容

1.院内各相关科室与产科的沟通和协作情况

2.产科基本硬件设施、人员配置是否满足医疗机构设置标准科产科许可的要求

3.产科各项工作制度的建立和实施情况，特别是危重孕产妇会诊制度、抢救制度、流程和具体实施是否符合相关规范的要求

4.首诊负责制的落实情况

5.产科异物人员知识技能水平

**第二篇：19产科质量自我评估制度**

产科质量自我评估制度

1.成立产科质量评估小组，组长为科主任，组员为产科责任主治医以上人员及产房护士长。主要负责检查产科病历书写、各项产科记录本和登记本（如危重孕产妇讨论、孕产妇围产儿抢救记录、新生儿转诊记录、出生缺陷等及产科病历书写要求客观、真实、准确、及时、完整。有相关医务人员签名。门急诊病历每月抽查一次。住院病人病历每周三责任主治医师以上人员负责检查。

2.因病人病情严重需要转诊时，应详细记录转诊原因、病情摘要、已进行的治疗及相应的辅助检查、副主任医师以上人员意见，须填写转诊单。转入病人详细记录以前治疗经过，入院后治疗计划，上级医生意见。每季度责任主治医检查转诊记录。

3.病人入院当天有经治医生查房记录，病重者24小时内有上级医生查房记录，每日或隔日有查房记录，记录病人病情变化情况及治疗情况、上级医生意见。主治医生每周两次查房记录，副主任、主任医师每周一次查房记录。出院时责任主治医、主任或副主任医师检查病历。

4.危重症病人在治疗中由主管院长组织全院抢救，每一次抢救都要有特别记录和病程记录，包括抢救起始时间和抢救经过，参加抢救上级医生及护理人员姓名，在现场的患者

家属姓名及关系。

5.危重及疑难病例，由主管院长或科主任组织全院或产科进行病例讨论，经治医师记录讨论时间、参加人员、结论。讨论情况在病历及危重病人记录本上均有记录，责任主治医每季度进行检查。

**第三篇：广州玛莱妇产医院2025年产科质量自我评估报告**

广州玛莱妇产医院2025年产科质量

自我评估报告

广州市白云区卫生局：

接到“广州市卫生局关于开展2025年广州市产科质量督导的通知”，我院领导高度重视，为了进一步提高我院产科技术服务质量水平，规范围产保健技术服务，提升我院产科综合服务能力，通过自我评估，查找我院在产科服务过程中在规范管理、工作流程、服务水平等方面存在的问题并进行改进，促使我院产科服务管理与质量得以持续改进，进一步规范产科管理，提高技术服务水平，切实保障母婴安全与健康，现将自我评估结果报告如下：

一、基础质量管理工作：

1、配套基础设施：医院建筑面积7597.10平方米，其中产科业务用房1368.62平方米，产房面积244.13平方米，内设待产室、分娩室，隔离产房、缓冲间、洗手消毒间及医护办公室，布局合理，基本符合消毒隔离要求；产房配备分娩床3张（其中隔离产床1张）、待产床3张、新生儿辐射台2张。产房、手术室、产科、母婴同室均按要求配置了产前检查、分娩、产科抢救、及新生儿复苏等设备、器材、药品及监护仪器。

2、人员配备：医院现有医生27人，其中主任医师1人、副主任医师7人、主治医师10人、医师14人；其中产科医生14人、产科主任医师1人、产科副主任医师3人、产科主治医师6人、产科医师

4人；全院护士43人，护师以上职称7人、其中产科护士16人、助产长1人、助产士4人。符合广州市一级助产技术机构人员配备标准。

二、产科质量管理工作:

1、专人负责产科工作，完善各项规章制度及各种登记，做到准时参加例会及学习；做好月、季度、半年、全年报表的上报，做到数字准确、上报及时。

2、认真贯彻执行《中华人民共和\*\*婴保健法》，依据该法开展相关项目技术服务，提供优生优育、计划生育和母婴保健技术服务。

3、规范出生医学证明发放工作的管理，进一步完善了管理制度及措施，专人专管出生医学证明，证章分开，做到发放工作规范化、制度化。

4、积极开展新生儿疾病筛查工作，血标本质量符合规定要求；按照市、去卫生局的要求规范开展新生儿听力筛查工作。

5、认真落实出生缺陷群体干预工作，按照《广东省卫生厅产前诊断技术管理实施细则》的要求，一是与广医三院建立了产前诊断技术服务协作关系，并签订了合作协议；二是成立了医院伦理委员会，负责出生缺陷工作的督导；三是做好新生儿出生缺陷的登记、报告、转诊、资料保管等管理工作。

6、切实开展母婴阻断工作，认真落实《白云区预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目实施方案的通知》精神，制定医院的实施方案，开展宣教、筛查、转诊、阻断、随访工作，对相关人员进行培训，建立了相应的台账，各种报表、报告卡填写规范，上报及时，全年出生婴儿

乙肝疫苗接种率和阳性乙肝母亲所生婴儿乙肝免疫球蛋白接种率达到了100%。

三、孕产妇管理：

1、认真落实《广州市高危妊娠管理办法（修订）》，健全了各项管理制度及登记制度，完善了监督检查和定期考核办法。对有可能发生产后出血的高危孕妇开展了产前评估，降低产后出血的发生率。根据《广州市孕产妇保健分类管理工作方案（试行）》和《广州市孕产妇保健分类标准》和高危产妇情况及时转诊，或请市、区危重症孕产妇急救小组专家来院指导救治，并做好跟踪管理工作。同时、医务科、护理部按照《高危妊娠管理质控检查评分标准》，坚持每月一次督导检查，检查评分结果及时通报、归档备查，发现缺陷及时整改。

2、认真落实《广州市孕产妇死亡评审报告制度》、《新生儿死亡评审规范》等，调整了医院孕产妇、围产儿及五岁以下儿童死亡评审小组，制定了工作职责、完善工作流程等，全年未发生孕产妇和新生儿死亡病例。

四、加强产科业务建设，努力提高产科质量：

我院产科业务工作，始终按照“质量第一”，“安全第一”的原则，保障了产科质量和安全。

1、产科工作量完成情况：2025年10月1日—2025年9月30日产妇数834例，活产儿数834人，无孕产妇和围产儿死亡病例。其中剖宫产273例，剖宫产率32.7%，产后出血发生率0.8%，重度新生儿窒息0 例，发生率0。

2、加强产科管理组织建设，完善规章制度

重新调整科医疗质量管理委员会、护理质量管理委员会、输血管理委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、孕产妇和围产儿抢救小组等组织，完善了各种委员会工作制度、工作职责。坚持做到院长分工主管、医务科督导，定期召开工作会议和开展产科质量督导检查，使医院产科质量工作做到制度化、程序化、规范化和常态化。

3、严格执行核心医疗制度，保障医疗安全、提高医疗质量

认真贯彻执行各项核心医疗制度是保证医疗安全、提高医疗质量的前提，一年来我院狠抓三级医师查房制度、查对制度、医生交接班制度、分级护理制度、疑难危重病例讨论制度、手术分级管理制度、医疗文书书写制度、首诊医生负责制等，同时按照《广东省病例书写规范》的标准，医务科定期对产科运行病例进行抽查，使产科住院病历基本符合规范要求。

4、完善产科质量监控体系，加强产科质量督导控制

质量靠管理，管理靠体系，体系加以控制才有保障。一是我院建立健全了院科两级产科质控组织，重新修订了产科质量全程控制范围，由医务科每月和每季对产科基础质量、环节质量、终末质量进行监督检查，重点是对环节质量的监控。按照产科质量控制标准，逐项考评、总结分析、及时整改。二是编制了医院《产科临床诊疗技术常规》、《产科危重症抢救常规》、《高危妊娠诊疗常规》等。

5、我院专门为产科配置了新生儿科医生，新生儿科医生每天必须参加产科晨会交接班、查房等，参加高危妊娠产妇的新生儿复苏抢救工作，已制度化、程序化，从而保障了新生儿的安全。

6、积极开展继续教育、促进产科医务人员整体素质提高

根据医院年初制定的全院员工继续教育培训方案，采取多种形式对产科人员进行岗位培训，具体做法：一是举行“三基”考核考试；二是对产科新入职医务人员岗前培训和水平测试；三是对所有妇产科医务人员进行一次产科理论知识考试；四是组织专家学术讲座；同时，选派业务骨干参加市、区妇幼保健院组织的相关培训学习班等。通过这些活动的开展，促进了产科医务人员整体技术水平的提升。

7、通过产科医务人员的共同努力，是我院产科质量有一定程度的提高，自产科开诊以来未发生重大医疗差错或医疗事故。

五、妇幼卫生资料统计及健康教育：

1、按照上级的要求，每月、每季按时完成各项报表，及时上报。同时做好妇幼卫生信息网络录入上传工作，并做好了年报表查漏调查工作。

2、定期开展产前宣传教育，发放宣传资料4000多份，孕妇学校讲课 63期，共有778人次参加了听课，由医院专家讲授孕前、孕中、孕后的相关保健知识，并进行了考试。新开展了电话、网络保健知识组训活动，通过以上活动的开展，提高了孕产妇的围产期保健意识。

3、坚持对住院分娩产妇进行母乳喂养宣教，指导褥产期保健知识。

4、孕妇学校定期开展讲座满意度调查，并对提出的文件进行汇总，限期进行整改，进一步提高孕妇学校的服务水平。

六、计划生育工作：

我院对计划生育服务工作十分重视，由业务院长主管，首先建立

各项规章制度，如《计划生育证明查验制度》和《计划生育手术证明管理制度》等；组织计生服务人员学习计生工作相关的法律法规；严格执行禁止非医学需要的胎儿性别鉴定的规定；编制了《计划生育手术操作常规》，为患者提供优质、安全、有效的计生服务。

七、我院产科综合服务能力不断提升，在产科服务过程中严格按规范管理、执行工作流程、提升服务水平、提高技术水平、增加投入，使我院产科服务管理与质量得以持续改进，提高技术服务水平，切实保障母婴安全与健康，特向上级部门申请将我院产科监护类别由现在的Ⅰ类升级为Ⅱ类。

八、申请豁免条款：

1、教学科研管理（1.4.1条款）：有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。

2、教学科研管理（1.4.5条款）：指导语培训下级医院卫生技术人员提高诊疗水平，推广事宜卫生技术。

3、贯彻落实市级的各项规章管理制度（1.5.3）：规范开展早产儿视网膜病变早期筛查工作。

4、贯彻落实市级的各项规章管理制度（1.5.6）：按国家省市相关规定开展孕产妇、围产儿、新生儿死亡评审。

5、新生儿病室符合规范（3.5.1条款）：新生儿病室符合规范。

6、医院感染控制（4.1.4条款）：新生儿室感染管理符合规范。

九、存在的问题与困难：

1、专业技术队伍不稳定，人才流动性较大，影响了妇幼卫生工作和产

科质量的进一步提高。

2、我院医疗服务对象绝大多数为外来务工人员，流动性大，孕产期保健、婴幼儿保健等规范化管理工作难度比较大。

3、医务人员的专业知识和技术水平有待进一步提升，业务培训和继续教育密度不够，科室业务学习需要常态化和制度化。

4、医疗文书书写有待进一步规范，需加强培训。

5、少数医务人员服务意识不强，患者对治疗服务的满意度有待提高。

广州玛莱妇产医院

**第四篇：产科制度**

目 录

一、产科工作人员岗位责任制度

（一）临床科主任职责

（二）临床主任医师职责

（三）临床主治医师职责

（四）临床住院医师（士）职责

（五）助产士职责

（六）护师（士）职责

二、围保门诊工作制度

三、产房工件制度

四、待产室、产房、母婴同室清洁卫生制度

五、待产室、产房、母婴同室消毒隔离制度

（一）待产室、产房消毒隔离制度

（二）母婴同室消毒隔离制度

六、安全管理制度

七、差错事故防范处理制度

八、急救药品管理制度

九、高危产妇分组管理和转诊制度

十、出生医学证明管理制度

十一、资料信息管理制度

十二、业务学习考核制度

十三、业务培训制度

十四、产科定期质量检查制度

十五、孕产妇、围产儿死亡、出生缺陷报告制度

十六、污物处理制度

十七、产科工作制度

十八、围产期保健工作各项常规

（一）早孕建卡初查常规

（二）产前检查常规

（三）高危妊娠管理常规

（四）产科诊疗常规

（五）接产常规

（六）母婴同室工作常规

（七）母乳喂养工作常规

（八）产后护理常规

（九）产后访视常规

（十）母婴同室消毒隔离常规

（十一）分娩室常规急救方案

一、产科工作人员岗位责任制度

（一）临床科主任职责

1、在院长领导下，负责本科的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。

2、制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，及时总结汇报。

3、领导本科人员，对病员进行医疗护理工作，完成医疗任务。

4、定时查房，共同研究解决重危、疑难病例诊断、治疗上的问题。

5、参加门诊、会诊、出诊，组织病讨论，决定科内病员的转科转院。

6、组织全科人员学习、运用国内外医学先进经验，开展新技术、新疗法，进行科研工作，及时总结经验。

7、督促本科人员，认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防并及时处理差错事故。

8、确定医师轮换、值班、会诊。

9、领导本科人员的业务训练，抓好技术考核，提出升、调、奖、惩意见。妥善安排进修、实习人员的培训工作，组织并担任临床教学。

（三）临床主治医师职责

1、在科主任领导和主任医师指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、预防工作。

2、按时查房，具体参加和指导住院医师进行诊断、治疗及特殊诊疗操作。

3、掌握病员的病情变化，病员发生病危、死亡、医疗事故或其他重要问题时，应及时处理。

4、参加值班、门诊、会诊、出诊工作。

5、参加临床病例讨论及会诊、检查、修改下级医师书写的医疗文件，决定病员出院，审签出（转）院病历。

6、认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查本病房的医疗护理质量，严防差错事故，协助护士长搞好病房管理。

7、组织本组医师学习与运用国内外先进医学科学技术，开展新技术、新疗法，进行科研工作，做好资料积累，及时总结经验。

8、担任临床教学，指导进修、实习医师工作。

（四）妇科临床住院医师（士）职责

1、在科主任领导和主治医师指导下，根据工作能力、年限、负责一定数量病员的医疗工作。新毕业的医师实行三年二十四小时住院医师负责制。担任住院、门诊、急诊的值班工作。

2、对病员进行检查、诊断、治疗，开写医嘱并检查其执行情况。

3、书写病历。新入院病员的病历一般于病员入院后24小时内完成。检查和改正实习医师的病历记录，并负责病员住院期间的病程记录，及时完成出院病员病案小结。

4、向科主任、上级医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病员病情变化，提出需要转科或出院的意见。

5、对所管病员应全面负责，在下班以前，作好交班工作，对需要特殊观察的重症病员，应重点交班。

6、参加科内查房。对所管病员每天至少上、下午各巡诊一次。科主任、主治医师查房（巡诊）时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。请她科会诊时，应陪同诊视。

7、认真执行各项规章制度和技术操作常规、亲自操作或指导护士进行各种重要的检查和治疗，严防差错事故。

8、认真学习国内外的先进医学技术，积极开展新技术、新疗法，参加科研工作，及时总结经验。

9、随时了解病员的思想、生活情况，征求病员对医疗护理工作的意见，做好病员的思想工作。

10、在门诊或急诊室工作时，应按门诊、急诊工作制度进行工作。

（五）助产士职责

1、在护士长的领导和医师的指导下进行工作。

2、负责正常产妇接待接产工作，协助医师进行接产工作，做好接产准备，注意产程进展的变化，遇产妇发生并发症或婴儿异常时，应立即采取紧急措施，并报告医师。

3、经常了解分娩前后的情况，严格执行技术操作常规，注意保护会阴、保证母婴安全，严阵以待防差错事故。

4、经常保持产房的清洁，定期进行消毒。

5、做好计划生育、围产期保健和妇幼卫生的宣传教育工作，并进行技术指导。

6、负责管理产房的药品器材。

7、根据需要，负责孕期检查和产后随房工作。

8、指导进修、实习人员的接产工作。

9、对病房出现的护理差错、事故进行分析，提出防范措施。

（六）护师（士）职责

1、在护士长领导下和本科主管护师指导下进行工作。

2、参加病房的护理临床实践，指导和护士正确执行医嘱及各项护理技术操作规程，发现问题，及时解决。

3、参与病房危重、疑难病人的护理工作及难度较大的护理技术操作，带领护士完成新业务、新技术的临床实践。

4、协助护士长拟订病房护理工作计划，参与病房管理和护理文件书写工作。

5、参加本科主任护师、主管护师组织的护理查房、会诊和病例讨论，主持本病房的护理查房。

6、协助护士长负责本病房护士和进修护士的业务培训，制订学习计划，组织编写教材并担任讲课，对护士进行技术考核。

7、参加护校部分临床教学，带教护理专业学生临床学习。

8、协助护士长制订病房的科研、技术革新计划，提出科研课题，并组织实施。

9、对病房出现的差错、事故进行分析，提出防范措施。

二、围保门诊工作制度

一、对计划外妊娠者，应进行计划生育政策宣传，动员其终止妊娠。对婚外妊娠要求终止妊娠，应尊重其隐私权。

二、认真接待每一位来诊孕妇，不分本社区内外，均应完成建卡工作，对来自外社区的孕产妇，如将来不在本院分娩时，应指导其到原居住社区进行围产期保健工作，卡随其带回，对相邻社区孕产妇同样对待，如因区域管理统计需要，可将有关资料寄到该社区相关部门。

三、遇有未在本院建卡、进行围产期保健的临产妇，要同样热情接待，不得推诿拒绝。

四、认真做好高危孕产妇的筛查工作，按期进行高危评分，并说服动员其到上级医院进行相应处理。

五、按期检阅存档孕产妇保健卡，发现未按期来复检者，要通过有效通讯手段，嘱其按时复检。对有高危迹象或倾向的孕产妇，如通讯邀检无效，必要时应作家庭访视。

六、利用多种形式认真做好孕产妇保健健康教育工作。做好教育指导及咨询工作。

七、认真按各种规范要求，书写门诊有关医疗文件，如门诊病历，围产期保健卡、各种检验单、检查单、门诊处方等。

八、做好产妇出院后的家庭访视工作，处理突发问题。

九、按要求做好有关登记、统计工作。

三、产房工作制度

一、产房应经常维持在消毒无菌状态，工作人员应严格遵守无菌操作规程。

二、产房实行24小时值班制，以便随时接待产妇分娩，值班人员不得擅离职守。

三、实行2名医务人员接产工作制，严禁一人操作。

四、严密观察产程进展，指导产妇密切配合，及时检测产时指证，发现难产或情况急剧变化，应及时向上级医师汇报，请求协助处理并及时告知家属。

五、产房临产妇如需转院，必须产妇生命体征基本平稳，且全程有医务人员及家属陪同。

六、认真随时做好产时分娩记录，画好产程图，遇有抢救情况必须于抢救结束6小时内据实补记。

七、胎儿娩出经有关处理后，交母亲过目，并重点告知婴儿性别。体格检查如有异常立即告知母亲及有关家属，写好新生儿记录并取婴儿右足、母亲左拇指印于新生儿记录上。在婴儿左手腕及包被上应有婴儿身份识别卡片相系，及时发放婴儿《出生医学证明》。

八、产妇产后应在产房休息观察二小时，如无异常可返回病房，与病房工作人员应进行床头交班。

九、基层医院产科产房目前不实行产妇亲属在产房陪产（不论性别），产房禁止男性人员进入，但他科或上级医院会诊人员、抢救人员除外。

十、分娩结束后，产房进行终末消毒，清点卫生材料、药品、按基数及实际消耗数增添补充。

四、待产室、产房、母婴同室清洁卫生制度

一、保持室内清洁整齐，地面无污迹，墙上无蛛网，插口摆放有序。

二、地面用3-5%来苏尔液拖抹，湿式打扫，每日2次。

三、产妇出院后，床、床头柜、椅、橱均应用“84”消毒液擦抹。

四、每日定时开窗通风换气，保持室内空气新鲜。

五、吐痰入盂，每日清洗痰盂。

六、加强卫生宣教，要求产妇及家属饭前便后洗手，不吃生冷、变质食物，坚持母乳喂养。

七、严禁吸烟、饮酒、控制陪客人数和探视人数、频次。

五、待产室、产房、母婴同室消毒隔离制度

（一）待产室、产房消毒隔离制度

1、工作人员进入待产室、产房、手术室要更换手术衣、口罩、帽子、鞋子。

2、待产室、产房整齐清洁，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。

3、消毒液浸泡，每周更换一次，各种消毒液浓度要达到要求。

4、待产室、产房每周彻底清扫一次，每日用紫外线或电子灭菌灯定时消毒，一周要用乳酸或甲醛薰蒸一次，每月作空气细菌培养一次。

5、物品排列有序，消毒与未消毒物品严格分开，并有标志。

6、污染手术后随时消毒，被污染的器械用3%来苏尔溶液浸泡，处理后送高压灭菌，乙肝患难夫妻者手术后器械等待高压灭菌后清洗消毒。

（二）母婴同室消毒隔离制度

1、室内定时开窗通风换气，每日一次，备有紫外线消毒时，作出院终末处理。

2、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，上下午各一次。

3、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。

4、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。

5、婴儿用眼药水、扑粉、油膏、淋浴液、浴巾、治疗用品等，应一婴一用，避免交叉使用。

6、工作人员如患传染病及时调离。

7、隔离病房收住传染性疾病的产妇（如HbeAg阳性孕产妇）。

8、产妇与婴儿用物分开，直接接触新生儿的布类需经高压消毒后使用，换下的尿布要放在固定的容器内。

9、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。

六、安全管理制度

一、严格执行十三项医疗核心制度，做好医疗安全工作。

二、执行好“差错事故防范处理制度”。

三、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。

四、医护人员会用灭火器、防火门处理火灾事故。

五、随同来院的小孩必须由监护人看管，严防走失、跌伤等事故发生。

六、定期对电路、电梯进行检测，消除隐患。

七、使用好电子监控系统。

八、定期进行消防知识教育。

九、加强现金保管，按规定解交银行或存放保险柜中。

七、差错事故防范处理制度

1、依法执业，严格执行手术审批、术前讨论制度，不超范围手术。

2、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十三项核心制度。

3、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。

4、加强医疗安全教育。

5、经常组织业务学习，鼓励自学，不断提高业务水平。

6、各科室建立差错、事故登记本，由本人及时登记发生差错、事故的原因、经过、后果等，科主任或护士长及时讨论与总结。

7、发生差错，应及时报告科主任或护士长；一旦发生事故，应及时由科主任报医教科，并积极采取补救措施，以减少或消除由于差错事故造成的不良后果。

8、发生严重差错或事故后，应及时指定专人对各种有关记录及造成差错事故的药品、器械等做妥善保管，不得擅自涂改、销毁。

9、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。

10、发生差错、事故的单位或个人，如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或其他人发现时，须按情节轻重给予处分。

11、科主任或护士长应定期组织医务人员分析差错事故发生的原因，并提出防范措施。

12、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。

八、急救药品管理制度

1、产房、病房药柜所有药品，只能供应住院病员按医嘱使用，其他人员不得私自取用。

2、产房、病房药柜，应指定专人管理，负责领药和保管工作。

3、定期清点、检查药品，防止积压、变质，如发现有沉淀，变色、过期、标签模糊等药品时，停止使用并报药剂科处理。

4、抢救药品固定在抢救车上或设专用抽屉存放，保持随时能取用。

5、毒、麻、精、放药品，应设专用抽屉存放，严格加锁，并按需要保持一定基数，动用后，由医师开专用处方，向药房领回。每日交班时，必须交点清楚。

6、药剂科对病房药柜，要定期检查核对药品种类、数量是否相符，有无过期变质现象，毒、麻、精、放药品管理是否符合规定。

九、高危产妇分级管理和转诊制度

分级管理制度：

1、I级机构，为城市的街道医院和农村的乡医院，除负责进行早孕登记，建立围产保健卡等工作以外，还要负责产前检查，对高危妊娠应提早转诊。

2、Ⅱ级机构，为城市的市区医院和县级医院，负责所划区范围内所有正常分娩和绝大多数高危妊娠的分娩工作，配备一定量和质量的产科和新生儿抢救的医护力量和设备，设有产前咨询、高危门诊和病房。同时与Ⅲ级机构保持密切联系，严重的高危妊娠在分娩前或分娩时和重危的新生儿应及时转至Ⅲ级机构。

3、Ⅲ级机构，是该围产期保健划区网的中心机构，为城市中的医学院校的教学医院，省、市或地区的中心医院和产科专科医院负责所属划区范围内Ⅱ级机构的全部转诊和会诊。也接受外省市地区转诊的高度疑难和危重的孕产妇和新生儿。设有产前咨询、遗传咨询和高危妊娠专科门诊及病房，产科病房、产房和新生儿室均配备重点抢救监护设备，并备有胎心率监护仪，B型超声诊断仪，能进行重点抢救监护设备，并备有胎心率监护仪，B型超声诊断仪，能进行羊膜腔穿刺和羊水成熟度分析，能进行胎儿胎盘功能测定，胎儿生长发育和胎儿宫内情况的监护，有条件时还应进行胎儿头皮血PH和气体分析。负责所属划区范围内I级及Ⅱ级机构的医务人员的培养和业务提高，并定期总结围产医学统计工作质量分析，协同省市妇幼处定期举行孕产妇死亡、围产儿死亡和其他产科质量的审定会。

转诊制度：

1、对高危孕妇进行专案管理，要求在Ⅱ级以上医院分娩，住院分娩率达100%以上。

2、凡围保辩论筛选出的高危产妇，由医院统一管理，村卫生室保健医生配合追访、随访及保健指导等工作。

3、对高危孕妇，根据情况针对性地纠正高危因素，必要时住院治疗，对难以矫治的高危妊娠，一律要求提前住院待产，及早确定分娩方法。

4、根据医院的医疗条件，对无条件诊治者转至上级医疗保健单位。高危因素缓解或消除后可返回本医院继续管理。高危因素解除可转正常门诊管理。

5、应加强对高危孕妇产后访视工作，提高访视质量，增加访视次数，产后42天到医院健康检查。

（十）出生医学证明管理制度

一、严格按照《母婴保健法》及《母婴保健法实施办法》等法律法规要求，办理有关出生医学证明手续。

二、医院成立出生医学证明管理小组，人员明确，职责分明。实行证、章分离管理，做好证明的领用、保管、发放、报损、补发申请等台帐记录。单位领证凭介绍信、产科病历到县妇幼保健所购领。不得伪造、变造、倒买、转让、出借和使用非法印制《出生医学证明》，报废证明不得自行销毁，统一交发证单位处理。

三、妇产科医生应在孕妇产前检查时，动员做好新生婴儿起名事宜，本院出生的新生儿由接产医生填写《出生医学证明》发证申请书。

发证人员应详细核对新生儿有关信息及父母身份证件，并将申请书与新生儿父母身份证复印件存档，加强微机的养护，保证及时发证。

印章管理人员应对证明核对无误后盖章，领证人须在申请单和分娩登记本领证人栏内签字；拒领证者应签字确认；非本院接产的新生儿，一律不得发放《出生医学证明》。

四、《出生医学证明》存根联应粘贴在产科病历新生儿记录单上，每次领证时应带病历一起送审核对。

五、《出生医学证明》应于新生儿出生后一个月内在本院发放，逾期到县妇幼保健所补发。

六、每月3日前上报上月出生医学证明《保健登记台帐》及未发证新生儿抄录表，本单位建立《保健登记台账》纸质档案库；每年10月15日前上报上年10月1日至当年9月30日前滨海县《出生医学证明》使用情况年报表及滨海县《出生医学证明》报损登记表（联同报废证上报）；每年1月15日前上报上年未发证新生儿登记名册。

出 生 医 学 证 明 管 理 小 组

组长： 印章负责人： 产科医生：

发证人员（微机操作员）：

台帐管理员：

十一、资料信息管理制度

一、建立病案管理、医疗、保健登记统计以及管理制度。信息资料的科学分类、编码、索引目录编制工作实行计算机管理。

二、负责全院妇幼卫生信息收集、处理、上报和反馈并留有存根。

三、负责全院病案的收集、整理与保管，完成疾病分类，依序整理，排列上架存档，建立病案及医疗登记奖惩条例，一周内出院病人病历归档，促进医疗资料管理的科学化、规范化。

四、规范各种医疗、保健登记做好医疗、保健质量统计，每季度分析医疗质量，为管理决策及临床、教学、科研提供可靠的信息。

五、根据医院及上级要求，按照规定的格式和期限及时编制、报送统计报表。

六、会同有关人员运用统计及相关方法，做好医疗、保健终审质量评价工作。

七、及时提供最新医学期刊杂志，做好医学新书介绍，当年期刊上架，历年期刊装订。

十二、业务学习考核制度

一、所有医护人员，均应参加继续医学教育，取得规定学分。

二、鼓励医护人员参加专业对口的提高学历层次的函授、成教、网络教育等学习，其学习假、学习费用按“职工继续教育制度”的规定执行。

三、医教科、护理部不定期对医护人员进行业务知识考核，其成绩作为奖惩依据。

四、新毕业生两次执业资格考试不过关，可以作辞聘处理。

五、在医护药杂志上发表论文的，按“职工继续教育制度”的规定奖励。

六、处方、病历、申请单、交接班报告、业务学习等考核按滨康医[2025]第3号文件执行。

业务培训制度

一、严格执行“职工继续教育制度”的有关规定。

二、制订业务学习培训计划，报医教科审定。

三、每月集中业务学习不少于2次，按年初计划，主讲人认真备课，按时讲课，参加者认真记笔记。

四、积极参加医教科、护理部组织的法制教育、新员工培训、母乳喂养讲座、“三基”考试、护理操作比赛等学习培训活动。

五、师以上职称者每年必须撰写学术论文一篇以上。

六、着力开展学历教育，医师必须在三年内取得本科以上学历，护士必须在三年内取得大专以上学历。

十四、产科定期质量检查制度

1、必须把医疗质量放在首位，把质量管理纳入妇产科的各项工作之中。

2、医院要建立健全质量保证体系，即建立院、科二级质量管理组织，配备专（兼）职人员负责质量管理工作。

3、院、科二级质量管理组织要根据上级有关要求和自身工作的实际，制订切实可行的质量管理方案。

4、质量管理方案主要内容包括：建立质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈等。

5、医院每月对妇产科处方、申请单、门诊病历、住院病历（包括归档及在架）、各种登记表、卡、册进行检查，印发医疗质量简报，并将检查结果反馈到个人。

6、质量的检查结果与评优、奖惩相结合。

十五、孕产妇、围产儿死亡、出生缺陷报告制度

一、建立孕产妇、围产儿死亡登记簿，如实登记并上报。

二、进行出生缺陷监测知识培训，提高监测能力。

三、对有出生缺陷的新生儿如实填表上报。

四、注意产妇住址、电话的登记，保证准确可靠，便于随访。

五、大力宣传“两筛”工作重要性，提高婴幼儿“两筛率”，对个别拒检者，要求签字留存，拒检单长期保存备查。

十六、污物处理制度

污物分医疗废弃物和生活垃圾两大类，应分类处理。

一、生活垃圾每日集中送垃圾箱，由城市管理部门清运处理。

二、医疗废弃物应放置在指定的容器内，一次性输液器、针筒等应先毁形，然后集中无害化处理。

三、医疗废弃物数量应逐日认真登记。

四、产房的污物流程要合理，不得污染清洁区。

十七、产科工作制度

一、实行科主任负责制，严格各类各级人员岗位工作职责，认真执行医疗、护理制度，严格按各项技术操作规程工作。

二、实行24小时工作制，任何时间有临产妇来诊，均应无条件接受。

三、建有抢救小组，备有必要的抢救器材、药品，接到危重孕产妇抢救通知后，应及时奔赴现场进行抢救（包括院外）、或护送转院，转院必须在生命体征基本平稳状态下方可进行。

四、对社区内孕产妇实行全程服务，包括初诊建卡，围产期保健检查，孕产期及母婴保健健康教育，高危妊娠筛选与监护转院处理，住院分娩，婴儿出生医学证明发放，产后访视（包括本社区孕产妇至他院分娩后返回者）。

五、实行人性化服务，除分娩室外，病室、母婴同室病室、待产室均允许孕产妇近亲属1人陪伴，但不得陪宿（家庭化病室除外）。

六、社区内孕产妇，说服动员一律住院分娩，不提供家庭分娩接生服务。出生医学证明打印后应加盖医院公章。

七、实行母婴同室。提供母乳喂养，不提供代乳器及代乳品。

八、计划生育手术操作仅限人工流产、上宫内节育器、取宫内节育器、男女节育手术。

九、剖宫手术必须经县（区）级卫生行政部门许可并保证本科有主治医师，或联合本院外科协同进行。

十、产妇住院应建有完整的病历记录，包括体温单、医嘱单、住院记录、待产记录、产时记录、产程图、产后记录、各种相关检查报告单、新生儿记录、新生儿观察护理记录等，且书写符合规范要求。

围产期保健工作各项常规 早孕建卡初查常规

1、妊娠13周内建立“孕产妇保健手册”。

2、详细询问停经情况，进行全身检查，测身高、体重及基础血压。

3、进行外阴、阴道检查，了解外生殖器有无影响分娩的疾病，并给予适当处理。根据孕情，必要时做B超检查（B超不宜作为常规）。

4、了解以往健康情况，重点了解心、肺、肝、肾、代谢性和内分泌性疾病，对有内科合并症的孕妇应请专科医生会诊，以估计孕妇能否负担妊娠与分娩过程。若不宜继续妊娠及早终止。

5、化验检查：包括血常规、尿常规、血型、肝功能、白带常规检查及梅毒、淋病等筛查。

6、进行高危因素筛查，对高危孕妇进行高危评分，并进行管理。

7、进行妊娠早期的健康教育。

8、做好孕期卫生指导。

产前检查常规

（一）孕早期（妊娠13周内）：见“早孕建卡初查常规”

（二）孕中期（妊娠13-27周）

1、每隔4周产前检查一次，高危孕妇增加检查次数。

2、询问孕妇健康情况，了解胎动出现时间。

3、测体重、量血压，计算平均动脉压，检查有无水肿，孕20周时复测尿蛋白。

4、测量宫底高度、腹围、听胎心，注意胎儿大小，判断是否与孕周相符。20周起绘制妊娠图，观察胎儿生长发育情况。

5、孕16-20周间行母血甲胎蛋白筛查，孕18-24周超声波检查，必要时行羊水细胞核型分析，发现异常提出医学指导意见。

6、提供营养及心理保健指导。

7、孕26周左右时对所有孕妇作50克糖筛查试验，如血糖≥7.8mmol/L作75克葡萄糖耐量试验，及早发现妊娠期糖尿病患者。

8、筛查高危产妇，系统管理。

（三）孕晚期（孕28周以后）

1、每隔4周产前检查一次，36周后每周检查一次，有异常者增加检查次数，必要时住院治疗。

2、询问孕妇情况，有无头痛、眼花、水肿、阴道出血等异常情况，了解胎动情况。

3、测量体重、血压，计算平均动脉压。检查有无水肿，每次测尿蛋白，有妊娠期高血压疾病高危因素者，积极预防。

4、发现异常胎位及时纠正。

5、指导孕妇自行监测胎儿，记胎动卡。

6、听胎心。如有异常行电子胎心监护。

7、测量宫底高度、腹围，注意羊水量、胎儿大小，绘制妊娠围，积极防治胎儿生长受限。

8、复检血红蛋白，纠正贫血。

9、孕28-30周行骨盆外测量。

10、孕36周左右复查B超进一步了解有无胎儿胎盘异常。

11、孕37周后注意胎先露入盆情况，了解头盆关系，并根据全面情况预测分娩方式，决定分娩地点，提出产时注意事项及做好产前准备工作。

12、帮助孕妇做好母乳喂养的身心准备，介绍临产症状及去医院的时机。

高危妊娠管理常规

1、对筛选出来的高危孕妇进行专册登记，并在“孕立妇保健手册”上作红色标记。

2、高危门诊，按高危妊娠严重程度实行分级管理。

3、对未按时来门诊者须采取不同方式追访（信访、电话访）。

4、凡属高危妊娠均应住院分娩，部分患者应酌情提前住院。

5、高危孕妇住院后，根据母婴具体情况，制定合理治疗方案，选择对母婴最有利的分娩时间及分娩方式。

6、高危妊娠者产后应有乡镇、街道卫生院保健人员进行访视。产后42天到指定单位进行健康检查。

产科诊疗常规

1、坚持首科首诊负责制，严格值班交接制度，坚守岗位，履行职责。

2、及时询问病史，按规定书写病历，及时审签病历，按时归档。

3、执行查房制度，住院医师每日不少于二次，主治医师每日不少于一次，科主任、主任医师每周1-2次，并做好三级查房记录。

4、遇有疑难病例及时认真讨论，尽早明确诊断，提出治疗方案。

5、科主任、主治医师、床位医师对疑难病例及有关手术必须进行讨论，讨论情况记入病历。

6、遇有疑难病例，及时申请会诊（按会诊制度执行）。

7、经治医师（或值班医师）参加危重病人抢救，重大抢救由科主任或院领导参加，分工协作，抢救及时，做好有关记录。

8、严格操作规程，执行查对制度，以防差错事故发生。

9、严格消毒隔离制度，坚持无菌技术操作，防止交叉感染。

10、做好门急诊工作，定期安排人员上门诊，解决门诊疑难病例。

接产常规

1、产妇进入产房应有专人守护不得离开。

2、密切观察子宫收缩、胎心、血压情况，每5-10分钟听胎心一次。碘伏消毒并在臀下热上消毒巾。

3、用1%肥皂水擦洗上阴部，然后用温开水冲掉肥皂水，最后用0.5%碘伏消毒并在臀下热上消毒巾。

4、接产前应作好接产准备，如：宫缩剂、吸引器、复苏囊、气管插管。接生人员按常规洗手、消毒，严格遵守操作规程。

5、正确指导产妇用力，配合接生者分娩。

6、胎头拨露时，接生者一手保护会阴，另一手协助胎头俯屈，注意保护母婴安全，必要时做会阴侧切术。

7、胎头娩出后及时挤出口鼻的粘液，然后，按分娩机制娩出胎儿。

8、胎儿娩出后，进一步清理呼吸道，擦干身上的血迹、羊水，注意保暖，给予阿普加评分，同时予产妇垫上聚血盆。

9、用脐圈结扎脐带后，分别用20%高锰酸钾液消毒脐带断面，待断面干后以无菌纱布覆盖，再用脐带布包扎，并查体。

10、与产妇核对新生儿性别后，盖手印、脚印、与手圈之后，在产后半个时内协助正常新生儿与母亲皮肤接触并早吸吮，接触30分钟以上，婴儿评分≤7分者送新生儿病房观察。

11、注意观察胎盘剥离征象，胎盘娩出后仔细检查胎盘胎膜是否完整，阴道有裂伤，并采取相应措施，肛查一次，无特殊情况移至平车休息，注意预防产后出血。

12、产后密切观察产妇子宫收缩、阴道流血、血压及膀胱充盈情况，每20分钟一次，异常情况及时汇报发生，并做好治疗及护理工作，无异常情况，两小时后回母婴同室，做好交班工作。

母婴同室工作常规

1、热情接待产妇和新生儿，介绍产后注意事项，按常规做好母婴的医疗及护理工作。

2、对产妇宣传母乳喂养知识，强化勤吸吮、早吸吮按需喂哺，开奶前不喂食，24小时母婴同室，严禁使用人工奶头、奶瓶及代用品喂哺婴儿。

3、定时巡视，观察产妇的宫缩、恶露、伤口、膀胱充盈等情况，做好新生儿的观察与护理。

4、强化责任护士职责，正确指导产妇喂奶及新生儿正确含接姿势，以便及时纠正。

5、对产妇进行乳房护理及宣教，做好异常乳房的处理及护理。

6、对新生儿的一些常见现象，如新生儿生理性体重下降、生理性黄疸、乳腺肿大、假月经、溢奶与吐奶、产瘤等进行广泛宣传。

7、产后第二天指导产妇做产后操，并解释每节体操的意义。

8、鼓励产妇进食富有营养足够热量和水分的食物，多进蛋白和多吃汤汁食物，适当补充维生素和铁剂，有条件时医院可增加二餐点心。

9、出院时对产妇进行母乳喂养知识评价，以便出院前及时补课，并做好产褥保健、计划生育及育儿知识宣教，指导怎样办理出院手续。

母乳喂养工作常规

一、从产前建卡起即加强健康教育，使孕妇及家属认识到母乳喂养的好处和重要性，建立母亲母乳喂养的信心。

1、孕妇人手一册“母乳喂养指南”。

2、孕妇学校老师授课、放录像、问卷、教会孕妇具体母乳喂养的方法。

3、加强对孕妇的营养指导和乳房护理，教会如何注意乳房卫生，为哺乳做好准备。

二、孕妇入院待产必须让其再次接受母乳喂养指导。

三、产后半小时内帮助婴儿与母亲皮肤接触大于30分钟，并进行吸吮。

四、帮助剖宫产的婴儿在出生30分钟内和母亲进行部分皮肤接触，手术结束后母婴一起回到母婴同室，在产妇能作应答反应后约半小时内进行母婴皮肤接触大于30分钟，并进行早吸吮。

五、实行24小时母婴同室。

六、鼓励早吸吮，勤吸吮、按需哺乳。

七、提供纯母乳喂养，禁止给婴儿吸人工奶头，取消奶瓶。

八、指导母亲做好乳房护理，及时解决奶胀等问题，教给哺乳期营养等知识。

九、医护人员要不断更新母乳喂养有关知识，进行必要技术培训，以促进母乳喂养工作的顺利开展。

十、对家属宣教，取得支持，做好出院后随访工作。

产后护理常规

1、产妇回母婴同室后，须做好交接班工作，了解分娩情况及特殊医疗，进一步检查新生儿，核对手圈等。

2、进一步正确指导母乳喂养姿势及婴儿含接姿势，宣教有关知识，按需哺乳。

3、给产妇软食、热饮、汤类饮食或按医嘱送特殊饮食。

4、严格执行母婴同室探视制度。

5、室内保持空气清晰，冬夏均应每日通风换气，但须注意避免对流风，防止产妇及新生儿受凉。

6、测体温、脉搏，2-3次/日，连续三天正常改1次/日，体温37.5℃以上8小时一次，38℃以上6小时一次，39℃以上4小时一次。

7、产后6小时内勤观察子宫收缩及出血量，至少半小时一次。子宫收缩不良时，揉按子宫挤出血块，出血多时报告医师。

8、督促产妇在产后4小时内小便，不能自解者，应予协助，必要时导尿或留置导尿管。

9、产后3日内或会阴缝线拆除前，每日2次定时擦洗外阴，每次大便的加洗一次，如见有组织块排出或恶露多而臭时，报告医师。

10、会阴部红肿时，可湿热敷或产后24小时后理疗。

11、会阴浅裂伤缝线于产后48小时拆除，侧切开缝线于产后3-5天拆除。

12、会阴护理前要洗手，产妇所用会阴垫要消毒，勤换。便盆用后洗净，浸泡消毒液内，用前冲净，便盆架每周清洗消毒一次。

13、产妇衣服、床上中单及臀垫后及时更换，出院后应将用过的隔水垫单清洗消毒。

14、督促产妇授乳前洗手并擦净乳头，乳房胀时用热敷、按摩、抽吸、牵出凹陷乳头等方法，帮助排空乳房。乳头皲裂轻者可继续哺乳，哺乳后挤少许乳汁涂在乳头和乳晕上短暂暴露和干燥。皲裂重者暂停授乳。

15、产后宫缩可针刺中极、关元、三阴交、足三里等穴位用弱刺激手法或服镇痛剂止痛。

16、产后便秘者，可肛注开塞露或用肥皂水灌肠。

17、如无禁忌，应鼓励产妇多翻身，24小时可下床活动，48小时可开始做产后健身操。

产后访视常规

1、产妇出院前，经治医生再次告知产妇如何与有关随访组织联系，并填写“孕产妇保健手册”。

2、产妇出院后“孕产妇保健手册”转交户口所在地或休养地的保健组织，由保健人员进行访视。

3、医院提供母乳喂养支持、咨询服务。

4、做好母乳喂养随访工作，及时了解母乳喂养情况及婴儿生长发育情况，并加以指导，坚持做到纯母乳喂养4-6个月。

5、产妇出院3天内，第14天和第28天进行三次产后访视。（1）了解产妇一般情况：精神、睡眠、饮食、大小便等。（2）测血压、体温。

（3）检查乳头有无皲裂，泌乳是否通畅，乳房有无血肿、硬结，乳汗分泌量，宫底高度，子宫硬度及有无压痛。

（4）观察恶露及其性状，会阴伤口愈合情况，指导产褥期卫生，防治产后合并及指导避孕方法。（5）宣传母乳喂养好处，指导科学喂养。

（6）了解和观察新生儿面色、精神、呼吸、睡眠、哭声、吸吮能力及大小便情况，测体温、称体重，进行全身检查：颜面、五官、皮肤、脐部等。指导新生儿护理。

母婴同室消毒隔离常规

1、室内每日定时开窗通风换气，定时开放空气净化器，并有专职人员在病区内空气消毒，每日一次，备有紫外线消毒类，出院终末处理。

2、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，上下午各一次。

3、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。喂哺前帮助母子清洁手、乳头。

4、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。

5、婴儿用眼药水、扑粉、油膏、淋浴液、浴巾、治疗用品等，应一婴一用，避免交叉使用。遇有医院感染流行时，应严格执行分组护理的隔离技术。

6、工作人员及其家属小孩患病时，不准在病房诊断和治疗，工作人员如患传染病应及时调查。

7、隔离病房收住传染性疾病的产妇（如HbeAg阳性孕产妇）。

8、产妇与婴儿用物分开，直接接触新生的布类需经高压消毒后使用，换下的尿布要放在固定的桶内（塑料篓）。

9、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。

分娩室常规急救方案

一、产后出血

治疗原则：针对出血原因，迅速止血，尽快补充血容量、纠正休克、预防感染。

1、止血

（1）对宫缩乏力性产后出血，止血措施如下：

①局部按压子宫：是快速有效的止血方法，助产者一手握拳置于阴道前穹隆，顶住子宫前壁，另一手在腹部按压子宫后壁，将子宫置于两手之间按压并按摩至子宫恢复正常收缩。

②应用宫缩剂：a.缩宫素101U宫体直接注射，或101U加入林格注500ml快速静脉滴注（200Miu/min），应避免缩宫素直接静脉注射，否则可引起低血压及心律失常。b.麦角新碱0.2～0.4mg肌注或宫颈注射，对心脏病、妊高征者慎用，对麦角过敏者禁用。c.PGF2α制剂如欣母沛直接宫体注射。d.卡前列甲酯1mg阴道或直肠给药。两种前列腺素衍生物均可引起腹泻，血压增高，恶心、呕吐，恶寒发热，心率加快。心脏病、高血压患者慎用，支气管哮喘者禁用。③宫腔纱条填塞：多用于剖宫产时宫缩乏力性出血，因在直视下填塞纱条，可避免因填塞不均留下死腔造成隐性出血，也可避免纱条经阴道污染，造成宫腔感染。一般在填塞后24～36h取出。

④子宫B-lymch缝扎：将可吸收线从下段切口下缘右侧进针，在子宫下段后壁右侧出针，再绕至下段切口下缘左侧缝一针，与右侧的留线结扎，使子宫被压迫。

⑤结扎盆腔血管：包括结扎子宫动脉上行支、卵巢动脉子宫支及髂内动脉，使子宫缺血，肌纤维收缩。

⑥髂内动脉栓塞：如果出血较多，宫缩剂及局部按压子宫效果不好，但生命体征尚稳定，为保留生育功能，可考虑选择性髂内动脉栓塞。

⑦子宫切除：当积极的保守治疗无效，出血危及产妇生命时，应切除子宫，控制出血以挽救产妇生命。

2、胎盘因素所致的出血止血方法

（1）胎盘娩出前出因应立即宫腔探查，若胎盘部分剥离，则人工剥离其余部门的胎盘使之完整娩出；若剥离困难，应警惕植入性胎盘，切忌强行剥离，做子宫切除准备。

（2）胎盘娩出后出血应注意宫腔是否已排空，怀疑胎盘或胎膜残留时，首先应探查宫腔，必要时可用大钝刮匙刮宫。

（3）软产道损伤止血：怀疑软产道损伤时，采用阴道拉钩并在良好照明条件下检查软产道，首先用3把卵圆钳钳夹宫颈顺时针或逆时针检查一周，宫颈裂伤长于1cm者，应予以缝合；对阴道、会阴裂伤者，先缝扎活动性出血点止血，然后修补裂伤。缝合时注意既要避免缝线穿透直肠黏膜，又要避免遗留死腔。所有缝合的第一针均应超过裂伤顶端0.5cm，以防退缩的血管被遗漏。对发现的会阴、阴道血肿应尽快切，清除积血，彻底止血后缝合，同时可放置引流。对宫旁血肿可采用血管栓塞的方法止血。

（4）凝血功能障碍时止血：血小板减少者补充血小板；凝血因子缺乏者应补充凝血因子，必要时还需抗纤溶治疗。积极治疗原发病。

3、补充血容量防治休克 产后出血在在积极止血的同时，一定要密切注意产妇的全身情况，迅速建立静脉通路，及时补充血容量，保证器官的血液灌注，这是预防产后出血孕产妇死亡的关键。如因休克，静脉穿刺失败，则应立即深静脉插管或静脉切开，一方面配血，迅速准备输血，另一方面先给予林格液或生理盐水、代血浆静脉输注，同时密切观察产妇的脉搏、血压变化，并留置尿管以便观察尿量了解器官灌注情况。

4、预防感染 因产后出血经阴道的各种操作增加，且产妇抵抗力下降，容易并发产褥感染，需给抗生素预防感染，同时注意无菌操作。

二、羊水栓塞、休克、DIC 治疗原则为抗过敏、改善低氧血症、抗休克、防治DIC、防治肾功能衰竭、预防感染。

1、抗过敏 首选氢化可的松，氢化可的松200mg加入葡萄糖100ml快速静脉滴注，继以300-500mg加入5%葡萄液500ml静脉滴液维持。

2、改善低氧血症

（1）立即面罩给氧，若不能纠正缺氧，可气管插管正压给氧，提高血氧含量，改善器官供氧。（2）应用解痉药物，改善肺动脉高压，预防右心衰竭：①罂粟碱30-90mg加入5%葡萄糖液200ml静脉滴注；②阿托品1mg加入10%葡萄糖液10ml静脉注射，每15-30min一次至面部潮红。阿托品能协同罂粟碱扩张肺小动脉，还可阻断迷走神经反射性的肺血管痉挛，解除迷走神经对心脏的抑制，但对心率大于100次/分者应慎用。③氨茶碱250mg加入10%葡萄糖液20ml中缓慢静脉注射，可舒张支气管平滑肌及扩张冠状动脉。④酚妥拉明5-10mg加入10%葡萄糖液500ml静脉滴注，从0.3mg/min开始，根据血压调整滴速。该药除可降低肺血管阻力外，亦能降低外周血管阻力，故应密切观察血压的变化。

3、抗休克

（1）补充血容量：最好在中心静脉压监测下进行，扩容剂的选择尽可能有针对性，如大量失血，应尽快补充新鲜及血浆；如高凝状态可给低分子右旋糖酐；如为纤溶亢进阶段，在抗纤溶的同时应补充凝血因子及血小板。

（2）给予血管活性药物：首选多巴胺，多巴胺20-40mg加入生理盐水250ml静脉滴注，根据血压调整药量。

（3）纠正酸中毒：常用5%碳酸氢钠液200ml静脉滴注，根据血气分析结果决定余量。（4）强心：可用毛花甙丙0.2-0.4mg加入50%葡萄糖液20ml静脉缓慢注射。

4、防治DIC（1）肝素钠：适用于羊水栓塞早期的高凝状态，故发病后及早使用十分重要。一般用量为25-50mg加入生理盐水100ml快速静脉滴注，继发25-50mg加入5%葡萄糖液500ml中静脉慢滴，使试管法凝血时间控制在15ming左右或凝血酶原时间控制在30秒左右。

（2）抗纤溶药物：当病情发展到纤溶亢进阶段时，应使用抗纤溶物，通常氨基已酸4g加入5%葡萄糖液100ml，30min内滴完，继以0.1g/h维持静脉滴注，根据估球蛋白溶解时间决定维持给药时间；或氨甲苯酸0.1-0.2g加入生理盐水20ml缓慢静脉注射。

5、防治肾功能衰竭 病程早期使用肝素以及抗休克维持肾脏灌注，避免使用肾血管收缩以及对肾有损害的药物，一旦肾衰发生，治疗重点是维持内环境的稳定，以渡过极期。

6、预防感染 使用对肾脏毒性较小的广谱抗生素。

7、产科处理 羊水栓塞发生后，原则上应立即抢救母体生命，首先改善母体心，肺功能，病情稍稳定后，立即结束分娩。如第一产程发病，产妇血压平衡后，胎儿不能立即娩出者，应行剖宫产；如第二产程发病，则及时产钳助产；产后大出血，短时间不能控制者，应果断切子宫，一方面止血，另一方面减少促凝物质的继续释放，有利于DIC的控制。

三、心衰

1、终止妊娠 凡有下列情况之一者不宜妊娠，若已妊娠，应在妊娠早期终止。（1）心功能Ⅲ级-Ⅳ级，即往有心衰史。（2）有肺动脉高压，右向左流型心脏病。（3）有严重心律失常。

（4）风湿活动、联合瓣膜病变、并发细菌性心内膜炎等。（5）急性心肌炎者。

2、妊娠期处理

（1）定期产前检查：妊娠12周每两周一次，孕20周起每周一次，严密观察心脏功能，发现心衰的先兆症状，及时处理。孕期保健应注意：

①保证充分休息、避免过度疲劳，避免情绪激动。

②预防感染，如有上呼吸道感染，应及时治疗，在秋冬季节注意保暖。③低盐饮食，预防水肿。④防治便秘。

⑤如妊娠经过顺利，预产期前两周入院待产。⑥心脏功能Ⅲ-Ⅳ级者，应立即住院积极治疗。

3、待产及临产时处理（1）待产时处理

①卧产休息，少盐饮食，间断吸氧。

②测量体温、脉搏及呼吸，心脏功能Ⅲ-Ⅳ级者每2h一次。③血、尿常规，胸透，EKG检查。

④镇静剂：如鲁米那0.03～0.06g，3次/d。

⑤纠正贫血：硫酸亚铁0.3g,3次/d,口服。维生素c0.1～0.2g，3次/d,口服。如严重贫血者可少量多次输新鲜血或浓缩红细胞，滴速控制在16滴/nim。

（2）临产时处理：心功能Ⅰ～Ⅱ级可阴道分娩。①第一产程的处理：注意足够摄取入量，保证必要休息，适当使用镇静剂如度冷丁、非那根等，使患者安静。精神鼓励和安慰，消除紧张心理。半卧位，吸氧。用抗生素预防感染。注意心衰的早期表现。

②第二产程的处理：避免产妇用力屏气，应行会阴切开、胎头吸引或产钳助产术，缩短第二产程。

③第三产程的处理：胎儿娩出后，产妇腹部放置沙袋，以防腹压骤降而诱发心衰。要预防产后出血。可肌注或子宫局部注射缩宫素10-20U，避免直接静脉注射，禁用麦角新碱。产后出血多者，应适当输血输液，但需注意输液速度。

4、剖宫产问题 有产科指征或心功能Ⅲ-Ⅳ级者应剖宫产终止妊娠；选择硬膜外麻醉；术中输液应控制速度；手术时间应尽量缩短，技术熟练，动作轻巧、快。有心衰时，最好将心衰控制后再手术。

5、产褥期处理 产后3日内尤其是24H内仍是发生心衰的危险时期，应设法减轻心脏的负担，包括保证产妇充分休息、利尿、强心、扩血管治疗。应用广谱抗生素预防感染，直至产后1周左右，无感染征象时停药。心功能在Ⅲ级或以上者，不宜哺乳。不宜再妊娠者，可在产后1周内行绝育术。

6、心衰的处理

(1)半卧位，吸氧：予镇静剂治疗，可用吗啡0.01g,皮下注射。

(2)给予洋地黄药物强心：孕妇易发生洋地黄中毒，宜用最小有效量，不用足量，在最近1-2周内未用洋地黄者可用：①快速法：西地兰0.4mg+25%葡萄糖液10ml缓慢静推,1-2h后再用0.2-0.4mg,必要时总量达1.2-1.6mg,症状好转后,改为每日口服地高辛0.125-0.25维持;或者毒毛旋花子苷0.125-0.25mg+25%葡萄糖液10ml静脉慢推,1-2h后可再给一次,然后改为口服药维持。②地高辛口服法：慢性心衰者予地高辛0.25mg,4次/d,口服,一天后0.25mg,3次/d,口服,2天后改为0.25-0.5mg/d。

7、肺水肿的治疗

(1)坐位，两腿垂下以减少回心血量。(2)吗啡0.01g,皮下注射.(3)高流量给氧,通过乙醇湿化,减少肺泡表面张力,改善呼吸。(4)利尿:速尿40mg+25%葡萄糖液10ml静推.(5)扩血管药物:如酚妥拉明0.1mg/min静滴,硝普钠8-16ug/min静滴,密切监视血压、心率、呼吸，及时调整给药剂量，硝普钠应用24h内最好终止妊娠。

(6)快速洋地黄应用。

(7)氨茶碱0.25g+50%葡萄糖液20ml静脉动慢推。(8)限制水分摄入,每天少于1500ml-2000ml。

四、子痫的处理：

子痫是妊娠期高血压疾病的最严重阶段，是导致围生期母儿死亡率增高的重要原因，一旦发生，应积极处理。

①立即控制抽搐：a.使用硫酸镁,必要时应用冬眠合剂,同子痫前期。b.降压,同子痫前期。c.有脑水肿者应脱水，可用20%甘露醇250ml快速静脉滴注,地塞米松10mg静脉注射。d.有心力衰竭者，降压（降心脏后负荷）同时快速利尿，可用呋塞米20-40mg静脉注射。e.预防抽搐再发作。f.给氧气吸入。g.纠正水、电解质、酸碱失衡。h.预防感染。i.终止妊娠，多在抽搐控制后6-12h进行。

②护理：a.子痫患者应放在安静的暗室,避免一切不良刺激,一些治疗操作可在镇静剂给予后进行。b.发作时立即予开口器分开上下臼齿，以防舌咬伤，取出患者的假牙，必要时再缠有纱布的卵圆钳牵拉舌头，以防舌后坠堵塞呼吸道。c.加用床档，患者防止坠地受伤。d.密切观察患者体温、脉搏、呼吸、血压、神志、尿量等。

③密切观察病情变化，早期发现心衰、脑出血、肺水肿、HELLP综合征，肾功能衰竭、DIC等并发症，并积极处理。

④产后24-48h内仍有子痫发作的可能,故硫酸镁应该用到产后。

五、新生儿窒息

1、ABCDE复苏方案A(airway):尽量吸尽呼吸道黏液;B(breathing);建立呼吸,增加通气;C(circulation);维持正常循环,保证足够心排血量;D(drug):药物治疗;E(evaluation):评价。前三项最重要，其中A是根本，通气是关键。

2、复苏程序

(1)初步复苏步骤:包括保暖、摆好体位、吸净口鼻黏液及触觉刺激等。

(2)通气复苏步骤：据患儿情况按下列顺序进行：触觉刺激—复苏器加压给氧—加胸外心脏按压—静脉或气管内给予1：1000肾上腺素—扩容纠酸—孕母有用麻醉药史可用纳洛酮。

3、复苏技术 有效的复苏加压给氧、胸外心脏按压及喉镜下经口气管插管。

4、复苏后观察监护 体温、呼吸、心率、血压、大小便性状及量、肤色及神经系统症状；注意水电解质紊乱、酸碱失衡。

**第五篇：产科制度**

产科制度目录

1.病历书写规范制度 2.病历书写质量检查制度 3.产科门诊工作制度 4.危重病人抢救制度 5.产科三级查房制度 6.死亡病例讨论制度 7.差错防范制度 8.交接班制度 9.登记统计制度 1011.病案管理制度 12.13.妇产科科主任职责 14.15.临床住院医师（士）职责 17.待产室消毒隔离制度 18.19.产房消毒隔离制度 20.21.出生医学证明管理制度 22.23.产前检查常规 24.25.孕产妇死亡讨论及报告制度 26.27.接受转诊和反馈转诊病人情况的制度 28.29.院内感染管理制度 30.31.剖宫产术后审核制度 3233.母婴同室管理制度 34.35.助产人员考试制度 36.37.危重患者转诊制度 38.39.产后出血处理常规 40.41.新生儿窒息抢救常规 4243.子痫处理流程图

45.妊娠高血压处理流程图

47.高危孕产妇筛查制度

49.高危孕产妇转诊制度

51高危妊娠管理制度

急救药品管理制度 产科质量自我评估制度 临床主治医师职责 16.助产士职责 母婴同室消毒隔离制度 安全管理制度 业务培训制度 产后访视常规

围产儿死亡讨论及报告制度产科抢救用血管理制度 剖宫产术前讨论制度 待产室工作制度 分娩区工作制度 助产人员例会制度 软产道损伤处理常规 助产技术常规 新生儿窒息抢救流程图

44.产科出血处理流程图

46.羊水栓塞抢救流程图

48.高危孕产妇管理制度

50.高危孕妇转诊常规 ○

病历书写规范制度

一、病历书写是医务人员医疗活动的记录，应当客观、真实、准确、及时、完整。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师签名。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。

五、病历检查方法为：病历由医务科从病案室抽取，每次每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。

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。

危重病人抢救制度

一、抢救工作应由科主任、护士长负责组织指挥。应指派有一定临床经验和技术水平的医师和护士担任抢救工作。重大抢救需根据病情提出抢救方案，并立即报告业务院长。

二、抢救器械及药品力求完备齐全，要定人保管，定位放置，定量储存，定期检查，随时补充。值班人员必须熟练掌握各种器械、仪器性能及使用方法，抢救室物品一般不外借，以

保证应急使用。

三、医师未到前，护理人员应根据情况及时测脉搏血压、建立静脉通道、止血、配血、给氧、人工呼吸、胸外心脏按摩等。

四、参加抢救人员必须全力以赴，明确分工，紧密配合，听从指挥，坚守岗位，严格执行各种规章制度。

五、对危重病人抢救时必须做到检查细致、诊断准确、处置妥善，并要严密观察病情，记录及时完整，注明详细时间。对危重病人应就地抢救，待病情稳定后才能移动。

六、日夜有专人负责，严格执行交接班制度，对病情变化、抢救经过、用药情况要详细交待。严格执行查对制度，所用药品的空安瓶，经两人核对方可弃去，口头医嘱执行时应加复核，并及时补记。

七、及时与病人家属及单位联系，病情变化随时告知家属，必要时请家属签字，病危要签病危通知单。

八、急诊科、临床各科抢救完毕，对危重病人和经抢救无效死亡的病人均要做好抢救登记、记录和小结，完整填写抢救登记簿或危重抢救（死亡）报告单中的各项内容，并要做好消毒工作。

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治疗；抽查医嘱、病历、护理质量；进行必要的诊治分析和教学讲解。

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。

死亡病例讨论制度

一、凡死亡病例一般应于死亡1周内讨论，特殊病例应及时讨论。尸检病例，等病理报告后进行，但不迟于两周。

二、由科主任或具有副主任医师以上技术职务资格的医师主持，有关医护人员参加，必要时请医务科派人参加。经治医师须将讨论情况详细记载于病历内。

三、意外死亡病例以及疑有医疗差错事故纠纷的死亡病例，无论是否属医疗事故，均须及时讨论，且在3天内将讨论结果书面上报医务科。

四、死亡病例讨论的重点是：诊断意见、死亡原因分析、抢救措施、经验总结、国内外对本病诊治上的先进成果和方法等。讨论结束时主持人须提出总结意见。

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。八、一旦发生事故，应及时由科主任报院方，并积极采取补救措施，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。

交接班制度

一、我院实行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。

五、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。

登记统计制度

1.各种医疗登记，要填写完整、准确，字迹清楚，并妥善保管。

2.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。

3．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。

4．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。

5．统计人员要督促检查各科室医疗统计工作，按期完成各项统计报表，经院领导审阅签字后，报卫生行政部门。

急救药品管理制度

1、急诊药柜的药品，保存一定数量的基数，便于临床应急使用，工作人员不得擅自取用。

2、根据药品种类与性质（如针剂、内服、外用、剧毒药等）分别放置、编号定位存放，每日清点，保证随进应用，应指定专人保管。

3、定期检查药品质量，防止积压变质。如发生沉淀，变色，过期、药瓶标签与合内药品不符，标签模糊或经涂改者不得使用。

4、凡抢救药品，必须固定在抢救车上或设专用抽屉存放加销。

5、专人管理，定期检查，编号排列，固定数量，定位存放，保证随时应用。

病案管理制度

一、日常管理

（一）病案室负责集中管理全院病案。

（二）凡出院病案，应于病人出院后三日内（包括死亡）全部回收病案室。

二、病案保管与供应

1.病案室负责出院病人病案的整理、查核、登记、索引编目、装订以及保管工作，在与病房交接病历时，逐一登记

住院号、姓名、出院日期、上交日期，并在每次交接登记处由交接双方签字。

2.病案室把好病案书写质量的初查关，认真检查病历质量和内容是否系统、完整，从中提出存在问题，不断提出改进办法，促进病案书写质量的不断提高。

3.切实做好病案储藏室的安全和对病案内容的保密工作，不得随意泄露。

4.门诊患者须要参阅住院病案时，由门诊医师到病案室查阅。

5.院外和本院非医务人员，不得查阅病案。

6.本院医生不允许查阅与本专业无关的病历。特殊原因需要，须经医政处或医患办签字。

7.复印归档病历，按卫生部《医疗机构病历管理规定》要求可以复印。复印时，病案室工作人员根据复印证患者或家属到指定地点，按规定复印相关内容，其他任何机构和个人不得擅自查阅和复印病历。

8.病人及其陪护人员不得翻阅病案。病案在院内各部门间的流动，应由有关工作人员传递，不要让病人或其陪护人员携带。

产科质量自我评估制度

为加强对助产技术的管理、进一步提高我院产科质量管理水平，全面贯彻落实我省助产技术基本标准的要求，我院全面开展产科质量管理评估工作，具体如下：

一、医院产科质量管理评估工作的目的：

1.通过评估及时发现医院产科管理工作中的薄弱环节并积极整改；

2.提高产科医护人员对医院产科质量管理工作的重视程度； 3.提高各级医务人员对育龄妇女，特别是孕产妇医疗救治的责任意识和协作意识；

4.提高我院产科对孕产妇的诊治水平和处置能力，切实保障母婴安全与健康。

二、评估的具体内容：

1.院内各相关科室与产科的沟通和协作情况；

2.产科基本硬件设施、人员配置是否满足医疗机构设置标准和产科许可的要求

3.产科各项工作制度的建立和实施情况，特别是危重孕产妇会诊抢救制度、流程和具体实施是否符合相关规范的要求； 4.首诊负责制的落实情况； 5.产科医务人员知识技能水平。

妇产科科主任职责

１．在院长领导下，负责本科的医疗、预防及行政管理工作。

２．制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

３．领导本科人员，对病员进行医疗护理工作，完成医疗任务。

４．定时查房，共同研究解决重危疑难病例诊断治疗上的问题。

５．组织全科人员学习、运用国内外医学先进经验，开展新技术、新疗法，进行科研工作，及时总结经验。

６．督促本科人员，认真执行各项规章制度和技术操作常规，严防并及时处理差错事故。

７．确定医师轮换、值班、会诊、出诊。

8.组织领导村级妇幼保健的技术指导工作、帮助基层医务人员提高医疗技术水平。

9.．参加门诊、会诊、出诊，决定科内病员的转科转院和组织临床病例讨论。

10．领导本科人员的业务训练和技术考核，提出升、调、奖、惩意见。妥善安排进修、实习人员的培训工作。

临床主治医师职责

１．在科主任领导和主任医师指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、预防工作。

２.按时查房，具体参加和指导住院医师进行诊断、治疗及特殊诊疗操作。

３.掌握病员的病情变化，病员发生病危、死亡、医疗事故或其他重要问题时，应及时处理，并向科主任汇报。

４.参加值班、门诊、会诊、出诊工作。

５.主持病房的临床病例讨论及会诊，检查、修改下级医师书写的医疗文件，决定病员出院，审签出（转）院病历。

６.认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查本病房的医疗护理质量，严防差错事故。协助护士长搞好病房管理。

７．组织本组医师学习与运用国内外先进医学科学技术，开展新技术、新疗法，进行科研工作，做好资料积累，及时总结经验。

８．担任临床教学，指导进修、实习医师工作。

临床住院医师（士）职责

１．在科主任领导和主治医师指导下，根据工作能力、年限，负责一定数量病员的医疗工作。

２．对病员进行检查、诊断、治疗，开写医嘱并检查其执行情况，同时还要做一些必要的检验和放射线检查工作。

３ 书写病历。新入院病员的病历，一般应病员入院后２４小时内完成。检查和改正实习医师的病历记录。并负责病员住院期间的病程记录，及时完成出院病员病案小结。

４.向主治医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病员病情的变化，提出需要转科或出院的意见。

５.住院医师对所管病员应全面负责，在下班以前，作好交班工作。对需要特殊观察的重症病员，用口头方式向值班医师交班。

６.参加科内查房。对所管病员每天至少上、下午各巡诊一次。科主任，主治医师查房时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。

７.认真执行各项规章制度和技术操作常规，亲自操作或指导护士进行各种重要的检查和治疗，严防差错事故。

８.认真学习、运用国内外的先进医学科学技术，积极开展新技术、新疗法，参加科研工作，及时总结经验。

９.随时了解病员的思想、生活情况，征求病员对医疗护理工作的意见，做好病员的思想工作。

10.在门诊或急诊室工作时，应按门诊、急诊室工作制度进行工作。

助产士职责

1、在护士长的领导和医师的指导下进行工作。

2、负责正常产妇接待接产工作，协助医师进行接产工作，做好接产准备，注意产程进展的变化，遇产妇发生并发症或婴儿异常时，应立即采取紧急措施，并报告医师。

3、经常了解分娩前后的情况，严格执行技术操作常规，注意保护会阴、保证母婴安全，严阵以待防差错事故。

4、经常保持产房的清洁，定期进行消毒。

5、做好计划生育、围产期保健和妇幼卫生的宣传教育工作，并进行技术指导。

6、负责管理产房的药品器材。

7、根据需要，负责孕期检查和产后随房工作。

8、指导进修、实习人员的接产工作。

9、对病房出现的护理差错、事故进行分析，提出防范措施。

待产室消毒隔离制度

1、工作人员进入待产室要更换手术衣、口罩、帽子鞋子。

2、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。

3、消毒液浸泡，每周更换一次，各种消毒液浓度要达到要求。

4、每周彻底清扫一次，每日用紫外线定时消毒。

5、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

1、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。

2、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。

3、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。

4、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。

5、工作人员如患传染病及时调离。

6、隔离病房收住传染性疾病的产妇（如HbeAg阳性孕产妇）。

7、产妇与婴儿用物分开，直接接触新生儿的布类需经高压消毒后使用，换下的尿布要放在固定的容器内。

8、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

1.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。

2、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。

3、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。

4、拖把、抹布分区专用，设有标识。

5、产床每次使用后，应用消毒液抹洗，然后才能重复使用。

6、接生用的臀垫，尽量使用一次性用品，非一次性的，用后应用杀菌剂浸泡，刷洗晾干再用。

7、各类物品如体温表、剃毛刀、毛刷、洗手桶等，均按常规进形清洗、消毒或灭菌。

8、持物筒、持物镊、敷料缸、器械盘等冲洗用品，每周进行2次清洗、消毒和灭菌并更换消毒液。

9、接生后所用物品、器械、敷料应及时处理、更换、消毒。

10、浸泡消毒手术器械，应标明时间，一切无菌物品必须注有灭菌日期。

11、产妇用卫生纸，必须高压消毒、灭菌，方可使用。

12、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。

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。

10、本制度由本院解释。

业务培训制度

一、严格执行“职工继续教育制度”的有关规定。

二、成立培训领导小组。

三、每月组织一次产科知识学习，使受培训者通过教科书和产科杂志等扎实掌握产科相关临床理论，了解本专业技术国内国外新进展并能于实际工作相结合。

四、培养临床医师处理急诊能力，独立完成产科常规临床操作。

五、进行临床进修学习，使受培训者对妊娠高血压、羊水栓塞、心衰、肾衰等急症有正确的诊断和处理。

五、积极参加法制教育、母乳喂养讲座、“三基”考试、护理操作比赛等学习培训活动。

产前检查常规



1.询问现病史，测血压、体重、进行高危评分

1、小于12周：建母子健康档案，进行常规化验：（包括初诊）

（1）血液检查：血常规、血型（RH因子）检查。甲、乙、丙型肝炎标记物、肝功。

（2）尿常规。

（3）阴道分泌物检查：如：滴虫、霉菌清洁度。（4）心电图、多系统超声检查。

2、产前检查时间要求：

（1）孕16---28周 1个月检查1次（2）孕28---36周 2周检查1次

（3）孕36---40周 1周检查1次（4）大于40周 每3天检查1次

（5）大于41周 收入院 \*复查时每次均要检查血、尿常规

3、复查时的特殊检查：

（1）孕14--19周 进行唐氏筛查（遗传性疾病筛查）（2）孕20周 彩超检查（胎儿畸形初筛）（3）孕24--28周 糖尿病筛查

（4）孕28--32周 复查B超，行骨盆内测量（5）孕34 — 36周 复查肝、肾功能

（6）大于35周 指导孕妇自数胎动。每周行胎心监护，NST检查可疑异常者，24小时之内复查，异常者收入院。（7）37周行骨盆专家鉴定。（7）大于37周每周复查“B” 超（8）大于等于41周，每3天复查“B”超

4、特殊检查说明：

（1）血糖测定：两次或两次以上空腹血糖≥5.8mmol/L者，可诊断为糖尿病。（2）75g葡萄糖耐量试验（OGTT试验）：我国多采用75g糖耐量试验。指空腹12小时后，口服葡萄糖75g。其诊断标准：空腹血糖 5.6mmol/L:1小时血糖 10.3mmol/L。2小时血糖 8.6mmol/L 3小时血糖 6.7mmol/L 其中有2项或2项以上达到或超过正常值，可诊断为妊娠期糖尿病。仅1项高于正常值，诊断为糖耐量异常。

（3）产前遗传性疾病筛查（唐氏筛查）具体要求：根据月经推算妊娠达14---19周者，小于35岁的孕妇，遵循知情同意原则，自愿筛查。大于35岁的孕妇，必须检查。

产后访视常规

1、产妇出院前，经治医生再次告知产妇如何与有关随访组织联系，并填写“孕产妇保健手册”。

2、产妇出院后“孕产妇保健手册”转交户口所在地或休养地的保健组织，由保健人员进行访视。

3、医院提供母乳喂养支持、咨询服务。

4、做好母乳喂养随访工作，及时了解母乳喂养情况及婴儿生长发育情况，并加以指导，坚持做到纯母乳喂养4-6个月。

5、产妇出院3天内，第14天和第28天进行三次产后访视。（1）了解产妇一般情况：精神、睡眠、饮食、大小便等。（2）测血压、体温。

（3）检查乳头有无皲裂，泌乳是否通畅，乳房有无血肿、硬结，乳汗分泌量，宫底高度，子宫硬度及有无压痛。（4）观察恶露及其性状，会阴伤口愈合情况，指导产褥期卫生，防治产后合并及指导避孕方法。（5）宣传母乳喂养好处，指导科学喂养。

（6）了解和观察新生儿面色、精神、呼吸、睡眠、哭声、吸吮能力及大小便情况，测体温、称体重，进行全身检查：颜面、五官、皮肤、脐部等。指导新生儿护理

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。

七、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：我镇内及所辖村屯死亡的围产儿。

七、围产儿死亡报告时间和部门：

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。

接受转诊和反馈转诊病人情况的制度

1.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。

2.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。

3.对疑难病历及时组织会诊，并做好抢救记录和总结。

4.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。

5.我院无法救治的病例及时转院，转院时由医护人员陪同。

产科抢救用血管理制度

1、抢救用血必须根据输血原则，严防滥用血液。

2、输血前必须履行输血治疗同意书手续。

1.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”。

2.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。

3.输血申请报告单等内容不能缺项：输血前结果要补添。4.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

血液有效期、血型等输血单上的各项目，无误后方可输血。输血时做到一次一人一份。5.输血后血袋送保留24小时。

6.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.7.认真填写输血护理记录单。

8.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。

院内感染管理制度

一、根据卫生部已发布的《建立健全院内感染管理组织的暂行办法》，设立院内感染控制管理小组。

二、加强医院管理与卫生监督，设立专兼职人员担任。

三、指定全员感染控制规划及各项卫生标准，决定有关院内感染的重大问题。

四、定期召开会议，遇有紧急情况随时召开，主要研究院内感染的现状和存在的问题，考评有关管理效果，提出控制感染和改进工作的措施等。

五、负责有关感染管理人员的培训工作，接受控制感染方面的咨询，提出关于医院感染方面奖惩办法的建议。

六、对发生的感染流行情况纪行调查分析，并及时上报。

七、协调全院各科室控制感染工作，对各科有关措施提出指导。

八、推广新的消毒方法和消毒试剂。

剖宫产术前讨论制度 1.目的：为了有效降低手术治疗风险、保障患者手术治疗安全，特制订术前讨论制度。

2.参加人员：由科主任主持，科内所有医师参加，手术医师、护士长、责任护士、麻醉科医师参加。

3.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。

4.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。

5.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

1.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。

2.审核组织:由业务院长领导，医务科人员参加审核。

3.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。

4.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。

待产室工作制度

一、孕妇住院待产，工作人员应进行有关母乳喂养的好处及管理强化教育。

二、对无母乳喂养禁忌者，不允许婴儿奶粉、奶瓶、奶嘴入院。

三、待产过程中鼓励产妇吃高营养食物补充足够水分，增加体力待产。

四、值班人员应热情接待待产妇，宣传有关临产时的卫生知识增强产妇自然分娩的信心，严密观察产程，并详

细记录，如有异常情况不能处理的，应及时报告上级医师。

五、严格交接班制度，接班时要测血压，听胎心，并作好记录。

六、保持室内卫生，定期消毒，有传染病的产妇应采取隔离措施，严格执行消毒隔离制度

母婴同室管理制度

一、实行24小时母婴同室（除非有医学指证）；

二、作到早接触、早吸吮、早开奶，对剖宫产术的产妇，在能作出应答反应30分钟内，让母亲与婴儿皮肤接触30分钟以上；

三、产后24小时内有医护人员帮助喂养；

四、实行按需哺乳；

五、不准将奶瓶、奶嘴带入病房，无医学指证，不得给婴儿喂母乳替代品；

六、每月给婴儿选择和做其他处理，使母婴分离不得超过1小时；

七、严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染；

八、严格执行探访指定，保证母婴有良好的休息。

分娩区工作制度

1.．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。

２．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。

３．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。

４．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。

５．严格交接班制度，接班者要测血压、听胎心，并做记录。

６．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。

７．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。

８．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。

助产人员考试制度

1.依据卫生行政管理部门要求，为提高我院助产人员

临床技术水平，结合我院实际制定本制度。

2.我院组织助产人员定期考试，考核由我院领导及妇

幼保健负责人共同组织。

3.考试对象为所有持《母婴保健技术合格证》的助产

人员。

4.每次助产人员培训结束后及时进行考试。

5.考试结果纳入考核成绩，合格者方可参加日常工

作。

助产人员例会制度

一、我院每1—2月召开一次会议，全年不少于8次 ；

二、参加人员：院长、妇幼保健员、产科医师；

三、主要内容：

1.报告孕产妇情况及高危孕产妇筛查、处理、转诊情况，预计下月分娩数及高危孕妇分娩地点选择； 2.开展健康教育情况；

3.上报有关数据（出生数、孕产妇数、孕产妇及5岁以下儿童死亡人数、高危孕产妇人数等）；

4.工作中遇到的困难和问题；

5.评价服务中高危识别及转诊情况； 6.监督指导中发现的问题；

四、知识培训

五、布置传达有关工作任务和会议精神

六、作好例会记录，参加者签名

七、遵守会议纪律，不迟到、不早退、不无故缺席。

危重患者转诊制度

一、医院因限于技术和设备条件，对不能诊治的病员，提前与转入医院联系，征得同意后方可转院。

二、病员转院，如估计途中可能加重病情或死亡着，应留院处置，待病情稳定或危险过后，再行转院。

三、较重病人转院时应派医护人员护送。

四、病员转院时，应将病历摘要随病员转去。病员在转入医院出院时，应写治疗小结，交病案室，退回转出医院。

软产道损伤处理常规

会阴、阴道裂伤

处理原则：及时修补与缝合。

1.修补时应有充分的光线照明，仔细认清解剖关系，将组织对合整齐； 2.无菌操作、彻底止血；

3.组织间隙不宜留有空隙或死腔，但缝线又不宜过紧过密； 4.阴道前壁撕裂处接近尿道口，缝合前应放置导尿管；

5.如阴道壁有静脉曲张破裂与出血严重时，可用纱条暂时填塞，3小时左右慢慢取出，然后修补缝合；

6.会阴三度撕裂时，更应仔细辩清解剖关系与预防感染； 7.保持会阴清洁，给予较大量抗生素。8.术后严禁灌肠或放置肛管。9.减张缝线于术后一周左右拆除。

宫颈裂伤

处理原则：立即修补缝合。

1.两把无齿卵圆钳钳夹裂口两侧，向下牵引，直至见到撕裂伤口的顶端； 2.用1号铬制肠线作间断缝合；

3.第一针应缝在裂口顶端以上0.5厘米处；最末一针则须距离伤口下端0.5厘米；

4.术后给予抗生素预防感染； 5.失血过多者，应予输血补液；

6.如宫颈撕裂向上延伸至子宫下段，则应立即剖腹探查。

子宫破裂

1.先兆子宫破裂时，必须立即给予抑制子宫收缩的药物，如吸入乙醚，肌注度冷丁等并尽快行剖宫产术；

2.子宫已有破裂者，立即作剖腹检查术，大量输血以防休克，大量抗生素预防感染；

3.已发生休克萧何，应尽可能就地抢救，必须转院时应在大量输血、输液的条件以及腹部包扎后再行转院；

4.手术方式的选择：①如患者无子女，子宫破裂的时间在12小时以内，裂口边缘尚整齐无明显感染是4可考虑修补缝合破口；②若裂口较大、撕裂有多处，且有感染可能，应考虑作次全子宫切除术；③裂口向下延及宫颈者作全子宫切除术。

5.对每一例子宫破裂的孕产妇均应检查膀胱、输尿管、宫颈与阴道，如有裂伤，应同时作好修补术。

6.对子宫破裂或损伤的孕产妇，都须给予抗感染药物，并给予多种维生素与铁剂以增强抵抗力。

产后出血处理常规

胎儿娩出后24小时内阴道出血量超过400毫升的病理现象。病因按发生率多少依次为子宫收缩乏力（70％～75％）、胎盘滞留（15％）、软产道损伤（8％～10％）、凝血功能障碍（5％左右），有时可有1个以上因素造成。可引起失血性休克，危及产妇生命。

一、子宫收缩乏力性产后出血。可因子宫局部（羊水过多、巨大儿、子宫肌瘤、多胎妊娠等）和全身因素（妊娠高血压综合征、重度贫血、精神过度紧张、产程过长）造成。特点是胎盘娩出后阵发性子宫出血，有血块，子宫体软。处理原则为迅速加强宫缩，制止出血，并补充血容量。

二、胎盘滞留性产后出血。胎儿娩出后胎盘滞留或剥离不全均可影响宫缩，造成出血，特点是出血发生在胎盘

娩出前，检查胎盘后可确诊。处理原则为协助胎盘剥离或娩出。

三、软产道损伤性产后出血。胎儿娩出过快、胎儿过大或由阴道手术助产造成，最常见为会阴、阴道裂伤。特点是胎儿娩出后即出现持续性鲜红色阴道出血。检查发现软产道局部有裂伤。处理原则为立即缝合。

四、凝血功能障碍性产后出血。常伴有全身性疾病如血液病、肝病、羊水栓塞、重症胎盘早剥等影响凝血功能引起出血，特点为血不凝。治疗原则为消除病因，杜绝促凝物质来

助产技术常规

一、第一产程的处理常规

认真细致地观察产程，发现异常及时处理。

1.定时连续观察宫缩持续时间、强度、规律性、以及间歇时间，并记录。

2.胎心：于潜伏期在宫缩间歇每隔1—2小时听胎心一次，活跃期每12—30分钟听胎心一次。胎心率＜120次／分或＞160次／分均提示胎儿缺氧，应查找原因，立即给产妇吸氧，改左侧卧位。

3.宫口扩张及胎头下降：①宫口扩张曲线将第一产程分为潜伏期和活跃期潜伏期是从规律宫缩开始至宫口扩张3厘米，约需8小时，超过16小时称为潜伏期延长。活跃期指宫口扩张3—10厘米，约需4小时，超过8小时称为活跃期延长。②胎头于潜伏期下降不明显，于活跃期下降加快，每小时下降0.86厘米，可作为分娩难易程度的指标之一。

4.破膜：一旦破膜应立即胎心，观察羊水性状、颜色和流出量，记录破膜时间。若先露为头，羊水呈黄绿色，应立即进行阴道检查，注意有无脐带脱垂，并给予处理；若羊水清，胎头尚浮需卧床；破膜超过12小时尚未分娩者，酌情给予抗生素。

5.血压：每隔4—6小时测一次，若血压升高给与相应处理。6.饮食：少量多次饮食，高热量易消化食物，摄入足量水分。

7.活动与休息：临产后，若宫缩不强，未破膜，可在病室内适当活动。若初产妇宫口近开全，或经产妇宫口已扩张4厘米时应卧床并左侧卧位。8.排尿与排便:临产后，鼓励产妇每2—4小时排尿一次。初产妇宫口扩张＜4厘米、经产妇＜2厘米时，应行温肥皂水灌肠。9.肛门检查：宫缩时行肛检，次数不应过多。10.阴道检查：应严密消毒下进行。

一、第二产程处理常规

1.密切监测胎心：每5—15分钟听一次。

2.指导产妇屏气用力：正确运用腹压，方法是让产妇双足蹬在产床上两手握住产床把手，一旦出现宫缩，先行深吸气屏住，然后象解大便

样向下用力屏气以增加腹压。若第二产程延长，应及时查找原因，避免胎头长时间受压。

3.接产准备：经产妇宫口扩张4厘米且宫缩规律有力时，应将产妇送至产室，仰卧于产床上清洗并消毒外阴，接产者按无菌操作准备接产。4.接产要领:保护会阴的同时，协助胎头俯屈，让胎头以最小颈线在宫缩间歇时缓慢地通过阴道口，胎肩娩出时也要保护会阴。

二、第三产程的处理常规：

1.新生儿的处理：①清理呼吸道；②阿普加评分；③处理脐带；④处理新生儿.2.协助胎盘娩出：切忌在胎盘尚未完全剥离前用手揉按、下压宫底或牵拉脐带； 3.检查胎盘胎膜；

4.检查软产道，若有裂伤，应立即缝合； 5.预防产后出血； 6.观察产后一般状况。

新生儿窒息抢救常规

一、抢救准备工作：所有分娩均应作好新生儿窒息复苏准备。

二、新生儿抢救物品准备：

1、器械及设备：

⑴辐射保暖床：微环境温度30-32度（27-31度）

⑵清理呼吸道用具：吸引球、Delee吸管、气管导管、喉镜、低压吸引器。

⑶供氧设备：氧源、导管、湿化瓶、面罩、头罩、气囊人工呼吸器、人工呼吸机。

⑷脐静脉给药器械、脐静脉插管包、导管。

⑸辅助：听诊器、胃管、口管、空针、电池、喉镜灯泡、剪刀、胶布。

2、药品

肾上腺素；碳酸氢钠；纳络酮；多巴胺；5-10%葡萄糖；地塞米松；甘露醇；生理盐水；5%白蛋白、乳酸林格氏液；注射用水等。

三、人员职责落实

1、产科医生、助产士都应经过新生儿复苏的训练，掌握新生儿抢救的基本方法及适宜技术，如判断病情、清理呼吸道、气管插管、心脏挤压、人工呼吸等技术，随时可以有效复苏。

2、产科医生职责：

①对高危妊娠的分娩，或可能发生新生儿窒息的分娩应在台下作好新生儿抢救准备，并负责通知儿科医生到产房或手术室，共同完成抢救工作。

②重度窒息儿抢救后病情需继续监护者应及时转入高危新生儿病房，并负责将新生儿出生前后及抢救过程详细介绍给儿科医生。

3、助产士职责：（也应熟悉复苏技术）

①对分娩中有可能发生窒息的，有一定识别能力，同时请产科医生在台下作好抢救准备。

②掌握新生儿出生后的初步处理，能熟练配合产科医生或儿科医生完成新生儿复苏抢救。

③掌握Apgar评分法。

四、抢救程序：

（一）窒息分类：

Apgar评分 窒息分类 8-10分 无窒息 4-7分 轻度 0-3分 重度

注：评分应1分钟、5分钟、10分钟各评一次，若生后1分钟评分≥8分，数分钟后又降至7分以下，也属窒息。但窒息复苏不能评分后再开始，应及早进行。

（二）ABCDE复苏方案 A：建立通畅气道

1、摆好体位

2、先吸口腔后吸鼻腔粘液；

3、必要时气管插管，清理气管内粘液，6秒钟内完成。B：诱发呼吸

1、触觉刺激，以建立呼吸

2、必要时正压给氧（面罩或气管插管气囊给氧）C：维持正常循环

1、胸外按摩（双手法或双指法）；

2、药物应用（肾上腺素）D：药物治疗 药物复苏 E：评价

作好监护、保暖和评价。

新 生 儿 窒 息 抢 救 流 程 图

保温

擦干全身，摆好体位，肩胛部垫高3厘米，吸净口鼻 20秒

腔粘液，触觉刺激，轻弹足底 内完成心，轻擦后背

观察呼吸

无自主呼吸

100%氧气气囊正压 心率＜100次/分 通气15~30秒

呼吸暂停为药物抑制﹖ 无

给纳络酮 评价心率

心率100次/分

继续正压通气 自主呼吸建立

评价心率 后停正压通气

心率100次/分评价皮肤颜色 四肢青紫

或红润

给

子 痫 抢 救 处 理 图

了解病情及用药情况，测量 左侧卧位，吸氧、神志、血压、脉搏、呼吸、体温 吸痰，防声光刺激、防 瞳孔大小、对光反射、腱反射，使用硫酸镁 坠床，上开口器防唇舌 病理反射，查宫高、胎心、宫缩 咬伤。情况，胎儿情况。查血尿常规、肝肾功能、电解质。记出入量。

如院外未用药： 院外已用硫酸镁静推

1）25%硫酸镁16ml（4g）+5%GS20 ml静脉推注 或肌注： 2）25%硫酸镁20 ml（5g）+2%普鲁卡因2 ml深部 25%硫酸镁30 ml（7.5g）+5% 肌注（20分钟后仍抽搐时可加用）葡萄糖500 ml静点1.5~2.0 3）25%硫酸镁30 ml（7.5g）+5%GS500 ml静点 g/小时。2/小时

4）监测腱反射、呼吸、尿量，备好10% 糖酸钙拮抗镁中毒。

其他药物治疗

防感染

平均动脉压≥128mmHg 降颅压20%甘露醇250 ml，或舒张压≥100mmHg 如心肾功能不好，则速尿 予降压药 20~40mg，可6小时后重复

安定10mg静点 冬眠一号1/3量入壶

（速度＞5分钟）地塞米松10mg入壶

病情稳定转上级医院或抽搐

停止后2小时终止妊娠

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！