# 创建二级甲等综合性医院必备资料盒(仅供参考)范文大全

来源：网络 作者：紫云飞舞 更新时间：2025-07-20

*第一篇：创建二级甲等综合性医院必备资料盒(仅供参考)创建二级甲等综合性医院必备资料盒（仅供参考）医院管理, 工作计划, 人力资源, 办公室, 手术室第一部分：医院管理（350分）[资料盒1]类别：医院管理——医院规模及功能1、医院简介：市...*

**第一篇：创建二级甲等综合性医院必备资料盒(仅供参考)**

创建二级甲等综合性医院必备资料盒（仅供参考）

医院管理, 工作计划, 人力资源, 办公室, 手术室

第一部分：医院管理（350分）

[资料盒1]类别：医院管理——医院规模及功能

1、医院简介：市计委和县编委床位编制文件、人员编制文件（办公室）

2、近三年医疗统计报表（另加门诊、住院外埠病人的比例（信息科）

3、太湖县人民医院机构设置图、各科室人员一览表（人力资源科）

4、各科室负责人任命文件（办公室）

5、近三年手术室统计报表（说明3、4类手术数1500例以上并占50%以上）（手术室提供并存档原始资料）。

6、近三年医、护、药实习人员轮转表和教学计划（医务科、药剂科、护理部提供）

7、重点学科申报表，工作计划及各年度工作总结（医务科存档）医务科

8、完成抗洪、抗雪、下乡义诊、防手足口病等方面的资料（包括预案、图片总结等）（医务科、办公室）

注：各种与之相关的记录要注明记录名称及页面。

[资料盒2]类别：医院管理——依法执业

1、医院依法执业情况的简介。执业许可证、法人代码证、事业单位注册证复印件。无科室出租和变相合作经营的情况说明（办公室）

2、医院各级各类人员持证执业一览表（人事科负责、护理部、医务科、维修中心、总务科存档）。

3、医院各项规章制度、诊疗规范、操作规程目录（院办室、护理部、医务科）

4、药品、器械、一次性医疗用品供应商的资质证书（药械科存具体的合格证书）（医疗器械部、药学部）

5、近三年开展新技术新项目申报、审批文件。开展致残、大输血审批资料。（医务科）

6、近三年医务人员接受依法执业、上岗培训情况介绍，证书、教材、学习相关法律、法规的会议录（医务科、护理部提供会议记录）

[资料盒3]类别：医院管理——依法执业（根据需要定多少）

1、全院职工花名册（人事科）

2、分科室人员资格、资质复印件。（医务科、护理部）

[资料盒4]类别：医院管理——组织机构及管理

1、医院组织管理机构图。院长分工文件（人事科、办公室）

2、二级机构设置及人员配备情况介绍（人事科）

3、院级领导和二级机构负责人参加医院管理培训相关证书复印件（人事科）

4、院级领导和二级机构负责人参加医院管理培训学习的教材和会议记录（每季度不少一次）（办公室）

5、近三年各专业委员会组成情况（办公室）及工作计划、管理制度和活动记录（各专业委员会）。（必备委员会：科技医护质理管理委员会、继续教育委员会、经济管理委员会）。（各职能均要）

6、五年发展计划、近三年来院、科二级年度工作计划和总结，院科二级管理责任制方案的检查、评价、奖惩和改进的相关资料（办公室、人事科）

7、近三年医院总值班排班表和记（办公室）

8、近三年职代会工作资料、医院民主制度建设有关情况介绍（重大事讨论记录（工会）

9、医院文化建设方面有关情况介绍（院办室）

10、院领导总要房记录（办公室）

**第二篇：创建二级甲等综合性医院**

创建二级甲等医院必备资料盒（仅供参考）

医院管理, 工作计划, 人力资源, 办公室, 手术室

第一部分：医院管理（350分）

[资料盒1]类别：医院管理——医院规模及功能

1、医院简介：床位编制文件、人员编制文件（办公室）

2、近三年医疗统计报表（另加门诊、住院病人的比例（信息科）

3、医院机构设置图、各科室人员一览表（人力资源科）

4、各科室负责人任命文件（办公室）

5、近三年手术室统计报表（说明3、4类手术数1500例以上并占50%以上）（手术室提供并存档原始资料）。

6、近三年医、护、药实习人员轮转表和教学计划（医务科、药剂科、护理部提供）

7、重点学科申报表，工作计划及各工作总结（医务科存档）医务科

8、完成抗洪、抗雪、下乡义诊、防手足口病等方面的资料（包括预案、图片总结等）（医务科、办公室）

注：各种与之相关的记录要注明记录名称及页面。

[资料盒2]类别：医院管理——依法执业

1、医院依法执业情况的简介。执业许可证、法人代码证、事业单位注册证复印件。无科室出租和变相合作经营的情况说明（办公室）

2、医院各级各类人员持证执业一览表（人事科负责、护理部、医务科、维修中心、总务科存档）。

3、医院各项规章制度、诊疗规范、操作规程目录（院办室、护理部、医务科）

4、药品、器械、一次性医疗用品供应商的资质证书（药械科存具体的合格证书）（医疗器械部、药学部）

5、近三年开展新技术新项目申报、审批文件。开展致残、大输血审批资料。（医务科）

6、近三年医务人员接受依法执业、上岗培训情况介绍，证书、教材、学习相关法律、法规的会议录（医务科、护理部提供会议记录）

[资料盒3]类别：医院管理——依法执业（根据需要定多少）

1、全院职工花名册（人事科）

2、分科室人员资格、资质复印件。（医务科、护理部）

[资料盒4]类别：医院管理——组织机构及管理

1、医院组织管理机构图。院长分工文件（人事科、办公室）

2、二级机构设置及人员配备情况介绍（人事科）

3、院级领导和二级机构负责人参加医院管理培训相关证书复印件（人事科）

4、院级领导和二级机构负责人参加医院管理培训学习的教材和会议记录（每季度不少一次）（办公室）

5、近三年各专业委员会组成情况（办公室）及工作计划、管理制度和活动记录（各专业委员会）。（必备委员会：科技医护质理管理委员会、继续教育委员会、经济管理委员会）。（各职能均要）

6、五年发展计划、近三年来院、科二级工作计划和总结，院科二级管理责任制方案的检查、评价、奖惩和改进的相关资料（办公室、人事科）

7、近三年医院总值班排班表和记（办公室）

8、近三年职代会工作资料、医院民主制度建设有关情况介绍（重大事讨论记录（工会）

9、医院文化建设方面有关情况介绍（院办室）

10、院领导总要房记录（办公室）

**第三篇：创建二级甲等综合医院实施方案**

创建二级甲等综合医院实施方案

为了进一步深化医药卫生体制改革，促进医院内涵建设，提高医疗质量，保证医疗安全，优化服务环境，提高医院管理水平和服务效率，更好地满足广大群众看病就医需求，根据《湖北省卫生厅关于做好2025综合医院等级评审工作的通知》《湖北省二级综合医院评审标准（2025版）》文件要求，结合本院的具体情况，制定本方案。

一、指导思想：

以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，全面落实科学发展观，深化医药卫生体制改革，紧密围绕医院能力建设，加强环节管理，全院动员，提高各项工作质量，推进医院科学建设，构建和谐医院，全面达到二级甲等医院评审标准。通过二级医院的创建达标，进一步完善医院管理长效机制，提高医院整体实力，促进医院快速发展。

二、目标任务

我院积极参加2025二级综合医院等级评审，争创二级甲等医院，全面规范医院管理，统筹协调推进科学建设，建立一支医德医风好，技术精湛，服务优良的职工队伍和合理的人才梯队，医院整体实力和技术水平进入同级医院前列，促进医院全面协调，可持续发展，使医院管理规范化、科学化、制度化、督导化、落实化、奖惩化。力争2025年10月底以前通过省、市医院评审委员会对我院二级甲等综合医院的评审验收。

三、评审内容：

根据《四川省二级骨科医院评审标准（2025版）》评审指标有以下内容：

1、评审的重点主要有医院的依法执业，医院功能定位，医疗质量和安全，技术水平、人才队伍、教学科研、文化建设、医院服务、财务管理、医院绩效、医德医风、群众满意度及其它执业活动进行综合评价。

2、评审标准框架共有三类指标：

第一类指标为否决指标：共10项，其中任意一项不合格即实行单项否决，2年内不得参加评审。

第二类指标为准入指标：共16项，16项指标中有3项不符合要求，即为“不合格”，准入指标“不合格”的延缓一年参加评审。

第三类指标为评分指标即分等指标，共计1000分，分七个部分，40余项指标，300余项子指标。其中：坚持医院公益性50分，医院服务90分，患者安全目标60分，医疗质量管理与持续改进475分，医院管理95分，医院运行监测30分，技术水平200分。

三类指标评审总分≥900分的定为甲等，评审总分≥800分定为乙等，评审总分≥700分定为合格。

3、多以进行现场考核为主：

1.组织全院中层以上干部参加有关法律法规管理和相关知识的考试（包括科主任、护士长）参加人员不少于20人。

2.组织医务人员进行“规章制度、操作规程、三基三严”等实施技能的考核。3.对医务人员，病人等进行问卷调查。

4.查看医院文件，病案等相关资料，包括文字图片资料等。5.对医院设施，设备等情况进行实地查看。6.临时通知受检医院接受急诊、会诊演练。

7首先听取医院汇报，分组检查进入科室时听取科主任汇报。

四、成立组织、明确职责：

创建二级甲等医院工作实行院长挂帅，分管领导主抓，职能部门及各科室各负其责的工作责任制。

1.成立创建工作领导小组 组 长：张俊方 副组长：王汉林

成员：李志先 叶康铭 彭小雄 涂友明 徐幼明 李义平 黄彩虹 郑君安 刘芳清 黄菊艳 欧阳慧玲 韩平

职责：全面负责医院管理评审工作的开展，召开各级会议，传达相关文件精神，全程组织，督导检查，部署指导，统筹安排工作。

领导小组下设办公室，办公室设在医务科，成员组成如下： 创建二甲医院评审办公室

办公室主 任： 王汉林 办公室副主任：刘芳清

成员： 熊汉昭 丁惠玲 姜红雁 各科室资料员（一名副主任）

职责：开展具体工作，掌握评审内容，收集整理资料，负责相关科室评审技术指导，参与督导检查，并组织落实评审工作。2.分设创建工作专班

根据考核标准第三类指标中共计七章，每章设立工作专班，负责完成该章评审任务。第一专班由王汉林、黄彩虹负责。评审内容：坚持医院公益性。第二专班由叶康铭、徐幼明负责。评审内容：医院服务。第三专班由李志先、涂友明负责。评审内容：患者安全目标。

第四专班由李志先、涂友明负责。评审内容：医疗质量管理与持续改进。第五专班由叶康铭、彭小雄、李义平负责。评审内容：医院管理。第六专班由李义平负责。评审内容：医院运行监测。第七专班由李志先、涂友明负责。评审内容：技术水平。3.技术指导小组 组 长：王汉林 副组长：李志先 涂友明

成员：郑君安 刘芳清 黄菊艳 欧阳慧玲 熊汉昭 张宏伟 高胜东 丁明亮 王劲松

职责：负责对创“二甲”工作进行技术指导，检查各科室创“二甲”工作是否到位，归档资料是否规范齐全，病历书写是否规范，发现问题及时提出改进意见。

4.各科室创建工作小组

一内科： 组长：张志华 成员：郑丽辉 陈志奎 高胜东

二内科： 组长：王波 成员：潘金芳 王树文 安 萍

三内科： 组长：杨清平成员：万红霞 徐贵涛 李俊红

一外科： 组长：涂友明 成员：李亚琴 周宏明 王劲松

二外科： 组长：左海明 成员：林润华 王 强 陈 刚

三外科： 组长：江耀明 成员：陈海香 胡俊东 曹碧波

妇产科： 组长：龙爱云 成员：沈剑红 黄灵霞 卢丽萍

儿 科： 组长：万艮珍 成员：韩香华 吕宏明 黄向阳 五官科： 组长：黄升高 成员：杨彩华 吉宏程 成国勇

传染科： 组长：杨合升 成员：沈丽霞 焦旭清 曹军波

急诊科： 组长：胡仕春 成员：李芝霞 张晓英

麻醉科： 组长：何新荣 成员：陈明珍 李树清 王慧英

检验科： 组长：陈韧刚 成员：魏三舟 胡汉国 徐泉元 放射科： 组长：陈进清 成员：徐承德 刘 浪 魏小权

职责：按照《湖北省二级综合医院评审标准》负责本科室二级甲等医院评审工作的落实，严把病历、医疗文书质量关，建立健全各项规章制度，开展“三基三严”培训，严格执行诊疗操作规程，完善各项登记（登记），实施好二级甲等医院评审工作中本科室各项内容。5.明确分工，责任到人。

1《湖北省二级综合医院评审标准》中共计40余项考核指标，分别指定专人负责，责任到人（见二甲医院评审职责图），每位责任人要按照评审标准要求组织实施，完善必备资料，并装订归档，以备检查。

2每个科室选出一名副主任担任创建工作的资料员，负责评审联络工作，负责收集、编写整理二甲评审所需的必备资料。

3住院部每位医师筛选、完善10份规范病历，以备评审抽查。

4每个临床科室选定2名医生，2名护士作好现场考核准备工作，负责到时接受现场操作考核，回答提问。

五、实施步骤：

根据省卫生厅评审计划及时安排，结合我院创建工作实际，申报评审时间拟定在2025年2月。创建工作采取分阶段按计划组织实施。第一阶段：宣传动员、健全组织。2025年9月6日-9月 10日，医院成立创建工作领导小组，组建创建办公室，召开动员大会。同时，充分利用各种形式，大力宣传创建“二甲”工作的目的意义，充分调动全院职工的积极性、主动性。

第二阶段：分解指标、下达任务、组织实施。2025年9月11日-9月30日，在原有的日常工作的基础上，制定创建工作进度时间表，进一步明确工作重点，将任务、指标分解细化到科室，以科室为单位组织职工认真学习《湖北省二级综合医院评审标准（2025版）》，深刻领会精神实质。同时，各科室根据院实施方案制订出具体实施计划，成立以科室主任为科室第一责任人，制定并组织本科室创建工作，成立科室创建小组，依据“标准”，抓好各项工作的落实。

第三阶段：院内自查自评阶段。(2025年10月1日-10月10日)，本阶段，医院创二甲领导小组对各科室各项创建工作进行逐条、逐项、检查、梳理、评定，提出整改措施。各项必备资料归档完毕，同时邀请市内有关专家来院检查、指导，针对存在问题及薄弱环节，对我院创建工作进行全面的评估，加强技术指导，强化工作落实，针对存在问题限时整改。医院写出自评报告，上交二级甲等医院申报材料。

第四阶段：迎检验收。2025年10月10日起，全院各项工作准备就绪，进入迎检状态。

六、工作要求：

1.综合医院等级评审标准，旨在建立医院科学的长效管理机制，促进医院日常规范的有效管理、医疗质量和安全的持续改进，推动医院各方面水平以及自我改进能力的提高，最终营造一个高质量的、安全的医疗环境。各科室要按照二级甲等医院评审标准的要求，继续抓实抓好完善医疗质量、医疗安全和法律法规执行、持续改进工作中的不足。通过创建二甲医院，按照标准要求理顺并规范个科室、各部门的管理并形成常态，促进医院各方面工作的可持续发展。

2.医院将创建二甲医院工作纳入综合目标管理，加大考核奖惩力度，各科室要严格管理，杜绝一票否决项目和准入项目的情况发生。各分管领导、各职能科室根据创建工作计划方案和实施步骤，加大管理与创建力度，及时进行布置、落实、指导，每周有督查考核，了解掌握创建二甲工作中的专项内容与进展情况。对全院职工及中层干部在创建工作中的表现，及时进行记录，对未完成医院各阶段工作任务的科室负责人，按有关规定进行严肃处理。创建“二甲”工作结束后，医院将对创建“二甲”工作中成绩突出的集体和个人予以表彰奖励，也将作为各级干部及全院职工晋级、晋职、调资、调岗的重要依据。

3.创建“二甲”工作坚持“谁主管，谁负责”的工作责任制，各职能部门及各科室主任是本部门和本科室创建“二甲”工作的第一责任人，要求各级各类人员要在创建工作中切实履行好职责，真抓实干，不走过场，保证政令畅通和工作落实，全院小组长以上干部在创建“二甲”工作中要起模范带头作用。创建“二甲”医院由于工作量大，涉及到医院工作的方方面面，需要全院各科室、全体职工的共同努力才能完成。医院各科室、各部门要紧紧围绕二级二甲医院创建这个中心工作，统一思想，统一认识，统一行动，严格按照评审标准及医院实施方案认真落实各项工作。全院职工要以饱满的热情、认真的态度、扎实的工作，从我做起，从细节做起，用实际行动作细、做实、做好各项工作，确保二甲医院创建顺利通过。附：孝昌县第一人民医院创二级甲等医院职责图 附：二级甲等医院考核指标（内容）分配表

2025年9月8日

**第四篇：创建二级甲等综合医院实施方案**

富源阳光医院

创建二级甲等综合医院实施方案

（初稿）

我院经过八年的发展，已初步具备申报国家二级综合医院的条件，经医院董事会研究决定：为提高我院综合实力，从2025年12月13日起，正式启动创建国家二级甲等综合医院（以下简称二甲）的工作。

医院等级评审是卫生行政部门对医院依法执业、医疗质量和安全、技术水平、人才队伍、教育科研、文化建设、医疗服务、医德医风、财务管理、医院绩效及其他执业活动进行综合评价。为促进医院内涵建设，提高医疗质量，保障医疗安全，优化服务环境，提高医院管理水平和服务效率，更好地满足广大群众看病就医需求，根据《二级综合医院评审标准（卫生部2025版）》等文件要求，结合我院实际，制定本方案。

一、指导思想

紧密围绕医院能力建设，加强环节管理，全院动员，提高各项工作质量，推进医院科学建设，构建和谐医院，全面达到二级甲等医院评审标准要求。通过二级医院的创建达标，进一步完善医院管理长效机制，提高医院整体实力，促进医院可持续发展。

二、目标任务 我院计划参加2025二级综合医院等级评审，争创二级甲等医院，全面规范医院管理，建立一支医德医风良好，技术精湛，服务优良的职工队伍和合理的人才梯队。医院整体实力和技术水平进入同级医院水平，促进医院全面协调、可持续发展，使医院管理规范化、信息化、科学化。力争在2025年12月底以前通过省级评审委员会对我院二甲的评审验收。

三、评审内容

根据《二级综合医院评审标准（卫生部2025版）》，二级综合医院评审指标有以下内容：

1、评审的重点主要有医院的依法执业，医院功能定位，医疗质量和安全，技术水平、人才队伍、教学科研、文化建设、医院服务、财务管理、医院绩效、医德医风、群众满意度及其它执业活动进行综合评价。

2、评审标准及指标：

二级综合医院评审标准分六个部分，总分为1000分，有40余项指标，300余项子指标。其中：医院管理200分，医疗质量与医疗安全管理395分，医院感染管理与持续改进85分，护理管理与质量持续改进110分，医技科室管理160分，核心统计指标50分。

评审总分≥900分的定为甲等，评审总分≥800分定为乙等，评审总分≥700分定为丙等。

3、多以进行现场考核为主：

（1）组织全院中层以上干部参加有关法律法规管理和相关知识的考试（包括科主任、护士长）参加人员不少于20人。

（2）组织医务人员对“规章制度、操作规程、三基三严”进行考核。（3）对医务人员进行问卷、面试提问考核，对患者及其家属进行问卷调查。

（4）查看医院文件、病案等相关资料，包括文字、图片、视频资料等。

（5）对医院设施，设备等情况进行实地查看。（6）临时通知受检医院接受急诊、会诊演练。

（7）首先听取医院汇报，分组检查（管理组，临床Ⅰ、Ⅱ组，护理组）进入科室听取科主任汇报并实地察看。

四、成立组织、明确职责

为加强对医院创建二级综合医院工作的组织领导，经领导班子会议研究，决定成立“富源阳光医院创建二级综合医院工作领导小组”，全面负责创建二级综合医院工作的领导指挥、组织实施工作。

1、成立创建工作领导小组 组长：肖雄 副组长：王俊

成员：王维礼、张金江、赵 英、彭朝玉 创建二级综合医院领导小组下设创建等级医院办公室（简称创等办），办公室设在王维礼副院长办公室。主 任：王维礼 副主任：张金江

成 员：李小荞、李 方、彭朝玉、林 青、肖 泽、韩 丽。

2、创建二级综合医院领导小组职责：

（1）、创建工作实行主要领导挂帅、分管领导主抓，职能部门及各科室各负其责的工作责任制。

（2）、创建二级综合医院领导小组，全面负责我院创建二级综合医院工作的领导、组织及指挥工作，做好创建过程中各项工作的督导协调，考核、自评、初评、报评、迎检等工作。

（3）、创等办在医院创建领导小组的领导下，负责创建二级综合医院的具体工作，制订全院创建实施方案、各阶段工作安排和工作要求，督促指导、检查考核创建工作，收集整理、汇总分析各类资料信息，作好上下反馈，完成创建所需的各种相关资料。创等办根据工作需要随时可抽调相关工作人员。

（4）、各职能部门、各科室要克服畏难情绪，加强组织领导，明确责任分工，根据医院创建实施方案、各阶段工作安排和要求，及时进行布置、落实，认真组织学习培训，深刻领会其精神实质，加大督促指导、检查考核力度，作好资料的收集整理、建册归档工作。（5）、全院各科室在医院创建领导小组的统一部署下，成立创建工作小组，在科主任和护士长的具体负责下，责任到人，有计划、有步骤地完成本科室的创建计划、医院阶段性工作安排及相关资料准备工作。

（6）、根据医院阶段性工作重点，利用宣传栏、网络、电视、微信等各种形式广泛宣传，层层动员，营造“人人参与创建，事事关系评审”的创建二级综合医院的浓厚氛围。

（7）、创建领导小组、创等办及各职能部门结合医院阶段性工作及具体情况，适时召开各种会议，研究分析重大事项，制定工作策略。（8）、创建领导小组要适时向卫生主管部门汇报我院创建二级综合医院的进展情况，以便获得上级部门的支持和帮助。

3、分设创建工作小组

根据考核标准共计七章节指标，每章设立工作小组，负责完成该章评审任务。

（1）第一小组由王维礼负责。

成员：张金江、赵英、李小荞、李方。评审内容：医院功能与任务。（2）第二小组由张金江负责。

成员：李方、林青、陈丹桥、肖泽。评审内容：医院服务。（3）第三小组由王俊负责。

成员：彭朝玉、李方、瞿聪、韩丽。评审内容：患者安全目标。（4）第四小组由肖雄负责。

成员：王俊、彭朝玉、瞿聪、王立明、唐世华、杨斌、李方、王浩、张富华、孙娅丽、韩丽。

评审内容：医疗质量安全管理与持续改进。（5）第五小组由彭朝玉负责。

成员：谢玲、朱霞、李芳芳、朱菜芬、韩丽。评审内容：护理管理与质量持续改进。（6）第六小组由张金江负责。

成员：王维礼、李小荞、林青、肖泽。评审内容：医院管理。（7）第七小组由赵英负责。

成员：林青、李方、李小荞、韩丽、杨春丽、赵晨。评审内容：医院运行、医疗质量与安全监测指标。

3、各科室创建工作小组 急诊科组长：李方 副组长：朱菜芬

成员：全科职工

内科组长：唐世华 副组长：朱霞

成员：全科职工 外科（含皮肤科）组长：瞿聪 副组长：王立明、谢玲

成员：全科职工

妇产科组长：彭朝玉

成员：胡惠、李稳莲、陈燕

儿科组长：（暂缺）

成员：（暂缺）

眼耳鼻喉科组长：（暂缺）

成员：（暂缺）

口腔科组长：（暂缺）

成员：（暂缺）

传染科（未设，与县人民医院合作）康复理疗科组长：杨斌

成员：李芳芳、代玲、高富强、张梦

中医科组长：杨斌

成员：陈世明、代玲、张梦、李芳芳

预防保健科组长：（暂缺）

成员：

中西医结合科组长：（暂缺）

成员：

麻醉科组长：韩丽

成员：王浩、王猛飞、章发灿、张泽锦 功能科组长：孙娅丽

成员：丁华、贺杨桃、黄倩、丁现华

检验科组长：周波

成员：田松梅、窦贤彪、田小君、杨英

影像科组长：张富华

成员：孙娅丽、朱乔生、孙志坚、丁华

药剂科组长：杨春丽

成员：黄艳芳、孙梅、叶锐

职责：按照《二级综合医院评审标准（卫生部2025版）》，各科室创建工作小组负责本科室二级甲等医院评审工作的落实，严把病历、医疗文书质量关，建立健全各项规章制度，开展“三基三严”（“三基”即：基本理论、基本知识、基本技能。“三严”即：严格要求、严谨态度、严肃作风）培训，严格执行诊疗操作规程，完善各项登记（登记），实施好二级甲等医院评审工作中本科室各项内容。

4、明确分工，责任到人

（1）《二级综合医院评审标准（卫生部2025版）》各项考核指标，分别指定专人负责，责任到人，每位责任人要按照评审标准要求组织实施，完善必备资料，并装订归档，以备检查。

（2）每个科室选出一名创“二甲”工作信息员，负责评审联络工作，负责收集、编写整理二甲评审所需的必备资料。

（3）住院部每位医师筛选、完善20份规范病历，以备评审抽查。（4）每个临床科室选定2名医生，2名护士作好现场考核准备工作，负责到时接受现场操作考核，回答提问。

五、实施步骤

结合我院创建工作实际，向市卫生局申请设置二级医院时间拟定在2025年6月前。申报评审医院等级时间拟定在2025年12月前，创建工作采取分阶段按计划组织实施。

第一阶段：宣传动员、健全组织。2025年12月15日～2025年6月30日

1、制定创建国家二级甲等医院的实施方案，医院成立创二甲工作领导小组，组建创二甲办公室及相关工作机构，分解、落实工作责任范围。

2、召开全院创建二级甲等医院的动员大会，宣讲创建二级甲等医院对我院生存和发展的重要意义，布置实施方案、各阶段的工作安排及工作要求，调动全院每一位职工的积极性，步调一致、上下齐心、通力合作，扎扎实实地做好创建工作。

3、组织各职能、临床、医技科室的工作人员认真学习，深刻领会《二级综合医院评审标准（卫生部2025版）》等标准办法细则的精神实质及目的要求。依据标准办法细则，结合工作实际，逐条对照，找出差距，切实做好本职工作。

4、全院各科室按照医院的实施方案、各阶段的工作安排和要求，结合科室的实际情况，成立科室创建小组，制定创建工作计划、月工作安排和落实措施。

5、组织创二甲相关组织机构负责人到先进二甲医院参观、学习先进经验，以提升管理水平和能力。

第二阶段：分解指标、下达任务、组织实施。2025年7月1日～2025年12月31日

1、在原有的日常工作的基础上，制定创建工作进度时间表，进一步明确工作重点，将任务、指标分解细化到科室，各科室根据院实施方案制订出具体实施计划，成立以科室主任为科室第一责任人，制定并组织本科室创建工作。抓好各项工作的落实。

2、对照《二级综合医院评审标准（卫生部2025版）》及各创建组织的责任分工要求，各创建工作组及各科室进行全面的自查、自我评价、自我评分，找出差距和不足，结合实际，制定达标整改方案，狠抓落实，有计划、限期完成。

3、各创建工作小组及各科室，必须按照本科室制定的达标整改方案，结合实际，逐项落实，做到每月有工作重点，每月进行检查考核，对检查中出现的问题和不足，及时提出整改措施。

4、医院创建领导小组，根据《二级综合医院评审标准（卫生部2025版）》，定期（每2月一次）进行全面检查，并将检查结果及时反馈给各科室，督促其限期整改。

第三阶段：院内自查自评阶段。2025年1月1日～2025年3月31日

1、本阶段，医院创二甲领导小组对各科室各项创建工作进行逐条、逐项、检查、梳理、评定，提出整改措施。各创建工作组和各科室根据达标工作的实施情况，要有计划地进行自查，不断地查漏补缺。

2、各项必备资料归档完毕，邀请市内有关专家来院检查、指导，针对存在问题及薄弱环节，对我院创建工作进行全面的评估，加强技术指导，强化工作落实，针对存在问题限时整改。医院创建领导小组将模拟省市医院评审委员会的评审方式，进行一次全院性的达标自查，对全院的达标工作进行全面的考评验收。根据自查考评验收的情况，进一步查漏补缺。

3、创等办收集、整理全套备查资料，上报医院创建二级甲等医院工作领导小组审阅。

第四阶段：迎检验收。2025年4月1日后

1、根据自查情况，医院写出自评报告，填写好二级甲等医院申报材料呈报省市等级医院评审委员会。

2、对没有达标的项目采取有效措施，迅速全面整改，明确整改时限。

3、各项工作准备就绪，进入迎检状态。全院职工以良好的精神面貌、优质的服务、精湛的技术，迎接省市医院评审委员会的专家对我院的考核评审。

六、工作要求

1、综合医院等级评审标准，旨在建立医院科学的长效管理机制，促进医院日常规范的有效管理、医疗质量和安全的持续改进，推动医院各方面水平以及自我改进能力的提高，最终营造一个高质量的、安全的医疗环境。各科室要按照二级甲等医院评审标准的要求，继续抓实抓好完善医疗质量、医疗安全和法律法规执行、持续改进工作中的不足。通过创建二甲医院，按照标准要求理顺并规范各科室、各部门的管理并形成常态，促进医院各方面工作的可持续发展。

2、医院将创建二甲医院工作纳入综合目标管理，加大考核奖惩力度，各科室要严格管理，杜绝一票否决项目和准入项目的情况发生。各分管领导、各职能科室根据创建工作计划方案和实施步骤，加大管理与创建力度，及时进行布置、落实、指导，每周有督查考核，了解掌握创建二甲工作中的专项内容与进展情况。对全院职工及中层干部在创建工作中的表现，及时进行记录，对未完成医院各阶段工作任务的科室负责人，按有关规定进行严肃处理。创建“二甲”工作结束后，医院将对创建“二甲”工作中成绩突出的集体和个人予以表彰奖励，也将作为各级干部及全院职工晋级、晋职的重要依据。医院建立三十万元创“二甲”奖励基金，凡完成所分解任务总分值的90%以上的工作组，可获得该奖励基金1万元奖励（其中奖励组长4000元），超过一个百分点增加500元。

3、创建“二甲”工作坚持“谁主管，谁负责”的工作责任制，各职能部门及各科室主任是本部门和本科室创建“二甲”工作的第一责任人，要求各级各类人员要在创建工作中切实履行好职责，真抓实干，不走过场，保证政令畅通和工作落实，全院小组长以上干部在创建“二甲”工作中要起模范带头作用。创建“二甲”医院由于工作量大，涉及到医院工作的方方面面，需要全院各科室、全体职工的共同努力才能完成。医院各科室、各部门要紧紧围绕二甲综合医院创建这个中心工作，统一思想，统一认识，统一行动，严格按照评审标准及医院实施方案认真落实各项工作。全院职工要以饱满的热情、认真的态度、扎实的工作，从我做起，从细节做起，用实际行动作细、做实、做好各项工作，确保二甲医院创建顺利通过。

富源阳光医院 创建等级医院办公室

二〇一四年十二月二十四日

**第五篇：二级医院急诊科资料盒及内容**

二级医院急诊科资料盒及内容

文件盒1：科室管理 1）急诊科设置相关资料

2）学科带头人及业务骨干简介；科室工作人员档案：（毕业证、技术资格证书、职务聘任书、执业医师资格证、医师执业证书、进修鉴定书、论文等资料的复印件）3）急诊科组织结构示意图 4）急诊科管理手册

5）科室向医院、医务科等部门有关科室管理、人员编制、床位、设备等方面的报告。6）2025年科室工作计划及总结，2025年科室工作计划 8）科室会议记录本

9）绩效、工资奖金分配等考核考评方案、执行资料

文件盒2：文件及通知

1）管理行政文件（包括医院成立的各种委员会及领导小组文件：如质量管理委员会文件、抗菌药物合理应用指导小组、输血质量管理委员会等管理文件；这些文件需要长期保存）2）其他行政文件（如关于\*\*任职的通知等文件）3）通知（如等级医院评审相关通知）

文件盒3：依法执业

1）医疗卫生法律法规（医疗卫生法律法规文件夹）---相关职能部门 2）医疗法规医院管理制度汇编----医务科下发

3）人力资源管理：医务人员档案资料（要与院内人事部门一致），如：医护人员毕业证书、执业证书复印件

4）科室各级人员岗位职责、工作制度

5）科室月排班表存档 ：科室2025年至目前的排班表（无执业医生资格不能单独排班）

文件盒4：应急管理

1）急诊科重大突发公共卫生事件大规模医疗应急预案与抢救工作流程 2）本院应急管理组织、文件及相关资料 3）本院应急预案汇编

4）科室每年至少1次的防灾训练、演练记录表

文件盒5：急诊科服务流程管理

1）急诊科流程管理相关制度（可存放在医院制度职责汇编中）2）急诊科室急诊服务流程与规范 3）急诊科住、转院相关制度、协调机制 4）急诊抢救和会诊相关制度、协调机制

5）急危重患者优先处置的相关制度与流程、急诊患者优先入院的制度与流程

6）急诊留观患者的管理制度与流程，急诊留观时间超过24、48、72小时患者的分级查房与管理制度与程序

7）本科室医师特殊情况替代方案（可存放于人力资源科室人员紧急替代中）8）急诊就诊登记本，急诊留观登记本 9）急诊信息网络建设与管理

文件盒6：诊疗常规、操作规范 1）医院医疗诊疗常规

2）急诊科诊疗流程

3）急诊科急危重症前5病种诊疗规范 4）医护操作规范及药敏试验规范

文件盒7：医疗、护理质量管理与持续改进

1）院下发的医疗质量安全管理文件、本院《病历书写基本规范》文件

2）院下发的医疗质量检查结果及反馈资料（有院科两级的诊疗质量监督管理，对存在问题及时反馈）

3）急诊科医疗护理质量管理相关小组及相应职责

4）急诊科医疗护理质量管理和持续改进实施方案及配套制度、考核标准、考核办法、质量指标、医疗护理质量考核体系及管理流程 5）病历质量检查记录本

6）病例讨论记录（各类讨论记录本）7）医院医疗、护理核心制度----医务科下发 8）急诊科专项管理制度

9）急诊科质控记录本（含2025-2025年自查资料、整改资料及医疗质量持续改查资料）

文件盒8：医疗安全管理

1）医疗事故处理条例及有关法律、法规文件汇编（医务科或下载）2）急诊科差错事故及医疗纠纷防范登记、分析记录本 3）危急值报告及相关记录

4）急诊科医疗、护理安全不良事件上报登记本，并有体现PDCA的资料 5）急诊科医务人员职业暴露与损害登记本

文件盒9：病例讨论记录 1）危重病人抢救登记本 2）疑难病例讨论记录本 3）科室转出患者登记本 4）死亡病例讨论记录本 5）会诊登记本 6）科室医师交接班本 7）临床“危机值”报告登记本

文件盒10：科室教学、培训及考核 1）急诊科在职教育培训计划、要求、考核 2）急诊科培训资料、课件

3）急诊科业务学习记录本（含医疗法律、法规）

4）继续教育相关档案：科室职工外出进修或短期学习计划（不包括学术会议）5）三基考试资料、三基考试试卷及分数统计表

6）急救技术技能培训计划与实施记录，考核记录（医护人员至少两年接受一次急救技能再培训的记录）

7）急诊医护人员技能培训与考核、技能评价与再培训相关制度及具体实施情况，设备操作与技能考核合格率

文件盒11：统计指标

1）急诊科各类医疗统计报表（工作量、病人数、床位使用率等月、数据）

2）前5位病种评价指标（以卫生部《二级专科医院评审标准》评审指标要求统计项目为准）

文件盒12：医院感染控制与传染病管理 1）医院感染管理规范，相关制度、操作流程 2）院感科关于医院感染管理资料

3）院感组织的相关会议记录和传达、感染监控小组会议记录

4）院感相关处置流程及预案（手卫生知识、职业防护和职业暴露、院感染暴发报告流程及处置预案）

5）急诊科每月进行手卫生依从性、正确率、知识知晓率的调查并有分析改进措施 6）院感知识培训记录、课件。

7）急诊科医务人员职业暴露记录本（按院感科要求准备）8）急诊科医疗废物和污水处理相关规定及记录、处置预案 9）急诊科职业安全、职业防护制度及记录 10）与传染病有关的各种制度、文件

11）传染病记录本，重点记录患者工作的地址、联系电话、转归的记录

文件盒13：药品管理

1）药品管理相关法规、制度；医院关于合理用药、抗菌药物管理、麻醉药品及精神药品管理等相关制度、规范； 2）药品使用规范

3）高危药品目录，药品说明书

4）每月使用药品监控情况和抗菌素的分类使用（体现PDCA持续质量改进）5）《目录外用药》相关规定、指南 6）培训资料

7）处方管理制度、使用细则

文件盒14：医学设备管理 1）仪器设备操作规范、使用流程 2）医疗设备使用记录，保养、维修记录 3）设备每月使用情况分析表 文件盒15：医德医风

1）医疗职业道德相关制度或手册-----党办 2）科室优质医疗服务项目 3）医院满意度调查情况 4）医院服务规范 5）关于纠正行业不正之风记录本

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！