急诊科管理制度

一、急诊科是医院医疗工作前沿和重要窗ロ之一，急诊科医务人员必须具有高度的责任感和事业心，主动热情、及时迅速、准确无误的处理每一个急诊病人。

二、急诊实行24小时值班制度，抢救设备和备用抢救药品齐备，做好随时做好危重患者和急诊抢救的准备。

三、急诊科应加强对检诊、分诊的管理，做到及时救治急危重症患者，有效分流非急危重症患者，对非急危重症患者要有妥善处置，有去向登记。

四、急诊实行首诊负责制，由急诊分诊护士指定就诊诊室，如需相关科室急会诊，相关科室医生必须在10分钟内到达。对接诊患者疾病鉴别存在争议时，首先由首诊医师进行协调；协调有困难时，由急诊医学科主任负责协调；急诊医学科主任协调仍然有困难时，正常工作时间报医务科、非正常工作时间报医院总值班进行协调并行使决定权。

五、实施急诊抢救时，相关科室及检验、输血、放射、药剂等相关辅助科室的医护人员必须全力抢救，无条件为患者提供方便，不得以任何理由推诿患者，延误患者的最佳诊疗时机。急诊抢救工作由主治医师及以上人员主持与负责。

六、派往急诊科的医师必须具有三年以上临床经验，在急诊科工作至少固定二个月以上，进修医师、实习医师及实习护士不得派到急诊科单独值班。不在急诊室值班的其他各科急诊医师应在急诊科留有联系电话。

七、凡遇有下列情况急救时急诊值班医师应向急诊科主任汇报，科主任应及时赶赴现场，根据情况确定是否向医务科、院总值班或医院领导报告：

（一）接诊大批外伤、中毒或传染病患者；

（二）重大抢救，需前往现场实施；

（三）有涉及法律问题或存在医疗纠纷隐患的伤病员；

（四）“三无”人员或经费不足但需立即抢救、住院的患者。

八、凡急诊科经抢救无效死亡的患者，均应进行死亡病例讨论，着重讨论对患者的诊断、抢救经过及死亡原因，总结经验与教训，并做好详细记录。

九、各种抢救药品、器材、设备应当定人、定位、定量保管、配备齐全，每日检查，便之处于齐备和功能完好的状态。药剂科、设备科、后勤科提供“24小时x7天”连贯不间断的抢救药品、设备、后勤保障支持服务。急诊科的急救器材、设备和药品等一律不得外借，特殊情况须征得主管院长的签字同意。

十、急诊的急危重患者待病情基本稳定后，一旦诊断明确，应及时收入相关科室住院治疗或转院，住院、转院途中注意事项或可能发生的意外应由主管医师向患者或其家属交待清楚，必要时由患者家属签字同意转送病房或转院。

十一、各临床科室24小时必须保证1-2个有急救设施设备条件的床单位作为急诊之需，相关科室应建立急诊重点病种的急诊服务流程，明确服务时限，并落实到位，以全力保障急诊绿色通道的畅通。

十二、急诊病人的检查标本应及时迅速处理，及时送检，送检项目结果应及时追查并记载、处理。

十三、急诊科有权对本科室和专业急诊接诊室按医院有关规定进行统一管理。

急诊绿色通道管理制度

为挽救急危重症病人的生命，发扬救死扶伤的人道主义精神，在急诊科设立急危重症病人生命“绿色通道”，在抢救过程中为病人提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务，使急诊“绿色通道”更顺畅，特作如下规定：

一、急诊绿色通道的对象

（一）休克、昏迷、循环呼吸骤停、严重心律失常、急性重要脏器功能衰竭生命垂危等患者的急诊处理。

（二）精神药物中毒、严重暴力攻击和自杀自伤的精神病者的急诊处理。

（三）无家属陪同且须急诊处理的患者。

（四）无法确定身份（如弱智且无陪人等）且须急诊处理的患者。

（五）不能及时交付医疗费用,且须急诊处理的患者。

（六）其它应当开通绿色通道的情况。

二、急诊绿色通道工作人员要求

（一）绿色通道医护人员应具备高度责任心和时间就是生命的观念。对进入绿色通道患者，各类医护人员应立即提供热情、高效的服务。

（二）各级绿色通道医护人员职责明确，各班各类人员要坚守工作岗位，随时做好急救准备。

（三）绿色通道医生、护士要训练有素，技术熟练，胜任抢救各种危重病急救患者的需要。能开展抗休克、复苏、除颤、机械通气治疗、洗胃术、气管插管术、深静脉置管术、胸腔穿刺、闭式引流术、腹腔穿刺术等。

（四）医生口头医嘱要准确、清楚，尤其是药名、剂量、给药途径与时间等，护士要复述一遍，避免有误，并及时记录于病历上，并补开处方。

（五）急诊室护士应随时做好抢救准备工作。遇有危重患者应立即通知值班医师，并及时给予必要的处理，如吸氧、吸痰、测体温、血压、脉搏、呼吸等。

（六）严格管理急救药品和物品：各种急救药物的安瓿、输液空瓶、输血空袋等用完后应暂行保留，以便统计与查对，避免医疗差错。一切急救用品要求定数量、定地点、定人管理、定期检查维修，各类仪器要保证性能良好。急诊室抢救物品一律不外借，值班护士要做好交接及记录。

三、危重患者、精神科重点病种患者和急诊抢救绿色通道的服务原则

以抢救生命为原则，一律实行优先抢救、优先检查和优先住院，与医疗相关的手续后补办的原则，即先救治，后交费。

四、急诊绿色通道救治工作程序

（一）患者到达急诊科，分诊护士将患者送入抢救室，并在5分钟内完成患者合适体位的摆放、吸氧、开通监护仪进行监护并完成第一次生命体征监测（ T 、 P 、 R 、 BP )、建立静脉通道、采取血液标本（常规、生化、凝血和交叉配血标本）备用，建立患者抢救病历。

（二）首诊医生询问病史、查体、迅速判断影响生命的主要因素、下达抢救医嘱、会诊医嘱、检查医嘱。急诊抢救工作由主治医师及以上人员主持与负责。所有医嘱可下达口头医嘱，由护士记录并复述，医生确认后执行。抢救后6小时内由抢救医生完成急诊抢救病历和补记口头医嘱。

（三）专科医生在到达急诊科进行会诊时，应积极参与抢救，急诊医生负责和专科医生就患者的情况进行口头沟通，专科医生应对患者进行快捷有效的查体，并向急诊科医生说明专科处理意见，确定转专科诊治患者，由急诊科派专人负责将患者转送到专科医生指定的场所，如重症医学科或病区。

（四）有严重暴力攻击行为及自杀自伤行为的精神病患者，应立即通知保卫科派保安在患者家属同意的情况下协助转送入精神病区。

（五）所有危重患者的诊断、检查、治行、转运必须在医护人员的监护下进行。

五、急诊绿色通道的管理

（一）进入危急重症抢救绿色通道的患者必须符合本规范所规定的疾病情况，接诊医生及时报告科室主任，再由科主任报医务科（总值班），必要时报告院领导。如门诊发现需要抢救患者，由接诊医生和门诊护士现场抢救，组织专科医生进行会诊，如诊断明确，可由专科医生接诊，决定进行下一步治疗，如不能快速明确诊断，由接诊医生送急诊科并完成门诊抢救病历，与接收医生进行交接。

（二）急诊科实行二十四小时连续应诊制及首诊负责制，有关科室值班人员接到急会诊通知后必须于10分钟内到达会诊地点，不得延误抢救时机。遇有疑难病例，及时请上级医师协助。所有会诊及诊疗经过，应详细记入病案。

（三）患者一旦进入绿色通道，所有处方、检查申请单、入院通知单等医学文件上均需加盖“绿色通道”专用章，各有关临床、医技科室、挂号收费及住院收费处及后勤部门必须根据“绿色通道”管理规定优先为患者提供快捷的诊疗服务。

（四）进入绿色通道的患者医学检查结果报告时限：

1、患者到达放射科后，X线平片、CT检查30分钟内出具结果报告（可以是口头报告）。

2、超声医生在接到患者后，30分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）。

3、检验科接受到标本后，30分钟内出具常规检查结果报告（血常规、尿常规等，可电话报告）,60分钟内出具生化、凝血结果报告，交叉配血申请30分钟内完成（如无库存血，则60分钟内完成）。

4、药剂科在接到处方后优先配药发药。

（五）患者的病情、各种检查和治疗方案等根据医院规定完成知情同意，如患者没有家属和委托人，可由两名主治医生以上职称的医生签署知情同意书，并报医务科或总值班批准、签名。

（六）急诊科要详细登记通过急诊绿色通道救治的患者的接诊时间、详细住址、联系人、联系方式、患者最后的去向（包括转诊科室和死亡）等资料，每月将详细资料上报医务科。医务科要加强协调管理急诊绿色通道，每月审查急诊科上报的资料，定期追踪检查，进行急诊绿色通道医疗质量讲评。不定期举行急诊绿色通道实地演练，促使急诊绿色通道工作不断完善。

（七）对拒不执行或干扰急诊绿色通道运行的个人和科室，必须追究责任。

精神科重点病种急诊工作制度

 为了确保精神科急诊重点病种病人得到及时、有效的医疗救治，最大限度争取抢救的时间，进一步提高精神科重点病种患者的抢救成功率，结合医院实际，特作如下规定：

一、精神科急诊患者病种结构及专科优势特点，以下为重点病种：精神药物中毒、严重暴力攻击和自杀自伤。

二、在接诊到精神科急诊重点病种患者后可启动“急诊绿色通道”。一律实行优先抢救、优先检查和优先住院，后补办相关手续的原则，先救治，后交费。

三、实行首诊负责制，精神科急诊科全体医护人员必须全力抢救，无条件为患者提供方便，不得以任何理由推诿患者，延误患者的最佳诊疗时机。

四、精神科急诊当班医生在接到分诊的严重暴力攻击和自杀自伤的重点病种后应在遵循《精神卫生法》的基础上按医院制定的“有危害他人安全的行为或危险的严重精神障碍患者急诊服务流程”、“有伤害自身行为或危险的严重精神障碍患者急诊服务流程”执行。

五、精神科急诊当班医生在接到分诊的“三无”病人时应在遵循《精神卫生法》的基础上按医院制定的“三无精神障碍患者服务管理办法”执行。

六、精神科急诊当班医生在接到分诊的精神科重点病种的患者后因病情需要立即通知相关科室急会诊，并应协助进行检查和治疗，并尽可能保障患者优先收住入院。

七、实行上报制度，在进行精神科危重病人急诊抢救的同时，必须向科主任、护士长报告患者病情及抢救情况，特殊情况报告医务科，中晚间及节假日报告医院总值班。

八、凡需多个科室协同抢救的患者，原则上由对患者生命威胁最大的疾病的专科科室收治。急诊精神科医师收住院的病人，各临床科室不得以任何借口推诿拒收。

九、精神科急诊医生对接诊的精神科重点病种患者要认真记录诊疗经过及总结。

附: “三无”精神障碍患者服务管理办法

“三无”精神障碍患者是指无身份（姓名和居住地）、无家属或单位、无经济来源的精神病患者。为做好我院“三无”精神病患者的收治、转诊和出院工作，特制订本办法。

1. “三无”精神障碍患者的收治
2. “三无”精神障碍患者就诊时,接诊人员应热情接待，服务态度良好，一视同仁，任何科室及个人不得以任何理由拒绝救治。
3. 详细登记送诊者的姓名、车牌号码、工作单位、家庭住址、联系电话等,以便及时寻找和查证患者的身源。
4. 对于神志不清的患者，医生应与送诊者或120工作人员一起清点随身物品，并列清单交班。
5. 测量四测，及时评估患者病情，根据患者的病情等级，采取不同的处置措施。
6. 对于病情危重患者，需要立即进行有创操作、检查、手术等需要病人和家属签字的，夜班及节假日由医疗总值班代签，正常上班时间由医务科人员代签。
7. 对于无钱患者，医生可开50元的处方到药房领取，超过200元外的特殊检查和用药通知总值班。所做治疗药物应开好处方、收费通知单等，并做好相关记录。
8. 对于达到住院标准的患者，接诊人员应及时联系相应病房，办理住院事宜。
9. 接诊医护人员应及时完成相关医疗文书的书写。
10. “三无”精神障碍患者的转诊

1. 因本科室诊疗条件限制无法诊治的患者，应上报医院总值班及医务科，进行科室协调，开展院内转科。

2. 因本院诊疗条件限制无法诊治的患者，应上报医院总值班、医务科及分管院长，进行院外协调后转院。

3. 经救治后病情趋于稳定的患者，按照相关政策，将患者转往指定医院。

1. “三无”精神障碍患者的出院

1．医务科、保卫科和办公室应积极与当地公安部门、政府民政部门、居委会或村委会联系，通知其家属或单位前来医院，为患者办理相关手续。

2．达到出院标准而又无法联系其家属或单位的患者，应积极与民政救助站联系，商议患者的遣送事宜。

3．患者经诊断治疗后，经医学评估，根据精神卫生法相关规定，患者达到出院标准的，医院总值班向上级卫生部门和公安部门报告，经同意后，患者可自行出院。

急诊值班制度

一、值班人员负责处理全日急诊工作，必须严守岗位，态度热情，工作细心，认真履行职责。实习人员参加值班时，应有专人指导。

二、各科室派责任心强，毕业3年以上的人员来急诊科工作，应将名单送医务科和急诊科，值班者不得擅自离开岗位。

三、值班护士交接班时，应检查一切急救用品的性能、数量及其放置位置，如有缺损或不适用时，应立即补充更换。放置位置有误时，立即改正。值班急诊医护人员如需出诊，必须有人代替工作。

四、严格执行交接班及査对制度。急诊及观察患者，应床旁交班，避免将处理未毕的事项交他人处理。

急诊抢救制度

一、急诊抢救室医护人员相对固定，要坚守岗位，不得擅离工作岗位。

二、抢救室人、物应随时处于应急状态，保证急救药品“四定”、“三及时”，即定品种数量、定地点放置、定人保管、定期检查维修，及时检查、及时消毒、及时补充。

三、对危重患者以抢救生命为原则，先救治，后交费。不得以任何借口推迟抢救，必须全力以赴，分秒必争，并做到严肃、认真、细致、准确，各种记录及时全面。涉及到法律纠纷的，要报告有关部门。

四、医生到来之前接诊护士可根据病情及时给氧、测血压、吸痰等，迅速建立静脉通道，外伤的病人采取止血措施，猝死病人即刻进行心肺复苏。

五、值班医生应迅速到场，首先尽快救治生命危象，如遇有诊断、治疗、技术操作等困难时，抢救的同时及时请示上级医师，共同参加抢救。需请其他科室会诊，会诊医师应在得到通知后10分钟到达现场。

六、重危患者的抢救工作，一般由科主任、正（副）主任医师负责组织并主持抢教工作。科主任或正（副）主任医师不在时，由科室职称最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或正（副）主任医师。特殊患者或特殊情况应及时上报医务科、护理部和业务院长，需多科协同抢救时，由医务科组织有关科室共同进行抢救。参加抢救的医护人员，必须全力以赴，分工明确，紧密配合，听从指挥，严格执行各项规章制度及抢救操作常规。

七、严格观察病情，严格执行交接班制度及查对制度，危重病人应由专人看守，在抢救危重症患者，必须严格执行抢救规程和预案，确保抢救工作及时、快速、准确、无误。医护人员要密切配合，口头医嘱要求准确、清楚，护士在执行口头医嘱时必须复述一遍。在抢救过程中要做到边抢救边记录，记录时间应具体到分钟。未能及时记录的，有关医务人员应当在抢救结束6小时内据实补记，并加以说明。

八、如因检查、入院等原因需要搬动患者时，必须充分考虑到患者生命体征的是否能耐受，以及患者家属或陪护人对病情了解、理解程度。如因诊断、治疗的需要必须搬动患者，且随时有生命危险甚至死亡的发生，此时，必须向患者家属或陪护人充分说明，并签署相应告知书，作书面记录。

九、危重病人搬运途中应由急诊护士护送，必要时医师协同护送。需住院治疗时，应先通知有关科室并由医护人员护送到科，详细交待病情。

十、病历及护理记录要及时、详细、准确，要详细记录病人的来院时间、抢救时间、病情稳定时间或死亡时间。

十ー、用药处置要准确，对病情变化、抢救经过、各种用药要详细交代，抢救中急救药物的空安瓿、输液空瓶、输血空瓶等要集中存放，要经两人核对后方可弃取。

十ニ、抢救过程中，应根据实际病情向家属或陪护人员说明病情危重的原因、程度、及预后，以取得必要的理解和配合。对危重患者应向其家属交代病情，并填写病危通知书，交送家属，同时让家属在抢救记录单上签字，家属不在身边的要尽快与家属取得联系，可通过院办或派出所寻找家属。

十三、遇重大突发事件或公共卫生事件，如涉及到法律，纠纷的病员，在积极救治的同时。值班医师、护士应及时向科主任、医务科（白天）、总值班（夜间）汇报，并解决医疗费用、住院手续等，必要时以书面的形式向医务科汇报、备案，必要时可向主管院长请示汇报，因临床需要，总值班以及相关人员应及时到现场进行协调处理。

十四、需跨科或多学科抢救的重危患者，原则上由医务科或业务副院长领导抢救工作，并指定主持抢救者。参加跨科抢救患者的各科医师应运用本科特长致力于患者的抢救工作。

十五、不参加抢救工作的医护人员不得进入抢救现场，但须做好抢救的后勤工作。

十六、抢救工作期间，药剂、检验、放射等其他特检科室，应满足临床抢救工作的需要，不得以任何借口加以拒绝或，后勤科室应保证水、电、气等供应。

十七、自动出院病人家属应在病历上签字，值班医师酌情书写一份病情介绍由家属带出院。

十八、抢救完毕，做好抢救记录、登记，做好抢救小结，危重病人或死亡病人应作相应的病情讨论，以便总结经验。

急诊科预检分诊制度

一、预检分诊处护士必须熟悉业务，责任心强。

二、预检护士必须坚守岗位，临时因故离开时必须由护士长安排能胜任的护士代替。

三、预检护士应热情接待每一位前来就诊的患者，简要了解病情，重点观察体征，进行必要的初步检查，尽量予以合理的分诊。遇有分诊困难时，可请有关医生协助，及时做好分诊登记。

四、根据“重病优先”的原则，优先安排病情危重患者诊治，危急病人先抢救后挂号。

五、对危重患者，一边予以紧急处理，一边及时通知有关医护人员进行抢救。

六、遇有涉及刑事、民事纠纷的患者，应及时向有关部门报告。

七、对患有或疑患传染病的病人，均应到隔离室就诊，以预防交叉感染和传染病扩散。

八、掌握急诊范围，做好解释工作，对孕妇及老年患者酌情予以照顾。

九、预检护士应准确记录患者到达时间、患者送入病区时间。

急诊分级分区救治管理制度

一、救治原则：

1、边抢救边分类，坚持救人第一的原则；

2、分级分区应按照轻重缓急、突出救治重点；

3、分级分区应迅速、准确、无误，并有组织、有指挥地进行。

二、患者分级分区依据及标准

结合国际分类标准以及我院现状，根据对患者病情严重程度的判别及患者需要急诊资源的情况，将急诊科从功能结构上分为“三区”,将患者的病情分为“四级”，简称“三区四级”。

（一）分级依据：

1、患者病情严重程度:决定患者就诊及处置的优先次序；

2、患者占用医疗资源多少:评估患者需要占用的医疗资源，使患者能够在合适的时间至合适的区域获得恰当的诊疗。

（二）分级标准：

1、一级：濒危患者，病情可能随时危及患者生命，需立即采取挽救生命的干预措施。下列情况要考虑为濒危患者；气管插管患者，无呼吸／脉搏患者，急性意识障碍患者，以及其他需要采取挽救生命干预措施患者，这类患者应立即送入急诊抢救室。

2、二级：危重患者，病情有可能在短时间内进展至1级，或可能导致严重致残者，应尽快安排接诊，并予患者相应处置及治疗。

①患者来诊时呼吸、循环状况尚稳定，但其症状的严重性须及早予以重视。

②患者病情有可能发展为1级，如急性意识模糊／定向力障碍、复合伤、心绞痛等。

③严重影响患者自身舒适感的主诉，如严重疼痛（疼痛评分≥7/10)，也属于该级别。

④急诊科须立即予这类患者提供平车和必要的监护设备。

3、三级：急症患者，进展为严重疾病和出现严重并发症的可能性很低，也无严重影响患者舒适感的不适，但需要急诊处理缓解患者症状。急诊科应在一定的时间段内安排此类患者就诊。在留观和候诊过程中出现生命体征异常者，病情分级时应考虑上调一级。

4、四级：非急症患者，患者目前没有急性发病症状，无或很少不适主诉，且临床判断需要很少急诊医疗资源的患者。

（三）分区标准 从空间布局上将急诊诊治区域分为三大区域：红区、黄区、绿区。

红区：为抢救室、监护室。适用于1级和2级患者处置，快速评估和初始化稳定。危及生命体征的如窒息、大出血、严重中毒、休克、心室颤动等。

黄区：危重症专用诊室、危重症观察室。适用于3级患者，原则上按照时间顺序处置患者，当出现病情变化或者分诊护士认为有必要时可考虑提前应诊，病情恶化的患者应被立即送入红区。

绿区：为普通诊疗区。适用于4级病人的诊疗区域。指血压、呼吸、脉搏等基本生命体征正常，可步行，症状较轻，一般对症处理即可，如一般轻伤、擦伤。

三、要求：

1、分类卡由医院统一印制，挂在伤员身上的醒目处，随伤员携带。

2、合理安排急诊力量，配备经过专业培训、胜任急诊工作的医务人员，标化配置急救设备和药品。

3、落实首诊负责制，与120建立联动协调制度，与基层医疗机构建立急诊、急救转诊服务制度。

4、加强和改进执行急诊分区救治、绿色通道进入住院救治，密切科室间协作，确保患者获得连续医疗服务。

5、加强急诊检诊、分诊，有效分流非急危重症患者，及时救治。

6、定期对医务人员进行培训急救技术操作规程。

急诊会诊制度

一、如遇需处理的急、危、重症病人，首诊医务人员不得推诿，应争分夺秒采取最基本的抢救措施，然后告知相应科室参与处理，并作交接班记录，书写抢救记录。

二、紧急情况下，急诊科人员可先电话告知要求急会诊，被邀科室在岗医师须于3～5分钟内到达会诊科室，不在岗被邀会诊医师须在10分钟内到达会诊科室，同时要带上本专科所必须的抢救治疗及检査器械设备。特别是遇到涉及多科的危重病人和多发伤病人的抢救，需及时请多科急会诊，要求尽早赶到配合抢救。待病情有所缓解或事后在会诊单上补写应邀科室的处理意见。

三、不超过24小时的留观病人的会诊的，可在急诊病历本上注明已请××科急会诊字样，并由观察室值班护士与会诊科室电话联系，接受会诊科室不得推诿，并及时前来会诊。超过24小时的留观病人需会诊时，除应书写留观病历，还应填写急会诊单，由观察室值班护士与科室电话联系，被邀会诊科室应尽快确定会诊医师并及时到达急诊科。

四、会诊时，急诊医师应为会诊准备好必要的临床资料，并陪同检查、介绍病情，应邀医师认真填写好会诊记录。

五、会诊后需入院治疗者，接诊或会诊医师开出入院证，值班护士电话联系住院床位。由医生或护士护送入院。

六、应邀参加急诊会诊的医师，应在安排好本科室工作后前去参加会诊；如遇特殊原因不能参加急诊会诊时，应及时委派相应专科资质的医师参加。

七、院内多科联合会诊：由科主任提出，报医务科，商定会诊时间，通知有关科室人员参加。

急诊科抢救病历管理制度

一、严格按照原卫生部2010年《病历书写基本规范》及时、准确书写抢救病历。

二、急诊抢救病历由首诊医师在抢救结束后6小时内及时补记抢救病历，同时记录抢救完成时间或补记时间。

三、急诊抢救病历内容包括：病历首页（评分表）、抢救记录、输血治疗知情同意书、特殊检查治疗同意书、会诊记录、病危同意书、医嘱单、辅助检查报告单、危重护理记录单、医学影像检查资料、病理资料等。

四、急诊抢救病历在抢救完成，由病人方保管供进一步治疗用，如抢救无效则完善后一日内上交科主任审核归档，并登记。

附:急诊病历书写要求

1. 急诊患者由首诊医师负责书写急诊病历。

2、如属无名氏，且神志不清者，病历记录必须注明事由，同时应记录护送人的姓名及单位。

3、请他科会诊时，应记录请他科会诊的时间，会诊医师应记录会诊的时间和提出的诊治意见。

4、病历记录包括：

①急救措施及实施时间，急救用药及药物剂量和使用方法。

②向家属交待病情及家属的意见。

③患者或家属拒绝必要的检查及治疗的记录。

5、抢救无效而死亡的患者，应记录抢救经过、抢救措施、死亡时间和死亡诊断。

6、急诊患者离院时，应记录离院时患者的情况，包括：生命体征、神志、离院时间以及医嘱。

7、需住院诊治的患者，应记录离科时患者的情况和时间。

8、留观患者的病程记录，按住院病历中病程记录的质量要求书写。

急诊留观室抢救制度

一、留观室必须配备功能齐全、性能完好的抢救设备，做到定品种、定数量、定位置、定人管理、定期维修并及时检查、消毒、及时维护，保持备用状态。

二、急救车物品定位、定量放置、每月清点登记，保证帐物相符。

三、留观室人员熟练掌握抢救技术和程序，熟悉抢救器材、物品、药品的位置和使用方法。

四、抢救工作由科主任、主诊医生、护士长负责制定抢救方案。组织安排人力、物力，及时组织抢救，并按医院有关要求上报。

五、参加抢救人员必须分工明确，配合密切，服从指挥，严格执行有关规章制度与操作规程。

六、护士应严密观察病情，认真执行医嘱，严格执行查对制度，口头医嘱要经复述核实后方可执行。所有药品包装和安瓿必须在抢救结束经2人査对后方可丢弃，如发生医疗纠纷则留存备查。

七、详细做好抢救记录，准确记录病情变化和抢救经过。

八、抢救药品、物品、器械、敷料用后应及时清理、消毒、补充，以备再用。

急诊留观室设备使用与保养管理制度

一、监护仪使用及保养：

（一）使用监护仪时，应注意导联线放置平整，勿弯曲、打折，以免断裂。

（二）导联线与监护仪连接准确，轻插轻拔。

（三）监测时按不同年龄、病种、设置监测项目的上下限范围，并调节适宜心音响度和报警音量。

（四）使用过程中，如遇到停电，立即关机，有问题及时报告护士长，并通知医械科。

（五）保持监护仪外壳清洁，每天擦灰尘，仪器上不得堆放物品，避免潮湿，避免随意搬动监护仪。

（六）便携式监护仪及时充电，保持良好备用状态。

二、输液泵使用及保养：

（一）安置微量泵要固定牢靠，轻拿轻放，注意散热。

（二）各连接管连接良好，检查无气泡，无漏液，固定好针简，方可启用。

（三）有交流电源情况下，勿用蓄电池电源。

（四）出现报警时应及时检查处理，故障不能排除时，应及时报告通知医疗器械科维修。

（五）使用过程中保持泵身清洁，如沾染液体等应及时用75％酒精擦除。

（六）使用结束后，清理电线并盘好与仪器一起放回原处。

急诊留观室消毒隔离制度

一、病人的安置应实施标准预防的原则，根据疾病的传播途径采取相应的隔高措施；对已确诊的传染病人应立即转科或转院隔离治疗，在未转之前，必须采取相应的隔离治疗措施。

二、凡遇有厌氧菌、绿脓杆菌等特殊感染的病人，应严密隔离，用过的房间要消毒，用过的敷料要烧毁，对其被褥、衣服必须消毒；医护人员出入病室必须穿隔离衣、帽、鞋，并每出入一次必须换衣、帽、鞋并及时消毒处理。

三、病人的被套、床单、枕套和诊查单不准带有血、尿、便痕迹，做到随脏随换。禁止在病房、走道上清点衣被服。

四、病室内要保持环境整洁，空气新鲜无异味，经常通风换气，消除污染。每日用紫外线进行空气消毒1次，每次半小时；地面应湿式清扫，遇污染时即刻用消毒液拖地消毒。

五、病床每天湿式清扫一次，一床一套；床头柜等物体表面每天擦拭一次，一桌一抹布，用后消毒，有污染的物体表面随时消毒。

六、治疗室、病房、厕所等的拖布，应标识清楚，分开清洗，悬挂晾干，每周用消毒液浸泡消毒处理。

七、血压计袖带应每周清洗，特殊污染后随时消毒。听诊器保持清洁，接触病人后及时消毒。

八、体温计每位病人单独一根使用，出院后酒精浸泡消毒，清水冲洗后晾干备用。

九、患者出院、转科或死亡后，必须进行床单元的终末消毒，其它物品按病室消毒隔离措施执行。

急诊留观管理制度

一、不符合住院条件，但根据病情尚需急诊观察的患者，可留观察室进行观察。因病情需要，可在急诊科观察室短期观察者（包括病情复杂，难以确诊，需入院诊治而暂无床又不能转出者）。留观时间一般不超过72小时。

二、急诊值班医师和护士应当根据病情严密观察、治疗。凡收入观察室的患者，必须开好医嘱，按格式规定及时书写病历，随时记录病情（包括：检验、影像报告）及处理经过，必要时及时请相关专业会诊。

三、急诊值班医师早晚各查房一次，重病随时查房。主治医师毎日査房一次，及时修订诊疗计划，指出重点工作。

四、急诊室值班护士随时主动巡视患者的病情、输液、给氧等情况，按时进行诊疗护理，发现病情变化，立即报告医师并及时记录。

五、急诊值班医护人员对观察床患者，要按时详细认真地进行交接班工作，必要情况书写记录。

六、留观察者只许留一人陪伴（特殊情况除外）。

急诊留观治疗室管理制度

一、进入治疗室必须穿工作服，戴工作帽及口罩，严格执行无菌技术操作。执行各项操作时，应严格执行査对制度，防止差错、事故发生。

二、保持无菌物品在有效期内。

三、保持室内清洁，每做完一项处置，要随时清理。每天消毒一次，除工作人员治疗病人外，不许在室内逗留。

四、器械物品放在固定位置，及时请领，上报损耗，严格交接手续。

五、各种药品分类放置，标签明显，字迹清楚。

六、剧毒药品与贵重药品应加锁专人保管，严格交接班。

七、室内每天消毒，每月采样做空气培养，结果要有记录。

八、垃圾应分类放置，置于有盖容器内。用过的输液器针头、头皮针射器针头等医疗锐器放入专用的利器盒内。