**查对制度**

**一、临床科室**

（一）医嘱查对制度

1、医嘱应做到班班查对，每日总对，包括医嘱单、执行卡、各种标识（饮食、护理级别、过敏、隔离等）、电脑医嘱，设总查对登记本。单线班处理的医嘱，由下一班负责查对。

2、各项医嘱处理后，应核对并签全名。

3、执行长期医嘱或临时医嘱，需经第二人查对无误后方可执行，应及时记录执行时间，执行者签全名。

4、一般情况下，医生不得下达口头医嘱。抢救患者时医生下达口头医嘱后执行者必须大声复述一遍，经医生核实无误后方可执行，护士并做好记录，保留空安瓿至抢救后再次核对。抢救结束后6小时内医生补开医嘱，执行者签全名及执行时间。

5、不得擅自更改医嘱，对有疑问的医嘱须经核实后，方可执行。

（二）发药、注射、输液查对制度

1、发药、注射、输液等必须严格执行“三查九对一注意”。

三查：备药时与备药后查，发药、注射、处置前查，发药、注射、处置后查。

九对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、药品有效期、病人面貌。

一注意：注意用药后的反应。

2、备药时要检查药品是否在有效期内、标签是否清晰；水剂、片剂有无变质；安瓿、注射液瓶有无裂痕；密封铝盖有无松动；输液瓶（袋）有无漏水；药液有无浑浊和絮状物等。任意一项不符合要求不得使用。

3、备药后必须经第二人核对，方可执行。

4、输液瓶加药后要在标签上注明床号、姓名、主要药名、剂量，并留下空安瓿，经另一人核对后方可使用。

5、麻醉药使用后须保留空安瓿备查，同时在毒、麻药品管理登记本上登记并签名。

6、使用多种药物时，要注意有无配伍禁忌。

7、发药、注射、输液时，患者如提出疑问，应及时核查，确认无误并向患者解释后方可执行。

8、对易致过敏药物，给药前需详细询问患者有无过敏史，确认皮试阴性后方可使用。

（三）输血查对制度

1、抽交叉配血查对制度

（1）认真核对交叉配血单，患者血型化验单上的床号、姓名、性别、年龄、住院号/门急诊。

（2）抽血时要有两名护士（一名护士值班时与值班医生）到床边核对无误后方可执行。

（3）抽血（交叉）后须再次双人核对，在盛装血标本的试管上贴好写有病区（科室）、床号、住院号、患者姓名等的条形码，条形码字迹必须清晰无误。

（4）抽血时对化验单与患者身份有疑问时，应与主管医生重新核对，确认无误后，方可执行；如发现错误，应重新填写化验单和条形码，不得在错误化验单和错误条形码上直接修改。

（5）同时有二名以上患者需备血时，必须严格遵守“一人一次一管”的原则，应逐一、分别采集血标本，严禁同时采集二名患者的血标本。

2、取血查对制度

用血科室护理人员到检验科（血库）取血时，必须与发血者共同核对患者姓名、性别、年龄、病案号／门急诊、科别、病室、床号、血袋号、血型（含Rh血型）、血液有效期、交叉配血试验结果、血液品种和血量、以及血液制品的外观（要求做到血袋无破损，袋口包封严密，标签卡无破损不清，血液无溶血、凝块和污染情况等），准确无误后，双方在交叉配血报告单上签全名后方可取发血。

3、输血过程查对制度

（1）输血前患者查对：须由两名医护人员核对输血单上患者床号、姓名、年龄、住院号、血型、血量；核对供血者的编号、血型；核对供血者与患者的交叉相容实验结果；核对血袋标签上的姓名、编号、血型与交叉配血报告单上是否相符。查实相符后进行下一步输血前程序。

（2）输血前血液及用物查对：检查血袋上的采血日期，血液有无外渗，血液外观质量，确认未过期、无溶血、无凝血、无变质后方可使用。检查所用的输血器及针头是否在有效期内。完成输血前患者检查及血液用物检查准确无误后在临床输血记录单上“输血前核对”一栏签双人全名。

（3）输血时查对：须由两名医护人员（一名护士值班时与值班医生）携带病历及交叉配血单到患者床旁，核对患者的姓名、性别、年龄、病案号／门急诊、床号、血型（包括Rh血型）等，同时让患者自诉姓名及血型，有疑问时应再次查对。如患者处于昏迷、意识模糊或语言障碍时，需与其家属共同进行确认，同时确认患者腕带标识，确认与配型报告相符，再次核对血液后，将血袋内的成分轻轻混匀。准确无误后在临床输血记录单上签输血开始时间及“床旁核对”一栏签双人全名，每组血制品均应有双人核对签名，将血袋标签贴在临床输血记录单“血袋条形码”一栏。用标准的输血器进行输血，并观察15分钟后离开，并在临时医嘱单执行栏内双人签名。

（4）输血后查对：输血完毕再次核对医嘱，患者床号、姓名、年龄、病案号／门急诊、血型、输血单，血袋标签的血型、编号、采血日期，准确无误后在临床输血记录单上签输血结束时间及“输血后核对”一栏签双人全名。对有输血反应的应逐项填写患者输血反应回报单，并返还检验科（血库）保存。输血完毕后将血袋返还至检验科（血库），于冰箱的冷藏区至少保存一天，以备必要时查对。

（四）无菌物品查对制度

1、使用灭菌物品和一次性无菌物品前，应检查包装和容器是否严密、干燥、清洁，检查灭菌日期、有效期、灭菌效果指示标识是否符合要求。若发现物品过期、包装破损、不洁、潮湿、未达灭菌效果等，一律禁止使用。

2、使用已启用的灭菌物品，应核查开启时间、物品质量、包装是否严密、有无污染。

3、药剂科发放一次性无菌物品的记录应具有可追溯性。记录内容包括物品出库日期、名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。

4、科室指定专人负责无菌物品的领取、保管。定期清点，分类保管，及时检查。确保产品外包装严密、清洁，无菌物品无潮湿、霉变、过期。

（五）特殊患者（无名氏、儿童、意识不清、语言交流障碍等）的核查内容及流程。

1、门诊就诊时出现昏迷（无家属）及救助站送流浪乞讨精神障碍患者入院时拍照存档，采用患者照片进行身份识别，门诊无名患者腕带姓名标注为：男：w+年、月、日、时间+本年度无名氏个数序号，女：无女+年、月、日、时间+本年度无名氏个数序号，如2023年05月06日13:15无名女性患者到门诊（2023年度第一个门诊无名氏），应标注为“无女20230506131501”，后期知晓患者姓名，及时把患者姓名加在无名氏编号后。救助站送的无名患者腕带姓名标注为：①不论男女，用“无名氏+站内编号”，②知道患者姓名标注为：病人姓名+站内编号，③救助站未来得及入站内编号时，标注为“年月日+20”，如2023年07月03日来的标注为“2023070320”，记住当天的编号最后数字必须是20，第二个是21，知道名字的在前面加名字，不知道名字的在前面加无名氏。

2、儿童、意识不清、语言交流障碍患者：

（1）必须佩戴腕带，以腕带标识作为身份识别的标识；更换腕带时必须两人核对。

（2）在进行任何操作前均需核对腕带信息。

（3）操作前让家属或陪同人员陈述患者姓名。

（4）语言交流障碍时由家属代为陈述或聘请翻译人员。

**二、药剂科：**

1、配方时，查对处方的内容、药物剂量、配伍禁忌。

2、发药时，查对药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；查对标签（药袋）与处方内容是否相符；查对药品有无变质，是否超过有效期；查对姓名、年龄，并交代用法及注意事项。

**三、输血科**

1、血型鉴定和交叉配血试验，两人工作时要“双查双签”，一人工作时要重做一次。

2、发血时，要与取血人共同查对科别、病房、床号、姓名、血型、交叉配血试验结果、血瓶（袋）号、采血日期、血液种类和剂量、血液质量。

**四、检验科**

1、采取标本时，要查对科别、床号、姓名、检验目的。

2、收集标本时，查对科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。

3、检验时，查对试剂名称、批号、有效期等信息，核对化验单与标本是否相符。

4、检验后，查对目的、结果。

5、发报告时，再次查对科别、病房，回顾患者历史结果，分析患者的动态变化，危机值及时报告临床医生。

**五、医技科**

1、操作前，实施者再次核对患者信息。让患者或其近亲属、授权委托人陈述患者姓名，并与申请单、腕带、计费信息一致。

2、书写报告时，再次核对检查资料信息与申请单上的个人信息是否一致。

3、发报告时，实施者再次核对患者身份。让患者或其近亲属、授权委托人陈述患者姓名，将患者身份与报告单、胶片内容进行核对，核对无误后发放结果。

**六、设备科**

医疗器械、设施管理部门应定期对医疗设施设备开展巡查及保养工作，并做好相应记录，以确保医疗工作正常开展。巡查频率较高的设备，可委托临床科室代为巡查，但需规范巡查流程，承担巡查职责的医务人员必须经过医疗器械、设施管理部门的定期培训，并考核通过后才能开展巡查。生命支持类设备应有该设备是否运行正常的明示标记。医护人员在使用前应核查医疗器械是否在有效期范围，在每日使用前做好日常检查与清洁工作，并做好相应记录。使用后应严格按照医疗器械相关保养说明完成保养。

常德市康复医院

2024年6月6日