血液安全技术核查要点（医师）

科室名称： 自查时间： 负责人签字：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **核查准则** | **条款****编号** | **条款内容** | **核查方法** | **核查标准** | **存在问题描述** | **整改计划** |
| **《医疗机构临床用血管理办法》第十九条** | **12** | **医务人员应当严格掌握临床输血指征，根据患者病情和实验室检查，对输血指征进行综合评估，制订输血治疗方案。** | **现场核查及查看相关文件和记录、访谈医生：****①告知患者输血风险以及替代异体输血的方法（自体输血、药物治疗等）。****②输血前开展贫血筛查和治疗（鼓励开展贫血诊断和治疗流程，贫血门诊等）。****③输血前常规开展凝血功能筛查及凝血异常的治疗。****④采取必要的外科和麻醉等技术减少患者出血，如药物，特殊止血措施。****⑤是否规范开展自体输血（血液回收、术前自体贮血、术中急性等容血液稀释）。****⑥熟练掌握血液成分输注指征。** | □完全符合要求□≤2项不符合要求 □＞2项不符合要求（不符合要求条款上打√） |  |  |
| **《临床输血技术规范》第三十三条、第三十四条、第三十五条、第三十六条** | **16** | [**输血治疗病程记录完整**](file:///D%3A/360data/%E9%96%B2%E5%B6%88%EE%9B%A6%E9%8F%81%E7%89%88%E5%B5%81/Application%20Data/Microsoft/Word/%E7%92%87%E5%8B%AA%E7%8E%AF%E7%91%95%E4%BD%BA%E7%A4%8C%E9%8D%93%E5%B6%85%E6%82%97%E7%80%B5%E8%A7%84%E7%98%AE7.2/6.20-25/2011.6.20%E6%B6%93%E5%A4%8C%E9%AA%87%E7%BC%81%E7%85%8E%E6%82%8E%E9%8D%96%E5%A9%9A%E6%AB%8CSSSSSS.docx%23%E6%9D%88%E6%92%B9%EE%94%85%E5%A8%8C%E8%8D%A4%E6%9E%9F%E9%90%A5%E5%91%AF%E2%96%BC%E7%92%81%E6%9D%BF%E7%B6%8D)**、详细。** | **现场核查及查看相关文件和记录：****①是否有制度规定监测时间点，至少包括：输血开始时、输血开始后15min、输血完成时。****②是否有制度规定监测内容，至少包括：呼吸、体温、脉搏、血压。****③记录内容是否包含：输血开始时间、输血完成时间、血液成分、剂量、有无不良反应。****④输血过程的输注时间、速度、顺序是否符合规范。** | □完全符合要求□≤1项不符合要求 □＞1项不符合要求（不符合要求条款上打√） |  |  |
| **《医疗机构临床用血管理办法》第九条** | **\*17** | 应建立以单病种质量管理为主的输血评价体系，将其纳入科室及医师的医疗质量和绩效考核指标体系并进行公示。 | 现场核查及查看相关文件和记录：①是否定期监测、分析和评估单病种输血率（量），选择输血量较大的手术种类进行术者间比较。②是否将临床医师合理用血的评价结果作为个人绩效考核指标以及用血权限的认定管理。**③实施非限制性输血时是否在病历中说明原因。****④是否进行输血后疗效评价并记录，输注无效时是否有分析原因并采取措施**⑤医院是否实施多学科患者血液管理。 | □完全符合要求□≤2项不符合要求 □＞2项不符合要求（不符合要求条款上打√） |  |  |
| **《医疗机构临床用血管理办法》第二十五条** | **18** | 应建立临床用血不良事件管理制度，以确定、评估和报告不良事件。 | 查看文件、上报记录及访谈：①医院是否建立临床用血不良事件管理制度，输血不良事件的界定和分级。**② 访谈医生和护士：如何评估患者发生输血不良反应，描述你会做什么？****③访谈医生和护士：常见输血不良反应的症状、体征，如何记录上报。核查上报记录。**④访谈输血科工作人员：发生输血不良反应后实验室验证程序？如何评估、调查和反馈疑似输血不良反应？⑤现场查看受血者和供血者的血标本是否于2～6℃冰箱保存至少7天。**⑥输血前传染病筛查是否有遗漏。有无输血感染传染病上报制度，现场询问是否发生过此类事件。** | □完全符合要求□≤2项不符合要求 □＞2项不符合要求（不符合要求条款上打√） |  |  |
| **《医疗机构临床用血管理办法》第二十七条** | **\*19** | 应当制订应急用血工作预案。 | 现场核查及查看相关文件和记录：①查看文件，已经制定了哪些预案（如：紧急用血、库存预警、关键设备、信息系统故障）。②紧急用血应急预案是否建立绿色通道。③有无急诊样品处理程序和与临床沟通程序及相应记录。④是否对应急预案定期演练。⑤有无经医院颁布的非同型输注管理制度。 | □完全符合要求□≤1项不符合要求 □＞1项不符合要求□现场发现应急预案不能正常启动 |  |  |
| **《医疗机构临床用血管理办法》第九条、第二十五条** | **20** | 应建立对临床用血质量或安全相关事件采取纠正和防范措施的流程。包括：1）事件描述2）事件调查3）确定原因4）实施纠正措施5）确保纠正措施已执行并有效的评价方法。 | 实际核查一个临床用血质量或安全事件的案例，至少包含以下内容，并有医务部门和护理部参与：①是否有流程能确保采取必要的纠正措施，消除导致事件（各种偏差，不符合和投诉等）的原因。②如何评估纠正措施的有效性。**③医务人员如何知晓纠正和防范措施。**④管理者是否审查纠正措施的有效性。⑤什么证据表明纠正措施已执行、记录和有效。⑥如何识别和归类隐患事件。⑦是否对此流程在实际事件调查、根本性原因分析和改进纠正措施中的有效性进行过评估。⑧医院信息系统是否覆盖了血液使用的全过程，可为临床用血事件提供溯源数据。 | □有措施有改进有成效□有措施有改进无成效□有措施无改进 |  |  |