**查对制度**

**（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），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，应核对并签名。

 3、临时执行的医嘱，需经第二人查对无误后方可执行，记录执行时间，执行者签名。

 4、抢救患者时医师下达的口头医嘱，执行者须大声复述一遍，经医师核实无误后方可执行；抢救完毕，医师补开医嘱并签名；安瓿留于抢救后再次核对。

**（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“三查八对一注意”。

 （1）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。

 （2）八对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、药品有效期。

 （3）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；药液有无混浊和絮状物等。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、麻醉药使用后须保留空安瓿备查，同时在毒、麻药品管理记录本上登记并签名。

 5、使用多种药物时，要注意有无配伍禁忌。

 6、发药、注射、输液时，患者如提出疑问，应及时核查，确认无误后方可执行。

 7、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。

**（三）输血查对制度**

 1、抽交叉配血查对制度

 （1）认真核对交叉培训单，患者血型化验单上的床号、姓名、性别、年龄、住院号。

 （2）抽血时要有2名护士（一名护士值班时，由值班医师协助）核对无误后方可执行。

 （3）抽血（交叉）前须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，应与主管医师重新核对，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，切勿在错误化验单和错误条形码上直接修改。

 2、取血查对制度 取血时，认真核对血袋上的姓名、性别、编号、输血数量、血型等是否与交叉配血报告单相符，确保准确无误。检查血液有效期及外观，符合规范要求。

 3、输血过程查对制度

 （1）输血前患者查对：须由2名医护人员核对交叉配血报告单上患者床号、姓名、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试验结果；核对血袋上标签的姓名、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。

 （3）输血时查对：须由两名医护人员（携带病历及交叉配血单）到患者床旁核对床号，询问患者姓名，查看床头卡，询问血型，确认受血者后方可输血。

 （4）输血后查对：完成输血操作后，再次核对医嘱，患者床号、姓名、血型、配血报告单，血袋标签的血型、编号、供血者姓名、采血日期，确认无误后签名。将交叉配血报告单粘贴在病历中，将血袋冷藏保存24小时备查。

**（四）无菌物品查对制度**

  1、使用无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、使用已开启的灭菌物品，应核查开启时间、物品质量、包装是否严密、有无污染。

 3、消毒供应中心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）手术安全核查制度**

 1、患者接入手术室前 手术室接患者人员与病区当班护士核查患者科室、床号、住院号、姓名、性别、诊断、手术名称与手术部位、配血报告、术前用药、药物过敏试验结果、影像学资料等，手术患者均佩戴身份识别标识（腕带），不能将贵重物品（如手机、戒指、项链、耳环）、假牙等带入手术室。

 2、患者进入手术室后 必须由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核实并签名。由麻醉医师主持并填写“手术安全核查表”，无麻醉医师参加的手术由手术医师主持并填写表格。实施手术安全核查单前，参加手术的手术医师、麻醉医师、巡回和/或洗手护士应全部到位，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写核查表。实施手术安全核查的内容及流程如下：

 （1）麻醉实施前：按“手术安全核查表”的内容，三方共同依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、住院号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。此次核查由麻醉医师主持，麻醉医师填写“手术安全核查表”，三方签名。

 （2）手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告。此次核查由主刀医师主持，三方签名。

 （3）患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式、术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。此次核查由巡回护士主持，三方签名。

 3、术中用药的核查 由手术医师或麻醉医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士负责核查。

 4、凡体腔或深部组织手术，要在手术前、关闭体腔前后查对纱垫、纱布、缝针、器械等数目是否与术前相符。

 5、手术取下的标本，由洗手护士与手术医师核对后，由手术医师填写病理检验单送检，并进行登记与交接。