

# 实验室质控措施记录 质控科工作总结(通用9篇)

人的记忆力会随着岁月的流逝而衰退，写作可以弥补记忆的不足，将曾经的人生经历和感悟记录下来，也便于保存一份美好的回忆。写范文的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面我给大家整理了一些优秀范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看看吧。

## 实验室质控措施记录篇一

本人xx在20xx年度任质控办主任一职，负责医院医疗质量控制工作，在这一年里，我本着尽职尽责、尽心尽力的宗旨，密切配合医院领导，紧紧围绕医院工作重点，用心做好每一件事，努力完成每一项任务，下面我就把自己在20xx年所做的工作汇报如下：

### 一、积极备战二甲复审工作

为了完成医院提出的以优异成绩通过二甲复审的目标，使医院的医疗质量、服务能力更上一个新台阶，我认真学习标准细则，逐条梳理，积极开展自查，进一步完善各项工作，认真查漏补缺，抓好工作落实，并指导科室有计划、有步骤地完成本科室的复审达标计划及相关资料准备工作。

根据医院的安排部署，我负责的“医疗质量管理组织与制度”与“病历（案）质量管理”任务中，补充完善了3年半的文字资料，包括各月质控检查资料、病历检查记录、培训资料、历次委员会会议纪要等。结合我院实际，组织设计了适合我院的《住院病历质量评分表》，要求每份出院病历均由科室质控医师进行检查评分后随病历一起归档。另一方面，要求科室质控医师每周质控每位管床医师一份运行病历并评分，月底交质控办运行病历质控总结及科室医疗质量检查总

结。同时督导各科室完善医疗质量周检查记录，疑难病历讨论、业务学习等记录，通过以上工作，进一步完善了医疗质量管理，确保二甲复审工作任务圆满完成。

## 二、完善考核标准

在《20xx年医疗质量控制绩效考核实施方案》的基础上参照《二级中医医院评审标准实施细则》相关标准要求及日常质控实际情况，修改完善了《20xx年医疗质量控制绩效考核实施方案》；制定修改了《院前病历质量评价标准》、《急诊留观病历质量评价标准》，对科室起到指导和规范作用，为质控检查提供了标准依据。

## 三、加强医疗质量管理，保证医疗安全

### 1、环节质量检查：

每月不定期到医、护、技、药各科室进行质量检查，抽查运行病历书写质量，如病历完成的及时性、各项记录内容的完整性、三级查房等核心制度的执行情况、围手术期医疗文书的书写等，抽查医技科室检查报告、依法执业情况及中西药处方的书写等，及时反馈查出的问题，及时督导改正。

### 2、终末质量检查：

(1) 按照《中医病历书写基本规范》、《院前病历质量评价标准》等标准规范，每月对各科病历质量进行检查，至少抽取每个科室每位管床医师病历1份，对发现问题的病历进行认真总结、分析、评价，将结果及时反馈至相关科室督促整改，并将成绩纳入当月绩效考核；每季度按照我院《医疗质量控制绩效考核实施方案》对医、护、技、药各科室进行全面的质控检查，包括运行病历及归档病历的质控，并进行总结、反馈。本年度共组织检查运行病历700余份，归档病历400余份，院前病历400余份，未发现丙级病历。

(2) 对临床科室除病历外的医疗质量管理进行检查，如业务学习情况、疑难、危重、死亡病例讨论、科室周质控工作记录、危急值处理等。

(3) 每月对各医技科室、中、西药房、煎药室等进行的质量检查，内容有业务学习、疑难病例讨论、科室质控、危急值报告、依法执业、报告的书写、审核制度的落实等，各科室能较好地执行。

#### 四、落实专项检查

根据我院制定的《处方点评制度□□□20xx年抗菌药物临床应用专项整治活动方案》及相关文件规定，同医教科一起进行处方点评和抗菌药物专项检查工作，本年度共检查门诊中西药处方近4000张。

#### 五、存在的问题

病历质量管理仍然是医疗质量管理中的一个薄弱环节，也是医疗质量管理中的难点，在今年的病历检查中，突出问题有现病史、中医辨病辨证依据、中、西医鉴别诊断、西医诊断依据、术前讨论、术前小结等内容描述简单，三级医师查房流于形式、缺乏中医内涵知识及临床指导意义，停、开的医嘱不在病程中记录、分析，字迹潦草，难以辨认等，出现这些问题除病历书写者本人及科室管理的原因外，我也有责任，不足之处在于重视了检查未重视效果，重视了终末质控，而忽视了环节质控，检查出的问题未及时跟踪问效，倒查追责，致使有些问题屡查屡犯。

总结一年来的质控工作，我认为自己工作不够大胆，方法需要进一步改进，在下一年度的医疗质量管理工作中，我要吸取教训，总结经验，以基础质量、环节质量检查为重点，狠抓问题的改进与制度的落实，提高医疗质量，确保医疗安全。

以上报告，请各位领导批评指正！

20xx年12月

## 实验室质控措施记录篇二

20\_\_年，在全院各科室同志的大力配合下，努力学习、积极工作、大胆管理、敢于创新，认真负责，带领全科同志开拓创新，努力完成医院交给的各项工作任务。按卫生行政部门和医院质量管理要求，质控科认真履行岗位职责，严格制度，高标准，严要求对病历、处方进行定期和不定期检查，综合点评。做到工作认真有记录，对存在问题有分析，有点评，及时与科主任和责任人沟通反馈情况，加以整改，定期分析评价结果上报主管院长。

### 一、工作职责

1、质控科在院长、主管院长的领导下，对全院医疗质量进行全程监控；根据医院的总体发展，我们科对全院的病历、处方进行严格质控，并对处方的点评情况进行总结、评估。并提出季度、季度内阶段性质控重点目标，对医疗质量管理工作予以总结、提出整改建议、推动持续改进。

2、制定全院医疗管理的规章制度、规划、标准和主要措施，负责组织协调医院质量管理工作的实施、监督、检查、分析和评价。

3、质控科在主管院长的领导下，具体组织实施全院临床医疗、护理的质量管理工作。负责拟定全院医疗质量管理实施方案，并经常督促检查，按时总结汇报。深入各科室了解医疗质量情况，督促各科室对照医疗质量标准自查，制定达标方案。负责组织处方、病历书写、临床用药、预防用药、门诊、急诊质量检查工作，定期分析总结及时向院长汇报。完成院领导交办的其他工作。本科室的职员认真仔细检查病历主

页、抗菌药物审批单、手术护理记录、医嘱记录、手术化验单等，把好质量关，发现问题及时修正。深入门诊、科室，督促各科室的主管医生认真书写。为了加强医疗质量控制和医疗质量安全管理。并在以下方面加大了力度：病历的书写、三级医师查房、手术的审批、手术的分级管理、抗菌药物的审批和分级管理、处方书写、疑难病例的谈论、医患沟通等。

## 二、集体努力

1、医院：为了进一步加强医院合理用药的指导，监督和管理规范临床医师用药行为，减少和避免药物不良反应的发生，减少或缓解细菌耐药性的产生，保障临床用药安全、有效、经济适当，提高医疗质量最大限度降低药品费用，制定了以下措施：

(一)严格执行抗菌药物分级使用管理原则，把本院限用品种分为非限制使用，限制使用和特殊使用三类，填写抗菌药物申请审批单制定。

(二)建立抗菌药物专项整治领导小组及成员，对抗菌药物使用情况进行转向点评，由质控人员平日点评工作记录每日对考评情况进行总结，纳入医院绩效综合质量考评，进行奖罚。

(三)每日微机数据库中统计出医院抗菌药物销售金额前十名药品一级开具抗菌药物金额前十的医生进行排名公示，对抗菌药物使用进行分析，并上报主管院长及医务科进行科学处理。

(四)对开具抗菌药物金额前十名医师采取科学处理。

(五)加强合理应用抗菌药物的知识培训通告药讯、新药介绍，岗前培训，厨房规范书写培训及典型病历下发等形式，有医务科组织教育培训，每次内容自定，进行考试考核，指导临床合理用药从而提高医院各类人员合理使用抗菌药物的综合

素质。

2、各科室：在医院的大力控制下，抗菌药物的使用在各科室也得到了控制，尤其是头孢甲肟、头孢西丁钠的用量得到了控制，现在各科室的医师基本做到根据指证用药，如有应用抗菌药物的必要，也能逐级的使用。但偶尔还有个别的医师依然使用高档抗菌素，望医师从群众的根本利益出发，从百姓的身体状况出发。

3、质控科：质控科主要从以下几方面进行检查，质控。

(1) 有无使用抗菌药物指证。

(2) 预防用药选择时间。

(3) 抗菌药物品种选择。

(4) 抗菌药物使用剂量、周期、途径、频次。

(5) 抗菌药物分级管理情况。

(6) 更换抗菌药物有无病程记录与医嘱是否相符。

(7) 联合用药合理性同时对典型病历进行点评。下发反馈通报，采取干预和反馈结合的方法进行检测，提前。

审核抗菌药物处方或医嘱，直接干预医生处方或病历进行整改本年度全院共检查各类处方4585张，其中合格处方3986张，不合格处方554张，合理率87%(没有达到标准95%)，抗菌药物使用强度45(规定范围不超过40)，门诊抗菌药物比例13%达标，住院抗菌药物使用率54.5%达标，以上数据在整改之前有很多不规范，不达标的，现在已经有了明显的改善和提高。

在全院医务人员的共同努力下，我们的医疗质量有很大的提高，我们科室也会继续努力，为医院的医疗质量的提高献出

自己的力量。

## 实验室质控措施记录篇三

质控科成立于20xx年，是医院医疗质量管理的部门之一。分管医院医疗质量控制、医疗安全隐患监控。

1、质控科在院长、主管院长和医疗质量管理委员会的领导下，对全院医疗质量进行全程监控；根据医院的总体发展战略，提出年度、年度内阶段性质控重点目标、并为其制定考核标准；对年度医疗质量管理工作予以总结、提出整改建议、推动持续改进。

2、制定全院医疗质量管理的规章制度、规划、标准和主要措施，负责组织协调医院质量管理工作的实施、监督、检查、分析和评价。

3、参与多层次质控：第一、院级质控，参与行政查房、每月发布全院质控报告(含医疗运行数据、质控重点目标、医疗缺陷点评、医疗隐患警示)；第二、履行质控科职能，依据行政查房、科主任月考核结果、各类随机抽查结果，扣发奖金、向科室或全院发质疑通知单、整改通知，并随机复查；第三、联合临床医技进行整改：依据药剂科的处方点评、医保办的医嘱点评、医护人员对不合理用药的反映，确定重点监控的药品目录。

发症、预警潜在危重病症、警示急救环节误判、甄别三无处置(无证、无益、无效)、监控外科预防用抗菌素等。

6、质控人员的资质培训：质控员仅凭自己的专业能力甄别自己认定的医疗缺陷(真性、假性、不确定性)会导致甄别盲区、结论多样化。因此，依据循证证据(合理证据、获益证据、安全证据、质疑证据、否定证据)、警示信息(相互影响、医学矛盾、临床假象、临床危象、诊疗乱象、容易被忽视的`问题、

假性检查结果)确定评审标准,逐步使质控趋向系统化、标准化、实效性。末控制。

主任医师1名,返聘副主任医师2名,医师2名,护师2名,工作人员1名。质控科科长职责在院长领导下,具体组织实施全院临床医疗、医技、护理等质量管理工作。负责拟定全院医疗质量管理实施方案,并经常督促检查,按时总结汇报。深入各科室了解医疗质量情况,督促各科对照医疗质量标准自查,制定达标方案。协同医务科、护理部负责检查全院医务人员的业务训练和技术考核工作,及有关医疗、护理、质量考核、考评工作。督促检查药品、医疗器械的质量和管理工作。负责组织处方、病历书写、临床用药、预防院内感染、门、急诊质量检查工作,定期分析情况,及时向院长汇报。负责全院质控员培训工作。完成院领导交办的其他工作。质控科质控员职责在科长领导下,具体协助搞好全院医疗、护理质控质量工作。认真仔细检查病历前三页及危重、一般护理记录单、手术护理记录单及化验单把好病历质量关,发现问题及时修正。深(转载于:医院科室质控工作总结)入门、急诊、临床各科室了解医疗护理考核并统计危重病人的抢救率的工作。每月作好门、急诊、临床、医技、非临床的质控报告。做好并完成每天科长所交给的各种工作任务。

## 实验室质控措施记录篇四

护理质量直接关系到患者的生命健康与安全,关系到医院在社会公众中的形象。加强质量管理,不断提高护理服务质量,使患者满意是护理管理的中心任务,为适应护理工作发展的需要,质控科实行了由质控科护理质控成员、护理部成员、科护士长、病区护士长、病区质控员组成的护理质量控制路径,使护理质量在科学管理体制上有了明显提高。现总结如下:

### 1、完善了质量控制体系



制定护理管理网络，建立质控科护理质控成员、护理部成员—科护士长—病区护士长及护理骨干为框架的护理管理组织网络，修订并完善各种质控网的工作职责，对每一项工作均设计合理流程，从而最大限度减少护理差错的发生，保证了护理质量。

## 2、增强质量控制意识

护士长作为医院护理系统中最基层的管理者，其质量控制意识、领导艺术、管理能力及水平等直接影响质量控制环节。通过派一些护理骨干到上级医院进修学习、在院内开展护士长管理培训班，参加医院组织的艾滋病、结核病知识培训班，同时增派护理管理者及骨干参加院外组织的护理管理培训班，以提高护士长的管理意识和管理能力，提高护理人员整体素质。护士长充分发挥了以人为本的管理职能，调动护士的主观能动性，自觉地依照标准和制度，对自身行为进行约束和控制，实现了全员参与护理质量控制，增强了质量控制意识。

## 3、改进和完善了全院各科室质量控制评价标准

为使优质护理更深入人心、落实到位，进一步提高我院护理质量，通过结合质控中存在的问题，对全院各科室的护理质控标准进行进一步修订，特别是将优质护理融入分级护理、病房管理等质控标准中，强调绩效考核的落实，以充分调动全院护理人员的主观能动性及工作积极性，细化了质控标准，便于质控人员掌控，及时发现一些潜在危险，减少安全隐患。由于关爱门诊工作性质的特殊性，为提高艾滋病患者的回访率，降低失访率，提高患者的服药依从性，对新上治疗方案的患者首次咨询和健康宣教时间、病历收回后正确录入患者相关资料的时间做了明确规定，并纳入重点质控范围，使其更适合艾滋病患者门诊的咨询管理，利于护理工作的进一步开展和提高质量。

## 4、规范护理文件书写，强化法制意识

严格按照卫生厅护理文件书写规范要求，制定了医院不同病区护理文件书写规范及标准，采取统一全员培训，使护理人员更加明确护理文件书写的意义，规范了护士的行为，保障了护理安全，提高了护理质量；完整、客观、规范的护理记录，为举证提供了法律依据，保护了护患的合法权益。各级护理人员也明确了如何才能书写好护理文件，以达标准要求。

## 5、开展“优质护理”和“三好一满意”，提高护理满意度

随着社会的进步，患者及家属对护理服务要求的进一步提高，以及“优质护理服务”在全院的全面铺开，“三好一满意”的深入开展，做好患者基础护理、生活护理、健康宣教，提供优质的服务显得极为重要，护理部对全体护理人员进行了总动员，说明开展“优质护理服务”的重要性和必要性，以服务好、质量好、医德好和群众满意为准则，严格要求自己，鼓励护士长经常督促护理人员深入病房为患者服务，注重与患者的沟通、交流，质控科也进行相应质量督促及检查，提高了患者对护理工作满意度，减少医疗纠纷的发生。

## 6、加强环节质量控制

(1)发挥护士长质量控制主体作用。护士长的质量管理工作要有计划，对其科室的护理工作进行循环式的自查、自评，做到质控指标人人心中有数，达到全员参与护理质量控制。同时，护士长要做好几个重要环节的质量管理，控制好高危环节（抢救急危重症患者、使用特殊药物、更换床位、运送重患者检查）、高危人群（危重患者、年老体弱、新上岗护士）、高危时间（交接班、节假日、中午、夜间工作人员少时），把好患者的入院、治疗、护理、出院重点环节关，重点检查特殊管道、患者病情相关的安全隐患，做好警示标识及安全防范，确保了护理安全和护理质量的落实。

(2)建立、健全护士长夜间查房制度。制定长期的护士长夜查房机制，护士长夜间查房时，主要督促检查护理人员在岗及

岗位责任履行情况、危重患者护理工作落实情况，做到白天护理质量监控与夜间护理质量控制相结合，使全院护理质控工作形成一个自查、自审、日控、夜查相结合的质控网络。

## 实验室质控措施记录篇五

为了加强医疗质量管理，集团董事会于20xx年4月12日上午对石家庄长城医院进行了医疗质量大检查。我院成立两个质量检查组，分别对医院的医疗、护理进行全方位大检查，现将护理部分工作检查结果汇报如下：

检查内容分为：病房管理、抢救药品、抢救设备管理、消毒隔离管理、护理表格书写、护理差错事故登记及上报等几项内容。

妇科、外科系统病区、消化内科、心血管科一区、心血管科四区。共抽查护理表格18份，其中现运行10份，归档8份。总体来说较上次检查有很大提高，主要表现在以下几个方面：

病房整体卫生不错，地面清洁无杂物，患者床单位整洁更换及时。

尤其是对新楼的七病区、十五病区提出表扬，科主任、护士长积极配合、充分准备，整体住院环境最好，患者对住院环境非常满意。

抢救车内药品及物品齐全，护士对14种抢救药品的剂量、规格、摆放位置能够熟练掌握，对五病区郭亚楠，七病区何璇提出表扬。

护理差错登记齐全，按规定上报，有上报制度。

个别出院患者的床头卡未及时撤除，新入院患者没及时放置床头卡。个别科室的紫外线消毒登记不及时。

旧楼病区楼道加床的床位号粘贴不整齐，影响美观。个别病历中的体温单有涂改现象。毒麻药品交班登记本未记录药品批号。一次性医疗垃圾分别处置合理，标识明确。

及时召开全院护士长会，检所检出的问题及时反馈各科护士长，督促其规范病房住院、出院患者的管理。加强对科室的检查力度，及时发现及时解决，不规范之处，护士长会上统一规范和要求，随时发现，随时处理，对科内检查出的问题与个人收入挂钩，调动大家的积极性。

## 实验室质控措施记录篇六

质控科工作总结医院医疗质量管理是医院生存和发展的生命线，是医院管理的核心工作。20xx年质控科在医院领导的正确领导下，紧紧围绕医院工作重点，对医疗质量进行了有效管理。

1. 为了以优异的成绩通过二甲复审目标，使医院的医疗质量、服务能力得到进一步提升，我科认真学习标准细则，逐条梳理，积极开展自查工作，进一步完善各项工作，认真查漏补缺，抓好工作落实，并指导科室有计划，有步骤的完成本科室复审达标计划及相关资料准备工作。

2. 增加诊疗科目：根据《xx省二级综合医院评审标准实施细则》和相关文件要求完成我院：心血管内科专业、肾病学专业、免疫学专业、胸外科专业、心脏大血管外科专业、烧伤外科专业、整形外科专业、重症监护、计划生育专业、生殖健康与不孕症专业；妇女保健科；新生儿专业、小儿普通外科专业、小儿骨科专业、小儿泌尿外科专业、小儿胸外科专业、小儿神经外科专业；临床心理专业、结核病专业、重症医学科、临床体液、血液专业、临床生化检验专业；临床微生物学专业、临床免疫、血清学专业；介入放射学专业、放射治疗专业；中西医结合科；等48二级诊疗科目申请、申报、审核工作。

3. 根据□xx省卫生计生委办公室关于取消第三、二类医疗技术临床应用准入审批有关工作的通知□x卫办医(20xx)x号文□□xx卫生及省委办公室关于加强第三、二类医疗技术临床应用事中事后监管的通知□x卫办医政(20xx)x号文规定要求，完成我院血透技术、关节镜、小儿外科、骨关节镜、冠状动脉介入技术等未开张的新技术和以开展的三级以下鼻科内镜诊疗技术；三级及以下腹腔镜子宫及附件诊疗技术、宫腔镜诊疗技；三级及以下经尿道、腹腔镜诊疗技术；三级及以下腹腔镜肝脏、胆道、胃肠诊疗技术、乳腺腔镜诊疗技术；二级以下胃镜、结肠镜诊疗技术的申请、备案工作。

1. 推进“十四项核心制度”落实工作。要求各科室要相对集中时间，组织全体科室人员认真学习14项医疗核心制度内容，做到人人知晓，自觉运行和严格执行。在制度学习的基础上，各科室认真查找在日常临床工作中落实核心医疗制度上存在的薄弱环节，如体制机制、技术、理念问题逐一进行分析，查找原因，有针对性地制定出整改措施。质控科对活动开展情况进行不定期检查指导，督促各科室认真自查。

2. 环节质量检查：每月不定期到医、护、技各科室进行质量检查，对各科室临床危急值实行动态监管，开展绿色通道，细化会诊转诊流程，增强科室之间合作意识。抽查运行病历书写质量，如病历完成的及时性、各项记录内容的完整性、三级医师查房等核心制度的执行情况、围手术期医疗文书的书写等，抽查医技科室检查报告书写等、及时反馈查出的问题，及时督导改正。

3. 终末质量检查：按照□xx省病历书写基本规范》，每月对各科病历质量进行检查，至少抽取每个科室每位管床医师一份病历，对发现问题的病历进行认真总结、分析、评价，将结果及时反馈至相关科室督促整改。对临床各科室除病历外的医疗质量管理进行检查，如业务学习情况、疑难、危重、死亡病例讨论、科室周质控工作记录、危急值处理等。

根据我院《临床路径管理制度、规范》、《临床路径实施计划》及相关文件规定，每月对我院55个临床路径、单病种质量控制；一类切口抗菌药物应用、手术前预防性应用抗菌药物进行专项检查工作，检查结果在科主任例会中进行通报并按照相关文件规定进行奖惩。

认真完成20xx年所有申报的继教项目，今年以来，对于我院所有继续教育对象，医、药、护技人员546人，完成省级、市级继续教育办公室审批的15个继续医学教育项目学习，并按照上级要求完成所有公共课和专业课的学分学习。为每一次院内学习、继续医学教育项目开展做好记录并授予相应学分。积极配合医学会完成本年度的继续医学教育讲座。我院广大干部职工按照上级要求全部参加并完成了市卫计委、市医学会、县卫生局安排的各项继续教育项目。完成20xx年的继续教育项目申报工作。

病历质量管理仍然是医疗质量中的一个薄弱环节，也是医疗管理质量中的难点，出院医嘱、诊断依据、鉴别诊断、术前讨论、术前小结等内容描述简单，三级医师查房流于形式，缺乏内涵知识及临床指导意义，运行病历不能按时完成，会诊记录及检验申请单字迹潦草，难以辨认，科室质控人员对科室的环节质量和终末质量不够重视，检查出的问题未及时跟踪追责，致使有些问题出现屡查屡犯现象。

在下一年度的医疗质量管理工作中，要吸取教训，总结经验，以基础质量、环节质量检查为重点，狠抓问题的改进与制度的落实，提高医疗质量，确保医疗安全。

## 实验室质控措施记录篇七

我院护理部认真抓好护理质量管理，努力提高护理质量，现总结如下：

- 1、建立健全护理质量管理组织，实行院、科二级质控，各质

控组织定期活动，加强护理质量管理，促进护理质量持续改进。

2、加强制度管理，进一步完善护理工作制度、护理人员职责、护理质量标准等，并组织实施，重点抓好落实工作。

3、制订护理质量管理方案和护理质控计划，并组织实施。

4、制订护理质量管理目标及护理质量评价标准，并组织实施。

5、各级护理管理人员及各级质控组织认真履行职责，抓好管辖部门护理质控工作。

6、院、科二级质控组织定期开展活动，护理部组织院质控小组每月进行全院护理质量检查一次，平时随机抽查，并把质控情况进行反馈，针对存在问题进行原因分析，提出整改措施，复查整改效果，每月做好质控小结，加强环节质量管理。

7、科室质控组织每半月进行一次自查自评，护士长平时随机抽查，每月进行一次质控小结，对存在问题进行原因分析，提出整改措施，复查整改效果，达到质量管理成效。

8、加强全院护理质量监控工作，院质控组织每季召开质控专题会议，进行护理质量评价、分析，总结、交流经验，达到互相促进，共同提高的目的。

9、加强薄弱环节、危重病人管理，坚持护士长夜查房制度，检查、指导、协助夜班护士工作，检查督促危重病人护理措施的落实。

10、强化护理人员质量意识，提高护理人员自我质量控制的自觉性，严格执行护理工作规章制度及护理技术操作规程，从思想上重视医疗护理安全，严格执行查对制度，无重大护理差错事故发生。

11、建立护理人员考核评价机制，各科室护士长每月对本科室护理人员考核评价一次，护理部每月对护士长考核评价一次。

12、加强护理信息管理。各科室认真做好各种数据的统计、上报工作，掌握全院护理动态，注重信息的收集、分析、研究、总结，注重质量内涵建设，达到质量管理成效。

13、护理质量控制指标达标情况：

(1)基础护理合格率100%；

(2)特、一级护理合格率100%；

(3)护理文件书写合格率100%

(4)急救物品完好率100%

(5)医疗器械消毒灭菌合格率100%；

(6)一人一针一管一用一灭菌执行率100%；

(7)病区管理工作质量合格率100%；

(8)消毒隔离工作质量合格率100%；

(9)一次性注射器、输液（血）器用后毁形率100%；

(10)护理服务质量满意度96.7%；

(11)压褥发生次数为“0”；

(12)严重护理差错事故发生次数为“0”。



# 实验室质控措施记录篇八

xx年，质控部在较xx年减少2名qe,一个sqe□一个文控主任的情况下，各项工

作基本在保持了去年的水平上，收获小小的`进步。

## 1. 标准统一方面

成绩，在这项措施推出后，生产线投诉的类似“标准不统一”的事情得到了很好的预防。

## 2. 增设ipqc职能组

增设ipqc组，加强过程质量状况监督，进一步推动了品质事故的迅速处理，可以有效

地完善信息反馈机制。目前由于ipqc建立伊始□ipqc人员的专业知识以及能力素质尚不能达到要求，发挥作用有限。这也是xx年努力的一个方向。

## 3. 客户投诉

客户投诉13次□xx年为19次，无批退品质事故发生。虽然客户投诉少了，但是我们的出货数量也减少了，明年将会以客户占出货批次或者数量的多少来统计，这会更好的体现我们的产品品质状况，相对来说也是比较科学的统计方法。

## 4. 客户一次验货合格率

客户验货合格率为97.11%，较去年降低了0.44%。降低的主要原因是leeds灯罩外观一直不能满足要求所致。由于去年全年客户验货合格率为97.55%，所以在去年管理评审时提升目标到98%，今年未达到目标，这将会成为今年的主要目标，全力

达成。

另外考虑到，我司的产品相对同行的产品外观要求颇严格，综合品质成本考虑，我们会采取平缓的放宽外观标准，在不让客户察觉的情况下逐渐回归产品的正常要求水平。

## 一次验货合格率

qa一次验货合格率为95.3%，较去年的92.17%有很大的提高，提升约3.13%。这与公司领导支持的一系列改善是分不开的。从效率提升，历史遗留问题的不断跟进和处理，工程部，生产技术，采购□qa都做出了相应的贡献。

## 6. 过程合格率

过程综合合格率为94.2%，较去年的93.6%提升了0.6%，虽然效果不是很明显，但这也正体现了过程能力的提升，体现了我们增设ipqc的价值，也是提升qa验货合格率和客户验货合格率的前提，是重中之重。

## 7. 来料检验合格率

来料检验合格率为97.11%，较去年的97.31%下降了0.2%。下降的主要原因是引进了leeds灯罩以及新客户pinewood的奥达塑胶、镜片和摄像头。

内因：由于部门人员质素参差不齐，给管理上带来一定的难度。以及大多呈现偏内向性

格的特点，再加之专业能力质素水平整体不高，造成了与其它部门沟通解决问题时效果不理想，这是我们自身必须克服的问题。再加之我的经验尚浅，相信这一切在xx年将会有不错的改观。

外因：第一，公司产品种类繁多，批量小，以及产品生命周期短，给品质管理带来了一定的难度；第二，人员品质意识不高，未做到全员参与，发生品质问题就认为是品质人员该解决，而与己无关，这样的品质意识亟待提升；第三，供应商多而杂，质量管理水平不高，物料问题多，这也给品质管理带来了一定的困难。第四，程序文件以及职责不熟悉，这也是公司管理水平的一种体现，所以让全员都熟悉标准的作业流程，将会是今年工作的一个重点。

针对过去一年的品质工作总结，从以下几个方面来提升品质水平。

## 架构调整

为了更好的发挥品质监督与保证工作□qa内部将原iqc,qe,qa(出货检查)以及ipqc四部分重新组合为三部分，分别为iqc□ipqc(制程监督与控制)□qa(品质保证，由原qe和qa人员组成)。吕广付擅长qc管理，吕广付不再担任qe主任，而仅负责ipqc业务□qe和qa的保证工作直接向质控部经理负责。这样就可以清晰的分为来料，制程和出货控制三部分，以及贯穿整个链条的qa保证工作。

## 2. 贯彻品质理念，提升品质意识

贯彻品质理念，提升品质意识，我们采取加大培训的力度，内容主要包括质量体系文件和品质理念的宣导。

## 3. 提升品质专业技能能力

培训qa内部员工，提升整体的品质知识水平，以及分析问题和解决问题的能力。培养有潜质的qe成为好的帮手，提升他们的知识层面，以及各种管理及事物处理技巧。

## 4. 主抓品质目标的达成情况以及对策的有效性

过程品质目标的达成情况是体现一个工厂制程能力的重要衡量标准，所以过程能力提升是诸多工作中的重点。今年的实际战果是94.2%，本年度计划达成95%。

## 实验室质控措施记录篇九

护理质量直接关系到患者的生命健康与安全，关系到医院在社会公众中的形象。加强质量管理，不断提高护理服务质量，使患者满意是护理管理的中心任务，为适应护理工作发展的需要，质控科实行了由质控科护理质控成员、护理部成员、科护士长、病区护士长、病区质控员组成的护理质量控制路径，使护理质量在科学管理体制上有了明显提高。现总结如下：

### 1、完善了质量控制体系

制定护理管理网络，建立质控科护理质控成员、护理部成员一科护士长及护理骨干为框架的护理管理组织网络，修订并完善各种质控网的工作职责，对每一项工作均设计合理流程，从而最大限度减少护理差错的发生，保证了护理质量。

### 2、增强质量控制意识

护士长作为医院护理系统中最基层的管理者，其质量控制意识、领导艺术、管理能力及水平等直接影响质量控制环节。通过派一些护理骨干到上级医院进修学习、在院内开展护士长管理培训班，同时增派护理管理者及骨干参加院外组织的护理管理培训班，以提高护士长的管理意识和管理能力，提高护理人员整体素质。护士长充分发挥了以人为本的管理职能，调动护士的主观能动性，自觉地依照标准和制度，对自身行为进行约束和控制，实现了全员参与护理质量控制，增强了质量控制意识。

### 3、改进和完善了全院各科室质量控制评价标准为使优质护理

更深入人心、落实到位，进一步提高我院护理质量，通过结合质控中存在的问题，对全院各科室的护理质控标准进行进一步修订，特别是将优质护理融入分级护理、病房管理等质控标准中，强调绩效考核的落实，以充分调动全院护理人员的主观能动性及工作积极性，细化了质控标准，便于质控人员掌控，及时发现一些潜在危险，减少安全隐患。

#### 4、规范护理文件书写，强化法制意识

严格按照卫生厅护理文件书写规范要求，制定了医院不同病区护理文件书写规范及标准，采取统一全员培训，使护理人员更加明确护理文件书写的意义，规范了护士的行为，保障了护理安全，提高了护理质量；完整、客观、规范的护理记录，为举证提供了法律依据，保护了护患的合法权益。各级护理人员也明确了如何才能书写好护理文件，以达标准要求。

5、开展“优质护理”和“三好一满意”，提高护理满意度随着社会的进步，患者及家属对护理服务要求的进一步提高，以及“优质护理服务”在全院的全面铺开，“三好一满意”的深入开展，做好患者基础护理、生活护理、健康宣教，提供优质的服务显得极为重要，护理部对全体护理人员进行了总动员，说明开展“优质护理服务”的重要性和必要性，以服务好、质量好、医德好和群众满意为准则，严格要求自己，鼓励护士长经常督促护理人员深入病房为患者服务，注重与患者的沟通、交流，质控科也进行相应质量督促及检查，提高了患者对护理工作满意度，减少医疗纠纷的发生。

#### 6、加强环节质量控制

(1) 发挥护士长质量控制主体作用。护士长的质量管理工作要有计划，对其科室的护理工作循环式的自查、自评，做到质控指标人人心中有数，达到全员参与护理质量控制。同时，护士长要做好几个重要环节的质量管理，控制好高危环节（抢救急危重症患者、使用特殊药物、更换床位、运送

重患者检查)、高危人群(危重患者、年老体弱、新上岗护士)、高危时间(交接班、节假日、中午、夜间工作人员少时),把好患者的入院、治疗、护理、出院重点环节关,重点检查特殊管道、患者病情相关的安全隐患,做好警示标识及安全防范,确保了护理安全和护理质量的落实。

(2) 建立、健全护士长夜间查房制度。制定长期的护士长夜查房机制,护士长夜间查房时,主要督促检查护理人员在岗及岗位责任履行情况、危重患者护理工作落实情况,做到白天护理质量监控与夜间护理质量控制相结合,使全院护理质控工作形成一个自查、自审、日控、夜查相结合的质控网络。

## 7、做好质量控制反馈

(1) 以患者满意度为标准,持续改进护理工作质量。患者满意度是衡量护理质量的最可靠标准之一,每季定期发放患者满意度调查表,以患者的需求、评价、期望等来测评护理服务质量,对调查结果进行整体分析。

1、病区管理(1) 主要存在问题:出院患者终末处理不彻底,警示标识与患者病情不符,个别患者无床头卡,应铃不及时;治疗带脏,床头铃坏、脱落;治疗室脏、地面有棉签,无菌区与非无菌区未严格区分,消毒液放置柜欠清洁,换药室床单未及时更换,办公室屋顶有蜘蛛网;晨间护理不到位,患者床单元脏乱、渣屑多,陪人床、加床摆放凌乱,病房窗台脏、地面有医疗垃圾,床下有便器,病房物品杂乱,床头柜东西乱、欠整洁,窗台存放物品多、挂毛巾,厕所有异味,标本箱脏;执行输液未使用反问试查对,输液滴数与医嘱及病情不符,输液、接瓶执行者未签全名、签名太潦草难辨认,输液挂瓶多,输液卡记录不规范,个别患者未挂输液卡;输氧卡书写不规范,给氧流量不准确;患者停氧后未及时记录及撤氧表,使用中的氧管乱放,待用氧管凌乱未及时整理,备用氧表未防尘,使用中的氧表未定期清洁,氧气湿化瓶及兰芯未定期消毒处理;口服药瓶外脏、瓶签字迹欠清晰,药

品有变质、过期现象，高危药品放置不规范（10%氯化钠与10%氯化钾放在一起），与普通药品混放；毒麻药品未加锁保存，皮试抢救盒内药品标识不清、注射器数量不符；心电监护仪脏；冰箱上堆放物品、内存食物，其内物品乱、欠清洁，冰箱温度过高（20℃）、温度记录不相符；终末消毒记录不完善，物品、药品交接班记录本漏接班者及月检查者签字；个别护士对停电应急预案回答不全。护士到病房注射未携带注射单、接瓶未戴口罩。

（2）原因分析：住院患者多，护理人力资源相对不足，护士长忙于事务工作，无暇顾及护理管理；个别护士缺乏病房管理理念、不重视药品的规范化管理，平常对备用药的质量检查力度不够，导致过期药品仍存在于药柜内，不注重保持药瓶清洁；个别护士不重视仪器的管理及保养。

## 2、基础护理、分级护理

（1）主要存在问题：床单元脏乱、欠整洁，未按护理等级巡视病房及做好基础护理，危重患者生活、基础护理不到位，多依赖陪人做，患者仍有皮肤、头发欠清洁及胡须长现象，患者自行操作氧气雾化，膀胱冲洗液无患者姓名，心电监护电极片脱落，患者血压异常、发热无后续观察记录，心电监护仪显示不清。责任护士对患者病情“八知道”回答不全，未能掌握患者病情、护理常规、抢救流程；操作前未行告知义务，未能向患者进行用氧、监护仪使用相关注意事项的宣教；个别科室健康宣教资料不全，责任护士未能主动向患者进行自我介绍，入院介绍、相应的护理措施交待不全；患者不知晓护士长、责任护士、相关治疗、饮食、护理级别、康复知识、用药检查注意事项等，饮食卡与患者病情、护理级别与病情不相符，置管患者引流管无标识、床头无防脱落标识，记出入量患者床头无标识，危重患者无防压疮、坠床标识，个别患者不佩戴腕带，翻身卡漏记录及签名、个别出现超前记录，床头柜标本盒与患者姓名不符。引流管标识脏、留置针及贴膜脏、有渗血，未及时更换，输液中的针头未完

全插入留置针肝素帽。

(2) 原因分析：少数护理人员思想停留在功能制护理，有重治疗轻基础护理的思想，工作忙时忽略了患者的基础、生活护理，对患者病情了解甚少，健康宣教只流于形式，不能真正落实到位，不重视患者对服药、饮食、治疗、康复等健康知识的需求及掌握；对导管等专科护理重要性缺乏认识；个别低年资的护理人员缺乏护患沟通技巧，同时对疾病相关知识的深度、内涵了解不全。

### 3、消毒隔离

(2) 原因分析：主要是个别护士消毒隔离意识不强，无菌观念淡薄，不重视无菌物品、清洁、污染物品的规范放置，对院内交叉感染等潜在危险认识不足，未能严格执行消毒隔离制度。

### 4、护理文书

(1) 主要存在问题：书写质量不高，书写仍有漏项、漏字、错字现象，未按时书写入院记录，交班不连续，不按医嘱观察、记录病情，观察病情不够细致，专科护理措施欠有针对性，护理记录上未能反映护理级别及实施了的护理措施；皮试阳性者，未记录对患者及其家属的告知；记录的生命征与体温单不相符；归档病历首页、护工同意书、护理记录、体温单漏项、排放装订不规范，医嘱单漏手签。

(2) 原因分析：少数护理人员工作责任心不强、法制观念淡薄，对书写规范认识不足、理解不深，病历书写缺乏内涵，电子病历使用不熟练；对护理文书法律性认知不足，存在隐患缺乏预见性认识，专业理论基础不扎实，观察病情及表达能力欠佳。

### 5、优质护理服务



(1) 主要存在问题：除了存在分级护理、病房管理、消毒隔离、急救药品物品管理、护理文书、患者满意度调查等问题外，个别科室缺开展优质护理服务动员会记录，漏年度总结，满意度调查未开展、开展后未进行系统的统计，无存在问题原因分析及整改措施的落实；个别科室无绩效考核制度及方案，床护比不达标，未能实行层级管理及合理排班；护士不知晓优质护理工作基本要求，不熟悉相关制度、工作职责、护理常规；特殊科室温馨提示、区域标识、相关健康知识等宣传资料较少，未能体现开展优质护理服务；个别患者不知道已开展优质护理活动。

(2) 原因分析：主要原因为管理者对优质护理内涵理解不深，不能将其落实到实处；个别护理人员对优质护理服务开展认识不足，重视、宣传不够。

## 6、满意度调查

(1) 主要存在问题：最不满意项为患者未知晓责任护士、本病区护士长、护理级别、适合自己病情的饮食、相关治疗护理相关知识，入院后护士未能协助进行卫生处置（修剪指、趾甲、刮胡须等）。

(2) 原因分析：护理人力资源不足，护士无更多的时间与患者沟通和做好基础护理。

1、整改前：病房管理合格率99.21%，急救物品完好率97.62%，护理文书书写合格率100%，消毒隔离合格率96.83%，分级护理合格率100%，基础护理合格率100%，护理工作满意度49.06%，优质护理合格率11.67%，护理技术操作合格率100%，常规器械消毒合格率100%，一人一针一管一灭菌执行率100%。

2、整改后：病房管理合格率100%，急救物品完好率100%，护理文书书写合格率100%，消毒隔离合格率100%，分级护理合

格率100%，护理工作满意度93.3%，优质护理合格率100%，护理技术操作合格率100%，常规器械消毒合格率100%，一人一针一管一灭菌执行率100%。

#### 四、改进措施及明年持续改进计划

1、以“优质护理”、“三好一满意”标准为准绳，树立“以患者为中心”的质量意识，杜绝护理缺陷的发生。全面进行广泛爱岗敬业教育，弘扬对患者的高度负责、对技术精益求精的无私奉献精神，增强护理人员事业心和责任感，认真履行岗位职责，杜绝护理缺陷的发生。

2、为了充分发挥护士长的管理职能，加强护士长管理知识、管理理念和专业知识的再学习，将采取进修、参观学习等方式，借鉴他人的管理经验，不断更新管理理念和管理方式，注意从规章制度抓起，层层把关、时时监控、严格落实，重视护理质量控制，加强缺陷管理，坚持深入临床，解决实际问题，加强法制教育，提高法律意识，使护理管理步入科学化管理。

3、继续做好重点环节的质量控制，确保护理安全。对检查中出现的问题，进行现场反馈，及时给予书面反馈单，提出整改建议，限期整改，在规定时间内复查。

4、抓好前馈控制、现场控制和终末控制三个环节的质控，不断纠正偏差，建立安全医疗管理体系，做好质量控制反馈，促进护理质量全面达标。

5、进行目标管理，制定护理质量考核体系，采取考核的办法，定期用质量控制标准检查、督促、指导，使规范化护理质量标准落实到实处，渗透、贯穿、落实到每个护士全程工作中去。

6、从多方面开展品管圈活动，使全员参与护理质量管理，进

一步提高护理质量。

7、充分利用后勤保障，使他们送物、送药上门，上门维修，节约护士人力；护理人员实行分层能级管理，根据患者病情合理安排分管工作，体现护士价值，使患者受益；合理配置护理人力资源，使护理人员在完成治疗工作的同时，有一定的人力，更多的时间用于观察病情、做好心理护理、健康宣教及基础护理等方面工作，注重培养专科护士，使护理工作更专业化、技术化，以提高护理质量。

8、组织学习护理文件书写规范，规范护理行为，防范护理纠纷。

9、加强护理质控信息的逐级反馈，及时评价反馈质控过程中存在的不足，按pdca整改流程进行原因分析，制定相应的改进措施，并督促检查改进措施的落实。

10、继续发挥护士的主观能动性，强化质量意识和服务意识。同时将护士长从繁忙的事务工作中解放出来，将主要精力放在护理管理、护理质控上，将质量管理的环节落实到小组及个人。