

一切为了妇女儿童健康



陇川县妇幼保健院
Long Chuan Xian Fu You Bao Jian Yuan



陇川县妇幼保健院 应急预案

(试行版)



院训：笃学善行 团结奉献

愿景：打造百姓放心、员工满意、
环境优美、技术领先的县
域妇幼保健中心

2023年6月 编



妇幼卫生工作方针：“以保健为中心，以保障生殖健康为目的，保健和临床相结合，面向群体、面向基层和预防为主”的妇幼卫生工作方针。

院徽：院徽 LOGO 绿色的色调象征着生态、环保，是一个宜居的绿色城市。标志主体由十字、人物、犀鸟、数字、圆形等五个部分构成。十字：代表医者仁心；人物：代表“妇”与“幼”内涵并巧妙地构成心形图案，寓意“关爱妇女儿童身心健康”的人文情怀主题；犀鸟：美丽的目瑙纵歌之乡——德宏陇川，寓意“犀鸟是景颇族目瑙纵歌文化的象征，目瑙纵歌代表陇川”；数字：“1974”为陇川县妇幼保健院最早成立时间；圆形：上方为“陇川县妇幼保健院”全称，下方为陇川县妇幼保健院汉语拼音。

宗旨：一切为了妇女儿童健康

院训：笃学善行 团结奉献

愿景：打造百姓放心、员工满意、环境优美、技术领先的县域妇幼保健中心。

核心价值观：诚信 感恩 务实 敬业

目标：全力打造一所现代化、技术精湛、服务优质、“临床做特色、保健做品牌”，加速党务、业务、服务“三务”融合的县级二甲妇幼保健院。

功能定位：遵循妇幼卫生工作方针，履行妇幼保健公共卫生职能，围绕妇女儿童全生命周期开展母婴保健、生殖健康保障服务。是专业提供妇女儿童医疗、保健、疾病预防、健康教育等服务，并集教学培训、科研于一体的公立妇幼保健机构。

陇川县妇幼保健院文件

陇妇幼发〔2023〕41号

陇川县妇幼保健院关于印发《陇川县妇幼保健院应急预案（试行版）》的通知

全院各部、各科室：

为使医院各部门、科室能不断提高处置各种突发事件的水平和能力，熟悉和掌握应急处置的工作程序，在事件发生后能快速果断处置，把危害和对患者的损害降低到最低程度，保证医院各项工作正常运转，维护好医院和患者的权益。现将各项应急预案完善、整理、修订、归纳汇编成《陇川县妇幼保健院应急预案(试行版)》(以下称《应急预案》)提交于院务会讨论并通过，同意下发之日起执行，并逐步完善望全院各部、科室、认真组织学习，加强平时演练，务必使每位职工都能熟练掌握并严格执行。在执行过程中，本着认真负责、实事求是、有利于工作的原则，及时提出意见，由相关职能部门负责收集、修改或增补，并交院务会集体讨论修订执行，以臻完善。



陇川县妇幼保健院

2023年8月17日

陇川县妇幼保健院办公室

2023年8月17日印发

目 录

第一部分 院级预案.....	1
1.1 国家预案.....	1
1.1.1 突发公共卫生事件应急条例.....	8
1.1.2 国家突发公共卫生事件应急预.....	20
1.2 云南省应急预案.....	20
1.2.1 云南省突发公共卫生事件应急规定.....	20
1.2.2 云南省突发公共卫生事件应急预案.....	26
1.2.3 云南省突发公共事件医疗卫生救援应急预案简本.....	61
1.3 陇川县妇幼保健院应急预案.....	64
1.3.1 陇川县妇幼保健院卫生应急预案.....	64
1.3.2 陇川县妇幼保健院突发事件总体应急预案.....	69
1.3.3 安全生产工作应急预案.....	74
1.3.4 陇川县妇幼保健院医疗纠纷应急处置预案.....	79
1.3.5 陇川县妇幼保健院突发事件处理预案.....	82
1.3.6 二次供水应急预案.....	85
1.3.7 医用中心供氧突发事件应急预案.....	86
1.3.8 视频监控事故处理应急预案.....	87
1.3.9 陇川县妇幼保健院反恐防暴工作预案.....	88
1.3.10 安全保卫应急预案.....	90
附件：1. 陇川县妇幼保健院发生治安事件流程图.....	92
1.3.11 陇川县妇幼保健院种设备事故应急救援预案.....	93
电梯事故应急措施和救援预案.....	95
承压类特种设备应急措施和救援预案.....	99
1.3.12 医疗废弃物流失、泄漏、扩散等意外事故应急预案.....	102
1.3.13 应急物资采购预案.....	103
1.3.14 后勤水电气突发事故应急预案.....	104
1.3.15 停电应急预案.....	105
附件一：计划性停电应急处置程序.....	108
附件二：紧急停电应急处置预案.....	108
附件三：停电应急预案流程.....	109
1.3.16 医院污水处理应急预案.....	109
1.3.17 消防安全应急预案.....	111
1.3.18 医用中心供氧突发事件应急预案.....	112
附件：中心吸氧装置出现故障的应急程序.....	114
1.3.19 危险品安全事件应急预案.....	114
1.3.20 陇川县妇幼保健院突发重大安全事件应急预案.....	116
1.3.21 陇川县妇幼保健院突发食物中毒事件应急预案.....	117
附：陇川县妇幼保健院急性食物中毒病人的救治程序.....	121
1.3.22 陇川县妇幼保健院门诊病人突发事件预警制度和处置预案..	124
1.3.23 陇川县妇幼保健院重大医疗过失和医疗事故、纠纷防范处理预案	126
1.3.24 发现艾滋病或疑似艾滋病患者应急预案流程.....	128

1.3.25 患者家属在院陪护期间突发意外处理应急预案流程.....	129
1.3.26 陇川县妇幼保健院病人触电的应急预案.....	130
1.3.27 陇川县妇幼保健院差错事故应急预案.....	130
1.4 医院感染管理应急预案.....	130
1.4.1 医院感染及传染病等突发感染性疾病暴发事件应急预案.....	130
1.4.2 医院感染突发事件应急防治工作预案.....	135
1.4.3 医疗废弃物安全管理应急处理预案.....	136
1.4.4 医务人员职业暴露应急预案.....	137
职业暴露处置流程.....	139
第二部分 科室预案.....	140
2.1 医务护理综合.....	140
2.1.1 门急诊病人突发心肺意外的应急预案.....	140
心肺脑复苏流程图.....	141
2.1.2 休克的应急处理预案及流程.....	142
休克抢救流程图.....	147
2.1.3 急性左心衰的应急预案.....	148
2.1.4 肺栓塞应急预案.....	151
2.1.5 DIC 预防及应急预案.....	154
2.1.6 输血不良反应应急预案及处置流程.....	156
发生输血反应时的应急程序.....	157
急性输血反应处理流程.....	159
2.1.7 陇川县妇幼保健院临床紧急用血预案.....	159
2.1.8 陇川县妇幼保健院控制输血严重危害（SHOT）预案.....	161
输血传染疾病处理程序.....	163
2.1.9 输液不良反应应急预案及处置流程.....	163
发生输液不良反应的处理流程.....	164
2.1.10 预防和处理婴儿呛奶、窒息应急预案及处置流程.....	165
2.1.11 住院病人用错药处理应急预案及流程.....	165
2.1.12 患者跌倒/坠床意外事件防范处理预案及工作流程.....	167
住院患者坠床/跌倒应急处理流程图.....	168
2.1.13 患者进行保暖措施致烫伤防范处理预案及工作流程.....	169
2.1.14 呕吐物吸入窒息防范处理预案及工作流程.....	169
2.1.15 患者突然发生病情变化的应急预案流程.....	171
2.1.16 心跳骤停应急预案流程.....	172
2.1.17 突发猝死的应急预案流程.....	173
2.1.18 突发精神症状应急预案流程.....	174
2.1.19 发生意外自杀的应急预案流程.....	175
2.1.20 躁动应急预案流程.....	176
2.1.21 跌倒应急预案流程.....	177
2.1.22 意外冻伤应急预案.....	178
2.1.23 体温计破碎应急预案流程.....	179
2.1.24 意外烫伤应急预案.....	180
2.1.25 误用药物应急预案流程.....	181
2.1.26 输血错误应急预案流程.....	182

2.1.27 输液反应护理应急预案流程.....	183
2.1.28 过敏性休克应急预案流程（单人）.....	184
2.1.29 过敏性休克应急预案流程（双人）.....	185
2.1.30 静脉空气栓塞护理应急预案流程.....	186
2.1.31 过敏性休克抢救应急预案流程.....	187
2.1.32 成人低血糖应急预案流程.....	188
2.1.33 酮症酸中毒应急预案流程.....	189
2.1.34 下肢静脉血栓应急预案流程.....	190
2.1.35 穿刺点处出血的应急预案流程.....	191
2.1.36 失血性休克的应急预案流程.....	192
2.1.37 宫颈疾病大出血应急预案流程.....	193
2.1.38 压疮应急预案和处理流程.....	194
2.1.39 PICC 管道体内断裂的应急预备流程.....	195
2.1.40 静脉留置针滑脱应急预案流程.....	196
2.1.41 留置导尿管滑脱应急预案流程.....	197
2.1.42 伤口引流管滑脱应急预案流程.....	198
2.1.43 输液管滑脱应急预案流程.....	199
2.1.44 护理不良事件上报、处理应急预案流程.....	200
2.1.45 护理投诉院内处理应急预案流程.....	201
2.1.46 发生护理纠纷后封存病历处理应急预案流程.....	202
2.1.47 封存标本的应急预案流程.....	203
2.1.48 护理人员紧急替代应急预案流程.....	204
2.1.49 重大抢救报告应急预案流程.....	205
2.1.50 针刺伤应急预案流程.....	206
2.1.51 公共卫生突发事件的应急预案流程.....	207
2.1.52 失窃的应急预案流程.....	208
2.1.53 遇到暴徒时的应急预案流程.....	209
2.1.54 院内 HIS 系统故障应急流程.....	210
2.1.55 患者家属在陪护期间突发意外应急预案流程.....	211
2.1.56 吸氧过程中中心吸氧装置出现故障的应急预案流程.....	212
2.1.57 吸痰过程中中心吸痰装置出现故障的应急预案流程.....	213
2.1.58 发现艾滋病或疑似艾滋病患者应急预案流程.....	214
2.1.59 动、静脉置管脱出的应急预案及处理措施.....	215
2.1.60 护患争议应急处理预案.....	215
2.1.61 胃管脱出的紧急预案.....	216
2.1.62 重症监护坠床应急预案及处理措施.....	216
2.1.63 吸痰过程中中心吸引装置出现故障的应急预案及程序.....	216
2.1.64 突然停氧应急预案及程序.....	217
2.1.65 管道滑脱的预防措施和应急预案及程序.....	217
2.1.66 住院患者发生坠床的应急预案及程序.....	217
2.1.67 针刺意外处理预案.....	218
2.1.68 危重患者护理管理工作流程及应急预案.....	219
2.1.69 急诊手术预案流程.....	221
2.1.70 诊断不明患者的护理管理流程.....	221

2.1.71 护理应对脐带脱垂抢救原流程.....	223
2.1.72 围术期患者的护理管理流程.....	224
2.1.73 用药重点环节管理应急预案与处理程序.....	225
2.1.74 治疗环节管理应急预案与处理程序.....	225
2.1.75 采集标本环节管理应急预案与处理程序.....	225
2.2 孕产保健部.....	227
2.2.1 重度子痫前期的急救应急处理预案.....	227
子痫前期合并急性左心衰抢救应急预案.....	228
子痫抢救应急预案.....	229
妊娠合并内外科疾病抢救应急预案流程.....	230
2.2.2 妊娠合并急性脂肪肝抢救应急预案.....	231
2.2.3 胎盘早期剥离的诊断和应急预案.....	231
2.2.4 前置胎盘的诊断和应急预案.....	232
前置胎盘、胎盘早剥、前置血管破裂应急预案流程.....	233
2.2.5 子宫破裂及先兆子宫破裂应急预案和流程.....	234
子宫破裂及先兆子宫破裂应急流程.....	235
2.2.6 脐带脱垂应急预案流程.....	236
脐带脱垂应急流程.....	237
2.2.7 胎儿宫内窘迫抢救应急预案和流程.....	237
胎儿宫内窘迫抢救应急预案.....	241
2.2.8 肩难娩应急预案流程.....	242
2.2.9 会阴切开缝合术注意项.....	243
2.2.10 产钳术中注意事项.....	244
2.2.11 剖宫产手术注意事项.....	245
2.2.12 剖宫产术中出血超过 500ml 应急预案.....	246
2.2.13 羊水栓塞抢救应急预案流程.....	247
2.2.14 产后出血抢救应急预案流程.....	248
2.2.15 子痫应急预案流程.....	249
2.2.16 弥散性血管内凝血抢救流程.....	250
2.2.17 子痫抢救流程.....	251
2.2.18 急性肺栓塞抢救应急预案流程.....	252
2.2.19 产妇坠床应急预案流程.....	253
2.2.20 婴儿坠床应急预案流程.....	254
2.2.21 产房先产儿应急预案流程.....	255
2.3 妇女保健部.....	256
2.3.1 宫外孕应急预案.....	256
2.3.2 妇科手术中大出血的防治预案.....	256
2.3.3 输尿管膀胱损伤防治预案.....	257
2.3.4 LEEP 术并发症的处理预案.....	258
2.3.5 计划生育手术出血的应急预案.....	258
2.3.6 计划生育手术子宫穿孔的应急预案.....	259
2.3.7 宫内节育器异位、残留的应急预案.....	260
2.3.8 药物流产术后出血的防治预案.....	261
2.3.9 胎盘前置状态中期引产的应对预案.....	262

2.3.10	计划生育术后感染的应对预案.....	263
2.3.11	人流不全的应对预案.....	264
2.3.12	人流综合症的应急预案.....	264
2.3.13	子宫切口瘢痕妊娠的应对预案.....	265
2.4	儿童保健部.....	267
2.4.1	新生儿湿肺的诊断和应急预案.....	267
2.4.2	新生儿窒息复苏应急预案及抢救流程.....	267
	新生儿窒息复苏抢救预案流程.....	268
2.4.3	儿科低血容量性休克急救流程.....	269
2.4.4	儿科脓毒性休克抢救流程.....	270
2.4.5	儿科心源性休克抢救流程.....	271
2.4.6	儿科过敏性休克抢救流程.....	272
2.4.7	儿科溶血危象抢救流程.....	273
2.4.8	儿科再生障碍危象抢救流程.....	274
2.4.9	儿科弥漫性血管内凝血功能障碍抢救流程.....	275
2.4.10	儿科糖尿病酮症酸中毒昏迷抢救流程.....	276
2.4.11	儿科低血糖昏迷抢救流程.....	277
2.4.12	儿科甲状腺危象抢救流程.....	278
2.4.13	小儿心跳呼吸骤停后心肺复苏.....	279
2.4.14	小儿惊厥抢救应急预案流程.....	280
2.4.15	小儿中暑的应急预案.....	281
2.4.16	小儿气道异物抢救预案流程.....	282
2.4.17	住院患儿发生坠床的应急预案与程序.....	283
2.4.18	患儿住院期间出现摔伤的应急预案与程序.....	283
2.4.19	使用呼吸机过程突遇断电应急预案.....	284
2.4.20	新生儿病房医院感染应急预案.....	285
2.4.21	患儿突然发生猝死应急预案.....	285
2.4.22	气管插管患者使用呼吸机意外脱管应急预案.....	286
2.5	麻醉科.....	287
2.5.1	全麻意外的心肺复苏应急预案流程.....	287
2.5.2	围麻醉期支气管痉挛的应急预案流程.....	288
2.5.3	困难气管插管处理应急预案流程.....	288
2.5.4	椎管内麻醉时神经损伤应急预案流程.....	290
2.5.5	椎管麻醉时如何防范和处理穿刺针断裂应急预案流程.....	291
2.5.6	动、静脉置管脱出的应急预案流程.....	291
2.5.7	呼吸机使用过程中发生故障的应急预案流程.....	291
2.5.8	局麻药毒性反应的应急预案流程.....	292
2.5.9	高平面蛛网膜下腔或硬膜外阻滞及全脊麻应急预案流程.....	293
2.5.10	脊麻后头痛应急预案流程.....	294
2.5.11	误吸综合征应急预案流程.....	295
2.5.12	上呼吸道梗阻应急预案流程.....	296
2.5.13	严重低氧血症应急预案.....	297
2.5.14	拔管后喉痉挛应急预案流程.....	298

2.5.15	蛛网膜下腔或硬膜外腔感染应急预案流程.....	299
2.5.16	气管插管操作损伤应急预案流程.....	300
2.5.17	神经、脊髓损伤应急预案流程.....	301
2.5.18	气管插管术并发症应急预案流程.....	302
2.5.19	导管存留期间并发症应急预案流程.....	302
2.5.20	拔管后并发症应急预案流程.....	302
2.5.21	术中呼吸道梗阻应急预案流程.....	303
2.5.22	术中呕吐、反流、误吸和吸入性肺炎应急预案流程.....	304
2.5.23	术中低血压应急预案流程.....	304
2.5.24	术中高血压应急预案流程.....	305
2.5.25	术中心律失常应急预案流程.....	305
2.5.26	术中急性肺不张应急预案流程.....	306
2.5.27	术中肺栓塞应急预案流程.....	306
2.5.28	术中张力性气胸应急预案流程.....	307
2.5.29	术中急性心肌梗死应急预案流程.....	307
2.5.30	术中恶性高热应急预案流程.....	308
2.5.31	术中脑血管意外应急预案流程.....	308
2.5.32	术中药物变态反应的应急预案流程.....	308
2.5.33	术中高铁血红蛋白血症的应急预案流程.....	309
2.5.34	术中中毒反应应急预案流程.....	309
2.5.35	术中高敏反应应急预案流程.....	309
2.5.36	术中变态反应(过敏反应)应急预案流程.....	309
2.6	超声室.....	311
2.6.1	超声科日常应急预案.....	311
2.6.2	胎心监护、B超五项指标的诊断要点及向临床反馈措施...	312
2.6.3	胎盘异常的超声诊断要点及向临床反馈的措施.....	314
2.7	放射科.....	314
2.7.1	放射科患者坠床/跌倒应急预案及流程.....	314
2.7.2	放射科急诊绿色通道流程机制及流程.....	315
2.7.3	放射诊疗事故应急预案.....	316
2.8	检验科.....	318
2.8.1	异常检测结果与临床反馈的措施和责任.....	318
2.8.2	批量检验出错时应急流程.....	319
2.8.3	检验试剂失效或库存不足应急流程.....	320
2.9	药剂科.....	321
2.9.1	门诊药品发放差错管理应急预案.....	321
2.9.2	危险化学品事故应急处置预案.....	322
2.9.3	特殊管理药品突发事件应急预案.....	325
2.9.4	突发事件药事管理应急预案.....	327
其他:	陇川县妇幼保健院病案保护及信息安全应急预案.....	330

1.1 国家预案

1.1.1 突发公共卫生事件应急条例

2003年5月9日中华人民共和国国务院令第376号公布 根据2011年1月8日《国务院关于废止和修改部分行政法规的决定》修订)

第一章 总则

第一条 为了有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件的危害，保障公众身体健康与生命安全，维护正常的社会秩序，制定本条例。

第二条 本条例所称突发公共卫生事件(以下简称突发事件)，是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。

第三条 突发事件发生后，国务院设立全国突发事件应急处理指挥部，由国务院有关部门和军队有关部门组成，国务院主管领导人担任总指挥，负责对全国突发事件应急处理的统一领导、统一指挥。

国务院卫生行政主管部门和其他有关部门，在各自的职责范围内做好突发事件应急处理的有关工作。

第四条 突发事件发生后，省、自治区、直辖市人民政府成立地方突发事件应急处理指挥部，省、自治区、直辖市人民政府主要领导人担任总指挥，负责领导、指挥本行政区域内突发事件应急处理工作。

县级以上地方人民政府卫生行政主管部门，具体负责组织突发事件的调查、控制和医疗救治工作。

县级以上地方人民政府有关部门，在各自的职责范围内做好突发事件应急处理的有关工作。

第五条 突发事件应急工作，应当遵循预防为主、常备不懈的方针，贯彻统一领导、分级负责、反应及时、措施果断、依靠科学、加强合作的原则。

第六条 县级以上各级人民政府应当组织开展防治突发事件相关科学研究，建立突发事件应急流行病学调查、传染源隔离、医疗救护、现场处置、监督检查、监测检验、卫生防护等有关物资、设备、设施、技术与人才资源储备，所需经费列入本级政府财政预算。

国家对边远贫困地区突发事件应急工作给予财政支持。

第七条 国家鼓励、支持开展突发事件检测、预警、反应处理有关技术的国际流与合作。

第八条 国务院有关部门和县级以上地方人民政府及其有关部门，应当建立严格的突发事件防范和应急处理责任制，切实履行各自的职责，保证突发事件应

急处理工作的正常进行。

第九条 县级以上各级人民政府及其卫生行政主管部门，应当对参加发事件应急处理的医疗卫生人员，给予适当补助和保健津贴;对参加突发事件应急处理作出贡献的人员，给予表彰和奖励;对因当与应急处理工作致病、致残、死亡的人员，按照国家有关规定，给予相应的补助和抚恤。

第二章 预防与应急准备

第十条 国务院卫生行政主管部门按照分类指导、快速反应的要求制定全国突发事件应急预案，报请国务院批准。

省、自治区、直辖市人民政府根据全国突发事件应急预案，结合本地实际情况，制定本行政区域的突发事件应急预案。

第十一条 全国突发事件应急预案应当包括以下主要内容;

(一)突发事件应急处理指挥部的组成和相关部门的职责;

(二)突发事件的监测与预警;

(三)突发事件信息的收集、分析、报告、通报制度;

(四)突发事件应急处理技术和监测机构及其任务;

(五)突发事件的分级和应急处理工作方案;

(六)突发事件预防、现场控制，应急设施、设备、救治药品和医疗器械以及其他物资和技术的储备与调度;

(七)突发事件应急处理专业队伍的建设和培训。

第十二条 应急预案应当根据突发事件的变化和实施中发现的问题及时进行修订、补充。

第十三条 地方各级人民政府应当依照法律、行政法规的规定，做好传染病预防和其他公共卫生工作，防范突发事件的发生。

县级以上各级人民政府卫生行政主管部门和其他有关部门，应当对公众开展突发事件应急知识的专门教育，增强全社会对突发事件的防范意识和应对能力。

第十四条 国家建立统一的突发事件预防控制体系。

县级以上地方人民政府应当建立和完善突发事件监测与预警系统。

县级以上各级人民政府卫生行政主管部门，应当指定机构负责开展突发事件的日常监测，并确保监测与预警系统的正常运行。

第十五条 监测与预警工作应当根据突发事件的类别，制定监测计划，科学分析、综合评价监测数据。对早期发现的潜在隐患以及可能发生的突发事件，应当依照本条例规定的报告程序和时限及时报告。

第十六条 国务院有关部门和县级以上地方人民政府及其有关部门，应当根据突发事件应急预案的要求，保证应急设施、设备、救治药品和医疗器械等物资

储备。

第十七条 县级上级人民政府应当加强急救医疗服务网络的建设，配备相应的医疗救治药物、技术、设备和人员，提高医疗卫生机构应对各类突发事件的救治能力。

设区的市级以上地方人民政府应当设置与传染病防治工作需要相适应的传染病专科医院，或者指定具备传染病防治条件和能力的医疗机构承担传染病防治任务。

第十八条 县级以上地方人民政府卫生行政主管部门，应当定期对医疗卫生机构和人员开展突发事件应急处理相关知识、技能的培训，定期组织医疗卫生机构进行突发事件应急演练，推广最新知识和先进技术。

第三章 报告与信息发布的

第十九条 国家建立突发事件应急报告制度。

国务院卫生行政主管部门制定突发事件应急报告规范，建立重大、紧急疫情信息报告系统。

有下列情形之一的，省、自治区、直辖市人民政府应当在接到报告 1 小时内，向国务院卫生行政主管部门报告：

- (一) 发生或者可能发生传染病暴发、流行的；
- (二) 发生或者发现不明原因的群体性疾病的；
- (三) 发生传染病菌种、毒种丢失的；
- (四) 发生或者可能发生重大食物和职业中毒事件的。

国务院卫生行政主管部门对可能造成重大社会影响的突发事件，应当立即向国务院报告。

第二十条 突发事件监测机构、医疗卫生机构和有关单位发现有本条例第十九条规定情形之一的，应当在 2 小时内向所在地县级人民政府卫生行政主管部门报告；接到报告的卫生行政主管部门应当在 2 小时内向本级人民政府报告，并同时向上级人民政府卫生行政主管部门和国务院卫生行政主管部门报告。

县级人民政府应当在接到报告后 2 小时内向设区的市级人民政府或者上一级人民政府报告；设区的市级人民政府应当在接到报告后 2 小时内向省、自治区、直辖市人民政府报告。

第二十一条 任何单位和个人对突发事件，不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

第二十二条 接到报告的地方人民政府、卫生行政主管部门依照本条例规定报告的同时，应当立即组织力量对报告事项调查核实、确证，采取必要的控制措施，并及时报告调查情况。

第二十三条 国务院卫生行政部门应根据发生突发事件的情况，及时向国务院有关部门和各省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门以及军队有关部门通报。

突发事件发生地的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门，应当及时向毗邻省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门通报。

接到通报的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门，必要时应当及时通知本行政区域内的医疗卫生机构。

县级以上地方人民政府有关部门，已经发生或者发现可能引起突发事件的情形时，应当及时向同级人民政府卫生行政主管部门通报。

第二十四条 国家建立突发事件举报制度，公布统一的突发事件报告、举报电话。任何单位和个人有权向人民政府及其有关部门报告突发事件隐患，有权向上级人民政府及其有关部门举报地方人民政府及其有关部门不履行突发事件应急处理职责，或者不按照规定履行职责的情况。接到报告、举报的有关人民政府及其有关部门，应当立即组织对突发事件隐患、不履行或者不按照规定履行突发事件应急处理职责的情况进行调查处理。

对举报突发事件有功的单位和个人，县级以上各级人民政府及其有关部门应当予以奖励。

第二十五条 国家建立突发事件的信息发布制度。

国务院卫生行政主管部门负责向社会发布突发事件的信息。必要时，可以授权省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门向社会发布本行政区域内突发事件的信息。

信息发布应当及时、准确、全面。

第四章 应急处理

第二十六条 突发事件发生后，卫生行政主管部门应当组织专家对突发事件进行综合评估，初步判断突发事件的类型，提出是否启动突发事件应急预案的建议。

第二十七条 在全国范围内或者跨省、自治区、直辖市范围内启动全国突发事件应急预案，由国务院卫生行政主管部门报国务院批准后实施。省、自治区、直辖市启动突发事件应急预案，由省、自治区、直辖市人民政府决定，并向国务院报告。

第二十八条 指挥部对突发事件处理工作进行督察和指导，地方各级人民政府及其有关部门应当予以配合。

省、自治区、直辖市突发事件应急处理指挥部对本行政区域内突发事件应急

处理工作进行督察和指导。

第二十九条 省级以上人民政府卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的突发事件应急处理专业技术机构，负责突发事件的技术调查、确证、处置、控制和评价工作。

第三十条 国务院卫生行政主管部门对新发现的突发传染病，根据危害程度、流行强度，依照《中华人民共和国传染病防治法》的规定及时宣布为法定传染病；宣布为甲类传染病的，由国务院决定。

第三十一条 应急预案启动前，县级以上各级人民政府有关部门应当根据突发事件的实际情况，做好应急处理准备，采取必要的应急措施。

应急预案启动后，突发事件发生地的人民政府有关部门，应当根据预案规定的职责要求，服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥，立即到达规定岗位，采取有关控制措施。

医疗卫生机构、监测机构和科学研究机构，应当服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥，相互配合、协作，集中力量开展相关的科学研究工作。

第三十二条 突发事件发生后，国务院有关部门和县级以上地方人民政府及其有关部门，应当保证突发事件应急处理所需的医疗救护设备、救治药品、医疗器械等物资的生产、供应；铁路、交通、民用航空行政主管部门应当保证及时运送。

第三十三条 根据突发事件应急处理的需要，突发事件应急处理指挥部有权紧急调集人员、储备的物资、交通工具以及相关设施、设备；必要时，对人员进行疏散或者隔离，并可以依法对传染病疫区实行封锁。

第三十四条 突发事件应急处理指挥部根据突发事件应急处理的需要，可以对食物和水源采取控制措施。

县级以上地方人民政府卫生行政主管部门应当对突发事件现场等采取控制措施，宣传突发事件防治知识，及时对易受感染的人群和其他易受损害的人群采取应急接种、预防性投药、群体防护等措施。

第三十五条 参加突发事件应急处理的工作人员，应当按照预案的规定，采取卫生防护措施，并在专业人员的指导下进行工作。

第三十六条 国务院卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的专业技术机构，有权进入突发事件现场进行调查、采样、技术分析和检验，对地方突发事件的应急处理工作进行技术指导，有关单位和个人应当予以配合；任何单位和个人不得以任何理由予以拒绝。

第三十七条 对发现突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大食物和职业中毒事件，国务院卫生行政主管部门应当尽快组织力量制定相关的技术标准、规

范和控制措施。

第三十八条 交通工具上发现根据国务院卫生行政主管部门的规定需要采取应急控制措施的传染病病人、疑似传染病病人，其负责人应当以最快的方式通知前方停靠点，并向交通工具的营运单位报告。交通工具的前方停靠点和营运单位应当立即向交通工具营运单位行政主管部门和县级以上地方人民政府卫生行政主管部门报告。

行政主管部门接到报告后，应当立即组织有关人员采取相应的医学处置措施。

交通工具上的传染病病人密切接触者，由交通工具停靠点的县级以上各级人民政府卫生行政主管部门或者铁路、交通、民用航空行政主管部门，根据各自的职责，依照传染病防治法律、行政法规的规定，采取控制措施。

涉及国境口岸和出入境的人员、交通工具、货物、集装箱、行李、邮包等需要采取传染病应急控制措施的，依照国境卫生检疫法律、行政法规的规定办理。

第三十九条 医疗卫生机构应当对因突发事件致病的人员提供医疗救护和现场救援，对就诊病人必须接诊治疗，并书写详细、完整的病历记录；对需要转送的病人，应当按照规定将病人及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构。

医疗卫生机构内应当采取卫生防护措施，防止交叉感染和污染。

医疗卫生机构应当对传染病病人密切接触者采取医学观察措施，传染病病人密切接触者应当予以配合。

医疗机构收治传染病病人、疑似传染病病人，应当依法报告所在地的疾病预防控制机构。接到报告的疾病预防控制机构应当立即对可能受到危害的人员进行调查，根据需要采取必要的控制措施。

第四十条 传染病暴发、流行时，道、乡镇以及居民委员会、村民委员会应当组织力量，团结协作，群防群治，协助卫生行政主管部门和其他有关部门、医疗卫生机构做好疫情信息的收集和报告、人员的分散隔离、公共卫生措施的落实工作，向居民、村民宣传传染病防治的相关知识。

第四十一条 对传染病暴发、流行区域内流动人口，突发事件发生地的县级以上地方人民政府应当做好预防工作，落实有关卫生控制措施；对传染病病人和疑似传染病病人，应当采取就地隔离、就地观察、就地治疗的措施。对需要治疗和转诊的，应当依照本条例第三十九条第一款的规定执行。

第四十二条 有关部门、医疗卫生机构应当对传染病做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。

第四十三条 县级以上各级人民政府应当提供必要资金，保障因突发事件致病、致残的人员得到及时、有效的救治。具体办法由国务院财政部门、卫生行政

主管部门和劳动保障行政主管部门制定。

第四十四条 在突发事件中需要接受隔离治疗、医学观察措施的病人、疑似病人和传染病病人密切接触者在卫生行政主管部门或者有关机构采取医学措施时应当予以配合;拒绝配合的,由公安机关依法协助强制执行。

第五章 法律责任

第四十五条 县级以上地方人民政府及其卫生行政主管部门未依照本条例的规定履行报告职责,对突发事件隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报的,对政府主要领导人及其卫生行政主管部门主要负责人,依法给予降级或者撤职的行政处分;造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的,依法给予开除的行政处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十六条 国务院有关部门、县级以上地方人民政府及有关部门未依照本条例的规定,完成突发事件应急处理所需要的设施、设备、药品和医疗器械等物资的生产、供应、运输和储备的,对政府主要领导人和政府部门主要负责人依法给予降级或者撤职的行政处分;造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的,依法给予开除的行政处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十七条 突发事件发生后,县级以上地方人民政府及其有关部门对上级人民政府有关部门的调查不予配合,或者采取其他方式阻碍、干涉调查的,对政府主要领导人和政府部门主要负责人依法给予降级或者撤职的行政处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十八条 县级以上各级人民政府卫生行政主管部门和其他有关部门在突发事件调查、控制、医疗救治工作中玩忽职守、失职、渎职的,由本级人民政府或者上级人民政府有关部门责令改正、通报批评、给予警告;对主要负责人、负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级、撤职的行政处分;造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的,依法给予开除的行政处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十九条 县级以上各级人民政府有关部门拒不履行应急处理职责的,由同级人民政府或者上级人民政府有关部门责令改正、通报批评、给予警告;对主要负责人、负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级、撤职的行政处分;造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的,依法给予开除的行政处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第五十条 医疗卫生机构有下列行为之一的,由卫生行政主管部门责令改正、通报批评、给予警告;情节严重的,吊销《医疗机构执业许可证》;对主要负责人、负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予降级或者撤职的纪律处分;造

成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果，构成犯罪的，依法追究刑事责任：

- (一) 未依照本条例的规定履行报告职责，隐瞒、缓报或者谎报的；
- (二)未依照本条例的规定及时采取控制措施的；
- (三)未依照本条例的规定履行突发事件监测职责的
- (四)拒绝接诊病人的；
- (五)拒不服从突发事件应急处理指挥部调度的。

第五十一条 在突发事件应急处理工作中，有关单位和个人未依照本条例的规定履行报告职责，隐瞒、缓报或者谎报，阻碍突发事件应急处理工作人员执行职务，拒绝国务院卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的专业技术机构进入突发事件现场，或者不配合调查、采样、技术分析和检验的，对有关责任人员依法给予行政处分或者纪律处分；触犯《中华人民共和国治安管理处罚法》，构成违反治安管理行为的，由公安机关依法予以处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十二条 在突发事件发生期间，散布谣言、哄抬物价、欺骗消费者，扰乱社会秩序、市场秩序的，由公安机关或者工商行政管理部门依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附则

第五十三条 中国人民解放军、武装警察部队医疗卫生机构参与突发事件应急处理的，依照本条例的规定和军队的相关规定执行。

第五十四条 本条例自公布之日起施行。

1.1.2 国家突发公共卫生事件应急预

1 总则

1.1 编制目的

有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件及其危害，指导和规范各类突发公共卫生事件的应急处理工作，最大程度地减少突发公共卫生事件对公众健康造成的危害，保障公众身心健康与生命安全。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国内交通卫生检疫条例》和《国家突发公共事件总体应急预案》制定本预案。

1.3 突发公共卫生事件的分级

根据突发公共卫生事件性质、危害程度、涉及范围，突发公共卫生事件划分

为特别重大(I级)、重大(II级)、较大(III级)和一般(IV级)四级。

其中，特别重大突发公共卫生事件主要包括：

(1)肺鼠疫、肺炭疽在大、中城市发生并有扩散趋势，或肺鼠疫、肺炭疽疫情波及2个以上的省份，并有进一步扩散趋势。

(2)发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感病例，并有扩散趋势。(3)涉及多个省份的群体性不明原因疾病，并有扩散趋势。

(4)发生新传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现我国已消灭的传染病重新流行。

(5)发生烈性病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。

(6)周边以及与我国通航的国家和地区发生特大传染病疫情，并出现输入性病例，严重危及我国公共卫生安全的事件。

(7)国务院卫生行政部门认定的其他特别重大突发公共卫生事件。

1.4 适用范围

本预案适用于突然发生，造成或者可能造成社会公众身心健康严重损害的重大传染病、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及因自然灾害、事故灾难或社会安全等事件引起的严重影响公众身心健康的公共卫生事件的应急处理工作。

其他突发公共事件中涉及的应急医疗救援工作，另行制定有关预案。

1.5 工作原则

(1)预防为主，常备不懈。提高全社会对突发公共卫生事件的防范意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。对各类可能引发突发公共卫生事件的情况要及时进行分析、预警，做到早发现、早报告、早处理。

(2)统一领导，分级负责。根据突发公共卫生事件的范围、性质和危害程度，对突发公共卫生事件实行分级管理。各级人民政府负责突发公共卫生事件应急处理的统一领导和指挥，各有关部门按照预案规定，在各自的职责范围内做好突发公共卫生事件应急处理的有关工作。

(3)依法规范，措施果断。地方各级人民政府和卫生行政部门要按照相关法律、法规和规章的规定，完善突发公共卫生事件应急体系，建立健全系统、规范的突发公共卫生事件应急处理工作制度，对突发公共卫生事件和可能发生的公共卫生事件做出快速反应，及时、有效开展监测、报告和处理工作。

(4)依靠科学，加强合作。突发公共卫生事件应急工作要充分尊重和依靠科学，要重视开展防范和处理突发公共卫生事件的科研和培训，为突发公共卫生事件应急处理提供科技保障。各有关部门和单位要通力合作、资源共享，有效应对

突发公共卫生事件。要广泛组织、动员公众参与突发公共卫生事件的应急处理。

2 应急组织体系及职责

2.1 应急指挥机构

卫生部依照职责和本预案的规定，在国务院统一领导下，负责组织、协调全国突发公共卫生事件应急处理工作，并根据突发公共卫生事件应急处理工作的实际需要，提出成立全国突发公共卫生事件应急指挥部。

地方各级人民政府卫生行政部门依照职责和本预案的规定，在本级人民政府统一领导下，负责组织、协调本行政区域内突发公共卫生事件应急处理工作，并根据突发公共卫生事件应急处理工作的实际需要，向本级人民政府提出成立地方突发公共卫生事件应急指挥部的建议。

各级人民政府根据本级人民政府卫生行政部门的建议和实际工作需要，决定是否成立国家和地方应急指挥部。

地方各级人民政府及有关部门和单位要按照属地管理的原则，切实做好本行政区域内突发公共卫生事件应急处理工作。

2.1.1 全国突发公共卫生事件应急指挥部的组成和职责

全国突发公共卫生事件应急指挥部负责对特别重大突发公共卫生事件的统一领导、统一指挥，作出处理突发公共卫生事件的重大决策。指挥部成员单位根据突发公共卫生事件的性质和应急处理的需要确定。

2.1.2 省级突发公共卫生事件应急指挥部的组成和职责

省级突发公共卫生事件应急指挥部由省级人民政府有关部门组成，实行属地管理的原则，负责对本行政区域内突发公共卫生事件应急处理的协调和指挥，作出处理本行政区域内突发公共卫生事件的决策，决定要采取的措施。

2.2 日常管理机构

国务院卫生行政部门设立卫生应急办公室(突发公共卫生事件应急指挥中心)，负责全国突发公共卫生事件应急处理的日常管理工作。

各省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门及军队、武警系统要参照国务院卫生行政部门突发公共卫生事件日常管理机构的设置及职责，结合各自实际情况，指定突发公共卫生事件的日常管理机构，负责本系统内公卫件应急的协调、管理工作。

各市(地)级、县级卫生行政部门要指定机构负责本行政区域内突发公共卫生事件应急的日常管理工作。

2.3 专家咨询委员会

国务院卫生行政部门和省级卫生行政部门负责组建突发公共卫生事件专家咨询委员会。

市(地)级和县级卫生行政部门可根据本行政区域内突发公共卫生事件应急工作需要, 组建突发公共卫生事件应急处理专家咨询委员会。

2.4 应急处理专业技术机构

医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构、出入境检验检疫机构是突发公共卫生事件应急处理的专业技术机构。应急处理专业技术机构要结合本单位职责开展专业技术人员处理突发公共卫生事件能力培训, 提高快速应对能力和技术水平, 在发生突发公共卫生事件时, 要服从卫生行政部门的统一指挥和安排, 开展应急处理工作。

3 突发公共卫生事件的监测、预警与报告

3.1 监测

国家建立统一的突发公共卫生事件监测、预警与报告网络体系。各级医疗、疾病预防控制、卫生监督和出入境检疫机构负责开展突发公共卫生事件的日常监测工作。

省级人民政府卫生行政部门要按照国家统一规定和要求, 结合实际, 组织开展重点传染病和突发公共卫生事件的主动监测。

国务院卫生行政部门和地方各级人民政府卫生行政部门要加强对监测工作的管理和监督, 保证监测质量。

3.2 预警

各级人民政府卫生行政部门根据医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构提供的监测信息, 按照公共卫生事件的发生、发展规律和特点, 及时分析其对公众身心健康的危害程度、可能的发展趋势, 及时做出预警。

3.3 报告

任何单位和个人都有权向国务院卫生行政部门和地方各级人民政府及其有关部门报告突发公共卫生事件及其隐患, 也有权向上级政府部门举报不履行或者不按照规定履行突发公共卫生事件应急处理职责的部门、单位及个人。

县级以上各级人民政府卫生行政部门指定的突发公共卫生事件监测机构、各级各类医疗卫生机构、卫生行政部门、县级以上地方人民政府和检验检疫机构、食品药品监督管理机构、环境保护监测机构、教育机构等有关单位为突发公共卫生事件的责任报告单位。执行职务的各级各类医疗卫生机构的医疗卫生人员、个体开业医生为突发公共卫生事件的责任报告人。

突发公共卫生事件责任报告单位要按照有关规定及时、准确地报告突发公共卫生事件及其处置情况。

4 突发公共卫生事件的应急反应和终止

4.1 应急反应原则

发生突发公共卫生事件时，事发地的县级、市(地)级、省级人民政府及其有关部门按照分级响应的原则，作出相应级别应急反应。同时，要遵循突发公共卫生事件发生发展的客观规律，结合实际情况和预防控制工作的需要，及时调整预警和反应级别，以有效控制事件，减少危害和影响。要根据不同类别突发公共卫生事件的性质和特点，注重分析事件的发展趋势，对事态和影响不断扩大的事件，应及时升级预警和反应级别;对范围局限、不会进一步扩散的事件，应相应降低反应级别，及时撤销预警。

国务院有关部门和地方各级人民政府及有关部门对在学校、区域性或全国性重要活动期间等发生的突发公共卫生事件，要高度重视，可相应提高报告和反应级别，确保迅速、有效控制突发公共卫生事件，维护社会稳定。

突发公共卫生事件应急处理要采取边调查、边处理、边抢救、边核实的方式，以有效措施控制事态发展。

事发地之外的地方各级人民政府卫生行政部门接到突发公共卫生事件情况通报后，要及时通知相应的医疗卫生机构，组织做好应急处理所需的人员与物资准备，采取必要的预防控制措施，防止突发公共卫生事件在本行政区域内发生，并服从上一级人民政府卫生行政部门的统一指挥和调度，支援突发公共卫生事件发生地区的应急处理工作。

4.2 应急反应措施

4.2.1 各级人民政府

(1)组织协调有关部门参与突发公共卫生事件的处理。

(2)根据突发公共卫生事件处理需要，调集本行政区域内各类人员、物资、交通工具和相关设施、设备参加应急处理工作，涉及危险化学品管理和运输安全的，有关部门要严格执行相关规定，防止事故发生。

(3)划定控制区域:甲类、乙类传染病暴发、流行时，县级以上地方人民政府报经上一级地方人民政府决定，可以宣布疫区范围;经省、自治区、直辖市人民政府决定，可以对本行政区域内甲类传染病疫区实施封锁;封锁大、中城市的疫区或者封锁跨省(区、市)的疫区，以及封锁疫区导致中断干线交通或者封锁国境的，由国务院决定。对重大食物中毒和职业中毒事故，根据污染食品扩散和职业危害因素波及的范围，划定控制区域。

(4)疫情控制措施:当地人民政府可以在本行政区域内采取限制或者停止集市、集会、影剧院演出，以及其他人群聚集的活动;停工、停业、停课;封闭或者封存被传染病病原体污染的公共饮用水源、食品以及相关物品等紧急措施;临时征用房屋、交通工具以及相关设施和设备。

(5)流动人口管理:对流动人口采取预防工作，落实控制措施，对传染病病人、

疑似病人采取就地隔离、就地观察、就地治疗的措施，对密切接触者根据情况采取集中或居家医学观察。

(6)实施交通卫生检疫:组织铁路、交通、民航、质检等部门在交通站点和出入境口岸设置临时交通卫生检疫站，对出入境、进出疫区和运行中的交通工具及其乘运人员和物资、宿主动物进行检疫查验，对病人、疑似病人及其密切接触者实施临时隔离、留验和向地方卫生行政部门指定的机构移交。

(7)信息发布:突发公共卫生事件发生后，有关部门要按照有关规定作好信息发布工作，信息发布要及时主动、准确把握，实事求是，正确引导舆论，注重社会效果。

(8)开展群防群治街道、乡(镇)以及居委会、村委会协助卫生行政部门和其他部门、医疗机构，做好疫情信息的收集、报告、人员分散隔离及公共卫生措施的实施工作。

(9)维护社会稳定:组织有关部门保障商品供应，平抑物价，防止哄抢;严厉打击造谣传谣、哄抬物价、囤积居奇、制假售假等违法犯罪和扰乱社会治安的行为。

4.2.2 卫生行政部门

(1)组织医疗机构、疾病预防控制机构和卫生监督机构开展突发公共卫生事件的调查与处理。

(2)组织突发公共卫生事件专家咨询委员会对突发公共卫生事件进行评估，提出启动突发公共卫生事件应急处理的级别。

(3)应急控制措施:根据需要组织开展应急疫苗接种、预防服药。

(4)督导检查:国务院卫生行政部门组织对全国或重点地区的突发公共卫生事件应急处理工作进行督导和检查。省、市(地)级以及县级卫生行政部门负责对本行政区域内的应急处理工作进行督察和指导。

(5)发布信息与通报:国务院卫生行政部门或经授权的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门及时向社会发布突发公共卫生事件的信息或公告。国务院卫生行政部门及时向国务院各有关部门和各省、自治区、直辖市卫生行政部门以及军队有关部门通报突发公共卫生事件情况。对涉及跨境的疫情线索，由国务院卫生行政部门向有关国家和地区通报情况。

(6)制订技术标准和规范:国务院卫生行政部门对新发现的突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大中毒事件，组织力量制订技术标准和规范，及时组织全国培训。地方各级卫生行政部门开展相应的培训工作。

(7)普及卫生知识。针对事件性质，有针对性地开展卫生知识宣教，提高公众健康意识和自我防护能力，消除公众心理障碍，开展心理危机干预工作。

(8)进行事件评估:组织专家对突发公共卫生事件的处理情况进行综合评估，

包括事件概况、现场调查处理概况、病人救治情况、所采取的措施、效果评价等。

4.2.3 医疗机构

(1)开展病人接诊、收治和转运工作，实行重症和普通病人分开管理，对疑似病人及时排除或确诊。

(2)协助疾控机构人员开展标本的采集、流行病学调查工作。

(3)做好医院内现场控制、消毒隔离、个人防护、医疗垃圾和污水处理工作，防止院内交叉感染和污染。

(4)做好传染病和中毒病人的报告。对因突发公共卫生事件而引起身体伤害的病人，任何医疗机构不得拒绝接诊。

(5)对群体性不明原因疾病和新发传染病做好病例分析与总结，积累诊断治疗的经验。重大中毒事件，按照现场救援、病人转运、后续治疗相结合的原则进行处置。

(6)展科研与国际交流:开展与突发事件相关的诊断试剂、药品、防护用品等方面的研究。开展国际合作，加快病源查寻和病因诊断。

4.2.4 疾病预防控制机构

(1)突发公共卫生事件信息报告:国家、省、市(地)、县级疾控机构做好突发公共卫生事件的信息收集、报告与分析工作。

(2)开展流行病学调查:疾控机构人员到达现场后，尽快制订流行病学调查计划和方案，地方专业技术人员按照计划和方案，开展对突发事件累及人群的发病情况、分布特点进行调查分析，提出并实施有针对性的预防控制措施;对传染病病人、疑似病人、病原携带者及其密切接触者进行追踪调查，查明传播链，并向相关地方疾病预防控制机构通报情况。

(3)实验室检测:中国疾病预防控制中心和省级疾病预防控制机构指定的专业技术机构在地方专业机构的配合下，按有关技术规范采集足量、足够的标本，分送省级和国家应急处理功能网络实验室检测，查找致病原因。

(4)开展科研与国际交流:开展与突发事件相关的诊断试剂、疫苗、消毒方法、医疗卫生防护用品等方面的研究。开展国际合作，加快病源查寻和病因诊断。

(5)制订技术标准和规范:中国疾病预防控制中心协助卫生行政部门制订全国新发现的突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大中毒事件的技术标准和规范。

(6)开展技术培训:中国疾病预防控制中心具体负责全国省级疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急处理专业技术人员的应急培训。各省级疾病预防控制中心负责县级以上疾病预防控制机构专业技术人员的培训工作。

4.2.5 卫生监督机构

(1)在卫生行政部门的领导下，开展对医疗机构、疾病预防控制机构突发公

共卫生事件应急处理各项措施落实情况的督导、检查。

(2)围绕突发公共卫生事件应急处理工作，开展食品卫生、环境卫生、职业卫生等的卫生监督和执法稽查。

(3)协助卫生行政部门依据《突发公共卫生事件应急条例》和有关法律法规，调查处理突发公共卫生事件应急工作中的违法行为。

4.2.6 出入境检验检疫机构

(1)突发公共卫生事件发生时，调动出入境检验检疫机构技术力量，配合当地卫生行政部门做好口岸的应急处理工作。

(2)及时上报口岸突发公共卫生事件信息和情况变化。

4.2.7 非事件发生地区的应急反应措施

未发生突发公共卫生事件的地区应根据其他地区发生事件的性质、特点、发生区域和发展趋势，分析本地区受波及的可能性和程度，重点做好以下工作：

(1)密切保持与事件发生地区的联系，及时获取相关信息。

(2)组织做好本行政区域应急处理所需的人员与物资准备。

(3)加强相关疾病与健康监测和报告工作，必要时，建立专门报告制度。

(4)开展重点人群、重点场所和重点环节的监测和预防控制工作，防患于未然。(5)开展防治知识宣传和健康教育，提高公众自我保护意识和能力。(6)根据上级人民政府及其有关部门的决定，开展交通卫生检疫等。

4.3 突发公共卫生事件的分级反应

特别重大突发公共卫生事件(具体标准见 13)应急处理工作由国务院或国务院卫生行政部门和有关部门组织实施，开展突发公共卫生事件的医疗卫生应急、信息发布、宣传教育、科研攻关、国际交流与合作、应急物资与设备的调集、后勤保障以及督导检查等工作。国务院可根据突发公共卫生事件性质和应急处置工作，成立全国突发公共卫生事件应急处理指挥部，协调指挥应急处置工作。事发地省级人民政府应按照国务院或国务院有关部门的统一部署，结合本地区实际情况，组织协调市(地)、县(市)人民政府开展突发公共事件的应急处理工作。

特别重大级别以下的突发公共卫生事件应急处理工作由地方各级人民政府负责组织实施，超出本级应急处置能力时，地方各级人民政府要及时报请上级人民政府和有关部门提供指导和支持。

4.4 突发公共卫生事件应急反应的终止

突发公共卫生事件应急反应的终止需符合以下条件:突发公共卫生事件隐患或相关危险因素消除，或未例传染病病例发生后经过最长潜伏期无新的病例出现。

特别重大突发公共卫生事件由国务院卫生行政部门组织有关专家进行分析论证，提出终止应急反应的建议，报国务院或全国突发公共卫生事件应急指挥部

批准后实施。

特别重大以下突发公共卫生事件由地方各级人民政府卫生行政部门组织专家进行分析论证,提出终止应急反应的建议,报本级人民政府批准后实施,并向上一级人民政府卫生行政部门报告。

上级人民政府卫生行政部门要根据下级人民政府卫生行政部门的请求,及时组织专家对突发公共卫生事件应急反应的终止的分析论证提供技术指导和支持。

5 善后处理

5.1 后期评估

突发公共卫生事件结束后,各级卫生行政部门应在本级人民政府的领导下,组织有关人员对突发公共卫生事件的处理情况进行评估。评估内容主要包括事件概况、现场调查处理概况、病人救治情况、所采取措施的效果评价、应急处理过程中存在的问题和取得的经验及改进建议。评估报告上报本级人民政府和上一级人民政府卫生行政部门。

5.2 奖励

县级以上人民政府人事部门和卫生行政部门对参加突发公共卫生事件应急处理作出贡献的先进集体和个人进行联合表彰;民政部门对在突发公共卫生事件应急处理工作中英勇献身的人员,按有关规定追认为烈士。

5.3 责任

对在突发公共卫生事件的预防、报告、调查、控制和处理过程中,有玩忽职守、失职、渎职等行为的,依据《突发公共卫生事件应急条例》及有关法律法规追究当事人的责任。

5.4 抚恤和补助

地方各级人民政府要组织有关部门对因参与应急处理工作致病、致残、死亡的人员,按照国家有关规定,给予相应的补助和抚恤;对参加应急处理一线工作的专业技术人员应根据工作需要制订合理的补助标准,给予补助。

5.5 征用物资、劳务的补偿

突发公共卫生事件应急工作结束后,地方各级人民政府应组织有关部门对应急处理期间紧急调集、征用有关单位、企业、个人的物资和劳务进行合理评估,给予补偿。

6 突发公共卫生事件应急处置的保障

突发公共卫生事件应急处理应坚持预防为主,平战结合,国务院有关部门、地方各级人民政府和卫生行政部门应加强突发公共卫生事件的组织建设,组织开展突发公共卫生事件的监测和预警工作,加强突发公共卫生事件应急处理队伍建设和技术研究,建立健全国家统一的突发公共卫生事件预防控制体系,保证突发

公共卫生事件应急处理工作的顺利开展。

6.1 技术保障

6.1.1 信息系统

国家建立突发公共卫生事件应急决策指挥系统的信息、技术平台，承担突发公共卫生事件及相关信息收集、处理、分析、发布和传递等工作，采取分级负责的方式实施。

要在充分利用现有资源的基础上建设医疗救治信息网络，实现卫生行政部门、医疗救治机构与疾病预防控制机构之间的信息共享。

6.1.2 疾病预防控制体系

国家建立统一的疾病预防控制体系。各省(区、市)、市(地)、县(市)要加快疾病预防控制机构和基层预防保健组织建设，强化医疗卫生机构疾病预防控制的责任；建立功能完善、反应迅速、运转协调的突发公共卫生事件应急机制；健全覆盖城乡、灵敏高效、快速畅通的疫情信息网络；改善疾病预防控制机构基础设施和实验室设备条件；加强疾病控制专业队伍建设，提高流行病学调查、现场处置和实验室检测检验能力。

6.1.3 应急医疗救治体系

按照“中央指导、地方负责、统筹兼顾、平战结合、因地制宜、合理布局”的原则，逐步在全国范围内建成包括急救机构、传染病救治机构和化学中毒与核辐射救治基地在内的，符合国情、覆盖城乡、功能完善、反应灵敏、运转协调、持续发展的医疗救治体系。

6.1.4 卫生执法监督体系

国家建立统一的卫生执法监督体系。各级卫生行政部门要明确职能，落实责任，规范执法监督行为，加强卫生执法监督队伍建设。对卫生监督人员实行资格准入制度和在岗培训制度，全面提高卫生执法监督的能力和水平。

6.1.5 应急卫生救治队伍

各级人民政府卫生行政部门按照“平战结合、因地制宜，分类管理、分级负责，统一管理、协调运转”的原则建立突发公共卫生事件应急救治队伍，并加强管理和培训。

6.1.6 演练

各级人民政府卫生行政部门要按照“统一规划、分类实施、分级负责、突出重点、适应需求”的原则，采取定期和不定期相结合的形式，组织开展突发公共卫生事件的应急演练。

6.1.7 科研和国际交流

国家有计划地开展应对突发公共卫生事件相关的防治科学研究，包括现场流

行病学调查方法、实验室病因检测技术、药物治疗、疫苗和应急反应装备、中医药及中西医结合防治等，尤其是开展新发、罕见传染病快速诊断方法、诊断试剂以及相关的疫苗研究，做到技术上有所储备。同时，开展应对突发公共卫生事件应急处理技术的国际交流与合作，引进国外的先进技术、装备和方法，提高我国应对突发公共卫生事件的整体水平。

6.2 物资、经费保障

6.2.1 物资储备

各级人民政府要建立处理突发公共卫生事件的物资和生产能力储备。发生突发公共卫生事件时，应根据应急处理工作需要调用储备物资。卫生应急储备物资使用后要及时补充。

6.2.2 经费保障

应保障突发公共卫生事件应急基础设施项目建设经费，按规定落实对突发公共卫生事件应急处理专业技术机构的财政补助政策和突发公共卫生事件应急处理经费。应根据需要对边远贫困地区突发公共卫生事件应急工作给予经费支持。国务院有关部门和地方各级人民政府应积极通过国际、国内等多渠道筹集资金，用于突发公共事件应急处理工作。

6.3 通信与交通保障

各级应急医疗卫生救治队伍要根据实际工作需要配备通信设备和交通工具。

6.4 法律保障

国务院有关部门应根据突发公共卫生事件应急处理过程中出现的新问题、新情况，加强调查研究，起草和制订并不断完善应对突发公共卫生事件的法律、法规和规章制度，形成科学、完整的突发公共卫生事件应急法律和规章体系。

国务院有关部门和地方各级人民政府及有关部门要严格执行《突发公共卫生事件应急条例》等规定，根据本预案要求，严格履行职责，实行责任制。对履行职责不力，造成工作损失的，要追究有关当事人的责任。

6.5 社会公众的宣传教育

县级以上人民政府要组织有关部门利用广播、影视、报刊、互联网、手册等多种形式对社会公众广泛开展突发公共卫生事件应急知识的普及教育，宣传卫生科普知识，指导群众以科学的行为和方式对待突发公共卫生事件。要充分发挥有关社会团体在普及卫生应急知识和卫生科普知识方面的作用。

7 预案管理与更新

根据突发公共卫生事件的形势变化和实施中发现的问题及时进行更新、修订和补充。

国务院有关部门根据 need 和本预案的规定，制定本部门职责范围内的具体工

作预案。

县级以上地方人民政府根据《突发公共卫生事件应急条例》的规定，参照本预案并结合本地区实际情况，组织制定本地区突发公共卫生事件应急预案。

8 附 则

8.1 名词术语

重大传染病疫情是指某种传染病在短时间内发生、波及范围广泛，出现大量的病人或死亡病例，其发病率远远超过常年的发病率水平的情况。

群体性不明原因疾病是指在短时间内，某个相对集中的区域内同时或者相继出现具有共同临床表现病人，且病例不断增加，范围不断扩大，又暂时不能明确诊断的疾病。

重大食物和职业中毒是指由于食品污染和职业危害的原因而造成的人数众多或者伤亡较重的中毒事件。

新传染病是指全球首次发现的传染病。

我国尚未发现传染病是指埃博拉、猴痘、黄热病、人变异性克雅氏病等在其他国家和地区已经发现，在我国尚未发现过的传染病。

我国已消灭传染病是指天花、脊髓灰质炎等传染病。

8.2 预案实施时间

本预案自印发之日起实施。

1.2 云南省应急预案

1.2.1 云南省突发公共卫生事件应急规定

2003年6月18日省人民政府第5次常务会议通过，现予公布，自公布之日起施行。

第一条 为了有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件的危害，保障公众身体健康与生命安全，维护正常的社会秩序，根据国务院公布的《突发公共卫生事件应急条例》(以下简称《条例》)，结合本省实际，制定本规定。

第二条 本规定所称突发公共卫生事件(以下简称突发事件)，是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物中毒、重大职业中毒以及重大放射性物质、危险化学品丢失、泄漏事故和自然灾害引发疾病等严重影响公众健康的事件。

第三条 突发事件发生后，省人民政府以及突发事件发生地的地、州、市人民政府(行政公署)和县级人民政府应当分别成立由政府主要领导人担任总指挥，政府有关部门、军事机关、武警部队、驻地上级直管单位负责人组成的突发事件应急处理指挥部(以下简称指挥部)，统一领导和指挥本行政区域内突发事件的应急处理工作。

指挥部履行下列主要职责：

- (一)提出紧急应对措施；
- (二)指挥有关部门立即到达规定岗位，采取必要的控制措施；
- (三)调动医疗卫生机构开展调查、控制和医疗救治工作；
- (四)紧急调集人员、设施、设备、交通工具以及储备的物资；
- (五)对人员进行疏散、隔离、查验、限制流动；
- (六)对传染病疫情重点区域或者疫区采取紧急措施或者实行封锁；
- (七)对食物和水源采取控制措施；
- (八)组织医疗卫生机构、突发事件监测机构和科研机构集中力量开展流行病学等科学研究工作；
- (九)对突发事件应急处理工作进行督察和指导。

地、州、市、县指挥部作出实行封锁、限制人员流动的决定时，应当报经省人民政府批准。

第四条 县级以上国家机关、街道办事处、乡(镇)人民政府、社会团体、企业事业单位、社区管理单位、居民委员会、村民委员会，应当按照指挥部的统一指挥，做好本区域、本系统和本单位的突发事件应急处理工作。

县级以上人民政府卫生行政主管部门，具体负责组织突发事件的调查、控制和医疗救治工作。

县级以上公安、交通、旅游、工商、药监、质检、环保、财政、计划、商贸、民政、教育、建设、农业、水利、劳动保障、铁路、民航、检验检疫、邮政电信等有关部门，应当建立严格的突发事件防范和应急处理责任制，并在各自职责范围内做好突发事件应急处理工作。

第五条 县级以上人民政府应当将突发事件预防和控制体系建设纳入当地经济社会发展计划，并负责组织实施。

县级以上人民政府应当将突发事件预防和应急准备、应急处理所需经费列入本级政府财政预算。

县级以上人民政府应当对边远贫困地区突发事件应急工作给予财政支持。

第六条 级以上人民政府当对直接参加突发事件应急处理的有关人员，给予适当补助和保健津贴，具体办法由省卫生行政主管部门会同省财政部门制定，报省人民政府批准后执行；对参加突发事件应急处理作出贡献的人员，给予表彰和奖励，具体办法由省卫生行政主管部门会同省财政、人事部门制定，报省人民政府批准后执行；对因参与突发事件应急处理工作致病、致残、死亡的人员，按照国家有关规定给予补助和抚恤。

第七条 省卫生行政主管部门根据全国突发事件应急预案，结合本省实际，拟订、修订全省突发事件应急预案，报省人民政府批准。

地、州、市人民政府(行政公署)以及县级人民政府根据上级人民政府突发事件应急预案，结合本地实际，分别制定、修订本行政区域的突发事件应急预案，并报上一级人民政府备案。

第八条 卫生行政管部门根据全省突发事件应急预案，分别制定、修订全省重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物中毒、重大职业中毒以及重大放射性物质、危险化学品丢失、泄漏事故和自然灾害引发疾病等突发事件的专项应急预案。

地、州、市、县卫生行政主管部门根据全省专项应急预案，结合本地实际，制定、修订本行政区域的专项应急预案。

第九条 县级以上人民政府及其有关部门应当按照突件应急预案和专项应急预案的要求，保证应急设施、设备、救治药品、消毒药具和医疗器械等物资的储备和完好。

第十条 县级以上人民政府及其教育行政主管部门应当加强对各级各类学校的领导和管理，卫生行政主管部门应当加强对各级各类学校的监督和指导，增强学校对突发事件的防范意识和应对能力；各级各类学校实行校长负责制，落实防范措施。

第十一条 各级人民政府及其有关部门应当组织开展爱国卫生运动，加强城

乡环境卫生整治,做好传染病预防和其他公共卫生工作,防范突发事件的发生和传染病的流行。

各级人民政府应当加强县、乡、村医疗卫生机构的建设,建立健全县、乡、村三级疾病预防控制网络和疫情信息网络,完善农村收治救治体系。

第十二条 县级以上人民政府应当建立和完善本行政区域突发事件监测与预警系统,并确保其正常运行。

县级以上卫生行政主管部门应当指定卫生监督机构、疾病预防控制机构以及医疗机构负责预防突发事件的日常监测,及时发现隐患,及早采取应对措施。

第十三条 县级以上人民政府应当加强卫生监督机构、疾病预防控制机构、医疗急救机构的建设,配备专业技术人员和监测、交通、通讯、现场快速检测等设备及救治、消毒药物,提高应对突发事件的医疗救治能力。

第十四条 省人民政府和地、州、市人民政府(行政公署)应当设置传染病专科医院,承担应对突发事件的传染病防治任务。

县级人民政府应当指定医疗机构设置传染科,有条件的可以设置传染病专科医院,承担应对突发事件的传染病防治任务。

乡(镇)医疗机构应当设置传染病隔离病房,承担应对突发事件的传染病就诊病人的接诊任务。

第十五条 县级以上卫生行政主管部门应当建立突发事件应急处理的专家库和后备人员储备库。

县级以上卫生行政主管部门应当定期对医疗卫生人员进行突发事件应急处理相关知识、技能的培训,推广最新知识和先进技术,组织医疗卫生机构进行突发事件应急演练,提高应对突发事件的能力。

第十六条 县级以上卫生行政管理部门应当按照国家的统一要求,建立健全覆盖城市和乡村的突发事件信息报告系统,确保信息畅通。

第十七条 突发事件监测机构、医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构和有关单位发现有《条例》第十九条和本规定第二条规定的突发事件情形的,应当在2小时内向所在地县级卫生行政主管部门报告;接到报告的县级卫生行政主管部门应当在2小时内向本级人民政府和各上级卫生行政主管部门报告,并同时抄报省人民政府和地、州、市人民政府(行政公署)。

县级人民政府应当在接到报告后2小时内向地、州、市人民政府(行政公署)报告;地、州、市人民政府(行政公署)应当在接到报告后2小时内向省人民政府报告。

突发事件报告的主要内容是:

(一)事件的类型、发生时间、发生地点;

- (二) 事件的原因、性质、范围、严重程度;
- (三) 波及人群或者潜在的威胁和影响;
- (四) 病例发生和死亡的分布及可能发展趋势;
- (五) 已采取的控制措施、救治措施和其他应对措施;
- (六) 报告单位、人员及通讯方式。

第十八条 人民政府及其卫生行政主管部门依照《条例》和本规定报告的同时,应当立即组织力量对报告事项调查核实、确证,采取必要的控制措施,并在4小时内向原报告机关报告调查情况。

任何单位和个人对突发事件都应当及时、如实报告,不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

第十九条 省卫生行政主管部门应当将发生突发事件的有关情况,及时向省级有关部门和地、州、市卫生行政主管部门以及驻军部队有关部门通报。

突发事件发生地的地、州、市、县卫生行政主管部门,应当及时向本省行政区域内毗邻的地、州、市、县卫生行政主管部门通报。

接到通报的地、州、市、县卫生行政主管部门,必要时应当及时通知有关医疗卫生机构。

第二十条 各级人民政府负责实施国家突发事件举报制度,公布统一的突发事件报告、举报电话。

任何单位和个人都有权向各级人民政府及其有关部门报告突发事件隐患,有权向上级人民政府及其有关部门举报下级人民政府及其有关部门不履行突发事件应急处理职责,或者不按照规定履行职责的情况。接到报告、举报的有关人民政府及其有关部门,应当立即组织对突发事件隐患、不履行或者不按规定履行突发事件应急处理职责的情况进行调查处理。

对报告、举报突发事件有功的单位和个人,县级以上人民政府及其有关部门应当予以奖励。

奖励的具体办法参照本规定第六条对作出贡献人员的奖励办法执行。

第二十一条 省卫生行政主管部门应当根据国务院卫生行政主管部门的授权,及时、准确、全面地通过指定的新闻媒体向社会发布本行政区域内的突发事件信息。

向社会发布的信息应当包括突发事件的类型、时间、地点、波及人数、主要症状、可能产生的危害、已采取的措施等内容。

第二十二条 突发事件发生后,县级以上卫生行政主管部门应当组织专家和专业技术机构对突发事件进行综合评估,初步判断突发事件的类型,并向本级人民政府提出是否启动突发事件应急预案的建议。

在全省范围内或者跨地、州、市范围内启动全省突发事件应急预案，由省卫生行政主管部门报省人民政府批准后实施，并向国务院报告。

在地、州、市、县范围内启动突发事件应急预案，由地、州、市、县卫生行政主管部门报本级人民政府批准后实施，并向上一级人民政府报告。

在全省或者地、州、市、县范围内启动专项应急预案，由县级以上卫生行政主管部门决定，并向本级人民政府和上一级卫生行政主管部门报告。

第二十三条 突发事件发生后，当地医疗卫生机构应当立即对突发事件致病的人员提供现场救援与医疗救护。医疗救护力量不足时，当地卫生行政主管部门应当及时请求上级卫生行政主管部门予以支援。

县级以上卫生行政主管部门应当组建应急救援队伍，建立应急快速反应机制。

第二十四条 传染病暴发、流行时，街道办事处、乡(镇)人民政府以及居民委员会、村民委员会和有关单位应当组织力量，团结协作，群防群控，协助卫生行政主管部门和公安等有关部门、医疗卫生机构做好疫情信息的收集和报告、人员的疏散或者隔离、公共卫生措施的落实工作，并向居民、村民宣传有关传染病防治的法律、法规、规章和传染病的科学防治知识。

第二十五条 传染病暴发、流行或者可能暴发、流行时，乡(镇)以上人民政府报经上一级人民政府在4小时内作出决定后，可以在辖区内采取下列紧急措施：

- (一) 限制或者停止集市、集会、影剧院演出或者其他人群聚集的活动；
- (二) 停工、停业、停课；
- (三) 临时征用交通工具、房屋、设施、设备；
- (四) 封闭被传染病病原体污染的公共饮用水源。

下级人民政府在上一级人民政府作出决定前，必要时可以临时采取前款第(一)、(四)项紧急措施。

紧急措施的解除，由原决定机关宣布。

对于集体或者个人所有的交通工具、房屋、设施、设备的征用，使用后应当予以返还并适当支付征用费，不能返还或者造成损坏的应当予以补偿。

第二十六条 各级人民政府及其有关部门、医疗卫生机构应当对传染病做到早预防、早发现、早报告、早诊断、早隔离、早治疗，对传染病病人和疑似传染病病人采取就地隔离、就地观察、就地治疗的措施，加强重点地区、重点单位、重点人群、重点环节的预防控制措施，防止造成疫情扩散。

第二十七条 医疗卫生机构对因突发事件致病的就诊病人，应当及时接诊治疗，实行先收治、后结算的办法，不得以任何理由拒绝收治。所需费用按照国家和本省的有关规定执行。

第二十八条 突发事件涉及的有关人员，对卫生行政主管部门和有关机构的

查询、检验、调查取证、监督检查和采取的医学措施，应当予以配合;拒绝配合采取医学措施的，由公安机关依法协助强制执行。

第二十九条 县级以上人民政府违反《条例》和本规定，有下列行为之一的，对政府主要领导和有关领导人依法给予降级或者撤职的行政处分;造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的，依法给予开除的行政处分;构成犯罪的，依法追究刑事责任:

(一)未按规定履行报告职责，对突发事件隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、谎报、缓报的;

(二)未按有关规定完成突发事件应急处理所需的设施、设备、救治药品和医疗器械等物资的生产、供应、运输和储备的;

(三)对上级人民政府有关部门的调查不予配合，或者采取其他方式阻碍、干涉调查的;

(四)有其他失职、渎职行为的。

第三十条 县级以上人民政府卫生行政主管部门违反《条例》和本规定，有下列行为之一的，由本级人民政府或者上级人民政府有关部门责令改正、通报批评、给予警告;对主要负责人、负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级或者撤职的行政处分;造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果的，依法给予开除的行政处分;构成犯罪的，依法追究刑事责任:

(一)未按突发事件应急预案和专项应急预案的规定完成任务的;

(二)未按规定履行报告职责，对突发事件隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、谎报、缓报的;

(三)未及时采取有效措施控制突发事件的;

(四)未及时组织救治因突发事件致病人员的;

(五)未及时组织专家调查、评估、确证突发事件并提出防治、处理建议的;

(六)有其他失职、渎职行为的。

第三十一条 县级以上人民政府有关部门违反《条例》和本规定，有下列行为之一的，由本级人民政府或者上级人民政府有关部门责令改正、通报批评、给予警告;对主要负责人、负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级或者撤职的行政处分;造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其

他严重危害后果的，依法给予开除的行政处分;构成犯罪的，依法追究刑事责任;(一)未按规定履行报告职责，对突发事件隐瞒、缓报、谎报的;

(二)未按有关规定完成突发事件应急处理所需的设施、设备、救治药品和医疗器械等物资的生产、供应、运输和储备的;

(三)对上级人民政府有关部门的调查不予配合，或者采取其他方式阻碍、干

涉调查的;

- (四)未按规定落实应急处理所需的人员、资金和物资的;
- (五)对突发事件现场、人员等未采取控制措施造成严重后果的;
- (六)不服从指挥部统一调度的;
- (七)有其他失职、渎职行为的。

第三十二条 医疗卫生机构违反《条例》和本规定,有下列行为之一的,由县级以上卫生行政主管部门责令改正、通报批评、给予警告;情节严重的,依法吊销《医疗机构执业许可证》:对主要负责人、负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予降级、撤职的纪律处分,并依法吊销执业证书;造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果,构成犯罪的,依法追究刑事责任:

- (一)未按规定履行报告职责,对突发事件隐瞒、缓报、谎报的;
- (二)未向因突发事件致病人员提供医疗救护和现场救援的;
- (三)未按规定履行突发事件监测职责的;
- (四)拒绝接诊因突发事件致病的就诊病人的
- (五)对确诊的传染病病人、疑似传染病病人未采取隔离措施,造成疫情扩散的;
- (六)不服从指挥部统一调度或者卫生行政主管部门调遣的。

第三十三条 单位和个人在突发事件应急处理工作中,有下列行为之一的,对有关责任人员依法给予行政处分或者纪律处分;构成违反治安管理行为的,由公安机关依法予以处罚;构成犯罪的,依法追究刑事责任:

- (一)不服从指挥部统一调度的;
- (二)未按规定履行报告职责,对突发事件隐瞒、缓报、谎报的;
- (三)阻碍突发事件应急处理工作人员执行公务的;
- (四)拒绝卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的专业技术机构进入突发事件现场,或者不配合调查、采样、技术分析和检验的;
- (五)拒绝接受突发事件疏散、隔离等应急措施的。

第三十四条 在突发事件发生期间,散布谣言、哄抬物价、制假售假、欺骗消费者、非法阻断交通或者以其他方式扰乱社会秩序、市场秩序的,分别由公安、工商、卫生、质监、药监、价格等部门按照各自职责依法从严从重查处;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第三十五条 本规定自公布之日起施行。

1.2.2 云南省突发公共卫生事件应急预案

云南省人民政府办公厅关于印发云南省突发公共卫生事件应急预案的通知(云政办发(2006)151号)各州、市、县(市、区)人民政府,省直各委、办、厅、局:

《云南省突发公共卫生事件应急预案》已经省人民政府同意,现印发给你们,请认真组织实施。

1 总则

1.1 编制目的

有效预防突发公共卫生事件发生,及时控制事件,减轻、避免和消除事件危害,最大限度地减少人员伤亡、财产损失和对正常社会、经济、生活秩序的影响,维护公众身体健康和生命安全,建立科学、规范、有序的突发公共卫生事件应急处理机制。

1.2 编制依据

《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》、国务院《突发公共卫生事件应急条例》和《国内交通卫生检疫条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《云南省突发公共卫生事件应急规定》、《云南省人民政府突发公共事件总体应急预案》等。

1.3 突发公共卫生事件分级

根据突发公共卫生事件的性质、危害程度、涉及范围,划分为特别重大(I级)、重大(II级)、较大(III级)、一般(IV级)四级,依次用红色、橙色、黄色、蓝色进行预警。

1.3.1 特别重大突发公共卫生事件(I级)

有下列情形之一的,为特别重大突发公共卫生事件(I级):

(1)发生肺鼠疫、肺炭疽病例;腺鼠疫在一个州(市)行政区域内流行,一个平均潜伏期(6天)内,多点连续发病20例以上,或流行范围波及2个以上州(市)。

(2)发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感确诊病例,并有扩散趋势。(3)波及我省或多个省群体性不明原因疾病并有扩散趋势。

(4)新的传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入,并有扩散趋势,或发现已经消灭的传染病重新流行。

(5)发生烈性传染病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。

(6)周边或与我省通航的国家、地区发生特别重大传染病疫情,并出现输入性病例,严重危及我省公共卫生安全的事件。

(7)卫生部认定的其他特别重大突发公共卫生事件。13.2 重大突发公共卫生事件(II级)

有下列情形之一的,为重大突发公共卫生事件(III级):

(1)腺鼠疫在一个县(市、区)行政区域内流行,一个平均潜伏期(6天)内发病10例以上,或波及2个以上县(市、区)。

(2)发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感等烈性呼吸道传染病疑似病例。

(3)霍乱发生流行,在一个州(市)行政区域内,1周内发病30例以上,或波及2个以上州(市)。

(4)我省尚未发现的传染病发生或传入,但未造成扩散。

(5)乙、丙类传染病波及2个以上县(市、区),一周内发病水平超过前5年同期平均发病水平2倍以上。

(6)群体性不明原因疾病扩散到本县(区、市)以外的地区。

(7)一次食物中毒人数超过100人并出现死亡病例,或死亡10例以上病例。

(8)一次急性职业中毒50人以上,或死亡5例以上病例。

(9)预防接种或群体性预防服药出现人员死亡。

(10)发生重大医源性感染事件。

(11)境内外隐匿运输、邮寄烈性生物病原体、生物毒素,造成我省境内人员感染或死亡的。

(12)省级以上卫生部门认定的其他重大突发公共卫生事件。

1.3.3 较大突发公共卫生事件(III级)

有下列情形之一的,为较大突发公共卫生事件(III级);

(1)腺鼠疫发生流行,在一个县(市、区)行政区域内,一个平均潜伏期内发病10例以下。

(2)霍乱在一个县(市、区)行政区域内发生,1周内发病10例-29例,或波及2个以上县(市、区),或州(市)人民政府所在地城市市区发生。

(3)一个平均潜伏期内皮肤炭疽病例数超过10例。

(4)一周内在一个县(市、区)行政区域内,乙、丙类传染病发病水平超过前5年同期平均发病水平1倍以上。

(5)一个平均潜伏期内,一个学校等集体单位中,100人以上或50%以上的在校学生出现流感样、流行性腮腺炎、猩红热、水痘、感染性腹泻病例,或发病100例以下,有死亡病例。

(6)发生高危及急性弛缓性麻痹(AFP)病例聚集性分布。

(7)一次食物中毒人数超过100人(含100人),或中毒人数在100人以下,死亡3例-9例。

(8)一次急性职业中毒10人-49人,或死亡4例以下。

(9)预防接种(或服药)出现群体性不良反应或接种事故。

(10)在一个县(市、区)行政区域内发生相同症状的 10 例以上群体性不明原因疾病。

(11)州(市)级以上卫生部门认定的其他较大突发公共卫生事件。

1.3.4 一般突发公共卫生事件(IV 级)

有下列情形之一的,为一般突发公共卫生事件(IV级):

(1)发生动物间鼠疫流行。

(2)霍乱在一个县(市、区)行政区域内发生,1 周内发病 9 例及以下。

(3)一个县(市、区)行政区域内发生皮肤炭疽,一个平均潜伏期内病例数未超过 10 例。

(4)一个县(市、区)行政区域内,乙、丙类传染病发生局部点状暴发,无死亡病例报告。

(5)一个平均潜伏期内,一个学校、幼儿园等集体单位中,30 人-99 人或 30%-50%的在校(园)学生出现流感样、流行性腮腺炎、猩红热、水痘、感染性腹泻病例,无死亡病例。

(6)一次食物中毒 30 人— 99 人,无死亡病例,或食物中毒 30 人以下,但事故发生在学校、地区性或全国性重要活动期间。

(7)一次急性职业中毒 9 人以下,未出现死亡病例。

(8)一个县(市、区)行政区域内,发生 3 例-10 例群体性不明原因疾病。(9)县级以上卫生部门认定的其他一般突发公共卫生事件。

1.4 适用范围

省内突然发生的、造成或可能造成对公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒及其他重大突发公共卫生事件的预防和应急处置;邻国或邻省发生的、对我省构成严重威胁的突发公共卫生事件的预防和应急处置。

自然灾害、事故灾难、社会安全事件医疗卫生救援工作,按照《云南省突发公共事件医疗卫生救援应急预案》规定执行。

1.5 工作原则

坚持“预防为主、平战结合,统一领导、分级负责,属地管理、反应及时,依法规范、措施果断,依靠科学、加强合作”的原则开展应急处置工作。

2 应急组织体系及职责

2.1 应急指挥机构

省卫生厅依照职责和本预案规定,在省人民政府及省政府突发公共事件应急委员会(以下简称省应急委)的统一领导和卫生部的指导下,负责组织、协调全省

突发公共卫生事件的应急处理工作,并根据工作需要,向省人民政府提出成立省突发公共卫生事件应急处理指挥部(以下简称省应急指挥部)的建议。

各州(市)、县(市、区)卫生行政部门要依照职责和本预案规定,在本级人民政府及应急委的领导和上级卫生行政部门指导下,负责组织、协调本行政区域内突发公共卫生事件的应急处理工作,并根据工作需要,向本级人民政府提出成立本级应急指挥部的建议。

省、州(市)、县(市、区)人民政府根据本级卫生行政部门的建议和工作需要,决定是否成立本级应急指挥部。

原则上,一般(IV级)事件由县(市、区)级负责处理;较大(I级)事件由州(市)级负责处理;重大(II级)事件由省应急指挥部或省卫生厅负责处理;特别重大(I级)事件,在国务院的领导或卫生部的指导下,由省应急指挥部负责处理。发生重大或特别重大事件时,由省应急指挥部或省卫生厅派出应急指挥所,组织、协调现场应急处理工作。发生较大或一般事件时,由州(市)、县(市、区)应急指挥部或卫生行政部门派出应急指挥组,组织、协调现场应急处理工作。

2.1.1 突发公共卫生事件应急处理指挥部的组成

省人民政府分管卫生工作的领导同志担任省突发公共卫生事件应急处理指挥部总指挥,省政府分管副秘书长,省卫生厅厅长、公安厅厅长任副总指挥,负责特别重大和重大突发公共卫生事件的统一领导、统一指挥,作出应急处理的重大决策。

指挥部成员单位根据突发公共卫生事件应急处理需要确定。主要由省委宣传部,省发展改革委、经委、教育厅、科技厅、公安厅、监察厅、民政厅、财政厅、劳动和社会保障厅、交通厅、农业厅、林业厅、商务厅、卫生厅、环保局、工商局、食品药品监督管理局、旅游局、外事办、新闻办,省红十字会,云南出入境检验检疫局,省气象局、通信管理局,昆明铁路局,云南机场集团公司,云南省军区,武警云南省总队等组成。

2.1.2 省突发公共卫生事件应急处理指挥部及成员单位职责

指挥部的职责:负责提出紧急防控措施,指挥有关部门和人员迅速到达岗位,落实防控措施;指挥医疗卫生单位开展调查、控制、医疗救治工作;紧急调集人员、设施、设备、交通工具、储备物资等,开展应急处理工作;经省人民政府批准,组织人群疏散、隔离、查验、限制流动和疫区封锁决定;紧急情况下,直接采取措施封锁疫区,限制人员流动,防止食用受污染的食物和水源;组织应急技术、药物等科研工作;督导检查应急处理工作。

成员单位的职责分工如下:

省卫生厅:负责组织制定全省突发公共卫生事件应急处理技术方案,统一组

织实施医疗救治工作，落实预防控制措施，开展督导检查，提出隔离封锁建议，及时发布突发公共卫生事件信息，组织开展爱国卫生运动，组织突发公共卫生事件调查和评估。

省发展改革委:负责优先安排突发公共卫生事件应急处理机构基础设施建设，提高应急处理能力;加强物价监管，依法查处哄抬物价等价格违法犯罪行为，保持物价稳定，维护市场秩序。

省经委:负责组织应急物资及生活必需品的生产、储备和调度，保证市场供应。

省教育厅:负责制定各类学校突发公共卫生事件专业应急预案，与卫生部门密切配合，组织落实学校突发公共卫生事件防控措施，防止突发公共卫生事件在学校发生，做好在校学生、教职员工的宣传教育和自我防护工作。

省科技厅:根据工作需要，制定突发公共卫生事件应急处理技术研究规划，组织科研力量开展应急防治技术科技攻关，协调、解决防治技术、药物、疫苗研发及应用中的科技问题。

省公安厅:密切注视突发公共卫生事件动态，与卫生等相关部门依法及时处理突发公共卫生事件有关安全问题，加强治安管理，预防、查处、打击治安违法犯罪活动，维护社会稳定。协助卫生部门落实强制隔离、封锁措施，做好交通疏导等保障工作。

省监察厅:负责对应急物资、应急经费使用情况进行监督检查。查处违纪案件，追究失职、渎职人员责任。

省民政厅:负责组织受灾群众紧急转移、安置工作，对特困群众进行生活救助和医疗救助。组织协调有关部门和民间组织开展社会捐助，接受国内外政府、企业、组织、个人捐助的资金和物资，做好款物管理、分配、发放工作。组织动员社区、村委会力量，群防群治。协调做好死亡人员火化和其他善后工作。

省财政厅:负责安排由政府承担的突发公共卫生事件应急处理所需经费，并做好资金使用的监督管理工作。

省劳动和社会保障厅:负责按照规定对因参加突发公共卫生事件应急处理工作致病、致残、死亡的工作人员进行工伤认定、劳动能力鉴定，落实其政策待遇。协助做好参加城镇职工基本医疗保险的伤病人员的医疗救治工作，负责按照规定结算其医疗费用。

省交通厅:负责协助卫生行政部门组织对乘坐公路、水路交通工具的人员进行交通检疫、查验工作，防止传染病通过交通工具传播。确保突发公共卫生事件应急处理人员、防治药品、器械等急用物资的运送，做好疫区公路、水路交通管理工作。

省农业厅:负责组织制定突发动物疫病防控技术方案,组织开展疫情监测、预警、流行病学调查和事件评估、应急处理工作。

省林业厅:负责开展野生动物相关传染病的监测工作。

省商务厅:负责组织做好参加外经贸活动人员的宣传、登记、观察工作,防止突发公共卫生事件在外经贸活动期间传播扩散。

省环保局:负责环境保护监督执法,组织环境监测,提出环境保护应对措施。

省工商行政管理局:负责加强市场监管,维护紧急状态下的正常市场秩序,督促有关企业做好突发公共卫生事件应急药品、试剂、防护用品、生活必需品等物资的生产供应。

省食品药品监督管理局:在职责范围内组织开展食品药品安全事故的查处,做好应急处理工作的组织协调和配合。负责应急处理药品、医疗设备和器械生产流通环节的监督和管理。

省旅游局:负责组织旅游行业协助卫生、检疫部门做好旅游团队及人员疫情监测、健康教育工作。发生突发公共卫生事件时,督促旅行社、宾馆、饭店做好旅游团队及人员宣传、登记、观察和管理工作,落实预防措施,必要时劝阻或限制疫区旅游活动。

省外办(含港澳事务)、台办:负责配合、协调有关部门做好突发公共卫生事件中涉外、涉港澳或涉台事务,协助卫生部门向有关国际组织、外国驻华使(领)馆和香港特区政府、澳门特区政府、台湾相应机构通报情况。协助卫生部门做好外国驻昆(领事)机构、外国及港澳台在滇外籍人员对突发公共卫生事件防治工作。配合卫生部门做好接待国际组织考察和争取国际外援工作。

省新闻办:负责安排突发公共卫生事件及应急处理信息发布,协调新闻报道工作,必要时组织新闻发布会和新闻媒体采访。跟踪国内外舆论,及时澄清事实,主动引导舆论,做好危机心理干预和防病知识宣传。加强网上信息发布的管理和引导。

省红十字会:负责组织群众现场自救互救,必要时组派红十字医疗队参与医疗卫生救援。根据工作需要,向国内外发出呼吁,依法接受国内外组织和个人的捐赠,提供急需的人道主义援助。

云南出入境检验检疫局:负责组织做好发生突发公共卫生事件时口岸的出入境卫生检疫、传染病监测、卫生监督、卫生处理等工作。及时收集和提供周边国家特别是边境地区传染病或群体不明原因性疾病信息。境外发生传染病疫情时,协助当地政府依法在边境一带设置临时检疫站点。

省气象局:负责分析、提供事发地和救援途经地气象资料。及时报告可能引发突发公共卫生事件的气象信息并提出建议。

省通信管理局:负责组织、协调突发公共卫生事件报告和应急处理的通信保障工作。

昆明铁路局:负责组织对乘坐列车的人员进行检疫、查验工作,防止传染病通过列车运输环节传播。依法在火车站设置临时留验观察室,做好可疑传染病人的临时隔离观察和报告工作。优先安排突发公共卫生事件应急处理人员、物资的运送,做好疫区的铁路交通管理工作。

云南机场集团公司:负责协助卫生、检疫部门组织对乘坐飞机的人员和物资进行检疫、查验工作,防止传染病通过飞机运输环节传播。依法在机场设置临时留验观察室,做好可疑传染病人的临时隔离观察和报告工作。优先安排突发公共卫生事件应急处理人员、物资运送。

云南省军区:负责驻滇部队突发公共卫生事件应急处理工作,协调驻滇部队及医疗卫生技术力量,支持、配合、参与突发公共卫生事件的应急处理工作。

武警云南省总队:负责组织驻滇武警部队突发公共卫生事件应急处理工作,配合公安部门做好现场控制工作。

其他有关部门根据本部门工作职责和突发公共卫生事件应急处理的需要,在各自职责范围内做好相关工作。

2.1.3 现场应急指挥所

发生特别重大或重大突发公共卫生事件时,省应急指挥部或省卫生厅与事发地政府及有关部门,联合组成由省人民政府领导或省人民政府指定部门主要负责人任指挥长,有关部门负责人参与的现场应急指挥所,组织协调现场应急处理工作。

现场应急指挥所成立前,由事发地人民政府及卫生行政部门负责迅速开展应急处理工作。

乡镇政府、街道办事处、村(居)民委员会协助卫生部门做好区域内突发公共卫生事件信息收集、报告、隔离观察、家庭治疗、疫区封锁、科普宣传等防控工作。

2.2 日常管理机构

省卫生厅设立卫生应急办公室(突发公共卫生事件应急指挥中心),负责全省突发公共卫生事件应急处理的日常管理工作。其主要职责为:依法组织和协调全省突发公共卫生事件应急处理工作;组建与完善全省突发公共卫生事件监测和预警系统;组织制定和完善突发公共卫生事件专项和专业应急预案,组织预案演练;组织制定卫生应急物资储备目录;组织公共卫生和医疗救助应急专业人员培训,建立应急专家库;指导各地实施突发公共卫生事件预案;指导各地应对其他突发事

件的医疗救助工作;收集汇总全省突发公共卫生事件信息并向省人民政府和卫生部及时报告。

各州(市)、县(市、区)卫生行政部门要指定机构负责本行政区域内突发公共卫生事件应急处理的日常管理工作。

2.3 专业技术机构

省突发公共卫生事件专家咨询委员会:省卫生厅负责组建省突发公共卫生事件专家咨询委员会及专家评估组。专家咨询委员会负责事件评估,提出预警响应和防控措施建议;提供应急处理技术咨询服务;参与应急处理重要决策论证;参与制定应急预案、专业预案、技术方案;承担应急处理技术指导、人员培训任务;完成日常管理机构交办的工作。专家评估组负责特别重大和重大突发公共卫生事件的性质、危害程度、影响范围、应急需求评估,写出评估报告,提出预警建议,提交专家咨询委员会讨论。

各州(市)、县(市、区)卫生行政部门负责组建本级突发公共卫生事件应急处理专家咨询委员会及专家评估组。

各级各类医疗卫生机构是突发公共卫生事件应急处理的专业技术机构,要结合本单位职责开展专业技术人员培训,提高快速应急处理能力和技术水平。发生突发公共卫生事件时,医疗卫生机构要服从卫生行政部门的统一指挥和安排,落实应急处理工作。

省级疾病预防控制机构:负责实施传染病预防控制规划、计划和方案;收集、分析、报告疫情信息,测重大传染发生和流行趋势,提出防控措施和技术方案;开展特别重大或重大事件的流行病学调查、现场处理及效果评价;指导各级疾病预防控制中心现场调查和应急处理,提供应急处理技术指导;开展实验检测、病原学鉴定;建质量控制系性研究和卫生学评价;组织健康教育、咨询,普及科普知识;选派专家参加专家咨询委员会及专家评估组工作。

省级医疗机构:负责组建应急医疗队,培育核心救治专业,加强医院内感染控制。提供医疗救护、现场救援、病人转送、院内治服务负责患者本选派专参加省级专家咨询委员会和专家评估组工作;承担人才培养和技术指导任务传染病专科医院承担重大传染性事件医疗救治任务。昆医附一院承担重大传染性事件危重症病人医疗救治任务。昆医附二院承担重大化学中毒事件医疗救治任务。省第一人民医院承担重大食物事件医疗救治任务。省第三人民医院承担重大职业中毒事件医疗救治任务。省紧急医疗救援中心承担全省特别重大和重大突发公共卫生事件检伤分类、现场急救、病人转送任务。省级其他综合医院承担重大非传染性事件的医疗救治任务。

省卫生监督所:负责食品卫生、职业卫生、放射卫生、公共场所卫生、饮用

水卫生、医疗卫生机构的卫生监督和执法监督，指导各级卫生监督机构开展应急处理工作。

云南出入境检验检疫机构:发生突发公共卫生事件时，负责出入境人员的健康申报、体温监测、医学巡查、疾病监测、疫情报告、病人控制、消毒处理、流行病学调查和宣传教育等工作。

省级有关卫生专业机构:省地方病、寄生虫病防治所和省疾控中心，承担重大传染病、地方病、不明原因疾病的监测、防治、科研任务;负责专业技术培训，提供技术指导。各级畜牧兽医站和动植物检疫机构，承担动植物检疫和动物疫源性传染病监测、防治、科研任务，共同做好人畜共患传染病预防控制工作。

对突发公共卫生事件中不明原因死亡者的尸检，由省卫生厅指定单位及人员进行。

2.4 区域协作机制

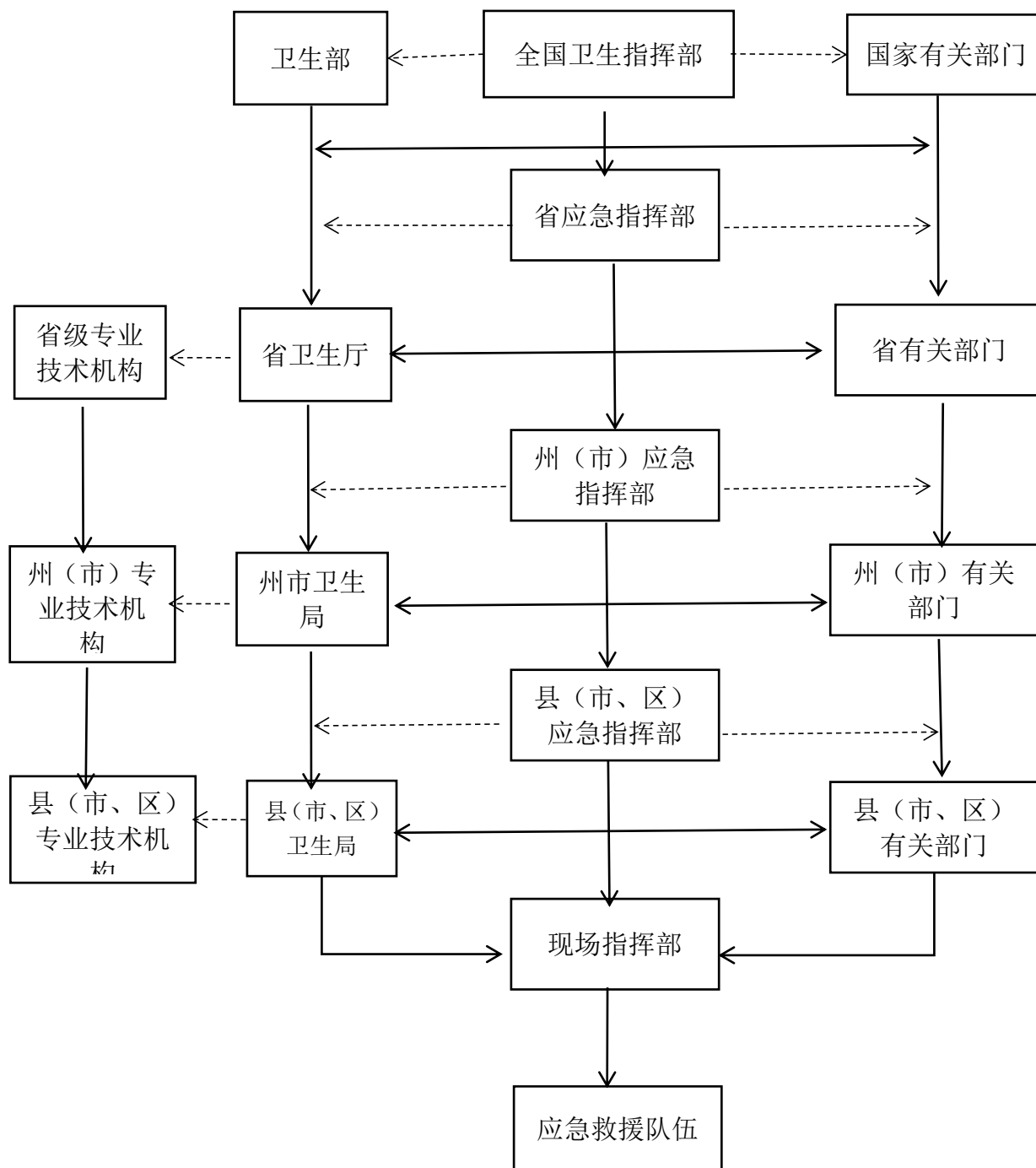
县(市、区)及乡镇之间，要打破现有行政隶属关系，以协议形式，建立突发公共卫生事件应急处理协作机制，确保第一时间开展应急处理和医疗救治工作。

全省建立以昆明市、玉溪市、曲靖市、大理州为中心的4大突发公共卫生事件应急处理协作圈。云南省突发公共卫生事件应急处理区域协作机制见附录9.1。

启动区域协作机制，首先动员距离现场最近的县级应急力量，依次动员周边协作圈县级应急力量、州(市)级应急力量、中心协作圈州(市)级应急力量、省级应急力量、国家级应急力量参与应急处理工作。

2.5 应急组织体系框架图

云南省应急组织体系框架图



3 监测、预警与报告

3.1 监测

全省建立统一的突发公共卫生事件监测、预警和报告体系。包括法定传染病疫情报告、突发公共卫生事件监测报告、卫生监督、实验室监测、哨点监测、出入境检疫监测网络和群众举报电话网络。各级医疗、疾病预防控制、卫生监督、出入境检验检疫机构负责传染病和突发公共卫生事件的日常监测工作。省卫生厅、农业厅、林业厅和云南出入境检验检疫局等部门要按照国家统一规定和要求,结合云南实际,组织开展传染病和突发公共卫生事件的主动监测,包括自然疫源性疾病、动物疫病、自然灾害发生地区的传染病、异常症状和重大疾病的医院哨点监测等,并加强对监测工作的管理和监督,监测质量卫厅疾病预防控制中心、省卫生监督所要设立突发公共卫生事件报告电话,向社会公布,实行 24 小时值班。

3.2 预警

各级卫生部门要根据疾病预防控制、医疗、卫生监督、出入境检验检疫机构报告的监测信息和专家评估组报告的现场信息,以及可能发生的突发公共卫生事件预警信息,按照公共卫生事件发生发展规律,迅速召集本级专家咨询委员会认真分析,及时向本级人民政府提出响应级别的预警建议,经本级人民政府批准后公布。

3.3 报告

报告范围:按照《突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》界定的信息报告。

报告单位及报告人。分责任报告单位、责任报告人、义务报告单位、义务报告人四类。其中,责任报告单位包括县级以上卫生行政部门指定的突发公共卫生事件监测机构、各级各类医疗卫生机构、各级卫生行政部门、县级以上人民政府、突发公共卫生事件事发单位、出入境检验检疫机构、食品药品监督机构、环境保护监测机构等。责任报告人包括执行职务的医护人员、检疫人员、疾控人员、乡村医生、个体开业医生等。义务报告单位和义务报告人指除责任报告单位和责任报告人之外的单位和个人。

报告内容。分首次报告、进程报告、结案报告,首次报告要快,进程报告要新,结案报告要全。具体内容按照《云南省卫生厅关于进一步加强全省突发公共卫生事件应急管理工作的通知》(云卫发(2004)478 号)执行。

报告原则。坚持属地管理原则,由报告单位和报告人按照规定的内容、程序、方式及时限要求向当地疾病预防控制机构报告。铁路、交通、民航、工矿企业、部队所属医疗卫生机构发现突发公共卫生事件信息,要向所在地的疾病预防控制

机构报告。各级卫生行政部门接到突发公共卫生事件报告后，要立即组织调查，核实情况，及时报告事态进展情况。省卫生厅应急办实行 24 小时值班，负责统一接收全省突发公共卫生事件信息。相关地区间、部门间要建立突发公共卫生信息通报制度。

3.4 义务报病员制度

在环境复杂、交通不便、通信落后的条件下，各级卫生行政部门及疾病预防控制机构要建立义务报病员制度，聘请义务报病员报告信息，广开信息收集渠道。云南省突发公共卫生事件义务报病员制度见附录 9.2。

3.5 境外突发公共卫信息收集制度

各级人民政府及有关部门应通过多种渠道，加强对周边国家突发公共卫生事件信息的收集。省外事办、卫生厅、云南出入境检验检疫局按照我省与有关国家地方政府或有关部门达成的合作约定，建立定期信息收集制度，确立政府间互通信息，保证及时获取信息。边境州(市)、县(市)人民政府根据省人民政府的授权，建立与周边国家突发公共卫生事件信息收集制度。

边境县级医疗卫生机构、乡镇卫生院、村卫生室要建立境外就医者医疗信息登记制度，规范登记境外就医者的主要症状、体征、检查检验结果、初步诊断、联系方式，发现可疑信息 2 小时内向当地县级疾病预防控制中心报告。重要信息要及时向当地县级卫生行政部门报告。收到报告的县级卫生行政部门应立即组织核实，并报告上级卫生行政部门和省卫生厅备查。

在出入境检验检疫机构与当地县级卫生行政部门、疾病预防控制中心之间，要建立每月定期疫情通报与分析会议制度。边境县(市)卫生行政部门及疾病预防控制中心要建立每月一次境外就医者信息分析制度，及时分析境外就医患者医疗卫生信息，初步核实情况后，按照程序上报。

4 应急反应

4.1 应急反应原则

发生突发公共卫生事件时，事发地县级以上人民政府及有关部门按照“分级响应、分层评估、专业救援、分类处置、属地管理”的原则，作出相应级别的预警和应急反应。同时，根据突发公共卫生事件进展及应急处理情况，及时调整预警和应急反应级别。对发生在学校或区域性、全国性重大活动期间的，其事态和影响不断扩大的事件，应及时升级预警和反应级别。

事发地之外的地方各级卫生行政部门接到突发公共卫生事件情况通报后，要分析其潜在影响，提出预见性预警级别建议，及时通知相应的医疗卫生机构，做好应急队伍、应急物资准备，必要时采取措施，防止突发公共卫生事件在本行政

区域内发生。各级卫生行政部门要服从上一级卫生行政部门的统一指挥和调度，支援事发地应急处理工作。

4.2 事发地应急反应措施

4.2.1 各级人民政府

(1)做好组织协调:组织、协调、指挥有关部门参与突发公共卫生事件的应急处理。

(2)组建工作机构:根据本级卫生行政部门的建议，决定是否成立应急指挥部、现场指挥所及其组成人员。

(3)调集应急资源:根据工作需要，调集本行政区域内各类人员、物资、交通工具和相关设施、设备参加应急处理工作;临时征用房屋、交通工具和相关设施、设备。

(4)采取控制措施:紧急情况下，事发地人民政府可在本行政区域内采取停止集市、影剧院演出等人群聚集活动，停工、停业、停课，封闭或封存受污染的水源、食品及相关物品等措施。

(5)划定防控区域:甲类、乙类传染病暴发流行时，经上一级人民政府决定，可以宣布疫区范围;经省人民政府决定，可以对本行政区域内甲类传染病疫区实施封锁，但封锁昆明、玉溪、曲靖、大理等大中城市，以及封锁可能导致干线交通中断或封锁国境口岸时，省人民政府报国务院决定。对食物、职业、化学品中毒事件或放射性损害事件等，可根据危害因素的扩散及波及范围，划定防控区域。

(6)实施流动人口管理:采取措施限制疫区和高危地区人口流动，或对从疫区和高危地区进入本行政区域的人员进行必要的留验观察;对传染病病人、疑似病人采取“就地隔离、就地观察、就地治疗”的三就地措施。对密切接触者视情况采取集中或居家医学观察。

(7)组织交通卫生检:组织铁路、交通、民航、检疫等部门在交通站点设置临时交通卫生检疫站，对进出疫区和运行中的交通工具及其乘运人员、物资、动物进行卫生检疫查验，一旦发现病人、疑似病人、密切接触者，实施临时隔离、留验，并及时向当地卫生行政部门指定的卫生专业机构移交。

(8)强化边境纵深检疫:在与我省接壤的周边国家或地区发生重大传染病疫情和群体性不明原因疾病时，指导省内边境县(市)人民政府在出入境口岸、通道处设置临时卫生检疫站点，对出入境人员、物资、传染源动物和交通工具进行查验，对其病人、疑似病人、密切接触者实施临时隔离、留验，并及时向当地卫生行政部门指定的卫生专业机构移交。

(9)发布信息:新闻宣传部门要组织新闻单位，及时准确报道事件信息，正确引导舆论。

(10)开展群防群治:组织基层政权组织协助卫生行政部门和医疗卫生机构做好信息收集、报告、人员隔离和落实公共卫生防控措施等工作。

(11)维护社会稳定:组织公安、工商、物价等有关部门强化社会治安管理和市场监管,打击扰乱社会治安和经济秩序的各种违法犯罪行为。

(12)开展心理干预:组织有关部门和心理工作者,根据突发公共卫生事件特点和影响程度,有针对性地开展群众心理干预和高危人群心理辅导,避免社会恐慌。

(13)动员社会援助:动员和组织省内外、国内外社会组织和志愿者向事发地提供紧急援助,加强捐赠工作监督管理,保证社会援助工作的公开、透明。

4.2.2 各级卫生行政部门

(1)组织本级专家咨询委员会及专家评估组,对事件进行综合评,提出相应预警建议。

(2)提出是否成立本级应急指挥部的建议,启用应急指挥中心并确定本部门指挥体系和人员组成。

(3)组织急救援与调查:组织本级专业应急救援队伍、疾病预防控制机构、医疗机构和卫生监督机构开展突发公共卫生事件调查和应急处理。

(4)采取应急控制措施:根据需要组织应急疫苗接种、预防服药,设置临时卫生检疫站、留验观察站等应急控制措施。

(5)督导检查:组织对本行政区域内突发公共卫生事件应急处理的督导检查。

(6)开展培训:组织对本行政区域内突发公共卫生事件应急处理相关人员的专业培训。

(7)发布和通报信息:在授权范围内,由省卫生厅及时发布突发公共卫生事件的信息或公告。

(8)组织科普知识宣传:开展防病知识宣传和心理危机干预,增强公众卫生意识,提高自我防护能力,避免社会恐慌。

4.2.3 各级疾病预防控制机构

(1)信息监测报告:加强重点地区、重点人群、重点环节的监测,实行应急值班制度,及时收集、分析、报告事件信息。

(2)开展流行病学调查:根据应急专业预案,制定调查计划和方案,开展流行病学调查;对传染病病人、疑似病人、病原携带者、密切接触者、突发公共卫生事件高危因素等进行追踪调查,查明传播链或危险环节,及时提出有针对性的预防控制措施。

(3)开展实验室检测:按照技术规范及时采集足够的标本,分送相关实验室,尽快查明事件原因。

(4)加强科研与国际交流，及时查明病因，明确诊断。

(5)制定技术标准和规范:省级疾病预防控制机构协助省卫生厅制定新发传染病、群体性不明原因疾病、重大中毒事件的应急处理技术标准和规范。

(6)开展技术培训:组织本行政区域内专业技术人员应急培训;省疾控中心负责县级以上疾病预防控制专业人员培训工作。

(7)按照要求组建本单位内部应急工作队伍。

4.2.4 各级卫生监督机构

(1)在本级卫生行政部门的领导下，对各级疾病预防控制机构、医疗机构落实应急处理措施进行督导检查。

(2)围绕突发公共卫生事件应急处理工作，开展食品卫生、职业卫生、放射卫生、公共场所卫生、饮用水卫生等卫生监督和行政执法。

(3)参与突发公共卫生事件调查，协助卫生行政门依法查处违法违纪行为

4.2.5 各级医疗机构

(1)接诊、收治、转运突发公共卫生事件伤病人员;实行重症和普通病人分开管理，对疑似病人及时排查确诊。对突发公共卫生事件伤病人员做好归口管理工作。任何医疗机构不得拒绝接诊收治伤病人员。

(2)做好院内现场控制、消毒隔离、个人防护和医疗废弃物处理工作，防止院内交叉感染。

(3)协助病预防控制机构工作人员开展标本采集、流行病学调查等工作，依法报告相关信息。

(4)对非传染性伤病人员，按照现场救援、分类转运、后续救治、康复治疗相结合的原则进行处理。对传染性伤病人员，按照“三就地”原则进行处理。

(5)做好救治经验总结，积累相关知识和经验。积极开展国际交流与合作，提高应急能力和服务水平。

(6)紧急医疗救援中心要在第一时间参加现场检伤分类、医疗救护和伤病人员转运等工作。

4.2.6 各级应急队伍

根据突发公共卫生事件预警级别和工作需要，做好应急支援准备，准时集结待命。

4.2.7 出入境检验检疫机构

调集自身技术力量和应急资源，配合当地卫生行政部门做好区域内的应急处理工作。及时报告口岸、通道突发公共卫生事件信息和进展情况。

4.3 非事发地应急反应措施

非事发地应根据事发地突发公共卫生事件性质、特点、影响区域和发展趋势,分析本地区受波及的可能性和危害程度,适时启动预见性预警机制,做好防范和应急准备工作。预见性预警分为:极可能发生突发公共卫生事件(红色预警)、较可能发生突发公共卫生事件(橙色预警)和可能发生突发公共卫生事件(黄色预警)三级。

极可能发生突发公共卫生事件(红色预警):直接接壤或毗邻地区或通航的城市已发生甲类传染病和烈性传染病疫情;直接接壤或毗邻地区暴发流行其他传染性疾病,难于控制并出现扩散趋势。

较可能发生突发公共卫生事件(橙色预警):直接接壤或毗邻地区或通航的城市发生甲类传染病和烈性传染病散在病例。非直接接壤或非毗邻的地区、也无通航城市发生烈性传染病疫情。直接接壤或毗邻的地区暴发流行其他,传染性疾病。

可能发生突发公共卫生事件(黄色预警):非直接接壤或毗邻的地区或无通航的城市发生烈性传染病散在病例。

预见性预警由当地卫生行政部门提出建议,当地人民政府审核批准后组织应急准备和应急响应工作,并报上一级人民政府和卫生行政部门备案。

各级人民政府和卫生行政部门应准确收集事发地相关信息,动态调整本地预见性预警级别。当本地突发公共卫生事件的潜在威胁转为现实威胁后,即应撤销预见性预警,按照突发公共卫生事件的发生情况、强度和影响,决定并发布突发公共卫生事件预警级别。当突发公共卫生事件对本地的潜在威胁消除后,应适时撤销预见性预警,及时恢复常态工作。

启动预见性预警后,预警地区人民政府和卫生行政部门重点做好以下工作:密切保持与事发地的联系,及时获取事件相关信息;组织做好本地应急人员、物资、预案的准备工作;加强相关疾病或高危因素的监测和报告,根据预警级别建立专门的信息报告、汇总、分析制度;开展重点人群、重点场所和重点环节的监测和预防控制工作,采取必要的主动干预措施,防止事件的传入、发生和扩散;开展防治知识宣传和健康教育,提高群众自我保护意识和能力;根据上级人民政府和有关部门的决定,设立临时交通或边境检疫站(点),开展交通或出入境卫生检疫;必要时,启用留验观察设施;开展群防群控,落实义务报病制度,强化相关信息收集和监控。

4.4 事件评估

事件评估与事件报告、现场处理同时进行。事件评估分县(市、区)级、州(市)级、省级三级评估。县(市、区)级评估为初级评估,可根据事件影响程度,自下而上、逐级启动评估机制。评估工作主要在事发现场和救援地进行,评估内容包括事件性质、严重程度、影响范围、可控制性、应急需求、救援安全性等。评估

组必须在规定的时间内完成书面评估报告,向本级专家咨询委员会提交预警级别和应急处理的建议。

县级卫生行政部门收到突发公共卫生事件信息后,应及时组织专家评估组进行现场评估。必要时县级人民政府要指派本级公安、民政等有关部门参加评估。县级评估组作出初步评估报告和全面评估报告,及时向县级、州(市)级卫生行政部门报告。

州(市)级卫生行政部门在收到较大突发公共卫生事件信息报告后,应及时组织评估组参与现场评估并指导县级评估组工作。州(市)级评估组到达现场后,根据处理情况应及时向本级卫生行政部门提交初步评估报告和全面评估报告,评估报告同时报省卫生厅并向事发地县级卫生行政部门通报。

省卫生厅在收到重大或特别重大突发公共卫生事件报告后,应及时组织省级专家评估组,赴现场和救援地开展评估工作。省级评估组到达现场后,根据处理情况应及时向省卫生厅做出初步评估报告,在实验分析结果出来后4小时内完成全面评估报告。评估报告同时报省卫生厅并向事发地卫生行政部门通报。

省卫生厅收到重大或特别重大突发公共卫生事件评估报告时,要立即召开省级专家咨询委员会,分析评估结果,尽快提出预警级别建议,提出启动省级应急预案或专项应急预案的建议,并按照程序报批实施。

4.5 突发公共卫生事件分级反应

一般(IV级)突发公共卫生事件的应急反应:由县(市、区)人民政府和卫生行政部门作出应急反应和组织应急处理,启动县级应急预案。县(市、区)人民政府按照“4.2.1”规定迅速组织开展应急处理工作;其卫生行政部门按照“4.2.2”规定开展应急处理工作,并报州(市)级卫生行政部门。州(市)级人民政府和卫生行政部门收到报告后,要尽快组织专家对突发公共卫生事件应急处理进行指导。省级卫生行政部门根据工作需要提供技术支持。

较大(III级)突发公共卫生事件的应急反应:由州(市)人民政府和卫生行政部门作出应急反应和组织应急处理,启动州(市)级应急预案。州(市)级人民政府按照“4.2.1”规定组织开展应急处理工作,根据工作需要决定成立指挥机构,重点组织做好事件信息收集、人员疏散安置、防控地区划定、救援物资保障等工作;其卫生行政部门按照“4.2.2”规定开展工作,重点组织专家评估事件、组织应急救援、落实防控措施,及时向省卫生厅报告。州(市)级以下人民政府及卫生行政部门根据上级人民政府及卫生行政部门的要求,认真落实各项应急处理措施,加强信息收集和沟通,及时报告相关情况。省人民政府及省卫生厅主要是加强对事发地应急处理工作的检查督导,组织专家提供技术指导,适时向本省有关地区发出通报,采取措施防止事件扩散。

重大(II级)突发公共卫生事件的应急响应:由省人民政府和省卫生厅作出应急响应和组织应急处理,启动省级应急预案。根据省卫生厅的建议,省人民政府按照“4.2.1”规定组织开展应急处理,重点是应急资源调集、防控区域划定、应急物资保障、人员救济安置等工作,必要时请求国务院支持。省卫生厅按照“4.2.2”规定开展应急处理工作,重点是组织事件调查和综合评估,动态分析事件发展趋势,提出应急处理工作建议,向省级有关部门和有关省(自治区、直辖市)卫生行政部门通报情况,发布事件信息。省级以下人民政府及其有关部门按照省人民政府及省卫生厅的要求落实工作。

特别重大(I级)突发公共卫生事件的应急响应:由省人民政府和省卫生厅作出应急响应和组织应急处理,启动省级应急预案,适时请求启动国家级应急预案。省人民政府按照“4.2.1”规定,统一领导、协调指挥应急处理工作,并根据需要决定成立省应急指挥部,向国务院报告情况。省卫生厅按照“4.2.1”规定组织落实防控措施,根据需要请求卫生部支持。省级以下人民政府及有关部门按照省人民政府及省卫生厅要求落实工作。

4.6 应急资源调集

各级人民政府要认真做好应急物资储备,保证应急处理需要。在发生或可能发生重大和特别重大突发公共卫生事件时,预警地区人民政府和卫生行政部门要及时组织检查本行政区域的应急资源储备情况,完善应急需求计划,尽快充实应急资源。本级应急资源不足时,应向本级人民政府和上一级卫生行政部门报告,逐级调集应急物资保证应急处理工作。

县级应急力量不足,可启动区域协作机制,依组织动员周边县级、本州(市)级、中心协作圈内州(市)级、省级应急力量参与应急处理。省级应急力量不足,请求国家级力量支持。省人民政府指定有关部门组织跨州(市)和省级应急储备物资调集。

5 应急处理

5.1 应急处理原则

坚持属地管理原则:由事发地人民政府负责应急处理。

坚持安全第一原则:应急处理前必须对现场进行安全评估,确认安全,做好安全防护,方可进入现场开展应急处理。

坚持“五早、四边、三就地”原则:做到“早发现、早报告、早隔离、早诊断、早治疗”、“边调查、边处理、边救治、边控制”、“就地预防、就地隔离、就地治疗”。

坚持区域协作原则:打破行政隶属关系,以距离优先、时间优先、资源优先

为准则，确保第一时间、优势资源赶赴现场开展应急处理工作，提高应急处理效率。

5.2 应急启动

发生特别重大(I级)或重大(II级)突发公共卫生事件时，应启动省级应急预案。

根据省卫生厅的建议，省人民政府决定是否成立省应急指挥部。省应急指挥部尚未成立前，由省卫生厅负责协调指挥特别重大或重大突发公共卫生事件的应急处理工作，并组建现场指挥所，迅速赶赴现场，协调指挥现场医疗救护、疾病防控、社会治安、信息收集、通讯联络、后勤保障等应急处理工作。

省应急指挥部成立后迅速开展以下工作:责成省卫生厅立即组织事件调查确认和综合评估，提出预警级别建议，在30分钟内集结应急救援队伍，动员必要的医疗卫生资源作好应急支援准备，建立信息定时收集、汇总、分析、报告制度;责成卫生、公安、交通、民航、铁路、民政等有关部门，在2小时内形成应急救援运输方案和交通保障方案;责成公安、民政等有关部门，在30分钟内组建本部门应急救援队伍，待命参加现场应急处理;责成省气象局在60分钟内提供未来24小时至72小时内的事发地基本气象变化资料，并随时提供最新气象信息;责成省通信管理局在2小时内形成通信保障方案并检查落实。

发生较大(III级)、一般(IV级)突发公共卫生事件时，分别启动州(市)级、县(市、区)级应急预案，由同级人民政府和应急指挥机构按照上述原则启动本级应急处理工作。

5.3 现场处理

5.3.1 现场应急处理的部门与职责

省级突发公共卫生事件应急指挥机构负责制定重大或特别重大突发公共卫生事件的现场应急处理方案，组成现场指挥所，统一组织、协调有关部门，动员全社会力量，支持现场处理工作;省级以下各级应急指挥机构负责制定本级突发公共卫生事件的现场应急处理方案，组成本级现场指挥所。

省卫生厅负责组织制定重大或特别重大突发公共卫生事件的现场应急处理技术工作方案;州(市)级和县(市、区)级卫生行政部门负责组织制定较大或一般突发公共卫生事件现场应急处理技术工作方案。

各级专业技术机构在职责范围内做好现场应急处理工作。

5.3.2 现场应急处理的领导

现场指挥所负责统一领导、协调指挥现场应急处理工作，根据需要下设现场调查组、医疗组、检验组、信息组、卫生监督组、心理工作组、宣传组、后勤组、安全保卫组等，各司其职，各负其责，分工合作，共同控制事件态势。现场指挥

所实行每日例会制度，听取各工作组情况汇报，协调解决现场处理中的问题。现场应急处理结束，现场指挥所负责整理相关资料，完成现场处理总结报告，上报省卫生厅。

5.3.3 现场应急处理的工作原则

现场应急外理工作按照预见性、科学性、规范性、整体性的要求，遵循防治结合、

预防为主的原则。在传染性事件中，要迅速控制传染源，切断传播途径，保护易感人群。在非传染性事件中，要以保护未受害人群、控制未发病区域、防止事件扩散为重点，科学划定防控区域，采取主动干预措施，做到现场控制和现场防控同步，初步救治与环境消毒同步，已病治疗和未病预防同步，努力消除突发公共卫生事件危害因素，减轻事件损害。

5.3.4 现场应急处理的工作程序

现场应急处理工作程序按照流行病学调查→采样检验→突发公共卫生事件原因分析→制定防控方案→组织防控行动→落实防控措施的程序进行，不同事件的应急处理工作程序由省卫生厅另行制定。

各级卫生行政部门要根据事件性质、现场处理需要和技术难度，及时调集现场防

控队伍、设备、物资等，开展现场应急处理工作。现场防控队伍应尽可能建立现场临时实验室和配备快速检验检查设备，提高现场工作效率。

5.3.5 伤病人员的现场医疗救治

按照《云南省突发公共事件医疗卫生救援应急预案》执行。

根据工作需要调集医疗卫生机构力量，组建现场应急医疗队，设立若干现场医疗点，开展现场医疗救治工作。现场应急医疗队和转运医疗队应各司其职，确保现场救治工作顺利进行。

现场医疗救治中，首先要对伤病人员进行检伤分类和生命救治，优先处理危急重症伤病人员。确需转诊治疗的伤病人员应佩戴具有病情说明和特殊转运要求的标志牌，并根据伤病情况由重到轻组织转运救治。现场应急医疗队完成伤病人员初步处理后，应立即填写现场救治病历，将病历复写联与伤病人员一起转运。现场处理终止，将现场救治病历统一交现场指挥所集中建档。

5.3.6 现场应急队伍的协作关系

处理传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大放射辐射事件等以致病源(因素)危害为主的突发公共卫生事件时，按照卫生防控优先医疗救治的原则，优先

满足和配合疾病预防控制队伍和卫生监督机构开展调查和防控,并服从其业务指导和工作安排。下一级疾控队伍要服从上一级疾控队伍的业务指导和工作安排。对急需治疗的患者,必须立即安排救治。

处理群体性重大食物中毒、重大职业中毒等以生命危害为主的突发公共卫生事件时,按照医疗救治优先卫生防控的原则,优先满足和配合医疗应急队伍开展救治工作,并服从其业务指导和工作安排。医疗救治中对疾控机构、卫生监督机构采集样本和流行病学调查等工作予以协助。

5.4 现场救助与人群疏散程序

发生甲类传染病暴发流行时,省人民政府依法对疫区实行封锁,实施交通卫生检疫。县级人民政府应组织卫生、民政部门对疫区进行封锁,对密切接触者进行留验观察人员等强制隔离。

发生其他严重突发公共卫生事件时,需要组织高危群众撤离时,各级人民政府应按照程序组织指挥撤离。需撤离地区的乡镇人民政府提出建议,经县级人民政府紧急审查同意并报上级人民政府备案后,由县级和乡镇人民政府组织实施,启动县级应急避难所提供紧急避难。受事件影响必须组织多县范围的群众撤离时,由需撤离地区的县级人民政府提出建议,经州(市)级人民政府紧急审查同意并报省人民政府备案后,由州(市)级、县级和乡镇人民政府共同组织实施,启动州(市)级和邻近安全地区县级应急避难所提供紧急避难。受事件影响必须组织中心城市或有关州(市)范围内的群众撤离时,由需撤离地区的州(市)级人民政府提出建议,经省人民政府同意并报国务院备案后,由省、州(市)、县(市、区)人民政府共同组织实施,启动省级和邻近安全地区各级应急避难场所提供紧急避难。

疏散撤离的范围根据具体突发公共卫生事件威胁因素的固有特性,由专业预案和具体工作方案明确规定。

在省级组织的撤离过程中,省卫生厅负责组织撤离地区和庇护地区的医疗卫生机构提供疾病预防控制及医疗救助保障;省民政厅负责提供撤离群众的生活救济和紧急避难场所安排;省交通厅负责组织撤离人员和重要物资运输;省公安厅、武警云南省总队负责疏通撤离通道、维护撤离地区和紧急避难地区社会治安;省财政厅负责安排撤离所需经费;省新闻办负责舆论引导和宣传动员;省通信管理局负责提供通信保障。

5.5 应急队伍撤离

现场应急处理工作完成,伤病人员转为院内救治,突发公共卫生事件得到有效控制,经现场应急指挥机构报请上级卫生行政部门批准,依次撤离现场应急队伍。首先撤出省级和中心协作圈应急队伍,其次撤出州(市)级和周边协作圈县级

应急队伍，最后撤出事发地县级应急队伍。

专家指导组在完成的任务后，征得事发地应急指挥机构同意，并报请派出部门批准，可撤离应急处理现场。医疗救援队完成任务后，经现场应急指挥所同意，即可撤离应急处理现场。其他各类应急队伍，在完成相应任务后，经现场应急指挥所和派出机构同意，可按照省→州(市)级→县级顺序，依次撤离应急处理现场。应急队伍撤离前，应做好与事发地对应机构的工作交接，保证工作的连续性。

处理重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、危险化学品泄漏、放射事故等易污染事件结束时，应急队伍的撤离，应由事发地县级卫生行政部门组织专家对人员进行必要的健康检查或留验观察，对医疗设备进行统一消毒处理，检验合格方可撤离。

5.6 伤病人员院内救治及转院治疗

各级医疗机构对突发公共卫生事件伤病人员实行“先救治、后结算”，不得拒收伤病人员。院内救治应根据医疗机构服务能力和伤病人员救治需要，分别由事发地各级医疗机构、疾病预防控制机构、专业康复机构分级负责。需要转院治疗的应按照“就地、就近、有利”的原则进行。

院内救治按照危重抢救、专科治疗、康复治疗的基本程序进行。在生命体征平稳后，救治医院应及时把伤病人员转入相应专科进行后续治疗，安排需要康复治疗的伤病人员进行康复治疗，安排痊愈患者出院。

康复治疗原则上以社区或家庭康复治疗为主，由城市社区卫生服务中心或乡镇卫生院负责巡回医疗指导。需转入专业康复机构收治的，应逐级报经省卫生厅和省民政厅批准。

云南省突发公共卫生事件伤病人员院内救治和转院治疗基本规范见附录 93。

5.7 外籍和港、澳、台伤病人员应急救援

涉及外籍或港、澳、台伤病人员，医疗机构在积极救治或隔离控制的同时，要向事发地县级卫生部门报告。县级卫生部门初步核实身份等情况后，立即向本级人民政府和上级卫生部门通报现场指挥所、当地外事部门(含港澳事务)、台办、涉及外国和港、澳、台重要客人、知名人士的，应向省卫生厅、外办(含港澳事务)、台办报告。需要向国外驻华使(领)馆、香港特区政府、澳门特区政府、台湾相应机构通报情况的，由省外办(含港澳事务)、台办按照规定办理。

涉及外籍或港、澳、台伤病人员，原则上按照“三就地”原则开展应急救援，因技术原因需转入省级医疗机构或境外医疗机构救治的，由患者所住医疗机构提出申请，报州(市)级卫生部门审核签署意见，上报省卫生厅审批，由救治医疗机构负责转运。省卫生厅、外办(含港澳事务)、台办予以指导、协调、协助。

涉及外籍或港、澳、台伤病人员，由事发地卫生部门、外办(含港澳事务)、台办协同配合，组织医疗救治小组开展救治工作。事发地有国际救援合作机构的，应安排在国际救援合作机构中救治；没有国际救援合作机构的，应安排在当地条件最为适宜的医疗机构中救治。救治过程中，专业技术人员可申请省内外、境外技术支援，当地人民政府应予协调。

医疗救治机构在救治持有国际紧急医疗救援保险卡的外籍或港澳台伤病人员时，应与其保险公司取得联系，按照保险协议和双方约定方式获得救治授权并办理医疗费用担保、支付手续。无国际紧急医疗救援保险卡或其他约定紧急医疗救援保险卡的台湾同胞，凭台胞回乡证，一律免缴住院押金，其救治医疗费用出院时一并结算。与我省接壤国家边民入境救治，与国内居民一视同仁。

医疗救治中，涉及到民事法律等问题，除国际公约另有约定的外，均按照我国相关法律法规和诊疗规范处理。

5.8 信息通报

发生突发公共卫生事件时，事发地人民政府和卫生行政部门应及时向毗邻县(市、区)人民政府和卫生行政部门通报情况。凡需要向国际组织、周边国家和地区通报情况的，统一由省卫生厅和省外办按照规定办理。

涉及重大和特别重大突发公共卫生事件信息通报，由省新闻办召开新闻发布会，省人民政府或省卫生厅新闻发言人向媒体和社会各界通报情况。

各级卫生行政部门在接到毗邻县(市、区)人民政府和卫生行政部门，以及国际组织、毗邻国家和地区情况通报后，应立即报告上一级卫生行政部门，并通知本区域内医疗卫生机构做好预防控制工作。

全省突发公共卫生事件信息，由省卫生厅或经省卫生厅授权的机构发布，其他任何部门、单位和个人未经批准或授权，不得擅自对外公布信息。

5.9 应急反应终止

应急反应终止的条件是：事件得到有效控制，隐患或危险因素基本消除；经过最长潜伏期后无新发病例；事发地得到彻底消毒，传播媒介得到有效控制；事发国家(或地区)卫生部门已宣布解除重大传染病疫情预警。

特别重大(I级)或重大(II级)突发公共卫生事件、省级范围 I 级或 II 级预见性预警事件的终止，由省应急指挥部或省卫生厅组织专家分析论证后提出建议，报省人民政府批准后，由省人民政府或省卫生厅向社会公布。

较大(III级)或一般(IV级)突发公共卫生事件、III级预见性预警事件的终止，由原预警决定部门组织专家分析论证后提出建议，报同级人民政府批准后，由原预警决定部门向社会公布。

5.10 应急处理工作评估

应急反应终止后，各级卫生行政部门应组织专家评估组，对应急处理工作进行全面评估。评估内容包括事件概况、现场调查情况、伤病人员救治情况、处理效果评价、存在的问题、取得的经验、改进建议等。评估报告在应急反应终止后15个工作日内完成，并报本级人民政府和上级卫生行政部门。具体评估要求由省卫生厅另行制定。

6 善后处理

6.1 善后处理

坚持属地管理原则，以事发地县(市、区)人民政府为主，民政、劳动保障和有关商业保险公司协助，及时组织事件善后处理工作，包括对遇难者善后处理、伤残者救助等。

事发地各级民政部门在应急结束后，对人员伤亡情况进行评估，会同卫生、财政部门，制定死亡抚恤和伤残补助标准，报同级人民政府审核批准后发放。

特别重大或重大突发公共卫生事件中人员伤亡评估及救济标准，由省民政厅会同省卫生厅、财政厅等有关部门评估制定，报省人民政府审核批准。

事发地各级人民政府和民政部门要妥善处理突发公共卫生事件死亡人员遗体。因传染性疾病预防死亡者的遗体应按照《传染病防治法》的规定处理。

6.2 奖励、抚恤、补偿和责任追究

各级人民政府及人事、卫生等有关部门对突发公共卫生事件应急处理工作作出突出贡献的单位和个人应予表彰奖励;对英勇献身的人员，要按照有关规定追认为烈士。

各级人民政府及民政、财政、劳动保障等有关部门，对参与应急处理工作致病、致残、死亡人员，按照国家有关规定给予相应的补助和抚恤。对参加应急处理一线工作人员应根据工作需要制定合理的补助标准，给予补助。对应急处理时紧急调集征用有关单位、企业、个人的物资和劳务，经评估后给予适当补偿。

凡是在突发公共卫生事件应急处理工作中，有玩忽职守、失职、渎职等行为的，要依法依规追究当事人和有关责任人的责任;构成犯罪的，依法追究其刑事责任。

6.3 社会救助与保险

突发公共卫生事件伤病人员医疗救治费用按照有关规定处理。各级红十字会要发挥优势，广泛募集紧急救援物资，为突发公共卫生事件伤病人员、受灾人群提供人道主义救助。

要逐步建立社会保障与商业保险相结合的突发公共卫生事件保险机制,保障突发公共卫生事件伤病人员的医疗救治和康复治疗,帮助群众恢复正常的生产、生活。

7 应急处理保障

各级人民政府负责当地突发公共卫生事件应急处理经费、物资、设备等保障工作。

7.1 信息保障

主要包括预见信息、现场信息、基础信息 3 个部分。预见信息由省疾病预防控制中心和交通、公安、地震监测、气象监测部门按规范进行收集、汇总和报告。现场信息、基础信息由省卫生厅另行制定规范进行收集、汇总、报告。

省卫生厅牵头,建设省、州(市)、县(市、区)、乡(镇)四级公共卫生信息网和突发公共卫生事件信息平台、应急处理指挥平台。省卫生厅负责加强对各地、各单位上报的疫情信息、医疗资源信息核实和管理,确保信息及时、真实、准确。

省级卫生信息平台在建立突发公共卫生事件实时数据的同时,应补充完善相关历史数据,包括各级各类医疗卫生资源数据,确保数据库的完整性和动态分析的可行性。

省疾病预防控制中心负责制定突发公共卫生事件信息标准和分析处理规范,承担信息分析任务。各级疾病预防控制中心要实行数据信息三级核准制和领导签发制,严格按照规范和程序进行数据收集、汇总、报告。

地区之间、部门之间、行业之间应建立定期信息交换与共享制度。省级信息交换由省卫生厅协调。

7.2 应急支援模式准备

应急支援主要以 3 种模式进行。一是现场应急救援。以年富力强、有实际工作经验的专业技术人员为主,主要参与现场处理、紧急救治、疾病防控、分类转运等现场处理工作。二是专业性应急救援。以专业机构中经过训练、有一定资质和经验的中高级专业技术人员为主,主要参与和指导下一级专业技术机构的应急处理工作。三是指导性应急救援。以事件密切相关的高级专家为主,主要指导下一级专业技术机构解决应急处理工作中的疑难问题。

应急支援按照分级响应原则,逐级组织支援。专业性应急支援和指导性应急支援主要由省、州(市)级专业机构组织。

7.3 卫生应急队伍准备、培训和演练

7.3.1 队伍准备

各级卫生行政部门按照“平战结合、因地制宜，分类组建、分级负责，统一管理、协调运转”的原则，建立本级突发公共卫生事件应急救援队伍。应急队伍一般从医疗卫生专业机构中，选拔年轻力壮、责任心强、有实际工作经验的流行病学、疾病预防控制、实验室检测、临床救治、卫生监督、信息网络等专业技术人员组成。

省卫生厅负责组建省级专业应急队伍，包括传染病、群体性不明原因疾病、食物中毒、职业中毒、化学污染中毒、放射性损害 6 个专业队和省级转运医疗队，每队 20 人左右。地方各级卫生行政部门负责组建本级专业应急队伍，包括传染性疾病(传染病及群体性不明原因疾病)、非传染性疾病(食物中毒、职业中毒和化学污染中毒)和重症病人转运医疗队，州(市)级每队 10 人左右，县(市、区)级每队 5 人左右。

各级疾病预防控制中心、卫生监督机构、公立医疗机构、紧急医疗救援中心(站)要组建本单位突发公共卫生事件常备应急小组(医疗队)，配备基本装备，负责本行政区域内突发公共卫生事件的应急处理。云南省医疗卫生应急队伍基本装备配置建议目录见附录 9.5。各应急小组(医疗队)应装备必须的医疗设备和防护用品，定期进行应急救援演练。省疾病预防控制中心负责组建 10 支-20 支省级常备应急工作队(组)，负责全省突发公共卫生事件应急处理技术指导和特别重大、重大突发公共卫生事件的现场处理。省级各综合医疗机构要组建 2 支应急救治医疗队，负责全省特别重大、重大突发公共卫生事件的临床救治和现场救援。省紧急医疗救援中心负责组建 4 支省级转运医疗队，承担特别重大、重大突发公共卫生事件危重症伤病人员、特殊伤病人员转诊护送任务。省卫生监督所负责组建 5 支省级卫生监督应急队，依行政授权开展特别重大、重大突发公共卫生事件卫生监督任务。各州(市)、县(市、区)医疗卫生机构应根据本单位的人员、技术、设备等情况，每单位组建不少于 3 支应急工作队，负责本行政区域突发公共卫生事件的应急救援，支持、协助上级应急救援工作。

各级卫生行政部门要组建本级应急救援专家库和专家评估组。应急救援专家库主要包括应急管理、医疗卫生管理、疾病预防控制、医疗救治、卫生监督、紧急救援、实验检测、信息、计算机、化学、微生物学、物理学等相关专业高级专家。专家库之间实行资源共享。各级卫生行政部门从应急救援专家库中挑选熟悉技术业务和应急管理的专家，组成包括行政领导、应急管理、突发公共卫生事件特定专业专家在内，能适应突发公共卫生事件应急处理需求，人员相对固定的专家评估组，主要负责本行政区域内突发公共卫生事件的调查确认和综合评估。

各级应急救援队伍要服从本级卫生行政部门的统一管理、指挥和调度。启动应急预案时，应急队伍实行集中管理，编队进入“战时”状态，按照职责完成各项

工作任务。

7.3.2 培训和演练

省卫生厅负责全省突发公共卫生事件应急队伍培训，并组织演练。州(市)、县(市、区)级卫生行政部门负责本行政区域内应急队伍培训和演练。各有关部门负责本部门应急队伍的培训。

各地要坚持计划培训与临时培训相结合，以计划培训为主;系统学习与实战演练相结合，以系统学习为主;短期轮训与长期进修相结合，以短期轮训为主的原则，认真做好应急队伍培训工作。省卫生厅指定实力强、专业对口的医疗机构和疾病预防控制机构作为应急队伍培训基地，承担培训和演练任务。

各级卫生行政部门每年至少组织1次突发公共卫生事件应急演练。演练中需要公众参与的，必须报本级人民政府同意。

7.4 应急体系建设

按照“中央指导、地方负责，统筹兼顾、平战结合，因地制宜、合理布局”的原则，逐步建立符合省情、覆盖城乡、功能完善、反应灵敏、运转协调、持续发展的疾病预防控制体系、医疗救治体系和卫生监督体系。

疾病预防控制体系建设:加强基础设施建设和设备装备，改善疾病预防控制条件;建立功能完善、反应迅速、运转协调的应急处理工作机制;健全覆盖城乡、灵敏高效、快速畅通的突发公共卫生事件信息网络;加快队伍建设，提高人员素质。省卫生厅负责在省级疾病预防控制机构中储备应急资源。

医疗救治体系建设:加强医疗救治体系建设，逐步建立功能完备的医疗救治核心体系和紧急医疗救援网络。一是加强紧急救援机构建设。各州(市)人民政府应继续加强紧急救援中心建设，并与区域内综合医院急诊科组成急救网络;各县(市、区)人民政府应建立本级紧急救援机构。二是加强传染病救治机构建设。加快省传染病专科医院建设进度，各州(市)、县(市、区)要继续加强传染病院(区)建设，各中心乡镇卫生院和边境一线乡镇卫生院要设立传染病门诊和隔离观察室。三是加强核心医疗救治机构建设。加强省级和中心协作圈内核心医疗救治机构应急能力建设，加强应急救治专业技术人员培训、应急设备设施装备。省卫生厅要依托省级医疗机构，逐步建设省传染病、食物中毒、职业中毒、化学品中毒、核辐射救治基地;各州(市)

卫生行政部门要在核心救治机构中预留一定数量的应急救治床位，储备一定数量应急

设备、物资，充实应急救治人员，保障应急救治工作。

卫生监督体系建设:全省建立统一的卫生执法监督体系，明确工作职责，规

范执法行为，充实执法人员，加强执法装备，提高执法水平。

7.5 集中留验观察场所准备

省、州(市)、县(市、区)各建立 1 个—2 个备用留验观察站。每个边境口岸、机场、火车站、汽车客运站要设立 1 个相对封闭、易于管理、能满足一定数量传染性疾病预防接触者或可疑病人的临时集中留验观察室。设立留验观察室应征求当地卫生行政部门和疾病预防控制机构意见，防止区域污染和感染扩散。留验观察室的启用，由当地人民政府及应急指挥部、卫生行政部门决定。留验观察室卫生技术人员由当地卫生行政部门从医疗卫生机构中抽调，管理及服务人员由当地人民政府从有关部门、单位中抽调。各级留验观察室要依法向当地疾病预防控制中心报告疫情信息。

7.6 血液和血液制品保障

各级人民政府及卫生行政部门依法负责无偿献血的宣传、动员和组织。各州(市)血液中心、基层血库应建立血液应急储备基数制度和稀有血型资源共享制度，建立能满足 4 小时新采供 10000 毫升血液的义务献血员资料库，建立备用稀有血型献血者和义务献血者计算机信息管理系统，保证各型血液的最低储备。云南昆明血液中心负责牵头建立全省稀有血型资源共享资料库。

7.7 应急医疗物资储备

医疗卫生应急物资主要包括医疗卫生设备、救治药品、疫苗、消杀药品、医用器材、快速检验检测试剂、传染源隔离和卫生防护用品等。

7.7.1 储备目录、计划

省卫生厅按照“基础物资、专用物资、特殊物资”3 个类别确定《云南省突发公共卫生事件医疗卫生应急物资储备目录》，每年提出省级应急物资储备计划，省经委负责应急物资储备，省财政厅保障物资储备经费。各州(市)、县(市、区)卫生、经济、财政部门要根据省级应急物资储备目录，结合实际，制定本行政区域应急物资储备目录、计划，保证应急物资储备。云南省突发公共卫生事件应急医疗卫生物资储备数量计算方法见附录 9.4。

7.7.2 物资储备

应急物资储备采取实物储备、委托储备、生产能力储备、信息储备相结合的方式，实行一线分级储备、区域重点储备、省级保障储备相结合的分级储备制度。

各级人民政府及卫生行政部门要在应急专业技术机构中建立一线定点实物储备制度，保证应急物资和应急队伍同步到位，保障第一时间开展应急处理工作。在确保物资储备基数的前提下，一线应急物资可在日常医疗卫生服务中周转使用，

减少过期损耗和自然损耗。应急处理消耗的和合理损耗的物资，由卫生、审计部门核定后，商经济、财政部门及时补充。昆明、大理、思茅、红河、曲靖 5 个州(市)应建立应急物资区域性储备中心。省人民政府可授权有关部门，以协议形式委托医药公司和生产厂商进行二线实物储备，保证应急物资供应。委托储备物资目录由省卫生厅提出，报省人民政府批准后，由省政府采购中心和省药品集中采购办公室落实。储备困难或易过期损耗的应急物资，由省卫生厅和省经委以协议方式委托有资质的厂家进行生产能力储备。一旦发生突发公共卫生事件，经省应急指挥部同意，由协议生产厂家按质量标准和生产计划启动生产。极少使用但较为重要的应急物资，由省卫生厅制定储备清单，进行生产企业、销售公司、联系方式等信息储备。开展中毒、放射、生化事件应急处理的特殊救治药品、设备、试剂，应在各级疾病预防控制机构、救治基地医院中分级储备，全省统一调配使用；常用救治药品、设备、试剂在各级医疗机构中分级储备。

7.8 经费保障

突发公共卫生事件应急处理经费保障实行分级负责、专项管理、专款使用、滚动结存制度。各级发展改革部门要优先安排突发公共卫生事件应急处理基础设施建设项目。各级财政部门要按规定落实应急救援设备购置、交通工具、队伍装备、人员培训演练、物资储备、损耗物资补充等应急处理工作经费，并列入同级财政预算予以保证。省级财政对边远贫困地区突发公共卫生事件应急处理工作给予资金支持，并配合有关部门争取中央支持。各级应急队伍参加应急处理所需经费，力争事前预算、事后审计结算，审计结算后的实际费用，由同级财政部门安排。

各级人民政府及其有关部门应积极通过国际、国内等多渠道筹集资金，用于突发公共卫生事件应急处理工作。

7.9 技术保障

突发公共卫生事件应急处理技术保障必须坚持大卫生观念，集中全社会的相关资源，按社会协作的形式组织。

各级人民政府要投入专项资金和争取中央项目经费，加强医疗卫生机构检验检测设备装备，加强专业技术人员培训，提高突发公共卫生事件快速反应和应急处理能力。

7.10 通信保障和交通保障

各级应急队伍和应急处理机构要根据实际工作需要配备通信设备和交通工具。

7.11 社会公众宣传教育和咨询

各级新闻、宣传部门要充分利用广播、电视、报刊、互联网等媒体，采取多种形式，广泛宣传突发公共卫生事件防范知识，普及卫生科普知识，倡导群众以科学态度对待突发公共卫生事件。

发生特别重大或重大突发公共卫生事件时，省应急指挥部及省卫生厅、省疾病预防控制中心、省级医疗机构、省卫生监督所要设立并公布 24 小时值班电话，提供群众咨询服务。旅游地区卫生行政部门、疾病预防控制中心、定点医疗救治机构应增设英语值班电话。

7.12 法律保障

省法制办、卫生厅等有关部门应根据突发公共卫生事件应急处理过程中出现的新情况、新问题，加强调查研究，及时提出法规修订意见，逐步建设完善突发公共卫生事件应急处理的法制保障体系。

各级人民政府及其有关部门在突发公共卫生事件应急处理中，要严格执行国务院《突发公共卫生事件应急条例》、《云南省突发公共卫生事件应急规定》等法规规章，根据本预案要求，严格履行职责，积极主动工作。对履行职责不力，造成严重后果的，要依法依规追究有关责任人员的责任。

7.13 预案准备和修订

县级以上人民政府应根据国务院《突发公共卫生事件应急条例》的规定，在本预案的基础上，结合当地实际，制定本地突发公共卫生事件应急预案，并报上一级人民政府备案。

省卫生厅应在本预案的基础上，分别制定全省重大传染性疫情、群体性不明原因疾病、食物中毒、重大职业中毒等突发公共卫生事件专业应急预案。其他有关部门应根据本预案制定本部门职责范围内的工作预案，报省人民政府备案。

省卫生厅应根据突发公共卫生事件形势变化和实施中发现的新问题，提出修改完善的意见和建议，报请省人民政府及时对本预案进行修订。

8 附则

8.1 名词术语

重大传染病疫情是指某种传染病在短时间内发生 波及范围广泛，出现大量病人或死亡病例，其发病率远远超过常年的发病率水平的情况。

群体性不明原因疾病是指在短时间内，某一相对集中的区域内同时或者相继出现多个具有共同临床表现的病人，且病例不断增加，范围不断扩大，又暂时不能明确诊断的疾病。

重大食物和职业中毒是指由于食品污染和职业危害因素而造成的人数众多或者伤亡较重的中毒事件。

新传染病是指全球首次发现的传染病。

我国尚未发现传染病是指埃博拉、猴痘、黄热病、人变异性克雅氏病等在其他国家和地区已经发现，在我国尚未发现过的传染病。

我国已消灭传染病是指天花、脊髓灰质炎等传染病。

事发地区是指突发公共卫生事件发生地和主要波及区域。

预警地区是指受突发公共卫生事件影响并启动预见性预警的地区。

伤病人员是指受突发公共卫生事件危害因素致病、致伤、致残或死亡人员。

外籍人士是指在我国境内居住、工作、学习、旅游等无中华人民共和国国籍的国外政府官员、专家、学者、留学生及游客等。

8.2 预案解释部门

本预案由云南省人民政府办公厅负责解释。

8.3 预案实施时间

本预案自印发之日起施行。

9 附录

9.1 云南省突发公共卫生事件应急处理区域协作机制

为提高突发公共卫生事件应急处理效率，降低处理风险和成本，按照应急处理中“存量资源整合利用为主、增量资源适当补充为辅”的原则，建立事发地区周边协作圈和中心协作圈机制，进行分级动员、协作支援应急处理工作。

各县(市、区)之间、乡(镇)之间要打破现有行政隶属关系，以政府或部门协议形式，建立周边协作机制，确保距离最近、时间最陕、在第一时间开展应急处理、伤病人员救治工作。

全省建立以昆明、玉溪、曲靖、大理为中心，覆盖周边州(市)多中心区域协作圈和卫生防疫屏障。

滇东方向:建立以曲靖市市级医院、市疾病预防控制中心、市血液中心为中心，覆盖昭通、曲靖 2 个市的中心协作圈和卫生防疫屏障。

滇西方向:建立以省地方病防治所和大理州州级医院、州疾病预防控制中心、州血液中心为中心，覆盖大理、迪庆、丽江、怒江、德宏、保山、临沧 7 个州(市)的中心协作圈和卫生防疫屏障。

滇南方向:建立以玉溪市市级医院、市疾病预防控制中心、市血液中心为中心，覆盖玉溪、西双版纳、思茅、红河、文山 5 个州(市)的中心协作圈和卫生防疫屏障。

滇中方向:建立以昆明市市级医院、市疾病预防控制中心、云南昆明血液中心为中心，覆盖昆明、楚雄、玉溪、曲靖 4 个州(市)的中心协作圈和卫生防疫屏

障。

执行跨地区应急救援任务时,应急救援队伍要服从事发地区应急指挥机构的统一领导。

9.2 云南省突发公共卫生事件义务报病员制度

义务报病员由具有初中以上文化程度,热爱公益事业,有一定协调能力,熟悉社区环境,群众关系良好,生活工作稳定的人员担任。原则上,每个居民委员会和每个村民小组应聘用一名义务报病员。义务报病员均为兼任形式,由县级疾病预防控制中心经同级卫生行政部门核准后聘用,无固定工资和编制。

义务报病员负责及时向基层防保组或县级疾病预防控制中心报告当地发生的可疑传染性疾病、群体性不明原因疾病、中毒性事件和其他可疑的公共卫生事件信息,并帮助上级派出人员开展调查核实。

义务报病员不承担由于专业水平局限而漏报、错报的法律责任。县级疾病预防控制中心应对报告有效突发公共卫生事件信息的义务报病员予以奖励。

省疾病预防控制中心负责制定全省义务报病规范;县级疾病预防控制中心负责义务报病员和义务报病制度的管理,指导义务报病员工作;基层医疗机构防保组受县级疾病预防控制中心的委托,负责与义务报病员建立定期联系,提供工作帮助和指导。

县级疾病预防控制中心为义务报病员提供定期培训与报病奖励。报病奖励金额由省疾病预防控制中心拟定标准,报省卫生厅和省财政厅审批同意后,全省按照统一标准执行。

义务报病奖励经费列入同级财政预算安排。

9.3 云南省突发公共卫生事件伤病人员院内救治和转院治疗基本规范

9.3.1 传染性伤病人员院内救治和转院治疗规范

有传染性疾病或群体性不明原因疾病的伤病人员,原则上一律在事发地区有隔离条件的县(市、区)、乡(镇)级医疗机构传染病科(病区)隔离治疗。在确保安全的前提下,轻症病人可由基层医疗机构和现场疾病控制工作队设立家庭病床隔离治疗。

必须转到上一级医疗机构救治的危重病人、特殊病人,须经上一级应急救援专家会诊后,由转入地卫生行政主管部门和省卫生厅批准,并报应急指挥部同意,在严密监护条件下,由转出地卫生行政主管部门派专业人员、救护车护送,按规定时间、线路转运。转运车辆及乘员完成任务后,必须到转入地县级疾病预防控制中心指定地点进行消毒处理后方可返回。

9.3.2 非传染性伤病人员院内救治和转院治疗规范

事发地区或事发邻近地区医疗机构技术力量能够满足院内救治时,伤病人员应集中到上述地区医疗机构和县(市、区)级医院进行院内救治。事发地区医疗机构技术力量不足时,首先应通过上一级医疗卫生机构的技术救援就地治疗。事发地区县(市区)医疗机构技术力量不能满足危重病人应急救治时,经过应急救援专家会诊后,病人及其家属同意,报转出、转入地卫生行政主管部门批准,病人可转到上一级医疗机构救治。为确保非传染性危重病人、特殊病人的及时救治,经现场救治病人病情初步稳定后,经现场应急指挥所批准,可直接转到上一级医疗机构救治。

9.4 云南省突发公共卫生事件应急医疗卫生物资储备数量计算方法

9.4.1 一线实物储备数量计算方法

一线实物储备数量=人份用量 X 时间用量 X 事件规模需求 X 后援物资预计到达时间系数)

9.4.2 总体物资储备数量的基本计算方法

总体物资储备数量=人份用量 X 事件平均持续时间 X 事件最大规模需求 X 生产周期时间系数 X 事件影响范围指数)

9.4.3 第一时间一线实物储备数量的事件规模需求基数。

乡镇级以 20 人 4 小时的需求为基数;每支应急救援队伍以 30 人 4 小时的应急需要为基数;县(市区)级以 30 人 8 小时的应急需要为基数;州(市)级以 50 人 24 小时的应急需要为基数;省级以 100 人 48 小时的应急需要为基数。

9.4.4 边远地区和交通不发达地区基础

储备数量的时间系数以省城※州(市中心城市※县城※乡镇所在地的实际所需时间校正计算。

9.5 云南省医疗卫生应急队伍基本装备

根据现场应急处理工作要求,应急医疗队应配备的基准装备如下:

9.5.1 医疗治设备

基本医疗诊断设备如听诊器血压表叩诊锤检查电筒;急救呼吸气囊(复苏球)套件和氧气面罩;铝合金高压医用氧气瓶(气瓶容量 4L,充氧容量)720L);插管喉镜气管导管及气管插管所需物品及诱导肌松药物;转运呼吸机,便携式心电无创血压血氧饱和度监护仪;便携式脉搏血氧饱和度监测仪;体外心脏除颤起搏仪;便携式血液灌流机;便携式心电图机;清创缝合手术包;舌钳开口器、口咽通道;气管切开手术包、环甲膜穿刺包;一次性中心静脉置管套件;高压消毒锅;颈托小夹板绷带

消毒纱布等止血、固定材料;能满足4小时用量的止血、呼吸兴奋、循环支持镇静止痛消炎抗菌特效解毒剂等急救用药;能满足4小时需求的扩容剂等输液药品;能满足4小时50人份救治需要的一次性注射器、输液器碘酒酒精等消耗性医疗药品等。

9.5.2 疾病控制设备

现场快速检验箱;样品保存袋和取样工具;冰壶或保温器具;流行病学调查等现场资料采集袋;能满足4小时需要的特效解毒剂、预防药品或传染病特殊治疗药品;能满足4小时水源和环境消毒需要的消毒剂等。

9.5.3 卫生监督设备

照相机、摄像机;取证工具等。

9.5.4 基本工作设备

应急照明灯;工作帐篷;转运分类识别标签;防水应急救治病历卡和防水书写工具;五金工具套件。

9.5.5 基本个人防护设备

头盔式照明灯;带反光条的应急救援工作服(防水防寒);传染病防护服防护口罩防护眼镜、防护鞋;信号标识等。

9.5.6 基本救援生活装备

能满足全队三天应急救援需要的压缩干粮;能满足三天全队最低需要的饮用水等。

1.2.3 云南省突发公共事件医疗卫生救援应急预案简本

1 总则

1.1 编制目的

保障自然灾害、事故灾难、公共卫生、社会安全等突发公共事件发生后,各项医疗卫生救援工作迅速、高效、有序地进行,提高卫生部门应对各类突发公共事件的应急反应能力和医疗卫生救援水平,最大限度地减少人员伤亡和健康危害,保障人民群众身体健康和生命安全,维护社会稳定。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国传染病防治法》、《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》、《云南省突发公共卫生事件应急规定》、《云南省突发公共事件总体应急预案》等,制定本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于发生在我省境内的突发公共事件所导致的人员伤亡、健康危害的医疗救援工作。

1.4 工作原则

按照“政府领导、分级负责，属地管理、落实职责，依靠科学、依法规范，反应及时、措施果断，整合资源、信息共享，平战结合、常备不懈，加强协作、公众参与”的原则开展医疗卫生救援工作。

2 事件分级

医疗卫生救援事件分为特别重大(I级)、重大(II级)、较大(III级)和一般(IV级)四级。

3 组织机构

各级卫生行政部门在同级人民政府应急委等应急指挥机构的领导下，与公安、民政、环保、安全生产、消防、地震等部门配合，成立医疗卫生救援组织机构，做好医疗卫生救援工作。

3.1 领导机构

省卫生厅成立省突发公共事件医疗卫生救援领导小组，负责组织、协调和部署全省特别重大和重大突发公共事件的医疗救援工作。各级州(市)、县(市、区)成立相应的医疗卫生救援领导小组，负责组织协调辖区内的突发公共事件医疗卫生救援工作。

3.2 专家组

各级卫生行政部门负责组建本级突发公共事件医疗卫生救援专家组，对突发公共事件医疗卫生救援应急管理提供决策方案，参与应急处理工作。

3.3 救援机构

各级各类医疗机构(包括紧急医疗救援中心、综合医院、专科医院及化学中毒、职业中毒事故救治基地)承担突发公共事件的医疗救援任务。

3.4 现场救援指挥部

各级卫生行政部门根据工作需要现场设立现场医疗卫生救援指挥部，在突发公共事件现场指挥部的统一指挥下，组织协调现场医疗卫生救援工作。

4 应急响应

发生突发公共卫生事件时，事发地区卫生行政部门按照“属地管理、分级负

责”的原则，迅速作出应急响应，组织各医疗卫生救援机构，启动医疗卫生救援预案，采取果断措施进行处置，控制事态发展。

5 现场医疗卫生救援

各级卫生行政部门接到关于突发公共事件的指示、通报或报告后，应立即调集紧急医疗救援中心和邻近医疗机构救治队伍，在第一时间到达现场开展医疗卫生应急救援工作。

6 院内救治

当地卫生行政部门要统一协调院内救治工作，并按急诊抢救、专科治疗程序进行。

7 外籍及港澳台人员应急救援

遇到受伤的外籍及港澳台人员，在积极医疗救治的同时，应立即报告现场指挥部或卫生行政部门，卫生行政部门立即核实其身份等情况，报告同级外事部门(含港澳事务)或台湾事务部门。

8 信息报告和发布

医疗卫生救援组织机构在迅速开展医疗卫生救援工作的同时，应立即将事件名称、发生地点、发生时间、人员伤亡、现场抢救、卫生救援需求等情况向当地人民政府报告。

9 应急响应的终止

突发公共事件得到有效控制，现场医疗救援工作完成，所有伤病员得到救治，经专家组评估后，宣布应急响应终止。

10 保障措施

10.1 信息保障

逐步建设全省突发公共事件医疗卫生救援信息网络系统，做到覆盖全省各级卫生行政部门及各医疗卫生单位，并与国家突发公共卫生事件信息管理系统连接，及时、准确、全面掌握医疗卫生救援资源和事件信息，提高突发公共事件快速反应能力和应急处理能力。

10.2 急救网络保障

昆明市区建立省急救中心，其余州(市)应依托现有医疗机构建立当地急救中心，各县(市、区)应依托县级医疗机构建立急救站。

10.3 应急队伍保障

省级组建 100 人的医疗卫生应急救援队伍。各州(市)、县(区)分别组建不少于 50 人、30 人的医疗卫生救援应急队伍。

10.4 应急物资保障

各级卫生行政部门负责拟定突发公共事件医疗卫生救援所需的药品、器械、设备、快速检测器械和试剂、卫生防护用品等物资储备计划。

10.5 应急经费保障

各级财政部门负责安排由政府承担的突发公共事件应急医疗卫生救援所必需的经费，并做好经费使用的监督管理工作。

10.6 应急交通运输保障

开展医疗卫生救援工作的应急队伍应配备救护车辆、交通工具、通信设备。

10.7 其他保障

公安部门负责维护突发公共事件现场治安秩序。科技部门负责组织科研力量，协作开展医疗卫生救援技术科技攻关。食品药品监督管理部门按职责加强食品、药品、医疗器械的监督管理，组织特殊救治药品的生产。海关依法支持急需进口的药品、设备、试剂、器材的优先通关验放。红十字会积极组织群众自救互救，必要时向国内外发出呼吁，依法接受国内外组织和个人的捐赠，提供急需的人道主义援助。驻滇部队参与医疗卫生救援工作。

11 公众参与

各级卫生行政部门和红十字会要做好卫生救护知识宣传的组织工作，大力普及卫生救护基本知识，积极开展宣传骨干培训。新闻、宣传部门要组织利用广播、电视、新闻出版、互联网等单位，广泛宣传卫生救护知识。

12 附则

12.1 责任与奖惩

突发公共事件医疗卫生救援工作实行责任制和责任追究制。对突发公共事件医疗卫生救援工作作出突出贡献的单位和个人给予表彰和奖励。对失职、渎职造成影响的，依法依规严肃追究责任;构成犯罪的，依法追究刑事责任。

12.2 预案制订与修订

各州(市)、县(市、区)应结合本地实际，制订本级突发公共事件医疗卫生救援应急预案简本。省级根据实际情况，及时修订本预案简本。

1.3 陇川县妇幼保健院应急预案

1.3.1 陇川县妇幼保健院卫生应急预案

为有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件及其危害，规范参与及完成各类突发公共卫生事件的应急处理工作，最大程度地减少突发公共卫生事件对公众健康造成的危害，保障公众身心健康与生命安全。依据《中华人民共和国突发公共卫生事件应急预案》及本中心实际修订本预案：

一、事件分级

根据突发公共卫生事件性质、危害程度、涉及范围，突发公共卫生事件划分为特别重大(I)级、重大(II)级、较大(III)级和一般(IV级)四级。

(一)特别重大(I)级突发公共卫生事件

- 1.肺鼠疫、肺炭疽在大、中城市发生并有扩散趋势，或肺鼠疫、肺炭疽疫情波及2个以上的省份，并有进一步扩散趋势。
- 2.发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感病例，并有扩散趋势。
- 3.涉及多个省份的群体性不明原因疾病，并有扩散趋势。
- 4.发生新传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现我国已消灭的传染病重新流行。
- 5.发生烈性病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。
- 6.周边以及与我国通航的国家和地区发生特大传染病疫情，并出现输入性病例，严重危及我国公共卫生安全的事件。
- 7.国务院卫生行政部门认定的其他特别重大突发公共卫生事件。

(二)重大(II级)突发公共卫生事件

- 1.在1个县(市、区)行政区域内，1个平均潜伏期内(6天)发生5例以上肺鼠疫、肺炭疽病例，或相关联的疫情波及两个以上的县(市、区)。
- 2.发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感疑似病例。
- 3.腺鼠疫发生流行，在1个地级以上市行政区域内，1个平均潜伏期内多点连续发病20例以上，或流行范围波及包括佛山市在内的两个以上地级以上市。
- 4.霍乱在1个地级以上市行政区域内流行，1周内发病30例以上，或波及包括佛山市在内的两个以上地级以上市，有扩散趋势。
- 5.乙类、丙类传染病疫情波及两个以上县(市、区)，1周内发病水平超过前5年同期平均发病水平两倍以上。
- 6.我国尚未发现的传染病发生或传入，尚未造成扩散。
- 7.发生群体性不明原因疾病，扩散到县(市、区)以外的地区。
- 8.发生重大医源性感染事件。

9.预防接种或群体预防性用药出现人员死亡。

10.一次发生急性职业中毒 50 人以上(含 50 例), 或死亡 5 人以上。

11.境内外隐匿运输、邮寄烈性生物病原体、生物毒素造成我市人员感染或死亡的。

12.省级以上卫生行政部门认定的其他重大突发公共卫生事件。

(三)较大(III 级)突发公共卫生事件

1.发生肺鼠疫、肺炭疽病例, 1 个平均潜伏期内(6 天)病例数未超过 5 例, 流行范围在 1 个县(市、区)行政区域内。

2.腺鼠疫发生流行, 在 1 个县(市、区)行政区域内, 1 个平均潜伏期内连续发病 10 例以上, 或波及两个以上县(市、区)。

3.霍乱在 1 个县(市、区)行政区域内发生, 1 周内发病 10-29 例, 或波及两个以上县(市、区), 或地级以上市城区首次发生。

4.1 周内在 1 个县(市、区)行政区域内, 乙、丙类传染病发病水平超过前 5 年同期平均发病水平 1 倍以上。

5.在 1 个县(市、区)范围内发现群体性不明原因疾病。

6.预防接种或群体预防性服药出现群体心因性反应或不良反应。

7.一次发生急性职业中毒 10-49 人, 或死亡 4 人以下。

8.地级以上卫生行政部门认定的其他较大突发公共卫生事件。

(四)一般(IV 级)突发公共卫生事件

1.腺鼠疫在 1 个县(市、区)行政区域内发生, 1 个平均潜伏期内病例数未超过 10 例。

2.霍乱在 1 个县(市、区)行政区域内发生, 1 周内发病 9 例以下(含 9 例)。

3.1 次发生急性职业中毒 9 人以下(含 9 例), 未出现死亡病例。

4.县级以上卫生行政部门认定的其他较大突发公共卫生事件。

二、适用范围

本预案适用于突发公共卫生事件, 是指突然发生, 造成或者可能造成社会公众身心健康严重损害的重大传染病、群体性不明原因疾病、重大医疗事故、重大食物和职业中毒以及因自然灾害、事故灾害或社会安全等事件引起的严重影响公众身心健康的卫生事件的应急处理工作。

三、指导原则

(一)预防为主, 常备不懈

要提高医院防范突发公共卫生事件意识, 落实各项防范措施, 做好人员、技术、物品和设备的应急储备。对各类可能引发突发公共卫生事件的情况要及时分析、预警, 做到早期发现、及时报告、快速反应、有效处置。

(二)统一领导，分级负责

成立突发公共卫生事件应急领导小组，负责处置突发公共卫生事件的统一领导和指挥，各有关小组部门按照预案规定，在各自的职责范围内做好突发公共卫生事件及传染病疫情应急处理的有关工作。

(三)依法规范，措施果断

院各科室要按照相关法律、法规制度的规定，对可能发生的突发公共卫生事件做出快速反应，及时、有效开展调研、监管、报告和果断处理工作。

(四)依靠科学，加强合作

突发公共卫生事件应急处理工作需要先进、完备的科学技术保障。需要加强医疗、综治、消防安全教育，提高全院医务人员防范意识和能力，组织职工积极参与突发公共卫生事件应急处理。

四、加强组织领导，成立和健全机构组织

(一)成立突发公共卫生事件应急领导小组

1、应急领导小组成员

组长:院长

副组长:领导班子

成员:各科室负责人

2、应急领导小组职责:负责全面指挥工作，联络上级有关部门、及时沟通、反馈和汇报总结事件处理情况，协调卫生事件应急处置，安排卫生事件处理具体工作和人员调度，带领应急救援队伍赴卫生事件发生地区开展医疗救援工作。

(二)下设应急医疗救助组

1、应急医疗救助组成员

组长:党支部书记

副组长:公卫科、医务科负责人

成员:各科室负责人

2、应急医疗救助组职责:一旦突发公共卫生事件，应急医疗救助组所有成员应做好随时奔赴卫生事件地区开展救援工作的准备，24小时开手机待命;接到通知后马上到位，服从现场救援领导工作安排，开展救援工作。

(三)下设应急后勤保障组

1、应急后勤保障组成员

组长:分管副院长

副组长:总务后勤科科长、药剂科科长、信息设备科科长

成员:后勤、药剂、信息设备职员

2、应急后勤保障组职责:日常负责后勤保障物资(药品和用物物资)采购、准

备和管理,定期检查后勤保障物资(药品和用物物资)情况,及时调整和充实(后勤科主要负责救护车、后勤保障装备和医护人员个人防护类等物资;药械科、信息设备科主要负责医用器材、急救装备和应急药品等物资)。一旦突发公共卫生事件,负责调配和安排应急保障物资(药品和用物物资)、车辆和驾驶员,做好相关医疗物资的供应保障工作,跟随应急救援队伍赴卫生事件发生地区开展医疗救援工作。

五、加强培训,提高应急处置水平

结合本中心职责开展专业技术人员处理公共卫生事件的诊断、应急处理和治疗的能力培训,快速提高应对能力和技术水平,在发生卫生事件时,服从卫生行政部门的统一指挥和安排,开展应急处理工作。

六、突发公共卫生事件的处理

(一)预案的启动

在日常医疗保健服务过程中,一旦发生《中华人民共和国突发公共卫生事件应急预案》中所指的突发事件,应立即启动该预案。

(二)预案启动后的要求

预案启动后,领导小组、医疗救助组、后勤保障组相关成员和各科室负责人节日期间不得离开陇川县地区,并保持24小时联络通讯畅通。接到电话时,应立即赶赴指定地点及时开展应急相关工作。以上人员如有特殊情况需要离开陇川者,必须向领导小组组长请假,经批准后方可离开。

(三)处理要求

1.发现突发公共卫生事件后,立即向本中心突发公共卫生事件医疗应急领导小组报告疫情,半小时将疫情上报疾控中心或相关卫生行政部门;同时在领导小组统一指挥下,对因突发事件致病的人员提供医疗救护和现场救援,对就诊病人进行规范接诊治疗,并书写详细、完整的病历记录;对需要转送的病人,应当按照规定将病人及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构;对疑似病人及时排除或确诊。

2.在有条件情况下,协助卫生监督机构和疾控机构人员开展标本的采集和保存,并配合做好突发公共卫生事件调查取证工作。

3.做好医院内现场控制、消毒隔离、个人防护、医疗垃圾和污水处理工作,防止院内交叉感染和污染。

4.做好传染病和中毒病人的报告。对因卫生事件而引起身体伤害的病人不得拒绝接诊。

5.对群体性不明原因疾病和新发传染病做好病例分析与总结,积累诊断治疗的经验。重大中毒事件,按照现场救援、病人转运、后续治疗相结合的原则进行

处置。

七、工作程序

(一)院内突发事件工作程序

1、节假日期间

值班人员→本部门负责人→值班领导→应急领导小组组长→启动预案。

2、正常工作日

白天:部门职工→本部门负责人→分管院领导→应急领导小组组长→启动预案。

夜间:值班人员→本部门负责人→值班领导→应急领导小组组长→启动预案。

(二)院外突发事件工作程序

1、节假日期间

任何人接到任务→值班领导→应急领导小组组长→启动预案。

2、正常工作日

白天:任何人接到任务→本部门负责人→分管院领导→应急领导小组组长→启动预案。

夜间:任何人接到任务→本部门负责人→值班领导→应急领导小组组长→启动预案。

八、责任与奖惩

(一)突发公共卫生事件处置工作实行行政领导负责制和责任追究制。

(二)对参加突发公共卫生事件应急处理作出突出贡献的集体和个人给予表彰和奖励;对因参与应急处理工作致病、致残、死亡的人员,按照国家有关规定按程序上报给予相应的补助和抚恤。

(三)对迟报、谎报、瞒报和漏报突发公共卫生事件重要情况或应急管理工作中有其他失职、渎职行为的,依法对其有关责任人给予行政处分;构成犯罪的,移交司法机关依法追究刑事责任。

1.3.2 陇川县妇幼保健院突发事件总体应急预案

一、总则

(一)编制目的

为提高和增强陇川县妇幼保健院应对突发事件的快速反应能力,确实做到有

备无患，迅速、准确、及时地完成抢险救护任务。最大程度地预防和减少突发事件造成的损害，保障全院职工、患者及家属的生命财产安全，维护正常医疗秩序。

(二)编制依据

会议研究依据《德宏州突发公共事件总体应急预案》和其他相关法律法规的规定，制定本预案。

(三)工作原则

1、医院各科室在应急领导小组的统一领导下，分级负责，协调配合，及时有效地采取措施。

2、根据突发公共事件造成的影响程度，确保采取相应的应急措施。

3、公共事件处置结束进行总结，做好善后处置。

(四)突发公共事件的界定和分类

本预案所指的突发公共事件是指突然发生的造成或者可能造成重大人员伤亡、重大财产损失、和对一个地区经济、社会稳定构成重大威胁，有重大社会影响的涉及公共安全的紧急事件。突发公共事件分为以下 4 类：

(1)自然灾害。主要包括地震、飓风、冰雹、洪涝等气灾害等。

(2)事故灾难。主要包括公共场所较大规模人员伤亡事故，重特大火灾、水电气设施事故、危险化学品泄漏，放射性事故、交通事故等。

(3)公共卫生事件。要包括造成或可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病(如鼠疫、霍乱、炭疽、0157、SARS、群体性流感等)病情，群体性不明原因疾病、重大食物中毒，传染病菌种，口蹄疫、猪水泡病、高致病性禽流感等动物疫情，以及其他严重影响公众健康的事件。

(4)社会安全事件。主要包括重大群体性事件、涉外突发事件和恐怖袭击事件等。

(五)突发公共事件的分级

根据突发公共事件导致人员伤亡和健康危害情况将医疗卫生救援事件分为特别重大(I级)、重大(II级)、较大(III级)和一般(IV级)四级。

1、特别重大事件(I级)

一次事件伤亡 100 人以上，且危重人员多(如火灾、地震、群体性滋事引发的事件)，需要请求国家的医疗卫生救援工作上给予支持的突发公共事件。

2、重大事件(II级)

一次事件伤亡 50 人以上，99 人以下，其中，死亡和危重病例超过 5 例的突发公共事件。需要在省人民政府及相关部门的指挥、领导下开展救援工作的突发公共事件。

3、较大事件(III级)

一次事件伤亡 30 人以上，49 人以下，其中，死亡和危重病例超过 3 例的突发公共事件。需要州、市人民政府指挥、领导下开展医疗救援的突发公共事件。

4、一般事件(IV级)

一次事件伤亡 10 人以上，29 人以下，其中，死亡和危重病例超过 1 例的突发公共事件。医院可独立完成救援工作的突发公共事件。

(六)适用范围

一、是根据上级部门指令承担，在辖区内发生的突发公共事件的应急处置。二是医院内可能发生的突发公共事件的预防和处置，适用本预案。

二、组织指挥体系及职责

(一)成立突发公共事件应急委员会

1、医院成立以院长担任主任，医院党支部书记、副院长担任副主任，行政办、医务科、感控办、护理部、药械科、设备科、综治办、信息设备科、后勤科负责人为成员的突发公共事件应急委员会，应急委员会为医院突发事件应急管理指挥机构。

2、职责：

(1)在应急委员会主任的领导下，通过应急委员会专题、决定和部署突发公共事件应急处理工作。

(2)医院应急委员会根据突发事件的性质和特点，及时作出科学决策，制定相应的应急程序。

(3)根据需要调配人员，协调各部门的工作，确保应急处理有条不紊地进行。

(4)及时向上级领导部门汇报公共事件的发展和处置情况。

(5)公共事件处置结束进行总结汇报，做好善后工作。

下设医疗救治小组、感染防控小组、药品、卫生耗材保障组、医疗设备保障组、后勤安全保障组、监督考核组，在应急委员会的领导下，开展各项突发公共事件应急处理工作。

(二)医疗救治小组

1、由分管领导任组长，设一线救治组 and 二线救治组。一线救治组分为第一梯队、第二梯队，负责现场急救工作。二线救治组成员由各临床科室主任组成，负责开展院内急救工作。

2、职责：

(1)根据不同情况及时成立抢救小组，明确职责任务并组织实施。

(2)严格执行各项医疗规章制度和操作规程，抢救及时，措施到位。

(3)及时组织会诊，重点加强对疑难重症的紧急救治。

(4)及时向领导汇报救治情况，做好各小组之间的协调配合。

(5)应急结束总结汇报。

(二)感染防控组

1、由分管领导担任组长，感染工作人员、各科室感控质控医生、护士为成员。

2、职责：

(1)负责院内所有科室的消毒隔离，及时发现和处理存在问题，减少院内感染的发生。

(2)根据卫生行政部门指令承担突发公共卫生事件监测、报告、现场消毒等职能。

(3)应急结束总结汇报。

(三)药品、卫生耗材保障组

1、由分管副院长任组长，药械科工作人员为成员。

2、职责：

(1)保证应急药品、材料安全、完整。

(2)定期检查药品、材料失效期，及时更新。

(3)应急结束总结汇报。

(四)医疗设备保障组

1、由雷自胜副院长任组长，医疗设备科工作人员为成员。

2、职责：

(1)负责维护、检查列入医疗救护设备完好情况。

(2)及时保证随时调出各种应急设备。

(3)应急结束总结汇报。

(五)后勤安全保障组

1、后勤安全保障组由分管副院长任组长，行政办、综治办、后勤科工作人员为成员。

2、职责：

(1)保障院内通讯网络通畅。

(2)负责对急救车辆的日常保养和维护，随时处于待命状态。

(3)负责定期检查后勤物资材料失效期，及时更新。

(4)应急结束总结汇报。

(六)监督考核组

1、监督考核组由医院党支部书记担任组长，党办、人事科工作人员为成员。

2、职责：

(1)负责监督各级各类人员应急处置情况。

(2)负责监督应急资金、药品、材料、设备、车辆等物资使用情况。

(3)负责宣传表彰在应急处置工作中的优秀人员，问责执行不力，处置不当的工作人员。

(4)应急结束总结汇报。

三、信息报送

(一)信息监测预测

各职能部门对医院内可能存在的公共事件进行分析、评估，对突发公共事件的基本情况、危害程度、可能达到的等级以及编制突发公共事件预案，针对不同事件采取的相应措施。

(二)信息报告

突发公共事件信息报送以行政总值班为主渠道。接到突发公共事件后，根据突发公共事件的性质不同，先行组织救援，后逐级上报上级主管部门。

四、应急处理

(一)统一指挥

突发公共事件发生后，紧急启动突发事件应急处理指挥体系，根据事件的等级不同，作出相应的应急响应。突发公共事件由上级主管部门或医院突发公共事件领导小组统一指挥，各科室、各部门在上级主管部门或院领导的指挥和部署下开展救援工作。对突发事件处理工作进行督察和指导。根据突发事件性质特点采取确实有效可行的措施。

(二)组织实施

1、各应急小组在接到应急通知后，应在规定的时间内到达突发事件现场。根据现场情况及时与对应的科室或行政总值班联系，保证应急处理顺利进行。

2、根据突发事件的情况，进行现场防控。防止事态进一步扩大。

3、组织救治突发事件致病、致伤人员。

4、突发事件发生后，医院应急小组及相关部门，应当保证事件处理所需的医疗救护设备、药品、医疗器械等物资的供应，保证突发事件致病、致伤人员得到及时有效的救治。

5、根据突发事件应急处理需要，应急委员会有权紧急调集人员、储备物资等相关设施。必要时对人员进行疏散和隔离，依法对传染病疫区实行封锁。对传染病人和传染病疑似病人，采取就地隔离、就地观察、就地治疗的措施。

五、保障措施

(一)通信保障

医院领导、各科室负责人、护士长实行 24 小时手机畅通，医院行政总值班实行 24 小时值班制，重要、重点部门配备通讯工具，确保在发生突发公共卫生

事件时能够第一时间组织开展救援工作。

(二)救援物资保障

由药械科、信息设备科及后勤科做好救援物资保障，定期清点保障物质、便携式医疗器械，确保在发生突发公共事件时救援工作能够顺利开展。

(三)队伍保障

医务科、护理部、感控办、后勤科开展对医疗救援小组成员的演练、培训，并组织考核，确保医疗救援小组的成员能够胜任随时可能发生的任何突发公共事件的救援工作。

(四)交通运输保障

后勤负责对急救车辆的日常保养和维护，并确保每日最少有一辆急救车处于随时待命状态，以应对随时可能发生的突发公共事件。

(五)治安保障

当医院内发生突发公共事件时，后勤科负责维护医院治安、秩序，疏散围观群众，配合救援队伍开展救援工作。

(六)经费保障

确保物资采购、车辆日常保养、使用和维护费等经费保障，保障救援所需的物资、设备、车辆齐全。

(七)技术储备保障

选送优秀医务人员前往上级医疗机构进修、学习，不断充实，提高医疗救治小组应对突发公共事件的处置能力。

六、宣传培训和演习

(一)宣传和培训

医院突发公共事件应急领导小组根据《德宏州突发公共事件总体应急预案》制定本预案，各科室各部门结合本科室实际，开展突发事件应急预案的宣传教育培训工作，认真组织人员学习，增强职工的忧患意识和自救互助能力。

(二)培训、演习

医院突发公共事件应急领导小组协同各科室和部门制定应急演练计划，不定期组织演练，不断提高全院职工的应急处置能力和水平。

七、责任与奖惩

(一)突发事件应急处置工作实行行政领导负责制和责任追究制。

(二)对参加突发事件应急处理的医疗卫生人员给予适应的补助和保健津贴;对参加突发事件应急处理作出突出贡献的集体和个人给予表彰和奖励;对因参与应急处理工作致病、致残、死亡的人员，按照国家有关规定按程序上报给予相应的补助和抚恤。

(三)对迟报、谎报、瞒报和漏报突发公共事件重要情况或者应急管理工作中有其他失职、渎职行为的,依法对其有关责任人给予行政处分;构成犯罪的,移交司法机关依法追究刑事责任。

1.3.3 安全生产工作应急预案

为进一步加强我院安全生产工作,维护正常的社会秩序和工作秩序,保障就医人员和医护人员、职工的生命、财产安全,防范安全事故发生,提高安全事故发生时的快速反应能力,切实有效降低安全事故的危害,推进“平安医院”建设,结合中心实际,特制定本预案。

一、指导思想

坚持以人为本的思想,坚持人民生命、集体财产和国家利益高于一切,坚持“预防为主,积极处置的方正”,尽一切努力,杜绝或减少消防安全、医疗安全、人身安全、财产安全等其他不安全事件的发生,尽一切努力把人民生命、财产安全及国家财产的损失降低到最小限度。

二、工作原则

(一)以人为本,减少危害。切实履行服务职能,把保障职工和病人的健康和生命财产安全作为首要任务,最大程度地减少突发事件及其造成的人员伤亡和危害。

(二)沉着应对,及时有效。全院职工在一切医疗服务活动中,遇到突发事件,要保持冷静,现场第一责任人及时上报行政总值班,医院安全事故应急组织的领导和成员获讯后,要迅速赶赴现场组织指挥、处置事故。

三、应急机构

为保证指挥有力,处置迅速,组织与分工如下:

(一) 指挥领导

总 指 挥: 院长

副总指挥:医院党支部书记

成 员:领导班子成员

应急指挥办公室下设应急指挥办公室、应急处置小组、应急医疗救助组、应急后勤保障组。

(二) 指挥办公室(设在院办)

主 任:院长

副 主 任:分管副院长

信息联络:办公室主任

现场保护处理:后勤科及值班安保人员

成 员:各科室负责人。

职责:负责安全事故的应急领导和决策工作,审定应急预案,统一协调应急状态下的各种资源,指挥突发事件的现场应急处置,及时向上级报告事故初步情况,协助有关部门调查,采取有效措施,做好事故善后处置工作,及时沟通、反馈和汇报总结事件处理情况。

(三) 应急处置组(维稳联防小组、义务消防队)

组长:分管副院长

副组长:总务科科长.

组员:各科室负责人。

职责:组织全体人员进行相关知识、技能的培训及演练。负责突发安全事故的应急处置工作,突发事件发生后,必须在最短时间内到达指定地点,组织抢救和善后处置工作,维护现场秩序,设置警戒区域、保护现场,转移伤病员、控制无关人员进入,疏导外围车辆;负责突发事故部位用水的供给,现场应急照明,发生火灾(爆炸)事件时,负责消防联动设备的启动和运行、着火(爆炸)部位的电气设备断电、切断着火部位的易燃气体供应及根据实际情况采取其他应急措施;组长迅速组织义务消防队员集中,听从指挥,随时准备开展救援,负责疏散人员、现场扑救、财产抢救,制止事态扩大,尽力把事故损失降到最低程度。

(四) 应急医疗救助组

组长:党支部书记

副组长:医务科科长

成员:各科室负责人。

职责:组织全体人员进行相关知识、技能的培训及演练。一旦突发应急事件,接到通知后应急医疗救助组所有成员应马上到位,开展现场救援工作,服从现场应急救援组安排。

(五) 应急后勤保障组

组长:分管副院长

副组长:总务科负责人

成员:药剂、设备、信息、后勤、保洁服务负责人职责:储备一定数量的所需防护用品,负责后勤保障物资(药品和物资)采购、准备和管理,定期检查后勤保障物资(药品和用物物资)情况,及时调整和充实(后勤组主要负责救护车、后勤保障装备和医护人员个人防护类等物资;药械科主要负责医用器材、急救装备和应急药品等物资)。一旦突发安全事件,负责调配和安排应急保障物资(药品和用物物资)、车辆调度,做好相关医疗物资的供应保障工作。

(六) 停电应急预案

1、工作中出现停电现象及时打电话通知后勤科维修。

2、拔掉复印机、电脑等电器电源插头，防止供电恢复时损坏机器。

四、突发安全事故种类

本议案指的突发事件包括:火灾(爆炸)事故、危险药品安全事故、工程建设、自然灾害事故、特种设备安全事故、交通安全事故、外出大型活动安全事故，社会治安事故、医闹事故、外来暴力侵害事故等。

五、应急处置程序

(一)实行单位一把手负总责事故报告的制度。

(二)全体职工都有责任在第一时间将突发安全事故及时汇报医院安全事故应急领导小组。不得缓报、瞒报，不得延误有效抢救时间。

(三)突发事件发生后，根据事件类型立即启动相应的应急预案，小组各成员必须坚守岗位，服从医院突发事件应急指挥办的统一安排，各成员投入应急工作中。

(四)迅速查明情况，确定事件性质，召集成员做情况通报。根据查明的情况，及时上报行政主管部门和相关机构，信息畅通，做到下情上传、上传下达。

(五)做好治安工作，保证工作有序开展。加强安保，重点警戒，及时与片区民警(消防、公安等)取得联系，请求支援。

(六)及时掌握舆论导向，防止人为炒作有意扩大事态。妥善落实善后处置工作。

六、应急处置措施

(一)火灾(爆炸)事故

1.发生火灾(爆炸)事故时，事故现场的医护人员边紧急疏散患者、抢救伤员，边向 119 消防指挥中心报警，同时以最快的速度将发生事故信息报告单位安全事故应急领导小组和县卫生健康局。

2.迅速切断有关电源，迅速疏散病人撤离到安全区域。

3.安全事故应急领导小组成员迅速按工作职责到现场指挥，各应急组根据工作职责有序开展应急救援工作。

4.积极配合消防员灭火;

5.在进行灭火的同时，应采取有效隔离措施，防止火势蔓延。

6.配合安监、公安等部门调查处理火灾事故。

(二)危险药品安全事故

1.危险药品要按有关规定专柜存放，固定两人双锁管理。

2.在实验操作过程中出现安全事故时，要及时将受伤人员疏散至安全地段，并迅速将情况报告单位安全事故应急领导小组。

3.在最短时间内将受伤人员进行救治，及时报警，请求援助，保护好事故现

场。

(三)工程建设、自然灾害事故

- 1.在建或改建的建筑物要竖立警示牌，设有隔离栏。
- 2.发生建筑物，遭遇特大风灾、地震、洪水等重大自然灾害事故时，要迅速组织患者疏散至安全地段，及时将事故信息报告有关部门。
- 3.迅速组织对受伤群众的抢救，及时报警，请求援助。封闭事故现场。

(四)特种设备安全事故

- 1.要定期检查特种设备使用情况，做好特种设备使用的培训工作，持证上岗，购买特种行业保险。
- 2.事故发生后，立即同时报警报告单位安全事故应急组织，请求援助，迅速采取有效措施，组织抢救，防止事故扩大，减少人员伤亡和财产损失。
- 3.封闭事故现场，如实向市场监督管理局特种设备管理股及县卫生健康局汇报。
- 4.按照国家有关规定进行事故调查，做好相关材料整理、协助做好事故处理工作。

(五)交通安全事故

- 1.事故现场的驾驶员、医务人员应先行组织抢救伤员，疏散人员至安全地带，同时向公安交警部门报警求助，并迅速将事故信息报单位安全事故应急领导小组。在最短时间内将受伤人员送至医院，保护好事故现场。
- 2.及时做好家属的告知、安抚工作，控制事态，维护单位的正常秩序。
- 3.配合公安交通事故处理部门调查，并参与调解。

(六)外出大型活动安全事件

- 1.组织外出大型活动要制订安全应急预案。
- 2.事故发生后，要迅速抢救受伤人员，及时将事故信息报告有关部门。
- 3.及时报警，请求援助，保护好事故现场。

(七)社会治安事件应急预案

- 1.发现有盗窃、打架、滋事等社会治安事件发生时，在场职工应保护好现场，疏散围观群众，尽量减少无关人员进入现场。
- 2.立即向医院安全事故应急组织报告，同时拨打报警电话“110”。
- 3.积极配合警方和上级有关部门做好调查、取证、事故处理工作。
- 4.调查事故发生的原因，并做好有关材料收集，妥善处理事故。

(八)外来暴力侵害事故

- 1.单位内遇有不法人员袭击、行凶等暴力侵害时，应迅速向公安机关报警求助，同时在可能的情况下制止不法侵害行为，制服不法侵害人员，或采取其他有

效措施延缓、减少不法侵害后果的发生。

2.立即对受伤害者进行抢救。

3.及时向本院领导、家属、县卫生健康局和有关部门报告。

4.注意事故现场保护，调查事故发生的原因，并做好有关材料收集。

(九)重大医疗纠纷医闹事故

1.现场维护

(1)保安队迅速维护现场秩序，保护医务人员及相关人员的人身安全，保护医院财产免遭损失。

(2)保安队要保护好现场。必要时即刻报告辖区派出所，请其依法维护正常秩序。

(3)紧急情况科室可直接拨打110报警。

2.事故处理

(1)医疗服务中，如果患方不满意采取不理智的行为，科室立即上报医务科，可暂时保全证据停止接触并及时报警请公安机关介入。

(2)医疗纠纷调解办公室根据现场情况进行合适的处置。

(3)责任科室应在第一时间组织讨论以书面形式向医务科报告。报告内容包括:患者病情、诊治经过及重大纠纷或事故发生的原因和可能原因。

(4)医务科向患者或家属了解纠纷焦点并请患者或家属以书面形式提出纠纷焦点。告知患者或家属医院在规定的时间内给予答复或处理意见。

(5)医务科组织医疗质量管理小组讨论，根据讨论结果答复患者或家属。

七、监督管理

(一)培训。年初制定年度计划时，同时制定应急预案培训计划。培训方式包括:防火、疏散知识辅导、防火有奖知识问答、灭火器的使用等，要求每名职工有自我保护意识，会正确使用灭火器。

(二)演练。每年组织一次全院范围的综合模拟突发事件安全应急演练，各抢救组成员必须熟悉各自职责，做到动作快、技术精、作风硬。根据实际演练情况，查找不足，总结经验，不断完善事故应急预案，演练结束后对演练进行评估及总结，及时修正及弥补安全事故应急预案制定的缺陷。

(三)责任与奖惩

1.在抢险救灾过程中，表现勇敢、机智、成绩突出人员给予表扬或奖励。

2.在抢险救灾中，受到伤害的医生、护士和员工，按照工伤条例处理。

3.对于在抢险救灾过程中，无故不到位、迟到、临阵逃脱或不服指挥者，将给予处罚。

八、预案管理

根据实际情况的变化及时修订本预案。本预案自发布之日起实施。

1.3.4 陇川县妇幼保健院医疗纠纷应急处置预案

第一章 总则

第一条 为有效、准确、依法妥善处置医疗纠纷，保护患者、医疗机构及医务人员的合法权益，保障医疗安全，维护医疗秩序，创建平安妇幼保健院，构建和谐医患关系，依据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗机构管理条例》、《护士条例》、《医疗纠纷预防和处理条例》结合我院实际，制定本预案。

第二条 本预案所称医疗纠纷，是指医患双方当事人对医疗机构的诊疗、护理活动和结果及其原因、责任在认识上产生分歧而引发的争议。

第三条 医疗纠纷处置，应当遵循实事求是、公正公平、及时便民、依法妥善的原则，做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

第四条 妇幼保健院保卫科应当落实安全责任制，完善安全防范措施，在门(急)诊大厅、输液大厅、抢救室、手术室、收费(挂号)处、药房(库)和贵重设备、危险物品存放处，以及易发生聚众闹事的场所安装电视监控等安防设备或配备相应设施。

第五条 妇幼保健院各相关职能部门和科室职责：分管院领导和院办公室负责医疗纠纷处置的组织协调工作。医务科、护理部配合负责医疗纠纷的接待、调查、答复、处理和报告。保卫科负责医疗纠纷场所的安全保卫、报警工作。党办负责对进行医闹行为的人证、物证的拍摄取证工作。后勤部门负责医疗纠纷处置的后勤保障工作。发生医疗纠纷的科主任、护士长原则上需全程协助处置，其余人员在纠纷未处置完毕前在科室待命，行政、后勤部门和财务科长应当配合做好相关工作。

第六条 医务科制定医疗纠纷预防及处置培训制度和计划，鼓励各科室采用各种方式进行培训。妇幼保健院行政工作人员，医护人员应当接受医疗纠纷预防及处置的相关法律法规及基础知识培训，提高医疗纠纷处置的能力和水平。

第二章 医疗纠纷风险分级

根据患方的人数、情绪、态度、行为以及医疗不良结果的程度，将医疗纠纷风险分为三级：

一级风险患方质疑医务人员诊疗行为的正确性和有效性；患者及家属要求复印病历；拒绝在危重病人通知单、手术知情同意书等材料上签字；患者及其家属向科室讨要说法等，经判定可能发生医疗纠纷的情形。

二级风险患方来院投诉人数少于 10 人，占据医疗机构诊疗、办公场所，干扰正常医疗秩序；对医务人员人身安全构成威胁患方对医疗机构的诊疗过程提出

质疑，经解释无效，影响其他病人诊疗的情形。

三级风险患方来院投诉人数超过 10 人，聚众占据医疗机构诊疗、办公场所，严重干扰医疗机构正常工作的；侮辱、诽谤、威胁、殴打医务人员或者侵犯情况，并与院领导医务科工作人员共同审核新闻稿。

第二条 工员应热情接待患方的咨询和投诉，耐心听取患方陈述，虚心征求患方意见，认真做好笔录和解释说明工作。医务人员人身自由、干扰医务人员正常生活的；停尸闹丧，拒绝将尸体移送太平间或殡仪馆，在医疗场所设灵堂、摆花圈、拉横幅等行为的；患方在医疗机构内实施打、砸、抢等行为，造成财物损坏等情形。

第三章 报告

第一条 发生一级以上风险医疗纠纷，当事医务人员应当立即向科室主任或护士长报告。科室主任或护士长应当立即到位，及时了解情况，并进行解释处理，同时向医务科或总值班报告，必要时医务科工作人员赶赴现场处置纠纷。。

第二条 发生二级以上风险医疗纠纷，医务科接到科室主任或护士长报告后，应当立即向分管副院长汇报，并赶赴现场组织调查，必要时通知保卫科报警。非上班时间和节假日发生医疗纠纷，行政总值班在接到科室报告后应尽快到位，并及时通知医务科和保卫科等科室进行处理。

第三条 发生三级风险医疗纠纷，所在科室要及时向医务科报告并同时向妇幼保健院主要领导报告，同时，通知保卫科向 110 或当地公安机关报警(情况紧急时，医务人员或医务科工作人员直接报警)，掌握基本情况后，及时向主管卫生行政部门报告。

第四条 发生大医疗过失行为的(导致患者死亡或可能为二级以上医疗事故和 3 人以上人身损害后果的，以及卫生行政部门规定的其他情形)，医务科要及时向妇幼保健院主要领导报告，并在 12 小时内向主管卫生行政部门书面报告。

第五条 医疗纠纷经双方协商解决的、行政调解的，医调会调解的，以及法院调解或判决的，自解决之日起 7 个工作日内，医务科负责向主管卫生行政部门书面报告医疗纠纷简要情况、处理经过、赔款数额、会诊讨论意见以及整改和责任追究等情况。

第四章 处置

第一条 发生医疗纠纷后，应当立即启动应急处置预案，采取下列应急控制措施，防止事态进一步扩大：

(一)各相关部门按职责和纠纷风险级别处置要求及时赶赴现场进行妥善处置。

(二)医务科、护理部工作人员应当立即进行初步调查、核实，有关情况如实

向妇幼保健院分管领导和卫生行政部门报告，组织相关医务人员采取有效措施，避免或减轻对患者身体健康的损害防止损害扩大;接待患方人员，向家属通报和解释相关情况。

(三)在医患双方共同在场的情况下，按《医疗纠纷预防和处理条例》规定封存和启封现场实物及相关病历资料。

(四)患者在科室经抢救死亡的，医务人员要及时做家属思想工作并规定及时把尸体移放太平间或殡仪馆。医患双方不能确定死因或死因有异议的，建议患方按规定申请尸检。

(五)保卫科工作人员或保安立即赶赴现场，采取有力措施，维护现场秩序，保护医务人员及病区其他患者的人身安全和妇幼保健院公共财物的安全;二、三级风险医疗纠纷负责报警，并向警方提供有关人员违法闹事的证据。

(六)公安机关民警到达后，由医务科负责向民警介绍纠纷基本情况，与民警共同做好患方的教育疏导工作，引导患方依法处理医疗纠纷。公安机构依法强制移尸的，医务、保卫、后勤等部门应当配合公安机关强制移尸。

(七)发现新闻媒体介入纠纷的，由妇幼保健院党办统一负责接待，介绍情况，并与院领导医务科工作人员共同审核新闻稿。

第二条 医务科工作人员应热情接待患方的咨询和投诉，耐心听取患方陈述，虚心征求患方意见，认真做好笔录和解释说明工作。

一级风险纠纷原则上由当事医务人员或科室负责沟通协调，必要时医务科人员出面沟通协调。

二级风险纠纷以医务科为主负责与患方沟通协调处理，其他科室及职能部门配合，必要时分管院长出面接待、请县卫建局医政科、医调会工作人员到现场协助处理。

三级风险纠纷院领导必须全部到院，研究处置工作，分管副院长应及时赶赴现场负责相关科室协调处理。相关科室、职能部门配合，必要时院长出面接待，请县卫健局医政科及分管副局长，医调会工作人员到现场协助处理。

第三条 医务科工作人员应当告知患方有依法解决纠纷维护自身权益、印复制有关病历资料申请尸体解剖和医疗事故技术鉴定的权利;应当告知患方要遵守妇幼保健院规章制度，维护正常医疗秩序的义务，禁止停尸闹丧、打砸医疗机构和伤害医务人员等违法行为。

第四条 患方反映的问题和提出的异议，医务科、护理部应及时组织调查、核实。当事医务人员及科室应当积极配合，实事求是反映医疗经过，并提供书面情况说明，重大疑难的医疗纠纷应当组织院内专家讨论。

第五条 医务科(医患办)应及时将专家讨论和处理意见向患方通报和解释，

答复患方的咨询和疑问。患方仍有异议的，应当告知患方有关医疗纠纷处置的办法和程序，引导患方依法解决纠纷。

第六条 患方依法提出要求复印复制病历资料、对相关药物注射物品等实物进行检验、申请尸体解剖、医疗事故技术鉴定和司法鉴定的，医务科(医患办)工作人员应当依据规定予以配合和支持。

第七条 经院内专家讨论可能构成医疗事故的，且患方索赔额少于 20000 元的，由妇幼保健院与患方协商处理，协商成功签订协议书。

第八条 患方索赔金额超过 2 万元到 10 万元的，可申请通过医疗事故技术鉴定或司法鉴定解决，也可由属地医疗纠纷人民调解委员会或卫生和健康部门调解解决，患方诉求在 10 万元以上的，必须进行医疗事故技术鉴定(或司法鉴定)，根据鉴定结果，在进行调解，或通过法院起诉及法律、法规规定的其他途径解决。

第五章 责任追究

第一条 经卫生行政部门组织判定或医学会医疗事故技术鉴定为医疗事故的，应当严格依据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗纠纷预防和处理条例》和《医师定期考核暂行办法》等法律法规追究当事人的相关责任。当事医务人员对首次鉴定结论不服的，在规定期限内可以请医务科申请再次鉴定。

第二条 医疗纠纷处理完毕后，妇幼保健院应当按照专家讨论意见、县医调会和理赔中心反馈意见，及时组织讨论，分析存在问题，制定完善相应制度措施，责令当事医务人员和科室组织整改，并依法追究当事人员责任。

第三条 当事医务人员违法违规行为和责任追究情况应当在院内公示。

第四条 对违反有关规定，未履行职责，造成人员伤害、财物损失和事态扩大等严重后果的，将依法追究有关人员的责任。

第五条 对处置二、三级风险医疗纠纷，妇幼保健院所涉及的科室主任(科长)未及时参与处置的，由院领导对其进行行政责任问责，并扣发当月的绩效奖。

1.3.5 陇川县妇幼保健院突发事件处理预案

为进一步健全和完善我院公共卫生安全体系，有效预防、控制和妥善处理医院突发公共卫生类事件，提高快速反应和应急处理能力，建立健全应急机制，最大程度地预防和减少突发公共卫生事件的发生及其造成的损害，保障医务人员、患者及公众的身体健康和生命安全。为了有效预防和妥善处置医院各类重大突发性事件，特制定本预案。我院在医院各类重大突发性事件中的功能和承担的任务：组建队伍，完善设置；平战结合，规范流程；强化训练，模拟演练；有效应急，科学救治；监督落实，依法管理；综合全局，合理统筹。

一、指导思想和基本原则 全院各部门、各级管理人员和全体职工，必须以高度的社会责任感、人道主义和主人翁精神，自觉维护社会稳定，保护人民群众生

命和国家财产安全，维护医院的社会声誉、财产和职工人身安全，为预防和妥善处置医院各类重大突发性事件履行应尽职责。一旦发生突发性事件，必须防止恐惧、冷静应对、统一指挥、快速反应、准确切入、灵活运用预案、详细记录事件处理过程。

二、突发事件处理的领导职责，医院成立突发事件预防和处置领导小组。领导小组由医院党政领导班子成员组成，院长为组长。领导小组平时主要研究医院突发事件的预防，督促各职能科室及有关人员建立相关管理制度和工作程序，制定专项突发事件处理预案，建立指挥机构，保证各种资源的储备；必要时宣布启动专项预案，或组建专门小组全权处理突发事件。

三、突发事件的种类：

- 1、火灾、爆炸、建筑物倒塌、暴力性医疗纠纷等院内重大安全事件。
- 2、因重大交通事故、集体中毒及其他灾害事故导致短时间内大批量伤病员来院或需要立即组织抢救队伍赶赴灾害现场。
- 3、突然停电、停水，大面积计算机故障或系统瘫痪。
- 4、甲类及其他烈性传染病、院内感染暴发流行。
- 5、战争或其他严重影响社会政治稳定、人民生命和国家财产安全的突发事件。

四、预案启动一但接到上述情况通知和信息，医院有关科室人员或总值班必须立即报告院长，院长不在应立即报告分管院长或其他院领导。院长(或分管副院长)应根据事件的性质与程度决定是否需要立即向卫生行政主管部门和学校报告并决定是否启动预案。

五、突发事件处理指挥机构和工作职责

1、医院突发事件预防和处置领导小组根据预案或事件的性质建立医院突发事件处理小组，处理小组一般由院长或分管副院长担任总指挥，各相关职能科室和业务科室负责人参加，必要时在事件现场建立指挥部，指定一名现场指挥。

2、总指挥职责：

- (1)负责紧急动员全院职工并根据需要全权调配全院各种资源应对各类突发事件；
- (2)负责召集突发事件处理小组会议，听取情况汇报、提出决策性意见、批准应急方案实施；
- (3)负责医院各部门、突发事件处理小组成员分工和相互协调。
- (4)负责审查向上级机关汇报和新闻媒体公布的材料内容；
- (5)负责向有关机关申请特殊政策并通过适当途径向社会求助(包括急救器材、特种设备、血源、指导人员)。

3、办公室职责:

- (1)制定员工紧急召集办法,保证院内应急通讯联络,负责车辆调度;
- (2)做好各种会议记录,形成会议纪要;
- (3)传达突发事件处理小组对各部门的指令,收集和整理各类相关信息,督促各项指令及时传递执行;
- (4)与上级主管部门等保持密切联系,及时汇报突发事件处理进展,准确记录、传达上级部门指示;
- (5)指定专人联系新闻媒体,控制信息发布和传播;
- (6)突发事件预防和处置工作办公室设在院办,由一名院领导负责。

4、现场指挥职责:

- (1)根据总指挥的授权和指令,负责突发事件的现场指挥和协调工作;
- (2)收集现场有关信息,提出处理意见,并随时向总指挥汇报现场事态发展进展;
- (3)指定专人及时记录抢救经过,负责完成总结报告;
- (4)根据现场情况提出各类资源需求;现场指挥一般由分管副院长或相关科室负责人担任。

5、医务科职责:

- (1)制定重大灾难事件医疗急救预案,督促各科制定各自抢救方案,制定抢救必备药品、器械目录,储备标准;
- (2)负责临床、医技人员调配,必要时预先安排第二、三梯队人员;
- (3)平时检查督促各科室随时补充急救药品,保证各种抢救设施完好,做到有备无患。

6、护理部职责:

- (1)负责护理人员调配与安排,包括急救培训;
- (2)负责落实手术室、供应室应急措施。

7、保卫科职责:

- (1)制定防火、防爆等院内重大安全事件处理方案和暴力性医疗纠纷处理原则与应急方案;
- (2)突发事件发生后负责与公安、消防部门联系,并在第一时间到达现场进行处理;
- (3)及时收集证据材料和事态发展情况;
- (4)做好医院重点要害部门和医护人员人身安全保卫工作;
- (5)负责医院科技民兵连组建。

8、后勤科职责:

- (1) 保障应急物资供应，维护应急通讯；
- (2) 负责水电设施抢修，或与有关部门密切联系尽快恢复水电供应；
- (3) 做好各种突发事件的后勤保障工作。

9、信息科职责:

- (1) 牵头制定网络安全应急处理预案；
- (2) 网络事故发生后在第一时间到达现场进行抢修，并要求软件公司立即派人到现场共同维护。

10、设备科职责:

- (1) 突发事件发生后在第一时间到达现场维护各种医疗仪器设备安全运转；
- (2) 紧急采购、调拨、借入各种抢救医疗仪器设备。

11、其他职能部门和相关临床科室职责:一旦发生突发事件，上述部门负责人要迅速到岗，听从指挥，全力以赴，坚决完成工作任务;其他同志必须坚守岗位，各司其职，顾全大局，密切配合事件处理小组工作，主动承担其他日常管理工作。

六、组织纪律:

(1) 在重大突发事件面前，全院工作人员应以救死扶伤、维护医院声誉和财产安全为己任，服从命令、听从指挥，无论是工作还是休息时间，无论是白天还是夜晚，一旦接到通知，应迅速到岗、接受任务。凡在紧急情况下畏缩不前、拈轻怕重、借故回避、临阵脱逃，袖手旁观、拒不服从命令者，按情节轻重，一律严肃处理。

(2) 关键时刻共产党员、共青团员和各级干部要充分发挥模范带头作用，主动到最艰苦、最危险的地方去。

1.3.6 二次供水应急预案

为保障医院所辖区域医务人员人身及医院财产安全，最大限度地预防和减少重大医疗纠纷的发生，降低事件造成的社会危害和影响，切实维护好广大医务人员的人身、财产安全，有效避免造成安全责任事故的发生。

一、停水

1. 接到停水通知后及时安排员工应急。
2. 值班人员立刻到达故障现场，排查故障原因，恢复正常供水。
3. 因管网和设备严重故障造成大面积停水，一时无法恢复正常供水时，由值班人员向上级报告，并通知抢修小组，在主管部门的指挥协调下开展抢修工作。
4. 后勤科组织好抢修工作，保障重点部门的临时性供水。(拉临时供水管)，确保业务部门用水。

5.故障抢修完毕恢复供水后，及时认真做好抢修记录。

二、水管爆裂

1.接到水管爆裂通知后值班技工立刻到达事故现场，关闭爆裂水管的阀门(影响范围最小的)。

2.通知后勤科、院方领导以及各用水部门。

3.库房，配电室等重点防水部门门口放置挡水设施。

4.造成大量积水的，根据现场情况可切断电源，搬运贵重物品。

5.组织人员(保安，后勤工作人员)设警戒线;排水。

6.组织好抢修工作，保障重点部门的临时性供水，确保业务部门用水。

7.故障抢修完毕恢复供水后，及时认真做好抢修记录。

1.3.7 医用中心供氧突发事件应急预案

为保证医院中心供氧医疗装备完好，建立健全我院医疗中心供氧保障体系，有效地应对突发性事件，制定本预案。

一、工作原则

预防为主，常备不懈。提高保障意识及突发事件应急能力。落实各项防范措施，做好人员、技术和设备的应急工作。

二、适用范围

本预案适用于中心供氧系统突发火灾、氧压过低、供氧主管路漏气或液氧贮槽损坏等安全事件而造成医疗工作受阻时。

(一)组织机构与职责

成立医院中心供氧、负压吸引应急医疗保障领导小组。

1.人员组成

组长:行政后勤副院长

成员:后勤科人员、门卫室值班人员

2.职责:

(1)医院中心供氧应急医疗保障领导小组负责监督医院氧气的应急保障工作。

(2)中心供氧站实行 24 小时值班制(含双休日和节假日)，值班人员坚守岗位，出现故障及时处理。如遇到无法排除故障情况，应及时与其负责人进行报告。

(二)应急保障工作体系

1.平时应做好一定数量的瓶装氧气储备，特别是手术室、新生儿监护室等，以备应急状态下紧急使用:定期查看和更新，使之经常处于有效期和正常状态。

2.发生火灾、氧压过低、供氧主管路漏气或液氧贮槽损坏等安全事件时，立即启动中心供氧应急预案，预案启动后，领导小组成员必须立即赶赴现场指导处置，做好相关记录。

(三)处置程序

1.发现火灾及时关闭电源及氧气开关，及时扑救，并拨打 119 报警，通知医院总值班、后勤科。

2.氧压过低，排除仪器故障，更换氧瓶。

3.供氧主管路漏气或液氧贮槽损坏，设备科立即通知氧气厂维修。

(四)总结、评估

应急状态取消后，领导小组组织 2 个工作日内组织对事故的应急处置情况进行分析、评估总结，针对存在问题提出整改意见。3 个工作日内向医院领导书面汇报此次应急保障任务处置情况。

(五)培训和演练

设立定期应急保障培训制度，使应急保障小组成员熟练掌握应急工作流程和要求，并适当进行应急保障任务的演练，提高小组在真实状态下的应急保障能力。

1.3.8 视频监控事故处理应急预案

一、院监控中心设立安全监控中心事故应急处理领导小组。

二、监控中心事故应急小组职责:定期检查事故预防措施和各项设施设备的准备工作。

三、发生火灾时按以下步骤应急处理:

(一)发布命令:后勤科或值班人员立即向领导报告及时切断电源。

(二)事故报警:立即向 119 报警。

(三)灭火扑救:组织院内职工及相关人员就近利用消防设施进行灭火扑救工作。

(四)现场警戒:组织相关人员进行现场警戒。

(五)治安保卫:组织相关人员进行治安保卫。

(六)人员疏散:组织相关人员疏散。

(七)道路管制:确保救援扑救的道路通畅。

(八)内外联络:负责上传下达，确保通信畅通。

四、灾情发生后组织事故调查处理，受损设施设备处理，恢复正常工作。

1.3.9 陇川县妇幼保健院反恐防暴工作预案

为有效预防、及时控制和消除暴力恐怖事件的危害，全面提升应对暴力恐怖事件的处置能力，保障患者、家属及医护人员的人身安全，维护中心正常的就医秩序，根据国家、省、州、市关于反恐工作的要求，结合当前我市反恐形式和中

心实际情况，特制定预案：

一、组织机构

(一)成立中心反恐防暴领导小组

组长：院长

副组长：党支部书记、副院长、领导班子

成员：各科室负责人

主要职责：

- 1.抓好中心反恐防暴前期人力、技防、物资等相关准备工作；
- 2.组织日常安全保卫工作，抓好督查，确保各项预防措施落实到位；
- 3.当发生或接到突发事件报告后，要在第一时间赶赴现场，启动应急预案，指挥救援行动，并及时向公安、交警、卫生、消防等相关部门汇报和请求援助；
- 4.发生突发事件或发现可疑人员、物品等情况时，负责按规定向上级和主管部门报告工作；
- 5.发生突发事件后，负责处理突发事件善后工作；
- 6.紧密联系卫生系统领导小组，发生突发恐怖暴力事件时服从上级部门派遣。

(二)领导小组下设组织：办公室、应急救护组、后勤保障组、应急预备组。

1.成立领导小组办公室。领导小组下设办公室于综合办，办公室主任由孙艳梅同志兼任，工作人员由领导小组在各科室抽调。具体负责反恐怖工作的组织、协调，宣传培训演练和日常工作处理，主要职责：

- (1)抓好日常预防工作各项措施落实情况的督导检查；
- (2)突发事件发生时，迅速组织应急反应队伍；
- (3)突发事件发生时，做好向上级报告，请求有关部门援助等事宜；
- (4)突发事件发生后，抓好善后事宜。

2.成立应急救护组。应急救护组设在中心医务科，由医务科科长张丽负总责，护理部主任郑欣艺协助，成员由中心各科室主任及科室人员组成。主要职责：

- (1)实施紧急医疗救护；
- (2)要按照领导小组的安排，抓好思想教育，进行必要的技能训练，具备能在第一时间做初步有效救护的能力；
- (3)要配备一定的救护药品、物资；
- (4)要服从安排及派遣。

3.成立后勤保障组。后勤保障组设在采购办，由刘涛同志负责，组员从行政、后勤组中抽调。后勤保障组要根据领导小组的具体安排。

主要职责：

- (1)保障反恐所需物质的储备；

(2)负责反恐防暴物资的购置、保管、发放，技防设备的安装、施工和日常维护；

(3)要在现有条件下，确保各项物资能满足应对各种突发事件的需要，各项技防设备运转正常；

(4)妥善保管有关防暴器材，确保紧急情况下方便取用。

4.成立应急预备组。应急预备组由中心维稳办负责管理，雷自胜负总责，刘涛及陈学强协助。人员主要由外聘安保公司安保员及中心年轻男性职工组成。主要职责：

(1)要认真开展安全保卫工作，严格落实值班值守、安全巡查、遇突发事件及时报警，并具备一定的现场处置能力；

(2)按照领导小组的安排，切实抓好思想教育，进行必要的训练，确保突发事件一旦发生，能拉的出去、冲得上去、能发挥作用；

(3)应急预备队人员要登记造册，配备必要的防暴工具，通讯工具要始终保持开机状态，确保召之即来，来则能战。

二、工作原则

要本着“先控制，后处置，救人第一，减少损失”的原则，果断处理，积极抢救。要在第一时间疏散现场患者及医护人员离开危险区域，尽最大努力保护好医疗设备等贵重物品，维护现场秩序，做好事故现场保护，做好善后处理，并按规定及时向上级和主管部门汇报。

三、具体工作措施

(一)提高认识，加强领导，狠抓落实。各组要在反恐工作领导小组的统一领导下，开展反恐工作。要结合实际，将根本任务分解到人，建立工作责任制和追究责任制，制定详细的工作方案，做到组织、人员和措施三落实，加强对各项措施的督导，确保工作落到实处。

(二)严格值班制度，保持通讯畅通。要求严格总值班制度，所有工作人员通讯工具保持24小时畅通，一旦发现可疑情况及时上报反恐领导小组。

(三)加强演练，提高实战水平。要加强反恐应急演练，提高实战能力，保证发生事件后，召之即来，来之能战，战之能胜。

(四)做好检测评估和善后处置工作。恐怖事件后，要对实情进行评估，做好善后处置工作，为反恐工作领导小组提供可靠的依据，决定各项工作是否恢复常态工作机制。

1.3.10 安全保卫应急预案

为维护妇幼保健院安全和正常工作秩序，完善灾害事故和突发事件应急处置和救援机制，提高我院防范和处置火灾、爆炸、抢劫、医疗纠纷、群体性违法事

件和其他安全责任事故的能力，保障人民群众身体健康和生命安全，维护妇幼保健院稳定，特制定本预案。

一、编制依据

依据《中华人民共和国消防法》、《中华人民共和国治安管理处罚法》、《企事业单位内部治安管理条例》、《突发公共卫生事件应急条例》；卫生部、公安部(维护医疗机构正常的医疗秩序)通告编制此预案。

二、适用范围

本预案适用于妇幼保健院内部发生的各类治安保卫突发性公共事件的应急救援现场处置工作。

三、应急工作原则

应急预案遵循“预防为主、常备不懈”的方针，坚持“服从大局，统指挥，明确职责，规范有序，反应及时，措施果断”的原则。

四、安全保卫应急组织领导

(一)成立妇幼保健院应急领导小组，成员主要由妇幼保健院领导及相关科室负责人组成，名单如下：

组长:行政后勤副院长

副组长:办公室主任

成员:医务科科长、总务后勤科科长、总务后勤科工作人员、办公室工作人员、全体保安

应急指挥组下设办公室，办公室设在院办，负责统筹协调院内各部门的工作，发现问题及时解决。

(二)工作职责:应急指挥组是处理突发性公共事件的最高指挥机构，负责对治安保卫突发事件全面指挥，当发生各类安全事故时，下达安全保卫工作命令，按照方案，快速实施抢救措施，围观人员。协助公安机关处理突发事件、灾害事故。

1.预报掌握妇幼保健院内部紧急治安案件的动向；

2.配合上级主管部门以及公安机关有关业务部门处置发生在妇幼保健院内部的紧急治安案件。

(三)在处置紧急治安事件的过程中，组织、协调各部加强治安管理和保证要害部位的安全；

(四)做好对紧急治安案件中重点人员的管控工作，随后移交公安机关处理。

五、报告与响应

(一)监控

保卫科在日常工作中，各岗点值班人员要加强院内巡逻，重点科室认真落实岗位责任制，保持高度敏感性，注意和善于发现各种潜在的不安定因素，广泛搜

集有关情况和动向、分析预测，严告防范。各科室人员发现以下可疑情况要引起警惕及时报告保卫科。

- 1.患者死亡，发生医疗纠纷引发群体性突发事件的；
- 2.发现带有管制、刀具等杀伤性武器进入院威胁医务人员的；
- 3.发生爆炸、恐怖袭击、人员受到伤害的；
- 4.妇幼保健院内部发生火灾事故；
- 5.遇有正在实施不法侵害行为的；
- 6.发生财务人员收款、押款中被人挟持的；
- 7.地震引起人员恐慌、受到伤害的；
- 8.食物中毒引发安全责任事故的；
- 9.气体泄漏，引发灾害事故的；
- 10.发现实验室毒株、菌株丢失；
- 11.发现放射源泄漏或丢失；
- 12.发现毒麻药品丢失；
- 13.发现剧毒、易燃、易爆危险品丢失。

(二)灾害事故的处置

保卫科接到报案后，迅速带领现场抢救组、人员疏散、安全保卫组赶到现场调查情况，根据事态发展及时向指挥部、公安机关 110、消防部门 119 报告，迅速采取有效措施，组织抢救，防止事态扩大，减少人员伤亡和财产损失。

(三)应急预案启动条件

妇幼保健院发生各类安全保卫事故时，启动本预案。

六、工作要求

(一)各值班室值班人员接到报警后，要按照应急预案处置程序执行。在现场随时与指挥员保持联系，听从公安人员的指挥，积极协助对现场出现的各类问题进行处置。

(二)各收费点财会人员，平时要熟悉报警按钮的位置，一旦发生情况，迅速报警:财会室防盗门，要做到出入随时关闭，严防抢劫分子乘虚而入。

(三)如犯罪嫌疑人携带枪支(爆炸物或其他器械)实施抢动或绑架人质，在保证人员安全的前提下，想办法拖延犯罪嫌疑人实施犯罪，防止造成人员伤亡，等待公安人员赶到现场处置。

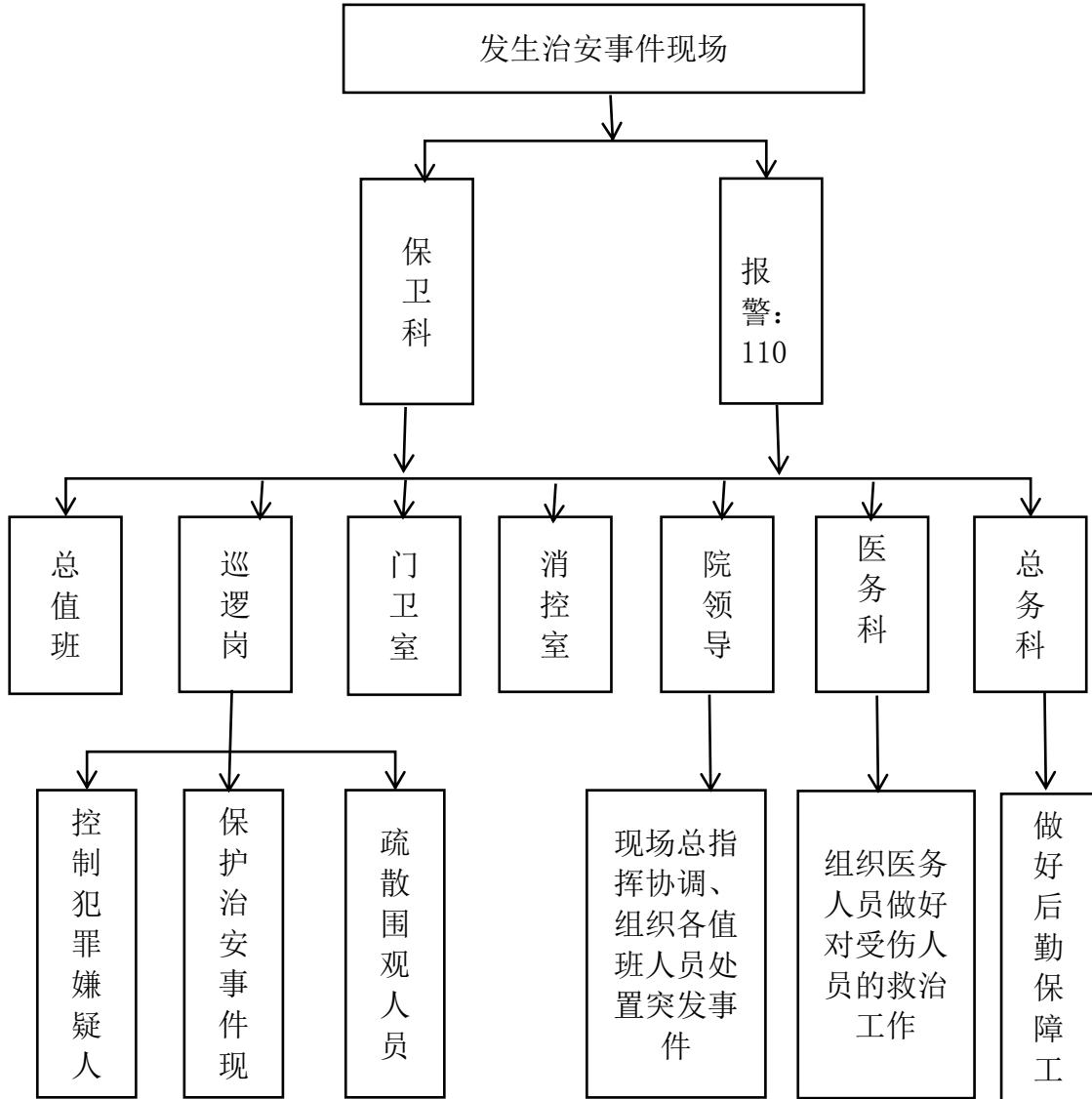
(四)保卫科值班员熟悉报警通知程序，做到反应敏捷，语言表达清楚。

(五)保卫科接到报警通知后，及时、准确到达事发现场，服从命令，听从调遣，警惕不法分子趁火打劫和借机进行破坏活动。

七、应急预案结束

经应急处置后，事故已得到控制，安全隐患已消除人员已疏散到安全地带，没有被困人员;受伤人员已全部从事故现场推出，送往各科室抢救和治疗.没有人员失踪。由有关部门组成的技术专家组对治安灾害事故现场进行评估，符合国家或行业卫生标准，决定本预案是否终止。

附件:1.陇川县妇幼保健院发生治安事件流程图



1.3.11 陇川县妇幼保健院特种设备事故应急救援预案

第一章 总则

第一条 为了有效预防、及时控制和消除突发性特种设备事故的危害，最大限度地减少特种设备事故造成的损失，维护社会稳定，促进经济的发展，根据《特种设备安全监察条例》和《安全生产法》的要求，结合本院实际，制定本预案。

第二条 本预案为陇川县妇幼保健院医院本院区域内特种设备事故应急救援工作的程序和组织原则。本预案根据《特种设备安全监察条例》的要求，确定使

用科室为本科室特种设备事故抢险救援科室。

第三条 本预案所称特种设备事故，是指在本院区域内使用特种设备的室突然发生的，造成或可能造成人身安全和财物损失的事故，包括以下的事故：

- (一) 电梯困人故障或由于剪切、坠落等原因造成的人身伤亡事故；
- (二) 锅炉爆炸事故;高压氧舱爆炸事故；
- (三) 压力容器(含压力蒸汽灭菌器、气瓶)泄漏、爆炸事故；
- (四) 压力管道泄漏、爆炸事故。

第四条 特种设备事故应急处理工作，应当贯彻统一领导、专业分工、反应及时、措施果断、依靠科学、加强合作的原则。

第五条 各特种设备使用科室，应当建立严格的特种设备事故防范和应急处理责任制，切实履行各自职责，积极配合处理事故应急抢险救援工作，保证特种设备事故应急处理工作的正常进行。

第二章 应急处理机构和职责

第六条 成立特种设备事故应急处理领导小组：

组长：院长

副组长：副院长任

成员：医务科、护理部、设备科、保卫科、总务科；

领导小组下设办公室，办公室设在信息设备科。所有成员必须保证 24 小时通信畅通。

第七条 特种设备事故应急处理领导小组职责：

(一) 组织指挥特种设备使用科室对特种设备事故现场应急抢险救援工作，控制事故蔓延和扩大；

(二) 核实现场人员伤亡和损失情况，及时向上级汇报抢险救援工作及事故应急处理的进展情况；

(三) 落实特种设备事故应急处理领导小组部署的有关抢险救援措施。

第八条 组长的主要职责：

(一) 负责召集、协调各有关部门和特种设备使用科室的现场负责人研究现场救援方案，制定具体救援措施；

(二) 负责指挥现场应急救援工作。

第九条 副组长的职责：负责组织实施具体抢险救援措施工作。

第三章 预防与应急措施

第十条 电梯、锅炉、压力容器、压力管道等特种设备的使用科室，应当根据本规定和本科室的实际情况，制定本科室的特种设备事故应急预案，并报领导小组办公室。

第十一条 特种设备使用科室事故应急预案应包括以下内容：

- (一)本科室的特种设备数量、安装位置分布情况；
- (二)在日常运行使用过程中出现的，可引发事故的故障类型、征兆、应对措施；
- (三)进行特种设备事故应急救援指挥的组织机构管理网络及抢险救援人员；
- (四)相应的设备操作人员、维修人员、安全生产第一责任人在处理事故时的职责。

第十二条 电梯和高压氧舱的使用科室必须委托具有电梯和高压氧舱维修保养资格的部门对其进行保养，负责电梯和高压氧舱日常维修保养的科室职责如下：

- (一)应对其使用的电梯和高压氧舱的日常安全运行负责；
- (二)配备与其所保养数量的电梯和高压氧舱相匹配的工具、人员，在接到电梯、高压氧舱困人故障后立即赶到现场进行抢救；

第十三条 特种设备事故应急处理领导小组办公室对容易引发事故的特种设备列为危险监控设备，依法实行重点监控。锅炉房、供应室、手术室、高压氧舱治疗室、氧气供应站等科室使用的及其他容易引发群死群伤事故的特种设备均列入危险监控设备范围。

第十四条 各使用科室应根据本科室设备的特点和应急救援方案的规定，配备必要的设备、工具、救援物品等物资储备。

第十五条 各使用科室应定期组织本科室的事故应急处理知识、技能的培训和应急演习。

第十六条 使用科室应定期对特种设备进行日常性维修保养和定期自行检查，按照有关规定要求按期安排对特种设备进行定期检验。设备出现故障或者发生异常情况后，使用科室应当及时报告对其进行全面检查，消除事故隐患后，方可重新投入使用。

第四章 事故报告与现场保护

第十七条 特种设备事故发生后，事故科室应当立即做到：

- (一)按本科室应急救援预案的规定，迅速采取有效措施，积极组织抢救，防止事故蔓延扩大；
- (二)严格保护事故现场；
- (三)同时向总务科、保卫科、器械科等有关部门报告。
- (四)各成员科室在接到事故报告后，应立即报告领导小组办公室。

第五章 应急处理

第十八条 特种设备事故发生后，事故科室的设备操作人员、维修人员、主

管、分管领导应按照本科室的事故应急救援方案采取积极有效的抢救措施。事故科室主要负责人在抢险救援和事故调查处理期间不得擅自离岗。

第十九条 特种设备事故发生后，由院特种设备事故应急处理领导小组组长批准，立即启动本应急救援预案。特种设备使用科室应认真贯彻执行本预案。当组长不在时，应按顺序由副组长负责组织指挥应急抢险救援工作。

第二十条 急预案启动后，各类特种设备事故的应急抢险救援工作首先应由特种设备使用科室救援。

第二十一条 在应急抢险救援过程中需要有关科室配合的应积极支持、配合并提供一切便利条件。

第二十二条 参加事故应急处理的工作人员，应当按照本预案的规定，采取安全防护措施，并在专业人员的指导下进行工作。

电梯事故应急措施和救援预案

为加强对电梯安全事故的防范，及时做好安全事故发生后的救援处置工作，最大限度地减少事故造成的损失，维护正常的社会秩序和工作秩序，根据《中华人民共和国安全生产法》和《特种设备安全监察条例》的要求，结合本单位实际，特制定本单位电梯安全事故应急救援预案。

一、本预案的适用范围

(一)本单位目前有 6 台电梯在用，为我单位重点设备。本预案所称安全事故，是指在本院使用的电梯突然发生的，造成或可能造成人身安全和财物损失的事故，事故类别包括：

(二)电梯困人故障；由于剪切、坠落等原因造成的人身伤亡事故；由于触电等原因造成的人身伤亡事故；其他安全事故。

(三)安全事故的具体标准，按国家或行业、地方的有关规定执行。

二、应急救援组织机构

(一)成立电梯安全事故应急救援指挥部(以下简称救援指挥部)。指挥长由院长担任；副指挥长由分管副院长担任；医院各相关部门负责人为指挥部成员，参与现场抢险救援工作。

(二)设立现场救援组，由后勤科人员兼职组成。组长由分管副院长担任，负责组织现场具体抢险救援工作；在指挥长到达现场之前，负责指挥现场抢险救援工作。

三、应急救援组织的职责

(一)指挥部职责

1.组织医院有关部门按照应急救援预案迅速开展抢救工作，防止事故的进一

步扩大，力争把事故损失降到最低程度；

2.根据事故发生状态，统一布置应急救援预案的实施工作，并对应急处理工作中发生的争议采取紧急处理措施；

3.根据预案实施过程中发生的变化和问题，及时对预案进行修改和完善；

4.紧急调用各类物资、人员、设备；

5.当事故有危及周边单位和人员的险情时，组织人员和物资疏散工作；

6.配合上级有关部门进行事故调查处理工作；

7.做好稳定秩序和伤亡人员的善后及安抚工作。

(二)现场指挥长的主要职责：

1.负责召集各参与抢险救援部门的现场负责人研究现场救援方案，制定具体救援措施，明确各部门的职责分工；

2.负责指挥现场应急救援工作。

(三)副指挥长的职责：

1.负责组织实施具体抢险救援措施工作。

2.现场救援组的职责：

3.抢救现场伤员；抢救现场物资；保证现场救援通道的畅通。

四、应急联络机构

1.县市场管理局。

2.县应急管理局。

3.县消防大队。

4.县公安局。

5.电梯维护保养单位。

五、应急救援的培训与演练

(一)培训

按计划组织安全管理人员、操作人员和工程技术人员等相关人员进行有效的培训，从而具备完成其应急任务所需的知识和技能。

1.每半年进行一次培训；

2.新加入的人员及时培训；

主要培训以下内容：困人解救、井道内作业、轿顶作业、底坑作业、厅层作业、机房作业、更换和割断钢丝绳、扶梯桁架作业、施工用电常识、坠落保护、电动工具的安全使用、对危险源的突显特性辨识、事故报警、紧急情况下人员的安全疏散、现场抢救的基本知识。

(二)演练

应急预案和应急计划确立后，按计划组织安全管理人员、操作人员和工程技

术人员等相关人员经过有效的培训，医院按照本预案要求，每年的1月份组织开展一次事故应急演练。每次演练结束，及时作出总结，对存有一定差距的在日后的工作中加以提高。

六、事故报告和现场保护

(一)医院的设备科是事故报告的指定机构，设备科接到报告后及时向指挥长报告，指挥长根据有关法规及时、如实地向110、县安全生产监督管理局、县质量技术监督局或其他有关部门报告。

(二)严格保护事故现场。

七、应急处理

(一)接报事故后5分钟内必须完成以下工作：

1.立即报告医院主要领导，由指挥长（院长）批准，立即启动本应急救援预案，按照各自的职责和工作程序执行本预案。当指挥长不在时，由副指挥长负责组织指挥应急抢险救援工作。

2.指挥部根据事故或险情情况，立即组织或指令事故发生地组织调集应急抢救人员、车辆、设备。组织抢救力量，迅速赶赴现场。

3.通知电梯维护保养单位，立即派专业技术人员赶赴现场。

4.立即组织或通知就近网点，组织调集应急抢救人员、车辆、设备。组织抢救力量，做好增援准备。

(二)应急处理措施。

1.抢救方案根据现场实际发生事故情况，制定抢救方案，迅速投入开展抢救行动。

2.伤员抢救立即与医共体总院（急救中心）和医院联系，请求出动急救车辆并做好急救准备，确保伤员得到及时医治。

3.事故现场取证救助行动中，安排人员同时做好事故调查取证工作，以利于事故处理，防止证据遗失。

4.在救助行动中，救助人员应严格执行安全操作规程，配齐安全设施和防护工具，加强自我保护，确保抢救行动过程中的人身安全和财产安全。

(三)紧急救援程序及措施

电梯困人的解救:接报后，救援人员赶赴现场展开救援。首先要了解轿箱内情况，稳定被困人员情绪;其次准确判断电梯所在楼层(位置)，根据具体制定并实施救援方案。有关救援程序如下:

1.停电或轿门故障:轿厢停在平层位置时，救援人员用三角钥匙开启厅门及轿箱门解救被困人员。轿厢停在楼层之间时，应按以下程序进行:断开电梯主电源开关(主电源开关设在机房内)--使用专用工具松开曳引机制动闸--扳动曳引机(必须

双人操作), 向上或向下移动轿厢至平层位置--以三角钥匙开启轿箱门, 解救被困人员。

2.安全钳动作:轿厢停在平层位置时,救援人员用三角钥匙开启厅门及轿箱门,解救被困人员。安全钳动作,轿厢停在楼层之间时,应按以下程序进行:开启轿厢上方厅门--进入箱顶,先按下“急停按钮”--开启箱顶安全窗,放入“七横竹梯”--帮助和指挥被困人员由轿厢顶部的安全窗有秩序撤离。

3.电梯坠落事故救援:接报后,救援人员应首先关闭该电梯主供电电源--使用三角匙开启首层厅门及轿门,确认人员伤亡和设备损坏情况--立即通知电梯维修专业单位到场抢险;

八、救援器材、设备、车辆等落实

单位每年安排一定比例的费用,根据本单位的性质、特点以及应急救援工作的实际需要有针对性、有选择地配备应急救援器材、设备,并对应急救援器材、设备进行经常性维护、保养,不得挪作他用。启动应急救援预案后,单位的机械设备、运输车辆统一纳入应急救援工作之中。

九、应急救援预案的启动、终止和终止后工作恢复

(一)当事故的评估预测达到启动应急救援预案条件时,由应急指挥长启动应急响应预案令。

(二)对事故现场经过应急救援预案实施后,引起事故的危险源得到有效控制、消除;所有现场人员均得到清点;不存在其它影响应急救援预案终止的因素;应急救援行动已完全转化为社会公共救援;应急指挥长认为事故的发展状态必须终止的;应急指挥长下达应急终止令

(三)应急救援预案实施终止后,应采取有效措施防止事故扩大,保护事故现场和物证,经有关部门认可后可恢复施工生产。

十、应急总结与奖惩

应急救援工作结束后,指挥部组织相关部门认真进行总结、分析,吸取事故事件的教训,及时整改,并按照下列规定对有关单位和人员进行奖惩。

(一)对在应急抢险救援、指挥、信息报送等方面有突出贡献的个人,按公司有关规定,给予表彰和奖励。

(二)对瞒报、迟报、漏报、谎报重特大事故和突发事件中玩忽职守,不听从指挥,不认真负责或临阵逃脱、擅离职守的人员,按照医院有关规定,给予责任追究或处分。对扰乱、妨碍抢险救援的人员,由有关行政管理部门依法处理,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

十一、其他事项

(一)本救援预案针对有可能发生的电梯安全事故,组织实施紧急救援工作并

协助上级部门进行事故调查处理的指导性文件,可在实施过程中根据不同情况随机进行处理。

(二)本《预案》自印发之日起施行。

承压类特种设备应急措施和救援预案

根据国务院《关于特大安全事故行政责任追究的规定》、《特种设备安全监察条例》、国家质量监督检验检疫总局《特种设备事故报告调查处理规定》，结合我单位实际情况，现制定锅炉、压力容器、气瓶、压力管道等承压类特种设备(以下简称承压设备)事故处理预案如下：

一、本预案的适用范围

本单位目前有锅炉台、压力容器(灭菌器、医用氧舱)台、气瓶只、类压力管道在用，为我单位重点设备。本预案所称安全事故，是指在本公司使用的承压设备突然发生的，造成或可能造成人身安全和财产损失的事故，事故类别包括：

锅炉缺水、超压、汽水共腾、锅炉熄火、炉膛爆炸、受热面管爆破、燃气锅炉的回火脱火、燃油燃气锅炉火灾、压力容器超温、超压、泄漏、异常变形、异常振动等事故。

安全事故的具体标准，按国家或行业、地方的有关规定执行。

二、应急救援组织机构

成立承压设备事故应急处理领导小组(以下简称领导小组)。组长由院长担任；副组长由分管副院长担任；医院各相关部门负责人为成员，参与现场抢险救援工作。

设立现场救援组，由各工程部组人员兼职组成。组长由分管副院长担任，负责组织现场具体抢险救援工作；在指挥长到达现场之前，负责指挥现场抢险救援工作。

(一)承压设备事故应急处理领导小组职责

1.组织指挥锅炉使用部门对承压设备事故现场应急抢险救援工作，控制事故蔓延和扩大；

2.核实现场人员伤亡和损失，及时向上级汇报抢险救援工作及事故应急处理的进展情况；

3.落实承压设备事故应急处理有关抢险救援措施。

(二)组长的主要职责

1.负责召集、协调各有关部门和承压设备使用部门的现场负责人研究现场抢险救援方案，制定具体抢险救援措施；

2.负责指挥现场应急抢险救援工作。

(三)副组长的职责

负责组织实施具体抢险救援措施工作。

二、预防与应急措施

(一)定期组织本单位的承压设备事故应急处理知识、技能的培训和应急演练。

(二)定期对承压设备进行日常性维修保养和定期自行检查，按照有关规定要求按期安排对承压设备进行定期检验。设备出现故障或者发生异常情况时，应当对其进行全面检查，消除事故隐患后，方可重新投入使用。

三、事故报告与现场保护

(一)报警:

1.承压设备发生事故，第一反应即拨打“119”火灾电话报警，并向质监局、安监局汇报。报警人员要讲清承压设备事故的单位、路名、事故发生部门、事故发生情况，讲清本人姓名、电话号码等。

2.报警完毕后，即总指挥（院长）和部门领导报告。

3.院长接到报告后，及时召集本单位有关人员到达事故现场。

(二)应急联络机构

县质量技术监督局

县安全生产监督管理局

县消防大队

县公安局

(三)成立临时承压设备事故指挥部:

由院长和有关人员选择合适场所成立指挥部，院长为指挥长。

(四)通报:

根据“救人第一和准确、迅速、集中力量打歼灭战”的指导思想，利用本单位的宣传工具，向本单位人员发送通报。

通报内容

1.事故发生情况;

2.人员情绪的稳定;

3.疏散人员和救护。

(五)疏散和救护:

1.切断受影响电源，做好消防和防毒准备，防止泄漏的易燃易爆介质爆炸;

2.制定安全区，确定人员疏散集合安全通道;

3.分工明确，引导和护送被困人员向安全区疏散，并做稳定情绪工作;

4.现场救护，由本单位人员在安全区及时对伤员进行处理或送医院救治。

(六)事故现场处理:

1.如起火:须组织灭火器材,开展灭火,由义务消防队负责人为灭火指挥,并清除炉内燃料。

2.如爆炸:首先清除炉内燃料以及散落的燃料,防止起火和发生第二次爆炸。

3.如泄漏:封闭泄漏现场、将泄漏设备与周围相连系统断开;堵塞泄漏部位,将设备内介质倒入备用容器

(七)安全警戒:

1.加工场外围警戒:消除路障,劝导行人撤离现场。如起火为迎接消防人员及到达现场要创造有利条件。

2.消防人员到达现场后,由领导小组立即向消防指挥报告事故发生情况,并移交指挥权,听从公安消防人员的调遣。

3.保护事故现场,禁止无关人员进入,并积极协助消防公安等有关部门调查事故发生原因。

四、事后处理

(一)积极配合应急管理局、市场监督管理局等部门进行事后处理。

(二)做好伤亡人员的善后及安抚工作。

(三)在 24 小时内写出书面报告,报送应急管理局、市场监督管理局等有关部门。

事故报告内容:

1.发生事故的单位及事故发生的时间、地点;

2.事故单位行业类型、经济类型、企业规模;

3.事故的简要经过、伤亡人数、直接经济损失和初步估计;

4.事故原因、性质的初步判断;

5.事故抢救处理的情况和采取的措施;

6.需要有关部门和单位协助事故抢救和处理的有关事宜;

五、其他事项

(一)本《预案》是重大特种设备事故发生后,我单位各部门实施抢救工作并协助上级部门进行事故调查处理的救援方案,在实施过程中可根据不同情况随机处理。

(二)任何部门和个人都有参加事故抢险救护的义务。

(三)各有关部门应结合我单位的实际情况,结识员工学习、熟悉掌握本《预案》的内容和相关措施。

(四)本《预案》自公布之日起实施。

1.3.12 医疗废弃物流失、泄漏、扩散等意外事故应急预案

为了有效地预防和控制医疗废弃物流失、泄露、扩散等意外事故的发生,以及

发生意外事故时能够及时采取有效的控制措施,最大程度上减少或消除医疗废物流失、泄露、扩散等意外事故所造成的危害,保障人民群众的生命安全,维护正常的医疗秩序,根据《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》制定本办法。

一、组织管理:成立妇幼保健院医疗废物管理小组

组长:行政后勤副院长

副组长:感控办负责人

成员:各临床科室感控小组成员

二、医疗废物监管部门:感控办、护理部、财务科、后勤科。

三、全院全体工作人员均有义务监督医疗废物的管理。当发生医疗废物流失、泄露、扩散等意外事故时,应及时上报后勤科,或人事科,或感染管理科,或主管副院长,下班时间报告妇幼保健院行政总值班。妇幼保健院在48小时内上报陇川县卫健局、陇川县环保局等有关部门。

四、妇幼保健院发生医疗废物流失、泄露、扩散等意外事故导致1人以上死亡或者3人以上健康损害,需要对致病人员提供医疗救护和现场救援的重大事故时,应当在12小时内向陇川县卫健局和陇川县环保局报告,并根据《医疗废物管理条例》的规定采取相应的医疗救助并进行现场清理、清洁和消毒等紧急处理措施,并逐级上报。

五、医疗废物流失、泄露、扩散等意外事故导致3人以上死亡或者10人以上健康损害,需要对致病人员提供医疗救护和现场救援的重大事故时,应当在2小时内向陇川卫健局和陇川环保局报告,并根据《医疗废物管理条例》的规定采取相应的医疗救助并进行现场清理、清洁和消毒等紧急处理措施。

六、因医疗废物流失、泄漏、扩散等意外事故导致传染病传播事故,或者有证据证明传染病传播的事故有可能发生时,应当按照《传染病防治法》及有关规定报告,并采取相应措施。

七、当发生医疗废物流失、泄露、扩散等意外事故时,应当按照以下要求及时采取紧急处理措施:

(一)接到医疗废物流失、泄漏、扩散等意外事故报告的部门,立即赶往现场确定流失、泄露、扩散的医疗废物的类别、数量、发生时间、影响范围及严重程度,并同时向医疗废物管理小组组长报告。

(二)医疗废物管理小组组长组织有关人员对发生医疗废物泄露、扩散的现场进行处理,据当时情况按要求上报相应的行政主管部门。

(三)后勤科及人事科安排相应的保洁人员对泄露及受污染的区域、物品进行消毒或者其他无害化处理。工作人员应当做好卫生安全防护后进行工作。对感染

性医疗废物污染区域进行消毒时，消毒工作必须从污染轻区域进行，对可能被污染的所有使用过的工具也应进行消毒。

(四)必须采取适当的安全处置措施，必要时由后勤科安排保卫人员封锁污染区域，以防扩大污染，尽可能减少对病人、医务人员、其他现场人员及环境的影响。

(五)若导致人员健康损害的重大事故时，由医务科及护理部安排相应的医务人员对致病人员提供医疗救护和现场救援。

(六)若医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故导致传染病传播事故，或者有证据证明传染病传播的事故有可能发生时，由预防保健科按照《传染病防治法》及有关规定报告，并采取相应措施。

(七)处理工作结束后，感染管理科对事件的调查及处置过程整理成书面材料，记录事故发生的经过、调查步骤和所采取的控制措施及其效果，分析此次调查的经验与不足，制定今后的防范措施。

(八)对引起事故的责任人员按照事故原因和情节的轻重依据《医疗废物管理条例》追究其行政或法律责任。

1.3.13 应急物资采购预案

医院后勤部门所储备的物资不足或断档的情况下，为确保全院各科需求和医疗安全，根据有关规定，制定本预案。

一、应急采购组织管理机构

医院确定机构和人员，切实加强对本单位物资供应配送及应急采购的组织管理，及时掌握动态变化，及时发现问题，解决问题，确保物资供应配送不断档。

组长:分管副院长

成员:药剂科、设备科、后勤科负责人

二、应急采购适用范围:

(一)库存不足的物资，急用物资。

(二)临床使用特殊物资。

(三)应急状态下急需物资。

三、应急采购主体、原则、方式:

应急采购实施主体:原则上后勤科室应急采购实施主体。

应急采购有关原则:出现应急采购需求后，各科必须遵循以下原则:所需物资类型、品种、数量。后勤科接到通知应在第一时间完成采购任务。

四、发生应急采购的后期处置:

(一)及时查找原因。后勤科处理后应立即查找原因，客观分清责任主体原则上原因，进行整改。

(二)整改措施及书面材料上报主管领导。

(三)严格责任追究。对因个人原因造成应急采购的责任主体及人员，予以严肃处理。

1.3.14 后勤水电气突发事故应急预案

为加强医院水电气的管理，防止水电气等突发事件的发生，能有条不紊地加以处置，使损失尽可能地减到最小，特制定医院水电气应急预案。

一、适用范围:

本预案适用处置我院各科室存在的水电气隐患和因各种原因发生的水电气事件等。

二、处置措施：

(一)预防措施:

1.由有关人员组成的检查队，维修人员对全院水电气设备每月至少检查一次，发现问题及时纠正。

2.定期对全院职工进行水电气安全的教育

3.医院有关人员值班时要检查水电气情况，发现水电气隐患应及时采取措施。

(二)发生水、电、气险情时措施:

1.发现险情后，迅速关掉水电气总阀。

2.事故发生后，当值人员(现场目击者)要在第一时间以最快捷的方法立即将事故的情况分别报告医院办公室、医院领导及管理人员，力争把险情控制在初期阶段。医院办公室电话:0692-7176661

3.在 24 小时内写出书面报告，报告上述部门。

4.再报告医院相关领导，尽快增加援助人手。

三、组织指挥措施:

1.指挥职责

(1)接到险情通知后，立即赶赴现场。在有关人员未到现场处理事故之前，保持冷静、清醒的头脑，组织本院职工或在场人员进行抢险工作。

(2)听从并协助工作人员的现场指挥。

(3)要以高度负责的态度，根据情况，服从最高指挥的指令，对需要抢回的设备，文件等采取必要措施。

2.疏散职责

(1)接到险情通知后，立即赶赴现场。根据险情发生的位置、扩散情况及威胁的严重程度，通过广播或大声喊叫等方式通知职工及病人疏散。

(2)听从并协助工作人员的现场指挥。

四、工作职责:

(1) 积极组织对全院所有水电气设备的检查，并如实填写《防火巡查记录表》和《消防报警记录表》，上报医院备案。

(2) 对检查结果有问题的，必须及时整改。

(3) 平时发现的问题，要随时发现随时整改。

1.3.15 停电应急预案

一、制定目的为应对医院突发性大面积停电事故，迅速有序地组织和恢复供电，确保病人生命安全和减少财产损失，确保医院用电畅通，规范事故应急工作，依据国家相关法律法规，结合医院实际情况，制定本预案。

二、适用范围本方案所称“突发性大面积停电事故”（下称“大面积停电事故”）是指因严重自然灾害时，重要设施损坏或遭受破坏时，突发故障造成全院大面积电力系统安全防线失效等事故。

三、应急原则大面积停电事故处理工作贯彻“预防为主，常备不懈”的方针，遵循“统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速反应，措施果断”的原则。

四、组织机构医院成立大面积停电事故应急领导小组，下设应急抢修队。

（一）医院大面积停电事故应急领导小组

1. 人员组成

组长：院长

副组长：行政后勤副院长、业务副院长

成员：办公室主任、后勤科科长、医务科科长、护理部主任

领导小组下设办公室，在后勤科，办公室主任由后勤科负责人担任。领导小组成员发生变动时，由相应科室负责人自然接替。

2. 职责

(1) 做好日常安全供电工作，落实安全生产责任制，防范大面积停电事故。

(2) 发生大面积停电时，及时做好停电事故应急工作，尽快恢复供电。

(3) 根据大面积停电事故严重程度，决定启动和终止应急预案。

(4) 及时向上级报告事故情况或向社会公布。

(5) 领导小组组长是履行本预案规定的第一责任人。成员应在领导小组的统一指挥下，各司其职，各负其责，通力合作，做好大面积停电事故的社会综合应急工作。

（二）应急抢修组

组长：总务科科长

成员：总务科水电工

职责：发生事故时，组织人员实施救援行动；向领导小组汇报事故情况，必要时间供电部门发出求援请求，事后总结、记录应急救援工作情况。

五、应急程序

（一）计划性停电应急程序

1. 值班电工在接到供电部通知停电的电话或其他形式的通知时，必须问清楚停电的时间，停多长时间及停电原因并做好记录，如停电时间不在本班次，必须在交接班时交接清楚。

2. 通知应急领导小组组长或总值班人员，说明停电的原因、具体停电的时间及停电时长，并做好备用第二电源的准备工作。

3. 如在正常工作时间，在时间允许的情况下，应由院办公室的以书面形式向各部门发出通知。

4. 如时间紧急，应在接到供电部门的通知后，立即报告应急领导小组组长（夜间通知总值班人员），同时通知门卫值班人员，说明情况。由总值班发出通知，重要科室除向当班医师、护士外，时间允许还应向科主任、护士长讲清停、送电的时间，并做好停、送电计划。

5. 在停电前 30 分钟到配电室，做好切换备用第二电源的前期检查。停电时要在 15 分钟保证备用第二电源的正常启动和输送。

6. 当外网（市电）停电、自备投发电机自动启动后，经值班电工手工切换输送供给手术室、新生儿监护室、收费室室、消防水泵。

7. 做好自备投电源运行记录及恢复市电供电后的各种记录。

（二）突发性、临时性停电应急程序

1. 发生突然或临时性停电，值班电工应立即电话询问供电部门，问明停电原因及停电时间的长短。

2. 通知应急小组组长或总值班，说明情况。

3. 自备投电源自启动后，按规定顺序以最快的时间保证重点科室的供电。

4. 做好各种记录工作。

5. 如因医院内部原因造成停电时，要尽快查明停电原因，是高压电路还是低压电路。如属高压电路出现故障，值班电工应尽快导入自备投电源以保证重点科室的供电；及时与供电抢修部门联系，尽快恢复，保证供电；如果是医院低压电路出现故障时，应尽快查明原因，按照操作规定恢复供电。

（三）部门科室应急程序

1. 各科室接到停电通知后，立即做好停电准备，应在允许的情况下把所有机器电源切断，待供电恢复正常后再投入使用。

2. 遇到突然停电，立即寻找抢救患者及其运转的动力方法，维持抢救工作、开启应急照明等，并及时与值班电工及总值班取得联系。

3. 临床科室出现突然供电故障，医护人员应首先保证病人抢救；护士应沉着

冷静,上呼吸机者采用呼吸气囊法:上监护仪者采用人工测血压脉搏:电动吸痰者则采用 50 毫升注射器接吸痰管抽吸等。严密观察病情变化。其余工作人员立即电话联系值班电工及总值班,并启动应急照明。加强巡视病房,安抚患者,同时注意防火防盗。

4.电梯遇突然停电后,门卫值班人员要做好乘客的安抚工作,快速与电梯维保单位及科室主管取得联系,尽快放出被困乘客。

5.保卫部门在停电期间,无论白天还是夜晚,均应加强病区的巡视安抚患者,同时注意防火、防盗,预防患者家属因情绪过激给医疗抢救工作带来的不良影响。

6.后勤科电工人员应对自备投发电机进行定期维护保养和试验,保证油料充足是随时可以启动。

(四)突发性事故、火灾停电处理程序(基于预知性停电处理程序的补充内容)

1.遇到突然停电后,无论事故性或火灾停电,医院电工应立即启动发电机,在确保手术室、ICU、新生儿监护室、手术电梯、消防水泵等重点科室及部门应急供电正常的情况下,及时寻找停电原因,并向总值班及相关科室和领导报告。

2.遇到突然停电后,因情况不明,各临床科室在岗值班人员,应立即切断本科室主电源开关(注:手术室、MICU、新生儿监护室、收费室、消防水泵等有应急电源的科室和正在抢救患者的科室除外),并及时与总值班联系,以获得停电或事故原因,只有在得到总值班或电工值班员准确答复可以合闸供电后方可合上本科室主电源开关(此条只限于情况不明的突然停电)。

3.经电工检查后,如停电故障来自电力供电部门,应及时向总值班报告,并协助总值班与供电部门交涉,督促电力供电部门尽快恢复医院供电,必要时及时向卫生局、政府汇报。

4.停电故障若来自火灾,电工应及时切断起火火点主电源,在恢复其他科室正常用电后,积极配合消防部门灭火,并在火灾排除后检查用电线路完好后方可供电。

6.对所有停电情况,电工值班员均在事后做详细记录。

7.此预案请各科室认真组织职工学习,力争做到应知应会。

附件一:计划性停电应急处置程序

1.值班人员(总值班、院办)在接到供电部门通知停电的电话或其他形式的通知时,必须问清楚停电的时间,停多长时间及停电原因并做好记录,如停电时间不在本班次,必须在交接班时交接清楚。

2.通知应急领导小组组长或总值班人员,说明停电的原因、具体时间、停多长时间,并做好备用电源的准备工作。

3.如在正常工作时间,在时间允许的情况下,应由医院办公室的以书面形式向各部门发出通知。

4. 如时间紧急,应在接到供电部门的通知后,立即报告应急领导小组组长(夜间通知总值班人员),同时通知门卫值班人员,说明情况,由总值班发出通知,重要科室除向当班医师、护士外,时间允许还应向科主任、护士长讲清停、送电的时间,并做好停、送电计划。

5. 在停电前 30 分钟到配电室,做好切换备用电源的前期检查。停电时要在 15 分钟保证备用第二电源的正常启动和输送。

6. 在停电前 10 分钟,将全部电梯停置电梯基站。

7. 做好自备投电源运行记录及恢复市电供电后的记录。

附件二：紧急停电应急处置预案

紧急停电时,医院供电应急系统会在很短时间内恢复供电,可保障手术室、MICU、新生儿监护室、收费室、消防水泵、微机中心、消防控制中心等处工作的正常运转。但为了有效预防、及时控制和减少突发停电事件的危害,指导和规范此类事件对医疗安全造成的危害,制定应急处理预案。

1. 各部门、各科室的紧急电源(UPS)应做好保养,在紧急情况下应保证供应重要设备的使用;备好应急灯、手电等,保证其处于备用状态并置随手可触及。电工值班常备蜡烛。医疗过程中如果遇到停电时,医院相关人员应加强巡视、主动安抚患者不要担心,要保持镇静。

2. 手术室、MICU、新生儿监护室、收费室、消防水泵等特殊部门的电力会优先得以保障,在正式供电之前抢救患者使用的动力机器,找好替代办法,维持抢救,并开启应急灯或手电照明。

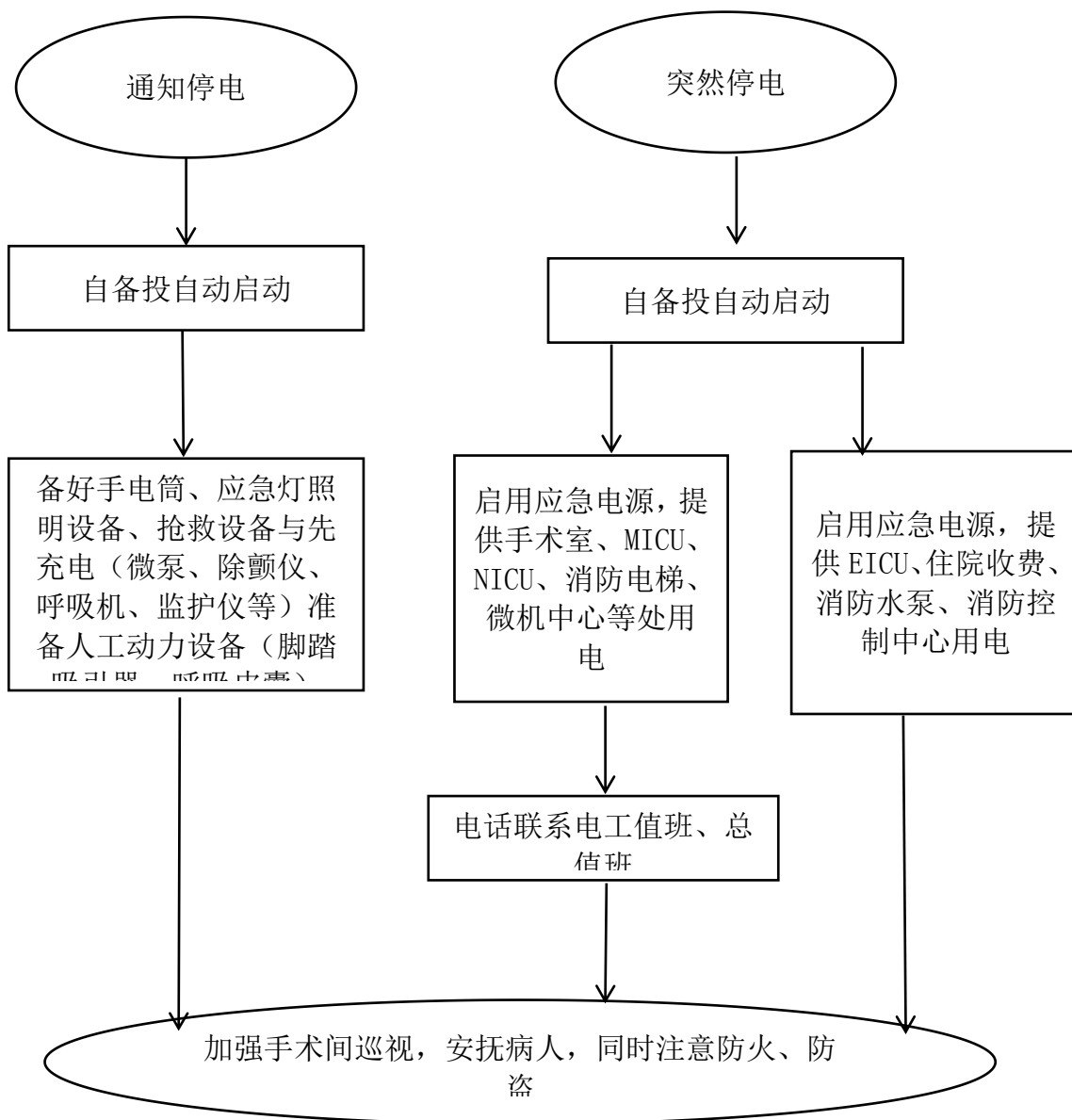
3. 因停电被困电梯、治疗室、检查室等处时,请病人及其亲属保持镇静,等候救援或配合院方人员采取应急措施。医院各科室按照医院停电应急预案采取措施。呼吸机、麻醉机若无备用电源,需备好手动通气装置,停电时医务人员立即将呼吸机病人人机分离,连接简易呼吸囊维持呼吸,并密切观察病人面色、血氧饱和度、意识、生命体征等。

4. 使用微量推注泵的病人,在推注泵蓄电池电量不足时,可改用静脉慢滴注法。需要使用吸引器吸痰的可改用 50ml 注射器接吸痰管吸痰。

5. 安保人员、医护人员加强病房巡视,安抚病人,注意防火、防盗。

6. 正常供电恢复后,特殊设备,如微机控制的 DR、铅靶等须重新检测至备用状态。

附件三：停电应急预案流程



1.3.16 医院污水处理应急预案

一、指导思想

为贯彻落实《医疗机构污水排放要求》、《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》等一系列法律、法规及上级行政部门的文件精神，确保医院污水达标排放根据本院污水处理工艺特点，本着“预防为主，统一指挥，分工责任”的原则制定《污水处理预案》。

二、组织机构

成立污水处理意外事故应急管理小组。

组长：行政后勤副院长

副组长：感染管理负责人

成员：污水处理管理人员

三、预案说明

该预案由应急领导小组组长宣布启动，但发生以下情况，该预案自然启动：

1. 发现出水水质超标
2. 污水水量超过设计标准时
3. 大面积、长时间停电时
4. 二氧化氯泄漏时

四、事故预防措施

1. 污水由后勤科专人负责管理，其工作人员经有关部门培训后发放合格证，持证上岗。

2. 医院污水管理人员必须熟练掌握污水处理全部工艺流程、各种设备性能、保养维修技术，严格执行操作规程和安全守则。

3. 值班人员经常检查设备的运转情况，对存在的隐患、故障和异常情况，及时排除，同时报告科长，并做好登记。对科内不能解决的问题，必须立即报告组长，以便联系专业人员及时维修，确保设备正常运转。

4. 工作人员必须坚持岗位责任制，严守操作规程。对医院污水实行 24h 处理及监测，按照要求检测余氯，并做好记录，根据检测结果及时调整药量，保证污水处理达标排放。

5. 为保证安全生产，配备的防护工具要妥善保管，并严格进行交接班。

6. 污泥池定期进行清理，定期对消毒池中隔栅存留的悬浮物进行清理一次，必要时及时清除。

7. 后勤科负责日常污水处理工作的检查监督，坚持每月一次对污水处理设备和设施进行定期检查，以便发现设备故障，及时排除隐患、污水处理意外事故的应急程序与措施。

（一）处理程序：

当班人员发现事故时立即向后勤科长汇报，科长再向分管院领导汇报，院领导接到报告后，根据事故情况向当地环保部门汇报，并在事故处理过程中随时保持与环保部门的联系。

（二）处理措施

1. 发现进水超出设计标准时，立即向分管领导汇报，减少进水量，并对进水水质、工艺运行参数、出水水质数据进行分析，及时调整。

2. 突然停电时，将现场设备停止运行状态，如停电时间超过 6 小时，则通知上级主管部门及时送电。

3. 当污水泵停机时，必须立即启动污水处理备用系统（自来水加氯系统）。
4. 操作间二氧化氯浓度严重超标时，开启排风扇，避免产生各种明火的操作，立即检查操作间二氧化氯浓度严重超标原因，及时排除故障，不能自行排除故障时立即报告，以便联系厂家专业维修人员到场。

1.3.17 消防安全应急预案

为认真贯彻《中华人民共和国消防法》和《机关、团体、企业、事业单位内部消防安全管理条例》，切实保障医院内部的消防安全，预防和杜绝公众聚集场所火灾群死群伤事故的发生，特制定以下消防安全应急预案：

一、组织领导为加强医院消防安全工作管理，确保消防安全工作的领导，落实各项消防安全管理制度和措施，保证消防安全工作的顺利开展，经医院研究，成立消防安全管理工作领导小组：

组长：院长

副组长：行政后勤副院长

成员：后勤科科长

各科室主任、护士长

二、制度落实

（一）进步建立健全各类消防安全管理规章制度。

（二）进步落实消防安全责任制，在分管副院长负主要责任，后勤科科长具体负责的基础上，各科室主任（科长）是本科室消防安全的第一责任人。各科做到经常检查本科室的消防重点部位，临床科室要加强对病房的管理，及时消除病房内的各类火灾安全隐患。各消防重点科室如设备科、药剂科要加大对中心供氧、仓库、施工、运输、储存和使用易燃易爆物品的管理工作，严防火灾事故发生。

（三）加强各科室消防设备的管理，明确分工、责任到人，做到每月检查记录，保证消防设备的完好率。有完善的火灾报警控制系统，与消防控制室直接联网，能在第一时间做出反应，做到及时发现火情，及时报警。

三、发生火灾时疏散实施方案

（一）任何人员一经发现火情，应立即展开扑救工作，防止火势蔓延，并立即报告总值班、后勤科和医院领导，并根据火情报告“119”。

（二）医院义务消防队和后勤科人员第一时间赶到火灾现场，与科室医护人员一同组织病员有计划、有步骤地疏散，尽快脱离火灾现场。

（三）医院义务消防队要立即侦查火情，同时控制火势，其他保安人员引导“119”消防车辆进入火灾现场。

（四）疏散方向：火灾发生时，楼层疏散人员按照疏散通道上的疏散标志从疏散楼梯疏散至一楼，并迅速撤向开阔地，同时封锁火灾现场，配合消防队控制

火情。

(五) 相关负责人在接到火情报告后,要及时进行处理,如发现相关负责人推脱、怠慢的,要追究其责任。

(六) 后勤科安排人员管理现场,防止偷盗行为的发生。

(七) 火灾发生后应立即切断电源和中心供氧,以防止扑救过程中发生触电和氧气助燃。

(八) 如精密仪器起火,应使用 CO₂ 灭火器进行扑救。

(九) 在扑救火灾的过程中,始终坚持救人第一的原则,严禁因抢救物品而置生命于不顾。

(十) 在火灾现场如有易燃易爆物品,应立即处置,防止发生爆炸。

火警电话: 119; 雷自胜: 13759205417; 院办: 0692--7176661; 刘涛
13708622950

1.3.18 医用中心供氧突发事件应急预案

为保证医院中心供氧医疗装备完好,建立健全我院医疗中心供氧保障体系,有效地应对突发性事件,制定本预案。

一、工作原则

预防为主,常备不懈。提高保障意识及突发事件应急能力。落实各项防范措施,做好人员、技术和设备的应急工作。

二、适用范围

本预案适用于中心供氧系统突发火灾、氧压过低、供氧主管路漏气或液氧贮槽损坏等安全事件而造成医疗工作受阻时。

(一) 组织机构与职责

成立医院中心供氧、负压吸引应急医疗保障领导小组。

1. 人员组成

组长: 行政后勤副院长

成员: 后勤科长、门卫室值班人员

2. 职责:

(1) 医院中心供氧应急医疗保障领导小组负责监督医院氧气的应急保障工作。

(2) 中心供氧站实行 24 小时值班制(含双休日和节假日),值班人员坚守岗位,出现故障及时处理。如遇到无法排除故障情况,应及时与其负责人进行报告。

(二) 应急保障工作体系

1. 平时应做好一定数量的瓶装氧气储备,特别是手术室、新生儿监护室等,

以备应急状态下紧急使用：定期查看和更新，使之经常处于有效期和正常状态。

2. 发生火灾、氧压过低、供氧主管路漏气或液氧贮槽损坏等安全事件时，立即启动中心供氧应急预案，预案启动后，领导小组成员必须立即赶赴现场指导处置，做好相关记录。

三、处置程序

（一）发现火灾及时关闭电源及氧气开关，及时扑救，并拨打 119 报警，通知医院总值班、后勤科。

（二）氧压过低，排除仪器故障，更换氧瓶。

（三）供氧主管路漏气或液氧贮槽损坏，设备科立即通知氧气厂维修。

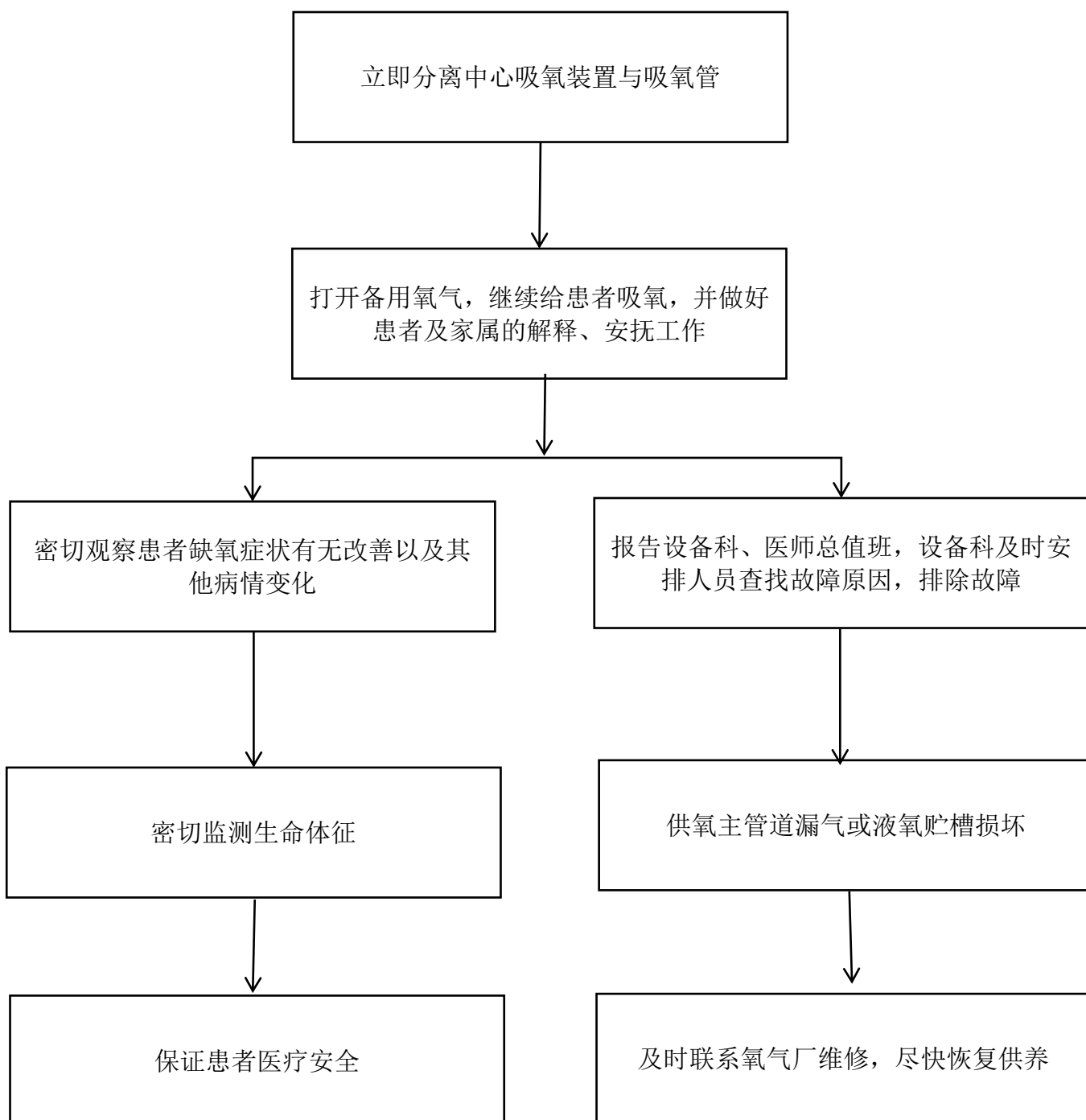
四、总结评估

应急状态取消后，领导小组组织 2 个工作日内组织对事故的应急处置情况进行分析、评估总结，针对存在问题提出整改意见。3 个工作日内向医院领导书面汇报此次应急保障任务处置情况。

五、培训和演练

设立定期应急保障培训制度，使应急保障小组成员熟练掌握应急工作流程和要求，并适当进行应急保障任务的演练，提高小组在真实状态下的应急保障能力。

附件：中心吸氧装置出现故障的应急程序



1.3.19 危险品安全事件应急预案

为了加强对医院危险品安全事故的有效控制，最大限度地降低事故危害程度，保障人民生命、财产安全、保护环境，结合我院的实际情况，特制定本预案。

一、危险品事故的定义

危险品事故是指危险品生产、经营、储存、运输、使用和废弃危险品处置过程中由危险品造成人员伤亡或环境污染的事故。

二、指导思想

体现以人为本，真正将“安全第一，预防为主”方针落到实处。一旦发生危险品事故，能以最快的速度、最高的效能有序地实施救援，最大限度地减少人员伤亡和财产损失，把事故危害降到最低点，建立起一个统一、规范、科学、高效的指挥体系，一个分工明确、责任到人、常备不懈的保障体系。

三、基本原则

快速反应、统一指挥、分级负责、单位自救与社会救援相结合。

四、应急措施

（一）现场触电应急处理预案

若出现触电事故，应先切断电源或拔下电源插头，若来不及切断电源，可用绝缘物挑开电线，在没切断电源之前，切不可用手去拉触电者，也不可用金属或潮湿的东西挑电线。遇到人员触电，应及时实施救护，若触电者出现休克，要立即进行人工呼吸，并请医生治疗，同时报告医院相关部门。

（二）现场火灾应急预案

1. 发生火灾事故时，发现人员要及时、迅速向部门负责人及公安消防部门（119）电话报警，并立即切断或通知相关部门切断电源。

2. 负责人接到报告，应立即通知医疗、安全保卫及安全消防员等人员一起赶赴火场展开工作。

3. 救护应按照“先人员、后物资，先重点、后一般”的原则进行，抢救被困人员及贵重物资，要有计划、有组织的疏散人员，并且要戴齐防护用具，注意自身安全，防止发生意外事故。

4. 根据火灾类型，要采用不同的灭火器材进行灭火。

（三）危险化学品事故应急处置预案

1. 实验过程中若不慎将酸、碱或其他腐蚀性药品溅在身上，立即用大量的水进行冲洗，冲洗后用苏打（针对酸性物质）或硼酸（针对碱性物质）进行中和。

2. 当大量氯气或氨气泄露，给周围环境造成严重污染，严重威胁人身安全时应迅速戴上防毒面具撤离现场。受氯气轻微中毒者可口服复方樟脑配解毒，并在胸部用冷湿敷法救护，中毒较严重者应吸氧气，严重者如已昏迷者，应立即做

人工呼吸，并进行急救。

（四）剧毒药品中毒应急处置预案

1. 如发生气体中毒，应立即打开窗户通风，并疏散人员撤离到安全地方，以最快的速度报告医院相关部门。

2. 如发生入口中毒，应根据毒物种类采取适当处理方法，酸碱类腐蚀物品先大量饮水，再服用牛奶或蛋清，其他毒物先行催吐后再灌入牛奶，然后进行送院救治。

1.3.20 陇川县妇幼保健院突发重大安全事件应急预案

为进一步做好医院安全生产工作，加强安全管理，有效预防、及时控制、迅速应对可能发生的突发性重大安全事件，做好各种突发事件的应急处置和救治工作，确保人民群众生命财产安全，结合医院实际，特制定本预案。

组织机构设置

成立陇川县妇幼保健院突发重大安全事件应急处置领导小组

1、突发重大安全事件应急处置领导小组成员

组长：院长

副组长：领导班子、各科室主任

成员：行政、后勤、信息设备、药剂科室负责人

2、领导小组职责：全面负责应急突发重大安全事件中医院内患者的疏散、撤离、救治等各项工作领导和协调，及时统筹安排具体工作，指定相关负责人，并协调、通知有关部门做好相关医疗物资的准备工作。

下设突发重大安全事件应急处置工作组

1、突发重大安全事件应急处置工作组成员

组长：医院党支部书记

副组长：分管副院长

成员：业务科室负责人、各科护士长

应急处置工作组职责：一旦发生突发重大安全事件，服从现场指挥领导工作安排和调度，在现场指挥领导统一协调下负责突发安全事件应急处置的具体医疗救治保障工作，保持 24 小时开手机待命。

下设突发重大安全事件应急保障工作组

1、突发重大安全事件应急保障工作组成员

组长：分管副院长

副组长：总务科科长

成员：后勤科、药科、信息设备工作人员

应急保障工作组职责：负责突发重大安全事件发生后院内患者紧急疏散、撤离，保障事件发生和应急处置期间医院的人身、财产安全，并保障器械、药品、救护用物等物资供应和突发安全事件应急处置期间所需交通工具的通畅。

二、工作任务

协调并完成在突发安全事件中我院承担的指令性医疗救治工作，以及应急突发重大安全事件医院内患者的疏散、撤离、救治等所有医疗服务工作。

三、工作要求

（一）领导小组、应急处置工作组、应急保障工作组成员和相关科室负责人的通讯工具在突发安全事件应急处置期间保持 24 小时畅通。

（二）全医院相关临床科室、医技科室、后勤等各职能部门在应急突发安全事件期间必须开发绿色通道，临床科室迅速调整病床，做好收治、抢救突发安全事件中伤者的准备，保障应急工作能顺利、有序的进行。

（三）救护车保持待命状态，随时做好转诊工作准备。

（四）各科室应积极认真做好安全隐患的彻底检查工作，发现隐患应及时按程序报告相关部门，以避免和杜绝重大安全事件的发生。

四、工作程序

（一）行政总值班人员负责接收突发重大安全事件应急处置的疏散、撤离和救治等医疗保障任务，在接到任务后及时向负责突发安全事件应急处置领导小组的院领导汇报，根据指示，联系相关负责人，同时向上级行政部门汇报情况并请示进一步工作指示。

（二）指定的负责人接到行政总值班指示后，立即通知各相关科室投入应急医疗救治保障工作。

（三）药械科、信息设备科、医务科、感控办等各部门根据应急卫生保障任务要求，及时提供相应物资及技术保障。

（四）后勤保卫必须严格负责突发重大安全事件发生后医院内患者的紧急疏散、撤离工作，并保障事件发生和应急处置期间医院内人身、财产安全工作。

1.3.21 陇川县妇幼保健院突发食物中毒事件应急预案

为了深入贯彻落实《中华人民共和国食品卫生法》、《突发公共卫生事件应急条例》，及时有效地预防和控制食物中毒，进一步规范报告程序和食物中毒事故的处理，结合我院实际，特制定本预案。

一、适用范围

食物中毒指摄入了含有生物性、化学性有毒有害物质的食品或者把有毒有害物质当作食品摄入后出现的非传染性（不属于传染病）的急性、亚急性疾病。

本预案适用于突然发生的、群体性的、造成社会公众健康严重损害的食物中毒事件和来医院就诊范围急性食物中毒事件的应急处理工作。

二、工作原则

（一）预防为主，常备不懈

提高医院防范突发食物中毒事件意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物品和设备的应急储备。对各类可能引发突发食物中毒事件及其危险因素要及时分析、预警，做到早期发现、及时报告、快速反应、有效处置。

（二）统一领导，分级负责

成立医院食物中毒事件卫生应急处置领导小组，负责处置突发食物中毒事件的统一领导和指挥，各有关科室按照预案规定，在各自的职责范围内做好突发食物中毒事件应急抢救处理的有关工作。

（三）依法规范，措施果断

医院各科室要按照相关法律、法规制度的规定，对可能发生的突发食物中毒事件做出快速反应，研判风险，及时启动应急预案，做好监管和报告工作，有效开展应急抢救处置。

三、食物中毒事件分级

根据食物中毒事件的性质、危害程度、波及范围、发生时间、发生场所等因素，将食物中毒事件划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）、和一般（Ⅳ级）四级。

特别重大食物中毒事件（Ⅰ级）

对影响特别重大的食物中毒事件由国务院卫生行政部门报国务院批准后可确定为特别重大食物中毒事件（Ⅰ级）。

（二）重大食物中毒事件（Ⅱ级）

单起食物中毒事件中中毒人数在 100 人以上并出现死亡病例，或出现 10 人以上死亡的；

省级以上人民政府卫生行政部门认定的其他重大食物中毒事件。

（三）较大食物中毒事件（Ⅲ级）

单起食物中毒事件中中毒人数在 100 人以上，或出现死亡病例的；

州（市）级以上人民政府卫生行政部门认定的其他较大食物中毒事件。

（四）一般食物中毒事件（Ⅳ级）

单起食物中毒事件中中毒人数在 30 人以上 99 人以下，且未出现死亡病例的；

县级以上人民政府卫生行政部门认定的其他一般食物中毒事件。

四、组织机构与职责

(一) 成立医院食物中毒事件卫生应急处置领导小组

1、医院食物中毒事件卫生应急处置领导小组成员

2、应急领导小组成员

组长：院长

副组长：领导班子

成员：由各科室主任及护士长组成

3、医院食物中毒事件卫生应急处置领导小组职责：负责抢救食物中毒人员的组织指挥工作，收集食物中毒事件发生、发展及处理的有关信息，联络上级有关部门、及时沟通、反馈和汇报总结事件处理情况，协调食物中毒事件应急处置，安排事件抢救处置具体工作和人员调度，组织实施各种预防控制措施，对落实情况进行督查，及时协调解决卫生应急工作中的困难和问题。

(二) 食物中毒事件应急医疗救治组

1、食物中毒事件应急医疗救治组成员

组长：分管副院长

副组长：公卫科、医务科负责人

成员：各科室负责人、护士长

2、应急医疗救治组职责：一旦突发食品中毒事件，应急医疗救治组所有成员应做好开展抢救工作的准备，24小时开手机待命；接到通知后马上到位，服从现场指挥领导工作安排，开展抢救工作。

(三) 食物中毒事件应急后勤保障组

1、食物中毒事件应急后勤保障组成员

组长：分管副院长

副组长：总务后勤科科长、药剂科科长、信息设备科科长

成员：总务科、药剂科、信息设备职员

2、应急后勤保障组职责：负责抢救食物中毒人员的后勤保障工作，设置事故现场警戒区域，禁止无关人员进入，维持抢救现场秩序，保障抢救工作顺利有效进行。

五、加强培训和演练，提高应急处置水平。

结合本医院职责开展专业技术人员处理食物中毒事件的诊断、应急处理和治理的能力培训和演练，快速提高应对能力和技术水平，在发生食物中毒事件时，及时有效采取抢救措施，服从卫生行政部门的统一指挥和安排，开展应急处理工作。

六、工作报告程序

值班人员（或首诊医生）→本部门负责人→行政总值班→食物中毒事件卫生

应急处置领导小组组长→启动预案。

七、食物中毒事件应急预案启动和处理程序

医务人员凡发现食物中毒或可疑食物中毒事件，应立即向应急处置领导小组报告，启动预案。

应急处置领导小组对事件进行分析研究后，公共卫生科调查核实，并按照报告程序及时向上级卫生行政部门报告。

公共卫生科应积极协助县疾控、医院和市场监督管理局负责违法证据的收集，食物中毒事故的控制，参与流行病学调查，负责食物中毒情况的汇总、分析和报告。

应急医疗救治组随时作好抢救准备，做到信息畅通，随叫随到，做好救护物资、器械、急救药品等的准备工作，在抢救急性食物中毒病人时严格按照《急性食物中毒病人的救治程序》规范操作。

后勤保障组负责根据现场实际情况，请求、接待社会救援部门帮助，保障急救药品、器械等物资供应，设置现场警戒区域，禁止无关人员进入。

医院随时保证食物中毒病人绿色通道畅通。

奖惩

（一）奖励

对在食品安全事故应急管理和处置工作中作出突出贡献的先进科室和个人，给予表彰和奖励。

（二）责任追究

对迟报、谎报、瞒报和漏报食品安全事故重要情况或者应急管理工作中有其他失职、渎职行为的，依法追究有关责任科室和责任人的责任。

九、信息上报

（一）责任报告人

医院首诊医生，实行首诊负责制。

（二）报告时限

医院发现食物中毒事件，应当即时或2小时内向上级卫生行政部门报告。

（三）上报程序

责任报告人应立即向医院应急处置领导小组报告，应急处置领导小组对事件进行分析研究后，责成公共卫生科调查核实，向上级卫生行政部门报告。

（四）报告方式

口头报告、电话或传真报告、网络报告、书面报告（报告卡、专题报告）。

（五）报告内容

食物中毒事件发生后，应对事件的名称、发生地点、发生时间、波及人群或

潜在的威胁和影响、可能的原因、拟采取的措施、发展趋势以及报告人、报告单位及其联系方式进行报告，并追踪报告事件的发展与变化、处置进程、事件的诊断和原因或可能因素，食物中毒事件结束后，对事件的发生和处理情况进行总结报告。

附：陇川县妇幼保健院急性食物中毒病人的救治程序

一、急性食物中毒病人的救治处理

(一) 食物中毒的临床表现：食物中毒通常会引起腹痛、恶心、呕吐、腹泻等，一般餐后少则半小时、多则 48 小时发病。患者除上述急性胃肠炎症状外，还有神经系统症状，如头痛、怕冷、发热、乏力、瞳孔散大、视力模糊、吞咽及呼吸困难等，中毒严重者可因腹泻造成脱水性休克或因衰竭而死亡。我国对食物中毒制定了详细诊断标准，主要以病人的潜伏期和中毒的特有表现为依据。最明显的特征有：中毒病人在相近的时间内食用过某种共同的中毒食品，未食用者不中毒；在停止食用中毒食品后，发病很快停止；潜伏期较短，发病急剧，病程亦较短；所有中毒病人的临床表现基本相似；一般无人与人之间的直接传染。

(二) 医院医护人员要坚守工作岗位，一切抢救物品、药品处于备用应急状态，随时做好抢救准备。

(三) 科室接到食物中毒病人后，立即报告行政总值班，通知食物中毒事件应急医疗抢救组及相关科室人员各就各位，随时做好转诊准备。在食物中毒事件应急医疗救治组及相关科室人员到场前，先成立临时应急抢救小组，由最高职称医师担任组长指挥安排现场医务人员各司其职，保障抢救工作有序进行。

(四) 接诊食物中毒病人，立即根据病情轻重进行分诊，较重者进行抢救的同时及时转上级综合医院救治，轻者送监护观察病房。

(五) 抢救措施：

催吐：无呕吐者可催吐，机械性刺激或用催吐剂。

洗胃：立即用温开水或针对毒物种类使用洗胃溶液（附后常用洗胃溶液）反复洗胃，直至洗出澄清液为止。收集第一次洗出的胃内容物送检。

导泻：中毒时间较长者，可给无水硫酸钠胶囊 15-30 g，一次口服。对吐泻严重的病人，可不用洗胃、催吐、导泻。

对吐、泻较重，丢失大量水分者，根据失水情况，补充所需水分。凡能饮水者，应尽力鼓励病人多喝糖盐水、盐水等，不能饮水者，迅速建立静脉通道，补充水分和电解质。

对腹痛、呕吐严重者，给阿托品 0.5 mg 肌肉注射。烦躁不安者给予镇静剂。如有休克，进行抗休克治疗同时转上级综合医院诊治。

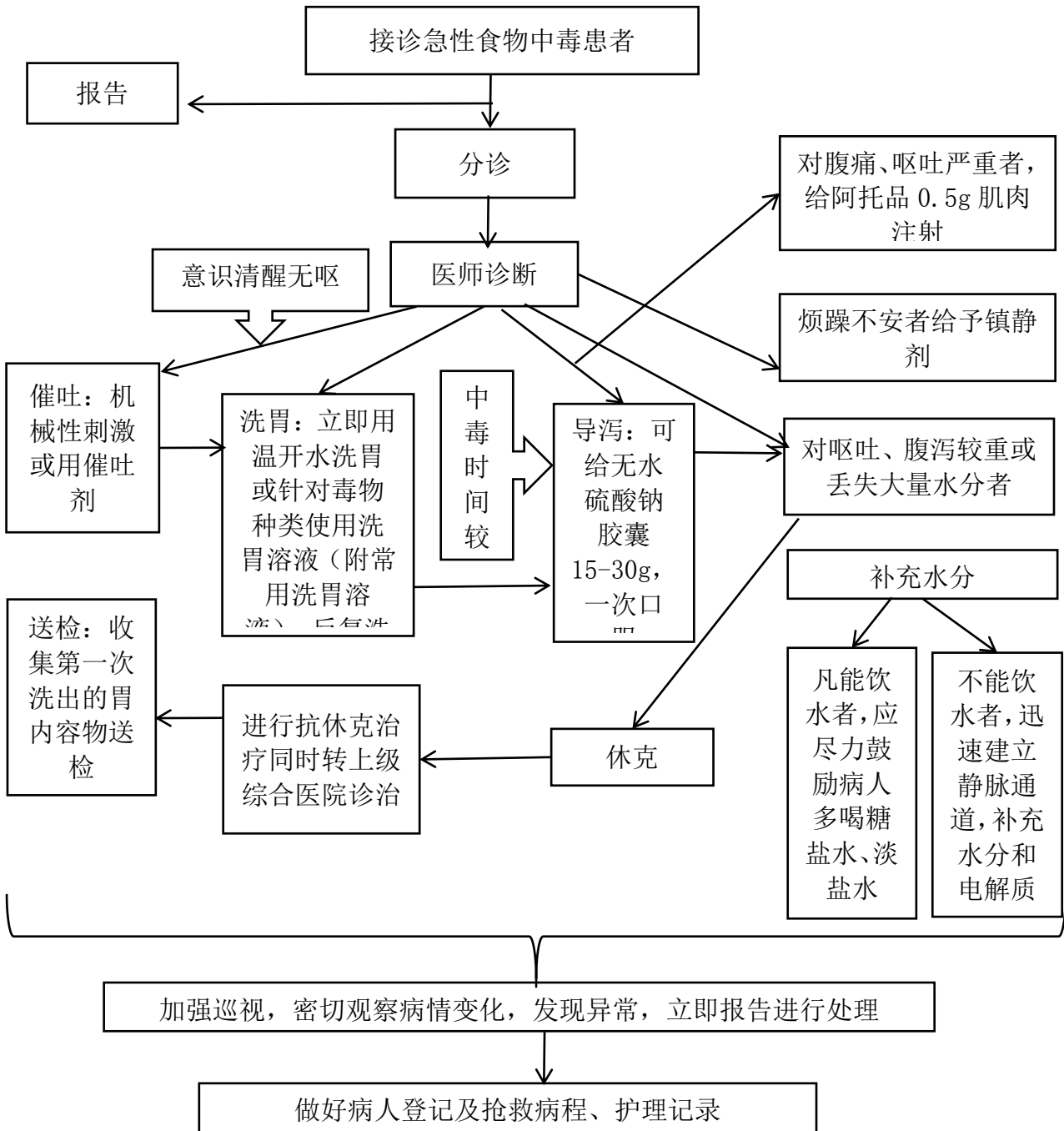
加强巡视，密切观察病情变化，发现异常，立即报告进行处理。

做好病人登记及抢救病程、护理记录。

急性食物中毒病人的救治流程

接诊患者→分诊→医师诊断→催吐→洗胃→收集胃内容物送检→导泻→建立静脉通道→补充水分和电解质→对症处理 观察病情→做好病人登记及抢救病程、护理记录

急性食物中毒病人的救治流程图



附：常用洗胃溶液

毒物种类	常用溶液	禁忌药物
酸性物	镁乳、蛋清水、牛奶	
碱性物	5%醋酸、白醋、蛋清水、牛奶	
氰化物	3%过氧化氢溶液引吐后，1：15000-1：20000 高锰酸钾溶液	
敌敌畏	2%-4%碳酸氢钠溶液、1%盐水、1：15000-1：20000 高锰酸钾溶液	
1605、1509、4049（乐果）	2%-4%碳酸氢钠溶液	高锰酸钾
敌百虫	1%盐水或清水、1：15000-1：20000 高锰酸钾溶液	碱性药物
DDT（灭害灵）、666	温开水或生理盐水洗胃，50%硫酸镁导泻	油性药物
酚类、煤分类	用温开水、植物油洗胃至无酚味为止，洗胃后多次服用牛奶、蛋清保护胃黏膜	液体石蜡
苯酚、（石炭酸）	1：15000-1：20000 高锰酸钾	
巴比妥类（安眠药）	1：15000-1：20000 高锰酸钾、50%硫酸镁导泻	硫酸镁
异烟肼	1：15000-1：20000 高锰酸钾、50%硫酸镁导泻	
灭鼠药（抗凝血药）	催吐、温水洗胃、硫酸钠导泻	碳酸氢钠溶液

1.3.22 陇川县妇幼保健院门诊病人突发事件预警制度和处置预案

一、工作目的

为确保能够及时、有序、高效地应对可能发生的突发事件及紧急情况，提高突发事件处置的快速反映和协调水平，预防和控制各种突发事件在我院发生，保障广大患者的身体健康和生命安全，维护我院正常的工作秩序，根据国家相关法律、法规和政策，结合医院实际，制定本预案。

二、工作原则

突发事件的应急处理工作，应遵循依法管理、预防为主、强化培训、适时演练、常备不懈的方针，贯彻统一领导、分级负责、及时应对、快速反应、措施果断、科学处置、协调发展的原则。

三、定义

本预案所称突发事件包括突发患者个体事件和突发公共卫生事件。

(一) 突发患者个体事件是指患者在门诊诊疗过程中，突发本身有疾病（如脑溢血、心肌梗塞等）或者遭遇突然伤害（如摔伤、碰伤等）的事件。

(二) 突发公共卫生事件是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件（如饮用水污染事件、医源性感染暴发事件、生化恐怖袭击事件、免疫接种引起的群体性事件、重大医疗事故、医院水电及医疗设备事件、自然灾害事件等）。

四、适用范围

本制度及预案仅适用于门诊突发事件的应急处理工作。

五、监测与预警

(一) 根据突发事件的类别，门诊各诊疗单元应制定相应的计划并组织实施，建立一个灵敏准确的监测体系，落实人员对监测数据及时进行科学分析与综合评价。门诊各诊疗单元均为突发事件的监测单元，每个职工均有监测的责任和及时报告的义务。

(二) 根据突发事件造成或者可能造成的危害影响，门诊部设定两个级别的预警及相应级别的应急响应。仅影响门诊部分区域或部分诊疗单元且危害较小的突发事件，定为黄色预警。应急响应为相关部门人员；影响门诊整体工作或危害较大的突发事件，定为红色预警，应急响应为门诊所有诊疗单元及人员，必要时向医院领导和医务科请求相关科室支援。

六、报告责任及程序

(一) 责任报告人

发现疫情的首诊医师、应急领导小组工作人员，发现患者个体突发事件、饮

用水污染事件、医源性感染暴发事件、生化恐怖袭击事件、免疫接种引起的群体性事件、重大医疗事故、医院水电及医疗设施事故、自然灾害事故等事件的任何人均作为责任报告人。

（二）报告程序

责任报告人除常规疫情、疾病监测及其它常规监测系统规定要求进行报告外，对发现的各种公共卫生异常现象要尽快向应急领导小组报告，同时应急领导小组应以最快的方式向医院报告。

（三）启动条件

门诊各项工作中遇到各种突发事件，或接到医院指令时。

七、组织管理及职责

门诊部立突发事件应急领导小组、医护救治小组。

（一）应急小组

组长：分管副院长

成员：各诊疗单元医师

应急小组职责：

- 1、根据事件的严重性决定是否启动本预案；
- 2、制定应急方案、措施，确定应急人员、物资、设备的来源、数量。
- 3、指挥实施现场保护、抢救、疏散等工作。
- 4、根据上级部门指示，部署突发事件处理方案；及时上报事件应急处置的有关情况。
- 5、追查突发事件原因，追究相关人员责任，不断完善应急机制。
- 6、组织应急演练，确保事件发生后能够迅速开展应急救护工作。
- 7、完成医院交办的其他工作。

（二）医护救治小组

组长：分管副院长

成员：门诊各诊疗单元医生，门诊导诊、分诊护士

医护救治小组职责：

- 1、监测、收集突发事件信息；
- 2、组织指导医护人员进入现场开展救护工作，并为下一步医院内救治做好人员、床位等准备；
- 3、负责事件现场应急处置工作中安全事项；
- 4、做好事件现场控制、人员情稳定等工作；
- 5、协助有关部门开展应急处置、事件调查工作。

八、应急处理

(一) 突发事件发生后, 门诊应立即组织人员对突发事件进行综合评估, 初步判断突发事件的类型, 提出是否启动突发事件应急预案的建议。启动门诊病人突发事件处置预案, 需经应急领导小组批准, 报医院备案。

(二) 预案启动后, 医护救治小组在接到指令应立即到首诊科室对患者进行会诊, 判断事件严重程度, 指导首诊医师进行初治。及时做好伤员和病人的救治工作, 开放专门病房, 对病人进行隔离和密切接触者的医学观察工作。必要时对人员进行疏散, 并可依法对传染病疫区进行封锁。

(三) 突发疫情应急处理工作人员在开展救治工作时应注意个人防护, 防止交叉感染和污染。

九、保障

(一) 物资保障

门诊各诊疗单元要根据要求做好各类突发事件应急处理的药品及物资储备, 妥善保管, 及时补充更新。

(二) 技术培训

1、培训

各级医务人员必须通过各种形式的学习提高医疗卫生机构应对各类突发事件的救治能力。各临床科室及检验科室要积极开展相关实验检验检查项目, 提高检测水平, 为更快识别与控制各类突发事件提供实验室保障。各科室应收集、整理、分析各种资料, 为开展相关科研制定对应措施。

对门诊医护人员开展突发事件应急处理相关知识、技能的培训, 推广最新知识和先进技术。

2、演练

不定期开展模拟演练, 由突发事件应急领导小组制定模拟演练计划并组织实施。通过技术培训、模拟情景、实际演练提高组织成员的应急反应能力。

十、善后处理

(一) 评估

突发事件应急领导小组在各类突发事件处理完毕后, 要对处理过程与结果进行评估, 总结经验教训, 通过科学评估提出改进意见和建议。

(二) 奖励与处罚

对在各类突发事件处理过程中有突出贡献的科室及个人由医院给予相应表彰和奖励, 对失职科室及相关人员进行处罚。

1. 3. 23 陇川县妇幼保健院重大医疗过失和医疗事故、纠纷防范处理预案

为加强重大医疗过失和医疗事故、纠纷的防范处理, 及时、正确处理医疗纠纷和事故, 努力提高医疗服务质量, 根据《医疗事故处理条例》和《医疗机构管

管理条例》的有关规定，结合医院实际，制定本预案。

一、医院各科室医护人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、法规、部门规章和诊疗护理规范常规，恪守医疗服务职业道德。

二、各级医务、护理人员必须严格按照国家卫生部《病历书写基本规范》的要求，认真书写病历，严禁涂改、伪造、隐匿病历资料。

三、医院医疗质量与安全小组负责医院医疗服务质量的监督、受理医疗纠纷的调查处理工作，组织医护人员的安全教育、责任教育工作，督导落实医护人员的卫生法律、法规、规章制度及操作规程的学习和执行，全面提高医护人员的纠纷防范能力。

四、实行重大医疗过失行为和医疗事故、纠纷报告制度。

(一) 医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故或可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗事故争议的，应当立即向所在科室负责人报告，科室负责人在接到报告后，应当立即进行初步了解，积极化解争议，同时，应当立即将调查情况向医务科报告。填写书面《重大医疗过失行为、医疗事故、纠纷报告登记表》，报告内容包括：

- 1、发生科室；
- 2、当事医务人员的姓名、性别、专业、职务和 / 或专业技术职务任职资格；
- 3、患者姓名、性别、年龄、国籍、就诊或入院时间、简要诊疗经过、目前状况；
- 4、重大医疗过失行为发生的时间、经过；
- 5、采取的医疗救治措施；
- 6、患者的要求。

(二) 医务科接到报告后，应当立即进行调查、核实和处理，将有关情况如实向分管领导报告，并向患者或家属通报、解释，努力化解纠纷矛盾。

(三) 医院发生或发现重大医疗过失行为后，应于 12 小时内向陇川县卫生行政部门报告。报告的内容包括：

- 1、医院名称；
- 2、当事医务人员的姓名、性别、科室、专业、职务和 / 或专业科支职务任职资格；
- 3、患者姓名、性别、年龄、国籍、就诊或入院时间、简要诊疗经过、目前状况；
- 4、重大医疗过失行为发生的时间、经过；
- 5、采取的医疗救治措施；
- 6、患者的要求；

7、其他需要补充说明情况的内容。

(四) 重大医疗过失行为导致 3 名以上患者死亡、10 名以上患者出现人身损害的, 医院应当立即向芒市卫生行政部门及中医药管理局报告。报告的内容包括:

1、医院名称;

2、患者姓名、性别、年龄、国籍、就诊或入院时间、简要诊疗经过、目前状况;

3、重大医疗过失行为发生的时间、经过。

(五) 报告人必须严格按照制度要求正确报告, 及时记录所报告事件的主要情况。

(六) 对于相关文件规定医疗机构应当向所在地县级卫生行政部门作出书面报告的重大医疗过失行为和医疗事故, 报告人必须按照相关规定认真执行。

五、科室发生或发现重大医疗事故、纠纷等过失行为的, 当事科室和当事医护人员应当立即采取有效措施, 避免和减轻对患者身体健康的进一步损害, 防止损害扩大。各级医护人员不得激化矛盾, 应及时加强与患者及家属的沟通, 耐心做好解释工作, 并做好详细记录。

六、医院各科室应严格按照本预案履行工作职责。

1. 3. 24 发现艾滋病或疑似艾滋病患者应急预案流程

一、为进一步搞好我院艾滋病防治工作, 根据卫生局的通知和有关会议精神, 成立艾滋病应急工作小组,

组长: 由党支部书记担任负责全面工作。

副组长: 由副院长担任。

主要职责为: 1、组织制定艾滋病门诊各项制度。2、组织、抢救、转送艾滋病病人。3、组织药源, 保障临床及预防用药。4、负责传染病疫情上报。

组员: 由医务人员、护士组成。

主要职责为: 1、负责艾滋病病人转诊。2、做好艾滋病病人首诊的登记工作。3、负责疫情收集整理并及时上报工作。

二、具体措施

(一) 加强培训, 不断提高处置能力

各小组定期开展技术培训和应急演练, 同时做好突发疫情的各项应对准备工作, 储备充足的疫苗、消毒剂、防护服及封锁消毒和无害化处理等所需的设施、设备、药品等。

(二) 预防为主, 加强健康教育

由领导小组带领全院医护人员, 组织全院学习艾滋病知识, 提高医护对艾滋

病防控意识和自我防护能力。

（三）加强监测，及时报告

按照相关预案和国家有关规报告疫；报告单位和个人以电话或书面形式报告，同时采取网络直报。报告时限和程序：发现艾滋病疫情时，第一时间赶赴现场进行诊断，考虑为"疑似艾滋病"必须立即向卫生局、疾控中心报告，并做好病人的隔离及治疗工作。

（四）医疗救治

严格实行首诊（问）负责制。对门诊和自愿咨询检测过程中所发现的艾滋病病毒感染者和病人，要开展关于治疗咨询，提供开展减免费抗病毒药物、治疗地点等信息，并有责任将需要住院治疗和提供母婴阻断措施的病人转诊上级医院。

（五）监督管理

医院防艾工作纳入目标责任管理，院领导将定期或不定期进行督查，发现问题及时整改。防保科为防艾工作的主要执行、督查机构、必须对各科、各门诊进行防艾工作督查。因责任心不强、工作不力、敷衍了事而导致艾滋病毒携带者或病人漏诊、误诊、不及时报告、阳性者因资料不全而无法追踪的，将按传染病管理办法进行处理。情节严重的要承担相应法律责任。

1.3.25 患者家属在院陪护期间突发意外处理应急预案流程

1. 当患者家属在陪护期间突然摔倒时，第一个发现的医务人员应立即到伤者身边。检查伤者受伤情况，并及时通知医生。

2. 对疑有骨折或肌肉韧带损伤的，要根据损伤的部位和伤情采取相应的搬运伤者方法，将伤者抬至病床，通知医生及时处理。

3. 对于头部摔伤的，出现意识障碍危及生命时，应立即将伤者抬至病床，严密观察病情变化，及时测量生命体征，通知医生，迅速采取相应的急救措施。

4. 受伤程度较轻者，可搀扶或用轮椅将伤者送回病房，卧床休息，安慰伤者，并测量血压、脉搏，根据病情做进一步的检查和治疗。

5. 对于皮肤出现淤斑者进行局部冷敷，皮肤擦伤渗血者用碘伏清洗伤口后，用无菌敷料包扎，对于创面较大，伤口较深者遵医嘱注射破伤风。

6. 对严重摔伤的患者，每30分钟巡视一次，及时观察采取措施后的效果，直至病情稳定。

7. 准确及时书写护理记录，认真交接班。

8. 向目击者了解当时摔倒情景，分析摔倒原因，向患者及家属做宣教指导，提高患者家属自我防范意识，尽可能避免再次摔倒。

9. 检查病房设施，不断改进完善，杜绝安全隐患。

1.3.26 陇川县妇幼保健院病人触电的应急预案

一、发现病人触电，要立即关闭电源或用绝缘体切断电源，切忌在断电前触动病人。

二、切断电源后让病人就地平卧休息。对意识清醒者，立即松解衣物，抬起下颌，保持呼吸道通畅。密切评估呼吸，脉搏及血压的变化。尤其心律的变化，若出现严重心律失常应给予相应的药物处理。

三、对呼吸、心跳停止者，应立即实行人工呼吸及胸外心脏按压术、吸氧。人工呼吸直至自主呼吸恢复为止。

四、心肺复苏但仍处于昏迷者或有颅内压增高的表现，需持续给氧和促胸代谢药物，如高渗糖、ATP、辅酶A、细胞色素C等。

五、复苏后期必须维持血压的稳定，纠正酸碱平衡失调，防止因缺氧所致的脑水肿，彻底清创电灼伤面，肌注抗生素及破伤风毒素，并应用足够的广谱抗生素。

六、触电者心肺复苏后应严密监护，不可使其下床活动，以免引起继发性心律失常甚至心衰或休克。对重度触电病人此时还应注意评估深组织的损伤，如出血、渗液，及血红蛋白尿，甚至急性肾功能衰竭等，争取早发现早就诊。

1.3.27 陇川县妇幼保健院差错事故应急预案

一、各科室建立事故、差错记本，由本人或发现医务人员及时登记发生事故差错的经过、原因、后果。护士长经常检查，定期组织讨论和总结。

二、发生事故差错时，要积极采取抢救措施，以减少和消除由于事故差错造成的不良后果。

三、发生事故差错时，责任者要立即向护士长报告，护士长在24小时内口头或电话报护理部，重大事故要立即报告护理部、科主任、差错事故责任者应在3天内提交书面检查材料。

四、发生事故差错的有关各种记录、化验及造成事故的药品、器械等均应妥善保管，不得擅自涂改销毁，并保留病人的标本，以备鉴定研究之用。

1.4 医院感染管理应急预案

1.4.1 医院感染及传染病等突发感染性疾病暴发事件应急预案

为有效预防、及时控制突发公共卫生事件，减轻突发公共卫生事件所造成的危害，防止医院感染和医源性感染，保障公众健康与生命安全，维护正常的医疗工作次序，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》等有关法律法规，制定本预案。

一、本预案适用范围

本预案用于在本院突然发生,造成或可能造成公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体不明原因疾病、重大事物中毒和职业中毒以及其它也影响公众健康的突发公共卫生事件的应急处理。

二、本预案启动条件

发生下列情况时,由医院突发公共卫生事件应急处理工作领导小组宣布启动本预案。

1. 院内发生 1 例鼠疫诊断或疑似病例。
2. 院内发生 1 例霍乱诊断或疑似病例。
3. 院内发生 1 例 SARS 诊断或疑似病例。
4. 院内发生 1 例禽流感诊断或疑似病例。
5. 院内发生 1 例肺炭疽诊断或疑似病例。
6. 院内发生 3 例食物中毒诊断或疑似病例。
7. 院内发生 3 例急性职业中毒诊断或疑似病例。
8. 院内发生 1 例放射事故诊断或疑似病例。
9. 院内发生 3 例群体性不明原因疾病诊断或疑似病例。
10. 院内发生其它严重影响医疗秩序和公众健康的事件。
11. 上级卫生行政部门认定的其它特别严重突发公共卫生事件。

三、应急组织机构及工作职责

(一) 应急处理指挥中心

指挥长：院长

副指挥长：党支部书记

执行指挥：医务科科长、感染管理负责人

成员：相关职能部门及临床医技科室负责人

职责：在突发公共卫生事件应急处理工作领导小组领导下,负责调度、协调各部门和人员参与突发公共卫生事件的应急处理。应急处理指挥中心设在医务科,其日常管理由医务科、感染管理科负责,突发公共卫生事件应急处置期间由应急指挥中心接管。

(二) 应急工作小组

根据应急防治工作要求,设立下列应急工作组,负责具体分管工作。

1. 总体协调组

组长：医务科科长

副组长：感染管理负责人

成员：医务科、感染管理科全体成员。总体协调组为常设机构,设在医务

职责：负责全院突发公共卫生事件应急处理的日常管理工作，具体包括：①依法组织协调突发公共卫生事件应急处理工作；②负责突发公共卫生事件应急处理相关规章制度的起草；③组织制定有关突发公共卫生事件应急处理的方针、政策和措施；组建与完善公共卫生事件监测与预警系统；④制定突发公共卫生事件应急预案，组织预案演练；⑤组织对公共卫生和医疗救助专业人员进行有关突发公共卫生事件应急知识和处理技术的培训；做好人员、物资准备

2. 发热门诊组

组长：儿科主任

成员：工作人员五名（接诊医师二名、护士二名、工勤人员一名）

职责：负责发热门诊的总体协调、工作组织与管理，负责发热门诊工作的调度指挥与业务技术督导。

3. 传染病隔离病区工作组

组长：儿科主任

成员：工作人员九名（接诊医师二名、护士四名、工勤人员一名、病区感染管理检查员二名）

职责：负责儿科病房工作的总体协调、工作组织与管理，负责感染性疾病工作的调度指挥与业务技术督导。

4. 诊治咨询专家组

组长：医务科科长

副组长：儿科科主任

成员：相关临床、医技科室负责人

职责：对突发公共卫生事件应急准备和处理提出咨询和建议；参与制定突发公共卫生事件应急预案的技术方案；对突发公共卫生事件应急处理进行技术指导；承担突发公共卫生事件应急日常管理机构和应急指挥中心交办的其它工作。

5. 护理组：

组长：护理部主任

成员：护理全体工作人员

职责：负责护理力量的调集、管理、工作协调，负责应急处置过程中护理工作的指挥、协调、技术督导。

6. 院内急救组

组长：党支部书记

副组长：副院长

成员：工作人员八名（医师三名、病人监护医师一名、护士三名、工勤人员一名）

职责：负责重症病人的临床救治，负责重症病人抢救的指挥及技术督导。

7. 检验组

组长：检验科科长

成员：检验师二名

职责：负责检验项目的采样、检验、结果报告和生物安全。

8. 影像诊断组

组长：医学影像科科长

成员：工作人员二名（影像诊断医师一名、技师一名）

职责：负责病人影像学资料的获取和诊断。注意明确 X 光机使用条件及其位置、摄片部位、出片、报告时限及报告方式等。

9. 后勤保障组

组长：总务科科长后勤托管公司负责人

成员：工作人员十一名（担架员四名、消毒管理员二名、电梯管理员一名、医疗废物管理员一名、食堂工作人员三名）

职责：负责隔离、消毒的具体实施及医疗废物安全处置；负责病入的担架运送；负责食品安全；负责后勤保障。

10. 设备、物资供应组

组长：设备科科长、总务科科长

成员：工作人员二名

职责：负责诊疗设备、隔离消毒防护等相关物资供应。

11. 药剂供应组

组长：药剂科科长

成员：药剂科工作人员二名

职责：负责诊疗药品供应。

12. 感控组

组长：感染管理负责人

成员：工作人员二名（公卫科疫情报告员一名、感染监督一名）

职责：负责隔离、防护和消毒技术支持与措施落实；负责疫情监测与报告。

13. 综合保障组

组长：行政办公室主任

成员：工作人员十名

职责：负责保卫、交通次序维护、车辆使用、突发公共卫生事件应急处理工作情况痕迹管理、通信保障等工作。综合保障设在院办。

临床应急组

组长：各科室主任

成员：临床各科医务人员。

职责：承担应急医疗工作，做好人员、药品、设备、物资准备，随时完成指令性任务。

五、应急处理程序

发现可疑病人时，按照下列基本程序进行处置。

第一步：发生突发公共卫生事件的科室部门，其首诊医务人员立即报告科主任，隔离可疑病人，保护其他住院病人；稳定病人情绪；维持科室正常工作次序；

第二步：科主任立即电话报告医务科、感染管理科；

第三步：医务科立即报告院领导；

第四步：经院领导授权，医务科组织院内诊治咨询专家组相关专家立即到达发生突发事件现场进行紧急会诊和评估；医院感染管理科通知感控组人员到达突发公共卫生事件现场，指导落实隔离防护和消毒措施；

第五步：诊治咨询专家组相关专家立即到达突发事件现场，并迅速展开会诊，确定突发事件性质、范围和程度；

第六步：诊治咨询专家组组长将会诊意见报告医务科，医务科将诊治咨询专家组会诊意见报告突发公共卫生事件应急处理工作领导小组；

第七步：突发公共卫生事件应急处理工作领导小组根据诊治咨询专家组会诊意见适时宣布启动本预案，同时接管并启动应急处理指挥中心应急工作；

第八步：突发公共卫生事件应急处理工作领导小组将本次突发公共卫生事件基本情况及初步处置措施报告市疾控中心备案；

第九步：应急处理指挥中心指示总体协调组召集各应急工作组组长参加紧急会议；

第十步：紧急会议程序：

1. 由应急处理指挥中心主持。

2. 各工作组长参加会议。

3. 突发公共卫生事件应急处理工作领导小组根据诊治咨询专家组会诊意见宣布启动本预案。

4. 由医务科通报本次突发公共卫生事件基本情况。

5. 由医务科负责、医院感染管理科协助落实各工作组应急状态，并确定需进入现场的相关工作组及在科室待命的工作组。

第十一步：根据指挥中心向各工作组发出指令，各工作组组长按照要求投入应急工作；

第十二步：总体协调组进入现场，随时收集各组工作信息，及时向指挥中心

报告应急处理工作情况，协调各组有序开展应急救治；

第十三步：总体协调组报告指挥中心，本次突发公共卫生事件应急处理完成基本程序，指挥中心召集召开突发公共卫生事件应急处理工作领导小组工作会议，宣布本次应急突发公共卫生事件处置基本结束并转入正常救治工作状态，恢复全院正常医疗程序，同时启动本次突发公共卫生事件应急处置后期评估程序；

第十四步：总体协调组向突发公共卫生事件应急处理工作领导小组提交本次突发公共卫生事件应急处理工作总结。

1.4.2 医院感染突发事件应急防治工作预案

根据《医院感染管理规范》、《突发公共卫生事件应急条例》等有关法律法规，为有效预防、及时控制医院感染及传染病突发公共卫生事件，保障公众健康与生命安全，维护正常医疗次序，制定本预案。

一、本预案适用范围

适用于在本院突然发生的医院感染暴发、传染病疫情暴发、群体不明原因感染性疾病以及其它影响公众健康的突发感染性疾病暴发事件的应急处理。

二、报告病种

（一）科室发生下列情形时，应当报告。

1. 院内发生 3 例疑似医院感染暴发；
2. 院内发生 2 例医院感染暴发；
3. 院内发生 1 例鼠疫诊断或疑似病例；
4. 院内发生 1 例霍乱诊断或疑似病例；
5. 院内发生 1 例 SARS 诊断或疑似病例；
6. 院内发生 1 例禽流感诊断或疑似病例；
7. 院内发生 1 例肺炭疽诊断或疑似病例；
8. 院内发生 3 例以上群体性不明原因感染性病例；
9. 上级卫生行政部门认定的其它特别严重突发公共卫生事件。

（二）报告时限、程序和内容

1. 应当在 1 小时内科室负责人报告感染管理科。

2. 报告方式：正常上班时间电话报感染管理科，休息或节假日报行政值班人员或直接报。

3. 报告内容：医院感染暴发及传染病暴发等突发感染性疾病暴发事件发生时间和地点、感染诊断、累计感染人数、感染者主要临床症候群、疑似或者确认病原体、感染途径及事件原因分析、相关危险因素主要检测结果、采取的控制措施。

4. 感染管理科及时将暴发情况、处置结果及下一步工作情况等报告主管院

领导。

三、报告后的处置程序

(一) 报告科室负责人，组织成立科室的暴发事件应急处置小组，应急处置小组由科室负责人、报告人、感控医生、感控护士及相关医务人员组成。

(二) 报告科室做好病人的现场隔离、观察、流行病学调查、诊断、治疗工作。

(三) 感染管理科前往报告科室现场参与消毒、隔离、观察、流行病学调查的指导与协调工作。

(四) 发热门诊及感染性疾病科做好隔离观察和收治病人准备。

(五) 感染管理科报告主管院领导，由主管院领导统一指挥院内会诊及上报疾病预防控制中心和卫生行政部门。

四、本预案启动条件

发生上述突发感染性疾病暴发情况时，由院领导及专家组确定启动本预案。

五、常设应急组织机构及工作职责

(一) 感染管理科为上述突发感染性疾病暴发事件的应急处置常设机构。

(二) 感染管理科应加强上述突发感染性疾病暴发报告和应急处置能力建设，负责人员相关知识、技能的培训和考核，提高全院突发感染性疾病暴发事件报告意识和处置水平。

六、院内感染预防和控制

感染管理科指导全院门诊、病房、公共场所消毒措施及医务人员职业防护。

1.4.3 医疗废弃物安全管理应急处理预案

根据《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》以及国家相关要求，为切实规范医院对医疗废弃物的处置过程，有效预防和控制医疗废物对人体健康和环境产生危害，防止重大传染病疫情和其他传染性疾病通过医疗废物进行扩散和传播，结合我院实际，特制定本应急预案。

一、成立医院医疗废物处置应急预案领导小组

组长：院长

副组长：领导班子

组员：感控办、医务科、护理部、总务后勤科

二、领导小组工作职责

1. 负责指导、检查医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及医院内处置过程中的各项工作的落实情况。

2. 负责指导、检查医疗废物分类收集、运送、暂时贮存及医院内处置过程

中的职业卫生安全防护工作。

3. 负责组织医疗废物流、泄漏、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。
4. 负责组织有关医疗废物管理的培训工作。
5. 负责有关医疗废物登记和档案资料的管理。
6. 负责及时分析和处理医疗废物管理中的其它问题。

三、预案启动条件

凡在本院范围内发生医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故时，即启动本预案。

四、措施

1. 确定流失、泄漏、扩散的医疗废物的类别、数量、发生时间、影响范围及严重程度；并及时呈报上级行政主管部门。

2. 组织有关人员尽快按照应急方案，对发生医疗废物泄漏、扩散的现场进行处理。

3. 对被医疗废物污染的区域进行处理时，应当尽可能减少对病人、医务人员、其它现场人员及环境的影响。

4. 及时对因医疗废弃物致病的人员提供现场救援、技术指导和医疗救护。

5. 取适当的安全处置措施，对泄漏物及受污染区域、物品进行消毒或者其他无害化处置，必要时封锁污染区域，以防扩大污染。

6. 对感染性废物污染区域进行消毒时，消毒工作从污染最轻区域向污染最严重区域进行，对可能被污染的所有使用过的工具也应当进行消毒。

7. 工作人员应当做好卫生安全防护后再进行工作，处理工作结束后，由医院感染管理科、医务科、护理部、保卫科及后勤托管公司等相关科室，对事件的起因进行调查分析，对采用的防范措施加以评估，杜绝事件的再发生。

1.4.4 医务人员职业暴露应急预案

为做好职业暴露的预防和处理工作，降低职业暴露感染的危险，保障医务人员的职业安全，根据卫生部《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》等有关文件规定，结合我院实际，特制定本预案。

一、成立医务人员职业防护应急领导小组

组长：院长

副组长：领导班子

组员：感控办、医务科、护理部

二、医务人员防护措施

医务人员预防艾滋病或其他传染病感染的防护措施应当遵照标准预防原则，

对所有病人的血液、体液及被血液、体液污染的物品均视为具有传染性的病源物质，医务人员接触这些物质时，必须采取防护措施。

1. 医务人员进行接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时要求戴手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。

2. 在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到医务人员的面部时，医务人员应当戴手套、具有防渗透性能的口罩、防护眼镜；有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染医务人员的身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

3. 医务人员手部皮肤发生破损，在进行接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴手套，必要时戴双层手套。

4. 医务人员进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，要保证充足的光线，并特别注意防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或者划伤。

5. 使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的利器盒，以防刺伤。禁止将使用后的一次性针头重新套上针头套，避免用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器。

三、发生职业暴露后的处理措施

医务人员发生职业暴露后，应当立即实施以下局部处理措施：

1. 脱离污染环境，用肥皂液和流动水清洗污染的皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。

2. 如有伤口，应当从伤口近心端向伤口轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂液和流动水进行冲洗。禁止进行伤口的局部挤压。

3. 受伤部位的伤口冲洗后，应当用消毒液，如：75%乙醇或者0.5%碘伏进行消毒，并包扎伤口；被暴露的粘膜，应当反复用生理盐水冲洗干净。

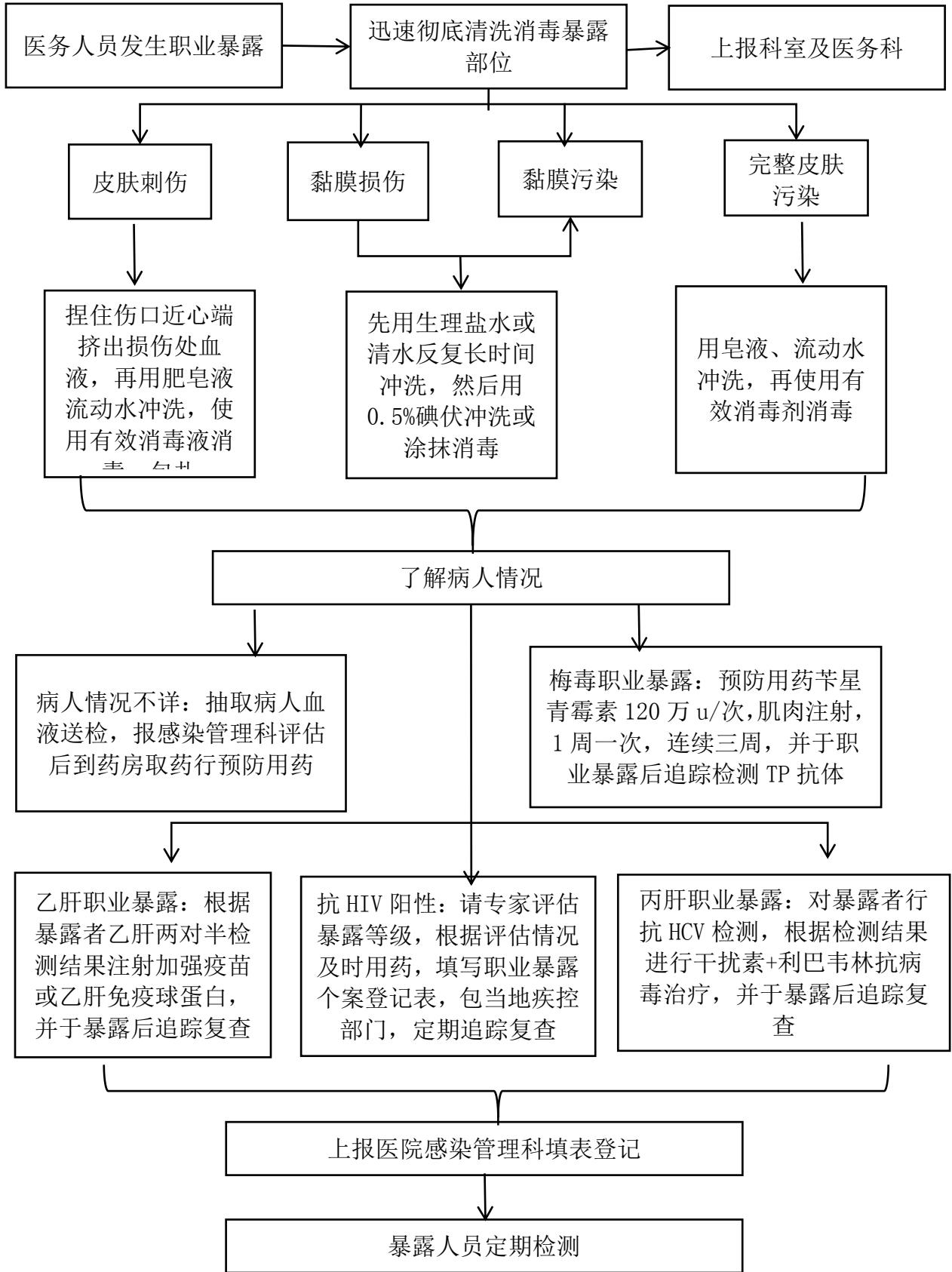
四、职业暴露的处置

1. 按照正确程序处置污染部位，并立即向所在科室领导及感染管理科进行报告。感染管理科填写《艾滋病病毒职业暴露报告卡》，抽血留底备案，并根据暴露级别和暴露源病毒载量水平，请相关专家对发生职业暴露的医务人员实施预防性用药方案。

2. 预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业暴露后尽早开始。

3. 感染管理对发生艾滋病病毒职业暴露的医务人员给予随访和咨询，在暴露后的第4周、第8周、第12周及6个月时对艾滋病病毒抗体进行检测，对服用药物的毒性进行监控和处理，观察和记录艾滋病病毒感染的早期症状等。每季度将发生艾滋病病毒职业暴露情况进行汇总，上报疾病预防控制中心。

职业暴露处置流程



第二部分 科室预案

2.1 医务护理综合

2.1.1 门急诊病人突发心肺意外的应急预案

一、分工及职责

病人突发心肺意外时，在现场工作人员应及时呼唤当班医生参与现场抢救，由该医师主要负责现场抢救及口述医嘱，医技科室人员作为助手参与及配合抢救。并立即电话通知医务科、门办、输床科室、麻醉、心电图有关人员到场参与抢救。

二、抢救

(一) 现场临时抢救按照 C、A、B、D 步骤执行(参照心肺复苏标准): **Airway**:保持气道畅通; **Breathe**: 观察呼吸及给氧气吸入, 如呼吸骤停应进行人工呼吸; **circulation**: 测量血压、心跳及脉搏, 如心跳骤停应进行体外心脏按摩; **Drugs**:开放静脉通路(平衡液滴注), 为药物抢救做好准备。

(二) 当病人发生低血糖危象时具体抢救措施如下:

一般低血糖反应患者应立即平卧、尽快进食含有 15-20g 葡萄糖食品或饮料。如果低血糖持续发作立即通知临床相关科室医生到场抢救。

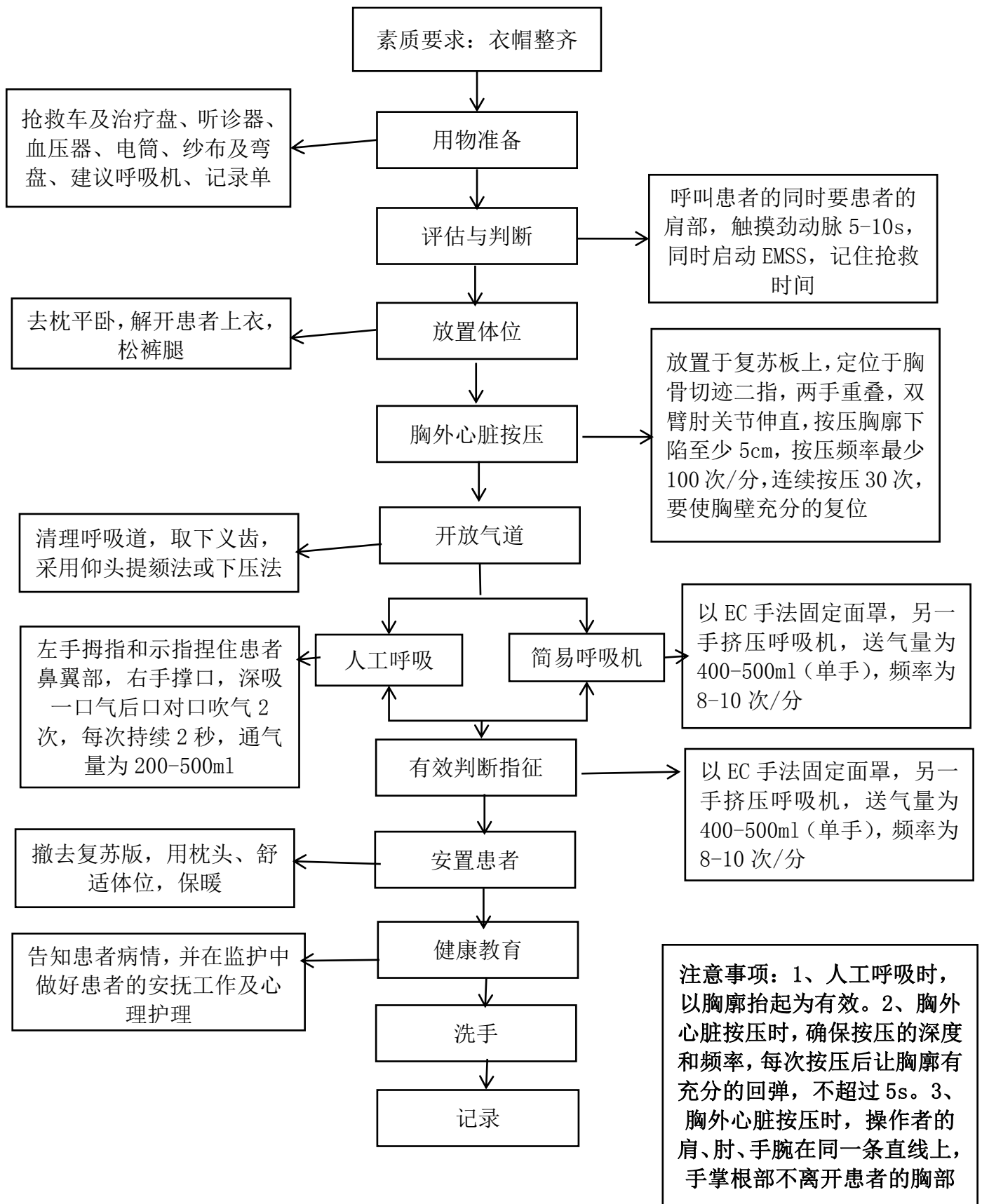
(三) 当病人发生心血管、休克时按相关疾病的预案实施。

心肺脑复苏流程图:

目的: 恢复患者的自主呼吸和自主循环, 抢救心跳骤停的患者。操作流程:

- (一) 评估与判断患者及周围环境情况
- (二) 呼救
- (三) 调整体位, 去枕平卧, 放置复苏板, 解开上衣
- (四) 胸外按压
- (五) 开放气道
- (六) 人工呼吸
- (七) 再评估
- (八) 高级生命支持

心肺脑复苏流程图



2.1.2 休克的应急处置预案及流程

休克是指由多种强烈的致病因素作用于机体引起的急性循环功能衰竭,以生命器官缺血缺氧或组织缺氧及营养物质利用障碍、进行性发展的病理生理过程为特征,以微循环灌注不足和细胞功能代谢障碍为主要表现的临床综合征,是最常见的重症。

一、休克的分型

休克有多种分类方法,以按病因分类最为简明实用。包括:低血容量休克、分布性休克、心源性休克、梗阻性休克。

二、休克的临床表现和程度:根据休克的严重程度,临床上一分为轻度、中度、重度和极重度休克。

(一)轻度休克:临床表现为神志清楚,心烦躁动,面色苍白,口干,出汗,心率加快,可以超过 100 次/分钟,脉搏有力,四肢温暖或稍微发凉,肢端红润或稍有发绀,收缩血压在 80mmHg 左右,脉压小于 30mmHg 尿量略减。

(二)中度休克:表现为面色苍白,表情淡漠,四肢发凉,肢端紫绀,收缩血压在 60-80mmHg 左右,脉压小于 20mmHg,尿量少于 17ml/h。

(三)重度休克:表现为神志不清,意识模糊,反应迟钝,四肢厥冷,皮肤紫绀,可有斑片状花纹改变,心率超过 120 次/分钟,心音低钝,脉细弱无力,稍加乐即不能触及,收缩血压可降至 40~60mmHg 左右,尿量明显减少或尿闭。

(四)极重度休克:患者表现为昏迷,呼吸浅而不规则,口唇及皮肤极度紫绀,四肢冰冷,脉搏很难触及,心音低钝,收缩血压低于 40mmHg,无尿,可有广泛皮下及粘膜甚至内脏出血,尚有单系统或多脏器衰竭的征象。

三、诊断:作为临床综合征休克的诊断,常以低血压、微循环灌注不良、交感神经代偿性亢进等方面的临床表现为依据。

诊断条件:①有发生休克的病因;②意识异常;③脉搏快,超过 100 次/分,细或不能触及;④四肢湿冷,胸骨部位皮肤指压阳性,黏膜苍白或发绀,尿量小于 30 ml/h 或无尿;⑤收缩压小于 80mmHg;⑥脉压小于 20mmHg;⑦原有高血压者收缩压较原有水平下降 30%以上。

凡符合①,以及②、③、④中的两项,和⑤、⑥、⑦中的一项,即可成立诊断,

四、治疗:对于休克这个由不同原因引起、但有共同临床表现的综合征,应当针对引起休克的原因和休克不同发展阶段的重要生理紊乱采取相应的治疗。治疗休克重点是恢复灌注和对组织提供足够的氧。治疗包括:一般紧急治疗;补充血容量;积极处理原发病;纠正酸碱平衡失调血管活性药物的应用;治疗 DIC 改善微循环;皮质类固醇和其他药物的应用等。

（一）低血容量性休克失血性休克

1. 病因治疗：尽快纠正引起容量丢失的病因是治疗低血容量休克的基本措施。对于出血部位明确，存在活动性失血的休克患者，应尽快进行手术或介入止血。应迅速利用包括超声和 CT 手段在内的各种必要方法，检查与评估出血部位、是否存在活动性失血等。

2. 液体复苏：液体复苏治疗时可以选择晶体溶液（如生理盐水和等张平衡盐溶液）和胶体溶液（如白蛋白和人工胶体）。由于 5% 葡萄糖溶液能很快分布到细胞内间隙，因此不推荐用于液体复苏治疗。

（1）晶体液：液体复苏治疗常用的晶体液为生理盐水和乳酸林格液。生理盐水的特点是等渗，但含氯高，大量输注可引起高氯性代谢性酸中毒；乳酸林格液的特点在于电解质组成接近生理，含有少量的乳酸。一般情况下，其所含乳酸可在肝脏迅速代谢，大量输注乳酸林格液应该考虑到其对血乳酸水平的影响。

（2）胶体液：临床上低血容量休克复苏治疗中应用的胶体液主要有羟乙基淀粉和白蛋白、明胶和右旋糖酐，都可以达到容量复苏的目的，由于理化性质以及生理学特性不同，在应用安全性方面，包括凝血功能的影响、肾脏功能负担等方面，均需要密切关注。

（3）复苏治疗时液体的选择：目前，尚无足够的证据表明晶体液与胶体液用于低血容量休克液体复苏的疗效与安全性方面有明显差异。

3. 输血治疗：输血及输注血制品在低血容量休克中应用广泛。失血性休克时，丧失的主要是血液。但是，在补充血液、容量的同时，并非需要全部补充血细胞成分，必须考虑到凝血因子的补充。浓缩红细胞临床输血指征为血红蛋白（70g/L；血小板输注主要适用于血小板数量减少或功能异常伴有出血倾向的患者，血小板计数 $<50 \times 10^9/L$ ，或确定血小板功能低下可考虑输注；输注新鲜冰冻血浆的目的是为了补充凝血因子的不足，大量失血时输注红细胞的同时应注意使用新鲜冰冻血浆冷沉淀内含凝血因子 V、VIII、XII 纤维蛋白原等，适用于特定凝血因子缺乏所引起的疾病以及肝移植围术期肝硬化食道静脉曲张等出血。对大量输血后并发凝血异常的患者及时输注冷沉淀可提高血循环中凝血因子及纤维蛋白原等凝血物质的含量，缩短凝血时间、纠正凝血异常。

4. 血管活性药与正性肌力药：低血容量休克的患者，一般不常规使用血管活性药。临床通常仅对于足够的液体复苏后仍存在低血压或者输液还未开始的严重低血压患者，才考虑应用血管活性药，首选多巴胺。

5. 肠黏膜屏障功能的保护：肠黏膜屏障功能的保护包括循环稳定、尽早肠内营养、肠道特需营养支持如谷氨酰胺的使用、微生物内稳态调整等。

6. 体温控制：严重失血性休克合并低体温是一种疾病严重的临床征象，低

体温($<35^{\circ}\text{C}$)可影响血小板的功能、降低凝血因子的活性、影响纤维蛋白的形成,增加创伤患者严重出血的危险性,是出血和病死率增加的独立危险因素。但是,合并颅脑损伤的患者控制性降温有一定的积极效果。

7. 复苏评估指标:传统临床指标对于指导低血容量休克治疗有一定的临床意义,但是,不能作为复苏的终点目标。如:心脏指数 $>4.5\text{L}(\text{minm}^2)$ 、氧输送 $>60\text{ml}(\text{minm}^2)$ 及氧消耗 $>170\text{ml}/(\text{minm}^2)$, $\text{SvO}_2\geq 65\%$,血乳酸 $\leq 2\text{mmol/L}$ (持续48小时以上的高水平血乳酸($>4\text{mmol/L}$)预示患者的预后不佳,复苏的第一个24h血乳酸浓度恢复正常($\leq 2\text{mmol/L}$)极为关键)。

8. 未控制出血的失血性休克复苏:对此类患者早期采用控制性复苏,收缩压维持在 $80\text{-}90\text{mmHg}$,以保证重要脏器的基本灌注,并尽快止血;出血控制后再进行积极能量复苏。对合并颅脑损伤的多发患者、老年患者及高血压患者应避免控制性复苏。

(二) 感染性休克

1. 早期液体复苏:一旦临床诊断严重感染或感染性休克,应尽快积极液体复苏,6h内达到复苏目标:①中心静脉压(CVP) $8\text{-}12\text{mmHg}$;②平均动脉压 $>65\text{mmHg}$;③尿量 $>0.5\text{ml}/\text{kg}/\text{h}$;④ ScvO_2 或 $\text{SvO}_2>70\%$ 。若液体复苏后CVP达 $8\text{-}12\text{mmHg}$,而 ScvO_2 或 SvO_2 仍未达到 70% ,需输注浓缩红细胞使血细胞比容达到 30% 以上,或输注多巴酚丁胺以争取达到复苏目标。

2. 应对所有严重脓毒症患者进行评估,确定是否有可控制的感染源存在。控制手段包括引流非肿或局部感染灶、感染后坏死组织清创、摘除可引起感染的医疗器具或对仍存在微生物感染的源头控制。在确认脓毒性休克或严重脓毒症尚未出现脓毒性休克时,在1小时内尽早静脉使用抗生素治疗。在应用抗生素之前留取合适的标本,但不能为留取标本而延误抗生素的使用。

3. 用天然/人工胶体或晶体液进行液体复苏:初始治疗目标是使CVP至少达到 8mmHg (机械通气患者需达到 12mmHg),之后通常还需要进一步的液体治疗。

4. 血管活性药物的使用:常用的药物包括去甲肾上腺素、多巴胺、血管加压素和多巴酚丁胺。

(1) 去甲肾上腺素:常用剂量为 $0.03\text{-}1.5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 。

(2) 多巴胺: $5\text{-}20\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 。

(3) 多巴酚丁胺:常用剂量为 $2\text{-}20\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 。

(4) 糖皮质激素:氢化可的松,每日补充量不超过 300mg ,分为3-4次给予,持续输超过记5天。

(5) 血糖控制:在 8mmol/L 以下。

其他治疗：①持续血液净化治疗；②预防应激性溃疡；③机械通气患者采用保护性通气策略；④预防深静脉血栓形成：

（三）心源性休克

1. 一般治疗

(1) 绝对卧床休息，胸痛由急性心肌梗塞所致者，应有效止痛，如吗啡 3-5mg，静注或皮下注射，可同时予安定、苯巴比妥（鲁米那）。

(2) 建立有效的静脉通道，必要时行 Swan - Ganz 导管。持续心电、血压、血氧饱和度监测。留置导尿管监测尿量。

(3) 氧疗：持续鼻导管或面罩吸氧，一般为 4-6L/ min ，必要时气管插管或气管切开，人工呼吸机辅助呼吸。

2. 补充血容量：首选低分子右旋糖酐 250-500ml 静滴，或 0.9%氯化钠液、平衡液 500ml 静滴，最好在血流动力学监护下补液，前 20min 内快速补液 100ml，如中心静脉压上升不超过 0.2kPa(1.5mmHg)，可继续补液直至休克改善，或输液总量达 500~750ml。无血流动力学监护条件者可参照以下指标进行判断：诉口渴，外周静脉充盈不良，尿量 < 30ml/ h ，尿比重 > 1.02 ，中心静脉压 (CVP) < 0.8kPa(6mmHg)，则表明血容量不足。

3. 血管活性药物的应用：在心源性休克时，应静脉滴注多巴胺 5-15ug/ kg / min ,使血压升至 90mmHg 以上。大剂量多巴胺无效时，也可静脉滴注去甲肾上腺素 2-8μ g / min 在此基础上根据血流动力学参数选择血管扩张剂。

(1) 肺充血而心输出量正常，肺动脉楔压 (PAWP) > 2.4kPa(18mmHg)，而心脏指数 (CI) > 2.2L (min .m²) 时，宜选用静脉扩张剂，如硝酸甘油 15-30ug/ min 静滴或泵入，并可适当利尿。

(2) 心输出量低且周围灌注不足，但无肺充血，即心脏指数 (CI) < 2.2L / (min m²)，肺动脉楔压 (PAWP) < 2.4kPa(18mmHg) 而肢端湿冷时，宜选用动脉扩张剂，如酚妥拉明 0.1~0.3mg/ min 静滴或泵入，必要时增至 1.0-2.0mg/ min 。

(3) 心输出量低且有肺充血及外周血管痉挛，即心脏指数 (2.2L (min .m²))，肺动脉楔压 (PAWP) < 2.4kPa(18mmHg) 而肢端湿冷时，宜选用硝普钠 10ug/ min 开始，每 5min 增加 5-10μ g / min ，常用量为 40-160μ g / min ，也有高达 430 ug / min 才有效者。急性冠脉综合征患者慎用。

4. 正性肌力药物的应用

(1) 洋地黄制剂：一般在急性心肌梗死 24h 内，尤其是 6h 内应尽量避免使用洋地黄制剂，在经上述处理休克无改善时可酌情使用西地兰 0.2-0.4mg，稀释后静注。

(2) 拟交感肢类药物：对心输出量低，肺动脉楔压 (PAWP) 不高，体循

环阻力正常或低下，合并低血压时选用多巴胺，用量同前；而心输出量低，肺动脉楔压（PAWP）高，体循环血管阻力和动脉压在正常范围者，宜选用多巴酚丁胺 5-10 μ g/(kgmin)。

(3) 磷酸二酯酶抑制剂：常用氨力农 0.5-2 mg。稀释后静注或静滴，或米力农 2-8mg 静滴。

5. 其他治疗

(1) 纠正酸中毒：常用 5% 碳酸氢钠或分子乳酸钠，根据血气分析结果计算补碱量。

(2) 机械性辅助循环：经上述处理后休克无法纠正者，可考虑主动脉内气囊反搏（IABP）、左室辅助泵等机械性辅助循环。

(3) 原发疾病治疗：如急性心肌梗死患者应尽早进行再灌注治疗，溶栓失败或有禁忌症者应在 IABP 支持下进行急诊冠状动脉成形术（PCI）；急性心包填塞者应立即心包穿刺减压；乳头肌断裂或室间隔穿孔者应尽早进行外科修补等。

(4) 心肌保护：1,6-二磷酸果糖 5-10g/d，或磷酸肌酸 2-4g/d，静脉滴注。酌情使用血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）等。

6. 防治并发症

(1) 呼吸衰竭：包括持续氧疗，必要时人工呼吸机辅助呼吸；保持呼吸道通畅，定期吸痰，加强感染预防和控制等。

(2) 急性肾功能衰竭：注意纠正水、电解质紊乱及酸碱失衡，及时补充血容量，酌情使用利尿剂如速尿 20-40mg 静注。必要时可进行血液透析、血液滤过或腹膜透析。

(3) 保护脑功能：酌情使用脱水剂及糖皮质激素，合理使用镇静剂。

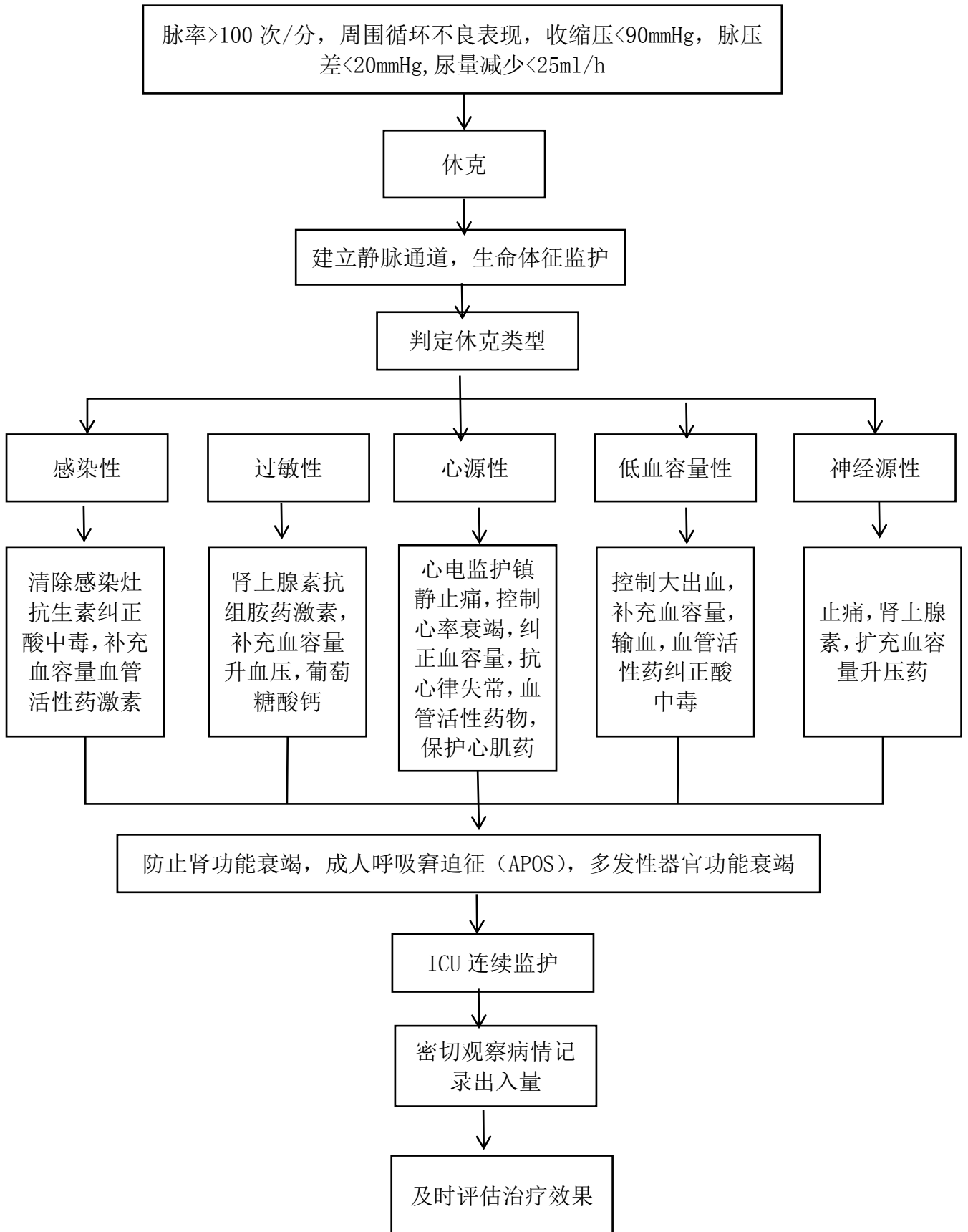
(4) 防治弥散性血管内凝血（DIC）：休克早期应积极应用低分子右旋糖酐等抗血小板及改善微循环的药物，有 DIC 早期征象时应尽早使用肝素抗凝，后期适当补充消耗的凝血因子。

(四) 梗阻性休克：外科治疗以解除病变区域的梗阻；根据病情适当降低机械通气压力，以纠正 PEEP 造成的梗阻。

警示：

1. 及时汇报上级医生，上报医务科；联系综合医院内科实施抢救和转院。
2. 及时与家属沟通告知，发出病危通知书。
3. 及时详细记录。转院时书写抢救记录和转院记录。

休克抢救流程图



2.1.3 急性左心衰的应急预案

左心室衰竭常见于高血压心脏病、冠心病、心脏瓣膜病、急性肾小球肾炎、心肌炎、心肌病、输液过度。

一、评估

(一) 症状：病人突发极度呼吸困难，端坐呼吸，面色苍白，口唇紫绀，大汗淋漓，四肢湿冷，烦躁不安，剧烈咳嗽，咳大量白色或粉红色泡沫痰。

(二) 体征：心率增加（婴儿 >180 次/ min，幼儿 160 次/ min，儿童 120 次/ min），两肺布满湿啰音，心尖部舒张期奔马律。

(三) 检查：

1. 胸部 X 片肺瘀血或肺水肿、心影增大。
2. 心电图示 V1 导联 P 波终末电势（Ptf-V1）小于 $-0.03\text{mm}'\text{S}$

二、处理治疗：

(一) 病人采取坐位或半卧位。两腿下垂或减少静脉回流。

(二) 氧疗：鼻导管或面罩，有泡沫痰者在湿化瓶内加入 50%乙醇。动脉氧分压不能维持在 60mmHg 时加压输氧。

(三) 镇静：急性肺水肿时，吗啡 5~10mg 皮下或肌注。（本药有呼吸抑制作用，因此，对于呼吸性哮喘患者禁用，呼吸有抑制、昏迷、休克、老年体弱者忌用或减量慎用）或杜冷丁 50mg 肌注。

(四) 利尿：速尿 20~40mg 静注。（若急性心梗左心衰竭时，由于血容量增多不明显，应慎用）。

(五) 血管扩张剂：硝酸甘油 0.3mg 舌下含化或氯雾剂消心痛。硝普钠 50mg 加入 5%G. S .250cc，开始 8~16mg/ min，以后每 5~10mg/ min 递加 5~10mg，血压低者可与多巴胺合用。

(六) 强心剂：两周内未用洋地黄者，可给西地兰 0.2~0.4mg 加入 50%G. S .20cc,缓慢静滴（7-10 分钟）。（重症二尖瓣狭窄者禁用，应快速利尿，以减轻前负荷为主。）

(七) 氨茶碱：0.25g 加入 50%G. S .20cc 缓慢静注，可减轻支气管痉挛作用和呼吸困难，并用强心利尿作用。（心动过速者不宜使用。）

(八) 其他：地塞米松 5-10mg 加入葡萄糖液中静滴。积极治疗原发病和诱因。

三、效果评价

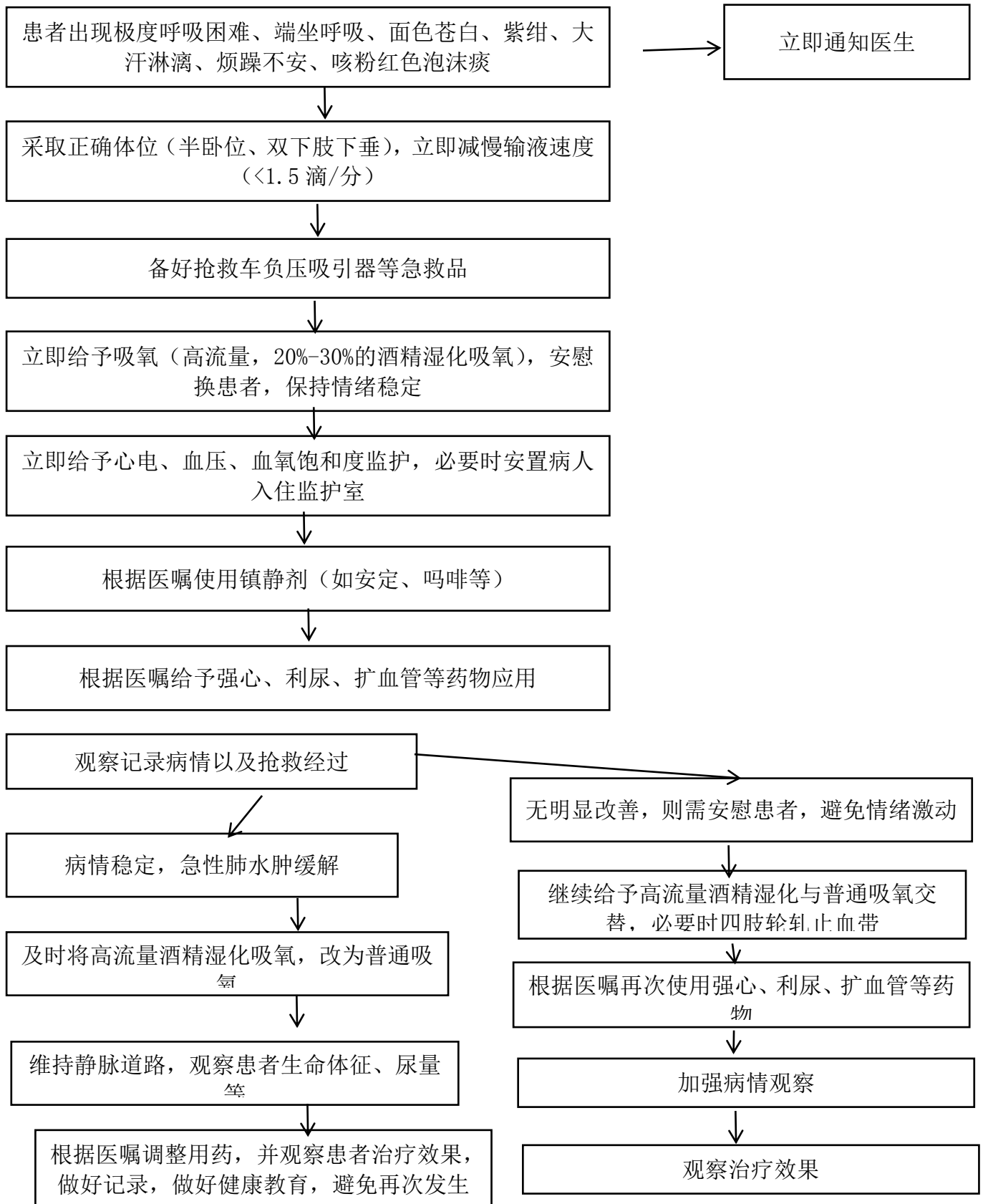
(一) 好转：呼吸困难、口唇紫绀有改善。

(二) 恶化：呼吸困难加剧，口唇严重紫绀。

四、在抢救时立即报告科主任，并通知医务科要求院外心内科会诊。并与病人家属谈话，发出病危通知书。

处置流程：

急性左心衰的应急预案



2.1.4 肺栓塞应急预案

定义：来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉及其分支所致的疾病，以肺循环和呼吸功能障碍为其主要的生理特征。

一、临床表现

1. 症状：呼吸困难、胸痛、晕厥、烦躁不安惊恐、咯血、咳嗽、心悸等。
2. 体征：呼吸急促、心动过速、血压下降、发热、颈静脉怒张、肺部啰音、胸腔积液、 $P2>A2$ 。
3. 深静脉血栓的体征。
4. 动脉血气分析： PaO_2 降低， $PaCO_2$ 降低、肺泡动脉氧分压差增大。
5. 心电图：窦性心动过速，T 波倒置和 ST 段下降。
6. 胸部 X 线：心脏增大、肺浸润影和血管影，胸腔积液。肺动脉段突出，主动脉扩张，右下肺动脉横径增宽，右心室常增大。
7. D-二聚体：低于 $500\mu\text{g/ml}$ 有排除意义。
8. 螺旋 CT：作回顾性重建和血管造影，可显示肺动脉的栓子。
9. 深静脉的检查：深静脉的血栓对诊断 PE 有很大的帮助。

二、急救预案

1. 病人平卧，保持安静，尽量减轻病人的疼痛、焦虑和恐惧。
2. 快速给氧，流量 $4\sim 6\text{L/min}$ ，并注意保持气道通畅。
3. 迅速止痛，只给予吗啡 $5\sim 10\text{mg}$ 或哌替啶 $50\sim 100\text{mg/min}$ 以控制剧烈胸痛，必要时重复使用。
4. 解除肺血管及冠脉反射性递增痉挛，阿托品 $0.5\sim 1\text{mg}$ 肌注，必要时重复给予。
5. 迅速开辟静脉通道并及时抽送检验标本。
6. 溶栓抗凝治疗，可采取以下措施：
 - (1) 肝素：首剂 $50\sim 70\text{mg}$ 加生理盐水 20ml 静注。以后每 4h 重复一次；或肝素 200mg 加 5% 葡萄糖注射液 500ml 维持静滴 24h 。8-10d 后减量。
 - (2) 口服抗凝药：华法林 $10\sim 15\text{mg/d}$ ，连服 3-5d 后改维持用量 $2\sim 15\text{mg/d}$ ，共用 12 周。
 - (3) 溶栓：有溶栓指征者可用尿激酶、链激酶或 r-tPA。尿激酶 20000IU/kg / 2h ，外周静脉滴注，溶栓时间窗在 14 天以内。
7. 积极抗休克治疗，采取以下措施：
 - (1) 补充血容量。
 - (2) 维持血压：多巴胺或多巴酚丁加入静滴。
 - (3) 及时纠正水、电解质失衡。

8. 防止心衰，必要时应用强心剂和利尿剂。

1) 毛花苷 C 0.4-0.8mg 加 10%葡萄糖注射液 500ml 缓慢静注。

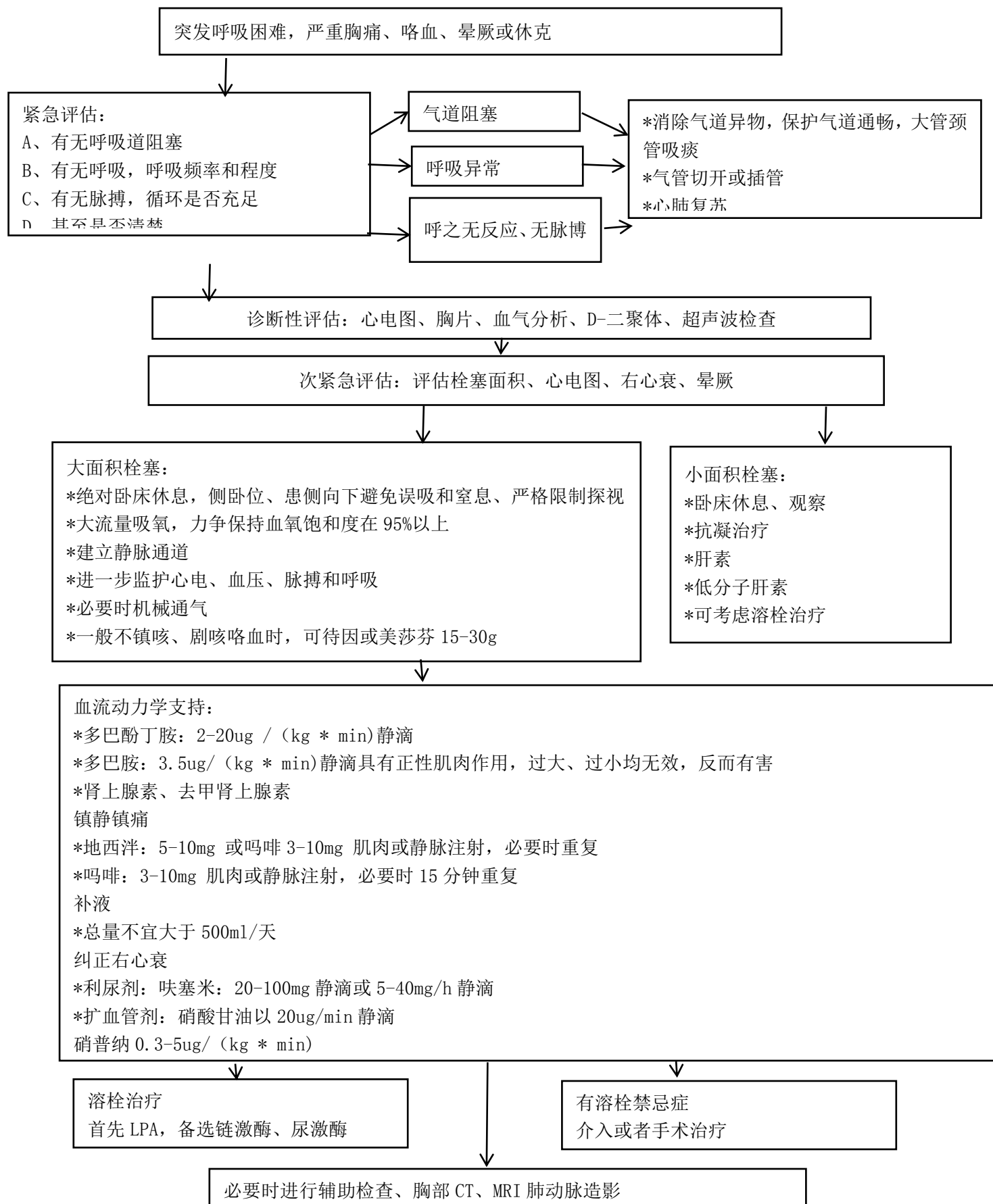
(2) 毒毛花苷 K 0.25mg 稀释后静注。

(3) 味塞米 20-40mg 加 10%葡萄糖注射液 500ml 缓慢静注。9. 必要时行肺动脉内膜血栓切除术和下腔静脉阻断术。

10. 深静脉血栓形成 (DVT) 的治疗： DVT 和 PE 治疗相同。

四、程序

发现患者病情变化→吸氧→通知医生→建立静脉通路→心电监护→观察生命体征及病情→告知家属→记录抢救过程



2.1.5 DIC 预防及应急预案

一、DIC 常见诱因：

1. 大量出血；
2. 严重感染及感染性流产；
3. 羊水栓塞；
4. 前置胎盘伴出血；
5. 胎盘早剥；
6. 死胎（尤其是宫内滞留超过 4 周者）；
7. 子病前期重复。

二、DIC 的诊断：

临床表现：

1.出血：高凝期可表现为静脉抽血时针筒内血凝现象低凝期及纤溶亢进期可有产后阴道大出血不止，且血不凝；会阴切口或剖宫产切口渗透或血肿；全身皮肤黏膜出血，呕血、便血、血尿等；

2.休克：暂时或持续性出血血压下降，休克、昏迷；

3.脏器出血，功能障碍；少尿、尿闭、蛋白尿；呼吸窘迫，紫绀；心衰等；

4.溶血症状：黄疸、血红蛋白尿、发热腰背酸痛、进行性贫血等；

实验室检查：

1.血小板 $<100 \times 10^9$ 或进行性下降；

2.纤维蛋白原 $<1.5\text{g/L}$ 或进行性下降或高于 4g/L ；

3.3P 试验阳性或 D 一二聚体高于正常；

4.凝血酶原时间缩短或延长 3 秒以上；

5.周围血破碎红细胞 $>2\%$ ；

6.凝血时间测定（试管法）：抽取静脉血 5ml,6 分钟内凝固为正常，超过 6 分钟不凝表示纤维蛋白原小于 1.5g/L

诊断：

具有上述引起 DIC 的诱因,有临床症状，具有以上三项实验室检查异常即可诊断。

三、预防措施：

遇到上述 DIC 的诱因时需注意预防 DIC 的发生：

1.及时去除诱因：如止血、抗感染、及时终止妊娠、降压等；

2.密切监测生命体征、随访血常规肝肾功能，必要时测定 D 一二聚体。

3.定血型、开放静脉通路，做好抢救药物的准备。

4.死胎引产前测定凝血功能，如提示高凝状态，需用肝素 25mg 静滴 q6h，

等凝血酶原时间及纤维蛋白原正常后再引产。

四、抢救措施：

一旦出现 DIC 的临床表现，应及时测定血常规、凝血功能、D 一二聚体，确定有无 DIC 发生，也可用试管法测定凝血时间（仅需 6 分钟）初步判断。同时立即进行抢救；

1.联系上级医生、护士到场；联系手术室、麻醉科共同抢救；通知医务科；

2.告知病情，病危通知；

3.心电监护、开放静脉通路：颈静脉插管监测中心静脉压；留置导尿，监测尿量；4.肝肾功能、电解质、血气分析等；

5.吸氧，如出现呼吸窘迫可上呼吸机；

6.备血；输新鲜血或凝血酶原复合物或纤维蛋白原、血小板、维生素 KI (40mg/d,分次输入)；

7.原发病灶积极处理是关键（手术、抗感染等）；

8.补液：低分子右旋糖酐 500-1000ml / 天及补充充足晶体液；根据中心静脉压控制补液速度；

9.如血容量纠正后仍血压不升，则可使用血管活性药。

10.抗凝：

(1) 肝素：

指征：用于高凝期，使用需十分谨慎；

禁忌症：胎盘早剥引起的 DIC；有显著出血倾向或潜在出血病；结核空洞出血、溃疡病出血，有出血倾向的严重肝病或高血压脑病；有巨大的出血创面未完善止血；晚期 DIC 已进入纤溶亢进期。

使用方法：首剂 25-50mg(0.5-1mg/kg)，置于生理盐水内 1 小时内滴完，之后每 3 小时用试管法监测凝血时间控制于 15 分钟左右，<12 分钟表示剂量不足；30 分钟表示过量，需立即停用，并用鱼精蛋白中和肝素：1g 鱼精蛋白中和 1mg 肝素，鱼精蛋白可加入 25%GS20ml 中缓慢静推)。肝素每 4-6 小时给药一次，24 小时用量可在 100-200mg(12500U) 左右。

(2) 潘生丁

11. 抗纤溶：

用于继发性纤溶亢进期

(1) 氨基己酸：每日 4-6 克，静滴。

(2) 抗血纤溶芳酸

(3) 氨甲环酸 0.5-1g/L/次，加入 5%CS100ml 中静滴。

(4) 抑肽酶可根据酶的活性，每次 4-8 万 u 静滴，必要时可 4-6 小时重复一

次，补充心肌营养因子（辅酶、维生素等）

(5) 地塞米松 5-10mg/d，分 1-2 次静滴（纤溶亢进晚期可用）

12. 纠正心衰：毛花试丙 0.2-0.4mg 缓慢静推，必要时可 4-6 小时重复一次，补充心肌营养因子（辅酶、维生素等）

13. 预防肾衰：少尿者可用 25%甘露醇 25ml，心衰患者慎用：如仍少尿，可予速尿 20-40mg 缓慢静推；

14. 纠正酸中毒。

2.1.6 输血不良反应应急预案及处置流程

由于人类血液成分的复杂性和多样性，几乎不存在完全同型的血液成分，这使受血者可能发生多种不良反应或潜在的风险。为及时、正确处置输血不良反应，尽可能避免或减轻输血不良反应对患者造成的伤害，特制订本预案。

一、组织管理

在 陇川县妇幼保健院输血管理委员会下成立我院“临床输血不良反应处置领导小组”，在出现输血严重危害时，全面负责协调，指挥，督促相关科室按流程及时处理和进行相关检查，对临床医护人员进行再教育和培训。办公室地点设在医务科，负责日常性工作。

组长：分管副院长

副组长：医务科科长

成员：检验科科长、护理部主任、各部主任、临床科室主任、麻醉科主任

二、输血严重危害的控制措施

输血不良反应是指在输血过程中或输血后受血者发生了用原来的疾病不能解释的、新的症状和体征。原因：主要是免疫反应，因血型抗原系统复杂。其次是一些非免疫因素引起，如细菌污染，空气栓塞等。识别输血不良反应的标准：常见的输血不良反应和并发症包括非溶血性发热反应、变态反应和过敏反应、溶血反应、细菌污染、循环超负荷、出血倾向、酸碱平衡失调、输血相关性急性肺损伤和传播感染性疾病等。

1. 临床预防及处理输血不良反应的措施：

(1) 输血过程中应先慢后快，观察 15 分钟无不良反应后，再根据病情和年龄调整输注速度，并严密观察患者有无输血不良反应。

(2) 临床监测输血的医护人员发现患者因输血导致不良反应时，应立即减慢或停止输血，根据输血不良反应的症状，及时治疗和抢救，并查找原因，做好记录，同时报告检验科和主管医师。

(3) 溶血性输血反应时，应立即停止输血，更换输注器械，用静脉注射生理盐水维持静脉通路，及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，按既定步骤，

做核对检查。

(4) 对症治疗：应用大剂量糖皮质激素，碱化尿液、利尿，保证血容量和水电解质平衡，纠正低血压，防治肾衰竭和 DIC，必要时进行透析，血浆置换或换血疗法等。

(5) 核对检查

①立即停止输血，同时观察剩余血外观；

②核对患者和血袋标签，确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血；

③查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错；

④采患者血（抗凝血与非抗凝血各一份）及血袋连同输血器械、输血不良反应回报单送标验科检测分析；

⑤留取反应后第一次尿送检；

⑥必要时做溶血的其他实验室检测；

(6) 检验科收到输血反应的样本后，应立即做以下基础性检查：

①复核用血申请单、血袋标签、配血试验记录及发血单；

②复查病人 ABO 血型（输血前留置标本及反应后采集的血标本）；

③复查输血前留置的献血者血标本及血袋中剩余血液的 ABO 血型；

④病人输血前、后血标本与血袋中剩余血做交叉配血试验，采用盐水法与凝聚胺法或酶法，最好采用抗人球蛋白法配血；

⑤输血前病人的血标本做 Rh 血型（D）检定；

⑥怀疑是细菌污染性输血反应应取血袋血直接作涂片或离心后涂片镜检找细菌，取血袋的和反应后病人血液，分别在 4℃、22℃和 37℃做需氧菌和厌氧菌细菌培养；

⑦需要对血液进行封存保留的，检验科应当通知采供血机构派人员到场，封存的血液由医疗机构保管。

2. 检验科主任参与解决输血不良反应，认真分析输血反应原因，负责解释实验结果，给予正确的反应评估报告，并向临床反馈意见，相关记录永久保存到病历中。

3. 检验科每月统计输血不良反应上报医务科。

4. 临床输血不良反应处置领导小组应根据妇幼保健院相关制度与流程调查分析输血严重危害。详细记录，定期汇报临床输血管理委员会。

发生输血反应时的应急程序

一、患者发生输血反应时，应立即停止输血，换输生理盐水，遵医嘱给予抗过敏药物。

二、报告医生及病房护士长，并保留未输完的血袋，以备检验。

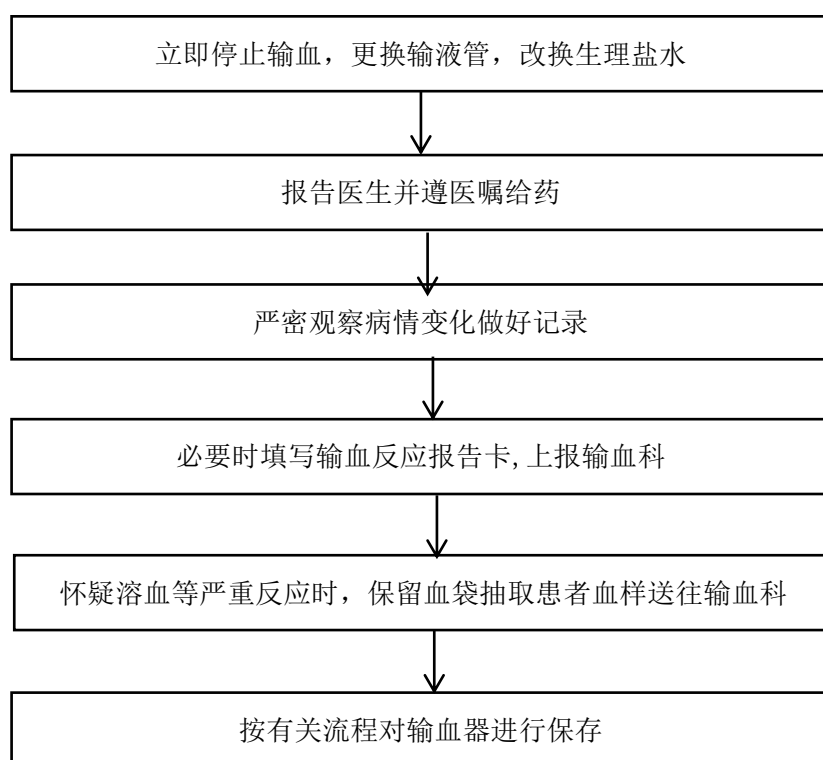
三、病情紧急的患者准备好抢救药品及物品，配合医生进行紧急救治，并给予氧气吸入。

四、若是一般过敏反应，应密切观察患者病情变化并做好记录，安慰患者，减少患者的焦虑。

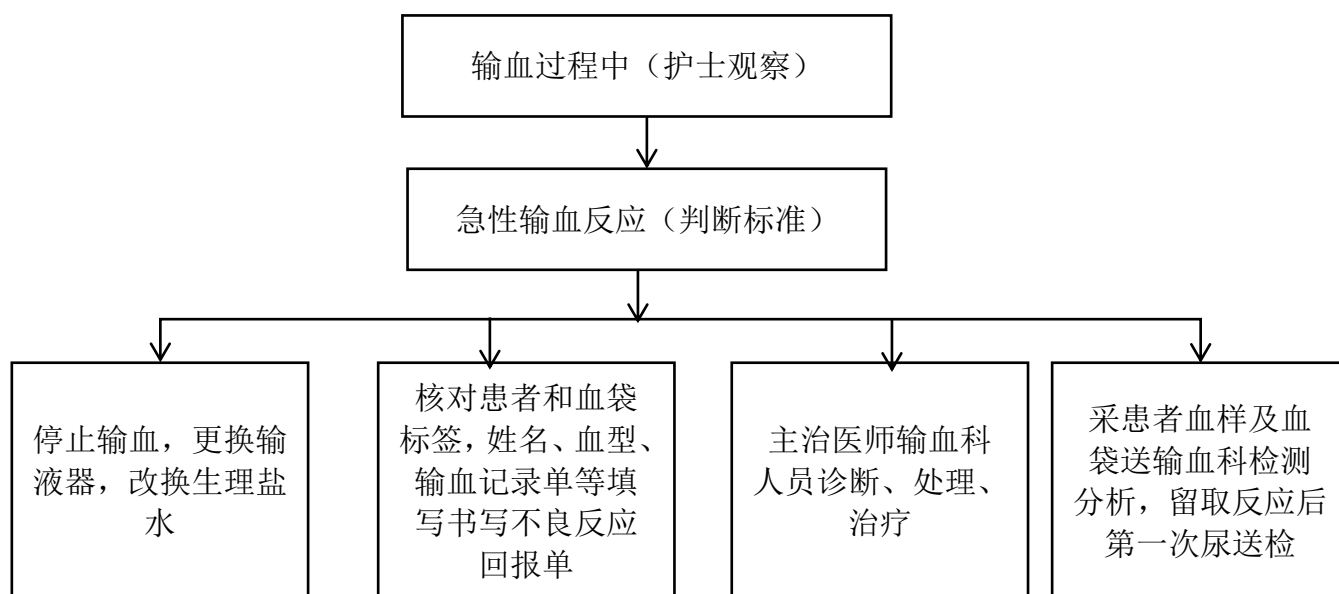
五、按要求填写输血反应报告卡，上报输血科。

六、怀疑溶血等严重反应时，将保留血袋及抽取患者血样一起送输血科。

七、加强巡视及病情观察，做好抢救记录。



急性输血反应处理流程



2.1.7 陇川县妇幼保健院临床紧急用血预案

为保障紧急抢救患者情况下临床血液能快速安全输注于临床，依据《突发公共卫生事件应急条例》、《艾滋病防治条例》、《临床输血技术规范》，结合我院实际制定本预案。

一、工作原则

统一领导，分工负责。严格依照国家有关法律法规，对临床紧急用血进行管理，确保输血安全。

二、为做好临床紧急输血工作，确保紧急用血的顺利实施，成立临床紧急用血协调小组。

（一）人员组成

组长：濮进华 院长

副组长：韩杏芬 党支部书记

成员：张丽、董加晋、李继娟、董桂敏、李仲元、冯德满、杨祖娣、陶翠娟、郑欣艺、岳麻南、吴丽梅

（二）职责

- 1、负责紧急输血应急工作的统一领导、决策和现场指挥。
- 2、负责各科室协调与信息上报，并监督执行预案。
- 3、各科主任、护士长具体负责各部门的预案实施的具体应急工作。

三、紧急用血管理预案

（一）经主治医师首先为患者建立通畅的静脉通路，最好静脉插管，通过该

插管采集供血型鉴定和交叉配血、病毒筛查试验用的血标本，并同时通知检验科做好紧急用血准备。检验科立即与采供血机构联系，说明紧急输血的需要。指定 1 名医师负责血液申请并与检验科联络。患者的血标本和输血申请单上应清楚地标明患者姓名和唯一性病案号。如果在短时间内发出另外一份针对同一名患者的《临床输血申请单》，应使用与第一份《临床输血申请单》和血标本上相同的标识编号，以便输血科技术人员确认处理的是同一名患者。

(二) 急性失血患者如经液体复苏后收缩压能维持在 10.66kPa(80mmHg) 左右可暂不输血，因为患者维持在许可的低血压状态可减缓出血，防止在伤口处形成的一个不结实的止血血栓被血流冲走。对于低血压急需手术的患者应尽快送手术室。

(三) 特别紧急情况下，需要紧急同型输血时，在《临床输血申请单》上标明血液需求的紧急程度，并统一特定用语表达的含义：“火急”：10~15min 以内；“紧急”：30min 以内。申请单连同血标本快速送达检验科。血液输用后，经治科室应尽快到医务处审批补办相关手续。检验科在接到《临床输血申请单》及血标本后，如病情“火急”不知患者血型情况下，应尽快与陇川县人民医院血站取得联系。

(四) 紧急非同型血液输注，不能输注全血，只能输注红细胞。红细胞只要求主侧配血相合，次侧配血不作要求。输注前要与患者或其亲属说明利弊签订知情同意。血浆和冷沉淀可以相容性输注。

(五) 若已输入大量 O 型红细胞成分后，能否输注与患者同型的血液应视具体情况而定。当患者原 ABO 血型的红细胞与新采集的患者血标本血清相合时，可以输注与患者原血型同型的血液(在改输原同型的血液时，须更换输血器)。若交叉配血试验由于 ABO 抗体所致不合时，则应继续输注 O 型红细胞。

(六) RhD 阴性患者需要输注血浆和冷沉淀时，可按 ABO 同型或相容性输注 RhD 血型可忽略，执行《RhD 阴性及其他稀有血型的血液输注管理规程》。紧急情况下，患者为 RhD 阴性，没有检测到抗-D，男性患者或无生育需求的女性患者可输 RhD 阳性血，但必须征得患者或其亲属的同意，并在《输血治疗同意书》上注明：若有抗体产生，以后输血只能输注 RhD 阴性血。患者为 hD 阴性，体内虽未检测到抗-D，但患者是有生育需求的妇女(包括未成年女性)应输 RhD 阴性血液：如一时找不到 RhD 阴性血液，不立即输血会危及患者生命，此时须采取以下措施：1、告知患者和家属病情，并说明在紧急情况下输注的利与弊，并在输血治疗同意书注明给患者带来的后果和并发症：第一，会出现溶血性输血反应；第二，该类 Rh 阴性红细胞缺乏，不输 Rh 阳性红细胞危及生命，此时抢救生命是第一位的，输注 R 阳性红细胞是抢救生命的必要条件；第三，会给以后用血或妊娠带来不良后果，可能导致妊娠的流产、早产或新生儿溶血病等不良后果(特别是对

未生育的女性):第四,患者因本身原发病不治而非输血治疗所能挽回时,不能借口归罪于输血治疗不当,知情后患者或家属签字认可。临床科室主任和检验科主任签字认可,医务处报批。必须征得患者或其亲属同意后才能实施。

(七)紧急用血可以欠费进行,不得以任何理由拒绝发血。

四、应急保障措施

(一)血液供应紧张立即报告医院领导与州医院血站领导进行联系,由血站领导进行协调解决,寻找合适的血液供应临床,以保证患者治疗需要。当与其他供血单位联系仍无法解决时,要与临床科室联系,进行患者直系亲属的血型检查工作,发现与需血患者相同血型的献血人员后,及时与血站联系进行采血,血液采集和检验要求血站按紧急情况处理,以最快的速度完成各项检查,保证尽快供应临床。

(二)发生停电时,首先与分管领导联系,确定发生的原因和估计停电时间。以保证临床抢救治疗。血液发出无法打印报告单时,可手工填写报告单,以保证临床输血程序正常进行。待来电后再补打报告单。

五、预案启动与终止

(一)应急响应

立即报告医务科主任及相关

在正常工作日,医务科接到需紧急用血抢救事件后,

人员。节假日及下班后,总值班接到紧急用血事件后,立即报告院领导。接到严重自然灾害、突发公共卫生事件和群伤事件后,按突发事件应急用血预案执行。接到紧急用血事件通知的科室,应做好输血前一切准备工作,包括血样采集、标识及送检和取血的前期准备。紧急输血无患者家属签字的需报医务科案,所有需签署的同意书随后补签。

(二)应急终止

紧急输血抢救事件得到有效控制,患者抢救成功或患者死亡,则该事件预案终止。

六、总结评估与改进

对每一起临床紧急用血事件,要进行总结评估,及时发现过程中存在的问题和不足,提出改进建议。医院紧急用血协调小组定期组织对本预案进行调整和修订。

2.1.8 陇川县妇幼保健院控制输血严重危害(SHOT)预案

建立控制输血严重危害(SHOT,输血不良反应、输血传染病、输注无效)预案,有效预防与处理输血不良反应的发生、防止输血传染疾病的进一步传播和追溯病

源，减少与预防血液输注无效。

一、职责分工

(一)检验科(输血科)负责输血不良反应、输注无效的原因调查与上报，并反馈给血站，协助医院对输血传染疾病的调查与上报;并负责对输血前传染病指标的检测，做好质控工作。

(二)临床输血管理委员会负责协调对输血严重危害(SHOT)的处置与鉴定工作,医院公卫科负责传染病疫情上报。

二、输血不良反应监控、调查及处理程序

(一)输血过程应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度，并严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理:

1、减慢或停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路。

2、立即通知值班医师和检验科(输血科)值班人员，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

(二)疑似溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路，及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查:

1、核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录。

2、核对受血者及供血者 AB0 血型、Rh(D)血型:通知血站对原血液标本进行复检、不完全抗体筛查及交叉配血试验:抽取剩余血液送检验科(输血科)重新进行血型鉴定和交叉配血。

3、立即抽取受血者血液加肝素抗凝剂，分离血浆，观察血浆颜色，测定血浆游离血红蛋白含量(送上级综合医院检测)

4、立即抽取受血者血液，检测血清胆红素含量、血浆游离血红蛋白含量、直接抗人球蛋白试验并检测相关抗体效价(送上级综合医院检测)。

5、如怀疑由细菌污染引起的，取剩余血液进行细菌培养鉴定(送上级综合医院检测)。

6、尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白。

7、必要时，溶血反应发生后 5-7 小时测血清胆红素含量。

(三)检验科(输血科)在接到发生严重输血溶血反应的报告后，应迅速进行调查，以确定原因，结果要及时通报临床科室，汇报科室领导，并书面报告医务科。

(四)输血完毕，对有输血不良反应的，主管医生应逐项填写“输血不良反应回报单”一式两份，一份随病历保管，一份在 24 小时内送检验科(输血科)保存。检验科(输血科)每月统计上报医务科。

(五)检验科(输血科)在接到发生输血不良反应的报告并初步核实后，要立即

通知血站，并协同医务科、临床科室等做好证据保全的工作。

二、输血传染疾病处理程序

(一)输血传染疾病发生者，从采供血机构和用血机构追溯传染源头。

(二) 核查相关献血者资料及相同受血者感染情况。

(三) 检查受血者输血前传染病指标检查情况。

(四) 具体流程如下:输血传染病处理流程

(五)传染病的上报:按传染病信息上报管理规范执行。

三、血液输注无效预防处理措施

(一)选用单一供者血制品，尽可能减少患者与多个供血者抗原接触。

(二) 采用自体输血。

(三) 去除血制品中的白细胞。

(四)尽可能避免在受血者存在脾肿大、感染、发热、药物反应、急性失血、DIC、溶血等因素时输血。

(五)紫外线照射灭活抗原提呈细胞功能。

(六)采用配合型血液成分输注。

输注的液体、药品剂量，输液器、头皮针及所用注射器的名称、厂家、批号等。

情变化及处理措施等。

时取相同批号的液体、输液器和注射器及时送微生物室做细菌培养。

医师。

药物治疗，同时做好以下工作:

予保暖、饮热水，高热者给予冰敷等措施进行相应处理，必要时吸氧，并按医嘱给予

输液患者发生可疑或确定的输液不良反应时:

2.1.9 输液不良反应应急预案及处置流程

一、护士应及时报告值班医师,积极配合医师对患者进行对症治疗。如寒战者给予保暖、饮热水，高热者给予冰敷等措施进行相应处理，必要时吸氧，并按医嘱给予药物治疗，同时做好以下工作:

(一) 立即停止输液，更换液体和输液器，保持静脉输液通道畅通，并通知值班

(二) 准备好抢救药品及物品，配合值班医师对患者进行对症治疗、抢救。

(三)留取输液标本送微生物室做培养。

(四)详细准确地做好护理记录，包括患者生命体征、一般情况和抢救过程、病情变化及处理措施等。

(五) 密切关注患者生命体征变化, 做好患者安抚工作, 消除患者紧张情绪。

(六) 再次检查输液液体质量: 输液瓶是否有裂缝、瓶盖是否有松脱。详细记录输注的液体、药品剂量, 输液器、头皮针及所用注射器的名称、厂家、批号等。

(七) 用消毒巾、胶带把输液器和剩余药液、针头封好, 必要时放冰箱保存, 同时取相同批号的液体、输液器和注射器及时送微生物室做细菌培养。

(八) 及时报告护理部、感染管理科、药剂科, 详细填写“输液反应报告单”和“药品不良反应/事件报告表”。

二、医师应及时对患者进行对症治疗。情况严重者应就地抢救, 并在病程记录中详细记录救治过程。

三、护理部静脉输液护理管理小组开展追踪评价和护理指导, 帮助科室及时、效地解决输液中遇到的难题, 制定相关的防范措施。

四、感染管理科接到输液不良反应报告后, 应及时开具细菌培养单, 并对不良反应/事件进行感染管理方面的追踪评价及分析总结, 必要时制定相关的防范措施。

五、药剂科接到输液不良反应报告, 立即到现场对不良反应/事件进行调查分析, 完善药品不良反应/事件报告表, 分析不良反应发生原因, 并在规定时限内上报“全国药械不良反应监测网络”。

发生输液不良反应的处理流程:

发生输液不良反应: 立刻停止输液→更换液体和输液器→报告医师→遵医嘱给药→就地抢救→观察生命体征→记录抢救过程→及时上报→保留输液器和药液→送检。

持续静脉输入刺激性药物发生静脉炎风险预案

1. 穿刺处出现红肿等静脉炎症表现, 则应立即拔除套管针, 并选择其他部位重新留置套管针。

2. 出现红肿的穿刺处可顺着静脉走行外敷土豆片或增强型透明贴: 若受损严重者, 可选用封闭疗法。

3. 预防方法:

(1) 静脉输入刺激性药物前最好选取深静脉, 若无深静脉则应选取粗大的血管留置套管针, 外用敷料可选用增强透明贴。

(2) 为了减少局部药物的刺激, 可同时留置两个套管针, 每日更换静脉给药部位, 以减少持续给药的刺激。

(3) 严密观察液体输入情况及穿刺针留置情况, 并听取病人主诉, 如有异常情况及时处理。

2.1.10 预防和处理婴儿呛奶、窒息应急预案及处置流程

1.各班检查负压吸引装置处于完好备用状态，并且护理人员要随身备小儿一次性吸爽器一付，以便急用。

2.当患儿发生窒息时，立即将患儿取侧身头低位，给予拍背，使吸入呼吸道的奶汁或痰液排出，同时配合使用一次性吸病器予清理呼吸道，并请旁人通知其他医务人员。

3.其他医护人员应迅速备好负压吸引用品

（吸摄盘）和吸氧用品，必要时给窒息

总儿行负压吸引和给氧。

4.当患儿发生神志不清，呼吸、心跳停止时，应立即进行人工呼吸、胸外按压、加压给氧等复苏抢救，必要时行气管插管，遵医嘱给予抢救用药，直至患儿恢复自主呼吸与心跳。

5.护理人员应严密观察患儿生命体征、神志和瞳孔变化，必要时行心电监护。

6.抢救结束后6小时内据实准确的记录抢救过程。

7.待患儿病情平稳后分析了解引起窒息的原因，对于呛奶引起的窒息应指导家属掌握正确喂奶方法。

8.呼吸道分泌物多的患儿要多翻身拍背，痰液黏稠者遵医嘱雾化后予拍背吸痰，平时要指导家长如何观察患儿正常的面色与呼吸。

应急程序

立即清理呼吸道、给氧→通知医生→继续抢救 →观察生命体征→记录抢救过程→加强防范措施。

2.1.11 住院病人用错药处理应急预案及流程

一、用药错误的防范措施

(一)严格执行操作规程及无菌技术操作原则。

(二)在执行给药时，必须按照书面医嘱执行(除抢救病人外)，有疑问的医嘱，须向有关医生询问清楚后方可执行，加强医护之间沟通。

(三)严格执行查对制度，确保药物质量、用药剂量、浓度、准确无误。

(四)做过敏试验或注射过敏药物前必须询问过敏史，备肾上腺素1支，注射器1付。

(五)对病人提出的疑问，应及时澄清，确认无误后向病人解释方可执行，必要时与医生联系。

(六)保证药物的正确使用

1.选择正确的用药途径。

2.输注速度应根据病人的年龄、病情、身体状况及药物性质调节。对年老体

弱心肺功能不全等病人应控制滴速，重点关注高危药品的输入速度。

3.正确的用药时间及顺序一般情况下，依据病人病情的缓急或病情变化、药物的药理性质、药物半衰期决定给药时间，安排输液顺序，在规定时间内给药。

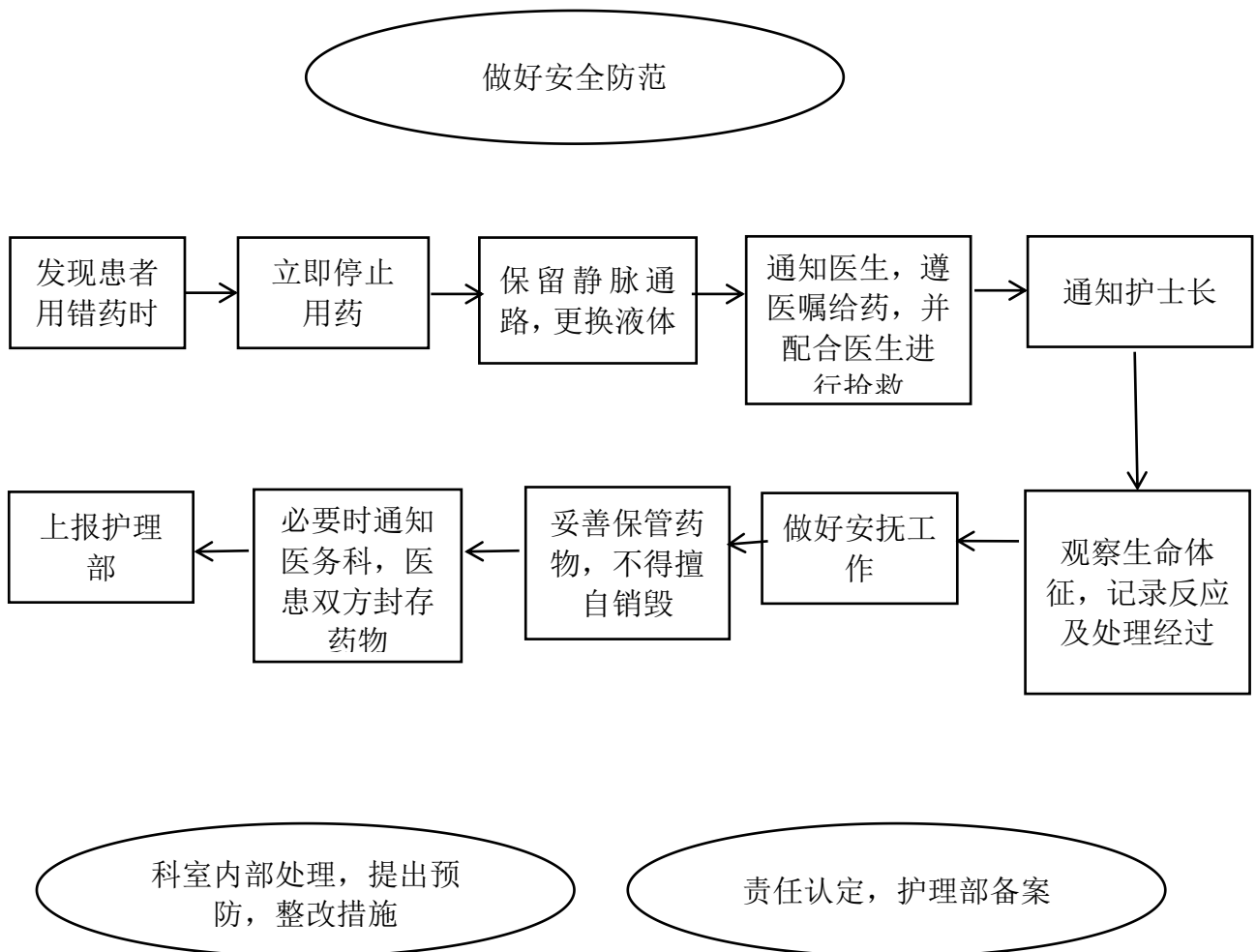
(七)主要观察用药后反应及病情变化，注重病人主诉。

(八)严格执行交接班制度:特别是对转院、转科、手术回室的病人所带来的药物一定要认真交接，以防用药遗漏、用药重复等现象发生。

(九)重点人群的管理：实习生、新护士工作经验少、情绪不稳定、责任心不强,要特别关注，排班时要注意人员的搭配。实习护士必须在带教老师指导下操作。

(十)一旦出现用药错误，启用《用药失误应急预案》。

(十一)处理程序:



二、应急预案

(一)立即停止用药，静脉用药者保留静脉通路，改换其他液体和输液器。

(二)报告医生，立即采取补救措施，尽量减轻由于给药错误造成的不良后果，配合医生抢救。

(三)情况严重者就地抢救，必要时进行心肺复苏，口服者清除胃内容物。

(四)做好护理记录，记录:患者生命体征、用错药物的名称、剂量、用药途径、反应时间、不良反应的症状、体征及处理经过。

(五)做好病人及家属的安抚工作。护士在处理过程中，做好心理护理，减轻患者及家属的恐惧、不安情绪，已取得患者的合作。

(六)及时报告科主任、护士长、护理部。24-48小时内上报护理部，对重大事故，应做好善后工作。

(七)妥善保管发生用药错误的各种有关记录、检验报告、药品、不得擅自涂改、销毁。保留输液器和药物送检，以备鉴定。

(八)患者家属有异议时，立即按相关程序对药物、输液器具进行封存。

2.1.12 患者跌倒/坠床意外事件防范处理预案及工作流程

一、对于有意识不清并躁动不安的患者，应加床档，并有家属陪伴。

二、对于极度躁动的患者，可应用约束带实施保护性约束，但要注意动作轻柔,经常检查局部皮肤，避免对患者造成损伤。

三、在床上活动的患者，嘱其活动时要小心，做力所能及的事情，如有需要可以上护士帮助。

四、对于有可能发生病情变化的患者，要认真做好健康教育，告诉患者不做体位定然变化的动作，以免引起血压快速变化，造成过性脑供血不足，引起晕厥等症状，易于发生危险。

五、教会患者一旦出现不适症状，最好先不要活动，应用信号灯告诉医护人员，给予必要的处理措施。

六、一旦患者不慎坠床或跌倒时，护士应立即到患者身边，通知医生迅速查看全身状况和局部受伤情况，初步判断有无危及生命的症状、骨折或肌肉、韧带损伤等情况

七、配合医生对患者进行检查，根据伤情采取必要的急救措施，并及时上报护士长

八、加强巡视至病情稳定。巡视中严密观察病情变化，发现病情变化，及时向医生汇报。

九、及时、准确记录病情变化，认真做好交接班。处理程序:做好安全防范

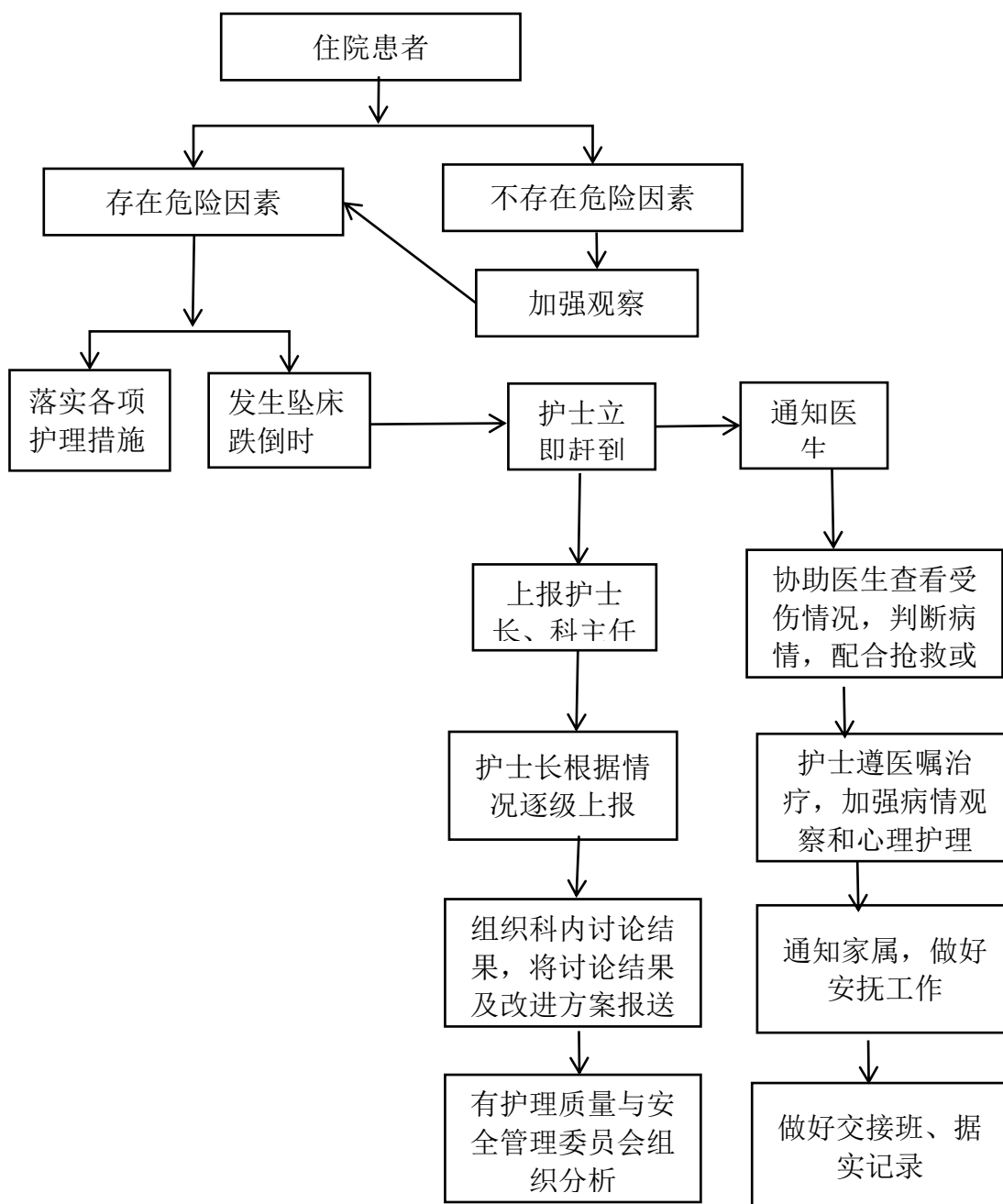
→发生坠床时 →护士立即赶到→通知医生→查看受伤情况→判断病情→采取急救措施→加强巡视→严密观察病情变化→准确记录做好交接班

上报程序:

发生坠床/跌倒时 →护士立即赶到→通知医生→查看受伤情况→判断病情→采取急救措施→上报护士长→护士长根据情况逐级上报

住院患者坠床/跌倒应急处置流程图

住院患者坠床/跌倒应急处置流程图



2.1.13 患者进行保暖措施致烫伤防范处理预案及工作流程

一、预防措施

(一)对患者进行风险评估,及时发现烫伤高风险患者,报告护士长及主管医生,并落实预防措施。

(二)需保暖的患者:使用热水袋时,外加布套:加强巡视,班班交接,检查病人皮肤情况。

(三)使用红外线治疗仪时严格遵循操作规程,防止烫伤。

(四)向病人及家属做好宣传工作,妥善放置暖瓶及开水、热汤等热源物质,防止发生烫伤。

(五)加强开水房的管理,防止儿科病人误烫伤。

二、应急预案

(一)住院病人使用热水袋等取暖发生烫伤后,立即取走引起烫伤的物品(热水袋、电暖炉等),尽快脱去热水浸渍的衣服,立即用自来水冲洗或浸泡在清水中或使用浸湿的毛巾湿敷,这样可减轻疼痛和损伤。

(二)立即报告护士长、主管医生,安慰患者以减轻他们的恐惧和焦虑心理,遵医嘱采取措施。

(三)烫伤处皮肤发生水泡时,尽量不要弄破水泡,大的水泡可用无菌注射针头将水泡刺破,用注射器抽尽其内液体,但不要将疤皮撕除,局部涂烫伤膏或保持干燥。

(四)头、面、颈部的轻度烫伤,经过清洁创面涂药后,不必包扎,以使创面暴露,与空气接触,可使创面保持干燥,并能加快创面复原。

(五)做好护理记录,上报护理部。

(六)组织全科讨论分析原因,提出防范措施,组织学习并严格遵守护理安全管理中预防烫伤的监控措施。

三、程序

发生烫伤→移去烫伤物→脱衣、水冲减轻疼痛损伤→报告护士长、主管医生→采取相应对症措施→上报护理部→分析讨论

2.1.14 呕吐物吸入窒息防范处理预案及工作流程

一、防范措施

(一)评估患者误吸的高危因素:意识障碍,吞咽、咳嗽反射障碍。呕吐物不能有效排出,鼻饲管脱出或食物反流,头颈部手术,气管插管或气管切开,小儿、年老、体弱及进食过快者等。

(二)对相关患者及家属进行预防误吸的健康教育

1.指导患儿家属避免使用容易引起误吸的玩具和食物

2.患者呕吐时，应弯腰低头或头偏于一侧，及时清理呕吐物。

3.指导患者及家属选择合适的食物，进食速度宜慢，进食过程中避免谈笑、责骂、哭泣等情绪波动。

(三)对可能误吸的高危患者采取相应措施

1.床旁备抽吸等急救装置。

2.对意识、吞咽障碍等患者，护士应协助喂食，或遵医嘱管饲流汁，注意妥善固定管道，防止移位、脱出。

3.不能自行排痰的患者，及时抽吸口鼻、呼吸道分泌物和痰液，保持呼吸道通畅。

二、处理措施

(一)患者发生窒息，护士立即采取解除窒息的措施，同时迅速报告医师，查找窒息原因。

(二)针对导致窒息的原因采取相应的抢救措施

1.误吸意识尚清醒的患者可采用立位或坐位，抢救者站在患者背后双臂环抱患者，手握拳，使拇指掌关节突出点顶住患者腹部正中线路上部位，另一只手的手掌压在拳头上，连续快速向内、向上推压冲击6-10次(注意勿伤及肋骨)，昏迷倒地的患者采用仰卧位，抢救者骑跨在患者腰部，按上法推压冲击脐上部位。通过冲击上腹部，突然增大腹内压力，抬高膈肌，使呼吸道瞬间压力迅速加大，肺内空气被迫排出的同时使阻塞气管的食物(或其他异物)上移并被驱出。如果无效，隔几秒钟后，可重复操作1次。

2.幼儿喉部异物:现场人员沉着冷静，迅速抓住幼儿双脚将其倒提，同时用空心掌击拍背部，如异物不能取出，应紧急气管切开或手术取出异物。

3.咯血导致的窒息:立即有效解除呼吸道阻塞，清除呼吸道内的血液，若发现咯血过程中咯血突然减少或停止，患者出现烦躁、表情恐惧、发绀等窒息先兆时，应立即用吸引器吸出咽喉及支气管血块。

4.头颈部手术或气管切开后窒息:迅速报告医师，协助医师进行紧急处理。

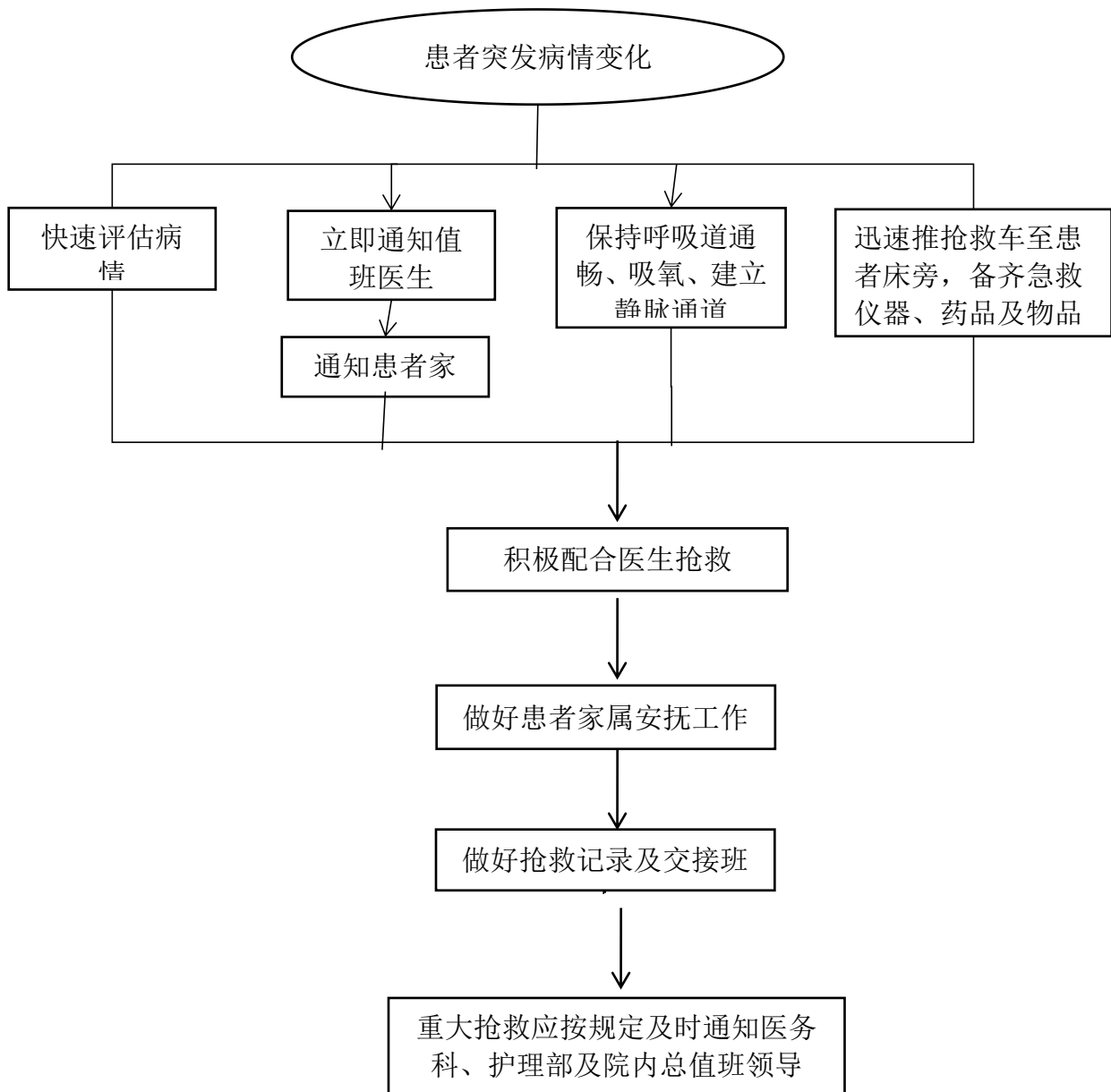
(三)保持呼吸道通畅因痰液堵塞导致呼吸困难者，应立即吸痰，必要时行气管内插管、气管切开术。

(四)做好记录并详细交接班。

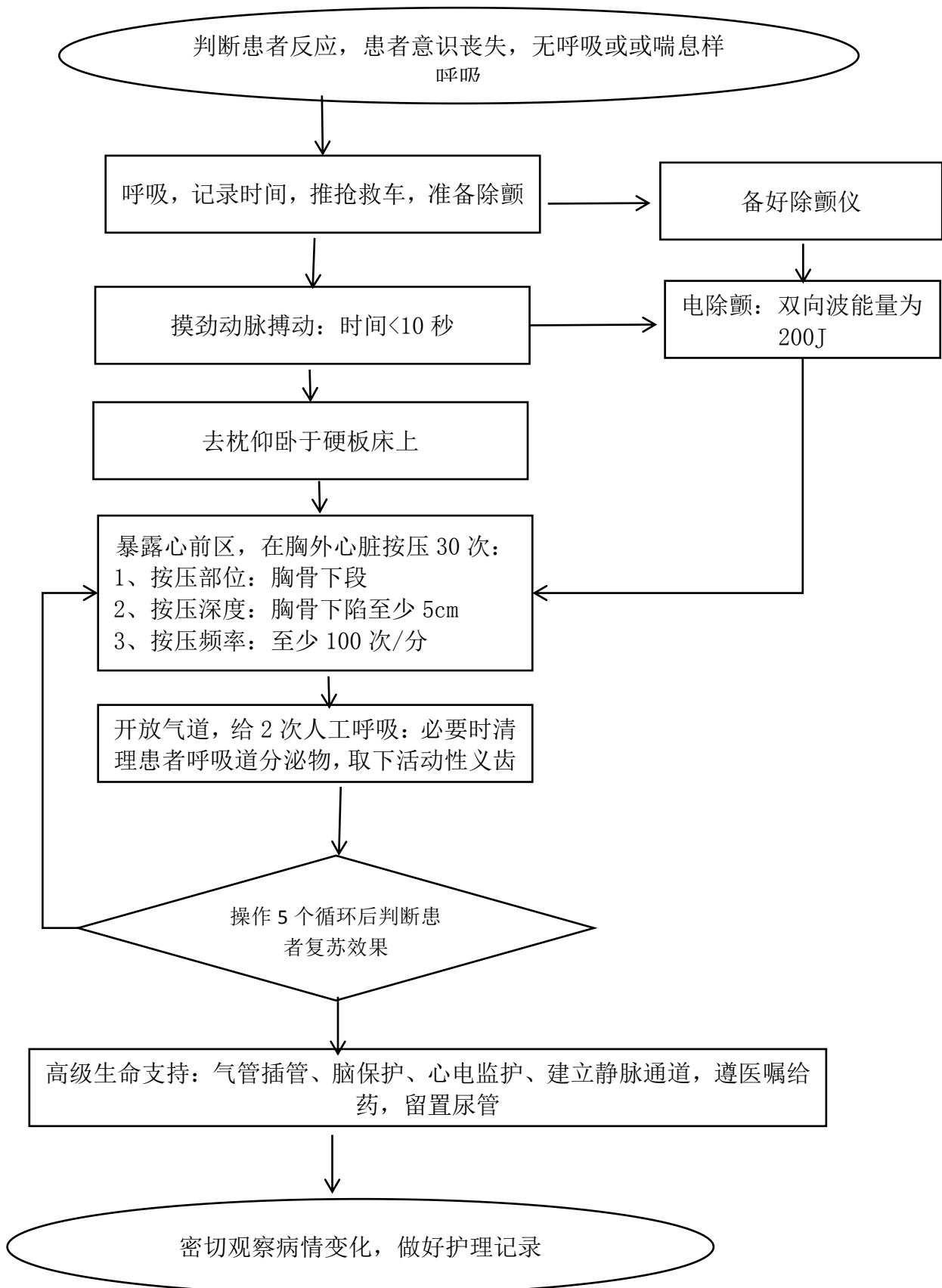
三、应急处理程序

发生窒息→立即清理呼吸道、保持呼吸道通畅，吸氧，同时报告医师→进行对症处理→监测病情→护理记录→交接病情。

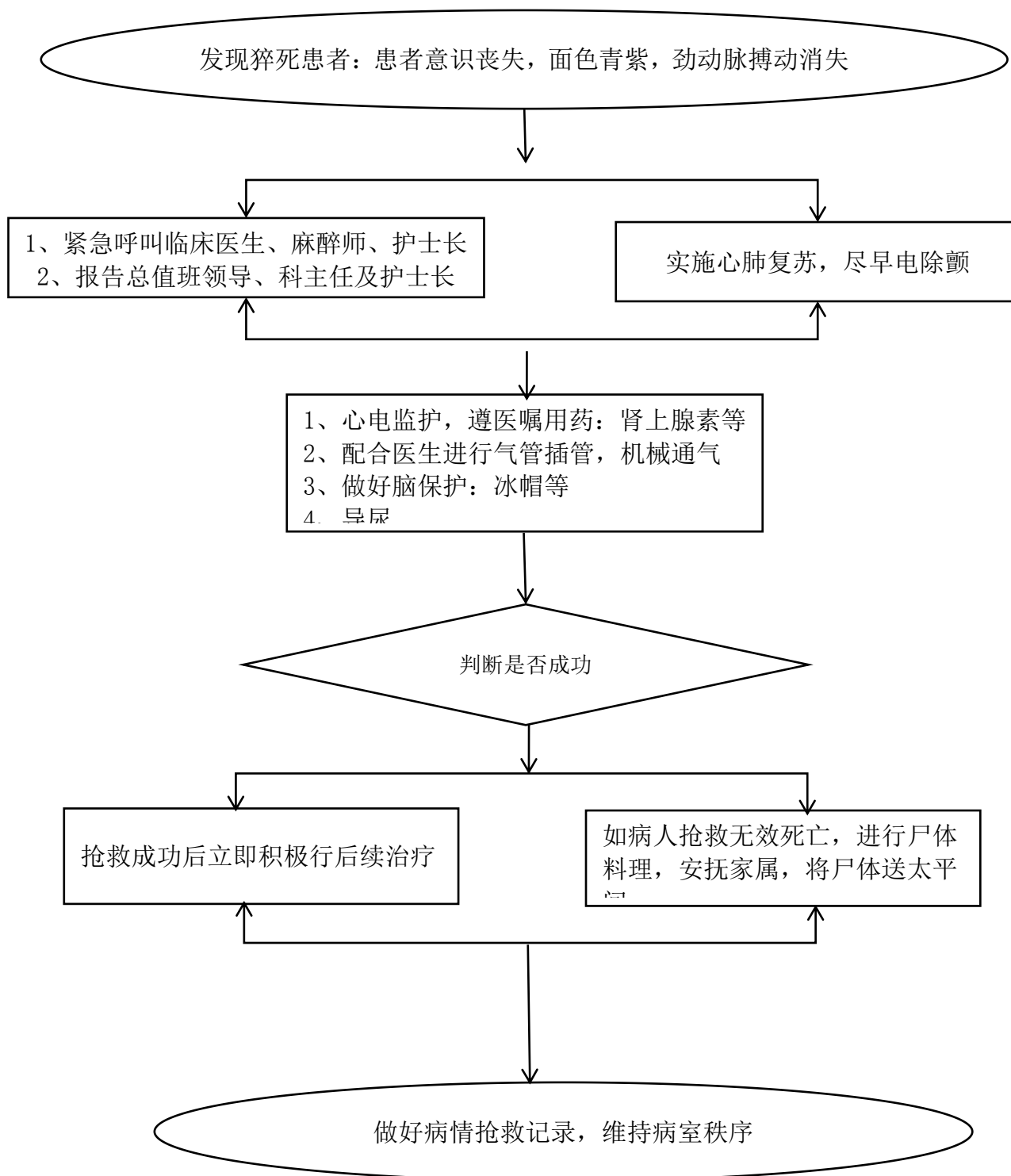
2.1.15 患者突然发生病情变化的应急预案流程



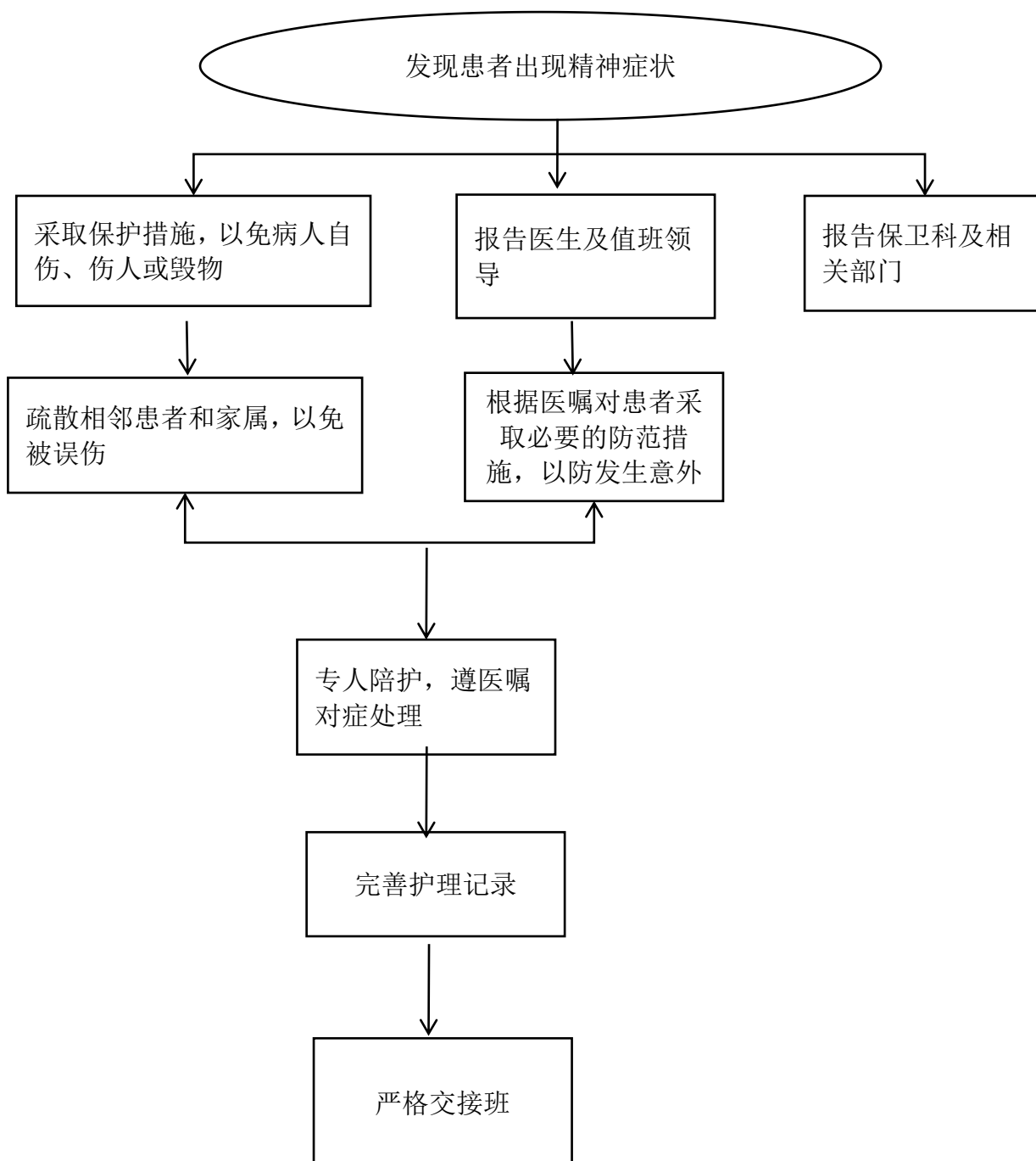
2.1.16 心跳骤停应急预案流程



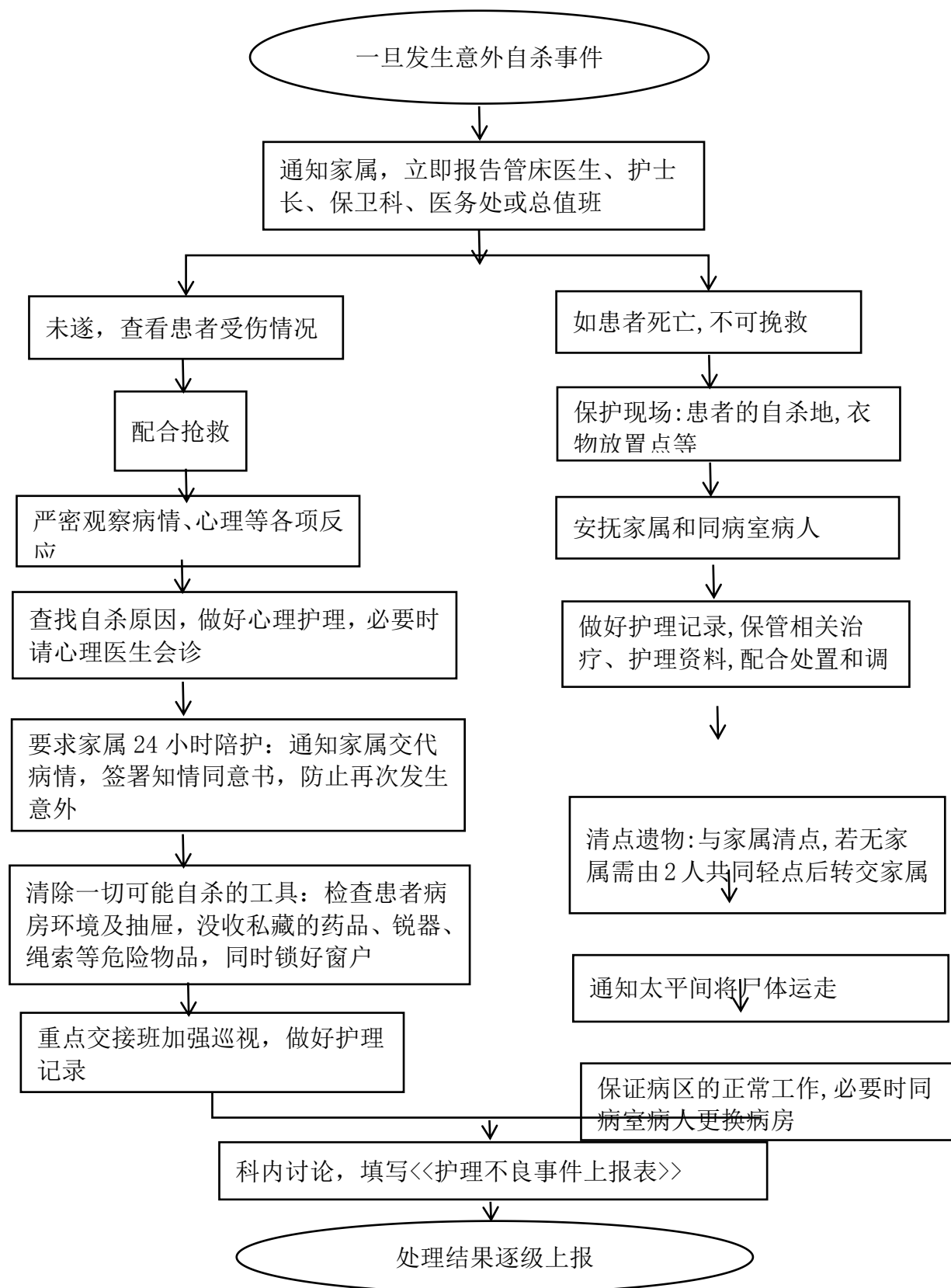
2. 1. 17 突发猝死的应急预案流程



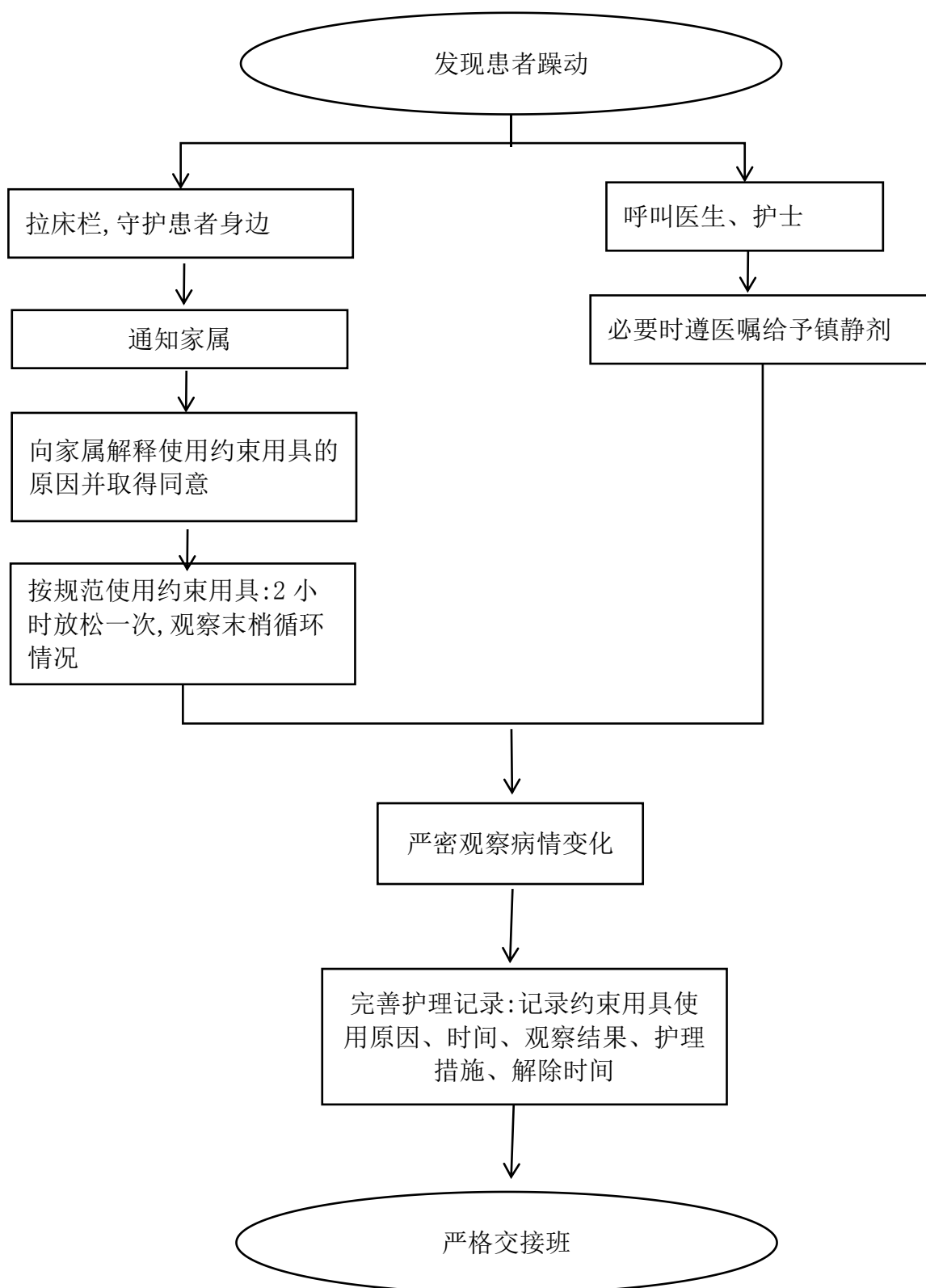
2. 1. 18 突发精神症状应急预案流程



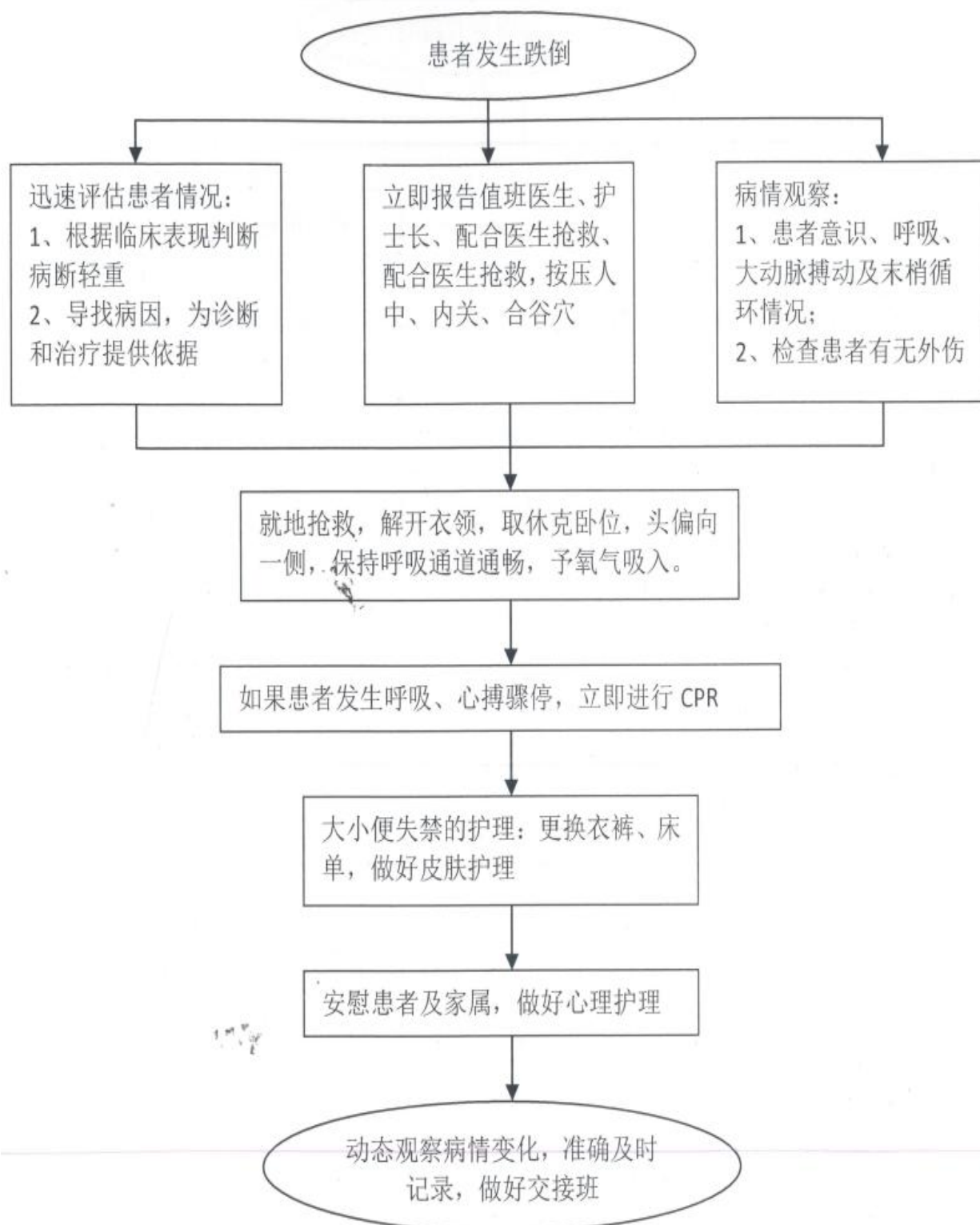
2.1.19 发生意外自杀的应急预案流程



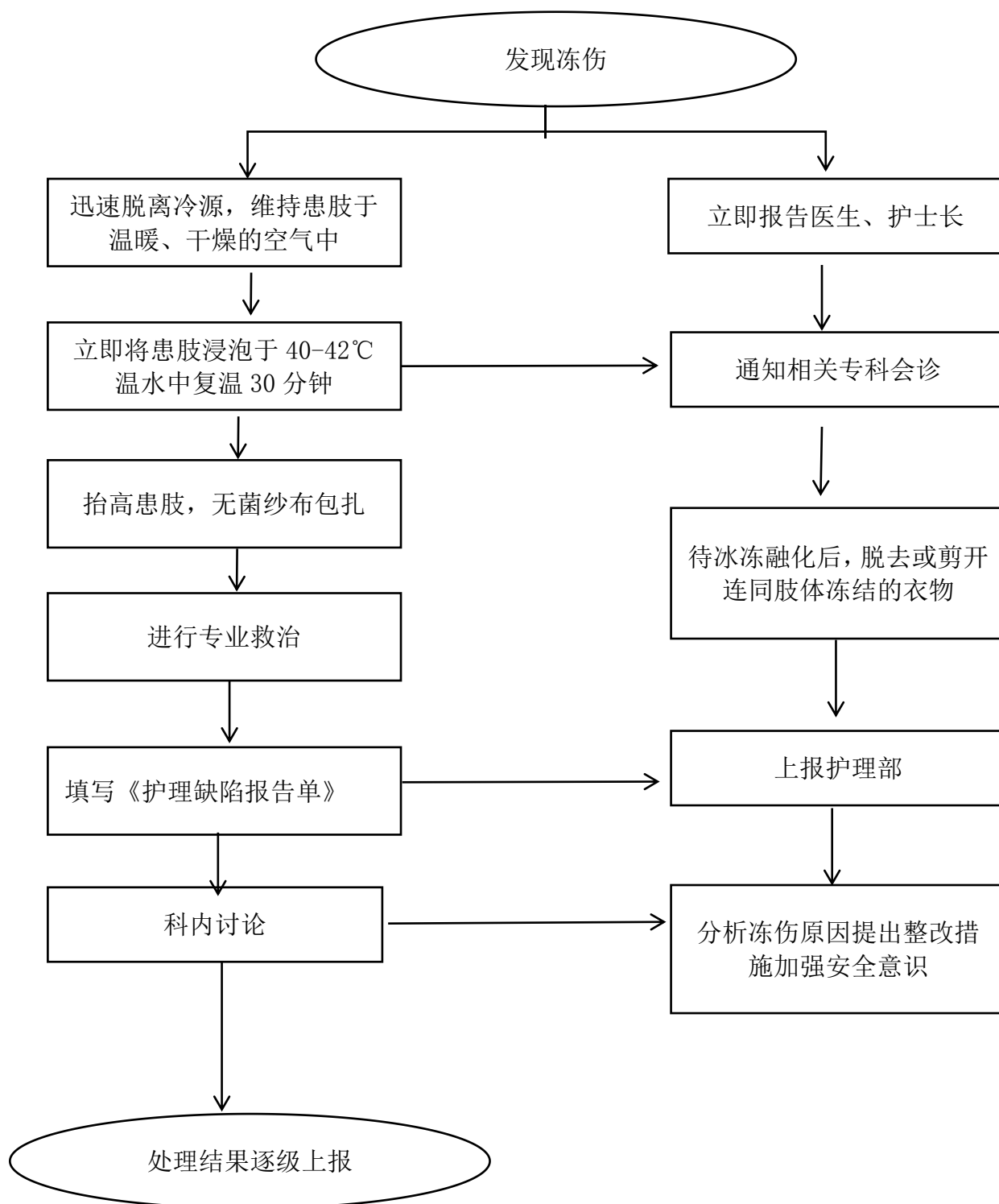
2.1.20 躁动应急预案流程



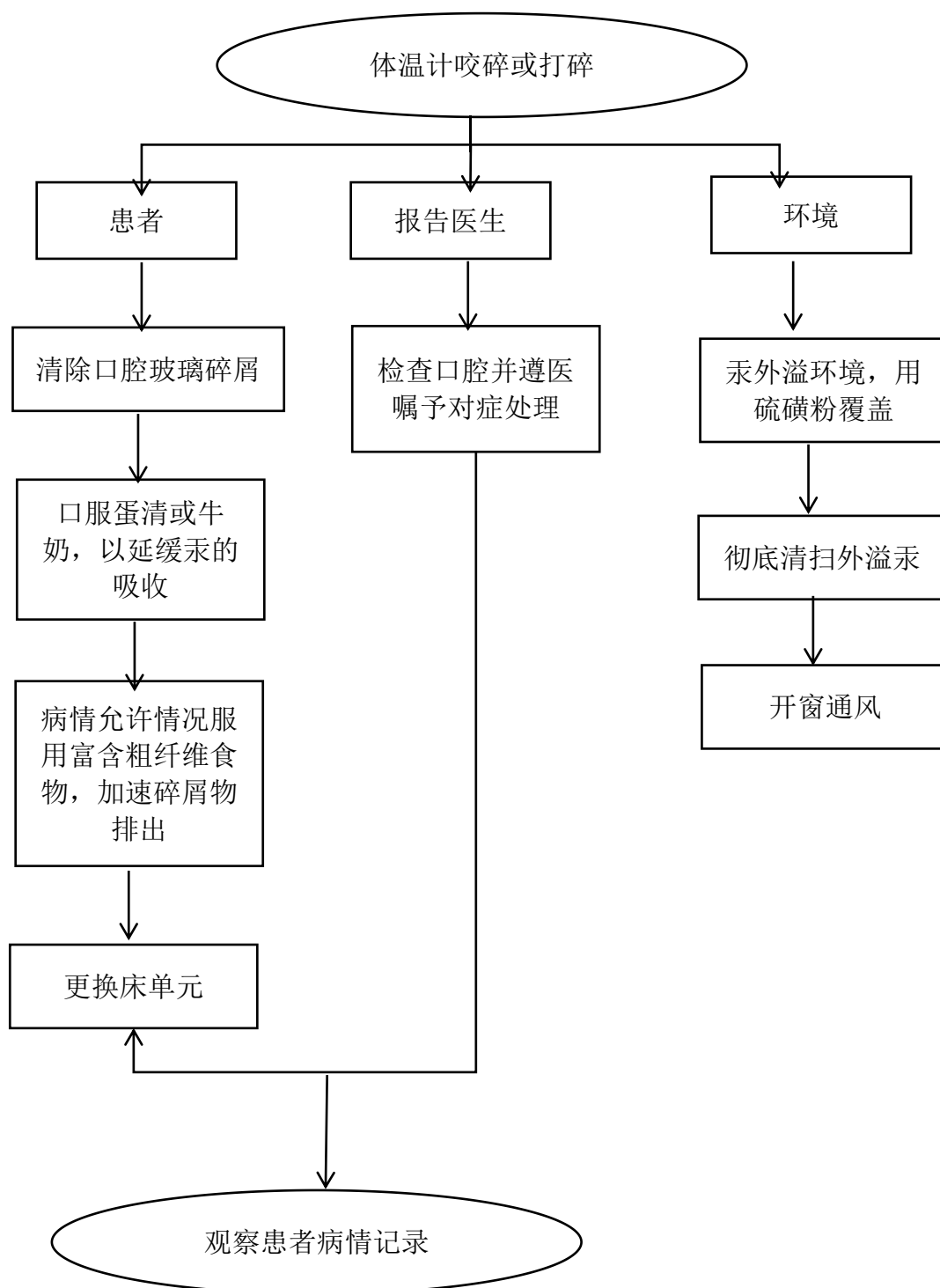
2.1.21 跌倒应急预案流程



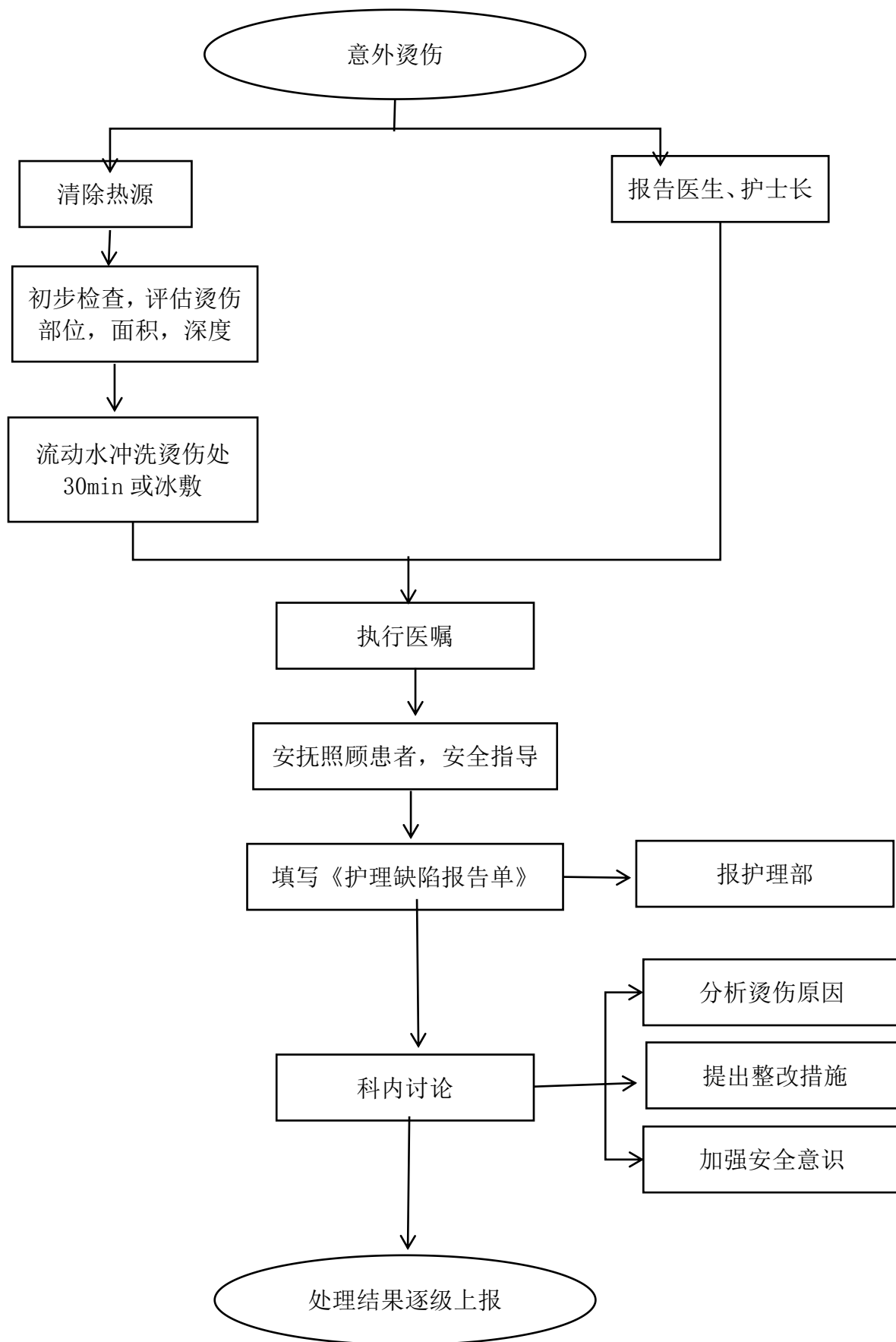
2. 1. 22 意外冻伤应急预案



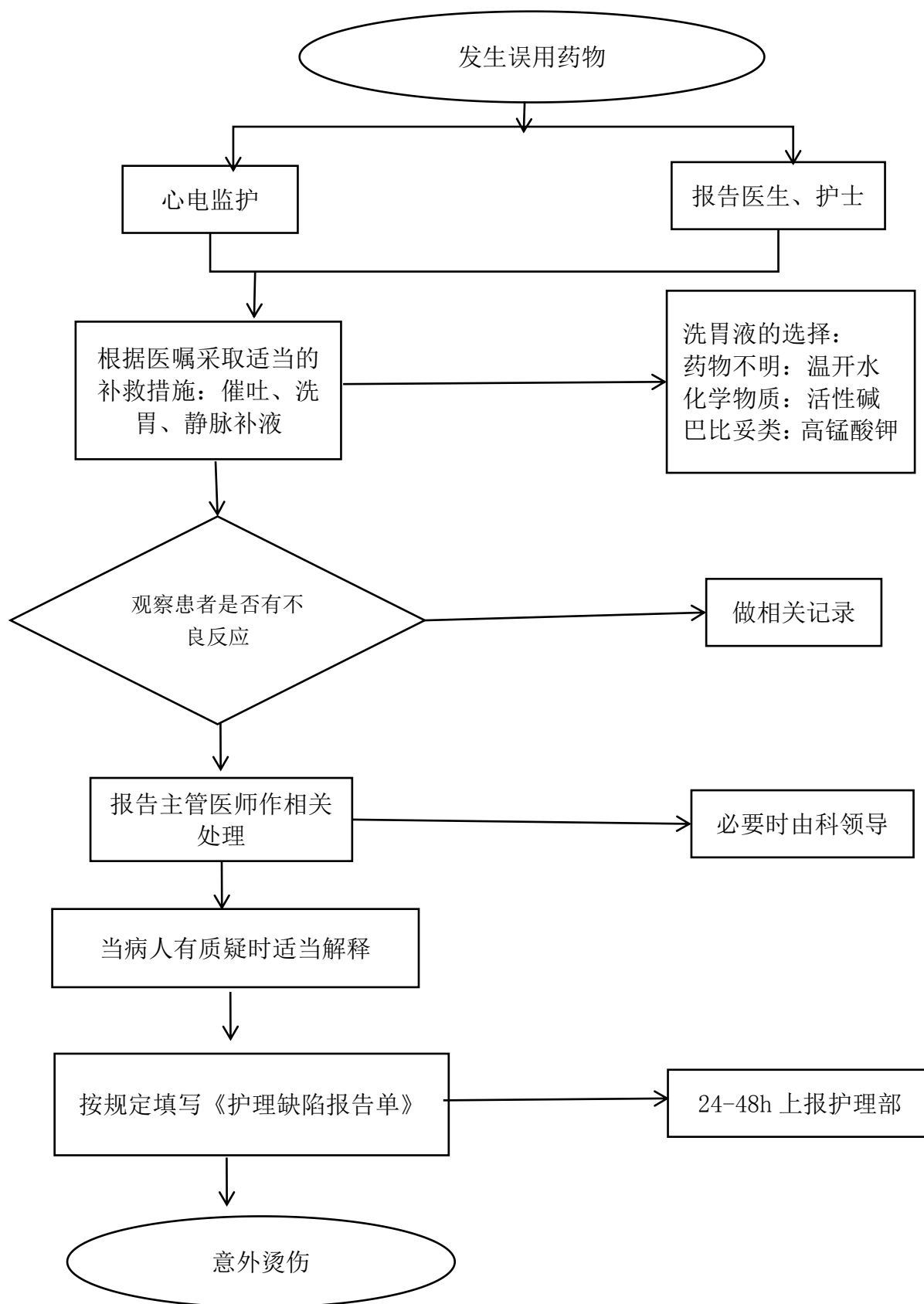
2.1.23 体温计破碎应急预案流程



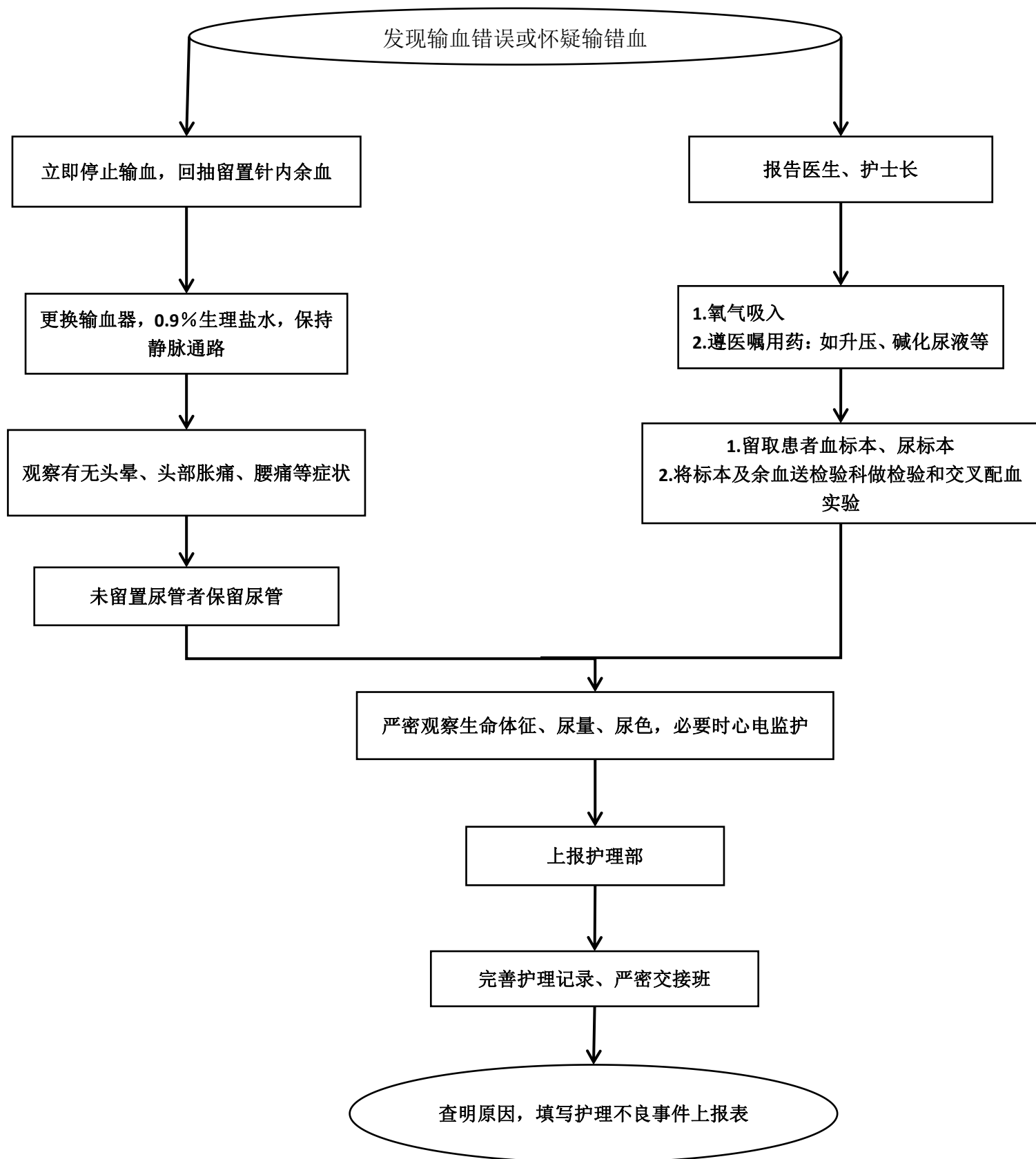
2. 1. 24 意外烫伤应急预案



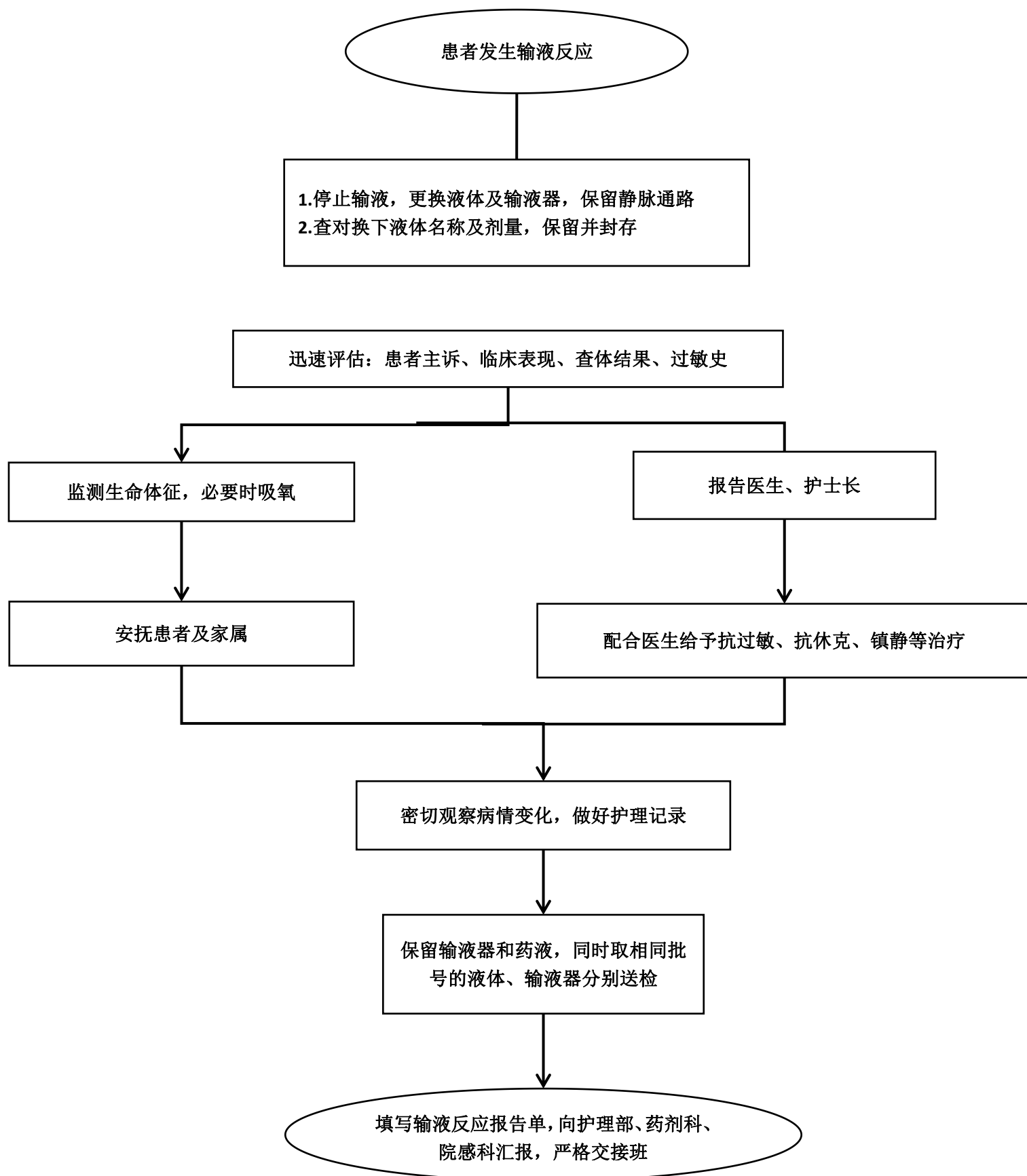
2. 1. 25 误用药物应急预案流程



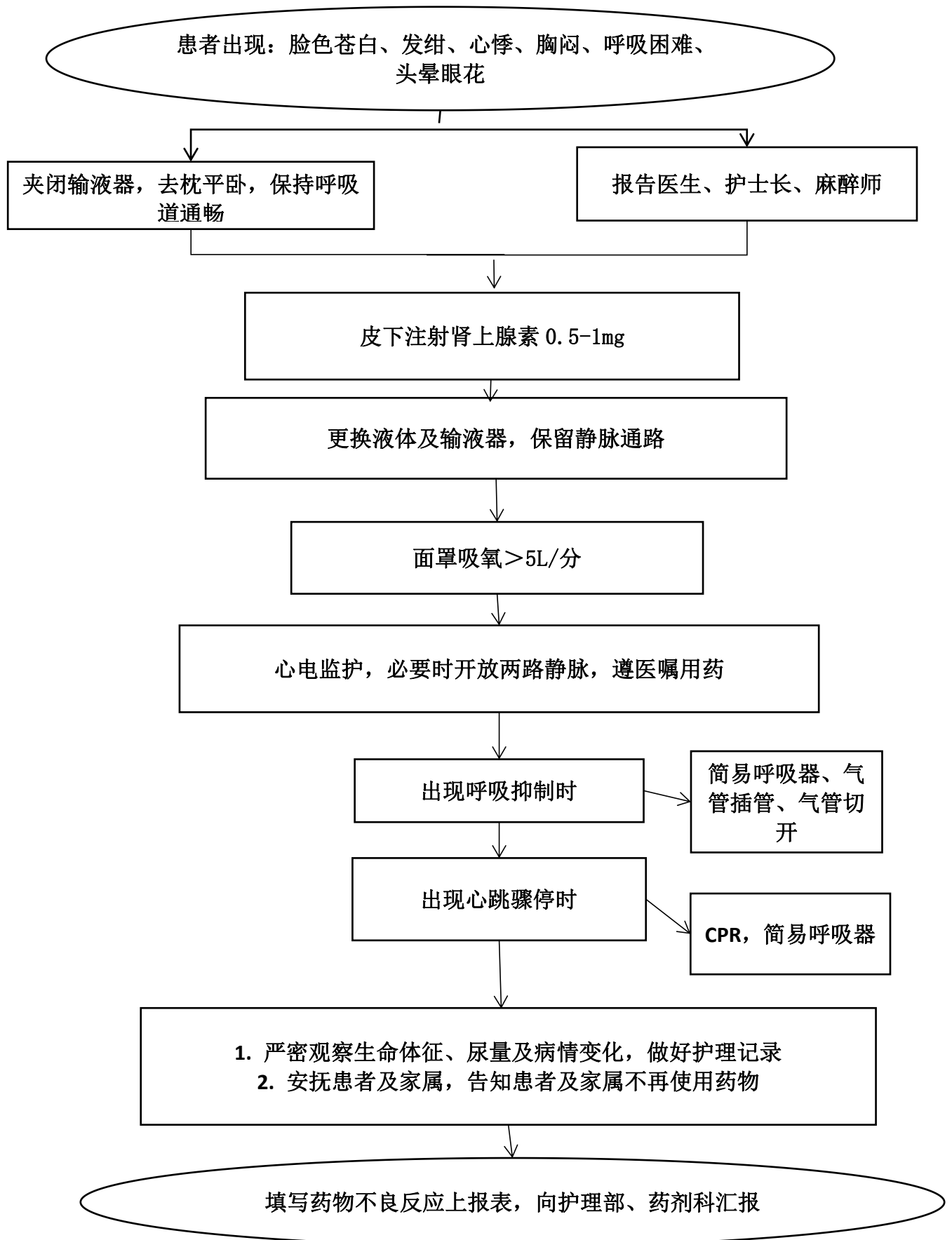
2. 1. 26 输血错误应急预案流程图



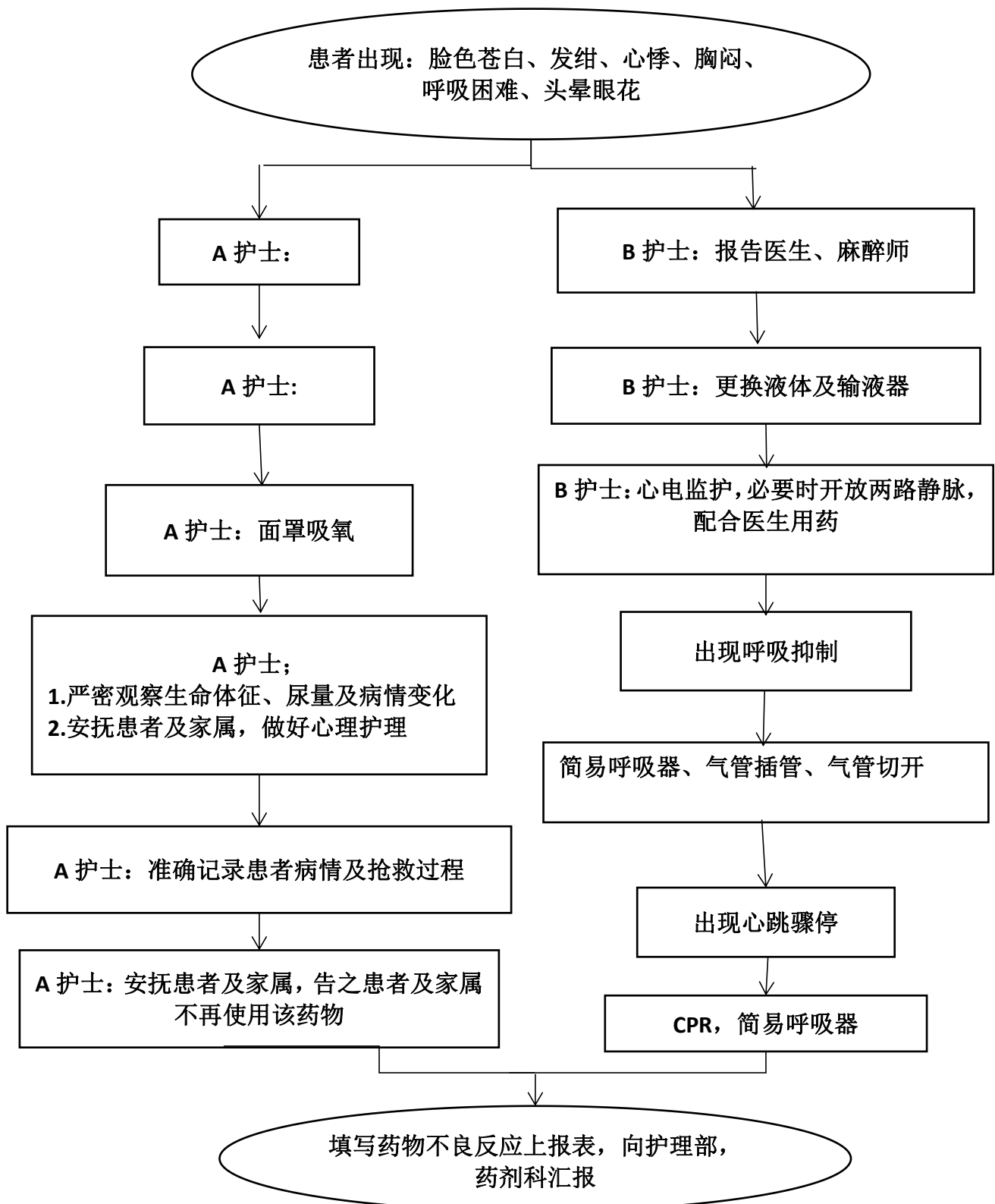
2. 1. 27 输液反应护理应急预案流程



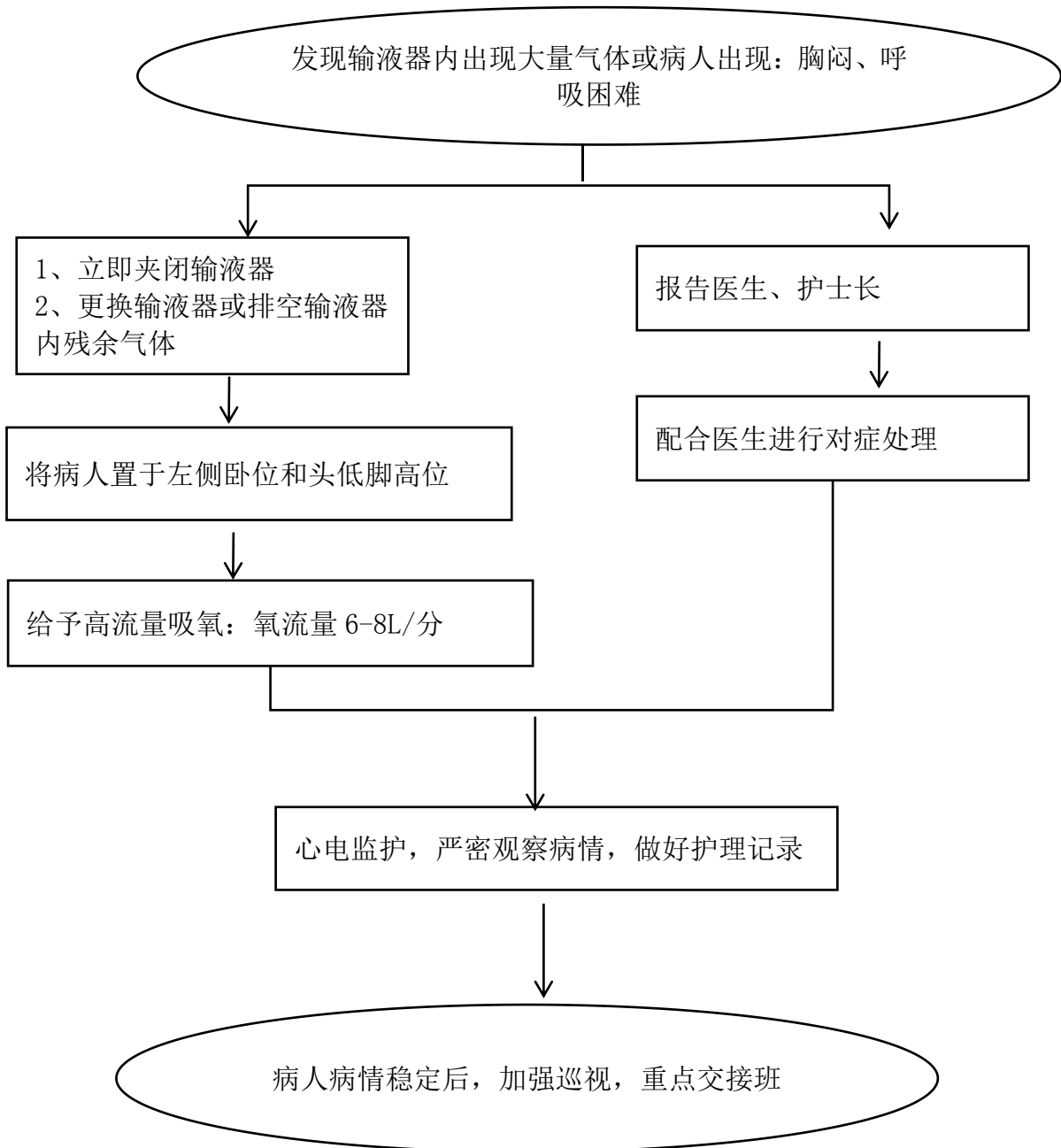
2.1.28 过敏性休克应急预案流程（单人）



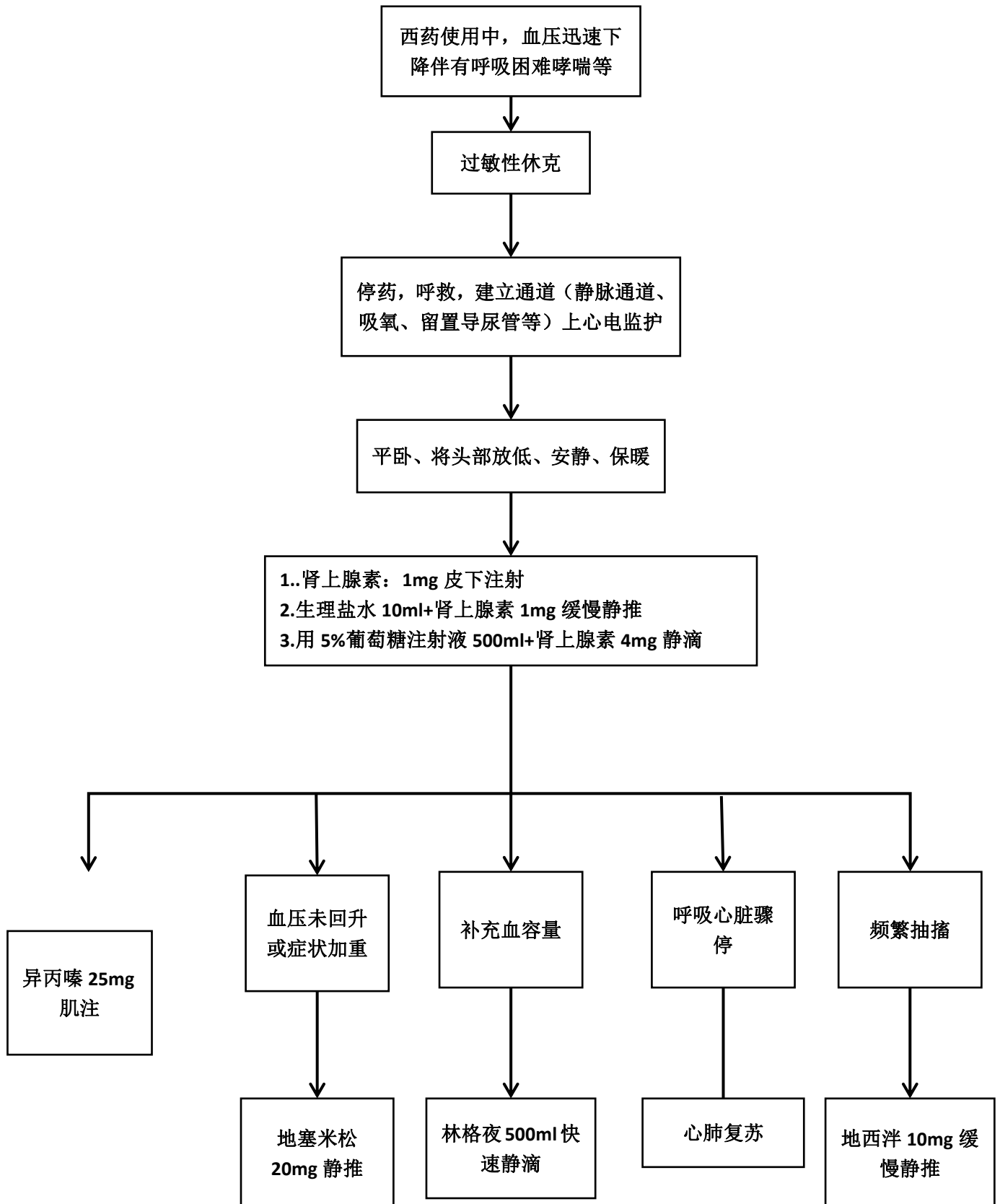
2.1.29 过敏性休克应急预案流程（双人）



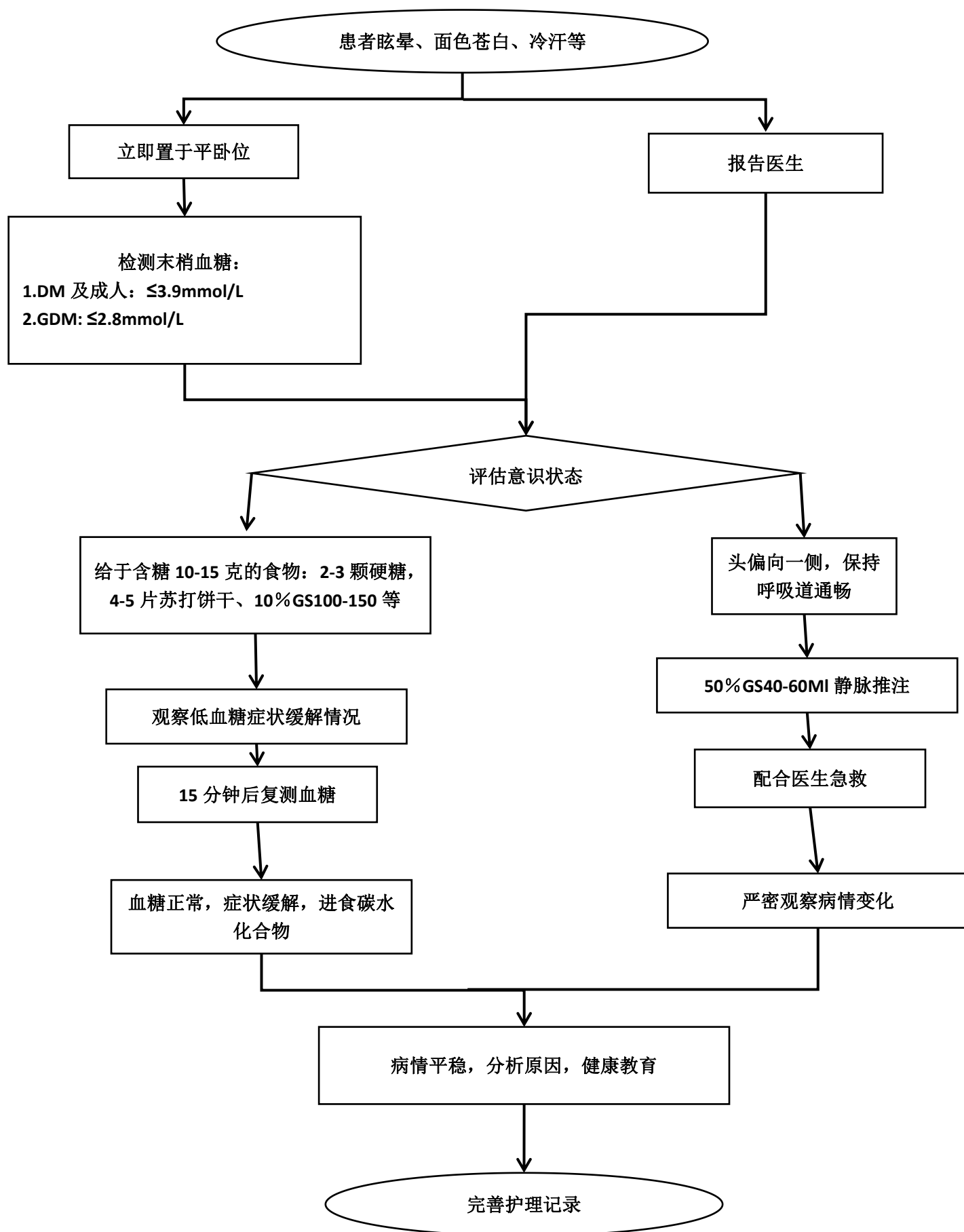
2.1.30 静脉空气栓塞护理应急流程



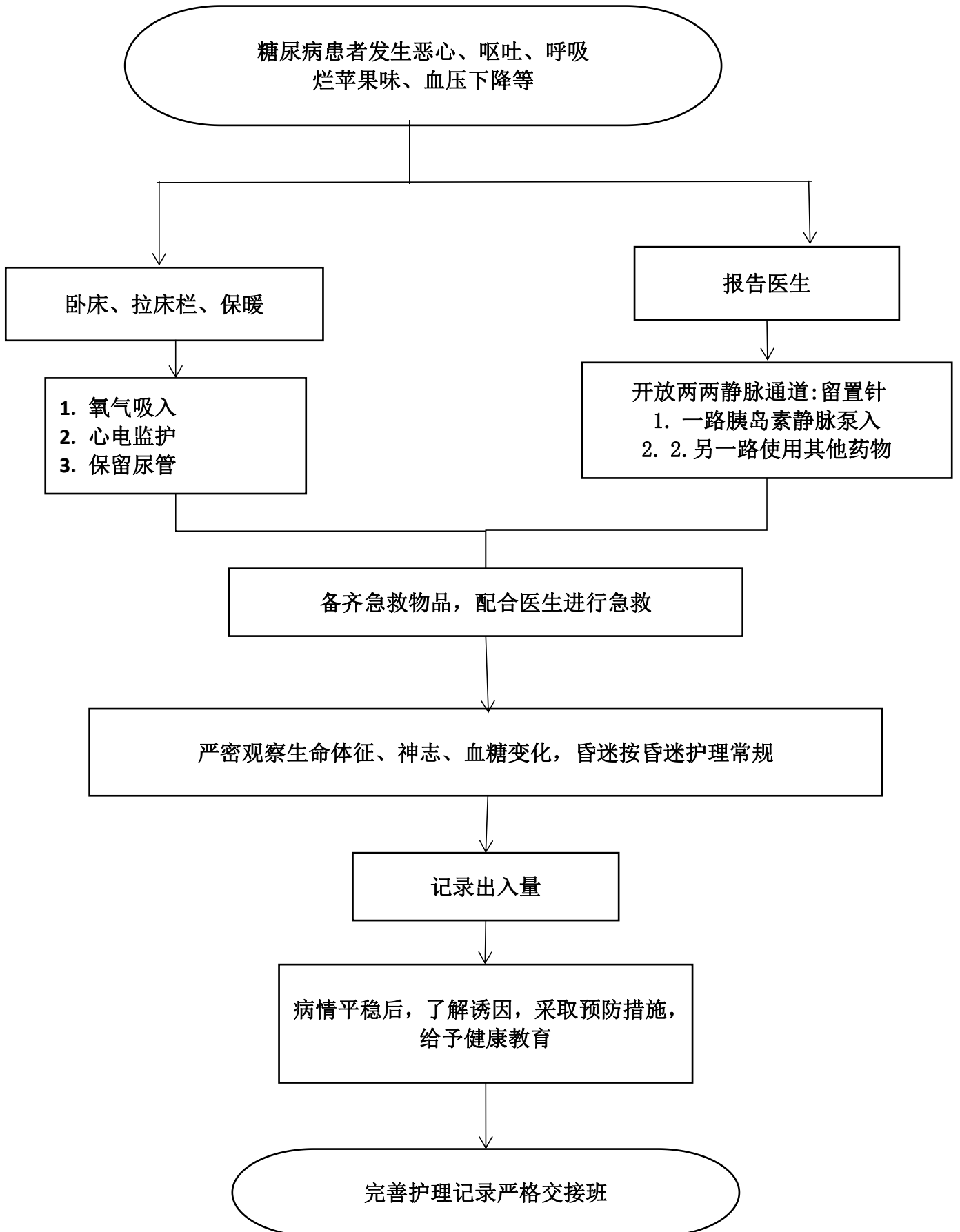
2.1.31 过敏性休克抢救应急预案流程



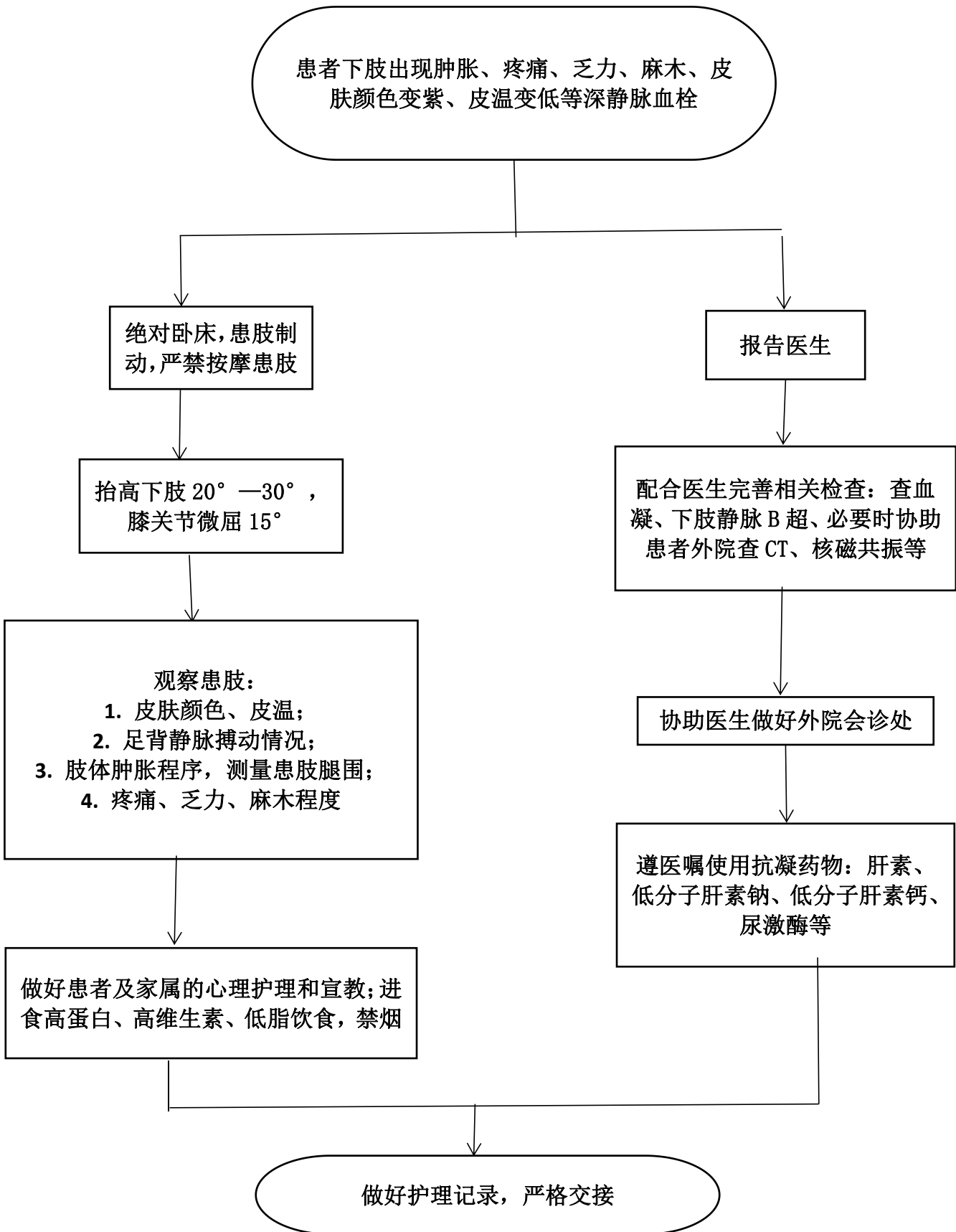
2. 1. 32 成人低血糖应急预案流程



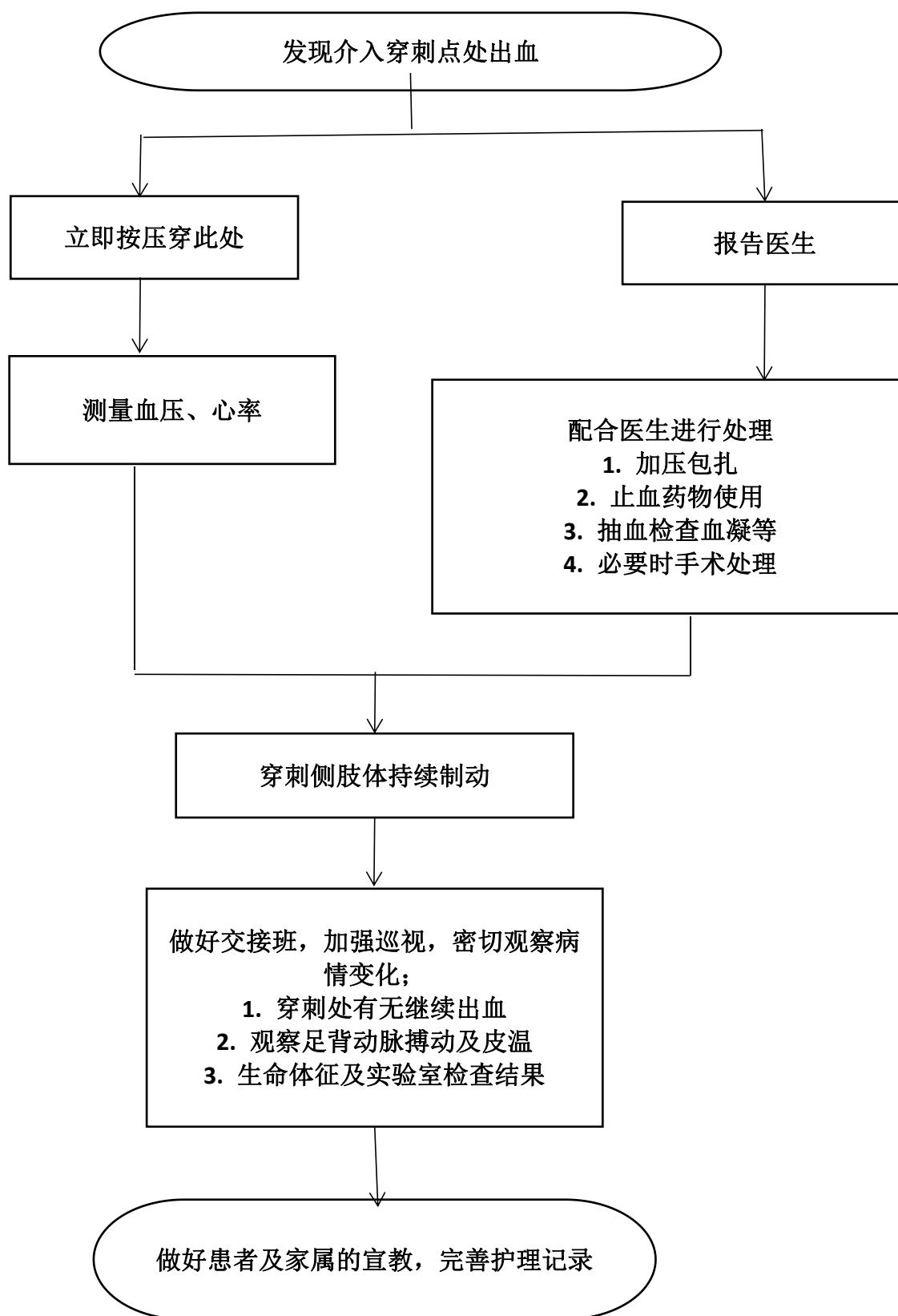
2.1.33 酮症酸中毒应急预案流程



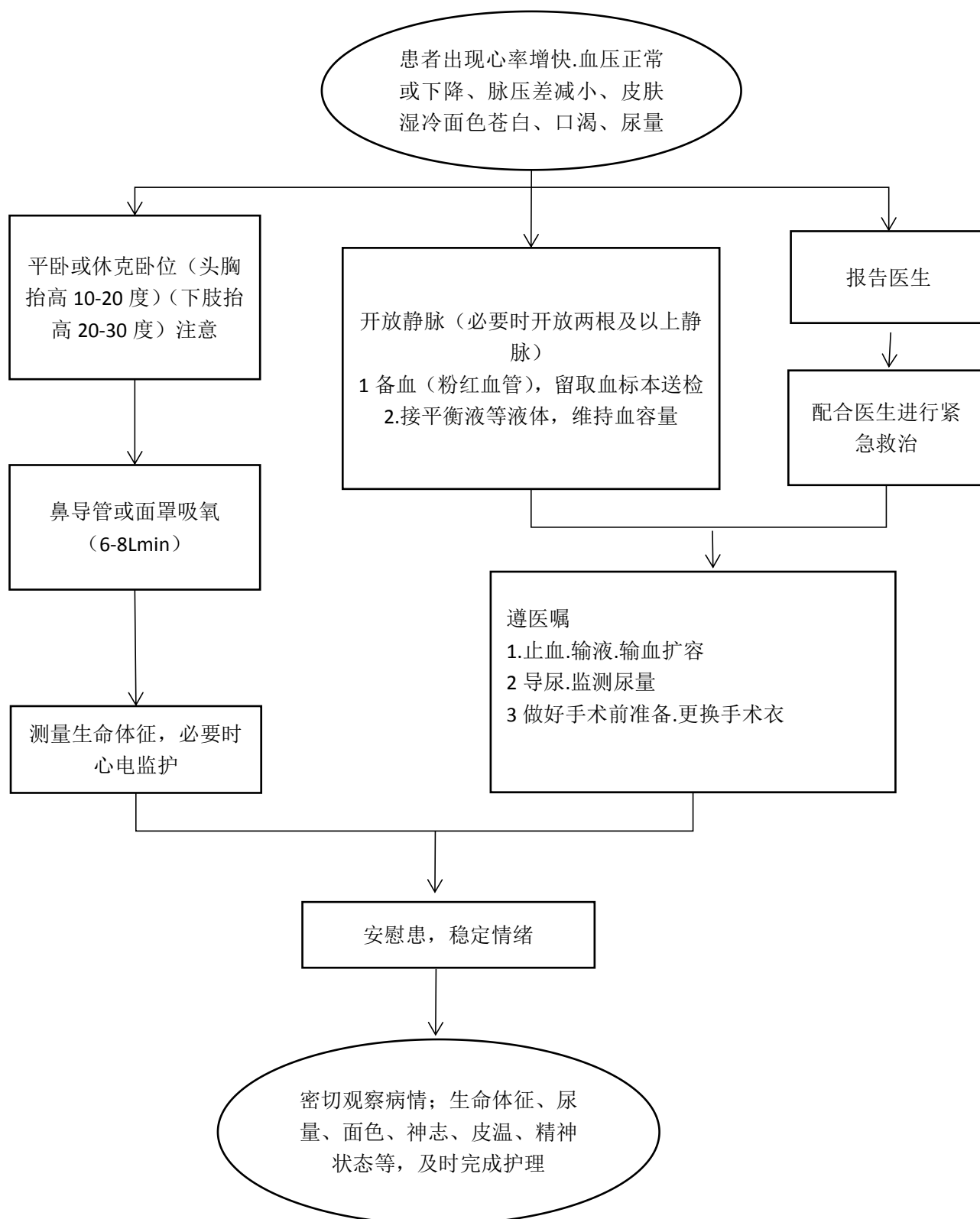
2.1.34 下肢静脉血栓应急预案流程



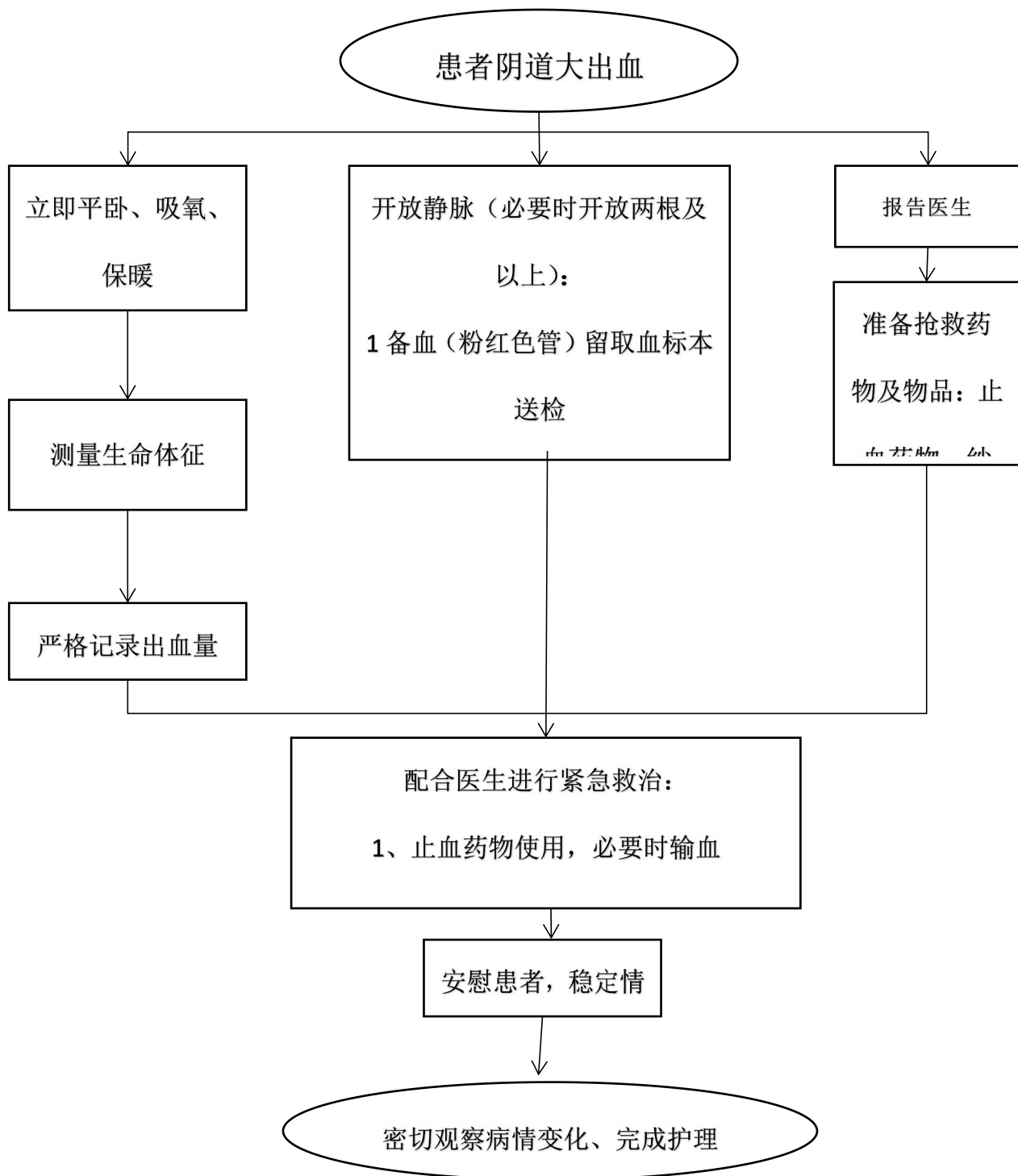
2. 1. 35 穿刺点处出血的应急预案流程



2. 1. 36 失血性休克的应急预案流程



2.1.37 宫颈疾病大出血应急预案流程



2.1.38 压疮应急预案和处理流程

一、院外压疮科室立即上报护士长

二、难免压疮危险评估分值<9分，科室立即上报护士长，经科护士长核实后，床旁挂警示标识，认真执行预防压疮发生的措施。

三、高危患者压疮筛查危险度评估分值 15-18分，科室护士长作好监控；评估分值 10-14分，24小时内总护士长；科室按照压疮危险度评估及防治监控记录表执行，并作好监控记录。

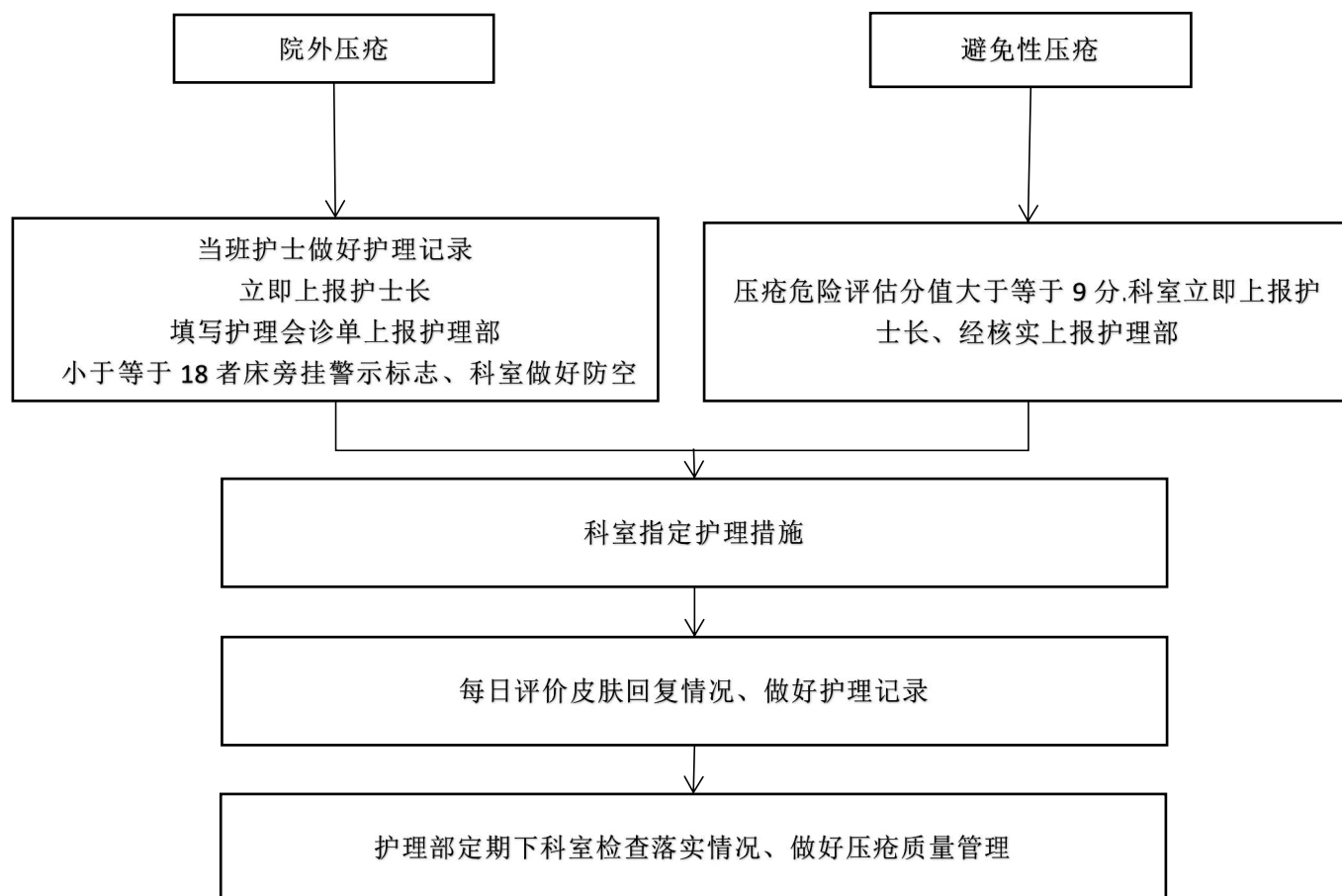
四、护理部制定压疮筛查记录表，科室责任护士认真筛查，评估分值<18分者，床旁挂警示标识，并作好记录。

五、压疮筛查登记患者

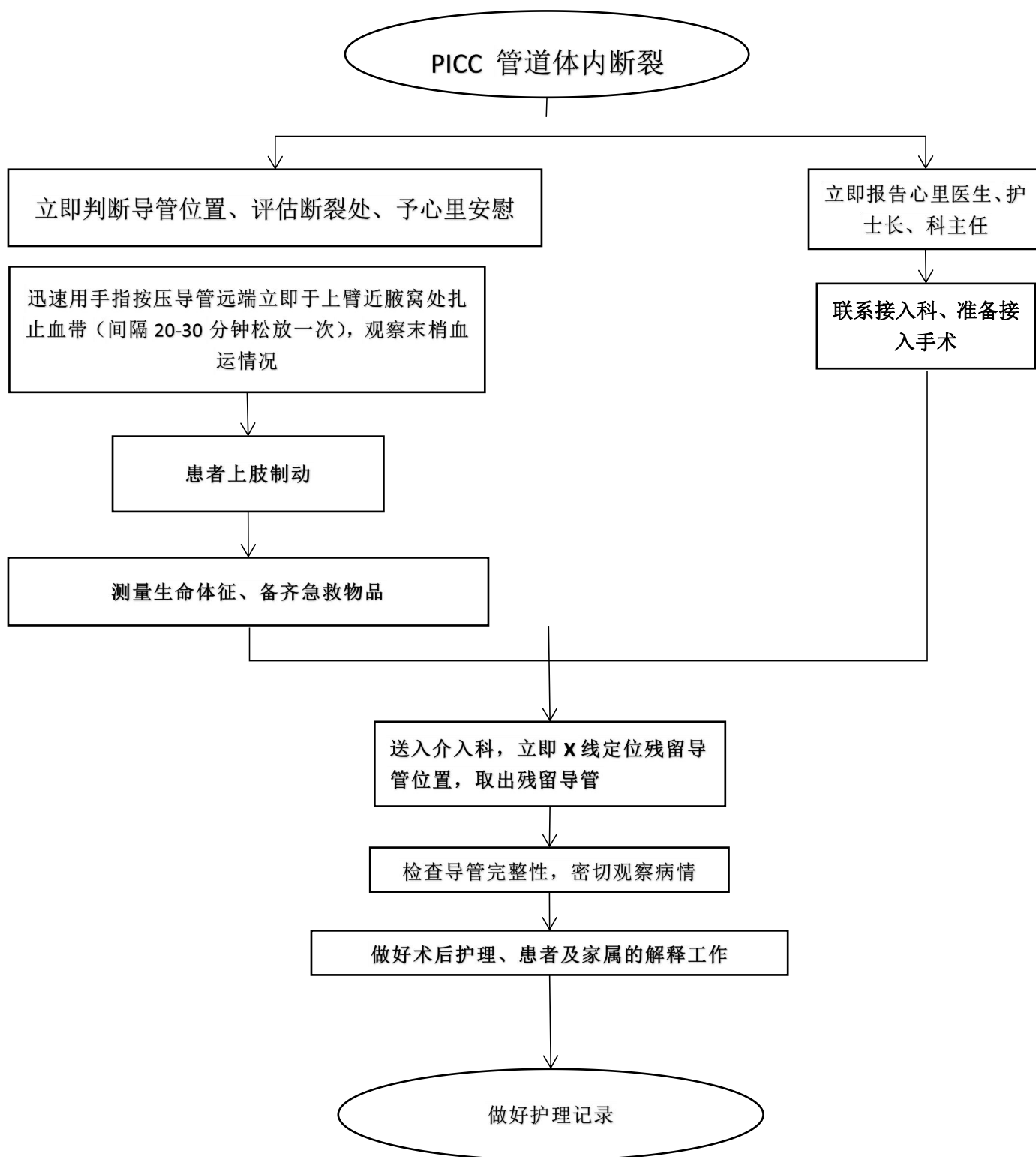
(一)卧床、危重、水肿、衰竭、手术时间>4小时患者。

(二)筛查出高危患者，责任护士作好健康宣教，床旁挂警示标识，填写难免压疮评估表，按难免压疮上报流程上报，并采取适当措施，预防压疮发生。

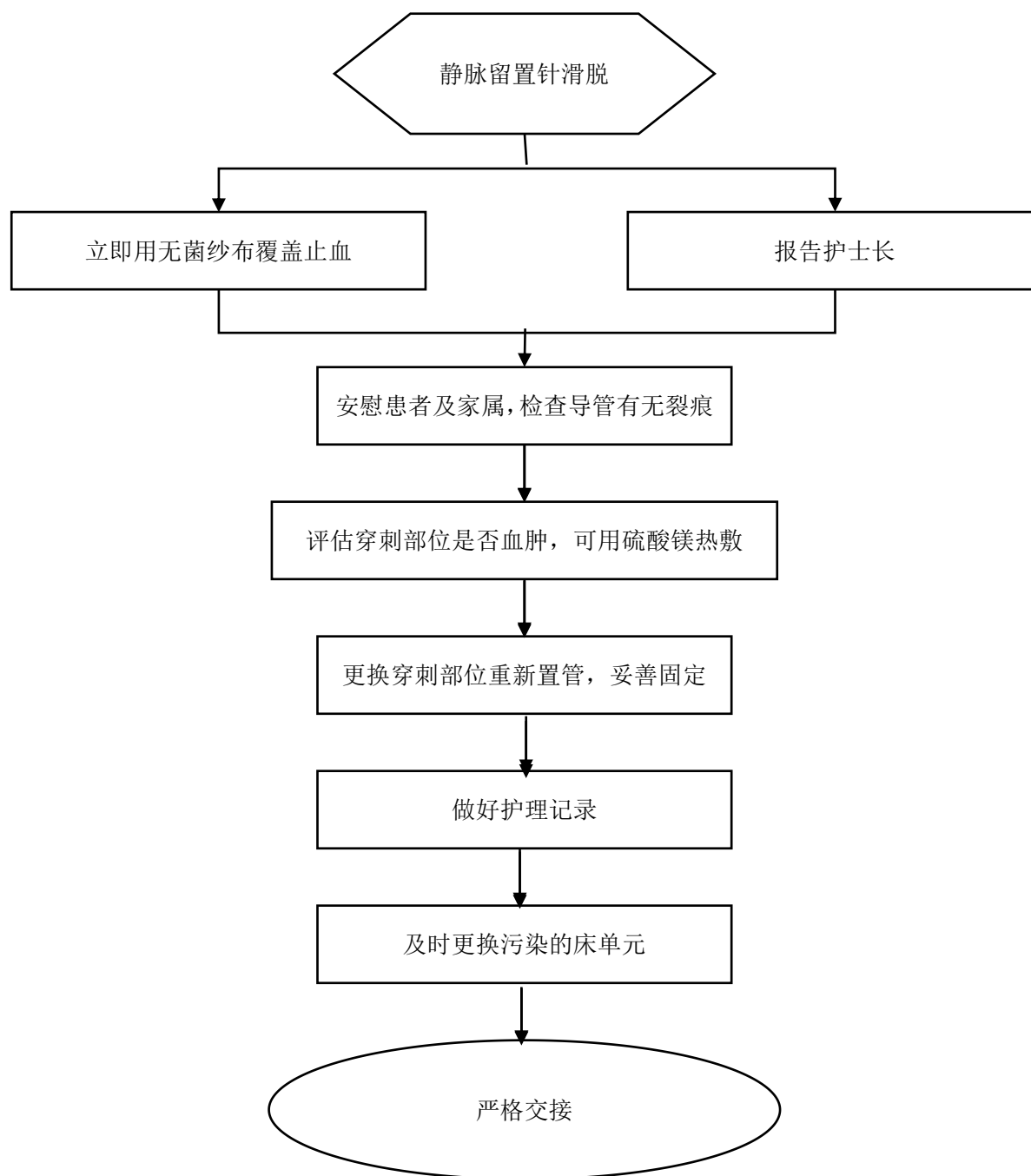
六、压疮处理程序



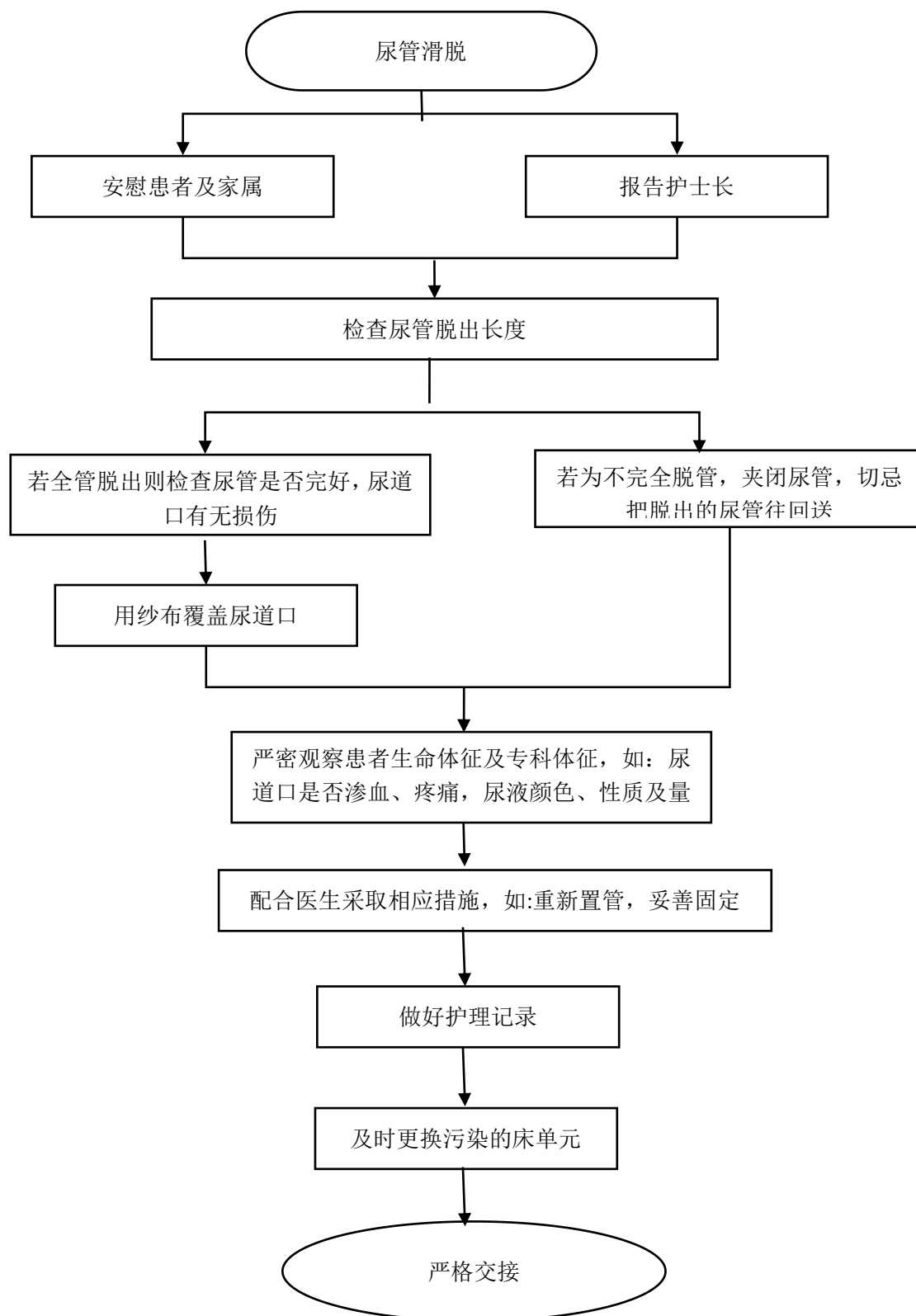
2.1.39 PICC 管道体内断裂的应急预备流程



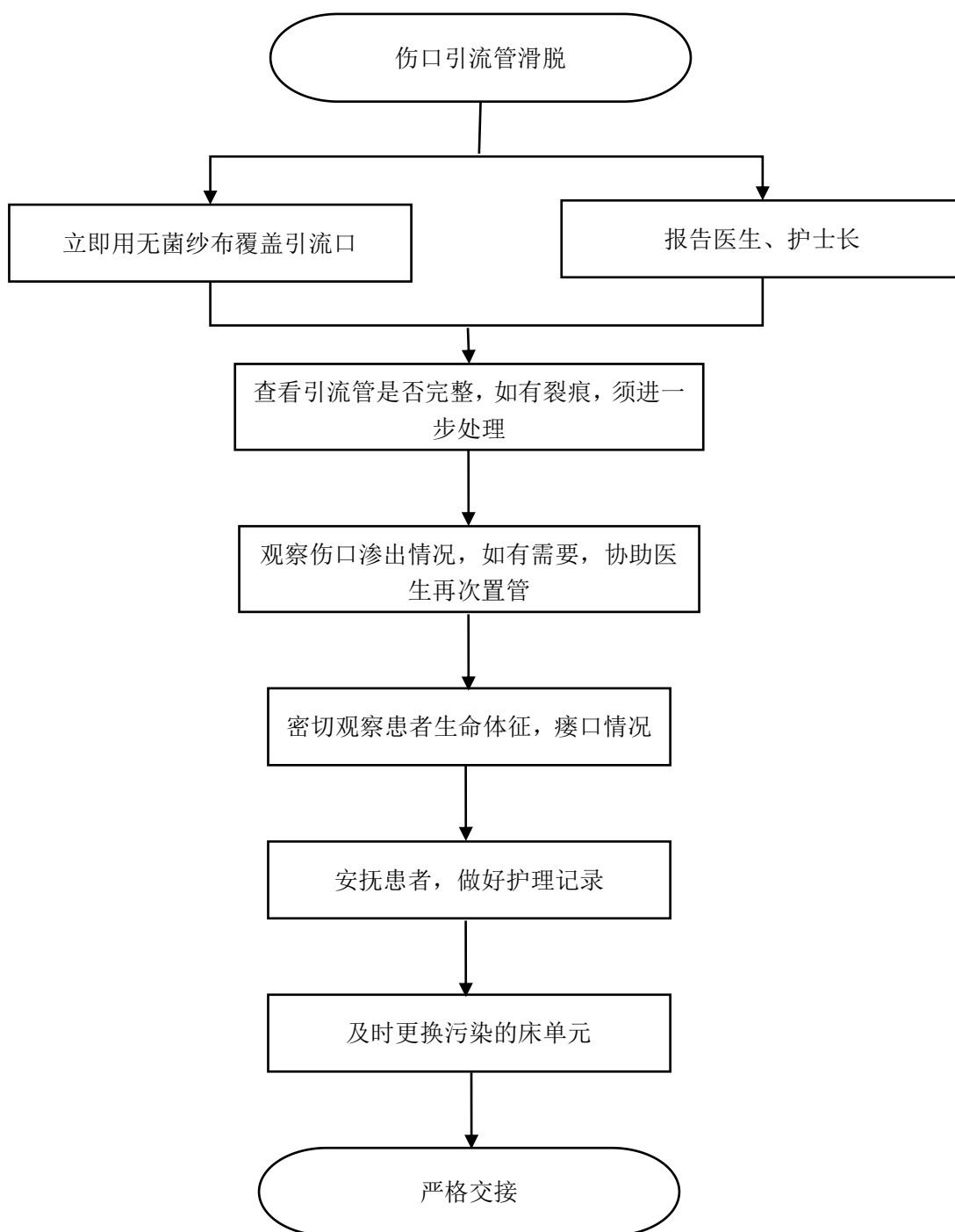
2.1.40 静脉留置针滑脱应急预案流程



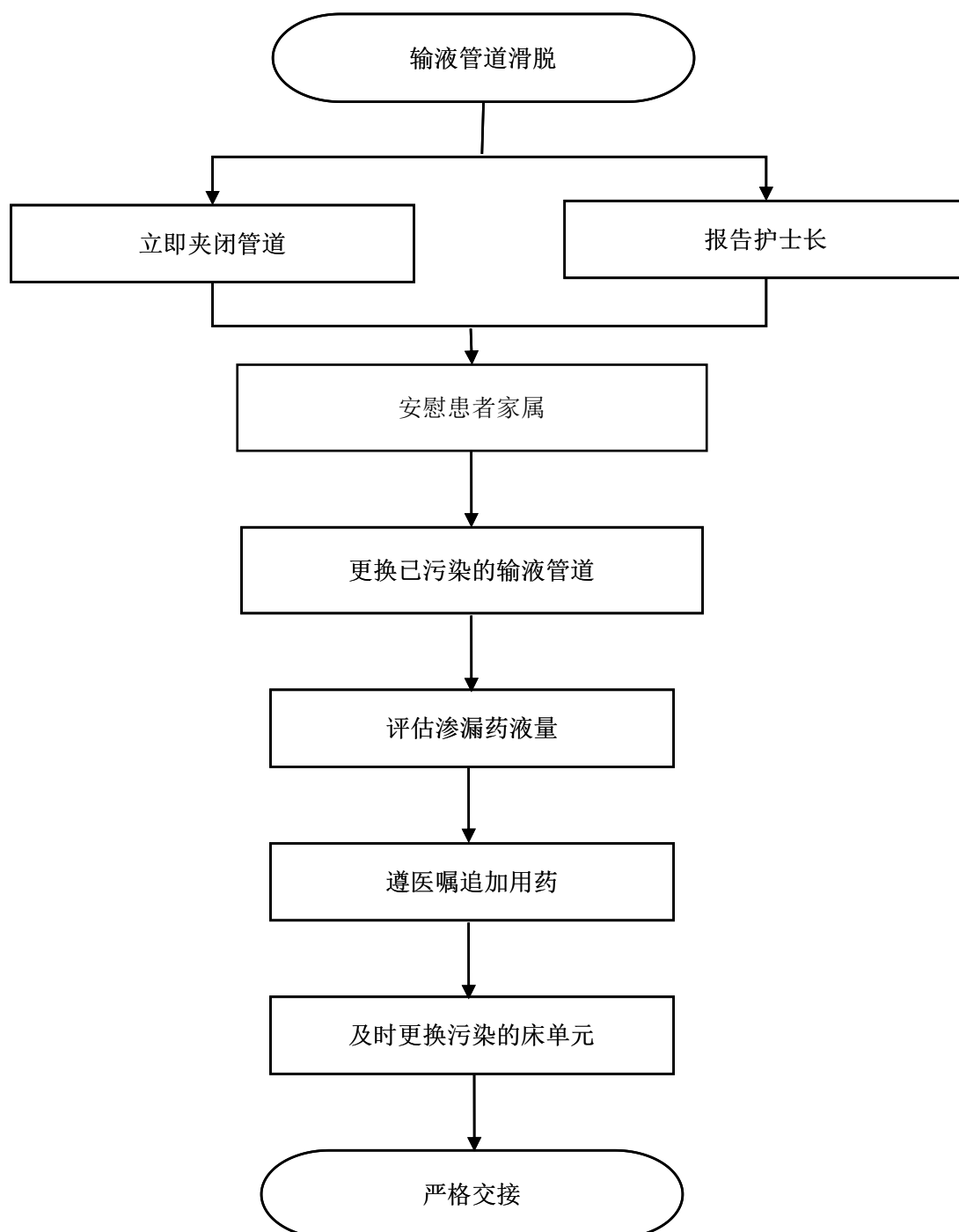
2.1.41 留置导尿管滑脱应急预案流程



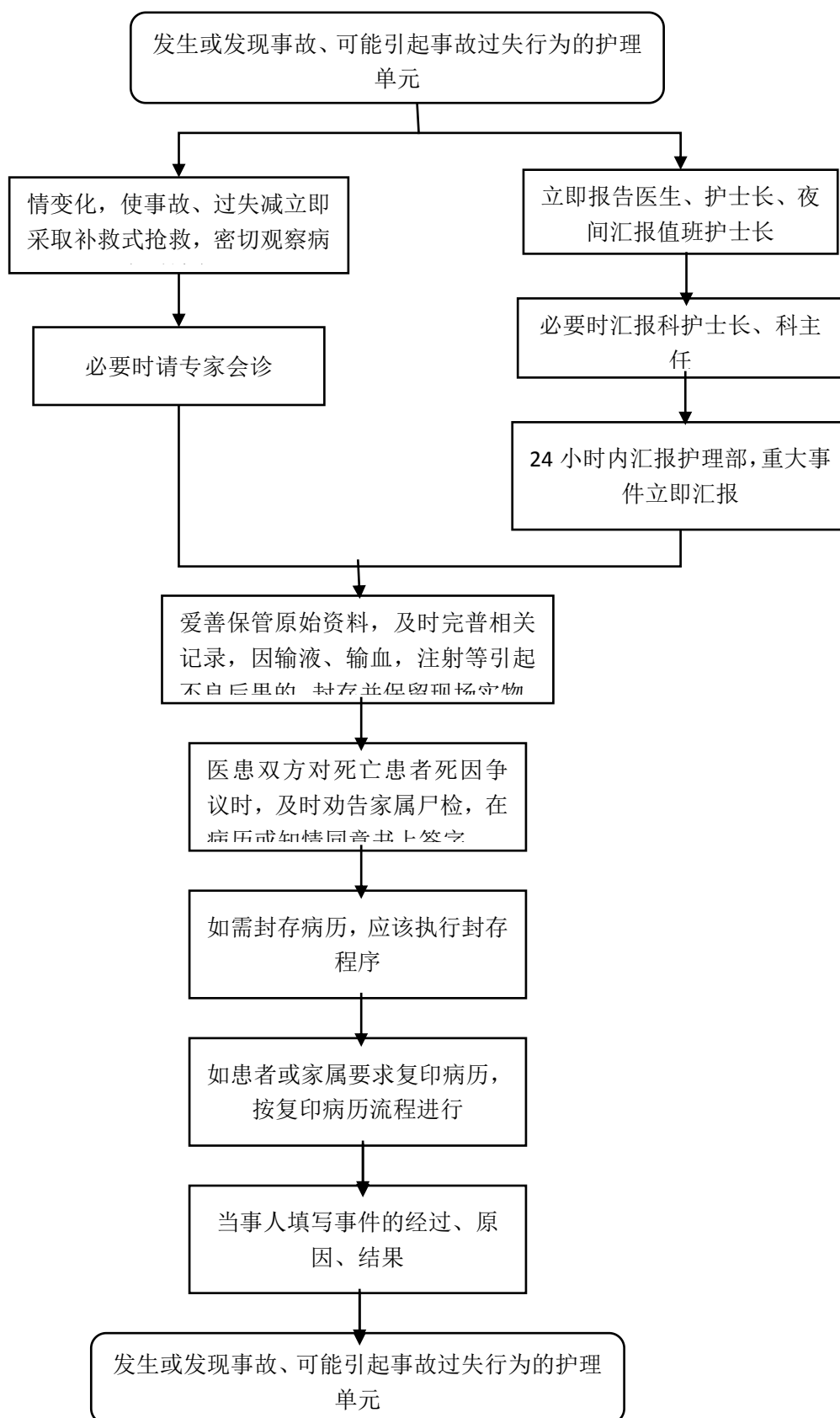
2.1.42 伤口引流管滑脱应急预案流程



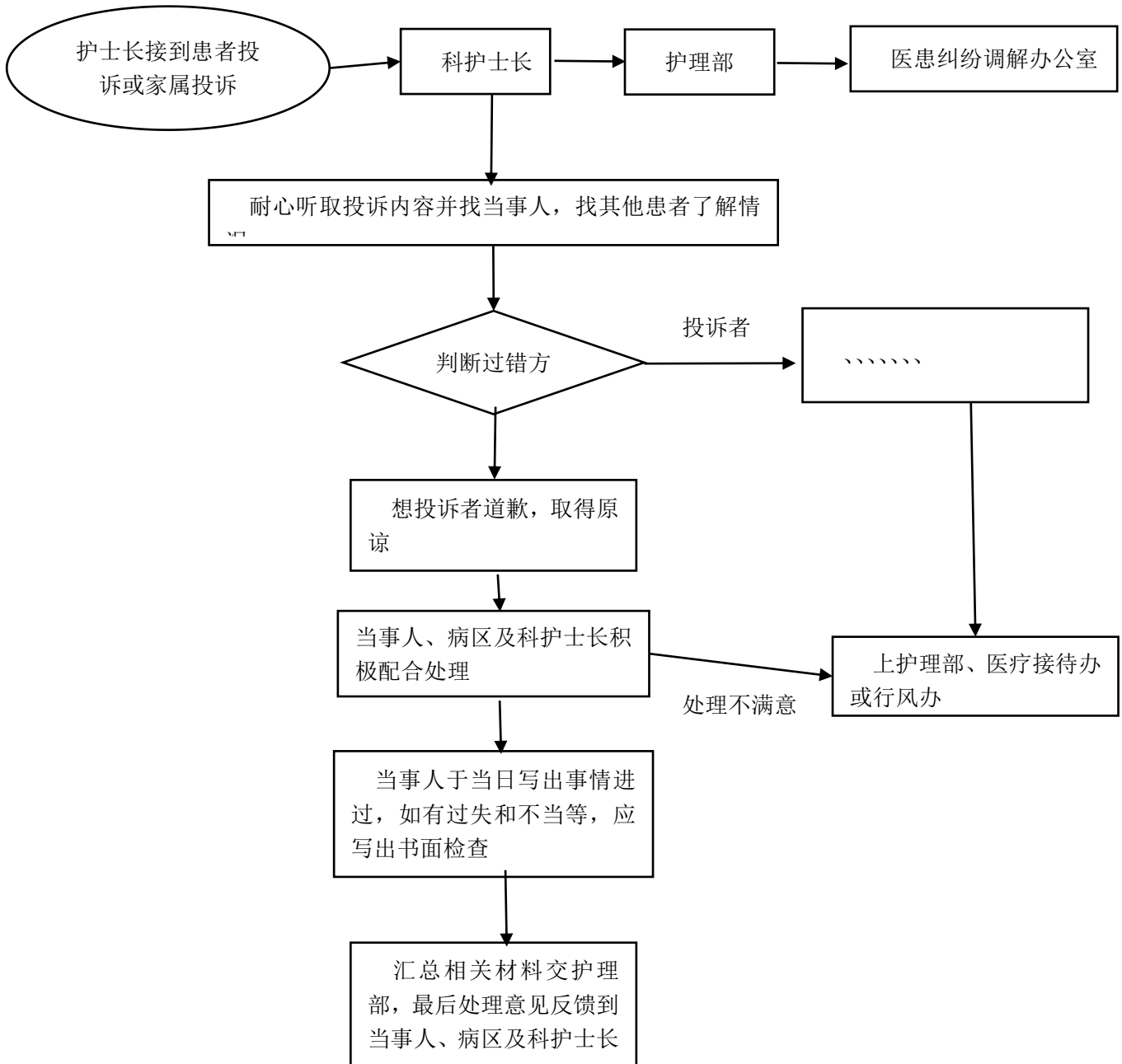
2.1.43 输液管滑脱应急预案流程



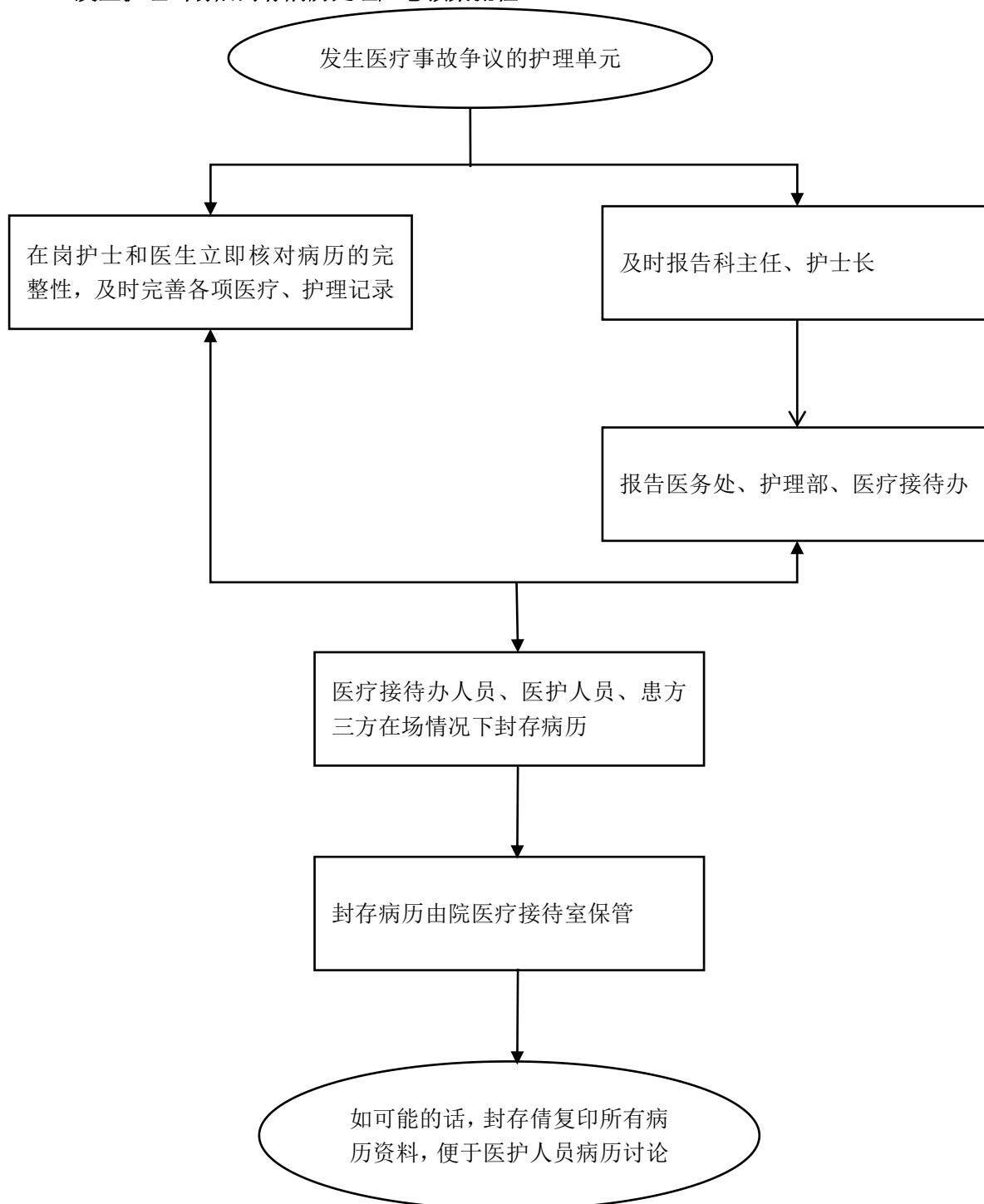
2.1.44 护理不良事件上报、处理应急预案流程



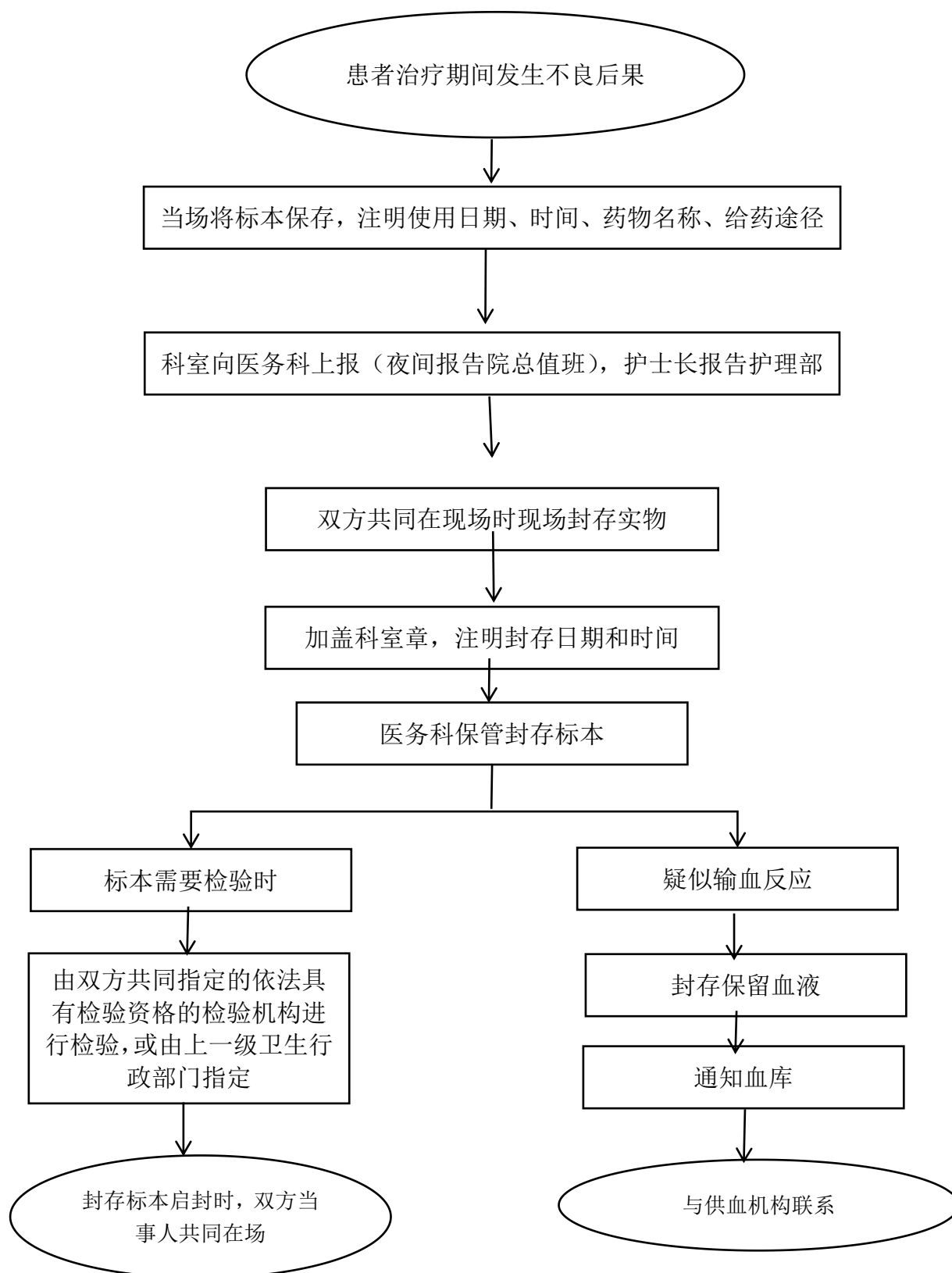
2.1.45 护理投诉院内处理应急预案流程



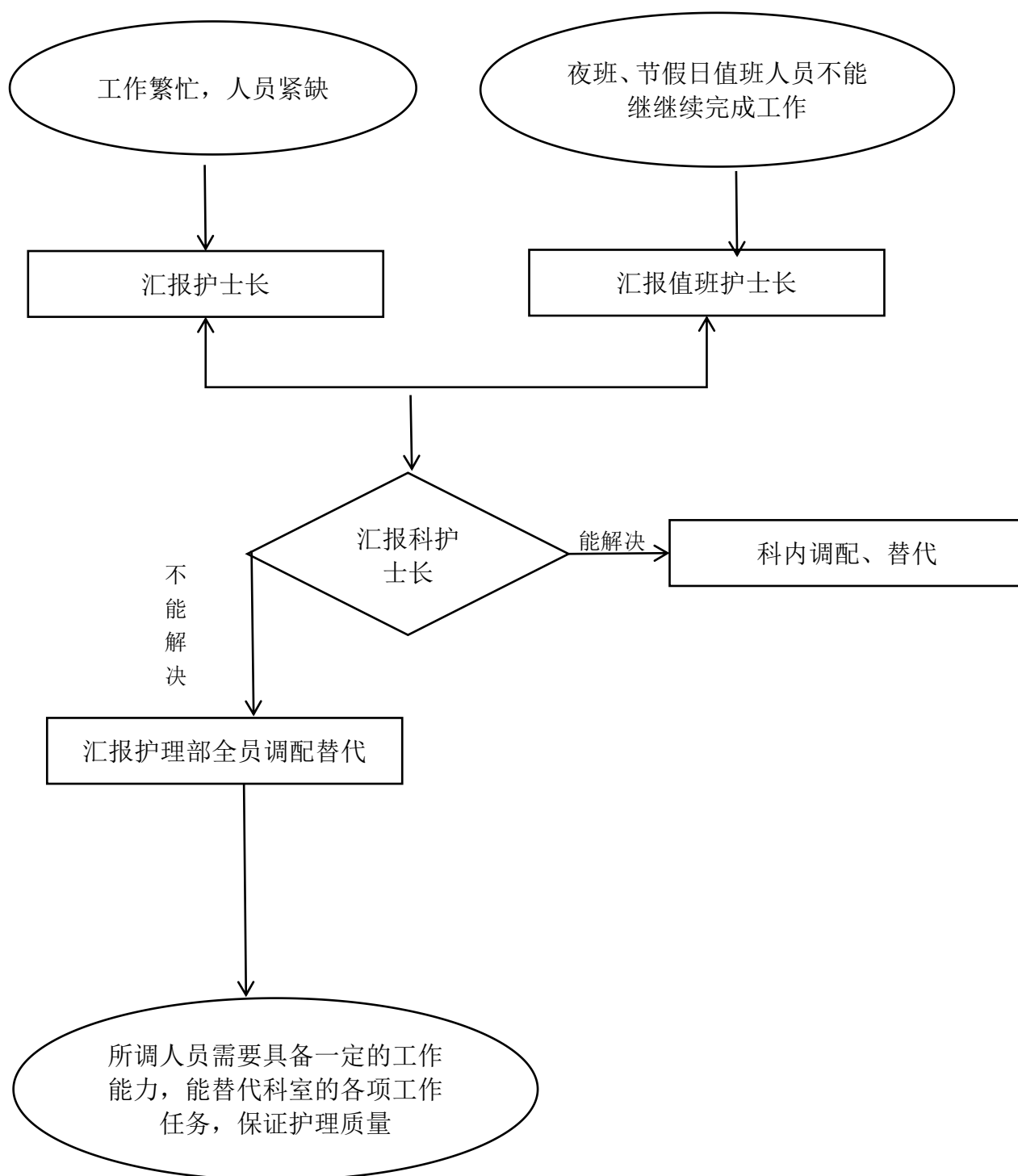
2.1.46 发生护理纠纷后封存病历处理应急预案流程



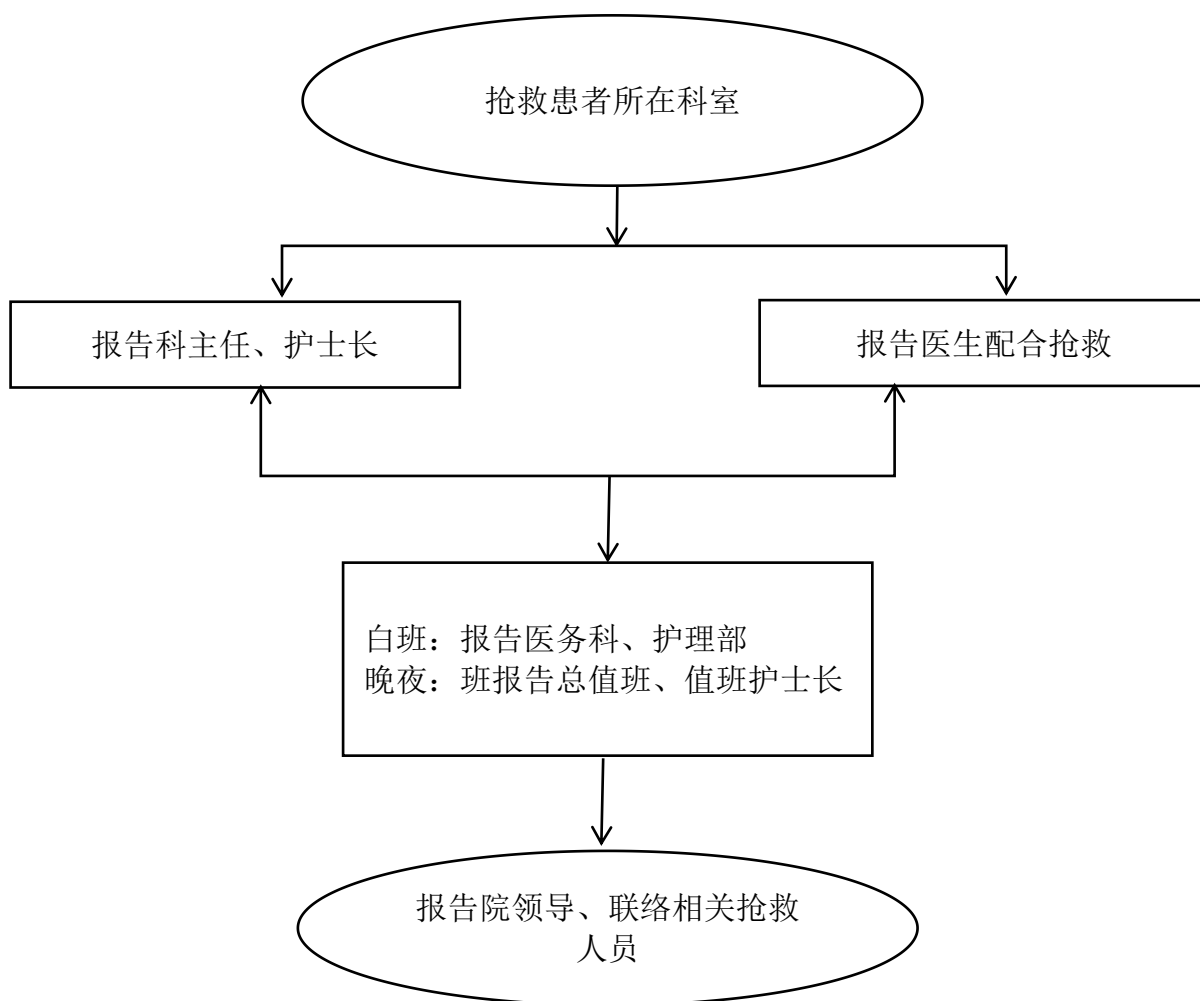
2. 1. 47 封存标本的应急预案流程



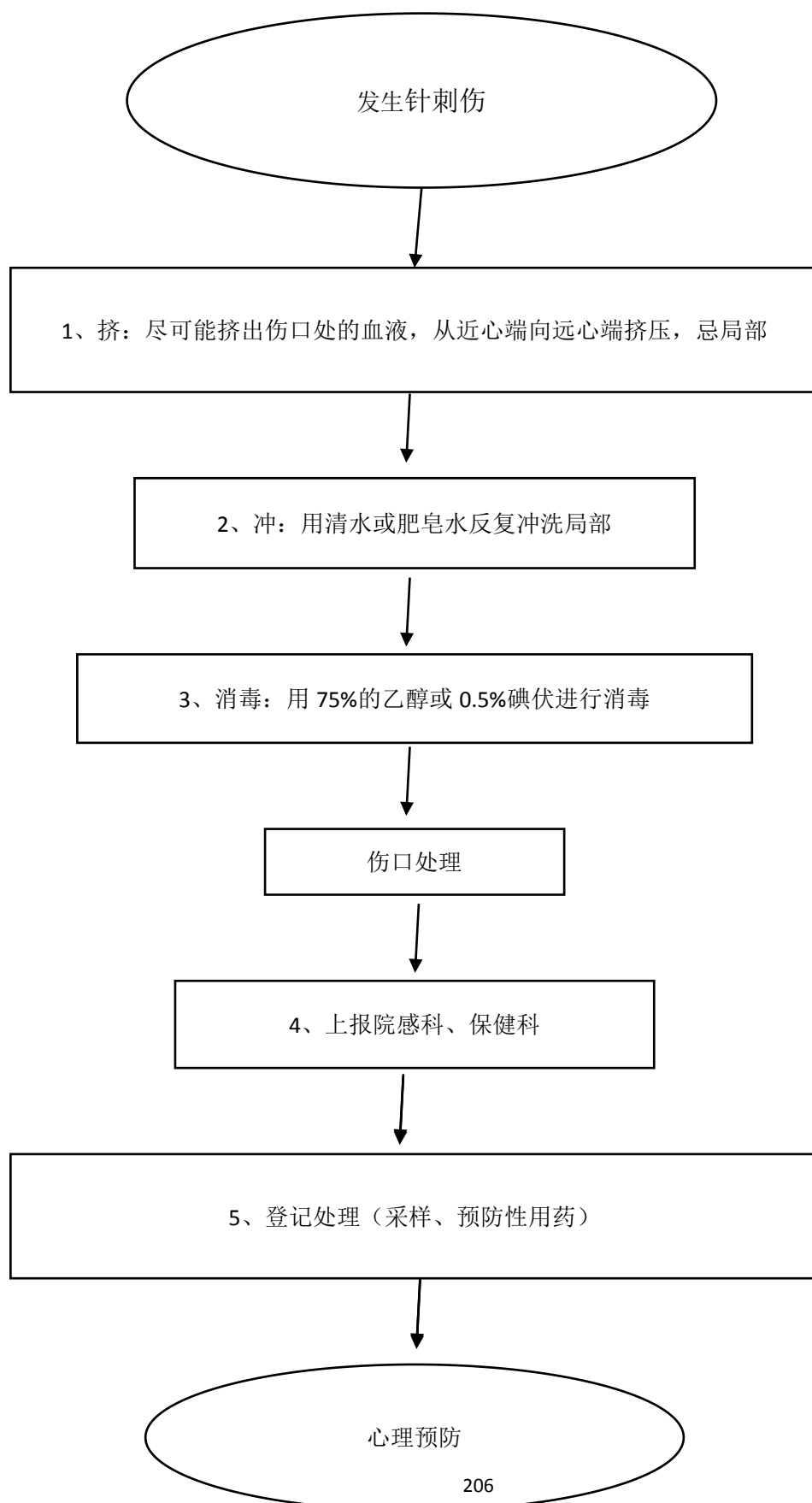
2. 1. 48 护理人员紧急替代应急预案流程



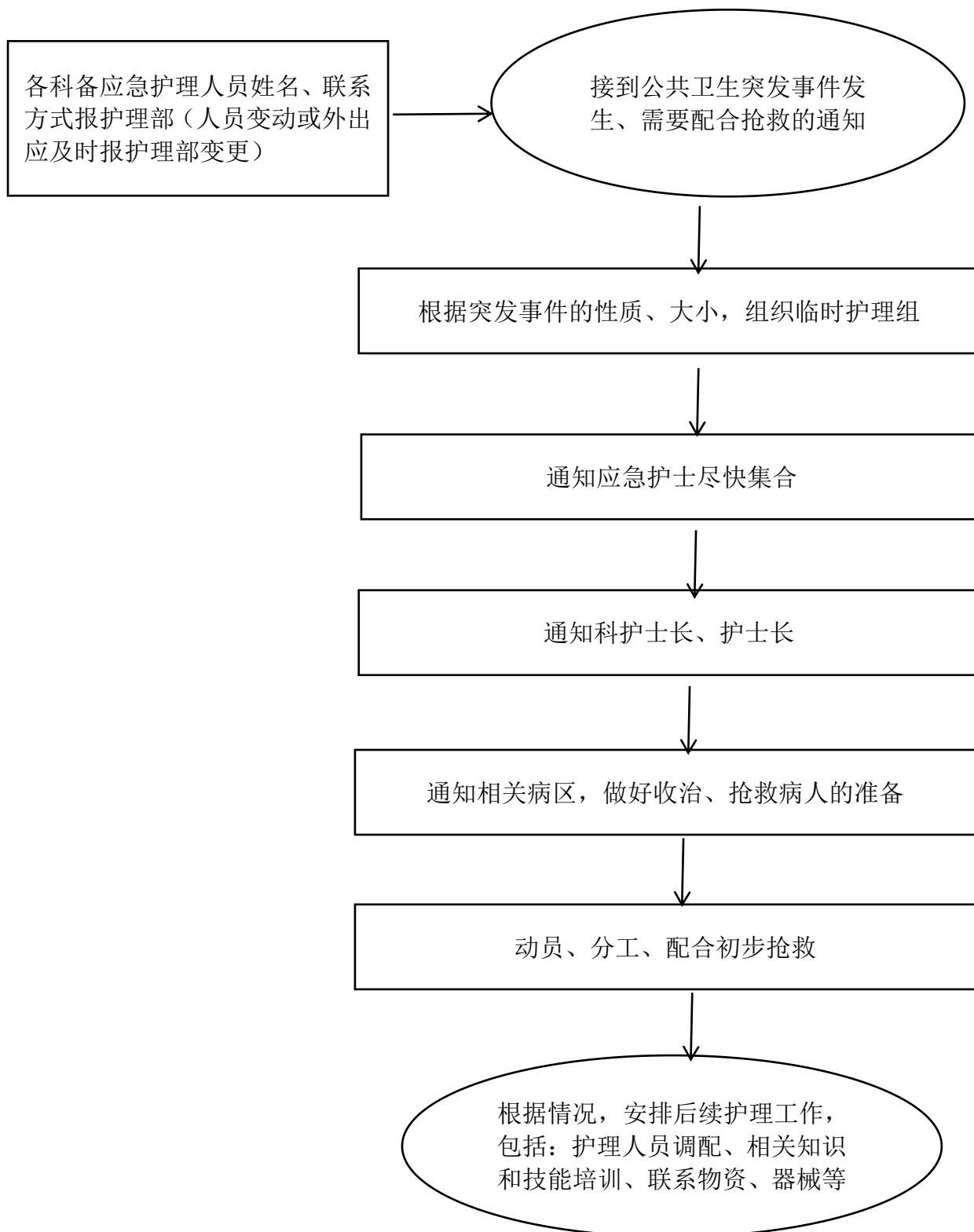
2. 1. 49 重大抢救报告应急预案流程



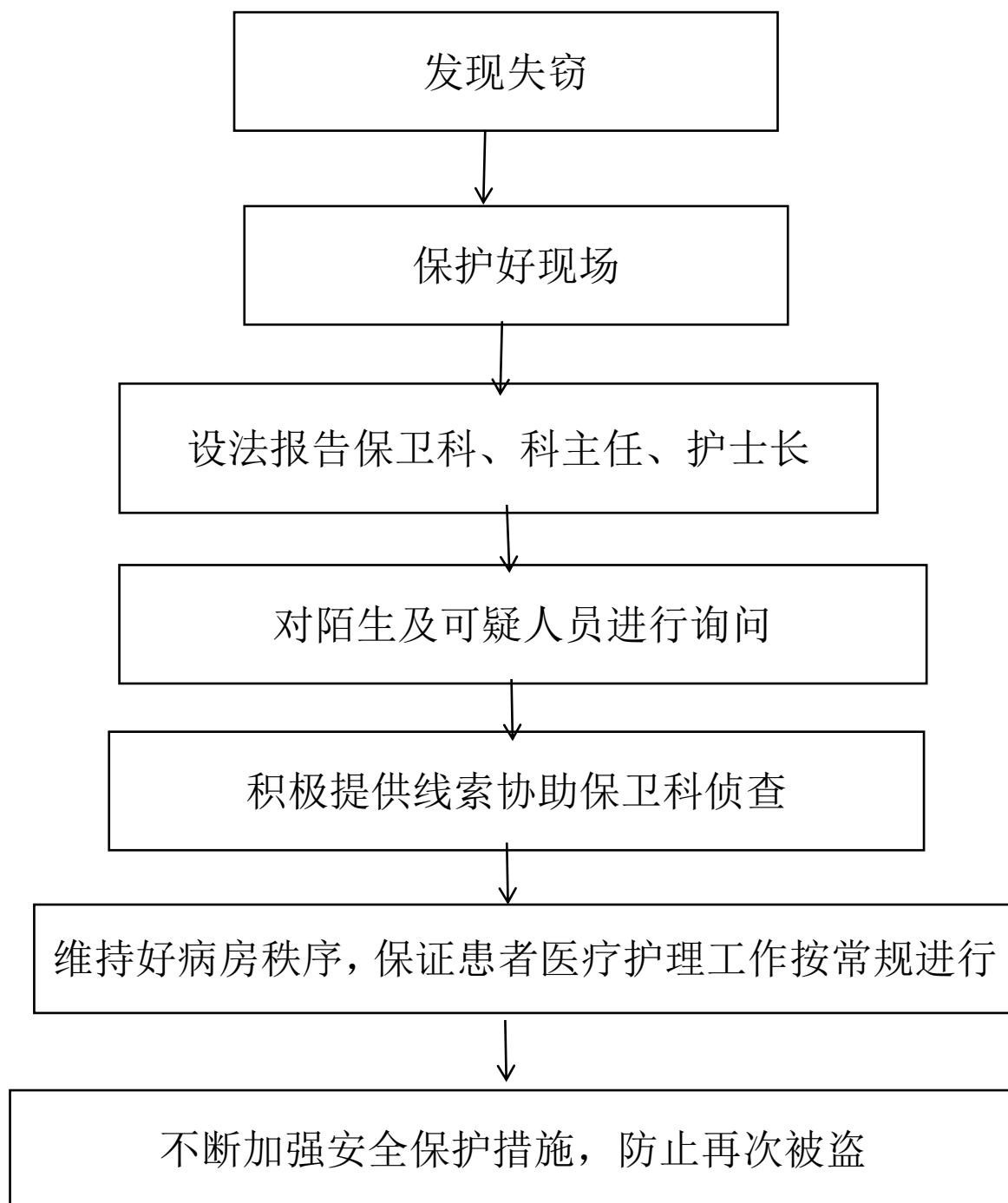
2. 1. 50 针刺伤应急预案流程



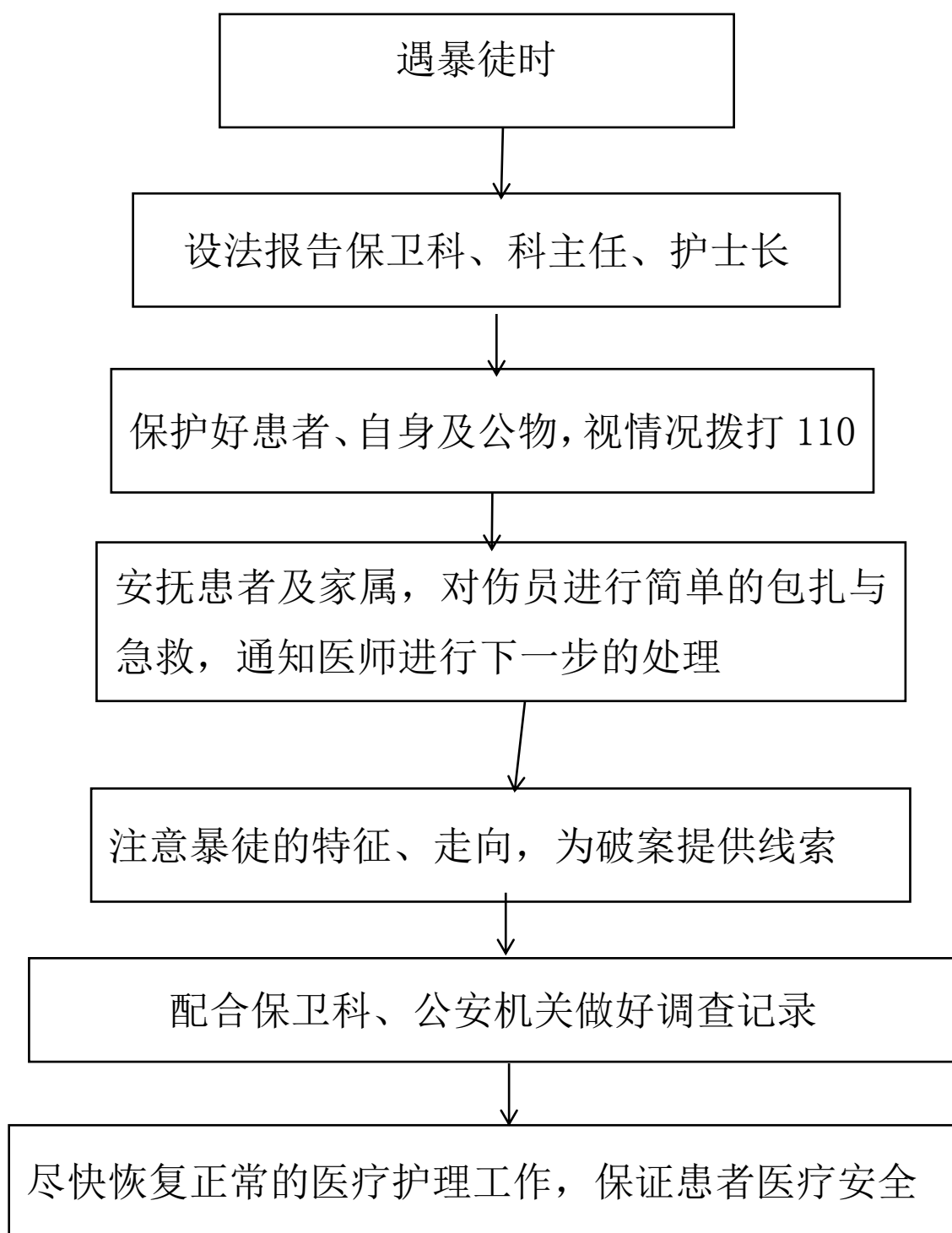
2. 1. 51 公共卫生突发事件的应急预案流程



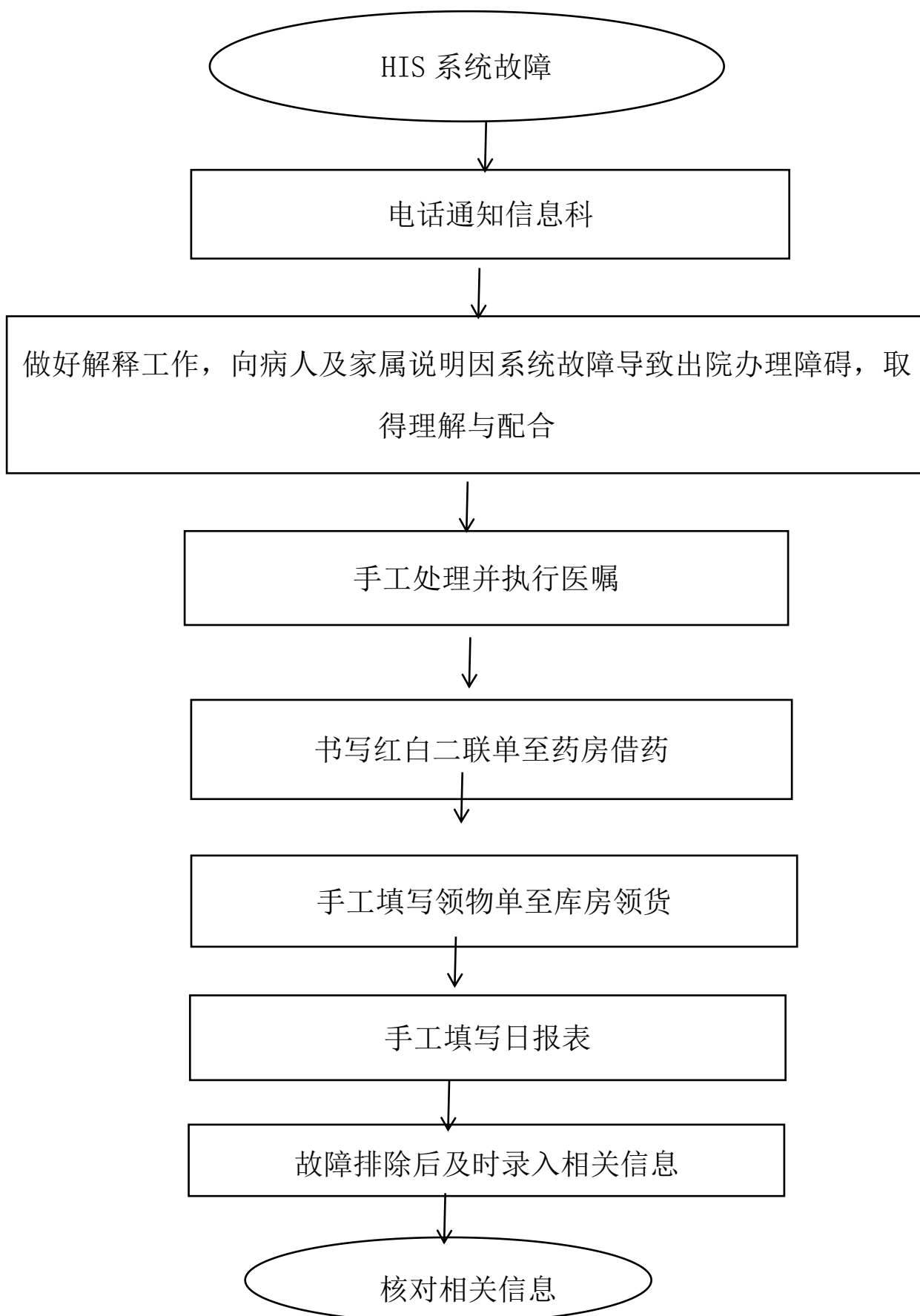
2. 1. 52 失窃的应急预案流程



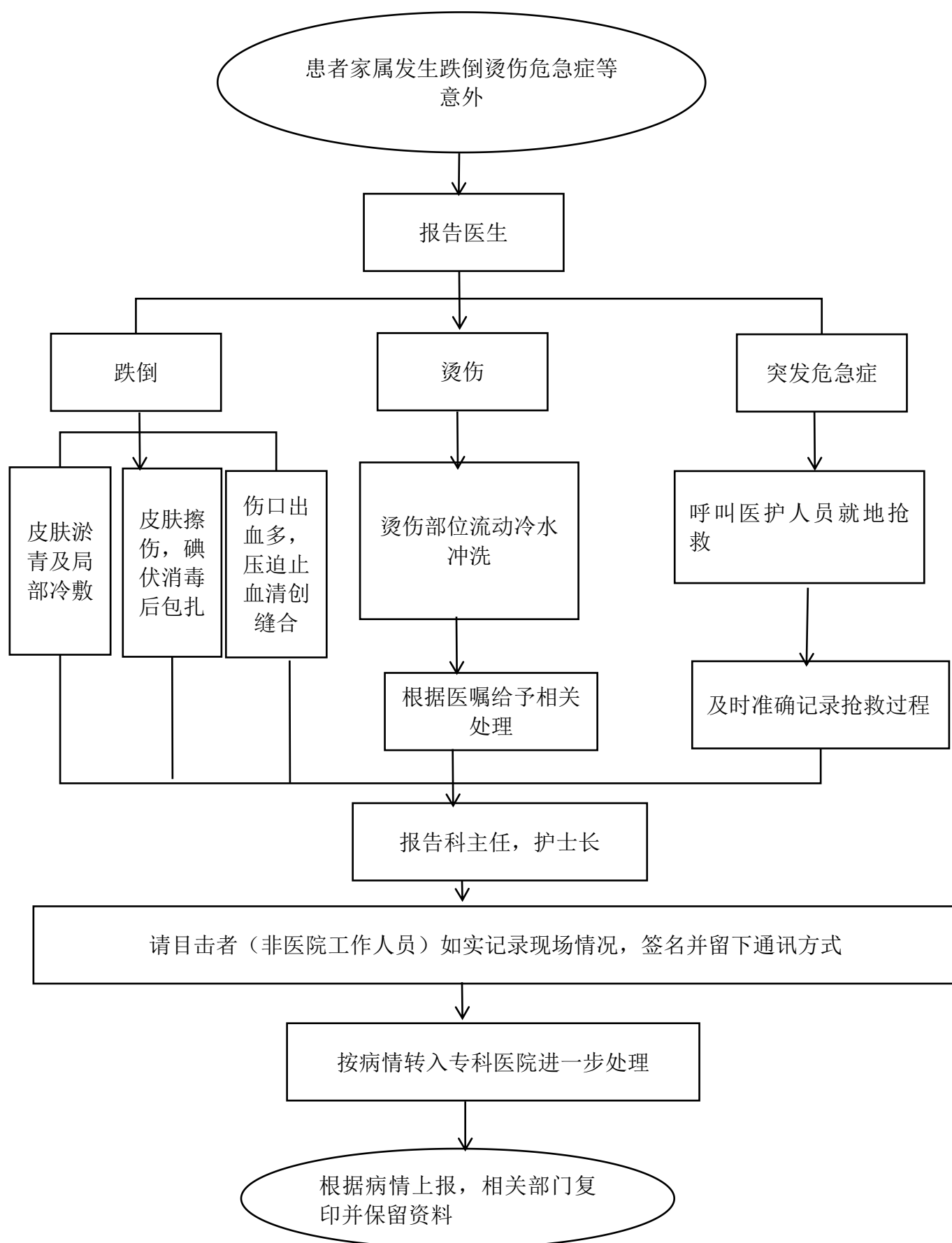
2. 1. 53 遇到暴徒时的应急预案流程



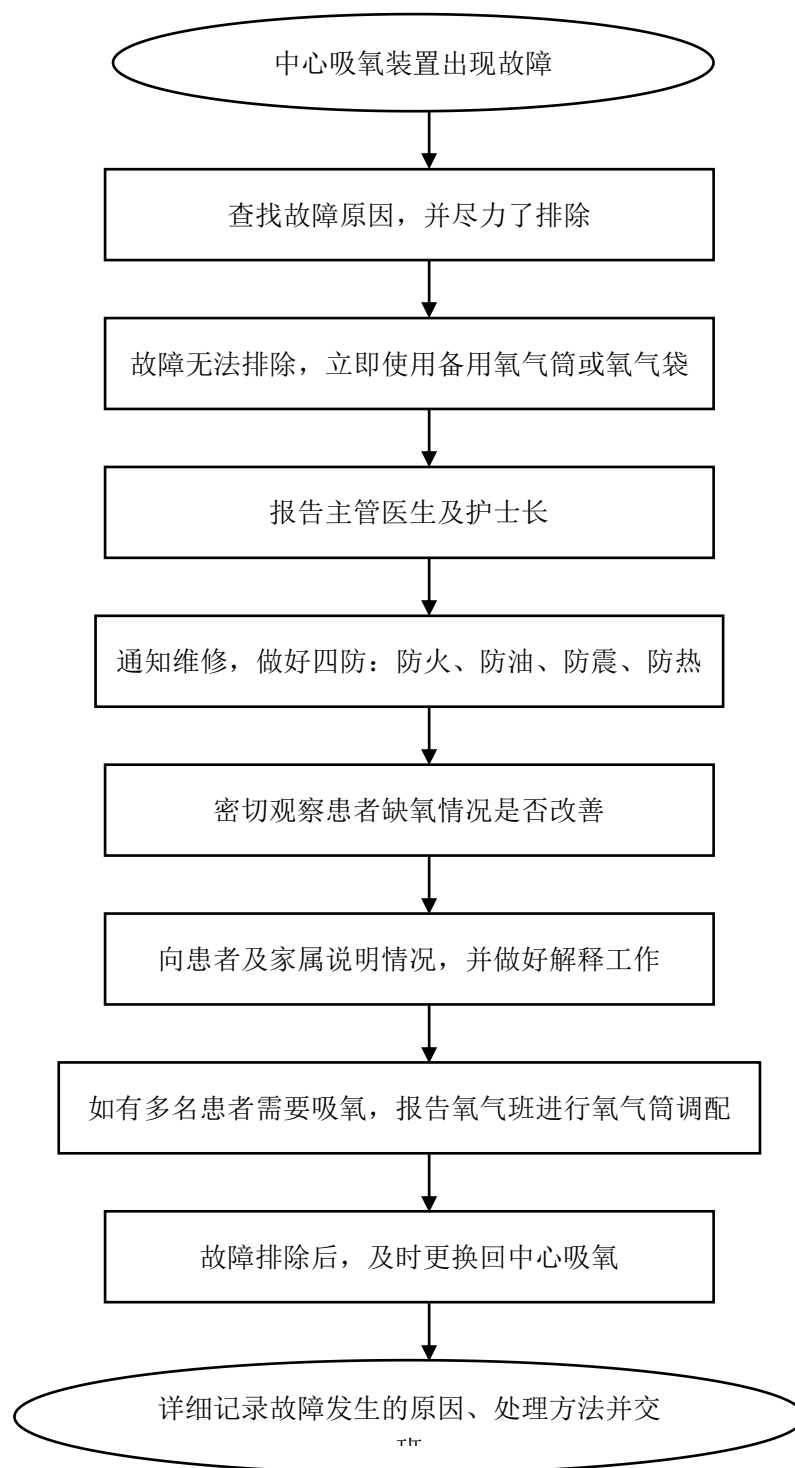
2. 1. 54 院内 HIS 系统故障应急流程



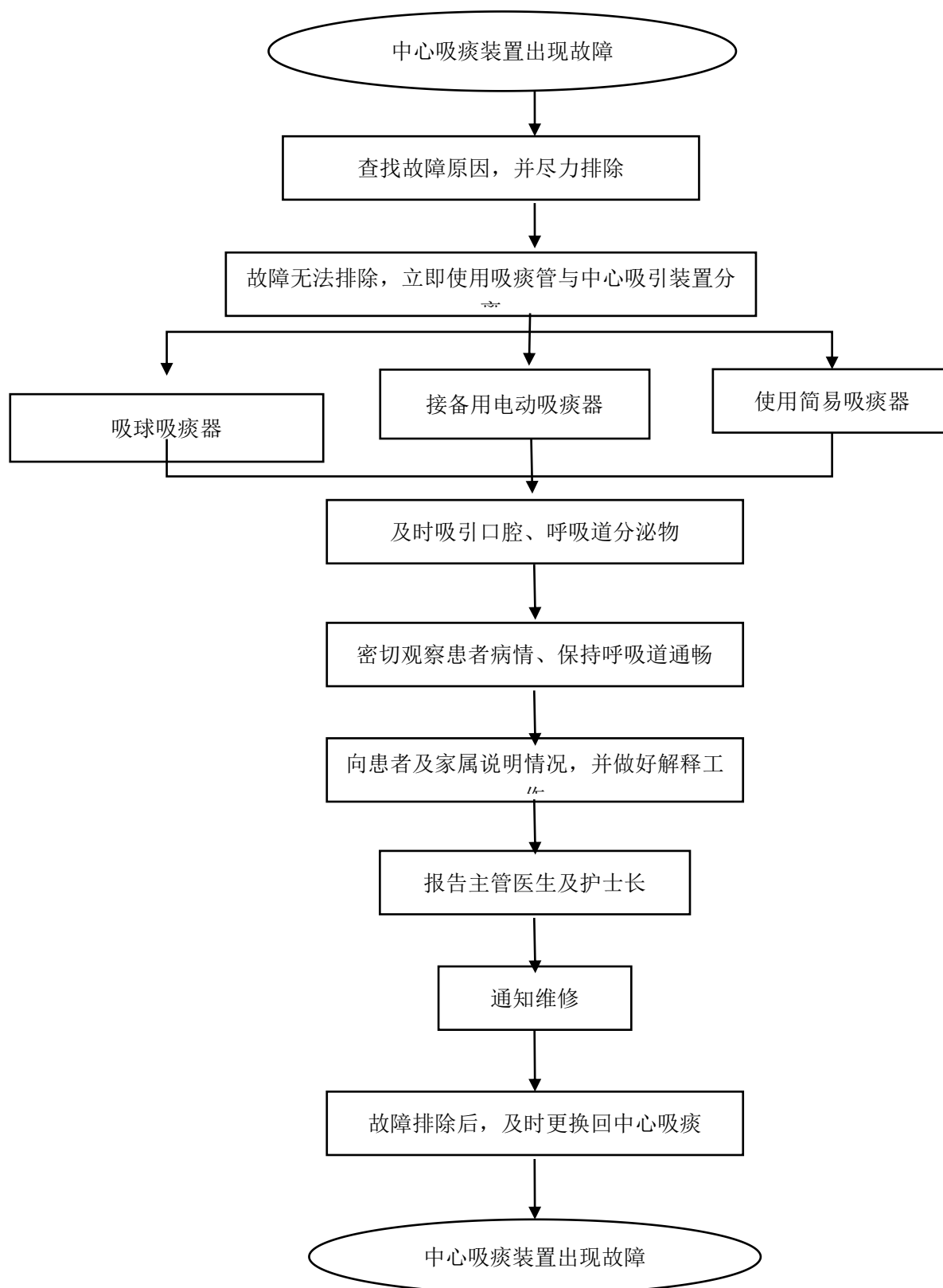
2. 1. 55 患者家属在陪护期间突发意外应急预案流程



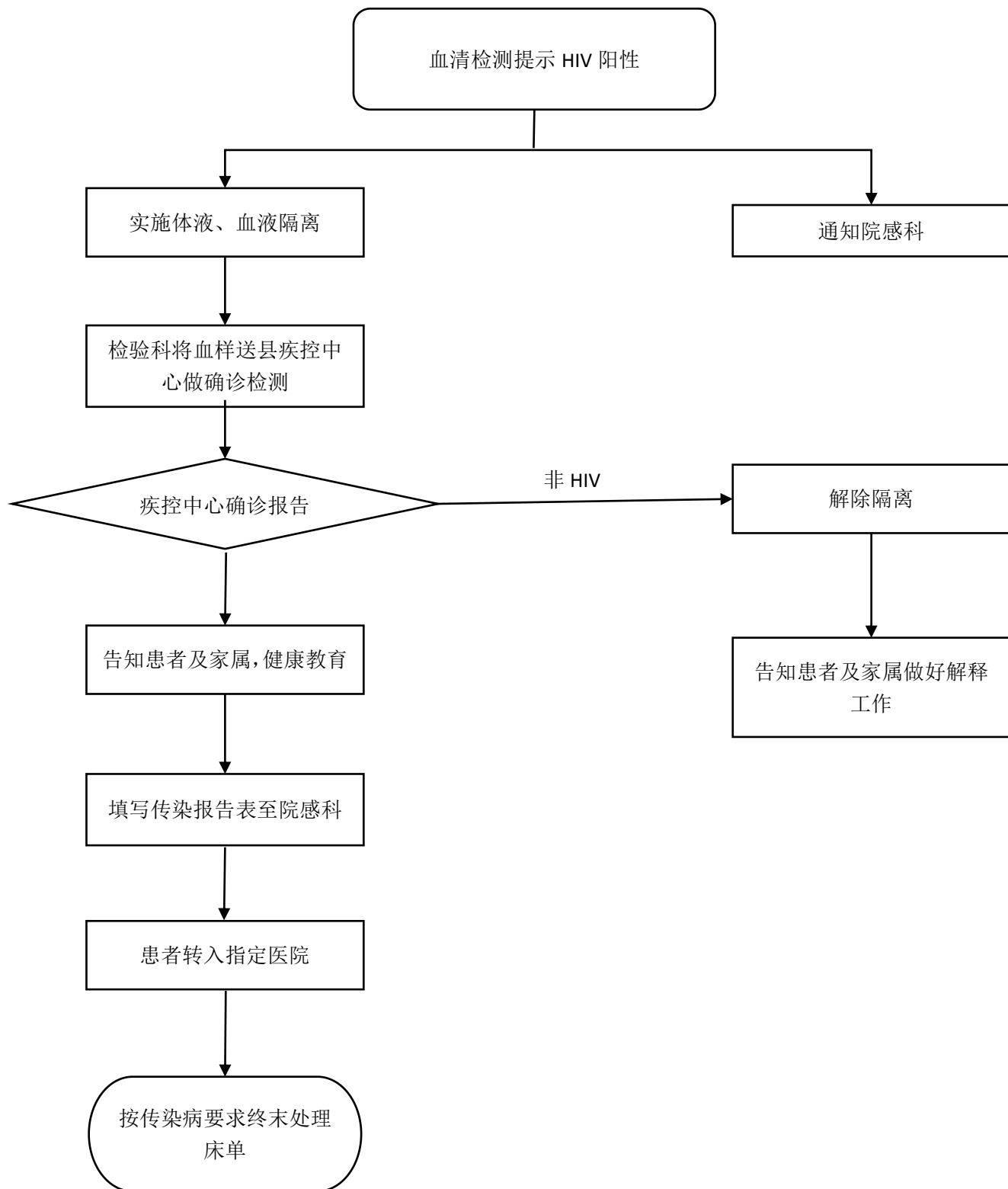
2.1.56 吸氧过程中中心吸氧装置出现故障的应急预案流程



2.1.57 吸痰过程中中心吸痰装置出现故障的应急预案流程



2. 1. 58 发现艾滋病或疑似艾滋病患者应急预案流程



2. 1. 59 动、静脉置管脱出的应急预案及处理措施

一、预防措施

- 1.动、静脉置管前，应评估置管部位，尽量避免在关节处穿刺，酌情使用夹板或约束带。
- 2.妥善固定置管，使用缝线固定穿针碟翼，外加适当透明敷料固定。
- 3.无延长管的置管尽量避免用直接三通管，可使用螺口延长管后再接三通管，延长管后再接三通管。
- 4.需使用三通管者，务必紧锁三通管锁扣，防止脱落。
- 5.指导病人正确摆放体位，翻身、起床等操作时动作应轻柔。
- 6.对小儿、有精神症状、意识障碍的病人使用约束带约束双手，以防止自行拽管。
- 7.注意观察穿刺部位，及时发现置管移位。
- 8.有条件者，应严密监测动脉波型及数据变化，及时发现置管脱出。

二、应急处理措施

- 1.一旦发现置管脱出血管外，立即拔出。
- 2.按压穿刺部位，防止出血、动脉置管脱出者，宜加压包扎穿刺部位 15-20 分钟,观察局部无渗血、血肿后松解。
- 3.必要时重新置管。
- 4.整理床单位，安抚病人。
- 5.做好记录。

2. 1. 60 护患争议应急处理预案

- 1.值班人员在医疗活动中与患者或家属发生争议时，应立即当班医生、护士长、科主任报告。
- 2.立即与值班医生起采取相应的积极补救措施，防止纠纷扩大。
- 3.维护病房的良好工作秩序，保障医疗护理工作正常进行。如需要，依照紧急病例、实物封存程序、封存有关病历资料及相关物品，必要时保存现场。
- 4.对有可能导致护患矛盾激化，危及护患安全，扰乱正常医疗秩序，即时通知院总值班室和军务(保卫)处，以保障护患安全和正常医疗。

5.相关人员应 24h 之内，将护患争议经过以书面的形式上报护理部。

2.1.61 胃管脱出的紧急预案

一、预防措施

- 1.置胃管后，应用常规方法加细带打死结妥善固定。
- 2.记录胃管插入深度。
- 3.移动病人时，将胃管固定于衣领上，同时移动胃管及引流袋。
- 4.妥善固定好外接引流袋，及时倾倒引流袋。
- 5.更换引流袋，鼻饲、注药时，避免操作用力过大或过度牵拉胃管，防止脱出。

二、应急处理措施

- 1.胃管不慎脱出，立即通知医生，酌情重新置管。
- 2.清理呼吸道，防误吸。
- 3.观察生命体征变化，并做好记录。
- 4.整理床单位及安抚病人。

2.1.62 重症监护坠床应急预案及处理措施

一、预案措施

- 1.给小儿、有精神症状、意识不清的病人使用床栏，并加强看护。
- 2.对躁动不安的病人使用约束带。
- 3.对年长、体弱、行动不便、久病卧床后及大手术后的病人起床时给予搀扶。

二、应急处理措施

- 1.一旦发现病人坠床，立即就地评估病人的神志、脉搏、血压、呼吸，判断有无意识障碍等。
- 2.检查着地部位有无外伤，身体各关节部位能否活动自如。
- 3.立即报告医生，在病情允许的情况下将病人平衡搬运至床上。
- 4.遵医嘱及时处理。
- 5.评估生命体征、神志等变化，并做好记录。
- 6.安抚病人及家属。

2.1.63 吸痰过程中中心吸引装置出现故障的应急预案及程序

【应急预案】

- 1.先分离吸痰管与中心吸引装置，然后用注射器连接吸痰管吸痰，并向患者家属做好解释与安慰工作。
- 2.如注射器抽吸效果不佳，连接备用吸痰器(或洗胃机)进行吸引。
- 3.密切观察患者呼吸道分泌物情况，必要时再次吸引。

4.立即通知维修组进行维修。

【程序】

分离吸痰管→接注射器抽吸→接备用吸痰器→观察病情通知维修

2.1.64 突然停氧应急预案及程序

【应急预案】

1.立即打开备用氧气瓶，试好流量连接吸氧管，继续为患者吸氧，并向患者或家属做好解释及安抚工作。

2.使用呼吸机的患者，将备用氧气筒推至床旁，安装减压表接呼吸机，以保证呼吸机正常运转。

3.应用过程中密切观察患者缺氧症状有无改善以及其他病情变化。

4.通知中心供氧房及时维修，必要时通知院总值班室或医务处。

【程序】

备用氧气袋接吸氧管→继续吸氧→或备用氧气筒接呼吸机→观察病情通知维修→报院总值班室或医务处。

2.1.65 管道滑脱的预防措施和应急预案及程序

【应急预案】

1.各种引流管按标准妥善固定，2小时挤压一次或遵医嘱，保持引流通畅。

2.告知病人翻身活动时，要防止折叠、扭曲、受压、脱出。神志不清、昏迷躁动的病人以及小儿要给予约束带等防范措施。

3.观察引流管的引流量、性质、颜色，发现异常及时通知医生处理。

4.长期置管的病人，应根据医嘱定时更换引流管并做好相应的护理。

5.了解各种引流管置管的具体位置，仔细观察，一旦发现引流管脱出，应及时通知并配合医生采取紧急处理措施。

6.引流管脱出应急处理后，根据引流目的的不同，遵医嘱采取相应的治疗护理措施，密切观察病人的病情变化，发现异常及时通知医生处理。

7.做好患者的心理护理，给予心理安慰，听取并解答患者和家属的疑问，以减轻他们的恐惧焦虑心情。

8.认真填写护理记录，严格床头交接班。

2.1.66 住院患者发生坠床的应急预案及程序

【应急预案】

1.对于有意识不清并躁动不安的患者，应加床档，可应用约束带实施保护性约束,但要注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，避免对患者造成损伤。

2.对于极度躁动的患者，遵医嘱应用镇静药物，定时评估患者镇静水平，实施每日唤醒，同时给予有效的保护性约束。

3.在床上活动的患者，嘱其活动时要小心，做力所能及的事情，如有需要可以让护士帮助。

4.对于有可能发生病情变化的患者，要认真做好健康教育，告诉患者不做体位突然变化的动作，以免引起血压快速变化，造成一过性脑供血不足，引起晕厥等症状,易于发生危险。

5.教会清醒患者一旦出现不适症状，最好先不要活动，及时告诉医护人员给予必要的处理措施。

6 为患者更换体位时，由多名护理人员协作完成，防止重心偏移，导致病人坠床。

7.一旦患者不慎坠床时，护士应立即到患者身边，通知医生检查患者坠床时的着力点，迅速查看全身状况和局部受伤情况，初步判断有无危及生命的症状、骨折或肌肉、韧带损伤等情况。

8.配合医生对患者进行检查，根据伤情采取必要的急救措施。

9.及时、准确记录病情变化，认真做好交接班。

【程序】

做好安全防范→发生坠床时→护士立即赶到→通知医生→查看受伤情况→判断病情→采取急救措施加强巡视→严密观察病情变化→准确记录做好交接班

2.1.67 针刺意外处理预案

【应急预案】

1.伤口局部处理措施

(1)若戴着手套，既脱去手套:

(2)用肥皂水和流动水清洗局部伤口;

(3)如有伤口，应在伤口旁端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂和流动水进行冲洗，禁止进行伤口的局部挤压。

(4)针刺伤部位的伤口冲洗后，应用消毒液，如 75%酒精或者 0.5%碘伏进行消毒,并包扎伤口。

2.报告

(1)填写护理部发放给每个病房的针刺伤意外报告单，报护理部:

(2)报告保健科备案:

(3)报告人事科备案。

3.具体处理流程

(1)经职业性接触(艾滋病)HIV 的处理:①如果病人的 HIV 抗体呈阳性或结果不祥,伤者应尽快接受 HIV 抗体测试工作底线。②如果伤者 HIV 抗体呈阳性,说明伤者此前以感染 HIV。③如果伤者 HIV 抗体呈阴性,应于 24h 内服用叠氮胸苷(Zido vudine, AZT)进行预防。伤者应于伤后 6 周、3 个月、6 个月、12 个月再进行血清 HIV 抗体检查,如果在伤后 1 个月至 6 个月血清 HIV 抗体转阳,则认为是职业感染。

(2)经职业性接触(乙肝)HBV 的处理:原病人及伤者都应进行验血,前者检验乙型肝炎表面抗原(HbsAg),后者则须同时检验乙型肝炎表面抗原和抗体(HbsAg)。②如果伤者以前曾接受乙型肝炎疫苗注射,并确定有足够的抗体,或以前曾受感染而已经有免疫力:或者伤者本身是乙型肝炎带病毒者则无须进一步处理。

③原病人不是乙型肝炎带病毒者,而伤者以往接种疫苗后未能产生抗体,则不须再进一步处理如果伤者从未接种疫苗,应立即进行预防接种。③原病人是乙型肝炎带病毒者,如果受伤者以往曾接种疫苗而未能产生抗体,应于 24h 内(最好不要超过 7 天)接受注射剂乙型肝炎免疫球蛋白(HBIG),于一个月后注射第二剂:对于曾未注射疫苗的伤者,应注射一剂 HBIG,然后再进行预防接种。

(3)经职业性接触(丙肝)HCV 的处理:①原病人及伤者都应进行丙型肝炎抗体测试。②对于意外发生的职业性接触,现在并没有有效的疫苗或药物能阻止丙型肝炎的感染。③如原病人丙型肝炎抗体阳性,伤者应于 6 个月后重复检验丙型肝炎抗体及肝功能,以确定是否职业感染。

【程序】

立即挤出伤口血液→反复冲洗→消毒→伤口处理→抽血化验检查→预防接种→上报

2.1.68 危重患者护理管理工作流程及应急预案

【护理管理要求】

遵医嘱进行床边监护,班班做好床边交接。

严密观察病情变化,注意监测患者体温、脉搏、呼吸、血压,保持呼吸道及各种管道通畅,准确记录 24 小时出入量。

准备抢救仪器、器械和抢救药物,呈备用状态,一旦发生变化立即投入抢救,并做好抢救后物品的处理工作。

及时正确执行医嘱,认真落实各项治疗措施。按常规落实各项护理措施,严

格执行无菌操作原则。

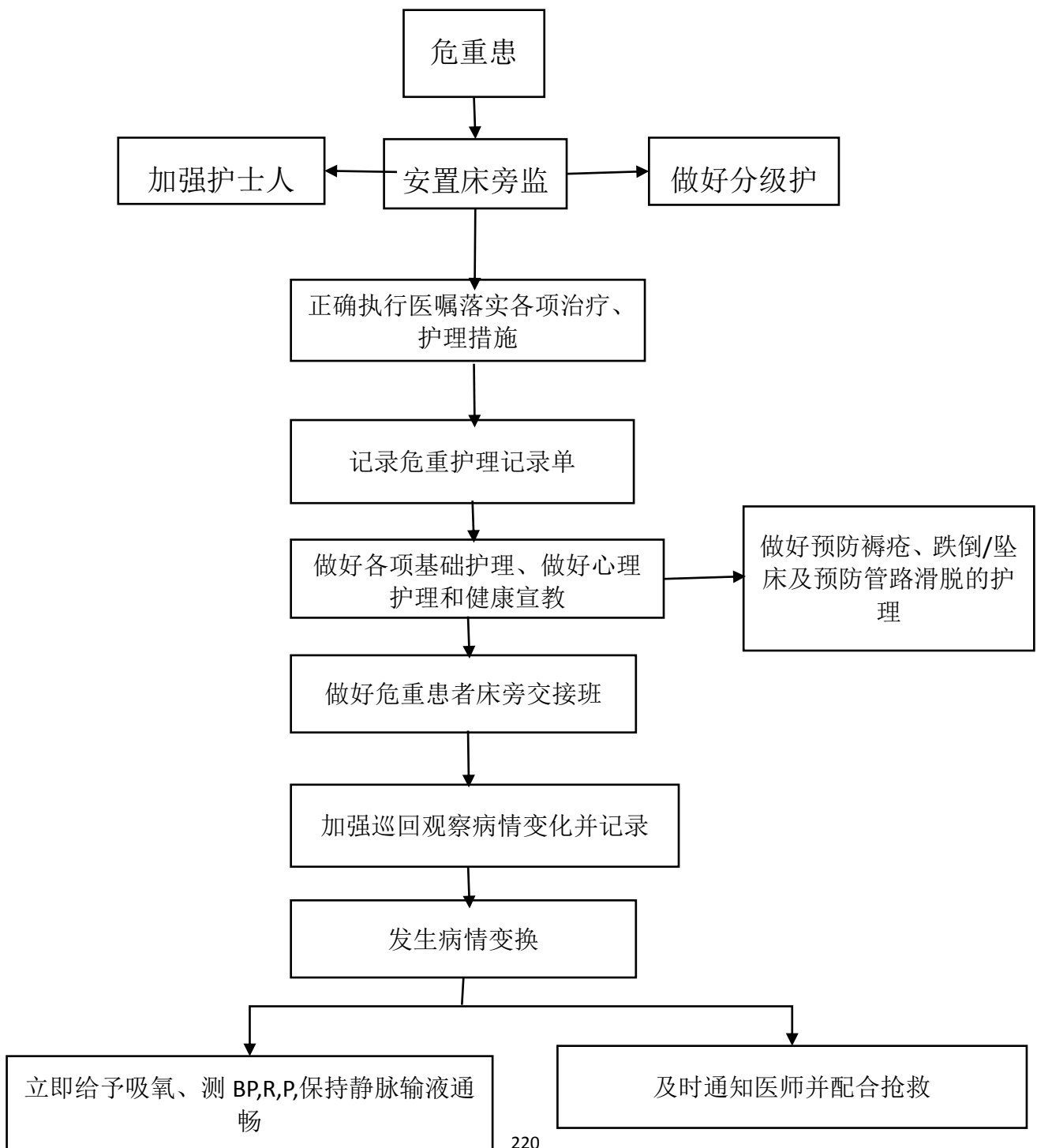
及时记录危重护理记录单，有详细的病情变化记录及重点护理措施。做好基础护理和生活护理。

了解患者心理，给予心理护理并进行健康指导。

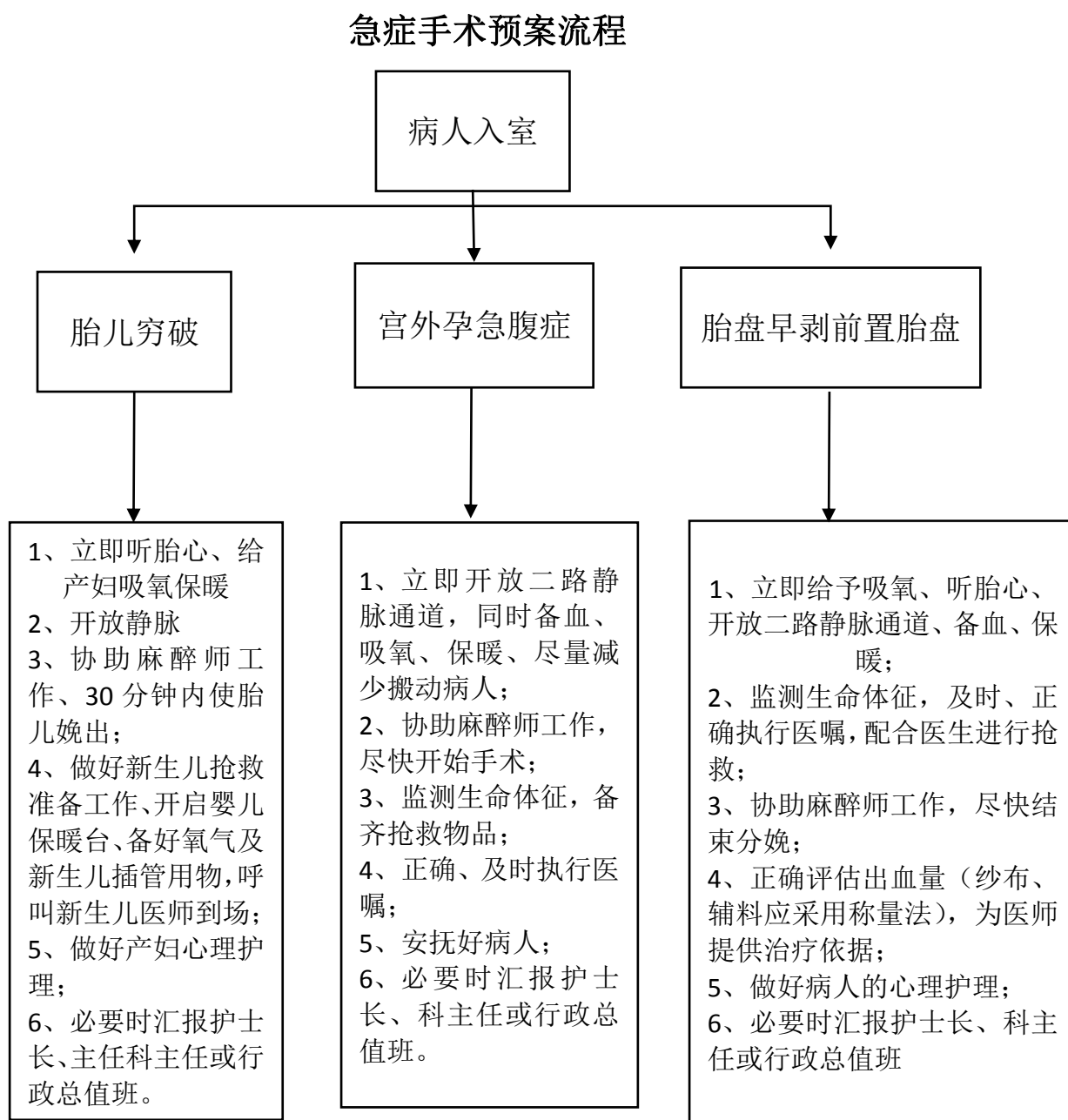
根据危重患者护理要求，护理部、护理质控小组及护士长定期进行检查。

护士长根据患者病情做好护士人力配备，确保危重患者的护理质量。必要时护士长可向护理部汇报。

危重患者护理管理工作流程及预案



2.1.69 急诊手术预案流程



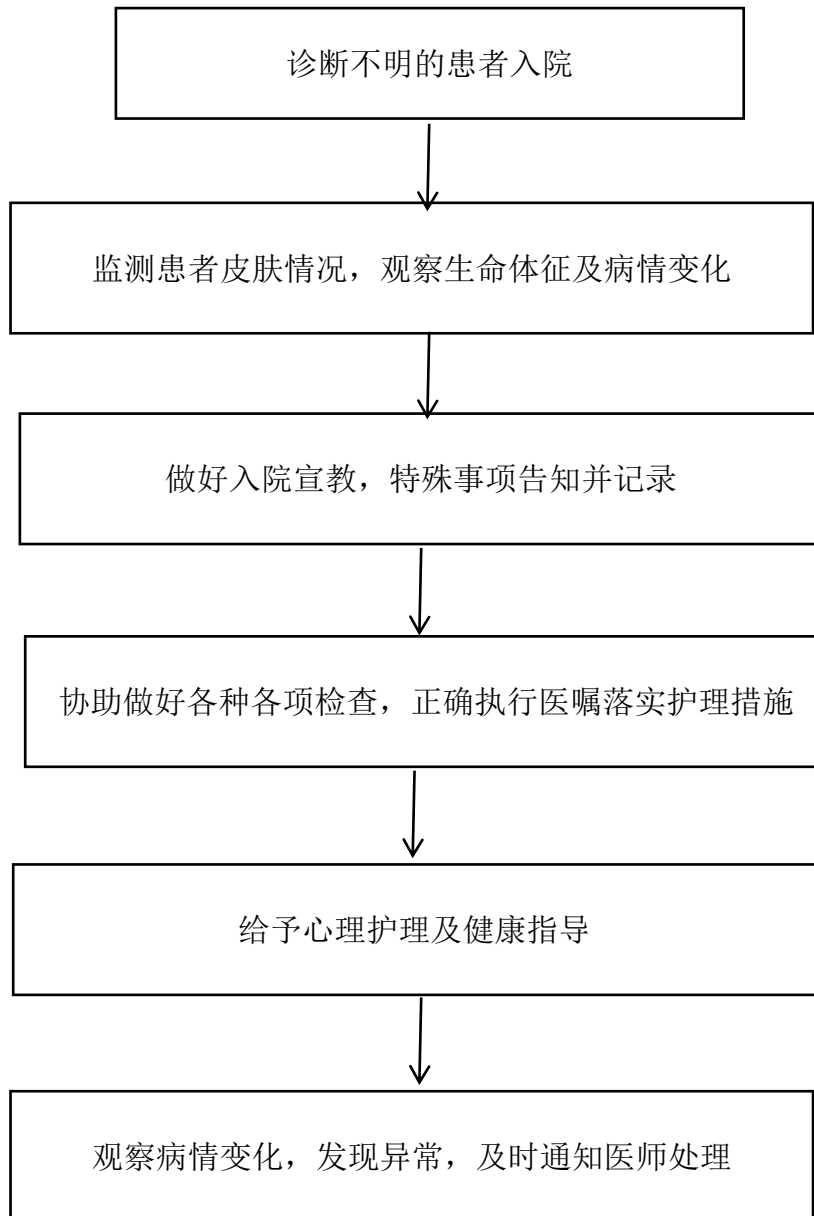
2.1.70 诊断不明患者的护理管理流程

【护理管理要求】

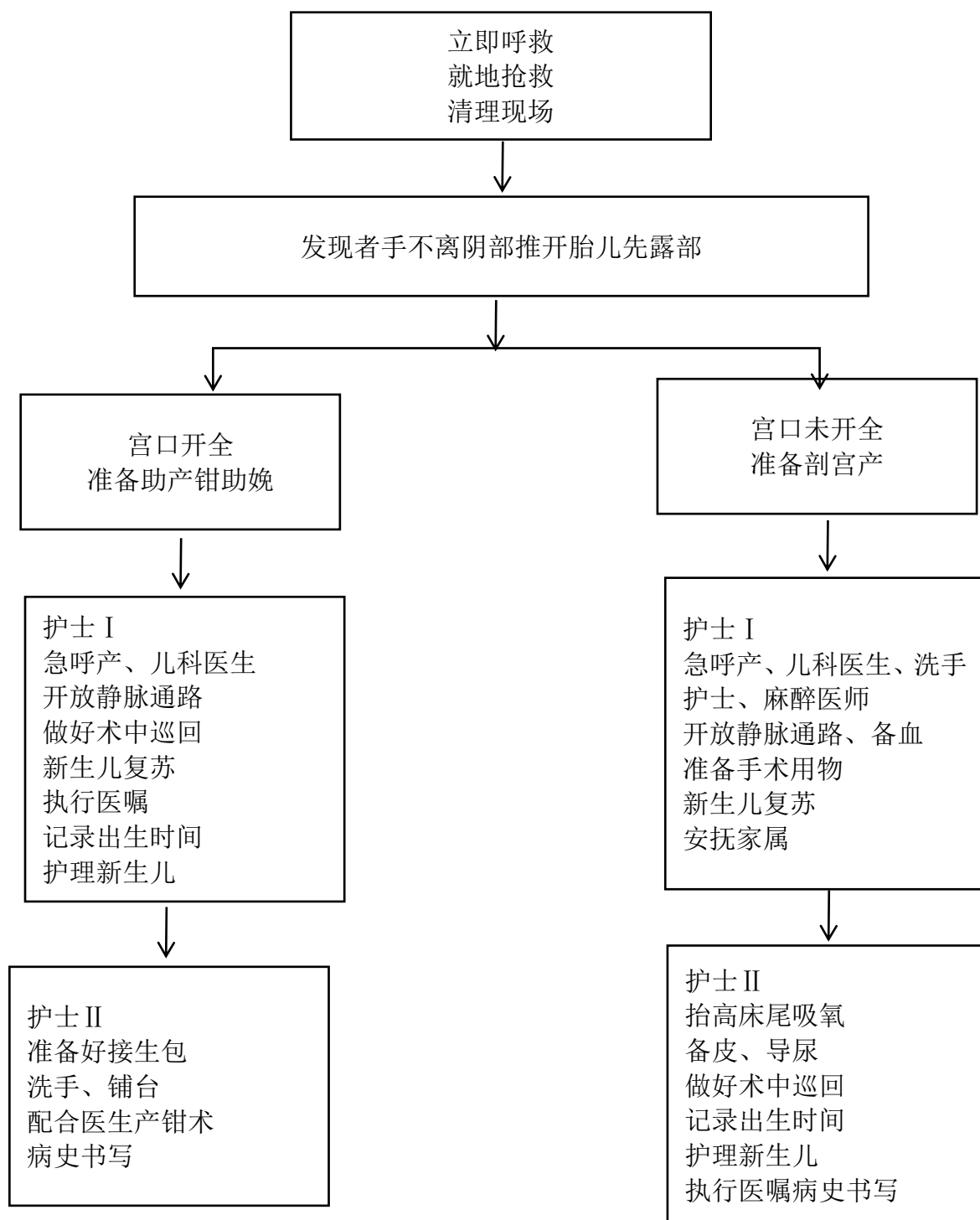
- 1.护士应做好患者的入院宣教和特殊告知。
- 2.严密观察病情变化，做好记录。发生异常情况，及时通知医师。
- 3.及时正确执行医嘱，认真落实各项治疗措施
- 4.协助医师及时做好各项检查，明确诊断。
- 5.了解患者心理，给予心理护理并进行健康指导。

6.按分级护理常规落实各项护理措施，严格执行无菌操作原则。

诊断不明患者的护理管理流程



2.1.71 护理应对脐带脱垂抢救原流程

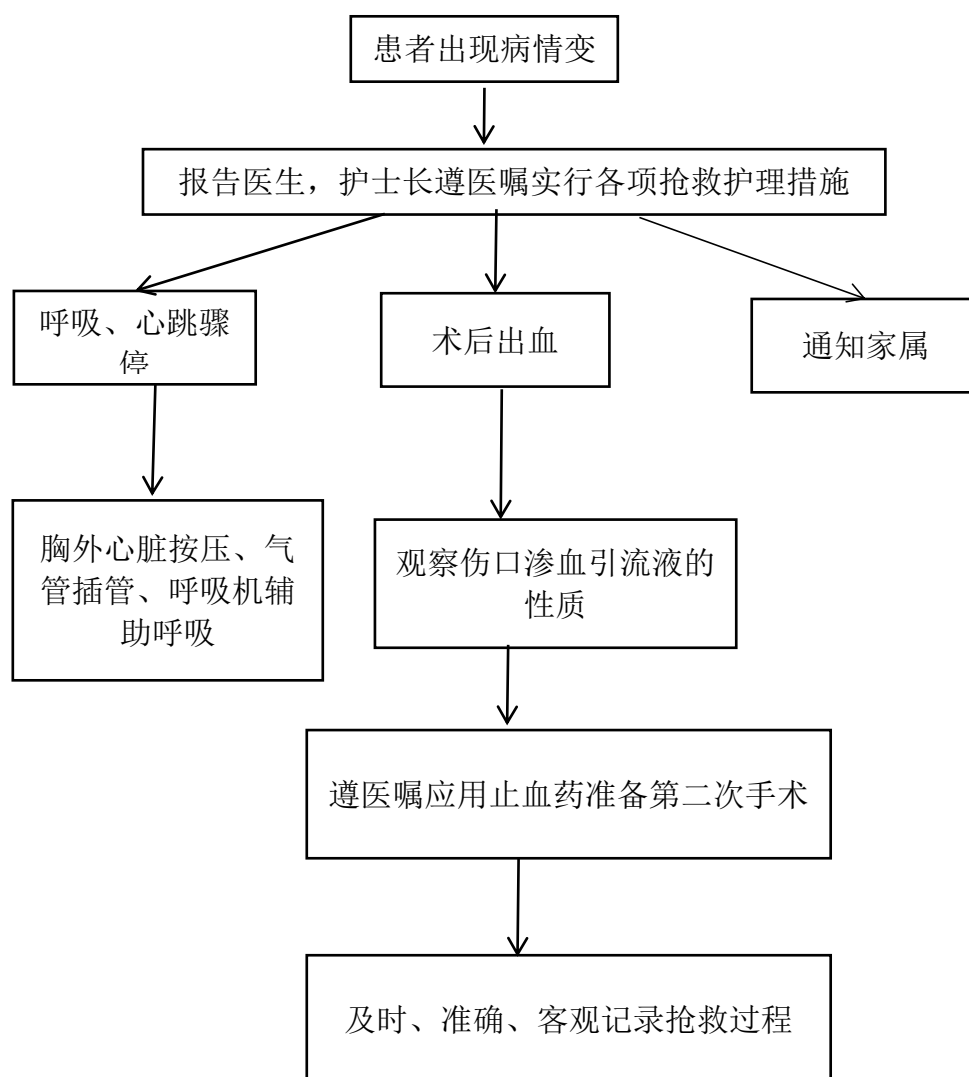


2.1.72 围术期患者的护理管理流程

【应急预案】

- 1、临床护理人员发现患者出现病情变化时，要立即报告医生或护士长，遵医嘱实施各项抢救护理措施。
- 2、若患者出现呼吸、心跳骤停，应根据病情配合医生进行胸外心脏按压、气管插管或呼吸机辅助呼吸。
- 3、若出现术后出血，要观察伤口渗血、引流液性质，并遵医嘱应用止血药，准备第二次手术。
- 4、护理人员应及时、准确、客观地记录抢救过程。
- 5、及时通知患者家属，并做好解释工作。

【处理流程】



2.1.73 用药重点环节管理应急预案与处理程序

【应急预案】

- 1、用药前严格执行三查八对制度。
- 2、治疗用药时严格执行无菌技术操作规程。
- 3、使用易过敏药物前需做皮肤过敏试验，同时备好抢救药物。
- 4、几种药物同时使用时，注意药物配伍禁忌。
- 5、用药过程中严密观察药物疗效及不良反应并记录。
- 6、如发生药物不良反应时立即报告医生，积极配合医生处理。

【处理程序】

- 1、立即停止用药，静脉用药者保留静脉通路，改换其他液体及输液器。
- 2、及时报告医生并遵医嘱处理。
- 3、病情严重者就地抢救，必要时予 CPR，口服给药者清除胃内容物。
- 4、记录患者生命体征、一般情况及抢救过程。
- 5.报告科主任、护士长、护理部、药剂科及检验科。
- 6、保留输液器及药物送检。

2.1.74 治疗环节管理应急预案与处理程序

【应急预案】

- 1、各项治疗操作前严格执行查对制度。
- 2、特殊操作前备齐相关抢救药品、物品，做好防范措施。
- 3、各项治疗操作必须严格执行无菌技术及操作规程。
- 4、注意做好标准预防及职业防护。
- 5、治疗操作过程中严密观察患者生命体征及病情变化，并做好记录。
- 6、如患者出现严重并发症立即报告医生，积极配合医生处理。

【处理流程】

- 1、立即停止操作，及时报告医生并遵医嘱处理。
- 2、安抚患者及家属，做好解释工作。
- 3、报告科主任、护士长、护理部。
- 4、严密观察患者病情变化，记录生命体征、一般情况及处理措施。

2.1.75 采集标本环节管理应急预案与处理程序

【应急预案】

- 1.正确审核病人标本采集医嘱，双人核对。
- 2.按照标本采集规定选用合适的容器。
- 3.标本采集前，正确发放容器，嘱时病人做好标本采集前准备工作，并告知相关

注意事项。

- 4.采集标本时，核对病人信息是否正确。
- 5.按照相应的操作规范进行采集，并做好职业防护。
- 6.再次核对病人信息及标本类型。
- 7.通知护送人员，在规定的时限内及时安全送检标本。

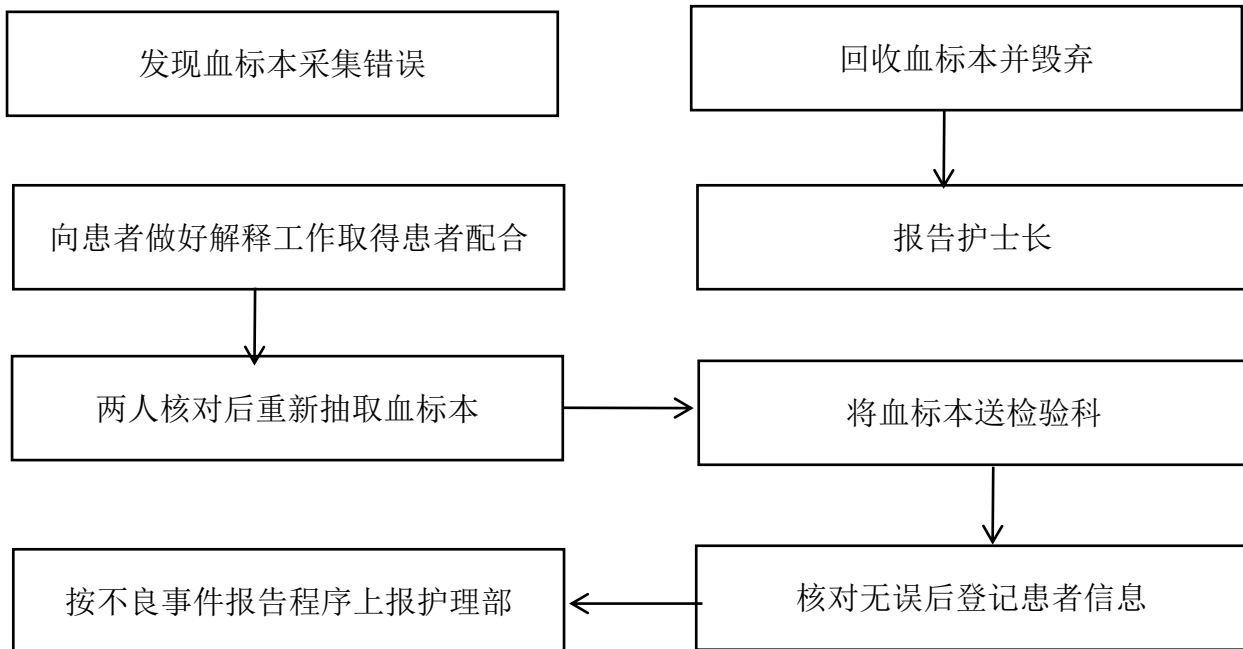
【处理流程】

1.护士发现采集标本错误，立即停止送检，汇报护士长，向病人和家属做好解释，重新采集标本。

2.发现标本有误或检验结果有质疑，立即核查，通知医生，做好解释，重新采集标本。

3.各类标本在采集、暂存与运送过程中发生标本撒漏、标本容器破损等紧急意外事件时，立即按医疗垃圾处理标本，重新采集标本。

临床科室发生血标本采集错误时的应急预案



2.2 孕产保健部

2.2.1 重度子痫前期的急救应急处理预案

妊娠高血压综合征(妊高征，PTH即妊娠20周后发生高血压、水肿和蛋白尿

的综合征。严重时致抽搐及昏迷，孕产妇及围生儿死亡的主要原因之一，重度子痫前期患者宜住院治疗，观察并控制病情发展，预防和减少并发症发生。根据病情 4-8h 测血压，必要时加测血压次数。了解尿量与体重变化，随访血、尿常规、尿蛋白定量，肝、肾功能，凝血功能，眼底变化，EKG 等检查，并监测胎儿生长发育以及宫内安危情况。

一、治疗原则:

(一)缓痉

(二)镇痛

(三)降压

(四)利尿

(五)子痫处理

(六)适时终止妊娠

二、特别注意事项

(一)硫酸镁的应用

25%硫酸镁 20mg+10%葡萄糖 20ml 静注(5min 以上)，作为负荷量，然后用 25%硫酸镁 60ml+5%-10%葡萄糖 1000ml 静滴，滴速每小时 1-2g 必要时晚上再予 25%硫酸镁 20ml+2%利多卡因 2ml 深部肌注，每日 1-2 次。每日总量为 25-30g，用药中可监测血清镁+。

注意:

1.静脉滴注时瓶上缚以蓝色布条作醒目标记。

2.有下列情况之一者停用硫酸镁:膝反射消失;呼吸 <6 次/min:24h 尿量 <600 ml 或 4h 尿量 <100 ml。

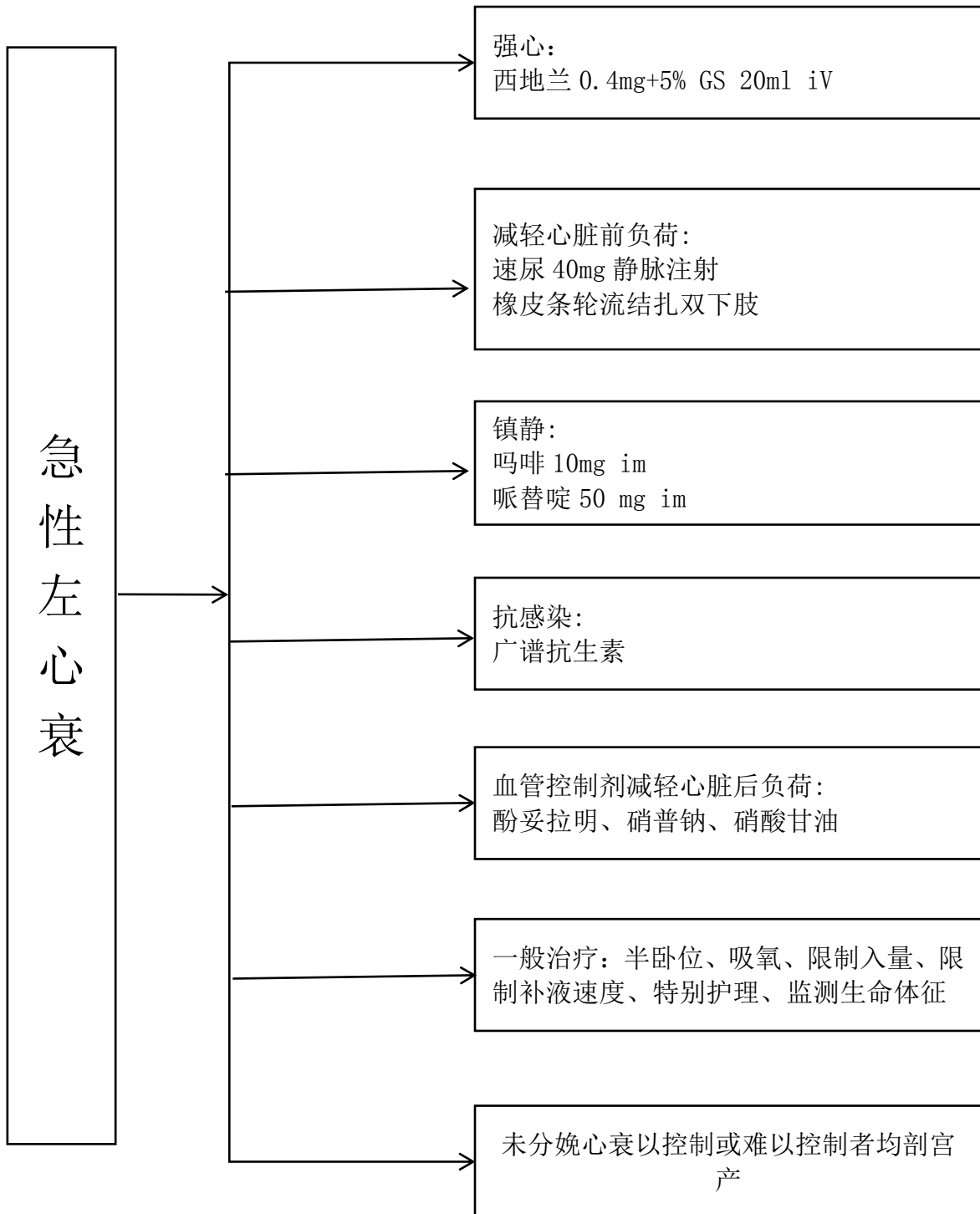
3.硫酸镁中毒时用 10%葡萄糖酸钙 10ml+25%葡萄糖液 10ml 缓慢静注(5min 以上)以拮抗之。

(二)降压的目标是 140-150/90-100mmg。一味降压易致胎儿死亡。

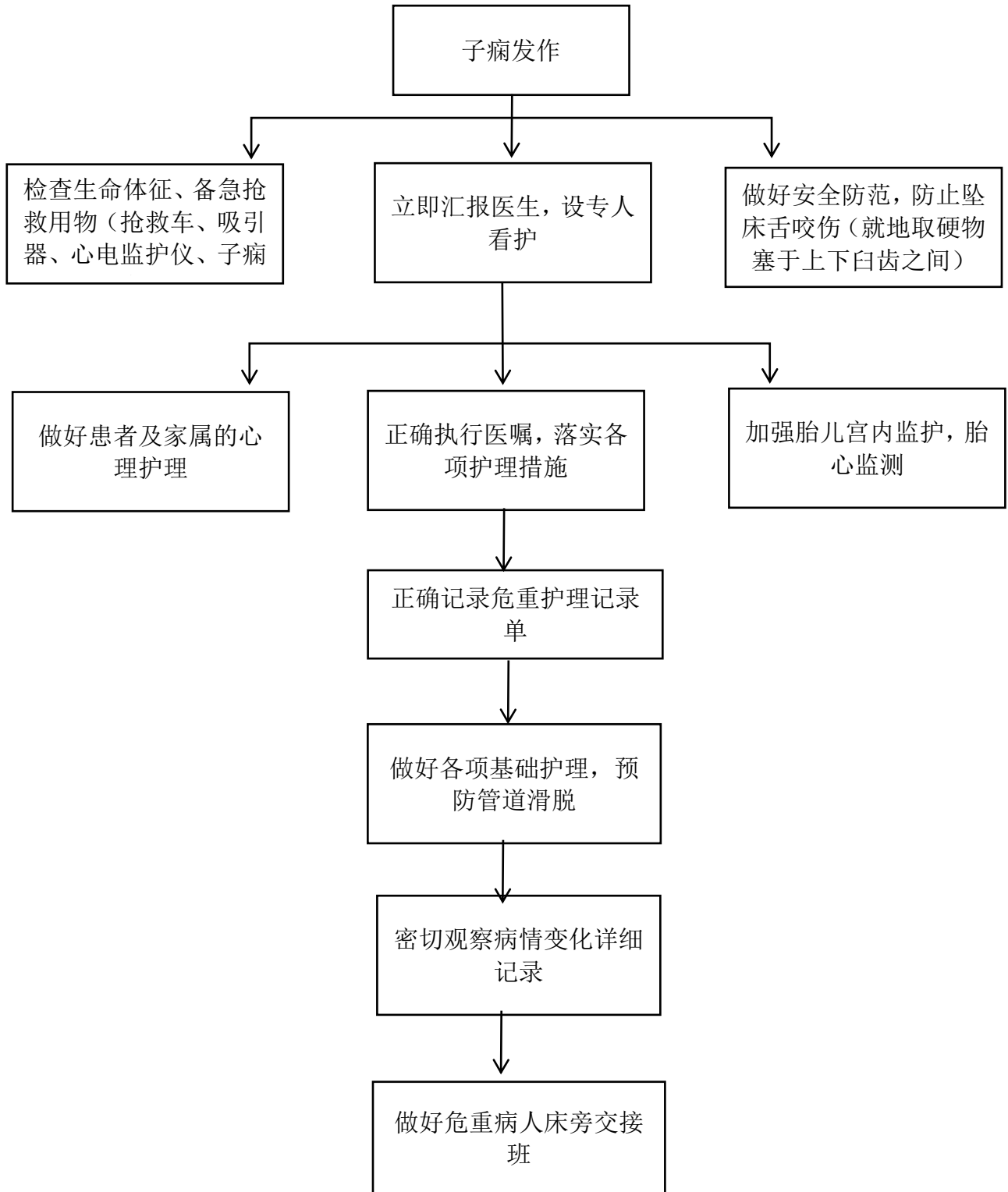
(三)做好医患沟通，交代病情严重性和终止妊娠的时机、重要性。

(四)及时报告上级医生，危重患者必须立即请上级医院会诊，并上报医务科。

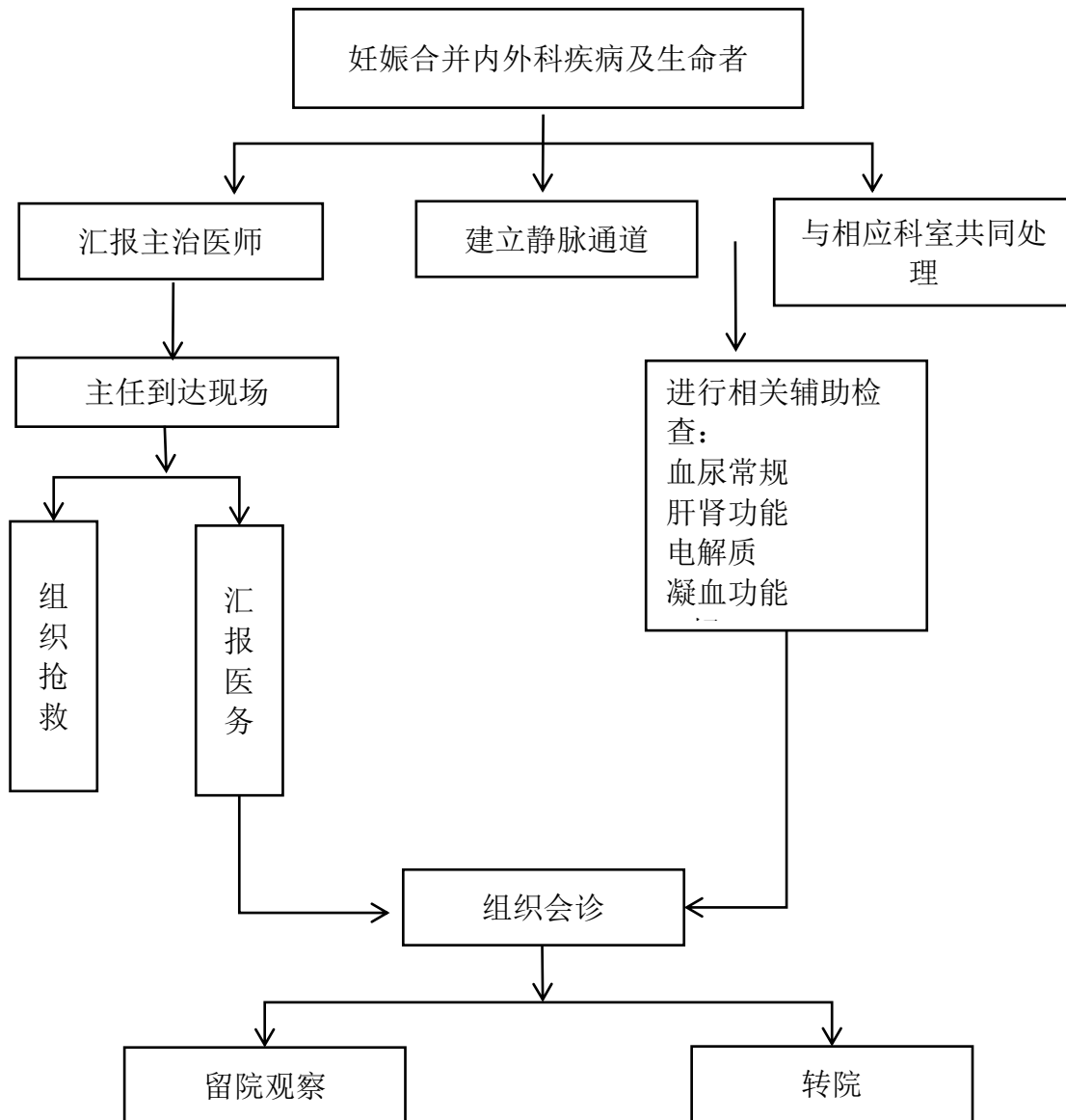
子痫前期合并急性左心衰抢救应急预案



子痫抢救应急预案



妊娠合并内外科疾病抢救应急预案流程



2.2.2 妊娠合并急性脂肪肝抢救应急预案

一、妊娠合并急性脂肪肝是妊娠晚期特有的肝脏损害，其主要病变为妊娠期肝脏脂肪变性，起病急、病情凶，常伴有肾、胰、脑等多脏器的损害。

二、临床表现

(一)大多在妊娠晚期 32-38 周间发病，一般为初产妇。

(二)起病急骤突发恶心、呕吐、伴上腹痛等。

(三)重症可有腹水及高血压、蛋白尿、水肿等。常并发肾衰、胃肠道出血及弥漫性血管内凝血。也可出现意识障碍、昏迷等肝性脑病征候。大多在产后数日内死亡。

(四)轻症主要为上腹痛、呕吐、黄疸、无少尿腹水等表现。

2.2.3 胎盘早期剥离的诊断和应急预案

妊娠 28 周后至分娩期，位置正常的胎盘在胎儿娩出前部分或完全从子宫壁剥离，称为胎盘早期剥离。这是一种严重的产科并发症，可以引起子宫卒中、DIC、羊水栓塞。本病的病理改变有三种类型：胎盘剥离后形成胎盘后血肿，但无阴道出血，为隐性型；胎盘剥离后出血沿胎膜下行经子宫颈口向外流出，为显性型；既有胎盘后血肿，又有外出血，则为混合型。

一、诊断要点

(一)妊娠 28 周后而且不同程度地腹痛及阴道出血，常有高血压：此次妊娠有外伤史或妊高症。

(二)腹部不同程度地压痛，血压可下降，胎心可正常可异常，阴道不同程度出血。

(三)B 超胎盘后有液性暗区。

二、应急预案

(一)凡有胎盘早期剥离者。

(二)到正休克如患者入院时处于休克状态者，应立即纠正之。

1.建立有效静脉通道，补液。

2.输血，以新鲜血最好，并根据纤维蛋白原定量输入有关凝血因子。

(三)胎盘早期剥离诊断已经确立，考虑立即终止妊娠。

1.轻型如为经产妇而一般情况较好或初产妇宫口已开大，B 超诊断为显性型，并估计在短时间内能结束产程者，于人工装膜后以酸带包裹腹部严密观察期血压、脉搏、宫底高度、阴道出血及胎心率变化，如发现胎儿宫内窘迫者，宜即行剖宫产术。

2.重型如初产妇宫口未扩张或扩张甚小，B 超诊断为隐性型者，估计短期内不能分娩，特别是胎心尚好者，可即行剖宫产如患者情况紧急，即使胎儿已死亡而短期内不能分娩者亦需做剖宫产。

3.剖宫产时如发现子宫浆膜面有青紫区域者，显示子宫卒中，胎儿娩出后经持续按摩、热敷，无明显出血而紫色逐渐消退者，可保留子宫：如子宫收缩不好，用多种子宫收缩剂，出血仍多，应在输入新鲜血的同时，切除子宫。

(四)防止产后出血及感染胎盘早期剥离者易发生产后出血，故在产后仍应使用子宫收缩剂如催产素静脉点滴及肌注麦角新碱，甚至子宫肌层注射前列腺素。如出血不能控制，仍需切除子宫，并用抗生素以防感染。

(五)当发生 DIC 时，除输血外应注意凝血因子的补充，包括输注冷沉淀物、浓

缩血小板、纤维蛋白原等。纤维蛋白原用量者在 36g 之间。

2.2.4 前置胎盘的诊断和应急预案

前置胎盘指胎盘覆盖于子宫下段或子宫内口处，是产前出血的主要原因。按胎盘边缘与子宫颈内口部内口的关系，分为三型。

一、完全性前置胎盘(中央性前置胎盘):子宫颈内口完全为胎盘组织覆盖。

二、部分性前置胎盘:子宫颈内口部分为胎盘组织覆盖。

三、边缘性前置胎盘:胎盘主要附着于子宫下段其下缘虽已靠近子宫颈内口，但不覆盖内口。此外，如胎盘下缘附着于子宫下段，其与宫颈内口相距在 7cm 以内，称为胎盘低置。前置胎盘的主要危险是孕晚期阴道出血及早产，有时出血量较多，可危及孕妇及胎儿生命。

四、诊断

(一)病史

主要为阴道出血。在妊娠晚期(少数在好板中期)反复出现无痛性阴道出血，往往出血量少，以后增加。孕期出血的早晚、出血次数及出血量的多少与前置胎盘类型密切相关，初次出血时间早、次数多，量亦逐渐增多者，往为完全性前置胎盘，有时一次出血即可使孕妇休克;而初次出血在妊娠 37 周或以上明显减少，则可能为边缘性前置胎盘,有多次分、人工流产或引产史者。

(二)体检

子宫底度高度与停经月份相符，但胎头高浮，往往为零位。严重出血致呈重度贫血者，胎心率可变快、减慢，甚至消失。耻骨联合上缘及两侧有时可听到吹风样杂音,速率与孕妇脉搏一致。

(三)超声检查

在妊娠中期 B 超检查约有三分之一的胎盘位置较低甚至越过内口，以后随子宫长大，宫体上升，下段形成，胎盘随之上移。故妊娠中期 B 超检查发现胎盘低置时，不宜过早做出诊断，应嘱患者随访以观察其位置的变化。

五、注意预案

(一)积极的保守治疗

因中央性前置胎盘出血时间早，过早终止妊娠则围生儿死率升高，因此以积极措施既保障孕妇安全，又延长孕期，可提高新生儿存活率。

- 1.住院、绝对卧床休息。
- 2.查血型，纠正贫血，如失血过多可输血纠正。
- 3.避免阴道检查，禁止肛查。
- 4.如有轻微宫缩，可用硫酸镁及 p 肾上腺素能受体兴奋剂，出血停止后停用。
- 5.对妊娠 28 周至 34 周间的孕妇，可用地塞米松以提高胎儿肺成熟度。
- 6.定期测宫底高度，B 超测双顶径以估计胎儿成熟度。

(二)终止妊娠

当出血不止，甚至出现休克，或中央性前置胎盘孕周已超过 36 周者，或部分性前置胎盘出血较多时均需终止妊娠。剖宫产术对大量失血或反复出血者应剖宫产术终止妊娠。

- 1.术前做好输血准备，出血多外周静脉穿刺有困难者，做好预静脉穿刺或静脉切开以使抢救，术时应有高年资医生在场指导或参与。
- 2.切口应尽量避免胎盘，可按术前 B 超检查或术时在直视或经触摸了解胎盘位置而定，胎盘位于子宫后壁者仍可作子宫下段横切口;胎盘位于子宫下段前壁者可

作纸形子宫下段切口，位置稍高，以便越过胎盘取出胎儿:如切口中涉及胎盘，可沿种植处边缘迅速剥离胎盘破膜取出胎儿。

3.胎盘取出后，因子宫收缩能力差，除在子宫肌层上注射催产素、麦角新碱或前列腺素 F2a 外，可及时对子宫下段及内口附着部位渗血处，用肠线作 8 字形缝合止血。必要时，可并排缝合数针以达到止血目的。如仍有渗血，则辅以大纱条填塞子宫，端露于宫颈外，籍以压迫止血，24h 至 36h 间自阴道内取出纱条。

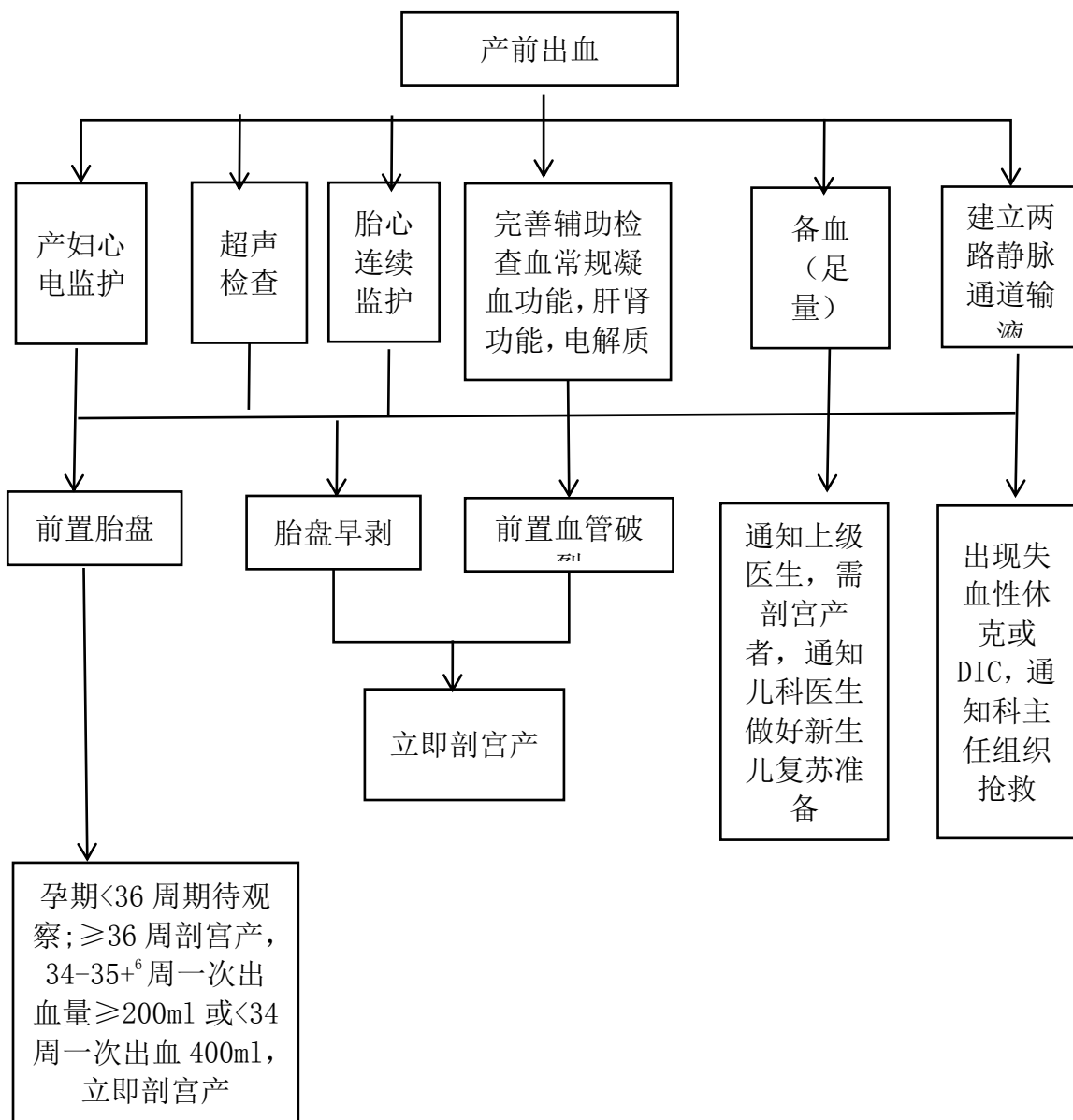
(4)对出血多而难以控制者、胎盘植入而止血困难者，可以子宫捆绑、切除子宫。如植入范围甚小，可在局部作镇形子宫肌层切除重新缝合以止血。

(5)剖宫产术前应有新生儿科医生在场并做好新生儿复苏准备。

(三)产后处理

贫血应予迅速纠正，并用抗生素以预防感染。

前置胎盘、胎盘早剥、前置血管破裂应急预案流程



2.2.5 子宫破裂及先兆子宫破裂应急预案和流程

一、诊断

(一)先兆子宫破裂

1.病史多见于阻塞性难产，如骨盆狭窄，胎位不正，胎儿过大，或胎儿畸形，包括脑积水联体双胎等，临产后常有产程停滞或延长。也可发生在使用催产素时。

2.临床表现

(1)产妇感觉下腹痛明显，烦躁不安，呼叫，脉搏、呼吸加快，排尿困难，有阴道出血。

(2)检查发现子宫下段膨隆拒按，菲薄的子宫下段与增厚的子宫体之间出现病理性缩复环，并逐渐上移，可达脐平甚至脐上，整个子宫为葫芦形。

(3)由于胎头压迫，小便常不能自解，导尿可见血尿。

(4)由于宫缩过频、过强，胎儿供血受阻，胎心率改变或听不清。

(5)由于产程停滞或延长，孕妇可有失水，酸中毒表现

(二)子宫破裂

1.病史子宫体部破裂可发生在妊娠晚期，都系子宫体部原有#痕，如曾有子宫体部剖宫产史或手术进入子宫腔的子宫肌瘤剥出术史，可无先兆而突然破裂。

2.子宫下段破裂一般都发生在临产后，可有上次子宫下段剖宫产史，或此次临产后有分娩阻碍，或临产后静脉滴注催产素者。在先兆子宫破裂的基础上突感下腹部撕裂样疼痛，随之强烈宫缩停止，疼痛暂时缓解，但很快出现持续性全腹痛，伴恶心、呕吐和阴道出血。

3.临床表现

(1)破裂常发生于瞬间，产妇突然感到下腹撕裂样剧痛，强烈的子宫收缩停止，疼痛暂时缓解，但因血液羊水胎儿进入腹腔很快又感到全腹的剧痛。

(2)产妇呼吸急促，脉搏加快并微弱，血压下降等休克现象。

(3)腹部检查：全腹有压痛、反跳痛、肌紧张及移动性浊音腹壁下可清楚触及，子宫位于胎儿的侧边，胎动停止胎心音消失。

(4)阴道检查发现宫颈口较前缩小，显露部上升。

二、处理

1.明确为先兆子宫破裂时，应尽快行剖宫产术。

2.子宫破裂的治疗应做到“三早”，即诊断早、手术早、输血早。明确诊断后紧急剖宫产结束分娩，同时积极纠正休克及输血。

3.手术范围应根据破裂时间的长短、子宫裂口的齐整与否、有无感染，以及当时当地条件，决定行修补术、次全子宫或全子宫切除术。

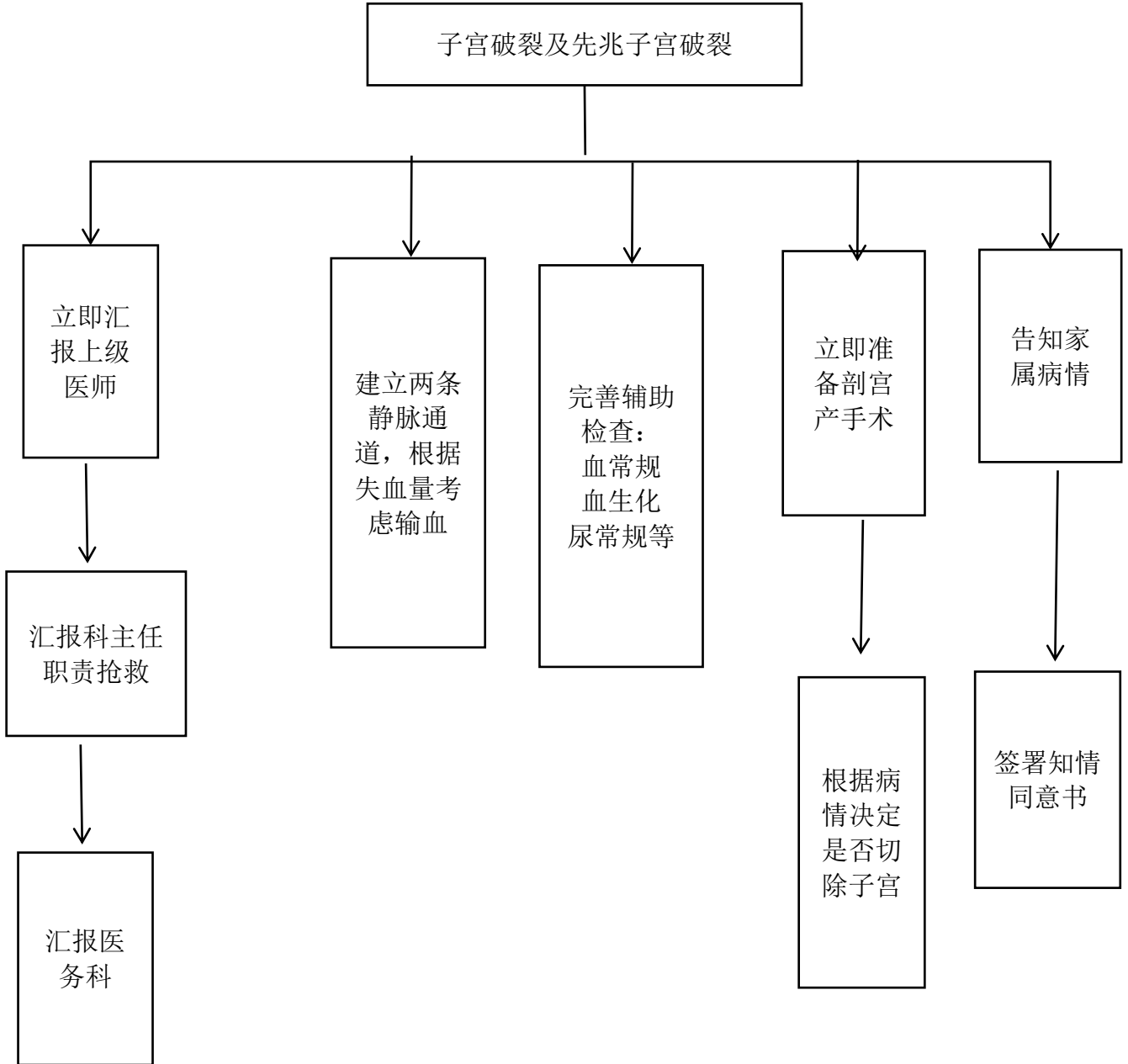
(1)子宫破裂时间在 12h 以内、裂口边缘整齐、无明显感染者可考虑修补术缝合裂口。

(2)子宫破裂口较大或不整齐，且有感染可能者，可考虑次全子宫切除。

(3)子宫破裂口不仅在下段，且向下延及宫颈管或为多发性撕裂者，应考虑作全子宫切除。

(4)阔韧带内有巨大血肿而不易找到出血点时，可行双侧髂内 A 结扎术，然后再找出血点缝扎。

子宫破裂及先兆子宫破裂应急流程



2.2.6 脐带脱垂应急预案流程

胎膜破裂后脐带脱出于子宫颈口以下者称所带脱重.脐带脱垂者发生在胎位异常如横枕位、羊水过多、骨盆狭窄或头盆不称等情况。较多发生在羊水过多者，当突然破膜时，脐带随羊水冲出，或胎膜早破而胎先露尚未入盆者。

一、诊断

(一)有胎膜破裂。

(二)脐带脱垂发生常较突然，在孕妇起床活动或体位改变时随羊水流出现，或在羊水过多胎膜破裂时随羊水冲出，有时自觉阴道有一带状物露出。

(三)阴道检查时发现阴道内有一团脱垂的脐带；若脱垂刚发生，胎儿尚存活，则可扣及脐带内有血管搏动；若时间较长，胎儿因脐带受压，血供中断而死亡，则脐带血管搏动消失。

(四)脐带张力减低，胎心音消失。

二、处理

(一)宫口已开全，胎儿存活，无头盆不称，先露部已较低者，头位可行手术助产，包括低产钳助产，臀位则行臀位牵引术。

(二)宫口未开全，不具备经阴道分娩条件，胎心好，家属在场者，征得其同意，不在场时可向孕妇本人讲明情况，在取得同意签字后，立即行剖宫产术。这时，孕妇取头低位，检查者以阴道检查之手上推胎头，使之离开脐带，减轻对脐带的压迫，于原地迅速在局部麻醉下行剖宫产术。但在消毒皮肤前必须再听一次胎心。如胎心率 <100 次/min,剖宫产应慎重。

(三)胎心及脐带搏动已消失，胎儿已死亡或濒临死亡，则经阴道分娩。

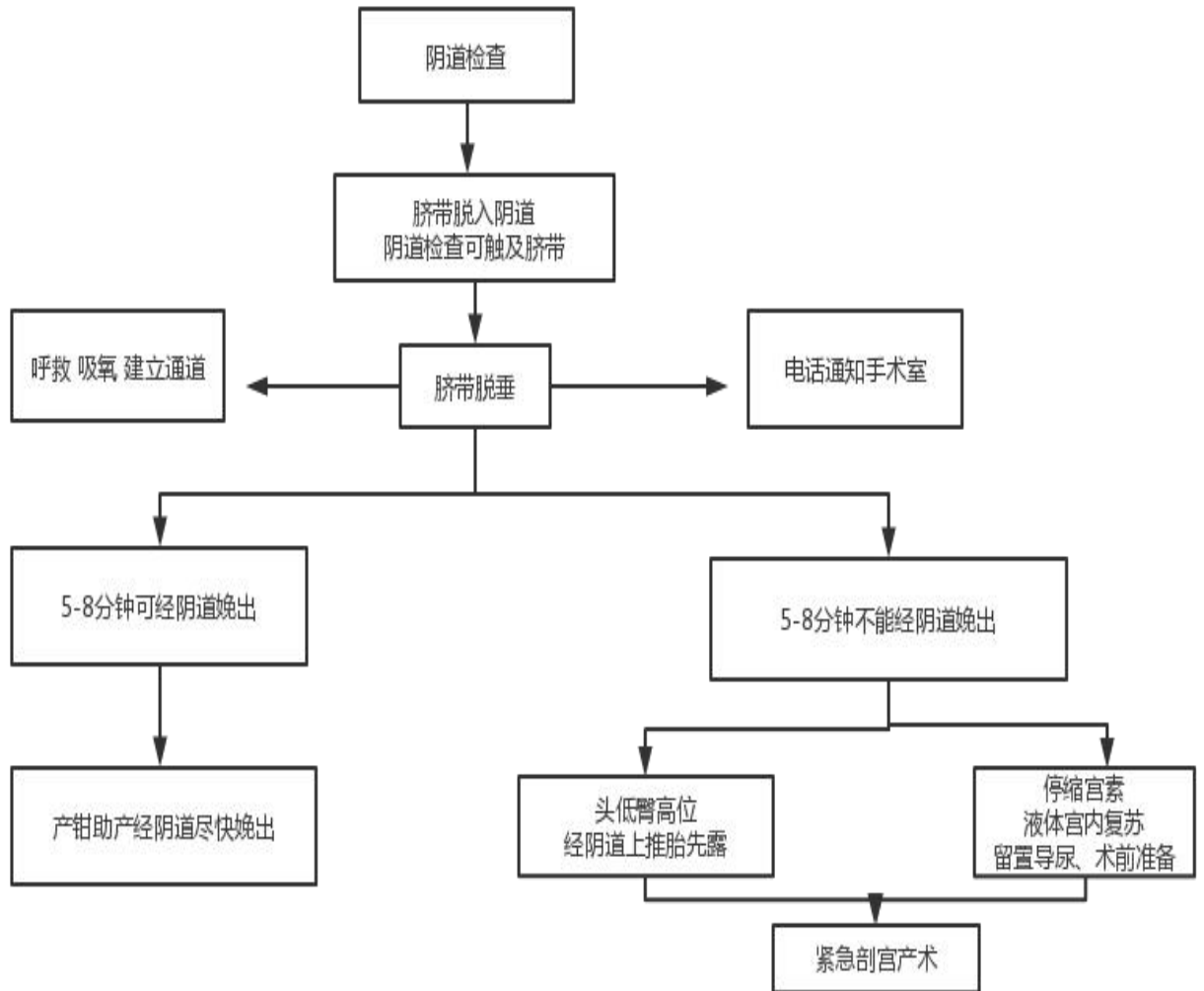
(四)做阴道检查的医生或护士要将脱垂的脐带回纳，但是手要放在阴道内不能取出，防止再次脱垂。

(五)产后应测量脐带长度并检查有无胎盘低置。

三、预防

妊娠晚期及临产后，超声检查有助于尽早发现脐带先露。对临产后胎先露部迟迟不入盆者，尽量不做或少做肛查或阴道检查。需人工破膜者，应行高位破膜，避免脐带随羊水流出现而脱出。

脐带脱垂应急流程



2.2.7 胎儿宫内窘迫抢救应急预案和流程

胎儿宫内窘迫是指孕妇、胎儿或胎盘的各种高危因素引起的胎儿在宫内缺氧和酸中毒，表现为胎心率及一系列代谢和反应的变化，并危及其生命和健康的综合表现。新生儿出生窒息常与胎儿宫内窘迫有关。胎儿宫内窘迫和出生窒息都是围产期死亡及神经系统后遗症的重要原因，占围产儿死亡原因的首位。

病因

凡影响胎儿和母体间气体交换引起胎儿低氧血症的因素都可引起胎儿窘迫，常见原因如下：

(一)母体因素

母体血液含氧量不足是重要原因，轻度缺氧时母体多无明显症状，但对胎儿则会有影响。导致胎儿缺氧的母体因素有：

1.微小动脉供血不足：如高血压、慢性肾炎和妊高症等。

- 2.红细胞携氧量不足:如重度贫血、心脏病、心力衰竭和肺心病等。
- 3.急性失血:如产前出血性疾病和创伤等。

(二)胎儿因素

- 1.胎儿先天性心脏畸形使胎儿心脏向绒毛内毛细血管搏出量减少。
- 2.胎儿血液系统疾病如先天性血红蛋白病、母子血型不合等降低胎儿血红蛋白的携氧能力。

(三)脐带、胎盘因素

- 1.脐带发育异常或病变:脐带过长、过短,脐带缠绕、打结及扭曲,脐带血肿及阻塞,脐带脱垂等。
- 2.胎盘异常:胎盘位置异常如前置胎盘,胎盘形状异常如帆状胎盘、轮状胎盘、过期妊娠胎盘发育障碍(过小或过大)等,胎盘病理改变如胎盘血管硬化、变性、坏死等,胎盘感染。

(四)产程异常

产程中许多因素如急产或子宫不协调性收缩等,催产素使用不当引起过强宫缩:产程延长,特别是第二产程延长;子宫过度膨胀,如羊水过多和多胎妊娠:胎膜早破脐带可能受压等:母亲感染、饥饿、脱水等。

临床表现

(一)总体表现

- 1.胎心变化是胎儿窘迫首先出现的症状。胎心音首先变快,但有力而规则,继而变慢,弱而不规则。因此,在发现胎心变快时就应提高警惕。当子宫收缩时,由于子宫—胎盘血循环暂时受到干扰使胎心变慢,但在子宫收缩停止后,很快即恢复正常。因此,应以两次子宫收缩之间的胎心为准。胎心音每分钟在160次以上或120次以下均属不正常。低于100次表示严重缺氧。有条件者,应行胎心监护。
- 2.羊水胎粪污染胎儿在缺氧情况下,引起迷走神经兴奋,使肠蠕动增加及肛门括约肌松弛而致胎粪排出。此时羊水呈草绿色。头先露时有诊断意义:臀先露时,胎儿腹部受压可将胎粪挤出,故臀先露时羊水中出现胎粪不一定是胎儿窘迫的征象。
- 3.胎动异常活跃是胎儿缺氧时一种挣扎现象,随缺氧加重胎动可减少,甚至停止。

(二)慢性症状

多发生在妊娠末期,往往延续至临产并加重。其原因多因孕妇全身性疾病或妊娠期疾病引起胎盘功能不全或胎儿因素所致临床上除可发现母体存在引起胎盘供血不足的疾病外,随着胎儿慢性缺氧时间延长而发生胎儿宫内发育迟缓。

(三)急性症状

主要发生于分娩期,多因脐带因素(如脱垂、绕颈打结等)、胎盘早剥、宫缩过强且持续时间过长及产妇处于低血压休克等而引起。临床表现在胎心率改变、羊水胎粪污染、胎动过频、胎动消失及酸中毒。

三、诊断

- (一)胎心变化:胎心音每分钟在160次以上或120次以下均属不正常;
- (二)羊水性状监测:胎粪污染:羊水呈草绿色;
- (三)胎动异常活跃;
- (四)胎儿头皮血气分析;
- (五)胎儿脉搏血氧饱和度测定。

四、治疗

主要是对症治疗和病因治疗，视孕周、胎儿成熟度和窘迫的严重程度决定处理，并选择适当的时机与方式终止妊娠。

（一）产妇的治疗

1. 给氧对于各种原因、各种程度的胎儿宫内缺氧，都应给孕妇补充氧气，使母体血氧含量增加，并通过胎盘血流将氧带给胎儿，打断胎儿缺氧过程，改善胎儿生长发育环境，延长胎儿在母体生长的时间，以保证胎儿顺利发育成熟。
2. 产妇体位改变是简便易行的改善胎儿循环的方法，由仰卧位变为侧卧位，可纠正仰卧位性低血压综合症、解除对脐带的压迫、减少子宫收缩的频度、降低子宫内压，改善子宫胎盘的血液循环，增加对胎儿的供氧。
3. 缓解过强的子宫收缩抑制过强的子宫收缩可使胎盘血流量增加，改善胎儿的缺氧状态。常用的宫缩抑制剂为硫酸镁及 β -肾上腺素能受体兴奋剂等。
4. 氨茶碱在吸氧同时给氨茶碱可改善胎盘的血流，减轻胎儿缺氧的程度。氨茶碱还可抑制宫缩，减少宫缩导致的血流减少。
5. 纠正酸中毒临产后产妇体力消耗大，加上进食少，尤其是产程进展不顺利者，易出现代谢性酸中毒，另外，胎儿缺氧也可因无氧代谢造成酸中毒。治疗可给产妇静脉滴注5%碳酸氢钠。
6. 产科处理①距离足月妊娠越远胎儿娩出后生存可能性越小，则可将情况向家属说明，尽量保守治疗以期延长孕周数，确实胎儿胎盘功能不佳者，胎儿发育必然受到影响，所以预后较差；②胎儿宫内窘迫如果病因无法去除，应在短时间内结束分娩，若短时间内经阴道分娩困难，可考虑剖宫产，让胎儿脱离宫内缺氧环境，出生后在给予治疗。

（二）新生儿的治疗

无论是剖宫产还是阴道助产，术前均应做好新生儿窒息抢救的准备工作。

1. 术前准备对已确诊胎儿宫内窘迫进行剖腹产手术的病人，应积极做好术前准备。除准备好必备的器械药品外，应通知医师做好相应的抢救准备。检查吸痰器、氧气管是否通畅，准备新生儿专用插管、新生儿给面罩、呼吸气囊、脐带穿刺针等。抢救药品包括：肾上腺素、盐酸纳洛酮、碳酸氢钠、维生素K等。
2. 清理呼吸道胎儿头娩出后，立即用挤压法清除鼻咽部黏液及羊水，断脐后将胎儿仰卧放于抢救台上，继续用吸痰管吸出呼吸道的羊水和黏液，若为重度窒息或羊水中混有胎便、黏稠者，可执行气管插管，直视下清理呼吸道。
3. 建立呼吸在呼吸道通畅的基础上进行人工呼吸，同时吸入氧气。在紧急情况下，可采用口对口人工呼吸。重度窒息者，经气管内插管吸净羊水、黏液后，加压给氧。
4. 恢复循环新生儿若娩出后无心跳或心跳微弱，应立即行胸外心脏按压，按压胸骨中部，90次/分，每按压3次，停顿一次，让新生儿通气1次，按压时动作轻柔，防止胎儿肋骨骨折。
5. 缓解酸中毒新生儿有严重代谢性酸中毒的情况下，在气管插管的同时，行脐静脉注射，用5%碳酸氢钠10毫升经脐静脉缓缓注入，可以缓解胎儿代谢性酸中毒，促使胎儿呼吸恢复，必要时可用纳洛酮。
6. 保温胎儿娩出后，迅速擦干胎儿身上的羊水，减少体表散热，注意保温，室温控制在30~32℃。

五、预防

（一）胎动监测

胎动是表明胎儿存活的良好标志也是对宫内缺氧最为敏感的指标，胎动计数是妊

娠期监测胎儿宫内状况的一种简便方法，可长期使用。一般准妈妈 20 周左右能感到胎动，28 周后应学会自数胎动：如胎儿连续运动完后算 1 次胎动间隔再动又算 1 次，以此类推。孕妇每天早中晚各取左侧静卧一小时，由孕妇凭主观感觉分别记录这三小时的胎动次数，将早中晚三次胎动次数相加乘 4，则作为 12 小时胎动数，胎动计数 12 小时 \geq 30 次为正常，若 12 小时（10 次为异常，逐日记录胎动计数，若发现胎动与往日比较过频或过少都可能提示胎儿有宫内缺氧，应及时到医院检查。

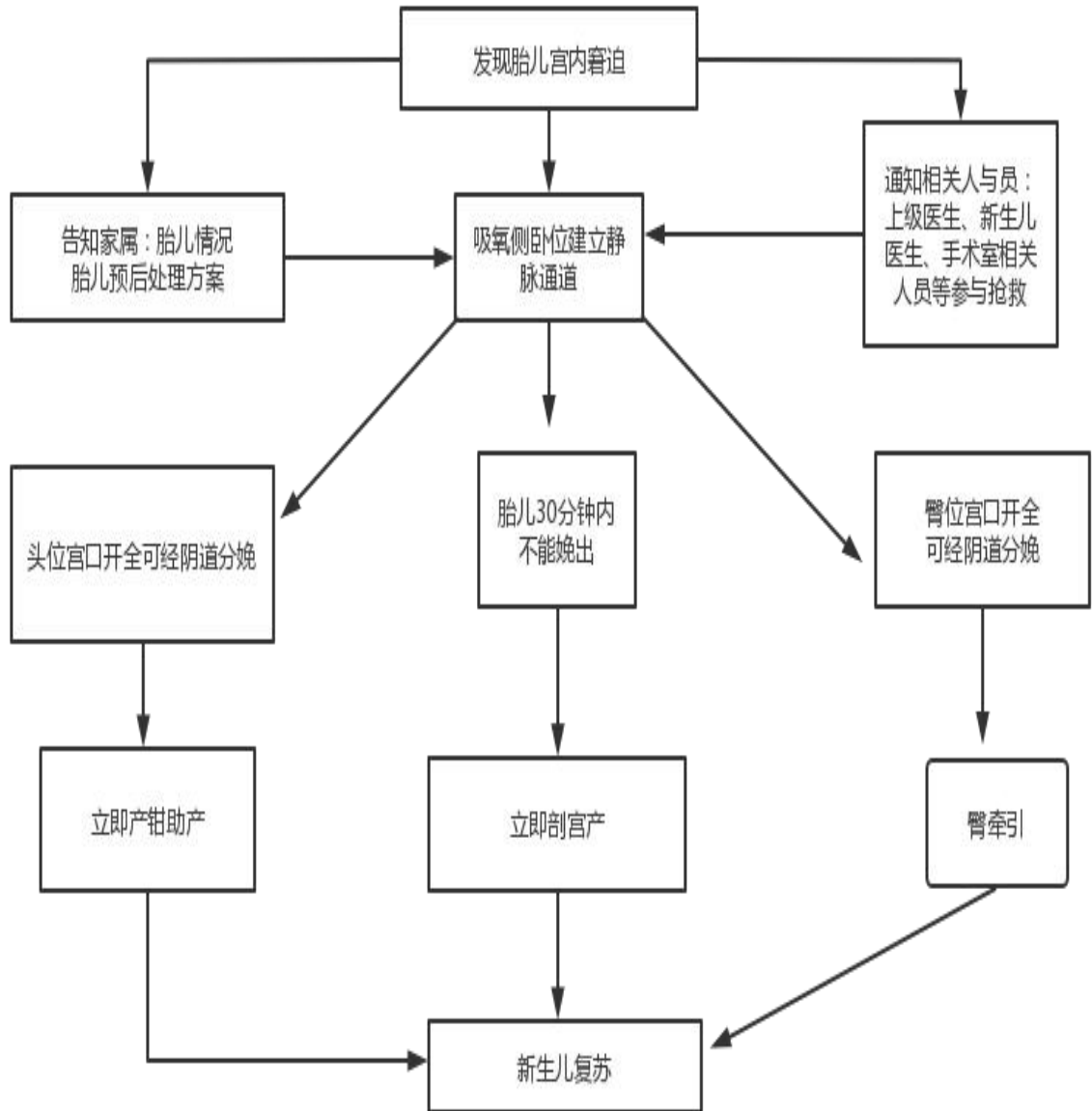
（二）胎心监测

丈夫可在医生指导下学会用听诊器直接听取胎心率，正常胎心率应是 120~160 次/分，胎动时胎心率应增快 $>$ 10 次/分或胎心率不规则，若胎心率减慢少于或多于这个数则提示胎儿缺氧，应及时到医院就诊。

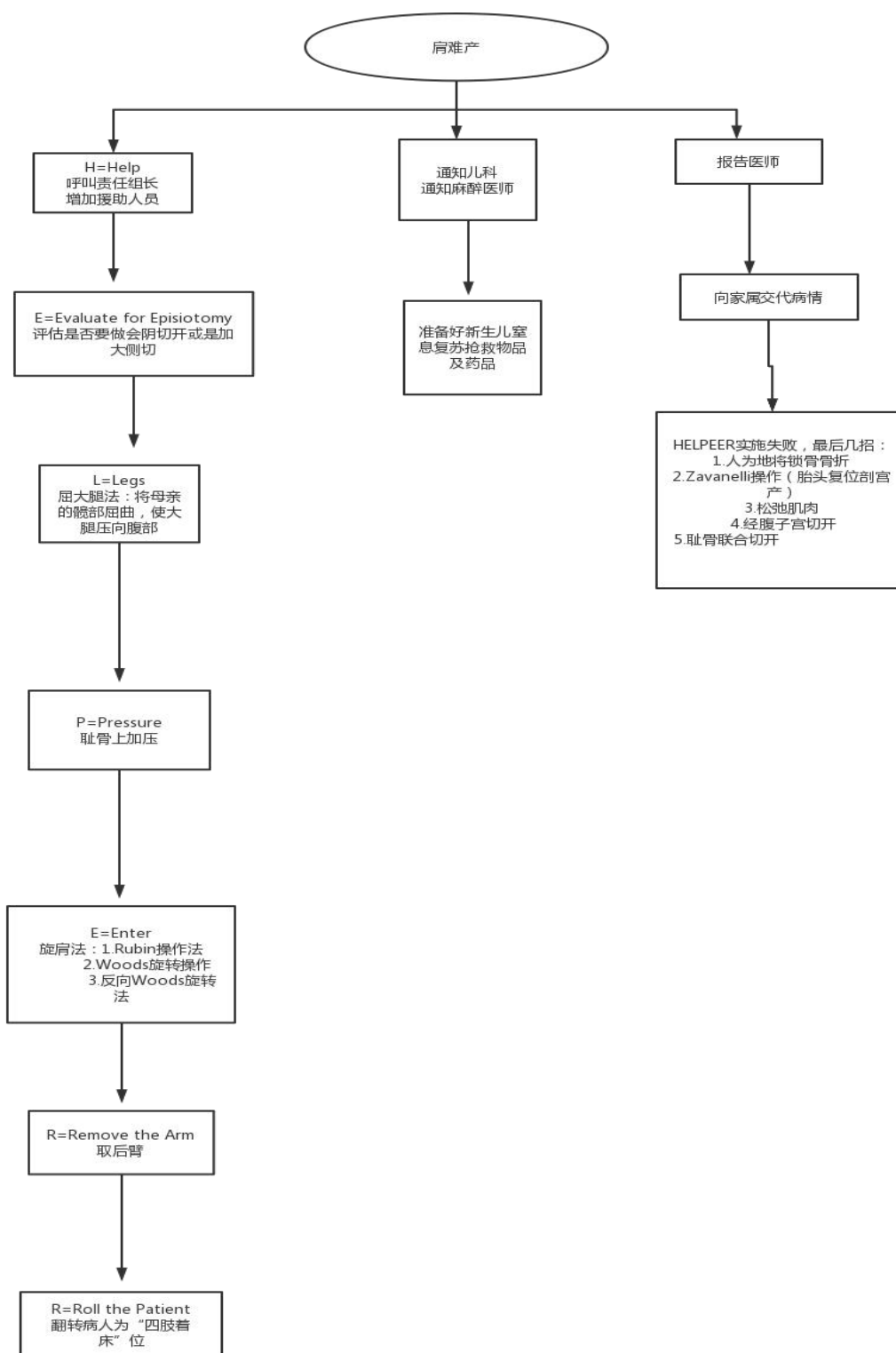
（三）定期产检

及时发现可能引起胎儿宫内缺氧的各种母源性因素并得到及时的诊治，医生还可通过胎儿心电图检查胎心率，电子监护 B 超生物物理评分多普勒超声脐血流检查等及时发现胎心率异常变化，及时采取应变措施。

胎儿宫内窘迫抢救应急预案（见下图）



2.2.8 肩难娩应急预案流程



2.2.9 会阴切开缝合术注意事项

一、术中注意事项：

- (一)会阴正中切开不宜用于产钳术或臀位牵引术，以及会阴体过短或胎儿过大者。
- (二)左侧斜切开术自会阴后联合中线向左侧45°方向剪开会阴，但如会阴高度膨隆时，剪开角度应为60°-70°正中切开则沿会阴后联合中间垂直切开，长约2.5-3cm，注意不要损伤肛门及括约肌。
- (三)行产钳术时如胎儿过大，枕后位时，切口可适当增大。
- (四)剪刀刀面须与皮肤垂直，皮肤与阴道黏膜切口宜大小相仿。
- (五)较大的会阴侧余斜切口时，海绵体肌，会阴深横肌会阴浅横肌及肛提肌一部分将被切断，因为会阴切开后出血较多，应立即采用纱布压迫止血，必要时将活跃出血点钳夹结扎止血。
- (六)缝合阴道黏膜应从切口顶端稍方0.5cm处开始，以免切开处的血管回缩未能缝合引起出血。缝合肌层必须两侧对齐，关闭死腔，缝针也不可太深，防止穿透直肠壁。缝合皮肤的丝线只求对合即可，不可扎得过紧，以免水肿疼痛。
- (七)缝合结束后，必须检查引导内有无纱布遗留，作肛门直肠检查有无肠线穿透直肠壁，如有则拆除重缝。

二、术后注意点：

- (一)保持会阴清洁。
- (二)常向健侧卧，以免恶露浸泡伤口。
- (三)术后4日拆线，外阴伤口肿胀疼痛者，可用95%乙醇湿敷或50%硫酸镁热敷。
- (四)出院前要检查伤口，谨防阴纱带出医院，若发现阴纱带出院应立即报告护理部和医务科。

三、并发症及处理：

- (一)分娩后阴道壁松弛，术时应仔细检查，认清解剖关系，按撕裂的大小与深浅，将组织对合整齐，分层缝合。如阴道壁裂伤较高，无法暴露，可于顶端下方用肠线先缝合针作牵引，然后于顶端上方0.5-1cm处缝合，以防撕裂的血管回缩出血形成血肿。
- (二)在保证有效止血的前提下，缝线不宜过紧过密，组织间不留空隙。
- (三)修补完毕应常规做肛查，如发现有肠线误入直肠腔内，立即拆除重缝，以防发生感染和引起瘘管并发症。
- (四)会阴III度裂伤者，缝合前用消毒液冲洗伤口，直肠壁撕裂用细圆针000号络直肠线或细丝线间断缝合，缝线穿过直肠黏膜，并把线结打在肠腔内，用鼠齿钳寻找、钳夹与拉拢肛门括约肌的两个断端，以1号络制肠线或粗丝线间断缝合2针，这是III度裂伤缝合的关键。然后缝合肛提肌，会阴深、浅横肌及球海绵体肌等组织。

III度裂伤修补术后注意以下各点：

1. 每次大、小便后清洁会阴。
2. 术后进少渣饮食。
3. 口服抗生素，控制肠道细菌感染。
4. 术后禁止灌肠或放置肛管。

2.2.10 产钳术中注意事项

一、概述

产钳术是指使用产钳牵引胎头帮助胎儿娩出的手术。根据放置产钳时胎头在盆腔内位置的高低分为：①低位产钳，指胎头骨质部分已达骨盆底，矢状缝在骨盆出口前后径上。②中位产钳，指胎头双顶径已过骨盆入口，但未达到骨盆底。③高位产钳，指胎头尚未衔接，即双顶径未过骨盆入口。低位产钳较常用。

二、产钳术分类

(一)根据胎头在盆腔内位置的高低分为高位、中位及低位产钳术。

(二)高位系指胎头未衔接时上产钳，危险性大，已不采用。胎头衔接后上产钳，称中位产钳术，也很少采用。胎头颅顶骨最低部位(不是先锋头的最低部分)降达会阴部时上钳，称低位产钳术。胎头显著于阴道口时上产钳，为出口产钳术。尤其是出口产钳术，困难多较小，较安全。

三、术前准备

同吸引术。均需会阴侧切，且切口宜大。

四、手术步骤

(一)产钳分左右两叶，操作时左手握左叶，置入产妇盆腔的左侧，右叶反之。手术分为产钳的置入、合拢、牵引与下钳几个步骤。术前必须导尿。现以枕前位的产钳术为例介绍。

(二)置入前先检查器械。先放钳的左叶，后放右叶，才能扣合。用左手握右叶，涂上润滑剂，右手作引导，缓缓送入阴道。儿头位置低者，用食、中二指作引导即可；位置较高者，须将手的大部分伸入阴道作引导。

(三)开始置入时，钳与地面垂直，钳的凹面向着会阴部，经阴道后壁轻轻插入，在右手地引起下，顺骨盆的弯度慢慢前进，边进边移向骨盆左侧，放到胎头的左侧面。放妥后取出右手，此时叶柄与地面平行，可用左手的无名指及小指托住或由助手托住。然后以同样方法，用右手握产钳的右叶，在左手的引导下慢慢送入阴道，置于儿头的右侧面。

(四)如两叶置适当，即可利合，否可向前后上下移动使其合拢，并使两柄间始终保持约一指尖宽的距离，不要紧靠，以免过度压迫胎头。若合拢不易，表示放置不妥，应取出重放，合后注意听胎心音，倘有突变，说明可能扣合过紧或因夹住脐带所致，应松开详细检查。

(五)牵引及下钳

合拢后如胎心音正常，可开始牵引。牵引应在阵缩时进行，用力应随宫缩而逐渐加强，再渐渐减弱。阵缩间歇期间应松开产钳，以减少儿头受压，并注意听胎心音，牵引方向随儿头的下降而改变。开始钳柄与地面平行(头位置较高者，应稍向下牵引)。当枕部出现于耻骨弓下方，会阴部明显膨隆时，可改用单手缓缓向上提，助胎儿头仰伸娩出。

(六)胎儿头"着冠"后，可取下产钳。取钳顺序与置入时相反，先下右叶，再下左叶，然后用手助儿头娩出。要注意保护会阴。

五、适应症

(一)因第二产程中宫缩乏力，持续性枕后位或枕横位而第二产程延长者。

(二)胎儿宫内窘迫，或产妇有明显衰竭者。

(三)产妇合并有心脏病、高血压、妊高症、肺部疾患等需缩短第二产程者。

(四)吸引器助产失败，确认为无明显头盆不称或胎头已入盆甚至已通过坐骨棘平面者。

(五)臀位、后出头须产钳助产者。

(六)有前次剖宫产史而须缩短第二产程者。

六、注意事项

(一)取膀胱截石位，消毒，铺巾、导尿。

(二)阴道检查确定宫口已开全，产道无异常，胎头已入盆，先露较低，并除外高直后位，额后位或额位。

(三)监测胎心。可有异常，但仍存在。

(四)会阴侧切切口适当加长。

(五)如产钳两叶放置正确一般易于扣合，若扣合困难或滑脱，应取出检查有无异常，重新放置产钳，如再失败应考虑作剖宫产。

(六)要持续而缓缓加力，按杠杆原理沿产道中轴方向牵引，切忌左右摇摆。

(七)产后检查有无产道及胎儿损伤。术后再导尿和肛检，以观察有无膀胱、尿道或直肠的损伤，如有损伤应立即处理。

2.2.11 剖宫产手术注意事项

一、应掌握好适应症，剖宫产对母体有一定的并发症，故在决定手术时应根据孕妇的情况，全面综合分析，慎重考虑。

二、注意勿损伤膀胱，尤在腹膜外剖宫产时，分离膀胱是关键，应认清解剖关系，找到正确膀胱腹膜间隙，必须将膀胱筋膜切开，从左侧找到膀胱边缘开始，其余则较易分离。

三、勿损伤胎儿因子宫下段较薄，故在切开子宫壁时应逐渐深入，勿次切透。延长子宫下段横切口可用手指撕开。如用剪刀剪，刀刃必须紧贴宫壁，并以左手食指引导，或用绷带剪刀。

四、子宫切口，宜大小合适，过大容易损伤侧旁血管丛，过小易引起撕裂，尤其是子宫下段剖宫产，宫壁薄，若横切口撕裂时甚至可能波及后壁，于止血及缝合时损伤输尿管。

五、注意出血，出血多由于子宫壁静脉出血或子宫收缩不佳所致。子宫下段横切口剖宫产时，由于该处肌壁薄，容易向两侧角撕裂，血管裂伤易出血。手术时应注意子宫右旋转的特点，防止切口偏于左侧。切口要够大，娩出胎头时要沉着、稳妥。如有裂伤，一面吸血，一面用卵圆钳夹住裂口边缘，弄清解剖后迅速将出血点结扎或缝扎止血。子宫体部剖宫产时，由于出口肌壁厚，血管丰富，故出血多，不用卵圆钳夹持切口边缘及迅速缝合止血。在娩出胎头后即可在子宫肌层或静脉注射子宫收缩药物，可减少子宫出血。缝合子宫下段横切口时，两角处应超过顶部 0.5cm，以防因血管回缩而引起出血或血肿，切口可作一层不包括鞘膜的连续缝合，必要时加间断缝合 1-2 针。

六、娩出胎儿后如无特殊应等待胎盘自然剥离，否则子宫肌纤维尚未缩复时取出胎盘，易引起出血量增多，并需检查胎盘、胎膜完整。

七、切缘正确对合后在予以缝合子宫下段横切口时，切勿将子宫下段后缘缝于切口前缘上。

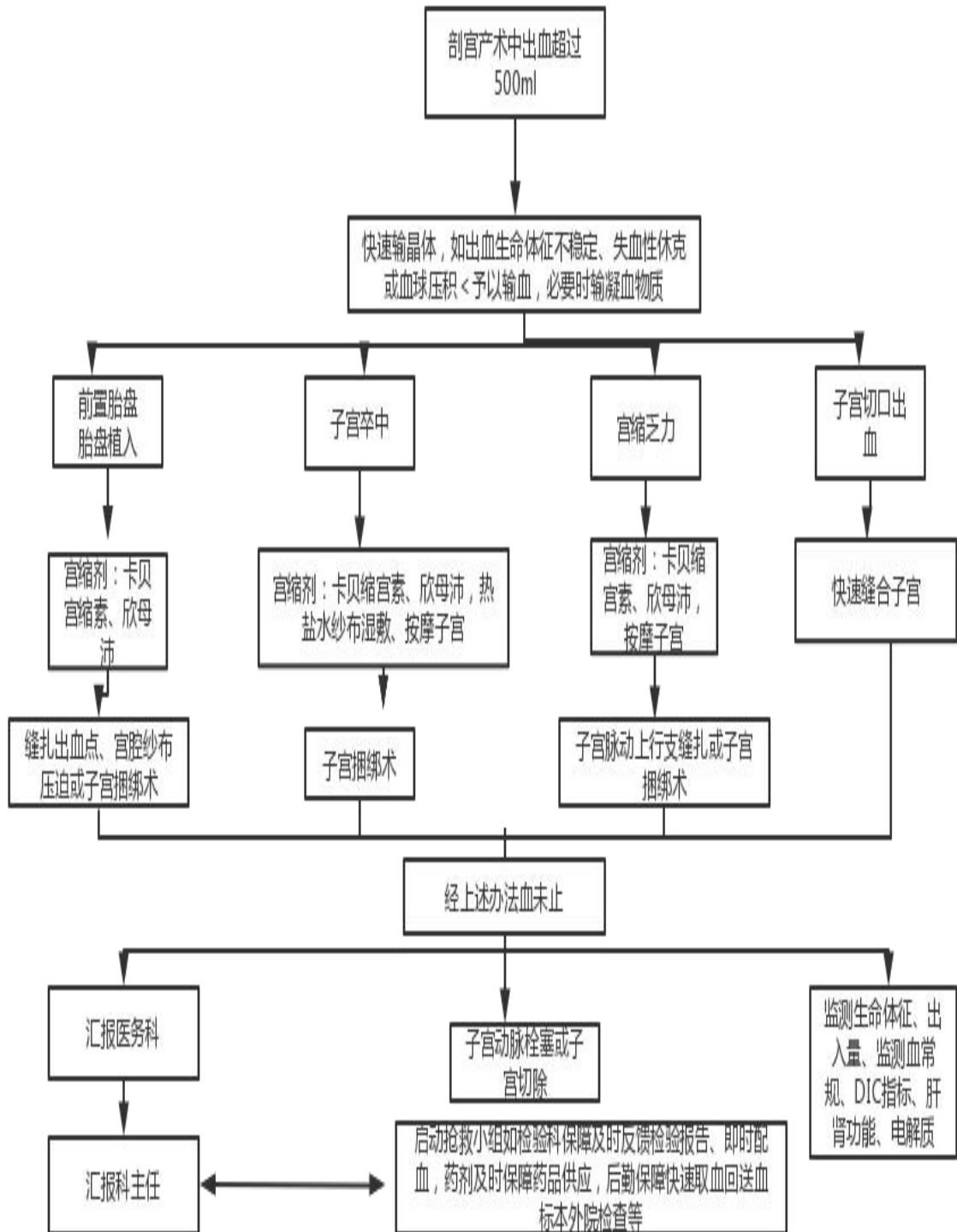
八、缝合腹部前应探查两侧附件是否有异常。

九、术后应将宫腔及阴道内积血清除，可按压宫底及用手指按压阴道后壁，清除阴道内积血。

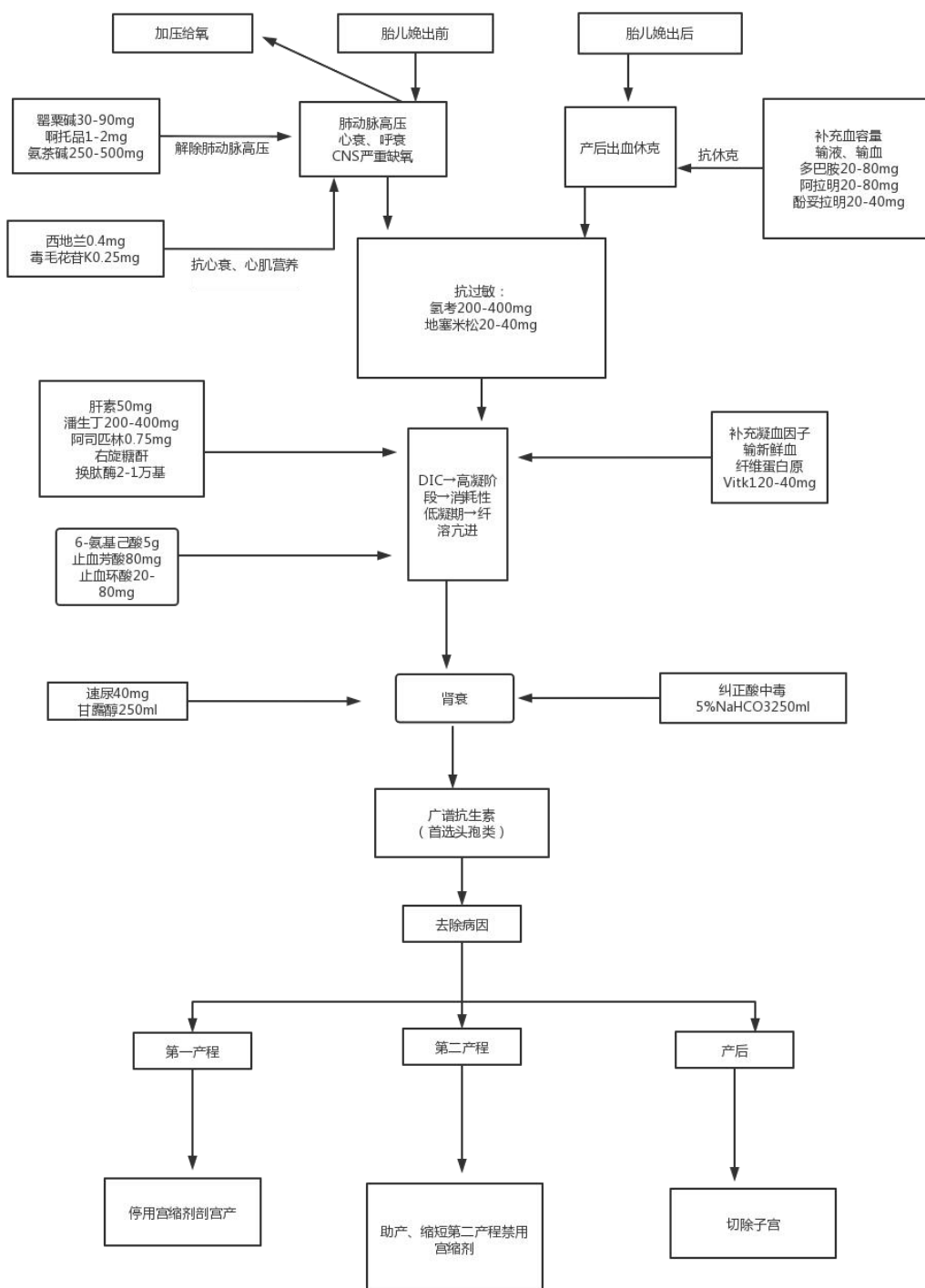
十、术后注意伤口出血和阴道出血。

十一、膀胱损伤立即修补。

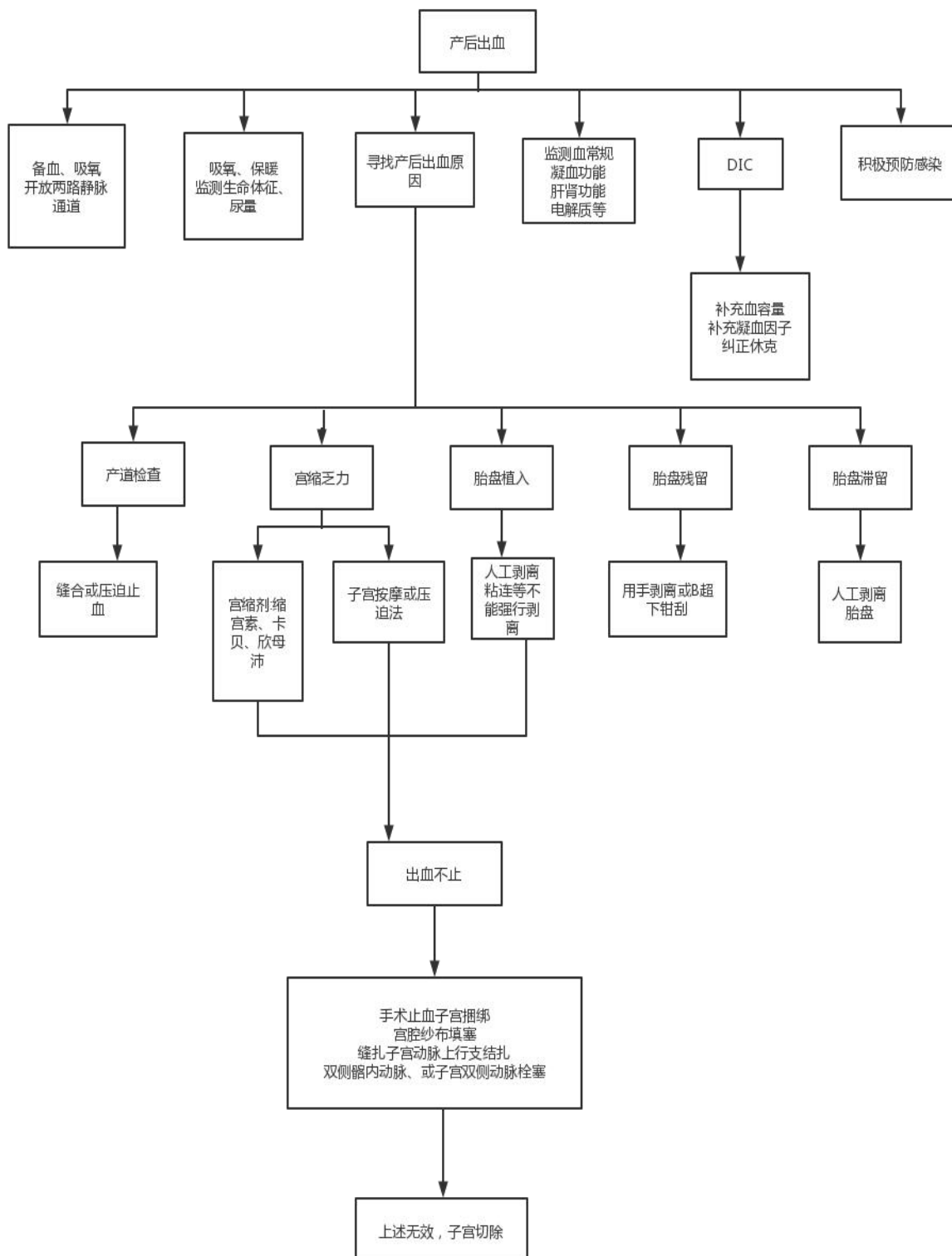
2.2.12 剖宫产术中出血超过 500ml 应急预案



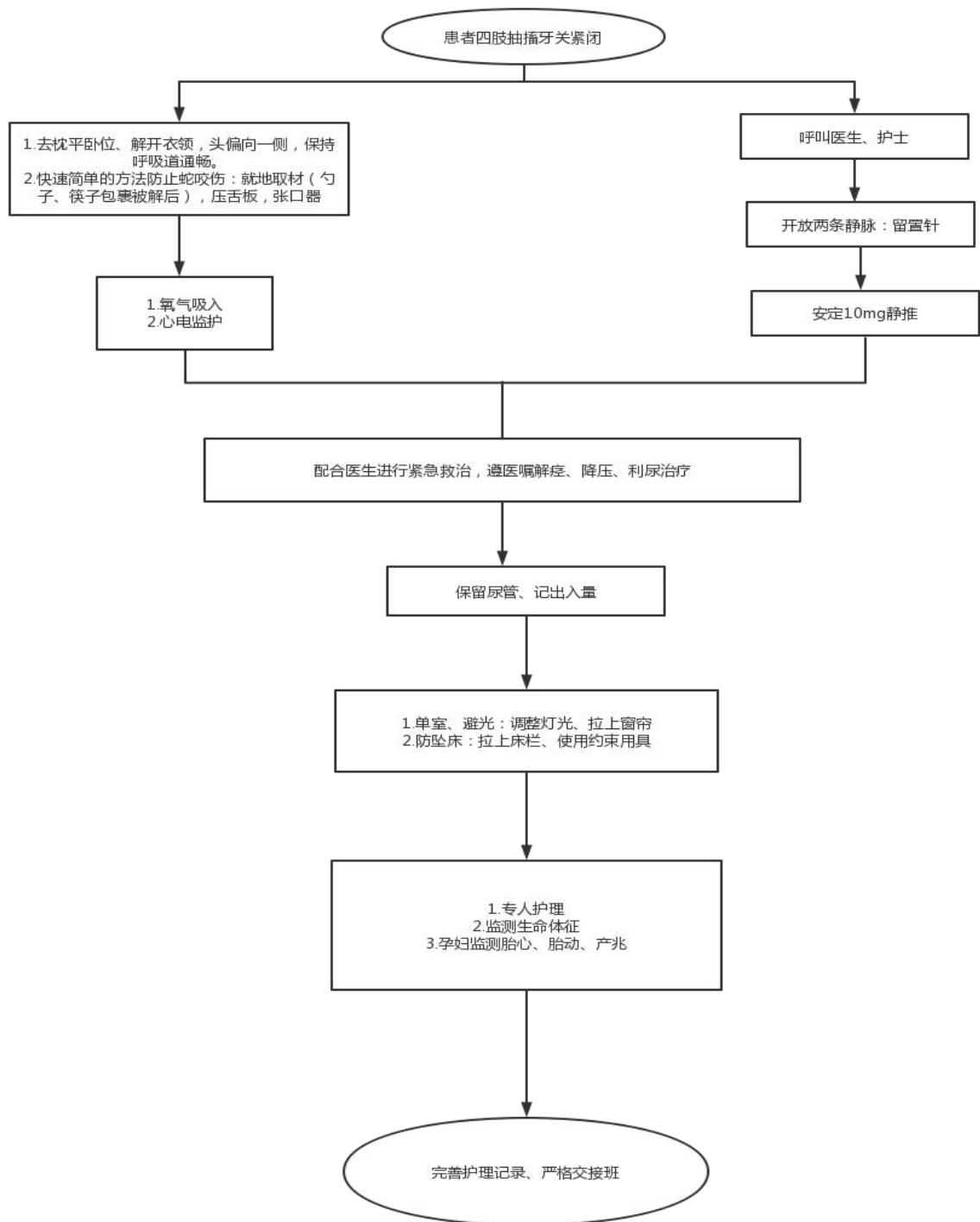
2.2.13 羊水栓塞抢救应急预案流程



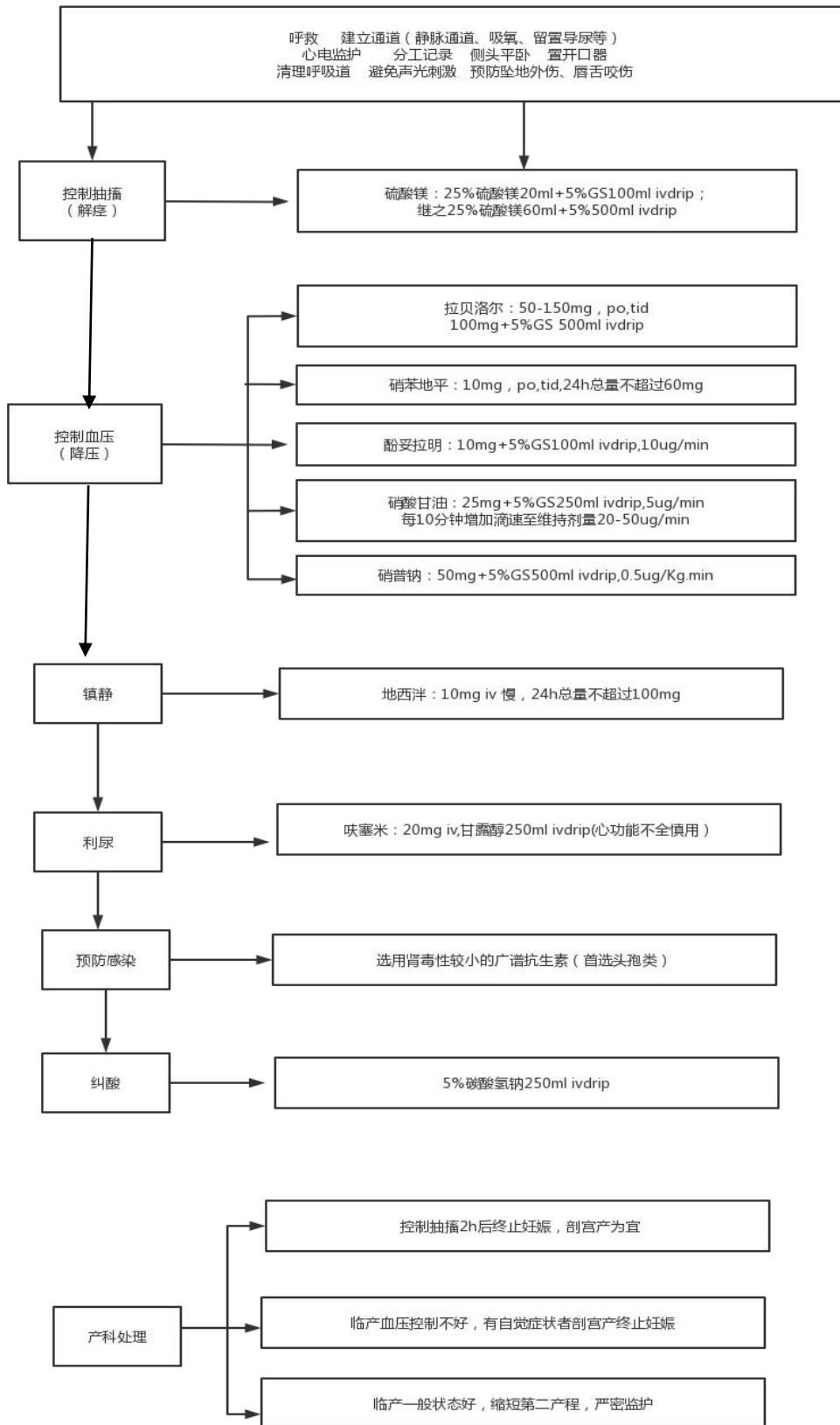
2.2.14 产后出血抢救应急预案流程



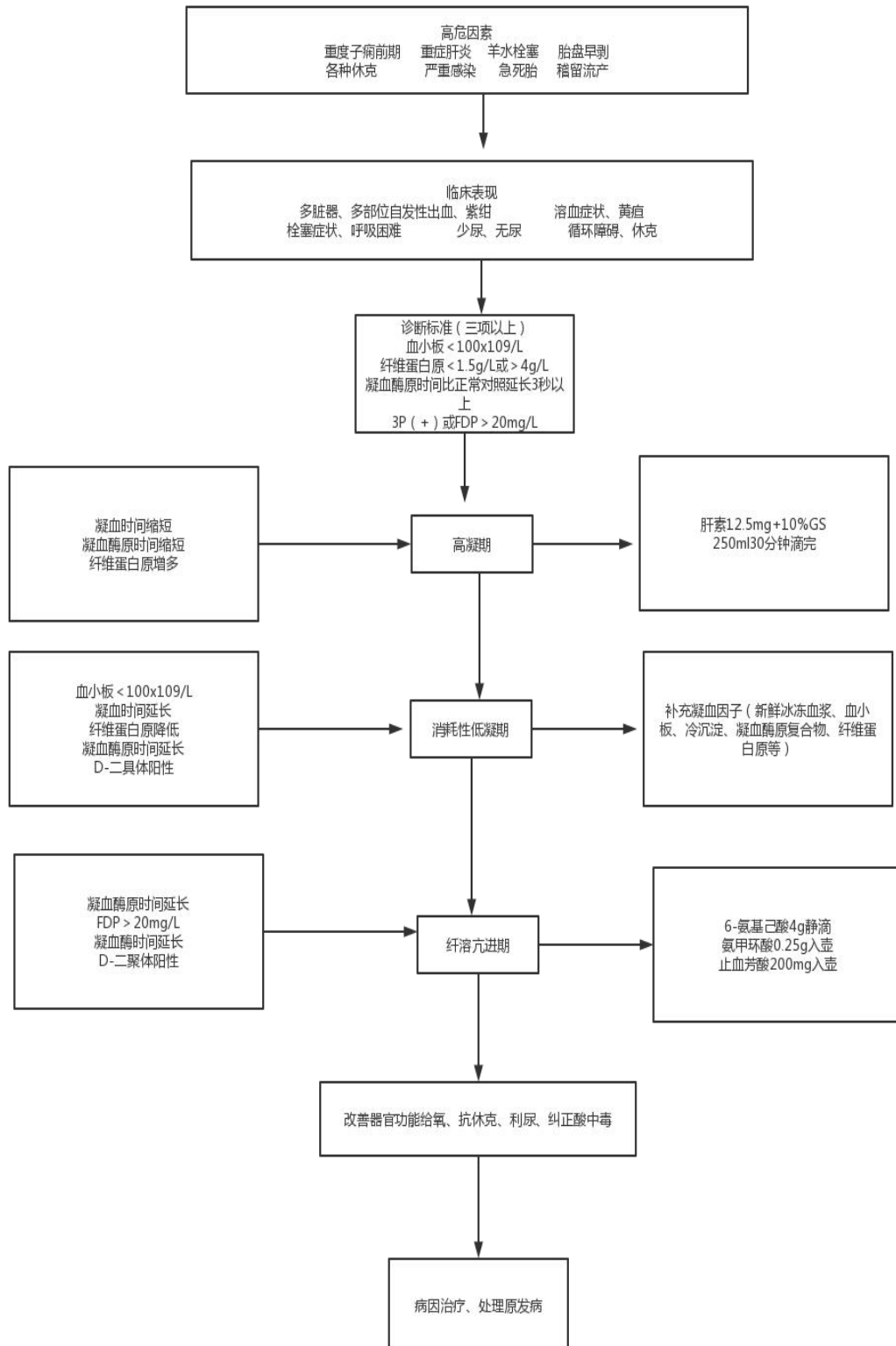
2.2.15 子痫应急预案流程



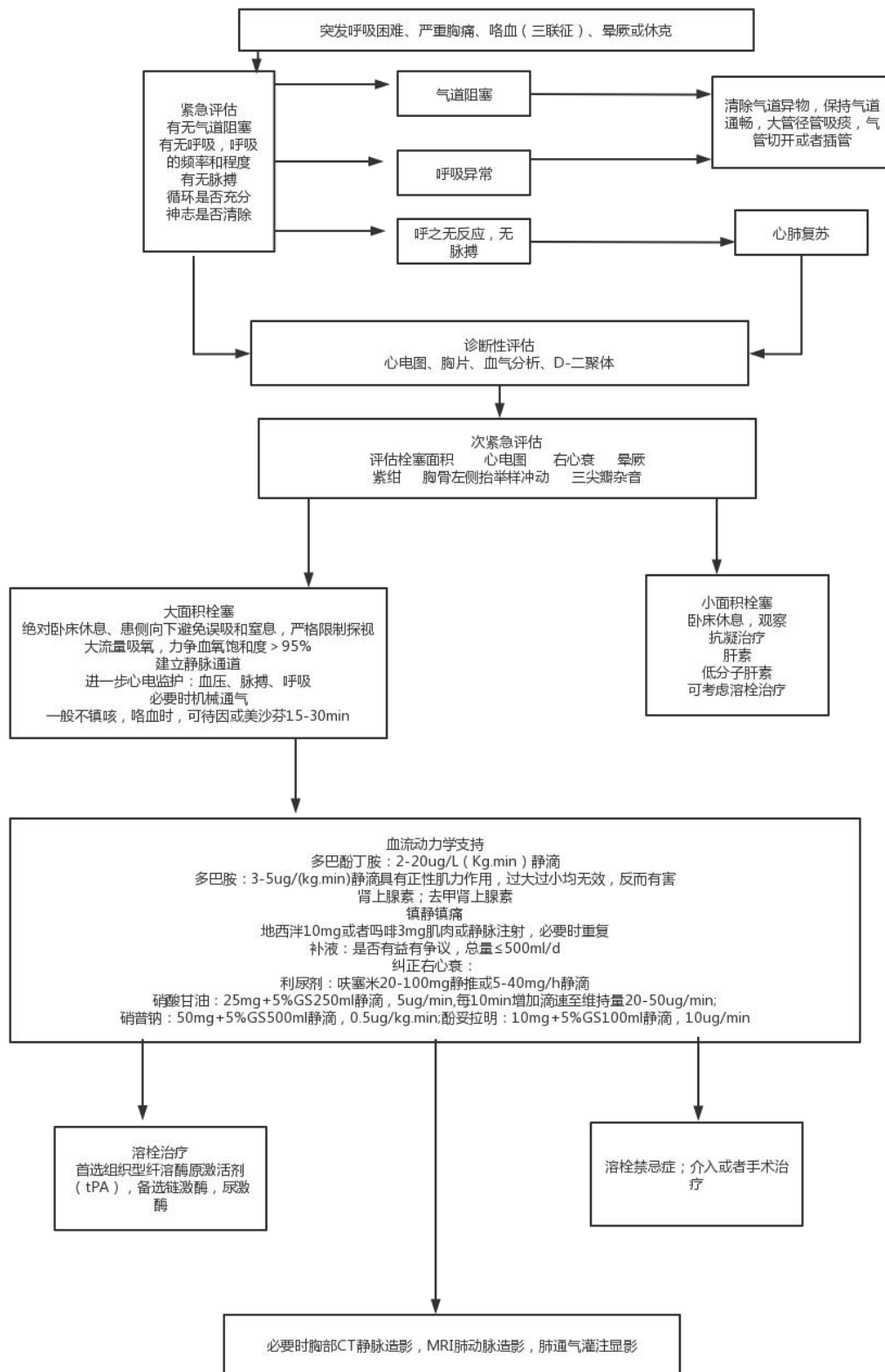
2.2.16 弥散性血管内凝血抢救流程



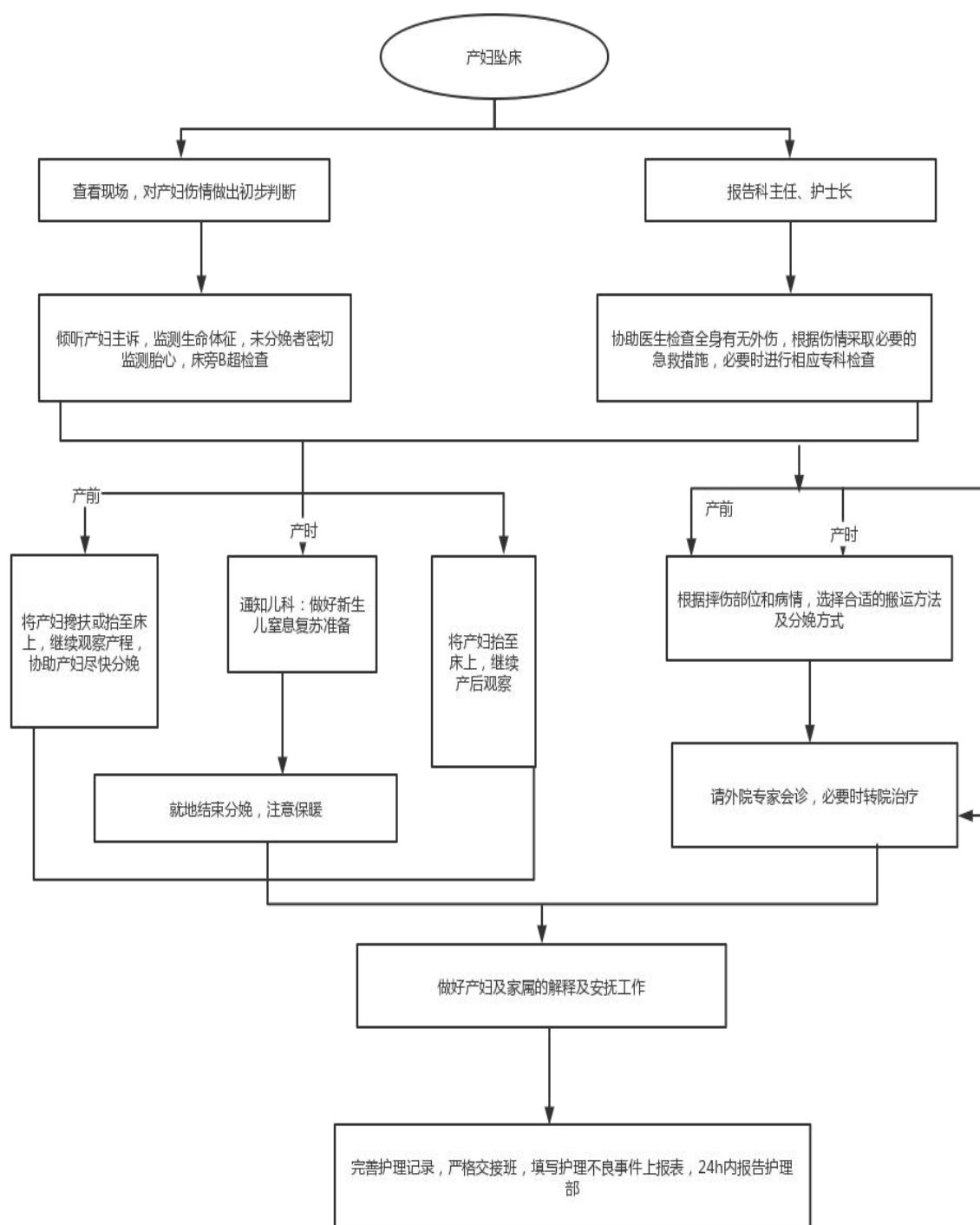
2.2.17 子痫抢救流程



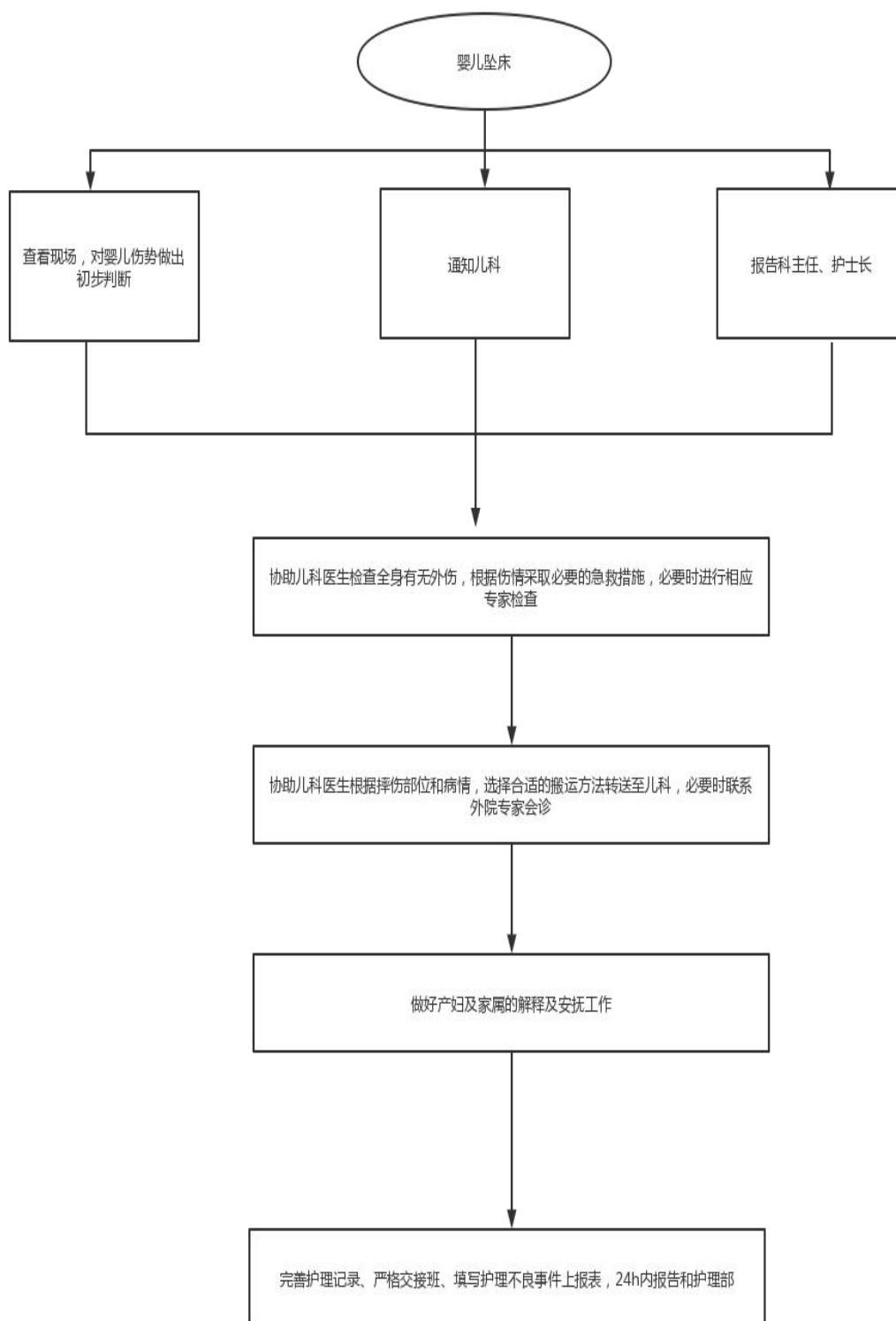
2.2.18 急性肺栓塞抢救应急预案流程



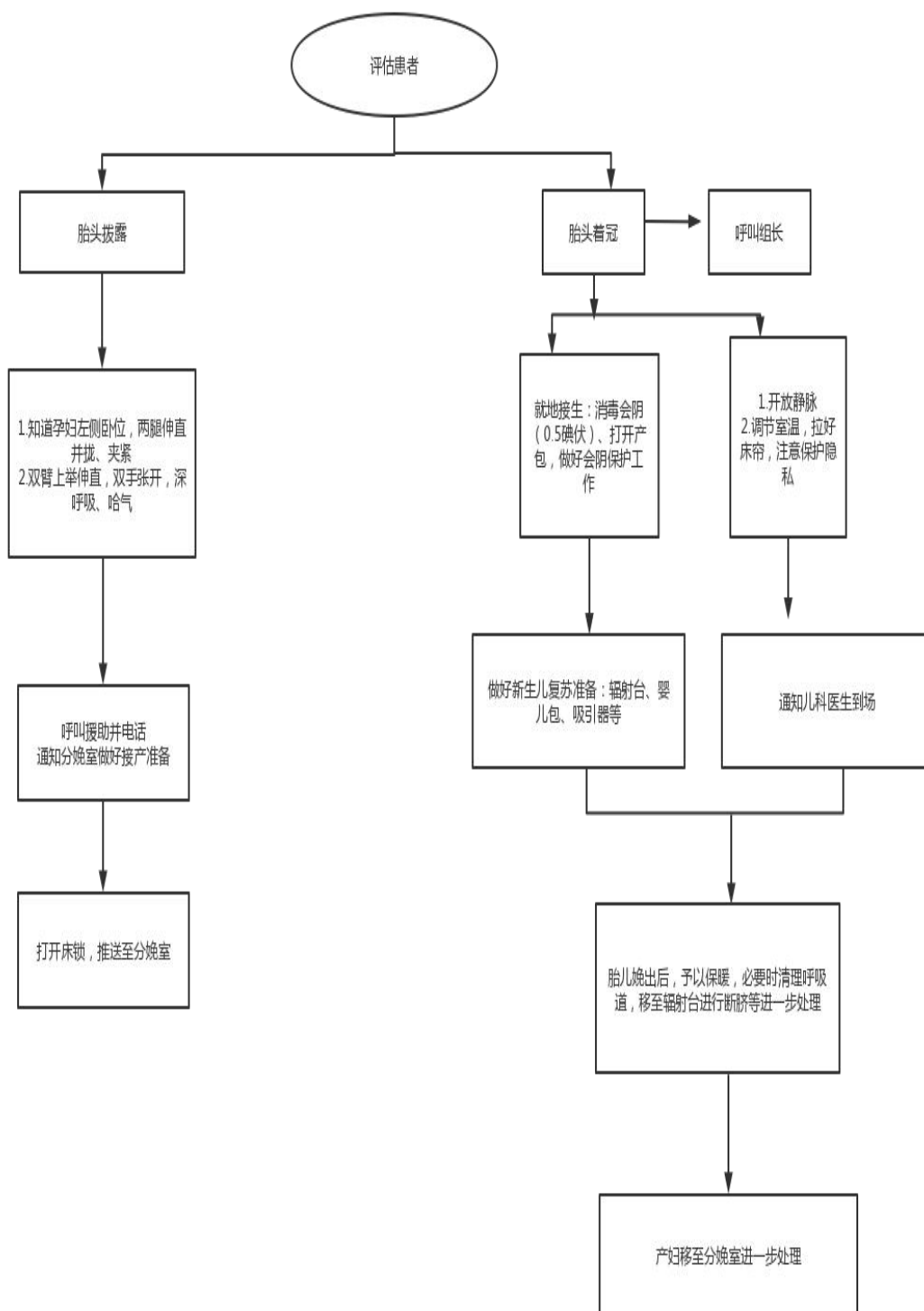
2.2.19 产妇坠床应急预案流程



2.2.20 婴儿坠床应急预案流程



2.2.21 产房先产儿应急预案流程



2.3 妇女保健部

2.3.1 宫外孕应急预案

一、高度怀疑宫外孕的患者要详细询问有关病史，包括平素月经周期、末次月经，腹痛发生时间、部位及性质，阴道流血时间及量，阴道有无组织物排出，本次病程中曾检查的化验结果，既往生育史，手术史，有无宫内节育器，有无其他不适。

二、应测血压、脉搏等生命体征，并行腹部检查及妇科检查，注意腹部有无压痛、反跳痛及肌紧张，有无宫颈抬举痛、后穹窿饱满感，子宫大小，盆腔内是否可触及异常包块，压痛位置。

三、如高度怀疑盆腔内出血，应急诊行后穹窿穿刺，术前应交待风险及相关并发症，并在患者或家属签字同意后实施。

四、急诊行血常规，凝血，血型，血 HCG，尿 HCG，B 超，心电图检查等。

五、确诊宫外孕后，应立即收治入院，进行下一步诊治。完善相关检查，根据情况可行手术治疗、药物治疗及期待治疗。待血 HCG 降至或接近正常范围方可出院。

六、如患者来院时伴有痛苦面容、面色苍白、心慌、气短、脉搏细速等休克表现时应立即去枕平卧位，组织值班护士快速开通静脉通道(2组或以上)，快速输注平衡液、吸氧，注意保暖;同时通知当时值班最高职称医生或科主任到场组织抢救，并上报行政总值班、医务科及相关科室、部门的领导。开通绿色通道，必要时急诊床旁 B 超、心电图，必要时请检验科医生到场协助急查血常规、凝血、血型、血 HCG、尿 HCG、交叉配血等检查。确诊宫外孕并失血性休克后立即入院，抗休克、输血同时直接送往手术室进行手术抢救(相关功能检查和检验可在手术室进行)。

七、抢救室、手术室抢救设备设施及药品要求齐全，如:氧气通道、氧气袋、吸氧管及面罩、输液全套物品、抢救平车、妇科检查及后穹窿穿刺器械、平衡液、多巴胺、肾上腺素、氨甲环酸等。以上需定期维护和检查，并保持抢救物品处于良好功能状态。

八、在抢救过程当中，安排专人负责记录抢救记录及相关报告。

2.3.2 妇科手术中大出血的防治预案

一、妇科手术中大出血多见于妇科肿瘤手术，尤其是放化疗后的手术，有盆腹腔手术或炎症史的，严重的盆腹腔粘连患者、腹腔镜手术等。

(一)处理宫旁或分离粘连时引起的宫旁、阴道或盆腔静脉丛的出血或渗血。

(二)直接损伤大血管，尤其是静脉壁薄容易损伤，多见于淋巴清扫术，腹腔镜手术。

二、防治预案：

(一)对肿瘤手术、严重盆腔粘连估计术中出血多者、贫血患者，术前应备血。术前可请麻醉科会诊，术中颈静脉穿刺。

(二)当出血或渗血量多，又看不清出血点时，切忌盲目钳夹缝扎，可用纱布压迫数分钟后缝扎止血。压迫止血无效时，可结扎髂内动脉或压迫腹主动阻断血流暂时止血，对大血管损伤性出血紧急压迫止血同时请血管外科会诊。

(三)对腹腔镜手术中大出血或不明原因的休克，应立即汇报上级医师，麻醉科主任，如科主任及医务科立即组织抢救，并请相关科室(如外科等)会诊。

三、预防：

严格手术制度，按规范操作：熟悉盆腔解剖，手术仔细按解剖层次或自然腔隙内操作，可减少不必要出血和难以控制的止血。对估计术中可能出血多者，术前常规备血。

2.3.3 输尿管膀胱损伤防治预案

一、预防：

有泌尿道畸形或病变可能累及输尿管膀胱者(如恶性肿瘤、子宫内膜异位症等)，术前应进行相关检查如超声、静脉肾盂造影、CT、MRI等，科室讨论。必要时泌尿科医师会诊进行手术前评估。

(一) 术前可行膀胱镜下输尿管置管，术中可扪及此管有利避让。

(二) 注意解剖：注意电凝的强度(切勿过强、过长)

(三)输尿管损伤的迹象：

1.术中可见不断有浅红色血水样液体积聚于盆底部，或尿液不断由裂口或断端流出。

2.术中疑有损伤可经静脉注入亚甲蓝(美兰)：每次 40 mg 注射后 10 分钟之内尿液可显蓝色。

3.输尿管损伤、尿漏可致术后腹痛、腹胀、肾区钝痛、发热、尿少、腹腔引流管大量液体检验为尿液。

4.输尿管结扎或缝扎单侧可仅背痛，最后发生肾盂积水、肾萎缩，双侧结扎术后即出现尿毒症。

二、处理：

(一)术中可疑膀胱、输尿管损伤，静脉注入亚甲蓝(美兰)，排除损伤后继续

进行原手术。

(二)认真检查膀胱和输尿管，仍不能排除输尿管或膀胱损伤，应即刻请外科急会诊。并即刻汇报科主任、医务科。

(三)凡腹腔、盆腔手术后病人发生无尿、漏尿、腹腔或盆腔有刺激症状时均应想到输尿管损伤的可能。对怀疑输尿管损伤的病人，应请外科急会诊，进行系统的泌尿系检查，汇报科主任、医务科。

(四)凡盆、腹腔有明显粘连或疑似手术中操作困难有可能结扎输尿管的，或术后明显腰、肾区酸痛、胀痛者，应及时作双肾、输尿管 B 超检查，必要时作 MRI 检查。防止输尿管结扎严重后果而出院。

注意:输尿管损伤后要立即手术修补，黄金时间在 8 小时内!

术后少尿、漏尿要想到可能操作失误!术后无尿可导致尿毒症、肾衰!

2.3.4 LEEP 术并发症的处理预案

一、术中止血:对电凝止血困难者可行缝合止血。

二、术后止血:多发生于术后 7-10 天伤口脱痂出血，少量出血可服用止血药，如出血多可行纱布压迫止血，原则上不主张电凝止血，对出血严重者可收住院。

三、术后感染:区别宫颈创面局部感染，还是盆腔感染，无全身症状者口服抗生素治疗，对出现全身症状者应予静脉使用抗生素，必要时收住院。预防措施主要是术前排除盆腔感染和阴道、宫颈局部炎症，术后常规使用抗生素 5-7 天。

四、宫颈管狭窄;行颈管扩张术。

五、阴道壁损伤:术中视野清晰，可避免损伤，对阴道壁损伤者以止血为主，无出血者可不给特殊处理。

2.3.5 计划生育手术出血的应急预案

一、诊断

放取 IUD 出血 ≥ 100 毫升;负压吸宫出血 ≥ 300 毫升;钳刮术出血 ≥ 400 毫升;中期引产出血 ≥ 500 毫升。

二、处理

(一)祛除病因

1.不全流产、胎盘残留:快速清理宫腔(B 超下刮宫、钳取胎盘，徒手剥离胎盘)

2.胎盘植入:立即停止胎盘剥离，视情况可宫腔纱布填塞，压迫止血。

3.损伤性出血:停止操作，视情况手术修补

(二)止血

1.宫缩剂:缩宫素 20 单位, 宫颈注射;平衡液 500 毫升+缩宫素 20 单位, 静脉点滴;卡贝缩宫素 100 ug, 静脉注射;欣母沛 250 ug、皮下注射;卡孕栓 1 mg、塞肛或舌下含化;米素前列醇 600ug, 口服。

2.宫腔纱布填塞:无菌纱条, 用生理盐水浸湿, 宫腔填塞压迫止血。注意由内向外填紧, 24 小时取出。严密观察生命体征, 子宫大小及阴道出血。

3.子宫动脉栓塞术, 结扎盆腔血管, 子宫切除

(三)支持治疗

1.准确估计出血量;

2.观察生命体征及尿量;

3.迅速开放有效的静脉通路, 补充血容量, 必要时输血;

4.有休克抗休克治疗;

5.凝血功能障碍, 补充血小板、凝血物质、新鲜冰冻血浆;

三、预防

(一)术前明确诊断, 选择恰当的手术方式;

(二)规范手术操作, 避免损伤性出血;

四、报告及记录

(一)通知上级医师, 及时处理, 减少出血。严重者, 报告医务科, 组织抢救;

(二)及时、如实告知家属, 签“病情告知书”。严重者签“病危通知书”;

(三)及时做好病程记录, 护理记录。

2.3.6 计划生育手术子宫穿孔的应急预案

一、诊断

(一)术者感觉器械进入宫腔的深度超过原有的宫腔深度, 或手术中突然有落空感, 或探不到底的感觉;

(二)患者突然出现强烈腹痛;

(三)出血多时可出现腹膜刺激症状及休克;

(四)术中发现大网膜或肠管自宫腔内带出;

(五)B 超监视, 操作器械超出子宫范围。

二、处理

(一)一切疑有子宫穿孔应立即停止手术操作, 注射缩宫素。

(二)住院密切观察生命体征, 腹部体征, 阴道流血。

(三)注射抗生素, 预防感染。

(四)若当时刮宫未净, 确定无其他脏器损伤后, 由有经验的医师在 B 超监视下再次进行清宫, 或改做药物流产。

(五)若怀疑伴有肠管损伤或内出血明显, 宜尽早开腹探查, 在直视下进行清

官，修补子宫和肠管。肠管手术需请外科医生参加。

(六)如因葡萄胎或绒毛膜上皮癌所致穿孔者，除需开腹切除子宫外，应同时进行化疗。

三、预防

(一)术前明确诊断，选择恰当的手术方式，对高危手术由有经验的医师操作。

(二)规范手术操作:检查子宫大小，位置，探针沿子宫方向缓慢探入，禁止过度用力、吸头确定在宫腔内方可给予负压。

四、报告及记录

(一)报告上级医师，严重者，报告医务科。积极处理，把病人的痛苦降到最低。

(二)及时、如实告知病情，取得家属在处理上的配合，力争最佳结局。需要开腹手术者签“手术同意书”。严重者签“病危通知书”及时做好病程记录，护理记录。

2.3.7 宫内节育器异位、残留的应急预案

一、诊断

(一)有放置 IUD 史，B 超检查 IUD 未在子宫内，而 X 线摄片见盆腔或腹腔内有 IUD 影像；

(二)取 IUD 术中发生断裂、残留；

(三)B 超检查，对肌层嵌顿或下移者可提示 IUD 位置、形态的变化；

(四)异位于子宫膀胱陷凹或子宫直肠陷凹者，妇科检查时可在阴道前、后穹窿触及异物感；

(五)腹腔镜、宫腔镜、剖腹检查时确定诊断。

二、处理

(一)经阴道取出:适用于小部分嵌顿于肌层的 IUD 可以在 B 超监视进行。环形 IUD 取出困难时也可先钩住环的下缘，轻轻将 IUD 牵拉出宫口外，用血管钳牵拉，逐渐拉直后于宫颈口处剪断，然后松动这端环弦，一般均能取出。取出的节育器需核对，如疑有断裂或残留的可能，需进行 X 线摄片证实之；

(二)宫腔镜下取出；

(三)经阴道后穹窿切开取出，节育器异位于子宫直肠凹时，可行切开后穹窿取出；

(四)经腹腔镜取出，IUD 异位于腹腔时，并估计无粘连时，可在腹腔镜下直视取出。

(五)经腹取出，大部分或完全嵌顿、异位于腹腔的 IUD，按上述方法取出困

难，

应剖腹取出。如伴有严重感染，合并其他妇科疾病，或年龄较大的妇女可考虑子宫切除术。

三、预防

(一)放置 IUD 时，避免子宫穿孔，防止放置时的异位；

(二)取 IUD 时有断裂，疑有残留者，予 x 线摄片，明确残留情况，必要时宫腔镜下试取。

四、报告及记录

(一)对残留者如实告知病人，并明确处理方案；

(二)对子宫穿孔，IUD 异位于子宫外者，及时报告上级医师及医务科，积极处理，予以取出；

(三)及时、如实告知病情，取得家属在处理上的配合，力争最佳结局。需要开腹手术者签“手术同意书”；

(四)及时做好病程记录，护理记录。

2.3.8 药物流产术后出血的防治预案

一、术后观察

(一)服用米索前列醇后应经常巡视观察 T、BP、P、恶心、呕吐、腹泻、头晕、头痛、手心瘙痒，警惕过敏性休克，出现异常及时记录、处理；

(二)注意阴道排出物，大小便应排入便器中，如有组织物排出，及时观察，送病检：排出组织物后应测 BP1 次，并做好记录；

(三)出血多、应及时处理(缩宫剂、刮宫等)。

二、离院指征

门诊：排出组织物后出血偏多再观察 1 小时，无多量活动性出血可离院，二周随访。6 小时内胚囊未排出，且无活动性出血可离院，一周随访；出血多者应病房留观；≤7 周、近期剖宫产、畸形子宫等宫腔操作风险大者，流产后复查 B 超，宫内组织物≤15mm，有随访条件者可出院观察，门诊随访。

三、急诊刮宫指征

(一)用药后胎儿、胎盘未排出，阴道流血量≥100 毫升；

(二)胎儿排出后阴道流血量≥100 毫升或有活动性出血；

(三)胎儿排出后一小时胎盘未排出；

(四)胎儿胎盘排出后阴道流血量≥200ml；(五)胎盘有明显缺损。

2.3.9 胎盘前置状态中期引产的应对预案

一、诊断

妊娠中期 B 超发现胎盘附着于子宫下段，甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口，称为胎盘前置状态。

二、预防

(一)对入院引产的患者，引产前 B 超检查，确定胎盘位置；

(二)对于胎盘前置状态的患者，做好患者及家属告知，分娩前和分娩时的出血可能；

(三)对于胎盘前置状态的患者，有宫缩后注意阴道出血量；

(四)胎盘下缘盖内口者，可备血。

三、引产方式选择

(一)妊娠<14 周,头径≤30mm 药物流产,出血多钳刮,妊 15-16 周,头径≤36mm,药物流产,出血多首选钳刮,有困难可考虑剖宫取胎;

(二)妊娠 16-26 周,头径≤65mm,胎盘盖内口少,利凡诺羊膜腔注射引产、出血多剖宫取胎;

(三)妊娠 16-26 周,子宫壁有较大的疤痕,(剖宫产、肌瘤挖除),并距离手术时间较短,子宫破裂可能性大,宜做剖宫取胎;

(四)妊娠 16-26 周,已明确胎盘完全遮盖内口,已有子女,做好家属谈话后,可做经腹剖宫取胎术。

四、引产术中处理

(一)胎儿胎盘娩出后阴道出血多,可酌情加用缩宫素、米索、益母草等加强宫缩治疗;

(二)胎儿娩出、胎盘未娩出,可先娩出胎盘后,加强宫缩治疗;

(三)胎儿胎盘未娩出、阴道出血多,若能牵拉胎儿,可牵引压迫胎盘止血,并加速娩出胎儿及胎盘。若阴道出血量多,病情凶险,则剖宫取胎,做好子宫切除术准备。

五、报告及记录

(一)术前充分告知,让病人及家属理解,明确处理方案,签手术同意书;

(二)出血多,要及时、如实告知病情,取得家属在处理上的配合,力争最佳结局;

(三)中间改剖宫取胎者,需要再次签“手术同意书”,强调有子宫切除可能。

(四)及时做好病程记录,护理记录;

(五)对大出血抢救者应报告医务科。

2.3.10 计划生育术后感染的应对预案

一、诊断

术前并无全身或局部感染,经人工流产后两周内开始出现与手术直接相关的腹膜、子宫、附件及盆腔炎症,甚至发展为全身性感染者。

WHO 盆腔炎的诊断标准(前 2 项+后 4 项中的 2 项)

- (1)体温 38 度或以上
- (2)下腹痛或压痛
- (3)宫颈举痛
- (4)子宫、附件压痛或存在包块
- (5)分泌物呈脓性
- (6)血白细胞增加

二、处理

(一)严密观察病情:T、P、BP、血常规、C 反应蛋白、细菌培养及全身状况;
(二)行相关检查排除子宫穿孔合并脏器损伤引起得到腹盆腔感染,若确定是,应行盆腔探查术;

(三)急性盆腔炎联合使用抗生素,如青霉素+甲硝唑;头孢+甲硝唑治疗;

(四)有条件根据细菌培养选择用药;

(五)如合并人流不全,先控制感染,后行刮宫术。若宫腔残留组织多,在控制感染的基础行刮宫术。

三、预防

(一)严格执行无菌操作;

(二)严格掌握手术禁忌症。若有合并其他身体部位的感染如肺部感染、泌尿系感染应术前控制感染;若有阴道感染如霉菌、滴虫、细菌也应药物治疗后方可手术;

(三)术后口服抗生素预防感染;

(四)术后禁房事一月;

(五)术中发现有宫腔感染,及时静脉应用抗菌素。

五、报告及记录

(一)如实告知病人,取得病人的配合;

(二)对感染严重者,应及时、如实告知家属,签定“病情告知书”,出现败血症,感染性休克应签“病危通知书”,并报告医务科;

(三)做好病程记录。

2.3.11 人流不全的应对预案

一、诊断

- (一)阴道出血大于 14 天，子宫复旧不良；
- (二)B 超提示:宫内占位直径>15mm，或有强回声；
- (三)尿 HCG 阳性。

二、处理

- (一)B 超监护下清宫术、给予抗菌素；
- (二)残留物<10mm 或植入肌层者可以用来非司酮 25mg, Qd 至尿妊娠试验阴性，待转经。

三、预防

(一)对于早孕合并子宫畸形、大的子宫肌瘤、子宫过度屈曲的患者应在 B 超监测下手术或选择药流；

(二)对于术中出血多，宫壁粗糙感不明显的病人，应使用缩宫素宫颈注射后，再次吸宫；

(三)重点部位应加强搔刮，如双侧宫角或粗糙感不明显的宫壁部位；

(四)观察吸出物与术前诊断是否符合，若不符合及时 B 超检查。

四、报告及记录

(一)如实告知病情，征得病人的配合；

(二)对有争议、有发生纠纷可能者，报告科主任及医务科。

2.3.12 人流综合症的应急预案

一、诊断

受术者于扩张宫颈及负压吸宫术中、术后突然出现心动过缓，心律失常，血压下降，面色苍白，大汗淋漓等一系列症状，严重者甚至发生晕厥和抽搐。

(一) 观察:一般状况、血压及脉搏。

(二) 须排除失血性休克，心源性休克。

(三) 就地平卧，吸氧。

(四)心率(60 次/分,予阿托品 0.5mg 肌肉注射或静脉注射。血压<80/60mmHg,可用肾上腺素 1mg+5%GS500ml, 静脉滴注。

三、预防

(一)对于宫颈小、过紧者手术之前药物软化宫颈。

(二)静脉麻醉下手术可明显缓解人流综合症。

(三)手术操作须轻柔,扩张宫颈应缓慢,忌粗暴,自小号开始,不要跳号,负压应控制在 500mmHg 以下。

四、报告及记录

轻者:安抚病人,减轻精神负担。

重者:及时通知家属,报告科主任及医务科。

2.3.13 子宫切口瘢痕妊娠的应对预案

一、定义:子宫切口妊娠(CSP)是指孕卵、滋养细胞种植在剖宫产切口瘢痕处,并在此生长发育,是异位妊娠的一种类型,是剖宫产的远期并发症。外生型:孕囊种植在子宫瘢痕上,向子宫峡部或宫腔生长。可能生长至活产,发展为剖宫产瘢痕部位前置胎盘并植入,植入部位大出血风险大。内生型:孕囊种植在剖宫产切口瘢痕深部,孕早期即出现子宫破裂,呈高危状态;也可能胚胎停育、HCG 偏低,血流稀疏。

二、临床特点:

(一)有剖宫产史。

(二)停经后阴道可有少量不规则出血。

(三)妇检:宫颈形态,长度正常,子宫峡部膨大。

(四)超声:1 子宫腔与颈管内未见胚囊;2.子宫峡部前壁疤痕处见胚囊附着或不均质团块;3.疤痕处肌层连续性中断,肌层变薄,与膀胱间隔变窄;4.彩色多普勒血流显像显示胚囊或不均质团块周围可见高速低阻血流信号。

三、治疗:

(一)静脉或肌注 MTX:适用于孕周(8 周,血 HCG<50U/ml 阴道超声下囊液抽取术:适用于(8 周,有胎心,需配合 MTX 治疗。

(二)超声监视下清宫手术:

适用于生命体征平稳,孕周(8 周的 I 型 CSP。II、III 型 CSP 以及孕周≥8 周的 I 型 CSP 如行清宫手术前需进行术前预处理,如 UAE 或 MTX 治疗,以减少术中出血。

(三)宫腔镜下 CSP 妊娠物清除术:

适用于 I 型 CSP,但对施术者要求高,宫腔镜下妊娠物清除术无法修复薄弱的子宫前壁瘢痕处的肌层。

(四)CSP 妊娠物清除术及子宫瘢痕修补术:

适用于 II 型和 I 型 CSP,特别是 III 型中的包块型,子宫前壁瘢痕处肌层菲薄,血流丰富,有再生育要求并希望同时修补子宫缺损的患者。

(五)子宫切除适用于无法控制的阴道大出血而无生育要求者。

四、预防措施:

(一)有剖宫产史再次妊娠或有流产症状时宜先行 B 超,必要时 MRI 检查,明确孕囊着床部位。

(二)认识此类手术的严重性,做好充分准备,酌情选择合适的治疗方案。

(三)在 B 超监视下操作。

2.4 儿童保健部

2.4.1 新生儿湿肺的诊断和应急预案

一、诊断

(一) 出生时呼吸大多正常约于出生后 6h 内出现呼吸急促、发甜。轻者呼吸 60-80 次 / min 一般情况好，吸乳无影响。偶尔有重者呼吸可达 100 次 / min ，伴有呻吟、反应差不吃、不哭等现象。窒息婴儿经抢救复苏后即出现症状病情多较重；

(二) 体温大都正常；

(三) 肺部体征不明显仅呼吸音降低或有粗湿啰音；

(四) 气促多在 24h 内消失；

(五) X 线检查 X 线检查可见两侧肺野透明度较低，肺纹理增多、增粗及斑点状密度增深的阴影有时可见叶间或胸腔积液。因代偿性肺气肿而于肺野出现广泛而散在的小透亮区，胸廓前后径增宽横膈顶扁平并降低位。第 2 天以后连续摄片时可见这些异常所见迅速恢复正常。其表现与体征不成正比可有下列 5 种表现：①肺泡积液，为广泛性小斑片状密度浅淡或颗粒状结节状阴影。②间质积液为粗短的条状密度增高阴影，边缘略毛糙。③叶间和（或）胸腔积液多在右侧肺叶间，积液量不多。④肺血管淤血致肺门影增深，肺纹增粗，向外呈放射状⑤肺气肿，较多见。可同时具有上述数项表现。

二、应急预案：提倡自然分娩，如因社会因素要求剖宫产或因巨大儿需剖宫产结束妊娠者，建议孕 39 周后终止妊娠。处理以对症治疗为主，保持呼吸道通畅，有缺氧表现者给吸氧，有合并肺炎患者给予抗生素治疗。

2.4.2 新生儿窒息复苏应急预案及抢救流程

一、定义：新生儿出生时有心跳无呼吸或呼吸不规则者称新生儿窒息。新生儿窒息可分为下列二型：青紫窒息（轻度）和苍白窒息（重度）。

二、临床现象：

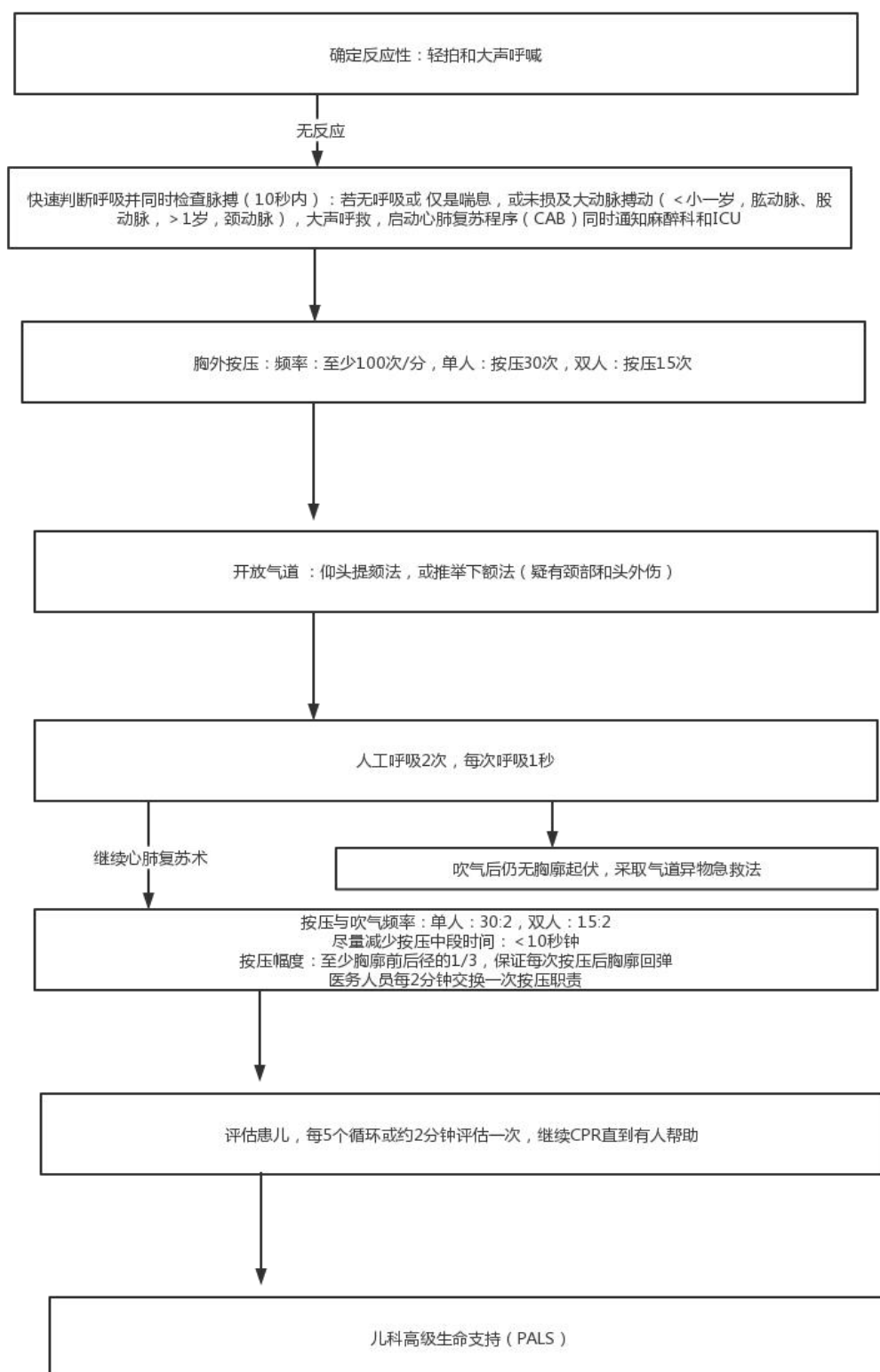
（一）青紫窒息

1. 青紫程度不一，轻度限于唇和指趾，重型全身受累。
2. 呼吸浅或不规则。
3. 肌肉的紧张度尚能保证，括约肌力存在，
4. 皮肤温热，心音清楚有力，一般心率 100 次 / 分。

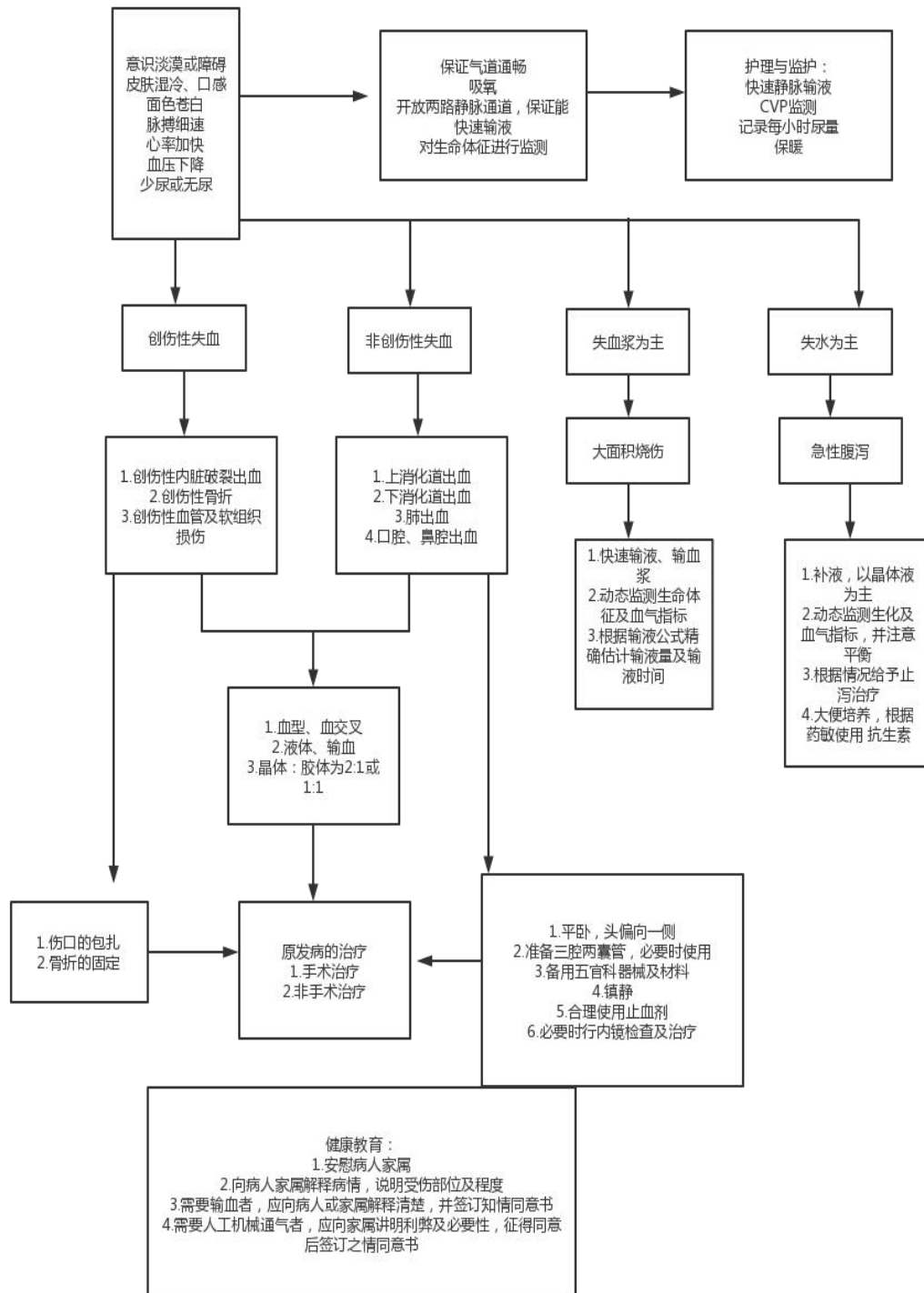
（二）苍白型是窒息的第二阶段或重型，主要表现有：

1. 全身皮肤呈灰白色，面唇苍白微带青紫，呼吸不明显，生活现象逐渐消失，以至死亡。
2. 肌张力松弛，肢体柔软，无感觉。各种神经系统反射未能引出。
3. 手足发冷，心音弱或不闻，由快转慢，渐变不规则，已至停止。

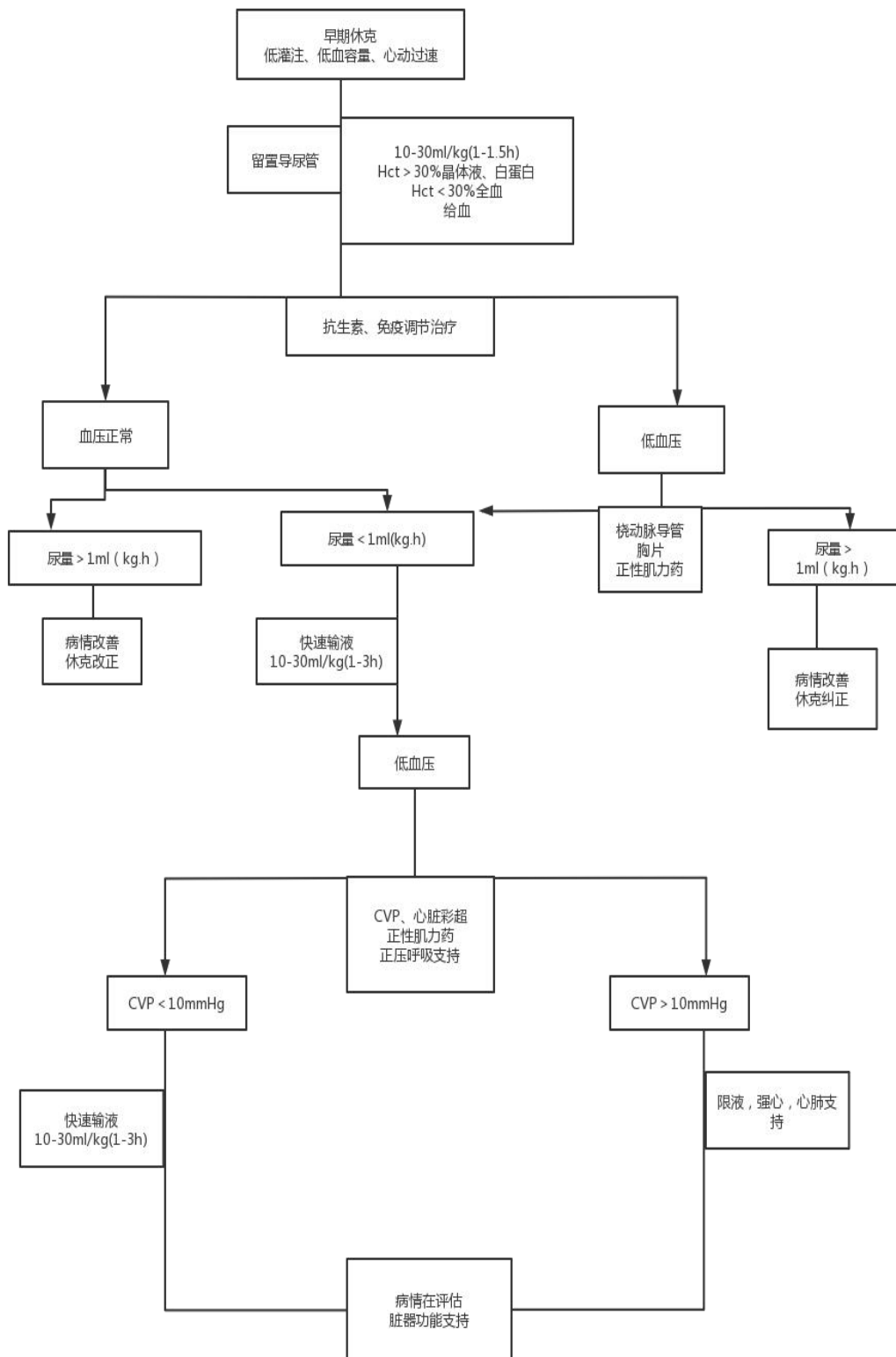
新生儿窒息复苏抢救预案流程



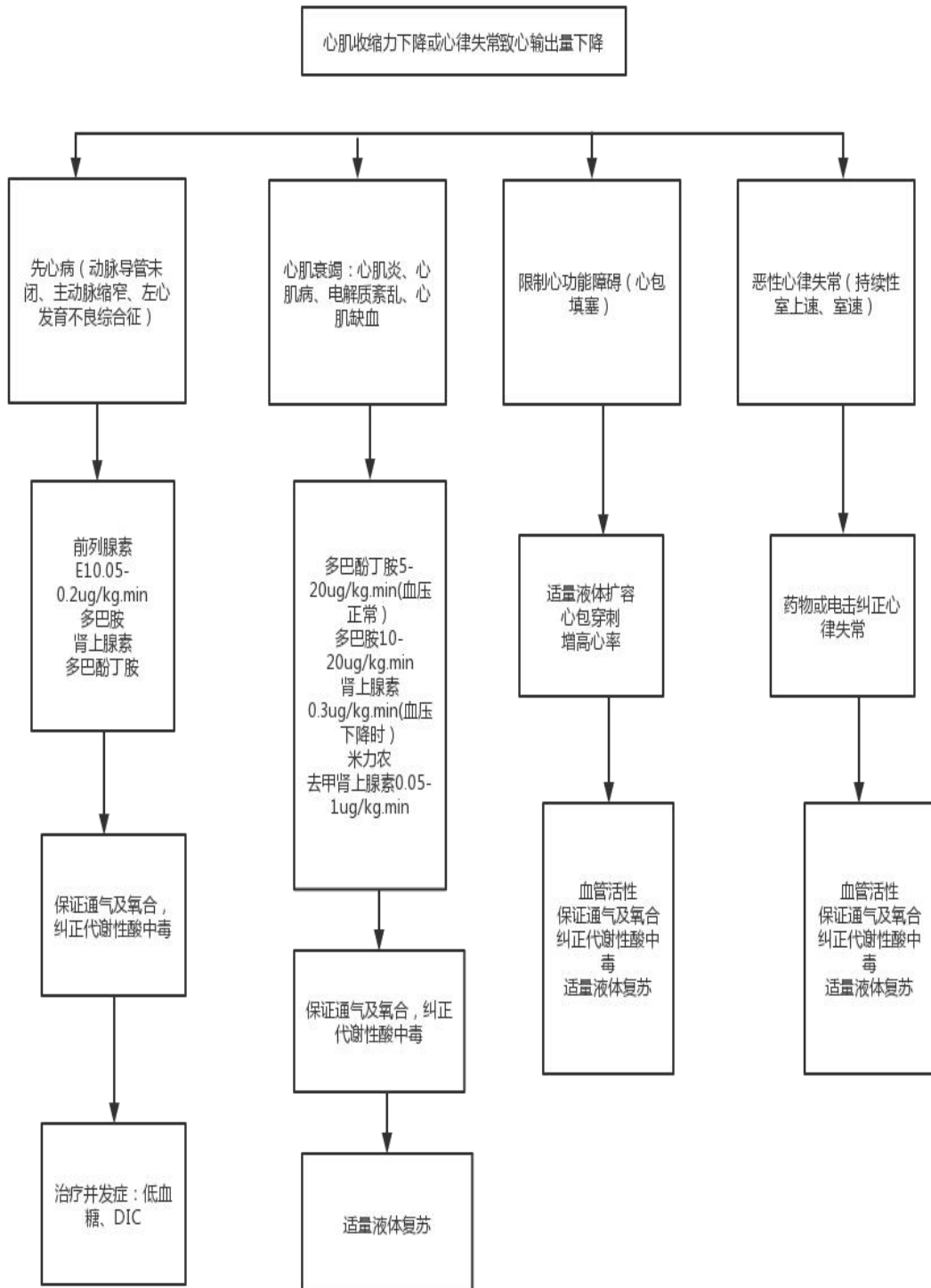
2.4.3 儿科低血容量性休克急救流程



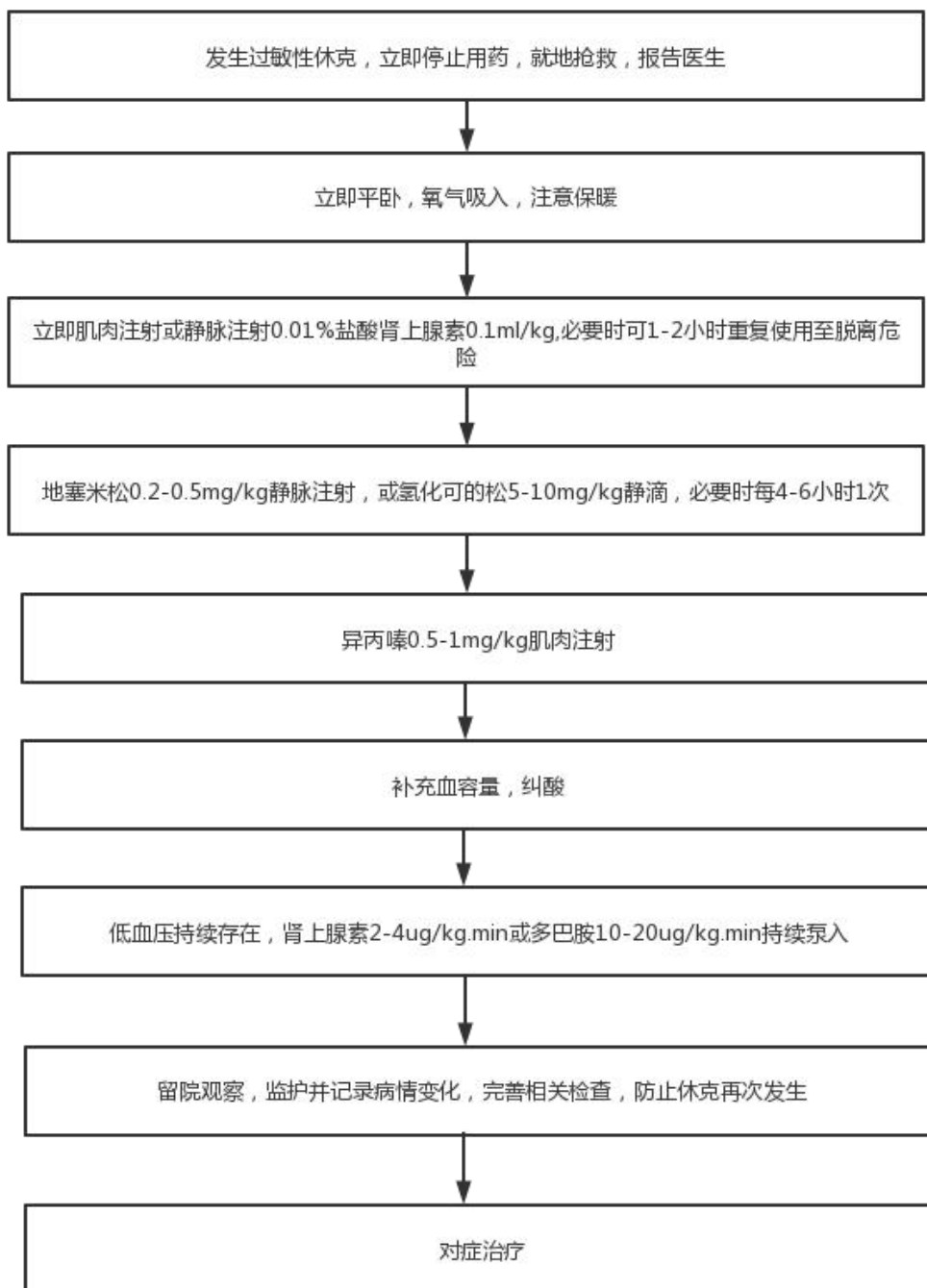
2.4.4 儿科脓毒性休克抢救流程



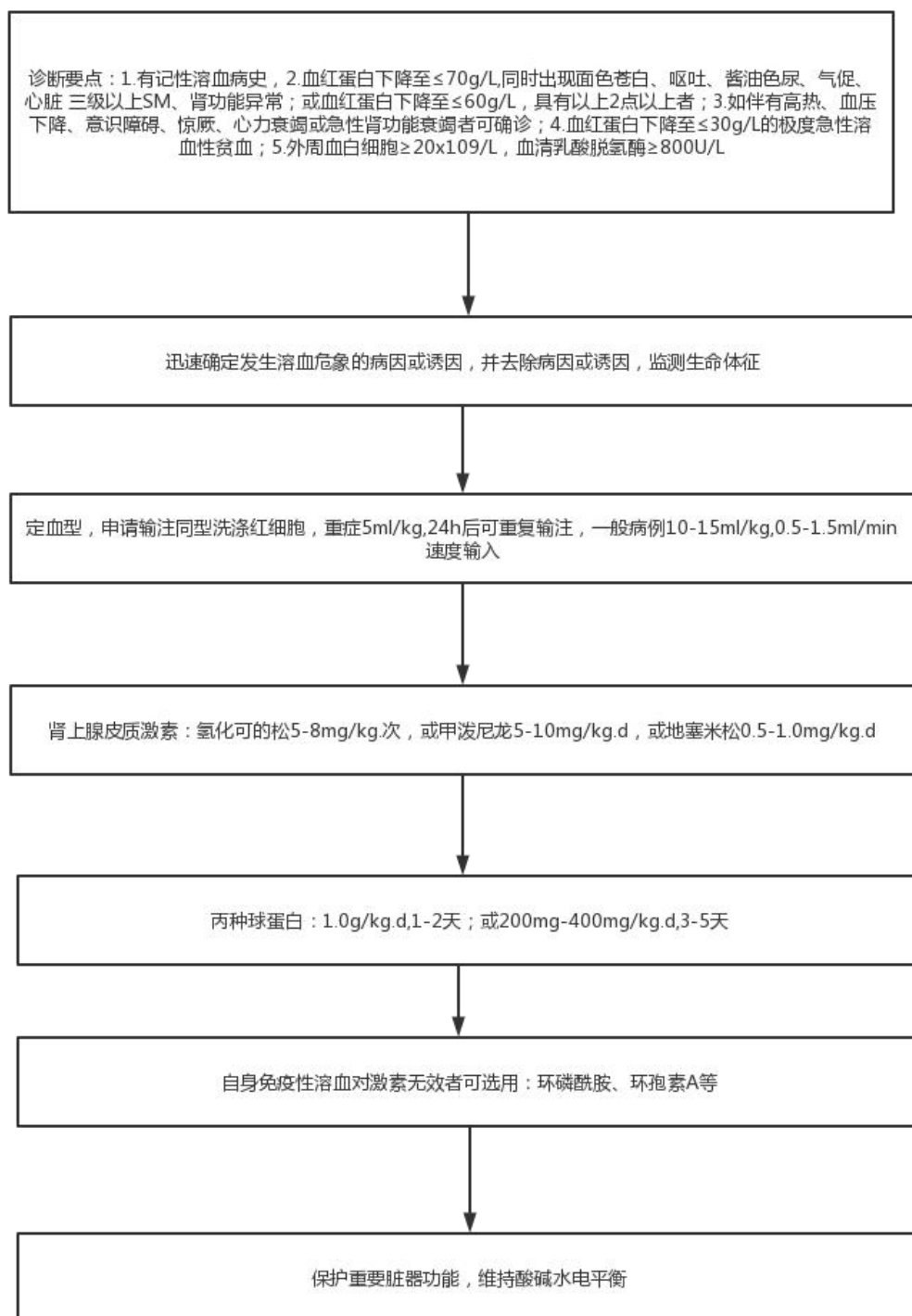
2.4.5 儿科心源性休克抢救流程



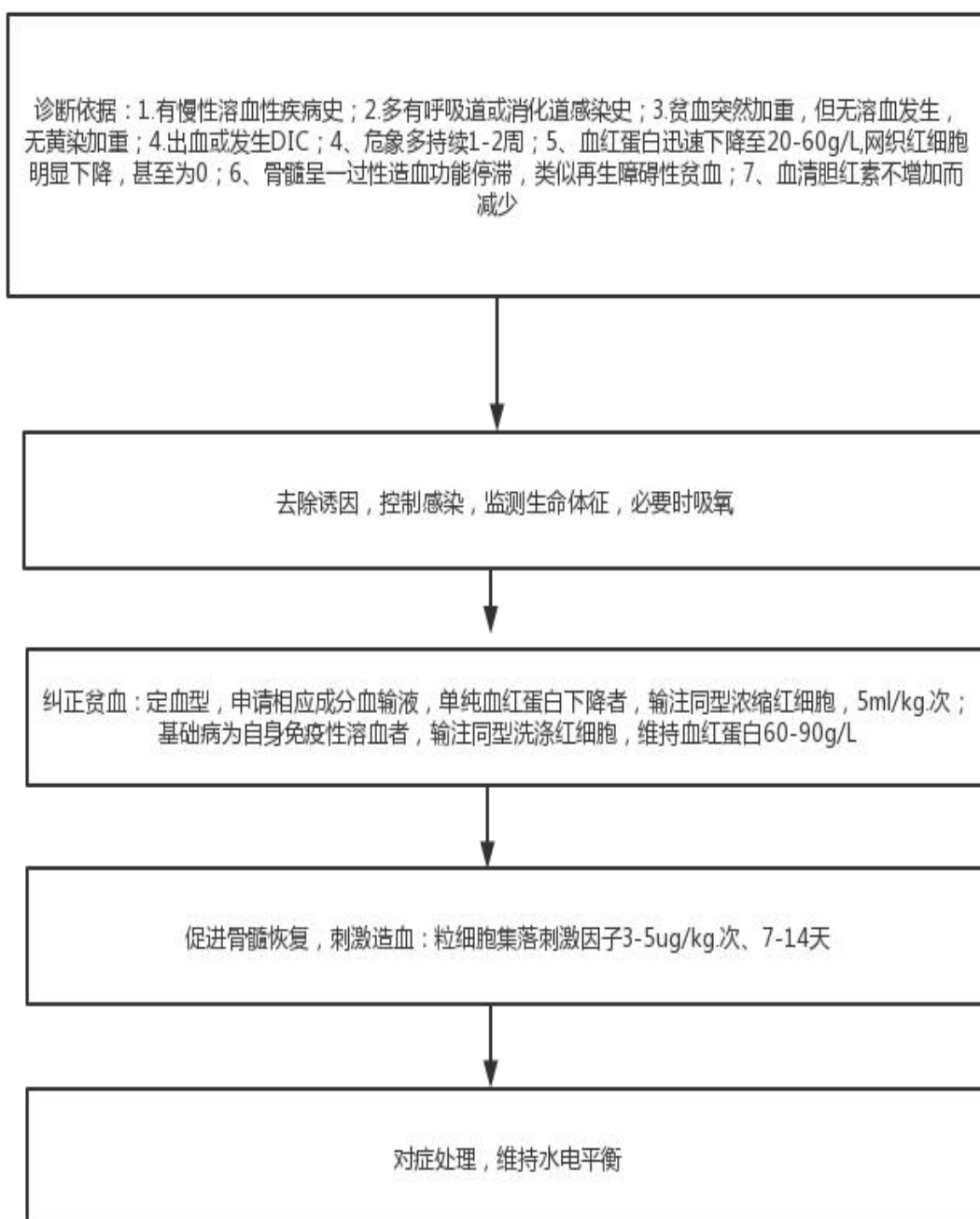
2.4.6 儿科过敏性休克抢救流程



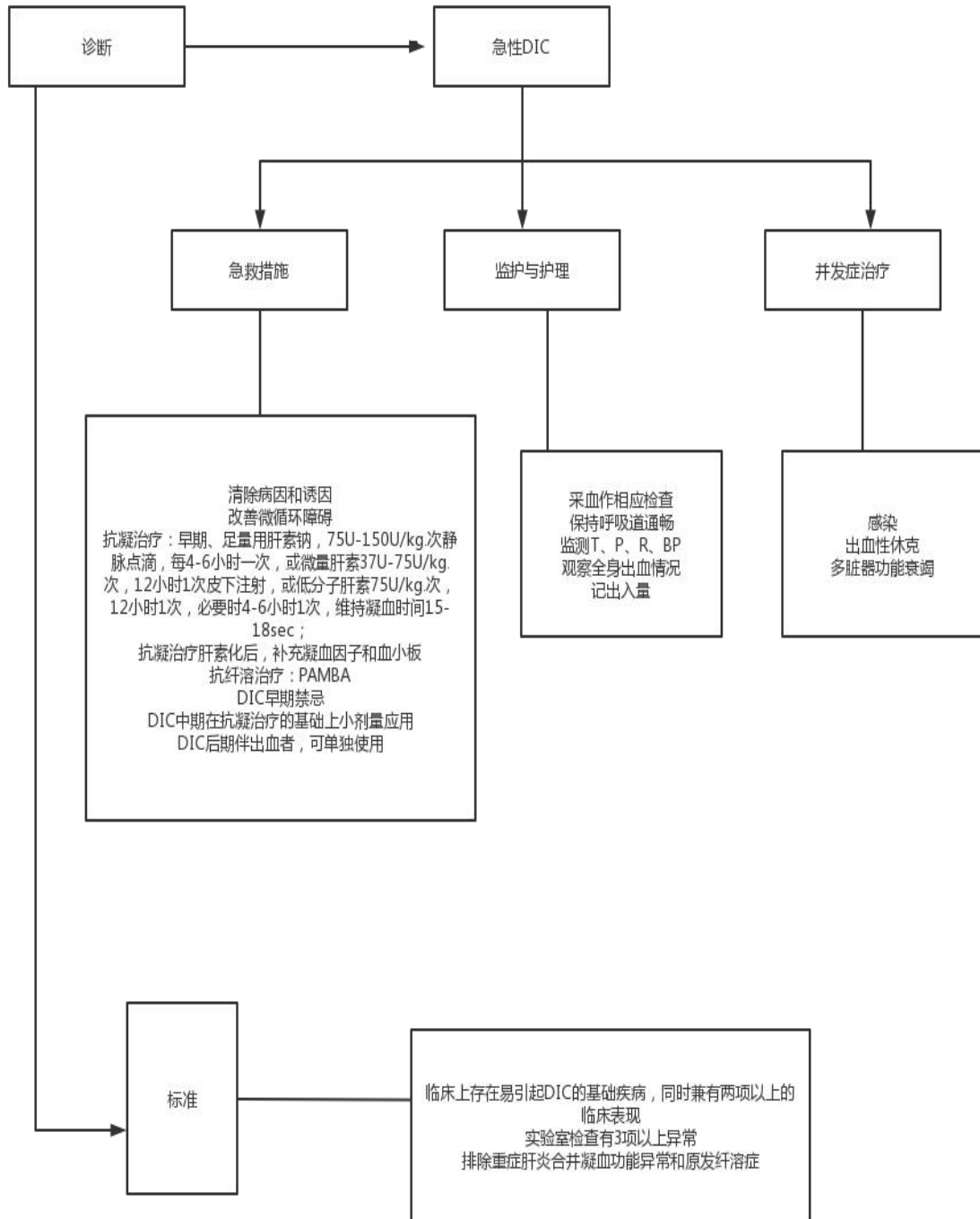
2.4.7 儿科溶血危象抢救流程



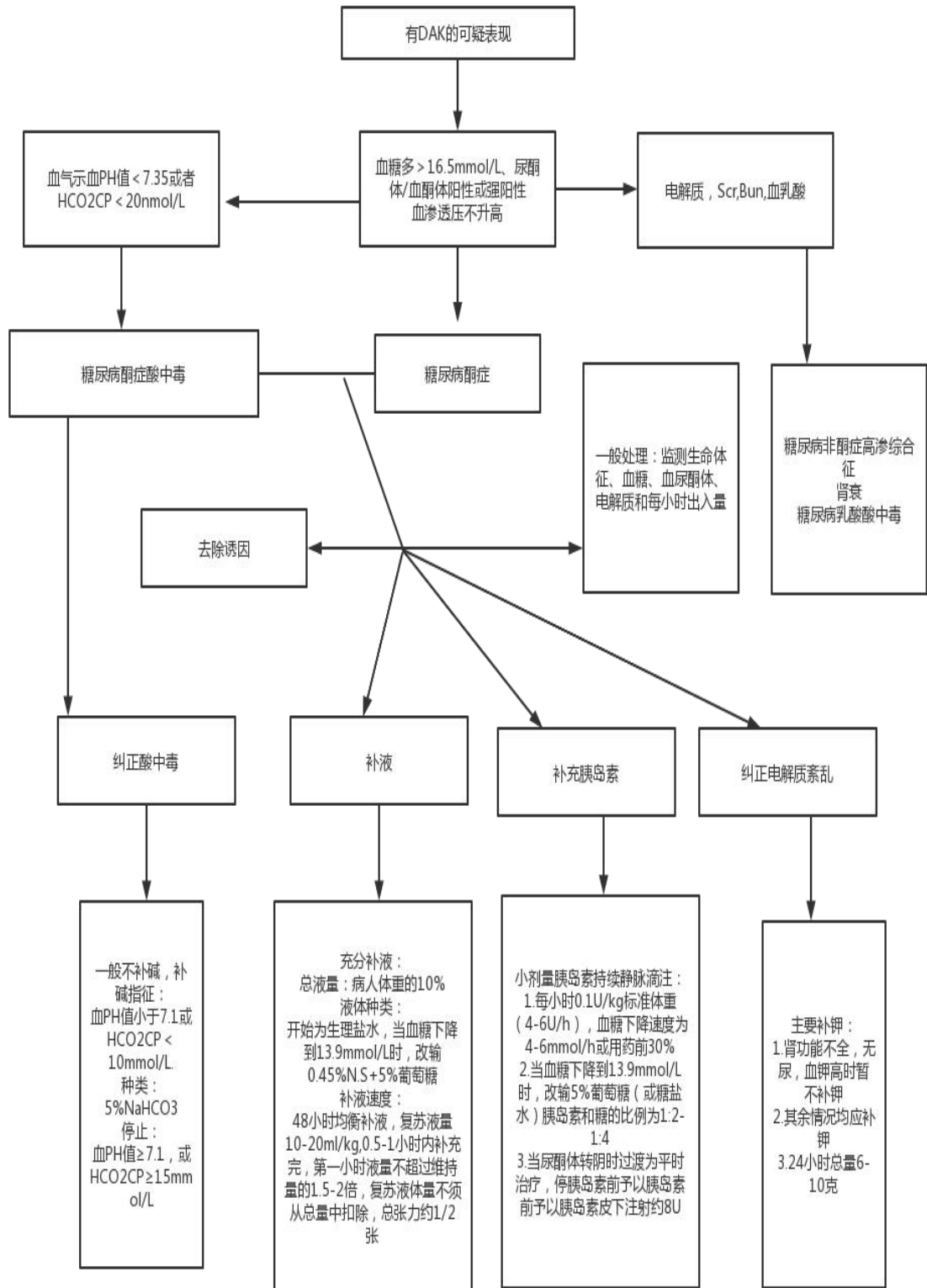
2.4.8 儿科再生障碍危象抢救流程



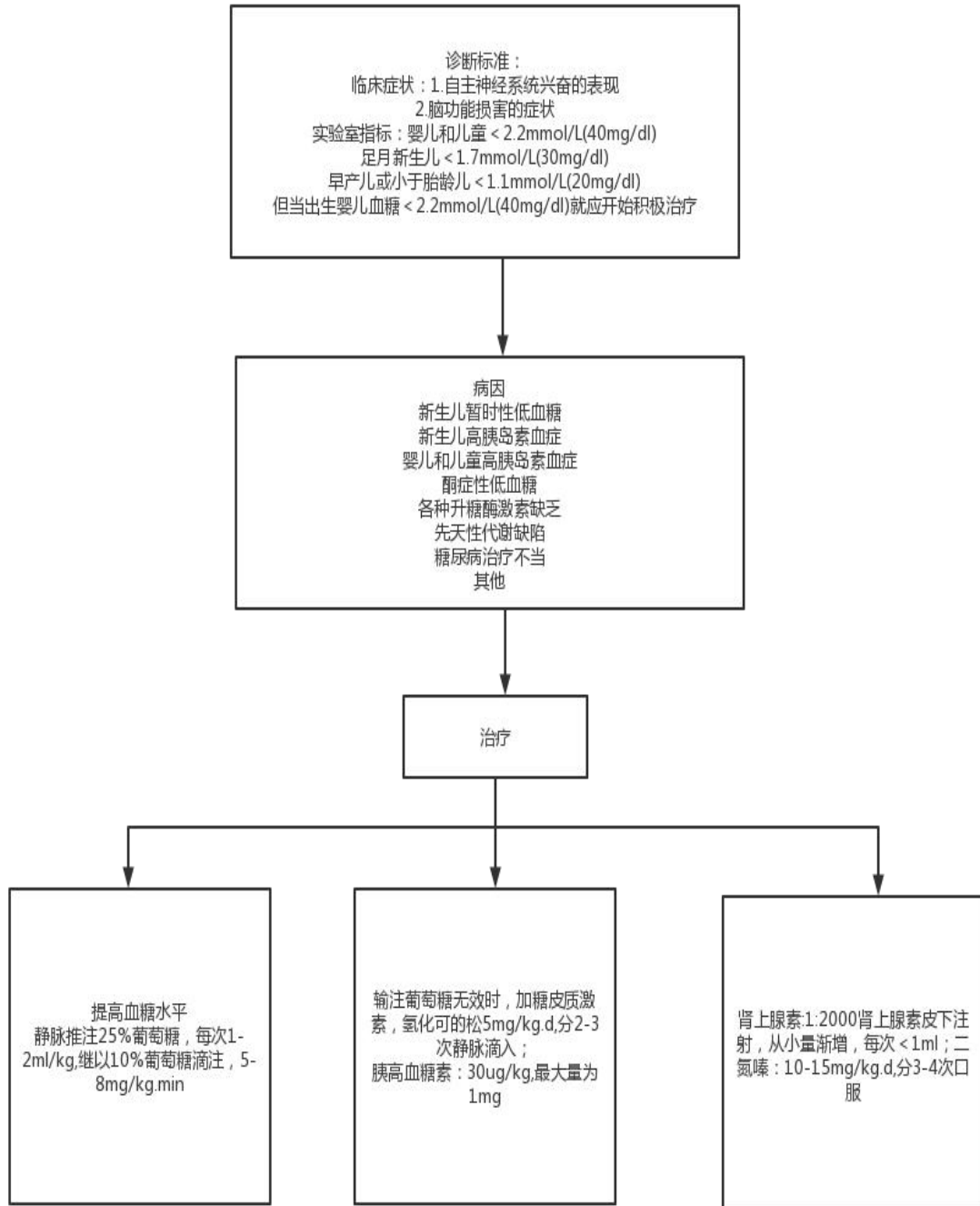
2.4.9 儿科弥漫性血管内凝血功能障碍抢救流程



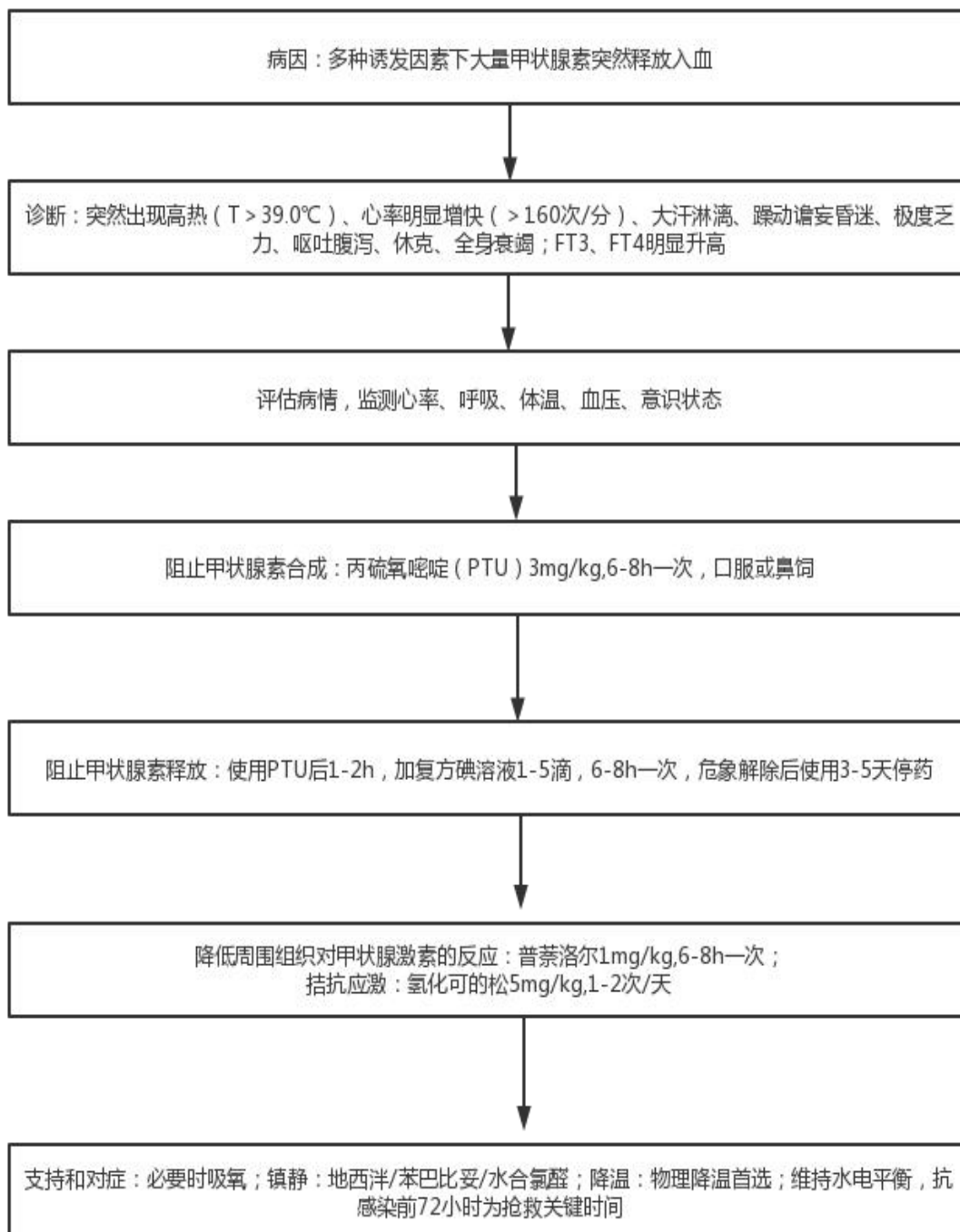
2.4.10 儿科糖尿病酮症酸中毒昏迷抢救流程



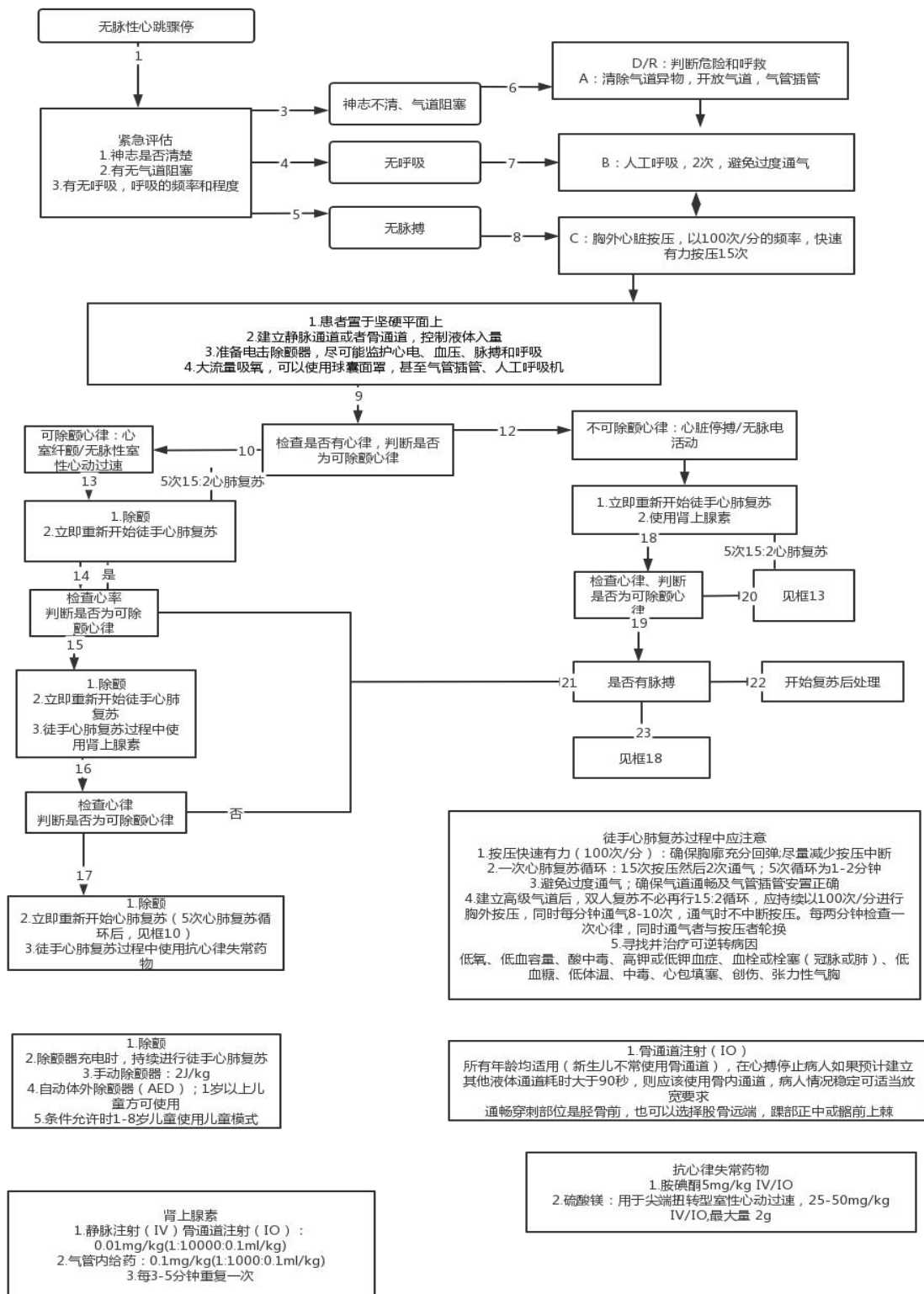
2.4.11 儿科低血糖昏迷抢救流程



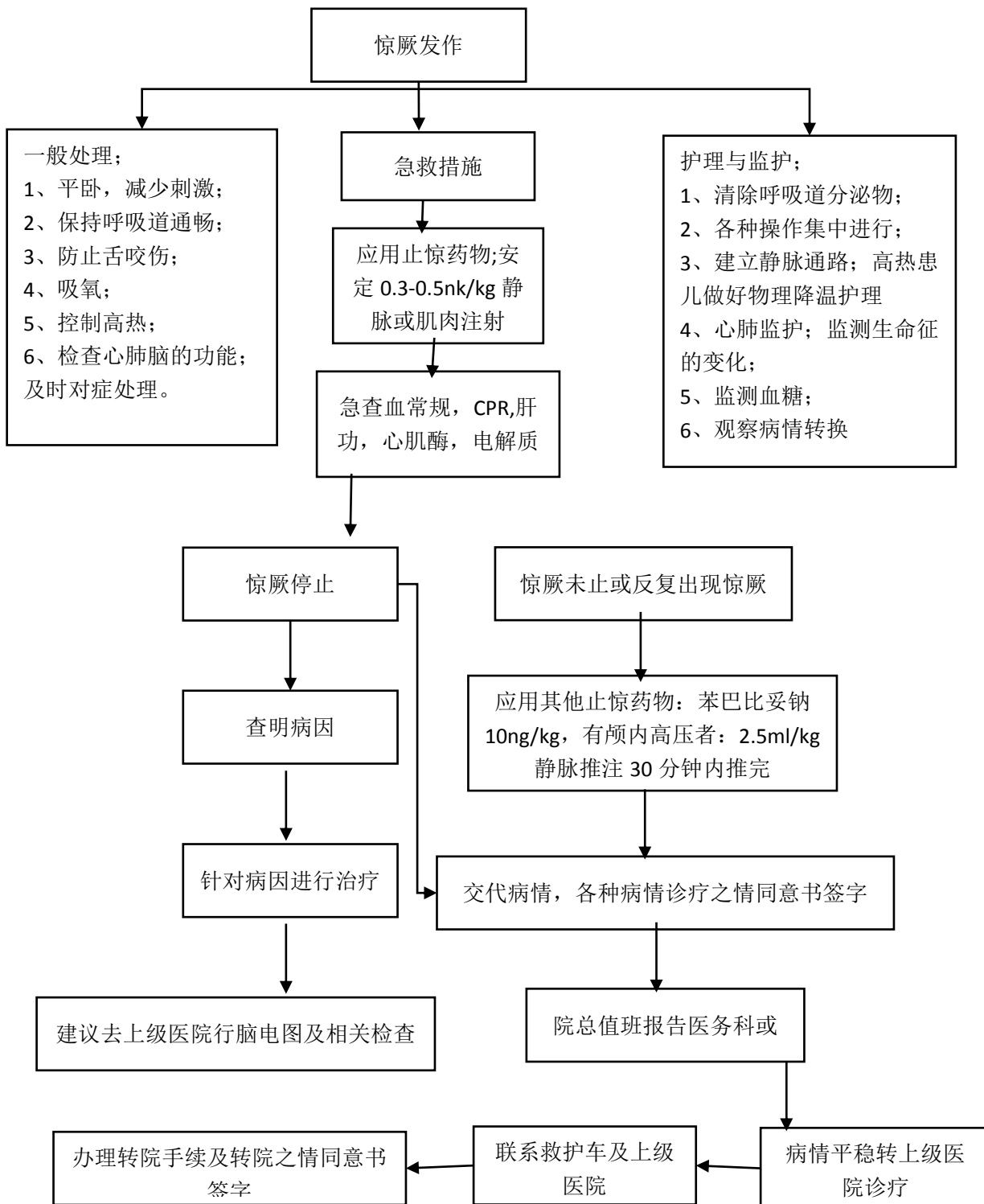
2.4.12 儿科甲状腺危象抢救流程



2.4.13 小儿心跳呼吸骤停后心肺复苏



2.4.14 小儿惊厥抢救应急预案流程



2.4.15 小儿中暑的应急预案

中暑是指由于高温或引起高热的疾病使人体温调节功能紊乱,而发生的综合症。高温情况下,在通风差的屋内,极易发生中暑:受阳光直接暴晒,再加上大地受阳光的影响,使大气温度再度升高,使人的脑膜充血,空气中湿度的增强易诱发中暑在公共场所、家族中,人群拥挤集中,产热集中,散热困难。再加上人呼吸的二氧化碳浓度增高,如果空气中二氧化碳浓度高至0.7%-1%时,使人的嗅觉神经麻痹、呼吸急促,身体抵抗力低下,导致中暑发生。

一、临床表现:根据中暑症状的轻重,又可以分为先兆中暑、轻症中暑和重症中暑。

(一)先兆中暑指在高温环境中,出现轻微的头晕、头痛、耳鸣、眼花、口渴、浑身无力及行走不稳。轻症中暑指除以上症状外,还发生体温升高、面色潮红、胸闷、皮肤干热,或有面色苍白、恶心、呕吐、大汗、血压下降、脉细等症状。

(二)重症中暑指除以上症状外,常突然昏倒或大汗后抽筋、烦躁不安、口渴、尿少、肌肉疼痛及四肢无力。严重者如不及时抢救,可致死亡。

二、中暑的急救方法:

(一)首先应将病人迅速脱离高热环境,移至通风好的荫凉地方,解开衣扣,让病人平卧,用冷水毛巾敷其头部,用扇子、风扇等吹风散热,并给清凉饮料。

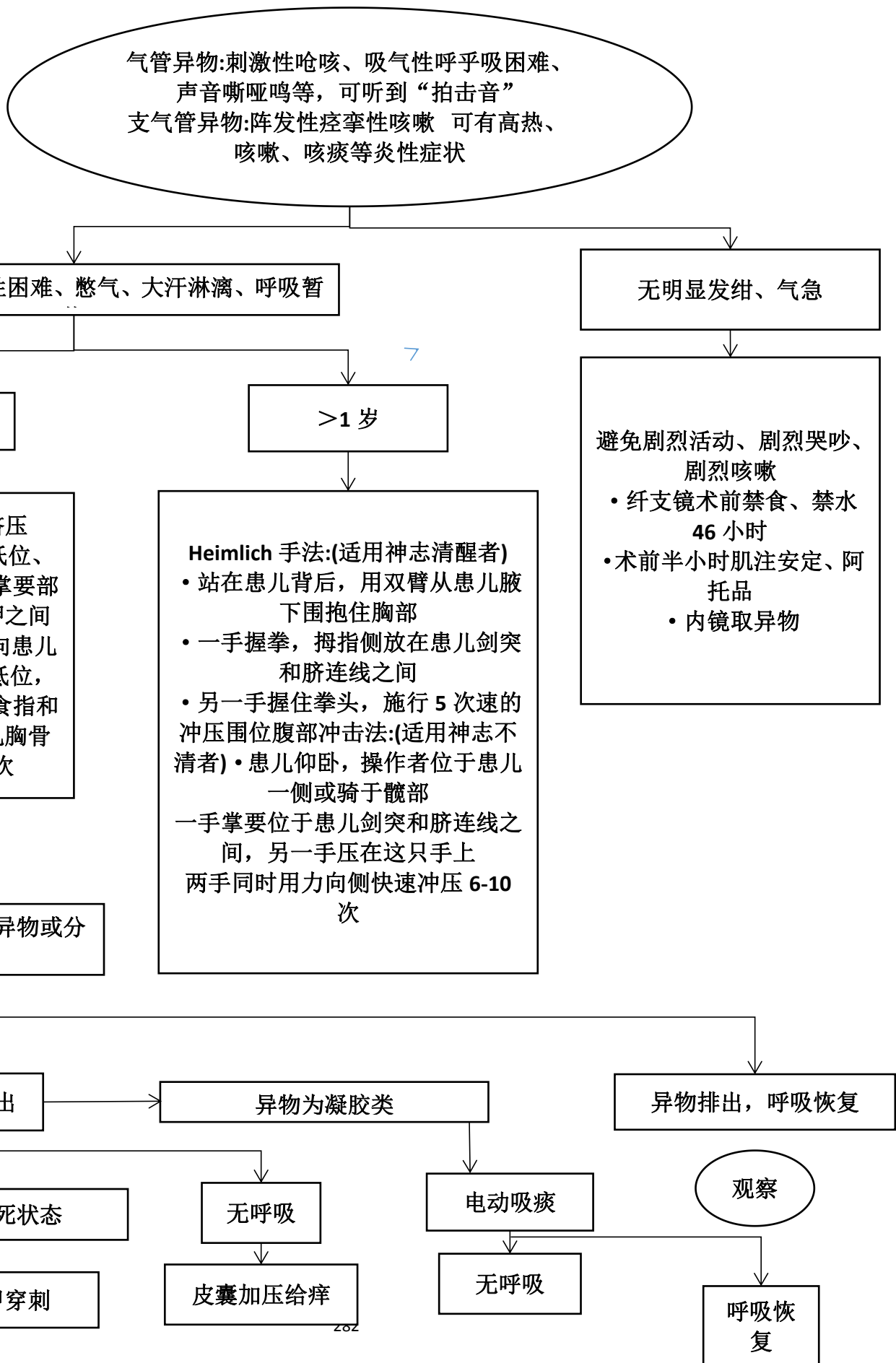
(二)轻型病人可服人丹、十滴水,在太阳穴处擦驱风油、清凉油等。也可采用针刺疗法(大椎、委中、合谷或曲池、百会、人中等穴)。

(三)对病人要进行降温。可以用物理降温如采取冷水、冰水降温或以药物降温。用酒精或白酒(冷水亦可)擦身,在头部、腋窝、腹股沟等处用酒精棉球擦洗,以加快散热。

(四)补充水分和无机盐类,对能饮水的病人,给其喝凉盐开水或其他的清凉盐水。

(五)对病情危重或经适当处理无好转者,不能饮水者,给病人静滴生理盐水或林格氏液100毫升(可根据具体情况掌握用量)。除非病人有周围循环衰竭或大量呕吐、腹泻的情况,不需要输入太多的液体,以免引起心力衰竭或肺水肿。呼吸循环衰竭者,酌用呼吸、心脏兴奋剂,呼吸困难者吸氧,必要时人工呼吸。抽搐者可给予镇静剂。

2.4.16 小儿气道异物抢救预案流程



2.4.17 住院患儿发生坠床的应急预案与程序

【应急程序】

做好安全防范—发生坠床时—护士立即赶到→通知医生→查看受伤情况—判断病情→采取急救措施、完善相关检查→加强巡视→严密观察病情变化—准确记录→做好交接班

【应急预案】

- 1、对于有意识不清并躁动不安的患儿，应加床挡，并有家长陪伴。
- 2、对于极度躁动的患儿，可应用约束带实施保护性约束，但要注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，避免对患儿造成损伤。
- 3、在床上活动的患儿，嘱其活动要小心，如有需要可以让护士帮助。
- 4、对于有可能发生病情变化的患儿，要认真做好健康宣教，告诉患儿家长不做体位突然变化的动作，以免引起血压快速变化，造成一过性脑供血不足，引起晕厥等症状，易于发生危险。
- 5、教会患儿家长一旦患儿出现不适症状，最好先不要活动，应用信号灯告诉医护人员，给予必要的处理措施。
- 6、一旦患儿不慎坠床时，护士应立即到患儿身边，通知医生检查患儿坠床时的着力点，迅速查全身状况和局部受伤情况，初步判断有无危及生命的症状、骨折或肌肉、人体的损伤等情况。
- 7、配合医生对患儿进行检查，根据伤情采取必要的急救措施。
- 8、加强巡视至病情稳定。巡视中严密观察病情变化，发现病情变化，及时向医生汇报。
- 9、及时、准确记录病情变化，认真做好交接班。

2.4.18 患儿住院期间出现摔伤的应急预案与程序

【应急程序】

患儿突然摔倒→立即通知医生→检查患儿摔伤情况→将患儿抬至病床→进行必要检查→严密观察病情变化→对症处理→加强巡视→观察效果→写护理记录—认真交班→做健康教育

【应急预案】

- 1、检查病房设施，不断改进完善，杜绝安全隐患。
- 2、当患儿突然摔倒时，护士立即到患儿身边，检查患儿摔伤情况，通知医生判断患儿的神志、受伤部位、伤情程度、全身状况等，并初步判断摔伤原因或病因。

3、对疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患儿，根据摔伤的部位和伤情采取相应的搬运方法，将患儿抬至病床;请医生对患儿进行检查，必要时遵医嘱进行 X 光片检查及其他治疗。

4、于摔伤头部，出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即将患儿轻抬至病床，密切观察病情变化，注意瞳孔、神志、呼吸、血压、等生命体征的变化情况，通知医生，迅速采取相应的急救措施。

5、受伤程度较轻者，可抬至病床，嘱其卧床休息，安慰患儿，并测量血压、脉搏，根据病情做进一步的检查和治疗。

6、对于皮肤出现瘀斑者可进行冷敷;皮肤擦伤渗血者用碘伏或 1.0%新洁尔灭清洗伤口，以无菌敷料包扎;出血较多或有伤口者先用无菌敷料压迫止血，再由医生酌情进行伤口清创缝合。创面较大，伤口较深者遵医嘱注射破伤风针。

7、加强巡视，及时观察采取措施后的效果，直到病情平稳。

8、准确、及时书写护理记录，认真交班。

9、向患儿及其家长了解当时摔倒的情况，帮助患儿分析摔倒的原因，向患儿家长做宣教指导，提高患儿及其家长的防范意识，尽可能避免再次摔伤。

2.4.19 使用呼吸机过程突遇断电应急预案

一、值班护士应熟知本病房、本班次使用呼吸机患者的病情。

二、住院患者使用呼吸机过程中，如果突然遇到意外停电、跳闸等紧急情况时，医护人员应采取补救措施，以保护患者使用呼吸机的安全。

三、部分呼吸机本身带有蓄电池，在平时应定期充电，使蓄电池始终处于饱和状态，以保证在出现突发情况时能够正常运行。护理人员应定期观察呼吸机蓄电池充电情况、呼吸机能否正常工作以及患者生命体征有无变化。

四、呼吸机不能正常工作时，护士应立即停止应用呼吸机，迅速将简易呼吸器与患者呼吸道相连，用人工呼吸的方法调整患者呼吸;如果患者自主呼吸良好，应给予鼻导管吸氧;严密观察患者的呼吸、面色、意识等情况。

五、突然断电时，护士应携带简易呼吸器到患者床前，同时通知值班医生，观察患者面色、呼吸、意识及呼吸机工作情况。

六、立即与有关部门联系;总务科、医院办公室、医务科、护理部、医院总值班等，迅速采取各种措施，尽快恢复通电。

七、停电期间，本病区医生、护士不得离开患者，以便随时处理紧急情况。

八、护理人员应遵医嘱给予患者药物治疗。

九、遵医嘱根据患者情况调整呼吸机参数。来电后，重新调试呼吸机正常后将呼吸机与患者呼吸道连接。

十、护理人员将停电经过及患者生命体征准确记录于护理记录单中。

2.4.20 新生儿病房医院感染应急预案

一、具体情况:新生儿病房发现 2 例或以上的可疑同种或同源感染病例。

二、启动条件:3 天内病房发现 2 例或以上的可疑同种或同源感染病例。

三、执行:

(一)当疑有医院感染暴发,科室负责人立即汇报给感染科。

(二)将感染病例进行严密接触隔离。

(三)配合感染管理科查找感染源。对感染病人、接触者、可疑传染源环境、物品、医护人员及陪护人员等进行病原学检查。对感染病人周围人群进行详细地流行病学检查。

(四)组织有关专家及时进行会诊,查找引起感染的因素。

(五)制定控制措施。包括对病人进行适当治疗,进行正确的消毒灭菌处理,隔离病人,必要时控制病人数或停止接收新病人,医护人员自身防护,免疫接种或服药等。

(六)感染管理科分析调查资料,综合做出判断,写出调查报告。

(七)病区总结经验,制定并落实防范措施。

2.4.21 患儿突然发生猝死应急预案

一、应急程序

防范措施到位→猝死后立即抢救→通知医生→继续抢救→告知家属→记录抢救过程

二、应急预案

(一)值班人员应严格遵守医院及科室各项规章制度,坚守岗位,加强巡视,及时发现病情变化,尽快采取抢救措施。

(二)急救物品做到“四固定”,班班清点,同时检查急救物品性能,保证急用时可随时投入使用。

(三)医护人员应熟练掌握心肺复苏流程、常用急救仪器性能、使用方法、注意事项。仪器及时充电。

(四)若发现患儿突发猝死,应迅速做出准确判断,第一发现者不要离开,就地地进行心肺复苏抢救,请他人通知医生。

(五)增援人员到达后,根据患儿情况,配合医生采取各项抢救措施。

(六)抢救中应注意心、肺、脑复苏,开放静脉通路。

(七)在抢救时要合理摆放各种仪器与物品,利于抢救进行,注意随时清理环

境。

(八)参与抢救的人员应注意互相密切配合,严格查对,及时做好记录,并认真做好与家属的沟通与安慰工作。

(九)按《医疗事故处理条例》规定,在抢救结束后6小时内,据实准确记录抢救过程。

(十)抢救无效死亡,协助家属将尸体运走,在抢救过程中注意对同室患儿及家属进行安慰。

2.4.22 气管插管患者使用呼吸机意外脱管应急预案

一、立即清理呼吸道,如患者自主呼吸微弱或无自主呼吸立即给予简易呼吸器进行呼吸支持;如患者有自主呼吸可给予高流量吸氧进行氧疗支持。

二、迅速准备好抢救药品和物品,重新进行气管插管或环甲膜穿刺。如患者出现心跳骤停时立即给予心脏按压等抢救措施。

三、气管插管成功后,再次清理呼吸道,保持呼吸道通畅,呼吸机辅助通气。

四、查动脉血气分析,根据结果调整呼吸机参数。

五、严密观察生命体征及神志、瞳孔、血氧饱和度的变化。做好记录。

六、有效约束患者,根据情况给予镇静药物。

七、填写导管滑脱登记表。

八、患者意外脱管重在预防,应注意:

(一)对于气管插管的患者应采取一次性气管导管固定器或黏性较好的胶带进行有效的固定。

(二)当患者面部潮湿、分泌物过多导致胶带脱落时应及时更换。

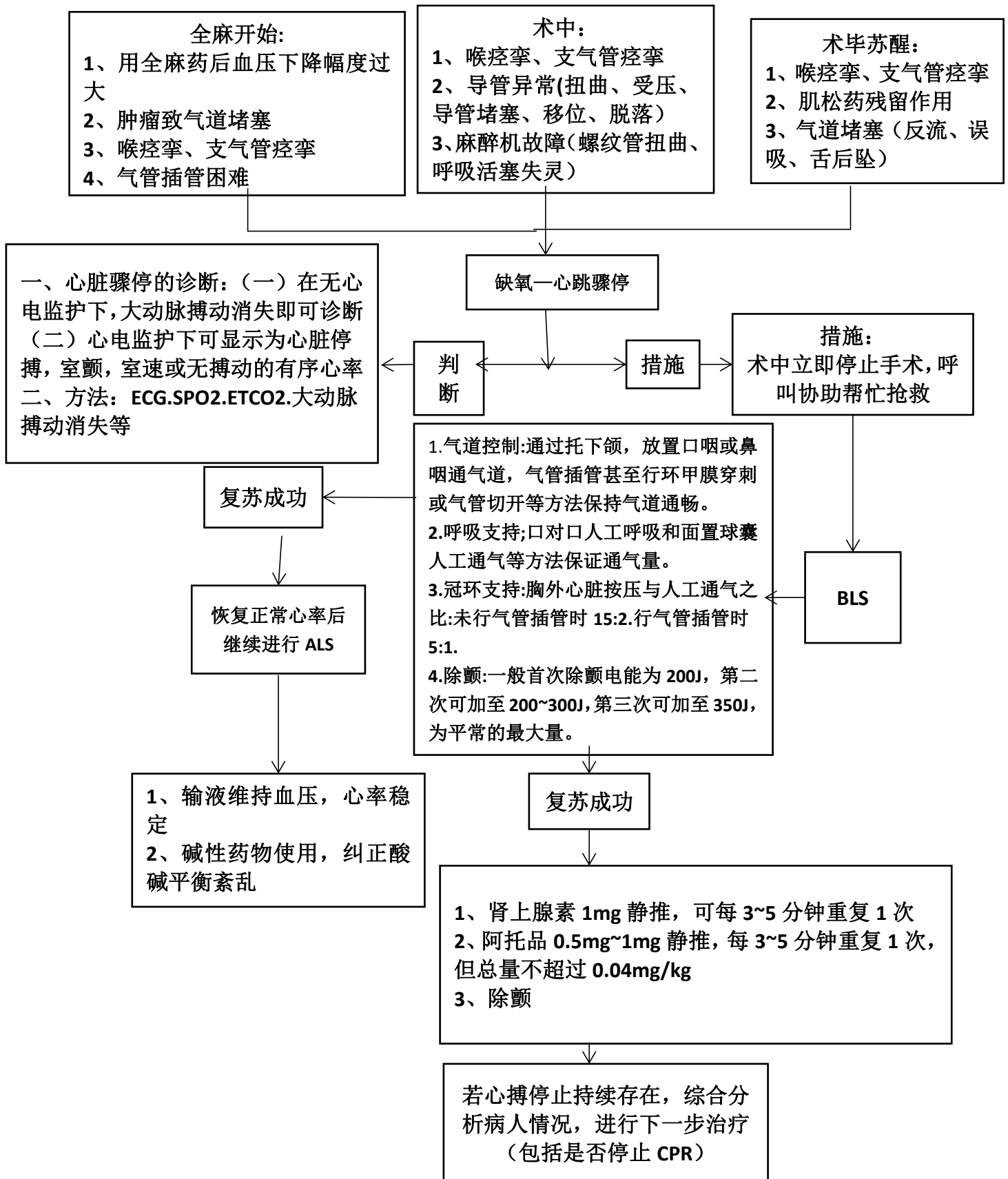
(三)对于烦躁不安的患者,给予必要的肢体约束,或给予镇静药物。

(四)为患者实施各种治疗(如翻身、拍背、吸痰等)时应专人固定插管,避免重力牵拉致导管脱出。

(五)换固定胶带时,应两人操作,一人固定插管,一人更换。

2.5 麻醉科

2.5.1 全麻意外的心肺复苏应急预案流程



2.5.2 围麻醉期支气管痉挛的应急预案流程

一、正确快速的诊断，去除诱因。

二、加压给氧，以避免缺氧。

三、药物处理

(一)通过加深麻醉可以缓解大部分支气管痉挛。严重支气管痉挛不适合高浓度吸入麻醉药。

(二)对于不能缓解的可以静脉或吸入 β_2 受体激动剂，插管患者用沙丁胺醇喷 15 下可达最大效应。

(三)最好用氢化可的松琥珀酸钠 100-200mg 静注。地塞米松 10mg 有解除粘膜水肿，降低气道刺激、抗炎等作用可用于支气管痉挛的处理。

(四)伴低血压者给予麻黄碱，紧急时肾上腺素 0.1mg 静脉注时。

(五)酌情慎用氨茶碱，不推荐和 β 受体激动药同时使用，必要时可分次小剂量(每次<50mg 总量 250mg)

(六)利多卡因雾化吸入可抑制组胺诱发的支气管收缩，利多卡因和沙丁胺醇复合吸入则可以提供更好的气道保护作用，效果优于单用利多卡因或沙丁胺醇雾化吸入。

(七)调整呼吸参数，保证有效的潮气量，必要时手控通气。

四、呼吸所造成的支气管痉挛，一般持续时间较长，而且术后易并发感染，即使支气管痉挛解除，临床已无明显症状，术后应注意预防感染、监测呼吸功能并给予必要的呼吸支持。

2.5.3 困难气管插管处理应急预案流程

该方案强调的是，麻醉医师在面对困难气管插管或气管插管失败时，必须熟知其有效的处理措施，并能保证有条不紊地解决所遇到的每一个问题。

一、呼吸道的手术前评估

在实施各种麻醉前均应对患者进行全面的评估，特别应注意对呼吸道的评估，以便预计困难气管插管或气管插管无法进行等特殊情况。

二、全麻手术室应备用的设备和用具

应将各种用具和器械放置在伸手可得的位置，以便在紧急情况下拿取;另外，尚要定期检查各种器械的功能，以使其处于良好的备用状态。

三、患者体位的准备

麻醉诱导和气管插管前将患者放置于合适的体位极为重要,可以减少气管插管操作中所遇到的困难。患者应处于卧位,在患者的枕部下主垫一薄枕头,但应避免显著的颈部弯曲,即使患者的头部处于“嗅物位”,肥胖的患者尤其有用。

麻醉诱导的处理:

麻醉诱导前应进行一定时间的预氧,如让患者通过麻醉通气环路和紧密面罩自主呼吸 100%的氧至少 3 分钟。在可能的情况下,应让患者采用潮气呼吸方式吸氧,而不是加压给氧。四次深呼吸法仅适用于紧急情况下。

在给予麻醉诱导药物时,应轻轻给环状软骨施加压力,一旦患者意识消失,即应增大压迫环状软骨的力,施加的最佳压力通常为 40 牛顿(约 4kg)在进行环状软骨压迫操作的情况下可用地用琥珀胆碱辅助气管插管。

五、直接喉镜操作/气管插管失败初期的处理方案

(一)如果发现喉镜直接无法显视声门或气管插管操作无法进行,可考虑改变操作方法,如修正患者头部位置和更换喉镜或喉镜片,但不应将时间浪费在反复的气管插管尝试上。同样,再次使用琥珀胆碱通常也无有益作用,因为其不可能产生更好的喉镜显露视野和满意的气管插管条件。

(二)在患者气管插管失败的处理中,尽可能采用 100%氧进行肺通气十分重要。

六、通气失败的处理方案

(一)如果用面罩和呼吸囊无法有效进行肺通气,插入口咽或鼻咽通气道可以使上呼吸道梗阻得到缓解。在面罩通气无效的紧急情况下,可使用喉罩通气道(LMA)如果用 LMA 也无法维持有效的肺通气,则必须迅速通过手术来建立通畅的呼吸道,最简单的方法是紧急环甲膜切开术。

(二)如果上述的所有方法均不能维持通气,最终的选择是行气管切开术。气管切开术必须作为最后的保留性措施使用。

七、手术紧急程度的评估

(一)在患者气管插管失败的进步处理中,认真考虑手术的紧急程度十分重要。帮助麻醉医师来决定,是在未行气管插管的情况下继续实施全身麻醉,还是稍微推迟片刻来更换麻醉方法。因此,在处理气管插管失败时,最常用的措施是:

1.使患者清醒并更换麻醉方法;

2.在相对不利的条件下继续实施全身麻醉。无论是否采用辅助措施,只要能保证满意的肺通气,处理措施的选择仅取决于手术的紧急程度。

八、“意识恢复”患者的麻醉处理

(一)在患者恢复自主呼吸前,应继续进行人工通气。如果决定使患者恢复清

醒，应将其转为侧卧位。

(二)在恢复期要持续给予氧疗。随后应考虑更换麻醉方法的问题。亦可应用逆行引导气管插管技术。最后一种可选用的局部麻醉方法是对手术部位进行局部浸润阻滞，可边浸润边轻柔地进行手术切开。

(三)如果所有的这些全身麻醉替代方法均告失败，在采取措施确保胃内容物减低至最小值后，可在保留自主呼吸和非气管插管状态下进行全身麻醉。

2.5.4 椎管内麻醉时神经损伤应急预案流程

椎管内麻醉时神经损伤的出现，其主要原因还是与直接穿刺置管损伤、药物毒性损伤、硬膜外血肿和脊髓神经缺血有关。主要表现为单侧肢体的感觉和运动障碍，出现的症状包括：单侧下肢麻木、单侧的小腿、足部、臀部或腰背部处或多处出现麻木、疼痛、感觉异常，下肢无力、行走困难、关节运动受限和排尿排便障碍等，其中以麻木、疼痛和感觉异常的脊神经后根损伤症状为多。

一、预防

(一)访视病人时仔细询问病史，认真体格检查，及时发现排除易造成神经损伤的情况。(如脊柱畸形、椎管狭窄、椎间盘突出等)

(二)腰麻或硬膜外穿刺时，有神经刺激症状时要迅速退出。调整穿刺针方向或更换穿刺部位继续操作。置管时尽量轻柔，缓慢前进，遇阻力不要强行通过。

(三)进管深度不要过长，过长可能增加偏离和导管打折的机会。

(四)要选择一些柔软的导管，导管质地过硬、导管尖端过锐必然增加损伤神经的机会。

(五)采用最低有效浓度局麻药。避免使用高浓度局麻药，尤其腰麻时。

(六)为增强局麻药作用强度和延长作用时间，可联合应用芬太尼施行脊麻与硬膜外腔麻醉，避免使用缩血管药。

(七)手术取截石位者应避免使用利多卡因。

(八)脊麻失败而再行穿刺时，需慎重考虑；硬膜外麻醉(或与其它麻醉并使用)应常规使用试验剂量，以确保安全。

(九)抽局麻药时，仔细检查有无沉淀或碎屑，尽量用细针或过滤器抽药。

二、处理

(一)麻醉时疑有发生神经损伤应向临床医生反馈。

(二)术后出现因神经损伤而出现尿潴留，应及时插导尿管，膀胱潮式冲洗和进行膀胱功能训练。及时请神经外科会诊。

(三)术后出现下肢感觉、运动异常，可用神经滋养剂及地巴唑、天麻片等。及时请神经外科会诊。

(四)及时上报医务科。

2.5.5 椎管麻醉时如何防范和处理穿刺针断裂应急预案流程

一、防范

- (一)麻醉前仔细检查穿刺针的接口是否有松动或滑脱。
- (二)穿刺前让病人摆好正确的穿刺体位，穿刺定位要准确。
- (三)穿刺时如遇到针头碰到骨质时不要用蛮力，穿刺针应该退到皮下，改变方向后再进针。

二、处理

- (一)立即汇报上级医生，同时通知医务科。
- (二)让病人保持原有姿势，以防体内断裂针头因改变位置而造成移位损伤。
- (三)请相关科室会诊，同时请射科协助旁摄片，确定断针位置，取出断针。

2.5.6 动、静脉置管脱出的应急预案流程

一、防范

- (一)动、静脉置管前，应评估置管部位，尽量避免在关节处穿刺，酌情使用夹板或约束带。
- (二)妥善固定置管，使用缝线固定穿针碟翼，外加透明敷料固定。
- (三)无延长管的置管尽量避免用直接三通管，可使用螺口延长管后再接三通管。
- (四)需使用三通管者，务必紧锁三通管锁扣，防止脱落。
- (五)指导病人正确摆放体位，翻身、过床等操作时动作应轻柔。
- (六)对小儿、有精神症状、意识障碍的病人使用约束带约束双手，以防止自行拽管。
- (七)注意观察穿刺部位，及时发现置管移位。
- (八)有条件者，应严密监测动脉波型及数据变化，及时发现置管脱出。

二、应急处理措施

- (一)一旦发现置管脱出血管外，立即拔出。
- (二)按压穿刺部位，防止出血、动脉置管脱出者，宜加压包扎穿刺部位 15-20 分钟，观察局部无渗血、血肿后松解。
- (三)必要时重新置管。
- (四)整理床单位，安抚病人。
- (五)做好记录。

2.5.7 呼吸机使用过程中发生故障的应急预案流程

一、在患者使用呼吸机过程中，如遇呼吸机不能正常工作时，护士应立即分离呼吸机与气管导管连接口，同时严密观察患者的呼吸、心率、面色、意识和血氧饱和度，根据患者情况，给予气管插管内吸氧，或用简易呼吸器辅助呼吸

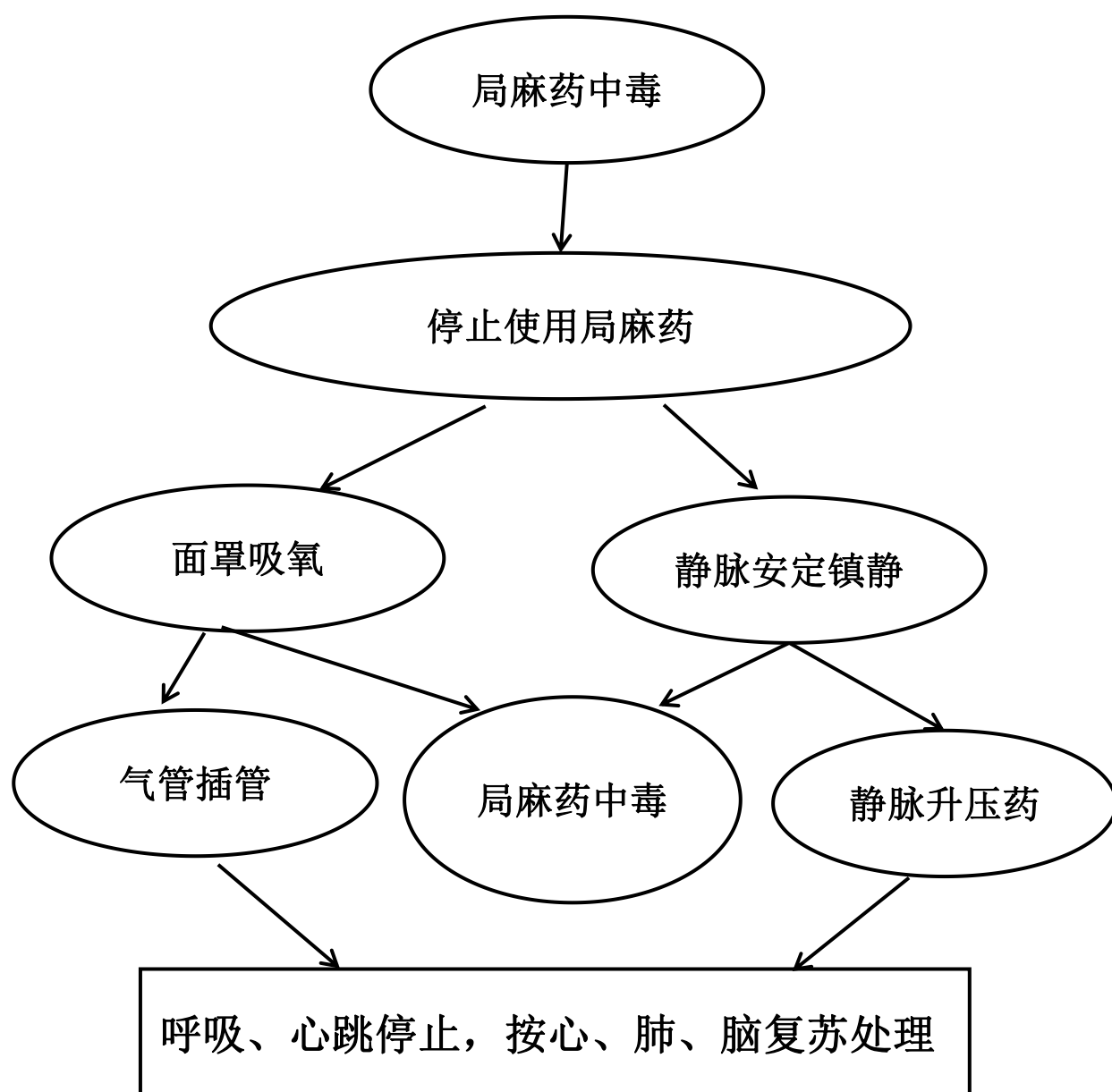
二、简易呼吸器的使用方法。一只手规律性地挤压球体，将气体送入肺中，提供足够的吸气/呼气时间(成人：12-15 次/min，小儿：14-20 次/min)。有氧源时，将氧流量调至 8-10 次/min，挤压球囊 1/2，潮气量为 6-8ml/kg(潮气量：400-600m)；无氧源时，应去除氧气储气袋，挤压球囊 2/3，潮气量为 10ml/kg(潮气量：700-1000m)

三、将呼吸机与模肺连接，重新检查氧源、气源和电源，检测呼吸机参数，如为呼吸机故障，应立即予以更换，更换后的呼吸机应遵医嘱重新设定呼吸机参数，

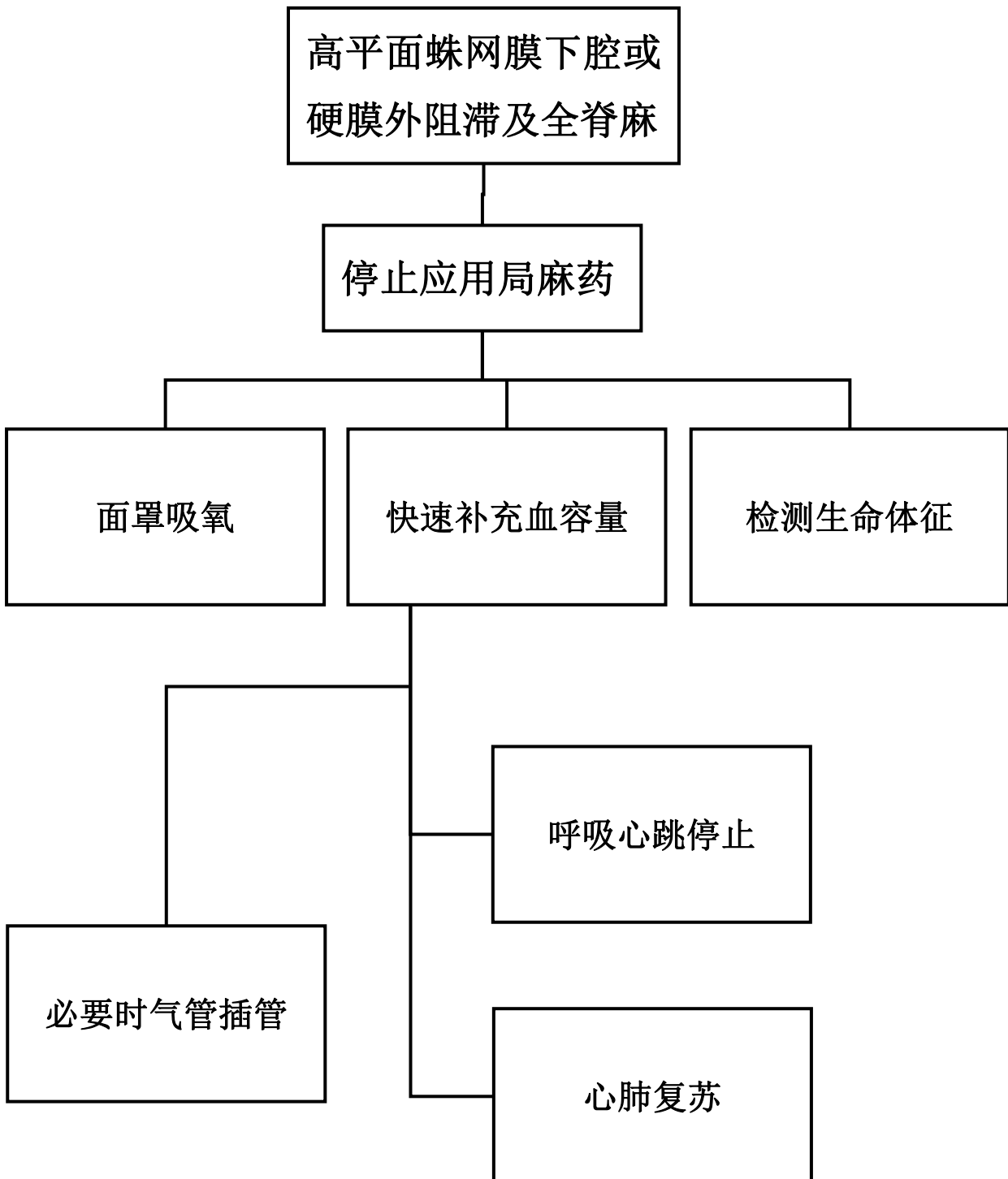
检测正常后，再重新将更换后的呼吸机与患者气管导管相连接。记录故障呼吸机的编号和故障项目以方便维修。

四、在更换呼吸机正常送气 30min 后，复查动脉血气。

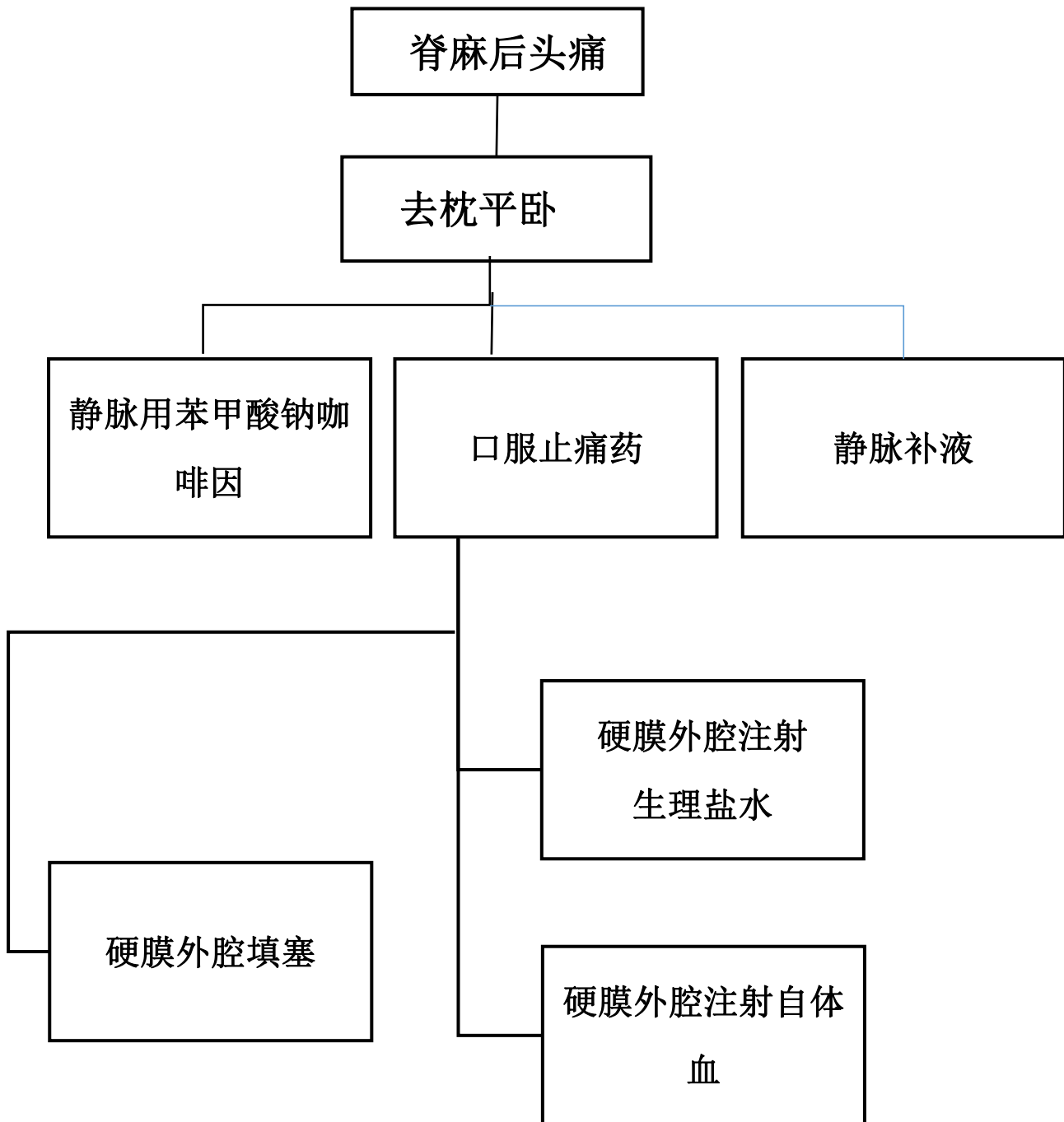
2.5.8 局麻药毒性反应的应急预案流程



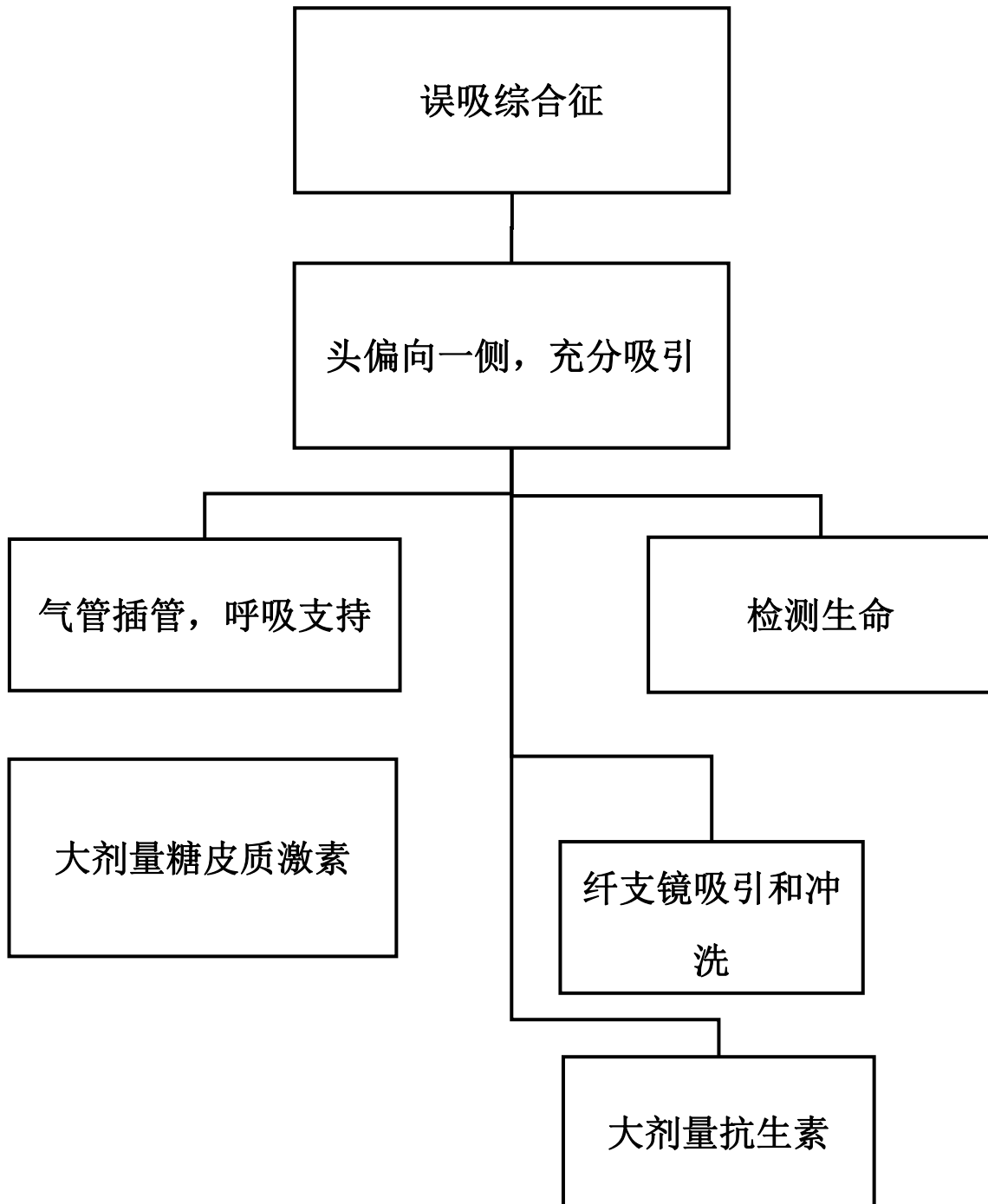
2.5.9 高平面蛛网膜下腔或硬膜外阻滞及全脊麻应急预案流程



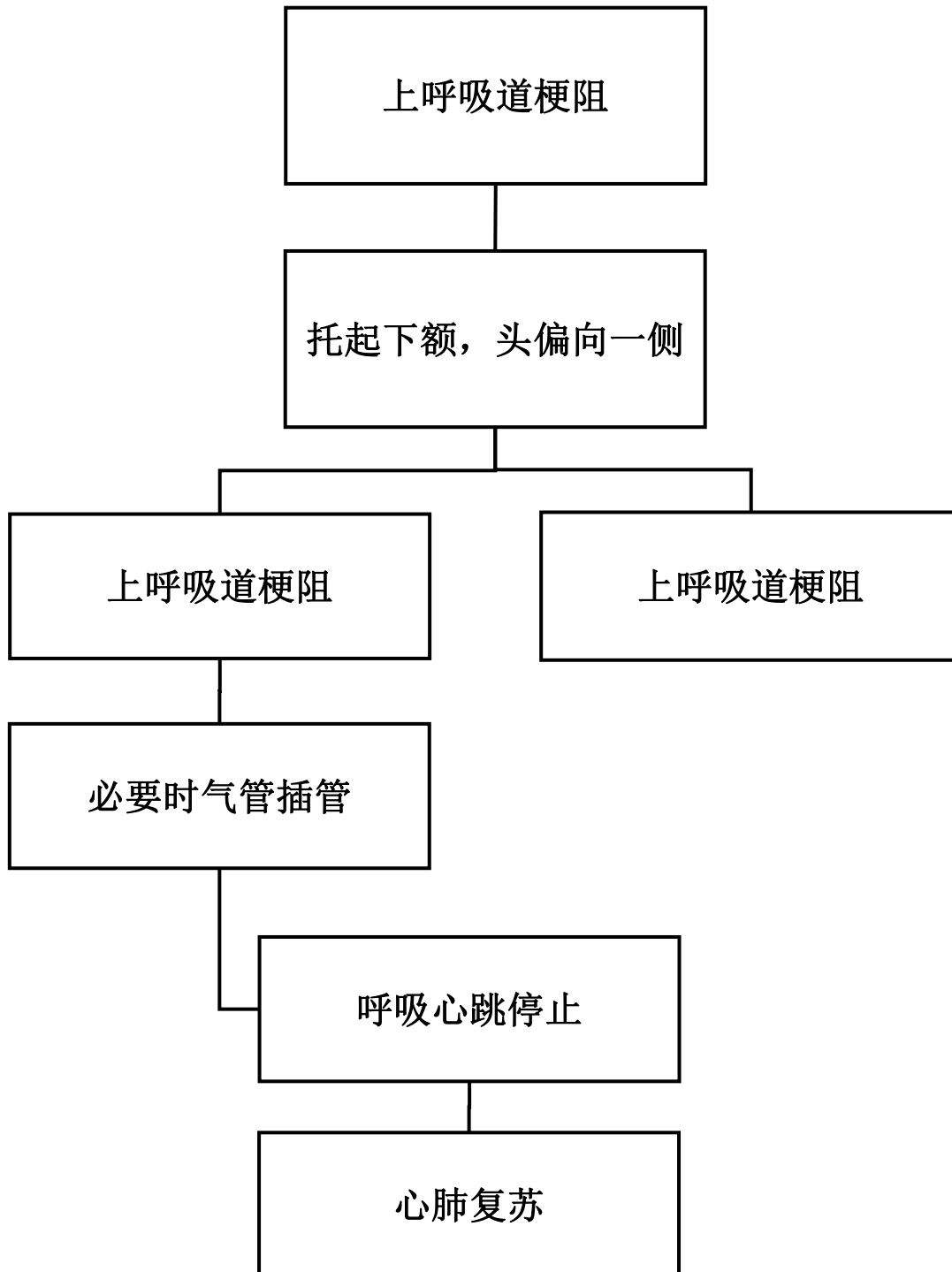
2.5.10 脊麻后头痛应急预案流程



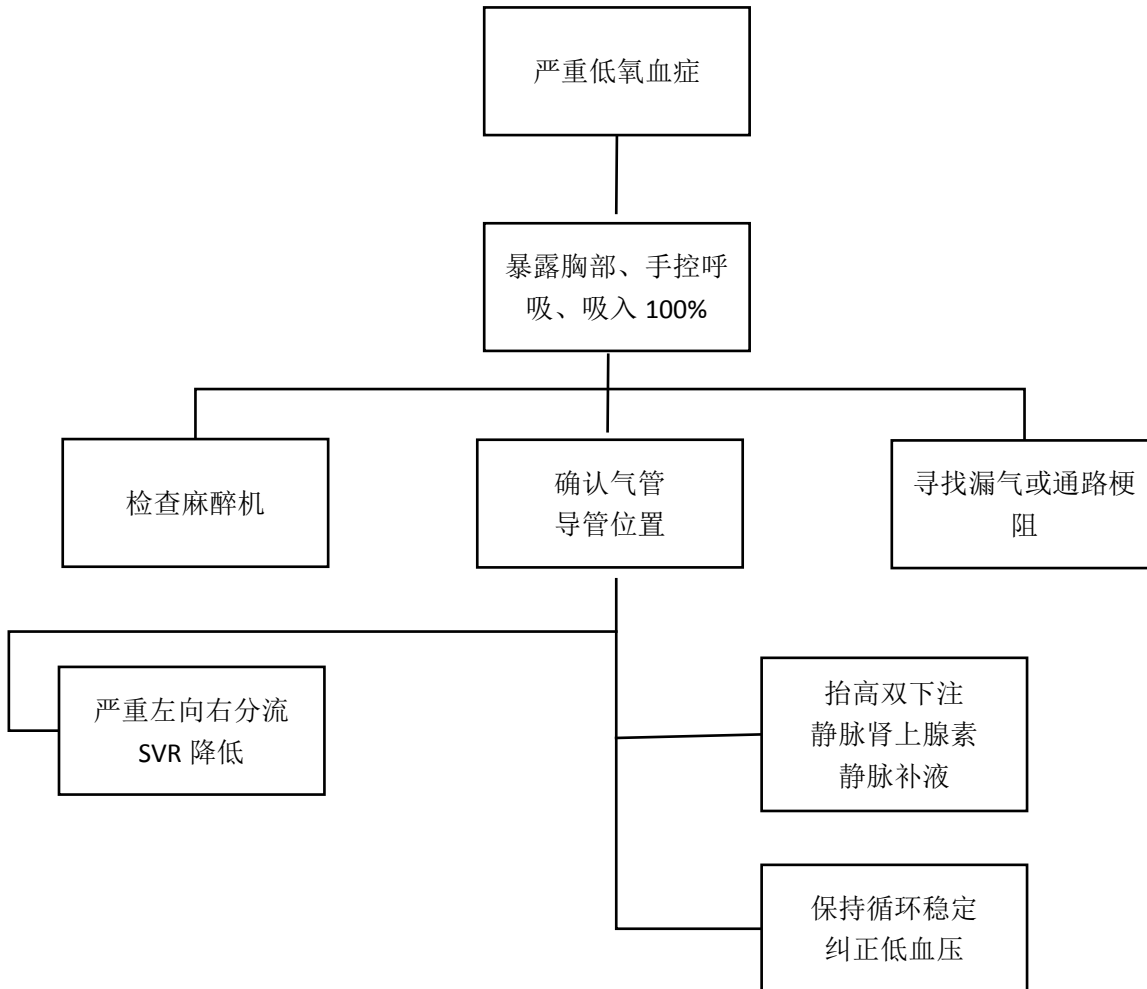
2.5.11 误吸综合征应急预案流程



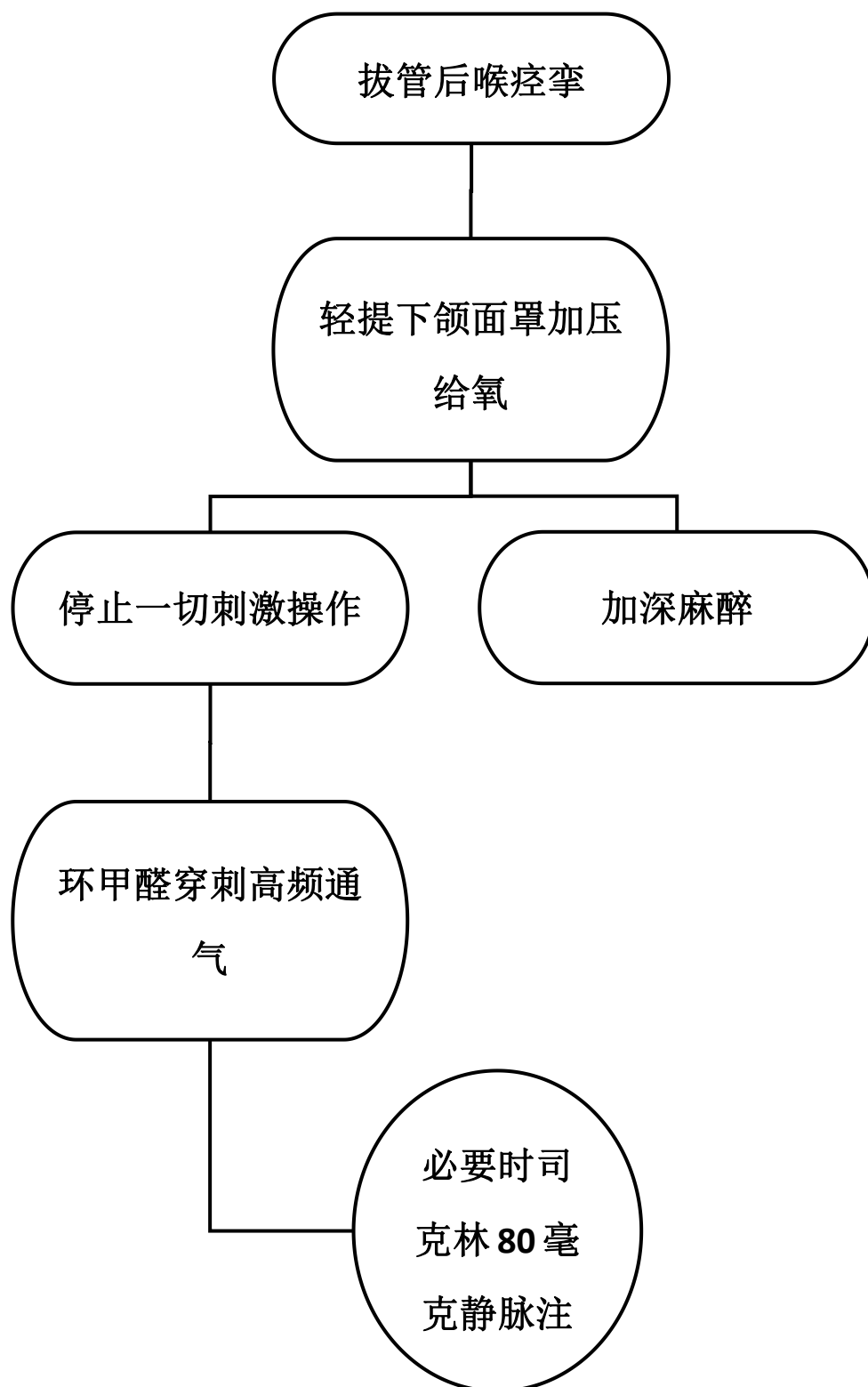
2.5.12 上呼吸道梗阻应急预案流程



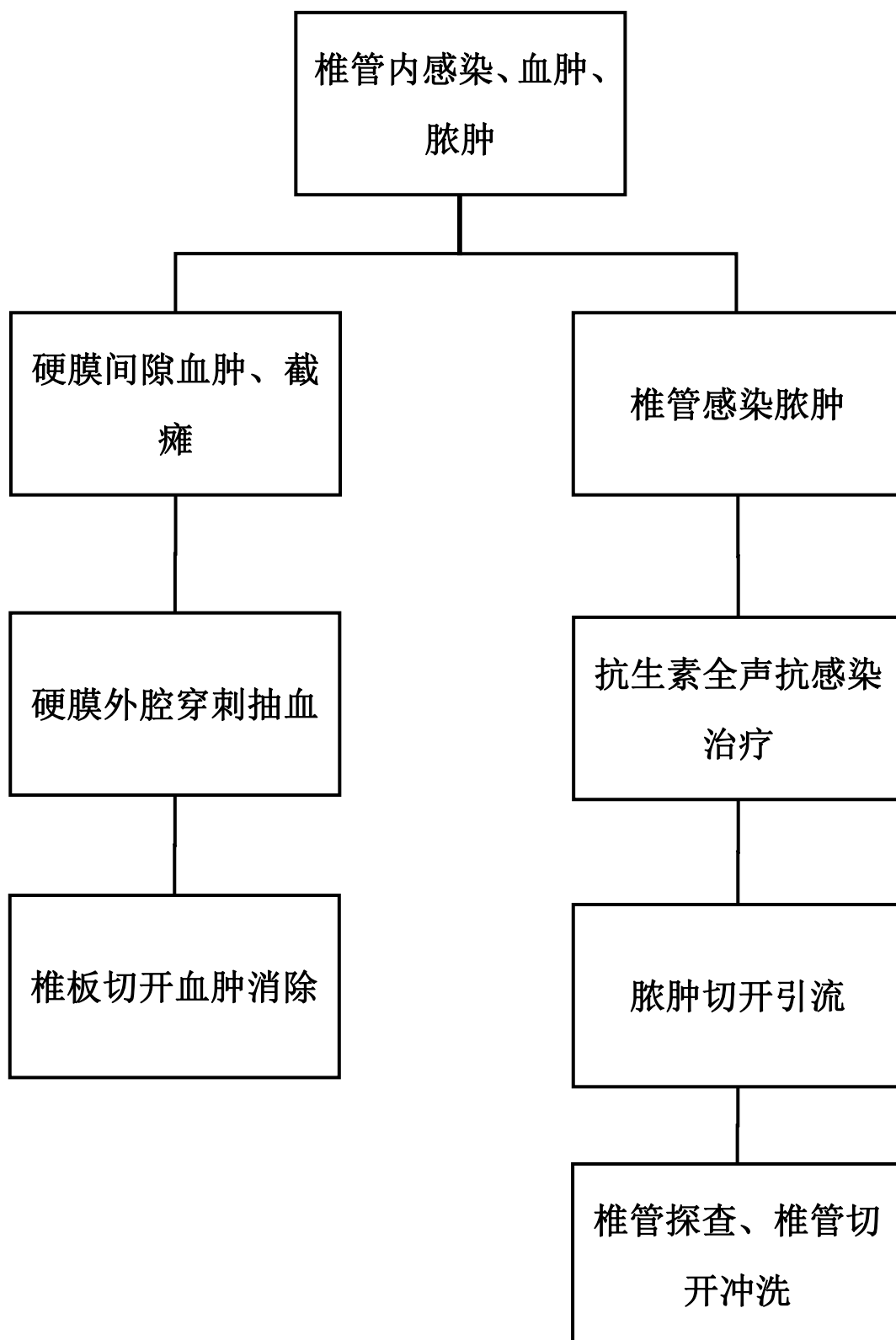
2.5.13 严重低氧血症应急预案



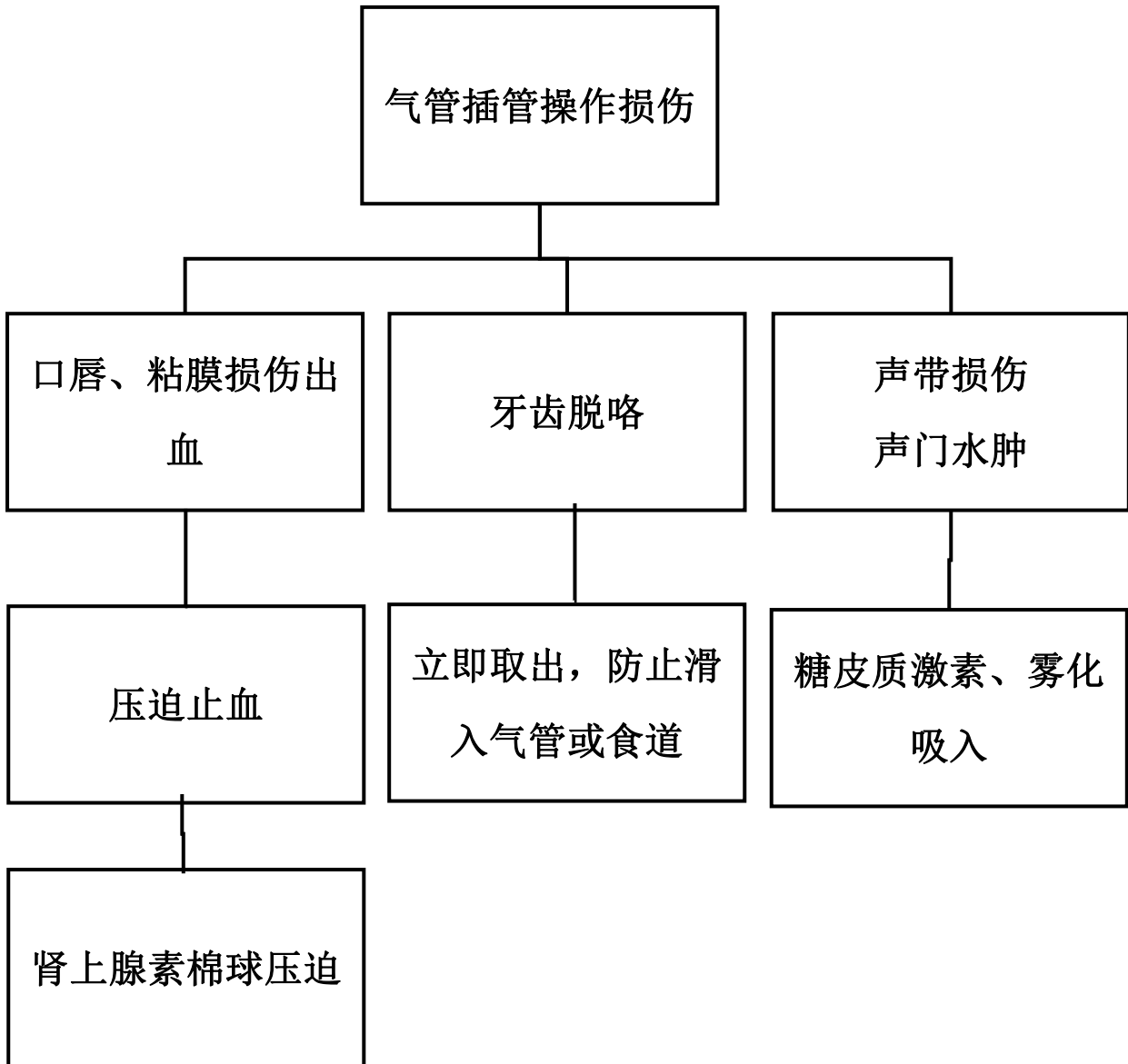
2.5.14 拔管后喉痉挛应急预案流程



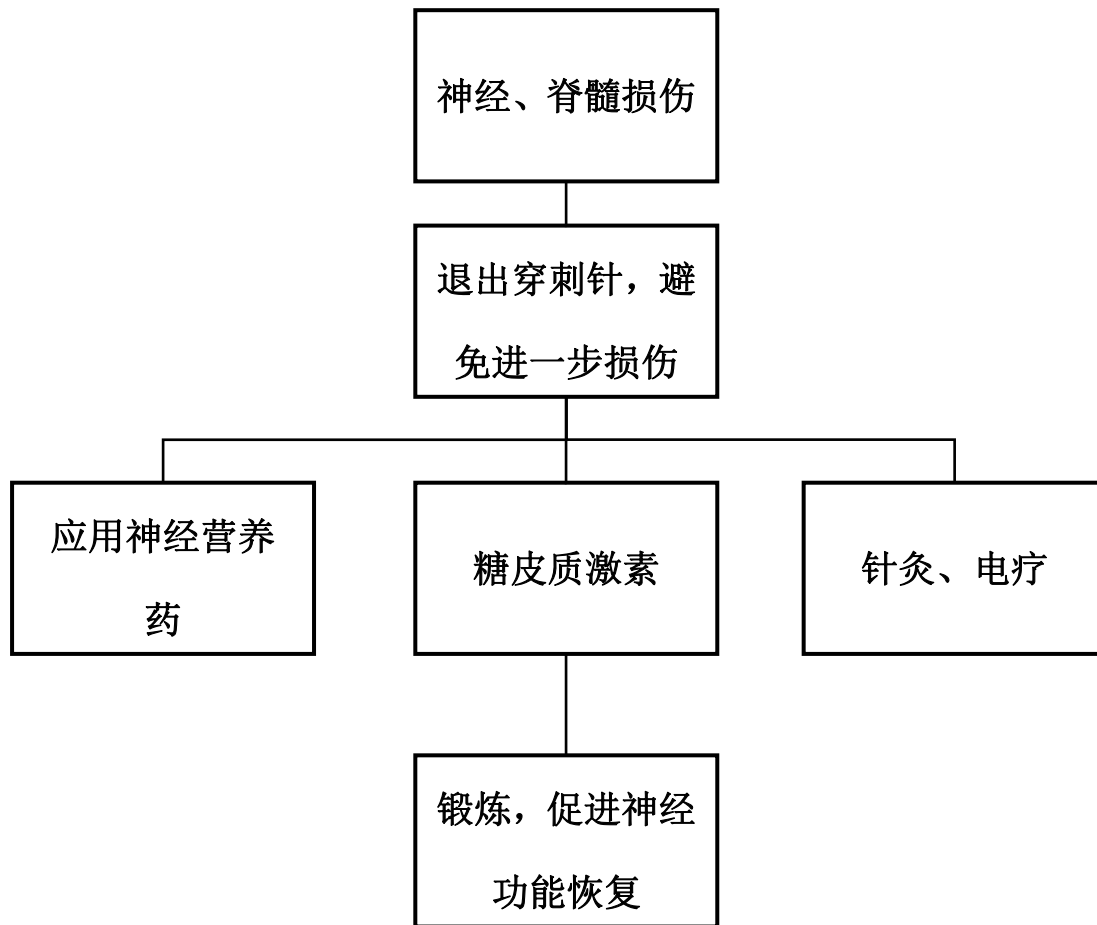
2.5.15 蛛网膜下控或硬膜外控感染应急预案流程



2.5.16 气管插管操作损伤应急预案流程



2.5.17 神经、脊髓损伤应急预案流程



2.5.18 气管插管术并发症应急预案流程

一、插管时的并发症及预防

(一)牙齿脱落

术前牙齿已有松动或有突出畸形，因上喉镜片触碰引起脱落。一旦牙齿脱落，应及时找，并浸泡于盐水中，准备做牙齿再植。

(二)软组织损伤

气道插管困难，唇、舌、咽后壁皆可擦伤出血，黏膜水肿等。

(三)其他反应

可出现血压急剧升高、心率加快或心动过缓等循环反应。

(四)预防

- 1.操作轻柔、熟练，尽量减少不必要的损伤。
- 2.置入喉镜前，先做高流量过度通气，以提高血氧浓度。
- 3.置入喉镜前，应有一定深度、充分完善的麻醉。
- 4.限制暴露声门的时间不超过 15s。

2.5.19 导管存留期间并发症应急预案流程

一、管道阻塞

针对发生阻塞原因进行防治。

- 1 分泌物与异物应及时吸出以防反流误吸。
- 2.因导管不合规格或导管过软扭曲等引起阻塞，应予以及时检查并更换之。

二、导管误入一侧主支气管

尤以小儿容易发生。通过经常听诊两肺及胸廓的扩张速度及时发现，即刻将导管回拨。

三、导管误入食道

多因插管操作时误入，也可因术中体位改变、手术操作等多种原因引起导管过浅脱出后而盲目推进误入，故完成插管后必须经常监听呼吸音及时调整导管位置，固定可靠。

四、呛咳及支气管痉挛

多因麻醉变浅及气管内积存分泌物引起，可加深麻醉和加用肌松剂。严重支气管痉挛可考虑用药解痉，平稳后吸净分泌物。

五、气管黏膜损伤

多因套囊压力过高所致。

2.5.20 拔管后并发症应急预案流程

一、喉痉挛

拔管前应充分吸引，以免分泌物刺激咽喉。一旦出现痉挛，要及时托起下颌。一般面罩供氧后痉挛即可解除；持续不止者，可用药物解除并加压通气。

二、误吸

拔管呕吐，因喉部保护性反射尚未建立而出现误吸意外，须加强术后护理。

三、咽喉痛

插管操作轻柔，所选导管适当，可减轻咽喉痛。数日后一般不经特殊治疗而自愈。

四、喉水肿

常在 24h 后出现，多发于 z1, 3L，常因插管困难时机械性损伤或感染，少数可因过敏等引起。可针对原因防治。

五、喉溃疡及肉芽肿

多因导管摩擦声带突上的黏膜，尤以头部过度后伸以及长时间留管者(6-7d)为多见，需在直接喉镜下切除。

六、声带麻痹

偶见，原因不明。

注:导管大小选择(小儿):

导管内径(nun)=年龄(岁)/4+4

导管周径(F)=年龄(岁)+16

2.5.21 术中呼吸道梗阻应急预案流程

一、原因

- 1.分泌物过多或血液、异物吸入。
- 2.舌后坠。
- 3.喉痉挛。
- 4.喉水肿。
- 5.支气管痉挛。
- 6.气管导管梗阻。

二、防治

(一)分泌物阻塞或血液、异物吸入:

- 1.术前禁食 6h, 并肌肉注射抗胆碱药物;
- 2.急性呼吸道感染者暂缓手术, 慢性呼吸道感染者术前用抗生素治疗;
- 3.及时消除口咽部及呼吸道分泌物、血液及异物。

(二)舌后坠:

- 1.正确托起下颌, 头后仰;
- 2.拔管后, 舌后坠者应放置口咽通气道;
- 3.面罩吸氧和人工呼吸。

(三)喉痉挛:

- 1.避免和去除咽喉部的直接刺激;
- 2.纯氧吸入, 防止缺氧;
- 3.对轻度喉痉挛者, 暂停麻醉, 充分供氧, 必要时暂停手术刺激, 然后逐渐加深麻醉;
- 4.对中度和严重喉痉挛者, 除上述处理外, 应用肌松药、面罩纯氧加压人工呼吸, 必要时施行环甲膜穿刺供氧。

(四)喉水肿:以 3 岁以下小儿多见, 多发生在气管插管或拔管后 12h。

- 1.插管困难及多次操作的病人在拔管前应静脉注射地塞米松;
- 2.症状明显者除应用激素和抗生素治疗外, 应给予面罩吸氧和人工呼吸;
- 3.严重病例, 必须严密监测, 必要时进行气管切开术。

(五)支气管痉挛:

- 1.术前有哮喘史者应用激素、支气管扩张药及抗生素治疗;
- 2.避免芬太尼、硫喷妥钠及筒箭毒碱等诱发支气管痉挛的药物;
- 3.麻醉过浅者需加深麻醉, 宜用氯胺酮及吸入全麻药(氟烷或恩氟烷);
- 4.静脉注射氢化可的松及氨茶碱, 如无心血管方面的禁忌症, 可静滴或雾化吸入异丙肾上腺素;
- 5.吸纯氧及施行辅助或控制呼吸。

2.5.22 术中呕吐、反流、误吸和吸入性肺炎应急预案流程

一、原因

- (一)饱食、上消化道出血、幽门或肠梗阻，麻醉、手术、外伤和疾病使胃肠蠕动减弱，胃内存积大量的空气和胃内容物增多，胃内压明显升高，胃肠道张力下降。
- (二)诱导时发生呼吸道梗阻，用力吸气使胸内压降低，加上头低位、重力影响，易发生呕吐和反流。
- (三)用肌松药后，面罩正压呼吸，高压气体进入胃内，使胃迅速膨胀而发生反流。
- (四)咳嗽、屏气及用力挣扎，使胃内压升高。
- (五)因胃、食管交界处解剖缺陷，影响正常生理功能，如膈疝病人。置有胃管的病人也易发生呕吐和反流。
- (六)药物如阿托品、东莨菪碱、胃长宁等有松弛括约肌作用，吗啡、哌替啶、地西洋等可降低括约肌张力，琥珀胆碱使胃内压增高，都易致患者误吸。

二、防治

- (一)术前禁食，必要时使用提高胃液 pH 值及减少胃酸分泌的药物，如甲氰咪胍及雷尼替丁等。
- (二)对已进食而又须立即麻醉手术的病人，应采取以下措施：
 - 1.应先置粗胃管，必要时抽吸。
 - 2.首选病人清醒时气管内插管。
 - 3.快速静脉诱导，在诱导时把环状软骨向后施压于颈椎体，以闭合食道来防止误吸。关于诱导时的体位问题，一般采用头高足低位，若有反流应立即改成头低足高位，这样胃内容物可大部分滞留于咽部，避免误吸入气管。
 - 4.恰当选用诱导药物，如选用氧化亚氮，氧，氟烷诱导，让病人保持自主呼吸和咽反射，直到麻醉深度足以插管。
- (三)一旦出现症状应立即吸引，消除呕吐及反流物。
- (四)在气管插管后用生理盐水 5~10mL 注入气管内，边吸边冲洗。冲洗前，应先给纯氧吸入。
- (五)纠正低氧血症:用机械通气支持呼吸功能。
- (六)氢化可的松:首量 200mg，随后 100mg，每 6h 一次;或地塞米松 5mg 静脉注射，6h 一次。
- (七)应用抗生素，以防继发感染。
- (八)保持水和电解质平衡及纠正酸中毒等。
- (九)应在病人清醒并能做出相应的表情应答下才能拔管，否则仍有误吸或咽喉刺激引发痉挛的可能。

2.5.23 术中低血压应急预案流程

一、原因

- (一)麻醉药影响:全麻药过量或病人体质差、耐量小，均可引起低血压。
- (二)血容量不足:术前贫血、大出血、长期禁食者，术中失血过多而未及时输血补液者。
- (三)手术影响:手术操作影响心脏排血量和静脉血回流，导致血压下降。
- (四)神经反射:内脏神经的牵拉反射可引起血压下降和心动过缓，如胆心反射和眼心反射等。
- (五)心力衰竭及急性心肌梗死。(六)严重缺氧或过度通气。
- (七)水、电解质及酸碱平衡失调。

(八)过敏反应:如输血过敏反应、抗生素过敏及鱼精蛋白过敏等。
(九)胸腔内压增高:如大潮气量通气、呼气末正压通气、影响静脉回流。(十)术中血管扩张药:受、神经节阻剂等使用不当。

二、防治

- (一)积极纠正贫、脱水维持解质和酸碱平衡,对大手术血容量丧失较多者加强CVP(中心静脉压)监测。
(二)避免全麻药过量,对年老体弱者更应适当减量并缓慢静脉注射。(三)术中及时输血补液。
(四)升压药的应用:收缩压低于80mmHg(或高血压病人低于原水平的30%)者,常用麻黄碱、阿拉明和苯肾上腺素。如因迷走神经反射引起心动过缓者。可同时使用阿托品和麻黄碱.收缩压低于50~60mmHg时,应迅速积极处理。
(五)心功能差者,术前应改善心功能;术中如发生心力衰竭,则按心衰处理。(六)避免过度通气。(七)停止手术刺激。
(八)纠正机械因素:减少或停止PEEP,调节呼吸频率和吸呼比,降低平均气道压,缓解气道压力。

2.5.24 术中高血压应急预案流程

一、原因

- (一)病人本身因素。例如原发性高血压、肾及肾上腺肿瘤以及妊娠高血压综合征病人等术中易引起血压升高。
(二)麻醉浅,镇痛不全。
(三)麻醉及手术引起缺氧及二氧化碳蓄积。
(四)术中升压药选用不当或快速输入大量升压药。
(五)颅脑外科手术刺激额叶或V、IX、X对脑神经,以及脑干扭转者可出现血压升高,心率减慢。
(六)反跳性高血压。见于可乐定、一受体阻滞药或甲基多巴的停药反应。
(七)药物之间的相互作用。三环类抗抑郁药或MAOI同麻黄碱合用,可致严重的高血压反应。
(八)膀胱膨胀。

二、防治

- (一)保持呼吸道通畅,维持足够的通气量,避免缺氧和二氧化碳蓄积。
(二)保持足够的麻醉深度。在强刺激前,补充麻醉镇痛药物或辅助药物。
(三)气管插管时,缩短喉镜显露声门和气管插管的时间,动作须轻巧。
(四)使焦虑病人镇静,排空膀胱。
(五)如血压持续不降,可考虑药物处理。如硝酸甘油滴鼻或微泵输注,压宁定0.6mg/kg静脉注射或静脉维持,一受体阻滞药或其他血管扩张药。

2.5.25 术中心律失常应急预案流程

一、原因

- (一)麻醉药和肌松药的影响。
(二)缺氧和二氧化碳蓄积。
(三)神经反射性刺激,如牵拉内脏及眼肌时,迷走神经兴奋,可引起心动过缓,甚至心律失常。

(四)手术刺激和损伤，尤其是心内手术对心脏的直接刺激和脑外科手术对脑干的刺激。

(五)低温。当体温低于 30℃时，窦房结起搏点受到抑制，易引起心室颤动，低于 20℃可导致心搏停止。

(六)电解质紊乱、低钾、低钠等均可引起心律失常甚至心脏停搏。

(七)心脏本身疾病，如病态窦房结综合征、急性心肌梗死。

(八)植物神经功能失调

二、防治

(一)术中用心电图监护，以便及时发现和处理。

(二)纠正心律失常的诱发因素，特别要注意麻醉深度、二氧化碳蓄积、手术刺激、电解质紊乱和体温过低、术后疼痛、缺氧、血流动力学不稳定等因素，以便及时停止手术刺激，并分别纠正之。

(三)应用抗心律失常药。

2.5.26 术中急性肺不张应急预案流程

一、原因

(一)围术期有急性呼吸道感染

(二)因慢性气管炎、吸烟或术后气管被分泌物堵塞。

(三)肥胖、高龄、胸廓畸形，或肌肉、神经疾病所致的呼吸肌运动障碍者。

(四)通气不足综合征、中枢性或梗阻性睡眠一呼吸暂停综合征病人

二、防治

(一)术前禁烟 2~3 星期。

(二)急性呼吸道感染者应延期手术 1 星期。

(三)慢支阻肺、慢支肺病人应增强排痰能力，增加肺容量训练。

(四)麻醉期间气道通畅，定期吹张肺。

(五)拔管前反复吸引分泌物，避免纯氧吸入。

(六)回病房定期变换体位，多咳嗽，早离床活动，避免或少用麻醉性镇痛药。

(七)选用有效抗生素，加用雾化吸入、祛氮剂、激素和支气管扩张药，以有利于改善通气功能。

2.5.27 术中肺栓塞应急预案流程

一、原因血栓

(一)促使静脉血栓形成的因素：

1.血流缓慢；

2.创伤及感染并累及周围静脉；

3.老年、恶性肿瘤患者的血液有易于凝集倾向；

4.血内溶解血栓的作用减弱，如心瓣膜病、充血性心衰、血栓性静脉炎等。

(二)脂肪栓塞。

(三)空气栓塞。

(四)羊水栓塞。

(五)急性肺栓塞的促发因素有：

1.腹部手术；

2.恶性肿瘤；

3.心脏瓣膜病；

- 4.血液病;
- 5.肥胖;
- 6.下肢静脉曲张;
- 7.盆腔或下肢肿瘤;
- 8.长期口服避孕药。

二、预防

- (一)避免术前长期卧床休息;
- (二)下肢静脉曲张者使用弹力袜;
- (三)纠正心力衰弱;
- (四)血细胞比积高者行血液稀释;
- (五)血栓性静脉炎病人,预防性应用抗凝药;
- (六)避免用下肢静脉进行输液或输血。

三、治疗原则

进行复苏支持和纠正呼吸、循环功能,主要方法包括吸氧、镇痛、控制心衰和心律失常,抗休克和抗凝治疗。发生气栓时,应将病人置于左侧卧头低位,使空气浮留于右心房内。

2.5.28 术中张力性气胸应急预案流程

一、原因

施行过大压力辅助或控制呼吸而引起肺泡破裂。各种手术操作如神经阻滞(锁骨上、肋间、椎旁、硬膜外)时,伤及胸膜、肺组织而引起张力性气胸。

二、临床表现

病人可出现呼吸急促和困难、发绀、心动过速。

三、体检

呼吸幅度减小,呼吸音消失和降低,还可见到皮下气肿和纵膈气肿。

四、处理

锁骨中线第2或第3肋间穿刺抽气,或胸腔内置管行闭式胸腔负压吸引。

2.5.29 术中急性心肌梗死应急预案流程

一、诱因

- (一)冠心病。
- (二)高龄。
- (三)患有动脉硬化或高血压症。
- (四)术中长期低血压,或较基础血压降低30%,且持续10min以上者。
- (五)麻醉药物对心肌收缩力的抑制或供氧不足、缺氧,势必使原动脉狭窄病人的心肌供氧进一步恶化。

二、防治

(一)对原有心肌梗死病人应尽量延迟至4个月以后施行手术,且力求心肌氧的供求平衡。

(二)麻醉期间或术后心肌梗死的临床表现不典型,主要依据心电图及血流动力学改变。可应用多巴酚丁胺或并用血管扩张药,充分供氧,降低耗氧量和提高心脏指数。

2.5.30 术中恶性高热应急预案流程

一、原因

- (一)家族遗传因素和诱发因素相结合才会发生恶性高热
- (二)(二)使用易于诱发恶性高热的药物，如氟烷和琥珀胆碱等。

二、临床表现

(一)早期

- 1.应用琥珀胆碱后出现异常的肌强直;
- 2.心动过速与不能解释的快速心律失常;
- 3.皮肤斑状潮红并迅速转为发绀、低氧血症、高碳酸血症、高钾血症、肌红蛋白尿。

(二)晚期:体温升高速度惊人且可高达 46℃, PaCO₂, 可升高至 10.6kPa 危象后表现肌肉疼痛、四肢麻痹、失明、耳聋、肾衰等, 也可能度过危象时期, 但可于数小时后再复发而死亡。混合静脉血与动脉血二氧化碳张力之间的巨大差异可证实恶性高热的诊断。

三、处理

- (一)立即停止麻醉药与手术, 使用纯氧过度通气, 排出 CO₂。
- (二)降温, 使体温保持在 38~39℃。
- (三)纠正酸中毒、高钾血症, 用普鲁卡因或普鲁卡因胺治疗肌强直和心律失常。
- (四)特异性治疗药丹曲林以 2.5mg/kg 给药。若恶性高热仍持续, 重复给药至总量达 10mg/kg 或更多。丹曲林治疗(1mg/kg 静脉注射或每 6h 口服)和观察应维持到恶性高热发生后的 48~72h。

2.5.31 术中脑血管意外应急预案流程

一、麻醉状态下发生脑血管意外的原因

- (一)脑梗死。
- (二)脑血栓形成。
- (三)脑出血。
- (四)脑血管痉挛。

二、预防和处理

对有高血压动脉硬化、糖尿病或脑血管意外既往史的病人, 应积极进行预防, 充分供氧力求血压平稳;疑有颅内压增高时可过度通气, 并用硫喷妥钠和甘露醇药物。

2.5.32 术中药物变态反应的应急预案流程

一、保持气道通畅, 充分供氧。

二、立即终止可疑药物。

三、开放静脉, 保持有效血容量。可输注生理盐水或平衡液。

四、严密监测血压、心电图、呼吸、CVP、PaO₂、PaCO₂、SaO₂ 等。一旦发生变态反应, 可使用肾上腺素、肾上腺皮质激素、组胺受体阻断药等, 以防止或减轻肥大细胞和嗜碱细胞释放介质, 减轻和消除非生理性反应的严重程度。对疑有药物变态反应者, 应于术前数日口服苯海拉明 0.5~1.0 mg/kg, 一日三次, 或雷尼替丁 150 mg, 一日二次。

五、必要时行心脏复苏术。

2.5.33 术中高铁血红蛋白血症的应急预案流程

普鲁卡因静脉滴注时，偶尔可使病人血红蛋白内的二价铁被氧化成三价铁，使高铁血红蛋白总量超过正常范围。

一、症状

(一)发绀:指甲、口唇及面部发绀，术野血色变暗，但 SpO₂ 可正常，经加强呼吸管理和纯氧吸入等措施不能纠正发绀。

(二)高铁血红蛋白含量达 30%时，可出现神经、呼吸系统症状，发生少尿、蛋白尿、溶血、肝损害等症状;含量达 70%以上时可危及生命。

二、处理

(一)立即停药。

(二)静脉滴注亚甲蓝 2 mg/kg 或维生素 C100200mg，即可使发绀消失或减轻。

2.5.34 术中中毒反应应急预案流程

一、原因:绝对过量与相对过量。前者指一次注射量超过最大剂量值，后者系药物吸收、分解变化而致的总注射量虽未超过安全值，但血液中局部麻醉药浓度已达到引起毒性反应水平。

二、症状:主要为中枢神经系统由兴奋到抑制，最后导致循环系统衰竭的一系列由轻渐重的临床表现。

三、治疗:1.停止用药;2.给氧;3.兴奋、痉挛病人应静脉注射地西洋 10~20mg，或缓慢静脉注射 2.5%硫喷妥钠直至痉挛停止，如仍不能控制痉挛，则应静脉注射琥珀胆碱行气管插管控制呼吸，避免缺氧;4.循环支持;5 必要时给予肾上腺皮质激素，以改善病人的全身情况。

2.5.35 术中高敏反应应急预案流程

接受少量局部麻醉药即出现毒性反应者，称高敏反应。高敏反应的特点是剂量与症状极不相称，除一般毒性反应症状和体征外，也可突然发生晕厥、呼吸抑制甚至循环虚脱。高敏反应的发生常与病人的病理生理状况及周围环境的影响有关，如脱水、酸碱失衡、感染及室温过高等，其治疗与中毒反应处理相同。

2.5.36 术中变态反应(过敏反应)应急预案流程

一、原因:局部麻醉药作为一种附着素，与蛋白或多糖结合后，成为一种产生抗体的抗原，从而在第 2 次使用该药时，产生抗原-抗体反应。

二、局部症状可见荨麻疹、湿疹、皮肤神经性水肿，重者可发生喉头水肿、

支气管痉挛、过敏性休克和昏迷等。上述症状可在注射后立即发生，亦可延迟发生。

三、治疗:给氧、输液、皮下或肌肉注射肾上腺素 0.25~0.5 mg，及肌肉注射苯海拉明 10~50 mg，或异丙嗪 12.5~25 mg，静脉输注地塞米松或氢化可的松。有支气管痉挛者给予氨茶碱 250~500 mg;出现循环障碍者，给予循环支持。

颈丛麻醉

(一)高位硬膜外阻滞:严密观察，给予吸氧，必要时辅助呼吸，并注意维持循环系统的稳定。

(二)全脊麻:严重并发症，预后凶险，按常规抢救处理。

(三)膈神经麻痹:阻滞时累及膈神经(由 C4 及 C3, 5 小分支组成)，出现胸闷、呼吸困难，吸氧后即缓解。

(四)局部麻醉药中毒反应:由刺入血管或颈部血运丰富，吸收过快所致。处理见“局部麻醉并发症”一章。

(五)喉返神经阻滞:可有声音嘶哑或失音，亦可有轻度呼吸困难，短时间内可自行恢复。

(六)霍纳氏症候群:表现为患侧眼睑下垂，瞳孔缩小，眼球下陷，眼结膜充血，鼻塞，面微红，不出汗等症状。这些均系星状神经节阻滞所致，一般不需处理，可自行恢复。

2.6 超声室

2.6.1 超声科日常应急预案

一、急诊患者优先就诊，并根据检查结果及时准确地汇报到医生处。

二、孕妇脐血流异常，则作为急诊优先安排 NST 检查，根据其检查结果看是否应陪同其到产科医生处。

三、孕妇 NST 出现异常表现胎儿窘迫的，立即陪同其到相应的产科医生处，汇报情况，以便孕妇能得到及时处理。

四、胎儿生物物理学检查时，若排除孕妇低血糖的时期(如饥饿状态)，出现评分低的情况，应该立即电话与医生联系，根据情况或医病送至医生处或手术室。

五、孕妇在我科行检查过程中如出现体位性低血压等不适症状，应该立即让其停止检查，改变体位，好转后再行检查;如无好转，则应立即与产科医生联系，配合临床医生处理好紧急病情。

六、如遇急腹症(尤其是疑异位妊娠而盆腔大出血者)、大量阴道出血的患者，应第一时间给予检查，若出现休克症状，应立即和临床医生取得联系，汇报超声诊断或超声所见，并安排专人将病人护送至医生处或手术室。

七、超声仪出现异常状况，应立即记录时间和出现的问题，并留下图片，停止检查，汇报设备科。

八、电脑系统出现故障，一方面及时汇报计算机室，另一方面以手写报告的形式，保证超声检查的正常进行。

2.6.2 胎心监护、B超五项指标的诊断要点及向临床反馈措施

一、胎心监护评分标准

评分数	基线 (bpm)	摆动幅度 (bpm)	胎心上升幅度 (bpm)	上升持续时间 (秒)	胎动次数
	120-160	10-25	≥15	≥15	≥3
2	160-180	5-9 或	10-14	10-14	1-2
1	100-120		>25		
	>180	≤5	<10	6	0
0					
评分	2	2	2	2	

胎心监护诊断要点和措施:

▲≥9分正常，一周后复查

▲≤8分及时通知医生，及时发布报告，并将胎监纸交医生。

二、胎儿生物物理五项指标评分标准:

项目	评分数	标准
NST	2	20min 内, 胎动出现一次及以上, 胎动时心率加速反应, 振幅 15bpm, 持续>15s 胎心率 120-160 次/min
	1	20min 内, 胎动出现 V2 次, 或者胎动时心率加速反应的振幅加 15bpm, 持续>15s, 或者 40min 内未见胎动和胎心率的加速反应, 或者低于 120 次/min 或大于 160 次/min
	0	40min 内, 未见胎动和胎心率的加速反应
FBM	2	30min 至少有一次胎儿呼吸样运动, 持续时间 30-60s
	1	30min 内无胎儿呼吸样运动, 持续>60s
	0	30min 内胎儿呼吸样运动或呼吸样运动持续<30s
FM	2	30min 内至少有多 3 次以上胎儿躯干或肢体运动, 如果躯干和肢体时运动算作一次
	1	30min 内有 1-2 次胎动
	0	30min 内无胎动出现
FT	2	30min 内至少有 1 次胎儿肢体或躯干伸展, 并回复原屈位置, 或胎儿以握拳的姿势
	1	30min 内有 1 胎儿四回复到原屈位置, 或有 1 次躯干伸展回复到原屈位置
	0	30min 内胎儿无躯干和四肢伸展活动, 或一直处于弛张状态, 即四肢和躯干均处于伸展状
ATI	2	测定四个象限最深处水液区之和>80mm
	1	测定四个象限最深处水液区之和在 51-80mm
	0	测定四个象限最深处水液区之和<50mm

生物物理五项指标诊断要点和措施:

▲≥9 分胎儿呼吸样运动为 1 分, 严密观察, 通知医生。

▲=8 分胎儿呼吸样运动为 0 分伴胎动少, 紧急通知医生, 及时发布报告。

▲=7 分胎儿呼吸样运动为 0 分、胎动少为 1 分, 紧急通知医生, 及时发布报告。

▲<7 分紧急通知医生, 及时发布报告。

2.6.3 胎盘异常的超声诊断要点及向临床反馈的措施

一、前置胎盘的超声诊断要点:

- (一)完全前置胎盘完全覆盖宫颈内口。
- (二)部分前置胎盘下缘覆盖部分宫颈内口，但未越过内口而伸至对侧宫颈壁。
- (三)边缘前置胎盘下缘到达子宫颈内口的边缘。
- (四)低置胎盘胎盘下缘距子宫内口小于 7 cm。

超声诊断为前置胎盘者，在报告上注明，如伴有阴道出血，及时通知医生并及时发布报告。

二、胎盘早期剥离的超声诊断要点:

- (一)胎盘增厚。
- (二)绒毛板向羊膜腔内隆起。
- (三)胎盘后出现血肿。(表现为胎盘后暗区，依据出血的多少、出血的缓急、出血的局限或广泛以及发病时间的长短形成各种不同的回声表现)
- (四)如有血液破入羊膜腔，可能见到羊水内有闪亮的光点浮动，或羊水内有光块(凝血块)。
- (五)重症者胎儿多已死亡，看不到胎心搏动及胎动。

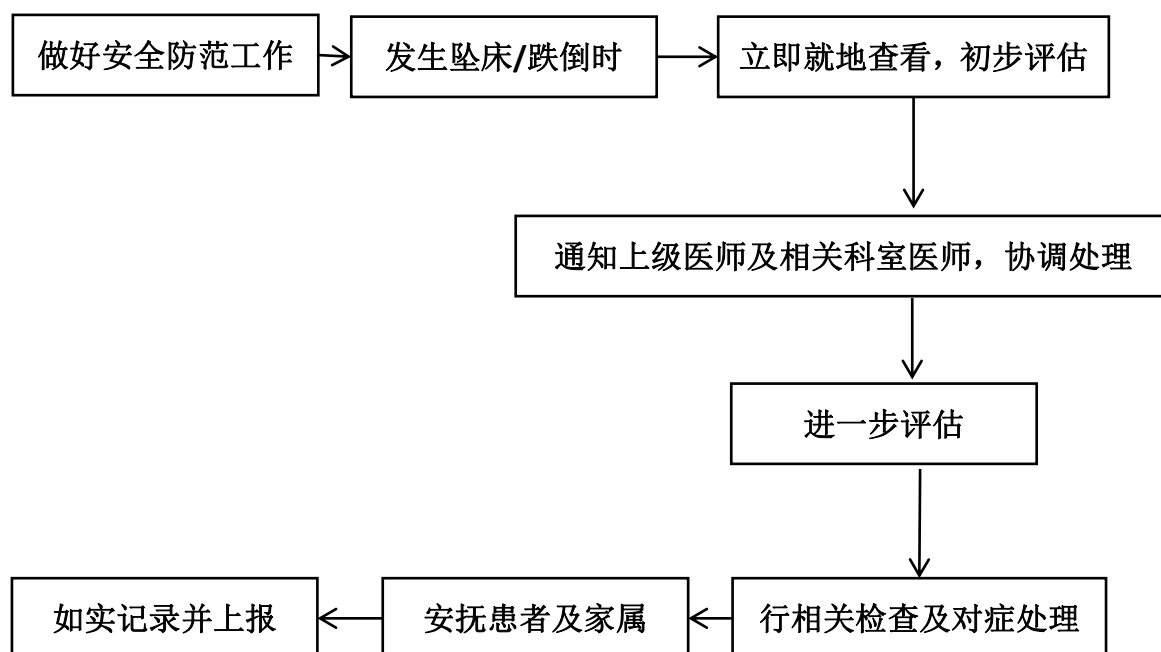
超声诊断胎盘早剥除声像图表现外，还需结合病史、临床症状、体征，一旦做出诊断，需立即通知医生。凡胎盘、脐带、胎儿有明显异常涉及需紧急救治的，均应立即通知临床医生。

2.7 放射科

2.7.1 放射科患者坠床/跌倒应急预案及流程

- 一、婴幼儿做检查时，应由家属陪同，积极避免坠床/跌倒事件发生;
- 二、发生坠床/跌倒时，立即就地查看患者，初步评估一般情况;
- 三、立即通知上级医师及相关科室医师，协同处理，进一步评估患者生命体征情况，必要时行相关检查或对症处理;
- 四、做好患者及家属的安抚、解释工作;
- 五、记录事件发生时间和经过，并按程序上报(不良事件)。

放射科患者坠床/跌倒应急预案及流程



2.7.2 放射科急诊绿色通道流程机制及流程

一、管理范畴

需要进入急诊绿色通道的患者是指在短时间内发病, 所患疾病可能在短时间内((6 小时)危及生命的急危重症患者。这些疾病包括但不限于:

(一)急性创伤引起的体表开裂出血、开放性骨折、内脏破裂出血、颅脑出血、张力性气胸等及其他可能危及生命的创伤;急性心力衰竭、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种;

(二)、气道异物或梗阻、急性中毒、电击伤、溺水等;

(三)急性肺水肿、急性肺栓塞、大咯血、休克、严重哮喘持续状态、消化道大出血、昏迷等;

(四)消化道穿孔、急性肠梗阻等急腹症;

(五)群体性(3 人以上)伤、病、中毒等情况;

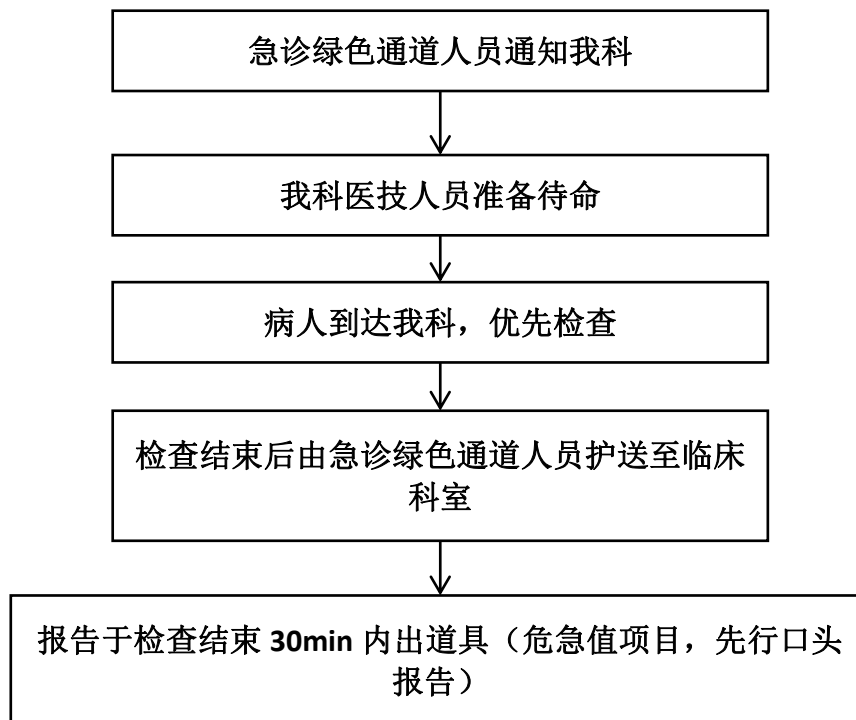
(六)就诊时无姓名(不知姓名)、无家属、无治疗经费的“三无”人员也在绿色通道管理范畴内。

二、原则

(一)先抢救生命, 后办理相关手续。

(二)、全程陪护, 优先畅通。

放射科急诊绿色通道流程



2.7.3 放射诊疗事故应急预案

为规范和强化应对突发放射事故的应急处置能力，提高从业人员对放射事故应急防范的意识，将放射事故造成的损失和污染后果降低到最小程度，最大限度地保障放射工作人员与公众的安全，维护正常和谐的放射诊疗秩序，做到对放射事故早发现、速报告、快处理，建立快速反应机制。根据上级卫生部门与环保部门要求，依据《职业病防治法》及《放射诊疗管理规定》等相关法律法规，制定本放射事故应急预案。

一、组织机构

(一)成立放射事故应急工作领导小组

医院成立放射事故应急处理工作领导小组，具体成员名单如下：

组长：院长

副组长：分管副院长、医务科

成员：放射科全体成员

主要职责：监督检查放射安全工作，防止放射事故的发生；针对防范措施失效

和未落实防范措施的单位提出整改意见;对已发生放射事故的现场进行组织协调、安排救助、并向放射工作人员与公众通报;负责向上级行政主管部门报告放射事故发生和应急救援情况,负责恢复正常秩序、稳定受照人员情绪等方面的工作。

二、应急处置程序

本单位一旦发生放射事故,必须立即采取措施防止事故继续发生和蔓延而扩大危害范围,并在第一时间向领导小组报告,同时启动应急指挥系统,具体程序如下:

(一)迅速报告

发生事故后必须立即将发生事故的性质、时间、地点等报告给放射事故应急领导小组,领导小组立即将情况向主要情况报告卫生局、环保局、公安局等相关部门。

(二)现场控制

采取措施保护工作人员和公众的生命安全,保护环境不受污染,最大限度控制事态发展;负责现场警戒,划定紧急隔离区,不让无关人员进入,保护好现场;迅速、正确判断事件性质,将事故情况报告应急指挥中心。

(三)启动应急系统

放射事故应急指挥中心接到现场报告后,立即启动应急指挥系统,指挥应急小组迅速赶赴现场,开展工作。

(四)现场处置

等待相关部门到达现场的同时,采取相应措施,使危害、损失降到最小。

若是发生放射性同位素与射线装置失控导致大剂量 X 线误照,应立即进行现场救助,采取措施,以使人员损伤、环境污染降到最小,组织人力将受照人员送往医院,并同时请卫生监督机构进行检测。

(五)查找事故原因

配合上级有关部门对现场进行勘查以及环保安全技术处理,检测等工作,查找事故发生的原因,进行调查处理。将事故处理结果及时报上级卫生行政主管部门。

(六)警报解除

总结经验教训,制定或修改防范措施,加强日常环境安全管理,杜绝类似事故发生。

2.8 检验科

2.8.1 异常检测结果与临床反馈的措施和责任

检验结果是临床医师开展诊疗活动所需要的重要信息,而异常结果的发出是

临床医师患者疾病的诊断和处理有着很重要的作用。发现异常结果实验室应做以下几个方面工作:

一、检查环节质控情况

- (一)首先被检测标本的采集和送检是否合乎要求;
- (二)标本处理是否得当,保存是否合理;
- (三)分析仪器及设备是否正常,其系统误差确定且在可接受范围内;
- (四)检测试剂无质量问题,且在有效期内;
- (五)检验人员操作正规无差错;
- (六)该批次检测的室内质控为“在控”;
- (七)结果计算准确无误;
- (八)排除在整个检测过程中可能存在的影响因素“如中途停电,培养箱温度过高、过低”。

二、制度上保证

- (一)建立严格的检验报告单签发审核制度,必须做到双签字;
- (二)异常结果必须复核或复查制度;
- (三)特殊结果应由实验室负责人亲自审定或授权相关人审定;
- (四)报告结果后的标本根据不同情况应保留一定时间,以便复查与重新采取的标本检测结果进行对比分析。

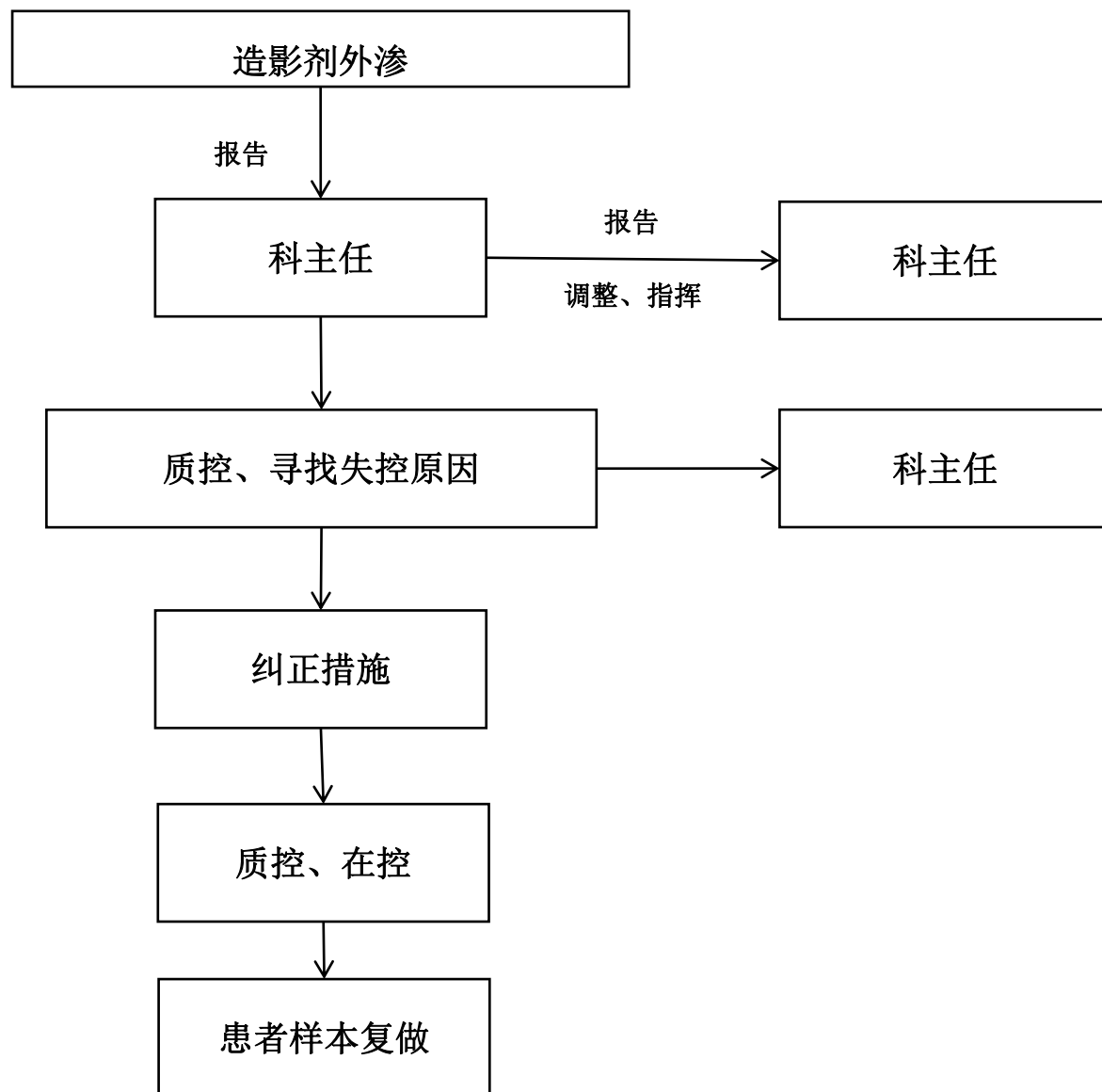
三、反馈方式

- (一)通过院内网络,即通过信息管理系统反馈;
- (二)通过电话形式反馈给责任医师;
- (三)面见主管责任医师,告知实验结果;
- (四)有专用登记本。

2.8.2 批量检验出错时应急流程

某检验项目批发化验出错时，应立即启动下列程序：

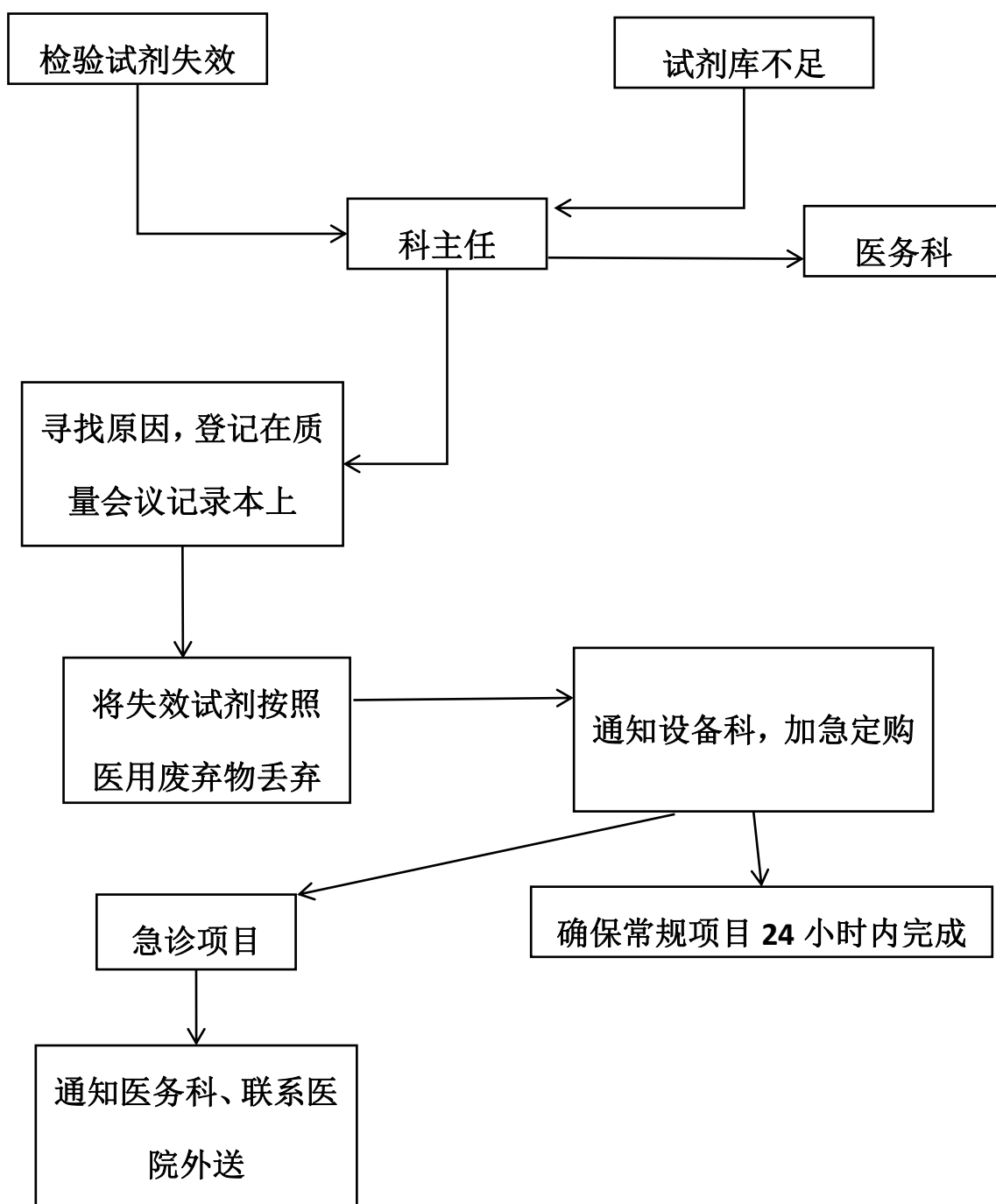
批量检验出错时应急预案



2.8.3 检验试剂失效或库存不足应急流程

检验试剂失效或库存不足，立即启动下列程序

检验试剂失效或库存不足应急预案



2.9 药剂科

2.9.1 门诊药品发放差错管理应急预案

门诊药品发放处于整个医疗服务链的最后一个环节，其正确与否直接影响医院的声誉，严重的药品调配失误甚至会危及患者的生命。因此，防止发药差错是药师义不容辞的责任。为此，制定如下预案：

一、预防预案

(一)加强责任心教育，深刻认识取药调配环节的重要性，从思想上认识到发生药品差错的危害性。加强业务学习，熟悉药物知识，提高业务水平。树立责任心，提高岗位职责的自觉性，培养认真细致的工作态度。

(二)严格执行配方发药操作规程，遵守“四查、十对”的原则。

(三)接到处方后先审查处方，核对基本信息，看有无配伍禁忌以及用药的合理性，而不要急于取药。

(四)发现问题应及时与处方医师联系，不事实而非，凭主观假设或猜想。

(五)药品全部配齐后，将药品逐一与处方、电脑核对，全部准确无误后再交给病人，同时交代药品的用法用量及注意事项。有特殊用法的还需要着重交代。

(六)对于商品名称相近等极易混淆或药品的外包装颜色，图案、尺寸相同或相近的药品，在调配与发放时需多加注意，防止视觉的错误。

(七)处方剂量与包装药品剂量不一致时，药师需正确折算，避免引起误差。

(八)针对老年人，儿童，以及特殊用法的药品不仅要写。还应予以特别的口头交代叮嘱。

(九)建立个人差错登记堵漏本对各种差错进行登记 分析，定期在全体药师中分享、总结。

(十)进一步完善挂号处患者信息登录制度，加强对患者及家属联系电话的登记，以备一旦出现差错时可及时联系患者。

二、补救预案

(一)如发现药品发放差错，首先必须立即向门诊药房负责人报告，并由门诊药房负责人向科主任报告。门诊药房负责人应调查差错发生经过及原因，分析可能出现的危害程度和处理结果。

(二)立即同患者或护士取得联系，根据差错后果的严重程度，分别采取相应的救助措施，如请相关医师帮助救治、到病房或患者家中更换、致歉、随访，取得谅解。

(三)应进行彻底的调查并向科主任提交一份“药品发放差错报告”，该报告应包括以下内容:1.差错的事实;2.出现差错的经过、细节;3.经调查确认导致差错发生的原因;4.事后对患者的处理;5.对杜绝再次发生该类差错的建议;6.该处方的复印件。

2.9.2 危险化学品事故应急处置预案

危险化学品因其易燃、易爆、有毒、有害的性质，在生产、储存过程中，可能发生事故，造成众多人员的伤亡或形成社会灾害性事故。为了加强对危险化学品事故进行有效地控制并预先对危险化学品的性质、危害程度及可能涉及的范围等因素进行分析，确保减少危险化学品事故的危害程度，根据《中华人民共和国安全生产法》和国务院《危险化学品安全管理条例》、《危险化学品贮存通则》的要求，制定本应急救援预案。

危险化学品事故应急救援原则：“安全第一，预防为主”，快速反应、统一指挥、分级负责、单位自救与社会救援相结合。

本预案作为药剂科应急处置危险化学品安全事故的行为规则。

应急处置工作原则包括:统一领导指挥原则;紧急处置原则;分级、分部门负责，协调一致原则;局部利益服从全局利益原则。

一、目的:

(一)使任何可能引起的紧急情况不扩大，并尽可能地排除险情;

(二)减少事故造成的人员伤亡和财产损失，以及对环境产生的不利影响。

(三)事故应急救援预案，使承担抢险、救援的人员和队伍分工明确，各项工作有程序、有步骤，使应急救援工作有条不紊地迅速展开。达到迅速控制危险源，抢救受害人员，及时指导群众防护和疏散的目的。

二、药剂科危险化学品事故应急组织及职责

成立药剂科危险化学品事故应急指挥小组，负责组织实施危险化学品事故应急救援工作。

科室危险化学品储存、使用过程中事故应急指挥小组。

成员:药剂科主任、危险化学品仓库负责人、药房工作人员指挥小组职责

危险化学品事故发生后，指挥小组成员赶赴事故现场进行现场指挥，及时向保卫科、主管院长通报现场情况，协助院应急指挥部门制定的现场救援方案，组织现场救援。负责组织药剂科危险化学品事故应急救援处置。

事故类别及处置措施

危险化学品事故主要有泄露、火灾(爆炸)、中毒三大类。其中火灾又分为固体火灾、液体火灾和气体火灾。主要原因又分为人为操作失误和设备缺陷、意外

因素。

针对事故不同类型，采取不同的处置措施。其中主要措施包括：灭火、点火、隔绝、堵漏、拦截、稀释、中和、覆盖、漏压、转移、收集等。

二、事故现场区域划分

危险化学品事故根据危害范围分为 3 个区域：

事故中心区域。中心区即距离事故现场 0-500 m 的区域。此区域危险化学品浓度指标高，有危险化学品扩散，并伴有爆炸、火灾发生，建筑设施及设备损坏，人员急性中毒。

事故涉及区域。事故涉及区即距事故现场 500-1000 m 的区域。该区域空气中危险化学品浓度较高，作用时间较长，有可能发生人员或物品的伤害和损坏。

受影响区域。受影响区域是指事故涉及区外可能受影响的区域，该区域可能有从中心区和涉及区扩散的小剂量危险化学品危害。

三、事故紧急报告

(一)报告程序

1.发生危险化学品事故，危险化学品贮存使用部门的负责人应立即进行人员疏散、灭火等必要的救援。并立即上报科主任及药剂科危险化学品事故应急指挥小组，发生火灾时应及时报警，药剂科危险化学品事故应急指挥小组成员要立即赶赴事故现场。

2.药剂科危险化学品事故应急指挥小组接到事故报告后，立即按药剂科危险化学品事故应急救援预案，做好指挥，领导工作。并及时将有关情况向院领导、院总值班及院保卫科进行通报。

(二)报告内容

事故快速报告内容要简洁明了，报告内容应包括事故发生时间、地点。事故类别、初步判断事故原因、人员伤亡及经济损失等情况。

事故报告电话

发生危险化学品生产重大事故报警电话:119

院总值班:15096986076

危险化学品事故处置措施

(一)危险化学品生产重大泄漏事故处置措施

1.危险化学品泄漏时特别注意:

(1)当如果泄漏物是易燃易爆的气体，事故中心区应严禁火种、切断电源、禁止车辆进入、立即在边界设置警戒线。根据事故情况和事故发展，确定事故波及区人员的撤离。所有参加救助的车辆及动力工具必须配备火星熄灭装置，以防止在救助过程中产生火花，从而引发火灾事故。

(2)现场指挥人员应密切注意危险化学品泄漏动态和清除方案的实施，制止在危险条件下进行应急救。

(3)禁止无关车辆和人员进入泄漏现场。

(4)进入现场救援人员必须配备必要的个人防护器具

(5)如果泄漏物是有毒的，应使用专用防护服、隔绝式空气面具。立即在事故中心区边界设置警戒线。根据事故情况和事故发展，确定事故波及区人员的撤离。

(6)应急处理时严禁单独行动，要有监护人，必要时用水枪、水炮掩护。

2.泄漏源控制

堵漏。采用合适的材料和技术手段堵住泄漏处。

3.泄漏物处理

围堤堵截:筑堤堵截泄漏液体或者引流到安全地。

稀释与覆盖:向有害物蒸气云喷射雾状水，加速气体向高空扩散。

收容(集):对于大型泄漏，可选择用隔膜泵将泄漏出的物料抽入容器内或槽车内;当泄漏量小时可用沙子、吸附材料、中和材料等吸收中和。

废弃:将收集的泄漏物运至废物处理场所处置。用消防水冲洗剩下的少量物料，冲洗水排入污水系统处理。

(二)危险化学品生产火灾事故及处置措施

1.主要战术措施

先控制，后消灭。针对危险化学品火灾的火势发展蔓延快和燃烧面积大的特点，积极采取统一指挥以快制快;堵截火势、防止蔓延;重点突破、排除险情;分割包围、速战速决的灭火战术。

扑救人员应占领上风或侧风阵地。

进行火情侦察、火灾扑救、火场疏散人员应有针对性地采取自我防护措施。如佩戴防护面具，穿专用防护服等。

应迅速查明燃烧范围、燃烧物品其周围物品的品名和主要危险特性、火势蔓延的主要途径，燃烧的化学品及燃烧产物是否有毒。

正确选择最适合的灭火剂和灭火方法。火势较大时，应先堵截火势蔓延，控制燃烧范围，然后逐步扑灭火势。

对有可能发生爆炸、爆裂、喷溅等特别危险需紧急撤退的情况，应按照统一的撤退信号和撤退方法及时撤退。(撤退信号应格外醒目，能使现场所有人员都看到或听到)

火灾扑灭后，仍然要派人监护现场，消灭余火。

2.易燃液体(酒精等)火灾事故及处置措施

易燃液体不管是否着火，如果发生泄漏，都将顺着地面流淌，而且，易燃液体还有比重和水溶性等涉及能否用永和普通泡沫扑救的问题以及危险性很大的沸溢和喷溅问题。

(1)首先应切断火势蔓延的途径，并积极抢救受伤和被困人员。如有液体流淌时，应筑堤拦截流淌的易燃液体。

(2)及时了解和掌握着火液体的品名、比重、水溶性以及有无毒害、腐蚀、沸溢、喷溅等危险性，以便采取相应的灭火和防护措施。

(3)具有水溶性的液体(如醇类等)，虽然从理论讲能用水稀释扑救，但用此法要使液体闪电消失，水必须在溶液中占很大的比例，这不仅需要大量的水，也容易使液体溢出流淌;而普通泡沫又会受到水溶性液体的破坏(如果普通泡沫强度加大，可以减弱火势)。因此，最好用抗溶性泡沫扑救，用干粉扑救时，灭火效果要视燃烧面积大小和燃烧条件而定，也需用水冷却罐壁，降低燃烧强度。

七、危险化学品事故应急处理预案的演练

危险化学品事故应急处理预案的编制者在编制过程中由于经验、理论水平的限制，是不可能完全预测出未来可能发生事故现场的具体情况，在实际实施过程中往往会有一些意想不到的情况发生，定期进行事故应急预案的模拟演练可以检验和完善事故应急处理预案的正确性和有效性。

根据演习发现的问题，对事故应急处理预案进行检查修订和完善，检查主要包括以下内容：

- 1、在事故期间通讯系统是否能正常运作；
- 2、人员是否能安全撤离；
- 3、应急服务机构能否及时参与事故抢救；
- 4、能否有效控制事故进一步扩大。

2.9.3 特殊管理药品突发事件应急预案

根据《中华人民共和国药品管理法》、《麻醉药品、精神药品管理条例》、《医疗机构管理条例》、《医疗用毒性药品管理办法》、《易制毒化学品管理条例》等法律法规要求，为进一步加强我院特殊药品的管理工作，有效预防、控制和消除特殊药品管理突发事件的危害，保障公众身体健康和生命安全，保证特殊药品储存、保管、使用过程中安全、合理，在发生突发事件时能有完善的组织机构及有效的应急管理机制和处理流程，结合我院实际，特制定本应急预案。

一、适用范围

本预案所称特殊管理药品包括麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品及药品类易制毒化学品。本预案适用于特殊管理药品在销售、运输、储存、

保管和使用环节中，突发造成或者可能造成人体健康，严重危害和影响公众健康的社会问题的应急处理。

二、工作原则

特殊管理药品突发事件应急处理工作，应坚持预防为主、常备不懈、反应及时、统一领导、分级负责、依法规范、措施果断、依法处置的原则。

三、组织机构

药事管理委员会下设小组分工及职责，成立我院特殊管理药品突发事件应急处置领导小组，由院长担任组长、业务分管领导担任副组长，成员包括药学部门、医务科、护理部及后勤部门等相关科室人员。

组长:院长

副组长:分管副院长

成员:各科室负责人

(一)领导小组工作职责

- 1.负责修订医院特殊管理药品突发事件应急处理预案。
- 2.研究和制定医院特殊管理药品突发事件应急处理工作措施和程序。
- 3.负责医院特殊管理药品突发事件应急处理专业队伍人才培养和学习培训。
- 4.负责对医院依法处理特殊管理药品突发事件应急工作进行统一指挥、监督和管理，并及时向上级卫生行政管理部门、药品监督管理部门及公安部门报告。

(二)医院特殊管理药品突发事件应急处置领导小组下设办公室在药剂科，由药剂科主任兼任办公室主任，成员由药剂科人员组成。承担以下工作职责：

- 1.负责综合协调特殊管理药品突发事件的预警和日常工作监督、管理工作。
- 2.信息的收集、分析、评估及总结。
- 3.负责协助相关执法部门对特殊管理药品突发事件的调查。
- 4.组织实施应急领导小组的各项指令和安排，提出合理化意见和建议，解决实际问题。

四、预防与控制

(一)加强对特殊管理药品的法律法规和应急常识的宣传教育、学习培训，不断提升全员安全管理、规范操作意识。

(二)加强对全院各相关科室特殊管理药品日常工作的指导、监督机制，及时纠正存在的问题和隐患。

(三)加强特殊管理药品使用环节的监管，定期检查特殊管理药品使用环节的购进、运输、储存、保管、调配、使用情况，及其问题整改落实的具体情况;依法对使用特殊管理药品突发事件组织调查、确认和处理，并负责有关资料的整理和汇总。

五、报告与处理

(一)有下列情形之一的,应立即启动特殊管理药品应急程序:

- 1.特殊管理药品滥用,造成1人以上死亡或者3人以上严重中毒的;
- 2.出现麻醉药品、一类精神药品被盗、被骗、冒领、流失;
- 3.医疗用毒性药品中的剧毒药品被盗、被骗、冒领、流失;
- 4.发现麻醉药品、精神药品滥用成瘾人群。

(二)报告程序

值班人员发现异常情况—科室负责人—行政值班→保卫科→特殊管理药品
突发

事件应急处置领导小组→启动预案。

(三)应急预案启动和处理程序

- 1.制危害扩大的措施或对形成进行有序控制。
- 2.立即向市卫生健康局、药品监督管理部门、公安部门报告,报告内容包括:事故发生时间、地点、过程、涉及范围、死亡人数、事故原因、已采取的措施、面临的困难和问题、事故报告单位、被告人、报告时间等。
- 3.采取必要的药品救治供应措施。
- 4.事故的分析、评估、研究应对措施。

(四)责任追究

任何科室和个人都不得迟报、谎报、瞒报和漏报特殊管理药品突发事件,管理工作中有其他失职、渎职行为的,依法追究有关责任科室和责任人的责任。

2.9.4 突发事件药事管理应急预案

为确保突发应急事件(指自然灾害、事故灾难、公共卫生、社会安全事件等突发公共事件)发生后能迅速处理,保证药学服务质量及医疗救护工作的顺利完成,特定本突发事件药事管理应急预案。

一、突发应急事件的预警系统

(一)预警系统的启动:发生突发应急事件时,根据其性质、类别及严重程度,启动应急响应。由当班人员立即直接通知药剂科主任及医院行政总值班,行政总值班总协调工作,各相关部门负责人应积极组织相关人员,按照医院的部署,完成各项抢救工作。

(二)如遇抢救患者,当班人员应及时准备好急救药品,积极主动地参与抢救工作。当药品短缺时,应主动与药房联系,尽快补足。

二、组织机构及其职责

突发事件药事管理应急小组

组长:院长

副组长:分管副院长、药事负责人

成员:医疗管理、药学、护理、后勤负责人

职责:

1、制定,审核治疗及预防用药方案并制定相应的突发应急事件救治用药目录。

2、审核紧急储备药品品种的剂型、数量等,审核制定抢救用药目录。

(一)药剂科突发应急事件管理小组,组长:分管副院长副组长:药事负责人成员:药事、后勤成员

职责:

1、药品保障供应:由科主任负责(1)从多渠道获取药品供应信息,进行市场信息的追踪,根据医院制定的治疗指南或专家组意见制定药品专项采购计划,需要考虑药物治疗方案之间的相互替代性,在采购过程中保证紧缺药品的供应。(2)掌握中毒抢救、水灾、地震、火灾等医院非常备抢救药品的生产、供应、调拨渠道,掌握供应、调拨信息并能迅速采购调运。(3)供应库存药品和协调各种抢救药品的调剂。(4)负责医院消毒剂的采购、保管、发放工作。

2、药品调剂:由各药房值班人负责,其主要工作为:(1)进行医院日常药品的调拨、调剂工作,执行其他与调剂相关的临时性任务。(2)进行切实有效的防护,手工传递的处方应进行消毒并妥善保管,避免院内交叉感染。(3)为临床提供用药信息,保障药品供应,做好患者的用药咨询和宣传工作。(4)严控药品质量,仔细查验药品的有效期。

3、临床药学:由主任负责,主要负责突发事件中药物信息、临床药学和药物安全性方面的工作。(1)及时收集整理药物信息,向临床传递合理用药信息。(2)ADR监测、报表的收集、上报和反馈。

三、在突发事件发生时,急救药品的领发补充手续应从简,以方便、快捷、高效为原则。

四、停电状态下,各药房、药库起用应急灯,保证照明,保证药品的供应。

五、如果发生电脑瘫痪(如停电超过15分钟),应密切与财务科合作,立即启动手工划价(由药剂科调剂人员根据医院基本用药目录价格或盘点表药品价格划价)。必要时,经医院突发应急事件领导小组同意,对住院患者和急救患者,可先用药后交费;对普通门诊患者,采取手工划价,交费后用药,有特殊情况随时请示突发应急事件药事管理小组。

六、如遇传染病病人需设专门药房,其常规工作包括:药品领发、排班、账务管理和消毒等。

(一)传染病突发应急事件后药学工作的善后处理

1、为传染病病人提供药品供应的病房药房应设置在清洁区，因特殊需要进入污染区、半污染区的药品善后处理应按以下办法进行处理。

2、用于治疗住院传染病病人的药品，应在清洁区摆药。每日摆药以整包装药品不应进入污染区、半污染区。但由于特殊需要进入污染区的药品，在传染病得到有效控制，污染区准备撤除时，应对污染区剩余药品进行消毒处理。污染区剩余药品消毒应在污染环境及房屋的终末消毒后进行。剩余药品消毒方法采用0.2%-0.5%过氧乙酸溶液浸泡。消毒后的剩余药品视为医用垃圾，可装入双层黄色垃圾袋，到指定地区处理，不得回收使用。污染区药品消毒销毁前，应进行账册登记，金额统计。

(二)进入半污染区的药品的处理。

药品应尽可能不进入半污染区。特殊需要进入半污染区的药品，在传染病得到有效控制，半污染区准备撤除时，应对半污染区剩余药品进行消毒处理。进入半污染区的剩余药品的消毒应在所处环境及房屋终末消毒后进行，半污染区内药品外包装或者原包装消毒采用0.2%-0.5%的过氧乙酸溶液擦拭。已打开原包装的口服药品不得回收使用。其余药品在外包装、原包装擦拭消毒后，经院感染办检查批准后可继续使用。半污染区的药品消毒后进行账册登记、金额统计。

(三)传染病后消毒药品的处理。抗传染病工作需要准备充足的消毒药品，其消毒药品主要以过氧乙酸和含有效氯产品为主。阶段性防治传染病工作结束后，应首先联系其他使用单位，以减少浪费和避免环境污染。消毒药品过期后，不得进行销售。

(四)积压药品的处理。

突发应急事件工作结束后，在保证药品的有效期内正常使用外，如存在积压药品，应及时全面统计，积压药品信息首先向供应商反馈，以避免盲目进货。库内待处理积压药品，在盘点入账后向其他使用单位联系或与供应商协商处理。过期失效后不得进行使用，并应建账统计，按有关规定报损销毁。

六、突发事件药事管理应急预案要根据突发环境事件的性质、类别等不同灵活应对，无论如何，必须保证患者安全、合理的用药，确保对突发应急事件的解决。

其他:

陇川县妇幼保健院病案保护及信息安全应急预案

一、总则

(一)为保障病案室在发生自然灾害、事故灾难、公共卫生等突发事件发生后,各项救援工作能够迅速、高效、有序地进行,快速有效救援,减少损失,切实维护病案资料的安全,并提高病案室工作人员预防和处置突发事件的能力,根据医院的有关规定,结合科室工作实际,特制定本预案。

(二)本预案适用的范围:病案室及信息科办公区域中遭遇、发生的各类突发事件,其中病案库房、病案办公室为重点监测部门。

(三)应急援工作的原则:统一领导、分级负责、自救与团结救助相结合;明确职责、落实责任、依靠科学、反应及时、措施果断;要坚持先主后次、先急后缓、先重后轻的原则,重点保护病历。

(四)预案目标:

1.在应急的情况下,保护病历优先,采取最有效行动消除对病案资料的威胁;

2.保护未受损的病案、资料;

3.积极抢救已受损的病案、资料,尽可能恢复病案材料的原貌。

4.医院成立病案保护及信息安全应急领导小组(以下简称病案应急领导小组),对医院病案保护及信息安全突发事件应急工作实施统一指挥、监督和管理。

二、组织机构及职责:

(一)成立病案保护及信息安全应急领导小组

组长:濮进华

副组长:韩杏芬

成员:张丽、李继娟、董桂敏、李仲元、冯德满、董加晋、郭杏仙、吴丽美、郑欣艺、陶翠娟、杨祖娣、刘涛、杨菊芳、邵艳馨、杨淑桦、刘明婷

(二)领导小组的职责:

1.修订医院病案保护及信息安全突发事件应急处理预案;

2.研究制定医院病案保护及信息安全突发事件应急处理工作措施和程序;

3.负责指挥医院病案保护及信息安全突发事件应急处理工作,协调有关部门的关系,确保应急处理工作快速有效开展,控制危害扩大,最大限度地减少损害;

4.负责医院病案保护及信息安全突发事件应急处理专业队伍的建设和培训;

5.定期或不定期督查病案室的日常预防及预警工作,提高科室成员的应急处置能力。

三、报告程序

工作时间内,自然灾害、事故灾难、公共卫生等突发事件发生后,发现人员要在第一时间向应急领导小组组长报告,由应急领导小组负责组织人员积极自救。

四、预防与预警

(一)提高警惕,强化病案保护及信息安全意识,始终把保护病案及信息安全突发事件预防作为病案室的中心环节和主要任务。

(二)严格执行病案防护及信息安全制度,做好病案的防火、防水、防潮、防尘、防虫、防光、防有害气体、防不适宜的温度湿度、防有害微生物、防盗窃、防止丢失工作,做好病案的查询、借阅、复印、保存工作,严格病案资料保密和信息安全。

(三)强化抢险救灾的日常训练工作:所有人员均应熟悉自己的抢险岗位、职责、消防器具的存放位置、使用方法等,真正做到责任到人,措施到位,方法得力。

(四)完善抢险救灾器材配置,保障后勤供给。消防器具应每年检查一次,保证消防通道畅通。

(五)建立病案安全检查制度,把安全工作的重点从事后处理转到事前规范上来,树立预防重于抢险的思想。病案室管理人员应对库房安全情况进行检查,加强对重点部位的检查,发现问题和隐患要及时整改。

(六)建立健全预警报告机制,工作时间内自然灾害、事故灾难、公共卫生等突发事件发生后,发现人员要在第一时间向科室主任或分管院长报告,同时积极组织自救。节假日、下班后期间自然灾害、事故灾难、公共卫生等突发事件发生后,值班人员要在第一时间向科室领导和相关部门报警预告,同时组织保安人员自救。

五、突发事件应急措施:

(一)火灾

1.发生火灾时,应积极自救,扑灭火灾,同时立即拨打“119”报警请求灭火。报警时要说明单位、地点、物质燃烧种类、是否有人被围困、火势情况,报告人姓名,并记录报警时间。

2.报警后要安排人员到指定地点迎接消防车,引导消防车辆人员到达指

定位置。

3.消防人员到达现场后，现场指挥员要向消防负责同志报告情况，移交指挥权，协同公安消防做好灭火工作。

4.要按照现场指挥的要求边救火边负责内外警戒，维护公共秩序，严禁无关人员进入，保证人员通道畅通。

5.火灾扑灭后，要组织人员负责保护好火灾现场，配合消防人员调查火灾发生原因。并组织维修人员迅速检修、恢复各系统设备的正常运行，保洁人员负责清洗打扫现场卫生。

(二)突发漏水

1.工作人员发现漏水事件后，应及时报告科室领导，并通知后勤维修人员要第一时间赶赴现场处置。

2.后勤维修人员到达现场后，视漏水情况妥善采取紧急应对措施。若水势过大漏水严重，应切断电源，防止漏水漏电伤人。在条件允许的情况下，尽量将漏水点控制住，如关闭水阀、用水桶接住漏水点等。

3.要组织工作人员转移漏水现场重要资料、贵重物品，并指定人员看管，防止丢失。

(三)盗窃案件

1.在工作中遇到或发现有盗窃案件时，为保护医院财产安全，发现人要立即向科室领导和医院保卫处报告，同时封锁办公楼的各个出口。若发现犯罪嫌疑人逃跑，一时又追捕不上时要记清人数、衣着、相貌、身体特征、逃离方向。如犯罪嫌疑人驾车逃跑时应记下车牌号码，重大案件要立即拨打“110”电话报警

2.保护好案发现场，任何人不得擅自触摸和移动任何东西，包括罪犯经过的通道、爬越的窗户、打开的箱柜、抽屉等留下的一切手痕、脚印、烟头，等待公安部门人员勘察现场或勘察完毕后方可恢复原状。

3.要记录好被盗物品的名称、价值等情况。对犯罪分子遗留下的各种物品、作案工具等妥善保存，交公安部门处理。

(四)停电

1.工作中出现停电现象及时打电话通知后勤科维修

2.拔掉复印机、电脑等电器电源插头，防止供电恢复时损坏机器

(五)办公设备及病案管理软件安全

信息设备科指定专人对各类病案管理软件进行维护管理,出现问题及时解决(包括与开发商联系),定期对数据库进行备份,打印机出现故障自己不能解决的拨打信息设备科的电话及时维修。