

贵州医科大学第三附属医院

2025 年依法执业自查报告

根据《医疗机构依法执业自查管理办法》，为强化我院依法执业管理，规范医疗服务行为，保障医疗质量与安全，我院对2025年度依法执业情况组织开展自查自纠工作，自查情况如下：

一、自查工作组织实施

我院于2025年3月24日建立《贵州医科大学第三附属医院依法执业自查管理办法》（〔院发2025〕15号），成立依法执业管理办公室，下设在院办公室，负责本院依法执业的日常管理工作，并要求医院相关部门每季度至少开展一次日常自查，分别于1月10日前、4月10日前、7月10日前、10月10日前向本院依法执业管理办公室上交自查情况报告。

二、自查工作开展情况

（一）医疗机构资质、执业及保障管理

医院持有有效《医疗机构执业许可证》，登记诊疗科目与实际开展诊疗活动一致，无超范围执业。依法依规按期参加校验工作，今年分别完成我院“医疗机构执业许可证”“放射诊疗许可证”校验工作，医疗机构执业许可证有效期期限2025年4月28日—2028年4月28日。医院各项管理制度健全，医疗设施设备定期维护保养，污水管理、特种设备管理、暖通锅炉管理均交由有资质的维保公司进行维护保养，操作工人均持证上岗，能保障医

疗服务正常开展。

（二）医务人员资质及执业管理

1.经核查，2025 年执业注册 287 名医师（包含执助）、执业注册护士 465 名，注册/备案信息与本人实际执业范围、地点吻合，执业地点均为“贵州医科大学第三附属医院”，执业时间均在有效期内。执业助理医师 13 人均由高年资医师带教。

2.医院现有在职在岗医护、药剂、医技人员，均通过全国卫生技术资格考试，取得执业资格证，并进行注册，取得执业证书，严格按照注册的地点、类别、执业范围、执业地点执业；注册地点全部在我院，医师执业活动未超出所注册的执业类别和执业范围。无非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作情况。

3.依法依规培训情况。2025 年 2 月 24 日，贵州医科大学附属医院高质量发展大讲堂（第 8 期）邀请贵州省卫生计生监督局业务三处副处长陈拙进行“医疗机构依法执业”专题讲座，全院领导班子成员、中层干部及护士长通过视频会议形式集中学习。2025 年度医务科联合护理部、医保科面向全院医务人员（含规培生、进修、新进人员、学生等）开展依法执业相关培训，分别为 4 月 2 日“医疗机构工作人员廉洁从业九项准则”“依法执业医师法”培训，5 月 19 日“全省卫生系统整治殡葬领域腐败专项活动”“医路清风——共守规范 医疗机构教育整顿工作与您同行”“医疗机构从业人员新行为规范”培训，5 月 23 日邀请到贵阳市第一人民医院医事法规科科长石健进行“医疗纠纷处理技巧相

关培训”，通过系统全面培训，牢固树立医务工作者的法治观念。

（三）药品和设备耗材、临床用血管理

1.药品管理。（1）处方审核、调配、发药人员均是具备初级药师及以上的药学专业技术人员，无药师资格证的人员未从事处方的审核、调配、发药等工作。（2）授予医师麻醉、精神药品处方权，不存在未授权医师开具麻醉、精神药品处方，不存在未授权的药师调配麻醉、精神药品处方。（3）所有药品采购均从具有《药品生产许可证》《药品经营许可证》的相关药品经营资质的医药公司购进。购买麻醉、精神药品均由具有相应资质公司购入，均符合相关要求。（4）药品存储均符合相关要求，按常温、阴凉、冷藏分区存放。（5）已对2025年新进人员进行麻醉、精神药品及抗菌药物、抗肿瘤药物相关知识的培训、考核，考核合格后授予相应的处方权。

2.设备耗材管理工作。

（1）资质审核：对医疗器械供应商资质进行复查，重点核查营业执照、医疗器械生产/经营许可证、产品注册证等文件，均符合要求，未发现违规采购行为。

（2）招标流程：抽查采购档案，招标程序符合《中华人民共和国政府采购法》及院内采购管理制度，中标供应商资质合规。

（3）产品验收：设备验收记录产品型号、参数与合同一致，中文标签、说明书齐全。

（4）存在的问题：

①耗材采购方面存在的问题：2025 年网采率为 87.47%，未达到国家规定的 100%，未及时对网采相关数据进行分析总结。

整改措施：要求采购人员及时对当月采购数据进行平台下单，及时关注医用耗材的挂网情况，力争做到 100%的网采。对于集采耗材，及时进行统计和通报，如在院长办公会上、院周会以及每月组织的质控会上进行通报。

②耗材验收方面存在的问题：设备科库房未按产品说明书、标签标示的要求进行堆放（堆放方向不符合要求），库房未标明医疗器械区和非医疗器械区。

整改措施：为规范管理，库房已按照产品说明书、标签标识的要求进行重新堆放。

3.临床用血管理自查发现的问题。

（1）输血科仪器设备配备不足。（如：血小板功能分析仪、血细胞分离机等等）。

整改措施：已申请购买血小板功能分析仪、血细胞分离机等仪器设备，提高科室的检测能力和开展新项目。

（2）输血科还未开展对符合条件的择期手术病人进行自体储血输血业务工作（目前仅在手术室开展自体血回输 4 月 1 例、5 月 1 例，受耗材影响开展自体血回输例数较少）。

整改措施：拟开展对符合条件的择期手术病人进行自体储血输血业务工作，积极与手术室等临床科室联系、协调。

（3）目前临床医师对输血法律法规不太熟悉，需要加强培

训。

整改措施：加强培训，积极与各临床科室主任、护士长沟通完善此项工作，针对具体问题提出解决方案。

（4）个别临床科室输完血后，存在未及时将血袋回送输血科，存在对受血者发生输血反应后复查留下隐患。

整改措施：已向护理部反馈。护理部对此事高度重视，已下发通知要求各临床科室输完血后，及时将血袋回送至输血科保存。

（四）医疗技术临床应用与临床研究：建立《贵州医科大三附属医院新技术、新项目准入及分类管理制度》《高风险诊疗技术授权、手术分级授权》等相关制度，明确医疗技术的分类管理、审批流程、操作规范等。高风险医疗技术、限制类医疗技术及新技术新项目均经过严格的审批报备流程。我院目前审批报备“限制性医疗技术”共计 18 项，均持有相应的技术操作资质，并定期进行技术培训和考核，均符合相关法律法规和医院内部管理制度要求。未发现未经批准擅自开展医疗技术临床应用、违反技术规范、超范围执业等违法违规行为。

（五）医疗质量管理：建立健全医疗质量管理体系和控制体系，制定考核标准和奖惩办法。定期开展医疗质量检查与评价，对病历书写、合理用药、手术安全、医院感染控制等重点环节进行监控。每月按时召开医疗质控会议，会上对检查出的各方面突出问题进行总结分析并反馈。

（六）传染病防治

1.高度重视传染病信息报告质量，已建立健全各项规章制度及管理规定；

2.逐步完善传染病防控信息共享机制。配合疾病预防控制部门逐步建立传染病防控、诊疗管理相关信息互联互通机制，目前医院已完善电子病历信息系统，国家传染病智能监测前置软件正式转正运行，为落实国家传染病监测预警与应急指挥平台运维打下坚实基础，2025年国家传染病智能监测预警前置软件运行异常时长>24小时的次数为0次，每日对前置软件预警信息及时处理完成率100%；

3.传染病疫情报告及自查情况。

(1) 2025年传染病网络直报数为4639例，较2024年同期(3330例)上升39.31%，其中报告发病前五位的传染病分别是：流行性感冒2065例，较2024年同期(876例)上升135.73%；手足口527例，较2024年同期(435例)上升21.15%；新型冠状病毒448例，较2024年同期(346例)上升29.48%，肺结核310例，较2024年同期(363例)下降14.60%。其他感染性腹泻病246例，较2024年同期(280例)下降12.14%；

(2) 检查全院各临床科室门诊日志317250人次，出、入院登记29109人次，无迟报、漏报；

(3) 2025年国家传染病智能监测预警前置软件信息核查处置8034例，确认报告3453例，复诊1802例；排除2779例，无漏报及迟报。

(4) 核查检验科和影像科传染病异常结果反馈登记 5490 人次，无漏报及迟报。

(5) 2025 年突发公共卫生事件、聚集性疫情信息报告登记 201 起，累计发病数 1138 人次。全年无聚集性疫情漏报及迟报。

4. 存在的问题

(1) 仍存在部分科室门诊日志填写项目不全，地址填写不够详细等情况，传染病患者职业为学生及幼托儿童的，未详细备注学校及班级；

整改措施：要求各科室认真填写卡片，内容要完整。认真填写门诊日志，职业为学生的要详细记录学校及班级。

(2) 临床医生诊断中存在的“肝炎”“急性结膜炎”等模糊诊断的情况。

整改措施：针对存在的模糊诊断情况，已反馈至科室医师及科主任，要求科主任加强监督，让医生规范、明确下诊断，避免出现模糊诊断情况。对不能更改的病例已建立工作台账。已将模糊诊断纳入绩效考核，对问题追责整改；

(3) 根据中共中央办公厅、国务院办公厅《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》《关于印发医疗机构传染病防控责任清单的通知》（国疾控传防发〔2023〕21 号）文件有关要求，预防保健科目前人力资源较弱，落实传染病预防控制责任不够，发挥公共卫生职能不足。

整改措施：已向医院申请增加 1 名医学类工作人员。

（七）母婴保健与计划生育技术服务（含人类辅助生殖技术和人类精子库）

我院设有妇产科，开展母婴保健服务。相关人员具备相应资质，母婴保健技术服务许可效期为 2023 年 9 月 22 日—2026 年 9 月 21 日，在有效期内，按规范执业，无超范围执业行为。未开展人类辅助生殖技术和人类精子库业务。

（八）放射诊疗、职业健康检查、职业病诊断

我院放射诊疗设备定期检测，防护设施完好。建立职业健康监护档案，完善放射体检“一人一档”工作，放射诊疗人员均持证上岗，定期接受职业健康检查和防护知识培训，并取得合格证书。

（九）精神卫生服务

我院《医疗机构执业许可证》中明确包含精神科相关项目，且在许可有效期内规范执业，不存在超范围开展精神卫生服务。精神科执业医师、注册护士、心理治疗师等专业人员均具备相应执业资格证书，且注册在我院执业。执业人员严格按照执业范围开展诊疗活动，无非卫生技术人员从事精神卫生专业工作情形。严格遵循精神障碍诊断标准和治疗规范开展诊疗。门诊就诊流程规范，住院患者入院评估全面。

（十）中医药服务

我院《医疗机构执业许可证》诊疗科目中包含中医科、中西医结合科等中医药相关科目，且在有效期内按照核准登记的诊疗

科目开展中医药服务，中医药人员资质符合要求，但医院目前中医人员紧缺，中医药特色服务开展不够丰富。

整改措施：

引进中医适宜技术，开展中医优势病种诊疗方案的优化和推广，加强中医适宜技术的应用和创新，提高中医药服务的质量和疗效，满足患者需求。加强中医药人才队伍建设，加大人才引进和培养力度，鼓励医务人员参加继续教育和培训，不断提高中医药专业技术水平和服务能力。

（十一）医疗文书管理

建立病案室，严格按照病案管理规范进行病历书写与归档，医务科、护理部建立医疗文书检查考核制度，定期考评和统计。

存在的问题：

1.护理记录每班总结存在复制粘贴现象（神经外科、骨一科、骨二、胃肠外科）；个别科室病情观察记录与实际不符（如下肢未使用抬高垫，记录为下肢抬高；瞳孔大小的记录与患者实际不符（神经外科）。

整改措施：护理文件存在问题，现场已进行整改，护理文件组及护理部将持续进行督查。

2.输血记录单楣栏信息缺失，漏记输血品种及输血量（急诊科）；输血记录单输血前复核者“双签”（双人复核签名）未及时覆盖签名（神经外科）；因输血登记本未及时记录致出现登记时间逻辑混乱（ICU）。

整改措施：针对输血记录存在问题，输血质量管理小组、片区护士长及护理部持续督查。

3.毒麻药品使用后未做到一用一锁柜（ICU）。

整改措施：针对科室毒麻精药品问题纳入专项整改，且持续督导。

（十二）法律法规规章规定医疗机构应当履行的职责和遵守的其他要求

1.法医司法鉴定所自查情况。我院法医司法鉴定所为具有独立法人资格的专业机构，具有公益属性，不以营利为主要目的。机构于2022年8月26日正式获得执业许可资质，目前已开展法医临床鉴定（伤残等级鉴定、三期鉴定、后期诊疗评估）和法医精神病鉴定（精神状态评定）。2025年共检查25份鉴定意见书，检查主要存在的问题如下：

（1）鉴定意见书有复制粘贴现象，书写被鉴定人年龄、身份证号不符。

整改措施：鉴定意见书存在的问题，现场已进行整改，并加强督查。

（2）被鉴定人出入院时间与病历不相符。

整改措施：科室加强鉴定意见书书写管理，针对复制粘贴及出入院时间不相符的情况已现场整改，并加大督查力度

（3）审核流程不严谨，出现鉴定意见书（草稿）错别字及日期错误现象。

整改措施：鉴定意见报告书审核流程中出现问题已及时整改，并完善审核流程。

2.医院积极履行社会责任，参与公益活动，开展健康教育。但在医疗纠纷处理方面，沟通协调机制有待完善。

（十三）本年度受行政处罚情况

因违反《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定，我院于2025年10月28日受到黔南州医疗保障局行政处罚，并于2025年11月3日对相关人员的医保支付资格记4分。

三、自查总结及下一步工作计划

通过本次依法执业自查，我院在依法执业方面总体情况良好，但存在一些问题和不足。下一步我院将持续加强依法执业管理，将自查工作常态化，定期开展专项检查与不定期抽查，及时发现并解决问题，确保医院依法执业工作持续改进。深化医疗质量内涵建设，不断完善质量管理体系，加强重点部门、关键环节的质量控制，持续提升医疗服务质量与安全水平。以患者为中心，进一步优化服务流程，加强医患沟通，提高患者满意度，塑造良好的医院社会形象，推动医院健康、可持续发展。

贵州医科大学第三附属医院

2026年1月23日

