

附件 1：《黑龙江省临床合理用药处方点评标准（2016 版）》

表 1 门-急诊抗菌药物处方点评表（2016 版）

代码	评价指标	扣分（满分 20 分）
1-1	无适应证用药	1.5
1-2	无正当理由超说明书用药的	1.5
1-3	开具特殊使用级抗菌药物的	1.5
1-4	无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的	1.5
1-5	医师未按照抗菌药物临床应用分级管理规定开具抗菌药物处方	1
1-6	药品剂型或给药途径不适宜的	1
1-7	用法、用量不适宜的	1
1-8	联合用药不适宜的	1
1-9	有配伍禁忌或者不良相互作用的	1
1-10	用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的	1
1-11	适应证不适宜的	1
1-12	遴选的药品不适宜的	1
1-13	处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或字迹难以辨认	0.5
1-14	开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的	0.5
1-15	新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的	0.5
1-16	医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的	0.5
1-17	未使用药品规范名称开具处方的	0.5
1-18	药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的	0.5
1-19	处方修改未签名或未注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的	0.5
1-20	单张门急诊处方超过五种药品的	0.5
1-21	无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量	0.5
1-22	无正当理由不首选国家基本药物的	0.5
1-23	药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）	0.5
1-24	重复给药的	0.5

注：每月随机抽取门、急诊处方进行点评，采用计分制评价处方质量，每张处方初始分数为20分，存在上述问题的处方扣去相应分值，如遇同一医生多张处方按平均分计算。

表2 清洁（I类切口和介入）手术不合理预防用抗菌药物评价表（2016版）

评价项目	不合理应用	代码	扣分(满分50分)
	评价内容		
适应证	无《原则》 ^[1] 中所述预防用药指征	2-1	50
药物选择	1. 药物选择无依据或超出《原则》 ^[1] 及相关管理规定 ^[2]	2-2-1	6
	2. 超抗菌谱用药	2-2-2	6
单次剂量	1. 单次剂量过大	2-3-1	3
	2. 单次剂量过小	2-3-2	
给药频次	不符合PK/PD原理或药品说明书	2-4	3
溶 媒	1. 选择不正确	2-5-1	2
	2. 用量不适宜	2-5-2	2
给药途径	不适宜	2-6	2
术前用药时间	1. 在切皮前>1小时给药（万古霉素或氟喹诺酮类切皮前>2小时）	2-7-1	4
	2. 切皮前<0.5小时给药（万古霉素或氟喹诺酮类切皮前<1小时）	2-7-2	4
	3. 术前未给药、切皮后或术后给药	2-7-3	4
术中用药	1. 违规追加	2-8-1	3
	2. 手术时间>3小时或超过所用药物半衰期的2倍以上未追加	2-8-2	3
	3. 失血量>1500ml未追加	2-8-3	3
术后用药	用药时间>24小时，心脏手术可视情况用药时间>48小时	2-9	3
处方权限	越级使用或紧急情况下超过一日用量	2-10	2
联合用药	与其他抗菌药物联合应用	2-11	50
注：随机抽取当月出院病人中清洁（I类切口包括介入）手术预防应用抗菌药物的病历，进行合理性评价。采用计分制评价，每份病历初始分为50分，存在不合理使用问题的扣去相应分值，如无适应证用药或联合用药即为0分，该病历可不再评价。如遇同一医生多份病历按平均分计算。			
相关说明： [1]《原则》是《抗菌药物临床应用指导原则（2015版）》的简称。 [2]“相关管理规定”指卫生部2009年3月颁发的“卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知”（卫办医政发〔2009〕38号），以及卫生部2012年2月发布的《抗菌药物临床应用管理办法》（中华人民共和国卫生部令第84号）。			

表 3 非限制使用级抗菌药物不合理使用评价表（2016 版）

评价项目	不合理使用	代码	扣分（满分 20 分）
	评价内容		
适应症	1. 无《原则》 ^[1] 中所述细菌等微生物感染的用药指征	f-1-1	20
	2. 无《原则》 ^[1] 中所述预防用药指征	f-1-2	
药物选择	药物选择不符合疾病治疗指南和《原则》 ^[1] 或相关管理规定 ^[2]	f-2	4
单次剂量	1. 单次剂量过大	f-3-1	4
	2. 单次剂量过小	f-3-2	
给药频次	不符合 PK/PD 原理或药品说明书	f-4	2
溶媒	1. 选择不正确	f-5-1	2
	2. 用量不适宜	f-5-2	2
用药疗程	不适宜	f-6	2
联合用药	无指征	f-7	4

注：随机抽取当月出院病人使用非限制使用级抗菌药物的病历进行点评，采取计分制评价，每份病历初始分为 20 分，存在不合理使用问题的扣去相应分值，如无适应症用药即为 0 分，该病历可不再点评，如遇同一医生多份病历按平均分计算。

相关说明：

[1] 表中《原则》是《抗菌药物临床应用指导原则（2015 版）》的简称。

[2] “相关管理规定”指卫生部 2009 年 3 月颁发的“卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知”（卫办医政发〔2009〕38 号），以及卫生部 2012 年 2 月发布的《抗菌药物临床应用管理办法》（中华人民共和国卫生部令第 84 号）。

表 4 限制使用级抗菌药物不合理使用评价表（2016 版）

评价项目	不合理使用	代码	扣分（满分 20 分）
	评价内容		
适应症	1. 无《原则》 ^[1] 中所述细菌等微生物感染的用药指征	x-1-1	20
	2. 无《原则》 ^[1] 中所述预防用药指征	x-1-2	
药物选择	药物选择不符合疾病治疗指南和《原则》 ^[1] 或相关管理规定 ^[2]	x-2	4
单次剂量	1. 单次剂量过大	x-3-1	1
	2. 单次剂量过小	x-3-2	
给药频次	不符合 PK/PD 原理或药品说明书	x-4	2
溶媒	1. 选择不正确	x-5-1	1
	2. 用量不适宜	x-5-2	1
用药疗程	不适宜	x-6	2
联合用药	无指征	x-7	4
微生物送检情况	用药前未进行微生物送检	x-8	3
处方权限	越级或紧急情况下使用超过一日用量	x-9	2
注：随机抽取当月出院病人使用限制使用级抗菌药物的病历进行点评，采取计分制评价，每份病历初始分为 20 分，存在不合理使用问题的扣去相应分值，如无适应症用药即为 0 分，该病历可不再点评，如遇同一医生多份病历按平均分计算。			
相关说明： [1] 表中《原则》是《抗菌药物临床应用指导原则（2015 版）》的简称。 [2] “相关管理规定”指卫生部 2009 年 3 月颁发的“卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知”（卫办医政发〔2009〕38 号），以及卫生部 2012 年 2 月发布的《抗菌药物临床应用管理办法》（中华人民共和国卫生部令第 84 号）。			

表 5 特殊使用级抗菌药物不合理使用评价表(2016 版)

评价项目	不合理使用	代码	扣分(满分 25 分)
	评价内容		
适应症	1. 无《原则》 ^[1] 中所述细菌等微生物感染的临床诊断	t-1-1	25
	2. 无《原则》 ^[1] 中所述预防用药指征	t-1-2	
药物选择	药物选择不符合疾病治疗指南和《原则》 ^[1] 或相关管理规定 ^[2]	t-2	5
单次剂量	1. 单次剂量过大	t-3-1	1
	2. 单次剂量过小	t-3-2	
给药频次	不符合 PK/PD 原理或药品说明书	t-4	2
溶媒	1. 选择不正确	t-5-1	1
	2. 用量不适宜	t-5-2	1
用药疗程	不适宜	t-6	2
联合用药	无指征	t-7	4
微生物送检情况	用药前未进行微生物送检	t-8	3
处方权限	越级或紧急情况下使用超过一日用量	t-9	3
药物监护	需要监测肝肾功能或血药浓度的药物未进行监测	t-10	3
注：随机抽取当月使用特殊级抗菌药物的病例进行点评，采取计分制评价，存在不合理使用问题的扣去相应分值，如无适应症用药即为 0 分，该病例可不再点评，如遇同一医生多份病例按平均分计算。			
相关说明： [1] 表中《原则》是《抗菌药物临床应用指导原则（2015 版）》的简称。 [2] “相关管理规定”指卫生部 2009 年 3 月颁发的“卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知”（卫办医政发〔2009〕38 号），以及卫生部 2012 年 2 月发布的《抗菌药物临床应用管理办法》（中华人民共和国卫生部令第 84 号）。			

表6 静脉输液使用情况统计表（2016版）

统计指标		计算公式	统计结果
住院患者抗菌药物静脉输液占比		住院患者抗菌药物静脉输液 = $\frac{\text{住院患者抗菌药物静脉输液例数}}{\text{同期住院患者静脉输液总例数}} \times 100\%$	
静脉输液使用率 （所有药品）	门诊患者静脉输液使用率	门诊患者静脉输液使用率 = $\frac{\text{门诊患者静脉输液使用人次}}{\text{同期门诊患者总人数}} \times 100\%$	
	急诊患者静脉输液使用率	急诊患者静脉输液使用率 = $\frac{\text{急诊患者静脉输液使用人次}}{\text{同期急诊患者总人数}} \times 100\%$	
	住院患者静脉输液使用率	住院患者静脉输液使用率 = $\frac{\text{住院患者静脉输液使用人次}}{\text{同期住院患者总人数}} \times 100\%$	
住院患者静脉输液平均每床日使用袋（瓶）数 （所有药品）		住院患者静脉输液平均每床日 = $\frac{\text{住院患者静脉输液总袋（瓶）数}}{\text{同期住院患者实际开放总床日}} \times 100\%$	

表 7 住院病历癌痛规范化治疗专项点评表（2016 版）

病区：		医嘱医师：			
1	基本情况	姓名：	年龄：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	病历号：
		临床诊断：		体重(kg)：	入院日期：
2	疼痛评估	疼痛部位描述： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 疼痛性质描述： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 疼痛评分： 既往有无接受疼痛治疗： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 所用药物： 治疗效果： <input type="checkbox"/> 无效 <input type="checkbox"/> 缓解 <input type="checkbox"/> 完全缓解 评估完成时间： 入院后 小时			口续用 评分 _____
3	疼痛滴定	滴定是否规范： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 药物选择： 剂量换算： <input type="checkbox"/> 正确 <input type="checkbox"/> 不正确			
4	癌痛治疗	治疗用药及剂量： 治疗后评分： 爆发痛： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 解救剂量是否正确： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 爆发痛≥3 次是否调整剂量： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 调整剂量是否正确： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
5	不良反应防治	不良反应预防： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 不良反应发生： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 恶心呕吐 <input type="checkbox"/> 皮肤瘙痒 <input type="checkbox"/> 过度镇静 <input type="checkbox"/> 成瘾倾向 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 不良反应治疗： 不良反应转归：			
6	备注	规范： <input type="checkbox"/> 不规范： <input type="checkbox"/> 无评估 <input type="checkbox"/> 无滴定			
注：医院药学部门应当会同医疗管理部门，根据医院诊疗科目、科室设置、诊疗量等实际情况，确定具体处方抽样方法，处方点评数量和要求如下。如每月数量不够，则按实际数量全部进行点评。 随机抽取住院癌痛患者“麻、精一”处方 10 张，以患者住院病历为依据，按此表实施综合点评。					

点评人： 填表时间： 年 月 日

表 8 麻醉药品、第一类精神药品处方点评表（2016 版）

评价项目	代码	评价内容
处方规范性评价	G-1	医师开具麻醉药品和第一类精神药品时未按要求使用印刷用纸为淡红色，右上角标注“麻、精一”的处方；
	G-2	医师未取得麻醉药品和第一类精神药品处方权，在本机构开具麻醉药品和第一类精神药品处方的；医师为自己开具麻醉药品和第一类精神药品处方的；
	G-3	药师未取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格，在本机构调剂麻醉药品和第一类精神药品的；
	G-4	药师未对处方进行适宜性审核（处方后记的审核、调配、核对、发药栏无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；
	G-5	处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；
	G-6	新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；
	G-7	未使用药品规范名称开具处方的；
	G-8	药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；
	G-9	用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；
	G-10	处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；
	G-11	开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；
	G-12	麻醉药品注射剂带到医疗机构外使用的；
	G-13	为门(急)诊患者开具的麻醉药品和第一类精神药品注射剂，每张处方超过 1 次常用量的；控缓释制剂，每张处方超过 7 日常用量的；其他剂型，每张处方超过 3 日常用量的；哌醋甲酯缓释剂用于治疗儿童多动症时，每张处方超过 30 日常用量的；
	G-14	为门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方超过 3 日常用量的；控缓释制剂，每张处方超过 15 日常用量的；其他剂型，每张处方超过 7 日常用量的；
	G-15	为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方非逐日开具的；或每张处方超过 1 日常用量的；
	G-16	盐酸二氢埃托啡处方量超过 1 次常用量的；或在二级以下医院内使用的
	G-17	盐酸哌替啶处方量超过 1 次常用量的；或带到医疗机构外使用的
处方适宜性评价	S-1	无适应证用药，或适应证不适宜的；
	S-2	遴选的药品不适宜的，如为癌痛患者选用哌替啶（杜冷丁）镇痛；
	S-3	药品剂型或给药途径不适宜的，如癌痛患者或慢性中重度疼痛患者长期镇痛未首选口服给药方式、未使用控缓释制剂的，癌痛患者首选注射剂（如吗啡针）给药的；
	S-4	用法、用量不适宜的；
	S-5	联合用药不适宜的；
	S-6	有配伍禁忌或者不良相互作用的；
	S-7	其它用药不适宜情况的，如为门(急)诊癌症疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品控缓释制剂，控制每张处方量过小。
注：医院药学部门应当会同医疗管理部门，根据医院诊疗科目、科室设置、诊疗量等实际情况，确定具体处方抽样方法，处方点评数量和要求如下。如每月数量不够，则按实际数量全部进行点评。每月随机抽取门急诊“麻、精一”处方 40 张，住院非癌痛患者“麻、精一”处方 10 张，按此表进行点评。		

附件 2:

《不合理应用抗菌药物医师前 10 名统计报表(2016 版)》

医疗机构名称:

点评月份:

点评项目：门、急诊抗菌药物处方/清洁手术预防应用抗菌药物/非限制使用级抗菌药物/限制使用级抗菌药物/特殊使用级抗菌药物（要求每项点评至少上报 2 名医师；如果其中某项点评上报不足 2 名医师，需用其它点评项目补足，全部点评项目共计上报 10 名医师）

编号	医师姓名	执业证书号	点评病历号 /处方号	不合理应用 抗菌药物代码	点评抗 菌 药物通用名
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

上报不足 10 名医师理由说明:

医疗机构名称（公章）

附件 3:

《抗菌药物临床应用调查表（2016 版）》

附件 4：《麻醉药品、第一类精神药品应用评价表（2016 版）》

麻醉药品、第一类精神药品处方点评结果统计表（2016 版）										
序号	处方日期 (年月日)	处方 医师	患者年龄 (岁)	诊断	药物	处方 规范性	用药 适宜性	处方是 否合格	存在问题 (代码)	处方不合格情况具体说明
						(0/1)	(0/1)	(0/1)		
1										
2										
...										
50										
统计	合格处方数= 张， 处方合格率= %									

注：表中 1=是，0=否。存在问题代码按照《黑龙江省临床合理用药处方点评标准》中的“麻醉药品、第一类精神药品处方点评表”中相应代码填写。点评的每一张处方均需记录在本表中。

麻醉药品、第一类精神药品住院病历点评结果统计表（2016 版）								
序号	处方日期 (年月日)	处方 医师	患者年龄 (岁)	诊断	药物	病历点评用药是否规范	用药不规范情况具体说明	
1								
...								
10								
统计	合格病历数= 份， 病历合格率= %							

注：每月点评的每一份病历均需记录在本表中。

附件 5：《医疗机构麻醉药品使用情况和癌痛治疗情况调查表（2016 版）》

医院名称：_____

填表日期：____年____月____日

填表人：_____

麻醉药品采购管理情况	购买麻醉药品注射液实行“计划”制管理		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	购买麻醉药品其它剂型实行“备案”制管理。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	报县（含县）以上药品监督管理部门备案		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	报县（含县）以上公安部门备案		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
门诊麻醉药品供应情况	实行“麻卡”管理		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	实行“划片区”管理		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	品种数			
麻醉药品控缓释制剂品规供应	一品一规		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	一品双规		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	15 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
门诊癌痛患者控缓释制剂处方量开具情况	7 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	其他		____日	
麻醉药品注射剂使用管理情况	哌替啶（片、注射液）	仅限于院内使用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		带到院外使用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	麻醉药品注射剂	仅限于院内使用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		由医务人员出诊至患者家中使用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		由患者带到院外使用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
麻醉药品住院患者处方登记情况	登记麻醉药品注射剂处方和非注射剂处方		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	只登记麻醉药品注射剂处方		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
病区麻醉药品余量销毁管理情况	有记录本，记录完整，双人签字		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	无记录，或记录不完整		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
癌痛患者疼痛治疗是否已开展疼痛评估和剂量滴定				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
医院是否已建立癌痛规范化治疗示范病房				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

附件 6:

《医疗机构麻醉药品使用量调查表（2016 版）》

医院名称: _____

上报数据日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日

填表人: _____

药品通用名	剂型	规格	单位	价格(元)	用量				
					2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
盐酸吗啡注射液	注射剂	10mg	支	4.09	100 支				
盐酸吗啡片	片剂	5mg	片	0.87	200 片				
盐酸吗啡片	片剂	5mg×20 片	盒	17.4	10 盒				
...									
...									
...									
...									

- 说明: 1、本表统计某医疗机构年度麻醉药品使用量的情况。
2、表格填写格式参照表中的示例, 麻醉药品名称必须填写通用名;
1、规格: 指最小包装单位的规格, 如 10mg/支;
2、单位: 指最小包装单位, 如支、片、盒;
5、用量: 指以最小包装单位计算的数量, 如片剂拆包装发药的以片计。

附件 7： 《黑龙江省临床合理用药督导检查标准（2016 版）》

黑龙江省临床合理用药督导检查评分表（抗菌药物部分 2016 版）（300+30 分）

评价项目	检查内容	检查方法	分值	得分
1. 医疗机构抗菌药物临床应用管理情况（满分 170）				
1.1 抗菌药物临床应用专项整治方案制订情况（满分 25 分）	1. 1. 1 有本机构抗菌药物临床应用专项整治活动方案 1. 1. 1. 1 活动方案中明确第一责任人 1. 1. 1. 2 药事管理与药物治疗学委员会下设抗菌药物管理工作组，工作组下设办公室负责临床合理用药的具体工作，人员结构合理，有工作制度。 1. 1. 1. 3 各部门职责分工合理，明确管理工作的牵头部门，层层落实责任制。 1. 1. 1. 4 配备一定数量的专职临床药师，三级医院不少于 5 名，二级医院不少于 3 名。 1. 1. 1. 5 抗菌药物管理工作组定期召开工作会议，不少于 4 次/年 1. 1. 1. 6 抗菌药物管理工作体现持续改进（PDCA 循环）	有 2014 年以来每个年度活动方案的红头文件得 1 分，没有扣 25 分 是医疗机构法人得 1 分，不是扣 25 分 组织机构检查相应文件，每项 1 分，缺 1 项扣 1 分，办公室应设在医务部门，3 个组织机构人员结构均合理，如药事管理与药物治疗学委员会副主任委员必须包含药学、医务部门负责人。抗菌药物管理工作组组长应为医疗机构法人，工作组中必须有医务、药学和感染监控等部门。各组织机构均有各自的工作制度。现场检查时，除检查相应的文件之外，随机抽取工作组或办公室人员进行现场访谈。被访者不能正确回答相应组织机构或工作制度等则本项不得分。 通过访谈了解各部门的分工，未分工明确者扣 0.5；现场访谈相关部门人员，管理工作牵头部门不是医务部门的扣 0.5 分 查看临床药师岗位培训证书，按照证书数量计算得分，每证 1 分，二、三级医院分别达 3 和 5 名者，本项得满分。超过 1 名加 1 分 查看会议原始记录，少 1 次扣 0.5 分，随机抽取参会者进行会议内容和解决问题的访谈，不能准确作答者，本项不得分。 检查 2014 年以来的相应记录（如抗菌药物使用管理的整体工作，数据对比，指标变化，管理措施分析与改进等），并与有关人员进行现场访谈，无记录或不能体现 PDCA 循环者，本项不得分。	1 1 12 1 5 2 3	

1.2 抗菌药物临床合理应用责任状签订情况(满分 8 分)	1.2.1 有医疗机构法人和临床科室负责人签订的责任状	查全部临床科室责任状，缺少 20%以上的扣 2 分	2	
	1.2.2 各临床科室有明确的抗菌药物控制指标	至少含抗菌药物使用强度、使用率两项；查全部临床科室，缺少 1 个科室扣 0.2 分，不够两项扣 0.5 分。随机抽取临床科室主任和医生进行访谈，不能准确答出本科室控制指标者，本项不得分。	4	
	1.2.3 指标设定应结合各临床科室特点，科学合理	抽查 10 个有代表性的科室指标，1 份不合理扣 0.2 分	2	
1.3 抗菌药物临床应用分级管理情况(满分 9 分)	1.3.1 有抗菌药物分级管理方案	无抗菌药物分级管理红头文件扣 1 分	1	
	1.3.2 分级管理目录科学合理、使用级别不得低于省卫计委目录规定	分级目录明显不合理扣 1 分，使用级别低于省卫计委目录规定扣 1 分	2	
	1.3.3 医务部门定期对抗菌药物分级管理进行检查，并提供检查记录	医师处方权限（系统自动限制除外）、越权使用和特殊级用药前会诊，由医务部门牵头每年每项至少检查 4 次，每项缺一次扣 0.5 分	6	
1.4 抗菌药物临床应用处方权管理情况(满分 13 分)	1.4.1 二级以上医院要按年度对医生和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理进行培训，培训过程规范，记录完整	提供 2014 年以来的年度培训签到簿，缺 1 年扣 1 分，2016 年度教师不是省级以上师资的扣 1 分，提供课件及影像资料等证明文件，不能提供者扣 1 分。	4	
	1.4.2 培训医生、药师的培训比率不低于 98%以上	人事部门提供医生、药师名单，与签到簿核对，未达标扣 1 分	1	
	1.4.3 统一组织考核，过程规范，内容合理，有成效	提供考核试卷，无考核试卷扣 2 分。随机抽取 10 名已经完成考核者进行现场考核，通过率<60%，则本项不得分。	4	
	1.4.4 考核合格授予医师抗菌药物分级使用的处方权限和药师调剂资格	无授予医师处方权限和药师调剂权限的红头文件扣 1 分	1	
	1.4.5 医师处方权限应在药品调剂室备案	医师处方权未在各调剂室备案扣 1 分	1	
	1.4.6 医师越权使用抗菌药物符合相关规定	医师越权使用后未在 24 小时内补办相关手续的扣 1 分	1	
	1.4.7 特殊使用级抗菌药物会诊符合相关规定	未能出示医院关于“抗菌药物会诊人员”红头文件的扣 1 分	1	

1.5 抗菌药物品种遴选、评价、购用管理情况（满分 48 分）	1.5.1 限定抗菌药物品种，三级综合医院、儿童医院、传染病医院不超过 50 种；妇产医院（含妇幼保健院）不超过 40 种；精神病医院不超过 10 种；肿瘤医院、口腔医院、二级医院不超过 35 种。	通过查看 HIS 系统药品字典或采购、销售记录核准抗菌药品品种数，超过限定品种数此大项 48 分全部扣除，此项无需再评价。（此项严格按照标准检查）	2	
	1.5.2 具体类别及剂型相关规定：	※通过 1.5.1 的检查方法核对品规数，任何一项不符合扣 10 分（此项严格按照标准检查）		
	1.5.2.1 同一通用名称抗菌药物注射剂型不超过 2 种			
	1.5.2.2 同一通用名称抗菌药物口服剂型不超过 2 种			
	1.5.2.3 具有相似或相同药理学特征的抗菌药物没有重复采购			
	1.5.2.4 三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过 5 个品规			10
	1.5.2.5 三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物注射剂型不超过 8 个品规			
	1.5.2.6 碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过 3 个品规			
	1.5.2.7 氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型不超过 4 个品规			
	1.5.2.8 氟喹诺酮类抗菌药物注射剂型不超过 4 个品规			
	1.5.2.9 深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品种			
	1.5.2.10 头霉素类抗菌药物不超过 2 个品规			
	1.5.3 有抗菌药物采购供应目录（包括品种、剂型和规格），并与卫生行政部门的备案相符。	无目录扣 2 分，与备案目录不相符扣 1 分	2	
	1.5.4 有抗菌药物遴选工作制度和流程，并与卫生部 84 号令相关要求相符	提供制度和流程以及遴选药品的原始记录。无制度、流程各扣 2 分。不能提供药事管理与药物治疗委员会讨论记录的扣 2 分。	4	
	1.5.5 有抗菌药物清退工作制度和流程，并与卫生部 84 号令要求相符。清退或更换的抗菌药物品种或品规原则上 12 个月内不得重新进入本机构药品采购供应目录。	提供制度和流程以及清退或更换药品的原始记录。无制度、流程各扣 2 分；不能提供药事管理与药物治疗委员会讨论记录的扣 2 分。清退或更换品种 12 个月内重新进入医院不得分	6	

	1. 5. 6 采购目录外抗菌药物应启动临时采购程序。	无临时采购程序扣 2 分。	2	
	1. 5. 7 临时采购有临床科室提出的申请单并经本机构抗菌药物管理工作组审核同意,申请单包括药品名称、剂型、规格、数量、使用对象、使用理由和审核意见。	无申请单扣 4 分,无审核意见扣 4 分。申请单项目缺 1 项扣 0.5 分,理由不充分扣 1 分。	4	
	1. 5. 8 临时采购药品由药学部门一次性购入,其他科室或部门不得从事药品采购、调剂活动。临幊上不得使用非药学部门采购供应的抗菌药物。无违规采购(违规采购指:1、目录外药品未履行临时采购程序;2、采购数量超过一例次、一个疗程;3、采购品种应用于非申请病例;4、非药学部门采购)。	※重点查采购量大的,如非 1 个病人使用或用于非申请病历,即算违规;如有违规采购,1.5 项的 48 分全部扣除。(此项严格按照标准检查)	2	
	1. 5. 9 同一通用名抗菌药品种启动临时采购程序原则上每年不超过 5 例次。如果超过 5 例次,应有讨论是否列入本机构抗菌药物供应目录的讨论记录。	超过 5 例次不能提供药事管理与药物治疗委员会讨论记录的扣 2 分。	2	
	1. 5. 10 药学部门每季度将抗菌药物临时采购情况向抗菌药物管理工作组汇报。医院每半年将临时采购情况向主管卫生行政部门或被委托的省临床药学质量控制中心备案。	无汇报记录扣 1 分,未备案不得分。	2	
	1. 5. 11 对本院抗菌药物临床应用异常情况开展调查,并有相应处理意见。每月统计全院所有抗菌药物使用情况,对使用数量前 3 名的抗菌药品种各随机抽取 5 份病历进行合理性评价。	每种药品提供点评的病历号及点评结果分析及干预措施。没有使用情况统计记录扣 10 分,使用数量前 3 名的每个品种评价病历不足 5 份各扣 2 分(异常情况包括:1、使用量异常增长的抗菌药物;2、半年内使用量始终居于前列的抗菌药物;3、经常超适应证、超剂量使用的抗菌药物;4、企业违规销售的抗菌药物;5、频繁发生严重不良事件的抗菌药物。)	10	
	1. 5. 12 抗菌药物采购供应目录按照省卫计委的要求每 2 年调整一次,调整后 15 个工作日内向省卫计委备案。	调整周期不符扣 1 分,调整后未备案不得分	2	

1.6 处方、医嘱点评工作开展情况 (20分)	1.6.1 建立抗菌药物处方、医嘱（病历）专项点评制度	无抗菌药物专项点评制度扣 4 分	4	
	1.6.2 在药事管理与药物治疗学委员会下设立处方点评专家组并定期开展活动	未设立专家组扣 2 分，专家组必须有药学、医学、微生物学、医疗管理等部门的专家，成员不符合要求扣 1 分，未开展活动不得分	2	
	1.6.3 药学部门设处方点评工作小组，成员资质符合要求	无工作小组扣 2 分，成员资质不符合要求扣 1 分	2	
	1.6.4 每月点评处方、医嘱（病历）数量符合相关规定 每月点评的医师比率 $\geq 25\%$ ，每位接受处方点评医师被点评处方（医嘱）数量不少于 50 份处方（或 50 条医嘱）	提供点评记录，没有记录扣 4 分。核对具有抗菌药物处方权医生名单，计算点评医师比例，不足 25% 扣 2 分；抽取 3 名医师核对点评处方（医嘱）数量，未达标扣 2 分。	4	
	1.6.5 对抗菌药物处方、医嘱（病历）点评存在的不合理用药问题进行干预	提供佐证材料，无干预措施不得分。	4	
	1.6.6 对干预前后的效果进行分析评价	没有干预前后效果分析评价不得分	4	
1.7 住院患者微生物送检情况 (满分 13 分)	1.7.1 每月统计全院出院患者接受抗菌药物治疗前微生物送检情况，送检率不低于 30%；限制使用级抗菌药物送检率不低于 50%；特殊使用级抗菌药物送检率不低于 80%	不能提供每月统计结果的每项扣 1 分，送检率未达标每项扣 0.5 分； 每月具体数值分别为：_____ %。	3	
	1.7.2 检验、感控、药学三方联合完成微生物送检情况及细菌耐药分析与对策报告，至少每季度进行 1 次	未实现三方联合，缺少一个部门扣 1 分，缺少 1 季度扣 1 分，无细菌耐药分析与对策报告扣 2 分	5	
	1.7.3 建立抗菌药物耐药预警机制，分别对主要目标菌耐药率超过 30%、40%、50%、75% 的抗菌药物采取相应措施	未建立预警机制相关制度扣 5 分，对耐药率超标的抗菌药物未采取相应措施每项扣 1 分	5	
1.8 抗菌药物使用情况调查 (16 分)	1.8.1 每月全院抗菌药物使用量排序	提供任何一个月的排序以证实。不能提供统计结果扣 2 分。	2	
	1.8.2 每月各科室抗菌药物使用数量排序	提供任何一个月的排序以证实。不能提供统计结果扣 2 分。	2	
	1.8.3 每月全院抗菌药物使用金额排序	提供任何一个月的排序以证实。不能提供统计结果扣 2 分。	2	
	1.8.4 每月各科室抗菌药物使用金额排序	提供任何一个月的排序以证实。不能提供统计结果扣 2 分。	2	
	1.8.5 每月全院抗菌药物使用率	每月具体数值为_____ %。 不能提供统计结果扣 2 分，使用率未达标扣 1 分。	2	

	1.8.6 每月全院抗菌药物使用强度（DDD）	每月具体数值分别为: _____%。 不能提供统计结果扣 2 分，DDD 未达标扣 1 分。	2	
	1.8.7 每月各科室抗菌药物使用率	另附任意一个月各科室具体数值的表；不能提供统计结果扣 2 分。	2	
	1.8.8 每月各科室抗菌药物使用强度（DDD）	另附任意一个月各科室具体数值的表；不能提供统计结果扣 2 分。	2	
1.9 I 类切口手术和介入诊疗抗菌药物预防使用率统计情况（4分）	1.9 每月统计 I 类切口手术及介入诊疗预防用抗菌药的使用率	每月具体数值分别为: _____%； 不能提供统计结果扣 4 分，使用率未达标扣 2 分。	4	
1.10 特殊使用级抗菌药物使用率统计情况（4分）	1.10 每月统计特殊使用级抗菌药物使用率、使用强度	每月具体数值分别为: _____%； _____DDD。 不能提供统计结果各扣 2 分。	4	
1.11 门、急诊抗菌药物使用情况（4分）*门急诊处方无法分开的此项不得分。	1.11.1 每月统计门诊抗菌药物处方比例（处方/处方）	每月具体数值分别为: _____%。 不能提供统计结果扣 2 分，处方比例未达标扣 1 分。	2	
	1.11.2 每月统计急诊抗菌药物处方比例（处方/处方）	每月具体数值分别为: _____%。 不能提供统计结果扣 2 分，处方比例未达标扣 1 分。	2	
1.12 静脉输液使用情况*（5分）	1.12.1 每月住院患者抗菌药物静脉输液占比	每月具体数值分别为: _____%。不能提供统计结果扣 1 分。	1	
	1.12.2 每月门诊患者全部药品静脉输液使用率	每月具体数值分别为: _____%。不能提供统计结果扣 1 分。	1	
	1.12.3 每月急诊患者全部药品静脉输液使用率	每月具体数值分别为: _____%。不能提供统计结果扣 1 分。	1	
	1.12.4 每月住院患者全部药品静脉输液使用率	每月具体数值分别为: _____%。不能提供统计结果扣 1 分。	1	
	1.12.5 每月住院患者全部药品静脉输液平均每床日使用袋（瓶）数	每月具体数值分别为: _____。不能提供统计结果扣 1 分。	1	
1.13 医疗机构药	1.13.1 《基本用药供应目录》品规数：500~800 床的医	现场统计品规数不符合规定扣 1 分	1	

品供应目录 (1分)	院, 西药品规数≤1000个, 中成药品规数≤200个; 800床以上的医院: 西药品规数≤1200个, 中成药品规数≤300个(医院自制制剂除外)。		
2. 医疗机构抗菌药物使用情况现场评价 (40分)			
2.1 医疗机构抗菌药物使用情况现场评价	2.1.1 医院系统可以直接统计相应指标, 则进行现场演示统计计算, 如不能则按照 2.2、2.3、2.4、2.6、2.7 现场抽取病历进行检查计算	现场核对医院抗菌药物目录, 并应用软件现场演示统计过程, 根据计算结果按照 2.2、2.3、2.4、2.6、2.7 指标要求进行评分。	
2.2 住院患者抗菌药物使用率 (5分)	2.2.1 综合医院、妇产医院(含妇幼保健院)、儿童医院、妇女儿童医院全院住院患者抗菌药物使用率≤60%	随机抽取30份出院病历进行评价, 抗菌药物使用率每超过5%扣1分, 以此类推, 扣完为止。	5
	2.2.1 精神病医院全院住院患者抗菌药物使用率≤5%	具体数值为: ____%, (____/30份或通过信息系统计算____)	
	2.2.1 口腔医院全院住院患者抗菌药物使用率≤70%		
	2.2.1 肿瘤医院全院住院患者抗菌药物使用率≤40%		
2.3 住院患者抗菌药物使用强度(使用强度=抗菌药物消耗量(累积DDD数)/同期收治患者人天数)×100(单位:DDD/100人天)(5分)	2.3.1 综合医院、口腔、妇产医院(含妇幼保健院)、妇女儿童医院的妇产科部分全院抗菌药物使用强度≤40	用 2.2 中应用抗菌药物的病历数据计算 DDD 值: 41~55 扣 2 分, >55 扣 5 分。 具体数值为: ____DDD。 (____/30份或通过信息系统计算____)	5
	2.3.1 肿瘤医院全院抗菌药物使用强度≤30	用 2.2 中应用抗菌药物的病历数据计算 DDD 值: 31~40 扣 2 分, >40 扣 5 分。 具体数值: ____DDD。 (____/30份或通过信息系统计算____)	5
	2.3.1 儿童医院或妇女儿童医院的儿科(按成人规定剂量标准计算)全院抗菌药物使用强度≤20	用 2.2 中应用抗菌药物的病历数据计算 DDD 值: 21~30 扣 2 分, >30 扣 5 分。 具体数值: ____DDD。 (____/30份或通过信息系统计算____)	5
	2.3.1 精神病医院全院抗菌药物使用强度≤5	用 2.2 中应用抗菌药物的病历数据计算 DDD 值: 6~10 扣 2 分, >10 扣 5 分。 具体数值: ____DDD。 (____/30份或通过信息系统计算____)	5

2.4 微生物送检情况 (15分)	2.4.1 接受抗菌药物治疗的出院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 30%。	随机抽取 10 份接受抗菌药物治疗的出院患者病历进行检查：29~20% 扣 2 分，≤20% 扣 5 分。 具体数值：____%，(____/10 份或通过信息系统计算____)	5	
	2.4.2 接受限制使用级抗菌药物治疗的出院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 50%。	随机抽取 10 份接受限制级抗菌药物治疗的出院患者病历进行检查：49~30% 扣 2 分，≤30% 扣 5 分。 具体数值：____%，(____/10 份或通过信息系统计算____)	5	
	2.4.3 接受特殊使用级抗菌药物治疗的出院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。	随机抽取 10 份接受特殊级抗菌药物治疗的出院患者病历进行检查：79~50% 扣 2 分，≤50% 扣 5 分。 具体数值：____%，(____/10 份或通过信息系统计算____)	5	
2.5 特殊使用级抗菌药物会诊率 (5分)	2.5 特殊使用级抗菌药物用药前须经医院抗菌药物管理工作组认定的会诊人员会诊，会诊率不低于 90%。	用 2.4.3 中的 10 份病历进行检查（会诊记录须在用药前）会诊率：89~60% 扣 2 分，≤60% 扣 5 分。 具体数值：____%，(____/10 份或____/____份)。	5	
2.6 急诊患者抗菌药物处方比率 (5分)	2.6 综合医院：≤40%	随机抽取急诊处方 50 张，抗菌药物处方比率每超过 5% 扣 1 分，以此类推，扣完为止。 具体数值：____%。(____/50 张或____/____张或通过信息系统计算____)	5	
	2.6 口腔医院：≤50%			
	2.6 肿瘤医院：≤10%			
	2.6 儿童医院或妇女儿童医院的儿科：≤50%			
	2.6 妇产医院（含妇幼保健院）、妇女儿童医院的妇产科部分：≤20%			
	2.5 精神病医院：≤10%			
2.7 门诊患者抗菌药物使用率 (5分)	2.7 综合医院、口腔、妇产医院（含妇幼保健院）、妇女儿童医院的妇产科部分：≤20%	随机抽取门诊处方 100 张，抗菌药物处方比率每超过 5% 扣 1 分，以此类推，扣完为止（如查出门诊使用特殊使用级抗菌药物，该项不得分）。	5	
	2.7 肿瘤医院：≤10%			
	2.7 儿童医院或妇女儿童医院的儿科：≤25%	具体数值：____%。(____/100 张或____/____张或通过信息系		

	2.7 精神病医院: ≤5% 统计算_____)		
3. 清洁 (I类切口) 手术预防使用抗菌药物现场评价 (80分)			
3.1 I类切口手术预防使用抗菌药物比例(40分)※综合医院依据是否开展冠脉造影等血管介入诊断手术选择A项或B项进行点评,C项均需点评。	3.1.1 综合医院 3.1.1.A 开展冠脉造影等血管介入诊断手术的医院综合 I类切口预防使用抗菌药物比例≤30%	按被检查医院开展的手术术式平均分配后,随机抽取 I 类切口手术病历 20 份进行评价。[预防使用抗菌药物比例= (I类切口手术中预防使用抗菌药物病例数/I类切口手术总病例数) × 100%]; 31%~40%扣 4 分, 41%~50%扣 7 分, >50%扣 10 分。 具体数值: _____ % (_____/20 份或_____/____份)	10
	3.1.1.A 血管 (包括冠状动脉) 造影术、成形术、支架植入术及导管内溶栓术(除外 7 天内再次行血管介入手术者、需要留置导管或导管鞘超过 24 小时者以及淋巴管造影术) 预防使用抗菌药物比例	随机抽取 10 份此类手术的病历进行统计, >0%扣 10 分。 具体数值: _____ % (_____/10 份或_____/____份)	10
	3.1.1 综合医院 3.1.1.B 未开展冠脉造影等血管介入诊断手术的医院综合 I类切口预防使用抗菌药物比例≤30%	按被检查医院开展的手术术式平均分配后,随机抽取 I 类切口手术病历 30 份进行评价。[预防使用抗菌药物比例= (I类切口手术中预防使用抗菌药物病例数/I类切口手术抽取的总病例数) × 100%]; 31%~40%扣 8 分, 41%~50%扣 14 分, >50%扣 20 分。 具体数值: _____ % (_____/30 份或_____/____份)	20
	3.1.1 综合医院 3.1.1.C 原则上不预防使用抗菌药物的 I类切口手术预防使用抗菌药物比例≤5%	按被检查医院开展的手术术式平均分配后,抽取腹股沟疝修补术(包括补片修补术)、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术(除外乳腺癌、乳房形成术、有植入物如重建术)、关节镜检查手术、颈动脉内膜剥脱手术、经血管途径介入诊断手术(除淋巴管造影术)等原则上不预防使用抗菌药物的 I 类切口手术病历 30 份进行评价。若无某类手术或者不够抽取样本量的则由其他原则上不预防使用抗菌药物的清洁手术病历代替。6%~10%扣 10 分, >10%扣 20 分。 具体数值: _____ % (_____/30 份或_____/____份)	20

	3.1.1 肿瘤医院 3.1.1.1 综合 I 类切口预防使用抗菌药物比例≤30%	随机抽取 I 类切口手术病历 30 份进行评价。31%~40% 扣 8 分，41%~50% 扣 14 分，>50% 扣 20 分。 具体数值：_____ % (_____ /30 份或 _____ / _____ 份)	20	
	3.1.1 肿瘤医院 3.1.1.2 原则上不预防使用抗菌药物的 I 类切口手术预防使用抗菌药物比例≤5%	按被检查医院开展的手术术式平均分配后，抽取甲状腺、体表肿瘤切除手术，以及颅内肿瘤，骨、关节肿瘤，心脏动脉瘤，肾脏、肾上腺肿瘤，神经源性肿瘤，不经阴道的子宫、附件、宫颈等妇科原则上不预防使用抗菌药物的 I 类切口手术病历 30 份进行评价。6%~10% 扣 10 分，>10% 扣 20 分。 具体数值：_____ % (_____ /30 份或 _____ / _____ 份)	20	
	3.1.1 儿童医院 3.1.1.1 综合 I 类切口预防使用抗菌药物比例≤30%	按被检查医院开展的手术术式平均分配后，随机抽取 I 类切口手术病历 30 份进行评价。31%~40% 扣 8 分，41%~50% 扣 14 分，>50% 扣 20 分。 具体数值：_____ % (_____ /30 份或 _____ / _____ 份)	20	
	3.1.1 儿童医院 3.1.1.2 原则上不预防使用抗菌药物的 I 类切口手术预防使用抗菌药物比例≤5%	按被检查医院开展的手术术式平均分配后，抽取甲状腺切除、疝修补、鞘膜积液切除、睾丸固定、赘生指切除、肌性斜颈治疗手术、淋巴管瘤切除等原则上不预防使用抗菌药物的 I 类切口手术病历 30 份进行评价。6%~10% 扣 10 分，>10% 扣 20 分。 具体数值：_____ % (_____ /30 份或 _____ / _____ 份)	20	
	3.1.1 妇产医院 3.1.1.1 综合 I 类切口预防使用抗菌药物比例 ≤30%	按被检查医院开展的手术术式平均分配后，随机抽取 I 类切口手术病历 30 份进行评价。31%~40% 扣 8 分，41%~50% 扣 14 分，>50% 扣 20 分。 具体数值：_____ % (_____ /30 份或 _____ / _____ 份)	20	

	<p>3.1.1 妇产医院</p> <p>3.1.1.2 原则上不预防使用抗菌药物的 I 类切口手术预防使用抗菌药物比例≤5%</p>	<p>按被检查医院开展的手术术式平均分配后，抽取乳腺手术（除乳腺癌、乳房形成术、有植入物如重建术）、子宫肌瘤切除术（除截石位手术和经阴道手术）、附件切除术、输卵管妊娠切开取胚术、多囊卵巢综合征卵巢打孔术和输卵管结扎术等原则上不预防使用抗菌药物的 I 类切口手术病历 30 份进行评价。6%~10% 扣 10 分，>10% 扣 20 分。</p> <p>具体数值：_____ % (_____/30 份或 ____/____ 份)</p>	20	
3.2 I 类切口手术预防用抗菌药品种选择合理率（10分）	<p>3.2 I 类切口手术预防用抗菌药品种选择合理率应为 100%</p>	<p>使用 3.1 中预防使用抗菌药物的病历 10 份按照国卫办医发〔2015〕42 号文件和抗菌药物临床应用指导原则要求进行评价；合理率 = (I 类切口手术中品种选择合理病例数/I 类切口手术病例中预防使用抗菌药物病例数) × 100%；86%~99% 扣 2 分，71%~85% 扣 4 分，50%~70 扣 6 分，<50% 扣 10 分。</p> <p>具体数值：_____ % (_____/10 份或 ____/____ 份)</p>	10	
3.3 I 类切口手术预防使用抗菌药物用药时机合理率（10 分）	<p>3.3 I 类切口手术预防使用抗菌药物用药时机合理率应达 100%</p>	<p>使用 3.1 中预防使用抗菌药物的病历 10 份按照国卫办医发〔2015〕42 号文件和抗菌药物临床应用指导原则要求进行评价，应在手术室执行预防用药，在病区执行者视为不合理（氟喹诺酮和（去甲）万古霉素除外）；合理率 = I 类切口手术前 0.5~1.0 小时（氟喹诺酮类、（去甲）万古霉素应在手术前 1~2 小时开始给药）内首次给药病例数/I 类切口手术病例中预防使用抗菌药物病例数 × 100%；91%~99% 扣 2 分，81%~90% 扣 4 分，60%~80% 扣 6 分，<60% 扣 10 分。</p> <p>具体数值：_____ % (_____/10 份或 ____/____ 份)</p>	10	

3.4 I类切口手术预防使用抗菌药物用药疗程合理率(10分)	3.4 I类切口手术预防使用抗菌药物用药疗程合理率应达100%	使用3.1中预防使用抗菌药物的病历10份按照42号文件和抗菌药物临床应用指导原则要求进行评价；合理率=(I类切口手术预防用抗菌药24小时或特殊情况48小时停药病例数/I类切口手术病例中预防使用抗菌药物病例数)×100%；91%~99%扣2分，81%~90%扣4分，60%~80%扣6分，<60%扣10分。 具体数值：____%（____/10份或____/____份）	10	
	3.5 I类切口手术预防使用抗菌药物联合用药情况(10分)	3.5 I类切口手术预防用抗菌药物不应联合用药 使用3.1中预防使用抗菌药物的病历10份进行评价；计算联合用药比率，有，扣10分。 具体数值：____%（____/10份或____/____份）		
4. 黑卫医函[2014]199号文件执行情况(10分)				
4.1 数据上报情况(及时性和真实性检查)(5分)	4.1.1 查看质控中心和牵头医院的存档资料，核实数据上报时间。	1个月未上报扣1分，直至扣完为止（此项无需专家检查，由各牵头医院和省质控中心提供）	3	
	4.1.2 将医疗机构上报给质控中心的数据与医院实际抽查的情况对比，核实数据偏差情况。	偏差20%以上扣2分（此项无需专家检查，由各牵头医院和省质控中心提供）		
4.2 严肃处理不合理应用抗菌药物行为(5分)	4.2.1 医院对存在不合理应用抗菌药物行为的医师有按照要求采取处罚措施的记录。	现场检查处罚记录或佐证材料，未进行处理或不能提供佐证材料和记录等扣5分	5	
5. 利用信息化手段管理抗菌药物及参加监测网情况(加分项30分)				
5.1 合理用药软件的应用(加28分) *已在2.2、2.3、	5.1.1 有合理用药软件参与抗菌药物管理	有软件加2分	2	
	5.1.2 可实现医生处方权限、药师调剂权限的管理	抽查3个临床科室和调剂室进行现场检查，可实现权限限制加2分	2	
	5.1.3 建立细菌耐药预警机制	进行现场演示，查看细菌耐药情况并可实现用药时的提醒加2分	2	

2.4、2.6、2.7项 下现场演示可以实现的，5.1.7、5.1.8、5.1.9、5.1.11、5.1.12项 可直接加分	5.1.4 实现手术预防用药品种选择的管理	现场演示，能够实现手术预防用药品种选择对应管理加2分	2	
	5.1.5 实现手术预防用药疗程的管理	现场演示，能够实现手术预防用药疗程控制加2分	2	
	5.1.6 统计手术预防用药时机合理性的比例	现场演示，能够统计手术预防用药时机合理率加2分	2	
	5.1.7 统计微生物送检率	现场演示，能统计各级别抗菌药物使用前的微生物送检率加2分	2	
	5.1.8 实现门诊处方全部点评	现场演示，实现某月或某一天门诊处方的全部点评加2分	2	
	5.1.9 实现急诊处方全部点评	现场演示，实现某月或某一天急诊处方的全部点评加2分	2	
	5.1.10 实现特殊使用级抗菌药物的管理	现场检查处方权限和用药前的会诊提醒，能够实现加2分	2	
	5.1.11 统计住院患者抗菌药物使用率	现场演示，计算某月住院患者使用率加2分	2	
	5.1.12 统计住院患者抗菌药物使用强度并排名	现场演示，计算某月住院患者使用强度与排名加2分	2	
	5.1.13 统计I类切口手术抗菌药物预防联合用药比例	现场演示，计算某月I类切口联合用药比例加2分	2	
	5.1.14 统计I类切口手术抗菌药物预防使用率	现场演示，计算某月I类切口抗菌药物预防使用率加2分	2	
	5.2.1 医院检验科加入国家细菌耐药监测网	查看证书或登录系统等佐证资料加1分	1	
	5.2.2 医院参加国家或省抗菌药物临床应用监测网	查看证书或登录系统等佐证材料加1分	1	

黑龙江省临床合理用药督导检查评分表（麻醉、精神药品 2016 版）（100+10 分）

评价项目	检查内容	检查方法	分值	得分
1. 麻醉药品、精神药品的管理机构和人员情况（10 分）				
1.1 组织机构（4 分）	1.1.1 建立由分管负责人负责，医疗管理、药学、护理、保卫等部门参加的麻醉、精神药品管理机构。	查看医院红头文件，无相应组织扣 2 分	2	
	1.1.2 将麻醉药品、第一类精神药品管理列入本单位年度目标责任制考核，定期组织专项检查，至少每季度 1 次，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。	查看 2016 年以来检查记录，无检查记录扣 2 分；检查记录不完整或次数少按比例扣分	2	
1.2 管理制度（4 分）	1.2.1 建立并严格执行麻醉药品、第一类精神药品的采购、验收、储存、保管、发放、调配、使用、报残损、销毁、丢失及被盗案件报告、值班巡查等制度。	查看相关文件，无相应制度扣 1 分；现场考核相关人员知晓情况	2	
	1.2.2 制定各岗位人员职责，包括麻醉药品、第一类精神药品的采购、保管、发放、调剂、病区药品管理等岗位。	查看相关文件，无岗位人员职责扣 1 分；现场考核相关人员知晓情况	2	
1.3 管理人员（2 分）	1.3.1 医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理人员应当掌握与麻醉、精神药品相关的法律、法规、规定，熟悉麻醉药品、第一类精神药品使用和安全管理等工作。	现场考核相关人员	1	
	1.3.2 医疗机构应当配备工作责任心强、业务熟悉的药学专业技术人员负责麻醉药品、第一类精神药品的采购、储存保管、调配使用及管理工作，人员应当保持相对稳定。		1	
2. 麻醉药品、精神药品的采购、储存情况（16 分）				
2.1 采购资质（2 分）	医疗机构应当取得麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡。	查看麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡，无印鉴卡扣 2 分	2	
2.2 采购途径（2 分）	2.2.1 凭麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡从合法的经营单位购买麻醉药品和第一类精神药品，保持合理库存。	查看购用印鉴卡记录、药库购进账目，不符合要求扣 2 分	2	

	2.2.2 购买药品付款应当采取银行转帐方式。			
2.3 入库验收 (2分)	必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装。入库验收应当采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。记录要求完整，不得漏项，不得有涂改。	查看入库验收记录本，是否专簿记录，如有记录不完整、漏项、涂改等，一处不符合要求扣 0.5 分	2	
2.4 专人负责 (1分)	储存麻醉药品、第一类精神药品实行专人负责。	现场考查，不符合要求扣 1 分	1	
2.5 专库加锁 (3分)	2.5.1 储存麻醉药品、第一类精神药品实行专库（柜）加锁。专库应当设有防盗设施并安装报警装置；专柜应当使用保险柜。	现场检查相关设施，无专库（柜）扣 1 分	1	
	2.5.2 专库和专柜应当实行双人双锁管理。	现场考查，未执行双人双锁管理扣 1 分	1	
	2.5.3 专库、专柜不得存放无关物品。	现场考查，不符合要求扣 1 分	1	
2.6 专用帐册 (3分)	2.6.1 对进出专库（柜）的麻醉药品、第一类精神药品建立专用帐册。进出逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字。专用账册的保存期限自药品有效期期满之日起不少于 5 年。	现场检查相关材料，不符合要求扣 1 分	1	
	2.6.2 做到帐、物、批号相符。	现场查看相符性	2	
2.7 药品配备 (2分)	2.7.1 医院按照 WHO 三阶梯止痛原则要求提供必要药品，至少包括阿片类药物缓释片和即释吗啡片。	现场查看	1	
	2.7.2 配备纳洛酮等阿片类药物中毒解救药物。	现场查看	1	
2.8 药品销毁 (1分)	医疗机构对过期、损坏的麻醉药品、第一类精神药品进行销毁时，应当向所在地卫生行政部门提出申请，在卫生行政部门监督下进行销毁，并对销毁情况进行登记。	查看记录，不符合要求扣 1 分	1	
3. 麻醉药品、精神药品的调配和使用情况 (62分)				
3.1 药房管理 (3分)	3.1.1 根据管理需要在门、急诊、住院药房设置麻醉药品、第一类精神药品周转库（柜），库存不得超过本机构规定数量。周转库（柜）应当每天结算。	现场检查相关设施，不符合要求扣 1 分	1	

	3.1.2 专柜应当使用保险柜。门诊、急诊、住院等药房发药窗口存放麻醉药品、第一类精神药品应当配备必要的防盗设施。	现场查看，不符合要求扣 1 分	1	
	3.1.3 门诊药房应当固定发药窗口，有明显标识，并由专人负责麻醉药品、第一类精神药品调配。	现场考查，不符合要求扣 1 分	1	
3.2 处方资格 (4分)	3.2.1 执业医师经培训、考核合格后，取得麻醉、第一类精神药品处方资格。	查看处方医师与调剂药师资格证书，1名医师或药师无资格证书扣 1 分	4	
	3.2.2 药师经培训、考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品处方调剂资格。			
3.3 专用处方 (3分)	3.3.1 麻醉药品和第一类精神药品处方印刷用纸为淡红色，右上角标注“麻、精一”，第二类精神药品处方印刷用纸为白色，右上角标注“精二”。	抽查 2016 年以来门急诊麻醉、第一类精神药品处方 40 张，第二类精神药品处方 10 张（简称门急诊处方）。麻醉、精神药品未使用专用处方者发现 1 张扣 0.5 分；处方格式不符合要求扣 1 分	2	
	3.3.2 麻醉药品和第一类精神药品处方应当包括患者身份证号，代办人姓名和身份证号。			
	3.3.3 麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为 3 年。第二类精神药品处方保存期限为 2 年。	查看保存期限内的处方，不符合要求扣 1 分	1	
3.4 处方开具 (30分)	3.4.1 医师开具麻醉药品、第一类精神药品处方时，应当在病历中记录。医师不得为自己开具麻醉药品、第一类精神药品处方。	查看住院药房麻、精一处方 40 张（简称住院处方），抽查 10 张，1 张未在病历中记录扣 0.5 分	2	
	3.4.2 医师开具处方应使用药品通用名。书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范。	查门诊处方（不另抽处方），1 张不符合要求扣 1 分	10	
	3.4.3 门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应亲自诊查患者，建立相应病历，要求其签署《知情同意书》。病历中留存二级以上医院开具的诊断证明、患者户籍簿或身份证件或其他有效身份证明文件及为患者代办人员身份证明文件的复印件。患者每 3 个月复诊或医生随诊一次。	查门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者的门诊病历。未建立病历扣 4 分；每一处不符合要求扣 1 分。	4	

	3.4.4 长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用或由医务人员出诊至患者家中使用。	查门诊处方(不另抽处方)及专册登记记录，麻醉药品注射剂带出院外由患者自行使用扣 4 分	4	
	3.4.5 为癌痛患者开具处方，是否遵循 WHO 三阶梯止痛原则。疼痛药物治疗首选口服给药途径；按阶梯给药；按时给药；注意具体细节，合理用药。长期用药宜选择控缓释制剂，注重个体化治疗及不良反应的处理。	查门诊处方(不另抽处方)和病历，一处不符合要求扣 0.5 分。现场考核相关医师掌握情况，不掌握酌情扣分	10	
3.5 处方用量 (13 分)	3.5.1 为门(急)诊患者开具的麻醉药品和第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯缓释剂用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 30 日常用量。	查门诊处方(不另抽处方)，一处不符合要求扣 0.5 分	2	
	3.5.2 为门(急)诊患者开具第二类精神药品一般每张处方不超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可适当延长，医师应注明理由。	查门诊处方(不另抽处方)，一处不符合要求扣 0.5 分	2	
	3.5.3 为门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。	查门诊处方(不另抽处方)，一处不符合要求扣 0.5 分	2	
	3.5.4 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。	查住院处方(不另抽处方)，一处不符合要求扣 0.5 分	2	
	3.5.5 盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用。	查二氢埃托啡处方，不符合要求扣 1 分，(无二氢埃托啡此项不扣分)	1	
	3.5.6 盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。	抽查哌替啶处方(10 张)及使用记录，违反规定扣 2 分	4	
3.6 处方调剂 (5 分)	3.6.1 处方的调配人、核对人应当仔细核对麻醉药品、第一类精神药品处方，签名并进行登记；对不符合规定的麻醉药品、第一类精神药品处方，拒绝发药。	查门诊和住院处方(不另抽处方)及处方登记本	2	

	3.6.2 药师对麻醉药品和第一类精神药品处方，按年月日逐日编制顺序号。	抽查 2016 年以来（某一天）装订处方，未编制顺序号扣 1 分	1	
	3.6.3 医疗机构根据麻醉药品和精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为 3 年。	查 2016 年以来专册登记的内容与对应的处方，未进行专册登记扣 2 分，其他不符合要求酌情扣分	2	
3.7 临床管理（4 分）	3.7.1 临床使用及有备药的科室应执行麻醉药品和第一类精神药品的“五专管理”。	查看相应文件材料，现场考查，未执行“五专管理”扣 2 分	2	
	3.7.2 应建立相应的记录本（麻醉药品和第一类精神药品使用、残余液处理登记本、交接班登记本等），且记录完整规范。	查看相关记录，无登记记录扣 2 分；记录不完整、不规范酌情扣分	2	
4. 麻醉药品、第一类精神药品的安全管理情况（4 分）				
4.1 空安瓿及废贴回收（2 分）	4.1.1 患者使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂或者贴剂的，再次调配时，应当要求患者将原批号的空安瓿或用过的贴剂交回，并记录收回的空安瓿或废贴数量。	查 2016 年以来回收空安瓿、废贴回收记录登记，无记录扣 2 分，其他不符合要求酌情扣分	2	
	4.1.2 医疗机构内各病区、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂时应收回空安瓿，核对批号和数量，并作记录。			
4.2 空安瓿及废贴销毁（2 分）	4.2.1 收回的麻醉药品、第一类精神药品注射剂空安瓿、废贴由专人负责计数、监督销毁，并作记录。	查 2016 年以来回收空安瓿、废贴销毁记录，无记录扣 2 分，其他不符合要求酌情扣分	2	
	4.2.2 患者不再使用麻醉药品、第一类精神药品时，医疗机构应当要求患者将剩余的麻醉药品、第一类精神药品无偿交回医疗机构，由医疗机构按照规定销毁处理。			
4.3 药品储存	检查条款参见 2.5.1, 2.5.2, 3.1.2，不另计分。			

5. 麻醉药品、第一类精神药品的处方点评及药物使用分析开展情况（8分）				
5.1 组织管理（2分）	5.1.1 医院处方点评工作在医院药物与治疗学委员会（组）和医疗质量管理委员会领导下，由医院医疗管理部门和药学部门共同组织实施。医院药学部门成立处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作。	查看相关文件，医院未成立处方点评工作小组扣1分	1	
	5.1.2 建立麻醉药品和第一类精神药品的专项点评制度。	查看相关文件，未开展麻醉药品和精神药品的专项点评工作扣1分	1	
5.2 实施情况（4分）	5.2.1 处方点评应对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性进行评价。	查相关记录，无处方评价表及分析记录扣2分	2	
	5.2.2 处方点评工作有完整、准确的书面记录，并通报临床科室和当事人。	查看相关记录，处方点评结果记录不完整或不合理处方未通报临床科室和当事人扣1分	1	
	5.2.3 处方点评小组在处方点评工作过程中发现不合理处方，应当及时通知医疗管理部门和药学部门，制定并实施干预和改进措施。	查看相关记录，发现不合理处方无相应干预和改进措施扣1分	1	
5.3 用药分析（2分）	定期对麻醉药品、第一类精神药品使用情况进行动态分析，为临床合理用药提供指导。	查看分析报告	2	
6. 癌痛规范化治疗示范病房创建情况（加分项 10分）				
示范病房创建情况（加10分）	是否已开展癌痛规范化治疗示范病房创建工作，并通过国家或省、市级评估认证。	查看相关文件，现场考察。认证通过得10分	10	

附件 8:

《各地区牵头医院和联系人名单（2016 版）》

辖区	牵头医院	联系人	联系邮箱	联系电话
省直+森工系统	哈尔滨医科大学附属第三医院	刘爽	642307091@qq. com	13936246040
哈尔滨地区	哈尔滨二四二医院 (哈尔滨市周边县、市)	李晟琰	e jyykjywzxdp242@163. com	0451-85565329
	哈尔滨市第一医院 (哈尔滨市区内)	崔艳	714747827@qq. com	0451-84883198
齐齐哈尔地区	齐齐哈尔市第一医院	刘露	915427862@qq. com	0452-2459391
牡丹江市地区 +绥芬河市	牡丹江医学院红旗医院	赵玉梅	hqyyxb@163. com	0453-65822800 转 8698

佳木斯地区 +抚远县	佳木斯大学附属 第一医院	雷力力	leili1888@126. com	0454-8623360
农垦系统	农垦总局总医院	王琳琳	wanglinlin0721@163. com	0451-55197547
大庆地区	大庆市人民医院	张丽香	zhanglixiang990@163. com	0459-6612950
绥化地区	绥化市第一医院	齐爽	yaoxuebu2011@163. com	0455-8155334
七台河地区	七台河市人民医院	徐欣欣	52983977@qq. com	0464-8669173
双鸭山地区	双鸭山市人民医院	冯学香	syssrmmyylcyl@163. com	13945777647
鹤岗地区	鹤岗市人民医院	闻晶	hgssrmmyyxb@126. com	0468-3853475
鸡西地区	鸡西矿业集团总医院	马佳	whyzr2009@163. com	0467-2724618
伊春地区	伊春林业中心医院	刘奇	liuqi7789@163. com	0458-3765853
黑河地区	黑河市第一人民医院	李迎新	lyx123458@163. com	0456-8269132
大兴安岭地区	大兴安岭地区人民医院	曹雪微	xunuo2468@163. com	13845732229