

江阴市医学会

澄医会〔2023〕106号



关于开展医疗机构用血管理检查的通知

各有关医疗机构：

为加强医院临床输血管理，进一步规范临床用血工作，确保输血安全，根据《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》《江苏省医疗机构输血科（血库）建设管理规范》等有关要求，经研究，指定市临床用血管理质控小组对全市各医疗机构的临床用血管理工作情况进行检查，现将有关事项通知如下：

一、检查时间：2023年10月8--10日

二、检查对象：全市二级及二级以下用血医院（名单见附件1）

三、检查依据：《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》《江苏省医疗机构输血科（血库）建设管理规范》《无锡市临床用血质控中心督查标准》（附件2）。

四、检查内容及方式

1. 查阅输血管理有关资料（包括输血病例5份）；

2.对各医院进行现场检查；

3.现场随机提问医务人员，考核医务人员掌握输血相关知识情况。

本次检查采取查阅资料、实地检查、现场提问等方式，本着查严、查细、查实的原则，对医院临床用血工作进行核实、现场进行评分、当场反馈检查情况，对发现重大问题的医院开具《整改通知书》，并报卫生健康委。

附件：1. 全市临床用血质控检查安排表

2. 2023 年《无锡市临床用血质控中心督查标准》



附件 1

全市临床用血质控检查安排表

日 期		检查单位 (第一组)	检查单位 (第二组)	检查单位 (第三组)
10 月 8 日	8: 30~	江阴徐霞客医院	江阴璜土医院	
	11: 00	江阴市青阳医院	江阴市利港医院	
	13: 30~	江阴市中医肝胆医院	江阴澄西医院	
	16: 00	江阴南闸医院	江阴临港医院	
10 月 9 日	8: 30~	江阴市文林卫生院	江阴北国医院	江阴博医家康复医院
	11: 00	江阴市第五人民医院	江阴市第四人民医院	江阴市顾山卫生院
	13: 30~	江阴河塘医院	江阴长寿医院	江阴市中医外科医院
	16: 00	江阴长泾医院	江阴市周庄医院	江阴德美嘉妇儿医院
10 月 10 日	8: 30~	江阴峭岐医院	江阴红房子医院	江阴市第三人民医院
	11: 00	江阴百意中医医院	江阴英智澄江康复医院	解放军 63680 部队医院
	13: 30~		江阴开泰医院	
	16: 00			

检查人：第一组：江华龙（13601525615）、周 锋

第二组：赵海萍（13915218185）、王民强

第三组：龚宏伟（13921360132）、蔡 漾

注：10月8日第二组的检查由龚宏伟、赵海萍两位检查。

10月9日、10日的检查按上述分组进行检查。

附件 2

2023 年无锡市临床用血质控中心督查标准

项 目	指 标 体 系		评分标准	标准分	得分
1、科室 设置(7 分)	1-1 规范设置输血科（血库），组织结构与其功能任务相适应	*1-1-1 输血科（血库）专职专业人员数与医疗机构年度每千单位红细胞用量数比达 0.5: 1。输血科（血库）专职专业人员数不得少于 1 人。	不符合要求不得分	2 分	
		1-1-2 有计划地进行专业技术人员的知识更新和岗位培训，定期考核评估，并有相应的考核记录。	无考核记录不得分	2 分	
		1-1-3 输血科（血库）至少应有贮血专用冰箱（4±2℃）、贮血专用低温冰箱（-20℃以下）、试剂冰箱、血浆解冻箱、热合机、显微镜、血型血清学专用离心机、血小板恒温振荡保存箱，专用取血箱等必须设备，并且各项设备能正常工作。	缺一项扣 0.2 分，扣完为止。	2 分	
		1-1-4 输血科（血库）业务用房环境清静、采光明亮、空气流通、符合卫生学要求，污染区与非污染区分开。输血科功能室应至少设有值班室、储血室、配血室、发血室、办公室、洗涤室及资料保存室，血库设有储血室、配血室、发血室和值班室，各室布局流程合理。	分区不合理扣 0.5 分，布局不合理扣 0.5 分。	1 分	
2、输血 科管理 (42 分)	2-1 标本管理（输血病人血标本采集正确率）	2-1-1 要有标本采集、运送、接收、拒收标准与流程。	无此项不得分	3 分	
		*2-1-2 要有标本接收、拒收记录。	无记录不得分	5 分	
		2-1-3 检毕血液标本须保存一周时间（特殊样本除外）。	不符合要求不得分	1 分	
		2-1-4 标本与试剂不得在冰箱内混放。	混放不得分	1 分	
		*2-1-5 血型鉴定与交叉配血的血液标本不在同一时间采集（紧急用血时除外）	不符合要求不得分	5 分	
	2-2 输血 信息化管理	2-2-1 输血信息化管理系统涵盖血液出入库及配发血的全过程。	不符合要求不得分	2 分	
		2-2-2 输血信息化管理能覆盖临床输血的全过程，与院内 LIS、HIS 等网络连接 具有完备的统计功能。	不能与院网连接不得分	3 分	
		*2-2-3 实现与采供血机构信息系统的互联互通，血费报销直免系统正常实用。	不符合要求不得分	3 分	

	2-3 质控工作管理(室内质量控制合格率、室间质评合格率)	2-3-1 成立科主任为组长的质控小组,由专业技术过硬、责任心强的人员担任质控工作,每季度召开一次质控会议并有记录,对存在的问题能及时分析解决。	查阅资料及会议记录,无相应记录不得分	1分	
		*2-3-2 所有检测项目必须有室内质控措施,质控频率合理。	缺一项扣 0.5 分,扣完为止,无每天开展扣 1.5 分	4分	
		*2-3-3 有部、省级室间质评的项目必须参加室间质评,有质评程序。	未参加者不得分,少参加一项,扣 0.5 分	4分	
		*2-3-4 要有有效处理失控流程、失控分析记录及纠偏措施。	无失控处理流程扣 1 分,无失控无分析记录扣 1 分。	2分	
		*2-3-5 室间质评每次、每个项目成绩合格。	查阅室间质评成绩,不合格扣 0.5 分/次/项目,扣完为止。	3分	
		2-3-6 每月 10 号之前有专职人员完成上月份临床用血质控中心质控数据的上报工作。	不符合要求不得分	5分	
3、临床输血管理(48分)	3-1 输血前管理(输血相容性检测报告合格率)	3-1-1 严格遵守《献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》规定,在院临床输血管理委员会指导下,开展临床输血的全面工作。	无院输血管理委员会不得分,有输血委员会无工作开展记录扣 1 分	2分	
		3-1-2 开展医务人员全员培训,将临床用血相关知识培训纳入继续教育内容。培训的内容包括无偿献血知识,输血相关法律、法规,临床用血的技术规范、制度、输血不良反应的预防、识别、诊断和处理等,并组织考核。考核不合格者无临床用血资质。	无培训、考核记录不得分	2分	
		*3-1-3 有输血评价指标(如血常规、凝血功能、TEG 等)并进行输血前评估,严禁无适应证输血。	随机抽查输血病历 5 份,无适应证输血扣 1 分/份,扣完为止	3分	
		*3-1-4 输血申请单正确填写率 100%。	随机抽查输血申请单 10 份,不合格扣 0.5 分/份,扣完为止。	5分	
		3-1-5 术中用血病例手术前用血申请率 100%(急诊除外)。	未达标不得分	1分	

		3-1-6 大量用血术前审批率 100%（急诊除外）。	随机抽取 24 小时用血量超 8U 患者 2 例，1 例无术前用血审批，扣 0.5 分	1 分	
		*3-1-7 输血前相容性检查各环节三查七对率 100% 。	不达标者不得分	2 分	
		*3-1-8 各输血前相容性检测项目均有相应的操作规程（SOP），且内容与实验室实质内容相一致。	查看 SOP 文件，缺一项扣 0.5 分，扣完为止	2 分	
		*3-1-9 备血病人开展不规则抗体筛检率达 100%。	不符合要求不得分	2 分	
		3-1-10 充分告知输血目的、方式和风险，“临床输血治疗知情同意书”签署率 100%。	随机抽取输血病历 5 份，只要有 1 份无输血同意书，扣 1 分。	1 分	
		*3-1-11 护理部门患者床边血标本采集、血液输注前信息三查七对率 100%。	现场自查，不符合要求不得分	2 分	
		3-1-12 患者输血前传染病指标（乙肝五项、HCV、梅毒抗体、HIV 等）检查率 100%。	随机抽取输血病历 5 份，无检查者扣 0.5 分 / 例，扣完为止。	1 分	
		*3-1-13 输血相容性检测方法能最大限度保证用血安全，除盐水法外至少建立一种能够检测出不完全抗体的实验室方法。	方法学建立不全扣 1 分	2 分	
		3-1-14 血液的领取要有专用的设备，并有控温装置。	无专用取血设备扣 1 分，无控温装置扣 1 分	2 分	
	3-2 输血中管理（输血不良反应回	*3-2-1 输血治疗病程记录完整、详细：包括输血开始时间、输血完成时间、输注成分、数量，有无输血不良反应等。有生命体征监测，至少包括：呼吸、体温、脉搏、血压；监测时间点，至少包括：输血开始时、输血开始后 15min、输血完成时。	随机抽查输血病历 5 份，无记录扣 1 分 / 份，扣完为止。	5 分	
		*3-2-2 加强输血重大不良事件和事故的预防和监测，积极救治临床输血不良反应，做好观察和记录，及时向行政主管部门报告输血不良反应。严重输血不良反应开展病例讨论，提高医务人员对输血不良反应的认识和重视程度，降低输血风险。	无输血不良反应反馈记录扣 3 分，无及时上报输血科扣 1 分 / 份。	5 分	

	报率)	3-2-3 由医护人员负责取血，病区内无储血现象，血液出库后 100%在规定的时间内完成输注，最长不得超过 4 小时。	非医务人员取血扣 0.5 分，病房内储血扣 1 分；1 例输注时间不符合要求扣 0.5 分	2 分	
		3-2-4 加强麻醉科建设发展，配齐开展血液保护技术的设备和医护人员，常规开展血液回收和等容稀释等血液保护工作。	查看台账，实地查看。未开展，扣 2 分；未常规开展，扣 1 分	2 分	
		*3-2-5 自体输血率达 25%。 (手术患者自体输血率=手术患者自体输血总单位数/同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数，自体输血包括贮存式、等容稀释式、回收式自体输血，手术患者用血包括术前、术中、术后用血) 注：术中回收式自体输血 RBC100ml 为 1U	查阅资料，达到 25%得 2 分，大于 15%小于 25%得 1 分，小于 15%得 0.5 分，未开展不得分	2 分	
	3-3 输血后管理	3-3-1 输血治疗后病程记录有输注效果的评价性描述。	抽取输血病历 5 份，无输血后评价扣 0.2 分/例，扣完为止。	1 分	
		3-3-2 输血严重危害病例有讨论记录。	随机抽取严重输血反应病历，无讨论记录扣 1 分。	1 分	
		*3-3-3 手术输血患者其手术记录完整、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致，输血量与发血量一致。	抽取输血病历 5 份，不一致扣 0.5 分/例，扣完为止。	2 分	
4、现场提问(3 分)		临床输血管理制度及输血相关知识	现场随机提问 2 位输血相关医务人员	3 分	
备注：打“*”为重点督查条款。					

抄送：市卫生健康委、市科协、市民政局。

江阴市医学会

2023 年 9 月 28 日印发
