

江阴市医学会

澄医会〔2025〕108号



关于组织开展2025年度临床用血管理专项评估的通知

各相关医疗机构：

为加强医疗机构临床输血管理，提高江阴市医疗质量安全水平，进一步规范临床用血工作，加强输血全过程质量管理，确保输血安全。经研究，决定委托市临床用血管理质控小组对部分医疗机构开展2025年度临床用血管理专项评估。现将有关事项通知如下：

一、评估时间：2025年11月18日-11月20日。

二、评估对象：全市部分二级医院及一级医院（详见附件1）。

三、评估依据

《江苏省医疗机构输血科（血库）建设管理规范》《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》《全血和成分血使用》《静脉治疗护理技术操作标准》《无锡市临床用血管理质控中心质控指标》（评估标准件见附件2）。

四、评估内容及方式

1. 查阅 2025.1.1-2025.10.31 输血管理有关资料（包括输血病历 5 份）、自体输血开展情况、临床用血管理质控指标。

2. 现场评估各医疗机构输血科、输血相关病区的流程、信息化管理情况。

本次评估本着查严、查细、查实的原则，采取查阅资料、实地查看、现场提问等方式，结合各医院月报表及每季度质控指标上报情况，对医院临床用血管理工作进行现场评估，评估情况当场反馈，对发现重大问题的医疗机构开具整改通知书。

五、其他要求

1. 各医疗机构要高度重视本次专项评估，做好此次评估的配合工作，另外请被评估单位当天提早准备好 5 份病历放输血科备查，节约检查时间。

2. 质控组需在评估结束后向被查单位反馈发现的问题，各单位对制度、流程及措施存在的不足立即整改；对开具整改通知书的医疗机构，在 2 个月后复查整改情况。本次评估内容将汇总通报，并上报市卫生健康委。联系人：江华龙，联系电话：13601525615。

附件：1. 2025 年度临床用血管理专项评估日程安排表

2. 2025 年无锡市临床用血质控中心评估标准



附件 1

2025年度临床用血管理专项评估日程安排表

时间	评估单位	
联系人	(第一组) 赵海萍 13915218185	(第二组) 江华龙 13601525615
11月18日 8:30~11:30	长寿医院 中西医结合医院 中医骨伤医院	璜土医院 澄西医院 利港医院
11月18日 12:30~15:30	中医外科医院 惠友骨科医院 德美嘉妇儿医院	泰富临港医院 第三人民医院 63680 部队医院
11月19日 8:30~11:30	河塘医院 第五人民医院	徐霞客医院 第二人民医院 中医肝胆医院
11月19日 12:30~15:30	北国医院 博医家康复医院	南闸医院 南医康复医院 峭岐医院
11月20日 8:30~11:30	澄江康复医院 红房子妇产医院 开泰医院	

附件 2

2025 年无锡市临床用血质控中心评估标准

项目	指标体系		评估记录
1、医疗机构主管输血部门设置情况	1-1 用血管理委员会	1-1-1 成立医院临床用血管理委员会,有临床输血管理相关制度和实施细则,内容覆盖本医疗机构临床输血管理的全过程。开展无偿献血宣传教育,提倡无偿献血。	
		1-1-2 委员会每半年召开专题会议且有会议记录。	
	1-2 职能部门工作情况	1-2-1 医疗机构应将临床用血相关知识培训纳入继续教育内容,每年至少开展一次,并组织考核。考核不合格者无临床用血资质且信息系统不予开放申请输血权限。	
		1-2-2 履行对本医疗机构临床用血的规章制度监督实施、分析、反馈,指导临床用血,调查分析临床用血不良事件并提出干预和改进措施。	
		1-2-3 建立本医疗机构临床用血申请分级管理,每季度对科室及医师用血评价公示,职能部门有检查、分析和反馈。	

2、输血科 (血库)建设	2-1 输血科 (血库)设置	2-1-1 年红细胞用量不足 5000U 的三级专科医院和二级医院应当设置血库，三级综合医院、中医院、妇幼保健院年红细胞用量 5000U 以上的二级医院应设置独立输血科。	
		2-1-2 输血科实验室建筑与设施符合实验室生物安全通用要求，靠近手术室和病区，业务区域与生活区域分开，业务用房面积达到《省规范》要求，输血科 $\geq 200\text{m}^2$ ，血库 $\geq 80\text{m}^2$ 。	
		2-1-3 输血科（血库）业务用房环境洁净、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。输血科至少应设置储血室、配血室、发血室、值班室、办公室、洗涤室及库房；血库至少应设置储血室、配血室、发血室、值班室。各室布局、流程合理。	
		2-1-4 根据临床用血需求，制定安全的血液库存分级标准，建立血液动态预警机制	
		2-1-5 输血科应主动积极参与疑难输血或特殊用血病例的诊断、会诊与治疗，指导临床合理用血，配合临床用血事件及输血不良反应的调查。	

3 人员与设备管理	3-1 人员结构	3-1-1 输血科（血库）主任应具有高级专业技术职称资格，从事临床医疗或医技工作五年以上，有丰富的输血相关临床专业知识及一定的管理能力，科主任应成为医院输血医学学科带头人。	
		3-1-2 输血科（血库）人员的配备应与其功能任务相适应。年用血量（红细胞）：大于 10000U 的，应至少配备 8 人，其中临床医学专业至少 1 人；5000-10000 U 的，应至少配备 6 人，有条件的应配备临床医学专业人员 1 名；在 5000 以下的，至少配备 4 人。	
		3-1-3 输血科（血库）高级、中级、初级职称的专业技术人员比例恰当（参考比例 1:3:5）	
		3-1-4 输血科（血库）人员须具备相应学历和相应专业任职资格（当年新入职除外）。	
	3-2 人员培训	3-2-1 输血科（血库）工作人员各岗位职责明确。	
		3-2-2 输血科（血库）新进人员须经临床输血技术专业培训，考核合格上岗有培训记录。	

		3-2-3 每年须进行专业技术人员的知识更新和岗位培训，定期考核评估有考核记录。	
	3-3 设备管理	3-3-1 仪器设备的配置满足业务工作需要并符合《省规范》要求:并且各设备能正常运行。	
		3-3-2 贮血冰箱每周消毒一次，冰箱内空气培养每月一次，无霉菌生长或培养皿（90mm）细菌生长菌落（ $8\text{CFU} / 10\text{分钟}$ 或 $200\text{CFU} / \text{M}^3$ ），要有相应记录。	
		3-3-3 有关键贮血设备故障的应急措施。	
		3-3-4 贮血设备应有不间断的温度监测与记录，除冷链系统外，每天应有人工巡视记录，确保冷链系统运行正常。	
		3-3-5 贮血设备应有高低温报警装置，且运行正常。对强检设备定期进行检定、校准。	
4、输血科管理	4-1 标本管理	4-1-1 要有标本采集、运送、接收、拒收标准与流程。	
		*4-1-2 要有标本接收、拒收、退回记录。（输血病人血标本采集正确率）	
		4-1-3 输血后供血者和受血者标本须保存一周时间（特殊样本除外）。	

		4-1-4 标本与试剂不得在冰箱内混放，自体血液与异体血不得混放。	
		*4-1-5 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）	
	4-2 试剂管理	4-2-1 检测试剂须三证齐全（生产许可证、医疗器械注册证或国食药准字、经营许可证）。	
		4-2-2 试剂保存条件符合要求，不得使用过期试剂。	
	4-3 血液管理	4-3-1 血液来源合理，由指定的采供血机构提供，无自采、自供现象（自体输血除外）。	
		4-3-2 血液有效期内使用 100%。	
		4-3-3 不同血型、品种、规格的血液制品分类贮存，标识明显。全血、红细胞的储存温度应当控制在 2~6℃，血小板的储存温度应当控制在 20~24℃。	
		4-3-4 临床异体输血量年增幅低于同期住院患者增长率和住院手术增长率。	
	4-4 输血信息化管理	4-4-1 有输血信息化管理系统，信息化管理系统至少包含以下功能：1、输血医嘱的管理 2、血液出入库的管理 3、血液的库存管理 4、血液基本信息	

		的管理 5、配发血的管理 6、用户权限的管理 7、输血相容性检测项目的管理 8、查询统计功能	
		4-4-2 输血信息化管理系统功能完善，与院内 LIS、HIS、移动护理、手麻系统连接。	
		4-4-3 输血信息化管理涵盖临床输血的全过程（包括输血申请、血液院内运输、输血不良反应反馈等）	
		4-4-4 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。	
	4-5 质控工作管理	4-4-1 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。	
		*4-4-2 所有检测项目必须有室内质控措施，质控频率合理。（室内质量控制合格率）	
		*4-4-3 有部、省级室间质评的项目必须参加室间质评，有质评程序（室间质评合格率）。	

		*4-4-4 要有有效处理失控流程、失控分析记录及纠偏措施。	
	4-5 建立健全应急预案	4-5-1 建立切实可行输血相关应急预案：内容包括紧急用血的应对、控制输血严重危害（SHOT）的预案和处理规范、超常规用血量的预案等。相关应急预案应经过院临床输血管理委员会讨论后通过，形成最终决议，有明确的启动条件和程序，保证应急预案的可执行性。	
5 临床输血 管理情况 (查 10 份 病历)	5-1 输血前管理	*5-1-1 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。	
		*5-1-2 落实临床用血申请、审核制度，履行用血报批手续，输血申请单格式规范、书写规范、信息记录完整，审核率 100%。	
		5-1-3 大量用血术前审批率 100%（急诊除外）。	
		*5-1-4 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。	
		*5-1-5 备血病人开展不规则抗体筛检率达 100%。	
		5-1-6 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%。	
		*5-1-7 输血前相容性检查各环节三查七对率 100%。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%。	
		5-1-8 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%。	
		*5-1-9 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。	
	5-2 输血中 管理（输血 不良反应回 报率）	5-2-1 血液的领取要有专用的血液运输设备。	
		5-2-2 由医务人员负责取血，病区内无储血现象。血液出库后 100%在规定的 时间完成输注，最长不得超过 4 小时。	
		*5-2-3 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。	

		*5-2-4 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。	
		5-2-5 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。	
		*5-2-6 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	
	5-3 输血后 管理	5-3-1 输血治疗后病程记录有输注效果的评价性描述。	
		5-3-2 输血严重危害病例有讨论记录。	
		*5-3-3 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。	
6、质控数据 真实性情况	6-1 质控数 据	6-1-1 所上报质控数据应真实有效，不存在数据编造、谎报、瞒报、不报等情况	

单位：

评估人：

评估时间：

(此页无正文)

报送：市卫生健康委、市科协、市民政局。

江阴市医学会

2025 年 11 月 12 日印发
