**危急值报告制度**

**早该帮 编制**

为加强临床检验“危急值”的管理，确保xxx危急值xxx及时反馈，保证医疗安全，结合我院实际情况，特制定本制度，请各科室遵照执行。

“危急值”是指检验结果与正常参考范围偏离较大，表明患者可能正处于生命危险的边缘状态，此时如果临床医生能及时得到检验信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，可能挽救患者的生命，否则就可能出现严重后果，失去最佳抢救时机，甚至危及生命。

各医技科室在确认检查结果出现“危急值”后，应立即报告患者所在临床科室，不得瞒报、漏报或延迟报告，并填写《医技科室危急值报告登记本》，详细记录检验日期、患者姓名、住院号、病床号、检验项目、检验结果、复查结果、临床电话、临床联系人、报告人等项目，并将检查结果发出。临床科室接到“危急值”报告后，并填写详细《临床科室危急值接收登记本》，应立即采取相应措施，抢救病人生命，保障医疗安全。

一、“危急值”报告程序

1、医技科室工作人员发现“危急值”情况时，检查（验）者首先要确认仪器、设备和检查过程是否正常，操作是否正确；核查检验标本是否有错，检验项目质控、定标、试剂是否正常，仪器传输是否有误。在确认检查（验）过程各环节无异常的情况下，需立即电话通知临床科室人员“危急值”结果，并在《检查（验）危急值报告登记本》上逐项做好“危急值”报告登记。

2、临床检验科必须在《检查（验）危急值结果登记本》上详细记录，并简要提示标本异常外观性状，如溶血、黄疸、乳糜状等。

3、记录应有以下内容：患者姓名、性别、年龄、住院号、临床诊断、申请医师、检验项目、检验结果、收到标本时间、报告时间、检验报告者、通知方式、接收医护人员姓名。

4、对原标本妥善处理之后保存待查。

5、各医技科室要在检查（验）报告“危急值”项目处加盖“危急值”提示章。临床检验科凡打印报告除加盖“危急值”提示章外，在项目结果后还有“HH”或“LL”的提示。

6、各医技科室在对病人检查过程中发现急、危、重病人出现危急症状应立即启动急诊急救应急预案，并与临床医生、护士联系，采取紧急抢救措施。

7、门诊检验报告“危急值”项目处加盖“危急值”提示章，门诊医生见到盖有“危急值”提示章的检验报告应引起高度重视并及时处理。

8、临床科室人员在接到“危急值”报告电话后，应在临床科室《危急值报告登记本》上做好记录，同时及时通知主管医生或值班医生，做好下一步的救治工作。

9、主管医生或值班医生如果认为该结果与患者的临床病情不相符，应进一步对病人进行检查；如认为检验结果不符，应关注标本留取情况。必要时，应重新留取标本送检进行复查。若该结果与临床相符，应在30分钟内结合临床情况采取相应处理措施，同时及时报告上级医师或科主任。

10、主管医生或值班医生需6小时内在病程记录中记录接收到的“危急值”报告结果和所采取的相关诊疗措施。

二、“危急值”报告制度的落实情况，将纳入医院绩效考核。

医技科室如未按要求向临床科室报告危急值结果，一次扣罚1分；临床科室未及时处理一次扣罚1分，病历无记录一次扣罚分；《危急值报告登记本》登记不及时、漏登或缺项过多，扣分。

三、各临床、医技科室在实际诊疗工作，如发现所拟定“危急值”项目及“危急值”范围需要更改或增减，请及时与医务处联系，以便逐步规范医院“危急值”报告制度。

四、医院医疗管理职能部门应该定期检查和总结“危急值报告”的工作，每年至少要有一次总结，重点是追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值报告”的持续改进的具体措施。

五、在实验室操作手册中应包括危急界值实验的操作规程，并对所有与危急界值实验有关的工作人员，包括医护人员进行培训。临床检验的“危急值报告”作为医院管理评价的重要标准，积极创造条件，逐步建立检验医师制。

关键词：危急、值、报告、制度

参考文献：[1]早该帮https://bang.zaogai.com/item/BPS-ITEM-23821.html