

前 言

医疗质量直接关系到人民群众的健康权益及其对医疗服务的切身感受,持续改进质量和保障医疗安全是卫生事业改革和发展的重要内容和基础。

医疗质量管理作为一项长期工作需要从制度层面进一步加强保障和约束。2016 年原国家卫生计生委以部门规章形式颁布《医疗质量管理办法》，对保障医疗质量和患者安全具有重要的基础性作用，2018 年国家卫生健康委印发《医疗质量安全核心制度要点》。根据上述文件精神，结合我院实际，我院修订《武汉大学口腔医院医疗质量安全核心制度》，旨在使全院医务人员更好地把握当前制度要求的方向，准确地理解“核心制度”的内容，扎实地落实制度中的各项要求，内容如下：

（2023 年）

目 录

一、首诊负责制度	1
二、三级查房制度	2
三、会诊制度	4
四、分级护理制度	6
五、值班和交接班制度	10
六、疑难病例讨论制度	12
七、急危重患者抢救制度	13
八、术前讨论制度	14
九、死亡病例讨论制度	15
十、查对制度	16
十一、手术安全核查制度	17
十二、手术分级管理制度	19
十三、新技术和新项目准入制度	20
十四、危急值报告制度	21
十五、病历管理制度	22
十六、抗菌药物分级管理制度	23
十七、临床用血审核制度	27
十八、信息安全管理 制度	29

附录	35
附件 1：武汉大学口腔医院院内会诊申请表	37
附件 2：武汉大学口腔医院多专业会诊申请表	38
附件 3：武汉大学口腔医院院外会诊邀请函	39
附件 4：武汉大学口腔医院手术分级目录（2022）	40

一、首诊负责制度

首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理。医院和科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。

1. 患者在诊疗过程中的责任主体是接诊医师。

2. 医院和科室的首诊责任是保障患者诊疗过程中诊疗服务的连续性。

3. 首诊医师根据患者主诉和病史进行检查，对疑难危重病例，应及时逐级请上级医师或相关科室会诊，会诊意见应在治疗前告知患者。

4. 首诊医师提出治疗计划，在征得患者同意后方可进行治疗。

5. 首诊医师作好医疗记录，保障医疗行为可追溯。

6. 遇到需要转诊的患者，书写转诊病历，并指引患者前往转诊科室，转诊科室继续履行首诊负责职责，不得拒绝、推诿转诊患者。

7. 非本院诊疗科目范围内疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应医疗机构就诊。

二、三级查房制度

患者住院期间，由不同级别的医师开展查房，实施患者病情评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果。

1. 实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师，各级医师具有明确的医疗决策和实施权限。

2. 查房遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的原则。

3. 住院科室严格明确查房周期。工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房 2 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。

4. 住院科室应当明确医师查房行为规范，包括但不限于尊重患者、注意仪表、保护隐私、加强沟通、规范流程以保证查房。

5. 护理、药师开展查房可参照上述规定执行。

查房要点

1. 科主任、主任医师（含副主任医师）查房的重点是审查和决定患者的诊断及治疗计划，听取医护人员的意见。

2. 主治医师对患者进行系统查房，了解病情变化，检查医嘱执行情况及治疗效果，听取上级医师对病情诊断、治疗的分析，决定一般手术和必要的检查及治疗。

3. 住院医师查房时检查患者全面情况，根据病情变化及时处理，随时记录，必要时请上级医师检查，主动向上级医师汇报患者情况，检查当日医嘱执行情况，及时书写病程记录。

4. 上级医师查房时，下级医师要做好相关准备工作。经治医师简要报告病历、提出需要解决的问题。上级医师根据情况做必要的检查分析，并做出明确的指示。查房后下级医师应及时记录查房情况包括患者的生命体征、主要阳性体征、有鉴别意义的阴性体征及下步处理意见，并请上级医师签名。

5. 节假日期间病房应安排值班人员。各医疗组每天至少保证一名住院医师或以上职称人员查房，值班住院医师每天要进行病房巡视，注意观察危重患者的病情变化，及时与上级医师保持联系。

6. 院领导以及职能部门负责人，应有计划地定期参加各科查房，及时研究存在的问题，提出解决方案。

三、会诊制度

出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务，并不断规范会诊行为。

1. 按会诊范围，会诊分为院内会诊和院际会诊。院内多学科会诊由医疗管理部门组织。

2. 院内会诊按病情紧急程度分为急会诊和普通会诊。院内急会诊应当在会诊请求发出后 10 分钟内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成。

3. 院内会诊请求人员规范填写统一格式的会诊单，并陪同完成会诊，会诊情况记录在会诊单中，会诊意见的处置情况记录在病程中。

4. 严格遵照国家有关规定执行前往或邀请院际会诊。

5. 院内会诊由发起科室的科主任提出，科室填写《武汉大学口腔医院院内会诊申请表》（见附加 1），通知会诊科室的主任或值班主任，会诊科室的高年资主治及以上人员参加会诊，必要时，医务处派人参加。

6. 请求院内多学科会诊，由申请科室填写《武汉大学口腔医院多专业会诊申请表》（见附件 2），报医务处，由医务处联系相关科室参加，申请科室主持。

7. 院际会诊由请求会诊科室的科主任提出，科室填写《武汉大学口腔医院院外会诊邀请函》（见附件 3），报医务处，由医务处联系相关医院，会诊由申请科室主持。

8. 所有申请会诊的科室必须将病人简要病史、本科初步诊断意见及会诊目的书写清楚，作好必要的资料准备，如病历、检查结果及 X 线及其他特殊检查，以供会诊医师参考。

四、分级护理制度

分级护理是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和（或）自理能力进行评定而共同制定的护理级别，并根据护理级别医嘱，及时做好相应的标记，落实不同级别和不同专科的护理，并根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

护理分级分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理 4 个级别。

患者护理级别应当明确标识。

1. 特级护理

（1）分级依据

符合以下情况之一，可确定为特级护理：

- 1) 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者。
- 2) 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。
- 3) 各种复杂或者大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

（2）护理要点

- 1) 严密观察患者病情变化，监测生命体征。
- 2) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- 3) 根据医嘱，准确测量出入量。

4) 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。

5) 保持患者的舒适和功能体位。

6) 实施床旁交接班。

7) 提供心理支持，关心爱护患者。

2.一级护理

(1) 分级依据

符合以下情况之一，可确定为一级护理：

1) 病情趋向稳定的重症患者。

2) 病情不稳定或随时可能发生变化的患者。

3) 手术后或治疗期间需要严格卧床的患者。

4) 自理能力重度依赖的患者。

(2) 护理要点

1) 每小时巡视患者，观察患者病情变化。

2) 根据患者病情，测量生命体征。

3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

4) 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。

5) 提供护理相关的健康指导。

6) 提供心理支持，关心爱护患者。

3.二级护理

（1）分级依据

符合以下情况之一，可确定为二级护理：

- 1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者。
- 2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者。
- 3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

（2）护理要点

- 1) 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化。
- 2) 根据患者病情，测量生命体征。
- 3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- 4) 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施。
- 5) 提供护理相关的健康指导。
- 6) 提供心理支持，关心爱护患者。

4.三级护理

（1）分级依据

符合以下情况，可确定为三级护理：

病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者。

（2）护理要点

- 1) 每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化。
- 2) 根据患者病情，测量生命体征。

- 3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- 4) 提供护理相关的健康指导。
- 5) 提供心理支持，关心爱护患者。

五、值班和交接班制度

为保障患者诊疗过程连续性，临床科室医务人员每天进行值班和交接班。

1. 医院实行总值班制度，建立全院值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并保证常态运行。总值班人员需接受相应的培训并经考核合格。

2. 临床科室明确各值班岗位职责、值班人员资质和人数，在全院公开值班表。

3. 当值医务人员中必须是医院执业的医务人员，非本院执业医务人员不得单独值班。值班人员不得擅自离岗，并确保通讯畅通。

4. 临床科室值班期间严格执行三线医师制，一线医师和二线医师必须在病区留宿，三线医师可在院外听班，三线医师必须通讯畅通，随叫随到。值班医师遇有疑难问题时，应及时报请上级医师处理。

5. 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

6. 对新入院患者、危重患者、四级手术患者、病情发生变化患者须床旁交班。

7. 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同

签字确认。交接班内容应包括：交班时患者病情变化及提醒注意事项、接班人员根据病情做出的处理、交接班时间。

六、疑难病例讨论制度

为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论。

1. 疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

2. 疑难病例讨论原则上由科室组织开展，科主任主持，全科人员参加，必要时由医疗管理部门组织相关科室人员或院外人员参加。

3. 参加疑难病例讨论的成员至少有 2 人具有主治及以上专业技术职务任职资格。

4. 疑难病例讨论记录有统一的格式和模板，讨论内容专册记录，主持人审核并签字，讨论的结论记入病历。

七、急危重患者抢救制度

为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范。

1. 急危重患者的范围包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

2. 确保绿色通道有效运行，确保抢救资源可以紧急调配，确保各单元抢救设备和药品可用，确保急危重患者优先救治，为非本院诊疗范围内的急危重患者的转诊提供必要的帮助。

3. 临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。

4. 生命体征不稳定或需跨科协同抢救的患者及时报请医务处、护理部和分管院长。

5. 参加抢救的医护人员应严格遵守相关法律法规，执行各项医疗规章制度和各种技术操作规程，尊重患者及家属的知情同意权，严防差错和医疗纠纷的发生。

6. 抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，由主持抢救的人员审核并签字。

八、术前讨论制度

为降低手术风险、保障手术安全，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论。

1. 除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，未参加术前讨论的医师不得参加本次手术。

2. 术前讨论的方式包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。术前讨论的范围包括临床诊断、手术指征、拟实施的麻醉方式及手术方案、手术风险评估、术前准备情况、可能出现的意外及防范措施、术后处理及护理具体要求等。

3. 全科讨论由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。

4. 外院专家作为术者的，在术前讨论中应有外院专家发言记录。具体讨论意见及主持人小结意见由记录者及主持人签名。术前讨论的结论记入病历。

5. 术前讨论应在术前 72 小时内完成，讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

九、死亡病例讨论制度

为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论。

1. 死亡病例讨论在患者死亡1周内完成。尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。

2. 死亡病例讨论在全科范围内进行，由科主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。

3. 死亡病例讨论按照统一模板进行专册记录，由主持人审核并签字。死亡病例讨论结果记入病历。死亡病例讨论记录不复制给死者家属。

4. 死亡病例讨论记录必须报医务处备案，及时对全部死亡病例进行汇总分析，并提出持续改进意见。

十、查对制度

为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核查对（包括但不限于医嘱、服药、注射、处置、输血、牙位、饮食、手术等）。

1. 查对制度涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。

2. 每项医疗行为都必须使用至少两种方式查对患者身份，严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需用口头方式进行查对。

3. 医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

十一、手术安全核查制度

在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，对患者身份、手术部位、手术方式等进行多方参与的核查，以保障患者安全。

1. 手术安全核查制度流程。

（1）麻醉实施前：由麻醉医师主持，三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、住院号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤、粘膜准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

（2）手术开始前：由手术医师主持，三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告。

（3）患者离开手术室前：由巡回护士主持，三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄），实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

（4）手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

2. 核查后三方分别在《手术安全核查表》上签名，手术安全核查表纳入病历。

十二、手术分级管理制度

按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同，对手术进行分级管理。

1. 建立手术分级管理制度及手术（含麻醉、介入、腔镜）分级管理目录。

按照手术风险性和难易程度不同，手术分为四级。

一级手术：风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术。

二级手术：有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术。

三级手术：风险较高、过程较复杂、难度较大的手术。

四级手术：风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

手术分级目录见附件 4。

2. 建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等，并报医务处授权。

3. 建立手术分级授权管理机制，手术分级授权落实到每一位手术医师，每一位医师的实际能力与其手术资质与授权级别相一致。手术按照已确定的分级进行，不得越级手术。

4. 对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整并院内公开。

十三、新技术和新项目准入制度

对于首次开展临床应用的医疗技术或诊疗方法实施论证、审核、质控、评估全流程管理。

1. 拟开展的新技术和新项目应当安全、有效、经济、适宜、能够进行临床应用。

2. 明确医疗技术和诊疗项目临床应用清单并定期更新。

3. 新技术和新项目准入审批流程包括：立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价、转常规技术等内容。所有新技术和新项目必须经过医疗质量与安全委员会和医学伦理委员会审核同意后实施。

4. 新技术和新项目临床应用前，要充分论证可能存在的安全隐患或技术风险，并制定相应预案。

5. 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，并严格进行新技术和新项目质量控制工作。

6. 对新技术和新项目临床应用进行动态评估，科室每年不少于两次评估新技术和新项目质量安全情况和技术保证能力，并实施全程追踪管理。

7. 开展临床研究的新技术和新项目按照国家有关规定执行。

十四、危急值报告制度

对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果进行复核、报告、记录、处理等管理。

1. 危急值信息必须准确，及时传递，信息传递各环节无缝衔接且可追溯。

2. 制定并定期调整可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单。

3. 出现危急值时，出具检查、检验结果报告的部门在报出前必须双人核对并签字确认。夜间或紧急情况下可单人双次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目，必须及时复检并核对。

4. 外送的检验或检查项目存在危急值时，外送部门必须及时报告，确保临床科室或患方能够及时接收危急值。

5. 临床科室接收到危急值信息的人员必须准确记录、复读、确认结果、及时通知相关医师。

6. 危急值必须专册登记。每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间精确到分钟，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。

十五、病历管理制度

为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全，对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理。

1. 病案科及其人员配置、设施设备符合相关要求。严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定，建立病历质量检查、评估与反馈机制。

2. 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限，内容记录与修改信息可追溯。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定。

3. 制定电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度，并落实执行。鼓励推行病历无纸化。

4. 保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。

十六、抗菌药物分级管理制度

为加强我院抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物临床应用分级管理制度，促进抗菌药物临床合理使用，有效控制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全，根据《抗菌药物临床应用指导原则》等法律法规的要求，参照《湖北省医疗机构抗菌药物临床应用分级管理目录（2021年版）》，结合本院抗菌药物的特点、临床疗效、细菌耐药菌株、不良反应以及药品价格、地方社会经济状况等因素，制定本院的抗菌药物分级管理制度。

1. 抗菌药物分级原则

根据安全性、疗效、细菌耐药性、价格等因素，将抗菌药物分为三级。

（1）非限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。应是已列入基本药物目录，《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

（2）限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

（3）特殊使用级：具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用；抗菌作用较强、抗菌谱广，经常或过度使用会使病原菌过

快产生耐药的；疗效、安全性方面的临床资料较少，不优于现用药物的；新上市的，在适应证、疗效或安全性方面尚需进一步考证的、价格昂贵的抗菌药物。

2. 抗菌药物分级管理目录的制定

本院“抗菌药物分级管理目录”由医院药事管理与药物治疗学委员会根据省级卫生行政主管部门制定的抗菌药物分级管理目录制定，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政主管部门备案。该目录涵盖全部抗菌药物，新药引进时应同时明确其分级管理级别。

3. 处方权限与临床应用

（1）医院按年度对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训并考核，考核合格后按专业技术职称授予医师相应处方权和药师抗菌药物处方调剂资格。

（2）临床应用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素综合考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则及病原治疗”，对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用级抗菌药物进行治疗；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用级或特殊使用级抗菌药物敏感时，可选用限制使用级或特殊使用级抗菌药物治疗。

（3）特殊使用级抗菌药物的选用应从严控制。临床应用特

特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指征，经抗菌药物管理工作机构指定的专业技术人员会诊同意后，按程序由具有相应处方权医师开具处方。

1) 特殊使用级抗菌药物会诊专家由医院内部授权，授权人员应由具有抗菌药物临床应用经验，为具备有高级专业技术职务任职资格的医师或具有中级以上专业技术职称的临床药师担任。

2) 特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

3) 有下列情况之一可考虑越级应用特殊使用级抗菌药物：
①感染病情严重者；②免疫功能低下患者发生感染时；③已有证据表明病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感的感染。使用时间限定在 24 小时之内，其后需要补办申办手续并由具有处方权限的医师完善处方手续。

4. 督导、考核办法

(1) 药剂科及医务处定期开展合理用药培训与教育，督导本院临床合理用药工作；依据《抗菌药物临床应用指导原则》，定期或不定期对各科室应用抗菌药物进行监督检查，对不合理用药情况提出纠正与改进意见。

(2) 将抗菌药物合理使用纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

(3) 检查、考核办法：定期对门、急诊处方、住院病历包括围手术期患者预防性使用抗菌药物情况进行随机抽查。

1) 门诊、急诊抗菌药物检查考核要点：

①患者基本情况书写，包括年龄、性别、诊断；

②抗菌药物使用情况，包括名称、规格、用法、用量、给药途径、是否按抗菌药物分级管理规定用药等。

2) 住院病人抗菌药物检查考核要点：

①抗菌药物开始使用、停止使用、更换品种和超越说明书范围使用时是否分析说明理由，并在病程记录上有所记录；

②抗菌药物使用必须符合抗菌药物分级管理规定，当越级使用时，是否按照规定时间使用或履行相应的手续，并在病程记录上有所反映；

③抗菌药物联用或局部应用是否有指征，是否有分析，并在病程记录上有所记录；

④使用或更改抗菌药物前是否做病原学检测及药敏试验，并在病程记录上有所反映；对于无法送检的病例，是否已在病程记录上说明理由。

5. 对违规滥用抗菌药物的科室及个人，医院将进行通报批评，情节严重者，将降低抗菌药物使用权限，直至停止处方权。

十七、临床用血审核制度

在临床用血全过程中，对与临床用血相关的各项程序和环节进行审核和评估，保障患者临床用血安全。

1. 设立临床用血管理委员会，制定血液预订、接收、入库、储存、出库、库存预警、临床合理用血等管理制度，完善临床用血申请、审核、监测、分析、评估、改进等管理制度、机制和具体流程。

2. 临床用血审核包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节，并全程记录，保障信息可追溯。

3. 手术用血提前一天备血，用血申请单注明用血时间。用血申请分级：同一患者一天申请用血少于 800 毫升的，由中级及以上专业技术职务任职资格的医师提出，上级医师核准签发；同一患者一天申请用血 800 至 1600 毫升的，由中级及以上专业技术职务任职资格的医师提出，经上级医师审核，科主任核准签发；同一患者一天申请用血达到或超过 1600 毫升的，由中级及以上专业技术职务任职资格的医师提出，科室主任核准签发，报医务处批准。急诊用血事后按照以上要求补办手续。特殊用血（包括 Rh 阴性血液、冷沉淀、血小板、白细胞）必须提前一天与血库

预约。

4. 健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程。

5. 完善急救用血管理制度和流程，保障急救治疗需要。

十八、信息安全管理度

1. 总则

（1）为加强医院信息安全管理，明确岗位职责，规范操作流程，维护网络正常运行，确保计算机信息系统的安全，现根据《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》等有关规定，结合本医院实际，特制订本制度。

（2）计算机信息系统是指由计算机及其相关的和配套的设备、设施（含网络）构成的，按照一定的应用目标和规则对信息进行采集、加工、存储、传输、检索等处理的人机系统。

（3）医院信息中心专门负责本院范围内的计算机信息系统安全及网络管理工作。

2. 网络管理

（1）遵守国家有关法律、法规，严格执行安全保密制度，不得利用网络从事危害国家安全、泄露国家秘密等违法犯罪活动，不得制作、浏览、复制、传播反动及色情信息，不得在网络上发布反动、非法和虚假的消息，不得在网络上漫骂攻击他人，不得在网上泄露他人隐私。严禁通过网络进行任何黑客活动和性质类似的破坏活动，严格控制和防范计算机病毒的侵入。

（2）各工作计算机未进行安全配置、未装防火墙或杀毒软

件的，不得入网（需入网的电脑需向信息中心申请）。各计算机终端用户应定期对计算机系统、杀毒软件等进行升级和更新，并定期进行病毒清查，不要下载和使用未经测试和来历不明的软件、不要打开来历不明的电子邮件、以及不要随意使用带毒 U 盘等介质。

（3）禁止未授权用户接入医院计算机网络及访问网络中的资源，禁止未授权用户使用 BT、迅雷等占用大量带宽的下载工具。

（4）任何员工不得制造或者故意输入、传播计算机病毒和其他有害数据，不得利用非法手段复制、截收、篡改计算机信息系统中的数据。

（5）医院员工禁止利用扫描、监听、伪装等工具对网络和服务器进行恶意攻击，禁止非法侵入他人网络和服务器系统，禁止利用计算机和网络干扰他人正常工作的行为。

（6）计算机各终端用户应保管好自己的用户帐号和密码。严禁随意向他人泄露、借用自己的帐号和密码；严禁不以真实身份登录系统。计算机使用者更应定期更改密码、使用复杂密码。

（7）IP 地址为计算机网络的重要资源，计算机各终端用户应在信息中心的规划下使用这些资源，不得擅自更改。另外，某些系统服务对网络产生影响，计算机各终端用户应在信息中心的指导下使用，禁止随意开启计算机中的系统服务，保证计算机网

络畅通运行。若有业务需求需要开通网络时，由业务部门上报分管院长审批，并报信息中心处理。

3. 设备管理

（1）凡登记在案的计算机设备，由信息中心统一管理。

（2）计算机设备安全管理实行“谁使用，谁负责”的原则（公用设备责任落实到部门）。凡部门或合作单位自行购买的设备，原则上由部门或合作单位自行负责，但若有需要，信息中心可协助处理。

（3）严禁使用假冒伪劣产品；严禁擅自外接电源开关和插座；严禁擅自移动和装拆各类设备及其他辅助设备。

4. 数据管理

（1）计算机终端用户计算机内的资料涉及医院秘密的，应该为计算机设定开机密码或将文件加密；凡涉及医院机密的数据或文件，非工作需要不得以任何形式转移，更不得透露给他人。

（2）计算机终端用户务必将有价值的数据存放在除系统盘（操作系统所在的硬盘分区，一般是C盘）外的盘上。计算机信息系统发生故障，应及时与信息中心联系并采取保护数据安全的措施。

（3）终端用户未做好备份前不得删除任何硬盘数据。对重要的数据应准备双份，存放在不同的地点；对采用USB设备或光盘保存的数据，要定期进行检查，定期进行复制，防止由于USB

设备损坏，而使数据丢失；做好防磁、防火、防潮和防尘工作。

5. 操作管理

（1）凡涉及业务的专业软件、计算机设备由部门使用人员自行负责，信息中心协助管理。严禁利用计算机做与工作无关的事情；严禁除维修人员以外的外部人员操作各类设备；严禁非信息中心人员随意更改设备配置。

（2）信息中心将有针对性地对员工的计算机应用技能进行定期或不定期的培训；由信息中心收集计算机信息系统常见故障及排除方法并整理成册，供医院员工学习参考。

（3）计算机终端用户在工作中遇到计算机信息系统问题，首先要学会自行处理或参照手册处理；若遇到手册中没有此问题，或培训未曾讲过的问题，再与信息中心或软件开发单位、硬件供应商联系，尽快解决问题。

6. 计算机使用管理

（1）医院的计算机与网络由网络管理员管理维护，其他部门和个人不得私自更改计算机的各项设置。

（2）各部门工作人员未经许可不可随意删除硬盘上的系统软件。

（3）严禁在上班时使用计算机与网络做与工作无关的事情，如：玩游戏、看电影、看小说等。

（4）各部门与工作相关的文件必需统一保存在 D 盘以使用

者为姓名的目录中，个人文件必需保存在 E 盘以使用者为姓名的目录中；不得将任何文件存放在 C 盘系统目录中及操作系统桌面与“我的文档”中。未按规定而造成的文件丢失等原因，后果自负。

（5）计算机使用者应经常整理计算机文件，以保持计算机文件的完整。

（6）计算机上不得存放有破坏医院计算机与网络正常运行的软件。（如：黑客程序，带病毒的文件）、电影文件、及不健康的文件。

（7）禁止私自拆卸计算机及外设，更不能私自更换计算机硬件。

（8）由于工作疏忽，造成设备丢失，以设备的当前折算价格，责成使用人与该部门负责人等相关人员按比例分摊。

（9）未经网络管理员许可，任何人不得因私借走医院信息设备，不得破坏计算机网络设备。

（10）未经计算机使用人许可，禁止外单位人员使用本医院计算机。一旦发生故障，由计算机使用人负责。

（11）禁止设置计算机开机 BOIS 密码，发现有设置者，信息中心有权在不通知使用者的情况下给予清除。

（12）在计算机上请勿下载、安装、试用不明软件，禁止登录非法网站，以免造成系统故障。如需使用和安装外来文件或下

载互联网上的文件，请联系网络管理员申请审核。

（13）外出、午休、下班等不使用电脑时请及时按照正常关机方法关机，不得强行关闭电源。并检查外配设备是否关闭（显示器、打印机等）。以减少电磁辐射、节约用电、延长电脑使用寿命、保护自己及他人的身体健康。

7. 附则

（1）计算机终端用户应积极配合信息中心共同做好计算机信息系统安全管理工作。

（2）本制度适用于全医院范围，由信息中心负责解释、修订。

（3）本制度自发布之日起实施，凡原制度与本制度不相符的，照本制度执行。

附 录

附件 1:

武汉大学口腔医院院内会诊申请表

申请科室: _____ 申请时间: _____

患者姓名		性别		年龄	
床位号		科室联系人		电话	
会诊时间			会诊地点		
患者病情摘要: (入院诊断、辅助检查结果、目前状况)					
会诊理由及目的:					
拟请会诊科室/专家:					
患方意见:					
患者或委托人签字:					
年 月 日					
科室意见:					
科主任签字:					
年 月 日					
医务处意见:					
签字 (盖章):					
年 月 日					

注: 本表一式三份, 医务处一份, 科室留存一份, 病历一份。

附件 2:



武汉大学口腔医院
湖北省口腔医院

多专业会诊申请表

患者姓名		性 别		年 龄		就诊时间	
门诊号		初步诊断				申请科室	
会诊时间		会诊地点				申请时间	
拟申请参加会诊 专业及人员							
患者病情简介							
申请科室主任签名							
医务处审批							

附件 3:

武汉大学口腔医院院外会诊邀请函

拟邀专家所在医院						姓名		
专业						职称		
拟会诊患者情况	姓名		性别		年龄		入院 诊断	
	病情介绍: 辅助检查结果: 目前诊断:							
会诊理由								
会诊目的								
邀请时间	年 月 日 时	申请科室联系人及电话						
会诊时间	年 月 日 时	会诊费用		元				
患者或委托人意见	<input type="checkbox"/> 同意会诊，已知晓会诊目的及愿意支付会诊费用 <input type="checkbox"/> 不同意会诊 签字: 年 月 日							
科室负责人意见	<input type="checkbox"/> 同意会诊 <input type="checkbox"/> 不同意会诊 签字: 年 月 日							
医务处意见	<input type="checkbox"/> 同意会诊 <input type="checkbox"/> 不同意会诊 签章: 年 月 日							

注：本邀请函一式三份，医务处一份，病历一份，会诊专家一份。

附件 4:

武汉大学口腔医院手术分级目录（2022）

序号	手术名称	级别
1	左下颌骨扩大切除术	四级手术
2	左上颌骨扩大切除术	四级手术
3	阻塞性睡眠呼吸障碍正颌外科手术治疗	四级手术
4	重度鞍鼻畸形矫正术	四级手术
5	右下颌骨扩大切除术	四级手术
6	右上颌骨扩大切除术	四级手术
7	牙龈癌根治术	四级手术
8	血管化游离皮瓣（肌皮瓣、骨肌皮瓣等）制备术	四级手术
9	血管化游离皮瓣（肌皮瓣、骨肌皮瓣等）移植术	四级手术
10	胸大肌皮瓣转移缺损修复术	四级手术
11	小血管吻合术	四级手术
12	显微血管吻合术	四级手术
13	下颌升支截骨术	四级手术
14	下颌骨全部切除术	四级手术
15	下颌骨全部切除伴骨移植术	四级手术
16	下颌骨骨切开整形术	四级手术
17	下颌骨半切除术	四级手术
18	神经移植术	四级手术
19	神经吻合术	四级手术
20	舌再造术	四级手术
21	舌癌根治术	四级手术
22	上颌骨全部切除术	四级手术

医疗质量安全核心制度（2023 版）

序号	手术名称	级别
23	上颌骨切骨术	四级手术
24	上颌骨骨切开整形术	四级手术
25	上颌骨次全切除术	四级手术
26	上颌骨成形术	四级手术
27	上颌窦肿瘤切除术	四级手术
28	上颌 Le Fort II 型截骨术	四级手术
29	上颌 Le Fort I 型截骨术	四级手术
30	腮腺肿瘤根治术+淋巴结清扫术	四级手术
31	颧骨全切术	四级手术
32	颧骨部分切除术	四级手术
33	全面部骨折切开复位术	四级手术
34	前臂皮瓣转移缺损修复术	四级手术
35	牵张成骨术	四级手术
36	髂骨肌瓣转移缺损修复术	四级手术
37	颞下颌关节成形术	四级手术
38	面瘫矫正术	四级手术
39	面颈部巨大肿瘤切除术	四级手术
40	面横裂修复术	四级手术
41	面部畸形修整术	四级手术
42	面部除皱术	四级手术
43	颅颌面种植术	四级手术
44	颅颌面裂矫形术	四级手术
45	颅颌面联合根治术	四级手术
46	颅颌面畸形整形术	四级手术
47	隆鼻术	四级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
48	口底重建术	四级手术
49	口底肿瘤切除+淋巴结清扫术	四级手术
50	口变形矫形术	四级手术
51	髁状突肿物切除术	四级手术
52	髁状突骨折切开复位内固定术	四级手术
53	髁状突陈旧性骨折整复术	四级手术
54	巨口矫形术	四级手术
55	颈动脉外膜剥脱术	四级手术
56	经硬腭进路鼻腔狭窄闭锁切开成形术	四级手术
57	颊部肿瘤切除+肩胛舌骨上淋巴结清扫术	四级手术
58	颌面严重瘢痕畸形整复术	四级手术
59	颌骨延长骨生长术	四级手术
60	关节镜使用	四级手术
61	股前外侧肌皮瓣转移缺损修复术	四级手术
62	根治性颈淋巴清扫术	四级手术
63	复杂骨折（NOE、ZMC等）切开复位内固定术	四级手术
64	腓骨肌皮瓣转移缺损修复术	四级手术
65	放射粒子组织间植入术	四级手术
66	腭肿瘤根治术+淋巴结清扫术	四级手术
67	腭巨大肿瘤切除术	四级手术
68	腭广泛切除术	四级手术
69	带蒂皮瓣制备术	四级手术
70	唇肿瘤切除+淋巴结清扫术	四级手术
71	唇矫形术	四级手术
72	唇成形术	四级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
73	鼻中隔软骨取骨术	四级手术
74	鼻中隔矫正术	四级手术
75	鼻孔闭锁修复术	四级手术
76	鼻继发畸形修复术	四级手术
77	鼻畸形整形术	四级手术
78	鼻成形术	四级手术
79	左咽旁恶性肿瘤局部扩大切除术	三级手术
80	左下颌骨全切除术	三级手术
81	左下颌骨方块切除术	三级手术
82	左下颌骨部分切除术	三级手术
83	左舌骨上颈淋巴清扫术	三级手术
84	左舌恶性肿瘤局部扩大切除术	三级手术
85	左上颌骨全切除术	三级手术
86	左上颌骨次全切除术	三级手术
87	左腮腺肿瘤切除术	三级手术
88	左口底恶性肿瘤局部扩大切除术	三级手术
89	左颈淋巴清扫术	三级手术
90	左颊恶性肿瘤局部扩大切除术	三级手术
91	左颌下腺切除术	三级手术
92	组织瓣转移腭裂修复术	三级手术
93	脂肪抽吸术	三级手术
94	右咽旁恶性肿瘤局部扩大切除术	三级手术
95	右下颌骨全切除术	三级手术
96	右下颌骨方块切除术	三级手术
97	右下颌骨部分切除术	三级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
98	右舌骨上颈淋巴清扫术	三级手术
99	右舌恶性肿瘤局部扩大切除术	三级手术
100	右上颌骨全切除术	三级手术
101	右上颌骨次全切除术	三级手术
102	右腮腺肿瘤切除术	三级手术
103	右口底恶性肿瘤局部扩大切除术	三级手术
104	右颈淋巴清扫术	三级手术
105	右颊恶性肿瘤局部扩大切除术	三级手术
106	右颌下腺切除术	三级手术
107	游离植骨术	三级手术
108	游离骨移植颌骨重建术	三级手术
109	咽旁肿物切除术	三级手术
110	咽后嵴成形术	三级手术
111	咽后壁组织瓣成形术	三级手术
112	咽成形术	三级手术
113	颜面部软组织不对称局部组织瓣转移修复术	三级手术
114	颜面部软组织不对称带血管游离组织移植术	三级手术
115	牙槽突裂植骨成形术	三级手术
116	牙槽嵴裂植骨术	三级手术
117	悬雍垂缩短术	三级手术
118	悬雍垂腭咽成形术（UPPP）	三级手术
119	涎腺导管结石取出术	三级手术
120	下颌下缘去骨成形术	三级手术
121	下颌骨暂时性截开术	三级手术
122	下颌骨体切骨术	三级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
123	下颌骨去骨皮质术	三级手术
124	下颌骨角切骨术	三级手术
125	下颌骨骨折切开复位术	三级手术
126	下颌骨成形术	三级手术
127	下颌骨部分切除术	三级手术
128	双侧下唇肿物切除术	三级手术
129	双侧舌恶性肿物局部扩大切除术	三级手术
130	双侧腮腺肿瘤切除术	三级手术
131	双侧口底恶性肿物局部扩大切除术	三级手术
132	双侧颈淋巴清扫术	三级手术
133	双侧颊恶性肿物局部扩大切除术	三级手术
134	双侧颌下腺切除术	三级手术
135	舌下肿瘤切除术	三级手术
136	舌体舌根减容术	三级手术
137	舌骨悬吊术	三级手术
138	舌扁桃体射频消融术	三级手术
139	上颌骨骨折切开复位术	三级手术
140	上颌骨部分切除术	三级手术
141	上颌窦底外提升术	三级手术
142	鳃裂肿瘤切除术	三级手术
143	腮腺肿瘤切除术	三级手术
144	腮腺全部切除术	三级手术
145	腮腺部分切除术	三级手术
146	腮腺病损切除术	三级手术
147	软腭成形术	三级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
148	软腭病损切除术	三级手术
149	软腭、舌根等低温等离子消融术	三级手术
150	任意皮瓣形成术	三级手术
151	颧骨整形术	三级手术
152	颧骨（颧弓）骨折切开复位	三级手术
153	前鼻孔成形术	三级手术
154	颞下颌关节脱位切开复位术	三级手术
155	颞下颌关节盘手术	三级手术
156	内镜辅助微创外科手术	三级手术
157	磨牙后区肿瘤切除+肩胛舌骨上淋巴清除术	三级手术
158	面骨切骨术	三级手术
159	隆颏术	三级手术
160	梨骨瓣修复术	三级手术
161	口腔软组织缺损远位皮瓣修复术	三级手术
162	口腔软组织缺损游离瓣修复术	三级手术
163	口腔软组织缺损局部组织瓣转移修复术	三级手术
164	口腔颌面部神经纤维瘤切除成形术	三级手术
165	口腔颌面部缺损颞肌筋膜瓣修复术	三级手术
166	口腔颌面部骨缺损游离骨瓣移植修复术	三级手术
167	口底皮样囊肿切除术	三级手术
168	口鼻腔前庭瘘修补术	三级手术
169	髁状突高位切除术	三级手术
170	颏下岛状瓣转移缺损修复术	三级手术
171	颏成形术	三级手术
172	巨舌畸形矫正术	三级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
173	颈阔肌皮瓣转移缺损修复术	三级手术
174	经硬腭径路鼻咽肿瘤切除术	三级手术
175	经皮穿刺三叉神经半月节射频温控热凝术	三级手术
176	经口茎突过长切除术	三级手术
177	经颈部茎突过长切除术	三级手术
178	颊脂垫瓣转移缺损修复术	三级手术
179	颊成形术	三级手术
180	即刻种植术	三级手术
181	环勺关节间接拨动术	三级手术
182	喉镜下舌根部病损切除	三级手术
183	颌下腺肿瘤根治术+淋巴结清扫术	三级手术
184	颌面脉管畸形切除术	三级手术
185	颌面部肿瘤微波热凝术	三级手术
186	颌面部肿瘤低温等离子治疗术	三级手术
187	颌间挛缩松解术	三级手术
188	反向双Z腭裂修复术	三级手术
189	耳廓软骨取骨术	三级手术
190	腭咽环扎腭裂修复术	三级手术
191	腭咽成形术	三级手术
192	腭痿整复术	三级手术
193	腭痿修补术	三级手术
194	腭裂修补术	三级手术
195	腭弓成形术	三级手术
196	腭帆缩短术	三级手术
197	腭垂腭咽成形术	三级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
198	额瓣转移缺损修复术	三级手术
199	单侧完全唇裂修复术	三级手术
200	单侧不完全性唇裂修复术	三级手术
201	单瓣二瓣后退腭裂修复术	三级手术
202	带蒂皮瓣移植术	三级手术
203	带蒂皮瓣二期断蒂术	三级手术
204	唇外翻矫治术	三级手术
205	唇缺损修复术	三级手术
206	唇裂修补术	三级手术
207	唇裂术后畸形Ⅱ期整复术	三级手术
208	唇畸形矫正术	三级手术
209	唇和口的其他皮移植术	三级手术
210	除皱术	三级手术
211	齿龈成形术	三级手术
212	鼻畸形矫正术	三级手术
213	Ⅲ°腭裂兰式修复术	三级手术
214	Ⅱ°腭裂兰式修复术	三级手术
215	Ⅰ°腭裂兰式修复术	三级手术
216	左下唇肿物切除术	二级手术
217	左舌下腺切除术	二级手术
218	左上颌骨部分切除术	二级手术
219	左上唇肿物切除术	二级手术
220	左扁桃体切除术	二级手术
221	重睑术	二级手术
222	右下唇肿物切除术	二级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
223	右舌下腺切除术	二级手术
224	右上颌骨部分切除术	二级手术
225	右上唇肿物切除术	二级手术
226	右扁桃体切除术	二级手术
227	游离皮肤移植（自体）	二级手术
228	游离皮瓣切取移植术	二级手术
229	引导骨组织再生术	二级手术
230	引导骨再生膜技术	二级手术
231	牙种植术	二级手术
232	牙槽突重建术	二级手术
233	小口开大术	二级手术
234	小口畸形矫治术	二级手术
235	涎腺导管改道术	二级手术
236	下牙槽神经解剖移位术	二级手术
237	唾液腺瘘管闭合术	二级手术
238	钛板取出术	二级手术
239	双极电凝	二级手术
240	双侧舌下腺切除术	二级手术
241	双侧上唇肿物切除术	二级手术
242	双侧扁桃体切除术	二级手术
243	神经撕脱术	二级手术
244	舌肿物切除术	二级手术
245	舌下腺切除术	二级手术
246	舌下腺囊肿切除术（舌下腺切除术）	二级手术
247	舌下腺囊肿袋形术	二级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
248	舌射频治疗术	二级手术
249	舌动脉结扎术	二级手术
250	舌部分切除术	二级手术
251	上颌窦底内提升术	二级手术
252	腮腺导管结扎术	二级手术
253	软腭肿瘤切除术	二级手术
254	颧骨肿瘤切除术	二级手术
255	颧骨骨折闭合复位术	二级手术
256	气管切开术	二级手术
257	颞下颌关节腔的灌洗治疗	二级手术
258	面骨死骨取出术	二级手术
259	面骨病损切除术	二级手术
260	面部较大软组织外伤清创缝合术	二级手术
261	脉管畸形病变内药物注射治疗	二级手术
262	埋伏阻生牙、多生牙拔除术	二级手术
263	口腔上颌窦瘘修补术	二级手术
264	口腔颌面部异物取出术	二级手术
265	口腔病损切除术	二级手术
266	口底肿物切除术	二级手术
267	颈部肿瘤切除活检术	二级手术
268	睫状前动脉结扎	二级手术
269	间隙感染切开引流术	二级手术
270	颊内部病损切除术	二级手术
271	颊部肿物切除术	二级手术
272	颌下腺肿瘤切除术	二级手术

医疗质量安全核心制度（2023 版）

序号	手术名称	级别
273	颌下腺切除术	二级手术
274	颌下腺部分切除术	二级手术
275	颌面皮肤“Z”字成形术	二级手术
276	颌面局部皮瓣转移术	二级手术
277	颌面及颈部软组织囊肿切除术	二级手术
278	颌面部瘢痕切除术	二级手术
279	颌间固定拆除术	二级手术
280	颌骨肿瘤切除术	二级手术
281	颌骨囊肿摘除术	二级手术
282	颌骨囊肿开窗引流术	二级手术
283	颌骨囊性病变更开窗减压术	二级手术
284	颌骨病损切除术	二级手术
285	腭肿瘤切除术	二级手术
286	腭囊肿切除术	二级手术
287	腭裂伤结扎复位术	二级手术
288	腭的活组织检查术	二级手术
289	腭部肿物切除术	二级手术
290	单纯性疤痕挛缩整形植皮术	二级手术
291	唇肿瘤切除术	二级手术
292	唇血管瘤切除术	二级手术
293	唇瘻管切除术	二级手术
294	唇颊沟延伸术	二级手术
295	唇病损切除术	二级手术
296	Z 字改形术	二级手术
297	V-Y 成形术	二级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
298	牙周病损切除术	一级手术
299	牙源性颊皮瘻切除术	一级手术
300	牙龈肿瘤切除术	一级手术
301	牙龈缝合术	一级手术
302	牙囊肿摘除术	一级手术
303	牙槽肿瘤切除术	一级手术
304	牙槽整形术	一级手术
305	牙槽修补术	一级手术
306	牙槽骨修整术	一级手术
307	牙拔除术	一级手术
308	血管瘤药物注射治疗	一级手术
309	小唾液腺或活组织检查	一级手术
310	下颌骨骨折闭合复位术	一级手术
311	唾液腺或管的切开术	一级手术
312	舌肿瘤切除术	一级手术
313	舌血管切除术	一级手术
314	舌系带切开术	一级手术
315	舌部其活组织检查	一级手术
316	舌病损切除术	一级手术
317	上下牙弓夹板结扎固定术	一级手术
318	上颌骨骨折闭合复位术	一级手术
319	三叉神经痛的药物注射治疗	一级手术
320	颞下颌关节脱位闭合术复位术	一级手术
321	颞下颌关节的封闭治疗	一级手术
322	面部脓肿引流术	一级手术

医疗质量安全核心制度（2023版）

序号	手术名称	级别
323	面部骨活组织检查术	一级手术
324	口腔小型肿瘤切除术	一级手术
325	口腔颌面部活体组织检查术	一级手术
326	颌下腺结石切除术	一级手术
327	颌下畸形血管切除术	一级手术
328	颌骨囊肿切除术	一级手术
329	唇腺活检	一级手术
330	唇系带矫正术	一级手术
331	唇撕裂伤缝合术	一级手术
332	齿龈活组织检查	一级手术
333	齿槽部分切除术	一级手术
334	残留牙根拔除术	一级手术
335	（小唾液腺）涎腺病损切除术	一级手术