# 2023质控科工作总结(16篇)

来源：网络 作者：雾凇晨曦 更新时间：2024-12-10

*20\_质控科工作总结120xx上半年在中心干部的主要领导下，我科室围绕全年工作目标，严格遵循工作规范，扎扎实实的做好各项工作，现将上半年工作汇报如下：1.成立绩效办，组织各科室将各项工作分化成具体指标并分配到各科室，收集资料，迎接市疾控中心...*

**20\_质控科工作总结1**

20xx上半年在中心干部的主要领导下，我科室围绕全年工作目标，严格遵循工作规范，扎扎实实的做好各项工作，现将上半年工作汇报如下：

1.成立绩效办，组织各科室将各项工作分化成具体指标并分配到各科室，收集资料，迎接市疾控中心对本中心20xx、20xx年及20xx的部分指标进行考核；2.由于体系文件换版，所以将质量手册、程序文件、作业指导书等统一进行修改；

3.省质监对本中心职业危害因素监测及健康体检资质续展进行了评审，提出整改要求；

4.对本单位20xx、20xx、20xx财务收支情况、重大经济事项的决策与执行情况、债权债务的增减情况、固定资产的管理情况、职工工资的发放和离退休人员费用支付情况、车辆费用、招待费用、业务费用的支出情况、上年度财务内审时提出的问题整改情况进行内部审核；

5.上年度共收到样品

1.抓好各项工作规章制度的贯彻落实，对各项业务工作进行督察；

2.做好实验室质量控制工作，完善和修正质量手册、程序文件、作业指导书，纠正评审时所发现的问题；

3.认真完成职业病防治资质续展的相关工作；4.组织各科室负责人对单位上半年财务相关工作进行内部评审。

**20\_质控科工作总结2**

20xx年，在院两委的大力支持下，全院各科室的全力配合下，本院质控科比较完美的完成了本年度质控工作，现总结如下：

一、严抓医疗质量，加大对医疗文书的检查力度。一年来，院医务科、质控科组织医院质控办成员定期对门诊病历、处方、运行病历的及时性进行全程质控，并不定期对运行病历、归档病历就用药合理性、输血及围手术期安全性、中医优势病种病历进行专项抽查质控，共检查运行病历1106份，归档病历67份，对其中发现的问题予每月通报，并提出整改措施，并根据我院相关规定予相应的处罚。

二、狠抓医疗安全核心制度的落实，通过全院中层以上大会及科室早会等形式广泛宣传，在首诊负责制、危重、疑难、死亡病例讨论制、查对制度、交接班制度、抢救登记制度、输血安全审核制度等方面比较规范，使全员诊疗水平有了一定的提高。

三、加强合理用药、安全用药特别是抗生素的合理使用的\'督查，每月组织一次对运行病历或归档病历抗生素合理使用进行检查，将不合理使用抗生素情况全院通报，根据漳浦县中医院关于落实^v^《抗菌药物临床应用管理办法》工作方案及相关规定予相应处罚。

四、加强临床医技人员的“三基”培训，配合科教科对全员主治医师以下的年轻医务人员进行“三基”培训，培训与考核并举，组织临床医师学习《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床使用指导原则》并进行相关理论知识考试。

**20\_质控科工作总结3**

为保证我院医疗质量，提高医疗水平，经院里研究决定成立医院质控科。医院成立医院质控科以来，以二级综合医院评审标准为依据，紧紧围绕医院工作重点和目标，认真落实质量管理工作制度，扎实推进医院质量管理工作，现将工作总结如下：

一、认真学习二级综合医院评审标准实施细则与医院质量管理相关条款，根据医院领导和质量管理要求制定质控科工作职责、工作人员岗位职责、岗位说明书；制定医院质控科工作制度和管理规定；制定医院质量管理工作制度和工作流程，并提交医院质量与安全管理委员会通过。

二、根据二级综合医院评审标准实施细则和医院质量与安全管理制度要求，质控科与医务科、护理部、药剂科、院感办以及病案室等部门协作，对医院质量与患者安全管理指标。医疗护理一级质控管理、归档病历质量以及不良事件上报情况进行监督检查和评价，检查结果汇总、分析、下发整改通知书，并以质量管理简报形式进行反馈，以达到质量持续改进。

三、负责质量与安全管理培训与教育工作，对医疗质量管理一级质控标准进行规范并进行培训，提高医务人员质量管理意识和管理技能。

四、完善医院质量与安全管理组织体系，制定20xx年度医院质量与安全管理方案，提交医院质量与安全委员会通过。

五、存在不足：人员配备不足，管理经验欠缺，特别是医疗、医技质量管理标准不掌握，质量管理工作仅限于形式，内涵质量要求不严格，在以后的工作中将进一步从深度上推进质控工作的全面开展。

**20\_质控科工作总结4**

根据上级卫生主管部门的布置及有关文件精神，结合^v^今年关于“进一步深入开展医院管理年活动”及活动方案，我院加强业务建设和质控管理，注重安全医疗，认真贯彻执行相关卫生法律法规，强化医务人员质量意识，为病人创造了一个安全、有效、合理的诊疗环境，现将我院质控工作总结汇报如下：

1、加强医疗质量管理监督，注重安全医疗。年初时进一步完善了十大质控标准，继续与各质控组织签定目标协议书，责任落实到人，同时认真贯彻落实医院今年关于“进一步深入开展医院管理年活动方案”并结合《医院管理评价指南》明确各大质控组织职能，任务落实、分工明确，并督促各组织定期开展活动，同时对照医疗质量管理工作计划、实施方案、医务人员业务素质量化考核管理制度、医疗质量管理目标方案等，加大对医疗质量和优质服务（行风）的检查力度。

（1）方式调整：采取重点科室重点内容抽查的形式，尤其是医疗文书的规范书写与院内感染防治方面作为重中之重，并直接与考核挂钩。在检查手段上，我们吸取原来反馈滞后的教训，将不规范的医疗文书通过数码相机拍摄，及时组织相关人员对照存在问题进行培训，通过多媒体投影系统进行业务讲座，结合相关的法律法规及诊疗质量、处方规范等对不合格的医疗文书进行剖析，对规范的文书进行现场展示，经过培训，我院的医疗文书规范书写有了明显的提高，医疗质量也得到了相应的提高。

（2）加大考核：每月检查，发现不规范、不合格的项目则对相应科室个人加重处罚力度，并将检查内容、处罚在院务公告栏上进行公示，好的则在院内信息刊上刊登示范，吸取了以往力度不够的教训，充分达到了教育、整改的目的，应该说成效也是显著的。加大考核力度，并组织相关人员对照存在的问题进行培训学习。

2、在安全医疗质控方面：医疗安全是医院工作的生命线，是保证医疗质量的关键，我院注重提高医务人员安全防范意识，使安全医疗得到更充分保证，要求各科每月组织科内相关进行学习，院部不定期抽查；同时要求各科重视安全医疗监控本的使用，必须客观、实事求是的记录反应情况；根据新的医疗形式以及医院的发展趋势，平时工作中投诉重点、检查中发现存在的安全隐患苗头，医教科不定期组织医疗有关法律、法规及业务知识的培训，保障了我院医疗质量的稳步提高，也使每个医务人员都提高思想意识，认识到安全医疗的重要性。

3、在病历质控方面：医院加强对基础医疗质量的检查，以各种医疗文书书写质量为基础，注重内在质量的考核，开展院科二级病历质控活动，科室质控员对本科室病历进行检查评分，发现问题及时提出和整改；院部质控组织对全院病历进行抽查，存在的缺陷与绩效工资挂钩。定期组织三级查房演示和考核，不断提高三级查房质量。每月行政查房和夜查房一次，检查交接班制度、手术审批制度、会议制度，各项诊治制度的落实。严格手术审批，把好手术质量关，保证手术安全。及时登记、记录各项制度的执行情况。充分尊重病人的知情权，落实告知制度，做好入院72小时谈话、术前、术中、术后谈话、特殊诊疗活动及麻醉谈话、输血谈话等，充分与病人沟通、相互配合，以提高医疗效果，减少医疗纠纷。

4、在护理质控方面：建立健全护理质量管理组织，分管院长、护理部、护士长分工明确，职责落实，分级管理。护理管理制度健全，认真开展护理行政查房、业务查房及夜查房工作。规范病房管理和输液管理，按持续质量改进方法科学管理，并督察护士按护理程序实施。重视护理教学工作，护理部设专人负责，规定各级护理人员的教学目标。采取各种形式的在职教育和专业培训，并突出中医知识培训，及时更新知识，定期对护理人员进行“三基”考试、技术操作考试和行为考核。

5、在院内感染方面：医院感染管理是医疗质量管理的重要组成部分。近年来医院领导加强了医院感染管理的力量，外送院感科管理人员培训。多次组织相关人员学习^v^修订的《医院感染管理办法》及相关知识，全面贯彻和落实上级各有关部门的医院感染管理规范和要求。进一步规范和完善了院感检测项目、范围及内容。不定期组织检查医院重点科室的消毒隔离制度落实情况，加强了重点科室、重点人群的综合监测。规范一次性使用医疗用品的管理，强化抗生素的合理使用。开展了一些前瞻性的调查及医院感染耐药菌、易感人群、高危因素等方面的检测。每季向临床科室反馈。对各重点科室每月进行生物采样监测。开展各种形式不同人员的院感知识培训（勤工、护理、新上岗人员、临床医生等）。进一步提高医务人员的医院感染知识及对医院感染所造成的危害性的知识，并能从行动中去自觉遵循规章制度，提高自我保护意识。

6、在药事质控方面：医院严格按照《药品管理法》指导药事工作，根据《医疗机构药事暂行规定》要求规定规范管理。开展临床药学工作，深入临床参加医生查房及病例讨论，收集、整理、报告药物不良反应事件，编印‘药讯’等药学信息资料，加强与临床的沟通。药品采购严格规范执行采购招标各类文件、制度，对联合集中招标采购后中标药品的采购认真按合同履行，严格执行省、市药品联合集中招标采购中标常用药品的销售价格。遵守药品采、供、销有关规章制度。设置“药物咨询”窗口及“药品知识宣传窗”，向社会提供24小时药物咨询电话，受到患者的好评。

7、在放射质控方面：放射科重视各项制度的建设，建立了完善的管理体系。对普通X线、CT实行了统一管理模式，医技人员相对固定，目前已有医技CT上岗证1人，坚持综合读片制度，开展技术读片、安全医疗学习。坚持每月一次科室业务学习，疑难病例讨论及分析，做好室内、空间质控工作。

8、在检验质控方面：各项管理制度健全且执行良好，工作运转有序。有完善的检验质量保证措施，检验操作规范，室内质控有措施，记录完整。参加省临床检验中心室间质控评分（血液血检验、尿液干化学检验、生化检验、免疫学检验、凝血检验）均取得优秀成绩。

9、在麻醉质控方面：麻醉科注重质量管理和全面开展各项工作。严格执行临床麻醉管理与技术规范，积极参加省、市质控组织的各种学术活动。在历年的质控中心检查中获得优良成绩。

10、在门急诊质控方面：急诊设内、外科，标志醒目，夜间有灯光。设有接诊室、抢救室、监护室、观察室、治疗室、清创室、化验室、药房。设有观察床4张，抢救监护床2张。医疗区域独立，有专用出入门，车道通畅，各项制度齐全，抢救方案齐全，并开设有绿色通道。门诊病历书写符合规定。采取各种措施美化环境，调整布局，优化流程，方便病人就诊。各抢救设备、药品符合要求，质量完好。

**20\_质控科工作总结5**

20xx年即将过去，在分管院长的正确领导和科主任的指导下，在全院各科室的积极协同配合下，医教科质控干事积极开展了各项工作并取得良好的成绩。现将本年度工作总结如下：

一、加强业务培训学习，提高医务人员的服务质量和沟 通能力。20xx年协助主任开展了医师扮演医患角色医疗纠纷辩论大会和医疗纠纷法律知识培训会。通过这些培训，提高了医务人员的医疗法律意识和医患沟通能力。

二、配合医疗质控专家完成每月的医疗质控工作。包括 运行病历的日常电脑监测情况、在床运行病历的.现场抽查情况、在床运行病历合理用药现场抽查情况、归档病历的检查情况、门（急）诊病历检查情况、处方质量、各科室台账检查情况等，并将所有结果及时汇总。然后将相关缺陷以全院质控通报的形式反馈给责任科室负责人，令责任人及时整改，并对缺陷严重医师进行处罚、对表现突出医师进行奖励。达到时时监控医疗质量，防范医疗差错的目的。

使用是否合理、I类切口手术预防用抗菌药物是否合理、手术是否预防用抗菌药、有无院感，并填写I类切口点评表及抗生素、I类切口使用率统计表。经院领导讨论，对I类切口应用抗生素管理得合理及不合理的医师，进行相应的奖励与处罚。

四、在分管院长的领导下，积极配合区卫生局应急办创建国家卫生应急综合示范区。负责我院的领导组织机构、指挥协调、监测预警、应急处置、应急准备五个版块的应急资料收集、整理、归档、组卷工作；完善我院卫生应急相关工作制度及急诊科120相关制度、技术操作规范流程图等，并且统一规范上墙；按照创建国家卫生应急综合示范区的标准对相应卫生应急物资进行整理、保管、规范；对卫生应急指挥决策系统进行系统维护，录入并完善卫生应急机构队伍、预案法规、物资资源、应急车辆、应急培训及演练等各个项目。通过全区各医院的努力，最终创建国家卫生应急综合示范区成功通过国家专家的验收。

五、认真对待日常工作，做到谨慎谦虚不急不躁。医教 科日常工作比较繁杂琐碎，但本着为医院服务、为临床科室服务、为患者服务的理念，用平和、不急不燥的心态，认真对待每一件事、每一个人。

（一）特病体检：每月底特病体检时，提前通知各诊室医师、配合医保办向各诊室医师发放相关资料；提前安排特

病诊室、准备好常用检查单，为各诊室医师提供后勤保障服务并负责相关诊室的医师及患者服务工作，保障医院的医疗服务质量和患者满意度。

（二）工伤报账：每月10-20日，负责建设厂300多职工的工伤报账工作，并对出现的临时问题及时解决。

（三）急诊二线排班：每月25日左右安排下月急诊二线班，下发到相关科室，保证医疗诊治工作正常运行与开展。

应该指出，在过去的一年里，虽然投入了大量的工作经 历与时间，同时也取得了一定的成绩，但仍然存在一些不足之处，如病历质量不够理想、I类切口手术预防用抗菌药物未达到指标、医疗纠纷过多、全院业务培训学习氛围不浓等，这些都是以后该加强的方面。20xx年计划如下：

一、加强全院医疗质量管理。加强“三基”的培训与考核，重点是全院的业务学习要有实效。认真贯彻落实“服务好、质量好、医德好，群众满意”，提高医疗质量、服务质量，达到患者满意。

二、进一步狠抓核心制度如首诊负责制的贯彻落实。重 点是会诊制度（包括院内会诊和院外专家会诊）、疑难危重病人讨论制度和三级医师查房制度。

三、切实加强I类切口手术预防用抗菌药物的管理。坚 决制止三线抗生素及其他不合理用药的现象同时强调合理检查，既不放过一个潜在隐患，也避免加重患者负担。

四、进一步规范医疗文书的书写。细化《病历书写规范》的标准，从形式到内容采取病历打分，对乙、丙级病历及在架运行病历，将根据制定的《重庆建设医院病历质量管理处罚条例》进行处罚。让医师理解，医疗文书不仅是国家要求之必须，也是保护自身的重要法律依据，更是体现医师医疗水平、执业道德的具体体现。

五、加强医患沟通，提高医务人员交流水平。防微杜渐， 将病情变化情况、诊疗的思路、病情的预后及风险准确的告知患者或家属，以保障其知情权，同时维护医师自身的合法权益不受侵害。

二〇一三年十二月二十五日

**20\_质控科工作总结6**

20xx年在医院领导的正确领导下，质控科严格按照《桂阳县第一人民医院医疗质量管理方案》，狠抓各项医疗工作的落实，提高医疗质量，确保医疗安全，取得了一定成绩。主要表现在以下方面：

l、重点加强了环节医疗质量的监控和各种核心制度的落实，实行医疗质量管理责任追究制，实施全程医疗质量管理与持续改进，保障医疗安全。每月定期或不定期对各科临床医生的在架病历书写进行检查，目的是督促各科医生按时完成病历书写，检查三级查房质量、各种知情同意书的落实、各种病历书写是否规范等。全年共抽查在架病历3500余份，平均合格率86%，处罚医生210人次。

2、每季度组织各科科主任、护士长对出院病历进行交叉检查，共检查病历3000份，查到重度缺陷26个；中度缺陷1748个；轻度缺陷5382个，处罚医生266人次。

3、对每一份死亡病历进行严格过关检查，确保死亡病历无缺陷。全年共计有死亡病历26份，在上级卫生行政部门和管理年专家抽查中全部过关。

4、对门诊急诊处方采取抽查方式，并认真统计，制作《处方点评表》，及时分析处方中存在的问题，督促医生及时改正。

5、特别重视手术病人病历的规范书写，检查办法是坐镇手术室，对每一位即将手术病人的病历进行严格检查，是否有术前讨论记录、是否制定手术方案、有关知情同意书是否签名等，确保手术万无一失。

6加强护理质控，每月进行在架病历护理环节质控检查及出院病历护理终末质控检查，每季度进行护理病历终末专项检查。全年共检查在架病历1624份，出院病历1276份，死亡病历26份。查出轻度缺陷约1483个，中度缺陷约477个，护理病历合格率达95%。经检查与学习，全院护理记录的书写能力得到明显提高

7、开展临床路径工作试点，制定了《桂阳县第一人民医院临床路径管理实施方案》，进行了多次培训。确定内一科、外一科、外二科、妇产科、眼科、口腔科、儿科等七个科室为试点科室；选定主动脉夹层、腹股沟疝、计划性剖宫产、股骨颈骨折、老年性白内障、唇裂、过敏性紫癜等七个病种实行临床路径管理，并按省卫生厅的要求及时统计和上报。

20xx年工作要点：

1、进一步完善各项医疗质量制度和考核标准，建立符合医院实际的质量管理体系，重新调整医疗质量管理委员会成员和各科质控员；重新调整《医疗质量管理方案》，力争使全院形成主要领导亲自抓；分管领导具体抓；职能科室天天抓；临床科室时时抓的医疗质量管理的格局。

2、加大培训力度，对新招聘的医护人员、实习进修人员均要进行医疗质量管理和病历书写知识培训。培训内容包括卫生法律法规、病历书写规范等等。每年4次正规授课培训，其它小范围培训不定期举行。

3、努力提高病历书写内涵质量。不能仅仅满足于按时限完成病历，在此基础上要逐步提升病历内涵质量，包括病例分型正确、核心制度的落实、抗菌素的合理使用等均要在病历中得以体现。

4、加强辅助科室的质控。参照有关资料制定检验、放射、B超、病理等辅助科室的质量考核标准并按标准认真进行考核。

5、加大处罚力度，同时采取人性化管理。在新的医疗质量管理方案中，增加了“整改通知”内容，对各种缺陷的处罚金额也有所加大。

6、继续做好临床路径管理工作。对已实行临床路径的科室病种要求入径率达到100%；要真实记录有关病例的变异情况；按时填写上报有关资料。尚未开展临床路径的科室要积极酝酿，尽快选定一个病种开展临床路径管理，完成省卫生厅要求今年二级医院10个病种的目标。

20xx年，随着医院业务的快速增长，医疗质量显得更为重要，我们将继续努力，以湖南省《病历书写规范与管理规定及病例（案）医疗质量评定标准》为标准，规范病历的\'书写，不断提高病历的书写质量，争取病历优良率达95％，消灭不合格病历。使医疗质量管理规范化、科学化。我们有理由相信，在医院领导的正确领导和大力支持下，在全体质控工作人员和全体医护人员的共同努力下，我院的医疗质量管理一定会开创一个新的局面，一定会迈上一个新的台阶！

**20\_质控科工作总结7**

1、制定医疗质量考核办法

为全面落实医疗核心制度，保障医疗质量，我科制定下发了《医疗质量考核细则》，各项医疗质量检查结果与综合目标考核进行挂钩。

2、基础质量的监控

通过院内讲座、岗前培训的形式提高医护人员的质量意识，本年度质控科共进行岗前培训讲座3次，带领医护人员学习医疗制度（重点是核心制度）6次。

3、新开展单病种管理工作，先后将急性心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎（成人）、脑梗死、髋/膝关节置换术、社区获得性肺炎（儿童）、剖宫产纳入单病种管理，并组织相关人员进行单病种培训。

4、继续开展临床路径工作

今年临床路径软件上线，路径病种增至50多种，覆盖18个临床科室，累计完成533例。实现了临床路径的实时监测。

5、完善医疗质量控制

提供“非计划再次手术”申请表、非计划再次手术上报表、邹城市人民医院住院时间超过30天的患者管理表、邹城市人民医院住院病人风险评估表、邹城市人民医院住院病人再评估表、重大及疑难手术申报审批表、邹城市人民医院邀请院外专家会诊申请知情同意书、临床路径知情同意书等表单，联合数建办将新增表单挂入海泰系统，进一步完善医疗质量控制。

6、定期通报医疗质量检查情况

通过质控简报，对存在的问题进行通报，对各科室提出合理化建议，不断促进医疗质量的提高。质控简报不断翻新新增处方点评、病情评估、出院小结专项检查，体现了PDCA的管理理念。

1、定期上报公立医院改革监测表

**20\_质控科工作总结8**

对工程质量的认识：

按照省质监站及成安渝业主的部署，项目部精心组织开展解放思想大讨论活动。深入开展学习“\*交函[20xx]\*号 省交厅混凝土质量通知”和“关于开展全省公路水运工程试验检测专项检查的通知(\*交质监函[20xx]\*号)”为思想基础。

1、质量是企业的命脉和门面。良好的施工质量是企业发展的根本。加强质量管理，细化施工方案，预防施工生产中质量出现偏差，及时发现并纠正施工生产质量隐患。

2、增强施工生产的质量责任意识，明确施工标准、质量检查方法，加强施工细节管理和过程总结，注重全员参与，加大对违规行为的处罚力度，抓住关键环节，落实质量管理责任制。

3、树立和落实质量是施工进度和效益的保障、以预防为主和以人为本的工作理念，切实履行监督管理职责。

4、统一思想认识，做到政令畅通，任何人不得只顾眼前和局部利益，忽视工程质量的高标准要求。

具体实施措施：

1、对组织机构与质量管理体系的人员进行了补充，增加了关键岗位的人员，并对工作重新进行了分工，明确了岗位与职责;对质量体系的有效运行进行自查自纠，调整不合理的环节。质量部年终工作总结2、对施工进度计划结合工程特点重新进行了调整。

3、对工地增派技能过硬，素质高的专业工种人员。并随工程进展情况陆续增加相关人员，满足项目需要。

4、加大处罚力度，严格施工管理过程的质量细节，加强过程检查。严格实行自检、复检、监理工程师终检的“三检”制度。

5、做好各项规章制度的执行情况并有效实施。严格执行技术、安全交底制度。各主要分项工程、分部工程，对施工管理人员进行技术交底，明确施工程序、工艺流程、操作要点、质量标准等并按要求施工。

6造良好的工作环境。为了便于具体工作管理，结合现场整理了《质量管理保证体系》、《工程质量检查验收制度》、《物资采购及进场验收质量管理责任》等。

7、把每个人的收入与工程质量挂起钩来，充分发挥出了管理人员的主观能动性，在项目部、工区、工程处范围内形成良好氛围。

开展工程质量专项检查。为了进一步提升工程质量水平，质

量行为规范。开展质量通病的防治措施，砼浇筑时严格分层浇筑、振捣，杜绝了在施工过程中出现涨模、漏浆等质量问题。加强质量管理，施工措施方案精心编制，形成了切实可行的施工方案，预防施工生产中质量出现偏差，及时发现并纠正施工生产质量隐患，确保工程质量。

在现场管理中，为了保证质检工作的落实到位，通过每日检查与每周抽检和每月大检查的形式强化质量控制程序。

项目部要求工区定期召开工程质量分析会、质量现场教育会等多种形式的质量教育活动，让大家从思想上认识到“干不好质量就保不住饭碗，干不好质量就创不出名牌”的道理。实行了“质动”抓质量为现在的“主动”抓质量，从而加大了对工地现场施工质量的控制。

保证“当日发现的问题当日解决”，将现场检查中所发现的问题第一时间反映到现场施工人员，相关问题尽快解决。

为了充分发挥工程质量管理人员的作用，树立百年大计，质量第一，质量是企业的命根子。以质量管理先进样板，在项目部各工地开展了质量先进工地和质量先进个人的评选活动，以质量先进的评选，树立典型示范，调动工地管理人员积极性，促进工程质量的提高。

工程质量应达到建设单位合同约定质量要求。

工区和各工程处必须严格按照施工图纸、技术交底及有关施工技术规范施工，并接受监督管理。

质量的奖惩执行制定的《工程质量管理办法》。

项目部的全体同仁的集体努力，使工地施工质量得到了较好的控制，取得了良好的效果，在社会上赢得了荣誉，给企业增添了效益。

项目部认真贯彻落实集团公司的文件精神，围绕土建处发展规划，勤钻研，多思考，紧抓质量不放松，确定发展目标，以科技创新为支撑，以精细化管理为手段，严格依照控制程序开展质量控制，并以确保优争创作为工程质量目标。为搞好质量管理，项目部进一步加大投入，有计划、有步骤、有指挥的开展质量管理工作做到质量零缺陷的理念，争创优良工程为目标，健全质量管理保证体系，严格实现过程精品，强化精品意识，加快发展步伐，创造新的辉煌。

**20\_质控科工作总结9**

20xx年即将过去，回顾这一年来，质控科在院领导的关心、支持、正确领导下，在各相关科室的全力配合和协助下，紧紧围绕以“病人为中心”，以提高医疗质量、保障医疗安全、改善医疗服务为目标，发挥服务、管理、指导的职能，强化医疗质量内涵建设，不断改进工作方法，提高工作效率，较好地完成了全年各项工作任务和计划。现将全年各项工作实施情况总结如下：

1、定期下科室进行医疗质量检查，协同医务科、护理部、院感科等深入科室进行业务查房，对病历书写中存在问题提出整改意见，要求科室及责任人落实整改，并进行追踪检查，督促落实，促进医疗质量不断提高。

2、加强病历书写质量管理，每月对运行病历进行抽查，在检查中重点督查病历书写的及时性、规范性、及治疗计划的合理性，三级医师查房等核心制度的执行情况，围手术期医疗文书的书写，病情告知的有效性等，做到及时发现、及时反馈、及时提出整改措施，及时效果追踪。

3、终末病历质量检查按照《病历书写基本规范》，对各科归档病历进行抽查，对发现问题的病历进行认真总结、分析、评价，将结果及时反馈至相关科室督促整改。

1、按计划对归档病历进行分类、统计、编码，确保医务科统计信

息的及时准确。

2、协助信息科就电子病历的内容格式及细节内容的完善做了大量工作，使全院电子病历全面顺利实施。

3、协同医保科、体检科完成了20xx年城镇慢性病申请的病历查找、复印工作。

4、顺利完成了10万余份病历的搬迁工作。

病历质量管理是医疗质量中的一个薄弱环节，也是医疗质量管理中的难点，出院医嘱、诊断依据、鉴别诊断、术前讨论、术前小结、疑难危重病历讨论等内容书写过于简单，三级医师查房流于形式，缺乏内涵知识及临床指导意义，运行病历不能按时限完成，电子病历不能实时打印，科室质控医师对科室的环节质控及终末质控不够重视，检查出的问题未能及时追责，致使有些问题出现屡犯现象等等。

20xx年，质控科基本完成了各项计划与任务，取得了一定的成绩，但距上级的要求还有一定的差距。在下一年度的医疗质量管理工作中，要吸取教训，总结经验，以基础质量、环节质量检查为重点，狠抓问题的改进与制度的落实，不断自我完善，提高医疗质量管理，确保医疗安全。

**20\_质控科工作总结10**

院部各位领导：

编制了我院首部指导书籍4部，工作手册1部，记录册3部，简报1份，实施方案1部，评审任务分解书2部，组织框架图1幅。以及本年度完成的重点工作总结如下：

1、编制了《xx人民医院医疗质量管理与控制文件汇编》，该书共七章，372页，39万余字。包括内容，涵盖了医疗、护理、感控各方面的质量管理组织制度20项，质量控制的计划与方案15个，质量检查标准66项，附表30各等等。为全院的\'各方面工作提供支持指导和保障作用。

2、编制了《xx人民医院医疗卫生法律法规汇编》，该书153页，23万9千字，收集了^v^相关的卫生法律法规26部，包括了执业医师法、医疗事故处理条例、侵权责任法等法律法规，帮助医院人员懂法普法，为我院的各方面工作提供法律依据。

3、编制了《xx人民医院质量管理控制流程与流程图“上册、下册（护理分册）”》两部，该书共九章，526页，500余幅图，2万5千余文字说明。此书涵盖了医院工作的各个方面，包括医院管理控制体系、医院行政医疗、护理、门诊、院感染、中医、后勤、设备质量管理控制流程与流程图以及医院应急预案流程与流程图。用图文结合的方式，简明扼要地描述了医院的流程控制。

4、《xx人民医院科室质控与持续改进记录手册》，此手册要求各科室填写科室简介、科室人员基本情况，1-12月科室日常医疗（护理）质量管理控制与持续改进记录和医疗控制的工作总结等方面，用于评估各科室全年工作情况，是科室主任的指导用书。

5、《xx人民医院医技科室危急值报告登记本》和《xx人民医院临床科室接危急值报告登记本》，能够及时的报告和登记危急值。

6、《xx人民医院质控科医疗质量控制调查记录本》

8、编制医院医疗质量管理组织体系框架图。

9、完成其他系列质控文件材料等工作。

1、《xx人民医院评审工作任务分解书》，此书将各章节的任务要点具体地分解到承担部门、配合部门、负责领导，并列出了评审要素、

评价要点、评审标准和相应的检查方法。

2、《二级综合医院评审手册20xx与xx人民医院评审工作任务分解书》的合订本，以便于指导医院各部门与操作之用。

3、《xx人民医院“二级甲等综合医院”评审工作实施方案》，该书讲述了我院各个阶段的实施步骤、工作方法、具体措施和相应医技临床科室必备的资料要求。

**20\_质控科工作总结11**

院部各位领导：

编制了我院首部指导书籍4部，工作手册1部，记录册3部，简报1份，实施方案1部，评审任务分解书2部，组织框架图1幅。以及本年度完成的重点工作总结如下：

(一)、提高医疗质量管理水平，建立医院医疗质量管理的长效机制，结合医院的实际情况，我科做了相关系列工作及编制书籍如下：

1、编制了《\_\_人民医院医疗质量管理与控制文件汇编》，该书共七章，372页，39万余字。包括内容，涵盖了医疗、护理、感控各方面的质量管理组织制度20项，质量控制的计划与方案15个，质量检查标准66项，附表30各等等。为全院的各方面工作提供支持指导和保障作用。

2、编制了《\_\_人民医院医疗卫生法律法规汇编》，该书153页，23万9千字，收集了^v^相关的卫生法律法规26部，包括了执业医师法、医疗事故处理条例、侵权责任法等法律法规，帮助医院人员懂法普法，为我院的各方面工作提供法律依据。

3、编制了《\_\_人民医院质量管理控制流程与流程图“上册、下册(护理分册)”》两部，该书共九章，526页，500余幅图，2万5千余文字说明。此书涵盖了医院工作的各个方面，包括医院管理控制体系、医院行政医疗、护理、门诊、院感染、中医、后勤、设备质量管理控制流程与流程图以及医院应急预案流程与流程图。用图文结合的方式，简明扼要地描述了医院的流程控制。

4、《\_\_人民医院科室质控与持续改进记录手册》，此手册要求各科室填写科室简介、科室人员基本情况，1-12月科室日常医疗(护理)质量管理控制与持续改进记录和医疗控制的工作总结等方面，用于评估各科室全年工作情况，是科室主任的指导用书。

5、《\_\_人民医院医技科室危急值报告登记本》和《\_\_人民医院临床科室接危急值报告登记本》，能够及时的报告和登记危急值。

6、《\_\_人民医院质控科医疗质量控制调查记录本》

8、编制医院医疗质量管理组织体系框架图。

9、完成其他系列质控文件材料等工作。

(二)在创建等级医院方面，我科在《二级综合医院评审标准实施细则20\_\_》的基础上，编制了如下书籍：

1、《\_\_人民医院评审工作任务分解书》，此书将各章节的任务要点具体地分解到承担部门、配合部门、负责领导，并列出了评审要素、

评价要点、评审标准和相应的检查方法。

2、《二级综合医院评审手册20\_\_与\_\_人民医院评审工作任务分解书》的合订本，以便于指导医院各部门与操作之用。

3、《\_\_人民医院“二级甲等综合医院”评审工作实施方案》，该书讲述了我院各个阶段的实施步骤、工作方法、具体措施和相应医技临床科室必备的资料要求。

(三)、为能够及时反映各科室存在的问题，督导医疗质量持续改进，我科每月月初向各职能科室搜集质量管理控制与持续改进工作总结报告，根据各科室上报的信息，结合我科抽查的情况进行全面总结，形成反馈意见，并与每月质控简报一同发至全院各临床、医技、业务职能科室。

(四)、定期、不定期的对我院其他医疗质量方面等进行抽查和指导，发现问题及时反馈至相关科室督促整改，对检查结果进行分析、汇总。

**20\_质控科工作总结12**

质控科成立于20xx年，是医院医疗质量管理的部门之一。分管医院医疗质量控制、医疗安全隐患监控。

1、质控科在院长、主管院长和医疗质量管理委员会的领导下，对全院医疗质量进行全程监控；根据医院的总体发展战略，提出年度、年度内阶段性质控重点目标、并为其制定考核标准；对年度医疗质量管理工作予以总结、提出整改建议、推动持续改进。

2、制定全院医疗质量管理的规章制度、规划、标准和主要措施，负责组织协调医院质量管理工作的。实施、监督、检查、分析和评价。

3、参与多层次质控：

第一、院级质控，参与行政查房、每月发布全院质控报告（含医疗运行数据、质控重点目标、医疗缺陷点评、医疗隐患警示）；

第二、履行质控科职能，依据行政查房、科主任月考核结果、各类随机抽查结果，扣发奖金、向科室或全院发、，并随机复查；

第三、联合临床医技进行整改：依据药剂科的处方点评、医保办的医嘱点评、医护人员对不合理用药的反映，确定重点监控的药品目录。

4、构建多防线质控：第一道防线：对常见病和常见术种，采取临床路径管理模式，即医疗质量的全程控制；对高风险环节，必须执行一揽子预防干预方案，即医疗风险的环节控制。第二道防线：同时公示对个案的诊断质量和治疗决策点评、以及相应权威的诊断路径、诊疗策略，即主动过程控制。最后一道防线：惩戒造成可预见、可预防疏失的个人，即终末控制。

5、持续改进高风险医疗环节的监控：多层次干预院感（外源性、内源性、抗菌素相关性院感），预防严重并发症、预警潜在危重病症、警示急救环节误判、甄别三无处置（无证、无益、无效）、监控外科预防用抗菌素等。

6、质控人员的资质培训：质控员仅凭自己的专业能力甄别自己认定的医疗缺陷（真性、假性、不确定性）会导致甄别盲区、结论多样化。因此，依据循证证据（合理证据、获益证据、安全证据、质疑证据、否定证据）、警示信息（相互影响、医学矛盾、临床假象、临床危象、诊疗乱象、容易被忽视的问题、假性检查结果）确定评审标准，逐步使质控趋向系统化、标准化、实效性。

主任医师1名，返聘副主任医师2名，医师2名，护师2名，工作人员1名。

质控科科长职责

在院长领导下，具体组织实施全院临床医疗、医技、护理等质量管理工作。

负责拟定全院医疗质量管理实施方案，并经常督促检查，按时总结汇报。

深入各科室了解医疗质量情况，督促各科对照医疗质量标准自查，制定达标方案。

协同医务科、护理部负责检查全院医务人员的业务训练和技术考核工作，及有关医疗、护理、质量考核、考评工作。

督促检查药品、医疗器械的质量和管理工作。

负责组织处方、病历书写、临床用药、预防院内感染、门、急诊质量检查工作，定期分析情况，及时向院长汇报。

负责全院质控员培训工作。

完成院领导交办的相关其他工作。

质控科质控员职责

在科长领导下，具体协助搞好全院医疗、护理质控质量工作。

认真仔细检查病历前三页及危重、一般护理记录单、手术护理记录单及化验单把好病历质量关，发现问题及时修正。

深入门、急诊、临床各科室了解医疗护理考核并统计危重病人的抢救率的工作。

每月作好门、急诊、临床、医技、非临床的质控报告。

做好并完成每天科长所交给的各种工作任务。

**20\_质控科工作总结13**

20\_\_年即将过去，在分管院长的正确领导和科主任的指导下，在全院各科室的积极协同配合下，医教科质控干事积极开展了各项工作并取得良好的成绩。现将本年度工作总结如下：

一、加强业务培训学习，提高医务人员的服务质量和沟通能力。20\_\_年协助主任开展了医师扮演医患角色医疗纠纷辩论大会和医疗纠纷法律知识培训会。通过这些培训，提高了医务人员的医疗法律意识和医患沟通能力。

二、配合医疗质控专家完成每月的医疗质控工作。包括运行病历的日常电脑监测情况、在床运行病历的现场抽查情况、在床运行病历合理用药现场抽查情况、归档病历的检查情况、门(急)诊病历检查情况、处方质量、各科室台账检查情况等，并将所有结果及时汇总。然后将相关缺陷以全院质控通报的形式反馈给责任科室负责人，令责任人及时整改，并对缺陷严重医师进行处罚、对表现突出医师进行奖励。达到时时监控医疗质量，防范医疗差错的目的。

使用是否合理、I类切口手术预防用抗菌药物是否合理、手术是否预防用抗菌药、有无院感，并填写I类切口点评表及抗生素、I类切口使用率统计表。经院领导讨论，对I类切口应用抗生素管理得合理及不合理的医师，进行相应的奖励与处罚。

四、在分管院长的领导下，积极配合区卫生局应急办创建国家卫生应急综合示范区。负责我院的领导组织机构、指挥协调、监测预警、应急处置、应急准备五个版块的应急资料收集、整理、归档、组卷工作;完善我院卫生应急相关工作制度及急诊科120相关制度、技术操作规范流程图等，并且统一规范上墙;按照创建国家卫生应急综合示范区的标准对相应卫生应急物资进行整理、保管、规范;对卫生应急指挥决策系统进行系统维护，录入并完善卫生应急机构队伍、预案法规、物资资源、应急车辆、应急培训及演练等各个项目。通过全区各医院的努力，最终创建国家卫生应急综合示范区成功通过国家专家的验收。

五、认真对待日常工作，做到谨慎谦虚不急不躁。医教科日常工作比较繁杂琐碎，但本着为医院服务、为临床科室服务、为患者服务的理念，用平和、不急不燥的心态，认真对待每一件事、每一个人。

(一)特病体检：每月底特病体检时，提前通知各诊室医师、配合医保办向各诊室医师发放相关资料;提前安排特

病诊室、准备好常用检查单，为各诊室医师提供后勤保障服务并负责相关诊室的医师及患者服务工作，保障医院的医疗服务质量和患者满意度。

(二)工伤报账：每月10-20日，负责建设厂300多职工的工伤报账工作，并对出现的临时问题及时解决。

(三)急诊二线排班：每月25日左右安排下月急诊二线班，下发到相关科室，保证医疗诊治工作正常运行与开展。

应该指出，在过去的一年里，虽然投入了大量的工作经历与时间，同时也取得了一定的成绩，但仍然存在一些不足之处，如病历质量不够理想、I类切口手术预防用抗菌药物未达到指标、医疗纠纷过多、全院业务培训学习氛围不浓等，这些都是以后该加强的方面。20\_\_年计划如下：

一、加强全院医疗质量管理。加强“三基”的培训与考核，重点是全院的业务学习要有实效。认真贯彻落实“服务好、质量好、医德好，群众满意”，提高医疗质量、服务质量，达到患者满意。

二、进一步狠抓核心制度如首诊负责制的贯彻落实。重 点是会诊制度(包括院内会诊和院外专家会诊)、疑难危重病人讨论制度和三级医师查房制度。

三、切实加强I类切口手术预防用抗菌药物的管理。坚决制止三线抗生素及其他不合理用药的现象同时强调合理检查，既不放过一个潜在隐患，也避免加重患者负担。

四、进一步规范医疗文书的书写。细化《病历书写规范》的标准，从形式到内容采取病历打分，对乙、丙级病历及在架运行病历，将根据制定的《重庆建设医院病历质量管理处罚条例》进行处罚。让医师理解，医疗文书不仅是国家要求之必须，也是保护自身的重要法律依据，更是体现医师医疗水平、执业道德的具体体现。

五、加强医患沟通，提高医务人员交流水平。防微杜渐，将病情变化情况、诊疗的思路、病情的预后及风险准确的告知患者或家属，以保障其知情权，同时维护医师自身的合法权益不受侵害。

**20\_质控科工作总结14**

本人\_\_，在20\_\_年度任质控办主任一职，负责医院医疗质量控制工作，在这一年里，我本着尽职尽责、尽心尽力的宗旨，密切配合医院领导，紧紧围绕医院工作重点，用心做好每一件事，努力完成每一项任务，下面我就把自己在20\_\_年所做的工作汇报如下：

一、积极备战二甲复审工作

为了完成医院提出的以优异成绩通过二甲复审的目标，使医院的医疗质量、服务能力更上一个新台阶，我认真学习标准细则，逐条梳理，积极开展自查，进一步完善各项工作，认真查漏补缺，抓好工作落实，并指导科室有计划、有步骤地完成本科室的复审达标计划及相关资料准备工作。

根据医院的安排部署，我负责的“医疗质量管理组织与制度”与“病历(案)质量管理”任务中，补充完善了3年半的文字资料，包括各月质控检查资料、病历检查记录、培训资料、历次委员会会议纪要等。结合我院实际，组织设计了适合我院的《住院病历质量评分表》，要求每份出院病历均由科室质控医师进行检查评分后随病历一起归档。另一方面，要求科室质控医师每周质控每位管床医师一份运行病历并评分，月底交质控办运行病历质控总结及科室医疗质量检查总结。同时督导各科室完善医疗质量周检查记录，疑难病历讨论、业务学习等记录，通过以上工作，进一步完善了医疗质量管理，确保二甲复审工作任务圆满完成。

二、完善考核标准

在《20\_\_年医疗质量控制绩效考核实施方案》的基础上参照《二级中医医院评审标准实施细则》相关标准要求及日常质控实际情况，修改完善了《20\_\_年医疗质量控制绩效考核实施方案》;制定修改了《院前病历质量评价标准》、《急诊留观病历质量评价标准》，对科室起到指导和规范作用，为质控检查提供了标准依据。

三、加强医疗质量管理，保证医疗安全

1、环节质量检查：

每月不定期到医、护、技、药各科室进行质量检查，抽查运行病历书写质量，如病历完成的及时性、各项记录内容的完整性、三级查房等核心制度的执行情况、围手术期医疗文书的书写等，抽查医技科室检查报告、依法执业情况及中西药处方的书写等，及时反馈查出的问题，及时督导改正。

2、终末质量检查：

(1)按照《中医病历书写基本规范》、《院前病历质量评价标准》等标准规范，每月对各科病历质量进行检查，至少抽取每个科室每位管床医师病历1份，对发现问题的病历进行认真总结、分析、评价，将结果及时反馈至相关科室督促整改，并将成绩纳入当月绩效考核;每季度按照我院《医疗质量控制绩效考核实施方案》对医、护、技、药各科室进行全面的质量检查，包括运行病历及归档病历的质控，并进行总结、反馈。本年度共组织检查运行病历700余份，归档病历400余份，院前病历400余份，未发现丙级病历。

(2)对临床科室除病历外的医疗质量管理进行检查，如业务学习情况、疑难、危重、死亡病例讨论、科室周质控工作记录、危急值处理等。

(3)每月对各医技科室、中、西药房、煎药室等进行的质量检查，内容有业务学习、疑难病例讨论、科室质控、危急值报告、依法执业、报告的书写、审核制度的落实等，各科室能较好地执行。

四、落实专项检查

根据我院制定的《处方点评制度》、《20\_\_年抗菌药物临床应用专项整治活动方案》及相关文件规定，同医教科一起进行处方点评和抗菌药物专项检查工作，本年度共检查门诊中西药处方近4000张。

五、存在的问题

病历质量管理仍然是医疗质量管理中的一个薄弱环节，也是医疗质量管理中的难点，在今年的病历检查中，突出问题有现病史、中医辨病辨证依据、中、西医鉴别诊断、西医诊断依据、术前讨论、术前小结等内容描述简单，三级医师查房流于形式、缺乏中医内涵知识及临床指导意义，停、开的医嘱不在病程中记录、分析，字迹潦草,难以辨认等，出现这些问题除病历书写者本人及科室管理的原因外，我也有责任，不足之处在于重视了检查未重视效果，重视了终末质控，而忽视了环节质控，检查出的问题未及时跟踪问效，倒查追责，致使有些问题屡查屡犯。

总结一年来的质控工作，我认为自己工作不够大胆，方法需要进一步改进，在下一年度的医疗质量管理工作中，我要吸取教训，总结经验，以基础质量、环节质量检查为重点，狠抓问题的改进与制度的落实，提高医疗质量，确保医疗安全。

以上报告，请各位领导批评指正!

**20\_质控科工作总结15**

一、基本情况

半年来，认真贯彻院党委提出的“强化品质年”的总要求，围绕质控科提出的20xx年“1〃10”计划，在提高“执行力”和“落实力”上狠下功夫，基本上有效有果的完成任务，人人各司其职。不断加强科室人员培训和工作能力提升，认真学习先进的质量管理理念和办法，其中参加了2次全国相关学术会议，同时科室利用交班会、书刊杂志的相关论文等方式交流学习。接待友好单位参观学习2次，互相交流学习，运用学习成果，结合医院实际情况，改进质控方法，持续改进医疗质量。一是，继续狠抓培训教育，质控科先后进行2次新进医师的岗前培训教育，深入临床一线授课，邀请著名专家教授全院授课等，打牢基础，稳固基石，逐步强化医疗品质。二是，常态化狠抓病历质量控制。20xx年一季度全院共计出院27306人次，质控科通过下科室现场检查、住院总医师抽查等多种方式，共抽查运行病历8270份，抽查率为；发现问题13508条,平均每份病历存在问题条。终末病历质量控制中，质控科组织专家对20xx年1-3月10日全部死亡病历质量进行了全面检查，共计检查死亡病历88份；同时，组织各个科室二线医师及住院总医师进行了出院病历抽查，共计抽查560份。另外，协助各级医师完善运行、出院病历1500余份。三是，参加科室疑难病例讨论、死亡病例讨论及全院会诊42次，参与科室质量

与安全管理团队活动5次等，充分体现“走动式管理”，适时深入科室进行个案质控、全程质控，与科室主任、专家教授及各级医师交流如何提高医疗质量相关行为，提高执行力。四是，认真落实院级持续改进项目，力推取得成效。

二、主要工作

（一）以“标准”强化医疗质量管理，保证医疗安全

1、为了规范和促进医院医疗质量培训教育工作持续性、系统性、有效性的进行，在拟草《医疗质量缺陷培训教育管理实施办法（试行）》和《病案质量控制管理实施办法（试行）》、《科室首席质控专家管理办法》等制度的基础上，多次征求医疗质量管理委员会和病案质量管理委员会各委员及质控专家的意见及建议，反复进行修改完善，提高其合理性和可操作性。

2、根据医院质量考评办法，质控科对《医护质量考核办法》中部分考评细则进行了修订，完善考评项目，使考评工作更具有针对性，科学性，客观性。

3、根据等级医院评审要求，结合科室工作计划，于4月10日召开病案管理委员会。会上，各委员针对《病案质量控制管理实施办法（试行）》相关内容进行了热烈的讨论，并结合自身工作实际，提出了很多宝贵的意见及建议。同时，就我院目前的病案质控办法、影响病历质量的因素、提高病历管理水平和质量控制PDCA循环步骤等进行了学习与讨论，让科室质控小组更好的开展科内病历培训及质控工作。

4、为进一步加强病历内涵建设，提高病历质量，质控科于5月14日

—22日举行了优秀病历展评活动。展评活动共计展出本院优秀病历10份，外院优秀病历5份，参展医师及学生达800余人，参展率大于93%。另外，参展人员还提出宝贵意见及建议，为质控科进一步做好病历质控工作提供参考资料。

5、质控科邀请院内著名专家何作云教授于6月18日晚进行全院授课，针对科室各级医师讲解了 “入院记录诊断的正确填写”，同时对如何当好一名医生进行了传经送宝，反响强烈。

6、更新质控医师队伍，持续发挥有效作用。改变以往医院聘请模式，由科室自行推荐质控医师，同时融入去年优秀住院总医师，共同强健质控队伍力量，有效发挥质控作用，持续改进医疗质量。

（二）全程管控，常态化督查

一是，根据《医护质量考核办法》相关标准及要求，质控科每月进行定期考核，考核内容主要包括病历书写质量、满页打印、48小时病历错误信息修改情况、科室每月自查运行（出院）病历≥10%、科室甲级病案率、科室质量与安全管理团队开展情况、培训教育考核等，保证医疗质量安全落实到质控工作的每一个环节。同时汇总考核情况，及时上报至医疗科。二是，每季度定期组织临床专家教授、住院总医师及部分职能科室，全面检查出院病历、死亡病历质量。三是，坚持通报讲评制度，充分发挥“两会”曝光效应，将发现的问题通过院周会、住院总医师例会进行通报，反馈性的促进全面质量的持续提高。上半年共计周会通报3次，住院总医师例会11次，每次形成纸质讲评材料，不定期进行例会内容传达情况的抽查。四是，根据住院总医师管理规则，每月对住院总医师进行了常态化

考评，包括会诊情况、科室质量督查情况、参加住院总医师例会情况等。五是，常态化深入科室督查核心制度落实情况，组织临床质控医师每月下科室进行一次现场督导病历质量，发现问题现场整改。

（三）落实专项检查，认真整改

1、根据文件的相关要求，积极做好迎检准备，督促科室做好对标、自查及整改工作，同时配合迎检办公室做好医院自评、总结分析等工作。

2、主动、积极、创新地做好“回头看”及整改工作。根据“回头看”检查方案，质控科对临床科室病历质量进行对标抽查，形成总结分析报告，上报品质办。同时做好本科迎检准备，对存在的问题及时整改。对病历质量对标检查存在问题也及时反馈回临床科室，督促科室整改。

3、积极配合医保科做好迎接重庆市医保专项检查工作。协助医保科工作人员对20xx年1月以来的出院病历及现行运行医保病历进行抽查，主要针对医保危重患者、24小时重复入院患者及10日内重复入院患者情况等内容。

（四）以“牵牛鼻子式”管理，积极推动科学化持续改进医疗质量

1、为了更好的发挥科室质量与安全管理团队作用，质控科选取试点科室，与联络员座谈交流，共同探讨团队活动的项目选取及开展方式，为持续改进科室医疗质量打下基础。

2、为加快医院电子病历信息化建设步伐，质控科积极配合信息科，协助组织临床医师到兄弟医院进行参观学习，做好电子病历的功能收集，提供病历质控需求，竭力完善新版电子病历功能，为今后的信息化电子病历质控提供高效、便捷的途径。

三、存在的不足

1、对部分常态化督查工作没有定期进行总结分析，效果对比不明显，不利于医疗质量的持续改进。

2、每月质控科医疗质量考核方式较局限，考评数量值仍显不足。

3、培训教育工作开展不够，存在怕得罪人的心理，培训教育对象多局限于个人。

四、下一步工作打算

一是，继续推动质控科的组织结构建设。继续推动质控科组织结构建设，强化组织文化的形成，特别是在新制度的落实上下功夫，提高执行力和落实力。二是，充分发挥质控培训教育作用。切实执行培训管理办法，积极对符合培训的科室或个人进行培训教育，建立起高效、有效、成本低的质控模式。三是，争取在电子病历信息化质控上有新的突破。继续配合信息科完善电子病历及质控软件的完善，提高工作效率，增强质控效果。四是，继续抓好科室质量与安全管理团队的试点工作。与试点科室联络员紧密联系，座谈交流，积极、主动、创新的做好科室质量持续改进工作。五是，主动做好“回头看”整改工作。按照工作计划，科内自行进行“回头看”对标检查工作，做好总结分析工作，对科室及职能部门发现的问题及时沟通解决，督促整改措施；对本科的问题及时完善，力争创新性地开展质量持续改进工作。六是，做好持续改进项目工作。做到点面结合，常态化、长效化地持续改进医疗质量。七是，争取较好地完成领导及机关交办的其他任务。对重大、重要事项及时请示汇报，积极做好上传下达工作。

**20\_质控科工作总结16**

一年来在院领导的正确领导和各科室大力支持下，在科主任的正确指导下，在科内质量管理控制小组的监督下，科内加大了以下几个方面的管理，总体工作取得了一定的`成绩。

采取复签报告形式。主班医师书写报告，报告形式分描写和印象，描写部分要详细规范，印象部分要准确。

熟练掌握解剖位置、投照条件及各部位投照的具体操作规程，保证胶片质量。

面对繁重的工作量，我们不能有丝毫放松，一定要把好质量关，照片质量和诊断报告力求达到教学医院标准。我们有信心把放射科创建为一支技术精湛，作风顽强的队伍，在医院不断的大力支持和鼓励下，我们将会取得了一个又一个胜利。努力做到全年无一例医疗责任事故发生。

科室不断完善标准化的操作规程，全体人员严格按照标准化操作，并有严格的奖惩制度。

科室各种资料管理有条有序.资料完整。各项设备仪器均有专人负责保养并定期检查。

科室全体员工积极参加院内.外的业务学习，努力提高自己的业务素质和业务水平。不断更新知识，提高技术水平。

坚持每天早读片的制度，着重讨论疑难片的诊断，不断提高全科人员的诊断水平。

面对繁重的工作量，我们没有丝毫放松把好质量关，照片质量和诊断报告达到教学医院标准。这表明，放射科是一支技术精湛，作风顽强的队伍，在医院的大力支持和鼓励下，我们取得了一个又一个胜利。全年无一例医疗责任事故发生。

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找