



山东省戴庄医院
Shandong Daizhuang Hospital

应 急 预 案

(2024 年版)

前 言

应急预案是医院应急管理的指导性文件，是为应对突发事件制定的一系列措施和流程。建立和完善应急预案，能够帮助医院识别潜在风险和威胁，提高医护人员对应急事件的应对能力，采取相应的措施防止事故的发生，最大程度地减少损失和风险，保障医院安全稳定运行。

随着安全生产标准化建设工作全面深入推进，对医院应急管理工作提出更高要求，修订完善应急预案是保障医疗服务质量和安全的重要举措。近年来，在医院党委的坚强领导下，认真贯彻落实习近平总书记关于安全生产的重要指示批示精神，通过全体干部职工的共同努力，不断创新制度、总结经验、完善流程，逐步规范应急预案管理，强化应急预案的演练和培训，切实提升医护人员应对突发事件的意识和能力。

医院依据《中华人民共和国安全生产法》《突发事件应急预案管理办法》等有关规定，结合医院工作实际，进一步完善了应急预案。本次修订共涉及预案 20 项，增加了《门诊患者就诊高峰应急预案》，下一步需要组织应急演练，根据应急演练的情况进行评估，以验证应急预案的规范性和可操作性。因修订人员对应急预案的规范、标准掌握不全面，应急预案的编制修订工作还存在不足之处，请大家提出修订完善的意见和建议，以便再版修订。

党委书记：

院长：

二〇二四年五月

目 录

突发公共事件总体应急预案.....	- 1 -
突发公共卫生事件应急预案.....	- 11 -
灭火和应急疏散预案.....	- 16 -
紧急医疗救护系统预案.....	- 23 -
精神疾病患者暴力行为应急预案.....	- 27 -
门诊患者就诊高峰应急预案.....	- 29 -
治安事件防范和应急处置预案.....	- 33 -
信息系统突发事件应急预案.....	- 36 -
辐射事件应急预案.....	- 40 -
化学危险品事件应急预案.....	- 45 -
急救和生命支持类医学装备应急调配预案.....	- 52 -
实验室生物安全事件应急预案.....	- 60 -
食品安全事件应急预案.....	- 64 -
停电应急预案.....	- 67 -
停水应急预案.....	- 70 -
突发公共事件舆情处置应急预案.....	- 73 -
医院感染暴发报告及处置应急预案.....	- 78 -8
输血不良反应应急预案.....	- 84 -
地震灾害应急救援预案.....	- 92 -
防汛应急预案.....	- 96 -
山东省戴庄医院应急人员通讯录.....	- 99 -9
山东省戴庄医院应急物资和设备储备目录.....	- 103 -

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/10

突发公共事件总体应急预案

1. 总则

1.1 目的：提高医院处置突发公共事件的能力，最大程度地预防和减少突发公共事件及其造成的损害，保障公众的生命财产安全，维护医院安全和稳定，促进医院持续发展。

1.2 依据：根据《国家突发公共事件总体应急预案》《国家突发公共卫生事件应急预案》《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》《生产安全事故应急预案管理办法》《生产安全事故应急条例》《生产经营单位安全生产事故应急预案编制导则》等相关法律、法规等规范性文件编制。

1.3 适用范围：本预案适用于医院范围内发生的突发公共事件的应对工作。

1.4 工作原则：以人为本，减少危害；居安思危，预防为主；统一领导，分级负责；依法规范，加强管理；快速反应，协同应对；依靠科技，提高素质。

1.5 事件分类分级

1.5.1 本预案所称突发公共事件是指突然发生，造成或者可能造成重大人员伤亡、财产损失、危及医院公共安全的紧急事件。根据医院所处地理位置、承担工作任务、人员、设备等情况分析，可能发生的公共事件主要为以下几类：

1.5.1.1 自然灾害：主要包括气象灾害、地震灾害、地质灾害等。

1.5.1.2 事故灾难：主要包括安全生产事故、公共设施和装备事故、环境污染等。

1.5.1.3 公共卫生事件：主要包括传染病疫情、群体性不明原因疾病、食品安全、职业病危害以及严重影响公众健康和生命安全的事件等。

1.5.1.4 社会安全事件：主要包括精神疾病患者群体性事件、恐怖及极端事件、医疗纠纷群体性事件、舆情事件、网络安全事件等。

1.5.2 各类突发公共事件按照其性质、严重程度、可能性和影响范围等因素，一般分为三级：I级（重大）、II级（较大）、III级（一般）。

1.5.2.1 I级：重大事故一指造成1人及以上死亡，或者10万元以上100万元以下直接经济损失的事故。

1.5.2.2 II级：较大事故一指可能造成人员轻伤，或者不超过10万元直接经济损失的事故。

1.5.2.3 III级：一般事故一指未造成人员受伤，或者不超过1万元直接经济损失的事故。

1.6 应急预案启动

1.6.1 启动条件：符合以下条件之一，经医院突发公共事件应急领导小组决定，启动本预案：

1.6.1.1 发生II级及以上重大突发公共事件时；

1.6.1.2 科室发生III级突发公共事件时超出本科室应急处置能力，需要医院协调处置时；

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/10

1.6.1.3 多个科室发生Ⅲ级突发公共事件，或发生的Ⅲ级突发公共事件涉及多个科室，需要医院协调处置时；

1.6.1.4 重点区域、敏感时期发生Ⅲ级突发公共事件时；

1.6.1.5 接到上级部门应急要求时；

注：发生事故的等级只是初步判断等级，不等同于事故结果定级。

2. 应急预案体系

2.1 应急预案

医院突发公共事件应急预案包括：

2.1.1 突发公共事件总体应急预案。总体应急预案是医院应急预案体系的总纲，是医院应对突发公共事件的规范性文件。

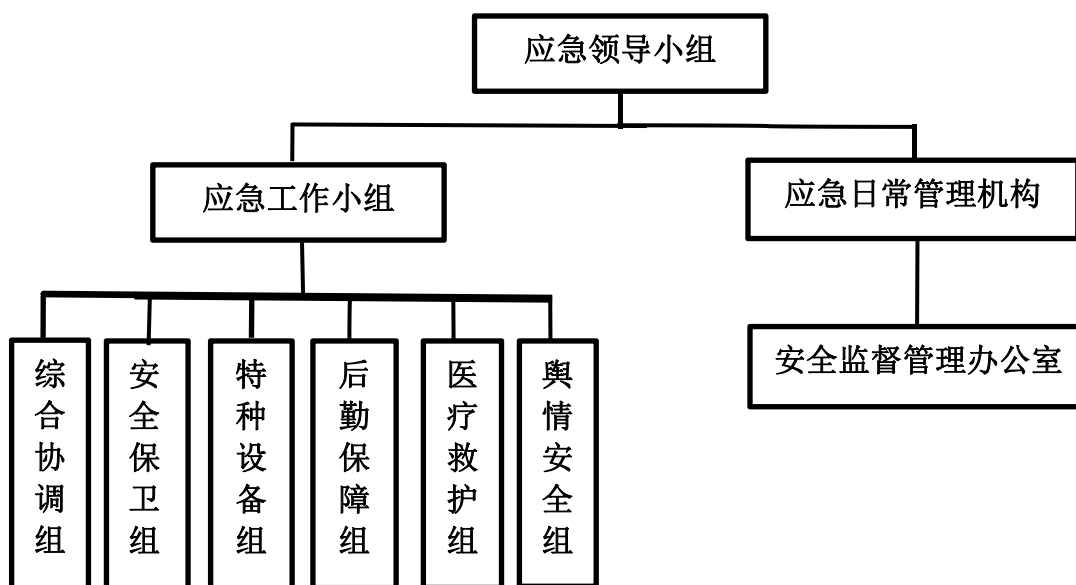
2.1.2 突发公共事件专项应急预案。专项应急预案主要是医院及其有关部门应对某一类或几种类型突发公共事件而制定的应急预案。

2.1.3 突发公共事件现场处置方案。突发公共事件现场处置方案是指医院或科室根据不同安全事故类型，针对具体场所、装置或者设施制定的应急处置措施。

3. 应急组织机构及职责

3.1 应急组织体系

山东省戴庄医院应急组织机构由应急领导小组、应急工作小组、应急日常管理机构组成，其中，应急工作组分为综合协调组、安全保卫组、特种设备组、后勤保障组、医疗救护组、舆情安全组（按需设置），详情见下图。



文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/10

3.2 应急组织职责

应急领导小组和各应急工作组的组长实行替补制，当组长不能履行相应职责时，由组长授权相关人员或按行政职务高低排序自动替补相应人员，履行组长职责。

3.3 应急领导小组

医院突发公共事件应急领导小组是医院应对突发公共事件的领导机构，负责医院突发公共事件的应急管理、工作指导、应急处置等工作。领导小组成员名单如下：

组 长：谢传革 苏中华

副组长：李 武 陈 敏 王年生 范甲兵 张跃兵 辛 建

成 员：张金响 苗庆山 陈 宏 翟金国 张 新 曹中昌 赵高锋 张 增 钱丽菊
孔祥娟 宋玉成 刘 霞 崔 健 韩道国 刘 琨 陈福建 高 鹏 王 彬
鲍 磊 袁明华 王圣侠 侯秀梅 张玉强 张胜利 徐传新 戴学建 任 杰
山君来 聂 斐 王贵山 侯 峰 孙永科 张俊青 郭 勇 张 祥 付 强
刘 淼 张 婧 李 坤

3.4 应急日常管理机构

医院安全监督管理办公室为应对突发公共事件具体办事机构，负责医院各类应急预案、应急物资、应急队伍、应急演练、应急值班、教育培训、信息汇总等监督管理工作。

3.5 应急工作小组

医院突发公共事件应急工作组分为综合协调组、安全保卫组、后勤保障组、特种设备组、医疗救护组、舆情安全组等（按需设置）。具体成员名单和职责如下：

3.5.1 综合协调组

组长：李 武

成员：张玉强 齐 鹏 刘 耀

职责：负责医院突发事件的协调工作。

3.5.2 安全保卫组

组长：付 强

成员：保卫部全体工作人员

职责：负责医院自然灾害、事故灾难、社会安全等突发公共应急事件的安全保卫工作，协助处置公共卫生类突发公共应急事件。

3.5.3 后勤保障组

组长：辛 建

成员：徐传新 杜延涛 战云鹤 胡广星 范婧超

职责：负责应急救援物资、车辆、通信、水、电、气、热等保障供应工作，负责组织建立后勤应急救援队伍并开展教育培训。

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/10

3.5.4 特种设备组

组长：李 武

成员：李 毅 郭克龙 张 祥 刘太秀

职责：负责处置突发公共应急事件中涉及的特种设备以及联络相关部门提供技术支持。

3.5.5 医疗救护组：

组长：张跃兵

成员：王 彬 侯秀梅 刘 淼 步 辉 王中刚 张俊青 袁晓驰

职责：负责组织协调特殊、重大、危急重症病人的抢救，医院感染控制和暴发调查与处理。

3.5.6 舆情安全组：

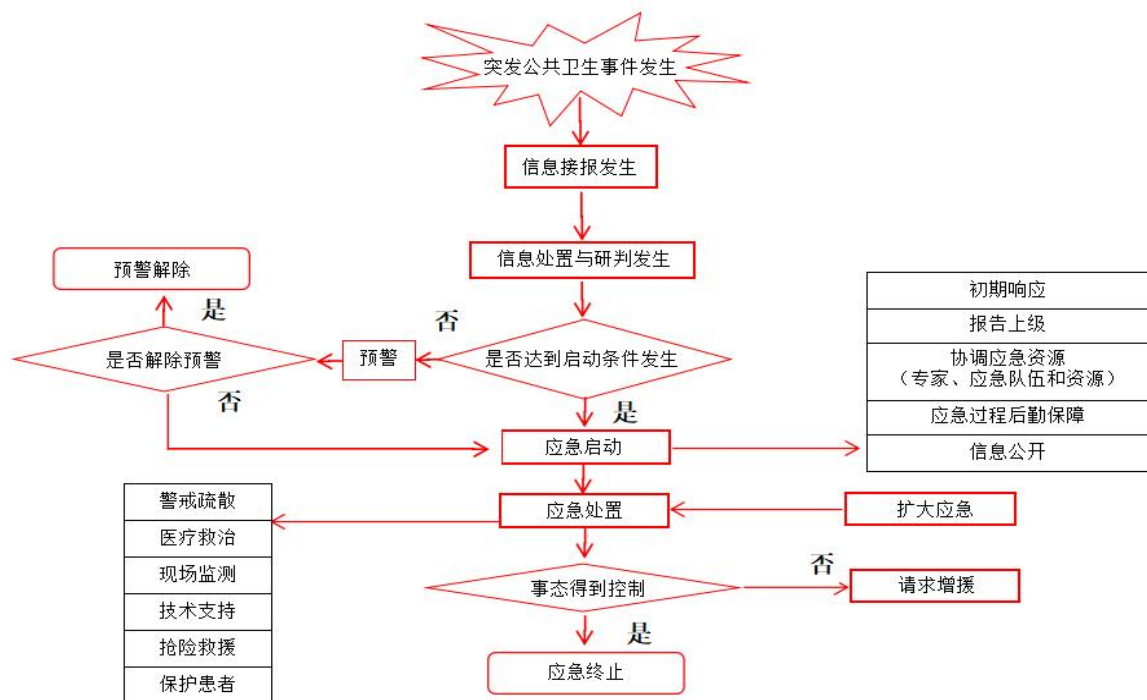
组长：辛 建

成员：侯 峰 石文珂 张亚楠 周倩文

职责：做好舆情监测，及时向社会公布突发公共事件相关信息。

4. 应急响应

应急响应的基本流程和主要步骤见下图。



4.1 信息报告

4.1.1 信息接报

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/10

4.1.1.1 责任科室值班人员接到事故报告，研判为Ⅱ级及以上突发公共事件时，在启动现场处置方案的同时，立即向安全监督管理办公室报告（报告电话：3165656）。

4.1.1.2 安全监督管理办公室接到事故报告后立即向医院突发公共事件应急领导小组组长及成员报告。

4.1.1.3 在应急处置或预警过程中，指定信息报送人（若有更替，通知医院应急领导小组），按要求及时报告。

4.1.2 信息处置与研判

应急领导小组接到报告后根据事故的性质、严重程度、影响范围和可控性，对事故进行研判，作出预警或应急响应启动的决策：

4.1.2.1 当未达启动应急预案条件时，应下达预警指令，按照本预案4.2的要求进行相关准备工作；

4.1.2.2 当达到启动应急预案条件时，应急领导小组组长或被授权人第一时间下达应急指令，通知应急领导小组成员启动医院应急响应，迅速开展应急响应工作。

4.2 预警

4.2.1 预警准备

医院应急领导小组宣布进入事故预警状态后，应开展的响应准备工作包括但不限于：

4.2.1.1 指令各科室采取防范控制措施，并通知应急领导小组相关成员、相关应急工作组和应急救援队伍进入预警状态，做好应急准备工作；

4.2.1.2 持续跟踪并详细了解事态发展及现场应急处置情况；

4.2.1.3 协调相关专家做好前往现场的准备；

4.2.1.4 协调应急资源，做好调配准备；

4.2.1.5 做好对外信息公开和起草上报材料的准备；

4.2.1.6 做好与现场相关信息的传递工作。

4.2.2 预警程序

应急领导小组负责事故预警发布工作，确认可能导致生产安全事故的风险点及事故征兆汇总后，在医院范围内发布，做好应对准备工作。

4.2.2.1 预警等级

按照生产安全事故可能造成的危害程度、紧急程度和发展势态，医院突发公共事件预警级别分为四级，即Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级、Ⅳ级，依次用红色、橙色、黄色和蓝色表示，见表1。

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	6/10

表1 预警分级描述

预警级别	预警颜色	预警描述
I级	(红色)特别严重	特别严重预警级别,可能出现大量人员伤亡,事态正迅速扩大
II级	(橙色)严重	严重级预警级别,可能出现人员伤亡,事态正在扩大
III级	(黄色)较严重	较重级预警级别,可能出现人员轻伤,事态有扩大趋势
IV级	(蓝色)一般	一般级预警级别,未出现人员伤亡,事态有扩大趋势

4.2.2.2 预警信息来源

4.2.2.2.1 属地政府、上级部门、相关行业主管部门发布的涉及突发公共事件预警信息,比如自然灾害预警信息等;

4.2.2.2.2 医院监测、监控和信息采集系统获取或目击者、知情者的报告或上报的预警信息。

4.2.2.3 预警信息内容

4.2.2.3.1 预警级别;

4.2.2.3.2 涉及突发公共事件的基本情况,可能造成的危害及程度;

4.2.2.3.3 预警范围:应急组织、应急队伍及相关部门;

4.2.2.3.4 建议应采取的应急措施;

4.2.2.3.5 发布部门。

4.2.2.4 预警发布、取消程序

4.2.2.4.1 应急领导小组收到突发公共事件信息、预警信息后,立即进行核实确认,提出发布预警等级的建议,报应急领导小组组长批准后,由安全监督管理办公室发布预警信息。

4.2.2.4.2 在事件应急处置过程中,随时发布信息。

4.2.2.4.3 当事态已被有效处置,确认已无危险,无导致次生、衍生事故可能,应急处置工作结束后,应急领导小组发布取消预警信息指令。

4.3 应急启动

4.3.1 初期响应

4.3.1.1 医院应急领导小组根据事态情况,明确但不限于以下事宜:

4.3.1.1.1 通报突发公共事件情况;

4.3.1.1.2 明确现场应急处置工作要求;

4.3.1.1.3 明确各应急工作组和应急队伍组成及任务;

4.3.1.1.4 初步判断所需调配的应急资源;

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	7/10

4.3.1.1.5 确定上报的上级主管部门和内容。

4.3.1.2 应急领导小组根据事态发展及处置情况，适时安排后续工作。

4.3.1.3 建立各应急工作组之间的信息沟通渠道，沟通、传达相关信息。

4.3.1.4 各应急工作组落实工作任务，及时将负责的工作进度情况报告现场指挥部。

4.3.2 后勤保障

4.3.2.1 在应急处置过程中，应确保医院应急领导小组和现场指挥部的通讯通畅。

4.3.2.2 做好应急处置过程中的交通、医疗、设施设备供给等后勤保障工作。

4.3.2.3 按照医院应急领导小组指令，落实应急资金等事宜。

4.3.3 预案启动

根据预警信息，按照突发公共事件分级，经应急领导小组研判，授权领导小组组长启动相应级别的应急预案。

4.4 应急处置

4.4.1 现场应急指挥责任主体及指挥权交接

4.4.1.1 事发地所在负责科室是应对事故先期处置的责任主体，在应急处置初期，由事发现场最高职位者担任现场指挥员，其他人员有直接处置权，在遇到险情或事故征兆时可立即下达撤离命令，组织现场人员及时、有序撤离到安全地点，减少人员伤亡。

4.4.1.2 事故发生后，事发科室应立即启动应急响应，由事发现场最高职务者担任现场指挥员，在确保安全的前提下采取有效措施组织应急处置及疏散周边人员、防止事态扩大。

4.4.1.3 当事态超出本级应急能力或无法得到有效控制时，应立即向应急领导小组请求实施更高级别的应急救援，听从应急领导小组安排。

4.4.1.4 在应急领导小组赶到现场后，事发科室应将指挥权移交现场最高行政职务者，在上级主管部门应急指挥机构领导赶到现场后，现场指挥权应移交上级主管部门，服从其现场应急指挥部的指挥。

4.4.2 现场指挥协调及控制

现场应急工作组到达现场后，接管事发现场指挥权，根据现场应急处置工作需要，开展警戒疏散、医疗救治、应急处突、技术支持、工程抢险和搜证调查等方面的工作，并及时向应急领导小组汇报应急处置情况。

4.5 应急处置程序

详见各突发事件专项应急预案及现场处置方案。

4.6 响应终止

4.6.1 应急结束条件：

4.6.1.1 当突发公共事件现场得到有效控制，可能导致次生、衍生事故的隐患得到消除；

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	8/10

4.6.1.2 伤亡人员全部救出或转移，设备、设施处于受控状态；

4.6.1.3 环境有害因素等到有效监测和处置得当；

4.6.1.4 现场应急指挥部和专家评估认定现场应急工作已结束。

4.6.2 应急结束程序

应急结束，由应急领导小组组长发布应急结束命令。

应急领导小组应指定责任部门完成如下事项：

4.6.2.1 事故发生科室按有关规定向应急领导小组报告事故发生、发展、应急救援等情况。

4.6.2.2 应急工作组做好事故现场保护和原始资料收集工作，向应急领导小组移交相关资料；
经应急领导小组同意后，方可开始现场恢复重建工作。

4.6.2.3 现场应急领导小组组织编写应急救援工作总结报告，应急救援工作总结报告应作为
应急预案评价的重要资料。

5.1 秩序恢复

事故抢救结束后，经应急领导小组同意。进入医院秩序恢复阶段。相关责任科室要制定恢复计划，确保恢复时的安全。

5.2 经验教训总结及改进建议

善后处置工作结束后，各有关部门要进行总结，主要内容包括：对突发公共事件的评估是否准确；应急救援决策是否准确；应急救援资源调配使用是否合理；应急救援行动是否协调；通信是否畅通；应急救援效果与预案的不适之处，提出修订建议。

5.3 应急救援评估

5.3.1 对于医院发生的一般突发公共事件，负责人应在事件处理完毕2小时内，将事件的初步原因分析、经过、救援经过形成书面材料交应急领导小组；向有关当事人进行询问，进行调查，形成记录，一并报应急领导小组。

5.3.2 对于医院发生的较大及以上突发公共事件，应急领导小组负责人要立即上报到市卫健委，并积极配合政府主管部门调查。

5.3.3 事故应急处置总结报告。应急结束后，相关责任科室负责编写该事件应急处置总结报告，总结报告应至少包括以下内容：

5.3.3.1 应急处置过程；

5.3.3.2 应急处置过程中动用的各种资源；

5.3.3.3 应急处置过程中遇到的问题、取得的经验和吸取的教训；

5.3.3.4 对应急预案的修改建议；

5.3.3.5 安全监督管理办公室应根据《应急处置总结报告》，组织相关参与应急工作的科室，对应急救援能力等方面进行全方位的评估，并负责起草评估报告，作为应急预案修订的依据。

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	9/10

6. 资源保障

6.1 通信与信息保障

安全监督管理办公室应当掌握医院所有应急相关人员的联系方式。

后勤保障组负责组织制定通讯保障方案，全力保障应急期间的通讯通畅。

6.2 应急队伍保障

医院、各科室根据应急需求建立各级各类专业应急队伍，并储存后备队伍力量。

6.3 物资装备保障

后勤保障组根据医院应急管理相关要求，配置相应的专业应急设备设施，确保应急处置期间的物资装备供应。

6.4 其他保障

6.4.1 经费保障

医院将安全生产有关项目建设资金纳入预算，保障资金到位。

6.4.2 技术保障

各责任科室应积极开展应急技术研究和推广工作，研究监测、预警、应急处置新方法，提高医院应急水平。

7. 应急预案管理

医院各综合管理部门负责各专项预案内容的编制、修订和演练工作，并负责指导临床科室开展相应工作；临床科室负责本科室现场处置方案的编制、修订和演练工作。

7.1 应急预案培训

安全生产监督管理办公室制定应急预案培训计划，使医院职工了解并掌握应急预案相关要求。

7.2 应急预案演练

按照应急预案设定的演练频次，由主管科室组织应急演练。

7.3 应急预案修订

一般情况下，应急演练后主管科室对应急预案进行评估，根据实际情况对应急预案进行修订。

如有以下情况应及时对应急预案进行修订：

- 7.3.1 新的相关法律法规颁布实施或相关法律法规修订实施；
- 7.3.2 通过应急预案演练或经事故检验，发现应急预案存在缺陷或漏洞；
- 7.3.3 应急预案中组织机构发生变化；
- 7.3.4 新建工程项目投产前或重大工程发生变化时；
- 7.3.5 医疗技术、应急资源发生重大变化的；
- 7.3.6 面临的风险或其他重要环境因素发生变化，形成新的重大危险源的；
- 7.3.7 其他需要修订的情况。

7.4 应急预案备案

文件名称	突发公共事件总体应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-001	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	10/10

科室现场处置方案应及时报相关综合管理部门审核；专项预案应及时报应急预案编制修订领导小组审核。医院应急预案按照上级规定的要求向主管部门报备。若预案有较大的修订后及时再次备案。

文件名称	突发公共卫生事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-002	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/5

突发公共卫生事件应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为确保医院内工作人员、病患家属生命安全，有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件及其危害，针对医院内部发生的突发公共卫生事件的分级、严重影响程度，结合医院实际情况，合理调动分配医院人力、物力资源，提高应对突发公共卫生事件能力，最大程度地减少突发公共卫生事件对公众健康造成的危害，保障公众身心健康与生命安全，特制定本预案。

1.2 编制依据

根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品卫生法》《中华人民共和国职业病防治法》《中华人民共和国国境卫生检疫法》《突发公共卫生事件应急条例》《国内交通卫生检疫条例》和《国家突发公共事件总体应急预案》，制定本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于在本院或山东省、济宁市突发公共卫生事件应急指挥中心交办的指定范围内突然发生、造成或者可能造成社会公众身心健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及因自然灾害、事故灾难或社会安全等事件引起的，严重影响公众身心健康的公共卫生事件的应急处理工作。

1.4 工作原则

- 1.4.1 预防为主，常备不懈。提高对突发公共卫生事件的防范意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。对各类可能引发突发公共卫生事件的情况及时进行分析、预警，做到早发现、早报告、早处理。
- 1.4.2 统一领导，分级负责。根据突发公共卫生事件的范围、性质和危害程度，对突发公共卫生事件实行分级管理。院领导负责突发公共卫生事件应急处理的统一领导和指挥，各有关部门按照预案规定，在各自的职责范围内做好突发公共卫生事件应急处理的有关工作。
- 1.4.3 依法规范，措施果断。各部门、各科室要按照相关法律、法规和规章的规定，建立健全规范的突发公共卫生事件应急处理工作制度，对突发公共卫生事件和可能发生的公共卫生事件做出快速反应，及时、有效开展监测、报告和处理工作。
- 1.4.4 依靠科学，加强合作。突发公共卫生事件应急工作要充分尊重和依靠科学，要重视开展防范和处理突发公共卫生事件的培训，为突发公共卫生事件应急处理提供保障。要广泛组织，全员参与突发公共卫生事件的应急处理。

2. 医院突发公共卫生事件风险分析

文件名称	突发公共卫生事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-002	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/5

2.1 人员因素分析

医院患者多为精神疾病患者，大多为封闭式管理，人群密集，抵抗疾病能力差，容易造成传染病流行，而且心理承受能力差，行动迟缓，应对能力差，面对不明或重大公共卫生事件，容易应对不当。

医院外其他场所发生的突发公共卫生事件，需要医院提供救援或心理干预的人员。

2.2 环境因素分析

医院人员密集，容易造成传染病疫情扩散。

2.3 医疗技术分析

医院为精神专科医院，急救类专业人员不足，急救医疗救援能力不足，急救类专业设备数量较少，收治重病患者能力不足。

3. 组织机构及职责

3.1 组织架构

医院成立突发公共卫生事件应急领导小组，下设监测报告组、医疗救治组、院感防控组、物资供应组、后勤保障组和培训宣传组6个工作小组。

3.2 分组情况及工作职责

突发公共卫生事件应急领导小组：

组 长：谢传革 苏中华

副组长：李 武 陈 敏 王年生 范甲兵 张跃兵 辛 建

成 员：王 彬 侯秀梅 张玉强 王贵山 刘 淼 张 祥 徐传新 张胜利

郭 勇 侯 峰 付 强

职 责：负责领导和指挥调配下属小组成员及全院职工参与突发公共卫生事件的应急处理工作，并统筹协调各种关系。

3.2.1 医疗救治组

组 长：张跃兵

成 员：王 彬 侯秀梅 张金响 苗庆山 陈 宏

翟金国 张 新 曹中昌 赵高锋 魏红艳

职 责：负责制定突发公共卫生事件发生后医疗救治流程，联络、调配外院专家及本院医务人员进行现场医疗抢救工作，并负责病人临床救治、出院评估工作。

3.2.2 院感防控组

组 长：李 武

成 员：刘 淼 高新蕾 杜芳芳 夏莉莉 于 立

职 责：负责突发公共卫生事件过程中的消毒隔离及医院感染预防控制，病区及医技科室消毒隔离措施的检查、落实和指导；负责院内发生公共卫生事件的监测、记

文件名称	突发公共卫生事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-002	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/5

录、统计、分析和上报工作。

3.2.3 物资供应组

组 长：李 武

成 员：张 祥 张俊青 徐传新

职 责：负责突发公共卫生事件处置工作中所需的医疗设备、医用材料、各类药品、消毒剂等物资保障供应。

3.2.4 后勤保障组

组 长：张玉强

成 员：徐传新 郭克龙 付 强

职 责：保障全院车、水、电、暖、讯等方面及时供应与调配；为参加救治的各级人员提供必须的后勤保障，保证全院医疗工作的正常运转；加强医院安全和正常医疗秩序的维护，保证绿色通道的畅通。

3.2.5 舆情监测组

组 长：辛 建

成 员：侯 峰 石文珂 张亚楠

职 责：负责突发公共卫生事件发生时舆情监测工作。

4. 运行机制

4.1 监测预防

4.1.1 按照医院传染病疫情报告网络管理规定，医教部（公共卫生部）指定专人负责收集疫情、职业中毒、重大食物中毒及群体性不明疾病发生的资料，分析后形成报告，向分管领导和综合管理部门通报。

4.1.2 按照医院院感防控体系，门诊部（感染管理部）负责院感预防保障工作，防范院内严重院感事件发生。

4.1.3 全院医生严格执行首诊负责制，按制度完成好各项记录，并能对突发事件作出及时判断，同时迅速上报。

4.1.4 定期开展食堂食品卫生监督检查，组织有关技术力量定期对医院患者食堂及职工食堂食品卫生情况进行监督检查。

4.1.5 定期开展医院内安全检查，对院内易发生安全事故的潜在隐患进行及时消除，防患于未然。

4.2 信息报告

4.2.1 医院建立突发公共卫生事件报告流程，形成由事件报告者→医教部（或总值班）→院领导的三级报告网络，应急领导小组迅速响应，并以最快速度通知相关人员。

4.2.2 对于影响生命健康的突发事件，如集体中毒、甲类乙类传染病爆发等，医院在接到报告

文件名称	突发公共卫生事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-002	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/5

后立即向上级卫生行政主管部门及区域疾病预防控制中心进行报告。报告内容应当包括科室、联系人、联系方式、报告时间、突发事件类型和特征，发生的时间、地点和范围，涉及的人数、临床表现，可能的原因、已经采取的措施等。根据突发事件的进展和新发生的情况，及时按程序进行后续报告。

4.3 应急处置

- 4.3.1 突发事件发生后，医院突发公共卫生事件应急领导小组第一时间响应并开展应急处置工作，及时配合有关部门对突发事件进行调查。
- 4.3.2 通过对突发事件调查、现场勘验等，对危害程度做出评估并进行有效控制。报请上级主管单位对突发事件进行流行病学调查、现场监测、实验室诊断，查明原因，并提出控制措施的建议。
- 4.3.3 医院发生突发公共卫生事件后，要及时组织做好应急处理所需的人员与物资准备，采取必要的预防控制措施。
- 4.3.4 突发事件发生后，在进行事件调查和现场处理的同时，医院应当立即对突发事件所致的病人提供现场救援与医疗救护。医疗救护力量不足时，及时转院。
- 4.3.5 开展病人接诊、收治和转运工作，实行重症和普通病人分开管理，对疑似病人及时排除或确诊。医院对前来就诊的因突发事件致病的人员，实行首诊负责制。接诊医生应当书写详细、完整的病历记录。
- 4.3.6 做好医院内现场控制、消毒隔离、个人防护、医疗垃圾和污水处理工作，防止院内出现交叉感染和污染环境情况的发生。
- 4.3.7 对群体性不明原因疾病和新发传染病做好病例分析与总结，积累诊断治疗经验。重大中毒事件，按照现场救援、病人转运、后续治疗相结合的原则进行处置。
- 4.3.8 院外发生突发公共卫生事件后，服从卫生行政部门的统一指挥和调度，支援突发公共卫生事件发生地区的应急处理工作。

4.4 信息发布

按照有关规定及时、准确向社会公布重大突发公共卫生事件监测、预警、处置、危害等相关信息。

5. 应急保障

5.1 队伍保障

突发公共卫生事件应急处置队伍建设坚持“预防为主、平战结合”的原则。加强突发公共卫生事件的专业技术组织建设，组织开展突发公共卫生事件的监测和预警工作，加强突发公共卫生事件应急处突队伍建设，开展卫生技术研究，建立健全突发公共卫生事件预防控制组织，保障突发公共卫生事件应急处理工作的顺利开展。

5.2 技术保障

文件名称	突发公共卫生事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-002	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/5

5.2.1 按照“平战结合、因地制宜、分级负责、协调运转”的原则建立突发公共卫生事件应急救援队伍，并加强管理和培训。

5.2.2 按照“统一计划、分类实施、分级负责、突出重点、适应需求”的原则，采取定期和不定期相结合的形式，组织开展突发公共卫生事件的应急演练。

5.3 后勤保障

5.3.1 定期清查、更新急救设备、物资、药品等，保障应急供应。

5.3.2 定期检查维修医院急救相关设施、通道，保障正常使用。

5.3.3 建立经费、交通、通讯应急管理机制，保障充足通畅。

6. 宣传培训

由医教部（公共卫生部）、护理部、宣教部定期采取多种形式，开展突发公共卫生事件应急知识的普及教育，宣传卫生科普知识，指导公众以科学的行为和方式对待突发公共卫生事件，正确引导社会心理，动员公众积极支持并参与突发公共卫生事件应急处理工作，落实群防群控的应急措施。

7. 应急终止

7.1 应急终止的条件

重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及因自然灾害、事故灾难或社会安全等突发事件消除或者被有效控制后，应当适当解除应急处理状态。

7.2 终止程序

突发公共卫生事件应急领导小组提出终止建议。

文件名称	灭火和应急疏散预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-003	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/7

灭火和应急疏散预案

1. 总则

1.1 编制目的

为确保医院内人身、财产和公共安全，提高灭火技术水平和应急疏散技能，针对医院内部发生的不同类型、规模火灾事故，结合医院实际情况，合理调动分配医院人力、物力资源，正确采用各种技术和手段，快速处置火灾事故，及时有效疏散人员，成功实施灭火救援行动，最大限度减少人员伤亡和财产损失，特制定本预案。

1.2 编制依据

根据 GB/T 38315-2019《社会单位灭火和应急疏散预案编制及实施导则》编制。

1.3 适用范围

本预案适用于医院工作区域内发生的火灾事故的应急处置。

1.4 工作原则

统一指挥，快速反应；各司其职，密切协作；保障重点，高效处置。

2. 医院火灾风险分析

2.1 人员因素分析

山东省戴庄医院为消防安全重点单位、人员密集型场所，医院患者多为精神疾病患者，发生紧急情况时，自救能力较弱，疏散难度大，易造成重大安全事故。

2.2 火灾高危部位分析

医院门诊楼、病房楼人员密集，易发生因吸烟和违规用电引发的火灾事故。医学检验科、医学影像科、伽玛刀治疗科、配电室，易发生电器类火灾。医院锅炉房、餐厅易发生因用火用电用气不当引发的火灾事故。

2.3 因火灾造成次生灾害分析

医院患者多为精神疾病患者，行动迟缓，自救能力较弱，疏散过程中易发生跌倒、踩踏等事故。医院伽玛刀钴-60为I类放射源，火灾事故不但会造成财产损失，而且威胁到钴源的安全，可能引发辐射事故。

3. 组织机构及职责

3.1 应急组织体系

3.1.1 灭火和应急疏散领导小组

灭火和应急疏散领导小组名单：

组 长：谢传革 苏中华

副组长：李 武 陈 敏 王年生 范甲兵 张跃兵 辛 建

文件名称	灭火和应急疏散预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-003	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/7

成 员：张金响 苗庆山 陈 宏 翟金国 张 新 曹中昌 赵高锋 钱丽菊
张 增 孔祥娟 宋玉成 刘 霞 崔 健 侯 峰 刘 琨 陈福建
高 鹏 王 彬 鲍 磊 袁明华 王圣侠 侯秀梅 张玉强 张胜利
徐传新 戴学建 任 杰 山君来 聂 斐 王贵山 韩道国 孙永科
张俊青 郭 勇 张 祥 付 强 刘 淼 李 坤

灭火和应急疏散领导小组为医院发生火灾事故时的指挥机构，负责根据现场情况制定灭火救援行动方案，下达各类灭火救援行动命令。消防安全责任人苏中华任总指挥，消防安全管理人辛建任副总指挥，消防工作具体归口综合管理部门负责具体实施。领导小组实行梯次指挥，总指挥不在位的情况下，由副总指挥代替行使指挥权，依次替代。

灭火和应急疏散领导小组指挥场所宜设置在消防控制室，也可由总指挥根据实际情况，指定保持足够安全距离和良好观察视线，且通讯有效的场所。消防救援部队到达后，现场指挥权交由消防救援部队。

3.1.2 灭火和应急疏散工作组

领导小组下设：通信联络组、灭火行动组、疏散引导组、防护救护组、安全保卫组、后勤保障组 6 个工作组。

3.1.2.1 通信联络组

组 长：张玉强

成 员：鲍 磊 孙永科 侯 峰 郭 勇

职 责：负责协助领导小组联络工作中涉及的相关人员，及时传达各项指令和反馈现场信息。向消防救援部门报告火警和火情相关情况。向市卫健委报告火情相关情况。向各小组和现场工作人员传达领导小组指令，负责经领导小组授权后的信息发布工作。

3.1.2.2 灭火行动组

组 长：付 强

成 员：保卫部工作人员 医院志愿消防队员

职 责：负责组织实施灭火救援战斗，协助人员疏散逃生，搜救被困人员，及时向指挥机构反馈火场情况。

3.1.2.3 疏散引导组

组 长：侯秀梅

成 员：刘 淼 任 杰 王圣侠 张胜利

职 责：负责根据火场情况制定疏散路线，确定疏散人员安置点。组织实施人员疏散救援行动。安排人员在医院主要路口引导灭火救援战斗部队快速到达火场。核对疏散人员数量，通过指挥机构向灭火行动组反馈详细信息。

文件名称	灭火和应急疏散预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-003	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/7

3.1.2.4 防护救护组

组 长：王 彬

成 员：张 增 张金响 陈 宏 苗庆山 魏红艳

职 责：负责组织医护人员紧急救治受伤人员，安抚疏散人员。视情况协调急救中心及医疗机构转运受伤人员。组织调集紧急救治物品。

3.1.2.5 安全保卫组

组 长：王贵山

成 员：韩道国 戴学建 聂 斐

职 责：负责保障救援通道畅通，控制火场周围各出入口，无关人员只出不进。负责火灾扑灭后的现场保护工作。

3.1.2.6 后勤保障组

组 长：徐传新

成 员：张 祥 张俊青 高 鹏 山君来

职 责：负责通讯装备、车辆、水源、急救药品、应急物资等物品的供应保障。负责火灾现场的供电控制。

4. 处置程序

4.1 报警和接警处理程序

4.1.1 任何人员发现火灾火情应立即向医院消防控制室（外线：3165503 内线：5503）和“119”消防救援部门报警；报警的同时呼叫附近人员扑救初期火灾和疏散工作。

4.1.2 报警时要沉着冷静，应向接警人员讲清楚以下几个内容：

4.1.2.1 失火部位的准确地理位置；

4.1.2.2 能够了解的火灾情况，如起火时间、燃烧特征、火势大小、有无被困人员、有无易燃易爆危险品、有无重要物品、失火部位周围有何重要建筑、行车路线、消防车和消防队员如何方便地进入或接近火灾现场等；

4.1.2.3 报警人的姓名、联系电话；

4.1.2.4 耐心回答“119”接警人员的询问。

4.1.3 保卫部接到报警后，应立即采取以下措施：

4.1.3.1 组织义务消防队员携带消防器材赶赴现场，并及时通知事故发生部位的人员或电工切断着火部位的电源；

4.1.3.2 报告医院灭火和应急疏散领导小组。按本预案（四）的程序和措施组织疏散和扑救；

4.1.3.3 门卫值班人员在火灾事故期间，严格控制出入医院的车辆和人员，保障救援通道畅通，并做好引导消防救援部队进入火场的准备工作。

文件名称	灭火和应急疏散预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-003	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/7

4.2 应急疏散组织程序和措施

在发生火灾时，疏散引导组先疏散被火势围困的人员。其次再疏散火势周围的人员，同时要注意疏散人员自身安全。在火势允许的情况下，疏散重要物质。

4.2.1 引导人员从安全通道迅速疏散，禁止人员乘坐电梯疏散。

4.2.2 以着火点为中心向两侧通道疏散，防止拥挤踩踏。先引导患者撤离，后疏散其他人员。

4.2.3 逐个房间检查是否有遗漏人员。

4.2.4 确保人员安全时，尽可能疏散易燃易爆物品和容易起火物资。疏散后的物资要放在不影响火灾扑救和消防车通行的安全地点，物资的放置点要留有1至2名人员看守，防止疏散后的物资形成新的火点。

4.2.5 病区疏散出去的患者要安排专人守护，可选择安全的房间或用物料、人员围成可控空间，防止患者惊恐逃逸。疏散路线也要安排人员守护。

4.2.6 消防救援部队到达火场后，所有人员应听从消防救援人员的指挥进行疏散。

4.3 扑救初期火灾的程序和措施

发生消防紧急状况时，起火楼层（部位）由当班的科主任、护士长或班组长（综合管理部门负责人或班组长）或消防安全责任区负责人进行现场指挥灭火；保卫部门工作人员到达后，现场指挥权交由保卫部现场负责人；消防救援部门工作人员到达后，所有人员均服从消防救援部门的指挥。

4.3.1 灭火组在接到火警后，应迅速赶往失火地点，听从领导小组的统一指挥实施灭火。在领导小组未到达的情况下，就近利用消防水源和灭火器材迅速扑救火灾，防止火势蔓延；

4.3.2 灭火组人员到达火灾现场时，如发现有人被火势包围，应先救人，后救火，如发现易燃易爆危险物品受到火势威胁时，应迅速组织人员将易燃易爆危险物品转移到安全地点。

4.3.3 如起火物为化学药品或易燃易爆危险物品时，应在确定无爆炸危险的情况下，用干粉灭火器、沙子等物品进行扑救，用水将周围的可燃物品淋湿；如不能确定有无爆炸危险的，应在安全地点做好准备，等待消防救援部门的指挥人员的调令和火灾现场领导小组命令。

4.4 通信联络、安全防护救护的程序和措施

4.4.1 接到火警后，立即通知医院领导及起火部门消防安全责任人到达火灾现场；

4.4.2 根据领导小组的指令，将破拆、停电、供水、车辆调配等灭火指令传达到火灾现场的各小组；

4.4.3 将火场的进展情况及时反馈，保障火灾现场与外界的信息畅通和寻求相邻单位支援的联

文件名称	灭火和应急疏散预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-003	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/7

络工作。

4.4.4 控制车辆和无关人员进入医院，同时迅速通知有关人员清理火灾区周围停放的车辆开出医院；

4.4.5 安排专人到医院主要路口引导消防车和消防队员快速进入火灾现场；

4.4.6 火灾扑灭后，要全面检查现场，消灭遗留火种，并派人保护好火灾现场，等待公安消防部门的监督检查，协助对火场进行现场调查；

4.4.7 迅速组织医护人员准备好抢救器械、药品、救护车等，迅速赶赴火灾现场，一旦有人受伤紧急实施抢救；

4.4.8 如有人受伤或中毒，应根据伤势情况处理，必须及时救治。

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

各项应急救援行动结束后，确认火灾现场所有伤亡人员已全部救出，火灾危险已排除，不会出现二次火灾和危及周边人身、财产、环境安全的情况。

5.2 应急终止程序

火灾事故现场指挥领导小组提出救援终止建议，报领导小组总指挥批准，由总指挥发布应急结束命令。

6. 总结评价

6.1 救援终止后，由领导小组成立专项调查组，调查分析事故原因，协助相关部门做好后期处置工作；

6.2 领导小组召集各工作小组对救援过程进行复盘，分析预案程序和救援过程中存在的问题和不足，制定进一步的整改措施；

6.3 有针对性的修订应急预案和处置流程，并对修订后的应急预案开展应急演练。

7. 附件

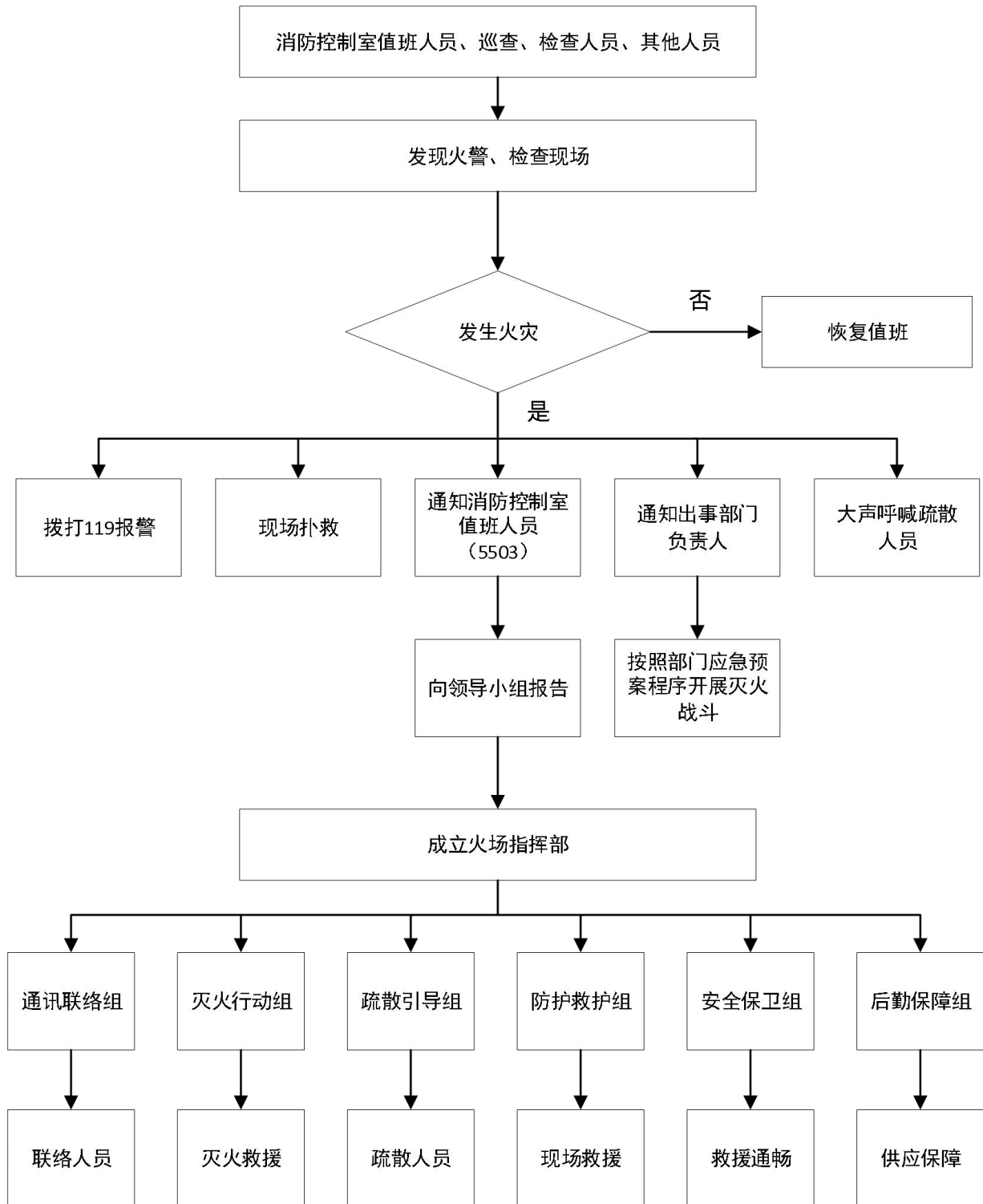
7.1 灭火和应急疏散处置流程图

7.2 应急装备物资表

文件名称	灭火和应急疏散预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-003	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	6/7

7.1

灭火和应急疏散处置流程图



文件名称	灭火和应急疏散预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-003	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	7/7

7.2

应急装备物资表

名称	数量	位置	负责人
8KG 干粉灭火器	6	警务室	付强
二氧化碳灭火器	2	警务室	付强
正压式呼吸器	1	警务室	付强
65号消防水带	3	警务室	付强
消防板斧	1	警务室	付强
灭火战斗服	4	警务室	付强
消防头盔	4	警务室	付强
对讲机	2	警务室	付强
一次性过滤式呼吸器	10	警务室	付强
8KG 干粉灭火器	6	消防控制室	秦伟
二氧化碳灭火器	2	消防控制室	秦伟
正压式呼吸器	1	消防控制室	秦伟
65号消防水带	3	消防控制室	秦伟
消防板斧	1	消防控制室	秦伟
灭火战斗服	4	消防控制室	秦伟
消防头盔	4	消防控制室	秦伟
对讲机	2	消防控制室	秦伟
一次性过滤式呼吸器	10	消防控制室	秦伟
2吨电动消防车	1	微型消防站	史荣昆

文件名称	紧急医疗救护系统预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-004	版本号	2.1
生效日期	2024年4月10日	页码/总页数	1/4

紧急医疗救护系统预案

1. 总则

1.1 编制目的

为保证医院内发生心脏、呼吸骤停、昏迷和跌倒等高风险意外事件时，患者能立即获得专业医护人员最快速有效的急救，进一步提高医院对院内突发事件的应急反应能力和医疗救援的质量和水平，有效预防、及时控制和消除突发事件的危害，提供快速、有序、有效、安全的医疗急救服务，结合医院实际，制定本预案。

1.2 适用范围

本预案适用于医院任何区域内发生的心脏、呼吸骤停、昏迷和跌倒等高风险意外事件。

1.3 编制依据

本预案依据《国家突发公共事件总体应急预案》《医疗机构管理条例》《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规和政策文件编制。

1.4 工作原则

以人为本，减少危害；统一领导，联防联控；平战结合、常备不懈；及时有效，迅速处置；预防为主，加强宣教。

2. 组织机构及职责

2.1 紧急医疗救护工作领导小组

组 长：苏中华

副组长：张跃兵

成 员：王 彬 侯秀梅 张玉强 刘 淼 张俊青 付 强 张 祥

职 责：负责统一领导和指挥医院紧急医疗救护工作；负责组织和协调医院紧急医疗救护应急队伍；负责组织和督导全院急救技能的培训、考核工作。

2.2 紧急医疗救护小组

成员名单及责任区域表：

文件名称	紧急医疗救护系统预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-004	版本号	2.1
生效日期	2024年4月10日	页码/总页数	2/4

医疗紧急救护小组成员名单及负责区域表

组别	责任区域	责任人	人员组成 (第一位为副组长)	联系电话(组长/副组长)
总调度组	全院	当日值班人员		3165120
一组	1号病房楼及周围公共区域	魏辰	王绪波、周亚楠、魏洪凯、蒋贤飞、姚孟元、朱焕焕、苏同同、刘燕、姜衍松、司淑萍	15853795108/15898611982
二组	2号病房楼及周围公共区域	高新学	薛冉冉、杨真真、张静b、杨韦、肖鹏、杨大梅、马雪、闫非非、胡春风、郝玉荣	13053753118/15063798231
三组	3号病房楼及周围公共区域	狄东川	党现炳、于文平、周玉妮、张培文、王正、张杰、郭多、韩开红、王聪聪、高智利	13355372786/15866076130
四组	门诊楼及周围公共区域	刘淼	急诊室、内科诊室、神经内科诊室、精神科专家1诊室、步辉、许静、崔丹、张凤全、任燕飞、李珊b、张秀壮、李俊楠	3165120/13505478754
五组	睡眠医学科、强制医疗科、办公楼及周围公共区域	刘霞	韩道国、张龚、贺心秀、寻亚诺、尹刚、李珊a、梁红、邵会会、宗鲁奇、房提献	13655471211/13605373314

职责：执行医院紧急医疗救护工作领导小组调度，接到紧急救护任务第一时间赶到负责区域开展急救工作；紧急救护小组24小时值班，采用岗位负责及急救责任区域负责制；充分利用小组人力资源，实行统一调度使用并组织好后备紧急救护人员；制定小组培训计划并定期培训，严格按照计划完成培训工作，积极参加医院组织的各种急救技能培训活动；定期对急救任务进行总结，包括急救物资准备、应急响应程序、抢救过程中存在的问题及下一步改进措施等；完成紧急医疗救援工作领导小组交办的其他任务。

2.3 其他人员职责

2.3.1 第一目击员工：迅速为患者提供初级生命支持，呼救他人帮助或拨打医院应急电话（3165120）。

2.3.2 第二目击员工：拨打医院应急电话（3165120），告知具体情况：（楼号+楼层+病区或

文件名称	紧急医疗救护系统预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-004	版本号	2.1
生效日期	2024年4月10日	页码/总页数	3/4

部门、公共区域，某某事件)，并协助配合在场人员开展初级生命支持工作。

2.3.3 医院应急电话接线人员：迅速通知所在区域紧急医疗救护小组及时到场，同时上报紧急医疗救护工作领导小组，调度医院其他科室做好抢救绿色通道准备。

2.3.4 紧急医疗救护小组：收到通知5分钟内到达事发地点，就近调用生命支持类设备并提供高级生命支持。

2.3.5 安保人员：接到通知后5分钟内赶到事发地点维持秩序。

2.3.6 电梯工作人员：收到通知后保持专梯专用，保证救援人员迅速到达事发地点。

3. 应急处置

3.1 处置流程

3.1.1 发现紧急情况的第一位医院员工为紧急医疗救护的责任人，立即呼叫就近医护人员，同时对患者实施初级生命支持。

3.1.2 经评估不需要启动全院紧急急救时，现场医护人员负责抢救，必要时可请求临近相关科室协助。

3.1.3 经评估需要启动全院紧急急救时，立即拨打医院应急电话（3165120），电话内容为：（楼号+楼层+病区或部门、公共区域+某某事件）。应急电话值班人员根据事件发生的区域，通知相应的医疗紧急救护小组。

3.1.4 紧急医疗救护小组组长收到急救通知后，通知小组成员在5分钟内到达现场并提供高级生命支持，其他员工均有义务配合和服从紧急医疗救护小组的任务安排。

3.1.5 病区内发生需紧急抢救的情况，实行紧急救治的同时，应尽快向所在病区的科主任及护士长报告。必要时，可向邻近病区工作人员请求支援或启动全院紧急救援。

3.1.6 超出本院救治能力的情况或抢救后评估需要转至综合医院治疗的，应及时拨打120求救。

4. 总结评估

4.1 紧急医疗救护工作领导小组召集相关人员对救援过程进行复盘，分析工作流程和救援过程中存在的问题和不足，制定进一步的整改措施；

4.2 有针对性的修订完善应急预案和处置流程，对应急预案和救援处置流程开展培训，并组织演练，确保人人掌握。

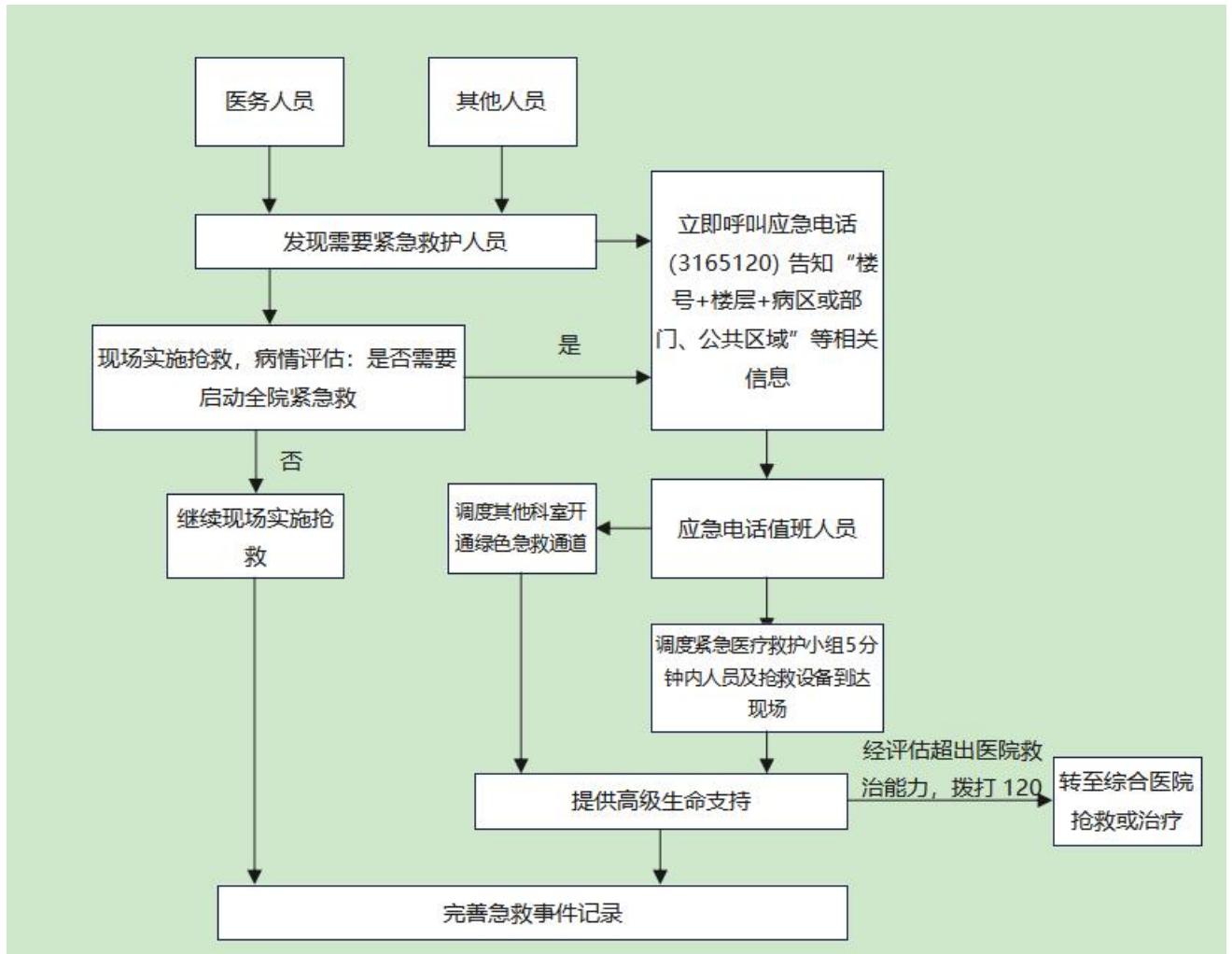
5. 附件

5.1 山东省戴庄医院紧急医疗救护工作流程图

文件名称	紧急医疗救护系统预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-004	版本号	2.1
生效日期	2024年4月10日	页码/总页数	4/4

5.1

山东省戴庄医院紧急医疗救护工作流程图



文件名称	精神疾病患者暴力行为应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-005	版本号	1.0
生效日期	2024年4月10日	页码/总页数	1/2

精神疾病患者暴力行为应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

防范精神障碍患者群体冲动攻击、出逃等行为，避免影响医院工作秩序、危及患者家属及医务人员的安全，提高医务人员对精神患者危险行为的识别和应急处理能力，特修订此预案。

1.2 编制依据

根据《中华人民共和国精神卫生法》有关规定编制。

1.3 应用范围

在医院内的精神障碍患者出现群体冲动攻击、出逃行为，所有医务人员应遵守本预案。

1.4 工作原则

积极预防，合理评估，及时预警，团结协作，高效处置。

2. 风险因素分析

2.1 多个精神患者情绪不稳定，不安心住院，既往多次出现聚众斗殴等暴力冲动行为；

2.2 个别精神疾病患者极不安心住院，鼓动其他患者集体出逃；

2.3 患者住院期间生活单调乏味，环境单一；

2.4 值班人员工作防范意识不强，使患者易产生暴力行为的冲动意识。

3. 应急组织体系

3.1 应急领导小组

组 长：谢传革 苏中华

副组长：张跃兵

成 员：王 彬 侯秀梅 付 强 郭 勇 张金响 苗庆山 陈 宏 翟金国 张 新
曹中昌 孔祥娟 刘 霞 钱丽菊 赵高锋 韩道国

3.2 相关人员职责

3.2.1 组长主要职责：负责突发事件应急预案的启动、应急决策、整体调配应急资源与力量、整体指挥应急行动、应急状态解除。

3.2.2 副组长主要职责：负责组织指挥和统筹协调应急资源与力量；信息汇总分析；对外联络及信息发布；人力资源与力量调配。

3.2.3 成员主要职责：在最短的时间内化解群体性事件隐患；接到群体事件信息后上报组长和副组长，采取有效措施控制群体性事件发展趋势，负责现场指挥、协调处理、处理善后

文件名称	精神疾病患者暴力行为应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-005	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/2

相关事宜；向领导小组汇报事件的前因后果、制定有效整改措施。

4. 处置程序

- 4.1 当病区出现三人及以上患者冲动行为或者出逃时，病区值班人员应马上给予制止，如工作人员力量无法控制局面，立即向其他工作人员请求支援，并通知保卫部增援；同时报告科室负责人或医院总值班。
- 4.2 科室负责人或医院总值班接到信息后调集其他在岗的工作人员到现场协助处置，并上报应急领导小组，启动应急预案。科室负责人或医院总值班组织就近在岗人员进行现场处置。如有人员受伤情况，及时拨打120急救转院救治。
- 4.3 当出现患者出逃后，值班人员立即通知保卫部出逃人员信息，保卫部通知所有在岗值外勤的保安人员进行拦截；如患者出逃院外，调集医院车辆、科室医务人员及保安根据线索寻找。必要时，可以请求公安部门支援。

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

精神疾病患者情绪稳定，经医务人员干预后攻击、出逃行为被有效处置；出逃患者被找回。

5.2 应急终止程序

涉事科室主任提出应急终止建议，报应急领导小组组长批准，由组长发布应急结束命令。

6. 后期总结

应急终止后，应急领导小组或有关科室调查分析本次事件发生的原因、总结评估应急处置流程，全面查摆存在问题并制定具体整改措施，进一步优化完善应急预案和应急处置流程，并在全院范围内进行培训教育，避免类似情况发生。

文件名称	门诊患者就诊高峰应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-006	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/4

门诊患者就诊高峰应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为优化门诊就诊流程，减少患者看病等候时间，提高门诊服务质量，特修订此预案。

1.2 编制依据

依据《医疗机构门诊质量管理暂行规定》《山东省三级医院门诊质量管理标准（试行）》有关规定制定本预案。

1.3 应用范围

门诊区域所有工作人员在就诊高峰期时均应遵守本预案。

1.4 工作原则

统一指挥，快速反应；各司其职，密切协作；保障重点，高效处置。

2. 组织机构及职责

2.1 应急组织小组

组 长：李 武

副组长：刘 淼

成 员：王 彬 侯秀梅 张胜利 山君来 付 强 徐传新 张俊青 陈福建

高 鹏 郭 勇

2.2 工作要求

2.2.1 门诊各科室就诊患者等候时间预计超过2小时，或各门诊区域人流量超过正常工作接待量时立即启动本高峰应急预案。

2.2.2 发生需启动预案的情况时，由分诊台护士上报门诊部主任，再由门诊部主任上报应急组织小组组长，协调各部门做好应对措施。

2.3 相关人员职责

2.3.1 门诊部（感染管理部）：实时监控门诊流量，安排分诊护士及导医及时到位，做好各项准备工作。

2.3.2 医教部：及时调派病区医生增援门诊，为患者提前开具检查单或接诊。

2.3.3 护理部：及时调派病区护士进行门诊患者筛查及危重患者转运工作。

2.3.4 财务部：挂号收款处保障患者正常挂号、收费，减少人员积压；住院结算中心引导患者办理床旁入院。

2.3.5 药学部：增派人员值班，开足窗口，减少人员挤压。

2.3.6 医技科室：医学检验科、特检科、医学影像科开足窗口；增开检查设备。

2.3.7 保卫部：及时维持门诊区域治安秩序，避免发生踩踏等群体事件。

文件名称	门诊患者就诊高峰应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-006	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/4

2.3.8 信息部：做好门诊各项网络信息系统的维护工作。

2.3.9 总务基建部：保持门诊区域卫生整洁、无死角，电梯正常运行。

3. 应急服务措施

3.1 门诊科室应急服务措施。

3.1.1 开足诊室，有序分流患者。

3.1.2 由医教部调派临床医生为重点就诊人群（未预约患者）接诊、开具化验单；护理部调派护士在门诊大厅、诊区等重点区域进行分诊，给予人力保障。

3.1.3 分诊人员根据患者需求，合理分流患者至普通门诊、便民门诊、专病门诊、专家门诊。

3.1.4 实行弹性排班，安排休息人员增援。

3.1.5 增派门诊导医，维持秩序，帮助分流患者。

3.2 医技科室应急服务措施：

3.2.1 开足检查室，有序分流患者。

3.2.2 实行弹性排班，安排休息人员增援。

3.2.3 对检查项目较多的患者，合理安排检查项目的顺序。

3.2.4 由医教部协调，实行门诊、住院患者错时检查（急诊患者除外）。

3.3 窗口服务应急措施（挂号收款处、住院结算中心、门诊药房、医学检验科）：

3.3.1 开足窗口，增加机动窗口。

3.3.2 实行弹性排班，安排休息人员增援。

3.3.3 增派工作人员，指引患者进行楼层分流。

3.3.4 职能部门、信息、保安、保洁等提供支持保障服务。

3.4 各职能部门合理安排工作，减少医务人员休假和外出开会。

3.5 信息部及时处理网络信息故障，保障门诊网络系统的稳定

3.6 由保卫部在门诊人群密集区域增派保安，加强巡视。

3.7 由保洁服务公司增派保洁人员及时清扫垃圾，司梯人员延长电梯服务时间。

4. 应急终止

4.1 应急终止的条件

终止条件：门诊就诊患者合理分流，有序就诊。

4.2 应急终止程序

门诊部主任提出救援终止建议，报应急组组长批准，有应急组组长发布应急结束命令。

5. 附件

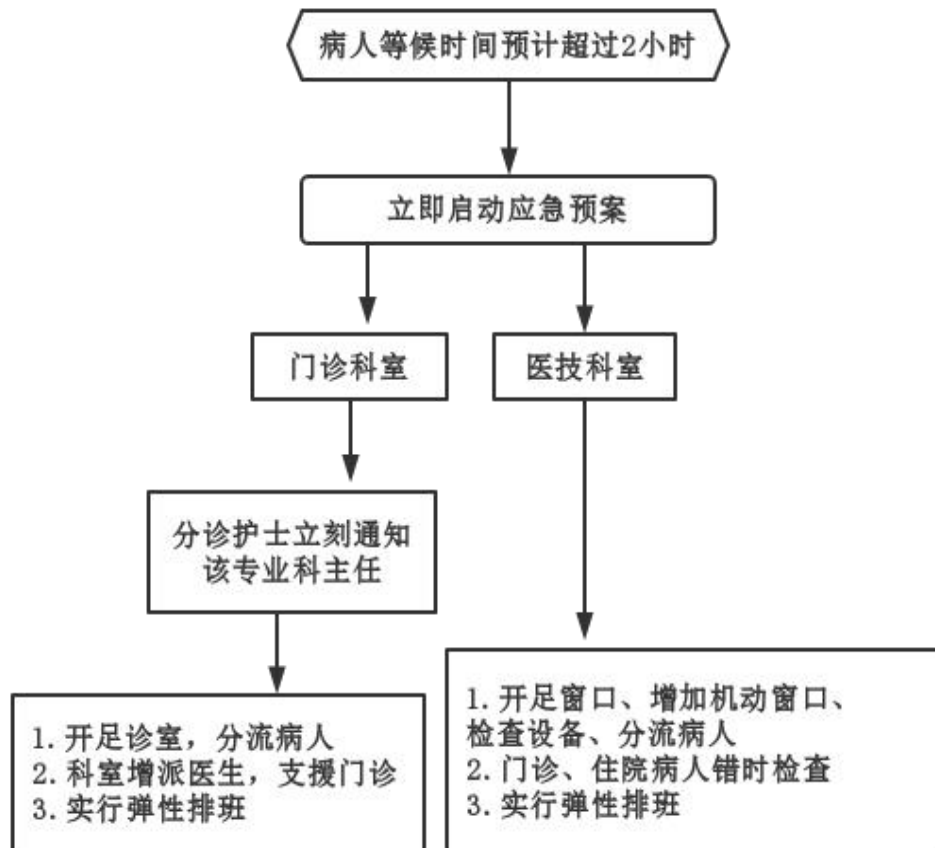
5.1 门诊患者就诊高峰应急预案流程

5.2 应急人员通讯联络表

文件名称	门诊患者就诊高峰应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-006	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/4

5.1

门诊患者就诊高峰应急预案流程



文件名称	门诊患者就诊高峰应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-006	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/4

5.2

应急人员通讯联络表

小组	姓名	科室	联系电话
组长	李武	院长办公室	13853706436
副组长	刘淼	门诊部	13505478754
成员	王彬	医教部	13563746267
成员	侯秀梅	护理部	13625372338
成员	张胜利	财务部	13884729286
成员	郭勇	信息部	13854706567
成员	徐传新	总务基建部	13563715530
成员	付强	保卫部	15005370903
成员	张俊青	药学部	13853771079
成员	高鹏	医学检验科	13963763968
成员	陈福建	医学影像科	13562738083
成员	山君来	特检科	15953469777

文件名称	治安事件防范和应急处置预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-007	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/3

治安事件防范和应急处置预案

1. 总则

1.1 编制目的

提高医院应对治安事件的应急处置和安全防范能力，维护医院正常医疗秩序，保护患者、家属、职工人身和医院财产安全，特制定本预案。

1.2 编制依据

参照《中华人民共和国治安管理处罚法》《机关团体、企业、事业单位内部治安保卫条例》《全国“平安医院”创建工作考核办法及考核标准》《关于加强医院安全防范系统建设的指导意见》《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》等法律法规。

1.3 适用范围

本预案适用于发生在医院内各类治安侵害事件：工作场所治安事件（如对医院的骚扰、聚众闹事、寻衅滋事、治安行凶等）；抢劫、抢夺事件；医院区域内发现爆炸物品；谋杀事件；绑架、勒索、恐吓事件；其他引起医院恐慌和秩序混乱的事件。

1.4 工作原则

全面防范、快速反应、准确报告、妥善处置、保障安全。

2. 组织机构及职责

2.1 应急组织体系

治安事件防范和应急处置领导小组：

组 长：谢传革 苏中华

副组长：辛 建

成 员：付 强 张玉强 王 彬 侯秀梅 刘 淼 侯 峰 孙永科 任 杰

职 责：负责重大治安事件的应急指挥、协调处置、人员救治等工作；组织做好治安事件应急处置的培训和演练工作。

3. 应急响应

3.1 响应级别

3.1.1 I级响应

突发治安事件造成人员伤亡，财产损失，医疗秩序受到严重影响，事态发展失去控制。此类事件由治安事件防范和应急处置领导小组上报主管公安机关和市卫健委，并协助上级部门开展工作。

3.1.2 II级响应

突发治安事件未造成人员伤亡，财产轻微损失，医疗秩序受到影响，现场处置人员不能

文件名称	治安事件防范和应急处置预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-007	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/3

有效控制事态发展。此类事件由责任科室报医院治安事件防范和应急处置领导小组。

3.1.3 III级响应

突发治安事件有侵害发展倾向，但未造成人员伤亡、财产损失，医疗秩序未受到影响，现场处置人员能够控制事态发展。此类事件由责任科室负责处置，保卫部协助处置。

4. 处置措施

- 4.1 突发治安事件有侵害发展倾向，未造成人员、财产损失，医疗秩序未受到影响。现场处置人员应向主管科室负责人报告，提前预警。主管科室负责人应协助现场处置人员开展工作，防止事态扩大。
- 4.2 突发应急事件已造成一定后果，现场处置人员应立即通过“一键报警”系统或拨打“110”报警，同时拨打“5110”报警。
- 4.3 应急处突人员到达现场前，现场处置人员应利用医务人员身份加强沟通交流，避免过激行为，争取缓和事态。同时要疏散无关人员，保护自身和其他人员安全，避免发生二次伤害。
- 4.4 应急处突人员到达现场后，应先进行交流沟通，终止侵害事件发展，同时使用录像设备取证。如沟通无效，侵害事件继续发生，应立即利用警械设备等其他手段强制制止。
- 4.5 应急处突人员不能控制事态发展，侵害事件持续发生，应立即疏散现场人员，确保人员安全。同时采取强制干预、控制措施延缓事态发展，配合公安机关处置。
- 4.6 发现疑似爆炸物品时，应急处突人员应立即拨打“110”报警，在确保安全、环境和技术允许的前提下将疑似爆炸物品转移到场地空旷、人员稀少的环境，做好周边警戒，配合公安机关处置。同时查阅视频监控，锁定嫌疑人，保存视频监控资料，为后期处置提供依据。
- 4.7 现场事态得到控制后，领导小组应立即组织相关人员救治受伤人员，安抚人员情绪，统计财产损失金额，并将相关情况逐级报告，全力配合公安机关开展工作，实时跟踪事件处理结果。

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

符合下列条件之一的，既满足应急终止条件：

- 5.1.1 侵害行为终止，未造成人员损伤、财产损失，恢复正常医疗秩序。
- 5.1.2 公安机关介入，侵害事件后期处置由公安机关接管，现场事态得到控制，恢复正常医疗秩序。

5.2 应急终止程序

治安事件防范和应急处置领导小组提出终止建议，报领导小组组长批准，由小组组长发布应急结束命令。

6. 总结评估

- 6.1 应急终止后，成立专项调查组，调查分析事件原因，协助公安机关及相关部门做好后期处置工作；

文件名称	治安事件防范和应急处置预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-007	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/3

- 6.2 领导小组组织有关人员对应急处突过程进行复盘，分析预案程序和应急处突过程中存在的问题和不足，制定进一步的整改措施；
- 6.3 有针对性的修订应急预案和处置流程，并对修订后的应急预案开展应急演练。

文件名称	信息系统突发事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-008	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/5

信息系统突发事件应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

建立健全医院信息系统突发安全事件应急工作机制，提高应对信息安全事件的能力，预防和减少信息系统突发安全事件造成的损失和危害，保护公众利益，维护国家安全、公共安全和秩序，特制定本预案。

1.2 编制依据

《中华人民共和国突发事件应对法》《中华人民共和国网络安全法》《国家突发公共事件总体应急预案》《国家网络安全事件应急预案》《突发事件应急预案管理办法》《山东省网络安全事件应急预案》《信息安全技术信息安全事件分类分级指南》（GB/Z20986-2007）等相关规定。

1.3 适用范围

本预案所指信息安全事件是指由于人为原因、软硬件缺陷或故障、自然灾害等，对网络和信息系统或者其中的数据造成危害，对社会造成负面影响的事件。可分为有害程序事件、网络攻击事件、信息破坏事件、信息内容安全事件、设备设施故障、灾害性事件和其他事件。适用于山东省戴庄医院信息系统的使用和维护人员，规范信息系统的应急响应管理。

1.4 工作原则

坚持统一领导、分级负责、密切协同；坚持统一指挥、快速反应、科学应对；坚持底线思维、突出重点、预防为主；坚持谁主管、谁负责，谁使用、谁负责，谁运行、谁负责；坚持政府主导、社会协同，充分发挥各方面力量，共同做好网络安全事件的应对工作。

2. 医院信息系统突发事件风险分析

根据故障发生的原因和性质分为三类：

2.1 一类：网络线路损坏、网络设备损坏等造成的整体或局部网络瘫痪。

2.2 二类：停电造成的网络瘫痪。

2.3 三类：服务器故障、单一终端软、硬件损坏造成的信息系统故障。

3. 组织机构及职责

3.1 应急组织体系

3.1.1 应急管理领导小组

组 长：谢传革 苏中华

副组长：李 武 张跃兵 辛 建 范甲兵

成 员：王 彬 侯秀梅 刘 淼 张胜利 王贵山 张玉强 郭 勇 侯 峰

付 强

文件名称	信息系统突发事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-008	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/5

职 责：负责重大信息系统突发事件的协调管理以及事后恢复与重建等工作。

3.1.2 应急技术小组

组 长：郭勇

成 员：信息部、总务基建部、财务部相关工作人员

职 责：负责重大信息突发事件中技术问题的处理，以及受突发事件影响的相关业务工作恢复和善后。

4. 处置程序

4.1 事件先期处置和报告

4.1.1 应用人员发现信息系统故障，应及时报告信息部。

4.1.2 一类、二类性质的故障，信息部负责人应第一时间上报应急管理小组组长，在应急管理小组组长的领导指示下开展“应急预案”。

4.1.3 三类性质的故障，信息部负责人立即组织技术人员进行处理，并于事后进行汇报。

4.2 处理措施

4.2.1 一类故障由信息部主任上报应急管理小组组长，并根据小组组长的指示，立即组织有关人员开展应急工作，具体如下：

4.2.1.1 信息部主任上报应急管理小组组长。

4.2.1.2 根据应急管理小组组长的指示开展应急工作。

4.2.1.3 患者无需挂号，分诊台维持现场秩序，引到患者有序排队就诊。

4.2.1.4 门诊医生直接登录门诊应急工作站程序，手动录入患者信息，开立应急处方或者申请单。

4.2.1.5 患者持处方或申请单，到收款处进行缴费，收款处使用应急 POS 机或现金方式进行收费，收费后盖章确认。

4.2.1.6 药房留存患者盖章后的处方，为患者发药。

4.2.1.7 医技科室留存患者盖章后的申请单，为患者执行检查、治疗。

4.2.1.8 网络恢复后，相关科室补录数据，恢复数据的完整性。

4.2.2 二类故障由信息部主任上报应急管理小组组长，并立即联系总务基建部进行电力恢复情况确认。根据应急管理小组组长指示开展应急工作，具体如下：

4.2.2.1 信息部主任上报应急管理小组组长。

4.2.2.2 根据应急管理小组组长的指示开展应急工作。

4.2.2.3 信息部定期更新应急笔记本上的价目表，为门诊医生提供笔记本、门诊应急工作站程序、UPS 不间断电源、打印机。

文件名称	信息系统突发事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-008	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/5

- 4.2.2.4 患者无需挂号，分诊台维持现场秩序，引到患者有序排队就诊。
- 4.2.2.5 门诊医生利用应急笔记本、门诊应急工作站程序，开立应急开处方或申请单。
- 4.2.2.6 患者持处方或申请单，到收款处进行缴费，收款处使用应急 POS 机或现金方式进行收费，收费后盖章确认。
- 4.2.2.7 药房留存患者盖章后的处方，为患者发药。
- 4.2.2.8 网络恢复后，相关科室补录数据，恢复数据的完整性。
- 4.2.3 三类故障由信息部工作人员解决，处置后信息部负责人根据事件严重程度向应急管理小组组长汇报。
- 4.2.3.1 使用科室反馈具体问题到信息部。
- 4.2.3.2 信息部工作人员迅速记录问题，并根据问题的严重程度向信息部负责人汇报，在科主任的组织下快速修复相关硬、软件，或替换相关硬、软件。
- 4.2.3.3 问题解决后，信息部第一时间通知使用科室。
- 4.2.3.4 事后信息部对记录的重要问题进行梳理、分析、总结，找出问题深层次的原因，并根据问题原因优化原工作流程。
- 4.2.3.5 原工作流程发生改变后，信息部通知相关使用科室，必要情况下，书写操作手册，组织培训。
- 4.3 一般要求
- 4.3.1 信息部平时应备好应急笔记本电脑、UPS 电源等。
- 4.3.2 应用部门在故障产生后窗口放置“网络故障”告示牌，并做好解释和疏导工作；部门负责人及时到现场组织协调工作。
- 4.3.3 门诊应急处理机制
- 4.3.3.1 分诊台引导患者有序排队，进行就诊。
- 4.3.3.2 门诊医生使用门诊应急工作站程序登记患者信息，开具处方、申请单。
- 4.3.3.3 收费处在应急期间，凭应急处方或申请单，做好人工收费工作。
- 4.3.3.4 门诊药房在应急期间，凭盖章后的应急处方，做好发药工作，并留存应急处方。
- 4.3.3.5 医技科室在应急期间，凭盖章后的申请单，做好检验、检查、治疗工作，并留存盖章后的申请单。
- 4.3.3.6 医教部、信息部于事后组织相关科室录入数据，恢复数据的完整性。
- 4.3.4 住院应急处理机制
- 4.3.4.1 新入院患者，科室先接收进行治疗，并留下患者的入院信息。等系统恢复正常后，再由科室代办入院手续。
- 4.3.4.2 住院患者所急需的药品先从住院药房办理借药，药房保留好借条。待系统恢复正常后，再从信息系统中按正常流程处理。

文件名称	信息系统突发事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-008	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/5

4.3.4.3 住院处暂停办理出院手续，对需出院的患者，科室做好解释工作，并登记下联系方式，待系统恢复正常后，再通知前来办理出院。

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

符合下列条件的，既满足应急终止条件：

信息系统突发事件处置基本完成，次生、衍生灾害基本消除，风险得到控制，应急处置工作即告结束。

5.2 应急终止程序

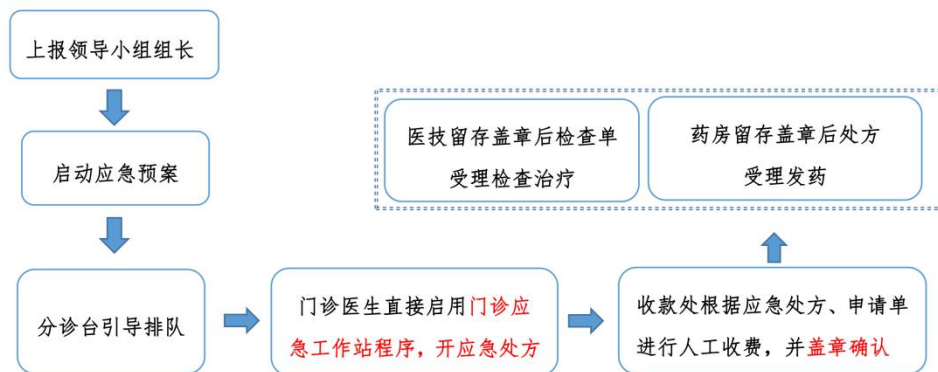
故障排除后，信息部及时通知各科室网络已恢复。信息系统故障期间产生的数据和记录，各科室在故障排除后及时补录、传送，信息部及时导入数据库，恢复数据完整性。

6. 附件

6.1 信息系统应急处理流程

信息系统突发事件应急预案

一类：供电正常，因为网络线路损坏、网络设备损坏等造成的网络瘫痪。



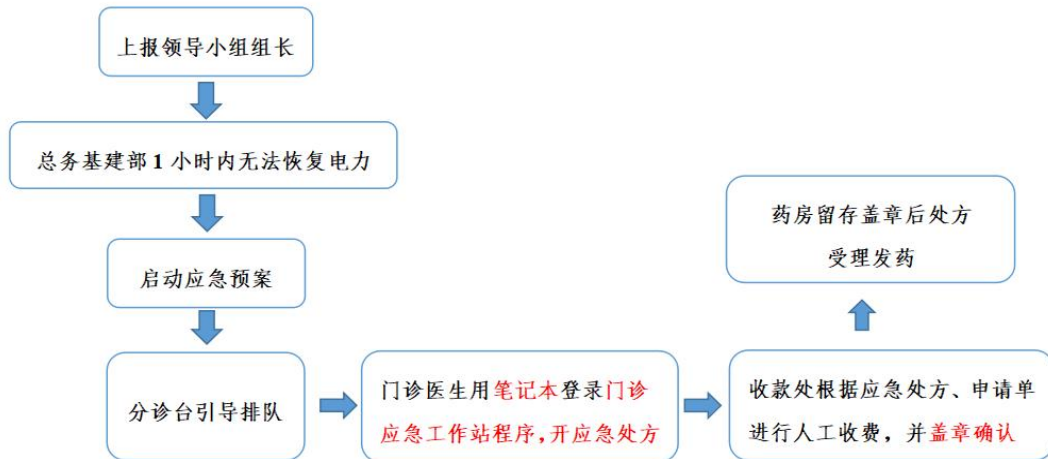
1、门诊诊室：由信息部提前在门诊诊室电脑上部署门诊应急工作站。

2、收款处紧急预案清单：收款处使用应急 POS 机或现金进行收费。

文件名称	信息系统突发事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-008	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/5

信息系统突发事件应急预案

二类：停电造成的网络瘫痪

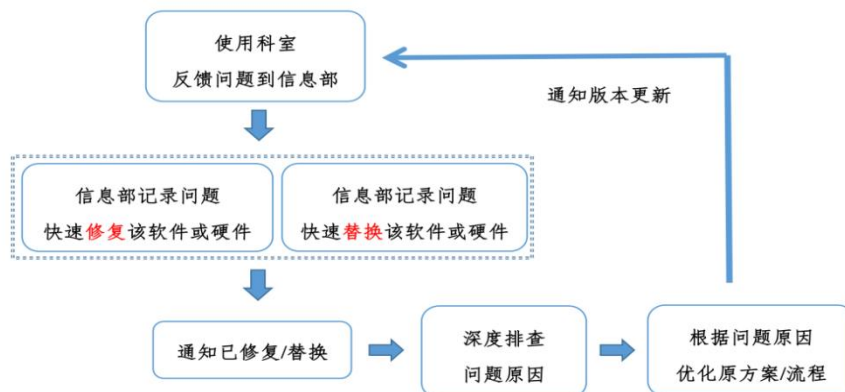


1、**门诊诊室紧急预案清单**：信息部提供部署了门诊应急工作站（已更新当日最新价目表）的笔记本、不间断电源（UPS）、打印机，用于门诊诊室应急开处方和处方打印。

2、**收款处紧急预案清单**：收款处使用应急 POS 机或现金进行收费。

信息系统突发事件应急预案

三类：服务器故障、单一终端软、硬件损坏造成的信息系统故障。



文件名称	辐射事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-09	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/4

辐射事件应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为保障医院辐射环境安全，控制或减缓辐射事件可能造成的危害，保障公众健康，提高各科室应对辐射事件的应急处置能力，特制定本预案。

1.2 编制依据

本预案编制依据《中华人民共和国环境保护法》《中华人民共和国放射性污染防治法》《放射性同位素与射线装置安全和防治条例》《放射诊疗管理规定》《山东省辐射污染防治条例》等规定。

1.3 适用范围

本预案适用于伽玛刀治疗科在放疗工作中放射源的丢失、失控、被盗以及火灾、地震等造成放射性污染导致人员受到意外照射的辐射事件。

1.4 工作原则

统一指挥，快速反应；各司其职，密切协作；保障重点，高效处置。

2. 医院辐射事件风险分析

2.1 人员因素分析

山东省戴庄医院为人员密集型场所，病陪人普遍缺乏放射防护知识，伽玛刀治疗科就诊患者为脑器质性疾病患者，一旦发生辐射事件时，自救能力较弱，易造成重大安全事故。

2.2 辐射事件高危部位分析

医院伽玛刀设备使用的钴60为I类放射源，一旦发生电器类火灾、地震等，威胁到钴源的安全，可能引发辐射事件。再者放射源的卡、堵、脱落或传输系统故障使放射源不能收回，放射源失控，甚至泄露，即可威胁人身安全。防护门出现故障或关闭不严密也可能引发辐射事件。

3. 辐射事件应急组织机构及职责

3.1 辐射事件应急领导小组

组 长：张跃兵

组 员：刘 琨 张 祥 张玉强 王 彬 陈福建 侯秀梅 付 强

3.2 辐射事件应急处理小组

小组成员由伽玛刀治疗科工作人员组成，组织、开展辐射事件的现场应急处理救援工作，组成人员如下：

组 长：刘 琨

文件名称	辐射事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-09	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/4

成员：刘 森 郭延勇 马现文 李 曼

3.3 应急处理小组职责

- 3.3.1 定期组织对伽玛刀治疗场所、设备和人员进行辐射防护情况自查和监测，发现事故隐患及时上报。
- 3.3.2 发生伽玛刀机械失控，或退床时机器屏蔽门不关闭，人员受超剂量照射事故，启动本预案。
- 3.3.3 事故发生后立即进行辐射性事故应急处理。
- 3.3.4 辐射事件当事人负责向组长汇报，组长负责向医院安全监督管理办公室、医教部、保卫部、医疗设备部等部门及时报告相关信息，情况紧急时当事人亦可直接向上述部门报告。
- 3.3.5 参与辐射事件应急处理具体方案的研究确定和实施工作。
- 3.3.6 负责组织控制区内人员的撤离工作，并及时控制事故影响，防止事故的扩大蔓延。
- 3.3.7 以模拟辐射事件应急响应形式进行应急演练，对应急响应中各项具体操作技能进行练习，发现不足，及时改进。
- 3.3.8 保持随时具备应有的应急响应能力，做到应急响应的人力、物力与日常工作积极兼容，对用于应急响应的设备、器材和用品经常进行检查和维护。
- 3.3.9 以适当的方式向公众积极宣传辐射应用、辐射危害、辐射防护、辐射事件应急等方面的知识，提高公众对辐射知识的认识，消除对核辐射的恐怖。

4. 应急响应启动

医院伽玛刀治疗科所用放射源为钴 60，按《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》规定，一旦发生放射源丢失、被盗、失控等事故，将是较大以上辐射事件。

4.1 应急响应措施、处置程序

4.1.1 放射源事故报告、调查和处理程序

- 4.1.1.1 现场工作人员确认已发生放射源事故后，立刻向科室主任（组长）报告；
- 4.1.1.2 科室在确认放射源事故后的 15 分钟内，向医院安全监督管理办公室、医教部、保卫部及医疗设备部报告；
- 4.1.1.3 最迟在事故发生后的 2 小时内，医院向卫健委、生态环境局及公安局报告；
- 4.1.1.4 任何人不得故意破坏现场、毁灭证据；不得隐瞒事故，不得拖延不报或者谎报；
- 4.1.1.5 发生放射源事故后，由辐射事件应急领导小组统一指挥调查、处理工作；
- 4.1.1.6 积极配合环保、公安、卫健部门的调查分析处理。

4.1.2 通用措施

- 4.1.2.1 发生放射源事故时，当事人应立即组织所有现场的患者、陪人及工作人员撤离到安全区域，封锁事故区域。现场设立警示标志并由专人管制，禁止人员进入。同时按放射源事故报告、调查和处理程序进行报告；

文件名称	辐射事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-09	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/4

- 4.1.2.2 由伽玛刀治疗科、医疗设备部组织专业人员，经安全和技术交底后实施事故处理方案，保卫部负责事故处理过程的现场监护，监督执行应急任务的放射工作人员佩戴防护用品和限时工作；
- 4.1.2.3 伽玛刀治疗科现场工作人员迅速用仪器测定事故现场的辐射强度及污染范围和污染程度，根据测量结果划定事故警戒区域。保卫部派专人24小时管制，污染现场未达到安全水平不得解除封锁；
- 4.1.2.4 事故处理中，伽玛刀治疗科指定一人要及时记录下现场辐射强度、事故处理人员的有关情况，以便对相关人员的辐射剂量进行估算及进行善后的医学处理；
- 4.1.2.5 医教部负责对可能辐射伤害人员，立即组织进行检查并采取救治措施；
- 4.1.2.6 按要求启动事故调查分析处理程序。由公安、卫健部门调查处理。

4.1.3 放射源丢失、被盗应急处理

- 4.1.3.1 首先通过视频监控，查明放射源丢失、被盗是否人为偷盗；
- 4.1.3.2 若发现系人为偷盗，按方案组织专业人员，穿戴铅服等防护用品，用辐射监测仪在工作场所搜寻；
- 4.1.3.3 若在现场发现丢失的放射源，应警戒后，通知生产厂家——玛西普医学科技发展有限公司迅速处理；
- 4.1.3.4 若在现场搜寻不到丢失的放射源，按事故报告调查分析处理程序报公安、环保、卫健部门。

4.1.4 放射源的卡、堵、脱落或传输系统故障使放射源不能收回应急措施

- 4.1.4.1 当电脑全自动控制系统失效，放射源不能回位时，应采用辅助手动操作系统，摇动手柄将放射源回位、关闭机器屏蔽门；
- 4.1.4.2 当手动操作系统失效，如摇把失效、传输软轴卡死或摇断等，使放射源不能回位时，则应拆开手动控制装置，采用手拉或老虎钳拽拉传输软轴的方法，将放射源收回；
- 4.1.4.3 任何情况下，均不允许用手或身体其它部位接触放射源进行事故处理；
- 4.1.4.4 事故在医院范围内无法排除时，应电动或手摇关闭机房铅门后，立即联系玛西普医学科技发展有限公司或其他有能力的机构协助解决。期间无关人员应尽快撤离事故现场到机房外安全区域。

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

各项应急救援行动结束后，确认现场所有人员已全部撤离；放射源回收密封，辐射事件已排除，不会出现危及周边人身、财产、环境安全的情况。

5.2 应急终止程序

辐射事件应急处理小组提出救援终止建议，报领导小组组长或上级主管部门批准，由领导小

文件名称	辐射事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-09	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/4

组组长发布应急结束命令。

6. 应急保障

6.1 应急通讯

各有关部门联系方式如下：

安全生产监督管理办公室：3165656

医教部：3165685

医疗设备部：3165624、3165829

保卫部：3165110

6.2 应急物资

防辐射铅服 5 套，防护帽 5 个，防护手套 5 个，防护眼镜 5 个，个人剂量仪 3 个，智能化辐射仪 1 个，在线 γ 辐射安全报警仪 1 个。

6.3 人员培训

6.3.1 放射工作人员经培训取得环保部门“核技术利用辐射安全与防护考核合格证”、卫健部门“放射工作人员证”及“医用设备使用人员业务能力考评合格证”；

6.3.2 定期组织伽玛刀治疗科全体工作人员学习放射防护知识及应急方案。

6.4 应急演练

根据工作需要，定期组织应急演练；应急物资设备每月检查一次，确保可靠；医院医疗设备部、医教部和伽玛刀治疗科分别负责应急演练的资源保证、实施及安全技术，并会同保卫部对演练绩效实施评审，针对应急演练中发现的问题，督促整改，对预案的不足进行改进。

7. 放射源存放地址

山东省济宁市任城区济戴路 1 号山东省戴庄医院伽玛刀治疗科

联系人及电话：刘琨、刘森、郭延勇、李曼（0537-3165566）

文件名称	化学危险品事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-010	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/7

化学危险品事件应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为积极应对可能发生的危险化学品事故，快速、有效地组织和实施救援。防备事故蔓延、扩大，最大限度地减少人员伤亡、财产损失、保护环境，维护工作人员和患者生命安全，结合工作实际，特制定本预案。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国突发事件应对法》《中华人民共和国安全生产法》《环境保护法》《国家安全生产事故灾难应急预案》《危险化学品安全管理条例》《危险化学品事故应急救援预案编制导则》《实验室生物安全通用要求》等法律法规及相关文件拟订本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于医院内所有危险化学品事故的应急处置。

1.4 工作原则

贯彻“安全第一，预防为主”的方针，遵循“统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速反应，措施果断”的原则，尽快处置实验室危险化学品事故，确保实验室正常医疗工作和生活秩序。

2. 危险化学品事故风险分析

医学检验科因工作需要，目前现有危化品种类包括：甲醇、（无水）乙醇、（正）戊烷、浓硝酸、冰乙酸、乙炔、氯气，存在以下可能造成不良事故的风险：

2.1 工作人员操作不当引发的危险化学品事故。

2.2 运输过程中出现的危险化学品事故。

2.3 贮存不当引发的危险化学品事故。

2.4 处置不当引发的危险化学品事故。

具体体现为危险化学品的泄露以及造成的爆炸和火灾进而引起的财产损失和人员伤亡。

3. 组织机构及职责

3.1 应急组织体系

组 长：高 鹏

副组长：刘太秀

成 员：科室全体人员

职 责：

组长职责：实验室管理制度和应急预案的编制与审核，实验室危化品管理与授权管理人。实

文件名称	化学危险品事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-010	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/7

实验室化学危险品安全事故发生时，决策指挥，调动科室人员，积极有效及时处置。对事故进行原因分析，总结经验教训。

成员职责：化学危险品安全事故发生后立即启动应急预案，上报科主任和保卫部，同时按相应处理的技术规范，采取有效措施控制事故，减少人员伤亡和财产损失，协助调查原因。

4. 处置程序

4.1 预防措施：

- 4.1.1 加强实验室标准化建设，对实验室设备的配置、个人防护和实验室安全行为应按《实验室生物安全通用要求》执行。
- 4.1.2 化学危险品定点保险柜存放，实行双人双锁保管，严格监督管理。
- 4.1.3 增强工作人员安全意识，消除安全隐患。实验室工作人员应严格按照操作规程和技术规范开展工作。
- 4.1.4 建立有效地预警机制，为各种化学危险品建立档案和使用记录，填写准确、及时。
- 4.1.5 建立科室工作人员健康档案，定期体检，发现与实验室安全事故有关的人员伤亡立即报告，及时救治。
- 4.1.6 定期开展自查，做到早报告、早隔离、早处置，发现安全隐患，发出预警通报，及时整改。

4.2 化学危险品溢出与暴露的应急预案

发生化学危险品安全事故，值班人员应立即启动应急预案，上报科主任和保卫部，报告的内容包括：事故发生的时间、地点，化学危险品的种类、数量，事故类型（火灾、爆炸、有毒物质的大量泄漏等），周边情况，需要支持的人员、设置、器材、交通路线、联络电话、联络人姓名等，成立应急救援指挥部。

4.2.1 专业救援队伍到达现场前：

采取必要的个人防护及指导他人进行安全防护；危险品意外事故污染区域设置明显警戒标志，禁止无关人员进入，防止其他人员中毒或受到损害；将污染区人员迅速撤离现场，转移到上风或侧上风方向空气无污染地区，立即脱去被污染者的服装，皮肤被污染者，用流动清水或肥皂水彻底冲洗，眼睛被污染者，用大量流动清水彻底清洗；对呼吸心搏停止者，应立即进行人工呼吸和心脏按压，采取心肺复苏措施，并立即联系急诊科医护人员进行救护。如造成火灾立即启动灭火和疏散应急预案。

4.2.2 专业救援队伍（保卫部）到达现场后：

交接指挥权，听从专业人员安排采取正确的救援方式；事故处置完毕后，配合医院危险品管理小组做好事故原因的调查，并做好整改及总结分析。

4.3 具体处置措施

文件名称	化学危险品事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-010	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/7

4.3.1 泄漏

- 4.3.1.1 疏散无关人员，隔离泄漏污染区。
- 4.3.1.2 警告附近人员不要接近，并设立警示牌。
- 4.3.1.3 切断电源、火源（若易燃泄漏，则必须切断污染区的点火源）。
- 4.3.1.4 急救伤员。
- 4.3.1.5 穿上必要的防护用品（如手套、防毒口罩、眼罩）。
- 4.3.1.6 处理泄漏（泄漏场所通风——堵漏或更换容器——清理泄漏液——用清水清洗地面）。

4.3.2 身体意外接触伤害

- 4.3.2.1 根据受伤人员的状况决定是否拨打 120 急救电话。
- 4.3.2.2 迅速将伤者移至空气新鲜处，松开衣领和腰带，保持呼吸顺畅。
- 4.3.2.3 如呼吸心跳停止，应立即进行人工呼吸（注意：氰化物中毒不要进行口对口人工呼吸）。
- 4.3.2.4 皮肤接触时经皮肤吸收引起中毒时应迅速脱去被污染的衣服，立即用清水冲洗或者用肥皂水彻底冲洗，冲洗时间不少于 15 分钟。
- 4.3.2.5 眼睛污染，应使用洗眼器，用清水彻底清洗不少于 15 分钟，冲洗时应提起眼帘，边冲洗边转动眼球。
- 4.3.2.6 经口中毒者，要立即刺激催吐、反复洗胃，洗胃时要注意吸附、微酸和微碱中和、水溶性和脂溶性以保护胃黏膜。
- 4.3.2.7 中毒严重者迅速送转院治疗。

4.3.3 爆炸或火灾

立即启动灭火和疏散应急预案。

注意事项：

4.3.3.1 碱类灼伤：

- 4.3.3.1.1 皮肤：应立刻用洗眼器大量水冲刷至碱性物质基本消失为止，再用 1%~2%醋酸或 3%硼酸溶液进一步冲刷。
- 4.3.3.1.2 眼睛：被碱灼伤时应先用洗眼器流水冲刷，再选择适合的中和药物如 2%~3%硼酸溶液大量冲刷，特别要注意穹窿部要冲刷彻底。

4.3.3.2 酸类灼伤：

一般酸灼伤：皮肤被一般酸灼伤后立刻用大量流动清水冲刷。彻底冲刷后可用 2%~5%的碳酸氢钠溶液、淡石灰水或肥皂水进行中和，切忌未经大量流水彻底冲刷就用碱性药物在皮肤上直接中和，这样会加重皮肤的损伤。

浓硫酸灼伤：皮肤被浓硫酸沾污时切忌先用水冲刷，免得硫酸水合时强烈放热而加

文件名称	化学危险品事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-010	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/7

重伤势，应先用干抹布吸去浓硫酸，然后再用清水冲刷。

眼灼伤：强酸溅入眼内，用洗眼器流水冲刷，冲刷时应拉开上下眼睑，使酸不至于留存眼内和下穹窿中，立刻送眼科治疗。

4.4 化学危险品危害及具体处理措施

4.4.1 甲醇、（无水）乙醇

4.4.1.1 特性：易燃

4.4.1.2 危害

4.4.1.2.1 身体危害：对中枢神经系统有麻醉作用；对视神经和视网膜有特殊选择作用，引起病变；可致代谢性酸中毒。

4.4.1.2.2 急性中毒：短时大量吸入出现轻度眼上呼吸道刺激症状（口服有胃肠道刺激症状）；经一段时间潜伏期后出现头痛、头晕、乏力、眩晕、酒醉感、意识朦胧、谵妄，甚至昏迷。视神经及视网膜病变，可有视物模糊、复视等，重者失明。代谢性酸中毒时出现二氧化碳结合力下降、呼吸加速等。

4.4.1.2.3 慢性影响：神经衰弱综合征，植物神经功能失调，粘膜刺激，视力减退等。皮肤出现脱脂、皮炎等。

4.4.1.3 急救措施

4.4.1.3.1 皮肤接触：脱去污染的衣着，用肥皂水和清水彻底冲洗皮肤。

4.4.1.3.2 眼睛接触：提起眼睑，用流动清水或生理盐水冲洗，就医。

4.4.1.3.3 吸入：迅速脱离现场至空气新鲜处。保持呼吸道通畅。如呼吸困难，给予输氧。如呼吸停止，立即进行人工呼吸，就医。

4.4.1.3.4 食入：饮足量温水，催吐或用清水或1%硫代硫酸钠溶液洗胃，就医。

4.4.1.4 处置措施

着火时，切断火源，用砂土或其它不燃材料吸附或吸收，也可以用大量水冲洗，洗水稀释后放入废水系统。

4.4.2 （正）戊烷

4.4.2.1 特性：易燃

4.4.2.2 危害

高浓度可引起眼与呼吸道粘膜轻度刺激症状和麻醉状态，甚至意识丧失。慢性作用为眼和呼吸道的轻度刺激。可引起轻度皮炎。

4.4.2.3 急救措施

4.4.2.3.1 皮肤接触：脱去被污染的衣着，用肥皂水和清水彻底冲洗皮肤。

4.4.2.3.2 眼睛接触：提起眼睑，用流动清水或生理盐水冲洗。就医。

4.4.2.3.3 吸入：迅速脱离现场至空气新鲜处。保持呼吸道通畅。如呼吸困难，给予输氧。

文件名称	化学危险品事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-010	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/7

如呼吸停止，立即进行人工呼吸，就医。

4.4.2.3.4 食入：饮足量温水，催吐，就医。

4.4.2.4 处置措施

着火时，切断火源，用泡沫、干粉、二氧化碳、砂土灭火。用水灭火无效。

4.4.3 浓硝酸

4.4.3.1 特性：强腐蚀性、强氧化性；助燃，与可燃物混合会发生爆炸

4.4.3.2 危害

吸入硝酸气雾产生呼吸道刺激作用，可引起急性肺水肿。口服引起腹部剧痛，严重胃穿孔、腹膜炎、喉痉挛、肾损害、休克以及窒息。眼和皮肤接触引起灼伤。长期接触可引起牙齿酸蚀症。

4.4.3.3 急救措施

4.4.3.3.1 皮肤接触：立即脱去污染的衣物，用大量流动清水冲洗 20-30 分钟，如有不适感，就医。

4.4.3.3.2 吸入：尽快撤离到空气新鲜处，有呼吸道刺激症状者应吸氧。呼吸、心跳停止，立即进行心肺复苏术，就医。

4.4.3.3.3 眼睛接触：张开眼睑用大量清水或生理盐水彻底冲洗。如有不适，就医。

4.4.3.3.4 食入：用水漱口，给饮牛奶或蛋清，就医。

4.4.3.4 处置措施

发生小量泄漏时，用干燥的砂土或其他不燃材料覆盖泄漏物。

4.4.4 冰乙酸

4.4.4.1 特性

闪点（℃）：39

爆炸极限（%）：4.0~17

静电作用：可能有聚合危害

燃烧性：自燃温度：463℃

危险特性：能与氧化剂发生强烈反应，与氢氧化钠与氢氧化钾等反应剧烈。稀释后对金属有腐蚀性。

浓度较高的乙酸具有腐蚀性，能导致皮肤烧伤，眼睛永久失明以及黏膜发炎，因此需要适当的防护。上述烧伤或水泡不一定马上出现，大部分情况是暴露后几个小时出现。乳胶手套不能起到保护作用，所以在处理乙酸的时候应该带上特制的手套，例如丁腈橡胶手套。浓缩乙酸在实验室中燃烧比较困难，但是当环境温度达到 39℃ (102°F) 的时候，它便具有可燃的威胁，在此温度以上，乙酸可与空气混合爆炸（爆炸极限 4%~17% 体积浓度）

文件名称	化学危险品事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-010	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	6/7

因为强烈的刺激性气味及腐蚀性蒸汽，操作浓度超过 25%的乙酸要在眼罩下进行。稀乙酸溶液，例如醋，是无害的。然而，摄入高浓度的乙酸溶液是有害人及动物健康的。

4.4.4.2 泄漏处理

切断火源，穿戴好防护眼镜、防毒面具和耐酸工作服，用大量水冲洗溢漏物，使之流入航道，被很快稀释，从而减少对人体的危害。

4.4.4.3 乙酸灭火方法

用雾状水、干粉、抗醇泡沫、二氧化碳、灭火。用水保持火场中容器冷却。用雾状水驱散蒸气，赶走泄漏液体，使稀释成为不燃性混合物。并用水喷淋去堵漏的人员。

4.4.4.4 乙酸急救

皮肤接触：皮肤接触先用水冲洗，再用肥皂彻底洗涤。

眼睛接触：眼睛受刺激用水冲洗，再用干布拭擦，严重的须送医院诊治。

吸入：若吸入蒸气得使患者脱离污染区，安置休息并保暖。

食入：误服立即漱口，给予催吐剂催吐，急送医院诊治。

4.4.4.5 乙酸防护措施

呼吸系统防护：空气中深度浓度超标时，应佩戴防毒面具。

眼睛防护：戴化学安全防护眼镜。

手防护：戴橡皮手套。

其它：工作后，淋浴更衣，不要将工作服带入生活区。

4.4.5 乙炔

4.4.5.1 特性：易燃

4.4.5.2 应急措施：

4.4.5.2.1 消除所有点火源。根据气体的影响区域划定警戒区，无关人员从侧风、上风向撤离至安全区。建议应急处理人员戴正压自给式空气呼吸器，穿防静电服。作业时使用的设备应接地。禁止接触或跨越泄漏物。尽可能切断泄漏源。若可能翻转容器，使之逸出气体而非液体。喷雾状水抑制蒸气或改变蒸气云流向，避免水流接触泄漏物。如有可能，将残余气或漏出气用排风机送至水洗塔或与塔相连的通风橱内。禁止用水直接冲击泄漏物或泄漏源。防止气体通过下水道、通风系统和密闭性空间扩散。隔离泄漏区直至气体散尽。作为一项紧急预防措施，泄漏隔离距离至少为 100m。如果为大量泄漏，下风向的初始疏散距离应至少为 800m。

4.4.5.2.2 吸入：迅速脱离现场至空气新鲜处。保持呼吸道通畅。如呼吸困难，给氧。如呼吸停止，立即进行人工呼吸。就医。

文件名称	化学危险品事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-010	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	7/7

4.4.5.2.3 切断气源。若不能切断气源，则不允许熄灭泄漏处的火焰。喷水冷却容器，尽可能将容器从火场移至空旷处。灭火剂：雾状水、泡沫、二氧化碳、干粉。

4.4.6 氩气

4.4.6.1 特性：惰性气体

4.4.6.2 应急措施：

4.4.6.2.1 贮罐泄漏：正常情况下，安全阀在超压情况下会启跳。当管线压力下降到安全阀的回座压力后，可以自动关闭。

4.4.6.2.2 阀门发生泄露时，气体室工作人员应立即关闭贮罐阀门及相连的工艺管道阀门。关闭阀门时须按安全操作规程佩带个人防护用品。如阀门关闭不上，应立即组织现场所有人员撤离后，即时通知相关人员。

4.4.6.2.3 如贮体或管路发生泄漏，气体室工作人员应立即组织现场所有人员撤离后，即时通知供应商到现场处理，并通知相关人员。

4.4.6.2.4 操作人员的皮肤因接触低温液体或低温气体而被冻伤时，应及时将受伤部位放入温水中浸泡或冲洗，切勿干加热。严重的冻伤应迅速送医院就医。如果液氩溅入眼中，需翻开眼睑，用水冲洗，并立即就医。

4.4.6.2.5 发生火灾：如贮罐周围发生火灾，环境温度有可能加速液体汽化时，应用雾状冷却水喷射到贮罐外壳上进行降温，并立即关闭贮罐阀门。发生火灾时，如阀门泄漏，用雾状水保护并关闭阀门，保持现场良好的通风。如有可能用排风扇排风。现场处理人员应处在上风向，其余人员必须撤离氩气泄露波及区域。

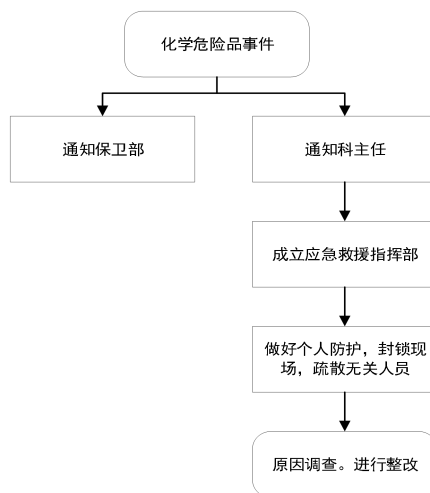
5. 应急终止

应急处置工作结束，现场应急指挥予以终止响应。

6. 总结分析

应急处置（或应急演练）后，要及时对本次事故进行总结分析，整改落实。

7. 化学危险品事件处置流程图



文件名称	急救和生命支持类医学装备应急调配预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-011	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/8

急救和生命支持类医学装备应急调配预案

1. 总则

1.1 编制目的

为有效预防、积极应对急救及生命支持类医学装备突发性公共卫生事件调用或突发故障时的应急调配，建立健全医学装备和意外事件的应急反应机制，最大限度地减少医学装备应急调配事件对患者身体健康和生命安全造成的危害，特制定本预案。

1.2 编制依据

《医疗器械临床使用管理办法》《医疗器械安全管理》（WST654—2019）

1.3 适用范围

本预案适用于急救及生命支持类医学装备突发故障或突发性公共卫生事件应急调配，用于指导应急调配事件的报告、处理、控制、恢复等全过程。

1.4 工作原则

坚持“安全第一，预防为主，加强合作，快速反应，措施果断”的原则。

2. 医院应急调配风险分析

2.1 本院急救及生命支持类设备定义

急救及生命支持类设备：指抢救病人必备的常规医疗设备，包括急救呼吸机、吸氧装置（氧气瓶、流量表、吸氧管）、除颤监护仪、简易呼吸器、电动吸引器、气管插管、电动洗胃机、微量注射泵、心电监护仪等。

2.2 科室配套因素分析

我院为精神专科医院，无外科和手术室，抢救能力较弱，病情复杂时需联系综合医院救治，可能会影响病人抢救。

2.3 现有急救设备分析

现除吸氧装置和简易呼吸器为常规配备、心电监护仪部分配备外，其他急救及生命支持类设备的品牌规格较多影响操作熟练度、使用年限较长可能出现使用故障影响病人抢救。

3. 组织机构及职责

3.1 应急组织体系

成立由院领导、医疗设备部和使用科室三级构成医院医学装备应急调配小组，组成人员如下：

组 长：李 武

成 员：张 祥 杜延涛 袁晓驰 董腾 马淑娅 行政总值班、使用科室、科室负责人和医学装备兼职管理员等人员。

文件名称	急救和生命支持类医学装备应急调配预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-011	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/8

3.2 应急保障小组职责

- 3.2.1 当急救及生命支持类医学装备突发故障或突发性公共卫生事件应急调配时，医院医学装备应急调配小组负责应急调配工作的开展。
- 3.2.2 使用科室作为应急调配首要科室，负责本科室急救及生命支持类设备日常检查和应急调配到位前的紧急抢救、协调以及报修任务。
- 3.2.3 行政总值班落实非工作日时段的应急处理，接到应急调配需求及时通知应急调配小组，并联系相关科室值班人员。
- 3.2.4 医疗设备部接到通知立即组织人员应急调配或启用备用设备，同时进行故障设备抢修。
- 3.2.5 应急调配小组成员应随时保证通讯畅通。

4. 处置程序

4.1 预防预警

- 4.1.1 医护人员应熟知急救及生命支持类医学装备的操作规程并能熟练操作。
- 4.1.2 急救及生命支持类医学装备应相对固定位置，医护人员应知晓放置位置。
- 4.1.3 使用科室每天应做好交接班检查和记录工作：开机自检是否正常、各功能键测试是否正常、附件是否齐全、蓄电池电量是否充足，保证始终处于良好待用状态。若发现故障立即向医疗设备部报修。
- 4.1.4 在使用设备过程中，医护人员应随时观察设备状态是否正常。

4.2 突发性公共卫生事件应急调配

- 4.2.1 突发性公共卫生事件发生时，在医院应急领导小组的统一指挥下，由医疗设备部负责现场急救及生命支持类设备的应急调配。
- 4.2.2 根据事件发生程度，首先启用院内应急储备设备。应急储备设备数量不足时，在全院范围内调配，各使用科室应服从医院统一安排。
- 4.2.3 夜间及节假日发生事件时，急救及生命支持类医学装备在应急小组人员到达前由医院总值班负责院内应急调配。
- 4.2.4 当本院设备不能满足需求时，上报院领导协调后，由医疗设备部负责向其他就近医院联系借调或进行应急采购。

4.3 使用急救及生命支持类医学装备时突发故障

- 4.3.1 操作人员按程序关闭故障设备并与连接的病人脱机。
- 4.3.2 采取紧急替代措施：如简易呼吸器、人工呼吸替代呼吸机，除颤监护仪替代心电监护仪，漏斗洗胃替代电动洗胃机，人工吸痰替代电动吸引器等。
- 4.3.3 采取紧急替代措施后使用科室其他人员应根据相关设备分布图（详见附件2）向就近科室借调使用，及时报告科主任，并通知医疗设备部（联系电话：3165624）或总值班（联系电话：3165656、2030000）。

文件名称	急救和生命支持类医学装备应急调配预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-011	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/8

4.3.4 就近科室接到借调电话的人员为应急调配第一责任人，立即准备应急设备，第一时间将设备送达急救现场。

4.3.5 医疗设备部人员在接到故障报告后，工作时间应在 20 分钟内携带维修工具和备用机到达使用科室；非工作时间应在 40 分钟内携带维修工具和备用机到达使用科室。

4.3.6 医疗设备部人员对故障设备及时进行维修处理。

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

终止条件:各项应急抢救工作结束，被抢救者生理体征稳定或已转运，急救及生命支持类医学装备已更换或使用完毕。

6. 后期处置

使用科室使用完毕后做好清洁消毒工作，及时送回设备借出科室，院外借用的设备由医疗设备部归还。医疗设备部做好应急调配情况、应急流程执行情况的记录和总结，进一步修订完善应急预案和应急流程，做好整改落实工作。

7. 附件

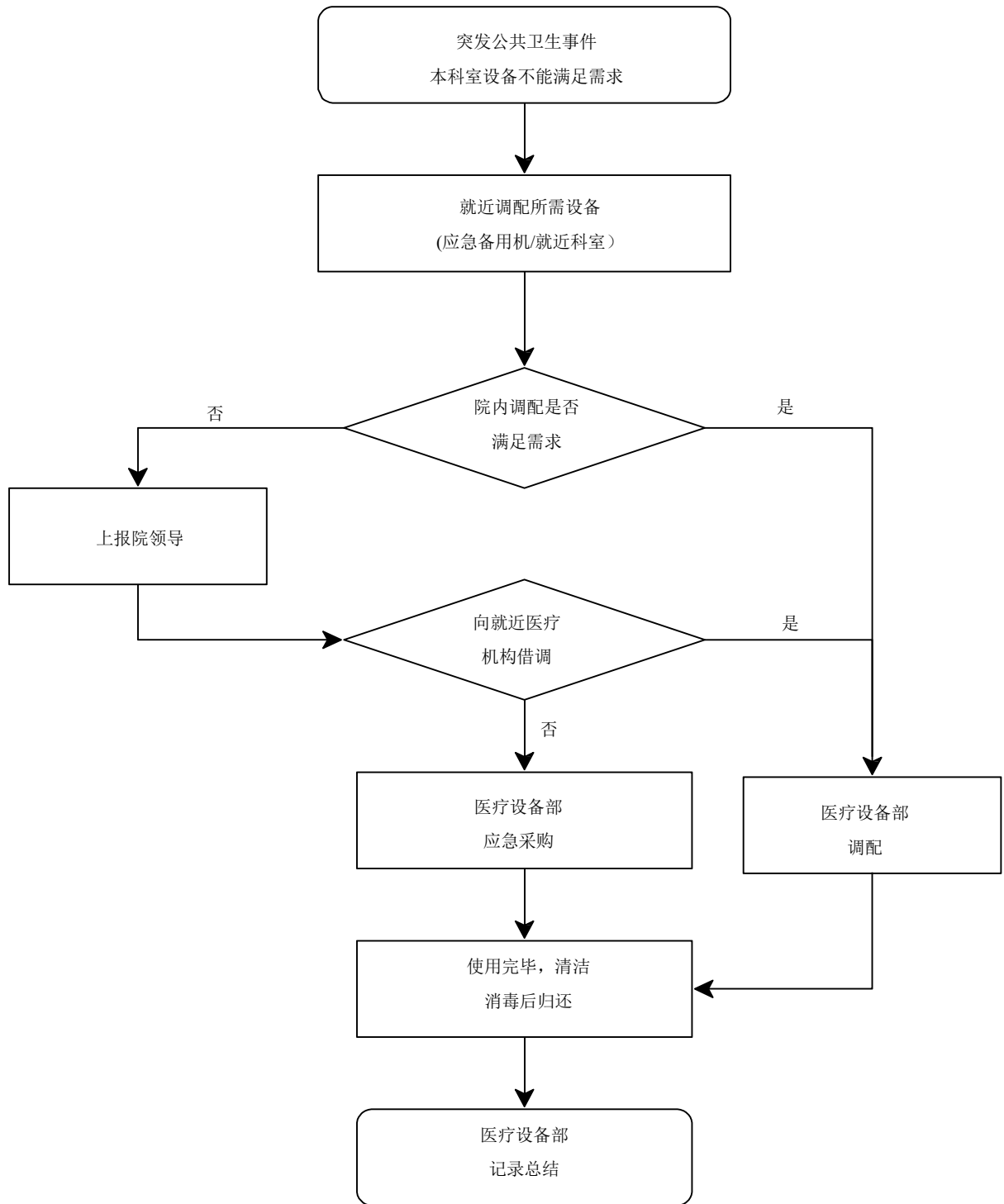
7.1 急救及生命支持类医学装备应急替代调配流程

7.2 医学装备兼职管理员登记表

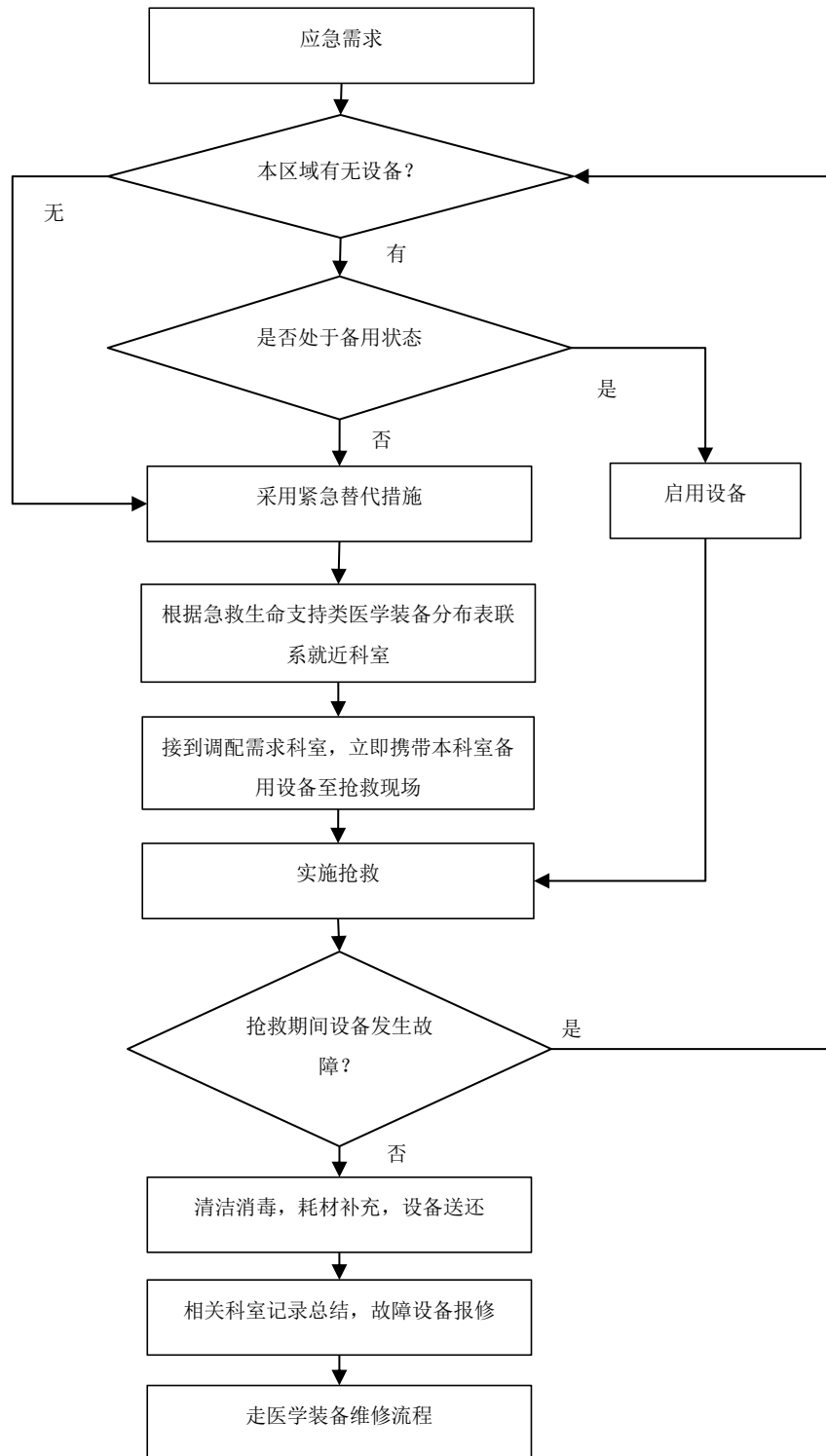
文件名称	急救和生命支持类医学装备应急调配预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-011	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/8

7.1

急救及生命支持类医学装备应急替代调配流程



文件名称	急救和生命支持类医学装备应急调配预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-011	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/8



文件名称	急救和生命支持类医学装备应急调配预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-011	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	6/8

7.2

医学装备兼职管理员登记表

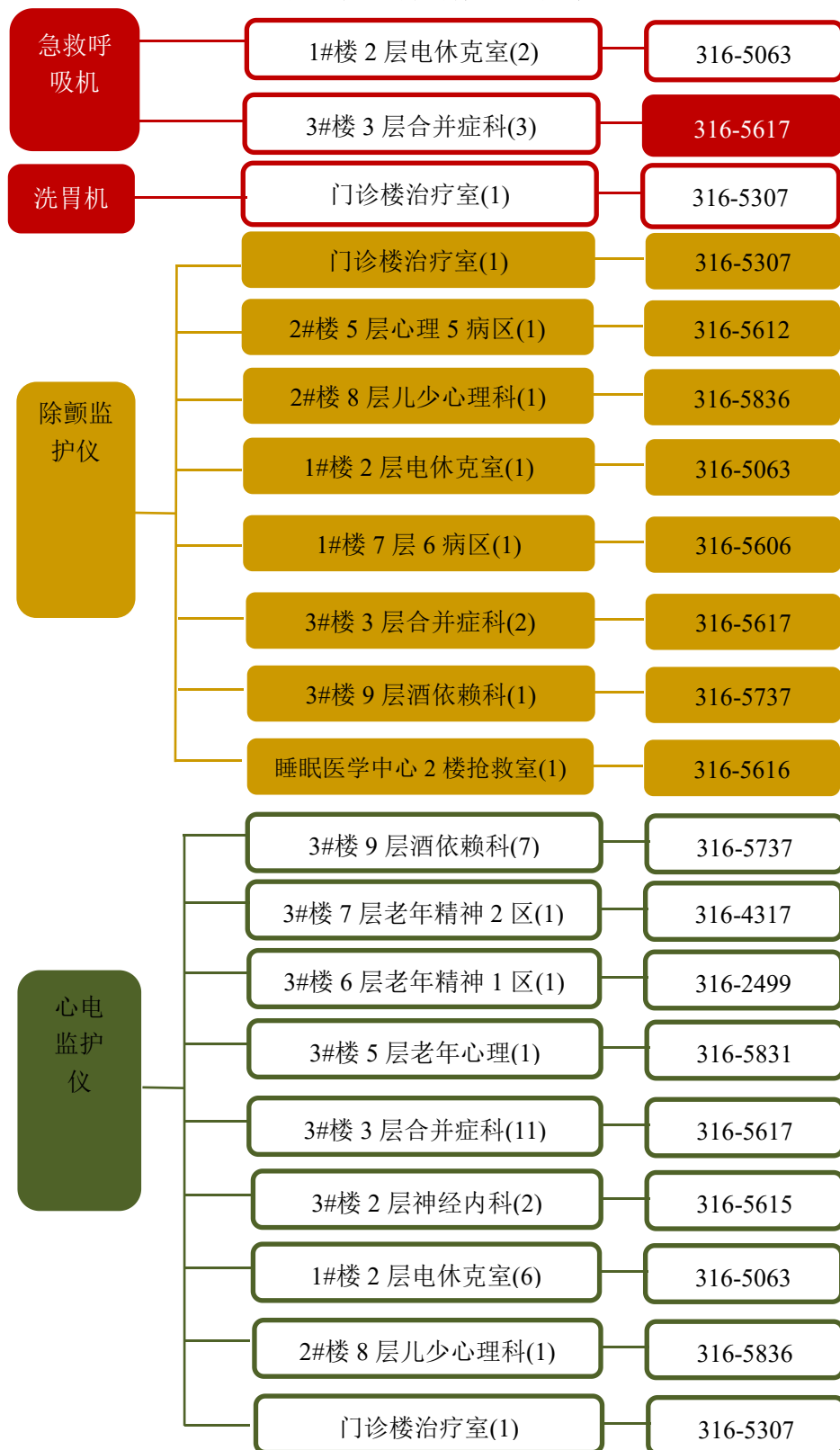
医学装备兼职管理员登记表							
序号	科室	部门	主任或护士长	手机号码	兼职管理员	手机号码	科室电话
1	精神一科	2病区	张艳	13954727239	张福英	13964921906	3165602
		3病区	朱焕焕	13805479556	韩美芳	15953732263	3165603
		心理2	杨大梅	13455597092	孙爱莲	18605475399	3165720
2	精神二科	4病区	王服艳	15864132057	李丽	13355183868	3165604
		5病区	苏同同	15554767008	盛淑平	15854618654	3165605
		心理3	宋瑞芹	13953710039	田素英	13793769343	3165703
3	精神三科	6病区	尹周敏	13953786301	李素平	13465478108	3165606
		7病区	刘燕	15853735821	胡静静	13854778700	3165607
		心理4	马雪	13791735397	杜珊菊	13518656731	3165613
4	精神四科	8病区	姜衍松	13475376477	戴锟	15953707346	3165608
		9病区	司淑萍	15854611503	李秀玲	13793782623	3165609
		心理5	闫非非	15154720322	何莉	15854704132	3165612
5	精神五科	10病区	宣利	13953788115	张仲荣	15953466256	3165610
		11病区	高晓翠	13953772197	张亚男	15963062067	3165611
		心理6	宋光云	15898783688	刘娟美	13515374995	3165092
6	精神六科	12病区	李盼盼	18753700087	钱雪荣	13696370384	3165417
		13病区	郭多	13563725295	许秀宏	13562400172	3165418
		心理7	郝玉荣	15092667296	徐敏	15689755807	3165601
7	老年精神科	心理	王聪聪	18366790319	张静	13793769329	3165831
		1病区	韩开红	13583713344	冯亚会	13583751050	3162499
		2病区	高智利	18366738339	王文霞	15653783200	3164317
8	儿少	1病区	胡春风	18253792826	丁燕	13963761641	3165836
		2病区	王茹	18765370187	薛叶	15106785411	3168187
9	神经内科		张晓艳	13791709006	魏贵明	15653799526	3165615
10	合并症科		杨秀珍	13173177759	盛卫月	13854752140	3165617
11	酒依赖科		周英凡	18753790733	江静	17686117123	3165737
12	戒毒康复		韩道国	15562360999	邵会会	18764796111	3165626
13	睡眠医学科		李珊	15864106135	田杨	15854610492	3165086
14	职业病科		聂斐	13954744766	吴英铎	15853762976	3165959
15	伽玛刀科		刘琨	13791797363	郭延勇	15265760526	3165566
16	医学影像科		陈福建	13562738083	李勇	18369823023	3165659
17	医学检验科		高鹏	13963763968	师征	18953732537	3165578
18	康复科		袁明华	13563718468	高彩凤	15153701256	3165126
19	中医科		袁明华	13563718468	王伟伟	13625475664	3165667

文件名称	急救和生命支持类医学装备应急调配预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-011	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	7/8

医学装备兼职管理员登记表							
序号	科室	部门	主任或护士长	手机号码	兼职管理员	手机号码	科室电话
20	物理治疗科		李坤	19553700077	侯斯文	18853734378	3165802
21	特检科	脑电图	杨鹏	13082638686	山茂青	15864106949	3165662
22		心电图	沈友宝	15953749021	尹怡慷	15963737244	3165653
23	门诊部	治疗室	步辉	13805479556	任燕飞	18963723350	3165120
24	医教部		王中刚	15020778402			3165806
25	精准医学实验室		崔健	13655379322	田菁	13583762739	3165086

文件名称	急救和生命支持类医学装备应急调配预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-011	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	8/8

全院急救生命支持类设备分布表



各临床科室、伽玛刀、电休克室均配备吸氧装置、电动吸引器、简易呼吸器、气管插管一套。同时接到调配通知科室，及时将本科室备用设备送至需求科室

文件名称	实验室生物安全事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-012	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/4

实验室生物安全事件应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为加强病原微生物实验室生物安全管理工作，确保各项试验活动的顺利进行，积极预防和有效应对病原微生物实验室生物安全事件，进一步维护人员的职业安全，有效预防人员在工作中因病原微生物污染造成环境污染，危害患者和工作人员的健康，当发生污染时能有效及时处理，以降低感染传染性疾病的风险，结合实验室实际，制定科学的病原微生物污染应急预案和处置流程，保证工作人员的职业安全，特制定本预案。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国传染病防治法》《病原微生物实验室安全管理条例》《突发公共卫生事件应急条例》《实验室生物安全手册》和《山东省病原微生物实验室生物安全事件应急预案》等相关法律法规的要求编制。

1.3 适用范围

本预案适用于医学检验科、精准医学实验室发生的、与实验室安全相关的、危害科室工作人员健康以及社会公众健康和社会稳定的所有事件。主要包括：

- 1.3.1 病原微生物的实验室污染事件；
- 1.3.2 工作人员受到实验室内有毒病原微生物的感染或侵害；
- 1.3.3 病原微生物被泄漏出实验室事件。
- 1.3.4 由于停电、火灾等不可预测因素所引起的实验室其他污染事件。
- 1.3.5 其他情况引起的实验室安全事件。

当出现以上适用范围中的任意情况，启动本预案。

1.4 工作原则

统一领导、分级负责；预防为主、常抓不懈；专业处置、密切配合；依法办事、科学规范。

2. 医院病原微生物污染风险分析

病原微生物感染性材料在实验室操作、运送、储存等活动中，因违反操作规程或因自然灾害、意外事故、意外丢失等造成人员感染或暴露，和（或）造成感染性材料向实验室外扩散的事件。

3. 组织机构及职责

3.1 实验室生物安全事件应急处理工作小组

组 长：高 鹏

副组长：崔 健 刘太秀

成 员：相关科室全体人员

文件名称	实验室生物安全事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-012	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/4

职 责：

组长职责：负责制定实验室生物安全应急事件预案和人员培训、应急演练、检查督导方案；应急事件突发时，负责启动病原微生物实验室生物安全应急事件预案并指挥、协调应急事件的处置。

成员职责：负责科室病原微生物污染应急处置。分析病原微生物污染发生的原因，查找漏洞环节，进行整改。做好防护、登记上报，并收集、整理、统计相关资料，积极参加院科相关知识的培训。

4. 处置程序

实验室生物安全事件发生后，立即上报应急组组长，启动应急机制。在应急组组长的指挥下，科室所有人员进入应急状态，对突发事件进行确证，评估，采取应急处理措施，控制危害的蔓延。

4.1 综合评估实验室生物安全事件

4.1.1 流行病学调查包括事件发生的原因、接触人员的发病情况、引起疾病流行的可能因素等。

4.1.2 对污染的物品、区域、感染的人员进行采样和检测，对可疑生物进行样本检查，进行病原的分离鉴定，以确定事件的性质与危害。

4.1.3 对污染区及其周围的地区进行卫生监测。对于病原微生物的丢失或被盗事件，应监测生活资源受污染范围和严重程度，现场调查和取证人员应采取适宜的防护措施。

4.2 现场控制措施

4.2.1 根据实验室生物安全事件发生的规模、危害的程度，可能波及的范围，封闭或封锁相关实验室和实验区。

4.2.2 对受到污染实验室等所有场所、物品等进行消毒处理，具体方法参照《消毒技术规范》。

4.3 应急处理程序

4.3.1 实验室如果发生一般病原微生物泼溅或泄漏事故，按生物安全的有关要求，根据病原微生物的抵抗力选择敏感的消毒液进行消毒处理。

4.3.1.1 如果病原微生物泼溅在实验室工作人员皮肤上，立即用75%的酒精或碘伏进行消毒，然后用清水冲洗。

4.3.1.2 如果病原微生物泼溅在实验室工作人员眼内，立即用生理盐水或洗眼液冲洗，然后用清水冲洗。

4.3.1.3 如果病原微生物泼溅在实验室工作人员的衣服、鞋帽上或实验室桌面、地面，立即用2000mg/L有效氯消毒液等进行消毒。

4.3.1.4 如工作人员操作过程中被污染的注射器针刺伤、金属锐器损伤，应立即实行急救。首先用肥皂和清水冲洗伤口，同时挤出伤口的血液（近心端向远心端，边挤边冲），再用消毒液（如75%酒精、2000mg/L次氯酸钠、0.2%-0.5%过氧乙酸、0.5%的碘伏）浸泡或涂抹消毒，并包扎伤口（厌氧微生物感染不包扎伤口）。必要时服用预

文件名称	实验室生物安全事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-012	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/4

防药物，如果发生 HIV 职业暴露时，应在一到两个小时以内服用 HIV 抗病毒药。

4.3.2 实验室发生高致病性病原微生物泄漏、污染时，实验室工作人员应及时向实验室应急管理小组组长报告，立即向医院感染管理部报告，并立即采取以下控制措施，防止高致病性病原微生物扩散。

4.3.2.1 封闭被污染的实验室或者可能造成病原微生物扩散的场所；

4.3.2.2 开展流行病学调查；

4.3.2.3 对病人进行隔离治疗，对相关人员进行医学检查；

4.3.2.4 对密切接触者进行医学观察；

4.3.2.5 进行现场消毒；

4.3.2.6 其他需要采取的预防、控制措施。

4.3.3 出现大量或毒性极大的病原微生物丢失、并有迹象出现严重危害公众健康事件时，立即上报医院感染管理部，感染管理部按照《中华人民共和国传染病防治法》《突发公共卫生事件应急条例》的有关规定。对于病原微生物丢失事件，立即上报公安部门，并与相关部门密切配合，尽快查明下落。对于受到感染侵害的实验室人员，积极与医疗部门协调，提供有关资料，尽早确诊，尽早治疗，把危害降低到最小。

4.4 追踪监测

追踪事件可能波及地区的高暴露人群，开展主动监测工作，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗。

4.5 保障措施

4.5.1 技术保障：加强科学研究，提高科技含金量，强化实验室规范化建设。

4.5.2 人员培训：加强对涉及实验室生物安全的监测与预警、疫情分析评估、流行病学调查、消毒隔离技术等方面的业务培训。加强对实验室业务人员在法制化管理和法律责任方面的培训。

4.5.3 监督检查：建立实验室检查制度，定期自查。

4.5.4 应急演练：应急演练工作每两年不少于 1 次。

5. 应急终止

应急处置工作结束，现场应急指挥予以终止响应：受污染区域得到有效消毒；生物安全事件造成的感染者已妥善治疗、安置；在最长的潜伏期内未出现新的病人和病畜禽；明确丢失病原微生物（毒）种或样本得到控制；经评估确认后应急处置工作结束。

6. 总结分析

应急处置（或应急演练）后，要及时对本次事件进行总结分析。整改落实。

7. 附件

7.1 实验室生物安全事件应急处置流程图

文件名称	实验室生物安全事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-012	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/4

7.1

病原微生物污染应急预案处理流程图



文件名称	食品安全事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-013	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/3

食品安全事件应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

建立健全医院应对食品安全事件的运行机制，有效组织开展食品安全事件的应对工作，保障人员健康与生命安全。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国突发事件应对法》《中华人民共和国食品安全法》《中华人民共和国食品安全法实施条例》等法律法规和《国家突发公共事件总体应急预案》《国家食品安全事件应急预案》等规范性文件制定本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于医院工作区域内发生的食品安全事件的应急处置。

1.4 工作原则

以人为本，减少危害；统一领导，分级负责；科学评估，依法处置；居安思危，预防为主。

2. 医院食品安全风险分析

2.1 食品安全事件具有突发性、广泛性的特点，处置不及时往往导致严重的危害后果。一是因地域性气温影响，在夏秋高温高湿季节（5-10月），易发生食品安全事件；二是在采购、储存、加工、销售等环节因管理不善易出现食物发霉、变质等现象，易引发食品安全事件；三是因个人食品安全意识不强、饮食不合理等，易引发食品安全事件。

2.2 引发食品安全事件的因素主要包括：食源性疾病、食物中毒、食品污染、违反食品安全管理等引发的食品安全问题。

3. 组织机构及职责

3.1 应急组织体系

3.1.1 食品安全事件应急领导小组

组 长：苏中华

副组长：辛 建

成 员：徐传新 侯 峰 高 鹏 王 彬 侯秀梅 张玉强

张俊青 张 祥 付 强 刘 淼 魏红艳

3.1.2 食品安全事件应急工作小组

领导小组下设：现场处置组、医疗救护组、后勤保障组。

3.1.2.1 现场处置组

文件名称	食品安全事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-013	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/3

组 长：徐传新

成 员：高 鹏 刘 淼 付 强 张艳秋 餐厅负责人

职 责：封锁食品销售、加工现场和原材料，做好现场保护；组织专业人员现场采样；向应急领导小组报告，按照有关规定向上级主管部门报告。

3.1.2.2 医疗救护组

组 长：王 彬

成 员：侯秀梅 魏红艳 张俊青 张 祥

职 责：负责组织医护人员紧急救治中毒人员；组织调集紧急救治物品；协调急救中心及医疗机构转运中毒人员。

3.1.2.3 后勤保障组

组 长：李 毅

成 员：张玉强 付 强 齐 鹏 胡广星

职 责：负责储备足够应急食品等物资，与社会第三方签订保供协议，确保医院应急食品货源稳定性，协调院内备用应急食品等的转运和分配等工作。

4. 处置程序

4.1 现场处置

4.1.1 任何人员发现食品安全事件应立即向医教部负责人（内线：3165685、3165686）报告。

4.1.2 医教部第一时间报告应急领导小组，应急领导小组迅速召集各处置小组迅速到达现场。

4.1.3 医疗救护组即刻对中毒人员进行紧急救治，协调急救中心及医疗机构转运中毒人员。

4.1.4 现场处置组立刻召回可能导致食物中毒的食品及原材料，并进行封存。对发生事件的场所采取管控措施。

4.1.5 检验人员对中毒人员的呕吐物和排泄物进行采样，并将样本送至有关部门进行检验。

4.1.6 医院感染管理办公室对涉及食品安全事件的所有环节进行调查，形成调查报告。

4.2 报告程序

4.2.1 发生食品安全事件时，迅速以电话的形式向分管院长报告，若中毒人数较多（超过 30 人），应由医教部负责人向医院领导或者总值班报告，由医院公共卫生科事发 2 小时内报市卫健委和有关监管部门，报告本着“不夸大、不隐瞒、实事求是”的原则，如怀疑为投毒事件则向公安局报案。

4.2.2 食品安全事件在未取证、调查和处置完毕前，任何人不得向媒体发表对事件的个人看法。

4.2.3 报告联络方式：职工餐厅 3165588（内线 5588）、餐厅负责人（13964976616），病员食

文件名称	食品安全事件应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-013	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/3

堂 3165586(内线 5586)、食堂负责人(15092751937),医院急救电话 3165120(内线 5120),按分工要求,分别上报市卫健委(2319065),市疾控中心(2655350),任城区市场监督管理局(6768800)、济宁市公安局指挥中心(110)。

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

当食品安全事件得到控制,并达到以下两项要求,经分析评估认为可解除响应的,应当及时终止响应:

- 5.1.1 食品安全事件伤病员全部得到救治,病情稳定 24 小时以上,且无新的急性病症患者出现,食源性感染性疾病在末例患者后经过最长潜伏期无新病例出现;
- 5.1.2 现场、受污染食品得以有效控制,食品与环境污染得到有效清理并符合相关标准,次生、衍生事故隐患消除。

5.2 应急终止程序

经应急领导小组评估认为符合响应终止条件,应急领导小组提出终止响应的建议,应急行动终止。

6. 总结评估

食品安全事件应急处置工作结束后,相关科室应当及时对食品安全事故和应急处置工作进行总结,分析事故原因和影响因素,评估应急处置工作开展情况和效果,提出对类似事故的防范和处置建议,形成总结报告。

文件名称	停电应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-014	版本号	3.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/3

停电应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为确保病人安全，减少医院损失，保证医院正常诊疗秩序，促进应急工作的规范化和程序化，迅速有效的组织抢修和恢复供电。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国突发事件应对法》等法律法规和《国家突发公共事件总体应急预案》等规范性文件制定本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于医院工作区域内发生的大面积停电的应急处置。

1.4 工作原则

坚持“安全第一，预防为主，统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速反应，措施果断”的原则。

2. 医院停电风险分析

2.1 夏季时我院供电线路系农用线路，医院及周围村镇主要以空调降温纳凉为主，电量消耗巨大，用电高峰期极易出现供电设备和电路发生故障而导致停电事件；

2.2 医院周围为苗木基地，在苗木移栽时容易破坏供电线路，造成停电事件；

2.3 发生大风、暴雨等极端天气时，架空线路容易受到干扰，发生停电事件。

2.4 医院为单回路供电，大面积停电风险性高。

3. 组织机构及职责

3.1 停电事故应急领导小组：

组 长：苏中华

副组长：李 武 张跃兵 辛 建

成 员：张玉强 徐传新 王 彬 侯秀梅 张胜利 山君来 刘 淼 郭 勇 张 祥
付 强 李 毅

3.2 应急工作小组

领导小组下设 3 个应急工作小组：组织协调组、现场处置组、后勤保障组，具体名单如下：

3.2.1 组织协调组

组 长：张玉强

成 员：王 彬 侯秀梅 付 强 刘 淼 郭 勇 张 祥 张胜利

职 责：负责指导发生停电事件时的应急处置工作，协调医务、护理、门诊、信息、设

文件名称	停电应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-014	版本号	3.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/3

备、财务等部门维持正常诊疗秩序。

3.2.2 现场处置组

组 长：徐传新

成 员：电工班成员

职 责：负责查找停电原因，评估停电影响范围，组织人员开展应急供电工作并进行抢修，必要时求助电力部门，同时向应急领导小组和上级主管部门报告。

3.2.3 后勤保障组

组 长：李 毅

成 员：侯 新 谭 铮

职 责：负责发电机燃油供应保障，负责故障设备的备件采购工作。

4. 处置程序

4.1 现场处置

4.1.1 计划性停电应急程序

4.1.1.1 电工班在接到供电部门停电通知时，询问停电的起止时间及原因，做好记录。将停电时间及原因报告总务基建部主任，总务基建部主任及时向停电事故应急领导小组告知；同时总务基建部安排人员按程序首先通知供电重点部门及全院各部门，视停电的具体情况公示停、供电时间及停电原因。

4.1.1.2 电工班值班人员提前 20 分钟到发电机房和配电室，提前打开发电机房门窗，做好发电机、配电室、启动柜等前期检查工作，保证停电后能够正常供电。

4.1.1.3 大面积停电后，保证全院全覆盖供电，并核实电压、电流等数据。

4.1.1.4 当发电机电源不能满足全院供电时，首先保证医疗和重点部门用电。

4.1.1.5 做好发电机运行记录及市电恢复供电时间记录。

4.1.2 外供线路突发性停电应急程序

4.1.2.1 发生突发性停电事件时，总务基建部组织人员迅速查明停电原因，确认是否外供电路停电。

4.1.2.2 外供线路故障造成的突发性停电，电工班立即与供电部门取得联系，询问停电原因及恢复供电时间，将停电时间及原因报告总务基建部主任，总务基建部主任及时向停电事故应急领导小组告知。

4.1.2.3 电工班值班人员 3 分钟内到发电机房和配电室，打开发电机房门窗，检查发电机运行状态。保证全院全覆盖供电，并核实电压、电流等数据。

4.1.2.4 发电机供电后，总务基建部安排人员首先电话通知医疗设备部、信息部、影像科、检验科、伽玛刀科等重点科室。

4.1.2.5 恢复供电前 20 分钟，通知供电重点部门做好切换电源准备后，切换外供电源。

文件名称	停电应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-014	版本号	3.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/3

4.1.2.6 当发电机电源不能满足全院供电时，首先保证医疗和重点部门用电。

4.1.2.7 做好发电机的运行记录及市电恢复供电时间记录。

4.1.3 内部线路突发性停电应急程序

4.1.3.1 发生突发性停电事件时，总务基建部组织人员迅速查明停电原因，确认是否内部线路发生故障导致停电。

4.1.3.2 电工班工作人员迅速检查故障原因，同时确认停电事件影响范围，将停电原因报告总务基建部主任，总务基建部主任及时向停电事故应急领导小组告知。

4.1.3.3 及时发生故障的设备或线路，在不影响维修安全的前提下，尽量实现应急供电，减少停电事件对正常诊疗秩序的影响。

4.1.3.4 维修工作完成后，记录停电时间及原因。

4.1.4 重点科室或部门停电应急程序

4.1.4.1 各科室接到停电通知后，在条件允许的情况下切断所有的仪器、设备电源，待电路恢复正常后再投入使用。

4.1.4.2 停电期间，医院网络在启动备用电源进行工作，如备案电源不能满足正常工作或停电事件超过备用电源供电能力时，启动《信息系统网络瘫痪应急预案》。

4.1.4.3 停电期间，特殊危重病人应立即寻找维持或替代抢救患者设备运转的方法，并及时联系医教部、护理部、医疗设备部等科室进行应急处置。

4.1.4.4 门诊部负责疏导并安抚就诊病人，维持门诊就诊秩序，挂号处、收款处、药房等门诊部相关科室启动人工操作程序。

4.1.4.5 电梯遇到突然停电时，司梯人员要安抚电梯内乘客并及时采取措施予以解救。

4.1.4.6 保卫部做好医院停电期间安全保卫工作。

4.2 报告程序

发生停电事件时，医院根据实际情况组织书面材料，报告本着“不夸大、不隐瞒、实事求是”的原则，应于事发后立即报医院应急领导小组。

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

供电恢复正常。

5.2 应急终止程序经应急领导小组评估认为符合响应终止条件，应急领导小组提出终止响应的建议，应急行动终止。

文件名称	停水应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-015	版本号	3.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/3

停水应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为确保病人安全，减少医院损失，保证医院正常诊疗秩序，促进应急工作的规范化和程序化，迅速有效的组织抢修和恢复供水。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国突发事件应对法》等法律法规和《国家突发公共事件总体应急预案》等规范性文件制定本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于医院工作区域内发生的大面积停水的应急处置。

1.4 工作原则

坚持“安全第一，预防为主，统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速反应，措施果断”的原则。

2. 医院停水风险分析

2.1 我院为自备井供水，发生停电事件时，同时会发生停水事件。

2.2 医院供水管道多为直埋管道，部分管道距下水管道较近，发生水管爆裂等事件时，流出的水在地下流入下水管道，不易被发现，影响医院整体供水。

2.3 水泵长时间工作，发生故障的风险较大。

3. 组织机构及职责

3.1 停水事件应急领导小组

组 长：苏中华

副组长：辛 建

成 员：张玉强 徐传新 王 彬 侯秀梅 张胜利 山君来 刘 淼 郭 勇 张 祥
付 强 李 毅

3.2 停水事件应急工作小组

领导小组下设组织协调组、现场处置组、后勤保障组应急工作小组。

3.2.1 组织协调组

组 长：张玉强

成 员：王 彬 侯秀梅 付 强 刘 淼 郭 勇 张 祥 张胜利

职 责：负责指导发生停水事件时的应急处置工作，协调医务、护理、门诊等部门维持正常诊疗秩序。

文件名称	停水应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-015	版本号	3.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/3

3.2.2 现场处置组

组 长：徐传新

成 员：电工班组工作人员 外包服务公司工作人员

职 责：负责查找停水原因并进行抢修，评估停水影响范围，组织人员进行饮用水供应工作，必要时求助消防部门，同时向应急领导小组和上级主管部门报告。

3.2.3 后勤保障组

组 长：李 毅

成 员：总务基建部工作人员

职 责：负责故障设备的备件采购工作。

4. 处置程序

4.1 现场处置

4.1.1 计划性停水应急程序

4.1.1.1 因供水系统工程维修需要，维修人员需事先通知总务基建部停水时间及原因，经总务基建部同意后方可施工，总务基建部做好记录。

4.1.1.2 总务基建部主任将停水时间及原因告知应急领导小组组长、院长办公室（夜间通知院总值班人员）。

4.1.1.3 如在正常工作时间内，在时间许可的情况下，总务基建部办公室以书面、电话或办公 OA 系统向各部门发出通知。

4.1.1.4 供水系统维修人员应在计划时间内进行供水工程修复。

4.1.1.5 如不能在规定时间内及时修复，再次电话或 OA 系统等形式向各部门发出通知。

4.1.2 突发性停水应急处理程序

4.1.2.1 接到停水告知后，现场处置组迅速查明停水原因，及时落实故障发生地点和故障原因，并通知相关部门，立即组织抢修。

4.1.2.2 对于不能在短时间内修复可能影响正常医疗生活秩序的停水情况，总务基建部主任应迅速报告应急工作领导小组组长，同时总务基建部组织人员供应生活用水，必要时向消防部门请求支援。

4.1.3 病区停水应急程序

4.1.3.1 接到停水通知后，做好停水准备，告诉病陪人停水时间，给住院病人备好生活用水。

4.1.3.2 发生突然停水时，安抚病人，将停水事件对医疗工作的影响降到最低，同时与总务基建部办公室联系（内线电话 5219），告知停水情况。

4.2 报告程序

发生停水事件时，医院根据实际情况组织书面材料，报告本着“不夸大、不隐瞒、实事求是”的原则，应于事发后立即报医院应急领导小组。

文件名称	停水应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-015	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/3

5. 应急终止

5.1 应急终止的条件

供水恢复正常。

5.2 应急终止程序

经应急领导小组评估认为符合响应终止条件，应急领导小组提出终止响应的建议，应急行动终止。

文件名称	突发公共事件舆情处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-016	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/5

突发公共事件舆情处置应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为认真贯彻落实济宁市卫生健康委关于加强网络正面宣传和舆情应对处置工作的有关要求，快速妥善处置网络舆情，有序引导网络舆论，有针对性地发布真实、权威信息，及时回应、解答互联网上有关的言论、热点和疑虑，积极稳妥化解网络舆论危机，有效预防、减少和消除突发网络舆情造成的负面影响，营造良好的舆论环境，维护我院的社会形象，切实提升应对网络媒体的能力，依据有关法律法规，制定本预案。

1.2 适用范围

本《预案》适用于网络上出现的关于山东省戴庄医院的各种类型突发公共事件的新闻报道或微信、微博、论坛、贴吧转帖，可能对本单位产生重大影响的信息，或对本单位正常工作秩序可能产生重大影响的相关信息等突发舆论情况的应对处置工作。

1.3 工作原则

- 1.3.1 统一领导，统筹组织。将突发重大网络舆情应对处置工作纳入医院应急管理工统筹安排，成立专门领导小组加强组织协调。
- 1.3.2 监测预警，及早防范。建立网络信息监测、报告、通报制度，及时发现和掌握互联网上动态性、苗头性和预警性信息，加强分析研判，有针对性地采取防范和控制措施，及时预防和消除不良影响。
- 1.3.3 服务医院高质量发展，防止危机。立足服务医院高质量发展、保障运行、维护稳定，采取法律、管理、技术、舆情疏导等综合措施加强突发重大网络舆情应对处置工作，及早控制事态，有效防止网络舆情危机发生。
- 1.3.4 及时发布有关信息。坚持“快报事实、慎报原因、重在态度”的原则。网络舆情事件发生后，力争在第一时间发布准确、权威信息。最大限度地避免或减少公众猜测和新闻媒体的不准确报道，掌握新闻舆论的主动权。
- 1.3.5 坚持“四个”统一的原则。接受媒体采访、对外披露信息坚持“四个”统一的原则。即统一事实、统一数据、统一口径、统一出口，避免口径不一、多头发布。处置舆情突发事件的各部门密切配合，确保以最短的时间、最快的速度，发布最新消息，正确引导舆论。

2. 组织机构及职责

为快速、正确处置舆情，成立山东省戴庄医院突发公共事件舆情处置应急领导小组，领导小组办公室设在宣教部，负责舆情的评估、预警、分析、报告和处置。

文件名称	突发公共事件舆情处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-016	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/5

2.1 突发公共事件舆情处置应急领导小组

组 长：谢传革 苏中华

副组长：李 武 陈 敏 王年生 范甲兵 张跃兵 辛 建

办公室主任： 侯 峰

办公室成员： 孙永科 张玉强 鲍 磊 王圣侠 王 彬 侯秀梅 戴学建 张胜利
王贵山 郭 勇 徐传新 张俊青 刘 淼 任 杰 付 强 周倩文
石文珂 张亚楠

2.2 领导小组职责

主要负责审定山东省戴庄医院工作突发重大网络舆情应急处置预案、工作方案并组织实施；
督导、考核突发重大网络舆情应急处置工作，研判舆情发展形势，有序引导网络监督。

2.3 办公室职责

办公室设在宣教部，负责日常工作，舆情相关科室工作人员配合宣教部开展舆情处置工作。

2.4 办公室主任职责

坚持正确的政治方向，做好舆情监控收集工作，及时研判舆情信息，汇总并提出应对措施，
形成报告，向分管领导及主要领导汇报，经领导审批后组织实施相应方案。

2.5 成员职责

按照各自业务范围，做好应急事件处理工作，关注事件进展状况，及时向宣教部汇总信息，
负责本科室舆情的日常监管工作。

3. 分级响应

3.1 特别重大网络舆情。根据需要，经医院网络舆情应对工作领导小组组长向市卫生健康委主要领导请示，在市卫生健康委的领导下，领导小组具体负责开展应急工作。

3.2 重大或较大网络舆情。由医院网络舆情应对工作领导小组上报市卫生健康委，会同市卫生健康委政策法规科开展应急工作。

3.3 一般网络舆情。由医院网络舆情应对工作领导小组直接领导，办公室具体负责，会同医院相关科室开展应急工作。

3.4. 影响较小的网络舆情。经网络舆情应对工作领导小组办公室请示，由领导小组办公室会同相关科室开展应急工作。

4. 处置程序

坚持以正面导向为主，把握主动权，增强事件处理透明度，以疏代堵，具体程序为：

4.1 发现舆情。舆情监控员通过“百度”、“抖音”、“微博”等主流网络应用不间断搜索关键词含有“山东省戴庄医院”相关信息，结合实时查阅的方式，通过判断，筛选出相关舆情，记录其出处并分类（特别重大网络舆情、重大或较大网络舆情、一般网络舆情、影响较小的网络舆情），第一时间上报办公室主任，由办公室进行研判，特别重大网络舆情、重大网络

文件名称	突发公共事件舆情处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-016	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/5

舆情和较大网络舆情要在 15 分钟内向领导汇报，在 2 小时内形成报告，上报处理。尽可能抢抓时机，减小不良的影响。

- 4.2 监测舆情。此项工作贯穿整个舆情应对处置工作，发现舆情后网评员要时刻监测舆情发展动向，直至舆情平息为止。在监测过程中发现舆情恶化、影响面扩大等不良发展趋势时要及时上报医院网络舆情应对工作领导小组，以便及时有效地处理。
- 4.3 会商措施。接到舆情上报后，医院网络舆情应对工作领导小组要及时召开网络舆情应对会，会商出舆情处理措施。如为特别重大网络舆情、重大或较大网络舆情，要及时听取市卫生健康委处理意见并结合本单位的实际情况，提出合理的处理意见和建议，拿出最终处理方案，以便及时有效地对舆情加以引导和回复。
- 4.4 正面回复。网络舆情应对工作领导小组办公室在舆情发生后 12 小时内根据领导小组舆情会商结果形成通稿，通过媒体渠道进行正面回复。同时网络评论员根据通稿撰写网络评论文章对舆论进行正面引导，评论文章要做到具有针对性、有效性和预见性。
- 4.5 跟踪引导。对舆情回复后，舆情监控员要时刻留意舆情发展动向，发现对回复提出疑问或者质疑的跟帖后，要及时答复、细心引导，如自己对疑问或者质疑不能正确答复或者不知如何答复时，要及时上报。上报后，经医院网络舆情应对工作领导小组会商后拿出合理方案加以答复，从而实现对舆情的正确引导，直至舆情缓退、平息。

5. 工作机制

5.1 网络舆情检测

- 5.1.1 日常监测。将网络舆情监测作为一项日常工作不间断进行，随时掌握网络舆论的导向、特点和趋势。一旦发现不利于医院的负面舆情或重大的虚假舆情，及时进行反馈，为网络舆情应对工作领导小组提供社会舆情方面的信息支持。
- 5.1.2 突发事件监测。当发生群体性突发事件时，组织对网络舆情进行 24 小时不间断监控，及时、全面掌握与该事件密切相关的各种信息，给决策者在较短时间内做出正确决策提供有力支撑。

5.2 网络舆情应对

- 5.2.1 针对网上出现虚假不实报道，由医院网络舆情应对工作领导小组及相关科室及时采取措施，与刊登不实消息的相关网络媒体进行沟通，及时撤回错误消息，主动消除不利影响。
- 5.2.2 针对突发事件产生的网络舆情，及时汇集、整理、分析，及时与相关科室会商解决对策，及时做好与相关网络媒体沟通工作，在第一时间内发出官方声音，有效引导舆论，最大限度缩小突发事件产生的不良影响。
- 5.2.3 根据网络舆情反映事件的程度，必要时及时组织新闻发布会，由医院网络舆情应对工作领导小组上报市卫生健康委指定专人对外发布权威消息，向公众澄清事实，积极加强正面引导，消除不利影响。

文件名称	突发公共事件舆情处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-016	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/5

6. 后期处置

6.1 善后工作。网络舆情引导处置结束后，网络舆情应对工作领导小组办公室和相关科室负责关注网络上相关事件的舆情趋势。

6.2 总结评估。网络舆情应急处置结束后，医院网络舆情应对工作领导小组组织有关科室（必要时可邀请相关专家），对舆情引导处置工作进行全面总结和评估。对参与引导处置工作的科室和个人进行责任考评，表彰先进，追究因工作不力、玩忽职守造成严重后果的相关科室和个人的责任。根据应急处置工作中的成功经验以及暴露出来的问题，进一步修改完善有关工作方案。

7. 应急保障

7.1 通信保障。网络舆情应对工作领导小组应在医院建立网络舆情应急处置工作队伍，专人负责，确保网络舆情工作队伍之间的联络畅通及时。

7.2 人力和技术保障。由医院网络舆情应对工作领导小组负责协调，组织全医院网络舆情工作队伍，不间断对重点网站、重点论坛进行监控。

7.3 培训保障。定期组织全院网络舆情应急处置队伍开展培训，不断提高网络舆情应急处置工作人员政治上的敏感性和业务上的娴熟能力。

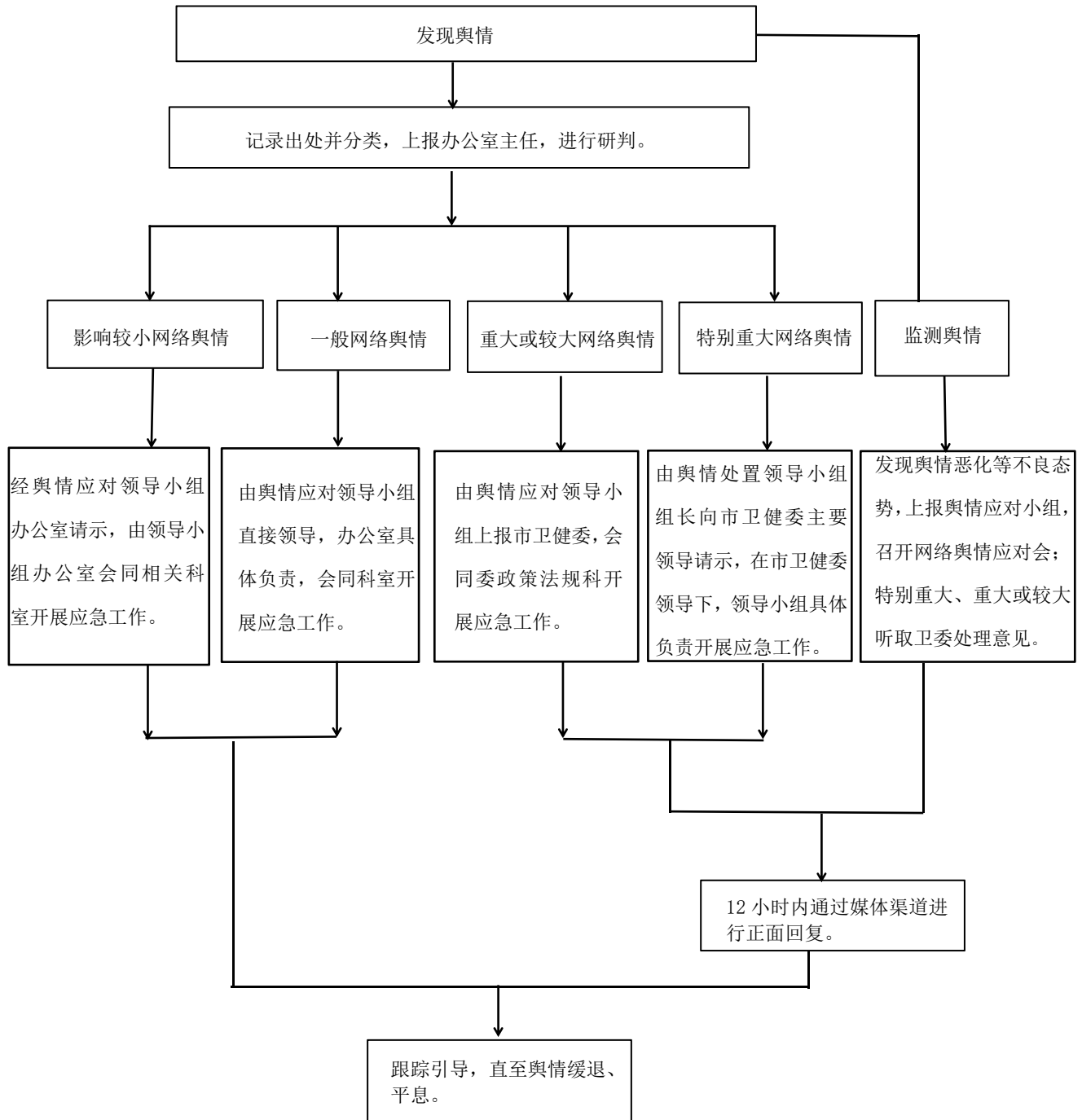
8. 附件

8.1 突发公共事件舆情处置流程图

文件名称	突发公共事件舆情处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-016	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/5

8.1

突发公共事件舆情处置流程图



文件名称	医院感染暴发报告及处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-017	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/6

医院感染暴发报告及处置应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为有效预防和控制医院感染暴发事件的发生、最大限度减少医院感染暴发事件对病人健康造成的危害，进一步明确医院各部门在医院感染暴发报告和处置中的职责，规范报告流程，提高医院感染暴发处置能力，修订本预案。

1.2 编制依据

根据中华人民共和国卫生部令第48号《医院感染管理办法》、卫医政发〔2009〕73号《医院感染暴发报告及处置管理规范》和《医院感染暴发控制指南》（WS/T 524—2016）及医院相关制度要求。

1.3 适用范围

本预案适用于医院科室/部门所有患者、陪人、学生、探视者、工作人员。

1.4 定义

- 1.4.1 医院感染暴发：在医疗机构或其科室内的患者中短时间内发生3例以上同种同源感染病例的现象。
- 1.4.2 疑似感染暴发：在医疗机构或其科室的患者中，短时间内出现3例以上临床症候群相似，怀疑有共同感染源的感染病例；或者3例以上怀疑有共同感染源或感染途径的感染病例现象。
- 1.4.3 医院感染聚集：在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生医院感染病例增多，并超过历年散发发病率水平的现象。

1.5 工作原则

各小组统一指挥、快速反应、各司其职、密切合作，最大限度地降低危害。

2. 应急组织机构及职责

2.1 应急处置领导小组

组 长：苏中华

副组长：李 武

成 员：张玉强 王 彬 侯秀梅 刘 淼

领导小组下设办公室，感染管理部副主任兼办公室主任，具体负责领导小组决策的协调工作。

职 责：负责医院感染暴发事件应急处理的统一领导、统一指挥，启动应急预案；组织召开医院感染暴发应急处置领导小组会议，制定控制和治疗措施，最大限度降低对患者

文件名称	医院感染暴发报告及处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-017	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/6

造成的伤害；根据医院感染暴发的发生情况，决定上报的有关事宜；决定是否隔离或转移感染患者、暂停收治新患者；决定医院感染暴发事件所需仪器、设备、消毒药械、个人防护用品等应急物资的调配。

2.2 应急防控小组

组 长：李 武 副组长：刘 淼

成 员：王 彬 侯秀梅 陈福建 高 鹏 张俊青 徐传新 张 祥 付 强

职 责：指导相关科室和人员按法定程序做好医院感染暴发的上报，监督指导医院感染暴发的消毒隔离措施和医疗废物管理，对医院感染控制、流调工作提供指导，协调所需应急物资的供应。

2.3 应急救护小组

组 长：张跃兵

副组长：王 彬 侯秀梅

成 员：王中刚 闫大帅 魏红艳 白丽娜

职 责：协调组织医院感染病例的会诊、转诊，拟定诊疗、护理方案并指导医疗救治，提出其他患者的治疗、护理意见并指导落实。

3. 响应启动

3.1 响应分级

根据医院感染暴发事件的危害程度，将医院感染暴发事件分为重大事件（I级）、一般事件（II级）：

3.1.1 I级医院感染暴发事件，具备以下情形之一的：

10例以上医院感染暴发；

发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；

可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

3.1.2 II级医院感染暴发事件，具备以下情形之一的：

发生5例以上疑似医院感染暴发；

发生3例以上医院感染暴发。

3.2 信息报告

3.2.1 科室报告：科主任为责任报告人，所有医护人员为义务报告人。临床科室主管医师负责日常散发病例的监测报告，发现疑似医院感染暴发和医院感染暴发时，经治医师必须立即报告科主任，科主任接报告后立即报告感染管理部（内线电话：5093）。

3.2.2 部门报告及会议召开：感染管理部接到科室报告后组织专家进行初步审核，立即向医院感染暴发事件应急处置领导小组报告，应急处置领导小组组长召开会议决定启动应急预案。

文件名称	医院感染暴发报告及处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-017	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/6

3.2.3 院外报告：院长为暴发报告第一责任人，经应急处置领导小组批准后由医教部报告任城区卫健局（联系电话：6768653），感染管理部向任城区疾病预防控制中心报告（联系电话：2317812）。

3.2.4 报告时限

I级2小时内报告；II级12小时内报告。

3.3 资源协调

3.3.1 感染管理部接报告后应立即到达现场，牵头进行调查核实，提出控制措施，指导消毒隔离工作，负责传染病的报告、流调等工作，核实后立即向医院感染暴发事件应急处置领导小组组长或副组长报告。

3.3.2 医教部接报告后应立即到达现场，负责组织医疗人员对医院感染病例的诊疗和善后处理，协助感染管理部开展流行病学调查与控制工作。

3.3.3 护理部接报告后应立即到达现场，负责组织护理人员落实消毒隔离及预防措施，根据需要进行护理人力调配，协助感染管理部开展流行病学调查与控制工作。

3.4 后勤及财力保障

3.4.1 总务基建部：负责公共环境清洁消毒、医疗废物的处置。

3.4.2 药学部：负责所需药品的供应。

3.4.3 医疗设备部：负责防护用品及医疗用品、消毒剂的供应。

3.4.4 医学检验科：进行环境卫生学检测、临床标本的病原微生物检测。

3.4.5 保卫部：负责阻止污染物流失或恶意高危传染病的流动，确保医务人员的救治工作安全。

3.4.6 院长办公室：负责协调相关职能科室，配合医院感染暴发处置工作。

4. 处置措施

4.1 确认暴发后，立即启动本预案，组织相关部门根据职责开展工作。

4.2 遵循：“边救治、边调查、边控制、妥善处置”的基本原则，对其它可能的感染患者做到早发现、早诊断、早隔离、早治疗，必要时请院外专家会诊。

4.3 临床科室立即组织医护人员做好个人防护，积极查找原因，采取有效的控制措施，控制感染源，切断传播途径，积极救治患者。

4.4 根据发生医院感染暴发的特点，感染管理部组织有关人员对患者、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员等进行流行病学调查，并提出针对性控制措施。

4.5 临床科室根据感染管理部的建议进行有效的消毒、落实隔离措施，做好手卫生、医疗废物管理，防止感染源的传播和感染范围的扩大。

4.6 临床科室根据“医院感染暴发应急处置领导小组”的决定，执行是否暂停收治新病人、暂停诊疗项目等。

文件名称	医院感染暴发报告及处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-017	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/6

4.7 确诊为传染病的医院感染，按照《传染病防治法》的有关规定进行处理。

5. 应急终止

5.1 应急处置终止的条件：

符合下列条件之一，既满足应急终止条件：

5.1.1 暴发事件隐患或相关危险因素消除；

5.1.2 末例医院感染病例发生后经过最长潜伏期无新的病例出现。

5.2 应急救护小组提出应急终止建议，报应急处置领导小组批准，由应急处置领导小组组长发布应急结束命令。

5.3 感染管理部对调查结果分析、总结，并通报全院，形成文字资料存档。

6. 应急保障

6.1 临床科室保存好相关资料，积极配合专职人员的调查、检测、不得拒绝和阻碍，不得提供虚假材料。

6.2 院长为暴发报告第一责任人，经调查证实发生医院感染暴发事件，经应急处置领导小组批准后，在规定时限内向上级卫生行政部门报告。

6.3 医院感染暴发处置各小组成员及科主任和护士长及相关人员，在医院感染暴发期间要保证 24 小时电话畅通。

7. 附件

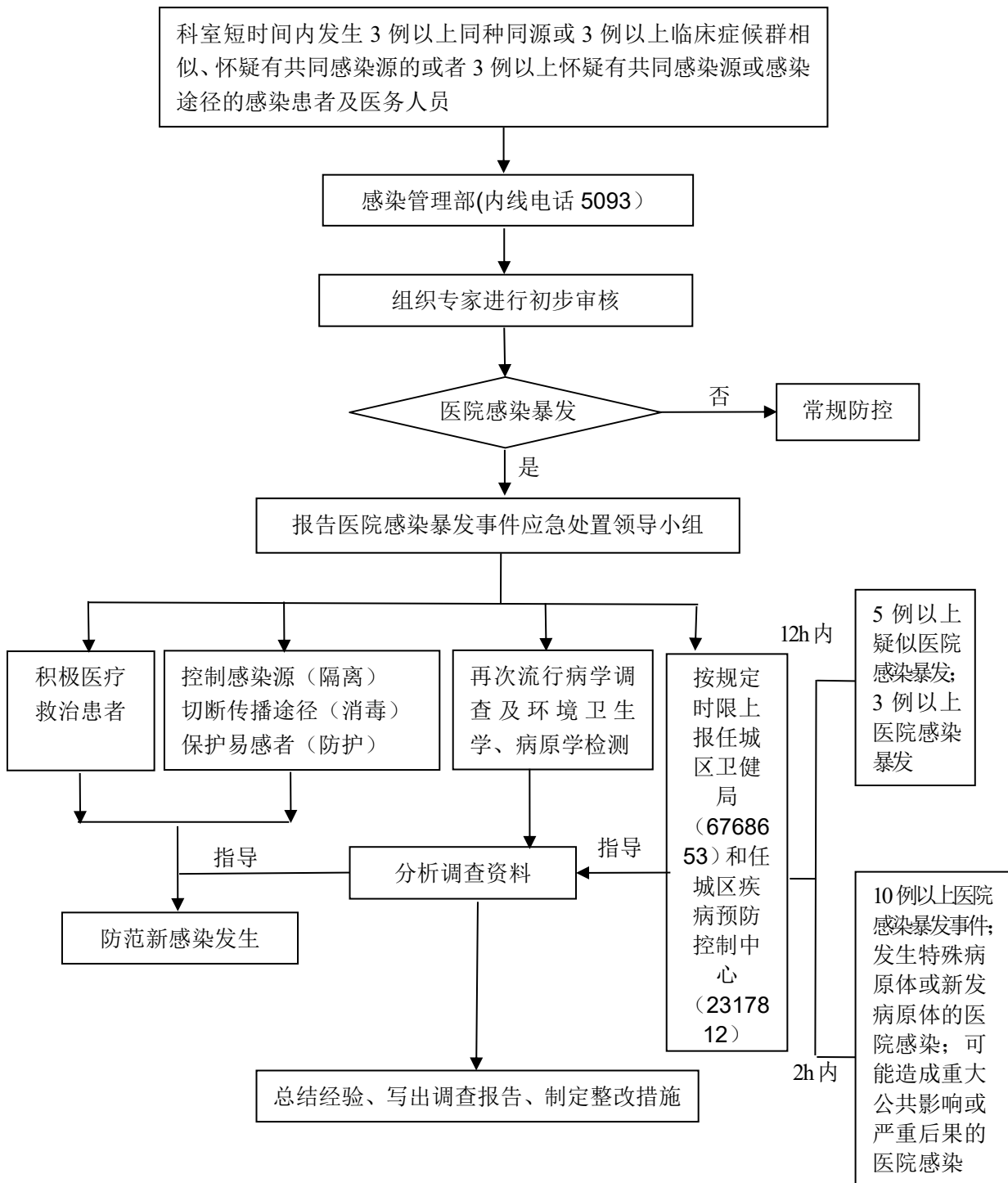
7.1 医院感染暴发报告流程图

7.2 应急人员通讯联络表

文件名称	医院感染暴发报告及处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-017	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/6

7.1

医院感染暴发报告处置工作流程



7.2

文件名称	医院感染暴发报告及处置应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-017	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	6/6

应急人员通讯联络表

小组	姓名	科室	联系电话
应急处置领导小组	苏中华	院长办公室	13792351839
	李 武	院长办公室	13853706436
	张玉强	院长办公室	13686377838
	王 彬	医教部	13563746267
	侯秀梅	护理部	13625372338
	刘 淼	门诊部（感染管理部）	13505478754
应急防控小组	徐传新	总务基建部	18653706193
	张 祥	医疗设备部	15206789318
	付 强	保卫部	15005370903
	陈福建	医学影像科	13562738083
	高 鹏	医学检验科	13963763968
	张俊青	药学部	13853771079
应急救护小组	王中刚	医教部	15020778402
	闫大帅	护理部	15269746919
	魏红艳	内科	15092789364
	白丽娜	内科	15154734120

文件名称	输血不良反应应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-018	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/8

输血不良反应应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

对及时、准确判断输血不良反应进行技术指导，保障临床用血安全。

1.2 编制依据

《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》《山东省医院临床输血管理规程（试行）》

1.3 适用范围

各临床用血科室

1.4 定义

输血不良反应是指在输血过程中或输血后，受血者发生了用原来疾病不能解释的、新的症状和体征。

2. 应急组织机构及职责

成立应急处置领导小组，领导小组下设办公室，医教部主任兼办公室主任，具体负责领导小组决策的协调工作。

组 长：李 武

副组长：王 彬

成 员：侯秀梅 王中刚 高 鹏 赵高锋 杨秀珍

职 责：负责医院输血不良反应事件应急处理的统一领导、统一指挥，启动应急预案；组织召开医院输血不良反应应急处置领导小组会议，制定控制和治疗措施，最大限度降低对患者造成的伤害；根据医院输血不良反应的发生情况，决定上报的有关事宜；决定医院输血不良反应事件所需人员和应急物资的调配；负责医院输血不良反应事件原因调查及总结分析。

3. 输血不良反应的分类

3.1 根据输血不良反应开始出现症状、体征和临床表现时间，将输血不良反应分为即发型反应和迟发型反应。

3.2 按输血反应的机制分为免疫介导和非免疫介导两类。其中最常见的是免疫介导的非感染性输血反应，大部分与血型抗原有关。

3.3 按临床表现及造成的并发症分为过敏反应、发热反应、溶血反应、输血后紫癜、肺水肿、枸橼酸盐中毒、空气栓塞和含铁血黄素沉着症、败血症等。其中红细胞输血导致的溶血性输血反应最严重，死亡率最高，非溶血性发热反应与过敏性反应最为多见。

文件名称	输血不良反应应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-018	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/8

4. 常见输血不良反应的识别及应急措施

4.1 非溶血性发热反应

4.1.1 识别诊断

4.1.1.1 输血开始 15min 至 2h，突然出现发热（体温可升高至 38~41℃）、畏寒、寒战、出汗，某些患者可伴有恶心、呕吐、皮肤潮红、心悸和头疼。血压多无变化，30 分钟至 2 小时后症状逐渐缓解，如果发热持续 24 小时以上，应考虑其他因素所致。

4.1.1.2 输血 2 小时内体温升高 1℃ 以上，并伴有发热症状；

4.1.1.3 受血者有多次输血或多次妊娠史，既往有输血发热反应病史，受血者或献血者血清中有 HLA、粒细胞和血小板抗体。

4.1.2 应急措施

4.1.2.1 立即减慢或停止输血，但保持静脉输液通畅。反应较重者，核对受血者及供血者 ABO 血型、Rh（D）血型。通知输血科对原血液标本进行血型、不完全抗体及交叉配血试验复检。抽取剩余血液送输血科重新进行血型鉴定和交叉配血。

4.1.2.2 注意保暖、解热、镇静。一般口服阿司匹林或地塞米松等。伴有紧张或烦躁者可口服地西洋，苯巴比妥等。

4.1.2.3 医、护人员要密切观察病情变化，每 15~30 分钟测体温、血压 1 次。

4.1.2.4 高热者给予物理降温。

4.1.2.5 受血者出现轻度发热反应而又因病情需要，可以在对症处理后继续输血，但应加强输血期间的监护。

4.2 过敏反应

4.2.1 识别诊断

4.2.1.1 输血后 4 小时内，或输血中或输血后立即发生。

4.2.1.2 轻度过敏反应表现为全身皮肤瘙痒、红斑、荨麻疹、血管神经性水肿和关节痛。

4.2.1.3 重度过敏反应表现为支气管痉挛、喉头粘膜水肿、呼吸困难、哮喘、发绀、过敏性休克。

4.2.1.4 有些患者可伴有发热、寒战、恶心、呕吐、腹泻、腹痛等。

4.2.2 应急措施

4.2.2.1 单纯荨麻疹：严密观察，减慢输血速度。口服或肌注抗组胺药物。经过一般处理后症状很快消失。

4.2.2.2 重度反应：立即停止输血，保持静脉通道通畅。有支气管痉挛者，皮下注射肾上腺素、静注或静滴氢化可的松或地塞米松、氨茶碱等；有喉头水肿时，应立即气管插管或气管切开；有过敏性休克者，应积极进行抗休克治疗。

4.3 急性溶血性输血反应

文件名称	输血不良反应应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-018	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/8

4.3.1 识别诊断

4.3.1.1 主要表现为发热、寒战、头痛、腰背痛、腹痛、胸前压迫感、呼吸困难、紫绀、血红蛋白尿（酱油色尿）、黄疸等，严重者，发生休克、DIC和急性肾功能衰竭。在处于全麻状态下，出现不能解释的手术区严重出血及低血压，可为溶血反应的唯一表现。

4.3.1.2 实验室检查：检查血液贮存条件是否正确，血袋及血液标本有无溶血；对输血前、后患者血液标本重复ABO血型和Rh血型鉴定，重复抗体筛查试验（包括盐水介质），与所输的剩余血液重复交叉配血试验；立即取静脉血5ml，离心后观察血浆颜色，血管内容血>25ml时血浆呈红色；用输血后患者血液标本做直接抗人球蛋白试验检测红细胞表面的抗体；血浆结合珠蛋白测定，血管内容血后血浆结合珠蛋白可立即降低；观察输血后每一次尿液的颜色，血管内容血>50ml时，即可出现血红蛋白尿，4小时后开始减少；溶血反应后5~7小时测血清胆红素明显升高；测定血浆游离血红蛋白，1~2小时达高峰；立即将患者血液作涂片检查，可发现大量红细胞碎片。

4.3.2 应急措施

4.3.2.1 发现或怀疑溶血反应，应立即停止输血，保留静脉输液通路，严密观察血压、尿色、尿量和出血倾向等。

4.3.2.2 补充血容量：输注低分子右旋糖酐、晶体液补充血容量。每日补液应在3000ml以上，注意水电解质平衡及液体出入量平衡。

4.3.2.3 应用利尿药物：如呋塞米20~40mg，或静滴20%甘露醇200ml，可保护肾脏，防止游离血红蛋白和肾小管脱落上皮细胞在肾小管沉积堵塞。

4.3.2.4 应用碱性药物：保持尿为弱碱性，以防止游离血红蛋白和红细胞基质在肾小管沉积。

4.3.2.5 预防DIC发生：除应用右旋糖酐外，可静滴潘生丁、小剂量肝素，维持6~24小时。

4.3.2.6 肾上腺皮质激素的应用：静滴氢化可的松300~600mg或地塞米松10~30mg。

4.3.3 原因调查与上报

4.3.3.1 现场处理：①停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路；②两名医护人员共同核对患者发血单、血袋标签、交叉配合试验记录及病史各项内容；③采集患者血样；④保存输血袋中残留血。

4.3.3.2 输血科收到临床发生或怀疑发生急性溶血反应的反馈后，应重新复核患者所有输血相容性检测信息，内容包括：ABO血型、RhD血型、不规则抗体筛查试验、交叉配血试验。

4.3.3.3 输血科使用患者输血前、输血后标本及输血袋中残留血分别重复ABO血型、RhD血型；重复输血前、输血后标本不规则抗体筛查试验、交叉配血试验；输血后标本做直接抗人球蛋白试验。

文件名称	输血不良反应应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-018	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/8

4.3.3.4 留取输血后血液标本送生化科，检测游离血红蛋白、总胆红素、血浆结合珠蛋白等指标。

4.3.3.5 确认溶血性输血反应后，值班人员应立即通知输血科主任，经过初步调查、分析后上报医教部，医教部组织相关责任科室医护人员进行抢救、查找原因，并做好详细记录。

4.4 迟发性溶血反应

4.4.1 识别诊断

4.4.1.1 在输血 24 小时后，出现发热、血红蛋白下降、全身出血、黄疸、胆红素升高。少数可出现血红蛋白尿、发冷、寒战、腰痛、急性肾功能衰竭等。

4.4.1.2 凡有输血史、妊娠史或器官移植的患者，在输血后出现不能用原发病解释的贫血症状，或血红蛋白下降，应考虑迟发性溶血反应。

4.4.1.3 不规则抗体筛查试验，可发现相应抗体。

4.4.1.4 血清胆红素明显升高，以游离胆红素（间接胆红素）增高为主。

4.4.1.5 患者血液涂片，可发现大量球形红细胞。

4.4.1.6 直接抗人球蛋白试验阳性。

4.4.1.7 采集患者血液标本，用抗人球蛋白法或聚凝胺法（polybrene）与献血者做交叉配血试验。

4.4.2 应急措施

症状轻者可对症处理，重者可按急性溶血性输血反应处理。

4.5 输血相关性移植物抗宿主病

4.5.1 识别诊断

4.5.1.1 主要受损的靶器官是皮肤、骨髓细胞、肠和肝。一般在输血后 4~30 天内发生，典型表现为发热，在面部、手心、脚心出现皮肤红斑和细小斑丘疹，色泽暗红略高于皮肤，然后可遍及全身，常伴有高热。在出现皮疹后，出现恶心、呕吐和腹泻。严重病例可出现肝区不适或疼痛，肝肿大，黄疸，ALT、AST、LDH 等不同程度的增高，全血细胞明显减少。

4.5.1.2 由于其症状极不典型，易与化疗、放疗副作用相混淆。其诊断主要依据易感人群有输血史、临床症状、体征与皮肤的组织病理表现等。

4.5.2 应急措施

可采用肾上腺皮质激素和免疫抑制剂，如甲氨蝶呤、抗淋巴细胞球蛋白、环孢菌素 A 等。

4.6 输血相关急性肺损伤

4.6.1 识别诊断

4.6.1.1 常在输血后 1~6 小时内，突然寒战、发热、咳嗽、气喘、呼吸急促、紫绀、血压下

文件名称	输血不良反应应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-018	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	5/8

降。

- 4.6.1.2 肺部听诊两肺均可闻及细湿啰音。
- 4.6.1.3 无心力衰竭表现。
- 4.6.1.4 X线检查可见双侧肺浸润。
- 4.6.1.5 排除输血相关循环超负荷或心源性肺水肿。
- 4.6.1.6 低氧血症。

4.6.2 应急措施

应立即停止输血，支持治疗为主，充分给氧，维持血压稳定，监测血氧分压，必要时行气管插管，机械通气；若低血压持续存在，可给予升压药物。

4.7 输血后紫癜

4.7.1 识别诊断

- 4.7.1.1 输血后5~10天，突然出现发冷、寒战、高热、荨麻疹、全身皮肤粘膜出血点、瘀斑，甚至可有出血性荨麻疹、鼻腔粘膜和口腔粘膜出血。严重者头痛、呼吸困难、休克，少数患者呕血、便血、尿血、阴道出血等。女性有时以月经过多为主要表现。
- 4.7.1.2 血小板计数明显减少，严重者血小板计数 $\leq 1 \times 10^9/L$ 。
- 4.7.1.3 骨髓巨核细胞数正常或增多，血小板生成良好。
- 4.7.1.4 血清中HPA-1a抗体阳性。

4.7.2 应急措施

- 4.7.2.1 血浆置换。
- 4.7.2.2 大剂量、短疗程肾上腺皮质激素冲击治疗。一般静滴琥珀酸甲基泼尼松龙、氢化可的松或地塞米松。
- 4.7.2.3 静注大剂量免疫球蛋白10~20g/d。

4.8 含铁血黄素沉着症

4.8.1 识别诊断

- 4.8.1.1 因长期、反复、多次输注红细胞成分引起体内铁负荷过多。
- 4.8.1.2 铁沉积于肝、心、皮肤和内分泌腺。表现为肝功能损伤、肝硬化、肝功能衰竭、心脏衰竭及传导不全引发的心律不齐。
- 4.8.1.3 实验室检查：血清铁升高；血清转铁蛋白饱和度升高；血清铁蛋白升高。

4.8.2 应急措施

尽可能减少慢性贫血患者输血次数，输注年轻红细胞。对于确诊患者采用铁质螯合剂“去铁胺”治疗。

4.9 细菌污染性输血反应

4.9.1 识别诊断

文件名称	输血不良反应应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-018	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	6/8

4.9.1.1 重者于输入少量血（10~20ml）后立即发生剧烈发冷、寒战、高热、烦躁不安、面部潮红、皮肤粘膜充血、头痛、腹痛、恶心、呕吐、腹泻、呼吸困难、干咳、紫绀、大汗、血压下降。

4.9.1.2 严重者可发生休克，急性肾功能衰竭和DIC。

4.9.1.3 全麻状态下，以患者血压下降或手术野渗血严重等表现为特征。

4.9.1.4 察血袋剩余全血的物理性状。血浆如浑浊、有膜状物、絮状物、气泡、溶血，红细胞变成暗紫色，有凝块等，提示细菌污染存在。

4.9.2 应急措施

4.9.2.1 立即停止输血，保持静脉输液通畅。

4.9.2.2 使用大剂量、强效、广谱抗生素。

4.9.2.3 加强支持疗法。

4.9.2.4 抗休克、防治DIC与急性肾功能衰竭。

4.10 循环超负荷

4.10.1 识别诊断

4.10.1.1 输血中或输血后1h内，患者突然呼吸困难，被迫起坐、频咳、泡沫性或血性泡沫样痰、头疼、头胀、血压升高、表情恐惧、烦躁不安、口唇发绀、大汗淋漓，四肢湿冷、两肺布满湿性罗音、颈静脉怒张。

4.10.1.2 少数出现心律不齐，休克乃至短期内死亡。

4.10.2 应急措施

4.10.2.1 即停止输血、输液，保留静脉通道；

4.10.2.2 高压吸氧；

4.10.2.3 速效利尿剂：呋塞米20~40mg或利尿酸钠25~50mg静脉输注；

4.10.2.4 强心药物：可用快速洋地黄制剂缓慢静注；

4.10.2.5 镇静：肌注吗啡5~10mg或哌替定50~100mg，有紫绀者慎用；

4.10.2.6 血管扩张剂；

4.10.2.7 氨茶碱0.25g加10%葡萄糖液20ml缓慢静注；

4.10.2.8 肾上腺皮质激素：氢化可的松100~200mg或地塞米松10mg加葡萄糖液静滴；

4.10.2.9 双下肢下垂，结扎止血带，减少静脉回流。一般5~10分钟轮流松放止血带。

4.11 枸橼酸盐蓄积中毒

4.11.1 识别诊断

4.11.1.1 不由自主的肌肉震颤、手足搐搦，继发血压下降、心律不齐、心室纤维颤动、出血倾向，严重者可心跳停止死亡。

4.11.1.2 心电图显示Q-T间期延长。

文件名称	输血不良反应应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-018	版本号	2.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	7/8

4.11.2 应急措施

4.11.2.1 一旦出现枸橼酸盐蓄积及低钙血症中毒表现，立即减慢输血速度，在另一侧静脉注射 10%葡萄糖酸钙 10ml，观察血浆钙离子水平和心电图变化。

4.11.2.2 出现心律失常者，应用抗心律失常药物。

5. 总结评估（框架）

5.1 针对输血不良反应，分析查找原因。

5.2 制定针对性整改措施。

5.3 对临床科室进行典型案例培训，提高输血不良反应的辨识能力和防范措施。

5.4 进一步修订完善工作流程和应急预案。

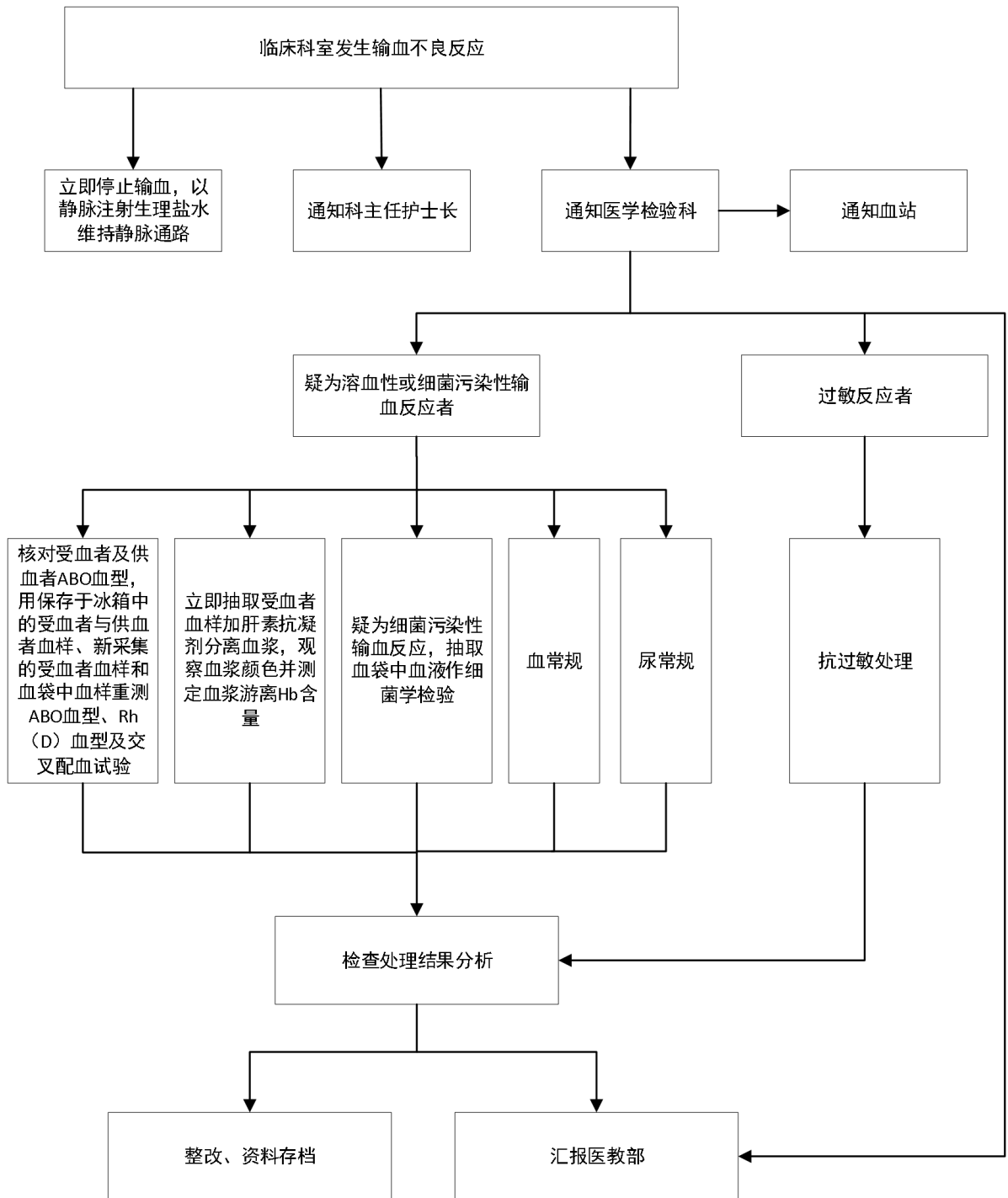
6. 附件

6.1 输血不良反应处置流程

文件名称	输血不良反应应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-018	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	8/8

6.1

输血不良反应处置流程



文件名称	地震灾害应急救援预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-019	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/4

地震灾害应急救援预案

1. 总则

1.1 编制目的

为进一步加强医院地震应急工作，确保破坏性地震发生后医院应急处置工作迅速、高效、有序地进行，最大程度地减少人员伤亡和健康危害，特制定本预案。

1.2 适用范围

本预案适用于在发生地震灾害时的应急处置工作。

1.3 编制依据

《中华人民共和国防震减灾法》《破坏性地震应急条例》《山东省防震减灾条例》

1.4 工作原则

预防为主、平震结合、常抓不懈

2. 组织机构及职责

2.1 应急组织体系

2.1.1 成立医院抗震救灾领导小组

组 长：谢传革 苏中华

副组长：李 武 陈 敏 王年生 范甲兵 张跃兵 辛 建

成 员：张金响 苗庆山 陈 宏 翟金国 张 新 曹中昌 赵高锋 张 增

钱丽菊 孔祥娟 宋玉成 刘 霞 崔 健 韩道国 刘 琨 陈福建

高 鹏 王 彬 鲍 磊 袁明华 王圣侠 侯秀梅 张玉强 张胜利

徐传新 戴学建 任 杰 山君来 聂 斐 王贵山 侯 峰 孙永科

张俊青 郭 勇 张 祥 付 强 刘 淼 张 婧 李 坤

职 责：组织实施本预案，对医院抗震救灾工作实行统一指挥；负责地震灾害损失、人员伤亡的上报、对外联络；统一部署医院现场灾情的评估和实施抢险救灾工作；草拟并及时向市卫健委报送震情、灾情及救灾工作报告；统一安排、调用、分配省、市政府调拨支援的资金、物资、食品、设备、器材、衣物、药物等；做好震时接待工作。

2.1.2 成立应急工作小组

2.1.2.1 抢险救灾组

组 长：苏中华

成 员：徐传新 张俊青 李 毅 王中刚 郭克龙 张艳秋

职 责：首先组织人员抢救被压、被埋、被困和处在危险处的患者、员工、家属等

文件名称	地震灾害应急救援预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-019	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/4

人员，抢救医院重点部门的药品、物资、设备、珍贵书刊等物资财产，对院内的有毒有害物质进行紧急妥善处理，抢修院内道路进出口，运送抢救危重伤员、救灾物资、器材、药品、食品等任务。

2.1.2.2 医疗救护组

组 长：张跃兵

成 员：王 彬 侯秀梅 刘 淼 张 祥 王中刚 司淑萍 周好田 蔡文文

职 责：及时组织医疗救护队，抢救震时受伤的院内人员，负责震后院内的防疫及危重伤员外送、监测饮用水、食品等，筹集药品、医疗器械，死亡尸体的处理，随时接受市卫健委指派的医疗救助任务。

2.1.2.3 通讯保障组

组 长：辛 建

成 员：郭 勇 鲍 磊 范婧超 魏守清 石卫东

职 责：保证医院抗震防灾总指挥部、总指挥、副总指挥、办公室和各应急工作组之间的通讯联系，保证指挥部与市卫健委等上级抗震防灾部门的通讯畅通。

2.1.2.4 交通运输组

组 长：张玉强

成 员：刘景灿 房兰东 张 勇

职 责：紧急调动院内所有车辆，保证总指挥部应急用车，完成总指挥部下达运送抢险救灾人员，运送药品、伤员，在此期间禁止私人用车，所有车辆为抗震救灾专用。

2.1.2.5 避震疏散组

组 长：付 强

成 员：秦 伟 陈长华 王树兄

职 责：负责全院职工、患者及其家属按院抗震总指挥部安排的疏散路线、地点进行疏散，并对老、弱、病、残者给予重点保护，负责疏散场地安全、衣物发放、医疗救助等工作。

2.1.2.6 政宣工作组

组 长：侯 峰

成 员：张亚楠 石文珂

职 责：使用宣传栏、简报等多种形式宣传党中央的方针政策 and 省、市政府的政策、法规、法纪。鼓舞在院患者及其家属、院内员工及其家属抗震救灾抢险的信心，宣传抗震防灾知识，平息地震谣传，稳定和维护医院正常秩序等工

文件名称	地震灾害应急救援预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-019	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/4

作。

3. 应急响应

3.1 临震应急响应和任务

- 3.1.1 市人民政府发布临震预报后，院抗震救灾总指挥部立即进入各自岗位，全院工作实行集中领导，实施院地震应急预案，全院所有部门和人员无条件服从总指挥部调度或待命。
- 3.1.2 在临震应急期内，抗震救灾总指挥部根据应急期时间（一般为10天）及预报地震震级的大小和本院工程设施情况，决定职工、患者及家属是否进行避震疏散。老弱病残者是否转移，或听从上级有关部门指令，再定疏散，转移等工作。
- 3.1.3 院抗震救灾总指挥部在临震期内，有权在院内紧急调用一切物资、设备、车辆、通讯、人员和占用场地，任何部门或个人不得阻拦。

3.2 震后应急处置

3.2.1 震后应急工作

- 3.2.1.1 如有伤亡或压埋人员立即组织排险救人，做好抢救、护理、治疗、处理工作。
- 3.2.1.2 保卫、消防部门应严密监视火情，如出现火情，及时扑灭，并抢救火区人员、物资。应做好治安防范，对院内重点部位进行保护。
- 3.2.1.3 对易燃易爆、溢毒、易污染的次生灾害源，如有险情，立即采取果断措施，防止次生灾害蔓延。
- 3.2.1.4 对院内震损的建筑和生命线工程危险部位进行检修、排险。
- 3.2.1.5 对重点科室的设施进行抢修，迅速组织医疗救护队，做好救护准备。
- 3.2.1.6 通讯、供水、供电，各部门应对其损坏部位抢修，保证院内医疗救助、生活用水、用电、通讯畅通。
- 3.2.1.7 对各避震场地人员及时供给救济物品、食品、饮水，保障职工、患者、家属的基本生活，并做好转移和安置。
- 3.2.1.8 院抗震救灾总指挥部，将此次地震的抗震抢险工作进行总结，对在地震救灾抢险工作中成绩突出的进行表彰，对救灾工作中存在问题的进行及时处理，情节严重的或特别严重的追究其法律责任。

3.3 对震损建筑物和医疗设备进行应急处置

- 3.3.1 组织总务基建部工程技术人员和施工、维修队伍迅速开展对重要建筑物和临床抢救科室的抢险、排险或紧急维修，优先恢复临床抢救科室的功能即水、电等。
- 3.3.2 评定为中等破坏的建筑和工程设施应暂时停止使用，并做出禁止使用的标记，防止次生灾害发生。
- 3.3.3 对不能停止使用的重要工程设施，经抗震防灾主管部门和有关专家、技术人员论证，采取应急措施才能使用。

文件名称	地震灾害应急救援预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-019	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	4/4

3.3.4 评定为严重破坏的建筑物和设施而且有可能扩大灾情，造成次生灾害，威胁人身安全及阻碍恢复水电、医疗、通讯、交通的关键项目，要迅速组织力量抢险、排险或紧急维修，对重点项目，由抗震防灾主管部门和业务主管部门共同制定应急抢修方案。

3.3.5 遭受破坏严重的建筑物，不得随意拆除，需拆除的必须经有关部门审批，临时建筑经院抗震救灾总指挥部审批拆除。

3.4 临震应急和震后应急区域划分

危险区域为门诊、病房、影像科、伽玛刀、配电室、锅炉房及宿舍区；安全区域为后花园；抢救区域为球场。地震时全院职工、患者、家属等所有人员应当到安全区域避震，以减少伤亡。

4. 应急人员配备及物资保障

4.1 应急人员配备

4.1.1 要培养和建立一支思想作风好、业务技术强、熟悉医院情况的抗震队伍，院各级领导要深入地震伤亡、损失大的区域部门，认真搞好抢险救灾工作。

4.1.2 震时、震后各科室要组织本部门做好地震应急工作，人员由各科室选配，医院抢险救灾组设立的应急分队的任务由医院总指挥部下达，任务要落实到科室或个人。

4.2 医疗设备、器材、药品等物资准备

抗震防灾办根据医院实际情况配置必要的医疗设备器材，具体如下：

4.2.1 储备防寒大衣，防雨雨具、照明器材等。

4.2.2 储备铁锹、十字镐钢管或撬杠、架子车、帐篷、床垫等。

4.2.3 储备医疗抢救所必需的医疗器材、药品等。

4.2.4 储备灾后救援所必需的食品、矿泉水等。

5. 后期处置

5.1 组织专业人员进行灾后心理干预。

5.2 根据情况安排组织恢复生产、生活设施。

5.3 减少地震灾害对环境造成的影响。

5.4 统计地震灾害带来的损失。

5.5 检查并向市卫健委报告抗震救灾情况。

文件名称	防汛应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-020	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	1/3

防汛应急预案

1. 总则

1.1 编制目的

为确保突发汛情来临后，能够及时有效地组织防汛防洪工作，将灾害造成的损失降到最低点，最大程度地减少灾害所致人员伤亡和健康危害，预防灾害之后传染病的发生与流行，保障人民群众的身体健康和生命安全，结合我院实际情况，特制定本预案。

1.2 编制依据

依据《中华人民共和国防洪法》《中华人民共和国水土保持法》《中华人民共和国气象法》《中华人民共和国地质灾害防治条例》等国家法律法规。

1.3 适用范围

本预案适用于医院范围内发生的洪水类自然灾害的应急处置。

1.4 工作原则

统一指挥、统一协调、统一部署、快速反应、科学应对、分级实施。

1.5 应急预案启动

1.5.1 分类分级

洪涝灾害事件按照其性质、严重程度、可能性和影响范围等因素，一般分为三级：I级（重大）、II级（较大）、III级（一般）。

1.5.1.1 I级：重大事故

指造成1人及以上死亡，或者10万元以上100万元以下直接经济损失的事故。

1.5.1.2 II级：较大事故

指可能造成人员轻伤，或者不超过10万元直接经济损失。

1.5.1.3 III级：一般事故

指未造成人员受伤，或者不超过1万元直接经济损失。

1.5.2 启动条件

符合以下条件之一，经医院防汛应急工作领导小组决定，启动本预案：发生II级及以上重大事件时；科室发生III级事件时超出本科室应急处置能力，需要医院协调处置时；多个科室发生III级事件，或发生的III级事件涉及多个科室，需要医院协调处置时；重点区域、敏感时期发生III级事件时；接到上级部门应急要求时。

注：发生事故的等级只是初步判断等级，不等同于事故结果定级。

2. 医院洪水灾害风险分析

我院地处济宁市北郊，地理位置较高，因雨水向医院聚集发生水涝的几率较小，但是因暴雨发生

文件名称	防汛应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-020	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	2/3

内涝的风险较高，同时不排除因南四湖泄洪发生大规模洪涝灾害的可能。

3. 组织机构及职责

3.1 应急组织体系

3.1.1 防汛应急工作领导小组具体成员组成如下：

组 长：谢传革 苏中华

副组长：李 武

成 员：辛 建 徐传新 张玉强 王 彬 侯秀梅 张俊青 张 祥
付 强

职 责：负责全院防汛组织协调工作，做好防汛工作信息的上传下达；灾害发生后，迅速组织医疗组开展防病治病工作，预防和控制疫情的发生和流行；负责防汛减灾应急物资储备、调运工作。做好必备的医疗设备、药品、后物质资、食品等应急物资的储备、调用工作，并定期检查、补充、更新；组织做好防汛抢险应急后勤保障工作，确保大型医疗设备及重点部门工作正常运行，确保供电安全畅通；组织开展防汛抢险应急演练，满足洪涝灾害发生时的应急需求。

3.1.2 领导小组下设抢险医疗组、卫生防疫组、后勤保障组。

3.1.2.1 防汛抢险医疗组

组 长：张跃兵

成 员：张玉强 王 彬 侯秀梅 付 强 王中刚

职 责：根据汛情要求，组织和协调住院患者的安置工作：遣散回家、就地留守以及转移安置；组织对院内危重伤病人的抢救和护理工作；组织和实施对防汛抢险医疗突发事件的救护工作；在医院的抗洪抢险工作人员为患者提供防病、治病医疗服务。

3.1.2.2 卫生防疫组

组 长：刘 淼

成 员：杜芳芳 张静华 于立

职 责：组织、协调实施医院的卫生防疫工作，指导各科室开展汛期卫生防疫工作，并进行技术指导；组织人员根据上级要求对集中灾民安置点、临时垃圾堆放地、公共场所做好杀灭病媒生物及消毒工作；配合防疫部门做好实施疫情监测、传染病防治和传染病疫点处理工作；在防汛卫生工作领导小组的领导下，配合做好公共卫生突发事件的应急处理工作。

3.1.2.3 后勤保障组

组 长：徐传新

副组长：李 毅

文件名称	防汛应急预案	制定部门	院长办公室
文件编号	P-AQ-020	版本号	1.0
生效日期	2024年5月18日	页码/总页数	3/3

成员：廖秀河 胡广星 谭 铮

职责：协调各类应急物资，保障汛期物资供应；协调各物业公司外环境保洁人员、工作人员，保证汛情发生时，及时疏导路面排水；组织应急工作人员，及时做好各建筑物屋面排水工作；保障正常电力供应。

4. 应急处置

4.1 汛期准备

- 4.1.1 各成员组成部门根据分工，明确任务，落实责任，精心准备，做到汛前有准备、汛时快速启动、汛后及时恢复正常工作。
- 4.1.2 根据上级文件要求及我院实际情况，对电力设施、大型医疗设备进行检查，确保供电设施和医疗设备正常运行，达到安全度汛的目的。
- 4.1.3 做好医院地下室和各建筑屋面的汛期准备工作，做好各种防汛物资储备，确保重点部位安全度汛。

4.2 汛期警示

- 4.2.1 防汛工作组各成员保持通讯畅通，及时传达上级部门及医院对防汛工作的指示。
- 4.2.2 接到上级主管部门防汛抢险任务后，迅速组织抢险队伍赶赴指定地点开展抗洪抢险工作。
- 4.2.3 做好防汛抢险的后勤保障工作。

4.3 灾后应急行动

各成员组成部门根据医院防汛减灾工作组安排开展灾后应急工作。在防汛抢险工作基本结束后，尽快配合各部门恢复日常工作，确保病陪人及职工正常工作、生活。

5. 保障措施

- 5.1 应急工作组成员应随时保证通讯联系方式畅通。
- 5.2 总务基建部应定期巡查各排水设施，发现问题及时处理。
- 5.3 应急工作组人员做好 24 小时随叫随到的准备。

附件一：

山东省戴庄医院应急人员通讯录

序号	科室	姓名	职务	电话	办公电话
1	医院领导	谢传革	党委书记	18253791391	3166392
2		苏中华	院长	13792351839	3165560
3		李武	党委副书记	13853706436	3165055
4		陈敏	党委副书记（挂职）	13325188077	3165698
5		王年生	纪委书记	13964988853	3165598
7		范甲兵	总会计师	13963770006	3165695
8		张跃兵	副院长	15263756906	3165697
9		辛建	副院长	15054879798	3165696
10		安全监督管理 办公室	齐鹏		15266372276
11	总务基建部	徐传新	主任	13563715530	3165682
		李毅	副主任	15163781736	3165681
12	餐厅	张艳秋	班组长	13963711050	3165588
13	锅炉房	郭克龙	班组长	13954727955	3165591
14	电工班	郭克龙	班组长	13954727955	3165591
15	保卫部	付强	副主任	15005370903	3165110
16	应急保卫	魏建宇		13792351691	
17	应急消防	王树兄		13515471975	3165503
		陈建国		18764785013	
		秦伟		13355189659	
		陈长华		15964106606	
18	党委办公室	孙永科	主任	13963708515	3165690
19	院长办公室	张玉强	主任	13686377838	3165693
20	纪委办公室	任杰	主任	15898781266	3166799
21	人力资源部	鲍磊	主任	18705371789	3165683
22	离退休服务部	王圣侠	主任	18753700098	3165801
23	工会	张婧	工会副主席	15020739822	3165011

序号	科室	姓名	职务	电话	办公电话
24	医教部	王彬	主任	13563746267	3165685
		李晓慧	班组长	15163789692	3165679
		李珍华	班组长	15263755583	3165509
25	护理部	侯秀梅	主任	13625372338	3165687
		司淑萍	护士长	15854611503	3165687
26	审计办公室	戴学建	主任	13792381167	3163272
27	财务部	张胜利	主任	13854752505	3165569
		张胜利	副主任	13884729286	3165568
28	医疗保险部	王贵山	主任	13853755628	3165649
		马彤妹	副主任	13954770929	3165893
29	门诊部(感染管理部)	刘淼	副主任	13505478754	3165093
		于立	班组长	13863767645	3165828
30	宣教部	侯峰	主任	13675376948	3165692
31	信息部	郭勇	主任	13854706567	3165577
		石卫东	班组长	13964909188	3165562
32	医疗设备部	张祥	负责人	15206789318	3165624
33	精神一科	张金响	主任	13853774767	3165631
		张艳	护士长	13792349658	3165602
		杨大梅	护士长	13455597092	3165720
		朱焕焕	副护士长	13953767467	3165603
34	精神二科	苗庆山	主任	13963734508	3165632
		张秀贞	副主任	13863768196	3163215
		李荣琴	护士长	15866072076	3165604
		宋瑞芹	护士长	13953710039	3165703
		苏同同	副护士长	15554767008	3165605
35	精神三科	陈宏	主任	13153748256	3165633
		尹周敏	护士长	13953786301	3165606
		刘燕	护士长	15853735821	3165607
		马雪	护士长	13791735397	3165613

序号	科室	姓名	职务	电话	办公电话
36	精神四科	翟金国	主任	13563765739	3165634
		姜衍松	副护士长	13475376477	3165608
		司淑萍	护士长	15854611503	3165609
		闫非非	副护士长	15154720322	3165612
37	精神五科	张新	副主任	13563705461	3165635
		高晓翠	护士长	13953772197	3165611
		宋光云	护士长	15898783688	3165092
		宣利	副护士长	13953788115	3165610
38	精神六科	曹中昌	主任	13863752172	3165638
		郝玉荣	护士长	15092667296	3165601
		李盼盼	副护士长	18805371987	3165417
		郭多	副护士长	13563725295	3165418
39	强制医疗科	韩道国	副主任	15562360999	3165626
		邵会会	副护士长	18764796111	3165230
40	老年精神科	韩开红	副护士长	13583713344	3162499
		高智利	副护士长	18366738339	3164317
41	老年心理科	赵高锋	主任	13964955658	3165839
		王聪聪	副护士长	18366790319	3165830
42	精神障碍合并躯体疾病科(内科)	魏红艳	副主任	15092789364	3165641
		杨秀珍	护士长	13173177759	3165617
43	儿童青少年心理科	钱丽菊	主任	13220813290	3165826
		胡春风	护士长	18253792826	3165836
		王茹	副护士长	18765370187	3168187
44	睡眠医学科	刘霞	主任	13655471211	3167616
		李珊	副护士长	13864106135	3165616
45	酒依赖科	孔祥娟	主任	15215470780	3165739
		周英凡	护士长	18753790733	3165737
46	精神康复科	袁明华	主任	13563718468	3165126
		高彩凤	护士长	15153701256	3165126
47	肿瘤科 (伽玛刀治疗科)	刘琨	主任	13791797363	3165618
48	急诊科	王中刚	主任	15020778402	3165806
		步辉	副护士长	13805479556	3165120
49	特检科	山君来	主任	15953469777	3165655

序号	科室	姓名	职务	电话	办公电话
50	神经内科	宋玉成	主任	13583708963	3165639
		张晓艳	护士长	13791709006	3165615
		王服艳	副护士长	15864132057	3165615
51	医学检验科	高鹏	主任	13963763968	3165582
		刘太秀	副主任	15725073801	3165619
52	精准医学实验室	崔健	主任	13655379322	3165027
53	医学影像科	陈福建	主任	13562738083	3165660
54	药学部	张俊青	主任	13853771079	3165007
55	精神疾病司法鉴定科	张增	主任	13963779183	3165629
56	职业健康查体科	聂 斐	主任	13954744766	3165095
		蔡令艺	护士长	15964120256	3165959
57	临床心理科	谷传正	主任	15898612939	3165567
58	物理治疗科	李 坤	主任	19553700077	3165688

附件二：

山东省戴庄医院应急物资和设备储备目录

表 1 山东省戴庄医院卫生防护类应急物资储备目录

管理人：袁晓驰

联系电话：3165829

编号	名称	规格	单位	数量
1	医用防护口罩	N95	个	20
2	医用外科口罩		个	200
3	医用防护服		套	4
4	一次性手术衣		套	20
5	医用外科手套	各种规格	付	50
6	电子测温仪		台	2
7	含氯消毒片	100 片/瓶	瓶	5
8	手消毒凝胶	60ml	瓶	20
9	医用酒精	100ml	瓶	20
10	医用隔离眼罩		只	5

表2 2024年度山东省戴庄医院应急储备药品目录

管理人：张俊青

联系电话：3165007

类别	药品名称	剂型	规格	单位	数量
抗休克药品	盐酸肾上腺素注射液	注射剂	1mg	支	10
	地塞米松磷酸钠注射液	注射剂	5mg	支	10
	盐酸多巴胺注射液	注射剂	20m	支	10
	重酒石酸间羟胺注射液	注射剂	10mg	支	4
	重酒石酸去甲肾上腺素注射液	注射剂	2mg*	支	4
	尼可刹米注射液	注射剂	0.375g	支	10
	盐酸洛贝林注射液	注射剂	3mg	支	10
麻醉与镇痛药品	盐酸利多卡因注射液	注射剂	0.1g	支	5
液体及电解质调节药品	葡萄糖注射液	注射剂	250ml	瓶	5
	氯化钠注射液	注射剂	250ml	瓶	5
	甘露醇注射液	注射剂	250ml	瓶	5
	氯化钾注射液	注射剂	1g/10ml	支	10
止血药品	氨甲环酸注射液	注射剂	0.25g	支	10
解热镇痛类药品	复方氨林巴比妥注射液	注射剂	20ml	支	10
胃肠用药	硫酸阿托品注射液	注射剂	0.5mg/1ml	支	10
抗菌素类药品	注射用青霉素钠	粉针剂	80万	支	50
	甲硝唑氯化钠注射液	注射剂	250ml	瓶	5
防疫类药品	连花清瘟胶囊	胶囊剂	24粒/盒	盒	800

表 3 2024 年度山东省戴庄医院后勤保障类应急物资储备目录

管理人：郭克龙

联系电话：3165591

名称	规格	单位	数量
防风眼镜	普通	个	10
口罩	3M 棉	个	50
隔离衣（医生）	大、中、小	套	10
隔离衣（护士）	大、中、小	套	10
防护服	普通	件	5
洗手液	蓝月亮 500 克	瓶	10
洗衣液	好太太 2L	瓶	10
应急手提灯	普通	个	2
胶手套	短	付	12
蚊帐	5*7	顶	2
雨靴	长	双	5
钢锯	普通	个	2
活口扳手	300*36	个	5
铁丝		盘	1
八角锤		把	5
铁锹	尖头	张	10
羊角锤		个	5
应急帐篷	普通	顶	1
警戒标识带	0.05M*125M	个	5
备用发电机	DF-3500H-DC0	台	1
羽绒被	2*1.8	床	10
对讲机		台	5
手持扩音器		台	5
方便面		箱	20
矿泉水		箱	20