

陕西省卫生和计划生育委员会办公室文件

陕卫办妇幼发〔2017〕76号

陕西省卫生计生委办公室关于 加强危重孕产妇和新生儿救治中心 建设与管理的通知

各设区市、杨凌示范区、韩城市卫生计生局（委），神木县、府谷县卫生计生局，委直委管医疗保健机构：

为加强全省危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理，建立完善区域性危重孕产妇和新生儿转会诊与救治网络，提高危重孕产妇和新生儿救治能力，保障母婴安全，我委组织专家制定了《危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理指南》（试行）和《危重孕产妇和新生儿救治中心验收标准》（试行），现印发给你们，并提出以下几点要求，请认真贯彻执行。

一、统筹安排，认真落实

各级卫生计生行政部门要按照《国家卫生计生委关于切实做好高龄孕产妇管理服务和临床救治的意见》(国卫妇幼发〔2016〕15号)、《陕西省卫生计生委办公室关于印发〈陕西省危重孕产妇和新生儿救治与转诊工作方案〉的通知》(陕卫办妇幼发〔2016〕106号)及《陕西省危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理指南》(试行)要求,根据危重孕产妇和新生儿救治工作实际需求,充分利用好危重孕产妇和新生儿救治中心能力建设项目资金,确保各中心标准化、科学化、规范化建设和有效运转。完善危重孕产妇筛查和救治服务网络建设,全面提高救治服务能力。

二、加强建设,提升能力

各级危重孕产妇和新生儿救治中心、各级各类助产机构要对照《验收标准》,查漏补缺,持续提升救治水平和服务能力。一是各级承担危重孕产妇和新生儿救治的医疗保健机构要在人员安排、设备配置和分配机制等方面给予中心建设全力支持;二是建立健全急诊抢救制度及危重孕产妇和新生儿抢救应急预案,建立产科、新生儿科(儿科)等多科室协作机制,确保孕产妇和新生儿抢救无条件用血和退血等保障机制有效运行,确保急救设备设施、急救药品等救治资源的配置、储备和正常运行;三是严格落实首诊负责制,简化入院程序与手续,不得以任何理由推诿和延误危重孕产妇和新生儿救治;四是明确相关科室职责,完善救治转诊流程,加强技术培训与实战演练,不断提高救治水平;五是建立覆盖全部助产机构、运行管理机制健全的转会诊网络和院前

急救绿色通道，切实解决好救治转诊过程中存在的部门协作和资源协调等问题，确保有效衔接和绿色通道畅通，形成分级负责、上下联动、应对有序、运转高效的危重孕产妇和新生儿急救、会诊、转诊网络。

各级危重孕产妇和新生儿救治中心要认真履行职责，按照省级救治中心对口支持、分片包抓（见附件）、市级救治中心负责市域内、县级救治中心负责县域内的救治工作分工，落实好危重孕产妇和新生儿救治转诊工作。各级救治中心要尽快实现县、市、省三级业务对接，建立并落实会诊、转诊、指导等协作工作机制，定期联系、通报相关情况，不断完善网络，确保危重孕产妇和新生儿会诊、转诊与抢救绿色通道畅通。对于妇幼保健机构等专科医院承担危重孕产妇和新生儿救治中心任务的，要建立并完善区域内协作机制，充分保障相关学科、人员、设备等在救治转诊过程中的支撑力量。

三、严格督导，保证质量

各级卫生计生行政部门要定期对辖区危重孕产妇和新生儿救治中心进行全面督导，及时发现工作中存在的问题和薄弱环节，采取措施，积极整改，保证危重孕产妇和新生儿救治转诊质量，对救治先进单位和个人给予表彰奖励，对推诿救治单位和个人予以通报批评，造成严重后果者追究相关责任；要落实对辖区危重孕产妇和新生儿救治中心的政策倾斜和经费补助，监管好危重孕产妇和新生儿救治中心能力建设项目资金的使用，包括硬件设备购置、专业技术人员培训进修等。

- 附件：
- 1、陕西省危重孕产妇救治中心建设与管理指南（试行）
 - 2、陕西省危重新生儿救治中心建设与管理指南（试行）
 - 3、省、市、县级危重孕产妇救治中心验收标准（试行）
 - 4、省、市、县级危重新生儿救治中心验收标准（试行）
 - 5、陕西省省级危重孕产妇和新生儿救治中心对口支持市（区）名单（试行）



陕西省卫生计生委办公室

2017年7月11日

附件 1

陕西省危重孕产妇救治中心 建设与管理指南 (试行)

第一章 总则

第一条 为加强危重孕产妇救治中心的建设与管理，建立完善区域性危重孕产妇转会诊和救治网络，提高危重孕产妇救治能力和服务质量，保证救治服务的及时性和安全性，降低孕产妇死亡率，特制定本指南。

第二条 危重孕产妇救治中心原则上应依托于综合救治能力较强的医疗机构，或产科实力突出，且与其他医疗机构建立了多学科诊疗协作机制的妇幼保健院或专科医院。危重孕产妇救治中心承担辖区危重孕产妇的会诊、转诊和救治工作，并对下一级救治中心开展技术指导和双向协作。

第二章 区域组织管理

第三条 危重孕产妇救治中心的设立应当遵循择优确定、科学布局、分级诊疗的原则。各级卫生计生行政部门应当根据区域医疗资源情况和危重孕产妇救治需求对区域内危重孕产妇救治中心的数量和布局进行统筹规划。省（区、市）要建立若干个危重孕产妇救治中心，每个地市、县（市、区）均应建立至少 1 个危

重孕产妇救治中心。

第四条 综合考虑各级各类医疗机构功能定位、技术要求以及实施和管理的可行性等因素，建立医疗机构分级诊疗的危重孕产妇服务管理和临床救治网络。省级和市级危重孕产妇救治中心应依托产科实力和综合救治能力较强的三级综合医院、三级妇幼保健院或三级妇产医院设立；县级救治中心原则上应依托于已建有 ICU 病区，且产科实力和综合救治能力较强的二级以上综合医院、妇幼保健院或妇产医院设立。各级各类医疗机构应当根据卫生行政部门确定的功能定位和责任范围，配合危重孕产妇救治中心开展有效的危重孕产妇转会诊和救治工作。

第五条 设立危重孕产妇救治中心的医疗机构，必须具备较强的危重孕产妇临床救治能力。各级危重孕产妇救治中心应具备开展危重孕产妇救治工作所需的设施、设备、人员、能力等基本条件（危重孕产妇救治中心服务能力基本要求见附件 1）。省级和市级救治中心，其产科（或妇产科）原则上为省、市级临床重点专科（或省、市级妇幼保健重点学科），二级以上综合医院重症医学科要保障危重孕产妇救治床位，二级以上妇幼保健院原则上要设立重症监护室。

第六条 加强危重孕产妇救治服务体系建设，全面提高救治服务能力。加强基层医疗卫生机构妇幼健康服务相关科室规范化建设，推动二级以上综合医院、妇幼保健院重症医学科和产科重

症监护室建设，强化省级对市级、市级对县级救治中心的逐级技术指导，提升整体救治能力。

第七条 建立覆盖全部助产机构、运行管理机制健全的转会诊网络和院前急救绿色通道。各级救治中心接收辖区内危重孕产妇并将本救治中心不能处理的危重孕产妇通过绿色通道及时转运至上级救治中心，确保有效衔接和绿色通道畅通，形成分级负责、上下联动、应对有序、运转高效的危重孕产妇急救、会诊、转诊网络。（危重孕产妇转运工作规范见附件2）

第八条 建立完善危重孕产妇会诊机制和远程会诊网络。对确因各种原因不便转诊的患者，应通过远程会诊网络等方式请求上级救治中心专家远程会诊或现场会诊，指导救治。省、市级救治中心应对下一级救治的请求必须给予及时响应和技术支持。

第九条 建立危重孕产妇服务管理和临床救治的分工协作和协调联动机制。明确救治中心与基层医疗卫生机构、院前急救机构和血液供应机构等单位的职责分工，充分发挥三级医疗卫生机构的技术优势和基层筛查网底作用，进行逐级帮扶，提高基层医疗机构筛查和识别高危孕产妇技术能力，强化机构之间的协同联动以及机构内部多科室协作，实现高危孕产妇的全程管理以及危急重症的快速转运和有效救治，强化危重孕产妇全程系统管理。

第十条 发挥信息化支撑作用，及时传递危重孕产妇救治和转运信息。各地要依托区域卫生信息平台 and 妇幼健康等信息系统，

加快危重孕产妇服务管理和临床救治信息管理系统建设，覆盖辖区内所有危重孕产妇救治中心、助产机构和院前急救机构，逐步完善省、市两级救治中心对下级救治中心的远程会诊和患者转运过程中的 GPS 定位功能，实现危重孕产妇系统管理、转运定位、院前急救处理以及救治中心的床位使用、救治处理情况和随访管理等信息的互联互通，提升转运效率和救治成功率。

第三章 机构内部管理

第十一条 各救治中心要成立辖区危重孕产妇救治领导小组，由主要领导任组长，分管领导及综合办公室、医务科、护理部、后勤保障部门等相关职能部门和科室主要领导为成员，负责院内危重孕产妇救治的组织协调工作、业务发展规划的制定、人才配置、培养计划的审议和落实、各项制度落实情况的检查等事宜。

第十二条 危重孕产妇救治中心应成立由分管院长任组长，产科、儿科、重症医学科以及内科、外科、妇科、急诊科、麻醉科、放射科、输血科、检验科、药剂科等相关业务科室专家为成员的危重孕产妇抢救专家组（传染病专科医院需增加相关传染病学专家），救治中心其他成员由以上相关科室医护人员组成。未设立内科、外科的妇幼保健院和妇产医院应与综合能力较强的综合医院建立转会诊协作机制。救治中心可以根据需要配备适当数量的医疗辅助人员，有条件的可配备相关技术人员。（危重孕产妇救

治中心人员要求见附件 3)。

第十三条 各危重孕产妇救治中心应建立机构内服务管理和临床救治的多学科分工协作机制，统筹协调相关业务科室的沟通合作，开展多学科协作，以实现高危孕产妇的全程管理以及危重孕产妇的快速会诊、迅速转运和有效救治。

第十四条 危重孕产妇救治中心的建筑布局应当符合环境卫生学和医院感染预防与控制的原则，做到布局流程合理、洁污分区明确，标识正确清晰。

第十五条 危重孕产妇救治中心应设有危重抢救设备设施齐全的抢救病房或病区。抢救病房或病区应设置于方便危重孕产妇转运、检查和治疗的区域，以邻近产房、手术室、急诊室为宜。救治中心抢救病房具体建设标准参照综合医院 ICU 建设标准，并满足危重孕产妇救治需求和突出产科特色。救治中心应明确划分病房区、医疗护理辅助区、工作人员生活区和污物处理区。

第十六条 危重孕产妇救治中心的抢救床位数量根据服务区层级、服务范围大小、辖区人口数量和实际收治患者的需要设定。救治中心抢救床位使用率以 65-75%为宜，超过 80%则应适当扩大规模。救治中心抢救床位根据医院实际情况配置在产科或 ICU。（危重孕产妇救治中心床位要求见附件 3）。

第十七条 危重孕产妇救治中心应当按照功能任务要求系统化配置相关设施条件以及必要的监护和治疗设备，并保证开展相

应层级危重孕产妇抢救应有的监护和诊疗技术项目。病区内应配备中心监护系统，每床除配备完善的功能设备带或功能架，提供电、氧气、压缩空气和负压吸引等功能支持外，还应配备床旁监护，进行心电、血压、脉搏、血氧饱和度、有创压力监测等基本生命体征监护。为便于安全转运患者，每个单元至少配备便携式监护仪、便携式呼吸机等设备。（各级危重孕产妇救治中心设备配备标准详见附件4）

第十八条 危重孕产妇救治中心家属接待室应当有清楚识别标志，当家属到达接待室或探视入口时能够快捷地与医务人员取得联系。

第十九条 危重孕产妇救治中心应建立完善的通讯、监控、网络与临床信息管理系统。并建立健全相关数据库，收集危重孕产妇救治信息，并按要求及时向各级卫生计生行政部门报送相关信息资料。

第四章 业务管理

第二十条 危重孕产妇救治中心医师和护士应当具备相应的知识和技能，不断加强知识更新（基本技能见附件1），建立各级危重孕产妇救治中心业务能力的持续提升机制。上级危重孕产妇救治中心强化对基层业务指导，结合收治的上转危重孕产妇情况对基层进行培训。基层救治中心对上转的危重孕产妇要进行追踪，

及时了解和学习上级中心的救治方案，有条件的应参与上转孕产妇的救治工作，不断提高基层救治中心人员的救治能力。

第二十一条 危重孕产妇救治中心应建立快速反应团队，每季度至少进行1次团队演练，并组织区域内演练情况的总结评估，针对问题提出改进策略。

第二十二条 危重孕产妇救治中心必须确保贯彻落实医疗质量安全核心制度，并结合实际情况建立健全与危重孕产妇监护诊疗工作特征相符合的基本工作制度和医疗护理常规。

第二十三条 救治中心应建立健全各项危重孕产妇救治相关规章制度，制定各类人员的工作职责，规范诊疗常规。建立完善危重孕产妇管理制度和孕产妇急救小组工作制度（危重孕产妇救治中心基本工作制度见附件5）。

第二十四条 危重孕产妇救治中心应建立健全人员、设施、设备、耗材、药品和行政安全等各种管理制度，及时保障危重孕产妇救治所需的药物、耗材，并保持救治所需设备功能均处于正常状态，确保各项工作安全、有序的运行。

第二十五条 危重孕产妇救治中心应成立质量控制小组，制定完善全过程质量控制规范，定期分析医疗与护理质量，提出改进意见并落实，常规开展孕产妇病情、诊疗效果评估工作，保证本中心医疗与护理技术质量和服务质量的持续改进。

第二十六条 危重孕产妇救治中心应加强医院感染管理，制

定符合孕产妇特点的医院感染管理规章制度和 workflows，有效落实各项医院感染预防与控制措施，降低发生医院感染风险。

第五章 监督管理

第二十七条 各级危重孕产妇救治中心建设标准、设备配置、人员配备、服务能力、技术项目、工作制度等要求均须按照危重孕产妇救治中心建设与管理指南执行。诊疗能力达不到危重孕产妇救治中心要求的危重孕产妇病房参照《危重孕产妇救治中心建设与管理指南》进行建设与管理。

第二十八条 省级卫生计生行政部门可以设立省级危重孕产妇救治质量控制中心，每年开展一次逐级督导和质控，对辖区内医疗机构的危重孕产妇救治中心进行质量评估、检查指导和动态管理。

第二十九条 建立完善危重孕产妇救治中心考评制度和退出机制。危重孕产妇救治中心由本级卫生计生行政部门认定。省级卫生计生行政部门定期组织对现有的救治中心进行考核评估，对考核评估不合格的机构应进行整改，整改仍不合格的将予以摘牌。

第六章 附则

第三十条 本指南由陕西省卫生和计划生育委员会负责解释。

第三十一条 本指南自发布之日起执行。

附 1

危重孕产妇救治中心服务能力基本要求

一、机构基本能力

危重孕产妇救治中心应符合危重孕产妇救治中心基本要求，并具备以下基本能力：

序号	项目	危重孕产妇救治中心		
		县级	市级	省级
1	产科床位数（张）	≥ 30	≥ 40	≥ 40
2	年分娩量（人次）	≥ 3000	≥ 5000	≥ 5000
3	高危孕产妇比例	≥ 40%	≥ 60%	≥ 80%
4	ICU 支持	原则上应有独立 ICU, 并保障危重孕产妇救治床位	必须设置 ICU, 并保障孕产妇救治床位	设立独立的产科 ICU 或医院 ICU 保障孕产妇救治床位

地方各级卫生计生行政部门可根据本地实际酌情调整。

二、人员基本技能

（一）救治中心医护人员应接受过严格的专业理论和技术培训，须掌握母婴保健法律法规，具有相应资质，以胜任对危重孕产妇进行各项监测与治疗的要求。

（二）救治中心医师应经过相关学科轮转培训，完成产科专科业务培训并考核合格。

（三）救治中心医师必须具备高危妊娠和重症医学相关理论知识。掌握重要脏器和系统的相关生理、病理及病理生理学知识、

救治中心相关的临床药理学知识和伦理学概念。

（四）救治中心医师应掌握高危妊娠的基本理论知识：1. 妊娠及分娩并发症（妊娠高血压疾病、凶险型前置胎盘、子宫破裂、胎儿窘迫、产科出血、休克、羊水栓塞、严重感染、静脉血栓形成及肺栓塞症等）；2. 妊娠合并症（心脏病、肝脏病、肾脏病、血液系统疾病、内分泌系统疾病、多脏器功能衰竭、外科合并症等）；3. 产科严重感染；4. 妊娠合并性传播疾病/艾滋病；5. 阴道助产技术；6. 新生儿急救的基础理论；7. 危重孕产妇救治需要的其他知识。

（五）救治中心重症医学医师应掌握重症患者重要器官、系统功能监测和支持的理论与技能：1. 复苏；2. 休克；3. 呼吸功能衰竭；4. 心功能不全、严重心律失常；5. 急性肾功能不全；6. 中枢神经系统功能障碍；7. 严重肝功能障碍；8. 胃肠功能障碍与消化道大出血；9. 急性凝血功能障碍；10. 严重内分泌与代谢紊乱；11. 水电解质与酸碱平衡紊乱；12. 肠内与肠外营养支持；13. 镇静与镇痛；14. 严重感染；15. 多器官功能障碍综合症；16. 免疫功能紊乱。

（六）救治中心医师应掌握孕产妇危重症诊疗和救治基本技能：1. 分娩期并发症包括子宫破裂、羊水栓塞、重度子痫前期、子痫及其并发症、胎盘早剥、前置胎盘及其并发症等处理措施；2. 产后出血及失血性休克防治措施；3. 静脉血栓及肺栓塞等各种

救治技能；4. 新生儿窒息复苏技术及早产儿处理；5. 危重孕产妇救治需要的其他技能。

（七）救治中心医师除一般临床监护和治疗技术外，应具备独立完成以下监测与支持技术的能力：1. 心肺复苏术；2. 人工气道建立与管理；3. 机械通气技术；4. 纤维支气管镜技术；5. 深静脉及动脉置管技术；6. 血流动力学监测技术；7. 胸穿、心包穿刺术及胸腔闭式引流术；8. 电复律与心脏除颤术；9. 床旁临时心脏起搏技术；10. 持续血液净化技术；11. 疾病危重程度评估方法。

（八）救治中心医师每年至少参加 1 次省级或省级以上重症医学相关继续医学教育培训项目的学习，不断加强知识更新。

（九）救治中心护士必须经过严格的专业培训，熟练掌握重症护理基本理论和技能。

附 2

危重孕产妇转运工作规范

危重孕产妇转运是危重孕产妇救治中心的重要工作内容之一，目的是安全地将危重孕产妇转运到上级危重孕产妇救治中心进行救治，充分发挥优质卫生资源的作用。然而，转运工作也可能存在孕产妇出现病情变化和死亡的风险，要实现安全、快速的转运，必须规范和优化危重孕产妇转运流程，充分防范转运风险，以达到降低孕产妇死亡率的目的。

一、建立区域性危重孕产妇转运网络

危重孕产妇转运网络是由区域内不同等级的危重孕产妇救治中心及产科实力和综合救治能力较强的综合医疗机构组成，集转运、救治为一体的服务网络系统。网络关系如图所示。

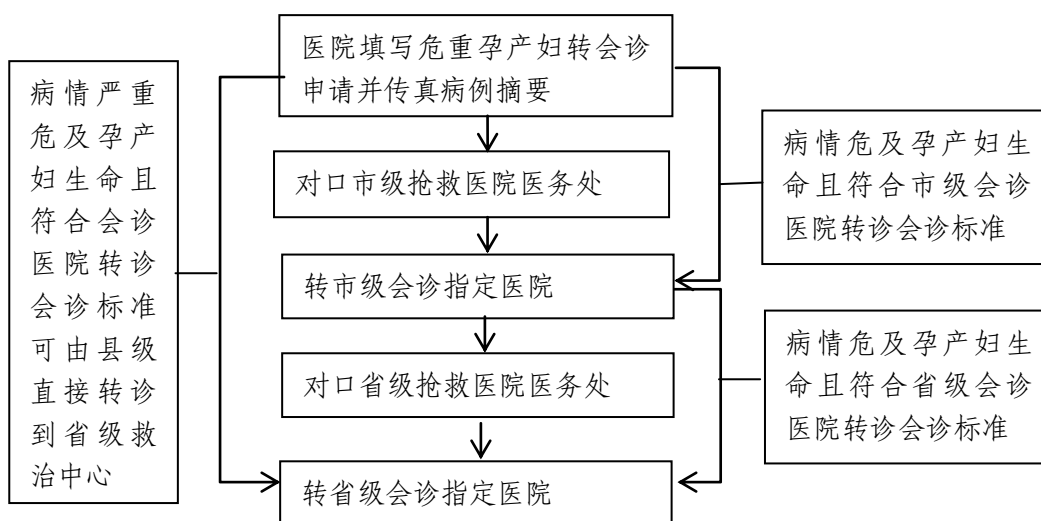


图 1 区域危重孕产妇转运网络流程图

各级危重孕产妇救治中心组成一个相互协作的转运系统。各级危重孕产妇救治中心既参与整个系统的运作，又组织各自局部系统运作。危重孕产妇救治中心应按照其层级的功能定位、医疗服务条件和服务能力接收危重孕产妇，一般病情提倡按等级逐级实施转运，特殊病情可以根据需要越级实施转运。

确定危重孕产妇救治中心转运的范围应以“适宜、就近”为原则，在行政区划的基础上兼顾地方就医的习惯和地理距离。危重孕产妇救治中心所服务区域的大小受其层级限制，但应结合地理形态、人口密度、气候条件、人情习俗、区域经济、服务能力和医保支付等综合考虑。采用救护车通过陆路转运，危重孕产妇救治中心转运服务半径一般以不超过 200 公里为宜，除确认孕产妇病情许可且必须转运者外，超出此范围应选用其他更高速的交通工具。

二、转运车辆、设备及人员要求

（一）转运车辆

每个危重孕产妇救治中心至少保证 1 辆值班救护车和 1 辆备用救护车。值班救护车要保证每天 24 小时运行。

（二）人员配置标准

危重孕产妇救治中心转运人员按照四班二运转（或三班制）值班制设置，每辆值班救护车配备医生、护士、助产士、司机、担架工各 1 人。急救人员应该做到 24 小时随时可以出动。

(三) 转运设备标准

危重孕产妇急救必须的设备、器械及器材至少应配备产包、多功能除颤/监护、便携式转运呼吸机、心电图机、心肺复苏包(含喉镜、气管插管、口咽通气管、面罩、人工气囊、心脏泵)、吸引器、医用氧气瓶、听诊器、血压表、快速血糖监测仪、手电筒、叩诊锤、体温计、剪刀、镊子、脊椎固定板、颈托、头部固定器、冲气夹板、筒形夹板(SAM夹板)、外伤包(包括三角巾、绷带、止血带)。

三、转运流程

(一) 转运前准备

转运前应做好以下各项准备工作:

1. 保持与拟转入救治中心电话联系, 通知接收孕产妇的危重孕产妇救治中心, 并简要叙述病情, 有妊娠合并内外科疾病并需转诊者, 原则上应转往上级危重孕产妇救治中心;
2. 填写危重孕产妇转运单, 同时复制相关病历资料;
3. 安排熟悉病情的医生护送;
4. 告知家属转运的必要性, 在转运途中孕产妇可能发生的危险, 征得家属知情同意, 签订转运同意书;
5. 指导家属做经费准备;
6. 在转运队伍到达之前, 对危重孕产妇进行初步复苏急救, 稳定病情。

(二) 转运途中处理

1. 途中病情的观察和护理：转运过程中的监护治疗水平应确保危重孕产妇的生命安全，防止意外病情发生。

2. 途中突发情况救治处理：随车医护人员应对突发危重情况做好评估和应急处置。

3. 填写转运途中记录单：转运人员必须填写完整的转运记录单，内容包括转运途中危重孕产妇的一般情况、生命体征、监测指标、接受的治疗、突发事件及处理措施。

4. 途中安全保障：在转运途中，避免救护车发生交通事故，一般需要做到以下几点：

(1) 注意救护车的定期维护和保修。

(2) 挑选经验丰富的司机并合理安排，避免疲劳驾驶，严禁违章开车。

(3) 强化医护人员的安全意识，每次转运都应系好安全带。

(4) 保证车内急救设备（如监护仪、氧气管等）的固定和安全保护。

(三) 转运到达后工作

1. 孕产妇到达后，应由绿色通道直接入住救治中心紧急抢救，先救治，同时办理入院手续。2. 转运人员与救治中心值班人员进行交接，将当地医院的所有资料交给救治中心值班人员，详细介绍危重孕产妇转运全过程的情况。

3. 上级救治中心值班人员应及时对危重孕产妇进行必要的处置，待患者病情基本稳定后，协助家属办理入院手续。要进一步详细询问病史，完成各种知情同意书的告知并签字。

4. 详细检查已使用过的转运设备，补充必要的急救用品，完毕后将转运设备放回转运处，以备下一次使用。

（四）建立转诊信息沟通机制

危重孕产妇救治中心应建立转诊信息沟通机制，主动跟进危重孕产妇的救治情况，不断提高危重孕产妇救治中心的救治能力。

附 3

各级危重孕产妇救治中心床位和人员配备要求

序号	项目	危重孕产妇救治中心		
		县级	市级	省级
1	抢救床位数占比	≥ 2%	≥ 5%	≥ 5%
2	医师床位比	≥ 0.8	≥ 0.8	≥ 0.8
3	护士床位比	≥ 2.5	≥ 2.5	≥ 2.5
4	医师高级职称构成比	≥ 20%	≥ 30%	≥ 40%
5	业务负责人技术职称	副高级以上 ≥ 1 人，从事相关专业 10 年以上	副高级以上 ≥ 2 人，从事相关专业 10 年以上	副高级以上 ≥ 4 人，从事相关专业 10 年以上

附 4

各级危重孕产妇救治中心抢救设备配置要求

序号	设备	省级	市级	县级
1	专业抢救设备及器械			
1.1	胎心监护仪	≥床位数 80%	≥床位数 80%	≥床位数 80%
1.2	多普勒胎心监护仪	≥床位数 80%	≥床位数 80%	≥床位数 80%
1.3	产包	若干	若干	若干
1.4	清官包	若干	若干	若干
1.5	缝合包	若干	若干	若干
1.6	官纱（或水囊）	若干	若干	若干
1.7	产钳	若干	若干	若干
1.8	胎头吸引器	若干	若干	若干
1.9	阴道拉钩	若干	若干	若干
1.10	宫颈钳	若干	若干	若干
1.11	毁胎器械	若干	若干	若干
1.12	新生儿抢救台	≥2台	≥1台	≥1台
1.13	新生儿监护仪	≥2台	≥1台	≥1台

1.14	新生儿转运暖箱	≥2台	≥1台	≥1台
1.15	新生儿喉镜（气管插管）	≥1台	≥1台	≥1台
1.16	新生儿呼吸机	≥2台	≥1台	≥1台
1.17	T组合复苏器（新生儿复苏囊）	≥2台	≥1台	≥1台
1.18	新生儿低压吸引器	≥2台	≥2台	≥1台
1.19	胎粪吸引管	若干	若干	若干
2	ICU 基本设备			
2.1	床头设备带或吊塔（含吸氧、负压吸引、压缩空气、UPS、漏电保护装置等）	≥床位数 110%	≥床位数 110%	≥床位数 110%
2.2	ICU 专用病床（含床头桌、防褥疮床垫）	≥床位数 110%	≥床位数 110%	≥床位数 110%
2.3	中心监护系统	≥1套	≥1套	≥1套
2.4	床旁监护系统（心电、血压、脉搏血氧饱和度、有创压力监测模块）	≥床位数 120%	≥床位数 120%	≥床位数 110%
2.5	呼气末二氧化碳	≥1台	≥1台	不要求
2.6	连续性血流动力学与氧代谢监测设备(心排量测定仪)	≥1台	≥1台	不要求
2.7	呼吸机	≥床位数 80%	≥床位数 80%	≥床位数 80%
2.8	便携式呼吸机	≥1台	≥1台	≥1台
2.9	除颤仪	≥2台	≥2台	≥1台
2.10	体外起搏器	≥2台	≥2台	≥1台
2.11	纤维支气管镜	≥1台	≥1台	≥1台

2.12	心电图机	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 1 台
2.13	血气分析仪 (床旁)	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 1 台
2.14	输液泵	≥ 床位数 300%	≥ 床位数 300%	≥ 床位数 300%	≥ 床位数 200%
2.15	注射泵	≥ 床位数 300%	≥ 床位数 300%	≥ 床位数 300%	≥ 床位数 300%
2.16	输血泵	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 1 台
2.17	肠内营养输注泵	≥ 床位数 50%	≥ 床位数 50%	≥ 床位数 50%	≥ 床位数 50%
2.18	防止下肢 DVT 发生的反搏处理仪	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 1 台
2.19	心肺复苏抢救装备车 (含急救器械)	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 1 台
2.20	电子升降温设备	≥ 1 台	≥ 1 台	≥ 1 台	≥ 1 台
2.21	输液加温设备	≥ 1 台	≥ 1 台	≥ 1 台	≥ 1 台
2.22	空气消毒净化设备	根据具体房屋面积确定	根据具体房屋面积确定	根据具体房屋面积确定	根据具体房屋面积确定
2.23	血糖仪	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 1 台
2.24	床旁彩超	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 2 台	≥ 1 台
2.25	血液净化仪	≥ 1 台	≥ 1 台	≥ 1 台	不要求
2.26	床旁 X 光机	≥ 1 台	≥ 1 台	≥ 1 台	≥ 1 台

附 5

危重孕产妇救治中心基本工作制度

- (一) 高危妊娠管理制度；
- (二) 危重孕产妇管理细则；
- (三) 危重孕产妇转运急救流程；
- (四) 接受转诊和反馈转诊制度；
- (五) 疑难危急重症病例讨论制度；
- (六) 危重孕产妇抢救报告制度；
- (七) 危重孕产妇死亡报告评审制度；
- (八) 孕产妇死亡病例讨论制度；
- (九) 培训和急救演练制度；
- (十) 突发事件应急处理管理制度；
- (十一) 抢救用血制度；
- (十二) 各级医师负责制度；
- (十三) 急救药品管理制度；
- (十四) 信息登记制度；
- (十五) 医院感染管理制度；
- (十六) 医疗质量管理评估制度；
- (十七) 医院安全管理制度；
- (十八) 伦理学评估和审核制度；
- (十九) 不良事件防范与报告制度；
- (二十) 危重孕产妇医患沟通与媒体沟通制度。

附件 2

陕西省危重新生儿救治中心 建设与管理指南

(试行)

第一章 总则

第一条 为指导和加强危重新生儿救治中心的建设和管理，构建区域性危重新生儿救治技术体系，实现新生儿医疗护理服务的可及性，提升新生儿疾病诊治能力和水平，保证医疗质量和医疗安全，达到降低我国新生儿死亡率的目的，根据《母婴保健法》、《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律、法规，制定本指南。

第二条 危重新生儿救治中心是指医疗机构内独立设置的，以新生儿病房为依托实体，具有危重新生儿监护诊疗能力，承担区域内危重新生儿救治、转运、会诊和新生儿专科技术培训、指导任务的临床单位。

第三条 各级卫生计生行政部门应当加强对医疗机构危重新生儿救治中心建设、管理的指导和检查，促进危重新生儿救治中心工作标准化、规范化和科学化。

第二章 区域性组织管理

第四条 危重新生儿救治中心按服务能力基本要求（附件 1）

分为省、市（地）、县（区）三级。各级危重新生儿救治中心的认定由本级卫生计生行政部门组织，建立有上级专家参加的评审委员会，采用材料审核和现场评估的方式，确认符合条件的医院予以挂牌公示。

第五条 危重新生儿救治中心的设置应当遵循择优确定、科学布局、分级医疗的原则。

（一）地方各级卫生计生行政部门应当根据医疗机构设置规划和新生儿诊疗需求，对区域内危重新生儿救治中心的数量和布局进行统筹规划。

（二）医疗机构可以根据区域医疗服务需求、区域卫生规划和医疗机构设置规划，结合自身功能定位确定危重新生儿救治中心服务能力的层级目标。

（三）原则上所有的省、市（地）、县（区）行政区域各应至少设立一家服务能力不低于相应层级的危重新生儿救治中心。

第六条 各级行政区域应依托危重新生儿救治中心建立健全危重新生儿救治协作网，参照《中国新生儿转运指南》开展转运工作。所有开展新生儿医疗服务的机构，超出技术能力范围或床位满员时，应当及时将患儿转运至适宜的危重新生儿救治中心，以保证区域内每个新生儿均能获得适当的医疗与护理服务。

第七条 危重新生儿救治中心必须系统地开展区域内新生儿医学相关专业人员的技术培训和继续教育工作，应积极开展科学技术研究工作，并组织或参与多中心协作临床观察项目，以促进本区域及本中心新生儿医学水平的不断提升。

第三章 机构管理

第八条 设置危重新生儿救治中心的医疗机构应当参照本标准进行建设和管理，安全、优质地开展相应服务能力层级所有的基本技术项目（附件2）。

第九条 危重新生儿救治中心按照服务区域的层级、服务对象的多少、服务范围的大小设置适宜的病房床位规模（附件3），新生儿病房每个护理单元以不超过60张床位为宜，床位使用率长时间持续超过100%的，应当扩大病房规模。

第十条 危重新生儿救治中心宜设置在方便患儿转运、检查和治疗的区域，工作用房应明确划分病房区、医疗护理辅助区、工作人员生活区和污物处理区，根据新生儿医疗护理特点设置各种功能间（附件3）。有条件的危重新生儿救治中心可设立单间或家庭式危重新生儿监护病房。

第十一条 危重新生儿救治中心医疗用电和生活照明用电线路分开。应当采用双路供电或备用的不间断电力系统，保证应急情况下的供电。每个床位的电源应是独立的反馈电路供应。有条件的可以配备功能设备吊塔。

第十二条 危重新生儿救治中心病房地面覆盖物、墙壁和天花板应当符合环保要求，有条件的可以采用高吸音的建筑材料。除患儿监护仪器的报警声外，电话铃声、打印机等仪器发出的声音等应当降到最低水平。原则上，白天噪音不超过45分贝，傍晚不超过40分贝，夜间不超过20分贝。

第十三条 危重新生儿救治中心病房家属接待室应当有清楚识别标志，当家属到达接待室或探视入口时能够快捷地与医务人员

员取得联系。探视通道不能直视到的区域应当设置视频系统，保证家长可在探视间观察到患儿。有条件者可安排家长床旁探视。

第十四条 危重新生儿救治中心应当按照功能任务要求系统化配置设备（附件 3），新生儿内科以外的技术项目如专科诊疗、辅助诊断、辅助治疗等所需的设备，如果院内相关专科不能提供保障，也应在危重新生儿救治中心配置，保证开展相应层级危重新生儿救治中心应有的监护和诊疗技术项目。

第十五条 危重新生儿救治中心应建立完善的通讯、监控、网络与临床信息管理系统。

第十六条 各级危重新生儿救治中心应当按照其功能任务，配备资历、能力和数量适宜的医护人员和负责人（附件 3、4）。每人每两年至少参加 1 次省级及以上专科范畴内继续医学教育项目学习。进修生等非固定人员不得超过同类人员总数的 40%。

第四章 业务管理

第十七条 危重新生儿救治中心应当加强质量管理工作。

（一）成立中心管理委员会，组成人员 3~5 名，包括中心正主任、副主任、护士长和医疗护理骨干。负责本中心业务发展规划的制定、人才配置、培养计划的审议和落实、各项制度落实情况检查等重要事宜。

（二）成立质量控制小组，由中心负责新生儿医疗的副主任和中级以上专业技术职务任职资格的医疗与护理人员组成。负责全过程质量控制，定期分析医疗与护理质量，提出改进意见并落

实，保证本中心医疗与护理技术质量和服务质量的持续改进。

（三）贯彻落实临床工作核心制度，并建立健全与危重新生儿监护诊疗工作特征相符合的基本工作制度（附件5）和医疗护理常规。各种行政、业务活动以及药物、耗材、设备使用均应有完整记录，确保各项工作安全、有序的运行。

（四）常规开展患儿病情、诊疗效果分析和死亡病例讨论工作，应建立健全数据库，并按要求及时向各级卫生计生行政部门报送信息资料。

第十八条 危重新生儿救治中心应当加强医院感染管理，有效落实各项医院感染预防与控制措施（附件6），降低医院感染发生风险，并及时妥善处置医院感染事件。

第十九条 危重新生儿救治中心应当依据《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，制定落实细则，杜绝新生儿安全事故的发生。

第二十条 危重新生儿救治中心应全面贯彻实施《促进母乳喂养成功十项措施》、《国际母乳代用品销售守则》和《母乳代用品销售管理办法》，积极创建爱婴医院。

第二十一条 危重新生儿救治中心应当积极推行发育支持护理策略，实施环境保护、集束化操作、镇静镇痛、体位护理、床边抚触等措施，创造条件开展袋鼠式护理等亲子交流模式，营造最佳生长发育氛围。

第五章 监督管理

第二十二条 省级卫生计生行政部门可以设置省级危重新生

儿救治质量控制中心或者其他有关组织，对辖区内医疗机构的危重新生儿救治中心进行质量评估、检查指导和动态管理。

第二十三条 医疗机构应当配合卫生计生行政部门及其委托的危重新生儿救治质量控制中心或者其他组织，开展对危重新生儿救治中心的检查和指导，不得拒绝和阻挠，不得提供虚假材料。

第二十四条 诊疗能力达不到危重新生儿救治中心要求的新生儿病房按照《新生儿病室建设与管理指南》进行建设与管理。

第六章 附则

第二十五条 本指南由陕西省卫生和计划生育委员会负责解释。

第二十六条 本指南自发布之日起执行。

危重新生儿救治中心服务能力基本要求

一、基本要求

危重新生儿救治中心应具备下列能力：呼吸、心率、血压、凝血、生化、血气、胆红素等重要指标监测，X 光和 B 超床边检查，常频机械通气治疗。

二、县（区）级危重新生儿救治中心

符合危重新生儿救治中心基本要求，并具备下列服务能力：

- （一）新生儿复苏；
- （二）健康新生儿评估及出生后护理；
- （三）生命体征平稳的轻度外观畸形或有高危因素的足月新生儿的护理和医学观察；
- （四）生命体征稳定的出生体重 ≥ 1500 克的低出生体重儿或胎龄 ≥ 32 周的早产儿的医疗和护理；
- （五）生命体征异常但预计不会发展到脏器功能衰竭的病理新生儿的医疗和护理；
- （六）不超过 72 小时的持续呼吸道正压给氧 (CPAP) 或不超过 24 小时的常频机械通气；
- （七）需要转运的病理新生儿离院前稳定病情。

三、市（区）级危重新生儿救治中心

除有县（区）级危重新生儿救治中心的服务能力以外，还应具备下列服务能力：

(一) 出生体重 ≥ 1000 克的低出生体重新生儿或胎龄 ≥ 28 周的早产儿的医疗护理;

(二) 严重脓毒症和各种脏器功能衰竭内科医疗护理;

(三) 主要病原学诊断;

(四) 持久提供常频机械通气;

(五) 早产儿视网膜病变筛查;

(六) 实施脐动、静脉置管以及外周静脉置管和换血治疗等诊疗护理技术。

四、省级危重新生儿救治中心

除有市(区)级危重新生儿救治中心的技术能力之外,还应具备下列技术能力:

(一) 出生体重 < 1000 克的低出生体重新生儿或胎龄 < 28 周的早产儿的全面医疗护理;

(二) 磁共振成像(MRI)检查和新生儿遗传代谢病质谱学筛查;

(三) 儿科各亚专业的诊断治疗,包括:脑功能监护、支气管镜、胃镜、有创循环监测、连续血液净化、早产儿视网膜病变治疗、高频通气、一氧化氮吸入治疗、亚低温治疗等;

(四) 实施中、大型外科手术。

(五) 鼓励具备实施体外循环支持的严重先天性心脏病修补术、体外膜肺氧合(ECMO)治疗和遗传代谢病诊断和处置的能力。

附 2

危重新生儿救治中心技术项目要求

序号	需求	危重新生儿救治中心服务能力层级		
		县（区）级	市（地）级	省级
1	新生儿复苏	必须	必须	必须
2	普通氧疗	必须	必须	必须
3	气管插管	必须	必须	必须
4	蓝光治疗	必须	必须	必须
5	静脉留置针	必须	必须	必须
6	出院后管理	必须	必须	必须
7	听力筛查	必须	必须	必须
8	无创生理功能监护	必须	必须	必须
9	全天候新生儿转运	必须	必须	必须
10	患儿危重程度评分	必须	必须	必须
11	床边超声诊断	必须	必须	必须
12	床边 X 光摄影	必须	必须	必须
13	全胃肠道外营养	必须	必须	必须
14	持续呼吸道正压给氧	> 72h	必须	必须
15	肺表面活性物质应用	必须	必须	必须
16	胸腔闭式引流	必须	必须	必须
17	机械通气	> 24h	必须	必须
18	溶血病检测	院内必须	院内必须	院内必须
19	生化检验	院内必须	院内必须	院内必须
20	输血科	院内必须	院内必须	院内必须
21	早产儿视网膜病变筛查	期望	期望	必须
22	换血治疗	期望	必须	必须
23	脐动、静脉置管	期望	必须	必须
24	外周静脉置管	期望	必须	必须
25	主要病原学诊断	期望	必须	必须

26	免疫学检验	期望	院内必须	院内必须
27	细胞学检验	期望	院内必须	院内必须
28	病理科	期望	院内必须	院内必须
29	康复诊疗	期望	床边	床边
30	染色体检验	期望	院内期望	院内必须
31	CT	期望	院内必须	院内必须
32	一氧化氮吸入治疗	期望	期望	必须
33	高频通气	期望	期望	必须
34	遗传代谢病质谱方法筛查	期望	期望	必须
35	脑功能监护	期望	期望	必须
36	亚低温治疗	期望	期望	必须
37	腹膜透析	期望	期望	必须
38	早产儿视网膜病变治疗	期望	期望	必须
39	支气管镜	期望	期望	必须
40	胃镜诊疗	期望	期望	必须
41	连续血液净化	期望	期望	必须
42	有创循环监测	期望	期望	必须
43	MRI	期望	期望	院内必须
44	分子检验	期望	期望	院内必须
45	幽门肥厚矫治手术	期望	期望	院内必须
46	动脉导管未闭结扎术	期望	期望	院内必须
47	消化道闭锁矫治手术	期望	期望	院内必须
48	胃肠道穿孔矫治手术	期望	期望	院内必须
49	先天性膈疝矫治手术	期望	期望	院内必须
50	食道气管痿矫治手术	期望	期望	院内必须
51	脊膜膨出矫治手术	期望	期望	院内必须
52	颅内血肿清除术	期望	期望	院内必须
53	泌尿道畸形矫治手术	期望	期望	院内必须
54	需要体外循环的手术	期望	期望	期望
55	体外膜肺氧合技术	期望	期望	期望
56	遗传代谢病诊断和处置	期望	期望	期望

附 3

危重新生儿救治中心设施、设备、人员 配置要求

序号	项目	危重新生儿救治中心服务能力层级		
		县（区）级	市（地）级	省级
一	设施			
1	病房形式	新生儿病区	新生儿病区或科	新生儿科
2	床位数	抢救床 ≥ 2 张, 总床位 ≥ 10 张	抢救床 ≥ 6 张, 总床位 ≥ 30 张	抢救床 ≥ 20 张, 总床位 ≥ 50 张
3	空调设施	恒温 26 ± 2℃	恒温 26 ± 2℃	恒温 26 ± 2℃
4	万用电源插座	每床 ≥ 6 组	每抢救床 ≥ 10 组, 其他每床 ≥ 3 组	每抢救床 ≥ 10 组, 其他每床 ≥ 3 组
5	非接触式洗手池	每病室 ≥ 1 个	每病室 ≥ 1 个	每病室 ≥ 1 个
6	中心供氧终端数	每抢救床 ≥ 2, 其他每床 ≥ 1	每抢救床 ≥ 2, 其他每床 ≥ 1	每抢救床 ≥ 2, 其他每床 ≥ 1
7	中心空气终端数	≥ 床位数	≥ 床位数	≥ 床位数
8	中心吸引终端数	≥ 床位数	≥ 床位数	≥ 床位数
9	X 线屏蔽设施	每病区 ≥ 1 组	每病区 ≥ 1 组	每病区 ≥ 1 组
10	静脉营养配制超净台	每病区 ≥ 1 台/院内 配置	每病区 ≥ 1 台/院内 配置	每病区 ≥ 1 台/院内 配置
11	独立设置器械处置室	必须	≥ 10 m ²	≥ 10 m ²
12	独立设置设备存储室	≥ 6 m ²	≥ 6 m ²	≥ 10 m ²
13	独立设置洗婴室	必须	必须	必须
14	独立设置配奶室	必须	必须	必须
15	独立设置恢复期病室	必须	必须	必须
16	独立设置护理站	必须	必须	必须
17	独立设置治疗室	必须	必须	必须
18	独立设置医生办公室	必须	必须	必须
19	独立设置家长接待室	必须	必须	必须
20	探视通道/设施	必须	必须	必须
21	监控设施病区全覆盖	必须	必须	必须

序号	项目	危重新生儿救治中心服务能力层级		
		县（区）级	市（地）级	省级
22	男女独立设置更衣室	必须	必须	必须
23	物、人、污通道分设	必须	必须	必须
24	独立设置隔离室	期望	必须	必须
25	独立设置药品库房	期望	≥ 10 m ²	≥ 10 m ²
26	独立设置总务库房	期望	≥ 10 m ²	≥ 10 m ²
27	独立设置主任办公室	期望	必须	必须
28	独立设置医生值班室	期望	必须	必须
29	独立设置护士值班室	期望	必须	必须
30	独立设置医护盥洗室	期望	必须	必须
31	独立设置卫生工作间	期望	必须	必须
32	独立设置弃物处置室	期望	必须	必须
二	设备			
1	婴儿保暖箱	≥ 床位数 50%。	≥ 床位数 60%。	≥ 床位数 60%，其中 双层壁暖箱数 ≥ 总 暖箱数的 20%。
2	电子称、身长测量仪	≥ 1 套	每病区 ≥ 1 套	每病区 ≥ 1 套
3	新生儿辐射抢救台	每病室 ≥ 1 台， 洗婴室 ≥ 1 台	每病室 ≥ 2 台， 洗婴室 ≥ 1 台	每病室 ≥ 2 台， 洗婴室 ≥ 1 台
4	负压吸引器	每抢救床 ≥ 1，	每抢救床 ≥ 1	每抢救床 ≥ 1
5	喉镜(舌片齐)	≥ 2 套	每抢救台 ≥ 1/2 套	每抢救台 ≥ 1/2 套
6	复苏气囊	≥ 2 只	每抢救床 ≥ 1 只	每抢救床 ≥ 1 只
7	蓝光治疗仪	≥ 床位数 1/4	≥ 床位数 1/4	≥ 床位数 1/4
8	微量血糖仪	每病室 ≥ 1 台	每病室 ≥ 1 台	每病室 ≥ 1 台
9	经皮黄疸测定仪	≥ 1 台	每病室 ≥ 1 台	每病室 ≥ 1 台
10	氧浓度检测仪	≥ 1 台	每病区 ≥ 1 台	每病区 ≥ 1 台
11	微量输液泵和注射泵	≥ 床位数	每抢救床 ≥ 4 台，其 他每床 ≥ 1 台	每抢救床 ≥ 4 台，其 他每床 ≥ 1 台
12	多功能监护仪	≥ 床位数 1/2	≥ 床位数 2/3	≥ 床位数 2/3
13	血气分析仪	≥ 1 台	每病区 ≥ 1 台	每病区 ≥ 1 台
14	空氧混合器	≥ 床位数 1/5	≥ 床位数 1/4	≥ 床位数 1/3
15	T-组合复苏器	每病室 ≥ 1 台	每病室 ≥ 1 台	每病室 ≥ 1 台

序号	项目	危重新生儿救治中心服务能力层级		
		县（区）级	市（地）级	省级
16	床边 X 线机	实现床边随时检测	实现床边随时检测	实现床边随时检测
17	耳声发射仪+自动脑干诱发电位仪	实现床边日常检测	实现床边日常检测	实现床边日常检测
18	新生儿眼底照相仪	期望达到	期望达到	实现床边日常检测
19	床旁心电图机	≥1 台	≥1 台	≥1 台
20	超声诊断仪	≥1 台	≥1 台	≥1 台
21	CPAP 无创呼吸机	≥ 床位数 1/6	每抢救床 ≥1/2 台	每抢救床 ≥1/2 台
22	机械呼吸机	≥1 台	每抢救床 ≥2/3 台	每抢救床 ≥2/3 台，其中高频震荡占 ≥30%
23	转运温箱	≥1 台	≥1 台	≥1 台
24	转运车	≥1 辆/急救站协定	≥1 辆/急救站协定	≥1 辆/急救站协定
25	除颤仪	不要求	≥1 台	≥1 台
26	一氧化氮吸入治疗仪	不要求	不要求	≥1 台
27	脑功能监护仪	不要求	不要求	≥1 台
28	亚低温治疗仪	不要求	不要求	≥1 台
29	母乳收集和储存设备	≥1 套	≥1 套	≥1 套
三	人员			
1	医生床位比	≥0.2	抢救床 ≥0.5，其他床位 ≥0.2	抢救床 ≥0.5，其他床位 ≥0.2
2	护士床位比	≥0.5	抢救床 ≥1.5，其他床位 ≥0.5	抢救床 ≥1.5，其他床位 ≥0.5
3	硕、博士医生构成比	不要求	≥10%	≥30%
4	科主任资历	中级及以上	副高级及以上	正高级，硕士生导师
5	骨干技术职称	中级及以上 ≥1 人	主治及以上 ≥2 人	副高级及以上 ≥4 人
6	护士长技术职称	中级及以上	中级及以上	副高级及以上

危重新生儿救治中心医师、护士 知识和技能要求

一、医师

(一) 必须具备重症医学相关生理学、病理学、病理生理学、临床药理学、伦理学和器官功能支持的基础理论和知识。主要内容包括:

1. 胎儿和新生儿整体及系统器官发育规律;
2. 新生儿窒息复苏;
3. 休克;
4. 呼吸功能衰竭;
5. 心功能不全;
6. 肺动脉高压;
7. 严重心律失常;
8. 急性肾功能不全;
9. 中枢神经系统功能障碍;
10. 严重肝功能障碍;
11. 胃肠功能障碍与消化道大出血;
12. 急性凝血功能障碍;
13. 严重内分泌与代谢紊乱;

14. 水电解质与酸碱平衡紊乱;
15. 肠内与肠外营养支持;
16. 镇静与镇痛;
17. 脓毒症和多器官功能障碍综合征;
18. 免疫功能紊乱;
19. 院内感染控制;
20. 疾病危重程度评估。

(二)除一般临床诊疗操作技术外,危重新生儿救治中心医师应当具备以下重症监护和诊疗操作技术的基本知识:

1. 心肺复苏术;
2. 人工气道建立与管理;
3. 机械通气和安全氧疗技术;
4. 胸腔闭式引流术;
5. 新生儿换血术;
6. 电复律与心脏除颤术;
7. 早产儿视网膜病变(ROP)筛查技术;
8. 脐静脉、动脉及经外周静脉中心导管置管术;
9. 腹膜透析技术;
10. 深静脉、动脉置管术;
11. 血流动力学监测技术;
12. 持续血液净化技术;
13. 心包穿刺术;

14. 床边颅脑 B 超检测技术;
15. 侧脑室穿刺术及脑脊液引流术;
16. 早产儿视网膜病变 (ROP) 治疗技术;
17. 支气管镜技术;
18. 体外膜肺氧合技术。

县(区)级危重新生儿救治中心的医师应当具备独立完成第 1 至 4 项重症监测和诊疗技术的能力,市(区)级危重新生儿救治中心的医师应当具备独立完成上述第 1 至 8 项监测和诊疗技术的能力,省级危重新生儿救治中心的医师应当具备独立完成上述第 1 至 12 项监测和诊疗技术的能力。

二、护士

(一) 掌握新生儿疾病重症监护和治疗技术的基本理论和知识:

1. 新生儿温箱的保养与使用;
2. 新生儿各系统疾病重症的观察和护理;
3. 新生儿静脉穿刺和留置针;
4. 输液泵的临床应用和护理;
5. 新生儿疾病患儿抢救配合技术;
6. 给氧治疗、气道管理和人工呼吸机监护技术;
7. 新生儿疾病患儿营养支持技术;
8. 心电监测及除颤技术;
9. 水、电解质及酸碱平衡监测技术;

10. 胸部物理治疗技术；
11. 外科各类导管的护理；
12. 脐静脉、动脉置管术；
13. 经外周插管的中心静脉导管置管术；
14. 深静脉、动脉置管术；
15. 血液动力学监测技术；
16. 血液净化技术等。

县（区）级危重新生儿救治中心的护士应当具备独立完成第 1 至 10 项监护和治疗技术的护理操作能力，市（区）级危重新生儿救治中心的护士应当具备独立完成上述第 1 至 13 项监护和治疗技术的护理操作能力，省级危重新生儿救治中心的护士应当具备独立完成上述第 1 至 16 项监护和治疗技术的护理操作能力。

（二）除新生儿疾病监护和治疗的专业护理技术外，还应具备以下能力：

1. 新生儿疾病患儿出入院管理；
2. 新生儿转运管理和护理；
3. 危重新生儿救治中心的感染预防与控制；
4. 新生儿疾病患儿的疼痛管理；
5. 新生儿疾病的心理护理等。

危重新生儿救治中心专科医疗 基本工作制度目录

- 一、各级医师职责；
- 二、转运制度；
- 三、入院管理制度；
- 四、出院管理制度；
- 五、转科（转出、转入）制度；
- 六、母乳喂养保障制度；
- 七、产、儿科合作制度；
- 八、伦理学评估和审核制度；
- 九、医疗设备操作、管理制度；
- 十、特殊药品管理制度；
- 十一、抗菌药物分级使用管理制度；
- 十二、安全管理制度；
- 十三、不良预后处置管理制度；
- 十四、不良事件防范与报告制度；
- 十五、突发事件应急处置预案；
- 十六、定期随访制度；
- 十七、探视制度；
- 十八、出生缺陷报告制度；
- 十九、死亡报告卡管理制度；
- 二十、死亡新生儿遗体处理制度。

附 6

危重新生儿救治中心感染预防与控制措施

一、应当加强医院感染管理，建立感染控制小组并定期召开例会；制定符合新生儿特点的医院感染管理规章制度和工作流程，包括感染控制及医院感染监测制度、消毒隔离制度、手卫生制度、配奶间与沐浴间管理制度等。降低发生医院感染风险。

二、建筑布局应当符合环境卫生学和医院感染预防与控制的原则，做到布局流程合理、洁污分区明确，标识正确清晰。

三、应当具备良好的通风、采光条件，遵循《医院空气净化管理规范》的要求，采用正确的空气净化方法，每季度进行空气净化与消毒效果监测。

四、病房床位空间应当满足患儿医疗救治和医院感染控制的需要。每床净建筑面积为抢救单元 $\geq 6\text{m}^2$ ，其他床位 $\geq 3\text{m}^2$ ；床间距应 $\geq 0.9\text{m}$ 。

五、应当配备必要的清洁和消毒设施；手卫生设施应当符合《医务人员手卫生规范》的要求，每个房间内至少设置 1 套洗手设施，包括洗手池、非手触式水龙头、清洁剂、干手设施和洗手流程图等，每床配备速干手消毒剂。

六、工作人员进入工作区应当更换（室内）工作服、工作鞋。在诊疗过程中应当实施标准预防，并严格执行无菌操作技术和手

卫生规范。

七、应建立有效的医院感染监测与报告制度，严格按照《医院感染监测规范》的要求，开展呼吸机相关性肺炎、中心静脉导管相关血流感染等目标性监测，及时发现医院感染的危险因素，采取有效预防和控制措施。发现有医院感染聚集性趋势时，应当立即报告并开展调查，根据调查结果采取切实可行的控制措施。

八、医务人员在诊疗与护理操作时应当按照“先早产儿后足月儿、先非感染性患儿后感染性患儿”的原则进行。每接触一次患儿后需洗手方可接触下一名患儿。发现特殊或不明原因感染患儿时，应当严格按照《医院隔离技术规范》等有关规定，实施隔离措施。

九、新生儿使用的器械、器具及物品，应当遵循以下原则：

（一）手术使用的医疗器械、器具及物品应当灭菌。

（二）一次性使用的医疗器械、器具应当符合国家有关规定，不得重复使用。

（三）氧气湿化瓶、吸痰瓶应当每日更换清洗消毒，呼吸机管路的清洗消毒按照有关规定执行。

（四）蓝光箱和暖箱应当每日清洁并更换湿化液，一人一用，用后清洁消毒。同一患儿需要长期连续使用暖箱，应当每周更换。

（五）接触患儿皮肤、粘膜的器械、器具及物品应当一人一用一消毒。如雾化吸入器、面罩、复苏囊、喉镜、氧气管、开睑器、体温表、吸痰管、浴巾、浴垫等。

(六) 患儿使用后的奶瓶、奶嘴一用一洗一消毒；盛放奶瓶、奶嘴的容器、保存奶制品的冰箱应当每日清洁与消毒。

(七) 新生儿使用的被服、衣物等应当保持清洁，潮湿、污染后应当及时更换。患儿出院后应当对床单位进行终末消毒。

十、新生儿配奶间应当由专门人员管理，并保持清洁、干净，定期消毒。按无菌操作要求进行母乳收集和储存。配奶工作应当由经过培训的工作人员负责，并严格手卫生，认真执行配奶流程、奶瓶奶嘴清洗消毒流程等。配奶应当现配现用，剩余奶液不得再用。

十一、新生儿沐浴间应当保持清洁，定期消毒，适时开窗通风，保持空气清新。工作人员应当严格手卫生，并按照新生儿沐浴流程，采用淋浴方式对新生儿进行沐浴；沐浴物品专人专用；新生儿沐浴前后应当放置在不同的区域。

十二、医疗废物管理应当按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》及有关规定进行处置。

附件 3

陕西省省级危重孕产妇救治中心验收标准（试行）

本标准的制定，旨在通过危重孕产妇救治中心的评估，规范救治中心建设，畅通危重孕产妇救治与转诊绿色通道，提高危重孕产妇救治成功率，进一步保障母婴安全。标准共 100 分，从基本条件、组织管理和业务水平三个方面进行评审分别占 50 分、25 分、25 分。评分达到 80 分以上为达标。

项目	标准	分值	评审要点	评审方法	计分方法	扣分原因	得分
基本条 件 50 分	1. 机构资质 和基本要求	5	1. 具备相应诊疗科目的三级医疗保健机构。 2. 产科床位数 ≥ 30 张；年分娩量 ≥ 3000 人次，高危孕产妇比例 $\geq 30\%$ 。设立独立的产科 ICU 或医院 ICU 保障孕产妇救治，抢救床位占产科床位数 5%。 3. 建立覆盖全部助产机构、运行管理机制健全的转会诊网络和院前急救绿色通道。 4. 满足转运需求。至少保证 1 辆值班救护车和 1 辆备用救护车。值班救护车要保证每天 24 小时运行。	查看医疗保健机构执业许可证，并批准开展有妇产科、儿科、内科、外科、急诊科、检验科及其他相关科室。查看《母婴保健技术服务执业许可证》。查看相关科室门诊日志及出入院记录，统计年工作量。查看转运车辆。	主要项目无执业许可一票否决；无《母婴保健技术服务执业许可证》或证件过期一票否决。数量指标不符合要求，单项扣 1 分，扣完为止。		
	2. 人力资源 及要求	5	1. 救治中心专业技术人员职务为正高级，从事相关专业 10 年以上；护士长具有副高级及以上技术职称，从事相关专业 10 年以上。所有母婴保健专业技术人员应取得相应的资质。 2. 救治中心医生床位比 ≥ 0.8 ，医生高级职称占比 $\geq 40\%$ ，护士床位比 ≥ 2.5 。床位 $\geq 1.5: 1$ ；母婴同室床：护士 $\geq 1: 0.6$ ；分娩床：助产士 $\geq 1: 3$ 。 3. 人才队伍建设措施符合发展需要。	1. 业务人员应为从事产科、重症、急救相关专业人员，且在编或长期聘用人员，不能重复计数； 2. 查看相关科室人员花名册； 3. 抽查专业人员执业、职称、培训等证书； 4. 查看人才队伍建设资料。	1. 人员资质不符合要求扣 2 分； 2. 业务人员配比不合理，每项扣 1 分； 3. 人才队伍建设情况酌情打分。		
基本条 件 50 分	3. 中心设置	15	1. 产科（或妇产科）是省级临床重点专科（或省级妇幼保健重点学科）酌情加分。 2. 有单独的急诊服务区，标识醒目，救护车	现场查看产科、新生儿科、急诊科、手术室、麻醉科等相关科室的房屋	产科（或妇产科）是省级临床重点专科（或省级妇幼保健		

基本条 件 50 分	4. 设施设备	10	<p>可直接到达。设有家属接待室，能够快捷地与医务人员取得联系。</p> <p>3. 产科：设置高危妊娠门诊、再生育咨询门诊/高龄夫妇生育健康评估室。开展孕产妇妊娠风险评估、高危孕产妇识别、诊治、监护及住院分娩。</p> <p>4. 新生儿科：床位设置按照与产科床位的比例 1: 5 设置，每床净使用面积 $\geq 3 \text{ m}^2$。新生儿重症监护室每床净使用面积 $\geq 6 \text{ m}^2$，恢复室每床净使用面积 $\geq 3 \text{ m}^2$。</p> <p>5. 儿科、内科、外科、妇科、急诊科、麻醉科、放射科、输血科、检验科、药剂科、医学影像科、心电图室、检验科、病理科、输血科，产前筛查/诊断实验室等相关业务科室设置符合三级综合医院或妇幼保健院等级标准。</p> <p>6. 开展母乳喂养指导，病区应设置配奶间。</p> <p>1. 应配备中心监护系统，每床除配备完善的功能设备带或功能架，提供电、氧气、压缩空气和负压吸引等功能支持外，还应配备床旁监护，进行心电、血压、脉搏血氧饱和度、有创压力监测等基本生命体征监护。每个单元至少配备便携式监护仪、便携式呼吸机等设备。</p> <p>2. ICU 至少配备以下设备： 便携式呼吸机 1 台 产科 B 超 1 台 输液泵 10 台 动态血压监测仪 1 台 多参数心电图监护工作站 1 机多台 除颤仪 1 台 中央胎心监护仪 1 机多台 加压加温输血器 1 台 加压输血器 1 个 加压加温输血筒 1 个 血气分析仪 1 台 止血气囊 2 个 简易呼吸器 1 个 气管插管 (5、6、7 号) 成人喉镜、喉罩 (3、4 号) 连续性血流动力学与氧代谢监测设备 (心排量测定仪) 1 台 纤维支气管镜 1 台 防止下肢 DVT 发生的反搏处理仪 1 台 电子血液净化仪 1 台；</p>	<p>设置。查看病区母乳喂养宣教情况是否有奶瓶奶嘴。</p>	<p>健康重点学科) 加 2 分。科室设置不规范酌情扣分。母乳喂养宣教和实地检查情况酌情扣分。</p>	
			<p>根据现场查看情况打分，每缺一项扣 0.5 分，扣完为止。</p>	<p>根据现场查看情况打分，每缺一项扣 0.5 分，扣完为止。</p>		

基本条 件 50 分	5. 药品配备	5	<p>床旁 X 光机 1 台。</p> <p>3. 产科新生儿专业抢救设备及器械：胎心监护仪；多普勒胎心监护仪；产钳；清宫包；缝合包；官纱（或水囊）；产钳；胎头吸引器；阴道拉钩；官颈钳；毁胎器械；新生儿抢救台；新生儿转运暖箱；新生儿喉镜（气管插管）；新生儿呼吸机；T 组合复苏器（新生儿复苏囊）；新生儿低负压吸引器；胎粪吸引管，空氧混合装置，指脉氧监测仪。</p> <p>急救转运设备标准：至少应配备产包、多功能除颤/监护、转运呼吸机、心电图机、心肺复苏包（含喉镜、气管插管、口咽通气管、面罩、人工气囊、心脏泵）、吸引器、医用氧气瓶、听诊器、血压表、快速血糖监测仪、手电筒、叩诊锤、体温计、剪刀、镊子、脊椎固定板、颈托、头部固定器、冲气夹板、筒形夹板（SAM 夹板）、外伤包（包括三角巾、绷带、止血带）。</p> <p>1. 产科基本抢救药品</p> <p>宫缩剂：缩宫素、卡前列素氨丁三醇、卡前列甲酯栓或米索前列醇、麦角新碱</p> <p>心血管系统药物：去乙酰毛花苷、罂粟碱、肾上腺素、阿托品、山莨菪碱、硝酸甘油</p> <p>解痉降压药：硫酸镁、拉贝洛尔、硝苯地平、酚妥拉明、硝普钠</p> <p>升压药：重酒石酸间羟胺、多巴胺</p> <p>利尿剂：呋塞米</p> <p>镇静药：地西洋、哌替啶、氯丙嗪、异丙嗪、吗啡</p> <p>止血剂：血凝酶、氨甲苯酸、维生素 k1、6-氨基己酸、氨甲环酸、凝血酶原复合物；纤维蛋白原。</p> <p>扩容剂：0.9%氯化钠注射液、复方醋酸钠注射液、5%、10%葡萄糖注射液、低分子右旋糖酐、复方氯化钠注射液、羟乙基淀粉</p>	查看转运设备数量及与救护车的配套情况。	转运设备缺少 1 项扣 0.5 分；带电设备不能在救护车上使用，每项扣 1 分。		
		10	<p>在产房、手术室、抢救室检查基本抢救药品配备。</p>	根据现场查看情况打分，每缺一项扣 1 分，扣完为止。			

组织管理 25分	6. 功能任务	10	<p>纠酸药：碳酸氢钠 其它：氨茶碱、纳洛酮、地塞米松、氯化可的松、甘露醇、肝素、10%葡萄糖酸钙。 2、毒麻药品：利多卡因/布比卡因/丁卡因等，麻黄碱、罗哌卡因、芬太尼、胃复安、托烷司琼、司可林或顺式阿曲库铵等（按照毒麻药品管理） 3、新生儿抢救用药：肾上腺素、碳酸氢钠、纳洛酮等 4、血液制品：血小板、冷沉淀、新鲜冰冻血浆、红细胞等。能够有绿色通道保障。</p> <p>1. 牵头成立辖区危重孕产妇救治领导小组和救治专家组，人员配备合理，职责明确，定期组织开展相关技术培训与急救演练。 2. 设置合理，管理规范。具备由分管院长以及内科、产科、外科、妇科、急诊科、麻醉科、放射科、输血科、检验科、药剂科等相关业务科室专家为成员的危重孕产妇抢救专家组。 3. 在辖区内公布孕产妇急救电话，高危孕产妇急救绿色通道畅通，标识醒目。 4. 建立对口协作机构转诊网络，接收下级医疗保健机构高危孕产妇转诊，有处于功能状态的救护车，实行24小时值班制度。 5. 及时上报和反馈危重孕产妇和新生儿救治个案。 6. 开展围产期科学研究和学术交流，承担辖区机构产科人员的学习进修及培训。 7. 建立完善的危重孕产妇会诊机制和远程会诊网络。 8. 完成卫生健康行政部门下达的指令性工作。</p>	<p>1. 查看危重孕产妇救治领导小组有关文件和活动记录。 2. 查看产科安全管理资料及相关文件。 3. 查看产科门诊设置及运行情况。 4. 现场查看急救绿色通道运行情况。 5. 在医学科查看承担基层产科人员培训进修情况。 6. 在院办查看卫生行政部门指令性工作完成情况。</p>	<p>1. 危重孕产妇急救组织管理资料不完善扣1-2分，相关人员职责不清扣1-2人，未开展培训和急救演练扣1-2分； 2. 产科安全管理办公室、产科门诊设置不全扣1-2分，科室职能及急救设备未处于功能状态扣1-2分； 3. 急救绿色通道不畅扣2分。</p>	<p>1. 医疗核心制度不全，未落实到位，每项扣1分；</p>
组织管理 25分	7. 制度建设	15	<p>1. 查阅相关资料，了解机制运行及制度执行情况。</p>	<p>1. 危重孕产妇急救组织管理资料不完善扣1-2分，相关人员职责不清扣1-2人，未开展培训和急救演练扣1-2分； 2. 产科安全管理办公室、产科门诊设置不全扣1-2分，科室职能及急救设备未处于功能状态扣1-2分； 3. 急救绿色通道不畅扣2分。</p>	<p>1. 医疗核心制度不全，未落实到位，每项扣1分；</p>	

技能水平 (一) 4分		<p>受转诊和反馈转诊制度；危重孕产妇抢救报告制度；培训和急救演练制度；突发事件应急处置管理制度；信息登记制度；医院感染管理制度；医疗质量评估和审核制度；不良事件防范与报告制度；定期随访制度。）</p> <p>2. 承担辖区及地市级危重孕产妇的会诊、转诊和救治工作，并对下一级救治中心开展技术指导 and 双向协作。</p> <p>3. 建立省级（三级）转诊网络，有明确的负责人和通畅的联系电话及联系人，建立登记。</p> <p>4. 开展母乳喂养宣教，并获得国家爱婴医院称号。</p>	<p>抽查5名医生各考核3个项目，了解相关理论及现场实操技术掌握情况。</p>	<p>2. 产科基本制度执行不到位，每项扣1分；</p> <p>3. 危重孕产妇救治相关机制制度不完善，每项扣2分，扣完为止；</p> <p>4. 未获得新一轮爱婴医院称号扣3分；5. 查看母乳喂养宣教工作情况，酌情打分（最多扣2分）。</p>	
技能水平 (二) 16分	8. 基本技能	<p>掌握高危妊娠的基本理论知识；熟练掌握高危妊娠的基础理论，重点掌握①妊娠晚期出血、胎儿窘迫、产科出血、休克、羊水栓塞、严重感染等）；②妊娠合并症（心脏病、肝病、肾脏病、血液系统疾病、内分泌系统疾病、多脏器功能衰竭、外科合并症等）③产科严重感染；④产科DIC；⑤妊娠合并性传播疾病/艾滋病；⑥阴道助产技术；⑦新生儿急救的基础理论；⑧危重孕产妇救治需要的其他知识。</p> <p>掌握重症患者重要器官、系统功能监测和支持的理论及技能：①复苏；②休克；③呼吸功能衰竭；④心功能不全、严重心律失常；⑤急性肾功能不全；⑥中枢神经系统障碍；⑦严重肝功能障碍；⑧胃肠功能障碍与消化道大出血；⑨急性凝血功能障碍；⑩严重内分泌与代谢紊乱；⑪水电解质与酸碱平衡紊乱；⑫肠内与肠外营养支持；⑬镇静与镇痛⑭严重感染；⑮多器官功能障碍综合征；⑯免疫功能紊乱。</p> <p>掌握孕产妇危重症诊疗和救治基本技能：1. 分娩期并发症包括子宫破裂、羊水栓塞、重度子</p>	<p>抽查5名医生各考核3个项目，了解相关理论及现场实操技术掌握情况。</p>	<p>根据现场考核和急救演练酌情打分。1. 不合格扣1分。急救演练医生配合和处置情况酌情打分。</p>	
			<p>抽查5名医生各考核3个项目，了解相关理论及现场实操技术掌握情况。</p>	<p>根据现场考核和急救演练酌情打分。每名医生1项不合格扣1分。急救演练医生配合和处置情况酌情打分。</p>	

陕西省市级危重孕产妇救治中心验收标准（试行）

本标准的制定，旨在通过危重孕产妇救治中心的评估，规范救治中心建设，畅通危重孕产妇救治与转诊绿色通道，提高危重孕产妇救治成功率，进一步保障母婴安全。标准共 100 分，从基本条件、组织管理和业务水平三个方面进行评审分别占 50 分、25 分、25 分。评分达到 80 分以上为达标。

项目	标准	分值	评审要点	评审方法	计分方法	扣分原因	得分
基本条 件 50 分	1. 机构资质	0	三级医疗保健机构。	查看医疗保健机构执业许可证，并批准开展有妇产科、儿科、内科、外科、急诊科、检验科及其他相关科室。查看《母婴保健技术服务执业许可证》。	主要项目无执业许可一票否决；无《母婴保健技术服务执业许可证》或证件过期一票否决。		
	2. 人力资源	10	1. 产科至少有一名主任医师，高危门诊至少有一名副主任医师；产科主任应从事妇产科专业 15 年以上，并具有妇产科副高及以上职称。母婴保健专项技术服务人员应取得相应的《母婴保健技术考核合格证书》。 2. 卫技人员：床位 $\geq 1.5:1$ ；母婴同室床：护士 $\geq 1:0.6$ ；分娩床：助产士 $\geq 1:3$ ；待产床：助产士 $\geq 1:0.5$ 。 3. 人才队伍建设措施符合发展需要。	1. 业务人员应为从事产、儿科急救相关专业人员，且在编或长聘人员，不能重复计数； 2. 查看相关科室人员花名册； 3. 抽查专业人员执业、职称、培训等证书； 4. 查看人才队伍建设资料。	1. 人员资质不符合要求扣 3 分； 2. 高、中职称人员不足，每少 1 人扣 2 分； 3. 业务人员配比不合理，每少 1 人扣 1 分； 4. 人才队伍建设情况酌情打分。		
基本条 件 50 分	3. 科室设置	15	1. 产科：设置高危妊娠门诊、再生育咨询门诊/高龄夫妇生育健康评估室。	现场查看产科、新生儿科、急诊科、手术室、麻醉科等	科室设置不规范酌情扣		

基本条 件 50 分	4. 设施设备	10	<p>2. 新生儿科：床位设置按照与产科床位的比例 1: 5 设置，每床净使用面积 $\geq 3 \text{ m}^2$。新生儿重症监护室每床净使用面积 $\geq 6 \text{ m}^2$，恢复室每床净使用面积 $\geq 3 \text{ m}^2$。</p> <p>3. 急诊科、手术室、麻醉科：按卫生部有关急诊科、手术室、麻醉科的建设标准执行。</p> <p>4. 辅助科室：医学影像科、心电图室、检验科、病理科、输血科，产前筛查实验室。</p> <p>5. 开展母乳喂养指导，病区应设置配奶间。</p> <p>6. 其它相关设置参照同级综合医院等级标准。</p> <p>1. 应配备中心监护系统，每床除配备完善的功能设备带或功能架，提供电、氧气、压缩空气和负压吸引等功能支持外，还应配备床旁监护，进行心电图、血压、脉搏血氧饱和度、有创压力监测等基本生命体征监护。每个单元至少配备便携式监护仪、便携式呼吸机等设备。</p> <p>2. ICU 至少配备以下设备： 便携式呼吸机 1 台 产科 B 超 1 台 输液泵 10 台 动态血压监测仪 1 台 多参数心电图监护工作站 1 机多台 中央胎心监护仪 1 机多台 除颤仪 1 台 起搏器 1 台 加压输血器 1 个 加压加温输血 1 个</p>	<p>相关科室的房屋设置。查看病区母乳喂养宣教情况和病房是否有奶瓶奶嘴。</p>	<p>母乳喂养宣教和实地检查情况酌情扣分。</p>	
			<p>现场检查产科、新生儿科等相关科室设备配备情况。</p>		<p>根据现场检查情况打分，每缺一项扣 1 分，扣完为止。</p>	

基本条 件 50 分	5. 药品配备	10	<p>血气分析仪 1 台 止血球囊 2 个 筒易呼吸器 1 个 气管插管 (5、6、7 号) 成人喉镜、喉罩 (3、4 号) 连续性血流动力学与氧代谢监测设备 (心 排量测定仪) 1 台纤维支气管镜 1 台 防止下肢 DVT 发生的反搏处理仪 1 台 电子血液净化仪 1 台; 床旁 X 光机 1 台。 3. 产科新生儿专业抢救设备及器械: 胎心 监护仪; 多普勒胎心监护仪; 产包; 清宫 包; 缝合包; 官纱 (或水囊); 产钳; 胎 头吸引器; 阴道拉钩; 宫颈钳; 毁胎器械; 新生儿抢救台; 新生儿转运暖箱; 新生儿 喉镜 (气管插管); 新生儿呼吸机; T 组 合复苏器 (新生儿复苏囊); 新生儿低压 吸引器; 胎粪吸引管, 氧氧混合装置, 指 脉氧监测仪。</p> <p>1. 产科基本抢救药品 宫缩剂: 缩宫素、卡前列素氨丁三醇、 卡前列甲酯栓或米索前列醇、麦角新碱 心血管系统药物: 去乙酰毛花苷、罂粟 碱、肾上腺素、阿托品、山莨菪碱、硝 酸甘油 解痉降压药: 硫酸镁、拉贝洛尔、硝苯 地平、酚妥拉明、硝普钠 升压药: 重酒石酸间羟胺、多巴胺 利尿剂: 呋塞米 镇静药: 地西洋、哌替啶、氯丙嗪、异 丙嗪、吗啡</p>	在产房、手术室、抢救室检 查基本抢救药品配备。	根据现场查看情况打 分, 每缺一项扣 1 分, 扣 完为止。		
---------------	---------	----	---	----------------------------	--------------------------------------	--	--

				<p>止血剂：血凝酶、氨甲苯酸、维生素 k1、6-氨基己酸、氨甲环酸、凝血酶原复合物；纤维蛋白原。</p> <p>扩容剂：0.9%氯化钠注射液、复方醋酸钠注射液、5%、10%葡萄糖注射液、低分子右旋糖酐、复方氯化钠注射液、羟乙基淀粉</p> <p>纠酸药：碳酸氢钠</p> <p>其它：氨茶碱、纳洛酮、地塞米松、氯化可的松、甘露醇、肝素、10%葡萄糖酸钙。</p> <p>2. 毒麻药品：利多卡因/布比卡因/丁卡因等，麻黄碱、罗哌卡因、芬太尼、胃复安、托烷司琼、司可林或顺式阿曲库铵等（按照毒麻药品管理）</p> <p>3. 新生儿抢救用药：肾上腺素、碳酸氢钠、纳洛酮等</p> <p>4. 血液制品：血小板、冷沉淀、新鲜冰冻血浆、红细胞等。能够绿色通道保障。</p>	<p>查看相关科室门诊日志及出院记录，统计年工作数量。</p> <p>1. 查看危重孕产妇救治领导小组有关文件和活动记录。</p> <p>2. 查看产科安全管理资料及相关文件。</p>	<p>每少 10%，扣 1 分，扣完为止。</p> <p>1. 危重孕产妇急救组织管理资料不完善扣 1-2 分，相关人员职责不清扣 1-2 人，未开展培训</p>		
组织管理 25 分	7. 功能任务	5	<p>危重孕产妇救治中心工作量：年分娩量 2000 以上，高危占比 20%，接受基层助产机构转诊孕产妇 200 例次以上，下基层抢救 10 次以上。</p> <p>1. 牵头成立辖区危重孕产妇救治领导小组和救治专家组，人员配备合理，职责明确，定期组织开展相关技术培训与急救演练。</p>					

<p>组织管理 25 分</p>	<p>8. 制度建设</p>	<p>15</p>	<p>2. 设置合理，管理规范。 3. 设置再生育咨询门诊/高龄夫妇生育健康评估室，规范开展生育力评估、优生优育指导、妊娠风险评估等系列服务。 4. 设置高危妊娠门诊，开展孕产妇妊娠风险评估、高危孕产妇识别、诊治、监护及住院分娩。 5. 在辖区内公布孕产妇急救电话，高危孕产妇急救转诊通道畅通，标示醒目。 6. 建立对口协作机构转诊网络，接收下级医疗保健机构高危孕产妇转诊，有处于功能状态的救护车，实行 24 小时值班制度。 7. 及时上报及反馈危重孕产妇和新生儿救治个案。 8. 开展围生期科学研究和学术交流，承担辖区机构产科人员的学习进修及培训。 9. 完成卫生行政部门下达的指令性工作。</p>	<p>2. 查看产科门诊设置及运行情况。 3. 现场查看急救转诊绿色通道运行情况。 4. 在医学科查看承担基层产科人员培训进修情况。 5. 在院办查看卫生计生行政部门指令性工作完成情况。</p>	<p>和急救演练扣 1-2 分； 2. 产科安全管理办公室、产科门诊设置不全扣 1-2 分，科室职能及急救设备未处于功能状态扣 1-2 分； 3. 急救转诊绿色通道不畅扣 2 分。</p>		
			<p>1. 医疗核心制度健全，相关科室管理制度及基础信息登记完善。 2. 建立对口协作机构协作机制，高危孕产妇救治、转诊机制，产科、新生儿科等多科室协作及产科自查机制，建立危重孕产妇和新生儿用血保障机制。 3. 建立急诊抢救制度，明确相关科室与人员职责，建立危重孕产妇和新生儿急</p>	<p>查阅相关资料，了解机制运行及制度执行情况。</p>	<p>1. 医疗核心制度不全，未落实到位，每项扣 1 分； 2. 产科基本制度执行不到位，每项扣 1 分； 3. 危重孕产妇救治相关机制不完善，每项扣 2 分，扣完为止；</p>		

<p>技术水 平 25 分</p>	<p>9. 急救基础</p>	<p>5</p>	<p>救、转诊物资保障制度，确保急救救治资源的配置、储备和正常运行。 4. 建立危重孕产妇救治信息上报制度。 5. 制定责任追究和奖惩制度。对为危重孕产妇急救作出贡献的人员给予表彰，对接诊不积极，以各种理由推诿的人员进行责任追究。 6. 建立危重孕产妇抢救应急预案。 7. 建立辖区转诊网络，有明确、通畅的联系电话及联系人，建立登记。 8. 开展母乳喂养宣教，并获得国家爱婴医院称号。</p> <p>1. 基础理论：熟练掌握高危妊娠的基础理论，重点掌握妊娠及分娩并发症（妊娠高血压疾病、妊娠晚期出血、胎儿窘迫、产科出血、休克、DIC、羊水栓塞、严重感染等）、妊娠合并症（心脏病、肝脏病、肾脏病、血液系统疾病、内分泌系统疾病、多脏器功能衰竭、外科合并症等）、妊娠合并性传播疾病/艾滋病急救的基础理论。 2. 基本知识：重点掌握高危孕产妇的识别及危重症抢救知识，抢救药物药理及药物代谢动力学等抢救原则和基础知识。 3. 基本技能：掌握危重孕产妇急救的基本技能，具有识别和处理异常分娩的能力，掌握中心静脉穿刺技术，心肺脑复</p>	<p>抽查 5 名医务人员了解相关理论知识及现场实操技术掌握情况。 通过急救演练评估应急反应能力，组织协调能力和现场处置能力。</p>	<p>4. 未获得最新一轮爱婴医院称号扣 3 分；5. 查看母乳喂养宣教工作情况，酌情打分（最多扣 2 分）。</p>		
-----------------------	----------------	----------	--	---	---	--	--

		<p>⑤深静脉及动脉置管技术；⑥血流动力学监测技术；⑦胸穿、心包穿刺术及胸腔闭式引流术；⑧电复律与心脏除颤术；⑨床旁临时心脏起搏技术；⑩持续血液净化技术；⑪疾病危重程度评估方法。</p> <p>(三)产程监护、处理技术</p> <p>1、产程监护；2、各种难产诊治；(1)头位难产识别与处理；(2)臀位难产识别与处理；(3)肩难产；(4)其他难产识别与处理。3、产科出血防治；4、毁胎术；5、软产道损伤的处理。</p> <p>(四)孕产期保健技术</p> <p>1、孕前咨询与评估(科学备孕)2、孕产期保健；3孕产妇营养咨询及指导；4、高危妊娠监测及处理；5、安全分娩；6、新生儿安全；7、早产的预测及处理；8、产后康复。</p>	<p>4分</p>	<p>查看技术规范，查阅病历。 随机抽查2名产科医务人员情景模拟考核。</p>	<p>操作不规范酌情扣分。</p>		
		<p>(五)终止妊娠技术</p>	<p>1分</p>	<p>查看技术规范，查阅病历。 随机抽查2名产科门诊人员情景模拟考核。</p>	<p>证明及病历酌情扣分。</p>		
		<p>(六)新生儿疾病筛查技术</p>	<p>1分</p>	<p>现场考核足跟血采集技术及听力筛查技术。</p>	<p>操作不规范酌情扣分。</p>		
		<p>(七)新生儿复苏及合并症的抢救技术</p>	<p>1分</p>	<p>随机抽查产、儿科各2名医务人员情景模拟考核。</p>	<p>操作不规范酌情扣分。</p>		
		<p>(八)胎儿监护技术</p>	<p>1分</p>	<p>查阅5份胎儿NST、CST/OCT，查看监护结论。</p>	<p>操作不规范酌情扣分。</p>		
		<p>(九)脐血流监测技术</p>	<p>1分</p>	<p>随机抽查1名产科门诊人员现场操作。</p>	<p>操作不规范酌情扣分。</p>		
		<p>(十)镇静与镇痛技术</p>	<p>1分</p>	<p>未开展不得分。</p>	<p>未开展不得分。</p>		
<p>技术水平 25分</p>	<p>10.操作技术</p>						

陕西省县级危重孕产妇救治中心验收标准（试行）

本标准的制定，旨在通过危重孕产妇救治中心的评估，规范救治中心建设，畅通危重孕产妇救治与转诊绿色通道，提高危重孕产妇救治成功率，进一步保障母婴安全。标准共 100 分，从基本条件、组织管理和业务水平三个方面进行评审分别占 50 分、25 分、25 分。评分达到 80 分以上为达标。

项目	标准	分值	评审要点	评审方法	计分方法	扣分原因	得分
基本条 件 50 分	1. 机构资质	0	二级医疗保健机构。	查看医疗保健机构执业许可证，并批准开展有妇产科或产科、儿科、急诊科、检验科及其他相关科室。查看《母婴保健技术服务执业许可证》。	主要项目无执业许可一票否决；无《母婴保健技术服务执业许可证》一票否决。		
	2. 人力资源	10	1. 产科至少有一名副主任医师，高危门诊至少有一名主治医师；产科中级及以上职称从事妇产科专业 10 年以上，并具有妇产科中级及以上职称。母婴保健技术服务人员应取得相应的《母婴保健技术考核合格证书》。 2. 救治中心的人员配备应与所承担的业务量相适应。人数不得少于 4 人，其中具有中级及以上职称的人员不得少于 2 名。 卫技人员：床位 $\geq 1.5:1$ ；母婴同室床：护士 $\geq 1:0.6$ ；分娩床：助产士 $\geq 1:3$ ；待产床：助产士 $\geq 1:0.5$ 。 3. 人才队伍建设措施符合发展需要。	1. 业务人员应为从事产科急救相关专业人员，且在编或长聘人员，不能重复计数； 2. 查看相关科室人员花名册； 3. 抽查专业人员执业、职称、培训等证书； 4. 查看人才队伍建设资料。	1. 人员资质不符合要求扣 3 分； 2. 高、中级职称人员不足，每少 1 人扣 2 分； 3. 业务人员配比不合理，每少 1 人扣 1 分； 4. 人才队伍建设情况酌情打分。		
基本条 件 50 分	3. 科室设置	15	1. 产科：设置高危妊娠门诊、再生育咨询门诊/高龄夫妇生育健康评估室，病区应设配奶间。 2. 新生儿科（或新生儿病室）：床位设置按照与产科床位的比例 1:5 设置，每床净使用面积 $\geq 3\text{ m}^2$ 。新生儿重症监护室每床净使用面积 $\geq 6\text{ m}^2$ ，恢复室每床净使用面积 $\geq 3\text{ m}^2$ 。 3. 急诊科、手术麻醉科：按卫生部有关急诊科、手术室、麻醉科的建设标准执行。 4. 辅助科室：医学影像科、心电图室、检验科、输血科/	现场查看产科、新生儿科（病室）、急诊科、手术麻醉科等相关科室的房屋设置。	科室设置不规范酌情扣分。		

基本条 件 50分	4. 设施设备	10	<p>5. 其它相关设置参照同级综合医院等级标准。</p> <p>1. 应配备中心监护系统，每床配备完善的功能设备带或功能架，提供电、氧、压缩空气和负压吸引等功能支持外，还应配备床旁监护，进行心电图、血压、脉搏血氧饱和度和有创压力监测等基本生命体征监护。每个单元至少配备便携式监护仪、便携式呼吸机等设备。</p> <p>2. ICU至少配备以下设备： 便携式呼吸机 1台 产科B超 1台 输液泵 10台 动态血压监测仪 1台 多参数心电图监护工作站 1台 中央胎心监护仪 1台 除颤仪 1台 起搏器 1台 加压输血器 1个 加压加温输血 1个 血气分析仪 1台 止血球囊 2个 简易呼吸器 1个 气管插管（5、6、7号） 成人喉镜、喉罩（3、4号） 连续性血流动力学与氧代谢监测设备（心排量测定仪）1台 纤维支气管镜 1台 防止下肢DVT发生的反搏处理仪1台 电子血液净化仪 1台；床旁X光机 1台。</p> <p>3、产科新生儿专业抢救设备及器械：胎心监护仪；多普勒胎心监护仪；产包；清官包；缝合包；官纱（或水囊）；产钳；胎头吸引器；阴道拉钩；宫颈钳；毁胎器械；新生儿抢救台；新生儿转运暖箱；新生儿喉镜（气管插管）；新生儿呼吸机；T组合复苏器（新生儿复苏囊）；新生儿低氧吸引器；胎粪吸引管，空氧混合装置，指脉氧监测仪。</p> <p>1. 产科基本抢救药品 缩宫素、卡前列素氨丁三醇、卡前列甲酯栓或米索前列醇、麦角新碱 心血管系统药物：去乙酰毛花苷、罂粟碱、肾上腺素、阿托品、山莨菪碱、硝酸甘油 解痉降压药：硫酸镁、拉贝洛尔、硝苯地平、酚妥拉明、硝普钠 升压药：重酒石酸间羟胺、多巴胺 利尿剂：呋塞米 镇静药：地西泮、哌替啶、氯丙嗪、异丙嗪、吗啡 止血剂：血凝酶、氨甲苯酸、维生素K1、6-氨基己酸、氨甲环酸、凝血酶原复合物；纤维蛋白原。 扩容剂：0.9%氯化钠注射液、复方醋酸钠注射液、5%、10%葡萄糖注射液、低分子右旋糖酐、复方氯化钠注射液、</p>	<p>现场查看产科、儿科（新生儿科或病房）等相关科室设备配备情况。</p> <p>根据现场查看情况打分，每缺一项扣1分，扣完为止。</p>	
基本条 件 50分	5. 药品配备	10	<p>在产房、手术室、抢救室检查基本抢救药品配备。</p> <p>根据现场查看情况打分，每缺一项扣1分，扣完为止。</p>		

			<p>4. 建立危重孕产妇救治信息上报制度。 5. 制定责任追究和奖惩制度。对为危重孕产妇急救作出贡献的人员给予表彰，对接诊不积极，以各种理由推诿的人员进行责任追究。 6. 建立危重孕产妇抢救应急预案。 7. 建立危重孕产妇转诊网络，有明确、通畅的联系电话及联系人，建立登记。 8. 开展母乳喂养宣教，落实爱婴医院相关要求。</p>	<p>善，每项扣2分，扣完为止。 4. 根据母乳喂养宣教和落实情况酌情打分。</p>	
<p>技术水平 平 25分</p>	<p>9. 急救基础</p>	<p>5</p>	<p>1. 基础理论：熟练掌握高危妊娠的基础理论，重点掌握妊娠及分娩并发症（妊娠高血压疾病、妊娠晚期出血、胎儿窘迫、产科合并症（休克、DIC、羊水栓塞、严重感染等）、妊娠合并症（心脏病、肾脏病、血液系统疾病、内分泌系统疾病、多脏器功能衰竭、外科合并症等）、妊娠合并性传播疾病/艾滋病）的基础理论。 2. 基本知识：重点掌握高危孕妇的识别及急救原则和急救知识，抢救药物药理及药物代谢动力学等抢救原则和基础知识。 3. 基本技能：掌握危重孕产妇急救的基本技能，具有识别和处理异常分娩的能力，掌握中心静脉穿刺技术，心肺复苏，各种监护技术及其结果的识别，合理的输血输液，抢救药物合理应用，新生儿复苏技能，转运途中抢救及监护技能等。 4. 急救演练：急救中心接到急救电话后，了解病情，迅速启动抢救小组，携带急救设备与药品，5分钟内出诊，迅速赶赴现场，实施抢救或转运。 危重孕产妇到达急救中心，5分钟内由当班产科最高职称的医师到场负责组织抢救，报告急救小组组长。组织开展抢救工作。</p>	<p>抽查5名医务人员了解现场实际情况。通过急救演练评估应急响应能力和现场处置能力。</p> <p>根据现场考核和急救演练酌情打分。</p>	
	<p>10. 操作技术</p>	<p>4分</p>	<p>(一) 产科危重病病人的监护、处理技术 1、心、胸、肺复苏；2、心力衰竭抢救；3、急性心律失常抢救；4、各种休克抢救；5、呼吸衰竭抢救；6、羊水栓塞抢救；7、产科出血抢救；8、子痫抢救；9、水电解质和酸碱平衡紊乱的早期诊治；10、DIC的诊断及处理。 (二) 胎儿疾病诊断及监护技术 1、胎儿疾病产前筛查；2、先天缺陷的产前筛查；3、宫内缺氧的监测；4、胎儿生长发育监测；5、胎儿成熟</p>	<p>查看技术规范，查阅病历。随机抽查2名产科医务人员情景模拟考核。</p> <p>查看技术规范，查阅病历。随机抽查2名产、儿科医务人员情景模拟考核。</p> <p>操作不规范酌情扣分。</p>	

附件 4

陕西省省级危重新生儿救治中心验收标准（试行）

本标准的制定，旨在通过危重新生儿救治中心的评估，重点加强和规范省级危重新生儿救治中心建设，畅通全省危重新生儿救治与转诊绿色通道，提高危重新生儿救治成功率，进一步保障新生儿医疗安全。标准共 100 分，从基本条件、组织管理和业务水平三个方面进行评审分别占 50 分、25 分、25 分。评分达到 90 分以上为达标。省级危重新生儿救治中心必须具备市级危重新生儿救治中心的救治水平和救治能力，在市级的基础上提高软件 and 硬件实力。

项目	标准	分值	评审要点	评审方法	计分方法	扣分原因	得分
基本条件 50 分	1. 机构资质	0	三级医疗保健机构。	查看医疗保健机构执业许可证，并批准开展有产科、儿内科、儿外科(尤其是新生儿外科)、心脏外科、遗传科、急诊科、检验科、及其他相关科室。	主要项目无执业许可一票否决；无《母婴保健技术服务执业许可证》或证件过期一票否决。		
	2. 人力资源	10	<ol style="list-style-type: none"> 新生儿科至少有 3 名以上主任医师，并开设新生儿科专科门诊； 学科带头人（新生儿科 NICU 主任）必须为本单位在编专业技术人员，应从事新生儿科专业 25 年以上，并具有儿科正高级职称。 新生儿科护士长必须具有副高以上职称。 新生儿危重救治中心的新生儿科医护人员配备应与所承担的业务量相适应，原则上医：床比/护：床比应基本达到国家卫计委的要求。 医院对新生儿科的人才梯队建设要有相应的措施，在科室收入和奖金分配方面要有相应的倾斜政策和激励措施。 	<ol style="list-style-type: none"> 学科带头人必须为本单位在编专业技术人员 NICU 主任应具有正高级职称。 新生儿科主治医师以上人员原则上应接受国内专科培训 6 个月以上； 科主任及副高以上职称原则上应接受国外培训 3 个月以上的专业培训。 查看相关科室人员花名册； 抽查专业人员执业、职称、培训证等证书； 查看人才队伍建设资料。 	<ol style="list-style-type: none"> 人员资质不符合要求扣 3 分； 高、中级职称人员不足，每少 1 人扣 2 分； 业务人员配比不合理，每少 1 人扣 1 分； 人才队伍建设情况酌情打分。 专业技术人员接受培训达不到要求酌情扣分。 		
基本条件	3. 科室设置	15	1. 独立设置新生儿科和新生儿重症监护室	现场查看新生儿科、小兒外科	科室设置不规范酌情扣		

50分		<p>(NICU)。</p> <p>2. 新生儿病区每床净使用面积$\geq 3\text{ m}^2$。NICU病区每床净使用面积$\geq 6\text{ m}^2$，恢复室每床净使用面积$\geq 3\text{ m}^2$。</p> <p>3. 新生儿科和新生儿NICU硬件设备（如呼吸机、暖箱、血气分析仪等）应达到省级新生儿危重症救治转运中心的要求。</p> <p>4. 新生儿病房布局应符合医院感染防控的流程。</p> <p>5. 新生儿病区应独立设置哺乳室、配奶间和治疗室，广泛开展母乳喂养和母乳喂养指导，NICU母乳喂养率必须达到相应要求。</p> <p>6. 小儿外科、心脏外科、麻醉手术科，达到或基本达到卫生部有关小儿外科、心脏外科、手术室、麻醉科的建设标准；新生儿外科能够独立开展相应级别的手术、心脏外科能够开展常见新生儿先天性手术（如PDA结扎手术）。</p> <p>7. 辅助科室：医学影像科（包括超声）、心电图室、检验科、病理科、输血科，产前筛查实验室。</p> <p>8. 遗传实验室：达到或基本达到卫生部有关遗传实验室建设标准，能进行高通量基因检测的医疗机构可酌情加分。</p> <p>9. 其它相关设置参照同级综合医院等级标准。</p>	科、急诊科、手术室、麻醉科等相关科室的房屋设置。查看病区母乳喂养宣教情况和母乳喂养率。	分。 母乳喂养宣教和实地检查情况酌情扣分。	
基本条件 50分	4. 设施设备 10	除配备新生儿和NICU应具备的基础设施外，新生儿科必须具备以下设备： 1. 转运系统：至少具备一套完整的新生儿转运系统（包括新生儿专用救护车、转运暖箱、转运呼吸机-常-高频一体机、多参数心电监护仪、T组合、供氧、负压吸引器、综合性抢救箱等设备等）。 2. 危重新生儿救治中心设置35张以上NICU	现场查看新生儿科等相关科室设备配备情况。	根据现场查看情况打分，每缺一项扣1分，扣完为止。	

<p>基本条件 50分</p>	<p>5. 治疗项目</p>	<p>10</p>	<p>床位, 并配备以下主要设备: 新生儿专用有创呼吸机 15 台 (至少包括 5 台高频呼吸机) CPAP 15-20 台 亚低温治疗仪 1-2 台 aEEG 或视频脑电图 1 台 NO 吸入治疗仪 1-2 台 床头 B 超 1 台 床头 X 线机 1 台 床头血气分析仪 1 台 输液泵 20-30 台 多参数心电监护仪多台 (至少要满足每个危重新生儿 1 台) ECMO 设备 配备满足危重新生儿救治的基本设备</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 开展新生儿外周动静脉同步换血 (包括外周动静脉置管) 2. 开展 PICC 3. 开展 UVC 4. 开展 UAC 5. 开展有创呼吸机常频和高频辅助通气 6. 开展无创通气 nCPAP/NIPPV, 无创高频通气 7. 开展 NO 吸入治疗 PPHN 8. 开展亚低温治疗 HIE 9. 开展 aEEG 或视频脑电图进行脑功能监护 10. 必须能够常规开展新生儿外科手术常见手术 (NEC、食管食管瘘、膈疝、肠旋转不良、肛门闭锁等)。 11. 能够开展血液净化 (腹膜透析、血液透析等) 12. 积极开展高级生命支持-ECMO 技术。 13. 相关科室能够开展相应级别的治疗 (早产儿视网膜病的筛查和治疗、PDA 结扎术、 	<p>查阅一年来的病例和实地查看相关治疗项目的开展情况</p>	<p>根据现场查看情况打分, 每缺一项扣 1 分, 扣完为止。</p>		
---------------------	----------------	-----------	--	---------------------------------	-------------------------------------	--	--

组织管理 25分	6. 工作数量	5	<p>遗传代谢性疾病筛查等)</p> <p>危重新生儿救治中心工作量: 年出院人数5000以上, 每年接收医联体和网络医疗机构转诊新生儿800例以上, 下基层进行帮扶、讲座、会诊每年10次以上。</p> <p>1. 牵头成立医联体网络医院危重新生儿救治领导小组和救治专家组, 人员配备合理, 职责明确, 定期组织开展相关技术培训与急救演练。</p> <p>2. 定期或不定期召开医联体网络医院的沟通会, 通报和反馈工作情况, 要有记录。</p> <p>3. 建立新生儿医疗质量和医疗安全管理小组, 并开展督导和检查工作, 管理规范。</p> <p>4. 设置新生儿门诊和早产后随访门诊, 开展早产后随访和出院后生长发育评估。</p> <p>5. 在医联体和网络医院发布新生儿危重症急救转运“专用电话”, 开设高危新生儿急救转诊绿色通道, 标醒目。</p> <p>6. 建立医联体协作医疗机构转诊网络, 接收下级医疗机构高危新生儿转诊, 具备功能状态良好的转运系统, 随时处于备用状态, 并有专职转运司机和新生儿科的转运团队, 实行24小时值班制度。</p> <p>7. 及时上报危重新生儿救治方案。</p> <p>8. 开展围生期科学研究和学术交流, 承担医联体医疗机构新生儿科医护人员的学习进修及培训。</p> <p>9. 完成卫生行政部门下达的指令性工作。</p> <p>10. 利用远程医疗, 及时安排并接受医联体单位的邀请进行远程会诊, 并定期或不定期开展远程专业学术讲座、技术推广和病案讨论。</p>	查看科室出院登记及转运登记, 统计年工作数量。	至少10%, 扣1分, 扣完为止。	
组织管理 25分	7. 功能任务	10	<p>1. 查看危重新生儿救治领导小组有关文件和活动记录。</p> <p>2. 查看新生儿科安全管理资料及相关文件。</p> <p>2. 查看新生儿科门诊设置及运行情况。</p> <p>3. 现场查看急救转诊绿色通道运行情况。</p> <p>4. 在医务科查看承担医联体医疗机构新生儿科人员培训进修情况。</p> <p>5. 在院办查看卫生行政部门指令性工作完成情况。</p> <p>6. 查看远程医疗运行情况。</p>	<p>1. 危重新生儿急救组织管理资料不完善扣1-2分, 相关人员职责不清扣1-2分, 未开展培训和急救演练扣1-2分;</p> <p>2. 新生儿科安全管理措施不全、设置不全扣1-2分, 科室急救设备和转运设备未处于功能状态扣1-2分;</p> <p>3. 急救转诊绿色通道不畅扣2分。</p> <p>4. 没有远程医疗扣2-3分。</p>	1. 医疗核心制度不全, 未落实到位, 每项扣1分	
	8. 制度建设	15	1. 医疗核心管理制度及相关科室管理制度及基础信息登记完善。	查阅相关资料, 了解机制运行及制度执行情况。		

<p>技术水平 25分</p>	<p>9. 急救基础</p>	<p>5</p>	<p>2. 建立医联体医疗机构协作机制，危重新生儿救治、转诊机制，产、儿合作机制、新生儿科与多科室协作机制，建立危重新生儿用血保障机制。 3. 建立急诊抢救制度，明确相关科室与人员职责，建立危重新生儿急救、转诊物资保障制度，确保急救救治资源的配置、储备和正常运行。 4. 建立危重新生儿转运、救治信息登记、反馈与上报制度。 5. 制定责任追究和奖惩制度。对为危重新生儿急救作出贡献的人员给予表彰，对接诊不积极，以各种理由推诿的人员进行责任追究。 6. 建立健全危重新生儿抢救应急预案。 7. 建立辖区转诊网络，有明确、通畅的联系电话及联系人，建立登记。 8. 开展母乳喂养宣教，并获得国家爱婴医院称号。</p>	<p>抽查5名医务人员了解相关理论知识及现场实操技术掌握情况。 设置场景（急救中心接到急救电话后，了解病情，迅速启动抢救小组，携带急救设备与药品，5分钟内出诊，迅速赶赴现场，实施抢救或转运）模拟考试。通过急救演练评估应急反应能力，组织协调能力和现场处置能力。</p>	<p>2. 基本制度执行不到位，每项扣1分； 3. 危重新生儿救治相关机制制度不完善，每项扣2分，扣完为止； 4. 未获得最新一轮爱婴医院称号扣3分； 5. 查看母乳喂养宣教工作情况，酌情打分（最多扣2分）。</p>	
			<p>1. 基础理论：熟练掌握新生儿常见疾病【NRDS、ARDS、MAS、各种气压伤、NEC、PPHN、不同类型的先天性、不同类型的新生儿休克、HIE、ICH、新生儿溶血病、各种产伤、各种代谢紊乱（低血糖、低钠血症、酸碱平衡紊乱等）以及血气分析】的基础理论。 2. 基本知识：重点掌握危重症新生儿的识别及急危重症抢救知识，抢救药物药理及药物代谢动力学等抢救原则和基本知识。 3. 基本技能：掌握危重新生儿急救的基本技能，具有识别和处理新生儿危重症的能力，熟练掌握新生儿气管插管及新生儿复苏技能、熟练掌握新生儿呼吸机变化和血气分析仪正确使用，并能够根据病情变化和血气分析结果调整呼吸参数。熟练掌握各种监护技</p>	<p>根据现场考核和急救演练酌情打分。</p>		

技术水平 25分	10.操作技 术	3分	<p>术及其结果的识别、新生儿输血和换血指征和抢救药物合理应用。熟练掌握新生儿Stable转运技术。</p> <p>4.急救技能：对病情突然变化（如呛奶窒息等）进行快速抢救，熟练掌握新生儿急救流程和急救技能。熟练掌握各种呼吸机治疗技术。</p>			
	10.操作技 术	3分	<p>(一) 新生儿复苏技术</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、掌握新生儿复苏基本流程； 2、熟练掌握正压通气基本要领； 3、熟练掌握气管插管技术； 4、熟练掌握胸外按压； 5、熟练掌握复苏药物的合理使用； 6、熟练掌握复苏后的处理； <p>(二) 呼吸衰竭的处理技术</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、熟练掌握氧疗指征尤其是上机指征； 2、熟练掌握气管插管技术； 3、熟练掌握呼吸机使用技术并能根据不同病情选择不同的呼吸机模式； 4、熟练掌握血气检测技术； 5、熟练掌握呼吸机不同模式的参数调节； 6、护理团队应熟练掌握上机患儿的护理（吸痰、监护、血气等）； 7、熟练掌握撤机指征。 8、掌握最新的呼吸机模式（如神经辅助调节通气、无创高频通气等）可适当加分。 <p>(三) 循环衰竭的处理技术</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、掌握新生儿循环衰竭的临床特点； 2、开展有创血压检测； 3、开展无创血流动力学检测。 4、根据血流动力学检测指导和调整血管活性药物的应用。 5、掌握血管活性药物的药理作用和适应症 	查看技术规范，查阅病历。随机抽查2名新生儿科医生情景模拟考核。	操作不规范酌情扣分。	
	10.操作技 术	3分	<ol style="list-style-type: none"> 1、熟练掌握氧疗指征尤其是上机指征； 2、熟练掌握气管插管技术； 3、熟练掌握呼吸机使用技术并能根据不同病情选择不同的呼吸机模式； 4、熟练掌握血气检测技术； 5、熟练掌握呼吸机不同模式的参数调节； 6、护理团队应熟练掌握上机患儿的护理（吸痰、监护、血气等）； 7、熟练掌握撤机指征。 8、掌握最新的呼吸机模式（如神经辅助调节通气、无创高频通气等）可适当加分。 <p>(三) 循环衰竭的处理技术</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、掌握新生儿循环衰竭的临床特点； 2、开展有创血压检测； 3、开展无创血流动力学检测。 4、根据血流动力学检测指导和调整血管活性药物的应用。 5、掌握血管活性药物的药理作用和适应症 	查看技术规范，查阅病历。随机抽查2名新生儿科医生和护士进行情景模拟考核。	操作不规范酌情扣分。	
技术水平 25分	10.操作技 术	3分	<ol style="list-style-type: none"> 1、掌握新生儿循环衰竭的临床特点； 2、开展有创血压检测； 3、开展无创血流动力学检测。 4、根据血流动力学检测指导和调整血管活性药物的应用。 5、掌握血管活性药物的药理作用和适应症 	查看技术规范，查阅病历。随机抽查2名儿科/新生儿科医务人员情景模拟考核。	不能进行有创血压监测和无创血流动力学监测扣1分，操作不规范酌情扣分。	

陕西省市级危重新生儿救治中心验收标准（试行）

本标准制定，旨在通过危重新生儿救治中心的评估，规范和促进市级危重新生儿救治中心建设，畅通危重新生儿救治与转诊绿色通道，提高危重新生儿救治成功率，进一步保障新生儿医疗安全。标准共100分，从基本条件、组织管理和业务水平三个方面进行评审分别占50分、25分、25分。评分达到90分以上为达标。市级危重新生儿救治中心必须具备县级危重新生儿救治中心的救治水平和救治能力，在县级的基础上提高软件 and 硬件实力。

项目	标准	分值	评审要点	评审方法	计分方法	扣分原因	得分
基本条件 50分	1. 机构资质	0	三级医疗保健机构。	查看医疗保健机构执业许可证，并批准开展有产科、儿科、新生儿外科、遗传及其他相关科室。	主要项目一票否决；无《母婴保健技术许可证书》或证件过期一票否决。		
	2. 人力资源	10	1. 新生儿科至少有一名主任医师，并开设新生儿科专科门诊，门诊至少有一名副主任医师； 2. 学科带头人（新生儿科NICU主任）必须为本单位在编专业技术人员，应从事新生儿科专业20年以上，并具有儿科副高及以上职称。 3. 新生儿科护士长必须具备主管护师及以上职称。 4. 新生儿危重新生儿救治中心的新生儿科医护人员配备应与所承担的业务量相适应，原则上医床比/护床比应基本达到国家卫计委的要求。 5. 医院对新生儿科的人才梯队建设要有相应的措施，在科室收入和奖金分配方面要有相应的倾斜政策和激励措施。	学科带头人必须为本单位在编专业技术人员，NICU主任应具有副高以上职称。新生儿科主治医师必须接受国内以上专科培训6个月以上；查看相关科室人员花名册；查看执业医师、职称、培训证等证书、书；查看人才队伍建设资料。	1. 人员资质不符合要求扣3分； 2. 高、中级职称人员不足，每少1人扣2分； 3. 业务人员配比不合理，每少1人扣1分； 4. 人才队伍建设情况酌情扣分。		
基本条件	3. 科室设置	15	1. 独立设置新生儿科或/和新生儿重症监护室(NICU)	现场查看新生儿科、小兒外科、急诊科、	科室设置不规范酌情扣分。		

50分	4. 设施设备	10	<p>2. 新生儿病区每床净使用面积$\geq 3\text{ m}^2$。NICU病区每床净使用面积$\geq 6\text{ m}^2$，恢复室每床净使用面积$\geq 3\text{ m}^2$。</p> <p>3. 新生儿科和新生儿NICU硬件设备（如呼吸机、暖箱、血气分析仪等）应达到市级新生儿危重症救治转运中心的要求。</p> <p>4. 新生儿病房应设置独立配奶间和治疗室，并开展母乳喂养指导。</p> <p>5. 新生儿科、麻醉科、手术室、新生儿外科、新生儿科相应科室：医学影像科（包括超声）、心电图室、检验科、病理室、输血科、产房、产房检查实验室。有条件可设置遗传实验室。</p> <p>6. 其它相关设置参照同级别综合医院等级标准。</p> <p>除配备新生儿以下设备： 1. 转运系统：至少具备一套新生儿转运系统（包括新生儿专用救护车、转运暖箱、转运呼吸机、常-高频一体机）、多功能监护仪、T组合、供氧、负压吸引器、综合性抢救箱等设备）。</p> <p>2. 危重新生儿救治中心设置15-20张以上NICU床位，并配备以下主要设备： 新生儿专用有创呼吸机5-10台（包括至少两台高频呼吸机） CPAP 5-10台 亚低温治疗仪1台 NO吸入治疗仪 床头aEEG/视频脑电图 床头B超1台 床头X线机1台 床头血气分析仪1台 床头输液泵15-20台 多参数心电图监护仪多台（至少要满足每个危重新生儿1台） 配备满足危重新生儿救治的基本设备</p>	<p>手术室、麻醉科等相 关科室的母乳喂养 区和母乳喂养室。 查看情况。</p>	<p>母乳喂养宣教情 况和实地检查情 况酌情扣分。</p>	
基本条件 50分	4. 设施设备	10	<p>现场查看新生儿科等相关科室设备配备情况。</p>	<p>根据现场查看情况打分，每缺一项扣1分，扣完为止。</p>		

4、新生儿科至少有两名以上医护人员熟练掌握外周动静脉置管术，以保证换血时顺利置管。 5、有换血的流程。					
2分	<p>(六) 新生儿院感防控</p> <p>1、具有新生儿院感防控的各项规章制度和措施。</p> <p>2、新生儿院感防控流程合理、设施齐全。</p> <p>3、新生儿科全体医护人员卫生依从率和正确率达标</p> <p>4、新生儿科能够合理抗生素使用。</p>	<p>现场抽查新生儿院感防控措施落实情况。了解新生儿院感防控措施落实情况。抽查新生儿院感防控措施落实情况。抽查新生儿院感防控措施落实情况。</p>	<p>新生儿院感防控措施落实情况。抽查新生儿院感防控措施落实情况。抽查新生儿院感防控措施落实情况。</p>		
2分	<p>(七) 新生儿置管技术</p> <p>1、熟练掌握PICC和UVC的适应症和禁忌症</p> <p>2、熟练进行PICC的操作</p> <p>3、熟练进行UVC的操作</p> <p>4、具备床头PICC和UVC操作定位设备(床头X线/超声)</p> <p>5、PICC和UVC的维护</p>	<p>随机抽查两年来做过PICC和UVC病例，并现场考核2名医护人员PICC和UVC的操作要领，查看PICC和UVC的维护。</p>	<p>未实施PICC和UVC不规范酌情扣分。</p>		
1分	<p>(八) 能够或创造条件进行脑功能监护和神经行为评分</p> <p>1、对HIE及有神经症状的患儿进行脑功能监护</p> <p>2、对HIE患儿进行神经行为评分</p>	<p>查看科室一年来脑功能监护病例，并现场查看EEG、aEEG等设备</p>	<p>未实施不得分</p>		
1分	<p>(九) 能够或创造条件进行NO吸入技术和亚低温治疗技术</p>	<p>查看科室一年来NO吸入技术和亚低温治疗病例，并现场查看NO和亚低温设备</p>	<p>未实施不得分</p>		
1分	<p>(十) 能够开展或创造条件开展发展式照顾KMC护理</p>	<p>现场查看</p>	<p>未实施不得分</p>		

陕西省县级危重新生儿救治中心验收标准（试行）

本标准的制定，旨在通过危重新生儿救治中心的评估，规范和促进县级危重新生儿救治中心建设，畅通危重新生儿救治与转诊绿色通道，提高危重新生儿救治成功率，进一步保障母婴安全。标准共 100 分，从基本条件、组织管理和业务水平三个方面进行评审分别占 50 分、25 分、25 分。评分达到 90 分以上为达标。

项目	标准	分值	评审要点	评审方法	计分方法	扣分原因	得分
基本条件 50 分	1. 机构资质	0	二级医疗保健机构。	查看医疗保健机构执业许可证，并批准开展有儿科（新生儿科）、妇产科或其他相关科室、检验科及其他相关科室。查看《母婴保健技术服务执业许可证》。	项目无执业许可一票否决；无《母婴保健技术执业许可证》一票否决。		
	2. 人力资源	10	1. 儿科/新生儿科至少有一名副主任医师，儿科/新生儿科门诊至少有一名主治医师及以上医师； 2. 儿科/新生儿科主任应从事儿科/新生儿科专业 10 年以上，并具有儿科中级以上职称。 3. 儿科/新生儿科护士长原则上应具备中级职称。 4. 救治中心的儿科/新生儿科人员配备应与所承担的业务量相适应。 5. 医院对新生儿科的人才梯队建设要有相应的措施，在科室收入和奖金分配方面要有相应的倾斜政策和激励措施。	1. 儿科/新生儿科主任必须为本单位在编专业技术人员，并应具有中级以上职称。 2. 新生儿科主治医师以上人员必须接受省、内外专科培训 3 个月以上； 3. 查看相关科室人员花名册； 4. 抽查专业技术人员执业、职称、培训证等证书； 5. 查看人才队伍建设资料。	1. 人员资质不符合要求扣 3 分； 2. 高、中级职称人员不足，每少 1 人扣 2 分； 3. 业务人员配比不合理，每少 1 人扣 1 分； 4. 人才队伍建设情况酌情扣分。		
基本条件 50 分	3. 科室设置	15	1. 新生儿科（或新生儿病房）：床位设置按照与产科床位的比例 1: 5 设置，每床净使用面积 $\geq 3 \text{ m}^2$ 。新生儿重症监护室每床净使用面积 $\geq 6 \text{ m}^2$ ，恢复室每床净使用	现场查看产科、新生儿科（病房）、急诊科、手术室、麻醉科等相关科室的房屋设置。	科室设置不规范酌情扣分。		

基本条件 50分	4. 设施设备	10	<p>面积 $\geq 3 \text{ m}^2$。</p> <p>2. 急科、手术室、麻醉科、手术室、麻醉科的建设标准执行。</p> <p>3. 辅科、输血科、影像科、心电图室、检验科、它相关能够承担新生儿相应的常规检查。</p> <p>4. 其准并能设置承担新生儿相应的常规检查。</p> <p>急救设备：救护车、麻醉机、多参数心电图监护仪、心电图机、生化仪、影像诊断设备、监护仪、供氧、输血、呼吸机、负压吸引器、中心静脉穿刺器和NICU应具备的基础设施除外，儿科/新生儿科必须具备以下设备：</p> <p>1. 转运系统：至少具备一套新生儿转运设备（包括救护车、转运暖箱、转运呼吸机、多参数心电图监护仪、T组合、供氧、负压吸引器、综合性抢救箱等设备）。</p> <p>2. 危重新生儿救治中心设置NICU2-5张床位以上，并配备以下主要设备：</p> <p>新生儿专用呼吸机1-2台 CPAP无创呼吸机2-3台 X线机1台 B超 血气分析仪1台 输液泵多台 多功能心电监护仪多台（至少要满足每个新生儿救治的基本设备）</p> <p>1. 开展新生儿重症监护室，进行新生儿全胃肠道外营养 2. 开展新生儿疾病筛查 3. 能够开展无创通气nCPAP和PS应用 4. 能够开展有创呼吸机辅助通气 5. 儿科医生进行新生儿复苏，并掌握新生儿复苏流程和熟练掌握新生儿气管插管</p>	<p>现场检查产科、儿科（新生儿科或病房）等相关科室设备情况。</p>	<p>根据现场查看情况打分，每缺一项扣1分，扣完为止。</p>	
基本条件 50分	5. 治疗项目	10	<p>查阅一年来的病例和实地查看相关治疗项目的开展情况</p>	<p>根据现场查看情况打分，每缺一项扣1分，扣完为止。</p>		

<p>技术 水平 25分</p>	<p>10. 操作技 术</p>	<p>4分</p>	<p>息等)进行快速抢救,熟练掌握新生儿急救流程和急救技能。 (一)新生儿复苏技术 1、掌握新生儿复苏要领; 2、熟练掌握气管插管技术; 3、熟练掌握胸外心脏按压; 4、熟练掌握复苏后的处理; (二)呼吸衰竭的处理技术 1、熟练掌握氧疗指征尤其是上机指征; 2、熟练掌握气管插管技术和PS的应用; 3、熟练掌握呼吸机使用技术并能根据不同病情选择不同的呼吸机模式; 4、熟练掌握病情变化时是否需要立即转运; 5、熟练掌握团队快速呼吸机常用模式的参数调节; 6、熟练掌握监护、血气等)及动脉穿刺技术; 7、熟练掌握撤机指征。 (三)循环衰竭的处理 1、掌握新生儿循环衰竭的临床特点; 2、根据血压变化和末梢循环变化灵活运用血管活性药物; 3、掌握血管活性药物的药理作用和适应症做到合理使用。 4、掌握液体复苏要领。 (四)静脉营养 1、熟练掌握新生儿静脉营养的理论知识。 2、具有保障危重新生儿静脉营养的措施。 3、新生儿静脉营养液的配置应符合生理需求。 4、具有评价和改进静脉营养的措施。 (五)新生儿输血 1、熟练掌握新生儿输血指征 2、检验科能够进行相应的输血前检测和交叉配血。 3、本院血库能够达到输血所具备的</p>	<p>查看技术规范,查阅病历。随机抽查2名儿科/新生儿科医生情景模拟考核。 查看技术规范,查阅病历。随机抽查2名产、儿科医务人员情景模拟考核。 查看技术规范,查阅病历。随机抽查2名儿科/新生儿科医务人员情景模拟考核。 查看技术规范,查阅病历。随机抽查2名儿科/新生儿科医务人员情景模拟考核。</p>	<p>操作不规范酌情扣分。 操作不规范酌情扣分。 操作不规范酌情扣分。 操作不规范酌情扣分。</p>	
	<p>10. 操作技 术</p>	<p>3分</p>		<p>查看技术规范,查阅病历。随机抽查2名儿科/新生儿科医生情景模拟考核。 查看技术规范,查阅病历。随机抽查2名产、儿科医务人员情景模拟考核。 查看技术规范,查阅病历。随机抽查2名儿科/新生儿科医务人员情景模拟考核。</p>	<p>操作不规范酌情扣分。 操作不规范酌情扣分。 操作不规范酌情扣分。 操作不规范酌情扣分。</p>	

附件 5

陕西省省级危重孕产妇和新生儿救治中心 对口支持市（区）名单

（试行）

西安交通大学第一附属医院：宝鸡市、汉中市；

西安交通大学第二附属医院：榆林市、铜川市；

第四军医大学西京医院：西安市、延安市；

第四军医大学唐都医院：渭南市、韩城市；

陕西省人民医院：咸阳市、安康市；

西北妇女儿童医院：商洛市、杨凌示范区。

