

# 质控工作总结及质控工作计划

作者：小六 来源：网友投稿

本文原地址：<https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/223982.html>

[ECMS帝国之家，为帝国cms加油！](#)

质控工作总结及质控工作计划模板7篇

时间真是一眨眼就过去了，一年的工作马上就要开始明年的工作了，感觉收获好多了吧，要一直努力哦，写个总结，为明年的工作做准备吧!以下是小编整理的质控工作总结及质控工作计划，欢迎大家借鉴与参考!

质控工作总结及质控工作计划精选篇1

我院为加强护理质量管理，保障医疗护理安全，提高社会及患者对护理服务的满意度,于20\_\_年成立护理质量控制委员会,对全院各科室护理质量进行统一标准、定期或不定期检查、督导,解决护理管理工作过程中存在的问题。现将20\_\_年上半年工作总结如下：

- 1、健全护理质量管理组织，实行院、科二级质控，各质控组织定期活动，每月组织一次质控分析、总结会议，加强护理质量管理，促进护理质量持续改进。
- 2、制度管理，进一步完善护理工作制度、护理人员职责、护理质量标准等，并组织实施，重点抓好落实工作。
- 3、护理管理人员及各级质控组织认真履行职责，抓好管辖部门护理质控工作。
- 4、科二级质控组织定期开展活动，护理部组织院质控小组每月进行全院护理质量检查一次，并把质控情况进行反馈，针对存在问题进行原因分析，提出整改措施，复查整改效果，
- 5、质控组织每月进行一次自查自评，护士长平时随机抽查，对存在问题进行原因分析，提出整改措施，复查整改效果，达到质量管理成效。
- 6、薄弱环节、危重病人管理，坚持护士长夜查房制度，检查、指导、协助夜班护士工作，检查督促危重病人护理措施的落实。
- 7、强化护理人员质量意识，提高护理人员自我质量控制的自觉性，严格执行护理工作规章制度及护理技术操作规程，从思想上重视医疗护理安全，严格执行查对制度。护理工作中存在的不良事件和安全隐患要求科室积极上报，每月科室组织召开护理不良事件分析会；查找工作中的不安全因素，提出整改措施，消除安全隐患，上半年来无重大护理安全事件发生。

8、规范病区管理，对临床科室病区随时进行检查，发现脏乱差现象立即要求整改，并进一步规范。

9、护理文书书写，力求做到准确、客观及连续。护理文书即法律文书，是总协定医疗纠纷的客观依据，书写过程中要认真斟酌，能客观、真实、准确、及时、完整的反映病人病情变化，不断强化护理文书规范书写的重要意义，使每个护士能端正书写态度，同时加强监督检查力度，要求科内护士长、质控人员定期、不定期进行检查，护理部每月不定期检查，发现问题及时纠正，对存在的问题提出整改措施，并继续监控。

10、院感方面，按医院感染管理标准，质控人员兼职监控院感，各科室护士基本能认真履行自身职责，虽然其中有一些缺陷，但总体使院感指标达到质量标准。

11、但工作中仍存在一些不足：

基础护理不到位，新入院病人入院宣教及处置不及时、到位；

病房管理有待提高，病人自带物品过多，物品摆放凌乱；

为病人主动服务意识不强，解释欠耐心，满意度调查时有投诉护士服务态度差；

学习风气不够浓，各科室均不组织科室内业务学习；

护理文书书写有漏项、漏记，内容缺乏连续性，内涵质量不高等缺陷；

各护理人员“慎独”精神差，在护士长不在时或值班期间，不严格执行各项护理规章制度及操作规程。

我们护理工作是漫长而又艰辛的，每天将面临各种不同的挑战，让我们携起手来，为了医院更好的发展，克服困难扬长避短，再创辉煌。

## 质控工作总结及质控工作计划精选篇2

20\_\_年，在全院各科室同志的大力配合下，努力学习、积极工作、大胆管理、敢于创新，认真负责，带领全科同志开拓创新，努力完成医院交给的各项工作任务。按卫生行政部门和医院质量管理要求，质控科认真履行岗位职责，严格制度，高标准，严要求对病历、处方进行定期和不定期检查，综合点评。做到工作认真有记录，对存在问题有分析，有点评，及时与科主任和责任人沟通反馈情况，加以整改，定期分析评价结果上报主管院长。

### 一、工作职责

1、质控科在院长、主管院长的领导下，对全院医疗质量进行全程监控;根据医院的总体发展，我们科对全院的病历、处方进行严格质控，并对处方的点评情况进行总结、评估。并提出季度、季度内阶段性质控重点目标，对医疗质量管理工作予以总结、提出整改建议、推动持续改进。

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

3、质控科在主管院长的领导下，具体组织实施全院临床医疗、护理的质量管理工作。负责拟定全院医疗质量管理实施方案，并经常督促检查，按时总结汇报。深入各科室了解医疗质量情况，督促各科室对照医疗质量标准自查，制定达标方案。负责组织处方、病历书写、临床用药、预防用药、门诊、急诊质量检查工作，定期分析总结及时向院长汇报。完成院领导交办的其他工作。本科室的职员认真仔细检查病历主页、抗菌药物审批单、手术护理记录、医嘱记录、手术化验单等，把好质量关，发现问题及时修正。深入门诊、科室，督促各科室的主管医生认真书写。为了加强医疗质量控制和医疗质量安全管理。并在以下方面加大了力度：病历的书写、三级医师查房、手术的审批、手术的分级管理、抗菌药物的审批和分级管理、处方书写、疑难病例的谈论、医患沟通等。

## 二、集体努力

1、医院：为了进一步加强医院合理用药的指导，监督和管理规范临床医师用药行为，减少和避免药物不良反应的发生，减少或缓解细菌耐药性的产生，保障临床用药安全、有效、经济适当，提高医疗质量最大限度降低药品费用，制定了以下措施：

(一)严格执行抗菌药物分级使用管理原则，把本院限用品种分为非限制使用，限制使用和特殊使用三类，填写抗菌药物申请审批单制定。

(二)建立抗菌药物专项整治领导小组及成员，对抗菌药物使用情况进行转向点评，由质控人员平日点评工作记录每日对考评情况进行总结，纳入医院绩效综合质量考评，进行奖罚。

(三)每日微机数据库中统计出医院抗菌药物销售金额前十名药品一级开具抗菌药物金额前十的医生进行排名公示，对抗菌药物使用进行分析，并上报主管院长及医务科进行科学处理。

(四)对开具抗菌药物金额前十名医师采取科学处理。

(五)加强合理应用抗菌药物的知识培训通告药讯、新药介绍，岗前培训，厨房规范书写培训及典型病历下发等形式，有医务科组织教育培训，每次内容自定，进行考试考核，指导临床合理用药从而提高医院各类人员合理使用抗菌药物的综合素质。

2、各科室：在医院的大力控制下，抗菌药物的使用在各科室也得到了控制，尤其是头孢甲肟、头孢西丁钠的用量得到了控制，现在各科室的医师基本做到根据指证用药，如有应用抗菌药物的必要，也能逐级的使用。但偶尔还有个别的医师依然使用高档抗菌素，望医师从群众的根本利益出发，从百姓的身体状况出发。

3、质控科：质控科主要从以下几方面进行检查，质控。

(1)有无使用抗菌药物指证。

(2)预防用药选择时间。

(3)抗菌药物品种选择。

(4)抗菌药物使用剂量、周期、途径、频次。

(5)抗菌药物分级管理情况。

(6)更换抗菌药物有无病程记录与医嘱是否相符。

(7)联合用药合理性同时对典型病历进行点评。下发反馈通报，采取干预和反馈结合的方法进行检测，提前。

审核抗菌药物处方或医嘱，直接干预医生处方或病历进行整改本年度全院共检查各类处方4585张，其中合格处方3986张，不合格处方554张，合理率87%(没有达到标准95%)，抗菌药物使用强度45(规定范围不超过40)，门诊抗菌药物比例13%达标，住院抗菌药物使用率54.5%达标，以上数据在整改之前有很多不规范，不达标的，现在已经有了明显的改善和提高。

在全院医务人员的共同努力下，我们的医疗质量有很大的提高，我们科室也会继续努力，为医院的医疗质量的提高献出自己的力量。

## 质控工作总结及质控工作计划精选篇3

### 一、工作职责：

1、质控科在院长、分管院长和医务处主任的领导下，对全院医疗质量进行全程监控;根据医院的总体发展战略，提出年度、年度内阶段性质控

重点目标、并为其制定考核标准;对年度医疗质量管理工作予以总结、提出整改建议、推动持续改进。

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

3、参与多层次质控：第一、院级质控，参与行政查房、每月发布全院质控报告(含医疗运行数据、质控重点目标、医疗缺陷点评、医疗隐患警示);第二、履行质控科职能，依据行政查房、科主任月考核结果、各类随机抽查结果，扣发奖金、向科室或全院发，并随机复查;第三、联合临床医技进行整改：依据药剂科的处方点评、医保办的医嘱点评、医护人员对不合理用药的反映，确定重点监控的药品目录。

4、构建多防线质控：第一道防线：对常见病和常见术种，采取临床路径管理模式，即医疗质量的全控制;对高风险环

节，必须执行一揽子预防干预方案，即医疗风险的环节控制。第二道防线：同时公示对个案的诊断质量和治疗决策点评、以及相应权威的诊断路径、诊疗策略，即主动过程控制。最后一道防线：惩戒造成可预见、可预防疏失的个人，即终5、持续改进高风险医疗环节的监控：多层次干预院感(外源性、内源性、抗菌素相关性院感)，预防严重并发症、预警潜在危重病症、警示急救环节误判、甄别三无处置(无证、无益、无效)、监控外科预防用抗菌素等。

6、质控人员的'资质培训：质控员仅凭自己的专业能力甄别自己认定的医疗缺陷(真性、假性、不确定性)会导致甄别盲区、结论多样化。因此，依据循证证据(合理证据、获益证据、安全证据

、质疑证据、否定证据)、警示信息(相互影响、医学矛盾、临床假象、临床危象、诊疗乱象、容易被忽视的问题、假性检查结果)确定评审标准，逐步使质控趋向系统化、标准化、实效性。

未控制。

## 二、科室的组织结构

返聘副主任医师1名，医师2名，工作人员1名。质控科主任职责

在院长领导下，具体组织实施全院临床医疗、医技、护理等质量管理工作。

负责拟定全院医疗质量管理实施方案，并经常督促检查，按时总结汇报。

深入各科室了解医疗质量情况，督促各科对照医疗质量标准自查，制定达标方案。

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

督促检查药品、医疗器械的质量和管理工作。负责组织处方、病历书写、临床用药、预防院内感染、门、急诊质量检查工作，定期分析情况，及时向院长汇报。

负责全院质控员培训工作。完成院首长交办的其他相关工作。质控科质控员职责

在科长领导下，具体协助搞好全院医疗、护理质控质量工作。

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

深入门、急诊、临床各科室了解医疗护理考核并统计危重病人的抢救率的工作。

每月作好门、急诊、临床、医技、非临床的质控报告。做好并完成每天上级首长所交给的各种工作任务。

## 质控工作总结及质控工作计划精选篇4

时间在一天天的忙碌中消逝，眨眼间已进入初秋。承蒙领导信任将护理部质量控制工作交与我来协同孟总进行管理，自接到任务后就感觉自己的肩头多了一副重担。8月初从河南省护理管理培训班回来后更感觉心里沉甸甸的，同时对护理质量管理又有了一个全新的认识。此时静下心来对8个月来的工作对照原拟定的工作计划进行盘点，才发现自己所做的离目标及要求还相差甚远。

### 一、已完成工作

1、年初护理部与护士长签订了目标责任管理书，调整了护理部质控组成员，半年一个周期，在组长不变的情况下组员轮流交叉进行检查，使各位护士长掌握每组质控标准。

2、春节过后修订、规范了质控标准及书写要求，将原统计月报表修订为质量登记表及质量讲评表，将执行规章制度表修订为9张核心制度表。新增了护理行为规范及优护流程考核表，取消了

原产科病区的母婴同室记录表，还设计了护士长PBM记录本，便于检查时更具体更直观地发现问题从而解决问题。

3、2月17日下午在多功能厅进行了护理质控标准及表格填写要求的培训，参加人员为各科护士长及质控组成员。培训时明确了大家的职责，并对现行护理质控表格填写中存在的问题进行分析及规范，告诉大家“检查必有记录，记录必有反馈，反馈必有跟踪，跟踪必有评价”及“让我们的工作留有痕迹”的质控理念。通过培训大家均受益匪浅。培训课上还建议各科护士长调整科室质控小组成员，选择责任心强、甘于付出、乐于奉献、领悟能力强的护理骨干，从而确保科室质控质量。

4、2月中旬、3月上旬随孟主任、骈护士长、孟护士长一起深入到科室参加晨会及床头交接班。我们的足迹遍及医院的各科室，对所在科室交接班中的亮点及存在的问题均在现场进行了一一点评，受到了所到科室医护人员的欢迎。3月8日针对各科室交接班中存在问题，本着解决问题的原则，在原有护理交接班标准的基础上进行了修订。本次修订更详尽的规范了交接班的流程、内容，使大家有据可循。

5、加强了护理文书的质控，在护理文书改为电子病历后对各科存在的一些突出问题及时与科室或信息科联系，不断修订各种表格记录，并与病案室经常沟通，虚心听取其反馈的问题，在护士长会上予以反馈，督促大家整改。二、需完善工作

1、修订护士长夜查房制度，计划不定期地抽调几位护士长在高危时段进行查房，从而改善现在夜查房发现不了问题的局面。

2、与人力资源机动库的建立相结合，设置儿科静脉穿刺能手晚夜间岗，解决儿科新上岗护士的后顾之忧。三、存在困难

在护士长管理培训班上很多位老师都提到医院护理质控体系的建立应围绕“整体人”的观念来制定，就是将以往的单项质控方式改变为对患者整体护理质量的评价与考核。结合三级医院评审要求感觉以后的工作任务会非常艰巨。各项护理质控标准的重新修订，责任制整体护理模式质量管理指标的建立，患者用药、输血、治疗等护理标准作业程序的修订，常用仪器使用制度与流程的修订与完善，护理部依照PDCA循环进行的检查与跟踪，利用各种科学工具对质控指标进行分析、护士的岗位管理等这些工作都需要投入大量的人力、时间和精力来完成。在现在兼职科室护士长的情况下对很多工作是“心有余而力不足”，相信骈护士长及孟护士长也有同感，所以也请领导考虑到这些实际困难，酌情考虑下一步的工作。

## 质控工作总结及质控工作计划精选篇5

质控科在院长、分管院长及医疗质量管理委员会的领导下，积极开展医疗质量控制工作。以医疗工作为核心，制定医疗质量管理办法，建立医疗质量监控指标体系和评价方法，组织医疗质量检查、考核，评价医疗指标的完成情况，提出改进措施。具体工作总结如下：

### 一、制定医疗质量考核办法

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

## 二、基础质量的监控

通过院内讲座、岗前培训的形式提高医护人员的质量意识，上年度质控科共进行岗前培训8课时，住持讲座3次，带领医护人员学习卫生部新颁发的诊断标准，规范病历的书写。

## 三、环节质量的监控

### 1、定期开展医疗质量检查工作

每个月定期开展门诊处方、运行病历、申请单及报告单检查。全年共检查门诊处方6059张，合格率达96%；全年共检查病历562份，未发现丙级病历；检查缺陷门诊病历155份，合格率97%以上；检查缺陷申请单689份，合格率达96%。

### 2、开展临床路径管理工作

通过开展单病种临床路径，规范诊疗过程，定期检查临床路径登记情况，并组织人员进行临床路径病历的评审。上年度共开展??个病种的临床路径管理工作，共有病例??例。全院平均入组率和完成率均符合要求，但部分病种收治病例较少。

### 3、开展“抗菌药物整治工作”

与其他职能部门相配合，结合临床路径管理，顺利推进抗菌药物专项整治工作，取得较好成效。

### 4、检查有关规章制度的落实

不定期检查各科的软件登记本，检查时发现软件本未按要求或规范登记或书写者，按规定扣除科室质控分值。

## 四、终末质量的监控

配合医务科对全院各项医疗质量指标及归档病历的质量进行监控。

## 五、定期通报医疗质量检查情况

通过院周会定期公布各项环节质量检查情况，对存在的问题进行通报，对各科室提出合理化建议，不断促进医疗质量的提高。

## 六、存在的问题

- 1、临床工作仍是手工管理，效率低，科室诊疗计划常有与表单不符合之处。
- 2、没有定期召开质控员会议，及时听取科室医疗质量控制意见。
- 3、电子病历实行时间较短，尚未制定相关检查办法。

## 质控工作总结及质控工作计划精选篇6

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

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

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

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

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

## 质控工作总结及质控工作计划精选篇7

院部各位领导：

质控科在这一年里质控科紧紧围绕医院“创建二级甲等医院和加强医院质量管理”为工作为重点，着力持续提高医疗质量，确保医疗安全为核心开展工作，建立与完善了医院医疗质量管理和控制的文件、制度、方案、标准等系列资料的制订、撰写、编辑、印制、辅导、落实、督查工作。

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

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

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

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

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

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

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

6、《\_\_人民医院质控科医疗质量控制调查记录本》

7、建立与编辑了《医院医疗质控简报》，对各业务部门工作进行总结分析，对工作中存在的不足的部门提出改进意见，对整改效果进行评价，同时在医院相关部门进行公示。

8、编制医院医疗质量管理组织体系框架图。

9、完成其他系列质控文件材料等工作。

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

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

评价要点、评审标准和相应的检查方法。

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

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

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

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

更多 总结范文 请访问 <https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/>

文章生成PDF付费下载功能，由[ECMS帝国之家](#)开发