

抗菌药物应用管理年度总结

总结是在一段时间内对学习和工作生活等表现加以总结和概括的一种书面材料，它可以促使我们思考，我想我们需要写一份总结了吧。什么样的总结才是有效的呢？那么下面我就给大家讲一讲总结怎么写才比较好，我们一起来看一看吧。

抗菌药物应用管理年度总结篇一

为进一步加强抗菌药物临床应用管理，促进抗菌药物合理使用，有效控制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全，我院对本单位抗菌药物使用数量、使用范围和占比居高不下的原因进行了分析，并认真加以解决。成立了由院长为组长，各临床科室、药剂科主任为组员，组成抗菌药物临床应用专项整治活动小组。

我院在抗菌药物使用中存在以下不合理现象：、抗菌药物使用率偏高，联合用药率过高。虽然我院在相关文件精神指导下，今年对抗菌药物使用进行了严格控制，目前使用率有了明显下降，但仍然达到36%左右，与目前相关要求仍有一定差距。

2、由于缺乏病原微生物检测，医师选用抗菌药物时，往往具有较大的随意性和盲目性。

3、给药方式和剂量存在问题。目前我院抗菌药物给药方式以静脉给药者比例较高为主，这说明抗菌药物给药方式存在不合理现象。在使用剂量方面存在个别大剂量、超剂量现象。

1、对抗菌药物合理使用的管理。将合理应用抗菌药物纳入医院医疗质量管理，加强抗菌药物合理应用监察、处方审核及医生使用权限；对抗菌药物的使用采取分级制度。将抗菌药物分为一般使用、限制使用、特殊使用几个等级，熟悉选用药

物的适应证、抗菌活性、药动学和不良反应。

2、切实加强临床医师合理使用抗菌药物的宣传教育与知识培训，让医师掌握抗菌药物抗菌谱、适应证、禁忌证、联合使用及预防使用的指征、细菌学、药效学、药动学、药物经济学等相关知识；建立完善的细菌耐药监测系统及药物不良反应监测网络。

3、加大对合理应用抗生素的宣传力度，及时对患者和公众进行合理用药的教育，制作宣传栏，让公众真正明白滥用抗菌药物可能导致的细菌耐药性的严重后果，使其懂得感冒、喉痛、咳嗽等上呼吸道感染多为病毒感染，这类病应用抗菌药物治疗不仅无效，反而会使细菌产生耐药性的机会增加，以减少抗菌药物的不合理应用。

4、结合基本药物制度的实施和新农合切实加强合理用药的考核工作。

今后，我院会认真总结工作中的经验和不足，逐步建立、完善抗菌药物临床应用管理相关制度，依法、合理、安全的应用抗菌药物，切实保障医疗质量和医疗安全。

新泰市龙廷中心卫生院 2013年9月22日

抗菌药物应用管理年度总结篇二

2013年关于抗菌药物专项整治活动方案

为进一步巩固2012年我抗菌药物临床应用专项整治活动成果，促进抗菌药物合理使用，有效控制细菌耐药，保证医疗质量和医疗安全，我院决定2013年继续深入开展抗菌药物临床应用专项整治活动。现将下发我院组织制定的《2013年抗菌药物临床应用专项整治活动方案》，请各科室遵照执行。

一、组织领导

成立抗菌药物管理领导小组： 组长：*** 副组长：*** ***
*** 成员：***** 管理领导小组办公室
设在**科，具体日常事务由***科负责。

二、指导思想

坚持“标本兼治、重在治本”的原则，按照“突出重点、集中治理、健全机制、持续改进”的工作思路，将抗菌药物临床应用专项整治活动作为“三好一满意”活动和“医疗质量万里行”活动的重要内容，围绕抗菌药物临床应用中的突出问题和关键环节进行集中治理，务求实效。完善抗菌药物临床应用管理长效工作机制，提高抗菌药物临床合理应用水平，保障患者合法权益和用药安全，为患者提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

三、整治目的通过开展抗菌药物临床应用专项整治活动，进一步加强抗菌药物临床应用管理，优化抗菌药物临床应用结构，提高抗菌药物临床合理应用水平，有效遏制细菌耐药；针对抗菌药物临床应用中存在的突出问题，采取标本兼治的措施加以解决；完善抗菌药物临床应用管理有效措施和长效工作机制，促进抗菌药物临床合理应用能力和管理水平持续提高。

四、活动范围

全院各临床、医技及职能科室共同参与，建立联动机制。

五、组织管理

管理领导小组组织对全院抗菌药物临床应用专项整治活动开展情况进行督导检查。督促实现抗菌药物临床合理应用各项指标。

六、重点内容

（一）、明确抗菌药物临床应用管理责任制。抗菌药物管理领导小组组长是抗菌药物临床应用管理第一责任人，将抗菌药物临床应用管理作为医疗质量和医院管理的重要内容纳入工作安排；明确抗菌药物临床应用管理中的职责分工，层层落实责任制。建立、健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监督管理机制。

（二）、抗菌药物管理领导小组组长与临床科室负责人分别签订抗菌药物合理应用责任状，根据各临床科室不同专业特点，科学设定抗菌药物应用控制指标。

（三）、开展抗菌药物临床应用基本情况调查。抗菌药物管理领导小组组织抗菌药物临床应用情况开展调查：对抗菌药物品种、剂型、规格、使用量、使用金额，住院患者抗菌药物使用率、使用强度Ⅱ类切口手术预防使用率、规范特殊使用级抗菌药物使用流程，门诊抗菌药物处方比例、急诊抗菌药物处方比例等进行调查。

（四）、建立完善抗菌药物临床应用技术支撑体系。为医师提供抗菌药物临床应用相关专业培训，对临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导，参与抗菌药物临床应用管理工作。组织专业技术人员和临床药师的培训、考核，确定药师抗菌药物的调培资格，不断提高相关人员专业技术水平。

（五）、严格落实抗菌药物分级管理制度。明确本院抗菌药物分级管理目录，对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定，明确各级医师使用抗菌药物的处方权限；采取有效措施，保证分级管理制度的落实，杜绝医师违规越级处方的现象。制定特殊使用级抗菌药物临床应用管理流程，并严格执行。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

序。由临床科室提出申请，经本院药事管理与抗菌药物管理

领导小组审核同意后方可采购。

（七）、加大抗菌药物临床应用相关指标控制力度。住院患者抗菌药物使用率不超过60%，门诊患者抗菌药物处方比例不超过20%，急诊患者抗菌药物处方比例不超过40%，抗菌药物使用强度力争控制在每百人天40ddds以下。住院患者手术预防使用抗菌药物时间控制在术前30分钟至2小时（剖宫产手术除外），抗菌药物品种选择和使用疗程合理。Ⅱ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过30%，其中，腹股沟疝修补术（包括补片修补术）、乳腺疾病手术等原则上不预防使用抗菌药物。Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物时间不超过24小时。

（八）、定期开展抗菌药物临床应用监测与评估。定期开展抗菌药物临床应用监测，分析本院及临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现使用量异常增长、频繁超适应证超剂量使用、违规销售以及频繁发生药物严重不良事件等情况，及时调查并采取有效干预措施。

（九）、严格医师抗菌药物处方权限和药师抗菌药物调剂资格管理。医师和药师开展抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训、考核工作，医师经培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权；药师经培训并考核合格后，授予抗菌药物调剂资格。

合理使用抗菌药物的医师，向全院公示并予以表彰；对不合理使用抗菌药物的医师，在全院范围内进行通报批评。点评结果作为科室和医务人员绩效考核重要依据。

（十一）、建立抗菌药物临床应用情况通报和诫勉谈话制度。要定期对临床科室和医务人员抗菌药物临床应用情况进行汇总，每月通报一次。对抗菌药物使用量、使用率和使用强度进行排序，对于未达到相关目标要求并存在严重问题的，召

集第一责任人进行诫勉谈话，并将有关结果在一定范围内予以通报。

（十二）、完善抗菌药物管理奖惩制度，严肃查处抗菌药物不合理使用情况。将抗菌药物临床应用合理性评估结果作为医师职称晋升、评先评优、定期考核、收入分配、绩效考核等工作的重要内容，加大对于抗菌药物不合理使用责任人的处理和惩罚力度，加大对合理使用抗菌药物行为的奖励力度，引导医务人员摒弃不合理用药行为，逐步树立良好的执业风气和合理用药氛围。对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的当视情形给予警告、限期整改、通报批评处理；问题严重的，追究负责人责任。

七、活动方式

（一）自查自纠。

认真排查梳理抗菌药物临床应用中的问题，发现问题，及时整改，并将自查自纠工作贯穿始终。

（二）督导检查。

1. 专项检查。组织开展抗菌药物临床应用专项检查。
2. 重点抽查。抗菌药物管理领导小组组织对科室及相关医务人员重点抽查。
3. 严肃处理。按照相关规定，分别对抗菌药物临床应用中发现的严重问题予以处理。

（三）总结交流。全年对抗菌药物临床应用专项整治活动进行半年及年终总结。通报督导检查情况，部署下一步抗菌药物临床应用专项整治工作。

八、工作要求

（一）提高认识，加强领导，明确责任。加强抗菌药物临床应用管理，促进临床合理使用抗菌药物，控制细菌耐药，实现为人民群众提供安全、有效、方便、价廉医疗卫生服务的重要措施。进一步统一思想，增强使命感、紧迫感和责任感，充分认识抗菌药物临床应用专项整治活动对于推进医院改革、保障人民群众健康权益的重要意义，加强领导，细化措施，精心设计，周密安排，层层落实责任制，做到组织落实、人员落实、工作落实，保障活动的顺利开展。

（二）突出重点，集中治理，务求实效。根据本方案，明确组织分工、活动安排、工作重点。结合抗菌药物临床应用管理实际情况，认真剖析当前抗菌药物不合理应用的突出问题和重点环节，通过完善工作制度、健全工作机制、强化教育培训、加大治理力度等综合手段，集中治理，抓点带面，点面结合，逐层突破，确保活动取得实效。

要不断完善管理制度和工作机制，改进工作方法。在2012年专项整治活动的基础上，认真总结工作中的经验和不足，逐步建立、完善抗菌药物临床应用管理相关制度、指标体系和长效工作机制，采取有效措施，巩固活动成果，坚决避免出现“反弹”现象。努力将抗菌药物临床应用管理工作从阶段性活动逐步转入制度化、规范化的管理轨道，促进医疗机构抗菌药物临床应用能力和管理水平的持续改进。

抗菌药物应用管理年度总结篇三

一、加强组织领导，层层落实责任

1、成立领导机构，制定整治方案。我局制定了《**市2014年抗菌药物临床应用专项整治实施方案》，部署各医疗单位抗菌药物整治有关工作，明确分工，落实责任，做到定时间、定人员、定措施，使专项整治行动在我市扎实的开展。

2、建立工作机制，严格落实责任。确保整治工作的有效落实，我局建立了抗菌药物专项整治工作领导小组，各医疗单位成立以院长为组长的抗菌药物整治活动领导小组，明确各医疗单位院长是第一责任人，一级抓一级，层层抓落实，促进整治活动有序推进，确保整治工作取得实效。

二、强化宣传培训，营造良好氛围

1、积极开展培训，提高医务人员业务水平。开展《抗菌药物临床应用管理办法》、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用有关问题的通知》、《江苏省抗菌药物临床应用分级管理目录》等相关法律法规及相关业务知识的培训，累计培训医疗卫生技术人员2500余人，通过培训，使广大医务人员及时了解抗菌药物的合理应用，有效提高医务人员的法律意识和规范用药水平。

2、加大宣传力度，积极营造良好舆论氛围。各医疗单位积极开展抗菌药物安全知识的宣传活动，专设了抗菌药物知识专栏进行宣传。通过广泛宣传，使广大人民群众进一步提高安全用药意识，增强了维权和自我保护意识，在全社会营造了确保用药安全的良好舆论氛围。

三、狠抓工作实效，完善长期监管机制

整治是治标的手段，规范才是治本的措施，整治工作是规范管理的有效举措，但不是抗菌药物监管的最终目的。我市在2013年推行实施《抗菌药物临床应用管理办法》的基础上，一手抓整治，一手抓规范，注重完善和规范抗菌药物的合理应用，着眼建立监管的长效机制。

一是要求各医疗单位加强自查自纠，落实整改措施。自己主动找问题，深入分析原因，积极进行整改和防范。对发现的问题要严格落实整改排查，做到不回避，不退缩。严禁敷衍了事、搞形式、走过场。通过学习、培训及自查自纠方式，

提高全体医务人员的思想认识，对进一步排查极有可能出现的问题奠定了扎实的理论基础和思想意识基础。二是通过集中专项整治活动，进一步规范我市抗菌药物的临床应用，增强了各医疗单位抗菌药物的规范用药意识。对医疗行为中出现的一些违规操作，我们坚决做到不留死角，重点与全面相结合的整治，通过专项整治活动取得了一定成绩。对医疗机构使用未取得抗菌药物处方权的医师或者使用被取消抗菌药物处方权的医师开具抗菌药物处方的，及时下达了监督意见书：责令限期改正，给予警告，并根据情节轻重予以罚款，今年共被立案查处的医疗机构*家，给予了警告、罚款人民币合计*万元。

四、存在问题

通过医疗卫生单位的自查自纠、集中专项整治活动，我市抗菌药物的临床应用基本符合使用规范，但在此次专项整治活动中，发现了少数医疗单位依然存在未取得抗菌药物处方权的医师开具了抗菌药物处方的现象，个别医疗单位为了规避未取得抗菌药物处方权的医师开具抗菌药物处方，采取处方上先盖章或由具有取得抗菌药物处方权的医师画斜线签字的行为。

五、下一步工作安排

通过此次的专项整治活动，进一步规范了本市抗菌药物的临床应用。针对存在问题，我们将进一步完善工作制度、加大监管力度，集中治理、抓点带面、点面结合、逐层突破，将抗菌药物专项整治工作从阶段性活动逐步转入制度化、规范化的管理轨道，同时形成长效工作机制，从源头上抓，把握问题的动向。扎实稳步的推进日常工作与专项整治工作相结合的长效工作机制，深入开展和巩固成果，促进全市抗菌药物临床应用能力和管理水平，进一步提升医疗质量和医疗安全。

* 2014

市卫生局 年11月24日

抗菌药物应用管理年度总结篇四

医院按照《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》以及《抗菌药物分级使用管理规范》、《抗菌药物临床应用管理办法》等制度的有关要求，加大对抗菌药物一合理使用的查处力度。对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的医师，医院视情节依照规定给予以警告、限期整改、暂停处方权、取消处方权、降级使用等处理、并报卫生行政部门处理；构成犯罪的，依法移交司法机关；对于存在抗菌药物临床一合理使用问题的科室，医院给予警告、限期整改，对问题严重的则撤销科室主任行政职务，对相关医务人员作出相应处理。为了使抗菌药物得到有效的使用和管理，抗菌药物的使用和管理必须纳入各临床科室及医院质量管理和综合目标考核范畴，医务科、药剂科、医院感染管理科应当每月对全院抗菌药物的使用情况进行检查，考核结果将与科室负责人的效绩、科室及个人的经济挂钩，奖惩分明。

二、住院病人使用抗菌药物时经查实经治医师有不规范行为的，责任人按100元/每例次处罚。

/每例次处罚；科负责人在没有药敏监测依据的情况下批准使用三线药物的，审批者也将给予相应的处罚。

四、没有依据更换抗菌药物及病历中没记载使用理由的，责任人按100元/每例次处罚。

五、门、急诊患者使用抗菌药物，经治医师在处方上不注明诊断或与门诊病历记载不符的，责任人按50元/每例次处罚。，当月累计超过10张，累计按处方抗菌药物的金额予以等额处罚。

六、药师不认真审核处方，不对不合理使用抗菌药物的处方予以登记的，责任人按处方50元处罚，当月累计超过10张，累计按处方抗菌药物总额的10%予以处罚。

七、经核查，对存在不合理使用抗菌药物或违规使用抗菌药物累计达三次的医师提出警告、诫勉谈话，限制其特殊使用级和限制级抗菌药物处方权三个月，恢复处方权后，仍连续出现2次以上违规行为的，取消其抗菌药物处方权一年。

八、根据各临床科室抗菌药物的使用率及病原学检测送检率标准，抗菌药物使用率每升高1个百分点，予以责任科室以50元为基数累计成倍处罚。

九、为了鼓励各级医护人员合理规范使用和管理抗菌药物，医院将当月处罚金所得全部作为抗菌药物使用和管理取得良好成绩的科室奖励金。抗菌药物使用率每降低1个百分点以50元为基数累计，予以当事科室1-3倍的奖励；病原学检测送检每上升1个百分点以50元为基数累计，予以当事科室1-3倍的奖励。

十、凡在抗菌药物使用和管理中因销售商介入，导致药品使用混乱或经检测分析出耐药性和临床无疗效的抗菌药物，将根据相关文件规定予以淘汰。

十一、监督、评价与奖惩

抗菌药物临床应用质量监督与评价工作由医院感染管理小组、医院药事管理小组、医院质量管理小组、院抗菌药物临床应用管理小组等职能部门共同完成。

医院抗菌药物管理小组每年对全院进行抗菌药物临床应用知识培训并测评，每月对全院各临床科室抗菌药物应用质量进行检查，量化评分分值通报院办纳入医院综合目标管理，与绩效考核挂钩；院抗菌药物临床应用管理小组每季度对全院

抗菌药物应用情况进行分析评价，指导临床合理使用抗菌药物。

各临床科室每月组织对本科室内部抗菌药物应用质量进行总体自查考核，考核结果有分析、评价，找出存在问题并制定整改措施。自查考评质量纳入医院感染管理抗菌药物管理部门与院办对科室管理考核项目，与综合目标管理考核挂钩，每月奖惩兑现。

医院抗菌药物使用率原则上应控制在30%以下，超过以上标准1个百分点，扣除相关管理责任人10元奖金。

根据临床诊断严格掌握适应征，合理选药。严禁无指征滥用抗菌药物，第发现1例扣责任人当月50元。

院造成严重后果者，根据具体情况给予记大过、降级等，直至开除公职处理。

临床常见不合使用抗菌药物有以下现象：

- 1、指征不严；
- 2、未按分级或分线使用；
- 3、预防用药不合理；
- 4、药物剂量、疗程、给药途径不合理；
- 5、联合用药不合理；
- 6、调整用药不及时、无记录或记录不全；
- 7、不良反应处理不及时或处理不当；
- 8、不参照药敏用药或能送检而不送；

9、无理由单张处方超过限量。上述不合理现象每查实1例扣罚责任医师50元，以医务科、药剂科、感染科、护理部等科室检查统计数据为准。

医务人员违反抗菌药物相关规定，侵害患者权益并造成严重后果的，除按相关规定进行处理外，所增加的医药费由责任科室和责任人承担。同一内发生2次或2次以上严重违规行为的，停止责任人处方权3至6个月。

抗菌药物应用管理年度总结篇五

一、我院在抗菌药药物使用中存在以下不合理现象：

1、抗菌药物使用率过高,联合用药率过高，指标把握不严。抗菌药物使用应根据细菌对药物的敏感性及药物到达感染部位的浓度来选择合适的药物,致病菌尚未明确或病情危急时,可根据感染的部位及患者的年龄、病史、临床特征等进行经验治疗。经验性的治疗方案是以各种感染常见致病菌的种类及其目前对抗菌药物的敏感性为基础制定的,并非个人经验。单纯的病毒感染、非感染所致的发热不应选用抗菌药物。然而,抗菌药物在实际应用过程中使用率过高的现象比比皆是。我院在相关文件精神指导下,今年对抗菌药物使用进行了严格控制,并定期抽查处方。目前使用率有了明显下降。

2、无指征和预防用药过多。临床工作中,无论门诊还是住院患者,都存在抗菌药物应用比例泛滥的现象,医师掌握抗菌药物应用的适应证过宽,有的甚至缺乏应用指征,抗菌药物被滥用。有的临床医师一旦发现患者有发热现象,便开始应用抗生素,既不查询发热原因,也不做相应检查。实际上,这不但违反临床诊疗常规,也违反了合理用药原则。

3、由于缺乏病原微生物检测,医师选用抗菌药物时,往往具有较大的随意性和盲目性。

4、给药方式和剂量存在问题。目前我院抗菌药物给药方式以静脉给药者比例较高为主,这说明抗菌药物给药方式不合理。在使用剂量方面,大剂量、超剂量现象存在,大剂量、超剂量的使用,不仅造成患者的经济负担,更会给患者身体带来严重的危害。

二、对策

1、对抗菌药物合理使用的管理,将合理应用抗菌药物纳入医院医疗质量管理,加强抗菌药物合理应用监察、处方审核、分级管理及医生使用权限;熟悉选用药物的适应证、抗菌活性、药动学和不良反应。

2、切实加强临床医师合理使用抗菌药物的宣传教育与知识培训,让医师掌握抗菌药物抗菌谱、适应证、禁忌证、联合使用及预防使用的指征、细菌学、药效学、药动学、药物经济学等相关知识;建立完善的细菌耐药监测系统及药物不良反应监测网络。

3、加大媒体宣传力度,让全民意识到滥用抗生素的危害,切实做到抗生素合理应用。

4、结合基本药物制度的实施和新农合,切实加强合理用药的考核工作。

XXXXX卫生院

2011年10月20日

抗菌药物应用管理年度总结篇六

(一)“非限制使用”药物(即首选药物、一线用药):疗效好,副作用小,细菌耐药性小,价格低廉的抗菌药物,临床各级医师可根据需要选用。

（二）“限制使用”药物（即次选药物、二线用药）：疗效好但价格昂贵或毒副作用和细菌耐药性都具有一定局限性的药物，使用需说明理由，并经主治及以上医师同意并签字方可使用。

（三）“特殊使用药物”（即三线用药）：疗效好，价格昂贵，针对特殊耐药菌或新上市抗菌药其疗效或安全性等临床资料尚少，或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药性的药物，使用应有严格的指征或确凿依据，需经有关专家会诊或本科主任同意，其处方须由副主任、主任医师签名方可使用。

（四）本院“抗菌药物分级管理目录”（见附件）由医院药事管理委员会根据指导原则和卫办医发〔20xx〕38号）的规定制定，该目录涵盖全部抗菌药物，新药引进时应同时明确其分级管理级别。

药事管理委员会要有计划地对同类或同代抗菌药物轮流使用，具体由药剂科组织实施。

（一）总体原则：严格使用指针、坚持合理用药、分级使用、严禁滥用。

（二）具体使用方法

1、一线抗菌药物所有医师均可以根据病情需要选用。

2、二线抗菌药物应根据病情需要，由主治及以上医师签名方可使用。

3、三线药物使用必须严格掌握指针，需经过相关专家讨论，由副主任、主任医师签名方可使用。紧急情况下未经会诊同意或需越级使用的，处方量不得超过1日用量，并做好相关病历记录。

4、下列情况可直接使用二级及以上药物。

(1) 重症感染患者：包括重症细菌感染，对一线药物过敏或耐药者，脏器穿孔患者。

(2) 免疫功能低下患者伴发感染。考核办法

(一) 药事管理委员会、药剂科及医务科定期开展合理用药培训与教育，督导本院临床合理用药工作；依据《指导原则》和《实施细则》，定期与不定期对各科室应用抗菌药物进行监督检查，对不合理用药情况提出纠正与改进意见。

(二) 将抗菌药物合理使用纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

(三) 检查、考核办法：定期对门、急诊处方、住院病历包括外科手术患者预防性使用抗菌药物情况进行随机抽查。

1、门诊、急诊抗菌药物检查考核要点：

患者基本情况书写，包括年龄、性别、诊断；

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

2、住院病人抗菌药物检查考核要点：

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

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

抗菌药物应用管理年度总结篇七

医院按照《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》以及《抗菌药物分级使用管理规范》、《抗菌药物临床应用管理办法》等制度的有关要求，加大对抗菌药物一合理使用的查处力度。对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的医师，医院视情节依照规定给予以警告、限期整改、暂停处方权、取消处方权、降级使用等处理、并报卫生行政部门处理；构成犯罪的，依法移交司法机关；对于存在抗菌药物临床一合理使用问题的科室，医院给予警告、限期整改，对问题严重的则撤销科室主任行政职务，对相关医务人员作出相应处理。为了使抗菌药物得到有效的使用和管理，抗菌药物的使用和管理必须纳入各临床科室及医院质量管理和综合目标考核范畴，医务科、药剂科、医院感染管理科应当每月对全院抗菌药物的使用情况进行检查，考核结果将与科室负责人的效绩、科室及个人的经济挂钩，奖惩分明。

二、住院病人使用抗菌药物时经查实经治医师有不规范行为的，责任人按100元/每例次处罚。

/每例次处罚；科负责人在没有药敏监测依据的情况下批准使用三线药物的，审批者也将给予相应的处罚。

四、没有依据更换抗菌药物及病历中没记载使用理由的，责任人按100元/每例次处罚。

五、门、急诊患者使用抗菌药物，经治医师在处方上不注明诊断或与门诊病历记载不符的，责任人按50元/每例次处罚。，当月累计超过10张，累计按处方抗菌药物的金额予以等额处罚。

六、药师不认真审核处方，不对不合理使用抗菌药物的处方予以登记的，责任人按处方50元处罚，当月累计超过10张，累计按处方抗菌药物总额的10%予以处罚。

七、经核查，对存在不合理使用抗菌药物或违规使用抗菌药物累计达三次的医师提出警告、诫勉谈话，限制其特殊使用级和限制级抗菌药物处方权三个月，恢复处方权后，仍连续出现2次以上违规行为的，取消其抗菌药物处方权一年。

八、根据各临床科室抗菌药物的使用率及病原学检测送检率标准，抗菌药物使用率每升高1个百分点，予以责任科室以50元为基数累计成倍处罚。

九、为了鼓励各级医护人员合理规范使用和管理抗菌药物，医院将当月处罚金所得全部作为抗菌药物使用和管理取得良好成绩的科室奖励金。抗菌药物使用率每降低1个百分点以50元为基数累计，予以当事科室1-3倍的奖励；病原学检测送检每上升1个百分点以50元为基数累计，予以当事科室1-3倍的奖励。

十、凡在抗菌药物使用和管理中因销售商介入，导致药品使用混乱或经检测分析出耐药性和临床无疗效的抗菌药物，将根据相关文件规定予以淘汰。

十一、监督、评价与奖惩

抗菌药物临床应用质量监督与评价工作由医院感染管理小组、医院药事管理小组、医院质量管理小组、院抗菌药物临床应用管理小组等职能部门共同完成。

医院抗菌药物管理小组每年对全院进行抗菌药物临床应用知识培训并测评，每月对全院各临床科室抗菌药物应用质量进行检查，量化评分分值通报院办纳入医院综合目标管理，与绩效考核挂钩；院抗菌药物临床应用管理小组每季度对全院抗菌药物应用情况进行分析评价，指导临床合理使用抗菌药物。

各临床科室每月组织对本科室内部抗菌药物应用质量进行总

体自查考核，考核结果有分析、评价，找出存在问题并制定整改措施。自查考评质量纳入医院感染管理抗菌药物管理部分与院办对科室管理考核项目，与综合目标管理考核挂钩，每月奖惩兑现。

医院抗菌药物使用率原则上应控制在30%以下，超过以上标准1个百分点，扣除相关管理责任人10元奖金。

根据临床诊断严格掌握适应征，合理选药。严禁无指征滥用抗菌药物，第发现1例扣责任人当月50元。

院造成严重后果者，根据具体情况给予记大过、降级等，直至开除公职处理。

临床常见不合使用抗菌药物有以下现象：

- 1、指征不严；
- 2、未按分级或分线使用；
- 3、预防用药不合理；
- 4、药物剂量、疗程、给药途径不合理；
- 5、联合用药不合理；
- 6、调整用药不及时、无记录或记录不全；
- 7、不良反应处理不及时或处理不当；
- 8、不参照药敏用药或能送检而不送；
- 9、无理由单张处方超过限量。上述不合理现象每查实1例扣罚责任医师50元，以医务科、药剂科、感染科、护理部等科室检查统计数据为准。

医务人员违反抗菌药物相关规定，侵害患者权益并造成严重后果的，除按相关规定进行处理外，所增加的医药费由责任科室和责任人承担。同一年度内发生2次或2次以上严重违规行为的，停止责任人处方权3至6个月。

抗菌药物应用管理年度总结篇八

一、自查结果：

1. 我院门诊抗菌药物处方与住院抗菌药物使用比例超出了《□xx区抗菌药物临床应用专项整治活动方案》所规定的范围，住院患者使用抗菌药物强度也稍有偏高。

2. 我院抗菌药物品种(含口服剂型)共计31种,未超出《□xx区抗菌药物临床应用专项整治活动方案》所规定的抗菌药物品种的范围。

二、已按照相关政策和区卫生局指示精神，制定了相应的院内规章制度。

根据抗菌药物临床合理应用的相关政策以及区卫生局指示精神，我院根据实际情况，先后制定了《□xx医院抗菌药物分级原则》，为进一步推进抗菌药物临床合理应用奠定了理论基础。

四、加强合理用药和细菌耐药监测工作。

规范临床合理用药，结合原来我院合理用药相关管理制度，不断改进和完善合理用药工作的实施，并努力做好细菌耐药监测工作，为临床合理用药提供科学的数据参考和理论保障。

五、努力提高医务人员合理用药水平。

我院定期组织临床医务人员进行合理用药相关法律法规、规章及合理用药知识培训，并注重加强对基层医务人员的培训，

以切实提高全院医务工作者的合理用药意识和知识水平，努力促进临床规范、合理使用抗菌药物。

xx医院药剂科

2011-8-15

-本文出自药圈，原文地址：

抗菌药物应用管理年度总结篇九

1、选用抗菌药物应严格掌握适应症：

(1) 在使用抗菌药物前，应尽可能早地多次按操作规程采集标本进行细菌培养和药敏试验，并按药敏试验结果，选择或修正原使用的抗菌药物。药敏结果获知后调整用药应以经验治疗的临床效果为主。

(2) 病情急、危、重者或细菌培养失败者，可按血清学诊断或临床估计的病原菌选用相应的抗菌药物。

(3) 抗菌药物除因掌握其抗菌谱外还必须明确各种抗菌药物的药物动力学及其毒副反应、用药剂量、给药途径和感染部位的药物浓度及其有效浓度的持续时间等。

(4) 一般情况下，尽可能避免使用广谱药物和抑制厌氧菌的抗菌药物，以防止宿主自身菌群失调而造成外来细菌的定植和耐药菌株的生长。

(5) 使用抗菌药物时应避免与降低抗菌效力或增强毒性的其它非抗菌药物联用。

(6) 对新生儿、老年人、孕妇及肝、肾功能损害者，应酌情选用抗菌药物及调整给药方案，并定期做好临床监测。

(7) 抗菌药物的疗效因不同感染而异，一般宜继续应用至体温正常，症状消退后72—96小时，但败血症、感染性心内膜炎、骨髓炎、化脓性脑膜炎、伤寒、布氏杆菌病、溶血性链球菌咽峡炎、结核病等不在此列。

(8) 急性感染如抗菌药物的临床疗效不明显，在48—72小时内应考虑改用其他药物或调整剂量(血清杀菌效价有重要参考价值)。

(9) 病毒性感染合并细菌感染时，可根据不同情况适当使用抗菌药物。

2、病毒性疾病或估计为病毒性疾病者不使用抗菌药物。

3、发热原因不明者不用抗菌药物，以免导致临床表现不典型或影响病原体的检出而延误诊断和治疗。病情严重同时高度怀疑为细菌感染，虽然细菌培养阴性仍可有针对性的选用抗菌药物，否则均按最近药敏试验的情况指导用药。

4、尽量避免皮肤粘膜等局部使用抗菌药物，尤以青霉素、头孢菌素类、氨基糖甙类等不得使用。必要时可用新霉素、杆菌肽和磺胺酰胺钠、磺胺嘧啶银等。

5、联合使用抗菌药物必须有明确的指征。联合使用抗菌药物应能达到协同作用和相加作用的治疗效果、减少毒性、防止或延缓耐药菌株的产生等目的。但不可无根据地随意联合用药，尤其是无协同、相加作用的甚至是拮抗作用，并可加重毒、副作用及导致耐药菌株生长的抗菌药物的联合应用。

6、严格控制抗菌药物的预防性使用。

7、抗菌治疗的同时应重视综合治疗，特别是提高机体免疫力，不过份依赖抗菌药物。

8、注重研究药物经济学，努力降低药费支出，防止浪费。

1、抗菌药物给药方案(包括种类、剂型、剂量、途径、间隔时间、配伍等)应根据各类抗菌药物的抗菌谱、抗菌活性、药代动力学、药效动力学特点、细菌耐药情况，不良反应及价格等因素综合考虑，并要根据患者的生理特点(如高龄、小儿、孕妇和哺乳妇等)、病理特点(如肝肾功能损害、过敏体质等)、感染部位等具体情况制定经验性给药方案；有细菌培养和药物敏感试验结果的，则调整个体化给药方案。

2、对于轻中度感染，如选用口服药物有效，尽量不用注射剂；静脉用药除治疗需要外一般用点滴法；应严格按照规定进行抗菌药物的皮试，保证用药安全；更换药品要慎重，除特殊情况外，一般应在用药三天以上无效时方可考虑更换。

3、对于严重特殊的细菌感染病人，除必须及时送标本做细菌培养和药物敏感试验外，还应及时进行血药浓度、联合药敏、血清杀菌效价等项指标监测，以供临床用药参考。

4、药敏试验结果报告后，可结合临床对原来使用的抗菌药物进行必要的调整。选用抗菌药物同时要注意药品来源及价格。静脉滴注时要注意配伍禁忌。

5、细菌性感染所致发热，抗菌药物一般使用至体温降至正常，主要症状消失后72—96小时。

6、明确诊断的急性细菌性感染，在使用某种抗菌药物72小时后如效果不显或病情加重者，应多方面分析原因，确属抗菌药物使用问题时应调整剂量、给药途径或根据药敏试验，改用其他敏感药物。

1、单一药物不能控制的混合感染。

2、免疫功能低下合并感染。

- 3、需用药时间较长有产生耐药可能者。
- 4、联合用药可以减少毒性较大的药物剂量者。
- 5、需联合用药的严重感染(如消化道穿孔性腹膜炎、细菌性心内膜炎等)。
- 6、病原菌未明的严重感染，可先采集标本进行细菌培养后，即可开始联合用药，以后根据药敏结果调整用药。

联合用药应选择协同或相加作用的组合，多数病人应选择二联用药为宜，一般不用三联或三联以上用药，如选用三联或三联以上用药，应适当减少各药的剂量，以减轻不良反应。联合用药中至少一种对致病微生物具有相当抗菌活性，另一种也不应为病原菌对其高度耐药者，最好按联合药敏试验结果指导合理用药。

1、总原则：

- (1) 必须目的明确、针对性强、选用对微生态影响小的窄谱抗菌药物，禁止无针对性地以广谱抗菌药物作为预防感染手段。
- (2) 已确诊的病毒感染未合并细菌感染不用抗菌药物。
- (3) 无感染迹象的昏迷、脑血管意外、非感染性休克、恶性肿瘤、糖尿病及接受导尿插管术者不必采用预防性使用抗菌药物。
- (4) 只针对某一种或二种最可能的细菌进行预防用药，不能无目的地用多种药物预防多种感染。
- (5) 微生态失衡时应进行菌群调查，可根据优势菌选药。
- (6) 尽量避免局部应用抗菌药物。不常规应用抗菌药物进行膀胱冲洗。

(7) 预防性使用抗菌药物不能放松诊疗操作、手术技巧及严格的消毒隔离。

预防性使用抗菌药物而有明确指征者仅限于下列少数情况：

a. 选用适宜抗菌药物以防止风湿热的复发，并对风湿热等慢性疾病病人如拔牙、扁桃体摘除术、保留导尿等过程中适当应用抗菌药物以防止感染性心内膜炎的发生。

b. 预防流脑。

c. 烧伤后应用抗菌药物以防止败血症。

d. 外伤或创伤后应用抗菌药物以防止气性坏疽。

e. 新小儿眼炎的预防。

(8) 器官移植及直肠结肠手术病人在术前肠道准备时的选药原则是：

a. 口服不吸收；

b. 肠道药物浓度高且受肠内容物影响少；

c. 对致病菌和易于肠道异位的革兰阳性和阴性需氧菌、真菌有强大杀菌活性的药物。

(9) 围术期预防用药必须根据手术部位、可能致病微生物、手术持续时间选用抗菌药物。

2、围手术前预防应用抗菌药物指征：

(3) 应用人造血管或移植物；(4) 估计分离组织广泛，手术时间较长，局部组织血供不良；(5) 有易患感染的伴随疾病、营

养不良，接受激素治疗或全身情况差者。

预防应用的方法是：

(1) 手术前在麻醉诱导期或手术前30—60分钟给予一次足量的抗菌药物，以保证在手术中血液及组织内有足够的血药浓度。

(2) 手术时间超过4—6小时或超过已给予的抗菌药物的半衰期的；应在手术中再给予一次足够量的抗菌药物，以维持术中及手术部位有足够的血药浓度。

手术后回病房后应再给一剂足量抗菌药物或分次给药，但最多不超过48小时。

(1) 对内科病人进行介入性(有创伤性)检查、治疗不一定要预防应用抗菌药物，确有指征应用者，也要严格掌握疗程和剂量，不应超过外科手术预防应用范围，即在术前30—60分钟给予一次足量的抗菌药物，以保证在介入性治疗和检查期间血液及组织中有足够的血药浓度；介入检查和治疗超过4—6小时即超过已给予的抗菌药物的半衰期可在术中再追加给予一剂足量的抗菌药物，以保持血液和组织中有足够的血药浓度。介入检查和治疗后回病房应用一剂足量抗菌药物，最多给药也不应超过48小时。这样足以保证介入(有创性)检查和治疗不会发生感染。术后无感染的和无明确的感染诊断不得随意应用抗菌药物。无指征的长期应用抗菌药物，尤其是广谱药物不仅达不到预防目的，而会引起菌群失调、二重感染、毒副作用和其他的药物不良反应。

(2) 对于免疫功能低下病人的感染预防应用抗菌药物，要有足够的认识，抗菌药物不能长期预防一切可能发生的感染，只能在特定的应激状态或针对某些专门的致病菌进行短期有效的预防。

抗菌药物应用管理年度总结篇十

- 1、抗菌药物审批管理制度目的是促进临床抗菌药物的合理使用，有效降低抗菌药物的使用比例，进一步提高合理用药水平。
- 2、住院医生工作站加入抗菌药物审批管理模块，住院医生开具抗菌药物长期医嘱时，需进入审批程序。
- 3、进入抗菌药物审批程序后，如当前住院病人医嘱为初次使用抗菌药物、初次医嘱抗菌药物皮试结果为阳性需更换医嘱的、非工作时间开具抗菌药物医嘱且填写相关审批理由的，均自动审批通过提交到护士工作站并执行，停嘱时间根据医生选择的不同分别置为2天后、3天后、5天后。
- 4、如当前医嘱非第三条所述情况下的抗菌药物医嘱时，审批表单内的审批使用理由必须填写，该条医嘱作保存处理，待临床药师审批通过后才可提交到护士工作站并执行。
- 5、医生开具抗菌药物临时医嘱，自动审批通过提交到护士工作站并执行。
- 6、医务科定期抽查抗菌药物临时医嘱和提供使用理由审批的长期医嘱，如病历资料及各项检查结果无法提供执行相应抗菌药物医嘱的合理依据，经查实即扣开具该条医嘱的医生100元，同时扣科主任30元，并在医务奖罚通告上予以公布。