

# 2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇)

总结是对某种工作实施结果的总鉴定和总结论，是对以往工作实践的一种理性认识。相信许多人会觉得总结很难写？以下是小编收集整理的工作总结书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

## 2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇)篇一

院 关于抗菌药物的自查报告

xxx卫生局：

我院自查的内容为：抗菌药物的使用、采购、储存、调剂等情况。经检查：

1. 我院针对首次使用抗菌药物的患者必进行药敏试验。2. 在调剂上做到谨遵医嘱、无菌操作。
3. 药品的生产企业均能提供经营企业资质证明和质量检验报告书。

（一）存在的主要问题：

1. 抗菌药物使用率偏高。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，但仍有所偏高。
2. 存在一些无指征和预防用药。
3. 在抗菌药物的使用上存在一定的随意性和盲目性。由于我院的条件有限，无法对患者进行病原微生物检测，致使在抗

菌药物的使用上存在一定的盲目性。

## （二）对策：

合理支出费用，必须加强以下工作：

1. 对抗菌药物的合理使用加强管理。加强抗菌药物合理使用监察；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、适应症、禁忌症、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。
3. 结合基本药物制度的实施和新城合，切实加强合理使用抗菌药物的考核工作。

x x 医 院 2011年x月x日

## 2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇)篇二

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。

## 2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇)篇三

临床医师药师抗菌药物使用知识培训试卷。

### 一 各类人员统一题

1、抗菌药物临床应用专项整治工作指导思想 d a[]抗菌药物临床应用专项整治活动为契机，按照“突出重点、集中整治、健全机制、持续改进”的工作思路b[]将抗菌药物临床应用专项整治活动作为“医疗质量万里行”和“三好一满意”活动的重要内容c[]提高我院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，实现为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务目标□d□以上均是。

2、抗菌药物临床应用专项整治工作的工作目标 c a□抗菌药物应用遵循安全、有效、经济的原则□b□抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内□c□以上均是□d□以上均不是。

3、抗菌药物医院优先选用□d□收录的抗菌药物品种□a□□国家处方集□b□□国家基本药物目录□c□□国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、以上均是。

d□35 3

d□5 3 4 5

6、医院住院患者抗菌药物使用率不超过□□% b a□50%

b□60%

c□65%

d□70%

7、医院门诊患者抗菌药物处方比例不超过□□% a a□20%

b□30%

c□40%

d□50%

b□50%

c□30%

d□20%

b□30分钟至2小时

c□30分钟至1小时

d□1至2小时

b□48 c□72

d□12□

b□二

c□三

d□四

b□毒麻药品处方权

c□抗菌药物处方权

d□精神药品处方权

b□□《临床合理用药监督管理细则》

c□□《抗菌药物临床应用实施细则》

d□以上均是。

b□细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原

微生物

c□支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌病原微生物

d□细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体等病原微生物

b□各种病毒感染性疾病

c□寄生虫病

d□以上均不是。

16、抗菌药物临床应用应当遵循（）的原则□d a□安全

b□有效

c□经济

d□以上均是。

17、（）是本机构抗菌药物临床应用管理的第一责任人。

a□院长

b□副院长 c□医教科负责人

d□医疗机构负责人

d□院办公会

27、非限制使用级抗菌药物。经临床长期应用证明（）的抗菌药物□e a□安全b□有效c□细菌耐药性影响较小d□价格相对较低e□以上均是。

b□不按照规定开具处方，造成严重后果的□ c□不按照规定使用药品，造成严重后果的□ d□因开具抗菌药物处方牟取私利的□ e□以上均是。

35、临床合理用药监督小组：在（）监管下，开展日常工作□a a□药事管理与药物治疗学委员会b□药事管理委员会c□药物治疗学委员会d□以上都不是。

38、药学专业技术人员严格按照《

c□病原菌对抗菌药物敏感

d□耐药（即细菌药物敏感试验）

d.头孢氨苄 e.红霉素

b.苯巴比妥

c.氯霉素 d.吗啡 e.四环素

c.贫血 d.肝毒性

e.胃肠道反应

e.干扰细菌细胞壁合成

c.细菌产生的酶使药物失活;d.菌体内靶位结构改变

e.代谢拮抗物形成增多

c.头孢克洛 d.头孢拉定

e.头孢唑林

二

中级以上人员必做题

1、特殊使用级抗菌药物。中级以上人员考

a□具有明显或严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物□b□需要加以保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物□c□新上市不足五年的抗菌药物，其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物的□d□药品价格昂贵的抗菌药物□e□以上均是。

3、临床使用（）使用级抗菌药物应当经抗菌药物管理工作组认定的会诊人员会诊同意后，由经培训并考核合格的，具有高级专业技术职务任职资格的医师开 6 具。

a□特殊b□一般c□限制d□非限制

e□药物严重不良反应频繁发生的抗菌药物□f□以上均是。

8、临床合理用药监督管理小组成员的职责与制度□e a□结合实际制定医院临床合理用药监督管理，根据医院合理用药情况提出合理用药目标和干预方案，并组织实施□b□定期开展合理用药评价，对本院药物使用情况进行分析，对存在的问题及时提出整改措施□c□定期公布全院及重点科室的常见病原菌及耐药情况，提出经验用药方案□d□定期组织全院医务人员进行合理用药知识宣教，努力提高医院合理用药水平□e□以上均是。

9、抗菌药物分线使用管理要求□□d a□根据病人病情需要，按临床治疗用药方案需要二线药物治疗时，应由主治医师以上医师同意后方可使用□b□根据病人病情需要，按临床治疗用药方案需要三线药物治疗时，应由副主任医师以上任职资格的

医师开具处方，并经医务科指定的相关专业专家会诊同意后  
方可使用。医师在临床使用“特殊使用”抗菌药物时要严格  
掌握适应症，药师要严格审核处方。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，并做好相关记  
录。

c□病情严重，免疫低下的可以直接使用二线以上药物进行治  
疗，但当细菌培养及药敏试验证实第一线药物有效时，仍应  
使用第一线药物□d□以上均是。

10、抗菌药物联合应用的审批制度()e a□住院医师只有一线抗  
菌药物联合应药(两种)的处方权限。

b□联合用两种抗菌药物原则上应有药敏报告。住院医师如需  
联用一线以上的两种抗菌药物，必须经主治医师或高级职称  
医师的审批签名。

c□联用三种或三种以上抗菌药物必须有药敏报告，且必须经  
具有高级职称的医师或科主任审批签名，或有全院疑难病例  
讨论意见，并报医务科审核批准□d□本条第2、第3款如是使用  
三线抗菌药物，必须高级职称医师或科主任开具医嘱，并报  
医务科审核备案□e□以上均是。

## 2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇)篇四

1、抗菌药物的分级使用管理是由医疗感染管理委员会领导，  
质管、院感职能部门具体负责实施的。

2、抗菌药物的使用必须严格掌握适应症和禁忌症，减少毒副  
反应，减少预防性抗菌药物的使用。严格控制缺乏指征抗菌  
药物的使用，坚决制止滥用抗菌药物。积极开展并规范围术  
期用药。

3、必须贯彻有样必采的原则，药敏结果未报告前或病情不允许情况下，可根据临床经验用药。用抗菌药前采样(可多次)送培养和药敏，待药敏报告后再调整。

4、遵循分线用药原则，根据病情应用抗菌药物，提倡应用第一线药物，控制第二线药物，严格控制第三线药物的使用。

5、普通感染或预防性使用抗菌药物提倡首选一线抗菌药物；二线抗菌药物的使用，原则上应由主治医师以上批准后方可使用；三线抗菌药物的使用，应根据药敏或有关专家会诊或疑难病讨论意见，由经管医师提出申请，科主任审批，报分管院长或质管科审批后方可使用。

6、审批后的三线抗菌药物的使用期限不超过七天，若确需继续使用，应重新办理审批手续。

7、实行三线抗菌药物使用审批登记制，具体由质管科负责。质管科每月对使用审批情况检查，检查结果纳入科室抗菌药物量化考核。

8、坚持量化考核结果与奖罚措施挂钩，对情况特别严重者予以通报处理。

## **2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇)篇五**

由于临床上抗菌药物种类繁多，不仅使抗菌类药物滥用问题越来越突出，且患者的医疗费用负担和耐药性都走火增加。超级细菌的出现更是为因抗生素滥用而无药可用的境地敲响了警钟。那么读者们对于抗菌药物管理了解多吗?今天就跟着小编的脚步来探讨一下吧!

### **第一章 总 则**

第一条 为加强医疗机构抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床应用行为，提高抗菌药物临床应用水平，促进临床合理应用抗菌药物，控制细菌耐药，保障医疗质量和医疗安全，根据相关卫生法律法规，制定本办法。

第二条 本办法所称抗菌药物是指治疗细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原微生物所致感染性疾病病原的药物，不包括治疗结核病、寄生虫病和各种病毒所致感染性疾病的药物以及具有抗菌作用的中药制剂。

第三条 卫生部负责全国医疗机构抗菌药物临床应用的监督管理。

县级以上地方卫生行政部门负责本行政区域内医疗机构抗菌药物临床应用的监督管理。

第四条 本办法适用于各级各类医疗机构抗菌药物临床应用管理工作。

第五条 抗菌药物临床应用应当遵循安全、有效、经济的原则。

(三)特殊使用级抗菌药物是指具有以下情形之一的抗菌药物：

1. 具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；
2. 需要严格控制使用，避免细菌过快产生耐药的抗菌药物；
3. 疗效、安全性方面的临床资料较少的抗菌药物；
4. 价格昂贵的抗菌药物。

抗菌药物分级管理目录由各省级卫生行政部门制定，报卫生部备案。

## 第二章 组织机构和职责

第七条 医疗机构主要负责人是本机构抗菌药物临床应用管理的第一责任人。

第八条 医疗机构应当建立本机构抗菌药物管理工作制度。

第九条 医疗机构应当设立抗菌药物管理工作机构或者配备专(兼)职人员负责本机构的抗菌药物管理工作。

二级以上的医院、妇幼保健院及专科疾病防治机构(以下简称二级以上医院)应当在药事管理与药物治疗学委员会下设立抗菌药物管理工作组。抗菌药物管理工作组由医务、药学、感染性疾病、临床微生物、护理、医院感染管理等部门负责人和具有相关专业高级技术职务任职资格的人员组成, 医务、药学等部门共同负责日常管理工作。

其他医疗机构设立抗菌药物管理工作小组或者指定专(兼)职人员, 负责具体管理工作。

(四)对医务人员进行抗菌药物管理相关法律、法规、规章制度和技术规范培训, 组织对患者合理使用抗菌药物的宣传教育。

第十一条 二级以上医院应当设置感染性疾病科, 配备感染性疾病专业医师。

感染性疾病科和感染性疾病专业医师负责对本机构各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。

第十二条 二级以上医院应当配备抗菌药物等相关专业的临床药师。

临床药师负责对本机构抗菌药物临床应用提供技术支持, 指导患者合理使用抗菌药物, 参与抗菌药物临床应用管理工作。

第十三条 二级以上医院应当根据实际需要，建立符合实验室生物安全要求的临床微生物室。

临床微生物室开展微生物培养、分离、鉴定和药物敏感试验等工作，提供病原学诊断和细菌耐药技术支持，参与抗菌药物临床应用管理工作。

第十四条 卫生行政部门和医疗机构加强涉及抗菌药物临床应用管理的相关学科建设，建立专业人才培养和考核制度，充分发挥相关专业技术人员在抗菌药物临床应用管理工作中的作用。

第十五条 医疗机构应当严格执行《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《国家处方集》等相关规定及技术规范，加强对抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理。

第十六条 医疗机构应当按照省级卫生行政部门制定的抗菌药物分级管理目录，制定本机构抗菌药物供应目录，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。医疗机构抗菌药物供应目录包括采购抗菌药物的品种、品规。未经备案的抗菌药物品种、品规，医疗机构不得采购。

第十七条 医疗机构应当严格控制本机构抗菌药物供应目录的品种数量。同一通用名称抗菌药物品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种。具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复列入供应目录。

第十八条 医疗机构确因临床工作需要，抗菌药物品种和品规数量超过规定的，应当向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门详细说明原因和理由；说明不充分或者理由不成立的，卫生行政部门不得接受其抗菌药物品种和品规数量的备案。

第十九条 医疗机构应当定期调整抗菌药物供应目录品种结构，并于每次调整后15个工作日内向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。调整周期原则上为2年，最短不得少于1年。

第二十条 医疗机构应当按照国家药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进抗菌药物，优先选用《国家基本药物目录》、《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

基层医疗卫生机构只能选用基本药物(包括各省区市增补品种)中的抗菌药物品种。

第二十一条 医疗机构抗菌药物应当由药学部门统一采购供应，其他科室或者部门不得从事抗菌药物的采购、调剂活动。临床上不得使用非药学部门采购供应的抗菌药物。

第二十二条 因特殊治疗需要，医疗机构需使用本机构抗菌药物供应目录以外抗菌药物的，可以启动临时采购程序。临时采购应当由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，经本机构抗菌药物管理工作组审核同意后，由药学部门临时一次性购入使用。

医疗机构应当严格控制临时采购抗菌药物品种和数量，同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序原则上每年不得超过5例次。如果超过5例次，应当讨论是否列入本机构抗菌药物供应目录。调整后的抗菌药物供应目录总品种数不得增加。

医疗机构应当每半年将抗菌药物临时采购情况向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。

第二十三条 医疗机构应当建立抗菌药物遴选和定期评估制度。

医疗机构遴选和新引进抗菌药物品种，应当由临床科室提交

申请报告，经药学部门提出意见后，由抗菌药物管理工作组审议。

抗菌药物管理工作组三分之二以上成员审议同意，并经药事管理与药物治疗学委员会三分之二以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。

抗菌药物品种或者品规存在安全隐患、疗效不确定、耐药率高、性价比差或者违规使用等情况的，临床科室、药学部门、抗菌药物管理工作组可以提出清退或者更换意见。清退意见经抗菌药物管理工作组二分之一以上成员同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案；更换意见经药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后执行。

清退或者更换的抗菌药物品种或者品规原则上12个月内不得重新进入本机构抗菌药物供应目录。

第二十四条 具有高级专业技术职务任职资格的医师，可授予特殊使用级抗菌药物处方权；具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，可授予限制使用级抗菌药物处方权；具有初级专业技术职务任职资格的医师，在乡、民族乡、镇、村的医疗机构独立从事一般执业活动的执业助理医师以及乡村医生，可授予非限制使用级抗菌药物处方权。药师经培训并考核合格后，方可获得抗菌药物调剂资格。

二级以上医院应当定期对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训。医师经本机构培训并考核合格后，方可获得相应的处方权。

其他医疗机构依法享有处方权的医师、乡村医生和从事处方调剂工作的药师，由县级以上地方卫生行政部门组织相关培训、考核。经考核合格的，授予相应的抗菌药物处方权或者抗菌药物调剂资格。

(三) 常用抗菌药物的药理学特点与注意事项；

(四) 常见细菌的耐药趋势与控制方法；

(五) 抗菌药物不良反应的防治。

第二十六条 医疗机构和医务人员应当严格掌握使用抗菌药物预防感染的指证。预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首选非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下合并感染或者病原菌只对限制使用级抗菌药物敏感时，方可选用限制使用级抗菌药物。

第二十七条 严格控制特殊使用级抗菌药物使用。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指证，经抗菌药物管理工作组指定的专业技术人员会诊同意后，由具有相应处方权医师开具处方。

特殊使用级抗菌药物会诊人员由具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科、微生物检验科、药学部门等具有高级专业技术职务任职资格的医师、药师或具有高级专业技术职务任职资格的抗菌药物专业临床药师担任。

第二十八条 因抢救生命垂危的患者等紧急情况，医师可以越级使用抗菌药物。越级使用抗菌药物应当详细记录用药指证，并应当于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。

第二十九条 医疗机构应当制定并严格控制门诊患者静脉输注使用抗菌药物比例。

村卫生室、诊所和社区卫生服务站使用抗菌药物开展静脉输注活动，应当经县级卫生行政部门核准。

第三十条 医疗机构应当开展抗菌药物临床应用监测工作，分析本机构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，对抗菌药物不合理使用情况应当及时采取有效干预措施。

第三十一条 医疗机构应当根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物。临床微生物标本检测结果未出具前，医疗机构可以根据当地和本机构细菌耐药监测情况经验选用抗菌药物，临床微生物标本检测结果出具后根据检测结果进行相应调整。

(二)主要目标细菌耐药率超过40%的抗菌药物，应当慎重经验用药；

(四)主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物，应当暂停针对此目标细菌的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复临床应用。

第三十三条 医疗机构应当建立本机构抗菌药物临床应用情况排名、内部公示和报告制度。

医疗机构应当对临床科室和医务人员抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行排名并予以内部公示；对排名后位或者发现严重问题的医师进行批评教育，情况严重的予以通报。

医疗机构应当按照要求对临床科室和医务人员抗菌药物临床应用情况进行汇总，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门报告。非限制使用级抗菌药物临床应用情况，每年报告一次；限制使用级和特殊使用级抗菌药物临床应用情况，每半年报告一次。

第三十四条 医疗机构应当充分利用信息化手段促进抗菌药物合理应用。

- (一) 使用量异常增长的抗菌药物；
- (二) 半年内使用量始终居于前列的抗菌药物；
- (三) 经常超适应证、超剂量使用的抗菌药物；
- (四) 企业违规销售的抗菌药物；
- (五) 频繁发生严重不良事件的抗菌药物。

第三十六条 医疗机构应当加强对抗菌药物生产、经营企业在本机构销售行为的管理，对存在不正当销售行为的企业，应当及时采取暂停进药、清退等措施。

#### 第四章 监督管理

第三十七条 县级以上卫生行政部门应当加强对本行政区域内医疗机构抗菌药物临床应用情况的监督检查。

第三十八条 卫生行政部门工作人员依法对医疗机构抗菌药物临床应用情况进行监督检查时，应当出示证件，被检查医疗机构应当予以配合，提供必要的资料，不得拒绝、阻碍和隐瞒。

第三十九条 县级以上地方卫生行政部门应当建立医疗机构抗菌药物临床应用管理评估制度。

第四十条 县级以上地方卫生行政部门应当建立抗菌药物临床应用情况排名、公布和诫勉谈话制度。对本行政区域内医疗机构抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行排名，将排名情况向本行政区域内医疗机构公布，并报上级卫生行政部门备案；对发生重大、特大医疗质量安全事件或者存在严重医疗质量安全隐患的各级各类医疗机构的负责人进行诫勉谈话，情况严重的予以通报。

第四十一条 县级卫生行政部门负责对辖区内乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)抗菌药物使用量、使用率等情况进行排名并予以公示。

受县级卫生行政部门委托，乡镇卫生院负责对辖区内村卫生室抗菌药物使用量、使用率等情况进行排名并予以公示，并向县级卫生行政部门报告。

第四十二条 卫生部建立全国抗菌药物临床应用监测网和全国细菌耐药监测网，对全国抗菌药物临床应用和细菌耐药情况进行监测；根据监测情况定期公布抗菌药物临床应用控制指标，开展抗菌药物临床应用质量管理与控制工作。

省级卫生行政部门应当建立本行政区域的抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网，对医疗机构抗菌药物临床应用和细菌耐药情况进行监测，开展抗菌药物临床应用质量管理与控制工作。

抗菌药物临床应用和细菌耐药监测技术方案由卫生部另行制定。

第四十三条 卫生行政部门应当将医疗机构抗菌药物临床应用情况纳入医疗机构考核指标体系；将抗菌药物临床应用情况作为医疗机构定级、评审、评价重要指标，考核不合格的，视情况对医疗机构作出降级、降等、评价不合格处理。

第四十四条 医疗机构抗菌药物管理机构应当定期组织相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施点评，并将点评结果作为医师定期考核、临床科室和医务人员绩效考核依据。

第四十五条 医疗机构应当对出现抗菌药物超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权。

第四十六条 医师出现下列情形之一的，医疗机构应当取消其处方权：

- (一) 抗菌药物考核不合格的；
- (二) 限制处方权后，仍出现超常处方且无正当理由的；
- (三) 未按照规定开具抗菌药物处方，造成严重后果的；
- (四) 未按照规定使用抗菌药物，造成严重后果的；
- (五) 开具抗菌药物处方牟取不正当利益的。

第四十七条 药师未按照规定审核抗菌药物处方与用药医嘱，造成严重后果的，或者发现处方不适宜、超常处方等情况未进行干预且无正当理由的，医疗机构应当取消其药物调剂资格。

第四十八条 医师处方权和药师药物调剂资格取消后，在六个月内不得恢复其处方权和药物调剂资格。

## 第五章 法律责任

- (五) 其他违反本办法规定行为的。
- (二) 未对抗菌药物处方、医嘱实施适宜性审核，情节严重的；
- (三) 非药学部门从事抗菌药物购销、调剂活动的；
- (四) 将抗菌药物购销、临床应用情况与个人或者科室经济利益挂钩的；
- (五) 在抗菌药物购销、临床应用中牟取不正当利益的。

第五十一条 医疗机构的负责人、药品采购人员、医师等有关

人员索取、收受药品生产企业、药品经营企业或者其代理人给予的财物或者通过开具抗菌药物牟取不正当利益的，由县级以上地方卫生行政部门依据国家有关法律法规进行处理。

(一) 未按照本办法规定开具抗菌药物处方，造成严重后果的；

(二) 使用未经国家药品监督管理部门批准的抗菌药物的；

(三) 使用本机构抗菌药物供应目录以外的品种、品规，造成严重后果的；

(四) 违反本办法其他规定，造成严重后果的。

乡村医生有前款规定情形之一的，由县级卫生行政部门按照《乡村医师从业管理条例》第三十八条有关规定处理。

(一) 未按照规定审核、调剂抗菌药物处方，情节严重的；

(二) 未按照规定私自增加抗菌药物品种或者品规的；

(三) 违反本办法其他规定的。

第五十四条 未经县级卫生行政部门核准，村卫生室、诊所、社区卫生服务站擅自使用抗菌药物开展静脉输注活动的，由县级以上地方卫生行政部门责令限期改正，给予警告；逾期不改的，可根据情节轻重处以一万元以下罚款。

第五十五条 县级以上地方卫生行政部门未按照本办法规定履行监管职责，造成严重后果的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予记大过、降级、撤职、开除等行政处分。

第五十六条 医疗机构及其医务人员违反《药品管理法》的，依照《药品管理法》的有关规定处理。

## 第六章 附 则

第五十七条 国家中医药管理部门在职责范围内负责中医医疗机构抗菌药物临床应用的监督管理。

第五十八条 各省级卫生行政部门应当于本办法发布之日起3个月内，制定本行政区域抗菌药物分级管理目录。

第五十九条 本办法自20xx年8月1日起施行。

## 2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇)篇六

根据《卫生部抗菌药物临床应用指导原则》和《卫生部办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知》精神，结合我院实际，特制定本制度。

### 一、分级原则

（一）“非限制使用”药物（即首选药物、一线用药）：疗效好，副作用小，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大的药物，使用需说明理由，并经主治医师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”由医院药事管理委员会根据相关规定制定，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。

## 二、使用原则与方法

（一）总体原则：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感染。

## 三、督导、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。

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。

## 2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇) 篇七

1、对抗菌药物合理使用的管理。将合理应用抗菌药物纳入卫生院医疗质量管理, 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; 尽可能确立病原学诊断, 正确选用抗菌药物; 熟悉选用药物的适应证、抗菌活性、药动学和不良反应等。

3、加大宣传力度, 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。

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。一线抗菌药物门诊所有医师均可使用；对第3代头孢菌素、第3代氟喹诺酮类药物等二线用药副主任医师职称以上才能使用；对头孢吡肟、万古霉素、加替沙星、亚胺培南等作用强大的药物主任医师才有权使用。

感染部位和性质选用有效的药物。

由专职的临床药师进入临床，及时与医师探讨有关问题，提高药物的合理应用。加强抗菌药物不良反应监测，建立临床用药信息网，对抗菌药物应用的流行病学和耐药性进行监测，为抗菌药物的合理应用提供科学依据。

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。

## 二、合理应用抗菌药原则及对策

据上述特点，结合患者临床特点(感染部位、病原菌种类、临床表现等)正确选用抗菌药物。细菌培养和药敏试验结果出来之前，可在临床诊断基础上预测病原体种类，进行经验治疗；试验结果报告后应认真参考试验结果选用药物。抗生素治疗2~3天后如未见效再更换其它药物。做好病情及用药记录。使用抗生素时应在病历上记录患者感染的临床情况及抗生素应用的情况，包括用药原因、疗效、不良反应、耐药情况等。掌握预防用药的适应症和用药时间。明确预防用药的用药时间及疗程。手术预防用药一般用至术后24小时，最迟不超过72小时(有污染的大手术可至7天)。治疗感染用药通常用药至体温正常、症状消退后2~3天。掌握联合用药的指征和原则。二联用药的指征是：单一药物不能控制的和(或)混合感染；病因未明的严重感染；需长期用药，为避免单一用药而

致细菌耐药、二重感染或毒性者。三联或四联用药的指征是：经二联用药疗效不明显的严重或混合感染；大型或污染手术。结核等特殊疾病的联合用药按相应疾病的治疗方案进行。尽量避免在皮肤、粘膜等局部应用抗菌药物，因易引起耐药菌产生或变态反应。宜多用主要供局部应用的抗菌药物如莫匹罗星等。密切监测抗感染药物不良反应。用药前应详细询问患者过敏史，对必须做过敏试验的药物要严格按照规定进行，熟练掌握急性过敏反应的抢救措施，慎用有较明显毒副作用抗菌药物，执行医院药物不良反应监测制度。注意特殊生理、病理状态下的用药。儿童、老人、孕妇、肝肾功能减退者应慎用药物，尽量避免使用毒副作用较大的品种，如氨基糖甙类、氯霉素、四环素等。并根据临床情况调整用药方案，如剂量、间隔时间、疗程等。

总之，治疗感染的同时还应重视综合性治疗措施。必须充分认识到人体免疫功能的重要性，在应用抗菌药物的同时，必须尽量使人体全身状况有所改善，各种综合性措施如纠正水、电解质和酸碱平衡失调，改善微循环，补充血容量，处理原发病和局部病灶等，均不可忽视，从而提高抗感染治疗效果。不要过分依赖抗菌药物的防治作用而忽略必需的外科处理和综合措施。如清创、排脓、提高机体免疫力等等。抗感染是一项综合的治疗，抗菌药的应用只是其中一方面，需要各方面综合处理。

## 2023年抗菌药物管理科工作总结汇报(8篇)篇八

### (一) 合理使用抗菌药物的原则

#### 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。

## （二）抗菌药物给药方案的制订和调整原则

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。

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。

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。

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：

i类切口，原则上不使用预防用药，对出现感染可能性大的可以选择应用。如(1) 远处有感染灶；(2) 心脏瓣膜病或已植入人工心脏瓣膜；(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。

3、内科系统预防应用抗菌药物指征：(1) 对内科病人进行介入性(有创伤性)检查、治疗不一定都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。