

医院整改报告和整改措施(模板13篇)

实践报告可以帮助我们分析实际问题，提出解决方案，并加以改进。请大家关注以下整改报告范文，我们希望它能够为大家在撰写整改报告时提供一些新的思考角度。

医院整改报告和整改措施篇一

为进一步贯彻落实xxx卫生局《关于加强危险医疗废物管理工作的紧急通知》，根据市卫生局和《转发关于加强危险医疗废物管理工作的意见的通知》[xxx]20xx[41号文件精神，加强医疗废弃物的安全管理，防止疾病传播，保护环境、切实保护人民群众身体健康，根据《医院感染管理办法》、《传染病防治法》、《医疗机构管理条例》、《医疗废物管理条例》等规定，我院组织了工作人员对医疗废物收集、转运、贮存和处理等环节进行自查，完善各种管理制度，规范从业人员行为。在检查中没有发现医疗废物流失、泄漏和扩散等情况。现将自查情况汇报如下：

我院成立了医院感染管理小组，医疗废物管理由医院感染管理小组负责，制定医疗废物流失、泄漏扩散应急预案，明确职责，制定了医疗废物管理制度，设立“医疗废物分类目录表”，“医疗废物处理流程图”，“医疗垃圾废物回收登记表”等以保障医疗垃圾安全处置。

- 1、将医疗垃圾及生活垃圾分类收集，杜绝医疗垃圾与生活垃圾混装，统一规定医疗废物使用黄色塑料袋盛装，生活垃圾用黑色塑料袋盛装，禁止将医疗废物混入其它废物和生活垃圾中。

- 2、将医疗废弃物分别放入专用包装物或容器内，损伤性废物放入专用锐器盒内，不得再取出。当医疗废弃物达到包装袋的3/4满时，做好有效封口，并贴上标签，标签内容有废物类

别、生产日期、科室。

3、对医疗废物进行称重和登记，登记内容包括医疗废物的来源、种类、重量、交接时间、经办人签名。

一次性使用的医疗用品用后，按医疗废物分类处理，禁止重复使用和回流市场，并做好登记工作。

1、专人收集管理：收集医疗废弃物人员在收集时穿戴防护服、戴口罩、帽子、手套和防护鞋等。

2、运送前应检查医疗废弃物标记，标签，封口，防止运送途中流失，泄露。

3、医疗垃圾废物由x市绿保危险废物处理公司专职人员统一运送。

1、医疗废弃物暂存点警示标记清楚。

2、暂存点消毒管理：配备相应的消毒工具、器具及设备，医疗废物转出后对暂存点及时清洁、消毒，并有记录。

3、严格交接记录，对医疗废物来源、种类、重量、时间、去向、经办人签名等内容进行登记，登记资料保存3年。

4、及时转送医疗废物，本院的医疗废物没有在暂存点存放没有超过2天，也没有发生自行处理、转让、买卖事故等情况。

通过这次对我院的医疗废物管理工作的自查，我们发现了一些不足，主要问题有：

1. 工作人员有时会把感染性废物和损伤性废物混装；

2. 医疗转送时科室记录不及时；

3. 医疗废物存放点存放于露天，无密封、无防蚊、防鼠措施。

针对以上存在问题，我们做了具体的整改措施：对工作人员加强培训，提高医疗废物分类的熟悉度；各科室规范医疗操作流程，及时做好登记；配备符合要求的专用收集工具等。在以后的工作中，我们将通过不断的检查，及时发现问题、解决问题，努力把医疗废物管理工作做的更好。

医院整改报告和整改措施篇二

4月20日，县卫计局组织专家，对我院基本公共卫生工作进行了督导检查，发现了诸多问题。我院领导对此高度重视，院领导组织公共卫生科全体人员学习督导意见书，列出整改台账，限期整改，并就下一步公共卫生工作进行了梳理，制订计划，整体推进我院公共卫生工作。现将整改情况向卫计局领导作如下汇报：

一、在组织管理工作上，今年由副院长主抓公共卫生工作，后期将通过强化公共卫生科业务培训及学习，提升公共卫生科服务能力，满足广大老百姓的健康需求。

二、在重点人群管理中，我院出现了档案记录的随访值与督导时询问值不一致的情况，体检结果没有及时的反馈给体检对象，并且在体检时部分病人足背动脉触摸未完成。在后期的工作中，我们将按照规范和要求，细致的完成重点人群的体检工作，将体检结果详细的告知体检者。回院后，再次整理体检记录，填写体检表，及时的反馈给村医，由村医发放给体检人员，发放体检表时，要求领取体检表人员在体检反馈表上签字、盖章。

三、印证我院开展健康教育工作，拍摄的健康教育专栏的照片不清晰。下一步，我院将添置清晰度高的照相机，更换打印机，满足公共卫生工作的需要。

四、在传染病与突发公共卫生事件的工作中，出现了门诊日志登记不规范、项目填写不完整问题，而且医院到目前未开展传染病相关知识的培训，1—3月份无传染病病例报告。

1、每周五进行院内质控检查，抽查门诊日志，如继续出现不规范不完整等问题，直接报财务科扣除当月绩效工资。

2、提高分管人员、和门诊医生的责任心，采取奖励机制，促进门诊医生发现并及时上报传染病病例。

3、公共卫生科要积极地开展传染病培训工作，并保存相关培训资料，做到查之有痕。

五、在结核病管理工作中，因为分管人员责任心不强和患者对病情的隐瞒，1—3月我院无结核病转诊和病人发现病例。下一步，我们将开展培训，学会如何沟通，做好结核病人的发现和转诊工作，并积极和县疾控中心加强联系，做好已发现的结核病患者的各项管理工作。

六、在预防接种工作中出现的接种剂次低、建卡不及时问题。后期我院将重新整合预防接种和儿保工作，使两者全面协调统一，同时依据计生部门反馈的信息1对1落实，确保我院免疫接种率在第二季度所提高。

七、在妇幼项目中存在以下问题：

1、管理对象的联系电话未及时更新。

2、孕产妇访视工作不及时，产后访视率低。

3、部分公共卫生服务内容不符合20xx版的服务规范要求。

4、叶酸和儿童营养包无出入库登记。

1、组织公共卫生科人员认真学习20xx版的服务规范，严格按照新的服务规范做好项目工作。

2、提高服务意识，强化项目管理力度，提高叶酸、营养包的发放和随访质量，及时建立叶酸和儿童营养包出入库登记。

3、及时与计生部门与村级联系，摸清即将怀孕妇女、已怀妇女及新生儿儿童，便于及时发放叶酸、采血送检、建立档案、开展访视，以提高管理率和真实性。

4、及时的更新管理对象的联系方式，提高湖北省妇幼健康服务系统得录入质量。

八、在中医药健康管理上，我院将采取多种形式的'宣传工作，取得广大老百姓的信任和支持，加快0—3岁儿童中医药健康管理工作和65岁以上老年人的中医体质辨识服务工作。

九、在精神病管理工作上，我院将开展培训，让我院公共卫生科人员学会沟通和克服恐惧心理，如实的做好精神病的随访和体检工作。

充分利用双向转诊平台，及时的转诊病人，使危重的管理对象（重症精神病患者）在上级医疗机构得到有效的的治疗，以便今后纳入管理。

总之，在后面的公共卫生工作中，我们将进一步确定专人管理，加强工作督导和指导，把我乡的基本公共卫生工作提高到一个新的水平。

医院整改报告和整改措施篇三

xx卫生局卫生监督所□xx月x日，由市县两级卫生监督部门成立的检查组重点对我院在医疗废物和放射执业管理方面进行了现场检查，并提出了监督整改意见。我院在接到书面整改

通知后，院领导高度重视，立刻成立了以业务副院长为组长的工作小组，对照监督意见书，对医院在医疗废物管理和放射执业管理方面存在的问题进行了督促整改。现将医院整改情况报告如下：

1、建立健全医疗废物管理组织及管理制度。成立医院医疗废物管理工作领导小组，小组成员包括医务部门、护理部门、感染管理科、总务后勤及各临床、医技科室的负责人。明确各部门工作职责，实行分级管理责任制。设置感染管理科为医疗废物管理监控部门，对医疗废物管理的各个环节定期进行监督、检查，并把监督、检查的结果及时向有关人员反馈，根据需要在不同范围内进行公示。同时通过监督、检查以评价各项规章制度、各部门职责的落实、到位情况、培训与宣传的效果，以及医疗废物管理措施的效果等。重新梳理医疗废物管理的各个环节和细节，进一步健全我院医疗废物管理制度。建立医疗废物管理责任制，明确医院院长为我院医疗废物管理工作的第一责任人，全面负责医院医疗废物管理的领导工作。

2、完善医疗废物处置工作流程。根据《医疗废物管理条例》相关法律法规的要求，结合我院实际情况，制定了《xx医院医疗废物处置流程图》，并张贴于各医疗废物产生科室醒目位置处。规范、指导各科室按照《医疗废物分类目录》的要求，对医疗废物进行分类、收集、处置等管理。

3、配备医疗废物收集、处置等相关设施、用品，保障措施落实到位。购进医疗废物专用包装袋、专用垃圾桶、暂存周转桶、利器盒等设施，对医疗废物进行分类收集处理。为医疗废物处置工作人员配备工作服、手套、口罩、帽子等防护用品，以保障相关工作人员的职业卫生安全。

4、设置医疗废物暂存间，严格暂存管理。鉴于我院科室不健全，规模较小，医疗废物产生量小的实际情况，利用现有地点，设置了一间专用的小型医疗废物暂存间。其外张贴医疗

废物警示标识，其内放置专用的医疗废物周转桶，严格医疗废物暂存管理。

5、完善登记资料，严格档案管理。制作《XX医院医疗废物处置交接登记表》，对医疗废物的产生科室、来源、种类、数量、最终去向以及经办人、监督人等信息进行详细的登记。登记资料一式两份，分别由医疗废物产生科室和监管部门保管，保存三以上备查。

1、加强领导，完善管理组织及管理制度。成立了辐射安全与防护领导小组，由院长全面负责辐射安全防护领导工作，进一步加强领导、落实责任；制定辐射安全保卫制度，指定专人负责射线装置管理，落实安全责任制；制定并及时修订辐射安全管理规定、X射线机运行安全操作规程、防护与安全设备维护与维修制度、个人剂量监测规定、辐射工作人员培训管理制度、辐射工作人员个人剂量管理制度、辐射事故应急预案等。设置放射防护管理机构，配备专（兼）职的管理人员，负责放射诊疗工作的质量保证和安全防护，制定并落实放射诊疗和放射防护管理制度、对本单位《放射工作人员证》中个人剂量监测、职业健康体检等项目信息及时记录并管理。

2、强化防护措施，保障诊疗安全。我院严格按照要求在放射诊疗工作场所设置电离辐射警告标志和工作指示灯，配备工作人员和受检者个人防护用品，并按规定使用。放射诊疗设备和放射诊疗工作场所每由市级以上卫生行政部门资质认证的检测机构进行一次状态检测和放射防护检测，以保证影像质量和防护安全。放射工作人员上岗前进行放射防护和有关法律培训，经岗前职业健康检查合格，办理《放射工作人员证》，方可从事放射工作。放射工作人员上岗后定期进行放射防护和有关法律培训，定期进行职业健康检查，建立培训档案和健康监护档案。放射工作人员正确佩戴个人剂量计，并按期进行个人剂量监测，建立并终生保存个人剂量监测档案。以上措施多措并举，即有效地避免了受检者不必要的意外照射，又很好地保护了我们工作人员的身体健

医院整改报告和整改措施篇四

要求结合我院创建一级甲等卫生院有关内容，我院组织人员对上述各项工作进行了认真的自查和整改，现总结报告如下：

检查内容(一)安全生产情况：院安全生产管理领导小组对全院进行了一次彻底检查，包括各项安全生产规章制度制定及落实情况。用电及消防情况，易燃、易爆、麻毒药品等危险品管理以及医疗安全管理等项目，具体情况如下：

- 1、组织领导领导责任制落实情况良好，成立了由院长为组长的安全生产领导小组，值班人员到位，各项规章制度健全。
- 2、预防医疗事故方面落实了医疗安全的各项核心制度，急危重症患者的抢救措施到位。医疗安全的各项硬件设施完善，供应室、手术室等科室设施建设规范。医疗废物处理的各项规章制度健全，处理方式符合标准，做到了有专人管理并责任到人。
- 3、突发公共卫生事件应急处置和医疗卫生保障方面针对可能发生的突发公共卫生事件和灾害事故，制定有相关应急处理预案，成立了医疗卫生应急救援队伍，保持通讯畅通，建立医疗救援、卫生防疫等应急物资储备。
- 4、治安保卫和消防方面建立了突发事件应急预案，完善了治安保卫和消防职责、工作制度，人员值班落实到位。重点要害科室的防护责任措施落实。

(二)医院内感染及消毒安全

1、成立了医院感染管理委员

会和医院感染管理办公室，有具体的办公人员，工作人员职责明确。

2、制订了《医院感染管理制度》、《医院感染控制方案》《医院感染控制、隔离措施》《消毒隔离制度》《合理使用抗生素管理办法》《消毒灭菌效果监测制度》《治疗室消毒隔离管理制度》《供应室、手术室、产房消毒隔离制度》《产房保洁措施》《医疗废物处理管理制度》等医院感染预防、控制制度。

3、制订了医院消毒隔离登记制度，对消毒效果进行了检测。

4、全院医务人员均参加了有关医院感染知识的培训。

1、消防器材未落实到位。

2、感染制度落实不到位，消毒效果监测不够及时，登记不全，未作监测分析。

3、部分医务人员对医院感染不够重视，存在麻痹思想。

1、立即安装好合格的消防器材。

2、召开职工大会，对医院感染制度、医院感染有关知识进行再培训，制订考核制度，对违反有关医院感染的科室和人员进行处罚，立即对全院的消毒情况进行检测并作出分析，对消毒措施不规范的，进行改正。

管理组织健全、感染控制措施到位、感染管理人员职责明确，保证感染控制目标的实现。医院感染检查整改报告篇三按照卫生局有关医院感染工作规范和要求，我们在全院范围内开展自查工作，以医院感染管理的重点部门和重点科室为自查重点，实行边自查、边整改，力求做到全面自查，不留死角，全力创造良好的就医环境，维护正常的医疗秩序，为患者提供优质、安全、便捷、价廉的医疗服务。现将此次我院医院感染管理工作自查情况汇报如下：一、自查结果：

医院感染工作的目的在于有效预防和控制医院感染，提高医疗质量，保证医疗安全。我院医院感染管理工作，主要措施和已做到位的工作如下：

1. 成立了医院医院感染管理小组，全面负责全院的医院感染监控管理工作，明确了各科室医院感染管理负责人。
2. 医院感染管理小组负责以下工作：制定医院感染监控计划、制度和监控措施及医院感染在职培训工作，组织落实医院感染监控措施，定期在全院范围内进行医院感染监测。完善了每月一次的感控监测以及各科室感控检查的登记。
3. 加强对重点部门、重点科室，如：治疗室、注射室、换药室、产房、手术室、检验科等部门、科室的感染监控、质评、漏报追查工作。
4. 严格按照消毒、灭菌操作规范，对各种物品进行消毒、灭菌。并认真定期开展消毒、灭菌效果监测工作，督促相关科室做好消毒液更换、紫外线灯管擦拭、紫外线消毒等工作的登记、记录工作，收集好相应的痕迹资料。
5. 按照医疗废物处置规范，与市医疗垃圾管理处签订了相关协议，确保我院医疗废物处理流程规范到位。
6. 抓好法定传染病疫情报告、管理工作，由专人负责收集《中华人民共和国传染病报告卡》。

通过以上工作，全院未发生一例医院感染事件。二、我院医院感染管理工作存在的主要问题和原因分析：

1. 医院感染病例监测方面，病例报告少，对医院感染登记表填写不重视。确诊的医院感染临床没有针对性处置及记录。

原因分析：医院感染管理专职人员未经专业培训，临床医生

对医院感染认识不足。

临床医生对细菌培养和药敏试验检查认识不足。三、医院感染管理下步工作计划及整改措施：

1. 医院感染管理委员会进一步搞好以下工作：制定医院感染监控计划、制度和监控措施及医院感染在职培训工作，组织落实医院感染监控措施，定期在全院范围内进行医院感染监测。完善每月一次的感控监测以及各科室感控检查的登记。
2. 进一步加强对重点部门、重点科室，如：治疗室、注射室、换药室、产房、手术室、检验科等部门、科室的感染监控、质评、漏报追查工作。
3. 进一步严格按照消毒、灭菌操作规范，对各种物品进行消毒、灭菌。并认真定期开展消毒、灭菌效果监测工作，督促相关科室做好消毒液更换、紫外线灯管更换、紫外线消毒等工作的登记、记录工作，进一步收集好相应的文字资料。
4. 进一步按照医疗废物处置规范，抓好医疗废物处置工作。
5. 进一步抓好好法定传染病疫情监控、报告工作，完善责任追究制度，确保漏报率为零。
6. 进一步抓好宣传教育、培训工作，尤其是医院感染的基础知识及手卫生知识。

医院感染管理是医疗质量、医疗安全管理的重要组成部分，把医院感染控制作为医疗工作的重点，我院将按卫生部的各项有关制度认真落实各项医院感染控制措施，确实保障医疗质量和医疗安全。

医院整改报告和整改措施篇五

根据“卫生和计划生育局关于开展医疗废物专项检查的通知”的要求，结合我单位情况，对我中心的医疗废物管理工作进行了自查自纠工作，具体内容如下：

我中心成立了医疗废物管理小组，明确了工作职责。完善了医疗废物管理制度、医疗废物交接登记制度、医疗废物暂时贮存点工作制度、专用盛装、运送工具的消毒制度、医疗废物管理工作人员职业安全防护制度、医疗废物管理人员职责、制订了本中心院内医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生的应急预案，做到医疗废物规范管理。

医疗废物收集、转运过程中使用专用包装袋、专用利器盒、专用运送收集桶，设置医疗废物暂存处，并贴有警示标志和警示语。

从医疗废物产生地到分类收集、内部转运、暂时存放过程等各种行为规范。

- 1、分类收集规范，严格医疗废物分类收集（感染性废物、损伤性废物），杜绝医疗废物与生活垃圾混装。
- 2、将医疗废物分别放入带有“警示”标识的专用包装物或容器内，损伤性废物放入专用利器盒内。
- 3、运送前应检查医疗废物标识、标签、封口，防止运送途中流失、泄漏、扩散。
- 4、运送结束，及时清洁消毒运送工具，有清洁消毒记录。
- 5、每日清洁工作人员对医疗废物暂存间进行紫外线消毒及室内墙面用含氯消毒液喷洒。

医疗废物管理人员在收集、运送过程中，穿工作服、戴口罩、帽子、手套、防护鞋等。

医务人员每年培训2次，内容为：医疗废物管理条例、医疗废物管理条例实施细则、医院内医疗废物管理制度、医疗废物管理应急预案等。

通过这次对我中心的医疗废物管理工作的自查，我们发现了一些不足，主要问题有：

- 1、工作人员有时会把感染性废物和损伤性废物混装。
- 2、医疗转送时科室记录不及时。

针对以上存在问题，我们做了具体的整改措施：对工作人员加强培训，提高医疗废物分类的熟悉度；各科室规范医疗操作流程，及时做好登记等。

在以后的工作中，我们将通过不断的检查，及时发现问题、解决问题，努力把医疗废物管理工作做的更好。

医院整改报告和整改措施篇六

2003年，我院的安全生产工作在“三个代表”重要思想和党的十六大精神指引下，在省局和地方政府的正确领导下，始终坚持“安全第一，预防为主”的安全生产方针，从提高认识入手，加强领导，完善制度，强化管理，深入开展安全检查，积极消除事故隐患。通过全院职工的共同努力，较好的完成了省局和院下达的安全责任目标，实现了零伤亡指标；无中毒事故及重大交通事故的发生。我院在安全工作方面的具体做法是：

- 一、提高认识，加强领导，层层落实安全生产责任制。

安全责任重于泰山。安全生产维系职工生命和国家财产安全；事关我院经济的兴衰。我院自今年以来，院领导高度重视安全工作，始终把它列为“一把手”工程，摆在重要议事日程，主要领导亲自抓，分管领导具体抓，各岗位专业一起抓，形成了齐抓共管的局面。并从加强学习，提高认识入手，全面提高我院职工对安全生产工作重要性的认识；及时传达省局关于安全生产的指示精神，经常利用本系统所发生的安全事故案例来教育大家，特别是对《安全生产法》以及相关法律法规的学习更是抓紧抓实。通过学习，使全院职工认识到，安全生产是一项重要的细致的工作，稍有马虎，即可能酿成事故，从而进一步加强了从业人员自我保护能力。

加强领导，健全组织，是安全生产管理基础，我院自2001年改制之后，便成立了以院长为组长，分管领导为副组长，安保科及有关科室负责人为成员的安全生产领导小组，并设立专（兼）职安全员，形成了横向到边，纵向到底的安全生产管理体系，使安全管理工作在组织上不脱节。

为了进一步落实安全生产责任制，层层落实责任，在年初第一季度的安全例会上，院长与各科室负责人分别签定了安全生产目标责任书，从而使职责明确，责任到人，收到了良好的效果。

二、制定安全生产规章制度，使安全工作做到标准化、规范化。

俗话说：“没有规矩，不成方圆”。为确保我院的安全生产，自去年年底开始，我院根据省局有关规定，结合我院安全工作的实际特点，制定《省**安全生产责任制》、《省**消防安全责任制》、《省**安全生产管理制度》和《**消防管理制度》等一系列规章制度。并打印装订成册，下发至各科室班组，规章制度的建立，保证了我院安全工作有章可循，使所有从业人员做到日常工作有秩序，行为有规范。

为了保证各项安全生产规章制度得到落实，院有关科室及负责人坚持经常对照进行检查，院安全领导小组定期召开安全生产例会，对每次安全生产检查中发现的违规行为，按照安全生产规章制度有关规定，追究责任。用制度管理人，这样做既教育了大家，又有效地促进了从业人员遵章守纪的自觉性，保证了我院日常性的安全生产。

三、强化宣传培训，增强安全意识。

提高我院职工的安全素质，是搞好我院安全生产的基矗今年以来，我院充分利用安全生产例会、广播、宣传栏、安全知识竞赛等多种形式对职工进行安全教育，组织职工学习《中华人民共和国安全法》、《安全生产法》及其相关法律、法规，学习省局有关安全生产规定及院安全生产规章制度，并组织职工进行安全生产应知应会考试，考核合格后方准上岗，是他们熟悉岗位的安全要求，提高安全操作技能和自我保护意识。

四、强化监督检查，注重隐患整改。

问题。在每天上班前后，客房部、锅炉房、车辆、康复部等部门负责人兼职安全员都坚持对现场进行安全检查。同时，我院还主动接受地方各级安全监督管理部门的检查。无论是内部查处的隐患还是外部查处的隐患，一律按照“三定”原则进行整改，努力创造良好的安全生产环境。

利用今年的经验，在来年使我院安全工作再上一个新的台阶

医院安全生产工作维系着服务对象和职工的生命以及国家的财产安全，影响着医疗工作的正常有序进行，根据上级有关部门的要求，我院将2015年6月定为医院“安全生产月”。为了扎实开展安全生产月活动，营造和谐、稳定的医疗环境，结合自身实际，医院着力抓好六方面的工作，深入扎实地开展安全生产月活动。

《平安医院整改报告》全文内容当前网页未完全显示，剩余内容请访问下一页查看。

医院整改报告和整改措施篇七

3月26日，卫生监督所对我校进行检查，发现我校食堂管理存在安全隐患。归纳存在的主要问题有以下几个方面：1、食堂卫生管理不规范，周围环境卫生较差，责任心不够强，管理力度不够。2、个别功能室未能做到防鼠、蝇。3、台账建立不完善，食品采购索票索证不完备。4、食品留样未按要求标注品名、留样量较少。5、冷藏冷冻设备清洁不够，没有及时除霜，生熟食品没有分开存放。

对照县卫生监督在2015年3月26日对我校食堂食品督查检查反馈中发现的问题，我校领导高度重视，本着对学生、对家长对社会高度负责的态度，及时组织相关人员召开现场反馈会，针对检查中问题及时进行了整改，现就整改情况报告如下：

一. 整改时限： 2015年4月15日前

二. 整改目标 1、规范食堂管理，制订完善食堂食品卫生系列管理制度，制订整改措施，明确责任人。

2、根据卫生监督所要求，重新布局我校学生食堂的部分功能室，以达到相应的要求。

3、增强学生健康卫生意识，保障师生员工身体健康，杜绝学校食物中毒或者其他食源性疾患事故的发生。

4、加强制度的监督管理，优化食堂环境，消除安全隐患。

三. 整改措施：

1、成立学校食堂卫生安全管理领导小组，校长为食堂第一责

任人，副校长和分管食堂卫生的主任为主要责任人。

堂食品添加剂使用与管理制度、食堂配餐管理制度、学生食堂预防食物中毒措施、食物中毒事故报告制度等制度。保证从原料（成品）的采购、签证、验收、保管、加工、出售各环节及饮用水、个人和公共卫生严格按章操作，消除卫生安全隐患，杜绝一切事故发生。

3、学校学生会成立卫生检查监督小组，管理食堂的教师和学生用餐时间在食堂值班，参与学校食堂卫生安全管理。

4、调整完善各功能室设施设备，餐厅安装网纱，便于通风和防蝇，配菜间和切配间下水道安装纱网以防鼠，做好防鼠、蝇工作。

5、加强冷藏冷冻设备清洁工作，及时除霜，生熟食品分开存放，防止病菌交叉传染。 6、加强对食品的采购、贮存及加工的管理监督，做好食品采购索票索证，建立台账。严格把好食品的采购关，做到定点定人，禁止采购腐败变质、霉变生虫、污秽不洁等对人体有害的食品，严禁使用塑料桶装酸菜。

7、对留样食品足量进行冷藏，时间要保留48小时，并标注菜名及经办人，且要做好记录。

2015年4月2日

各科室：

2012年11月13日，国家中医药管理局组织全国中医医院等级评审专家组对我院进行了三级中医医院等级评审检查。专家组高度评价医院在等级医院评审的工作成绩和亮点，也找出了存在的问题。评审结束后，医院组织相关职能科室以研讨会的形式，反复进行讨论，并与临床医疗、护理、药剂人员

进行座谈。经院领导研究决定，针对发现的问题制定了整改计划。

一、住院医师规范化培训：（责任科室：医务科、科教科）

专家组反馈意见：

住院医师规范化培训工作需要进一步加强。

整改计划：

进一步贯彻落实卫生部《医师定期考核管理办法》（卫医发?2015?66号）、《卫生部办公厅关于进一步做好医师定期考核管理工作的通知》（卫办医管发?2015?208号）文件精神，做好中医类别住院医师规范化工作，规范培训考核内容，以促进中医药特色和优势的发挥，提高中医药服务能力。医务科、科教科制定年度住院医师规范化培训计划，具体体现卫生法律法规、中医非药物治疗、中医经典理论：包含《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、温病学等经典名著。

二、重点专科（责任科室：人事科、医务科）

专家组反馈意见：

高层次人才贮备不足，采取请进来送出去的方法加大重点专科高层次人才的培养和贮备力度。 整改计划：

以加速优秀人才培养为基点，推进优势学科成长。对重点专科人才培养本着“优先配备、优先培养、优先使用”的原则，采取老中青相结合、中医带徒等形式，加大人才自我培养力度；应用“走出去、请进来”的模式，引进学科带头人、高学历人才，加快人才队伍建设。

三、病例辨证处方（责任科室：医务科）

专家组反馈意见：

部分病例辨证处方用药不一致。建议进一步加强门诊及病房中医中药辨证施治的准确性。 整改计划：

严格要求全院医务人员认真按照卫生部制定的《病历书写规范》《山东省中医病历书写规范》书写病历，质控办组织专家定期对临床科室住院病人的病历进行检查考核，定期开展处方、中医病历书写规范。加强中医理论学习，增强中医辨证的准确性；定期组织进行处方点评，与病历质控情况一起刊登在《医院质量信息》上。

四、疑难病例讨论（责任科室：医务科）

专家组反馈意见：

部分疑难病例讨论目的性不强，建议针对临床实际问题，进一步强化中医疑难病例讨论。 整改计划：

切实提高中青年医务人员的临床诊断思维和技能，不断改进医疗服务质量，保障医疗安全，提升全院医生的整体医疗服务能力。各临床科室制定疑难病例讨论方案，定期组织召开疑难病例讨论。通过疑难病历讨论，一方面对临床医生在处理复杂、疑难病例，理清、拓宽临床思路上有裨益，对临床工作有重要的指导意义；另一方面对提高医师尤其是年轻医师在诊疗技术和专业水平、总结经验、更好地为患者消除疾患、解除痛苦方面起到了促进作用。今后，医院将进一步加强多学科合作、互补，不断提升医院整体诊疗水平，提升中医药参与救治疑难病例能力，更好的服务于病人。

五、中医治疗难点、

专家组反馈意见：

部分临床科室中医治疗难点不明确，分析不足。建议进一步探索中医临床工作中存在的难点问题，并认真分析，提出切实可行的解决思路和措施。

整改计划：

加强中医基础理论培训，提高临床医师中医药诊疗水平，推进中医药服务能力提升工程。避免“西学中”人员中医知识与临床治疗脱节，通过跟师带教、业务学习的办法，提高临床医师的中医诊疗水平，辨证准确率。各科室要对中医治疗难点，定期进行分析总结，医务科定期进行督导检查。

六、临床科研（责任科室：科教科）

专家组反馈意见：

临床科研立项偏少，建议加大对临床科研工作的投入力度，对医院有苗头的项目可先予院内资助，打下基础再申报高级别的科研课题。

整改计划：

进一步完善医院科研工作制度和奖励机制，激发医务人员从事科研的积极性和创造性，提高我院学术水平和医疗质量，促进我院科技工作的发展，参照相关院校科研工作激励办法，并结合医院实际情况，对医院作为第一单位的本院正式聘任人员的科研项目、科技成果、学术论文、学术著作、专利及科技进步奖和科技先进集体和个人奖进行奖励。

七、继续教育（责任科室：科教科）

专家组反馈意见：

继续教育项目偏少，建议加大对继续教育项目的申报力度，

可以与省市级医院联合举办继续教育项目。

整改意见：

医院将通过多种渠道开展继续医学教育工作，提高医务人员的业务水平，增强卫生技术服务能力，通过聘请上级医院专家举办学术讲座、开展临床示教，组织院内科室进行业务学习、自主网络学习等，不断满足医务人员提高理论水平和临床技能等方面的需要。同时将继续医学教育工作作为医务人员年度考核的重要内容，制订了相关管理条例与计划，投入资金购置了模拟人、心肺复苏模拟机、气管插管模拟机、笔记本电脑、幻灯机等，实行继续教育学分制。医务人员每次学习结束后，要将学习材料上报医务科，累积学分。力争在1年内将医院继续医学教育工作步入规范化的发展轨道。

各相关科室严格按照整改计划表立即开展整改，科室主任为第一责任人。各职能科室积极开展评审工作总结，查漏补缺，建章立制，建立三级中医医院管理的长效机制。各科室每月1日向医务科报送整改工作开展情况，医务科负责对全院整改工作督查。

医院整改报告和整改措施篇八

按照兖州市质量技术监督局关于《计量授权管理办法》的通知和具体要求，我院进行了自查自纠及整改项目开展工作，现将自查情况汇报如下：

一、完善医用计量器具档案管理制度。

（一）建立和健全各项计量档案管理制度，并且要严格遵守，计量管理制度包括：1. 入库、流转、降级、报废核制

度； 2. 使用、维护、保养制度； 3. 周期检定制度； 4. 在用计量器具、检验设备现场抽检制度； 5. 计量员培训、考核、任用、奖惩制度。

(二) 医用计量器具使用保管者，由于人为原因造成器具损坏，遗失的必须及时报医务科，并写明原因，损坏程度，责任者各队组根据《奖惩制度》提出处理意见，技术组根据实际情况签署意见后提交分管院长处理；损坏至不能使用或遗失不能找回的器具由医务科根据临床需要制订计量器具的购置计划。

二、强检医用计量器具登记备案

(一) 医务科统管全院计量器具和有关科室配合制订计量器具购置计划，组织好计量器具入库、发放、使用、降级和报废的登记工作，建立计量器具台帐和历史档案卡。

(二) 强制检定医用计量器具的采购、入库、领用、流转、降级、报废、使用、维护、保养等应按有关的计量管理制度执行。并及时做好登记备案。

三、健全医用计量器具档案内容

建立健全的技术档案和原始记录，并要妥善保管其内

容主要有： 1、 计量器具检验设备台帐； 2、 计量器具、检验设备历史档案； 3、 计量器具、检验设备周期检定计划 4、 计量器具检验设备的技术资料（包括说明书、合格证、送检合格证、检定证书 5、原始记录、报废单等）。

2012年8月

计量认证监督评审组受邵阳市质量技术监督局的委派，于2015年3月20日对我单位进行了计量认证监督评审。评审组依据《实验室资质认定评审准则》对我单位实验室环境进行现场查看、对检测人员进行提问、现场检测和召开座谈会等形式进行了考核，并对我公司技术和管理体系的运行情况进行了全面检查。对照《实验室资质认定评审准则》的要求，评审组认为我单位建立了质量管理体系，编制了相应的程序文件、作业指导书、各种记录表格等，覆盖了计量认证所规定的条款。组织管理、实验室环境、仪器设备、量值溯源、人员素质、质量管理体系的运行，符合认证评审准则的规定。对照“评审准则”评审组客观、公正的指出了我单位还存在不足的，共有12项（9个基本符合项、3个不符合项）。

（一）问题表述

- 1、最高管理者无任命文件
- 2、无服务方能力验证
- 3、检测记录更改不符合规范
- 4、环境记录在检测现场且多场所合写在一本记录中
- 5、无灭火器材
- 6、仪器设备无授权书
- 7、仪器设备无验收记录
- 8、仪器无状态标识
- 9、回弹仪无率定记录

10、压实度无抽样记录

11、砂、石、砷、水泥等记录无样品状态

12、检测报告无样品状态描述

（二）整改措施

针对评审组在本次评审中发现的问题，我单位从领导到检测人员都非常重视，针对问题的整改召开了专题会议，由问题所在部门提出具体的整改措施，并经我单位质量的技术委员会讨论同意，由相关部门负责整改措施的实施，具体整改措施见附表。

（三）整改完成情况

我单位由相关部门负责人按照制定的整改措施对本部门存在的问题进行整改，办公室负责监督验证，并经质量负责人确认。按照评审组的要求，对评审中发现的12个基本符合项、不符合项，在规定的时间内完成了整改，整改结果已满足“评审准则”的有关规定，并报评审组长认可。

医院整改报告和整改措施篇九

惠农区人民医院是政府举办的二级甲等公立医院，承担着惠农辖区城乡统筹医疗、保健、预防、教学和科研的职能。近年来，随着国家各项医疗卫生惠民政策的实施，惠农区人民医院坚持“让病人少花钱，早康复，更满意”的服务宗旨，提出“争创全自治区病人满意度最高医院”的目标，狠抓医院管理，规范服务流程，强化内部培训，加强医疗安全，提高服务质量，让党对群众的关爱通过我们来体现，切实让群众从中得实惠。现将近几年来控费工作汇报如下：

- 1、住院标准符合率连续三年均为100%。
- 2、上半年门诊病人人均医疗费用比上一年度下降5个百分点。在上海市岳阳中西医结合医院、福建省漳州市中医院、石嘴山市第一人民医院援助下，医院危重病人救治，收治疑难病人的水平不断提高，平均每一出院患者医疗费用比上年度增长8个百分点，此项在20xx年上半年全市二级以上医疗机构排名中为倒数第二。
- 3、上半年药品收入占医药总收入的比重为37.24%，比上年度降低2个百分点。
- 4、连续三年基本药物使用比例均大于95%。
- 5、由于医院儿科主任离职，妇产科住院病人比上年度下降8%，上半年出院者平均住院日10天，较上年度增长1天。
- 6、上半年合理用药合格率98%。
- 7、上半年大型医疗设备检查阳性率71%，比上年度降低2个百分点。
- 8、上半年住院病人抗菌药物使用率41.6%，比上年度降低5个百分点。
- 9、患者满意度。出院和门诊患者满意度调查均达到95%以上。

根据自治区卫生厅关于印发《控制医疗费用不合理增长实施方案》（宁卫医政[20xx]483号）文件精神，医院认真贯彻执行，切实采取有效措施，加强管理，努力完成各项控费指标，主要做法有：

照《干部责任追究制》处罚。

（二）专项整治、合理用药。严格执行《国家基本药物目录》、《临床诊疗指南》和《抗菌药物临床应用指导原则》，严格执行药品“三统一”政策，积极参与全区药品招标，保证招标药品配送率达到95%。积极开展临床抗菌药物合理使用专项治理活动，严格落实抗菌药物分级管理制度，在抗菌药物够用管理、使用率、使用强度上严格控制，定期开展临床检测与评估，采用微机授权管理三线药物经过讨论后决定是否停用。今年上半年以来召开三次药事管理委员会，将每季度用药量超过前三位的药品停用。门诊部处方每月点评，对不合理用药处方进行通报批评。将药占比前超标两位的科室主任和医生进行处罚并且通报批评，与绩效工资挂钩。每月公示“十个排队”以及抗生素dds□对于执行政策不力的科室和个别医生进行诫勉谈话，使其提高认识。

（三）规范行为，有效控制。积极开展临床路径管理，目前医院开展临床路径管理病种25个。今后逐步扩大实施临床路径的病种，同时坚持以人为本，改善诊疗环境，优化服务流程，改进服务态度，加快床位周转，减少等候时间，缩短患者平均住院日，控制医药费用增长。每周公示各科室和医生管病人的平均住院天数、平均住院费用、药占比并进行排名公示，取得警示教育的良好效果。

（四）标本兼治、综合治理。加强卫生行业作风建设，提高医务人员的职业道德和专业素质，调动医务人员参与控制医药费用的自觉性和积极性。严格落实合理医学检查。医务人员应根据患者病情实际需要实施检查，在保证临床诊疗质量、安全的前提下，面向大多数患者提供简便、廉价、有效的适宜技术。强化医疗服务价格监管。医院安排专人负责价格管理工作，建立健全价格监督管理机制，采用多种形式，实行医疗服务项目和价格公示，方便患者查询费用，并按规定格式和内容免费为患者提供费用清单，增加服务、收费透明度，自觉接受公众监督。严格执行医药价格管理的各项法律、法规和规定，严禁、多收费、分解收费、擅自增设收费项目、擅自提高收费标准等。建立健全奖惩制度，将价格管理、费用

控制工作纳入科室综合目标考核内容，与医院管理、廉政建设、行风建设、治理商业贿赂工作同部署、同检查、同考核，形成一级抓一级，层层抓落实的工作格局。从严格控制“大处方、大检查”入手，提供基本医疗服务，严格控制服务项目中“除外内容”的增加和准入。

一是部分医务人员对控费工作认识有待调高；二是控费工作管理有待加强；三是尽管工作取得了一定成绩，但与控费工作要求仍有一定差距，需要长期持续不断改进。

下一步医院逐步针对问题，持续改进，保障控制医疗费用不合理增长目标的实现。

（一）继续深入开展抗菌药物临床应用专项整治，加强处方点评工作，完善考评机制。

（二）继续推进临床路径工作，探索单病种付费的医疗模式，并纳入考核机制，加大考核力度。

（三）严格控制各项控费主要指标，加大在薪酬分配体系中的权重。

（四）加强卫生行业作风建设，培养德技双馨的医务人员，从思想源头上提升医务人员自觉控费的意识。惠农区人民医院始终坚持“人民医院为人民建，建好医院为人民”的办院宗旨，牢牢把握深化医药卫生体制改革的大好机遇，不断创新管理机制，将控费工作落到实处抓出成效，为把医院建设成为真正惠及民生的人民医院而努力。

医院整改报告和整改措施篇十

根据“卫生和计划生育局关于开展医疗废物专项检查的通知”的要求，结合我单位情况，对我中心的医疗废物管理工

作进行了自查自纠工作，具体内容如下：

我中心成立了医疗废物管理小组，明确了工作职责。完善了医疗废物管理制度、医疗废物交接登记制度、医疗废物暂时贮存点工作制度、专用盛装、运送工具的消毒制度、医疗废物管理工作人员职业安全防护制度、医疗废物管理人员职责、制订了本中心院内医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生的应急预案，做到医疗废物规范管理。

医疗废物收集、转运过程中使用专用包装袋、专用利器盒、专用运送收集桶，设置医疗废物暂存处，并贴有警示标志和警示语。

从医疗废物产生地到分类收集、内部转运、暂时存放过程等各种行为规范。

- 1、分类收集规范，严格医疗废物分类收集（感染性废物、损伤性废物），杜绝医疗废物与生活垃圾混装。
- 2、将医疗废物分别放入带有“警示”标识的专用包装物或容器内，损伤性废物放入专用利器盒内。
- 3、运送前应检查医疗废物标识、标签、封口，防止运送途中流失、泄漏、扩散。
- 4、运送结束，及时清洁消毒运送工具，有清洁消毒记录。
- 5、每日清洁工作人员对医疗废物暂存间进行紫外线消毒及室间墙身用含氯消毒液喷洒。

医疗废物管理人员在收集、运送过程中，穿工作服、戴口罩、帽子、手套、防护鞋等。

医务人员每年培训2次，内容为：医疗废物管理条例、医疗废

物管理条例实施细则、医院内医疗废物管理制度、医疗废物管理应急预案等。

通过这次对我中心的医疗废物管理工作的自查，我们发现了一些不足，主要问题有：

- 1、工作人员有时会把感染性废物和损伤性废物混装。
- 2、医疗转送时科室记录不及时。

针对以上存在问题，我们做了具体的整改措施：对工作人员加强培训，提高医疗废物分类的熟悉度；各科室规范医疗操作流程，及时做好登记等。

在以后的'工作中，我们将通过不断的检查，及时发现问题、解决问题，努力把医疗废物管理工作做的更好。

医院整改报告和整改措施篇十一

为有效控制我院医疗费用不合理增长，切实减轻人民群众医药费用负担，进一步增强我省医疗改革综合成效，根据[xxx]文件精神，结合我院工作实际，特制定如下实施方案。

以控制医药费用增长、减轻群众负担为目标，促使我院创新机制、加强管理、狠抓落实，在不断提高医疗服务质量和效率的同时，合理控制医疗费用增长，力争我院xxx年医疗费用平均增长幅度控制在10%以下；平均药占比（不含中药饮片）下降到30%左右；百元医疗收入（不含药品收入）中消耗的卫生材料降到20元以下；门诊人均医疗费用、住院病人人均医药费用不超过全国同级同类医院的平均水平。

（一）成立医疗控费领导小组组长：副组长：组员：

领导小组下设办公室在xx科，负责领导小组的日常工作，其

次强调全院各科室成立由科室负责人、主任、护士长及兼职人员组成的工作小组，负责科室具体控制费工作。

（一）规范医务人员诊疗行为，坚持合理用药。

推行临床路径管理，细化诊疗流程，明确治疗方案和路径规范，严格控制病种限价收费；落实处方点评、抗生素使用、辅助用药、静脉输液管理等制度。实行梯度用药、合理药物配伍，不得滥用药物、开大处方，同时不断提高住院患者医保目录内药品使用率，控制目录外费用（药品、耗材、诊疗项目）占比。此外药剂科还将加强中药饮片、营养药物、辅助药物合理应用监管，建立辅助用药专项申报审批制度。

（二）坚持检查结果互认、规范合理诊疗。坚持同级及以上医院检查结果互认，避免重复检查，提高大型医疗设备检查阳性率（达70%以上）；明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；非病情需要，同一检查项目不得重复实施。

（三）强化院内耗材监管制度，切实降低耗占比。要求设备科、质控科加强对医疗器械临床合理使用与安全管理，对医用耗材使用量进行动态监测，扎实开展医用耗材质量评价。此外我院还将加强对信息技术手段的运用，提高医院病案、临床路径、药品、耗材、物资费用审核、财务和预算等方面的精细化管理水平，控制不必要的费用支出，保持xx年底我院百元医疗收入（不含药品收入）中消耗的卫生材料在20元以下。

（四）降低药品耗材虚高价格。完善药品、耗材阳光采购，落实“两票制”。对临床用量大、采购金额高、多家企业生产的药品、耗材，由省级药品采购机构采取双信封制公开招标采购。实施高值医用耗材阳光采购，在保证质量的前提下鼓励采购国产高值医用耗材。严厉查处药品耗材购销领域商

业贿赂行为。

（五）推进医保支付方式改革。认真执行上级卫生行政部门支付方式改革规定，完善以按病种、总额预付等多种付费方式相结合的复合付费方式，逐步减少按项目付费，加快推行按疾病诊断相关组〔DRGs〕付费能力建设，积极引导各类医疗保险发挥对医疗服务行为和费用的调控与监督制约作用。

（六）搭建医联体平台，共享医药卫生信息系统建设。通过医联体平台的搭建，积极学习医联体单位先进的医疗技术、管理经验和运营模式，提高医院精细化管理水平。以医联体“合作、转诊、帮带、互助”结合的方式，建立双向转诊、上下联动的分级诊疗模式，引导患者合理就医，提高医疗资源利用效率和整体效益；继续完善医疗保障信息系统，实现与医疗机构信息系统的对接，加强医保基金审核监管，严控不合理诊疗、用药和检查行为。

（七）加强医德医风教育和行风建设。

贯彻落实科学发展观，积极践行“三严三实”工作要求，以加强医院医德医风建设，提高医务人员职业道德素质为目标，以规范医疗服务行为、提高医疗服务质量、改善医疗服务态度、优化医疗环境为重点，强化教育，完善制度，加强监督，严肃纪律，树立行业良好形象，构建我院和谐医患关系。

1、加强医疗费用监测〔XXX科将对全院各科室医疗费用增长情况、医疗资源利用效率、医疗收入结构、医疗服务效率等为核心，建立医疗费用监测体系。合理确定各科室医疗费用控制的年度和阶段性目标。各科室医疗费用监测体系要以信息化为基础，建立各科室信息化监管平台，确保信息真实、准确、全面。

2、层层签订合理控制医疗费用相关责任状。落实医疗服务价格、药品价格和费用公示制度。医务科每季度定期公布医院

各科室均次费用、药占比、大型检查阳性率、平均住院日等医疗信息。

3、将医疗费用控制工作纳入对科室目标管理、科主任、护士长年度绩效考核及科主任、护士长任期考核范围，提高控费指标所占的考核权重，对未按照目标完成费用控制要求的科主任、护士长，追究其相应的管理责任。

4、将合理诊疗行为作为对医务人员绩效考核评价的重要内容，把合理检查、合理用药的执行情况与医务人员的评优、评先、晋升、聘用、绩效工资分配等挂钩。

全院各科室严格按照上级卫生行政部门公布的各项监测要求，落实规范诊疗、合理用药及保障医疗服务质量和医疗安全核心规章制度的落实，进一步加强精细化管理，全面落实各项目标任务，不断提高医院管理水平和医疗服务质量，为广大患者提供安全、有效、优质、价廉的医疗服务。

医院整改报告和整改措施篇十二

20xx年12月14日下午，盘龙区民营医院专家评审组莅临我院对20xx年度工作进行指导和检查。通过专家组认真细致的检查，首先对我院工作给予了充分的肯定，评审专家组认为，我院虽然是疼痛专科医院，但是工作做的还是比较完善和规范的。同时也对我们的工作提出了许多宝贵的意见和建议。如：病房管理的三级制度不健全、病历的首次病程记录无体现、病案的管理需进一步加强、医患沟通不完善、护理管理工作也存在着不足、高压设备设施管理制度的不健全等。针对存在的这些问题，院领导高度重视，在第一时间内组织院内相关人员对存在的问题逐条进行分析讨论，并责任到人，召开全院职工大会，强化认识，深刻理解这次民营医院评价活动的重要意义，为了更好更快的提高我们的管理水平及医疗技术水平，让医院在竞争中更好的发展，现将整改情况报告如下：

1、用心倾听用心倾听病人主诉，就诊经历、现病史，从而可以判断病因所在。

2. 细心诊断将检查、主诉、情况客观的全面告诉患者，哪里存在问题，存在什么问题，作出初步诊断并告知患者。

3. 耐心解答医生应从专业角度细心、仔细解答病人的问题，如：颈椎病不尽快治疗，将会影响患者的工作和生活。

4. 精心治疗治疗方案可以根据病人病情设计多种治疗方式，由患者自由选择，最终医生向患者阐述何种方案对患者治疗效果最佳，这样可以避免患者造成不必要的经济损失。

5. 热心服务医生、护士在对患者手术、护理过程中视病人如亲人，用心感动患者，让患者相信医院、医生及护士。

6. 衷心祝福当患者出院离开医院时，医生护士要对患者说：“祝你早日康复，您有任何疑问可与您的主治医生、主管护士联系，我院24小时热线服务。”

1、加强护理人员“三基三严”基本知识培训，严格执行“三查八对”制度。全面提高医疗服务质量，以病人为中心，兢兢业业服务于患者。

2、进一步建立健全院内控感的各项规章制度，做好各项消毒工作，完善台帐记录。特别要加强医疗废物的分类管理，真正做到院内无交叉感染，让病人放心，职工放心。

3、按照云南省卫生厅护理质量管理规定完善我们护理质量管理规章制度，如：识别病人身份，要有两种以上识别方式；高危药品有标识，高危设备设施的管理及操作，要落实岗位责任制，并做到持证上岗，真正做到各项工作有章可循。

通过这次评价检查，使我们看到了院内工作中存在的不足，

我们一定虚心接受专家们提出的批评和建议、认真总结、积极整改，更加完善医院的各项管理工作。

我们疼痛医院是昆明市唯一一家疼痛专科医院，面对残酷的市场竞争，品牌已成为企业利润的重要源泉，也是企业核心竞争力的重要表现，否则将在竞争中被淘汰，我院将借这次民营医院评价活动的东风，以这次评价整改工作为动力，通过这次评价整改的契机，规范引导，把我院办成一个有规模、有质量、有技术、有品质的规范化民营医院。

医院整改报告和整改措施篇十三

根据 xxx 卫生健康委员会办公室《xxx 卫生健康委员会关于组织公立一老机构开展价格自查工作的通知》及 xxx 卫生健康局的要求，结合我院实际，现将我院价格自查工作情况汇报总结如下：

我院在接到相关通知要求后，院领导高度重视，对文件在全院进行了传达学习，并安排部署，按照文件要求的价格自查重点内容开展院内价格自查工作。

（一）价格管理体系的设立情况：我院按照《医疗机构内部价格行为管理规定》，已设立马关县金厂卫生院价格管理委员会及内部价格管理部门，因我院人员有限，故配备兼职医疗服务价格工作人员，无专职人员。

（二）价格管理制度的建立及落实情况：我院已建立价格管理制度。并建立及落实包括《医疗机构内部价格行为管理规定》中的 10 项医疗服务价格管理制度(医疗服务成本测算和成本控制管理制度、价格调价管理制度、新增医疗服务价格项目管理制度、价格公示制度、费用清单制度、价格自查制度、价格投诉管理制度、价格管理奖惩制度、价格管理信息化制度、价格政策文件档案管理制度)。

（三）价格执行情况：我院始终执行规定的医疗服务项目和标准收费，无自立项目收费，也无提高标准收费、分解项目收费、扩大范围收费等行为情况，我院所有收费均按照医保系统规定的收费项目及价格严格执行。

（四）药械规范管理情况：我院严格按照药品耗材进销存相关制度，所有耗材均是根据临床报送需求后按正规程序采购，我院已建立医疗设备管理及使用制度，无设备使用不规范、医疗记录不规范的情况发生，更无为患者提供医疗以外的强制性服务情况。

（五）价格公示情况：我院已在院内醒目位置对常用医疗服务项目、药品、耗材的价格进行公示，价格发生变动时，我院均已及时调整公示内容，并在显著位置公布价格咨询、投诉电话。