

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理奖惩制度汇总

报告是一种常见的书面形式，用于传达信息、分析问题和提出建议。它在各个领域都有广泛的应用，包括学术研究、商业管理、政府机构等。报告的格式和要求是什么样的呢？下面是小编帮大家整理的最新报告范文，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报告 抗菌药物管理奖惩制度汇总篇一

医院按照《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《医师定期考核管理办法》和《南京江北人民医院医务人员不良执业行为记分管理制度》等规定要求，加大对抗菌药物不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，医院视情形依法依规予以警告、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，依法追究刑事责任；对于存在抗菌药物临床不合理应用问题的科室，医院将视情形给予警告、限期整改，对问题严重的要撤销科主任行政职务，对相关医务人员作出相应处理。为了使抗菌药物得到有效地使用和管理，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，医务处、药学部、医院感染管理科应当每月不少于两次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、科室及个人经济利益挂钩，奖惩分明。

一、越级使用抗菌药物的，按该抗菌药物的处方的金额数予以2倍处罚；经证实医师存有滥用抗菌药物行为的，按该抗菌药物的处方金额数给予5—10倍处罚。

二、住院病人使用抗菌药物时经证实经治医师存有不规范行

为的，责任人按100元/每例次处罚。

三、使用三线药物、联合用药三种及以上抗菌药物的没有药敏检测报告，或未经科主任批准并办理报备手续的，责任人按200-500元/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有记载使用理由的，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，责任人按处方中抗菌药物的金额予等额处罚。

额的10%对药房负责人予以处罚。

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使用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；病原学检测送检率每下降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地使用和管理抗菌药物，医院将当月处罚金所得全部作为对抗菌药物使用和管理工作中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，予以责任科室1—3倍的奖励；病原学检测送检率每上升1个百分点以50元为基数累计，予以责任科室1—3倍的奖励。

第三十一条 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现耐药性和临床应用无疗效的抗菌药物，将根据相关文件规定，予以淘汰。

第四章 监督、评价与奖惩

第十八条：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以及感染办、药剂科等相关职能部门共同负责完成。

第十九条：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物应用情况进行分析评价指导临床合理使用抗菌药物。

第二十条：各临床科室每月组织对科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。自查考评质量纳入科室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。

第二十一条：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个百分点以上部分，则每再超过1个百分点，扣除相关责任人10元奖金。

第二十二条：根据临床诊断严格掌握适应症，合理选药。严禁无指征滥用抗菌药物，每发现1例扣责任医师当月奖金50元。

第二十三条：行管人员对抗菌药物临床应用监管不力，失职、渎职者，要追究各负责人与具办人的责任，扣发奖金1-12个月，并行政记过处分。给医院造成严重后果(发生重大违反《指导原则》与本实施细则的质量与安全事故与事件，或给医院造

成重大经济损失)的除扣发1年奖金外，根据认错态度等，给予记大过、降级等，直至开除公职处理。

第二十四条：临床常见不合理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、不良反应上报不及时或处理不当；
- 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。上述不合现象每查实1例扣罚责任医师50元，以医务科、院办、药剂科、感染办、护理部等科室检查统计数据为准。

第二十四条：医务人员违反《指导原则》与本实施细则规定，侵害患者权益并造成严重后果的，除按有关规定进行处理外，所增加医药费用要与责任人、责任科室挂钩(各占50%)。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。

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理

奖惩制度汇总篇二

- 1、严格掌握抗菌药物使用的适应症、禁忌症,密切观察药物效果和不良反应,合理使用抗菌药物。
- 2、严格掌握抗菌药物联合应用和预防应用的指征。
- 3、制订个体化的给药方案,注射剂量、疗程和合理给药方法、间隔时间、途径。
- 4、密切观察病人有无正常菌群失调,及时调整抗菌药物的应用。
- 5、注重药物经济学,降低病人抗菌药物的费用支出。

二、各临床医生应掌握抗菌药物的有关知识,在坚持上述原则的基础上,结合病情,合理用药,必要时邀请负责抗菌药物使用与管理的专家会诊。住院病人使用抗菌药物,必须在病历中详细记录。

三、护士应熟悉了解各种抗菌药物的药理作用和配制要求,准确执行医嘱,观察病人用药后的反应,并及时记录及报告医生。

四、药剂科应定期为临床医务人员提供有关抗菌药物的信息。每季度统计本院抗感染药物消耗量,每月抽查两天门诊处方,计算抗感染药物使用率。住院病人抗感染药物使用率由监控医生按月统计,由医院感染管理科按季度汇总并上报“市院感监控中心”。

五、医院感染管理科要定期组织业务学习,以提高医生合理使用抗菌药物的水平。

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理 奖惩制度汇总篇三

为了认真贯彻落实卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》(卫办医政发〔2009〕38号)、卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》、《江苏省抗菌药物临床应用管理规范》等规章，特制定本管理规定，希望临床各科室在工作中认真遵守。

一、抗菌药物分级原则

(一)非限制使用级抗菌药物(一级)经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

(二)限制使用级抗菌药物(二级)与非限制使用级抗菌药物相比较，该类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制级药物使用。

(三)特殊使用级抗菌药物(三级)具有明显或严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；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；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；药品价格昂贵的抗菌药物。

二、抗菌药物临床使用分级管理

(三)临床使用特殊使用级抗菌药物，应当严格掌握用药指征。临床使用特殊使用级抗菌药物应当经抗菌药物管理工作小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具。门诊处方不得开具特殊使用级抗菌药物。

特殊使用级抗菌药物会诊人员由具有丰富抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科等副高级及以上技术职务任职

资格的医师和抗感染专业临床药师担任，资格由抗菌药物管理小组负责认定。

(四)紧急情况下，临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于一天用量。

(五)在使用特殊使用级抗菌药物前，应做细菌培养与药敏试验，获得药敏试验结果后，参照药敏试验结果调整抗菌药物。

xx市人民医院

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理奖惩制度汇总篇四

自今年4月25日观看“全国抗菌药物合理应用视频会议”及5月6日“卫生部抗菌药物合理用药专项治理视频会议”后，医院及时召开了院班子及相关负责人会议，研究部署开展抗菌药物临床应用专项整治活动方案，并于5月10日和21日连续两次召开全院医生和药事部门人员动员及培训会，传达有关合理应用抗菌药物方面的文件及知识，使大家清醒认识抗菌药物应用形势和现状，充分认识这次活动的重要性、必要性及背景，使大家统一思想、提高认识，落实责任，并采取电子游动字幕及板报的形式在全院广泛宣传开展抗菌药物临床应用专项整治活动的重要性。

成立了医院抗菌药物临床应用专项整治活动领导小组，由院长担任组长、业务院长任副组长；成立了医院药物治疗学委员会，由业务院长任主任，医院的相关专家任成员；成立了药物购用领导小组，由院长担任组长、业务院长任副组长；成立了医院处方点评小组；为该活动的开展提供了组织保障，同时建立了相关的实施措施和制度，抗菌药物临床应用管理责任制。结合我院实际情况，制定《永城市第五人民医院抗菌药物临床应用专项整治活动实施方案》，方案规定了抗菌药物合理应用控制指标；院长为抗菌药物临床应用管理目标第

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；建立健全了抗菌药物临床应用管理组织机构，层层落实责任制；建立目标责任承诺书，从组织建设、使用依据、级别、使用比例、处方规范等诸多方面规范了抗菌药物的使用标准，同时也明确了责任追究，责任到人，使各项工作落实到位。

（一）在完善组织、制度、责任、培训后很抓落实抗菌药物分级管理制度，与各个科室签署目标责任书，结合原已下发抗菌药物分级管理制度文件，再次下发了抗菌药物分级管理制度、目录，并对不合理应用建立了处罚措施；根据相关文件要求，对相关医师和药师进行了药理知识和使用权限的考核，根据考核结果，确定医师抗菌药物使用权限，并纳入微机管理，规范和限制了抗菌药物使用，有效地杜绝了抗菌药物的滥用和不合理使用。

（二）开展了抗菌药物临床应用情况的调查和购用管理，每月对全院抗菌药物应用情况开展调查，并将调查资料存档，对销售金额前十位的抗菌药物和使用抗菌药物前十位的医师进行公示，对销售量前十名的抗菌药物中第一名实行停止销售一月的处罚，对抗菌药物使用连续两个月前三位的医师停止三个月抗菌药物的使用权；对存在安全隐患、疗效不确切、耐药严重、性价比差和违规促销的抗菌药物品种禁止购入。严格按照二级医院抗菌药物，品种不超过35种，同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，处方组成类同的复方制剂12种；三代及四代头孢菌素类抗菌药物口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规，碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过3个品规，氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过4个品规，深部抗真菌类抗菌药物不超过5个品规；另外对确因特殊感染患者需要医院采购目录以外抗菌药物的，可以启动临时采购程序。首先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，然后由药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组讨论通过后，由药学部门临时一次性购入使用。通过以

上举措的实施从源头上和药物应用的实质上切断了抗菌药物的滥用和不合理使用。

（三）加强微生物标本监测，切实落实抗菌药物处方点评制度。医院破除各种瓶颈和困难，建立了微生物实验室，为临床抗菌药物应用提供了科学依据，克服了抗菌药物的盲目应用。并派出人员外出学习药物管理及处方点评，有效的杜绝了抗菌药物中间环节的滥用，对抗菌药物临床应用起到了科学的指导和依据。（四）规定了抗菌药物使用率和使用强度控制在规定范围。要求住院患者抗菌药物使用率不超过60%，门诊患者抗菌药物比例不超过20%ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过30%，住院患者外科手术预防使用抗菌药物时间控制在术前30分钟至2小时ⅰ类切口手术患者预防患者预防使用抗菌药物时间不超过24小时。通过以上措施的实施切实的使抗菌药物在临床应用中达到了合理规范的目的。

专项活动的开展，我们既看到了成绩也发现了一些不足，通过查找、排查梳理各科室抗菌药物临床应用的问题，有针对性地制定整改措施，及时加以整改。要求内科系统重点在使用抗菌药物时掌握适应症，认真甄别非细菌感染性疾病；外科系统重点在ⅰ类切口围手术期抗菌药物使用率和使用时间。以此作为突破口，努力使抗菌药物使用各项指标能达到要求。我院拟开展信息化管理（电子病历），建立长效机制，利用科技手段进行监控，建立合理用药长效机制。

我院虽然在开展抗菌药物临床专项整治活动中取得了一些成绩，但离抗菌药物临床应用专项整治活动方案要求差距甚远，在今后的工作中，我们会一如既往的把我院抗菌药物临床应用专项整治活动开展好，把各项制度落实好，把合理用药畅销机制建立好，使抗菌药物临床应用专项整治活动收到预期的成效。

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理奖惩制度汇总篇五

3、i类切口手术抗菌药物预防使用率为100%；

5、门诊抗菌药物处方比例大约占到门诊处方总数的23.60%；

学习力度不够，抗菌药物使用的各项指标没有控制在规定范围内。

2、我院个别医生对《抗菌药物临床应用指导原则》的内容含糊不清，没有严格按照《指导原则》使用抗菌药物。

3、对超常使用抗菌药物的，及时给予停止使用。

4、抗菌药物使用基本合理，个别存在半衰期较短的抗菌药物药物用法用量不规范。

1、加强各临床科室对抗生素临床应用知识的学习，定期组织上级医师讲课，并对相关知识进行考核。

2、对各科室抗生素应用进行监管，对超范围使用、超长期使用情况进行通报，并要求科室定期进行自查。

3、严格控制门诊抗生素处方比例，门诊药房进行监控，及时提醒超范围使用抗生素的门诊医生。

4、对i类切口手术患者使用抗生素情况严格监察，避免手术患者出现抗生素滥用情况。

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理奖惩制度汇总篇六

关于开展抗菌药物临床应用专项整改活动方案

全院各科室：

为进一步加强医疗机构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，根据《卫生部办公厅关于做好全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》和《2011年全国抗菌药物临床应用专项整治活动方案》的精神，医院决定在全院范围内开展抗菌药物临床应用的专项整治活动，规范抗菌药物临床应用，特制定本方案。

一、组织领导 组长□xxx□xx 副组长□xxx□xxx□xxx□xx 成员□xx□xx□x□x□x□x□x□x及全院各临床科室负责人 办公室设在医务科，办公室主任李英松，成员为医务科工作人员。

二、活动目标

通过开展全院范围的抗菌药物临床应用专项整治活动，以“突出重点、集中治理、健全机制、持续改进”的工作思路，统一部署，落实责任，坚持“标本兼治、重在治本”的原则，切实做好抗菌药物临床应用专项整治活动各项工作。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，规范抗菌药物临床应用，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改进。

三、整改内容

（一）提高全体医护人员合理使用抗菌药物的意识，明确抗菌药物临床应用管理责任制。院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；充分发挥药事管理委员会的职能作用，明确抗菌药物临床应用管理组织机构，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。

院长与各临床科室负责人签订抗菌药物合理应用责任状，明确抗菌药物合理应用控制指标。抗菌药物合理应用情况作为科室主任综合目标考核以及晋升、评先评优的重要指标。

（二）开展抗菌药物临床应用基本情况调查。对院、科两级抗菌药物临床应用情况开展调查：抗菌药物品种、剂型、规格、使用量、金额，使用量排名前10位的抗菌药物品种，住院患者抗菌药物使用率、使用强度、Ⅰ类切口手术和介入治疗抗菌药物预防使用率，门诊抗菌药物处方比例。

（三）建立完善抗菌药物临床应用技术支撑体系。配备感染专业医师、微生物检验专业技术人员和临床药师，在抗菌药物临床应用中发挥重要作用，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。

（四）严格落实抗菌药物分级管理制度。医师经过抗菌药物临床应用培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权；明确本机构抗菌药物分级目录，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；按照《抗菌药物临床应用指导原则》，有明确的限制使用抗菌药物和特殊使用抗菌药物临床应用程序，并能严格执行。

（五）加强抗菌药物购用管理。对抗菌药物目录进行全面梳理，清退存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差和违规促销的抗菌药物品种；严格控制抗菌药物购用品规数量，抗菌药物品种原则上不超过50种，同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，处方组成类同的复方制剂1-2种；三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规，碳青霉烯类抗菌药

物注射剂型不超过3个品规，氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过4个品规，深部抗真菌类抗菌药物不超过5个品规。抗菌药物采购目录（包括采购抗菌药物的品种、剂型和规格）要向省卫生厅备案。

因特殊感染患者治疗需求，需使用本机构采购目录以外抗菌药物的，可以启动临时采购程序。临时采购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，经药事管理委员会讨论通过后，由采供办临时一次性购入使用。同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序不得超过5次。如果超过5次，要讨论是否列入本机构抗菌药物采购目录。调整后的采购目录抗菌药物总品种数不得增加。

（六）抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内。医院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%，抗菌药物使用强度力争控制在40ddd以下；Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过30%；住院患者外科手术预防使用抗菌药物时间控制在术前30分钟至2小时；Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物时间不超过24小时。

（七）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，努力实现利用信息化手段加强抗菌药物临床应用监测；分析医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、使用量排名半年以上居于前列且频繁超适应证超剂量使用、企业违规销售以及频繁发生药物严重不良反应等情况，及时采取有效干预措施。

（八）加强临床微生物标本检测和细菌耐药监测。根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于30%；开展细菌耐药监测工作，定期发布细菌耐药信息，建立细菌耐药预警机制，有效的遏制细菌耐药，针对不同的细菌耐药水平采取相应应

对措施；向全院医生发放细菌耐药率统计卡，人手一卡，指导临床合理使用抗菌药物；按照要求向全国抗菌药物临床应用监测网报送抗菌药物临床应用相关数据信息，向全国细菌耐药监测网报送耐药菌分布和耐药情况等相关信息。

（九）严格医师和药师资质管理。对执业医师和药师进行抗菌药物相关专业知识和规范化管理培训；经过培训并考核合格后，授予相应的抗菌药物处方权或调剂资格。

（十）落实抗菌药物处方点评制度。组织感染、药学等相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。每个月组织对25%的具有抗菌药物处方权医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于50份处方、医嘱，重点抽查感染科、外科、呼吸科、重症医学科、肿瘤科等临床科室以及Ⅰ类切口手术和介入治疗病例。

根据点评结果，对合理使用抗菌药物前10名的医师，向全院公示；对不合理使用抗菌药物前10名的医师，在全院范围内进行通报。点评结果作为科室和医务人员绩效考核重要依据。

（十一）对抗菌药物超常使用采取预警制度，对出现抗菌药物超常处方1次以上且无正当理由的医师提出警告；2次者领导谈话警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；限制处方权后，仍连续出现2次以上超常处方且无正当理由的，停止其抗菌药物处方权6个月。

四、工作要求

各级各层领导及医务人员要充分认识到此项活动的对于规范与促进临床工作、迎合适时医院管理重点的重要作用，严格落实整改内容，加强责任状的约束作用，力争在6月末完成整改与总结。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、指标体系和工作机制，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，逐步形成长效工作机制，促进抗菌药物临床应用能力和管理水平的持续改进。

XXXXXXXXXXXXXXXXXX 二〇一一年五月十六日

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理奖惩制度汇总篇七

1、根据《抗菌药物临床应用指导原则》、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政(20xx)38号)制定本管理制度。

2、抗菌药物是指应用于治疗和控制细菌真菌、支原体、衣原体、螺旋体、立克次体及部分原虫等病原微生物所致的感染的药物。

3、医院应建立、健全、促进、指导、监督抗菌药物临床合理应用的管理制度,并将抗菌药物合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

4、医院药物与治疗学委员会负责督导临床合理用药工作,定期与不定期进行监督检查,内容包括:抗菌药物使用情况调查分析,医师、药师与护理人员抗菌药物知识调查及本院细菌耐药趋势分析等;对不合理用药情况提出纠正与改进意见。检验科与院感染科定期汇总本院细菌耐药情况,向全院反馈,未临床合理用药提供细菌流行病学依据。

5、诊断为细菌感染者,应有指征应有抗菌药物。全院抗菌药物的使用率应控制在50%以内。对感染性疾病应尽早确定病原学诊断,住院病人尽可能在开始抗菌治疗先留取、送检标本,以尽早明确病原菌和药敏结果。在抗菌药物治疗用药中,细菌培养送检率应达到50%以上。对于未明确致病菌的危急病例,可根据患者年龄、发病情况、发病场所、原发病灶、基础疾病等临床特点,给予抗菌经验性治疗。获知细菌培养及药敏结

果后,对疗效不佳的患者调整给药方案。

6、抗菌药物治疗方案应综合患者病情、病原菌种类及抗菌药物特点选择用药。包括选用品种、剂量、给药次数、给药途径、疗程及联合用药。

7、抗菌药物的联合应用要有明确指征:单一药物科有效治疗的感染,不需要联合用药。

8、严格掌握为手术期预防性使用抗菌药物的适应症和疗程,严格控制i类切口手术预防用药,加强为手术期抗菌药物预防性应用的管理。

9、预防性使用抗菌药物应严格遵守《抗菌药物临床应用指导原则》中对药物选择、给药时间、给药方法、疗程等规定。

10、医院建立抗菌药物分级管理制度,将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三类进行管理。

11、医院建立抗菌药物使用超常预警制度。每季度由药剂科整理、分析、上报抗菌药物使用情况,对使用量突然增加的品种应调查原因,并进行合理性评价,以保证用药安全。

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理奖惩制度汇总篇八

卫生院抗菌药物临床应用分级管理办法（试行）

根据卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号）、《省医疗机构抗菌药物临床应用分级管理办法（试行）》等文件精神,为进一步加强我院抗菌药物分级管理,促进抗菌药物临床合理使用,有效遏制细菌耐药,合理控制医疗费用,保证医疗质量和医疗安全,结合目前我院抗菌药物临床应用实际,特制定本办法。

第一条 本规定所称抗菌药物是指对细菌具有抑制或杀灭作用的药物。主要用于细菌、真菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体及部分原虫等病原微生物所致的感染性疾病的药物。

非限制使用（一级）：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响小，价格相对较低的抗菌药物。

限制使用（二级）：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

特殊使用（三级）：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要加倍保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少；药品价格昂贵。

第四条 我院院长为抗菌药物临床应用管理的第一责任人，其主要职责是根据我院抗菌药物管理的目标、任务和要求，组织制定工作计划并组织实施。第五条 医务人员（包括乡村医生）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培训和考核，考核合格后的，授予相应的抗菌药物处方权或抗菌药物调查剂资格。

第六条 医师经考核后具有高级专业技术职务任职资格的医师，一般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，在我院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。第七条 按照省卫生厅制定的《湖北省抗菌药物临床应用分级管理目录》制定我院抗菌药物供应目录，并向卫生局备案。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，不得采购。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。

第八条 临床医师选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》。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类抗菌药物敏感时，可以选用限制使用级抗菌药物；我院无特殊使用抗菌药物，若需使用，原则上应转上级医院治疗。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，处方量应当限于1天用量。越级使用抗菌药物应当详细记录用药指证，并应当于24小时内补充完成越级使用抗菌药物的必要手续。

第九条 使用抗菌药物应遵循以下原则

（一）村卫生室只能选用基本药物（包括省增补品种）中的非限制使用级抗菌药物品种。

（二）我院只能选用基本药物（包括省增补品种）中的抗菌药物品种，应合理使用非限制使用级抗菌药物，严格控制使用限制使用级抗菌药物，原则上禁止使用特殊使用级抗菌药物，对需要使用特殊使用级抗菌药物的应及时转诊。

第十条 门急诊使用抗菌药物应遵循以下原则

（一）根据适应症优先选用国家基本药物目录和国家处方集目录药品。

（二）门急诊患者需使用抗菌药物治疗的，原则上只能选择非限制使用级抗菌药物。如因病情需要使用限制使用级抗菌药物的，应经具有中级医师及以上任职资格的医师同意，并在处方上加签才能使用。

(三) 门急诊治疗中不得使用特殊使用级抗菌药物。

(四) 门急诊抗菌药物的使用，应以口服或肌肉注射为主，严格控制门诊患者静脉输注使用抗菌药物比例。需要通过静脉输液或静脉推注进行治疗的，原则上应收住院或留门诊观察室使用。村卫生室、诊所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。

(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。

第十二条 医务科将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。

第十三条 医务科将定期组织相关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。

第十四条 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。

第十五条 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。

第十六条 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，将取消其药物调剂资格。

第十七条 现行国家有效卫生法律、法规和规章已有明确规定的，从其规定。

2023年抗菌药物管理科工作总结报告 抗菌药物管理 奖惩制度汇总篇九

长：刘某

副院长

副组长：仇某

医务部主任

李

药剂科主任

成员：王

护理部主任

从

感控科负责人

段

检验科主任

朱

内科主任

金

神经内科主任

王

外科主任

赵

骨科主任

葛药剂科副主任

孙

药剂科副主任

工作组职责：

性文件，并监督实施。

（三）对本机构抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，

定期 分析、评估监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。

（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

2工作制度及监督管理机制

工作制度及监督管理机制工作制度及监督管理机制

成分管工作任务。

管理部门：医务科

负责人：

二、开展抗菌药物临床应用基本情况调查

对我院2011年1月1日至5月31日期间，院科两级抗菌药物临床

应用情况开展调查：抗菌药物品种、剂型、规格、使用量、金额、使用

量排名前10位的抗菌药物品种，住院患者抗菌药物使用率、使用强度□i类切口手术和介入治疗抗菌药物预防使用率、门诊抗菌药物处方比例，填写《抗菌药物临床应用基本情况调查表》，并按要求上报。

管理部门：药剂科

负责人：

三、建立完善药物临床应用技术操作体系

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，并参与

抗菌药物临床应用管理工作。

管理部门：药剂科

负责人：

3开展培训时有医务科负责具体工作，负责人：丛培强

1、医师经过抗菌药物临床应用培训并考核合格后，具备医师职称的授予一线抗菌药物处方权，主治医师职称的授予二线抗菌药物处方权，副高级以上职称的授予三线抗菌药物处方权。

培训及考核管理部门：医务科 药剂科

负责人：

处方权管理部门：医务科 药剂科

负责人：

2、药师进行抗菌药物相关专业知识和规范化管理培训，经过配训

并考核合格后，授予相应的抗菌药物调剂资格。

管理部门：药学部 医务科

负责人：

行严格限定，明确各级医师使用抗菌药物的处方权限，工作形式：由医

负责人：科主任

药剂科、医务科对各级医师处方权限严格把关，并让每位医师明确

自己的权限。

负责人：

4、按照《抗菌药物临床应用指导原则》有明确的限制使用和特殊

使用抗菌要素临床应用程序，并严格执行。

管理部门：医务科 药剂科

4负

责 人：

床应用程序的相关人员按规定严厉处罚。

根据黑肯局卫发平【2011】94号文件严格执行抗菌药物购用管理的相关规定。

管理部门：药剂科

负 责 人：

6、抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内

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

患者预防使用抗菌药物比例不超过30%；住院患者外科手术预

防使用抗

菌药物时间控制在术前30分钟至2小时□i类切口手术患者预防使用抗

菌药物时间不超过24小时。

工作方式：

到人人知晓认可，并在承诺书上签字。

管理部门：医务科、感控科

负责人：

（2）科主任严格把关，对本科是临床医师医嘱、病历、处方按标准

严格监管，发现违规现象，立即纠正。

5组，定期对抗菌药物使用率和使用强度进行检查，处罚，公示和反馈。

负责人：

7、开展抗菌药物临床应用与评估，定期开展抗菌药物临床应用检

性；对抗菌药物使用趋势进行分析，出现使用量异常增长、使用量排名

半年以上居于前列且频繁适应症超剂量使用、企业违规销售以及频繁发

生药物严重不良反应等情况，要及时上报院领导。

管理部门：药剂科

负责人：

8、加强临床微生物检测和细菌耐药监测。根据临床微生物标本检

测结果合理选用抗菌药物，接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本，送检率不低于30%；开展细菌耐药监测工作。定期发布细菌耐药信息，针对不同的细菌耐药水平采取相应应对措施。

管理部门：检验科

负责人：

人员对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。对每月组织对25%的具有抗

菌药物处方权医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于50份

处方、医嘱，重点抽查感染科、外科、呼吸科、重症医学科等临床科室

以及Ⅰ类切口手术盒介入治疗病历。

对不合格使用抗菌药物前10名的医师，在全院范围内进行通报。点评结

果作为科室和医务人员绩效考核重要依据。

管理部门：处方点评小组

负责人：

10、严格查处抗菌药物不合理使用情况。卫生行政部门按照《执业

医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》等法律法规，加大对抗

整改、暂停处方权、取消处方权、降级使用、吊销《医师执业证书》等

处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。对于存在抗菌药物临床不合理

应用问题的科室，医疗机构应当视情形给予警告、限期整改、通报批评

处理；问题严重的，追究医疗机构负责人责任。

负责人：

工作时具体分工：

组

检查工作。

副组长：执行组长分配的工作任务，协助组长做好相关工作。

成员：完成分管工作，检查康申诉使用情况时，服从组长、副

组长工作分配，按时按要求完成检查任务。