

浙江省透析质量控制中心

2022 年腹膜透析基本情况调查表

医院全称			
医院等级	A 三甲 B 三乙 C 二甲; D 二乙; E 其他	医院性质	A: 公立 B: 民营
腹透负责医生与联系电话		腹透负责护士长与联系电话	
腹透医师数		其中 5 年内取得质控培训班合格证的医师数	
专职腹透护士数(符合检查条目中专职护士条件)		兼职腹透护士数 (有 SOP 证, 从事腹透相关工作)	
其中 5 年内取得质控培训班合格证的护士数 (专职+兼职)		开展腹膜透析时间	年月
APD 腹透机台数		2021 年底在做居家 APD 患者数	
腹透液品种 (厂家)		腹透液是否配送	
2021 年新增置管例数		2021 年新增随访登记人数	
2021 年转外院的病人数		2021 年改血透的腹膜透析人数	
2021 年腹膜炎发生次数		2021 年死亡的腹膜透析人数	
2021 年底存活的腹膜透析人数		2021 年退出腹透病人的平均腹透时间 (TOT, 单位月)	
现存活腹膜透析人数 (数据库已上报)		现存活非本地置管的腹膜透析人数 (数据库已上报)	
现乙肝病人数		现丙肝病人数	
现梅毒病人数		现爱滋病病人数	

浙江省透析质量控制中心

现糖尿病病人数		腹透质控软件是否已安装	是否
血管钙化检查方法	心超/腹部侧位 X 平片/CT (可以多选)	血管钙化检测率 (每年至少一次)	
血 25 羟维生素 D 检查	开展/未开展	血 25 羟维生素 D 监测率	
腹透质控数据上报形式	软件上报/网上直报	腹透数据库软件名称	
相关说明:	TOT=退出腹膜透析病人总的腹透治疗月数/退出的病人数, 退出病人包括改血透和死亡的病人。		

浙江省透析质量控制中心

腹膜透析中心医疗质量评分表格

医院名称： 检查时间：

检查项目	评分标准	检查方法	得分	扣分说明
一、结构布局 腹膜透析室 分区布局、设施 设备符合国家法律法规及行业规范的要求（5分）	1、结构布局合理（2分）：腹膜透析室治疗区及各功能区设置规范，合理布局。有腹透专用住院病床、符合要求的手术室。洁污区域分开，符合医院感染控制标准。 2、各功能区设施及物品配置齐全，各区域环境整齐清洁，符合相关管理要求。（3分） （1）办公区：必须配备电脑和网络设备，安装有腹膜透析管理数据库； （2）接诊区：配备血压计、体重秤，建立腹膜透析患者登记及医疗文书管理制度； （3）培训区：配备视频播放设备、教学挂图、培训教材、培训教具； （4）操作治疗区：恒温箱、空气消毒装置、弹簧秤或婴儿秤、体重秤、挂钟，洗手装置、供氧装置、输液架、血压计、抢救车配备； （5）污物处理区：配备盖式污物桶、洗手池，医疗废弃物按有关规定进行分类和处理； （6）储藏区：干湿分开，物品、药品、导管分类放置，标识清楚、先进先出，无过期无积压；腹透液标示清楚，分规格存放。	现场查看		
二、医院感染管理控制（20分）	1、有针对腹膜透析院感防控的相关制度及具体措施（1分）。 2、医疗垃圾处置及存放及管理符合院感要求（1分）；有腹透引流液处置流程及体液外溢处置预案（1分）；体液外溢处理正确(1分)；	现场查看		

浙江省透析质量控制中心

	3、有腹膜透析换液操作、出口处护理、短管更换等操作流程及考核标准（1分），有腹透导管松脱、破裂、污染处置流程（1分）；参与腹透操作的所有护士有相关培训记录及考核记录至少每年1次（2分）。 4、每月进行操作治疗区空气培养(1分)，治疗室环境应达到《医院消毒卫生标准》中的III类环境要求（2分）； 5、现场查看或模拟考核操作相关院感制度执行情况（9分）：操作环境符合要求（1分），腹透相关药物及耗材无过期（1分），手卫生设施齐全（1分），操作者和患者规范戴口罩（1分），腹透操作前洗手（1分），腹透操作后洗手（1分），洗手7步洗手法规范操作（1分），操作中符合无菌要求规范（1分），引流液处置正确（1分）。 6、开展 APD 治疗的单位：（此项不计分、不扣分） 1)APD 机器：患者机器专用时每日擦拭；多位患者共用时需一用一消毒；特殊感染者腹透机专用并做好有效消毒； 2) 废液桶每日倾倒，有效消毒剂浸泡消毒；			
三、工作人员 (10分)	1、此项总分3分：医生数量符合要求：门诊随访20例患者以上：配备1名腹透随访医生（2分），80例患者以上每增加80-100例患者增加1名腹透随访医生（1分）；20例以下患者如有腹透医师直接得3分。 2、腹透医生接受过腹膜透析专业培训（1分），有腹透培训证书，5年内再培训率至少	查阅相关资料		

浙江省透析质量控制中心

	50%（包括省级和地区透析质控培训，培训时间至少 2 天）（1 分）； 3、此项总分 3 分：腹透专职护士数量符合要求：腹透护士至少 1 名（2 分），门诊随访 20 例患者以上配备 1 名腹透专职护士，50 例患者以上每增加 50-80 例患者增加 1 名腹透专职护士（1 分）；20 例以下患者如有腹透护士此项即得 3 分。 4、专职护士接受过至少 3 个月系统的腹膜透析理论及临床专业培训（1 分），有腹透培训证书，5 年内再培训率至少 50%（包括省级和地区透析质控培训，培训时间至少 2 天）（1 分）。			
四、业务与技术 （10 分）	1、设有独立的腹透随访门诊（4 分）：标识（1 分），时间（1 分），医护人员（2 分）； 2、能够独立开展腹透置管术（2 分）：科室独立开展 2 分，医院独立开展 1 分； 3、能够开展：腹膜平衡试验（1 分），腹透充分性检查（1 分），腹膜炎相关检查（1 分）； 4、有腹膜透析感染及非感染并发症的相关处理规范或流程（1 分）；	现场查看 查阅相关资料		
五、患者管理 （30 分）	1、有完善的腹膜透析随访流程或制度（2 分）； 2、每位患者均应有专用透析随访病历（2 分）； 3、患者基本信息完整（置管时间、首次透析时间和身份证号码等），与数据库上报内容相符（3 分）；（漏报、填写不完整酌情给分，如有虚报，不得分）； 4、诊断信息完整（包括肾脏原发病必填、并发症），与数据库上报内容相符，（3 分）；（漏报、填写不完整酌情给分，如有虚报，不得分）；	查 阅 相 关 资 料，现场核查： 从住院系统和门诊系统调取 今年任意3到6月内诊断腹膜		

浙江省透析质量控制中心

	5、有患者培训计划及考核制度（1分），培训及考核记录完整（1分）； 6、随访时按 SOP 要求内涵对患者进行评估及宣教，结果记录填写完整（3分）； 7、患者实验室检查及时、记录完整（2分）； 8、透析处方及药物医嘱完整，有及时更新（2分）； 9、腹膜炎记录完整（包括时间，培养结果，处理及预后），并与数据库上报内容相符（4分）；（漏报、填写不完整酌情给分，如有虚报，不得分）； 10、退出病人资料完整，与上报数据库内容相符，有相关随访记录、退出原因和死亡原因记录（4分）；（漏报、填写不完整酌情给分，如有虚报，不得分）。 11、为患者提供居家透析紧急求助咨询电话或其他互联网咨询途径，现场查看相关记录（2分） 12、开展血清前白蛋白，B2-MG 的检查，转铁蛋白饱和度检查（1分）	炎的发生病例，查看相关数据登记		
六质量改进 (5分)	1、有质量管理制度与岗位职责，对透析相关质量指标进行目标设定及监测，定期开展科室腹透质控会议，有记录，有分析。（2分） 2、至少有一项全员参与的腹膜透析持续质量改进项目，持续改进有成效。（3分）			
七、CKD-MBD 管理专项检查 (15分)	1. 按要求定期检查血钙，血磷，PTH 等检查。（至少每三个月一次，）（5分） 2. 按 CKD-MBD 指南要求开展规范化治疗。（4分） 3. 有定期血管钙化评估（心超评估瓣膜钙化，侧位腹部 X 平片评估腹主动脉钙化，或 CT 评估血管钙化，每年至少一次）（2分），（钙化评估率 20%及以上给予 2 分，钙化评估率<20 % 给予 1 分，未开展 0 分） 4. PTH 大于 600pg/ml 的患者否规范化治疗（如甲状旁腺 B 超等的检查，药物调整是否规范，甲状旁腺手术等）（4分）	检查各中心血钙，血磷，PTH 达标率，PTH>600pg/ml 比例，抽查 5		

浙江省透析质量控制中心

	附：腹主动脉钙化半定量评估方法：评估腰 1-腰 4 椎体对应的腹主动脉前壁、后壁钙化的严重程度，根据各个节段钙化累及范围给予分值：0 分（无钙化沉积），1 分（钙化范围小于主动脉纵壁 1/3），2 分（钙化范围达到主动脉纵壁 1/3-2/3），3 分（钙化范围大于主动脉纵壁 2/3），累及各个节段得分的总和为该患者腹主动脉钙化积分（0-24 分）；总分 ≤4：无或轻度钙化；5-15 分：中度钙化；16-24 分：重度钙化。	例患者的检查和治疗。		
八、检查问题整改（5 分）	针对前一年质控检查中存在的问题进行相应整改，并有成效。	由透析质控中心提供前一年质控检查报告		
九、腹透上报数据真实性核查 （发现数据虚报单位，本次检查得分为 0 分，并全省通报）	1. 核查腹透数据库、质控上报数据中相关数据的真实性，重点化验数据是否正确，是否存在虚报。 2. 核查实际透析病例数，上报病例数是否一致。	1.对透析数据直报单位、软件未对接单位、疑似数据上报有问题单位进行重点检查 （透析质控中心提供出现多条类似重复检		

浙江省透析质量控制中心

		验数据单位和 质控关键指标 达标率超常单 位) 2.质控中心提 供各单位目前 上报透析病人 数，现场核查 在透病人数		
合计（100 分）				

被检查单位反馈意见：

被检查单位亮点：

被检查单位存在问题：

检查专家签字：