

浙江省透析质量控制中心

浙江省透析质量控制中心

血液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
血透负责医生与联系电话	血透负责护士长与联系电话		
透析室医师数	5年内有培训证书医生数		
透析室护士数	5年内有培训证书护士数		
透析室工程技术人员	专职 兼职 人数	透析机台数	
开展血透时间	年 月	透析次数/月	
透析液钾浓度	2.0, 2.5, 3.0 (可多选)	透析液钙浓度	1.25, 1.35, 1.5, 1.75 (可多选)
2023年ESRD血液透析患者死亡人数	2023年ESRD血液透析患者自动出院人数		
2023年乙肝阴转阳人数	2023年丙肝阴转阳人数		
2023年HIV阴转阳人数	2023年梅毒阴转阳人数		
目前在院ESRD血液透析患者总例数	其中乙肝病人人数		
丙肝HCV-Ab阳性人数	丙肝HCV-RNA阳性人数		
梅毒病人人数	艾滋病病人人数		

浙江省透析质量控制中心

高通量透析数(每周至少两次及以上)		低通量透析人数	
HDF 人数		内瘘例数	
长期管例数		临时管例数	
糖尿病病人数		每周透析三次及以上病人数	
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 D 检查	开展/未开展	血 25 羟维生素 D 监测率	
血透质控数据上报形式	软件上报/网上直报	血透数据库软件名称	
软件是否与医院检验等系统对接	是/否		

浙江省透析质量控制中心

浙江省透析质量控制中心

透析用水和反渗水情况调查表

医院全称					
反渗机	单级反渗 //	双级反渗	反渗水管路消毒	热消毒	化学消毒
一级反渗	国产	进口	二级反渗	国产	进口
硬度监测频率			余氯监测频度		
透析液 A 液	中央供液	A 液筒	A 粉	透析液 B 液	中央供液
					B 液
					B 粉
					Bicart 粉
透析机细菌过滤器	全部安装	部分安装			
反渗水和透析液细菌培养方法			反渗水和透析液内毒素测定方法	定性	定量
				半定量	
最近一次反渗水细菌培养结果			最近一次反渗水内毒素监测结果		
最近一次透析液 1 细菌培养结果			最近一次透析液 1 内毒素培养结果		
最近一次透析液 2 细菌培养结果			最近一次透析液 2 内毒素培养结果		
最近一次透析液 3 细菌培养结果			最近一次透析液 3 内毒素培养结果		

被检查单位反馈意见:

浙江省透析质量控制中心

血液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
<p>一、结构布局</p> <p>血液透析室分区布局、设施设备符合国家法律法规及行业规范的要求。（5分）</p>	<p>1. 结构布置合理（3分）：透析治疗区与功能区设置规范，清洁区和污染区分开，有符合面积要求的水处理间，有配液室/透析液储存室，办公室和生活区，干湿库房分开，有废弃物储存室</p> <p>2. 透析治疗区（2分）：透析单元面积 3.2m²以上，配备供氧装置，负压吸引装置，除颤器，抢救车配备完整，急救药品齐全、无过期药品。</p>	现场查看		
<p>二、工作人员</p> <p>医、护、技岗位专业设置满足医院功能与任务要求。（10分）</p>	<p>1. 有不同工作人员的岗位职责，有不同工作人员培训方案和培训课件等（1分）。</p> <p>2. 医生数量符合要求，至少有 2 名医生（30 台内机器，1分）；在此基础上每增加 10 台机器增加一名医生。（1分）</p> <p>3. 医生接受过血液透析专业培训，有至少 3 个月及以上血透室进修培训经历或三级医院血透室工作经历（1分），有血透质控班培训证书（1分），5年内再培训率至少 60%（包括省级和地区透析质控培训，培训</p>	查阅相关资料		

浙江省透析质量控制中心

	<p>时间至少 2 天);</p> <p>4. 护士数量符合要求, 每个护士最多同时负责 5 台透析机的操作和观察 (2 分) (查看排班表);</p> <p>5. 护士接受过血液透析专业培训, 有至少 3 个月及以上血透室进修培训经历或三级医院血透室工作经历 (1 分), 有血透质控班培训证书 (1 分), 5 年内再培训率至少 60% (包括省级和地区透析质控培训, 培训时间至少 2 天);</p> <p>6. 有工程技术人员, 且 >20 台机器有专职工程技术人员 (1 分)。</p>			
<p>三、护士操作规范</p> <p>(5 分)</p>	<p>1. 查对制度 (1 分): 身份核对, 操作 (含用药) 核对。</p> <p>2. 规范操作 (1 分): 护理操作戴手套, 每个患者更换手套, 换手套时洗手, 每个患者治疗结束擦拭机器等物品表面。</p> <p>3. 上下机操作规范 (2 分)。</p> <p>4. 透析记录单完整清晰、执行者签名及时 (1 分): 记录不完整扣 0.5 分, 没有签名扣 0.5 分。</p>	<p>现场查看</p>		
<p>四、消毒监测和设备维护</p> <p>血液透析机与水处理</p>	<p>1. 每月有空气细菌培养, 物品表面细菌培养, 医务人员手培养 (1 分)</p> <p>2. 反渗透水监测: 每月反渗透水管路末端取样、细菌培养方法正确 (TGEA), 结果达标, 每 3 个月内毒素定量检测且结果达标、每日有反渗透水总氯和硬度监测并达标, 每年化学污染物检测达标。(1 分)</p>	<p>现场查看</p> <p>查阅相关资料</p>		

浙江省透析质量控制中心

<p>设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。(5分)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. 透析液监测（透析器入口取样）：每台机器每年至少测定一次，细菌培养方法（TGEA）正确，结果达标，每3个月内毒素定量检测且结果达标（1分） 4. 每次血液透析治疗结束机器消毒，更换透析床或透析椅必要物品（1分） 5. 反渗透水和透析机等设备定期维护保养，检修记录完备（1分） 			
<p>五、患者管理 (25分)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有接诊、登记相关制度，每位患者有专用的透析病历（包括电子病历）（1分） 2. 有血液透析常见并发症的处理流程，应急预案与演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价（1分）。 3. 患者基本信息完整（重点检查首次透析时间和身份证号码等）（2分） 4. 首次病程记录完整（2分） 5. 原发病诊断信息完整（肾脏原发病必填，不清楚写不明原因）（3分） 6. 药物医嘱记录完整，有及时更新，核查病人门诊和住院用药记录（3分） 7. 透析方案记录完整，有及时更新，核查透析单（2分） 8. 血管通路记录完整，更换后有及时更新，有建立时间和启用时间（2分） 9. 患者每季度有评估和分析（2分） 10. 死亡患者有死亡原因记录和分析，自动出院病人有最终转归追踪（3分） 11. 转归记录填写完整和及时（2分） 	<p>现场查看，抽查至少10份病历 不符合率超过50%，该小项不得分</p>		

浙江省透析质量控制中心

	12. 开展血前白蛋白, B2-MG, 转铁蛋白饱和度等检查。(2分)			
<p>六、医院感染管理控制</p> <p>严格执行医院感染管理制度与流程, 有完整的监测记录与应急管理预案。</p> <p>(16分)</p>	<p>1. 有针对血液透析管理的医院感染管理的相关制度与具体措施。(1分))</p> <p>2. 有定期院感培训和记录, 手卫生等监测。(2分)</p> <p>3. 有医院感染紧急情况的处理预案, 并能定期演练。(2分)</p> <p>4. 设立乙肝/丙肝/梅毒的独立治疗区域或专用机器(1分)</p> <p>5. 物品药品使用应实施单程供应策略: 配备乙肝或丙肝的专用操作物品, 若用治疗车应专用, 物品和药品不能在传染病区和非传染病区交叉使用(2分)</p> <p>6. 对新入透析患者检查乙肝、丙肝、梅毒及艾滋病, HBV 抗原阳性患者检查 HBV-DNA, HCV 抗体阳性患者检查 HCV-RNA, 长期透析患者每半年复查一次;(4分)</p> <p>7. 肝素和封管液以及透析中输液的配制在治疗准备室进行(1分);</p> <p>8. 严格执行透析中心(室)一次性使用耗材的使用(1分);</p> <p>9. 有针刺伤的紧急处理流程(0.5), 医护人员熟悉上报流程(0.5分)</p> <p>10. 两班之间有清场和消毒(1分)</p>	<p>现场查看 查阅相关资料</p>		

浙江省透析质量控制中心

七、质量管理制度与紧急处理流程和预案 (5分)	<p>1. 有质量管理制度与岗位职责, 定期开展科室透析质控会议, 有记录, 有分析。(2分)</p> <p>2. 至少有一项血液透析室全员参与的持续质量改进项目, 持续改进有成效。(1分)</p> <p>3. 有对意外情况如停水, 停电, 火灾等的处理流程与应急预案, 有演练(至少每年一次), 有记录, 有讨论与评价。(2分)</p>			
八、CKD-MBD 管理专项检查 (15分)	<p>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)</p> <p>2. 按 CKD-MBD 指南要求开展规范化治疗。(4分)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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 1/3-2/3, 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: 中度度钙化; 16-24 分: 重度钙化。</p>	<p>检查各中心血钙, 血磷, PTH 达标率, PTH ≥ 600 的比例, 抽查 5 例患者的检查和治疗情况。</p>		
九、血管通路和透析充分性专项	<p>1. 开展高通量透析比例≥50%。(3分) 若<50%, 相应减分。(高通量透析定义为每次透析都使用高通量透析器,</p>	<p>检查透析记录单 导管感染细菌</p>		

浙江省透析质量控制中心

<p>检查</p> <p>(10分)</p>	<p>高通量标准：超滤系数$>20\text{ml}/(\text{h}\cdot\text{mmHg})$)</p> <p>2. 透析导管相关感染预防和处置合理。(3分) (参照中国血液透析用血管通路专家共识(第2版))。存在处理不规范, 相应减分。</p> <p>3. 动静脉瘘和移植血管穿刺管理规范, 不存在不规范使用扣眼穿刺。(4分) (包括穿刺消毒不规范, 扣眼穿刺应用不规范, 扣眼穿刺比例高等)</p>	<p>培养和病程记录, 现场考核, 实地查看内瘘穿刺情况。</p>		
<p>十、 检查问题整改</p> <p>(4分)</p>	<p>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。</p>	<p>由透析质控中心提供前一年质控检查报告</p>		
<p>十一、 血透上报数据真实性核查</p> <p>(发现数据虚报单位, 本次检查得分为0分, 并全省通报)</p> <p>如发现有化验数据漏报或选择性上报</p>	<p>1. 核查血透数据库、质控上报数据中相关数据的真实性, 是否存在虚报, 有无化验数据漏报或者选择性上报情况。</p> <p>2. 核查实际透析病例数, 上报病例数是否一致。</p>	<p>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</p>		

浙江省透析质量控制中心

<p>的情况,请检查专家备注说明。</p>	<p>3、各项指标（如血红蛋白、血白蛋白、血钙、血磷、甲状旁腺激素等）的抽血时间应为透析长间歇后的透析前抽血（如1、3、5血液透析的病人应抽周一透析前的血）；如发现为透析结束后抽血检测上报，则该项目分数为0分。</p>	<p>（对质控关键指标达标率超常单位重点核查有没有存在化验数据选择性上传上报情况。）</p> <p>2. 请质控检查专家现场登录被检医院透析管理软件和省透析质控上报网站同步核查在透病人数。</p>		
<p>十二、丙肝检查和治疗专项检查</p>	<p>1. 丙肝 HCV-Ab 阳性病人定期进行 HCV-RNA 检测。</p> <p>2. HCV-RNA 阳性病人按要求进行抗病毒治疗。</p>			

合计（得分）				
--------	--	--	--	--

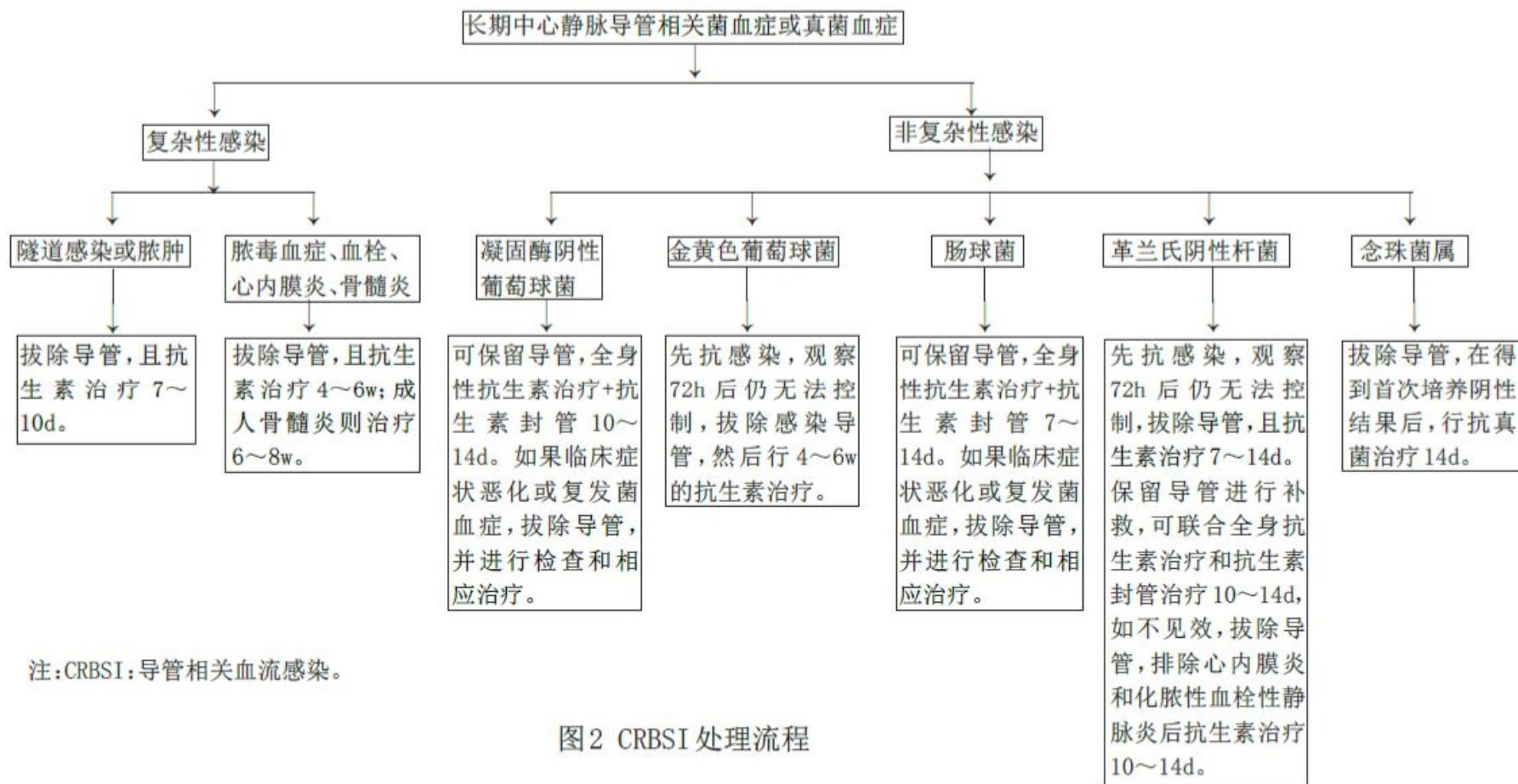


图2 CRBSI 处理流程

被检查单位意见反馈:

亮点:

存在问题:

检查人员签字: