

病理科十八项核心制度

1. 首诊负责制度
2. 三级查房制度
3. 会诊制度
4. 分级护理制度
5. 值班和交接班制度
6. 疑难病例讨论制度
7. 急危重患者抢救制度
8. 术前讨论制度
9. 死亡病例讨论制度
10. 查对制度
11. 手术安全核查制度
12. 手术分级管理制度
13. 新技术和新项目准入制度
14. 危急值报告制度
15. 病历管理制度
16. 抗菌药物分级管理制度
17. 临床用血审核制度
18. 信息安全管理

本制度依据国家《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》及《病理科建设与管理指南（试行）》等要求，结合医院病理科工作实际，将医院层面"十八项医疗质量安全核心制度"细化转化为病理科可执行的科室版本，作为科室质量管理的基本准则。

适用范围：本制度适用于病理科全体医、技、辅人员，涵盖标本接收、取材、制片、诊断、报告、会诊、档案、信息安全等病理检查全过程。

一、病理科首诊（首检）负责制度

1. 首诊（首检）负责制是指第一个接收病理申请单和标本的医师/技师，对本次病理检查的受理、核查、流程衔接和结果负责到底的制度。
2. 首检人员接到标本后，应当场核对患者姓名、性别、年龄、送检科室、标本部位、标本件数与申请单填写内容是否一致，核对无误后签收登记，双方签字确认。
3. 发现申请单填写不全、标本容器标签与申请单不符、标本干涸或容器破损等情况，首检人员有权拒收，并立即与送检医师联系，补全信息后方可接收，同时在登记本上注明。
4. 首检医师对病理诊断报告的首签负责；如对诊断有疑问，应主动提请上级医师复阅，不得推诿。
5. 会诊、借片、补取材等后续事宜，由首检人员负责衔接转办，保证流程不中断、责任不悬空。

二、病理科三级阅片（三级检诊）制度

1. 病理诊断实行三级检诊：一级为初检医师（住院/主治），二级为复阅医师（主治/副主任），三级为审核签发医师（副主任以上或经授权的高年资主治）。
2. 所有常规病理报告必须经初检医师阅片描述、复阅医师复核后方可发出；疑难、罕见、涉及重大手术的病例必须由三级审核签发。

3. 冰冻切片报告必须由具有冰冻诊断资质的高年资医师复核后口头报告，术后常规切片仍需三级阅片确认。
4. 低年资医师不得单独签发诊断报告，须在授权范围内在上级医师指导下阅片。
5. 三级阅片意见不一致时，提交科内疑难病例讨论，以讨论结论为最终诊断依据，并留有记录。
6. 各级阅片医师应在申请单/报告系统内留痕签名，明确各自责任。

三、病理科会诊制度

1. 会诊分为科内会诊（疑难病例讨论）、院内会诊（临床科室邀请病理医师参加）和院际病理会诊（外院切片/蜡块/病理资料会诊）。
2. 临床科室提请病理科会诊时，应提供完整的临床资料、术中所见及相关检查结果，病理科应在规定时限内安排相应资质医师参加。
3. 外院会诊：凭患者所在单位或患者的正式申请，核对身份证明后办理借片或会诊手续；院际会诊由副高以上职称医师出具会诊意见并签名。
4. 科内疑难病例会诊由科主任或上级医师主持，相关各级阅片医师参加，会诊结论如实记入会诊记录本及报告。
5. 遇有涉及医疗争议、鉴定用途的会诊，按医院有关规定执行，必要时两名以上医师共同签署会诊意见。
6. 所有会诊均应有登记、有记录、有签发人，会诊意见归入病理档案。

四、病理科分级授权管理制度

1. 病理医师实行分级授权管理，按职称、年资、培训考核情况划分为：
 - 一级：在上级医师指导下参与取材、阅片，不得单独签发报告；
 - 二级：可签发常规病理报告，可承担术中冰冻（须专项授权）；
 - 三级：可签发疑难复杂病例报告、院际会诊意见及冰冻报告审核。
2. 病理技术人员按岗位分为取材记录、包埋切片、染色、免疫组化、分子检测等专

项授权，未获授权人员不得独立上岗。

3. 授权实行动态管理，每年由科室质量管理小组结合考核情况复核一次；发生重大差错或考核不合格者，暂停或降级授权。
4. 新调入、新入职人员须经岗前培训、跟岗带教并考核合格后方可申请授权。
5. 授权文件、考核记录存入科室质量管理档案。

五、病理科值班和交接班制度

1. 科室实行工作日值班和节假日听班相结合的值班制度，值班人员应为有独立工作能力的医、技人员，名单每月公布。
2. 值班职责包括：急诊标本的处理、冰冻切片的配合与报告、设备突发故障的应急处置、危急值报告及与临床的沟通。
3. 冰冻切片须保证值班医师在岗，听班人员接到通知后应在规定时间内（一般不超过 30 分钟）到岗。
4. 交接班必须书面交接并签字，内容包括：在制标本数量及进度、待发的特殊报告、仪器设备运行状况、未处理完毕的临床沟通事项、安全隐患等。
5. 交接班不清造成后果的，由交班人和接班人共同承担责任；接班人未按时到岗，交班人不得离岗。

六、病理科疑难病例讨论制度

1. 以下情形必须提交疑难病例讨论：
 - 三级阅片意见不一致的病例；
 - 诊断不明确或鉴别诊断困难的病例；
 - 罕见、少见病例或新认识的病种；
 - 与临床诊断明显不符或临床有异议的病例；
 - 需加做特殊检查（免疫组化、分子检测、特殊染色等）方能明确的病例。
2. 讨论由科主任或上级医师主持，相关阅片医师、技术人员参加，必要时邀请临床

科室医师参加。

3. 讨论前由初检医师汇报病史、镜下表现及疑点；讨论应充分发言，记录不同意见及最终结论。
4. 讨论结论由主持人审核签发；讨论记录（时间、地点、参加人、意见、结论）归入病理档案，与报告编号对应。
5. 讨论后认为需进一步检查的，应在规定工作日内完成补充检查并反馈临床；需外院会诊的及时办理。
6. 鼓励将疑难病例纳入科室内学术活动，积累资料，但不得泄露患者隐私。

七、急危重症患者病理检查与术中冰冻快速诊断制度

1. 为满足急危重症及术中快速诊断需要，科室制定术中冰冻切片检查制度，并建立急诊绿色通道。
2. 冰冻切片检查限于：
 - 需要确定病变性质（良恶性），以决定手术方案；
 - 了解肿瘤切缘情况；
 - 确定切除组织来源及有无病变。 不允许用于：骨组织、脂肪过多组织、过小标本（如<0.2cm）、疑为淋巴瘤标本、需要依据核分裂像或免疫组化才能定性的标本等，应提前告知临床改做快速石蜡或常规检查。
3. 冰冻申请应由手术医师提前预约并填写专用申请单；病理科接到标本后应立即处理，诊断医师应在接到标本后（30 分钟内）作出口头报告，并双人在记录本上签字。
4. 冰冻报告为初步诊断，最终诊断以常规石蜡切片为准；报告发出后应及时与手术医师沟通，如有更正须在 24 小时内书面通知手术科室。
5. 急危重症患者送检的小标本、内镜标本等按急诊处理，优先取材、优先制片、优先阅片。

八、病理科术前讨论制度

1. 对预计需行术中冰冻的患者，术前一日由手术医师、麻醉医师、病理医师共同参加术前讨论（可通过病历系统/晨会形式进行）。
2. 讨论内容包括：送检目的、拟送检部位与份数、冰冻的适应性与局限性评估、替代方案（快速石蜡）等。
3. 病理科在讨论中应明确告知冰冻诊断的局限性和延迟/不能诊断的可能性，并与临床达成共识。
4. 讨论情况记入术前讨论记录，病理科留存参与记录。
5. 对高风险、新开展术式或特殊部位（如脑、脊髓、纵隔）冰冻，应通知科室负责人到场或亲自阅片签发。

九、死亡病例病理讨论（尸检）制度

1. 临床死亡病例需行尸检的，按《医疗事故处理条例》及医院规定，在患者死亡后48小时内（具备冻存条件的可延长至7日）提出并实施。
2. 尸检必须经死者近亲属同意并签字；涉及纠纷的按相关规定由医患双方共同在场或请法医参与。
3. 尸检病理诊断由副高以上医师签发；尸检报告应在尸检后45日内发出，并参加临床死亡病例讨论会。
4. 科室内部对死亡病理病例进行复盘讨论，总结经验教训，记录归档。
5. 尸检标本、大体照相、组织块、切片等按有关规定妥善保存。

十、病理科查对制度

1. 查对贯穿病理检查全过程，实行"申请单一标本标签一患者信息"三对照，每个环节操作前、操作中、操作后各查对一次并签名。
2. 接收查对：核对申请单各项内容与容器标签、标本性状、件数，不符者拒收。
3. 取材查对：取材前核对标本与编号；取材块数、部位如实记录并编号入脱水盒，