

全国肺栓塞和深静脉血栓形成 防治能力建设项目

关于开展全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目 2021年第二批静脉血栓防治中心认证的通知

为规范我国院内 VTE 的临床管理，构建各级医院内 VTE 防治管理体系，制定有效的预防方法和策略，改善患者预后，提高医疗质量，保障住院患者医疗安全，降低 VTE 导致的疾病负担，从而提升我国 PE 和 DVT 的综合防治水平。

自全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目启动以来，目前已有 850 余家医院报名参加建设，2019 年 4 月-2021 年 1 月共认证五批，总计 145 家单位接受了专家评审。

2021 年第二批静脉血栓防治中心评审认证已启动，所有报名参加项目并审核通过的单位均可申请认证。申请单位需提交认证知情同意书、在线填报医院自评表及上传认证材料，待项目组审核后根据认证材料情况与提交顺序，择优安排评审。最终认证结果经专家管理委员会讨论确认。通过认证的单位颁发证书，有效期 3 年，定期复核。项目设置优秀单位和达标单位。

欲参加 **2021 年第二批认证的单位请在 4 月 20 日之前** 登陆项目官网，根据医院等级参考《二、三级医院中心建设标准》并按要求填写医院自评表及上传认证材料，审核合格的单位项目办工作人员将随后沟通确定评审计划。**4 月 20 日之后** 提交材料的单位认证时间延后。

认证方式及流程后续将正式通知，如有疑问，请联系项目办公室：

联络人：陈柳、绳明伟

电 话：13611282005（同微信）

邮 箱：VTE20181013@126.com

网 址：<http://www.thrombosischina.cn>

地 址：北京市朝阳区樱花园东街2号中日友好医院行政办公楼207

附件：

1. 《院内工作流程》
2. 《院内认证知情同意书》
3. 《三级医院中心建设标准》
4. 《二级医院中心建设标准》
5. 《医院申请认证资料填报操作说明》

全国肺栓塞和深静脉血栓形成
防治能力建设项目办公室
项目办公室
2021年3月



附件 1:

全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目 医院工作流程

一、报名全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设（VTE）项目

1. 登录项目官方网站进行注册：

(1) 网站地址：<http://www.thrombosischina.cn/>

(2) 填写基本信息

(3) 上传医院《医疗机构执业许可证》

2. 填写《院内 VTE 防治情况现状调查表》：

(1) 网站地址：<https://jinshuju.net/f/Cw7sTB>

(2) 请按照本院实际情况，如实填写信息

3. 项目办公室工作人员审核医院注册信息，确认资料完整无误后通过注册审核。

二、启动院内 VTE 防治体系建设工作

1. 根据项目官方网站发布的技术方案、建设标准，推进本单位医院内 VTE 防治单位建设工作。

2. 首次开展中心建设的单位，可报名参加项目统一组织的参访交流班。（每期参访都会提前发布正式通知，请随时关注）

三、申请评审认证

1. 建议医院完成以下工作后申请评审认证：

(1) 医院成立院内 VTE 防治单位组织架构，实际运行 3-6 个月以上；

(2) 规范了院内 VTE 防治单位建设的主要环节；

(3) 院内流程进行了优化，制定了院内 VTE 防治单位管理制度；

- (4) 针对本院进行了全面的培训。
2. 登录项目官方网站进行申请参与认证（操作流程见附件 1）
- (1) 网站地址：<http://www.thrombosischina.cn/>；
- (2) 下载《医院认证知情同意书》模板（见附件 2），医院负责人（院长）签字并加盖医院公章扫描上传至官网；至项目审核
- (3) 根据医院等级参考《VTE 三级医院中心建设标准》、《VTE 二级医院中心建设标准》进行自查自评并按要求上传认证材料；
3. 评审后的单位，将医院认证知情同意书、现场签到表原件、以及 VTE 相关的手册、书等纸质版材料邮寄至项目办公室；现场照片、汇报 PPT 和相关电子版 VTE 材料请发送至项目办邮箱。

四、认证流程

认证方式及流程后续正式通知,请报名认证的单位先完成申请认证流程。

五、通过认证

1. 认证结果将在项目官方网站进行公示和发布，择期安排授牌仪式。
2. 认证结果有效期为 3 年，每年需提交年度工作汇报，项目组定期安排抽查。
3. 认证有效期到达前 6 个月在线提交复核申请，复核通过的单位可继续使用认证标志。

附件 2:

全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目 医院认证知情同意书

根据国家卫生健康委员会《关于同意开展加强肺栓塞和医院内静脉血栓栓塞症防治能力建设项目》（国卫医资源便函[2018]139号）的精神和要求，提升我国整体 VTE 防治水平，促进分级诊疗政策落地，启动全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目，通过标准推广、建立体系、上下转诊、科学研究，规范我国医院内 VTE 的临床管理，构建各级医院内 VTE 防治管理体系，减少致死性 VTE 的发生。

VTE 项目通过开展静脉血栓防治中心认证工作，促进各级医院 VTE 防治体系的构建，提升医疗质量与安全。全国二级（含）以上医疗机构均可报名参与中心建设和认证工作，审核合格的单位将沟通确定实地评审计划，认证结果经专家管理委员会投票通过，通过认证的单位需履行静脉血栓防治中心职责，颁发证书，有效期 3 年，定期复核

全国肺栓塞和深静脉血栓形成
防治能力建设项目办公室

我院已参加“全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目”并开展静脉血栓防治中心建设工作，现正式申请认证“全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目静脉血栓防治中心”。

我院同意项目组对我院进行静脉血栓防治中心认证相关工作。认证通过后，将根据项目组统一要求开展系列推进工作。

医院名称：_____

院长签字：_____

时 间：_____

联系人姓名及电话：_____

附件 3:

全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目单位实地认证评分表

(三级医院 2020 版)

| 一票否决项 | 成立医院内 VTE 防治管理委员会 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
|--------------|------------------------|--|---|---|--|----|--|
| | 实现住院患者 VTE 风险评估与预防信息化 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
| 医院名称: | | 总分: 100 分 | | | | | |
| 编号 | 评审项目 | 评审细则 | 评审方法 | 评分标准 | 分值 | 得分 | |
| | 组织管理 (20 分) | 医院 层面 | 成立医院内 VTE 防治管理委员会 | | | | |
| 1-1-1 | | | 院长（或主管医疗业务副院长）担任主任委员，主持并推动防治中心的建设 | 提供资料： 1) 医院关于成立医院内 VTE 防治管理委员会的正式红头文件 2) 根据《建设标准》，结合医院实际情况，制定适合本院项目的建设标准和条目，内容包括但不限于《建设标准》涵盖内容 3) 管理工作例会会议记录 4) 根据最新的项目指导，定期修订与更新相关制度与流程（提供不断更新的版本记录），至少每年修订一次 | 有相关正式红头文件（0.5 分） 文件内容符合要求（加 0.5 分） | 1 | |
| 1-1-2 | | | 明确组织架构，由医院相关医政管理部门负责人和临床相关科室负责人组成 | | 符合要求（1 分） | 1 | |
| 1-1-3 | | | 根据本单位的实际情况制定医院内 VTE 防治管理制度 | | 有管理制度（0.5 分） 制度内容符合要求（加 0.5 分） | 1 | |
| 1-1-4 | | | 定期组织召开管理工作例会，对相关工作进行总结梳理和持续改进 | | 定期召开工作例会（0.5 分） 会议频次不少于每季度一次（加 0.5 分） | 1 | |
| 1-1-5 | | | 根据最新的项目指导，政策法规，结合医院情况，定期修订与更新管理制度与工作流程等文件 | | 符合要求（1 分） | 1 | |

| | | | | | | |
|--------|--|--|---|------------------------------------|---|--|
| 1-1-6 | | 制定医院内 VTE 应急预案与处理流程，成立医院内 VTE 快速反应团队 | 提供资料： 应急预案与快速反应团队相关文件资料 | 有应急预案与处理流程（1分） 成立快速反应团队有案例（加1分） | 2 | |
| | | 成立医院内 VTE 防治管理办公室 | | | | |
| 1-1-7 | | 医院应成立医院内 VTE 防治管理办公室，负责相关工作的具体执行与日常运行 | 提供资料： 1) 医院关于成立医院内 VTE 防治管理办公室的正式红头文件 2) 文件内容包含但不仅限于《建设标准》涵盖内容，需根据医院实际情况，制定适合自身建设的条目 3) 办公室成员与职责名单 4) 开展质量控制、监督反馈与持续改进的工作记录或资料 | 有相关正式红头文件（0.5分） 文件内容符合要求（加0.5分） | 1 | |
| 1-1-8 | 管理办公室成员应包括医务处、护理部、医疗相关科室与信息部门管理人员等 | 符合要求（1分） | | 1 | | |
| 1-1-9 | 人员构成合理，职责明确 | 符合要求（1分） | | 1 | | |
| 1-1-10 | 按要求开展质控、监督反馈和持续改进工作 | 符合要求（1分） | | 1 | | |
| 1-1-11 | 负责开展日常的院内培训：包括针对院内医政管理人员的培训、医护人员的培训和医技人员的培训等 | 符合要求（1分） | | 1 | | |
| | | 设置 PE 和 DVT 诊疗相关科室 | | | | |
| 1-2-1 | | 医院应设置呼吸与危重症医学科、心血管内科、血管外科、急诊医学科、影像科、超声科、检验科、介入科等与 VTE 预防和救治相关的诊疗科室 | 现场查看或提供资料： 1) 医院诊疗科目 2) 楼层指示 3) HIS 系统显示等 | 根据科室设置情况，专家酌情评分（2分） 未设置不得分 | 2 | |
| | | 明确医院内 VTE 高危科室 | | | | |
| 1-2-2 | | 有医院正式文件，根据医院具体情况，明确医院内 VTE 高危科室 | 提供资料： VTE 高危科室目录 | 符合要求（2分） 未明确设置不得分 | 2 | |
| | | 高危科室成立 VTE 防治管理小组 | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|------------------------------|---|--|---|--|---|--|
| 1-2-3 | | | 科主任为 VTE 防治管理小组第一责任人，科室医护人员作为小组核心成员 | 提供资料： 1) 高危科室 VTE 防治管理制度 2) 高危科室 VTE 防治小组人员与 VTE 联络人备案表 3) 高危科室的专科预防方案与工作自我评估报告 4) 科室应急预案 5) 根据最新的项目指导，定期修订与更新科室相关管理文件，至少每年一次 | 符合要求（1 分） | 1 | |
| 1-2-4 | | 设置科室 VTE 应急小组与科室 VTE 联络人，并向医务管理部门与院内防治管理办公室备案 | 各高危科室均设置应急小组（0.5 分） 各高危科室均确定联络人（加 0.5 分） | | 1 | | |
| 1-2-5 | | 科室制定本科室的 VTE 防治管理制度、专科应急预案，并持续改进 | 有管理制度制度（1 分） 有专科应急预案与预防方案预案（加 0.5 分） 开展工作且持续改进（加 0.5 分） | | 2 | | |
| | 医疗技术 (30 分) | 学科设置 | 配备具有相关资质的专业技术人员 | | | | |
| 2-1-1 | | | VTE 诊治相关临床科室专业医师配置应满足临床医疗工作需求，院内 VTE 救治团队应制定 24 小时排班及备班机制，做到院内新发 PE 及 DVT 及时救治 | 提供资料： 1) 医师名单与简介，排班表 2) 护理人员名单与具体职责，护理记录 3) 医技科室的人员名单与简介 | 专家根据医院专业技术人员配备情况，在分值权重范围内酌情给分（1 分） 无相应专业技术人员不得分 | 1 | |
| 2-1-2 | | | 高危科室应有熟悉 VTE 防治的专科医疗及护理人员 | | | | |
| 2-1-3 | | | 医技人员：VTE 相关的检验科、影像科、超声科、药剂科等专业技术学科人员配置满足医疗工作需求 | | | | |
| | | | 门诊设置 | | | | |
| 2-1-4 | | | 具有独立/挂靠相应科室的专病门诊（血栓门诊、抗凝门诊或血管病门诊） | 提供资料： 1) 专病门诊设置证明 2) 门诊排班表 3) 挂号系统显示等 | 独立开设（1 分） 挂靠开设（0.5 分） 未开设不得分 | 1 | |
| | | | 病房设置 | | | | |

| | | | | | | |
|-------|-------------|---|--|---|---|--|
| 2-1-5 | | 设置呼吸或内科重症监护室 (RICU/MICU)或外科重症监护室(SICU)住院床位, 收治危重的 PE 和 DVT 患者 | 提供资料: 过去 1 年内收治 VTE 相关患者数及病历(电子版) 现场查看: 可收治危重的医院内 PE 和 DVT 患者的病床或科室 | 设置相关床位 (0.5 分) 有专业 ICU 相关床位或科室 (加 0.5 分) 未设置不得分 | 1 | |
| | | 多学科联合诊疗制度 | | | | |
| 2-1-6 | | 医院应建立多学科联合诊疗制度 | 提供资料: 1) 多学科联合例会制度或者联合查房制度或者联合会诊制度文件 2) 多学科讨论会议通知 3) 会议记录 4) 签到表 | 有相关制度 (1 分) | 1 | |
| 2-1-7 | | 多学科联合诊疗应由 VTE 防治的相关学科专家共同参与, 联合会诊应体现多学科专家诊疗意见 | 5) 现场照片 6) 多学科联合诊疗患者数量及名单 7) 多学科联合诊疗患者病历资料 8) 现场查看绿色通道的制度及流程 | 有多学科参与 (0.5 分), 多学科专家诊疗意见有体现 (加 0.5 分) | 1 | |
| 2-1-8 | | 至少每季度举行 1 次多学科联合查房或联合会诊; 建立院内 DVT 及 PE 诊治的绿色通道 | | 联合诊疗频次不低于每季度一次, 专家根据开展情况, 在分值权重范围内酌情给分 (1 分) | 1 | |
| 2-2-1 | 预防能力 | 医院应对住院患者进行 VTE 风险评估, 制定针对所有住院患者的 VTE 风险评估标准化流程与规范制度 | 提供资料: 1) 信息科提供统计数据 2) 评估量表嵌入信息系统的照片或证明材料 3) 病历医嘱与护理记录等证明材料 | 医院应用信息化的 VTE 风险评估量表, 并对中高危患者有明确标识 (1 分) | 1 | |
| 2-2-2 | | 医院应对有 VTE 风险的住院患者进行出血风险评估 | | 医院应用信息化出血风险评估量表, 并对高危患者有明确标识 (1 分) | 1 | |
| 2-2-3 | | 医院应为具有 VTE 风险的住院患者提供适合的药物预防与机械预防措施 | 现场查看: 1) 抗凝药物、机械预防设备 2) 在科室调取在院运行病历, 查看预防情况, 以及医护人员评估量表操作和理解 | 医院应用信息化预防措施评估量表, 根据诊疗指南推荐意见, 实施恰当的药物预防和机械预防措施 (2 分) 根据诊疗指南推 | 2 | |

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|--|---|--|
| | | | 3) 中/高危患者标识 | 荐意见, 实施基本正确的药物预防和机械预防措施 (1 分) | | | | |
| | | 开展诊断 PE 与 DVT 相关疾病检查与检验技术 | | | | | | |
| 2-3-1 | | 24 小时凝血监测 (能在 2~4 小时内提供结果) | 提供资料: 1) 检验科提供已开展的相关检验技术的例数 2) 影像科室提供已开展的相关检查的例数 3) 药剂科提供医院药品目录 4) 临床专业科室提供溶栓、手术或介入治疗的例数、病历资料 现场查看: 1) 现场抽查 5 份确诊 VTE 的病历, 查看检验、检查及用药规范程度; 2) 在科室调取在院 VTE 患者, 查看诊治情况 | 每项已开展 (0.5 分) 专家根据评分细则与要求, 在分值权重范围内对开展情况酌情给分 (0.5 分) | 7 | | | |
| 2-3-2 | 24 小时心脏标志物检测 (至少包括肌钙蛋白、脑钠肽等检测) | | | | | | | |
| 2-3-3 | 24 小时床旁心电图和超声心动图检查 | | | | | | | |
| 2-3-4 | CT 肺动脉造影 (CTPA) 检查, 并设立 24 小时绿色通道 | | | | | | | |
| 2-3-5 | 肺通气/灌注 (V/Q) 显像检查 | | | | | | | |
| 2-3-6 | 肺动脉造影检查 | | | | | | | |
| 2-3-7 | 开展静脉造影、床旁下肢静脉超声等确诊 DVT 的相应检查 | | | | | | | |
| | 具备 PE 与 DVT 相关疾病治疗能力 | | | | | | | |
| 2-3-8 | 具有满足临床需求的溶栓药物 (rt-PA、尿激酶、链激酶等); 具有满足临床需求的抗凝药物 (普通肝素、低分子量肝素、华法林、磺达肝癸钠、阿加曲班、比伐卢定、直接口服抗凝药物等) | 具有基本溶栓药物和抗凝药物 (普通肝素、低分子量肝素、华法林等) (0.5 分) 具有全部类型的溶栓和抗凝药物 (加 0.5 分) 医生能用药合理 (加 1 分) | | | | | 2 | |
| 2-3-9 | 能够开展溶栓、手术或介入等治疗 | 可开展溶栓治疗 (0.5 分)、介入治疗 (加 0.5 分)、手术 (加 0.5 分) | | | | | 2 | |

| | | | | | | |
|-------|--|--------------------------------------|--|--|---|--|
| | | | | 专家根据评分细则与要求，在分值权重范围内对医院一年开展溶栓、手术、介入治疗情况酌情给分（加 0.5 分） | | |
| | | 明确重点监测的 VTE 相关质控指标 | | | | |
| 2-4-1 | | 过程指标： VTE 风险评估率 | 提供资料： 1) 相关质控指标及计算所需原始数据，由医务管理部门盖章确认 | 高危科室患者 VTE 风险评估率 $\geq 90\%$ (2 分) $\geq 80\%$ (1 分) $\geq 70\%$ (0.5 分) $< 70\%$ (0 分) | 2 | |
| 2-4-2 | | 过程指标： 出血风险评估率 | 计算依据： VTE 风险评估率=完成评估人数/同期出院人数 | 高危科室患者出血风险评估率均 90% (2 分) $\geq 80\%$ (1 分) $\geq 70\%$ (0.5 分) $< 70\%$ (0 分) | 2 | |
| 2-4-3 | | 过程指标： 预防措施实施率 | 出血风险评估率=完成评估人数/同期出院人数 预防措施实施率=实施预防人数/同期出院人数 | 为中高危及风险的 VTE 患者提供相应有效的预防措施实施率 $\geq 70\%$ (2 分) $\geq 60\%$ (1 分) $\geq 50\%$ (0.5 分) $< 50\%$ (0 分) | 2 | |
| 2-4-4 | | 终末指标： 致死性肺栓塞发生率、医院相关性 VTE 发生率 | VTE 发生率=院内新发 VTE 人数/同期出院人数 PE 发生率=院内新发 PE 人数/同期出院人数 | 可提供终末指标如致死性肺栓塞发生率、医院相关性 VTE 发生率等 (1 分) | 1 | |
| | | 质量改进计划和持续改进 | | | | |
| 2-4-5 | | 通过实施医院内 VTE 防治能力建设，使过程指标和终末指标有改善趋势 | 提供资料： 1) 改进计划与实施文件 2) 改进前后的质控数据，由医务管理部门盖章确认 | 一年内各项指标的改善幅度 $\geq 30\%$ (1 分) $10\% - 30\%$ (0.5 分) 无改善不得分 | 1 | |
| | | 转诊会诊平台 | | | | |
| 2-5-1 | | 各医疗机构开展 VTE 防治相关的转诊和远程会诊 | 提供资料： 文字材料、协议、转诊量、远程会诊量、患 | 疑难危重患者进行远程会诊、转诊的机制建立并开展 (0.5 分) | 1 | |

| | | | | | | | |
|-------|--------------------|---|--|---|---|-------------------|---|
| | | | | 者病历等支撑材料 | 专家可根据评分细则与要求，在分值权重范围内对医院一年内转诊与远程会诊开展情况酌情给分（加 0.5 分） 未建立不得分 | | |
| 3-1-1 | 信息化 建设 (10分) | 专病 数据 库 | 使用项目认证的数据平台，或将本院数据接入项目数据平台，或医院自行建立专病数据库 | 提供资料： 1) 病历上传数据的照片或截图； 2) 数据管理制度文件； 3) 培训有培训课件、培训记录、参会人员签到表、现场照片 现场查看： 1) 现场查看数据库录入和调阅 | 符合要求（1分） | 1 | |
| 3-1-2 | | | 制定数据库的管理规范、使用细则及监督管理制度，并有数据的审核制度，确保数据库的真实、客观、准确 | | 符合要求（1分） | 1 | |
| 3-1-3 | | | 前期提供至少 1 年的病例数据，VTE 患者全部录入 | | 病例数据可提取（1分） VTE 患者数据全部录入（加 1分） | 2 | |
| 3-1-4 | | | 设置专职或兼职数据管理员 | | 符合要求（1分） | 1 | |
| | | | 医院应根据管理制度对相关人员进行数据库使用方法和相关制度培训 | | 符合要求（1分） | 1 | |
| 3-2-1 | 量表 信息 化 | VTE 相关评估量表（VTE 风险评估、出血风险评估、预防措施量表）达到信息化 | 提供资料： 1) 信息化评估量表的照片； 2) 统计数据 | 有信息化评估量表（1分） 可分析统计数据（加 1分） | 2 | | |
| 3-2-2 | | VTE 临床可能性评估量表（Wells 评分等）达到信息化 | | 有信息化评估量表（1分） 可分析统计数据（加 1分） | 2 | | |
| 4-1-1 | 护理管理 (10分) | 管理 制度 | 医院护理管理部门设有 VTE 防治专项护理管理小组，建立统一的 VTE 防治护理管理文件并根据行业标准的更新不断完善 | 随机抽取 10 份近一年的 VTE 风险中高危患者护理记录 现场查看： 实地查看患者预防措施应用情况、护理人员进行 VTE 风险评估的流程，以及与医生沟通的记录和实施 | 已建立护理管理组织架构（1分） 各项管理制度完善（加 1分） 有制度的更新记录（加 1分） | 3 | |
| 4-2-1 | | | 护理 | 护理人员（或医生）应对住院患者进行 | 提供资料： | 护理 VTE 执行风险评估到位（1 | 2 |

| | | | | | | | |
|-------|--------------------------|-------------|--|---|---|---|--|
| | | 能力 | VTE 风险评估, 并建立医护沟通机制 | 随机抽取 10 份近一年的 VTE 病例护理记录 现场查看: | 分) 与医生沟通准确有效 (1 分) | | |
| 4-2-2 | | | 根据风险评估分层能够实施相应的 VTE 预防措施 | 1) 在科室查看患者预防措施应用情况 2) 护理人员在 VTE 预防中的参与情况 3) 医护沟通情况 | VTE 预防措施实施正确 (1 分) | 1 | |
| 4-3-1 | | 专科培训 | 建立院内 VTE 防治护理相关培训制度并内容明确, 护理人员全员培训 2 次/年, 高危科室护理人员培训或病例分析每季度一次 | 提供资料: 1) 提供近一年内医院护理人员培训计划、讲稿或课件、培训记录/培训照片、培训人员/签到表 2) 提供新入职人员等相关人员培训计划和记录等 | 有医院护理年度培训计划 (1 分) 有培训记录且资料完整 (加 1 分) | 2 | |
| 4-4-1 | | 持续改进 | 医院应根据自身情况制定 VTE 防治护理质量评价标准、质量评价路径及每次质量评价记录和整改措施 | 提供资料: 1) 护理部有 VTE 防治护理质量评价规范和至少每季度一次质量评价记录 | 医院有 VTE 防治护理质量评价规范 (1 分) | 1 | |
| 4-4-2 | 定期总结分析 VTE 防治管理中护理评价相关指标 | | 2) 提供近一个年的护理相关评价指标完成率及记录, 包括 VTE 风险评估率、相关预防措施的实施率及措施应用的有效率等 | 有 VTE 防治护理相关指标监测且分析整改措施 (1 分) | 1 | | |
| 5-1-1 | | 管理制度 | 医院应制定 VTE 患者管理与随访的相关制度和流程, 并配备人员与场所 | 提供资料: VTE 患者管理与随访的相关管理制度文件 | 有制度和流程 (0.5 分) 有明确随访材料 (0.5 分) | 1 | |
| 5-2-1 | 患者管理 (10 分) | 健康宣教 | 医院应制定院内 VTE 防治相关知识宣教的管理制度 | 提供资料: 1) 宣教制度文件 | 已制定宣教制度 (1 分) | 1 | |
| 5-2-2 | | | 医院应通过多种途径开展 VTE 防治宣教工作 | 2) 提供宣教材料照片, 如健康教育板报、宣传栏、知识手册等 | 有宣教材料 (1 分) | 1 | |
| 5-2-3 | | | 针对中高危住院患者, 医院应积极宣教并指导患者进行 VTE 预防 | 提供资料: 一年内对患者、家属进行健康宣传的相关资料、照片或视频等 护理质量评价中有患者 VTE 防治相关知识知晓情况记录 | 有相关资料、照片或视频等 (1 分) 专家可根据患者宣教工作开展情况, 在分值权重范围内酌情给分 (1 分) | 2 | |

| | | | | | | | |
|-------|--|-----------------|--|---|--|---|---|
| | | | | 现场访谈： 由专家现场抽取 5-10 名高危科室住院患者（包含内、外科）进行现场询问 | | | |
| 5-2-4 | | | 医院应通过现场授课、报纸、杂志、广播、电视、微信等多种方式，对社会开展血栓防治教育活动 | 提供资料： 1) 宣传教育活动通知 2) 活动照片 3) 活动幻灯或讲稿 4) 媒体材料 | 宣教内容在国家级平台（2 分）、省级平台（1 分）、在市级或院级平台（0.5 分）展出 未开展不得分 | 2 | |
| 5-3-1 | | 出院后管理 | 医院应对 VTE 患者和中高风险患者进行出院后的健康指导，为出院患者复诊提供便利 | 提供资料： 1) VTE 患者管理相关材料 2) VTE 患者病历，查看是否继续对出院患者进行院外预防、用药咨询、康复指导以及复诊要求 3) 随访统计情况（随访率、不良事件报告表）、随访资料 | 患者管理工作有效开展（1 分） 未开展不得分 | 1 | |
| 5-3-2 | 医院应通过多种途径对出院患者进行随访，随访应及时、规律，并填写随访情况表和不良事件报告表 | | 专家可根据随访率与随访工作开展情况，在分值权重范围内酌情给分（2 分） | | 2 | | |
| 6-1-1 | 培训教学 (10 分) | 院内人员培训 | 医院有针对医院领导、医疗管理与行政人员的培训制度 | 提供资料： 1) 培训制度文件 2) 培训计划（包括时间地点、讲者、参加培训人员、培训主题等内容） 3) 讲稿或课件 4) 培训记录 5) 签到表 6) 能显示授课时间、包括讲者及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的培训场景的照片或视频资料 | 有培训制度和计划（1 分） 至少每半年一次（加 1 分） 各类人员的培训参加率≥80% （加 1.5 分） | 3.5 | |
| 6-1-2 | | | 医院有针对全院医护人员的培训制度，纳入入院培训常规内容，高危科室纳入新员工入科培训常规内容 | | 有培训制度和计划（1 分） 至少每季度一次培训（加 1 分） 各类人员的培训参加率≥80% （加 1.5 分） | 3.5 | |
| 6-2-1 | | 区域内其他基层医 | 医院应有针对一定区域内基层医务人员的 VTE 相关培训计划，以学术讲座、业务指导和远程教学等多种方式开展 VTE 预防和诊治相关知识培训，至少每季度 | | 提供资料： 1) 培训通知 2) 讲稿或课件 3) 培训记录 | 有培训制度和计划（1 分） 至少每季度一次培训（加 1 分） 专家可根据评分细则与要求，结合全年培训影响效果，在分值权 | 3 |

| | | | | | | | |
|-------|--|----------------|----------------------------|--|--|-----|--|
| | | 疗机构人员培训 | 一次 | 4) 签到表 5) 能显示授课时间、包括讲者及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的培训场景的照片或视频资料 | 重范围内酌情给分 (加 1 分) | | |
| 7-1-1 | 科研能力 (10分) *PE-DVT 相关领域 | 课题研究 | 近 3 年承担国家级科研项目* | 提供资料: 包括项目名称、编号、级别的表格, 由医院科研部门盖章确认, 最高累计 2 分 | 国家级课题 (2 分) 国家级项目子课题 (1 分) 参与国家级课题 (0.5 分) | 2 | |
| 7-1-2 | | | 近 3 年承担或参与省部级科研项目 | 提供资料: 包括项目名称、编号、级别的表格, 由医院科研部门盖章确认, 最高累计 1 分 | 负责项目 (1 分) 参与项目 (0.5 分) | 1 | |
| 7-1-3 | | | 近三年承担或参与市局级科研项目 | 提供资料: 包括项目名称、编号、级别的表格, 由医院科研部门盖章确认, 最高累计 1 分 | 负责项目 (0.5 分) | 1 | |
| 7-1-4 | | | 全国多中心临床研究 | 提供资料: 以医院机构为单位提供 3 年内药物或器械临床试验证明, 参与非药物临床试验证明, 必要时出具合同, 联合发表论文等材料, 最高累计 0.5 分 | 负责研究 (0.5 分) 参与研究 (0.25 分) | 0.5 | |
| 7-2-1 | | 科研成果 | 近 3 年以第一作者或通讯作者发表 SCI 收录论文 | 以自然年为准, 近 3 年以第一作者 (排名第一) 或通讯作者发表 SCI 收录论文的影响因子累积分值 提供材料: 科室准备的 SCI 论文首页, 由医院科研部门盖章确认 | 影响因子 ≥ 10 分 (1.5 分) 影响因子 ≥ 5 分 (1 分) 影响因子 ≥ 2 分 (0.5 分) | 1.5 | |
| 7-2-2 | | | 近 3 年以第一作者或通讯作者发表中文核心期刊论文 | 提供材料: 科研处出具证明, 提供论文首页复印件 | 数量 ≥ 10 (1 分) 数量 ≥ 5 (0.5 分) | 1 | |
| 7-2-3 | | | 近 3 年国家级、部 (省) 级科技成果 | 提供资料: 科研处出具证明, 提供获奖复印件, 最高累 | 国家级第一完成人: 一等奖 1 项 (1.5 分) 二等奖 1 项 (1 分) | 2 | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--------------|--|---|----|--|
| | | | | 计 2 分 | 部（省）级第一完成人：一等奖（1 分） 二等奖（0.5 分） 三等奖（0.25 分） 其他完成人（0.25 分） | | |
| 7-2-4 | | | 近 3 年编写教材或专著 | 以自然年为准，可累积 3 年内专著等，最多累积 1 分 提供资料： 书籍首页和参编页复印件 | 高校教材主、副编（1 分） 其他专著主、副编（0.5 分） 参编（0.25 分） | 1 | |
| 注：所有评分项目，专家可根据评分细则与要求，在分值权重范围内酌情给分 | | | | | | 总计 | |
| <p>评审专家签字：</p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p> | | | | | | | |

全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目 三级医院中心建设标准（2020 版）

全国肺栓塞（PE）和深静脉血栓形成（DVT）防治能力建设项目（以下简称“VTE 项目”）的建设目标是通过构建国家 PE 和 DVT 防治管理体系，采取积极有效的风险评估手段，制定有效的预防方法和策略，规范医院内静脉血栓栓塞症（VTE）的预防、诊断与治疗，改善患者预后，提高医疗质量，保障住院患者医疗安全，降低 VTE 导致的疾病负担，并通过系统的流行病学和临床研究进一步探索中国人群发病规律，从而提升我国 PE 和 DVT 的综合防治水平。为实现此目标，全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目专家管理委员会组织相关专家制定了医院内 VTE 防治中心建设标准，建设标准涵盖六个主要方面：组织管理、医疗技术、信息化建设、护理管理、患者管理和教学科研。

一、组织管理

（一）医院层面

深入开展医院内 VTE 预防工作能够有效地提高医疗质量、保证医疗安全、改善医疗服务，这需要医院领导、医政管理人员、全体医护人员的重视与参与。具体要求如下：

1. 医院内 VTE 防治管理委员会（具有一票否决权）

- 1) 应当成立医院内 VTE 防治管理委员会，其主任委员应由医院院长或主管医疗业务副院长担任，全面负责医院内 VTE 防治工作。

- 2) 医院内 VTE 防治管理委员会应具有明确的组织架构，委员会成员由医院相关医政管理部门负责人和临床相关科室负责人组成，以便调动医院整体资源为医院内 VTE 防治工作提供人、财、物保障。
- 3) 医院内 VTE 防治管理委员会应定期组织召开管理工作例会，对相关工作进行总结梳理和持续改进。
- 4) 医院应参照项目办公室发布的医院内 VTE 防治管理制度，根据本单位的实际情况制定本单位的医院内 VTE 防治管理制度，包括（但不限于）：《医院内 VTE 防治管理办法》与《医院内 VTE 防治工作手册》等。
- 5) 医院内 VTE 防治的管理制度和 workflows 等文件，应根据最新的医院组织机构调整情况、项目指导与政策至少每年修订一次。
- 6) 医院应制定医院内 VTE 应急预案与处理流程，推荐成立医院内 PTE 快速反应团队（PERT），团队应由呼吸与危重症医学科、心血管内科、心血管外科、急诊医学科、影像科、超声科、检验科、介入科等相关学科专家组成，明确团队成员职责和具体分工并落实。

2. 医院内 VTE 防治管理办公室

- 1) 医院内 VTE 防治管理委员会下设医院内 VTE 防治管理办公室，是医院内 VTE 防治工作的具体执行部门，接受管理委员会的直接领导，负责相关工作的具体执行与日常运行。
- 2) 管理办公室成员应包括：医政管理、信息、临床、医技、护理

等部门的相关管理或专业人员，成员分工职责明确。

- 3) 管理办公室负责开展医院内 VTE 防治工作的实施、质控、监督和持续改进。
- 4) 管理办公室负责开展医院内相关人员培训：包括针对医院内医政管理人员的培训、医护人员的培训和医技人员的培训等。

(二) 科室层面

临床科室是医院内 VTE 防治工作执行的最重要的场所，科室内所有成员必须明确知晓医院内 VTE 防治的重要性，并根据自己科室的具体情况，开展医院内 VTE 防治工作。具体要求如下：

1. 科室设置

医院应设置 PE 和 DVT 诊疗相关学科：内科（如呼吸与危重症医学科、心血管内科、血液科等）、血管外科、急诊医学科、放射科、超声科、检验科、介入科等 VTE 相关诊疗科室。

2. 明确医院内 VTE 高危科室

医院应在发布的医院内 VTE 防治相关文件中，根据本单位的实际情况，明确本院的医院内 VTE 高危科室（如骨科、普外科、肿瘤科、妇产科、ICU 等）。

3. 高危科室 VTE 防治管理小组

- 1) 科室行政主任是科内 VTE 防治工作第一责任人，院内 VTE 高危科室应成立本科室的 VTE 防治管理小组，组长应由科室主任担任，组员应包括本科室医生和护士，并设置科室 VTE 防治联络员。

- 2) 科室 VTE 防治管理小组组长及联络员应向医政管理部门和医院内 VTE 防治管理办公室备案。
- 3) 高危科室应参照本院的《医院内 VTE 防治管理办法》和《医院内 VTE 防治工作手册》制定适合于本科室执行的相关管理制度。
- 4) 应制定高危科室专科 VTE 预防方案，成立科室 VTE 应急小组并制定应急预案，定期召开例会，总结分析科室 VTE 防治工作并持续改进。

二、 医疗技术

(一) 学科设置：

1. 专业技术人员配置

- 1) 医生：VTE 诊治相关临床科室专业医师配置应满足临床医疗工作需求，院内 VTE 救治团队应制定 24 小时排班及备班机制，做到院内新发 PE 及 DVT 及时救治。
- 2) 护士：VTE 相关科室护士配置应满足临床护理工作需求，高危科室应配置熟悉 VTE 防治的专业护理团队。
- 3) 医技人员：检验科、放射科、超声科、药剂科等医技科室专业技术人员配置应满足医疗工作需求。

2. 门诊设置

医院应设置（独立或挂靠相关科室均可）VTE 专病门诊（如血栓门诊、抗凝门诊或血管病门诊等）。

3. 病房设置

医院应设置呼吸或内科重症监护室（RICU/MICU）或外科重症监护室（SICU）住院床位，以收治危重的 PE 和 DVT 患者。

4. 多学科联合诊疗

- 1) 医院应建立多学科联合诊疗制度，工作包含：联合例会、查房、会诊和疑难危重病例讨论等内容。
- 2) 多学科联合诊疗应由 VTE 防治的相关学科专家共同参与，每季度至少举行 1 次多学科联合查房或联合会诊，联合会诊应体现多学科专家诊疗意见。
- 3) 建立院内 DVT 及 PE 诊治的绿色通道

（二）预防能力

1. 住院患者 VTE 风险评估

- 1) 医院应对住院患者进行 VTE 风险评估，制定针对所有住院患者的 VTE 风险评估标准化流程与规范制度。
- 2) 医院应用信息化的 VTE 风险评估量表，并对中高危患者有明确标识。
- 3) 住院期间，针对病情变化的患者应实行动态的 VTE 风险评估，评估及时、规范。

2. 对有 VTE 风险的住院患者进行出血风险评估

- 1) 医院对有 VTE 风险的住院患者进行抗凝药物预防前，应行出血风险评估，制定出血风险评估的标准化流程与规范制度。
- 2) 医院应用信息化出血风险评估量表，并对高危患者有明确标识
- 3) 住院期间，针对病情变化的患者应实行动态的出血风险评估，

评估及时、规范。

3. 为有 VTE 风险的住院患者提供适合的药物预防与机械预防措施

- 1) 具备预防性抗凝药物与间歇充气加压泵、分级加压弹力袜和足底静脉泵等机械预防设施。
- 2) 医院应用信息化预防措施评估量表，根据诊疗指南推荐意见，实施恰当的药物预防和机械预防措施。

(三) 诊治能力

1. PE 和 DVT 相关诊疗技术

医院可开展下列 PE 和 DVT 疾病相关的诊疗技术：

- 1) 24 小时凝血功能监测（能在 2~4 小时内提供结果）；
- 2) 24 小时心脏生物标志物检测（至少包括肌钙蛋白、脑钠肽等快速检测）；
- 3) 24 小时床旁心电图和超声心动图检查；
- 4) CT 肺动脉造影（CTPA）检查，并设立 24 小时绿色通道；
- 5) 肺通气/灌注（V/Q）显像检查；
- 6) 肺动脉造影检查；
- 7) 下肢静脉超声、静脉造影等确诊 DVT 的相应检查；
- 8) 满足临床需求的抗凝治疗药物，如普通肝素、低分子量肝素、磺达肝癸钠、阿加曲班、比伐卢定、华法林、直接的口服抗凝药物（DOACs，如利伐沙班、达比加群酯、阿哌沙班、依度沙班等）等；
- 9) 满足临床需求的溶栓治疗药物，如尿激酶、链激酶、重组组织

型纤溶酶原激活剂（rt-PA）等；

10) 满足临床需求的介入或手术治疗等。

2. PE 和 DVT 的规范诊断

- 1) 医院应根据指南意见，规范 VTE 的临床评估和诊断流程。
- 2) VTE 疾病诊治相关科室（呼吸与危重症医学科、心血管内科、血液科、血管外科、急诊医学科等）：医务人员应熟练掌握 PE 和 DVT 的临床评估和诊断流程，如果遇到 PE 和 DVT 疑似患者，可迅速作出判断，并进入正确的处理流程。
- 3) VTE 高危科室（骨科、普外科、肿瘤科、妇产科等）：医务人员应熟悉 PE 和 DVT 的临床评估和诊断流程，如果遇到 PE 和 DVT 疑似患者，可早期识别并及时请相关专业科室会诊。

3. PE 和 DVT 的规范治疗

- 1) 医院内 PTE 快速反应团队成员以及 PE 和 DVT 相关专业科室医务人员应熟练掌握抗凝与溶栓治疗的适应证、禁忌证与具体使用方法，根据指南推荐意见，规范使用抗凝与溶栓药物。
- 2) 医院内 VTE 高危科室医务人员应熟悉抗凝与溶栓治疗的适应证、禁忌证与具体使用方法，根据指南推荐意见，在相关专业科室医务人员指导下，规范使用抗凝与溶栓药物。
- 3) 在具备专业技术和设备的前提下，医院能够开展 PE 和 DVT 的介入和手术治疗。
- 4) 医院应制定围手术期患者抗凝药物的管理规范，麻醉科及相关手术科室应按照相关管理规范严格执行。

- 5) VTE 疾病诊治相关科室和高危科室应设置医院内 VTE 防治医生联络员，负责对本科室医务人员的培训、指导及相关医疗规范与标准的落实。

(四) 质量持续改进

1. 重点监测的过程指标与结局指标

- 1) 过程指标：医院应根据本单位的实际情况确定重点监测的过程指标，如：VTE 风险评估率、出血风险评估率、预防措施实施率、患者宣教知晓度等
- 2) 结局指标：医院应根据本单位的实际情况确定重点监测的结局指标，如：医院相关性 VTE 发生率、VTE 相关病死率等。

2. 计划和持续改进

- 1) 医院应根据本单位的实际情况与发展规划，制定医院内 VTE 防治质量改进计划，明确重点监测指标的改进程度。
- 2) 定期监测医院内 VTE 防治工作的过程指标和结局指标，通过实施医院内 VTE 防治的一系列规范化管理，达到过程指标和结局指标的改善趋势，以提高住院患者的医疗质量与安全。

(五) 会诊与转诊

1. 医院内 VTE 防治中心应建立适合本区域实际情况的 VTE 转诊和会诊平台。
2. 医疗机构应根据本单位诊疗能力和患者病情，适时进行本区域内危重或疑难 VTE 的会诊和转诊，保证患者获得及时、规范、有效的治疗。

三、信息化建设

(一) 专病数据库

1. 使用项目认证的数据平台，或将本院数据接入项目数据平台，或医院自行建立专病数据库，可通过系统对接、数据抓取或手动录入等方式，将本单位 VTE 相关数据上传至数据平台。
2. 近 1 年的 VTE 患者上传率应达到 100%，患者的诊断、用药情况、检测等数据可溯源。
3. 医院应制定 VTE 数据库的管理规范、使用细则及监督管理制度，并建立数据审核制度，确保数据的真实、客观、准确。
4. 医院应设置专职或兼职数据管理员，并对相关人员进行数据库使用方法和相关制度培训。

(二) 评估量表信息化

1. VTE 相关评估量表（VTE 风险评估、出血风险评估和预防措施量表）应达到信息化，评估信息和预防措施可接入医院信息系统（HIS），便于临床医护人员操作。
2. 建议使用项目认证的数据平台，可通过系统对接、数据抓取或手动录入等方式，将相关的评估信息和预防措施实施情况上传至数据平台。
3. 相关评估数据可进行分析和统计，并可以进行动态监测和评估，用以加强医院内 VTE 防治管理水平

四、护理管理

（一）管理设置

1. 护理管理制度

- 1) 医院护理管理部门应成立 VTE 防治专项护理管理小组。参照项目办公室发布的 VTE 防治护理管理制度，医院的护理管理部门应根据本单位的实际情况制定医院内 VTE 防治护理工作手册、工作质量标准、技术操作规范及应急预案等文件。
- 2) 根据项目指导，医院的护理管理部门应及时修订相关文件。
- 3) 医院各护理单元应根据医院相关文件落实医院内 VTE 防治的相关工作。

2. 护理联络员

VTE 诊治相关科室和 VTE 高危科室应设置医院内 VTE 防治护理联络员，负责对本科室护理人员的培训、指导及相关护理规范与标准的落实。

（二）护理程序

1. 对患者及家属开展 VTE 防治相关健康教育；
2. 建立 VTE 中高危患者与医生的沟通机制并记录；
3. 实时掌握住院患者 VTE 风险评估与出血风险评估结果，根据评估结果采取合适的 VTE 防治护理措施。

（三）护理培训

1. 制定医院内 VTE 防治护理培训制度和培训计划；
2. 定期组织 VTE 防治相关护理规范、标准与操作流程的培训。

(四) 持续改进

每季度对 VTE 防治相关的护理质量进行评价，进行质量分析与流程改进。

五、患者管理

(一) 管理制度

1. 制定 VTE 患者管理与随访的相关制度，有明确随访材料。
2. VTE 诊治相关科室和高危科室应至少有 1 名经过专业培训的人员专门负责 VTE 管理与随访工作，VTE 随访工作应有固定的场所和设施支持。

(二) 管理实施

1. 住院期间管理

- 1) 医护人员应指导中高危患者与家属了解和参与 VTE 认知、评估、预防以及诊疗的整个过程，配合医院开展相关检查和治疗。
- 2) 对患者进行危险因素、饮食、营养、心理等方面的综合评估。

2. 出院后管理

- 1) 为 VTE 患者和中高风险患者提供健康处方。
- 2) 对 VTE 患者和中高风险患者进行预防保健、用药咨询、康复指导等。
- 3) 为患者出院后复查提供便利。

3. 随访管理

- 1) 定期对出院的 VTE 患者以及出院时仍存在 VTE 风险的患者进行

随访，随访方式包括：来院随访、门诊复诊或电话随访等。

2) 填写随访情况表、不良事件报告表，并保存随访数据。

4. 患者资料完整

医院应保证 VTE 患者以及出院时仍存在 VTE 风险的患者的资料完整性，包括（并不限于）姓名、年龄、单位、住址、联系电话、入院诊断、住院诊疗记录、出院诊断、出院转归、治疗方案、重要检查检验指标及随访情况等。

（三）健康宣教

1. 制定医院内 VTE 防治宣教管理制度并实施

1) VTE 诊治相关科室应设置健康教育板报、宣传栏、知识角、知识手册等。

2) VTE 高危科室应设置健康教育板报、宣传栏、知识角、知识手册等。

3) 入院患者教育、手术患者的术前教育应包含 VTE 防治相关知识。

2. 利用报纸、杂志、广播、电视、微信等多种途径开展 VTE 防治健康教育，定期举办 VTE 健康知识讲座等活动。

3. 医院应开展问卷调查，了解住院患者对 VTE 防治的知晓率与健康宣教情况。

六、教学科研

（一）院内人员培训

1. 医院管理人员的培训

- 1) 应制定针对医院领导层、医政管理人员、行政管理人员的培训制度，每半年至少一次。
- 2) 培训内容应包括：医院内 VTE 防治体系的基本概念、目标与运作机制、相关部门的职责与任务、防治工作需要医院管理层面解决的主要问题等。
- 3) 通过培训调动和发挥医院管理人员的主观能动性。

2. 医护人员的培训

- 1) 应制定针对医生和护士的培训制度，将 VTE 预防培训纳入新员工入院培训常规内容，高危科室纳入科室培训常规内容。
- 2) 定期以专题培训、业务指导、晨会讲课等方式开展 VTE 防治知识及专业技术培训。
- 3) 全院医护人员培训交流至少每年 1 次，VTE 质控人员、高危科室人员至少每季度 1 次。

(二) 区域内其他基层医疗机构人员培训

以学术讲座、业务指导和远程教学等多种方式开展 VTE 预防和诊治相关知识培训，为基层培养骨干力量，实现优质医疗资源下沉，提升基层医务人员对 PE-DVT 的诊疗能力和服务水平，推动医疗技术水平的“同质化”，每年不少于 4 次。

(三) 科学研究

1. 积极开展 VTE 疾病相关的临床研究，承担或参与国家级或省部级 VTE 相关科研课题。
2. 鼓励医护人员撰写 VTE 相关医学论文，在核心及以上期刊发表。

附件 4:

全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目单位实地评审评分表

(二级医院 2020 版)

| 一票否决项 | 成立医院内 VTE 防治管理委员会 实现住院患者 VTE 风险评估与预防信息化 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
|--------------|--|--|-----------------------------------|---|--|----|--|
| 医院名称: | | 总分: 100 分 | | | | | |
| 编号 | 评审项目 | 评审细则 | 评审方法 | 评分标准 | 分值 | 得分 | |
| | 组织管理 (20 分) | 医院 层面 | 成立医院内 VTE 防治管理委员会 | | | | |
| 1-1-1 | | | 院长（或主管医疗业务副院长）担任主任委员，主持并推动防治中心的建设 | 提供资料: 1) 医院关于成立医院内 VTE 防治管理委员会的正式红头文件 2) 根据《建设标准》，结合医院实际情况，制定适合本院项目建设的标准和条目，内容包括但不限于《建设标准》涵盖内容 3) 管理工作例会会议记录 4) 根据最新的项目指导，定期修订与更新相关制度与流程（提供不断更新的版本记录），至少每年修订一次 | 有相关正式红头文件（0.5 分） 文件内容符合要求（加 0.5 分） | 1 | |
| 1-1-2 | | | 明确组织架构，由医院相关医政管理部门负责人和临床相关科室负责人组成 | | 符合要求（1 分） | 1 | |
| 1-1-3 | | | 根据本单位的实际情况制定医院内 VTE 防治管理制度 | | 有管理制度（0.5 分） 制度内容符合要求（加 0.5 分） | 1 | |
| 1-1-4 | | | 定期组织召开管理工作例会，对相关工作进行总结梳理和持续改进 | | 定期召开工作例会（0.5 分） 会议频次不少于每季度一次（加 0.5 分） | 1 | |
| 1-1-5 | | | 根据最新的项目指导、政策法规，结 | | 符合要求（1 分） | 1 | |

| | | | | | | |
|--------|--|--|---|---------------------------------------|---|--|
| | | 合医院情况，定期修订与更新管理制度与工作流程等文件 | | | | |
| 1-1-6 | | 制定医院内 VTE 应急预案与处理流程，成立医院内 VTE 快速反应团队 | 提供资料： 应急预案与快速反应团队相关文件资料 | 有应急预案与处理流程（1 分） 成立快速反应团队（加 1 分） | 2 | |
| | | 成立医院内 VTE 防治管理办公室 | | | | |
| 1-1-7 | | 医院应成立医院内 VTE 防治管理办公室，负责相关工作的具体执行与日常运行 | 提供资料： 1) 医院关于成立医院内 VTE 防治管理办公室的正式红头文件 2) 文件内容包含但不仅限于《建设标准》涵盖内容，需根据医院实际情况，制定适合自身建设的条目 3) 办公室成员与职责名单 4) 开展质量控制、监督反馈与持续改进的工作记录或资料 | 有相关正式红头文件（0.5 分） 文件内容符合要求（加 0.5 分） | 1 | |
| 1-1-8 | 管理办公室成员应包括医务部门、临床科室、护理部、医疗辅助科室与信息部门管理人员等 | 符合要求（1 分） | | 1 | | |
| 1-1-9 | 人员构成合理，职责明确 | 符合要求（1 分） | | 1 | | |
| 1-1-10 | 按要求开展质控、监督反馈和持续改进工作 | 符合要求（1 分） | | 1 | | |
| 1-1-11 | 负责开展日常的院内培训：包括针对院内医政管理人员的培训、医护人员的培训和医技人员的培训等 | 符合要求（1 分） | | 1 | | |
| | | 设置 PE 和 DVT 诊疗相关科室 | | | | |
| 1-2-1 | 科室层面 | 医院应设置呼吸内科、心内科或内科（含呼吸、心内方向）、血管外科/血管科或外科（含血管外科方向）、ICU、急诊医学科、影像科、超声科、检验科等与 VTE 预防和救治相关的诊疗科室 | 现场查看或提供资料： 1) 医院诊疗科目 2) 楼层指示 3) HIS 系统显示等 | 根据科室设置情况，专家酌情评分（2 分） 未设置不得分 | 2 | |
| | | 明确医院内 VTE 高危科室 | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------------|---|---|--|--|---|--|--|
| 1-2-2 | | | 有医院正式文件，根据医院具体情况，明确医院内 VTE 高危科室 | 提供资料： VTE 高危科室目录 | 符合要求（2分） 未明确设置不得分 | 2 | | |
| | | | 高危科室成立 VTE 防治管理小组 | | | | | |
| 1-2-3 | | | 科主任为 VTE 防治管理小组第一责任人，科室医护人员作为小组核心成员 | 提供资料： 1) 高危科室 VTE 防治管理制度 | 符合要求（1分） | 1 | | |
| 1-2-4 | | | 设置科室 VTE 应急小组与科室 VTE 联络人，并向医务管理部门与院内防治管理办公室备案 | 2) 高危科室 VTE 防治小组人员与 VTE 联络人备案表 3) 高危科室的专科预防方案与工作自我评估报告 | 各高危科室均设置应急小组(0.5分) 各高危科室均确定联络人（加0.5分） | 1 | | |
| 1-2-5 | | | 科室制定本科室的 VTE 防治管理制度、专科应急预案，并持续改进 | 4) 科室应急预案 5) 根据最新的项目指导，定期修订与更新科室相关管理文件，至少每年一次 | 有管理制度制度（1分） 有专科应急预案与预防方案预案（加0.5分） 开展工作且持续改进(加0.5分) | 2 | | |
| | 医疗技术 (30分) | 学科 设置 | 配备具有相关资质的专业技术人员 | | | | | |
| 2-1-1 | | | 医院应有专业领域为肺栓塞和深静脉血栓形成的临床专家 | 提供资料： 1) 专家名单与简介，收治病人（含诊断）名单 2) 护理人员名单与具体职责，护理记录 3) 医技科室的人员名单与简介 | 专家根据医院专业技术人员配备情况，在分值权重范围内酌情给分（3分） 无相应专业技术人员不得分 | 3 | | |
| 2-1-2 | | | 高危科室应有熟悉 VTE 防治的专科护理人员 | | | | | |
| 2-1-3 | | | 医技人员：VTE 相关的检验科、影像科、超声科、药剂科等专业技术学科人员 | | | | | |
| | | | 门诊设置 | | | | | |
| 2-1-4 | 具有独立/挂靠相应科室的专病门诊（血栓门诊、抗凝门诊或血管病门诊） | 提供资料： 1) 专病门诊设置证明 2) 门诊排班表 3) 挂号系统显示等 | 独立开设（1分） 挂靠开设（0.5分） 未开设不得分 | 1 | | | | |

| | | | | | |
|-------|---|--|---|---|---|
| | | 病房设置 | | | |
| 2-1-5 | | 设置明确收治危重的医院内 PE 和 DVT 患者的病床或科室 | 提供资料: 过去 1 年内收治 VTE 相关患者数及病历(电子版) 现场查看: 可收治危重的医院内 PE 和 DVT 患者的病床或科室 | 设置相关床位 (0.5 分) 有专业 ICU 相关床位或科室 (加 0.5 分) 未设置不得分 | 1 |
| | | 多学科联合诊疗制度 | | | |
| 2-1-6 | | 医院应建立多学科联合诊疗制度 | 提供资料: 1) 多学科联合例会制度或者联合查房制度或者联合会诊制度文件 2) 多学科讨论会议通知 3) 会议记录 4) 签到表 5) 现场照片 6) 多学科联合诊疗患者数量及名单 7) 多学科联合诊疗患者病历资料 | 有相关制度 (1 分) | 1 |
| 2-1-7 | 多学科联合诊疗应由 VTE 防治的相关学科专家共同参与, 联合会诊应体现多学科专家诊疗意见 | 有多学科参与 (0.5 分), 多学科专家诊疗意见有体现 (加 0.5 分) | | 1 | |
| 2-1-8 | 至少每季度举行 1 次多学科联合查房或联合会诊 | 联合诊疗频次不低于每季度一次, 专家根据开展情况, 在分值权重范围内酌情给分 (1 分) | | 1 | |
| 2-2-1 | | 医院应对住院患者进行 VTE 风险评估 | 提供资料: 1) 信息科提供统计数据 2) 评估量表嵌入信息系统的照片或证明材料 3) 病历医嘱与护理记录等证明材料 现场查看: 1) 抗凝及溶栓药物、机械预防物品及设备 2) 在科室调取在院运行病历, 查看预防情况, 以及医护人员评估量表操作和理解 | 医院应用信息电子化的 VTE 风险评估量表, 并对中高危患者有明确标识 (1 分) | 1 |
| 2-2-2 | 医院应对有 VTE 风险的住院患者进行出血风险评估 | 医院应用信息电子化出血风险评估量表, 并对高危患者有明确标识 (1 分) | | 1 | |
| 2-2-3 | 医院应为具有 VTE 风险的住院患者提供个体化的药物预防与机械预防措施 | 医院应用信息电子化预防措施评估量表, 根据诊疗指南推荐意见, 实施恰当的药物预防和机械预防措施 (2 分) 根据诊疗指南推荐 | | 2 | |

| | | | | | | | |
|-------|--------------------------------|--|---|--|--|---|--|
| | | | | | 意见，实施基本正确的药物预防和机械预防措施（1分） | | |
| | | | 开展诊断 PE 与 DVT 相关疾病检查与检验技术 | | | | |
| 2-3-1 | | 诊治能力 | 24 小时凝血监测（能在 2~4 小时内提供结果） | 提供资料： 1) 检验科提供已开展的相关检验技术的例数 2) 影像科室提供已开展的相关检查的例数 3) 药剂科提供医院药品目录 4) 临床专业科室提供溶栓、手术或介入治疗的例数、病历资料 | 每项已开展（0.5分） 专家根据评分细则与要求，在分值权重范围内对开展情况酌情给分（0.5分） | 5 | |
| 2-3-2 | 24 小时心脏标志物检测（至少包括肌钙蛋白、脑钠肽等检测） | | | | | | |
| 2-3-3 | 24 小时床旁心电图 | | | | | | |
| 2-3-4 | 24 小时超声心动图检查 | | | | | | |
| 2-3-5 | 24 小时胸片检查 | | | | | | |
| 2-3-6 | 24 小时下肢静脉超声 | | | | | | |
| 2-3-7 | CT 肺动脉造影（CTPA）检查，并设立 24 小时绿色通道 | | | | | | |
| | | | 具备 PE 与 DVT 相关疾病治疗能力 | 现场查看： | | | |
| 2-3-8 | | 具有满足临床需求的溶栓药物至少 1 种（链激酶、尿激酶或 rt-PA 等）； 具有满足临床需求的抗凝药物至少 3 种（普通肝素、低分子量肝素、磺达肝癸钠、阿加曲班、比伐卢定、华法林、直接口服抗凝药物等） | 现场抽查 5 份近 1 年内确诊 VTE 的病历，查看检验、检查及用药规范程度 | 具有符合品种要求的溶栓药物和抗凝药物（普通肝素、低分子量肝素、华法林）（1分）医生能用药合理（加 1分） | 2 | | |
| 2-3-9 | | 能够开展溶栓、手术或介入等治疗 | | 可开展溶栓治疗（1分）、介入治疗（加 0.5分）、手术（加 0.5分） | 2 | | |

| | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|--------------------------------------|--|---|---|--|
| | | 明确重点监测的 VTE 相关质控指标 | | | | |
| 2-4-1 | 质量 持续 改进 | 过程指标： VTE 风险评估率 | 提供资料： 1) 相关质控指标及计算所需原始数据，由医务管理部门盖章确认 | 高危科室患者 VTE 风险评估率 \geq 90% (2 分) \geq 80% (1 分) \geq 70% (0.5 分) $<$ 70% (0 分) | 2 | |
| 2-4-2 | | 过程指标： 出血风险评估率 | 计算依据： VTE 风险评估率=完成评估人数/同期出院人数 | 高危科室患者出血风险评估率均 90% (2 分) \geq 80% (1 分) \geq 70% (0.5 分) $<$ 70% (0 分) | 2 | |
| 2-4-3 | | 过程指标： 预防措施实施率 | 出血风险评估率=完成评估人数/同期出院人数 预防措施实施率=实施预防人数/同期出院人数 | 为中高危风险的 VTE 患者提供相应的预防措施实施率 \geq 70% (2 分) \geq 60% (1 分) \geq 50% (0.5 分) $<$ 50% (0 分) | 2 | |
| 2-4-4 | | 终末指标： 致死性肺栓塞发生率、医院相关性 VTE 发生率 | VTE 发生率=院内新发 VTE 人数/同期出院人数 PE 发生率=院内新发 PE 人数/同期出院人数 | 可提供终末指标如致死性肺栓塞发生率、医院相关性 VTE 发生率等 (1 分) | 1 | |
| 质量改进计划和持续改进 | | | | | | |
| 2-4-5 | | 通过实施医院内 VTE 防治能力建设，使过程指标和终末指标有改善趋势 | 提供资料： 1) 改进计划与实施文件 2) 改进前后的质控数据，由医务管理部门盖章确认 | 一年内各项指标的改善幅度 \geq 50%或原有指标已 \geq 90% (1 分)； 10%-50% (0.5 分) 无改善不得分 | 1 | |
| | 转诊 会诊 平台 | 建立区域内转诊与会诊平台 | | | | |
| 2-5-1 | | 各医疗机构开展 VTE 防治相关的转诊和远程会诊 | 提供资料： 文字材料、协议、转诊量、远程会诊量、患者病历等支撑材料 | 包含远程会诊，向上级医院转诊及接收下级医院转诊患者的机制建立并开展 (0.5 分) 专家可根据评分细则与要求，在分值权重范围内对医院一年内转诊与远程会诊开展情况酌情给分 | 1 | |

| | | | | | | | |
|-------|--------------------|---|---|--|---|---|---|
| | | | | | (加 0.5 分) 未建立不得分 | | |
| 3-1-1 | 信息化 建设 (10分) | 专病 数据 库 | 使用项目认证的数据平台, 或将本院数据接入项目数据平台, 或医院自行建立专病数据库 | 提供资料: 1) 病历上传数据的照片或截图; 2) 数据管理制度文件; 3) 培训有培训课件、培训记录、参会人员签到表、现场照片 4) 现场查看数据库录入和调阅 | 符合要求 (1 分) | 1 | |
| 3-1-2 | | | 制定数据库的管理规范、使用细则及监督管理制度, 并有数据的审核制度, 确保数据库的真实、客观、准确 | | 符合要求 (1 分) | 1 | |
| 3-1-3 | | | 前期提供至少 1 年的病例数据, VTE 患者全部录入 | | 病例数据可提取 (1 分) VTE 患者数据全部录入 (加 1 分) | 2 | |
| 3-1-4 | | | 设置专职或兼职数据管理员 | | 符合要求 (1 分) | 1 | |
| | | | 医院应根据管理制度对相关人员进行数据库使用方法和相关制度培训 | | 符合要求 (1 分) | 1 | |
| 3-2-1 | 量表 信息 化 | VTE 相关评估量表 (VTE 风险与出血风险评估、预防措施量表) 达到信息化 | 提供资料: 1) 信息化评估量表的照片; 2) 统计数据 | 有信息化评估量表 (1 分) 可分析统计数据 (加 1 分) | 2 | | |
| 3-2-2 | | VTE 临床可能性评估量表 (Wells 评分等) 达到信息化 | | 有信息化评估量表 (1 分) 可分析统计数据 (加 1 分) | 2 | | |
| 4-1-1 | 护理管理 (13分) | 管理 制度 | 医院护理管理部门设有 VTE 防治专项护理管理小组, 建立统一的 VTE 防治护理管理文件并根据行业标准的更新不断完善 | 提供资料: 1) 医院有 VTE 防治专项护理管理小组架构 2) 院内 VTE 防治护理工作制度、工作质量评价标准、技术操作规范及应急预案等相关材料, 并有更新记录 | 已建立护理管理组织架构 (1 分) 各项管理制度完善 (加 1 分) 有制度的更新记录 (加 1 分) | 3 | |
| 4-2-1 | | | 护理人员 (或负责人员) 应对住院患者进行 VTE 风险评估, 并建立医护沟通机制 | | | | 提供资料: 随机抽取 10 份近一年的 VTE 风险中高危患者护理记录 现场查看: |

| | | | | | | | |
|-------|------------------------|-------------|--|---|--------------------------------|---|--|
| 4-2-2 | | | 根据风险评估分层能够实施相应的VTE预防措施 | 实地查看患者预防措施应用情况、护理人员进行VTE风险评估的流程,以及与医生沟通的记录和实施 | VTE预防措施实施正确(2分)有VTE预防措施实施(1分) | 2 | |
| 4-3-1 | | 专科培训 | 建立院内VTE防治护理相关培训制度并内容明确,护理人员全员培训2次/年,高危科室护理人员培训或病例分析每季度一次 | 提供资料: 1) 提供近一年内医院护理人员培训计划、讲稿或课件、培训记录/培训照片、培训人员/签到表 2) 提供新入职人员等相关人员培训计划和记录等 | 有医院护理年度培训计划(1分)有培训记录且资料完整(加1分) | 2 | |
| 4-4-1 | | 持续改进 | 医院应根据自身情况制定VTE防治护理质量评价标准、质量评价路径及每次质量评价记录和整改措施 | 提供资料: 1) 护理部有VTE防治护理质量评价规范和至少每季度一次质量评价记录 2) 提供近一年的护理相关评价指标完成率及记录,包括VTE风险评估率、相关预防措施的实施率及措施应用的有效率等 | 医院有VTE防治护理质量评价规范(1分) | 1 | |
| 4-4-2 | 定期总结分析VTE防治管理中护理评价相关指标 | | 有VTE防治护理相关指标监测(1分)有分析整改措施(1分) | | 2 | | |
| 5-1-1 | 患者管理 (12分) | 管理制度 | 医院应制定VTE患者管理与随访的相关制度和流程 | 提供资料: VTE患者管理与随访的相关管理制度文件 | 有制度和流程(0.5分)有明确随访材料(0.5分) | 1 | |
| 5-2-1 | | 健康宣教 | 医院应制定院内VTE防治相关知识宣教的管理制度 | 提供资料: 1) 宣教制度文件 2) 提供宣教材料照片,如健康教育板报、宣传栏、知识手册等 | 已制定宣教制度(1分) | 1 | |
| 5-2-2 | | | 医院应通过多种途径开展VTE防治宣教工作 | | 有宣教材料(1分) | 1 | |

| | | | | | | | |
|-------|---------------|--------|--|---|--|-----|--|
| 5-2-3 | | | 针对中高危住院患者，医院应积极宣教并指导患者进行VTE预防 | 提供资料： 一年内对患者、家属进行健康宣传的相关资料、照片或视频等 护理质量评价中有患者VTE防治相关知识知晓情况记录 现场访谈： 由专家现场抽取5-10名高危科室住院患者（包含内、外科）进行现场询问 | 有相关资料、照片或视频等（1分） 住院患者调查知晓度≥80%（加1分） | 2 | |
| 5-2-4 | | | 医院应通过现场授课、报纸、杂志、广播、电视、微信等多种方式，对社会开展血栓防治教育活动 | 提供资料： 1) 宣传教育活动通知 2) 活动照片 3) 活动幻灯或讲稿 4) 媒体材料 | 宣教内容在区县级及以上平台（3分）、院级平台（2分）、在微信或公众号平台（1分）展出，未开展不得分 | 3 | |
| 5-3-1 | | 出院后管理 | 医院应对VTE患者和中高风险患者进行出院后的健康指导，为出院患者复诊提供便利 | 提供资料： 1) VTE患者管理相关材料 2) 一年内VTE患者病历，查看是否继续对出院患者进行院外预防、用药咨询、康复指导以及复诊要求 3) 随访统计情况（随访率、不良事件报告表）、随访资料 | 患者管理工作有效开展（2分），能开展患者管理工作（1分） 未开展不得分 | 2 | |
| 5-3-2 | | | 医院应通过多种途径对出院患者进行随访，随访应及时、规律，并填写随访情况表和不良事件报告表 | | 出院患者VTE随访率≥90%（加1分），专家可根据随访率与随访工作开展情况，在分值权重范围内酌情给分（1分） | 2 | |
| 6-1-1 | 培训教学 (10分) | 院内人员培训 | 医院有针对医院领导、医疗管理与行政人员的培训制度 | 提供资料： 1) 培训制度文件 2) 培训计划（包括时间地点、讲者、参加培训人员、培训主题等内容） | 有培训制度并每年度考核（1分） 至少每半年培训一次（加1分） 各类人员的培训参加率≥80%（加1.5分） | 3.5 | |

| | | | | | | | |
|-------|----------------------|------------------------|--|--|--|-----|--|
| 6-1-2 | | | 医院有针对全院医护人员的培训制度，纳入入院培训常规内容，高危科室纳入新员工入科培训常规内容 | 3) 讲稿或课件 4) 培训记录 5) 签到表 6) 能显示授课时间、包括讲者及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的培训场景的照片或视频资料 | 有培训制度并每年度考核（1分） 至少每季度一次培训（加1分） 各类人员的培训参加率≥80%（加1.5分） | 3.5 | |
| 6-2-1 | | 区域内其他基层医疗机构人员培训 | 医院应有针对一定区域内基层医务人员的 VTE 相关培训计划，以学术讲座、业务指导和远程教学等多种方式开展 VTE 预防和诊治相关知识培训，至少每季度一次 | 提供资料： 1) 培训通知 2) 讲稿或课件 3) 培训记录 4) 签到表 5) 能显示授课时间、包括讲者及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的培训场景的照片或视频资料 | 有培训制度并每年度考核（1分） 至少每季度一次培训（加1分） 专家可根据评分细则与要求，结合全年培训影响效果，在分值权重范围内酌情给分（加1分） | 3 | |
| 7-1-1 | | | 近3年承担或参与县区卫生健康局及以上科研项目 | 提供资料： 包括项目名称、编号、级别的表格，由医院科研部门盖章确认，最高累计1分 | 负责项目（1分） 参与项目（0.5分） | 1 | |
| 7-1-2 | 科研能力 (5分) | | 近3年承担或参与多中心临床研究 | 提供资料： 以医院机构为单位提供3年内药物或器械临床试验证明，参与非药物临床试验证明，必要时出具合同，联合发表论文等材料，最高累计1分 | 负责或参与研究（1分） | 1 | |

| | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|---|---|----|--|
| 7-1-3 | | 近3年以第一作者或通讯作者发表SCI或中文核心期刊论文 | 提供材料: 科研处出具证明, 提供论文首页复印件 | 核心期刊数量 ≥ 2 或SCI ≥ 1 篇(1分) 核心期刊数量为1篇(0.5分) | 1 | |
| 7-1-4 | | 近3年县区及以上获奖, 编写出版教材或专著 | 提供资料: 科研处出具证明, 提供获奖复印件, 最高累计2分; 书籍首页和参编页复印件 | 省市级及以上(1.5分) 县区级及以上(1分) 院内级(0.5分); 参与编写出版教材或专著(0.5分) | 2 | |
| 注: 所有评分项目, 专家可根据评分细则与要求, 在分值权重范围内酌情给分 | | | | | 总计 | |
| <p>评审专家签字:</p> <p style="text-align: right;">日期: 年 月 日</p> | | | | | | |

全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目 二级医院中心建设标准（2020 版）

全国肺栓塞（PE）和深静脉血栓形成（DVT）防治能力建设项目（以下简称“VTE 项目”）的建设目标是通过构建国家 PE 和 DVT 防治管理体系，采取积极有效的风险评估手段，制定有效的预防方法和策略，规范医院内静脉血栓栓塞症（VTE）的预防、诊断与治疗，改善患者预后，提高医疗质量，保障住院患者医疗安全，降低 VTE 导致的疾病负担，并通过系统的流行病学和临床研究进一步探索中国人群发病规律，从而提升我国 PE 和 DVT 的综合防治水平。为实现此目标，全国肺栓塞和深静脉防治能力建设项目专家管理委员会组织相关专家制定了医院内 VTE 防治中心建设标准，建设标准涵盖六个主要方面：组织管理、医疗技术、信息化建设、护理管理、患者管理和教学科研。

一、组织管理

（一）医院层面

深入开展医院内 VTE 预防工作能够有效地提高医疗质量、保证医疗安全、改善医疗服务，这需要医院领导、医政管理人员、全体医护人员的重视与参与。具体要求如下：

1. 医院内 VTE 防治管理委员会（具有一票否决权）

- 1) 应当成立医院内 VTE 防治管理委员会，其主任委员应由医院院长或主管医疗业务副院长担任，全面负责推动医院内 VTE 防治工作。

- 2) 医院内 VTE 防治管理委员会应具有明确的组织架构，委员会成员由医院相关医政管理部门负责人和临床相关科室负责人组成，以便调动医院整体资源为医院内 VTE 防治工作提供人、财、物保障。
- 3) 医院内 VTE 防治管理委员会应定期组织召开管理工作例会，对相关工作进行总结梳理和持续改进。
- 4) 医院应参照项目办公室发布的医院内 VTE 防治管理制度，根据本单位的实际情况制定本单位的医院内 VTE 防治管理制度，包括（但不限于）：《医院内 VTE 防治管理办法》与《医院内 VTE 防治工作手册》等。
- 5) 医院内 VTE 防治的管理制度和 workflows 等文件，应根据最新的医院组织机构调整情况、项目指导至少每年修订一次。
- 6) 医院应制定医院内 VTE 应急预案与处理流程，推荐成立医院内 VTE 快速反应团队（RRT），团队应由呼吸内科（呼吸与危重症医学科）、心内科或内科（含呼吸、心内方向）、血管外科/血管科或外科（含血管外科方向）、ICU、急诊医学科、影像科、超声科、检验科等与 VTE 预防和救治相关的诊疗科室专家组成，明确团队成员职责和具体分工并落实。

2. 医院内 VTE 防治管理办公室

- 1) 医院内 VTE 防治管理委员会下设医院内 VTE 防治管理办公室，是医院内 VTE 防治工作的具体执行部门，接受管理委员会的直接领导，负责相关工作的具体执行与日常运行。

- 2) 管理办公室成员应包括：医政管理、信息、临床、医技、护理等部门的相关管理或专业人员，成员分工职责明确。
- 3) 管理办公室负责开展医院内 VTE 防治工作的实施、质控、监督和持续改进。
- 5) 管理办公室负责开展医院内相关人员培训：包括针对医院内医政管理人员的培训、医护人员的培训和医技人员的培训等。

(二) 科室层面

临床科室是医院内 VTE 防治工作执行的最重要的场所，科室内所有成员必须明确知晓医院内 VTE 防治的重要性，并根据自己科室的具体情况，开展医院内 VTE 防治工作。具体要求如下：

1. 设置 PE 和 DVT 诊疗相关科室

医院应设置呼吸内科（呼吸与危重症医学科）、心内科或内科（含呼吸、心内方向）、血管外科/血管科或外科（含血管外科方向）、ICU、急诊医学科、影像科、超声科、检验科等与 VTE 预防和救治相关的诊疗科室。

2. 明确医院内 VTE 高危科室

医院应在发布的医院内 VTE 防治相关文件中，根据本单位的实际情况，明确本院的医院内 VTE 高危科室（如骨科、普外科、肿瘤科、妇产科、ICU 等）。

3. 高危科室 VTE 防治管理小组

- 1) 科室行政主任是科内 VTE 防治工作第一责任人，院内 VTE 高危科室应成立本科室的 VTE 防治管理小组，组长应由科室主任和

(/或) 护士长担任, 组员应包括本科室医生和护士, 并设置医院内 VTE 防治联络人。

- 2) 科室 VTE 防治管理小组组长及联络人应向医政管理部门和医院内 VTE 防治管理办公室备案。
- 3) 高危科室应参照本院的《医院内 VTE 防治管理办法》和《医院内 VTE 防治工作手册》制定适合于本科室执行的相关管理制度、专科应急预案和 VTE 预防方案, 定期召开例会, 总结分析科室 VTE 防治工作并持续改进。

二、医疗技术

(一) 学科设置:

1. 配备具有相关资质的专业技术人员

- 1) 医生: 医院应有专业领域为肺栓塞(呼吸与危重症医学科、心血管科、血液科, 或者 ICU) 和深静脉血栓形成(血管外科/血管科或外科含血管外科方向) 的临床专家, 配置应满足临床医疗工作需求, 院内 VTE 救治团队应制定 24 小时排班及备班机制, 做到院内新发 PE 及 DVT 及时救治。
- 2) 护士: 高危科室护士配置应满足临床护理工作需求, 高危科室应配置熟悉 VTE 防治的专业护理团队。
- 3) 医技人员: VTE 相关的检验科、放射科、超声科、药剂科等医技科室专业技术人员配置应满足医疗工作需求。

2. 门诊设置

医院应设置(独立或挂靠相关科室均可) VTE 专病门诊(如血栓

门诊、抗凝门诊或血管病门诊等)。

3. 病房设置

设置明确收治危重的医院内 PE 和 DVT 患者的病床或科室，以收治普通和危重的 PE 和 DVT 患者。

4. 多学科联合诊疗

- 1) 医院应建立多学科联合诊疗制度，工作包含：联合例会、查房、会诊和疑难危重病例讨论等内容。
- 2) 多学科联合诊疗应由 VTE 防治的相关学科专家共同参与，多学科联合诊疗应由 VTE 防治的相关学科专家共同参与，联合会诊应体现多学科专家诊疗意见
- 3) 每季度至少举行 1 次多学科联合查房或联合会诊，联合会诊应体现多学科专家诊疗意见。

(二) 预防能力（具有一票否决权）

1. 住院患者 VTE 风险评估

- 1) 医院应对住院患者进行 VTE 风险评估，制定针对所有住院患者的 VTE 风险评估标准化流程与规范制度。
- 2) 医院应用信息电子化的 VTE 风险评估量表，并对中高危患者有明确标识。
- 3) 住院期间，针对病情变化的患者应实行动态的 VTE 风险评估，评估及时、规范。

2. 对有 VTE 风险的住院患者进行出血风险评估

- 1) 医院对有 VTE 风险的住院患者进行抗凝药物预防前，应行出血

风险评估，制定出血风险评估的标准化流程与规范制度。

- 2) 医院应用信息电子化出血风险评估量表，并对高危患者有明确标识。
- 3) 住院期间，针对病情变化的患者应实行动态的出血风险评估，评估及时、规范。

3. 为有 VTE 风险的住院患者提供适合的药物预防与机械预防措施

- 1) 具备预防性抗凝药物与间歇充气加压泵、分级加压弹力袜和足底静脉泵等机械预防设施。
- 2) 医院应用信息电子化预防措施评估量表，根据诊疗指南推荐意见，实施恰当的药物预防和机械预防措施。

(三) 诊治能力

1. 开展诊断 PE 与 DVT 相关疾病检查与检验技术

医院可开展下列 PE 和 DVT 疾病相关的诊疗技术：

- 1) 24 小时凝血功能监测（能在 2~4 小时内提供结果）；
- 2) 24 小时心脏生物标志物检测（至少包括肌钙蛋白、脑钠肽等快速检测）；
- 3) 24 小时床旁心电图和超声心动图检查；
- 4) CT 肺动脉造影（CTPA）检查，并设立 24 小时绿色通道；
- 5) 24 小时下肢静脉超声
- 6) 24 小时胸片检查；
- 7) 具有满足临床需求的溶栓药物至少 1 种（链激酶、尿激酶或 rt-PA 等）；具有满足临床需求的抗凝药物至少 3 种，如普通肝素、低

分子量肝素、磺达肝癸钠、阿加曲班、比伐卢定、华法林、直接的口服抗凝药物（DOACs，如利伐沙班、达比加群酯、阿哌沙班、依度沙班等）等；

8) 满足临床需求的介入或手术治疗等。

2. PE 和 DVT 的规范诊断

- 1) 医院应根据指南意见，规范 PE 和 DVT 的临床评估和诊断流程。
- 2) VTE 疾病诊治相关科室（呼吸与危重症医学科、心血管科、血液科，ICU，血管外科/血管科或外科含血管外科方向）：医务人员应熟练掌握 PE 和 DVT 的临床评估和诊断流程，如果遇到 PE 和 DVT 疑似患者，可迅速作出判断，并进入正确的处理流程。
- 3) VTE 高危科室（骨科、普外科、肿瘤科、妇产科、ICU 等）：医务人员应熟悉 PE 和 DVT 的临床评估和诊断流程，如果遇到 PE 和 DVT 疑似患者，可早期识别并及时请相关专业科室会诊。

3. PE 和 DVT 的规范治疗

- 1) 医院内 VTE 快速反应团队成员以及 PE 和 DVT 相关专业科室医务人员应熟练掌握抗凝与溶栓治疗的适应证、禁忌证与具体使用方法，根据指南推荐意见，规范使用抗凝与溶栓药物。
- 2) 医院内 VTE 高危科室医务人员应熟悉抗凝与溶栓治疗的适应证、禁忌证与具体使用方法，根据指南推荐意见，在相关专业科室医务人员指导下，规范使用抗凝与溶栓药物。
- 3) 在具备专业技术和设备的前提下，医院能够开展 PE 和 DVT 的介入和手术治疗。

4) 医院应制定围手术期患者抗凝药物的管理规范，麻醉科及相关手术科室应按照相关管理规范严格执行。

5) VTE 疾病诊治相关科室和高危科室应设置医院内 VTE 防治医生联络员，负责对本科室医务人员的培训、指导及相关医疗规范与标准的落实。

(四) 质量持续改进

1. 明确重点监测的过程指标与结局指标

1) 过程指标：医院应根据本单位的实际情况确定重点监测的过程指标，如：VTE 风险评估率、出血风险评估率、预防措施实施率、患者宣教知晓度等

2) 结局指标：医院应根据本单位的实际情况确定重点监测的结局指标，如：致死性肺栓塞发生率、医院相关性 VTE 发生率等。

2. 质量改进计划和持续改进

1) 医院应根据本单位的实际情况与发展规划，制定医院内 VTE 防治质量改进计划，明确重点监测指标的改进程度。

2) 定期监测医院内 VTE 防治工作的过程指标和结局指标，通过实施医院内 VTE 防治的一系列规范化管理，达到过程指标和结局指标的改善趋势，以提高住院患者的医疗质量与安全。

(五) 会诊与转诊

1. 医院内 VTE 防治中心应建立适合本区域实际情况的 PE-DVT 转诊和会诊平台。

2. 医疗机构应根据本单位诊疗能力和患者病情，适时进行本区域内

危重或疑难 PE-DVT 的远程会诊，向上级医院转诊及接收下级医院转诊患者，保证患者获得及时、规范、有效的治疗。

三、信息化建设

(一) 专病数据库

1. 建议使用项目认证的数据平台，可通过系统对接、数据抓取或手动录入等方式，将本单位 VTE 相关数据上传至数据平台，或医院自行建立专病数据库。
2. 近 1 年的 VTE 患者上传率应达到 100%，患者的诊断、用药情况、检测等数据可溯源。
3. 医院应制定 VTE 数据库的管理规范、使用细则及监督管理制度，并建立数据审核制度，确保数据的真实、客观、准确。
4. 医院应设置专职或兼职数据管理员，并对相关人员进行数据库使用方法和相关制度培训。

(二) 评估量表信息化

1. VTE 相关评估量表（VTE 风险与出血风险评估、预防措施量表）应达到信息化，评估信息和预防措施可接入医院信息系统（HIS），便于临床医护人员操作。
2. 建议使用项目认证的数据平台，可通过系统对接、数据抓取或手动录入等方式，将相关的评估信息和预防措施实施情况上传至数据平台。
3. 相关评估数据可进行分析和统计，并可以进行动态监测和评估，用以加强医院内 VTE 防治管理水平。

四、护理管理

（一）护理管理制度

1. 参照项目办公室发布的 VTE 防治护理管理制度，医院的护理管理部门应根据本单位的实际情况制定医院内 VTE 防治护理工作手册、工作质量标准、技术操作规范及应急预案等文件。
2. 根据行业标准和国内外指南的专家推荐意见，医院的护理管理部门应及时修订相关文件。
3. 医院各护理单元应根据医院相关文件落实医院内 VTE 防治的相关工作。
4. VTE 诊治相关科室和 VTE 高危科室应设置医院内 VTE 防治护理联络员，负责对本科室护理人员的培训、指导及相关护理规范与标准的落实。

（二）护理能力

1. 对患者及家属开展 VTE 防治相关健康教育；
2. 建立 VTE 中高危患者与医生的沟通机制；
3. 护理 VTE 执行风险评估准确到位；
4. 实时掌握住院患者 VTE 风险评估与出血风险评估结果，根据评估结果采取合适的 VTE 防治护理措施。

（三）护理培训

1. 制定医院内 VTE 防治护理培训制度和培训计划；
2. 定期组织 VTE 防治相关护理规范、标准与操作流程的培训。

（四）持续改进

定期对 VTE 防治护理质量评价标准、质量评价路径及每次质量评价记录和整改措施。定期总结分析 VTE 防治管理中护理评价相关指标

五、患者管理

(一) 管理制度

1. 制定 VTE 患者管理与随访的相关制度。
2. VTE 诊治相关科室和高危科室应至少有 1 名经过专业培训的人员专门负责 VTE 管理与随访工作，VTE 随访工作应有固定的场所和设施支持。

(二) 健康宣教

1. 制定医院内 VTE 防治宣教管理制度并实施

- 1) VTE 诊治相关科室应设置健康教育板报、宣传栏、知识角、知识手册等。
- 2) VTE 高危科室应设置健康教育板报、宣传栏、知识角、知识手册等。
- 3) 入院患者教育、手术患者的术前教育应包含 VTE 防治相关知识。
- 4) 针对中高危住院患者，医院应积极宣教并指导患者进行 VTE 预防。

2. 医院应通过多种途径开展 VTE 防治宣教工作，对社会开展血栓防治教育活动

利用报纸、杂志、广播、电视、微信等多种途径开展 VTE 防治健康教育，定期举办 VTE 健康知识讲座等活动。

3. 医院应有具体指导患者 VTE 预防的措施

- 1) 医护人员应指导患者与家属了解和参与 VTE 认知、评估、预防以及诊疗的整个过程，配合医院开展相关检查和治疗。
- 2) 对患者进行危险因素、饮食、营养、心理等方面的综合评估。
- 3) 医院应开展问卷调查，了解住院患者对 VTE 防治的知晓率与健康宣教情况。

(二) 出院后管理

1. 医院应对 VTE 患者和中高风险患者进行出院后的健康指导，为出院患者复诊提供便利

- 1) 为出院的 VTE 患者以及出院时仍存在 VTE 风险的患者提供健康处方。
- 2) 对出院患者进行预防保健、用药咨询、康复指导等。
- 3) 为患者出院后复查提供全流程的健康咨询。

2. 随访管理

- 1) 定期对出院的 VTE 患者以及出院时仍存在 VTE 风险的患者进行随访，随访方式包括：来院随访、门诊复诊或电话随访等。
- 2) 填写随访情况表、不良事件报告表，并保存随访数据。

3. 患者资料完整

医院应保证 VTE 患者以及出院时仍存在 VTE 风险的患者的资料完整性，包括（并不限于）姓名、年龄、单位、住址、联系电话、入院诊断、住院诊疗记录、出院诊断、出院转归、治疗方案、重要检查检验指标及随访情况等。

六、教学科研

（一）院内人员培训

1. 医院管理人员的培训

- 1) 应制定针对医院领导层、医政管理人员、行政管理人员的培训制度，每年至少培训一次。
- 2) 培训内容应包括：医院内 VTE 防治体系的基本概念、目标与运作机制、相关部门的职责与任务、防治工作需要医院管理层面解决的主要问题等。
- 3) 通过培训调动和发挥医院管理人员的主观能动性。

2. 医护人员的培训

- 1) 应制定针对医生和护士的培训制度，将 VTE 预防培训纳入新员工入院培训常规内容，高危科室纳入科室培训常规内容。
- 2) 定期以专题培训、业务指导、晨会讲课等方式开展 VTE 防治知识及专业技术培训。
- 3) 全院医护人员培训至少每年 1 次，VTE 质控人员、高危科室人员至少每季度 1 次。

（二）区域内其他基层医疗机构人员培训

以学术讲座、业务指导和远程教学等多种方式开展 VTE 预防和诊治相关知识培训，为基层培养骨干力量，实现优质医疗资源下沉，提升基层医务人员对 PE-DVT 的诊疗能力和服务水平，推动医疗技术水平的“同质化”，每年不少于 4 次。

（三）科学研究

1. 积极开展 PE-DVT 疾病相关的临床研究，近 3 年承担或参与区县卫生健康局及以上科研项目。
2. 近 3 年承担或参与多中心临床研究。
3. 鼓励医护人员撰写 PE-DVT 相关医学论文，近 3 年以第一作者或通讯作者发表 SCI 或中文核心期刊论文。
4. 近 3 年县区及以上获奖、编写教材或专著。

附件 5:

全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目 医院申请认证资料填报操作说明

一、注册

1. 填写注册基本信息

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|----------------------|
| 医疗机构名称: | 请填写营业执照上的医疗机构名称 | | |
| 省份: | 选择省份 | 组织机构代码: | 输入组织机构代码 |
| 医院等级: | 三级 | | |
| 医疗机构执业许可证: | <input type="button" value="+选择文件"/> | 请提供证件的原件照片/彩色扫描件/黑白复印件加盖红色公章, 文字/盖章清晰可辨认 格式要求jpg、jpeg、png, 不超过10MB | |
| 项目总负责人 | | | |
| 姓名: | <input type="text"/> | 所在部门: | <input type="text"/> |
| 职务: | 例如: 科长、科员, 没有可填无 | 职称: | 请选择职称 |
| 手机号: | 输入项目总负责人手机号 | 电子邮箱: | 输入项目总负责人邮箱 |
| 岗位: | <input type="text"/> | | |
| 项目联系人 | | | |
| 姓名: | <input type="text"/> | 所在部门: | <input type="text"/> |
| 职务: | 例如: 科长、科员, 没有可填无 | 职称: | 请选择职称 |
| 手机号: | 输入项目联系人手机号 | 电子邮箱: | 输入项目联系人邮箱 |
| 岗位: | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> 医疗机构同意加入VTE项目, 参与项目工作 | | | |
| <input type="button" value="提交申请"/> | | | |

*注: 填写医院等级时, 请务必填写正确, 如填写错误, 请及时联系项目办工作人员修改。

2. 点击“提交申请”

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|------------|
| 医疗机构名称: | 苏南医院 | 组织机构代码: | 0234072370 |
| 省份: | 北京市 | 医院等级: | 二级 |
| 医疗机构执业许可证: | <input type="button" value="+选择文件"/> | 请提供证件的原件照片/彩色扫描件/黑白复印件加盖红色公章,文字/盖章清晰可辨认 格式要求jpg、jpeg、png,不超过10MB | |
| 项目总负责人 | | | |
| 姓名: | 苏南 | 所在部门: | 科长 |
| 职务: | 科长 | 职称: | 主治医师 |
| 手机号: | 12345678786 | 电子邮箱: | 123@qq.com |
| 岗位: | 地+ | | |
| 项目联系人 | | | |
| 姓名: | 苏南 | 所在部门: | 科长 |
| 职务: | 科长 | 职称: | 主治医师 |
| 手机号: | 12345678786 | 电子邮箱: | 123@qq.com |
| 岗位: | 地+ | | |
| *医疗机构同意加入VTE项目,参与项目工作 | | | |
| <input type="button" value="提交申请"/> | | | |

3. 提交后状态显示为申请中,等待项目方审核

全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目
VTE

测试账号-普通用户

公告列表 查看更多>>

| | |
|--|------------|
| 1、全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目医院内静脉血栓栓塞症防治中心建设标准(暂行稿) | 2019-01-30 |
|--|------------|

快捷直达

账号申请状态

申请中

二、知情同意

4. 项目方审核通过后，即可以上传知情同意书

公告列表

| |
|---|
| 1、医院内肺栓塞和深静脉血栓形成防治医生工作手册（试行版） |
| 2、肺栓塞和深静脉血栓形成防治管理办法（试行版） |
| 3、全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目医院认证知情同意书 |
| 4、全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目单位实地评审评分表（二级医院2020版） |
| 5、全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目单位实地认证评分表（三级医院2020版） |

快捷直达



5. 上传后，平台会匹配医院，为申请方开通认证资料和数据上报功能。（最迟一个工作日内完成，可在次日登陆查看）



三、认证资料

1. 当知情同意通过后，申请方可通过登录官网，进入数据平台即可进行认证资上传，完成所有评分后，点击“提交”按钮，项目方即会接收到申请方的认证资料。
2. 根据评审规则、评分方法及评审标准评分，分值可精确到小数点后两位，分值最高不得超过当前项总分最高值。
3. 得分是必填项，文件根据实际情况以 Word/PDF 格式上传，可上传多个。





公告列表

- 1、《二级医院-静脉血栓栓塞症防治中心建设标准2020版》
- 2、《三级医院-静脉血栓栓塞症防治中心建设标准2020版》
- 3、信息化应用与质控管理建议
- 4、全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目信息化应用与质控管理建议
- 5、关于2020年第二批静脉血栓防治中心认证通知

快捷直达



医院等级: 三级 总得分: 0.00分 (总分: 100.00分)

按本医院等级上传认证材料, 上传认证材料前, 请确定医院等级, 若等级有误, 请联系项目办工作人员改正 电话 13611282005

请尽量上传所有条目所需的认证资料, 点击“提交”按钮后无法修改。

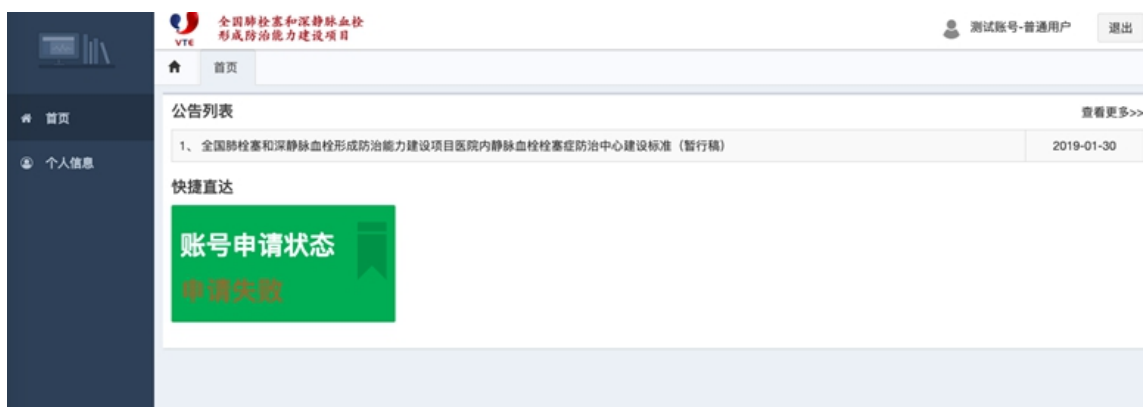
| 序号 | 评审细则 | 评审方法 | 评分标准 | *得分 | 文件信息 |
|-------|------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1-1-1 | 院长(或主管医疗业务副院长)担任主任委员, 主持并推动防治中心的建设 | | 有相关正式红头文件(0.5分) 文件内容符合要求(0.5分) | 总分:1 <input type="text"/> | 上传pdf/word |
| 1-1-2 | 明确组织架构, 由医院相关职能部门负责人和临床相关科室负责人组成 | 提供资料: 1) 医院关于成立医院内VTE防治管理委员会的正式红头文件 | 符合要求(1分) | 总分:1 <input type="text"/> | 上传pdf/word |
| 1-1-3 | 根据本单位的实际情况制定医院内VTE防治管理制度 | 2) 根据《建设标准》, 结合医院实际情况, 制定适合本院项目建设的标准和条目, 内容包括但不限于《建设标准》涵盖内容 | 有管理制度(0.5分) 制度内容符合要求(0.5分) | 总分:1 <input type="text"/> | 上传pdf/word |
| 1-1-4 | 定期组织召开管理工作例会, 对相关工作进行总结梳理和持续改进 | 3) 管理工作例会会议纪要 4) 根据最新的项目指导, 定期修订与更新相关制度与流程(提供不断更新的版本记录), 至少每年修订一次 | 定期召开工作例会(0.5分) 会议频次不少于每季度一次(0.5分) | 总分:1 <input type="text"/> | 上传pdf/word |
| 1-1-5 | 根据最新的项目指导, 政策法规, 结合医院情 | | 符合要求(1分) | 总分:1 <input type="text"/> | 上传pdf/word |

***注:** 上传认证资料前, 请注意查看医院等级是否正确, 如发现错误, 请及时联系项目办工作人员进行修改。

4、审核驳回

1. 如出现申请方注册填写资料有误或其他异常情况, 项目方会驳回申请方的申请。

2. 驳回后，申请方登录到平台，即可查看到状态变为申请失败，如下图：



3. 点击“申请失败”图标，可查看失败原因，点击红框内“修改”按钮，可修改，重新提交审核。



请注意：

1. 申请方首先进行注册，填写基本信息，项目方审核通过后方可上传知情同意。
2. 上传知情同意后，平台最迟在1个工作日内为院方开通认证资料和数据上报功能，申请方重新登陆即可以进行认证资料和数据上报。
3. 目前数据平台试运行评估中，因此暂时不进行数据上报，只进行认证资料上传。

