**附件1**

**医疗美容专项整治行动检查表**

**被检查单位名称：**

|  |
| --- |
| 医疗美容医院□ 医疗美容门诊部□ 医疗美容诊所□医疗机构医疗美容科（室）□ |
| 核准诊疗科目：医疗美容科□ 美容外科□ 美容牙科□ 美容皮肤科□ 美容中医科□麻醉科□ 检验科□ 放射科□ 其他  |
| 住院床位总数 张，美容治疗床 张，手术床 张，观察床 张，牙科综合治疗椅 台。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **检查内容及要求** | **检查结果** | **存在问题** |
| **机构****资格** | 1.查看《医疗机构执业许可证》正本、副本，是否合法有效 | 是 否 |  |
| 2.核对实际执业地点与登记地址是否一致 | 是 否 |  |
| 3.核对标识、牌匾以及医疗文件中使用的名称是否与核准登记的医疗机构名称相同  | 是 否 |  |
| 4.检查《医疗机构执业许可证》正本、诊疗科目、诊疗时间和收费标准是否悬挂于明显处 | 是 否 |  |
| 5.执业人员信息是否公示 | 是 否 |  |
| 6. 现场检查设置的科室是否与核准的诊疗科目一致 | 是 否 |  |
| **7.是否设置医学影像科（如未设置，以下内容不查）** | **是 否** |  |
| 7.1是否取得《放射诊疗许可证》 | 是 否 |  |
| 7.2实际开展的项目和设备是否与《放射诊疗许可证》副本上登记的内容一致 | 是 否 |  |
| **8.是否设置检验科** | **是 否** |  |
| 8.1开展的检验项目是否能满足实际工作需要 | 是 否 |  |
| 8.2如不能满足需要，是否签订有委托检验协议 | 是 否 |  |
| 8.3查看检验科出具的检查报告，核对临床检验项目是否与核准登记的项目一致 | 是 否 |  |
| 8.4现场检查检验设备是否正常运行 | 是 否 |  |
| 8.5使用的试剂是否符合相关规定要求，是否存在过期试剂等 | 是 否 |  |
| 9.是否设置麻醉科 | 是 否 |  |
| **人****员****资格** | **1.现场检查正在执业人员，查看相关人员资质** |
| 1.1执业人员是否佩戴载有本人姓名、职务或者职称的标牌 | 是 否 |  |
| 1.2标识的职称是否属实 | 是 否 |  |
| 1.3检查医师（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 1.4检查外国医师（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 1.5检查护士（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 1.6检查药学专业技术人员（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 1.7检查检验人员（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| **2.随机抽取各科室病历（ ）份，核查实施医疗美容项目的医师是否具备主诊医师资格** |
| 2.1检查实施医疗美容项目的医师（ ）人，是否具备主诊医师资格 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 2.2检查从事医疗美容护理工作的人员（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 2.3检查麻醉医师（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 2.4检查医技人员（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| **3.抽取各科室处方（ ）张，核查医师和调剂人员资质** |
| 3.1医师（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 3.2调剂人员（ ）人，资质是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| **4.抽取抗菌药物处方（ ）张，核查开具处方医师和调剂人员是否具有相应的专业技术职务任职资格** |
| 4.1医师（ ）人，职称是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| 4.2调剂人员（ ）人，职称是否符合要求 | 是（ ）人否（ ）人 |  |
| **医疗美容项目** | 1.现场检查医疗机构设置的科室，是否与核准的诊疗科目相一致 | 是 否 |  |
| 2.调取实际收费项目，查看与备案的医疗美容项目和收费标准是否一致 | 是 否 |  |
| **3.抽取美容外科病历（ ）份，核查开展的医疗美容项目** |
| 3.1是否经过备案  | 是 否 |  |
| 3.2是否有跨级别开展的医疗美容项目 | 是 否 |  |
| **4.检查手术登记本，核查开展的医疗美容项目** |
| 4.1是否经过备案 | 是 否 |  |
| 4.2是否有跨级别开展的医疗美容项目 | 是 否 |  |
| **药品** | **1.医疗用毒性药品：重点检查注射用A型肉毒毒素**  |
| 1.1是否建立健全保管、验收、领发、核对等制度  | 是 否 |  |
| 1.2查看经药品生产企业指定的供货企业的相关资质 | 是 否 |  |
| 1.3现场查看注射用的保存、储存条件是否符合要求  | 是 否 |  |
| 1.4检查出入库记录，与使用记录、使用时限、处方等核对  | 是 否 |  |
| **1.5抽查A型肉毒毒素处方（ ）张** |
| 1.5.1检查是否凭医师签名处方调剂  | 是 否 |  |
| 1.5.2每次处方剂量是否超过2日剂量  | 是 否 |  |
| 1.5.3处方复核人员是否为药师以上技术职称人员  | 是 否 |  |
| 1.5.4处方是否保存2年 | 是 否 |  |
| **2.抗菌药物：重点检查** |
| 2.1医疗机构抗菌药物供应目录是否进行备案 | 是 否 |  |
| 2.2是否采购未经备案的抗菌药物品种和品规 | 是 否 |  |
| 2.3医疗机构是否有抗菌药物处方权授予文件  | 是 否 |  |
| 2.4开具抗菌药物处方医师是否具有相应的职称 | 是 否 |  |
| 2.5开具抗菌药物处方医师是否经过授权  | 是 否 |  |
| **3.麻醉药品：重点检查** |
| 3.1麻醉药品是否使用保险柜保存并实行双人双锁管理 | 是 否 |  |
| 3.2对进出专库（柜）的麻醉药品是否建立专用账册，专用处方是否进行专册登记  | 是 否 |  |
| 3.3是否按照规定保存麻醉药品处方3年 | 是 否 |  |
| 3.4收回空安瓿是否登记  | 是 否 |  |
| 3.5过期、损坏麻醉药品销毁情况是否登记 | 是 否 |  |
| 3.6随机抽取若干品种，核对其入库、出库、使用（处方数）、回收、销毁数量是否一致  | 是 否 |  |
| 4.查看是否有过期和失效药品  | 是 否 |  |
| **医疗器械** | 1.是否指定部门或人员统一采购医疗器械  | 是 否 |  |
| 2.现场抽取各类医疗器械，检查是否索取了供货者相关资质证明  | 是 否 |  |
| 3.医疗器械是否有合格证明文件  | 是 否 |  |
| **4.检查是否建立并执行进货查验记录制度**  | **是 否** |  |
| 4.1植入性医疗器械进货查验记录是否永久保存 | 是 否 |  |
| 4.2其他医疗器械是否保存进货查验记录达到使用后2年 | 是 否 |  |
| 4.3植入性医疗器械使用记录是否永久保存 | 是 否 |  |
| 5. 抽取假体植入的病历，使用的假体相关信息是否记载在病历中  | 是 否 |  |
| **6.抽查注射用医疗器械（ ）种** |
| 6.1检查相关资质 | 是 否 |  |
| 6.2抽查使用记录与出入库记录等核对 | 是 否 |  |
| 6.3核查是否将相关信息保存在病历中  | 是 否 |  |
| 7.是否存在使用未依法注册的医疗器械，如超声刀等。 | 是 否 |  |
| **医学文书** | **1.抽取病历（ ）份，重点查看：** |
| 1.1是否签署了《医疗美容治疗知情同意书》 | 是 否 |  |
| 1.2如涉及手术、麻醉和输血等，还应签署《手术同意书》、《麻醉同意书》和《输血治疗知情同意书》等 | 是 否 |  |
| 1.3书面告知内容是否齐全  | 是 否 |  |
| 1.4是否填写《手术安全核查表》  | 是 否 |  |
| 1.5术者是否在24小时内完成《手术记录》 | 是 否 |  |
| **2.抽取处方（ ）份，重点查看：** |
| 2.1使用药品是否开具处方，是否使用规范的药品名称开具处方  | 是 否 |  |
| 2.2每张处方是否超过5种药品  | 是 否 |  |
| 2.3处方是否超过7日用量  | 是 否 |  |
| 2.4药师是否签名或者加盖专用签章  | 是 否 |  |
| 2.5处方保管是否符合要求，其中普通处方保存期限为1年，医疗用毒性药品处方保存期限为2年，麻醉药品处方保存期限为3年  | 是 否 |  |
| **医疗广告** | 1.查看是否取得《医疗广告审查证明》  | 是 否 |  |
| 2.查看发布的医疗广告媒体类型和内容与《医疗广告审查证明》及成品样件是否一致 | 是 否 |  |
| 3.表示功效、安全性的断言或者保证 | 是 否 |  |
| 4.说明治愈率或者有效率  | 是 否 |  |
| 5.与其他医疗机构比较  | 是 否 |  |
| 6.利用广告代言人作推荐、证明  | 是 否 |  |
| 7.法律、行政法规规定禁止的其他内容  | 是 否 |  |
| 8.医疗机构开展互联网服务信息是否经过了备案 | 是 否 |  |
| 9.在网站上发布的互联网广告是否取得《医疗广告审查证明》 | 是 否 |  |
| 10.医疗机构内标识、宣传板面、宣传资料是否真实、规范 | 是 否 |  |

陪同人员： 检查人员：

检查时间： 年　 月 　日