

ICS 11.020  
C 07

# 团体标准

T/CHAS 10-4-9-2019

---

## 中国医院质量安全管理

### 第 4-9 部分：医疗管理 危急值管理

Quality and safety management of Chinese hospital—  
Part 4-9: Medical Management—Critical Values Management

2019 -11-08 发布

2020-02-01 实施

---

中国医院协会 发布

## 目 次

前言.....	II
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 关键要素.....	2
5 要素规范.....	2
5.1 管理体系.....	2
5.1.1 组织体系 .....	2
5.1.2 制度建设 .....	2
5.1.3 管理要素.....	2
5.1.4 宣教培训.....	2
5.2 处置规范.....	2
5.2.1 危急值确认.....	2
5.2.2 危急值报告.....	3
5.2.3 危急值处置.....	3
5.2.4 危急值记录.....	3
5.3 分析评价.....	3
5.3.1 评价路径.....	3
5.3.2 评价要点.....	3
5.3.3 评价指标.....	3
5.3.4 结果应用.....	3
5.4 持续改进 .....	4
附录 A.....	5
参考文献.....	12

T/GHAS 10-4-9-2019

## 前 言

《中国医院质量安全管理》分为以下部分：

- 第一部分 总则
- 第二部分 患者服务
- 第三部分 医疗保障
- 第四部分 医疗管理

《中国医院质量安全管理第4部分：医疗管理》包括以下部分：

- 第4-1部分：医疗管理 医疗质量管理
- 第4-2部分：医疗管理 护理质量管理
- 第4-3部分：医疗管理 医疗技术管理
- 第4-4部分：医疗管理 医疗风险管理
- 第4-5部分：医疗管理 用药安全管理
- 第4-6部分：医疗管理 器械管理
- 第4-7部分：医疗管理 医疗安全（不良）事件管理
- 第4-8部分：医疗管理 医院感染管理
- 第4-9部分：医疗管理 危急值管理
- 第4-10部分：医疗管理 病案管理
- 第4-11部分：医疗管理 医保费用管理
- 第4-12部分：医疗管理 临床研究管理
- 第4-13部分：医疗管理 患者健康教育
- 第4-14部分：医疗管理 医院安全文化建设
- 第4-15部分：医疗管理 应急管理

本标准是第4-9部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准主要起草单位：烟台毓璜顶医院，山东大学齐鲁医院，广东省人民医院，赤峰市人民医院，空军特色医学中心。

本标准主要起草人：杨军、杨杰、袁向东、王文鑫、雷震、黄留业、吴粤、于明曦、姜立、王云强、殷少华、孙成铭、谢海柱、孙海涛、石磊、曲桂梅、吴承荣、程东升、王少坤、王璇、姜鹏飞、陈志红、马先莹。

## 中国医院质量安全管理第 4-9 部分：医疗管理危急值管理

### 1. 范围

本标准规范了医疗机构检验/检查类项目危急值报告、处置的管理。本标准适用于各级各类医疗机构。

### 2. 规范性引用文件

凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本标准分册。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准分册。

### 3. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

#### 3.1

##### 危急值 (critical values)

危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘状态，必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验/检查结果。

--- 《临床检验专业医疗质量控制指标》国家卫生计生委办公厅关于印发麻醉等 6 个专业质控标准（2015 年版）的通知 国卫办医函[2015]252 号

#### 3.2

##### 危急值项目与范围(critical values items and limit)

指需报告危急值的检验/检查项目及其阈值或边界限，高于或低于该阈值或边界限被视为危急值。

#### 3.3

##### 危急值通报率 (critical values notification rate)

指已通报的危急值检验/检查项目数占同期需要通报的危急值检验/检查项目总数的比例。

#### 3.4

##### 危急值通报及时率 (critical values notification timeliness rate)

指危急值通报时间（从结果确认到与临床医生交流的时间）符合规定时间的检验/检查项目数占同期需要危急值通报的检验/检查项目总数的比例。

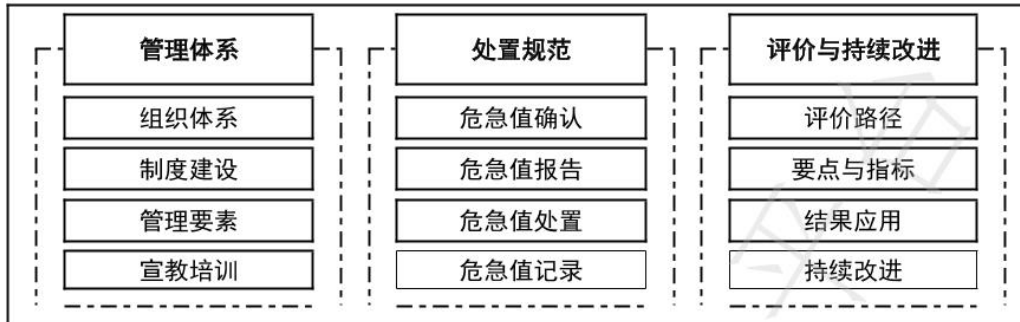
#### 3.5

##### 危急值处置合格率 (critical values disposal qualification rate)

指临床科室接收危急值报告后进行处置的时间和内容等均符合报告制度要求的项目数占本科室同期接收危急值报告总数的比例。

T/GHAS 10-4-9-2019

#### 4. 关键要素



#### 5. 要素规范

##### 5.1 管理体系

###### 5.1.1 组织体系

5.1.1.1 医疗机构应建立健全院科两级危急值管理体系，设立专职或兼职人员负责危急值报告的常态化管理。医疗机构职能部门应有专人负责全院“危急值”报告制度实施情况的督导，并向医疗机构相应管理委员会提出意见和建议。

5.1.1.2 医疗机构业务科室要有专人负责本科室“危急值”报告制度实施情况的检查，并提出意见和建议。

###### 5.1.2 制度建设

医疗机构应制定《危急值报告制度》。内容至少应包括危急值定义、危急值项目和报告范围、结果确认、报告流程、处置要求、信息记录、监测督导、分析评价、持续改进、宣教培训等内容。

###### 5.1.3 管理要素

5.1.3.1 医疗机构应及时组织修订危急值报告制度，负责对制度执行情况进行检查、评价、考核，并提出持续改进方案。

5.1.3.2 医疗机构危急值报告项目应包括心电检查类、医学影像检查类、病理检查类、内镜检查类、检验类、血药浓度类、微生物类、外送标本类等（见附录A）。医疗机构应根据实际情况制定本机构危急值报告项目及范围。

5.1.3.3 医疗机构应每年（必要时）评估、修订本机构危急值报告项目及范围清单。对危急值项目及范围，检验/检查科室与临床科室有异议且难达成共识时，应以临床科室意见为准进行修订。

5.1.3.4 医疗机构应当分别建立住院和门急诊患者危急值报告管理流程和记录规范，信息传递各环节无缝衔接且可追溯。

5.1.3.5 外送到其他机构的检验标本或检查项目，医疗机构应当和送达的检验/检查机构协商发生危急值时通知方式，建立危急值报告流程和对接联系方式，并由患者就诊的医疗机构告知患者。

5.1.3.6 医疗机构应建立危急值报告、处置、记录、统计分析等信息化管理模式。

5.1.3.7 医疗机构应建立危急值数据库，定期分析并形成案例库，作为修订危急值管理制度、培训的依据。

###### 5.1.4 宣教培训

医疗机构应加强对医务人员的危急值管理制度的培训，做到知晓率 100%。

##### 5.2 处置规范

###### 5.2.1 危急值确认

检验/检查科室人员发现危急值时，在出具检验/检查结果报告前，应当双人核对并签字确认；夜间或紧急情况下可单人双次核对。对于需要立即重复检验、检查的项目，应当及时复检并核对。

## 5.2.2 危急值报告

5.2.2.1 检验/检查科室人员发现危急值，经审核确认检查/检验过程各环节无异常后，应立即将危急值结果通知临床科室相关人员，门（急）诊危急值除通知医师外，一并通知患者。

5.2.2.2 临床科室任何接收到危急值报告信息的人员，应当复读确认、记录危急值信息，护理人员接收后须立即通知相关医师。

## 5.2.3 危急值处置

5.2.3.1 临床医护人员接到危急值报告后，须将报告结果与患者的临床病情比对分析，若情况不符，应重新留取标本送检、复查。临床医师接获床旁检测项目危急值后，应立即确认，必要时采血送实验室复查。

5.2.3.2 相关医师接获危急值报告后，须在 10 分钟内采取相应处置措施。门（急）诊医护人员应安排所报告危急值患者优先就诊。

5.2.3.3 临床科室医师应关注危急值处置的效果，对连续报告同一危急值的患者应给予重点关注。

## 5.2.4 危急值记录

5.2.4.1 医疗机构应当统一制定临床危急值信息记录规范，确保危急值信息报告全流程的人员、时间（准确到时、分）、内容等关键要素可追溯。

5.2.4.2 按照“谁报告/接收，谁记录”的原则，做好危急值报告记录。记录至少应包括科室、患者姓名、住院号（门诊号）、报告时间、危急值项目及数值、报告科室及报告人姓名、接收科室及接收人姓名等基本信息。

5.2.4.3 负责危急值处置的当班医师应将危急值报告结果和处理措施记录于病历中。对连续报告同一危急值的患者，即使无需新增特殊处理措施，也应在病程记录中记录每次危急值及未处理的原因。

## 5.3 分析评价

### 5.3.1 评价路径

调取检验/检查科室危急值报告记录本，确定个案病例报告信息→临床科室检查危急值报告记录本→调取相关病历记录信息→按附录A5《危急值报告制度执行评价表单》内容逐项评价→统计指标数据。

### 5.3.2 评价要点

检验/检查科室危急值报告记录基本信息的完整性（包括科室、住院号、医嘱医师与医嘱时间、样本采集时间、报告时间、接收时间等），报告医（技）师资质，对报告的双人核对、检验/检查科室发出报告的及时性、临床科室接收报告的及时性、临床科室对危急值干预和处置的及时性和合理性、临床科室对危急值处置信息记录的完整性等进行评价。

### 5.3.3 评价指标

5.3.3.1 危急值通报率 反映检查/检验科室危急值通报和漏报情况。

5.3.3.2 危急值通报及时率 反映检查/检验科室危急值通报是否及时。

5.3.3.3 危急值处置合格率 反映全院及各临床科室对接获危急值后处置合理情况。

### 5.3.4 结果应用

医疗机构应将评价结果向直接责任人和科室负责人反馈。向直接责任人的反馈应点评具体环节存在的问题，向科室的反馈既要包含具体问题，也应以指标数据说明该制度在科室整体上执行的情况。

T/GHAS 10-4-9-2019

考评结果应纳入个人绩效和科室综合目标绩效考核中。医疗机构应根据评价结果掌握该制度整体执行情况,提出整改要求。

#### 5.4 持续改进

医疗机构应定期检查、评价危急值报告制度的执行情况,及时发现问题,及时整改,并追踪整改效果,采取有效措施,确保整改到位。应针对缺陷不足,不断修订并完善制度、规范、流程。



## 附录 A1 检查类“危急值”报告参考项目及参考范围

1. 心电检查“危急值”报告项目及范围（心电图危急值 2017 中国专家共识<中国心电学会危急值专家工作组>）

- 1.1 疑似急性冠状动脉综合征：
  - 1.1.1 首次发现疑似急性心肌梗死的心电图改变；
  - 1.1.2 首次发现疑似各种急性心肌缺血的心电图改变；
  - 1.1.3 再发急性心肌梗死的心电图改变（注意与以往心电图及临床病史比较）。
- 1.2 严重快速性心律失常：
  - 1.2.1 心室扑动、颤动；
  - 1.2.2 室性心动过速 心室率 $\geq 150$ bpm，持续时间 $\geq 30$ s 或持续时间不足 30s 伴血流动力学障碍；
  - 1.2.3 尖端扭转型室性心动过速，多形性室性心动过速，双向性室性心动过速；
  - 1.2.4 各种类型室上性心动过速 心室率 $\geq 200$ bpm；
  - 1.2.5 心房颤动伴心室预激 最短 RR 间期 $\leq 250$ ms。
- 1.3 严重缓慢性心律失常：
  - 1.3.1 严重心动过缓、高度及三度房室阻滞，平均心室率 $\leq 35$  bpm；
  - 1.3.2 长 RR 间期伴症状 $\geq 3.0$ s；无症状 $\geq 5.0$ s。
- 1.4 其它：
  - 1.4.1 提示严重低钾血症心电图表现 [QT (U) 显著延长、出现快速性心律失常，并结合临床实验室检查]；
  - 1.4.2 提示严重高钾血症心电图表现（窦室传导，并结合临床实验室检查）；
  - 1.4.3 疑似急性肺栓塞心电图表现（并结合临床及相关检查）；
  - 1.4.4 QT 间期延长：QTc $\geq 550$  ms；
  - 1.4.5 显性 T 波电交替；
  - 1.4.6 RonT 型室性早搏。

## 2. 医学影像检查“危急值”报告参考项目及参考范围

- 2.1 中枢神经系统：
  - 2.1.1 严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；
  - 2.1.2 硬膜下/外血肿急性期；
  - 2.1.3 脑疝、急性脑积水；
  - 2.1.4 颅脑 CT 或 MRI 扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；
  - 2.1.5 脑出血或脑梗塞复查 CT 或 MRI，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过 15% 以上。
- 2.2 脊柱、脊髓疾病：
 

X 线检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊。
- 2.3 呼吸系统：

**T/GHAS 10-4-9-2019**

- 2.3.1 气管、支气管异物；
- 2.3.2 张力性气胸；
- 2.3.3 肺栓塞、肺梗死；
- 2.3.4 急性肺水肿。
- 2.4 循环系统：
  - 2.4.1 心包填塞、纵隔摆动；
  - 2.4.2 急性主动脉夹层动脉瘤。
- 2.5 消化系统：
  - 2.5.1 食道异物；
  - 2.5.2 消化道穿孔、急性肠梗阻；
  - 2.5.3 急性胆道梗阻；
  - 2.5.4 急性出血坏死性胰腺炎；
  - 2.5.5 肝脾胰肾等腹腔脏器出血；
  - 2.5.6 肠套叠。
- 2.6 颌面五官急症：
  - 2.6.1 眼眶内异物；
  - 2.6.2 眼眶及内容物破裂、骨折；
  - 2.6.3 颌面部、颅底骨折。
- 2.7 超声：
  - 2.7.1 急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重患者；
  - 2.7.2 急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔的患者；
  - 2.7.3 考虑急性坏死性胰腺炎；
  - 2.7.4 怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血；
  - 2.7.5 晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快(FHR:180次/分大于5分钟以上)；
  - 2.7.6 中晚期妊娠出现胎盘早剥现象；
  - 2.7.7 子宫破裂；
  - 2.7.8 大量心包积液合并心包填塞；
  - 2.7.9 心脏普大并合并急性心衰；
  - 2.7.10 大面积心肌梗死；
  - 2.7.11 心腔内发现游离血栓；
  - 2.7.12 主动脉夹层动脉瘤形成。
- 3. 病理检查“危急值”报告参考项目及参考范围**
  - 3.1 恶性肿瘤出现切缘阳性；
  - 3.2 常规切片诊断与冰冻切片诊断不一致。

#### 4. 内镜检查“危急值”报告参考项目及参考范围

- 4.1 胃、肠腔或支气管内异物；
- 4.2 急性活动性出血。

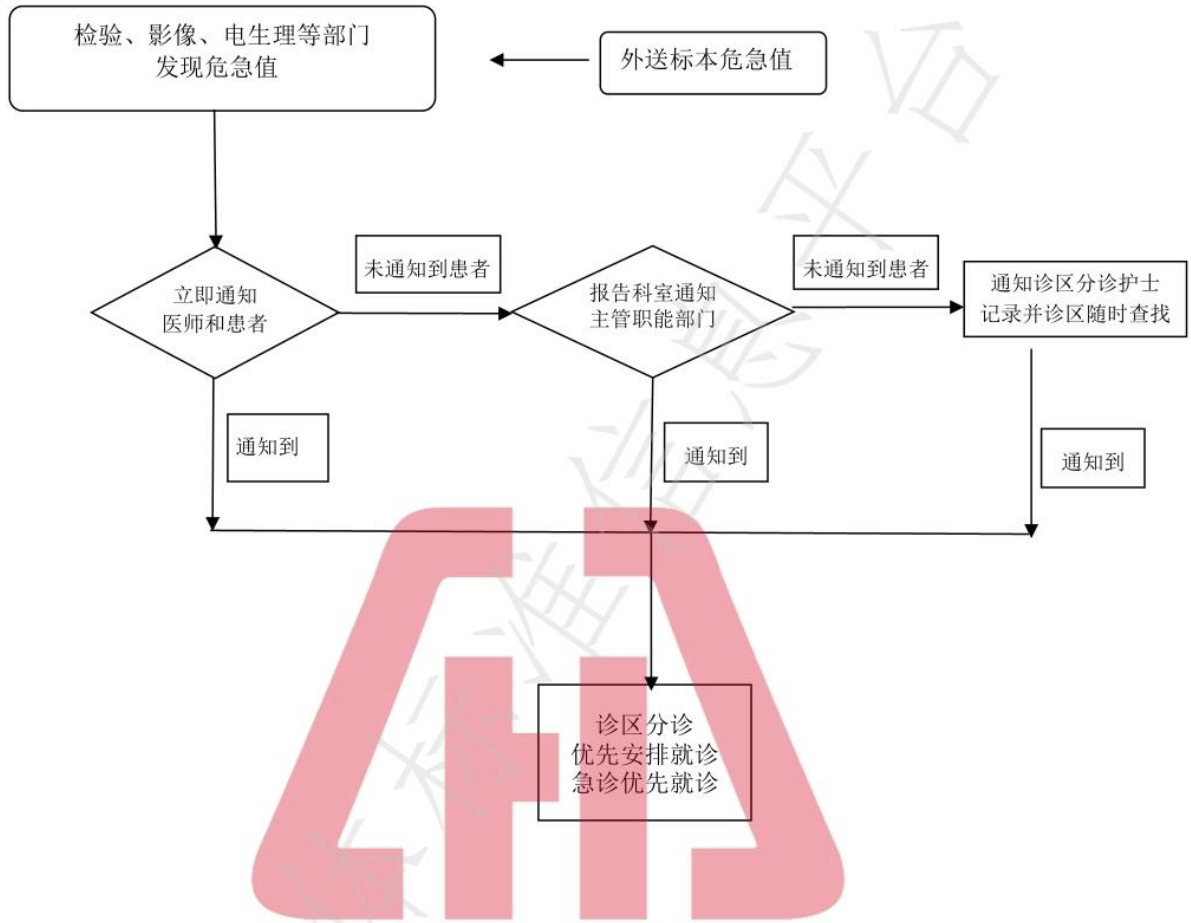


T/GHAS 10-4-9-2019

## 附录 A2 检验类 “危急值” 报告参考项目及参考范围

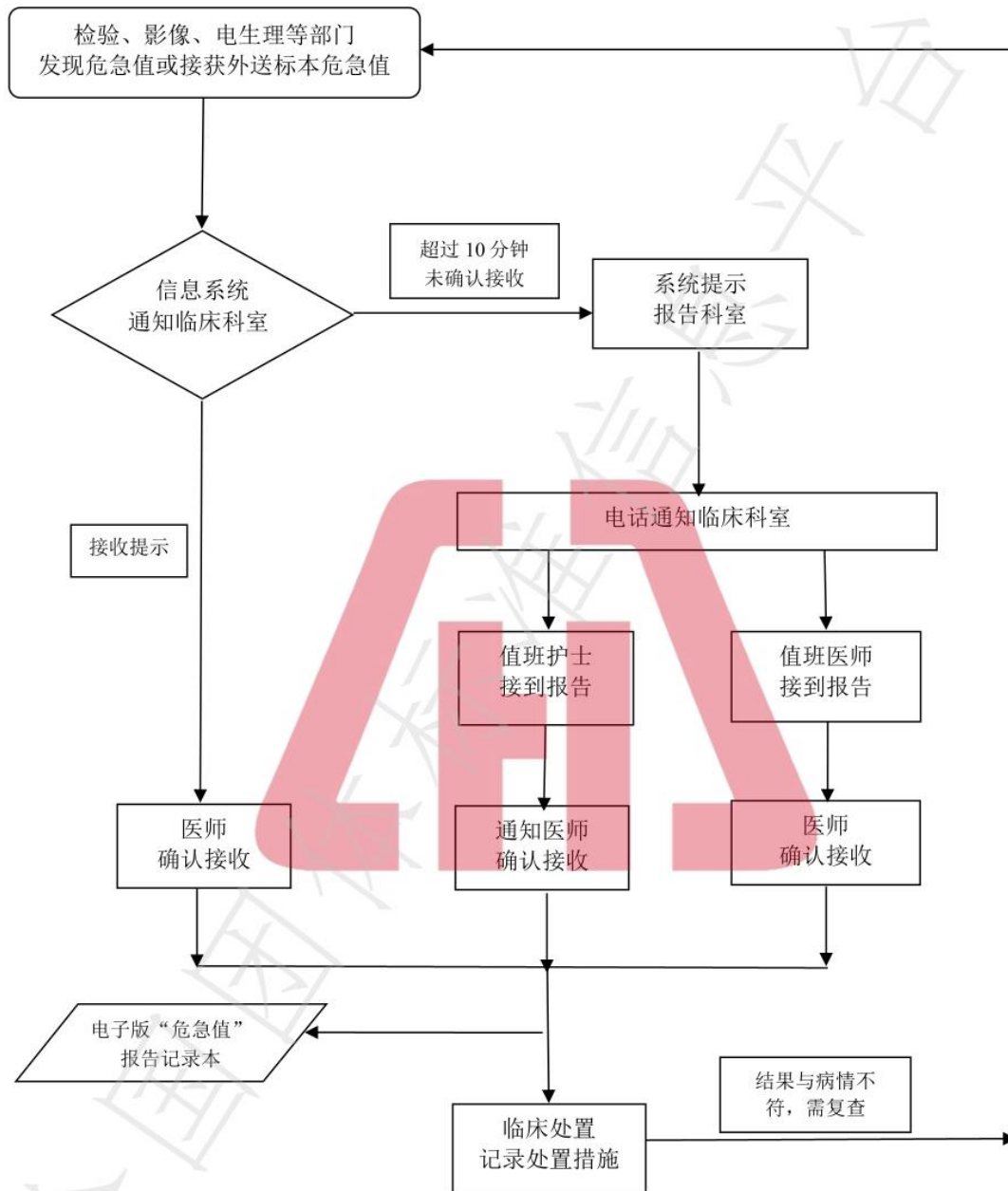
序号	检验项目	单位	危急值低值	危急值高值	备注	
1	血清钾	mmol/L	<2.8	>6.2	《全国临床检验操作规程》第四版	
				>6.5	《大内科》教材第八版	
2	血清钠	mmo/L	<120	>160	《全国临床检验操作规程》第四版	
3	血清钙	mmol/L	<1.75	>3.5	《全国临床检验操作规程》第四版	
4	血糖 (含 POCT)	新生儿	mmol/L	<1.6	>16.6	新生儿《全国临床检验操作规程》第四版
		成人		<2.2	>22.2	成人《全国临床检验操作规程》第四版
		内分泌			>30	
5	PT	s		>30	《全国临床检验操作规程》第四版《欧美最新抗凝指南》(外科、血管外科凝血危急值不报 PT 报 INR)	
	INR			>3		
6	APTT	s		>70	《全国临床检验操作规程》第四版	
7	白细胞计数	普通	10 <sup>9</sup> /L	<2.5	>30	《全国临床检验操作规程》第四版
		肿瘤内科		<1.5	>30	《全国临床检验操作规程》第四版
8	血小板计数	普通	10 <sup>9</sup> /L	<20		《全国临床检验操作规程》第四版
		血液内科		<5		
9	胆红素	成人	umol/L	>342		《全国临床检验操作规程》第四版
		新生儿		>307		
10	血气 (含 POCT)	PCO <sub>2</sub>	mmHg	<20	>60	《全国临床检验操作规程》第四版
		PO <sub>2</sub>	mmHg	<45		《全国临床检验操作规程》第四版
		血氧饱和度		<75%		《全国临床检验操作规程》第四版
		pH		<7.25	>7.55	《全国临床检验操作规程》第四版
11	微生物检验危急值		1、血培养阳性。 2、脑脊液涂片和培养阳性。 3、痰涂片抗酸杆菌阳性。 4、多重耐药菌 (MDRO) ① 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (MRSA) ② 耐万古霉素肠球菌 (VRE) ③ 产超光谱 β-内酰胺酶 (ESBL) ④ 耐碳青霉烯类抗菌药物肠杆菌科 (CRE) ⑤ 耐碳青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌 (CR-AB) ⑥ 多重耐药/泛耐药铜绿假单胞菌 (MDR/PDR-PA)		《全国临床检验操作规程》第四版 《医院感染管理规范》	
12	血药浓度	地高辛	ng/ml		2.5	《临床药理学》(第三版)(人民卫生出版社)
13		丙戊酸	ug/ml		120	《临床药理学》(第三版)(人民卫生出版社)
14		苯妥英钠	ug/ml		24	《临床药理学》(第三版)(人民卫生出版社)
15		卡马西平	ug/ml		14	《临床药理学》(第三版)(人民卫生出版社)
16		环孢素	ug/ml	750	1500	《临床药理学》(第三版)(人民卫生出版社)
17		万古霉素	ug/ml	8	22	《2012年万古霉素临床应用剂量中国专家共识》

附录 A3 门（急）诊（含健康查体）“危急值”报告处置参考流程



T/GHAS 10-4-9-2019

附录 A4 住院患者“危急值”报告处置信息化参考流程



附录 A5 危急值报告制度质量评价表单

危急值报告制度质量评价表单（个案）

评价时间： 评价人：

科室/住院号	项目/时间	检验/检查科室质量（满分 100，每项缺陷扣 5 分）					临床科室质量（满分 100，每项缺陷扣 5 分）					危急值通报质量（单项否决，按规定报告得 100 分，未报告得 0 分）			
		报告医师/技师	危急值报告记录	报告质量	报告及时性	得分	接收人/处置医师	危急值接收记录	处置及时性	处置记录规范性	得分	科室	项目名称/时间	责任人	得分

附：标准要求

1. 危急值报告或接收记录。信息是否完整，记录本应按照谁接报告/谁记录、谁接收/谁记录的原则，至少应包括报告科室、报告项目信息、报告时间与报告人、接收时间与接收人等信息。
2. 报告质量。报告应有双人核对（急诊除外）、报告单内容完整、时间节点信息准确、医（技）师资质符合规定。
3. 报告及时性。检验/检查科室发现危急值须立即报告；实行网络报告的，超过 10 分钟未确认接收应电话通知。
4. 临床科室危急值处置。临床医护人员接获危急值报告应在 10 分钟内处置，处置情况应在当班记录于病程记录中，处置记录应包括危急值接收时间/项目、查看患者情况、危急值与病情符合情况、处置措施及医患者沟通情况等。
5. 危急值通报质量。通过抽取检查检验报告单，对照附录 A-B 危急值报告项目与范围，检查有无漏报危急值。
6. 责任落实。个案检查，缺陷与责任须落实到人。

T/CHAS 10-4-9-2019

## 参 考 文 献

- [1] 《医疗质量管理办法》国家卫生和计划生育委员会令第10号, 2016年11月1日
- [2] 医政医管局. 《医疗质量安全核心制度要点》国卫医发[2018]8号
- [3] 国家卫生健康委员会办公《关于进一步加强患者安全管理工作的通知》国卫办医发[2018]5号
- [4] 国家卫生健康委员会办公厅《关于进一步加强健康体检机构管理促进健康体检行业规范有序发展的通知》国卫办医函[2018]913号
- [5] 国家卫生计生委《关于印发医学检验实验室基本标准和管理规范的通知》国卫医发[2016]37号
- [6] 卫办医管发[2011]148号《三级综合医院评审标准条款要素与方法说明(2011年)》[z]. 2011
- [7] 《临床检验专业医疗质量控制指标》国家卫生计生委办公厅关于印发麻醉等6个专业质控标准(2015年版)的通知 国卫办医函[2015]252号
- [8] 中国医院协会. 患者安全目标[M]. 2009--2010版, 北京:科学出版社, 2009.
- [9] 检验危急值在急危重病临床应用的专家共识组. 检验危急值在急危重病临床应用的专家共识(成人)[J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22(10):1084-1089.
- [10] 中华医学会检验医学分会临床实验室管理学组. 医学检验危急值报告程序规范化专家共识[J]. 中华检验医学杂志, 2016, 39(7):484-486.

