危急值报告制度是指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果建立复核、报告、记录等的管理机制，以加强对临床“危急值”的管理，确保危急值信息准确，传递及时，保证各环节无缝衔接且可追溯，保障医疗质量和患者安全。

1.“危急值”是指辅助检查（验）结果出现时，表明患者可能正处于生命危急状态，需要临床医师及时得到检查（验）信息，并迅速给予患者有效的干预或治疗措施，以及时挽救患者生命，否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。

2.“危急值”项目与报告流程

2.1“危急值”项目包括检验、影像、超声、心电诊断、内镜诊疗等检查化验项目指标，具体项目及范围见附件。

2.2 检验科“危急值”报告流程

2.2.1 检验科工作人员发现“危急值”时，应首先确认检查仪器、设备和检验过程是否正常，核查标本及标本信息（包括患者姓名、性别、年龄、科室、床号、住院号、门诊号、诊断、检测项目等）是否准确，操作是否正确。如核查有疑问应重新采样，若以上信息核查无异常，应立即复检，双人核对，夜间或紧急状况下，可单人双次核对，核对无误后签字确认。

2.2.2 复检结果无误后，应立即电话通知或通过 LIS 系统发送通知至患者所在临床科室，并立即电话通知病区护士站，同时在报告单上注明“结果已复核”、“已通知并获确认”。

2.2.3 检验者按“危急值”登记要求在《“危急值”报告记录本》上详细记录，并保留标本备查。

2.3 医学影像科、超声科、内镜中心“危急值”报告流程

2.3.1 检查人员发现“危急值”时，首先确认检查设备是否正常，操作是否规范，在确认检查过程各环节无异常的情况下，核查患者基本信息，请上级医师复核确认。

2.3.2 结果复核无误后，立即电话通知相应诊室或临床科室医护人员“危急值”结果，同时在《“危急值”报告记录本》上作详细记录，并确认通知。应积极保持与临床科室沟通，为临床科室提供技术咨询。如临床科室对检查结果仍有疑问，应对患者进行进一步检查，保证诊断结果的准确性。

2.4 心电图室“危急值”报告流程。

2.4.1 检查人员发现“危急值”时，首先确认检查设备是否正常，操作是否规范，双人核对后，在确认检查过程各环节无异常的情况下，核实相关信息后，立即将电话通知相关临床科室，出具诊断报告。如对检查结果有疑义或与患者病情不相符，须主动与临床及时沟通或重新、进一步检查，以确保结果的可靠性和准确性。检查者在报告单上注明“结果已复核”、“已电话通知”。

2.4.2检查者在《“危急值”报告记录》上对报告情况作详细记录，同时对“危急值”报告项目进行严格的质量控制，并为临床提供咨询服务。

2.5 其他

2.5.1 健康查体者出现“危急值”时，医技科室应通知健康管理中心，由其通知患者本人或者单位相关负责人，并告知及时就诊。

2.5.2 相关检查化验科室应制定外送标本出现“危急值”的报告流程，并严格执行，保证“危急值”信息准确，报告及时。

3. 临床科室处理流程

3.1 临床科室医务人员在护士站电脑上看到检验科发送的危急值提示框弹出或接到“危急值”电话报告时，应立即在电脑上点击确认，并立即通知患者主管医师或值班医师进行处理，若主管医师不在，应立即汇报科室主任或在岗最高年资医师进行协调处理，并在《“危急值”接收登记本》上详细记录相关内容。

3.2 主管医师应在接到“危急值”报告后，应根据病情作出相应的处理，同时报告上级医师或科室主任，并在病程记录中记录“危急值”结果、临床分析和处置措施等内容。

3.3 门急诊医护人员接到“危急值”报告时，应立即通知接诊医师（接诊医师未在应通知接诊医师所在科室值班医师），通过 HIS 系统查找患者的联系方式并及时告知患者到指定科室或急诊就诊，必要时，可报告门诊部（非工作日、夜间可报总值班）协助处理，接收通知人员应在《“危急值”接收登记本》上详细记录相关内容。

3.4 患者行床旁检查、化验出现“危急值”时，应经遵循报告与处理流程，做好危急值接收登记，并及时处置。

4.“危急值”项目及范围更新

各相关科室需对临床“危急值”项目及范围进行动态调整、更新，应在科内进行充分讨论并形成书面材料，经科主任签字后报医务部，由医务部组织相关部门、科室讨论后修订并公布。

5.“危急值”登记制度

临床“危急值”的报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”原则。各医技及临床科室均应建立“危急值”报告记录（接收）本，对“危急值”处理的过程和相关信息做详细记录。

6. 质控与考核

6.1 临床、医技科室要认真组织学习临床“危急值”报告及处理制度，掌握临床“危急值”报告项目、范围及处理程序。科室应安排专人负责本科室临床“危急值”报告和处理制度实施情况的督查，确保制度落实到位。

6.2 医院将“危急值”报告和处理制度的执行落实情况，纳入科室医疗质量考核范围。医务部、门诊部等医务管理部门定期对各临床、医技科室与门急诊患者“危急值”报告与处理情况进行督导检查，提出相应的持续改进措施。

附件

“危急值”项目及范围

1. 检验科“危急值”项目及范围

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **单位** | **报警阈值** | | **备注** |
| 白细胞 | 109/L | ＜1.0 | ＞50.0 |  |
| 中性粒细胞 | 109/L | ＜0.5 |  | 血液内科住院患者＜0.2\*109/L |
| 血红蛋白 | g/L | ＜50 | ＞190 | 血液内科住院患者低值＜30.0g/L；  新生儿＞220 |
| PLT计数 | 109/L | ＜30 | ＞1000 | 血液内科住院患者低值＜5 |
| INR |  | — | ＞4.5 |  |
| 纤维蛋白原定量 | g/L | ＜0.5 |  |  |
| 活化部分凝血酶原时间 | 秒 |  | ＞80 |  |
| 凝血酶原时间> 30秒 | 秒 |  | ＞30 |  |
| 成人血糖 | mmol/L | ＜2.5 | ＞22.2 | 内分泌住院患者高值＞33.3 |
| 血清K+（成人） | mmol/L | ＜2.8 | ＞6.2 | 肾内科住院患者高值＞6.4 |
| 血清Na+ | mmol/L | ＜115 | ＞160 |  |
| 血清Ca2+ | mmol/L | ＜1.5 | ＞3.5 |  |
| 血清Cl- | mmol/L | ＜80 | ＞120 |  |
| 血清肌酐 | umol/L | — | ＞707 | 明确诊断尿毒症和慢性肾衰患者＞1400 |
| 动脉血PH值 |  | ＜7.1 | ＞7.6 |  |
| PaO2 | mmHg | ＜50 |  |  |
| PaCO2 | mmHg | ＜20 | ＞90 |  |
|  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 细菌培养（血液、脑脊液、骨髓标本） | | 阳性 | | |
| 多种标本多重耐药菌培养 | | 阳性 | | |

2. 医学影像科“危急值”项目及范围

2.1 中枢神经系统

2.1.1严重的颅内血肿、脑挫裂伤（严重的颅内血肿是指脑实质内幕上出血≥40ml，幕下出血≥10ml）；

2.1.2可疑动脉瘤破裂导致的蛛网膜下腔出血；

2.1.3脑疝（中线移位＞1.5cm）；

2.1.4颅内急性大面积脑梗死(范围达一个脑叶或全脑干范围或以上)。

2.2 循环系统

2.2.1急性主动脉夹层；

2.2.2 主动脉瘤破裂；

2.2.3心脏破裂、心包填塞；

2.2.4纵隔血管破裂及出血；

2.2.5急性肺栓塞。

2.3 消化系统

2.3.1消化道穿孔；

2.3.2肝、脾破裂并腹腔积血；。

2.3.3急性出血性坏死性胰腺炎

2.3.4急性肠系膜动、静脉栓塞

2.4 呼吸系统

2.4.1双侧或单侧气胸及液气胸（压缩比＞70%）；

2.4.2气管异物、纵隔摆动；

2.4.3新生儿透明膜肺；

2.4.4出现疑似或不能除外“新冠肺炎”。

2.5骨关节系统

2.5.1椎体爆裂骨折并椎管容积侵占＞50%。

3. 腹部超声科“危急值”项目及范围

3.1外伤急诊发现腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重病人；

3.2考虑急性胆囊炎并急性穿孔的患者；

3.3考虑急性坏死性胰腺炎；

3.4怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血。

3.5怀疑黄体破裂并出血，出血深度大于 5cm；

3.6晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快（＞160次/分）或过慢（＜110次/分）等胎儿窘迫征象；

3.7外伤及各种原因导致的胎盘早剥、子宫破裂、前置胎盘并活动性出血等产科急重症；

3.8肝被膜下肝癌肿块破裂出血。

4. 心脏超声科“危急值”项目及范围

4.1大量心包积液，右室前壁前厚度≥3cm，合并心包填塞；

4.2急性主动脉夹层或动脉瘤；

4.3心脏破裂；

4.4急性左心衰（射血分数（EF）＜30%）；

4.5心脏人工瓣膜急性机械故障；

4.6心脏游离血栓。

5. 心电图室“危急值”项目及范围

5.1疑似急性冠状动脉综合征；

5.1.1首次发现疑似急性心肌梗死的心电图改变。

5.1.2首次发现疑似各种急性心肌缺血的心电图改变。

5.1.3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）。

5.2严重快速性心律失常；

5.2.1心室扑动、心室颤动。

5.2.2室性心动过速 心室率≥150bpm，持续时间≥30s或持续时间不足30s伴血流动力学障碍。

5.2.3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。

5.2.4各种类型室上性心动过速心室率≥200bpm。

5.2.5心房颤动伴心室预激 最短RR间期 ≤250bpm。

5.2.6 R on T型室性早搏。

5.3严重缓慢性心律失常；

5.3.1严重心动过缓、高度及三度房室阻滞，平均心室率≤35bpm。

5.3.2长R-R间期伴症状≥3.0 s；无症状≥5.0 s。

6. 内镜中心“危急值”项目及范围

6.1消化道出血、消化道穿孔。