查对制度是指为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品

等进行复核查对的制度，涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转院患者、检验检查结果/报告等。

1.患者身份查对：

1.1 每项医疗行为都必须查对患者身份。身份查对包括患者姓名、住院号（门诊号）、身份证号

（其他身份证件）、出生日期以及电子身份认证（包括腕带或其他可穿戴设备上的二维码、

条形码等）等，至少使用两种身份查对方式确认患者身份，如“姓名+住院号、姓名+门诊号”

等。

1.2 禁止使用病房号或床位号作为身份识别的唯一依据。核对姓名时，仍需患者以口语化方式，

如陈述自己姓名以确认身份。对于新生儿及因意识不清、语言沟通障碍等原因无法陈述者，

应由其陪同人员陈述患者姓名，查对确认后及时佩戴腕带；对无法陈述姓名且无人陪伴的患

者可临时采用其他方式标记其身份（如“无名氏+性别+入院时间”等）并佩戴腕带，并通过

两种以上方式由双人进行查对确认。

2.诊疗行为查对：

2.1 临床科室：

2.1.1 开具医嘱、处方或进行治疗时，应查对患者姓名、性别、床号、住院号（门诊号）。

2.1.2 执行医嘱时要进行“三查八对”。三查：操作前查，操作中查，操作后查。八对：对

床号、姓名、药名、剂量、 浓度、时间、用法、有效期。

2.1.3 处理医嘱，应做到班班查对，处理者和查对者签名确认；临时医嘱执行后，要记录执

行时间并签字，长期医嘱执行后，在执行单上签名并留存；对有疑问的医嘱，必须向

医师核对无误后方可执行；执行口头抢救医嘱，执行者需完整复述一遍，经医师复核

无误后方可执行，抢救结束后及时补全医嘱，执行者应签字，执行时间为抢救时间，

具体到分钟。

2.1.4 清点和使用药品前，要检查质量、标签、失效期、批号等，如不符合要求，不得使用。

静脉给药要注意核查药品包装是否完整，同时使用多种药物时，注意配伍禁忌。

2.1.5 给药前，注意询问有无过敏史；使用毒、麻、精和限制类药物等要经过双人核对；静

脉给药要注意药液有无变质、沉淀、瓶口有无松动、裂缝；给多种药物时，要注意配

伍禁忌。摆药后须双人核对无误后执行。

2.1.6 输血前，需经两人查对无误后，方可输入。注意观察，保证安全。

2.2 手术室：

2.2.1 接患者时，要查对科别、床号、住院号、姓名、性别、诊断、手术名称、术前用药；

术前查对姓名、诊断、手术部位、配血报告及药物过敏试验结果等。

2.2.2 术前查对无菌包是否符合要求，手术器械是否都齐全。凡进行体腔或深部组织手术，

要在术前与缝合前清点纱布块、纱布（棉花）棉球和器械等数量。使用各种体内植入

物之前，必须详细核对各种标识内容及有效期。

2.2.3 严格手术三方核查要求，麻醉实施前、手术开始前及患者离开手术室前，应由麻醉师、

手术医师和护士三方核对患者姓名、诊断、手术部位、手术方式等，完成核查后三方

签字确认。

2.2.4 凡手术留取的标本，应及时登记，查对科别、姓名、部位、标本名称等，规范填写病

理标本袋标签待检。

2.2.5 术中用药与输血应按要求进行查对。

2.3 药品调剂科：

2.3.1 调剂处方时必须做到“四查十对”。查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、

剂型、规格、数量、标签；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对

临床诊断。

2.3.2 发药时，查对药名、规格、剂量、用法与处方是否相符，查对标签（药袋）与处方是

否相符，查对药品有无变质，是否超过有效期，查对姓名、年龄，必要时，用交代用

法及注意事项。

2.3.3 高警示药物和使用前要实行双人核对，在夜间，本岗位只有一人的情况下，采用单人

双次复核查对和两次签字形式。

2.4 输血科：

2.4.1 血型鉴定和交叉配血试验；2人工作时要“双查双签”，1人工作时要重做1次。

2.4.2 发血时，要与取血人共同查对科别、病房、床号、姓名、血型、交叉配血试验结果、

血瓶（袋）号、采血日期、血液质量，查对无误后，双方签字交接。

2.5 检验科及实验室：

2.5.1 采取标本时,查对科别、床号、姓名、检验目的。

2.5.2 收集采取标本时，查对科别、姓名、联号、标本数量和质量。

2.5.3 检验时，查对试剂、项目、化验单与标本是否相符。

2.5.4 检验后，查对目的、结果。

2.5.5 发报告时，查对科别、病房，检验员签名、登记与否。

2.6 病理科：

2.6.1 接收标本时，要核查申请单填写是否齐全，临床诊断及检查目的是否清楚。

2.6.2 标本接收和取材时，要核对申请单号码与标本号码是否一致、标本号码与病理编码是

否唯一。

2.6.3 取材后医师与技术人员交接时要核对数量，出片时要核对切片数量及号码是否正确。

2.6.4 切片观察和出具报告时要核对患者姓名、病区、床号、住院号、送检材料和部位是否

与申请单一致。

2.6.5 外借病理切片时要再次核对患者姓名、病理号和病理诊断是否正确。还片时要核对会

诊意见是否与原诊断一致，并做好记录。

2.7 医学影像科与核医学科：

2.7.1 检查时，查对科别、病房、姓名、年龄、片号、部位、目的。

2.7.2 治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

2.7.3 使用造影剂时应查对患者是否有造影剂过敏史。

2.7.4 发报告时，查对科别、病房、姓名。

2.8 理疗及针灸科室：

2.8.1 进行各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

2.8.2 低频治疗时，查对极性、电流量、次数。

2.8.3 高频治疗时，检查体表、体内有无金属异常。

2.8.4 针刺治疗前，检查针的数量和质量，取针时，检查针数和有无断针。

2.9 特殊检查科室（心电图、脑电图、超声波、基础代谢等）：

2.9.1 检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检查目的。

2.9.2 诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。

2.9.3 发报告时，查对科别、病房、姓名。

2.10 供应室：

2.10.1 准备器械包时，查对品名、数量、质量、清洁度。

2.10.2器械、敷料消毒灭菌完毕后，要查验化学指示卡是否达标，外包装标签内容是否完整，

是否分类放置。

2.10.3 发器械包时，查对名称、数量、消毒日期及包装完好性。

2.10.4 收器械包时，查对名称、数量、质量、清洁处理情况。

3.医疗器械、设施管理部门

3.1 应定期对医疗设施设备开展巡查及保养工作，并做好相应记录，以确保医疗工作正常开展。

巡查频率较高的设备，可委托临床科室代为巡查，但需规范巡查流程，承担巡查职责的医务

人员必须经过医疗器械、设施管理部门的定期培训，并考核通过后才能开展巡查。

3.2 生命支持类设备应定期核查，并有是否完好状态的标识。

3.3 医护人员在使用前应核查医疗器械是否在有效期内，在每日使用前做好日常检查与清洁工作，

并做好相应记录。使用后应严格按照医疗器械相关保养说明完成保养。