附件2

**云南省血液透析室/独立血液透析中心信息核查表**

|  |
| --- |
| **填表时间： 年 月 日 填表人：** |
| 机构信息 | 医疗机构名称 |  |
| 医疗机构等级 |  |
| 地址 |  |
| 法定代表人 |  | 负责人 |  |
| 血透室/独立血透中心负责人 |  | 技术职务 |  |
| 联系电话 |  |
| 血透室/独立血透中心开始运营时间 |  年 月 日 |
| 医院总床位数（张） |  | 科室床位数（张） |  |
| 血透机总数（台） |  | 阳性机数量（台）（注：“其他”指混合感染类型，如：乙+丙；乙+梅毒等） | 乙肝 |  | 丙肝 |  |
| 梅毒 |  | HIV |  |
| 其他 |  |
| 阴性机数量（台） |  |
| 人员情况 | 医师 | 人 | 血液净化培训合格持证 |  | 高职 |  | 中职 |  | 初职 |  |
| 护士 | 人 | 血液净化培训合格持证 |  | 高职 |  | 中职 |  | 初职 |  |
| 工程技术人员 |  | 其他人员 |  |
| 感染管理 | 是否设置清洁区、潜在污染区和污染区 | □ 是 □ 否 |
| 是否单独设置医务人员、患者、污物通道 | □ 是 □ 否 |
| 治疗区（阳性、阴性）反渗水路是否独立分开 | □ 是 □ 否 |
| 血透机内部消毒方式 | □ 热消毒□ 化学消毒 | 每班次血透机消毒时间 |  |
| 空气消毒方式 | □ 紫外线灯□ 空气消毒机 | 物体表面消毒方式 | □ 一次性消毒湿巾（使用经国家食品药品监督管理局（CFDA）批准的消毒液或具有取得所在地省级卫生健康行政部门发放的卫生许可证的消毒液商品）。 |
| 手卫生频次 | 上机： 次下机： 次 | 更换手套情况及频率 |  |
| 终末消毒频率（次） | □一周 □ 两周 □一月 □ 其他 |
| 医护人员是否定期体检（乙肝病毒、丙肝病毒、梅毒螺旋和艾滋病病毒标志物） | □是 □ 否 |
| 阳性区护士是否相对固定 | □是 □ 否 |
| 传染病管理 | 透析患者传染病学和肝功能指标检查频次 |  | 传染病患者是否按时按量上报传染病登记 | □是□否 |
| 是否对首透患者进行透前传染病检测 | □是 □否 |
| 一次性物品管理 | 一次性无菌物品有无复用 | □有 □否 |
| 医院及科室是否对一次性透析耗材用量进行管理 | □是 □否 |
| 透析管理系统数据填报管理 | 数据填报管理人 |  | 电话 |  | 核查频次 |  |
| 数据填报人 |  | 电话 |  | 填报频次 |  |