

四川省眼科质量控制中心

川眼质控发〔2024〕20号

关于开展南充市眼科医疗质量控制 业务指导的通知

南充市各级眼科机构：

为加强全省眼科医疗质量管理，提升全省眼科医疗质量同质化水平，根据四川省卫健委《四川省医疗质量控制中心管理办法》的文件要求，四川省眼科质控中心决定在全省21个市州间开展质控交叉指导工作。2024年12月04日由广安市眼科质控中心组织专家对南充市眼科医疗机构开展质控业务指导工作，请相关单位积极配合。现将有关事项通知如下：

一、业务指导内容

1、科室开展质控活动情况

- (1) 评价科室医疗质控管理情况。
- (2) 十八项医疗核心制度执行情况。

2、质控指标执行情况

- (1) 参考《四川省眼科医学质量控制标准（2023年版）》（附件1）检查相应级别的医院的设备和技术要求。

(2) 登录“四川省医疗质控数据上报平台”检查眼科质控指标（参考附件2）监测任务的填报情况，对质控数据进行分析并对异常情况提出解决方案。

3、临床诊疗规范

参考《四川省白内障超声乳化诊疗规范》《四川省硬性透气性角膜接触镜规范化验配指南》《四川省注药术规范》《四川省斜视与弱视诊疗技术规范》《四川省玻璃体腔内注药术规范》《四川省糖尿病视网膜病变分级防治管理指南》《四川省视网膜静脉阻塞的全病程临床管理指南》等眼科专业技术规范对眼科临床诊疗操作进行培训或提出改进方案。

二、指导专家

专家：广安市人民医院	李 波	副主任医师
广安市中医医院	李华宏	副主任医师
邻水县中医医院	陈移山	副主任医师
邻水县人民医院	张 勇	副主任医师

三、受指导单位

- 1、南充市高坪区人民医院
- 2、南充市爱尔麦格眼科医院

四、指导流程

1、参照《四川省眼科医学质量控制标准（2023年版）》，被指导单位提前准备好相关材料和场地。

2、指导专家到现场考察，依据质控标准、质控指标以及临床诊疗规范给出指导意见，重点是相应整改措施，形成《质控评价报告》（附件3）。

3、被指导单位在专家给出意见后3月内做出整改。

4、被指导单位所在市州质控中心组织专家进行回访并记录整改情况，形成《质控回访报告》（附件4）。

5、指导专家组完成附件3、被指导单位完成附件4，纸质版留档，电子版发送至邮箱scsykzk@163.com，并提交当地卫健委备案。

五、联系人

赵波 电话：15608034082 邮箱：scsykzk@163.com

六、附件

- 1、四川省眼科医学质量控制标准（2023年版）
- 2、四川省眼科医疗质控指标（2024年版）
- 3、眼科质控评价报告（模板）
- 4、眼科质控回访报告（模板）

四川省眼科质量控制中心

2024年11月26日



附件 1

四川省眼科医学质量控制标准（2023 年版）

序号	考核内容	标准分	考核方法	评分标准	得分
一	基础条件	100			
1	空间配置 50 分	眼科诊室 三级医院：总面积不少于 30 平方米，配备标准对数视力表、裂隙灯、检眼镜、手电及其它必要的诊疗设施。 二级医院：总面积不少于 15 平方米，配备标准对数视力表、裂隙灯、检眼镜、手电及其它必要的诊疗设施。	10	现场查看	面积每少 2 平米扣 1 分
		眼科暗室 三级医院：配备直接检眼镜和（或）间接检眼镜，面积不少于 10 平方米。可以设在眼科诊室内，但应配置遮光窗帘和方便控制的照明设施。 二级医院：配备直接检眼镜，面积不少于 5 平方米。可以设在眼科诊室内，但应配置遮光窗帘和方便控制的照明设施。	10	现场查看	面积每少 1 平米扣 1 分
		眼科治疗室 三级医院：面积不少于 15 平方米，配备操作台、储物柜、治疗床、冷光源照明和标准洗手池。 二级医院：面积不少于 10 平方米，配备操作台、储物柜、治疗床、照明设备和标准洗手池。	10	现场查看	面积每少 2 平米扣 1 分
		眼科手术室 三级医院：面积不少于 25 平方米，配备眼科手术显微镜、消毒设备和所需的显微手	10	现场查看	面积每少 1 平米扣 2 分

序号	考核内容		标准分	考核方法	评分标准	得分
		术器械等。 二级医院：面积不少于 20 平方米，配备眼科手术显微镜、消毒设备和所需的显微手术器械等。				
		开放病床：独立设置病房，三级医院应为医院总床位数的 3%，但不得少于 30 张床。二级医院应为医院床位数的 2.5%，但不得少于 20 张床	10	现场查看	每少 1 张床扣 1 分	
2	人员配置 30 分	基本原则：眼科医师和手术室护士要具有国家认可的执业资质	10	查医师、护士执业资格证书	无相应执业资质或应届毕业生 3 年内未取得相应资质从事眼科医疗工作，此项不得分	
		医师：三级医院每床至少配备 0.25 名医师，其中至少有 2 名具有副高及以上专业技术职务任职资格的医师；二级医院每床至少配备 0.2 名医师，其中至少有 1 名具有副高及以上专业技术职务任职资格的医师	10	查医院人事部门、科室相关文件、排班表以及相关人员的执业证书、职称证书等	缺副高及以上专业技术职务任职资格的医师 1 名扣 5 分，医师配备比例不达标扣 1 分/人	
		视光师：至少配备 1 名（三级医院为专职）	5	查医院人事部门、科室相关文件资料、排班表等	缺视光师扣 0.5 分	
		护士：每床至少配备 0.4 名护士	5	查医院人事部门、科室相关文件资料、排班表等	每缺护士 1 名扣 0.5 分	
	眼科设备 20 分	基本设备： 配备诊桌、诊椅、治疗车、抢救车、病历车、药品柜、给氧装置、呼吸器、电动吸引器、心电图机、心电监护仪、手术床、无影灯、显微镜、生化分析仪、血气分析仪、尿分析仪、血球计数仪、分析天平、离心机、电冰箱、敷料柜、器械柜、高压灭菌设备、煮沸消毒锅、电烤箱、紫外线	5	现场查看设备，查医院设备管理部门、科室设备管理相关资料	三级医院每缺一项扣 1 分，二级医院每缺一项扣 1 分	

序号	考核内容		标准分	考核方法	评分标准	得分
3		灯				
		专科设备： 三级医院： 眼科检查台、视力表、裂隙灯显微镜、眼压计、三棱镜、三面镜、房角镜、直接和间接检眼镜、电脑验光仪及镜片箱、角膜内皮计数仪、角膜曲率计、自动视野计、同视机、眼科 A/B 超机、眼底荧光造影仪、视觉电生理仪、激光治疗仪、眼科手术显微镜、OCT、白内障超声乳化仪 二级医院：视力表、裂隙灯显微镜、眼压计、直接检眼镜、眼科 A/B 超机、眼科手术显微镜、三面镜、房角镜、电脑验光仪及镜片箱、角膜曲率计	10	现场查看设备，查医院设备管理部门、科室设备管理相关资料	每缺一项扣 1 分	
		信息化设备：至少配备 1 台能够上网的信息化设备和医院信息系统，保证信息的统计和上报。	5	现场查看设备，查医院设备管理部门、科室设备管理相关资料	每缺一项扣 1 分	
二	能力与质量		400			
4	治疗技术水平 110 分	常见病 三级医院： 角膜疾病、青光眼、视网膜脱离、斜视、眼眶疾病、眼肿瘤、糖尿病眼部并发症、眼睑疾病、弱视、葡萄膜炎、白内障、眼外伤、医学验光配镜 二级医院：角膜溃疡、青光眼、斜视、眼睑疾病、前葡萄膜炎、白内障、眼外伤、医学验光配镜、糖尿病眼部并发症诊断	30	查上年出院病历	每缺一项扣 5 分	
		门诊治疗技术：睑板腺按摩、冲洗结膜囊、电解倒睫、球结膜下注射、取结膜结石、	30	查治疗单、医嘱单、治疗记录；现场查看，每项治疗技术抽 1 名	每缺一项扣 5 分；每项有开展但不规范扣 2 分	

序号	考核内容	标准分	考核方法	评分标准	得分
	球后注射、泪道冲洗、角膜异物剔除术、眼部脓肿切开引流术、睑板腺囊肿切除术、前房穿刺术、泪小点扩张、泪道探通术、弱视训练 二级医院：冲洗结膜囊、球结膜下注射、取结膜结石、泪道冲洗、角膜异物剔除术、睑板腺囊肿切除术、泪小点扩张、泪道探通术		治疗师进行操作。评估各种作业治疗技术是否开展、是否规范		
	激光手术 三级医院：视网膜激光光凝术、激光治疗眼前节病、泪道激光治疗 二级医院：可无	20	查治疗单、医嘱单、治疗记录；现场查看，随机抽查，每项治疗技术抽 1 名治疗师进行操作。评估该类治疗技术是否开展、是否规范	每缺一项扣 5 分；每项有开展但不规范扣 2 分	
	手术 三级医院： 一级：翼状胬肉切除、眼睑肿物切除术、眼睑结膜清创裂伤缝合术、睑内翻矫正术、睑外翻矫正术、泪小点扩张术、泪囊切除术、白内障囊内摘除术 二级：视网膜脱离激光治疗、人工晶体植入术、晶状体囊切开术、白内障囊外摘除术、白内障摘除术、前房穿刺术、前房角切开术 三级：眼内异物去除术、眶内囊肿切除、眶内血管瘤切除术、眼球摘除+义眼座植入斜视手术、眼外肌缝合术、晶状体切除术 四级：眶内肿瘤切除术、眶内肿物切除术、开眶探查术、眶外侧壁切开术、玻璃体置换术 四级：选择性开展 二级医院：	30	查上年出院病历	每缺一项扣 2 分	

序号	考核内容	标准分	考核方法	评分标准	得分
	一级：翼状胬肉切除、眼睑肿物切除术、眼睑结膜裂伤清创缝合术、睑内翻矫正术、睑外翻矫正术、泪小点扩张术、泪囊切除术、白内障囊内摘除术 二级：人工晶体植入术、晶状体囊切开术、白内障囊外摘除术、白内障摘除术 三级：选择性开展				
5	质量安全 管理 90 分	制度职责：医疗核心制度执行情况。医师、治疗师及护士岗位职责落实情况	20	查阅在架病历、有关资料	每缺一项核心制度扣 2 分，执行不规范扣 1 分；无医师、治疗师及护士岗位职责扣 5 分，未严格执行扣 5 分
		指南：医师诊疗指南，视光师操作指南、专科护理操作指南	15	查资料、查记录	无医师诊疗指南扣 4 分，无视光师操作指南扣 4 分、无专科护理操作指南扣 2 分
		流程：眼科出入院流程、临床路径、应急流程	15	查资料、查记录	无出入院流程扣 2 分，无临床路径扣 3 分，无应急流程扣 2 分
		规范：医疗安全管理规范、院感管理规范、抗生素使用管理规范、危急值管理规范	15	查资料、查记录	无医疗安全管理规范扣 4 分，无院感管理规范扣 2 分，无抗生素使用管理规范扣 2 分，无危急值管理规范扣 2 分
		建设规划：5 年学科建设规划，人才培养规划	15	查评审前 5 年内有关资料	无 5 年学科建设规划扣 5 分，无人才培养规划扣 5 分
		设备管理：科室设备安全管理规范，眼科设备管理与培训责任人、及相关记录，病房公用设备有专人管理及相关记录	10	查资料、查记录	科室无设备安全管理规范扣 3 分，无眼科设备管理与培训责任人、相关记录扣 5 分，病房公用设备无专人无管理和相关记录扣 2 分
6	诊治能力 40 分	诊治专科病种：独立诊治本专科住院重点疾病： 三级医院：角膜疾病、青光眼、视网膜脱离、斜视、眼眶疾病、眼肿瘤、糖尿病眼部并发症、眼睑疾病、弱视、葡萄膜炎、白内障、眼外伤 二级医院：角膜溃疡、青光眼、斜视、眼睑疾病、前葡萄膜炎、白内障、眼外伤	20	查上年出院病历	缺 1 个病种扣 2 分

序号	考核内容		标准分	考核方法	评分标准	得分
		住院重点手术 三级医院：白内障类手术、青光眼类手术、玻璃体手术、巩膜扣带手术、眼肌手术、眼眶及整形手术准分子激光屈光性角膜手术 二级医院：白内障类手术、青光眼类手术	10	查上年出院病历	缺 1 种手术扣 2 分	
		疑难复杂病种：疑难复杂病例诊疗方案记录完整	10	查疑难复杂病种病历 10 份	缺疑难复杂病历扣 10 分，记录不规范扣 5 分	
7	创新能力 10 分	近五年创新项目情况	10	查相关资料及记录	近五年平均每年有至少一项（共 5 项及以上）创新项目得 10 分；3-4 项得 8 分，1-2 项得 6 分，没有不得分	
8	眼科 质效 90 分	平住院均日	10	查医院相关统计报表	三级医院平均住院日<9 天得 10 分,9-12 天得 6 分,>12 天不得分。二级医院住院≤15 天得 10 分，15-18 天得 6 分，>18 天不得分	
		住院药占比	10	查医院相关统计报表	药占比率≤25%，每超 1%扣 2 分	
		病历合格率	10	查医院相关统计报表	病历合格率≥95%。每下降 1%扣 2 分	
		专科护理	10	查病历、护理记录及相关资料	有专科护理记录得 5 分,护士有专病护理亚专业得 5 分。每缺一项扣 5 分	
		门诊	10	查门诊出诊排班记录	每天至少有 2 人上门诊，不达标扣 4 分	
		满意度	10	查医院相关统计报表	满意度大于 90%得 10 分，每下降 1%扣 1 分，发生一起医疗事故扣 10 分	
		临床路径	10	查开展临床路径相关文件、资料及工作记录	根据国家及省卫生计生委的要求认真开展临床路径工作。根据本院本科室实际情况，制定并实施临床路径，工作有记录，资料完整得 10 分；开展了临床路径，工作无记录或记录不完整得 5 分；未开展不得分	
		院感管理	5	查科室相关记录	有医师、护士、治疗师组成的院感小组得 3 分，同时手卫生达标得 2 分。反之不得分	
		差错率	5	查医院相关统计报表	年差错率≤1%，≥1%不得分	
		随访	5	查医院相关统计报表	建立患者随访制度，且随访率大于 50%得 5 分 随访率每下降 10%扣 1 分	

序号	考核内容		标准分	考核方法	评分标准	得分
		质量安全管理小组	5	查科室相关记录	科室成立了眼科质量与安全管理小组，且至少每月召开会议一次，有记录得 5 分。反之不得分	
9	幅射能力 60 分	双向转诊	10	查相关记录及病历	院内科间双向转诊通畅得 5 分，与上下级医院建立双向转诊合作并运行通畅得 5 分。反之不得分	
		对口支援	20	查医院及科室相关资料	有对口支援基层医院眼科医学科计划及具体实施得 10 分，向社区提供眼科技术支持得 10 分。反之不得分	
		远程医疗	10	现场查看及查阅医院相关资料	有远程医疗系统得 5 分，实施远程会诊、远程教学得 5 分。反之不得分	
		举办继续教育培训班	10	现场查看批文及相关资料	国家级、省级、市级均可，省级单位只能举办省级及以上继续教育项目	
		进修人员	10	查医院、科室相关统计报表	三级医院每年进修人员总人数>5 人得 10 分；3-5 人得 6 分；1-2 人得 4 分，无进修人员不得分。二级医院进修人员每年总人数>3 人得 10 分；2-3 人得 6 分；1 人得 4 分，无进修人员不得分	
合计得分						

加分项目：科研与教学（共 10 分）

序号	考核内容		标准分	考核方法	评分标准	得分
三		科研与教学	10			
1	学术影响	学会任职	1	查学会聘书	三级医院全国主委得 0.5 分，副主委得 0.4 分，常委得 0.3 分，委员得 0.2 分；省主委得 0.4 分，副主委得 0.3 分，常委得 0.2 分，委员得 0.1 分。二级医院省主委得 0.5 分，副主委得 0.4 分，常委得 0.3 分，委员得 0.2 分；市主委得 0.4 分，副主委得 0.3 分，常委得 0.2 分，委员得 0.1 分。一人担任数职，以最高学术职称登记一次，学科多人担任职务可累积计分	
		主办学术会议	1	查评审前 5 年内会议通知、签到表及相关材料	三级医院主办国际性学术会议得 0.5 分，全国性学术会议得 0.4 分，省级学术会议得 0.3 分，市级学术会议得 0.2 分；二级医院主办全国性学术会议得 0.5 分，省级学术会议得 0.4 分，市级学术会议得 0.3 分。多次承办或主办本专科的会议可累积计分	
2	专科方向	临床研究	1	查专科临床研究相关资料、记录及发表的相关文章	专科有 2-3 个稳定、明确的临床研究方向，且与临床工作密切相关、有项目有相关论文得 1 分；专科有 1 个稳定、明确的研究方向，且与临床工作密切相关，研究内容系统、具体得 0.5 分	
3	科研项目	承担科研项目	1	查评审前 5 年内获得项目的批件。可累积计分，总分不超过标准分	三级医院有 2 项(下列重大项目)以上且项目排名在前 3 名的得 0.5 分；在以下项目中有一项担任第 1 负责人的得 0.5 分。项目包括：973、863、国家重点攻关课题、国家支撑、科技部或卫生部重大专项、国家自然科学基金项目、重大国际合作项目或国家杰出青年基金项目。二级医院省部级项目有一项担任第一负责人得 0.5 分，2 项以上且排名前 3 得 0.5 分；市级项目第一负责人每项 0.3 分，项目前 3 每项 0.2 分	
4	科研成果	获得科技奖励(一、二、三等)	1	查评审前 5 年内获得成果的证书	三级医院国家级一等奖 1 项得 0.5 分，二等奖 1 项得 0.4 分；部(省)级一等奖得 0.4 分，二等奖得 0.3 分，三等奖得 0.2 分；市级一等奖得 0.2 分，二等奖得 0.1 分。二级医院部(省)级一等奖得 0.5 分，二等奖得 0.4 分；三等奖得 0.3 分；市级一等奖得 0.3 分，二等奖得 0.2 分	

5	文章	发表本专业相关论著、论文	1	查评审前 5 年内以第一作者（编委）发表本专业相关论著、论文	三级医院 SCI 收录每篇得 0.3 分；中华医学会系列杂志每篇得 0.2 分；统计源期刊杂志每篇得 0.1 分；二级医院中华医学会系列杂志每篇得 0.3 分；统计源期刊杂志每篇得 0.2 分	
6	学生教育	教学	1	查学生实习、见习相关资料。得分与扣分累计均不超过标准分	三级医院研究生、本科生见习、实习轮转安排合理、到位，得 0.5 分；二级医院本科生、专科生、中专生见习、实习轮转安排合理、到位，得 0.5 分；未承担者不得分；至少每周有一次专题讲座得 0.5 分；无临床授课扣 0.5 分；无定期实习生扣 0.5 分	
7	继续教育	国家、省、市级学习班	1	查评审前 5 年内获批文件、项目开展记录情况，同一项目不重复计分，不同项目可累积计分，培训班以讲学材料和学员签到表为准	三级医院国家级 1 项次得 0.5 分，省级 1 项次得 0.3 分，市级 1 项次得 0.2 分；举办培训班 1 次 0.2 分；二级医院省级 1 项次得 0.5 分，市级 1 项次得 0.4 分；举办培训班 1 次得 0.2 分	
		规范化培训	1	查住院医师、住院治疗师培训基地批文。查学生培养合格情况资料	三级医院有住院医师、住院治疗师培训基地，规范化医师、治疗师培养合格率大于 95%，得 1 分；每低 5 个百分点，扣 0.1 分。无基地扣 1 分	
8	编写教材	教材编写	1	查 5 年内所编写出版教材	5 年内参加过教育部、国家卫生计生委教材编写，主编得 0.5 分、副主编得 0.4 分，参编得 0.2 分	
合计得分						

注：1. 标准分三个部分：基本条件、能力与质量及科研与教学。基本条件权重为 20%，能力与质量权重为 80%，科研与教学共 10 分作为加分项目；

2. 标准总分 500 分，300 分为合格；

3. 标准中部分指标内容可累积计分和累积扣分，但最后得分或扣分不超过该项目的标准分；

4. 标准中的相关技术指标如无特别注明，均指评估时上一年度的数据；

5. 标准中包括的人员是指人事关系或执业地点在所在医院的人员。其中聘用人员是指在本单位执业注册并履行职责 1 年以上、年工作时间 8 个月以上。客座教授、名誉教授等不计算在内；

6. 标准中所指论文、课题、科研成果等，指第一作者/通讯作者/项目第一负责人为本单位的正式员工；

7. 专科医院参照执行。

附件 2

四川省眼科医疗质量控制指标 (2024年版)

1、门诊量

指标解释：指在一段时间以内，来科室挂号并进行诊治的患者人数。

计算公式：门诊量=医院数据库中挂号和收费的ID号次数/特定时间段。

意义：该指标反映特定时间段内有多少自然人来科室就诊，结合上次数据可以判断增长率或降低率。

2、收治病人量

指标解释：指在一段时间以内，收入科室进行诊治的患者人数。

计算公式：收治病人量=医院数据库中收入科室的ID号人次数/特定时间段。

意义：该指标反映一段时间内有多少自然人被收入科室诊治，结合上一年数据可以判断下一年的增长率或降低率。

3、平均住院床日

指标解释：一定时期内每一出院者平均住院时间的长短。

计算公式：平均住院床日=出院患者占用总床日数/同期出院人数。

意义：是反映医疗资源利用情况和医院总体医疗服务质量的综合指标，是集中表现医院管理、医院效率和效益较重要而敏感

的指标。

4、平均住院费用

指标解释：一定时期内每一出院者平均住院费用的多少。

计算公式：平均住院费用=出院患者产生的总费用/同期出院人数。

意义：是反映医疗单位为住院病人提供医疗救治而收取的平均费用水平，是医院重要的财务分析和统计指标。

5、平均耗材费用

指标解释：一定时期内每一出院者平均耗材费用的多少。

计算公式：平均耗材费用=出院患者产生的总耗材费用/同期出院人数。

意义：是反映医疗单位为住院病人提供医疗救治而收取的平均耗材费用的指标，是表现医疗质量和效益较重要而敏感的指标。

6、药占比

1) 住院药占比

指标解释：一定时期内所有出院患者药费占住院总费用的比例。

计算公式：住院药占比=出院患者药费/住院总费用×100%。

意义：是反映专科住院诊疗用药强度及合理用药情况的指标。

2) 门诊药占比

指标解释：一定时期内所有门诊患者药费占门诊总费用的比例。

计算公式：门诊药占比=门诊患者药费/门诊总费用×100%。

意义：是反映专科门诊诊疗用药强度及合理用药情况的指标。

7、住院患者抗菌药物使用强度（AUD）

指标解释：以平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数（即 DDD/100 人天）表示。

计算公式：住院患者抗菌药物使用强度= 住院患者抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）/同期收治患者人天数 ×100%

注：①抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）=所有抗菌药物 DDD 数的和。②同期收治患者人天数=同期出院患者人数×同期患者平均住院天数。

意义：是控制住院患者抗菌药物使用的重要指标。

8、不良事件上报率

指标解释：一定时期内发生的所有不良事件中上报的比例。

计算公式：不良事件上报率=一定时期内上报的不良事件/同一时期内发生的所有不良事件×100%。

意义：是反映医疗单位的医疗监管意识、辅助评价医疗安全和质量控制的指标。

9、病例组合指数（CMI）

指标解释：是指医疗机构的例均权重，跟收治的病例类型有关，值高被认为收治病例的评价难度较大。

计算公式：CMI=Σ（某DRG费用权重×该医院该DRG病例数）/该医院全体病例数×100%。

意义：是反映医疗机构收治患者总体特征和医疗水平的指标，与技术难度、医疗资源消耗有关。

10、白内障术后眼内炎发生率

指标解释：白内障手术患者术后发生眼内炎的比例。

计算公式：

白内障术后眼内炎发生率(%) = 白内障术后眼内炎患者人数 / 同期白内障手术患者人数 × 100%

意义：白内障术后急性感染性眼内炎是白内障术后严重的并发症之一，该病对眼内组织结构破坏严重而迅速，诊治不当往往会带来不可挽回的后果，轻者丧失视力，重者摘除眼球甚至波及颅内，危及生命。通过指南和规范，预防和治疗白内障术后眼内炎的发生十分重要。

11、青光眼房角镜检查率

指标解释：对首诊怀疑青光眼的患者进行房角镜检查的比例。

计算公式：

青光眼房角镜检查率(%) = 行房角镜检查的首诊青光眼患者人数 / 同期门诊首诊青光眼患者人数 × 100%

意义：房角镜检查是最基础、最简便、最经济、最有效的青光眼检查手段之一，各医疗机构眼科均应开展此项检查。

12、糖尿病患者白内障术前眼底检查率

指标解释：糖尿病患者接受白内障手术前，进行眼底检查的比例。

计算公式：

糖尿病患者白内障术前眼底检查率（%）=糖尿病患者白内障术前行眼底检查人数/糖尿病患者白内障人数×100%

意义：白内障手术会加重糖尿病患者发生新生血管性青光眼及玻璃体积血的风险，是严重的手术并发症，术前行眼底检查是最简便的降低这一风险的手段。

13、翼状胬肉手术方式使用率

指标解释：每特定时间采取翼状胬肉切除联合自体干细胞移植手术进行治疗的翼状胬肉患者总数占同期所有翼状胬肉手术治疗的患者的患者总数的比例。

翼状胬肉切除联合自体干细胞移植手术方式使用率（%）=翼状胬肉切除联合自体干细胞移植手术总数/同期翼状胬肉手术总数×100%

意义：对翼状胬肉不同类型手术方式采取情况的比较，可以反映远期不同术式的临床治疗效果。

14、复发翼状胬肉手术率

指标解释：每年度进行第二次及以上次数手术进行治疗的翼状胬肉患者总数占同期所有翼状胬肉手术治疗的患者的患者总数的比例。

复发翼状胬肉手术率（%）=翼状胬肉进行非首次手术的总数/同期翼状胬肉手术总数×100%

意义：评定翼状胬肉的复发情况，反映区域内翼状胬肉手术方式和治疗水平。

四川省眼科专业质控评价情况报告

20xx 年 x 月 x 日，四川省眼科质量控制中心专家组委员 xxx 带领专家到 xx 医院进行眼科医疗质量控制评价，情况如下：

一、评价对象、范围

医院名称：

科室名称：

二、评价方法

（一）分组情况

参与评价的专家：

xx（单位、职称）、

xx（单位、职称）

记 录： xx（单位、职称）

（二）评价内容、标准、细则或质控指标

1. 十八项医疗核心制度执行情况；
2. 住院病历质量评价；
3. 《四川省眼科医学质量控制标准（2023 年版）》
4. 《四川省眼科医疗质控指标（2024 年版）》
5. ……

三、结果与分析（结果按照各种维度进行对比分析，提炼亮点及不足）

（一）评价结果总体情况

核心医疗制度执行情况，需要写实（检查病历号，具体得分，问题）；各种质量安全管理相关记录本记录的规范、完整性；其他维度质控指标……。

（二）结果分析（按照评价项目类别、评价对象属性等各种维度进行对比分析、提炼亮点及不足）

……

四、建议（针对评价发现的问题提出改进措施建议）

提出整改建议。

五、具体评价结果（可采取表格形式）

总体医疗质量情况。

可参考《质量控制标准》采用评分形式。

评价人签名：

日期：

附件 4

四川省眼科专业质控回访报告

20xx 年 x 月 x 日, 由四川省眼科质量控制中心专家组委员 xx 带队对 xx 医院眼科质控整改情况进行回访, 情况如下:

一、对象:

医院名称:

科室名称:

二、回访人员

质控专家:

记录人:

三、首次质控评价结果与建议

xx 年 x 月 x 日(首次评价日期), 当时质控评价总体结果为……

当时提出的整改建议: 分条列出

……

四、整改情况及评价

针对所提建议, 单位相应的整改情况。

五、总结

两次质控评价工作的总结

评价人签名:

日期: