ICS 11.020
CCS C 05

T/GXAS

团　　体　　标　　准

T/GXAS XXXX—XXXX

儿科急诊室建设与管理规范

Specification of construction and management of pediatric emergency room

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX－XX－XX 发布　　XXXX－XX－XX 实施

广西标准化协会　　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　缩略语 1
5　基本要求 1
6　建设要求 1
7　管理要求 4
8　评价与改进 6
附录 A（资料性）　儿科急诊无名氏（身份不明患儿）接诊处置流程 7
附录 B（资料性）　儿科急诊医护人员弹性排班预案 9
参考文献 11

前　言

本文件参照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则　第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西壮族自治区妇幼保健院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西壮族自治区妇幼保健院、中国人民解放军总医院第七医学中心、广西医科大学第二附属医院、河南省人民医院、南宁市妇幼保健院、广西医科大学第一附属医院、广西中医药大学第二附属医院、广州市妇女儿童医疗中心柳州医院、贵港市人民医院、钦州市妇幼保健院、桂林市妇幼保健院、海口市第四人民医院、容县妇幼保健院、钦州市第二人民医院、梧州市工人医院、玉林市第一人民医院、玉林市福绵区妇幼保健院、岑溪市中医医院、北海市妇幼保健院、百色市人民医院、贺州市妇幼保健院、贺州市中医医院、横州市妇幼保健院、平果市人民医院、南宁市武鸣区妇幼保健院、宾阳县妇幼保健院、融水苗族自治县妇幼保健院、平南县人民医院、平南县妇幼保健院、灵川县妇幼保健院、藤县妇幼保健院、容县人民医院、天等县妇幼保健院、贺州广济医院。

本文件主要起草人：韦蓉、洪小杨、甄宏、程东良、阮毅燕、杨志勇、谭志军、郑宪才、黄树稳、王兆康、梁卓信、傅君、冉建瑜、叶军、黄付甲、杨敏继、陶继红、林鲁飞、黄耀锋、陈宇征、黄铄茵、邓秀丽、林燕婷、汤华波、玉婵丽、黄仁壮、黄雪林、赵青青、蓝侦舰、廖克克、方秀业、郭刚智、莫丹丽、包栋先、农美兴、闭致钧、韦杰鹏、罗胜强、岑发全、郑锌、胡续耀、罗云喜、蒋劲柏、莫思火、陈鸿荣、李红、谭峰云、陈峋、谭丽琴、冯梅、张森雄、王菲、周群玲、黎德群、蒋晓媛、杨黎明、张有龙、吴静秋、谢宏柳、黄丽恒、程妍、周仕成、郑盛丽、彭赟、黄光威、韦孟余、农瑞雪、谢庆阳、赵喆、程梦、朱丽、唐俊海、梁宙、潘春燕、秦美珍、李奉娟、徐江燕、吴信辉、邓勇丽、梁明、梁秋映、何开峥、文敏、何英奇、胡佳佳、谢美霞、卢学敏、林建春、申丽、黄增赐、黄德恩、平有均、曾永、岑桂元、潘嘉连、张道飞、罗晓玲、李青海、吴伟、张子墨、董海燕、侯鸿雁、龙飞、黄平、孙虹、陈炳鑫、李琼艳、黄国日、林玉、赵佳琪、宋宝莲、林扬熹、郑海英、林观凤、农勤勇、王哲、倪婷、黄创萍、李俊、周纯、彭伟、黄玉莲、梁妮。

儿科急诊室建设与管理规范

1 范围

本文件界定了儿科急诊室建设与管理涉及的缩略语，规定了儿科急诊室建设与管理的建设要求、管理要求以及评价与改进的要求。

本文件适用于二级及以上医院儿科急诊室的建设与管理。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 25201 建筑消防设施的维护管理
GB 50763 无障碍设计规范
WS 308 医疗机构消防安全管理
WS/T 311 医院隔离技术标准
WS/T 313 医务人员手卫生规范
WS/T 591 医疗机构门急诊医院感染管理规范
建标110 综合医院建设标准
建标174 儿童医院建设标准
建标189 妇幼健康服务机构建设标准

3 术语和定义

本文件没有需要界定的术语和定义。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。
PICU：儿科重症监护病房（Pediatric Intensive Care Unit）
EICU：急诊重症监护室（Emergency Intensive Care Unit）

5 基本要求

5.1 应设在医院内便于儿童迅速到达的区域，并邻近大型影像检查等急诊医疗依赖较强的部门。
5.2 儿童医院内的儿科急诊室建设应符合建标 174 的规定，综合医院急诊室建设应符合建标 110 的规定，妇幼健康服务机构急诊室建设应符合建标 189 的规定。
5.3 建筑设计防火应符合 GB 50016 的规定，建筑消防设施的维护管理应符合 GB 25201 的规定。

6 建设要求

6.1 区域布局

6.1.1 功能分区

6.1.1.1 入口应通畅，设有无障碍通道，并设有救护车通道和专用停靠处。宜设置儿科急诊独立出入口。急诊人行出入口与急救车行出入口宜分开设置，并符合 GB 50763 的相关规定。

6.1.1.2　应设医疗区和支持区。医疗区包括分诊台、治疗室、处置室、抢救室、留观室和儿科专用就诊室；三级儿童医院和有条件的二级以上医院应设急诊手术室和急诊重症监护室。支持区包括挂号、各类辅助检查部门、药房、收费等部门。
6.1.1.3　辅助区域包括办公室、设备区、值班室、更衣室、储存室、家属等候区、污物清洗室及厕所，宜设医患沟通室，应设母婴室或哺乳室等。
6.1.1.4　二级以上医院儿科急诊室宜设置抢救床和留观床。

6.1.2　分级分区管理

应推行儿童病情分级与分区管理，宜将候诊区分为红区、黄区和绿区三个区域。

6.1.3　标识系统

6.1.3.1　应设有醒目的路标和标识。
6.1.3.2　与手术室、重症医学科等相连接的院内紧急救治绿色通道标识应清楚明显。
6.1.3.3　非儿童医院应在医院挂号、化验、药房、收费等窗口应有抢救儿童优先的措施。
6.1.3.4　标识系统应简洁、清晰、醒目，除应有指向明确、富有童趣的标识外，应有完善的无障碍标识。

6.2　环境条件

6.2.1　儿科急诊室的空间与面积应符合建标 110、建标 174、建标 189 等相应建设标准的规定。
6.2.2　应根据急诊儿童流量和专业特点设置观察床，收住需要在急诊临时观察的儿童，急诊儿童留观时间不超过 72 h。
6.2.3　应设置哺乳室、无性别卫生间、婴儿整理台等设施。
6.2.4　宜在院区内设置儿童“游戏角落”和“阅读空间”。
6.2.5　儿童活动区域的门窗应采取安全保护措施。
6.2.6　绿化用地不应种植有毒、带刺的植物。

6.3　设施设备及耗材

6.3.1　分诊台

应设置在急诊入口显著位置，配备电脑、电话、血压计、血氧仪、体重秤等。

6.3.2　治疗室

6.3.2.1　治疗室应满足儿科急诊患儿注射、输液、给药、雾化、穿刺等治疗操作的需要。
6.3.2.2　治疗室宜邻近抢救室和儿科专用就诊室，并便于医护人员观察治疗中的患儿。
6.3.2.3　应配置治疗台或治疗车、药品与耗材存放设施及冷藏设备，宜配置输液泵和微量注射泵。
6.3.2.4　应配置供氧及负压吸引装置、流动水洗手或速干手消毒设施和空气消毒设施。
6.3.2.5　应配置锐器盒，医疗废物应按类别分类收集和处置。
6.3.2.6　高危药品应专柜存放并标识；麻醉药品和精神药品应按国家有关规定管理。
6.3.2.7　儿童输液座椅应便于观察和移动，并采取防跌倒、防坠床措施。
6.3.2.8　宜设置雾化吸入区域，雾化装置应一人一用一清洁消毒。

6.3.3　处置室

6.3.3.1　处置室应满足儿科急诊患儿换药、清创缝合、穿刺、导尿等有创和无创处置的需要。
6.3.3.2　处置室宜邻近抢救室和儿科专用就诊室，便于危重患儿就近处置。
6.3.3.3　应配置诊疗床、照明灯或无影灯及器械与无菌物品存放设施。
6.3.3.4　应配置供氧及负压吸引装置、流动水洗手设施和空气消毒设施。
6.3.3.5　应配备常用处置药品和急救药品，并定期检查、及时更换。
6.3.3.6　应配置锐器盒，医疗废物应按类别分类收集和处置。
6.3.3.7　每例操作前后应清洁消毒诊疗床及物体表面，并执行手卫生。
6.3.3.8　操作时宜设置遮挡设施，保护患儿隐私。

6.3.4 抢救室

6.3.4.1 每床配备完善的功能设备带或吊塔，提供电、气、负压吸引等功能支持。
6.3.4.2 应有调温设备、急救药品车及存放各种抢救设备的抢救柜等。
6.3.4.3 应配备监护仪、儿童复苏设备（面罩加压球囊、各种尺寸面罩、喉镜、气管插管等）、微量输液泵，宜配备吸氧头罩、骨髓输液针。
6.3.4.4 洗胃机根据实际需要配置。
6.3.4.5 三级儿童医院宜按照 PICU 的要求建立 EICU 或重症监护室，配备 B 超、纤维支气管镜、血液净化装置、体外膜肺氧合等设备。
6.3.4.6 三级综合医院应配备除颤仪、呼吸机，创造条件配备床边监测设备、血气和血生化检测仪等设备。
6.3.4.7 二级医院至少配备无创通气设备。

6.3.5 留观室

应配备治疗带（包括中心供氧、吸痰、电源）、功能良好的病床传呼系统，房内设流动水洗手装备、厕所、沐浴设施等。没有中心配药的医院，配药室需与留观室较近，输液设施齐全。宜建立雾化室，配备雾化设备。

6.3.6 儿科专用就诊室

6.3.6.1 儿科专用就诊室应独立设置，单间面积不应小于 12 m^2。
6.3.6.2 应配置诊查床、婴儿秤、体重秤、身高测量装置、血压计、血氧仪、听诊器、体温计等基本诊疗设备。
6.3.6.3 宜配置急诊临床信息系统终端，支持叫号、分诊信息显示和病历书写。
6.3.6.4 应配置流动水洗手或速干手消毒设施，诊查用品应一人一用一消毒。
6.3.6.5 宜采用适儿化装饰并设置非药物安抚设施，减轻患儿紧张情绪。
6.3.6.6 接诊时应采取遮挡、隔断等措施保护患儿隐私。
6.3.6.7 应设置与抢救室之间的紧急呼叫装置，并明确危重患儿转运衔接流程。

6.3.7 急诊手术室

6.3.7.1 急诊手术室应满足儿科急诊创伤、急腹症等紧急手术的需要。
6.3.7.2 三级儿童医院和有条件的二级以上医院应设置急诊手术室，宜与抢救室、急诊重症监护室邻近并设置专用通道。
6.3.7.3 暂不具备设置条件的医院应建立急诊手术绿色通道，明确手术启动条件、患儿转运与交接流程。
6.3.7.4 宜配备儿童专用手术器械以及麻醉、温控和输液加温等设备。

6.3.8 急诊重症监护室

6.3.8.1 急诊重症监护室应集中设置，实行相对封闭管理。
6.3.8.2 每床应配备功能设备带或吊塔，提供电、气、负压吸引等功能支持。
6.3.8.3 应配备监护仪（含心电、血压、脉搏血氧饱和度、体温监测）及有创和无创呼吸支持设备。
6.3.8.4 应配备除颤仪、输液泵和微量注射泵，宜配备血气分析及床旁检验设备。
6.3.8.5 宜配备床旁超声、纤维支气管镜、血液净化装置、体外膜肺氧合及温控、转运设备。
6.3.8.6 宜设置配药、储存、污物处理和家属沟通等辅助用房；隔离监护单元应符合 WS/T 311 的规定。
6.3.8.7 三级儿童医院宜按照 PICU 的要求建设急诊重症监护室，并符合儿童重症监护病房分级建设与管理的有关要求；三级综合医院应至少配备监护仪、呼吸机和除颤仪；二级医院宜设置儿科重症监护或抢救单元，并至少配备无创通气设备。

6.4 急救药品

6.4.1 急救必备药品应包括：咪达唑仑、地西泮、劳拉西泮、苯巴比妥、水合氯醛、肾上腺素、阿托

品、多巴胺、多巴酚丁胺、去甲肾上腺素、酚妥拉明、腺苷、胺碘酮、硫酸沙丁胺醇吸入气雾剂（雾化）、氨茶碱（多索茶碱）、异丙嗪、苯海拉明、利多卡因、氯胺酮、芬太尼、丙泊酚、甘露醇、呋塞米、10%氯化钠（配成3%）、维生素K1、酚磺乙胺、纳洛酮、解磷定、亚甲蓝等。

6.4.2 急救药品应齐全、无过期。

6.4.3 常备的抢救药品应定期检查和更换，保证药品在使用有效期内。

6.4.4 麻醉药品和精神药品等特殊药品，应按照国家有关规定管理。

6.5 其他

6.5.1 设备区应配备可移动转运床（暖箱）、氧气、抢救车、抢救插管包、抢救药品等儿科急救转运设备。

6.5.2 院内应设有电话、传呼、对讲机等急诊通讯装置。

6.5.3 医院宜建立急诊临床信息系统。

7 管理要求

7.1 运行机制

7.1.1 实行24 h接诊制，承担来院儿科急诊儿童的紧急诊疗服务。

7.1.2 儿科急诊医疗急救应与院前急救有效衔接：

——建立院前预警信息提前推送机制，患儿到达前完成急诊预检分诊、抢救区域与人员准备；

——急诊与紧急诊疗相关科室（儿科、外科、影像、检验等）实行联合值班与会诊响应，急会诊时限不超过10 min；

——儿科急诊无名氏（身份不明患儿）接诊处置流程见附录A；

——畅通急诊检查、转科、住院绿色通道。

7.1.2.1 儿科急诊实行首诊负责制，不应以任何理由拒绝或推诿急诊儿童，对危重急诊儿童按照“先及时救治，后补交费用”的原则救治。

7.1.2.2 应建立0～3岁急危重症儿童患者24 h救治绿色通道。强化急诊分级分类救治，落实急诊患者病情分级评估与分区救治，明确各级别患者的接诊时限、诊疗区域与处置流程；建立急诊与临床科室间的衔接机制，实行多学科会诊、转科交接与信息通报的限时办结制度，确保患者在急诊与各临床科室间得到连续、高效的诊疗服务，需住院儿童应及时收入院治疗。

7.2 预检分诊

儿科急诊应制定并执行分诊程序及分诊原则，按儿童的疾病危险程度进行分诊：

——红区（1级濒危、2级危重）：应立即进行支持、抢救和诊疗，配备急诊最大的优势资源；1级儿童应立即抢救，2级儿童应在15 min内接受治疗；

——黄区（3级急症）：按来诊时间顺序安排就诊，候诊时间不宜超过30 min，超时应再评估；

——绿区（4级非急症）：注意巡视病情，或建议门诊就诊。

7.3 留观管理

7.3.1 出现以下情况应留观：

——暂时不能确诊，等待诊断性检查结果者；

——病情有潜在进展危险；

——儿童需要候床住院。

7.3.2 留观期间要求有医护人员定期巡视，观察治疗反应，随时发现病情变化。

7.3.3 病情加重或出现生命体征异常者应送入红区诊治。

7.3.4 诊断明确需要住院儿童，宜72 h内收入相关专科病房。

7.4 人员要求

7.4.1 人员配置

7.4.1.1 每个时间点至少有1位住院医生、1位住院总医师和（或）1位二线医生。

7.4.1.2　每个时间点至少保证应有 1 位接诊医生(主要针对普通急诊患者)、1 位重症/留观室医生。在保证基本配置的情况下，还应根据患者流量的时段情况，再灵活安排人力；若计划进行院前急救或院际间的患者转运工作，则应另外安排 3～5 名人力进行 24 小时排班。
7.4.1.3　宜根据 1 张抢救床增加 1 名医师、1.5 名护士，10 张留观床增加 1 名医师、2 名护士。
7.4.1.4　应根据各医院的实际情况配置适当数量的保洁人员、护理员、保安人员等，有条件者设置社会工作者。

7.4.2　医师

7.4.2.1　儿科急诊应配备足够数量、受过专门训练、掌握儿科急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能、具备独立工作能力的医护人员。
7.4.2.2　儿科急诊医师应接受儿科急诊培训并考核合格，具备独立处理儿科常见急诊的基本能力。
7.4.2.3　儿科急诊医师宜定期接受儿科急救技能的再培训，再培训间隔时间不超过 2 年。
7.4.2.4　三级医院儿科急诊医师应熟练高级生命支持和创伤急救技术、呼吸机使用、血气分析报告解读等。

7.4.3　护士

7.4.3.1　急诊科护士应具有 3 年以上临床护理工作经验，经培训合格，掌握急诊、危重症儿童的急救护理技能，常见急救操作技术的配合及急诊护理工作内涵与流程。
7.4.3.2　儿科急诊护士（抢救室岗位）宜定期接受急救技能的再培训，再培训间隔时间不超过 2 年。

7.5　感染防控

7.5.1　遵循《医院感染管理办法》及相关法律法规。
7.5.2　特殊感染患儿应隔离，应符合 WS/T 311 的规定。
7.5.3　医务人员手卫生应符合 WS/T 313 的规定。
7.5.4　医院感染管理应符合 WS/T 591 的规定。
7.5.5　消毒灭菌应符合 WS/T 367 的规定。
7.5.6　医院消毒卫生应符合 GB 15982 的规定。

7.6　管理制度

7.6.1　基本制度

宜建立健全主要以下各项规章制度、岗位职责和相关诊疗技术规范、操作规程：
——急诊工作制度；
——急诊首诊负责制；
——急诊绿色通道制度；
——急危重症抢救制度；
——急诊值班医师交接班制度；
——急诊会诊及转诊制度；
——急诊医师/护士急救技术培训制度；
——急诊/急救仪器设备管理制度；
——急诊、观察室病史书写制度；
——急诊药物不良反应监测制度；
——儿童家属沟通与告知制度。

7.6.2　病历管理

7.6.2.1　儿科急诊医护人员应按病历书写有关规定书写医疗文书，每一位急诊儿童应有急诊病历，要记录诊疗的全过程和儿童去向。
7.6.2.2　急诊病历就诊时间应精确到分钟。
7.6.2.3　随时做好留观、抢救记录，如未能及时完成，应在抢救结束后 6 h 内据实补记，并加以注明。

7.6.3　设备药品管理

7.6.3.1　应对抢救设备进行定期检查和维护，并合理摆放，有序管理。
7.6.3.2　抢救车里急救药品应齐备。
7.6.3.3　应建立急诊药物不良反应监测制度，登记、上报和及时处理药物不良反应。

7.6.4　安全与应急处置管理

7.6.4.1　应识别儿童身份（同时使用两种方法核对），执行查对制度。
7.6.4.2　对传染病、药物过敏等特殊儿童应有腕带与床头卡等识别标志。
7.6.4.3　应建立儿童跌倒/坠床风险评估与防范管理制度，通过“评估-标识-防范-宣教-督查”闭环管理，落实床栏保护、防滑处理及专人陪护等措施。
7.6.4.4　应建立医疗质量（安全）不良事件管理制度，对频繁发生或造成严重负性后果的事件应重点分析、台账督办，并将处理情况反馈报告人。
7.6.4.5　在实施重大抢救时，特别是在应对突发公共卫生事件或群体灾害事件时，应按规定及时报告医院相关部门，医院根据情况启动相应的处置程序。
7.6.4.6　医院应制定主要常见儿科急危重症的抢救流程、处置预案和儿科急诊医护人员弹性排班预案（见附录 B）。
7.6.4.7　应制定心肺复苏、休克、中毒、创伤等危重儿童抢救流程、医疗意外或突发事件应急预案。
7.6.4.8　每年应急演练不少于 2 次。

8　评价与改进

8.1　宜采取日常检查、定期检查、不定期抽查、专项检查等方式，对区域布局与设施设备、人员配置与培训、预检分诊与分级分区、抢救时效与成功率、留观与转诊、病历质量、感染防控与手卫生、急救药品与设备、不良事件管理、应急演练、患儿监护人满意度等指标进行评价。
8.2　应对收集的意见和建议查找原因并采取有效措施，根据评价与满意度结果持续优化服务流程。

附 录 A
（资料性）
儿科急诊无名氏（身份不明患儿）接诊处置流程

A.1 急诊科接诊、预检分诊

120送入、路人捡拾、公安移交等无监护人、无有效身份信息的急危重症患儿，预检分诊护士立即评估生命体征，优先判定病情分级，第一时间通知儿科急诊首诊医师到场接诊；不等待身份核实、不等待缴费，不应推诿、延误抢救。同步登记《儿科急诊无名氏患儿专项登记表》（见表A.1），记录：送达时间、送诊人员/单位、发现地点、患儿外观特征、大致年龄、神志情况。

表 A.1 儿科急诊无名氏患儿专项登记表

序号	接诊日期时间	无名氏编号（姓名）	性别	预估年龄	送诊来源	发现地点	生命体征	报备二线时间	医务部/总值班报备时间	报警时间、派出所	随身物品清点情况	是否手术	有创操作、签字人	家属查找进展	转归	记录人

A.2 护士代办挂号、规范命名标识

由接诊护士代办急诊挂号，统一命名规则：无名氏+接诊日期时间+序号+性别，示例：无名氏2026-11-14 16:30 A（男）；生成急诊号，打印患者腕带，双人核对腕带信息，佩戴腕带；病历、抢救记录、检查申请单、医嘱单统一使用该无名氏编号，全程双人识别患儿身份。

A.3 启动急诊绿色通道，转入抢救室

判定为急危重症，立即启动无名氏急救绿色通道，直接送入抢救室；开通绿色通道标识，检验科、影像、药房、输血等相关科室凭绿色通道标识优先完成检查、检验、给药，记账管理，暂不收费。

A.4 生命支持与对症救治

首诊医师立即开展抢救：吸氧、心电监护、建立静脉通路、气道管理、液体复苏、对症药物、必要时气管插管、呼吸机支持等；及时完善抢救记录，时间精确到分钟；所有诊疗操作、抢救措施、病情变化、医嘱执行逐项记录，双人核对落实。

A.5 同步上报二线医师、医务部（总值班）

接诊抢救同时，首诊医师第一时间汇报儿科急诊二线医师；二线医师到场评估后，由二线/当班医师向医务部（工作时间）、行政总值班（夜间/节假日）电话报备，留存报备时间、接报人、报备内容记录；报备要点：无名氏患儿、性别、大致年龄、病情、目前抢救措施、无监护人、启动绿色通道。

A.6 如需急诊手术/有创特殊治疗：多学科会诊、医务部授权签字

患儿病情需要急诊手术、麻醉、输血、特殊有创检查治疗，无法联系法定监护人、无家属签字：

——立即组织多学科会诊（儿科、外科、麻醉等相关科室），开展术前评估，留存会诊记录；

——书面再次向医务部/总值班汇报病情、手术必要性、风险、替代方案；

——根据法规，由医疗机构负责人或其授权的医务部负责人/行政总值班在知情同意书、手术同意书、麻醉同意书上签字，方可实施手术/特殊治疗，文书归入病历。

A.7 保卫科协助同步开展身份核查、随身物品清点保管，联系公安派出所

A.7.1 救治不中断的同时，安排医护+保卫人员双人清点患儿随身物品（衣物、手机、卡片、饰品等），逐项登记物品清单，双人签字，密封专柜保管。

A.7.2 由保卫科人员组织查验手机：在保卫在场情况下，尝试解锁、翻看通讯录、照片，寻找家属线索，全程录像留存。

A.7.3 拨打110或联系辖区派出所报警，提交患儿照片、体征、发现地点、随身物品清单，申请公安协查身份、查找监护人；做好报警时间、接警民警、警号、联系电话登记。

A.7.4 持续追踪公安反馈结果，每间隔规定时间在台账更新查找进展；查到家属后立即通知医务部，联系监护人到场，补签知情、完善身份信息、补办手续。

A.8 后续管理、台账归档、应急救助申报

A.8.1 病情稳定后，按病情转入专科病房/留观，继续追踪家属。

A.8.2 全程所有文书：急诊病历、抢救记录、会诊记录、报备记录、物品清点单、报警回执、绿色通道审批单、知情同意书，统一归入病历；《儿科急诊无名氏患儿专项登记表》单独留存。

A.8.3 长时间无法查明身份、无缴费主体，按要求收集资料，向医务部提交疾病应急救助基金申请材料。

A.9 患儿转归登记

记录最后转归：家属找回、住院治疗、转救助机构、死亡等；死亡病例按规定通知公安、医务部，按无名尸相关规范处置，留存全套记录。

附 录 B
（资料性）
儿科急诊医护人员弹性排班预案

B.1 总则

B.1.1 制定目的

为应对儿科急诊就诊量季节性波动（流行性感冒、手足口病、诺如病毒感染、支原体感染等流行高峰）、突发批量伤员、医护人员临时病假、突发公共卫生事件等情况，保障急诊抢救力量充足，落实首诊负责制，保障急危重症患儿救治安全，避免急诊拥堵、人力不足，特制定本弹性排班预案。

B.1.2 适用范围

儿科急诊全体在岗医师、护士（含规培医师、进修医师、急诊专科护士）。

B.1.3 基本原则

B.1.3.1 优先保障抢救室、预检分诊、监护岗位人力，不因为减员影响危重症救治。

B.1.3.2 根据实时流量、危重患儿数量动态增减人力，高峰增配、低谷精简。

B.1.3.3 建立院内备班梯队，明确响应时限。

B.1.3.4 遵守劳动法，控制连续工作时长，保障休息，避免疲劳上岗。

B.1.3.5 排班、人力调动由儿科急诊负责人、护士长统筹，医务部、护理部备案。

B.2 岗位设置及基础固定班底

B.2.1 预检分诊岗：护士1名（负责分诊分级、测生命体征、登记、引导）。

B.2.2 普通急诊诊疗岗：儿科医师1名、护士1名。

B.2.3 抢救室岗：医师1名、抢救护士1名。

B.3 弹性排班启动触发条件

B.3.1 Ⅰ级（轻度高峰）

B.3.1.1 候诊患儿持续＞15 人；1 h 内新增就诊＞12 人。

B.3.1.2 无危重患儿集中处置：当班护士长/组长内部微调：休息时段在岗人员暂缓轮休，优先支援分诊、输液；通知本科室院内备班人员待命，保持通讯畅通，暂不召回。

B.3.2 Ⅱ级（中度高峰）

B.3.2.1 候诊患儿持续＞25 人；同时存在≥2 名危重患儿；就诊流量持续上涨；有聚集性发热/呼吸道患儿；当班人员突发缺岗 1 人。

B.3.2.2 处置要求如下：

——立即联系第一梯队备班人员召回到岗；
——增设 1 组诊疗岗、增配输液/观察护士；
——急诊二线医师下沉急诊一线支援；
——上报科主任、护士长。

B.3.3 Ⅲ 级（重度高峰/应急事件）

B.3.3.1 候诊患儿持续＞40 人；批量伤患儿、突发公共卫生事件；同时≥3 名危重症抢救；多名医护同时缺岗；传染病暴发高峰。

B.3.3.2 处置要求如下：

——第一、第二梯队备班全部召回；
——上报医务部、护理部，申请院内支援（儿科病房医师、机动护士支援）；
——开放第二抢救单元，分流患儿；必要时启动分流引导，协调转诊。

B.4 备班梯队设置、响应要求

B.4.1 备班分组

B.4.1.1 第一梯队（近备班）：当日休息急诊医护，居住地在本院 30 min 车程内，手机 24 h 畅通，接到通知 30 min 内到岗；

B.4.1.2 第二梯队（远备班）：儿科病房医师、专科护士，1 h 内可到岗；

B.4.1.3 第三梯队（全院机动）：医务部、护理部机动库人员，极端高峰统一调配。

B.4.2 备班管理

每周由护士长、急诊负责人更新备班表，备班人员名单、联系电话单独存档；备班期间原则上不离开本市，外出提前报备并调换备班。

B.5 排班弹性调整方式

B.5.1 预警启动后，增加诊疗组、抢救护士、分诊护士。

B.5.2 高峰时段延长在岗，低谷时段安排轮休、错峰休息。

B.5.3 护士实行 “一岗多能”，分诊、输液、抢救室岗位动态轮转；医师优先保障抢救，普通门诊由支援医师承接。

B.5.4 人员临时生病、突发事假，直接启动备班顶替，避免空岗。

B.6 岗位职责与调度流程

B.6.1 当班组长（医师组长+护士长）实时监测候诊人数、危重患儿数量，判断是否启动预警。

B.6.2 启动预警→电话通知对应备班人员，做好通话记录（通知时间、人员、到岗时间）。

B.6.3 备班人员确认收到，反馈预计到岗时间。

B.6.4 人员到岗后，组长统一分配岗位，做好交接。

B.6.5 达到降峰条件（候诊＜10人、无新增危重），可逐步解除弹性班次，备班人员有序撤离，做好登记。

B.6.6 所有弹性启动、召回、解除记录，记入《儿科急诊弹性排班应急台账》（见表B.1），备查。

序号	预警等级	启动时间	触发原因	召回人员	通知时间	实际到岗时间	新增岗位	解除时间	当班组长	备注

B.7 人员缺岗应急处置

B.7.1 当班人员临时突发不适、无法在岗：优先第一备班顶替。

B.7.2 备班无法到岗时，立即上报科主任、护理部，启动第二梯队。

B.7.3 极端人力缺口时，医务部协调全院儿科支援，必要时启动转诊分流。

B.8 培训与演练

B.8.1 预案全员知晓，新入职急诊医护岗前培训。

B.8.2 每年至少开展1次高峰流量、批量伤员应急演练，检验备班响应速度。

B.8.3 每季度复盘高峰排班问题，动态修订预案。

参 考 文 献

[1] WS/T 810—2022 基层医疗卫生机构急重患者判断及转诊技术标准[S].

[2] 中华人民共和国卫生部.急诊科建设与管理指南（试行）（卫医政发〔2009〕50号）.

[3] 中华医学会急诊医学分会儿科学组,中华医学会儿科学分会急救学组.儿科急诊室建设与管理专家建议[J].中华急诊医学杂志,2018,27(3).

[4] 国家中医药管理局.中医医院儿科建设与管理指南（试行）（国中医药医政发〔2010〕44号）.

[5] 朱翠平. 实用儿科急诊医学[M].北京:人民卫生出版社,2025.

[6] 国家卫生健康委员会.关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知（国卫医发〔2018〕8号）.

[7] Wigginton JG, Agarwal S, Bartos JA, et al. Part 9: Adult Advanced Life Support: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, 2025, 152(16_suppl_2): S538-S577.

[8] 上海市儿科急诊预检分诊专家共识撰写组. 儿科急诊预检分诊专家共识（上海）[J]. 中国小儿急救医学, 2022, 29(11): 865-872.