# 孕产妇转运急救制度

来源：网络 作者：落日斜阳 更新时间：2024-08-28

*第一篇：孕产妇转运急救制度孕产妇转运急救制度1、发现孕期的危重孕产妇要及时向乡卫生院报告并直接向“产科急救中心”转诊。在偏远地区或交通不便的地区，必要时一边利用人力转运产妇，一边通过电话与上级急救中心联系，由上级医院派出救护车，两种方法相...*

**第一篇：孕产妇转运急救制度**

孕产妇转运急救制度

1、发现孕期的危重孕产妇要及时向乡卫生院报告并直接向“产科急救中心”转诊。在偏远地区或交通不便的地区，必要时一边利用人力转运产妇，一边通过电话与上级急救中心联系，由上级医院派出救护车，两种方法相结合，尽量缩短转运时间。尽量动员社区力量来解决转诊所需的交通工具和人力，如动员村民自愿组织固定的担架救护队的方法。

2、及时转送危重孕产妇，加强孕产妇系统管理，特别要早期识别和处理孕期初筛出的合并症和并发症，成立初级产科抢救小组，在对发生在产时和产后的并发症进行初步抢救的同时，及时将危重孕产妇向“产科急救中心”转诊。

3、县级医疗保健机构都要履行高危产妇的转诊职能，凡不能正确诊断和处理的孕产妇，都要及时转至“产科急救中心”进行诊治。应以积极主动的态度对待转诊，不能延误或推诿。

4、负责接收其他医疗保健机构的高危孕产妇转诊，成立院内产科抢救组，承担危重高危孕产妇的诊断治疗和抢救，提高抢救水平。

**第二篇：危重症孕产妇急救、转诊制度**

危重症孕产妇急救、转诊制度

1、危急重症孕产妇转诊时，转出单位应先通知接受医院产科并简要叙述病情，同时派医务人员护送，负责护送的医务人员应具备初步急救的能力。危急重症孕产妇接诊医疗保健机构应及时告知接收病人的具体地点，并由主治医师以上人员负责接诊。

2、高危孕妇转诊后，转出单位负责追踪、随访转诊病人的诊断、治疗及结局等情况并登记，接诊单位相关科室负责协助转出单位对高危孕妇进行追踪随访。

3、危急重症孕产妇接诊医疗保健机构应成立由有关领导、多科室专家组成的医疗抢救小组，制定相应的急救管理制度和工作流程，以保证危急重症孕产妇抢救绿色通道畅通。

4、医疗保健机构对支付医疗费用确有困难的危急重症孕产妇，要先行组织抢救，并按有关政策给予相应的医疗救助。

5、对危急重症孕产妇实行就地就近抢救的原则，待病情稳定后在尊重患者意愿的基础上，可转至其他医疗机构。

6、对妊娠合并重危内外科疾病的高危孕妇，在保证途中安全的情况下，必须按照惠安县危重症孕产妇转诊救治网络建设实施方案》要求转至上级综合医院进行治疗监护。

7、对住院危重孕妇转诊时，应准备好详细的病情摘要及相应的辅助检查结果，由医生护送并与接受转诊的医院进行沟通。

8、转出的高危孕妇应有转出科室人员跟踪监测，以便随时了解病情，利于该病员回我管辖区时继续监护。

**第三篇：孕产妇急诊急救演练**

孕产妇急诊急救演练

题目：产前出血 场景：

时间：14：00 一妊娠晚期孕妇被家属抬入急救中心 急救要点： 值班医生：

1、立即询问病史：患者主诉腹痛伴阴道流血2小时，同时询问月经史，计算预产期，是否定时产前检查，有否高危因素存在

2、初步体格检查：有无贫血外观，贫血状态与出血量是否成正比，子宫是否与停经月份相符，子宫有无压痛，是否有板状腹，胎位是否可扪清，胎心，是否内诊（酌情，说出理由）。

3、同时通知超声科、检验科医生行相关辅助检查。通知分娩室胎心监护。根据病情是否请示上级医生。开具相关入院书面材料。值班护士：

患者入室立即上监护，测量记录生命体征（血压150/100mmhg），病执行医生口头医嘱建立静脉通道，必要是吸氧。

4、超声回报：妊娠晚期，胎盘大面积剥离，胎心良，胎盘成熟度II级晚

5、检验回报：血红蛋白78g，尿蛋白：+3

6、胎心监护：168次/分，频发的变化、延长减速

7、医生诊断：妊娠36+5周，1孕0产 LOA 胎盘早剥 妊娠高血压疾病 胎儿窘迫 贫血

8、处 置：

（1）、地塞米松10mg静推（2）、立即准备输血

（3）、向家属交代病情，初步诊断，虽胎龄不足37周，但胎盘已接近成熟，给予地塞米松促肺成熟同时为抢救母儿生命，应立即行剖宫产术，家属同意。时间：15：20

1、手术通知单

2、签各项手术协议书，护士术前准备

3、通知分娩室和新生儿科入手术室

4、入手术室

**第四篇：孕产妇急救小组工作制度**

株洲县第一人民医院

“降消项目” 孕产妇急救中心危急重症管理制度 及急救小组工作制度

（一）孕产妇急救小组工作制度

一、危重孕产妇到达急救中心，必须及时报告主任，5 分钟 内由当班医师到现场负责组织抢救，报告急救小组组 长，10 分钟内完成病史询问、物理检查、开始处置、危 重患者应立即请上级医师诊视和会诊（通知抢救小组人 员必须在接电话 10 分钟内到位）。

二、科主任应组织医护人员有计划、有步骤地进行抢救，对 危重孕产妇应有高度的责任心和同情心，及时严肃、敏 捷地进行抢救，分秒必争。

三、科室内应有必须的应急设备，规定的急救药品，通讯设 备及应急预案。

四、抢救过程中要保存全部药品、安瓿、资料以备核对。

五、需立即手术的孕产妇应及时送手术室施行手术，确诊后 30 分钟内进入手术室。

（二）危重症管理制度

1.急危重症的孕产妇工作应由经治医师（或值班）医师和护 士长组织，及时报告科主任，必要时通知专家抢救小组。2.科主任要有计划、有步骤地进行抢救，抢救工作中遇有诊 断、治疗、技术操作等方面的困难时，应及时请示，迅速予 以解决。3.科室内应有必须的应急设备，规定的急救药品，抢救设备 及应急方案，畅通的通迅设备。4.危急重症孕产妇进行抢救时人员要按岗定位，由在场的最 高职称的医师担任组织抢救工作。严格执行各项技术操作常 规及查对制度。5.要做好急危重症孕产妇的现场评论和初步总结。

（三）孕产妇急救小组工作制度

1.应由有一定临床经验和技术水平的高年资医师、护士担任 急组工作。2.对急救高危孕产妇应以高度的责任心和同情心、及时、严 肃、敏捷的进行抢救。3.接诊 10 分钟内完成病史询问、物理检查、开始处置并严 密观察病情变化，做好各项记录。4.严格执行急救各项规章制度和技术操作规程，要有危重病 员的抢救技术操作程序。5.抢救小组要承担出诊任务，进行及时的转运现场抢救。6.所有小组人员，应服从领导，分工明确，积极配合。

（四）孕产妇急危重症管理

1．掌握危重孕产妇急救的基本技能，识别和处理异常分娩 的能力。2．建立孕产妇抢救中心及绿色通道。3．危重病人抢救有记录，内容要求客观、真实、准确、完 整，及时地完成或补记；保存抢救过程中全部药品的安瓿、资料以备核对。4．孕产妇在抢救时科主任应主动承担起总指挥的责任，负责组织抢救工作。5．科主任应及时组织有关人员讨论总结，分析每一抢救病 例的成功经验和失败教训，指定改进措施。

（五）孕产妇转运急救制度

1.建立与县市区内上下转诊单位的网络联系，有明确、通畅的 联系电话及联系人，建立转诊登记本。2.公布“中心”急救电话。急救中心应有醒目的灯箱，设有 醒目的急救通道和抢救地点标识。3.备有处于功能状态的急救车，实行 24 小时值班制度。4.“中心”接到急救电话后，迅速启动抢救小组，了解病情，携带急救设备与药品，5 分钟内出诊，迅速赶赴现场，实施 抢救或转运。5.危重孕产妇到达“中心” 分钟内由当班产科最高职称的。5 医师到场负责组织抢救，报 2 告“中心”急救小组组长。6.抢救过程中要保存全部药品的安瓿、资料，以备核对，抢 救结束后及时完成抢救记录。7.“中心”对每例抢救病人均应进行分析，总结成功经验和 教训。将抢救结果反馈转诊单位，填写《高危孕产妇转诊与 反馈通知单》。

（六）高危妊娠管理制度

为了降低孕妇围产期发病率和围产儿死亡率，确保母婴 安全妇产科及门诊医师应对高危妊娠妇女加强管理。1.妇产科及门诊医师对患者做到文明服务，认真诊治、热心 宣教、耐心咨询、廉洁行医。2.积极开展孕期卫生宣教，防止妊娠并发症的发生。3.认真开展孕期检查工作，及时了解孕期健康状况和胎儿发 育情况，要做到早期发现异常，早诊断、早治疗。4.对属于高危妊娠范围的孕妇应加强管理：（1）主动协助高危妊娠妇女制定产前计划并督促执行。（2）要密切检测胎儿和胎动，密切观察胎儿的频率、规律 性和强度，观察胎儿 12 小时胎动次数，必要时可教会 家属听诊。（3）必要时进行胎盘功能辅助检查，胎儿成熟度检查。（4）凡有遗传病、胎儿畸形或染色体异常家族史的孕妇或 为高龄初孕妇等应进行遗传学检查。（5）同时应做好、观察和诊治记录。（6）认真做好高危妊娠危险因素的评分，根据孕妇的妊娠 危险因素，重点做好围产期的管理指导工作。（7）必要时进行住院观察治疗

（七）重症监护

1.监护室的工作人员严格遵守岗位职责。2.监护室救治重症，抢救术后病人，经治疗抢救脱离危险或 术后平稳转入普通病房。3.保证 24 小时连续监护工作，制定全面系统的监护计划、实施措施、严密观察、详细记录。4.严格执行无菌技术操作规程，抢救程序，熟练 3 掌握各种仪 器的安装使用，抢救药品、物品、仪器设备定位放置，严 格交接专人专职负责。

（八）会诊制度

1.凡遇疑难病例，应及时申请会诊。2.科间会诊：由经治医师提出，上级医师同意，填写会诊单。应急科室一般应派主治医师前往会诊，并及时填写会诊记 录。如需专科会诊的轻病员可到专科检查。3.急诊会诊：被邀请人员必须随叫随到。4.科内会诊：由经治医师或主治医师提出，科主任召集有关 医务人员参加。5.院内会诊：由科主任提出，经医务科同意，并确定会诊时 间，通知有关人员参加，一般由申请科主任主持，医务科 组织人参加。6.院外会诊：本院一时不能诊治的疑难病历，由科主任提出，经医务科同意，并与有关单位联系，确定会诊时间。应邀 单位应指派科主任或主治医师前往会诊。会诊由申请科主 任主持。必要时携带病例，陪同病员到院外会诊。也可将 病历资料，寄发有关单位，进行书面会诊。7.科内、院内、院外的集体会诊：经治医师要详细介绍病史，做好会诊前的准备和会诊记录。会诊中要详细检查，发扬 技术民主，明确提出会诊意见。主持人要进行小结，认真 组织实施。

（九）新生儿窒息复苏

1.擦干全身，摆好体位，肩胛部垫高 3cm，吸净口鼻腔黏液。能觉刺激，轻弹足底心，轻拍后背，20 秒内完成。2.观察呼吸无自主呼吸的用 100%氧气气囊正压通气 15—30 秒，呼吸暂停为药物抑制。给钠络酮。3.评价心率，心率于 60—80 次/分，继续正压通气评价心率。心率＜80 次/分，胸外按压 30 秒，无效气管插管药物复苏。4.评价心率，心率＜60—80 次/分，胸外按压 30 秒，无效 4 气 管插管药物复苏。5.评价心率，心率＜100 次/分，自主呼吸建立停正压通气，评价皮肤颜色，紫绀，给氧。6.有自主呼吸，评价心率，评价皮肤颜色，紫绀，给氧。7.有自主呼吸，评价心率，心率＜100 次/分，（其它同第二 条）。8.四肢青紫或红润观察。

（十）急危重症及死亡病历讨论制度

1.凡遇急危入院产妇，入院救治 7 小时后未确诊或救治无效 者应立即请科主任检诊，并及时组织科内讨论。2.对于急危疑难病历由科主任或主治医师主持有关人员参 加，认真进行讨论，尽早明确诊断，提出治疗方案。3.一般死亡病历可在出院病历讨论会上一起讨论。4.属于意外死亡病历无论有无医疗事故均应单独讨论。意外 死亡病历讨论一般应在死亡一周内召开，特殊病历应及时 讨论，尸检病历待病理报告后进行。5.死亡病历讨论会由科主任主持，医护和有关人员参加，必 要时请医务科派人参加，讨论情况应记入病历。

（十一）危重病人抢救报告及管理制度

1.危重症的孕产妇抢救必须及时报告科主任及上级医师，必 要时通知抢救小组有关成员参加抢救。2.科主任应组织医护人员有计划、有步骤地进行抢救，必要 时通知医务科及主管院长。3.如遇突发大出血的产妇抢救，需迅速通知医务科和主管院 长组织配套急救队伍。4.科室内应有应急设备、药品、通讯应急方案。

（十二）急救药品管理制度

1.护士长负责管理药品，领取保管报损，应建立帐目，分类 保管，定期检查，做到帐目相符。2.各种抢救药品专人保管，做到四固定，便于抢救使用，工 作人员不得擅自取用。3.抢救时病人所用药品，5 注明床号、姓名。抢救工作完毕后，及时核对，按时按量补充齐全。4.必须做好交接手续，交接时双方共同清点，并签字。

（十三）抢救用血管理制度

1.降低孕产妇死亡率,使急危孕产妇及时得到救治.开辟救 治绿色通道.实行“先救治,后负款,各项检查、化验、合 血一路畅通”的救治原则。2.严格掌握输血适应症，正确应用成熟的临床输血技术和血 液保护技术。3.急诊用血应当按照临床用血管理规定，按要求补办手续。4.决定用血，必须征得患者或家属的同意并在《输血治疗同 意书》 上签字，无家属签字或无自主意识患者的紧急输血，应报医务科或主管院长同意。备案，并记入病历。5.申请输血应由经治医师填写《临床输血申请单》由科主任 批准签字。6.输血完毕，将血袋送血库至少保存 1 天。7.抢救用血注意事项，按照临床用血的注意事项执行。

（十四）接受转诊和反馈转诊病人情况

1.进一步加强降低孕产妇死亡率，规范化管理，建立健全相 应的领导、专家抢救小组。2.建立信息报告制度“降消项目”抢救中心，定期填报一次 转诊抢救危重孕产妇统计表，上报妇幼保健院。3.负责转诊的医务人员和接诊人员应具有急救的能力，转诊 时填写《急危孕产妇转诊及反馈通知单》。4.评价出急危孕产妇后应及时上转，由上级急救中心反馈转 诊病人的诊断、治疗、处理、结局等信息，评价转诊是否 及时和延误，不断提高转诊的效率。5.对急危孕产妇实行首诊负责制，发现急危孕产妇建档管 理、专人负责、早期干预及时转诊。

（十五）产儿科合作制度

1.加强贯彻落实“降消项目”消除各类不利因素。2.儿科医生每天 8 点到妇产科病房对新生儿进行查房，一天 两次。对危重症随时检查处置。3.儿科设有新生儿抢救室，对危重症婴儿进行重症监护治 疗。4.加强产科人员的责任心，在产后 12 小时内应严密观察产 妇及新生儿的各项生命指征并严格限制产后出院时间。以 免丧失产妇及新生儿的抢救机会。5.儿、产科对新生儿处理、新生儿窒息评分、新生儿窒息复 苏等各项指标必须熟练掌握。要求儿、产科通力合作，新 生儿第一个见到的是儿、产科医生。

（十六）孕产妇急救绿色通道

一、建立与辖区转诊单位的网络联系，有明确、通畅 的联系电话及联系人，建立登记本。

二、在辖区内公布专用的孕产妇急救电话。急救中心 内设有醒目的急救通道和抢救地点标识。三、备 有 处 于 功 能 状 态 的 救 护 车，实 行 24 小 时 值 班 制 度。

四、急救中心接到急救电话后，了解病情，迅速启动 抢 救 小 组，携 带 急 救 设 备 及 药 品，5 分 钟 内 出 诊，迅速赶赴现场，实施抢救或转运。

五、危重孕产妇到达急救中心，5 分钟内由当班产科 最高职称的医师到场负责组织抢救，报告急救小 组组长。

六、抢救过程中要保存全部药品的安瓿、资料、以备 核对。

七、产科急救中心对每例抢救病人均进行分析，总结 成功经验和教训。将抢救结局反馈转诊单位，填 写《高危孕产妇转诊与反馈通知单》 见《 降消（“ 项目”孕产妇急救转诊网络管理规范》。）

（十七）抢救药品管理制度

一、各种抢救药品，根据需要保持一定基数，便于临床应急 使用，7 各种人员不得擅自使用。

二、根据药品种类与性质分类盒装放置，每月清点做好记录，并指定专人负责领取及保管。

三、定期清点检查药品质量，防止积压、变质。如发现变色、沉淀、过期或药瓶标签与瓶内药品不符，标签模糊或经 涂改，不得使用。

四、抢救药品应定位、定量存放于抢救车上或专用抽屉内并 加锁，用后及时补充，严格交接，做好记录，保证随时 处于备用状态。

五、抢救药品实行效期管理„做到定期清点检查‟对药品批 号和失效期有详细登记，保证急救药品在有效期。

**第五篇：孕产妇急诊急救演练**

孕产妇急诊急救演练实施方案

一、演练前准备：

1、召开危急重症孕产妇抢救领导小组会议，对演练进行安排布置。

2、准备病例，模拟演练场景，做好相关事项的准备和协调。

3、重点评价：呼救接诊、设施准备、出诊、现场处置、方案制定、病房准备工作、抢救、急诊手术情况。

二、时间：2024年9月20日

三、演练内容：

题目：产前出血 场景一：急诊120 14：30 万荣县县城一妊娠晚期孕妇家属拨打120，告知孕妇表情淡漠，面色苍白。120立即通知救护车、产科医生医生、护士出诊，到达接诊，途中立即询问病史，评估病情并通知产科值班医生做好接诊准备。

场景二：产科病房

值班诊医生：

1、立即询问病史：患者主诉腹痛伴阴道流血2小时，同时询问月经史，计算预产期，是否定时产前检查，有否高危因素存在。

2、初步体格检查：有无贫血外观，贫血状态与出血量是否成正比，子宫是否与停经月份相符，子宫有无压痛，是否有板状腹，胎位是否可扪清，胎心，是否内诊（酌情，说出理由）。

3、立即行胎心监护，根据病情是否请示上级医生。开具相关入院书面材料。

产科值班护士：

患者入室立即建立静脉通道，吸氧，心电监护，测量记录生命体征（血压150/100mmhg），同时采集血标本送检。

执行医嘱通知超声科、检验科进行相关辅助检查。

4、超声回报：妊娠晚期，胎盘大面积剥离，胎心良，胎盘成熟度II级晚

5、检验回报：血红蛋白78g，尿蛋白：+3

6、胎心监护：168次/分，频发的变化、延长减速

7、初步诊断：妊娠36+5周，G1P0 LOA 胎盘早剥 妊高症 胎儿窘迫 失血性贫血（中度）

8、处 置：

（1）、地塞米松10mg静推（2）、立即准备输血

（3）、向家属交代病情，初步诊断，虽胎龄不足37周，但胎盘已接近成熟，给予地塞米松促肺成熟同时为抢救母儿生命，应立即行剖宫产术，家属同意。

时间：15：20

1、手术通知单；

2、签各项手术协议书，护士术前准备（含抗菌药物的皮试）；

3、通知产房护士和新生儿科医生入手术室；

4、手术室护士、值班护士做好交接，携带必备用物将孕妇接入手术室； 场景三：手术室进行急诊手术

麻醉医生立即询问病史并签署麻醉知情同意书。

四、总结和现场点评。

五、参演科室提出整改措施并落实。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找