

胸痛中心质控标准解读及 审查方法

中国胸痛中心广州区域认证办公室
广东省胸痛中心协会

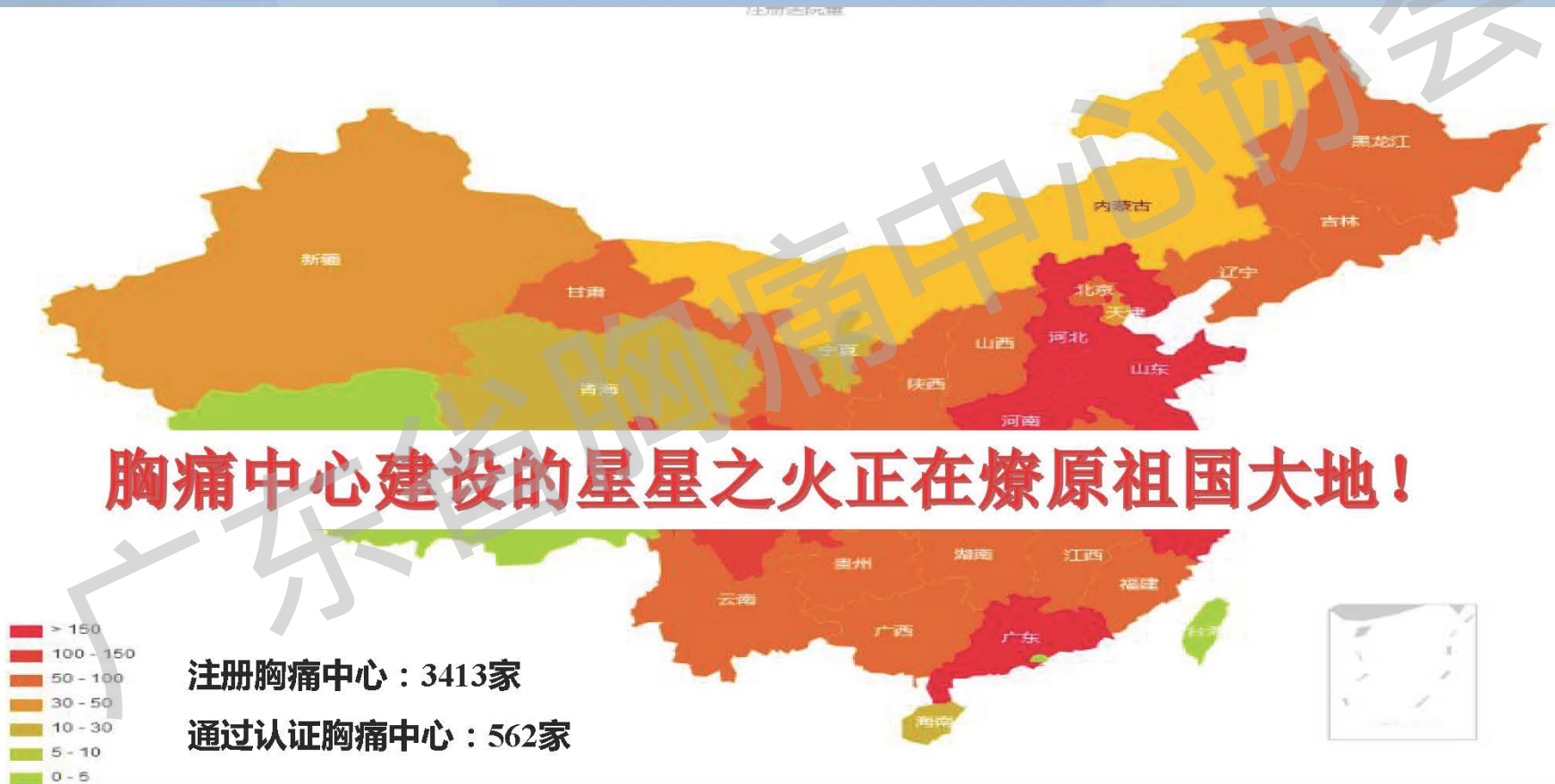
夏 斌

2018-8-15 珠海



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

注册胸痛中心





中国胸痛中心
China Chest Pain Center

常态化质控目的与意义

常态化质控的目的与意义

一

建立地市级胸痛中心**常态化质控**工作机制

二

为各单位开展**内部质控**和建立持续改进方法

三

申请省级及国家级胸痛中心**认证和质控**工作提供可靠的数据平台。



广东省卫生和计划生育委员会

粤卫办函〔2018〕124号

广东省卫生计生委办公室关于印发《广东省胸痛中心常态化质控标准》的通知

各地级以上市卫生计生局（委），部属、省属医药院校附属医院及委直属医院：

为进一步规范我省胸痛中心建设，促进胸痛中心运行质量的持续改进，提高我省急性胸痛相关疾病的救治水平，根据《国家卫生计生委办公厅关于印发胸痛中心建设与管理指导原则（试行）的通知》精神，我委组织制定了广东省胸痛中心常态化质控标准（PCI版和基层版，详见附件），并对开展广东省胸痛中心质量控制工作提出如下意见，请参照执行。

一、搭建胸痛中心质量控制工作组织架构

我委依托广东省胸痛中心协会开展全省胸痛中心质量控制工作。各地级以上市要组建市级胸痛中心联盟或者跨地市区域联盟，组建胸痛中心创建专家组（必要时可邀请区外专家参加），依托市级胸痛中心联盟或专家组开展辖区内胸痛中心质量控制工作。

二、组织开展质量控制工作

（一）各地度开展一次全面胸痛中心）的数专业评估，并填基层版）。质控地址：epca@epcc

每家胸痛中心急性心肌梗死病实性、准确性及策略是否符合专

《广东省胸痛常态化开展急诊（基层版）》适

（二）我委中心质控工作进前与广东省胸痛

三、质控结

在各地市质控指标的提取和果，作为对各胸痛广东省胸痛中心示范基地的重要

结果不达标的医院，将发出黄牌警告，连续三次均为黄牌警告者将取消广东省胸痛中心资格。

- 附件：1.广东省胸痛中心常态化质控标准（PCI版）
2.广东省胸痛中心常态化质控标准（基层版）





广东省胸痛中心常态化质控指标 (PCI 版)

每季度考核一次

编号	质量指标	权重系数	检查方式
1	急性胸痛病例上报完整性 （符合以下之一者为不合格）： ①本季度数据库饼图构成明显不符合急性胸痛的分布规律；（2分） ②本季度急性胸痛总病例数与医院规模明显不相称；（1分） ③本季度病例数的月分布趋势存在明显的异常波动或缺失；（1分） ④随机抽检本季度急性非创伤性胸痛病例在数据库的录入率是否≥75%（6分）	10%	现场检查
2	STEMI 病例的时间节点填报完整性及溯源性 ： 在数据库后台随机抽取本季度 10 份急诊 PCI 的 STEMI 患者，关键时间节点的缺失（未填报或者填报错误）率应≤10%，其中院内时间节点记录的有效率应达到 100%，不允许有缺失或错误。达不到以上要求者的病例判断为不合格病例，若不合格病例≥1 例，则判断为 STEMI 病例的完整性不合格；	5%	现场检查
3	数据库填报时效性 ： 在数据库后台随机抽取本季度 10 份住院病例，数据填报及最后一次修订不得超出患者出院后 30 天，若有 3 份以上的病例超时，则判为不合格；	5%	现场检查
4	全部 STEMI 患者早期接受再灌注治疗的比例在增加 （发病 12 小时内的 STEMI 患者，若无禁忌症或者患者/家属拒绝接受治疗（以签署拒绝治疗的知情文件为依据），接受溶栓或者直接 PCI 治疗的比例不低于 90%或者在过去 3 个月内呈现增高趋势）	10%	现场检查

5	所有胸痛患者首次医疗接触至完成首份心电图时间（FMC-to-EKG），要求月平均小于 10 分钟，达标率 75%以上，并呈持续改进趋势或在平均时间接近 5 分钟后呈现稳定趋势 1、本季度平均大于 10 分钟，达标率小于 75%，有二分之一即该条款为 0 分； 2、本季度平均 1-5 分钟为 10 分，6-10 分钟计 5 分； （备注：对于平均为 1-5 或者 6-10 分钟者，达标率也不低于 75% 的，仅仅按平均时间计算，不再考虑达标率的高低）	10%	后台计算	导管室激活时间小于 30 分钟，且呈现缩短或稳定的趋势 1、大于 30 分钟计 0 分； 2、16-30 分钟计 3 分； 3、15 分钟及 15 分钟以下计 5 分；	5%	后台计算
6	经救护车（包括呼叫本地 120 入院及由非 PCI 医院转诊患者）入院的 STEMI 患者，从急救现场或救护车远程传输心电图至胸痛中心（实时传输或微信等形式传输，但必须在云平台有客观记录）的比例不低于 30%且呈现增高趋势 1、低于 30%计 0 分； 2、30%-50%计 4 分； 3、51%-70%计 6 分； 4、71%-90%计 8 分； 5、91%-100%计 10 分	10%	后台计算	经救护车入院（包括呼叫本地 120 入院及由非 PCI 医院转诊患者）且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者，绕行急诊和 CCU 直达导管室的比例不低于 30%，且呈现增高趋势 1、低于 30%计 0 分； 2、30%-50%计 2 分； 3、51%-70%计 3 分； 4、71%-90%计 4 分； 5、>90%计 5 分；	5%	后台计算
7	对于 STEMI 患者，首份心电图至心电图确诊的时间月平均小于 10 分钟 1、大于 10 分钟计 0 分； 2、1-5 分钟计 8 分； 3、6-10 分钟计 4 分	8%	后台计算	自行来院且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者，绕行 CCU 直接送入导管室的比例不低于 50%，且呈现增高趋势 1、低于 50%计 0 分； 2、50%-80%计 2 分； 3、81%-100%计 5 分；	5%	后台计算
8	坚持使用床旁快速检测肌钙蛋白方法，从抽血到获取报告时间不超过 20 分钟 1、大于 20 分钟计 0 分； 2、小于或等于 20 分钟计 5 分	5%	后台计算	所有 STEMI 患者的死亡率和所有急诊 PCI 患者的死亡率呈现逐渐降低趋势或绝对值分别低于 3%及 2%； 1、二者分别高于 5%及 3%或者呈升高趋势计 0 分； 2、二者分别在 3%-5%及 2%-3%之间计 3 分； 3、二者仅有一项低于 3%、2%计 4 分； 4、二者分别低于 3%或 2%计 5 分。	5%	后台计算
9	对于接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者，月平均门-球时间不超过 90 分钟、达标率不低于 75%且呈现逐渐缩短的趋势，当月平均在 60 分钟以内时应呈现稳定趋势 1、平均门球时间大于 90 分钟，达标率低于 75%，有二分之一计 0 分； 2、门球时间 71-90 分钟计 5 分； 3、门球时间 51-70 分钟计 8 分； 4、门球时间 50 分钟及以下计 10 分； 备注：对于门球时间小于 90 分钟，达标率也不低于 75% 的，仅仅按平均时间计算，不再考虑达标率的高低）	10%	后台计算	全部 ACS 患者院内心力衰竭发生率在降低； 1、升高计 0 分（与上个季度相比）； 2、稳定计 1 分（与上个季度相比）； 3、降低计 3 分（与上个季度相比）；	3%	后台计算
				全部 ACS 患者人均住院费用有下降趋势 1、升高计 0 分（与上个季度相比）； 2、稳定计 1 分（与上个季度相比）； 3、降低计 2 分（与上个季度相比）；	2%	后台计算
				落实了每季度一次的质量分析会和典型病例讨论会制度； 1、两费均符合计 2 分； 2、单项符合计 1 分； 3、两项均不符合计 0 分；	2%	后台计算



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

市卫计委质控通知

广州市卫生和计划生育委员会文件

穗卫医政〔2018〕9号

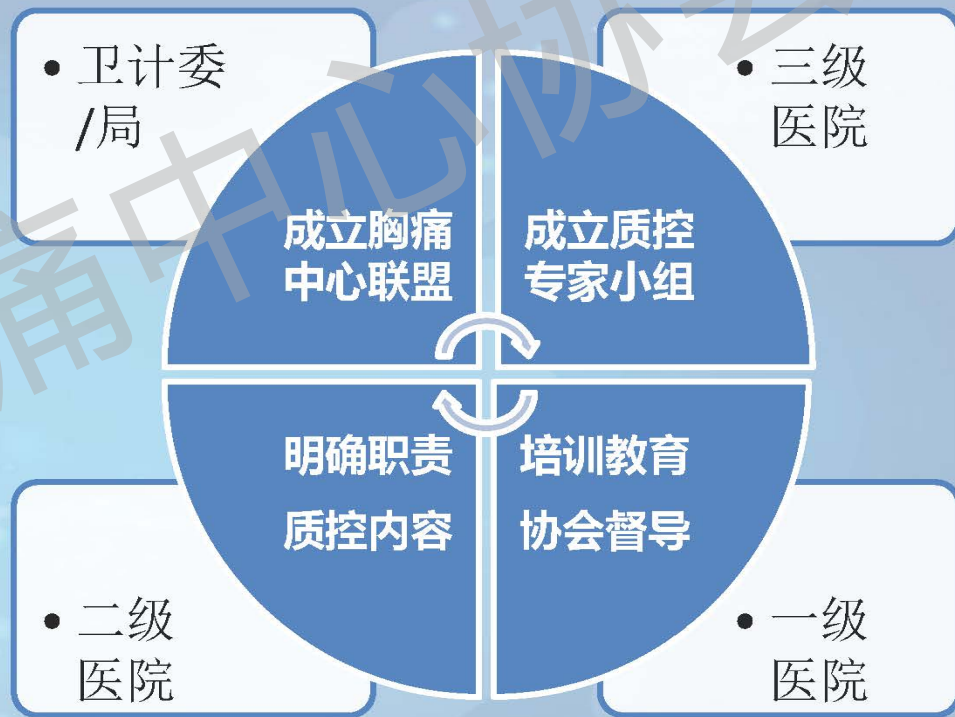
广州市卫生和计划生育委员会关于成立 广州市胸痛中心质量控制中心的通知

各区卫生计生局，各医疗卫生单位：

为进一步贯彻《医疗质量管理办法》，规范胸痛中心管理，促进胸痛中心质量持续改进，我委决定成立广州市胸痛中心质量控制中心。现将有关事项通知如下：

一、组织架构

依托广州医科大学附属第二医院成立广州市胸痛中心质量控制中心，中心下设广州市胸痛中心质量控制中心专家委员会，由主任委员1名、副主任委员5名、秘书2名及专家组成员若干组成，同时，邀请省内知名专家担任顾问。（具体名单见附件）





中国胸痛中心
China Chest Pain Center

广东省试点——全国推广

- 开展步骤：以点带面，逐步展开，边探索边推广

广州市卫生和计划生育委员会文件

穗卫医政〔2018〕9号

广州市卫生和计划生育委员会关于成立

惠州市卫生和计划生育局

惠市卫函〔2017〕1187号

东莞市卫生和计划生育局

关于开展胸痛中心质控检查的通知

各医院：

根据国家及广东省胸痛中心建设方案和质控要求，我局拟近期委托东莞市胸痛急救质量控

惠州市推进胸痛 暨惠州市胸痛

广州市胸痛中心质量控制中心成立 大会暨胸痛中心质量控制培训班





中国胸痛中心

China Chest Pain Center

启动会+质控会分布情况



质控会：8个地级市已经开展胸痛中心质控

启动会：20个地级市已经启动胸痛中心建设



中国
China

地市级胸痛中心常规质控流程

地市级卫监局发文

- 建立胸痛中心常态化质控机制：
质控专家组：组长1人+副组长2人+成员若干
- 成立联盟质控专家组
- 每季度开展一次

广东省胸痛中心协会负责组织
培训专家组成员

专家组开展数据库现场核查、
协会派专家督导

每季度完成现场核查后
提交质控报告给协会

协会汇总向省卫计委报告

提交给省、市卫计委，
并反馈给医院



常态化质控检查时间：原则上是每季度进行一次，在季度的第一个月中下旬，针对前一个季度的胸痛中心建设质量进行专项检查，现场质控飞行检查**每个单位为2小时**，具体核查时间另行提前通知。

4月

第一季度
1-3月

7月

第二季度
4-6月

10月

第三季度
7-9月

1月

第四季度
10-12月



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

检查对象



必检单位：已经通过省级及国家级认证医院

抽检单位：已经在中国胸痛中心云平台上进行胸痛相关数据连续录入至少3个月以上的建设单位

自愿申请单位：胸痛中心建设单位可根据自身情况，以自愿为原则申请质检



第一步：网站调取医院胸痛数据

中国胸痛中心网
CHINA CHEST PAIN CENTER

管理平台 版本发布历史 当前用户: 认证中心办公室 数据录入 退出管理

菜单

- 会员
- 机构认证【国家】
- 机构认证【广东】
- 胸痛中心质控配置
- 胸痛中心现场质控
- 胸痛中心质控评审**
- 广东省胸痛培训会
- 工作人员信息
- 专家管理
- 中国胸痛中心榜
- 内容管理
- 分类管理

数据统计: 从 2018-04 到 2018-06 医院名称 值域区间 0 720

参与统计的医院: ☒ PCI版本 ☐ 基层版本 ☐ 生产所有指标

☐ 广州军区广州总医院【认证通过-广东PCI版】	☐ 东莞市人民医院【认证通过-广东PCI版】
☐ 广东省中医院【认证通过-广东PCI版】	☐ 中山大学孙逸仙纪念医院【资格预审通过-广东PCI版】
☐ 广东医科大学附属医院【认证通过-广东PCI版】	☐ 广东省人民医院【新的提交-广东PCI版】
☐ 深圳市第四人民医院【认证通过-广东PCI版】	☐ 揭阳市人民医院【认证通过-广东PCI版】
☐ 茂名市中医院【新的提交-广东PCI版】	☐ 深圳市孙逸仙心血管医院【认证通过-广东PCI版】
☐ 深圳市人民医院【认证通过-广东PCI版】	☐ 东莞康华医院【新的提交-广东PCI版】
☐ 惠州市第三人民医院【认证通过-广东PCI版】	☐ 佛山市南海区人民医院【认证通过-广东PCI版】
☐ 东莞市第三人民医院【认证通过-广东PCI版】	☐ 广州市医科大学附属第二医院【认证通过-广东PCI版】
☐ 肇庆市人民医院【新的提交-广东PCI版】	

截图(Alt + A)

数据统计: 所有胸痛患者首次医疗接触至完成首份心电图时间(FMC-to-EKG), 要求月平均小于10分钟, 达标率75%以上, 并呈持续 统计



首份心电图
时间

远程传输
比例

心电图确诊
时间

肌钙蛋白
检测时间

D-to-B时间

导管室激活
时间

5	所有胸痛患者首次医疗接触至完成首份心电图时间（FMC-to-EKG），要求月平均小于10分钟，达标率75%以上，并呈持续改进趋势或在平均时间接近5分钟后呈现稳定趋势 1、本季度平均大于10分钟，达标率小于75%，有二分之一为0分； 2、本季度平均1-5分钟为15分，6-10分钟计8分； （备注：对于平均为1-5或者6-10分钟者，达标率也不低于75%， 仅仅按平均时间计算，不再考虑达标率的高低）	15	后台计算
6	经救护车（包括呼叫本地120入院及由非PCI医院转诊患者）入院的STEMI患者，从急救现场或救护车远程传输心电图至胸痛中心（实时传输或微信等形式传输，但必须在云平台上客观记录）的比例不低于30%且呈现增加趋势 1、低于30%计0分； 2、30%-50%计4分； 3、51%-70%计6分； 4、71%-90%计8分； 5、91%-100%计10分	10	后台计算
7	对于STEMI患者，首份心电图至心电图确诊的时间月平均小于10分钟 1、大于10分钟计0分； 2、1-5分钟计10分； 3、6-10分钟计5分	10	后台计算
8	坚持使用床旁快速检测肌钙蛋白方法，从抽血到获取报告时间不超过20分钟 1、大于20分钟计0分； 2、小于或等于20分钟计10分	10	后台计算
9	对于接受PPCI治疗的STEMI患者，月平均门-球时间不超过90分钟。达标率不低于75%且呈现逐渐缩短的趋势，当月平均在60分钟以内时应呈现稳态趋势 1、平均门球时间大于90分钟，达标率低于75%，有二分之一计0分； 2、门球时间71-90分钟计10分； 3、门球时间51-70分钟计12分； 4、门球时间50分钟及以下计15分； 备注：对于门球时间小于90分钟，达标率也不低于75%，仅仅按平均时间计算，不再考虑达标率的高低）	15	后台计算
10	导管室激活时间小于30分钟，且呈现缩短或稳定的趋势 1、大于30分钟计0分； 2、16-30分钟计3分； 3、15分钟及15分钟以下计5分；	5	后台计算

基础数据

11	经救护车入院（包括呼叫本地120入院及由非PCI医院转诊患者）且接受PPCI治疗的STEMI患者，绕行急诊和CCU直达导管室的比例不低于30%，且呈现增高趋势 1、低于30%计0分； 2、30%-50%计4分； 3、51%-70%计6分； 4、71%-90%计8分； 5、>90%计10分；	10	后台计算
12	自行来院且接受PPCI治疗的STEMI患者，绕行CCU直接送入导管室的比例不低于50%，且呈现增高趋势 1、低于50%计0分； 2、50%-80%计5分； 3、81%-100%计10分；	10	后台计算
13	所有STEMI患者的死亡率呈现逐渐降低趋势或绝对值低于3%； 1、高于5%或者呈升高趋势计0分； 2、死亡率在3%-5%计1分； 3、低于3%计3分。	3	后台计算
14	所有急诊PCI患者的死亡率呈现逐渐降低趋势或绝对值及低于2%； 1、高于5%或者呈升高趋势计0分； 2、死亡率在2%-5%计1分； 3、低于2%计2分。	2	后台计算
15	全部ACS患者院内心力衰竭发生率在降低； 1、升高计0分（与上个季度相比）； 2、稳定计1分（与上个季度相比）； 3、降低计3分（与上个季度相比）；	3	后台计算
16	全部ACS患者人均住院费用有下降趋势 1、升高计0分（与上个季度相比）； 2、稳定计1分（与上个季度相比）； 3、降低计3分（与上个季度相比）；	3	后台计算
17	落实了每季度一次的质量分析会和典型病例讨论会制度； 1、两查均符合计4分； 2、单项符合计2分； 3、两查均不符合计0分；	4	后台计算
总分			

持续改进数据



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

质控检查的方式

第三步：现场飞行检查（数据的完整性、时效性、准确性、溯源性，全部STEMI患者早期接受再灌注治疗）





请院方提前做好电脑及登记资料：

- (1) 护士分诊台登记本：这个本子记录了所有病人到医院急诊科就诊的病人信息，不仅仅是胸痛登记本，**要从最原始的护士分诊台登记本里随机抽取急性胸闷、胸痛病人。**如果分诊台是电子系统，请将急诊就诊病人信息（如：病人的姓名、住院号、就诊日期、主诉或者初步诊断）导出Excel表格，存放在核查的电脑系统内；
- (2) 医院HIS系统：现场抽调所有STEMI住院病例目录



- (3) 介入室原始登记本；
- (4) 溶栓或转运PCI的原始登记本；
- (5) 会场请准备好能连接公共网络的电脑2台，可以看到贵院胸痛中心云平台数据库及趋势图；
- (6) 采用纸质版时间记录表的单位请将原始记录表准备在会场，供专家查阅；
- (7) 出席人员：质控专家1-2名；院方人员：胸痛中心总监或主任、心内科主任、急诊科主任、协调员、数据管理员



- (1) 专家到达现场后随机调阅原始病历
- (2) 请工作人员随后将抽取的纸质原始病历尽快借至会场。
如只有电子病历单位，请准备好院内HIS系统+外网电脑，专家可以查看到院内系统病例资料（要求能显示病程记录、各项检查及知情同意的原始材料），同时也可以查看胸痛中心数据库资料
- (3) 专家根据原始病历现场调阅中国胸痛中心数据云平台，查看实时数据的时效性、准确性、完整性、可溯源性，各项数据是否体现持续改进趋势



形式	组织场次	频次
急诊科原始分诊记录本	10	胸痛、胸闷
医院HIS系统中	10	出院诊断为STEMI的病例
导管室登记本	10	行PPCI的STEMI病例
从云平台数据库	10	ACS（主要以NSTEMI）



数据库录入率 (对标得分表编号 1)

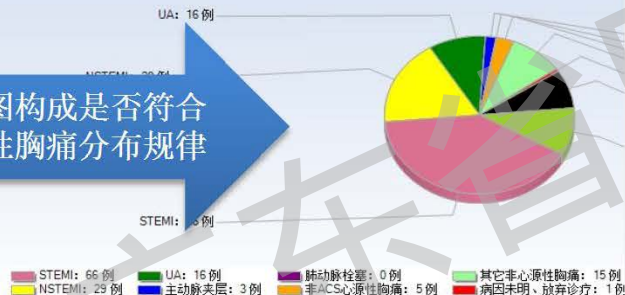
本季度数据库饼图构成是否符合急性胸痛的分布规律		0	5	10	15	20
本季度急性胸痛总病例数是否与医院规模明显不相称		0	3	6	8	10
本季度病例数的月分布趋势是否存在明显的不正常波动或缺失		0	5	10	15	20
从急诊科原始分诊记录本中 挑选 10 份病例	在云平台数据库 录入数	未能在云平台数据 库录入数				



201707-201801 胸痛患者趋势图



201707-201801 胸痛病例统计饼图 (合计)



首份心电图完成至首份心电图确诊时间 (STEMI患者)



月份	201707	201708	201709	201710	201711	201712	201801	合计: 7
平均时间	0.00	0.00	0.20	5.43	89.08	16.06	0.00	15.82
最小值	0	0	0	0	-5	0	0	-5
最大值	0	0	1	37	607	229	0	607
总数	0	1	10	7	13	16	6	53



STEMI 病例的时间节点填报完整性及溯源性 (对标得分表编号 2)

10 份行 PPCI 的 STEMI 病例 (从导管室登记本随机挑选)

编号	姓名	住院号	时间节点完整性			时间节点溯源性		
			是	否	备注	是	否	备注
1	1	1	是	否	备注	是	否	备注
2	2	2	是	否	备注	是	否	备注
3	3	3	是	否	备注	是	否	备注
4	4	4	是	否	备注	是	否	备注
5	5	5	是	否	备注	是	否	备注

STEMI 患者的关键时间节点完整性:

①发病时间; ②呼叫120时间 (如有);
③到达本院大门时间; ④首次医疗接触时间;
⑤首份心电图完成时间; ⑥心电图远程传输时间;
⑦确诊时间; ⑧开始 (溶栓、PPCI或转运 PCI) 知情同意时间、签署 (溶栓、PPCI或转运 PCI) 知情同意书时间⑨溶栓开始时间或球囊扩张时间 (导丝通过时间); ⑩ 转运PPCI 患者离开医院大门时间。

时间节点的溯源性: STEMI 患者发病时间、呼叫120、到达医院等时间能从急诊病历 (电子病历或复印件)、入院病历、首次病程记录、心电图纸、检验报告、病情告知或知情同意书等原始记录中溯源, 并要求尽可能精确到分钟。



数据库填报时效性 (对标得分表编号 3)

(从云平台随机抽取 10 份住院病例, 以 ACS 为主)

编号	姓名	住院号	填报是否及时		延误天数		备注
					建档	审查归档	
			是	否			
			是	否			
			是	否			
			是	否			
			是	否			

再灌注率 (对标得分表编号 4)

从医院 HIS 系统抽取出院诊断为 STEMI 的病例 10 例	接受及时再灌注的病例数 (或有客观理由无法行及时再灌注)	未能及时再灌注病例数
----------------------------------	------------------------------	------------

数据库填报时效性: 云平台数据库随机抽取本季度10份ACS为主的住院病例, 数据填报及最后一次修订不得超出患者出院后30天, 数据建档不得超出院内接诊后7天;

全部STEMI患者早期再灌注率: 医院HIS系统抽取10例出院诊断为STEMI的病例, 发病12小时内的STEMI患者, 若无禁忌症或者无患者/家属拒绝接受治疗 (以签署拒绝治疗的知情文件为依据), 早期接受再灌注治疗率的比例不低于90%或者在过去3个月内呈现增高趋势



广东省胸痛中心常态化数据质控现场飞行检查 PCI 版（一号单）

医院： 时间： 一号检查员签名：

数据库录入率（对标得分表编号 1）

本季度数据库饼图构成是否符合急性胸痛的分布规律	0	5	10	15	20
本季度急性胸痛总病例数是否与医院规模明显不相称	0	3	6	8	10
本季度病例数的月分布趋势是否存在明显的异常波动或缺失	0	5	10	15	20
从急诊科原始分诊记录本中 挑选 5 份病例	在云平台数据库 录入数	未能在云平台数据 库录入数			

STEMI 病例的时间节点填报完整性及溯源性（对标得分表编号 2）

5 份行 PPCI 的 STEMI 病例（从导管室登记本随机挑选）

编号	姓名	住院号	时间节点完整性			时间节点溯源性		
			是	否	备注	是	否	备注
			是	否	备注	是	否	备注
			是	否	备注	是	否	备注

广东省胸痛中心常态化数据质控

现场飞行检查得分表

医院： 时间：

审查组成员签名：

编号	质控指标	分值	得分	备注
急性胸痛病例上报完整性				
1.1	数据库饼图构成是否符合急性胸痛的分布规律	20		
1.2	急性胸痛总病例数是否与医院规模相称	10		
1.3	病例数的月分布趋势是否存在明显的异常波动或缺失	20		
1.4	急性非创伤性胸痛病例录入率是否 $\geq 75\%$ (综合一号单、二号单结果打分)	50		
STEMI 病例的时间节点填报完整性及溯源性				
2	关键时间节点的缺失（未填报或者填报错误）率应 $\leq 10\%$ ，其中院内时间节点记录的有效率应达	100		



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

示范基地

每个地级市创建至少一个胸痛中心示范基地，通过示范基地的培训、教育和示范作用，以点带面，进一步推动我省的胸痛中心规范化建设

 已经通过国家认证

 指标综合排名靠前

 履行基地的责任和义务

质控结果将纳入
示范基地遴选
的标准

数据库全面、真实，规范

具有一定区域代表性

承担参观、培训、帮扶任务



附

广东省胸痛中心示范基地遴选的质量指标及权重系数

编号	质量指标	权重系数
1	全部 PPCI 患者平均 D2B 时间	10%
2	全部 PPCI 患者平均 FMC2B 时间在缩短, 120 分钟内达标率在增加	10%
3	全部 STEMI 患者早期接受再灌注治疗的比例在增加	5%
4	所有急性胸痛患者从首次医疗接触到完成首份心电图时间	10%
5	经救护车入院及转诊 STEMI 患者院前传输心电图到胸痛中心比例	10%
6	STEMI 患者从首份心电图到确诊时间	10%
7	经救护车入院且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者直达导管室的比例	10%
8	自行来院且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者绕行 CCU 直达导管室的比例	5%
9	从基层医院实施转运 PCI 患者的 DIDO 时间	10%
10	STEMI 总死亡率	5%
11	质量分析会+病例讨论会	15%

(1) 全省排名: 医院全部质控指标的总分

(2) 地市排名: 全市医院总分/注册医院数



质控报告：

1

- 省卫计委

2

- 市卫计委

3

- 省级联盟

4

- 省级质控专家

5

- 省级建设单位



中国胸痛中心

China Chest Pain Center

Thank you!

广东省胸痛中心协会