

doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2022.05.005

信息化监测模式对某三级甲等医院药品不良反应报告质量的影响

王 快¹, 黎 丽^{2△}, 潘碚彬³, 方 健¹, 危丽琴¹, 罗崇彬¹

(1. 广东省广州市花都区人民医院, 广东 广州 510800; 2. 中山大学附属第八医院, 广东 深圳 518033;
3. 广东医科大学药学院, 广东 东莞 523822)

摘要:目的 探讨信息化监测模式对三级甲等医院药品不良反应(ADR)报告质量的影响。方法 收集某三级甲等医院开展信息化监测前(2011年至2015年,监测前)的ADR纸质报告1150份,以及开展信息化监测后(2016年至2020年,监测后)的ADR原始电子报告1227份,从真实性、规范性、完整性3个方面进行分析。采用品管圈质量管理工具柏拉图,对ADR报告表规范性和完整性填写较差的评估内容进行根因分析。结果 监测前后的ADR原始报告表均可溯源,在医院电子病历系统中均可查询到相关信息记录,未发现虚假报告;该院新的或严重ADR报告比例由监测前的32.09%(369/1150)升至监测后的38.22%(469/1227),监测前后差异显著($P=0.002$);ADR被如实记录在病历的百分率由监测前的55.83%(642/1150)升至监测后的91.93%(1128/1227),监测前后差异显著($P<0.0001$);住院患者发生过敏反应药物在病案首页记录的百分率由监测前的53.39%(362/678)升至监测后的80.07%(434/542),监测前后差异显著($P<0.0001$);患者信息完整填写率由监测前的61.57%(708/1150)升至监测后的93.24%(1144/1227),监测前后差异显著($P<0.0001$)。ADR名称、用法用量、ADR报告类型、ADR分析、关联性评价、批准文号、药品通用名称、剂型未规范填写的累计百分比为84.10%为当前ADR报告规范性评价项目中需要重点改善的项目;原患疾病描述、ADR终结时间、转归、病情动态变化、用药情况、干预时间、干预措施未规范填写的累计百分比为84.73%,为当前影响ADR电子报告表完整性的主要原因。结论 ADR信息化监测模式优化了ADR报告与监测的工作流程,提高了医疗机构ADR报告的质量,为患者合理、安全用药提供了重要数据支持。

关键词:药品不良反应报告;质量;信息化;监测;用药安全

中图分类号:R95

文献标志码:A

文章编号:1006-4931(2022)05-0023-06

Influence of Information Monitoring Mode on the Quality of Adverse Drug Reaction Reports in Tertiary A Hospitals

WANG Kuai¹, LI Li², PAN Beibin³, FANG Jian¹, WEI Liqin¹, LUO Chongbin¹

(1. Huadu District People's Hospital of Guangzhou, Guangzhou, Guangdong, China 510800; 2. The Eighth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Shenzhen, Guangdong, China 518033; 3. College of Pharmacy, Guangdong Medical University, Dongguan, Guangdong, China 523822)

Abstract: Objective To investigate the influence of information monitoring mode on the quality of adverse drug reaction (ADR) reports in tertiary A hospitals. **Methods** A total of 1 150 original ADR paper reports before information monitoring (from 2011 to 2015) and 1 227 original ADR electronic reports after information monitoring (from 2016 to 2020) were collected from a tertiary A hospital to analyze the authenticity, standardization and completeness of ADR reports. The quality control circle (QCC) quality management tool Plato was used to analyze the root causes of the evaluation content in the poor standardization and completeness of the ADR reports. **Results** The original ADR reports before and after monitoring could be traced back, and the relevant information records could be queried in the hospital electronic medical record system, and no false report was found. The proportion of new or severe ADR reports in the hospital increased from 32.09% (369/1150) before monitoring to 38.22% (469/1227) after monitoring, with a significant difference ($P=0.002$). The percentage of ADR recorded in medical records increased from 55.83% (642/1150) before monitoring to 91.93% (1128/1227) after monitoring, with a significant difference ($P<0.0001$). The percentage of allergy medication of patients recorded on the first page of medical records increased from 53.39% (362/678) before monitoring to 80.07% (434/542) after monitoring, with a significant difference ($P<0.0001$). The completeness filling rate of patients' information increased from 61.57% (708/1150) before monitoring to 93.24% (1144/1227) after monitoring, with a significant difference ($P<0.0001$). The cumulative percentage of non-standardization filling in ADR name, usage and dosage, ADR report type, ADR analysis, correlation evaluation, approval number, general name and dosage form was 84.10%, which was the key item to be improved in the current normative evaluation of ADR reports. The cumulative percentage of non-standardization filling in the description of the primary disease, the end time of ADR, prognosis, dynamic changes of the condition, medication, intervention time and quality measures was 84.73%, which was the main reason affecting the completeness filling of ADR electronic reports at present. **Conclusion** ADR information monitoring mode optimizes the workflow of ADR reporting and monitoring, improves the quality of ADR reporting in medical institutions, and provides important data support for reasonable and safe medication for patients.

Key words: adverse drug reactions; quality; informatization; monitoring; medication safety

第一作者:王快,大学本科,药师,研究方向为临床药学与医院药学,(电子信箱)453780799@qq.com。

[△]通信作者:黎丽,博士,主管药师,研究方向为临床药学与中药药理学,(电子信箱)453780799@qq.com。

医疗机构、药品生产企业和经营企业是报告药品不良反应(ADR)的主体^[1]。为了减少ADR对用药人群的危害,及时、有效地控制用药风险,我院积极开展ADR报告与监测工作,但ADR报告常存在信息填写错误、过程描述过于简单等问题,且新的或严重的ADR上报率低,导致ADR监测员不能快速、准确地识别药品安全信息。ADR报表填写的真实性、规范性、完整性是ADR信息可靠和有效的重要保证,是药品风险分析与评价的基础^[2],尤其在当前开展对“4+7”药品^[3-4]、国家谈判药品^[5-6]进行招标采购的形势下,高质量的ADR报告可作为此类重点关注药品风险预警的可靠数据支持^[7]。为优化ADR报告与监测的工作流程,提高ADR报告的质量,给临床用药风险预警及时提供可靠的资料,我院于2016年实施ADR信息化监测模式。本研究中分析了开展信息化监测模式前后ADR原始报表的真实性、规范性及完整性,探讨信息化建设对三级甲等医院ADR报告质量的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

收集我院开展信息化监测前(2011年至2015年,监测前)的ADR纸质报告1 150份,开展信息化监测后(2016年至2020年,监测后)的ADR原始电子报告1 227份。

1.2 质量评估标准与方法

根据《药品不良反应报告和监测管理办法》(卫生部令第81号)、国家药品不良反应监测中心发布的《药品不良反应病例报告质量评估指导意见(试行)》制订ADR报告质量的真实性、规范性和完整性评估项目。

真实性:通过ADR原始报告表的信息追查患者的住院病程记录、护理记录、医嘱、门诊病历记录、处方、检验检查、体温单等医疗记录,有相关记录的ADR报告判断为真实报告。

规范性:评估内容包括ADR报告类型、报告时限、ADR名称、药品通用名称、剂型、生产厂家、生产批号、用法用量、用药原因、原患疾病、关联性评价和ADR分析,统计分类主要为规范填写、未填写、填写错误、填写不完整、填写为“不详”等。

完整性:评估内容主要为ADR过程描述及其处理情况和患者信息等其他项目,包括原患疾病描述、用药情况、ADR发生时间、干预时间、ADR终结时间、出现ADR的症状及体征、辅助检查、病情动态变化、干预措施、转归等,统计分类主要为填写、未填写、填写不完整。

根据《三级医院评审标准(2020年版)》(国卫医发[2020]26号)和《三级综合医院评审标准实施细则(2011年版)》(卫办医管发[2011]148号)三级甲等综合医院评审条款要求,患者发生的ADR应被如实记入病历中。我院ADR报告和监测管理制度规定,住院患者的

病程记录和门诊患者的门诊病历均应记录患者发生的ADR,病案首页应记录发生过敏反应的药物。因此,病历是否记录患者发生的ADR,病案首页是否记录患者发生过敏反应的药物,同样作为本次ADR报告质量评估的项目之一,统计分类为是、否。

1.3 统计学处理

采用Excel 2019软件整理数据,采用SPSS 24.0统计学软件分析。若存在1个或1个以上小于5的期望计数,采用Fisher's精确检验(双侧),否则采用Pearson χ^2 检验(双侧);纸质报告表与电子报告表的组间数据比较中,其中一个类型作为一个变量,其余类型的合计值作为另外一个变量,如批准文号规范填写的ADR报告例数与不规范填写的(包括未填写、填写不完整、填写错误、不详)ADR报告例数的前后数据比较。计数资料以率(%)表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。采用品管圈质量管理工具柏拉图进行根因分析。

2 结果

2.1 真实性评估

根据真实性评估标准与方法,监测前后的ADR原始报告表均可溯源,在医院电子病历系统中均可查询到相关信息记录,未发现虚假报告。

2.2 规范性评估

报告类型:目前,我院ADR报告类型长期以已知的一般ADR报告为主,监测前后分别为67.91%(781/1 150)和61.78%(758/1 227);新的或严重的ADR报告比例偏低,无死亡病例。新的或严重的ADR报告比例由32.09%(369/1 150)升至监测后的38.22%(469/1 227),监测前后差异有统计学意义($P = 0.002$)。

报告时限:已知的一般ADR报告超时上报率由监测前的5.63%(44/781)降至监测后的3.43%(26/758),差异有统计学意义($P = 0.038$);但新的或严重ADR超时上报率由监测前的25.75%(95/369)升至监测后的29.64%(139/469),差异无统计学意义($P = 0.212$)。

药品信息:开展信息化监测后,ADR报告表中的药品信息规范填写比例均大幅上升。详见表1。

其他规范性评估项目:与监测前相比,监测后的ADR报告类型、ADR名称、原患疾病、ADR分析及关联性评价的规范填写比例均明显提高($P < 0.05$),但ADR报告类型、ADR分析和关联性评价填写错误的构成比也明显提高($P < 0.05$)。详见表2。

2.3 完整性评估

监测后,患者信息完整填写率为93.24%(1 144/1 227),显著高于监测前的61.57%(708/1 150),差异有统计学意义($P < 0.01$);但原患疾病完整填写率较低,且改善不明显。与监测前比较,ADR/药品不良事件(ADE)过程描述中,监测后的ADR干预措施和干预时间填写

表 1 药品信息填报的规范性评价

Tab. 1 Normative evaluation of drug information filling		监测前(n = 1 150)		监测后(n = 1 227)		χ^2 值	P 值
药品信息		份数	构成比(%)	份数	构成比(%)		
批准文号	规范	635	55.22	821	66.91	34.203	<0.000 1
	未填写	341	29.65	98	7.99	185.046	<0.000 1
	填写不完整	92	8.00	34	2.77	32.334	<0.000 1
	填写错误	81	7.04	65	5.30	3.319	0.076 0
	不详 ^a	1	0.09	209	17.03	211.666	<0.000 1
药品通用名称	规范	512	44.52	862	70.25	161.137	<0.000 1
	未填写	209	18.17	33	2.69	155.650	<0.000 1
	填写不完整	343	29.83	172	14.02	87.407	<0.000 1
	填写错误	85	7.39	132	10.76	8.111	0.004 0
	不详 ^a	1	0.09	28	2.28	23.733	<0.000 1
剂型	规范	519	45.13	863	70.33	154.942	<0.000 1
	未填写	547	47.57	205	16.71	261.355	<0.000 1
	填写错误	84	7.30	131	10.68	8.205	0.004 0
	不详 ^a	0	0	28	2.28	26.556	<0.000 1
生产厂家	规范	669	58.17	884	72.05	50.435	<0.000 1
	未填写	369	32.09	37	3.02	354.236	<0.000 1
	填写不完整	102	8.87	49	3.99	23.725	<0.000 1
	填写错误	9	0.78	8	0.65	0.143	0.706 0
	不详 ^a	1	0.09	249	20.29	257.539	<0.000 1
生产批号	规范	735	63.91	894	72.86	22.037	<0.000 1
	未填写	365	31.74	46	3.75	325.205	<0.000 1
	填写错误	49	4.26	10	0.82	29.121	<0.000 1
	不详 ^a	1	0.09	277	22.58	290.692	<0.000 1
用法用量	规范	267	23.22	653	53.22	225.227	<0.000 1
	未填写剂量	38	3.30	42	3.42	0.026	0.873 0
	剂量错误 ^a	0	0	3	0.24	2.815	0.250 0
	未填写给药途径	67	5.83	182	14.83	51.351	<0.000 1
	给药途径错误 ^a	0	0	2	0.16	1.876	0.500 0
	未填写给药频次	399	34.70	277	22.58	42.849	<0.000 1
	给药频次错误 ^a	0	0	24	1.96	22.723	<0.000 1
	未填写用量单位	295	25.65	28	2.28	276.117	<0.000 1
	用量单位错误	84	7.30	10	0.82	65.817	<0.000 1
	不详 ^a	0	0	6	0.49	5.638	0.032 0
用药原因	规范	1 004	87.30	1 170	95.35	49.252	<0.000 1
	未填写	133	11.57	25	2.04	86.843	<0.000 1
	填写不完整 ^a	3	0.26	28	2.28	18.839	<0.000 1
	填写错误	10	0.87	4	0.33	2.996	0.083 0

注:a 为 Pearson χ^2 检验,其余为 Fisher's 精确检验。表 2 和表 3 同。

Note:a indicates that Pearson chi-square test is adopted, and the Fisher's exact test was adopted in the rest (for Tab. 1-3).

的完整性均明显提高($P < 0.05$);但原患疾病描述、病情动态变化、ADR 终结时间、转归等描述的完整性并未

表 2 其他信息填报项目的规范性评价

Tab. 2 Normative evaluation of filling items of the other information		监测前(n = 1 150)		监测后(n = 1 227)		χ^2 值	P 值
规范性评价项目		份数	构成比(%)	份数	构成比(%)		
ADR 报告类型	规范	470	40.87	657	53.55	38.254	<0.000 1
	未填写	382	33.22	115	9.37	204.103	<0.000 1
	填写错误	298	25.91	455	37.08	34.271	<0.000 1
	不详 ^a	0	0	0	0	0	0
ADR 名称	规范	240	20.87	443	36.10	67.283	<0.000 1
	未填写	216	18.78	15	1.22	208.634	<0.000 1
	填写不完整	662	57.57	750	61.12	3.119	0.077 0
	填写错误	32	2.78	19	1.55	4.306	0.038 0
原患疾病	规范	980	85.22	1 170	95.35	70.622	<0.000 1
	未填写	162	14.09	50	4.07	73.252	<0.000 1
	填写错误	5	0.43	6	0.49	0.038	1.000 0
	不详 ^a	3	0.26	1	0.08	1.137	0.359 0
ADR 分析	规范	402	34.96	669	54.52	91.807	<0.000 1
	未填写 ^a	547	47.57	2	0.16	750.966	<0.000 1
	填写错误	201	17.48	556	45.31	211.914	<0.000 1
	不详 ^a	0	0	0	0	0	0
关联性评价	规范	512	44.52	670	54.60	24.142	<0.000 1
	未填写	277	24.09	15	1.22	288.008	<0.000 1
	填写错误	361	31.39	542	44.17	41.167	<0.000 1

明显改善($P > 0.05$)。详见表 3。

2.4 病历记录 ADR 和病案首页记录过敏反应药物的评估

监测后,ADR 被记录在住院患者病程记录或护理记录、门诊患者的病例记录的比例为 91.93%(1 128 / 1 227),明显高于监测前的 55.83%(642 / 1 150);住院患者病案首页记录过敏反应药物的比例为 80.07%(434 / 542),明显高于监测前的 53.39%(362 / 678),差异有统计学意义($\chi^2 = 406.96, 94.565, P < 0.000 1$)。

2.5 ADR 报告表规范性和完整性填写较差的根因分析

监测后,我院 ADR 报告表中 ADR 报告类型、ADR 名称、原患疾病、ADR 分析及关联性评价填写的规范性虽有改善,但占比仍较低;ADR 报告表完整性评价项目中只有 ADR 干预措施和干预时间填写的完整性较前改善,其他项目无明显改善,甚至还较前降低。

通过统计非规范性填写的项目,并采用质量管理工具绘制影响我院 ADR 电子报告表填写规范性的主要原因分析柏拉图^[8],根据 80 / 20 法则^[9],发现 ADR 名称、用法用量、ADR 报告类型、ADR 分析、关联性评价、批准文号、药品通用名称、剂型未规范填写的累计百分比为 84.10%,为当前 ADR 报告规范性评价项目中需要重点改善的项目。另外,考虑生产厂家与生产批号未规范填写的数量也较多,且与药品通用名称、剂型等有一定关联性,故生产厂家与生产批号也被纳入改善的重点(见图 1)。按同样的方法分析发现,原患疾病描述、ADR 终结时间、转归、病情动态变化、用药情况、干预时

表3 ADR报告表填写完整性评价
Tab.3 Evaluation of the completeness of ADR reports

完整性评价项目	监测前(n=1150)		监测后(n=1227)		χ^2 值	P值
	份数	构成比(%)	份数	构成比(%)		
原患疾病描述	填写	395	34.35	393	32.03	1.440
	未填写	755	65.65	834	67.97	
用药情况	填写	1019	88.61	976	79.54	36.167
	未填写	131	11.39	251	20.46	
ADR发生时间	填写	1103	95.91	1148	93.56	6.539
	未填写	47	4.09	79	6.44	
出现ADR的症状	填写	1136	98.78	1218	99.27	1.451
	未填写	14	1.22	9	0.73	
出现ADR的体征	填写	1132	98.43	1216	99.10	2.203
	未填写	18	1.57	11	0.90	
辅助检查	填写	1092	94.96	1162	94.70	0.078
	未填写	58	5.04	65	5.30	
病情动态变化	填写	735	63.91	804	65.53	0.676
	填写不完整	404	35.13	416	33.90	
干预措施	填写	912	79.30	1027	83.70	7.631
	未填写	238	20.70	200	16.30	
干预时间	填写	912	79.30	1023	83.37	6.495
	未填写	238	20.70	204	16.63	
ADR终结时间	填写	735	63.91	800	65.20	0.430
	未填写	415	36.09	427	34.80	
转归	填写	736	64.00	803	65.44	0.542
	未填写	414	36.00	424	34.56	
患者信息	规范	708	61.57	1144	93.24	346.000
	未填写出生日期	235	20.43	19	1.55	
	未填写联系方式	99	8.61	49	3.99	
	未填写2项以上	108	9.39	15	1.22	
其他项目	完整	691	60.09	1212	98.78	556.627
	缺1~2项	309	26.87	14	1.14	
	缺3项以上 ^a	150	13.04	1	0.08	

间、干预措施未规范填写的累计百分比为84.73%,为当前影响ADR电子报告表完整性的主要原因(见图2),是需要重点改善的项目。

针对上述需改善的重点项目,ADR监测员深入临床调查原因,并与医院ADR报告与监测小组成员开展头脑风暴,认为影响我院信息系统填写ADR报告规范性和完整性的原因主要有:1)药物信息填写不规范,如漏填或错填药品通用名称、批准文号、用法用量、剂型等,主要由上报人理解错误、上报不认真或药物信息丢失等引起。如批准文号填写为生产批号,药品通用名称填写为商品名称,或大部分药物信息均填写“不详”等;2)错填ADR类型、ADR分析、关联性评价,主要与上报人缺乏判断ADR的专业知识有关;3)未完整填写ADR

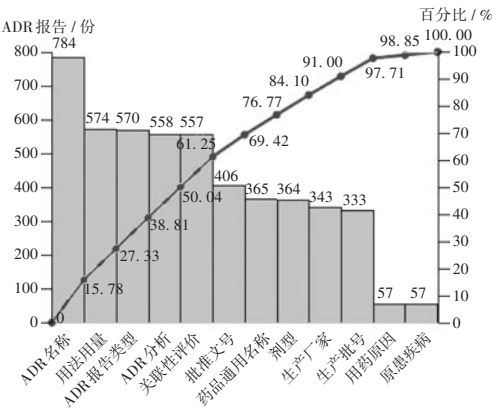


图1 影响ADR电子报告表填写规范性的主要原因分析
Fig.1 Main reasons affecting the standardization filling of ADR electronic reports

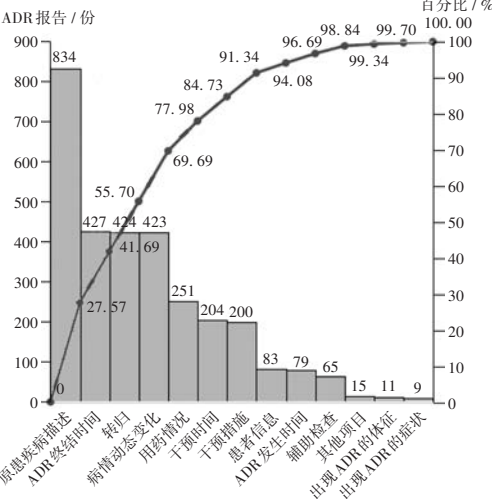


图2 影响ADR电子报告表填写完整性的主要原因分析
Fig.2 Main reasons affecting the completeness filling of ADR electronic reports

过程描述及其处理情况,主要与上报人不熟悉ADR相关知识、缺乏统一培训、态度不严谨有关;4)未严格落实医院奖惩制度。

3 讨论

3.1 信息化监测模式的建立优化了工作流程

ADR上报与监测工作中存在的效率低、监测信息接收不完整等问题,对安全用药的隐患极大,我院药学部联合网络中心紧跟国内医疗机构信息化建设步伐,联合第三方信息公司成功上线ADR上报系统。开展信息化建设前,临床上报ADR需填写纸质报告表,并将其送至药学部ADR监测专员处,再由ADR监测员调查、分析后上报至国家ADR监测网,耗时较长,超时上报的现象时有发生,上报人与ADR监测员交流不便,且ADR纸质报告表填写字迹潦草,难以辨认,ADR报告表整体质量较差。针对存在的问题,我院于2016年开始通过信息系统直接上报ADR,杜绝了纸质版ADR报告表填写字迹潦草、难以辨认的弊端。另外,通过ADR上报系统,监测员可第一时间接收到ADR的上报信息,对于报告

表缺项、填写错误、填写不完整、病历未记录ADR、病案首页未填写过敏反应药物等问题,可直接在ADR上报系统与上报者沟通交流,为ADR报告的上报节约了大量时间,也可让ADR监测员有针对性地深入临床着重调查新的或严重ADR,加强ADR专业知识培训,大大减轻了ADR报告与监测工作的负担。同时,提高了医务工作者对新的或严重ADR的认识,ADR报告与监测意识,以及新的或严重ADR上报率,加强了用药风险监测。ADR上报系统具有与国家药品不良反应上报系统一键上传的接口,可大大提升监测员的工作效率。

3.2 持续改进措施

加强信息化建设:针对需要重点改善的ADR报告中规范性和完整性填写项目,全面升级ADR上报系统,通过与医院信息系统、药库系统对接,患者基本信息可直接被导入ADR上报系统,且可在ADR上报系统中查询近1,3,6,12个月的药品出库信息,上报者在核对相关信息无误后,可直接导入药品的批准文号、生产厂家、生产批号、商品名称等信息。针对ADR过程描述及其处理情况填写不完整的问题,ADR上报系统直接嵌入模板,提示医师完整描述原患疾病、用药情况、ADR发生时间、出现的症状和体征、辅助检查、病情动态变化、干预措施、干预时间、ADR终结时间、转归。同时,ADR上报系统填写的过程描述及其处理情况可直接导入病历系统,而病历系统记录的ADR可直接导入ADR上报系统,避免重复书写。另外,ADR上报系统直接与国家ADR监测网对接,大大提高了ADR上报与监测工作的效率。我院ADR上报系统还建立了修改功能和预警功能模块,监测员对ADR进行调查分析后,可对ADR报告中填写不完整或填写错误的项目进行修改,并保留修改痕迹,以供上报者参考。无法提交存在未填写项目的ADR报告表,并提示上报者完善相关项目。预警功能主要针对病历出现ADR记录或医嘱开具抗过敏药物等ADR相关信息时,可定时向临床工作者发送ADR上报提示,督促临床医务人员及时上报ADR,避免漏报、瞒报、超时上报等。通过信息化建设,尽早实现主动监测ADR^[10-11]。

贯彻落实相关规章制度:通过数据分析发现,我院ADR总体超时上报的比率虽有下降,但改善不明显,尤其是新的或严重ADR超时上报。通过分层统计发现,ADR发生后的24 h内或72 h内上报的比率较前明显下降。为进一步降低ADR超时上报比率,我院《药品不良反应报告和监测管理制度》规定一般的ADR应由医护人员在72 h内填写《药品不良反应/事件报告表》上报,ADR监测员应在ADR发现之日起30日内上报至国家ADR监测网;新的或严重ADR由医护人员在24 h内上报,ADR监测员应在ADR发现之日起15日内上报至国

家ADR监测网;由于ADR导致死亡的严重事件应立即上报。同时,贯彻落实奖惩制度,对于真实发生的、规范完整填写的ADR报告,我院每例奖励上报者30元;对于发现ADR但未上报者,每例扣罚100元。通过信息化建设与具体机制相结合,共同促进我院医疗质量与安全。

加强ADR专项培训:针对我院医务工作者对ADR上报与监测工作认识的不足,ADR上报积极性不佳,上报时报表内容填写不规范、不完整等问题,ADR上报与监测工作小组制订并落实院内ADR专项培训计划,包括每年一次的新晋人员、进修生、实习生的ADR专题培训,每年2次的院内全员培训及各科室不定期的相关培训等,要求培训组织部门做好相关培训记录,且不定期进行督导检查,切实加强了医务工作者对ADR的深入认识。

3.3 小结

病历记录是防止伪造虚假ADR报告,检验其真实性的指标^[12]。病案首页记录患者过敏性药物能让医护人员快速了解患者的过敏史,尤其是在紧急抢救时可避免使用过敏性药物,预防ADR发生,进而保障用药安全。ADR报告的真实性、规范性、完整性是报表质量的基础,直接影响ADR的监测水平^[13-14]。提高ADR报告与监测水平是我国三级甲等综合医院评审标准的核心指标,是药事管理持续改进的重要内容,更是提高医疗质量安全的关键环节^[15]。通过开展ADR信息化监测,我院ADR报告质量明显提高,但个别ADR评价项目仍需进一步改善。

参考文献

- [1] 李学林,陈玉欢,李春晓,等. 我院1305例药品不良反应/事件分析[J]. 中国药房,2018,29(21):2970-2976.
- [2] 牛瑞,冯变玲,林蓉. 国际药品不良反应报告的研究进展[J]. 中国合理用药探索,2020,17(1):24-27.
- [3] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知[EB/OL]. (2019-01-17)[2021-03-24]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2019-01/17/content_5358604.htm.
- [4] 国家组织药品集中采购和使用试点工作小组办公室. 国家医保局发布关于印发《国家组织药品集中采购和使用试点工作监测方案》的通知[EB/OL]. (2019-03-18)[2021-04-17]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2019-01/17/content_5358604.htm.
- [5] 李秦川,陈希,姜倩. 临床药师参与国家谈判药品临床实践前瞻性研究[J]. 中国医院药学杂志,2019,39(11):1187-1193.
- [6] 刘心怡,张璐莹,陈文. 国家谈判准入药品在各地的医保管理政策梳理与分析[J]. 中国卫生政策研究,2019,12(9):77-81.
- [7] 王妍,武志昂. 《国家组织药品集中采购和使用试点工作监测方案》要点分析[J]. 中国药房,2019,30(17):2317-2322.
- [8] 王雨,郭琪,陈超. 1141份住院患者病历不合理用药