



医疗工艺标准图则 及审图要点手册



Blueprints/Roll
图统卷铝



Medical Cross
医疗设施



Magnifying Glass
审图要点



Building Contour
建筑规划

2026



医院医疗工艺标准图则及审图要点

儿童医院 · 3D信息模型

● 空间模型 | ● 工艺流程 | ● 规范审核 | ● 错误索引



前言

随着我国医疗卫生事业不断发展，医院建筑建设逐渐由规模扩张向高质量、精细化和人性化方向转变。儿童医院作为服务特殊年龄群体的专科医疗建筑，不仅需要满足复杂医疗流程、专业设备运行及感染防控要求，还需充分回应儿童患者在生理、心理和行为层面的特殊需求。如何将医疗工艺要求准确转化为空间设计语言，建立符合儿童诊疗特点的建筑组织体系，已成为当前儿童医院建设与更新的重要课题。

医院建筑设计涉及医疗、建筑、设备、管理等多个专业领域，在实际工程中，常存在医疗流程理解不足、功能配置依据不明确、空间尺度把握不统一以及设计成果与运营需求衔接不足等问题。因此，建立基于医疗行为分析的标准化设计方法，将医疗工艺流程、空间组织关系、人员行为模式及设备设施配置进行系统整合，对于提升儿童医院建筑设计质量具有重要意义。

本手册以儿童专科医院为研究对象，以“医疗行为—工艺流程—空间组织—标准图则”为核心逻辑，系统梳理门诊、急诊、医技、住院及相关特殊医疗空间的功能组成、运行流程与设计要点。通过分析患儿、陪护家属、医护人员及物流系统等不同主体的行为需求，建立医疗活动与空间需求之间的对应关系，并结合标准化平面图则、行为示意、设备配置及审查要点，为医院建筑设计提供系统化、可实施的参考依据。

儿童医院区别于普通医疗建筑的核心特征，在于其更加关注“儿童—家长—医护”三方关系。儿童患者由于年龄、认知能力和心理状态差异，在就医过程中常伴随依赖、焦虑及抗拒等行为特征。因此，本手册在满足医疗效率和感染控制要求的基础上，进一步融入儿童友好、家庭陪护、安全防护及环境心理等设计理念，探索从“满足医疗需求”向“支持儿童成长”的空间模式转变。

全书围绕儿童医院建设全过程需求展开，主要包括总则、门诊部、急诊部、医技部、住院部五大板块，并辅以相关规范法规附录。总则部分系统阐述医疗工艺基础、流程体系、感染控

制及儿童友好设计原则；各专业章节针对不同医疗功能单元，梳理功能组成、空间组织、人流物流、洁污分流及设计控制要点，并收录多类型标准化功能房间图则，配套平面布局、三维示意、家具设备配置及尺度参数，为设计实践提供直接参考。

本手册进一步构建了“设计标准与审查体系一体化”的应用模式，针对不同层级医疗空间建立由规范要求、审查维度、关键指标和优化策略组成的审查框架，将防火疏散、无障碍设计、感染控制、儿童安全防护等要求转化为图纸可核查的技术依据，实现“设计有标准、审查有依据”。

相较于传统医疗建筑资料，本手册具有三方面特点：第一，坚持儿童专属设计逻辑，构建适用于儿童全生命周期的空间尺度体系，通过儿童友好环境、疗愈空间、安全构造及低视点导视等策略，实现医疗功能与心理需求的平衡；第二，坚持感染控制导向，系统落实三区两线、卫生通过、隔离流线及洁污分流等医疗工艺要求，满足儿童高易感群体的防控需求；第三，实现标准图则与审查体系融合，既可作为建筑设计、医疗工艺设计及施工深化的参考工具，也可服务于医院建设管理、工程审查及教学研究等多个领域。

本手册适用于医疗工艺设计人员、建筑设计师、室内设计师、医院建设管理人员、施工图审查人员及相关专业研究者，也可作为高校建筑学及医院建筑相关课程的参考资料。编制过程中，编者结合相关工程实践与研究成果，对儿童医院设计中的共性问题进行了系统梳理与总结。由于医疗建筑规范、技术标准及运营模式仍在不断发展，书中内容如与现行国家标准及行业规范存在差异，应以最新官方文件为准。

限于编者水平，书中仍可能存在不足之处，诚请广大行业同仁、专家学者提出宝贵意见，共同推动我国儿童医院建筑设计向更加规范化、人性化和精细化方向发展。

目 录

第一章 总则

一、医疗工艺流程设计基本概念

1. 医疗工艺定义与范畴
2. 医疗工艺设计的阶段划分
3. 空间工艺的分级体系

二、医疗工艺技术准则与感控体系

1. 循证导向下的诊疗效率评估
2. 感控分区与物理卫生通过系统
3. 医疗支撑系统与末端设备集成

三、儿童友好导向下的专项设计准则

1. 全发育周期适儿化尺度标准
2. 去医疗化疗愈环境干预策略
3. 高风险空间安全防御工艺

四、儿童医院一级工艺流程简介

1. 医疗工艺组成与特征
2. 一级医疗工艺流程下的医疗行为体系及空间组织关系

第二章 门诊部

一、医疗工艺组成与特征（儿童医院）

1. 功能构成与组织特征
2. 医疗工艺流程与就诊行为特征

二、规划布局与流程组织

1. 分区布局与就诊流线
2. 预检分诊与行为管控
3. 空间组织与洁污分流
4. 儿童友好与去医疗化
5. 安全防护与应急组织

三、标准化功能房间详图

1. 单人诊室（单门）
2. 单人诊室（双门）
3. 小儿诊室
4. 带教诊室
5. 特需诊室
6. 注射室
7. 智力筛查室
8. 口腔科诊室
9. 儿童活动室
10. 分诊候诊单元
11. 二次候诊单元

四、审图要点

1. 二级工艺流程
2. 三级工艺流程

第三章 急诊部

一、医疗工艺组成与特征（儿童医院）

1. 功能构成
2. 医疗工艺流程

二、规划布局与流程组织

1. 院前急救与出入口
2. 预检分诊与核心诊疗流线
3. 医患分流与感染屏障

三、标准化功能房间详图

诊疗单元：

1. 急诊双人诊室
2. 急诊治疗室（单床）
3. 急诊抢救单元
4. 心肺复苏室
5. 负压隔离室
6. 急诊留观室
7. 清创处置室
8. 输液室
9. 雾化治疗室
10. 预检分诊台

四、审图要点

1. 二级工艺流程

2. 三级工艺流程

第四章 医技部

一、医疗工艺组成与特征（儿童医院）

1. 功能构成
2. 医疗工艺流程

二、规划布局与流程组织

1. 影像科：屏蔽安全与受检流线
2. 检验科：生物安全与物流效率
3. 手术部：洁净流程与卫生

三、功能房间详图

影像科：

1. CT 扫描间
2. MRI 扫描间
3. DR 摄片室
4. 影像候诊区
5. 医生控制室

检验科：

6. pcr 实验室
7. 生化检验实验室
8. 微生物实验室
9. 标本接收窗口

10. 采血窗口

11. 试剂冷库

手术科：

12. 标准手术室

13. 麻醉复苏区

14. 无菌敷料间

四、审图要点

1. 二级工艺流程

2. 三级工艺流程

第五章 住院部

一、医疗工艺组成与特征（儿童医院）

二、规划布局与流程组织

1. 病房区洁污严格分区

2. 出入院与病房服务流线

3. 亲子陪护与安全管控

4. 感控与卫生通过设计

5. 平急转换与应急保障

三、标准化功能房间详图

1. 单人病房

2. 双人病房

3. 四人病房

4. 出入院手续室

5. 病房护士站

6. VIP 病房

7. 婴儿洗澡间

8. 污物洗涤室

9. 水处理间

附 录

一、规范与法规

二、参考资料

第一章 总则

一、医疗工艺流程设计基本概念

1. 医疗工艺定义与范畴

医疗工艺设计（Medical Process Design）是医院建筑设计的核心依据。根据 GB 51039-2014《综合医院建筑设计规范》要求：“建筑设计应在医疗工艺设计的基础上进行”。医疗工艺不仅是临床需求与建筑空间的“翻译器”，更是确保医院作为精密救治机器高效运转的顶层协议。

（1）技术定义：

医疗工艺是对诊疗行为在时空维度上的科学编排。其本质是协调医疗资源（医护人员、精密设备、受检患者、医疗物资）在复杂的物理场域中实现路径最短化、干扰最小化与安全最大化。

（2）建设范畴：

临床路径组织：基于诊疗逻辑的科室功能排布与动线规划。

医疗设备集成：大型医技设备（如 CT、MRI、手术机器人）的物理安装接口与空间适配。

感控等级划分：洁净度梯度控制、生物安全分区及卫生通过构造设计。

支撑系统规划：医疗气体终端配置、自动化物流路径及强弱电应急保障体系。

2. 医疗工艺设计的阶段划分

医疗工艺设计并非孤立的图纸作业，而是贯穿医院建设全生命周期的系统工程。根据 GB 51039-2014《综合医院建筑设计规范》第 3.1.2 条规定，医疗工艺设计应与建筑设计同步进行。在实际操作中，工艺设计呈现出显著的阶段性特征，

通过任务的逐层剥离与深度的递进，确保诊疗逻辑在物理空间中精准着陆。

（1）医疗工艺方案策划阶段

此阶段处于医院建设的起始端，核心任务是根据功能定位与运营目标，确立医院的“功能基因”。设计需对临床科室设置、病床规模、日门诊量及医技保障能力进行定性与定量分析。参考北美及欧洲地区的行业标准，策划阶段应产出完整的“功能单元表”，明确各部门的面积分配指标、空间邻近性需求以及核心流线骨架。这是医疗工艺从抽象需求转向空间逻辑的第一次转译，为后续建筑方案的生成提供精准的指标约束。

（2）医疗工艺初步设计阶段

在此阶段，工艺设计由宏观指标转向中观的空间逻辑组织。设计重点在于确立科室内部的功能组团关系与动线解耦策略。严格执行中国规范中关于“医患分流、洁污分区”的强制性原则，建立科学的一级、二级流线模型。借鉴日本地区精细化管理导则，该阶段需完成核心科室（如手术部、急诊部、影像科）的内部平面布局，确定大型精密医疗设备的物理落位、承重要求及防护边界，确保建筑空间形态能够完整包裹复杂的医疗行为。

（3）医疗工艺施工图深化阶段

深化阶段标志着工艺设计进入三级流程的微观标定。其核心目标是实现“设备、管线、空间”的高度集成。通过绘制标准化功能房间详图，对每一诊疗单元内的医疗家具配置、精密仪器的安装接口、医疗气体终端点位以及强弱电插座布局进行厘米级的精确标定。参考国际主流的实验室与手术室建设导则，深化阶段还需统筹考虑自动化物流接驳、感控风淋构造及人体工程学操作净空，通过详尽的技术参数导则，指导现场施工与设备安装的无缝衔接。

3. 空间工艺的分级体系

医疗工艺设计的复杂性要求设计者建立一套“由宏观至微观”的分级处理机制，以确保临床逻辑在不同尺度空间中的精准映射。这种体系化方法源自对医疗行为的系统解构，通过对流线、功能与技术的逐级拆解，构建出涵盖院区、科室及房间三个维度的技术底(图 1.1、图 1.2)。

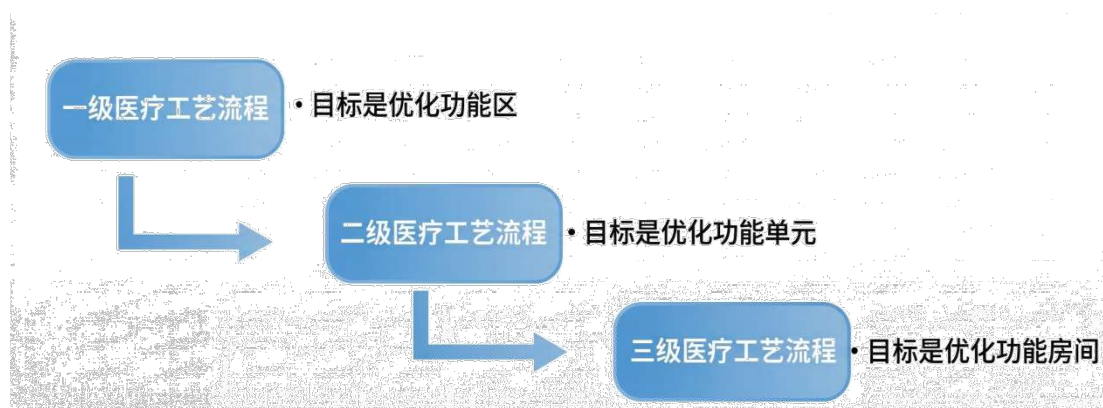


图 1.1 医疗工艺三级流线集成示意图 (图片来源：笔者自绘)

(1) 一级流程：院区宏观组织与总体流线

一级流程侧重于医院整体的功能板块排布与外部交通组织的逻辑重构。设计需在场地规划阶段明确急诊、门诊、医技、住院四大板块的拓扑关系与连接效率。其核心任务是构建高效的外部接驳体系，实现救护车流线、社会车辆流线及院内物流核的物理性解耦。旨在确立医院的“大交通”骨架，确保在紧急状态下医疗资源的快速导入与伤员的有序分流不产生结构性冲突。

(2) 二级流程：科室内部布局与工艺环路

二级流程关注科室内部的功能组团联动与动线闭环设计，是医疗效率转化的关键层级。其核心准则在于通过精细化的空间治理，实现“医、患、洁、污”四条核心动线的独立运行与高效协同。二级流程需重点解决手术部、急诊部及影像中心内部的功能单元衔接。通过设置“医患分流走廊”或“岛式护理核”，最大程度压

缩医护人员的护理半径。同时，建立严密的感控逻辑环路，确保无菌物资与医疗废弃物在时空上的绝对隔离，筑牢科室级的安全防御屏障。

(3) 三级流程：功能房间详图与末端集成

三级流程是医疗工艺最终落地的微观颗粒度，侧重于单一功能房间内的标准化设施集成。其研究对象是医护人员、患儿及精密医疗设备在限定空间内的动态几何关系，需对抢救单元、标准诊室等核心模块进行厘米级的物理标定。这涵盖了医疗气体终端的安装高度、电源插座的功能分区、感应式洗手位的操作净空以及符合人体工程学的医护操作路径。通过高度集成化的末端设计，三级流程旨在为临床行为提供“零干扰”的物理容器，确保诊疗操作的高精确度与环境支持力。



图 1.2 医疗工艺三流程分级（图片来源：笔者自绘）

二、医疗工艺设计准则与感控体系

医疗工艺技术准则是确保医院运行效率与医疗安全的核心尺度。设计需统筹临床路径的科学性与建筑空间的感控严密性，在满足中国规范强制性底线的同时，

吸收国际前沿的循证设计经验，构建一套标准化的技术支撑体系。

1. 循证导向下的诊疗效率评估

医疗工艺设计的核心价值在于通过空间治理手段，实现临床救治效能的最优化配置。参考循证设计的研究成果，效率评估应遵循以下准则：

(1) 护理半径优化与路径最短化

依据中国 GB 51039-2014《综合医院建筑设计规范》对医疗流程连续性的要求，护士站应处于科室物理几何中心。通过建立“中心化护理核”与“分布式工作站”相结合的模式，将平均护理半径控制在 15-18 米范围内，极限压缩医护人员的无效行走能耗。同时，实现“医-患、洁-污、急-慢”流线的绝对物理分离，通过流线解耦消除动线冲突。

(2) 物理视线掌控力与全时监控

基于“全覆盖视线监控”原则，设计需在分诊台、护士站与抢救、复苏区域之间建立无障碍的物理视廊。通过高透明度材料的运用与开放式布局，确保医护人员在任意工作位均能对重症患儿实施实时、无间断的视觉监控。这种空间设计将“感知力”直接转化为“响应速度”，是降低临床风险的关键。

2. 感控分区与物理卫生通过系统

感染控制是医院设计的安全底线，其核心在于利用建筑手段建立严密的物理屏障。

(1) “三区两线”感控空间逻辑

手册严格执行中国 GB 51039-2014 规定的感控原则，将医疗空间划分为洁净区、准洁净区与非洁净区。在工艺逻辑上，确立清洁物资供应与医疗废物回收的独立闭环。对于手术部及重症监护区，应严格遵守 GB 50333-2013《医院洁净手

术部建筑技术规范》中的分区要求，通过空间梯度保障核心区的无菌环境。

(2) 模块化卫生通过构造

在跨越不同感控等级区域的节点，必须设置标准化的卫生通过单元。借鉴日本地区的精细化流程，该单元应包含强制性的更衣、换鞋及非接触式感应洗手设施。针对高危诊疗区（如负压隔离诊室），需通过设置气压缓冲间（Air Lock）建立动态空气屏障，利用定向气流阻断生物气溶胶的扩散，将感控程序转化为不可逆的建筑强制流线。

3. 医疗支撑系统与设备终端集成

支撑系统是医院运行的“生命线”，其工艺设计的精度直接决定了临床抢救的成败。

(1) 医疗气体与强弱电末端集成

根据中国规范对机电末端配置的要求，每一抢救位或手术位必须配置独立的氧气、负压及压缩空气终端。点位排布需避开医护主操作动线，建议采用集成吊塔或横式设备带形式。在电力保障方面，核心场所必须接入不间断电源（UPS）系统，且切换时间应 $\leq 0.5s$ 。插座配置应区分普通电源与应急电源，并预留不少于 20% 的冗余容量，解决“线缆交织”带来的安全隐患。

(2) 自动化物流接驳与空间耦合

为提升标本送检与药品周转效率，工艺设计应明确自动化物流系统（如气动、轨道物流）的接驳站点。站点应深度嵌入二级流程的逻辑环路中，通常设置于护士站或科室核心工作间。接驳位需考虑消音减震构造，且管道穿墙节点需具备严密的防火与感控封堵工艺，确保物流流线不干扰急救主通道。

三、儿童友好导向下的专项设计准则

本节聚焦于儿童医院设计的核心软实力。基于“以家庭为中心”的国际共识，设计需通过对儿童行为学与发育心理学的深度转译，构建出一套超越通用标准的专项工艺体系。

1. 全发育周期适儿化尺度标准

儿童医院的服务对象涵盖了从新生儿至青少年的全发育周期，其体征与行为模数存在显著的动态差异（图 1.3）。参考日本地区的精细化模数建议，尺度设计应遵循以下准则：

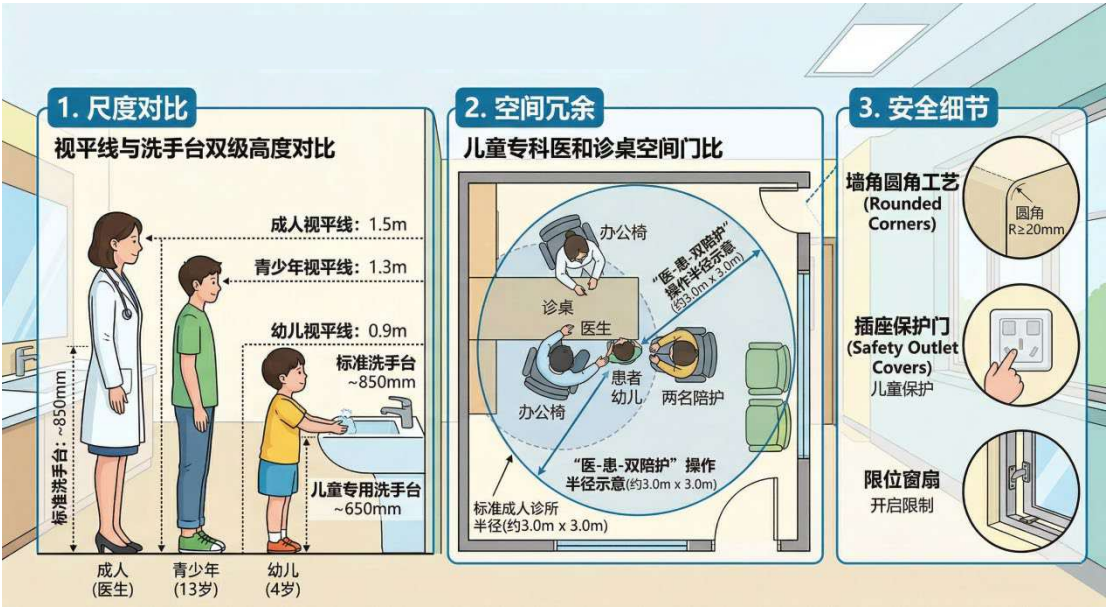


图 1.3 全龄人体尺度对比下儿童医院冗余空间与安全细节设计

(1) 维感官视线与人体模数适配

设计需建立针对不同年龄段患儿的视平线模型。分诊台、导视系统及交互界面的核心视觉区域应下移至 0.9m-1.1m 范围，以匹配儿童的物理仰角。同时，非接触式感应洗手位应配置双级安装高度（幼儿级 0.6m 与青少年级 0.75m），确保患儿在无成人辅助的情况下仍能独立完成卫生通过逻辑，提升其在空间中的自主感。

(2) 医疗行为中的“强陪护”空间冗余

依据北美 FGI 导则中关于 FCC（以家庭为中心）的空间要求，诊疗单元必须考虑“医-患-家属”三方重叠的操作半径。在计算抢救间、诊室及输液位的净空间时，应在标准医疗工艺模数的基础上增加至少 20%-30%的空间冗余，以容纳双人陪护位及推车回转空间，避免因尺度紧凑导致的医患摩擦与心理压抑。

2. 去医疗化疗愈环境干预策略

通过环境心理学手段对医疗负面影响进行干预，是提升临床治疗顺应性的关键手段。参考欧洲地区关于“疗愈性环境”的循证研究，应实施以下策略：

(1) 基于应激缓解的声光环境精细化调控

研究表明，噪声与眩光是诱发儿童医疗焦虑的主要物理源。设计需将关键诊疗区的环境噪音严格控制在 40-45dB 以内，利用吸音吊顶与高阻尼地面材料吸收机械及行走噪声。照明工艺应采用“间接光为主，重点光为辅”的模式，避免患儿在平卧受检时产生视网膜刺激与空间恐惧感。

(2) 视觉转译与去机构化的空间场域构建

通过色彩分区导视与图形化空间转译，打破传统医院冷峻的“机构化”氛围。利用低饱和度的自然色系与亲生物材料，构建具有家政感与自然关联的空间属性。这种策略旨在模糊医疗行为与日常生活之间的边界，利用空间场域的心理暗示，有效降低患儿的应激反应。

3. 高风险空间安全防御工艺

针对儿童群体行为的不可控性与好奇心，设计必须建立极其严苛的物理安全防御体系。这不仅是设计美学的问题，更是基于风险预判的工艺标准。

(1) 物理界面的全圆角与软性化防护

所有患儿可触及的建筑界面（如墙角、台面、家具）均应执行 $R \geq 20\text{mm}$ 的

圆角工艺处理。在碰撞风险较高的区域（如急诊等候区、游戏区），应采用具备缓冲性能的环保软性材料包裹。所有开启窗扇必须配置限位器，且防护栏杆的垂直间距应严格控制在 0.11m 以内，杜绝攀爬与坠落风险。

（2）关键机电末端的防触电与防误操作构造

医疗工艺图纸中必须明确机电终端的保护级别。所有普通电源插座应配置安全保护门，且离地高度应避开幼儿触及范围或设置于带锁的集成模块内。医疗气体终端应采用嵌入式防误插接口，并设置非专业人员不可开启的物理防护罩。针对洗手间等潮湿区域，应实施全方位的防滑等级设计（ $\geq R10$ 级），通过构造细节将环境安全风险降至最低。

四、儿童医院一级工艺流程简介

儿童医院的一级医疗工艺流程，是指从医院总体层面组织门急诊、医技、住院、急救、感染控制、后勤保障等功能系统之间的空间关系、业务关系和人流物流关系。相关文献将医疗工艺流程理解为医院内医疗功能要素、组成关系和完整医疗活动的有序过程。因此，儿童医院一级工艺流程的核心不是单个诊室、检查室或病房内部布置，而是把患儿就诊、家属陪护、医护服务、医技检查、急救转运、洁污物流等多类活动在医院总体布局中组织为高效、安全、清晰、儿童友好的运行系统。

1. 医疗工艺组成与特征

（1）功能构成与组织特征

儿童专科医院建设项目应由急诊部、门诊部、住院部、医技科室、保障系统、行政管理和院内生活用房等 7 项设施构成。承担医学科研和教学任务的儿童专科医院，尚应包括相应的科研和教学设施。（表 1.1）

序号	功能项	功能组成
1	门诊部	儿童预检分诊、综合儿科门诊、专科门诊、儿童保健门诊、生长发育门诊、儿童心理行为门诊、发育迟缓门诊、遗传代谢门诊、口腔门诊、眼科门诊、耳鼻喉科门诊、皮肤科门诊、感染门诊、疫苗接种、雾化治疗、儿童输液、门诊治疗、日间医疗、内镜门诊、门诊检验、门诊影像、家长咨询及宣教空间
2	急诊部	儿童急诊分诊、急诊诊室、急诊抢救室、儿童复苏单元、隔离抢救室、急诊治疗室、清创室、留观室、儿童输液观察区、急诊影像检查、急诊检验、急诊药房、EICU、急诊手术室、负压隔离单元、家属等候区
3	住院部	普通儿科病区、专科病区、儿童重症监护病房、新生儿病房、新生儿重症监护、感染病房、隔离病房、日间病房、亲子病房、儿童活动空间、患儿陪护空间、护士站、治疗室、配奶间、污物处理间、家属陪护设施
4	医技科室	儿童影像中心、儿童介入诊疗、医学检验科、临床实验室、病理科、输血科、药剂科、功能检查科、儿童内镜中心、儿童麻醉中心、儿童镇静检查中心、核医学科、放射治疗中心、儿童生殖医学相关功能、血液净化中心、营养支持中心
5	儿童康复与成长支持系统	儿童康复中心、运动治疗、作业治疗、语言治疗、认知训练、感觉统合训练、康复评估室、康复治疗大厅、心理干预室、特殊教育支持空间、家庭康复指导空间
6	感染防控系统	发热门诊、肠道门诊、感染疾病门诊、感染隔离病区、负压病房、隔离观察单元、感染控制办公室、消毒供应相关设施、医疗废弃物暂存间
7	保障系统	机电设备机房、中央供应系统、消毒供应中心、洗衣房、营养厨房、太平间、污水处理站、医疗垃圾暂存、仓储物流中心、气体供应系统、维修维护空间、停车及后勤运输系统
8	行政管理	院长办公、行政办公、人事管理、财务管理、医务管理、护理管理、病案管理、信息中心、会议室、档案室、科研管理办公室、质量控制办公室
9	院内生活服务	员工餐厅、值班宿舍、医生护士休息室、更衣室、淋浴间、职工活动空间、家属餐饮服务、儿童便利店、母婴空间、公共休息区、探视服务空间
10	教学科研	临床教学中心、示教室、技能培训中心、模拟医学中心、科研实验室、动物实验室、研究中心、医学图书馆、多功能会议厅、远程医疗教学空间

表 1.1 儿童医院功能构成 (表格来源: 笔者自绘)

2. 一级医疗工艺流程下的医疗行为体系及空间组织关系

一级医疗工艺流程所对应儿童专科医院医疗行为等级主要包含医疗行为系统、医疗行为子系统以及医疗行为组织，其空间范畴主要涉及两个层面的建筑设计内容：一方面，是关于儿童专科医院总体规划与功能布局的研究，即通过医疗行为关系分析，确定门急诊、医技、住院、儿童康复、感染防控、后勤保障等功能系统之间的空间组织模式，以及建筑体量关系、场地关系和交通体系的构建；另一方面，是关于医院建筑内部空间组织的研究，即针对不同医疗功能单元之间的业务联系、医疗行为过程以及空间转换关系进行分析，实现医疗工艺流程与建筑空间环境之间的有效对应。

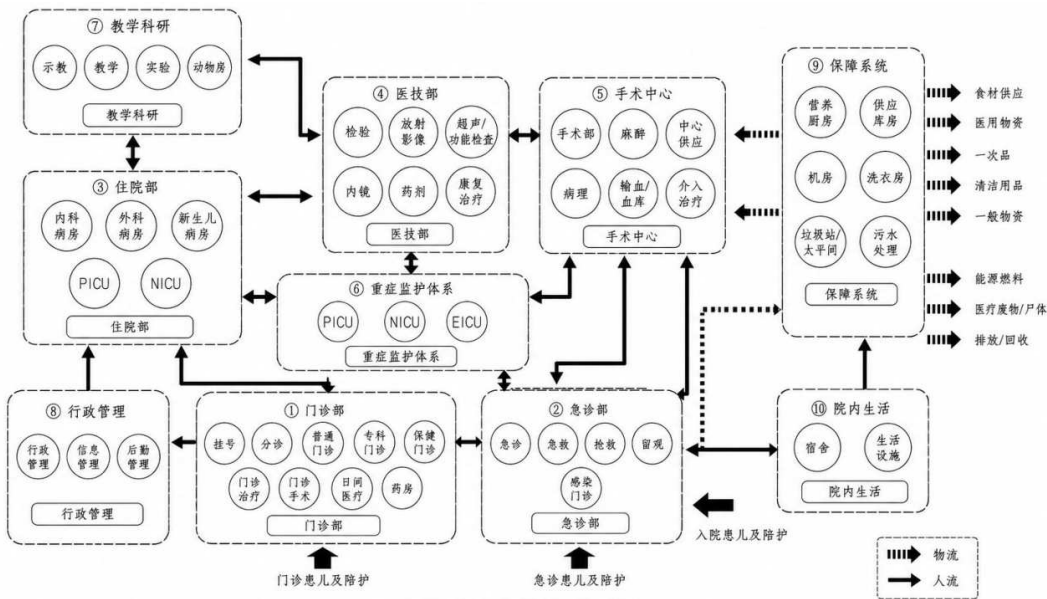


图 1.4 儿童医院主要科室基本流程图（图片来源：笔者自绘）

对于儿童专科医院而言，一级医疗工艺流程在总体规划中的主要作用体现在通过整合儿童诊疗、护理、感染控制、家庭陪护以及儿童成长支持等多方面功能需求，将门诊部、急诊部、医技科室、住院护理单元、儿童康复中心以及保障系统等医疗子系统之间的空间关系进行合理组织，并通过总体布局关系图、交通流线分析图等方式，对不同医疗行为系统之间的联系模式进行控制。与此同时，儿

童患者由于年龄、生理及心理特点与成人患者存在明显差异，其医疗过程通常伴随家属陪护、行为安抚以及特殊检查需求，因此建筑空间中的主要出入口设置、患者流线组织、陪护空间配置以及感染隔离方式均需要结合儿童医疗行为特点进行综合考虑。通过一级医疗工艺流程的分析，可以进一步确定儿童专科医院建筑主体形态、功能分区关系以及场地空间组织模式。



图 1.5 儿童医院基地主要出入口设置要求 (图片来源：笔者自绘)

从各功能设施 (行为子系统) 所承担的医疗任务以及相互之间的基本医疗工艺联系进行分析，儿童专科医院内部医疗行为系统可划分为医疗业务系统和支持保障系统。其中，医疗业务系统由直接承担患儿诊疗服务的核心医疗功能部门构成，是儿童专科医院面向患儿及家庭提供医疗服务的主体区域。遵循“以患儿为中心”的设计理念，医疗业务系统应作为医院空间组织的核心，通过合理组织门

诊、急诊、医技、住院及康复等功能单元之间的空间联系，提高医疗服务效率，并降低患儿在诊疗过程中的移动距离。

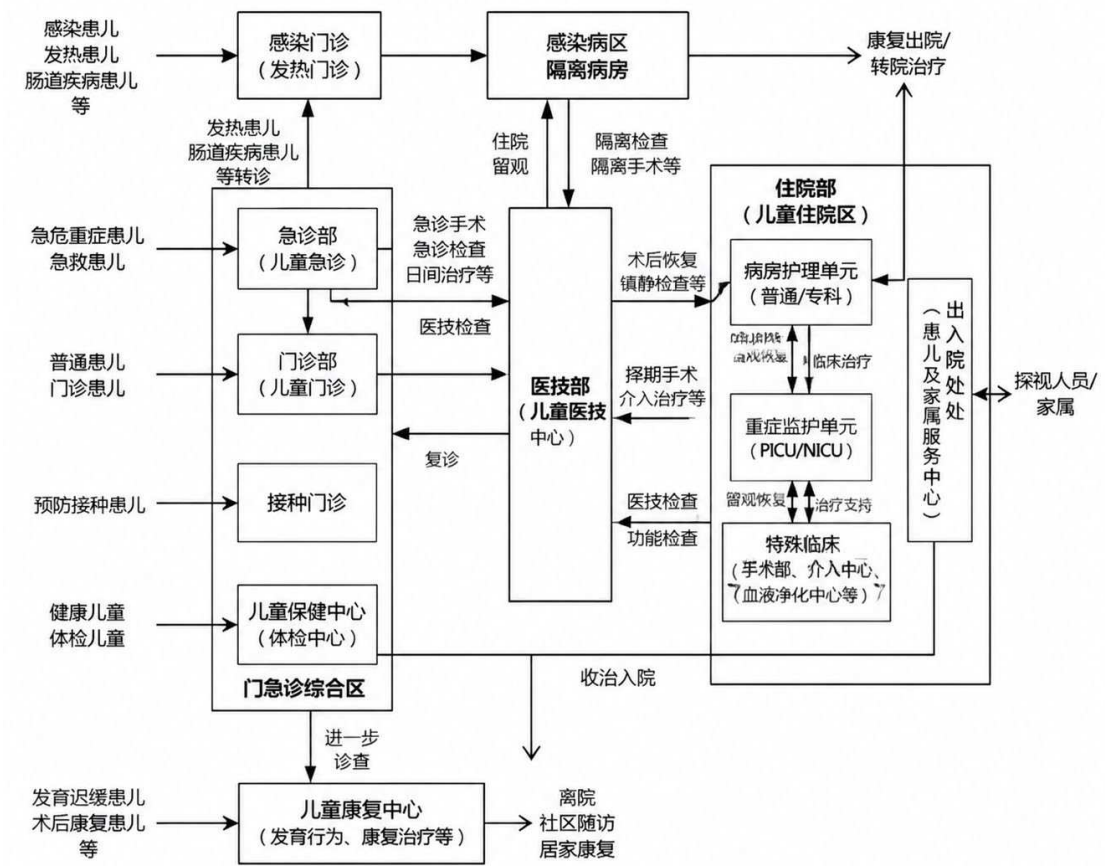


图 1.6 儿童医院主要科室之间的整体空间秩序（图片来源：笔者自绘）

在儿童专科医院医疗业务系统中，医技部门作为连接门急诊诊疗、住院治疗以及临床科室检查需求的重要共享功能区域，其空间位置和服务半径直接影响医院整体运行效率。由于儿童患者在影像检查、内镜检查、功能检查等过程中往往涉及陪护、镇静以及特殊行为干预，因此医技空间不仅需要满足医疗设备运行要求，还需要兼顾儿童患者使用过程中的安全性、舒适性以及行为适应性。从医疗工艺流程角度来看，医技部门宜设置于业务系统联系较为集中的区域，以加强门急诊、住院护理单元以及特殊医疗功能单元之间的空间联系。

根据一级医疗工艺流程对于儿童专科医院整体空间秩序提出的规划要求，以

及医疗业务系统、支持保障系统的功能划分，在进行医院场地规划、主要人员交通及物流组织设计时，应针对不同医疗行为主体建立相对独立且相互协调的流线体系。儿童专科医院主要涉及儿童门诊流线、急诊救治流线、感染患儿流线、住院患儿及陪护流线、医护工作流线以及医疗物流流线等。其中，普通患儿就诊过程中需要经历诊断、检查、治疗等连续医疗行为，因此门诊区域与医技部门之间存在较高频率联系；部分门急诊患儿经诊断后需进入住院护理单元接受进一步治疗，因此门急诊系统与住院系统之间保持稳定联系；住院患儿在治疗过程中仍需前往影像中心、功能检查中心、手术中心以及康复中心完成相关医疗活动，因此住院区域与特殊医疗功能单元之间需要建立高效便捷的空间关系。

同时，儿童专科医院还承担儿童保健、疾病预防以及生长发育管理等功能，健康儿童或体检儿童在筛查过程中发现异常情况后，可能进一步进入门诊诊疗体系；感染患儿由于具有较高传播风险，其医疗流线应与普通患儿保持相对独立，并根据感染控制要求进入隔离诊疗区域或感染病区接受治疗。

综上，综合考虑儿童专科医院主要功能部门之间的医疗联系关系以及患儿全过程就医行为模式，一级医疗工艺流程在建筑空间布局中通常表现为：门诊、急诊以及儿童保健等直接服务患儿的功能区域设置于医院建筑前区，并通过合理划分入口体系和交通组织方式，实现普通患儿、急危重症患儿以及感染患儿之间的有效分流；医技部门作为门急诊、住院以及临床医疗单元共享的检查支持区域，应设置于医疗业务系统联系中心位置，以满足不同医疗功能单元的检查需求；住院护理单元、儿童康复中心及部分特殊临床功能空间通常作为患儿诊疗过程的后续环节，宜布置于相对安静、独立的区域，为患儿提供连续、安全且符合儿童心理特点的治疗与康复环境。

第二章 门诊部

一、医疗工艺组成与特征（儿童医院）

儿童医院门诊功能圈是集医疗诊断、疾病筛查、康复治疗、健康管理与家庭支持服务于一体的复合型医疗系统，是患儿及家属接触医院的第一空间界面，也是亲子就诊行为发生最密集的医疗场所。与综合医院相比，儿童医院门诊具有患儿年龄跨度大、陪护比例高、情绪敏感性强、交叉感染风险高等特点，其空间组织不仅需要满足医疗工艺效率，还需兼顾儿童心理、安全防护与亲子间协同行为需求。儿童患者由于认知能力、表达能力及环境适应能力尚未成熟，其就诊过程往往伴随依赖、焦虑、哭闹、逃避等行为特征，因此儿童医院门诊空间不仅承担医疗服务职能，同时承担行为引导、情绪安抚与家庭支持功能。相较成人医疗环境，儿童门诊空间需进一步回应“儿童—家长—医护”三元互动关系，构建兼顾诊疗效率与行为适配性的空间体系。

1. 功能构成与组织特征

根据医疗流程与功能组织需求，儿童医院门诊部可划分为门诊诊区、门诊检查治疗区、公共服务区及中心治疗区四大系统（如表 2.1）。其中，儿童专科门诊通常按照疾病类型与年龄特征细化设置，包括儿童内科、儿童外科、呼吸科、消化科、神经科、儿童保健科、发育行为科、心理科、中医科、康复医学科等。

同时，现代儿童医院强调“医技共享化”与“诊疗单元集约化”，通过检验、影像、超声等医技平台集中设置，提高门诊运行效率并减少患儿重复移动。在亲子捆绑式就诊模式下，减少跨楼层、多节点往返不仅能够降低儿童体力消耗与候诊焦虑，也能够减轻家长导航、抱持、推车及物品携带压力，从而提高整体就诊

连续性与空间使用效率。从亲子就诊行为视角来看，门诊功能体系除医疗诊疗功能外，还应纳入“行为支持型功能”配置，例如母婴护理空间、儿童活动空间、家庭候诊单元、情绪安抚空间、婴儿车停放区及儿童导视系统等，以满足儿童活动、家长陪护及家庭协同就诊需求。

功能组成	门诊各科诊区	门诊检查 治疗用房	门诊公共服务 区域和设备	门诊中心治疗
功能用房	各科诊室、处置室、 治疗室、换药室、 创伤处置室、儿童 心理评估室；	门诊检验、门 诊采血、门诊 输液；	门厅、挂号、问讯、预检 分诊、收费、药房、候药 区、母婴室、儿童活动区、 公共卫生间；	注射室、雾化 治疗室、输液 室、配套用房；

表 2.1 门诊部功能用房组成

2. 医疗工艺流程与就诊行为特征

门诊功能圈的医疗工艺流程（如图 2.1）：门诊部 → 医技部 → 门诊部/住院部； 具体为：分诊→挂号→候诊→诊室→收费→化验/检查→诊室→收费取药。整个医疗工艺流程贯穿门诊部、医技部，因此处理好门诊功能和医技功能的流线组织是门诊功能圈设计的重要任务。

从亲子就诊行为视角分析，儿童门诊医疗流程不仅是医疗行为链条，同时也是连续的空间行为过程。患儿及陪护家属需在门厅、预检、候诊区、诊室、医技检查区、药房及离院出口之间持续移动，并形成多次停留、等待、折返与行为转换。

不同医疗节点往往对应不同的行为需求（如表 2.2）：

医疗节点	儿童行为特征	家长行为特征	空间需求
门厅入口	依赖、牵手、推车	导航、挂号、信息确认	缓冲入口、强导视
候诊区	活动、哭闹、阅读、等待	陪伴、安抚、看护	活动候诊、亲子座席
诊室	紧张、抗拒、依赖	协助沟通、陪护固定	协同诊疗空间
检查治疗	恐惧、抗拒检查	情绪安抚、协助配合	低刺激环境
取药离院	疲劳、注意力下降	排队、取药、整理物品	快速离院路径

表 2.2 门诊功能区医疗节点亲子行为特征与空间需求

上述行为特征决定了儿童医院门诊空间组织不能仅以医疗工艺效率为导向，还需建立适配亲子行为链的空间组织模式，通过缩短移动距离、减少流线折返、强化导视识别、优化候诊体验等方式降低空间压力。

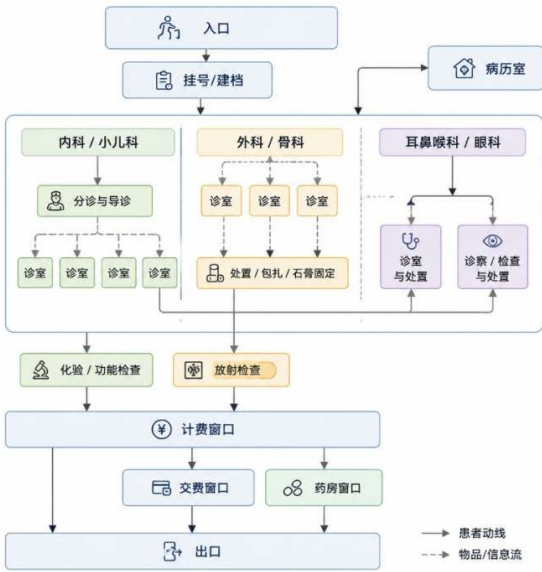


图 2.1 门诊功能区医疗工艺流程示意图

现代儿童医院门诊分科细致、流量密集，预检分诊台通常设置于门厅最显著位置，通过病情初筛、感染识别、科室导引实现人流快速分流，提高挂号准确性并降低交叉感染风险。由于患儿及家属需要在诊室、检查科室、药房、收费处等空间之间频繁移动（如图 2.2），若导视系统复杂或功能布局混乱，容易产生迷失、滞留与拥堵。因此，空间组织需遵循“短距离、少折返、强识别”的原则，强调：功能节点连续化；医技科室邻近化；动线单向化；信息导视儿童化；高频功能首层化（如图 2.3）。

近年来，医疗信息化迅速发展，网上预约、自助挂号设备和分楼层分科室设置收费处和药房等方式的出现，减少了首层收费处和药房的空间需求，也方便了患者的治疗过程，减少来回路程奔波和时间浪费。

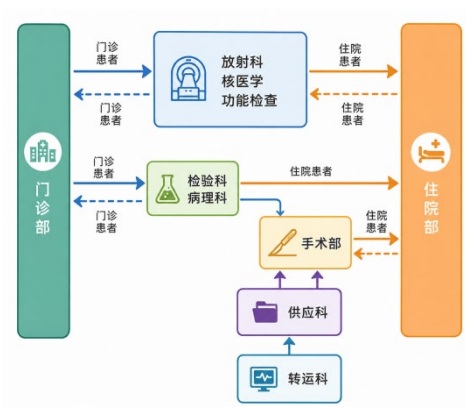


图 2.2 医疗区功能流线布局分析示意

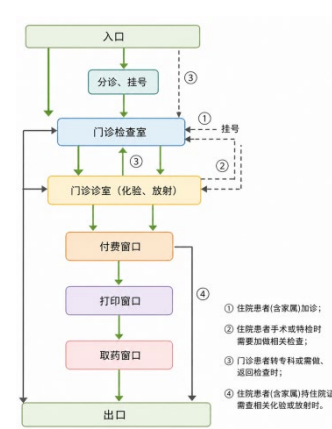


图 2.3 门诊部医疗工艺流程

二、规划布局与流程组织

1. 分区布局与就诊动线

儿童医院门诊部以儿童全流程就诊行为为核心，采用“专科组团 + 医技共享 + 家庭化陪诊”的空间组织模式。不同于综合医院传统线性布局，儿童医院更强

调：家长与儿童协同行为；高频科室邻近布置；检查治疗一体化；减少儿童长距离移动；缓解候诊焦虑。主通道宽度 $\geq 3.0\text{m}$ ，满足轮椅、平车、婴儿车通行；转角大圆弧、地面防滑、连续双层扶手，适配成人与儿童共用。动线设计除遵循短路径、少交叉、易识别原则外，还应满足低压力、低迷失、强协同的亲子行为需求，通过可视化导向、连续候诊节点及明确空间界面降低患儿及陪护家属的环境认知负担，配套低高度卡通导视，实现入口—预检—候诊—诊室—检查—治疗—取药—离院全程顺畅（如图 2.4）。

从亲子就诊行为视角分析，儿童门诊空间流线并非单一患者流线，而是由患儿—家长陪诊流线、医护工作流线、医技检查流线、感染隔离流线及洁污物流线共同构成的复合流线系统。不同流线间若组织不合理，容易导致人群交叉、空间拥堵及行为冲突。其中，亲子陪诊流线具有以下特征：①陪同移动比例高；②低龄儿童依赖抱持、牵引或婴儿车移动；③候诊—诊疗—检查节点间存在多次折返行为；④陪护者承担导航、安抚、缴费、取药等多重任务。

因此，空间布局应减少跨楼层、多节点往返，优先采用组团化布局、同层诊疗布局及共享医技布局，降低亲子移动成本。

在具体布局策略上，高使用频率功能宜优先设置于首层或低楼层区域，例如预检分诊、儿童内科、采血、药房及高频检查单元，以减少儿童长距离垂直交通需求。对于需要重复复诊或长期治疗的儿童专科，如康复医学科、儿童保健科、发育行为科等，可采用相对独立组团布局，提高空间辨识度与行为熟悉度。

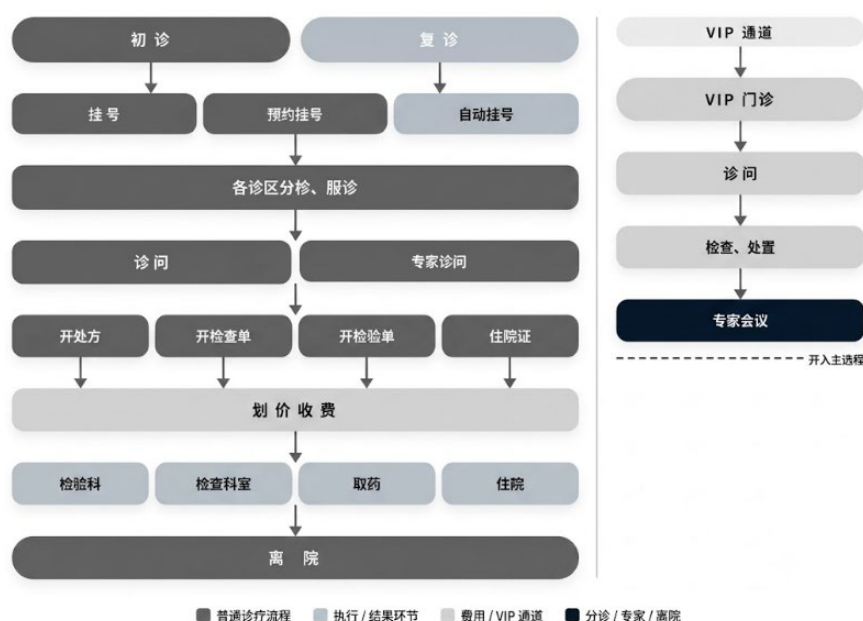


图 2.4 门诊部就诊流程图

2. 预检分诊与医患管控

预检分诊是儿童医院门诊的第一道院感防控关口,也是高峰期人流组织的重要节点;设置在主入口显著位置,其功能不仅包括测温、流调、登记与导诊,还承担感染识别、急危重症筛查、就诊分级与患者分流等任务。研究表明,儿童属于呼吸道及消化道传染病高易感人群,门诊候诊区容易形成聚集性交叉感染,因此儿童医院通常设置独立发热门诊流线,并实现普通患儿与感染患儿物理隔离。

预检分诊不仅是医疗筛查节点,也是患儿进入医院后的第一行为转换空间。儿童在初次进入医院环境时,易出现陌生感、紧张、哭闹或抗拒行为,家长则需要同时完成信息登记、路线确认及情绪安抚等任务。因此,预检区域除满足医疗筛查要求外,还应具备行为缓冲与导向支持功能。可通过以下方式优化:设置亲子缓冲等候区;设置低位导视与图形化科室指引;增加婴儿车临时停放空间;采用可视化电子分诊系统;引入儿童友好色彩识别系统。针对低龄患儿群体,预检

区域宜设置短时安抚空间或独立儿童等候节点，通过动画屏幕、互动装置、自然元素等方式缓解进入医疗环境产生的应激反应，提高分诊配合度。

现代儿童医院普遍采用：“医患分流”；“洁污分流”；“人物分流”；“一医一患一陪护”；的门诊管控模式。“一医一患一陪护”模式在提升感染控制与诊疗秩序的同时，也对候诊区容量、诊室尺度及陪诊空间配置提出更高要求。儿童门诊空间设计需兼顾实际多陪护现象与感控管理需求，在秩序控制与家庭陪护支持之间建立平衡。医护人员通过专用通道、更衣系统与医护卫生通过进入医疗区，不与患者流线交叉；同时结合智能叫号、门禁系统与候诊人数控制，降低候诊聚集程度并保护患儿隐私（表 2.3）。

配置项	要求	作用
测温设备	非接触式、全自动	快速筛查发热患儿
手卫生设施	感应水龙头、手消、干手	强制手卫生
隔离等候区	独立通风、独立座椅	感染患儿临时等候
信息系统	预检 — 分诊 — 叫号联动	减少聚集、提升效率
防护物资	口罩、消毒用品、一次性用品	院感防护保障

表 2.3 预检分诊功能配置表

3. 空间组织与洁污分流

儿童医院门诊是医院感染防控的重要区域。由于儿童免疫系统尚未完善，呼吸道、消化道及接触传播疾病更易在候诊空间传播，因此门诊部需严格执行洁污分区与单向流线组织。门诊通常划分为：清洁区；半污染区；污染区；并建立“双

通道、无逆流”的运行体系（如表 2.4）。儿童医院门诊感控组织除遵循传统医疗感控规范外，还应关注高陪护密度环境下的人群传播特征。相比成人医院，儿童门诊通常存在哭闹、近距离接触、频繁触摸公共设施、多陪护聚集等行为现象，进一步增加交叉感染风险。因此，空间组织需强化行为干预与环境控制协同设计。

清洁物资专用洁道配送，污物/医疗废物专用污道转运，不交叉、不穿行。各单元设独立卫生通过与手卫生点，通风换气、物表消毒、空气消毒落实到位，筑牢儿童易感人群感控底线。同时针对亲子陪诊行为特点，儿童医院门诊应增加儿童可及手卫生设施配置。例如：低位感应洗手池；儿童高度消毒设备；游戏化洗手提示界面；通过行为引导强化儿童主动卫生习惯。同时，公共高频接触界面（座椅扶手、自助设备、玩具互动设施、门把手等）应采用易清洁、耐消毒材料，降低接触传播风险。医护人员通过专用通道、更衣系统与医护卫生通过进入医疗区，不与患者流线交叉；同时结合智能叫号、门禁系统与候诊人数控制，降低候诊聚集程度并保护患儿隐私。

表 2.4 洁污分流体系表

区域类型	空间范围	流线方向	防护措施
清洁区	候诊、诊室、医护办公、药房	单向进入、无返回污染区	定时通风、物表消毒
半污染区	走廊、缓冲间	过渡、不滞留	手卫生、限流
污染区	隔离诊室、污洗、医废暂存	只出不进、密闭转运	独立通风、专人专路线

4. 儿童友好与去医疗化

儿童友好与去医疗化是儿童医院区别于综合医院的重要空间特征,其核心目标是缓解儿童对医疗空间的恐惧感与陌生感,提高诊疗配合度与情绪稳定性。国外研究指出,儿童对医院环境的认知高度依赖色彩、尺度、光线与趣味元素,环境氛围会直接影响患儿焦虑水平与治疗配合度。因此,现代儿童医院逐渐由传统“白色医疗空间”转向“疗愈型环境(Healing Environment)”设计理念。

基于亲子就诊行为研究发现,医疗环境不仅影响儿童情绪反应,也直接影响陪护家长的心理压力、等待耐受性及医疗满意度。因此,儿童友好空间建设不应仅面向患儿单体,而应构建兼顾儿童体验与家庭支持的复合环境系统。

在空间组织上,主要包括:弱化医疗化视觉符号;引入自然化与游戏化元素;增强亲子互动空间;提升儿童自主参与感。

此外,还应强化空间的“行为安抚”功能。例如:候诊区设置互动阅读角、绘本区、可移动游戏设施、自然观察装置等,以降低等待过程中的无聊感与焦虑水平;诊疗空间可通过主题化场景设计、角色化医疗设备包装及柔性灯光环境降低儿童对白色医疗空间的恐惧感。候诊区应从传统排队等候模式转向行为支持型候诊模式,通过静态阅读区、动态活动区、亲子互动区及安静安抚区等多层级空间组织,满足不同年龄段儿童的行为需求。

在空间组织上,主要包括:弱化医疗化视觉符号;引入自然化与游戏化元素;增强亲子互动空间;提升儿童自主参与感。

具体措施包括:采用暖黄、浅蓝、浅绿等低饱和色彩;设置绘本墙、互动装置、自然景观元素;医疗设备隐蔽化收纳;家具圆角化与软包化;候诊区增加游戏互动与阅读空间。此外,空间尺度全面适配 0-14 岁儿童行为特征,门把手、洗手池、座椅、导视系统均采用儿童可触及尺度(如表 2.5)。研究表明,儿童

化导视系统能够有效提高儿童自主识别能力，并减轻家属导航压力。

儿童友好与去医疗化是儿童医院区别于综合医院的核心工艺特征，旨在通过环境设计缓解儿童对医疗空间的“白色恐惧”，降低焦虑、恐惧与抗拒心理，让诊疗过程更温和、更易接受。

研究表明，儿童对环境的识别往往依赖颜色、图形及故事性元素。因此，导视系统除承担路径指引功能外，还可承担认知导航功能。不同诊区可采用主题色彩、动物符号、卡通角色或场景化命名方式建立空间记忆点，提高儿童自主识别能力，减轻家属导航压力。

去医疗化组织首先弱化传统医院的冰冷感与严肃感，取消大面积白色墙面，采用暖黄、浅蓝、浅绿、米粉等柔和低饱和度色彩，局部搭配卡通图案、自然元素、绘本墙与互动装置，将空间转化为轻松、有趣、充满探索感的疗愈环境。诊室内部避免暴露尖锐医疗设备，仪器设备隐蔽收纳或装饰包裹，诊疗床采用卡通床品、可调节高度与软包护栏，家具全部圆角处理，无尖锐边角、无外露螺丝、无细小易误食零件，符合儿童人体工程学与安全尺度。地面、墙面、桌面选用耐脏、易清洁、防涂鸦、防磕碰材料，保障使用安全与维护便捷。

空间尺度全面适配 0-14 岁不同年龄段儿童（如表 2.5），门把手、开关、水龙头、洗手池降低高度，方便儿童自主使用；候诊座椅设置儿童专属矮座与陪护联排座，满足亲子同坐需求。导视系统、叫号系统、宣传画面全部采用儿童易懂的图形、卡通形象与短句，避免专业术语与生硬文字。通过游戏化、生活化、自然化的空间组织，让儿童在轻松氛围中配合诊疗，真正实现“以儿童为中心”的友好型医疗工艺。

部位	高度	设计目的
儿童洗手池	0.5–0.6m	儿童可独立使用
儿童门把手	0.8m	方便儿童开启
开关 / 呼叫按钮	0.9m	儿童可视可及
座椅座面	0.3m	低龄儿童安稳就坐
导视牌	0.8–1.2m	儿童视线高度

表 2.5 儿童友好关键尺度表

5. 空间尺度与环境适配

儿童医院门诊空间尺度设计不仅关系到医疗活动开展效率,更直接影响患儿行为表现、家长陪护体验及空间安全性。不同于成人医疗空间,儿童医院门诊使用者通常由儿童、陪护家长及医护人员共同构成,因此空间尺度设计需同时回应儿童人体尺度、成人操作尺度以及亲子协同行为需求。

从亲子就诊行为角度分析,儿童门诊中的空间使用行为主要表现为:牵手行走、抱持移动、婴儿车通行、陪护等候、协助检查、共同就座及多陪护聚集等特征。因此,空间尺度不应简单缩小成人尺度,而应建立“儿童尺度—成人尺度—协同尺度”三重适配体系。

在交通空间尺度方面,门诊主通道除满足规范要求外,还需兼顾婴儿车、轮椅、平车及多人陪护并行通行需求。儿童就诊过程中,抱持、牵引及推车移动行为较为普遍,若通道宽度不足或转角设计狭窄,容易产生拥堵、碰撞及行为停滞现象。因此,主通道宜保证较高通行冗余度,节点区域适当扩大停留缓冲空间;

走廊转角采用大圆弧处理，避免视觉盲区与急转碰撞，提高儿童行动安全性。

候诊空间尺度设计应充分考虑不同年龄段儿童及家庭陪护特征。传统医院候诊区以单人座椅线性排列为主，难以满足儿童活动与亲子互动需求。儿童医院门诊宜采用“家庭化候诊单元”组织模式，将儿童座席、成人陪护座席、婴儿车停放位及临时活动空间进行组合配置。

候诊座位布局可根据行为特征划分为：普通候诊区；亲子互动候诊区；低龄儿童安抚区；特殊需求静态候诊区。不同分区应控制视线联系、噪声干扰及活动边界，满足患儿多样化行为需求。

诊室空间尺度应体现亲子协同诊疗特征。儿童诊疗过程中，陪护家长通常承担情绪安抚、信息沟通、体位辅助及行为控制等功能，因此诊室内部除满足医疗设备布置与医护操作需求外，还应预留陪护停留与协同操作空间。

诊室内部宜形成：“医师工作区—患儿检查区—陪护协助区”的三元空间组织模式。检查床、问诊桌及操作设备布置应避免空间压迫感，提高医患沟通舒适度。

儿童行为适配还体现在细部尺度设计中。由于 0—14 岁儿童在身高、视角、动作能力及认知水平方面存在明显差异，门诊环境中的设施尺度需充分体现儿童可及性原则。包括：洗手池高度适配儿童独立使用；开关、按钮、取号设备设置低位操作区；导视系统控制于儿童视线高度；自助设备增加儿童辅助界面；家具边缘采用圆角防撞处理；通过行为尺度适配，增强儿童自主参与感，降低医疗环境陌生性。

此外，环境适配还应关注儿童感官体验差异。研究表明，儿童对光照强度、环境色彩、声环境及材料触感具有较高敏感性。过强灯光、尖锐噪声及冷硬材质容易诱发焦虑与抗拒行为。

因此，儿童医院门诊宜采用柔和自然采光、低刺激色彩系统、吸音材料及柔性触感界面，营造具有安全感与亲和力的行为环境，提高儿童诊疗配合度与空间舒适性。

6. 安全防护与应急疏散

全门诊执行全域无障碍（如表 2.6），入口坡道≤1:12，配双层扶手；候诊、诊室、卫生间、窗口均预留轮椅回转空间；无障碍卫生间设儿童护理台、安全座椅、紧急呼叫。应急疏散设计应充分考虑儿童行动能力弱、方向辨识能力有限及高依赖陪护行为特征，在满足建筑防火规范基础上，针对儿童医院门诊高密度陪诊环境进行专项优化。疏散距离、出口数量、疏散宽度及疏散组织方式应依据儿童行为特征进行验算与校核，确保突发情况下患儿、家属及医护人员能够快速、有序、安全撤离。

表 2.6 门诊部无障碍设计标准表

设计区域	设计标准	功能说明
主入口	无障碍坡道坡度≤1:12，双侧双层扶手，地面防滑处理	避免积水打滑，保障轮椅、婴儿车安全通行
功能空间	候诊区/诊室/卫生间/窗口预留轮椅回转空间，无障碍卫生间独立设置	配备紧急呼叫按钮、扶手、可折叠护理台及儿童安全座椅，满足婴幼儿护理需求
通道与电梯	走廊宽度满足轮椅与平车双向	适配儿童与轮椅使用者操作，保障

设计区域	设计标准	功能说明
	通行，电梯设低位按钮、镜面及扶手	通行顺畅
应急疏散	主疏散通道宽度 ≥ 3.0 米，疏散指示标志设于儿童视线高度，应急照明持续时间达标	按儿童行动能力验算，定期开展针对性应急演练，确保紧急情况下快速撤离
应急保障	配备急救箱、吸氧装置、吸引装置及简易急救设备	疏散过程中可对突发不适患儿进行临时处置，构建全方位安全防护体系

从亲子行为视角分析，儿童医院门诊无障碍设计不应局限于传统残障辅助设施配置，而应扩展为面向儿童、陪护家庭及特殊需求群体的综合可达性设计体系。

儿童就诊过程中常出现：婴儿车出行；抱持移动；特殊儿童陪护；临时行动受限患儿通行等复合行为模式。因此，门诊空间需强化连续无障碍路径设计。包括：入口坡道、电梯厅、候诊区、诊室、卫生间、收费窗口及离院流线之间的连续衔接。避免出现高差断点、狭窄瓶颈或复杂绕行路径。交通系统设计应强化儿童友好安全防护。主通道地面宜采用防滑、耐磨、低反光材料；走廊、墙角、家具及设备边缘进行圆角软化处理；扶手采用双层设计，兼顾成人与儿童使用高度；高频活动区域增设防撞护角、防夹手节点及安全缓冲设施。

针对低龄儿童活跃、奔跑、攀爬等行为特征，公共空间界面应尽量减少尖锐边角、裸露管线及可攀爬危险构件。无障碍卫生间除满足基本规范外，还应强化家庭化护理支持功能。宜增加：儿童护理台；婴幼儿安全座椅；亲子共同使用洗手设施；低位镜面；儿童辅助扶手。提高家长陪护便利性与空间适应性。

应急组织设计还需考虑儿童心理反应特征。突发事件状态下，儿童容易出现惊慌、依赖陪护、停滞不动或逆向寻找家长等行为，因此疏散系统应强化环境可识别性与行为引导能力。疏散标识宜采用：儿童易识别图形符号；高辨识度色彩系统；低位连续导向标识。避免单纯依赖文字信息。同时，应急广播系统应采用简短、明确、易理解的提示语言，提高儿童理解能力与家长响应效率。

在医疗突发事件应对方面，门诊区域应建立儿童专属急救保障体系。重点节点如候诊区、输液区、检查区及活动空间宜配置基础急救设备、吸氧设施、AED设备及医护快速响应机制，满足儿童突发晕厥、跌倒、呼吸困难等事件的初步救治需求。

同时，通过定期开展儿童门诊专项疏散演练与医护培训，提高医疗空间应急组织能力与风险管理水平。随着智慧医院建设发展，儿童医院门诊安全管理逐渐向数字化方向发展。智能监测、电子叫号、实时客流分析、紧急报警联动及智慧导诊系统能够及时识别空间拥堵、异常聚集及突发事件风险，实现门诊运行安全动态管理，提高儿童门诊空间的安全性与运行韧性。

三、标准化功能房间详图

1. 单人诊室(单门)

(1) 功能简述

儿童医院门诊单人诊室是承担儿童患者初诊、复诊、常规检查、病情询问、诊断及健康指导等医疗活动的基本功能单元，是门诊医患交流、疾病判断和治疗方案制定的重要空间。单人诊室通常由医生工作区域、患儿检查区域、家长陪护区域及医疗辅助储物区域组成，服务对象具有明显的儿童化特点，需要同时满足患儿身体检查、家长沟通以及医护工作效率要求。空间设计应充分考虑儿童患者行动特点及家庭陪护模式，形成“医生—儿童—家长”三方互动环境。

与成人医院诊室相比，儿童医院单人诊室更强调安全性、亲和性和心理舒适性。空间布局应避免过于冰冷的医疗氛围，通过柔和色彩、适度儿童化元素、安全家具尺度以及清晰动线降低儿童就诊紧张感。同时应满足医疗空间感染控制要求，保证清洁、耐久、易维护。（图 2.5）。



图 2.5 单人诊室示意图

(2) 主要行为说明

单人诊室主要行为见图 2.6。

单人诊室布局三维示意图 2.7。

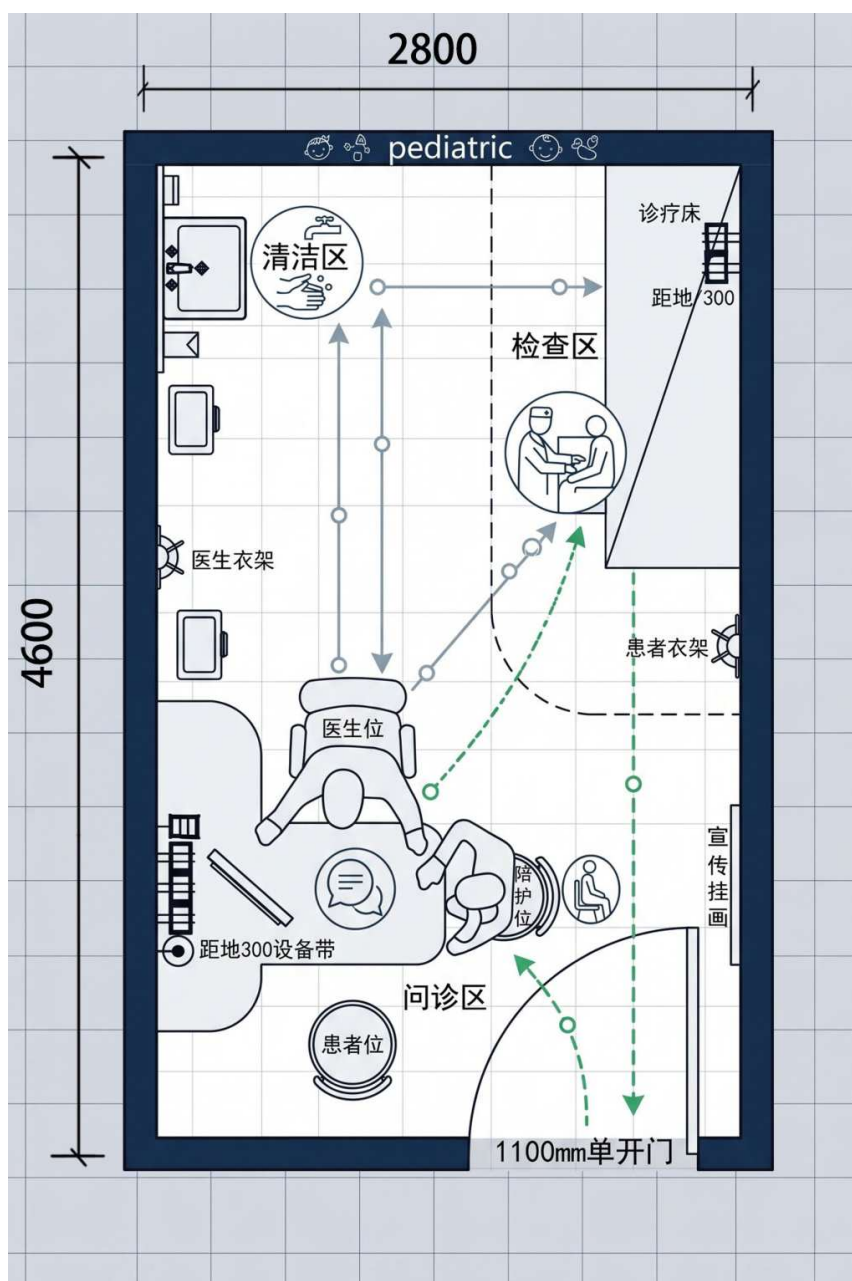


图 2.6 单人诊室医患行为示意图

问诊交流区：医生在办公桌前调阅病历，与对坐的患儿及家长面对面问诊；家长陈述病情并安抚患儿。该区行为特征为高频视线与语言交流，要求医患座椅方位便于沟通，并为 1-2 名家长留出充足的陪护看护空间。

触诊检查区：医生引导患儿至触诊床，家长协助其平卧并进行肢体安抚；医生使用听诊器、压舌板等进行物理检查。该区患儿极易哭闹抗拒，要求触诊床紧邻医生动线，且上方灯光避免直射患儿面部。

手卫生洗消区：医生在接诊前后及触诊完毕后，至洗手池进行手部清洁消毒。

该区行为短暂且频次极高，洗手设施需位于医生动线顺路方向，避免与家属动线交叉。

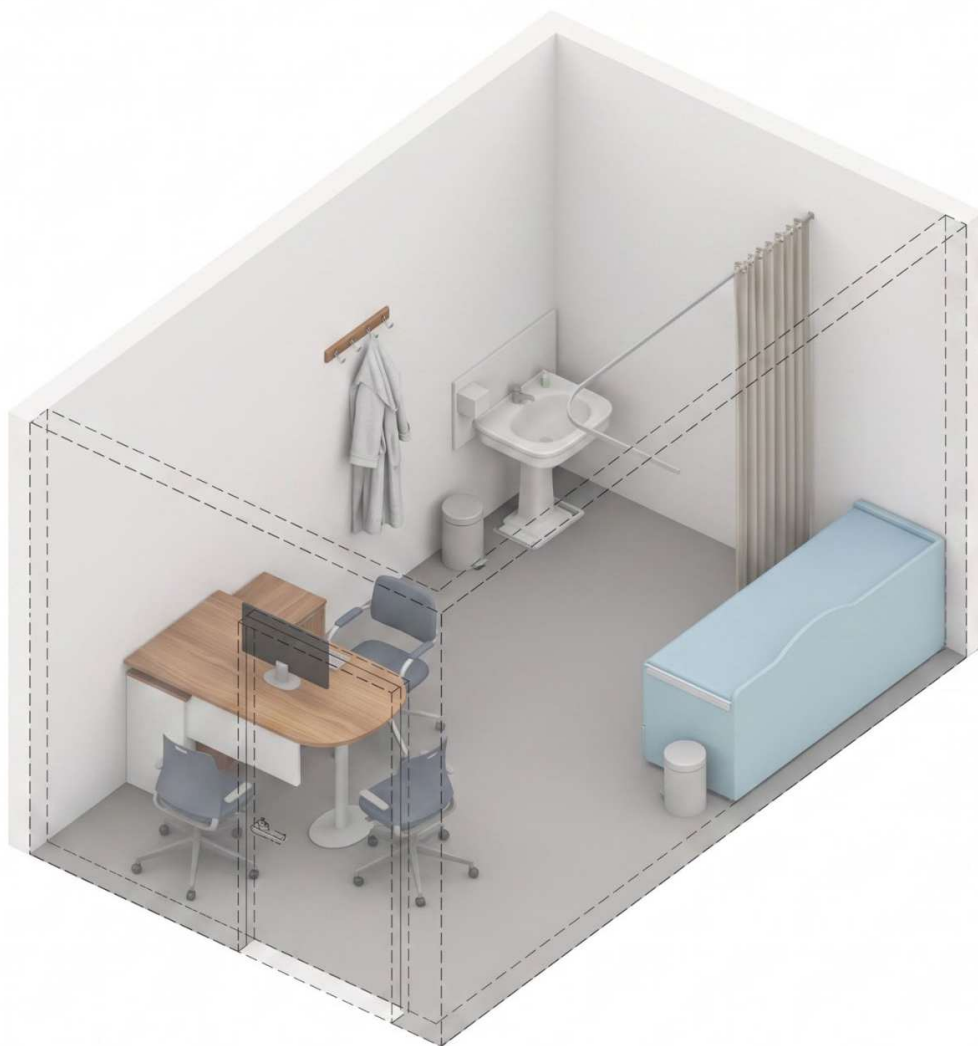


图 2.7 单人诊室布局三维示意图

(3) 平面图与家具、设备配置

单人诊室平面布局图见图 2.8

单人诊室配置清单见表 2.7。

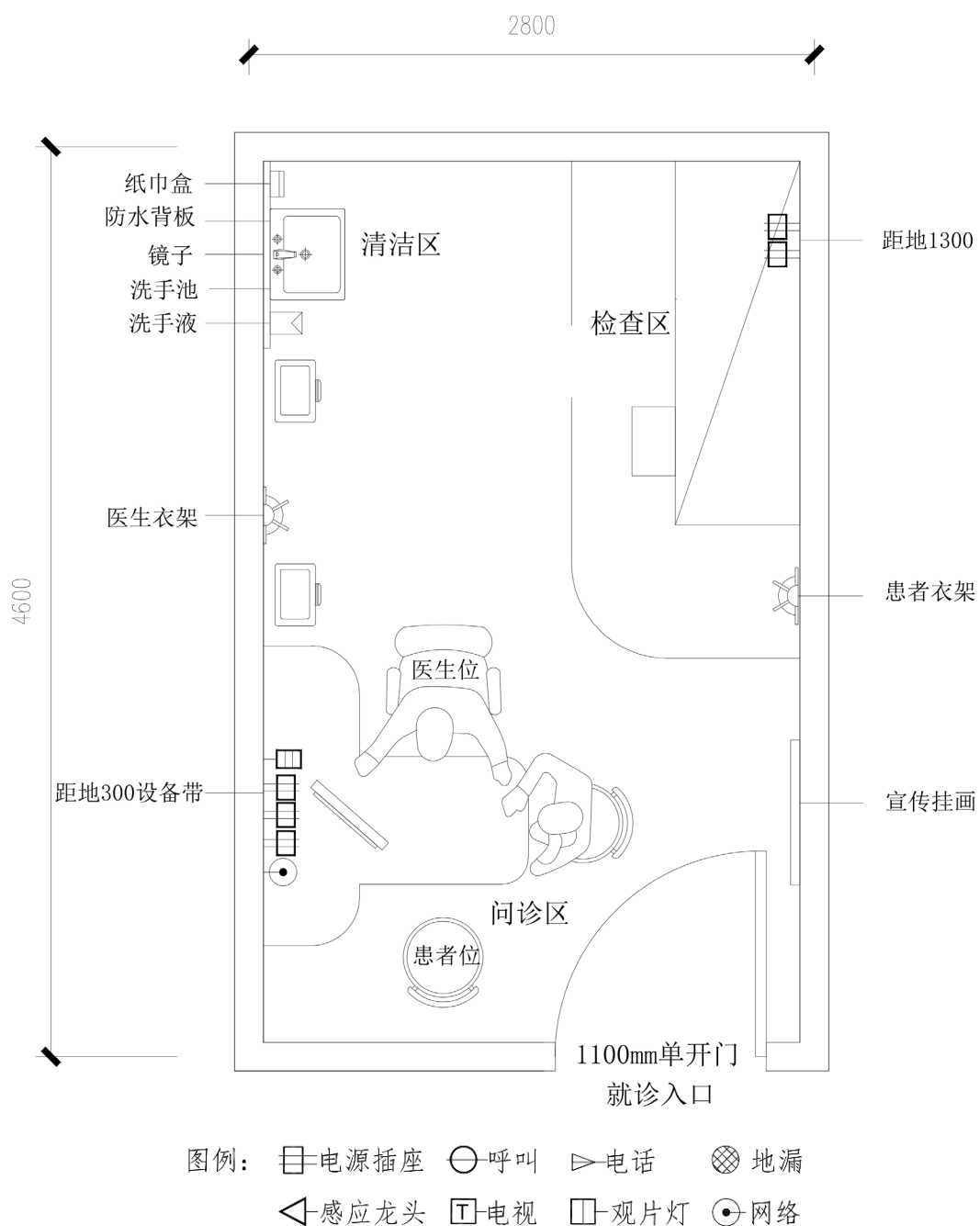


图 2.8 单人诊室平面布局图 (图片来源: 笔者自绘)

房间名称	单人诊室（单门）			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：2800×4600 mm； 面积：13m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积 不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材，厚度 2.0-2.5mm，防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门，宽度≥900mm，配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘，遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	医生诊桌	1	1500×700×750	L 形桌，边角做圆角处理，防碰撞
	医生诊椅	1	526×526×900	升降靠背，可移动，带扶手满足长时间工作需求
	患者椅	1	标准尺寸	可升降，适配儿童诊疗需求
	家属陪护椅	1	标准尺寸	坐高≥450mm，设置扶手+靠背
	诊床	1	1850×700×650	单侧或双侧防护栏，防跌落、防滑
	脚凳	1	300×300×300	稳固耐用，防滑设计
	衣架	2	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	帘轨	1	定制尺寸	L 型设计，适配诊室布局
	洗手盆	1	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、镜子（可选）
	医疗废物桶	2	300x300x500	脚踏式，分类放置（感染/生活）
医疗设备	工作站	1	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	显示屏	1	24 英寸	高清显示，可调节角度
	观片灯	1	402×506×110	单联医用观片灯，功率 60W（参考）
	血压计	1	儿童袖带设计	电子血压计，精准测量
	听诊器	1	医用标准	常规检查设备
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.7 单人诊室配置清单

2. 单人诊室（双门）

（1）功能简述

单人诊室承载儿童初复诊、查体、问诊诊断、健康宣教等基础诊疗功能，是医患三方沟通诊疗核心单元，空间包含医护、患儿检查、陪护、储物四大功能区，适配儿童就诊与家庭陪护需求。相较于单门诊室，双门设置形成医患分流双通道，医护、患儿可分出入口通行，大幅减少人流交叉。空间除兼顾儿童亲和氛围、安全尺度与院感防护外，双门布局更利于隔离缓冲，有效降低病菌交叉传播风险，紧急情况下可快速疏散患儿；同时便于医护独立进出，不干扰正在沟通的医患，兼顾诊疗私密性与通行效率，适配人流量更大、诊疗频次更高的门诊场景。（图 2.9）。



图 2.9 单人诊室示意图

（2）主要行为说明

单人诊室主要行为见图 2.10。

单人诊室布局三维示意图 2.11。

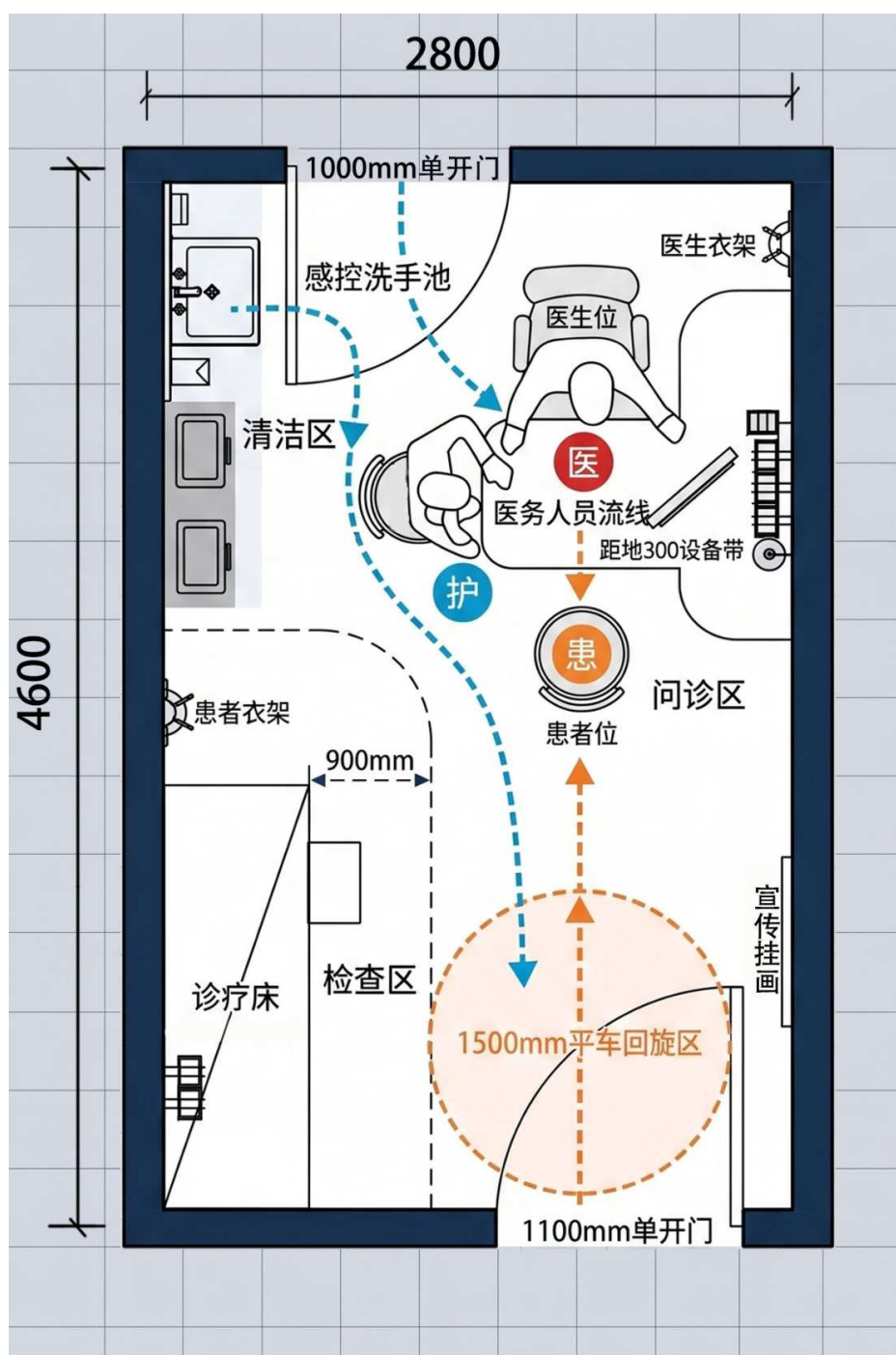


图 2.10 单人诊室医患行为示意

双门单人诊室医患基础行为与单门诊室一致，包含医生问诊查体、家长陪同陪护、患儿接受检查、双方沟通诊疗方案等完整就诊流程，形成医护-儿童-家长三方交互行为模式。

二者核心差异集中在通行与隔离行为：单门仅单一出入口，医患进出易碰面

交叉，候诊人员易在门口聚集干扰诊疗；双门实现医患分流动线，患者、家长从就诊门进出，医护经专用通道独立通行，互不干扰。诊疗间隙医护进出、更换器械、临时处置时不会打断医患沟通；出现患儿哭闹、突发不适等紧急情况可快速分流疏散，也便于院感清洁消杀分区操作，减少人员接触带来的交叉感染行为，兼顾就诊私密性与诊疗秩序。

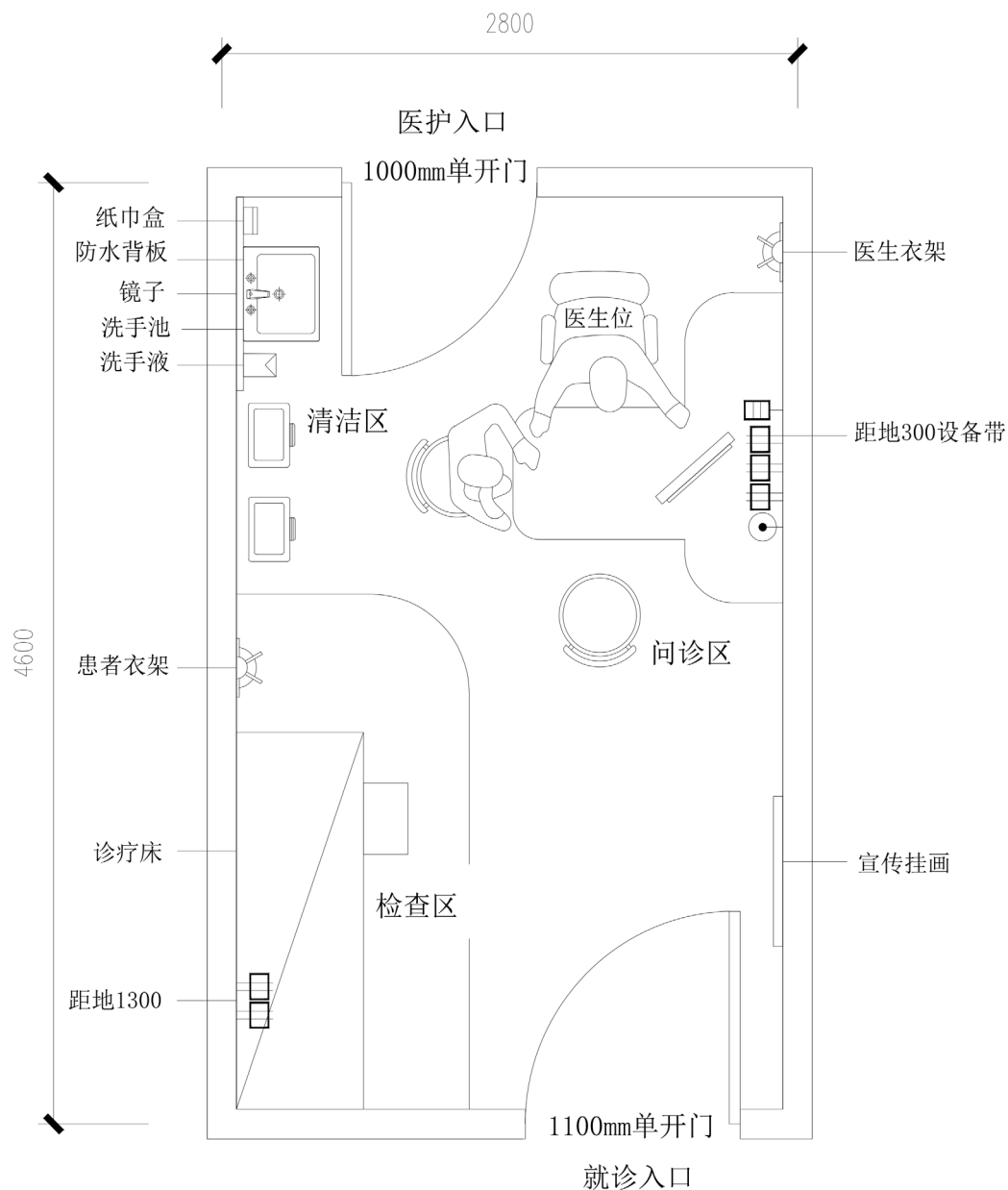


图 2.11 单人诊室(双门)布局三维示意图

(3) 平面图与家具、设备配置

单人诊室（双门）平面布局图见图 2.12

单人诊室（双门）配置清单见表 2.8。



图例：  电源插座  呼叫  电话  地漏
 感应龙头  电视  观片灯  网络

图 2.12 单人诊室（双门）平面布局图（图片来源：笔者自绘）

房间名称	单人诊室（双门）			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：2800×4600 mm； 面积：16m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材，厚度 2.0-2.5mm，防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门，宽度≥900mm，配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘，遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	医生诊桌	1	1500×700×750	L 形桌，边角做圆角处理，防碰撞
	医生诊椅	1	526×526×900	升降靠背，可移动，带扶手满足长时间工作需求
	患者椅	1	标准尺寸	可升降，适配儿童诊疗需求
	家属陪护椅	1	标准尺寸	坐高≥450mm，设置扶手+靠背
	诊床	1	1850×700×650	单侧或双侧防护栏，防跌落、防滑
	脚凳	1	300×300×300	稳固耐用，防滑设计
	衣架	2	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	帘轨	1	定制尺寸	L 型设计，适配诊室布局
	洗手盆	1	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、镜子（可选）
	医疗废物桶	2	300x300x500	脚踏式，分类放置（感染/生活）
医疗设备	工作站	1	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	显示屏	1	24 英寸	高清显示，可调节角度
	观片灯	1	402×506×110	单联医用观片灯，功率 60W（参考）
	血压计	1	儿童袖带设计	电子血压计，精准测量
	听诊器	1	医用标准	常规检查设备
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.8 单人诊室（双门）配置清单

3. 小儿诊室

(1) 功能简述

小儿诊室是儿童医院门诊空间的核心单元，是融合疾病诊察、心理安抚与家长参与的复合型空间。与成人诊室不同，它具有“三人空间”特征（医生、患儿及多名家属协同），且患儿耐受力差、对陌生环境易产生恐惧。因此，空间设计必须打破传统医疗的冰冷感，在严格满足医疗感控、高效诊察、自然采光的前提下，强调全方位的儿童友好性。空间尺度与陈设需兼顾“儿童尺度”与“成人尺度”，利用环境心理学手段消解患儿的抗拒情绪，打造安全、温馨且高效的诊疗微环境。

（图 2.13）。



图 2.13 小儿诊室示意图

(2) 主要行为说明

小儿诊室主要行为见图 2.14。

小儿诊室布局三维示意图 2.15。

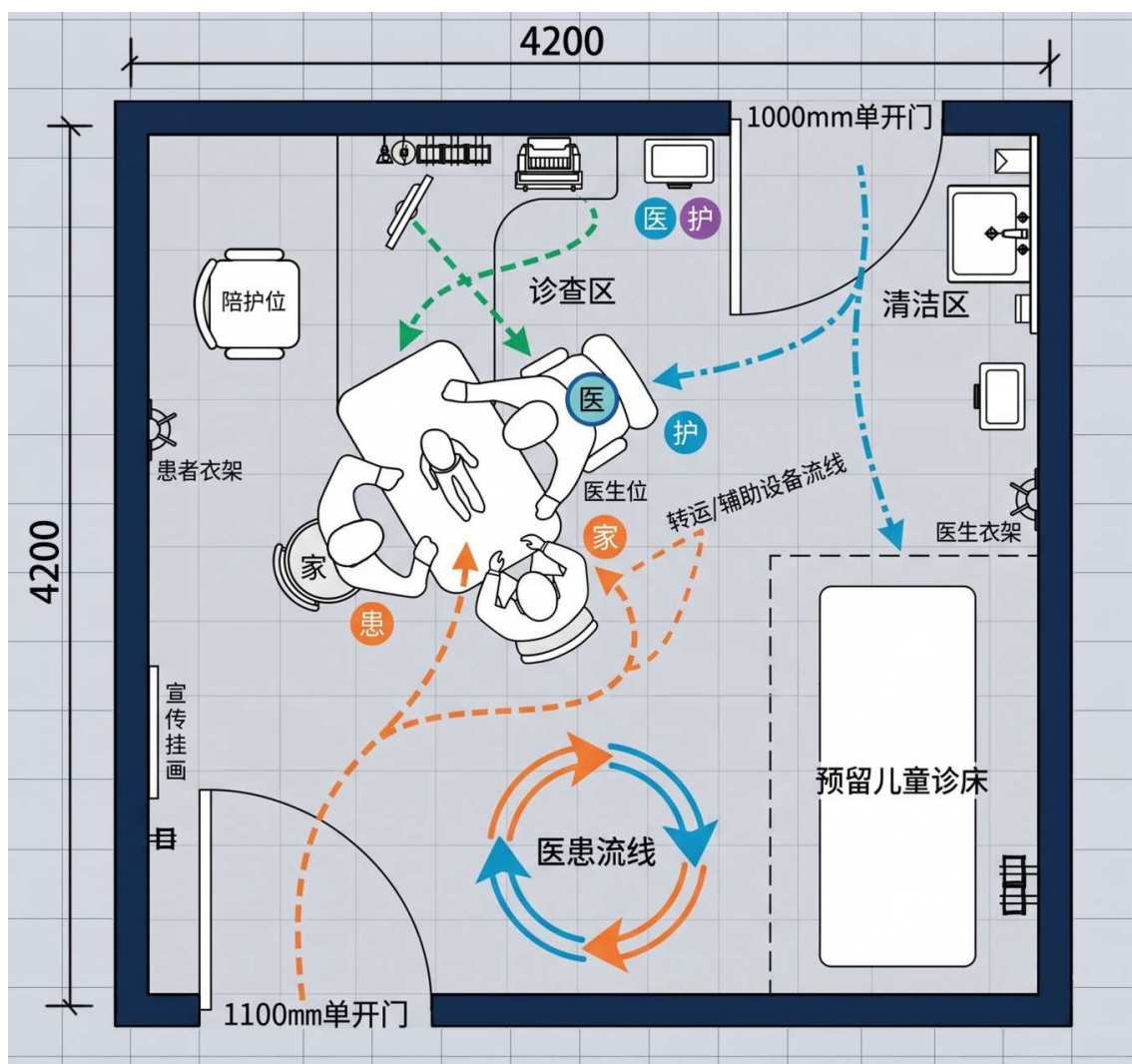


图 2.14 小儿诊室医患行为示意图

问诊与交流区：这是医、患、属三方信息交换的核心空间。主要行为包括：医生在医用办公桌前操作电脑、调阅病历，与坐在面对面方向就座的患儿及家属进行问诊；家属向医生陈述病情，并在安抚患儿的同时，协助患儿完成身高、体重等基础测量。该区行为特征是高频的语言沟通与视线交流，要求家具尺度与摆放方位能最大化缓解患儿的对抗情绪，并为至少两名家属留出视线无阻挡的陪伴看护空间。

触诊与检查区：这是医生对患儿进行进一步体格检查的直接空间。主要行为包括：医生引导患儿移步至触诊床，家属协助患儿脱鞋、平卧，并在床头进行言语或肢体安抚；医生使用听诊器、压舌板或触诊进行腹部、咽喉等物理检查，随后至洗手池进行手卫生消毒。该区行为特征是患儿极易产生抗拒与哭闹，要求触诊床紧邻医生动线，且周边的墙面细部和灯光需避免直射，以降低患儿的恐慌感。

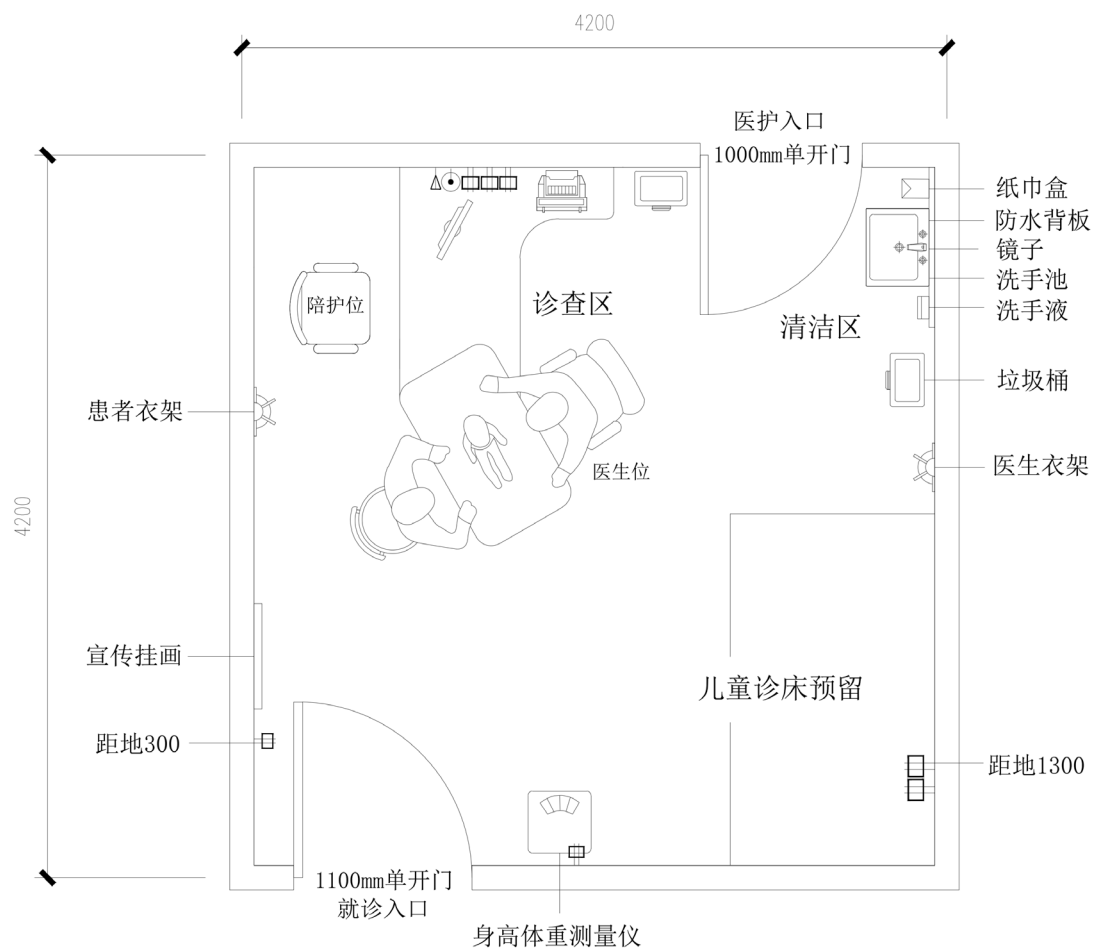


图 2.15 小儿诊室布局三维示意图

(3) 平面图与家具、设备配置

小儿诊室平面布局图见图 2.16

小儿诊室配置清单见表 2.9。



图例： □ 电源插座 ○ 呼叫 ▷ 电话 ⊗ 地漏
◁ 感应龙头 T 电视 □ 观片灯 ⊙ 网络

图 2.16 小儿诊室平面布局图 (图片来源: 笔者自绘)

房间名称	小儿诊室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：4200×4200 mm； 面积：16m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材，厚度 2.0-2.5mm，防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门，宽度≥900mm，配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘，遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	医生诊桌	1	1500×700×750	E0 级板材 + 防撞圆角，附带软包台面，减少儿童磕碰风险
	医生诊椅	1	526×526×900	升降靠背，可移动，带扶手满足长时间工作需求
	患者椅	1	标准尺寸	可升降，适配儿童诊疗需求
	家属陪护椅	1	标准尺寸	坐高≥450mm，设置扶手+靠背
	衣架	2	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	洗手盆	1	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、镜子(可选)
	医疗废物桶	2	300x300x500	脚踏式，分类放置（感染/生活）
	身高体重仪	1	300x500x2400	根据实际空间选择型号
医疗设备	工作站	1	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	显示屏	1	24 英寸	高清显示，可调节角度
	观片灯	1	402×506×110	单联医用观片灯，功率 60W(参考)
	血压计	1	儿童袖带设计	电子血压计，精准测量
	听诊器	1	医用标准	常规检查设备
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.9 小儿诊室配置清单

4. 带教诊室

(1) 功能简述

带教诊室是集临床诊疗与医学临床教学于一体的复合型门诊单元。该诊室的核心特点在于“多方共时性”与“教学空间扩容”，在承担常规“医-患-家属”诊疗行为的同时，还需容纳观摩学习的医学生。净面积不宜小于 18 m²，设置主诊疗区与观摩区，采用可视隔断，既保证教学效果，又不干扰正常诊疗，适用于教学医院及儿童专科教学门诊（图 2.17）。



图 2.17 带教诊室示意图

(2) 主要行为说明

带教诊室主要行为见图 2.18。

带教诊室布局三维示意图 2.19。

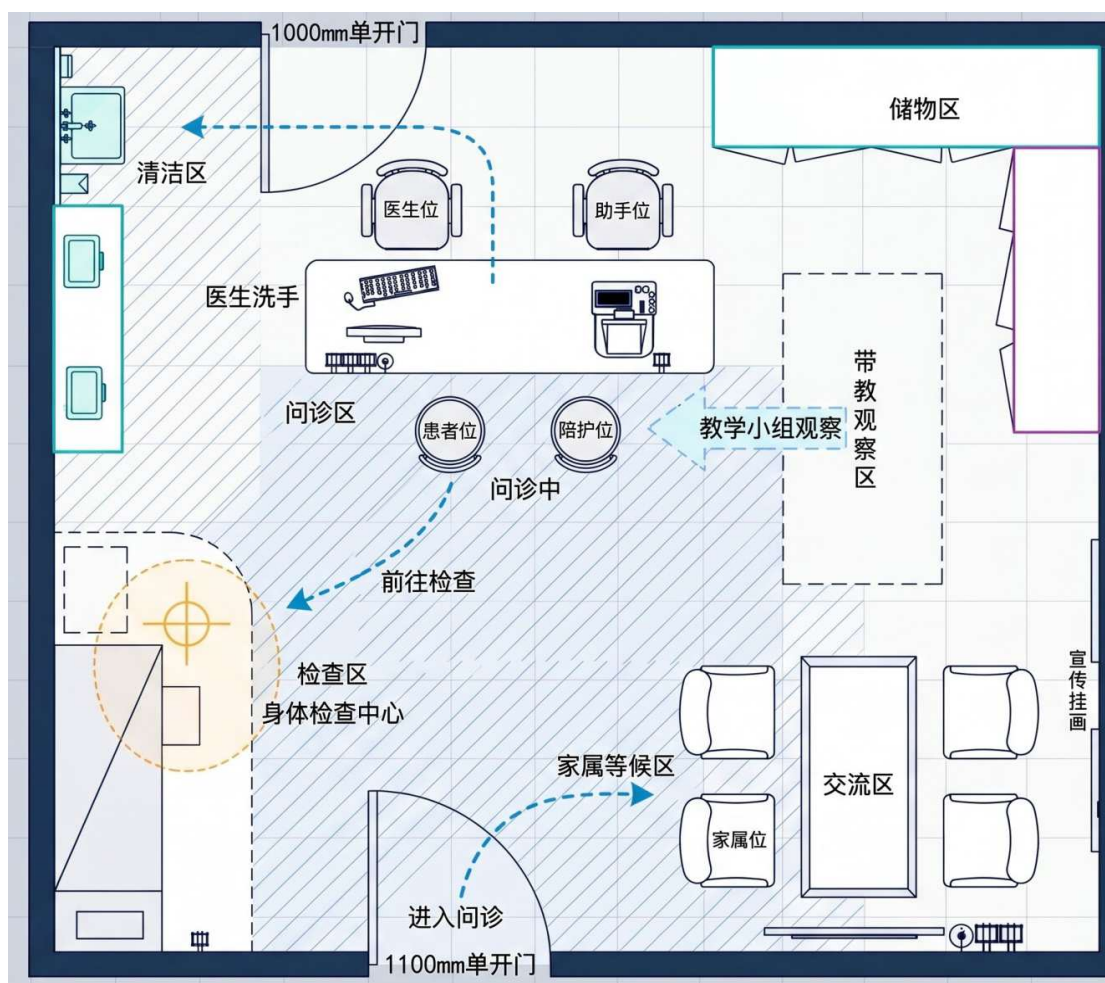


图 2.18 带教诊室医患行为示意图

带教问诊区：主带医生于主位示教，医学生在侧旁或后方观摩、记录，或在指导下尝试独立问诊；家属在对坐席陈述病情并安抚患儿。该区特征是多人在场，要求桌椅布局呈扇形或 U 型，确保医学生视线无阻挡，同时减弱对患儿的压迫感。

总结交流区：诊疗间隙或结束后，主带医生在双显示器前对典型病例进行即时点评，医学生提问讨论。该区行为多在患儿离场后或低声进行，要求局部具备良好的语言清晰度与声学隐私保护。

主诊疗行为：主诊医师完成标准问诊、体格检查、病情分析、治疗方案制定，

流程规范可示范。观摩学习行为：带教人员在观摩区通过透明隔断观看操作，不进入诊疗核心区，避免干扰患儿。教学讲解行为：诊疗间隙或结束后，医师结合病例进行现场讲解、操作点评、要点示范。文书与记录：同步完成病历、教学记录、影像资料留存，实现临床与教学一体化。



图 2.19 带教诊室布局三维示意图

(3) 平面图与家具、设备配置

带教诊室平面布局图见图 2.20

带教诊室配置清单见表 2.10。



图 2.20 带教诊室平面布局图

房间名称	带教诊室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：6500×5600 mm； 面积：36m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材, 厚度 2.0-2.5mm, 防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门, 宽度≥900mm, 配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃, 内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘, 遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	医生诊桌	1	1500×700×750	L 形桌, 边角做圆角处理, 防碰撞
	医生诊椅	2	526×526×900	升降靠背, 可移动, 带扶手满足长时间工作需求
	患者及陪护椅	2	标准尺寸	可升降, 适配儿童诊疗需求
	交流区座椅	4	标准尺寸	坐高≥450mm, 设置扶手+靠背
	诊床	1	1850×700×650	单侧或双侧防护栏, 防跌落、防滑
	脚凳	1	300×300×300	稳固耐用, 防滑设计
	衣架	2	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	帘轨	1	定制尺寸	L 型设计, 适配诊室布局
	洗手盆	1	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、镜子(可选)
	医疗废物桶	2	300x300x500	脚踏式, 分类放置
	储物柜	3	-	适配诊室布局
医疗设备	工作站	1	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	大显示屏	1	-	高清显示, 可调节角度
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准, 确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整, 但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养, 确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.10 带教诊室配置清单

5. 特需诊室

(1) 功能简述

特需诊室是为满足高品质、个性化医疗需求而设计的家庭化门诊单元。该诊室的核心特点在于“高私密性”与“全面舒适化”。空间设计弱化了传统医院的冷冽感，全面推行“去医疗化”的温馨微环境。布局上将诊疗区与家庭候诊区进行软性分隔，提供高规格的隔音保护，旨在不仅治疗疾病，更提供集发育评估、心理疏导与长期随访于一体的叙事医学空间，全方位保障患儿家庭的尊严与心理安全感。净面积不宜小于 15 m²，环境温馨、布局居家，减少医疗器械暴露，降低患儿焦虑，提供一对一精细化诊疗服务（图 2.21）。



图 2.21 特需诊室示意图

(2) 主要行为说明

特需诊室主要行为见图 2.22。

特需诊室布局三维示意图 2.23。

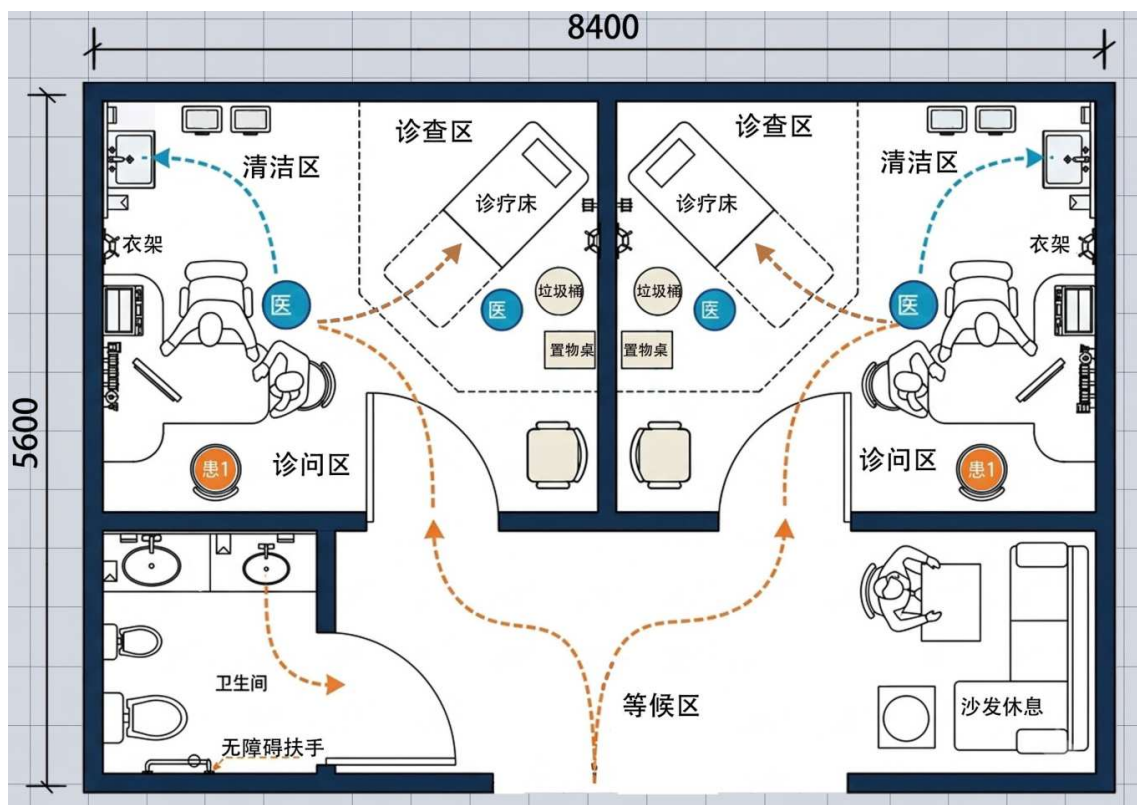


图 2.22 特需诊室医患行为示意

私密问诊交流区：医患深度交流病史、心理与期望。特征是时间长、隐私高，要求围合式布局以拉近心理距离。主要用于医生与患儿家庭进行病史询问、疾病解释、心理状态评估以及治疗期望交流。区别于普通诊室快速诊疗模式，该区域强调充分交流与情感建立，具有停留时间长、交流内容敏感、心理距离要求高等特点。

舒适化检查区：医生在隐蔽布置的床位上轻柔检查。特征是减少患儿应激，要求声光柔和，避免器械直面患儿。主要用于医生对患儿进行身体检查、生命体征测量以及基础医疗操作，是特需诊室中由交流向诊疗转换的重要空间。儿童患者具有年龄小、陌生环境适应能力弱、容易产生医疗恐惧等特点，因此检查区域应避免形成传统医疗空间中的压迫感。

健康管理指导区：该区域强调医护人员与家庭之间的信息互动与知识传递，应配置数字化展示设备，如双屏显示系统、互动触控屏、健康数据展示终端等，使医生能够结合儿童生长曲线、检查数据、营养方案及康复计划进行可视化讲解。

陪护休息候诊区：家长与患儿在诊间休息、饮水或游戏。特征是放松去压抑，需空间宽松并配无尖角娱乐设施。由于儿童就诊过程中往往存在等待、交流、检查转换等环节，该区域需要缓解医疗环境带来的紧张感，使患儿在诊疗间隙保持稳定情绪。



图 2.23 特需诊室布局三维示意图

(3) 平面图与家具、设备配置

特需诊室平面详图见图 2.24

特需诊室配置清单见表 2.11。

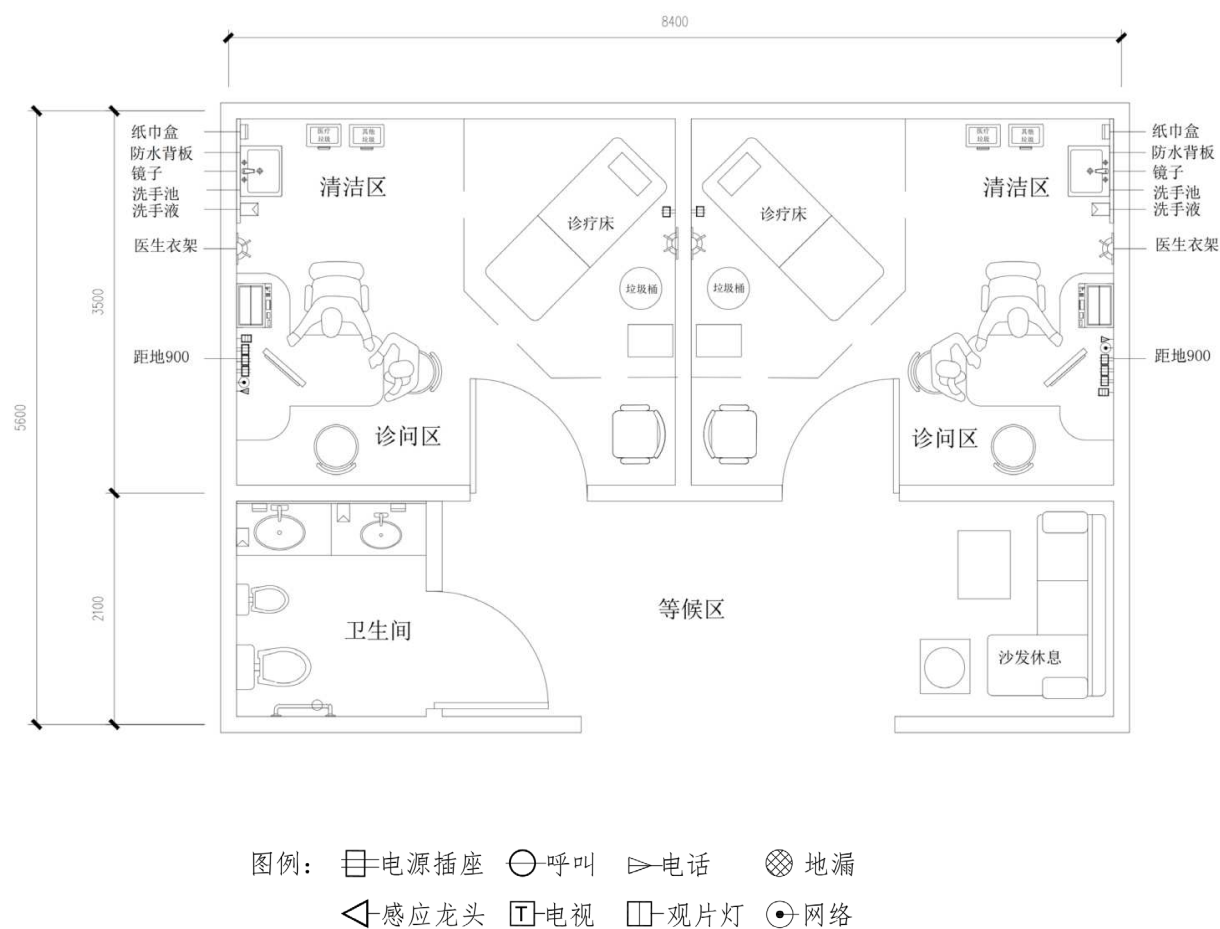


图 2.20 特需诊室平面布局图

房间名称	特需诊室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：8400×5600 mm； 面积：47m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积 不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材，厚度 2.0-2.5mm，防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门，宽度≥900mm，配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘，遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	医生诊桌	2	1500×700×750	L 形桌，边角做圆角处理，防碰撞
	医生诊椅	2	526×526×900	升降靠背，可移动，带扶手满足长时间工作需求
	患者椅	2	标准尺寸	可升降，适配儿童诊疗需求
	家属陪护椅	4	标准尺寸	坐高≥450mm，设置扶手+靠背
	诊床	2	1850×700×650	单侧或双侧防护栏，防跌落、防滑
	脚凳	2	300×300×300	稳固耐用，防滑设计
	衣架	4	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	帘轨	2	定制尺寸	L 型设计，适配诊室布局
	洗手盆	4	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、镜子(可选)；卫生间布置亲子洗手设施；
	医疗废物桶	4	300x300x500	脚踏式，分类放置
	沙发	1	-	适配诊室布局
医疗设备	工作站	2	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	显示屏	2	24 英寸	高清显示，可调节角度
	观片灯	2	402×506×110	单联医用观片灯，功率 60W(参考)
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.11 特需诊室配置清单

6. 注射室

(1) 功能简述

注射室是儿童医院门诊中爆发性哭闹最集中、流动性最高的侵入性治疗空间。该空间的核心功能特点在于“高致痛性带来的强应激”与“严格的无菌感控”。空间通常基于标准模块化轴网设计，严格划分清洁区、半清洁区与污染区，形成清晰的单向无菌物流动线。设计上强调高度的物理安全与心理安抚并重，通过配置一体化儿童专用注射台、隐藏式锐器处置设施，并融入“去医疗化”的视觉天花与趣味分散注意力装置，以快速分流高密度人群，降低患儿恐慌，防止交叉感染（图 2.25）。



图 2.25 注射室示意图

(2) 主要行为说明

注射室主要行为见图 2.26。

注射室布局三维示意图 2.27。

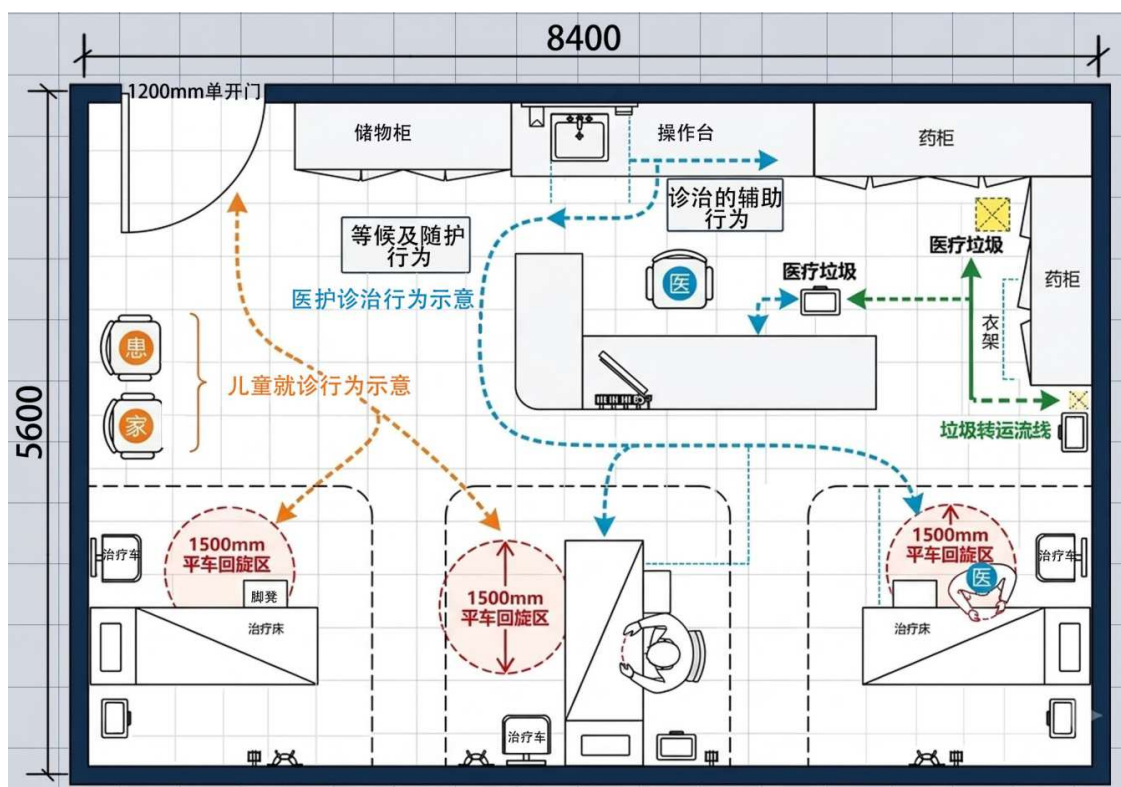


图 2.26 注射室医患行为示意

药剂核配准备区：护士核对医嘱、扫描条码，在无菌层流台前进行药液抽取与注射器组装。行为特征为高专注、严感控，要求动线独立，严禁家属视线干扰。主要用于护士根据医生开具的医嘱完成药品信息确认、条码扫描、剂量核查、药液抽取以及注射器组装等操作。该区域属于高度专业化医疗操作空间，具有操作连续性强、注意力集中程度高、感染控制要求严格等特点。

药液注射操作区：家长怀抱并固定患儿躯干，护士进行皮肤消毒并快速完成穿刺注射；患儿因疼痛产生强烈的挣扎与哭闹。行为特征为高度应激，要求注射台无尖角且具束缚辅助功能，上方天花配置视觉分散道具。与成人注射空间不同，儿童患者由于年龄较小、自我控制能力不足，在面对陌生医疗环境和穿刺刺激时容易产生恐惧、哭闹、躲避甚至身体挣扎行为，因此该区域具有高应激、高互动、高风险控制的行为特点。

留观按压按抚区：注射后，家长怀抱患儿移步至此，协助按压棉签止血，进行言语肢体安抚并观察不良反应。行为特征为情绪调适与等待，要求空间开阔、座椅舒适，避免引发空间拥堵。儿童在完成注射后，往往仍处于紧张、哭闹或抗拒状态，因此该区域不仅承担医疗观察功能，同时也是缓解儿童负面情绪的重要心理空间。设计中应避免将该区域简单处理为传统候诊空间，而应形成具有安全感和家庭氛围的过渡区域。



图 2.27 注射室布局三维示意图

(3) 平面图与家具、设备配置

注射室平面详图见图 2.28

注射室配置清单见表 2.12。

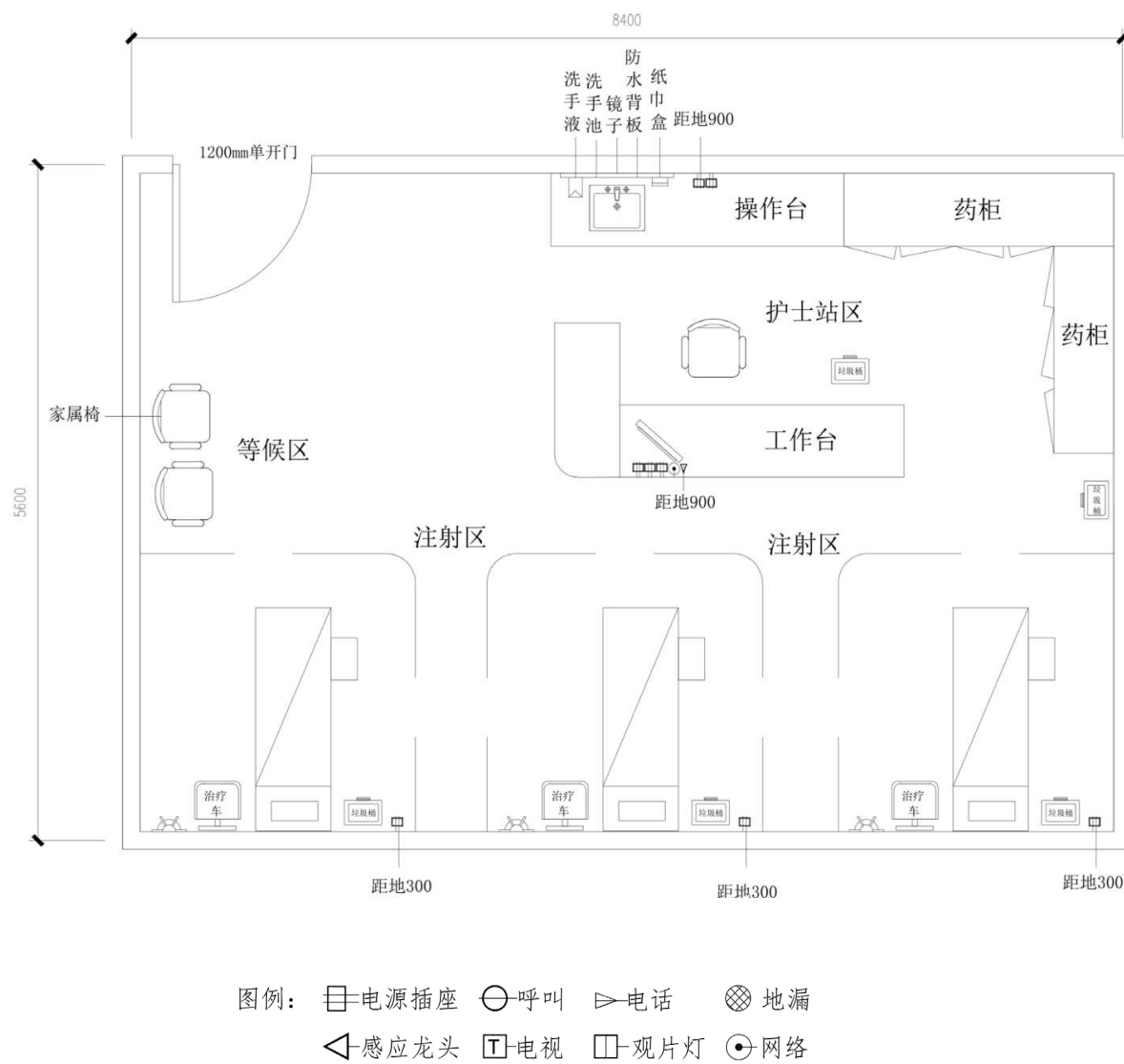


图 2.28 注射室平面布局图

房间名称	注射室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：2800×4600 mm； 面积：16m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积 不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材, 厚度 2.0-2.5mm, 防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门, 宽度≥900mm, 配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃, 内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘, 遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	医生诊桌	1	1500×700×750	边角做圆角处理, 防碰撞
	医生诊椅	1	526×526×900	升降靠背, 可移动, 带扶手 满足长时间工作需求
	患者椅	1	标准尺寸	可升降, 适配儿童诊疗需求
	家属陪护椅	1	标准尺寸	坐高≥450mm, 设置扶手+靠背
	诊床	1	1850×700×650	单侧或双侧防护栏, 防跌落、 防滑
	脚凳	1	300×300×300	稳固耐用, 防滑设计
	衣架	2	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	帘轨	1	定制尺寸	L 型设计, 适配诊室布局
	洗手盆	1	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、 镜子(可选)
	医疗废物桶	2	300x300x500	脚踏式, 分类放置(感染/生活)
医疗设备	药柜	2	定制尺寸	根据实际空间选择型号
	工作站	1	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	显示屏	1	24 英寸	高清显示, 可调节角度
	治疗车	3	标准尺寸	符合医疗规范
	血压计	1	儿童袖带设计	电子血压计, 精准测量
	听诊器	1	医用标准	常规检查设备
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准, 确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整, 但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养, 确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.12 注射室配置清单

7. 智力筛查室

(1) 功能简述

智力筛查室（心理行为发育评估室）是用于儿童认知、语言、运动及社交能力发育测试的专用诊疗空间。该空间的核心功能特点在于“高环境敏感性”与“强声光干扰控制”。不同于传统诊室，它对外界声学环境和视觉杂讯有着极严格的限制，通常需作消音防噪处理。空间内部全面推行“去医疗化”设计，完全隐藏冷冽的医疗器械，采用温暖的低饱和度色彩与自然柔和的分布式照明。通过营造绝对安静、视线纯净、类似家庭玩耍的微环境，确保患儿在无压力状态下展现真实的心理行为表现，从而保障筛查结果的科学性与准确性。（图 2.29）。



图 2.29 智力筛查室示意图

(2) 主要行为说明

智力筛查室主要行为见图 2.30。

智力筛查室布局三维示意图见图 2.31。

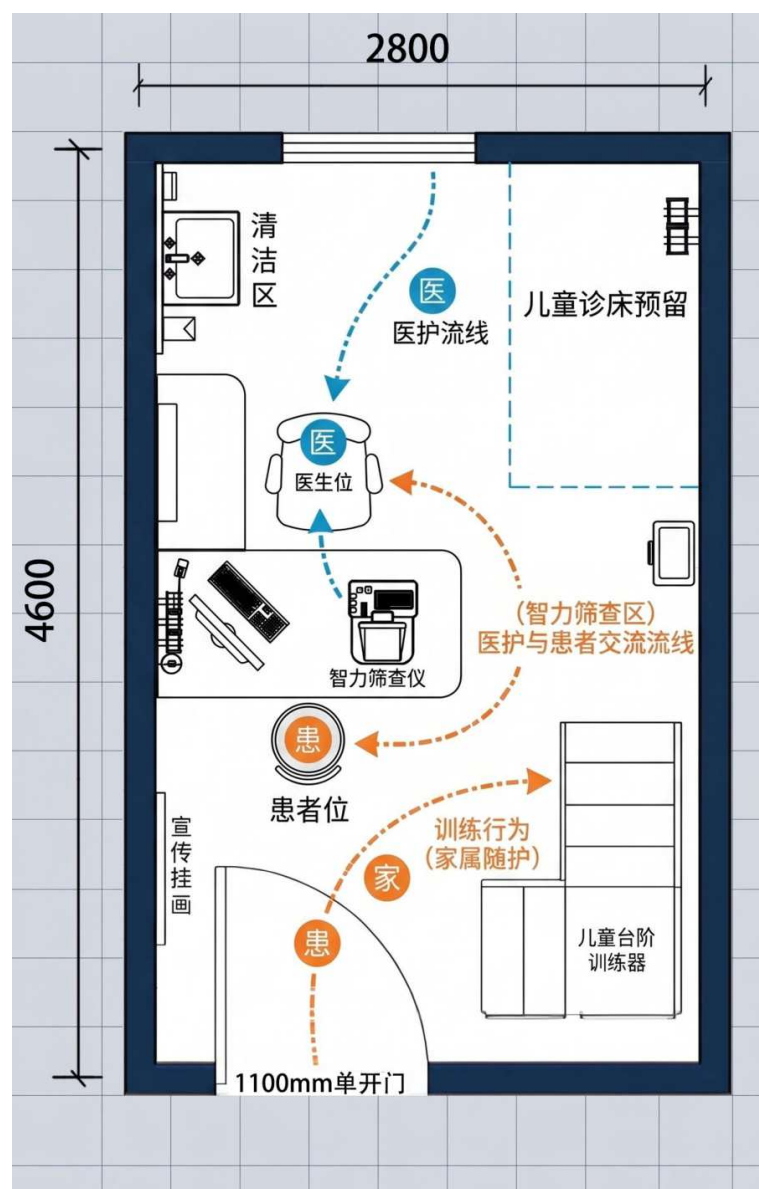


图 2.30 智力筛查室医患行为示意

测试评估操作区：主测医生出示特定测试工具或多媒体道具，引导患儿完成抓握、拼图、语言对答等特定行为，并在专用量表上实时记录记录。该区行为特征为高度专注与互动，要求桌面无杂物干扰，医患对坐方位便于平视交流。

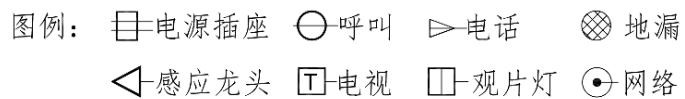
家属行为观察区：家长在患儿后方或侧旁的指定席位安静就座，不干预测试，仅在医生询问时补充患儿日常行为表现。该区行为特征是静默陪伴与信息反馈，座椅摆放需位于患儿视线死角，避免分散患儿注意力。

动作发育诱导区：医生引导患儿在局部开阔地面完成翻身、爬行、走跑或抛接球等大运动测试。该区行为特征为空间位移较大，要求地面铺设无毒环保的软质地垫，周边墙角、踢脚线进行圆滑防磕碰包裹



图 2.31 智力筛查室布局三维示意图

智力筛查室配置清单见表 2.13。



6

房间名称	智力筛查室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：2800×4600 mm； 面积：16m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积 不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材，厚度 2.0-2.5mm，防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门，宽度≥900mm，配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘，遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	医生诊桌	1	1500×700×750	L 形桌，边角做圆角处理，防碰撞
	医生诊椅	1	526×526×900	升降靠背，可移动，带扶手满足长时间工作需求
	患者椅	1	标准尺寸	可升降，适配儿童诊疗需求
	家属陪护椅	1	标准尺寸	坐高≥450mm，设置扶手+靠背
	诊床	1	1850×700×650	单侧或双侧防护栏，防跌落、防滑
	脚凳	1	300×300×300	稳固耐用，防滑设计
	衣架	2	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	帘轨	1	定制尺寸	L 型设计，适配诊室布局
	洗手盆	1	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、镜子(可选)
	医疗废物桶	2	300x300x500	脚踏式，分类放置（感染/生活）
医疗设备	工作站	1	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	显示屏	1	24 英寸	高清显示，可调节角度
	智力筛查仪	1	儿童标准	适用于儿童
	血压计	1	儿童袖带设计	电子血压计，精准测量
	儿童台阶训练器	1	标准尺寸	适用于儿童
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.13 智力筛查室配置清单

8. 口腔科诊室

(1) 功能简述

儿童医院口腔诊室是集高精度医疗技术与心理安抚环境于一体的特殊诊疗单元。其核心特点在于“高精密设备集成”与“高应激焦虑控制”。诊室布局需适配专用牙科综合治疗机（牙椅），并集成医疗气体、给排水及高强度无影照明系统。设计上强调声学环境控制，通过降低机械噪音与采用“去医疗化”视觉场景（如天花板动画引导），缓解患儿对钻机声及强光的恐惧。空间布局需精确考量医、护、患、陪的环绕式动线，兼顾医疗操作效率与家长辅助监护的需求，营造安全、高效且具有亲和力的微环境。（图 2.33）。



图 2.33 口腔科诊室示意图

(2) 主要行为说明

口腔科诊室主要行为见图 2.34。

口腔科诊室布局三维示意图 2.35。

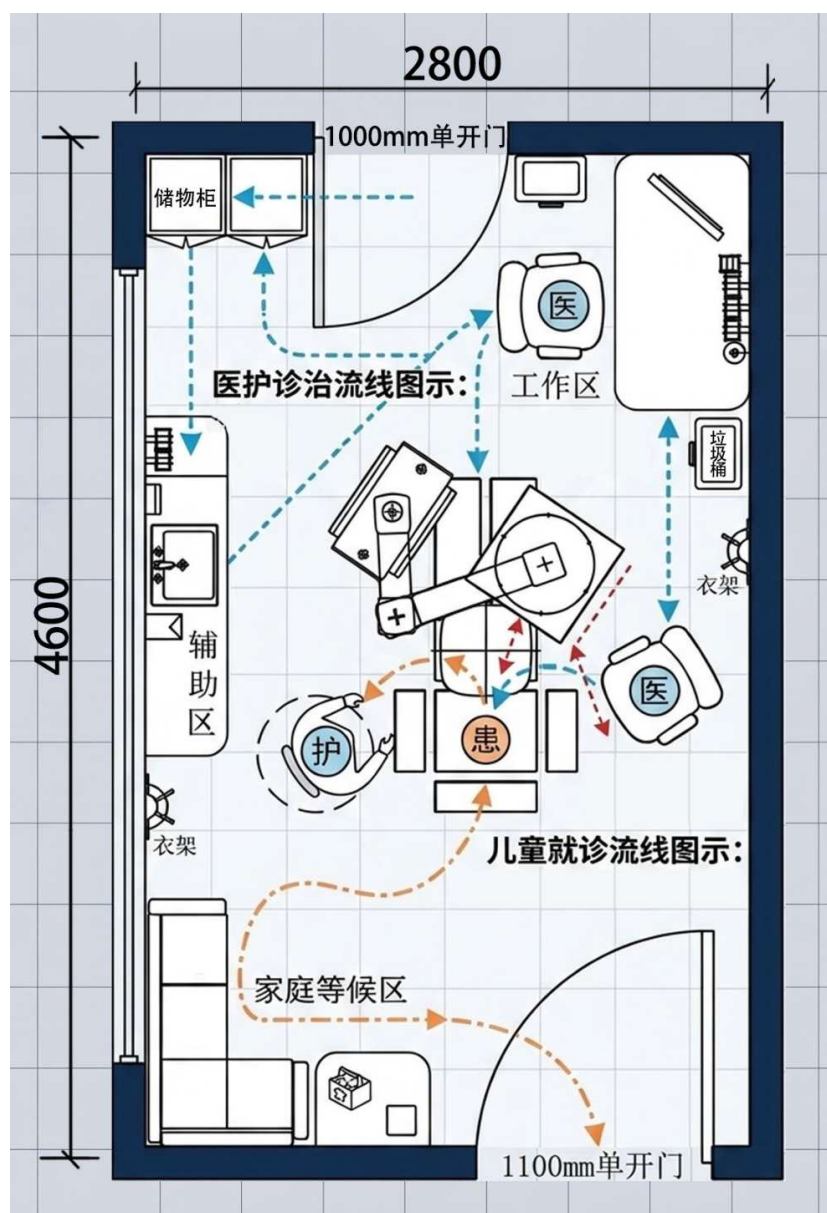


图 2.34 口腔诊室医患行为示意

口腔诊疗操作区：患儿平躺于牙科综合治疗机上，医生与护士围绕牙椅进行四手操作；患儿因器械噪音产生焦虑挣扎，需利用上方嵌入式多媒体屏幕引导分散注意。该区要求照明精准、管线布置隐藏，并保障医护操作半径的灵活性。

医患沟通与方案区：诊疗前后，医生与家长在诊位旁进行病情沟通、口腔护理指导及后续复诊建议。该区侧重于信息传递，要求配置直观的牙齿模型或数字

化影像展示装置，便于家长高效获取诊疗方案。

家长陪护观察区：家长在诊位侧方或后方的固定区域就坐观察。该区行为特征为心理安抚与监护，要求座椅位置不干扰医护操作动线，且家长视线需能接触患儿面部，提供必要的心理支撑与安全感。



图 2.35 口腔诊室布局三维示意图

(3) 平面图与家具、设备配置

口腔诊室平面详图见图 2.36

口腔诊室配置清单见表 2.14



图例： 电源插座 呼叫 电话 地漏
感应龙头 电视 观片灯 网络

图 2.36 口腔诊室平面布局图

房间名称	口腔诊室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：2800×4600 mm； 面积：16m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积 不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材, 厚度 2.0-2.5mm, 防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门, 宽度≥900mm, 配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃, 内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘, 遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	医生诊桌	1	1500×700×750	L 形桌, 边角做圆角处理, 防碰撞
	医生诊椅	1	526×526×900	升降靠背, 可移动, 带扶手满足长时间工作需求
	患者椅	1	标准尺寸	可升降, 适配儿童诊疗需求
	陪护沙发	1	标准尺寸	儿童成年人两用, 舒适耐用
	儿童专用口腔诊疗椅	1	定制尺寸	可躺卧、多角度后仰, 配套儿童卡通头枕、安全约束护带。
	储物柜	2	900×400×2000	结实耐用, 柜门缓冲防撞
	衣架	2	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	帘轨	1	定制尺寸	L 型设计, 适配诊室布局
	洗手盆	1	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、镜子(可选)
	医疗废物桶	2	300x300x500	脚踏式, 分类放置(感染/生活)
医疗设备	口腔内窥镜	1	标准尺寸	带显示屏款式
	显示屏	1	24 英寸	高清显示, 可调节角度
	观片灯	1	402×506×110	单联医用观片灯, 功率 60W(参考)
	医用负压抽吸机	1	柜体 650×500×700	儿童低噪音模式
	便携口腔 X 光机	1	底座 500×450	儿童低辐射模式
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准, 确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整, 但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养, 确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.14 口腔诊室配置清单

9. 儿童活动室

(1) 功能简述

儿童活动室是儿童医院门诊空间中唯一的非医疗性、疗愈型非正式支持空间。其核心功能特点在于“交叉感染高风险下的环境疗愈”。该空间不承担直接的诊疗任务，而是通过提供安全的娱乐与心理缓冲微环境，旨在转移患儿注意力、缓解其就医焦虑。设计上对卫生感控有着极高要求，通常需配置独立的空气净化新风系统（采用局部排风或负压控制）、表面易清洗消毒的抑菌材料以及感应式洗手设施。空间布局需兼顾不同年龄段儿童的活动尺度，打造集游乐、阅读、宣教于一体的柔性保护屏障。（图 2.37）。



图 2.37 儿童活动室示意图

(2) 主要行为说明

儿童活动室主要行为见图 2.38。

儿童活动室布局三维示意图 2.39。

游戏娱乐体验区：患儿在此进行搭积木、滑梯滑行或多媒体互动游戏；家长在一旁看护、辅助并共同参与。该区行为特征是身体大幅度位移与高频触碰，要求地面铺设加厚软质地垫，游乐设施完全无尖角且便于高频擦拭消毒。

安静阅读宣教区：患儿在家长陪伴下坐在儿童尺度桌椅上阅读绘本，或聆听医护人员开展的趣味健康宣教。该区行为特征是静态驻留，要求光线柔和均匀，家具可灵活组合以适配不同规模的互动场景。

家属看护休憩区：家长在此就坐休息、观察患儿活动或相互交流，并在离开前引导患儿至洗手池进行手卫生清洁。该区行为特征是视线监护与卫生收尾，要求看护席视野开阔无死角，洗手设施位于出入口的顺路方向。

（3）平面图与家具、设备配置

儿童活动室平面详图见图 2.40

儿童活动室配置清单见表 2.15。

10. 分诊候诊单元

(1) 功能简述

分诊候诊单元是儿童医院门诊空间中客流量最大、行为最复杂的枢纽与缓冲区域。其核心功能特点在于“高密度人群聚集下的交叉感染控制与焦虑分流”。作为进入各诊室的前置空间，它承担着患儿预检分诊、挂号候诊及健康宣教等多重职能。设计上通常基于大尺度模块化轴网，进行开敞式或二级候诊布局。通过配置高效的智能分诊台、高效的通风换气系统，并融入“去医疗化”的趣味空间意象与合理的视线遮挡，有效缓解家长与患儿在漫长等待中的焦躁情绪，构建安全的微环境屏障（图 2.41）。



图 2.41 分诊候诊单元示意图

(2) 主要行为说明

分诊候诊单元主要行为见图 2.42。

分诊候诊单元三维示意图见图 2.43。

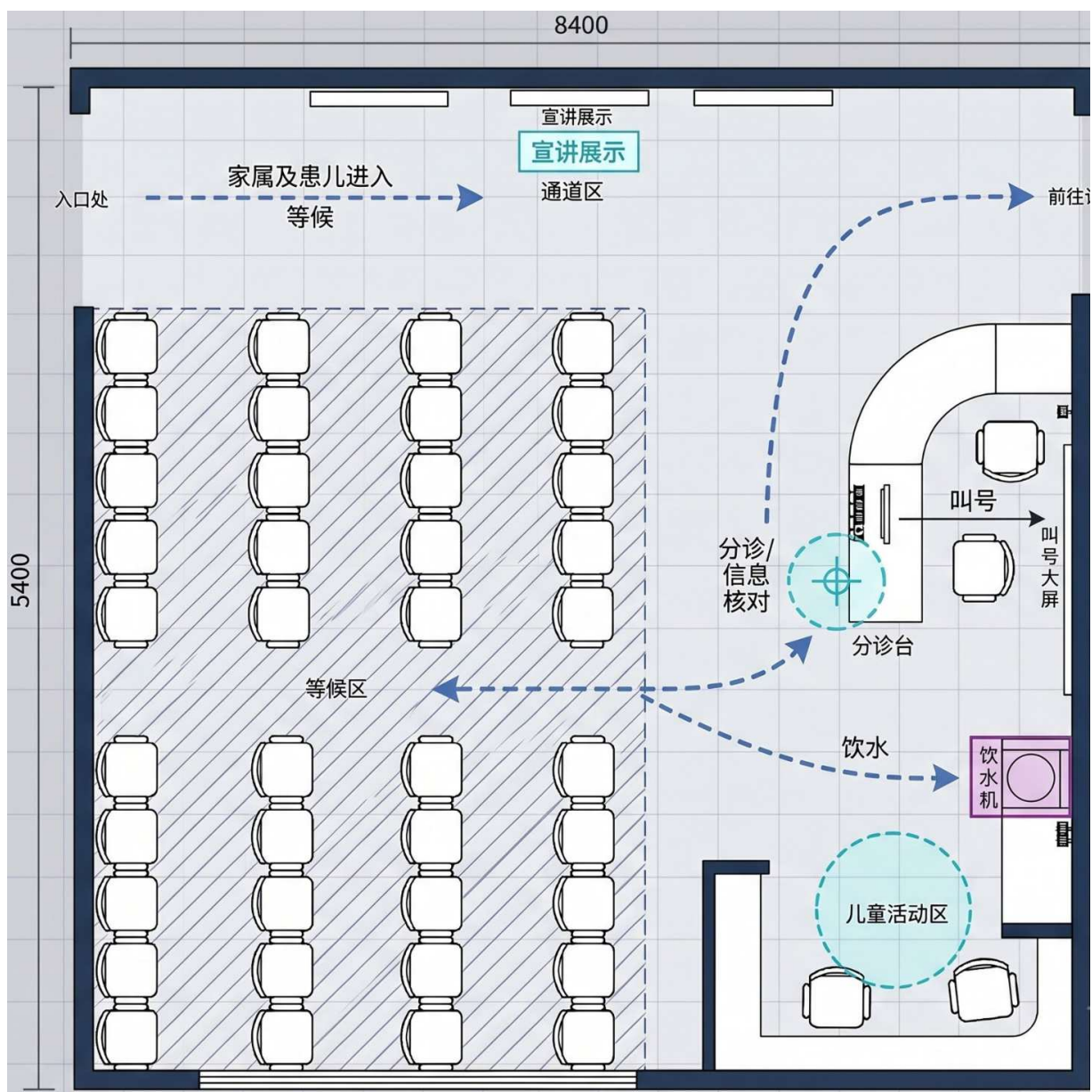


图 2.42 分诊候诊单元医患行为示意

预检分诊评估区：护士在服务台前测定患儿体温、核对病情并进行分级分流；家长陈述主诉并配合分诊。行为特征为快速判断与信息采集，要求服务台低矮、无玻璃隔断，以消除患儿对立情绪。

家庭候诊休憩区：患儿与家长在座椅区等待叫号，期间伴随玩耍、饮水、哺乳或阅读行为。行为特征为长时静态驻留与心理焦虑，要求座椅呈组团式或围合式摆放，提供尺度适宜的家庭私密感与心理缓冲。

信息导引通行区：家长随时起立观看电子屏叫号信息，并在被叫号后牵引患儿沿清晰标识步入对应诊区。行为特征为动态穿梭，要求主通道宽敞通畅，电子看板位于视觉焦点，避免动线交叉引起的混乱。

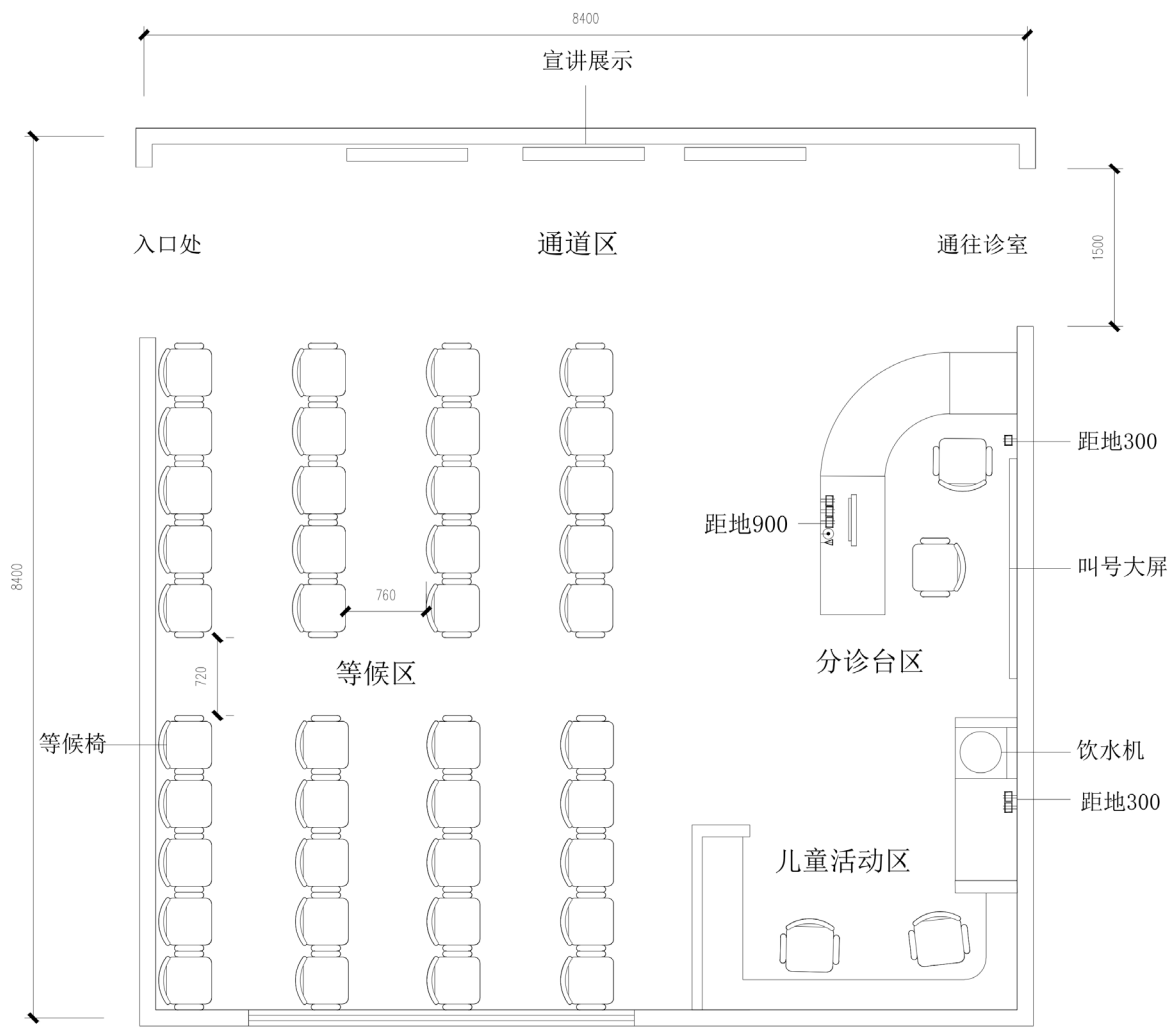


图 2.43 分诊候诊单元布局三维示意图

(3) 平面图与家具、设备配置

分诊候诊单元平面详图见图 2.44

分诊候诊单元配置清单见表 2.16。



图例：  电源插座  呼叫  电话  地漏
 感应龙头  电视  观片灯  网络

图 2.44 分诊候诊单元平面布局图

房间名称	分诊候诊单元			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深: 2800×4600 mm; 面积: 16m²; 净高: 不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	门诊诊室单间使用面积 不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材, 厚度 2.0-2.5mm, 防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门, 宽度≥900mm, 配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃, 内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘, 遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	儿童候诊座椅	30	420×420×520	可升降, 适配儿童诊疗需求
	饮水机	1	330×350×980	洁净卫生, 卡通造型设计
	沙发	1	标准尺寸	儿童成年人两用, 舒适耐用
	家属陪护椅	10	550×580×820	设置扶手+靠背
	显示屏	1	24 英寸	高清显示, 可调节角度
医疗设备	工作站	1	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	显示屏	1	24 英寸	高清显示, 可调节角度
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准, 确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整, 但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养, 确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 2.16 分诊候诊单元配置清单

11. 二次候诊单元

(1) 功能简述

二次候诊单元是介于大厅一级候诊与独立诊室之间的“高浓度声光缓冲”与“精准分流”空间。其核心功能特点在于“高就诊迫近感下的情绪安抚”与“微循环秩序维护”。该单元通常紧邻诊室外廊或成组团嵌套在诊区内部，容纳即将就诊的 3-5 个家庭。设计上严格控制空间尺度与噪声分贝，通过低饱和度色彩、吸音墙面及柔和的分布式照明，有效阻断公共候诊区的嘈杂。在严控交叉感染的同时，消除患儿因“临场恐慌”引发的应激哭闹，确保诊室门禁的高效转换。（图 2.45）。

图 2.45 二次候诊单元示意图

(2) 主要行为说明

二次候诊单元主要行为见图 2.46。

二次候诊单元三维示意图见图 2.47。

临诊叫号准备区：家长牵引患儿在此留意诊室门头屏信息，核对就诊号并做脱外衣、准备病历等诊前准备。该区行为特征为高度专注与心理紧绷，要求电子屏视线无阻挡，动态信息清晰直观。

家庭焦虑调适区：患儿在家长安抚下进行短时间的低频度游戏、阅读或就座等候。该区行为特征是高焦虑状态下的静态驻留，要求座椅采用亲子围合式布局以提供心理边界，并配置微型无尖角玩耍道具。

有序分流通行区：门禁开启后，家长带患儿迅速通过二次分诊门步入对应诊室，完成新旧就诊家庭的单向动线交替。该区行为特征是短时、定向移动，要求通道净宽充足，标识系统极简，避免进出动线对冲。

（3）平面图与家具、设备配置

二次候诊单元平面详图见图 2.48

二次候诊单元配置清单见表 2.17。

四、审图要点

医疗工艺图纸审查是门诊空间安全落地、高效运转的最后防线。儿童门诊作为患儿诊疗的首诊关口，兼具常规诊疗与突发应急需求，呈现出“高陪护率、低配合度、强感控需求、短停留高频次”的群体特征，常规综合医院的通用标准难以适配其亲子协同就医、全龄段适配的特殊需求。若缺乏系统针对性的审查标准，极易导致流线交叉、空间局促、感控漏洞、适儿化缺失或消防安全盲区，因此构建专属于儿童门诊的医疗工艺审图要点，对保障诊疗安全、提升服务效率、深化“儿童友好”理念具有不可替代的实操价值。

本审图体系遵循“底线合规”与“适儿化冗余”的双轨逻辑，一方面锚定《综合医院建筑设计标准》（GB 51039）、《儿童医院建设标准》（建标 174）、《建筑防火通用规范》（GB 55037）等国家现行强制性标准，将关键条文精准转化为各空间节点“一票否决”的审查红线；另一方面深度融合国际循证设计理念，针对儿童生理模数、亲子陪护行为，提出高于国标的尺度冗余与人性化干预参数，推动空间从“基础可用”向“高效疗愈”跨越，整体遵循由系统至微观的递进规律，既把控中观层面的流线枢纽、感控边界、空间尺度、协作配套及消防疏散等系统运行骨架，又深入核心功能单元对医疗设施、物理构造、声光环境等进行厘米级标定，为设计与审查人员提供精准的工程指导。

3. 二级工艺流程

空间类别	门诊空间			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间尺度	功能区面积配比	儿科候诊区面积应按不小于 2 m ² /人设计。母婴室应设置独立房间且使用面积不应低于 10.0 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》第 5.2.6 条、第 5.1.15 条	候诊区指标严格执行≥2.0 m ² /人。双人或带特殊检查功能的诊室使用面积优化为≥12.0 m ² （契合模块化网格布局）。
	房间短边净宽	双人诊查室的开间净尺寸不应小于 3.00m，单人诊查室不应小于 2.50m。诊查室室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》第 5.2.4 条、第 5.1.9 条	诊室短边（开间）净宽统一优化为≥3.00m。诊室通行木门规格标准化：统一采用 1000mm 宽单扇平开门。
	操作空间预留	各个功能用房空间尺寸应符合医疗操作规范和防护等相关要求，包括医疗行为空间尺度。	《综合医院建筑设计标准》第 3.2.6 条	诊查桌与检查床一体化连体布置，取消不必要的移动手推车。检查床侧边预留操作通道净宽≥0.90m。
	服务点位尺度	候诊区附近宜设置儿童活动区，墙体与地面应为软质材料。儿科区域宜设置母婴室。	《综合医院建筑设计标准》第 5.2.6 条	诊区内规划“就诊-游戏-家长休息”综合岛。儿童活动角净面积≥8.0 m ² ，界面采用无阴影软质包覆。
流线效率	诊疗动线闭环性	门诊部流线应科学、合理并符合感染控制要求。预检分诊功能与设施应设于门诊入口处附近。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.1 条、第 5.2.2A 条	组织“预检-分诊-专科候诊-诊室-离院”单向流线。跨区动线限制在 20m 内。
	医患/洁污流	洁污、医患、人车等流线组织清晰，避免交	《儿童医院建设标准》建标	严格实行医护双通道布局。次通道（诊区走廊）单侧

空间类别	门诊空间			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
	线	叉。利用走道单侧候诊时，走道净宽不小于 2.40m，双侧不小于 3.00m。	174-2016 第二十三条；《综合医院建筑设计标准》 第 5.2.3 条	候诊净宽设计为 2.40m，衔接转角处预留 $\geq 1.5 \text{ m}^2$ 的童车/亲子缓冲空间。
	专科动线独立性	门诊科室应独立成区，宜采用模块化、尽端式布局。不同诊疗单元之间不宜穿越。	《综合医院建筑设计标准》 第 5.2.3A 条	特殊门诊（口腔科、发热筛查等）采用尽端式独立分区。
	通行适配性	建筑应符合无障碍设计规范。公共走道室内净高不低于 2.30m。走廊距地 0.6m 处宜加设幼儿专用扶手。	《儿童医院建设标准》 第三十二条；《综合医院建筑设计标准》 第 5.1.9 条	设置高低位双层扶手（0.6m 及 0.9m）。导视全图形化，中文标签粗体 100%内置于房间几何框内。
防火与应急疏散	防火分区划分	医疗建筑内的精密贵重医疗设备用房等，均应采用耐火极限不低于 2.00h 的防火隔墙与其他部分隔开。	《建筑防火通用规范》 第 4.1.3 条；《综合医院建筑设计标准》 第 5.2.42 条	严格依标准划分防火分区。消火栓及强弱电管网井门必须在平面中隐蔽化、防碰设计，并加装儿童无法开启的防护罩。
	疏散通道宽度	疏散走道、首层疏散外门、公共建筑中的室内疏散楼梯的净宽度均不应小于 1.1m。	《建筑防火通用规范》 第 7.1.4 条	门诊区域家长抱行及推车较多，疏散走道净宽在满足规范底线（1.1m）的前提下，必须维持 $\geq 2.40\text{m}$ 的工艺净宽。
	消防设施配置	建筑内消防应急照明连续供电时间：医疗建筑不应小于 1.0h。疏散走道、人员密集的场所地面最低水平照度不应低于 3.0lx。	《建筑防火通用规范》 第 10.1.4 条、第 10.1.10 条（强条修正）	关键修正： 门诊公共候诊区和疏散走道的水平应急照明照度严格执行 $\geq 3.0\text{lx}$ ，系统连续备用供电时间刚性执行 $\geq 60\text{min}$ 。

空间类别	门诊空间			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
	疏散标识适配	医疗用房应设置疏散指示标识；指示标志及其设置间距、照度应保证疏散路线指示明确、方向指示正确清晰、视觉连续。	《建筑防火通用规范》第 10.1.8 条；《综合医院建筑设计标准》第 5.24.4 条	消防应急标志灯设置在走道及转角处距地面高度 1.0m 以下的墙面上。诊区增加距地 0.5m 的卡通夜光指示，配温和语音广播。
无障碍	无障碍空间预留	建筑内横向应采用防火墙等划分防火分区；无障碍设施设计应符合现行无障碍设计规范。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.1.2 条；《综合医院建筑设计标准》第 5.1.13 条	门诊出入口、主通道及大厅节点必须预留大于 1.5m×1.5m 的轮椅/平车回转空间，通道全程无高差过渡。
	设施适配性	门诊用房应设置醒目标识系统，方便和引导患者就诊。无障碍专用卫生间旁应装置安全抓杆。	《综合医院建筑设计标准》第 5.1.13 条、第 5.3.1 条	在主要通行轴线旁规划专用轮椅/童车停放区，距离各诊疗模块入口≤10m。所有公共窗口端部均设无障碍服务位。
	通行无高差	地下或半地下公共活动场所内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级。	《建筑防火通用规范》第 6.5.6 条	清除任何门槛带来的高差。诊区内部由于结构高差需设坡道时，坡度严禁大于 1:12，并设置水平缓冲段。
	服务点位无障碍	卫生间的设置应结合使用需求合理布局，应设置无性别、无障碍患者专用卫生间。应设高低位窗口。	《综合医院建筑设计标准》第 5.1.13 条	低位无障碍服务窗口台面高度≤0.75m，下部容膝空间深度≥0.45m、高度≥0.65m。配双向 L 型安全抓杆和紧急呼叫按钮。
协作配套	医技/治疗区衔接	门诊部应设在靠近医院交通入口处，应与医技用房邻近，与急诊有便捷的通道。	《综合医院建筑设计标准》第 5.2.1 条	紧邻诊区单元设置高频采血、留观、微型化验专属点，诊区核心出入口至主要医技辅助区的步行交通距离

空间类别	门诊空间			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
				≤30m。
	服务功能整合	公共区域宜设门厅、中庭、一站式服务、自助服务、挂号缴费、门诊药房等空间和用房。	《综合医院建筑设计标准》第 5.2.2A 条	废除传统单一收费窗。采用一站式“集成综合岛”，将挂号、缴费、打印、医保结算、咨询功能 100%全线上及岛内合并。
	配套设施分布	儿童医院应设置哺乳室、无性别卫生间、婴儿整理台等设施。	《儿童医院建设标准》第三十八条；	增设临时哺乳角，无性别公共卫生间内必须刚性配置一体化折叠式婴儿尿布整理台。
	儿童友好适配	卫生间应设置儿童卫生间或儿童专用洁具等。儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条	卫生间洁具按成人/儿童 1:1 配置。儿童洗手台高度 0.55m。室内所有墙面转角、固定式家具边缘均做防磕碰圆弧设计。
感控要求	感控分区合理性	设传染病（感染疾病）门诊的儿童医院，应合理布置，避免交叉感染。医疗业务用房应符合医院感染预防与控制基本原则。	《儿童医院建设标准》第二十五条、第三十四条	诊区单元间设物理封闭屏障（隔墙/防烟垂壁）。严格按低饱和度颜色定义“清洁区-半污染区-污染区”单向流线。
	手卫生设施配置	诊室、检验科等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》第 6.2.5 条、第 6.2.6 条	诊室内部、分诊台及检查室门口 100%配设感应式手卫生设施。洗手盆做防喷溅凹陷深度设计，避免幼儿溅水。

空间类别	门诊空间			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
	污废处理流程	废弃物的集中收集存放用房宜远离主要业务用房。相关的洗涤池和排水管应采用耐腐蚀材料。	《综合医院建筑设计标准》 第 4.2.1 条、第 5.1.12 条	医废密闭暂存间置于诊区尽端隐蔽处。污物收集动线利用医护通道进行时段化管理，严禁与患者高峰期动线重叠。
	发热患儿隔离	感染疾病门诊（发热门诊）均应自成一区，与普通门（急）诊设置严密隔离设施，并应单独设置出入口及醒目标识。	《综合医院建筑设计标准》 第 5.4.1 条	预检分诊处实现普通与发热物理分流。发热筛查区设独立出入口，并配置完全独立的负压机械通风与消毒设施。

4. 三级工艺流程

(1) 单人诊室

空间类别	单人诊室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	房间净面积	单人诊查室的使用面积不应小于 8.00 m ² 。诊查室的室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 1 款、第 5.1.9 条第 1 款	考虑儿童“一患多陪”及童车平车周转, 图纸净面积优化为≥10.0 m ² (采用 4200mm 或 8400mm 模数柱网), 内部预留直观的≥1.2m×1.2m 无障碍回转边界。
	诊查床侧净距	各个功能用房空间尺寸应符合医疗操作规范和防护等相关要求, 合理测算医疗行为空间尺度。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条第 2 款	审图中要求诊查桌与诊查床连体布置, 去除移动推车。诊查床外侧 (操作面) 靠走道预留净宽≥0.9m 的医护/ 家长复合操作通道。
	门洞口净宽	诊室门净宽不应小于 0.90m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 4 款	修正: 淘汰原表子母门 (易产生防夹手死角且不便儿童防护), 统一优化为 1000mm 宽单扇平开木门 (带闭门器, 边角防夹手圆弧)。
建筑防火与疏散	装修材料性能	医疗建筑内的诊疗室, 其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级 (顶棚、墙面) 和不低于 B1 级 (地面)。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中明示: 顶棚、墙面均采用 A 级不燃材料, 地面采用不低于 B1 级 (如不燃/阻燃 PVC)。
	排烟设施	建筑的疏散走道、人员密集的场所应依法设置防	《建筑防火通用规范》GB	无自然通风条件时, 诊室必须规划吊顶内机械排烟风

空间类别	单人诊室			
		烟与排烟设施。	55037-2022 第 8.2.1 条	管点位，保障其独立防烟性能。
	疏散门方向	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	平面图纸中诊室平开门必须向疏散走廊方向开启。
	疏散门净宽	疏散走道、疏散门的净宽度均不应小于 1.1m（注：此处指公共通道，诊室单扇门通行宽度执行医疗工艺 1.0m 标准）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条第 3 款	确保诊室门开启后不应减少走廊的有效疏散净宽（走廊单侧候诊需维持 $\geq 2.4\text{m}$ ，两侧 $\geq 3.0\text{m}$ ）。
室内装修与防护	地面防滑	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第四款	2D 平面图纸中设计无缝同质透心 PVC 地板，防滑等级严格执行 $\geq R11$ ，不画任何背景分格网格线。
	阳角圆弧	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款	室内所有固定家具体、墙体阳角物理上做 $R\geq 20\text{mm}$ 的圆弧或软包覆，全面消除尖锐棱角。
	防污墙裙	内墙墙体不应使用不耐碰撞、不易吊挂的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第三款	诊室内部 100%设置 1.5m 高抗菌防污一体化墙裙（或抗菌树脂板），耐受耐酸碱消毒剂高频擦洗。
感控要求与设施	手卫生设施	诊室、检验科等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条第 4 款	诊室入口处刚性配置非接触式感应洗手盆（诊疗前后无绕行），水嘴出水弧度与盆体需做针对儿童防喷溅凹陷的工艺深化。
	高频接触面	阳角及高频接触面应易清洁消毒。台面均应采用易洁净、耐腐蚀、可冲洗的面层。	《综合医院建设标准》第三十九条第六款	采用整体抗菌无缝实体面材台面。所有中文简体粗体标签（如：洗手盆、诊查床）一律 100%内置于家具几

空间类别	单人诊室			
				何线框内，取消外引线。
	医疗废物收集	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则，易于冲洗、消毒。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条	诊室尽端隐蔽处设置独立有盖医疗废物收集容器点位，严禁摆放在公共视线与儿童易触碰区域。

(2) 小儿诊室

空间类别	小儿诊室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	房间净面积	单人诊查室的使用面积不应小于 8.00 m ² 。诊查室的室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 1 款、 第 5.1.9 条第 1 款	基于 4200mm 或 8400mm 标准柱网模块设计，图纸净面积优化为 ≥ 12.0 m ² ，内部预留 $\geq 1.5\text{m} \times 1.5\text{m}$ 平车与轮椅无障碍回转边界线。
	房间短边净宽	双人诊查室的开间净尺寸不应小于 3.00m，单人诊查室的开间净尺寸不应小于 2.50m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 2 款	诊室短边（轴线开间）净宽统一执行 $\geq 3.0\text{m}$ 。图面取消一切透视阴影，确保婴儿车平滑通过。
	诊查床侧净距	各个功能用房空间尺寸应符合医疗操作规范和防护等相关要求，合理测算医疗行为空间尺度。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条第 2 款	诊查桌与诊查床连体布置，去除移动推车。诊查床外侧操作面预留净宽 $\geq 0.9\text{m}$ 的医护/抱婴家长复合通道。
	门洞口净宽	诊室门净宽不应小于 0.90m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 4 款	修正：淘汰易产生防夹手死角且不便儿童防护的子母门，统一优化为 1000mm 宽单扇平开木门
室内装修 与防护	地面防滑	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第四款	2D 平面图纸中设计无缝同质透心 PVC 地板，防滑等级严格执行 $\geq R11$ ，不画任何背景分格网格线。
	阳角圆弧	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款	室内所有固定家具体、墙体阳角物理上做 $R \geq 20\text{mm}$ 的圆弧或软包覆，全面消除尖锐棱角。
	墙面防撞软包	内墙墙体不应使用易裂、易燃、不耐碰撞的材	《综合医院建设标准》第三十九	诊室及儿童活动区域墙面 1.2m 以下设置 B1 级阻

空间类别	小儿诊室			
		料。	条第三款	燃防撞软包，耐受耐酸碱消毒剂高频擦洗。
建筑防火与疏散	装修材料性能	医疗建筑内的诊疗室，其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中明示：顶棚、墙面均采用 A 级不燃材料，地面与防撞软包材料不低于 B1 级。
	排烟设施	建筑的疏散走道、人员密集的场所应依法设置防烟与排烟设施。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 8.2.1 条	无自然通风条件时，诊室必须规划吊顶内机械排烟风管点位，保障其独立防烟性能。
	疏散门方向	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	平面图纸中诊室平开门必须向疏散走廊方向开启。
	疏散门净宽	疏散走道、疏散门的净宽度均不应小于 1.1m（注：此处指公共通道，诊室单扇门通行宽度执行医疗工艺 1.0m 标准）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条第 3 款	确保诊室门开启后不应减少走廊的有效疏散净宽（走廊单侧候诊需维持 $\geq 2.4\text{m}$ ，两侧 $\geq 3.0\text{m}$ ）。
感控要求与设施	双高度手卫生	诊室、检验科等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。儿科等区域卫生间应设置儿童专用洁具。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条第 4 款； 《综合医院建设标准》第三十九条第六款	诊室入口直通线上刚性配置非接触式感应洗手盆。可采用多级高度台面（儿童 0.55m，成人 0.80m），盆体做防喷溅工艺优化。
	高频接触面	阳角及高频接触面应易清洁消毒。台面、操作台等台面均应采用易洁净、耐腐蚀、可冲洗的面层。	《综合医院建设标准》第三十九条第六款、第五款	采用整体抗菌无缝实体面材台面。中文简体粗体标签（如：洗手盆、诊查床）一律 100%内置于几何线框内，取消外引线。

空间类别	小儿诊室			
	医疗废物收集	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则，易于冲洗、消毒。	《儿童医院建设标准》建标174-2016 第三十四条	诊室尽端隐蔽处设置独立有盖医疗废物收集容器点位，严禁摆放在公共视线与儿童易触碰区域。

(3) 带教诊室

空间类别	带教诊室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	房间净面积	诊查室的室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条、第 5.1.9 条	图纸净面积优化为 $\geq 20.0 \text{ m}^2$ ，严格在 2D 平面中划定教学观摩区与核心诊疗区的物理分界线。
	诊疗观摩净距	建筑应符合现行国家标准《无障碍设计规范》GB 50763 的有关规定。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十二条	诊疗核心与教学观摩区净距 $\geq 2.0\text{m}$ 。中间设置不落地、不燃材料单向透视玻璃，图面取消任何透视投影及阴影。
	诊查床侧净距	医疗业务用房设计应合理测算医疗行为及设备工位空间尺度。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条第 2 款	诊查桌与诊查床连体布置，去除移动手推车。诊查床外侧操作通道净宽优化为 $\geq 1.2\text{m}$ ，满足导师、学员、家长多方站位与抱婴操作。
	门洞口净宽	诊室门净宽不应小于 0.90m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 4 款	修正：淘汰传统双开门或子母门（对儿童易产生防夹手死角且降低气密密封性），统一优化为 1100mm 宽单扇平开医疗木门（配闭门器与防夹手圆边）。
室内装修 与防护	地面防滑	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第四款	2D 平面图纸中设计无缝同质透心 PVC 地板，防滑等级严格执行 $\geq R11$ ，不画任何背景分格网格线。
	阳角圆弧	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款	房间内及玻璃隔断框体所有固定构件、墙体阳角物理上做 $R \geq 20\text{mm}$ 的圆弧或软包覆，全面消除尖锐棱角。

空间类别	带教诊室			
	观摩座椅防护	内墙墙体不应使用易裂、易燃、不耐碰撞的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第三款	教学观摩区采用一体化固定式连排圆角阻燃座椅（不设移动椅以防撞击跌落），面层需耐受耐酸碱消毒剂高频擦洗。
建筑防火与疏散	装修材料性能	医疗建筑内的诊疗室，其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中明示：顶棚、墙面均采用 A 级不燃材料，地面及固定教学座椅材料不低于 B1 级。
	排烟设施	建筑的疏散走道、人员密集的场所应依法设置防烟与排烟设施。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 8.2.1 条	无自然通风条件时，诊室及观摩区上方必须规划吊顶内机械排烟风管点位，总排风量 $\geq 100\text{m}^3/\text{h}$ ，保障独立防烟性能。
	应急照明	医疗建筑消防应急照明备用电源连续供电时间不应小于 1.0h。人员密集场所地面最低水平照度不应低于 3.0lx。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 10.1.4 条、第 10.1.10 条（核心强条修正）	强条刚性修正：彻底废除原表中过时的“0.5h/1.0lx”参数。审图中单人诊室应急照明地面照度刚性执行 $\geq 3.0\text{lx}$ ，系统连续供电时间刚性执行 ≥ 60 分钟。采用柔光型灯具。
	疏散门方向	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	平面图纸中诊室平开门必须向疏散走廊方向开启（顺疏散方向）。
	疏散门净宽	疏散走道、疏散门的净宽度均不	《建筑防火通用规范》GB	确保诊室门开启后不应减少走廊的有效疏散净宽（走

空间类别	带教诊室			
		应小于 1.1m（注：此处指公共通道，带教诊室门执行医疗工艺 1.1m 单扇门标准）。	55037-2022 第 7.1.4 条第 3 款	廊单侧候诊需维持 $\geq 2.4\text{m}$ ，两侧 $\geq 3.0\text{m}$ ）。
感控要求 与设施	诊疗区手卫生	诊室、检验科等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条第 4 款	诊室入口或核心诊疗区直通线上刚性配置非接触式感应洗手盆（诊疗前后无绕行），盆体做防喷溅工艺深化，避免幼儿溅水。
	观摩交叉防护	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条	观摩区与诊疗区设置单向透视防碎安全玻璃隔断。明确区分区域，中文简体粗体标签（如：洗手盆、诊查床）一律 100%内置于线框内。
	医疗废物收集	医疗业务用房应易于冲洗、消毒，废弃物应封闭处理。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条	诊室诊疗单元尽端隐蔽处设置独立有盖医疗废物收集容器点位，与教学观摩人流流线完全不交叉。

(4) 特需诊室

空间类别	特需诊室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	房间净面积	各个功能用房空间尺寸应符合医疗操作规范。诊查室的室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条、第 5.1.9 条	基于模块化柱网模块设计, 图纸净面积优化为 $\geq 18.0 \text{ m}^2$ (建议 4200mm×4500mm 或以上)。2D 图面上需明确划定诊疗区与高端家属陪护区的软质空间分隔界线。
	诊疗陪护净距	建筑应充分考虑使用人群的生理特点及心理, 合理组织空间尺度。	《综合医院建设标准》第五条	诊疗核心区与家属陪护椅之间活动净距 $\geq 1.5\text{m}$ 。不设置多余吊顶投影或背景网格, 维持空间的纯净与高开敞感。
	诊查床侧净距	医疗业务用房设计应合理测算医疗行为及设备工位空间尺度。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条第 2 款	诊查桌与诊查床连体化无缝设计, 取消移动推车。诊查床外侧操作通道净宽优化为** $\geq 1.0\text{m}$ **, 保障医生、护士操作与家属陪护同时站位。
	门洞口净宽	诊室门净宽不应小于 0.90m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 4 款	修正: 淘汰原表中易产生防夹手死角的子母门。优化为 1100mm 宽单扇平开高端医疗木门 (配静音自闭装置与圆边防防夹手护条), 保障轮椅、童车平滑通行。
室内装修 与防护	地面防滑	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条 Fourth 款	2D 平面图纸中设计无缝同质透心吸音防滑 PVC 地板, 防滑等级严格执行 $\geq R11$, 不画任何背景地砖网格线。
	阳角圆弧	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款	室内所有固定家具、装饰墙体、隔断阳角物理上做 $R \geq 20\text{mm}$ 的圆弧或软包覆, 全面消除尖锐棱角。

空间类别	特需诊室			
		施。		
	墙面防撞软包	内墙墙体不应使用易裂、易燃、不耐碰撞的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第三款	诊室墙面 1.2m 以下高频触及区设置 B1 级阻燃防撞软包，面层需耐受高浓度医用消毒剂擦洗。
建筑防火与疏散	装修材料性能	医疗建筑内的诊疗室，其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中明示：顶棚、墙面均采用 A 级不燃材料，地面与防撞软包、家属沙发等内部软装不低于 B1 级阻燃。
	排烟设施	建筑的疏散走道、人员密集的场所应依法设置防烟与排烟设施。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 8.2.1 条	无自然通风条件时，诊室吊顶内必须规划机械排烟风管点位，排风量 $\geq 80\text{m}^3/\text{h}$ ，保障独立防烟性能。
	疏散门方向	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	平面图纸中特需诊室平开门必须向疏散走廊方向开启（顺疏散方向）。
	疏散门净宽	疏散走道、疏散门的净宽度均不应小于 1.1m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条第 3 款	确保诊室门开启后不应减少走廊的有效疏散净宽（走廊单侧候诊需维持 $\geq 2.4\text{m}$ ，两侧 $\geq 3.0\text{m}$ ）。
感控要求与设施	诊疗区手卫生	诊室、检验科等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第	诊室入口处刚性配置一体化非接触式感应洗手盆（流线无绕行）。台面与盆体结构做凹陷防喷溅设计，避

空间类别	特需诊室			
		污水外溅的措施。	6.2.5 条第 4 款	免水渍外溅。
	高频接触耐消毒	阳角及高频接触面应易清洁消毒。台面均采用易洁净、耐腐蚀、可冲洗的面层。	《综合医院建设标准》第三十九条第六款、第五款	采用抗菌无缝整体实体面材台面。中文简体粗体标签（如：洗手盆、诊查床）一律 100%内置于线框内，取消一切外引线。
	医疗废物收集	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则，废弃物应封闭处理。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条	诊室诊疗区尽端隐蔽处设置专属有盖医疗废物收集容器点位，与家属陪护活动流线完全隔离。

(5) 注射室

空间类别	注射室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	空间分隔与面积	各个功能用房空间尺寸应符合医疗操作规范。注射室应设配药操作区和注射区。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条、第 5.2.14 条	基于 8400mm 或 4200mm 标准柱网，设置物理玻璃隔断区分配药准备区与儿科注射区。整体净面积建议 $\geq 20.0 \text{ m}^2$ 。
	注射位操作净距	医疗业务用房设计应合理测算医疗行为及设备工位空间尺度。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条第 2 款	注射台单侧或双侧配制家长陪护抱娃空间。单座位工艺包边界 $\geq 1.2\text{m} \times 1.2\text{m}$ ，注射桌与药柜连体布置，取消移动车。
	门洞口净宽	门诊部用房的门洞口净宽不应小于 0.90m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 4 款	优化：统一采用 1100mm 宽单扇平开医疗木门（配闭门器、门禁及双向防夹手软护条），保障推车与抱娃家长快速通过，严禁使用子母门。
	非接触手卫生	诊室、治疗室等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条第 4 款	配药区与注射区分别刚性配置非接触式感应洗手盆（或感应速干手消点）。洗手盆做凹陷防喷溅设计，避免幼儿溅水。
室内装修 与防护	界面防磕碰阳角	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款	室内所有固定配药柜体、注射台、隔断外露阳角物理上做 $R \geq 20\text{mm}$ 的圆弧或防撞包覆，消除任何尖锐棱角。
	阻燃墙面软包	内墙墙体不应使用易裂、易燃、	《综合医院建设标准》第	注射位靠墙处 1.2m 以下设置 B1 级阻燃防撞软包，避

空间类别	注射室			
		不耐碰撞的材料。	三十九条第三款	免患儿因抗拒注射挣扎碰撞，面层须耐受高浓度消毒剂高频擦洗。
	疏散门开启方向	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.4 条	平面图纸中注射室平开门必须向疏散走廊方向开启（顺疏散方向）。
建筑防火与疏散	独立排烟与通风	建筑的疏散走道、人员密集的場所应依法设置防烟与排烟设施。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 8.2.1 条	无自然通风条件时，注射室吊顶内必须规划机械排烟风管点位，排风量 $\geq 80\text{m}^3/\text{h}$ ，保障空间独立防烟性能。
	空间分隔与面积	各个功能用房空间尺寸应符合医疗操作规范。注射室应设配药操作区和注射区。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条、第 5.2.14 条	基于 8400mm 或 4200mm 标准柱网，设置物理玻璃隔断区分配药准备区与儿科注射区。整体净面积建议 $\geq 20.0\text{m}^2$ 。
	疏散有效宽度	疏散走道、疏散门的净宽度均不应小于 1.1m。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.4 条第 3 款	确保注射室大门开启后，不应减少外侧疏散走廊的有效净宽（走廊单侧候诊需维持 $\geq 2.4\text{m}$ ，两侧 $\geq 3.0\text{m}$ ）。
	疏散路径畅通	建筑内的安全出口和疏散门应分散布置，严禁占用。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.1 条	房间内最远点至疏散门直线距离 $\leq 15\text{m}$ 。门扇后方 1.4m 安全疏散半径内严禁堆放移动垃圾桶或移动药车。

空间类别	注射室			
	装修材料性能	医疗建筑内的治疗室、配药室等，其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中明示：顶棚、墙面均采用 A 级不燃材料，地面及防撞软包装饰材料不低于 B1 级阻燃。
感控要求与设施	空气与接触感控	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则。台面均采用易洁净、耐腐蚀、可冲洗的面层。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条；《综合医院建设标准》第三十九条	配药台采用抗菌无缝整体实体面材（不锈钢或人造石）。2D 图面上所有中文简体粗体标签（如：配药台、洗手盆）100%内置于线框内。
	医废与锐器收集	医疗业务用房应易于冲洗、消毒，废弃物封闭处理。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条	每个注射位台面下方隐蔽处刚性预留利器盒与医疗垃圾桶固定点位，严禁暴露在儿童可触及的视线范围内。
	地面防滑与洁净	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第四款	2D 平面中设计无缝同质透心防滑 PVC 地板，防滑等级严格执行 $\geq R11$ ，不画任何多余的背景分格线条与阴影。

(6) 智力筛查室

空间类别	智力筛查室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	空间分隔与面积	各个功能用房空间尺寸应符合医疗操作规范。检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条；《综合医院建设标准》第三十九条第八款	基于模块化网格，整体净面积优化为 $\geq 15.0 \text{ m}^2$ （建议采用 4200mm×4200mm 模块）。图纸中须明确划定医生筛查评估区与家长陪护等候线。
	视听干扰防护	诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。充分考虑使用人群的生理与心理特点。	《综合医院建设标准》第五条、第三十九条第七款	测试桌椅应背对出入口，面向无窗素色内墙。全面取消图纸上的透视投影、地面面砖分格线及阴影，防止线条干扰视线。
	门洞口通行净宽	门诊部用房的门洞口净宽不应小于 0.90m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 4 款	统一采用 1000mm 宽单扇平开医疗隔音门（配置防夹手圆角胶条及高阶阻尼自闭器），严禁采用子母门或双开门，确保声学气密性。
	非接触手卫生	诊室、治疗室等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条第 4 款	洗手盆必须刚性配置于诊室入口死角处，避免其洗手水流声在测试过程中干扰患儿。水嘴采用非接触感应式。

空间类别	智力筛查室			
室内装修与防护	界面防磕碰阳角	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款	室内所有固定筛查柜、测试桌及墙体阳角物理上做 $R \geq 20\text{mm}$ 的圆弧或全包覆软包，彻底消除棱角。
	低饱和防撞软包	内墙墙体不应使用易裂、易燃、不耐碰撞的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第三款	墙面 1.2m 以下设置 B1 级阻燃、低饱和度色调（如素白、浅米黄）防撞软包，严禁使用高饱和度多色卡通拼图，以防干扰测试。
建筑防火与疏散	疏散门开启方向	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	平面图纸中智力筛查室平开门必须向疏散走廊方向开启（顺疏散方向）。
	疏散路径畅通	建筑内的安全出口和疏散门应分散布置，严禁占用。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.1 条	房间内最远点至疏散门直线距离 $\leq 15\text{m}$ 。门扇后方 1.4m 安全疏散半径内严禁堆放移动教具、儿童拼图地垫或移动车。
	装修材料性能	内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中明示：顶棚、墙面均采用 A 级不燃吸音材料，地面及防撞软包面层不低于 B1 级阻燃。

空间类别	智力筛查室			
	空间分隔与面积	各个功能用房空间尺寸应符合医疗操作规范。检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条;《综合医院建设标准》第三十九条第八款	基于模块化网格,整体净面积优化为 $\geq 15.0\text{ m}^2$ (建议采用 4200mm $\times$ 4200mm 模块)。图纸中须明确划定医生筛查评估区与家长陪护等候线。
感控要求与设施	高频接触耐消毒	阳角及高频接触面应易清洁消毒。台面均应采用易洁净、耐腐蚀、可冲洗的面层。	《综合医院建设标准》第三十九条第六款、第五款	筛查测试桌采用抗菌无缝实体面材(圆弧边)。2D 图面上所有中文简体粗体标签(如:筛查桌、测听仪)100%内置于线框内。
	隐藏式医疗废物	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条	医疗废物与生活垃圾容器采用嵌壁隐蔽式设计,必须完全收纳在固定柜体内部,严禁暴露在儿童视线内而分散其注意力。
	环境隔声与降噪	建筑内各种设备用房、其产生的噪声与振动不应传至有安静要求的区域.....医疗用房的隔声、隔振设计应达标。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条、第 10.4.1 条	筛查室四周墙体隔声量刚性执行强制性要求: $RW + C_{tr} \geq 45\text{dB}$,室内允许噪声级不应大于 35dB(A)。天花与墙面设高效吸音板。

(7) 口腔科诊室

空间类别	口腔科诊室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	房间净面积	口腔科诊疗单元每椅中距不应小于 1.80m，椅中心距墙不应小于 1.20m；诊疗单元的尽端净宽不应小于 2.50m	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.22 条	独立诊室净面积优化为 $\geq 15.0 \text{ m}^2$ (含家长陪护专属区)。
	牙椅侧操作净距	医疗业务用房设计应合理测算医疗行为及设备工位空间尺度。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 3.2.6 条第 2 款	牙椅两侧及尾端预留操作净距 $\geq 1.0\text{m}$ 。地坪内部须精准规划牙椅专用的上下水、负压吸引、压缩空气及强弱电的暗埋管网交汇点。
	清洗区面积	相关的洗涤池和排水管亦应采用耐腐蚀的材料。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条第 3 款	诊室内清洗区净面积 $\geq 2.0 \text{ m}^2$ 。台面、洗涤池、排水管均需采用耐酸碱腐蚀的特种不锈钢材质，台面做防溢水沿。
	门洞口净宽	门诊部用房的门洞口净宽不应小于 0.90m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 4 款	淘汰易夹手、影响气密的双开门或子母门。优化为 1100mm 宽单扇平开医疗木门（配自闭装置、门禁与双向防夹手软护条），确保牙科综合治疗机及轮椅顺利通过。

空间类别	口腔科诊室			
室内装修与防护	地面防滑与洁净	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第四款	设计无缝同质透心防滑 PVC 地板，防滑等级严格执行 $\geq R11$ ，踢脚线处做 $R\geq 30\text{mm}$ 墙地一体化上墙上翻 150mm，不画地砖分格线。
	界面防磕碰阳角	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款	室内所有固定技术柜体、清洗台、墙体及隔断阳角物理上做 $R\geq 20\text{mm}$ 的圆弧或全软包覆，彻底消除棱角。
	抗菌防污墙裙	内墙墙体不应使用不耐碰撞、不易吊挂的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第三款	诊室内 100% 设置 1.5m 高抗菌防污一体化墙裙（如抗菌树脂板），高频耐受口腔喷溅物及医用消毒剂擦洗。
建筑防火与疏散	装修材料性能	医疗建筑内的诊疗室、治疗室等，其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中明示：顶棚、墙面均采用 A 级不燃材料，地面及固定家具材料不低于 B1 级阻燃。
	局部机械排烟	建筑的疏散走道、人员密集的场所应依法设置防烟与排烟设施。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 8.2.1 条	无自然通风条件时，必须规划吊顶内机械排烟风管点位，排风量严格执行 $\geq 30\text{m}^3/\text{h}/\text{椅}$ ，确保快速排除洁治、备牙时产生的气溶胶。
	疏散门开启方向	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	平面图纸中诊室平开门必须向疏散走廊方向开启（顺疏散方向）。

空间类别	口腔科诊室			
	疏散有效宽度	疏散走道、疏散门的净宽度均不应小于 1.1m。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.4 条第 3 款	确保口腔诊室门开启后，不应减少外侧疏散走廊的有效有效净宽（走廊单侧候诊需维持 $\geq 2.4\text{m}$ ，两侧 $\geq 3.0\text{m}$ ）。
	疏散路径畅通	建筑内的安全出口和疏散门应分散布置，严禁占用。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.1 条	房间内最远点至疏散门直线距离 $\leq 15\text{m}$ 。门扇后方 1.4m 安全疏散半径内严禁堆放任何牙科移动柜、推车或家属候诊凳。
感控要求 与设施	非接触手卫生	诊室、治疗室等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条第 4 款	诊室入口及清洗区分别刚性配置非接触式感应洗手盆（流线无绕行），盆体加深做防喷溅优化。
	洁污防交叉污染	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则，洁污流线组织清晰。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条、第二十三条	清洗区与诊疗区间设置物理玻璃隔断或设置独立器械净化间，并通过双扉互锁式不锈钢传递窗连接。筒体中文粗体标签 100%内置于图面线框内。
	独立医废收集	医疗业务用房废弃物应封闭处理。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条	牙椅尾端隐蔽处及清洗区分别规划嵌壁隐藏式、带盖密封式分类医疗废物（特别是涉及锐器及唾液污染废物）收集点位。

(8) 儿童活动室

空间类别	儿童活动室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	空间独立与尺度	候诊区附近宜设置儿童活动区, 功能划分应合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.6 条第 6 款	独立成区且使用面积 $\geq 12.0 \text{ m}^2$ 。
	看护视线净距	建筑设计应充分考虑使用人群的生理与心理特点, 注重环境改善。	《综合医院建设标准》第五条	在活动区边缘规划家长专属靠背座椅 (不使用移动长凳)。座椅与活动核心区之间留出 $\geq 1.5\text{m}$ 的家长看护缓冲走道。
	门洞口净宽	门诊部公共用房的门洞口净宽不应小于 0.90m 。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条第 4 款	优化: 统一采用 1200mm 宽单扇平开大木门 (配防夹手缓冲阻尼与双向自闭装置), 严禁采用推拉门、弹簧门或狭窄的子母门, 确保童车无障碍通行。
室内装修与防护	高等级地面防滑	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第四款	无缝同质透心防滑 PVC 地板或一体化防滑发泡软地垫, 防滑等级严格执行 $\geq R11$, 拒绝地砖分格网格。
	全圆弧防撞阳角	儿童可触及部位的阳角应做成圆弧。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款	室内所有固定构件、低位窗台、地台及玩具展示柜阳角, 物理上必须做 $R\geq 20\text{mm}$ 的圆弧或防撞橡胶全包覆。
	全立面阻燃软包	内墙墙体不应使用易裂、易燃、不耐碰撞的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第三款	房间四周墙面 1.2m (建议优化至 1.5m) 高度以下全部铺设 B1 级阻燃、柔和低饱和度色调防撞软包

空间类别	儿童活动室			
建筑防火与疏散	装修材料性能	建筑内人员密集的场所，其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中明示：活动室顶棚、基层墙面均采用 A 级不燃材料，地面及防撞软包材料不低于 B1 级阻燃。
	独立机械排烟	建筑的疏散走道、人员密集的场所应依法设置防烟与排烟设施。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 8.2.1 条	活动室属于儿童密集公共场所，无自然通风条件时吊顶内必须配置独立机械排烟风管点位，排风量 $\geq 80\text{m}^3/\text{h}$ 。
	疏散门开启方向	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.4 条	活动室平开门必须向外侧疏散走廊方向开启（顺疏散方向）。
	疏散净宽底线	疏散走道、疏散门的净宽度均不应小于 1.1m。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.4 条第 3 款	确保活动室大门开启后，不得占用或减少外侧候诊走廊的通行有效净宽（单侧候诊净宽 $\geq 2.4\text{m}$ ，双侧 $\geq 3.0\text{m}$ ）。
	疏散路径畅通	建筑内的安全出口和疏散门应分散布置，严禁占用。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.1 条	室内最远点至安全出口直线距离 $\leq 15\text{m}$ 。大门开启的 1.4m 扇形有效区域内属于绝对安全净空，严禁堆放任何移动玩具箱。

空间类别	儿童活动室			
感控要求 与设施	专属手卫生点位	诊疗区域附近应设置手卫生设施。儿科区域卫生间应设置儿童专用洁具。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第6.2.5条;《综合医院建设标准》第三十九条第六款	出入口及活动室内直通线上刚性配置双高度非接触式感应洗手池(儿童0.55m,成人0.80m),水嘴做防飞溅工艺深化。
	易消毒接触界面	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则,易于冲洗、消毒。	《儿童医院建设标准》建标174-2016 第三十四条	固定玩具柜、墙面软包面层应选用耐高浓度医用消毒剂擦洗的环保无缝材质。中文简体粗体标签(如:玩具柜、感应洗手池)100%内置于线框内。
	隐藏式废弃物收集	废弃物的集中收集存放应封闭处理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第4.2.1条	室内角落规划嵌壁式隐藏废物收集箱,配置触控或感应掀盖,与儿童直接游戏路径物理隔离。

(9) 分诊候诊单元

空间类别	分诊候诊单元			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	候诊面积指标配比	儿科候诊区面积应按不小于 2.0 m ² /人设计。公共走道室内净高不应低于 2.30m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.6 条第 4 款、第 5.1.9 条第 2 款	现行儿科候诊红线指标为 2.0 m ² /人。三级工艺图纸中必须按 ≥ 2.0 m ² /就诊人次（含陪护）足额划定 2D 范围线框，严禁采用旧体系中 0.8 m ² ~1.0 m ² 的错误低参数。
	诊区通道净宽尺度	利用走道单侧候诊时，走道净宽不应小于 2.40m；两侧候诊时，走道净宽不应小于 3.00m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.6 条第 2 款	诊区内部候诊走廊，单侧设排椅候诊时其通行有效净宽刚性设计 ≥ 2.40 m（图面上必须精准扣除固定座椅本身厚度），保持纯白背景。
	无障碍及亲子预留	建筑无障碍设施设计应符合规范。建筑设计应充分考虑使用人群的生理与心理特点。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.13 条第 6 款；《综合医院建设标准》第五条	分诊岛台旁、交通节点处必须在平面中绘制出 $\geq 1.5\text{m} \times 1.5\text{m}$ 轮椅/平车回转边界线，且通道端部预留 ≥ 1.5 m ² 的专属童车停放区。
	儿童游戏活动空间	候诊区附近宜设置儿童活动区，儿科等区域卫生间应设置儿童专用洁具等。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.6 条第 6 款；《综合医院建设标准》第六款	单元内独立规划儿童游戏活动角，净面积 ≥ 10.0 m ² ，按年龄段软质分区。紧邻配置独立的无性别亲子卫生间及 ≥ 3.0 m ² 临时哺乳角。

空间类别	分诊候诊单元			
室内装修与防护	高等级地面防滑	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第四款	2D 平面中统一设计为无缝同质透心防滑 PVC 地板，防滑等级严格执行 $\geq R11$ ，踢脚线处做墙地一体化上翻 150mm。
	全立面防磕阳角	儿童可触及部位的阳角应做成圆弧。儿童诊疗区域等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款、第六款	候诊单元内所有结构柱体、分诊吧台、低位窗台阳角，物理上必须做 $R \geq 20\text{mm}$ 的圆弧或防撞橡胶软包覆，全面消除锐角。
	界面整体防撞软包	内墙墙体不应使用易裂、易燃、不耐碰撞的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第三款	去重优化建议：刚性淘汰易带来儿童攀爬翻越及防夹隐患的“固定防撞护栏”。优化为在活动角墙面 1.5m 高度以下全部铺设 B1 级阻燃、低饱和度色调的防撞软包。
建筑防火与疏散	空间装修燃烧性能	建筑内人员密集的场所，其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中刚性明示：顶棚、基层墙面均采用 A 级不燃材料，地面 PVC、固定排椅及墙面防撞软包材料均不低于 B1 级阻燃。
	安全出口及间距	每个防火分区或一个防火分区的每个楼层，安全出口不应少于 2 个。建筑内各安全出口的净距离不应小于 5.0m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.1 条及其第 3 款	高度精炼去重：将分散的出口数量与间距归并。分诊候诊单元所在防火分区安全出口数量刚性执行 ≥ 2 个，且两个疏散门之间的绝对水平净距离严格执行 $\geq 5.0\text{m}$ 。

空间类别	分诊候诊单元			
	疏散门及开启宽度	疏散走道、疏散门和安全出口的净宽度应符合消防底线。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	诊区大门统一采用净宽 $\geq 1200\text{mm}$ 的双扇平开电磁常开防火门（火灾时自动释放关闭），确保顺疏散方向开启且不占用外侧走廊净宽。
	排烟设施及应急照明	医疗建筑消防应急照明备用电源连续供电时间不应小于 1.0h。人员密集场所地面最低水平照度不应低于 3.0lx。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 8.2.1 条、第 10.1.4 条、第 10.1.10 条（核心强条修正）	强条刚性修正：彻底废除原表“0.5h”旧标。本单元地面水平应急照度刚性执行 $\geq 3.0\text{lx}$ ，系统连续备用供电时间刚性执行 ≥ 60 分钟。吊顶内依防烟分区规划机械排烟。
感控要求与设施	非接触手卫生点位	诊室、分诊台门口、治疗室等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条第 4 款	分诊台核心区及诊室入口连线上 100%配置非接触式感应手卫生设施（感应手消点或感应洗手池），出水做防喷溅凹陷工艺优化。
	高频接触耐消面	阳角及高频接触面应易清洁消毒。台面、座椅均应采用易洁净、耐腐蚀的面层。	《综合医院建设标准》第三十九条第六款	分诊服务台采用整体抗菌无缝实体面材。所有中文简体粗体标签（如：分诊台、排椅、无障碍位）一律 100%内置于线框内，取消外引线。
	隐藏式污废处理	医疗业务用房废弃物应封闭处理。废弃物的集中收集存放用房宜远离主要业务用房。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条；《综合医院建筑设计标准》第 4.2.1 条	严禁生活或医疗垃圾桶暴露在候诊大厅。必须在分诊岛台内侧或排椅侧方规划嵌壁隐藏式、带盖密封分类垃圾收集点位。

(10) 二次候诊单元

空间类别	二次候诊单元			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	候诊净面积指标配比	儿科候诊区面积应按不小于 2.0 m ² /人设计。公共走道室内净高不应低于 2.30m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.6 条第 4 款、第 5.1.9 条	刚性红线去重：二次候诊属技术诊区内高密度点位，平面必须严格按 $\geq 2.0 \text{ m}^2$ /就诊人次（含 1 名家长）划定 2D 范围线框。图纸严禁绘制地砖分格网格。
	通道及走廊净宽尺度	利用走道单侧候诊时，走道净宽不应小于 2.40m；两侧候诊时，走道净宽不应小于 3.00m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.6 条第 2 款	诊区内部走廊若设置排椅，其通行有效净宽度刚性执行 $\geq 2.40\text{m}$ （图面上必须精准扣除固定座椅本身的物理厚度）。保持 2D 纯白背景。
	无障碍回转半径预留	建筑无障碍设施设计应符合现行国家标准《无障碍设计规范》GB 50763 的有关规定。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.13 条第 6 款	紧邻诊室入口及二次候诊交通节点处，必须在平面中绘制出 $\geq 1.5\text{m} \times 1.5\text{m}$ 的轮椅/平车无障碍回转边界线，全程地面无高差。
室内装修 与防护	高等级地面防滑	地面应选用防滑、易清洗的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第四款	2D 平面设计为无缝同质透心防滑 PVC 地板，防滑等级严格执行 $\geq R11$ 。踢脚线处做墙地一体化上翻 150mm，确保无缝易洁。
	全立面防磕阳角	儿童可触及部位的阳角应做成圆弧。儿童诊疗区域等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》第三十九条第七款、第六款	单元内所有结构柱体、固定吧台、矮墙转角，物理上必须做 $R \geq 20\text{mm}$ 的圆弧或防撞橡胶软包覆，全面消除锐利边缘。

空间类别	二次候诊单元			
	低饱和防撞软包面	内墙墙体不应使用易裂、易燃、不耐碰撞的材料。	《综合医院建设标准》第三十九条第三款	去重优化建议：淘汰易带来儿童攀爬翻越及防护死角的“固定隔离护栏”。优化为在候诊背景墙面 1.5m 高度以下全部铺设 B1 级阻燃、柔和低饱和度色调的防撞软包。
建筑防火与疏散	装修材料燃烧性能	建筑内人员密集的场所，其内部装修材料的燃烧性能均应为 A 级（顶棚、墙面）和不低于 B1 级（地面）。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.6 条	图纸技术说明中刚性明示：顶棚、基层墙面均采用 A 级不燃材料，地面 PVC、固定排椅及墙面防撞软包材料均不低于 B1 级阻燃。
	强照度应急照明系统	医疗建筑消防应急照明备用电源连续供电时间不应小于 1.0h。人员密集场所地面最低水平照度不应低于 3.0lx。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 10.1.4 条、第 10.1.10 条（核心强条修正）	强条刚性修正：彻底废除旧体系中“1.0lx/0.5h”的低参数。二次候诊区地面应急照明照度刚性执行 $\geq 3.0lx$ ，连续供电** ≥ 60 分钟**。灯光疏散指示标志必须设置在距地面高度 1.0m 以下的墙面。
	疏散门方向与净宽	民用建筑内各房间疏散门的开启方向：应向疏散方向开启。疏散走道、疏散门的净宽度均不应小于 1.1m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条及其第 3 款	高度精炼去重：诊区出入口统一采用净宽 $\geq 1200mm$ 的双扇平开电磁常开防火门（火灾时自动释放关闭），顺疏散方向开启且不得占用或减少外侧走廊的通行有效净宽。
	疏散路径与安全净空	建筑内的安全出口和疏散门应分散布置，严禁占用。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.1 条	候诊区内最远点至安全出口直线距离 $\leq 15m$ 。大门开启的 1.4m 安全疏散半径内属于绝对净空，严禁摆放任何移动家具或长凳。

空间类别	二次候诊单元			
	吊顶内机械排烟点位	建筑的疏散走道、人员密集的場所应依法设置防烟与排烟设施。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 8.2.1 条	当二次候诊走道或大空间建筑面积 > 300 m ² 时，必须在吊顶内规划机械排烟风管点位，防烟分区与排烟口设置需严格过审。
感控要求 与设施	非接触手卫生设施	诊室、分诊台门口、治疗室等房间的洗手盆应采用非手动开关，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条第 4 款	二次候诊区内、诊室大门连线上 100%覆盖非接触式感应手卫生设施（感应手消点或嵌入式感应洗手池），出水做针对儿童的防喷溅凹陷工艺深化。
	高频接触面耐消设计	阳角及高频接触面应易清洁消毒。卫生洁具、洗涤池应采用耐腐蚀、难玷污、易清洁的建筑配件。	《综合医院建设标准》第三十九条第六款、第五款	候诊排椅采用高密度抗菌防污、耐受高频次医用消毒剂擦洗的无缝实体面材。所有中文简体粗体标签（如：排椅、手消点）100%内置于几何线框内部，取消外引线。
	隐藏式废弃物收集点	医疗业务用房应符合医院感染预防与控制的基本原则，废弃物应封闭处理。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第三十四条	严禁垃圾桶外露。必须在候诊排椅侧方或结构柱后规划嵌壁隐藏式、带密封盖分类垃圾箱固定点位，与儿童直接游戏及出入流线安全隔离。

第三章 急诊部

一、医疗工艺组成与特征（儿童医院）

急诊功能圈是医院内部最紧急的部门，患者病情较为紧急，医疗效率关乎生命。因此，医疗效率是急诊功能圈设计的重中之重。尽量将与急诊急救相关的功能科室集中布置，紧密联系，合理的功能布置以及衔接组合方式会大大减少医护人员的往来路程，服务效率也会提升，节约患者的就医时间，降低生命危险性，形成高效、顺畅的急诊功能圈。

1. 急诊空间功能构成

急诊功能圈包括急诊区、急救区、急救医技区和共用房间四部分（表 3.1）。有些患者病情可控，可自行前来医院治疗，在分诊台进行预诊分诊，挂号后到急诊室就诊处理，然后前往检验科检查；有些患者病情较危急，无法自行前来，需启动急救中心的救护车接诊，因此急救中心分为院前急救和院内急救两部分，院前急救是指以救护车车库为中心，医护人员前往现场救护及安全运送；院内急救是指在医院内进行抢救、监护、康复等治疗。急诊区和急救区应有所区别，分开设置，由于急救患者病情一般较紧急，应保证急救流线的迅速、便利。

功能 分区	急救区		急诊区	医技区	共用房间
	院前急救	院内急救			
房间 名称	救护车车库、 医护值班、 司机值班、 指挥中心；	抢救室、 急诊手术室、 急诊监护室、 紧急处置室、 洗胃室、 抢救大厅；	诊查室、 治疗室、 清创室、 换药室；	化验室、 X 线诊断 室、功能检 查室；	挂号室、病历室、药房 收费室、接诊分诊、 护士站、输液室、观察室、 值班更衣室、污洗室、杂物 储藏室、厕所、推床、轮椅 等停放空间、安保值班室等；

表 3.1 急救中心功能组成

2. 二级医疗工艺流程

儿童医院急诊二级工艺流程主要围绕急危重症患儿的接诊、分诊、诊断、救治及后续转归等医疗行为展开，是连接急诊医疗空间与临床救治体系的重要流程层级。患儿进入急诊区域后，首先经过预检分诊，根据病情危急程度进入不同诊疗路径：一般患儿进入急诊诊室接受问诊与初步诊断；急危重症患儿则经急救通道直接进入抢救单元，完成生命支持、快速评估及紧急处置。诊疗过程中，根据临床需求衔接检验、影像、功能检查等医技支持系统，并结合治疗结果决定后续留观、住院、手术或转入儿童重症监护单元（PICU）等医疗路径。

相较于综合医院急诊，儿童医院急诊工艺流程需充分考虑儿童患者年龄特点、疾病谱特征以及感染防控需求。流程组织中应设置普通急诊、急救抢救、感染隔离、留观输液等相对独立的功能路径，避免普通患儿、急危重症患儿及感染患儿之间产生交叉干扰。同时，儿童患者通常伴随家属陪同，因此空间组织需兼顾患儿诊疗效率与陪护需求，通过合理划分医护流线、患儿流线及污物流线，实现安全、高效、连续的儿童急诊医疗服务体系。

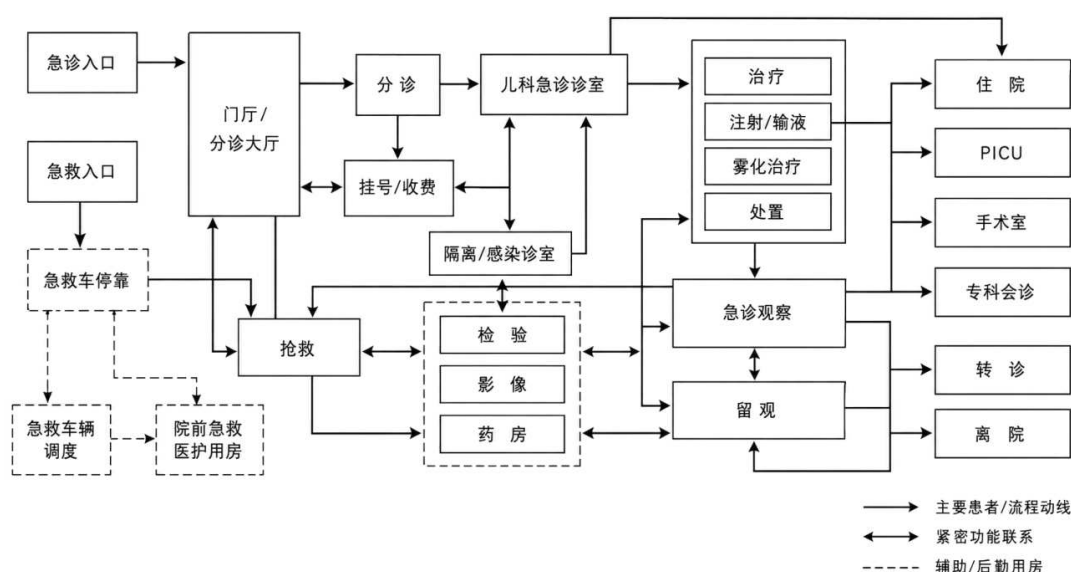


图 3.1 急诊功能圈医疗工艺流程示意图 (图片来源: 整理改编)

急救部门不仅要全天 24 小时不间断地处理各种急诊和事故, 还担负着大量的夜间出诊任务。整个急救中心需要设置通讯指挥部或情报中心, 保证突发大型医疗事故时, 通过有线或无线传呼系统, 对整个急救中心进行及时的调度, 统一指挥, 协调工作, 包括救护车出车, 医护人员就位等 (如图 3.2)。

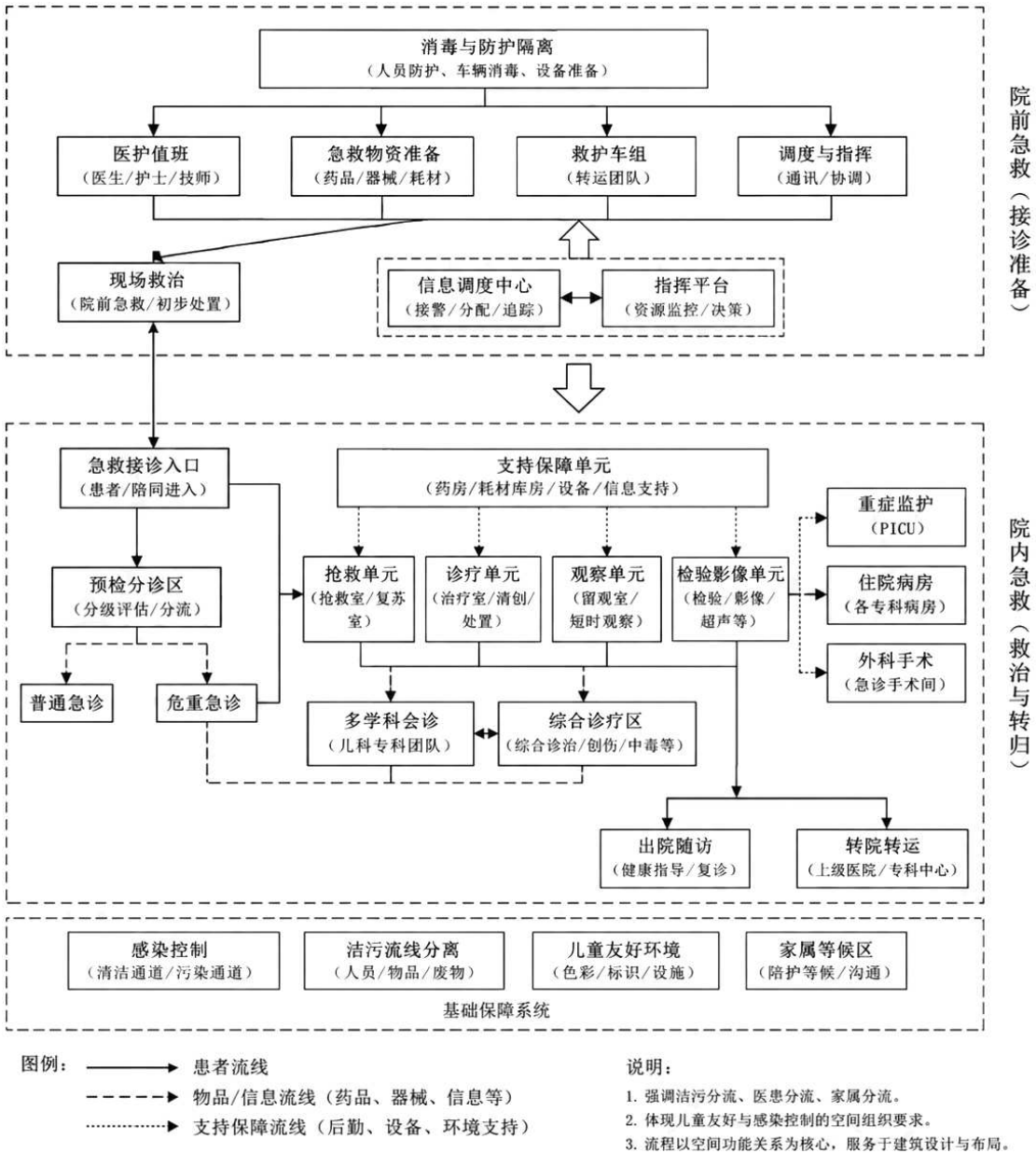


图 3.2 急救中心组成关系及流程 (图片来源: 笔者自绘)

二、规划布局与流程组织

1. 院前急救与出入口

急诊出入口是医院与城市交通衔接的枢纽，其核心在于实现“零时差”转运。根据医疗工艺要求，急诊部必须自成一区，并在首层设置独立的救护车通道与专用入口。文献指出，出入口的设计应避免与门诊、物流流线交叉，确保救护车能通过单向环路快速进出。救护车停靠处需配置大跨度雨篷，并保证地面坡度平缓，从而消除担架车转运过程中的物理颠簸，为院前急救向院内抢救的平稳过渡提供保障。

2. 预检分诊与核心诊疗流线

预检分诊是急诊工艺流程的“过滤器”与“指挥塔”。设计应将分诊台置于视觉统领位置，实现对入口、抢救区及候诊区的多维监控。在核心流线组织上，文献强调了“就近原则”与“黄金圈”布局：抢救室应直对救护车入口，并与急诊手术部、重症监护室（ICU）形成垂直或水平的紧密连接。同时，急诊化验、影像检查及药房应围绕分诊大厅呈放射状分布，确保危重症患者在“生命黄金 1 分钟”内完成所有关键诊疗环节，构建起高效的救治工艺闭环。

3. 医患分流与感染屏障

针对复杂环境下的感控需求，工艺流程应由传统的静态分区转向动态的流线隔离。医患分流不仅是空间的隔离，更是通过“洁污分道”实现的感染屏障。设计应设置独立的医护专用净廊，使医护行为与患者就诊动线互不干扰。对于具有传染风险的单元，应遵循“末端布局”原则，设置独立的隔离分区与排风系统。文献提出，通过二级工艺中的“缓冲间”与气压差控制，可以在物理层面形成有效的安全屏障，在保障医疗行为顺畅开展的同时，最大程度降低院内交叉感染的风险。

三、标准化功能房间详图

1. 急诊双人诊室

(1) 急诊双人诊室功能简述

儿童医院急诊双人诊室是承担普通急诊患儿初步诊断、病情评估及一般治疗的重要医疗空间单元，主要服务于非急危重症患儿的快速分诊与临床诊疗。诊室通过设置两组独立诊疗位，提高急诊高峰时期的接诊效率，同时满足儿童患者年龄差异及疾病类型多样化的诊疗需求。空间内部通常配置医生工作区域、患儿检查区域、诊疗床、医疗设备及必要的储物设施，并结合儿童使用特点优化空间尺度与环境安全性。

在医疗工艺流程组织中，由于儿童患者通常由家属陪同就诊，诊室空间需兼顾医护人员操作效率、患儿检查行为以及家属陪护需求，同时应避免不同患儿之间产生干扰。通过合理组织医护流线、患儿流线及医疗辅助流线，实现儿童急诊诊疗过程的高效、安全与有序运行。建议净面积不小于 12 平方米。



图 3.3 急诊双人诊室示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 急诊双人诊室主要行为说明

急诊双人诊室主要行为见图 3.4。

急诊双人诊室布局三维示意图 3.5。

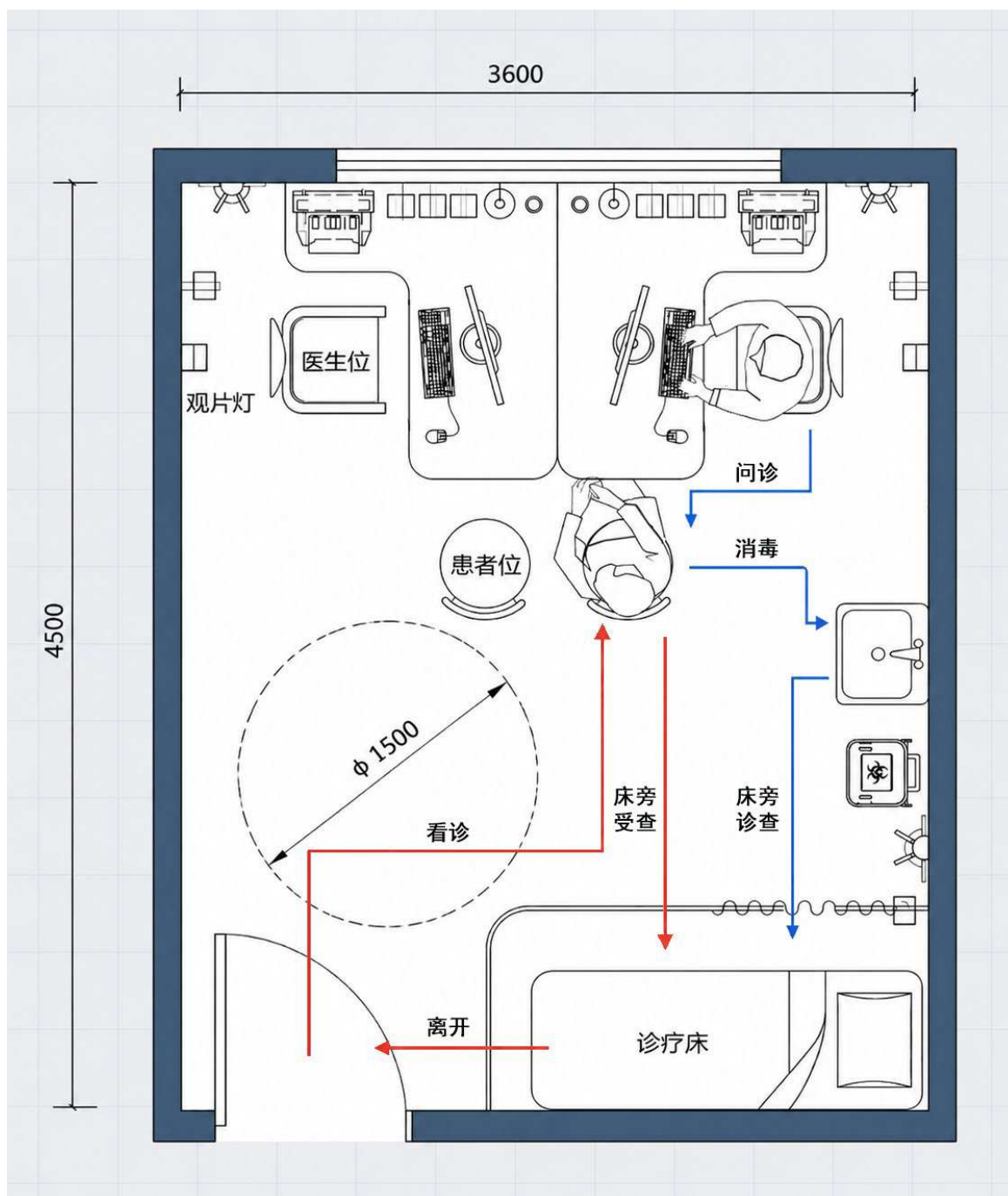


图 3.4 急诊双人诊室主要行为示意图（图片来源：笔者自绘）



图 3.5 急诊双人诊室三维示意图（图片来源：笔者自绘）

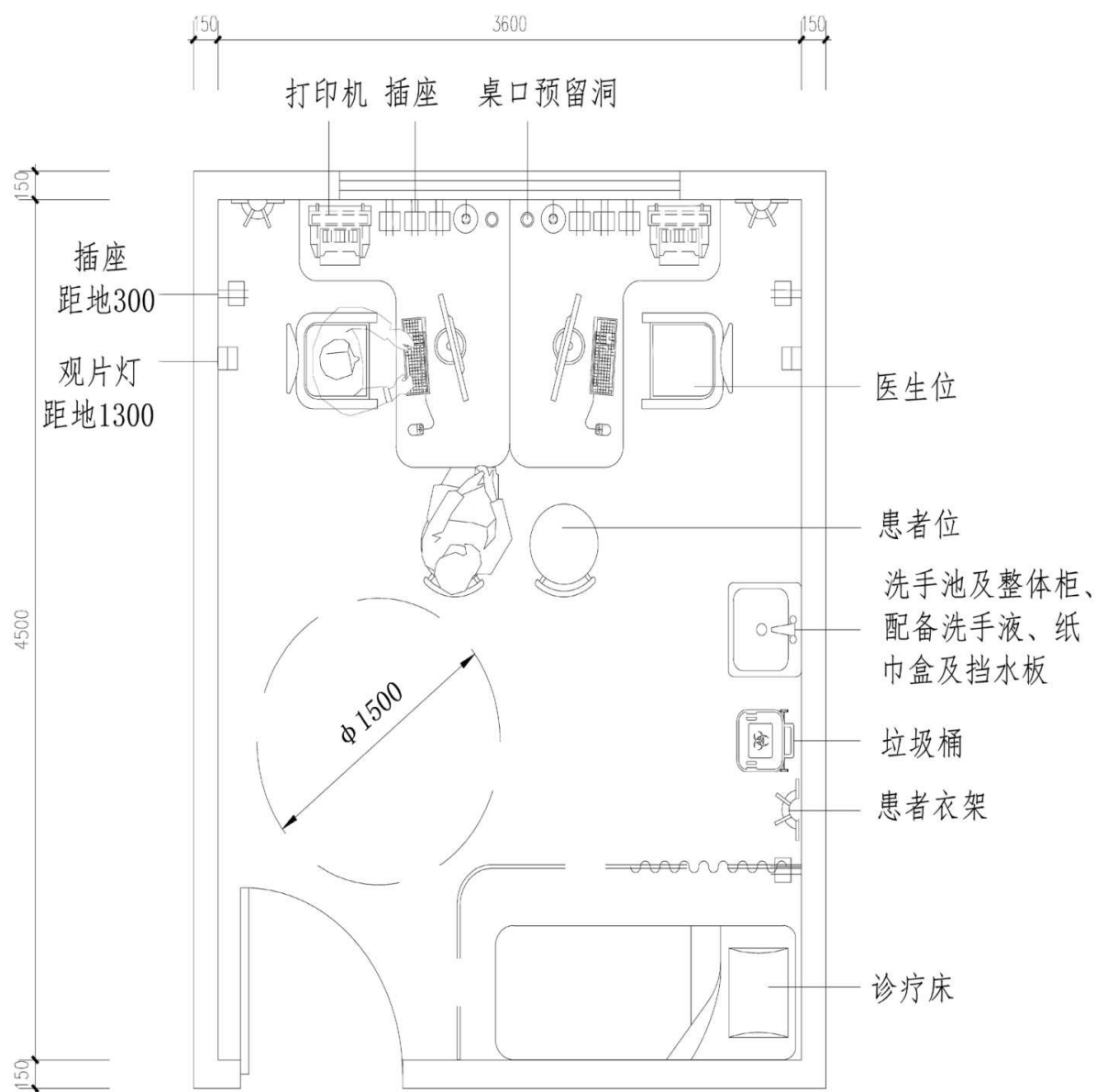
本房型房间设置于急诊“流水”区。与门诊标准诊室不同，急诊诊区通常为大空间“黑房间”设置，因此房间可设置医生出入口，同时需符合安全、感染及管理控制的要求。

诊室房间入口建议采用隔帘式并预留一定空间，利于轮椅、平车的进出以及医生观察下一位患者情况，保证救治便捷、及时。该房间对静音要求不高，根据医疗行为特点，应将检查床外置、医生诊问区靠后设置，也使门口处为轮椅、平车留出足够空间。

(3) 平面图与家具、设备配置

急诊双人诊室平面布置图见图 3.6。

急诊双人诊室配置清单见表 3.2。



图例： □ 电源插座 ⊖ 呼叫 ▷ 电话 ⊗ 地漏
◁ 感应龙头 ㊦ 电视 □ 观片灯 ⊙ 网络

图 3.6 急诊双人诊室平面布局图 (图片来源: 笔者自绘)

房间名称	双人诊室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：3600×4500 mm； 面积：16m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	诊室单间使用面积不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6, 抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材, 厚度 2.0-2.5mm, 防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门, 宽度≥900mm, 配备静音合页	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃, 内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘, 遮光性良好	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	医生诊桌	1	1500×700×750	L 形桌, 边角做圆角处理, 防碰撞
	医生诊椅	1	526×526×900	升降靠背, 可移动, 带扶手满足长时间工作要求
	患者椅	1	标准尺寸	可升降, 适配儿童诊疗需求
	家属陪护椅	1	标准尺寸	坐高≥450mm, 设置扶手+靠背
	诊床	1	1850×700×650	单侧或双侧防护栏, 防跌落、防滑
	脚凳	1	300×300×300	稳固耐用, 防滑设计
	衣架	2	标准尺寸	根据实际空间选择型号
	帘轨	1	定制尺寸	L 型设计, 适配诊室布局
	洗手盆	1	500×450×800	含防水板、纸巾盒、洗手液、镜子(可选)
	医疗废物桶	2	300x300x500	脚踏式, 分类放置(感染/生活)
医疗设备	工作站	1	标准尺寸	包括显示器、主机、打印机等
	显示屏	1	24 英寸	高清显示, 可调节角度
	观片灯	1	402×506×110	单联医用观片灯, 功率 60W(参考)
	血压计	1	儿童袖带设计	电子血压计, 精准测量
	听诊器	1	医用标准	常规检查设备
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准, 确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整, 但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养, 确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 3.2 双人诊室配置清单

2. 急诊治疗室（单床）

（1）急诊治疗室功能简述

儿童医院急诊治疗室主要承担急诊患儿诊断后的一般治疗、操作处置及短时间医疗干预功能，是连接急诊诊室与留观、住院等后续医疗环节的重要治疗空间。主要用于开展输液治疗、药物注射、雾化吸入、创伤处理、穿刺操作及其他非手术性治疗操作，满足急诊患儿快速处置和连续治疗需求。

该空间在三级医疗工艺流程中承担急诊治疗操作节点，应根据儿童患者特点配置相应医疗设备及操作设施，满足医护人员开展治疗行为的空间需求。空间组织需保证医护操作便捷、患儿就诊安全，并与急诊诊室、抢救室、输液观察区及护理工作区域形成高效联系。

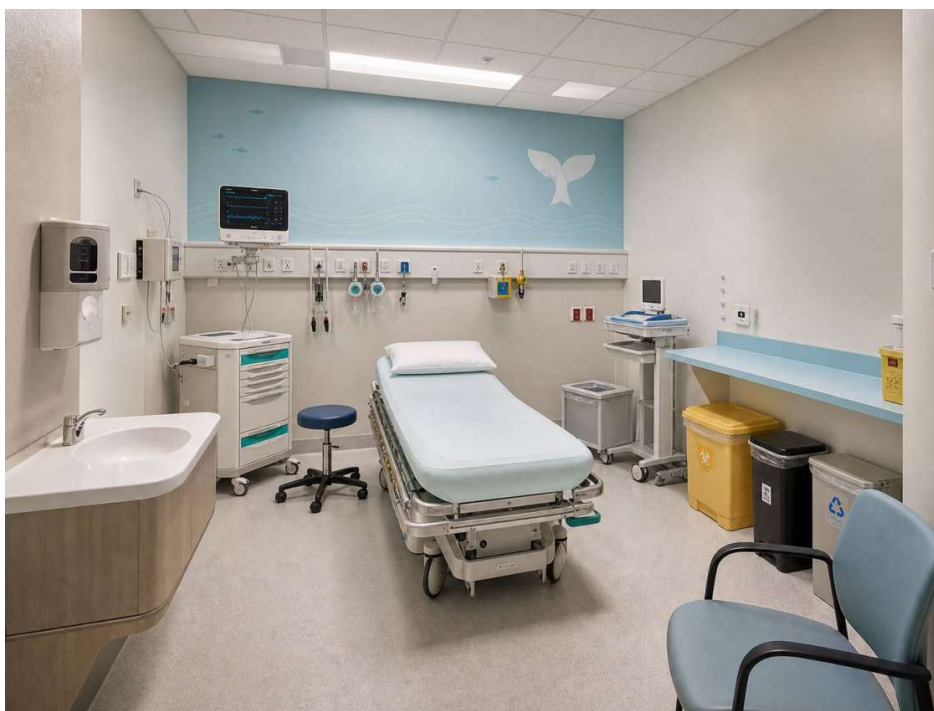


图 3.7 急诊治疗室示意图（图片来源：AI 辅助生成）

（2）急诊治疗室主要行为说明

急诊治疗室主要行为见图 3.8。

急诊治疗室布局三维示意图 3.9。

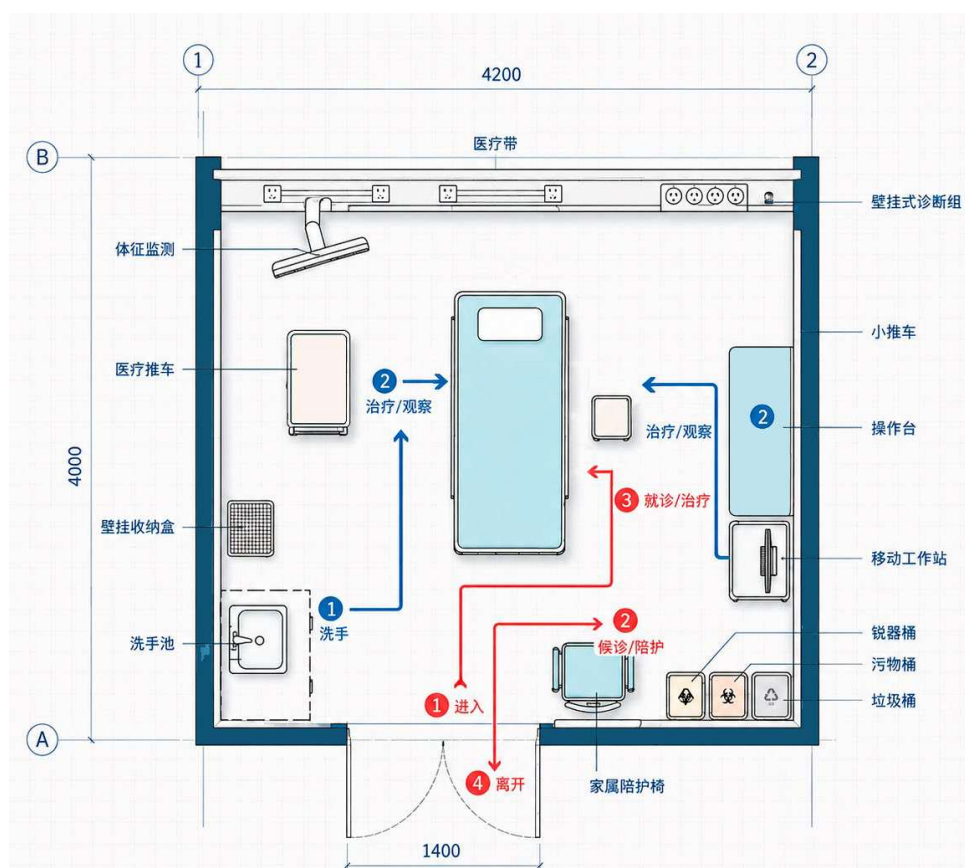


图 3.8 急诊治疗室主要行为示意图 (图片来源: 笔者自绘)

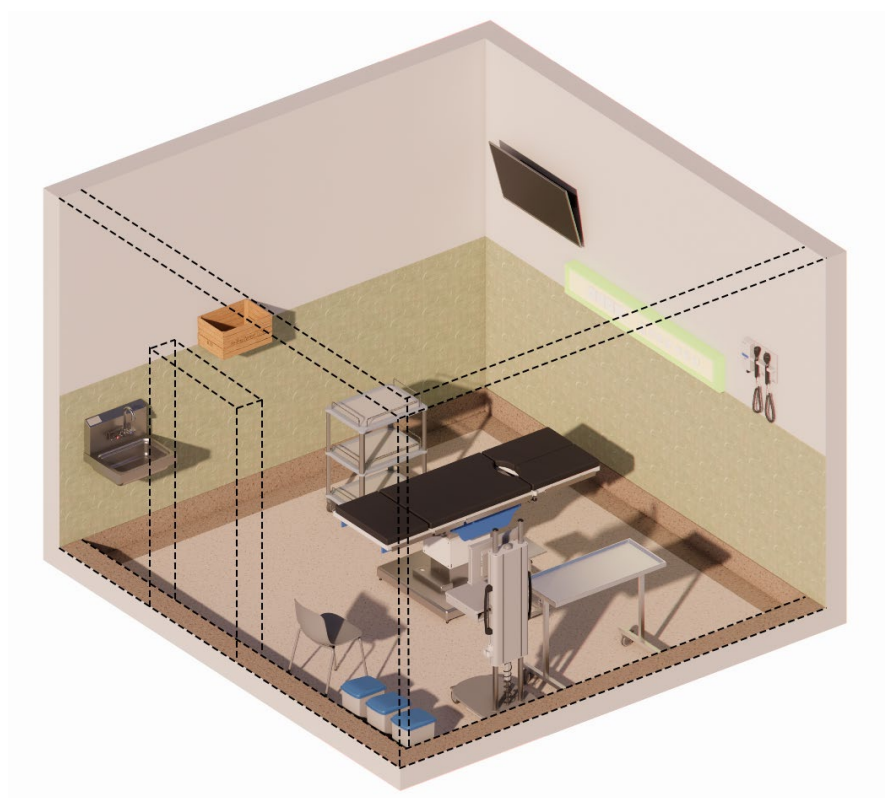


图 3.9 急诊治疗室布局三维示意图 (图片来源: 笔者自绘)

患儿诊疗与治疗操作区：患儿在诊疗床或治疗椅上接受医护人员评估与操作，医护人员围绕患儿完成药物配置、治疗实施、生命体征观察等连续医疗行为。治疗区域需保证患儿活动及医疗操作空间的完整性，根据儿童患者体型特点设置合理操作尺度，并预留医护人员两侧操作空间，满足不同年龄阶段患儿的治疗需求。同时，空间环境应结合儿童心理特点，通过柔和环境设计、视觉引导及安全防护措施，降低患儿治疗过程中的紧张和不适。

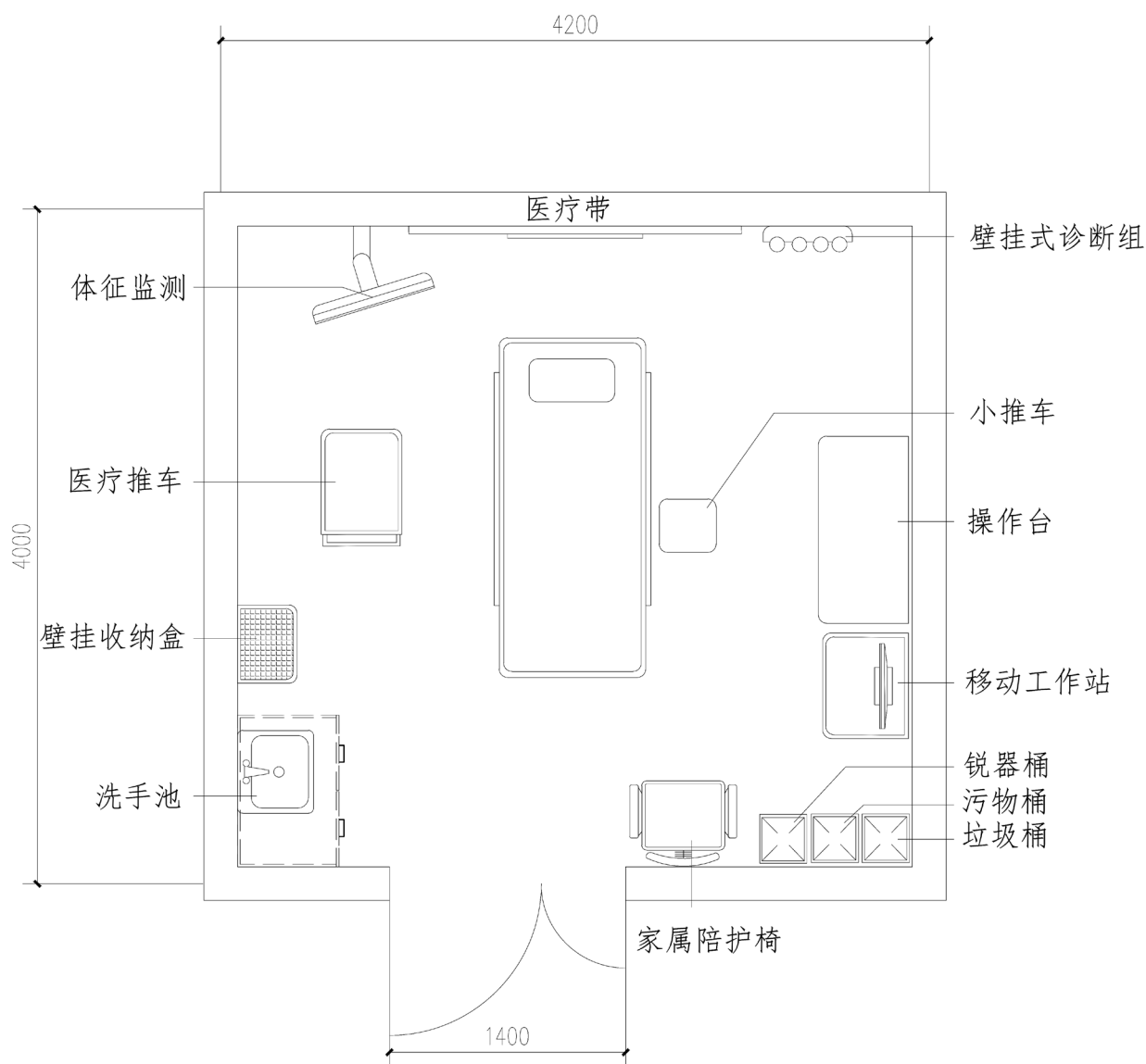
医护治疗操作与设备支持区：该区域承担急诊治疗过程中的医疗技术支持功能，是保障治疗行为顺利实施的重要空间单元。医护人员通过医疗设备、移动治疗车及信息化终端完成药品准备、治疗执行、病情记录及治疗过程管理。空间内设置必要的医疗设备接口、电源供应及储物设施，以支持输液泵、监护设备、雾化设备等医疗仪器运行。同时，医护人员在操作过程中需遵循标准感染防控流程，通过洗手设施、手消设备以及医疗废弃物分类收集设施完成手卫生和污染物处理，保证治疗环境的安全性与洁净性。

护理观察与患儿陪护区：该区域主要满足治疗过程中患儿状态观察以及家属陪护需求。护理人员通过开放式视线联系或护理工作站对治疗患儿进行持续观察，及时发现患儿病情变化并进行干预。由于儿童患者通常需要家属陪同完成治疗过程，空间应为家长提供适当陪护位置，方便其安抚患儿、协助沟通病情，同时避免影响医护人员操作路径。通过合理组织治疗区、护理观察区及陪护区域之间的空间关系，实现患儿治疗、护理观察以及家庭支持行为之间的协调统一。

(3) 平面图与家具、设备配置

急诊治疗室平面布置图见图 3.10。

急诊治疗室配置清单见表 3.3。



图例： □ 电源插座 ⊙ 呼叫 ▷ 电话 ⊗ 地漏
◁ 感应龙头 ㊦ 电视 ㊦ 观片灯 ⊙ 网络

图 3.10 急诊治疗室平面布局图 (图片来源: 笔者自绘)

房间名称	急诊治疗室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：4000×4200 mm； 面积：17m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	治疗室单间使用面积不小于 12 - 15 m²
墙面装修	采用医用抗菌无机预涂板	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	aw≥0.6，抗菌矿棉吸声板/金属微孔吸声板	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	医用同质透心 PVC 卷材，厚度 2.0-2.5mm，防滑等级 R9-R10	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	医用钢制门/木质医用门，宽度≥900mm，配备静音合页	樘	GB 50333-2013	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	设置隔帘保护患者隐私	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	诊疗/恢复推床	1	2100×750×600-850	高度可调，带脚轮
	访客/患者椅	1	550×550×850	可选配置
	床位隔帘	1	3000×2200	与轨道配套，按现场修正
	一次性手套分配器	1	250×100×140	壁挂安装
	壁挂层板/置物架	1	600×300×250	可选，用于小型物品放置
	医疗废物桶，20L	1	320×320×450	脚踏式或感应式
	患者服务面板/墙面服务面板	1	1800×200×450	集成医气、电源、呼叫、通信接口
医疗设备	氧气流量计	1	150×60×170	接入患者服务面板
	空气流量计	1	150×60×170	接入患者服务面板
	负压吸引适配器	1	120×60×120	接入患者服务面板
	吸引瓶	1	120×120×250	约 1-2L 容量
	吸引瓶支架	1	160×120×180	壁挂或面板配套安装
	移动输液架	1	500×500×1200-2200	高度可调，五脚底座
	单通道输液泵	1	150×200×180	需配置电源
	锐器盒支架	1	280×160×120	壁挂安装
	壁挂式锐器盒，7L	1	270×170×300	与支架配套
	顶装单头检查灯	1	600×600×1200	含悬臂，需供电
	壁挂式诊断套装	1	250×100×300	可选，需供电
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 3.3 急诊治疗室配置清单

3. 急诊抢救单元

(1) 急诊抢救单元功能简述

急诊抢救单元是儿童医院急诊核心用房，抢救单元需直通急诊门厅，有条件时宜直接衔接急救车停车位，可容纳 1 名危重患儿及 5-8 名医护人员，24 小时开展儿童急危重症的评估、复苏、救治与观察。室内配齐儿童专用抢救推车、复苏设备、保暖设备及全套监护、医疗气体等专业设施，遵循医疗安全与感染防控相关规范，全面适配各年龄段患儿的急诊抢救诊疗需求。每床净面积建议不小于 30 平方米。



图 3.11 急诊抢救单元示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 急诊抢救单元主要行为说明

急诊抢救单元主要行为见图 3.12。

急诊抢救单元布局三维示意图 3.13-a / 图 3.13-b。

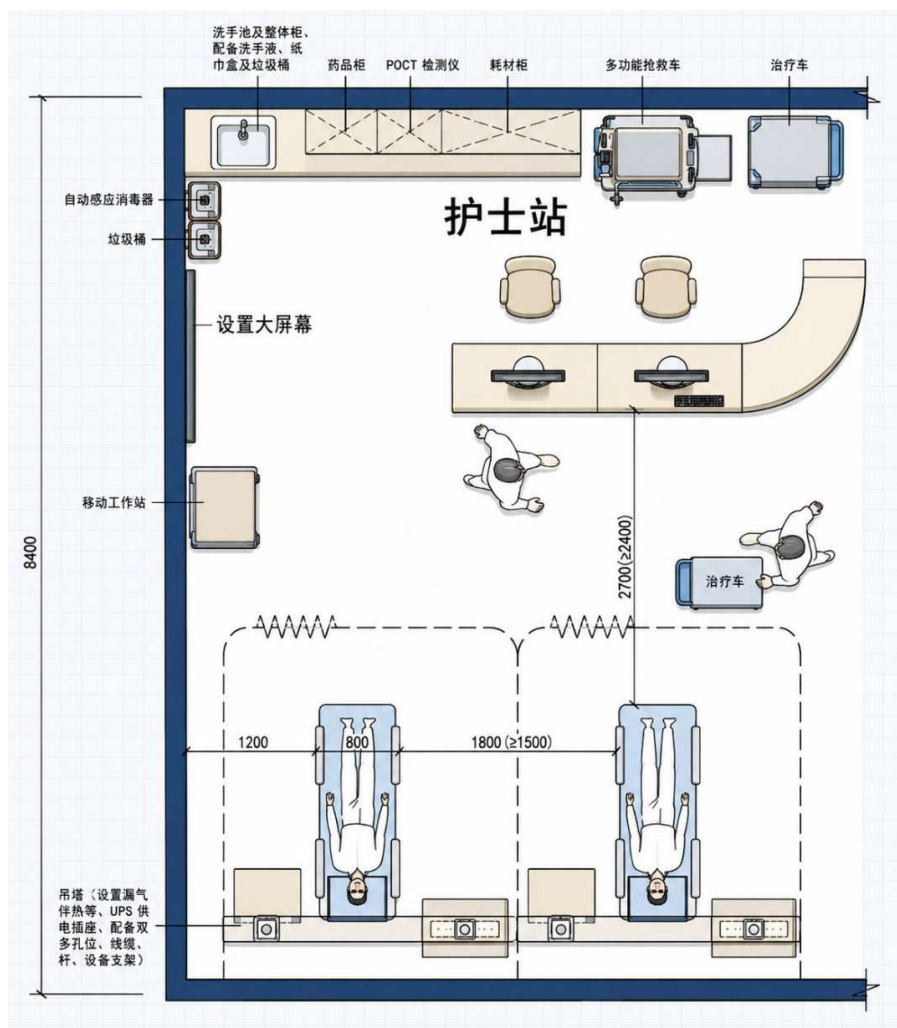


图 3.12 急诊抢救单元主要行为示意图 (图片来源：笔者自绘)

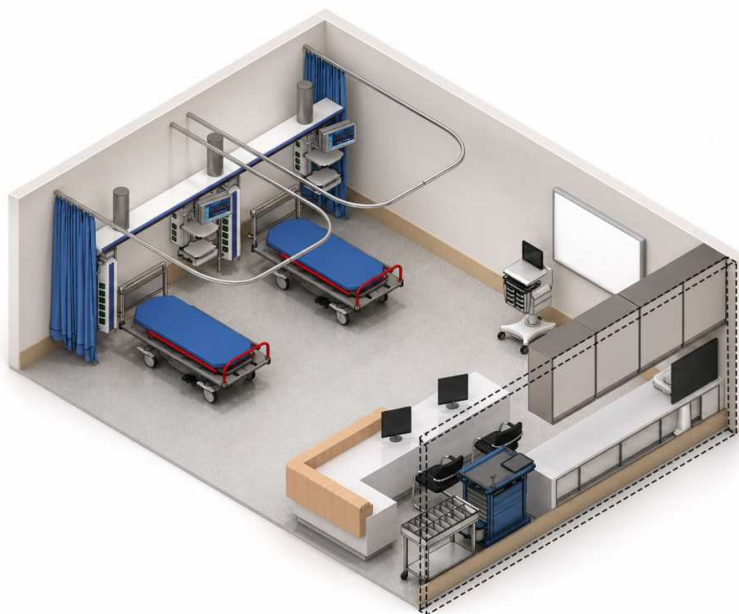


图 3.13-a 急诊抢救单元三维示意图 01 (图片来源：笔者自绘)

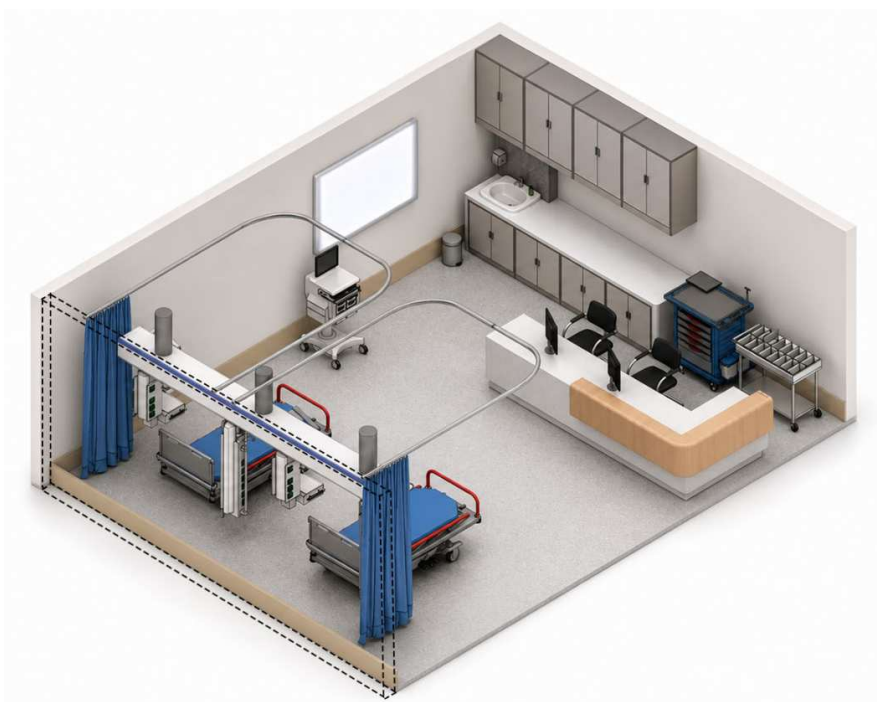


图 3.13-b 急诊抢救单元三维示意图 02 (图片来源：笔者自绘)

抢救区：预留气道小组操作位，由急诊医生或麻醉科医生在患儿床头开展气管插管、建立人工气道辅助通气等操作；设置巡回护士位，负责抢救记录书写、儿童专用耗材与物品精准传递。抢救区吊塔适配儿童诊疗需求，每个抢救单元均配备儿童专用监护仪、输液泵、微量泵，及氧气、正负压等医用气体管道系统终端，保障抢救气体与设备使用需求。

抢救床布置：抢救床床头与墙面之间预留不小于 1.0m 的操作空间，适配儿童体位调整、多人协同抢救及各类儿童专用诊疗设备的摆放与操作需求，满足多人同时开展抢救作业的空间要求。

储物区：上方储物柜分类存放儿童各年龄段专用一次性医疗耗材，下方储物柜分区存放儿童适用规格的输液液体，按剂型、剂量有序摆放，便于抢救时快速取用，保障耗材与液体的适配性和取用效率。

仪器设备存放区：定点存放儿童专用心电图机、小儿除颤仪、儿童专用急救车，所有设备固定位置摆放并定期检测性能；急救车内按儿童剂量精准配置药品，

搭配各年龄段专用抢救物品，定期清点核对并做好记录，确保耗材、药品完全适配儿童诊疗需求。

移动工作站：用于抢救结束后患儿诊疗记录的书写、录入，配备计算机、打印机及稳定网络，可快速调取儿童电子病历，适配儿童医院诊疗信息录入与管理要求，保障抢救记录及时、准确归档。

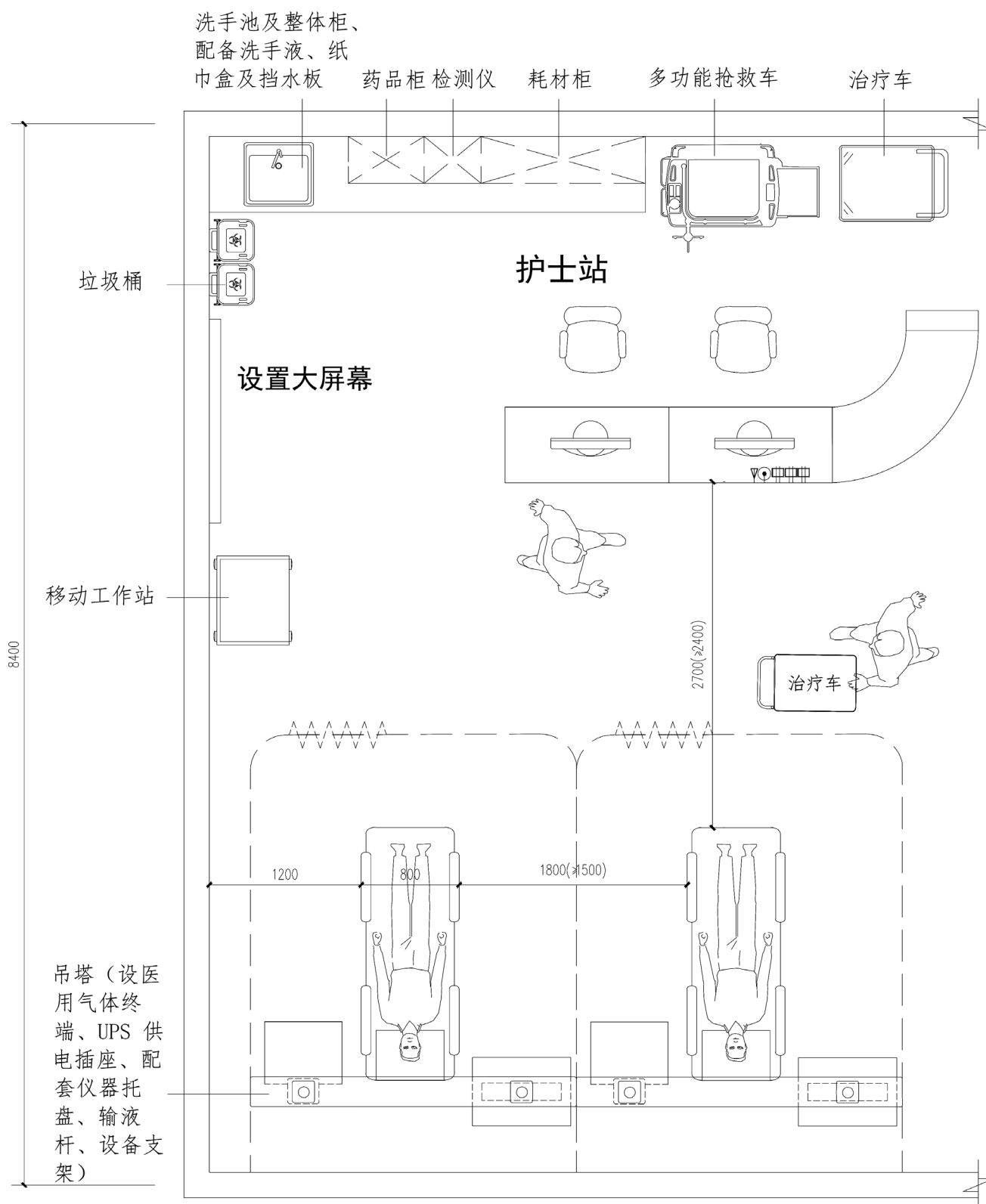
清洁与污物处理：设置感应式水龙头洗手盆，减少接触式交叉感染；配置自动感应式污物柜，实现分类垃圾封闭管理，避免人工接触，符合院感防控相关要求。

入口与通行设置：入口设置门禁，避免家属或其他无关人员随意进出，保障抢救区域医疗安全；抢救室房门净宽不应小于 1.4m，满足儿童平车、抢救设备快速进出的通行需求。

（3）急诊抢救单元平面图与家具、设备配置

急诊抢救单元平面布置图见图 3.14。

急诊抢救单元配置清单见表 3.4。



图例： 电源插座 呼叫 电话 地漏
 感应龙头 电视 观片灯 网络

图 3.14 急诊抢救单元平面布局图（图片来源：笔者自绘）

房间名称	急诊抢救单元			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	每床净使用面积不宜小于 12 m²/床;净高:不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	单床使用面积建议 12 - 20 m²
墙面装修	墙面采用 6mm 树脂预制板或可洗丙烯酸涂料	m²	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	可洗涂料石膏板平顶或局部吊顶; 铝合金阴角线; 预留吊塔、输液轨道、检查灯承重。	m²	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	防滑无缝医用 PVC 卷材, 150mm 高上翻踢脚	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	满足推床、抢救车及移动设备快速通行	樘	GB 50333-2013	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃,内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	设置隔帘保护患者隐私	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	操作台/治疗准备台	1	1800×600×850	台下局部开放, 用于备物和书写
	高背人体工学椅	1	560×560×900	医护人员使用
	带锁药品柜	1	900×450×1800	含药品保险/安全储存空间
	台下柜	1	1200×550×850	可调层板
	壁挂带锁药品柜	1	900×350×700	设于操作台上方
	床位隔帘	1	3000×2200	保护患者隐私, 按现场尺寸调整
	一次性手套分配器	1	250×100×140	壁挂安装
	洗手盆	1	900×600×800	宜配备防水板、纸巾盒、洗手液
	医疗废物桶, 50L	1	400×400×650	脚踏式或感应式
	普通垃圾桶, 20L	1	320×320×450	一般废弃物收集
	可调式层架	1	900×450×1800	操作台上方/储物使用
固定设施	床位隔帘轨道	1	3000×40×40	顶装, 按现场尺寸调整
	顶装输液轨道	1	1500×40×40	可选, 也可与吊塔/服务单元结合
	顶装输液吊架	1	300×300×800-1500	与输液轨道配套
	A 型刷手盆/洗手盆	1	800×550×850	感应龙头, 靠近操作区
	模拟时钟	1	300×50×300	电源接入, 便于抢救计时
	抢救计时钟	1	300×80×300	与模拟时钟并设
	双臂吊塔/患者供应单元	1	900×900×1800	集成医气、电源、数据接口
	单头顶装手术/检查灯	1	700×700×1200	LED, 功率约 300W
医疗设备	氧气流量计	2	150×60×170	接入患者供应单元
	空气流量计	2	150×60×170	接入患者供应单元

	负压吸引瓶支架	2	160×120×180	患者供应单元配套
	负压吸引适配器	2	120×60×120	接入患者供应单元
	吸引瓶	2	120×120×250	约 1-2L 容量
	单盆架	2	450×450×850	床旁操作辅助
	便携诊断套装	1	250×100×300	耳镜、眼底镜等
	移动输液架	1	500×500×1200-2200	高度可调，五脚底座
	复苏车/抢救车	1	750×500×980	含急救药品及器械抽屉
	锐器盒，11L	1	300×200×350	可置于抢救车/操作车
	踢脚污物桶	1	300×300×300	床旁污物临时收集
	可调式操作凳	2	450×450×500-700	医护操作使用
	患者监护仪支架	1	300×250×300	壁挂或吊塔安装
	操作/处置车	1	750×500×900	床旁处置物品放置
	X 线/创伤推床	1	2100×760×600-850	用于创伤/影像兼容转运
	除颤监护仪	1	300×250×200	置于复苏车或吊塔附近
	血气分析仪	1	400×400×450	可选，床旁 POCT
	注射泵	2	320×150×120	需电源，数据接口可选
	快速输液/血液加温泵	1	250×220×200	可选，带支架
	重症生理监护仪	1	360×280×300	需电源及数据接口
	便携吸引泵	1	400×250×300	应急备用
	单通道输液泵	2	150×200×180	需电源，数据接口可选
	转运呼吸机	1	300×250×250	需氧气/空气接口及电源
	床旁超声	1	500×450×1300	可选，POCUS 使用
	嵌入式药品冰箱，150L	1	600×600×850	台下安装，需电源及数据接口
	电脑及显示器	1	600×250×500	设于操作台，需电源和数据
	免提电话	1	220×180×80	设于操作台
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 3.4 急诊抢救单元配置清单表

注：急诊抢救单元宜以医用吊塔作为床旁主要能源与信息接口，集成氧气、负压吸引、压缩空气、电源、网络、监护及设备挂载功能。采用岛式抢救床布置时，可不设置外凸式连续医疗带；但应在床头墙面或侧墙设置暗装备用医疗气体、电源及信息终端，作为吊塔检修、接口冗余、移动设备停靠及转运交接时的辅助支持。墙面终端应避免突出患儿及家属活动界面，不得侵占床旁抢救操作净空。

4. 心肺复苏室

(1) 心肺复苏室功能简述

心肺复苏室是急诊部救治体系中的最高等级“红区”空间，专门用于对心跳骤停、呼吸衰竭等极危重症患者实施高级生命支持（ACLS）。作为急诊部的核心抢救单元，其设计目标是在最短时间内集成呼吸、循环及药物支持手段，通过高度集中的医疗设备（如呼吸机、除颤仪、起搏器等）和专业急救团队的环绕式作业，最大程度挽救患者生命。在空间形态上，它通常作为独立的诊疗间存在，单床净面积建议在 25 m²至 28 m²之间，以确保在多名医护人员同时进行徒手心肺复苏、气管插管或 ECMO 预置时，床周拥有无障碍的操作半径。



图 3.15 心肺复苏室示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 心肺复苏室主要行为说明

心肺复苏室主要行为见图 3.16。

心肺复苏室布局三维示意图 3.17。

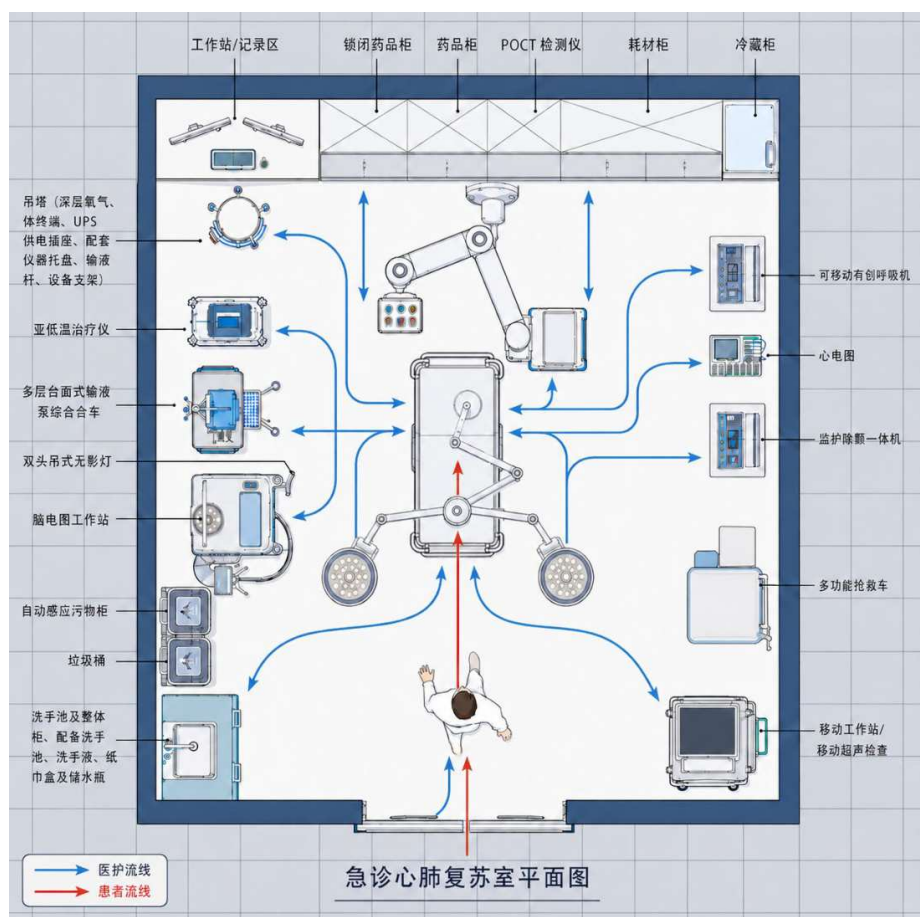


图 3.16 心肺复苏室主要行为示意图 (图片来源: 笔者自绘)

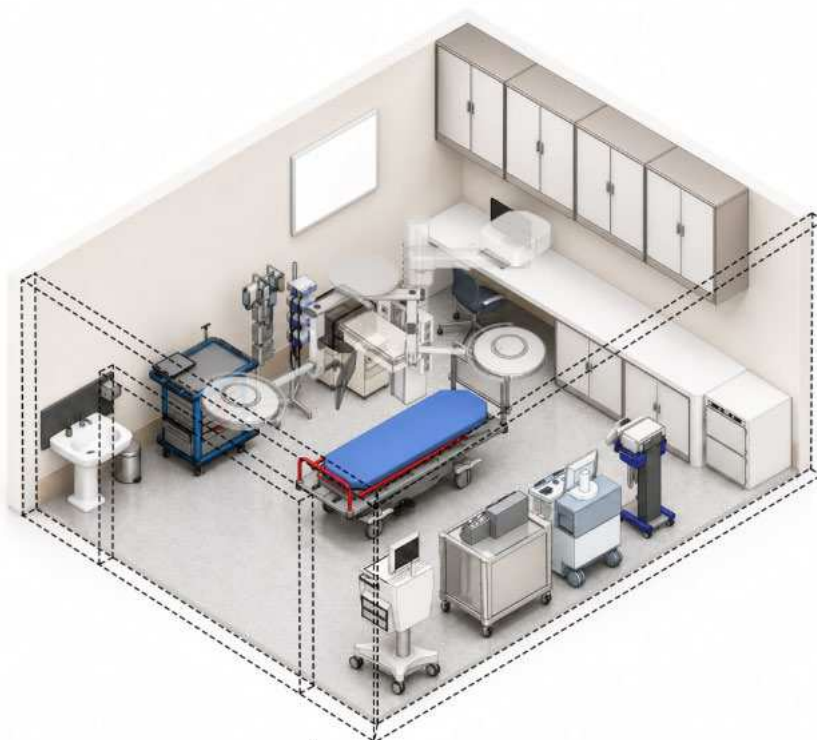


图 3.17 心肺复苏室三维示意图 (图片来源: 笔者自绘)

核心救治与抢救行为：心肺复苏室是承担急危重症患儿生命支持与紧急复苏的重要医疗空间，其主要行为围绕抢救床形成多人员协同的环绕式操作模式。患儿进入空间后，医护团队围绕抢救床开展生命评估、气道管理、循环支持及病情稳定等连续救治行为。医生主要位于患儿头侧区域，通过吊塔系统连接氧气、负压吸引及呼吸机等医疗气体接口，完成气道开放和呼吸支持；其他医护人员分布于床侧区域，协同完成胸外按压、电除颤、静脉通路建立、药物应用及生命体征监测等操作。

辅助支持与设备保障行为：心肺复苏过程中，医护人员依托完善的辅助设施保障抢救流程连续开展。通过入口区域洗手设施或手消设备执行手卫生操作，依据感染控制要求完成标准化医疗行为。药品、耗材及急救器械通过抢救车、固定储物柜等设施快速供应，满足紧急状态下即时使用需求。空间需预留移动 X 光机、床旁超声及信息化工作站等设备操作位置，以支持患儿快速检查与医疗信息记录。同时，医疗废弃物及锐器按照洁污分区原则分类收集，保障抢救环境安全。

应急响应与协同行为：由于心肺复苏涉及多种生命支持设备同步运行，空间需配置充足的医疗气体接口、电源系统及备用电源，保障监护仪、除颤仪、呼吸机等设备持续运行。医护人员通过监护系统实时掌握患儿生命状态，并利用紧急呼叫及通讯系统与护士站、PICU 等相关医疗单元建立快速联系，实现危重患儿救治资源的及时响应。空间组织需兼顾快速救治、患儿安全及家属沟通需求，形成高效、有序的儿童急诊复苏环境。

(3) 心肺复苏室平面图与家具、设备配置

心肺复苏室平面布置图见图 3.18。

心肺复苏室配置清单见表 3.5。

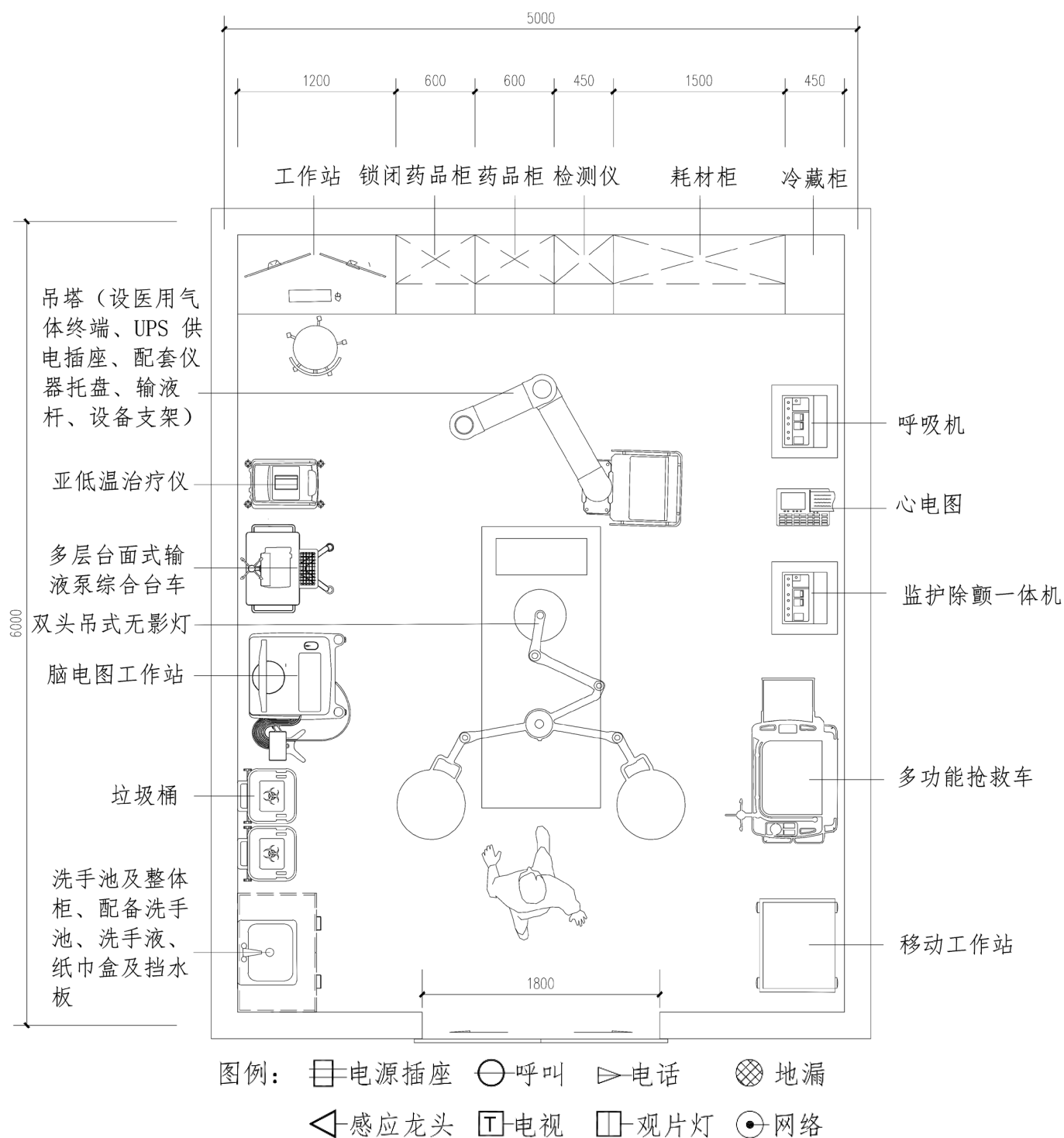


图 3.18 心肺复苏室平面布局图 (图片来源: 笔者自绘)

房间名称	心肺复苏室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：5000×6000mm；面积：30m²；净高：不小于2.8m	项	医用建筑设计规范	单床净面积最小≥30 m²，建议面积：30～35 m²
墙面装修	轻质隔墙或砌体墙基层；面层推荐医用抗菌洁净板、无机预涂板或耐擦洗抗菌涂料	m²	GB 50333-2013	床头及设备密集区建议加 PVC 防撞板/护墙板，高度约1200-1500mm
顶棚装修	推荐防尘、防霉、可擦洗石膏板吊顶，面刷抗菌防霉涂料；也可采用医用金属洁净吊顶	m²	GB 50333-2013	机电安装要求顶棚需预留吊塔、检查灯、输液轨道等承重及检修条件
地面装修	推荐2.0mm厚同质透心医用PVC卷材或同等级医用弹性地材；热焊接缝，踢脚上翻100-150mm	m²	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	门净宽不小于1200mm，净高不小于2100mm	樘	GB 50333-2013	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃,内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	设置隔帘保护患者隐私	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	儿童抢救床/复苏床	1	1700×700×600-850	高度可调，带护栏、脚轮
	婴幼儿复苏保温台	1	900×600×1800	用于婴幼儿复苏、保温、照明
	医护操作台	1	1800×600×850	用于记录、备物、抢救准备
	台下储物柜	1	1200×550×850	放置常用耗材
	壁挂药品柜/高警示药品柜	1	900×350×700	带锁，儿童剂量药品分区
	家属短暂停留椅	1	550×550×850	不影响抢救动线
	医护升降圆凳	2	450×450×500-700	抢救操作及记录使用
	床位隔帘	1	3000×2200	保护隐私，按现场调整
	手套分配器	2	250×100×140	按儿童规格分区
	医疗废物桶，50L	1	400×400×650	脚踏式或感应式
	锐器盒及支架	1	270×170×300	壁挂或车载
	儿科耗材开放层架	1	900×450×1800	按年龄/体重分层存放
固定设施	床位隔帘轨道	1	3000×40×40	顶装，按现场调整
	顶装输液轨道	1	1500×40×40	可与吊塔结合
	顶装检查灯	1	700×700×1200	LED，照度可调
	双臂吊塔/儿童复苏供应单元	1	900×900×1800	集成医气、电源、弱电
	数字抢救计时钟	1	400×80×250	/
	体重/年龄剂量提示板	1	900×20×600	/
医疗设备	儿童复苏车/抢救车	1	750×500×980	按年龄/体重分层配置
	儿科气道管理车	1	750×500×980	含不同规格喉镜、导管、喉罩

	除颤监护仪	1	300×250×200	配儿童、婴儿电极片
	儿童多参数监护仪	1	360×280×300	/
	转运呼吸机/急救呼吸机	1	300×250×250	适配儿童及婴幼儿模式
	手动复苏球囊套装	3	300×200×120	成人、儿童、婴儿各1套
	喉镜套装	1	350×250×100	成人/儿童/婴儿镜片
	视频喉镜	1	300×250×120	配儿童及婴幼儿镜片
	便携吸引器	1	400×250×300	应急备用
	壁式吸引瓶及调压器	2	120×120×250	接负压吸引接口
	氧气流量计	2	150×60×170	含儿童低流量适用规格
	空气流量计	2	150×60×170	接医用空气
	空氧混合仪	1	220×180×160	婴幼儿氧浓度精细调节
	输液泵	2	150×200×180	/
	注射泵	4	320×150×120	儿科药物微量泵入
	快速输液/输血加温装置	1	250×220×200	低体温风险患儿使用
	儿童体重秤/婴儿秤	1	600×400×120	/
	床旁血气/POCT 分析仪	1	400×400×450	血气、电解质、乳酸等
	床旁超声	1	500×450×1300	可选,用于心肺/血管通路评估
	骨髓腔输液装置	1	300×200×100	困难静脉通路备用
	儿童约束带/固定带	1	400×300×80	柔性固定
	电脑及显示器	1	600×250×500	急诊病历及抢救记录
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准,确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整,但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养,确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 3.5 心肺复苏室配置清单

5. 隔离抢救室

(1) 隔离抢救室功能简述

隔离抢救室是应对结核、流感等空气传播疾病及不明原因呼吸道感染患儿的核心感控节点。通过精密气流控制系统使室内气压低于外部，搭配独立排风与 HEPA 高效过滤，防止污染空气外溢。该封闭空间集物理隔离、筛查取样及应急处置于一体，净面积 $\geq 18\text{ m}^2$ （含 $\geq 6\text{ m}^2$ 前室），设独立卫生间与前室，采用圆角耐消毒家具及儿童专用设备，执行二级+防护、废物双层封装规范，兼顾感染阻断与患儿安抚需求。



图 3.19 隔离抢救室示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 隔离抢救室主要行为说明

隔离抢救室主要行为见图 3.20。

隔离抢救室布局三维示意图见图 3.21。

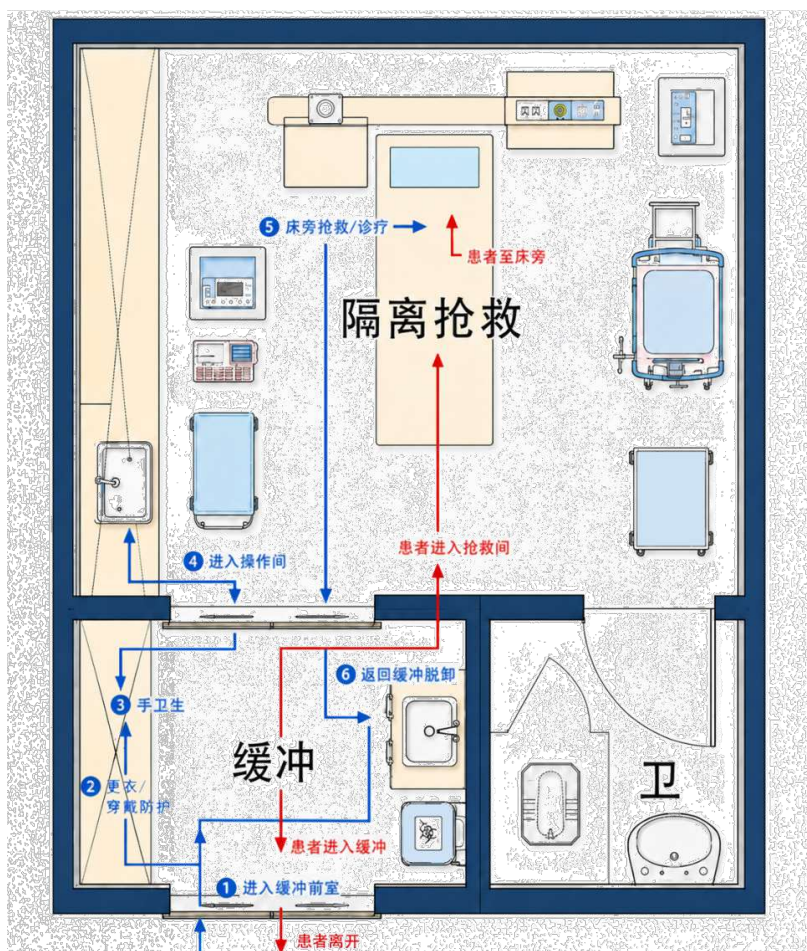


图 3.20 隔离抢救室行为示意图 (图片来源: 笔者自绘)



图 3.21 隔离抢救室布局三维示意图 (图片来源: 笔者自绘)

前室与缓冲转换行为：隔离抢救室作为承担感染性或疑似感染危重患儿救治的重要医疗空间，其医疗行为首先通过前室完成医护人员防护转换及洁污区域过渡。医护人员进入诊疗区域前，在前室内按照感染防控要求完成二级或三级防护用品的穿戴，并通过手卫生设施进行清洁消毒。缓冲空间通过气流组织和压差控制形成独立防护屏障，利用压差监测设备确认室内负压环境稳定，避免污染空气向外扩散。同时，医疗耗材、药品及检验标本可通过传递设施完成非接触式交接，减少人员流动对气流组织和感染控制效果的影响。

患儿抢救与诊疗操作行为：核心诊疗区域承担隔离患儿的检查、治疗及紧急救治行为，是空间内主要医疗活动区域。医护人员围绕患儿诊疗床开展体格检查、生命体征监测、采样检测、药物治疗及必要的抢救操作，并通过床旁监护设备持续观察患儿病情变化。空间内气流组织按照医护区域向患儿区域定向流动的原则进行控制，降低飞沫及气溶胶传播风险。

专用卫生与感染控制行为：卫生间通过独立排风系统维持局部负压环境，使污染空气定向排出，避免气溶胶在室内扩散。给排水设施采用非接触式操作方式，降低医护人员及患儿接触传播风险。同时，空间内医疗废弃物、污染物及使用后防护用品需按照感染控制流程分类收集和处理，确保隔离抢救全过程符合医院感染防控要求。整体空间通过前室缓冲、负压控制、独立卫生及连续医疗操作，实现儿童感染性急危重症患者安全、高效的救治流程。

(3) 隔离抢救室平面图与家具、设备配置

隔离抢救室平面布置图见图 3.22。

隔离抢救室配置清单见表 3.6。

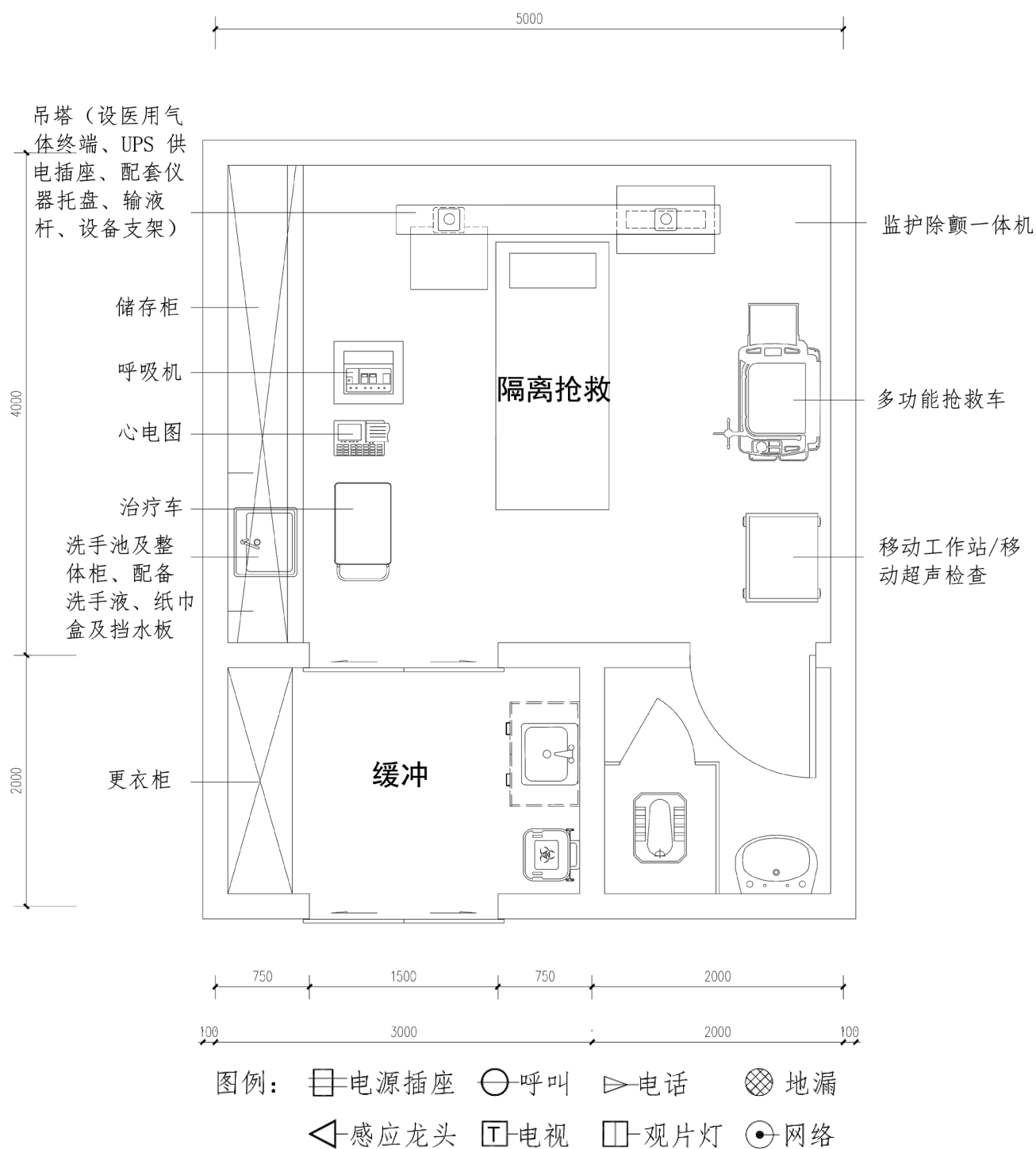


图 3.21 隔离抢救室平面布置图见图（图片来源：笔者自绘）

房间名称	隔离抢救室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：4800×6000 mm； 面积：29m²；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	承担抢救功能，建议结合设备展开适当放大
墙面装修	墙面采用可擦洗丙烯酸涂料； 洗手盆及溅水区采用 6mm 树脂板或防溅瓷砖；床头区设防撞护墙板	项	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	可擦洗石膏板吊顶，平整密闭； 铝合金阴角线；预留检查灯、风口、检修口和压差监测	项	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	防滑无缝医用 PVC 卷材，热焊接缝， 150mm 上翻踢脚	项	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	铝合金/安全玻璃门，1.5 扇或双开形式， 门净宽不小于 1400mm	樘	适儿化设计导则	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	诊疗/恢复推床	1	2100×750×600-850	急诊急性治疗、观察和隔离抢救
	访客/患者椅	1	550×550×850	可选，按院感要求使用
	床位隔帘	1	3000×2200	保护隐私，按现场调整
	床位隔帘轨道	1	3000×40×40	顶装，按现场调整
	一次性手套分配器	1	250×100×140	壁挂安装
	普通废物桶 20L	1	320×320×450	脚踏式或感应式
	医疗废物桶 20-50L	1	400×400×650	隔离医疗废物收集
	锐器盒及支架 11L	1	300×200×350	壁挂安装
医疗设备	氧气流量计	2	150×60×170	接入患者服务面板
	空气流量计	2	150×60×170	接入患者服务面板
	患者服务面板/墙面服务面板	1	1800×200×450	集成医气、电源、通信、呼叫
	负压压差显示/报警装置	1	200×80×160	显示房间压差状态
	负压吸引适配器	2	120×60×120	接入患者服务面板
	吸引瓶	2	120×120×250	与吸引瓶支架配套
	吸引瓶支架	2	160×120×180	壁挂或服务面板配套
	患者监护仪支架	1	300×250×300	墙挂或服务面板安装
	重症生理监护仪	1	360×280×300	接数据及应急电源
	移动输液架	1	500×500×1200-2200	高度可调
	单通道输液泵	1	150×200×180	安装于输液架
	注射泵	1	320×150×120	安装于输液架
	单头顶装检查灯	1	700×700×1200	LED，接应急电源
	两步脚踏凳	1	450×400×400	辅助上下床/操作
	隔离转运抢救车	1	750×500×980	可选，隔离急救药品耗材
	便携吸引器	1	400×250×300	可选，应急备用
	移动空气消毒/净化设备	1	600×500×900	可选，不替代负压通风系统
	备注说明			
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

房间名称	隔离抢救室
------	-------

表 3.6 隔离抢救室配置清单

6. 急诊留观室

(1) 急诊留观室功能简述

儿童医院急诊留观室是承担急诊患儿短期观察与连续治疗的重要医疗单元，主要用于收治经急诊初步诊断后病情暂不稳定、需要进一步监测但尚未达到住院指征的患儿。空间通常采用开放式多床位观察区与独立留观单间相结合的布局形式，承担患儿生命体征监测、药物治疗、输液观察、病情评估及治疗效果判断等医疗功能，是连接急诊抢救单元与住院护理单元的重要过渡空间。

在儿童专科医院中，急诊留观室需通过合理设置护理观察区域、患儿治疗区域及家属陪护空间，保证医护人员能够及时掌握患儿病情变化，同时满足陪护人员沟通、照护及心理安抚需求。空间设计需加强视线联系、噪声控制及感染防护措施，减少高强度急诊环境对儿童患者及家属造成的不良影响，形成安全、高效且符合儿童医疗特点的短期观察治疗环境。



图 3.22 隔离抢救室示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 急诊留观室主要行为说明

急诊留观室主要行为见图 3.23。

急诊留观室布局三维示意图 3.24。

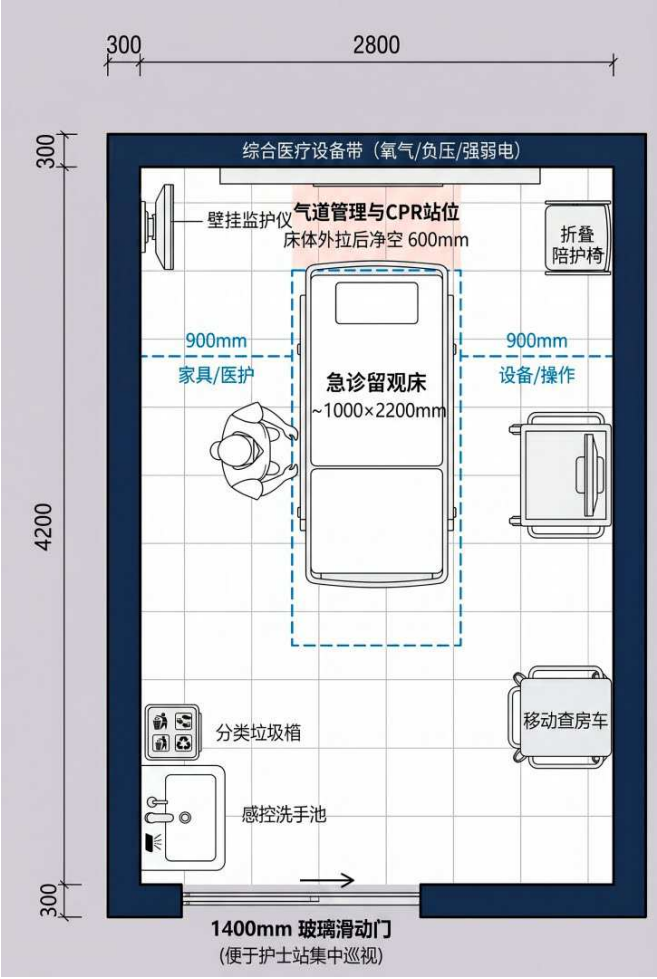


图 3.23 急诊留观室主要行为见图（图片来源：笔者自绘）



图 3.24 急诊留观室布局三维示意图（图片来源：笔者自绘）

床位留观与医疗观察行为：床位留观区是急诊留观室的核心医疗活动区域，主要承担患儿短时间持续观察、治疗干预及病情动态评估等行为。患儿在留观床位接受静脉输液、药物治疗、生命体征监测及必要的基础护理操作，医护人员根据患儿病情变化进行阶段性评估，判断后续转归方向，包括继续观察、转入住院或完成治疗离院。由于儿童患者通常需要家属陪护，床位区域需兼顾医疗操作空间与陪护需求，为家长提供必要的照护位置，形成患儿治疗、护理观察与家庭支持相结合的空间模式。

中心监控与医护工作行为：该区域通常设置于留观空间的核心位置，是保障医疗观察效率的重要节点。医护人员通过开放式护理工作站实现对多个留观床位的视线覆盖，结合中央监护系统实时获取患儿心率、血氧饱和度等生命体征信息，及时发现异常情况并进行医疗干预。同时，该区域承担病历记录、医嘱处理、信息查询及紧急呼叫响应等工作内容，通过缩短医护人员与患儿之间的空间距离，提高突发情况处理效率，保障留观患儿的连续性医疗安全。

支持配套与感染控制行为：该区域主要承担留观治疗过程中的物资供应、医疗辅助及感染防控功能。治疗室、药品柜等空间用于存放无菌药品、治疗耗材及护理用品，满足医护人员快速开展治疗操作的需求；污物间负责医疗废弃物、污染物品及排泄物容器的分类收集与处理。医护人员在诊疗操作前后通过洗手设施或手消设备执行标准化手卫生流程，并依据洁污分区原则组织人员、物品及医疗废弃物流线，降低交叉感染风险，保障儿童急诊留观环境的安全性与规范性。

（3）急诊留观室平面图与家具、设备配置

急诊留观室平面布置图见图 3.25。

急诊留观室配置清单见表 3.7。



图例： 电源插座 呼叫 电话 地漏
 感应龙头 电视 观片灯 网络

图 3.25 急诊留观室平面布局图 (图片来源：笔者自绘)

房间名称	急诊留观室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深:3100×4500 mm; 面积:14m²;净高:不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	承担抢救功能,建议结合设备展开适当放大
墙面装修	墙面采用可擦洗丙烯酸涂料, 床头区设 MDF 覆膜防撞护墙板	项	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	可擦洗石膏板吊顶,平整、洁	项	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火

房间名称	急诊留观室			
	净、防尘			
地面装修	防滑无缝医用 PVC 卷材, 热焊接缝, 150mm 上翻踢脚	项	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	门净宽不小于 1100mm, 宜 1200mm; 满足推床、轮椅和急救设备通行	樘	急诊通行要求	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃, 内置百叶/医用窗帘	m ²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	儿童留观床/诊疗恢复床	1	1800×700×550-750	带护栏、脚轮, 高度可调
	陪护椅/家属椅	1	550×550×850	可选折叠或陪护椅
	床位隔帘	1	3000×2200	保护患儿隐私
	一次性手套分配器	1	250×100×140	壁挂安装
	手消毒液分配器	1	120×110×250	入口或床旁设置
	医疗废物桶 20L	1	320×320×450	脚踏式或感应式
	普通垃圾桶 20L	1	320×320×450	一般废弃物
	锐器盒及支架 7L	1	270×170×300	壁挂安装
	小型床头柜/置物柜	1	450×450×650	儿童用品及护理物品放置
	患者服务面板/床头面板	1	1600×200×450	集成医气、电源、呼叫、数据接口
医疗设备	儿童安全防撞护墙板	1	1800×20×900	床头及床侧墙面
	氧气流量计	2	150×60×170	接入患者服务面板
	空气流量计	2	150×60×170	接入患者服务面板
	患者服务面板/墙面服务面板	1	1800×200×450	集成医气、电源、通信、呼叫
	负压压差显示/报警装置	1	200×80×160	显示房间压差状态
	负压吸引适配器	2	120×60×120	接入患者服务面板
	吸引瓶	2	120×120×250	与吸引瓶支架配套
	吸引瓶支架	2	160×120×180	壁挂或服务面板配套
	移动输液架	1	500×500×1200-2200	高度可调
	单通道输液泵	1	150×200×180	安装于输液架
	儿童多参数监护仪	1	360×280×300	可选, 观察生命体征
	顶装/壁挂检查灯	1	600×600×1200	可选, 需接电源
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准, 确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整, 但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养, 确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 3.7 急诊留观室配置清单

7. 清创处置室

(1) 清创处置室功能简述

清创处置室为儿童外伤专用处置空间，开展清创、缝合、换药等操作，配儿童专用手术床、无影灯、器械柜及适配的清创缝合包、药品耗材。空间布局合理、分区明确，无菌与污染物品分放，严格执行无菌操作，定时空气消毒、定期院感监控，环境柔和减少就医焦虑，贴合儿童诊疗特性与院感规范要求。建议净面积不小于 20 平方米。



图 3.26 清创处置室示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 清创处置室主要行为说明

清创处置室主要行为见图 3.27。

清创处置室布局三维示意图见图 3.28。

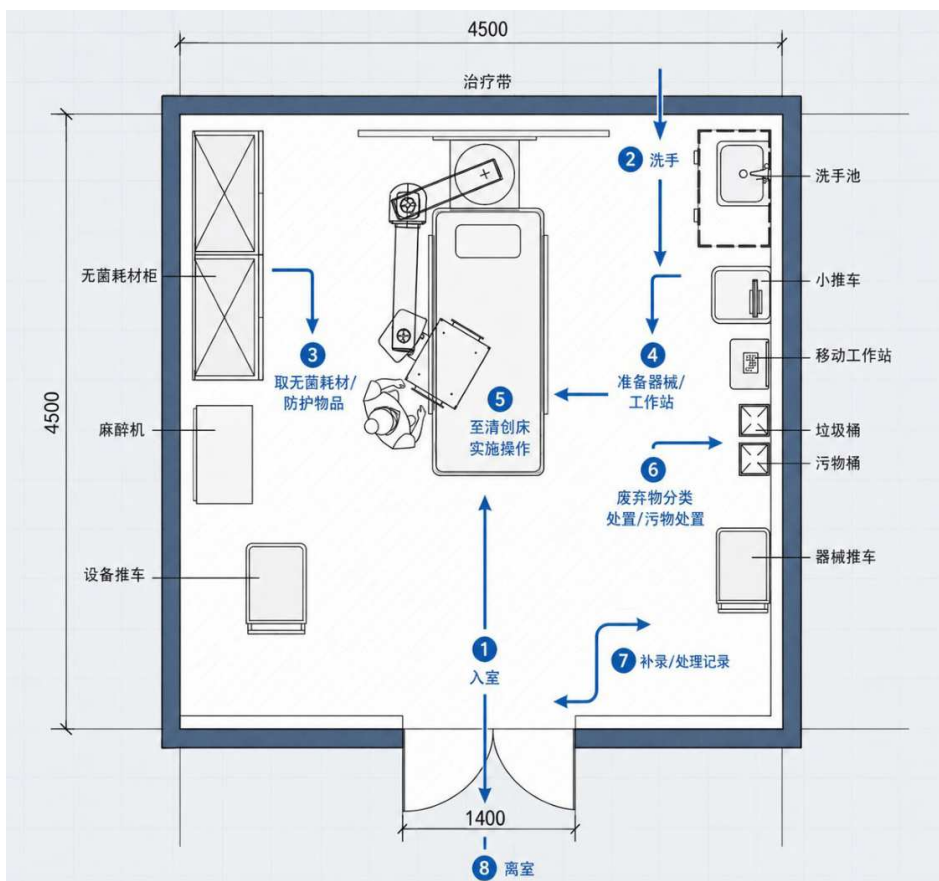


图 3.27 清创处置室主要行为见图 (图片来源：笔者自绘)

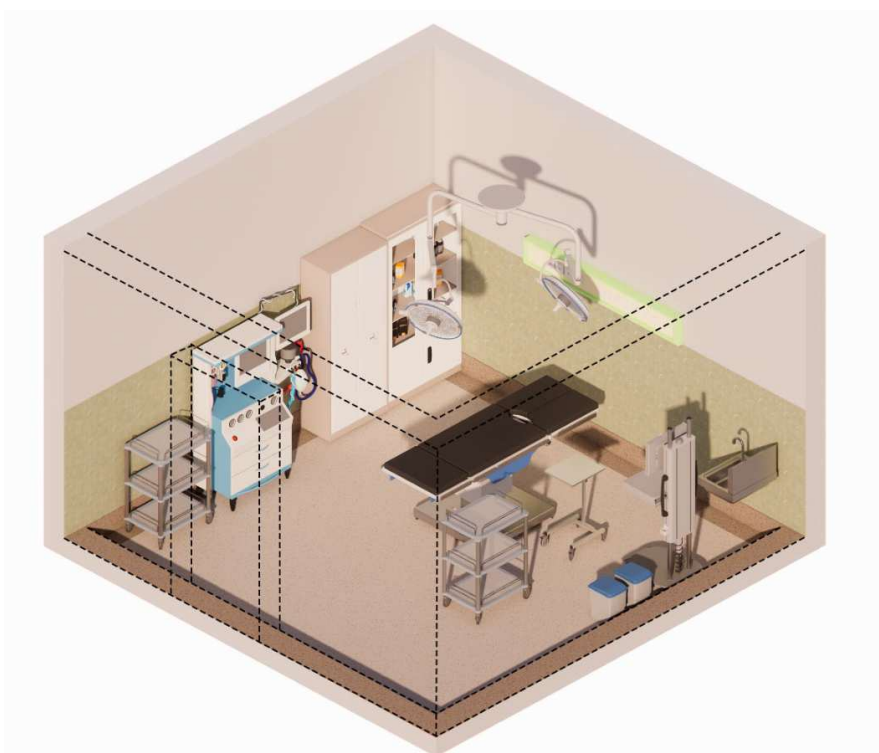


图 3.28 清创处置室三维示意图 (图片来源：笔者自绘)

无菌操作与患儿治疗行为：无菌操作区是急诊清创室的核心医疗活动区域，主要承担儿童创伤患儿的伤口检查、清创消毒、止血处理及缝合修复等操作。医生根据患儿创伤情况，利用儿童专用器械开展针对性治疗，并严格遵循无菌操作原则，避免伤口感染。

清洁准备与医疗辅助行为：清洁准备区承担清创治疗前后的物资准备及设备保障功能。护士在该区域完成儿童专用清创包、无菌耗材、消毒用品及治疗器械的检查与准备，确保医疗物品按照使用需求及时供应。同时，对无影灯、监护设备及相关治疗设施进行检查和调试，保障清创过程中设备运行稳定。医护人员在进入操作区域前后执行标准手卫生流程，并依据无菌管理要求完成物品取用和操作准备，保证治疗环境符合感染控制要求。

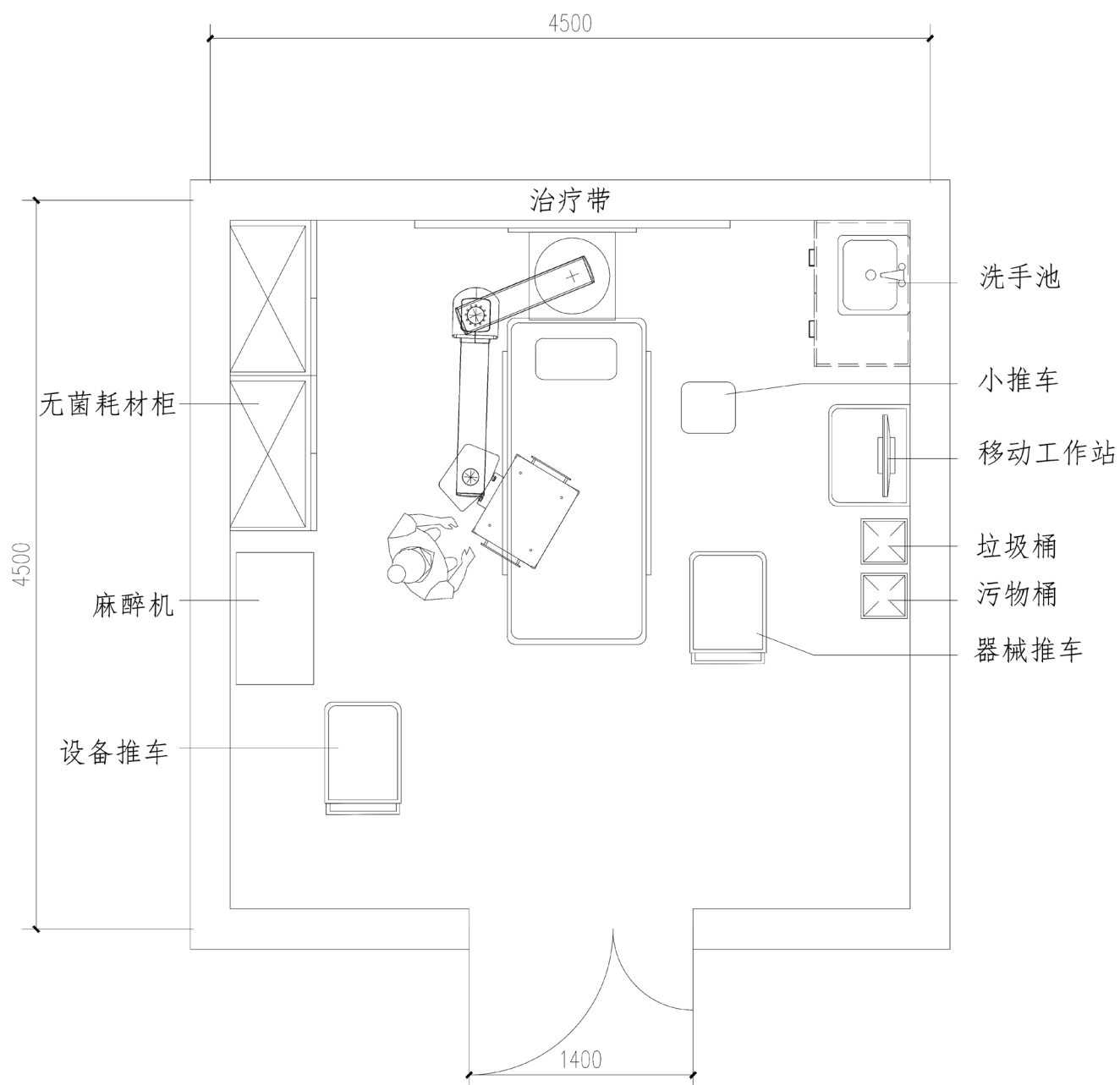
污染处置与家属沟通行为：其主要承担清创过程中产生的医疗废弃物及污染器械处理功能。使用后的敷料、针具等医疗废物按照感染管理要求进行分类收集，污染器械经过初步处理后转运至消毒供应系统进行进一步消毒灭菌，治疗结束后对空间环境进行终末清洁消毒，保障诊疗区域安全。

家属陪同区域：主要用于患儿等待、陪护及术后沟通，医护人员可在治疗完成后向家属说明伤口护理方法、用药要求及复诊注意事项，形成治疗、护理指导与家庭支持相结合的连续医疗行为。

(3) 清创处置室平面图与家具、设备配置

清创处置室平面布置图见图 3.29。

清创处置室配置清单见表 3.8。



图例： 电源插座 呼叫 电话 地漏
感应龙头 电视 观片灯 网络

图 3.29 清创处理室平面图 (图片来源：笔者自绘)

房间名称	清创处理室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深: 4500×4500 mm; 面积: 20m²; 净高: 不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	儿童清创建议不小于 14 m²
墙面装修	墙面采用可擦洗丙烯酸涂 料;局部设医用抗菌墙板 1500mm 高	项	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	可擦洗石膏板吊顶, 平整、 防尘、防霉; 铝合金阴角线	项	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	防滑无缝医用 PVC 卷材, 热 焊接缝, 150mm 上翻踢脚	项	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	1.5 扇门或双开门, 门净宽不 小于 1400mm; 可设观察窗并 可锁闭	樘	急诊通行要求	防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃, 内置百叶/ 医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格 (L×W×H/mm)	备注说明
家具	儿童诊疗/清创处置床	1	550×550×850	家属短时陪护安抚
	陪护椅	1	1800×600×850	用于备物、记录、清创准备
	医护操作台	1	1200×550×850	可调层板, 放置耗材
	台下储物柜	1	900×350×700	儿童用药及小器械管理
	壁挂带锁药品/器械柜	1	3000×2200	保护患儿隐私
	床位隔帘	1	250×100×140	三格, 壁挂安装
	医疗废物桶 50L	1	320×320×450	一般废弃物
	普通废物桶 20L	1	300×200×350	可放置于清创车/治疗车上
	锐器盒 11L	1	450×450×50	缝合、清创操作使用
	医护升降圆凳	1	550×550×850	家属短时陪护安抚
	患者服务面板/床头面板	1	1600×200×450	集成医气、电源、呼叫、数 据接口
儿童安全防护墙墙板	1	1800×20×900	床头及床侧墙面	
医疗设备	清创/换药治疗车, 2 抽	1	750×500×900	放清创包、敷料、缝合材料
	器械托盘车	1	600×450×850	清创器械临时摆放
	氧气流量计	2	150×60×170	接入服务面板
	空气流量计	1	150×60×170	接入服务面板
	负压吸引适配器	1	120×60×120	接入服务面板
	吸引瓶	1	120×120×250	与吸引瓶支架配套
	吸引瓶支架	1	160×120×180	壁挂或面板安装
	移动输液架	1	500×500×1200-2200	高度可调
	患儿生命体征监护仪	1	360×280×300	可选, 按操作风险配置
	壁挂诊断套装	1	250×100×300	可选
	顶装单头检查灯	1	700×700×1200	清创、缝合照明
	儿童约束带/固定带	1	400×300×80	柔性固定, 需家属知情配合
	局麻/缝合小器械包	1	400×300×120	镊、剪、持针器等
	清创冲洗装置/冲洗壶	1	300×200×250	用于创面冲洗
	冷藏药品冰箱 150L	1	600×600×850	可选, 台下安装
	备注说明			
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准, 确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整, 但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养, 确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 3.8 清创处理室配置清单

8. 输液室

(1) 输液室功能简述

儿童急诊输液室是周转率最高的功能单元, 专为经诊视无需住院但需静脉给药的患儿服务。空间兼顾高效临床操作与家庭化安抚环境, 需合理规划动线应对高密度人流, 确保每个输液位可被清晰监控。按规范通风、依年龄段/病情分区, 降低交叉感染风险。宜邻近注射室、护士站等, 设观察床与急救设施应对突发不良反应, 输液座椅间距满足治疗车通行及护士操作需求, 环境整洁舒适温馨, 缓解患儿等候时的烦躁情绪。



图 3.30 输液室示意图 (图片来源: AI 辅助生成)

(2) 输液室主要行为说明

输液室主要行为见图 3.31-a / 图 3.31-b。

输液室布局三维示意图 3.32-a / 图 3.32-b。

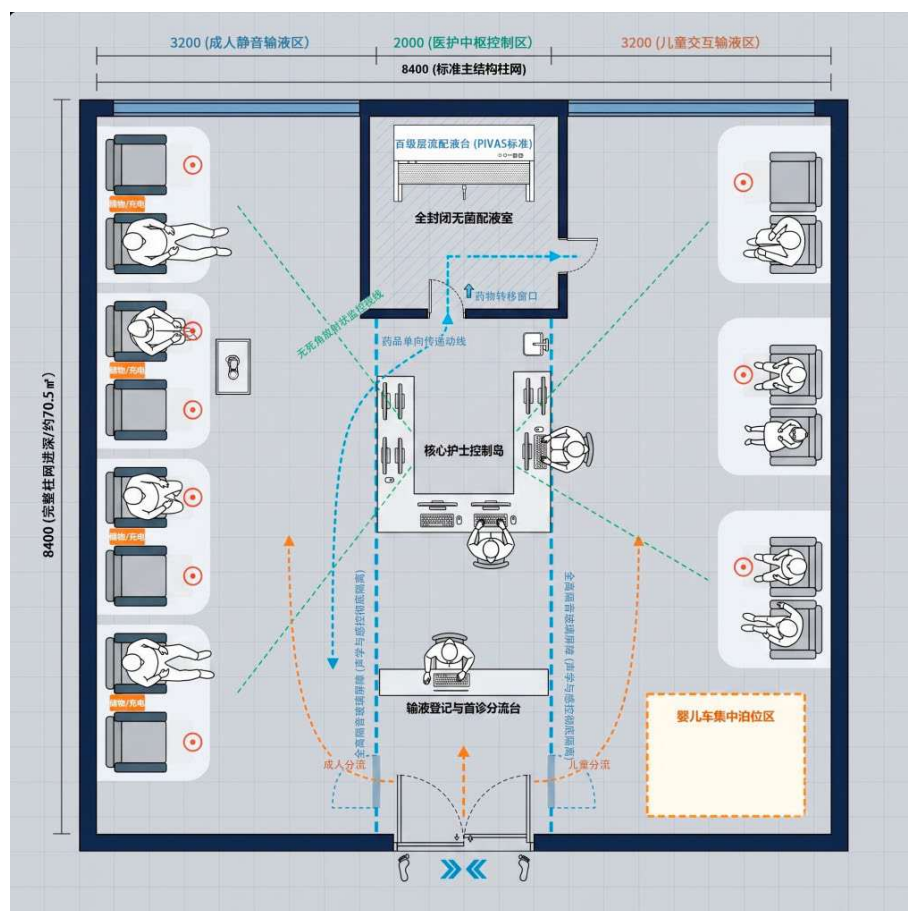


图 3.31-a 输液室主要行为见图 1 (图片来源：笔者自绘)

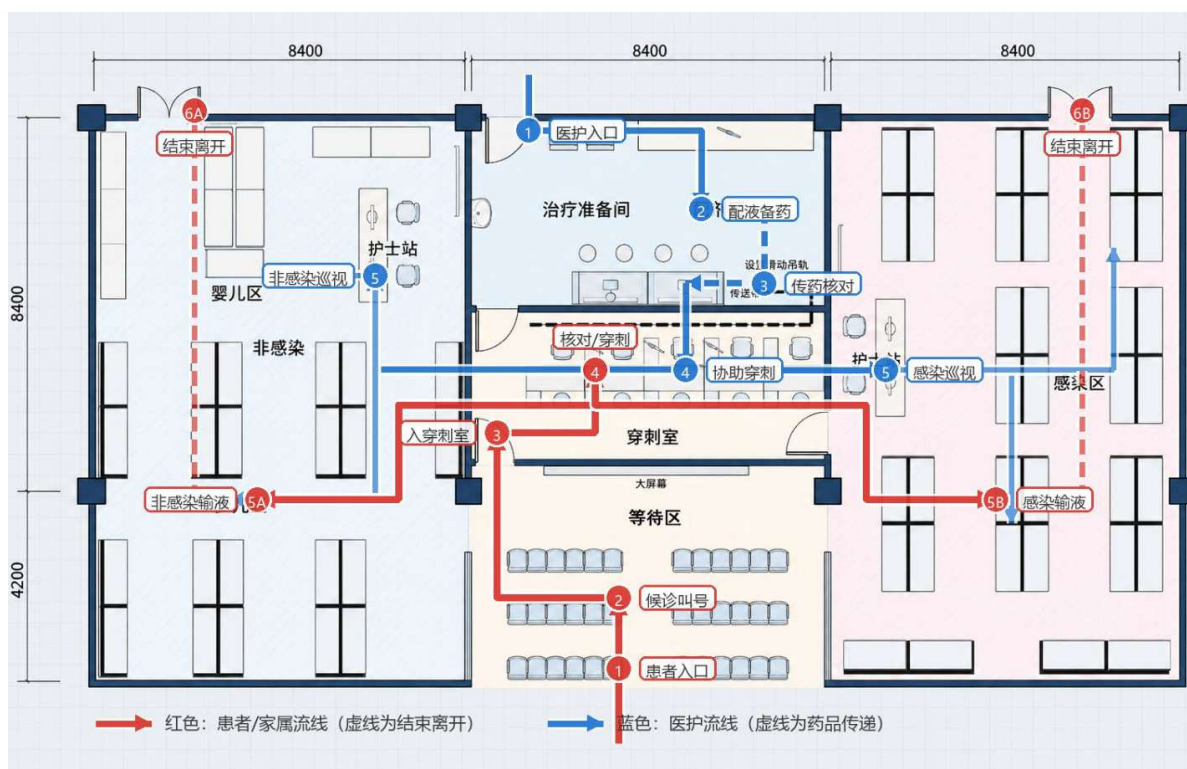


图 3.31-b 输液室主要行为见图 2 (图片来源：笔者自绘)

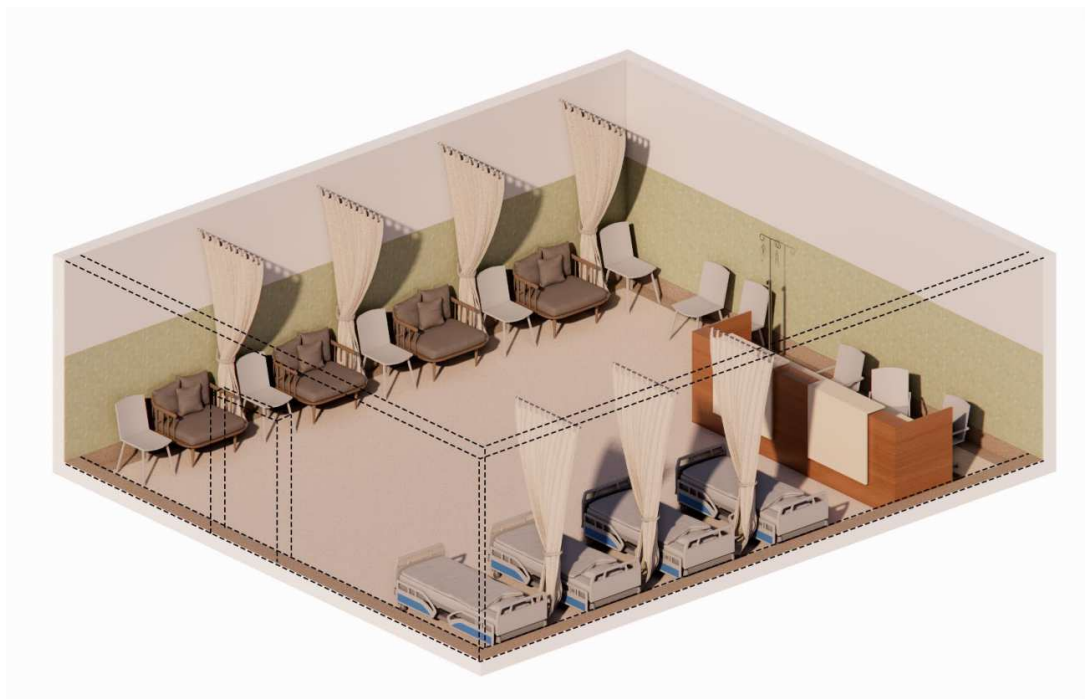


图 3.32-a 输液室布局 01 三维示意图 (图片来源: 笔者自绘)



图 3.32-b 输液室布局 02 三维示意图 (图片来源: 笔者自绘)

接诊核对区位于入口处, 完成处方接收、患儿身份及药物信息核查、体温体重重复测, 并通过信息系统完成输液登记与座位分配。

配剂区设置收发药窗口、配剂台、耗材柜及洁污转换设施, 可结合传递设备

实现药品快速转运。

穿刺区邻近输液区，配置儿童专用穿刺台与治疗车，形成独立操作空间，减少交叉干扰。

儿童输液区结合儿童心理需求设置输液椅、治疗床、多媒体设施及家属陪护空间，保证护理操作与安全防护。

护士监控响应中心采用开放式布局，实现全区巡视、呼叫响应及异常情况快速处置。

(3) 输液室平面图与家具、设备配置

输液室平面布置图见图 3.33-a / 图 3.33-b。

输液室配置清单见表 3.9。

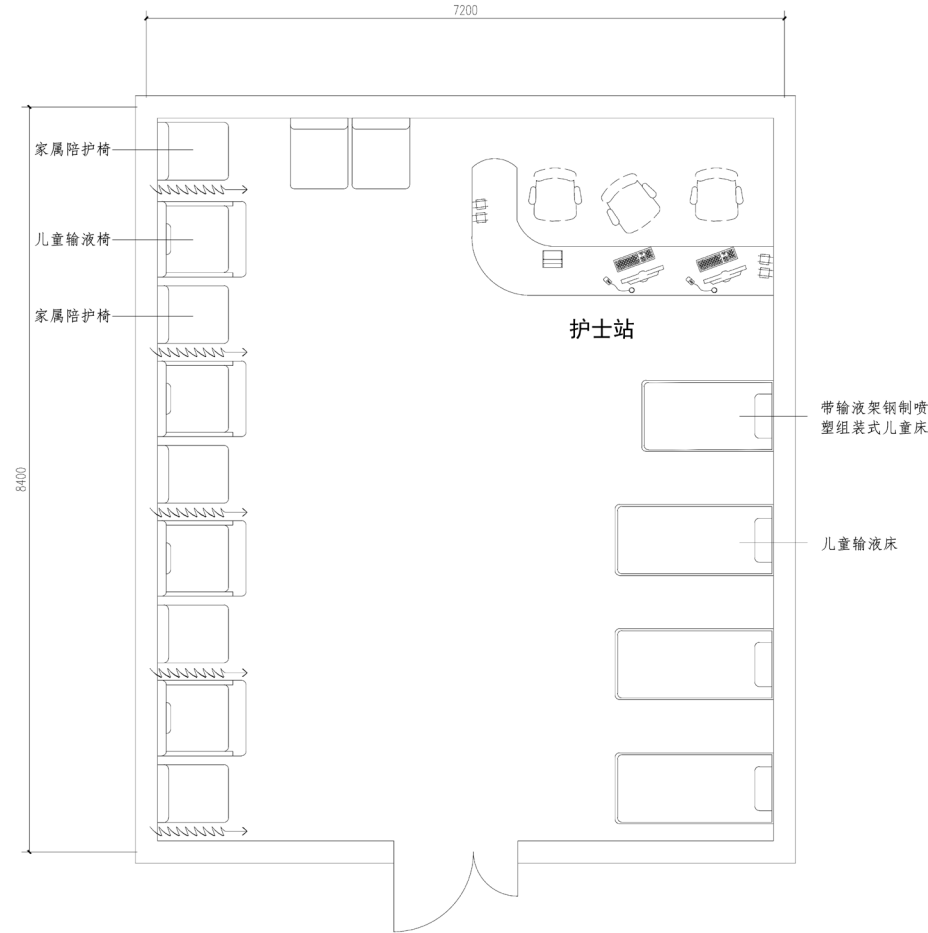


图 3.33-a 输液室 01 平面布局图 (图片来源：笔者自绘)

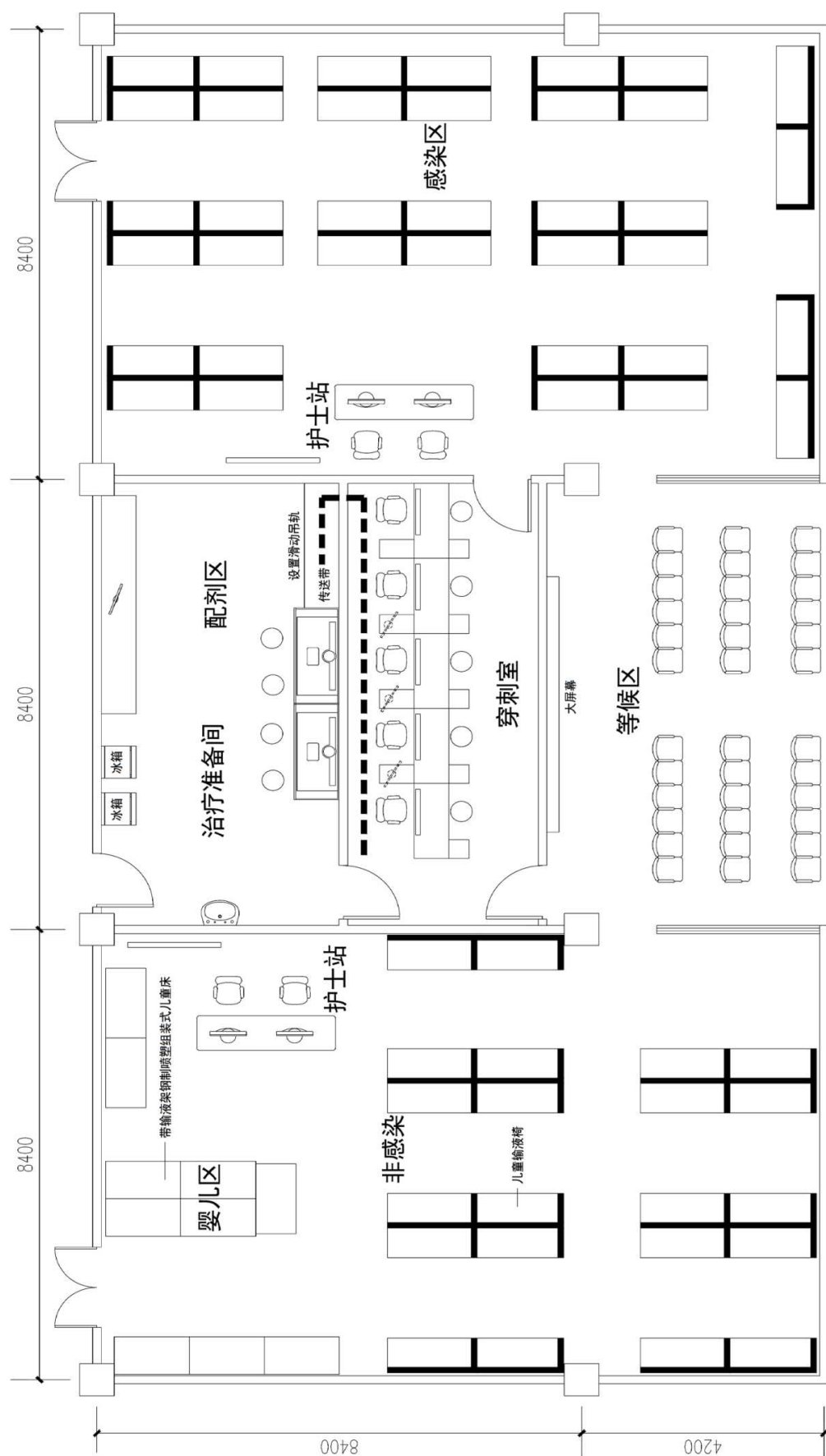


图 3.33-b 输液室 02 平面布局图 (图片来源: 笔者自绘)

房间名称	输液室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	6-8 m²/输液位；净高：不小于 2.8m	项	医用建筑设计规范	应满足患儿、陪护及护理巡视空间
墙面装修	墙面采用可擦洗丙烯酸涂料；局部设医用抗菌墙板 1500mm 高	项	GB 50333-2013	抗菌、易清洁、耐消毒
顶棚装修	可擦洗石膏板吊顶，平整、防尘、防霉；铝合金阴角线	项	GB 50333-2013	吸声、抗菌、防火
地面装修	推荐 2.0mm 同质透心医用 PVC 卷材，热焊接缝，踢脚上翻 100-150mm	项	GB 50333-2013	防滑、耐磨、易清洁
门工程	1500mm 双开门	樘	急诊通行要求	门净宽不小于 1200mm，防夹手、易清洁
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	输液位之间宜设半高隔断或软隔帘	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	儿童输液椅	6	700×750×1100	可调靠背，带扶手
	陪护椅	6	550×550×850	每输液位 1 把
	应急观察/处置床	1	1800×700×550-750	用于不适患儿平卧观察
	护士操作台	1	2400×600×850	用于核对、穿刺准备、记录
	台下储物柜	1	1800×550×850	放置输液耗材
	壁挂药品/耗材柜	1	1200×350×700	带锁，分区管理
	儿童安抚玩具/绘本架	1	900×350×900	儿童友好配置，可选
	输液位隔帘	6	1500×2200	保护隐私，按现场调整
	医疗废物桶 50L	2	400×400×650	脚踏式或感应式
	普通垃圾桶 20L	2	320×320×450	一般废弃物
	锐器盒及支架	2	270×170×300	穿刺区及治疗车配置
	输液轨道	6	1500×40×40	每输液位 1 套，顶装
	输液吊架	6	300×300×800-1500	与轨道配套
	隔帘轨道	6	1500×40×40	按输液位布置
	墙面防撞护墙板	1	按现场尺寸	输液椅背墙及转角区域
医疗设备	移动输液架	2	500×500×1200-2200	备用及临时加位使用
	输液泵	2	150×200×180	高风险药或特殊患儿使用
	注射泵	2	320×150×120	儿科精准给药，可选
	儿童生命体征监护仪	1	360×280×300	应急观察床旁配置
	氧气流量计	1	150×60×170	应急观察床旁
	负压吸引适配器	1	120×60×120	应急备用
	吸引瓶	1	120×120×250	与吸引支架配套
	吸引瓶支架	1	160×120×180	墙挂或面板安装
	治疗车/换药车	2	750×500×900	穿刺、巡回护理使用
	抢救车	1	750×500×980	输液反应、过敏反应应急
	除颤监护仪	1	300×250×200	可与急诊抢救区就近配置
	儿童体重秤	1	600×400×120	儿科用药剂量核对
	冷藏药品冰箱	1	600×600×850	可选，需温度监测
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 3.9 输液室配置清单

9. 雾化治疗室

(1) 雾化治疗室功能简述

雾化吸入疗法是用雾化装置将药物(溶液或粉末)分散成微小的雾滴或微粒,使其悬浮于气体中,通过患者呼吸进入呼吸道及肺内,达到洁净气道、湿化气道、局部治疗(解痉、消炎、祛痰)及全身治疗的目的。

空间需设独立机械排风系统,空气交换率不低于 6-12 次/小时,快速排除药液气溶胶及病原体。宜选址安静通风区域,净面积 $\geq 20\text{ m}^2$,可根据门、急诊量配置多座位,满足多人同步治疗需求。



图 3.34 雾化治疗室示意图 (图片来源: 笔者自绘)

(2) 雾化治疗室主要行为说明

雾化治疗室主要行为见图 3.35。

雾化治疗室布局三维示意图 3.36。

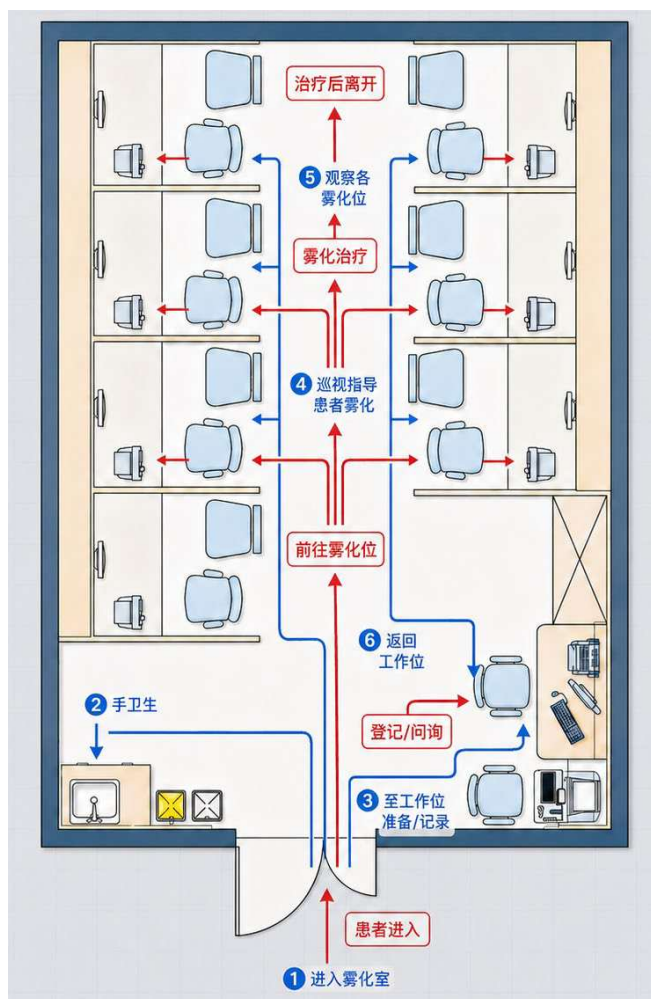


图 3.35 雾化治疗室主要行为见图（图片来源：笔者自绘）

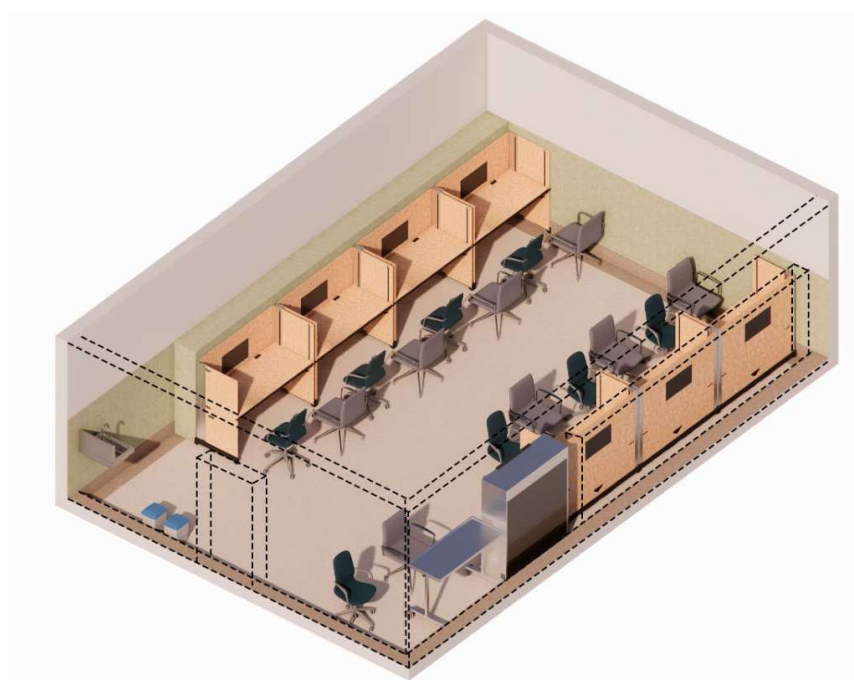


图 3.36 雾化治疗室三维示意图（图片来源：笔者自绘）

雾化治疗操作区：雾化操作区是患儿接受呼吸治疗的核心空间单元，主要承担患儿就位、设备连接及雾化吸入治疗等医疗行为。患儿在专用雾化椅或治疗位接受治疗，佩戴雾化面罩或口含管，医护人员或陪护人员协助完成设备启动及参数调节，并对治疗过程进行观察。由于雾化治疗过程中会产生一定浓度气溶胶，空间布局需结合通风排气要求进行组织，合理布置治疗位与排风设施，降低气溶胶滞留及相互干扰。

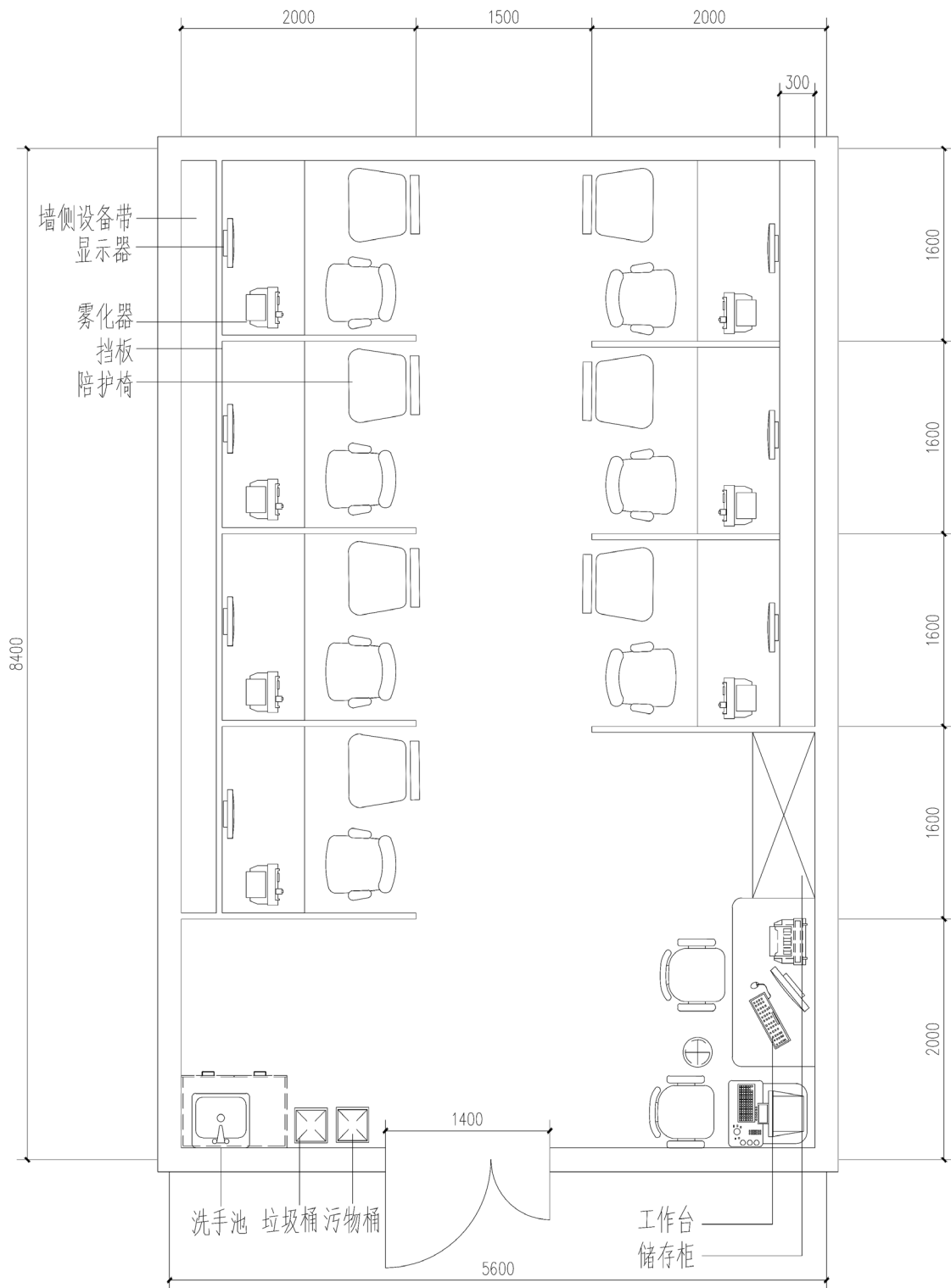
药物配置与准备区：药物配置区承担治疗前的药液准备、设备组装及物品供应功能，是连接准备行为与治疗行为的重要空间节点。护士依据诊疗需求完成药物核对、雾化器组装及治疗用品准备，并将设备转移至对应操作位。该区域通常设置于治疗区附近，以缩短医护人员操作路径，提高医疗流程连续性，同时避免准备行为对患儿治疗环境造成影响。

设备清洁与存放区：设备清洁与存放区主要承担雾化设备使用后的分类处理、清洁消毒及储存管理功能。治疗结束后，使用后的雾化组件按照洁污流程进行处理，并对高频接触区域进行清洁维护，保障后续治疗环境安全。同时，该区域可承担家属操作指导功能，使医疗行为向家庭护理延续。通过治疗、准备及设备处理区域的合理组织，形成符合儿童呼吸治疗特点的连续空间流程。

（3）雾化治疗室平面图与家具、设备配置

雾化治疗室平面布置图 3.37

雾化治疗室配置清单见表 3.10



图例： 电源插座 呼叫 电话 地漏
 感应龙头 电视 观片灯 网络

图 3.36 雾化治疗室平面布局图 (图片来源：笔者自绘)

房间名称	雾化治疗室			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：5600×8400 mm； 面积：20m²；净高：不小于 2.8m	间	GB 50333-2013	
墙面装修	采用抗菌、耐擦洗、耐消毒、 光滑不积尘墙面；	项	GB 50333-2013	宜采用浅色、低反光、儿童 友好色彩；材料满足阻燃及 环保要求。
顶棚装修	轻钢龙骨防潮石膏板或医疗 洁净板吊顶；照明、空调、 排风口及空气消毒设施协调 布置。	项	GB 50333-2013	检修口避开治疗位正上方， 减少落尘风险。
地面装修	同质透心 PVC 或橡胶卷材， 防滑、耐磨、耐消毒；卷材 热焊接，无缝或少缝；踢脚 上翻 150 mm 并圆弧收口。	项	GB 50333-2013	地面与墙面交接便于清洁， 避免积尘积液。
门工程	医用单开外开门或推拉门； 门洞净宽按图约 1400 mm；设 观察窗、防撞板、闭门器和 无障碍拉手，开启不影响疏 散及转运。	樘	GB 50333-2013	若需轮椅或急救转运，门净 宽应由建筑专业复核。
窗工程	中空 Low-E 玻璃，内置百叶/ 医用窗帘	m²	实际诊疗需求	隔热、隐私保护
安全隐私	轨道式医用防霉隔帘	套	医用建筑设计规范	可伸缩、易清洁
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格（L×W×H/mm）	备注说明
家具	雾化治疗椅	7	650×650×850	儿童使用，带扶手，可擦洗， 靠背宜可调
	陪护椅/观察椅	7	500×520×800	供家属陪同或短时观察，布 置不得占用中部通道。
	雾化位隔断/防护挡板	7 组	1500×50×1200/1400	每位分隔，边角圆滑，表面 耐消毒，兼顾观察视线。
	台板/治疗搁板	7	1500×450×750	供雾化器、耗材和个人物品 临时放置。
	医用设备带/墙面功能带	7	按单元定制	配置电源、医疗空气/氧气 接口、弱电或呼叫预留；接 口按院方系统确定。
	壁挂输液架/输液钩	7	壁挂/轨道式	图示位于设备带，可兼顾输 液和雾化治疗。
	护士工作台/书写台	1	约 1800×700×750	位于入口右侧，用于登记、 处方核对和治疗记录。
	医护工作椅	2	500×500×800	与护士工作台配套，易清 洁、可移动。
	耗材储物高柜/吊柜	1	约 900×450×2100	存放面罩、雾化杯和消毒用 品；必要时带锁管理。
	台下柜/治疗柜	1	约 1200×600×850	靠近洗手及护理区布置，放 置常用耗材，台面耐水。
	移动治疗车/器械车	1	650×450×900	用于药品、雾化杯和面罩耗 材转运；带刹车。
	废物分类桶组	2 组	20-50 L/只	按图在洗手区和护理工作 区各设 1 组：普通垃圾、医 疗污物；脚踏带盖。
医疗设备	雾化治疗主机/压缩雾化器	7	300×180×220	每位 1 台，建议低噪声、外 壳可消毒；可与医疗空气接 口配套。
	雾化面罩/咬嘴及一次性雾	7 套	儿童/成人规格	按日用量另配耗材；一人一

房间名称	雾化治疗室			
	化杯			用或按院感要求处置。
	空气流量计	7	墙式/设备带接口	对应雾化位配置；参考复苏床位气体流量计配置原则。
	氧气流量计	2	墙式/设备带接口	供急救或低氧患儿备用，不作为常规雾化气源。
	吸引装置/负压吸引瓶	2	壁挂/移动式	用于痰液、呕吐物等应急处理；参考复苏床位吸引接口配置原则。
	脉搏血氧仪	2	便携式	治疗中观察血氧饱和度和脉率，配置儿童探头。
	生命体征监测仪	1	台式/推车式	异常患儿短时观察使用，含血压、血氧、心率监测。
	便携式氧气瓶/氧气推车	1	按院方标准	备用供氧，设置防倾倒固定措施。
	壁挂显示屏	7	≥21 in	图示每位设置，用于叫号、宣教或雾化治疗计时。
	护士工作站电脑及显示器	1	台式/一体机	登记、医嘱核对和治疗记录使用，配置数据点。
	打印机/标签打印机	1	桌面型	用于打印标签、治疗单或宣教资料。
	护士呼叫/应急呼叫按钮	7+1	墙面/设备带安装	每雾化位 1 个，护理台设应急呼叫复位或显示。
	手卫生用品组合	1 套	皂液器、手消、擦手纸、手套盒	设于洗手盆及护理区；参考手卫生分配器配置原则。
	锐器盒	1	5-11 L	药品配制或针具处理备用，固定在护理区或治疗车。
	空气消毒机/排风净化设备	1	按房间风量计算	雾化治疗产生气溶胶，宜加强通风换气和空气消毒；参数由暖通专业校核。
备注说明				
1. 所有设备和材料需符合国家医用相关标准，确保安全卫生。				
2. 尺寸可根据实际空间需求进行适当调整，但需保证功能完整性。				
3. 建议选用易清洁、耐消毒、环保的材料和设备。				
4. 定期对设备进行维护保养，确保正常运行。				
5. 本清单可根据实际诊疗需求进行补充和调整。				

表 3.10 雾化治疗室配置清单（图片来源：笔者自绘）

10. 预检分诊台

(1) 功能简述

预检分诊台是急诊流程的起始枢纽，承担着对患儿进行快速伤情评估、发热筛查及预检分级（I-IV 级）的核心任务。其位置需具备极强的动线导向性，确保急重症患儿能够被第一时间识别并导入绿色通道（图 3.38）。



图 3.38 预检分诊台示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 主要行为说明

预检分诊台主要行为见图 3.39。

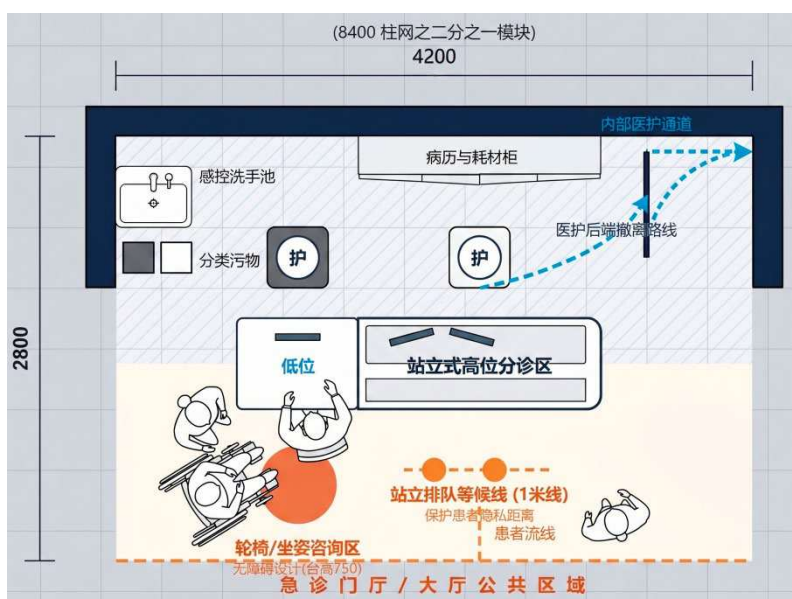


图 3.39 预检分诊台主要行为见图（图片来源：笔者自绘）

分诊咨询行为：护士在分诊柜台区进行初步问诊。高位柜台用于家属咨询与病历调取，低位柜台则适配学龄期患儿或残障家属的视线交流，确保沟通无障碍。

体征测量行为：在柜台侧方的测量区，护士对患儿进行体温、脉搏及血氧饱和度的快速测定。对于幼儿，需由家属配合在专用秤台上完成体重称量，以便精准计算后续用药剂量。

(3) 平面图与家具、设备配置

预检分诊台平面布置图 3.40

预检分诊台配置清单见表 3.11。

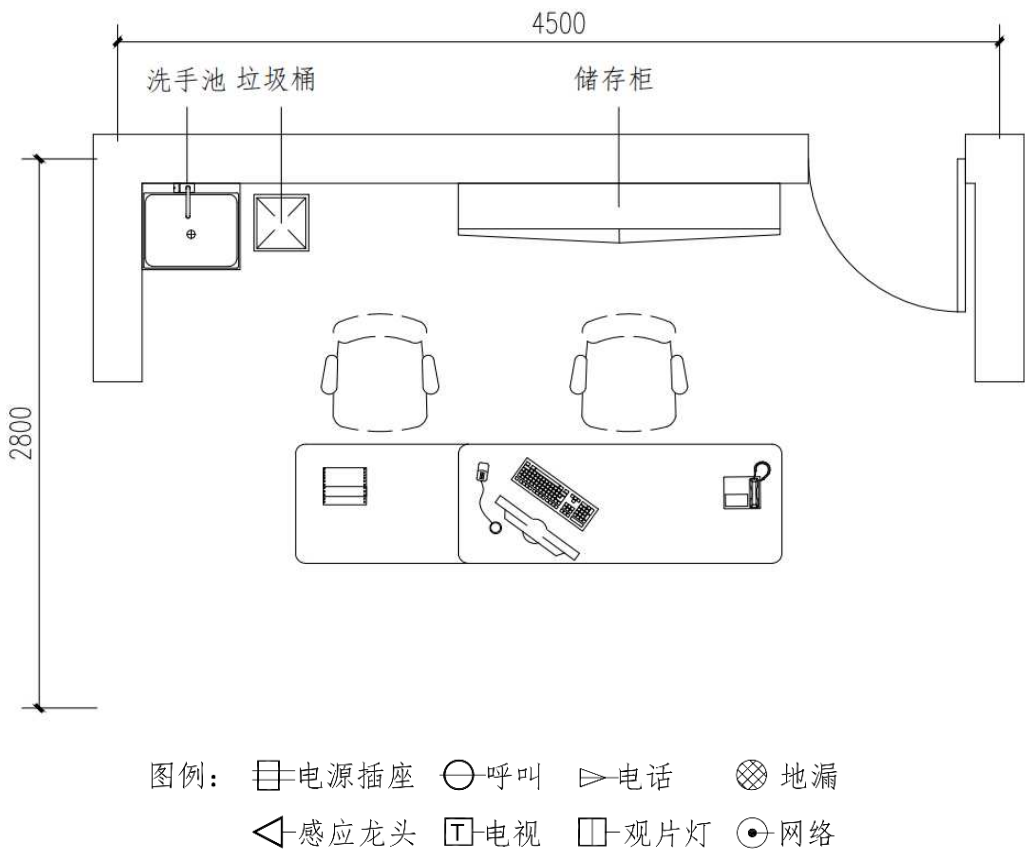


图 3.40 预检分诊台平面布局图 (图片来源：笔者自绘)

房间名称	急诊预诊分诊台			
一、建筑与装修要求				
项目类别	详细规格/技术标准	单位	参考标准	备注说明
空间尺寸	开间×进深：4500×2800 mm；建筑面积约 12. 6m²；参考净高≥2. 80m。	间	GB 50333-2013	面积按图纸轴线尺寸折算，最终以建筑施工图复核。
墙面装修	采用光滑、耐擦洗、耐消毒、抗污染墙面。	项	GB 50333-2013	分诊区靠近急诊入口，材料应耐高频清洁。
顶棚装修	医疗用可擦洗吊顶或防潮石膏板吊顶，平整密闭；嵌入照明、空调风口、广播/监控等末端协调布置。	项	GB 50333-2013	照明避免屏幕反光，保证面部观察照度。
地面装修	同质透心 PVC 或橡胶卷材，防滑、耐磨、耐消毒；热焊接；踢脚上翻 150mm 并圆弧收口。	项	GB 50333-2013	入口高流量区域宜加强耐磨等级。
门工程	门净宽建议≥1000 mm，设观察窗、防撞板、闭门器和无障碍拉手	樘	GB 50333-2013	门禁可与急诊安防联动，防止非授权进入后台。
窗工程	前端服务窗口宜设安全玻璃或半高隔断；保留医患交流视线，必要时配置可开启传声口、低位交流段。	项	GB 50333-2013	儿童医院宜设置亲子友好高度及无障碍服务位。
安全隐私	设置分诊人员安全退避空间、紧急报警按钮、视频监控及数据安全视线控制；问诊位宜有声隐私措施，台面转角圆滑防碰撞。	项	GB 50333-2013	避免候诊区人员直接看到电脑屏幕和病历信息。
洗手设施	配备医用洗手盆及相关配件	套	GB 50333-2013	防溅、易消毒
二、装备与设施清单				
项目类别	物品名称	数量	规格(L×W×H/mm)	备注说明
家具/设施	分诊服务台/评估柜台	1	4500×700×1050/750	含高低台面、理线槽、耐消毒台面。
	双人工位后台操作台	1	2400×700×750	用于预检登记、分级和病历录入。
	医护人体工学工作椅	2	500×500×800	带脚轮、升降、可擦洗面料；每分诊席 1 张。
	患儿/家属问诊椅	2	550×550×800	设于工作台前，便于短时问诊及测量生命体征。
	洗手台柜	1	800×600×850	与洗手盆配套，防水台面，台下可设检修空间。
	台下活动柜/抽屉柜	2	400×500×650	放置表单、文具、个人防护用品，带锁。
	壁挂资料柜/吊柜	1	900×350×700	存放分诊表、宣教单和备用耗材，安装避开头部碰撞区域。
	表单资料架/文件盘	1	450×300×300	图示台面资料位，用于挂号单、分诊单和腕带标签临时放置。
	安全玻璃隔断/半高挡板	1 组	按现场定制	前端服务界面防飞沫、防冲撞，同时保留观察与沟通。
	等候导向标识/分诊标识牌	1 组	按导视系统	明确预检分诊入口、儿科急诊分流和优先通道。
	废物分类桶组	1 组	20-50 L/只	图示洗手区旁设置普通垃圾与医疗废物桶，脚踏带盖。
	手卫生用品架/手套盒架	1 组	壁挂式	配置手套、口罩、速干手消，靠近洗手盆及分诊操作位。

房间名称	急诊预诊分诊台			
医疗设备	台式电脑及显示器	2 套	一体机/台式	每分诊席 1 套，连接 HIS/急诊分诊系统；屏幕防窥。
	键盘鼠标/扫码枪	2 套	桌面型	扫码识别腕带、身份证/医保凭证或挂号单。
	电话/对讲终端	1	桌面/壁挂	联系抢救室、诊区、保安及收费挂号窗口。
	打印机/标签腕带打印机	1	桌面型	打印分诊标签、腕带、告知单和流转单。
	电子叫号/分诊显示屏	1	≥32 in	用于显示分诊队列、候诊提示和优先级引导。
	生命体征监测仪	1	台式/推车式	快速测量血压、血氧、脉率；配儿童袖带和探头。
	耳温枪/额温枪	2	便携式	入口预检快速筛查体温，儿童友好、易消毒。
	电子血压计	1	台式	配儿童、成人袖带；可与分诊系统录入结果。
	脉搏血氧仪	1	便携式	用于呼吸道症状、发绀或高危患儿快速评估。
	儿童体重秤/婴儿秤	1	台式/落地式	急诊给药剂量估算及分诊记录使用。
	急救呼叫/安防报警按钮	2	台下/墙面	分诊席和后台各设 1 处，联动护士站、安保或急诊控制台。
	摄像监控/拾音设备	1 组	按安防系统	覆盖服务台前方，注意隐私区域和病历屏幕遮挡。
	双口数据点	2 组	RJ45/光纤按项目	每分诊席不少于 1 组；参考复苏床位数据点配置原则。
	双联电源插座	6 组	220V，含应急电源	电脑、打印、显示屏、生命体征设备及备用电源。
	UPS 不间断电源	1	≥1 kVA	保障分诊系统、电话和标签打印短时不断电。
	小型应急评估包	1 套	便携式	含手电、压舌板、一次性体温探头套、口罩、手套及消毒用品。

表 3.11 预诊分诊台配置清单（图片来源：笔者自绘）

四、审图要点

1. 二级工艺流程

空间类别	急诊单元			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
流线效率	救治绿色通道连通性	急诊部应自成一区，应设在建筑的首层，并应有独立的出入口。救护车停靠处应设雨篷。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.1 条	救护车位至抢救室直线距离应控制在 20m 以内。应设置急诊专用医用电梯直达手术部及 PICU，电梯门净宽建议设计为 1.5m 以满足多名医护推床同时进出。
	科室协作邻近性	急诊部应邻近放射科、检验科、手术部。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.2 条	建议急诊药房、急诊化验室及放射检查室处于急诊大厅的“3 分钟到达圆”内（步行距离小于等于 45m），建立急救闭环。
	分诊视线控制	护理单元应设护士站、治疗室、处置室、洗消间、更衣室、值班室等，护士站应与治疗室、办公用房邻近。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 28 条	分诊台与护士站至最远观察床位距离不应超过 15m。必须确保护士站在坐姿状态下能对抢救区及候诊区患儿拥有 100% 的无死角直视视线。
空间尺度	通行净宽冗余	通行推床的走道净宽不应小于 2.40m。通向推床的门净宽不应小于 1.10m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.2 条及第 5.1.4 条	考虑到儿童急诊患儿加两名以上家长及救治组的复合宽度，急诊主通道建议设计为 3.0m。门洞净宽建议增加至 1.4m 至 1.5m 之间。
	候诊模数修正	儿科候诊区面积应按不小于 2 m ² /人设计。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.6 条	应在标准候诊区外额外预留宽度为 1.2m 的专用推车与婴儿车停放带，避免婴儿推车占用公共疏散走道。候诊座椅宜采用防撞圆角设计。
防火与应急疏散	疏散能力冗余与零门槛构造	疏散出口门、疏散走道、疏散楼梯的净宽度应满足人员安全疏散的要求。疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方向开启，且不应设置门槛。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条及第 7.2.1 条	患儿自救能力弱且推车转运多，疏散楼梯间净宽建议由标准的 1.3m 增加至 1.5m 至 1.6m 之间。疏散门门口地面必须绝对零门槛，防止带生命支持设备的推车转运时脱管。

	核心区防火分隔与材料阻燃	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等,应采用防火隔墙和可燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	急诊部内核心救治区应自成一个独立的火灾危险性管控单元,防火隔墙的耐火极限不低于 2.00h。抢救室顶棚必须为 A 级不燃吸音材料,防撞软包必须提供 B1 级阻燃检测报告。
	袋形走道极限距离	医疗建筑位于两个安全出口之间的疏散门至最近安全出口的直线距离不应大于 24m;位于袋形走道两侧或尽端的疏散门至最近安全出口的直线距离不应大于 9m(设自喷可增加 25%)。	《建筑设计防火规范》GB 50016-2014 第 5.5.17 条	平面硬约束:急诊二级动线设计应尽量形成“环形走廊”,极力避免出现尽端式走道。若必须设置,尽端到安全出口距离在设喷淋情况下绝不能超过 11.25m,否则面临重大消防颠覆风险。
	常开防火门与流线畅通	疏散走道在防火分区处应设置常开甲级防火门。常开防火门应能在火灾时自行关闭,并应具有信号反馈的功能。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.3 条	流线效率保障:急诊内部推车转运频繁,横跨防火分区的防火门平时必须为“常开”状态,严禁使用常闭防火门阻碍急救推车的动线;且必须与火灾自动报警系统联动。
	内部深区走道排烟	建筑内长度大于 20m 的疏散走道,应设置排烟设施。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 9.2.2 条	天花板管线预留:急诊部往往进深极大,内部核心走廊通常无法自然通风。审图必须核查走廊天花板上方是否预留了足够尺寸的机械排烟管道空间,排烟口应避开患儿易触及区域。
	疏散照明最低照度	疏散走道的地面最低水平照度,医疗建筑、老年人照料设施不应低于 10.0lx。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 10.1.8 条	防恐慌设计:儿童在黑暗和烟雾中极易产生极度恐慌。急诊主疏散走道、楼梯间的应急照明照度必须达到 10.0lx(普通建筑仅为 3.0lx)。建议在走道踢脚线处增设连续的发光疏散指示带。
	传染病物理分区	急诊部应设传染病诊室,并应设在急诊部末端,应设独立出入口,并应附设专用卫生间。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条	隔离诊室应设置气压缓冲间,建立动态空气屏障。独立排风系统,且排风口应避开患儿室外游戏区域,防止气溶胶二次污染。
感控要求	医患洁污分离	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程,应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	必须设置独立的医护专用洁净走廊。污物出口应避开急诊主大厅,通过专用污梯或污物通道运送至垃圾暂存点,污物走廊建议设置感应式自动门。
	地面工艺与防积污	医疗用房地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘,部分医疗用房地面应防静电。地	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	急诊抢救区及污洗间地面必须采用同质透心卷材并上卷上墙 15cm 形成圆弧阴角,严禁存在卫生死角。防滑等级必须达到

		面不应设地垄沟。		R10。
无障碍与安全防护	视觉预知与防撞处理	应在室内、外转弯处设置广角镜, 以保证行走的安全预知性。有推床或推车通过的门和墙面, 应采取防碰撞措施。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 41 条及《综合医院建设标准》第 39 条	急诊内部转角建议采用高强度透明玻璃墙或设置广角镜。所有墙面阳角必须执行半径大于或等于 20mm 的圆角工艺。防撞带应分别设在离地 0.2m 及 0.9m 两处。
	防触电与门窗限位	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	所有强电插座高度建议大于或等于 1.3m 或加装带锁防护盖。所有开启窗必须安装限位器, 且开启缝隙宽度应严格控制在 10cm 以内。
	隐私控制设计	检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求, 注意开门方向, 宜设闭门器。房间内宜设置隔帘或屏风。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	抢救室及清创缝合室的门应具备视觉遮挡功能, 开门方向需避免走廊视线直视治疗床。室内天花板必须预留满足全床包围的 U 型隔帘轨道。

2. 三级工艺流程

(1) 双人急诊诊室

房间名称	双人急诊诊室			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	诊室开间 尺寸	双人诊查室的开间净尺寸不应小于 3.00m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条	需满足两张诊察床及急救推车平行的宽度，建议开间净尺寸 放大至 3.60m 至 4.00m。
	诊室使用 面积	双人诊查室使用面积不应小于 12.00m ² 。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条	考虑到儿童急诊一患双陪护特征，双人诊室建议使用面积扩 大至 15.00m ² 至 18.00m ² ，并留出直径大于 1.50m 的推车回转 空间。
	室内净高 控制	诊查室不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为缓解患儿压抑感并容纳顶部悬挂式检查灯具及隔帘轨道， 室内吊顶净高建议设定为 2.80m。
安全疏散 与防火	门洞 净宽要求	通向推床的门净宽不应小于 1.10m。疏散 出口门应为平开门或在火灾时具有平开功 能的门。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.4 条 《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.6 条	门洞净宽建议设计为 1.20m 的单扇门或 1.30m 的子母门，门 下严禁设置门槛，保证平车顺畅进出。
	隐私与视 线遮挡	检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要 求，注意开门方向，宜设闭门器。房间内 宜设置隔帘或屏风。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（八）	开门方向应阻挡外部走廊直视两张诊疗床的视线。室内天花 板必须预留满足全床包围的 U 型隔帘硬拉轨。
	材料燃烧 性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不 应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	诊室吊顶必须采用 A 级不燃材料构建。墙面如采用儿童防撞 软包材料，必须由厂家出具 B1 级以上的阻燃检测合格报告。

	消防设施保护	建筑内部装修不应擅自减少、改动、拆除、遮挡消防设施或器材及其标识。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	诊室内的烟感探测器及喷淋头必须避开检查灯具的遮挡，严禁被后期增加的吊柜等二次装修构件遮挡。
感控要求与设施	洗手池开关类型	诊室等房间的洗手盆应采用非手动开关。水龙头不应采用充气式。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条及第 6.2.6 条	洗手池必须配置非接触式红外感应水龙头，并配置非接触感应式手消毒液分配器。
	洗手池防飞溅措施	洗手盆应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条	洗手盆背侧及两侧墙面应铺设高度不低于 1.20m 的医用抗菌树脂板或瓷砖，防止水渍渗透污染墙面。
室内装修	墙地顶易洁性	医疗用房的地面、踢脚板、墙裙、墙面、顶棚应便于清扫或冲洗。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	地面必须采用同质透心抗菌 PVC 卷材，并上卷上墙 15cm 形成一体化踢脚，彻底杜绝地面卫生死角。
	阴阳角防撞处理	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（三）	室内墙角、柱角必须全部执行半径大于或等于 20mm 的圆角工艺。墙面离地 0.90m 处建议设置防撞护板。
	插座防触电保护	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（七）	所有强电插座安装高度必须大于或等于 1.30m，若必须低位安装则全部加装带锁的安全防护盖，严防幼儿误触。

(2) 非封闭急诊治疗室（单床）

房间名称	非封闭急诊治疗室（单床）			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	单床单元 物理净面 积底线	医疗各项功能用房的设置应符合 医疗工艺流程。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	每个非封闭单床治疗单元（含帘隔断包络区域）的纯净使用面积不应 小于 6.00 m ² （建议放大至 8.00 m ² ），以保证容纳儿童急诊床及周边多 方人员的站位。
	“医+患+ 家属”多维 退让尺寸	诊疗床的侧边净距离不应小于 0.80m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.2 条	/
	中枢护士 站视线绝 对可及	抢救室应邻近分诊处和急诊入口 应设看护患者的护士站。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.2 条及 第 5.3.3 条	单元的开敞面（或玻璃半隔断侧）必须正对或斜对急诊核心护士站。 图纸需进行视线视锥分析，确保值班护士在坐姿状态下，视线能够越 过通道阻隔，100%看清该病床上患儿的面部表情与生命指征。
防火分隔 与逃生	开敞侧绝 对无门槛 平接	疏散出口门、疏散走道中的门应 向疏散方向开启，且不应设置门 槛。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	治疗单元面向急诊主走廊的开敞面，其地面完成面必须与走廊实施绝 对的“零高差、零门槛平接”。严禁在此处设计任何形式的微型装饰波导 线凸起或收口条高差，保障抢救推车秒级无阻碍通行。
	大平层防 火分区外 围边界	医院中的急诊部、重症监护室等， 应采用防火隔墙和不燃楼板与其 他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	虽然单床单元内部为非封闭或半封闭形式，但由数个单床组成的“急诊 治疗区/大厅”其整体外围建筑隔墙，必须为耐火极限不低于 2.00h 的防 爆防火实体隔墙，与外部候诊大厅实施绝对物理防火切分。
	织物隔帘 高烈度阻 燃审查	建筑内部装修材料的燃烧性能等 级不应低于 A 级，部分部位不应 低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	治疗单元高频使用的多工位隐私帘，属于极易蔓延火势的织物大立面。 图纸选型中必须硬性标明“满足 B1 级阻燃标准”，且必须提供经高频次 医用级含氯漂白洗涤后仍不降低阻燃性能的物料证明。
物理边界	U 型天轨	检查、治疗用房应满足使用人群	《综合医院建设标准》建标	单床单元之间必须采用天花板预埋受力槽的“U 型全包围天轨隔帘”。隔

与感控	防攀爬隐私隔帘	的隐私要求。房间内宜设置隔帘或屏风。	110-2021 第三十九条（八）	帘轨道的垂直高度必须确保大龄儿童站立时无法拉拽攀爬，隔帘底部必须精准离地0.20m至0.25m,以便于地面日常大水量消毒清扫及透光。
	近端非接触式手卫生终端	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关，水龙头不应采取充气式，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条及第 6.2.6 条	每 2 个相邻非封闭床位之间，必须在建筑交界墙体上并联嵌入设置一个非接触式（感应式）洗手池。水池四周建筑墙面必须做高度不低于 0.40m 的实体防溅侧板（如不锈钢或树脂板），严防污水溅向病床。
室内装修与防护	墙面高柔韧抗击树脂板裙	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 39 条（三）	急诊推床在抢救时会发生剧烈物理撞击。单床单元内部及周边的所有建筑实体隔墙，从地面完成面向上至 1.20m 高度区间，必须满铺厚度不小于 2mm 的高强度抗撞击、耐含氯消毒剂擦洗的医用树脂板或抗倍特板。
	地材极限 R 角与一体化防渗	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘。地面不应设地垄沟。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	治疗室内极易滴落血液及呕吐物。地面必须满铺耐磨等级 T 级、防滑 R10 以上的同质透心 PVC 卷材。卷材必须顺墙面向上拉升 0.15m，并使用专用圆弧边条做踢脚收口（阴角 $R \geq 30\text{mm}$ ），实现“地面水密性防线”。

(3) 急诊抢救单元

房间名称	急诊抢救大厅			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	单床净使用面积界限	急诊抢救室每床净使用面积不应小于 12.00 m²。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.11 条	考虑到儿童抢救需容纳“医护抢救组+仪器推车+双家长”同时在场，建议单床净使用面积按 18.00 m²至 20.00 m²的模数进行空间预留。
	床间距与操作通道	抢救床净间距不应小于 1.20m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.11 条	抢救床头必须脱离墙面放置。为保证除颤仪、便携超声及抢救车的瞬时推入，床两侧净操作通道必须大于或等于 1.50m。
	室内吊顶完成面净高	医疗用房的室内净高不宜低于 2.60m。建筑设计应满足医疗设备、悬挂装置等对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条及第 4.3.2 条	为容纳悬挂式医疗吊塔并缓解患儿仰卧时的压抑感，室内吊顶完成面净高建议设定为 2.80m。图纸必须提供天花板承重预埋件的大样图。
防火分隔与应急	生命通道极限净宽	通向推床的门净宽不应小于 1.10m。疏散出口门应为平开门或在火灾时具有平开功能的门，且不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》第 5.1.4 条及《建筑防火通用规范》第 7.2.1 条	抢救室主门必须采用净宽大于或等于 1.40m 的感应式或脚踏式自动平移门（带防夹及应急推开功能）。门下地面必须绝对零门槛平接处理。
	核心救治区防火分隔	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等，应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	抢救室作为急诊部内火灾危险性管控的核心单元，其四周封闭墙体必须为耐火极限不低于 2.00h 的防火实体墙，确保火灾发生时能提供就地避难时间。
	装修材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	抢救室吊顶及顶棚必须采用 A 级不燃材料。墙面适儿化防撞软包或医用树脂板必须由厂家提供 B1 级以上的阻燃检测合格报告。
	隐蔽孔洞防火密闭封堵	建筑内各类管线穿过防火墙、防火隔墙、楼板的孔洞应采用防火封堵材料封堵。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.3.1 条	穿越抢救室墙体的各类孔洞（即使不审机电，建筑开洞也必须封堵），必须使用防火泥或防火膨胀模块进行全密实柔性封堵，彻底杜绝火灾烟气串流。

感控要求 与设施	抢救区洗手 终端分布	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关,水龙头不应采用充气式,并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条及第 6.2.6 条	抢救室内必须配置独立的非接触式洗手池,采用感应式或膝碰式龙头。必须加装恒温防烫阀,出水温度锁定在 35℃至 38℃之间。
	防溢地漏与 冲洗构造	卫生间、污洗间、洗涤等有水区域应设地漏。地漏应采用带防干涸水封的地漏,水封深度不得小于 50mm。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.7 条	抢救床侧边宜设置医疗级可开启式密封防溢地漏。非冲洗状态下必须绝对物理锁死,彻底杜绝下水道气溶胶倒灌。
室内装修 与防护	地材防静电 与易洁性	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘,部分医疗用房地面应防静电。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	地面必须采用 2.0mm 厚度以上的同质透心防静电 PVC 卷材,上卷上墙 15cm 形成圆弧阴角,防止抢救时的血液或体液渗入墙角缝隙。
	阴阳角防撞 与立面保护	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面,应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及《综合医院建设标准》第 39 条 (三)	室内所有墙角、柱角必须执行半径大于或等于 20mm 的圆角工艺。墙面 0.20m 及 0.90m 处满铺高强度医用树脂防撞带,防止推车撞坏墙面。
	吸音降噪与 声学顶棚	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	抢救室内监护仪报警声密集,极易引发患儿恐慌。吊顶必须采用降噪系数 (NRC) 大于或等于 0.7 的微孔吸音金属板或抗菌矿棉板。
视觉干预 与隐私	护士站双向 监护视窗	护理单元应设护士站、治疗室、处置室、洗消间、更衣室、值班室等,护士站应与治疗室、办公用房邻近。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 28 条	抢救室与外部护士站之间的隔墙上,开设宽幅的透明防火观察窗,确保护士站对室内抢救床位具有无死角的持续监护视线。
	隐私隔绝与 物理遮挡	检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求,注意开门方向,宜设闭门器。房间内宜设置隔帘或屏风。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条 (八)	观察窗内嵌入手动或电动百叶,或采用通电雾化玻璃。每张抢救床天花板必须预留满足全床包围的 U 型隔帘硬拉轨,提供抢救时的视觉遮挡。
	天花板视觉 分散设计	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	建议在抢救床正上方的天花板区域设置背光式卡通发光软膜天花,利用正向视觉吸引转移患儿对抢救操作的极度恐惧。

(4) 心肺复苏室

房间名称	心肺复苏室			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	复苏床极限操作面积	急诊抢救室每床净使用面积不应小于 12.00 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.11 条	心肺复苏涉及气管插管、除颤及可能介入的 ECMO 设备，单床净使用面积建议极度放大至 20.00 m ² 至 25.00 m ² 。
	岛式布局与操作净距	抢救床净间距不应小于 1.20m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.11 条	复苏床必须执行岛式布局。床头区域需预留大于或等于 1.00m 的气管插管操作专区，床两侧操作净距必须大于或等于 1.50m。
	吊顶荷载与净高预留	医疗用房的室内净高不宜低于 2.60m。建筑设计应满足医疗设备、悬挂装置等对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条及第 4.3.2 条	为容纳重型双臂外科吊塔及无影灯，室内吊顶完成面净高建议设定为 3.00m。图纸必须提供天花板承重钢结构的受力节点大样图。
防火分隔与应急	上悬挂无地轨平移门	疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方向开启，且不应设置门槛。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	门洞净宽必须大于或等于 1.50m。自动平移门必须采用“上悬挂式无下地轨”工艺，彻底杜绝地面轨道凹槽积聚血污，同时确保抢救床无震动推入。门体必须带防撞脱轨应急推开功能。
	核心救治区防火分隔	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等，应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	复苏室作为急诊部内最高级别的火灾管控孤岛，其四周封闭墙体必须为耐火极限不低于 2.00h 的防爆防火实体墙，严禁采用轻钢龙骨石膏板简易隔断。
	装修材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	室内吊顶、顶棚及墙面基层必须全部采用 A 级不燃材料，立面防撞树脂板必须提供 B1 级以上阻燃检测报告。
感控要求与设施	外科级洗手终端配置	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关，水龙头不应采用充气式，并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条及第 6.2.6 条	复苏室内入口处必须配置外科级别深水槽洗手池。配备膝碰式或感应式出水开关、感应手消，并加装出水温度锁定在 35℃至 38℃的恒温防烫阀。
	地面冲洗与	有水区域应设地漏。地漏应采用带防干涸	《综合医院建筑设计标准》	抢救常伴随大量体液遗洒，复苏床侧边必须设置医疗级可开启式

	医疗地漏	水封的地漏，水封深度不得小于 50mm。	GB 51039-2014 第 6.2.7 条	密封防溢地漏，平时处于绝对物理锁死状态，严防气溶胶倒灌。
	独立环控与正负压	医疗用房应通风良好。采取有效措施防止交叉感染。急诊抢救室宜具有可切换为负压排风功能的条件。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 7.1.1 条及 第 7.1.11 条	复苏室必须配置完全独立的空调与新风排风系统。系统需具备一键正负压切换功能，正压保护严重创伤患儿，负压隔离传染患儿。
室内装修与防护	地材抗污与防静电	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘，部分医疗用房地面应防静电。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.10 条	地面必须满铺防静电、耐血液腐蚀的 3.0mm 同质透心 PVC 卷材，上卷上墙 15cm 形成圆弧阴角。接缝必须采用热熔无缝焊接。
	阴阳角与极限防撞	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.12 条及 第 39 条（三）	室内所有墙角、柱角必须执行半径大于或等于 50mm 的强化圆角工艺。墙面 0.20m 至 0.90m 区间建议满铺高强度抗撞击医用树脂板。
	吸音与声学阻断隔离	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	复苏室的隔墙必须为隔音砌块并砌筑至顶板，室内顶棚必须满铺降噪系数大于或等于 0.8 的高效吸音板，防止抢救指令穿透墙体。
视觉干预与隐私	标准时钟与生命计时	手术室、急诊抢救室、重症监护室等应设置标准时钟。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 9.3.5 条	抢救床正前方墙面的可视黄金高度，必须预留并安装具备读秒功能的高精度数字时钟面板，且必须与全院母钟系统实时同步。
	外部视线绝对物理隔绝	检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求，注意开门方向，宜设闭门器。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（八）	复苏室大门开向严禁直对候诊大厅，门上观察窗必须配置内置百叶或通电雾化隐私玻璃，阻断外部的恐慌性围观。
	抢救区顶部视觉干预	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	建议避开无影灯区域，在天花板安装具有舒缓图案的发光背板或动态投影介质，缓解部分非昏迷创伤患儿的极度恐惧。

(5) 负压隔离室

房间名称	负压隔离室			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间平面与流线	气锁缓冲间强制设置	负压隔离病房应设缓冲间，并应设传递窗。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.5.4 条	隔离室入口必须设置独立的物理缓冲间（气锁室）。缓冲间净深度必须大于或等于 1.50m，以容纳抢救平车或仪器车短暂停留，严防内外门同时开启。
	独立专用卫生间配置	急诊部应在末端设传染病诊室，应设独立出入口，并应附设专用卫生间。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.4 条	负压室内必须附设患儿专用的独立卫生间，包含淋浴与如厕功能，彻底切断患儿前往公共区域的排泄物交叉感染途径。
	洁污双走廊物理分流	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	隔离室平面必须采取“双门双通道”布局。患儿及污染废弃物由外侧“污物走廊”进出；医护人员由内侧“洁净走廊”经缓冲间进入，实现绝对分流。
防火分隔与封堵	绝对物理防火分隔	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等，应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	负压隔离室作为极高风险的独立单元，其四周墙体必须砌筑至建筑结构真顶（楼板底），且必须为耐火极限不低于 2.00h 的实体防火墙，严禁采用轻质隔断。
	穿墙孔洞全密实防火封堵	建筑内各类管线穿过防火墙、防火隔墙、楼板的孔洞应采用防火封堵材料封堵，封堵的耐火性能不应低于相应分隔构件的耐火性能。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.3.1 条	建筑图纸必须标明：所有穿越隔离室墙体的排风管、水管、桥架孔洞，必须使用防火膨胀模块及气密封胶进行“双面全密实封堵”，杜绝任何漏风与漏烟缝隙。
	零门槛与应急推床宽度	通向推床的门净宽不应小于 1.10m。疏散出口门应为平开门或在火灾时具有平开功能的门，且不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》第 5.1.4 条及《建筑防火通用规范》第 7.2.1 条	气密门开启后的净宽必须大于或等于 1.20m。门下禁止设置任何用于密封的凸起门槛，必须采用门扇底部的“下沉式自动扫地胶条”来实现平地密封，确保推床无障碍进入。
建筑门窗	气密门与闭	相邻相通不同洁净度房间的门应设闭门	《综合医院建筑设计标准》	缓冲间内外两道门必须为带有下沉式密封胶条的医用气密门，并

与封闭	门器构造	器。半限制区、限制区内的门窗应有良好的密闭性。	GB 51039-2014 第 5.5.4 条及第 5.1.8 条	配置机械闭门器。审图时需核对门体是否具备紧急情况下的“互锁解除”物理按键，防抢救延误。
	外窗全密闭与不可开启	负压隔离病房应设缓冲间，建筑内部装修不应擅自减少、改动、拆除、遮挡消防设施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.5.4 条	负压室外窗必须为双层中空钢化玻璃全封闭固定窗，严禁设置任何可开启扇，彻底杜绝污染空气通过自然风压逸散至院区室外。
	污物瞬时传递窗预留	负压隔离病房应设缓冲间，并应设传递窗。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.5.4 条	在隔离室与外部污物走廊的共用墙体上，必须嵌入安装机械互锁式双扉传递窗，专用于传递血样及医疗垃圾，减少大门开启频次。
室内装修与防渗	墙地顶六面体无缝构造	医疗用房的地面、踢脚板、墙裙、墙面、顶棚应便于清扫或冲洗。其阴阳角宜做成圆角。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	房间的地面、墙面、吊顶必须形成一个“无缝密封舱”。地面采用同质透心卷材热熔焊接并上卷上墙；吊顶必须为全密闭硬质抗菌板（严禁使用矿棉板或铝扣板），所有板缝必须打防霉硅酮结构胶。
	防溢地漏与水封深度	卫生间、污洗间、洗涤等有水区域应设地漏。地漏应采用带防干涸水封的地漏，水封深度不得小于 50mm。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.7 条	隔离室及附属卫生间的地漏必须是带防干涸水封的医疗密闭地漏，彻底阻断下水道中的病毒气溶胶通过负压抽吸倒灌入室内。
	适儿化立面极限防撞	有推床或推车通过的门和墙面，应采取防撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	考虑到隔离患儿极易产生烦躁与破坏性行为，室内墙面 0.20m 至 1.20m 高度必须满铺高强度抗刮擦抗菌树脂板，阳角圆弧半径必须大于或等于 20mm。
视觉干预与心理	全景监护与探视观察窗	护理单元应设护士站并与治疗室、办公用房邻近。	《儿童医院建设标准》第 28 条及《综合医院建设标准》第五条	为缓解患儿独自被隔离的幽闭恐惧，走廊侧墙体应设置大面积全透明密闭观察窗。窗外需预留家属探视站位，并结合建筑隔墙预留双向语音对讲系统的安装位。
	抗应激视觉软化设计	综合医院的建设在满足各项功能需要的同时，注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	隔离室内墙面及天花板严禁采用纯白冷色调。建议在密闭吊顶内嵌发光柔和的虚拟蓝天灯，或在抗污墙板上定制低饱和度的卡通图案，降低空间压抑感。

(6) 急诊留观室

房间名称	负压隔离室			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	留观床间距 与操作界限	床间距不应小于 1.20m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.2.5 条	考虑到儿童留观“双家属+婴儿车+折叠陪护椅”的极限占用，相邻病床净间距必须放大至 1.50m 以上，床尾至对侧墙面（或病床）的推床疏散通道净宽必须大于或等于 2.00m。
	婴儿车与杂物 专属收纳	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	平面图纸必须在病床区域之外，沿墙体向内退让设计深 0.80m 的“婴儿推车及家属行李专属停靠槽”，严禁这些物品侵占病房内部的疏散主通道。
	室内吊顶完成面 净高	医疗用房的室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为容纳输液天轨系统与全床包围的隔帘轨道，并缓解患儿长时间仰卧的压抑感，室内吊顶完成面净高建议设定为 2.80m。
防火分隔 与应急	生命通道极限 净宽	通向推床的门净宽不应小于 1.10m。疏散出口门应为平开门或在火灾时具有平开功能的门，且不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》 第 5.1.4 条及《建筑防火通用规范》 第 7.2.1 条	留观室主入口门必须采用净宽大于或等于 1.40m 的子母门或自动平移门。门下地面必须绝对零门槛平接处理，确保留观病床在火灾时能直接连床推离。
	连床疏散的 避难间联动	高层病房楼应在二层及以上的每个病房楼层设置避难间。避难间应靠近疏散楼梯间。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.5 条	即使留观室在首层，其内部通向大门的疏散主通道净宽必须实打实大于 2.00m（剔除陪护椅占用）。若留观室设在二层，则必须就近配置容纳连床推入的消防避难间。
	装修材料高 阻燃标准	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	留观室面积大且人员密集，吊顶及顶棚必须采用 A 级不燃材料（如铝扣板）。墙面适儿化软包及隔帘织物必须由厂家提供 B1 级以上的阻燃检测合格报告。
感控设施 与边界	留观区洗手 终端分布	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关，水龙头不应采用充气式，并应采取防止污水	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 6.2.5 条及	大型开敞式留观室必须按每 4 至 6 床配置一个独立的非接触式洗手池（带防溅侧板）。洗手池旁必须标配感应式手部消毒液与擦

		外溅的措施。	第 6.2.6 条	手纸盒的物理挂位。
	内置母婴与卫生设施	男女卫生间的便器设置比例应小于或等于 1:2。儿科等区域卫生间应设置儿童卫生间或儿童专用洁具等。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（六）	留观室内或紧邻出口处，必须设置带折叠婴儿尿布台的无障碍/第三卫生间，且内部必须配置高度 0.60m 的儿童专用马桶与低位洗手池。
室内装修与安全防护	防跌落与防触电安全屏障	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（七）	（核心盲点）留观室外窗必须安装带钥匙的物理限位器，开启扇缝隙宽度严格锁死在 10cm 以内。墙面强电插座必须加装带锁的安全防护盖，或安装在 1.30m 以上高度。
	地材防滑与无缝抗菌	医疗用房的地面、踢脚板、墙裙、墙面、顶棚应便于清扫或冲洗。地面不应设地垄沟。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 5.1.10 条	地面必须满铺防滑等级 R10 以上的 2.0mm 同质透心 PVC 卷材，上卷上墙 15cm 形成圆弧阴角。接缝热熔焊接，防止留观患儿呕吐物渗漏发臭。
	阴阳角防撞与护墙板	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 39 条（三）	室内所有墙角、柱角必须执行半径大于或等于 20mm 的圆角工艺。沿走道及病床侧墙面 0.20m 与 0.90m 处必须满铺防撞护墙板或防撞扶手。
视觉干预与隐私	护士站中心全景视野	护理单元应设护士站、治疗室、处置室、洗消间、更衣室、值班室等，护士站应与治疗室、办公用房邻近。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 28 条	开敞式留观室的护士站必须采用中心岛式或半岛式布局。台面高度必须保证护士在坐姿状态下，视线能无物理死角地覆盖室内所有的留观床位。
	隐私隔绝与物理遮挡	检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求，注意开门方向，宜设闭门器。房间内宜设置隔帘或屏风。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（八）	每张留观床天花板必须预留满足全床包围的 U 型隔帘硬拉轨。隔帘底部必须悬空至少 0.20m，以便护士走动巡视时能随时观察到床底是否有患儿滑落。
	防眩光与昼夜节律照明	医疗用房应采用高显色照明光源，显色指数应大于或等于 80。综合医院注重改善患者的就医环境。	《综合医院建筑设计标准》第 8.6.2 条及《综合医院建设标准》第五条	留观床正上方严禁设置直射光源。照明灯具必须采用漫反射防眩光设计，且必须支持双回路控制（日间高照度、夜间低照度巡视模式），保障患儿睡眠。

(7) 清创处置室

房间名称	清创处置室			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	清创操作空间界限	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程,应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	清创床四周必须留出至少 1.20m 的净操作通道,以容纳主刀医生、护士、器械车及家属。建议房间净使用面积不小于 15.00 m ² 。
	室内吊顶净高控制	医疗用房的室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为保证无影灯臂旋转半径及避免压抑感,室内吊顶完成面净高建议设定为 2.80m。
防火分隔与应急	门洞净宽与无障碍	通向推床的门净宽不应小于 1.10m。疏散出口门应为平开门或在火灾时具有平开功能的门,且不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》第 5.1.4 条及《建筑防火通用规范》第 7.2.1 条	门洞净宽建议设计为 1.20m 的单扇门或 1.30m 的子母门,保证平推车顺畅进出。门下地面必须绝对零门槛平接处理。
	装修材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级,部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	室内吊顶及顶棚必须采用 A 级不燃材料,墙面抗菌树脂板等立面防护材料必须提供 B1 级以上阻燃检测报告。
感控要求与设施	洗手终端与防飞溅	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关,水龙头不应采用充气式,并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条及第 6.2.6 条	洗手池必须采用深度大于 0.25m 的深水槽,配置肘开式或感应式龙头,加装恒温防烫阀,墙面铺设高 1.20m 防溅抗菌板。
	地面冲洗与防溢地漏	卫生间、污洗间、洗涤等有水区域应设地漏。地漏应采用带防干涸水封的地漏,水封深度不得小于 50mm。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.7 条	清创床下方或侧边必须设置医疗级可开启式密封地漏。非冲洗状态下必须绝对密闭,彻底杜绝下水管道气溶胶与异味倒灌入室。
	独立排风与异味控制	医疗用房应通风良好。采取有效措施防止交叉感染。产生气味、水汽及潮湿的房间应设机械排风。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 7.1.1 条及第 7.1.5 条	清创室内必须设置完全独立的机械排风系统(直排室外),保持室内相对于走廊为微负压状态,严禁气味溢出至公共候诊区。

	医疗废弃物暂存区	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程,应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	室内必须在靠近污物出口的隐蔽侧,硬性划定一块“医疗废弃物脚踏桶”的专属靠墙摆放区,严禁占用主操作动线。
室内装修与防护	地材抗血污与防滑	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘。地面不应设地垄沟。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	必须采用防滑等级 R10 以上的耐腐蚀同质透心 PVC 卷材,上卷上墙 15cm 形成圆弧阴角,接缝必须采用热熔焊接防渗漏。
	阴阳角与防撞处理	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面,应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 39 条 (三)	所有墙角、柱角必须执行半径大于或等于 20mm 的圆角工艺。墙面 0.20m 及 0.90m 处满铺高强度医用树脂防撞带。
	吸音与防菌吊顶	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	清创室的隔墙必须砌筑至天花板真顶。吊顶建议采用兼具防菌易擦洗表面与降噪系数大于或等于 0.7 内部构造的医用复合金属板。
	内嵌家具与锐器管控	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条 (七)	图纸中绘制的内嵌式医疗边台及吊柜,其存放手术刀片、麻醉剂的抽屉或柜门必须标明配置物理门锁或高位隐藏式把手,严防幼儿因好奇误触造成伤害。
视觉干预与隐私	开门方向与视线遮挡	检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求,注意开门方向,宜设闭门器。房间内宜设置隔帘或屏风。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条 (八)	清创室门必须设置闭门器。开门方向必须背对清创床,确保在门被推开瞬间,外部走廊无法直视室内创面处理过程。
	天花板视觉分散设计	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	建议在清创床正上方的天花板区域设置背光式卡通发光软膜天花,利用正向视觉吸引转移患儿对清创疼痛的注意力。

(8) 输液室

房间名称	输液室			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	输液椅排距 与陪护空间	儿科候诊区面积应按不小于 2 m ² /人设计。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.2.6 条	考虑到儿童输液“一患双陪护”的刚性需求，输液椅排与排之间的净宽必须大于或等于 1.50m，确保两名家长并排就坐且不阻挡中央护士巡视通道。
	婴儿车专属 收纳凹槽	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	必须在主输液区外围的非流线干道上，沿墙面退让设计深度大于或等于 1.00m 的“婴儿推车及折叠营地车专属停靠带”，严禁推车堵塞输液室疏散主轴。
	天轨悬挂荷 载与净高	医疗用房的室内净高不宜低于 2.60m。建筑设计应满足医疗设备、悬挂装置等对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.9 条 及第 4.3.2 条	输液室必须满铺矩阵式输液天轨系统。室内吊顶完成面净高建议设定为 2.80m。图纸必须提供天轨系统在顶板上的受力钢骨架预埋节点大样图。
防火分隔 与应急	带输液架疏 散净宽	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	输液患儿在火灾逃生时举着输液瓶或拖拽落地输液架，极易发生羁绊摔倒。输液大厅主疏散走道净宽必须实打实大于或等于 3.00m。
	疏散门零门 槛与外开	疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方向开启，且不应设置门槛。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	输液室主出口及通向室外或楼梯间的疏散门必须向外平开，门洞净宽大于或等于 1.50m。门下地面必须绝对零门槛平接，确保推着落地输液架的家长能顺畅逃离。
	装修材料高 阻燃标准	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	输液大厅面积大且人员极度密集，吊顶及顶棚必须采用 A 级不燃材料（如金属吸音板）。墙面适儿化软包及卡通树脂板必须由厂家出具 B1 级以上的阻燃检测合格报告。
感控设施	配液中心视	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺	《综合医院建筑设计标准》	输液室核心的“配药室/穿刺台”必须为全封闭玻璃物理隔断，严防

与边界	线与全封闭	流程,应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	GB 51039-2014 第 5.1.1 条	家属抢夺药物。穿刺台操作面与患儿坐面需形成高低差,便于护士在坐姿下完成头皮针穿刺。
	传染病物理隔离输液区	急诊部应设传染病诊室,并应设在急诊部末端,应设独立出入口,并应附设专用卫生间。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.2.4 条	输液大厅内部必须硬性切分出一块拥有独立物理隔断与独立排风的“隔离输液区”(针对水痘、流感患儿),切断交叉感染飞沫传播途径。
	手卫生终端分布与防溅	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关,水龙头不应采用充气式,并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 6.2.5 条 及第 6.2.6 条	大型输液大厅必须按区域分散配置多组非接触式洗手池(带防溅侧板)。洗手池旁必须标配感应式手部消毒液与擦手纸盒的物理挂位,便于家长处理患儿呕吐物后洗手。
室内装修	地材极端防滑与无缝	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产生尘。地面不应设地垄沟。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.10 条	输液室地面常有药液滴漏及患儿呕吐物,必须满铺防滑等级 R10 以上的 2.0mm 同质透心 PVC 卷材,上卷上墙 15cm 形成圆弧阴角。严禁使用遇水极滑的抛光瓷砖。
	防误触与防跌落屏障	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条(七)	输液室外窗必须安装带钥匙的物理限位器,开启扇缝隙宽度严格锁死在 10cm 以内。墙面强电插座必须加装带锁的安全防护盖,或安装在 1.30m 以上高度。
	阴阳角防撞与立面保护	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的 门和墙面,应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.12 条 及第 39 条(三)	室内所有墙角、柱角必须执行半径大于或等于 30mm 的圆角工艺。沿走道侧墙面 0.20m 与 0.90m 处必须满铺防撞护墙板,防止移动落地输液架及婴儿车撞击墙面。
视觉干预与心理	防眩光与色彩舒缓照明	医疗用房应采用高显色照明光源,显色指数应大于或等于 80。综合医院注重改善患者的就医环境。	《综合医院建筑设计标准》 第 8.6.2 条及《综合医院建设标准》第五条	患儿在输液时长时间仰头视线朝上。天花板严禁设置直射点光源,主照明必须采用防眩光漫反射发光顶棚。建议结合天花板造型定制具有视觉吸引力的卡通发光软膜。
	多媒体视觉分散预留	综合医院的建设在满足各项功能需要的同时,注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	建筑墙面高位或天花板下挂区必须预留多媒体电视屏幕的受力挂点,通过播放动画片提供正向的“视觉转移镇痛与情绪安抚”。

(9) 雾化治疗室

房间名称	输液室雾化治疗室			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	独立空间与物理封闭	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程,应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	雾化治疗会产生大量携带病毒的气溶胶,严禁在急诊大厅开敞区设置雾化座。必须设置带有实体隔墙与闭门器的独立房间,实现物理空间彻底隔离。
	雾化座排距与陪护模数	面积应按不小于 2 m ² /人设计。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.6 条	需满足“患儿坐姿+家长侧坐环抱”的刚性空间需求。雾化座椅排间距必须大于或等于 1.50m, 单人位面宽不应小于 0.80m, 预留家长辅助戴面罩的操作空间。
	婴儿车外置收纳盲区	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程,应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	雾化室内座位密集,平面图纸必须在雾化室大门外侧的非主干道走廊上,硬性划定一块深度大于或等于 1.00m 的“婴儿车集中停放区”,严禁推车入室导致拥堵。
防火分隔 与应急	疏散通道净宽与无障碍	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	剔除座椅及家长站立空间后,雾化室内通向大门的主疏散通道净宽必须大于或等于 1.50m。疏散门必须向外平开,严禁采用内开门导致慌乱逃生时的人群堵塞。
	门槛平接与紧急脱离	疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方向开启,且不应设置门槛。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	雾化室大门地面必须绝对零门槛平接处理,确保抱起患儿飞奔的家长不会发生脚下羁绊跌倒。
	装修与隔板材料阻燃	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级,部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	室内吊顶及顶棚必须采用 A 级不燃材料。墙面抗菌板以及座位之间的亚克力/PC 透明防飞沫隔板,必须由厂家提供 B1 级以上的阻燃检测合格报告,严禁使用普通易燃塑料隔板。
感控设施 与边界	座位间物理防飞沫屏障	医疗用房应通风良好。采取有效措施防止交叉感染。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 7.1.1 条	相邻雾化座位之间必须设置由桌面延伸至距地高度 1.50m 的透明钢化玻璃或亚克力物理隔板,隔板进深需超越患儿面部至少

				0.50m，直接阻断气溶胶横向飘散。
	深水槽与咳嗽清理区	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关,水龙头不应采用充气式,并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条及第 6.2.6 条	雾化极易诱发患儿剧烈咳嗽与呕吐。室内必须配置至少一组深水槽（深度大于 0.25m）洗手池，池边墙面必须铺设高 1.20m 的抗菌易洁板，并就近配置感应手消与防臭带盖污物桶。
室内装修	多媒体视线工程学预留	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	雾化高度依赖动画片吸引注意力以保持患儿深呼吸。建筑墙面必须预留电视屏幕挂点，屏幕中心标高应控制在 1.00m 至 1.20m 之间，匹配坐姿患儿平视视线，严防高位悬挂导致患儿仰头呛咳。
	抗应激色彩与防眩光	医疗用房应采用高显色照明光源,显色指数应大于或等于 80。综合医院注重改善患者的就医环境。	《综合医院建筑设计标准》第 8.6.2 条及《综合医院建设标准》第五条	雾化室墙面宜采用明快的低饱和度暖色调（如暖黄、浅绿）树脂板。天花板照明必须全部采用带防眩光罩的漫反射光源，避免患儿抬头直视时刺眼。
视觉干预与心理	地材防滑与无缝抗菌	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘。地面不应设地垄沟。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	雾化室地面常有药液滴漏与呕吐物，必须满铺防滑等级 R10 以上的同质透心 PVC 卷材，上卷上墙 15cm 形成圆弧阴角，接缝处严格进行热熔无缝焊接处理。
	阴阳角与隐形防撞	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 39 条（三）	室内所有墙角、柱角、隔板边缘必须执行半径大于或等于 20mm 的圆角打磨或隐形护角包裹工艺。沿走道侧墙面 0.20m 与 0.90m 处满铺高强度抗刮树脂防撞带。

(10) 预检分诊台

房间名称	预检分诊台			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与视线	双级服务 台面高度	有轮椅通行的门和走道以及服务台等,应满足无障碍设施的规定。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.5 条	必须设置高低双级台面。高台面 (0.75m-0.80m) 用于常规家长登记; 低台面 (0.70m 以下且下方留空) 专供轮椅患儿或矮小儿童进行无障碍沟通与体征测量。
	推车避让 内凹模数	急诊部应设单独的预检分诊处。医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程,应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.2.3 条及第 5.1.1 条	分诊台前方的平面布局必须向内退让, 形成深度大于或等于 1.20m 的“婴儿推车与轮椅专属停靠槽”, 确保排队登记时推车绝对不侵占急诊主干道的通行净宽。
	全局全景 视野控制	护理单元应设护士站.....护士站应与治疗室、办公用房邻近。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 28 条	分诊台必须处于急诊入口的视觉核心位置。护士在坐姿状态下, 视线必须毫无物理遮挡地覆盖入口大门、候诊大厅全域及抢救室通道入口。
防火分隔 与应急	防暴安全 逃生通道	综合医院的建设在满足各项功能需要的同时, 注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条 (引申至医护心理安全与防卫)	(核心盲点) 预检分诊台极易遭遇焦躁家属的冲击。分诊台内部绝对不能设计为“死胡同”, 护士背后必须预留一扇直通内部办公区或抢救区的单向逃生暗门, 且外部不可开启。
	大堂主疏散 宽度保护	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。走道净宽不应小于 2.40m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条及《综合医院建筑设计标准》第 5.1.2 条	审图时必须在平面图上拉出尺寸线: 分诊台的最外凸出端 (包含排队等候人群的预估占用范围), 距离对侧墙体的直线净宽, 必须实打实地大于或等于 3.00m。
	台体结构 材料阻燃	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级, 部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	作为逃生大堂中的大型固定家具构件, 分诊台的内部骨架必须采用轻钢龙骨等 A 级不燃材料, 外部饰面板必须出具 B1 级以上的阻燃检测合格报告。
感控设施	防飞沫物	医疗用房应通风良好, 采取有效措施防止交	《综合医院建筑设计标准》GB	预检分诊是筛查传染病的第一道防线, 台面上方必须设置全封

与边界	理屏障	叉感染。	51039-2014 第 7.1.1 条	闭或半封闭的透明钢化玻璃防飞沫挡板, 仅在底部留出高度不超过 0.15m 的病历及测温枪传递缝隙。
	台面级手消配置区	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关, 水龙头不应采用充气式, 并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条及第 6.2.6 条	除了后台的标准洗手池, 分诊台的面向患儿侧与护士操作侧台面上, 必须在图纸中硬性划定感应式手部消毒液的固定安装点位, 严禁临时随意摆放。
适儿化装	台面及立面防撞处理	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面, 应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及《综合医院建设标准》第 39 条 (三)	分诊台所有面向公众的突出阳角、台面边缘必须全部执行半径大于或等于 30mm 的圆角打磨或软包覆工艺。立面 0.20m 高度处应设置不锈钢防踢防撞基座。
修与防护	饰面材料易洁与抗腐	医疗用房的地面、踢脚板、墙裙、墙面、顶棚应便于清扫或冲洗。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	分诊台的台面必须采用无缝拼接的人造石或医用抗菌抗倍特板, 严禁使用接缝多、易渗入血污体液的多孔石材或木饰面板。

(11) 公共候诊空间

房间名称	公共候诊空间			
审查维度	审图重点	强制性规范	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与弹性	“1+N”潮汐候诊极限面积	候诊处应设面积不小于 1.5 m ² /人的等候区。儿科候诊区面积应按不小于 2 m ² /人设计。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.4.1 及 5.2.6 条	必须按照冬季流感极峰的“满载压力”进行排图。建议单人面积指标放大至 2.5 m ² 至 3.0 m ² /人。座椅排间距必须大于或等于 1.50m, 为家长抱着哭闹患儿来回走动安抚预留足够的“物理缓冲槽”。
	弹性扩容与平疫转换边界	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程, 应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	候诊区外围或毗邻的宽阔内街, 应在建筑立面与顶面上预留隐蔽的轨道或硬隔离挂点。在“常规模式”下开敞, 在“流感爆发模式”下可通过快速拉设物理屏障, 瞬间将交通通道转化为临时扩容候诊区。
防火逃生 与疏散	“1+N”拥堵下的实际疏散净宽	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	候诊区通向室外的疏散通道, 在剔除等候座椅、自助机柜、甚至假设通道两侧停满违规婴儿车后, 其中央实打实的可通行物理净宽必须绝对≥2.40m (推荐 3.00m 以上), 应对恐慌性踩踏风险。
	高等级装修阻燃标准	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级, 部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	候诊大厅人员极度密集, 吊顶及顶棚必须采用 A 级不燃材料。墙面所有的适儿化软包及卡通树脂板, 必须由厂家出具 B1 级以上的阻燃检测合格报告, 杜绝火灾时的有毒浓烟。
物理边界 与感控	发热与非发热的硬性物理阻断	急诊内传染病门诊和儿科门诊应自成一区, 并应设单独出入口。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.1 条	在急诊大厅前序阶段, 必须使用实体防爆墙将“发热候诊区”与“普通急诊候诊区”进行绝对的物理切分。严禁采用软隔断, 彻底阻断流感气溶胶跨区漂移, 两条候诊动线绝不交叉。
	分区化候诊与座椅背靠背阵列	医疗用房应通风良好。采取有效措施防止交叉感染。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 7.1.1 条	候诊座椅严禁采用面对面的“围坐式”布局 (极易造成飞沫直射)。必须采用“背靠背”阵列, 且座椅靠背高度宜适当加高, 形成天然的物理阻沫屏障。

室内声光 与安抚	高分贝哭闹 的声场压制 顶棚	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	急诊候诊区是全院声场混响最恶劣的灾区。吊顶必须满铺 NRC（降噪系数） ≥ 0.8 的微孔吸音金属板加玻璃纤维棉；大面积墙面 1.20m 以上部位强制铺设吸音板结构，强行压制群体恐慌性共振。
	防眩光与昼夜节律照明 干预	医疗用房应采用高显色照明光源。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 8.6.2 条	仰躺在推车或家长怀里的高热患儿对天花板强光极度敏感。严禁使用裸露点光源或强射灯。必须采用深防眩漫反射灯具，且必须具备夜间“柔和微光模式”的独立回路，降低整体暴躁情绪。
	视听觉阻断 与多媒体靶向	综合医院的建设应充分考虑使用人群的生理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	候诊区墙面必须预留多媒体视屏挂点，中心标高控制在 1.00m-1.20m（匹配坐姿或童车内患儿视平线）。利用动画频幕作为“视觉锚点”，有效分散疼痛与漫长等待带来的焦躁。
装修构造 与防护	墙裙极限防 撞与耐含氯 消毒	有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.12 条 及第 39 条（三）	所有立柱、墙角必须做 $R \geq 30\text{mm}$ 的圆角。墙面从地面起至 1.20m 高度，必须满铺高硬度、耐高频含氯消毒剂擦洗的医用树脂板（抗倍特板），底部设不锈钢踢脚线防推车碾压破损。
	无缝地坪与 高频呕吐物 清理	医疗用房的地面、踢脚板、墙面应便于清扫。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.12 条	急诊高热患儿极易发生喷射性呕吐。地面严禁使用有拼缝的抛光砖，必须满铺耐磨等级 T 级、防滑 R10 的同质透心 PVC 卷材，热熔无缝焊接，上卷上墙形成一体化防渗漏托盘。

第四章 医技部（待完善）

一、医疗工艺组成与特征（儿童医院）

1. 功能构成

医技科室作为现代医院中技术高度密集、设备最集中的核心诊疗平台，其空间功能的构成逻辑直接决定了医疗行为的安全与效率。由于各医技科室在诊疗目的、设备运转环境及生物安全要求上存在显著差异，其空间布局必须突破传统的单一房间概念，转向“模块化、区域化”的系统构建。总体而言，医技科室的空间功能通常基于医患隔离、洁污分层以及设备运行保障的核心原则，被科学地解构为患者活动候诊区、核心检查实验区、医护独立办公区以及后勤设备支持区四大基础模块。这种标准化的空间拆解方法，为实现高度专业化的医疗工艺落地提供了坚实的物理载体。下文将以影像科、检验科及手术部三个典型医技科室为例，对其具体的功能构成进行逐一解析。

（1）影像科

儿童医院影像科空间主要可划分为候诊准备区域、核心检查区域、办公与辅助区域。候诊准备区域的流线及空间尺度同样需高度关注“适儿化”与“高陪护”特征，一般包括扩容后的家属集中候诊大厅、二次候诊区、更衣室以及具有儿科特色的镇静准备及复苏空间。其中，因部分大型检查（如 MRI、CT 等）要求患儿在密闭环境中保持绝对静止，镇静评估、给药及观察复苏用房是儿童影像科必不可少的特殊空间。候诊区附近必须标配母婴室以及配置了儿童尺寸洁具的专用卫生间；考虑到大型设备的运行噪声和幽闭环境极易引发患儿恐惧，等候及准备区宜广泛应用光影互动、投影墙等安抚性设计来转移患儿注意力。不同儿童医院的

核心检查区域空间划分会根据设备的辐射防护与磁屏蔽要求进行严格落位,通常包括普放机房、数字胃肠透视机房、CT 机房、MRI 机房以及超声检查室。有条件的大型儿童医院会强化针对特殊患儿的检查环境配置,例如在机房内部引入“视听沉浸式”环境系统,以最大限度降低患儿幽闭恐惧,减少药物镇静的使用频次。以上工作区域中,超声与常规 DR 检查因流程短、需求量极大,在进行空间组织设计时,通常将其布置于核心工作区域的最前端,以提升急危重症和普通门诊患儿的检查周转效率;而磁共振由于存在强磁场安全门槛及较长的前置准备时间,通常布置在流线相对较深且独立的区域,并严格设置安检物理屏障。

医疗辅助用房可以布置在办公辅助区域内,也可以结合不同机房的运行要求分散布置在核心检查区域内,例如各大型影像设备均需紧邻机房配备独立的操作控制室、专用的设备间。由于儿童检查中对对比剂使用的精细化要求极高,对比剂准备室需满足微剂量精准调配与急救防范的特殊需求。除不间断 UPS 电源间、防护用品贮藏室等资源供应用房外,影像科的办公辅助区域同样重要。为了保障医护人员在长时间暗室/半暗室环境下的工作质量,集中阅片室需注重防眩光照明与人机工学设计;同时,为了满足疑难杂症的探讨,需配置多学科影像会诊室。此外,医护人员的专用通道、更衣换鞋及休息区也需要在布局上得到充分保障,以严格实现医患流线的物理隔离。

表 4.1 影像科医疗空间组成

分区名称	功能用房组成
候诊准备区域	集中候诊大厅、二次候诊区、分诊登记室、更衣室、镇静准备及观察室、母婴室等
核心检查区域	DR 机房、CT 机房、MRI 机房、数字胃肠透视机房、超声检查室、骨密度检查室等
医疗辅助区域	操作控制室、胶片打印室、对比剂准备室、防辐射用品贮藏室、独立设备间(机柜/空调/水冷)、UPS 电源间等

后勤辅助 区域	污洗间、保洁间、配电间、杂物库房等
办公生活 区域	集中阅片室(报告室)、多学科会诊室(MDT)、主任办公室、医护人员更衣盥洗、 办公休息、示教、值班等

(2) 检验科

儿童医院检验科空间主要可划分为取样采集区域、核心工作区域、办公辅助区域。

取样采集区域的流线与时空尺度需高度关注“适儿化”与“高陪护”特征，一般包括扩容后的家属等候大厅、样本采集用房、标本接收与暂存处理空间。其中，样本采集用房附近必须标配母婴室以及配置了儿童尺寸洁具的专用卫生间；考虑到患儿易产生分离焦虑，等候区宜就近设置安抚玩具角或互动屏幕。为应对儿童频发的高危传染病，标本接收处需强化气溶胶防护，暂存用房必须配备生物安全柜及专用的气动或轨道物流运输系统。

不同儿童医院的核心工作区域空间划分与成人医院侧重点有所不同，通常包括常规检验室、生化检验室、免疫检验室，以及针对儿童特发疾病的特种实验室。有条件的大型儿童医院会强化微生物实验室的建设，将其细分为细菌、血清及病毒实验室，以应对复杂的季节性流行病感染。以上工作区域中，常规检验室主要针对微量血液、体液及排泄物开展理化性质检测。由于患儿标本量大且具备较高的病原体暴露风险，在进行空间组织设计时，通常将常规检验室以及急诊快速检验布置于核心工作区域的最前端，以保障患儿危急重症指标的极速出具，并最大限度缩短污染标本的内部运输路径。

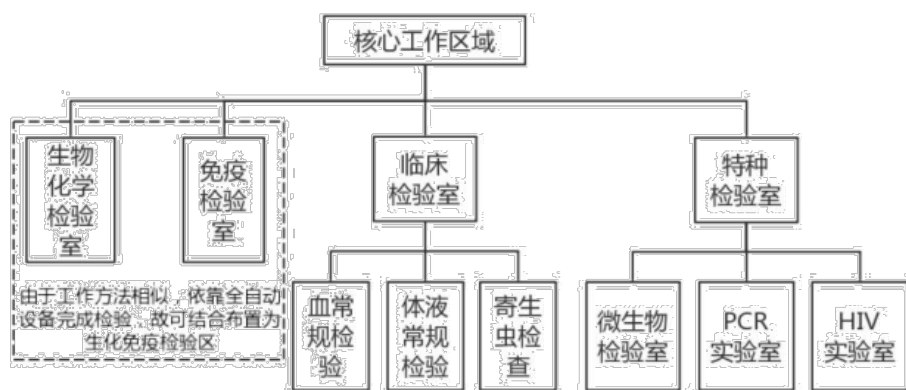


图 4.1 检验科核心功能构成

医疗辅助用房可以布置在办公辅助区域内，也可以结合不同试验区域的需求分散布置在核心工作区域内，例如生化检验室通常需要配备天平、精密仪器、专科试剂等附属用房。由于儿童检验项目繁多、微量耗材使用量极大，除纯水制备间、不间断 UPS 电源间等资源供应用房外，儿童检验科医疗辅助用房中的冷库与专用耗材库的配置面积通常需要高于普通综合医院。此外，为了应对高频接触患儿体液带来的感控压力，医护人员的换鞋、更衣及淋浴洗消空间也需要在布局上得到充分保障。

表 4.2 检验科医疗空间组成

分区名称	功能用房组成	
取样采集区域	等候用房、样本采集用房(含血液采集、体液采集等)、样本接收及预处理用房、标本暂存间等	
核心工作区域	常规(临床)检验室、生化检验室、免疫检验室、微生物检验室、PCR 检验室、HIV 检验室等	
医疗辅助区域	耗材库(一次性物品库)、纯水间、分析报告室、冷库(包含标本冷库、试剂冷库等)、精密仪器室、UPS 电源间等	
办公辅助区域	后勤辅助区域	污洗间、消毒间、制水间、杂物间等
	办公生活区域	医护人员更衣盥洗、办公休息、示教、值班等

(3) 手术部

根据《综合医院建设标准》及《医院洁净手术部建筑技术规范》中的相关规定，将手术部用房设置要求做如下分析总结：

表 4.3 手术部功能用房设置要求

应设功能用房	手术室、刷手间、术后苏醒、换床、护士室、麻醉师办公室、换鞋、男女更衣、男女浴室和卫生间、无菌物品存放、清洗、消毒、污物和库房等
可设功能用房	洁净手术室、手术准备室、石膏室、冰冻切片、敷料制作、麻醉器械贮藏、教学、医护休息、男女值班和家属等候等
其他要求	手术部空间布局通常以手术室为核心，每 2-4 间手术室宜单独设立一间刷手间，刷手间不应设门，无条件设置刷手间时可将刷手台设于清洁区走廊内

手术部医疗用房按照使用功能可以划分为过渡区、手术核心区、办公辅助区和污染区。过渡区主要由医护人员和患者从功能单元外部进入到手术部的过渡用房组成，是保障手术核心区洁净程度的必要缓冲空间；手术核心区包括术前准备用房、术后恢复用房和手术部行使主要医疗功能的各手术室及其配套用房；办公辅助区除包含手术医师的办公、会议、示教等用房外，还宜考虑麻醉医生的办公、休息用房，部分综合医院在办公辅助区域内设置有较为独立的麻醉科。

表 4.4 儿童医院手术部医疗空间组成

功能分区	组成	名称
患者准备区	家属等候与沟通	家属等候大厅、医患谈话室
	患儿术前准备	术前患儿等候区、患者换车/换床处、麻醉诱导室
	患儿术后苏醒	麻醉复苏室/PACU
手术区	核心手术用房	洁净手术室、正负压切换手术室
	无菌与洁净辅助	刷手间、无菌物品及专科微小器械库、新生儿保温箱及大型仪器专库存放间、麻醉及药品准备室
	标本与污物处理	冰冻切片室、体液库、标本接收处、敷料打包间、医疗废弃物暂存间、污洗间
	内部交通空间	洁净内走廊、清洁走廊、污物外走廊
医护辅助区	卫生通过与生活	男女换鞋室、男/女更衣室（一更/二更/风淋）、卫生间/淋浴间、医护休息室/夜班值班室
	办公与教学会诊	主任办公室、多学科会诊室/MDT（提供高清影像投屏，针对复杂先天畸形进行术中或术前会诊）

除功能分区外，规范还要求手术部将各医疗行为区域划分为“洁净”与“非

洁净”：除各手术室属于洁净用房外，手术室前室、刷手间、体外循环室等手术配套用房以及术前准备室、预麻室、无菌物品库、精密仪器间等位于洁净区内的术前术后用房也属于洁净辅助用房。为保证有洁净程度要求的各医疗行为环节畅通，洁净区域医疗空间应连续布置，与非洁净区域之间通过缓冲室或传递窗完成净化流程或业务联系。

2. 医疗工艺流程

医疗工艺流程是赋予医疗建筑物理空间以“生命力”的动态行为轨迹。医技科室因其高并发、高风险的特殊技术属性，其工艺流程设计的复杂度和严谨性远超普通的门急诊与病房单元。科学、安全的工艺流程必须同时满足通行效率最大化与院感风险最小化的双重边界条件。在整体流线组织上，医技科室普遍遵循“多线并行、严禁交叉、单向递进”的设计铁律，通过物理屏障与空间序列的精密编排，实现患者就诊流线、医护工作流线、洁净物品供给流线与污染废弃物流线的绝对独立。

(1) 影像科

患儿及家属流线：门/急诊开单交费→影像科候诊大厅排队/安抚→登记与分诊预约→镇静评估与给药（针对不配合的婴幼儿）→二次候诊区（更衣/建立静脉通道/注射对比剂）→安全筛查（MRI 严格禁忌筛查）→进入机房配合检查→镇静复苏观察室（待患儿清醒）→离开影像科→手机端/自助机获取报告。

医护人员流线：医护专用入口换鞋→更衣室（换工作服/穿戴防辐射铅衣）→内部清洁走廊→集中阅片室/各机房独立操作控制室→隔窗指导患儿体位/设备操作与扫描→脱铅衣/洗消→休息/值班区。

图像及诊断信息流线：机房设备采集原始信号→传输至控制室工作站进行图

像重建→自动上传至全院 PACS 系统→集中阅片室调阅→医师撰写并审核报告
→电子签名签发→实时推送至临床医生电脑工作站及家属手机。

物资及医疗废弃物流线：清洁物资：全院药房/中心库房→影像科清洁通道
→对比剂准备室/耗材库暂存→分发至各机房或注射室使用；医疗废弃物：注射
室废弃针筒/沾染体液或对比剂的废弃物→就地分类放置于医疗垃圾桶→污洗间
集中打包贴标→经专用污物通道/电梯→移交全院废弃物处理站。

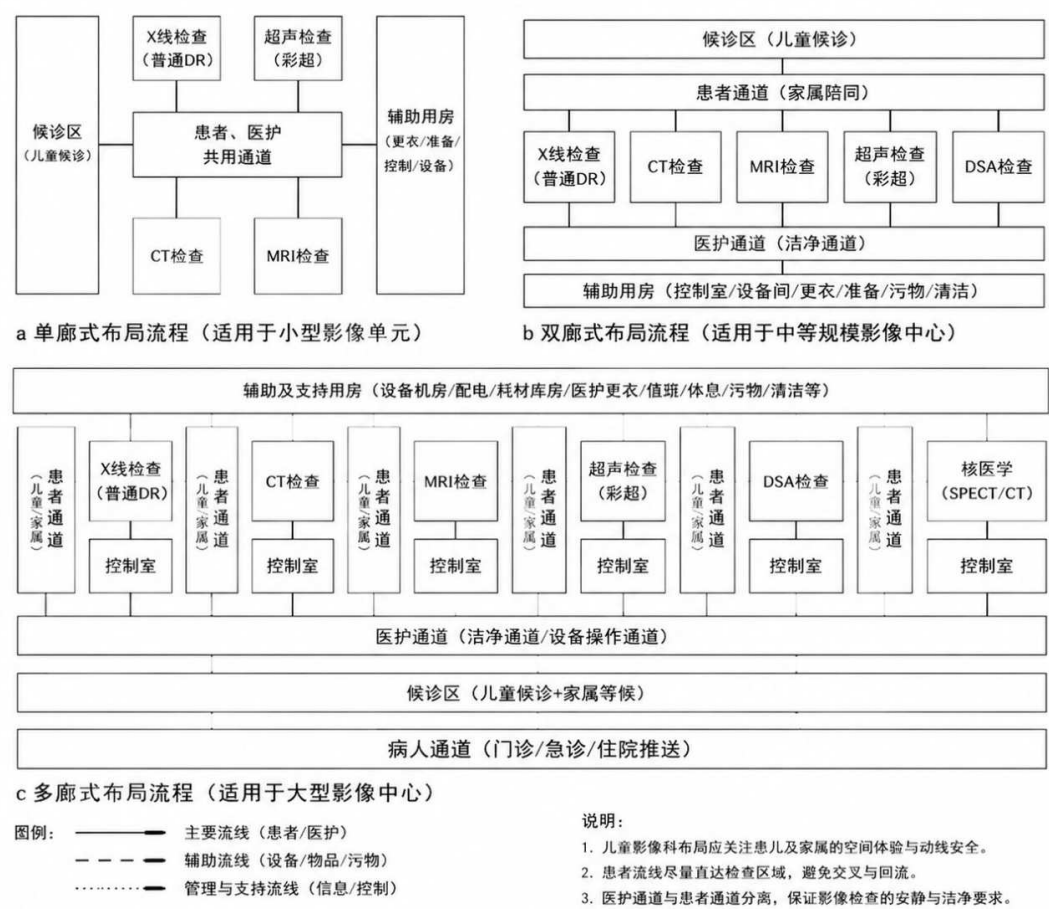


图 4.2 儿童医院影像科二级流程图（图片来源：笔者自绘）

(2) 检验科

患儿及家属流线：门/急诊开单交费→检验科等候大厅排队/安抚→样本采集
窗口→卫生间/母婴室→离开检验科→终端自助打印/手机查询报告。

医护人员流线：入口换鞋→一更/二更→缓冲间→进入各核心实验室→实验

分析与设备操作→审核签发报告→缓冲间（脱防护服/洗消）→淋浴更衣→休息/办公区。

标本流线：门诊窗口采集/病房物流送达→标本接收与登记分拣→前处理→分送至生化/免疫/微生物/分子等核心实验室上机→阳性标本复核→废弃标本高压灭菌暂存。

医疗废弃物及污物流线：实验室废液/废弃标本/培养物→科室内就地高压灭菌/浸泡洗消→污洗间分类打包贴标→经专用污物通道/电梯→移交全院医疗废弃物暂存站集中处理。

器械与耗材物资流线：洁净物资：全院库房/消毒供应中心→检验科清洁通道→冷库/耗材库暂存→各实验室领取使用；污染器械：实验室初步清洗浸泡→污洗间密闭打包→污物电梯→消毒供应中心统一洗消。

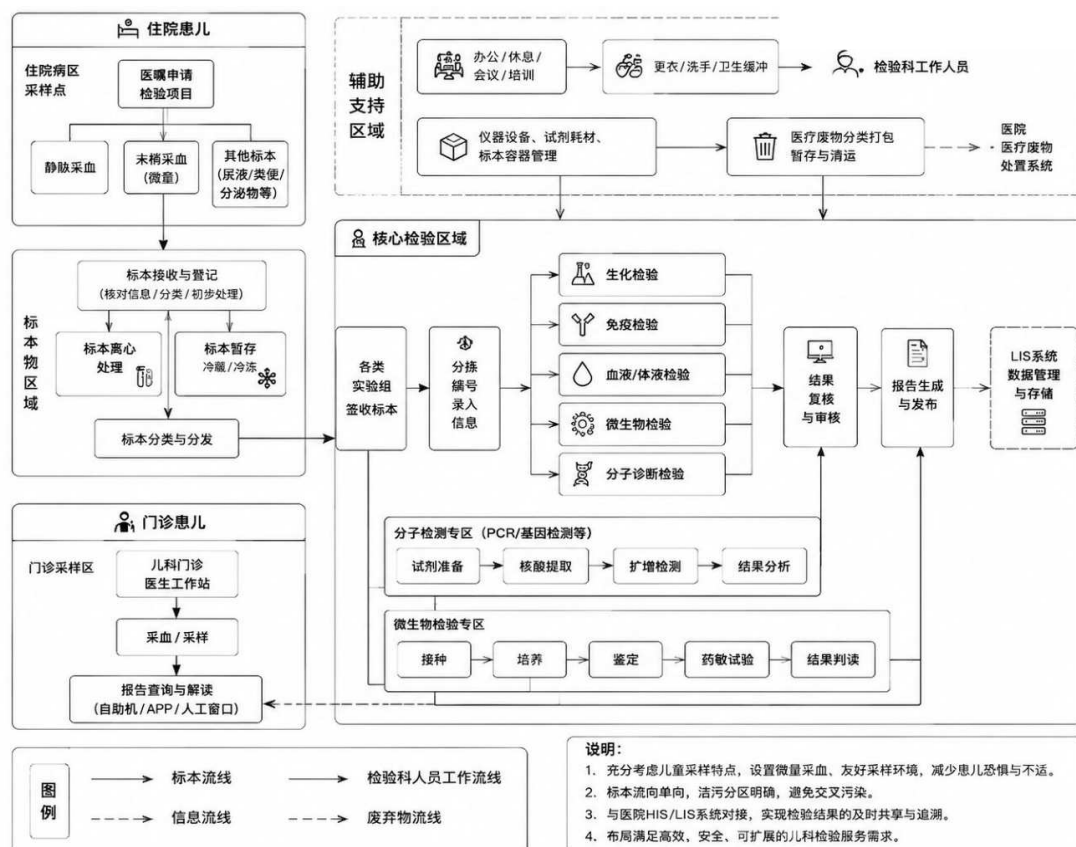


图 4.3 儿童医院检验科二级流程图（图片来源：笔者自绘）

(3) 手术部

患者流程：患者更衣准备→换床→麻醉→手术室→苏醒→术后监护/ICU；

医护人员流程：换鞋→淋浴更衣→洗手消毒→手术室→更衣→术后监护→休息→记

录/值班/办公；

标本流程：手术室→冷冻切片→病理科；

污物流程：手术室→污物储藏→污洗间→垃圾收集站/太平间；

器械敷料流程：

洁净器械：中心供应室→敷料制作→消毒→无菌储藏→手术室；

污染器械：手术室→清洗/贮存/包扎→消毒→中心供应室

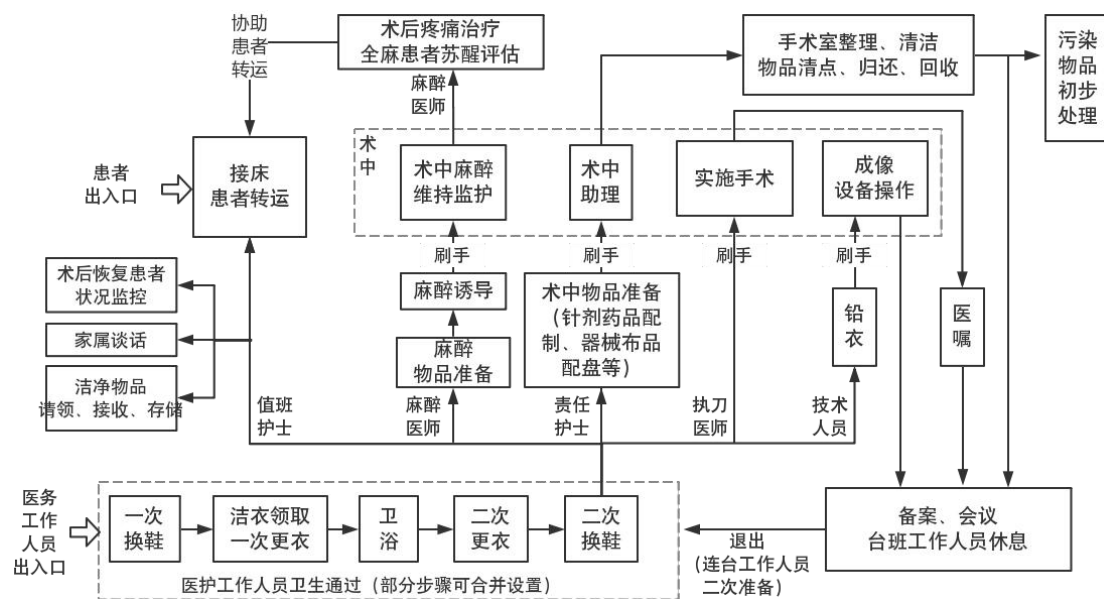


图 4.4 手术部医务人员服务流程（图片来源：笔者自绘）

二、规划布局与流程组织

医技科室是现代儿童医院中技术高度密集、空间流线最复杂的诊疗中枢。其规划布局需在严格恪守现行医疗建筑感控规范的基础上，深度融合“儿童友好”理念与“平急结合”的弹性设计思维。以下重点对影像科、检验科及手术部三大核

心医技科室的物理边界控制与医疗行为流线组织进行专项说明。

1. 影像科：屏蔽安全与受检流线

(1) 屏蔽安全边界定型

空间落位需严格遵循辐射防护（如 DR、CT 检查室）与磁屏蔽（如 MRI 检查室）的强条约束。高能设备机房宜采取集中组团化布置，利用防辐射实体墙体及设备控制室等辅助用房，构建连续且封闭的物理屏障区。针对 MRI 区域，需设立不可绕行的安检门禁系统，彻底杜绝铁磁性物质误入，以保障设备稳定运行与受检人员的绝对安全。

(2) 镇静流线的闭环组织

鉴于婴幼儿患者检查配合度极低的临床痛点，儿童医院影像科必须在核心检查区前端强制规划独立的镇静准备、给药及苏醒复苏区域。标准工艺流程应界定为：分诊登记→镇静评估与给药→镇静起效等候→机房检查→复苏观察。该闭环流线的确立，不仅有效实现了清醒患儿与镇静患儿的空间分流，避免了交叉干扰，更大幅缩短了医护人员在患儿镇静期间的巡视与抢救物理半径。

(3) 平急结合的弹性衔接

在整体院区落位上，影像科应毗邻急诊急救中心设置，并建立专用的急危重症“绿色通道”。该通道需具备空间弹性响应能力，确保在极端医疗高峰期，重症患儿可绕过公共候诊大厅直达核心检查机房。此外，考虑到我国儿科典型的“1 患儿+多家长”高密度陪护模式，一次及二次候诊区需适度扩容，并预留充足的物理缓冲区以承载潮汐式的人流聚集。

2. 检验科：生物安全与物流效率

(1) “三区两通道”的绝对物理隔离

核心实验室的平面规划需严格执行实验室生物安全等级（BSL）划分标准。通过固定的物理隔断与气流控制，将污染区（核心实验操作区）、半污染区（标本前处理室/缓冲间）与清洁区（办公及休息区）彻底剥离。针对儿童高发的呼吸道与肠道传染病，标本前处理区必须标配加强型生物安全柜，并辅以定向负压气流控制系统，严防有害气溶胶向公共区域外溢。

（2）自动化物流驱动的时空压缩

检验科的空间骨架应围绕自动化物流系统（气动传输、轨道小车等）的末端接驳站点展开布局。门诊采血区、急诊 POCT（即时检验）中心与住院部标本接收端，在空间拓扑关系上应呈放射状汇聚于检验科前处理中心。以此最大限度缩短人工递送距离，实现高致病性标本在院内闭环系统内的极速流转与分析。

（3）适儿化微量采血空间模块

鉴于儿科临床中末梢血（指尖血）采集比例极高的专科特性，采血空间模块的设计需打破成人医院的全封闭窗口模式。宜采用半开放或开放式操作台面，以拉近护患心理距离，降低患儿空间压抑感。同时，采血工位的设计需放大空间模数，为家长协同医护安抚、固定患儿预留必要的操作余地。

3. 手术部：洁净流程与卫生

（1）洁污流线的硬性分离架构

推荐采用“双通道”或“中心岛”式空间组织拓扑结构。确保无菌手术室、洁净物品内走廊与术后污物外走廊实现物理空间的不可逆分层，从建筑底层杜绝院内交叉感染的风险。

（2）儿童情感代偿节点的空间植入

为突破传统手术室的封闭管控模式，儿童医院手术部应强制规划术前麻醉诱

导室与配备家属探视通道的 PACU（麻醉复苏室）。该空间设计允许家长在遵循严格感控换装流程的前提下，于特定区域内陪同患儿直至麻醉生效或在苏醒期第一时间介入安抚。这是平衡“严苛医疗强条”与“儿童情感关怀”的标志性工艺设计节点。

（3）垂直生命通道的刚性链接

手术部在垂直空间区位上，必须与 PICU（儿童重症监护室）及 NICU（新生儿重症监护室）建立最短的物理连接路径，并优先配置互为备份的直达专用医疗电梯。此举旨在极限压缩危重症及早产患儿在术后转运过程中的“时空中断”盲区，保障生命支持设备的无缝衔接与持续运转。

三、标准化功能房间详图

影像科：

1. CT 扫描间

（1）CT 扫描间功能简述

电子计算机断层扫描是利用 X 射线源围绕病人迅速旋转扫描得到数字图像的检查方法。房间布置中需考虑到设备的尺度、患者摆位，应能够通过控制室观察窗清晰地观察到正在接受检查的患者。房间的射线防护设计应符合《放射诊断放射防护要求》GBZ130 的相关规定，并需经国家相关部门审核，满足要求后方可进行施工。

在儿童医院设计中，该空间除需满足严格放射防护要求外，因低龄患儿扫描时难以配合，还必须配置先进的镇静监测设施。工艺上强调“快进快出”的流程，并设置相对独立的控制间与扫描间（图 4.5）。



图 4.5 CT 扫描室示意 (图片来源: AI 辅助生成)

(2) CT 扫描间主要行为说明

CT 扫描间主要行为见图 4.6。

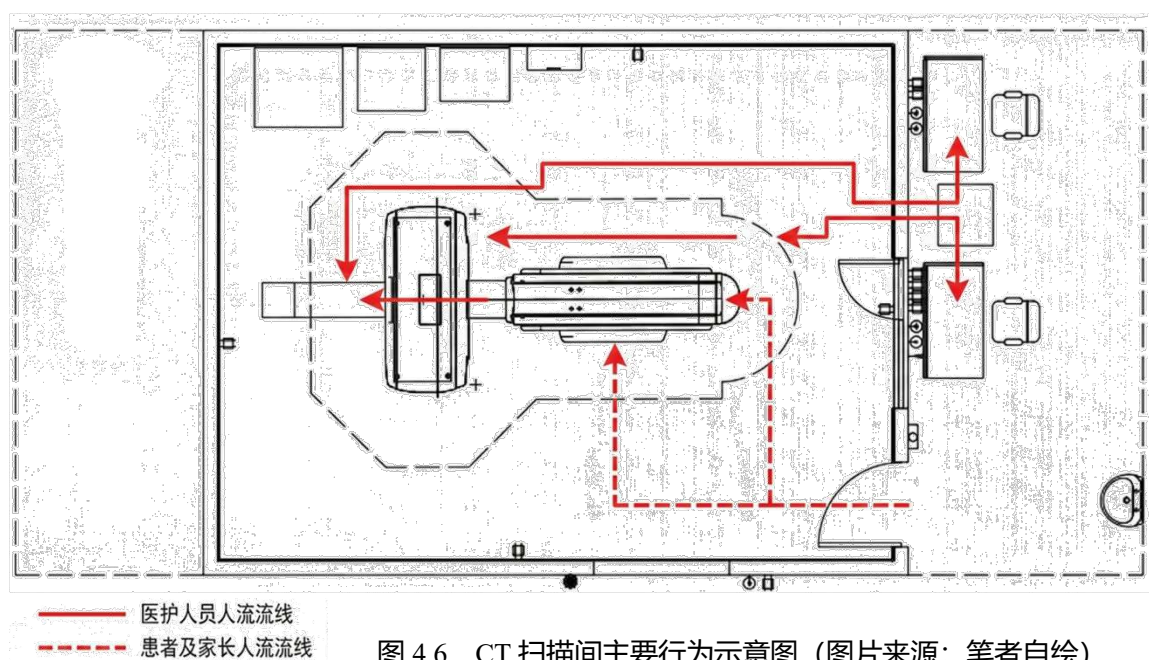


图 4.6 CT 扫描间主要行为示意图 (图片来源: 笔者自绘)

CT 扫描间布局三维示意图见图 4.7。

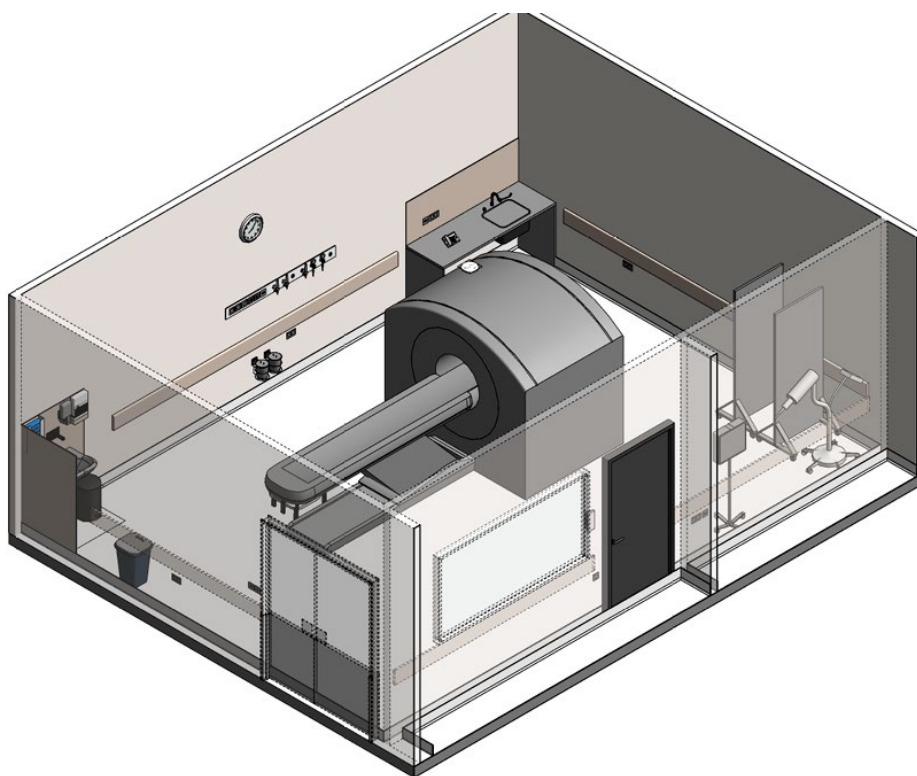


图 4.7

CT 扫描室布局三维示意图 (图片来源: ihfg)

扫描操作区: 核心行为是患儿在扫描床上接受检查。医护人员在此进行体位摆放, 并根据需要通过静脉高压注射器注入造影剂; 对于哭闹不配合的患儿, 麻醉师或护士在此实施镇静处置并监测生命体征。

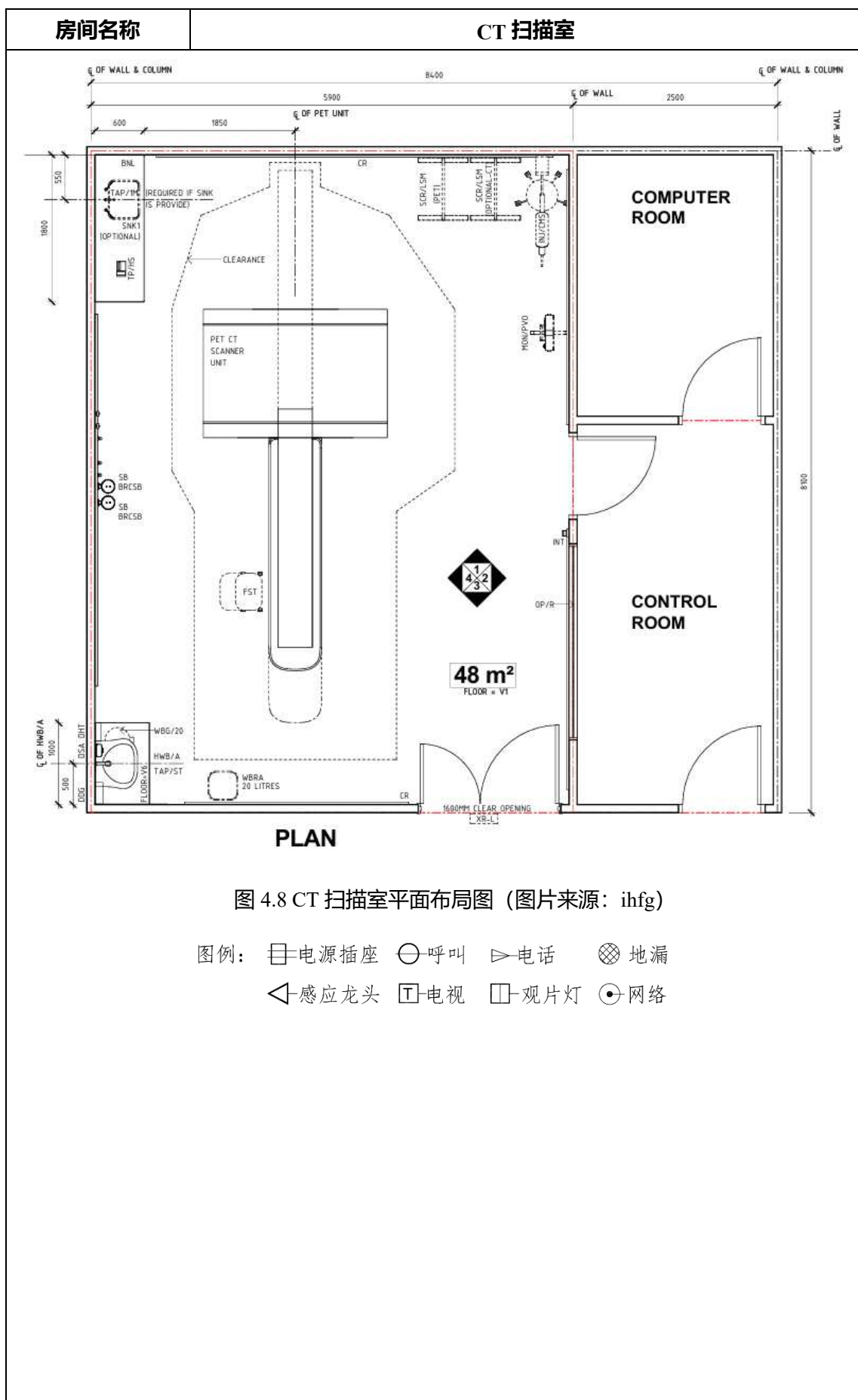
设备控制区: 与扫描区有效隔离。技术人员通过铅玻璃观察窗监控患儿状态, 操作计算机系统扫描参数设定、图像采集及后期处理, 并通过对讲系统与室内家属或医护沟通。

准备与更衣区: 与扫描区有效隔离, 配儿童专用辐射防护用品, 设更衣储物空间。患儿换检查服、去除金属物件, 医护向家长告知检查须知及辐射风险, 签署知情同意书。

(3) CT 扫描室平面图与家具、设备配置

CT 扫描室平面布局图见图 4.8

CT 扫描室配置清单见表 4.5



房间名称	CT扫描室			
建筑要求	规格			
净尺寸	开间×进深：5500×7200			
	面积：40m²,高度：不小于2.8m			
装修	顶棚应做活动吊顶，便于检修。墙地面装修应便于清洗和消毒			
	室内环境应轻松舒适，以缓解病患心理压力			
门窗	门及观察窗应为辐射防护专业门窗。门尺寸不小于1800*2200			
安全私密	放射线安全防护为设计的首要内容，满足一户和患者两个人群的安全需求			
装备清单		数量	规格	备注
家具	工作台	2	700×1400	CT配套设备，尺寸根据产品型号
	座椅	2	526×526	带靠背，可升降
	洗手盆	1	感应式	防水板、纸巾盒、洗手液、镜子（可选）
	壁挂支架	3	——	一次性手套、消毒液等
	垃圾桶	2	300	废弃物/通用垃圾桶
	脚凳	1	300	两步
设备	工作站	1	——	尺寸根据产品型号
	LED	1	——	排队叫号使用
	警示灯	3	——	检查期间，警示灯处于开启状态
	CT主机	1	2380×930×1980	质量2230kg
	CT检查床	2	2430×750×850	质量500kg
	电源柜	1	900×700×1950	质量550kg
	监测器	1	——	尺寸根据产品型号

表 4.5 CT 扫描室配置清单

2. MRI 扫描间

(1) MRI 扫描间功能简述

MRI 室利用强磁场进行成像，无电离辐射，非常适合儿童神经系统和软组织的检查。宜与放射科组成一区或自成一区，与门诊部、急诊部、住院部邻近。同时，应考虑楼板承重及大型设备运输动线，包括建筑体外的运输路线，如吊车、集装箱及卸货空间（图 4.9）。



图 4.9 MRI 扫描室示意图（图片来源：AI 辅助生成）

工艺设计的关键点在于极其严格的“五级磁场安全分区”和射频屏蔽（铜屏蔽）。由于 MRI 噪声大、检查时间长，室内环境通常进行高度的主题化装饰（如森林或海洋主题），以降低患儿的幽闭恐惧感。

(2) MRI 扫描间主要行为说明

MRI 扫描间主要行为示意图 4.10。

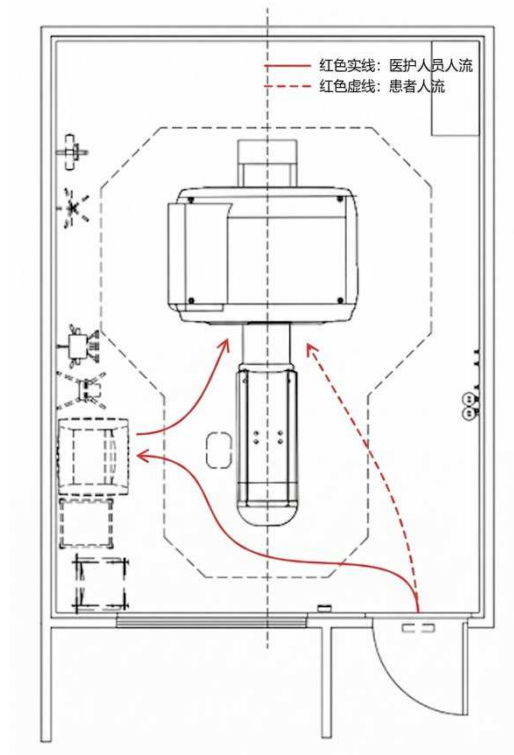


图 4.10 MRI 扫描间主要行为示意图 (图片来源: 笔者自绘)

MRI 扫描间布局三维示意图 4.11。

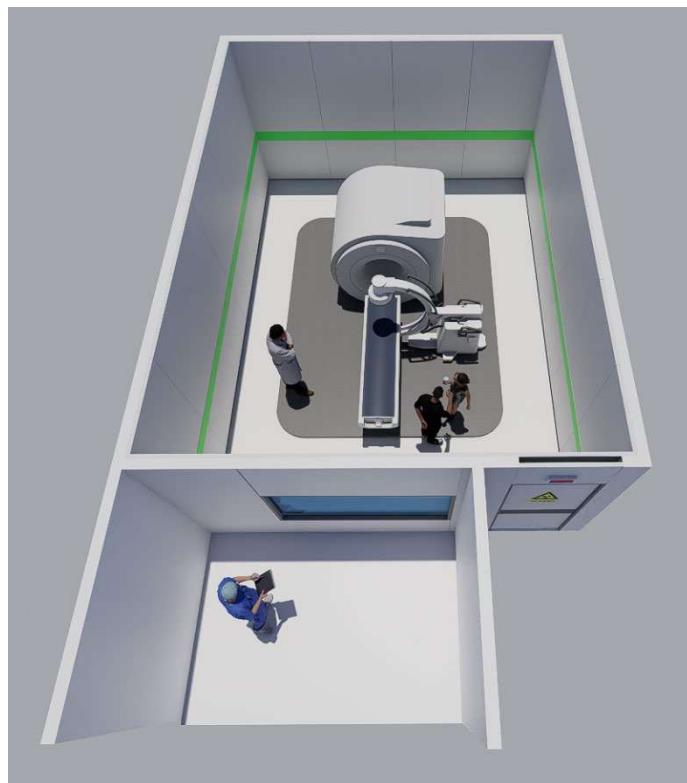


图 4.11 MRI 扫描间三维示意图 (图片来源: 笔者自绘)

准备更衣区：患儿更换无金属检查服，彻底去除身上及随身金属物件并妥善存放；医护向家长告知检查须知、强磁场安全规范，对需镇静的患儿完成术前准备，同时签署检查知情同意书，安抚患儿情绪。

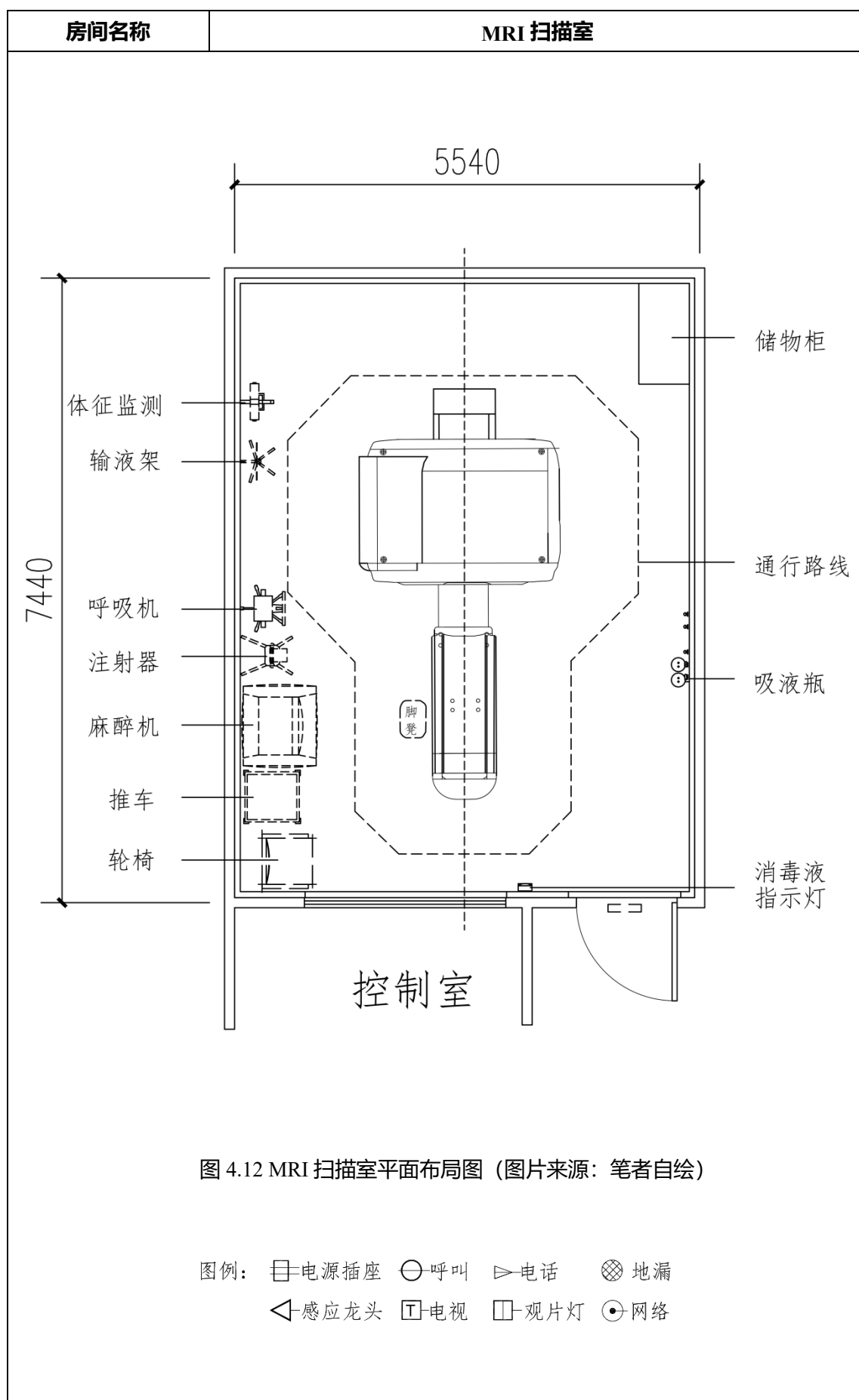
扫描操作区：医护为患儿规范摆放检查体位并做身体固定，按需放置专用线圈；对哭闹不配合的患儿实施镇静处置并全程监测生命体征；检查中通过对讲系统实时关注患儿状态，机房内全程保持无金属环境，保障扫描安全。

设备控制区：技术人员隔观察窗监控扫描间内患儿状态，操作设备完成扫描参数设定、图像采集与后期处理；通过对讲系统与室内医护、陪护家长实时沟通，动态调整扫描流程，及时响应患儿突发情况，确保检查顺利进行。

(3) MRI 扫描间平面图与家具、设备配置

MRI 扫描间平面布局图见图 4.12

MRI 扫描间配置清单见表 4.6



房间名称	MRI扫描室			
建筑要求	规格			
净尺寸	开间×进深：6700×7500			
	面积：30m²,高度：不小于3m			
装修	地面饰面：乙烯基，无缝，标准防滑			
门窗	门及观察窗应为辐射防护专业门窗。门尺寸不小于1800×2200。需注重放射线安全和防护，满足一户和患者两个人群的安全需求			
安全私密	需注重放射线安全和防护，满足一户和患者两个人群的安全需求			
	装备清单	数量	规格	备注
家具	边台	1	——	尺寸根据产品型号
	座椅	2	——	尺寸根据产品型号
	储物柜	若干	——	尺寸根据产品型号
	洗手盆	1	500×450×800	防水板、纸巾盒、洗手液、镜子（可选）
	医用垃圾桶	1	300	直径
	输液架	1	——	尺寸根据产品型号
	轮椅	1	——	尺寸根据产品型号
	推车	1	——	尺寸根据产品型号
	吸液瓶	2	——	尺寸根据产品型号
设备	LED	1	——	尺寸根据产品型号
	基架	1	600×500×800	包括显示器、主机、打印机
	龙门轴承	1	2000×2800×2050	2000kg
	警示灯	1	——	检查期间，警示灯处于开启状态
	频率发生器	1	1875×1975×2450	5500kg
	治疗床	1	2311×762×914	尺寸根据产品型号
	监视器	1	——	220V,50Hz, 1A
	控制台	1	4877×965×914	电子柜3A，控制台柜6A，监视器1A
	电子柜	1	——	220V,50Hz, 3A
	影像仪	1	——	电源380V，待机功率1kVA，功率47kVA
	体征检测	1	——	尺寸根据产品型号
	麻醉机	1	——	尺寸根据产品型号
	呼吸机	1	——	尺寸根据产品型号

表 4.6 MRI 扫描室配置清单

3. DR 摄片室

(1) 功能简述

DR 室是通过将 X 射线信号透射过人体获得数字影像, 并将影像数据文件传送到计算机进行储存、处理、打印的房间。房间门宽应保证可以抬入担架病人, 房间的布置要保证病床可以顺利拐弯。本房间为常规要求的单板 DR 设备布局, 房间的射线防护设计应符合《放射诊断放射防护要求》GBZ130 的相关规定, 并需经国家相关部门审核, 满足要求后方可进行施工。



图 4.13 DR 摄片室示意图 (图片来源: AI 辅助生成)

(2) 主要行为说明

受检定位行为: 技师协助患者 (或患儿在家属陪同下) 在摄影床或立式胸片架前进行体位固定。摄影床中心距周围墙壁的净距须 $\geq 1.5\text{m}$, 以满足轮椅或平车的推入与回转空间。

辐射防护行为: 机房须具备不低于 2.0 mmPb (铅当量) 的六面物理防护构造。检查期间, 非受检区域须使用铅衣、铅围脖等防护护具覆盖。厚重防辐射铅门需配置门机联锁装置, 确保曝光时人员无法误入。

主要行为见图 4.14。

布局三维示意图见图 4.15。

(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.16

配置清单见表 4.7

4. 影像候诊区

(1) 功能简述

影像候诊区是患者在进入放射机房前的二次等候与准备空间。设计需兼顾高密度人流的疏散效率与患者就诊隐私，同时避免主通道人员在辐射控制区门前滞留。

(2) 主要行为说明

等候与叫号行为：患者在坐姿状态下观看分诊屏幕并等待呼叫。座椅通道净宽须 $\geq 1.5\text{m}$ ，确保推床或轮椅的无障碍通行。儿科等候区宜引入自然采光或间接照明，降低患儿因机械噪声与暗室环境产生的恐惧感。

检前准备行为：部分患者需在更衣室内更换无金属拉链的病号服，或取下随身金属饰品。更衣室需紧邻机房入口设置，并配备适宜的收纳设施。

主要行为见图 4.17。

布局三维示意图见图 4.18。

(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.19

配置清单见表 4.8

5. 医生控制室

(1) 功能简述

医生控制室是技师操控影像设备、观察受检者状态及初步处理图像的工作区。其空间须独立于曝光机房,通过具备防护当量的铅玻璃观察窗与机房进行视觉联系。

(2) 主要行为说明

曝光操控行为:技师在控制台前完成参数设置与曝光操作。操作台面高度约为 0.75m,铅玻璃观察窗下沿距地约为 1.2m,以保证技师在坐姿状态下能完整观察到机房内受检者的体征状态。

医患语音交互行为:曝光过程中,技师通过双向对讲系统指导受检者进行吸气、憋气等配合动作,确保图像采集质量。

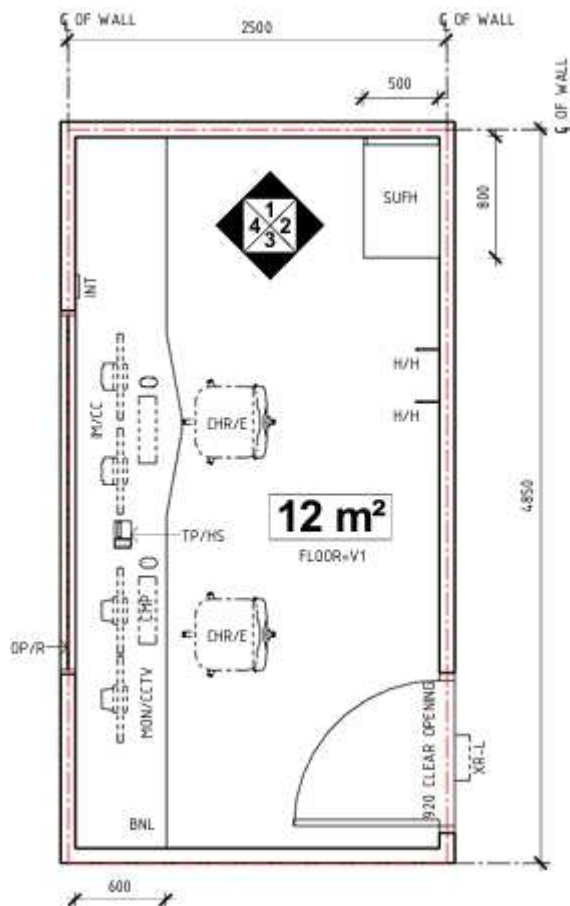
主要行为见图 4.20。

布局三维示意图 4.21。



(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.22



配置清单见表 4.9

AS	ADJUSTABLE SHELF
BH/PB	BULKHEAD - PLASTERBOARD, PAINT FINISH
BNL	BENCH - LAMINATE
CHR/E	CHAIR - ERGONOMIC, OFFICE
CMP	COMPUTER
COM/2	COMMUNICATION OUTLET - DOUBLE
H/H	HOOK - HEAVY DUTY
IM/CC	IMAGING - CONSOLE, CONTROL
INT	INTERCOM
KP	KICKPLATE
LS/R	LIGHT SWITCH - ROOM
MON/CCTV	MONITOR - CLOSED CIRCUIT TELEVISION
OP/R	OBSERVATION PANEL - RADIATION SHIELDING
PO/2E	POWER OUTLET - EMERGENCY, DOUBLE
PO/2U	UNINTERRUPTED POWER SUPPLY - DOUBLE
SK4	FLOOR VINYL COVED SKIRTING
SUFH	SHELVING UNIT - ADJUSTABLE, FULL HEIGHT
TP/HS	TELEPHONE - HANDSET, STANDARD
V1	VINYL FLOORING, STANDARD SLIP RESISTANT
WPF	WALL PAINT FINISH
XR-L	X-RAY IN USE' LIGHT

检验科：

6. PCR 实验室

(1) 功能简述

PCR 实验室是基因扩增实验室。PCR 是聚合链式反应的简称。用于扩增特定的 DNA 片段，是生物体外的特殊 DNA 复制。依据国家规范，标准 PCR 实验室必须严格划分为四个独立的工作区域：试剂准备区、标本制备区、扩增区和产物分析区（若采用全自动荧光定量 PCR 仪，后两区可合并）。



图 4.23PCR 实验示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 主要行为说明

绝对单向流线行为：医护人员、标本与试剂的移动必须遵循“试剂准备区 → 标本制备区 → 扩增区 → 产物分析区”的单一方向。严禁逆向气流与逆向物流的发生。各核心工作区均需配置独立的缓冲间，医护人员在跨越不同污染等级的区域前，必须在缓冲间内完成强制性的二次更衣与手卫生。

屏障穿透与交接行为：试剂与提取后的核酸标本严禁由人工跨区携带，必须通过嵌于隔墙内的机械互锁传递窗进行递送。传递窗需具备紫外线消毒功能，确保两侧门无法同时开启，从而在物理层面彻底切断空间之间的空气对流。

气溶胶阻断与操作行为：核心的标本核酸提取操作必须在标本制备区的二级生物安全柜内进行。安全柜前方须预留不小于 1.2m 的无干扰操作净空。室内气流组织通过严密的压差控制（如标本制备区维持 $\leq -15\text{Pa}$ 的相对负压），确保含有潜在病原体的气溶胶被定向抽吸并经高效过滤器处理后排放。

主要行为见图 4.24。

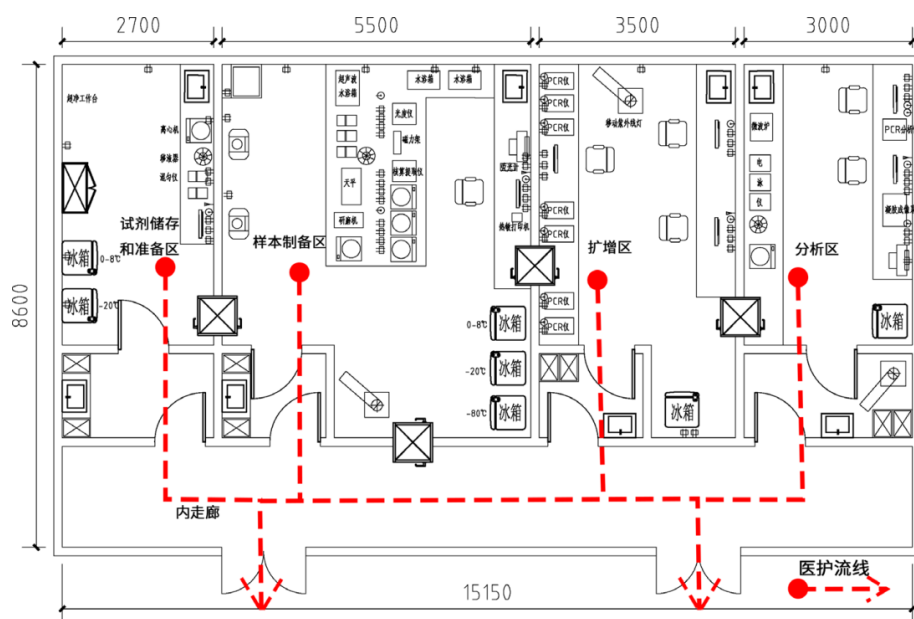


图 4.24 PCR 实验室主要行为示意图（图片来源：笔者自绘）

布局三维示意图见图 4.25。

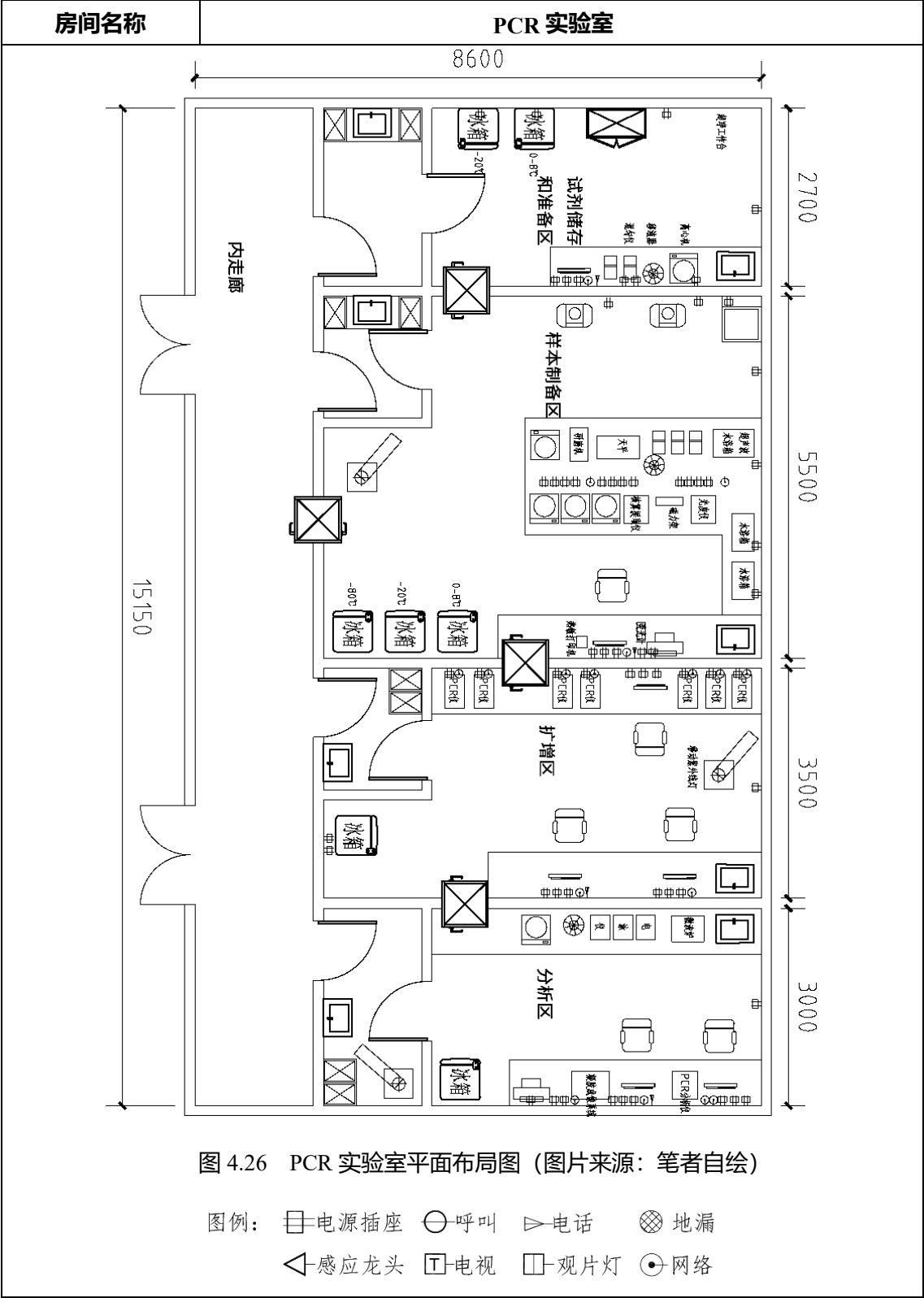


图 4.25 PCR 实验室三维示意图（图片来源：笔者自绘）

(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.26

配置清单见表 4.10



房间名称	PCR实验室			
建筑要求	规格			
净尺寸	开间×进深：15100×8600			
	面积：130m²,高度：不小于2.6m			
装修	墙地面材料应便于清扫、擦洗，不污染环境			
门窗	——			
安全私密	——			
装备清单		数量	规格	备注
家具	座椅	10	526×526	带靠背，可升降，可移动
	边台	8	——	整体式操作台
	洗手盆	4	500×450×800	尺寸根据产品型号
	水槽	4	620×450×260	尺寸根据产品型号
	垃圾桶	1	300	直径
	储物柜	1	700×1850	
	更衣柜	8	——	尺寸根据产品型号
设备	冰箱	7	525×475×1208	尺寸根据产品型号
	超净台	1	1100×750×1720	功率320W，质量120kg，洁净度100级
	生物安全柜	2	1420×815×1540	功率690W，质量283kg（参考）
	工作站	6	600×500×950	包括显示器、主机、打印机
	pcr仪	7	——	尺寸根据产品型号
	pcr分析仪	1	——	尺寸根据产品型号
	离心机	6	530×430×330	尺寸根据产品型号
	电泳仪	3	——	尺寸根据产品型号
	混匀仪	5	——	尺寸根据产品型号
	热敏打印机	1	——	尺寸根据产品型号
	核酸提取仪	1	——	尺寸根据产品型号
	水浴箱	3	690×390×190	恒温水浴箱
	纯水机	3	——	尺寸根据产品型号
	凝胶成像仪	1	——	尺寸根据产品型号
	互锁传递窗	4	690×390×190	功率750W，可选蜂鸣器、对讲机

表 4.10 PCR 实验室配置清单

7. 生化检验实验室

(1) 功能简述

生化检验实验室是临床检验中心的核心技术单元，主要承担血液、体液等标本的常规生化、免疫及发光指标的自动化批量分析。依据国家标准，处理临床样本的生化实验室通常需满足 BSL-2（二级生物安全）标准。其建筑与空间设计的核心在于适配大型自动化检验流水线的高通量运转需求，同时建立稳定、可靠的物理环境与机电支撑系统。

(2) 主要行为说明

生化实验室的主要行为围绕大型自动化设备的运转与数据处理展开。标本分析与试剂调度行为是该区域最高频的操作。检验技师将预处理后的标本批量装载至全自动生化分析仪，并利用推车进行日常的试剂补充与废液清运。依据中国 GB 51039-2014《综合医院建筑设计规范》，为保证高负荷运转下的操作与物流安全，实验台若采用中央岛式或半岛式布局，单面操作的通道净宽 $\geq 1.2\text{m}$ ，双面操作或有推车通行的通道净宽必须 $\geq 1.5\text{m}$ 。

此外，数据审核与信息交互行为是另一关键环节。医生在相对静态的环境中通过 LIS（实验室信息系统）完成海量检测结果的复核与签发。在工艺布局上，必须将文书处理的“清洁区”与标本操作的“半污染区”进行合理的物理区隔或界线划分，确保医护人员在进行无纸化办公时不被生物样本或化学试剂污染。

主要行为见图 4.27。

布局三维示意图 4.28。

(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.29

配置清单见表 4.11

8. 微生物实验室

(1) 功能简述

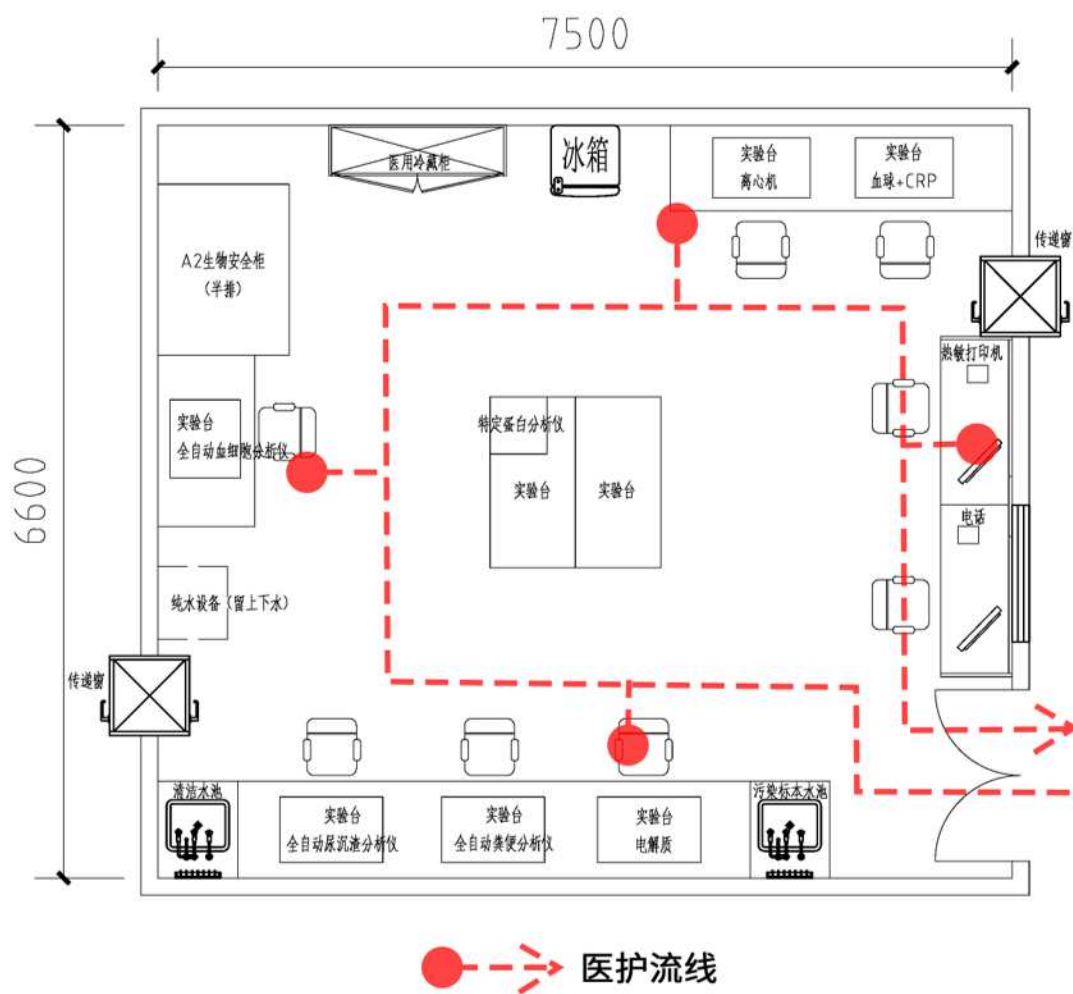
微生物实验室主要承担临床致病菌（如细菌、真菌、分枝杆菌等）的分离、培养、鉴定及药物敏感性试验工作。由于所处理的临床样本普遍具有潜在的传染性，依据《实验室生物安全通用要求》（GB 19489-2008）及《综合医院建筑设计规范》（GB 51039-2014），该类实验室通常必须达到二级生物安全（BSL-2）建设标准。其建筑空间设计的核心在于建立严密的物理防护屏障与定向的气流组织，核心操作区需维持相对负压（或确保气流由清洁区向污染区单向流动），以严防病原微生物气溶胶向公共区域或外部环境逸散。

(2) 主要行为说明

微生物实验室的核心行为围绕高风险样本的无菌操作与生物安全防护展开。标本接种与前处理行为是风险最高的环节，检验技师必须在二级生物安全柜（BSC）内完成所有开盖、涂片、接种等可能产生气溶胶的操作。为防止人员走动干扰安全柜正面的气流风幕，安全柜前方须预留不小于 1.2m 的无干扰操作净空，且安全柜的落位应严格避开人员主通道及空调送风口。

随后进行的是培养与鉴定行为，技师将接种后的培养基移入恒温培养箱，待菌落生长后使用显微镜或全自动微生物鉴定系统进行生化分析。整个操作流程必须严格遵循从“清洁区”到“污染区”的单向作业流线，高压灭菌后的废弃物需经专门的污物流线运出，严禁交叉折返。

主要行为见图 4.230。

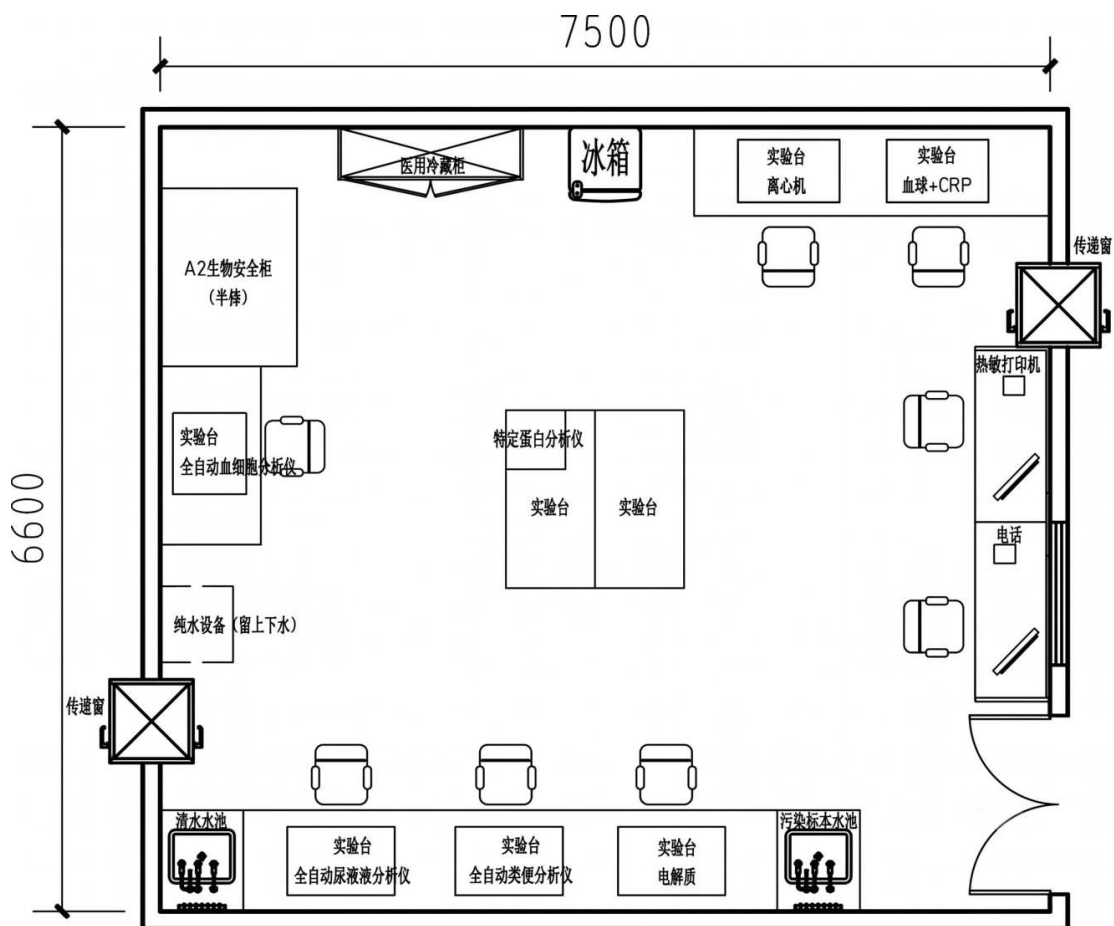


布局三维示意图 4.31。



(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.32



配置清单见表 4.12

科室	房间名称	设备名称	设备种类	来源	数量	尺寸/mm	材质	承重/kg	水	空调	电(功率kW)	电压(V)	UPS	电话/网络	备注	
检验科	检验科	实验台	医疗设备	家具	1	2000×900	不锈钢								全自动血细胞分析仪+普通特定蛋白仪使用	
		实验台	医疗设备	家具	1	1200×900	不锈钢								全自动血液分析仪使用	
		实验台	医疗设备	家具	1	1200×900	不锈钢									特定蛋白仪使用
		实验台	医疗设备	家具	1	2000×1200	不锈钢									全自动尿液分析仪+自动尿沉渣分析仪使用
		实验台	医疗设备	家具	1	1200×900	不锈钢									全自动凝血分析仪使用
		实验台	医疗设备	家具	1	1200×900	不锈钢									血气/电解质分析仪使用
		水池	医疗设备		1					冷水						清洁水池 嵌入实验台中
		水池	医疗设备		1					冷水						污染水池 嵌入实验台中
		计算机	信息设备		2											计算机使用
		办公椅	生活设备		2											
		全自动血细胞分析仪	医疗设备		1	645×855×755						有		内网	UPS电源接口均需使用16A面板	
		全自动尿液分析仪	医疗设备		1	638×709×829						有		内网		
		全自动凝血分析仪	医疗设备		1	700×580×800						有		内网		
		全自动尿沉渣分析仪	医疗设备		1	760×855×754						有		内网		
		全自动血常规分析仪	医疗设备		1	638×702×829						有		内网		
		特定蛋白仪	医疗设备		1	700×620×700						有		内网		
		特定蛋白仪	医疗设备		1	700×620×700						有		内网		
		血气/电解质分析仪	医疗设备		1							无		内网		
		A2生物安全柜	医疗设备		1	1100×2200×750						无			实验室门高需超过2.3m, 已通过设备	
		电话机	信息设备		1										内线	
		冰箱	医疗设备		2											普通空调
注: 1. “医疗设备”为临床工程处采购设备, “信息设备”为信息处采购设备, “生活设备”为采购中心采购设备或基建采购设备, 如开水炉、微波炉等。 2. 对于大型医疗设备, 其具体用电、自重等参数要求, 请联系临床工程处提供。																

9. 标本接收窗口

(1) 功能简述

标本接收窗口是检验中心与院区公共流线之间的物理边界与信息交互枢纽,承担全院临床生物样本(含血液、体液及高风险微生物标本)的集中收取、登记与初筛工作。依据《综合医院建筑设计规范》(GB 51039-2014)的感控原则,该区域必须实现“污染区(外部走廊)”与“半污染区/清洁区(实验室内部)”的有效物理隔离。其设计核心在于保障样本的安全交接、防范病原微生物随气流或接触向外部扩散,同时兼顾高峰期高通量物流的缓冲与疏导。

(2) 主要行为说明

接收窗口的主要行为呈现出高频次的“内外协同”特征。标本交接与信息录入行为是第一道工序,外部医护人员或自动化物流机器人将标本送达指定台面,检验技师在内侧通过 LIS(实验室信息系统)终端及条码扫描设备进行信息核对与接收。为彻底阻断空气对流,高风险标本的交接必须通过嵌于界墙上的双门互锁传递窗完成。

交接后的初步分拣与前处理行为在窗口内侧的缓冲工作区进行。检验技师在此对标本进行扫码分类、离心静置或装载至自动化流水线。依据人机工程学及规范要求,内外两侧的交接台面高度宜设置在 0.8m~0.9m 之间,以内嵌式或阶梯式设计兼顾站立交接与推车接驳的便利性。此外,内侧前处理工作区的通道净宽不得小于 1.5m,以保障多台标本转运推车的高效错车与安全周转。

主要行为见图 4.33。

布局三维示意图见图 4.34。

(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.35

配置清单见表 4.13

10. 采血室

(1) 功能简述

采血室是为患儿采集静脉血、指血标本的专用场所，指血采血窗口宜设于检验科，静脉血采血可采用门诊分层采血、科室内采血或门诊集中采血形式；门急诊、感染科、体检中心等区域需单独设置采血窗口，规避交叉感染风险。采血室外设专属患儿等候区，按高峰流量合理配置座椅，配备儿童友好的叫号系统、采血顺序指示标识，避免窗口拥堵（图 4-x）。

本空间需严格遵循《医院隔离技术规范》等国家硬性规范，采血区域需洁污分区、动线清晰，采血窗口间距满足医护操作与感控要求；手卫生设施全覆盖，配备儿童专用采血器具，医疗废物按规范分类处置，同时落实采血区域的消毒与院感防控管理。

(2) 主要行为说明

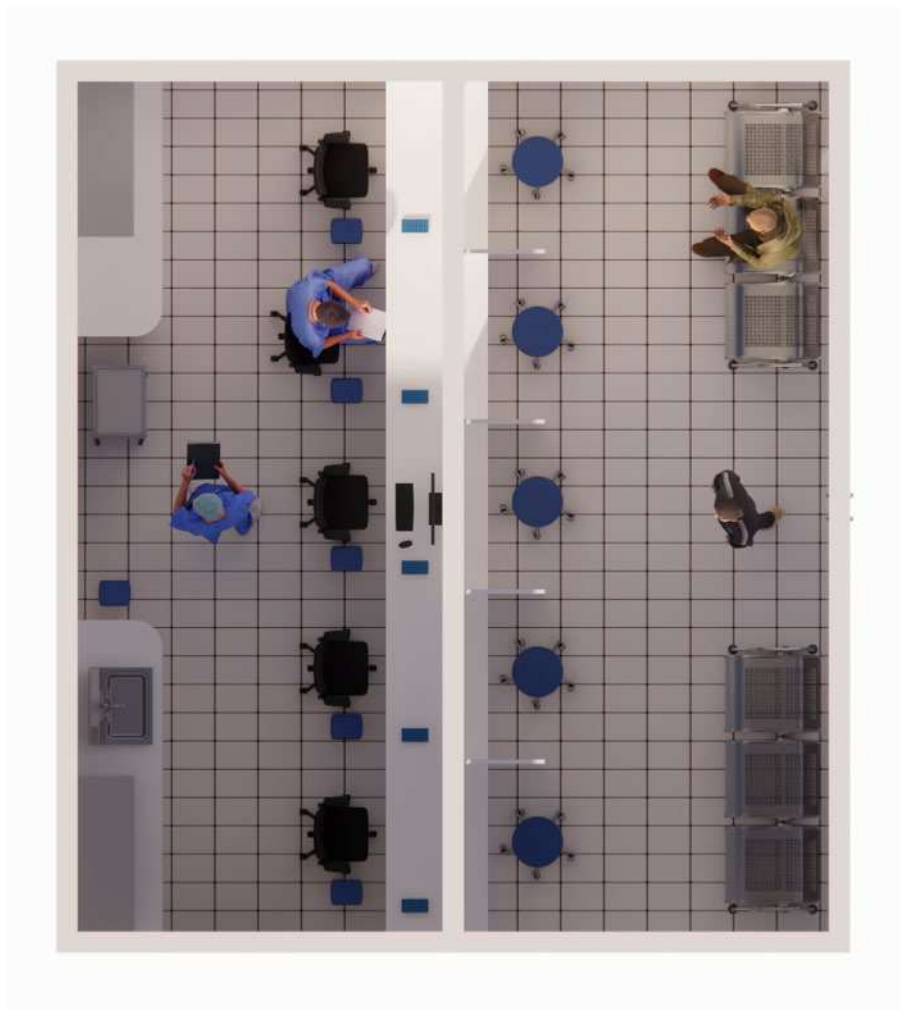
登记与导引区：家长扫描条码，系统自动生成采样管标签。护士核对患儿信息，指引其至指定的采血窗口。

采血窗口区：核心行为是静脉或末梢血采集。考虑到儿童特征，通常设置较低的采血台，方便家长环抱患儿。护士在采血前后进行手消毒，并即时将样本放入自动传输系统（如气动物流）。

按压止血观察区：患儿在采血后在此停留数分钟进行按压。此区行为侧重于预防性观察，防止患儿出现晕针或持续出血。

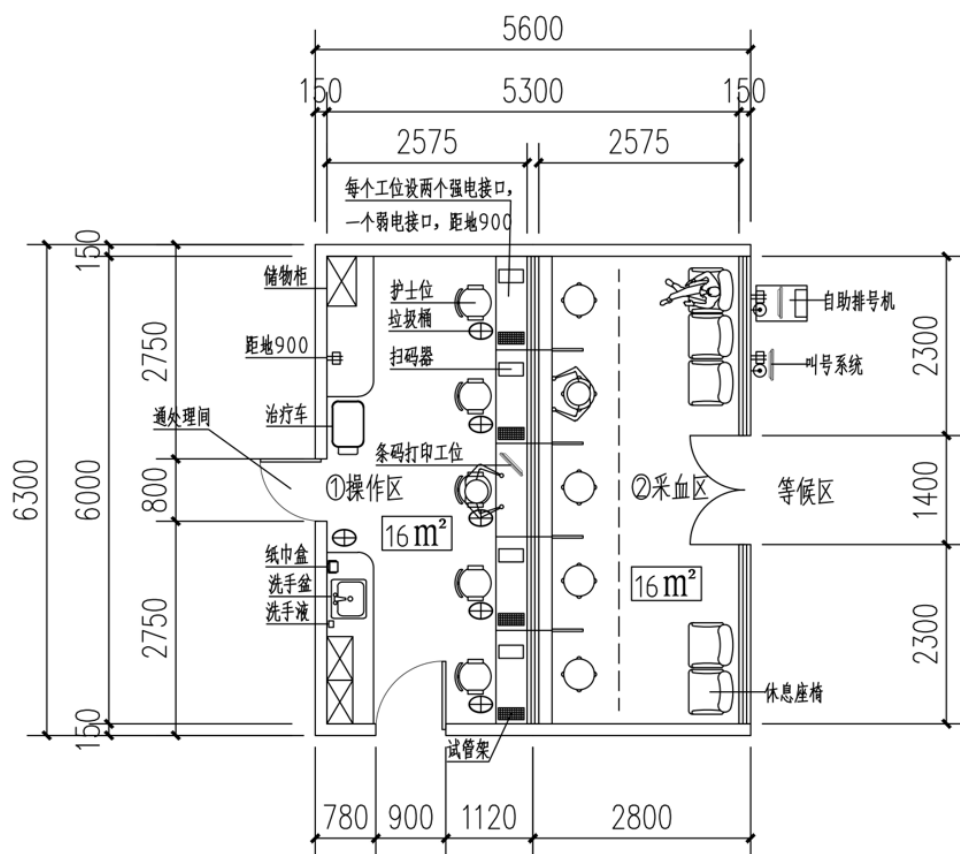
主要行为见图 4.36。

布局三维示意图见图 4.37。



(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.38



配置清单见表 4.14

家具名称	数量	备注
操作台	5	宜圆角
座椅	5	带靠背, 可升降, 可移动
圆凳	5	直径 380 mm
休息座椅	5	尺度据产品型号
洗手盆	1	防水板、纸巾盒、洗手液、镜子 (可选)
垃圾桶	6	直径 300 mm

设备名称	数量	备注
工作站	1	包括显示器、主机、打印机
扫码工作站	4	尺度据产品型号
自助排号机	1	自助一体机
自助显示屏	1	具备显示、语音叫号功能

11. 试剂冷库

(1) 功能简述

试剂冷库是用于集中存储对温度敏感的临床检验试剂、标本及生物制剂的专用受控环境，是医院物流冷链系统的核心节点。依据 GB 51039-2014《综合医院建筑设计规范》以及药品经营质量管理规范（GSP）相关要求，冷库必须维持在 $2^{\circ}\text{C} \sim 8^{\circ}\text{C}$ 的恒定低温状态，并具备极高的环境稳定性和灾难冗余能力，以确保昂贵试剂的生物活性不受物理环境波动的影响。

(2) 主要行为说明

物资入库与存取行为：管理人员利用医用推车进行大批量试剂的入库、分类上架及日常取用。为保障物流效率，冷库内部货架间的通道净宽必须 $\geq 0.9\text{m}$ ，以适配标准的物资转运设备。受限于低温作业环境，人员在库内的行为多为短时间的快速存取与复核，设计需考虑出入口的快速启闭与保温性能。

冷链监控与运维行为：监控系统需 24 小时不间断采集库内多点温湿度数据。当温度偏离设定阈值或发生断电时，系统需立即触发声光报警并启动应急响应流线。运维人员需定期进入库内对制冷风机的排霜状态及备用机组的切换逻辑进行物理巡检，确保“零中断”运行。

主要行为见图 4.39。

布局三维示意图见图 4.40。

(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.41

配置清单见表 4.15

手术科:

12. 标准手术室

(1) 标准手术室功能简述

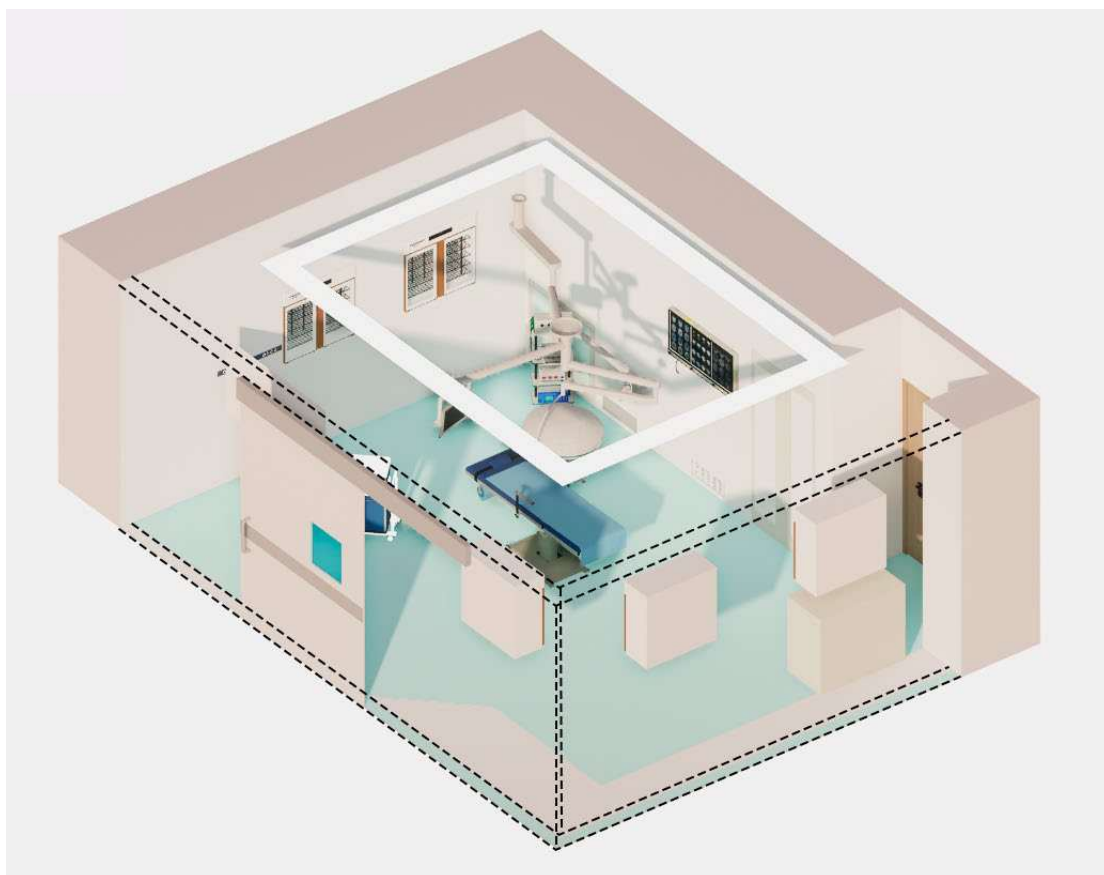
手术室是医院的重要医技部门, 空间布局需严格遵循综合医院建筑设计标准的洁污分区原则, 通过压差梯度与气流组织, 保障 I -IV级手术间的无菌环境。其功能定位突出“家长参与式诱导”与“全过程生命保护”。建筑布局上, 需与急诊、NICU、PICU 建立垂直或水平的“极速生命通道”。同时结合儿童体温调节中枢发育不全的特点, 室内工艺需集成高精度温湿度补偿系统及麻醉废气排除系统。

按照净化的不同级别分为 I 级手术间（空气洁净度手术区 5 级、周边区 6 级）、II级手术间（空气洁净度手术区 6 级、周边区 7 级）、III级手术间（空气洁净度手术区 7 级、周边区 8 级）、IV级手术室（空气洁净度 8.5 级）, 室内需严格控制细菌数和麻醉废气气体浓度。

(2) 标准手术室主要行为说明

标准手术室主要行为见图 4.42。

标准手术室布局三维示意图 4.43。



亲子麻醉诱导区（洁净入口处）：医护引导家长陪同患儿进行诱导麻醉（如气体麻醉），消除患儿惊恐。完成诱导后，家长经专用通道退出，实现“感控隔离”与“人文关怀”的行为平衡。

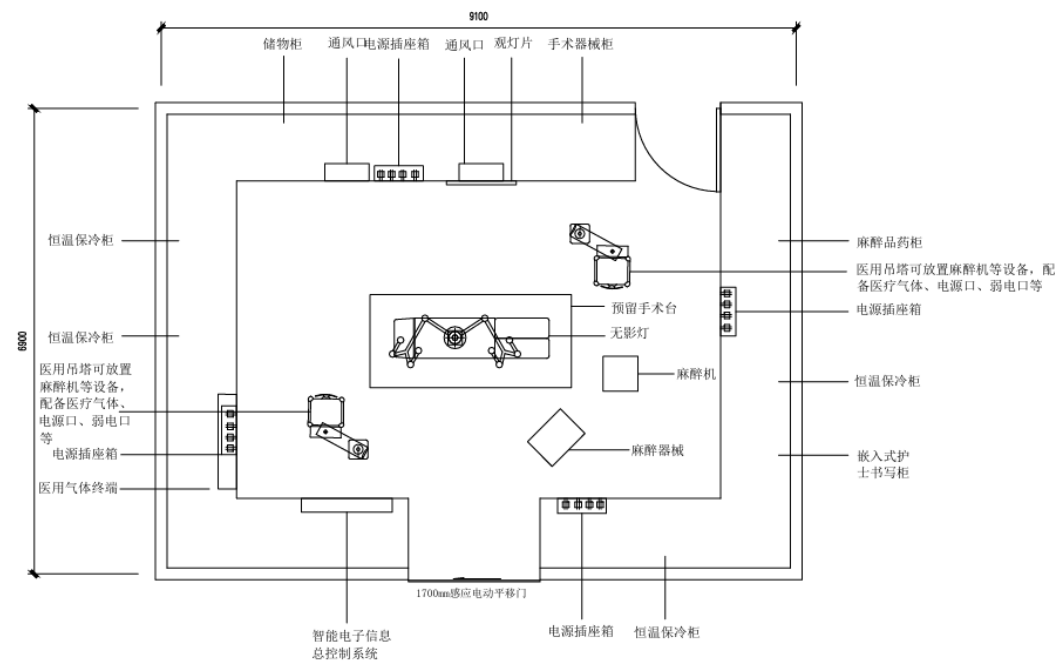
精密手术操作区（送风天花下方）：外科医生利用儿科专用精细器械进行手术。此区受垂直单向流保护，行为特征为高精度操作与严格的人员流动限制，确保手术核心区无菌。

生命支持与恒温监测区（床头侧）：麻醉师操作小儿呼吸机及监护设备，并频繁调试变温毯、加温输液器。行为核心是实时纠正儿童易发的术中低体温，维持患儿代谢平衡。

洁污分离流通区（手术间外围）：巡回护士进行耗材管理与信息录入。无菌物品由洁净走廊通过传递窗进入；术后污物必须经由专用污物通道密闭撤出，确保流线单向、不交叉。

(3) 标准手术室平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.44



标准手术室配置清单见表 4.16

13. 麻醉复苏区

(1) 功能简述

麻醉复苏区是洁净手术部内用于监测和处理手术麻醉后患者苏醒过程的核心技术单元。其主要功能是为患儿在麻醉恢复期提供持续的生理监测、气道维持及疼痛管理，确保其从麻醉深度状态安全过度到生理体征稳定状态。依据 GB 50333-2013《医院洁净手术部建筑技术规范》，麻醉复苏区应处于洁净手术部的限制区内，并维持不低于 IV 级洁净环境。在儿科专科医院中，复苏区设计需重点考虑“以家庭为中心”的护理模式，预留充足的家长陪护空间以缓解患儿术后苏醒时的恐惧与应激反应。

(2) 主要行为说明

麻醉复苏区的空间逻辑主要围绕高度集成的监测与快速救治行为展开。生理监测与生命维持行为是该区域的核心，麻醉医师与护士需通过高频次的巡视和多参数监测设备，实时评估患儿的意识水平、呼吸效率及循环系统稳定性。根据 GB 51039-2014《综合医院建筑设计规范》，复苏病床之间的净距不应小于 1.5m，床尾至墙面的净距应 $\geq 1.2\text{m}$ ，以确保发生紧急气道阻塞或心跳骤停时，急救团队及转运推车能迅速实施 360° 无障碍干预。

此外，儿科复苏区特有的家属情感支持行为对空间尺度提出了更高要求。苏醒期的患儿通常伴有剧烈的心理焦虑，家属需进入复苏单元实施物理接触和心理抚慰。因此，每个复苏位应具备灵活的空间冗余，以容纳家属座椅及可能的紧急处置器械。转运接驳行为则要求 PACU 具备至手术室及住院部的最短路径，转运走廊净宽应 $\geq 2.4\text{m}$ ，确保多功能转运床在快速移动时的稳定性与安全性。

主要行为见图 4.45。

布局三维示意图 4.46。

(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.47

配置清单见表 4.17

14. 无菌敷料间

(1) 功能简述

无菌敷料间是洁净手术部内的最高级别洁净附属空间之一,专门用于存放由中心供应室(CSSD)灭菌完毕的各类手术器械包、无菌敷料及耗材。其空间设计的核心在于通过严密的温湿度控制与正压环境,延长无菌包的有效期并确保术中零感染。

(2) 主要行为说明

无菌物资存取行为:巡回护士根据手术通知单进入该区域,进行无菌包的精准拣选与装载。房间内货架通道净宽不得小于 1.0m,便于医用转运车在狭长空间内的灵活调头与物资装卸。所有物资存放需遵循“先进先出”原则,确保持续周期在受控范围内。

微环境管理行为:管理人员需定期监测并记录室内压差与温湿度指标。依据规范,室内必须保持全天候的正压状态,并维持温度在 21℃~25℃,相对湿度在 30%~60% 之间。这种微环境管理旨在防止外部非洁净空气渗入,并避免因湿度过高导致的包装受潮失效或细菌滋生。

主要行为见图 4.48。

布局三维示意图见图 4.49。

(3) 平面图与家具、设备配置

平面布局图见图 4.50

配置清单见表 4.18

四、审图要点

1. 二级工艺流程

(1) 放射影像中心

空间类别	放射影像中心			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
动线 与分流	医患双通道物理隔离	放射科、核医学科、超声科等医技科室，应设医护人员专用通道。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.4.1 条	部门平面必须规划“双走廊”结构。外侧为患儿与家属公共候诊走廊，内侧为医护专用的操作与办公走廊，通过控制室实现视觉联系与流线绝对阻断。
	门诊与住院患儿分流	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	平面布局应尽量设置“门急诊专用影像区”与“住院部专用影像区”。若共用设备，则必须在平面端头规划住院推床专用等候区，严防穿着病号服的患儿与门诊流感患儿交叉聚集。
镇静工艺 流线闭环	镇静与复苏空间前置预留	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条 (引申至儿童特殊需求)	平面必须构建“镇静评估诱导区 → MRI/CT 机房 → 检后苏醒复苏区”的空间闭环，面积配比建议按单台 MRI 配置不少于 2 张镇静/复苏床位。
	未苏醒患儿的单向转运	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	审查图纸的“推床动线”。复苏区必须紧邻机房出口，严禁刚做完检查、尚未完全苏醒的患儿被平推车推入嘈杂的门诊公共走廊中穿行转运。
候诊阵列 与公共空间	候诊区大纵深与推车槽	候诊处应设面积不小于 1.5 m ² /人的等候区。儿科候诊区面积应按不小于 2 m ² /人设计。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.4.1 条 及第 5.2.6 条	考虑到影像检查耗时长，候诊大厅通道净宽必须大于或等于 3.00m。两侧墙面必须规划深度大于 1.00m 的“推床等候槽”及“婴儿车集中停放带”，防止阻塞生命通道。

	二次候诊与隐私更衣	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	大机房外部必须设置带有推拉门的“二次候诊/更衣隔间”。患儿在此脱去带有金属拉链的衣物换上检查服，避免在公共走廊当众更衣，保护大龄儿童隐私。
防火分隔与应急疏散	重型铅门的逃生障碍	疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	（机房的电动防辐射铅门极其沉重，一旦火灾断电，家属推床根本无法手动拉开。审查时必须要求大型机房另设一扇带闭门器的普通材质外开逃生门（需加贴铅板），或电动铅门必须具备断电物理机械推开功能。
	影像大平层的防火分区	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等，应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	放射影像中心内集中了全院最昂贵的设备，其整个部门的外围边界必须采用耐火极限不低于 2.00h 的防火隔墙与其他门诊区域实施绝对物理分隔。
	长走廊的推床疏散净宽	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。走道净宽不应小于 2.40m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条及 GB 51039 第 5.1.2 条	影像科内部存在大量推床转运。其核心主走廊在剔除候诊座椅、自助取片机等突出物后，实际可通行的物理净宽必须实打实地大于或等于 2.40m（建议 3.00m），保障两辆平车能全速错车。
结构预留与防辐射边界	集中防护与机房组团	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.13 条	产生电离辐射的机房（DR、CT 等）在平面排布上必须“集中组团”放置，减少防辐射墙体的总延米数。无电离辐射（超声、MRI 等）可灵活布置。
	大型设备结构荷载下传	建筑结构设计应满足医疗设备、悬挂装置等对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 4.3.2 条	必须强制对比“建筑平面图”与“结构配筋图”。MRI、大型 CT、双能 X 线骨密度仪等机房的底板承重标示必须大于或等于 8~10kN/m ² ，且下方不宜布置水泵房等震动源。
	防辐射隔墙砌筑边界	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.13 条	在建筑剖面图审查中，带有辐射防护要求的硫酸钡砂浆墙面或铅板夹芯墙，必须标明“砌筑至建筑结构真顶（楼板底）”，严禁在吊顶层上方遗留辐射散溢孔洞。

(2) 检验采血中心

空间类别	检验采血中心			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
动线 与分流	医患双走廊绝对物理隔离	放射科、核医学科、超声科等医技科室, 应设医护人员专用通道。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.4.1 条	必须规划清晰的“前端(采血大厅)”与“后端(检验核心试验区)”。后端必须设置医护专属的门禁入口、更衣换鞋缓冲间与内部走廊, 严禁医护人员穿行拥挤的采血大厅上下班。
	大空间单向不折返动线	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程, 应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	采血大厅必须设立“独立入口”与“独立出口”。图纸必须能在平面上画出一条(取号打印 → 排队等候 → 窗口采血 → 靠墙按压止血 → 顺向离开)的 U 型或 L 型单向闭环动线, 严防“袋形尽头”布局导致的动线逆向对冲。
	候诊面积极限压力测试	候诊处应设面积不小于 1.5 m ² /人的等候区。儿科候诊区面积应按不小于 2 m ² /人设计。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.4.1 条 及第 5.2.6 条	必须按照“早高峰禁食采血”的极值人流进行空间测算。采血窗口前方的垂直纵深排队区, 其实际净深度必须大于或等于 3.00m(容纳患儿+双家长+婴儿车的复合排队单元)。
防火分隔 与应急疏散	聚集极峰期的疏散走道净宽	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。走道净宽不应小于 2.40m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条及 GB 51039 第 5.1.2 条	考虑到采血大厅存在大量推车及行动迟缓群体, 其通向安全出口的主疏散走道, 在剔除等候座椅、自助机柜等所有突出物后, 实打实的物理净宽必须大于或等于 3.00m。
	核心检验区的高级别防火分隔	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等, 应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	检验科内部(含生化、免疫、微生物等实验室)存放有大量精密仪器与危险化学品试剂。其与外部采血大厅及公共区域的物理界面, 必须为耐火极限不低于 2.00h 的防爆防火实体墙。
	疏散门的无障碍平接	疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方向开启, 且不应设置门槛。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	采血大厅的所有疏散双开门或自动平移门必须向疏散方向开启。门下地面必须绝对零门槛平接, 确保早高峰一旦发生突发火情,

				大量婴儿车能被家长推行平滑逃离。
物理环境	大跨度空间防混响声学顶棚	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	采血大厅是全院哭闹声最密集的区域（极易产生“多点共振”的声学现象）。大厅吊顶必须满铺 NRC（降噪系数）大于或等于 0.8 的 A 级不燃吸音材料，且墙体 1.20m 以上部位宜采用微孔吸音板，遏制恐慌情绪传染。
	全明采光与自然通风边界	医疗用房应通风良好。采取有效措施防止交叉感染。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 7.1.1 条	采血大厅作为极高密度的人员聚集区，建筑外立面设计必须保证候诊区拥有大面积的外窗。有效可开启窗地面积比不应小于 1/10，以满足流感高发季的自然通风稀释要求。

(3) 洁净手术中心

空间类别	洁净手术中心			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
分区与屏障	三区划分与物理边界	洁净手术部应分为洁净区与非洁净区。洁净手术部平面布置应符合功能流程、洁污分明。	《洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 5.1.1/5.1.3 条	必须明确限制区（手术间、洁净走廊）、半限制区（洗手、更衣、库房）与非限制区（家属等候、办公）的界限。各区交界处必须设置物理屏障（门或气锁）。
	医/患/物三流线分明	洁净手术部的功能流程应符合人流、物流分开和洁污分明的原则。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.4.2 条	必须在平面图上清晰勾勒出医护、患儿、洁净物品、污物四条独立动线，严禁在限制区内发生交叉或逆流。
患儿与家属流线	麻醉诱导与家属陪护空间	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	必须在限制区入口处设置独立的“适儿化麻醉诱导间”。需预留家属换鞋后进入陪护的空间，确保患儿在熟悉的人安抚下完成麻醉，降低术前应激。
	患儿换车/换床换鞋缓冲	洁净手术部内应设人流和物流缓冲室。	《洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 5.2.2 条	患儿由病房进入手术部必须经过“换车/换床”或“轮椅转换”环节。平面图应标示出明确的转运车停靠位及脚踏式自动感应门的缓冲室。
医护人员流线 (流程放最前面)	强制性单向更衣动线	医务人员入口应设换鞋、更衣、淋浴及卫生间。	《洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 5.2.1 条	医护入口必须设计为“单向强迫式流线”：换鞋 → 一更（脱私服）→ 淋浴/卫生间 → 二更（穿手术服）→ 缓冲/洗手。严禁不经过二更直接进入洁净走廊。
	刷手位视线与空间预留	刷手间不应设门。刷手池应紧邻手术室入口。	《洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 5.2.3 条及第 8.2.3 条	刷手位宜设在洁净走廊内手术室门侧。每间手术室应对应至少 2 个刷手位。刷手区地面应做防滑处理并设医疗专用排水槽，严禁积水。
防火分隔与应急	手术部独立防火分区	手术部应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	洁净手术部必须作为独立的防火分区。其围护墙体必须为耐火极限不低于 2.00h 的防火隔墙，且跨越防火分区的管线必须实施全

				密实封堵。
	大纵深走廊的 疏散净宽	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。走道净宽不应小于 2.40m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	洁净走廊与污物走廊作为生命通道，其物理净宽在剔除消火栓、洗手台突出物后，必须实打实地大于或等于 2.40m，建议 3.00m 以满足平车错车需求。
	防烟与正压控制逻辑	洁净手术部应设防烟感应及排烟系统。	《洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 12.0.1 条	且火灾时防排烟系统必须确保洁净区相对于非洁净区仍保持一定的正压，防止烟气涌入手术间。

2. 三级工艺流程

(1) CT 扫描间

房间名称	CT 扫描间			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与布局	三室分离与面积底线	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程, 应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	CT 机房必须划分为“扫描室、控制室、设备间”。扫描室单间净使用面积不应小于 30.00 m ² (若为双源 CT 或大孔径 CT 需按厂家图纸放大至 40.00 m ²) , 控制室面积不宜小于 10.00 m ² 。
	操作视线与无死角监控	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程, 应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	控制室与扫描室之间的隔墙上必须设置防辐射铅玻璃观察窗。观察窗的位置必须确保技师在坐姿操作时, 视线能完整覆盖整个 CT 检查床及扫描孔, 无建筑遮挡死角。
	家属陪护操作面预留	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	考虑到低龄患儿需要家属穿着铅衣在床旁安抚, 检查床侧边及尾部必须预留宽度大于或等于 1.20m 的净操作空间, 严禁设备贴墙布置导致家属无处站立。
防火分隔与逃生	防辐射重型门的逃生设计	疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	CT 室的主防护门为电动平移铅门 (重达数百公斤) 。图纸必须强制要求该电动门配置断电后可手动轻松推拉的机械脱轨装置, 或在扫描室另设一扇带闭门器的普通材质外开逃生门 (内部加贴相当当量铅板) 。
	机房独立防火分隔	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等, 应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	CT 室作为贵重精密医疗设备用房, 其机房外围封闭墙体必须同时满足“防辐射”与“耐火极限不低于 2.00h”的双重物理属性。
	地沟与孔洞防火封堵	建筑内各类管线穿过防火墙、防火隔墙、楼板的孔洞应采用防火封堵材料封堵, 封	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.3.1 条	穿越控制室与扫描室之间隔墙的所有建筑地沟、弱电过线管穿墙孔洞, 在管线敷设完毕后, 必须使用防火泥或防火膨胀模块进行

		堵的耐火性能不应低于相应分隔构件的耐火性能。		全密实柔性封堵，彻底杜绝火灾烟气串流。
	零门槛推床顺畅度	通向推床的门净宽不应小于 1.10m。疏散出口门应为平开门或在火灾时具有平开功能的门，且不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》第 5.1.4 条及《建筑防火通用规范》第 7.2.1 条	主防辐射门开启后的净宽建议大于或等于 1.40m。门下地面必须绝对零门槛平接，电动铅门的下部导向轨应采用极浅的地面暗槽，确保病床平稳推入，不引发镇静患儿的惊跳反射。
室内装修与防撞	地材高荷载与抗造防滑	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘。地面不应设地垄沟。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	CT 设备极重且推床进出频繁，地面必须采用承载力极高、防滑等级 R10 以上的 2.0mm 同质透心 PVC 卷材或橡胶地板。严禁使用极易被推床碾碎的架空防静电地板。
	推床极限防撞基座	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 39 条（三）	室内所有墙角必须执行半径大于或等于 20mm 的圆角工艺。墙下部 0.20m 处必须设置防踢脚，0.90m 处满铺高强度抗撞击树脂保护带。
物理屏蔽与防护构造	六面体铅当量屏蔽	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.13 条	扫描室的四周墙体、楼板及顶板必须形成无死角的六面体屏蔽（通常铅当量要求为 2.5mmpb 至 3.0mmpb）。图纸必须标明硫酸钡砂浆厚度或铅板搭接工艺大样。
	防辐射观察窗底标高	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.13 条	铅玻璃观察窗的下沿标高应控制在 0.80m 至 0.90m 之间，以匹配技师的操作视平线及设备台面高度。铅玻璃四周边框必须与墙体铅板保持至少 20mm 的物理重叠搭接。
	建筑地沟与射线防漏	建筑结构设计应满足医疗设备、悬挂装置等对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 4.3.2 条	扫描室至控制室/设备间必须在楼板上预留线缆地沟（宽约 0.3m，深约 0.2m）。地沟穿过防辐射墙体处，必须在建筑图纸上绘制“U 型或 Z 型迷宫式防辐射挡板”大样图，严防射线沿地沟直线漏出。

(2) MRI 扫描间

房间名称	MRI 扫描间			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与布局	操作空间与磁体面宽	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	扫描室单间净使用面积通常不应小于 35.00 m ² 。考虑到儿童 MRI 检查常需配置无磁麻醉机、无磁监护仪及陪护家属，磁体两侧必须预留大于或等于 1.50m 的净操作通道。
	大型磁体吊装入口预留	建筑结构设计应满足医疗设备、悬挂装置等对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 4.3.2 条	磁体体积巨大无法通过普通走廊。建筑平面及立面图上必须硬性规划出“设备吊装口”或“墙体预留拆卸通道”，其净宽不应小于 2.50m，高不应小于 2.50m。
	操作视线与监控死角	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	控制室与扫描室之间必须设置射频屏蔽观察窗。观察窗必须确保技师在坐姿状态下，视线能越过高耸的磁体孔径，完整观察到检查床上的患儿及床尾的麻醉设备。
防火分隔 与逃生	屏蔽门的断电开启与净宽	疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	屏蔽门异常沉重且带有气囊密封垫。门洞开启净宽必须大于或等于 1.20m。主屏蔽门必须为向外开启（外开门），并确保在断电、失超形成负压的极端情况下，人力能够通过机械把手强行推开。
	机房独立防火分隔	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等，应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	MRI 机房必须采用耐火极限不低于 2.00h 的防爆防火实体墙与其他区域分隔。
	消防灭火设施的空间排除	建筑内部装修不应擅自减少、改动、拆除、遮挡消防设施或器材及其标识。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条（引申至磁场安全）	常规的干粉灭火器及钢制消火栓箱带有强磁性，若图纸上把它们画进了扫描室内，吸入磁体将造成灾难。此类设施必须硬性规定布置在扫描室外的二区或三区，室内仅可配备专用的无磁灭火器。
室内装修	绝对无磁的室	磁共振成像室（MRI）的建筑构造应符合	《综合医院建筑设计标	屏蔽网内侧的所有装修基层必须使用铝合金、黄铜或木质材料，

与防磁安全	内装修材料	设备对磁场屏蔽的要求。	准》GB 51039-2014 第 5.1.14 条	严禁图纸中出现任何包含铁磁性材质的说明。
	极限噪音的吸音降噪处理	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	MRI 扫描噪音极其剧烈，极易惊醒镇静患儿。室内墙面及吊顶必须满铺高厚度、高 NRC 系数的非磁性吸音材料，将混响降至最低。
	地材抗压与防静电平接	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘，部分医疗用房地面应防静电。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	地面必须采用防静电、高耐压的同质透心卷材。屏蔽地网的施工面极易产生高差，必须通过建筑找平，确保机房内外地面绝对平接，保证无磁推床与麻醉机平稳无震动推入。
物理屏蔽与建筑构造	射频屏蔽（法拉第笼）边界	磁共振成像室（MRI）的建筑构造应符合设备对磁场屏蔽的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.14 条	MRI 不需要防辐射铅板，但必须在墙、地、顶六个面构建无缝隙的铜板/铜网“射频屏蔽层（法拉第笼）”。图纸必须标明屏蔽层的建筑预留厚度（通常需在原墙基上内退 100mm-150mm）。
	失超管的建筑空间通道	磁共振成像室（MRI）的建筑构造应符合设备对磁场屏蔽的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.14 条（引申至磁体安全构造）	超导磁体发生紧急状况（失超）时会瞬间喷出极低温液氦气体。建筑剖面图必须为“失超管”预留一条尽可能笔直、不穿越其他安全出口、直通室外安全高空的独立空间通道。
	地台垫层与微震动控制	建筑结构设计应满足医疗设备、悬挂装置等对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 4.3.2 条	磁体极重（往往超过 5 吨）且对震动极度敏感。机房底板必须进行特殊承重加固（承载力需达到 10-15kN/m ² 以上），且周围 15 米内建筑平面严禁布置水泵房、电梯井等振动源。

(3) DR 摄片室

房间名称	DR 摄片室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与布局	机房面积与双 组块布局	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工 艺流程,应做到功能分区合理、洁污路线 清楚。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	DR 室单间净使用面积不应小于 20.00 m ² 。室内平面必须同时满 足“摄影平床”与“立式胸片架”双组块物理摆放的干涉退让,床头 必须脱离墙面放置。
	立位摄影与强 陪护空间	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工 艺流程,应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	为充分应对国内典型的“1+N”多代陪护模式,立式胸片架前方及 两侧必须预留极其宽裕的操作空间(半径不小于 1.50m),以容 纳至少两名家属同时上阵,强行固定抗拒哭闹的患儿体位。
	操作视平线与 无死角监控	有防辐射要求的用房,其建筑构造应符合 国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.13 条	控制室与扫描室之间必须设置防辐射铅玻璃观察窗。窗台下沿标 高控制在 0.80m 至 0.90m。技师视线必须同时无死角覆盖摄影平 床与立式胸片架。
防火分隔 与逃生	防辐射重型门 的开启逻辑	疏散出口门、疏散走道中的门应向疏散方 向开启。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	DR 室电动防辐射平移门必须向室外疏散方向滑动,且必须具备 断电后人力可手动推拉的机械脱轨功能。开启净宽建议大于或等 于 1.20m,保障担架车顺畅逃生。
	机房独立防火 分隔墙	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、 贵重精密医疗设备用房等,应采用防火隔 墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	DR 室作为精密医疗设备用房,其四周实体墙必须同时满足“防辐 射”与“耐火极限不低于 2.00h”的双重物理属性,砌筑至结构楼板 底。
	穿墙孔洞防火 与防辐射双封 堵	建筑内各类管线穿过防火墙、防火隔墙、 楼板的孔洞应采用防火封堵材料封堵,封 堵的耐火性能不应低于相应分隔构件的 耐火性能。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.3.1 条	连接控制室与扫描室的弱电穿墙孔洞、观察窗窗框缝隙,必须使 用含有重晶石成分的防火防辐射泥进行全密实封堵,确保火灾烟 气与散射射线双重阻断。

	地平零门槛与轨道暗埋	通向推床的门净宽不应小于 1.10m。疏散出口门应为平开门或在火灾时具有平开功能的门，且不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》第 5.1.4 条及《建筑防火通用规范》第 7.2.1 条	主防辐射门下方地面必须绝对零门槛平接处理。重型铅门的底部导向轨应采用极浅的无缝暗槽，确保病床平稳推入。
室内装修与防撞	地材高承载与防划痕	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘。地面不应设地垄沟。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	DR 室面临极高频的轮椅与平推车进出，地面必须采用耐磨等级 T 级以上的同质透心 PVC 卷材或橡胶地板。所有材料接缝必须进行热熔焊接。
	阴阳角与极限推车防撞	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 39 条（三）	室内所有墙角必须执行半径大于或等于 20mm 的圆角工艺。摄影床四周墙面的下部 0.20m 处必须设置防踢脚，0.90m 处满铺高强度抗撞击树脂保护带。
物理屏蔽与防护构造	六面体铅当量绝对封闭	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.13 条	扫描室的四周墙体、楼板及顶板必须形成无缝隙的六面体电离辐射屏蔽（通常铅当量要求为 2.0mmPb 至 2.5mmPb）。图纸必须标明硫酸钡砂浆厚度或铅板搭接工艺。
	迷宫式门斗与折射屏蔽	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.13 条	针对 DR 机房外公共走廊的高频人流，机房大门处宜在建筑平面上设计“L 型迷宫式短走道（缓冲门斗）”，利用物理墙体的多次折射，将逃逸至公共候诊区的散射射线降至最低。

(4) 影像候诊区

房间名称	影像候诊区			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与阵列	候诊面积极限 压力测试	候诊处应设面积不小于 1.5 m ² /人的等候区。儿科候诊区面积应按不小于 2 m ² /人设计。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.4.1 条 及第 5.2.6 条	影像检查耗时极长，必须按照“极值人流”测算。建议单人面积指标放大至 2.50 m ² 至 3.00 m ² /人，座位排间距必须大于或等于 1.50m，以容纳双家长换手抱持及走动安抚。
	婴儿车专属收 纳内凹带	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	平面图纸必须在主排队与通行动线外侧的非承重墙面上，硬性划定一块深度大于或等于 1.20m 的“婴儿车与营地车集中停放槽”，严禁海量推车在主走廊“列道停放”。
	二次候诊与分 流缓冲区	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	必须在大型机房（CT/MRI）门外建立深约 2.00m 的“二次候诊”。通过物理半隔断将即将检查的患儿与大厅内喧闹的患儿分流，降低临检前的交叉恐慌。
防火分隔 与逃生	聚集极峰期的 疏散走道净宽	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。走道净宽不应小于 2.40m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条及 GB 51039 第 5.1.2 条	在剔除等候座椅、自助取片机柜、饮水机等所有突出物后，影像大厅的主疏散走道物理净宽必须实打实地大于或等于 3.00m，保障大量推车人群的瞬间疏散。
	装修材料高阻 燃标准	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	候诊大厅面积大且人员极度密集，吊顶及顶棚必须采用 A 级不燃材料。墙面适儿化软包及卡通树脂板必须由厂家出具 B1 级以上的阻燃检测合格报告。
专科工艺 与隐私	无磁更衣与隐 私保护	检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（八）	MRI 检查严禁穿戴金属。候诊区必须嵌入设置带有推拉门或厚重隔帘的“独立更衣隔间”。隔间内部必须提供宽大折叠台（供婴儿平躺换衣）及绝对无磁的纯塑胶挂钩。
	内置母婴与特	儿科等区域卫生间应设置儿童卫生间或	《综合医院建设标准》建标	候诊区必须就近配置母婴室（用于空腹检查后的紧急哺乳及换尿

	殊生理准备	儿童专用洁具。	110-2021 第三十九条（六）	布）。此外，超声候诊区需就近设置具备高低双级饮水台的“憋尿饮水区”及儿童专属卫生间。
室内装修与防护	大跨度防混响声学顶棚	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	影像候诊区内“饿哭、怕哭、镇静失败哭”多点爆发。大厅吊顶必须满铺降噪系数大于或等于 0.8 的微孔吸音金属板，墙体 1.20m 以上部位宜采用吸音板结构，强行压制声波反射。
	阴阳角防撞与立面保护	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面，应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 39 条（三）	室内所有墙角、柱角必须执行半径大于或等于 30mm 的圆角工艺。沿走道侧墙面 0.20m 与 0.90m 处必须满铺防踢脚及高强度抗撞击树脂保护带。
	防跌落与防触电安全屏障	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条（七）	候诊外窗必须安装带钥匙的物理限位器，开启扇缝隙宽度锁死在 10cm 以内。大厅内所有强电插座必须加装带锁的安全防护盖，严防幼儿在长时间等候中无聊乱抠。
视觉干预与安抚	多媒体视线工程学预留	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	建筑墙面必须预留电视屏幕或交互式投影挂点。屏幕中心标高应控制在 1.00m 至 1.20m 之间，匹配坐姿患儿平视视线。候诊区墙面宜大面积使用明快但低饱和度的插画级树脂抗倍特板。
	昼夜节律与防眩光照明	医疗用房应采用高显色照明光源，显色指数应大于或等于 80。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 8.6.2 条	候诊大厅应具备良好的自然采光。人工照明严禁设置裸露的直射光源，必须采用漫反射防眩光灯盘，且具备分级调光功能，为服用镇静药剂后在母亲怀中入睡的患儿提供昏暗环境。

(5) 医生控制室

房间名称	医生控制室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与流线	单机或集中操作空间界限	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	单台设备的控制室净使用面积不宜小于 10.00 m ² 。若为“一控二”（一个控制室操作两台 CT/MRI）的集中布局，面积不应小于 20.00 m ² ，且两台设备操作台背向距离必须大于或等于 1.50m，防止技师背靠背工作时发生椅背碰撞。
	医患绝对分流的独立出入口	放射科、核医学科、超声科等医技科室，应设医护人员专用通道。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.4.1 条	控制室的大门必须且只能开向“内侧医护专用走廊”，严禁直接向外侧“患儿公共候诊走廊”开门。确保医生在阅片或操作时不被外部焦躁的家属打扰或窥视。
防火分隔 与封堵	操作台底部地沟双重封堵	建筑内各类管线穿过防火墙、防火隔墙、楼板的孔洞应采用防火封堵材料封堵，封堵的耐火性能不应低于相应分隔构件的耐火性能。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.3.1 条	扫描室主机连向控制室操作台的粗大线缆，通过建筑预留地沟穿墙。该穿墙部位必须使用“防火+防辐射”双重功效的重晶石阻火泥进行全密实柔性封堵，彻底阻断火灾烟气与 X 射线泄漏。
	装修材料高阻燃标准	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	控制室内集中了极其昂贵的 IT 工作站，其吊顶、墙面基层及防静电地板必须全部采用 A 级不燃材料，严禁采用普通木作包边等易燃装饰。
	双开门疏散净宽	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	控制室通向内部走廊的门净宽不应小于 1.00m。若是“一控二”或“一控三”的大型集中控制室，人员密集且设备繁多，主出入口必须为向疏散方向开启的平开门，且地面零门槛。
人机工学 与视线	防辐射观察窗绝对无死角	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.13 条	铅玻璃或射频屏蔽玻璃的水平位置必须正对扫描床。图纸上必须画出“视线包络图”，确保技师在坐姿状态下，视线能够完整覆盖

				检查床的头尾两端，以及站在床侧陪护的家长。
	视平线与窗台 标高控制	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	观察窗的窗台下沿(完成面)标高必须严格控制在 0.80m 至 0.90m 之间，以完美衔接操作台桌面的高度（通常为 0.75m），严防窗台过高导致技师必须站立才能看清患儿。
物理环境	高分贝噪音隔离与声学顶棚	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	针对 CT/MRI 机房传来的剧烈震动噪音，控制室与扫描室之间的隔墙必须为高强度实体隔音墙。控制室天花板建议采用 NRC 系数大于 0.7 的微孔吸音金属板，为医生提供安静的阅片诊断环境。
	防眩光与多层级阅片照明	医疗用房应采用高显色照明光源，显色指数应大于或等于 80。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 8.6.2 条	控制室内满布高亮度的医疗显示器。室内严禁使用直射点光源或高流明面光源。必须配置深防眩漫反射格栅灯，且必须支持“操作模式（暗光）”与“保洁模式（亮光）”的独立回路切换，杜绝屏幕反光。
物理防护 与建筑构造	观察窗边框防辐射极限搭接	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.13 条	控制室这侧的铅玻璃窗框，其内部包裹的铅板，必须与墙体原有的防辐射硫酸钡或铅板形成大于或等于 20mm 的物理重叠搭接。大样图若画成“平齐对接”，则存在极高的直线漏射线风险。
	机房互通重型防护门	有防辐射要求的用房，其建筑构造应符合国家现行有关放射防护标准的规定。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.13 条	如果控制室与扫描室之间设有直通的内门，该门必须为达到同等铅当量的防辐射重型门，且必须向扫描室方向外开，配置高强度闭门器，确保检查时绝对关闭。

(6) pcr 实验室

房间名称	pcr 实验室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与微观分区	核心四区（或三区）物理硬隔离	实验室各区应相互独立。	《实验室生物安全通用要求》GB 19489-2008 及卫办医政发〔2010〕194号《导则》	必须在建筑图上审查是否具备刚性实体隔墙划分的四区：试剂准备区、标本制备区、扩增区、产物分析区（若采用全自动实时荧光PCR可合为三区）。严禁采用轻质矮隔断，各区必须完全独立。
	独立缓冲间的纵深与模数	进入实验室应通过缓冲间。缓冲间内应能容纳更衣等设备。	《实验室生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.3.3 条	核心工作区与外部走廊之间必须设置缓冲间。缓冲间单间净面积不应小于 3.00 m²，深度不应小于 1.50m，确保两道门不会同时被打开，且能容纳洗手池、脱衣桶及隔离衣挂钩。
单向流线控制	人流的“绝对单向不折返”	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	图纸必须画出明确的单向人流：试剂区→标本区→扩增区→分析区。人员离开高污染区（如标本区）必须通过缓冲间脱去防护服直接进入公共走廊，绝对严禁逆向返回上游洁净区。
	物流传递窗的建筑互锁	实验室各区之间的传递应通过传递窗。	《医疗机构临床基因扩增检验实验室工作导则》	各区共用墙体上必须设置传递窗。审查要求：1.必须是机械或电子互锁传递窗（一门开，另一门锁死）；2.严禁传递窗装在门上；3.传递方向必须且只能是顺向（试剂→标本→扩增），杜绝逆流。
防火分隔与应急逃生	高危实验室独立防火分区	医院中的手术部、急诊部、重症监护室、贵重精密医疗设备用房等，应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	PCR 实验室作为高等级生物安全区域，其外围墙体必须为耐火极限不低于 2.00h 的实体防火隔墙，将其与普通门诊、办公区实施绝对的防火及防污染物理分隔。
	迷宫嵌套空间的疏散距离	建筑内安全出口、疏散门和疏散走道的布置，应满足人员安全疏散的要求。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.1 条	PCR 由于缓冲间层层嵌套，极易形成迷宫。在防火审查时，必须测量“最深处（如扩增区）内任意一点，穿过缓冲间到达外部公共安全走廊的实际步行距离”，必须严格控制在规范允许的短距离直

				跑范围内。
	全封闭空间的 防爆排烟通道	建筑内部装修不应擅自减少、改动、拆除、遮挡消防设施。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条 (引 申)	既然建筑外窗被强制要求“不可开启”以保证感控密闭,那么在三级工艺图纸中,就必须预留专门的独立建筑竖井或墙体通道,专供消防排烟及事故通风排风管使用。
气密物理 与感控边 界	六面体无缝隙 防渗漏	实验室的墙壁、天花板和地面应平整、易清洁、不渗水、耐化学品和消毒剂的腐蚀。	《实验室生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.2.2 条	整个 PCR 实验室 (含缓冲间) 必须形成“全封闭密闭舱”。吊顶必须为全密闭硬质彩钢板或抗菌树脂板 (打硅酮结构胶), 绝对严禁使用留有缝隙的矿棉板或铝扣板。
	医用气密门与 自动闭门器	实验室的门应有可视窗并可锁闭, 门锁及门的开启方向应不妨碍室内人员逃生。应设置闭门器。	《实验室生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.2.5 条及第 6.3.2 条	所有的门 (含走廊门、缓冲间门、主工作间门) 必须配置带阻尼的机械闭门器。门扇底部必须配置下沉式自动扫地密封条, 确保在机电系统建立压差时, 建筑界面不漏气。
	全密闭防气溶 胶观察窗	实验室应有可视窗。	《实验室生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.2.5 条	为了减少门开启的频次, 各工作区通向外走廊的隔墙上应设置大面积玻璃观察窗。窗户必须为双层中空钢化玻璃且绝对物理死封 (不可开启) 。
室内装修	地材抗生物腐 蚀与防静电	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘。地面不应设地垄沟。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	PCR 室内极易滴洒高浓度消毒液和核酸提取液。地面必须满铺 2.0mm 以上的同质透心抗化学腐蚀 PVC 卷材。接缝热熔无缝焊接, 上卷上墙形成圆弧阴角。
	洗眼器与深水 池配置	实验室应配备紧急洗眼装置, 应在操作区就近设置洗手池。	《实验室生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.2.8 条及第 6.3.4 条	标本制备区和产物分析区这种高危操作区域内, 必须强制配置非接触式洗手池, 并在旁边或水龙头上集成“紧急洗眼器”。水槽深度需大于 250mm 以防飞沫溅出。

(7) 生化检验实验室

房间名称	生化检验实验室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与流线	流水线无柱大 空间跨度	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工 艺流程。建筑结构设计应满足医疗设备安 装的要求。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条 及 4.3.2 条	针对全自动流水线（长达 10-20 米），建筑平面必须提供进深大 于或等于 6.00m 至 8.00m 的无柱大空间。严禁在流水线预定轨迹 上出现建筑承重柱或剪力墙阻挡轨道延伸。
	微量血与急诊 (STAT) 黄金 动线	检验科应设急诊检验室，并应满足 24h 工作的要求。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.5.1 条	微量血标本往往无法上流水线。图纸必须在紧邻标本接收窗的最 前端，硬性划定一块“微量血手工操作岛”与“急诊生化专属区”， 确保高危/加急标本实现“零距离”上机。
	设备后置维保 与逃生通道	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员 安全疏散的要求。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	流水线背面与建筑实体墙之间，必须强制预留净宽大于或等于 0.80m（建议 1.00m）的“维保与疏散检修通道”，绝对严禁设备紧 贴墙面布置形成死胡同。
防火分隔 与感控边 界	精密设备区的 特殊灭火预留	建筑内部装修不应擅自减少、改动、拆除、 遮挡消防设施。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	生化实验室内动辄几千万的精密设备严禁水喷淋扑救。建筑顶板 及墙面必须为“洁净气体灭火系统（如七氟丙烷）”的管网与泄压 口预留实体受力安装点与穿墙孔洞。
	BSL-2 级别感 控气密门	实验室的门应有可视窗并可锁闭。应设置 闭门器。	《实验室 生物安全通用要 求》GB 19489-2008 第 6.2.5 条及第 6.3.2 条	生化室按 P2/BSL-2 级别建设，主出入口必须为带有多观察窗及 闭门器的医用气密门，门下配置自动扫地胶条，确保在关闭状态 下维持实验室相对于走廊的微负压防飞沫外溢。
	核心区独立防 火分区墙	医院中的手术部、重症监护室、贵重精密 医疗设备用房等，应采用防火隔墙和可燃 楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	生化实验室作为检验科内最昂贵的贵重精密医疗设备用房，其四 周外围隔墙必须为耐火极限不低于 2.00h 的防爆防火实体墙，砌 筑至结构楼板底。
建筑暗区	管线地沟的建	建筑内各类管线穿过楼板的孔洞应采用	《建筑防火通用规范》GB	虽然不审机电，但生化线下方密布纯水、废液及数据线。建筑图

与防护	筑暗埋封堵	防火封堵材料封堵。	55037-2022 第 6.3.1 条	纸必须为这些管线预留地面暗槽，并标明防腐涂层做法及盖板。 穿楼板处必须实施防渗漏与防火双重阻火圈封堵。
	强酸碱防腐与洗眼终端	实验室的墙壁、天花板和地面应耐化学品和消毒剂的腐蚀。应配备紧急洗眼装置。	《实验室 生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.2.2 及 6.2.8 条	试剂存储区与废液收集区周边 2 米范围内的墙面与地面，必须采用高等级耐酸碱树脂板或耐腐蚀 PVC 卷材。区域内必须就近配置连通建筑给水管网的洗眼器与深水槽。
物理环境	高频机械噪音的物理吸收	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点(引申至医护职业防护)。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	生化流水线全天候发出机械运转及气泵的高频噪音。实验室吊顶必须满铺高 NRC 系数 (≥ 0.8) 的微孔铝板加吸音棉，墙面宜采用吸音砌块，极力降低室内声场混响时间，保护检验员听力。
	无影防眩光与高显色照明	医疗用房应采用高显色照明光源,显色指数应大于或等于 80。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 8.6.2 条	检验员需要肉眼比对微量血管中的血清颜色与状态。实验室必须采用显色指数 $R_a \geq 90$ 的光源，且灯具排布应与设备操作台平行，采用防眩光格栅，严防试管反光。
结构预留与地坪构造	重型设备楼板极限承重	建筑结构设计应满足医疗设备对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 4.3.2 条	生化流水线及配套的大型纯水机组自重极大。机房所处位置的楼板结构承载力必须在图纸上明示大于或等于 5.0kN/m^2 至 8.0kN/m^2 （具体须与厂家提供的设备重心点位图二次核对加固）。
	离心机组绝对抗震地基	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	流水线前处理模块包含多台高速离心机。该区域的地面必须为“实心混凝土硬质地坪（上铺 PVC）”，绝对严禁采用网络机房常用的“架空防静电活动地板”，以防离心震动导致溶血。

(8) 微生物实验室

房间名称	微生物实验室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与布局	生物安全柜 (BSC) 的占 位与退让	实验室的布局应满足操作人员的安全 和设备安全运行的要求。	《实验室 生物安全通用要求》 GB 19489-2008 第 6.3.3 条	BSC 的建筑占位严禁正对门窗、严禁紧贴人员频繁走动的通道。 BSC 两侧及后方必须预留不小于 0.30m 的物理间距（供维修测 试），上方距顶棚至少预留 0.30m 排风管道空间。
	结核/肠道致病 菌独立接种舱	医疗各项功能用房的设置应符合医疗 工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	针对结核杆菌（极易气溶胶传染）与肠道粪便样本（极度恶臭）， 建筑平面必须在主实验室内部，硬性切割出带玻璃隔墙与闭门器 的“独立接种舱”，实现物理空间与视线的“双重隔离”。
	大型温控设备 的散热凹槽	建筑结构设计应满足医疗设备安装的 要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 4.3.2 条	微生物室四周放置着海量的恒温培养箱与超低位冰箱。平面图必 须在墙体一侧规划深度大于或等于 0.80m 的“设备内嵌槽”，设备 背后需预留 0.15m 散热空隙，严防设备机身凸出阻塞主走廊。
动线与感 控屏障	“原位灭菌”的 物理硬隔离	实验室应设置高压蒸汽灭菌器或其他 适用的消毒灭菌设备。	《实验室 生物安全通用要求》 GB 19489-2008 第 6.2.7 条	所有含活菌的废弃培养基必须“先灭菌、后出室”。实验室末端必 须设置独立的“洗消/高压灭菌室”。该室必须与无菌准备区绝对物 理隔离，防止灭菌产生的高温高湿蒸汽反噬污染洁净区。
	废弃物的“不 折返”污染出 口	医疗各项功能用房的设置应符合医疗 工艺流程，应做到功能分区合理、洁 污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	高压灭菌后的废弃物必须拥有一扇直接通向外部污物走廊的“专 属单向出口门”。绝对严禁保洁人员推着刚出锅的废弃物原路折 返，穿过主实验区或洁净走廊运出。
防火分隔 与逃生	高压灭菌室的 独立防火防爆	医院中的重症监护室、贵重精密医疗 设备用房等，应采用防火隔墙与其他 部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	洗消灭菌室内的高压蒸汽灭菌锅属于高压特种容器，存在物理爆 炸风险。该房间的外围实体墙必须为耐火极限不低于 2.00h 的防 爆实体墙，且门扇需向外开启。
	高等级感控区	建筑内各类管线穿过楼板的孔洞应采	《建筑防火通用规范》GB	穿越微生物室的所有废液管、通风管的穿墙及穿楼板孔洞，必须

	的逃生距离	用防火封堵材料封堵。	55037-2022 第 6.3.1 条	使用兼具防渗漏与阻燃功能的防火泥进行双面全密实封堵，确保生物安全屏障与防火屏障的双重完整性。
室内装修	六面体抗腐蚀与无缝界面	实验室的墙壁、天花板和地面应平整、易清洁、不渗水、耐化学品和消毒剂的腐蚀。	《实验室 生物安全通用要求》 GB 19489-2008 第 6.2.2 条	地面必须满铺耐强酸碱的同质透心 PVC 卷材并上卷上墙。墙面与吊顶严禁使用易吸潮、易长霉的材料，必须采用抗菌涂层金属板或医用树脂板，所有板缝必须用防霉硅酮胶绝对密封，消除细菌藏匿死角。
	防溅大纵深染色水槽	医疗用房的洗手盆应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.6 条	微生物室的“涂片染色区”常年使用革兰氏染液（结晶紫、碘液）。必须强制配置深度大于或等于 0.30m、材质为黑色抗倍特板或 316L 不锈钢的加深型洗刷槽，彻底杜绝染液飞溅导致台面及地面永久性染色。
人机工效与安全终端	物理强制洗眼器与冲淋装置	实验室应配备紧急洗眼装置，应在操作区就近设置洗手池。BSL-2 实验室宜设置紧急冲淋装置。	《实验室 生物安全通用要求》 GB 19489-2008 第 6.2.8 及 6.3.4 条	在微生物标本处理区（如血液培养、痰液处理台）半径 10 米范围内，必须实打实地落地安装连通建筑给水的紧急洗眼器与全身冲淋花洒。严禁仅配置洗眼壶敷衍审查。
	自动闭门器与防飞沫气密门	实验室的门应有可视窗并可锁闭。应设置闭门器。	《实验室 生物安全通用要求》 GB 19489-2008 第 6.2.5 条及 第 6.3.2 条	通向走廊及各功能分区的房门必须标配机械阻尼闭门器。门下沿必须配置自动扫地条，确保人员进出后房门自动严密闭合，防止恶臭及潜在气溶胶飘入公共办公区。

(9) 标本接收窗口

房间名称	标本接收窗口			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与阵列	血、尿、便窗口的物理分流	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程, 应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	建筑平面必须将“血液标本接收”与“尿便体液接收”在物理空间上拉开距离（建议相隔 2 米以上或设转角）。严禁混合在同一长条窗口，防止排泄物异味引发排队家属及患儿的反胃呕吐。
	操作台面进深与置物退让	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程, 应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	接收台面宽度不应小于 0.60m（以容纳试管架与扫码枪）。面向患儿家属的外侧，必须在台面下方 0.15m 处，外挑设置宽度约 0.25m 的“置物板/放包台”，方便家长放置沉重的母婴包后腾出手递交标本。
	自动化物流系统的建筑占位	建筑结构设计应满足医疗设备安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 4.3.2 条	接收窗口内侧必须为“气动传输系统（PTS）”或“轨道物流”的接收工作站预留建筑平面占位（通常需预留 1.0m x 1.0m 的落地或台面空间），严防物流机柜侵占检验员的坐姿退让空间。
防火分隔 与封堵	高等级防火物理边界	医院中的重症监护室、贵重精密医疗设备用房等，应采用防火隔墙和其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	标本接收窗口所在的墙体，本质上是“公共大厅”与“核心检验区（精密设备与危化品库区）”的物理分界线。该墙体必须为实体防火墙（耐火极限不低于 2.00h），镶嵌的玻璃也必须提供同等耐火极限的防火检测报告。
	气动管网的穿墙/穿板防火封堵	建筑内各类管线穿过防火墙、防火隔墙、楼板的孔洞应采用防火封堵材料封堵。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.3.1 条	气动物流传输管道（直径通常约 110mm-160mm）穿过楼板或防火隔墙进入接收站时，其建筑开孔缝隙必须使用阻火圈及防火膨胀模块进行全密实封堵，严防火灾时的烟囱效应。
物理边界 与感控	全封闭防飞沫气溶胶屏障	实验室的布局应满足操作人员的安全和设备安全运行的要求。	《实验室 生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.3.3	接收窗口的台面以上至吊顶区间，必须采用全封闭钢化玻璃进行物理隔断，严禁采用敞开式或半敞开式柜台。切断内外气流交换，

			条	保护检验员免受飞沫及气溶胶感染。
	弧形传递槽与互锁传递窗	实验室各区之间的传递应通过传递窗。	《医疗机构临床基因扩增检验实验室工作导则》（引申至高危标本接收）	玻璃隔断上严禁直接开大孔。递交零散采血管必须通过台面下凹的“U 型或弧形防风传递槽”；递交大件标本转运箱，必须通过嵌在墙体或玻璃上的“机械互锁双扉传递窗”。
	无孔化双向语音对讲预留	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	既然玻璃是全封闭的，建筑图纸（弱电配合）就必须在玻璃两侧的墙体或台面上预留“双向语音对讲系统”的安装暗盒与走线管。严禁在防护玻璃上打“百叶孔”用来传声（会漏气）。
室内装修	台面的极限抗污与防溢水构造	实验室的墙壁、天花板和地面应平整、易清洁、不渗水、耐化学品和消毒剂的腐蚀。	《实验室 生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.2.2 条	接收台面必须采用无缝拼接的医用级人造石或高密度抗倍特板。台面靠墙侧及临边必须做一体成型的“防溢水挡水条”，彻底防止标本漏液、血液滴洒后顺着台面缝隙流到下方的暗柜里发臭。
	洗消终端与紧急洗眼器	实验室应配备紧急洗眼装置，应在操作区就近设置洗手池。	《实验室 生物安全通用要求》GB 19489-2008 第 6.2.8 条及第 6.3.4 条	在接收窗口内侧检验员的步行安全距离内（通常为半径 5 米），必须硬性规划洗手池，并在水槽边固定安装连接建筑给水的紧急洗眼器（应对标本喷溅事故）。

(10) 采血窗口

房间名称	采血窗口			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
人机工效与模数	高低双级操作台面组合	有轮椅通行的门和走道以及服务台等,应满足无障碍设施的规定。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.5 条	单排采血窗口必须硬性包含两种高度模数: 1. 常规高台位(高度约 0.75m-0.80m), 专供家长抱持婴幼儿时站立或高脚凳就坐; 2. 低台位(高度 $\leq$ 0.70m 且下方留空), 专供大龄儿童端坐或轮椅无障碍推入。
	“1+N”抱姿肘部支撑退让	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	采血台面向患儿侧的进深必须大于或等于 0.40m。确保家长在实施“怀抱锁喉式”固定时, 双臂肘部能完全支撑在坚固的台面上, 严防穿刺瞬间因手臂悬空无力导致针头偏离划伤。
	护士腿部避让与防踢空间	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	采血台底部的立面挡板必须向护士侧内退至少 0.25m。既为护士提供长时间坐姿的腿部伸展空间, 又形成物理距离, 防止抗拒采血的大龄儿童隔着柜台踢踹护士膝盖。
物理边界与感控	防飞沫与防抓挠物理屏障	医疗用房应通风良好。采取有效措施防止交叉感染。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 7.1.1 条	台面上方必须安装全封闭或大半封闭的透明钢化玻璃。底部仅留出高度约 0.15m-0.20m 的操作缝隙。此缝隙高度既能让护士双手与采血管通过, 又能绝对阻挡患儿突然伸手抓挠护士面部或抢夺针管。

	台面内嵌式“盲抛”孔洞	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程,应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	采血台面的护士“右手黄金操作区”,必须精确定位并开孔预留“隐蔽式利器盒落孔”与“医疗废物桶落孔”。拔针后护士手腕微转即可盲抛,废弃物瞬间消失于患儿视野,彻底斩断视觉污染与触碰风险。
物流界面预留	背墙/侧墙标本传递界面	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程,应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.1 条	护士坐姿背后的实体墙面,必须按窗口点位一对一预留标本传递槽或机械互锁传递窗。护士转身即可将试管推入后方检验核心区,严禁血液标本在护士前台桌面上大量堆积。
室内装修	操作台极限防渗漏收口	医疗用房的地面、踢脚板、墙裙、墙面、顶棚应便于清扫或冲洗。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.12 条	台面必须采用无缝拼接的医用抗菌人造石或抗倍特板。边缘所有阳角必须做 $R \geq 20\text{mm}$ 的大圆弧处理。台面靠墙处及外缘必须做一体成型的“防溢水挡水条”,彻底杜绝血液顺缝隙滴漏至柜内发臭。
	立面抗污与踢脚线防护	有推床或推车通过的门和墙面,应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.12 条	采血台外立面频繁遭受婴儿车撞击及鞋印污染。严禁采用易脏的白色涂料或木饰面,必须采用低饱和度暖色调的抗划痕医用树脂板,底部 0.15m 需设置不锈钢防撞踢脚基座。
视听觉阻断干预	工位间声学 & 视觉隔断	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	相邻采血窗口之间,在台面上方应设置向外伸出深度约 0.40m 的磨砂玻璃或吸音隔板。阻断相邻排队患儿看到前一名患儿被扎针出血的血腥画面,切断候诊区的“恐慌情绪传染链”。
	视线黄金位的多媒体锚定	综合医院的建设在满足各项功能需要的同时,注重改善患者的就医环境。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	必须在采血窗口上方(玻璃防飞沫板顶部或吊顶下挂处),精确预留多媒体视屏挂点。屏幕中心标高严格控制在 1.10m-1.30m,确保患儿在采血操作期间,视线被正前方的动画片死死“锚定”,降低痛觉感知。

(11) 试剂冷库

房间名称	试剂冷库			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与荷载	密集型货架极限楼板承重	建筑结构设计应满足医疗设备及仓储对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 4.3.2 条	试剂冷库内部通常采用高密度移动货架或重型搁板。建筑结构审查时，该区域的楼板活荷载标准值必须硬性规定在 5.0kN/m ² 至 8.0kN/m ² 以上，严防楼板开裂变形。
	库体拼装净空与周边退让	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	建筑平面与剖面不能按“墙到墙”计算。冷库库体（通常为厚度 100mm-150mm 的聚氨酯保温库板）与建筑原实体墙面、顶板之间，必须预留至少 0.20m 至 0.30m 的通风防潮与拼装施工间隙。
防火分隔 与阻燃	高等级阻燃保温芯材	建筑内部保温材料的燃烧性能应符合规定。冷库库房的隔热材料燃烧性能不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条及《冷库设计标准》第 4.2.2 条	材料表中，冷库六面体拼装板的芯材（通常为聚氨酯 PU 或聚异氰脲酸酯 PIR），必须提供由国家级检测机构出具的 B1 级（难燃）及以上防火检测报告，严禁使用易燃的普通泡沫彩钢板。
	库房独立防火与防爆分隔	医院中的贵重精密医疗设备用房、化学试剂库等，应采用防火隔墙和其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	试剂冷库集中存放了全科室最昂贵的物资，且部分试剂含有醇类等易燃成分。其建筑外围必须采用耐火极限不低于 2.00h 的实体防火隔墙进行全封闭包围。
	穿板孔洞的高严密保温封堵	建筑内各类管线穿过防火墙、隔墙、楼板的孔洞应采用防火封堵材料封堵。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.3.1 条	所有穿越冷库保温板的制冷铜管、监控弱电电缆穿孔，必须使用耐低温的聚氨酯发泡剂进行深度填缝，外部再涂抹防火泥。实现“隔热、隔汽（防冷凝水漏入库体夹层）、防火”三重复合封堵。
物理界面 与保温构造	防冷桥的结构降板与零门槛	通向推床的门净宽不应小于 1.10m，且不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.4 条	为保证试剂推车“零门槛”顺畅进出，冷库地面的最终完成面必须与走廊平齐。建筑结构图纸必须在该区域设计厚度约 0.15m-0.20m 的“结构降板”，用于暗埋冷库地面的保温板与防冻

				胀垫层。
	冷热交界面与结露缓冲间	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	在温差极大的南方或高湿地区，冷库大门外侧必须设置一个建筑实体“缓冲间”。防止冷库门开启时，冷气外溢直接遇到外部走廊热空气，导致整个走廊墙面和地面产生严重的冷凝结露。
安全防护 与 人机工效	冷库门内部防反锁逃生机械	冷库门应能从内部打开，并应设有醒目的内部开启标识。冷库内应设置呼救按钮。	《冷库设计标准》GB 50072-2021 第 4.2.14 条及《安全生产法》	图纸选型中的冷库库门，必须硬性要求配备“带有夜光标识的内部机械脱险推杆”。确保库门即使在外被挂锁死锁，内部被困检验员也能通过撞击或推拉机械杆强行破门逃生。
	极限防滑与抗冻裂地材	医疗用房的地面应平整、防滑、易清洁、耐磨、耐腐蚀、不产尘。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	冷库地面常伴随微量结冰或冷凝水，极易滑倒。地面严禁铺设普通瓷砖，必须采用表面带有防滑凸起的厚底防滑铝花纹板，或满铺高摩擦系数的防滑耐冻环氧树脂地坪，接缝必须打耐低温硅酮胶。

(12) 标准手术室

房间名称	标准手术室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	手术间面积底线与长宽比	洁净手术室的净面积不宜过大或过小。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 4.2.1 条	儿童标准手术室（III 级）单间净面积建议控制在 30.00 m ² 至 35.00 m ² 。平面长宽比不宜大于 1.2，确保手术床位于送风天花正下方且周边留有大于或等于 1.20m 的医护循环通道。
	吊顶净高与设备安装极限	洁净手术室的净高不宜低于 2.7m。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.1.1 条	考虑到手术无影灯及双悬臂吊塔的旋转半径与机械臂高度，室内吊顶完成面净高必须严格控制在 2.80m 至 3.00m 之间。过低会导致设备碰头，过高会导致层流送风衰减。
	大型悬挂设备的结构预埋	建筑结构应满足医疗设备及悬挂装置等对荷载及安装的要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 4.3.2 条	建筑与结构图纸必须联动审查。手术床正上方的混凝土楼板内，必须提前规划并预埋用于承载无影灯及麻醉/外科吊塔的重型钢结构转换层（受力骨架），严禁后期用膨胀螺栓直接打在空心楼板上。
防火分隔 与封堵	生命孤岛的独立防火墙	医院中的手术部等，应采用防火隔墙和可燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	整个手术部外围及各手术间之间的隔墙，必须为耐火极限不低于 2.00h 的实体防火隔墙，且墙面电解钢板及内部龙骨必须为 A 级不燃材料。
	穿墙管线防烟防气双重封堵	建筑内各类管线穿过防火墙、隔墙的孔洞应采用防火封堵材料封堵。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.3.1 条	手术室内密布麻醉废气管、氧气管、IT 弱电线缆。所有穿透墙板的管线缝隙，必须使用高弹性防火密封胶进行全密实封堵，确保火灾时不漏烟气，平时不漏无菌冷气。
气密边界 与门窗	医用自动气密门与脚踏开关	洁净手术室应采用自动悬挂式平移气密门。门洞净宽不应小于 1.4m。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.3.1 条及 8.3.2 条	主出入口必须配置带防夹功能的电动平移气密门。开门开关必须是墙面底部的“非接触式脚踏开关”或“近距离感应开关”，严防洗手后的外科医生用手触碰污染。门扇底部必须有下沉式密封胶条。
	标本与污物互	洁净区与非洁净区之间应设传递窗。	《医院洁净手术部建筑技	在手术室通向污物走廊的后墙上，必须嵌入安装机械互锁式双扉传

	锁传递窗		术规范》GB 50333-2013 第 5.2.5 条	递窗。用于术中快速递出病理冰冻标本或术后递出污染敷料，减少主门开启频次。
室内装修	六面体无缝抗菌电解钢板	洁净手术室的墙面和天花板应平整、光滑、无裂隙、防眩光、防霉、防潮、易清洁。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.2.2 条	手术室墙面及吊顶严禁使用常规腻子涂料或普通板材。必须满铺定制拼接的“抗菌电解钢板”或“医疗级抗倍特板”。所有拼缝必须采用抗氧化硅酮结构胶绝对密封，实现墙顶地一体化的“气密舱”。
	地材抗静电与导电网预埋	洁净手术室地面应平整、防滑、防静电、耐磨、耐腐蚀。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.2.4 条	地面必须采用 2.0mm 以上的同质透心防静电 PVC 或橡胶卷材。在铺设地材前，建筑垫层内必须预埋“导电铜箔网”并直接接入建筑接地系统，消除高频电刀使用时的静电电火花风险。
	极限 R 角与暗装工艺	墙体转角和门的竖向边缘宜为圆角。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.2.2 条	室内所有阴阳角（墙与墙、墙与地、墙与顶）必须全部执行 $R \geq 30\text{mm}$ 的圆弧过渡。情报面板、观片灯、医用气体终端盒必须与墙面齐平“绝对暗装”，严禁任何凸出墙面的积尘死角。

(13) 麻醉复苏区

房间名称	麻醉复苏区			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与阵列	FCC 床旁陪护 极限模数	抢救床净间距不应小于 1.20m。综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039 第 5.3.11 条及建标 110-2021 第五条	为满足 FCC 理念（允许双家长在床旁安抚），单床净使用面积必须放大至 15.00 m ² 至 18.00 m ² 。相邻病床间距必须大于或等于 1.50m，确保放置探视椅后不阻挡医护抢救操作。
	抢救车与仪器 专属壁龛	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程，应做到功能分区合理。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	平面图纸必须在非承重墙体或柱间缝隙，向内退让设计深度大于或等于 0.60m 的“抢救车、除颤仪及移动超声专属壁龛”，严禁重型仪器占用 PACU 疏散主通道。
	护士站无死角 全景视野	护理单元应设护士站……护士站应与治疗室、办公用房邻近。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 28 条	PACU 护士站必须采用中心岛式或半岛式布局。台面高度必须保证护士在坐姿状态下，视线能无物理死角地覆盖室内所有的复苏床位，以便第一时间发现患儿呕吐或窒息。
防火分隔 与应急疏散	大纵深连床疏 散净宽	疏散走道、疏散出口的净宽度应满足人员安全疏散的要求。走道净宽不应小于 2.40m。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条及 GB 51039 第 5.1.2 条	PACU 内主通道必须满足两辆带有输液架的手术平车同时全速错车。剔除所有墙面突出物（如洗手池、护士台挑檐）后，实际物理净宽必须大于或等于 2.40m（建议按 3.00m 控制）。
	主出入口的零 门槛感应门	通向推床的门净宽不应小于 1.10m，疏散出口门应为平开门或在火灾时具有平开功能的门，且不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》第 5.1.4 条及《建筑防火通用规范》第 7.2.1 条	通向 PACU 的主门及通向家属等候区的双开大门，净宽必须大于或等于 1.50m。门下地面必须绝对零门槛平接处理，确保术后患儿平稳推入时不发生颠簸惊跳。
	高等级装修阻 燃标准	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	PACU 内含氧量高且有大量电气设备，吊顶及墙面基层必须全部采用 A 级不燃材料。床位间的隐私隔帘必须出具 B1 级以上的阻燃洗涤检测报告（洗涤多次后仍阻燃）。
感控边界	单间隔离复苏	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工	《综合医院建筑设计标准》	针对患有流感、水痘或多重耐药菌的需手术患儿，PACU 内部必

与物理隔离	室(接触/飞沫)	艺流程,应做到功能分区合理、洁污路线清楚。	GB 51039-2014 第 5.1.1 条	须硬性切分出至少 1 间(或按比例配置)带有全玻璃物理隔断及自动闭门器的“独立隔离复苏间”。
	洗消终端与防溅屏障	医疗用房的洗手盆应采用非手动开关,水龙头不应采取充气式,并应采取防止污水外溅的措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 及 6.2.6 条	开敞式大空间 PACU 必须按每 4 至 6 床配置一个独立的非接触式洗手池。水池必须加装防溅侧板,并在侧墙预留感应式手部消毒液与擦手纸的建筑挂点。
室内声光与心理干预	抗苏醒躁动的声学顶棚	综合医院注重改善患者的就医环境。充分考虑使用人群的生理特点及心理特点。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	患儿全麻苏醒期极易发生谵妄哭闹(导致声场共振)。吊顶必须满铺 NRC(降噪系数)大于或等于 0.8 的微孔吸音抗菌板,隔墙必须砌筑至楼板底,切断哭闹声波的跨房间穿透。
	防眩光漫反射苏醒照明	医疗用房应采用高显色照明光源,显色指数应大于或等于 80。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 8.6.2 条	处于半梦半醒状态的患儿对光线极度敏感。复苏床正上方绝对严禁设置直射点光源,必须采用向上打光或带防眩光罩的漫反射照明系统;且必须支持无极调光(苏醒期极暗,抢救时极亮)。
	天轨隔帘的 U 型隐私闭环	检查、治疗用房应满足使用人群的隐私要求。房间内宜设置隔帘或屏风。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条(八)	每张复苏床天花板必须预埋受力构件并安装全包围 U 型隔帘轨道。提供哺乳、换尿布或极度焦躁患儿所需的隐私屏障。隔帘底部必须离地 0.20m 以上,确保护士巡视时能看见患儿脚部。
室内装修与防撞防护	地材抗静电与耐推床碾压	洁净手术部地面应平整、防滑、防静电、耐磨、耐腐蚀。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.2.4 条(引申适用区域)	PACU 地面必须采用厚度大于或等于 2.0mm 的同质透心防静电 PVC 卷材(铺设防静电铜网),上卷上墙 15cm 形成圆弧阴角。要求具备极高的抗轮压性能,防止重型麻醉床长期停放产生压痕。
	阴阳角防撞与设备带背板	其阴阳角宜做成圆角。有推床或推车通过的门和墙面,应采取防碰撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条及第 39 条(三)	室内所有墙角必须执行半径大于或等于 30mm 的强化圆角工艺。床头墙面(医用气体设备带下方)必须满铺高强度抗撞击医用树脂板,防止推床撞碎墙面基层。

(14) 无菌敷料间

房间名称	无菌敷料间			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与阵列	无菌车回旋与取物通道净宽	医疗各项功能用房的设置应符合医疗工艺流程。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	室内必须为“无菌物品转运推车”预留足够的操作空间。两排无菌储物架之间的物理净通道宽度必须大于或等于 1.20m, 确保护士在打开柜门取物时, 推车能顺畅通行而不发生无菌包磕碰。
	嵌入式无菌柜的建筑退让	洁净手术部内的储物柜宜嵌入暗装。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.2.6 条	建筑平面图必须在墙体上规划深度为 0.45m 至 0.60m 的“建筑壁龛(凹槽)”。无菌储物柜必须与墙面平齐嵌入安装, 绝对严禁采用外凸式的独立家具柜, 消除柜顶与柜背后的卫生死角。
防火分隔 与照明	高火灾荷载的独立防火舱	医院中的手术部等, 应采用防火隔墙和不燃楼板与其他部位分隔。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 4.3.1 条	无菌敷料间内存放着大量全棉纱布、无纺布手术衣等极易燃物资, 是手术部内火灾荷载最大的区域之一。其外围包裹墙体必须为耐火极限不低于 2.00h 的实体防火隔墙, 且内部装修材料必须全部为 A 级不燃。
	防紫外线衰老与无紫外线冷光源	照明光源的显色指数应大于或等于 90。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 10.2.2 条 (引申)	敷料和一次性医疗耗材的塑料外包装在长期强光或紫外线照射下极易老化变脆甚至破损 (导致无菌失效)。室内严禁设计可引入太阳直射光的自然外窗, 人工照明必须采用低发热、无紫外线辐射的 LED 冷光源冷光面板。
物理界面 与感控	六面体零缝隙与绝对防产尘	洁净手术部的墙面和天花板应平整、光滑、无裂隙、防霉、防潮、易清洁。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.2.2 条	敷料极易吸附空气中的微尘。该房间墙顶地必须视为“大号保温盒”, 墙面宜采用无缝拼接的电解钢板或医用抗菌板, 拼缝打胶密封。绝对严禁使用普通乳胶漆或容易掉粉的矿棉板吊顶。
	非接触式感应气密门	洁净手术部内与室内洁净度级别相同的房间, 其门应能自动关闭。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第	通向洁净走廊的门必须为带有下沉式扫地条的气密门, 且必须配置防夹自动闭门器。开门开关必须为“非接触式红外感应”或“脚踏

			8.3.1 条	开关”，确保护士双手抱满无菌敷料时无需用手推门。
室内装修 与防渗漏	阴阳角极限圆 弧收口	墙体转角和门的竖向边缘宜为圆角。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.2.2 条	室内所有墙角（墙与墙、墙与地、墙与顶）必须全部执行 $R \geq 30\text{mm}$ 的圆弧过渡。无菌柜与地面、墙面交接处必须用防霉硅酮胶绝对封死，不留任何可通过抹布擦拭察觉的锐角缝隙。
	抗静电与耐磨 导电地坪	洁净区地面应平整、防滑、防静电、耐磨、耐腐蚀。	《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333-2013 第 8.2.4 条	敷料摩擦及推车移动极易产生静电。地面必须满铺带有导电网的同质透心防静电 PVC 卷材，上卷上墙形成踢脚。材料需具备抗推车高频碾压的耐磨等级（T 级）。

第五章 住院部（待完善）

住院功能圈既是治疗的场所，也是生活的场所，从大的层面分析，它与中心供应、餐厅、后勤服务等有密切的联系，需要有便捷的物流通道连接；从小的层面分析，它主要承担患者、医护人员的生活需求，有一套配备完整的医疗设施和由生活、管理、交通用房等组成的基本护理单元，是一个相对独立完整的系统。

一、工艺流程

1. 功能构成

住院功能圈由出入院处、住院药房和护理单元三部分组成，功能构成如表 5.1 所示。

功能组成	出入院处	住院药房	护理单元
功能用房	出入院大厅、手续办理柜台、收费办理柜台。	药房、配药间、医护人员办公室	病房、护士站、治疗室、污洗间、配餐间、男女值班室、医生办公室、更衣室、开水间、公共卫生间和医护人员卫生间。
	根据需要可增设：超市、花店、理发室、出入院卫生处理、餐厅、银行 ATM 机。		根据需要可增设：监护病房、患者活动室、晾晒间、示教室等。外科病房可增设处置室、换药室；儿科病房可增设儿童活动室、图书室等；妇科可增设哺乳间、分娩室、婴儿室等。

表 5.1 住院功能圈功能房间构成

每个护理单元都是一个独立而完整的系统，应避免穿叉和干扰。一般护士站居中设置，以便缩短护理路径，其中巡视频率较高的重病病房、ICU（重症加强护理病房）和 CCU（心内科的重症加强护理病房）应邻近护士站分布，便于护士护理观察，以应对紧急状况。护理单元内部的功能布置尽量动静分区、洁污分区。

目前比较常见的护理方式是将数十名患者分为一组，指定护理小组护理，这就是所谓的一个护理单元，每个护理单元一般有 30-50 床左右，配备一定规模的护士站、盥洗室、污洗室、治疗室、医生办公室、男女更衣室、值班室、配餐室等一系列功能。根据相关法规对结核、精神、传染等疾病的规定，护理单元分为内外科诊疗、消化系统诊疗、循环系统诊疗、各年龄段儿童诊疗、集中加强治疗（ICU）等护理级别，病房也由此分类。

2. 医疗工艺流程

住院功能圈的医疗工艺流程（如图 5.1）：住院部 → 医技部 → 住院部；

具体为：出入院处→护理单元→检验检查→手术/治疗→护理单元→取药→出院。患者在门诊部诊治完毕后，如果病情严重，继续留院观察或治疗，需要在出入院处登记、办理住院手续，住院患者需要定期去医技部进行检查、化验、治疗或手术，一般常规的检查工作由医护人员统一收集样本，定期送检。

住院部不仅是患者接受治疗的地方，还是生活的场所，有着复杂的物流关系，与洗衣房、中心供应、公共餐厅等一系列后勤服务部门有着密切的联系（如图 5.2）。

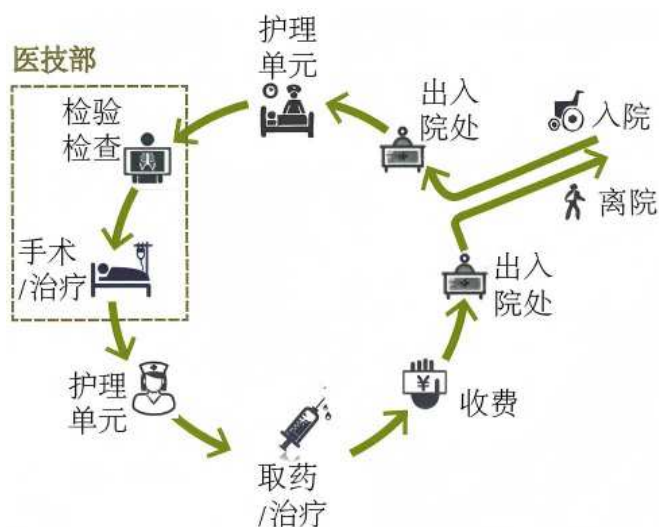
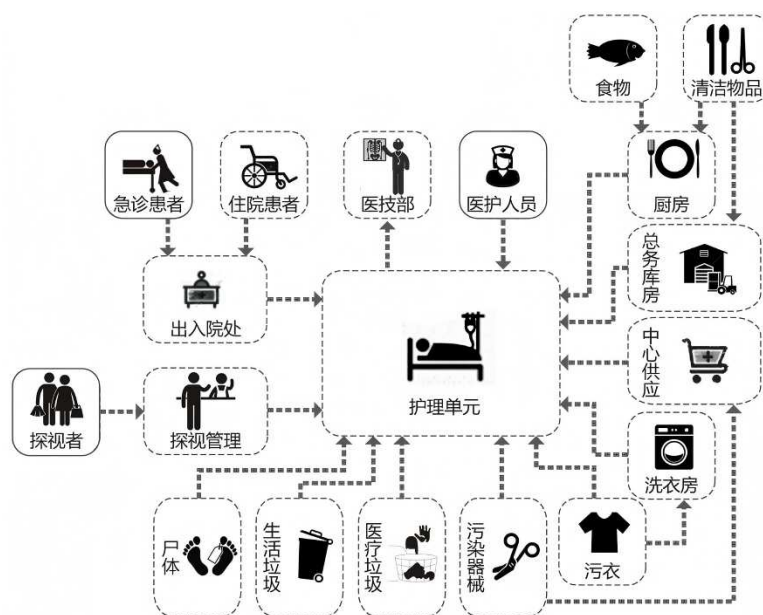


图 5.1 住院功能圈医疗工艺流程示意图（图片来源：整理改编）



二、规划布局与流程组织

住院部病房区严格执行洁污三区两通道强制工艺，将清洁区、潜在污染区、污染区物理隔离，洁净走廊与污物走廊完全独立、无交叉、不逆流（如表 5.2）。清洁区域专供患儿、陪护及医护工作使用，负责洁净物资配送；污染区域专用于医疗废物、污被服收集转运，路径单向闭环。所有病房、治疗室、护士站纳入清洁管控，污物间、隔离用房、转运通道独立封闭，从空间源头降低院内感染风险。

分区类型	主要功能空间	流线控制	核心配置
清洁区	病房、护士站、医生办、配餐间	仅洁淨人员与物资进入	通风系统、手卫生、无菌库房
潜在污染区	卫生通过、走廊缓冲、换药室	缓冲过渡、禁止交叉穿行	门禁、消毒设施、导向标识
污染区	污物走廊、污洗间、医废暂存	单向外出、禁止返回清洁区	密闭暂存、专用电梯、独立通风

出入院服务采用一站式集中办理，靠近住院主入口与电梯厅，实现登记、缴费、医保、结算全流程闭环，减少患儿与家属往返。病房内部实行服务流线分离：配餐、药品、被服走洁净专用通道；污衣、污物、医疗废弃物走污物通道；医护、患者、探视分道通行。流线设计最短化、无交叉、无障碍，兼顾婴儿车、轮椅、平车转运需求，提升运营效率与就医体验（表 5.3）。

表 5.3 出入院及服务流线配置表

流线类型	通行对象	通道要求	配套设施
入院流线	患儿及家属	宽通道、低坡度、导向清晰	自助机、叫号、无障碍坡道
出院流线	结算离院人员	单向顺行、无折返	结算窗口、病历打印、咨询台
物资流线	配餐 / 药品 / 耗材	专用洁梯、密闭转运	智能物流、洁品暂存间
污物流线	污衣 / 医废	专用污梯、密闭容器	分类收集、消毒、登记追溯

3. 感控与卫生通过设计

感控体系以卫生通过为核心节点，医护人员进入病区必须执行更衣、换鞋、手消、戴帽口罩流程。护士站、治疗室、病房入口均设固定手卫生点，病房独立通风与空气净化，独立卫生间干湿分离、一患一消毒。隔离病房设置专用卫生通过、独立空调排风系统，实行闭环管理，全面落实手卫生、物表消毒、空气消毒、分类处置等院感要求（表 5.4）。

表 5.4 感控与卫生通过配置表

感控节点	配置标准	执行要求
卫生通过间	更衣、换鞋、手消、缓冲	医护强制流程、无省略
手卫生设施	感应水龙头、手消毒液、干手器	每病房入口、护士站全覆盖
通风净化	独立新风、定时消毒、换气达标	降低气溶胶传播风险

感控节点	配置标准	执行要求
垃圾处置	分类密闭、日产日清、追溯登记	医废与生活垃圾分类存放

4. 平急转换与应急保障

住院部按平急两用设计，日常满足常规住院收治，突发公共事件时可快速转换为观察、隔离或应急收治单元。病区预留医疗气体、电源、网络、设备带扩容接口，应急物资定点存放、定期校验。应急疏散通道畅通，应急照明、疏散指示、紧急呼叫、应急供氧系统全天候可靠，可快速实现批量患儿收治、隔离管控与安全转运。

三、标准化功能房间详图

1. 单人病房

(1) 功能简述

单人病房为高隐私、独立住院单元，适用于病情特殊、需隔离、感染防控、家长陪护需求高的患儿。净面积不宜小于 18 m²，设独立卫生间，环境安静整洁，满足治疗、护理、休养、陪护一体化需求（图 5.3）。



图 5.3 单人病房示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 主要行为说明

单人病房主要行为见图 5.4。

单人病房布局三维示意图 5.5。

患儿休养与治疗：患儿卧床接受输液、监护、吸氧、换药等治疗，空间私密无干扰。

医护查房护理：护士定时测量生命体征、给药、换液、基础护理，医生每日查房评估病情。

亲子陪护：家长 24 小时陪护，安抚患儿、协助生活护理，空间宽松不局促。

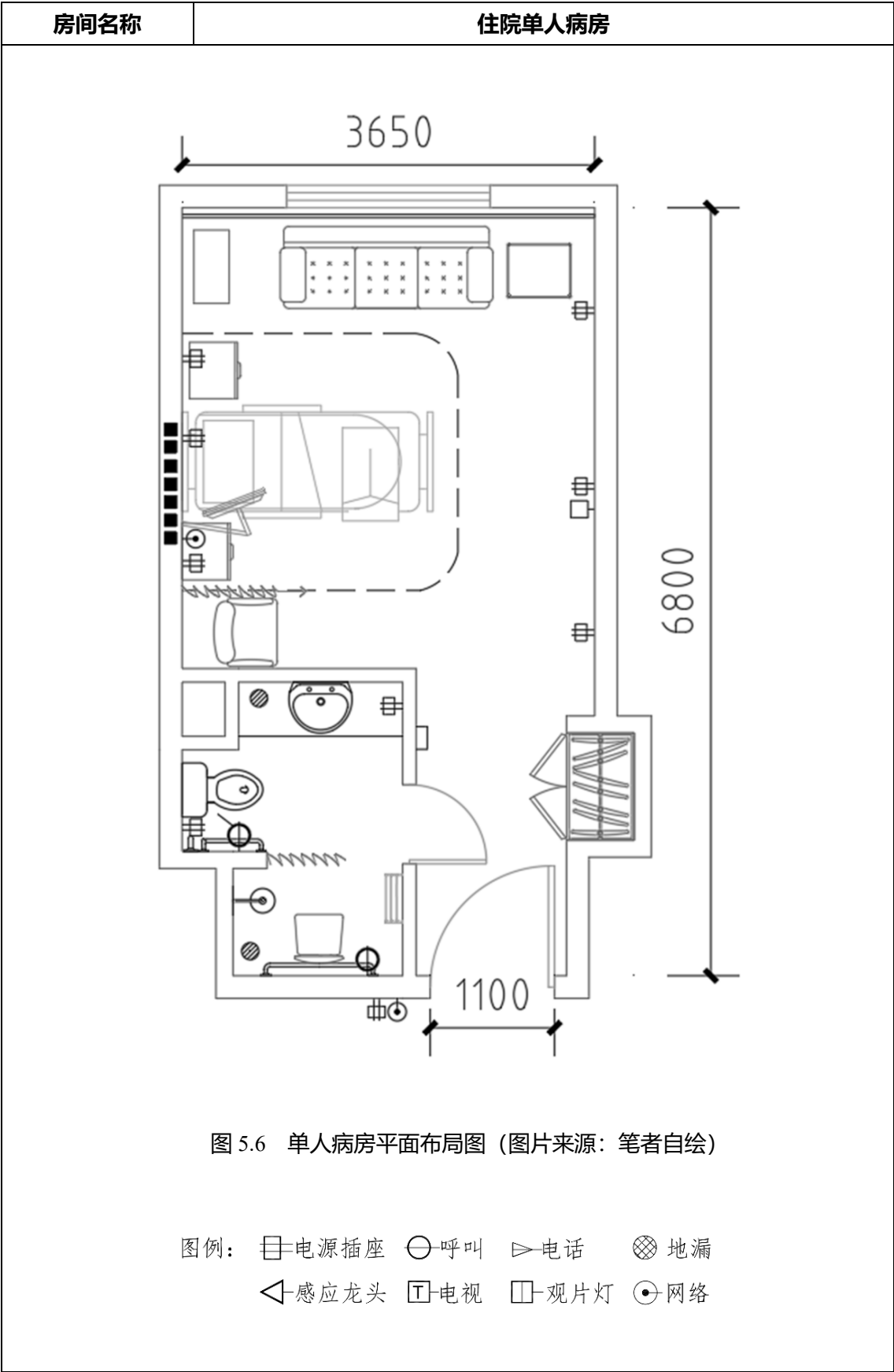


图 5.5 单人病房布局三维示意图（图片来源：笔者自绘）

（3）平面图与家具、设备配置

单人病房平面布局图见图 5.6

单人病房配置清单见表 5.5。



建筑要求	规格			
净尺寸	开间x进深::3650X6800			
	面积:24㎡, 高度:不小于2.8m			
装修	墙地面材料应便于清扫、擦洗, 不污染环境, 地面铺防滑材质			
	顶棚应采用吸声材料			
门窗	门应设置非通视窗、U形门把手			
	窗户设置应保证自然采光和通风的需要			
安全私密	需设置隔帘保护患者隐私, 房间如果为落地窗, 应设置安全栏杆保护医患安全			
装备清单	数量	规格	备注	
家具	陪床沙发	1	700x1800	尺寸根据产品型号
	病床	1	900x2100	尺寸根据产品型号 (含升降桌)
	储物柜	3	—	
	床头柜	1	500x500x700	宜圆角
	陪床椅	2	—	
	帘轨	1	—	U型
	输液吊轨	1	—	U型
	垃圾桶	1	300	直径
	洗手盆			
	坐便器			
	茶几			
	淋雨凳			
设备	医疗带	1		尺度据产品型号
	悬臂显示器	1		尺度据产品型号
机电要求	数量	规格	备注	
医疗气体	氧气 (O)	2		
	负压(W)	2		
	正压(A)	—		
弱电	网络接口	3	RJ45	
	电话接口	—	RJ11	或综合布线
	电视接口	1		
	呼叫接口	3		
强电	照明	—	照度:300lx, 色温:3300~5300K, 显色指数:不低于85; 避免强光刺激眼睛	
	电插座	11	220 V, 50 Hz	五孔; 插座加防护盖
	接地	2	小于1Ω	设在卫生间、医疗带
给排水	上下水	3	安装混水器	洗手盆、坐便器、淋雨
	地漏	2		
暖通	湿度/%	30~60		
	温度/℃	冬季: 20~24; 夏季: 23~26		机械排风
	净化	新风量满足要求 (有外窗, 过渡季可采用自然通风)		

表 5.5 单人病房

2. 双人病房

(1) 功能简述

双人病房为医院通用标准住院单元，空间利用率高、护理便捷，适用于普通病情、恢复期患儿。净面积不宜小于 24 m²，两床分隔、隐私可控，配套独立卫生与陪护设施，满足日常住院需求（图 5.7）。



图 5.7 双人病房示意图（图片来源：AI 辅助生成）

(2) 主要行为说明

双人病房主要行为见图 5.8。

双人病房布局三维示意图 5.9。

双患儿同步休养：两名患儿分床治疗、休息，床间设分隔帘，保障基本隐私；
医护分区护理：护士统一巡视、给药、输液、观察病情，护理半径短、效率高；
家长陪护：各床配套陪护椅，夜间可展开，满足家长陪同需求；生活与卫生行为：
患儿使用独立卫生间，洗漱、如厕便捷，环境整洁易消毒。

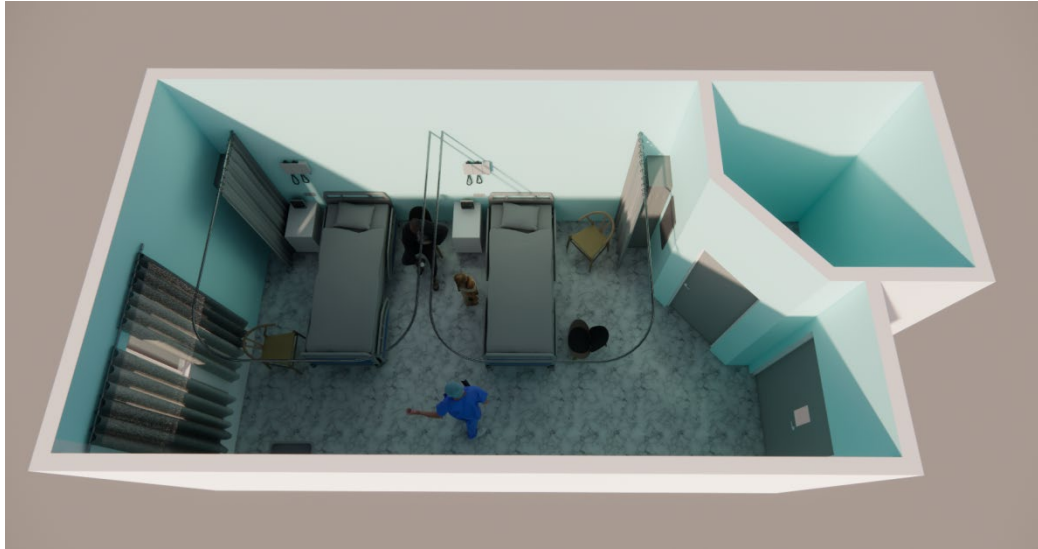
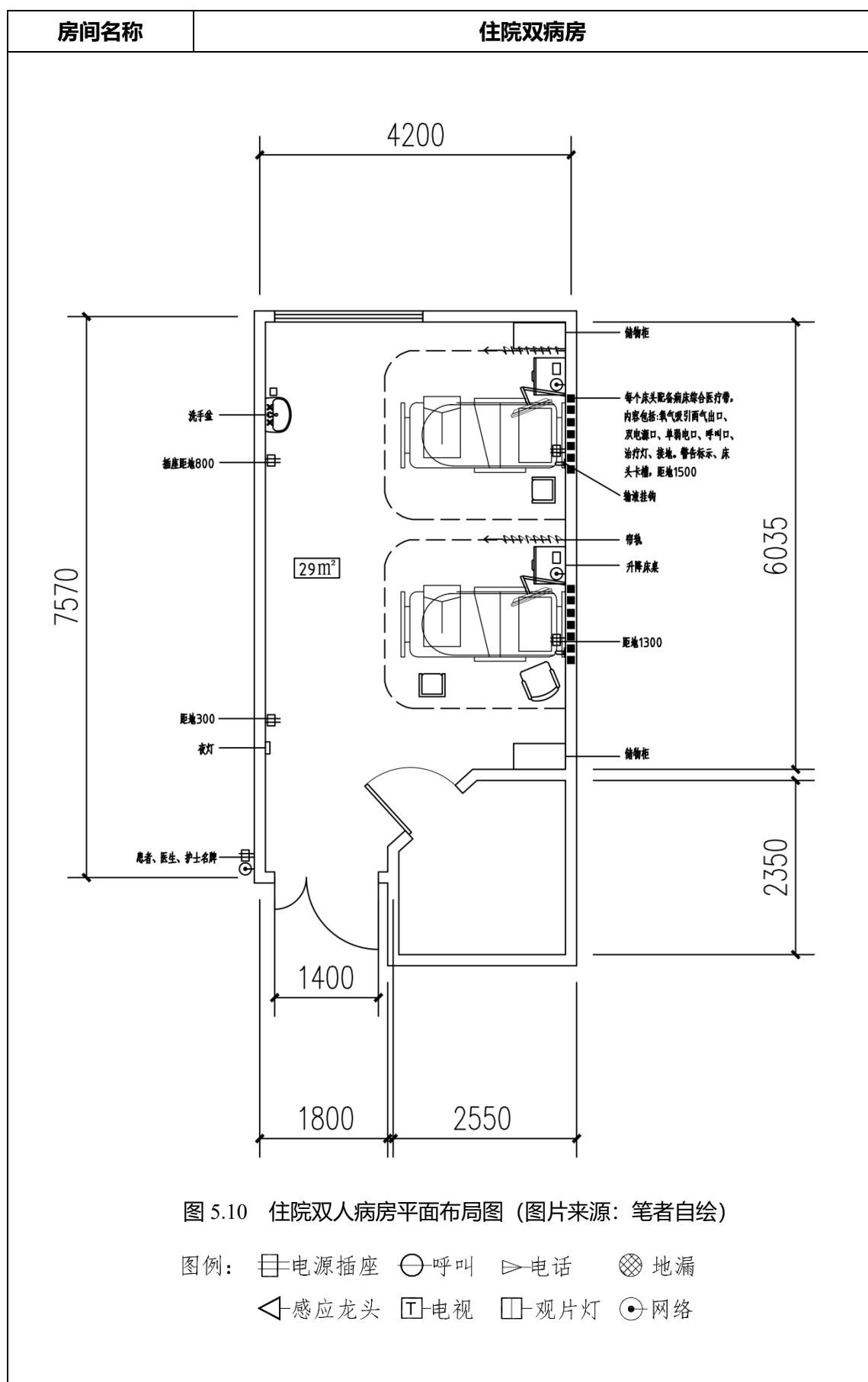


图 5.9 双人病房布局三维示意图（图片来源：笔者自绘）

（3）平面图与家具、设备配置

住院双人病房平面布置图见图 5.10。

住院双人病房配置清单见表 5.6。



房间名称	双人病房			
建筑要求	规格			
净尺寸	开间×进深：8000×4200			
	面积：30-40m²,高度：不小于2.8m			
装修	墙面抗菌环保，童趣化，全圆角；地面防滑、抗菌、易清洁；普通洁净吊顶，照明柔和。			
门窗	普通病房门，防夹手，带观察窗；窗设安全护栏，固定 / 限位开启；采光通风良好，隔音舒适			
安全私密	床位间设隐私帘			
	装备清单	数量	规格	备注
家具	儿科病床	2	可升降、带护栏、可调节靠背	防坠床，儿童专用
	床头柜	2	带抽屉、台面防水	每床 1 个，放置物品
	陪护椅	2	可折叠、可坐可躺	方便家长夜间陪护
	衣柜 / 储物柜	1	挂衣区 + 储物抽屉	存放患儿及陪护衣物
	移动式输液架	2	可升降、多挂钩	每床 1 个，方便输液
	医用垃圾桶	2	脚踏式、分类带盖	医疗废物与生活垃圾分类
设备	儿科多参数监护仪	1	含心电、血氧、血压监测功能	按需配置，用于病情观察
	压缩雾化吸入器	1	儿童专用面罩	呼吸系统疾病常用治疗设备
	医用冷藏冰箱	1	2~8℃，容量约 100L	存放需冷藏药品、母乳等
	紫外线消毒车	1	移动式、定时功能	每日空气消毒，预防交叉感染

表 5.6 住院双人病房

3. 四人病房

(1) 功能简述

四人病房为大容量经济型住院单元，适用于轻症、恢复期、病情稳定患儿，提升病房周转效率。净面积不宜小于 32 m²，集中护理、流线清晰，配备中央监护接口与基础生活设施，满足群体住院需求（图 5.11）。

(2) 主要行为说明

四人病房主要行为见图 5.12。

四人病房布局三维示意图见图 5.13。

集中休养与康复：多名患儿统一接受常规治疗、康复观察、生活护理；中心化护理：护士站居中，快速响应各床位呼叫，批量完成发药、测体征、换液；陪护与休息：各床设简易陪护凳与分隔帘，兼顾公共性与基本隐私；洁污分流：污物统一收集至污物间，清洁物资专人配送，院感流程规范。

(3) 平面图与家具、设备配置

四张儿童病床、陪护凳、床间分隔帘、公共卫生间、中央监护接口、医疗设备带、呼叫系统、储物柜。配置清单见表 5.7。

4. 出入院手续室 (准备删掉)

(1) 功能简述

出入院手续室为住院部专属办理空间，承担入院登记、缴费、医保结算、出院审核、病历交接、健康指导等业务。空间独立安静，避免与病房流线交叉，保障信息安全与办理效率（图 5.14）。

(2) 主要行为说明

出入院手续室主要行为见图 5.15。

出入院手续室布局三维示意图见图 5.16。

入院办理：家长完成信息登记、费用预缴、医保备案、知情告知签署。出院结算：工作人员核对费用、开具票据、办理出院、讲解用药与复诊事项。病历与资料交接：交接住院小结、检查报告、用药清单、护理指导手册。咨询服务：解答住院流程、医保政策、饮食护理、随访安排等疑问。

(3) 平面图与家具、设备配置

办公桌椅、结算终端、打印机、文件柜、等候座椅、无障碍服务台、信息系统端口、保密文件柜。配置清单见表 5.8

5. 病房护士站

(1) 功能简述

病房护士站为住院部护理核心枢纽，位于病区几何中心，视野全覆盖，承担医嘱执行、护理文书、呼叫响应、药品核对、标本接收、出入管理等功能。净面积不宜小于 20 m²，动线短、监控全、响应快（图 5.17）。

(2) 主要行为说明

病房护士站主要行为见图 5.18。

病房护士站布局三维示意图见图 5.19。

护理指挥与响应：护士接收床位呼叫，快速到达床旁处理输液、疼痛、不适等问题。医嘱与文书：录入执行医嘱、书写护理记录、核对药品与输液信息。物资管理：接收药品、耗材、标本，登记分发，保障临床供应。病区管控：监控人员进出、维护病区秩序、协调应急事件、指导家属陪护。

(3) 平面图与家具、设备配置

护理工作台、中央监控系统、呼叫主机、药品柜、病历柜、感应洗手池、办公设备、强弱电接口。配置清单见表 5.9。

6. VIP 病房

(1) 功能简述

VIP 病房为高端家庭化住院空间，集诊疗、护理、生活、陪护于一体，舒适度高、隐私性强、服务专属。净面积不宜小于 25 m²，配备独立客厅、陪护起居区，环境居家化，降低患儿住院压抑感（图 5.20）。

(2) 主要行为说明

VIP 病房主要行为见图 5.21。

VIP 病房布局三维示意图 5.22。

精细化治疗护理：医护提供一对一专项诊疗、护理、康复指导，服务更精准。

家庭式生活：患儿与家长在独立空间起居、就餐、休息，近似居家环境。隐私陪

护：独立空间避免打扰，家长可全程陪护，支持亲子安抚与康复。健康管理：提

供个性化饮食、康复、心理支持，提升住院体验与康复效果。

(3) 平面图与家具、设备配置

高档儿童病床、陪护床、独立客厅区、卫生间、小型储物 / 生活柜、智能医疗设备、温馨软装、呼叫系统。配置清单见表 5.10。

7. 婴儿洗澡间

(1) 功能简述

婴儿洗澡间为新生儿、婴儿专用洗浴、抚触、护理空间，恒温、防滑、洁净、低刺激，净面积不宜小于 10 m²。严格控温控湿，满足婴儿生理特点，用于日常洗浴、脐带护理、皮肤清洁、抚触按摩（图 5.23）。

(2) 主要行为说明

婴儿洗澡间主要行为见图 5.24。

婴儿洗澡间布局三维示意图见图 5.25。

洗浴准备：调节水温、室温，准备洗浴用品、消毒器具、干净衣物。婴儿洗浴：医护轻柔完成洗头、洗身、脐带消毒、皮肤护理，动作安全规范。抚触与安抚：洗浴后进行抚触按摩，促进循环与发育，安抚婴儿情绪。家长教学：现场指导家长正确洗浴、抱持、护理方法，便于居家操作。

(3) 平面图与家具、设备配置

婴儿洗澡池、恒温热水器、抚触台、消毒设备、储物柜、防滑地面、柔和照明、通风系统。配置清单见表 5.11。

8. 污物洗涤室（可删除）

（1）功能简述

污物洗涤室为病房区污染处理专用空间，独立设置于污染区，用于医疗污物分类、容器清洗、暂存、终末消毒。净面积不宜小于 12 m²，洁污严格分离，通风良好，符合院感处置规范（图 5.26）。

（2）主要行为说明

污物洗涤室主要行为见图 5.27。

污物洗涤室布局三维示意图见图 5.28。

污物分类收集：按感染性、损伤性、生活垃圾分类投放，密闭收纳。容器清洗消毒：对盆、桶、器皿等反复使用器具进行清洗、浸泡、消毒、晾干。污物暂存：医疗废物密闭包装、标识、暂存，定时由专人转运外运。环境消毒：每日对地面、台面、器具、空气进行消毒，防止污染扩散。

（3）平面图与家具、设备配置

洗涤池、污物桶、分类回收箱、消毒设备、通风排风系统、密闭储物柜、防滑防污地面。配置清单见表 5.12。

9. 水处理间（可删除）

（1）功能简述

水处理间为住院部专用设备机房，负责医疗用水、生活热水、净水供应、水质处理与系统维护，保障病房、治疗室、清洗站等安全供水。空间独立封闭，设备布局规整，便于运维与检修（图 5.29）。

（2）主要行为说明

水处理间主要行为见图 5.30。

水处理间布局三维示意图见图 5.31。

水质处理：对供水进行过滤、软化、消毒，保证医疗与生活用水达标。设备运维：工作人员定期检查水泵、水箱、管路、控制电路，确保稳定运行。压力与流量调控：根据病区用水需求调节水压、水量，保障全天候供应。安全监测：监测水质、漏电、漏水、超温等风险，及时处置隐患。

（3）平面图与家具、设备配置

配置清单见表 5.13。

四、审图要点

医疗工艺图纸审查是住院空间安全落地、优质运转的最后防线。儿童住院部承担着患儿长期照护、康复疗愈的核心职能，兼具严密感控与家庭化照护需求，呈现出“高陪护率、长停留时间、多设备配置、低自主活动能力”的群体特征，常规综合医院的通用标准难以覆盖其全周期康复、亲子协同照护的特殊需求。若缺乏系统针对性的审查标准，极易导致流线拥堵、空间适配不足、感控失效、适儿化缺失或消防安全隐患，因此构建专属于儿童住院部的医疗工艺审图要点，对保障住院安全、提升照护效率、深化“儿童友好”理念具有核心实操价值。

本审图体系遵循“底线合规”与“家庭化冗余”的双轨逻辑，一方面锚定《综合医院建筑设计标准》（GB 51039）、《儿童医院建设标准》（建标 174）、《建筑防火通用规范》（GB 55037）等国家现行强制性标准，将关键条文精准转化为各空间节点“一票否决”的审查红线；另一方面深度融合国际循证设计理念，针对儿童生理模数、亲子照护行为，提出高于国标的尺度冗余与人性化干预参数，推动空间从“基础住院”向“疗愈家园”跨越，整体遵循由系统至微观的递进规律，既把控中观层面的流线枢纽、感控边界、空间尺度、协作配套及消防疏散等系统运行骨架，又深入核心功能单元对医疗设施、物理构造、声光环境等进行厘米级标定，为设计与审查人员提供精准的工程指导。

2. 二级工艺流程

空间类别	住院单元			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间尺度	护理单元规模	儿童医院病房的护理单元床位数一般宜按照 35 张~45 张设置。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 35 条	护理单元床位数控制在 35-40 张, 避免规模过大导致护理效率下降; 每个护理单元设单人间、双人间、多人间, 满足不同需求。
	病房面积与间距	双人病房使用面积不应小于 24.0 m ² , 病床净间距不应小于 1.2m; 四人病房使用面积不应小于 32.0 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.2 条	双人病房使用面积≥26.0 m ² , 病床净间距≥1.5m; 单人病房净面积≥18.0 m ² , 四人病房≥35.0 m ² , VIP 病房≥25.0 m ² , 预留陪护与设备空间。
	通道与电梯配置	住院部走廊净宽不应小于 2.4m; 四层及以上医疗用房应设电梯且不少于两台。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 31 条、第 48 条	病房走廊净宽≥2.6m, 满足推床与陪护人员并行; 每护理单元配置不少于 2 台病床梯, 电梯门净宽≥1.5m, 适配急救转运。
感控要求	三级感控分区	医疗用房应按清洁区、半污染区、污染区划分, 分区明确, 流线不交叉。	GB/T 39498-2020《医疗机构感染预防与控制基本准则》	病房、护士站为清洁区, 治疗室为半污染区, 污物间、洗涤间为污染区; 各区物理隔离, 设置明显标识, 流线单向不可逆。

空间类别	住院单元			
	医疗废物处理	医院应设置医疗废物收集、暂存设施, 处理流程符合规范。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 47 条	每个护理单元设密闭污物暂存间, 医疗废物按分类收集 - 密闭转运 - 集中暂存闭环处理; 污物通道独立, 与清洁通道无交叉, 远离诊疗区。
	病房感控配置	病房应具备良好的通风、采光条件, 满足消毒隔离要求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.2 条	病房采用自然通风与机械通风结合, 换气次数 ≥ 6 次 / 小时; 床单元一用一消毒, 高频接触表面采用耐消毒材料, 配置非接触式手卫生设施。
流线效率	医患分流完整性	医院建筑应做到功能分区合理, 洁污路线清楚, 医患分流明确。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.1 条	医护通道与患者通道物理分隔, 医护可通过专用通道直达病房、治疗室, 净宽 $\geq 1.2\text{m}$; 患者流线形成 “入院 - 诊疗 - 护理 - 康复 - 出院” 闭环, 无交叉折返。
	出入院动线便捷性	住院部应设置独立的出入院办理区, 位置靠近住院入口。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 专项要求	出入院办理区紧邻住院部入口, 与病房流线无交叉; 整合登记、缴费、医保结算功能, 实现 “一站式” 服务, 减少家长往返。

空间类别	住院单元			
	辅助功能邻近性	住院部应邻近医技科室、手术部、急诊部, 便于患者转运。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 4.2.1 条	护理单元内辅助治疗室、处置室紧邻病房布置; 住院部与核心医技部(影像、检验)通过专用通道或电梯联动, 转运距离 $\leq 30\text{m}$ 。
协作配套	亲子陪护设施	病房应预留亲属陪护空间, 宜设置陪护床或陪护椅。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 36 条	双人及以上病房每床配置可折叠陪护椅(夜间展开为床), 单人病房设固定陪护沙发床; 护理单元设亲子活动区, 配备简易玩具与休息设施。
	生活配套服务	住院部应配置食堂、商店、洗衣房等生活服务设施, 满足患者与家属需求。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 专项要求	每层设置饮水间、微波炉(专用区域), 配置儿童专用饮水设施; 设母婴室、儿童专用卫生间、临时哺乳角, 满足特殊需求。
	康复与活动空间	病房区域应配套设置儿童学习、活动空间。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 35 条	每个护理单元设儿童康复活动区($\geq 15\text{ m}^2$), 按年龄段配置安全玩具、绘本、学习桌; 院区设室外活动场所, 绿化覆盖率 $\geq 35\%$ 。
无障碍与应急疏散	儿童安全防护	儿童诊疗区域的门窗、家具和楼地面等应采取必要的安全保护措施。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	病房内所有阳角执行 $R \geq 20\text{mm}$ 圆角工艺, 窗台高度 $\geq 0.9\text{m}$, 阳台设防护栏杆(高度 $\geq 1.1\text{m}$); 电源插座高度 $\geq 1.5\text{m}$ 或加装防护盖。

空间类别	住院单元			
	无障碍全流程适配	医院建筑应符合现行国家标准《无障碍设计规范》的规定。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 32 条	病房、走廊、电梯预留轮椅回转空间 ($\geq 1.5\text{m} \times 1.5\text{m}$) , 房门净宽 $\geq 0.9\text{m}$; 护士站、服务台设低位服务窗口, 无障碍设施全程无高差。
	疏散能力与路线	疏散出口门、疏散走道的净宽度应满足安全疏散要求, 疏散路线清晰。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	疏散通道净宽 $\geq 2.0\text{m}$, 楼梯间净宽 $\geq 1.6\text{m}$; 疏散路线结合亲子动线设计, 设置临时避险区, 配备应急医疗设施与饮用水。
	平急转换能力	医院建筑应具备平急转换能力, 可快速应对突发公共卫生事件。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 专项要求	普通病房可快速改造为应急隔离病房, 预留独立通风与负压接口; 护理单元预留备用床位与物资储存空间, 满足应急扩容需求。

3. 三级工艺流程

(1) 单人病房

房间名称	单人病房			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	病房使用面积	单人病房使用面积不应小于 18.00 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.2 条	考虑儿童陪护与特殊治疗需求，建议使用面积扩大至 20.00 m ² 至 22.00 m ² ，预留设备与陪护休息空间。
	病床操作空间	病床与墙面净距不应小于 0.60m，病床端部与墙面净距不应小于 1.00m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.2 条	病床与墙面净距≥0.80m，端部净距≥1.20m，床周预留≥1.0m 全周操作通道，满足医护多方向护理与设备摆放。
	室内净高控制	病房室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为容纳医疗设备带、隔帘轨道及改善空间压抑感，室内吊顶净高建议设定为 2.80m。
感控要求与设施	手卫生设施配置	病房应设置非接触式手卫生设施，满足感控要求。	GB/T 39498-2020《医疗机构感染预防与控制基本准则》	独立卫生间内配置感应水龙头与手消毒液分配器，病床旁增设移动手消毒液架，实现“床旁手卫生”便捷化；配备空气消毒机，每日定时消毒。
	通风与消毒条件	病房应具备良好的通风条件，墙面、地面应便于清洁消毒。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.2 条、	采用自然通风与机械通风结合，换气次数≥8 次 / 小时；地面、墙面采用耐消毒抗菌材料，无卫生死

房间名称	单人病房			
			第 5.1.10 条	角，支持高频次消杀。
	污物收集设施	病房应设置独立的污物收集容器，分类存放医疗废物与生活垃圾。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 47 条	病房内设置双分类密闭垃圾桶（医疗废物、生活垃圾），带盖设计；卫生间设专用污水排放口与防臭装置，避免异味溢出。
室内装修与防护	墙地顶易洁与防撞	医疗用房的地面、墙面、顶棚应便于清扫；儿童区域应采取防撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	地面采用同质透心抗菌 PVC 卷材，上卷上墙 15cm；墙面 1.2m 以下设防撞墙裙，所有阳角执行 R≥20mm 圆角工艺，避免磕碰。
	家具安全与固定	儿童诊疗区域的家具应采取固定措施，防止倾倒伤人。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	病床、储物柜、陪护沙发等全部固定安装，无尖锐边角；儿童病床带可调节护栏（高度≥0.6m），床高适配护理操作（0.6-0.7m）。
	声光环境控制	医院建筑应注重改善患者的就医环境，减少噪音干扰。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	墙面、顶棚采用吸音材料，降低环境噪音（控制在 40dB 以内）；照明采用柔光设计，避免眩光，配置床头独立照明与呼叫系统音量调节功能。
	陪护空间适配	病房应预留亲属陪护空间，宜设置陪护床或陪护椅。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 36 条	配置可折叠陪护沙发床（展开尺寸≥1.8m×0.7m），病房角落规划独立陪护休息区，配备充电接口与小桌板，提升陪护舒适度。

房间名称	单人病房			
安全出口 与疏散门	门洞净宽 与无障碍	病房门净宽不应小于 0.90m; 疏散出口门不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.4 条、 《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	病房门采用子母门, 净宽 $\geq 1.0\text{m}$, 门下无门槛, 便于轮椅、平车通行; 门体设观察窗与防撞条, 避免开门碰撞。
	隐私与隔 断保护	病房应保障患者隐私, 设置隔帘或屏风。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	天花板预留 U 型隔帘轨道, 覆盖全床范围; 病房门开启方向避免走廊直视病床, 保护诊疗与休息隐私。
建筑防火	材料燃烧 性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级, 部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、墙面、地面采用 A 级不燃材料, 陪护沙发、窗帘等软装选用 B1 级阻燃材料; 严禁使用易燃、易挥发有害物质的装修材料。
	消防设施 配置	病房应按规范配置消防设施, 避免遮挡与误触。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	病房内配置灭火器, 位置醒目且便于取用; 烟感探测器、喷淋头避开家具与设备遮挡, 与医疗设备带保持安全距离 ($\geq 0.5\text{m}$) 。

(2) 双人病房

房间名称	双人病房			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	病房使用 面积	双人病房使用面积不应小于 24.00 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.2 条	考虑儿童陪护与设备摆放需求，建议使用面积扩大至 26.00 m ² 至 28.00 m ² ，提升居住舒适度。
	病床间距 与操作空 间	病床净间距不应小于 1.20m，病床与墙面净距不应小于 0.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.2 条	病床净间距≥1.50m，病床与墙面净距≥0.80m，每张病床周边预留≥0.9m 操作通道，满足医护护理与家属陪护。
	室内净高 控制	病房室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为容纳医疗设备带、隔帘轨道及改善空间压抑感，室内吊顶净高建议设定为 2.80m。
感控要求 与设施	手卫生设 施配置	病房应设置非接触式手卫生设施，满足感控要求。	GB/T 39498-2020《医疗机构感染预防与控制基本准则》	病房卫生间内配置感应水龙头与手消毒液分配器，病床旁增设移动手消毒液架，实现“床旁手卫生”便捷化。
	通风与消 毒条件	病房应具备良好的通风条件，墙面、地面应便于清洁消毒。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.2 条、第 5.1.10 条	采用自然通风与机械通风结合，换气次数≥6 次 / 小时；地面、墙面采用耐消毒材料，无卫生死角，支持高频次消杀。

房间名称	双人病房			
	污物收集设施	病房应设置独立的污物收集容器，分类存放医疗废物与生活垃圾。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 47 条	病房内设置双分类密闭垃圾桶（医疗废物、生活垃圾），带盖设计，位置隐蔽且便于取用；卫生间设专用污水排放口，防异味溢出。
室内装修与防护	墙地顶易洁与防撞	医疗用房的地面、墙面、顶棚应便于清扫；儿童区域应采取防撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	地面采用同质透心抗菌 PVC 卷材，上卷上墙 15cm；墙面 1.2m 以下设防撞墙裙，所有阳角执行 $R \geq 20\text{mm}$ 圆角工艺，避免磕碰。
	家具安全与固定	儿童诊疗区域的家具应采取固定措施，防止倾倒伤人。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	病床、储物柜、陪护椅等全部固定安装，无尖锐边角；儿童病床带可调节护栏，床高适配护理操作（0.6-0.7m）。
	声光环境控制	医院建筑应注重改善患者的就医环境，减少噪音干扰。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	墙面、顶棚采用吸音材料，降低环境噪音（控制在 45dB 以内）；照明采用柔光设计，避免眩光，配置床头独立照明开关。
	陪护空间适配	病房应预留亲属陪护空间，宜设置陪护床或陪护椅。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 36 条	每床配置可折叠陪护椅（夜间展开尺寸 $\geq 1.8\text{m} \times 0.6\text{m}$ ），病房角落预留陪护休息区域，避免占用通道空间。
安全出口	门洞净宽	病房门净宽不应小于 0.90m；疏散出口门	《综合医院建筑设计标准》GB	病房门采用子母门，净宽 $\geq 1.0\text{m}$ ，门下无门槛，便于

房间名称	双人病房			
与疏散门	与无障碍	不应设置门槛。	51039-2014 第 5.1.4 条、《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	轮椅、平车通行；门体设观察窗，避免开门碰撞。
	隐私与隔断保护	病房床间应设置隔帘或屏风，保障患者隐私。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	床间设置可移动隔断帘，轨道覆盖全床范围；病房门开启方向避免走廊直视病床，保护诊疗与休息隐私。
建筑防火	材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、墙面、地面采用 A 级不燃材料，陪护椅、窗帘等软装选用 B1 级阻燃材料；严禁使用易燃、易挥发有害物质的装修材料。
	消防设施配置	病房应按规范配置消防设施，避免遮挡与误触。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	病房内配置灭火器，位置醒目且便于取用；烟感探测器、喷淋头避开家具与设备遮挡，与医疗设备带保持安全距离。

(3) 四人病房

房间名称	四人病房			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	病房使用 面积	四人病房使用面积不应小于 32.00 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014	考虑儿童陪护与群体康复需求, 建议使用面积扩大至 35.00 m ² 至 38.00 m ² , 预留公共活动与设备摆放空间。
	病床间距 与通道	病床净间距不应小于 1.20m, 病房内主通道 净宽不应小于 1.40m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014	病床净间距≥1.50m, 主通道净宽≥1.60m, 床周预留 ≥0.8m 操作空间, 确保医护巡回护理与家长陪护无 拥挤。
	室内净高 控制	病房室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014	为改善多人居住空间压抑感, 同时容纳顶部设备与照 明, 室内吊顶净高建议设定为 2.80m。
感控要求 与设施	手卫生设 施配置	病房应设置足够的非接触式手卫生设施, 满 足感控要求。	GB/T 39498-2020《医疗机构 感染预防与控制基本准则》	病房两端各配置 1 组感应洗手池与手消毒液分配 器, 每张病床旁增设移动手消毒液架; 配备 2 台空气 消毒机, 轮换对不同区域消毒。
	通风与消 毒条件	病房应具备良好的通风条件, 墙面、地面应 便于清洁消毒。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.2 条、第 5.1.10 条	采用机械通风为主、自然通风为辅, 换气次数≥8 次 / 小时; 地面、墙面采用无缝耐消毒材料, 墙角做圆 弧处理, 无卫生死角。

房间名称	四人病房			
	污物收集设施	病房应设置分类污物收集容器，集中存放医疗废物与生活垃圾。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 47 条	病房中部设置双分类密闭垃圾桶（医疗废物、生活垃圾），带盖设计；卫生间设专用污物通道，与清洁区域物理隔离。
室内装修与防护	墙地顶易洁与防撞	医疗用房的地面、墙面、顶棚应便于清扫；儿童区域应采取防撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	地面采用防滑等级 $\geq R10$ 的同质透心 PVC 卷材，上卷上墙 15cm；墙面 1.2m 以下设防撞墙裙，所有阳角执行 $R \geq 20\text{mm}$ 圆角工艺。
	家具安全与固定	儿童诊疗区域的家具应采取固定措施，防止倾倒伤人。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	病床、储物柜、公共座椅等全部固定安装，无尖锐边角；儿童病床带可调节护栏，床高统一为 0.65m，适配护理操作。
	声光环境控制	医院建筑应注重改善患者的就医环境，减少噪音干扰。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	墙面、顶棚采用吸音材料，降低环境噪音（控制在 45dB 以内）；照明采用分区柔光设计，避免眩光，每张病床配置独立照明开关。
	公共活动空间	多人病房应预留公共活动区域，满足儿童互动需求。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 35 条	病房中部预留 $\geq 4 \text{ m}^2$ 公共活动区，配备小型安全玩具与绘本架；活动区地面铺防滑软垫，周边无硬质障碍物。

房间名称	四人病房			
安全出口 与疏散门	门洞净宽 与无障碍	病房门净宽不应小于 1.00m；疏散出口门不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 《建筑防火通用规范》GB 55037-2022	病房门采用双扇门，净宽≥1.2m，门下无门槛，便于多人同时疏散与平车通行；门体设观察窗与防撞条。
	隐私与隔 断保护	病房床间应设置隔帘，保障患者隐私。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	每张病床配置独立隔断帘，轨道覆盖全床范围；隔断帘采用阻燃、易清洗材质，定期更换消毒。
建筑防火	材料燃烧 性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、墙面、地面采用 A 级不燃材料，窗帘、隔断帘等软装选用 B1 级阻燃材料；公共活动区玩具、绘本采用无毒阻燃材质。
	消防设施 配置	病房应按规范配置消防设施，避免遮挡与误触。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	病房内均匀配置 2 组灭火器，位置醒目且便于取用；烟感探测器、喷淋头避开设备与家具遮挡，确保感应灵敏。

(4) 出入院手续室

房间名称	出入院手续室			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	手续室使用面积	出入院手续室使用面积不应小于 15.00 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.4 条	考虑儿童住院手续办理流程与家长等候需求，建议使用面积扩大至 18.00 m ² 至 20.00 m ² ，分设办理区与等候区。
	办理窗口间距与通道	服务窗口间距不应小于 1.20m，窗口前通道净宽不应小于 1.50m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.4 条	服务窗口间距≥1.50m，窗口前通道净宽≥1.80m，预留轮椅停放与回转空间（≥1.2m×1.2m）。
	室内净高控制	公共区域室内净高不宜低于 2.70m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为提升空间舒适度与通风效果，室内吊顶净高建议设定为 2.80m。
感控要求 与设施	手卫生设施配置	公共服务区域应设置非接触式手卫生设施，满足感控要求。	GB/T 39498-2020《医疗机构感染预防与控制基本准则》	手续室角落配置感应洗手池与手消毒液分配器，窗口台面采用耐消毒抗菌材料，每日定时擦拭消毒。
	通风与消毒条件	公共区域应具备良好的通风条件，便于清洁消毒。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.10 条	采用自然通风与机械通风结合，换气次数≥6 次 / 小时；地面、墙面采用易清洁材料，无卫生死角，支持高频次消杀。

房间名称	出入院手续室			
	污物收集设施	公共区域应设置分类污物收集容器,存放生活垃圾与废弃单据。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 47 条	设置带盖分类垃圾桶(可回收物、其他垃圾),位置靠近出口,便于清运;配备碎纸机,废弃单据及时粉碎处理,保护隐私。
室内装修与防护	墙地顶易洁与防撞	公共区域的地面、墙面、顶棚应便于清扫;儿童区域应采取防撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	地面采用防滑耐磨的同质透心 PVC 卷材,墙面 1.2m 以下设防撞墙裙;所有阳角执行 $R \geq 20\text{mm}$ 圆角工艺,避免儿童磕碰。
	服务窗口适配性	服务窗口应设置高低位,满足不同人群使用需求。	《无障碍设计规范》GB 50763-2012 第 3.5.1 条	设置高低位服务窗口(高位 0.9m、低位 0.75m),低位窗口适配儿童与残障人士;窗口配备双向对讲系统与隐私保护屏。
	等候区设施配置	公共服务区域应设置等候座椅,满足人员休息需求。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 专项要求	等候区配置儿童友好型座椅(圆角设计、高度适配),设置 2-3 组等候椅,配备小桌板与充电接口;墙面张贴手续办理流程(图文结合)。
安全出口与疏散门	门洞净宽与无障碍	房间门净宽不应小于 1.00m;疏散出口门不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.4 条、 《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	房间门采用双扇门,净宽 $\geq 1.2\text{m}$,门下无门槛,便于轮椅与人员通行;门体设观察窗,避免开门碰撞。

房间名称	出入院手续室			
	疏散路径畅通	房间内疏散路径无障碍物, 便于紧急情况下快速撤离。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	办理区、等候区家具布置不遮挡疏散通道, 通道净宽 $\geq 1.5\text{m}$; 紧急情况下可快速清空等候区, 确保疏散顺畅。
建筑防火	材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级, 部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、墙面、地面采用 A 级不燃材料, 等候座椅、窗帘等软装选用 B1 级阻燃材料; 严禁使用易燃装饰材料。
	消防设施配置	房间应按规范配置消防设施, 避免遮挡与误触。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	房间内配置灭火器, 位置醒目且便于取用; 烟感探测器、喷淋头无遮挡, 消防标识清晰可见, 严禁遮挡。

(5) 病房护士站

房间名称	病房护士站			
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数 与净空	护士站使用 面积	病房护士站使用面积不应小于 20.00 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.3 条	考虑儿童住院护理工作量大，建议使用面积扩大至 22.00 m ² 至 25.00 m ² ，预留教学与物资存放空间。
	服务半径与 视野	护士站应位于护理单元中心，视野覆盖全病房区。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 28 条	护士站采用岛式或半开放式布局，服务半径≤30m，确保护士能快速响应各床位呼叫；通过透明玻璃观察窗，实现对病房区 100% 无死角监控。
	室内净高控制	公共区域室内净高不宜低于 2.70m。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为容纳顶部监控设备、照明与机电管线，室内吊顶净高建议设定为 2.80m。
感控要求 与设施	手卫生设施 配置	护士站应设置非接触式手卫生设施，满足医护人员手卫生需求。	GB/T 39498-2020《医疗机构 感染预防与控制基本准则》	护士站工作台旁配置感应式洗手池与手消毒液分配器，确保医护人员诊疗前后快速完成手卫生；洗手池设防溅挡板，避免污水外溢。
	物资分类存 放	医疗物资应分类存放，清洁物品与污染物品严格分离。	《综合医院建筑设计标准》 GB 51039-2014 第 5.3.3 条	护士站设置双层储物柜，上层存放清洁医疗物资，下层存放常用器械与文件；配置密闭污物盒，分类收集医疗废物与生活垃圾。

房间名称	病房护士站			
	消毒设施配置	护士站应配备必要的消毒设施，定期对工作区域进行消毒。	GB/T 39498-2020《医疗机构感染预防与控制基本准则》	配备紫外线消毒灯或空气消毒机，每日定时对护士站区域消毒；工作台面采用耐消毒抗菌材料，支持高频次擦拭消毒。
室内装修与防护	墙地顶易洁与防撞	医疗用房的地面、墙面、顶棚应便于清扫；有推床通过的区域应采取防撞措施。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.12 条	地面采用同质透心防滑 PVC 卷材，墙面 1.2m 以下设防撞墙裙；护士站转角做 $R \geq 20\text{mm}$ 圆角处理，避免推床与人员碰撞。
	工作台适配性	护士站工作台应符合人体工程学要求，便于医护操作。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.3 条	工作台高度设高低位（0.75m/0.9m），适配坐姿与站姿操作；台面预留电脑、打印机、呼叫系统等设备接口，布线整洁有序。
	声光环境控制	护士站应保持相对安静，避免噪音干扰工作。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	墙面、顶棚采用吸音材料，降低环境噪音（控制在 50dB 以内）；呼叫系统音量可调节，避免噪音引发患儿焦虑。
安全出口与疏散门	疏散路径畅通	护士站周边疏散路径无障碍物，便于紧急情况下快速撤离。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.1.4 条	护士站与疏散通道保持畅通，无杂物堆放；工作台布置不遮挡疏散门，确保紧急情况下医护人员快速响应。

房间名称	病房护士站			
	应急设施配置	护士站应配备应急呼叫系统、应急照明与通讯设备。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 28 条	配置紧急呼叫主机，与各病房呼叫按钮联动，30 秒内响应；配备应急手电筒、对讲机，确保突发情况下通讯畅通；应急照明持续供电≥90min。
建筑防火	材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、墙面、地面采用 A 级不燃材料，工作台、储物柜采用阻燃环保材质；严禁使用易燃装饰材料，减少火灾荷载。
	消防设施保护	建筑内部装修不应擅自减少、改动、拆除、遮挡消防设施或器材及其标识。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	护士站内烟感探测器、喷淋头无遮挡，消防栓位置醒目且便于取用；严禁用文件、设备遮挡消防标识与设施。

(6) VIP 病房

房间名称	VIP 病房	VIP 病房	VIP 病房	VIP 病房
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	病房使用面积	VIP 病房使用面积不应小于 25.00 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.2 条	打造家庭化高端住院环境，建议使用面积扩大至 30.00 m ² 至 35.00 m ² ，分设诊疗区、陪护休息区、独立卫生间与储物区。
	功能分区与操作空间	病房应划分清晰功能分区，病床周边预留足够操作空间。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.2 条	病床与墙面净距≥1.0m，端部净距≥1.5m，床周预留≥1.2m 全周操作通道；陪护休息区面积≥8 m ² ，配置独立沙发床与茶几。
	室内净高控制	病房室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为提升空间舒适度与高端氛围，室内吊顶净高建议设定为 3.00m。
感控要求与设施	手卫生设施配置	病房应设置非接触式手卫生设施，满足感控要求。	GB/T 39498-2020《医疗机构感染预防与控制基本准则》	独立卫生间内配置高端感应水龙头与手消毒液分配器，病床旁增设隐藏式手消毒液架；配备智能空气消毒机，自动监测并调节空气质量。
	通风与消毒条件	病房应具备良好的通风条件，墙	《综合医院建筑设计标	采用新风系统与自然通风结合，换气次数≥10 次 /

房间名称	VIP 病房	VIP 病房	VIP 病房	VIP 病房
		面、地面应便于清洁消毒。	准》GB 51039-2014 第 5.3.2 条、第 5.1.10 条	小时；地面、墙面采用进口耐消毒抗菌材料，无卫生死角，支持高频次消杀。
	污物收集设施	病房应设置隐蔽式污物收集容器，分类存放医疗废物与生活垃圾。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 47 条	卫生间内设置隐藏式双分类密闭垃圾桶，带盖设计且自动感应开合；医疗废物与生活垃圾分区存放，每日专人上门清运。
室内装修与防护	墙地顶高端适配	装修应体现高端化、家庭化，同时满足医疗使用要求。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 专项要求	地面采用高端防滑地板，墙面采用环保耐擦洗壁纸（局部软包），顶棚做简约造型吊顶；所有阳角执行 $R \geq 20\text{mm}$ 圆角工艺，兼顾美观与安全。
	家具安全与品质	家具应选用高端环保材质，采取固定措施，防止倾倒伤人。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	配置高端儿童专用病床（带可调节护栏与减震功能）、实木储物柜、布艺沙发床等，全部固定安装；家具无尖锐边角，环保达标。
	声光环境控制	营造安静、舒适的休息环境，减少噪音与眩光干扰。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第五条	墙面、顶棚采用高端吸音材料，降低环境噪音（控制在 38dB 以内）；照明采用分层柔光设计，配置智能调光系统，避免眩光。
	生活配套设施	配备完善的生活配套设施，满足患者与家属长期陪护需求。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 36 条	独立卫生间配备淋浴、浴缸、智能马桶与婴儿整理台；陪护休息区配备冰箱、微波炉、咖啡机等生活

房间名称	VIP 病房	VIP 病房	VIP 病房	VIP 病房
				电器；设置独立储物间，存放个人物品。
安全出口与疏散门	门洞净宽与无障碍	病房门净宽不应小于 1.00m；疏散出口门不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.4 条、《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	病房门采用高端隔音子母门，净宽 $\geq 1.2\text{m}$ ，门下无门槛，便于轮椅、平车通行；门体设观察窗与防撞条，兼顾隐私与安全。
	隐私与隔断保护	病房应保障患者隐私，设置高端隔帘或屏风。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	天花板预留 U 型高端隔帘轨道，配置阻燃、隔音、易清洗的隔帘；病房门开启方向避免走廊直视病床，保护诊疗与休息隐私。
建筑防火	材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、地面采用 A 级不燃材料，墙面软包、窗帘等软装选用 B1 级阻燃高端材质；所有装修材料无毒、环保，符合高端住院环境要求。
	消防设施配置	病房应按规范配置消防设施，兼顾美观与实用性。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	病房内配置隐藏式灭火器，位置隐蔽且便于取用；烟感探测器、喷淋头采用美观造型，与装修风格协调，无遮挡且感应灵敏。

(7) 婴儿洗澡间

房间名称	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	洗澡间使用面积	婴儿洗澡间使用面积不应小于 10.00 m ² 。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 专项要求	考虑新生儿洗澡与家长学习护理需求，建议使用面积扩大至 12.00 m ² 至 14.00 m ² ，预留家长操作与休息空间。
	操作空间与间距	婴儿洗澡池之间净距不应小于 0.80m，洗澡池与墙面净距不应小于 0.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.6 条	洗澡池之间净距≥1.0m，洗澡池与墙面净距≥0.8m，每个洗澡池周边预留≥1.2m 操作空间，满足医护与家长协同操作。
	室内净高控制	医疗用房室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为保障通风与减少压抑感，同时容纳顶部恒温设备与照明，室内吊顶净高建议设定为 2.80m。
感控要求与设施	温湿度控制	新生儿区域应保持恒温、恒湿环境，温度 24-26℃，湿度 50%-60%。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 33 条	配置独立恒温恒湿空调系统，实时监控温湿度并自动调节；洗澡池水温控制在 38-40℃，配备智能水温计，防止烫伤。
	消毒设施配置	婴儿洗澡间应配备必要的消毒设	GB/T 39498-2020《医疗	配备紫外线消毒灯、物体表面消毒机，每日对环境

房间名称	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间
		施，对洗澡池、抚触台等进行消毒。	机构感染预防与控制基本准则》	与设备消毒；洗澡池使用后即时清洁消毒，采用一次性消毒垫，避免交叉感染。
	手卫生与污物处理	操作区域应设置非接触式手卫生设施，污物分类收集。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 6.2.5 条	洗手池采用双高度设计（0.6m/0.85m），配置感应水龙头与手消毒液；设置密闭分类垃圾桶，收集废弃消毒垫、湿巾等污物。
室内装修与防护	墙地顶防水易洁	洗澡间地面、墙面应防水、防滑、易清洁，无卫生死角。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	地面采用防滑等级 $\geq R11$ 的防滑瓷砖，墙面满铺防水瓷砖（高度至顶）；墙角做圆弧处理，避免积水与积污。
	防撞与安全防护	儿童区域应采取防撞措施，避免尖锐棱角。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 37 条	洗澡池、抚触台边缘做圆角处理（ $R \geq 20\text{mm}$ ），墙面 1.5m 以下采用软包防护；所有设备固定安装，防止倾倒。
	声光环境控制	新生儿区域应保持安静，避免声光刺激。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 33 条	室内采用柔光照明（照度 200-300lx），避免直射新生儿眼部；配置吸音材料，环境噪音控制在 40dB 以内，减少新生儿应激反应。
	家长观察与学习区	应设置家长观察与学习区域，便于医护指导家庭护理。	《儿童医院建设标准》建标 174-2016 第 38 条	设独立家长观察区（ $\geq 2 \text{ m}^2$ ），通过透明玻璃观察操作；配备座椅与讲解台，医护可现场指导家长洗

房间名称	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间	婴儿洗澡间
				澡、抚触、脐带护理等技能。
安全出口与疏散门	门洞净宽与无障碍	房间门净宽不应小于 0.90m；疏散出口门不应设置门槛。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.4 条	门洞净宽设计为 1.0m 单扇门，门下无门槛，便于婴儿车与急救设备通行；门体设观察窗，避免开门碰撞。
	应急设施配置	房间应配备应急照明与通讯设备，应对突发情况。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 10.1.8 条	配置应急照明（照度 $\geq 10.0\text{lx}$ ），持续供电 $\geq 90\text{min}$ ；设置应急呼叫按钮，与护士站联动，确保突发情况快速响应。
建筑防火	材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级，部分部位不应低于 B1 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、墙面、地面采用 A 级不燃材料，软包防护采用 B1 级阻燃材料；所有装修材料无毒、无异味，符合新生儿环保要求。
	消防设施适配	消防设施应适应儿童区域特点，避免误触与遮挡。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	喷淋头、烟感探测器位置避开操作区域，消防栓采用隐蔽式设计并加防护盖；严禁用装饰材料遮挡消防设施与标识。

(8) 污物洗涤室

房间名称	污物洗涤室	污物洗涤室	污物洗涤室	污物洗涤室
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	洗涤室使用面积	污物洗涤室使用面积不应小于 12.00 m ² 。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.5 条	考虑儿童住院污物量与分类洗涤需求，建议使用面积扩大至 15.00 m ² 至 18.00 m ² ，分设洗涤区、消毒区、暂存区。
	操作间距与通道	洗涤池之间净距不应小于 0.80m，室内主通道净宽不应小于 1.20m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.5 条	洗涤池之间净距≥1.0m，主通道净宽≥1.5m，预留清洁车通行与回转空间（≥1.2m×1.2m）。
	室内净高控制	医疗用房室内净高不宜低于 2.60m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为容纳洗涤设备、通风管道与储物架，室内吊顶净高建议设定为 2.80m。
感控要求与设施	洁污分区隔离	污物洗涤室应与清洁区域严格物理隔离，流线不交叉。	GB/T 39498-2020《医疗机构感染预防与控制基本准则》	洗涤室设独立出入口，与护理单元清洁通道无交叉；内部划分洗涤区、消毒区、暂存区，设置明显标识，流线单向不可逆。
	消毒设施配置	应配备必要的消毒设施，对污物	《综合医院建筑设计标	配备高温高压消毒锅、含氯消毒剂配比器、紫外线

房间名称	污物洗涤室	污物洗涤室	污物洗涤室	污物洗涤室
		与洗涤设备进行消毒。	准》GB 51039-2014 第 5.3.5 条	消毒灯；洗涤池配备热水供应系统（水温 $\geq 80^{\circ}\text{C}$ ），满足污物消毒洗涤要求。
	通风与防异味	污物洗涤室应具备良好的通风条件，防止异味溢出。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 7.1.1 条	配置独立机械排风系统，排风次数 ≥ 12 次 / 小时，排风口远离清洁区域与室外活动场所；室内设置防臭地漏与密封式排水管道，避免异味回流。
室内装修与防护	墙地顶防水耐污	地面、墙面应防水、防污、易清洁，耐腐蚀。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.10 条	地面采用防滑耐腐的陶瓷地砖（防滑等级 $\geq \text{R10}$ ），墙面满铺防水瓷砖（高度至顶）；墙角做圆弧处理，无卫生死角，支持高压水枪冲洗。
	洗涤设备适配	应配置专用洗涤设备，满足不同污物洗涤需求。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.5 条	配置 3 个专用洗涤池（分别用于感染性、损伤性、生活垃圾容器洗涤），池体采用耐腐材质，带防溅挡板；配备污物分类存放架，离地 $\geq 15\text{cm}$ 。
	安全防护设施	应采取必要的安全防护措施，避免人员受伤。	《综合医院建设标准》建标 110-2021 第三十九条	墙面设置耐腐蚀防撞板，洗涤池边缘做圆角处理；配备防割手套、防护口罩、护目镜等防护用品，存放于易取用位置。
安全出口与疏散门	门洞净宽与密封	房间门净宽不应小于 0.90m；门应具备密封功能，防止异味溢出。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第	房间门采用密闭式单扇门，净宽 $\geq 1.0\text{m}$ ，配备闭门器与密封条，防止异味溢出；门下设置防鼠挡板，

房间名称	污物洗涤室	污物洗涤室	污物洗涤室	污物洗涤室
			5.1.4 条	高度≥20cm。
	疏散路径畅通	房间内疏散路径无障碍物，便于紧急情况下快速撤离。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 7.1.4 条	洗涤设备、储物架布置不遮挡疏散通道，通道净宽≥1.2m；紧急情况下可快速清空暂存区，确保疏散顺畅。
建筑防火	材料燃烧性能	医疗建筑内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、墙面、地面全部采用 A 级不燃材料，严禁使用易燃、易腐装饰材料；洗涤设备、储物架采用阻燃、耐腐蚀材质。
	消防设施配置	房间应按规范配置消防设施，避免腐蚀与遮挡。	《建筑防火通用规范》 GB 55037-2022 第 6.5.1 条	房间内配置耐腐蚀灭火器，位置醒目且便于取用；烟感探测器、喷淋头做防腐蚀处理，无遮挡，确保感应灵敏。

(9) 水处理间

房间名称	水处理间	水处理间	水处理间	水处理间
审查维度	审图重点	规范要求	规范来源	优化建议与技术参数
空间模数与净空	处理间使用面积	水处理间使用面积应根据设备规模确定，不应小于 15.00 m²。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.7 条	考虑儿童住院用水需求量与设备维护空间，建议使用面积扩大至 18.00 m²至 22.00 m²，分设设备区、操作区、检修区。
	设备间距与通道	设备与墙面净距不应小于 0.80m，设备之间净距不应小于 1.00m，室内主通道净宽不应小于 1.50m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.3.7 条	设备与墙面净距≥1.0m，设备之间净距≥1.2m，主通道净宽≥1.8m，预留设备搬运与检修空间（≥2.0m×2.0m）。
	室内净高控制	设备机房室内净高不宜低于 2.80m。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.9 条	为容纳水处理设备、管道与检修平台，室内吊顶净高建议设定为 3.00m。
感控要求与设施	水质达标控制	医疗用水应符合现行国家标准《医院消毒供应中心 第 1 部分：管理规范》要求。	WS 310.1-2016《医院消毒供应中心 第 1 部分：管理规范》	配置水质在线监测系统，实时监测 pH 值、细菌总数等指标；配备软水器、活性炭过滤器、紫外线消毒器，确保水质达标。

房间名称	水处理间	水处理间	水处理间	水处理间
	防交叉污染	不同用途的供水管道应分开设 置，避免交叉污染。	《综合医院建筑设计标 准》GB 51039-2014	医疗用水、生活用水管道分开铺设，标识清晰；管 道采用食品级不锈钢材质，接口密封严密，定期清 洗消毒。
	排水与防回流	排水系统应畅通，设置防回流装 置，防止污水回流污染。	《综合医院建筑设计标 准》GB 51039-2014	配置防回流阀与水封装置，排水管道采用耐腐蚀材 质，坡度 $\geq 3\%$ ；设置集水坑与潜水泵，确保排水畅 通，无积水。
室内装修与 防护	墙地顶耐腐易洁	地面、墙面应防水、防腐、易清 洁，适应设备运行环境。	《综合医院建筑设计标 准》GB 51039-2014	地面采用防滑耐腐的工业地砖（防滑等级 $\geq R10$ ）， 墙面满铺防水防腐瓷砖（高度至顶）；顶棚采用轻 钢龙骨吊顶，便于管道检修。
	设备固定与防护	水处理设备应固定安装，设置必 要的防护措施。	《综合医院建设标准》建 标 110-2021 专项要求	所有水处理设备固定在混凝土基础上，设置减震垫； 设备周边设置防护栏，高度 $\geq 0.8m$ ，避免人员碰撞； 管道做保温与防结露处理。
	电气安全防护	设备机房应采取必要的电气安全 防护措施，防止触电。	《建筑电气工程施工质 量验收规范》GB 50303-2015	所有电气设备与插座采用防水防爆型，安装高度 $\geq$ 1.5m；设置接地与漏电保护系统，电线电缆穿管保 护，避免受潮短路。

房间名称	水处理间	水处理间	水处理间	水处理间
安全出口与疏散门	门洞净宽与无障碍	房间门净宽不应小于 1.00m；门应向疏散方向开启。	《综合医院建筑设计标准》GB 51039-2014 第 5.1.4 条、《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 7.2.1 条	房间门采用双扇门，净宽≥1.2m，向疏散方向开启，无门槛；门体设观察窗，便于观察设备运行情况。
	应急设施配置	机房应配备应急照明与通讯设备，应对突发情况。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 10.1.8 条	配置应急照明（照度≥5.0lx），持续供电≥90min；设置应急呼叫按钮与对讲机，确保突发故障时快速联系维修人员。
建筑防火	材料燃烧性能	设备机房内部装修材料的燃烧性能等级不应低于 A 级。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.1.1 条	顶棚、墙面、地面全部采用 A 级不燃材料，严禁使用易燃、易腐装饰材料；设备与管道保温材料采用阻燃型。
	消防设施配置	机房应按规范配置消防设施，避免遮挡与腐蚀。	《建筑防火通用规范》GB 55037-2022 第 6.5.1 条	机房内配置耐腐蚀灭火器与消防沙箱，位置醒目且便于取用；烟感探测器、喷淋头做防腐蚀处理，无遮挡，确保火灾时有效响应。

附录

一、综合政策法规

1. 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》
2. 《医疗机构管理条例》
3. 《医疗机构管理条例实施细则》
4. 《医疗机构基本标准（试行）》卫医发〔1994〕第30号
5. 《儿童医院建设标准》建标174—2016
6. 《综合医院建筑设计规范》GB 51039—2014
7. 《综合医院建设标准》建标110—2021
8. 《民用建筑通用规范》GB 55031—2022
9. 《建筑防火通用规范》GB 55037—2022
10. 《消防设施通用规范》GB 55036—2022
11. 《建筑与市政工程无障碍通用规范》GB 55019—2021
12. 《中华人民共和国无障碍环境建设法》
13. 《中华人民共和国消防法》
15. 《中华人民共和国传染病防治法》
16. 《医疗废物管理条例》国务院令第380号
17. 《医疗卫生机构医疗废物管理办法》原卫生部令第36号

二、专项政策法规

1. 《关于开展儿童友好医院建设的意见》国卫办妇幼发〔2024〕32号
2. 《儿童友好医院建设指南》

- 3.《关于推进儿童医疗卫生服务高质量发展的意见》国卫医政发〔2024〕1号
- 5.《急诊科建设与管理指南（试行）》卫医政发〔2009〕50号
- 6.《医院急诊科规范化流程》WS/T 390—2012
- 7.《院前急救机构与医院急诊科患者病情交接单》WS/T 621—2018
- 8.《医疗机构门急诊医院感染管理规范》WS/T 591—2018
- 9.《医院感染预防与控制评价规范》WS/T 592—2018
- 10.《医疗机构重点部门感染预防与控制通用标准》WS/T 860—2025
- 11.《医院隔离技术规范》WS/T 311
- 12.《医务人员手卫生规范》WS/T 313
- 13.《医疗机构消毒技术规范》WS/T 367
- 14.《医院空气净化管理规范》WS/T 368
- 15.《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》WS/T 512
- 16.《新生儿病室建设与管理指南（试行）》卫医政发〔2009〕123号
- 17.《重症医学科建设与管理指南（试行）》卫医政发〔2009〕23号
- 18.《重症监护病房医院感染预防与控制规范》WS/T 509—2016
- 19.《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333—2013
- 20.《医院手术部（室）管理规范（试行）》卫医政发〔2009〕90号
- 21.《放射诊断放射防护要求》GBZ 130—2020
- 22.《病理科建设与管理指南（试行）》卫办医政发〔2009〕31号

三、参考文献

[1]北京睿勤永尚建设顾问有限公司. 医疗功能房间详图详解[M]. 南京: 江

苏凤凰科学技术出版社, 2021.

[2]TAHPI.International health facility guidelines:Part B-health facility briefing&design[S].Dubai:TAHPI,2025.

[3]AHIA.Australasian health facility guidelines:Part B-health facility briefing and planning[S].Sydney:AHIA,2025.

[4]Facility Guidelines Institute.Guidelines for design and construction of hospitals[S].Chicago:ASHE,2018.

[5]国务院办公厅.关于积极稳步推进超大特大城市“平急两用”公共基础设施建设的指导意见: 国办发,2023.

[6]罗运湖. 现代医院建筑设计[M].第 2 版.北京: 中国建筑工业出版社,2009.

[7]《中国医院建设指南》编撰委员会. 中国医院建设指南 (第五版) [M]. 北京: 研究出版社, 2024.

[8]九学. 现代医院建筑设计图集[M].清华大学出版社,2012.

[9]中国建筑工业出版社, 中国建筑学会. 建筑设计资料集: 第 6 分册 体育·医疗·福利 [M]. 3 版. 北京: 中国建筑工业出版社, 2016.

[10]凡开伦.以医疗工艺流程为异向的综合医院医疗空间组织设计研究[D].西安建筑科技大学,2019.

[11]于露.基于医疗工艺流程的大型综合医院的功能布局设计研究[D].山东建筑大学,2018.

[12]胡嘉思,常文心.世界建筑大系:医疗建筑[M].辽宁科学技术出版社,2015.

[13]马孝民.新建医院医疗工艺设计要点[J].中国医院建筑与装备,2012, 13(06):26-29.

[14]刘斌. 医疗工艺流程设计的研究和优化 [J]. 中国医院建筑与装备,2011,12(10):58-61.

- [15]田毅. 医疗工艺设计的实施方法与技巧[J]. 中国医院建筑与装备,2016(09):33-36.
- [16]周兆发.基于一级医疗工艺流程的医院建筑设计浅析[J].中国医院建筑与装备,2018,19(11):75-77.
- [17]海燕,吕志新,张远平. 医疗工艺设计设计[J]. 中国医院建筑与装备, 2016(09):22.
- [18]于冬.医院管理学.医院建筑分册[M].人民卫生出版社, 2003.
- [19]罗浩.大型综合医院医疗功能空间面积指标研究[D].北京建筑大学,2016.
- [20]周亮.模块化综合医院建筑的系统化分级研究[D].同济大学,2008
- [21]胡霞,侯惠荣,孙红兵.论医疗工艺流程与建筑布局的统一[J].中国医院建筑与装备,2010,11(11):76-78.
- [22]王兵,窦睿,刘晓.综合医院急诊科建筑功能单元模块化研究[J].沈阳大学学报(自然科学版),2022,34(6):485-490+504
- [23]金晨晨. 工艺设计与医院建设项目前期策划 [J]. 工程建设与设计,2016,(17):25-28.
- [24]克里斯托弗·纽曼. 医疗工艺设计 “三段论”[J]. 中国医院建筑与装备, 2012,(6):22-5.
- [25]]郭良. 信息化系统对医疗工艺流程的影响[J]. 中国医院建筑与装备, 2016,(9):37-41.
- [26]吴函泽.综合医院改扩建总体布局策略研究[D];大连理工大学, 2016.
- [27]施彤.系统化的医院建筑的总体设计与评估[D];东南大学, 1993.
- [28]杨倩.基于效率评价的综合医院门急诊楼医院街的设计研究[D]:重庆大学, 2014.

- [29]刘男.医院护理单元行为空间设计研究[D];哈尔滨工业大学,2006.
- [30]NESMITH, ELEANORLYNN. Health Care Architecture : designs for the future [M]. Rockport Publishers, Inc, 1983
- [31]FOQUE R, LAMMINEUR M. Designing for patients: a strategy for introducing human scale inhospital design [J]. Design Studies, 1995, 16(1): 29-49.
- [32]HECKER S, WEINSTEIN M, CHAMBERS B. Participatory design [J]. 2005.
- [33]REILING JI H K, BATTLES J B, MARKS E S, et al. Creating a Culture of Patient Safety through Innovative Hospital Design [M]. PubMed, 2005.
- [34]杨帆, 吴燕. “流程组合法” 用于医院建筑设计的探讨[J]. 中外建筑, 2014, (5): 94-6.
- [35]王海燕, 王居召. 浅谈医院建筑设计的六大原则[J]. 山西建筑, 2005, 31(17): 29-31.