



西安交通大学 第二附属医院(西北医院)

The Second Affiliated Hospital Of Xi'an Jiaotong University(Xibe Hospital)

# 病历质量应知应会手册

医信办

2024年1月

## 前 言

为了规范和加强我院的病历质量管理工作，进一步提高医疗质量，改善医疗服务，方便全院医务人员的日常医疗工作，全力做好医院等级评审工作，医信办根据国家最新病案管理相关文件、规范要求，编制《病历质量应知应会手册》，要求我院全体医务人员深入学习、贯彻落实，从而提升医疗质量安全水平，持续推动我院医疗质量高质量发展。

病案与医疗信息管理办公室

2024 年 1 月

## 目 录

第一部分 病历管理制度.....	5
1、病历管理制度是什么？.....	5
2、病历管理制度中的医疗活动全过程具体包括哪些？.....	5
3、哪些文书需医疗机构保存，有何具体要求？.....	5
4、要严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定，具体指哪些相关规定？.....	5
5、病历质量检查、评估与反馈机制具体包括哪些方面？.....	5
6、病历书写时如何做到客观、真实、准确、及时、完整和规范？.....	5
7、要保障病历资料安全，具体要求是什么？.....	5
8、病历内容记录与修改信息可追溯，具体要求是什么？.....	5
9、医疗争议病历，封存有哪些要求？.....	6
10、推行电子病历以及病历的无纸化有哪些注意事项？.....	6
11、何谓电子病历与打印病历？.....	6
第二部分 病历书写基本规范.....	6
1、什么是病历？.....	6
2、什么是病历书写？.....	6
3、病历书写应当遵循什么原则？.....	7
4、病历书写应使用什么墨水？.....	7
5、病历书写的文字要求是什么？.....	7
6、病历书写的基本要求是什么？.....	7
7、当病历书写出现错字时，应如何修改？.....	7
8、病历签字的要求是什么？.....	7
9、病历书写采用什么时间制记录？.....	7
10、医疗工作中，书面知情同意书医患双方签字要求是什么？.....	7
11、门（急）诊病历包括什么内容？.....	7
12、门（急）诊病历首页包括什么内容？.....	7
13、门（急）诊病历记录分类有哪些？分别包括什么内容？.....	8
14、门（急）诊病历记录应当由什么人、什么时间完成？.....	8
15、急诊留观记录是什么？.....	8
16、住院病历包括什么内容？.....	8
17、入院记录是指什么？.....	8
18、入院记录需要什么时间内完成？.....	8
19、入院记录中患者一般情况包括什么内容？.....	8
20、主诉是指什么？.....	8
21、现病史是指什么？具体包括哪些内容？.....	9
22、既往史是指什么？具体包括哪些内容？.....	9
23、个人史包括哪些内容？.....	9
24、婚育史、月经史包括哪些内容？.....	9
25、家族史包括哪些内容？.....	9
26、体格检查书写顺序是什么？具体包括哪些内容？.....	9
27、专科情况有什么要求.....	9
28、辅助检查是指什么？.....	9
29、什么是初步诊断？.....	10
30、再次或多次入院记录是指什么？内容和要求是什么？.....	10
31、24小时内入出院记录内容包括哪些内容？.....	10
32、24小时内入死亡记录内容包括哪些内容？.....	10
33、病程记录是指什么？包括哪些内容？.....	10
34、首次病程记录是指什么？包括哪些内容？.....	10
35、日常病程记录是指什么？包括哪些内容？.....	10
36、上级医师记录是指什么？.....	11

37、上级医师查房记录有哪些要求？	11
38、疑难病例讨论有哪些要求？	11
39、交（接）班记录有哪些要求？	11
40、转科记录有哪些要求？	11
41、阶段小结书写有哪些要求？	11
42、抢救记录书写有哪些要求？	12
43、有创诊疗操作记录有哪些要求？	12
44、会诊记录是指什么？有哪些要求？	12
45、术前小结是指什么？有哪些要求？	12
46、术前讨论记录是指什么？讨论内容包括哪些？	12
47、麻醉术前访视记录是指什么？包括哪些内容？	12
48、麻醉记录是指什么？包括哪些内容？	13
49、手术记录是指什么？包括哪些要求？	13
50、手术安全核查记录是指什么？	13
51、手术清点记录是指什么？包括哪些内容？	13
52、术后首程记录是指什么？包括哪些内容？	13
53、麻醉术后访视记录是指什么？包括什么内容？	13
54、出院记录是指什么？包括哪些内容？	13
55、死亡记录是指什么？包括哪些内容？	14
56、死亡讨论记录是指什么？包括哪些内容？	14
57、病重（病危）患者护理记录是指什么？包括哪些内容？	14
58、手术同意书是指什么？包括哪些内容？	14
59、麻醉同意书是指什么？包括哪些内容？	14
60、输血治疗同意书是指什么？包括哪些内容？	14
61、特殊检查、特殊治疗同意书是指什么？包括哪些内容？	14
62、病危（重）通知书是指什么？包括哪些内容？	15
63、医嘱是指什么？分别包括什么内容？	15
64、医嘱分别包含哪些内容？	15
65、医嘱下达有哪些要求？	15
66、辅助检查报告单是指什么？包括哪些内容？	15
67、体温单包括哪些内容？	15
68、打印病历是指什么？	15
69、打印病历有哪些要求？	15
70、打印病历的修改要求是什么？	16
第三部分 病案首页填写要求	16
1、什么是病案首页？	16
2、病案首页填写基本要求	16
3、病案首页“医疗机构”指什么？	16
4、医疗付费方式分哪些？	16
5、健康卡指什么？	16
6、病案号是指什么？	16
7、年龄填写的要求是什么？	16
8、新生儿填写要求是什么？	16
9、首页出生地指什么？	17
10、首页籍贯指什么？	17
11、职业包含哪些？	17
12、婚姻包含哪些？	17
13、现住址指什么？	17
14、户口指什么？	17
15、工作单位及地址指什么？	17
16、联系人“关系”指什么？	17

17、入院途径指什么？	17
18、对多次转科如何表示？	17
19、实际住院天数怎么计算？	17
20、门（急）诊诊断指什么？	18
21、出院诊断指什么？包含哪些内容？	18
22、损伤、中毒的外部原因指什么？填写要求有哪些？	18
23、病理诊断指什么？填写要求有哪些？	18
24、药物过敏指什么？填写要求有哪些？	18
25、死亡患者尸检指什么？填写要求有哪些？	19
26、血型指什么？填写要求有哪些？	19
27、首页签名部分的要求有哪些？	19
28、手术级别有哪些？	19
29、手术及操作名称指什么？	19
30、切口愈合等级怎么填写？	19
31、麻醉方式指哪些？	20
32、离院方式包含哪些方面？	20
33、是否有出院31天内再住院计划是指什么？	21
34、颅脑损伤患者昏迷时间包含哪些内容？	21
35、住院费用包括哪些内容？	21
<b>第四部分 病案首页数据填写规范</b>	<b>21</b>
1、住院病案首页填写基本原则是什么？	21
2、住院病案首页中常用的标量、称量使用什么标准？	21
3、住院病案首页对疾病诊断和手术操作名称的基本要求是什么？	21
4、首页编码的基本要求是什么？	21
5、首页时间指什么？	21
6、诊断名称包含哪些内容？	21
7、主要诊断指什么？	21
8、主要诊断选择的一般原则是什么？	22
9、如果住院过程中出现比入院诊断更为严重的并发症或疾病时，主要诊断怎么选择？	22
10、肿瘤类疾病主要诊断怎么选择？	22
11、产科的主要诊断怎么选择？	22
12、多部位损伤的主要诊断怎么选择？	22
13、多部位灼伤的主要诊断怎么选择？	22
14、以治疗中毒为主要目的的病例的主要诊断怎么选择？	22
15、其他诊断是指什么？	23
16、其他诊断怎么排序？	23
17、哪些情况应当写入其他诊断？	23
18、由于各种原因导致原诊疗计划未执行、且无其他治疗出院的其他诊断怎么填写？	23
19、手术及操作名称包含哪些反面？	23
20、多个术式时主要手术操作怎么选择？	23
21、各类人员职责是什么？	23
<b>第五部分 病案管理质量控制指标要求</b>	<b>24</b>
1、人力资源配置指标有哪些？	24
2、病历书写时效性指标有哪些？	24
3、CT/MRI检查记录符合率指的是什么？	24
4、病理检查记录符合率指的是什么？	24
5、细菌培养检查记录符合率指的是什么？	24
6、抗菌药物使用记录符合率指的是什么？	24
7、恶性肿瘤化学治疗记录符合率指的是什么？	24
8、恶性肿瘤放射治疗记录符合率指的是什么？	24
9、手术相关记录完整率指的是什么？	24

10、植入物相关记录符合率指的是什么？ .....	25
11、临床用血相关记录符合率指的是什么？ .....	25
12、医师查房记录完整率指的是什么？ .....	25
13、患者抢救记录及时完成率指的是什么？ .....	25
14、出院患者病历2日归档率的达标要求是多少？ .....	25
15、出院患者病历归档完整率指的是什么？ .....	25
16、主要诊断填写正确率指的是什么？ .....	25
17、主要诊断编码正确率指的是什么？ .....	25
18、主要手术填写正确率指的是什么？ .....	25
19、主要手术编码正确率指的是什么？ .....	25
20、不合理复制病历发生率的定义是什么？ .....	26
21、知情同意书规范签署率指的是什么？ .....	26
22、甲级病历率的要求是多少？ .....	26

## 第一部分 病历管理制度

### 1、病历管理制度是什么？

指为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全，对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理的制度。

### 2、病历管理制度中的医疗活动全过程具体包括哪些？

包括门、急诊以及住院等整个诊疗过程。

### 3、哪些文书需医疗机构保存，有何具体要求？

《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）中规定，住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于30年。门、急诊病历若是由医疗机构保管的，保存时间自患者就诊之日起不少于15年。

### 4、要严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定，具体指哪些相关规定？

主要包括但不限于《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国医师法》《中华人民共和国电子签名法》《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》以及《医疗机构管理条例实施细则》《医疗机构病历管理规定》《病历书写基本规范》《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》《电子病历应用管理规范（试行）（2017版）》和《电子病历系统功能规范（试行）2010版》等对医疗文书书写的相关要求。

### 5、病历质量检查、评估与反馈机制具体包括哪些方面？

临床各科室应指定专人负责病历书写质量控制。医疗管理部门应定期抽查，根据病历书写规范要求和质量控制指标进行病历等级评估，并将检查结果通报，与考核管理挂钩，并提出具体整改意见，做好监督和定期反馈。

### 6、病历书写时如何做到客观、真实、准确、及时、完整和规范？

答：客观是指记录患者客观存在的信息；真实、准确是指记录的信息与实际发生的一致；及时是指按照相关规范的不同时限要求完成相应的病历内容书写；完整是指对诊疗活动全过程相关信息进行记录；规范是指记录内容和格式符合国家对病历书写、管理等相关法规、行业规范要求，医学术语应用得当，记录顺序符合逻辑。

### 7、要保障病历资料安全，具体要求是什么？

答：包括但不限于以下几项。

（1）门、急诊病历：由患者负责保管，每次门诊就诊时携带。

（2）住院病历：在患者住院期间，由所在病区统一保管，因工作需要需将住院病历带离病区时，应由病区指定的专门人员负责携带和保管。患者出院后，住院病历由病案与信息管理办公室统一保存、管理。任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。患者病历的借阅、复制、封存和启封应遵照国家和院内规定执行。

### 8. 病历内容记录与修改信息可追溯，具体要求是什么？

病历内容的记录应规范、准确，尽量避免修改。

(1) 纸质病历在书写中若出现错字、错句，应在错字、错句上用双横线标示，并注明修改人及修改时间，不得采用刀刮、胶贴、涂黑、剪贴等方法抹去原来的字迹。

(2) 修改住院电子病历时，系统应当进行身份识别、保存历次修改痕迹、准确的修改时间和修改人信息。病历随患者出院经上级医师审核确认后归档，归档后原则上不得修改。

(3) 特殊情况下确需修改的，需经科主任审签，医务批准后修改。

### **9、医疗争议病历，封存有哪些要求？**

发生医疗争议，需要封存纸质病历时，由患者服务部（夜间、节假日由总值班）和患者或其代理人双方在场的情况下封存纸质病历（原件或复印件均可），必要时可以邀请第三方作为见证人参加封存，封存的纸质病历资料由患者服务部负责保管，病历解封后入病案库保管。

### **10、推行电子病历以及病历的无纸化有哪些注意事项？**

(1) 具有可靠电子签名的电子病历无须打印和医务人员手工签字。

(2) 电子病历保存期限同纸质病历。

(3) 电子病历与纸质病历具有同等法律效力。

(4) 因存档等需要可以将电子病历打印后与非电子化的资料合并形成病案保存。打印的电子病历纸质版本应当统一规格、字体、格式等，其内容应与归档的电子病历完全一致。打印字迹应清楚易认、内容完整，符合病历保存期限和复印的要求。

### **11、何谓电子病历与打印病历？**

根据《电子病历应用管理规范（试行）》第三条的规定，电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式，包括门、急诊病历和住院病历。

根据《病历书写基本规范》第三十一条的规定，打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文档、WPS 文档等）。

## **第二部分 病历书写基本规范**

### **1、什么是病历？**

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门(急)诊病历和住院病历。

### **2、什么是病历书写？**

病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

### **3、病历书写应当遵循什么原则？**

病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

### **4、病历书写应使用什么墨水？**

病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

### **5、病历书写的文字要求是什么？**

病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

### **6、病历书写的基本要求是什么？**

病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

### **7、当病历书写出现错字时，应如何修改？**

病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

### **8、病历签字的要求是什么？**

病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

### **9、病历书写采用什么时间制记录？**

病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。

### **10、医疗工作中，书面知情同意书医患双方签字要求是什么？**

对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

### **11、门（急）诊病历包括什么内容？**

门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页（门（急）诊手册封面）、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

### **12、门（急）诊病历首页包括什么内容？**

门(急)诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

### **13、门(急)诊病历记录分类有哪些？分别包括什么内容？**

门(急)诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

### **14、门(急)诊病历记录应当由什么人、什么时间完成？**

门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

### **15、急诊留观记录是什么？**

急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门(急)诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

### **16、住院病历包括什么内容？**

住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病危(重)通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

### **17、入院记录是指什么？**

入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

### **18、入院记录需要什么时间内完成？**

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成；24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成，24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

### **19、入院记录中患者一般情况包括什么内容？**

患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者。

### **20、主诉是指什么？**

主诉是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间。

## **21、现病史是指什么？具体包括哪些内容？**

现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

(1) 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

(2) 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

(3) 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

(4) 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号(“”)以示区别。

(5) 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

## **22、既往史是指什么？具体包括哪些内容？**

既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

## **23、个人史包括哪些内容？**

个人史是记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

## **24、婚育史、月经史包括哪些内容？**

婚育史、月经史包括婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间(或闭经年龄)，月经量、痛经及生育等情况。

## **25、家族史包括哪些内容？**

家族史包括父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

## **26、体格检查书写顺序是什么？具体包括哪些内容？**

体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部(胸廓、肺部、心脏、血管)，腹部(肝、脾等)，直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

## **27、专科情况有什么要求**

专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

## **28、辅助检查是指什么？**

辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查号。

### **29、什么是初步诊断？**

初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

### **30、再次或多次入院记录是指什么？内容和要求是什么？**

再次或多次入院记录，是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状(或体征)及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

### **31、24小时内入出院记录内容包括哪些内容？**

患者入院不足24小时出院的，可以书写24小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱，医师签名等。

### **32、24小时内入死亡记录内容包括哪些内容？**

患者入院不足24小时死亡的，可以书写24小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过(抢救经过)、死亡原因、死亡诊断，医师签名等。

### **33、病程记录是指什么？包括哪些内容？**

病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

### **34、首次病程记录是指什么？包括哪些内容？**

首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院8小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划等。

(1) 病例特点：应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

(2) 拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；并对下一步诊治措施进行分析。

(3) 诊疗计划：提出具体的检查及治疗措施安排。

### **35、日常病程记录是指什么？包括哪些内容？**

日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少2天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少3天记录一次病程记录。

### **36、上级医师记录是指什么？**

上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

### **37、上级医师查房记录有哪些要求？**

主治医师首次查房记录应当于患者入院48小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

### **38、疑难病例讨论有哪些要求？**

疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

### **39、交（接）班记录有哪些要求？**

交(接)班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后24小时内完成。交(接)班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

### **40、转科记录有哪些要求？**

转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成(紧急情况除外)；转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

### **41、阶段小结书写有哪些要求？**

阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交(接)班记录、转科记录可代替阶段小结。

#### **42、抢救记录书写有哪些要求？**

抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

#### **43、有创诊疗操作记录有哪些要求？**

有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如胸腔穿刺、腹腔穿刺等)的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况，记录过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项及是否向患者说明，操作医师签名。

#### **44、会诊记录是指什么？有哪些要求？**

会诊记录(含会诊意见)是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后48小时内完成，急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后10分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

#### **45、术前小结是指什么？有哪些要求？**

术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况。

#### **46、术前讨论记录是指什么？讨论内容包括哪些？**

术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

#### **47、麻醉术前访视记录是指什么？包括哪些内容？**

麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，

患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

#### **48、麻醉记录是指什么？包括哪些内容？**

麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

#### **49、手术记录是指什么？包括哪些要求？**

手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后24小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

#### **50、手术安全核查记录是指什么？**

手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

#### **51、手术清点记录是指什么？包括哪些内容？**

手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

#### **52、术后首程记录是指什么？包括哪些内容？**

术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

#### **53、麻醉术后访视记录是指什么？包括什么内容？**

麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。

#### **54、出院记录是指什么？包括哪些内容？**

出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后24小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

#### **55、死亡记录是指什么？包括哪些内容？**

死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后24小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过(重点记录病情演变、抢救经过)、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

#### **56、死亡讨论记录是指什么？包括哪些内容？**

死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

#### **57、病重（病危）患者护理记录是指什么？包括哪些内容？**

病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

#### **58、手术同意书是指什么？包括哪些内容？**

手术同意书是指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

#### **59、麻醉同意书是指什么？包括哪些内容？**

麻醉同意书是指麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

#### **60、输血治疗同意书是指什么？包括哪些内容？**

输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

#### **61、特殊检查、特殊治疗同意书是指什么？包括哪些内容？**

特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

#### **62、病危（重）通知书是指什么？包括哪些内容？**

病危(重)通知书是指因患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患者家属告知病情，并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期。一式两份，一份交患方保存，另一份归病历中保存。

#### **63、医嘱是指什么？分别包括什么内容？**

医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

#### **64、医嘱分别包含哪些内容？**

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

#### **65、医嘱下达有哪些要求？**

一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

#### **66、辅助检查报告单是指什么？包括哪些内容？**

辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号(或病案号)、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

#### **67、体温单包括哪些内容？**

体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号(或病案号)、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

#### **68、打印病历是指什么？**

打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历(如Word文档、WPS文档等)。打印病历应当按照本规定的内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。

#### **69、打印病历有哪些要求？**

打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

## 70、打印病历的修改要求是什么？

打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

## 第三部分 病案首页填写要求

### 1、什么是病案首页？

住院病案首页是医务人员使用文字、符号、代码、数字等方式，将患者住院期间相关信息精炼汇总在特定的表格中，形成的病例数据摘要。住院病案首页包括患者基本信息、住院过程信息、诊疗信息、费用信息。

### 2、病案首页填写基本要求

凡栏目中有“□”的，应当在“□”内填写适当阿拉伯数字。栏目中没有可填写内容的，填写“-”。如：联系人没有电话，在电话处填写“-”。

### 3、病案首页“医疗机构”指什么：

“医疗机构”指患者住院诊疗所在的医疗机构名称，按照《医疗机构执业许可证》登记的机构名称填写。组织机构代码目前按照WS218-2002卫生机构（组织）分类与代码标准填写，代码由8位本体代码、连字符和1位检验码组成。

### 4、医疗付费方式分哪些？

医疗付费方式分为：（1）城镇职工基本医疗保险；（2）城镇居民基本医疗保险；（3）新型农村合作医疗；（4）贫困救助；（5）商业医疗保险；（6）全公费；（7）全自费；（8）其他社会保险；（9）其他。应当根据患者付费方式在“□”内填写相应阿拉伯数字。其他社会保险指生育保险、工伤保险、农民工保险等。

### 5、健康卡指什么？

健康卡指在已统一发放“中华人民共和国居民健康卡”的地区填写健康卡号码，尚未发放“健康卡”的地区填写“就医卡号”等患者识别码或暂不填写。

### 6、病案号是指什么？

病案号指本医疗机构为患者住院病案设置的唯一性编码。原则上，同一患者在同一医疗机构多次住院应当使用同一病案号。

### 7、年龄填写的要求是什么？

年龄：指患者的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄。年龄满1周岁的，以实足年龄的相应整数填写；年龄不足1周岁的，按照实足年龄的月龄填写，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30，分子为不足1个月的天数，如“2 15/30月”代表患儿实足年龄为2个月又15天。

### 8、新生儿填写要求是什么？

从出生到28天为新生儿期。出生日为第0天。产妇病历应当填写“新生儿出生体重”；新生儿期住院的患儿应当填写“新生儿出生体重”、“新生儿入院体重”。新生儿出生体重指患儿出生后第一小时内第一次称得的重量，要求精确到10克；新生儿入院体重指患儿入院时称得的重量，要求精确到10克。

#### **9、首页出生地指什么？**

出生地指患者出生时所在地点。

#### **10、首页籍贯指什么？**

籍贯指患者祖居地或原籍。

#### **11、职业包含哪些？**

按照国家标准《个人基本信息分类与代码》（GB/T2261.4）要求填写，共13种职业：11.国家公务员、13.专业技术人员、17.职员、21.企业管理人员、24.工人、27.农民、31.学生、37.现役军人、51.自由职业者、54.个体经营者、70.无业人员、80.退（离）休人员、90.其他。根据患者情况，填写职业名称，如：职员。

#### **12、婚姻包含哪些？**

婚姻指患者在住院时的婚姻状态。可分为：1.未婚；2.已婚；3.丧偶；4.离婚；9.其他。应当根据患者婚姻状态在“□”内填写相应阿拉伯数字。

#### **13、现住址指什么？**

现住址指患者来院前近期的常住地址。

#### **14、户口指什么？**

指患者户籍登记所在地址，按户口所在地填写。

#### **15、工作单位及地址指什么？**

指患者在就诊前的工作单位及地址。

#### **16、联系人“关系”指什么？**

指联系人与患者之间的关系，参照《家庭关系代码》国家标准（GB/T4761）填写：1.配偶，2.子，3.女，4.孙子、孙女或外孙子、外孙女，5.父母，6.祖父母或外祖父母，7.兄、弟、姐、妹，8/9.其他。根据联系人与患者实际关系情况填写，如：孙子。对于非家庭关系人员，统一使用“其他”，并可附加说明，如：同事。

#### **17、入院途径指什么？**

指患者收治入院治疗的来源，经由本院急诊、门诊诊疗后入院，或经由其他医疗机构诊治后转诊入院，或其他途径入院。

#### **18、对多次转科如何表示？**

如果超过一次以上的转科，用“→”转接表示。

#### **19、实际住院天数怎么计算？**

入院日与出院日只计算一天，例如：2011年6月12日入院，2011年6月15日出院，计住院天数为3天。

## **20、门（急）诊诊断指什么？**

指患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在住院证上填写的门（急）诊诊断。

## **21、出院诊断指什么？包含哪些内容？**

指患者出院时，临床医师根据患者所做的各项检查、治疗、转归以及门急诊诊断、手术情况、病理诊断等综合分析得出的最终诊断。

（1）主要诊断：指患者出院过程中对身体健康危害最大，花费医疗资源最多，住院时间最长的疾病诊断。外科的主要诊断指患者住院接受手术进行治疗的疾病；产科的主要诊断指产科的主要并发症或伴随疾病。

（2）其他诊断：除主要诊断及医院感染名称（诊断）外的其他诊断，包括并发症和合并症。  
入院病情指什么？包含哪些内容？

指对患者入院时病情评估情况。将“出院诊断”与入院病情进行比较，按照“出院诊断”在患者入院时是否已具有，分为：1.有；2.临床未确定；3.情况不明；4.无。根据患者具体情况，在每一出院诊断后填写相应的阿拉伯数字。

（1）有：对应本出院诊断在入院时就已明确。例如，患者因“乳腺癌”入院治疗，入院前已经钼靶、针吸细胞学检查明确诊断为“乳腺癌”，术后经病理亦诊断为乳腺癌。

（2）临床未确定：对应本出院诊断在入院时临床未确定，或入院时该诊断为可疑诊断。例如：患者因“乳腺恶性肿瘤不除外”、“乳腺癌？”或“乳腺肿物”入院治疗，因缺少病理结果，肿物性质未确定，出院时有病理诊断明确为乳腺癌或乳腺纤维瘤。

（3）情况不明：对应本出院诊断在入院时情况不明。例如：乙型病毒性肝炎的窗口期、社区获得性肺炎的潜伏期，因患者入院时处于窗口期或潜伏期，故入院时未能考虑此诊断或主观上未能明确此诊断。

（4）无：在住院期间新发生的，入院时明确无对应本出院诊断的诊断条目。例如：患者出现围术期心肌梗死。

## **22、损伤、中毒的外部原因指什么？填写要求有哪些？**

指造成损伤的外部原因及引起中毒的物质，如：意外触电、房屋着火、公路上汽车翻车、误服农药。不可以笼统填写车祸、外伤等。应当填写损伤、中毒的标准编码。

## **23、病理诊断指什么？填写要求有哪些？**

指各种活检、细胞学检查及尸检的诊断，包括术中冰冻的病理结果。病理号：填写病理标本编号。

## **24、药物过敏指什么？填写要求有哪些？**

指患者在本次住院治疗以及既往就诊过程中，明确的药物过敏史，并填写引发过敏反应的具体药物，如：青霉素。

## 25、死亡患者尸检指什么？填写要求有哪些？

指对死亡患者的机体进行剖验，以明确死亡原因。非死亡患者应当在“□”内填写“-”。

## 26、血型指什么？填写要求有哪些？

指在本次住院期间进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者血型。根据患者实际情况填写相应的阿拉伯数字：1.A；2.B；3.O；4.AB；5.不详；6.未查。如果患者无既往血型资料，本次住院也未进行血型检查，则按照“6.未查”填写。“Rh”根据患者血型检查结果填写。

## 27、首页签名部分的要求有哪些？

签名部分可由相应医师、护士、编码员手写签名或使用可靠的电子签名。

(1) 医师签名要能体现三级医师负责制。三级医师指住院医师、主治医师和具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师。在三级医院中，病案首页中“科主任”栏签名可以由病区负责医师代签，其他级别的医院必须由科主任亲自签名，如有特殊情况，可以指定主管病区的负责医师代签。

(2) 责任护士：指在已开展责任制护理的科室，负责本患者整体护理的责任护士。

(3) 编码员：指负责病案编目的分类人员。

(4) 质控医师：指对病案终末质量进行检查的医师。

(5) 质控护士：指对病案终末质量进行检查的护士。

(6) 质控日期：由质控医师填写。

## 28、手术级别有哪些？

手术级别指按照《医疗技术临床应用管理办法》（卫医政发〔2009〕18号）要求，建立手术分级管理制度。根据风险性和难易程度不同，手术分为四级，填写相应手术级别对应的阿拉伯数字：

(1) 一级手术（代码为1）：指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术；

(2) 二级手术（代码为2）：指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

(3) 三级手术（代码为3）：指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；

(4) 四级手术（代码为4）：指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

## 29、手术及操作名称指什么？

指手术及非手术操作（包括诊断及治疗性操作，如介入操作）名称。表格中第一行应当填写本次住院的主要手术和操作名称。

## 30、切口愈合等级怎么填写？

按以下要求填写：

切口分组	切口等级/愈合类别	内涵
0类切口		有手术，但体表无切口或腔镜手术切口
I类切口	I/甲	无菌切口/切口愈合良好
	I/乙	无菌切口/切口愈合欠佳
	I/丙	无菌切口/切口化脓
	I/其他	无菌切口/出院时切口愈合情况不确定
II类切口	II/甲	沾染切口/切口愈合良好
	II/乙	沾染切口/切口愈合欠佳
	II/丙	沾染切口/切口化脓
	II/其他	沾染切口/出院时切口愈合情况不确定
III类切口	III/甲	感染切口/切口愈合良好
	III/乙	感染切口/切口欠佳
	III/丙	感染切口/切口化脓
	III/其他	感染切口/出院时切口愈合情况不确定

(1) 0类切口：指经人体自然腔道进行的手术以及经皮腔镜手术，如经胃腹腔镜手术、经脐单孔腹腔镜手术等。

(2) 愈合等级“其他”：指出院时切口未达到拆线时间，切口未拆线或无需拆线，愈合情况尚未明确的状态。

### 31、麻醉方式指哪些？

指为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法，如全麻、局麻、硬膜外麻等。

### 32、离院方式包含哪些方面？

离院方式指患者本次住院出院的方式，填写相应的阿拉伯数字。主要包括：

(1) 医嘱离院（代码为1）：指患者本次治疗结束后，按照医嘱要求出院，回到住地进一步康复等情况。

(2) 医嘱转院（代码为2）：指医疗机构根据诊疗需要，将患者转往相应医疗机构进一步诊治，用于统计“双向转诊”开展情况。如果接收患者的医疗机构明确，需要填写转入医疗机构的名称。

(3) 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院（代码为3）：指医疗机构根据患者诊疗情况，将患者转往相应社区卫生服务机构进一步诊疗、康复，用于统计“双向转诊”开展情况。如果接收患者的社区卫生服务机构明确，需要填写社区卫生服务机构/乡镇卫生院名称。

(4) 非医嘱离院（代码为4）：指患者未按照医嘱要求而自动离院，如：患者疾病需要住院治疗，但患者出于个人原因要求出院，此种出院并非由医务人员根据患者病情决定，属于非医嘱离院。

(5) 死亡（代码为5）。指患者在住院期间死亡。

(6) 其他(代码为9): 指除上述5种出院去向之外的其他情况。

### **33、是否有出院31天内再住院计划是指什么?**

指患者本次住院出院后31天内是否有诊疗需要的再住院安排。如果有再住院计划, 则需要填写目的, 如: 进行二次手术。

### **34、颅脑损伤患者昏迷时间包含哪些内容?**

指颅脑损伤的患者昏迷的时间合计, 按照入院前、入院后分别统计, 间断昏迷的填写各段昏迷时间的总和。只有颅脑损伤的患者需要填写昏迷时间。

### **35、住院费用包括哪些内容?**

总费用指患者住院期间发生的与诊疗有关的所有费用之和, 凡可由医院信息系统提供住院费用清单的, 住院病案首页中可不填写。已实现城镇职工、城镇居民基本医疗保险或新农合即时结报的地区, 应当填写“自付金额”。

## **第四部分 病案首页数据填写规范**

### **1、住院病案首页填写基本原则是什么?**

住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范, 项目填写完整, 准确反映住院期间诊疗信息。

### **2、住院病案首页中常用的标量、称量使用什么标准?**

应当使用国家计量标准和卫生行业通用标准。

### **3、住院病案首页对疾病诊断和手术操作名称的基本要求是什么?**

名称使用规范, 诊断依据应在病历中可追溯。

### **4、首页编码的基本要求是什么?**

疾病诊断编码应当统一使用ICD-10, 手术和操作编码应当统一使用ICD-9-CM-3。使用疾病诊断相关分组(DRGs)开展医院绩效评价的地区, 应当使用临床版ICD-10和临床版ICD-9-CM-3。

### **5、首页时间指什么?**

入院时间是指患者实际入病房的接诊时间; 出院时间是指患者治疗结束或终止治疗离开病房的时间, 其中死亡患者是指其死亡时间; 记录时间应当精确到分钟。

### **6、诊断名称包含哪些内容?**

诊断名称一般由病因、部位、临床表现、病理诊断等要素构成。出院诊断包括主要诊断和其他诊断(并发症和合并症)。

### **7、主要诊断指什么?**

主要诊断一般是患者住院的理由, 原则上应选择本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断。

## 8、主要诊断选择的一般原则是什么？

(1) 病因诊断能包括疾病的临床表现，则选择病因诊断作为主要诊断。

(2) 以手术治疗为住院目的的，则选择与手术治疗相一致的疾病作为主要诊断。

(3) 以疑似诊断入院，出院时仍未确诊，则选择临床高度怀疑、倾向性最大的疾病诊断作为主要诊断。

(4) 因某种症状、体征或检查结果异常入院，出院时诊断仍不明确，则以该症状、体征或异常的检查结果作为主要诊断。

(5) 疾病在发生发展过程中出现不同危害程度的临床表现，且本次住院以某种临床表现为诊治目的，则选择该临床表现作为主要诊断。

疾病的临终状态原则上不能作为主要诊断。

(6) 本次住院仅针对某种疾病的并发症进行治疗时，则该并发症作为主要诊断。

## 9、如果住院过程中出现比入院诊断更为严重的并发症或疾病时，主要诊断怎么选择？

按以下原则选择主要诊断：

(1) 手术导致的并发症，选择原发病作为主要诊断。

(2) 非手术治疗或出现与手术无直接相关性的疾病，按第十条选择主要诊断。

## 10、肿瘤类疾病主要诊断怎么选择？

按以下原则选择主要诊断：

(1) 本次住院针对肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，选择肿瘤为主要诊断。

(2) 本次住院针对继发肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，即使原发肿瘤依然存在，选择继发肿瘤为主要诊断。

(3) 本次住院仅对恶性肿瘤进行放疗或化疗时，选择恶性肿瘤放疗或化疗为主要诊断。

(4) 本次住院针对肿瘤并发症或肿瘤以外的疾病进行治疗的，选择并发症或该疾病为主要诊断。

## 11、产科的主要诊断怎么选择？

应当选择产科的主要并发症或合并症。没有并发症或合并症的，主要诊断应当由妊娠、分娩情况构成，包括宫内妊娠周数、胎数（G）、产次（P）、胎方位、胎儿和分娩情况等。

## 12、多部位损伤的主要诊断怎么选择？

以对健康危害最大的损伤或主要治疗的损伤作为主要诊断。

## 13、多部位灼伤的主要诊断怎么选择？

以灼伤程度最严重部位的诊断为主要诊断。在同等程度灼伤时，以面积最大部位的诊断为主要诊断。

## 14、以治疗中毒为主要目的的病例的主要诊断怎么选择？

选择中毒为主要诊断，临床表现为其他诊断。

### **15、其他诊断是指什么？**

是指除主要诊断以外的疾病、症状、体征、病史及其他特殊情况，包括并发症和合并症。

并发症是指一种疾病在发展过程中引起的另一种疾病，后者即为前者的并发症。

合并症是指一种疾病在发展过程中出现的另外一种或几种疾病，后发生的疾病不是前一种疾病引起的。合并症可以是入院时已存在，也可以是入院后新发生或新发现的。

### **16、其他诊断怎么排序？**

填写其他诊断时，先填写主要疾病并发症，后填写合并症；先填写病情较重的疾病，后填写病情较轻的疾病；先填写已治疗的疾病，后填写未治疗的疾病。

### **17、哪些情况应当写入其他诊断？**

入院前及住院期间与主要疾病相关的并发症；现病史中涉及的疾病和临床表现；住院期间新发生或新发现的疾病和异常所见；对本次住院诊治及预后有影响的既往疾病。

### **18、由于各种原因导致原诊疗计划未执行、且无其他治疗出院的其他诊断怎么填写？**

由于各种原因导致原诊疗计划未执行、且无其他治疗出院的，原则上选择拟诊疗的疾病为主要诊断，并将影响原诊疗计划执行的原因（疾病或其他情况等）写入其他诊断。

### **19、手术及操作名称包含哪些方面？**

一般由部位、术式、入路、疾病性质等要素构成。

### **20、多个术式时主要手术操作怎么选？**

主要手术首先选择与主要诊断相对应的手术。一般是技术难度最大、过程最复杂、风险最高的手术，应当填写在首页手术操作名称栏中第一行。

既有手术又有操作时，按手术优先原则，依手术、操作时间顺序逐行填写。

仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的、主要的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作），后依时间顺序逐行填写其他操作。

### **21、各类人员职责是什么？**

临床医师、编码员及各类信息采集录入人员，在填写病案首页时应当按照规定的格式和内容及时、完整和准确填报。

（1）临床医师应当按照本规范要求填写诊断及手术操作等诊疗信息，并对填写内容负责。

（2）编码员应当按照本规范要求准确编写疾病分类与手术操作代码。临床医师已作出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的，编码员可按分类规则实施编码。

（3）信息管理人员应当按照数据传输接口标准及时上传数据，确保住院病案首页数据完整、准确。

## 第五部分 病案管理质量控制指标要求

### 1、人力资源配置指标有哪些？

- (1) 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数
- (2) 门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数
- (3) 病案编码人员月均负担出院患者病历数

住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映住院期间诊疗信息。

### 2、病历书写时效性指标有哪些？

- (1) 入院记录24小时内完成率100%
- (2) 手术记录24小时内完成率100%
- (3) 出院记录24小时内完成率100%
- (4) 病案首页24小时内完成率100%

### 3、CT/MRI检查记录符合率指的是什么？

CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应是指在接受CT/MRI检查的住院患者病历中，CT/MRI相关医嘱、报告单完整，检查结果及分析在病程记录中有相应记录。

### 4、病理检查记录符合率指的是什么？

是指在开展病理检查的住院患者病历中，病理检查报告单完整，取材情况和病理结果分别在手术记录、病程记录中有相应记录。

### 5、细菌培养检查记录符合率指的是什么？

细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应是指在开展细菌培养检查的住院患者病历中，细菌培养检查相关医嘱、报告单完整，培养结果及分析在病程记录中有相应记录。

### 6、抗菌药物使用记录符合率指的是什么？

(1) 抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应是指在使用抗菌药物治疗的住院患者病历中，抗菌药物使用相关医嘱单完整，使用情况在病程记录中有相应记录。

- (2) 抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号）。

### 7、恶性肿瘤化学治疗记录符合率指的是什么？

恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历中，化学治疗医嘱完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

### 8、恶性肿瘤放射治疗记录符合率指的是什么？

恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历中，放射治疗医嘱（治疗单）完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

### 9、手术相关记录完整率指的是什么？

是指在接受手术治疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）等文件要求。

#### **10、植入物相关记录符合率指的是什么？**

是指植入物条形码齐全，植入物种类和数量等情况在手术记录或病程记录中有相应记录。

#### **11、临床用血相关记录符合率指的是什么？**

临床用血相关记录符合是指输血知情同意书、医嘱、输血记录单等相关内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第85号）等文件要求。

#### **12、医师查房记录完整率指的是什么？**

医师查房记录完整是指医师查房记录频次、书写等符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

#### **13、患者抢救记录及时完成率指的是什么？**

是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

#### **14、出院患者病历2日归档率的达标要求是多少？**

达到95%

#### **15、出院患者病历归档完整率指的是什么？**

病历内容完整是指归档病历内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

#### **16、主要诊断填写正确率指的是什么？**

是指主要诊断填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》（卫医政发〔2011〕84号）《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》（国卫办医发〔2016〕24号）要求。

#### **17、主要诊断编码正确率指的是什么？**

主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。

#### **18、主要手术填写正确率指的是什么？**

主要手术操作填写正确是指主要手术填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》（卫医政发〔2011〕84号）《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》（国卫办医发〔2016〕24号）相关要求。

#### **19、主要手术编码正确率指的是什么？**

主要手术编码正确是指主要手术编码符合国家统一发布的最新的《手术操作与分类代码国家临床版》有关要求。

**20、不合理复制病历发生率的定义是什么？**

是指首次病程记录病例特点与入院记录、现病史完全相同；拟诊讨论部分重复病例特点；2次以上病程记录完全相同；同科同种疾病拟诊讨论内容完全相同。

**21、知情同意书规范签署率指的是什么？**

是指病历中各类知情同意书签署符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）《医疗纠纷预防和处置条例》（中华人民共和国国务院令701号）有关规定。

**22、甲级病历率的要求是多少？**

大于90%