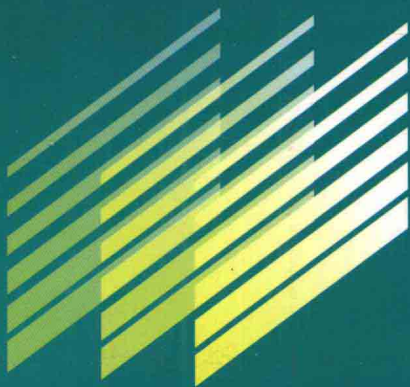


乡村医疗机构 医疗文书书写规范 及管理规定

湖南省卫生厅编



湖南科学技术出版社

乡村医疗机构 医疗文书书写规范 及管理规定

湖南省卫生厅编



K 湖南科学技术出版社

图书在版编目(C I P)数据

乡村医疗机构医疗文书书写规范及管理规定 / 湖南省
卫生厅编—长沙: 湖南科学技术出版社, 2008.9
ISBN 978-7-5357-5439-4

I.乡… II.湖… III.病案—书写规则 IV.R197.323

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第150317号

乡村医疗机构医疗文书书写规范及管理规定

编 者: 湖南省卫生厅

责任编辑: 李 忠

出版发行: 湖南科学技术出版社

社 址: 长沙市湘雅路276号

<http://www.hnstp.com>

印 刷: 长沙海德印务有限公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址: 长沙市体院路500号

邮 编: 410014

出版日期: 2008年9月 第1版 第1次

开 本: 787mm×1092mm 1/32

印 张: 5.5

插 页: 3

字 数: 120000

书 号: ISBN 978-7-5357-5439-4

定 价: 12.00元

(版权所有·翻印必究)

编写说明

为规范乡村两级医疗机构医疗文书，促进基层医务人员客观、真实、准确、及时、完整地书写医疗文书，我厅根据有关法律法规和规章，结合乡村医疗卫生机构实际，组织有关专家制定了湖南省《乡村医疗机构医疗文书书写规范及管理规定》。

本书共分为两部分6章。第一部分为第一章至第五章，是关于乡镇卫生院医疗文书书写的有关规定和要求，包括病历书写规范、处方书写规范、住院病例（案）医疗质量评定标准、病案管理、各种医疗工作记录书写格式与要求等；第二部分为第六章，是关于村卫生室医疗工作记录的有关规定和要求。

在本规范制定过程中，符岭华、许树梧、王平、蒋再轶、周维强等专家、教授参与全程起草工作；湖南省医院协会精心组织起草工作，并多次组织讨论会，反复征求意见；各市、州卫生局也积极组织本辖区范围内的相关专业人员进行讨论，提出了许多宝贵意见和建议。在此，谨一并致以诚挚的谢意。

湖南省卫生厅

2008年9月10日

目 录

第一章 病历书写规范及管理规定	(1)
第一节 概述	(1)
一、病历分类	(1)
二、基本规定	(2)
第二节 门（急）诊病历书写规范	(4)
一、门（急）诊病历（西医部分）	(4)
二、门诊病历（中医部分）	(13)
第三节 住院病案及各种医疗记录	(16)
一、住院病案首页	(17)
二、入院记录	(21)
三、产科入院、诊疗、出院记录	(26)
四、转院记录	(36)
五、病程记录	(38)
六、临床诊疗记录	(43)
七、术前小结	(45)
八、术前讨论记录	(45)
九、手术记录	(48)
十、麻醉记录	(51)
十一、出院记录	(58)
十二、死亡记录	(60)
十三、24 小时内入院死亡记录	(61)

十四、疑难、危重病例讨论记录	(63)
十五、死亡病例讨论记录	(65)
第四节 住院医嘱书写规范	(67)
一、一般要求	(67)
二、医嘱单	(69)
第五节 其他医疗记录	(74)
一、入院医患谈话记录	(74)
二、输血治疗同意书	(75)
三、手术同意书	(76)
四、麻醉同意书	(77)
五、特殊检查和治疗知情同意书	(78)
六、麻醉药品和第一类精神药品使用知情同意书	(79)
第六节 各种申请单和报告单	(81)
一、基本要求	(81)
二、X 线检查	(81)
三、超声检查	(85)
四、检验	(86)
五、输血	(88)
六、心电图	(90)
第七节 病历排列顺序	(92)
一、住院病历	(92)
二、出院病历	(94)
第二章 处方书写规范及管理规定	(95)
一、处方的类型与内容	(95)
二、处方权的管理	(96)
三、处方的开具	(97)
四、处方的调剂	(100)
五、处方的管理	(102)
六、法律责任	(102)

七、处方样板格式及质量评价标准	(104)
八、处方书写质量评分细则	(112)
第三章 住院病例(案) 医疗质量评定标准	(114)
一、病例分型标准	(114)
二、医疗缺陷的分度	(115)
三、医疗缺陷的种类及分度判定标准	(116)
四、医疗缺陷的分级标准	(122)
五、门诊病历(初诊)质量评分分级标准	(122)
第四章 病案管理	(124)
一、病案管理机构	(124)
二、病案借阅制度	(124)
三、病案管理工作	(125)
四、病案查阅复印与封存管理	(126)
第五章 各种医疗工作记录书写格式与要求	(129)
一、门诊病人就诊登记本	(129)
二、急诊(留观)病人就诊登记本	(129)
三、住院病人登记本	(129)
四、医技科室工作登记本	(129)
五、危重病例抢救登记本	(129)
六、临床医师交接班工作记录本	(130)
七、疑难危重病人讨论记录本	(130)
八、死亡病例讨论记录本	(130)
第六章 村卫生室医疗工作记录格式与要求	(149)
一、医疗工作记录	(149)
二、静脉输液医嘱卡	(153)
三、转诊记录卡	(154)
附录一 门诊病历	(156)
附录二 急诊(留观)病历	(158)

第一章 病历书写规范及管理规定

第一节 概 述

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、整理而形成医疗活动记录的行为。

病历书写应该客观、真实、准确、及时、完整。

一、病历分类

病历一般分为门（急）诊病历、住院病历两大类。

（一）门（急）诊病历

1. 门诊病历：是指病人在门诊就诊时的全部诊疗资料。门诊病人用门诊病历本。

2. 急诊（留观）病历：急诊病历是指病人在急诊就诊时的全部诊疗资料。急诊病人用急诊病历本。留观病历是指病人在急诊或门诊就诊时住入急诊留观室期间的全部资料。急诊留观病人通常使用急诊留观病历。门诊治疗观察者应在门诊记录下继续书写治疗观察记录。

（二）住院病历

住院病历是指病人在住院期间的全部诊疗资料，包括住院病案首页、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手

术同意书、麻醉记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录（或死亡记录）、病程记录（含抢救记录）、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

归入病案室的病历称病案，是病人住院期间的全部医疗、护理记录及各种检查报告单汇总而成的医疗档案。

二、基本规定

（一）要求

乡镇卫生院医疗执业人员类别有临床、口腔、中医、公共卫生 4 类。按执业有关规定，上述人员书写医疗记录时，临床和口腔类别执业人员按西医病历书写规范执行，中医类别执业人员按中医病历书写规范执行，公共卫生类别执业人员从事预防、保健等工作，应按规定书写各种工作记录，以存档备查。

乡镇卫生院医疗文件按其工作特点可分为门（急）诊医疗记录、住院医疗记录、预防保健和管理工作记录。执业人员应根据所实施的各类工作进行及时、准确、真实、完整的记录，并根据有关规定保存备查。

（二）格式

住院病历纸张规格为 26 cm × 18.4 cm（16 开纸张）。各种申请单或报告单纸张应与住院病历大小相匹配。家庭病床病人的病历应按住院病历格式、内容书写。

各级医师签字部位应为右下部分，并冠以职称，签全名，清晰可认。

（三）时限

门（急）诊病历记录应当由接诊医师在病人就诊时完

成。急诊病历书写的就诊时间应当具体到分钟。观察记录应即时书写。

因抢救危重病人而未能及时书写病历时，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。

入院记录应于病人入院后 24 小时内完成。病人入院不足 24 小时死亡时，可以书写 24 小时内入院死亡记录，由当班医师立即记录，并于病人死亡后 24 小时内完成。

首次病程记录应在病人入院 8 小时内由经治医师或值班医师书写。

日常病程记录时，对病危病人应根据病情变化随时书写，每天至少 1 次，记录时间应具体到分钟；对病重病人，至少 2 天记录 1 次；对病情稳定的病人，至少 3 天记录 1 次；对病情稳定的慢性病病人，至少 5 天记录 1 次。

上级医师首次查房记录应当于病人入院 48 小时内完成。

手术记录应由手术者于术后 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。

出院记录、死亡记录应在病人出院或死亡后 24 小时内由经治医师完成。记录死亡的时间应具体到分钟。

死亡病例讨论记录应在病人死亡 1 周内，由乡镇卫生院业务负责人或科主任主持、组织完成。

(四) 注意事项

病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。

病历书写应使用蓝黑墨水、碳素墨水，门（急）诊病历和需要复写的资料可使用蓝色或黑色油水的圆珠笔。机器打印不能使用热敏纸。病历书写应文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通畅，标点正确。书写过程中应尽量避免错别字，出现错别字时，应用双线画在错字上，不得采用

刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。不得使用自创字。

病历填写的一般项目应准确详细，各级医师书写要签全名。

住院病人的疾病诊断名称按 ICD-10 规范书写，患有多种疾病时，应按主次先后排列书写。

第二节 门（急）诊病历书写规范

一、门（急）诊病历（西医部分）

由于全省乡镇卫生院大小、规模不一，门（急）诊病人就诊量多少不等，因此，门（急）诊病历书写要求也有所不同。原则上全省所有中心卫生院或设置有急诊科（室）的卫生院，门诊病人使用门诊病历，急诊病人使用急诊病历，其他卫生院门（急）诊病人均使用门诊病历。

（一）门诊病历

【要求】

1. 门诊病历封面原则上由病人填写，内容应包括病人姓名、性别、年龄、籍贯、职业、住址等项目。其中年龄要写具体年龄，不能写“成”。

2. 门诊病历记录应当由接诊医师在病人就诊时完成。如系新病就诊，应按初诊病历格式书写；如系旧病复诊，则按复诊病历格式书写。初诊病人病史及体格检查要求比较全面，以便复诊时参考。

3. 乡镇卫生院应建立门诊病人就诊登记本，项目齐全，填写完整，保存备查，格式及要求见第五章。

4. 门诊病历规格以小 32 开为宜，样本见附录一。

【格式】

初诊格式

×科：×年×月×日

主诉：

现病史：

既往史、个人史、家族史等（要求简要记录与本次发病有关的病史或其他有意义的病史）

体格检查：（主要记录阳性体征及有意义的阴性体征）

辅助检查结果：

初步诊断：

处理与建议：（1）

（2）

医师签名：×××

复诊格式

×科：×年×月×日

病史：（1）上次诊治后的情况。

（2）上次建议检查的结果。

体格检查：（主要记录阳性体征变化和新的阳性体征）

辅助检查结果：

诊断：（诊断无改变者不必再写；诊断有改变者，应重新写诊断）

处理与建议：（1）

（2）

医师签名：×××

【示例】

初诊示例

内科：1994.3.20.

阵发性咳嗽半个月。

半个月前受凉后开始咳嗽，呈阵发性，咳少量白色黏稠痰，无畏冷发热，无咯血及胸痛。曾服止咳糖浆等3天，效果不好。

既往有10余年慢性咳嗽史，曾诊断为“慢性支气管炎”，不吸烟。否认肺结核病史。

体格检查：BP 128/80 mmHg，无呼吸困难，唇不发绀，双肺有散在干啰音，未闻及湿啰音，心率90次/min，律齐，无杂音，腹平软，无压痛，肝、脾未触及，双下肢无水肿。

血常规：Hb 120 g/L，WBC $11.0 \times 10^9/L$ ，N 0.8，L 0.2。

初步诊断：慢性支气管炎急性发作

处理：（1）X线胸片

（2）交沙霉素 0.2 tid $\times$ 3

（3）复方甘草糖浆 10 mL tid $\times$ 3

医师签名：刘 $\times$ $\times$

复诊示例

内科：1994.3.25.

经以上处理后咳嗽稍缓解，已不咳痰。

体格检查：一般情况可，双肺未闻及干、湿啰音。

X线胸片：双肺纹理增粗，无器质性病变，心影正常。

处理：（1）复方甘草糖浆 10 mL tid $\times$ 3

（2）交沙霉素 0.2 tid $\times$ 3

医师签名：刘 $\times$ $\times$

（二）急诊病历

【要求】

1. 凡来急诊科（室）就诊者，必须使用急诊病历；未设置急诊科（室）的卫生院可用门诊病历。

2. 急诊病历封面由医护人员协助就诊者填写。

3. 急诊病历封面内容应包括病人姓名、性别、年龄或出生年月、籍贯、民族、婚姻、职业、身份证号码、工作单位、详细地址、药物过敏史以及护送者的情况和联系电话等项目。

4. 急诊病历内容包括病历封面、三测单、病案单、处方单、护理记录单、化验单、医学影像等检查结果粘贴处等（统一为 16 开本，各项内容合计以 20 面为宜）。

5. 急诊时须记录就诊科别及时间。就诊时间要具体到 × 年 × 月 × 日 × 时 × 分。

6. 设置有急诊科（室）的卫生院应建立急诊病人就诊登记本（见第五章），项目齐全，记录完整，存档备查。

7. 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封面、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、护士签名等。

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

8. 急诊病历记录由接诊医师于病人就诊时完成。书写记录要重点突出，并随时做好补充记录。

9. 急诊抢救危重病人时，应按湖南省卫生厅下发的《病历书写规范与管理规定及病例（案）医疗质量评定标准》规定书写抢救记录。

10. 急诊病历去向：

（1）病人就诊后：自行妥善保管，复诊时可重复使用，以便医师参考。

(2) 留院观察者，可以此做留观记录；需住院者，可作为入院前诊治记录，供医师参考。

(3) 凡病人死亡者，病历一律由急诊科（室）保存，不得擅自带出。

11. 急诊（留观）病历规格以小 32 开为宜，样本见附录二。

【格式】

首诊记录

急诊科别：就诊时间（×年×月×日×时×分）

主诉：

现病史：

既往史（包括个人史、家族史，女性病人还要包括月经、生育史等，要求简明记录与本次发病有关的内容）

体格检查：（T、P、R、BP，主要记录阳性体征以及有意义的阴性体征）

辅助检查：

初步诊断：

处理与建议：（1）

（2）

医师签名：×××

【示例】

外科急诊：就诊时间 1994.3.12. 8:00

转移性右下腹疼痛 4 小时。

4 小时前突然发生上腹部疼痛，但不能指出具体部位，自觉畏寒发热，全身不适，伴恶心，未呕吐，近 3 小时疼痛局限在右下腹部，为持续性，未见缓解。大、小便均正常。过去无类似病史。

体格检查：T 38.5 ℃，P 120 次/min，R 18 次/min，BP 100/70 mmHg，痛苦面容，无气促及发绀，双肺无啰音，心率 120 次/min，腹平，呼吸运动无明显受限，右下腹局限性肌紧张，麦氏点有中度压痛和反跳痛，未触及包块，肠鸣音正常。

血常规：WBC $9.9 \times 10^9/L$ ，N 0.80，L 0.20。

尿常规：正常。

大便常规：正常。

X 线胸片：正常。

初步诊断：急性阑尾炎

处理：住院。

医师签名：王 × ×

（三）留观病历

留院观察（简称留观）是门（急）诊病人常需接受的医疗处置之一。留观病历应反映病人就诊时的病情和观察期间的症状变化，各种诊治过程和效果，是诊疗工作持续进行的重要依据，必须以极端负责的精神和严谨科学的态度书写，做到及时、准确、全面。

【要求】

1. 留观室应建立留观病人登记本，项目齐全，填写完整、及时，保存备查。留观病人登记本格式见第五章。

2. 急诊科就诊病例需留院观察者，急诊首诊病历可作为留观病历，不必另写留观病历，但需开出治疗处方及写明留观注意事项，并向下一值班医师作床头交接班。

3. 由普通门诊转来的留观者，应按照首诊负责制的要求，由转来科室写好门诊病历，提出初步诊断意见及留观目的和注意事项，并将病人护送到急诊科（室）就诊。

4. 急诊值班医师接到普通门诊转来的留观病例，要在急诊（留观）病历本上书写病历。必须按急诊要求重新询问病史，全面检查，提出初步诊断，写出留观处方。

5. 留观病历每天应有医师查房记录。如有病情变化，必须准确、及时记录诊治过程。抢救危重病人应有抢救记录。

6. 留观时间不宜超过 48 小时。对诊断不明、病情重的病人，应及时转入病房或转上级医院继续诊治。并应写好有关记录。

7. 由普通门诊转来对治疗进行观察、时间在 6 小时以内的病人，值班医师应按相关规定将治疗、观察情况记录于门诊病历内，要记明时间，并有医师签名。观察中如出现异常情况，应告知其亲属或代理人，同时进行及时处理，并做好相关记录。

8. 留观病例的最后转归（如住院、转院、回家、死亡）应有记录。

9. 危重病人转院应有专人护送，需当面床头交接班。

10. 留观出院者带药一般不超过 3 天，急诊休息证明一般不超过 7 天。

11. 死亡病历一律留院保存，不得流失或外借。

【格式】

一般资料：见附录二。

科别：就诊时间（×年×月×日×时×分）

主诉：

现病史（包括起病时间、主要症状、发生发展、重要阳性体征及有关阴性体征、诊治过程）

既往史（以往健康状况，曾患过的重大疾病，或与本次疾病有关的病史）