

LINCHUANG LUJING

BINGLI SHUXIE YU

PINGJIA BIAOZHUN

临床路径病历书写 与 评价标准

主编 刘爱民 刘春玲



中国协和医科大学出版社

临床路径病历 书写与评价标准

主 编：刘爱民 刘春玲

副主编：李 恬 吴爱华

编 者：冯 源 张一辉 刘 华 侯东敏 卜晓英 胡燕生
吴秀兰 赵海平 程 石 叶京明 罗 奕 王星宇
刘东慧 孟 莉 夏志伟 刘晋才 李成义 王新生
叶 辉 黄碧波 吴韞宏 李丽华 张燕宏 焦建军
楚恒群 左 力 李春英 秦安京
校 对：李 蓓 韩宝泉



NLIC2970887679

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床路径病历书写与评价标准 / 刘爱民、刘春玲主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2012. 10
ISBN 978 - 7 - 81136 - 744 - 7

I. ①临… II. ①刘… ②刘… III. ①病案 - 书写规则 IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 201963 号

临床路径病历书写与评价标准

主 编: 刘爱民 刘春玲

责任编辑: 吴桂梅 林 娜

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 889 × 1194 1/16 开

印 张: 53.5

字 数: 1500 千字

版 次: 2013 年 3 月第 1 版 2013 年 3 月第 1 次印刷

印 数: 1—3000

定 价: 168.00 元

ISBN 978 - 7 - 81136 - 744 - 7/R · 744

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

目 录

一、呼吸内科	1
(一) 肺血栓栓塞症 (中低危)	1
(二) 肺血栓栓塞症 (高危)	6
(三) 社区获得性肺炎	11
(四) 慢性阻塞性肺疾病急性加重期	16
(五) 支气管扩张症	21
(六) 支气管哮喘	26
(七) 自发性气胸	31
二、消化内科	36
(一) 肝硬化腹水	36
(二) 急性胰腺炎	43
(三) 胆总管结石	49
(四) 胃十二指肠溃疡	55
(五) 大肠息肉	61
(六) 反流性食管炎	67
三、心血管内科	73
(一) 不稳定性心绞痛	73
(二) 慢性稳定性心绞痛	81
(三) 急性非 ST 段抬高性心肌梗死	88
(四) 急性 ST 段抬高性心肌梗死	96
(五) 急性左心功能衰竭	104
(六) 病态窦房结综合征	110
(七) 持续性室性心动过速	116
四、血液内科	128
(一) 特发性血小板减少性紫癜	128
(二) 急性早幼粒细胞白血病	134
(三) 完全缓解急性早幼粒细胞白血病	141
五、肾脏内科	148
(一) 终末期肾脏病	148
(二) 急性肾损伤	154
(三) 狼疮性肾炎行肾穿刺活检	161
(四) IgA 肾病行肾穿刺活检	167
六、内分泌科	174
(一) 1 型糖尿病	174

(二) 2 型糖尿病	180
(三) 嗜铬细胞瘤/副神经节瘤	186
(四) 库欣综合征	191
(五) Graves 病	196
七、神经内科	201
(一) 短暂性脑缺血发作	201
(二) 脑出血	207
(三) 吉兰-巴雷综合征	212
(四) 多发性硬化复发期	218
(五) 癫痫	224
(六) 重症肌无力	229
八、普通外科	234
(一) 胃十二指肠溃疡	234
(二) 急性乳腺炎	243
(三) 直肠息肉	251
(四) 门静脉高压症——上消化道出血	259
(五) 腹股沟疝	268
(六) 下肢静脉曲张	276
(七) 血栓性外痔	284
(八) 急性单纯性阑尾炎	291
(九) 结节性甲状腺肿	299
(十) 乳腺癌	307
九、神经外科	315
(一) 颅前窝底脑膜瘤	315
(二) 颅后窝脑膜瘤	324
(三) 垂体腺瘤	333
(四) 小脑扁桃体下疝畸形	342
(五) 三叉神经痛	351
(六) 慢性硬脑膜下血肿	359
十、骨科	367
(一) 腰椎间盘突出症	367
(二) 颈椎病脊髓型	376
(三) 重度膝关节骨关节炎	385
(四) 股骨颈骨折	394
(五) 股骨干骨折	403
(六) 胫骨平台骨折	412
(七) 踝关节骨折	421
十一、泌尿外科	430
(一) 肾癌	430
(二) 膀胱肿瘤	438

(三) 良性前列腺增生	446
(四) 肾结石	454
(五) 输尿管结石	462
十二、胸外科	469
(一) 贲门失弛缓症	469
(二) 自发性气胸	478
(三) 食管癌	486
(四) 支气管肺癌	494
十三、心脏大血管外科	503
(一) 房间隔缺损	503
(二) 室间隔缺损	511
(三) 动脉导管未闭	519
(四) 冠状动脉粥样硬化性心脏病	526
(五) 风湿性心脏病二尖瓣病变	534
十四、妇科	543
(一) 子宫腺肌病	543
(二) 卵巢良性肿瘤	551
(三) 宫颈癌 I a ₂ 期 ~ II a 期	559
(四) 输卵管妊娠	568
(五) 子宫平滑肌瘤	576
十五、产科	585
(一) 胎膜早破阴道分娩	585
(二) 自然临产阴道分娩	590
(三) 计划性剖宫产	595
十六、口腔科	604
(一) 舌癌	604
(二) 唇裂	612
(三) 腭裂	620
(四) 下颌骨骨折	628
(五) 下颌前突畸形	637
(六) 腮腺多形性腺瘤	645
十七、小儿内科	653
(一) 轮状病毒肠炎	653
(二) 支原体肺炎	658
(三) 麻疹合并肺炎	663
(四) 母婴 ABO 血型不合溶血病	668
十八、小儿外科	674
(一) 先天性巨结肠	674
(二) 先天性幽门肥厚性狭窄	684
(三) 尿道下裂	691



(四) 急性肠套叠	699
十九、眼科	707
(一) 原发性急性闭角型青光眼	707
(二) 单纯性孔源性视网膜脱离	715
(三) 共同性斜视	725
(四) 上睑下垂	732
(五) 老年性白内障	740
二十、耳鼻咽喉科	749
(一) 慢性化脓性中耳炎	749
(二) 声带息肉	757
(三) 慢性鼻-鼻窦炎	765
(四) 喉癌	773
二十一、皮肤性病科	782
(一) 带状疱疹	782
(二) 皮炎/多发性皮炎	787
(三) 寻常型天疱疮	794
(四) 重症多形红斑/中毒性表皮坏死松解型药疹	801
二十二、肿瘤专业	809
(一) 甲状腺癌	809
(二) 结肠癌	818
(三) 胃癌	827
附录 病历书写基本规范	836

一、呼吸内科

(一) 肺血栓栓塞症（中低危）

肺血栓栓塞症（中低危）临床路径

1. 进入临床路径标准

疾病诊断：肺血栓栓塞症 [ICD-10: (I26.0/I26.9) 不伴 (R57/I95)]

2. 病案质量监控表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
首页		主要诊断名称及编码	主要诊断名称及编码	肺血栓栓塞症[ICD-10: (I26.0/I26.9) 不伴 (R57/I95)]	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			其他诊断名称及编码	无遗漏，编码准确			
		其他项目	其他项目	内容完整、准确、无遗漏	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第1天	入院记录	主诉与现病史	主要症状	是否记录本病最主要的症状及发病时间，如呼吸困难、胸痛、晕厥及咯血等，并重点描述： 1. 发作及加重的诱因 2. 发作性质、程度 3. 缓解方式：自行缓解或采取某种措施缓解 4. 对体力、饮食、睡眠、活动的影响	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		入院24小时内完成
			病情演变过程	是否描述主要症状的演变过程，如： 呼吸困难、胸痛、晕厥及咯血的变化过程，进行性加重、稳定或缓解	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			其他伴随症状	是否记录伴随症状，如： 烦躁不安、惊恐甚至濒死感、咳嗽、心悸、发热、下肢肿胀、疼痛或压痛等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			住院前诊疗过程	是否记录诊断、治疗情况，如： 1. 做过何种检查，结果是否正常 2. 诊断过何种疾病 3. 用过何种药物，用药时间、剂量、总量及效果如何	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		既往史 个人史 家族史	既往史 个人史 家族史	是否按照病历书写规范记录，并重点记录： 1. 骨折、手术、恶性肿瘤等 2. 吸烟史，口服避孕药	5□ 4□ 3□		



续 表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
				3. 家族中有无类似患者	1□ 0□		入院 8 小时 内完成
			体格检查	是否按照病历书写规范记录, 并记录重要体征, 无遗漏, 如: 1. 呼吸频率、心率、血压、体温 2. 发绀、肺部体征、心脏体征 3. 深静脉血栓的体征	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			辅助检查	是否记录辅助检查结果, 如: 血气分析、心电图、血浆 D-二聚体、胸部 X 线检查、超声心动图、CT 肺动脉造影 (CTPA)、磁共振肺动脉造影 (MRPA)、核素肺通气灌注扫描	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	首次病程记录		病例特点	是否简明扼要, 重点突出, 无遗漏: 1. 年龄、手术史及嗜好等 2. 病情特点 3. 突出的症状和体征 4. 辅助检查结果 5. 其他疾病史	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			初步诊断	第一诊断为: 肺血栓栓塞症 (中低危) [ICD-10: (I26.0/I26.9) 不伴 (R57/I95)]	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			诊断依据	是否充分、分析合理: 1. 临床表现可有呼吸困难、胸痛、咯血等 2. 可有肺血栓栓塞症的危险因素, 如深静脉血栓等 3. 下列检查一项或以上阳性, 可以确诊 (1) CTPA: 表现为肺动脉内低密度充盈缺损, 部分或完全包围在不透光的血流之间, 或者呈完全充盈缺损 (2) MRPA: 发现肺动脉内的低密度充盈缺损, 部分或完全包围在不透光的血流之间, 或者呈完全充盈缺损 (3) 核素肺通气灌注扫描: 呈肺段分布的肺灌注缺损, 并与通气显像不匹配, 即至少一个或更多叶段的局部灌注缺损而该部位通气良好或 X 线胸片无异常 (4) 选择性肺动脉造影: 发现 PE 的直接征象, 如肺血管内造影剂充盈缺损, 伴或不伴轨道征的血流阻断 (5) 超声心动图: 发现肺动脉近端的血栓	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			鉴别诊断	是否根据病例特点与下列疾病鉴别: 1. 冠心病、急性心肌梗死或心绞痛 2. 原发性肺动脉高压、羊水栓塞、脂肪栓塞、空气栓塞、感染性血栓等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		

续 表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
			诊疗计划	是否全面并具有个性化： 1. 是否完成并记录必需的检查项目 (1) 血常规、尿常规、粪常规 (2) 肝肾功能、电解质、血气分析、血型、凝血功能、D-二聚体、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等） (3) 肌钙蛋白 T 或 I (4) X 线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声 (5) 下列相关检查之一可确诊：CTPA、核素肺通气灌注扫描、MRPA、选择性肺动脉造影 2. 是否记录分析根据患者病情选择的辅助检查，如脑钠肽（BNP）、免疫指标（包括心磷脂抗体）、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ等 3. 一般处理：监测生命体征、血流动力学及心电、血气变化 4. 呼吸、循环支持 5. 抗凝、溶栓治疗 6. 其他治疗措施：外科取栓、经静脉导管碎栓和抽吸血栓、置入腔静脉滤器等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			上级医师查房记录	是否有重点内容并结合本病例： 1. 补充病史和查体 2. 诊断、鉴别诊断分析 3. 病情评估、疗效评估和预后评估 4. 治疗方案分析，提出诊疗意见 5. 提示需要观察和注意的内容	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		入院 48 小时内完成
			住院医师查房记录	是否记录、分析全面，如： 1. 病情：如呼吸困难、胸痛和咯血等症状；血压、呼吸频率、心率以及有关体征 2. 具体治疗措施：溶栓和抗凝治疗的具体情况 3. 分析：辅助检查结果、治疗方案、病情及评估、预后评估等 4. 记录：上级医师查房意见的执行情况；患者及家属意见，以及医师的解释内容	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			住院医师查房记录	是否记录、分析如下内容： 1. 病情变化、溶栓和抗凝等药物不良反应 2. 辅助检查结果，对诊断、治疗的影响 3. 治疗效果、更改的治疗措施及原因 4. 上级医师查房意见执行情况	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第 2~6 天	病程记录		上级医师查房记录	是否记录： 1. 对病情、已完成的诊疗进行总结分析，并提出下一步诊疗意见 2. 补充、更改诊断分析和确定诊断分析	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			住院医师查房记录	是否记录、分析： 1. 目前呼吸困难、胸痛、咯血等症状及肺部体征的			
出院前 1~3 天	病程记录		住院医师查房记录	是否记录、分析： 1. 目前呼吸困难、胸痛、咯血等症状及肺部体征的			

续 表

住院时间 \ 监控类别		监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
			缓解情况；合并症、并发症的情况 2. 目前的治疗情况，抗凝药物的使用情况 3. 病情评估及疗效评估 4. 符合出院标准 5. 出院后的治疗方案及出院后注意事项	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		上级医师查房记录	是否记录、分析： 1. 疗效评估，预期目标完成情况 2. 确定抗凝药物是否达到治疗水平 3. 判断是否符合出院标准 4. 确定是否出院 5. 出院后治疗方案	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第7~10天（出院日）	病程记录	住院医师查房记录	是否记录： 1. 目前呼吸困难、胸痛、咯血等症状的缓解情况及有关体征的改善情况 2. 向患者交代出院后注意事项	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	出院记录		记录是否齐全，重要内容无遗漏，如： 1. 入院情况 2. 诊疗经过 3. 出院情况：症状、体征、功能恢复等 4. 出院医嘱：出院带药需写明药物名称、用量、服用方法，需要调整的药物要注明调整的方法；出院后患者需要注意的事项；门诊复查时间及项目等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	操作记录		包括自然项目（另页书写时）、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	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	特殊检查、特殊治疗同意书等医学文书		包括自然项目（另页书写时）、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、或替代治疗方案、患者或家属签署是否同意检查或治疗、患者签名、医师签名等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	病危（重）通知书		包括自然项目（另页书写时）、目前诊断、病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
重点医嘱	长期医嘱	住院第1天	1. 呼吸内科护理常规 2. 一/二级护理（根据病情） 3. 卧床休息 4. 吸氧（必要时） 5. 心电、呼吸、血压、血氧监测（必要时） 6. 抗凝治疗			

续 表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
			住院第 2~6 天	1. 呼吸内科护理常规 2. 一/二级护理（根据病情） 3. 卧床休息 4. 吸氧（必要时） 5. 心电、呼吸、血压、血氧监测（必要时） 6. 抗凝治疗	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			出院前 1~3 天	1. 呼吸内科护理常规 2. 二/三级护理（根据病情） 3. 卧床休息 4. 吸氧（必要时） 5. 心电、呼吸、血压、血氧监测（必要时） 6. 抗凝治疗			
	临时医嘱	住院第 1 天	1. 血常规、尿常规、粪常规 2. 电解质、肝肾功能、血糖、凝血功能、血型、血气分析、D-二聚体、感染性疾病筛查、肌钙蛋白 T 或 I 3. X 线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声 4. CTPA、核素肺通气灌注扫描、MRPA 或选择性肺动脉造影 5. 有条件行：BNP、免疫指标、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ、抗心磷脂抗体等测定				
		住院第 2~6 天	1. 复查血常规、凝血功能、D-二聚体、心电图 2. 异常指标复查 3. 复查 BNP、肌钙蛋白 T 或 I、血气分析（必要时）				
		出院前 1~3 天	根据需要，复查有关检查				
		住院第 7~10 天（出院日）	1. 出院带药 2. 门诊随诊时间				
	一般书写规范		各项内容	完整、准确、清晰、签字	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
变异情况		变异条件及原因	1. 治疗过程中出现的并发症 2. 伴有其他疾病，需要相关诊断治疗	5□ 4□ 3□ 1□ 0□			



(二) 肺血栓栓塞症 (高危)

肺血栓栓塞症 (高危) 临床路径

1. 进入临床路径标准

疾病诊断: 肺血栓栓塞症 [ICD-10: I26.0/I26.9 伴 (I95/R57)]

2. 病案质量监控表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
首页		主要诊断名称及编码	肺血栓栓塞症 (高危) [ICD-10: I26.0/I26.9 伴 (I95/R57)]		5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		其他诊断名称及编码	无遗漏, 编码准确				
		其他项目	内容完整、准确、无遗漏		5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第1天	入院记录	主诉与现病史	主要症状	是否记录本病最主要的症状及发病时间, 如呼吸困难、胸痛、晕厥、咯血、低血压, 并重点描述: 1. 发作及加重的诱因 2. 发作性质、程度 3. 对体力、饮食、睡眠、活动的影响	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		入院24小时内完成
			病情演变过程	是否描述主要症状的演变过程, 如: 呼吸困难、胸痛、晕厥、咯血、低血压或休克症状, 如神志、头晕、心悸等的变化过程	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			其他伴随症状	是否记录伴随症状, 如: 烦躁不安、惊恐甚至濒死感、咳嗽、头晕、心悸、发热、下肢肿胀、疼痛或压痛等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			住院前诊疗过程	是否记录诊断、治疗情况, 如: 1. 是否做过相关检查以及结果 2. 是否诊断过“肺血栓栓塞症” 3. 是否进行过抗凝、溶栓治疗, 效果如何	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		既往史 个人史 家族史	是否按照病历书写规范记录, 并重点记录: 1. 骨折、手术、恶性肿瘤等 2. 吸烟史; 口服避孕药	5□ 4□ 3□ 1□			

续 表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
				3. 慢性疾病史 4. 家族中有无类似患者	0□		
			体格检查	是否按照病历书写规范记录, 并记录重要体征, 无遗漏, 如: 1. 呼吸频率、心率、血压、体温 2. 发绀、肺部体征、心脏体征 3. 深静脉血栓的体征	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			辅助检查	是否记录辅助检查结果, 如: 1. 血气分析 2. 心电图 3. 血浆 D-二聚体 4. 胸部 X 线检查 5. 超声心动图 6. CT 肺动脉造影 (CTPA) 7. 磁共振肺动脉造影 (MRPA) 8. 核素肺通气灌注扫描 9. 选择性肺动脉造影	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	首次病程记录		病例特点	是否简明扼要, 重点突出, 无遗漏: 1. 年龄、手术史及嗜好等 2. 病情特点 3. 突出的症状和体征 4. 辅助检查结果 5. 其他疾病史	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		入院 8 小时内完成
			初步诊断	第一诊断为: 肺血栓栓塞症 (高危) [ICD-10: I26.0/I26.9 伴 (I95/R57)]	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			诊断依据	是否充分、分析合理: 1. 临床表现可有呼吸困难、胸痛、咯血等 2. 可有肺血栓栓塞症的危险因素, 如深静脉血栓等 3. 下列检查一项或以上阳性, 可以确诊 (1) CTPA: 表现为肺动脉内低密度充盈缺损, 部分或完全包围在不透光的血流之间, 或者呈完全充盈缺损 (2) MRPA: 发现肺动脉内的低密度充盈缺损, 部分或完全包围在不透光的血流之间, 或者呈完全充盈缺损 (3) 核素肺通气灌注扫描: 呈肺段分布的肺灌注缺损, 并与通气显像不匹配, 即至少一个或更多叶段的局部灌注缺损而该部位通气良好或 X 线胸片无异常 (4) 选择性肺动脉造影: 发现 PE 的直接征象, 如肺血管内造影剂充盈缺损, 伴或不伴轨道征的血流阻断 (5) 超声心动图: 发现肺动脉近端的血栓	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		

续表

住院时间 \ 监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
	鉴别诊断	是否根据病例特点与下列疾病鉴别： 1. 冠心病、急性心肌梗死或心绞痛 2. 原发性肺动脉高压、羊水栓塞、脂肪栓塞、空气栓塞、感染性血栓等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	诊疗计划	是否全面并具有个性化： 1. 是否完成并记录必需的检查项目 (1) 血常规、尿常规、粪常规 (2) 肝肾功能、电解质、血气分析、血型、凝血功能、D-二聚体、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等） (3) 肌钙蛋白 T 或 I (4) X 线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声 (5) 下列相关检查之一可确诊：CTPA、核素肺通气灌注扫描、MRPA、选择性肺动脉造影 2. 是否记录分析根据患者病情选择的辅助检查，如脑钠肽（BNP）、免疫指标（包括心磷脂抗体）、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ等 3. 一般处理：监测生命体征、血流动力学及心电、血气变化 4. 呼吸、循环支持 5. 抗凝、溶栓治疗 6. 其他治疗措施：外科取栓、经静脉导管碎栓和抽吸血栓、置入腔静脉滤器等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	病程记录	上级医师查房记录 是否有重点内容并结合本病例： 1. 补充病史和查体 2. 诊断、鉴别诊断分析 3. 病情评估和预后评估 4. 治疗方案分析，提出具体诊疗意见，如溶栓和抗凝治疗方案等 5. 提示需要观察和注意的内容	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		入院 48 小时内完成
		住院医师查房记录 是否记录、分析全面，如： 1. 病情：如呼吸困难、胸痛和咯血等症状；血压、呼吸频率、心率以及有关体征 2. 具体治疗措施：溶栓和抗凝治疗的具体情况 3. 分析：辅助检查结果、治疗方案、病情及评估、预后评估等 4. 记录：上级医师查房意见的执行情况；患者和家属意见，以及医师的解释内容	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第 2~9 天	病程记录	住院医师查房记录 是否记录、分析如下内容： 1. 病情变化、溶栓和抗凝等药物不良反应 2. 辅助检查结果，对诊断、治疗的影响 3. 治疗效果、更改的治疗措施及原因 4. 上级医师查房意见执行情况	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		

续 表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
			上级医师查房记录	是否记录： 1. 对病情、已完成的诊疗进行总结分析，并提出下一步诊疗意见 2. 补充、更改诊断分析和确定诊断分析	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
出院前 1~3 天	病程记录		住院医师查房记录	是否记录、分析： 1. 目前呼吸困难、胸痛、咯血等症状及肺部体征的缓解情况；合并症、并发症的情况 2. 目前的治疗情况，抗凝药物的使用情况 3. 病情评估及疗效评估 4. 符合出院标准 5. 出院后的治疗方案及出院后注意事项	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			上级医师查房记录	是否记录、分析： 1. 疗效评估，预期目标完成情况 2. 确定抗凝药物是否达到治疗水平 3. 判断是否符合出院标准 4. 确定是否出院 5. 出院后治疗方案	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第 10~14 天（出 院日）	病程记录		住院医师查房记录	是否记录： 1. 目前呼吸困难、胸痛、咯血等症状的缓解情况及有关体征的改善情况 2. 向患者交代出院后注意事项	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	出院记录			记录是否齐全，重要内容无遗漏，如： 1. 入院情况 2. 诊疗经过 3. 出院情况：症状、体征等 4. 出院医嘱：出院带药需写明药物名称、用量、服用方法，需要调整的药物要注明调整的方法；出院后患者需要注意的事项；门诊复查时间及项目等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	操作记录			包括自然项目（另页书写时）、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	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	特殊检查、特殊治疗同意书等医学文书			包括自然项目（另页书写时）、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、或替代治疗方案、患者或家属签署是否同意检查或治疗、患者签名、医师签名等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	病危（重）通知书			包括自然项目（另页书写时）、目前诊断、病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
重点 医嘱	长期医嘱		住院第 1 天	1. 呼吸内科护理常规（根据病情） 2. 特级护理 3. 病危（重）			

续 表

住院时间 / 监控类别		监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
			4. 卧床休息 5. 吸氧 6. 心电、呼吸、血压、血氧监测 7. 抗凝治疗	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		住院第 2~9 天	1. 特级护理 2. 卧床休息 3. 吸氧 4. 心电、呼吸、血压、血氧监测 5. 抗凝治疗			
		出院前 1~3 天	1. 一/三级护理 2. 卧床休息 3. 吸氧、心电、呼吸、血压、血氧监测（必要时） 4. 抗凝治疗 5. 根据病情调整			
	临时医嘱	住院第 1 天	1. 血、尿、粪常规 2. 电解质、肝肾功能、血糖、凝血功能、血型、血气分析、D-二聚体、感染性疾病筛查、BNP、肌钙蛋白 T 或 I 3. X 线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声 4. CTPA、核素肺通气灌注扫描、MRPA 或选择性肺动脉造影 5. 有条件行：免疫指标、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ、抗心磷脂抗体等测定 6. 溶栓治疗、导管取栓碎栓治疗、血栓摘除术 7. 血管活性药物（必要时）			
		住院第 2~9 天	1. 复查血常规、凝血功能、D-二聚体、心电图 2. 异常指标复查 3. 必要时复查 BNP、肌钙蛋白 T 或 I、血气分析			
		出院前 1~3 天	根据需要，复查有关检查			
		住院第 10~14 天（出院日）	1. 出院带药 2. 门诊随访时间			
	一般书写规范	各项内容	完整、准确、清晰、签字	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	变异情况	变异条件及原因	1. 治疗过程中出现的并发症 2. 伴有其他疾病，需要相关诊断治疗	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		