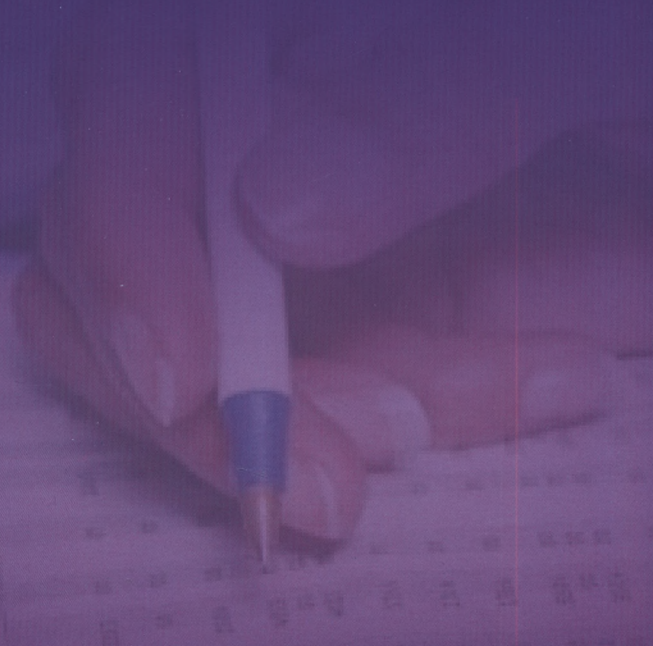


广东省 病历书写与管理规范



广东省卫生厅
二〇一〇年

广东省 病历书写与管理规范

广东省卫生厅
二〇一〇年

前 言

为贯彻卫生部二〇一〇年颁发的《病历书写基本规范》，加强我省医疗机构病案管理工作，提高病历书写质量，促进规范化管理。省卫生厅委托省医院协会组织医院医务管理专业委员会、医院病案管理专业委员会和信息化专业委员会，共同修订了《广东省病历书写与管理规范》。

《广东省病历书写与管理规范》是按照卫生部印发的《病历书写基本规范》和《电子病历基本规范（试行）》的要求，结合广东省医疗工作的实践，对二〇〇三年制订的《广东省病历书写规范》进行修订、补充，增添了一些新内容，并对病历书写的一些具体内容与要求作出了细则性规定，使之更科学、实用，并增强医疗单位在执行过程中的可操作性（有关护理文书按照《广东省护理文书书写规范》执行；中医病历书写按照中医药管理局规定执行；住院病案首页因卫生部正在修订中，我省仍按二〇〇三年《广东省病历书写规范》执行）。

《广东省病历书写与管理规范》是医务人员医疗活动中必须遵循的医疗文书规范，又是卫生行政部门和医疗机构对医疗质量评定、医疗质量监督管理的重要依据，要求各级各类医疗机构认真执行。实施中遇到的问题和建议，请向广东省卫生厅医政处、省医院协会反馈，以便今后进一步完善和修订。

《广东省病历书写与管理规范》在修订中得到了省医院协会医务管理专业委员会、病案管理专业委员会、信息化专业委员会等有关专家、教授的大力支持，在此表示衷心的感谢！

广东省卫生厅

二〇一〇年

《广东省病历书写与管理规范》编写单位：

广东省卫生厅、广东省医院协会、广东省人民医院、广州军区广州总医院、中山大学附属第一医院、中山大学附属肿瘤医院、中山大学中山医学院、南方医科大学南方医院、广东省妇幼保健院、广州市卫生局信息中心、广州市第一人民医院、广州市红十字会医院、广州医学院附属第二医院、广州医学院附属港湾医院、佛山市第一人民医院

《广东省病历书写与管理规范》编写主要人员：

廖新波 温伟群 郭洁吾 傅承主

张衍浩 胡荣枢 王锡瑜 蔡玉姬

朱凤珍 陈虹 刘朝晖 李春雷 沈怡 李庆生

邵跃斌 叶昌雄 曾广基 王劲晟

裘以冰 赵淑媛 陈丽纯 王淑平 彭传薇

李小华 周毅 李少文 高昭升 穆荔

目 录

第一篇 病历书写规范

第一章 病历书写的基本要求·····	(1)
第二章 门(急)诊病历书写内容及要求·····	(3)
第三章 住院病历 ·····	(5)
第一节 住院病历书写的内容和要求·····	(5)
第二节 各专科入院记录书写的要点 ·····	(13)
1. 呼吸内科·····	(13)
2. 消化内科·····	(14)
3. 神经内科·····	(15)
4. 心血管内科·····	(15)
5. 血液内科 ·····	(16)
6. 肾病科·····	(17)
7. 代谢与内分泌科·····	(18)
8. 急性中毒·····	(18)
9. 感染性疾病科·····	(19)
10. 外科·····	(20)
11. 普通外科·····	(21)

12. 神经外科.....	(22)
13. 骨科.....	(23)
14. 泌尿外科.....	(27)
15. 心胸外科.....	(28)
16. 乳腺外科.....	(29)
17. 烧伤科.....	(30)
18. 整形外科.....	(32)
19. 血管外科.....	(33)
20. 妇科.....	(34)
21. 产科.....	(35)
22. 儿科.....	(36)
23. 新生儿科.....	(37)
24. 耳鼻咽喉科.....	(38)
25. 眼科.....	(40)
26. 颌面外科.....	(41)
27. 皮肤科.....	(44)
28. 精神科.....	(45)
29. 肿瘤科.....	(47)
第三节 病程记录及其它记录	(49)
第四节 医嘱和医嘱单	(56)

第四章 住院病案首页填写说明(60)

第二篇 病案管理规范

第一章 病案管理组织基本要求.....(66)

 第一节 病案管理组织架构和职责.....(66)

 第二节 病案科(室)的设置..... (68)

 第三节 病案科(室)的技术和质量要求..... (69)

第二章 病案管理细则.....(70)

 第一节 门诊病历的管理.....(70)

 第二节 住院病历的管理.....(71)

第三篇 电子病历的基本内容和要求

第一章 总则..... (78)

第二章 实施电子病历基本条件..... (78)

第三章 电子病历系统建设要求..... (79)

第四章 电子病历系统的基本功能..... (80)

第五章 电子病历系统运行与维护..... (82)

第六章 电子病历质量管理..... (82)

第七章 电子病历管理..... (83)

第八章 电子病历系统的接口要求..... (84)

第九章 附则..... (85)

附录一 表格式病历.....(86)

附录二 另立页的病程记录..... (141)

附录三 体温表..... (147)

附录四 精神病委托治疗同意书..... (148)

附录五 住院病历评分标准..... (150)

附录六 门（急）诊病历质量评定标准..... (153)

第一篇 病历书写规范

第一章 病历书写的基本要求

一、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。

二、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。

三、病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

四、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。

五、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。疾病诊断及手术名称编码要依照国际疾病分类(ICD-10)的名称为准。药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写。度量衡单位一律采用中华人民共和国法定计量单位，例如 m(米)、cm(厘米)、mm(毫米)、 μ m(微米)、l(升)、ml(毫升)、kg(千克)、g(克)、mg(毫克)、 μ g(微克)等。

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

七、病历书写过程中出现错字时，应当用书写时的笔墨双线划在错字上，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。

八、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。

进修医务人员应当由医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写病历。

出现在病历上的各级医师职称要以医院的正式聘任为准，上级医务人员有审查修改下级

医务人员书写病历的责任。修改时一律用红色墨水笔并在最后注明修改日期，签署全名，并保持原记录清楚、可辨。具体要求如下：

(一)实习医师书写的完整病历，经其上级医师在全面了解病情的基础上作认真修改签字（如仅供教学资料使用，可以不归档保存）。

(二)主治医师应及时审阅进修医师和住院医师书写的各项记录。

(三)入院记录、首次病程首记、申请会诊记录、转科记录、抢救记录、死亡记录、出院(死亡)小结、死亡病例讨论等重要记录应有主治医师或以上医师签名。

(四)正、副主任医师要经常督促检查病案质量，并对与自己的有关记录亲自修改并签名。

九、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。各项记录必须有完整日期，按“年、月、日”方式书写，急诊、抢救要写时间，如 2010 年 3 月 4 日下午 5 时 30 分写成 2010-3-4 17:30。

十、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。

十一、诊断名称应确切、分清主次、顺序排列，主要疾病列于最前，并发症列于主要疾病之后，伴随疾病排列在最后。诊断除疾病名称外，还应尽可能包括病因，疾病解剖部位和功能的诊断。对病史清楚、体征明确或已做过特殊检查、诊断依据充分者，可直接写“诊断”，不能明确的可写“初步诊断”，记录在入院记录的右下方，如经过多方检查，诊断有误可用“修正诊断”或“最后诊断”等，它们是出院时的结论性诊断，内容应与出院小结和住院病历首页相同。

十二、各种记录结束时应签全名并清楚易认。

十三、凡药物过敏者，应在病历的既往史中注明过敏药物的名称。

十四、入院不足 24 小时出院的病人(包括死亡者)不能随意取消住院号，但可不书写入院记录，而应详细书写 24 小时入出院(死亡)记录。病人未办入院手续在送病房途中或病房、手术室死亡，接诊或参加现场抢救的医务人员应参照上述要求在门诊或急诊病历上书写记录，病人按门诊或急诊死亡统计。

十五、病重（病危）患者护理记录和手术清点记录按有关要求书写。高等医学院校附属医院可根据实际情况使用整体护理的相关记录。

十六、各种专项记录(如手术、手术安全核查、手术清点、有创操作、麻醉及各种影像检查等)均应按各专业要求书写。

十七、辅助检查报告以检查类别、检查日期顺序排列整齐。

十八、各种表格内容应逐项认真填写，每张记录纸均须完整填写楣栏如病人姓名、住院号、科别、床号、页码。

十九、各医院病历应有统一规格，使用表格式的专科病历可以参照附录 1 的“表格式病历”进行设计。病历纸规格大小，以国家档案管理规定和要求为准。

二十、打印病历是指应用文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。

二十一、医疗机构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。

二十二、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。

第二章 门(急)诊病历书写内容及要求

一、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。

二、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、监护人、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、联系方式、药物过敏史等项目。

三、门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。记录要求简明扼要、重点突出、文字简炼、字迹清楚。主治医师要严格执行疫情报告制度，发现法定传染病除在病历上注明外，必须按规定报告，药物过敏史必须填写在病历封面。

四、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。

五、门诊病人收住院时需由经治医师填写住院通知书。

六、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。

(一)初诊病历记录书写内容及要求

1、封面：一般项目(患者姓名、性别、出生年月日或年龄、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址和药物过敏史)。

2、内容：

(1)就诊日期：年、月、日。

(2)就诊科别。

(3)主诉：主要症状(或体征)及持续的时间。

(4)病史：本次疾病的起病日期和主要症状，简要发病经过和就诊前诊治情况及与本次疾病有关的既往史。

(5)体检：

①一般情况：一般患者根据病情需要重点选择 T、P、R、BP 的测量。

②阳性体征及有助于本病鉴别诊断的阴性体征。

③辅助检查结果。

(6)诊断：诊断或初步诊断。

(7)处理意见：

①应记录使用的药品名称及使用方法。

②记录实验室检查和辅助检查项目。

③会诊、抢救、特殊治疗、手术及操作、转科、转院记录。

④记录假单给假时间，传染病、疫情报告时间。

(8)签名：经治医师签全名。

(9)门诊手术记录按照病程记录中手术记录要求书写。

(二)复诊病历记录内容及要求：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。

1、日期：年、月、日，急诊注明时分。

2、上次诊治后的病情变化和治疗反应。

3、体检：重点记录原来阳性体征的变化和新发现阳性体征。

4、补充的实验室或其他特殊检查。

5、诊断：对上次已确诊的患者，如无变更，可不再写诊断；否则要再次明确诊断或写修正诊断。

6、处理、签名与初诊病历书写要求相同。

(三)急诊病历书写要求：

1、书写细则按一般门诊病历要求，常规测量 T、P、R、BP。

2、重点突出病情及生命体征变化和处理时间、专科疾病阳性体征和阴性体征。

3、病历书写要注明就诊的日期及时间，具体到分钟(年、月、日、时、分)。

第三章 住院病历

第一节 住院病历书写的内容和要求

一、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、特殊检查或/和治疗同意书、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。

二、住院病案首页书写要求及内容(见第四章)

三、入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、体格检查、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析的记录。入院记录还包括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。

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。

四、入院记录的要求及内容：

(一)患者一般情况

姓 名:	出生地:
性 别:	职 业:
年 龄:	入院时间:
民 族:	记录时间:
婚姻状况:	病史陈述者:

(二)主诉:是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间。

(三)现病史:是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等全过程的详细情况,应当按时间顺序书写,其主要内容包括:起病诱因;发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状;发病后诊治经过及结果;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:

记录并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、发病以来的一般情况:

简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便及体重等情况。

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。

(四)既往史:

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。

(五)其他病史:

1、个人史:

记录出生地及长期居留地，生活习惯，如有烟酒嗜好者应注明程度，特殊嗜好如药物或食鱼生史，有无冶游史等；劳动职业必要时说明工作环境与条件（有无工业毒物、粉尘或放射性物质接触史等）。婴幼儿记录喂养史。

2、婚育史、月经史：

婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况或死亡原因、有无子女等。

女性患者记录初潮年龄 $\frac{\text{经期日数}}{\text{经期间隔日数}}$ ，末次月经时间(或闭经年龄)，月经量、颜色，有无血块、痛经、白带等情况。生育情况按下列顺序书写：足月分娩数—早产数—流产或人工流产数—存活数。

3、家族史：

父母、兄弟、姐妹及子女的健康状况，死亡原因，应注意描述家族中两系三代有无与患者类似疾病，有无家族遗传性、免疫性和精神性疾病。

(六)体格检查：

按系统循序进行书写，内容包括：

1、体温(T)、脉搏(P)、呼吸(R)、血压(BP)。

2、一般情况：

发育(正常、异常)，营养(良好、中等、不良)，体型(肥胖或消瘦，如体型异常者应测身高及体重)，体位和姿势(自动、被动、强迫)，面容与表情(安静、焦虑、痛苦、急慢性病容)，面色(红润、晦暗等)，意识状态(意识清楚、嗜睡、昏睡、浅昏迷、深昏迷)，姿势步态(正常或有异常姿势与步态等)，语调与语态情况(清晰否、流利、吟诗样、失语)，精神状态；对检查是否合作，回答是否切题，是否有恶病质。

3、皮肤、粘膜：

色泽(正常、潮红、发绀、黄染)，温度、湿度、是否有脱水、多汗、皮疹、(出血点或丘斑疹)，有无疤痕、粘膜溃疡、皮下结节或肿块、瘰管、血管征、蜘蛛痣、色素沉着等，并明确记述其部位、大小及程度。体毛、生长分布(正常、多毛、稀疏、脱落(部位)，必要时查皮肤划痕反应。

4、全身浅表淋巴结：

全身及局部表浅淋巴结有无肿大，如有肿大应注明部位、数量、大小、硬度、活动度、粘连、压痛、局部皮肤有无红、肿、痛，瘰管或疤痕。

5、头部及其器官：

头颅：大小、形状、肿物、压痛、头发(疏密、色泽、分布)。

眼：眼眉(有无脱落)、睫毛(倒睫)、眼睑(水肿、下垂)、眼球(活动情况，震颤、斜视)、结膜(充血、水肿、苍白、出血)、巩膜(黄染、滤泡)、角膜(混浊、溃疡瘢痕、反射)，瞳孔(大小、形态、两侧是否等大等圆、对光及调节反射情况)。

耳：耳廓(正常、畸形、耳周瘻管)，外耳道是否通畅，有无分泌物，乳突有无压痛，听力情况。

鼻：有无畸形、鼻翼扇动、阻塞、分泌物、出血、付鼻窦有无压痛及嗅觉情况。

口腔：口腔有无特殊气味，口唇(畸形、颜色、疱疹、皲裂、溃疡、色素沉着)、牙齿(龋齿、缺齿、义齿、残根，并注明其位置)、牙龈(色泽、肿胀、溢脓、出血、铅线、萎缩)、舌(形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、舌肌萎缩和震颤、伸舌居中或偏斜)、口腔粘膜(颜色、有无斑疹、出血、溃疡及腮腺导管口情况)。

咽部及扁桃体：咽部有无充血、红肿、分泌物、反射，有无腺样体增生等，软腭运动情况、悬壅垂是否居中。吞咽有无呛咳。扁桃体大小及有无充血和分泌物、假膜。

喉：发音是否清晰，有无沙哑、喘鸣、失音。

6、颈部：

是否对称，有无抵抗、强直、压痛、肿块，活动是否受限。颈动脉有无异常搏动及杂音，颈静脉有无怒张，有无肝颈静脉回流征。气管位置是否居中。甲状腺(大小、如有肿大应描述其形态、硬度、压痛，有无结节、震颤及血管杂音等)。

7、胸部：

(1)胸廓：(是否对称，有无畸形，局部隆起、凹陷、异常搏动、胸壁有无压痛、水肿、皮下气肿、肿块或静脉有无曲张及回流方向异常)。肋间隙(增宽、变窄、隆起或凹陷)、乳房(是否对称、是否有红肿、桔皮样外观、压痛、肿块乳头分泌物等)。

(2)肺部：

视诊：呼吸频率、节律(两侧是否对称)。

触诊：胸廓扩张度、语颤、摩擦音、皮下气肿。

叩诊：叩诊音(清音、浊音、鼓音、实音、异常者应注明部位)。肺肝浊音界、肺下界、呼吸时肺下缘移动度。

听诊：呼吸音的性质(肺泡音、支气管肺泡音、支气管性呼吸音、异常呼吸音)、呼吸音强度(减低、增强、消失)、干湿性啰音、语音传导、胸膜摩擦音。

(3)心脏：

视诊：心前区是否有异常搏动、隆起及凹陷，心尖搏动位置、范围、强度。

触诊：心尖搏动的性质及位置、强弱和范围，有无震颤或心包摩擦感。

叩诊：心脏左右浊音界，可用左、右第二、三、四、五肋间隙距正中线的距离(厘米或 cm)表示，如下表所示：

右	肋间	左
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	V	

锁骨中线距前正中线_____cm。

听诊：心率、心律、心音(强度、性质、分裂、P2 与 A2 的比较、额外心音、奔马律等)。

杂音(部位、性质、时期、传导方向、强度与运动呼吸的关系)，心包摩擦音。

(4)血管：桡动脉脉率、节律、强度、动脉壁、硬度、紧张度、奇脉、水冲脉、交替脉、脉搏短绌。周围血管征：毛细血管搏动征、射枪音、动脉异常搏动。

血压：右上肢收缩压、舒张压、必要时双上肢或下肢对比。

8、腹部：

(1)视诊：外形是否对称、膨隆、凹陷、呼吸运动、皮疹、色素、条纹、疤痕、体毛、脐疝、静脉曲张与血流方向、胃肠蠕动波，腹围测量(有腹水或腹部包块时)，必要时测剑脐线、脐耻线。

(2)触诊：腹壁紧张度、有无压痛、反跳痛(压痛部位其程度)、波动感、振水音、包块(部位、大小、形状、软硬度、压痛、移动度)。

①肝脏：大小(肋下、剑下)、质地(质软、中等、质硬)、边缘钝或锐、压痛、表面光滑与否、有无结节、肝颈静脉回流征、肝区摩擦感、肝震颤。

②胆囊：可否触及(大小、形态、压痛)，莫非氏征(murphg)。

③脾脏：可否触及大小(肋缘下——厘米)、硬度、压痛、表面光滑度及边缘钝或锐，如明显增大，以甲乙线、甲丙线和丁戊线表示。或分为轻度、中度、高度肿大。

④肾脏：大小、形状、硬度、压痛、移动度，输尿管压痛点。

⑤膀胱：充盈者记其上界。

(3)叩诊：鼓音，肝、脾浊音界，肝区叩击痛，有无移动性浊音、肾区叩击痛。

(4)听诊：肠鸣音 次/分钟；有无气过水声、血管杂音，部位及性质等。