

病历

质量评估规范

杨银学◎主编

人民出版社

病历

质量评估规范

杨银学◎主编

宁夏人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

病历质量评估规范 / 杨银学主编. — 银川: 宁夏人民出版社, 2008.12

ISBN 978-7-227-04082-8

I. 病… II. 杨… III. 病案 - 质量管理 - 评估 - 规范 - 宁夏
IV. R197.323-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 210790 号

病历质量评估规范

杨银学 主编

责任编辑 唐 晴

封面设计 万明华

责任印制 石 军

宁夏人民出版社 出版发行

出 版 人 杨宏峰

地 址 银川市北京东路 139 号出版大厦(750001)

网 址 www.nxcbn.com

网上书店 www.hh-book.com

电子信箱 nxhhsz@yahoo.cn

邮购电话 0951-5044614

经 销 全国新华书店

印刷装订 宁夏精捷彩色印务有限公司

开 本 880mm×1230mm 1/16

印 张 7.5

字 数 200 千

版 次 2009 年 5 月第 1 版

印 次 2009 年 5 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-227-04082-8/R·113

定 价 48.00 元

版权所有 翻印必究

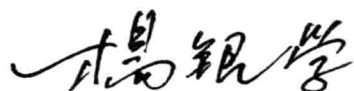
前 言

医疗质量是医院生存和发展的基础,是一切医疗工作的中心,而医疗文书质量又是医疗质量的关键环节,它不仅是医疗过程的真实记录,也是医疗质量的体现,更是司法证据之一。

为此,我院在加强医疗质量管理工作中,努力提高病历书写质量,不断改进我院医疗文书书写规范。在确保医疗安全的同时,结合我院病历质量检查实际情况,总结卫生部医院管理年病历质量检查结果,以医疗核心规章制度为依据,经过半年多的努力,整理汇编了宁夏医科大学附属医院《病历质量评估规范》。

希望利用本《病历质量评估规范》帮助临床医师规范书写病历及各种检验、检查申请单、处方及相关医疗行为,便于医疗质量管理人员量化考核评价运行病历、终末病历及各种医疗文书书写质量。

本书在编写过程中得到了我院医疗质量监督咨询专家组全体老专家的大力支持和帮助。特别要感谢陈树兰教授、孔繁元教授、朱国玲教授、高庆祥教授运用自己多年的临床管理经验,在百忙中抽出时间,制定了我院核心制度实施流程及质量评价表。



2008年12月20日

目 录

前言	1
----------	---

第一部分 宁夏医科大学附属医院病历评估规范

第一节 外科病历质量考核细则	3
第二节 内科病历质量考核细则	5
第三节 _____ 科室病历质量考核细则评分汇总表	7
第四节 住院病历书写质量评估标准	8
第五节 住院病历书写质量评估标准积分	10
第六节 病程记录评分标准	11
第七节 新入院病历评价表	12
第八节 诊断评价表	13
第九节 治疗评价表	14
第十节 无创检查评价表	15
第十一节 有创检查评价表	15
第十二节 患者无创检查、有创检查、诊断及治疗评价汇总表	16
第十三节 手术病历评价表	17
第十四节 疑难病例讨论评价表	18
第十五节 重大疑难手术术前讨论评价表	19
第十六节 死亡病例讨论评价表	20
第十七节 三级医师查房评价表	21
第十八节 门诊病历质量评价表	22

第二部分 宁夏医科大学附属医院病历书写规范

第一节 住院病历书写基本要求	25
第二节 病程书写记录基本要求	26
第三节 三级医师查房基本程序	28
第四节 疑难病例讨论基本程序	29
第五节 死亡病例讨论基本程序	30
第六节 重大疑难手术术前讨论基本程序	30
第七节 三级医师查房基本要求	31
第八节 疑难重危病例讨论记录基本要求	32
第九节 重大疑难手术术前讨论记录基本要求	33
第十节 死亡病例讨论记录基本要求	34

第十一节 医患纠纷病例讨论记录基本要求	35
---------------------------	----

第三部分 宁夏医科大学附属医院病历质量检查制度

第一节 宁夏医科大学附属医院病案管理委员会职责	39
第二节 宁夏医科大学附属医院老专家医疗质量咨询监督小组工作职责	39
第三节 宁夏医科大学附属医院临床科室病历质检员工作职责	40
第四节 宁夏医科大学附属医院医疗文书奖惩制度	41
第五节 宁夏医科大学附属医院病案质检管理办法	42
第六节 病历书写基本规范与管理制度	44
附录一 病历书写基本规范(试行)	46
附录二 中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)	52
附录三 宁夏医科大学附属医院门(急)诊病历书写要求	59
第七节 首诊负责制	60
第八节 病例讨论制度	61
第九节 会诊制度	63
第十节 危重病人抢救管理制度	64

第四部分 宁夏医科大学附属医院病历点评范本

第一节 住院病历书写质量评估标准积分点评范本	67
第二节 三级医师查房评价表点评范本	69
第三节 患者无创检查、有创检查、诊断及治疗评价表点评范本	71
第四节 新入院病历评价点评范本	73
第五节 重大疑难手术术前讨论评价表点评范本	77
第六节 手术病历评价表点评范本	79
第七节 疑难病例讨论评价表点评范本	83

第五部分 宁夏医科大学附属医院病历质检流程

病历质量管理体系流程图	87
-------------------	----

第六部分 宁夏医科大学附属医院四种规范的住院表格病历

第一节 宁夏医科大学附属医院内科住院病历	91
第二节 宁夏医科大学附属医院手术科室住院病历	95
第三节 宁夏医科大学附属医院儿科住院病历	99
第四节 宁夏医科大学附属医院产科住院病历	106
附件一 病历书写中常见错别字	112
附件二 病历书写中常见的问题和填写要求	114

第一部分

DI YI BU FEN

宁夏医科大学附属医院

病历评估规范

第一节 外科病历质量考核细则

表 1-1

外科病历考核细则

总分 220 分

考核内容	考核指标	考核方法	分值
新入院病历 (48 小时内, 不包括急症与危重抢救)	1. 在 24 小时内完成住院病历。 2. 首次病程记录 8 小时内完成。 3. 入院 48 小时内有主治医师首次查房记录。 4. 诊断依据, 鉴别诊断, 诊疗计划基本到位。 5. 诊断书写规范, 医生签名规整, 字迹清晰。 6. 入院 48 小时内完成血、尿、便三大常规, 生化检查及 x 线、心电图检查等。 7. 住院病历和首次病程中要有初步诊断。	第 1~3 项均为单项否定项, 每查出一项为丙级病历扣 5 分。第 4 项内容中缺一项为单项否定扣 5 分, 如记录不完整扣 2 分。第 5 项不规范扣 2 分。第 6 项内容每缺一项扣 1 分。第 7 项内容每缺一项扣 2 分。	30
入院记录	1. 主诉、现病史描述有缺陷。 2. 主诉与现病史不符。 3. 既往史、个人史、婚育史、家族史有漏项。 4. 表格病历中体格检查记录有漏项。 5. 专科情况没描述。 6. 缺病历记录者签字。	第 1~2 项内容缺陷或不符合各扣 2 分。第 3 项内容每漏项扣 1 分。第 4 项表格每缺一项扣 0.5 分。第 5 项缺项扣 2 分。第 6 项缺漏为单项否定项扣 5 分。	20
病程记录	1. 首次病程需记述病情和摘要、分析特征、提出诊断及依据、鉴别诊断、诊疗计划及立即实施的治疗措施。 2. 连续病程对病史、体征及其他方面的补充。 3. 记录了新症状的出现及体征的改变、并发症的发生。 4. 记录有各项检查结果的分析。 5. 记录有诊疗操作的情况。 6. 记录有治疗的反映及效果。 7. 记录有医嘱更改及理由。 8. 记录有会诊意见及执行情况。 9. 记录有临床诊断的补充、修正及依据。 10. 记录有特殊诊疗措施向患者或家属说明的情况及签字。	第 1 项内容中对每缺一项或内容不完整扣 2 分。第 2~10 项没记录或描述不全各扣 2 分。	24
初步诊断	1. 入院志和首次病程中有初步诊断。 2. 有较完善的诊断依据、鉴别诊断、诊断计划。 3. 疾病诊断书写规范, 医生签名清晰可认。	第 1~3 项内容中每缺陷一项扣 2 分。	10
最后诊断 / 修正诊断	1. 非急、危重、疑难病例能在 72 小时内明确诊断。 2. 一周内完善修正诊断。 3. 疑难复杂病例在 10 天内有较为明确的诊断, 但还需进一步确诊。 4. 在病程记录中能反映更改诊断的理由和依据。 5. 诊断书写规范, 上级医师签名清晰可认。	第 1~5 项有缺项各扣 2 分。	10
无创检查 (物理、实验室、设备检查)	1. 体格检查规范, 符合要求。 2. 相关实验室检查完整。 3. 记录准确、内容到位。 4. 设备检查报告详实、正确。 5. 检验检查申请单填写规范。	第 1~5 项有缺项各扣 1 分。	5
有创检查	1. 检查目的、检查指征明确, 了解其适应证、禁忌证及操作流程。 2. 操作规范、熟练。 3. 有签字协议书。 4. 病程中能及时记录相关情况, 记录内容到位。	第 1~4 项内容记录不完善各扣 2 分。	8

续表 1-1

考核内容	考核指标	考核方法	分值
非手术治疗	1. 有治疗方案并符合病情,药物选择有适应症。 2. 药名书写规范,剂量、用法正确。 3. 了解药代动力学和药物副作用,并记录在案。 4. 用药合理,无滥用或过度用药;医保自费药有签字。	第 1~4 项内容缺陷各扣 2 分。	8
手术治疗	1. 诊断、手术指征明确,手术时机选择恰当。 2. 有术前小结、手术前总结,项目齐全,内容详细。 3. 有术前、术后 3 日内麻醉医师查看病人详细记录。 4. 有完整的手术、麻醉、输血同意书及患者或家属签字。 5. 手术记录在 24 小时内由术者完成,符合操作程序,记录详细。 6. 重大手术科主任把关,有讨论,病程记录内容到位。 7. 围手术期处理妥当。 8. 有手术前术者查看病人的病程记录。 9. 有术后 3 天的连续详细的病程记录。 10. 有手术后 3 天内上级医师或术者查房纪录。 11. 医用置入性材料术前有知情同意书并签字。	第 1~3 项内容中每缺项或记录有缺陷每项扣 2 分。第 4~6 项缺项为单项否定项扣 5 分。第 7 项缺陷扣 1 分,第 8~10 项内容中有缺陷各扣 2 分。第 11 项缺项为单项否定项扣 5 分。	40
介入治疗	1. 病情需要有适应症。 2. 介入治疗时机合理,术前准备充分,有术前小结及手术者查房记录。 3. 介入治疗后观察及时,记录详实。 4. 有病情告知书,取得家属同意(包括围手术期并发症)并签字。	第 1~3 项内容有缺陷扣 2 分。第 4 项有缺项为单项否定项扣 5 分。	9
三级查房	1. 住院医师对所管病员随时观察病情变化并及时处理,必要时请示上级,每天至少查房 2 次。 2. 主治医师每天至少查房 1 次。 3. 副主任医师每周至少查房 2 次。 4. 主任医师每周至少查房 1 次。	采取直接询问病人及直接抽查病历的检查形式,对每缺一项扣 2 分。	8
疑难病历讨论	1. 有入院时的初步诊断。 2. 有讨论时间。 3. 有主持人的姓名及职称。 4. 有参加人员姓名及职称,如属外单位需写明医疗机构名称。 5. 经治医师报告简要病情并提出要解决的疑难问题。 6. 有详细记录每位发言人姓名、发言要点。 7. 主持人总结到位,讨论目的明确。 8. 有主持人、记录者签名。	第 1~4 项每缺一项扣 1 分。第 5~8 项每缺一项扣 2 分。	12
重大疑难手术术前讨论	1. 讨论日期。 2. 主持人姓名职称。 3. 记录者姓名。 4. 参加讨论医师人数及职称(包括各级医师)。 5. 讨论记录有主管医师简要报告、术前诊断及依据。 6. 有明确的手术指征。 7. 无手术禁忌。 8. 术前准备充分。 9. 手术方式及手术时机选择正确。 10. 估计了术中、术后可能出现的意外及防范措施。 11. 有主持人总结并具体到位。	第 1~4 项每缺一项扣 1 分。第 5~11 项有缺陷各扣 2 分。	18
死亡病历讨论	1. 入院诊断明确。 2. 死亡原因、死亡诊断明确。 3. 死亡后一周内讨论。 4. 死亡病历讨论由科主任主持讨论。 5. 有参加人员姓名,职称或职务及发言人数。 6. 讨论记录详细有对诊治经过及死亡原因,经验教训的分析。 7. 主持人总结,有明确的死亡原因,临床诊断及应吸取的教训。 8. 记录死者家属是否同意尸检的意见签名。 9. 有主持人及记录者签名。	1 项缺陷扣 1 分; 2 项缺陷扣 2 分; 3 项为单项否定项扣 5 分; 4~5 项缺陷扣 1 分; 6~7 项缺陷扣 2 分; 8 项为单项否定项扣 5 分; 9 项缺陷扣 2 分;	

第二节 内科病历质量考核细则

表 1-2

内科病历考核细则

总分 170 分

考核内容	考核指标	考核方法	扣分
新入院病历 (48 小时内, 不包括急症与危重抢救)	1. 在 24 小时内完成住院病历。 2. 首次病程记录 8 小时内完成。 3. 入院 48 小时内有主治医师首次查房记录。 4. 诊断依据、鉴别诊断、诊疗计划基本到位。 5. 诊断书写规范, 医生签名规整, 字迹清晰。 6. 入院 48 小时内完成血、尿、便三大常规, 生化检查及 x 线、心电图检查等。 7. 住院病历和首次病程中要有初步诊断。	第 1~3 项均为单项否定项, 每查出一项为丙级病历扣 5 分。第 4 项内容中缺一项为单项否定, 如记录不完整扣 2 分。第 5 项不规范扣 2 分。第 6 项内容每缺一项扣 1 分。第 7 项内容每缺一项扣 2 分。	30
入院记录	1. 主诉、现病史描述有缺陷。 2. 主诉与现病史不符。 3. 既往史、个人史、婚育史、家族史有漏项。 4. 表格病历中体格检查记录有漏项。 5. 专科情况没描述。 6. 缺病历记录者签字。	第 1~2 项内容缺陷或不符合各扣 2 分。第 3 项内容每漏项扣 1 分。第 4 项表格每缺一项扣 0.5 分。第 5 项缺项扣 2 分。第 6 项缺漏为单项否定项扣 5 分。	20
病程记录	1. 首次病程需记述病情和摘要、分析特征、提出诊断及依据、鉴别诊断、诊疗计划及立即实施的治疗措施。 2. 连续病程对病史、体征及其他方面的补充。 3. 记录了新症状的出现及体征的改变、并发症的发生。 4. 记录有各项检查结果的分析。 5. 记录有诊疗操作的情况。 6. 记录有治疗的反映及效果。 7. 记录有医嘱更改及理由。 8. 记录有会诊意见及执行情况。 9. 记录有临床诊断的补充、修正及依据。 10. 记录有特殊诊疗措施向患者或家属说明的情况及签字。	第 1 项内容中对每缺一项或内容不完整扣 2 分。第 2~10 项没记录或描述不全各扣 2 分。	24
初步诊断	1. 入院志和首次病程中有初步诊断。 2. 有较完善的诊断依据、鉴别诊断、诊断计划。 3. 疾病诊断书写规范, 医生签名清晰可认。	第 1~3 项内容中每缺陷一项扣 2 分。	10
最后诊断 / 修正诊断	1. 非急、危重、疑难病例能在 72 小时内明确诊断。 2. 一周内完善修正诊断。 3. 疑难复杂病例在 10 天内有较为明确的诊断, 但还需进一步确诊。 4. 在病程记录中能反映更改诊断的理由和依据。 5. 诊断书写规范, 上级医师签名清晰可认。	第 1~5 项有缺项各扣 2 分。	10
无创检查 (物理、实验室、设备检查)	1. 体格检查规范, 符合要求。 2. 相关实验室检查完整。 3. 记录准确、内容到位。 4. 设备检查报告详实、正确。 5. 检验检查申请单填写规范。	第 1~5 项有缺项各扣 1 分。	5

续表 1-2

考核内容	考核指标	考核方法	扣分
有创检查	1. 检查目的、检查指征明确,了解其适应证、禁忌证及操作流程。 2. 操作规范、熟练。 3. 有签字协议书。 4. 病程中能及时记录相关情况,记录内容到位。	第 1~4 项内容记录不完善各扣 2 分。	8
非手术治疗	1. 有治疗方案并符合病情。 2. 药物选择有适应症。 3. 给药时间、疗程、用药剂量规范。 4. 了解药代动力学和药物副作用,并记录在案。 5. 用药合理,无滥用或过度用药。 6. 药名书写规范,剂量、用法正确。 7. 医保自费药有签字。	第 1~4 项内容缺陷各扣 2 分。第 5~7 项内容缺陷各扣 2 分。	16
介入治疗	1. 病情需要有适应症。 2. 介入治疗时机合理,术前准备充分,有术前小结及手术者查房记录。 3. 介入治疗后观察及时,记录详实。 4. 有病情知晓书,取得家属同意(包括围手术期并发症)并签字。	第 1~3 项内容有缺陷扣 2 分。第 4 项有缺项为单项否定项扣 5 分。	9
三级查房	1. 住院医师对所管病员随时观察病情变化并及时处理,必要时请示上级,每天至少查房 2 次。 2. 主治医师每天至少查房 1 次。 3. 副主任医师每周至少查房 2 次。 4. 主任医师每周至少查房 1 次。	采取直接询问病人及直接抽查病历的检查形式,对每缺一项扣 2 分。	8
疑难病历讨论	1. 有入院时的初步诊断。 2. 有讨论时间。 3. 有主持人的姓名及职称。 4. 有参加人员姓名及职称,如属外单位需写明医疗机构名称。 5. 经治医师报告简要病情并提出要解决的疑难问题。 6. 有详细记录每位发言人姓名、发言要点。 7. 主持人总结到位,讨论目的明确。 8. 有主持人、记录者签名。	第 1~4 项每缺一项扣 1 分。第 5~8 项每缺一项扣 2 分。	12
死亡病历讨论	1. 入院诊断明确。 2. 死亡原因、死亡诊断明确。 3. 死亡后一周内讨论。 4. 死亡病历讨论由科主任主持讨论。 5. 有参加人员姓名、职称或职务及发言人数。 6. 讨论记录详细,有对诊治经过及死亡原因、经验教训的分析。 7. 主持人总结,有明确的死亡原因、临床诊断及应吸取的教训。 8. 记录死者家属是否同意尸检的意见签名。 9. 有主持人及记录者签名。	第 1 项缺陷扣 1 分。第 2 项缺陷扣 2 分。第 3 项为单项否定项扣 5 分。第 4~5 项缺陷扣 2 分。第 6~7 项缺陷扣 2 分。第 8 项为单项否定项扣 5 分。第 9 项缺陷扣 2 分。	18

第三节 科室病历质量考核细则评分汇总表

表 1-3 科室病历质量考核细则评分汇总表 总扣分_____

序号	患者姓名	性别	年龄	住院号	扣分情况	扣分
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

第四节 住院病历书写质量评估标准

表 1-4

住院病历书写质量评估标准

总分:100 分

	缺陷内容	编码	扣分标准
病案首页 10 分	医疗信息未填写	1	单向否决
	传染病漏报	2	单向否决
	血型书写错误	3	单向否决
	主要诊断选择错误	4	3
	无科主任、主(副主)任(或病房主管医师)签字	5	2
	医院感染未填	6	2
	药物过敏未填写	7	2
	非标准化书写	8	1/项
入院记录 20 分	无入院记录	1	单向否决
	有实习医师代替住院医师书写入院记录视为缺入院记录	2	单向否决
	入院记录未在 24 小时内完成	3	单向否决
	无主诉	4	3
	无现病史	5	4
	现病史描述有缺陷	6	3
	主诉与现病史不符	7	2
	无既往史/家族史/个人史	8	1/项
	无体格检查	9	4
	体格检查记录有缺陷、遗漏标志性的阳性体征及有鉴别意义的阴性体征	10	3
	无专科检查	11	3
	专科检查记录有缺陷	12	2
	无初步诊断或初步诊断书写有缺陷	13	2
	非标准化书写	14	1/项
病程记录 50 分	首次病程记录中无诊断依据、鉴别诊断和诊疗计划之一者	1	单向否决
	首次病程记录在患者入院后 8 小时内完成	2	单向否决
	患者入院 48 小时内无主治医师首次查房记录	3	单向否决
	医师未在接班后 24 小时内完成交接班记录或无交接班记录	4	单向否决
	24 小时内未完成转入、转出记录或无转入、转出记录	5	单向否决
	对危重症者不按规定记录病程	6	单向否决
	疑难或危重病例无科主任或主(副主)任医师查房记录	7	单向否决
	抢救记录中无参加者的姓名及上级医师意见	8	单向否决
	无特殊检查、治疗同意书(含自费应用的药品、医用材料设备、假体)	9	单向否决
	特殊检查、治疗同意书无患者/家属及医师签字	10	单向否决
	中等以上手术无术前讨论记录	11	单向否决
	新开展的手术及大型手术无科主任或授权的上級医师签名确认	12	单向否决
	无麻醉同意书或麻醉同意书中无患者/家属、医师签字	13	单向否决
	无麻醉记录	14	单向否决
	无手术同意书或手术同意书中无患者/家属、医师签字	15	单向否决
	手术记录未在术后 24 小时内完成	16	单向否决
	无手术记录	17	单向否决
	无死亡抢救记录	18	单向否决
	抢救记录未在抢救后 6 小时内完成	19	单向否决
	未记录死者家属是否同意尸检的意见及签字	20	单向否决

续表 1-4

	缺陷内容	编码	扣分标准
病程记录	操作无记录	21	5
	自动出院或放弃治疗无患者/家属签字	22	5
	无术前小结记录	23	5
	无手术前术者查看病人的病程记录	24	5
	无麻醉医师查看病人的病程记录	25	5
	手术记录内容有明显缺陷	26	3
	治疗检查不当	27	3
	无术后首次病程记录	28	5
	无阶段小结	29	3
	无会诊记录单	30	2
	病情变化时无分析、判断、处理及结果	31	3
	异常检查无分析、判断、处理的记录	32	2
	未对治疗中改变的药物、治疗方式进行说明	33	2
	重要治疗未做记录或记录有缺陷	34	2
	无上级医师常规查房记录	35	3
	无术后麻醉医师查看病人记录	36	3
	术后三天内无上级医师或术者查房记录	37	3
	术后三天内无连续病程记录	38	3
	缺出院前一天记录	39	2
	缺出院前上级医师同意出院的记录	40	2
	非标准化书写	41	1/项
出院记录 10 分	缺出院(死亡)记录	1	单向否决
	未按时完成出院(死亡)记录	2	单向否决
	产科无新生儿出院记录、无新生儿脚印及性别有误	3	单向否决
	出院记录无主要诊疗过程中内容	4	4
	无治疗效果及病情转归内容	5	2
	无出院医嘱	6	2
	死亡记录中死亡时间不具体或与医嘱体温单不符	7	2
	死亡记录中死亡原因不明	8	2
	非标准化书写	9	1/项
辅助检查 及医嘱 5 分	缺住院期间对诊断、治疗有重要价值的辅助检查报告	1	单向否决
	医嘱与病情不符	2	2
	缺输血前相关检查结果,如乙肝五项、丙肝抗体、梅毒抗体、HIV、肝功	3	3
	检查报告单与医嘱或病程不吻合者	4	2
	非标准化书写	5	1/项
书写基本 要求 5 分	病历中摹仿或替他人签名	1	单向否决
	缺整页病历记录造成病案不完整	2	单向否决
	涂改/伪造/拷贝病历	3	单向否决
	病历不整洁(严重污迹、页面破损)	4	2
	字迹潦草,不能确认	5	2
	未按规定使用蓝黑墨水书写	6	2
	非标准化书写	7	1/项

第五节 住院病历书写质量评估标准积分

表 1-5 住院病历书写质量评估标准积分

科室： 患者姓名： 性别： 年龄： 住院号：
入院日期： 年 月 日 诊断：
主管医师： ， 病历得分：

内容 项目	编码	缺陷内容	扣分标准
病案首页 1~8 项 10 分			
入院记录 1~14 项 20 分			
病程记录 1~41 项 50 分			
出院记录 1~9 项 10 分			
辅助检查 及医嘱 1~5 项 5 分			
书写基本要求 1~7 项 5 分			

质量监督员签名： 科室主任签名： 年 月 日

第六节 病程记录评分标准

表 1-6

病程记录评分标准

科室: 患者姓名: 性别: 年龄: 住院号:
 入院日期: 年 月 日 入院诊断:
 主管医师: , , 病历得分:

项目内容	评分
1. 格式内容:正确规范,全面系统。	
(1)首次病程:记述病情和摘要,分析特征,提出诊断及依据,鉴别诊断,诊疗计划及立即实施的治疗措施。	15
(2)连续病程:病史、体征及其他方面的补充;新症状的出现及体征的改变,并发症的发生;各项检查结果的分析;诊疗操作的情况;治疗的反映及效果;医嘱更改及理由;会诊意见及执行情况;临床诊断的补充、修正及依据;特殊诊疗措施记录向患者或家属说明的情况及签字。	10
(3)其他病程:上级医师查房记录、疑难病例讨论记录、抢救记录、交(接)班记录、转出(入)记录、阶段小结、诊疗操作、手术后病程,需列标题记录,上级医师查阅签字。	10
2. 准确性(真实性)。 主要病史、查体与诊断相符合,病情变化及体征记录能真实反映病程进展。	10
3. 完整性。 ①病情(症状)描述无重要遗漏、错误。 ②有阳性及重要的阴性体征。 ③有意义的辅助检查结果摘抄。 ④入院后用药、病情进展主要情况及结论。 ⑤下一步处理计划措施。	10
4. 语言:用语详简恰当,能概括出重点,无废话,语句通顺,逻辑性强。	5
5. 结构:层次分明,叙述顺序正确,条理清晰。	5
6. 写出变化:能及时反映症状,体征的发展变化,诊断的更改、补充;治疗措施更改(包括上级医生查房意见)及效果的变化。	10
7. 写出理由:对病情变化的分析,诊断及药物更改的理由,进一步检验的目的,对各种检验结果的分析。	10
8. 时限。 (1)首次病程在入院 8 小时内完成,大病历在 24 小时内完成。 (2)48 小时内有主治医师查房记录。 (3)转出(入)记录、交接班记录、手术记录在 24 小时内完成。 (4)抢救记录在 6 小时内完成。 (5)危重病患者根据病情变化随时书写病程记录,每天至少 1 次,记录时具体到分钟。 (6)新入院、手术后和转入病例应连续 3 天有病程记录。 (7)阶段小结为每月 1 次。 (8)死亡病历 1 周内完成。	10
9. 书写:字迹工整、无错别字及不规范字,页面清洁。	5
合计:	100 分

质量监督员签字:

科主任签字:

年 月 日