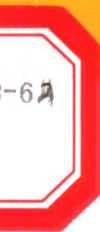


主编 吴殿源 戴志鑫

病历书写 基本规范实用手册



BINGLI SHUXIE
JIBEN GUIFAN
SHIYONG SHOUC

军事医学科学出版社

病历书写基本规范 实用手册

主编 吴殿源 ~~戴志鑫~~

军事医学科学出版社

·北京·2004

图书在版编目(CIP)数据

病历书写基本规范实用手册/吴殿源,戴志鑫主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2004.4

ISBN 7-80121-560-5

I. 病… II. 吴… III. 病案-书写规则-手册

IV. R197.323-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 005861 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931034

66931048

编辑部:(010)66931127

传 真:(010)68186077

E-MAIL: mmsped@nic.bmi.ac.cn

印 刷:潮河印装厂

装 订:春园印装厂

发 行:新华书店总店北京发行所

开 本:787mm×1092mm 1/32

印 张:13.125

字 数:351 千字

版 次:2004 年 4 月第 1 版

印 次:2004 年 4 月第 1 次

印 数:1-9000 册

定 价:22.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

· 内 容 提 要 ·

全书共 12 章约 30 万字。第一章概述,介绍病历的定义、分类、作用、病历书写的基本要求及有关常用名称释义;第二章门(急)诊病历书写要求与示例,全面介绍门(急)诊病历的书写要求与示例;第三章住院病历书写要求与示例,详细介绍病案首页、入院病历、各种住院志及表格式病历的书写要求与示例;第四章专科入院记录书写要求与示例,结合实际介绍了近 30 个专科入院记录的书写要求与示例;第五、六章病程记录、其他记录的书写要求与示例,系统介绍了各项病程记录及其他记录的书写要求与示例;第七章知情同意书,介绍了知情同意书的书写内容、格式与示例;第八章医嘱,介绍了医嘱的书写要求;第九章护理文书,详细介绍了各种护理文书的书写内容、要求及常用护理文书表格;第十章辅助检查申请单和报告单,介绍了辅助检查申请单、报告单书写的基本要求及 20 余种申请单、报告单的实例;第十一、十二章为病案管理章节,除介绍常规的相关内容外,还介绍了相关内容的新要求。书末附有 4 个附录。

本书内容系统、全面、准确、实用,适合各级医院使用,是医院管理人员、临床医技专业人员、进修医师、实习医师的实用参考书。

《病历书写基本规范实用手册》编委会

主 编 吴殿源 戴志鑫

副主编 成诗黔 林月秋 杨鸿秀 刘玉亭

编 委 (按姓氏笔画为序)

成诗黔	刘玉亭	刘土富	吴殿源
李方银	张步振	张彦	林月秋
杨鸿秀	杨顺秋	查红	胡剑超
戴志鑫			

专业资料记录、审修者(排名不分先后)

杨丽霞	魏玲	王燕	范宗江	张树荣
李丽娟	刘翱	樊满齐	余德文	陈代陆
杨宇	刘诗翔	刘枢晓	段建	郭虹
胡灯明	沈菲菲	舒子正	尹波	徐庆玲
邹玲	王玲	王明圣	张地君	许速
宁亚功	叶建红	江建国	陈宏	丁云霞
徐永清	李军	陈训如	王相田	陈翠菊
郭曙光	石云	罗海青	刘齐贵	姚建忠

军 华福云忠琳红
王 淑家苏宪琳
褚文邱牛王阳
宏晓华

林 琼泽明民芬霞
伯晓水黎举利毓
谢段尹马杨王严
商艳

红 疆正云城恒涛惠珍
吴 卫培晓北庆李若
王 谢张尚孔李李
袁佩

黎 生清苏丽云辉静云
任 树玉颂贵云
高 张闻徐查杨张
武晓

平 燕文平萱青燕平鑫
栋 晓忠胜惠冬燕柯
李 孙任乌王郑梁裴
施宝

序

在新年伊始,百花盛开的春天,《病历书写基本规范实用手册》与读者见面了,对此我谨表衷心祝贺。

病历是患者在医院中接受问诊、查体、诊断、治疗、检查、护理等医疗过程的所有医疗文书资料,包括医务人员对病情发生、发展、转归的分析,医疗资源使用和费用支付情况的原始记录。它是经医务人员、医疗信息管理人员收集、整理、加工后形成的,具有科学性、逻辑性、真实性的医疗档案。在现代医院管理中,病历作为医疗活动信息的主要载体,不仅是医疗、教学、科研的第一手资料,而且也是医疗质量、技术水平、管理水平综合评价的依据。发生医疗事故争议时,医院和患者都有举证义务,由医院保管的病历资料是医疗事故技术鉴定中记录医疗行为和医疗过程的重要文书。

此外,书写完整规范的病历是培养临床医师思维能力的基本方法,也是提高临床医师业务能力的重要途径,病历书写质量的优劣是考核其实际工作能力的客观标准之一。因此,医院管理者应加强医务人员书写病历的基本功训练,提高对病历重要性的认识,应要求医务人员以高度负责的敬业精神,以实事求是的科学态度,按病历书写的规范要求,认真书写病历。

《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》、《病历

书写基本规范(试行)》的施行,对病历书写和管理提出了新的更高的要求。为此,成都军区昆明总医院组织编写了《病历书写基本规范实用手册》一书。在该书编写过程中,以系统总结自身经验为基础,以上述国家卫生部的3个文件为标准,以中国人民解放军总后勤部卫生部《医疗护理技术操作常规》为依据,充分吸收军内外有关病历书写及管理文献中的成熟做法,较好地体现了科学性、先进性和可操作性。该书内容全面系统、表达清楚严谨、编排合理有序,是医院管理者、医护人员、进修医师、实习医师的实用工具书。

我相信该书的出版发行,对于提高医院病历的书写质量和管理水平将起到积极的促进作用。

成都军区联勤部卫生部部长 **张林**

二〇〇四年三月

前 言

病历是医院医疗、教学、科研、预防、保健、管理工作的重要档案资料,是处理医疗问题和评定伤病残的客观依据。

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。

病历书写质量犹如一面镜子,其质量的高低不但能反映出医院正规化、规范化管理的水平,而且能折射出每个医务工作者的综合功底。因此,在医院管理中,应加强病历书写的基本功训练和规范化管理。

医院是医疗、教学、科研基地,担负着繁重的医教研任务,特别是《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范(试行)》的施行,对病历书写和病历管理提出了新的更高要求。因此,我们本着与时俱进的精神,组织编写了《病历书写基本规范实用手册》一书。

在本书编写过程中,我们以《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范(试行)》等卫生法规的规定为标准,以《医疗护理技术操作常规》(第四版)为依据,借鉴吸纳军内外有关专家、学者的论著,在我院原《医疗文书规范》一书的基础上,认真进行撰写,力求在内容上做到科学性、规范性和可操作性相兼容。军区联勤部卫生部张林部长在百忙工作之中为本书作

序。在此,谨向上级领导,有关参考文献的专家、学者表示诚挚的谢意。

由于时间仓促,水平所限,难免有错误及疏漏之处,恳请读者批评指正。

编 者

二〇〇四年三月

目 录

第一章 概述	(1)
第一节 病历的定义及分类	(1)
第二节 病历的作用	(2)
第三节 病历书写的基本要求	(4)
第四节 病历中常用名称释义	(10)
第二章 门(急)诊病历书写要求与示例	(15)
第一节 初诊病历书写要求与示例	(15)
第二节 复诊病历书写要求与示例	(17)
第三节 急诊病历书写要求与示例	(20)
第四节 急诊观察室观察记录书写要求与示例	(23)
第五节 门诊入院记录书写要求与示例	(25)
第三章 住院病历书写要求与示例	(27)
第一节 病案首页填写要求	(27)
第二节 入院病历书写要求与示例	(32)
第三节 入院记录的书写要求	(44)
第四节 再次或多次入院记录书写要求与示例	(45)
第五节 24 小时内入出院记录书写要求与示例	(48)

第六节 24 小时内入院死亡记录书写要求与示例	(50)
第七节 表格式病历书写要求与示例	(52)
第四章 专科入院记录书写要求与示例	(62)
第一节 心血管内科入院记录	(62)
第二节 消化内科入院记录	(65)
第三节 呼吸内科入院记录	(69)
第四节 内分泌科入院记录	(73)
第五节 神经内科入院记录	(77)
第六节 血液科入院记录	(82)
第七节 肾脏病科入院记录	(87)
第八节 精神病科入院记录	(91)
第九节 传染病科入院记录	(99)
第十节 结核病科入院记录	(103)
第十一节 肿瘤科入院记录	(105)
第十二节 中医科中西医结合入院记录	(108)
第十三节 皮肤病科入院记录	(114)
第十四节 小儿科入院记录	(118)
第十五节 老年病科入院记录	(123)
第十六节 骨科入院记录	(127)
第十七节 普通外科入院记录	(131)
第十八节 胸外科入院记录	(133)
第十九节 泌尿外科入院记录	(136)
第二十节 神经外科入院记录	(140)
第二十一节 妇科入院记录	(144)
第二十二节 产科入院记录	(148)
第二十三节 计划生育科入院记录	(155)

第二十四节	眼科入院记录	(159)
第二十五节	耳鼻喉科入院记录	(164)
第二十六节	口腔颌面外科入院记录	(166)
第二十七节	烧伤外科入院记录	(168)
第二十八节	肝胆外科入院记录	(171)
第二十九节	血管外科入院记录	(173)
第五章	病程记录的书写要求与示例	(176)
第一节	首次病程记录	(176)
第二节	日常病程记录	(179)
第三节	上级医师查房记录	(180)
第四节	疑难病例讨论记录	(181)
第五节	交(接)班记录	(184)
第六节	转出(入)科记录	(186)
第七节	阶段小结	(188)
第八节	抢救记录	(189)
附	抢救计划及示例	(191)
第九节	会诊记录(含会诊意见)	(193)
第十节	术前小结	(194)
第十一节	术前讨论记录	(195)
第十二节	麻醉记录	(197)
第十三节	手术记录	(198)
第十四节	手术护理记录	(200)
第十五节	术后首次病程记录	(201)
第六章	其他记录书写要求与示例	(203)
第一节	病危通知书	(203)
第二节	出院记录	(204)
第三节	出院通知书	(205)

第四节	死亡记录	(207)
第五节	死亡通知单	(208)
第六节	死亡病例讨论记录	(208)
第七节	死亡报告	(210)
第八节	诊断证明书	(212)
第七章	知情同意书与示例	(215)
第一节	知情同意书的书写	(215)
第二节	知情同意书示例	(219)
第八章	医嘱	(234)
第一节	医嘱概述	(234)
第二节	医嘱书写的基本要求	(236)
第九章	护理文书	(239)
第一节	护理文书概述	(239)
第二节	护理文书的书写内容及要求	(241)
第三节	整体护理表格	(254)
附	护理诊断参考	(263)
第十章	辅助检查申请单和报告单书写	(266)
要求及示例		(266)
第一节	辅助检查申请单书写要求	(266)
第二节	辅助检查报告单书写要求	(267)
第三节	辅助检查申请单及报告单示例	(269)
第十一章	病历排列与整理	(317)
第一节	病历排列顺序	(317)
第二节	病历整理	(319)
第十二章	病历档案管理	(321)
第一节	病历复印、复制	(321)
第二节	病历借阅	(323)

第三节	病历封存	(323)
第四节	病历保存	(324)
附	疾病和有关健康问题的国际统计 分类(ICD-10)的临床应用	(324)
附录一	病历书写基本规范(试行)	(333)
附录二	病史询问提示	(344)
附录三	体格检查提示	(349)
附录四	临床检验参考值	(365)

第一章 概 述

第一节 病历的定义及分类

一、病历的定义

卫生部、国家中医药管理局制定下发的《医疗机构病历管理规定》中对病历的定义界定为: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、病历的分类

(一)按患者诊疗过程及就诊情况分为

1. 门诊病历 指患者在门诊就诊时的全部诊疗资料。
2. 急诊病历 指患者在急诊就诊时的全部诊疗资料。一般急诊患者用门诊病历本,抢救患者写急诊病历。
3. 急诊观察病历 指患者在急诊就诊时,住急诊观察室期间的全部诊疗资料。
4. 住院病历 指患者在住院期间的全部诊疗资料。按照卫生部、国家中医药管理局制定下发的《病历书写基本规范(试行)》规定,住院病历内容包括:住院病案首页、住院志、体

温单、医嘱单、化验单(检查报告)、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、会诊记录、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

住院志是指患者入院时的记录,内容主要有姓名、年龄等一般项目,主诉、现病史、既往史、体格检查等记录,初步诊断和治疗意见等。住院志的书写形式分为入院记录、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。

军队医院住院病历包括入院病历和入院记录。入院病历或称大病历(地方医院称完整住院病历或系统住院病历),为教学带教用;入院记录或称小病历(地方医院称住院志)。

(二)按病历的载体分为

1. 纸张病历 或称传统病历。是通过医师、护士、医技人员严格按病历书写要求书写而成的患者医疗记录。

2. 胶片病历 或称缩微病历。是通过缩微摄影技术操作,将需要保存的纸张病案内容拍摄到较小的胶片上,以便保存。

3. 电子病历 或称计算机化病历。它的内容包括纸张病历的所有信息,电子病历不仅指静态病历信息,还包括提供的相关服务。

第二节 病历的作用

病历是现代医院管理中医疗信息的主要载体。随着社会的进步,医学科学的发展,病历的内容亦日趋丰富,信息量日益增多,作用也愈来愈显著。