

病历书写指导手册

HOW TO WRITE A MEDICAL HISTORY

主编 刘海峰 张红英



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

病历书写指导手册

HOW TO WRITE A MEDICAL HISTORY

主 编	刘 海 峰	张 红 英	
副主编	贾 军 英	吕 裕 霞	施 琼
	韩 宁		
编 者	王 藩	李 明	李 娜
	李 爱 玲	刘 静	伍 建 玲
	杨 轶	张 开	姜 伟
	姚 玲	曹 安 香	韩 雪 英



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

病历书写指导手册/刘海峰,张红英主编. —北京:人民军医出版社,2015.6

ISBN 978-7-5091-8415-8

I. ①病… II. ①刘… ②张… III. ①病案—书写规则—手册
IV. ①R197.323-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 094928 号

策划编辑:杨 淮 文字编辑:王 乾 张 娟 责任审读:赵晶辉

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8027

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:3.125 字数:72千字

版、印次:2015年6月第1版第1次印刷

印数:0001—2500

定价:30.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

SUMMARY

本书是作者根据多年的医疗质量管理经验,并参照相关文献编写而成。全书主要包括:病历书写基本要求、病案首页填写、入院记录、病程记录、手术相关记录、门(急)诊病历书写内容及要求等。全书内容全面、结构严谨,适合临床各级医师参考。

前 言

PREFACE

病历质量的高低是衡量医院和医务人员医疗质量和医疗水平的重要评价指标,也反映一个医院的管理水平。病历具有的法律性使病历成为医师依法行医的书证,是医疗纠纷鉴定和其他司法鉴定中最重要的法律依据。病历的作用已远远超过医学范畴,其重要性毋庸置疑。

病历书写是医师不可回避的日常临床工作之一。病历书写是医师认识疾病、总结和积累临床经验、培养和提高正确临床思维方法和诊疗水平、将书本知识转换为自身临床技能的成长过程,与业务技术水平的提高密不可分。只有详细询问病史、仔细查体、认真思考,才能写出一份好病历。是否认真书写病历,关系到数年后医师的医疗技术水平的高低。病历书写是医师临床技能的基本功,病历是维护医师权益的有力依据。医师是在诊治的一个个病人、写的一份份病历中逐渐成熟起来的。不要把写病历当成负担,要提高认真书写病历的自觉性,并在此过程中一步一个脚印,才能成长为一名合格的医师。

为推进现代化综合性研究型医院的建设,促进医疗内涵质量的发展和医疗质量的提高,加强基础医疗质量管理,强化病历内涵质量,根据国家卫生和计划生育委员会和军队颁布的“病历书写规范”,进一步修订病历书写规则,我们编写了《病历书写指导手册》以备临床医务人员查阅,希望本书能对临床医师的病历书写有所裨益。

刘海峰

武警总医院医务部

2014年4月

目 录

CONTENTS

第 1 章	病历书写基本要求	(1)
第 2 章	病案首页填写	(7)
第 3 章	入院记录	(26)
第 4 章	病程记录	(46)
第 5 章	手术相关记录	(73)
第 6 章	门(急)诊病历书写内容及要求	(86)
第 7 章	病历的复印规定	(89)
第 8 章	病案的借阅规定	(92)
第 9 章	病历的封存规定	(94)

第 1 章 病历书写基本要求

一、病历书写基本原则

病历书写基本原则为客观、真实、准确、及时、完整、规范。

客观:病历记录的是病人身上所反映出来的、所患疾病实际存在的、不以人的意志为转移的一切现象。

真实:病历资料具有原始性、不可篡改性。病历应当如实记录患者疾病发生、发展、演变的全过程,严禁为应付检查而做张冠李戴式的复制品。

准确:病历不是病人的口述记录,是从病人提供的关于疾病的陈述中,正确加工和提炼出与本次患病有关的症状、体征和诊断。选词用字应适当、表述准确,描述层次清晰、有逻辑性。病历内容翔实,要有连贯性和一致性,不能前后矛盾。

及时:必须在规定时间内完成规定的内容书写,如入院后 24 小时内应完成入院记录,首次病程记录应当于患者入院后 8 小时内完成等。

完整:医务人员询问病史及查体要详细、周全。病历中的所有资料不得丢失,各种记录、检查报告单等齐全。需要填写的项目不要漏填、误填。

规范:病历书写必须严格按照病历书写的规定格式、内容、时间来进行,规范使用医学术语,务必做到格式规范、文字工整、字迹清晰、字面整洁、语句通顺、标点正确。

二、病历书写文字规定

病历书写应当使用中文。简化字按国务院公布的《简化字总表》的规定书写,疾病名称译名以《英汉医学词汇》(人民卫生出版社出版)为准。可用通用的外文缩写,如处方术语的拉丁词缩写。不要中西文混写,如肺 Ca、主 A 等。无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。病历中的度量衡单位采用法定计量单位。根据临床教学、教研及涉外医疗需要,可在书写中文病历的同时书写外文病历。

为避免不必要的纠纷,在需要告知患方的医疗文书[如知情同意书、出院记录、病危(重)通知书等]中,应使用中文,避免使用影响患者理解的外文缩写。

三、病历书写用笔规定

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。病历中的任何记录禁用字迹保存功能不良的纯蓝墨水、铅笔等书写,以免因时间长而造成字迹模糊难辨。

四、病历书写时间记录规定

病历中的日期和时间一律使用阿拉伯数字书写。日期数字之间用短横杠“-”间隔,单个数字前加 0;时间采用 24 小时制记录,急诊、抢救要注明时分(如 2009-05-11-15:20)。

五、病历书写权限

病历应当由相应的医务人员按照规定书写。

试用期医师、合同医师、有医师资质的在读研究生、低年资(1~2 年)住院医师、进修医师应至少书写 3 份入院病历(即大病历),科室根据其胜任本专业工作实际情况和病历书写水平,批准

授权后,方可书写入院记录,如出现丙级病历,需重新书写大病历,直至书写达到要求才能书写入院记录。本院执业医师必须对上述医师书写的入院记录、首次病程记录、抢救记录、交接班记录、阶段小结、死亡记录和死亡讨论及时审修签字。

实习医师可书写入院病历(大病历)、日常病程记录,不能书写入院记录。实习阶段要练好病历书写基本功,打好临床工作基础,要通过书写入院病历形成一种规范良好的问诊和查体习惯,以便今后在繁忙的临床工作中能如条件反射般运用,在诊治过程中不遗漏任何要点,避免误诊、漏诊。这种基础性训练是必需的和重要的。

实习医师书写入院记录视为丙级病历。

六、病历书写签名规定

1. 病历的各种记录完成后,书写者应签署自己的全名。另起一行录入姓名,姓名一律靠右对齐,不要在姓名前加“记录者”等字样。

医师个人对电子病历系统中签署本人姓名的病历承担相应的法律责任,故谁写谁签名,以示文责自负,绝不能代签。

2. 电子病历每次记录后,一定要有印刷体的打印签名。打印的电子病历,医师本人用蓝黑墨水或碳素墨水笔在打印签名前再次手写签名,字迹要求清晰端正。

3. 尚未取得合法执业资格证的医师、实习医师、在读研究生、试用期医师、进修医师书写病历时,应在自己的签名前画斜杠“/”,必须经本医疗机构注册的带教医师审阅修改后签名于斜杠的左上方。为保证病历质量,严禁未经审修而冒名顶替审修医师签名。

4. 上级医务人员应及时履行审修签字职责,避免出院才审修签字的做法,以保障医疗安全和医疗质量,规避在医疗过程中因缺少审修签字引发的有关行医资质的医疗纠纷。

总后勤部卫生部规定的入院记录审修签字时限是 48 小时。

七、病历的修改和打印

在临床实践中,尤其年轻医师书写的病历常常不完善。从医学角度上讲,病历的修改通常是必需的。修改不等于篡改,严禁非法篡改病历。

在病历形成过程中,上级医师有审查、修改下级医师书写病历的责任,下级医师应及时修改。病历质量督察人员有督察医师病历书写的责任,医师应及时修改。

病历中手写内容出现错字时,应当用双线画在错字上,保留原有记录清楚可辨,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。

病历打印后发现书写错误,必须对病历的电子文本进行修改后重新打印,禁止直接对打印病历进行手写修改,以保证电子文本与打印文本的一致性。

病历归档前,三级医师应严把质量关,杜绝归档病历存在需修改的原则性错误。

已归档的病历和给患者病历复印件的复印部分的病历内容不能随意修改,确需修改的应履行严格的修改审批手续。由修改者在 OA 系统上用病案修改审批模块进行申请,写明修改内容和修改理由,经科主任、医疗科逐级同意批准后,由计算机中心授予修改者修改病历电子文本的权限,并保留修改痕迹。申请修改的医师先修改病历电子文本,再重新打印、签名,然后交到病案库。病案库按规定程序更换,重新装订。病案库对修改申请和批件及更换下的原件保留备查。发生医疗纠纷封存的病历不能修改。

病历书写后应满页打印,避免出院时一次性打印。一为避免因计算机故障丢失过多病历书写内容;二为避免发生医疗纠纷封存病历时,书写者因故不在位,将无法手写签名,影响证据的合法性,对医院产生不利影响。

入院记录、首次病程记录、术后当天病程记录完成后须立即打印签名;手术患者于手术接送前、转科患者于转科时,必须在规定时间内完成规定内容的书写,并打印签名;对报病危病重患者、病情出现急剧变化患者、有医疗纠纷倾向患者,必须及时打印和签署各类医疗文书。

八、病历书写专用表格规定

会诊记录、检查同意书、治疗同意书、手术同意书、麻醉同意书、授权委托书、病重(危)通知书、输血治疗知情同意书等应当使用专用表格填写。

九、知情同意书规定

对需取得患者同意方可进行的医疗活动,实施前须患方签署知情同意书,并要在病程中有知情同意的相关记录。知情同意签署严格按相关法规执行(详见第5章第十一项)。

十、表格病历书写规定

表格病历一般适用于妇产科住院人员、烧伤及大批同类伤员,其他伤病员不得使用。使用表格病历时,应当由科室提出申请,将设计的表格病历报质量管理科审议(紧急情况除外),经医疗科审核,医院领导批准后实施。表格病历也采用计算机填写、打印。

十一、病历书写排版和基本格式要求

本院住院病历采用计算机录入(Word 文档),A4 纸打印,字体一律为宋体。

页眉:中国人民武装警察部队总医院居中,小4号宋体,每字占1个格。

病历记录居中,小2号宋体描黑,每字占1个格。

姓名、科别、门诊 ID 号、住院号,小 4 号宋体。

页脚:第×页居中,5 号宋体。

入院记录:入院记录居中,3 号宋体描黑。

十项一般项目:主诉、现病史、过去史、个人史、家族史、体格检查、专科检查、辅助检查、初步诊断、最后诊断等小标题均小 4 号宋体描黑。

病程记录:病程记录(首次病程记录)、术后病程、手术记录、转入记录、出院小结等标题居中,3 号宋体描黑,并另页书写。

页面设置(病历记录正文)

字体:宋体

字号:小 4 号

字型:常规

段落:对齐方式,两端对齐;特殊格式,首行缩进度量值:2 字符

缩进:左 0 字符,右 0 字符

间距:段前 0 行,段后 0 行

行距:固定值,设置值:20 磅

页边距设置:上 2.6cm,下 2cm,左 3cm,右 2cm

第2章 病案首页填写

住院病案首页是病案信息的综合反映,是医学统计、临床医学研究、医疗管理的重要数据来源,是做好疾病分类和卫生资源统计工作的前提,直接关系到疾病分类、年龄构成、流行病调查、病种费用等各项重要指标,与研究疾病的发生发展规律、预测疾病的发生发展趋势、达到疾病预防控制目的息息相关。基本信息错误将会导致统计工作失误,直接影响病案的医疗价值和社会价值。填写时务必认真,力求准确无误,不要漏项。

住院病案首页按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》(卫医发〔2001〕286号)和(卫医发〔2011〕84号)的规定书写。

首页正面的上半部分内容由住院登记处根据住院证及患者填写的个人信息填写。其余部分内容需要住院科室经治医师填写。

一、住院登记处填写内容

1. 年龄 与疾病的年龄构成密切相关,是患者的实足年龄(出生后按照日历计算的历法年龄)。出生年月日及年龄要求以公历为准,应与身份证中的出生日期信息相核对。纠正患者个人信息填写中的错误。

年龄不足月,用出生后的天数表示,出生日为第0天。年龄不足1周岁的,按照实足月龄+天数表示,如“2个月15天”(2 15/30个月)。年龄1—3周岁的,按照实足年龄+月龄表示,如1岁8个月;年龄满3周岁以上的,以实足年龄的相应整数填写。

2. 证件号 这是同名患者间重要的鉴别信息,应准确无误地填写患者身份证或警官证(军官证/文职干部证)的号码。无身份证的患儿填写父亲或母亲的身份证号码。

3. 职业 按照国家标准《个人基本信息分类与代码》(GB/T2261.4)要求填写。共 13 大类,包括国家公务员、专业技术人员、职员、企业管理人员、工人、农民、学生、现役军人、自由职业、个体经营者、无业人员、退(离)休人员、其他。应具体记录职业,如记者、教师、退休煤矿工人等,不要笼统标为干部、退休、工人等。

4. 现住址 指近期常住地址,不是饭店、宾馆等临时地址。

5. 与联系人关系 指联系人与患者之间的关系,参照《家庭关系代码》国家标准(GB/T4761)填写:1. 配偶(准确为丈夫、妻子),2. 子,3. 女,4. 孙子、孙女、外孙子、外孙女,5. 父母(准确为父亲、母亲),6. 祖父母(准确为祖父、祖母、外祖父、外祖母),7. 兄、弟、姐、妹,8/9. 其他(指非家庭成员,附加说明:如同事、路人、朋友等)。

二、由经治医师填写的内容

1. 确诊日期 指明确诊断的具体日期,在对应日的病程记录中要有确诊记录可查。

2. 住院天数和治疗天数填写原则

住院天数:入院日与出院日只计算 1 天。例如 2012 年 10 月 12 日入院,2012 年 10 月 15 日出院,计算住院日期为 3 天。

治疗天数:指出院诊断所列出疾病的实际治疗天数。

注意不要不加区分,一律由住院天数代替,如患者因骨折住院 90 天,其中感冒 7 天,骨折治疗天数是 90 天,感冒治疗天数是 7 天,而不是 90 天。

3. 入院初步诊断项目的填写原则

(1)要求只列出本次住院需要治疗的疾病。按主要诊断在

前,其他诊断在后,本科疾病诊断在前,其他科疾病诊断在后的顺序书写。

(2)入院初步诊断不要用“待查”“占位”“肿物”等笼统诊断,要填写反映诊断倾向性的诊断,如右肺占位性病变性质待查,肺癌?肺结核瘤? 首页入院初步诊断不要填写“右肺占位性病变性质待查”,应填写“肺癌?”“肺结核瘤?”。

4. 出院诊断项目的填写原则 出院诊断是指患者出院时,主治医师根据患者所做的各项检查、治疗、转归及门(急)诊诊断、手术情况、病理诊断等综合分析得出的最后诊断。

病案首页中的出院诊断在病历中必须有相关的诊断依据,在病史(现在史、既往史、家族史、个人史)、病程、检查化验报告中获得支持。病程记录或检查化验报告所获得的诊断应当在病案首页中体现,避免漏诊。

病案首页的出院诊断书写顺序应遵循主要诊断在先,其他诊断(并发症、伴随症)在后的原则。

医师对主要诊断及主要手术和选择要正确,对其他诊断及手术和操作要填全。

由于入院和出院诊断的前三项诊断与疗效评估相关,因此,入院和出院诊断书写顺序应慎重斟酌,以免影响诊断符合率的统计。

5. 主要诊断的选择原则 主要诊断是指本次医疗过程中对患者身体健康危害最大、花费医疗资源最多、住院时间最长的疾病的诊断。一般是导致患者本次住院就医主要原因的疾病(或健康状况)。一般情况下,有手术治疗的患者的主要诊断要与主要手术治疗的疾病相一致。产科的主要诊断是指产科的主要并发症或伴随疾病。

主要诊断可以包括疾病、损伤、中毒、体征、症状、辅助检查的异常发现,或者其他影响健康状态的因素。

患者一次住院只能有一个主要诊断。

主要诊断的选择并不改变临床诊断的书写顺序,入院记录最后诊断中的第一诊断不等于首页出院诊断的主要诊断。

主要诊断只重选择规则,不考虑它与出院科别的关系。多专业治疗的患者,应打破科室界限,不能按照本科疾病在前、他科疾病在后的习惯,必须按照主要诊断的选择原则来选择主要诊断。

如前列腺肥大患者合并急性心肌梗死,由泌尿外科转入心内科,给予放置冠状动脉支架治疗后又转回泌尿外科做了前列腺激光切除术,从泌尿外科出院。出院主要诊断应选择“急性心肌梗死”而不是本科疾病“前列腺肥大”,手术操作项的填写顺序也是“经皮穿刺冠状动脉内成形术(PTCA)放置支架”在先,“前列腺激光切除术”在后。

主要诊断的正确选择不仅关系着各学科疾病谱的统计,还直接影响今后以主要诊断为主要变量,进行成本核算的诊断相关分组的医疗费用的计付。正确填写主要诊断应引起医师的高度重视,注意不要为了追求诊断符合率和治愈率而违背主要诊断选择原则。

6. 主要诊断的选择细则

(1)当两个疾病或一个疾病伴有相关的并发症,而此时有合并类目的编码可以表示时,要选择有合并编码的合并诊断作为主要诊断,不能将其分开。

如住院诊断上消化道出血、十二指肠球部溃疡,主要诊断应选择十二指肠球部溃疡伴出血。

可做主要诊断的合并诊断还有:食管静脉曲张破裂出血(I85.001)、流行性感冒伴肺炎(甲型 H1N1 流感病毒)、胆囊结石伴急性(慢性)胆囊炎、前交通动脉瘤伴蛛网膜下腔出血、高血压肾病伴肾衰竭等。

能否合并诊断,取决于有无合并诊断编码。医师不能“随心所欲”,应熟悉、掌握合并诊断编码,才能做出正确的合并诊断。

(2)当多个诊断没有一个病情更为突出,而多个诊断又可分

如住院诊断:2 型糖尿病、糖尿病足、2 型糖尿病性周围神经病、2 型糖尿病性周围血管病等等。

(3)症状诊断和病因诊断之间,一般选择病因诊断为主要诊断。病因诊断说明疾病的本质,对疾病的发展、转归、预防和治疗有指导意义,因而是最重要的临床诊断。现举例如下。

选择:膀胱癌

选择:慢性膜性肾小球肾炎

选择:红斑狼疮

(5)对已治疗和未治疗的疾病,选择已治疗的疾病为主要诊断。

如入院诊断癌胚抗原 125 升高,出院时病因诊断仍未明确,