

广西壮族自治区医疗机构 病历书写规范与管理规定 (第三版)

广西壮族自治区卫生厅 编



广西科学技术出版社



广西壮族自治区医疗机构 病历书写规范与管理规定 (第三版)

广西壮族自治区卫生厅 编

广西科学技术出版社

编写委员会

名誉主编：李国坚

主 编：尤剑鹏

副 主 编：梁 远 赵劲民 王建政 伍伟锋

编 委：张益民 李 晔 龚智峰 林 栩

庞玉芳 卢德成 邸 宁 吴曙粤

朱 坤 吴 易 王桂榕 胡晓桦

姜海行 韦启明 梁 冰 王 玲

应燕萍 杨红叶 袁海涛 马 刚

前 言

病历是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，是医院医疗质量和管理水平的综合反映。病历作为医院的珍贵资料，为临床、教学、医学科研等工作提供依据并具有法律效力。各级医院必须高度重视病历书写工作的标准化、规范化管理。

1983年6月，我区首次制定了《病历书写规范》。2002年9月1日，国务院出台了《医疗事故处理条例》，广西卫生厅组织专家编写了《广西壮族自治区医疗机构病历书写规范手册》，对促进我区医疗机构病历书写与管理的规范化、标准化建设，提高医疗护理质量，都发挥了很大的作用。近年来，卫生部在全国范围开展了“医院管理年”活动，针对新形势下医疗机构的病历书写与管理作出了新的要求，2010年2月卫生部又颁布了《病历书写基本规范》。为此，我厅组织有关专家在汲取《广西壮族自治区医疗机构病历书写规范手册》成功经验的基础上，重新修订了《广西壮族自治区医疗机构病历书写规范与管理规定（第三版）》。编写过程中，除保留原手册的科学性、完整性外，在卫生行政部门加强医疗机构医疗服务质量监管要素、病例分型与管理的相关要求、三级医师查房规范与考评方法、医疗知情同意书样板示范、手术安全核查、环节病历质量评价方法、终末住院病历检查评分表及护理文书书写等方面进行了较大改动，进一步体现了科学性、实践性、可操作性原则和以人为本的人性化服务理念。

《广西壮族自治区医疗机构病历书写规范与管理规定（第三版）》的修订，得到了广西病案质量控制中心、广西医科大学第一附属医

院、自治区人民医院、自治区江滨医院、桂林医学院附属医院、右江医学院附属医院、南宁市第一人民医院、北海市人民医院等单位的领导和专家的大力支持，广西科学技术出版社的编辑们对稿件进行了及时的整理和认真的校对。在此，我们谨致以诚挚的谢意！

由于本书涉及医疗文书书写的方方面面，加之时间仓促，在编写的过程中难免有疏漏和不妥之处，敬请广大读者批评指正。

编 者

2010 年 9 月

目 录

第一部分	病历书写基本规范要求	(1)
第二部分	门 (急) 诊病历、处方书写要求及格式	(16)
第三部分	住院病历书写要求及格式	(28)
第四部分	护理文书书写规范及要求	(87)
第五部分	病案首页填写规范及病历资料排序	(101)
第六部分	附 件	(112)
	病历书写基本规范	(112)
	(卫医政发 [2010] 11 号)	
	医疗机构病历管理规定	(125)
	处方管理办法	(129)
	(中华人民共和国卫生部令第 53 号)	
	广西壮族自治区《处方管理办法》实施细则	(140)
	医院处方点评管理规范 (试行)	(149)
	(卫医管发 [2010] 28 号)	
	手术安全核查制度	(155)
	(卫办医政发 [2010] 41 号)	
	广西壮族自治区三级医师查房管理规范	(158)
	环节病历质量评价标准 (非手术科室)	(165)
	环节病历质量评价标准 (手术科室)	(168)
	《终末病历质量评分标准》说明与评分表格	(172)

第一部分 病历书写基本规范要求

第一章 病历书写基本要求

第一条 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。

第二条 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。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第四条 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（如麻醉记录单、疾病证明书及某些其他需复写的医疗文书）。

计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

第五条 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，但疾病名称不能中外文混用，如“肺 Ca”。简化字、外文缩写字母，一律按国家规定和国际惯例书写，不得自行滥造。

第六条 病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

第七条 病历书写过程中出现错字时，应当用双线画在错字上，保留原记录清楚、可辨，修改人签名，并注明修改时间。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。每页面修改不超过两处，否则由原来记录者及时重抄（上级医师审阅修改者除外）。

第八条 病历应当按照规定的内容、格式书写，并由相应医务人员签名。上级医务人员有审查、修改下级医务人员书写病历的责任。

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。修改时，应使用红色墨水，保持原记录清晰可辨，并在下级医务人员签名前签名，注明修改日期。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第九条 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。

第十条 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。

第十一条 “相应医师”的界定及要求：经治医师是指取得医师资格并注册后的医师；试用期医学毕业生指被医疗机构录用尚未取得执业医师资格的医学毕业生（以下简称“试用期医学毕业生”）；实习期医师指最后一年临床实习阶段的医学生。

第十二条 病历中的各种检查报告单应分类按检查时间顺序粘贴，用红色墨水标记。

第十三条 病历中的疾病诊断、手术、各种治疗操作的名称书写和编码应符合卫生部规定使用版本的《国际疾病分类》（ICD-10或ICD-9-CM-3）的规范要求。

第十四条 病历中的长期医嘱栏内，医生根据患者的病情和生活自理能力开具护理级别，并且根据患者的病情变化进行动态调整。

分级护理分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。

特级护理（具备以下情况之一的患者，可以确定为特级护理）：

（一）病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；

（二）重症监护患者；

（三）各种复杂或者大手术后的患者；

（四）严重创伤或大面积烧伤的患者；

（五）使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；

（六）实施连续性肾脏替代治疗（CRRT），并需要严密监护生命体征的患者；

（七）其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。

一级护理（具备以下情况之一的患者，可以确定为一级护理）：

（一）病情趋向稳定的重症患者；

（二）手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

（三）生活完全不能自理且病情不稳定的患者；

（四）生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。

二级护理（具备以下情况之一的患者，可以确定为二级护理）：

（一）病情稳定，仍需卧床的患者；

（二）生活能部分自理的患者。

三级护理（具备以下情况之一的患者，可以确定为三级护理）：

（一）生活能完全自理且病情稳定的患者；

（二）生活能完全自理且处于康复期的患者。

第十五条 对各种法定传染病，按规定填报传染病卡片，与其相关的检查报告单应及时收入病历中。

第十六条 医疗文书中的各级签名均不得代签，也不得模仿他人签名。

第二章 门（急）诊病历书写内容及要求

第十七条 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。

第十八条 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、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、药物过敏史等项目。

第十九条 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。

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。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第二十条 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第二十一条 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。

第三章 住院病历书写内容及要求

第二十二条 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（特殊治疗）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。

第二十三条 入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、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。

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。

第二十四条 入院记录的要求及内容。

（一）患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、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、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、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：记录伴随症状，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、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）个人史、婚育史、月经史、家族史。

1. 个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄）、月经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（六）体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠、肛门、外生殖器，脊柱、四肢，神经系统等。

（七）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

（八）辅助检查指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如是在其他医疗机构所做检查，应当写明该机构名称及检查号。

(九) 初步诊断是指经治医师根据患者入院时的情况, 综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时, 应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。应对病例进行分型, 修正诊断有变化应及时修正。病例分型单列一行。

(十) 书写入院记录的医师签名(含职称)。

(十一) 初步诊断有变化时, 应及时作出修正或补充诊断, 有记录时间和医师签名。

第二十五条 再次或多次入院记录, 是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状(或体征)及持续时间; 现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结, 然后再书写本次入院的现病史。

第二十六条 患者入院不足 24 小时出院的, 可以书写 24 小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名等。

第二十七条 患者入院不足 24 小时死亡的, 可以书写 24 小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过(抢救经过)、死亡原因、死亡诊断、医师签名等。

第二十八条 病程记录是指继入院记录之后, 对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

病程记录的要求及内容:

(一) 首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录, 应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划等。

1. 病例特点：应当对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2. 拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；单列诊断依据及鉴别诊断，并对下一步诊治措施进行分析。

3. 诊疗计划：提出具有针对性的检查及治疗措施安排。

（二）为了更有利于病历的质量管理与控制，推荐各级医院试用“病例分型管理”。

1. 病例分型标准及原则。

病例分型可作为病例医疗质量管理控制、病种付费的判断参考，也可作为制定诊疗计划和护理计划的依据。因此，使用病例分型的医院，经治医师除在病案首页上填写外，还要在病人入院 24 小时内“入院记录”中初步诊断下面写明“病例分型”。

2. 病例分型标准。

A 型：一般病例——凡病种单纯，病情稳定（包括诊断明确、病情稳定的肿瘤患者），无其他合并症的一般住院病例。

B 型：普通急症病例——凡急需紧急处理，但病种单纯，病情较稳定，无其他合并症的病例。

C 型：复杂疑难病重病例——凡病种或病情复杂，或具有合并症；病情较重，诊断治疗有很大难度，预计以后较差的病例。

D 型：病危病例——凡病情复杂危重，有循环、呼吸、肝、肾、中枢神经等重要器官功能衰竭病变之一者，住院期间随时有生命危险的病例。

3. 病例分型的确定及变更。

（1）病例分型由值班或经治医师在接诊患者时及时全面地了解分析病情后，做出分型判断，记录在“入院记录”中。

（2）病例分型的变更：如患者在入院时已潜伏疑难或危重的病理改变而当时未能正确判断，入院 3 天内由具有主治医师以上职称的人

员按病例分型标准修改入院时不适当的分型，但不准随意将一般病例定为疑难病重病例，不准随意将疑难病重病例定为一般病例，也不准因病人病情在住院后有了新的发展或因诊治失误致使病情恶化而改变入院时的病例分型。病例分型需修正时，相应的病程记录中应体现上级医师的修正意见和理由，并于入院记录“病例分型”之后用红笔记录修正后的病例分型及修正日期，并应有医师签名。

（三）日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少 2 天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。

（四）上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职称、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职称、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职称任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职称、对病情的分析和诊疗意见等。

（五）疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

（六）交（接）班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班

记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

（七）转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录，包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

（八）阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所做病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

（九）抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时做的记录。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

（十）有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作（如胸腔穿刺、腹腔穿刺等）的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、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。

（十一）会诊记录（含会诊意见）是指患者在住院期间需要其他

科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后 48 小时内完成，急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后 10 分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

（十二）术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所做的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况 etc。

（十三）术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所做的讨论。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

（十四）麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号、患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

（十五）麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称与方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时