

病历 规范化

书写与举证

■ 主编 刘 鑫 刘爱民



华夏出版社

病历规范化书写与举证

ISBN 7-5080-2852-X



9 787508 028521 >

ISBN 7 - 5080 - 2852 - X

定价：20.00 元

病历规范化书写与举证

主 编 刘 鑫 刘爱民

C00002373

华 夏 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

病历规范化书写与举证/刘鑫,刘爱民主编. - 北京:华夏出版社,2002.11

ISBN 7-5080-2852-X

I. 病… II. ①刘… ②刘… III. ①病案-书写规则 ②病案-管理 IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 087625 号

编委会名单

主 审:孙东东(北京大学法学院教授)

朱士俊(中国人民解放军总医院院长)

主 编:刘 鑫(《法律与医学杂志》编辑部主任)

刘爱民(中华医院管理学会病案管理专业
委员会主任委员)

副主编:曾跃萍 陈志华

编 委:王 新 宋晓亭 何铁强 马长锁 邢学毅
张凤芹 张海东 王 琳 彭金香 张宝珠
王 旭 狄胜利 陈永峰 朱亚力 陈艳玲
郑艳红 任 钢

内容提要

本书专门为广大临床医务工作者及医疗机构管理者编撰。

针对当前日益激烈的医患矛盾、医疗纠纷诉讼,尤其是最高人民法院去年岁末出台的《民事诉讼证据若干规定》要求在医疗损害赔偿案件中,由医疗机构对医疗行为没有过错及医疗行为与损害后果之间没有因果关系进行举证,即举证责任倒置,作者从证据学的基本原理出发,结合国内法律、法规的规定,参考国外法律制度的内容,分析论证了一个核心问题:病历书写和管理的规范化是医疗机构履行举证责任义务的根本措施。因此从目前我国医疗机构病历书写和管理中存在的一些问题,分析和探讨医疗机构如何进行规范化的病历书写和管理,针对各科病历可能出现的情况分别进行论述。书中列举了大量的例子,旨在说明有的案例正是由于医师病历书写存在缺陷和医疗机构病历管理不当导致败诉的结局。

本书的作者队伍由两部分构成:一部分是临床医生出身,后又从事法医及医疗事故案件处理的专家学者,如北京大学法学院孙东东教授等,他们拥有医学和法律双重学历和丰富的办理医疗纠纷案件的经验;另一部分是长期从事病案管理的专家学者及临床医学专家,如协和医院病案室刘爱民主任等,由此两方面专家紧密配合写成此书。

本书将面对广大临床医务工作者及管理者,使其在医疗纠纷的处理和诉讼时得到较大的帮助和启发。

序

医疗的服务在走向全球化,医疗的管理要走向法制化,这是医疗改革的大方向。在改革开放的过程中,医生必然会遇到很多陌生的环境和困难的问题,举证责任倒置是其中之一。最高人民法院《关于民事诉讼证据的若干规定》已于2002年4月1日正式生效并实施,也已经在司法实践中适用到一些具体的案例中。在此,我不愿意对该司法解释的内容作何评价。但是,在该司法解释的规范下,医疗纠纷的举证责任已经落到医师的头上,这是无法回避的事实。如何才能积极应对,迅速适应,是每一位医疗工作者都应当而且必需考虑的。本书从医疗病历的规范书写这一角度审视了相关的法律问题,提出了很多好的见解,正所谓开卷有益。当前医疗机构和医务人员正处在新旧医疗事故处理机制的交汇点上,新建立的医疗事故处理机制有许多过去未曾规定的内容,因此,医务人员需要认真学习,提高认识,增强防范医疗纠纷和依法处理医疗事故的法律意识。在涉及诉讼的时候,由于出现新的诉讼举证方式,医师面对这种陌生的举证现实,也有许多需要我们认真对待的事情。

因此,摆在医师面前的一件大事情就是学习、学习、再学习,除了加强医学基本理论的学习和基本技能的训练之外,也应该学习法律知识,用法律来规范医疗执业,了解诉讼基本常识,尤其是将诉讼举证的基本要求贯彻落实到日常的医疗行为上来。学习《医疗事故处理条例》,增强医疗纠纷和医疗事故的防范意识;学习《医疗机构病历管理规定》和《病历书写暂行规定》,规范病历书写,妥善保管病历,使病历在法庭上能够成为会说话的证据。

2 病历规范化书写与举证

法官裁决案件,以事实为根据,以法律为准绳。法律事实的确认就依赖于证据。从目前医疗行为来看,无论是国外还是国内,医师在法庭上能够提供的最有效证据就是病历。病历作为书证,由于其内容可以直接反映案件中的事实,因此有的国家甚至在法律上规定其效力高于其他证据形式。因此,我建议所有的医务人员应该坐下来好好学习一下病历书写的基本要求和技巧,熟悉病案管理法律、法规,努力实现病历书写的标准化和规范化。

加入 WTO 之后,中国的医疗服务模式也面临长期而深刻的改革。医疗纠纷的防范与处理是这一改革的有机组成部分。在任何改革的过程中,主动学习,积极参与,迎接挑战都要好于被动应付。相信每一个医务工作者都能在新的形势下与时俱进,完善自我,在熟悉医疗领域法律的过程中不断提高诊疗水平。在提高诊疗水平的同时,规范病历书写,保存完善的法律证据。

很高兴医疗、法律领域的专家、学者能够紧密配合,联合探索,写出这本书,指出了病历书写方面的重点与常见错误,举出了很多前车之鉴。并介绍了很多国外的理念。这和我们“以开放促进改革,以开放促进发展”的基本思路也是一致的。希望能够将此书推荐给广大医务工作者,作为防范、减少医疗纠纷的参考,并希望能因此提高和改善对患者的服务。



中华医院管理学会 会长
(原卫生部副部长)
2002 年 10 月

目 录

第一章 导论	(1)
第一节 医疗纠纷:一个全球化的问题	(2)
一、国内医疗纠纷概况	(2)
二、我国台湾医疗纠纷概况	(3)
三、日本医疗纠纷概况	(4)
四、美国医疗纠纷概况	(4)
第二节 司法裁判:医疗损害赔偿的最终救济途径	(5)
一、境外医疗损害赔偿处理的方式	(5)
二、目前我国医疗行业面临的挑战	(7)
第三节 医疗成本与普通民事赔偿:我国医疗行业的难题	(9)
一、医疗成本的构成	(9)
二、民事赔偿的构成	(10)
三、医疗纠纷处理是否应该有一点特殊性	(11)
第四节 病历书写和管理的规范化:举证责任倒置的必然要求	(13)
一、目前医疗机构可能拥有的证据	(14)
二、病历是最直接的证据	(14)
三、规范化的病历书写和管理有利于增强举证的效果	(15)
第五节 医疗保险:对病历规范书写的另类要求	(17)
一、医疗保险的概念	(17)
二、医疗保险对病历书写规范提出了新的要求	(17)

第二章 医疗纠纷诉讼法律制度概述	(19)
第一节 医疗纠纷及其相关概念、原理	(19)
一、医患法律关系	(19)
二、医疗纠纷、医疗事故及基本理论	(21)
第二节 医疗纠纷诉讼法律制度中的基本问题	(26)
一、我国处理医疗纠纷的历史简介	(27)
二、其他国家、地区处理医疗纠纷的经验简介	(27)
三、我国目前的做法	(30)
第三节 我国医疗纠纷处理程序	(34)
一、医疗纠纷的报告	(34)
二、医疗资料的保存、复制、封存和可疑物品及尸体 的检验	(35)
三、医疗纠纷的处理方式	(36)
四、关于医疗事帮的刑事处罚	(39)
五、医疗事故的预防	(40)
第三章 国外医疗损害赔偿诉讼举证责任分配规则	(41)
第一节 事实本身说明过失原则	(41)
一、规则产生	(42)
二、规则的适用	(42)
第二节 表见证明理论	(45)
一、概念的含义	(45)
二、理论的适用	(46)
第三节 “大概推定”原则	(46)
一、概念的含义	(46)
二、规则的适用	(47)
第四节 妨碍证明理论	(47)
一、概念的含义	(47)
二、规则适用	(48)

第五节 重大诊疗过失的举证责任转换	(50)
一、规则含义	(50)
二、规则适用	(51)
第六节 对国外医疗损害赔偿诉讼举证责任分配规则的 评价	(52)
第四章 医疗机构如何履行举证责任	(55)
第一节 举证责任	(55)
一、举证责任的含义	(55)
二、举证责任的分配	(56)
三、举证责任“正置”	(58)
四、举证责任的转移	(58)
第二节 举证责任倒置	(59)
一、举证责任倒置的含义	(59)
二、举证责任倒置的渊源	(60)
三、举证责任倒置的证明方式	(62)
四、举证责任倒置适用的注意事项	(63)
五、举证责任倒置的法律后果	(63)
第三节 《民事证据规定》第4条第8项规定诠释	(64)
一、立法背景及目的	(64)
二、条文含义	(64)
三、条文的引申含义	(65)
四、医疗损害赔偿案件举证责任分配	(66)
第四节 对医疗损害案件中医疗机构履行举证责任 倒置制度的评析	(68)
一、医疗机构不能够完成举证倒置,并不必然导致败诉	(68)
二、医疗机构举证责任完成的后果——举证责任转移	(68)

4 病历规范化书写与举证

三、法官的判断有赖于鉴定人员和专家证人的 专业意见·····	(69)
四、全面看待和评价《关于民事诉讼证据的若干规定》 ·····	(69)
五、举证责任倒置不能超出科学技术本身所能够达 到的水平·····	(70)
第五节 医疗机构如何履行发生倒置的举证责任 ·····	(70)
一、举证责任倒置对医疗机构的具体操作要求·····	(70)
二、医学文献的证据作用·····	(71)
三、鉴定人出庭有利于客观评价案件中争论的 医学问题·····	(72)
四、专家证人出庭直接挑战鉴定结论·····	(73)
第五章 病案等医学文书在诉讼中的作用 ·····	(75)
第一节 证据的概念及分类 ·····	(75)
一、证据的含义·····	(75)
二、证据的种类·····	(76)
三、证据的采用标准的基本内容·····	(78)
第二节 病案的证据属性 ·····	(80)
一、物证和书证·····	(80)
二、医学文书属于书证·····	(81)
第三节 医学文书的证据价值 ·····	(85)
一、在医疗纠纷中的作用·····	(86)
二、在人身伤害案件中的作用·····	(86)
三、在工伤案件中的作用·····	(86)
四、在保外就医案件中的作用·····	(87)
五、在其他涉及医学和法律问题案件或者非讼事件 中的作用·····	(87)
第四节 病案在司法鉴定中的意义 ·····	(88)

第六章 病历等文书作为证据使用存在的问题	(90)
第一节 病历等文书作为证据使用存在问题的表现	(91)
一、病历中的关键地方记载不清或者记载不全或者没有记载	(91)
二、医疗行为发生过程中的程序和手续不全	(91)
三、有关的文件缺乏	(92)
四、有关的病历丢失	(93)
五、杜撰病历和其他检查结果	(93)
六、有些项目主观臆造、添加	(96)
七、病历的涂改和批改	(97)
八、字迹潦草,不知所云	(99)
第二节 虚假医学文书的法律责任	(100)
第三节 对策	(102)
一、加强对医师的普法教育	(102)
二、加强医院病案管理与病案质量监督	(102)
三、建立有效的病案管理体制	(103)
第七章 医疗机构病案管理法律制度	(104)
第一节 病案的定义和范围	(104)
一、病案的定义	(104)
二、病案的范围和种类	(105)
第二节 病案管理机构及人员	(107)
一、病案管理机构	(107)
二、病案管理人员	(107)
第三节 病案的法律属性	(109)
一、病案是证明力极强的正式医疗文书	(109)
二、病案是临床医生对患者进行医学干预的依据	(110)
三、病案是卫生知识产权的一种	(111)

6 病历规范化书写与举证

第四节 病案管理的法律制度	(113)
一、我国目前病案管理的主要法律、法规	(114)
二、我国病案管理的法律制度	(115)
第五节 病案的所有权	(120)
一、民法中的物和所有权、使用权	(120)
二、病案的形成及其权属	(121)
三、病案的保管和使用权	(123)
四、境外病案所有权简介	(124)
第六节 病案管理的法律责任	(125)
一、民事责任	(125)
二、行政责任	(127)
三、刑事责任	(127)
第八章 医疗机构病案规范化管理	(129)
第一节 医疗机构病案规范化管理概述	(129)
一、病案资料的规范化管理的概念	(129)
二、病案资料的规范化管理的意义	(130)
第二节 医疗机构病案规范化管理制度	(133)
一、病案室的建立和管理	(133)
二、病案借阅制度	(135)
三、病案复印制度	(137)
四、病历的分册装订	(140)
五、病案质量检查	(141)
第三节 病历的标准化制作	(142)
一、病案标准化制作的概念和意义	(142)
二、病案标准化制作的具体要求	(142)
第九章 病历中共同内容规范书写	(145)
第一节 病历书写规范与既往要求的不同之处	(145)
一、病历书写的基本要求方面的不同	(145)

二、病历格式和内容方面的不同	(146)
三、护理文件记录中的不同	(147)
四、医嘱单	(148)
五、手术同意书、特殊检查或者特殊治疗同意书	(148)
六、对辅助检查报告单提出要求	(148)
第二节 病历书写的原则及基本要求	(148)
一、病历书写的原则	(148)
二、病历书写人员及其权限	(150)
三、病历书写的基本要求	(150)
第三节 住院病历书写的内容及注意事项	(152)
一、入院记录	(153)
二、再次(多次)入院记录	(159)
三、24 小时内入出院记录	(159)
四、24 小时内入院死亡记录	(159)
五、病程记录	(160)
六、出院记录	(166)
七、死亡记录	(167)
八、死亡病例讨论记录	(167)
九、特殊检查、特殊治疗同意书	(168)
第四节 病历首页的填写	(168)
第十章 内科病历的规范书写	(173)
第一节 内科病历规范书写的要求	(173)
一、呼吸内科病历规范书写的重点要求	(173)
二、心血管内科病历规范书写的重点要求	(175)
三、消化内科病历规范书写的重点要求	(178)
四、肾脏内科病历规范书写的重点要求	(180)
五、血液内科病历规范书写的重点要求	(182)
六、代谢与内分泌内科病历规范书写的重点要求	(183)

8 病历规范化书写与举证

七、结缔组织疾病内科病历规范书写的重点要求	(184)
第二节 内科病历中容易出现错误	(185)
一、病历不按规定的内容和格式书写	(185)
二、遗漏	(186)
三、使用非医学术语	(187)
四、书写内容的准确性欠妥	(187)
五、标点符号错误	(188)
七、涂改	(188)
八、空行、空页未注销	(188)
第十一章 外科病历的规范书写	(189)
第一节 外科病历规范书写的基本要求	(190)
一、外科病历书写格式	(190)
二、外科病历书写内容	(190)
三、外科病历书写的时间要求	(190)
第二节 外科病历中各项基本内容及其注意事项	(191)
一、术前小结	(191)
二、术前讨论记录	(191)
三、手术同意书	(192)
四、麻醉同意书及麻醉记录	(193)
五、手术记录	(195)
六、术后首次病程记录	(195)
七、输血、配血单	(197)
第十二章 妇产科病历的规范书写	(197)
第一节 妇产科病历规范书写的要求	(200)
一、妇科病历的一般要求	(200)
二、产科病历一般要求	(200)
第二节 妇产科病历存在的问题及注意事项	(204)
一、关于缩宫素或缩宫素的使用	(207)

二、关于产后出血及晚期产后出血的病历记录及 注意要点	(207)
三、关于胎儿宫内窘迫	(207)
四、关于病理诊断或病理报告问题	(207)
五、关于麻醉的记录	(208)
六、关于子宫、附件、淋巴等器官组织的切除问题	(208)
七、关于新生儿的问题	(208)
八、关于并发症的处理	(209)
九、关于产前诊断的问题	(209)
第十三章 儿科病历的规范书写	(209)
第一节 儿科病历规范书写的要求	(211)
一、病史部分的特点和书写要求	(211)
二、体格检查的特点和书写要求	(211)
第二节 儿科病历书写的注意事项	(213)
一、病史采集	(214)
二、体格检查	(215)
三、其他注意事项	(215)
第十四章 神经内科病历的规范书写	(217)
第一节 神经内科病历书写的重点要求	(217)
一、病史询问要点	(217)
二、体格检查	(218)
三、辅助检查	(221)
第二节 神经内科病历书写的注意事项	(221)
一、注意对主要症状的定性	(221)
二、不要遗漏或者含混主要症状的有关病史资料	(222)
三、病史记录注意保持患者原意	(222)
四、注意在采集病史的过程中观察病人情况	(223)