

中医病历书写基本规范

(第一版)

ZHONGYI BINGLI SHUXIE JIBEN GUIFAN

- 突出《中医病历书写基本规范》重点，注重内涵
- 规范医师病历书写行为，强化中医临床医师基本功
- 吸收全国示范中医医院的优秀病历
- 卫生部和国家中医药管理局《中医病历书写基本规范》
修订工作项目组专家编写

 科学技术文献出版社

权威解读 配套要求 示范应用

中医病历书写基本规范

(第一版)

主 编	王 阶		
副主编	魏军平	吴向红	袁敬柏
编 委	何庆勇	吴 瑞	王会玲
	李小可	吴春雁	闫 颖
	何夏秀	王 丽	赵丹丹

图书在版编目(CIP)数据

中医病历书写基本规范(第一版)/王阶主编. -北京:科学技术文献出版社,2011.1
ISBN 978-7-5023-6778-7

I. ①中… II. ①王… III. ①中医学临床-病案-书写规则 IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 218014 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882938,58882087(传真)
图书发行部电话 (010)58882866(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882873
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail:stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 陈玉珠 付秋玲
责 任 编 辑 付秋玲
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京博泰印务有限责任公司
版 (印) 次 2011 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×1092 16 开
字 数 475 千
印 张 21.5
印 数 1~5000 册
定 价 48.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

自 2010 年 7 月 1 日起,卫生部、国家中医药管理局联合印发的《中医病历书写基本规范》(国中医药医政发[2010]29 号)(以下简称“新《规范》”)正式施行,2002 年版《中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)》同时废止。新《规范》旨在提高中医病历的标准化、规范化建设,提高中医医疗质量。

本书的编写目的,旨在落实《中医病历书写基本规范》,执行卫生部和国家中医药管理局中医药规范建设的相关规定。本书编写的基本原则是:①突出《规范》重点,注重《规范》内涵;②着重中医病历的特点和科学性、系统性、完整性、法律性;③强化中医临床医师基本功训练,规范医师病历书写行为;④体现和适应医药卫生体制改革的新形势;⑤吸收全国示范中医医院的优秀病历;⑥编写工作由参与卫生部和国家中医药管理局《中医病历书写基本规范》修订工作的项目组专家完成。

本书的主要内容包括:①中医病历书写通则;②中医病历书写基本规范(包括门急诊病历书写内容与要求,门急诊各类记录内容及要求,住院病历书写内容及要求,各类住院病历记录内容及要求举例,各主要临床科室病历书写要点、各类知情同意书模板等);③中医病历检查评价标准;④附录(包括医疗机构病历管理规定,电子病历基本要求等)。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了您增长知识和才干。

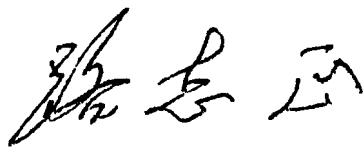
序 一

病历,亦称病案、诊籍,是患者疾病发生、发展、诊断、治疗情况的系统记录,是临床医生根据问诊、查体、辅助检查以及对病情的详细观察所获得的资料,经过归纳、分析、整理,书写而成的疾病档案资料。我国病历记录历史悠久,最早的是殷墟出土的商代甲骨文,记录有疾首、疾目、疾齿、疾足、疾趾、疾身等对 21 种疾病的描述。距今 2170 年的汉代《史记·扁鹊仓公列传》中记载了淳于意的 25 个病历,这是我国现存最早的病案。

本书由中国中医科学院广安门医院牵头,联合全国多位参与卫生部和国家中医药管理局《中医病历书写基本规范》修订工作的项目组专家共同撰写。本书的编写,对于落实卫生部、国家中医药管理局联合印发的《中医病历书写基本规范》(国中医药医政发[2010]29 号),执行卫生部和国家中医药管理局中医药规范建设的相关规定,将会大有裨益。该书对于提高中医病历的标准化、规范化建设,提高中医医疗质量亦将有重要积极作用。

稿经数易,行将付梓,乐之为序。

国医大师



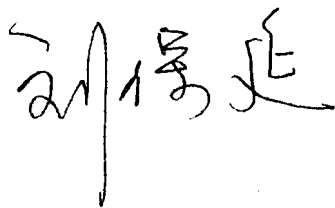
序 二

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图标、影像、切片等资料的总和,是医务工作者在临床工作中用于记载患者疾病发生发展、演变预后、诊断治疗、防护调摄及其结果的原始档案。殷商时代的甲骨文中对疾病的记述,是最早的原始病案记载,后世的“病历”、“诊籍”和“医案”是它的发展和完善。西汉时期,司马迁在《史记·扁鹊仓公列传》中写道“臣意所诊者,皆有诊籍”。书中记载了西汉名医淳于意的诊籍 25 则,其格式包括姓名、身份、病史、症状、诊断、治疗和疗效等,包括内、外、妇、儿、五官等科疾病,是我国现存最早的病案。

本书的编写特色是:①着重中医病历的特点和科学性、系统性、完整性、示范性;②强化中医临床医师基本功训练,规范医师病历书写行为;③依托卫生部、国家中医药管理局的相关文件规定,体现和适应医药卫生体制改革的新形势;④以中国中医科学院广安门医院的优秀病历为主,吸收全国示范中医医院的优秀病历;⑤编写工作由参与卫生部和国家中医药管理局《中医病历书写基本规范》修订工作的项目组专家完成。相信本书对于提高中医病历书写水平,加强医院病历的科学化管理,保障医疗安全将大有裨益。

稿经数易,行将付梓,喜上心头,是为序。

中国中医科学院



前 言

病历,又称诊籍、脉案、医案、病史、病案,是指医务工作者在中医临床工作中用于记载患者疾病发生发展、演变预后、诊断治疗、防护调摄及其结果的原始档案。中医病历有着悠久的历史,是中医古典医籍的重要组成部分。中华民族自古以来就非常重视医案的记录与流传,在浩如烟海的中医古籍之中,保存了大量的历代医案记录和医案专辑。

殷商时代的甲骨文中对疾病的记述,是最早的原始病历记载。西汉时期,司马迁在《史记·扁鹊仓公列传》中写道“臣意所诊者,皆有诊籍”。所谓“诊籍”即为“病案”。书中记载了西汉名医淳于意的诊籍 25 则,是我国现存最早的病案。晋·葛洪的《肘后备急方》、隋·巢元方《诸病源候论》中亦可见一些散在的病案记录。唐宋以后,医案开始盛行,宋·许叔微所撰的《伤寒九十论》是我国第一部病案专著。明清时期,收集和研究病案的工作被重视,有不少医案名著至今仍被人们借鉴,如明·薛己《薛氏医案》、清·叶天士《临证指南医案》等,许多医家都提出自己的病案格式,有不少医案名著至今仍被人们借鉴,如韩懋、李诞、吴昆等人都提出自己的病案格式。韩懋在《韩氏医通》“六法兼施章”中提出诊病填写医案一宗。韩氏认为医案应包望形色、闻声音、问情状、切脉理、论病原、治方术 6 大部分,并制定了较为正式的病案格式。1584 年,明代医家吴崑在《脉语》中对病案格式进一步概括,规定了 7 大部分内容,一是时间籍贯姓名;二是望诊和闻诊,用以合脉;三是病人的苦乐、病由和发病时间,观其精神状态和疾病久暂;四是始发病、治疗措施及疗效;五是昼夜孰甚,寒热孰多,喜恶何物,是疾病现状,以辨气血,察阴阳脏腑;六是写出病名定诊断,以及诊断的理论根据,区分标本缓急,确定某藏当补,某藏当泻;七是处方加减及用药目的,写清处方原则,药物配伍方法。吴氏还明确指出病案后应有医者签名,以示负责,使病家验医者之工拙。韩氏的“六法兼施”和吴氏的补充,对病案格式规范化起着重要的奠基作用。

清代医家魏之琇在明·江灌《名医类案》的基础上,补充该书问世后其他医家的医案,重加校定,按病证分类编纂,取名为《续名医类案》,于 1770 年刊行,迄今仍比较流行。此外,徐大椿的《洄溪医案》、近代何廉臣的《全国名医医案类编》、秦伯未的《清代名医医案精华》等,文字通俗,内容完整,也属比较著名的医案专著。虽然前人在病案格式的研究上做出了努力,但由于历史条件的限制,传统的医案

都是以行医者的个人习惯记录的,无论是在格式或内容上都存在较大差异,中医病历的格式仍未能做到统一。

新中国成立后,以中医为主体的中医医院诞生,但基本沿用了西医医院的管理模式与方法,包括病历书写,尚无自己的管理思路及相应的规范要求。1953年卫生部召开医教会议,将诊籍、医案、病历统一规范为病案,但无统一的中医病案格式。

1982年,中华全国中医学会内科学会以发展中医学术和保持发扬中医特色为出发点,拟定了《中医病案书写格式和要求》,1983年以(83)卫中司字54号文件,发往全国试行。经过几年的临床实践,初步统一了全国中医病历书写格式。1988年,国家中医药管理局委托中华全国中医学会在《中医病案书写格式和要求》的基础上,广泛征求意见和建议,完成了《中医病案书写规范》,并于1991年在全国各中医医院试行。《中医病案书写规范》首次规定了“中医病案首页格式”和病案书写规范,突出了中医学术特色,体现了中医理论和病案内容的完整结合。

1997年,为适应全国医药卫生体制改革和城镇职工基本医疗保险制度改革的新形势,国家中医药管理局再次组织专家对《中医病案书写规范》进行全面修订,完成了《中医病案规范》,使其更符合中医病历书写习惯,对重复的内容进行删减,减少了无效劳动,提高了病历书写速度。《中医病案规范》中还拟定了“中医病案质量评价标准”,对中医病案质量控制起着指导性作用。

2002年9月1日起,《医疗事故处理条例》正式实施,给医疗机构和医务人员带来了全新的法制观念和意识,其中有关于病历信息的公开的规定以及可以直接向人民法院起诉的规定。医疗机构病历资料的书写和管理不仅是医疗工作的重要组成部分,它还为医疗纠纷和医疗事故鉴定与处理提供最重要的法律依据。《医疗事故处理条例》明确患者可以随时要求查阅、复制病历,《医疗事故处理条例》还规定在发生医疗事故的争议时,医疗机构要实行“举证责任倒置”。为此,卫生部、国家中医药管理局颁布了与《医疗事故处理条例》相配套的文件《中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)》(以下简称《规范》),对病历内容进行了详细明确的规定,规范了医疗行为,适用于新的法律法规要求和医政要求。

2010年卫生部和国家中医药管理局在总结全国各地执行2002年《规范》情况的基础上,结合当前医疗机构管理和医疗质量管理面临的新形势和新特点,对《规范》进行了修订,制定了《中医病历书写基本规范》(以下简称“2010年新《规范》”)。2010年新《规范》与2002年《规范》相比较,更能体现中医诊疗的特色。如在中医门诊(急)诊的初诊、复诊病历记录中都应包括中医四诊的情况。2010年新《规范》自2010年7月1日起施行。我们“中医病历书写基本规范编写组”,为了更好地落实

2010年新《规范》，以中国中医科学院广安门医院为依托，编写了《中医病历书写基本规范（第一版）》一书，旨在提高中医病历书写和管理水平，加强医院病历的科学化管理，提高医疗安全质量，更好地为人民的健康服务。

王 阶

卫生部 国家中医药管理局关于印发 《中医病历书写基本规范》的通知

国中医药医政发〔2010〕29 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局、中医药管理局,新疆生产建设兵团卫生局,中国中医科学院:

为规范中医病历书写,提高病历质量,保障医疗质量和医疗安全,根据《医疗事故处理条例》有关规定,2002 年卫生部和国家中医药管理局印发了《中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)》(以下简称《规范》)。《规范》执行以来,在各级卫生、中医药管理部门和医疗机构的共同努力下,中医病历质量有了很大提高。

在总结各地《规范》执行情况的基础上,结合当前医疗机构管理和医疗质量管理面临的新形势和新特点,卫生部和国家中医药管理局对《规范》进行了修订,制定了《中医病历书写基本规范》。现印发给你们,请遵照执行。执行中遇到的情况及问题,请及时反馈国家中医药管理局医政司。

二〇一〇年六月十一日

中医病历书写基本规范

第一章 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 中医病历书写是指医务人员通过望、闻、问、切及查体、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。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。

第六条 病历书写应规范使用医学术语,中医术语的使用依照相关标准、规范执行。要求文字工整,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,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。

上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

第八条 病历应当按照规定的内容书写,并由相应医务人员签名。

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。

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 病历书写中涉及的诊断,包括中医诊断和西医诊断,其中中医诊断包括疾病诊断与证候诊断。

中医治疗应当遵循辨证论治的原则。

第十一条 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。

第二章 门(急)诊病历书写内容及要求

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 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,中医四诊情况,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、中医四诊情况,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。

第十五条 门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十六条 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。实施中医治疗的,应记录中医四诊、辨证施治情况等。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

第十七条 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。

第十八条 入院记录是指患者入院后,由经治医师通过望、闻、问、切及查体、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。

第十九条 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、发病节气、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,并结合中医问诊,记录目前情况。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:结合十问简要记录患者发病后的寒热、饮食、睡眠、情志、二便、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。女性患者记录经带胎产史,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)中医望、闻、切诊应当记录神色、形态、语声、气息、舌象、脉象等。

(七)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。

(八)专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(九)辅助检查指入院前所作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,如系在其他医疗机构所作检查,应当写明该机构名称及检查号。

(十)初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况,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。

(十一)书写入院记录的医师签名。

第二十条 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。

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 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、证候演变情况、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。

中医方药记录格式参照中药饮片处方相关规定执行。

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：应当在对病史、四诊情况、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；并对下一步诊治措施进行分析。诊断依据包括中医辨病辨证依据与西医诊断依据，鉴别诊断包括中医鉴别诊断与西医鉴别诊断。

3. 诊疗计划：提出具体的检查、中西医治疗措施及中医调护等。

（二）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。

日常病程记录应反映四诊情况及治法、方药变化及其变化依据等。

（三）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、专业技术职务、补充的病史和体征、理法方药分析、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、专业技术职务、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务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情和理法方药的分析及诊疗意见等。

（四）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。

（五）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。

(六)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。

(七)阶段小结是指患者住院时间较长,由经治医师每月所作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。

(八)抢救记录是指患者病情危重,采取抢救措施时作的记录。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务等。记录抢救时间应当具体到分钟。

(九)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)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。

(十一)术前小结是指在患者手术前,由经治医师对患者病情所作的总结。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。

(十二)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作的讨论。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。

(十三)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。

(十四)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、方式及剂量,麻醉期间特殊或突发情况及处理,手术起止时间,麻醉医师签名等。

(十五)手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录,应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时,应有手术者签名。手术记录应当另页书写,内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

(十六)手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方,在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前,共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录,输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

(十七)手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录,应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写,内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

(十八)术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

(十九)麻醉术后访视记录是指麻醉实施后,由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页,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,麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等,如有特殊情况应详细记录,麻醉医师签字并填写日期。

(二十)出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结,应当在患者出院后 24 小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、中医调护、医师签名等。

(二十一)死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录,应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过(重点记录病情演变、抢救经过)、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

(二十二)死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内,由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持,对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

(二十三)病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间