



主 编 高 毅
副主编 曹万毓

病案书写 与 病案质量

BING'AN SHU XIE YU BING'AN ZHI LIANG

97.323

新疆科技卫生出版社(W)

图书在版编目(CIP)数据

病案书写与病案质量/高毅主编. —乌鲁木齐:新疆科技卫生出版社,1999.3
ISBN 7-5372-2132-4

I. 病... II. 高... III. 病案-写作-方法 N. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 05867 号

责任编辑:胡赛音

封面设计:李齐新

* * *

新疆科技卫生出版社(W)出版发行
(乌鲁木齐市龙泉街 66 号 邮编 830001)

乌鲁木齐铁路局印刷厂印刷

* * *

787×1092 毫米 32 开本 4.75 印张 110 千字

1999 年 3 月第一版 1999 年 3 月第一次印刷

印数:1—2000 定价:7.00 元

《病案书写与病案质量》编委会

编 委: 艾尔肯·玉苏甫 曹万毓
 刘金华 刘卫东 徐伊娟
 高永茂 李林海 高 毅

编写人员: 曹万毓 彭顺霞 罗彩霞
 郑兰英 班秀花 高 毅
 曹世萍

审 订: 鲍吉光

序

此书是由伊犁州友谊医院部分临床医师合作编写的一本指导病案书写的工具书。它不仅从病案书写规范要求及技巧方面给予指导,而且还指出了病案书写中存在的问题,这本书对深化医疗改革、提高医疗质量有一定的帮助。

病案是对每一位患者诊治过程的科学客观记录,它关系到患者的健康与生死。正确记录疾病的发生、发展、转归,系统了解患者及其家属的健康情况,全面分析病情的特点、诱因、治疗反应是医疗工作中实施治疗方案的基础。因此病案质量的高与低能直接反映出一个医院的医疗水平和经治医师的水平。

一个临床医师首先要掌握正确书写病案的基本功,还要学会从别人记录的病案中吸取营养来充实自己,使自己书写病案的水平不断提高。要做到对病人真诚和蔼,观察病情仔细敏锐,思维周密严谨,文字准确流畅等。

由于病案在医疗工作中具有教学和科研双重作用,因此抓好病案质量已成为医院质量管理中非常重要的一个环节,编写本书的目的在于提高我院的病案质量,同时为其他兄弟医院病案书写规范化起一个抛砖引玉的作用。

因时间紧迫,水平有限,编写中会有不足之处,敬请读者批评指正。

鲍吉光

1998年8月

前 言

为了深化医疗卫生事业改革,配合医院上等级达标工作,使病案书写进一步规范化并提高病案书写质量,为使年轻一代医生在病案书写方面打下坚实基础,积累具有科学、真实、有价值的科研资料和促进医学教育事业的不断发展,我们编写了《病案书写与病案质量》一书。

基于目前新疆卫生系统尚无统一的病案书写规范,我们参照新疆维吾尔自治区卫生厅有关病案评审规定,借鉴内地兄弟省、市及解放军总医院病案书写规定,同时结合我院近几年来在大量的病案质检中存在的问题,将以往一些不统一和不规范的要求及不明确的问题,具体详细地加以说明和规范化。我们还根据新疆维吾尔自治区卫生厅制定的病案评分标准并结合我们在病案质检中发现的具体问题,制定出较具体完善的评分标准,使临床各级医师在书写和修改病案时有据可查,这对提高病案书写质量能够起到一定的帮助指导作用。

全书共分二十九节和九个附录,内容有病案书写要求和注意事项,书写内容与格式,如何选择第一诊断,病案书写易犯错误分析,常见错别字,医学术语读音错误及纠正,如何使用标点符号,护理文件书写要求,新的统一计量单位,统一的拉丁文及外文缩写词等。前面二十七节侧重于病案书写的规范要求与书写技巧方面的指导和对病案易犯错误的分析。后面附录中的计量单位是1991年国务院新统一的规定计量单

位。临床常用检验正常参考值和允许使用的医用缩写词、常见错别字及医学术语读音错误纠正。病案书写示例等参照了上海医科大学《病案指导手册》，将其中的检验正常值及规范化的外文医学术语缩写词和常见错别字、使用频率较高的一些拉丁文缩写词编入本书，以供临床医生在病案书写和工作中参考。关于病案撰写时限和各级医师病案撰写责任的规定，因卫生部目前尚无新的标准，我们根据以往规定并参照上海市卫生局规定结合我们本地区情况编入本书，以便使各级临床医师责任明确。附录九中的表格式病历是第四版《诊断学》中尚未普及的样板病历，供读者参考。

本书是由我院多年来参加病案质检的临床医师、富有临床教学经验的副教授及有丰富护理经验的总护士长等人参加编写的，同时还聘请了在伊犁地区颇有影响的内、外、妇科专家巩光华、马惠林、蒙凡、刘树枝等教授参加审稿并且提出宝贵意见，在此谨致谢意。提高病案质量是一项系统的“工程”，我们尝试编写本书，目的是为这项工程添砖加瓦。书中难免有疏忽遗漏之处，希望读者及各方面专家给予指正。

高 毅

1998年9月26日

目 录

一、病案书写的重要性和意义	1
二、完整病案的内容	2
三、病案的排列顺序	3
四、病案书写的基本要求及注意事项	5
五、住院病历的内容与格式	7
六、入院记录的书写内容与格式	21
七、再次住院病历(再入院记录)	25
八、首次病程记录的书写与格式	26
九、一般病程记录的书写与格式	27
十、阶段小结的书写与格式	29
十一、交接班记录的书写与格式	31
十二、转科记录的书写与格式	33
十三、会诊记录的书写与格式	35
十四、术前小结及术前讨论记录的书写与格式	37
十五、术前谈话及家属同意施行手术签字单的 书写与格式	40
十六、麻醉师术前检查记录要求与格式	41
十七、手术记录的书写内容	43
十八、术后记录的书写内容	45
十九、出院记录的书写与格式	46
二十、死亡记录的书写与格式	48

二十一、死亡病例讨论的书写与格式	50
二十二、门(急)诊病历书写的重点要求	52
二十三、病案首页的填写要求	54
二十四、如何选择第一诊断	56
二十五、各种检查报告单填写要求	60
二十六、护理文件书写的重点要求	61
二十七、病案书写中易犯错误分析	67
二十八、各级医师病案撰写责任的规定	71
二十九、病案撰写的时间规定	73
附录一、病案书写示例	74
附录二、病案书写常见的错别字及误用的符号举例	88
附录三、医学用语常见的读音错误举例	91
附录四、正确使用标点符号	94
附录五、住院病案质量评分标准	95
附录六、临床常用法定计量单位	100
附录七、外文方面许用的医学术语缩写词	105
附录八、临床常用检验正常参考值	121
附录九、表格式住院病历格式	134

一、病案书写的重要性和意义

病案是医疗部门重要的科学技术文献,是对患者疾病发生、发展、治疗所采取的各种手段及得到的结果进行详细记录评估的过程,是医学科学研究实验的珍贵档案。除此之外病案的作用还在于以下几点:

1. 确定诊断和决定治疗方案不可缺少的依据。
2. 患者会诊、转科、转院、随访及再就诊时医生进一步诊疗时的一份重要参考资料。
3. 是进行临床科研教学的重要资料。
4. 是医院医疗管理信息及医疗工作质量的客观凭证,它能反映出一个医院的医疗技术管理水平及医疗质量的高低。
5. 病人的健康档案,也是预防保健事业的原始资料。
6. 病案书写是医师的基本功,其质量的好坏是对住院医师、实习医师进行考核的客观标准之一。
7. 是工伤、事故、医疗纠纷鉴定的原始凭证和法律依据。

由此可见病案的书写是十分重要的,它是住院医师日常的一项重要工作。病案质量好坏是各级医师共同的责任,它直接反映了各级医师的医疗水平和敬业精神。下级医师有写好病案的责任,上级医师有指导修改好病案的责任。

(曹万毓 高毅)

二、完整病案的内容

1. 住院病历(书写的或表格式病历,也称大病历或完整病历)。
2. 入院记录。
3. 病程记录(有首次病程录、交接班小结、阶段小结、转出(入)记录、会诊记录)
4. 出院记录或死亡记录。
5. 死亡讨论记录。
6. 各种特殊检查治疗操作记录,抢救监护记录。
7. 化验检查记录及化验报告单、X线、B超等检查报告单。
8. 医嘱单、各种护理病历、护理记录单及体温单等。

(曹万毓)

三、病案的排列顺序

(一)住院期间病案排列顺序

1. 体温单(按页码顺序倒排)。
2. 医嘱单(按页码顺序倒排)。
3. 临时医嘱单(按页码顺序倒排)。
4. 住院病历或入院记录。
5. 病程记录(首次病程录及病程录、交接班记录、转出(入)记录、阶段小结、抢救记录、病例讨论,手术时还应有术前小结及讨论、手术同意签字单、麻醉签字单、手术记录单、分娩记录单、麻醉记录单、术后病程记录(按页码顺序排列))。
6. 会诊单。
7. 系统化整体护理病历。
8. 护理记录单(按页码顺序排列)
9. 特别护理记录(未停止特护前倒序放于病历最前面)。
10. 特殊检查报告单(X线、CT、MRI、B超、心电图、脑电图等)。
11. 检验报告单。
12. 病历首页及住院证。
13. 门诊病历及外院诊疗资料。

(二)出院病案排列顺序

1. 病历首页及住院证。
2. 出院记录(或死亡记录及死亡病例讨论记录)。
3. 住院病历或入院记录。

4. 病程记录(按页码顺序排)。
5. 特殊诊疗记录(手术及特殊治疗、科研、统计)。
6. 会诊记录单。
7. 护理病历。
8. 护理记录(按页码顺序排)。
9. 特殊护理记录单(按页码顺序排)。
10. 特殊检查报告单(分类按日期顺序排)。
11. 检验报告单。
12. 长期医嘱单(按日期顺序排)。
13. 临时医嘱单(按日期顺序排)。
14. 体温单(按日期顺序排)。
15. 死亡病人门诊病历及外院资料。
16. 住院病历质量评定表。

(曹万毓)

四、病案书写的基本要求及注意事项

病案是医护人员在诊疗工作中的一份全面记录总结。住院病历(住院记录)的病史部分是患者早期发病至住院这段时间,疾病发生、发展、演变的过程与针对这一过程所采取措施的回顾性、系统性、全面性总结。入院时的体检、实验室检查及其他各种特殊检查结果经过分析归纳、逻辑推理便形成了初步诊断,由此订出进一步检查诊疗计划。此后的一切诊疗措施、观察记录(各种病程记录)均是反映理论——实践这样一个不断循环的过程,即临床医疗的科学实践过程。最后众多个体分析总结及统计就得出了它的发展规律及系统的诊疗模式。

既然每一个病案都是一个医学科技再实践的完整记录,它就必须具备以下条件:

(一)真实性。如实的反映病情,询问病情时不得暗示及想当然。病情的变化及治疗中的各种反应(治疗作用、副作用等)都应如实的记录,不扩大也不缩小;更不允许为达到某种目的而篡改(故意篡改重要情况将承担法律责任)。

(二)系统性。主要症状必须按病情发生发展的顺序详细询问并加以描述,对有鉴别意义的阴性病史也不得遗漏。

(三)完整性。各种资料均需按顺序收集不能遗漏。

(四)及时性。保证病案真实及不遗漏、不拖延是治疗的根本保证,因此各项记录均应有完成时间的限制。此外病历书写还应遵守下列基本要求:

1. 各项记录必须按规定格式认真书写,不得漏项。语句精

练,重点突出,层次分明,字迹清晰,不出格,不跨行,不得随意删划或贴补。

2. 病历必须用蓝黑墨水钢笔书写(指定用其他颜色除外),内容记述一律用汉字(计量单位、符号、医嘱、处方中拉丁文缩写除外),不得将中文与外文混用,如“肝Ca”、“吸O₂”、“红C”等。

3. 简化字应按国务院公布的《简化字总表》规定书写,不得杜撰;外文缩写字母一律按国家规定或世界惯例的格式书写,不得自行滥造。

4. 度量衡单位必须使用1991年国务院新统一规定的法定计量单位。

5. 疾病诊断、手术操作编码采用国际疾病分类第九次修订本(ICD-9)。译名应以人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为准;药物名称可用中文、拉丁文或英文,但不得用化学分子式,如:10%KCl、0.9%NaCl等。

6. 各项记录必须有完整的时间,按年、月、日、时顺序书写。如,1998-8-8 14:30。

7. 各项记录结束时必须签全名或盖规定印章,字迹要清楚易认。

8. 住院医师(进修医师)书写的病历,必须经上级医师审阅,用红笔修改补充并签名。修改过多(每页5处以上)应及时重抄。上级医师修改的住院病历或入院记录最迟在病人住院后72小时内完成。

9. 进修医师或低年资(1~2年)住院医师书写的住院病历,高年资住院医师(或以上医师)书写的入院记录,应在病人入院后24小时内完成,首次病程记录应当日完成。

(曹万毓 高毅)

五、住院病历的内容与格式

(一)住院病历内容

1. 一般项目

姓名、性别、年龄、族别、婚姻、籍贯、工作单位、职业、入院时间、记录时间、病史陈述人、可靠程度。

填写要求

(1)年龄要写明“岁”，新生儿写到天，幼儿写到岁、月，不得写“成”、“老”、“幼”等。

(2)职业应写明工作类别，如车工、医师、教师、工会干部等，不得笼统地写工人、干部。

(3)籍贯要求写省(市、区)、县。如河北省安国县，地址要求写到乡、村，城市写到街道门牌号。

(4)入院时间、记录时间要写明年、月、日、时。

(5)病史陈述者。小儿或神智不清者需注明代述人与患者的关系。

2. 主诉

促使患者入院就诊的主要症状、体征及其持续时间与部位。超过一项时按发病时间先后顺序分别列出。一般以不超过20个字为宜；根据主诉能产生第一诊断，但不能用诊断名称或检验结果当主诉内容。

3. 现病史

病史的主体，围绕主诉按症状出现的先后顺序详细记录起病的可能诱因到就诊这一段时间疾病发展、演变及曾经治疗诊断的情况。主要包括：

(1)起病的时间、缓急、可能的病因及诱因。

(2)主要的症状(或体征)、部位、性质和程度并加以详细描述。

(3)伴随的症状特点及其相互间的关系。

(4)对有鉴别意义的阴性症状与体征也应详细记录。

(5)对疾病的演变过程按时间顺序,条理清晰、层次分明地全面叙述。

(6)对以往的诊断、检验、用药情况及其治疗效果也应写明。

(7)发病以来的一般情况,如精神、饮食、睡眠、大小便、体力与体重的变化等。

(8)与本病无关的其他系统疾病或伤情未愈仍需诊治的,应另起一段叙述。

4. 既往史

患者本次发病以前的健康与疾病情况,特别是与现在所患疾病有关的疾病,要按时间先后记录。

(1)既往健康状况。

(2)传染病史及传染接触史。

(3)预防接种史。

(4)长期用药及剂量、药物、食物接触过敏史。

(5)手术和外伤史。

5. 系统回顾

按系统详细询问发生过的疾病,这是规范病历不可缺少的部分。

(1)呼吸系统:有无慢性咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气喘史。

(2)循环系统:有无心悸、气促、紫绀、水肿、昏厥、高血压史。

(3)消化系统:有无暖气、反酸、腹痛、腹泻、便秘、便血、呕血、黄疸史。

(4)泌尿生殖系统:有无尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、腰痛、水肿史。

(5)血液系统:有无头晕、皮肤粘膜出血点、瘀斑、鼻衄、牙龈出血等。

(6)内分泌系统及代谢:有无畏寒、怕热、多汗、食欲异常、消瘦、口干、多饮、多尿、性格、体重、毛发和第二性征改变。

(7)神经系统:有无头痛、眩晕、失眠、嗜睡、意识障碍、惊厥、抽搐、瘫痪、感觉异常、视力障碍等。

(8)肌肉与骨骼系统:有无肢体肌肉疼痛、麻木、痉挛、萎缩、瘫痪史,有无关节肿痛、运动障碍、外伤、骨折史。

6. 个人史

(1)出生地、成长居住地,特别注意自然疫源性疾病的疫源地及地方病、流行病的时间及迁徙年月。

(2)生活及饮食习惯,烟酒嗜好程度及时间。

(3)过去及目前职业,劳动保护情况和工作环境,重点了解毒物接触史、放射性物质接触史的时间及程度。

(4)有无重大精神创伤,有无冶游史。

(5)对儿童患者,尤其是婴幼儿还应有生产史、喂养史、生长发育史等。

7. 婚姻、月经和生育史

(1)结婚与否,结婚年龄、配偶健康情况、是否近亲婚配,如已死亡,写明死因及时间。

(2)女性患者的月经情况,初潮年龄、月经周期、行经天数、末次月经时间(或绝经年龄)、经量、颜色,有无痛经、白带情况(多少及性状)。