

临床医师必读

任真年 李继忠 王瑞歧 主编

陕西科学技术出版社



《临床医师必读》编委会、编者

编 委

(按姓氏笔划为序)

王 敏	王中立	田立功	刘万海
孙荣青	李成功	汪旭光	杨永清
武国桢	阎素珍	郭亚冰	程秀宣
雷绍华	慈 魁		

编 者

(按姓氏笔划为序)

牛树茂	吕保生	刘 商	李军谦
李仕英	吴润常	陈炳光	赵茂全
贺光应	侯长安	高堂忠	秦大明
崔秀梅	董振起	廖湘玉	戴义琼

内 容 提 要

本书编写了现代医院临床医师必须遵守的有关常规、制度和要求以及需要掌握的常用知识、数据。共9章,包括病案书写规范与管理、医嘱书写要求、处方书写规定、申请单和报告单书写要求、医院工作制度、有关医务人员职责、临床常用检查新旧单位对照参考值、医院分级管理简介和医学论文撰写指南。书末附有20项临床医师需要经常应用和查阅的有关参考资料。

本书资料详实可靠,内容编排新颖,实用性指导性极强。本书是临床医师、在校医学生、医学院校教师和广大医务人员的必备工具书。

前 言

正确地掌握临床工作规则、病案书写规范和有关规章制度,是临床医师从事诊断、治疗、科研和教学工作的最基本要求。在技术高度发达的医学中,医院工作如果离开法定的规章、临床、科研和教学等各项工作几乎寸步难行。而且,由于医学的特殊性质,要求临床医师在按法定的常规、制度指导下进行开创性地工作。但是,我们在医院经常见到这样的情况:有不少医师从事了多年的临床工作,对经常工作的重要程序不甚清楚,写不好一份合格的住院病历,不会积累资料,不会有效地利用书写过的临床病案总结经验,搞临床科研。究其原因,主要是对医院和临床工作的规范性认识不足,因此经常性的重要工作被遗漏,病案资料不系统,无法统计应用,最终妨碍了自己的发展。为尽快提高临床医师整体工作水平,培养合格的临床专家,我们编写了这本《临床医师必读》。

我们在编写过程中,参考了数十本已出版的指导临床医师工作的书,重点以《医疗护理技术操作常规》、分级医院管理中的三级甲等医院标准、国家卫生部关于医学继续教育的要求为依据,结合现代医院实际情况,征求了具有多年临床经验的老主任、主治医师和近几年新毕业的临床医师的意见,应该

说,本书是目前指导临床医师工作,资料最新、最系统、最全面的临床实用工具书。在编排体例上,力求做到循序渐进,从临床病案书写到常规制度,从医学论方撰写到人体常用检查正常值和重要附录,都突出了实用二字。

本书资料可靠,内容适中,既是临床医师的常用手册,刚刚毕业的医学生的必读书,又是医学院校教师和广大医务工作者的必备参考书。

由于编写水平有限,书中难免有疏漏不当之处,恳请同道者不吝赐教。

编者
1995 年元月
河南 开封

目 录

第一章 病案书写规范与管理	(1)
第一节 病案书写制度	(1)
第二节 病案排列顺序	(3)
一、住院期间病案排列次序	(3)
二、转科后病案排列次序	(4)
三、出院后病案排列次序	(4)
四、整理病案注意事项	(5)
第三节 病案首页填写说明	(6)
第四节 门诊病历	(11)
第五节 入院病历和入院记录	(12)
一、入院病历	(12)
(1) 入院病历格式	(12)
(2) 入院病历书写说明	(16)
(3) 入院病历书写示例	(24)
二、入院记录	(29)
(1) 入院记录格式	(30)
(2) 入院记录书写说明	(31)
第六节 诊断的步骤和思维方法	(31)
一、确定诊断的步骤	(32)
二、确立诊断时的注意事项	(38)
三、诊断的内容	(39)
(1) 病因的诊断	(39)

(2) 病理形态诊断	(39)
(3) 病理生理诊断	(39)
第七节 诊断分析与治疗计划	(41)
一、书写要求	(41)
二、示例	(41)
第八节 病历摘要和上级医师查房记录	(43)
一、病历摘要	(43)
二、上级医师查房记录	(44)
第九节 各种记录和书写要求	(45)
一、病程记录	(45)
(1) 首次病程记录	(45)
(2) 病程记录	(46)
(3) 科主任查房记录	(47)
(4) 拟诊讨论	(47)
(5) 病程记录中的一般常规	(48)
二、术前讨论	(49)
三、术前小结	(50)
四、手术记录	(50)
五、术后病程记录	(51)
六、阶段小结	(52)
七、交(接)班记录	(53)
八、转科(院)记录	(54)
九、转入记录	(55)
十、邀请会诊记录	(55)
十一、会诊记录	(56)
十二、出院小结	(57)
十三、死亡记录	(58)

十四、死亡病例讨论记录	(58)
十五、死亡报告	(60)
第二章 医嘱书写要求	(61)
第一节 医嘱书写基本要求	(61)
第二节 医嘱书写示例	(63)
第三章 处方书写规定	(64)
第一节 处方书写要求	(64)
一、处方权限	(64)
二、处方书写	(64)
三、处方限量	(65)
四、处方保管	(65)
第二节 处方书写示例	(66)
一、液体制剂	(66)
二、固体制剂	(66)
三、半固体制剂	(67)
四、五官科滴剂处方	(67)
五、毒、麻、限药	(67)
六、中药处方	(67)
七、拉丁文完整处方	(68)
第四章 申请单及报告单	(69)
第一节 申请单书写要求	(69)
第二节 报告单书写要求	(70)
第五章 医院有关工作制度	(72)
第一节 共同制度	(72)
一、请示报告制度	(72)
二、值班、交接班制度	(73)
三、消毒、隔离制度	(74)

四、查对制度	(75)
第二节 临床科工作制度	(76)
一、检诊制度	(76)
二、危重病员抢救制度	(77)
三、分级护理制度	(77)
四、查房制度	(78)
五、会诊制度	(79)
六、临床病例讨论制度	(79)
七、病区管理制度	(80)
八、病员住院管理制度	(81)
九、探视、陪护制度	(82)
十、转科制度	(83)
十一、转院制度	(83)
十二、出院制度	(83)
第六章 医务人员职责	(85)
第一节 医务人员共同职责	(85)
第二节 医务行政管理人员职责	(85)
一、院长职责	(85)
二、医务部(处、科)主任(科长)职责	(86)
三、医务部(处)助理员职责	(87)
四、卫生经济管理人员职责	(88)
五、护理部主任职责	(88)
六、护理部助理员职责	(89)
第三节 门、急诊人员职责	(90)
一、门诊部主任职责	(90)
二、门诊部主任医师职责	(90)
三、门诊部主治医师职责	(91)

四、门诊部医师职责	(91)
五、急诊科主任职责	(92)
六、急诊科主任医师职责	(92)
七、急诊科主治医师职责	(93)
八、急诊科医师职责	(93)
九、门诊部保健室主治医师职责	(94)
十、门诊部保健室医师职责	(94)
十一、门诊部住院处人员职责	(95)
第四节 临床科人员职责	(95)
一、临床科主任职责	(95)
二、临床科主任医师职责	(96)
三、临床科主治医师职责	(96)
四、临床科总住院医师职责	(97)
五、临床科住院医师职责	(97)
六、口腔科主管 技师职责	(98)
七、口腔科技师(士)职责	(98)
第七章 临床常用检查新旧单位对照参考值	(99)
一、血液、血浆、血清检查参考值	(99)
二、尿液检验参考值	(117)
三、粪便检验参考值	(125)
四、骨髓检验参考值	(126)
五、胃液检验参考值	(129)
六、十二指肠引流液检验参考值	(130)
七、脑脊液检验参考值	(131)
八、精液检验参考值	(133)
九、肾功能检验参考值	(134)
十、肺功能检查参考值	(136)

十一、血流动力学检查参考值·····	(138)
第八章 医院分级管理简介·····	(139)
一、实现医院分级管理是适应国际医院和世界 卫生革命的国际潮流·····	(140)
二、有利于扩大医院的职能·····	(140)
三、有利于区域卫生发展规划的实施·····	(140)
四、缩小我国医院现状同国际卫生革命的反差·····	(141)
五、医院分级管理可以加强国家的宏观调控·····	(142)
六、分级管理能促进优质服务活动的深 化和发展·····	(143)
第九章 医学论文撰写指南·····	(145)
第一节 医学论文撰写的步骤和格式·····	(145)
一、撰写的步骤·····	(145)
(1) 选题 ·····	(145)
(2) 收集资料 ·····	(146)
(3) 构思 ·····	(146)
(4) 编写提纲 ·····	(147)
(5) 写作 ·····	(147)
(6) 修改 ·····	(148)
二、撰写的格式·····	(149)
(1) 文题 ·····	(149)
(2) 作者署名、工作单位及邮政编码 ·····	(149)
(3) 摘要 ·····	(150)
(4) 关键词 ·····	(150)
(5) 引言 ·····	(151)
(6) 材料和方法 ·····	(151)
(7) 结果与结论 ·····	(152)

(8) 讨论	(152)
(9) 致谢	(152)
(10) 参考文献	(153)
(11) 外文摘要	(153)

第二节 医学论文的种类和写作时的注意事项..... (154)

一、医学论文的种类..... (154)

(1) 基础医学论文	(154)
(2) 临床医学论文	(155)
(3) 护理医学论文	(155)
(4) 医技医学论文	(156)
(5) 文献综述	(156)
(6) 讲座	(157)
(7) 流行病学调查	(158)
(8) 医院管理学论文	(158)
(9) 个案报道	(160)
(10) 医学科普论文	(161)

二、医学论文写作时的注意事项..... (162)

重 要 附 录

附 1: 处方用拉丁词缩写式	(164)
附 2: 外科学伤口分类及愈合等级	(164)
附 3: 处方书写质量合格标准	(167)
附 4: 病案质量评分标准	(169)
附 5: 压力 mmHg 到 kPa (适用于血压、氧分压、 二氧化碳分压等) 换算表	(175)
附 6: 院内感染管理评价标准	(176)
附 7: 医疗事故处理办法	(179)
附 8: 医疗事故分级标准	(185)

附 9: 医务人员医德规范	(189)
附 10: 中国人民解放军总政部、总后勤部 1989 年 发布的医务人员医德规范	(190)
附 11: 国际制词头	(191)
附 12: 常用单位名称缩写	(192)
附 13: 中华, 中国医药学类杂志邮编和编辑部 地址	(194)
附 14: 人体有关的生理正常参考值 (引自日本 ICU 物册, 1979 年)	(199)
附 15: 医疗机构管理条例	(201)
附 16: 中华人民共和国传染病防治法	(209)
附 17: 中华人民共和国药品管理法	(218)
附 18: 中华人民共和国食品卫生法 (试行)	(230)
附 19: 中华人民共和国专利法	(242)
附 20: 中华人民共和国技术合同法	(255)

第一章 病案书写规范与管理

病案系所有的医疗护理文件的总称。病历包括入院记录、入院病历、诊断分析及诊疗计划、病程记录、转科记录等、

第一节 病案书写制度

1. 病案应用蓝黑墨水或黑墨水按规定格式书写，如实反映病情和检查、治疗情况，力求准确完整；字体端正、清楚，文词简练，通顺易懂，医学术语准确，不得涂改、刀刮、剪贴或用省略代号，楷书签署全名，按规定次序排列整齐。

2. 门诊病历由病人或家属填写一般项目（本人不能书写的，由挂号处工作人员代为填写），医师书写主诉、重点病史、体检、初步诊断及处理意见。

3. 住院病案的书写要求：

（1）新入院的伤病员，应在 24 小时内完成“入院记录”；大批伤病员入院时，由科主任酌情确定完成时间。急诊、重伤伤病员应当及时书写“首次病程记录”，并按时完成“入院记录”。由他院转入的伤病员仍须写“入院记录”。

（2）“入院记录”包括：一般项目，主诉，现病史，与疾病有关的过去史、个人史、家族史，体格检查，化验检查，特殊检查，专科情况，病情分析，初步诊断或诊断，签署全名。未确诊者待确诊后再补记最后诊断，并签署全名和注明日期。凡有药物过敏史的伤病员，应在个人史中用红墨水注明过敏药物的名称。

(3) 实习医师应当写“入院病历”。新毕业住院医师须先写“入院病历”，经科主任批准后，可写“入院记录”。上级医师应及时审修、补充，并签署全名。

(4) “病程记录”包括：病情变化、检查所见、病情分析、鉴别诊断、治疗过程和效果，下一步诊疗计划，上级医师查房和对病情的分析及诊疗意见。凡施行首次开展的新技术、新疗法和特殊处置时，应当记明施行方法和时间，疗程结束后写小结。“首次病程记录”应在伤病员入院后 2 小时内完成。主要内容为简要病史，体检所见，有诊疗价值的检验和特殊检查结果，诊断及鉴别诊断的依据，诊疗计划等。以后对一般伤病员 2~3 日写 1 次，慢性伤病员 5~7 日写 1 次，每月写阶段小结。重危、大手术后伤病员的病情应当及时记录，每日至少 1 次。

(5) 手术伤病员的术前讨论、手术记录、麻醉记录、术后总结等，均应详细记录。

(6) “科间会诊记录”由会诊医师在病程记录页内书写会诊意见，并签名。院内或邀请院外医师参加的“集体会诊记录”，由经治医师或上级医师指定的医师负责记录，另页书写，并经上级医师审签。

(7) 更换伤病员经治医师时，应书写“交、接班记录”。

(8) 伤病员出院时，应逐项填好“病案首页”，并在病案内写“出院小结”，内容包括病情摘要，重要检查结果，治疗经过，最后诊断，出院时情况和出院后建议。病案经主治医师和科主任审签后，连同出院证送结算室结帐，再由科室收回整理，病案室定期收回、建档。

(9) 伤病员死亡，经治医师应在当日书写“死亡记录”，

除写病情摘要、治疗经过外，应记载抢救措施、死亡时间、死亡原因。“死亡记录”应经主治医师和科主任审签。凡做尸体病理解剖检查的，应有详细的病理解剖检查记录及病理诊断。死亡病例讨论应详细记录。

4. 中医病案，按《医疗护理技术操作常规》有关规定书写。

5. 病案整理排序按《医疗护理技术操作常规》有关要求执行。

6. 医院一般不使用表格式病历或表格式病程记录，如确需使用，须经大单位卫生部批准，并从严掌握使用范围。

7. 科主任、正（副）主任医师每周全面审查病案1~2份。主治医师对下级医师书写的全部病案应当进行审修。新毕业的医师、实习和进修医师、研究生进科后，均应进行上岗前病案书写教育。

第二节 病案排列顺序

一、住院期间病案排列次序

1. 体温单（按日期先后倒排）；
2. 医嘱记录单（按日期先后倒排）；
3. 入院记录与入院病历；
4. 诊断分析及诊疗计划；

5. 病程记录（按页数次序顺排），包括计划治疗内容。遇有手术时，尚须填写下列三种记录单：麻醉记录单（按病程记录次序顺排）；手术记录单（按病程记录次序顺排）；手术

后记录（即手术后病程记录，排在该次手术记录后；如再有手术，应按先后次序接在下面）；

6. 特殊病情及特殊治疗记录单（按日期先后顺排）；
7. 会诊记录单（按会诊日期先后顺排）；
8. X线透视及摄片检查报告单（按检查日期先后顺排）；
9. 病理检查报告单（按检查日期先后顺排）；
10. 特殊检查报告单（如心电图、超声、放射性核素检查等；按检查日期先后顺排）；
11. 检验记录单（按页码次序顺排）；
12. 检验报告单（按报告日期顺排，自上而下，浮贴于专用纸左边）；
13. 中医处方记录单；
14. 特别护理记录单（正在进行特别护理时放在特护夹内）；
15. 病案首页；
16. 住院证（贴于病案首页反面的左上方，由接诊室贴）；
17. 门诊病历；
18. 上次住院病案或其他医院记录。

二、转科后病案排列次序

转来科（前科）的转出记录、入院记录或相当的住院记录、病程记录顺序后推，排于转入科（现科）之上述各项记录（转入记录、病程记录等）之后。

三、出院后病案排列次序

1. 病案首页；
2. 住院证（死亡者加死亡报告）；