

LINCHUANG LUJING

BINGLI SHUXIE YU

PINGJIA BIAOZHUN

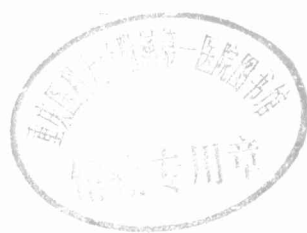
临床路径病历书写 与 评价标准

主编 刘爱民 刘春玲

中国协和医科大学出版社

临床路径病历 书写与评价标准

2013年8月15日



上



重医附一院

00161844

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床路径病历书写与评价标准 / 刘爱民、刘春玲主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2012. 10
ISBN 978 - 7 - 81136 - 744 - 7

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 201963 号

临床路径病历书写与评价标准

主 编: 刘爱民 刘春玲
责任编辑: 吴桂梅 林 娜

出版发行: 中国协和医科大学出版社

经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 889 × 1194 1/16 开
印 张: 53.5
字 数: 1500 千字
版 次: 2013 年 3 月第 1 版 2013 年 3 月第 1 次印刷
印 数: 1—3000
定 价: 496.00 元

ISBN 978 - 7 - 81136 - 744 - 7/R · 744

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

序 言

根据国务院公布的《医药卫生体制五项重点改革 2009 年工作安排》要求，卫生部于 2009 年启动了临床路径试点工作。临床路径是一种有行之有效的、精细化的科学管理工具，旨在建立标准化、规范化的医疗流程。采用临床路径后，可以避免传统路径使同一疾病在不同地区、不同医院，不同的治疗组或者不同医师出现不同的治疗方案，避免了其随意性，提高了费用、预后等的可评估性，可以有效缓解小病、常见病涌入大医院，占用高端医疗资源的不合理现象。临床路径在规范医疗流程的同时，还强调了个性化治疗，根据每个患者的个体素质不同，并发症不同，用药品种也不相同，对于有严重并发症的患者还允许离开原设定的临床路径，进入其他的路径。

临床路径对于医院精细化管理提供了依据和控制手段，医疗机构是否按照设定的路径诊断，能否在规定的时间完成诊断，做到了有据可循，可以监控。按照临床路径执行，不仅能够促进医疗质量和安全，还关系到医疗资源的合理利用，关系到人民群众对医疗服务的满意程度，用合理的投入，保障人民的健康。

卫生系统无论是实施临床路径、进行医院等级评审、重点专科建设、手术分级管理和抗菌药物管理，无一不是通过病案来获取数据，因此对病案的书写和管理水平的要求越来越高。同时也面临诸多新的问题。中国医院协会病案管理专业委员会的专家们历经一年半的研究，编写、出版了这本书，对病案书写和质量评估提供了科学的依据，对促进卫生部提出临床路径的措施给予了实实在在的支持，好的病案记录，就能够体现整个临床思维过程。科学地病案记录，对于今后的科研总结、各类检查所需要的信息支持，无疑是极为重要的，对于今后可能出现的医疗纠纷也能成为可靠的证据，能更好地保护医患两方的利益。

实施临床路径是我国医药卫生体制改革的重要举措之一，相信本书的出版必将对规范医疗行为、提高医疗质量、保证患者安全发挥一定的促进作用。

中国医院协会常务副会长兼秘书长





前 言

党中央国务院在关于深化医药卫生体制改革的意见中指出：“医药卫生事业关系亿万人民的健康，关系千家万户的幸福，是重大民生问题。”为解决好民生大事，卫生部在多方面采取措施，其中包括于2009年末出台了22个专业112个临床路径病种。随后卫生部又于2010年和2011年先后推出了219个临床路径病种，一共是331个病种。

临床路径是一种质量管理工具，将有效地对医疗质量进行监督、管理、评估。临床路径的实施，将会规范医疗行为，提高医疗安全，促进合理用药，减少医疗随意性。同时，也会减低个体的医疗费用，减少住院天数，使医疗费用趋于合理。为了切实推进临床路径的工作，医院评审文件也制定了单项否决的政策，对于没有贯彻执行卫生部临床路径的医院，实行一票否决。

病历是医师的工作日记，也是参与医疗的医务人员共同参考的材料。医师有责任详尽的记录患者病情的演变过程和采取的医疗措施。归档后病案，具有备忘、备考、守信、凭证的功能，可以在医疗、研究、教学、管理、病种付费、医疗纠纷等方面发挥作用。医师书写病历时不应过度地从法律的角度出发，把病历写成法律文书，那样医师就不会写病历，也不敢写病历了。按照病案管理专业委员会提供的临床路径病历书写标准，将有效地提高病历书写质量，避免流水账及缺漏重要的内容。对于病案书写质量监控工作，按照此标准检查才能有据可依，方便、准确，容易培训。

医疗机构采用临床路径管理病种，不仅改变了医疗行为，也改变了传统的病案书写和质控模式。为配合卫生部的临床路径工作，中国医院协会病案管理专业委员会组织部分专家研究、编写了本书，根据临床路径各病种的标准医疗流程，明确应记录的内容与要点，同时也提供了评分的标准，目的是促进病历的书写质量，科学地评估病历书写存在的问题。本书将为病案书写与质量监控提供新的标准方案。

编者

2013年1月

使用说明

《临床路径病历书写与评估标准》一书是中国医院协会病案管理专业委员会组织全国部分从事多年病案质控的专家，以卫生部发布的第一批 22 个专业 112 个临床路径病种为基础，以《病历书写基本规范》为指导，历时一年半时间编写的一本旨在作为医务人员书写病案时的参考，作为病案质控人员在监控及评估时作为统一标准的指导。

一、临床路径疾病质控表

此表分为进入临床路径标准和病案质量监控表两部分。

1. 进入临床路径标准

疾病进入临床路径的标准是通过疾病编码和手术编码来体现。由于入路径疾病的名称有具体的内涵，只能通过疾病编码和解释才能准确地将相关的内容归入相应的路径，以便准确地收集、提供数据，进行临床路径病种的管理。

例如：先天性巨结肠（ICD-10：Q43.101，Q43.102，Q43.103）

包括疾病：

Q43.101 先天性短段型巨结肠

Q43.102 先天性普通型巨结肠

Q43.103 先天性长段型巨结肠

不包括：

Q43.104 先天性全段型巨结肠

Q43.105 先天性超短型巨结肠

仅从卫生部临床路径中的先天性巨结肠疾病名称，是不能判断具体的病种。在各个临床路径的入径标准中，有详细的解释及国际疾病分类编码，通过这些就可以确定进入路径的病种。

2. 病案质量监控表

共有 6 项内容，包括监控项目、监控重点（监控内容）、分数、减分理由、住院时间和备注。

住院时间	监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
------	------	------	------	----	------	----

表的横栏是标准化的，对每一个病种的监控项目都是按时间顺序，对每一个监控的内容都列出了应当评估的要点，以评估病历记录的某一部分内容，给出得分结果的同时提出扣分的理由。

例如：对于肾癌的临床路径病历，监控入院记录和病案首页项目中的主要诊断名称及编码的评估要点，监控内容是肾癌的 ICD-10 编码为：C64，D09.101。如果相符，此份病历属于临床路径入组疾病。

表的纵栏是按时间顺序，即住院天数以及在此住院时间内应完成病历的各个部分，包括：首页、入院记录、首次病程记录、麻醉知情同意书、麻醉术前访视记录、输血知情同意书、手术知情同意书、术前小结、术前讨论、麻醉记录单、麻醉术后访视记录、手术记录、手术安全核查记录、手术清点记录、术后首次病程记录、出院记录、特殊检查、特殊治疗同意书等医学文书、病危（重）通知书、医



嘱、一般书写规范、变异情况。内外科病历记录有所区别。

二、评分方法

传统的病历质量评估，对于手术病历、住院天数长、疑难杂症、危重症病历因书写内容多，出现问题的概率也多，扣分的比例相对大。《临床路径病历书写与评估标准》中的评分，避免了上述原因造成的偏差，对病历的估计也相对公平和客观。如有的病种分为32部分，有的达到40部分。每一部分的评分共有五个级别，从0至5分，缺省2分（不设）。这是因为2介于1和3之间差异小，意义不大。

评分的办法是将各项所得分数相加为总分数，用总分数除以被检查的部分，假定检查部分有32个评分点，则为评出的实际分计算公式为：分值 = $100 \div (32 \times 5) = 0.63$ （保留两位小数）。即，某部分评估得分为5分，实际分值是： 5×0.63 。如果评估得分为132分，则实际得分的计算方法为： $132 \text{ 分} \times 0.63 = 83$ （不保留小数），即实际得分是83分。

三、评估流程

1. 审核是否符合进入路径标准，对照疾病分类编码，检查入院诊断是否符合。
2. 审核患者住院时间与该病种临床路径所要求的住院时间是否一致。
3. 对照临床路径质控表，检查各住院时间段内计划项目的实施情况，有无遗漏，病历记录是否准确和完善。
4. 检查医嘱执行情况，遵嘱执行的内容是否符合相关要求，并在病程记录中体现。
5. 根据《病历书写基本规范》的要求检查病历记录的完整性、及时性和客观性。

《临床路径病历书写与评估标准》一书，突出了重点监控内容，详细提出了某一病种在疾病治疗的不同阶段，医师应完成的重点记录。提示临床医师，在规范诊疗工作的同时，也应规范书写病历，使临床医师清楚病历的各项内容应该写什么、如何写、以及如何评估。希望本书的出版对于提高病历书写质量和病历评估质量有所帮助。但是由于作者水平有限，加之涉及专业较广，书中会有不当之处，敬请广大临床医师指正，我们将做进一步的修正。

目 录

一、呼吸内科	1
(一) 肺血栓栓塞症 (中低危)	1
(二) 肺血栓栓塞症 (高危)	6
(三) 社区获得性肺炎	11
(四) 慢性阻塞性肺疾病急性加重期	16
(五) 支气管扩张症	21
(六) 支气管哮喘	26
(七) 自发性气胸	31
二、消化内科	36
(一) 肝硬化腹水	36
(二) 急性胰腺炎	43
(三) 胆总管结石	49
(四) 胃十二指肠溃疡	55
(五) 大肠息肉	61
(六) 反流性食管炎	67
三、心血管内科	73
(一) 不稳定性心绞痛	73
(二) 慢性稳定性心绞痛	81
(三) 急性非 ST 段抬高性心肌梗死	88
(四) 急性 ST 段抬高性心肌梗死	96
(五) 急性左心功能衰竭	104
(六) 病态窦房结综合征	110
(七) 持续性室性心动过速	116
四、血液内科	128
(一) 特发性血小板减少性紫癜	128
(二) 急性早幼粒细胞白血病	134
(三) 完全缓解急性早幼粒细胞白血病	141
五、肾脏内科	148
(一) 终末期肾脏病	148
(二) 急性肾损伤	154
(三) 狼疮性肾炎行肾穿刺活检	161
(四) IgA 肾病行肾穿刺活检	167
六、内分泌科	174
(一) 1 型糖尿病	174

(二) 2 型糖尿病	180
(三) 嗜铬细胞瘤/副神经节瘤	186
(四) 库欣综合征	191
(五) Graves 病	196
七、神经内科	201
(一) 短暂性脑缺血发作	201
(二) 脑出血	207
(三) 吉兰-巴雷综合征	212
(四) 多发性硬化复发期	218
(五) 癫痫	224
(六) 重症肌无力	229
八、普通外科	234
(一) 胃十二指肠溃疡	234
(二) 急性乳腺炎	243
(三) 直肠息肉	251
(四) 门静脉高压症——上消化道出血	259
(五) 腹股沟疝	268
(六) 下肢静脉曲张	276
(七) 血栓性外痔	284
(八) 急性单纯性阑尾炎	291
(九) 结节性甲状腺肿	299
(十) 乳腺癌	307
九、神经外科	315
(一) 颅前窝底脑膜瘤	315
(二) 颅后窝脑膜瘤	324
(三) 垂体腺瘤	333
(四) 小脑扁桃体下疝畸形	342
(五) 三叉神经痛	351
(六) 慢性硬脑膜下血肿	359
十、骨科	367
(一) 腰椎间盘突出症	367
(二) 颈椎病脊髓型	376
(三) 重度膝关节骨关节炎	385
(四) 股骨颈骨折	394
(五) 股骨干骨折	403
(六) 胫骨平台骨折	412
(七) 踝关节骨折	421
十一、泌尿外科	430
(一) 肾癌	430
(二) 膀胱肿瘤	438

(三) 良性前列腺增生	446
(四) 肾结石	454
(五) 输尿管结石	462
十二、胸外科	469
(一) 贲门失弛缓症	469
(二) 自发性气胸	478
(三) 食管癌	486
(四) 支气管肺癌	494
十三、心脏大血管外科	503
(一) 房间隔缺损	503
(二) 室间隔缺损	511
(三) 动脉导管未闭	519
(四) 冠状动脉粥样硬化性心脏病	526
(五) 风湿性心脏病二尖瓣病变	534
十四、妇科	543
(一) 子宫腺肌病	543
(二) 卵巢良性肿瘤	551
(三) 宫颈癌 I a ₂ 期 ~ II a 期	559
(四) 输卵管妊娠	568
(五) 子宫平滑肌瘤	576
十五、产科	585
(一) 胎膜早破阴道分娩	585
(二) 自然临产阴道分娩	590
(三) 计划性剖宫产	595
十六、口腔科	604
(一) 舌癌	604
(二) 唇裂	612
(三) 腭裂	620
(四) 下颌骨骨折	628
(五) 下颌前突畸形	637
(六) 腮腺多形性腺瘤	645
十七、小儿内科	653
(一) 轮状病毒肠炎	653
(二) 支原体肺炎	658
(三) 麻疹合并肺炎	663
(四) 母婴 ABO 血型不合溶血病	668
十八、小儿外科	674
(一) 先天性巨结肠	674
(二) 先天性幽门肥厚性狭窄	684
(三) 尿道下裂	691



(四) 急性肠套叠	699
十九、眼科	707
(一) 原发性急性闭角型青光眼	707
(二) 单纯性孔源性视网膜脱离	715
(三) 共同性斜视	725
(四) 上睑下垂	732
(五) 老年性白内障	740
二十、耳鼻咽喉科	749
(一) 慢性化脓性中耳炎	749
(二) 声带息肉	757
(三) 慢性鼻-鼻窦炎	765
(四) 喉癌	773
二十一、皮肤性病科	782
(一) 带状疱疹	782
(二) 皮炎/多发性肌炎	787
(三) 寻常型天疱疮	794
(四) 重症多形红斑/中毒性表皮坏死松解型药疹	801
二十二、肿瘤专业	809
(一) 甲状腺癌	809
(二) 结肠癌	818
(三) 胃癌	827
附录 病历书写基本规范	836

一、呼吸内科

(一) 肺血栓栓塞症 (中低危)

肺血栓栓塞症 (中低危) 临床路径

1. 进入临床路径标准

疾病诊断: 肺血栓栓塞症 [ICD-10: (I26.0/I26.9) 不伴 (R57/I95)]

2. 病案质量监控表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
首页		主要诊断名称及编码	主要诊断名称及编码	肺血栓栓塞症[ICD-10: (I26.0/I26.9) 不伴 (R57/I95)]	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			其他诊断名称及编码	无遗漏, 编码准确	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			其他项目	内容完整、准确、无遗漏	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第1天	入院记录	主诉与现病史	主要症状	是否记录本病最主要的症状及发病时间, 如呼吸困难、胸痛、晕厥及咯血等, 并重点描述: 1. 发作及加重的诱因 2. 发作性质、程度 3. 缓解方式: 自行缓解或采取某种措施缓解 4. 对体力、饮食、睡眠、活动的影响	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		入院24小时内完成
			病情演变过程	是否描述主要症状的演变过程, 如: 呼吸困难、胸痛、晕厥及咯血的变化过程, 进行性加重、稳定或缓解	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			其他伴随症状	是否记录伴随症状, 如: 烦躁不安、惊恐甚至濒死感、咳嗽、心悸、发热、下肢肿胀、疼痛或压痛等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			住院前诊疗过程	是否记录诊断、治疗情况, 如: 1. 做过何种检查, 结果是否正常 2. 诊断过何种疾病 3. 用过何种药物, 用药时间、剂量、总量及效果如何	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		既往史 个人史 家族史	既往史 个人史 家族史	是否按照病历书写规范记录, 并重点记录: 1. 骨折、手术、恶性肿瘤等 2. 吸烟史, 口服避孕药	5□ 4□ 3□		

续 表

住院时间 / 监控类别		监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
			3. 家族中有无类似患者	1□ 0□		入院 8 小时 内完成
		体格检查	是否按照病历书写规范记录, 并记录重要体征, 无遗漏, 如: 1. 呼吸频率、心率、血压、体温 2. 发绀、肺部体征、心脏体征 3. 深静脉血栓的体征	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		辅助检查	是否记录辅助检查结果, 如: 血气分析、心电图、血浆 D-二聚体、胸部 X 线检查、超声心动图、CT 肺动脉造影 (CTPA)、磁共振肺动脉造影 (MRPA)、核素肺通气灌注扫描	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	首次病程记录	病例特点	是否简明扼要, 重点突出, 无遗漏: 1. 年龄、手术史及嗜好等 2. 病情特点 3. 突出的症状和体征 4. 辅助检查结果 5. 其他疾病史	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		初步诊断	第一诊断为: 肺血栓栓塞症 (中低危) [ICD-10: (I26.0/I26.9) 不伴 (R57/I95)]	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		诊断依据	是否充分、分析合理: 1. 临床表现可有呼吸困难、胸痛、咯血等 2. 可有肺血栓栓塞症的危险因素, 如深静脉血栓等 3. 下列检查一项或以上阳性, 可以确诊 (1) CTPA: 表现为肺动脉内低密度充盈缺损, 部分或完全包围在不透光的血流之间, 或者呈完全充盈缺损 (2) MRPA: 发现肺动脉内的低密度充盈缺损, 部分或完全包围在不透光的血流之间, 或者呈完全充盈缺损 (3) 核素肺通气灌注扫描: 呈肺段分布的肺灌注缺损, 并与通气显像不匹配, 即至少一个或更多叶段的局部灌注缺损而该部位通气良好或 X 线胸片无异常 (4) 选择性肺动脉造影: 发现 PE 的直接征象, 如肺血管内造影剂充盈缺损, 伴或不伴轨道征的血流阻断 (5) 超声心动图: 发现肺动脉近端的血栓	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		鉴别诊断	是否根据病例特点与下列疾病鉴别: 1. 冠心病、急性心肌梗死或心绞痛 2. 原发性肺动脉高压、羊水栓塞、脂肪栓塞、空气栓塞、感染性血栓等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		

续 表

住院时间 / 监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
		诊疗计划 是否全面并具有个性化： 1. 是否完成并记录必需的检查项目 (1) 血常规、尿常规、粪常规 (2) 肝肾功能、电解质、血气分析、血型、凝血功能、D-二聚体、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等） (3) 肌钙蛋白 T 或 I (4) X 线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声 (5) 下列相关检查之一可确诊：CTPA、核素肺通气灌注扫描、MRPA、选择性肺动脉造影 2. 是否记录分析根据患者病情选择的辅助检查，如脑钠肽（BNP）、免疫指标（包括心磷脂抗体）、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ等 3. 一般处理：监测生命体征、血流动力学及心电、血气变化 4. 呼吸、循环支持 5. 抗凝、溶栓治疗 6. 其他治疗措施：外科取栓、经静脉导管碎栓和抽吸血栓、置入腔静脉滤器等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	病程记录	上级医师查房记录 是否有重点内容并结合本病例： 1. 补充病史和查体 2. 诊断、鉴别诊断分析 3. 病情评估、疗效评估和预后评估 4. 治疗方案分析，提出诊疗意见 5. 提示需要观察和注意的内容	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		入院 48 小时内完成
		住院医师查房记录 是否记录、分析全面，如： 1. 病情：如呼吸困难、胸痛和咯血等症状；血压、呼吸频率、心率以及有关体征 2. 具体治疗措施：溶栓和抗凝治疗的具体情况 3. 分析：辅助检查结果、治疗方案、病情及评估、预后评估等 4. 记录：上级医师查房意见的执行情况；患者及家属意见，以及医师的解释内容	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第 2~6 天	病程记录	住院医师查房记录 是否记录、分析如下内容： 1. 病情变化、溶栓和抗凝等药物不良反应 2. 辅助检查结果，对诊断、治疗的影响 3. 治疗效果、更改的治疗措施及原因 4. 上级医师查房意见执行情况	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		上级医师查房记录 是否记录： 1. 对病情、已完成的诊疗进行总结分析，并提出下一步诊疗意见 2. 补充、更改诊断分析和确定诊断分析	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
出院前 1~3 天	病程记录	住院医师查房记录 是否记录、分析： 1. 目前呼吸困难、胸痛、咯血等症状及肺部体征的			



续 表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
				缓解情况；合并症、并发症的情况 2. 目前的治疗情况，抗凝药物的使用情况 3. 病情评估及疗效评估 4. 符合出院标准 5. 出院后的治疗方案及出院后注意事项	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			上级医师查房记录	是否记录、分析： 1. 疗效评估，预期目标完成情况 2. 确定抗凝药物是否达到治疗水平 3. 判断是否符合出院标准 4. 确定是否出院 5. 出院后治疗方案	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第7~10天（出院日）	病程记录	住院医师查房记录		是否记录： 1. 目前呼吸困难、胸痛、咯血等症状的缓解情况及有关体征的改善情况 2. 向患者交代出院后注意事项	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	出院记录			记录是否齐全，重要内容无遗漏，如： 1. 入院情况 2. 诊疗经过 3. 出院情况：症状、体征、功能恢复等 4. 出院医嘱：出院带药需写明药物名称、用量、服用方法，需要调整的药物要注明调整的方法；出院后患者需要注意的事项；门诊复查时间及项目等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	操作记录			包括自然项目（另页书写时）、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	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	特殊检查、特殊治疗同意书等医学文书			包括自然项目（另页书写时）、特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、或替代治疗方案、患者或家属签署是否同意检查或治疗、患者签名、医师签名等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
	病危（重）通知书			包括自然项目（另页书写时）、目前诊断、病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
重点医嘱	长期医嘱	住院第1天		1. 呼吸内科护理常规 2. 一/二级护理（根据病情） 3. 卧床休息 4. 吸氧（必要时） 5. 心电、呼吸、血压、血氧监测（必要时） 6. 抗凝治疗			

续 表

住院时间 \ 监控类别		监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
		住院第 2~6 天	1. 呼吸内科护理常规 2. 一/二级护理（根据病情） 3. 卧床休息 4. 吸氧（必要时） 5. 心电、呼吸、血压、血氧监测（必要时） 6. 抗凝治疗	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
		出院前 1~3 天	1. 呼吸内科护理常规 2. 二/三级护理（根据病情） 3. 卧床休息 4. 吸氧（必要时） 5. 心电、呼吸、血压、血氧监测（必要时） 6. 抗凝治疗			
	临时医嘱	住院第 1 天	1. 血常规、尿常规、粪常规 2. 电解质、肝肾功能、血糖、凝血功能、血型、血气分析、D-二聚体、感染性疾病筛查、肌钙蛋白 T 或 I 3. X 线胸片、心电图、超声心动图、双下肢静脉超声 4. CTPA、核素肺通气灌注扫描、MRPA 或选择性肺动脉造影 5. 有条件行：BNP、免疫指标、蛋白 S、蛋白 C、抗凝血酶Ⅲ、抗心磷脂抗体等测定			
		住院第 2~6 天	1. 复查血常规、凝血功能、D-二聚体、心电图 2. 异常指标复查 3. 复查 BNP、肌钙蛋白 T 或 I、血气分析（必要时）			
		出院前 1~3 天	根据需要，复查有关检查			
		住院第 7~10 天（出院日）	1. 出院带药 2. 门诊随访时间			
	一般书写规范		各项内容			
变异情况		变异条件及原因	1. 治疗过程中出现的并发症 2. 伴有其他疾病，需要相关诊断治疗	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		

(二) 肺血栓栓塞症 (高危)

肺血栓栓塞症 (高危) 临床路径

1. 进入临床路径标准

疾病诊断: 肺血栓栓塞症 [ICD-10: I26.0/I26.9 伴 (I95/R57)]

2. 病案质量监控表

住院时间		监控类别	监控项目	监控要点	分数	减分理由	备注
首页			主要诊断名称及编码	肺血栓栓塞症 (高危) [ICD-10: I26.0/I26.9 伴 (I95/R57)]	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			其他诊断名称及编码	无遗漏, 编码准确			
			其他项目	内容完整、准确、无遗漏	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
住院第1天	入院记录	主诉与现病史	主要症状	是否记录本病最主要的症状及发病时间, 如呼吸困难、胸痛、晕厥、咯血、低血压, 并重点描述: 1. 发作及加重的诱因 2. 发作性质、程度 3. 对体力、饮食、睡眠、活动的影响	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		入院24小时内完成
			病情演变过程	是否描述主要症状的演变过程, 如: 呼吸困难、胸痛、晕厥、咯血、低血压或休克症状, 如神志、头晕、心悸等的变化过程	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			其他伴随症状	是否记录伴随症状, 如: 烦躁不安、惊恐甚至濒死感、咳嗽、头晕、心悸、发热、下肢肿胀、疼痛或压痛等	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			住院前诊疗过程	是否记录诊断、治疗情况, 如: 1. 是否做过相关检查以及结果 2. 是否诊断过“肺血栓栓塞症” 3. 是否进行过抗凝、溶栓治疗, 效果如何	5□ 4□ 3□ 1□ 0□		
			既往史 个人史 家族史	是否按照病历书写规范记录, 并重点记录: 1. 骨折、手术、恶性肿瘤等 2. 吸烟史; 口服避孕药	5□ 4□ 3□ 1□		