

复旦大学附属妇产科医院  
病历撰写手册

（第一版）

医 务 科

## 编写说明

病案是病人病情及医师进行医疗过程的如实反映，是医师进行医疗工作的记录，是医学科研和医学教学的资料，又是具有法律效力的医疗文书。高质量的病案，不仅体现病案撰写人员的学术水平和工作态度，同时也反映科室和医院科学管理的水平。因此，认真抓好病案的撰写，是提高医疗质量、加强医院管理的一项极其重要的基础工作。

根据卫生部和国家中医药局制定《病历书写基本规范》的文件精神，以及上海市卫生局和中华医学会上海分会编著的《医疗护理常规》要求，为了更好地将医疗护理操作技术纳入标准化、科学化、规范化的管理轨道，使医务人员在医疗过程中有章可循，提高医院病案撰写的总体质量，特将《病历书写基本规范》和《上海市医院病案撰写规则》内容节选后编成小册子，以满足各级医师临床工作的需要。

妇产科医院医务科

2003年6月1日

# 目 录

病历书写规范实施细则（医疗部分） .....	1
病历书写的基本要求 .....	1
住院病历书写要求及内容 .....	3
附件一 住院病历撰写规范 .....	5
完整病史的格式与撰写基本要求 .....	5
完整病史的格式 .....	5
完整病史撰写基本要求 .....	13
入院录的格式与撰写基本要求 .....	19
入院录的格式 .....	19
入院录撰写基本要求 .....	22
无实习医师撰写完整病史的入院录 .....	22
有实习医师撰写完整病史的入院录 .....	23
再次或多次入院录 .....	24
24 小时内入出院记录 .....	25
24 小时内入院死亡记录 .....	25
住院病历撰写中易忽视的问题 .....	26
附件二 三级查房及病程记录 .....	27
各种病历的三级查房要求 .....	27
新入院病例 .....	27
一般病例 .....	27
急诊入院病例 .....	28
危重病例 .....	28
疑难病例 .....	29
治疗未结束的出院、转院病例 .....	29
三级查房的记录要求 .....	29
记录的时限规定 .....	29
记录的基本内容 .....	31

病程记录的要求及内容 .....	33
三级查房及病程记录中应注意的问题 .....	35
附件三 其他医疗文书的格式与撰写基本要求 .....	37
阶段小结 .....	37
转出（入）科记录 .....	39
会诊记录 .....	42
会诊记录中应注意的问题 .....	44
病例讨论记录 .....	45
病例讨论记录应注意的问题 .....	47
术前小结与讨论 .....	48
术前小结与讨论易忽视的问题 .....	51
手术记录 .....	52
手术记录中应注意的问题 .....	55
其他小手术记录的格式及要求 .....	56
手术同意书 .....	58
手术同意书应注意的问题 .....	58
特殊检查、特殊治疗同意书 .....	60
抢救记录 .....	60
抢救记录应注意的问题 .....	61
死亡记录 .....	61
交（接）班记录 .....	64
麻醉记录 .....	64
出院记录 .....	65
医嘱 .....	66
病案首页应注意的问题 .....	67
输血同意单应注意的问题 .....	67
附件四 其他医疗质量要求 .....	68
病区值班、交接班 .....	68
值班、交接班应注意的问题 .....	68
输血制度 .....	69

输血应注意的问题 .....	70
化疗、放疗签字制度 .....	71
自评表 .....	71
附件五 门（急）诊病历书写内容及要求 .....	73
门（急）诊病历书写内容 .....	73
门（急）诊有关内容撰写基本要求 .....	74
初诊病史 .....	74
复诊病史 .....	76
门急诊处方 .....	77
各类化验单及申请单 .....	78
门诊需要向病人说明并签字的内容 .....	79

# 病历书写规范实施细则（医疗部分）

## 病历书写的基本要求

- 一、病历是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。
- 二、病历书写是医务人员通过问诊、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。
- 三、病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。
- 四、病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水。
- 五、病历书写应当使用中文和医学术语。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。
- 六、病历书写应当文字工整，字迹清晰，表达准确，语句通顺，标点正确。书写过程中出现错字时，用双线划在错字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。
- 七、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，应当由合法执业的医务人员审阅、红笔修改并签名，进修医务人员应当由接受进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写病历。
- 八、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。修改时用红笔，应当注明修改日期，修改人员签名，并保持原记录清楚、可辨。
- 九、因抢救急危患者，未能及时书写的病历，应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。
- 十、对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、重要的药物副作用、自费药物、院外会诊、手术、实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书。患者因病无法签字时，由其近亲属签字（患者填写声明书和委托书），不具备完全民事行为能力时，由其法定代理人签字。

## 住院病历书写要求及内容

- 一、住院病历包括病案首页、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、麻醉记录单，手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录（或死亡记录）、病程记录（含抢救记录）、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。
- 二、住院志的书写形式分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时入出院记录、24小时内入院死亡记录。

三、本机构住院病历医疗部分指住院病历中需要医师书写、签字的，包括：住院病历（入院病历）、医嘱单、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、麻醉记录单、出院记录（或死亡记录）、病程记录（含抢救记录、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等）。

## 住院病历撰写规范

### 完整病史格式与撰写基本要求

#### 一、完整病史格式：

住院病史

姓名：

职业：

性别：

出生地：

年龄：

入院时间：

民族（国籍）：

病史采集时间：

婚姻状况：

供史者（可靠性）：

主诉：

现病史：

既往史： 传染病史：

    预防接种史：

    手术外伤史：

    过敏史：

    重要药物应用史：

系统回顾：

    呼吸系统：

    循环系统：

    消化系统：

    泌尿生殖系统：

    血液系统：

    内分泌系统：

    神经精神系统：

    运动骨骼系统：

个人史：

    月经及婚育史：



家族史:

## 体 格 检 查

T:                    P:                    R:                    BP:                    mmHg

一般情况:

皮肤、粘膜:

全身浅表淋巴结:

头部及器官:

  头颅:

  头皮:

  眼:

  耳:

  鼻:

  口腔:

  舌:

  扁桃腺:

  咽喉:

颈部:

胸部:

  胸廓:

  心脏:

    视诊:

    触诊:

    叩诊: (心界应附有图解)

    听诊:

  肺脏:

    视诊:

    触诊:

    叩诊:

    听诊:

血管: (桡动脉、腹主动脉、足背动脉及周围血管体征)

腹部:

视诊:

触诊: (肝、脾、胆囊、肾及其他肿块)

叩诊:

听诊:

肛门直肠:

外生殖器:

脊柱、四肢:

神经反射:

## 本科情况

### 实验室与特殊检查

1. 血、尿、粪三大常规及其它实验室检查结果;
2. 使用各种特殊诊断仪器的检查结果 (X 线、心电图、超声波、肺功能、核素、CT、磁共振、各种造影等)

### 初步诊断

1. 主要疾病 (病因、解剖、病理、功能等)
2. 并发疾病
3. 伴发疾病
4. 待排除疾病

医师签名: xxx

更正诊断 (时间)

医师签名: xxx

## 二、完整病史撰写基本要求：

主诉：促使患者就诊时的主要症状和体征，包括时间、性质、部位及程度等内容，应简明扼要，与诊断相呼应，不超过 20 字。原则上不可使用诊断性名词。

现病史：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。

1. 患病时间与起病情况；
2. 病因与诱因；
3. 主要症状特点及其发展变化情况；
4. 病情的演变；
5. 伴随症状；
6. 与本病有鉴别意义的阴性症状；
7. 发病后诊疗经过及结果；
8. 发病后精神、食欲、体重、睡眠及大小便有无异常情况；
9. 与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，现病史后另起一段予以记录。

既往史：指患者过去的健康和疾病情况。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；过敏史；重要药物应用史及系统回顾等内容。

1. 对过去患有的疾病应注明具体日期、病情、诊疗及转归等情况。
2. 手术外伤史应注明术后的病名、手术名称、日期及预后。
3. 有过敏史者应写明致敏原（含药物）、发生时间、反应类型及程度。
4. 重要药物应用史应注明药物名称、剂量、具体日期及副反应（如肾上腺皮质激素、抗癌药物、强心甙等）
5. 系统回顾应按撰写格式的序撰写，标题清楚不可颠倒。每一系统回顾应围绕征候群询问，撰写时应先写阳性症状，后写阴性症状。凡患有某一疾病时应写明疾病的名称、确诊依据及日期。

个人史：

- 应包括：
1. 出生地及生活经历地，注意有关的疫源地；
  2. 工作环境及职业危害；
  3. 习惯与嗜好应包括不良的饮食起居、烟酒嗜好、药瘾及异嗜癖等（注明时间及摄入量）；
  4. 不洁性交史。

月经及婚育史：            经期（天）

月经史：初潮年龄 \_\_\_\_\_ 末次月经时间（或绝经年龄），月经  
周期（天）

规则与否、月经量、有无痛经及痛经程度、白带有无异常等。

婚姻史：结婚（及再婚）年龄、配偶状况等。

生育史：应按（足）月产—（早）产—（流）产—（存）活子女数撰

写。应写明分娩过程中有无异常及计划生育状况。

家族史：应询问是否有与患者同样的疾病。凡有遗传有关的疾病时，尽可能绘出家系图示明。

体格检查：1. 应当按照系统顺序进行书写；

2. 不能遗漏与疾病有关的重要体征以及有鉴别意义的阴性 体征；

3. 文字不能详细说明的应例图表示，并加以说明；

4. 列题撰写本科情况（如妇科检查、产科检查、肛查等）；

5. 血压以 mmHg 表示。

实验室与特殊检查：指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其 结果，写明检查日期及检查号。

1. 血、尿、粪三大常规及其它实验室检查结果；

2. 各种特殊诊断仪器的检查结果；

3. 外院检查结果须注明医院的名称、日期。

诊 断：1. 诊断用语要规范；

2. 按格式顺序撰写诊断名称；

3. 对初步诊断作出修正时，须由主管医师撰写更正诊断全称并签署日期和医生姓名。

签名：病史撰写完毕签全名，应能辨认清楚。实习医师签名必须有上级医师复签（上级医师签名 / 实习医师签名）。

小结与讨论：（此项内容书写在首次病程录内）

小结：将病史、体检及有关的辅助资料进行摘要的综合，应围绕诊断与鉴别诊断撰写，不可遗漏阳性资料及有鉴别意义的阴性资料。

讨论：根据小结对诊断与鉴别诊断进行系统讨论。内容应层次分明，论据充足。最为明确的主要诊断放在首位，次要疾病或伴发疾病以及需要排除的疾病依次进行讨论。

诊疗计划：（此项内容书写在首次病程录内）

根据小结、讨论及初步诊断，拟定一个合理、正确、及时、具体的诊疗计划，以逐条形式表达并加以说明为妥。

## 入院录格式与撰写基本要求

### 一、入院录格式：

#### 入 院 录

姓名：                    单位：  
性别：                    职业（工种）：  
年龄：                    户口 / 居住地址  
民族（国籍）：          供史者（可靠性）  
婚姻：                    入院时间：  
出生地：                  病史采集时间：  
主诉：  
现病史：  
既往史：  
个人史：  
月经及婚育史：  
家族史：

#### 体 格 检 查

T:          P:          R:          BP:          mmHg

一般情况：

各系统情况：

#### 本 科 情 况

#### 实验室与特殊检查

#### 初步诊断：

1. 主要疾病（病因。解剖、病理、功能等）
2. 并发疾病
3. 伴发疾病
4. 待排除疾病

医师签名: xxx

更正诊断 (时间)

医师签名: xxx

二、入院录撰写基本要求:

1. 无实习医师撰写完整病史的入院录

- (1) 应撰写详细入院录, 以替代完整病史。
- (2) 主诉与现病史的撰写要求参照完整病史。既往史、个人史、家族史应摘要写出有关阳性症状及有鉴别意义的阴性资料, 不列标题, 分段描述。
- (3) 体检中必须有体温、脉搏、呼吸、血压(以 mmHg 表示), 其他可按系统顺序记述阳性体征及有鉴别意义的阴性资料。
- (4) 撰写与诊断、鉴别诊断有关的实验室检查及特殊检查结果。
- (5) 最后撰写初步诊断及签全名。
- (6) 撰写入院录时, 体检中重点突出本科情况。
- (7) 由住院医师(进修医师)撰写的完整病史, 可不再撰写入院录。

2. 有实习医师撰写完整病史的入院录

- (1) 可撰写简单入院录, 其内容与要求原则上在完整病史基础上简化精炼, 重点突出。
- (2) 主诉、现病史可不列标题。既往史、个人史、家族史应摘要写出有关阳性及有意义的阴性资料, 不列标题。
- (3) 体检按系统顺序记述阳性体征及有鉴别意义的阴性材料, 重点突出本科情况。
- (4) 写出与诊断、鉴别诊断有关的实验室检查及特殊检查结果。
- (5) 最后撰写初步诊断及签全名。
- (6) 撰写者应负责审阅、修改实习医师撰写的完整病史, 其内涵应与入院录一致, 同时需在实习医师前加签全名。

3. 再次或多次入院录

- (1) 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。
- (2) 要求及内容基本同入院录。
- (3) 特点是: 记录患者本次入院的主要症状(或体征)及持续时间, 现病史中要求对本次住院前历次有关住院经过进行小结, 然后再书写本次入院的现病史。

4. 24 小时内入出院记录

- (1) 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。

(2) 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。

#### 5. 24 小时内入院死亡记录

(1) 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。

(2) 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。

### 住院病历撰写中易忽视的问题

1. 主治医师对实习医师、住院医师、进修医师撰写的住院病史或入院录应及时修改并签名。
2. 住院病史、入院录应按规范格式撰写，字迹应清晰整齐不潦草；尽量减少涂改，保持页面整洁，修改时用双删除线，不允许涂抹和刮除。
3. 主诉避免使用诊断学名词。
4. 重要的辅助检查应详细写明检查时间、地点及结果，如 B 超检查应写明子宫、肿块、肌瘤大小的具体数字，不可简单写“子宫增大，多发性子宫肌瘤”等提示结果。本院 B 超检查需注明超声编号。

## 三级查房评判依据

### 一、各种病例的三级要求

#### 1. 新入院病例

住院医师原则上在病员入院 2 小时内进行查房；主治医师必须在新病员入院 48 小时内进行查房；主任医师（副主任医师）必须在新病员入院一周内进行查房。需手术治疗的病人在术后应有三级查房。

#### 2. 一般病例

每日须有病程记录，每三日须有主治医师查房记录，每周须有主任（副主任）医师查房记录。住院医师（进修医师、实习医师）应随时观察病情变化并及时处理、记录，必要时应请主治医师、主任医师（副主任医师）临时查房并记录。经三级查房后，临床诊断明确，治疗方案确定，临床治疗效果好，在以后的住院期间，只需维持二级查房。

#### 3. 急诊入院病例

当班医师必须在急诊病员入院后半小时内进行查房；主治医师（住院总）必须在急诊病员入院后 24 小时内进行查房；主任医师（副主任医师）必须在急诊病员入院一周内进行查房。急诊危重病例，应随时观察病情变化并及时处理，必要时应请上级医师临时查房。急诊入院当日手术者，术前可无主任查房，第一次需按要求格式撰写。急诊入院而在次日以后手术者，术前需有主任查房。

#### 4. 危重病例

告病危后，每日必须有三级查房并按要求记录。

#### 5. 疑难病例

（诊断不明；住院期间实验室检查有重要发现，将导致诊断、治疗的变更；二周以上治疗效果不好）每周必须进行科内重点交班，并随时组织科内讨论，必要时应组织院内、院外会诊并按要求记录，科室、院内、院外讨论或会诊除病程记录中简单记录外，应另纸详细记录并附在病历中。

#### 6. 治疗未结束的出院、转院病例

对一般病例，在出院、转院前夕应进行二级查房（统计时作三级查房病例数）；对危重、疑难病例，在出院、转院前夕应进行三级查房。

### 二、三级查房的记录要求

#### 1. 记录的时限规定



- ①住院完整病史、入院录等应在当天或 24 小时内完成。
- ②急诊手术病例，必须至少撰写首次病程记录，完成总住院以上医师的查房并按要求记录后，才能进行手术。
- ③急诊入院病史必须在 4 小时内完成。
- ④危重病例及时详细记录病情演变及抢救过程（注明参加抢救的人员以及起迄时间、方法、效果等）；告病危病例至少每天有病情记录。
- ⑤新入院及手术后病例至少应连续三天记病程录，入院当天进行交班。
- ⑥病情稳定的住院病例至少 3 天记一次病程录； 病程录每周必须反映主治医师的查房意见。
- ⑦转入病人，转入后也必须有首次主治、主任医师的查房录，时限、内容记录同新入院病例，
- ⑧由其他科转入准备手术的病例，在手术前必须有主治、主任医师的查房录，时限、内容记录同新入院病例。

## 2. 记录的基本内容

- ①住院医师（进修医师、主治医师）撰写首次病程录，将病员的主要症状、体征及其它资料进行概括叙述，并作出诊断和治疗计划；续后查房记录包含病员症状、体征的变化、临床处理的依据、疗效的评价、实验室检查结果对诊断、治疗意义的分析和疾病诊断及治疗计划变更的依据以及饮食、生活等内容。
- ②主治医师首次查房记录应包含疾病诊断及诊断依据、鉴别诊断、治疗原则以及治疗过程中应注意的问题；续后查房记录应根据病情演变及诊疗经过，扼要记录疗效的评价、实验室检查结果对诊断、治疗意义的分析；对危重、疑难病例应记录病员目前的主要矛盾和解决矛盾的措施和方法。首次查房内容由主治医师亲自记录并签名，对其它查房记录予以修改并复签。
- ③主任医师（副主任医师）首次查房记录，对一般病例查房应侧重记录疾病诊断依据、必须鉴别的鉴别诊断、治疗方案以及治疗过程中应注意的问题；对疑难病例查房应侧重记录临床症状、体征和实验室检查结果在临床鉴别诊断的意义以及明确诊断的途径、措施和方法；对危重病例查房应侧重记录当前主要矛盾以及解决主要矛盾的途径、措施和方法。对记录内容予以修改并签名。
- ④更改诊断需要在病程录中详细阐明其依据。

## 三、病程记录的要求及内容

病程记录是指继住院志之后，对患者病情的诊疗过程所进行的连续性记录。

1. 首次病程记录：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。内容包括：病史特点、诊断及诊断依据、鉴别诊断、诊疗计划等。

2. 日常病程记录：指对患者住院期间诊疗过程的经常性记录：书写日常病程记录时，首先标明记录日期，手术病历标明术后第几天，然后记录具体内容。
3. 病程记录时限要求：危重患者，随时书写病程记录，每天至少一次，记录时间应具体到分钟；病情稳定患者，至少3天记录一次病程录；手术患者，术后连续记录3天病程录并有主治医生查房记录。产科患者静滴催产素时，需每半小时记录一次胎心、宫缩，每2小时记录血压（妊高征者需密切随访血压）。
4. 病程记录要能反映治疗方案的变更及疗效的确定；能及时记录重要化验及特殊检查的结果及对诊断意义的分析；能及时记录诊疗操作（含手术、拆线等）的经过。
5. 术后首次病程记录：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、麻醉方式、探查所见、手术方式、手术简要经过及术中情况（包括手术是否顺利、出血量、补液量，有无输血及输血指征、所输成分血的种类及输血量等）、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项及术后诊断等。

#### 四、三级查房及病程记录中应注意的问题

1. 首次病程录按病史特点、诊断及诊断依据、鉴别诊断、诊疗计划四项分别列题写明。
2. 首次病程录中诊疗计划应详细、具体并有针对性，不可过于笼统或格式化。
3. 主治医师、主任医师（教授）查房记录应首先写明医师姓名，后面加盖主治医师或主任医师图章，主治（主任）医师应予审阅、修改并签名。主治（主任）医师自己撰写的病程录前勿忘加盖查房图章以反映三级查房情况。
4. 病程记录应及时反映检查、用药等医嘱和指征，检查结果返回后应当日予以记录并粘贴在相应部位。临床医师应注意所有检查报告是否返回并粘贴在病历上。
5. 术后首次病程录勿忘记术中出血量、补液量及尿量、输成分血的数量及种类以及输血指征，记录冰冻检查结果。如果手术方案改变，亦应在此时记录并说明。
6. 患者请假、擅自离院等特殊情况应及时记录（患者及医师签名的请假单保存在病历中）。
7. 按三级查房时限规定及时撰写上级医师查房记录。产科病例产前无主任查房者，产休医生注意须在入院一周内撰写主任查房录（按格式要求）。

附件三

## 其他医疗文书的格式与撰写要求

### 一、阶段小结

指患者住院时间较长，由经治医师每月作病情及诊疗情况小结。

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（病情演变、疗效的反映、科内讨论及会诊意见）、目前情况、目前诊断、诊疗计划（目前治疗措施意见、今后准备实施的诊疗方案）、医师签名等。

实习医师撰写的阶段小结应由上级医师审核、修改、签名。

格式：

阶 段 小 结

年 月 日

姓名：                    性别：                    年龄：

入院时间：

入院诊断：

目前诊断：

住院经过：

诊疗计划：

医师签名：xxx

### 二、转出（入）科记录

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。

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。

内容包括：入院日期、转出或转入日期、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、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

格式：

转 出 科 录

年 月 日

姓名: 性别: 年龄:

入院日期:

入院诊断:

目前诊断:

住院经过:

转科目的:

医师签名: xxx

转入 xx 科录

年 月 日

病史摘要:

本科诊断:

转科目的:

治疗计划:

医师签名: xxx

### 三、会诊记录（含会诊意见）

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。

内容包括:

申请会诊记录:应当简要说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。

会诊意见记录:应当有会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构的名称、会诊时间及会诊医师签名等。

会诊申请单应由病区主治医师以上签署同意,如夜间急会诊由科内总值班医师签署。

邀请会诊录必须在会诊之前写好,急会诊要加注时间。

格式:

邀请 xx 科会诊录

年 月 日

内容:

签名：上级医师/经管医师

## xx 科会诊记录

年 月 日

会诊意见:

谢邀!

医师签名：xxx

会诊记录应注意的问题:

1. 需请会诊者，应将主治（主任）医师有关的查房意见记录在病程录中，续后应及时撰写邀请会诊记录。
2. 会诊医师会诊结束后经管医师须及时按照会诊意见开出用药或检查等。

### 四、病例讨论记录

要求:

- (1) 此“病例讨论记录”适用于各种病例讨论，例如疑难病例讨论、死亡病例讨论，需在楣栏中写明讨论类别。
- (2) 疑难病例讨论重点确切记录诊断方面的依据，治疗方面的建议。总结意见栏应突出下一步的诊断与治疗计划。不能以主任教授查房替代。
- (3) 死亡病例讨论应记录从发病到死亡期间疾病发生、演变过程及诊疗情况的评估、死因分析等。讨论记录必须在死亡后 72 小时内完成。

格式:

### 病例讨论记录

姓名:            性别:            年龄:            科别:

床号:            住院号:

入院时间:

入院诊断:

主持人:

参加者: (全名)

报告病史摘要:

讨论记录:

总结意见:

记录者: xxx

年 月 日

病例讨论记录中须注意的问题:

1. 疑难病例讨论(包括病室、科室及全市等各级)及死亡病例讨论除及时地扼要记录在病程录外,另须在 72 小时内按照以上格式专门撰写详细的病例讨论记录附在病历中。
2. 总住院医师(或主治医师)应督促经管医师将相应的详细病例讨论内容登记在当月疑难病例或死亡病例记录本上。

## 五、术前小结与讨论

1. 术前小结: 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、拟施手术名称和拟施麻醉方式、注意事项等。

格式:

## 术 前 小 结

简要病情:

术前诊断:

手术指征:

拟施手术名称、方式及日期

拟施麻醉方式:

术前特殊准备:

注意事项:

医师签名: xxx

年 月 日

2. 术前讨论：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。

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、专业技术职务或职称、讨论日期、记录者的签名等。

格式：

## 术 前 讨 论

术前准备情况：

手术方案：

可能出现的意外和防范措施：

讨论主持人及参加人员的姓名、专业技术职务或职称：

讨论日期：

记录者签名：xxx

上级医师签名：xxx

日期： 年 月 日

3. 要求：

①术前小结、讨论应由主刀或第一助手撰写，实习医师担任主刀，撰写的术前小结、讨论应由带教老师负责核签。

②重大、疑难及新开展的手术，必须由科主任主持术前讨论。

术前小结及讨论易忽视的问题：

1. 术前讨论记录中须在参加讨论人员姓名后注明其专业技术职称（或职务）。并须注意真正参加手术的主刀及一助的姓名一定包括在名单中。

2. 注意术前小结中拟施手术名称、方式及麻醉方式应与术前手术同意书上保持一致。

六、手术记录

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。

内容包括：一般项目（姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号）、术前诊断、术后诊断、

手术名称，手术者及助手姓名、麻醉方式、手术经过、术中出现的情况及处理等。

要求：

1. 手术记录应在手术后 24 小时内完成，急诊手术应于当天内完成。
2. 手术记录应由主刀撰写，特殊情况下由第一助手写时，应有手术者签名；如果主刀为外院会诊医师，记录应由本院第一助手撰写。凡标有 xxx 医师指导的手术记录，应由指导医师复查、修改后签名。
3. 手术经过的撰写内容应包括①体位、消毒（消毒液名称）、切口及组织分层解剖；②探查所见：描写局部病变及周围器官、组织情况；③手术步骤应包括：a、切除范围，缝（吻）合方式，缝线种类与规格；b、引流物放置部位，创口处理方式等；c、术中如辅有特殊处理，例如气管切开、动脉输血、降温处理、使用呼吸机或体外循环等应作扼要交代；d、如改变原手术方案应阐明理由，并在术中与家属进行说明，并按拟改变的手术方案，再次签字，并记录谈话时间，要求精确到分。
4. 出血与其他：应包括：①术中出血量估计、输血量；②术中手术麻醉的意外、麻醉效果及更改麻醉方式的说明；③手术器械及辅料清点的情况。
5. 大体标本的描述和剖视记录，并记录标本是否送病理（包括冰冻切片及石蜡切片检查及冰冻切片检查结果）。
6. 手术并发症发生的原因及处理经过。

格式：

## 手 术 记 录

姓名：                      住院号：

手术日期：

术前诊断：

术后诊断：

手术名称：

麻醉方式：                      麻醉医师： xxx

手术医师：

手术经过（术中出现的情况及处理）：

医师签名： xxx

手术记录中应注意的问题：



1. 手术记录中必须详细描述术中探查所见及大体标本的外观及剖视检查结果。
2. 须记录术中出血量，出血较多者应描述原因。输血者应记录输血指征及所输各种成分血的种类和数量。手术医师须督促麻醉医师再次检查输血前有无肝炎指标、HIV、RPR 检查，如未检查者应在输血前抽血送检，并记录在医嘱上及手术记录中。

其他小手术记录的格式及要求：

可在无麻醉状态下进行的某些手术，如诊刮（分段诊刮）术、后穹窿穿刺术、人工流产吸宫术、放（取）环术、外阴活检术、人工破膜、阴道检查术等，由手术者在术后及时记录在病程录上。内容包括：楣栏（手术名称）、手术时间、手术指征、手术者、手术经过、术后处理、医师签名等。手术经过的内容包括患者体位、消毒方法及范围、探查所见、手术操作步骤、标本描述以及术中出血量、补液及用药情况等。

格式：

### 小手术记录（具体填写手术名称）

手术时间：

手术指征：

手术者：

手术经过：

术后处理：

医师签名：xxx

注：以上手术操作如在麻醉（骶麻或连硬外麻醉等）下进行者，则按照前述手术记录的格式撰写。

### 七、手术同意书

手术同意书：是指手术前经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署同意手术的医学文书。

内容包括：患者姓名、年龄、床号、住院号、术前诊断、拟施手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签名、医师签名、签名时间等。

手术同意书应注意的问题：

1. 所有项目应填写完整，勿忘填写签名时间。

2. 非患者本人签字的应注明其与患者的关系，并另填写患者委托书。
3. 术前谈话应由参加手术的主治医师进行并在手术同意书上签名。
4. 手术同意书上医师签名应与手术记录上主刀或一助医师姓名一致，即手术主刀或一助应参加谈话并在手术同意书上签名。
5. 术中因各种原因而改变手术方案者，应由主刀医师或一助再次与家属谈话后记录在手术同意书上并双方签名，注意勿忘填写谈话内容和时间。
6. 手术方案改变另须将原因和新手术方式记录在手术记录和术后首次病程录上。
7. 同意书上应写明患者姓名、年龄、床号、住院号。

#### 八、特殊检查、特殊治疗同意书

特殊检查、特殊治疗同意书：是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署同意检查、治疗的医学文书。

内容包括：患者姓名、年龄、床号、住院号、目前诊断、特殊检查（特殊治疗）项目名称、目的、特殊治疗的方案、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名、签名时间等。

#### 九、抢救记录

抢救记录：是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。

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。

抢救记录应注意：

抢救记录应及时、详细地记录在病程录中，并另记录各病室危重疑难病例登记本上。

#### 十、死亡记录

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。

内容包括：入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊断经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。

记录死亡时间应具体到分钟。

要求：

1. 死亡录应在死亡后当班完成，并由当天参加抢救的主治医师或最高年资的医师复核后签字。

2. 撰写应严肃认真、实事求是，写好之后不再随意涂改或剪贴。
3. 住院及抢救经过内容应包括①入院时主要病史（症状、体征、有诊断意义的辅助检查）；②病情演变和治疗经过；③病情恶化的具体日期、时间及可能的原因；④抢救经过、会诊意见、临终前哪一级医师在场指导抢救等。
4. 做好死者家属或单位的工作，力争尸体解剖以提高医学科学水平，家属同意与否应予记录。

格式：

## 死 亡 录

年 月 日 时

姓名： 性别： 年龄： 病室： 床号： 住院号：

入院时间：

死亡时间：

死亡诊断：

死亡原因：

住院及抢救经过：

医师签名： xxx

### 十一、交（接）班记录

是指患者经治医师发生变更之际，交（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。交班记录应再交班之前完成。接班记录应由接班医师于接班后 24 小时内完成。

交（接）班记录内容、要求及格式同阶段小结。必要时阶段小结可由交（接）班记录代替，楣栏注明“交（接）班记录暨阶段小结”。

注：交（接）班记录针对入院满一周以上病例。

### 十二、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、麻醉用药、术前诊断、术中诊断、拟施手术名称、已施手术名称、麻醉方式、麻醉期间用药及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

注：麻醉记录中已施手术名称应与手术医师手术记录中的手术名称一致。

### 十三、出院记录

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、医师签名等。

### 十四、医嘱

指医师在医疗活动中下达的医学指令。

医嘱内容及起始、停止时间应由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

### 十五、病案首页应注意的问题

应完整、正确地填写首页中的所有项目，没有的内容应予销空。各级医师及护士长及时签名、修改。手术切口等级及愈合情况应正确填写，勿遗漏术后病率等并发症。

### 十六、输血同意单应注意的问题

应在输血前完整填写所有项目，如非患者本人签字，则应注明签字者与患者的关系并由患者填写委托书，注意勿遗漏签字的日期。特别注意输血前的化验检查项目内容是否完整，如未进行相应化验的，应在输血前抽血送检。

## 附件四

# 其他医疗质量要求

### 一、病区值班、交接班

要求：

1. 危重病例、当天手术病例、新入院病例和转入病例。
2. 危重病例床前交接班。
3. 床位医师下班前在交班簿上交班。
4. 值班医师在巡视病区时，对交班簿上病例进行查房并作简要记录以便进行晨间交班。
5. 值班医师的医嘱应进行相应的病程记录。

值班、交接班应注意的问题：

1. 床位医生及值班医生在交接班簿上应正确填写各班病区病人数及手术、危重病人数，填写好交班内容（手术病例、危重病例、产房待产病例）并签字。
2. 双休日的值班医生、床位医生查房后勿忘在交班簿上记录相关交班内容，并签字。
3. 交班本簿勿忘写明交班日期并注意日期不要写错。如交班内容较多超过一页者，应在每页上均注明日期及序号。

### 二、输血制度

要求：

1. 输血前必须办理好用血申请单，急诊输血病例可办理押款手续（在急诊收款处）。
2. 输血前家属必须在同意输血单上签字。
3. 同意输血单应填写完整，并注意核对输血前是否进行肝炎指标、HIV、RPR 等相关检查等，如未检查应在输血前送检。
4. 每次输血时的输血指征、输入的具体成分血种类及数量必须详细记录在病程录上。

输血应注意的问题：

1. 每次输血均应在病程录中写明输血指征。
2. 输血的种类和数量勿忘在首页中填写。
3. 输血前一定要检查有无相关化验，如无则应在输血前抽血送检。特别是在手术室进行输血者，应请麻醉医师协助检查、送检。
4. 在门诊进行的与输血相关的化验结果和日期应记录在入院录上作为相关依据。

### 三、化疗、放疗签字制度

要求：

对每次化疗、放疗（全身、局部）病例，医师必须告知病人或病人家属，征得同意后，请病人或家属签署化疗、放疗同意书。

### 四、自评表

要求：

完整出院病史中的自评表需由主治医师填写，在病史出病房前必须填好，如不是满分的需写明扣分理由。

## 门（急）诊病历书写内容及要求

### 一、门（急）诊病历书写内容：

门（急）诊病历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包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史、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包括就诊时间、科别、主诉、病史、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具体到分钟。

抢救危重患者时，应书写抢救记录。收入急诊观察室的患者，应书写留观期间的观察记录。

### 二、门（急）诊有关内容撰写基本要求

#### （一）初诊病史

1. 门诊病史撰写力求内容完整、精要、重点突出、文字清晰易辨，药名拼写无误。
2. 病史：要突出主诉、发病过程、相关阳性症状及有鉴别诊断价值的阴性症状；与本次疾病有关的既往史，特别是以往出院诊断和重要药物治疗史要正确记录。
3. 体检：要重点突出而无重要疏漏；除阳性体征外，与疾病有关的重要阴性体征亦应记录。
4. 实验室检查：要详细摘要以往及近期的实验室检查或特殊检查结果，以资比较或引用。
5. 诊断：应主次排列，力求完整全面，要严格区分确定的、不确定的或尚待证实的诊断。
6. 处理意见：包括下列内容之一或数项：
  - ①提出进一步检查的项目（及其理由）；
  - ②治疗用药（药名、剂型、剂量规格、总量、给药方法、给药途径）；
  - ③其他医疗性嘱咐；
  - ④病休医嘱。
7. 医师签名：要求签署与处方权留迹相一致的全名并盖章。

#### （二）复诊病史

1. 复诊病史的必需项目与撰写要求原则上与初诊病史一致。

2. 同一类疾病相隔 3 个月以上复诊者原则上按初诊病人处理，适当简化（例如：可在一开始即提明原先确定的诊断）。
3. 一般复诊病史须写明：
  - ①经上次处理后，病人的症状、体征和病情变化情况及疗效。
  - ②初诊时各种实验室或特殊检查结果的反馈（转录）。
  - ③记载新出现的症状或体征（包括治疗后的不良反应）。
  - ④根据新近情况提出进一步的诊疗步骤和处理意见。
  - ⑤补充诊断、修正诊断或维持原有的诊断。
4. 对于诊断已十分明确，治疗已相对固定，病情已基本稳定的慢性疾病患者，可撰写简化的门诊复诊病史，但不能连续超过 3 次（含 3 次），基本内容应包括：
  - ①前已明确的主要诊断。
  - ②本次就诊的主要临床情况（症状、体征、治疗不良反应等）简述及重要实验室检查结果记录。
  - ③处方记录及医师签名。

### （三）门急诊处方

要求：

1. 一般项目齐全（年龄必须写实际岁数）。
2. 药名、剂量、剂型、剂量规格、总量、给药方法、给药途径均要写明。
3. 注意配伍禁忌。
4. 要有消空符号。
5. 处方医师必须签全名和盖章，实习医师签名后要加辅导老师签名和图章。
6. 门急诊处方内容须与相应病史记录一致。
7. 不开人情处方和大处方。

### （四）各类化验单及申请单

要求：

必须逐项填写检验单各项内容，尤其是姓名、性别、年龄、住院（门诊）号、科别（病区及床号），填单人签名或盖章，字迹必须清晰易认。

### （五）门诊需要向病人说明并签字的内容



1. 术前谈话
2. 特殊检查
3. 重要的药物副作用
4. 拒绝检查、治疗、入院等可能引起的后果