首次病程记录书写模板

病程记录书写格式

　　（一）首次病程记录书写要求

　　1首次病程记录应摘要记述一般资料（姓名、性别、年龄、籍贯、职业、婚姻状况、入院时间及主诉）。

　　结合病情、查体重要发现及实验室检查结果，对新入院的病人提出初步诊断，拟诊及鉴别诊断，诊疗方针。如为疑难病症，要求在三天内根据所有材料进行分析，提出初步诊断。

　　3对危重病人来不及写病历时，应及时书写首次病程记录，包括简要病史，查体及实验室阳性结果，以及入院后病情变化，做了那些处理及其效果。扼要提出临床观察的具体内容，估计病情可能发生变化。

　　（二）病情记录书写要求：

　　1病情危重多变者，应随时记录；重病人至少每天记录一次，危重患者主治医师最少应写病程记录一次。慢性病或病情较稳定者可视需要简要记载，但不能少于每周1次。

　　病程记录，由住院医师或实习医师按时间的先后次序记录，住院医师对实习医师所写的记录，必须随时检查其准确性，并做必要的修改和补充，每次记录均需签名。

　　3病程记录包括下列内容：

　　（1）患者当前觉症状，病情变化，体检及化验的重要发现，诊治工作进行情况及对病情的分析。

　　（）中医辩证施治情况，如证型改变、方药变换，中医的观察分析等。

　　（3）新诊断或原诊断修改的根据，病情特殊变化的判断，处理及后果。

　　（4）主任医师、主治医师及其他上级医师查房巡诊或会诊时意见，应详细如实的加以记录。

　　（5）行政领导的重要指示，患者家属或单位负责人所提供的重要事项。

　　（6）一切手术诊疗记录，应有术前小结（讨论）手术记录（包括手术步骤、手术的主要所见、病人术中情况）及术后记录。

　　（）每一阶段检查或治疗后的小结，交接班记录。

　　（8）患者出院、院或死亡时，应总结入院后的病情演变，诊疗工作的经验教训，记录出院时情况，最后诊断及嘱咐。