

最新病历书写 基本规范解读

主编 常艳群 秦成勇 孙广恭

ZUIXIN

BINGLISHUXIE

JIBEN

GUIFANJIEDU



军事医学科学出版社

责任编辑： 李玫

封面设计：  天家来

最新病历书写 基本规范解读

ISBN 978-7-80245-552-8



9 787802 455528 >

定价：29.00元

最新病历书写基本规范解读

主 编 常艳群 秦成勇 孙广恭

军事医学科学出版社
· 北 京 ·



内容提要

本书是按照卫生部《病历书写基本规范》的要求,结合医院工作实际情况编写的,旨在帮助广大医务工作人员更好地掌握规范要求、提高医疗文书书写的水平,达到国家要求的标准。全书共九章,内容包括:病历书写基本规范、门(急)诊病历、入院记录、病程记录、知情同意书、处方(医嘱)、辅助检查报告单及病案首页的书写要求、格式和示例;医疗专科病历书写的重点要求;病历管理及病量控制等。本书将作为工具书,指导各级医院和医务人员书写病历,促进病历质量的持续提高。

图书在版编目(CIP)数据

最新病历书写基本规范解读/常艳群,秦成勇,孙广恭主编.

-北京:军事医学科学出版社,2010.9

ISBN 978-7-80245-552-8

I. ①国… II. ①常… ②秦… ③孙… III. ①病案-书写规则-中国 IV. ①R197.323

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第177924号

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010) 66931051, 66931049, 63827166

编辑部:(010) 66931039, 66931127, 66931038

传真:(010) 63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:北京冶金大业印刷有限公司

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:16.75(彩3)

字数:413千字

版次:2011年1月第1版

印次:2011年2月第2次

定价:29.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

编 委 会

主 编 常艳群 秦成勇 孙广恭

副主编 周爱华 李振香 任 勇 王一兵
朱 强

编 者 (以姓氏笔划为序)

王 波	王 琨	王佃国	王利华
王谢桐	刘东兴	张 镛	张爱真
李 平	李 欣	李 森	李长忠
李乐平	李忠祥	陈立勇	沈承武
祝 筠	高彦丽	傅志俭	蒋世亮
韩 波			

鄧平齋

PDG

前 言

病历是指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。高质量的病历为医疗机构和医务人员的医疗、科研、教学提供极其宝贵的基础资料，在涉及医疗争议时，又成为帮助卫生行政部门或司法部门判定法律责任，维护医患双方合法权益的重要依据。病历质量管理已成为医院管理的重要内容之一。

2010年1月，卫生部印发了《病历书写基本规范》（以下简称《规范》），这是我国病历书写的指导性文件。为切实抓好《规范》的贯彻落实，进一步规范医务人员的病历书写，提高医疗机构的病历管理水平，我们结合临床工作实际，编写了《最新病历书写基本规范解读》，作为医务人员病历书写的基本要求和参考用书。

全书共分九章，内容包括：病历书写基本要求、门（急）诊病历、入院记录、病程记录、知情同意书、处方（医嘱）、辅助检查报告单及病案首页的书写要求、格式和示例；医疗专科（内科、外科、妇产科、儿科、五官科等）病历书写的重点要求；病历管理及质量控制等。本书依照《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》及《医疗机构病历管理规定》等有关要求。编写过程中参考了《山东省病历书写基本规范》和《医疗知情同意书汇编》中的部分内容，受到了山东省卫生厅、山东省立医院、山东省病案质量控制中心的领导及专家的大力支持，在此谨致谢意。

由于编者水平有限，书中难免存在不妥之处，敬请读者指正。

编 者

二〇一〇年九月

目 录

第一章 病历书写基本要求	(1)
第一节 病历、病案的概念	(1)
第二节 病历的价值及书写意义	(1)
第三节 病历的分类及组成	(3)
第四节 病历书写原则及基本要求	(4)
第五节 打印病历内容及要求	(5)
第六节 病历书写规范与既往要求不同之处	(6)
第二章 门(急)诊病历书写要求及格式	(8)
第三章 入院记录书写要求及格式	(12)
第一节 入院记录的内容要求及书写格式	(12)
附一 入院病历(俗称大病历)书写要求及格式	(22)
附二 表格式入院记录书写要求及格式	(29)
第二节 再次或多次入院记录书写要求及格式	(49)
第三节 24小时内入出院记录书写要求及格式	(51)
第四节 24小时内入院死亡记录书写要求及格式	(54)
第四章 病程记录书写要求及格式	(57)
第一节 首次病程记录书写要求及格式	(57)
第二节 日常病程记录书写要求及格式	(59)
第三节 上级医师查房记录书写要求及格式	(60)
第四节 疑难病例讨论记录书写要求及格式	(61)
第五节 交(接)班记录书写要求及格式	(64)
第六节 转科记录书写要求及格式	(66)
第七节 阶段小结书写要求及格式	(69)
第八节 抢救记录书写要求及格式	(70)
第九节 有创诊疗操作记录书写要求及格式	(71)
第十节 会诊记录书写要求及格式	(72)
第十一节 术前小结书写要求及格式	(75)

第十二节	术前讨论记录书写要求及格式	(76)
第十三节	手术记录书写要求及格式	(78)
第十四节	术后首次病程记录书写要求及格式	(82)
第十五节	麻醉术前访视记录书写要求及格式	(82)
第十六节	麻醉记录书写要求及格式	(84)
第十七节	手术安全核查记录书写要求及格式	(86)
第十八节	手术清点记录书写要求及格式	(88)
第十九节	麻醉术后访视记录书写要求及格式	(91)
第二十节	出院记录书写要求及格式	(93)
第二十一节	死亡记录书写要求及格式	(96)
第二十二节	死亡病例讨论记录书写要求及格式	(99)
第二十三节	病重(病危)患者护理记录书写要求及格式	(101)
第五章	知情同意书	(103)
第一节	概述	(103)
第二节	知情同意书履行的主体	(107)
第三节	知情同意书的种类和内容	(107)
第四节	知情同意书示例	(109)
第六章	处方、医嘱、辅助检查报告单及体温单书写要求及格式	(132)
第一节	处方书写要求及格式	(132)
第二节	医嘱书写要求及格式	(146)
第三节	辅助检查报告单书写要求及格式	(153)
第四节	体温单书写要求及格式	(155)
第七章	住院病案首页书写要求及格式	(158)
第八章	专科病历书写重点要求	(165)
第一节	内科病历书写重点要求	(165)
第二节	外科病历书写重点要求	(175)
第三节	妇产科病历书写重点要求	(181)
第四节	儿科病历书写重点要求	(184)
第五节	五官科病历书写重点要求	(186)
第九章	病案(病历)管理与质量控制	(193)
第一节	概述	(193)
第二节	病案(病历)管理相关规章制度	(193)
第三节	住院病历质量评价标准(试用)	(198)

附录	(210)
一、《中华人民共和国侵权责任法》摘录	(210)
二、病历书写基本规范（卫医政发〔2010〕11号）	(215)
三、医疗机构病历管理规定（卫医发〔2002〕193号）	(223)
四、电子病历基本规范（试行）（卫医政发〔2010〕24号）	(226)
五、卫生系统电子认证服务管理办法（试行）	(230)
六、医疗事故处理条例	(233)
七、医学教育临床实践管理暂行规定（卫科教发〔2008〕45号）	(242)
八、处方管理办法	(244)
九、医院处方点评管理规范（试行）（卫医管发〔2010〕28号）	(251)
十、手术安全核查制度（卫办医政发〔2010〕41号）	(255)
十一、住院病历排序	(257)



第一章 病历书写基本要求

第一节 病历、病案的概念

《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）第一条明确规定：“病历是指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，包括门（急）诊病历和住院病历”。新版《辞海》对病历的定义为：病历亦称“病案”，古称“诊籍”，是医务人员对病人患病经过和治疗情况所作的文字记录。

卫生部颁布的《医疗机构病历管理规定》第三条中指出：“医疗机构应当建立病历管理制度，设置专门部门或者配备专（兼）职人员，具体负责本机构病历和病案的保存和管理工作”。病历和病案为两个不同的概念。

目前大家公认的概念是：从病历资料建立之时起到整理归档之前称为病历；病历转交到病案室并经病案管理人员整理后归档即成为病案。

对于病历的概念必须说明两点：第一，由于现代医疗活动存在着分工和协作，不可避免地存在一些中间环节，需履行文字手续，形成一些临时文件，而这些文件一旦达到了具体医疗行为的目的之后就没有存在的价值，医院一般不予保存，如入院须知、辅助检查申请单等。第二，病理切片、X线片等不能归入病案保存，存入病案的只能是报告单。因此，不是所有医疗活动过程中形成的文字、符号、图表等资料都是病历（病案）资料。

第二节 病历的价值及书写意义

一、病历的价值

病历是关于患者疾病发生、发展、诊断、治疗情况的系统记录；是临床医师根据问诊、查体、辅助检查以及对病情的详细观察所获得的资料，经过归纳、分析、整理、书写而成的档案资料。

病历不但真实反映患者病情，也直接反映医院医疗质量、学术水平及管理水平；病历不但为医疗、科研、教学提供极其宝贵的基础资料，也为医院管理、政府决策提供不可缺少的医疗信息；在涉及医疗争议时，病历又是帮助判定法律责任的重要依据；在医疗保险中，病历是相关医疗付费的凭据。

（一）对病人而言

病历记录病人疾病的发生、发展、变化、诊断、治疗和转归的全过程，是病人个人的健康档案，涉及病人的健康状况、民事权利、个人隐私等。

（二）对医务人员而言

病历是对病人进行诊断、治疗措施等医疗行为的详细记录，反映医疗工作的实际情况；同时通过记录可判断医务人员的业务技术水平、行为是非等。

（三）在医疗方面

病历是医务人员正确诊断和决定治疗方案不可缺少的重要依据。现代医学的特点是群体参与性，没有准确明了的记录、详实的临床检查结果及处理方法，其他医务人员很难参与诊治。

（四）在教学方面

一份内容完整的病历能够系统地反映出某个病例的全貌，是临床教学中极具生动性的教材，它的示教意义有时会远远高出教科书或直接检查病人。

（五）在科研方面

医学科学的目的是提高医学理论水平和寻求最佳的诊断及治疗方法。通过对大量的病历资料的分析研究，可以得出新的经验；新的经验推广于临床所产生的资料又记录在病历中，如此周而复始、循环不已，促进临床医疗医学的发展。通过病历的积累，研究疾病的发生发展过程，找出某些疾病的预防措施，减少发病率，从而达到保障人民健康的目的。

（六）在医院管理方面

病历是医院管理中重要的信息资料，反映了医护人员的医疗水平、服务质量、医疗费用与医疗活动的比值等，是检查和监督医院工作进行科学管理的可靠依据；是制定各种计划、进行行政管理、医疗管理的决策参考；病历是医疗统计重要的原始资料，是医疗业务活动数量和质量统计的可靠依据。通过对各种指标的统计，实现卫生行政部门对医院工作的评价和监督。

（七）在法律证据方面

1. 病历的基本属性决定了它在发生医疗争议时所起的原始证据作用，是解决医疗争议、判断法律责任等事项不可缺少的法律依据。
2. 为处理意外伤害类事件，鉴定伤者受伤程度及身体恢复情况，提供不可缺少的证据。
3. 是决定公民事权利的证据。依据公民出生、死亡的记录，决定公民的民事权利。
4. 对一些病人，病历是判断其行为能力的一个重要证据。如是否精神病等。
5. 病历记录是司法鉴定、劳动力鉴定等不可缺少的依据。

（八）在医疗保险方面

病历中的医嘱和检查报告等是医院、基本医疗保险、商业保险公司计算医疗费用、支付保额的基本依据。

（九）体现了医疗的发展史

病历揭示了一定历史背景下医疗发展情况，并提供某些社会及政治方面的必需资料，如某种传染病的大暴发、天花病的消灭等。

二、病历书写意义

从病历的作用和价值可以看出,书写病历是临床实践中一项十分重要的工作。书写完整而规范的病历,是培养临床医师临床思维能力的基本方法,是提高临床医师业务水平的重要途径。病历书写质量的优劣是考核临床医师实际工作能力的客观检验标准之一。一份病历写得好与不好,一看是否“规范”,二看“内涵质量”。它涉及到书写者的方方面面,如:工作态度、责任心、医学专业知识水平、临床实践经验、书面表达能力、文字修养、法律意识、对有关病历书写的规章制度的理解执行情况等。每一位临床医师必须牢记老一辈临床医学家张孝骞教授所说:“写大病历的阶段至为重要,要通过它形成一种终身不改的习惯,即在诊务繁忙之中也能如条件反射般运用,在诊治病人过程中不遗漏任何要点。这种训练是短暂的,稍纵即逝,一旦落课,就无法再补,切勿等闲视之。”要以高度负责的敬业精神、以实事求是的科学态度,认真写好病历。

第三节 病历的分类及组成

病历是指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,包括门(急)诊病历和住院病历。

病历书写是指医务人员通过问诊、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。

一、病历的类型

(一) 按种类

分为门诊病历、门诊手册、急诊病历、急诊留观病历和住院病历。

(二) 按时间

分为运行病历和出院病历。

二、病历的组成

(一) 门(急)诊病历的组成

1. 病历首页(手册封面)。
2. 病历记录。
3. 化验单(检验报告)。
4. 医学影像检查资料等。

(二) 住院病历的组成

1. 住院病案首页。
2. 入院记录:分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。
3. 病程记录:包括首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、疑难病例讨论记录、交(接)班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、有创诊疗操作记录、

会诊记录、术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、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、麻醉术后访视记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、病重（病危）患者护理记录。

4. 知情同意书：包括手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书等。

5. 医嘱单：分为长期医嘱单和临时医嘱单。

6. 体温单。

7. 辅助检查报告单：包括检验报告、医学影像检查报告、病理报告等各种检查报告单。

第四节 病历书写原则及基本要求

一、病历书写原则

病历书写的原则是指导临床医务人员书写病历的最基本要求，也是临床医务人员书写病历过程中必须遵循的一般性规则，并是评价临床医师病历质量的基本依据。根据《病历书写基本规范》第3条规定，病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。这12个字就是病历书写的基本原则。

（一）客观

客观就是病人所患疾病实实在在存在的、不以人的意志为转移的一切现象，是病人身上所反映出来的内容。从病史上来说，应当尽量根据病人描述的本来意思书写。从体征来说，应该是医师亲自诊查所感受和检查到的一切阳性和重要的阴性结果，不能是听来的，或者主观臆测，或抄袭他人写的东西。

（二）真实

真实是医师询问病史、检查病人后，对病人陈述的病史和检查到的有意义的体征的分析结果在病历上的体现。对病人陈述的病史、症状和自己检查到的体征，通过医师的分析和综合判断，用医学术语和医学理论表达出来，恰当地对号入座，从而使医师书写的病历能够真实地再现病人的疾病发生、发展和演变的全过程。

（三）准确

准确就是要求医师从病人提供的大量的关于疾病的陈述语言中找出与本次患病有关的内容，并进行加工和提炼。对于查体，在要求检查技术熟练的同时，也力求准确。对于疾病的诊断，也要求尽量准确。

（四）及时

及时指医务人员必须在规定的时间内完成相应病历内容的书写。例如，应当在患者入院24小时内完成入院记录；因抢救急（危）患者而未能及时书写病历时，可以在抢救结束后6小时内据实补记并加以注明。

（五）完整

就是医师询问病史、查体要详细、周全，病历中的所有资料不得丢失。

(六) 规范

规范就是按照法律法规、部门规章、行业标准等对病历的规定、要求书写病历。

二、病历书写的基本要求

1. 病历书写应按照规定的内容和格式在规定的时限内由符合资质的相应医务人员书写完成。

2. 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。取消医嘱用红色墨水笔标“取消”字样并签名。

3. 病历书写应当使用中文，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。

4. 病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

5. 病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

6. 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。

7. 病历应当按照规定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，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

8. 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。一般时间记录年、月、日、时，急诊病历、病危重患者病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间等需记录至分钟。

9. 病历中各种记录单眉栏填写齐全（姓名、病历号等），标注页码，排序正确。每一内容从起始页标注页码，如入院记录第1、2……页，病程记录第1、2……页等。

10. 各种辅助检查报告单要按规定填写完整，不得空项。在收到患者的化验单（检验报告）、医学影像检查资料等检查结果后24小时内归入病历。

11. 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第五节 打印病历内容及要求

1. 打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历（如Word文档、WPS文档等）。

2. 打印病历应当按照卫生部《病历书写规范》的内容录入并及时打印，由相应医

务人员手写签名。

3. 医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认,符合病历保存期限和复印的要求。

4. 打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改,已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第六节 病历书写规范与既往要求不同之处

一、病历书写基本要求方面的不同

1. 病历书写的原则增加了“规范”二字。即由“病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整”改为“病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范”。

2. 规定了书写病历的用笔颜色。住院病历、门(急)诊病历均使用蓝黑墨水、碳素墨水笔,需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔,取消医嘱用红色墨水笔标“取消”字样并签名。门(急)诊病历不能使用蓝或黑色油水的圆珠笔书写。

3. 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间,采用24小时制记录,不再使用am、pm记录方式,急(危)重患者的病历、医嘱下达时间等需记录至分钟。

二、病历格式和内容方面的不同

1. “住院志”更名为“入院记录”,“手术护理记录”更名为“手术清点记录”。

2. 新增了“有创诊疗操作记录”、“麻醉术前访视记录”、“手术安全核查记录”、“麻醉术后访视记录”、“输血治疗知情同意书”、“病危(重)通知书”等病历内容。

3. 明确了急诊患者留院观察期间需书写急诊留观记录。急诊留观记录可记录在门(急)诊病历上,也可建立留观病历。

4. 扩大了病程记录的范围。病程记录包括首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、疑难病例讨论记录、交(接)班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、有创诊疗操作记录、会诊记录、术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、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、麻醉术后访视记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、病重(病危)患者护理记录。

5. 入院记录与以往不同之处

(1) 细化了入院记录中的现病史、个人史、婚育史、家族史的具体书写内容。

(2) 体格检查中的肛门直肠、外生殖器不作必查项目,根据患者情况必要时检查并记录。

(3) 入院记录中的辅助检查应分类按检查时间顺序记录检查结果。在其他医疗机构所做检查,除写明该机构名称外,还需写明检查编号。按照卫生部、卫生厅的相关文件要求,实行辅助检查结果互认。

(4) 对入院时诊断不明确或诊断不全面者,随着住院期间病情的明朗化,在病程记录中记录修正诊断或补充诊断的内容,并在患者出院时据实填写病案首页上的确诊时

间、入院诊断、出院诊断等。入院记录上不要求有“修正诊断”、“补充诊断”、“最后诊断”等。

6. 首次病程记录与以往不同之处

(1) 细化了首次病程记录中病例特点、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划的内容。

(2) 增加了“拟诊讨论”名词。

(3) 诊断明确者可以不写鉴别诊断。

7. 缩短了日常病程记录书写间隔时间，对病情稳定的患者，至少3天记录一次。

8. 介入诊疗按有创诊疗操作记录，不要求按手术书写记录。

9. 明确了会诊及会诊记录完成的时间。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后24小时内完成，急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后10分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。外院医师会诊者需注明会诊医师所在的医疗机构名称。

10. 所有的病例讨论记录（疑难病例讨论记录、术前讨论记录、死亡病例讨论记录）需有记录者和主持人双方签名。

11. 术前小结中增加了术前手术者查看患者的相关情况记录。

12. 手术同意书、手术记录必须有手术者签名（包括外请专家手术时）。一台手术需由多个科室、多名手术者完成的，由手术者分别书写所做手术的手术记录，不能由一名手术者全部书写。

13. 取消了一般患者护理记录，只对病重（病危）患者书写“病重（病危）患者护理记录”。

14. 知情同意书与以往不同之处

(1) 规定了签署书面知情同意书的医疗活动范围和告知内容。即在实施手术前、麻醉前、输血（血液制品）前、特殊检查（特殊治疗）前及患者病危（病重）时，医务人员应当及时向患方说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并签署书面知情同意书。

(2) 明确了知情同意书上医方、患方的签名资格和顺序。患方不仅签名，而且需签署意见。手术同意书由经治医师和手术者签名。

(3) 增加并明确规定了“输血（血液制品）治疗知情同意书”、“病危（重）通知书”的具体内容。

15. 增加了打印病历的内容及要求。



第二章 门(急)诊病历书写要求及格式

一、门(急)诊病历书写要求

1. 门(急)诊病历内容包括门(急)诊病历首页[门(急)诊手册封面]、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

(1) 门(急)诊病历首页包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

(2) 门(急)诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

2. 门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

3. 门(急)诊病历应标注页码。门(急)诊病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水,需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

4. 门(急)诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

(1) 初诊病历记录:书写内容应当包括就诊时间、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。

①时间:按24小时制,急危重症患者记录到分钟。

②主诉:扼要记录患者就诊的主要症状及持续时间。

③现病史:确切记录患者此次就诊的主要病史,要重点突出(包括本次患病的起病日期、主要症状、他院诊治情况及疗效等)。

④既往史:简要叙述与本次疾病有关的病史。

⑤体格检查:一般情况,重点记录阳性体征及有助于鉴别诊断的阴性体征。

⑥诊断或初步诊断:如暂不能明确,可在疾病名称后标注“?”。

⑦治疗意见:包括进一步检查措施或建议,辅助检查结果;所用药品(药品名称、剂量、用法等);出具的诊断证明书等其他医疗证明情况;向患者交代的注意事项(生活饮食注意点,休息方式与期限,用药方法及疗程,预约下次门诊日期,随访要求等);须向患者或家属交代的病情及有关注意事项应记录在病历上或者签署知情同意书。对患者需做手术、特殊检查(治疗)时,应请患者及家属知情同意后在病历上注明意见(或填写有关知情同意书)并签名,如“同意手术治疗”或“选择保守治疗,拒绝手术治疗”等。

⑧医师签名。

(2) 复诊病历记录:书写内容应当包括就诊时间、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。

①主诉及简要病史：对同专业组、诊断明确且此次就诊为复诊的病历，可在主诉的位置写“病史同前”。现病史重点记录上次就诊后的病情变化情况、药物使用与其他治疗效果，有无药物反应，有否新的症状出现等。

②体格检查：重点检查上次所发现的阳性体征及其变化情况，并记录新发现的体征。

③辅助检查结果：对上次做的辅助检查报告结果加以记录。

④诊断：无变化者可写“同上”或不写，有改变者应写新的诊断。

⑤治疗处理意见及医师签名：同初诊。

5. 患者每次就诊均应书写门诊记录。第一次在某科就诊按初诊病历记录要求；随诊、复诊、取药的门诊记录按复诊病历记录要求。

6. 门(急)诊患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等在检查结果出具后24小时内归入门急诊病历。

7. 法定传染病，应注明疫情报告情况。

8. 门诊患者如三次不能确诊者，经治医师应提出门诊会诊，或收入住院诊治，尽快解决诊断与治疗的问题。凡请示上级医师的事项、上级医师的诊查过程或指示，均应记录在门诊病历中。

二、门(急)诊病历格式

(一) 门(急)诊病历首页[门(急)诊手册封面]格式

患者姓名 性别 出生 年 月 日

民族 职业 婚姻

工作单位或住址

药物过敏史

(二) 门(急)诊初诊病历记录格式

就诊时间、科别

主诉：

现病史：

既往史：

体格检查：阳性体征、必要的阴性体征

辅助检查结果：

诊断：

诊疗意见：

医师签名

(三) 门(急)诊复诊病历记录格式

就诊时间、科别

主诉：

病史：

体格检查：必要的体格检查

辅助检查结果：

诊断:

诊疗意见:

医师签名:

三、门(急)诊病历示例

(一) 门(急)诊病历首页(门诊手册封面)示例

姓名: 王×× 性别: 男 年龄: 26岁

民族: 汉 职业: 工人 婚姻: 已婚

工作单位或住址: 泰安丝绸厂, 泰安市文化路178号

药物过敏史: 无

(二) 门(急)诊初诊病历示例

2010-03-09, 09:20 内科

劳累后心慌气短8年, 尿少, 浮肿10天。

8年来经常在劳累后出现心慌气短, 休息后可好转, 伴有头晕乏力, 易感冒。10天前受凉后咽痛, 持续低热, 呼吸困难, 需高枕卧位, 并有下肢水肿、尿少等。曾按“感冒”治疗无效, 未用过洋地黄类药物。

无高血压、气管炎等病史。

T37.4℃, P86次/分, R24次/分, BP100/80mmHg。呼吸急促, 口唇轻度发绀。咽部充血, 双侧扁桃体Ⅱ°肿大, 无脓栓。坐位颈静脉充盈。两肺底有少量细小水泡音。心界向左扩大, 心率140次/分, 心律绝对不整, $P_2 > A_2$, S_2 分裂, 心尖部有4/6收缩期杂音, 向左腋下传导, 有3/6雷鸣样舒张中晚期杂音。脉搏短绌, 86次/分。肝大右肋下2cm, 质韧、光滑、边钝, 脾未触及。双下肢Ⅱ°凹陷性水肿, 无杵状指(趾)。

初步诊断: 风湿性心瓣膜病

二尖瓣狭窄并关闭不全

心房颤动

心功能Ⅲ级(NYHA分级)

诊疗意见:

1. 心电图。
2. 血WBC+DC, ESR, 肝功, 肾功, 血生化。
3. 住院(患者拒绝, 已向其家属说明病情并请患者签字)。
4. 西地兰0.4mg+10%葡萄糖20ml, 静脉缓慢注射(推15分钟), st。
5. 青霉素G 80万单位 im q6h×3天(青霉素皮试阴性后注射)。
6. 地高辛0.25mg po qd×3天。
7. 双氢克尿噻25mg po bid×3天。
8. 10%氯化钾10ml po tid×3天。
9. 开病假证明3天, 3日后复诊。

李××

(三) 门诊复诊病历示例

2010-03-13, 08:30

内科

病史同前。

经上述治疗后, 自觉症状减轻, 尿量增多, 下肢水肿减轻, 仍不能平卧, 出汗多, 乏力, 厌食。

一般情况同前。心率 94 次/分, 心律仍绝对不整, 两肺底湿啰音减少。肝大右肋下 1cm, 双下肢 I° 凹陷性水肿。

血 WBC $11 \times 10^9/L$, N 0.78, ESR 40mm/h

ECG: 心房颤动, $V_3 u > T$, 提示低钾。

初步诊断: 同前

诊疗意见: 住院治疗

王 × ×

四、急诊留观记录

急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录, 重点记录观察期间病情变化和诊疗措施, 记录简明扼要, 并注明患者去向。抢救危重患者时, 应当书写抢救记录。门(急)诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。



第三章 入院记录书写要求及格式

第一节 入院记录的内容要求及书写格式

入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应当于患者出院后 24 小时内完成，24 小时内入院死亡记录应当于患者死亡后 24 小时内完成。

一、入院记录的内容要求

（一）患者一般情况

患者一般情况包括姓名、性别、年龄（实足年龄）、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间（急危重症患者应记录到分钟）、记录时间、病史陈述者。

（二）主诉

1. 主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。
2. 主诉应围绕主要疾病描述，简明精练，一般不超过 20 个字，能导出第一诊断。
3. 主诉一般用症状学名词，原则上不用诊断名称或辅助检查结果代替。但在一些特殊情况下，疾病已明确诊断，住院的目的是为进行某项特殊治疗（如化疗、放疗）者，可用病名，如白血病 1 年，入院第 4 次化疗。一些无症状（或体征）的临床实验室、医学影像检查异常结果也可作为主诉，如查体发现心脏杂音 3 天；发现血糖升高 1 个月。
4. 主诉症状多于一项时，应按发生时间先后顺序分别列出，一般不超过 3 个。例如“发热 4 天，皮疹 1 天”。在描述时间时，要尽量明确，避免用“数天”这种含糊不清的概念。急性起病、短时间内入院时，主诉时限应以小时、分钟计算。

（三）现病史

现病史是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。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。
2. 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。
3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

6. 与本次疾病虽无紧密关系，但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

书写现病史时应注意：

1. 现病史描写的内容要与主诉一致。
2. 书写应注意层次清晰，尽可能反映疾病的发展和演变情况。
3. 凡与本次疾病直接有关的病史，虽年代久远亦应包括在内。

（四）既往史

既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容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、食物或药物过敏史等。

书写既往史时应注意：

1. 与本次疾病无紧密关系，且不需治疗的疾病情况应记录在既往史中，仍需治疗的疾病情况，可在现病史后予以记录。
2. 对患者提供的诊断、手术名称、过敏药物需加引号（“”）。
3. 手术外伤史应写明因何种疾病做何手术、手术日期、手术结果，外伤日期、部位、程度、诊疗及结果等。
4. 食物或药物过敏史应写明过敏原名称、发生时间、程度等。

（五）个人史、婚育史、月经史、家族史

1. 个人史 记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物（用量及年限）等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史 婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史 包括父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。如已死亡，应记录死亡原因及年龄；如系遗传病，应至少询问记录三代家庭成员，可画家系图谱表示。

（六）体格检查

体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

书写体格检查应注意：

1. 应全面查体，不能遗漏上述内容。心界及某些阳性体征（如肝脾大、明显的腹部包块等）必要时用图表示。

2. 必要时检查记录肛门直肠、外生殖器。
3. 与主诉、现病史相关的查体项目要重点描述，且与鉴别诊断有关的体检项目应充分记录。
4. 体检中不能用病名或症状学名词来代替体征的描述。如不可在体检中写“胸骨后进食时疼痛明显”等。
5. 记录准确，用词不能模棱两可。如不可描述为“心浊音界扩大不明显”、“肝脾触及不满意”等。

(七) 专科情况

专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

外科、妇产科、口腔科、眼科、耳鼻咽喉科等专科需写专科情况，主要记录与本专科有关的体征，体格检查中相应项目不必书写，只写“见专科情况”。专科检查情况应全面，详细记录与诊断及鉴别诊断有关的阳性及阴性体征。

(八) 辅助检查

辅助检查指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所做检查，应当写明该机构名称及检查编号。

辅助检查包括血、尿、粪和其他检验、检查项目，如X线、CT、磁共振、心电图、超声波、肺功能、内镜、血管造影、放射性核素等特殊检查。

我省实行辅助检查结果互认制度，执行卫生厅《转发卫生部办公厅关于医疗机构间医学检验、医学影像检查互认有关问题的通知的通知》（鲁卫医字〔2006〕32号）。凡被列入全省临床检验“一单通”名单的临床实验室被认可专业的检验项目报告，未超出该检验项目周期性变化规律所允许的时间，在不影响正常诊断治疗，检验单据或复印件又能随同病历保存的情况下，全省各级各类医疗机构应对其予以认可，检验报告复印件可存入病历作为诊疗依据，病历评价和质控不得将其列为缺陷病历。对于影像学检查，凡拍摄部位正确、影片质量可靠、达到诊断要求的X线片以及CR、CT、MRI、核医学成像（PET、SPECT），患者病情稳定未出现异常变化的不应重新拍片，可根据该影像学资料作出诊断结论，存入病历。

(九) 初步诊断

初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

书写诊断时，病名要规范，书写要标准。书写全面，选择好第一诊断，分清主次，顺序排列，一般是主要的、急性的、原发的、本科的疾病写在前面，次要的、慢性的、继发的、他科的疾病写在后面；并发症列于有关疾病之后，伴发症排列在最后。不要遗漏不常见的疾病和其他疾病的诊断。

诊断应尽可能包括病因诊断、病理解剖部位、病理生理诊断、疾病的分型与分期、并发症的诊断和伴发疾病诊断。有些疾病一时难以明确诊断，可用主要症状或体征的原因待诊或待查作为临时诊断，如发热原因待查、腹泻原因待查、血尿原因待查等，并应在其下注明可能性较大的疾病名称，如“发热原因待查，肠结核？”

(十) 医师签名

由书写入院记录的经治医师签名。

二、入院记录书写格式

入 院 记 录

姓名:	出生地:
性别:	职业:
年龄:	入院日期:
民族:	记录日期:
婚姻:	病史陈述者:

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, (根据专科需要酌情记录身高及体重等情况)。

一般情况, 皮肤、黏膜, 全身浅表淋巴结, 头部及其器官, 颈部, 胸部 (胸廓、肺部、心脏、血管), 腹部 (肝、脾等), 直肠肛门 (必要时检查), 外生殖器 (必要时检查), 脊柱, 四肢, 神经系统等。

专科检查:

辅 助 检 查

检查日期、检查项目、结果 (检查医院、检查编号)。

初步诊断:

医师签名:

三、入院记录示例

(一) 内科入院记录示例

入 院 记 录

姓名: 林 × ×	出生地: 济南市长清区
性别: 男	职业: 退休工人
年龄: 68 岁	入院日期: 2010 - 03 - 02, 14:00
民族: 汉族	记录日期: 2010 - 03 - 02, 16:20

婚姻：已婚

病史陈述者：患者本人

主诉：反复咳嗽、咳痰 22 年，伴心慌、气急 2 年，加重半月。

现病史：患者自 1988 年起，无明显诱因的出现咳嗽、咳痰，为白色泡沫样痰，每年多在秋末冬初时发作 2~3 次，每次发作持续 7~10 天，经“红霉素”、“咳必清”等药治疗可好转。1999 年以来，咳嗽、咳痰反复发作并逐渐加重，每年持续 3 个月以上，早晚尤剧，每日痰量 10~20ml，为白色泡沫样，咳嗽、咳痰加重时伴有心慌和活动劳累后气短，日常生活尚可自理。多次到当地医院就诊，诊断为“慢性支气管炎”、“肺气肿”，经常不规律服用止咳、祛痰、平喘药，效果尚可。2 年前开始，咳嗽及咳白色泡沫痰终年不停，心慌、气急逐渐加重，且无明显季节性。有时伴有发热，多在 38℃ 左右，不伴有盗汗，每日痰量 50~60ml，急性加重时痰量可增至 100ml 左右，呈黄色脓性痰，并出现双下肢水肿，日常生活明显受限。曾在本市 ×× 医院住院 3 次，均诊断为“慢性支气管炎”、“肺气肿”、“肺心病”。经“青霉素”、“氨茶碱”、“氨苯蝶啶”等药物治疗，上述症状好转，水肿消退。但出院后，日常生活不能完全自理。半月前受凉后，上述症状再次加重，咳黄色脓性痰，不易咳出，并出现呼吸困难，口唇发绀，食欲差伴有轻度恶心，无呕吐、腹泻，尿量减少。当地医院经“青霉素”、“消咳喘”等药治疗（具体剂量不详），病情未见好转，遂来我院就诊。门诊检查：血常规：白细胞 $11 \times 10^9/L$ ，中性 80%。X 线胸片：两肺透亮度增加，肺纹理紊乱、增多。右肺下动脉干横径 18mm，心影大小正常。影像学诊断：慢性支气管炎、肺气肿、慢性肺源性心脏病表现。门诊以“慢性阻塞性肺病急性发作”、“肺心病”收入院。本次发病以来，精神差、饮食不佳，睡眠欠佳，小便量减少，体重无明显变化。

既往史：平素身体较差。幼年曾患“麻疹”、“水痘”、“流脑”、“流腮”等传染病。无高血压、冠心病和糖尿病史，无重大外伤及手术史，无输血史，无食物、药物过敏史，预防接种史不详。

个人史：生于原籍，无长期外地居住史。吸烟 40 年，每天 10 支左右；2004 年已戒烟。无饮酒嗜好。车间工人，无工业毒物、粉尘及放射性物质接触史。23 岁结婚，育有 1 子 2 女，家人均身体健康。

家族史：父于 1973 年病故，死因不明。母于 1985 年因“肺气肿”病故。否认家族中有传染病及遗传倾向的疾病。

体格检查

T 36℃ P 100 次/分 R 32 次/分 BP 90/60mmHg

发育正常，营养中等，神志清楚，精神烦躁，取半卧位，呼吸困难，查体欠合作。全身皮肤黏膜未见黄染及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形。眼睑无水肿，球结膜轻度水肿，两侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。鼻无畸形，通气良好。外耳道无脓性分泌物。口唇发绀，伸舌居中，扁桃体无肿大，咽部充血。颈部活动自如，无颈静脉怒张，气管居中。桶状胸，肋间隙增宽，吸气时呈“三凹征”。双侧呼吸运动对称，节律规则。触诊未触及胸膜摩擦感及握雪感，语音震颤对称。叩诊呈过清音。听诊双肺呼吸音减弱，呼气音延长，双上肺可闻及大量干性啰音，双肺底可闻及细湿啰音。心前

区无隆起，剑突下可见心尖搏动，范围较弥散。未触及细震颤。心界叩不出，心率100次/分，律齐，各瓣音区未闻及病理性杂音。腹平软，全腹无压痛及反跳痛，肝肋缘下3cm，剑突下5cm，质韧，边缘钝，轻度触痛；脾未触及。移动性浊音（-）。肠鸣音正常。肛门、直肠、外生殖器未查。脊柱、四肢无畸形，运动无障碍，关节无红肿，无杵状指、趾，双下肢膝关节下呈凹陷性水肿。腹壁反射、肱二头肌、肱三头肌、膝腱、跟腱反射正常，巴彬斯基征、脑膜刺激征未引出。

辅助检查

2010-03-02 血常规：白细胞 $11 \times 10^9/L$ ，中性80%，红细胞 $4.8 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白156g/L，血小板 $411 \times 10^9/L$ 。

2010-03-02 X线胸片：两肺透亮度增加，肺纹理紊乱、增多。右肺下动脉干横径18mm，心影大小正常。

初步诊断：慢性阻塞性肺病急性发作
慢性肺源性心脏病
心功能失代偿期

李××

（二）外科入院记录示例

入院记录

姓名：王××

出生地：××省××市

性别：女

职业：工人

年龄：42岁

入院日期：2010-03-10，9:00

民族：汉族

记录日期：2010-03-10，9:30

婚姻：已婚

病史陈述者：患者本人

主诉：大便习惯改变半年，大便带血1个月。

现病史：患者半年前无明显诱因出现大便次数增多，5~6次/日，以软便和稀便交替出现，排便不尽感，未诊治；后患者大便出现变扁变细，便前肛门有下坠感；近1个月来出现大便带血，为鲜血，附着于大便表面，并伴有少量黏液。无恶心、呕吐、泛酸、嗝气；无腹痛、腹胀；无头晕、乏力、心慌；无尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿等症状。入我院就诊，行肠镜并病理检查示：“直肠腺癌”，今为进一步诊治以“直肠癌”收入院。患者自发病以来神志清，精神可，饮食、睡眠可，小便正常，体重减轻约5kg。

既往史：无乙肝、结核等传染病史及其密切接触史。无高血压、糖尿病及冠心病病史。无手术外伤史。无药物、食物过敏史及输血史，预防接种史不详。

个人史：生于原籍，无外地久居史，无疫区长期居住史，生活规律，无烟酒嗜好，无毒品、粉尘及放射性物质接触史，无冶游史，无重大精神创伤史。

月经及婚育史：月经规律，15 $\frac{4\sim5}{28\sim30}$ 2010-03-04，量中等，无痛经。26岁结婚，育有1子，配偶及孩子均体健。

家族史：父母健在，无兄弟姐妹，家族中无类似病史及遗传病史。

体格检查

T 36.6℃ P 78 次/分 R 19 次/分 Bp 125/80mmHg

中年女性，神志清楚，精神可，发育正常，营养中等，自主体位，查体合作。全身皮肤黏膜无黄染及出血点，颈部、锁骨上、腹股沟等浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，眼睑无水肿、充血及苍白，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。耳鼻未见畸形，口唇无发绀，扁桃体无肿大及化脓。颈软，气管居中，甲状腺无肿大，无颈静脉怒张。胸廓对称，双侧呼吸动度均等，双肺未闻及干湿性啰音。心前区无隆起，心界不大，心率 78 次/分，律规整，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部见专科情况。脊柱四肢无畸形，活动正常。外生殖器外观无异常。腹壁反射、膝腱反射正常存在，巴氏征、脑膜刺激征阴性。

专科查体：腹部平坦，未见肠型及蠕动波，无腹壁静脉曲张，腹软，腹部无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及，Murphy 征阴性，腹部未触及明显包块。腹部叩诊呈鼓音，移动性浊音阴性，震水音阴性，肠鸣音 2~3 次/分，未闻及血管杂音。膝胸卧位直肠指诊：肛周皮肤色泽正常，无脓血黏液等，未见肛裂及痔核，进指后括约肌紧张度正常，无触痛，进指约 7cm 于直肠 10~2 点位置可触及质硬肿块，表面凹凸不平，活动度差，肿块上缘触诊不清，退指后指套有少许鲜血。

辅助检查

2010-03-07 血 RT：WBC $6.21 \times 10^9/L$ ，RBC $4.45 \times 10^{12}/L$ ，PLT $255 \times 10^9/L$ 。（××医院，检查编号 010）

2010-03-07 大便常规：黄色软便，潜血 +++。（××医院，检查编号 222）

2010-03-07 肿瘤标志物：CEA 21ng/ml；CA19-9 56u/ml。（××医院，检查编号 325）

2010-03-07 腹部 B 超：肝、胆、胰、脾未见明显异常。（××医院，检查编号 456）

2010-03-08 纤维结肠镜：进镜 90cm 达回盲部，回盲瓣及阑尾开口未见异常，退镜，距肛门 8~12cm 直肠见一肿物，占据 1/3 管腔，表面糜烂，溃疡形成，取 B4，质脆，余结肠黏膜光滑，血管纹理清晰。（××医院，检查编号 3562）

2010-03-09 病理：（直肠）腺癌。（××医院，检查编号 3223）

初步诊断：直肠癌

王 × ×

（三）妇科入院记录示例

入院记录

姓名：李 × ×
性别：女

出生地：山东省泰安市
职业：农民

年龄: 32 岁

入院日期: 2010 - 03 - 04, 13:30

民族: 汉族

记录日期: 2010 - 03 - 04, 15:20

婚姻: 已婚

病史陈述者: 患者本人

主诉: 下腹部包块 2 年, 迅速长大 3 个月。

现病史: 患者 2 年前月经量逐渐增多, 偶有血块, 伴下腹部胀痛, 无意中摸到下腹正中有鸡蛋大的包块, 质硬, 不活动, 无压痛。8~9 个月后, 经血量明显增多, 头 2~3 天经常有来不及换纸而透湿衣裤的情况, 经期渐延长为 8~9 天, 但月经周期未变。1 年前曾去泰安市医院检查, 发现有拳头大的“子宫肌瘤”, 建议手术治疗, 因结婚 7 年未育故不同意。近 3 个月发现包块迅速长大, 阴道不规则流血或水, 下腹部隐痛。全身乏力, 经常头晕。1 周前检查发现下腹部包块增大已如“5 个月妊娠子宫大”, 门诊以“子宫肌瘤恶性变、继发性贫血”收入院。

既往史: 平素身体状况良好, 无出血性疾病及贫血史。3 岁时患过“麻疹”, 5 岁时出过“水痘”。预防接种史不详。无外伤手术史, 无输血史及药物过敏史。

个人史: 生于本地, 无外地长期居住史。无毒物接触史, 无烟酒嗜好。婚姻家庭关系和睦。无冶游史。

月经婚育史: 月经 15 $\frac{4 \sim 5}{28 \sim 30}$ 2010 - 02 - 20, 中等量, 无血块, 经期头两天有轻度下腹部坠胀痛。白带较多, 无臭味, 外阴不痒。23 岁结婚, 丈夫健康, 性生活正常。结婚 8 年未孕, 婚后 2~3 年去医院看过“不孕症”, 未发现明显异常, 嘱丈夫先检查精液, 未查。

家族史: 父母健在。近亲中未发现遗传病。

体格检查

T 37℃ P 84 次/分 R 20 次/分 BP 120/70mmHg

一般情况尚可, 发育正常, 贫血貌, 较瘦, 自主体位, 神志清晰, 查体合作。皮肤黏膜无黄染、出血及皮疹。全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅无异常, 毛发分布均匀, 色黑, 缺少光泽。结膜苍白, 巩膜无黄染。口唇苍白, 牙龈、颊黏膜无出血, 咽不充血, 两侧扁桃体不肿大。颈部柔软, 无颈静脉怒张, 气管居中, 甲状腺不肿大。胸部对称, 乳房发育正常, 双侧乳房未触及包块。两肺呼吸音清晰, 无啰音。心前区无隆起, 心尖搏动在左侧第五肋间锁骨中线内 0.5cm, 无震颤及心包摩擦感, 心浊音界正常。心率 84 次/分, 律整, 二尖瓣及肺动脉瓣区可听到 2/6 吹风样收缩期杂音, 不传导, $A_2 = P_2$ 。脉率 84 次/分, 充盈度较差, 无毛细血管搏动征及股动脉枪击音。腹部无妊娠纹及色素沉着, 腹软, 无压痛及反跳痛, 肝、脾未触及, 下腹正中可触及如 5 个月妊娠子宫大的实质包块, 上界位于脐下 2 横指, 较妊娠子宫略硬, 无明显压痛, 左右有一定活动度, 但上下难以推动。无移动性浊音。肠鸣音正常, 未听到胎心音。直肠肛门无异常。脊柱、四肢无异常。腹壁反射、肱二头肌、肱三头肌、膝腱、跟腱反射正常, 巴彬斯基征、脑膜刺激征阴性。

妇科检查: 外阴发育正常, 有血水样分泌物, 无特殊臭味, 阴道内亦有少量血水样分泌物, 阴道壁光滑, 宫颈正常大小, 光滑, 轻度紫蓝色。双合诊子宫如 5 个月妊娠子

宫大，上界达脐下2横指处，稍不规则，较妊娠子宫硬，无胎头浮动感，左右有一定活动度，无压痛。三合诊直肠、盆腔较空虚，与下腹部、盆腔包块之间有一相当的间隙。附件区未扪及异常。

辅助检查

2010-03-04 血常规: Hb 75g/L, RBC $2.8 \times 10^{12}/L$, WBC $10.5 \times 10^9/L$, N 0.80

2010-03-04 原尿妊娠试验: 阴性。

2010-03-03 B超: 下腹部探及15cm×13cm×10cm的实质性包块，与子宫颈连为一体，附件区未发现异常。

初步诊断: 子宫肌瘤恶性变?

继发性贫血(中度)

原发性不孕症

张××

(四) 儿科入院记录示例

入院记录

姓名: 王××

出生地: 山东省济南市

性别: 男

入院日期: 2010-03-12, 9:10

年龄: 2岁

记录日期: 2010-03-12, 11:10

民族: 汉族

病史陈述者: 患儿父母

家长姓名: 王××

联系方式: 电话 1234567

主诉: 咳嗽3天, 发热, 气喘1天。

现病史: 患儿于入院前3天, 夜间睡眠受凉, 晨起流清水样鼻涕, 轻微咳嗽, 不愿进食。曾给“红霉素”口服, 症状未见好转, 咳嗽加重, 为连续干咳。来院前1天, 患儿出现发热伴气喘, 体温37.8~38.5℃, 有时高达39℃。呼吸急促, 喉中有痰鸣。无异物吸入及突然呛咳史, 无呕吐及腹泻。在社区医院肌注“青霉素”及服退热片, 症状仍不减轻, 气喘加重, 口唇青紫, 故转来我院诊治。患儿自发病以来, 食欲明显减退, 精神差, 睡眠尚可, 大小便正常。

既往史: 出生前7个月健康, 未患过任何疾病。7个月后经经常受凉后发热咳嗽。9个月时患过“支气管炎”, 11个月时又患“支气管炎”, 均住儿童医院治疗, 痊愈出院。未患过麻疹、百日咳、猩红热、肝炎等传染病, 无传染病接触史。出生后即接种乙肝疫苗, 服过脊髓灰质炎糖丸, 8个月时注射过麻疹疫苗, 其他预防接种史不详。无外伤及手术史。无输血及药物过敏史。

个人史: 患儿为第一胎第一产, 足月顺产, 新法接生, 出生时哭声响亮, 无青紫, 未发生窒息。出生时体重3千克。生后第3天出现黄疸, 8天后消退。新生儿期健康。母乳喂养, 11个月添加牛奶, 1岁断母乳喂普通饭, 每天1个鸡蛋, 吃菜很少。未服用过鱼肝油、钙片及维生素D胶丸。患儿3个月会翻身, 6个月出牙, 7个月会坐, 9个月会爬, 11个月会站, 1岁6个月能独立行走。10个月会叫爸、妈, 现能说简单话语。

1 岁时前囟闭合。

家族史：父母健康，非近亲婚配。无遗传病史。其母孕期健康。患儿居住条件及经济条件一般。

体格检查

T 39.3℃ P 130 次/分 R 40 次/分 BP 未测 体重 12kg

发育中等，营养一般，神志清楚，精神不振，眼球转动灵活。急性病容，面部潮红，呼吸急促，鼻翼轻度扇动，口周无发绀。皮肤黏膜无黄染，未见皮下出血、花纹、皮疹及紫斑。皮肤弹性好，皮下脂肪 1cm。双侧颌下可触及 2 个花生米大小的淋巴结，活动度大，质地软，无触痛。腋下及腹股沟等浅表淋巴结未触及。头颅大小正常，方颅，头发干黄，较稀疏，可见枕后秃发，前囟已闭合。眼睑无水肿，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔正常大小、等大等圆，对光反射存在。鼻通气良好，未见分泌物。双侧耳廓无畸形，外耳道未见异常及分泌物，听力正常。口腔黏膜光滑，未见疱疹及溃疡。出牙 12 颗，无龋齿。咽部充血，扁桃体 I° 肿大，无分泌物和伪膜，无声音嘶哑，悬雍垂居中。颈部对称，软，无颈静脉怒张。胸廓对称，无畸形，可见串珠肋、郝氏沟，胸骨略隆起，无三凹征。两侧呼吸运动对称，呼吸较快，两侧语颤正常，无胸膜摩擦音。两肺叩诊音稍浊，均闻及散在的中小湿啰音，以肺底部为甚。心前区无隆起，心尖波动在左侧第五肋间锁骨中线上，搏动范围约 2.5cm，较强。心前区无震颤，心率 130 次/分，心音有力，律整，心尖部可闻及 2/6 柔和的收缩期杂音，不传导，未听到心包摩擦音， $A_2 > P_2$ 。腹稍膨隆，两侧对称，未见胃肠蠕动波，脐部无膨出。腹软，未触及包块，无压痛及反跳痛。肝右肋缘下 1.5cm，剑下 1cm，边锐、质软，无触痛。脾未触及。叩鼓音，肠鸣音正常。肛门无异常。男性外生殖器，双侧睾丸已降入阴囊中。脊柱、四肢无畸形，运动正常，骶部无包块，四肢活动自如，各关节无红肿，未见杵状指（趾）。腹壁、肱二头肌、肱三头肌、膝腱、跟腱反射正常，巴彬斯基征、脑膜刺激征阴性。

辅助检查

血常规：Hb 130g/L，RBC $4.6 \times 10^{12}/L$ ，WBC $15 \times 10^9/L$ ，N 0.75，L 0.22。

胸部正位片：两肺中、下野有小片状和斑点状阴影分布，右肺为甚。

初步诊断：支气管肺炎
佝偻病（恢复期）

张 × ×

附一 入院病历(俗称大病历)书写要求及格式

一、入院病历书写要求

1. 入院病历(俗称大病历)由实习医师、试用期医师书写,经本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。
2. 入院病历应于患者入院后 24 小时内完成。
3. 实习医师、试用期医师书写入院病历前的询问病史和体格检查,应在临床带教教师、指导教师指导下进行。
4. 入院病历的书写要求及内容原则上与入院记录相同,增加了系统回顾(既往史中)、病历摘要两项内容。
5. 入院病历不能代替入院记录,患者出院时入院病历不归入病案。

二、入院病历的格式内容

入 院 病 历

姓名:	出生地:
性别:	职业:
年龄:	入院日期:
民族:	记录日期:
婚姻:	病史陈述者:

主诉:

现病史:

既往史:内容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、食物或药物过敏史、系统回顾等。

系统回顾

呼吸系统:有无咳嗽、咳痰、呼吸困难、咯血、发热、盗汗、与肺结核患者密切接触史等。

循环系统:有无心慌、气促、咯血、发绀、心前区痛、晕厥、水肿及高血压、动脉硬化、心脏疾病、风湿热病史等。

消化系统:有无腹痛、腹胀、反酸、嗝气、呕血、便血、腹泻、便秘、黄疸等。

泌尿系统:有无尿急、尿频、尿痛、排尿不畅或淋漓,尿色(洗肉水样或酱油色),清浊度,水肿,肾毒性药物应用史,铅、汞化学毒物接触或中毒史以及下疳、淋病、梅毒等性病传播疾病史。

造血系统:有无头晕、乏力,皮肤或黏膜瘀点、紫癜、血肿,反复鼻出血,牙龈出血,骨节痛,化学药品、工业毒物、放射性物质接触史等。

内分泌系统及代谢:畏寒、怕热、多汗、食欲异常、烦渴、多饮、多尿、头痛、视

力障碍、肌肉震颤、性格、体重，皮肤、毛发和第二性征改变史等。

肌肉骨骼系统：有无关节肿痛、运动障碍、肢体麻木、痉挛、萎缩、瘫痪史等。

神经精神系统：有无头痛、失眠或意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉及运动异常、性格改变、记忆力和智能减退等。

个人史：

月经史、婚育史：

家族史：

体格检查

体温 (T)，脉搏 (P)，呼吸 (R)，血压 (BP)，体重。

一般情况：发育（正常、异常），营养（良好、中等、不良、肥胖），神志（清楚、淡漠、模糊、昏睡、谵妄、昏迷），体位（自动、被动、强迫），面容与表情（安静、忧虑、烦躁、痛苦，急、慢性病容或特殊面容），对检查是否合作。

皮肤、黏膜：色泽（正常、潮红、苍白、发绀、黄染、色素沉着），温度，湿度，弹性，有无水肿、皮疹、瘀点、紫癜、皮下结节、肿块、蜘蛛痣、肝掌、溃疡和瘢痕，毛发的生长及分布。

淋巴结：全身及局部淋巴结有无肿大（部位、数目、大小、硬度、活动度或粘连情况），局部皮肤有无红肿、波动、压痛、瘰管、瘢痕等。

头部及其器官：

头颅：大小、形状，有无肿块、压痛、瘢痕，头发（量、色泽、分布）。

眼：眉毛（脱落、稀疏），睫毛（倒睫），眼睑（水肿、运动、下垂），眼球（凸出、凹陷、运动、斜视、震颤），结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡），巩膜（黄染），角膜（云翳、白斑、软化、溃疡、瘢痕、反射、色素环），瞳孔（大小、形态、对称或不对称、对光反射及调节与辐辏反射）。

耳：有无畸形、分泌物、乳突压痛，听力。

鼻：有无畸形、鼻翼扇动、分泌物、出血、阻塞，有无鼻中隔偏曲或穿孔、鼻窦有无压痛等。

口腔：气味，有无张口呼吸，唇（畸形、颜色、疱疹、皲裂、溃疡、色素沉着），牙齿（龋齿、缺齿、义齿、残根，斑釉齿），牙龈（色泽、肿胀、溃疡、溢脓、出血、铅线），舌（形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、震颤、偏斜），颊黏膜（发疹、出血点、溃疡、色素沉着），咽（色泽、分泌物、反射、悬雍垂位置），扁桃体（大小、充血、分泌物、假膜），喉（发音清晰、嘶哑、喘鸣、失音）。

颈部：对称，强直，有无颈静脉怒张、肝颈静脉回流征、颈动脉异常搏动，气管位置，甲状腺（大小、硬度、压痛、结节、震颤、血管杂音）。

胸部：胸部对称，畸形，局部隆起或塌陷、压痛，呼吸（频率、节律、深度），乳房（大小、乳头，有无红肿、压痛、肿块和分泌物），胸壁有无皮下气肿、静脉曲张等。

肺:

视诊:呼吸运动(两侧对比)、呼吸类型,有无肋间隙增宽或变窄。

触诊:呼吸活动度、语颤(两侧对比),有无胸膜摩擦感、皮下捻发感等。

叩诊:叩诊音(清音、过清音、浊音、实音、鼓音及其部位),肺下界及肺下界移动度。

听诊:呼吸音(性质、强弱,异常呼吸音及其部位),语音传导(减低、增强、消失)、有无干湿性啰音和胸膜摩擦音等。

心:

视诊:心前区隆起,心尖搏动或心脏搏动位置,范围和强度。

触诊:心尖搏动的性质及位置,有无震颤(部位、时期)和心包摩擦感。

叩诊:心脏左右浊音界,可用左、右第二、三、四、五肋间隙距正中线的距离(厘米)表示,须注明左锁骨中线距正中线的距离。

听诊:心率,心律,心音的强弱, P_2 与 A_2 强度的比较、有无心音分裂、额外心音、杂音(部位、性质、时期、强度、传导方向以及与运动、体位和呼吸的关系;收缩期杂音强度用6级分法,如描述3级收缩期杂音,应写作“3/6级收缩期杂音”;舒张期杂音分为轻、中、重三度)和心包摩擦音等。

右 (cm)	肋间	左 (cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	V	
左锁骨中线距前正中线_____ cm		

周围血管征:有无毛细血管搏动、射枪音、水冲脉和动脉异常搏动。

腹部:腹围(有腹水或腹部包块等疾病时测量)。

视诊:形状(对称、平坦、膨隆、凹陷),呼吸运动、胃肠蠕动波,有无皮疹、色素、条纹、瘢痕、腹壁静脉曲张(及其血流方向),疝和局部隆起(器官或包块)的部位、大小、轮廓、腹部体毛。

触诊:腹部紧张度,有无压痛、反跳痛、液波震颤,肿块(部位、大小、形状、硬度、压痛、移动度、表面情况、搏动)。

肝脏:大小(右叶以右锁骨中线肋下缘,左叶以前正中线剑突下至肝下缘多少厘米表示),质地(I度:软;II度:韧;III度:硬),表面(光滑度),边缘,有无结节、压痛和搏动等。

胆囊:大小,形态,有无压痛、Murphy征。

脾脏:大小,质地,表面,边缘,移动度,有无压痛、摩擦感,脾脏明显增大时以二线测量法表示。

肾脏:大小、形状、硬度、移动度、有无压痛。

膀胱:膨胀、肾及输尿管压痛点。

叩诊:肝上界在第几肋间,肝浊音界(缩小、消失),肝区叩击痛,有无移动性浊音、高度鼓音、肾区叩击痛等。

听诊:肠鸣音(正常、增强、减弱、消失、金属音),有无震水音和血管杂音等。

肛门直肠:视病情需要检查。有无肿块、裂隙、创面。直肠指检(括约肌紧张度,

有无狭窄、肿块、触痛、指套染血；前列腺大小、硬度，有无结节及压痛等）。

生殖器：根据病情需要做相应检查。

男性：包皮，阴囊，睾丸，附睾，精索，有无发育畸形、鞘膜积液。

女性：检查时必须有女医护人员在旁，必要时请妇科医师检查。包括外生殖器（阴毛、大小阴唇、阴蒂、阴阜）和内生殖器（阴道、子宫、输卵管、卵巢）。

脊柱：活动度，有无畸形（侧凸、前凸、后凸）、压痛和叩击痛等。

四肢：有无畸形，杵状指（趾），静脉曲张，骨折及关节红肿、疼痛、压痛、积液、脱臼，强直，水肿，肌肉萎缩，肌张力变化或肢体瘫痪等，记录肌力。

神经系统：

生理反射：浅反射（角膜反射、腹壁反射、提睾反射）。

深反射（肱二头肌、肱三头肌反射、膝腱反射及跟腱反射）。

锥体束征：巴彬斯奇征（Babinski 征）、戈登征（Gordon 征）、奥本汉姆征（Oppenheim 征）、霍夫曼征（Hoffmann 征）。

脑膜刺激征：颈强直、凯尔尼格征（Kernig 征）、布鲁津斯基征（Brudzinski 征）。

必要时做运动、感觉等及神经系统其他特殊检查。

专科情况：

辅助检查

病历摘要

简明扼要、高度概述病史要点、体格检查和辅助检查的重要阳性和具重要鉴别意义的阴性结果，字数以不超过 300 字为宜。

初步诊断：

经治医师/书写医师签名：

三、入院病历示例

入院病历

姓名：花××

出生地：山东省宁阳县

性别：女

职业：退休会计

年龄：65 岁

入院日期：2010-03-12，10:00

民族：汉

记录日期：2010-03-12，15:30

婚姻：已婚

病史陈述人：患者本人

主诉：上腹部持续性疼痛 15 小时，胸骨后闷痛 5 小时。

现病史：患者于昨晚因口渴吃生西红柿一个，约 2 小时后突感上腹部疼痛，呈烧灼样，不放射，伴有恶心，呕吐 5~6 次，非喷射性，呕出物为所进食物和少量黄色苦味液体，量共约 300ml。自以为是胃痛，口服“胃舒平”2 片，疼痛无缓解。随后用热水袋局部热敷，自觉疼痛稍有减轻。5 小时前排便一次，为少量黄色软便。便后突感上腹

痛加重，胸骨后持续性刀割样剧痛，伴胸闷难忍，并向左肩背部放射，但无出汗、心慌和呼吸困难，也无发热。又自服“胃舒平”2片和“去痛片”2片，均无效。于1小时前送来我院急诊室。心电图示急性前壁心肌梗死。即在急诊室紧急给予波立维300g、阿司匹林肠溶片300g口服后收入院。

既往史：平素身体健康。无高血压病史。无痢疾、疟疾、病毒性肝炎及结核病史，无肝炎、结核病密切接触史。预防接种史不详。无外伤手术史。无输血及药物过敏史。

系统回顾：

呼吸系统：无慢性咳嗽、咳痰、咯血、发热、胸痛及呼吸困难史。

循环系统：见现病史，无气短、头晕、黑矇、晕厥及下肢水肿史。

消化系统：除此次恶心、呕吐外，无反酸、嗝气、吞咽困难、腹胀、腹泻及黑便史，无黄疸及皮肤瘙痒史。

泌尿系统：无尿急、尿频、尿痛、血尿、乳糜尿，无夜尿增多及颜面水肿史。

造血系统：无苍白、乏力、皮下瘀血、紫斑及出血点，无鼻衄、牙龈出血史。

内分泌系统及代谢：无食欲亢进、多汗、心慌、手足抽搐史，无烦渴、多饮、多尿、多食史。

肌肉骨骼系统：无关节红肿、运动障碍史，无骨折、脱臼、外伤史。

神经精神系统：无头痛、头晕、癫痫发作、意识障碍史。

个人史：原籍出生，20年前随丈夫来济南工作。因公去过长春、哈尔滨等地，均为短暂停留，无疫区久居史。有吸烟（每日约10支）和饮茶嗜好已15年，不饮酒。2005年退休，生活规律，很少体育锻炼，平时喜食禽蛋、肥肉等。婚姻家庭关系和睦。

月经及婚育史：月经17 $\frac{4\sim5}{28\sim30}$ 51，经量中等，婚前有痛经史。25岁结婚。丈夫健康。顺产二男一女，长子及女儿身体健康。次子29岁，3年前曾患“嗜伊红细胞增多症”，现已痊愈。

家族史：父母均已病故，父于15年前因患“高血压并脑出血”病故；母于5年前患“食管癌”，在当地医院手术治疗，1年后因癌症复发病故。

体格检查

T 37℃ P 84次/分 R 20次/分 BP 148/102mmHg

一般情况尚好，发育正常，营养良好，超力型自主体位，精神忧郁，痛苦表情，神志清楚，检查合作。

皮肤黏膜：无水肿、黄染及蜘蛛痣，无瘀痕、皮疹、皮下结节、出血点及瘀斑。

淋巴结：全身浅表淋巴结未触及肿大。

头部及其器官：

头颅：大小正常，无畸形，无异常隆起及压痛，毛发分布均匀，两鬓发白。

眼：眉毛无脱落，眼睑无水肿、下垂，眼球活动正常，结膜无充血、出血，巩膜无黄染，角膜透明，双瞳孔等大等圆，直径约0.3cm，对光反射及调节反射正常，无视野缺损。

耳：耳廓无畸形，外耳道无分泌物，乳突无压痛，听力正常。

鼻：通气良好，无分泌物，鼻窦无压痛。

口腔：口唇无发绀，牙龈无出血及溢脓，伸舌居中，颊黏膜无出血点，咽部无充血，两侧扁桃体无肿大，悬雍垂居中，声音无嘶哑。

颈部：软，无颈静脉怒张，气管居中，甲状腺不肿大。

胸部：胸廓对称，胸式呼吸，两侧乳房未触及包块。

肺脏：

望诊：两侧呼吸动度相等，节律规整，肋间隙无增宽。

触诊：胸骨无压痛，两侧语颤无差别，无胸膜摩擦感。

叩诊：两肺呈清音，肺下界正常。

听诊：两肺呼吸音清晰，未闻及干、湿性啰音及胸膜摩擦音，无胸膜摩擦音。

心脏：

望诊：心前区无隆起，心尖搏动在左侧第五肋间锁骨中线上，无弥散性搏动。

触诊：心尖搏动位置与视诊相同，无震颤及心包摩擦感。

叩诊：心浊音界正常，如下表。

右 (cm)	肋间	左 (cm)
	II	2.5
	III	4.0
	IV	6.0
	V	9.0

左锁骨中线距正中中线 8.5 cm

听诊：心率 84 次/分，心律规整，心尖部第一心音减弱，在心尖区和主动脉瓣区可听到 2/6 吹风样收缩期杂音，不传导，无心音分裂，无心包摩擦音， $A_2 > P_2$ 。

血管检查：

桡动脉：脉率 84 次/分，脉律规整，血管壁中等硬度。

周围血管征：无毛细血管搏动征，无股动脉枪击音。

腹部：

望诊：平坦，对称，无腹壁静脉曲张及胃肠蠕动波。

触诊：柔软，无压痛及反跳痛，未触及肝、脾、肾及其他包块，无移动性浊音。

叩诊：呈鼓音，肝上界在右锁骨中线第五肋间，肝、肾区无叩痛，无移动性浊音。

听诊：肠鸣音正常，未听到血管杂音。

肛门直肠：无瘢痕及溃疡，无痔疮。

外生殖器：未发现异常。

脊柱：无畸形，无叩压痛，运动正常。

四肢：无畸形，肌力、肌张力正常，关节无红肿，运动自如。双下肢无水肿、静脉曲张。

神经系统：痛、温、触觉、关节位置觉正常，肌肉无萎缩，无瘫痪，无共济失调。腹壁反射、跖反射正常，肱二、三头肌反射、桡骨膜反射、膝腱反射及跟腱反射正常存在。Hoffmann 征、Babinski 征、脑膜刺激征阴性。

辅助检查

2010-03-12 血 Rt: Hb 126g/L, RBC $4.7 \times 10^{12}/L$, WBC $11.2 \times 10^9/L$, N 0.81, L 0.16, M 0.02。

2010-03-12 ESR: 30mm/h。

2010-03-12 尿 Rt: 正常。

2010-03-12 ECG: 电轴 -30° , 低电压, V1 ~ V5 呈 QS 波, S-T 抬高 0.2 ~ 0.3mV。

病历摘要

患者花××，女，65岁，退休会计。因持续性上腹痛15小时，胸骨后刀割样痛，并向左肩背部放射和伴胸闷5小时，于2010-03-12，10:00急诊入院。查体：BP148/102mmHg，心率84次/分，律整，心尖第一心音减低。血沉30mm/h，心电图示急性前壁心肌梗死。

- 初步诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病
急性广泛前壁心肌梗死
心功能 I 级（killip 分级）
2. 高血压病（II 级，极高危）
高××/史××

附二 表格式入院记录书写要求及格式

一、表格式入院记录书写要求

1. 表格式入院记录须包含入院记录要求的全部内容，各种表格栏内必须认真填写，无内容者画“/”或“-”。
2. 表格式病历只限于执业医师填写。
3. 表格病历使用前须经省地（市）级病案质量控制中心备案，审批后使用。

二、表格式入院记录示例

1. 儿科入院记录、儿科新生儿入院记录。
2. 神经内科入院记录。
3. 眼科入院记录。
4. 产科入院记录（产前观察表、产程记录、分娩记录）。

× × 医院

姓名_____

儿科入院记录

病历号_____

姓名：出生地：

性别：入院日期：

年龄：记录日期：

民族：家庭住址及联系方式

病史陈述者姓名：与患儿关系：文化水平：

主 诉：

现病史：

既往史：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：

食物、药物过敏史：

第1页

个人史：生产史：第 胎，第 产，足月产 早产 月；新旧接产法；顺难产				
出生体重 kg 哭声强弱 窒息 青紫 Apgar 评分				
喂养史：母乳 人工 混合 何时断奶： 断奶后食物种类：				
生长发育史：				
生活习惯：				
其他：				
家族史：父母近亲结婚：否 是 母亲健康情况： 家族中同类疾病史：有 无				
同胞健康情况： 结核： 哮喘： 肝炎： 过敏：				
其他：				
体 格 检 查				
T °C P 次/分 R 次/分 BP / mmHg				
体重 kg 身高 cm 头围 cm				
一般状况：神志 精神 发育 营养				
体质 体位 步态				
皮肤黏膜：色泽： 湿度： 弹性：				
皮疹：				
浅表淋巴结：				
头部器官：				
外形	前囟	颅骨软化	骨缝	毛发
眼：眼睑	结膜	巩膜	角膜	眼球
眼窝	瞳孔	对光反射		
耳：				
鼻：				
口腔：黏膜：		唇：		
舌：		牙齿：		
咽部：		扁桃体：		
颈部：				
气管：				
颈部血管：				
甲状腺：				

(此页为上页背面)

× × 医院

儿科入院记录

姓名_____

病历号_____

胸部：胸廓：

肺脏：

望诊：

触诊：

叩诊：

听诊：

心脏：

望诊：

触诊：

叩诊：(≥3岁)

右_____cm

肋间

左_____cm

Ⅱ

Ⅲ

Ⅳ

Ⅴ

左锁骨中线距前正中线

cm

听诊：

周围血管征

腹部：望诊：

触诊：

叩诊：

听诊：

肛门直肠：

外生殖器：

脊柱四肢：

[illegible]

(此页为上页背面)

× × 医院

姓名_____

儿科新生儿入院记录

病历号_____

姓名：_____ 出生地：_____

性别：_____ 入院日期：_____

年龄：_____ 记录日期：_____

民族：_____ 家庭住址及联系方式_____

病史陈述者姓名：_____ 与患儿关系：_____ 文化水平：_____

主诉：_____

现病史：_____

既往史：_____

个人史：_____

(一) 母亲妊娠情况：

1. 合并症：高血压、子痫、糖尿病、心脏病、心衰、慢性肾炎、尿毒症、尿道炎、贫血

其他：_____

2. 用药情况：产前：_____ 产时：_____ 时间：_____

3. 接受过放射性物或毒物：有、无 名称：_____ 剂量：_____ 时间：_____

4. 卫生：饮食情况：_____ 营养：好、一般、差

5. 其他：_____

(二) 出生史：

胎儿期状况：第 胎 第 产， 妊周： 周（早产、足月产、过期产）

双胎： 大： kg 性别：男、女； 小： kg 性别：男、女

生后窒息：有、无 Apgar 评分：1 分钟 分；5 分钟 分；10 分钟 分

抢救措施：_____ 自主呼吸恢复时间：_____

分娩方式：顺产、难产：胎头吸引、产钳、臀位产、剖宫产、监护产 宫内窘迫：有、无

早期破膜时间：_____

羊水情况:

产程: 一产程: 小时; 二产程: 小时; (正常 小时)

胎盘情况: 正常、异常: 衰老、钙化点、血肿、早期剥离、前置

脐带情况: 长度____cm; 绕颈____周; 脱垂、打结、正常; 其他

接生情况: 新法接生: 本院、外院 旧法接生: 方法: _____

早产原因: 外伤、劳累、同房、精神因素, 其他: _____

出生体重: _____kg 畸形: 无、有 _____

胎便: 第一次排出: _____小时_____天 过渡大便: _____小时_____天 变黄_____天

尿量: 多、少 次数: _____次/日

黄疸史: 出现时间_____; 高峰时间_____; 消退时间_____

脐带: 生后第 天脱落; 残端: 干、湿; 脐轮: 红、肿; 分泌物: 多、少; 黏性、脓性、血性

喂养史: 开始喂奶时间: _____小时 方式: 自然吸吮、滴管、鼻饲

方法: 母乳、牛奶、配方奶

预防接种史: 卡介苗、乙肝疫苗 其他:

家族史:

父亲姓名____ 年龄____ 职业____ 血型____ Rh____ 健康情况____

母亲姓名____ 年龄____ 职业____ 血型____ Rh____ 健康情况____

妊次____次 流产、死胎、死产 婚配____次 近亲、非近亲

兄____人 健康情况: _____ 姐____人 健康情况: _____

家族遗传及传染病史:

生活环境:

体格检查

一般测量: 体温____℃ 脉搏____次/分 呼吸____次/分 血压____mmHg

体重____kg 身长____cm 头围____cm 胸围____cm 腹围____cm

一般情况: 发育: 营养: 反应: 面色: 口周发绀、鼻扇、双眼凝视

呼吸节律: 规整、暂停、双吸气、呻吟; 温度: 暖、冷、凉; 哭声: 响亮、中等、弱小

皮肤黏膜: 色泽: 红润、青紫、苍白、黄染、花纹 弹性: 好、差

皮疹: 无、有 脱皮: 有、无 毳毛: 多、少

硬肿部位: 头颈部、双上肢、躯干、臀部、双下肢

估计: _____% 程度: 轻、中、重

(此页为上页背面)

× × 医院

姓名_____

儿科新生儿入院记录

病历号_____

皮下脂肪：丰满、中等、薄、消失

浅表淋巴结：

头部器官：头颅： 外形：正常、先锋头、血肿 头发：多、少

前囟：_____ cm 平坦、略凹、凹陷、饱满、紧张 后囟：闭、未

颅缝：重叠、裂开 颅骨软化：无、有

眼：结合膜：充血、出血、黄染 眼球震颤：无、有

耳：耳廓紧贴颅骨

鼻：

口腔：黏膜光滑、充血、白色分泌物、溃疡

唇：红润、干燥、鲜红、樱桃红、发绀、苍白

舌：无异常、溃疡 舌苔：薄白、厚白、薄黄、黄腻、黑、地图样

咽部：

颈部：软、抵抗感

胸部：胸廓：无异常 不对称：右、左漏斗胸、鸡胸、三凹征（胸骨上凹、锁骨上凹、剑下凹）

肺脏：双侧呼吸动度：均等、不均等

呼吸音：

心脏：心尖搏动：不明显、可见： 心界：不大、大

心率：____次/分 心律：整、不整、奔马律，心音：有力、无力、钝

杂音：

周围血管： 末梢循环：

腹部：软、紧张、红肿、腹胀、蠕动波、胃型、腹壁静脉怒张

肠鸣音：正常、亢进、减弱、消失 脐部：

肝肋下_____ cm 剑下_____ cm 脾肋下_____ cm

肛门直肠：

外生殖器：男：睾丸：已降 未降：左、右 阴囊水肿：有、无

女：大阴唇遮盖小阴唇 未

第2页

[illegible]

(此页为上页背面)

× × 医院

姓名_____

神经内科入院记录

病历号_____

姓名： 性别： 年龄： 民族：

婚姻： 职业： 出生地：

入院日期： 记录日期： 病史陈述者：

主 诉：

现病史：

既往史：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：

个人史、月经婚育史：

家族史：

体 格 检 查

T ____℃ P ____次/分 R ____次/分 BP ____/____ mmHg

一般情况：

皮肤黏膜：

全身浅表淋巴结：

头部及其器官：

颈部：

胸部：胸廓：				
肺脏：				
心脏：				
血管：				
腹部：				
肛门直肠外生殖器：				
脊柱四肢：				
神 经 系 统 检 查				
意识状态：		精神状态：		
语言：自主言语	语言理解	记忆：短期	中期	长期
智能：	定向力：时间	地点	人物	
(一) 脑神经：嗅神经：左 右 ；				
视神经：视敏度：近视力：左 右 ；远视力：左 右 ；				
视野：				
眼底：				
动眼神经、滑车神经、外展神经：睑下垂：左、右侧，无，完全，不完全；				
眼球：左、右侧，前凸，后凹，无				
同向偏斜：向左、右侧，无； 瞳孔：大小：左 mm (=) 右 mm，位置				
形状 光反射：直接：左 右 ；间接：左 右 ；				
调节反射：左 右 ；辐辏反射： ；眼球震颤：				
眼球运动：				
三叉神经：感觉：左 右 ；角膜反射：直接：左 右 ；间接：左 右 ；				
运动：下颌偏向左、右， 无；嚼肌：左 右 ；颞肌：左 右 ；				
下颌反射：				
面神经：眼裂：左 mm (=) 右 mm， 鼻唇沟：左、右侧， 相等， 浅				
口角：左、右侧，相等、低； 闭目： 左 右； 皱额：佳、左、右				
鼓气、露齿、吹口哨： 左 右				
位听神经：耳语：左 右 ；Rinne 氏试验：左 骨导(>=<)气导，右 骨导(>=<)气导				
Weber 氏试验：居中，偏向左、右，不清；				
前庭功能：				

(此页为上页背面)

× × 医院

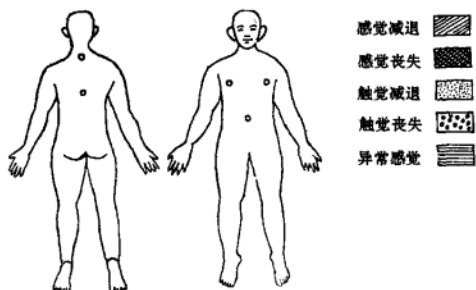
姓名_____

神经内科入院记录

病历号_____

舌咽神经、迷走神经：发音、吞咽、咽反射：左		右
软腭动度：左		右；悬雍垂：居中，偏向左、右侧；
副神经：胸锁乳突肌：左		右；斜方肌：左
		右；
舌下神经：伸舌偏向：左、右，居中；萎缩：左		
右；舌肌纤颤：左		
右；		
(二) 运动功能：肌肉萎缩：无 部位：		
肌束颤动：无 部位：		
肌力：左：	肩关节	；肘关节
	；腕关节	；指关节
右：	肩关节	；肘关节
	；腕关节	；指关节
左：	髋关节	；膝关节
	；踝关节	；趾关节
右：	髋关节	；膝关节
	；踝关节	；趾关节
(5级：正常肌力；4级：能做抗阻力运动，力量较差；3级：肢体能抬离床面；2级：肢体能床上移动，但不能抬起；1级：有肌肉收缩但无肢体运动；0级：完全瘫痪)		
肌张力：		
不自主运动：		
共济运动：左		
右		
指鼻试验：		
快复动作：		
快速轮替动作：		
肌反击现象：		
跟膝胫试验：		
闭目难立征		
步态：		
(三) 神经反射：(-消失、+降低、++正常、+++活跃、++++亢进)		
浅深反射：左		右
腹壁反射上 (T ₇₋₈)		肱三头肌反射 (C ₆₋₇)
中 (T ₉₋₁₀)		桡骨膜反射 (C ₅₋₈)
下 (T ₁₁₋₁₂)		膝反射 (L ₂₋₄)
肱二头肌反射 (C ₅₋₆)		跟腱反射 (S ₁₋₂)
锥体束征：Babinski 征		Gordon 征
Oppenheim 征		Hoffmann 征
脑膜刺激征：Kernig 征		Brudzinski 征
颈强直		
其他：		

(四) 感觉功能：浅感觉障碍图： 有 无



深感觉：位置觉： 音叉震动觉： 节运动觉：

皮层感觉：皮肤定位觉： 两点辨别觉：

 实体觉： 体表图形觉：

其他：

辅 助 检 查

检查日期	项目	结果 (检查医院、检查编号)
	血常规	
	粪常规	
	CSF	
	CT 或 MR	
	颅脑超声	
	其他	

初步诊断：

医师签名：

(此页为上页背面)

× × 医院	
姓名 _____	眼科入院记录
病历号 _____	
姓名:	职业:
性别:	出生地:
年龄:	入院时间: 年 月 日 时 分
婚姻:	记录时间: 年 月 日 时 分
民族:	病史陈述人:
主 诉:	
现病史:	
既往史:	
个人史、月经婚育史:	
家族史:	
体 格 检 查	
T ℃ , P 次/分, R 次/分, BP / mmHg	
一般情况:	
皮肤黏膜:	
浅淋巴结:	
头部及其器官:	
颈部:	
肺脏:	
心脏:	
腹部:	
脊柱四肢:	
直肠肛门、外生殖器:	
神经反射:	

眼部检查

右		左	
视力：裸眼：		视力：裸眼：	
矫正：		矫正：	
光定位	光色觉	光定位	光色觉
眼压：			
泪器：			
睑			
结膜：			
球			
巩膜：			
角膜：			
前房：			
虹膜：			
瞳孔：			
晶状体：			
玻璃体：			
眼底：			
眼肌检查：			
眼眶、其他：			
辅助检查：			

初步诊断：

医师签名：

(此页为上页背面)

× × 医院					
姓名_____			产科入院记录		
			病历号_____		
姓名	婚姻				
性别	出生地				
年龄	入院日期	年	月	日	时 分
民族	记录日期	年	月	日	时 分
职业	病史陈述人				
主 诉:					
现病史: 末次月经 年 月 日 预产期 年 月 日					
妊娠反应时间 年 月 旬 胎动时间 年 月 旬					
孕期经过及目前状况					
孕期有害物质接触情况					
既往史	一般健康状况	疾病史	传染病史	输血史	
预防接种		外伤及手术	不孕症	食物或药物过敏	
备注					
个人史: 出生地 烟、酒嗜好: 程度: 冶游史 职业暴露史					
月经史: ——— 经量 痛经 白带					
婚育史	结婚年龄	丈夫年龄	丈夫健康情况		
	孕次	妊娠年龄	妊娠月份	妊娠经过及结局	
1					
2					
3					
4					
5					
家族史:	遗传病	传染病	近亲结婚		
父母兄弟姐妹健康状况					

第三章 入院记录书写要求及格式

体 格 检 查													
T ℃		P 次/分		R 次/分		BP / mmHg							
一般情况:				皮肤、黏膜:									
身高 cm		体重 kg		腕周径 cm		全身浅表淋巴结							
头部及其器官				颈部		乳房		乳头					
心		肺		肝		脾							
水肿		膝腱反射		静脉曲张		脊柱四肢		直肠肛门					
神经系统				备注									
产科检查: (可选) 腹部外形 宫高 cm 腹围 cm 胎儿体重估计 g													
				髂嵴间径 cm		髂棘间径 cm		出口横径 cm		骶耻外径 cm			
				备注									
时间	胎位	胎心 bpm	先露	宫缩	先露 位置	宫颈 容受%	宫颈 硬度	宫颈 位置	宫口 开大	胎膜	肛查	阴道 检查	
妇科检查:													
(可选)													
辅 助 检 查													
检查 日期	项目		检查结果								(检查医院、检查编号)		
	血常规: Hb g/L; WBC $\times 10^9/L$, N %, L % ; PLT $\times 10^9/L$												
	尿常规:												
	凝血检查:												
	肝功能												
	病毒检测:												
	B 超检查:												
	胎心监护:												
	心电图												
	其他检查:												
初步诊断: 1. 主要诊断:													
2.													
3.													
4.													
5.													
医师签名													

(此页为上页背面)

× × 医院

产 前 观 察 表

病历号_____

姓名		年龄		孕产史				孕周							
日期	时间	血压	宫缩	胎位	胎心	先露	衔接程度	宫颈容受	宫口扩张	宫口位置	宫颈硬度	胎膜	肛诊	阴道检查	
备注:															
														检查者	
日期	时间	血压	宫缩	胎位	胎心	先露	衔接程度	宫颈容受	宫口扩张	宫口位置	宫颈硬度	胎膜	肛诊	阴道检查	
备注:															
														检查者	
日期	时间	血压	宫缩	胎位	胎心	先露	衔接程度	宫颈容受	宫口扩张	宫口位置	宫颈硬度	胎膜	肛诊	阴道检查	
备注:															
														检查者	
日期	时间	血压	宫缩	胎位	胎心	先露	衔接程度	宫颈容受	宫口扩张	宫口位置	宫颈硬度	胎膜	肛诊	阴道检查	
备注:															
														检查者	

病历号 _____

[illegible]

第二节 再次或多次入院记录书写要求及格式

一、再次或多次入院记录书写要求

1. 再次或多次入院记录，是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. 在患者入院后 24 小时内由经治医师完成。

3. 要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

4. 既往史、个人史、月经史、婚育史、家族史可以从略，只补充新的情况，但需注明“参阅前病历”。

5. 如因新发疾病而再次住院，则需按入院记录的要求及格式书写。并将过去的住院诊断列入既往史中。

二、再次或多次入院记录格式

第×次入院记录

姓名：	出生地：
性别：	职业：
年龄：	入院日期：
民族：	记录日期：
婚姻：	病史陈述者：

主诉：

现病史：

既往史：

个人史：

月经及婚育史：

家族史：

体格检查

专科检查：

辅助检查

初步诊断：

医师签名：

三、再次或多次入院记录示例

第二次入院记录

姓名: 林××	出生地: 山东省泰安市
性别: 男	职业: 退休干部
年龄: 61 岁	入院日期: 2010-03-30, 13:00
民族: 汉	记录日期: 2010-03-30, 15:30
婚姻: 已婚	病史陈述人: 患者本人

主诉: 头晕、头痛 6 年, 心慌、气短 3 年, 加重 10 天。

现病史: 因头晕、头痛 3 年, 心慌、气短、下肢水肿 20 天, 以“高血压病 (3 级, 极高危)”、“高血压动脉硬化性心脏病”、“频繁室性早搏”、“心衰 II°”于 2006 年 12 月 5 日第一次住院。当时已有“高血压病”病史 3 年余, 检查血压 170/110mmHg, 呼吸浅促, 口唇轻度发绀, 两肺底可闻及小水泡音, 心界向左下扩大, 心尖搏动弥散, 心尖第一心音减弱, 心尖区闻及 2/6 吹风样收缩期杂音, 早搏 10 次/分, $A_2 > P_2$ 。肝在肋下 2cm, 两下肢轻度水肿。入院后经低盐饮食、降压、强心、利尿、抗心律失常等药物治疗 13 天, 心律规整, 血压降至 140/95mmHg, 心衰基本控制, 于 2006 年 12 月 18 日出院。

患者上次出院后, 曾间断服用“复方降压片”、“复方丹参片”、“潘生丁”、“地高辛”、“双氢克尿噻”等, 一般情况尚好, 可从事轻度体力劳动, 也无明显心慌、气短等症状。于 2009 年 6 月中旬血压又开始不稳定, 波动在 150/200/95~120mmHg。劳动时常感心慌、气短、头晕, 伴干咳, 休息后症状可消失。此后上述症状逐渐加重。10 天前因与家人争吵, 心慌、气短加重, 不能平卧, 夜间睡眠时可突然憋醒而被迫坐起。在当地曾服中药 10 付和服用“地高辛”、“双氢克尿噻”等, 症状未见好转, 于今日送来我院急诊室。本次发病以来, 患者无恶心、呕吐, 饮食减少, 睡眠欠佳, 尿量减少, 大便正常。

既往史: 平素身体较差, 无气管炎、哮喘等病史, 无肝炎、结核等传染病史, 预防接种史不详, 无手术外伤史, 无输血及药物过敏史。

个人史: 生于济南。有吸烟史 20 年, 每日 10 支左右。饮酒少量。25 岁结婚, 妻子健康, 有一子一女均健在。

家族史: 父于 1995 年因患“高血压”、“脑出血”病故, 母亲于 1999 年因患“肺癌”病故, 家中无结核病及精神病患者。

体格检查

T 36.8℃ P 81 次/分 R 20 次/分 BP 148/100mmHg

发育正常, 营养中等, 自主体位, 查体合作。全身皮肤、黏膜无异常, 浅表淋巴结未触及肿大。两眼睑轻度水肿, 结膜无充血, 双侧瞳孔等大, 对光反射存在。耳、鼻无异常, 口唇轻度发绀, 颈静脉充盈, 两肺呼吸音稍粗糙, 可闻及散在干性啰音, 两肺底

可闻及少量小水泡音。心尖搏动在左侧第五肋间锁骨中线外 2cm 处，搏动较弥散，约 4cm × 4cm，心浊音界向两侧扩大，心率 142 次/分，心律绝对不整，第一心音强弱不等， $A_2 > P_2$ ，心尖区可闻及 2/6 吹风样收缩期杂音，不传导。脉率 81 次/分，脉律不规则，强弱不等，脉搏短细。血管壁弹性较差，无毛细血管征及股动脉枪击音。腹部平坦，软，肝下缘肋下 3cm，质韧，边钝，有触痛。肝上界在右锁骨中线第六肋间。移动性浊音阴性。肠鸣音正常。肛门、直肠及外生殖器未查，脊柱正常，两下肢轻度压陷性水肿。腹壁反射、肱二头肌、肱三头肌、膝腱、跟腱反射正常，巴彬斯基征、脑膜刺激征阴性。

辅助检查

2010-03-30 血常规：正常。
2010-03-30 胸部正侧位片：左心室增大，主动脉纡曲延长，主动脉弓突出。
2010-03-30 ECG：电轴左偏，左心室肥大劳损，快速型房颤伴室内差异性传导，单源性室性早搏。

初步诊断：1. 高血压病（3 级，极高危）
高血压病性心脏病
心功能Ⅳ级（NYHA 分级）
心房颤动（快速性）
室性早搏（单源性）
2. 冠状动脉粥样硬化性心脏病？

张 × ×

第三节 24 小时内入出院记录书写要求及格式

一、24 小时内入出院记录书写要求

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. 在患者出院后 24 小时内完成。由执业医师书写。
3. 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。
4. 如已书写完成入院记录，可按一般住院患者的病历书写格式书写相关病历内容。
5. 患者入院超过 8 小时出院者，需在患者入院 8 小时内完成首次病程记录。

二、24 小时内入出院记录格式

24 小时内入出院记录

姓名： 职业：
性别： 入院时间：
年龄： 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：

三、24 小时内入出院记录示例

24 小时内入出院记录

姓名：李×× 职业：学生
性别：男 入院时间：2010-03-02，15:00
年龄：7岁 出院时间：2010-03-03，13:30

主诉：右腹股沟部可复性包块5年。

入院情况：5年前其家长发现患儿右腹股沟部有一包块，不痛，扪之质软，平卧后自行消失。以后在哭闹、咳嗽和用力时出现，并增至乒乓球大小，但无腹痛、呕吐、发热，家长用手按摩局部也可消失。未用过其他方法治疗，今住院要求手术治疗。查体：发育、营养不良，肺、心、腹无异常发现。站立时右侧腹股沟处可见椭圆形包块，约4cm×3cm×3cm，达阴囊上方，质软，不透光，在包块处可听到肠鸣音。患者仰卧，用手很容易将包块还纳，腹股沟外环可容2指。

入院诊断：右侧腹股沟斜疝

诊疗经过：入院后，给予询问病史、查体及对症处理治疗。因家中有急事，不能继续住院治疗，故要求出院。

出院诊断：右侧腹股沟斜疝

出院医嘱：1. 避免剧烈运动。

2. 择期手术。

王××

附：表格式 24 小时内入出院记录

× × 医院

科室：

24 小时内入出院记录

病历号：

姓名：

职业：

性别：

入院时间：

年龄：

出院时间：

主诉：

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：

第四节 24 小时内入院死亡记录书写要求及格式

一、24 小时内入院死亡记录书写要求

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. 在患者死亡后 24 小时内完成。由执业医师书写。
3. 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。
4. 如已书写完成入院记录，可按一般住院患者的病历书写格式书写相关病历内容。
5. 患者入院超过 8 小时死亡者，需在患者入院 8 小时内完成首次病程记录。

二、24 小时内入院死亡记录格式

24 小时内入院死亡记录

姓名：	职业：
性别：	入院时间：
年龄：	死亡时间：记录到分钟

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：

三、24 小时内入院死亡记录示例

24 小时内入院死亡记录

姓名：高 × ×	职业：农民
性别：男	入院时间：2010 - 03 - 12，09:00
年龄：74 岁	死亡时间：2010 - 03 - 12，17:40

主诉：咳嗽，咳痰 10 天，气喘、心慌 2 天。

入院情况：患者 10 天前因受凉后出现咳嗽，咳痰，自服“红霉素”、“伤风止咳糖浆”后不见好转，近 2 天出现气喘、心慌，尤以活动后明显。昨天在社区医院输液治疗

一次(用药不详),未见好转,且出现恶心。1年前曾患“急性心肌梗死”。查体: T 36℃, P 100次/分, R 23次/分, BP 95/75mmHg。精神淡漠,唇微绀,面部轻度水肿。中度呼吸困难,双肺叩清音,呼吸音粗糙,中下肺底可闻及干性啰音及细小水泡音。心界不大,心率100次/分,心律规整,心音低钝,未闻及杂音。腹平软,未触及肝脾。化验:白细胞 $11 \times 10^9/L$,中性85%。胸片:双肺纹理增粗,双肺下野可见小片状阴影。心电图:陈旧性下壁心肌梗死。

入院诊断:1. 支气管肺炎

2. 陈旧性下壁心肌梗死

心功能IV级

诊疗经过:入院后给予抗感染、化痰、止咳等治疗后,病情有所好转。17:05去厕所大便后,喘憋突然加重,脉搏微弱,咳粉红色泡沫样痰,双肺布满喘鸣音,心音低钝,立即给予速尿20mg、喘定0.25g、地塞米松5mg静推,病情无好转,于17:14呼吸停止,立即给予可拉明0.375g静推,无效,家属拒绝气管插管并签署知情同意书,给面罩加手压气囊辅助呼吸,并给可拉明1.875g加入液体持续静滴,接心电监护呈室颤,立即予以胸外心脏按压,准备好除颤器后给予300J电除颤,无效,给肾上腺素1mg静推,利多卡因75mg静推后,再次300J电除颤,仍无效,很快出现电静,继续胸外心脏按压,辅助通气,重复静推肾上腺素等药,心电监护持续直线,抢救35分钟无效,于17:40临床死亡。王××主任医师、高××主治医师、李××住院医师、王××主管护师、张××护士参加了抢救。患者儿子抢救时在场,拒绝做尸解并签署知情同意书。

死亡原因:急性左心衰竭

死亡诊断:1. 支气管肺炎

2. 陈旧性下壁心肌梗死

心功能IV级

3. 急性左心衰竭

高××/李××



附：表格式 24 小时内入院死亡记录

× × 医院

科室：

24 小时内入院死亡记录

病历号：

姓名：

职业：

性别：

入院时间：

年龄：

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：

第四章 病程记录书写要求及格式

病程记录是指继入院记录之后,对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

第一节 首次病程记录书写要求及格式

一、首次病程记录书写要求

1. 首次病程记录是指患者入院后书写的第一次病程记录。

2. 由经治医师或值班医师在患者入院 8 小时内完成。

3. 首次病程记录的内容包括:病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划等。

(1) 病例特点:应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

(2) 拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断):根据病例特点,提出初步诊断,写出对诊断的分析思考过程,阐述诊断依据。诊断已经明确者不需进行鉴别诊断。未明确诊断时写出需要鉴别的疾病名称和鉴别诊断的依据,并进行分析;必要时对治疗中的难点进行分析讨论。

(3) 诊疗计划:提出具体的检查和治疗措施安排。

4. 首次病程记录应高度概括,突出重点,不能简单重复入院记录的内容。抓住要点,有分析、有见解、充分反映出经治医师临床的思维活动情况。

二、首次病程记录格式

年-月-日,时:分

首次病程记录

病例特点:

初步诊断:

诊断依据:

鉴别诊断:

诊疗计划:

医师签名:

三、首次病程记录示例

2010-03-09, 19:00

首次病程记录

病例特点:

1. 老年男性, 原有高血压病史, 平时血压波动在 180 ~ 200/95 ~ 105mmHg。
 2. 发病急。3 小时前患者用力后突发胸骨后痛, 为针刺样, 且向左肩背部及上肢放射, 伴冷汗淋漓, 无恶心呕吐, 含化硝酸甘油片未见效。
 3. 体检: T 36.4℃, P 100 次/分, R 18 次/分, BP 108/80mmHg, 精神差。两肺呼吸音粗, 肺底部闻及细小水泡音, 心率 100 次/分, 心音低钝, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。
 4. ECG 示急性广泛性前壁心肌梗死。
- 初步诊断: 急性广泛前壁心肌梗死
心功能 2 级 (killip 分级)
高血压病 (3 级, 极高危)

诊断依据:

1. 原有高血压病史, 平时血压波动在 180 ~ 200/95 ~ 105mmHg, 突发胸骨后痛 3 小时。
2. 心率 100 次/分, 心音低钝, 双肺底闻及少许水泡音。
3. 心电图示急性广泛前壁心肌梗死。

鉴别诊断:

1. 心绞痛: 心绞痛的疼痛性质与心肌梗死相同, 但发作较频繁, 每次发作历时短, 一般不超过 15 分钟, 发作前常有诱发因素, 不伴有发热、白细胞增加、红细胞沉降率增快或血清心肌酶增高, 心电图无变化或有 S-T 段暂时性压低或抬高, 很少发生心律失常、休克或心力衰竭, 可资鉴别。
2. 急性心包炎: 尤其是急性非特异性心包炎, 可有较剧烈而持久的心前区疼痛, 心电图有 S-T 段和 T 波变化。但心包炎患者在疼痛的同时或以前, 已有发热和血白细胞计数的增高, 疼痛常于深呼吸和咳嗽时加重, 体检常可发现心包摩擦音, 病情一般不如心肌梗死严重, 心电图除 aVR 外, 其余导联均有 S-T 段弓背向下的抬高, 无异常 Q 波出现。
3. 急性肺动脉栓塞: 肺动脉大块栓塞常可引起胸痛、气急和休克, 但有右心负荷急剧增加的表现。如右心室急剧增大、肺动脉瓣区搏动增强和该处第二心音亢进、三尖瓣区出现收缩期杂音等。发热和白细胞增多出现也较早。心电图示电轴右偏, I 导联出现 S 波或原有的 S 波加深, III 导联出现 Q 波和 T 波倒置, aVR 导联出现高 R 波, 胸导联过渡区向左移, 右胸导联 T 波倒置等, 与心肌梗死的变化不同, 可资鉴别。
4. 急腹症: 急性胰腺炎、消化性溃疡穿孔、急性胆囊炎、胆石症等, 可有上腹部疼痛及休克, 可能与急性心肌梗死疼痛波及上腹部者混淆。但仔细询问病史和体格检查, 不难作出鉴别, 心电图检查和血清心肌酶测定有助于明确诊断。
5. 主动脉夹层动脉瘤: 以剧烈胸痛起病, 颇似急性心肌梗死。但疼痛一开始即达高峰, 常放射到背、肋、腹、腰和下肢, 两上肢血压及脉搏可有明显差别, 少数有主动

脉瓣关闭不全，可有下肢暂时性瘫痪或偏瘫。X线胸片示主动脉明显增宽，心电图无心肌梗死图形，可资鉴别。

诊疗计划：

1. I级护理。
2. 低盐、低脂流质饮食。
3. 吸氧、心电血压监护。
4. 抗血小板、抗凝、调脂、扩冠、改善心肌代谢。
5. 立即进行冠状动脉造影术准备，必要时行经皮冠状动脉腔内成形术及支架术。
6. 完善相关辅助检查、包括凝血四项、心梗三项等。
7. 动态观察心电图变化。

张××

第二节 日常病程记录书写要求及格式

一、日常病程记录书写要求

1. 日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。

2. 由经治医师书写，也可由实习医务人员或试用期医务人员书写并签名，但同时应有经治（执业）医师签名。

3. 日常病程记录书写的间隔时间依据患者的病情而定。病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少2天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少3天记录一次病程记录。会诊当天、输血当天、手术前一天、术后连续3天（至少有一次手术者查看患者的记录）、出院前一天或当天应有病程记录。

4. 日常病程记录的内容包括：

（1）患者自觉症状、情绪、心理状态、饮食、睡眠、大小便等情况。

（2）病情变化，症状、体征的变化，有无新的症状与体征出现，分析发生变化的原因；有无并发症及其发生的可能原因。对原诊断的修改或新诊断的确定，记录其诊断依据。

（3）重要的辅助检查结果及临床意义：辅助检查结果应记录在病程记录中；对重要的辅助检查的结果应分析其在诊断与治疗上的意义，尤其是对诊断、治疗起决定性作用的辅助检查结果，要及时进行记录和结果分析，并记录针对检查结果所采取的相应处理措施。

（4）采取的诊疗措施及效果，诊治工作的进展情况。记录各种诊疗操作的详细过程；重要医嘱的更改及其理由；会诊意见及执行情况；输血或使用血液制品情况，包括输血指征、输血种类、输血量、有无输血反应等。

（5）医师查房意见（能体现三级医师查房）、会诊意见等。

（6）近亲属及有关人员的反映、希望和意见，以及行政领导人所交代的重要事项。

(7) 向患者及其近亲属告知的重要事项等, 需要时可请患方签字。

5. 病程记录应根据每一病例的不同特点写出各自特有的临床表现、观察要点、治疗计划及效果。应重点突出, 简明扼要; 有分析, 有判断; 病情有预见, 诊疗有计划, 切忌记流水账。

二、日常病程记录格式

年-月-日 时: 分

日常病程记录的内容。

医师签名

三、日常病程记录示例

2010-03-16, 10:00

患者入院已两天, 病情稳定, 仍有低热, 关节肿痛未加重。根据患者表现为大关节游走性肿痛、血沉加快、皮下小结、心电图 ST-T 改变, 结合其他鉴别性化验检查均为阴性, 可以排除其他结缔组织疾病, 如类风湿性关节炎和系统性红斑狼疮。今开始使用抗风湿药物, 先口服阿司匹林 0.9g, tid, 注意消化道反应。若有高热时可合并使用强的松 10mg, tid。鉴于患者出现多个皮下小结, 嘱查 24 小时尿液尿酸定量及膝关节摄片, 以排除痛风症。

赵××/郑××

第三节 上级医师查房记录书写要求及格式

一、上级医师查房记录书写要求

1. 上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

2. 书写上级医师查房记录时, 第一行左顶格记录日期和时间, 居中记录查房医师的姓名、专业技术职务 (如某某主任医师查房记录)。上级医师自己书写病程记录时也应写明自己的姓名和专业技术职称。另起行空两格记录查房内容。

3. 上级医师首次查房记录应当在患者入院后 48 小时内完成, 内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

上级医师首次查房直接关系到患者整个的住院诊疗过程, 查房医师应认真、详细地询问病史; 既全面又有重点地进行查体, 所作出的诊断为患者本次住院的入院诊断 (病案首页上), 应对诊断、诊断依据、鉴别诊断进行分析、讨论, 提出有针对性的诊疗计划, 制定具体医嘱。不能雷同于首次病程记录。

4. 上级医师日常查房记录间隔时间视病情和诊治情况确定, 病危患者应每天一次、病重者 2~3 天一次、一般患者应每周 1~2 次。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

5. 对疑难、危重病例，必须有科主任或具有副主任医师及以上专业技术职务任职资格医师及时查房并记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。查房内容除要求解决医疗疑难问题外，应有教学意识并体现出当前国内外医学的新进展。

6. 上级医师包括主治医师、副主任医师和主任医师，查房记录体现了上级医师及医院的医疗水平，下级医师应如实详细地记录上级医师的查房情况，尽量避免“上级医师同意诊断、治疗”等无实质内容的记录，上级医师应及时修改审阅下级医师书写的查房记录。

二、上级医师查房记录格式

年-月-日 时: 分 ××主任医师查房记录
具体查房内容记录。

医师签名

三、上级医师查房记录示例

2010-03-12, 09:10 刘××主任医师查房记录

刘××主任医师今日查房询问病情基本同前。查体: T 37.5℃, P 90 次/分, R 18 次/分, BP 80/50mmHg。口唇无发绀, 双肺未闻及干、湿性啰音及胸膜摩擦音。心率 90 次/分, 律规整, 无异常搏动, 各瓣膜听诊区未闻及杂音, 心尖区第一心音极低, 余查体同前。患者系急性广泛性前壁心肌梗死, 急行经皮冠状动脉腔内成形术及支架术 (PTCA + Stent), 术后第 3 天, 目前仍处于低血压状态, 血压 80/55mmHg 左右。患者血压低考虑与下列几方面有关: (1) 急性广泛性前壁心肌梗死, 心脏射血能力急剧下降; (2) 血容量不足; (3) 神经反射引致周围血管扩张。其中 (1) 应为主要因素。现患者已无胸痛, 嘱停用硝酸酯类药物, 停用洛丁新 5mg, qd, 加用 706 代血浆 500ml, 复方丹参 20ml, 5% 葡萄糖 500ml, 参麦 60ml 静滴, 每日一次, 待血压恢复后, 可再考虑加用 ACEI 类制剂以改善心肌重塑, 应从小剂量开始, 密切观察心率, 血压等变化。

刘××/杨××

第四节 疑难病例讨论记录书写要求及格式

一、疑难病例讨论记录书写要求

1. 疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。

2. 疑难病例讨论记录的内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

3. 要记录每位发言人的具体发言内容, 不能只记综合意见, 报告病历部分的内容可以省略, 主持人应对疑难病例讨论记录进行审阅、修改并签名。

二、疑难病例讨论记录的格式

年-月-日 疑难病例讨论记录

讨论日期:

主持人(姓名及专业技术职务):

参加人员(姓名及专业技术职务):

讨论意见:

主持人小结意见:

主持人签名/书写医师签名

三、疑难病例讨论记录示例

2010-03-19, 14:00 疑难病例讨论记录

讨论日期: 2010-03-19, 10:00

主持人: 赵××主任医师

参加人员: 王××副主任医师, 张××主治医师, 住院医师陈××、刘××、郑××, 进修医师李××和实习医师多名。

讨论意见:

刘××住院医师: 患者赵××, 女, 65岁, 退休教师。患“胆石症”手术后7天, 因高热3天、昏迷1天于2010-03-17, 8:00入院。

患者右上腹反复绞痛发作, 伴寒战、发热10余年, 近复发并加重9天, 于2010年3月10日住当地县医院, 诊为“胆石症”、“慢性胆囊炎”。入院后第2天在硬膜外麻醉下行胆囊切除术。术中自胆囊内取出蚕豆大结石3块, 肝、胆管内未发现异常。术前曾化验血糖6.7mmol/L, 尿糖(-)。术后第5天因受凉出现鼻塞、咽痛, 持续高热达40℃, 并咳嗽及咳少量黄痰。患者恶心, 频繁呕吐, 呕出物为黄色液体。虽用抗生素但未见好转。近两天呼吸急促, 精神萎靡, 于昨日下午逐渐进入昏迷状态而转来我院。患者手术后即静脉点滴高渗葡萄糖及盐水, 近4~5天尿量较前明显增多, 每日2000~2500ml。患者既往无多饮、多尿史。

体格检查: T 39℃, P 110次/分, R 26次/分, BP 90/60mmHg。昏迷, 发育正常, 营养不良, 肥胖。皮肤黏膜干燥, 弹性差。眼球稍凹陷, 两侧瞳孔等大, 对光反射迟钝。两侧鼻唇沟对称。颈无强直, 气管居中。两肺下部可闻及中、小水泡音。心界不大, 各瓣膜区未闻及杂音, $A_2 > P_2$ 。腹平软, 右上腹手术切口愈合良好, 全腹无压痛, 肝在肋下2cm, 剑突下4cm, 质软, 脾肋下未触及。压眶及刺激四肢有疼痛反应, 肱二头、三头肌反射减弱, 巴彬斯基征(+)。眼底检查显示微血管扩张, 无水肿及出血。

实验室检查: WBC $16 \times 10^9/L$, N 0.90, L 0.10, 血钾4mmol/L, 血钠150mmol/L, CO_2CP 16mmol/L, 血糖34.4mmol/L, BUN 14.3mmol/L, 肝功能正常, 尿糖(++++) , 酮体(+), 尿蛋白(+), 管型少许, 脑脊液检查无异常。

(以上病历报告部分内容, 记录时可以省略)。

郑××住院医师: 患者临床表现的特点是: ①老年女性, 肥胖。②有感染的表现。

③血压低，有脱水表现。④血糖很高，尿糖（++++），酮体（+）。⑤有高血钠和氮质血症。⑥昏迷。根据患者发热、咳嗽、咳黄痰，双肺下部有湿啰音，白细胞总数和中性粒细胞均增高，尽管患者因昏迷而未做胸片，但可以肯定有肺部感染。至于昏迷的原因很多，最常见的有脑血管病、肝昏迷、中毒性脑病、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症等。我认为是糖尿病并发高渗性昏迷的可能性大，但也不能排除糖尿病并发酮症酸中毒和尿毒症所引起的昏迷。

张××主治医师：患者为老年肥胖女性，很可能为2型糖尿病。手术前空腹血糖已偏高，尽管未做糖耐量检查，仍然不能完全排除。在手术创伤的基础上，术后又输注大量高渗葡萄糖，胰岛素相对不足，使糖代谢发生紊乱而诱发高渗性昏迷。根据患者血钠、钾、血糖和尿素氮的浓度，经计算血浆渗透压为356mmol/L而尿酮体仅（+），高渗性非酮症性糖尿病昏迷的诊断能成立。这种患者血液中胰岛素浓度并不一定很低，脂肪代谢紊乱也较轻，所以酮体生成较少。由于糖的利用降低，蛋白质分解增加，再因血容量不足，肾脏血液灌注量减少，导致肾功能减退，引起血尿素氮升高。

王××副主任医师：我同意以上两位医师的分析。高渗性昏迷应与其他原因引起的昏迷鉴别。该患者可以排除以下几种昏迷：①脑血管意外引起的昏迷：这种昏迷常有高血压病史、偏瘫、眼底和脑脊液改变。而高渗性昏迷的特点是血糖和尿糖都很高，血糖33.3mmol/L以上，血液呈高渗状态，而尿和血中酮体不一定很高。该患者符合高渗性昏迷。②尿毒症昏迷：应有肾脏病和高血压病史。此患者虽也有肾功能减退和尿常规异常，主要是由于高渗性昏迷所引起，而非原发性肾病的表现。③肝昏迷：应有慢性肝病史和肝功能不同程度的损害，而该患者肝功能正常，虽有肝肿大，但手术中未发现肝硬化，脾也不大，可以排除肝昏迷。④中毒性脑病及脑膜炎也可引起昏迷，但除高热外其他表现都不支持。

赵××主任医师：同意以上各位医师的发言，该患者的诊断是：①高渗性非酮症性糖尿病昏迷。②急性肺部感染。③胆石症（手术后）。对患者的处理应注意以下几点：（1）每2~4小时查血糖一次，每日查血钠、钾、氯、CO₂CP及BUN一次。（2）胰岛素用小剂量为宜，这样可以防止血糖急骤下降。（3）纠正水、电解质紊乱及酸中毒。①补液可适当输注低渗液，如0.45%氯化钠，但应警惕可能诱发脑水肿及血管内溶血；②注意补钾；③患者CO₂CP 16mmol，可暂时不补碱，在纠正代谢紊乱过程中，代谢性酸中毒会得到改善和纠正；④如果血糖低于16.7mmol/L时，可应用5%葡萄糖液并加入胰岛素。（4）选用有效抗生素控制感染。（5）严密观察病情，以防止发生脑水肿及休克等并发症。

赵××/陈××

第五节 交（接）班记录书写要求及格式

一、交（接）班记录书写要求

1. 交（接）班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和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。

2. 交班记录应当在交班前由交班医师书写完成，内容包括入院日期、交班日期、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、交班注意事项、医师签名等。

交班记录应简明扼要地记录患者的主要病情及诊治经过，以供接班医师了解情况，便于诊疗工作的连续进行。计划进行而尚未实施的诊疗方案，患者目前的病情和存在的问题，今后的诊疗意见，解决方法和其他注意事项等，也应详细记录。

3. 接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成，内容包括入院日期、接班日期、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、接班诊疗计划、医师签名等。

接班记录在复习病史和有关资料的基础上，重点询问相关病史和体格检查，力求简明扼要，避免过多重复，着重书写今后的诊断、治疗的具体计划和注意事项。

二、交（接）班记录格式

（一）交班记录的格式

年-月-日，时：分 交班记录

姓名、性别、年龄，因何主诉于×年×月×日×时入院。

入院情况：

入院诊断：

诊疗经过：

目前情况：

目前诊断：

交班注意事项：

医师签名：

（二）接班记录格式

年-月-日，时：分 接班记录

姓名、性别、年龄，因何主诉于×年×月×日×时入院。

入院情况：

入院诊断：

诊疗经过：

目前情况：

目前诊断:

接班诊疗计划:

医师签名:

三、交（接）班记录示例

（一）交班记录示例

2010-03-06, 11:00

交班记录

患者吴××, 男, 53岁。因胸闷3天, 持续性胸骨后疼痛4小时于2010年2月23日9点急症入院。

入院情况: T 36.4℃, P 92次/分, R 20次/分, BP 106/80mmHg。神志清, 口唇轻度发绀。两肺未闻及干、湿性啰音。心界略向左下扩大, 心率90次/分, 心律不规整, 可闻及早搏10~14次/分, 第一心音明显减弱, $A_2 > P_2$, 心尖部闻及3/6级吹风样收缩期杂音, 向左腋下传导。肝右肋下0.5cm, 质软, 无触痛, 脾脏未触及。双下肢无水肿。ECG显示 $V_1 \sim V_4$ 有病理性Q波, S-T段弓背型明显抬高, 多发多源性室性早搏。GOT 96U。

入院诊断: 急性广泛前壁心肌梗死、心律失常(多发多源性室性早搏)。

诊疗经过: 入院后除绝对卧床休息, 氧气吸入, 给镇静、降脂、扩张冠状动脉等药物外, 曾用利多卡因50mg静脉推注, 然后以1.2~2mg/分静脉持续滴注3天, 同时给能量合剂, 早搏基本控制, 血压稳定。近1周复查ECG显示S-T段已恢复到等电位线, $V_1 \sim V_4$ 仍有病理性Q波, T波倒置加深, 呈冠状T波, 节律规整。GOT已正常。

目前情况: BP 124/80mmHg, 一般情况较好, 心率80次/分, 律整, 心音有力, $A_2 > P_2$, 心尖部闻及3/6级吹风样收缩期杂音, 有收缩中、晚期喀喇音。肝右肋下0.5cm, 剑突下1cm, 质软。脾脏未触及。双下肢无水肿。

目前诊断: 急性广泛性前壁心肌梗死。

交班注意事项:

1. 患者今日起开始下床活动, 应适当掌握活动量, 避免劳累。
2. 注意血压及ECG改变。
3. 已申请做超声心动图和心功能检查, 但日期尚未定。
4. 患者对青霉素过敏, 请注意。

李××

（二）接班记录示例

2010-03-06, 15:00

接班记录

吴×, 男, 53岁。因胸闷3天, 持续性胸骨后疼痛4小时于2010年2月23日9点急症入院。

入院情况: T 36.4℃, P 92次/分, R 20次/分, BP 106/80mmHg。神志清, 口唇轻度发绀。两肺未闻及干、湿性啰音。心界略向左下扩大, 心率90次/分, 心律不规整, 可闻及早搏10~14次/分, 第一心音明显减弱, $A_2 > P_2$, 心尖部闻及3/6级吹风样收缩期杂音, 向左腋下传导。肝右肋下0.5cm, 质软, 脾脏未触及。双下肢无水肿。ECG显

示 $V_1 \sim V_4$ 有病理性 Q 波, S-T 段弓背型明显抬高, 多发多源性室性早搏。GOT 96U。

入院诊断: 急性广泛前壁心肌梗死、心律失常 (多发多源性室性早搏)。

诊疗经过: 入院后除绝对卧床休息, 氧气吸入, 给镇静、降脂、扩张冠状动脉等药物外, 曾用利多卡因 50mg 静脉推注, 然后以 1.2~2mg/分静脉持续滴注 3 天, 同时给能量合剂, 早搏基本控制, 血压稳定。近 1 周复查 ECG 显示 S-T 段已恢复到等电位线, $V_1 \sim V_4$ 仍有病理性 Q 波, T 波倒置加深, 呈冠状 T 波, 节律规整。GOT 已正常。

目前情况: T 36.8℃, P 80 次/分, R 16 次/分, BP 124/80mmHg。一般情况较好, 心率 80 次/分, 律整, 心音有力, $A_2 > P_2$, 心尖部闻及 3/6 级吹风样收缩期杂音, 并有收缩中、晚期喀喇音, 肝右肋下 0.5cm, 剑突下 1cm, 质软, 无叩触痛。脾脏未触及。双下肢无水肿。

目前诊断: 急性广泛性前壁心肌梗死。

接班后诊疗计划:

1. 继续用降血脂、扩张冠状动脉、营养心肌等药物, 注意血压变化, 定期复查 ECG。
2. 患者疑有乳头肌功能失调及二尖瓣脱垂, 抓紧时间联系超声心动图、心功能检查, 以明确诊断。
3. 随病情恢复可逐渐增加活动量。
4. 患者对青霉素过敏, 已对医护人员说明。

王 × ×

第六节 转科记录书写要求及格式

一、转科记录书写要求

1. 转科记录是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。包括转出记录和转入记录。

2. 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)。内容包括入院日期、转出日期, 转出科室, 转入科室, 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、医师签名等。

转出记录应特别注意交代清楚患者当前的病情和治疗及转科时需注意事项。患者转科后尚需继续进行的本科治疗项目也应详细交代, 以防转科之际发生病情突变或治疗脱节。有本科特殊治疗者 (如洋地黄制剂、化疗、胰岛素等) 需特别交代其继续治疗的要求与注意事项; 患者心理状况如有特殊情况 (如悲观失望、有自杀倾向等) 也应交代。

3. 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、转出科室、转入日期, 转入科室, 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、转入诊疗计划、医师签名等。

转入记录扼要记录患者转科原因、转科前的病情、转入时的病情，应将重点放在转入所属专科的病史和体检上，并制定出转入后的具体诊疗计划。不能简单抄袭转出记录。

4. 同一专业间患者转科主管医师不变时（如先天性室间隔缺损的手术患者由心外科→心外ICU→心外科），不用书写转科记录；不同专业间患者转科主管医师有变更时（如普外科→外科ICU→普外科），应书写转科记录。

二、转科记录格式

（一）转出记录格式

年-月-日，时:分 转出记录

患者姓名、性别、年龄。因何主诉于×年×月×日×时入住×科。现转入××科。

入院情况：体检的主要阳性体征和实验室检查结果。

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：

医师签名：

（二）转入记录的格式

年-月-日，时:分 转入记录

患者姓名、性别、年龄。因何主诉于×年×月×日×时入住×科。因何种原因何时由×科转入×科。

入院情况：体检的主要阳性体征和实验室检查结果。

入院诊断：

诊疗经过：

目前情况：

目前诊断：

转入诊疗计划：

医师签名：

三、转科记录示例

（一）转出记录示例

2010-03-09, 10:00 转出记录

谢某，男，60岁。因间歇性上腹部痛10年，加重伴消瘦3个月于2010年2月28日入住我院消化科，现转入胃肠外科。

入院情况：体温、脉搏、呼吸、血压均正常。发育正常，营养不良，慢性病容，神志清晰。皮肤黏膜苍白，锁骨上淋巴结未触及。心肺无异常发现。腹平软，上腹中部有局限性压痛，无反跳痛，肝、脾肋下未触及。肾区无叩击痛。实验室检查：Hb 90g/L，

RBC $3.2 \times 10^{12}/L$, WBC $5.7 \times 10^9/L$, N 0.6, L 0.39, E 0.01, 大便潜血 (+)。

入院诊断: 消化道出血

胃癌?

胃溃疡?

诊疗经过: 入院后给予奥美拉唑, 氨基酸等药物治疗, 病情无好转。大便潜血持续阳性。3天前做胃镜检查发现胃窦部有 $1.2\text{cm} \times 0.5\text{cm}$ 的溃疡, 边缘不规则, 基底部呈结节状隆起, 有血性渗出, 经病理检查证实为腺癌, 其他部位胃黏膜呈萎缩性胃炎的表现。经B超、X线胸片等检查, 目前未发现身体其他部位有癌肿转移性表现, 今日上午请胃肠外科李××医师会诊, 同意转外科手术治疗。

目前情况: 患者自觉恶心、食欲差、乏力, 体温、脉搏、呼吸、血压均正常, 营养不良。皮肤黏膜苍白, 锁骨上淋巴结未触及。心肺无异常发现。上腹中部有局限性压痛。大便潜血 (+)。

目前诊断: 上消化道出血

胃癌 (腺癌, 溃疡型)

转科目的及注意事项: 手术治疗胃癌。应注意患者营养状况较差, 年龄较大, 心脏功能等。可对恶心等症状进行对症处理。

任××

(二) 转入记录示例

2010-03-09, 14:00

转入记录

谢某, 男, 60岁。因间歇性上腹部痛10年, 加重伴消瘦3个月, 于2010年2月28日收住消化科。经胃镜和病理检查证实为胃癌, 患者同意手术于2010年3月9日10:20由消化科转入胃肠外科。

入院情况: 患者间歇性上腹部痛10年, 加重伴消瘦3个月入院。体检发现上腹中部局限性压痛。实验室检查: Hb $90\text{g}/L$, RBC $3.2 \times 10^{12}/L$, WBC $5.7 \times 10^9/L$, 大便潜血 (+)。

入院诊断: 消化道出血

胃癌?

胃溃疡?

诊疗经过: 经内科保守治疗病情无好转, 3天前经胃镜证实为胃癌 (腺癌、溃疡型)。

目前情况: 患者自检查胃镜后, 出现咽痛, 恶心较前明显。体检: 心脏偶尔闻及早搏, 上腹部未触及包块, 局限性压痛, 无反跳痛, 肝、脾肋下未触及。肾区无叩击痛。其他同转科前所述。

目前诊断: 上消化道出血

胃癌 (腺癌, 溃疡型)

诊疗计划: 完善术前相关检查, 认真做好术前讨论, 择期手术治疗胃癌。因患者年龄偏大, 注意观察生命体征变化, 注意加强营养支持。

张××

第七节 阶段小结书写要求及格式

一、阶段小结书写要求

1. 阶段小结是指患者住院时间较长,由经治医师每月所作的病情及诊疗情况的总结。

2. 阶段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、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

阶段小结重点是入院后至本阶段小结时患者的病情演变、诊疗过程及其结果、目前病情、治疗措施以及今后准备实施的诊疗方案等。

3. 交(接)班记录、转科记录可代替阶段小结。

二、阶段小结格式

年-月-日,时

阶段小结

患者姓名、性别、年龄。因何主诉于×年×月×日×时入院。

入院情况:

入院诊断:

诊疗经过:

目前情况:

目前诊断:

诊疗计划:

医师签名:

三、阶段小结示例

2010-03-30, 10:00

阶段小结

谢某,男,60岁,因间歇性上腹部痛10年,加重伴消瘦3个月于2010年2月28日入院。

入院情况:营养不良,慢性病容,神志清晰。皮肤黏膜苍白,锁骨上淋巴结未触及。心肺无异常发现。腹平软,上腹中部有局限性压痛,无反跳痛,肝、脾肋下未触及。肾区无叩击痛。实验室检查:Hb 90g/L, RBC $3.2 \times 10^{12}/L$, WBC $5.7 \times 10^9/L$, N 0.6, L 0.39, E 0.01, 大便潜血(+).

入院诊断:消化道出血

胃癌?

胃溃疡?

诊疗经过:入院后给予奥美拉唑,氨基酸等药物治疗,病情无好转。大便潜血持续阳性。2010年3月21日做胃镜检查发现胃窦部有1.2cm×0.5cm的溃疡,边缘不规则,

基底部呈结节状隆起，有血液渗出，经病理检查证实为腺癌。经B超、X线胸片等检查，目前未发现身体其他部位有癌肿转移性表现。3月23日转普外科。3月26日行胃癌根治术（毕Ⅰ氏），病理报告为腺癌，手术前、后给予营养支持治疗及对症处理。术后患者发热，考虑腹腔感染。术后应用头孢曲松、替硝唑，效果欠佳。

目前情况：患者一般情况较好，轻度贫血貌，营养一般。体温38.9℃。心肺检查无异常发现，刀口无红肿、渗血。

目前诊断：消化道出血

胃癌（腺癌，溃疡型）

诊疗计划：根据药敏结果，调整抗生素种类；加强营养支持；间断给予白蛋白。

王××

第八节 抢救记录书写要求及格式

一、抢救记录书写要求

1. 抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时所作的记录。
2. 抢救记录的内容包括患者病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。
3. 记录抢救时间应当具体到分钟。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。
4. 抢救记录由参加抢救的执业医师书写。按时间顺序详细记录病情变化及所采取的具体措施，如药物治疗、气管插管、呼吸机的使用、心脏复苏、除颤器的使用等。要详细记录参加抢救的医师及护理人员的姓名及职称，尽量记录在现场的患者亲属姓名及关系，以及他们对抢救的意愿、态度和要求。
5. 如抢救失败患者死亡，应动员其近亲属做尸解，尤其对医患双方当事人不能确定死因或对死因有异议者，医师应向死者近亲属告知尸解对尸体保存的要求、尸解的目的等，签署尸解同意书。若死者近亲属拒绝尸解及拒签同意书，告知医师应如实将告知的情况及近亲属的意见记录在病历上。

二、抢救记录格式

年-月-日，时:分 抢救记录
抢救过程记录。

医师签名

三、抢救记录示例

2010-03-09 19:00 抢救记录

17:05 患者去厕所大便后，喘憋突然加重，脉搏微弱，咳粉红色泡沫样痰，双肺布满喘鸣音，心音低钝，立即给予速尿20mg、喘啖0.25g、地塞米松5mg静推，病情无好

转,于17:14呼吸停止,立即给予可拉明0.375g静推,无效,家属拒绝气管插管并签署知情同意书,给面罩加手压气囊辅助呼吸,并给可拉明1.875g加入液体持续静滴,接心电监护呈室颤,立即予以胸外心脏按压,准备好除颤器后给予300J电除颤,无效,给肾上腺素1mg静推,利多卡因75mg静推后,再次300J电除颤,仍无效,很快出现心电静止,继续胸外心脏按压,辅助通气,重复静推肾上腺素等药,心电监护持续直线,抢救35分钟无效,于17:40临床死亡。王××主任医师、高××主治医师、李××住院医师、王××主管护师、张××护士参加了抢救。患者儿子抢救时在场,对死因及抢救治疗措施无异议,不同意做尸解。

王××/高××

第九节 有创诊疗操作记录书写要求及格式

一、有创诊疗操作记录书写要求

1. 有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作,包括介入诊疗、临床常用诊疗技术(如胸膜腔穿刺、腹腔穿刺)等的记录。

2. 有创诊疗操作记录内容包括操作名称、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。

操作步骤按照《临床操作技术规范》进行操作和记录。如记录穿刺时患者的体位和注意事项,穿刺部位和定位依据,消毒的方法、步骤和范围,麻醉药品种类、浓度、用量和麻醉方法,穿刺进针的方向和深度,抽取的标本量、外观性状和送检项目,退出穿刺针后的处理,穿刺操作后的生命体征观察以及向患者交代的注意事项。

3. 有创诊疗操作记录应当在操作完成后即刻书写。可另立单页,也可在病程中记录。

二、有创诊疗操作记录的格式

年-月-日,时:分 ××操作记录

操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况,过程是否顺利、有无不良反应,术后注意事项及是否向患者交待的注意事项。

操作医师签名

三、有创诊疗操作记录示例

2010-03-10, 15:30

腰椎穿刺术记录

15:00,患者左侧卧位于硬板床上,背部与床面垂直,屈颈抱膝。选腰椎3~4间隙为穿刺点做好标记。常规消毒皮肤后戴无菌手套、盖洞巾,用2%利多卡因2ml自皮肤到椎间韧带做逐层局部麻醉。左手固定穿刺点皮肤,右手持穿刺针垂直于背部、针尖稍斜向头部的方向刺入,进针深度约5cm,有阻力突然消失落空感。将针芯缓慢抽出,可

见脑脊液滴出。接测压管，脑脊液压力为 196mmH₂O。取下测压表，用无菌试管接脑脊液 4ml，插入针芯，拔出穿刺针，覆盖消毒纱布，用胶布固定。嘱去枕平卧 4~6 小时，以免引起术后低颅压头痛。裸眼观察脑脊液清亮透明，无色，送检做脑脊液常规。操作顺利，术中患者无不适。

张 × ×

第十节 会诊记录书写要求及格式

一、会诊记录书写要求

1. 会诊记录（含会诊意见）是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和会诊意见记录。

2. 申请会诊记录应当简要载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。

3. 会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。

常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后 24 小时内完成，急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后 10 分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。

4. 申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

5. 会诊记录应另页书写。

二、会诊记录格式（表格）

× × 医院	
会 诊 记 录	病历号：
科室： _____	
会诊类型： <input type="checkbox"/> 急会诊 <input type="checkbox"/> 普通会诊 <input type="checkbox"/> 多学科会诊 <input type="checkbox"/> 指名会诊 <input type="checkbox"/> 请外院会诊	
姓名 _____ 病室 _____ 床号 _____ 申请时间： 年 月 日 时 分 患者病情及诊疗经过、申请会诊的理由及目的：	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 被邀会诊科别 _____ 被邀请医师 _____ </div> <div> 申请会诊科别 _____ 申请会诊医师 _____ </div> </div>	
会诊意见： _____ 会诊时间： 年 月 日 时 分	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div> 会诊科室 _____ 会诊医师 _____ 外院会诊医师所在医疗机构名称 _____ </div> </div>	

三、会诊记录示例

× × 医院

科室: **会 诊 记 录** 病历号: 100220

会诊类型: ☒ 急会诊 ☐ 普通会诊 ☐ 多科会诊 ☐ 指名会诊 ☐ 请外院会诊

姓名 李×× 病室 5 床号 20 , 申请时间: 2010-03-10, 11:20

患者病情及诊疗经过、申请会诊的理由及目的:

患者因多饮、多食、多尿、消瘦 4 年, 血糖 11.1mmol/L, 诊断为糖尿病 (II 型), 经治疗后目前血糖降至 7.77mmol/L, 尿糖及酮体 (-)。今晨 5 点患者感右下腹痛, 伴恶心, 体温 38.5℃, 倦怠, 痛苦表情。心肺无异常。腹平坦, 肝脾未触及, 右下腹肌较紧张, 有明显压痛及反跳痛。WBC $21 \times 10^9/L$, N 0.86, 拟诊为急性阑尾炎。请协助诊断和处理。

此致

被邀会诊科别 普外科 被邀请医师 _____

申请会诊科别: 内分泌科

申请会诊医师: 王××

会诊意见:

会诊时间: 2010-03-10, 11:30

病史已复习。患者于 6 小时前突感右下腹痛。体温 38.5℃。体检: 一般情况尚好。右下腹肌紧张, 麦氏点有明显压痛及反跳痛, 肝浊音界存在。

处理意见:

(1) 同意贵科诊断: 急性阑尾炎。

(2) 目前患者糖尿病病情已控制, 同意转入我科准备行阑尾切除术, 但术中、术后仍请贵科协助治疗糖尿病。

谢邀

会诊科室: 普外科 会诊医师: 张××

外院会诊医师所在医疗机构名称: _____

第 页

第十一节 术前小结书写要求及格式

一、术前小结书写要求

1. 术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。
 2. 择期手术必须有术前小结，一般应在术前 24 小时内完成；急危手术可免写术前小结，但术前小结的相关内容应记录在首次病程记录中。
 3. 术前小结内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况。书写时应注意：
 - (1) 简要病情应简要记录病史、重要阳性及阴性体征、有意义的辅助检查结果。
 - (2) 手术指征要列出进行手术的理由，不能简单地把病名作为手术指征。
 - (3) 注意事项：应记录术前准备情况、术中注意及术后处理等。
- ①术前准备情况：如常规化验检查和特殊检查结果；备皮及某些专科的手术区局部准备之要求；血型及备血数量；皮肤过敏试验（青霉素、普鲁卡因等过敏试验）；术前用药及术中或术毕所需要应用的特殊物品；是否已签订手术、快速冰冻等协议书；重大手术、疑难手术、新开展的手术、请外院医师会诊的手术等是否审批备案等。
- ②术中注意：依手术中解剖部位的不同而注意手术操作中可能出现的副损伤，如甲状腺次全切除手术中应注意喉上神经、喉返神经及甲状旁腺的保护，注意止血等。肿瘤外科除了要遵循一般外科手术原则外，尚需有严格的无瘤观念，避免肿瘤播散。
- ③术后处理：主要写出术后可能出现的并发症的观察和处理办法，各种引流管和生命体征的观察等。

二、术前小结的书写格式

年-月-日，时 术前小结

简要病情：

术前诊断：

手术指征：

拟施手术名称和方式：

拟施麻醉方式：

注意事项：

手术者术前查看患者相关情况：

医师签名：

三、术前小结示例

2010-03-13, 11:00 术前小结

简要病情：患者王××，女，42岁，因大便习惯改变半年，伴大便带血1个月余于2010年3月10日入院。

入院时患者生命体征平稳，心肺查体未见异常，腹部平坦，腹软，腹部无压痛及反跳痛，未触及肝脾，腹部未触及包块。呈鼓音，移动性浊音阴性，肠鸣音 2~3 次/分，未闻及血管杂音。膝胸卧位直肠指诊：肛周皮肤色泽正常，无脓血黏液等，未见肛裂及痔核，进指后括约肌紧张度正常，无明显触痛，进指约 7cm 于直肠 10~2 点位置可触及质硬肿块，表面凹凸不平，活动度差，肿块上缘触诊不清，退指后指套有少许鲜血。大便潜血阳性；腹部 CT 示直肠壁局部增厚，肠周界限清楚；腹部 B 超示肝、胆、胰、脾未见异常；肠镜并病理检查示直肠腺癌。

术前诊断：直肠癌。

手术指征：直肠癌诊断明确，手术切除为其主要治疗手段，相关辅助检查显示无明显手术禁忌。患者中年，一般情况可，应行根治术。

手术方式：直肠癌根治术。

麻醉方式：气管插管全麻。

注意事项：术前备血、备尿管、尿袋，插胃管，准备肠道，术前 30 分钟静滴抗生素，术中 5-Fu 化疗，术中备吻合器、闭合器。术中根据探查情况调整术式，术中注意仔细分离周围组织，减少出血，避免损伤重要器官及血管，充分引流。已向患者及家属交代病情，讲明手术的必要性和风险性，患者及家属同意手术，对可能出现的危险表示理解，已签署手术、化疗、输血同意书。手术定于 2010-03-14，8:00 进行。

手术者靖××副主任医师已查看患者。患者一般情况可，腹部未触及包块，肛诊检查同前。根据患者病史、体格检查及辅助检查结果，支持直肠癌诊断。无手术禁忌，准备手术。

靖××/王××

第十二节 术前讨论记录书写要求及格式

一、术前讨论记录书写要求及格式

1. 术前讨论记录是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，对拟实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。

2. 术前讨论记录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、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者签名等。

3. 术前讨论应全面、具体。围绕术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施进行讨论；必要时请护士长参加，提出术后护理应注意的事项及护理要求。要体现出对病情的整体分析，对疾病的认识及讨论后所决定的手术方法。术前准备情况包括患者术前的身体状况，术前必要的各项检查结果，以及各种影响手术的不利因素的控制情况（如感染、高血糖等），不能泛泛注明“术前准备已完成”。

要针对患者病情，讨论可实施的各种治疗方案（包括手术方法）的优缺点，最终选择一种较为适宜患者的手术方法。手术方案应明确具体，要充分记录术中可能出现的

意外情况并制订详细的防范措施。

4. 要详细记录每个人的具体发言内容,不能只记综合意见。参加手术的医师(术者、助手)必须参加术前讨论,主持人应对术前讨论记录审阅修改并签名。

5. 术前讨论记录应在术前 72 小时内完成。

二、术前讨论记录格式

年-月-日,时 术前讨论记录

讨论日期:

讨论地点:

主持人(姓名+专业技术职称):

参加人员(姓名+专业技术职称):

讨论内容: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等,要记录每个人的具体发言内容,不能只记综合意见。

主持人小结:

主持人签名/记录医师签名

三、术前讨论记录示例

2010-03-12, 11:00 术前讨论记录

讨论时间:2010-03-12, 09:00

讨论地点:胃肠外科医师办公室

主持人:李××主任医师

参加人员:刘××主任医师、郭××主任医师、靖××副主任医师、李××主治医师、王××住院医师、朱××进修医师。

讨论内容:

王××住院医师:汇报病例(略)。

李××主治医师:患者中年女性,病史较为典型,肛诊可触及直肠质硬肿物,影像学检查发现直肠占位,结肠镜发现距肛门 8~12cm 直肠见一肿物,占据 1/3 管腔,表面糜烂,溃疡形成,质脆,病理示直肠腺癌,诊断明确,患者也未发现手术禁忌证。根据肿瘤距肛缘的位置,手术保留肛门的可能性较大,目前患者已进行充分的手术前准备,手术方式拟行低位直肠前切除术。

靖××副主任医师:全直肠系膜切除术可明显降低局部复发率。近年来保留盆腔自主神经的全直肠系膜切除术可更好地提高生活质量,较好保留患者的泌尿功能和性功能。该患者术前检查显示无明显肿瘤外侵及淋巴结转移征象,且距肛缘 5cm 以内的肿瘤在临床上才会有显著的侧方淋巴结转移,因此,术中行扩大的盆腔侧方淋巴结清扫的可能性较小。患者肿瘤距肛缘约 7cm,需应用双吻合器技术行低位直肠前切除手术,但因肿瘤位置较低,行低位直肠前切除手术后,其吻合口漏的几率增大,需向家属讲明。

刘××主任医师:同意以上医师的意见,全直肠系膜切除术的手术原则是切除直肠和完整的直肠系膜组织,术中应于直视下用电刀在骶前筋膜的脏层与壁层之间锐性游

离, 注意保证两层筋膜的完整性, 可有效减少出血, 获得良好清晰的术野, 并较好的保护盆腔自主神经。关于扩大的盆腔侧方淋巴结清扫术理论上可彻底清除侧方淋巴结的转移通路, 降低局部复发率, 但是临床上并未获得充分的循证医学证据。

郭××主任医师: 同意以上医师的意见, 自 Heald 提出全直肠系膜切除术以来, 已成为直肠癌手术治疗的金标准, 显著降低了患者的局部复发率。术中注意保护盆腔自主神经, 避免泌尿功能和性功能障碍的发生, 必要时可行直肠成形术改善患者排便功能, 提高患者术后的生活质量。患者 CT 检查示肠壁局部增厚, 未侵及周围组织, 无明显淋巴结转移征象, 根据 Theni 的报道, 可初步判断其术前放射学分期为Ⅱ期, 若应用内镜超声技术则可更准确显示肿瘤侵犯层次。

李××主任医师: 同意以上医师的意见, 患者术前检查尽管较为充分, 显示肿瘤主要为局部浸润, 未发生远处转移, 但存在腹腔及肝脏微小转移的可能, 术中应仔细探查, 并根据术中发现的情况调整手术方式。若术中发现肝脏转移, 肝转移灶能够一期切除, 则可同时实施肝转移灶切除术, 因为循证医学证据表明切除直肠肿瘤的同时切除肝脏转移灶可明显提高患者的生存率, 但同时手术并发症的发生率也有所上升。若术中发现肿瘤较大、明显外侵或肿瘤远端游离不充分则宜行经腹会阴联合切除术; 若肿瘤已广泛腹腔内转移, 则只能实施姑息性手术。大家意见基本统一, 决定如下:

患者诊断明确, 术前准备已较为充分, 有手术指征, 无明显手术禁忌, 根据讨论意见拟实施低位直肠前切除术, 并根据术中探查情况调整术式。手术安排在3月13日8点进行, 由靖××副主任医师为手术者。

李××/王××

第十三节 手术记录书写要求及格式

一、手术记录书写要求

1. 手术记录是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的特殊记录, 应当在术后24小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时, 应有手术者签名。

2. 手术记录应当另页书写, 内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术指导者、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

严格按照《临床技术操作规范》进行手术和记录。手术经过、术中出现的情况及处理应记录以下内容:

(1) 术时患者体位, 皮肤消毒方法, 消毒巾的铺盖, 切口部位、方向、长度、解剖层次及止血方式。

(2) 探查情况及主要病变部位、大小、与邻近器官或组织的关系; 肿瘤应记录有无转移、淋巴结肿大等情况。如与临床诊断不符合时, 更应详细记录。

(3) 手术的理由、方式及步骤, 应包括离断、切除病变组织或脏器的名称范围,

修补重建组织与脏器的名称，吻合口大小及缝合方法，缝线名称及粗细号数；引流材料的名称、数目和放置部位，吸引物的性质及数量；使用的人体置入物及各种特殊物品的名称、型号、数量、厂家等（术后将其标示产品信息的条形码贴入病历）。手术方式及步骤必要时绘图说明。

(4) 术毕敷料及器械的清点情况。

(5) 送检化验。培养、病理标本的名称及病理标本的肉眼所见情况。

(6) 术中患者耐受情况，失血量，术中用药，输血量，特殊处理和抢救情况。

(7) 术中麻醉情况，麻醉效果是否满意。

(8) 如改变原手术计划，术中更改术式、需增加手术内容或扩大手术范围时，需阐明理由，并告知患方，重新签署手术同意书后方可实施新的手术方案。

3. 手术记录由手术者书写并签名；特殊情况下由第一助手书写时，必须有手术者审阅签名（包括外请专家手术时）。

4. 一台手术需由多个科室、多名手术者完成时，由手术者分别书写所做手术的手术记录，不能由一名手术者全部书写。

二、手术记录格式

手术记录

患者姓名、性别、科室、病房、床号、病历号。

手术日期：

术前诊断：

术中诊断：

手术名称：

手术指导者、手术者及助手姓名：

麻醉方法：

手术经过、术中发现的情况及处理：

手术者签名：

记录日期：



附：表格式手术记录

× × 医院

科室：_____

手 术 记 录

病历号：_____

患者姓名		性别		年龄		病室		床号	
手术日期				手术时间					
术前诊断									
术中诊断									
手术名称							麻醉方法		
手术指导者		手术者		助手					
手术经过、术中发现的情况及处理：									
手术者签名				记录日期					

第 页

三、手术记录示例

× × 医院

科室：胃肠外科

手 术 记 录

病历号：100010

患者姓名	王 × ×	性别	女	年龄	42 岁	病室	3	床号	6
手术日期	2010 - 03 - 13			手术时间		08:00 ~ 10:30			
术前诊断	直肠癌								
术中诊断	直肠癌								
手术名称	直肠癌根治术				麻醉方式		气管插管全麻		
手术指导者	无	手术者	靖 × ×		助手	王 × ×、朱 × ×			
<p>手术经过、术中发现的情况及处理：</p> <p>气管插管麻醉成功后患者取截石位，常规消毒、导尿，铺无菌巾，贴切口保护膜，取下腹部正中切口，自脐上 3cm 绕脐至耻骨联合，逐层切开皮肤、皮下组织、白线和腹膜，保护切口。洗手探查：腹腔内未见有腹水及分泌物，肝脏质软，未触及明显结节，胆囊张力不大，未触及结石，脾脏无异常，胰腺、胃及小肠无异常，回盲部、升结肠、结肠肝曲、横结肠、结肠脾曲、降结肠及乙状结肠均无异常，腹主动脉旁及肠系膜下动脉周围无肿大淋巴结，子宫、双侧卵巢及盆底无转移结节。直肠肿瘤位于腹膜返折水平，约 4cm × 3cm × 3cm 大小，未侵及浆膜。提起乙状结肠，显露并清扫肠系膜下血管根部，分别切断并结扎肠系膜下动静脉。自左右两侧切开盆底腹膜并于直肠子宫陷窝处会合，乙状结肠中下段切除离断乙状结肠，乙状结肠近断端行荷包缝合，置入直径 33mm 吻合器抵针座并收紧荷包缝合线。电刀沿骶前间隙向下锐性游离直肠系膜至盆膈水平，靠近骨盆壁处电刀离断两侧直肠侧韧带，保持直肠系膜完整，注意保护两侧盆腔自主神经和双侧输尿管。沿直肠阴道间隙向下游离直肠前壁。远端直肠游离至肿瘤下缘远处约 5cm 并切断该处直肠系膜，距肿瘤下缘约 3cm 处以弧形切割闭合器闭合并切断远端直肠，移去标本。大量稀碘伏溶液冲洗远端残留直肠，充分扩肛，经肛门置入直径 33mm 吻合器，于远端直肠闭合线处旋出吻合器穿刺杆并与吻合器抵针座衔接，旋至适当刻度，击发，取出吻合器，检查上下切缘完整，吻合口通畅，无张力，血运好，可吸收线间断加固缝合吻合口。经肛门置入肛管至超过吻合口上约 5cm 并固定。大量 43℃ 温蒸馏水冲洗术野，骶前放置引流管一根，自腹壁戳洞引出并固定。缝合关闭盆底腹膜，再次检查无出血，清点手术用品无误，逐层关腹。</p> <p>手术顺利，出血约 100ml，未输血，输液 1500ml。术中麻醉满意，生命体征平稳，术毕患者清醒，安返病房，切除标本送病理检查。</p>									
手术者签名	靖 × ×			记录日期		2010 - 03 - 13, 15:30			

第十四节 术后首次病程记录书写要求及格式

一、术后首次病程记录书写要求

1. 术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。
2. 术后首次病程记录内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项及向患方告知手术情况等。

二、术后首次病程记录的格式

年-月-日, 时:分 术后首次病程记录

术后首次病程记录的具体内容。

医师签名:

三、术后首次病程记录示例

2010-03-13, 13:30

术后首次病程记录

患者术前诊断为直肠癌, 今日 8:00 在气管插管全麻下手术, 术中探查腹腔内无腹水, 腹腔及盆腔内无明显转移结节, 直肠肿瘤位于腹膜返折水平, 约 4cm × 3cm × 3cm 大小, 术中诊断直肠癌。保留盆腔自主神经行低位直肠癌前切除术, 骶前放置引流管一根, 自腹壁戳洞引出。术中出血约 100ml, 未输血, 输液 1500ml。回病房时 BP 125/89mmHg。术后继续补液 2000ml, 继续胃肠减压, 注意引流物的性状和量, 注意血压、脉搏及刀口出血渗血等。已将手术情况告知患者及亲属。明晨抽血查有关生化指标。

王 × ×

第十五节 麻醉术前访视记录书写要求及格式

一、麻醉术前访视记录书写要求

1. 麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前, 由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页。
2. 麻醉术前访视记录内容包括姓名、性别、年龄、科别、病历号, 患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

二、麻醉术前访视记录格式

× × 医院

科室: _____

麻醉术前访视记录

病历号: _____

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 床号: _____
 术前诊断: _____ 拟行手术方式: _____

一般情况 身高: _____ 体重: _____ 精神状态: _____ 活动能力: _____ 其他: _____

简要病史

过敏史: _____ 吸烟史: _____ 饮酒史: _____

并存疾病:

心血管系统

关节/肌肉骨骼系统

呼吸系统

肾脏

血液内分泌系统

肝脏

神经系统

其他

既往麻醉、手术史:

家族史:

使用的特殊药物及最后一次服药时间:

体格检查 BP / mmHg, P 次/分, R 次/分, T °C

心 肺 气道 牙齿

四肢 神经 其他

相关辅助检查

Hb g/L, Na mmol/L, Cl mmol/L, K mmol/L, 血糖 mmol/L,

Cr μmol/L

凝血项目

尿常规

肺功能

ECG

胸片

UCG

其他

ASA 分级: I II III IV V VI E 心功能分级 (NewYork): I II III IV

拟行麻醉方式: ☐全麻 ☐区域麻醉 ☐监护麻醉 有创监测 特殊技术

术前麻醉医嘱:

麻醉中需注意问题:

麻醉医师签名: _____

日期: _____

第十六节 麻醉记录书写要求及格式

一、麻醉记录书写要求

1. 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。
2. 麻醉记录应当另页书写，在麻醉结束后完成。
3. 麻醉记录内容包括：患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式和剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

书写麻醉记录时应注意：

- (1) 详细记录麻醉全部过程。
- (2) 记录所有的术中监测项目（包括实验室检查、失血量和尿量）。
- (3) 详细记录术中静脉输液和输注血液、血液制品的情况。
- (4) 记录常规使用的方法和特殊技术，如机械通气、控制性降压、单肺通气、高频喷射通气或体外循环心肺转流等。
- (5) 重要麻醉和手术步骤的时间和过程，例如诱导、摆放体位、手术切皮、对患者各重要器官或系统产生重大影响的操作，如气管插管等。
- (6) 麻醉期间特殊或突发情况及处理；如抢救患者时书写抢救记录（详见本章抢救记录书写要求及格式）。
- (7) 术中改变麻醉方式时需重新进行告知，签署新的知情同意书，并记录理由。

二、麻醉记录格式



— 85 —

第十七节 手术安全核查记录书写要求及格式

一、手术安全核查记录书写要求

1. 手术安全核查记录是指由有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方，分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核查的记录，输血的患者还应核对血型、用血量进行核对。手术安全核查由手术医师或麻醉医师主持，三方共同执行并逐项填写《手术安全核查表》。

2. 术中用药、输血时，由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

3. 手术安全核查必须依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作。手术医师、麻醉医师和手术室护士三方核对、确认后，分别在《手术安全核查表》上签名。

二、《手术安全核查表》格式内容



× × 医院

手术安全核查表

科 别 _____ 患者姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____
 病历号 _____ 麻醉方式 _____ 手术方式 _____
 术 者 _____ 手术日期 _____

麻醉实施前	手术开始前	患者离开手术室前
患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	实际手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术部位与标识正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术部位与标识确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术用药、输血的核查 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术知情同意： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术、麻醉风险预警： 手术医师陈述： 预计手术时间 <input type="checkbox"/>	手术用物清点正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉知情同意： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	预计失血量 <input type="checkbox"/>	手术标本确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术关注点 <input type="checkbox"/>	皮肤是否完整： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉设备安全检查完成： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	各种管路： 中心静脉通路 <input type="checkbox"/>
皮肤是否完整： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	麻醉医师陈述： 麻醉关注点 <input type="checkbox"/>	动脉通路 <input type="checkbox"/>
术野皮肤准备正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	气管插管 <input type="checkbox"/>
静脉通道建立完成： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术护士陈述： 物品灭菌合格 <input type="checkbox"/>	伤口引流 <input type="checkbox"/>
患者是否有过敏史： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	仪器设备 <input type="checkbox"/>	胃管 <input type="checkbox"/>
抗菌药物皮试结果： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	术前术中特殊用药情况 <input type="checkbox"/>	尿管 <input type="checkbox"/>
术前备血： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	其他 _____ <input type="checkbox"/>
假体 <input type="checkbox"/> / 体内植入物 <input type="checkbox"/> / 影像学资料 <input type="checkbox"/>	是否需要相关影像资料： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者去向： 恢复室 <input type="checkbox"/>
其他： _____	其他： _____	病房 <input type="checkbox"/>
		ICU 病房 <input type="checkbox"/>
		急诊 <input type="checkbox"/>
		离院 <input type="checkbox"/>
		其他： _____
手术医师签名： _____	麻醉医师签名： _____	手术室护士签名： _____

第十八节 手术清点记录书写要求及格式

一、手术清点记录书写要求

1. 手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

2. 物品的清点要求与记录

(1) 手术开始前，器械护士和巡回护士须清点、核对手术包中各种器械及敷料的名称、数量，并逐项准确填写。

(2) 手术中追加的器械、敷料应及时记录。

(3) 手术中需交接班时，器械护士、巡回护士要共同交接手术进展及该台手术所用器械、敷料清点情况，并由巡回护士如实记录。

(4) 手术结束前，器械护士和巡回护士共同清点台上、台下的器械、敷料，确认数量核对无误，告知医师。

(5) 清点时，如发现器械、敷料的数量与术前不符，护士应当及时要求手术医师共同查找，如手术医师拒绝，护士应记录清楚，并由医师签名。

3. 器械护士、巡回护士在清点记录单上签全名。

4. 术毕，巡回护士将手术清点记录单放于患者病历中，一同送回病房。

二、手术清点记录格式



× × 医院手术清点记录单

手术间_____ 手术日期_____ 床号_____ 姓名_____ 性别_____ 年龄_____

入室时间_____ 住院病历号_____ 科室_____ 术前诊断_____

药物过敏史：无 有_____

手术名称_____ 出室时间_____

品 名	术前 清点	术中 加数	关体 腔前	关体 腔后	品 名	术前 清点	术中 加数	关体 腔前	关体 腔后
纱 布					棉 片				
纱 垫					纱 球				
缝 针					寸 带				
棉 签					棉 球				
器械名称	术前 清点	术中 加数	关体 腔前	关体 腔后	器械名称	术前 清点	术中 加数	关体 腔前	关体 腔后
大弯血管钳					电刀头				
中弯血管钳					取石钳				
小弯血管钳					胆道探子				
大直血管钳					肠 钳				
中直血管钳					肾蒂钳				
小直血管钳					心耳钳				
弯蚊血管钳					肺叶钳				
直蚊血管钳					开胸钳				
艾利斯					咬骨钳				
巾 钳					关胸器				
针 持					肋骨剥离器				
卵圆钳					扁桃体钳				
刀 柄					阻断钳				
组织剪					血管夹				
线 剪					脊柱牵开器				
压肠板					骨 刀				
直角钳					骨 凿				
平 镊					骨膜剥离器				
牙 镊					黏膜剥离器				
拉 钩					髓核钳				
组织采取钳									
特殊器械									
线 轴									
器械护士签名：					巡回护士签名：				
备注：									

体内植入物条形码粘贴处：

填表说明：

1. 表格内的清点数目必须用数字说明，不得用“√”表示。
2. 空格处可以填写其他手术物品。
3. 表格内的清点数目必须清晰，不得采用刮、粘、涂等方法涂改。

（此页为上页背面）

第十九节 麻醉术后访视记录书写要求及格式

一、麻醉术后访视记录书写要求

1. 麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。
2. 麻醉术后访视可另立单页，住院患者离开 PACU 之后的 48 小时内至少随访一次。
3. 麻醉术后访视记录内容包括姓名、性别、年龄、科别、病历号、患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管导管等。如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。

二、麻醉术后访视记录格式



× × 医院

科别: _____

麻醉术后访视记录

病历号: _____

患者姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 麻醉方法: _____
 诊断: _____ 实施手术名称: _____

患者一般情况

麻醉恢复情况 (患者离开 PACU 或手术室之前)

神志: 清楚 嗜睡 模糊 昏睡 昏迷 谵妄

清醒时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

拔除气管导管: 否 是 拔除气管导管时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

患者去向: 病房 ICU

有无即刻麻醉并发症:

其他特殊情况及处理:

术后麻醉医嘱:

麻醉医师签名: _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

术后访视记录 (术后 48 小时之内)

神志: _____ 呼吸系统: _____

循环系统: _____

恶心呕吐 (无、有及处理): _____

下肢肌力: _____ 异感: _____

声音嘶哑: _____

脊麻后头痛 (无、有及处理): _____

其他特殊情况及处理:

继续随访: 是 否

(以后的麻醉访视记录在病程记录上)

麻醉医师签名: _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

第二十章 出院记录书写要求及格式

一、出院记录书写要求

1. 出院记录是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。

2. 出院记录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。

(1) 入院情况：包括主诉、简要病史、主要的体征及有意义的辅助检查结果等。

(2) 诊疗经过：为此次住院期间诊疗情况的总结，包括①住院期间的病情变化；②检查治疗经过：主要用药的名称、疗程、用量；实施手术操作的日期、手术名称、病理检查结果；有意义的辅助检查结果；治疗过程中出现的并发症或不良反应；诊治中还存在的问题等。

(3) 出院诊断：诊断全面，书写规范。

(4) 出院情况：出院时患者存在的症状、体征及辅助检查的阳性结果；手术切口愈合情况，是否留置引流管、石膏及拆线等情况。各诊断的治疗结果（治愈、好转、未愈、转院、自动出院等），转院时要注明原因。

(5) 出院医嘱：包括①继续治疗（药物药名、剂量、用法、疗程及期限）；②休息期限；③复诊时限，随访要求；④注意事项（如出院后需定期复查的检查项目、伤口换药、康复指导及生活、工作中需注意的事项等）。

3. 书写要认真、具体，以供患者复诊或随访时使用。

4. 出院记录要求另立专页，一式两份，原始页归入病历，复写页交患者或近亲属。

二、出院记录的格式

出 院 记 录

姓名：

入院日期：

性别：

出院日期：

年龄：

住院天数：

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：

三、出院记录示例

出 院 记 录

姓名：李××

入院日期：2010-03-01, 10:00

性别：女

出院日期：2010-03-16, 11:00

年龄：18岁

住院天数：15天

入院情况：因心悸、气促2年，加重半个月入院。5年前患有游走性关节炎，未经诊治。近2年劳累后心悸、气促，近半月加重，并伴有低热、鼻衄、尿少及下肢水肿。入院时查体：T 37.5℃，P 118次/分，R 26次/分，BP 100/70mmHg。营养欠佳，半卧位，口唇轻度发绀，咽充血，两侧扁桃体Ⅱ°肿大。颈静脉怒张，两肺底少许湿性啰音，心尖搏动在左第六肋间锁骨中线外1cm，可触及舒张期震颤，并可闻及3/6吹风样收缩期及雷鸣样舒张期杂音，心率118次/分，未闻及开瓣音， $P_2 > A_2$ 。腹略膨隆，腹水征(-)，肝于右锁骨中线肋缘下4cm，质韧，触痛，脾未触及。双下肢轻度压陷性水肿。WBC $12 \times 10^9/L$ ，N 0.85，ESR 64mm/h，ASO 1:600。胸片示心界向两侧扩大，食管后压，两肺淤血。

入院诊断：1. 风湿热（活动期）

2. 风湿性心脏病

二尖瓣狭窄并关闭不全

心功能Ⅳ级

3. 慢性扁桃体炎急性发作

诊疗经过：经用青霉素、阿司匹林及糖皮质激素控制风湿活动、狄高辛及利尿剂治疗心功能不全，心悸气促症状好转，体温正常，ESR 10mm/h。激素现已停用5天。

出院诊断：1. 风湿热（活动期）

2. 风湿性心脏病

二尖瓣狭窄并关闭不全

心功能Ⅳ级

3. 慢性扁桃体炎急性发作

出院情况：无明显自觉症状，两肺无啰音，心率70次/分，律整，心尖部杂音同前。肝肋下未触及。两下肢水肿消失。心力衰竭及风湿活动基本控制。

出院医嘱：

1. 继续休息。

2. 避免体力劳动，预防感冒。

3. 带药：阿司匹林0.6 tid×7天，狄高辛0.25mgqd×7天。

4. 可在当地医院复查，1个月后来院复诊。

王××

附：表格式出院记录

× × 医院

科室：

出 院 记 录

病历号：

姓名：

入院日期：

性别：

出院日期：

年龄：

住院天数：

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：

第二十一节 死亡记录书写要求及格式

一、死亡记录书写要求

1. 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,应当在患者死亡后 24 小时内完成,记录死亡时间应当具体到分钟。死亡记录另立一页。

2. 死亡记录的内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过(重点记录病情演变、抢救经过)、死亡原因、死亡诊断等。

(1) 入院情况:包括主要症状、体征,有意义的辅助检查结果等。

(2) 诊疗经过:住院后病情演变和诊治情况。重点记录死亡前的病情变化和抢救经过。

(3) 死亡原因:指致患者死亡的直接原因。

(4) 死亡诊断:包括患者死亡前诊断的各种疾病。

二、死亡记录书写格式

死 亡 记 录

姓名:

入院日期:

性别:

死亡时间:记录到分钟

年龄:

住院天数:

入院情况:

入院诊断:

诊疗经过:

死亡原因:

死亡诊断:

医师签名

三、死亡记录示例

死 亡 记 录

姓名:赵××

入院日期:2010-02-14 10:00

性别:男

死亡时间:2010-03-11 04:50

年龄:32岁

住院天数:25天

入院情况:患者因低热、乏力、头晕及全身骨痛1个月入院。体检:T 37.8℃, P 120次/分, R 22次/分, BP 120/70mmHg。贫血貌,四肢皮肤散在出血点。颈旁及腋下淋巴结如黄豆至蚕豆大。胸骨压痛。双肺未发现异常,心率120次/分,律整,心尖区可闻及2/6吹风样收缩期杂音。肝于右肋下2cm,质软,有轻压痛,脾于左肋下1.5cm。实验室检查:Hb 60g/L, WBC $2.5 \times 10^9/L$,幼稚细胞37%,血小板 $4 \times 10^9/L$ 。骨髓检查示增生极度活跃,病理性早幼粒细胞47%。

入院诊断：急性早幼粒细胞白血病

诊疗经过：住院期间经用 COAP 联合化疗方案治疗 3 个疗程，骨痛好转。但自 3 月 6 日起出现持续高热，皮肤黏膜出血加重，并有黑便。Hb 降至 42g/L，WBC $2 \times 10^9/L$ ，血小板 $20 \times 10^9/L$ ，凝血酶原时间 20 秒，3P 试验 (+)，纤维蛋白原 1.5g/L，血培养有大肠杆菌生长。给予物理降温，静脉滴注氨苄青霉素、庆大霉素控制感染，输血、并给糖皮质激素、肝素、低分子右旋糖酐等，治疗 5 天病情无好转。患者于 2010 年 3 月 11 日 02:10 昏迷，血压降至 70/40mmHg，瞳孔不等大，考虑为颅内出血，加用止血药、升压药以及氧气吸入等治疗，病情继续恶化，于 04:30 血压测不到，呼吸心跳先后停止，立即给予人工呼吸及体外心脏按压，抢救 20 分钟无效，于 04:50 死亡。参加抢救的医护人员：杨××副主任医师，张××住院医师，吴××主管护师，李××护士。抢救时患者爱人等在场，对诊断、治疗无异议，不同意做尸解。

死亡原因：1. 颅内出血

2. 感染性休克

3. 呼吸、循环衰竭

死亡诊断：1. 急性早幼粒细胞白血病

2. 大肠杆菌败血症

3. 急性弥漫性血管内凝血

杨××/张××



附：表格式死亡记录

× × 医院

科室：

死 亡 记 录

病历号：

姓名：

入院日期：

性别：

死亡时间：

年龄：

住院天数：

入院情况：

入院诊断：

诊疗经过：

死亡原因：

死亡诊断：

医师签名：

第二十二节 死亡病例讨论记录书写要求及格式

一、死亡病例讨论记录书写要求

1. 死亡病例讨论记录是由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。在患者死亡一周内完成。

2. 死亡病例讨论记录的内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者签名等。要记录每一位发言人的具体内容，重点讨论记录诊断意见、死亡原因分析、抢救措施意见、注意事项及本病国内外诊治进展等。

3. 每一死亡病例均要求有死亡病例讨论记录，根据病情可简可繁。

4. 另立专页，主持人审阅签名。

二、死亡病例讨论记录格式

年-月-日，时

讨论日期：死亡病例讨论记录

主持人（姓名+专业技术职务）：

参加人员（姓名+专业技术职务）：

具体讨论意见：

主持人小结意见：

主持人签名/记录者签名：

三、死亡病例讨论记录示例

2010-03-16, 09:00 死亡病例讨论记录

讨论日期：2010-03-15, 15:00

主持人：王××主任医师

参加人员：李××副主任医师、张××主治医师、高××住院医师、进修医师、实习医师多名。

讨论意见：

高××住院医师（报告病历）：患者女性，67岁，退休工人，因意识不清、呕吐20小时于2010-03-05, 16:00入院。患者于2010-03-04, 21:00无明显诱因地突发头痛，呈撕裂样，即之意识不清，恶心呕吐，呕吐物为胃内容物。近2年测血压偏高（具体数字不详），未进行治疗。入院时查体：T 37.2℃，P 80次/分，R 20次/分，BP 200/100mmHg，发育正常，营养一般，轻度意识障碍。皮肤黏膜无黄染、出血点，浅表淋巴结未及肿大。头颅外观正常，双眼裂等大，双侧瞳孔3mm，等大，光反射存在，眼底检查未见玻璃体下出血，颈部有抵抗感。双肺（-），心率80次/分，律齐，心音有力， $A_2 > P_2$ ，未闻及杂音。腹部无异常发现。脊柱四肢无畸形。神经系统查体：眼底视

乳头边界清,动脉细,反光强。颅神经(-),四肢肌力、肌张力减弱,有不自主运动。肱二头、肱三头肌及膝腱反射减弱,双侧巴氏征阴性、克氏征阴性,颈部抵抗。颅脑CT示四脑室、鞍上池、纵裂池、环池、左桥小脑角池、外侧裂池高密度铸型,中线居中。入院诊断:蛛网膜下腔出血(SAH)。给予绝对卧床、镇静、止血、解痉、降颅压等综合治疗后,第二天意识转清,但仍头痛,血压降至正常范围。其家人不愿行血管造影和腰穿检查。2010-03-12 14:00咳嗽后,出现剧烈头痛、呕吐,随之意识障碍,双侧瞳孔不等大,右侧4mm,左侧3mm,对光反射存在,颈硬,考虑为蛛网膜下腔再次出血,即给予止血芳酸、尼莫地平、甘露醇、速尿等治疗,病情无改善。2010-03-15 10:00出现间歇呼吸,随之呼吸停止,血压、脉搏消失,双侧瞳孔扩大固定,立即给予呼吸兴奋剂、阿托品1mg、肾上腺素1mg、利多卡因50mg静推,胸外心脏按压,抢救半小时,心电图呈直线,于10:30临床死亡。

(以上病历报告内容记录时可省略)。

张××主治医师:本例患者为67岁老年女性,因意识不清、呕吐20小时收入院。入院时患者轻度昏迷,颈部抵抗感,双眼裂等大,瞳孔圆形,3mm,双侧等大,光反射存在,眼底镜检查未见有玻璃体下出血。双侧肢体有不自主活动,巴氏征未引出。脑CT显示鞍上池、纵裂池、环池、外侧裂高密度铸型。蛛网膜下腔出血诊断明确,且出血量大临床表现较重。入院后经治疗病情好转,意识转清,但仍有头痛,建议其进一步做DSA或MRA,以明确原发的病变及部位,但其家属不同意。以后病情又有波动,病程中给予了积极、正确的治疗。

李××副主任医师:临床上蛛网膜下腔出血可分为自发性与外伤性两类,自发性又分为原发性和继发性两种。一般所谓的蛛网膜下腔出血仅指原发性蛛网膜下腔出血,约占急性脑血管病的15%左右,最常见的原因是先天性动脉瘤,其次是脑血管畸形和高血压动脉硬化,还可见于脑底异常血管网症(烟雾病)及各种感染引起的动脉炎、肿瘤破坏血管、血液病、抗凝治疗的并发症等。动脉瘤虽多有先天性因素,但通常在青年时才发展,50%的患者出现症状在40岁以后。各个年龄组均可发病,但以40~70岁为多。发病突然,最常见的症状是突然剧烈头痛、恶心呕吐,可有不同程度的意识障碍。眼底检查25%可见玻璃体膜下片状出血,这种出血在发病1小时内即可出现,是诊断SAH相当有力的证据。此患者为高龄患者,病前有高血压病史;发病急,有剧烈的头痛、恶心呕吐和意识障碍,结合影像学检查,蛛网膜下腔出血诊断成立。因患者家属不同意做进一步的检查,故原发的病因不能确定。患者经正确积极的治疗后,病情好转稳定,但咳嗽后又突发剧烈头痛,呕吐,意识障碍,考虑为原出血部位再出血的可能性大,也是致死的原因。

王××主任医师:同意以上各位医师的发言。本例有以下特点:①老年女性;②有“高血压”病史,既往无头痛病史;③急性起病,意识障碍是主要表现之一;④意识清醒后以头痛为主,无肢体瘫痪等局灶体征;⑤病程中再次突然加重。结合脑CT异常,蛛网膜下腔出血诊断成立。由于头痛之外的体征不明显且有血压过高,也不在本病的好发年龄段,易于误诊。

进一步的血管病变性质及确切定位要依靠血管造影以DSA较好,MRA易于实行,也是常采用的检查。就本例而言,以基底动脉环附近的动脉瘤破裂可能性较大。再出

血增加了治疗的难度。SAH 的治疗原则是制止继续出血,防治继发性血管痉挛,尽早去除出血的原因和防止复发。蛛网膜下腔出血的预后与病因、出血部位、出血量、有无并发症及是否得到适当治疗有关。颅内动脉瘤出血急性期病死率约为 30%,存活者 1/3 复发。其中 60% 复发在发病 2 周内,第一次出血存活时间愈长,复发机会愈小。第二次出血病死率为 30~60%,第三次几乎 100% 死亡。外科手术是根除动脉瘤避免再次出血的治疗办法,但在手术时机的选择上目前仍有争议。一般主张在身体情况允许下应争取早期手术治疗。有人认为,发病 10~14 日后手术,血管痉挛和伴发脑梗死较少。脑血管造影显示有血管痉挛者也不应立即手术。总之,积极的治疗应包括神经内外科医师的密切合作,因人而异地制定个体化治疗方案。此患者诊断明确,治疗充分,无处理不当。治疗过程中已多次向患者家属告之本病的治疗方法和预后,其家属对诊治无异议。死亡诊断:蛛网膜下腔出血,死亡原因:中枢性呼吸循环衰竭。

王××/高××

第二十三节 病重(病危)患者护理记录书写要求及格式

一、病重(病危)患者护理记录书写要求

1. 病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。

2. 病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。

3. 病重(病危)患者护理记录内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病历号)、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

书写病重(病危)患者护理记录时应注意:

(1) 详细记录出入量

①食物含水量和每次饮水量应及时准确记录实入量。

②输液及输血:准确记录相应时间液体、血液输入量。

③出量:包括尿量、呕吐量、大便、各种引流量等,除记录液量外,还需将颜色、性质记录于病情栏内。

④根据排班情况每班小结出入量,大夜班护士每 24 小时总结一次(7:00),并记录在体温单的相应栏内。

⑤各班小结和 24 小时总结的出入量需用红双线标识。

(2) 详细记录体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征,记录时间应具体到分钟。

(3) 病情栏内客观记录患者病情观察、护理措施和效果等。记录时间应当具体到分钟。手术患者还应记录麻醉方式、手术名称、患者返回病室时间、伤口情况、引流情况等。

(4) 护士签名栏内护士签全名。

(5) 根据患者情况决定记录频次,病情变化随时记录,病情稳定后每班至少记录 1 次。

× × 医院

[illegible]

此表为参考表,医院可根据本院各专科特点设定记录项目

第五章 知情同意书

第一节 概 述

一、知情同意的概念

在临床医疗工作中，习惯将医疗告知与知情选择简称为知情同意。

1. 医疗告知是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，将患者的病情、诊疗措施、医疗风险等有关诊疗信息向患者或其近亲属如实告知的行为过程。依照《侵权责任法》、《执业医师法》、《医疗事故处理条例》等有关法律法规规定，医疗告知是医疗机构及医务人员必须履行的法定责任和义务。

2. 知情是指患方在医疗活动中获取、知悉有关患者病情、诊疗措施、医疗风险、替代医疗方案、费用开支等有关的诊疗信息。选择是指患方在听取了医方有关上述诊疗信息后，做出是否同意接受医方提供的诊疗措施的意思的表达。患方的自主选择是基于医方的告知，针对具体的诊疗行为选择同意或不同意。

医疗活动中的告知与知情选择，应当是医患双方互相告知和双向选择。即在医疗活动中，不但医方须如实告知患者病情、诊疗措施、医疗风险等有关的诊疗信息，让患方做出选择；患方也应向医方介绍病史、配合查体等，让医方能够选择适宜的诊疗方案。

二、医疗告知的形式

医疗告知的形式包括口头告知、书面告知、公示告知。具体采用何种形式依告知的具体情况而定。

（一）口头告知

在医疗活动中，对操作简单、无严重并发症或并发症发生率低的有创检查（有创治疗）或患者病情允许或现有的技术水平可以达到要求的条件下，可以通过口头告知的形式，如常规肌内注射、周围浅表静脉穿刺等。

（二）书面告知

在医疗活动中，对于重大疾病、有可能发生严重并发症、医疗后果难以准确判定的有创检查（有创治疗）或医疗费用高昂或临床试验性的诊疗措施，应当履行书面知情同意手续，医患双方签署书面的知情同意书，如手术、麻醉、输注血液等。详见本章第二节。

（三）公示告知

医院通常通过设立公开专栏、宣传橱窗、电子大屏幕公告栏、网站、电子触摸查询装置、查询电话，编印、发放各类资料等形式向患方告知医院、医师、就诊流程、医疗

信息等情况。

三、医疗告知的对象

(一) 患者本人

当患者本人为完全民事行为能力人时，告知的对象首先是患者本人。

《民法通则》规定：“十八周岁以上的公民是成年人，具有完全民事行为能力，可以独立进行民事活动，是完全民事行为能力人。十六周岁以上不满十八周岁的公民，以自己的劳动收入为主要生活来源，视为完全民事行为能力人。”

(二) 患者的监护人

当患者本人为未成年人、精神患者等无民事行为能力人或限制民事行为能力人时，患者的监护人就是其法定代理人。

无民事行为能力人，是指不具有以自己的行为参与民事法律关系，取得民事权利和承担民事义务的人。《民法通则》规定，无民事行为能力的人包括两种：(1) 不满10周岁的未成年人。(2) 不能辨认自己行为的精神患者（包括痴呆症人）。

限制民事行为能力人，是指那些已经达到一定年龄但尚未成年或虽已成年但精神不健全、不能完全辨认自己行为后果的人。根据《民法通则》规定，限制民事行为能力的人包括两种人：(1) 年满10周岁且精神正常的未成年人，但16周岁以上不满18周岁以自己的劳动收入为主要生活来源的人除外。(2) 不能完全辨认自己行为的后果且已成年的精神患者（包括痴呆症人）。

第一种无民事行为能力人或限制民事行为能力人的法定监护人顺序是：父母，祖父母、外祖父母，成年兄、姐，其他近亲属。

第二种无民事行为能力人或限制民事行为能力人的法定监护人顺序是：配偶，父母，成年子女，其他近亲属。

(三) 委托代理人

完全民事行为能力人授权他人代为行使知情同意权时，被授权人可以代理人的身份代理患者签署知情同意书。代理人受权代理患者签署知情同意书前，应当签订《授权委托书》，《授权委托书》须存入病历。

患者随时有权撤销授权。授权撤销后，应向患者本人进行告知，由患者本人签署知情同意书。

(四) 近亲属或关系人

在医疗活动中，部分患者由于疾病导致无法行使知情选择权（患者年满18周岁，处于昏迷、休克、麻醉等意识丧失状态），其知情同意权由他的近亲属代为行使。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。

近亲属（及顺序）是指配偶、父母、子女、兄弟姐妹，祖父母、外祖父母，孙子女、外孙子女。近亲属担立知情同意时必须是完全民事行为能力人。

(五) 医疗机构负责人或被授权的负责人

为抢救患者，在其法定代理人或被授权人或近亲属或关系人无法及时到场签字的情

况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。常见有以下几种情形：

1. 患者病情危重，意识丧失，急需抢救，无法与其代理人或近亲属、关系人联系。
2. 患者病情危重，意识清醒，可与其代理人或近亲属、关系人联系，但不能及时赶到医院签字。
3. 意识丧失，虽无生命危险，但病情不能拖延，无法与其代理人或近亲属、关系人联系。

四、告知的要求

（一）如实告知，充分告知

医务人员只有将患者病情、诊疗措施、医疗风险替代医疗方案等有关的诊疗信息如实告知，且告知的内容应当足以达到患方知情，并能够据此做出正确判断和理智决定。如果没有充分如实告知，就有可能误导患方做出对自己不利的选择。

（二）通俗告知，明确告知

通俗告知是指医方以患者能够理解的语言向患方告知，明确告知是医方应将告知的内容明确无误地告知说明。告知的目的是为了患方知情选择，如果告知的内容充满专业术语或含糊其辞，致使患方无法正确理解，便达不到告知的目的，患方也不可能做到有效的知情同意。

（三）及时告知，书面告知

医疗行业是治病救人的一个特殊行业，关系到患者生命及最切身的利益，医方应当及时告知并使其有时间做出决定。书面告知（签署知情同意书）是法律所能评价的形式，是能被民众把握和认定意思的表示，有利于举证。对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，必须在患方签署同意后方可实施。若患方拒绝签署意见，应当将告知经过记录在病历中，必要时请见证人见证签字。

五、告知内容

（一）患者病情

医方对于患者的疾病、病情轻重，预后等有关患者罹患疾病病情的内容，应当全面详细地向患方告知。

（二）医疗措施及其理由

在采取医疗措施前，应将要采取的诊疗措施的性质、理由、内容、预期的诊疗效果、对患者的侵袭范围及危害程度等诊疗信息告知患方。

（三）医疗风险

对于医疗行为可能伴随的风险、发生的几率和危害结果预防的可能性，如药物的毒副作用、手术的并发症等内容详细告知患方。

（四）有无其他可替代的诊疗方法

医方不仅应告知患方被推荐的检查或治疗信息，还应告知可供选择的诊治方案信息。对于某一具体疾病的诊疗方法往往不止一种。不同的诊疗方法其疗效有可能不尽相同，对医方的技术要求、所需医疗费用也不相同。对此，医方应尽可能将可替代的医疗

措施予以告知。具体告知的内容包括：(1) 有无可替换的医疗措施。(2) 可替代医疗措施所伴随的风险及其性质、程度及范围。(3) 可替代医疗措施的治疗效果，有效程度。(4) 可替代医疗措施可能引起的并发症及意外。(5) 不采取此替代医疗行为的理由。患方只有在清楚地了解各种治疗方案的益处和危害之后才能作出是否同意的选择。如胆囊切除术，一种是开放性手术行胆囊切除术，该方法创伤大，患者需要较长时间康复；另一种是腹腔镜下摘除，该方法创伤小，患者术后康复快，但需要全身麻醉，费用较高。对于两种方法，医师要一一告知。再之使用人体植入物前，应将医院内可使用的植入物不同厂家的产品、优缺点、价格等进行详细介绍，如心脏起搏器、支架等。

(五) 相关诊疗费用

医疗费用已成为患方选择诊疗方式的一项重要因素，医方应当告知患方相关医疗措施所需的大致费用。

(六) 医疗活动中其他应告知内容

在医疗过程中，还涉及到其他须向患者告知的内容，如告知服药的方法等；由于专业知识限制和技能水平局限无法开展治疗的情况下，应劝告患者转诊等。

医患关系是社会中最重要的人际关系之一，医患之间是相互依存、密不可分的关系。知情同意是医疗服务过程的重要内容，贯穿于整个医疗过程中。要保证医患双方获得有效沟通，医患沟通率 100%，患方对沟通满意率 $\geq 90\%$ ；医疗服务信息、价格和费用、贵重药品和特殊检查等知情同意率达到 100%。定期医患沟通至少包括，门诊沟通、入院沟通、住院期间沟通、出院时沟通 4 个环节。患者手术前和患者病情、治疗方案等有变化时，以及紧急情况下要随时沟通，并在病历中做好记录。门诊医师要依照首诊医师负责制度规定接诊，将初步诊断、拟行诊疗措施及其必要性和依从性等情况进行告知，征求患者意见。患者入院 12 小时内，病房工作人员进行入院宣教，告知患方初步诊断、可能的病因或诱因、诊疗原则、进一步检查内容、饮食、休息及注意事项；重症急诊入院患者在办理入院手续的同时，应立即展开诊疗抢救，2 小时内完成医患沟通，病危者除应向家属告知病情外还应书写危重告知书。患者住院期间，医护人员应认真向患方介绍疾病进展及预后、主要诊疗措施、取得的预期成效、拟行诊疗方案、需要患方配合事项。要通过召开医患座谈会等多种形式主动征求患方意见和建议，及时改进工作。患者住院期间，医务人员要认真履行告知义务，在进行手术、麻醉、输血、特殊检查、特殊治疗以及临床试验、药品试验、医疗器械试验时，应当获得患者及家属书面知情同意；在患者病情变化时、变更诊疗方案、高值医用耗材、贵重药品使用、发生欠费、术前术中改变手术方式以及超医保范围药品、项目使用时，根据患者病情、患方文化程度及要求的不同，由不同级别的医护人员采取适当方式随时进行沟通，保证诊疗工作顺利进行。患者出院时，应向患方说明在院诊疗情况、出院医嘱及出院后注意事项。

第二节 知情同意书履行的主体

一、医方

由具体实施医疗活动的医务人员进行告知并签字。

二、患方

1. 患者本人签署知情同意书。

2. 患者不具备完全民事行为能力时，由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

3. 因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第三节 知情同意书的种类和内容

一、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，并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

二、麻醉同意书

麻醉同意书是指麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病历号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

三、输血（血液制品）治疗知情同意书

输血（血液制品）治疗知情同意书是指输血（血液制品）前，经治医师向患者告知输血（血液制品）的相关情况，并由患者签署是否同意输血（血液制品）的医学文书。输血（血液制品）治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病历号、诊断、输血（血液制品）指征、拟输血成分（血液制品名称）、输血（血液制品）前有关检查结果、输血（血液制品）风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

患者同一次住院期间多次需输血（血液制品）时，可只在第一次输血（血液制品）前签署输血（血液制品）治疗知情同意书，但需向患者说明并注明以后输血（血液制品）时，不再签署输血（血液制品）治疗知情同意书。

临床输血时应按照《临床输血技术规范》操作，输血（血液制品）前除签署输血治疗知情同意书外，还须完成相应的检验项目，输血后将输血记录单保存在病历中，并将每次输注的血液类型、有无输血反应等记录在病程记录中。

临床使用血液制品前也应签署输血（血液制品）协议书。血液制品特指各种人血浆蛋白制品。包括人血白蛋白、人胎盘血白蛋白、静脉注射用人免疫球蛋白、肌注人免疫球蛋白、组织胺人免疫球蛋白、特异性免疫球蛋白、乙型肝炎免疫球蛋白、狂犬病免疫球蛋白、破伤风免疫球蛋白、人凝血因子Ⅷ、人凝血酶原复合物、人纤维蛋白原、抗人淋巴细胞免疫球蛋白等。

四、特殊检查、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，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

同一次住院期间相同目的、相同操作方法的多次检查治疗，可只在第一次检查治疗时签署知情同意书，但需向患者说明并注明以后特殊检查治疗时，不再签署特殊检查治疗同意书。

特殊检查、特殊治疗是指具有下列情形之一的诊断、治疗活动：（1）有一定危险性，可能产生不良后果的检查和治疗。（2）由于患者体质特殊或者病情危笃，可能对患者产生不良后果和危险的检查和治疗。（3）临床实验性检查和治疗。（4）收费可能对患者造成较大经济负担的检查和治疗。

五、病危（重）通知书

病危（重）通知书是指因患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患者家属告知病情，并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期。

病危（重）通知书一式两份，一份归病历中保存，另一份交患方保存。

六、其他知情同意书

如超医保范围药品项目使用知情同意书、自动出院或转院告知书等。因病情需要，需对患者进行某种检查、治疗而患方拒绝时，亦应签署书面的拒绝诊疗书，由经治医师向患方告知不接受诊疗对病情的影响、可能出现的不良后果等，经治医师和患方签名，存入病历。

第四节 知情同意书示例

一、授权委托书示例

× × 医院

授 权 委 托 书

患者姓名	性别	年龄	病历号
<p>委托人（患者本人）：_____ 年龄_____</p> <p>受托人：_____ 年龄_____ 联系电话：_____</p> <p>与患者关系：<input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>其他近亲属</p> <p><input type="checkbox"/>同事 <input type="checkbox"/>朋友 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>本人于_____年____月____日因病住院。本人在住院期间，有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托由_____作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签字，被委托人的签字视同本人的签字。</p> <p>委托人签署同意书后所产生的后果，由患者本人承担。</p> <p>患者签名：_____（手印） _____年____月____日</p> <p>受托人签名：_____（手印） _____年____月____日</p>			

二、输血/血液制品治疗知情同意书示例

× × 医院

输血/血液制品治疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议:

根据病情,患者需要输注血液(全血或成分血)/血液制品治疗。输血/血液制品治疗是保证临床有效治疗得以顺利进行的重要措施之一,亦是抢救急、危、重症患者生命的必要手段。

1. 患者基本情况:

诊断: _____ 血型: _____

输血史: 有 _____ 无 _____ 妊娠史: 无 _____ 孕 _____ 产 _____

输血前有关检查结果: ☐ ALT _____ U/L ☐ 抗-HCV ☐ HIV ☐ HBsAg
☐ HBsAb ☐ HBeAg ☐ HBeAb ☐ HBcAb ☐ 梅毒

2. 输血指征: _____ 拟输血成分/血液制品名称: _____

3. 拟实施的输血方案: ☐ 输异体血 ☐ 输自体血 ☐ 输异体+自体血 ☐ 其他: _____

治疗潜在风险和对策:

在患者接受输血/血液制品治疗前,医护人员将有义务和责任向患者明确说明有关输血/血液制品治疗中可能存在的风险。我院为患者提供的血液/血液制品虽经过采供血机构按国家标准进行严格检测,但受到当前科技水平的限制,现有的检验手段不能够完全解决病毒感染的窗口期和潜伏期问题。(窗口期是指机体被病毒感染后,到足以被检测出抗体的这段时期。潜伏期是指病原体侵入身体到最初出现症状和体征的这段时期。)因此,输入经过检测正常的血液/血液制品,仍有可能发生经血/血液制品传播传染性疾病,同时,也可能发生不良反应。

医师告知我,如下输血/血液制品治疗可能发生的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的治疗方案根据不同患者的情况有所不同,医师告诉我可与我的医师讨论有关我治疗的具体内容和特殊问题。

1. 感染肝炎(如乙肝、丙肝等)、艾滋病、梅毒、疟疾、巨细胞病毒或EB病毒等及其他潜在血源感染。

2. 输血反应、发生过敏反应,如发烧、皮疹、寒战、恶心、呼吸困难、疼痛、黄疸、肾脏损害、凝血异常、贫血、心脏衰竭、休克等情况,严重者危及生命。

3. 其他输血不良反应及潜在血源感染等。

一旦发生上述风险和意外,医师会采取积极应对措施。

医师陈述: 我已经告知患者(患方)有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险性和不良反应,并解答了关于输血/血液制品治疗相关的问题。

医师签名 _____

患者(患方)知情选择:

有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险性和不良反应,医护人员已经向我们详细告知,我们理解,受医学科学技术条件局限,在输血/血液制品过程中上述风险是难以完全避免的。我同意实施必要的输血/血液制品治疗并自主自愿承担可能出现的风险。若在输血/血液制品治疗期间发生意外紧急情况,同意接受医院的必要处置。

患者签名 _____

如果患者无法签署,请其授权委托人或法定监护人签名: _____ 与患者关系 _____

三、使用自费药品/医用材料/诊疗项目/服务设施告知同意书示例

× × 医院

使用自费药品/医用材料/诊疗项目/服务设施告知同意书

患者姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 病历号_____

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据有关规定，下列药品/材料/诊疗项目/服务设施不属于或者部分不属于医保、新农合、公费医疗等报销范围，此种药品/材料/诊疗项目/服务设施费用须由患者个人承担。有关此种药品/材料/诊疗项目/服务设施需要患者个人承担费用的情况，医师已经向患方详细告知。患方可以选择是否使用此种自费药品/材料/诊疗项目。

签署日期	项 目 名 称	患方意见 (填写同意或不同意)	患者或授权委托人 或法定监护人签名	医师签名

四、病危病重通知书示例

× × 医院

病危病重通知书

患者姓名	性别	年龄	病历号
------	----	----	-----

尊敬的患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您好！您的家人_____现在我院_____科住院治疗。

目前诊断为_____

虽经医护人员积极救治，但目前患者病情危重，并且病情有可能进一步恶化，随时会出现以下一种或多种危及患者生命的并发症：1. 肺性脑病，严重心律失常、心功能衰竭、心肌梗死、高血压危象；2. 上消化道出血导致出血性休克、脑出血、脑梗死、脑疝；3. 感染中毒性休克、过敏性休克、心源性休克；4. 弥漫性血管内凝血（DIC）；5. 多器官功能衰竭；6. 糖尿病酮症、酸中毒、低血糖性昏迷、高渗性昏迷；7. 其他。

上述情况一旦发生会严重威胁患者生命，医护人员将会全力抢救，其中包括气管切开、呼吸机辅助呼吸、电除颤、心脏按摩、安装临时起搏器等措施。

根据我国法律规定，为抢救患者，医师可以在不征得您同意的情况下依据救治工作的需要对患者先采取抢救措施，并使用应急救治所必需的仪器设备和治疗手段，然后履行告知义务，请您予以理解并积极配合医院的抢救治疗。

如您还有其他问题和要求，请在接到本通知后主动找医师了解咨询。请您留下准确的联系方式，以便医护人员随时与您沟通。

此外，限于目前医学科学技术条件，尽管我院医护人员已经尽全力救治患者，仍存在因疾病原因患者不幸死亡的可能。请患者家属予以理解。

医师陈述：

我已经将患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施向患者家属或患者的法定监护人、授权委托人详细告知。

医师签名_____ 签名日期_____年____月____日____时____分

患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

关于患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施，医护人员已经向我详细告知。我了解了患者病情危重，并同意医护人员进行（同意划√，不同意划×）：

☐气管切开 ☐呼吸机辅助呼吸 ☐电除颤 ☐临时起搏器 ☐心脏按压 ☐其他有创救治措施 ☐药物性治疗

对拒绝救治所发生的一切后果我们自行承担。责任。

患者授权委托人或法定监护人签名_____ 与患者关系_____

签名日期_____年____月____日____时____分

注：病危病重通知书一式两份，一份归病历中保存，另一份交患方保存。

五、拒绝或放弃医学治疗告知书示例

× × 医院

拒绝或放弃医学治疗告知书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据患者目前的疾病状况，医师认为患者应当接受治疗，并建议患者接受适当的医疗措施。但是患者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施：

特此告知可能出现的后果，请患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人认真斟酌后决定。

1. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡。
2. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者的痛苦，甚至可能导致不良后果。
3. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，患者有可能会出某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚或全部功能的丧失，有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病和症状，甚至产生不良后果。
4. 拒绝或放弃医学治疗有可能导致原有的医疗花费失去应有的作用。
5. 拒绝或放弃医学治疗有可能增加患者其他不可预料的风险及不良后果。

医护人员陈述：

我已经将患者继续接受医学治疗的重要性和必要性以及拒绝或者放弃治疗的风险及后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于拒绝或者放弃治疗的相关问题。

医护人员签名_____

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

我（或是患者的监护人）已年满18周岁且具有完全民事行为能力，我拒绝或放弃医院对我的医学治疗服务。医护人员已经向我解释了接受医疗措施对我的疾病治疗的重要性和必要性，并且已将拒绝或者放弃医学治疗的风险及后果向我作了详细的告知。我仍然坚持拒绝或放弃医学治疗。

我自愿承担拒绝或放弃医学治疗所带来的风险和不良后果。我拒绝或放弃医学治疗产生的不良后果与医院及医护人员无关。

患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者关系_____

六、自动出院或转院告知书示例

× × 医院

自动出院或转院告知书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
<p>尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：</p> <p>根据患者目前的疾病状况，医师认为患者应当继续留住我院接受治疗，但是患者现要求自动出院或转院，特此向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知患者出院或转院可能出现的风险及不良后果：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自动出院或者转院，在我院原有的治疗中断，有可能导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡。 2. 自动出院或者转院，在我院原有的治疗中断，有可能出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者的痛苦，甚至可能导致不良后果。 3. 自动出院或者转院，在我院原有的治疗中断，患者有可能会出现在某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚或全部功能的丧失，有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病和症状，甚至产生不良后果。 4. 自动出院或者转院有可能导致部分检查或治疗重复进行，有可能导致诊治费用增加。 5. 自动出院或者转院有可能增加患者其他不可预料的风险及不良后果。 				
<p>医护人员陈述：</p> <p>我已经将患者继续留住我院接受治疗的重要性和必要性以及自动出院或者转院所带来的风险及后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于自动出院或者转院的相关问题。</p> <p style="text-align: right;">医护人员签名_____</p>				
<p>患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：</p> <p>我（或是患者的监护人）已年满18周岁且具有完全民事行为能力，我拒绝医院的医疗诊治服务，并在违背医护人员意见的情况下离开该医院。医护人员已经向我解释了医疗诊治对我的疾病的重要性和必要性，并且已将自动出院或者转院可能出现的风险及后果向我作了详细的告知。我仍然坚持离开该医院。</p> <p>我自愿承担自动出院或转院所带来的风险和不良后果。我自动出院或转院产生的不良后果与医院及医护人员无关。</p> <p style="text-align: right;">患者签名_____</p> <p>如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者关系_____</p>				

七、劝阻住院患者外出告知书示例

× × 医院

劝阻住院患者外出告知书

患者姓名	性别	年龄	病历号
<p>尊敬的患者、家属或患者的法定监护人、授权委托人：</p> <p>您好！医院是诊治疾病的场所，为了患者能够早日恢复健康，在住院期间宜安心治疗。患者目前的疾病状况不适合外出。如果患者外出，可能会出现以下风险，对患者疾病的治疗、身体的健康甚至生命造成不利影响，现特告知如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者的病情将加重或者出现病情恶化的不良后果。 2. 患者原有治疗已经取得的效果可能会丧失。 3. 患者的病情可能会随时出现变化而不能得到及时的诊治。 4. 患者可能因外出而丧失最佳的诊断治疗疾病的时机； 5. 患者在住院期间外出，可能出现医疗以外的其他的无法预计的意外。 <p>鉴于上述原因，医护人员希望患者在住院期间安心治病，不要外出，请患者自觉遵守医院的规定。</p> <p style="text-align: right;">医护人员签名_____</p>			
<p>患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：</p> <p>医护人员已将住院期间患者外出可能发生的风险以及不良后果向我告知，我予以理解。患者的外出行为与医护人员的意见相违背，我明白住院期间外出可能出现上述风险及其他不可预知的风险以及不良后果，但患者仍然坚持外出，自愿承担一切风险和不良后果。</p> <p style="text-align: right;">患者本人签名_____ 联系电话_____</p> <p style="text-align: right;">如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____ 与患者关系_____</p> <p style="text-align: right;">联系电话_____</p>			
患者外出时间（年月日时分）	预计回院时间（年月日时分）	患方签名	

八、尸体解剖告知书示例

× × 医院

尸体解剖告知书

患者姓名	性别	年龄	病历号
------	----	----	-----

尊敬的患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您的家人_____在我院_____科住院治疗，因疾病_____于_____年_____月_____日_____时_____分去世，敬请节哀并特此告知如下事项：

1. 如死者生前未对尸体作出明确处理意见，死者的家属具有对尸体及器官捐献的处置权。
2. 如家属对死者的死因有异议，应在48小时内提出尸检申请。我院具有尸体冷冻条件，尸检时间可以延长至7日（尸体冷冻费用需另行交纳）。
3. 如因拒绝或者拖延尸检，超过规定时间，从而对死因的判定产生的影响，自行承担 responsibility。
4. 尸体解剖的过程需要损坏死者的体貌，取出必要的组织、内脏器官进行检验，所以在尸体解剖时尸体的体貌会有所损坏，同时死者的部分组织、内脏器官会缺失。并且，即使进行了全面、系统的尸体解剖和病理检验，仍有可能查不出真正的死因。
5. 尸检需要在以下具备资格的机构进行：
 - （1）卫生行政部门批准设置具有独立病理解剖能力病理科的医疗机构。
 - （2）设有具备独立病理解剖能力的病理教研室或法医教研室的医学院校，或设有医学专业的并具备独立病理解剖能力的病理教研室或法医教研室的高等普通学校。
 - （3）医患双方可共同选择经过国家司法行政部门批准的司法鉴定机构。
6. 您可以委托法医病理学人员参加尸检，也可以委派代表观察尸检过程。

医师陈述：

我已经将尸检的相关情况向患者家属或患者的法定监护人、授权委托人做了详细的告知，并且解答了相关问题。

医师签名_____ 签名日期_____年_____月_____日

患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

医护人员已经将尸检的相关情况向我做了详细的说明，并且及时解答了相关问题。经慎重考虑，我们对尸检处理的决定是：_____（“同意尸检”或“不同意尸检”）。

死者授权委托人或法定监护人签名：_____与死者关系_____

签名日期_____年_____月_____日

九、手术同意书示例

× × 医院

手术同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
<p>疾病介绍和治疗建议：</p> <p>医师已告知我患有_____，需要在_____麻醉下进行_____手术。</p> <p>手术目的：1. 进一步明确诊断 2. 切除病灶（可疑癌变/癌变/功能亢进/其他）</p> <p>3. 缓解症状 4. 其他_____</p> <p>预期效果：1. 疾病诊断进一步明确 2. 疾病进展获得控制/部分控制/未控制</p> <p>3. 症状完全缓解/部分缓解/未缓解 4. 其他_____</p>				
<p>手术潜在风险和对策：</p> <p>医师告知我如下手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术式根据不同患者的情况有所不同，医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。</p> <p>一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。</p>				
<p>医师陈述：</p> <p>我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。</p> <p>手术者签名_____ 经治医师签名_____</p>				
<p>患者知情选择：</p> <p>医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。</p> <p>患者签名_____</p> <p>如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者关系_____</p>				

十、麻醉同意书示例

× × 医院

麻醉同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我患有_____，需要接受麻醉。

1. 麻醉作用的产生主要是利用麻醉药使中枢神经系统或神经系统中某些部位受到抑制的结果。临床麻醉的主要任务是：消除手术疼痛，监测和调控生理功能，保障患者安全，并为手术创造条件。手术是治疗外科疾病的有效方法，但手术引起的创伤和失血可使患者的生理功能处于应激状态；各种麻醉方法和药物对患者的生理功能都有一定影响；外科疾病本身所引起的病理生理改变，以及并存的非外科疾病所导致的器官功能损害等，都是围手术期潜在的危险因素。麻醉的风险性与手术大小并非完全一致，复杂的手术固然可使麻醉的风险性增加，而有时手术并非很复杂，但由于患者的病情和并存疾病的影响，可为麻醉带来更大的风险。

2. 为保证手术时无痛和医疗安全，手术需要在麻醉和严密监测条件下进行。患者有权选择麻醉方法，但根据患者病情和手术需要，麻醉医师建议选择以下麻醉方法，必要时允许改变麻醉方式。

☐全麻；☐全麻+硬膜外麻醉；☐椎管内麻醉；☐神经阻滞；☐局部麻醉+强化；☐其他

3. 为了手术安全，麻醉医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则；在手术麻醉期间，麻醉医师始终在现场严密监测患者生命体征，并履行医师职责，对异常情况及时进行治疗和处理。但任何麻醉方法都存在一定风险，根据目前技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其他疾病，麻醉可诱发或加重已有症状，相关并发症和麻醉风险性也显著增加。

4. 为了减轻术后疼痛，促进康复，麻醉医师介绍了术后疼痛治疗的优点、方法和可能引起的意外与并发症，建议患者进行术后疼痛治疗，并告知是自愿选择和自费项目。

麻醉潜在风险和对策：

1. 麻醉医师已对我的病情、病史进行了详细询问。我对麻醉医师所告知的、因受医学科学技术条件限制、目前尚难以完全避免的麻醉意外和并发症表示理解。相信麻醉医师会采取积极有效的措施加以避免。如果发生紧急情况，医师无法或来不及征得本人或家属意见时，授权麻醉医师按照医学常规予以紧急处理和全力救治。如果所选麻醉方法不能满足手术的需要，授权麻醉医师根据具体情况改变麻醉方式以便顺利完成手术治疗。

2. 我理解麻醉存在以下（但不限于）风险：

(1) 与原发病或并存疾病相关：脑出血，脑梗死，脑水肿；严重心律失常，心肌缺血/梗死，心力衰竭；肺不张，肺水肿，肺栓塞，呼吸衰竭；肾功能障碍或衰竭等。

(2) 与药物相关：过敏反应或过敏性休克，局麻药全身毒性反应和神经毒性，严重呼吸和循环抑制，循环骤停，器官功能损害或衰竭，精神异常，恶性高热等。

(3) 与不同麻醉方法和操作相关：①神经阻滞：血肿，气胸，神经功能损害，喉返神经麻痹，全脊麻等。②椎管内麻醉：腰背痛，尿失禁或尿潴留，腰麻后头痛，颅神经麻痹，脊神经或脊髓损伤，呼吸和循环抑制，全脊麻甚至循环骤停，硬膜外血肿、脓肿甚至截瘫，穿刺部位或椎管内感染，硬膜外导管滞留或断裂，麻醉不完善或失败等。③全身麻醉：呕吐、误吸，喉痉挛，支气管痉挛，急性上呼吸道梗阻，气管内插管失败，术后咽痛，声带损伤、环杓关节脱位，牙齿损伤或脱落，苏醒延迟等。

(4) 与有创性监测相关：局部血肿，纵隔血/气肿，血/气胸，感染，心律失常，血栓形成或肺栓塞，心包填塞，导管打结或断裂，胸导管损伤，神经损伤等。

(5) 与输液、输血及血液制品相关：血源性传染病，热原反应，过敏反应，凝血病等。

(6) 与外科手术相关：失血性休克，严重迷走神经反射引起的呼吸心跳骤停，压迫心脏或大血管引起的严重循环抑制及其并发症等。

(7) 与术后镇痛相关：呼吸、循环抑制，恶心呕吐，镇痛不全，硬膜外导管脱出等。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：

我已告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需要更改为其他麻醉方法的可能性，并解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

麻醉医师签名_____

患者知情选择：

麻醉医师已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。同意在治疗中医师可以根据患者病情对预定的麻醉方式作出调整。我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

患者签名_____ 同意接受术后疼痛治疗：患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者关系_____

（此页为上页背面）

十一、麻醉/辅助镇静知情同意书示例

× × 医院

麻醉/辅助镇静知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我患有_____，需要接受麻醉/辅助镇静。

1. 麻醉/辅助镇静方法是指患者在接受有创诊断检查和（或）治疗期间，应用适当的麻醉药和（或）镇痛药，使患者得到适当镇静，减轻检查和（或）治疗期间的痛苦及其所带来的不良反应。
2. 采用麻醉/辅助镇静的的方法可以减轻在接受有创诊断检查和（或）治疗操作时的痛苦，以保证操作顺利进行。患者有权决定是否选择在麻醉/辅助镇静下进行操作。
3. 为了安全，麻醉医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则；在检查麻醉期间，麻醉医师始终在现场严密监测我的生命体征，并履行医师职责，对异常情况及时进行治疗和处理。
4. 任何麻醉/辅助镇静方法都存在一定风险性，根据目前技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其他疾病，麻醉可诱发或加重已有症状，相关并发症和麻醉风险性也显著增加。

麻醉/辅助镇静潜在风险和对策：

1. 医师已告知麻醉/辅助镇静的目的、方法、优点及可能发生的意外和并发症。对于目前难以完全避免的麻醉/辅助镇静意外和并发症表示理解。相信麻醉医师会采取积极有效措施加以避免。一旦发生，授权麻醉医师及时处理和全力救治。
2. 我理解麻醉/辅助镇静存在以下（但不限于）风险：①根据麻醉操作常规、按照《中华人民共和国药典》的要求使用各种、各类麻醉药后，患者仍有可能出现中毒、过敏、高敏、神经毒性等反应，导致休克、呼吸心跳停止。②全麻时，特别是对急症饱胃患者，麻醉前已经采取力所能及的预防措施，但仍不能完全避免发生呕吐、反流、误吸，甚至窒息死亡。③全身麻醉可引起喉或支气管痉挛。④麻醉可诱发、加重已有的合并症，导致组织器官功能衰竭。⑤麻醉过程中，可发生各种心律失常、神经反射性血流动力学改变等。⑥患者本身合并其他疾病或有重要脏器损害者，相关并发症和麻醉危险性显著增加。⑦常规胃肠镜等有创介入检查和治疗可能引起的并发症。⑧其他_____

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：我已告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据检查治疗的需要更改为其他麻醉方法的可能性，并解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

麻醉医师签名_____

患者知情选择：麻醉医师已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。我同意在治疗中医师可以根据患者的病情对预定的麻醉方式作出调整。我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

患者签名_____同意接受术后疼痛治疗；患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者关系_____

十二、手术中冰冻切片检查知情同意书示例

× × 医院

手术中冰冻切片检查知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
<p>检查介绍和建议：</p> <p>医师已告知我患有_____疾病，需要在手术中进行冰冻检查，以决定下一步治疗的方案。手术中冰冻切片检查是临床医师在实施手术过程中，就与手术方案有关的疾病诊断问题请求病理医师快速进行的紧急会诊，要求病理医师在短时间内，根据对切除标本快速冰冻切片观察后，向手术医师提供参考性病理学诊断意见。限于医学技术的发展水平，目前冰冻切片的诊断准确率有限。</p>				
<p>检查潜在风险和对策：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考意见，它具有局限性，准确率一般在95%左右。 2. 一些病变单靠冰冻切片难以鉴别良恶性，为防止对患者造成不必要的损伤，病理医师遇到不典型或可疑恶性时会在冰冻报告中提示等待常规石蜡诊断。 3. 冰冻报告不能作为最后诊断，最后诊断必须等待石蜡切片。 4. 冰冻报告与常规石蜡切片报告可能不一致，此时以石蜡切片诊断报告为准。手术方案有可能因此发生改变。 5. 我在权衡风险与危害后，可以“接受”，或“拒绝”冰冻检查，或等待准确性更高的“常规石蜡切片诊断”。 				
<p>医师陈述：</p> <p>我已经告知患者将要进行的检查方法、检查存在的潜在风险、可能存在的其他检查方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。</p> <p style="text-align: right;">医师签名_____</p>				
<p>患者知情选择：</p> <p>医师已经告知我将要进行的检查方法、检查存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次检查的相关问题。愿意接受手术中冰冻切片检查。</p> <p style="text-align: right;">患者签名_____</p> <p>如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____</p>				

十三、胸腔穿刺术知情同意书示例

× × 医院

胸腔穿刺术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我的____侧胸腔患有____，需要在____麻醉下进行胸腔穿刺术。

□胸腔积液是由于全身或局部病变破坏了胸膜腔内液体滤过与吸收的动态平衡，致使胸膜腔内液体形成过快或吸收过缓，临床出现胸膜腔内液体增多。积液量少于0.3L时症状多不明显，部分患者可出现胸痛、发热；若超过0.5L，会逐渐出现胸闷、憋气、呼吸困难、心悸等；大量积液时纵隔脏器受压，心悸及呼吸困难更加明显。

□气胸是由于任何原因引起的胸膜破损，空气进入胸膜腔。患者常有持重物、屏气、剧烈运动等诱发因素，但也有在睡眠中发生气胸者，突感一侧胸痛、气急、憋气，可有咳嗽，但痰少，小量闭合性气胸可无明显胸闷、憋气等症状。张力性气胸由于胸腔内压骤然升高，肺被压缩，纵隔移位，会出现严重呼吸循环障碍，可出现情绪烦躁、发绀、冷汗、脉快、虚脱，甚至有心律失常、意识不清。

胸腔穿刺术的目的是：□穿刺抽取胸腔积液，协助确定诊断；□引流胸腔积液、积气减压，缓解症状；□减轻和预防胸膜粘连、增厚；□减轻肺不张。

术后症状缓解的情况取决于胸腔积液或气胸是否再次出现，对胸腔穿刺所得胸腔积液进行病理细胞学检验，诊断率只有40%~70%。对于一些肿瘤原因引起的胸腔积液术后很可能再次出现。气胸行胸腔穿刺后可能会因为肺持续漏气而症状不能缓解。

操作潜在风险和对策：

医师告知我如下胸腔穿刺手术可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医师告诉我可与医师讨论有关手术的具体内容及其他特殊问题。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险和医师的对策：①局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等；②麻醉药过敏，药物毒性反应及其他麻醉意外；③穿刺部位局部肿胀，皮下气肿；④心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等；⑤穿刺失败；⑥术中与术后出血、渗液、渗血；⑦胸膜反应：心悸、胸部压迫感、头晕、出汗、低血压休克；⑧气胸、血气胸、皮下气肿，严重时危及生命；⑨肺水肿；⑩损伤肺脏、局部神经或其他组织、器官；⑪穿刺处局部或胸膜腔感染，必要时需要置管引流；⑫术后胸腔积液或气胸再次出现，必要时需要置管引流。
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肾功能不全、静脉血栓等疾病或有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：

我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医师签名_____

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受胸腔穿刺术。

患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____

十四、腹腔穿刺术知情同意书示例

× × 医院

腹腔穿刺术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我患有_____，需要在_____麻醉下进行腹腔穿刺术。

腹水指过多的游离液体在腹腔内积聚。腹水可由肝脏病、心脏病、肾脏病、结核病、恶性肿瘤等疾病引起。各种原因导致的肝硬化及原发性肝癌是引起腹水的主要疾病。腹水形成时常有腹胀、腹部膨隆、双下肢水肿、尿量减少等表现。

腹腔穿刺术的目的是：☐明确腹腔积液的性质，协助诊断；☐适量的抽出腹水，以减轻患者腹腔内的压力，缓解腹胀、胸闷、气急，呼吸困难等症状，减少静脉回流阻力，改善血液循环；☐向腹膜腔内注入药物。

操作潜在风险和对策：

医师告知我如下腹腔穿刺术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何操作麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险和医师的对策：①局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等；②局麻药过敏，药物毒性反应；③穿刺部位局部血肿；④心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等；⑤穿刺及留置管失败；⑥术中、术后出血、渗液、渗血，损伤周围神经、动脉、静脉，致出血、血肿形成，可能需要行二次手术；⑦留置管折叠、折断、遗留、堵塞、滑脱等；⑧穿刺损伤肠管，穿透肠管致感染性腹膜炎；⑨穿刺损伤腹腔其他脏器，如膀胱、肝脏等；⑩腹腔留置管处窦道形成、腹膜粘连；⑪穿刺放液后可致血压下降或休克；⑫术后胃肠道出血，应激性溃疡，严重者死亡；⑬术中大出血，导致失血性休克，严重者死亡；⑭如果卧床时间较长可能导致肺部感染，泌尿系统感染，压疮，深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等；⑮其他目前无法预计的风险和并发症。
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：

我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他操作方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医师签名_____

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受腹腔穿刺术。

患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____

十五、腰椎穿刺术知情同意书示例

× × 医院

腰椎穿刺术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
<p>疾病介绍和治疗建议：</p> <p>医师已告知我的脑部或脊髓患有炎症性、出血性、占位性或其他病变，需要在麻醉下进行腰椎穿刺术。腰椎穿刺检查应用于监测脑脊液压力、细胞学及各项生化指标等，对于考虑中枢神经系统感染性疾病、脱髓鞘疾病、肿瘤或其相关疾病等具有重要的诊断意义。</p>				
<p>操作潜在风险和对策：</p> <p>医师告知我如下可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方案根据不同患者的情况有所不同，医师告诉我可与我的医师讨论有关我操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 我理解任何麻醉都存在风险。 2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。 3. 我理解此操作可能发生的风险和医师的对策： <ol style="list-style-type: none"> (1) 穿刺过程中可能会出现如下危险：①穿刺部位出血：包括皮肤、软组织出血，甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿，严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍；②感染：由于患者免疫力低下有可能出现穿刺部位皮肤或软组织感染，严重可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症；③穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能，造成肢体感觉、运动障碍，甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等；④有穿刺失败的可能，届时可能需要再次穿刺。 (2) 术后可能出现如下危险：①化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病；②中枢神经系统感染；③颅内压力升高，引起头疼、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下腔出血，严重时可引起脑疝、昏迷，可引起脑功能性障碍、昏迷、甚至呼吸心跳停止，乃至死亡；④术后低颅压综合征；⑤鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎，表现为头痛、颈背痛、恶心呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状；⑥鞘内注射药物过敏，如：发热、皮疹，严重可出现过敏性休克、死亡。 4. 我理解如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。 5. 我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。 <p>一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。</p>				
<p>医师陈述：</p> <p>我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。</p> <p style="text-align: right;">医师签名_____</p>				
<p>患者知情选择：</p> <p>医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受腰椎穿刺术。</p> <p style="text-align: right;">患者签名_____</p> <p>如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____</p>				

十六、腰椎穿刺及鞘内注射知情同意书示例

× × 医院

腰椎穿刺及鞘内注射知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我患_____需要进行腰椎穿刺及鞘内注射术。

因病情需明确有无中枢神经系统白血病，治疗及化疗或移植后原发病监测的需要，需进行腰椎穿刺，并可能进行鞘内注射化疗药物治疗。此操作为有创伤性的操作。

操作潜在风险和对策：

医师告知我腰穿/鞘内注射可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医师告诉我可与我的医师讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何操作及治疗都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此操作可能发生的风险和医师的对策：

(1) 穿刺过程中可能会出现如下危险：①穿刺部位出血：包括皮肤、软组织出血，甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿，严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍；②感染：由于患者免疫力低下有可能出现穿刺部位皮肤或软组织感染，严重可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症；③穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能，造成肢体感觉、运动障碍，甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等；④有穿刺失败的可能，届时可能需要再次穿刺。

(2) 鞘内注射过程中及术后可能出现如下危险：①化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病；②中枢神经系统感染；③颅内压力升高，引起头疼、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下腔出血，严重时可引起脑疝、昏迷，可引起脑功能性障碍、昏迷、甚至呼吸心跳停止，乃至死亡；④术后低颅压综合征；⑤鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎，表现为头痛、颈背痛、恶心呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状；⑥鞘内注射药物过敏，如：发热、皮疹，严重可出现过敏性休克、死亡；⑦鞘注甲氨蝶呤或阿糖胞苷出现慢性神经损伤，如：脊髓损伤、坏死性白质脑病和上行性瘫痪等。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：

我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医师签名_____

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受腰椎穿刺及鞘内注射。

患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____

十七、骨髓穿刺/活检术知情同意书示例

× × 医院

骨髓穿刺/活检术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我需要在_____麻醉下进行骨髓_____术。

☐ 穿刺取骨髓，协助确定诊断及检测病情变化；

☐ 骨髓组织性病理检查，协助确定诊断及检测病情变化；

☐ 其他_____

操作潜在风险和对策：

医师告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的医疗方案术式根据不同患者的情况有所不同，医师告诉我可与我的医师讨论有关我医疗方案的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此医疗方案存在以下并发症风险和局限性：①局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等；②局麻药过敏，药物毒性反应；③穿刺部位局部出血血肿；④心血管症状：穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填满、心跳呼吸骤停等；⑤由于疾病原因或患者自身因素导致的穿刺失败，可能需要再次穿刺；⑥术中、术后出血、渗液、渗血，损伤周围神经、动脉、静脉，致出血、血肿形成；⑦穿刺针折断。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：

我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医师签名_____

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受骨髓穿刺/活检术。

患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____

十八、肝脏穿刺术知情同意书示例

× × 医院

肝脏穿刺术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我患有_____疾病，需要在_____麻醉下进行肝脏穿刺术。

肝脏穿刺术全部在 B 超直视下实施，可以在 B 超下选择进针的最佳路径，避开肉眼可见的血管、胆管、胆囊、肺脏、肾脏等，从而将穿刺损伤的可能性降至最低。B 超引导下细针穿刺，穿刺准确，损伤小，合并症少。

肝脏穿刺术的目的是：①确定肝病的原因，对于一些其他方法不能确诊的肝病有一定的确定诊断价值。②确定肝病的严重程度，包括肝细胞变性坏死的程度和肝纤维化的程度，有助于确定治疗方案及判定预后。③治疗前后的两次或多次肝穿还有助于了解治疗效果。④有针对性的穿刺某些特殊部位，如肿瘤、囊肿、血管瘤等，进行相应诊断或治疗。

手术潜在风险和对策：

医师告知我如下肝脏穿刺术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险和医师的对策：①穿刺局部感染、肝内感染、腹腔内感染或败血症；②局麻药过敏，药物毒性反应；③穿刺部位局部血肿，皮下气肿，穿刺损伤局部神经；④心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等；⑤穿刺失败；⑥渗液、渗血、出血，严重者发生失血性休克乃至死亡；⑦穿刺管折断、遗留、堵塞等；⑧肝脏破裂及肿瘤针道种植转移；⑨损伤腹腔其他脏器，严重者需手术治疗；⑩未能穿及并获取足够的肝脏组织；⑪术后诊断仍不能明确；⑫其他可能发生的无法预料或者不能防范的并发症。
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：

我已经告知患者将要进行的操作方式、操作存在的潜在风险、可能存在的其他方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医师签名_____

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受肝脏穿刺术。

患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____

十九、经外周置入的中心静脉导管知情同意书示例

× × 医院

经外周置入的中心静脉导管知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
<p>疾病介绍和治疗建议：</p> <p>医师已告知我患_____疾病，需要在_____麻醉下进行经外周置入的中心静脉导管（PICC）术。为方便治疗，需要为患者进行 PICC 术，以减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻患者痛苦；避免化疗药物外渗引起的并发症；中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全规程有效，保护外周静脉。</p>				
<p>操作潜在风险和对策：</p> <p>医师告知我 PICC 术及留置导管可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方式根据不同患者的情况有所不同，医师告诉我可与我的医师讨论有关我操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 我理解任何麻醉都存在风险。 2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。 3. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性：①少数患者因个体差异，血管变异，可能出现穿刺及置管失败，需再次穿刺；②少数患者可发生导管异位、脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞，个别患者不能耐受置入的导管而治疗途中拔管等情况发生；③少数患者可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡；④少数患者因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成，部分患者可发生其他周边组织损伤；如：气胸等；⑤穿刺部位局部血肿，皮下气肿；⑥液体渗出，局部组织发生坏死。 <p>一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。</p>				
<p>医师陈述：</p> <p>我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。</p> <p style="text-align: right;">医师签名_____</p>				
<p>患者知情选择：</p> <p>医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受经外周置入的中心静脉导管。</p> <p style="text-align: right;">患者签名_____</p> <p>如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____</p>				

二十、深静脉置管术知情同意书示例

× × 医院

深静脉置管术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我患有_____需要在_____麻醉下进行 ☐ 临时性 ☐ 长期性

◇经颈内静脉 ◇经股静脉 ◇经锁骨下静脉 深静脉置管术。

深静脉置管术是通过颈内静脉、股静脉或锁骨下静脉穿刺、在深静脉腔内留置双腔导管的技术，根据临床治疗的需要，可分为临时性及长期性中心静脉置管两种方式。

☐ 为方便化疗或造血干细胞移植期间的治疗，需要为患者进行深静脉置管。以减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻患者痛苦；避免化疗药物外渗引起的并发症；深静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效，保护外周静脉。

☐ 深静脉置管术主要是为了解决外周静脉穿刺不能满足治疗需要的问题以及用于部分动静脉条件不佳的免疫净化患者。

☐ 深静脉置管是为血液净化治疗建立血管通路，是保证血液净化治疗顺利和充分进行的关键。

☐ 其他

手术潜在风险和对策：

医师告知我深静脉穿刺术及留置导管可能发生的一些风险，有些 uncommon 的风险可能没有在此列出，具体的医疗方案根据不同患者的情况有所不同，医师告诉我可与我的医师讨论有关我医疗方案的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此操作可能发生的风险和医师的对策：①局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等；②血管损伤：发生出血、假动脉瘤、静脉狭窄、动静脉瘘。局部血肿可压迫气道、胸腔、心脏、气管，引起吞咽异物感，心悸、阵发性刺激性干咳、发热甚至窒息死亡等，必要时需外科手术治疗；③穿刺部位局部血肿，皮下气肿；④心血管症状：穿刺或拔除导管过程中可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等；⑤周围组织、神经损伤：声音嘶哑、穿刺侧颈部、胸部、上肢部疼痛和乏力、麻木、活动障碍、霍纳综合征（穿刺侧瞳孔缩小，脸裂缩小，上眼睑轻度下垂，眼球后陷，同侧面面部皮肤血管扩张并无汗）等；⑥空气栓塞：可影响呼吸，导致心血管衰竭、神经系统后遗症、肺栓塞，甚至死亡等；⑦血栓形成：可造成血管栓塞、静脉炎、导管堵塞等；⑧穿刺中或穿刺后可进入胸腔、纵隔、心包、心脏、淋巴管、腋静脉、颈内静脉颅内部分等，出现气胸、血胸、胸腔积液、纵隔积液、心包积液、心脏穿孔、淋巴漏等；⑨穿刺及置管失败；⑩渗液、渗血，出血量大时可出现休克甚至危及生命；⑪导管折叠、折断、遗留、堵塞、滑脱等；⑫上述并发症发生后有可能需要拔除导管后再次置管，也可以导致本人身体器官严重障碍，甚至留下终身残疾，严重的还可能危及生命。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：

我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医师签名_____

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受深静脉置管术。

患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____

二十一、气管插管和机械通气知情同意书示例

× × 医院

气管插管和机械通气知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
------	----	----	-----	------

疾病介绍和治疗建议：

医师已告知患者有_____，需要进行气管插管和机械通气。

机械通气的目的：改善呼吸功能，维持生命体征，为解除诱发加重因素争取时间。

手术潜在风险和对策：

医师告知患者气管插管和机械通气可能发生的一些风险，有些 uncommon 的风险可能没有在此列出，具体的操作根据不同患者的情况有所不同，医师已告知患者及家属可与患者的医师讨论有关患者操作的具体内容，如果有特殊的问题可与患者的医师讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此操作可能发生的风险和医师的对策：
 - (1) 气管插管：①刺激迷走神经引起呼吸心跳骤停；②口腔局部损伤和牙齿脱落；③咽部感染、喉头水肿及声带损伤；④气管软骨脱位；⑤误吸、肺部感染和肺不张；⑥黏液栓、痰栓等引起急性气道阻塞；⑦误入食道；⑧插管失败。
 - (2) 机械通气：①呼吸机诱发的肺损伤，相关性肺部感染；②患者不能脱离呼吸机，呼吸机依赖；③血流动力学不稳定，血压下降，心律失常，心功能衰竭等循环功能障碍；④患者与呼吸机不同步，致呼吸困难，呼吸功能衰竭继续加重；⑤患者需要约束治疗；⑥皮下气肿、纵隔气肿和气胸等；⑦氧中毒；⑧气管食管瘘。
4. 我理解如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
5. 如果患者的体位不当或不遵医嘱，可能影响操作效果。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：

我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医师签名_____

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受气管插管和机械通气。

患者签名_____

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____

二十二、气管切开术知情同意书示例

× × 医院

气管切开术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号	签署日期
<p>疾病介绍和治疗建议：</p> <p>医师已告知患者有_____疾病，为保证气道通畅，改善呼吸功能，需要进行气管切开术。</p>				
<p>手术潜在风险和对策：</p> <p>医师已告知我及家属如下气管切开术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同，医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 任何麻醉都存在风险。 2. 任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。 3. 此手术可能发生的风险和医师的对策：(1) 心脑血管意外：心律失常、心跳骤停等。(2) 术中损伤气管周围组织，可导致：①血管损伤，出血；②食管损伤，气管-食管瘘：少见。较小的、时间不长的瘘孔，有时可自行愈合，瘘口较大或时间较长、上皮已长入瘘口者，只能手术修补；③神经损伤：包括喉返神经、喉上神经等；④甲状腺损伤，出血；⑤皮下气肿：是手术后最常见的并发症，大多数于数日后可自行吸收，不需要作特殊处理；⑥气胸及纵隔气肿：轻者无明显症状，严重者可引起窒息。此时应行胸膜穿刺，抽除气体。严重者可可行闭式引流术。(3) 出血：术中伤口少量出血，可压迫止血，若出血较多，可能有血管损伤，可能需手术结扎出血点。术后出血，对症处理。(4) 由于垫肩或体位变动导致原发病加重，甚至危及生命。(5) 肺部并发症：如肺炎、肺脓肿，支气管炎、肺炎、肺不张等。(6) 术中、术后急性窒息致死亡。(7) 术后喉狭窄。(8) 置管位置不佳，必要时二次手术。(9) 术后伤口感染，不愈合或愈合延迟。(10) 术后呼吸功能不佳，导致拔管延迟或终生带管：根据不同病因，酌情处理。(11) 术后脱管。(12) 其他难以预料的意外。 4. 如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。 <p>一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。</p>				
<p>医师陈述：</p> <p>我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。</p> <p style="text-align: right;">医师签名_____</p>				
<p>患者知情选择：</p> <p>医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受气管切开术。</p> <p style="text-align: right;">患者签名_____</p> <p>如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名_____与患者的关系_____</p>				

第六章 处方、医嘱、辅助检查报告单及体温单书写要求及格式

第一节 处方书写要求及格式

处方是指由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括病区用药医嘱单。

经注册的执业医师在执业地点取得相应的处方权。医师应当在注册的医疗机构签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后，方可在本机构开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格后，方可在本机构调剂麻醉药品和第一类精神药品。

试用期人员开具处方，应当经所在医疗机构有处方权的执业医师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

进修医师由接收进修的医疗机构对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

一、处方书写要求

(一) 处方书写规则

1. 患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。
2. 每张处方限于一名患者的用药。
3. 字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。
4. 药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。
5. 患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时注明体重。
6. 西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方，中药饮片应当单独开具处方。
7. 开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。
8. 中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产

地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。

9. 药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

10. 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克（g）、毫克（mg）、微克（ μg ）、纳克（ng）为单位；容量以升（L）、毫升（ml）为单位；国际单位（IU）、单位（U）；中药饮片以克（g）为单位。

片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

11. 给药途径应写明口服（po）、皮下注射（sc 或 ih）、皮内注射（id）、肌肉注射（im）、静脉注射（iv）、静脉滴注（iv. drip 或 iv. gtt）；给药次数应写明每天1次（qd）、每天2次（bid）、每天3次（tid）、每天4次（qid）、隔天1次（qod）、每两天1次（q2d）、每6小时1次（q6h）；给药时间应写明饭前（ac）、饭后（pc）、睡前（hs）、每天早晨（qm）、每天晚上（qn）、每周（qw）、需要时（sos）、必要时（prn）、立即（St! 或 Stat!）等。

12. 除特殊情况外，应当注明临床诊断。

13. 开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

14. 处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

（二）处方开具要求

1. 医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则。医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

2. 医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。

医师开具院内制剂处方时应当使用经省级卫生行政部门审核、药品监督管理部门批准的名称。

3. 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过3天。

4. 处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按照国家有关规定执行。

5. 医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

6. 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。

病历中应当留存下列材料复印件：

- (1) 二级以上医院开具的诊断证明。
- (2) 患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件。
- (3) 为患者代办人员身份证明文件。

7. 为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

8. 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。

9. 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为1日常用量。

10. 对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。

11. 医师利用计算机开具、传递普通处方时，应当同时打印出纸质处方，其格式与手写处方一致；打印的纸质处方经签名或者加盖签章后有效。药师核发药品时，应当核对打印的纸质处方，无误后发给药品，并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。

二、处方标准

1. 处方标准由卫生部统一规定，处方格式由省、自治区、直辖市卫生行政部门（简称省级卫生行政部门）统一制定，处方由医疗机构按照规定的标准和格式印制。

2. 处方标准包括处方内容和处方颜色的规定

(1) 处方内容

①前记：包括医疗机构名称、费别、患者姓名、性别、年龄、门诊或住院病历号，科别或病区和床位号、临床诊断、开具日期等。可添列特殊要求的项目。

麻醉药品和第一类精神药品处方还应当包括患者身份证明编号，代办人姓名、身份证明编号。

②正文：以Rp或R（拉丁文Recipe“请取”的缩写）标示，分列药品名称、剂型、规格、数量、用法用量。

③后记：医师签名或者加盖专用签章，药品金额以及审核、调配，核对、发药药师签名或者加盖专用签章。

(2) 处方颜色

①普通处方的印刷用纸为白色。右上角标注“普通”。

- ②急诊处方印刷用纸为淡黄色，右上角标注“急诊”。
- ③儿科处方印刷用纸为淡绿色，右上角标注“儿科”。
- ④麻醉药品和第一类精神药品处方印刷用纸为淡红色，右上角标注“麻、精一”。
- ⑤第二类精神药品处方印刷用纸为白色，右上角标注“精二”。



三、处方格式

(一) 门诊普通处方格式

× × 医 院				普通	
门 诊 处 方 笺					
科别	费别	门诊号	年 月 日		
姓名	年龄	岁	性别	男	女
临床诊断					
R					

医师	审核	金额
调配	核对	发药

注：普通处方印刷用纸为白色，长 19 厘米，宽 13 厘米。

(二) 门诊急诊处方格式

× × 医 院				急诊	
门 诊 处 方 笺					
科别	费别	门诊号	年 月 日		
姓名	年龄	岁(月、天)	性别	男	女
临床诊断					
R					

医师	审核	金额
调配	核对	发药

注:急诊处方印刷用纸为淡黄色,长 19 厘米,宽 13 厘米。

(三) 门诊儿科处方格式

× × 医 院				儿科	
门诊处方笺					
科别	费别	门诊号	年 月 日		
姓名	年龄	岁(月、天)	性别	男 女	体重
临床诊断					
R					

医师	审核	金额
调配	核对	发药

注:儿科处方印刷用纸为淡绿色,长 19 厘米,宽 13 厘米。

(四) 门诊麻醉、第一类精神药品处方格式

× × 医院

(麻、精—

门诊处方笺

科别 费别 门诊号 年 月 日

姓名 年龄 岁(月、天) 性别 男 女 身份证明编号

代办人姓名 身份证明编号

临床诊断

R

医师_____审核_____金额_____

调配 核对 发药

注:麻醉药品和第一类精神药品处方印刷用纸为淡红色,长19厘米,宽13厘米。

(五) 门诊第二类精神药品处方格式

× × 医 院				精二
门 诊 处 方 笺				
科别	费别	门诊号	年 月 日	
姓名	年龄	岁	性别 男 女	
临床诊断				
R				

医师	审核	金额
调配	核对	发药

注:第二类精神药品处方印刷用纸为白色,长 19 厘米,宽 13 厘米。

(六) 住院普通处方格式

× × 医 院			× × 医院	
住 院 处 方 笺			住院费用记账单	
普通				
科别或病区	费别	年 月 日	姓名	
姓名	年龄 岁	性别 男 女	病历号	
住院病历号	床位号		其他	
临床诊断			药费	
R			年 月 日	
医师_____审核_____金额_____				
调配_____核对_____发药_____				

注:普通处方印刷用纸为白色,长 19 厘米,宽 17 厘米。

急诊

住院处方笺

住院费用记账单

R

药费

年 月 日

调配_____ 核对_____ 发药_____

— 142 —

(八) 住院儿科处方格式

× × 医 院

儿科

住 院 处 方 笺

× × 医院

住院费用记账单

科别或病区	费别	年 月 日
姓名	年龄 (月、日) 性别 男 女	
住院病历号	床位号	体重
临床诊断		

R

姓名

病历号

其他

药费

年 月 日

医师	审核	金额
调配	核对	发药

注:儿科处方印刷用纸为淡绿色,长19厘米,宽17厘米。

(九) 住院麻醉、第一类精神药品处方格式

× × 医 院

住 院 处 方 笺

(麻、精一)

× × 医院
住院费用记账单

科别或病区	费别	年 月 日
姓名	年龄 岁	性别 男 女
住院病历号	床位号	身份证明编号
代办人姓名	身份证明编号	
临床诊断		

R

医师	审核	金额
调配	核对	发药

姓名
病历号
其他
药费
<div style="text-align: right; padding-right: 20px;"> 年 月 日 </div>

注：麻醉药品和第一类精神药品处方印刷用纸为淡红色，长 19 厘米，宽 17 厘米。

第二节 医嘱书写要求及格式

医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

一、医嘱书写基本要求

1. 按照处方书写要求（前一节）书写下达医嘱。
2. 医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱由医师直接书写在医嘱单上或输入微机，护士不得转抄转录。
3. 对患者的一切处置均需开写医嘱。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。
4. 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。
5. 药品名称、剂量、单位等书写要求详见本章第一节。
6. 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。

二、长期医嘱及长期医嘱单

（一）长期医嘱

长期医嘱指自医师开写医嘱时起，可继续遵循至医嘱停止的医学指令。长期医嘱书写在长期医嘱单上。长期医嘱单包括患者姓名、科别、住院病历号（或病历号）、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。

（二）长期医嘱书写要求

1. 长期医嘱的内容及顺序：①专科护理常规及分级护理；②重点护理（如病危、病重、绝对卧床、特殊体位等）；③饮食；④特别记录（如记出入量、定时测血压等）；⑤治疗医嘱（根据用药种类、时间长短、用药方法等略加归纳，先后排列，以便于执行和打印）；⑥检查、化验等。
2. 常规医嘱一般在上午 10:30 前开出。
3. 同一日期、同一时间开写的多项医嘱，仅在第一项医嘱的日期和时间栏内写清具体日期和时间，在其他各项医嘱的日期和时间栏内可用“//”代替。
4. 同一位医师在同一日期、同一时间开写的多项医嘱，仅在第一项和最后一项医嘱的医师签字栏内签写医师姓名，在其他各项医嘱的医师签字栏内可用“//”代替。
5. 开写医嘱时在医嘱栏内顶格书写，如一行写不完应在第二行的行首空一字格书写，如第二行仍未写完，第三行第一个字应与第二行第一个字对齐书写，不能写入邻近格内。
6. 患者转科、进行手术及分娩时，转出科室、术前、分娩前医嘱一律停止。在医嘱的最后一行下面用红色笔齐边框从左至右划一横实线，表示以上医嘱截止，然后在红

线以下重新开写转入、术后、产后医嘱。

7. 重整医嘱时，应先在原有医嘱的最后一行下面用红色笔齐边框从左至右划一横实线，然后在红线下面的日期、时间栏内书写重整医嘱的时间，医嘱内容栏内用红色笔书写“重整医嘱”四个字，将未停的医嘱按时间顺序依次排列。重整的医嘱由整理医嘱的医师、护士签名。



(四) 长期医嘱单示例

× × 医院

长期医嘱单

姓名 刘×× 科别 普外科 病室 4 床号 29 病历号 232687

起 始				停 止		
年月日 时分	医嘱内容	医师 签名	护士 签名	月日时分	医师 签名	护士 签名
2010-03-02 08:10	普外科护理常规	张×	李××			
"	II级护理	"	"			
"	普通饮食	"	"			
"	测血压 bid	张×	李××			
2010-03-05 11:10	全麻术后护理常规	赵×	王××			
"	I级护理	"	"			
"	禁饮食	"	"	03-09 08:00	赵×	钱××
"	持续胃肠减压	"	"	03-08 08:00	赵×	钱××
"	持续导尿	"	"	"	"	"
"	持续左膈下引流	"	"	"	"	"
"	氨苄西林舒巴坦 3.0g iv bid	"	"	"	"	"
"	10% 葡萄糖 1000ml iv drip qd	"	"	"	"	"
"	10% 氯化钾 20ml iv drip qd	"	"	"	"	"
"	胰岛素 32 单位 iv drip qd	赵×	王××	"	赵×	钱××
2010-03-09 08:10	重整医嘱	李×				
2010-03-05 11:10	全麻术后护理常规	李×	王××			
"	I级护理	"	"			
2010-03-09 08:10	半流质饮食	李×	钱××			
2010-03-13 08:10	10% 葡萄糖 500ml iv drip qd	赵×	钱××			
"	胰岛素 24 单位 iv drip qd	赵×	钱××			

第 1 页

三、临时医嘱及临时医嘱单

(一) 临时医嘱

临时医嘱是指有效时间在 24 小时以内的医嘱，一般仅执行一次。临时医嘱书写在临时医嘱单上。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。

(二) 临时医嘱书写要求

1. 临时医嘱的内容包括：

- (1) 各种辅助检查（化验、超声、X 线、CT、MRI、病理等）项目名称。
- (2) 特殊检查（治疗）、有创诊疗操作名称。
- (3) 拟施行手术名称、时间、麻醉方式、术前准备等。
- (4) 药物敏感试验。
- (5) 临时应用的药物。
- (6) 会诊、抢救、出院、转科等医嘱。

2. 药物敏感试验应用蓝黑或碳素墨水笔书写药物名称和括号，在括号内用红色墨水笔标“+”表示阳性，用蓝黑或碳素墨水笔标“-”表示阴性。

3. 辅助检查（化验、超声、X 线拍片、CT、MRI 等）“执行者签名”一栏由护士填写。

4. 其他要求同长期医嘱。



(四) 临时医嘱单示例

× × 医 院

临 时 医 嘱 单

姓名 李×× 科别 骨外科 病室 6 床号 12 病历号 456789

年月日时分	医 嘱	医师 签名	执行 时间	执行者 签名
2010-03-10,14:00	血尿、粪常规	周××	15:00	李××
"	出凝血时间	"	"	"
"	血型	"	"	"
"	病毒项目(肝炎六项、HIV 抗体)	"	"	"
"	心电图	"	"	"
"	胸部正位片	周××	15:00	李××
2010-03-13,08:00	定于今天 11 点在硬膜外麻醉下行右踝骨折切开复位内固定术	王××	11:00	王××
"	备皮	"	10:10	吴××
"	青霉素皮试(+)	"	10:00	吴××
"	普鲁卡因皮试(-)	"	10:00	吴××
"	阿托品 0.5mg 术前 30min im	"	10:30	吴××
"	鲁米那钠 0.1g 术前 30min im	"	10:30	吴××
"	中午禁饮食	王××	10:00	吴××
2010-03-13,17:00	布桂嗪 100mg im 取消赵××	赵××		
"	5% 葡萄糖氯化钠 250ml iv drip	王××	17:10	韩××
"	奈替米星(洛吉) 0.2g iv drip	"	17:10	韩××
"	10% 葡萄糖 500ml iv drip	王××	19:30	韩××
2010-03-15,09:10	今日出院	王××	10:30	吴××

第 1 页

第三节 辅助检查报告单书写要求及格式

一、辅助检查报告单书写要求

1. 辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。
2. 辅助检查报告单应按照规定由相应医务人员签发。医疗机构临床实验室专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。二级以上医疗机构临床实验室负责人应当经过省级以上卫生行政部门组织的相关培训。诊断性临床报告应当由执业医师签发。

3. 辅助检查报告单内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号（或病历号）、检查项目、检查结果、报告日期、检查号、报告人员签名或者印章等。

根据卫生部《医疗机构临床实验室管理办法》（卫医发〔2006〕73号），临床检验报告内容还应包含检验值参考范围、异常结果提示、标本接收时间、操作者姓名、审核者姓名及其他需要报告的内容。临床检验报告应当使用中文或者国际通用的、规范的缩写。

二、辅助检查报告单格式

（一）辅助检查报告单基本格式

× × 医院

检查科室：

辅助检查报告单

检查编号：

患者姓名：

性别：

年龄：

科室：

病历号：

检查项目：

检查结果：

报告人员签名：

报告日期：

(二) 检验报告单格式

× × 医院

实验室名称:

检验报告单

编号:

患者姓名:	性别:	年龄:	送检科室:	送检物:	病历号:
检验项目	检验结果	单位	参考范围	异常结果提示	

标本接收时间:	报告时间:	操作者姓名:	审核者姓名:
---------	-------	--------	--------

(三) 输血记录单格式

× × 医院

输血记录单

姓名____性别____年龄____血型____科室____病区____床号____病历号____

输血性质: 常规 紧急 大量 特殊供血者

供血者姓名_____

血 型_____

血袋号_____

血 量_____

交叉配血试验_____

复检血型_____

不规则抗体筛选_____

其他检查_____

复检者:	配血者:	发血者:	取血者:	发血时间:	年 月 日 时 分
------	------	------	------	-------	-----------

第四节 体温单书写要求及格式

一、体温单

体温单用于记录患者体温、脉搏、呼吸及其他情况，内容包括患者姓名、科室、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。主要由护士填写，住院期间体温单排列在病历最前面。

（一）体温单的书写要求

1. 体温单的楣栏项目、日期及页数均用蓝黑、碳素墨水笔填写。各眉栏项目应填写齐全，字迹清晰，均使用正楷字体书写。数字除特殊说明外均使用阿拉伯数字表述，不写计量单位。

2. 在体温单 $40 \sim 42^{\circ}\text{C}$ 之间的相应格内用红色笔纵式填写入院、分娩、手术、转入、出院、死亡等项目。除手术不写具体时间外，其余均按 24 小时制，精确到分钟。转入时间由转入科室填写，死亡时间应当以“死亡于 \times 时 \times 分”的方式表述。

3. 体温单的每页第 1 日应填写年、月、日，其余 6 天不填年、月，只填日。如在本页当中跨越月或年度，则应填写月、日或年、月、日。

4. 体温单 34°C 以下各栏目，用蓝黑、碳素墨水笔填写。

5. 住院天数：自入院当日开始计数，直至出院。

6. 手术后日数自手术次日开始计数，连续填写 14 天，如在 14 天内又做手术，则第二次手术日数作为分子，第一次手术日数作为分母填写。例：第一次手术 1 天又做第二次手术即写 $1(2)$ ， $1/2$ ， $2/3$ ， $3/4$ …… $10/11$ ，连续写至末次手术的第 14 天。

7. 患者因做特殊检查或其他原因而未测量体温、脉搏、呼吸时，应补试并填入体温单相应栏内。患者如特殊情况必须外出者，须经医师批准书写医嘱并记录在交接班报告上。其外出时间，护士不测试和绘制体温、脉搏、呼吸，返院后的体温、脉搏与外出前不相连。

8. 体温在 35°C （含 35°C ）以下者，可在 35°C 横线下用蓝黑或碳素墨水笔写上“不升”两字，不与下次测试的体温相连。

（二）体温、脉搏、呼吸、大便等的记录

1. 体温的记录

（1）体温曲线用蓝色笔或碳素墨水笔绘制，以“ \times ”表示腋温，以“ \bigcirc ”表示肛温，以“ \bullet ”表示口温。

（2）降温 30 分钟后测量的体温是以红圈“ \bigcirc ”表示，再用红色笔画虚线连接降温前体温，下次所试体温应与降温前体温相连。

（3）如患者高热经多次采取降温措施后仍持续不降，受体温单记录空间的限制，需将体温单变化情况记录在体温记录本中。

（4）体温骤然上升（ 1.5°C 以上）或突然下降（ 2.0°C 以上）者要进行复试，在

体温右上角用红笔划复试标号“√”。

(5) 常规体温每日 15:00 测试 1 次。当日手术患者 7:00、19:00 各加试 1 次；手术后 3 天内每天常规测试 2 次 (7:00、15:00)。新入院病人，即时测量体温 1 次，记录在相应的时间栏内。

(6) 发热患者 (体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) 每 4 小时测试 1 次。如患者体温在 38°C 以下者，23:00 和 3:00 酌情免试。体温正常后连测 3 次，再改常规测试。

2. 脉搏的记录

(1) 脉搏以红点“●”表示，连接曲线用红色笔绘制。

(2) 脉搏如与体温相遇时，在体温标志外画一红圈。如“⊗”、“⊙”、“○”。

(3) 短绌脉的测试为二人同时进行，一人用听诊器听心率，一人测脉搏。心率以红圈“○”表示，脉搏以红点“●”表示，并以红线分别将“○”与“●”连接。在心率和脉搏两曲线之间用红色笔画斜线构成图像。

3. 呼吸的记录

(1) 呼吸的绘制以数字表示，相邻的两次呼吸数用蓝黑或碳素黑水笔，上下错开填写在“呼吸数”项的相应时间纵列内，第 1 次呼吸应当记录在上方。

(2) 使用呼吸机患者的呼吸以Ⓡ表示，在“呼吸数”项的相应时间纵列内上下错开用黑笔画Ⓡ，不写次数。

4. 大便的记录

(1) 应在 15:00 测试体温时询问患者 24 小时内大便次数，并用蓝色笔填写。

(2) 用“*”表示大便失禁，用“☆”表示人工肛门。

(3) 3 天以内无大便者，结合临床酌情处理。处理后大便次数记录于体温单内。

(4) 灌肠 1 次后大便 1 次，应在当日大便次数栏内写 1/E，大便 2 次 2/E，无大便写 0/E。1¹/E 表示自行排便 1 次灌肠后又排便 1 次。

(三) 其他内容记录

1. 出量 (尿量、痰量、引流量、呕吐量)、入量记录 按医嘱及病情需要，用蓝黑或碳素墨水笔如实填写 24 小时总量。

2. 血压、体重的记录 血压、体重应当按医嘱或者护理常规测量并用蓝黑或碳素墨水笔记录，每周至少 1 次。入院当天应有血压、体重的记录。手术当日应在术前常规测试血压 1 次，并记录于体温单相应栏内。如为下肢血压应当标注。入院时或住院期间因病情不能测体重时，分别用“平车”或“卧床”表示。

× × 医 院

体 温 记 录 单

姓名 王×× 性别 女 年龄×岁 病房×× 入院日期 2010年1月1日 住院号××××

日 期		2010. 1. 1				2				3				4				5				6				7					
脉搏	体 温	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23	3	7	11	15	19	23
	C																														
180	42°																														
160	41°																														
140	40°																														
120	39°																														
100	38°																														
80	37°																														
60	36°																														
40	35°																														
20	34°																														
呼吸 (次/分)		16	16					17	17	18				19	20	21	19	19	19	19	19	22	18						17	17	
大便次数		1				0				2/E				1				*				1				1					
出 量	尿 量 (ml)					2150				1900																					
	痰 量 (ml)					50																									
	引流 量 (ml)									50																					
	呕吐 量 (ml)																														
	总 量 (ml)					2200				1950																					
入 量 (ml)																															
血压(mmHg)		110/70				105/70																									
体 重(kg)		50																													
手术后天数						0				1(2)				1/2				2/3				3/4				4/6					
住院天数		1				2				3				4				5				6				7					

第 1 周

第七章 住院病案首页书写要求及格式

一、病历首页书写要求

1. 病案首页是病案中信息最集中、最重要、最核心的部分，要求填写准确、完整、规范。

2. 由经治医师于患者出院或死亡后 24 小时内完成。

3. 病案首页可分为三个部分，第一部分是患者的基本情况，由住院处依据患者提供的信息录入；第二部分是医疗情况部分，由经治执业医师填写；第三部分为住院费用等，由财务部门填写，已实现计算机管理能提供住院费用清单的，住院费用可以不填。

4. 疾病诊断的填写：

(1) 疾病诊断的构成 应包括病因 + 部位 + 病理 + 临床表现几个方面，但并不是每一个疾病诊断都必须含有这些成分。一般的疾病诊断都含有部位 + 临床表现两个核心成分，如腹膜炎，脊柱前凸；有些诊断还包括了病因 + 部位 + 临床表现三个部分，如结核性胸膜炎。一般的诊断不必含有病理诊断。对于病因不清、部位不确定的诊断或者全身性的表现，有时单一的临床表现也可作为诊断名称，例如：腹痛，发热。医师在填写诊断名称时，一定要尽量将上述的成分描述清楚，不能只写类似“心肌梗死”这样的诊断，因为“急性”、“慢性”、“透壁性”、“心内膜下”和具体的部位都直接影响编码的结果，从而影响资料利用时的价值。

(2) 疾病诊断的填写顺序 疾病诊断的填写顺序基本原则：

① 主要治疗的疾病在前，未治的疾病及陈旧性情况在后。

② 严重的疾病在前，轻微的疾病在后。

③ 本科疾病在前，他科疾病在后。

④ 对于一个复杂的疾病诊断的填写，病因在前，症状在后。

(3) 主要诊断选择规则

① 主要诊断选择总则：选择本次住院过程中对身体健康危害最大，花费医疗精力最多，住院时间最长的诊断名称为患者的主要诊断。

② 对于复杂诊断的主要诊断的选择：如果病因诊断能够包括一般的临床表现，则选择病因诊断。如果出现的临床症状不是病因的常规表现，而是疾病某种严重的后果，是疾病发展的某个阶段，那么要选择这个重要的临床表现为主要诊断，但不选择疾病的终末情况，如呼吸循环衰竭作为主要诊断。

例 1：高血压动脉硬化性心脏病

心律不齐

主要诊断选择：高血压动脉硬化性心脏病

例 2：冠状动脉粥样硬化性心脏病

急性下壁心肌梗死

主要诊断选择：急性下壁心肌梗死

例3：老年性慢性支气管炎急性感染

支气管哮喘

肺心病

主要诊断选择：老年性慢性支气管炎急性感染

例4：老年性慢性支气管炎

支气管哮喘

肺心病

主要诊断选择：肺心病

例5：39周妊娠分娩 G₁P₁L₁

脐带绕颈

主要诊断选择：脐带绕颈

③对已治和未治疗的疾病，选择已治疾病为主要诊断。

例：急性胃肠炎（已治）

高血压性心脏病（未治）

主要诊断选择：急性胃肠炎

④患者由于某些症状或体征或异常检查结果而住院，治疗结束时仍未能确诊，症状、体征或异常检查结果可以作为主要诊断。例发热、血红蛋白尿。

5. 手术操作名称包括对患者直接施行的诊断性及治疗性操作，包括传统意义的外科手术、非手术性诊断性或治疗性操作、实验室检查及少量对标本的诊断操作名称。完整的手术操作名称包括手术部位（手术范围）、手术方式、手术入路、特殊器械和方法、手术目的、疾病性质六个部分。某一手术操作名称书写并非全部包括以上六个部分，但手术部位（手术范围）、手术方式是最基本的、最核心的部分，手术入路、特殊器械和方法、手术目的、疾病性质都将对手术操作编码产生影响。

按分类标准编码要求，规范化手术操作编码原则是：部位+术式+入路+目的+特殊器械手法+疾病性质（通常省略）

6. 病案首页的填写方法及具体要求按照《住院病案首页填写说明》（卫医发[2001] 286号）执行。

二、住院病案首页填写说明（卫医发[2001] 286号）

1. 凡栏目中有“口”者，需要在“口”内填写适当数字。栏目中没有可填内容者，填写“—”。如联系人没有电话，在电话处填写“—”。

2. 医疗付款方式分为：①社会基本医疗保险；②公费医疗；③大病统筹；④商业保险；⑤自费医疗；⑥其他。应在“口”内填写相应阿拉伯数字。

3. 职业：须填写具体的工作类别，如：公务员、职员、教师、记者、煤矿工人、农民等，不能笼统填写工人、干部、退休等。不可把农民及小商贩者填为无职业者。

4. 身份证号：除无身份证号或因其他特殊情况而无法采集者外，住院患者入院时

由住院处负责，如实填写身份证号。急诊抢救入院的患者由主管的住院医师负责填写。

5. 工作单位及地址：指就诊时患者的工作单位及地址。若无工作单位，填写“—”。

6. 户口地址：按户口所在地填写。

7. 转科科别：如果超过一次以上的转科，用“→”连接表示。

8. 实际住院天数：入院日与出院日只计算一天，例如：2001年6月12日入院，2001年6月15日出院，计住院天数为3天。

9. 门（急）诊诊断：指患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在住院证上填写的门（急）诊诊断。

10. 入院时情况

（1）危：指患者生命体征不平稳，直接威胁患者的生命，需立即进行抢救的。

（2）急：指急性发病、慢性病急性发作，急性中毒和意外损伤，须立刻对患者和伤者明确诊断和治疗的。

（3）一般：指除危、急情况以外的其他情况。

11. 入院诊断：指患者住院后由主治医师首次查房所确定的诊断。

12. 入院后确诊日期：指明确诊断的具体日期。

13. 出院诊断：指患者出院时主治医师所做的最后诊断。

（1）主要诊断：指本次医疗过程中对身体健康危害最大，花费医疗精力最多，住院时间最长的疾病诊断。

产科的主要诊断是指产科的主要并发症或伴随疾病。

（2）其他诊断：除主要诊断及医院感染名称（诊断）外的其他诊断。

14. 医院感染名称：指在医院内获得的感染疾病名称，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染；但不包括入院前已开始或入院时已存在的感染。当院内感染成为主要治疗的疾病时，应将其列为主要诊断，同时在院内感染栏目中还要重复填写，但不必编码。医院感染的标准按《卫生部关于印发医院感染诊断标准（试行）的通知》执行。

15. 病理诊断：指各种活检、细胞学检查及尸检的诊断。

16. 损伤、中毒的外部原因：指造成损伤的外部原因及引起中毒的物质，如：意外触电、房子着火、公路上汽车翻车、误服药物中毒。不可以笼统填写车祸、外伤等。

17. 治愈：指疾病经治疗后，疾病症状消失，功能完全恢复。当疾病症状消失，但功能受到严重损害者，只计为好转。如：肝癌切除术，胃毕Ⅰ型切除术。如果疾病症状消失，功能只受到轻微的损害，仍可以计为治愈，如：胃（息肉）病损切除术。

18. 好转：指疾病经治疗后，疾病症状减轻，功能有所恢复。

19. 未愈：指疾病经治疗后未见好转（无变化）或恶化。

20. 死亡：指住院患者的死亡，包括未办理住院手续而实际上已收容入院的死亡者。

21. 其他：包括入院后未进行治疗的自动出院、转院以及因其他原因而离院的患者。

- 22. ICD - 10: 指国际疾病分类第十版。
- 23. 药物过敏: 须填写具体的药物名称, 不得空项或填错。
- 24. HbsAg: 乙型肝炎表面抗原。
- 25. HCV - Ab: 丙型肝炎病毒抗体。
- 26. HIV - Ab: 获得性人类免疫缺陷病毒抗体。
- 27. 输血反应: 指输血后一切不适的临床表现。
- 28. 诊断符合情况:

(1) 符合: 指主要诊断完全相符或基本符合(存在明显的相符或相似之处)。当所列主要诊断与相比较诊断的前三个之一相符时, 计为符合。

(2) 不符合: 指主要诊断与所比较的诊断的前三个不相符合。

(3) 不肯定: 指疑诊或以症状、体征、检查发现代替诊断, 因而无法做出判别的。

(4) 临床与病理: 病理诊断与出院诊断符合与否的标准如下:

①出院主要诊断为肿瘤, 无论病理诊断为良、恶性, 均视为符合。

②出院主要诊断为炎症, 无论病理诊断是特异性或非特异性感染, 均视为符合。

③病理诊断与临床前三诊断其中之一相符计为符合。

④指病理报告未作诊断结论, 但其描述与出院诊断前三项诊断相关为不肯定。

29. 抢救: 指对具有生命危险(生命体征不平稳)患者的抢救, 每一次抢救都要有特别记录和病程记录(包括抢救起始时间和抢救经过), 无记录者不按抢救计算。

抢救成功次数: 如果患者有数次抢救, 最后一次抢救失败而死亡, 则前几次抢救计为抢救成功, 最后一次为抢救失败。

30. 医师签名

(1) 医师签名要能体现三级医师负责制。三级医师指住院医师、主治医师和具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师。在部分实行主治医师负责制的三级医院中, 病案首页中“科主任”栏签名可由科主任指定的主管病房的主治医师或副主任医师以上人员代签。其他级别的医院必须由科主任亲自签名。

(2) 进修医师: 对于没有进修医师的医院病案首页可以不印刷或不填写。

(3) 编码员: 指负责病案编目的分类人员。

31. 手术、操作编码: 指 ICD - 9 - CM3 的编码。

32. 手术、操作名称: 指手术及非手术操作(包括诊断及治疗性操作)名称。

33. 麻醉方式: 如全麻、局麻、硬膜外麻醉等。

34. 切口愈合等级: 如下表。

切口分级	切口等级/愈合类别	解 释
Ⅰ级切口	Ⅰ/甲	无菌切口/切口愈合良好
	Ⅰ/乙	无菌切口/切口愈合欠佳
	Ⅰ/丙	无菌切口/切口化脓
Ⅱ级切口	Ⅱ/甲	沾污切口/切口愈合良好
	Ⅱ/乙	沾污切口/切口愈合欠佳
	Ⅱ/丙	沾污切口/切口化脓
Ⅲ级切口	Ⅲ/甲	感染切口/切口愈合良好
	Ⅲ/乙	感染切口/切口愈合欠佳
	Ⅲ/丙	感染切口/切口化脓

35. 随诊：指需要随诊的病案，由医师根据情况指定并指出随诊时间。

36. 示教病例：指有教学意义的病案，需要做特殊的索引以便医师查找使用。

37. 病案质量：按医院评审标准填写。

38. 首页上的签名制度：患者出院后，24 小时内主治医师、主任医师要完成检查全病案内容后签名的工作；标示病案已完成并归档，以后对病案内容任何人不得随意更改。

三、住院病案首页格式

× × 医院

住院病案首页

病案号：

第 次住院

医疗付款方式：□

姓名	性别	出生	年龄	婚姻		
职业	出生地	民族	国籍	身份证号		
工作单位及地址	电话	邮政编码				
户口地址	电话	邮政编码				
联系人姓名	关系	地址	电话			
入院日期	年 月 日 时	入院科别	病室	转科科别		
出院日期	年 月 日 时	出院科别	病室	实际住院 天		
门（急）诊诊断	入院时情况					
入院诊断	入院后确诊日期					
出院诊断	出院情况					ICD - 10
	治愈	好转	未愈	死亡	其他	
主要诊断						
其他诊断						
医院感染名称						
病理诊断						
损伤和中毒的外部原因						
药物过敏	HBsAg□	HCV - Ab□	HIV - Ab □	0. 未做	1. 阴性	2. 阳性
诊断符合情况	门诊与出院 □	入院与出院 □	术前与术后 □	临床与病理 □		
	放射与病理 □	0. 未做	1. 符合	2. 不符合	3. 不肯定	抢救 次 成功 次
科主任	主（副）主任医师	主治医师	住院医师			
进修医师	研究生实习医师	实习医师	编码员			
病案质量	□ 1. 甲	2. 乙	3. 丙	质控医师	质控护士	日期 年 月 日

手术操作 编码	手术操作 日期	手术操作名称	手术操作医师			麻醉 方式	切口愈 合等级	麻醉 医师
			术者	I 助	II 助			

住院费用总计(元) _____ 床费 _____ 护理费 _____ 西药 _____ 中成药 _____ 中草药 _____
 放射 _____ 化验 _____ 输氧 _____ 输血 _____ 诊疗 _____ 手术 _____ 接生 _____
 检查 _____ 麻醉费 _____ 婴儿费 _____ 陪床费 _____ 其他 _____、_____
 尸检 ☐ 1. 是 2. 否 手术、治疗、检查、诊断为本院第一例 ☐ 1. 是 2. 否
 随诊 ☐ 1. 是 2. 否 随诊期限 周 月 年 示教病例 ☐ 1. 是 2. 否
 血型 ☐ 1. A 2. B 3. AB 4. O 5. 其他 Rh ☐ 1. 阴 2. 阳 输血反应 ☐ 1. 有 2. 无
 输血品种 1. 红细胞 单位 2. 血小板 单位 3. 血浆 ml 4. 全血 ml 5. 其他 ml

说明: 医疗付款方式: 1. 社会基本医疗保险(补充保险、特大病保险); 2. 商业保险; 3. 自费医疗; 4. 公费医疗; 5. 大病统筹; 6. 其他。住院费用总计: 凡可由计算机提供住院费用清单的, 住院首页中可不填。

(此页为上页背面)

第八章 专科病历书写重点要求

第一节 内科病历书写重点要求

内科是各科的基础,而内科病历又是各科病历书写的基础。内科疾病通常分为消化、心血管、呼吸、血液、泌尿、内分泌、神经内科等专业,病历书写除按住院病历书写要求的客观、真实、准确、及时、完整、规范以外,还应根据各科的重点要求进行询问,并加以重点描述。

一、消化内科病历书写的重点要求

(一) 病史

1. 现病史 消化系统疾病常见的症状有恶心、呕吐、腹痛、吞咽困难、呕血、便血等,这些症状也见于其他系统疾病,因此,采集病史要细致,并客观地进行分析、归纳。

(1) 恶心呕吐:发生的时间、诱因、程度,与进食的关系;呕吐次数,呕吐物性质、色泽、量及气味;既往有无同样发作史;有无伴随症状以及有无加重与缓解因素。

(2) 腹痛:起病缓急,疼痛部位、性质、程度、病程,发作的时间、有无节律性、周期性或放射痛,诱发或缓解因素;伴随症状等。

(3) 吞咽困难:发病年龄,吞咽困难出现的部位、程度,目前能进食食物的硬度,诱因及进展速度;伴随症状,如饮食反呛、呃逆、呕血等。

(4) 呕血和便血:发病年龄、季节、诱因(如酗酒、药物或应激因素),出血的方式、性状及量,注意排除口腔、鼻咽部出血和咯血。便血与粪便的关系;伴随症状,如黄疸、发热等。

(5) 腹泻:起病急缓、发病季节,腹泻次数,粪便性状(米泔水样、稀糊状、黏液血便或脓血便等)及量、气味;有无饮食不洁或集体发病史;伴随症状、腹泻与腹痛的关系等。

(6) 便秘:起病方式,饮食及排便习惯;伴随症状,如呕吐、腹痛、腹泻、腹部肿块等。有无服用引起便秘的药物史。

(7) 黄疸:起病方式、诱因(药物或毒物),黄疸程度,大、小便色泽,有无皮肤瘙痒;伴随症状,如发热、腹痛、腹水等,有无药物使用史,黄疸的时间与波动情况以及黄疸对全身健康的影响。

(8) 腹水:了解起病缓急,腹水量的估计,如做腹腔穿刺应记录腹水的色泽。注意与腹部胀气、脂肪过多或卵巢囊肿鉴别;伴随症状,如发热、腹痛、肝脾大等。

(9) 腹部肿块:发现时间、部位、大小、形状、质地、活动度及生长速度、触痛

及搏动感；伴随症状，如疼痛、发热、黄疸、血尿、月经改变等。

(10) 厌食和体重减轻：饮食习惯及其变化，引起厌食的可能原因；体重减轻程度和速度；伴随症状如呕吐、腹泻、呕血等。

2. 既往史 有无胃肠病史、肝胆胰病史及腹部外伤手术史，有无代谢及遗传性疾病，有无糖皮质激素长期治疗史。

3. 个人史 患者的居住地、饮食习惯、排便习惯、烟酒嗜好程度及年限，有无腐蚀剂损伤史等。

(二) 体格检查

1. 皮肤、黏膜有无黄染，有无瘀斑、瘀点，有无毛细血管扩张、蜘蛛痣、肝掌、色素沉着；有无浅表淋巴结特别是左锁骨上淋巴结肿大；有无腮腺、甲状腺肿大等。

2. 腹部检查：为检查的重点。

(1) 望诊：腹部外形（平坦、膨隆或凹陷），呼吸运动，有无皮疹、瘢痕、色素、腹纹、腹部搏动等，有无腹壁静脉曲张及血流方向，有无胃肠蠕动波以及疝，腹围测量。

(2) 触诊：腹壁紧张度（柔软、柔韧或紧张），腹部压痛部位（局限性或弥漫性），有无反跳痛，腹部有无肿块（部位、大小、形态、硬度、压痛、搏动、移动度）液波震颤及振水音；肝脾是否肿大、压痛、形状，表面有无结节，质地（软、中、硬），边缘（锐、钝）；胆囊大小、形态、压痛。

(3) 叩诊：肝浊音界，肝区叩击痛，有无移动性浊音。

(4) 听诊：肠鸣音（正常、增强、减弱、消失），腹部有无振水音、血管杂音。

3. 肛指检查：有无狭窄、包块或血迹等。

(三) 辅助检查

根据病情需要选择。

1. 实验室检查：血、尿、粪常规检查，粪便潜血测定；肝功能、各型肝炎病毒血清标志物；腹水常规、生化、培养及细胞学检查；血、尿淀粉酶测定；免疫学检测，包括甲胎蛋白（AFP），癌胚抗原（CEA），免疫球蛋白等，幽门螺杆菌的检测。

2. 放射学检查：腹部平片、胃肠钡餐造影，钡剂灌肠，小肠造影；门静脉造影；腹部 CT 及 MRI 检查；胆囊造影等。

3. 超声检查：肝、胆、胰、脾及腹腔超声检查等。

4. 内镜检查：食管、胃十二指肠和结肠、直肠的内镜检查；腹腔镜检查；超声内镜及胶囊内镜等。

5. 活组织检查和脱落细胞检查。

二、心血管内科病历书写的重点要求

(一) 病史

1. 现病史 心血管病的常见症状有心悸、胸痛、呼吸困难、水肿、发绀、咳嗽、少尿、咯血、头痛、头昏或眩晕、昏厥和抽搐等，多数症状并非心血管病所特有，要仔细地进行鉴别。

(1) 心悸：发生的诱因、发作持续时间、频率及程度，有无伴随症状（如发热、

胸闷、下肢浮肿等), 有无脉律不齐、脉率过快或过缓等。

(2) 胸痛: 发生的时间、部位、性质、程度、放射部位、持续时间, 发作频度、诱发因素及缓解方式、发病年龄及伴随症状、有无恶心、呕吐症状等。

(3) 呼吸困难: 发生的诱因、好发时间、起病的快慢, 有无夜间阵发性呼吸困难, 与活动、体位的关系, 是否伴有咳嗽和咯血(或粉红色泡沫痰)等。

(4) 水肿: 初始出现水肿的部位、急缓、演变情况、是否凹陷性、与体位变化及活动的关系, 体重与尿量的变化, 利尿剂使用情况, 水肿与药物、饮食、月经及妊娠的关系等。

(5) 昏厥: 发作的诱因, 发作与体位的关系、与咳嗽及排尿的关系、与用药的关系; 晕厥发生的速度、发作持续时间、发作时面色、血压及脉搏情况; 了解昏厥前是否伴有心悸, 发生昏厥后是否伴有二便失禁或四肢抽搐, 以往有无中枢神经系统疾病史(如脑缺血等)或心血管疾病史(如心瓣膜病或肥厚型心肌病等), 既往有无相同发作史及家族史等。

(6) 发绀: 发病年龄与性别、发绀部位及特点、发病诱因及持续时间等。出生时即有发绀或劳累后发绀, 有无杵状指(趾)。

特殊治疗和检查情况也应详细记录, 包括: ①药物应用情况, 如强心药、利尿药、抗心律失常药、扩血管药和降压药的药名、剂量、疗程、用法及疗效等; ②心血管手术(如瓣膜置换术等)及介入治疗(如经皮冠状动脉腔内成形术等)的情况; ③做过的特殊检查如胸透或胸片、心电图(包括运动试验、24小时动态心电图)、电生理检查、超声心动图、心导管检查、心脏CT或磁共振、心包活检、心内膜下心肌活检等。

2. 既往史 有无风湿热、心肌炎、高血压、糖尿病、甲状腺功能亢进、结核病等病史。

3. 个人婚育史、家族史 有无烟、酒嗜好, 父母是否为近亲结婚, 家族中是否有猝死者或类似疾病等。

(二) 体格检查

应进行全面系统的检查, 不可只注意心血管方面的体征而忽视其他的相关表现。

1. 有无发育不良、过高、四肢过长、蜘蛛痣等; 有无二尖瓣面容; 皮肤、黏膜有无瘀点, 有无皮下小结或环形红斑, 有无唇、指(趾)发绀或杵状指(趾), 有无巩膜黄染、突眼等; 有无颈静脉怒张、颈静脉搏动, 甲状腺有无肿大或杂音, 颈部、锁骨上区有无血管杂音或震颤, 颈部有无肿大淋巴结。

2. 两肺有无湿啰音(特别是两肺下背部)或哮鸣音; 腹部有无肝、脾肿大和压痛(特别是肝脏), 有无腹水征, 腹部有无血管杂音; 脊柱有无畸形, 有无下肢、腰骶部水肿; 有无关节红肿、畸形; 有无偏瘫(包括肢体瘫和面瘫)体征, 有无病理反射征引出。

3. 心脏及血管检查

望诊: 有无胸廓畸形, 心尖搏动或心脏搏动的位置、范围和强度。

触诊: 有否心尖或心前区(或胸骨)抬举样搏动感, 心尖有否异常搏动; 心尖搏动的位置、强度, 有无震颤(部位、期限)或摩擦感。

叩诊：心脏浊音界的大小。

听诊：心率，心律，心音（包括强度、正常分裂、心底部第2心音固定分裂或逆分裂、 P_2 与 A_2 的比较、额外心音、奔马律），杂音（部位、性质、时期、强度及传导方向）和心包摩擦音。

脉律及脉率，有无肝颈静脉回流征、毛细血管搏动征，有无脉搏短细，有无水冲脉、交替脉、奇脉，有无脉搏缺如（桡动脉或足背动脉），有无动脉枪击音，测量血压（必要时测量下肢血压）。

（三）辅助检查

按病情需要选择。

1. 实验室检查：三大常规、血生化、心肌酶、微生物、免疫学检查。
2. 心电图检查：包括运动试验、动态心电图。
3. 胸部正、侧位X线片。
4. 超声心动图、心功能测定。
5. 其他检查：心脏电生理检查、心导管检查、食管调搏、心放射核素、心脏CT或MRI、心包活检等。

三、呼吸内科病历书写的重点要求

（一）病史

1. 现病史 对咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等呼吸系统常见症状的特点及其发展演变过程应重点详细地询问描述。

（1）咳嗽：咳嗽应询问时间、诱因、频率、性质（干咳或有痰）及持续时间与体位关系等。

（2）咳痰：痰的性质（浆液性、黏液性、黏液脓性、白色泡沫状、血性等）、量和气味。

（3）咯血：咯血的诱因、量、颜色与持续时间，伴随症状，既往咯血情况及有无窒息等。应注意与呕血及口咽、鼻腔出血等相鉴别。

（4）胸痛：起病缓急，出现的时间、部位及性质，胸痛的发展及影响因素，特别注意有无心脏疾病、肺及胸膜疾病及胸部手术史。

（5）呼吸困难：起病缓急、可能诱因、出现的时间、发作特点及受限程度（如登楼、平地行走或静息时呼吸困难），缓解方法及是否伴有喘鸣及既往发作情况等。

（6）对具有诊断和鉴别诊断意义的全身症状。如怀疑肺结核应询问有无发热、盗汗、乏力、纳差，局部腹痛、腹泻及血尿等症状。

（7）发病以来的诊治经过，应用抗生素的种类、具体剂量及疗效均应尽量详细具体。化验检查的结果及演变、影像学材料及诊断意见应详细准确记录。

2. 既往史 详细询问呼吸系统疾患及其治疗史，应注意该病与目前疾患的关系，如尚未治愈应在现病史中记述。有无结核病史和卡介苗接种史，有无过敏性疾病（如过敏性鼻炎、荨麻疹）及可能引起哮喘的因素（包括食物、药物等过敏原）。注意疾病史的治疗情况，如高血压及糖尿病的控制情况。有无长期服药史，服药种类、剂量等。

3. 个人史 职业、工种及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，居住环境及有无吸烟史（包括每日吸烟量、吸烟年、戒烟情况及被动吸烟等）。

4. 家族史 父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（二）体格检查

1. 患者神志状态，呼吸频率、深浅、类型及体位；有无皮下结节及红斑；颌下、颈部及锁骨上淋巴结有无肿大、压痛和粘连等。

2. 胸部：应作为重点详细检查，肺部的阳性和重要的阴性体征均应逐项具体记明。

（1）胸壁检查：包括有无胸壁静脉曲张及血流方向、局部有无压痛。两侧外形是否对称，肋间隙宽窄，有无桶状胸，有无隆起或凹陷或其他胸廓畸形（脊柱前、后、侧畸形）；注意呼吸活动时胸廓活动的情况。

（2）肺部检查：应注意上下、左右、前后的对比检查。

视诊：呼吸运动的频率、节律、强弱及两侧是否对称，吸气性或呼气性呼吸困难。

触诊：语颤强弱，有无胸膜摩擦感，有无捻发感或握雪感。

叩诊：叩诊音的性质（清音、浊音、实音、过清音或鼓音）与部位，肺下界等。

听诊：呼吸音性质、音调和强度，有无异常的气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音，有无干、湿啰音，特别要写明啰音的部位、大小、性质，是否随深呼吸或咳嗽等动作而改变；有无胸膜摩擦音和语音传导改变。

3. 与呼吸系统有关的全身检查结果应突出重点加以记录。如呼吸困难者应记录神志状态，有无发绀、“三凹征”和鼻翼扇动等；肺心病患者应注意剑突下搏动、心界大小、心音及杂音情况；球结膜是否充血水肿，口唇有无发绀。颈部气管是否居中，颈静脉充盈、肝颈静脉回流征、肝脏大小及下肢浮肿情况；有无指、趾端发绀情况及杵状指、趾等。

（三）辅助检查

根据病情需要选择。

1. 实验室检查 血液（常规、生化、血气等）检查、尿检查、痰液和胸液（细胞学、细菌学）检查、免疫学检查及病原学检测等。

2. 胸部X线检查 是必不可少的，可行胸部正、侧位摄片，同时对胸部及胸膜病变的部位、形态与性质及病变进展等做具体描述并注明日期。

3. 活组织病理学检查 如支气管黏膜、肺、淋巴结、胸膜及超声和CT引导下肺穿刺等活组织检查。

4. 其他 超声检查、呼吸功能测定、CT、MRI、放射性核素等。

四、血液内科病历书写的重点要求

（一）病史

1. 现病史 重点询问与血液病有关的各种重要症状，如贫血、出血、感染、肿块、骨骼疼痛等。

（1）贫血：详细描述贫血的表现（如疲乏无力、头晕、眼花、耳鸣、心悸、气短

等), 发生的速度及与活动的关系。贫血的原因或诱因、发展过程、程度及并发症; 诊治经过及疗效。

(2) 出血: 出血的表现及部位、程度、诱因、缓急、特点以及伴随症状等。

(3) 骨骼疼痛: 部位、性质、程度, 有无压痛、叩击痛; 有无畸形、肿块、骨折、活动障碍及神经压迫症状等。

(4) 发热: 起病情况、病程、程度、诱因及频度等, 有无伴随症状, 诊治经过等。

(5) 皮肤、口咽、肛门等有无感染灶; 有无淋巴结肿大、脾肿大, 及其在病程中增大或缩小的变化情况。

(6) 有无食用蚕豆或应用氧化性药物, 有无应用氯霉素、氨基比林、抗代谢药、细胞毒药和免疫抑制剂等药物, 有无输血, 过去化疗情况等。

2. 既往史 有无慢性肾病、肝病、胃肠病、寄生虫病、糖尿病, 有无出血倾向等。

3. 个人史、月经婚育史 居住地、职业、营养状况、饮食习惯, 有无放射性物质及苯、农药等物质接触史, 女性患者月经、妊娠、分娩、授乳等情况, 儿童应注意生长发育情况。

4. 家族史 有无出血性及溶血性等血液系统遗传疾病。

(二) 体格检查

应特别注意面容、皮肤与黏膜的色泽与出血情况。皮肤黏膜有无苍白、皮疹、结节、溃疡和黄染, 毛发色泽, 舌与指甲的改变。皮肤有无瘀点、瘀斑, 齿龈、口腔、鼻黏膜、关节、眼底等有无出血。口腔、咽峡、肠道或肛门等部位有无坏死性溃疡、脓肿及其他感染灶。有无浅表淋巴结和肝、脾肿大, 有无胸骨叩击痛和其他部位骨骼痛及肿块, 有无特殊面容及血栓性静脉炎。

(三) 辅助检查

1. 血尿便常规、各种凝血实验以及血浆凝血因子的测定, 各种红细胞酶的测定, 血清铁蛋白及血清铁的测定, 血液免疫学测定等。

2. 骨髓检查。

3. 淋巴结和肿块的穿刺、涂片的病理学检查。

五、肾脏内科病历书写的重点要求

(一) 病史

1. 现病史 泌尿系统常见的症状有水肿、血尿、腰痛或膀胱区疼痛、尿痛尿频、排尿异常等, 应重点询问描述。

(1) 水肿: 出现的时间、部位及发展顺序, 是否为凹陷性、伴随症状等。

(2) 腰痛或膀胱区疼痛: 疼痛的程度、性质、放射部位与其他症状的关系。

(3) 血尿: 发生时间(持续性、间歇性), 程度(血丝、血块, 初血尿、全血尿、终末血尿), 血尿与疼痛、运动、性生活、药物及全身疾病的关系。

(4) 有无排尿困难、尿频、尿急、尿痛等症状; 有无尿量、尿色改变。有无乏力、恶心、呕吐、食欲下降、头痛、头晕、发热、皮疹、关节痛等伴随症状。

(5) 治疗经过: 尤其对激素、免疫抑制剂的剂型、剂量、疗程、疗效等详细描述,

有无不良反应；抗凝、抗血栓等治疗情况。

2. 既往史 有无糖尿病、高血压、肝炎、恶性肿瘤和过敏性疾病史，有无肾脏手术及外伤史，有无使用对肾脏有损害的药物史（如镇痛药、氨基苷类抗生素）和毒物接触史。

3. 家族史 有无高血压、糖尿病和遗传性肾脏病史等。

（二）体格检查

1. 呼吸有无氨味，发育、营养及意识状态；皮肤有无皮疹、色素沉着、搔痕、紫癜及出血；有无贫血；浅表淋巴结有无肿大；有无视力障碍；眼睑、下肢、腰骶部有无水肿。

2. 心肺：血压（必要时测四肢血压）及四肢血管搏动情况；注意心界、心律、心率及杂音情况，有无心包磨擦音；肺部有无干湿啰音，有无胸腔积液体征。

3. 腹部：肾脏大小，有无肿块、触痛、肋脊角叩压痛，沿输尿管径路体表投影区压痛点压痛、耻骨上区压痛；肝脾有无肿大，有无移动性浊音，有无脐周部血管杂音。

4. 其他：有无尿酸结节、跖趾关节压痛，有无关节畸形、指甲畸形、骨骼压痛等。

（三）辅助检查

1. 实验室检查：尿常规、24 小时尿定量，24 小时尿蛋白定量、尿本周蛋白；中段尿培养及菌落计数；尿细胞学检查；血生化、肾功能等。

2. 放射学检查：腹部 X 线平片、排泄性肾盂造影、逆行泌尿系统造影、肾动脉及静脉造影、放射性核素肾图等。

3. 超声与内镜检查、放射性核素、肾活体组织检查等。

六、内分泌科病历书写的重点要求

（一）病史

1. 现病史 注意询问有无畏寒、怕热、乏力、多汗、易激动、心悸、食欲异常、烦渴、多饮、多尿、毛发脱落、过胖或过瘦、四肢感觉异常、肢体及关节疼痛。有无头痛、视力障碍和视野缺损。有无骨折、骨痛、肌肉震颤、痉挛、麻痹，有无性格、智力改变，有无溢乳，有无性器官过早发育、第二性征和性功能改变。特殊病例注意出生时情况及生长发育情况。

2. 既往史 有无精神创伤、过度紧张及头颅手术、外伤史，有无甲状腺手术及放射性核素治疗史，有无结核病、高血压、肿瘤和自身免疫性疾病史。

3. 月经、婚育史 有无月经紊乱、闭经及产后大出血史。

4. 家族史 有无类似疾病史或先天性遗传性疾病，有无糖尿病、甲状腺疾病、侏儒症或肥胖症等病史，父母是否近亲结婚。

（二）体格检查

1. 生长发育情况（生长过速或生长停滞），身高（必要时测指距、骨骼比例）、体重、血压。精神状态、毛发分布，有无特殊面容及体型。皮肤有无皮疹、溃疡、紫纹、黄色瘤、痛风结石，皮肤黏膜有无色素沉着。

2. 甲状腺是否肿大（是弥漫性还是结节性肿大），质地如何，有无压痛、震颤和

血管杂音；甲状腺有无肿块，其大小、质地、部位等。有无甲亢眼征、结膜充血及晶状体浑浊，必要时检查眼底有无出血。

3. 胸腹部：有无溢乳和块状物，心脏听诊情况，腹部外观和有无肿块。
4. 第二性征情况，外生殖器发育有无异常，有无性早熟、性早衰。
5. 肢体骨骼及关节有无畸形，双手有无震颤，肌张力、感觉、生理反射有无异常。

（三）辅助检查

按病情需要选择。

1. 血尿便常规及有关的各种内分泌功能测定，激素或其代谢产物的测定，血电解质及钙、磷水平测定。
2. 心电图、脑电图、超声波、放射性核素检查；X线、CT或MRI等。
3. 活组织检查。

七、神经内科病历书写的重点要求

（一）病史

主诉常常是定位和定性诊断的第一线索。

1. 现病史 是主诉的注释和延伸。神经系统疾病的病史采集有其特殊性，要弄清就诊者所诉主要症状尤其是首发症状的含义和表现，弄清症状发生的先后次序及发展演变，客观、完整的理顺病史过程，伴随症状及相互关联。病程各阶段的既往诊治情况。病程中的一般情况如饮食、二便、睡眠、体重等。并初步评估有利于安排检查的计划及着重检查的内容。下列症状应重点询问：

（1）头痛：头痛的部位、时间、性质、程度、持续性还是发作性，加重或减轻的因素，头痛与疲劳、用脑、情绪、月经、睡眠、外伤等有无关系；有无呕吐（尤其是喷射性）、眩晕、耳鸣等伴随症状。

（2）视力障碍：是复视，还是视野缺损、视力减退或眼部本身的疾病。

（3）疼痛及感觉异常：疼痛的部位、时间、性质及程度，减轻及诱发的因素，有无肌肉痉挛、冷热感、麻木感、感觉缺失等。

（4）抽搐：最初起病年龄、发作时间、频率，发作情况（全身性、局限性），有无先兆、诱因，发作时意识，伴随症状（有无眼、颈、躯干向一侧旋转；有无跌倒、舌咬破、尿失禁等），间歇期的情况，发作后能否记忆，过去相关治疗情况、效果及副作用等。

（5）眩晕：起病缓急、程度轻重、持久或短暂性，发作情况（有无自身或外物旋转感），发作与头位及运动的关系；伴随症状（恶心、呕吐、苍白、出汗、耳鸣、听力改变、面部和肢体麻木无力、平衡不稳等）。

（6）瘫痪：起病缓急、部位、程度、发展过程，伴随症状（发热、疼痛、麻木、括约肌功能障碍、意识障碍、失语等）。

（7）括约肌障碍：了解大小便是否费力，有无失禁或潴留、便秘，有无继发感染现象。

（8）睡眠障碍：有无嗜睡、不眠、不易入睡或睡后易醒以及醒后难以再入睡等情况，

每天睡几小时,睡眠深度,有无妨碍睡眠的各种因素如情绪低落、抑郁、烦躁等,与应用精神刺激性成分如酒精、咖啡、吸食违禁毒品等有无相关。有无多梦、梦魇、梦游。

(9) 发热:病前有无发热及其变动规律,发热是在疾病早期还是在病程中。

2. 既往史 有无传染病及恶性肿瘤病史(如脑炎、脑膜炎、结核、癌肿、血液病等),有无头部及脊柱外伤、中耳炎、高血压病、心脏病、糖尿病、癫痫、偏头痛等,儿童应了解其母亲的妊娠情况、生产情况及患儿生长发育史等。

3. 个人史 注意左右利手,烟酒嗜好,有无有毒物质引起的慢性或急性中毒的职业、环境及其他因素存在,是否服用过某种药物(违禁毒品)。月经史及性功能情况。

4. 家族史 有无类似病史,其他神经及精神病史,有无近亲婚配,有无遗传性疾病史。

(二) 体格检查

神经系统检查为重点,要全面详细检查记录。包括:一般状态、脑神经、运动功能、感觉功能、神经反射等。脑部疾病所导致的器质性精神障碍以意识、记忆、智能、定向、人格异常为突出表现,应作为检查重点。

1. 一般状态 意识(清醒、嗜睡、昏睡、模糊、谵妄状态、朦胧、漫游性自动症、浅昏迷、中度昏迷、深昏迷等)。精神状态(精神欣快、情感淡漠或倒错、精神运动性兴奋或抑制、有无错觉、幻觉、幻想、妄想、联想散漫、思维迟缓、思维奔逸、逻辑障碍),对人物、地点、时间等是否有良好的定向力;记忆力、注意力、计算力、判断力及普通常识等。语言是否清楚、有无语言不流利、语言含糊不清或徐缓,可否听懂语言,有无口吃、失语(运动性、感觉性、混合性、命名性)。有无失认、失用表现。

2. 头颅 有无大小、形状异常,有无局部突出、压痛、颅骨裂缝增宽、肿块等;对婴幼儿尤需注意有无囟门膨隆及颅缝分离。

3. 脑神经 注意左右对比。

(1) 嗅神经:正常、迟钝、消失、过敏。

(2) 视神经:视力、视野、眼底。

(3) 动眼、滑车、外展神经:有无眼睑下垂(左右)、眼球位置(凹、凸、斜视、同向偏斜)、瞳孔(大小、形状、对称性)、对光反射(直接、间接)和调节反射、眼球震颤、复视等。

(4) 三叉神经:感觉:正常、异常(减退、消失、过敏;左右);张口有无下颌偏歪(向左,向右)、咀嚼肌力度,有无萎缩;角膜反射:存在、迟钝、消失。

(5) 面神经:运动:眼裂(大小、对称性),口角低垂,鼻唇沟对称否,鼓腮是否漏气,闭目、皱额有无额纹变浅或消失,有无面肌抽搐;味觉:正常、减退、消失。

(6) 听神经:听力、音叉检查(任内试验、韦伯试验),有无眩晕、眼球震颤,必要时做前庭功能检查。

(7) 舌咽、迷走神经:发音(正常、嘶哑)、软腭及悬雍垂(有力、居中、力弱、偏向左右),咽反射(存在、迟钝、消失)、舌后三分之一的一般感觉(正常、减退、消失)。吞咽运动(正常、困难、不能)。

(8) 副神经:耸肩、转颈(左右、是否对称有力)。

(9) 舌下神经：舌在口内的位置、伸舌偏向（左右）、舌肌纤颤（左右）、舌肌萎缩（左右）。

4. 运动 肌肉萎缩（部位、程度）、主动运动及肌力（有无瘫痪，瘫痪的类型，肌力属几级）、肌张力（减低、增高）。不自主运动的类型（舞蹈样动作、手足徐动、抽搐、痉挛、震颤等）、部位（单肢、偏身、双上肢、四肢、头面部等）。共济运动（指鼻试验、轮替试验、跟膝胫试验及闭目站立试验等）。步态（痉挛步态、偏瘫步态、垂足步态、慌张步态、鸭步等）。

5. 感觉

(1) 浅感觉：正常、减退、消失、异常及其部位。

(2) 深感觉：运动觉、音叉振动觉和关节位置觉（正常、减退、消失）。

(3) 复合感觉：实体觉、形体觉、两点辨别觉、图形觉。

6. 反射

(1) 浅反射：腹壁反射（上、中、下）、提睾反射、肛门反射（左右）。

(2) 深反射：肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、尺骨骨膜反射、膝腱反射、跟腱反射及阵挛（左右）。

(3) 锥体束征：Hoffmann 征，Rossolimo 征，Babinski 征，Chaddock 征，Oppenheim 征，Gordon 征。阳性以（+）表示，阴性以（-）表示，并注明左右。

7. 脑膜刺激征 有无颈部抵抗、Kernig 征、Brudzinski 征。

8. 自主神经系统功能检查 皮肤颜色、温度，有无脱屑，指甲有无枯脆弯曲，皮肤划痕（白色、红色），有无多汗、少汗或无汗及分布情况，膀胱、直肠功能（大小便失禁或潴留等）。

（三）辅助检查

按病情需要进行。

1. 脑脊液：常规、生化及特殊检查（细胞学检查、蛋白电泳、免疫球蛋白、细菌、真菌等）。包括腰椎穿刺初测压力，脑脊液肉眼所见表现。

2. 神经放射学检查：头颅平片、气脑造影、脑室造影、脑血管造影（颈动脉、椎动脉）及全脑血管造影，脊柱平片，脊髓造影、CT、ECT、MRI 等。

3. 电生理检查：脑电图、脑血流图、脑诱发电位、肌电图、神经与肌肉电刺激检查。

4. 脑超声检查。

5. 放射性同位素检查：脑闪烁图、局部脑血流量测定。

6. 其他。

八、肿瘤内科病历书写的重点要求

（一）病史

对某些进行性症状，如肿块、疼痛、溃疡、出血、发热、消瘦、纳差、贫血、黄疸等应详细询问，尤以中年以上患者更应警惕。询问有无接触化学物质、放射线、病毒感染等情况；有无内分泌、遗传、免疫等方面的内在因素；了解患者职业、生活环境、饮食习惯以及烟酒嗜好等。

(二) 体格检查

1. 肿瘤的部位、大小、数量、形状、表面光滑度、质地、压痛、活动度及与周围组织器官的关系等。

2. 肿瘤所在部位：对邻近器官有无压迫、阻塞、浸润等。

3. 区域淋巴结检查：尤其是颈部、腋下、腹股沟部。

4. 常见远处转移部位的检查：如肺、肝、直肠、有局部固定疼痛的骨骼等。

(三) 辅助检查

除常用的实验室检查、X线检查、细胞和组织病理学检查外，根据病情需要，可采用X线各种造影术（腔道、血管、淋巴、充气等造影）以及超声波、内镜、放射性核素、CT、磁共振、液晶图像、免疫学等检查。

(四) 诊断

应注明 TNM 分期。

第二节 外科病历书写重点要求

外科疾病通常分普通外科、胸部外科、骨外、泌尿外、神经外、烧伤等专业，病历书写除必须符合住院病历书写要求外，还应根据各科的重点要求进行询问，并加以重点描述。

一、普通外科病历书写的基本要求

(一) 书写格式

外科病历中入院记录的体格检查后应加“外科情况”，其内容为导致患者住入外科接受治疗的主要疾病所在部位的体格检查（望、触、叩、听）发现。为避免重复记录，在体格检查的相应部分可写明见“外科情况”。

(二) 书写内容

1. 病史 必须详尽，如对外伤的患者，应详细记载受伤时间、原因、致伤机制（致伤物的性质、受伤时的姿势、位置、身体着地或受暴力的方向和部位），伤后状况及入院前处理等。对疼痛症状，须记载疼痛部位、范围、程度，属突发性还是渐进性或游走性，持续性还是阵发性，有无牵涉痛以及有无诱发因素等。

既往病史中要记录有无手术史，有手术史者应记录手术名称、手术时间等。对某些患者，尤其是肿瘤患者，应询问有无化学物质、放射线接触史等。另外，还要详细询问并记录影响手术的一些疾病情况，如糖尿病等。

2. 体格检查 要求详细、准确、全面和真实。例如皮肤裂伤要写明部位、长度、深度和创口的性状。同时应对各种外伤全面记录，若有遗漏在以后发现时及时在病程记录中补充，并说明遗漏原因。

二、胸部外科病历书写的重点要求

一般记录要求与普通外科相同，但应注意以下各项：

(一) 病史

1. 肺、胸膜及纵隔疾病：注意有无咳嗽、咯血、咳痰（性质、量、时间和次数）、发热、盗汗、胸痛、呼吸困难及其治疗经过。

2. 食管疾病：注意有无进行性吞咽困难、呕吐、消瘦及吞入异物或腐蚀剂的病史。

3. 心脏疾病：注意心悸、气短、咯血、端坐呼吸，以及有无浮肿、发绀、蹲踞姿态、胸痛（部位、程度、有无牵涉性）。儿童患者有无反复呼吸道感染、缺氧发作和发育障碍，有无风湿病或高血压史。

4. 胸部外伤：注意损伤部位、时间、当时情况及救治经过。

5. 询问以往治疗经过，药物剂量及效果，有无副作用，或手术及放射治疗情况。有无特殊传染源接触史（结核、包虫病等）。索取 X 线平片、心电图、内镜等参考资料。

(二) 体格检查

在一般体检的基础上，着重注意发育、营养状况，有无发绀、颈静脉怒张、气管移位、杵状指（趾），并注意胸廓形态及心脏搏动情况，有无震颤及其部位，心脏杂音的部位、性质、强度、时期和传导方向。肿瘤患者注意锁骨上淋巴结、胸壁浅静脉曲张，以及有无神经受压和骨、脑、肝转移等体征。

(三) 辅助检查

根据病情需要选择。

1. 实验室检查 手术病例除做一般血常规、尿常规、血型、出凝血时间、病毒项目、肝肾功能检查外，根据手术类型及患者情况，酌情增加血钾、钠、氯、钙、镁、尿素氮、二氧化碳结合力、血小板、凝血酶原时间、酚磺酞试验及血气分析等项检查；肺部疾病做痰细胞学或细菌学检查（涂片、培养及药敏试验），必要时做纤维支气管镜检查。

2. X 线检查 胸部疾病应行常规透视或摄片，必要时加体层、CT、支气管造影或心血管造影。对胸腔积液、异物或纵隔肿瘤等，胸科医师应亲自或与放射科医师共同给患者做多方位胸部透视。

3. 其他检查 按需要做心音图、心电向量图、超声心动图、心导管、静脉压、肺功能等检查。对胸内包块，疑有胸腔或心包积液者，可做超声检查。对肺内或纵隔肿块不能决定诊断者，可做纤维支气管镜及经皮针吸活检、放射性核素扫描检查。食管癌应做食管钡餐检查，必要时做食管拉网脱落细胞检查或食管镜检查。

三、骨科病历书写的重点要求

基本内容与普通外科病历相同，但注意下列各项：

(一) 病史

1. 起病 起病时日、缓急，有何诱因及其经过情况。

2. 外伤史 受伤时间、原因、场所及详细经过，特别注意受伤时姿势、位置、身体着地或受暴力方向，有无伤口。对交通事故，尚应了解何种车辆及其载重、车速及伤后救治经过。对战伤应了解当时情况及致伤武器。

3. 症状 如疼痛（包括起因、部位、程度、持续时间及影响因素等）、跛行、肿块、畸形、关节僵硬（或挛缩）、无力、功能障碍和全身表现等。

4. 过去史 应包括外伤史、结核病史及其他感染性疾病史，以及有无长期接受药物治疗（尤其是激素类药物）史、药物反应、过敏、出血倾向等。

5. 个人史 如职业、经历及工作情况等。

6. 家族史 有无结核、肿瘤、血友病、痛风、先天性畸形及遗传异常情况等疾病史。

（二）体格检查

专科检查应注意下列各项：

1. 望诊 患肢所呈姿势、步态，有无跛行，是否拄拐等。患部有无皮下静脉怒张、肿胀、瘀斑、瘢痕、色素沉着、窦道、分泌物及其性质等。头、颈、躯干、四肢是否对称，脊柱生理弯度有何改变，肢体有无旋转、成角，各关节有无屈曲、内收、外展、内翻、外翻等畸形。并注意有无肿块及肌肉有无萎缩（或肥大）、震颤及肢体末端血液循环情况。

2. 触诊 检查压痛部位、程度、范围，患部有无异常活动或异常感觉，如骨摩擦感、捻发感、肌腱弹跳等（新鲜骨折不故意做此检查），肌肉张力如何。有无肿块，并注意其大小、硬度、移动度、波动感、界限、局部皮肤温度等，骨突点的标志是否正常。

3. 叩诊 有无叩击痛（传导痛）。

4. 听诊 关节活动时有无异常响声、骨传导音异常。

5. 测量

（1）肢体长度：测量时将双侧肢体放在对称位置以便对比。

（2）肢体周径：选择肌肉萎缩或肿胀明显之平面，测量其周径，并测量健侧对称部位的周径，分别记录，以资对比。

（3）肢体轴线测量：

①上肢轴线：上肢伸直前臂旋后位，肱骨头，肱骨小头，桡骨头和尺骨小头四点连成一直线。上臂与前臂之轴线相交形成一向外偏的角度（约 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ）称提携角。如向外之角度明显大于提携角，称肘外翻；反之，如向内超过上肢轴线并形成明显角度，称肘内翻。

②下肢轴线：病人仰卧或立位，两腿伸直并拢，正常时两膝内侧和两踝可同时接触，髌前上棘、髌骨内侧缘与一、二趾之间连成一直线。如有膝内翻，两踝并拢时两膝之间有距离。如有膝外翻，两膝并拢时两侧内踝间有距离。

（4）关节活动度测量：观测（目测或测量角器测量），并记录被检关节向各个方向的主动与被动运动的范围与程度。每个关节从中立位到各方向运动所达之角度，并与健侧对比，同时记录。如关节在非功能位时，则应测量在该位置的活动幅度。

6. 神经系统检查 详见神经内科病历书写的重点要求。

7. 各关节特殊检查

（1）脊柱检查：颈椎及腰椎活动、拾物试验、床边试验（Gaenslen 征）、骨盆挤压分离试验、直腿抬高试验（Lasegue 征）等。

（2）髋关节检查：Thomas 征、“4”字试验（Feber 征）、站立提腿试验（Trendelenburg 试验）、Nelaton 线等。

- (3) 膝关节检查：浮髌试验、侧方加压试验、抽屉试验、麦氏（McMurray）征等。
- (4) 肩关节检查：Dugas 征。
- (5) 肘关节检查：Mill 征、肘后三角与 Hueter 线。

四、泌尿外科病历书写的重点要求

（一）病史

一般记录要求与普通外科相同。泌尿外科疾病主要表现有下述几类症状，应在病史中详细记录各自特点，为正确诊断提供重要依据。

1. 排尿异常

(1) 尿次增加：注意发病时间，应分别记录日夜排尿次数。

(2) 排尿困难：注意其程度，表现为开始排尿迟延，无力，尿线变细，尿流中断，尿潴留。

(3) 排尿疼痛：注意疼痛的部位、时间，与排尿的关系。

(4) 尿急、尿失禁：注意发生的时间、程度、与排尿困难、尿痛、血尿及其他症状之间的相互关系，尿失禁者有无正常排尿。

2. 尿量异常：详细记录病程中每一时期的每小时尿量或 24h 尿量，尿量改变与其他症状的关系及对各种治疗的反应。疑有肾浓缩、稀释功能异常者，须记录日、夜尿量。

3. 尿成分异常

(1) 血尿：注意诱发因素及持续时间；血尿程度，为肉眼血尿或镜观血尿；血尿在尿程中出现的时间，为尿初、全程或终末；血尿颜色鲜或暗，均匀程度如何；如有血凝块，则应询问其形态，有无腐烂组织，以及血尿与其他泌尿系症状及全身症状之间的相互关系，如出血倾向、过敏反应、长期服用镇痛药、心血管疾病及高血压等病史。

(2) 尿浑浊：注意浑浊出现时机及持续时间，是否伴有泌尿系其他症状，尿液久置后其浑浊有何变化，分层否，有无沉淀物及絮状物。曾否发现脓尿、结晶尿、乳糜尿。

(3) 尿结石：注意结石排出的时间、次数，结石的形态、大小。

4. 疼痛：注意部位、程度、性质，发作次数及持续时间，有无牵涉性及放射痛、牵涉或放射区域，追问疼痛诱发因素与其他症状之间的关系。

5. 肿物：发现的时间、部位、性质，生长速度，形态、大小改变，活动范围与疼痛、血尿、排尿的关系。

6. 肾功能不全征象：如尿少、尿闭、浮肿、嗜睡、厌食、贫血、昏迷等。

7. 生育及性功能异常：有关婚姻、生育及性生活情况，注意遗精、早泄、阳痿与神经系统症状的关系，有无性欲亢进、性交疼痛及不能射精或血精等症状。

8. 高血压症：高血压发生的时间、进展情况、对药物治疗的反应有无高血压家庭史、其他并发的泌尿系症状及其他特殊症状。

9. 肾上腺皮质功能亢进症的异常表现：包括皮肤、毛发、体型的异常改变，性征异常，电解质代谢异常，发展变化的情况。

10. 畸形、创伤、手术史、难产史，以及生活地区、职业等，也与各种泌尿外科疾病有密切关系，应详细询问与记录。

(二) 体格检查

1. 肾区检查

(1) 望诊：是否膨隆，有无肿物，可用图表明其大小、形态。脊柱是否弯曲，弯向何侧，有无腰大肌刺激现象。

(2) 触诊：有无压痛，肾脏能否触及，注意其承受体位及呼吸的活动情况，表面光滑否，有无结节。如有肿物，应注意其硬度、活动度，有无波动感。

(3) 叩诊：肋脊角有无叩击痛。

(4) 听诊：剑突下有无血管杂音，注意杂音部位、特性及其传导方向。

2. 输尿管区检查：沿输尿管区有无肿物、压痛。

3. 膀胱区检查

(1) 视诊：下腹部有无肿物，注意其大小、形态、部位及其与排尿的关系。

(2) 触诊：耻骨上区有无压痛。如有肿物，应注意其界限、大小、性质，压迫时

有无尿外溢，必要时于排尿或导尿后重新检查，或做双合诊检查。

(3) 叩诊：是否为实音。

4. 外生殖器检查

(1) 阴毛分布情况，与实际年龄、性别是否相符合。

(2) 阴茎大小与年龄是否相称，有无包茎或包皮过长，尿道外口有无口径、部位异常、肿物、炎症、狭窄，有无脓性分泌物溢出，阴茎海绵体有无压痛、硬结、肿物，沿尿道有无压痛、变硬、瘻管，阴茎勃起时有无弯曲。

(3) 女性患者尿道口有无炎症、憩室、肿物、分泌物，阴蒂是否肥大，有无处女膜伞等异常。

(4) 阴囊内容物检查：注意两侧阴囊的大小、形态是否对称，皮肤有无炎症、增厚，与睾丸有无粘连或形成瘻管；阴囊肿大平卧后是否消失，肿物的大小、硬度及其与睾丸、附睾、精索的关系如何，表面是否光滑，是否透光，可否还纳；睾丸大小、位置、硬度、形状、重量、感觉有无异常，附睾有无肿大、结节、压痛；精索及输精管是否变粗，有无结节及压痛；皮下环是否较正常大，有无精索静脉曲张，腹股沟有无肿物，会阴部感觉有无异常。

5. 前列腺及精囊检查：检查前排空尿液，以膝胸卧位作直肠指诊，不宜取膝胸卧位者，可取仰位或侧卧位。注意前列腺大小、硬度，有无压痛、结节或肿块，中央沟是否存在，活动度如何，有无固定感。精囊是否触及，注意其硬度及有无压痛。如有异常发现，可绘图标明其大小及部位。检查老年患者时，须防发生虚脱。

6. 肾上腺疾病及高血压患者的有关特殊体征检查，亦应包括在泌尿外科的检查项内。

(1) 观察是否呈向心性肥胖，皮肤有无紫纹、痤疮、脱发或须毛增多，有无骨骼肌萎缩及精神与情绪异常等改变。

(2) 有无女性假两性畸形或男性女性化的各种表现。

(3) 检查肌肉萎缩及抽搐、麻痹情况，高血压及其波动幅度，以及各种有关的神经反射。

(4) 检查腹部及盆腔有无肿块，注意甲状腺有无结节或肿块。

(5) 疑为肾血管性高血压者, 须测四肢血压, 上腹部听诊有无血管杂音。

(三) 辅助检查

按病情需要选择。

1. 实验室检查 三大常规、肝肾功能。
2. 放射学检查 腹部 X 线平片、排泄性肾盂造影、逆行泌尿系统造影、肾动脉及静脉造影、放射性核素检查等。
3. 超声检查 膀胱、肾脏超声检查等。
4. 其他检查 内镜检查、肾活体组织检查等。

五、神经外科病历书写的重点要求

基本内容与普通外科病历相同, 但注意下列各项:

(一) 病史及体格检查

1. 在头颈部外伤伤员中, 应重点记载受伤当时的意识状态, 有无近事遗忘, 头颅着力部位及运动方向, 伤后有无头痛、呕吐和抽搐等。
2. 有可疑颅内压增高的患者, 应询问头痛的性质, 发作时间、部位及与休息的关系, 发作时有无恶心呕吐、视力障碍和昏睡等。病史中有无高血压, 屈光不正、慢性鼻窦炎、耳流脓及外伤史等。
3. 对有抽搐的患者, 应重点记载起病时的年龄, 发作开始部位, 每次抽搐发作的持续时间, 是全身性还是局限性, 是强直性还是阵挛性; 有无意识丧失、口吐白沫、误咬唇舌、大小便失禁。过去史中有无产伤、颅脑外伤、颅内炎症及家庭中有无类似发作等。
4. 瘫痪患者, 应询问起病缓急、部位、肢体瘫痪先后顺序, 有无肌肉萎缩、肌肉震颤和运动不协调等情况。
5. 患者有无感觉异常。对感觉异常者, 检查其部位、范围、性质及发展情况等。
6. 患者有无内分泌功能障碍, 例如有无过度肥胖、性功能障碍、月经不正常、第二性征异常及尿崩等情况。

(二) 辅助检查

1. 实验室检查: 除血、尿、粪常规外, 对手术患者应做出血、血凝时间, 血小板计数, 重大手术者应做肝肾功能、血生化以及血气分析等。对怀疑有颅内感染患者, 如无腰穿禁忌证, 可行腰穿及脑脊液常规检查, 必要时做蛋白定性、微生物学和细胞学检查。
2. 对有内分泌障碍的患者, 应重视有关垂体或其他器官的内分泌功能检查, 如血清催乳素、生长激素、皮质醇、性激素、甲状腺功能和血糖等测定。
3. 影像学检查
 - (1) 对颅脑外伤、颅内肿瘤、血管性及感染性疾病患者, 应常规进行头颅 X 线平片检查, 必要时加照特殊位置。椎管内病变需摄脊柱正、侧位及某些特殊位置的 X 线片。
 - (2) 根据病情选择脑血管造影、CT、磁共振检查或脑室造影等。
4. 其他检查: 头颅超声波、脑电图、脑干诱发电位; 脑血流图、颈动脉多普勒检查等。

六、烧伤外科病历书写的重点要求

(一) 病史

1. 询问烧伤的时间、原因(热力、化学、电或放射等,其中热力包括火焰、沸水、热液等,热液应注明湿度)、经过、受伤时环境、衣着、灭火方法,有无其他外伤及中毒,确定有无休克、吸入性损伤,了解转送工具与路途、时间等,电烧伤患者注意询问电压、电流接触部位,现场抢救情况及当时有无昏迷等。

2. 注意来院前及到达急诊室期间的病情变化及其处理,包括输液、用药、创面处理、全身情况与尿量等。

3. 对意外事件,自杀或被杀经过详情与病情有关者,应如实记载,不加主观评论与揣测。

(二) 体格检查

1. 一般检查 同普通外科。

2. 烧伤外科情况 着重描写烧伤部位、面积、深度(注意烧伤部位的颜色、水疱的大小、创面基底的颜色及伴同的表现)。烧伤面积的估计,应依创面所占全身体表面积的百分率计算,是否有环状焦痂,肢(指、趾)端循环情况,创面渗出及伴有的症状,如呼吸道烧伤。如来院时创面已感染,应记录创面感染情况。如系电烧伤,应记录电流出、入口。

(三) 辅助检查

除常规检查外,应根据烧伤轻重,酌情检查红细胞比容、血小板计数、血液生化、尿电解质、尿素氮及创面细菌培养等。对外院转入的患者,应加血培养。酌情施行心电图及X线检查等。

第三节 妇产科病历书写重点要求

妇产科病历书写除必须符合住院病历书写要求外,还应根据各科的重点要求进行询问,并加以重点描述。

一、妇科病历书写的重点要求

妇科病历应重点详细记录有关妇科的特殊病史,包括月经史、婚姻史、孕产史及妇科检查情况。

(一) 病史

1. 现病史

(1) 主诉阴道流血或月经异常者,须详细询问初潮年龄,月经周期、出血量及出血持续时间,有无血块,痛经程度,时间及变化;月经情况,有无全身症状、鼻出血、皮肤紫癜等。阴道流血与月经的关系、数量及持续时间。要注意区别是月经还是阴道流血,要追问最近2~3个月间月经周期情况,是否经过治疗,用过何种药物,效果如何,是否做过妇科特殊检查(如诊断性刮宫、宫腔镜),结果如何。

(2) 主诉闭经者, 应询问起病日期及持续时间, 以往月经情况, 伴随症状。如曾服用避孕药物或激素制剂, 详细询问用药的具体情况、与出现闭经症状之间的关系, 有无其他系统疾病等。

(3) 主诉白带增多者, 注意发病时间, 白带性状、量、色、味, 有无伴随症状(如外阴瘙痒、下腹疼痛、泌尿系症状等), 与月经、孕产关系等。

(4) 主诉腹部包块者, 应注意发病时间、原发部位、包块大小、生长速度、活动度、硬度及有无伴随症状(如月经变化, 有无慢性或急性腹痛, 有无膀胱、直肠或胸部等邻近脏器的受压迫症状), 注意与妊娠、腹水及尿潴留等鉴别。

(5) 主诉腹痛者, 要详细询问发作时间、部位、性状、严重程度、频率、演变情况、发作诱因与月经的关系或其他症状(如闭经、早孕反应等), 腹痛发作部位, 有无转移、伴发症状(如发热、呕吐、腹胀、休克、尿频、腹泻、阴道流血、便血等), 治疗情况以及以往有无发作史及手术史。

2. 既往史 既往健康状况, 曾患何种疾病, 特别是妇科疾病。

3. 月经史 详细记录初潮年龄, 月经周期及经期持续时间。经血量, 有无血块, 经前有无不适, 有无痛经及疼痛部位、性质、程度以及痛经起始和消失时间。常规询问末次月经日期及其经量和持续时间。绝经患者应询问绝经年龄, 绝经后有无阴道出血、白带增多或其他不适。

4. 婚育史 婚次及结婚年龄, 是否近亲结婚, 男方健康状况, 性病史以及双方同居情况等。足月产、早产、流产次数以及现存子女数。分娩方式及每次孕产期有无感染、难产、大出血等异常情况。新生儿出生情况, 产后有无大量出血或感染史。自然流产或人工流产情况。末次分娩或流产日期。曾否采用避孕措施、方法、效果如何, 有无副作用或并发症。对于恶性滋养细胞瘤者, 应写明末次妊娠的性质。

(二) 体格检查

除一般体格检查外, 妇科检查为其检查重点。常规妇科检查包括外阴部及窥阴器检查, 双合诊, 必要时行三合诊、直肠指诊检查。妇科检查书写要求重点描述阳性体征及有鉴别意义的阴性体征。

1. 外阴: 阴毛发分布情况, 发育、阴蒂、前庭大腺、会阴、尿道口情况、有无赘生物、畸形。已产式还是未产式, 有异常发现时应详加描述。

2. 阴道: 发育、黏膜情况, 是否通畅, 有无畸形、裂痕, 分泌物的多少、颜色、性状, 有无臭味及出血(量、色、气味)。白带及其性状。

3. 宫颈: 大小、质地, 是否光滑, 有无裂痕、糜烂(轻、中、重度)、外翻、赘生物、举痛、接触性出血。宫颈管内有无出血或分泌物。

4. 子宫: 大小、形状、位置(前、中、后位等)、质地、有无肿块、活动度、压痛、畸形。

5. 附件: 有无大于正常的肿块, 如有肿块要叙述其大小(用厘米表示)、质地、位置、活动、与子宫及盆腔关系, 有无压痛。左右两侧分别查明并记录。

6. 如有腹部肿块者, 则应详细做腹部检查以明确肿块部位、大小、质地、形状、压痛、活动度及与周围器官的关系, 有无移动性浊音等。

(三) 辅助检查

按病情需要选择。

1. 血尿粪常规及其他有关实验室检查。
2. 白带多或手术前患者，检查阴道滴虫、真菌及清洁度。
3. 30 岁以上已婚妇女，应做宫颈细胞刮片检查。
4. 心电图、超声波、放射学（X 线、CT、MRI、造影等）检查、内镜检查、组织活检等。

二、产科病历书写的重点要求

产科病历书写重点在于详细询问月经史、末次月经时间、本次妊娠过程，有无病毒感染及用药情况，有无阴道出血、头痛、心悸、气短、下肢水肿等症状；仔细检查胎儿及骨盆，估计胎儿生长发育情况，以优选分娩时间、分娩方式，为拟定诊疗计划创造条件。

产科病历一般为表格式，但对于可能危害母婴或导致难产的高危妊娠，则应按一般病历的要求书写入院记录或在表格病历以外详加描述。

(一) 病史

包括一般病史的基本内容和有关产科的特殊病史。

1. 现病史 要写明月经史，末次月经日期，预产期。有无早孕反应，何时胎动感，孕期（早、中、晚）全过程要有记录。产前情况包括合并症、辅助检查、各种治疗等情况均需写明。本次入院原因要详细记述。具体内容包括：

(1) 孕次、产次、末次月经日期、预产期。

(2) 临产症状、开始时间及性状。何时开始腹痛、是否规律，何时开始阴道流血、流水等。

(3) 有无早孕反应，程度，持续时间。停经后几个月感胎动，有无阴道流血（时间、量、是否伴有腹痛）。停经后有无心悸、气短、头晕、下肢水肿。

(4) 产前检查有无异常，如骨盆异常，胎位异常，化验异常等。

(5) 孕早期有无病毒感染如流感、风疹、肝炎等，有无长期服用镇静药、激素、避孕药，有无接触大量放射线或其他有害物质，有无烟酒嗜好。

(6) 孕期有无先兆流产、先兆早产或其他病史，记录起止时间、简要病情及治疗经过。

2. 既往史 既往有无心、肺、肝、肾疾患，以及高血压、糖尿病等疾病，有无出血倾向、过敏、手术史等。

3. 月经史 初潮年龄，周期，持续时间，是否规律，经血量，有无痛经，白带多少、颜色、气味等。

4. 婚姻生育史 结婚年龄，爱人年龄及健康状况，是否近亲结婚。妊次及产次，每胎均需详细记录分娩经过及产后情况，特别是难产史及产后出血史。如为死胎、死产或新生儿死亡要写明死亡原因。现有子女数，避孕情况。

5. 家族史 有无遗传病等病史。

(二) 体格检查

1. 一般情况 注意全身营养、发育、精神状态。仔细检查重要器官，有无高血压、浮肿和心、肺、肝、肾、甲状腺、乳房异常，并检查身高、体重，有无浮肿等。

2. 腹部检查 腹形、宫高、脐平面腹围、胎方位、胎心音最响部，胎心率，先露部（头、臀；浮、浅定、定）。

3. 骨盆测量 髂棘间径、髂嵴间径、骶耻外径（外结合径）、坐骨结节间径（出口横径）（ <8 时加测量骨盆下口后矢状径），后矢状径等。

4. 直肠指诊 估测坐骨棘间径、先露位置；宫颈管消失度（%）；宫口开大厘米数，同时了解骶骨弯度、坐骨切迹宽度、尾骨活动度，注意胎膜破否。何时破水，流出羊水量，羊水色泽，有无气味等。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查：可转抄近期孕期检验结果，如血型、血红蛋白、尿蛋白、乙肝五项等。

2. 根据需要做超声、心电图等。

(四) 入院诊断

按下列次序排列：

1. 主要诊断（妊娠主要并发症、合并症）。

2. 妊娠周数（周数后加天数如 39^{+1} ）、孕次、产次、胎方位、临产否。

3. 其他产科异常情况。

第四节 儿科病历书写重点要求

一、病史

与内科、外科基本相同，但又有其特点。其病史往往不是患儿自己所提供而是由其父母或他人代述，客观反映的真实性与提供病史者的观察力及与患儿接触的密切性有关，给病史的收集带来一定的困难。具体书写要求如下：

1. 一般项目 患儿越小越应询问确切年龄，新生儿要记明小时数（患儿年龄 ≤ 24 小时者）、天数，婴儿期要求记明月数，较大儿童应记明几岁几个月（患儿年龄 ≤ 6 岁者）。应注意询问病史陈述者的姓名、文化水平、与患儿接触的程度及与患儿的关系。

2. 主诉与现病史 主诉是指患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。现病史是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。询问记录应注意以下几个方面。

(1) 起病时间不易询问准确，尤其是起病缓慢、症状不显著者，易被家长忽视而不能肯定起病日期。

(2) 常见症状往往成组出现，一个系统的疾病常表现有几个系统的症状，询问时要善于分清主次，既要有重点，也要全面。

(3) 小儿常同时患有几种疾病，且相互影响，需同时或先后加以治疗。因此，发

现并存的症状和体征时，应追问有关病史。与现病史有密切关系的疾病应注意询问。如询问急性肾炎的患儿发病前是否患咽峡炎、脓疱疹，癫痫患儿以前有无颅脑损伤、脑炎等病史。

(4) 与本次疾病虽无紧密关系，但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

3. 个人史 包括出生史、喂养史、生长发育史及生活习惯等。

(1) 出生史及围产期情况：新生儿、婴幼儿有先天畸形或疑似遗传、代谢疾病或智能发育、体格发育迟缓者，均应写明胎次、产次、足月产或早产、顺产、难产等，以及出生体重，生后有无窒息、青紫、产伤、黄疸、畸形、哭声是否响亮、Apgar 评分等。有无出血、惊厥、瘫痪、呼吸困难等情况。

(2) 喂养史：喂奶种类与方法，何时添加辅食，何时断奶及断奶后食物种类等。

(3) 生长发育史：体重、身高增长情况，以及达到重要发育指标（抬头、坐、叫爸妈、独立走、控制大小便等）的月龄和年龄。

(4) 出生地、长期居留地、生活习惯：生活是否规律，有无不良习惯等。

4. 既往史 重点询问与现病相同或类似的疾病；急性传染病史；以前曾患过哪些疾病；接受预防接种的时间及具体种类、接种效果；食物、药物过敏史等。

5. 家族史 有无家庭性或遗传性疾病，父母是否近亲结婚，母亲孕期健康情况，同胞的健康状况等。

二、体格检查

体格检查时患儿往往不合作，检查者应设法取得患儿的合作。检查动作应轻柔，快捷，检查顺序可适当灵活，先检查容易受哭闹影响的项目，后检查对小儿刺激较大的项目。

1. 一般项目 包括体温、呼吸、脉搏、血压，必要时测量身高、头围、胸围、腹围、坐高等。体位、发育营养状况、皮肤色泽、精神状态、哭声洪亮或微弱。

2. 头部 毛发色泽，有无秃发，头颅有无畸形、颅骨软化，囟门是否关闭、大小、平坦程度（凹陷或者突起）、有无搏动。头皮有为皮脂溢出。口腔和咽部的检查应该注意舌像、黏膜色泽，有无溃疡、假膜、麻疹黏膜斑，注意检查腮腺管口情况、牙齿数目、有无龋齿，同时观察牙龈和扁桃体的情况。

3. 胸部 胸廓大小，有无畸形、肋骨串珠、郝氏沟，注意肋间隙宽窄、有无凹陷或者膨隆，有无三凹征及心前区膨隆。可以利用幼儿啼哭时检查双肺触觉震颤及语音传导。婴儿正常呼吸音响亮，类似成人的支气管呼吸音，注意鉴别。心脏检查应注意心尖搏动部位、范围、心率、心律和有无杂音。

4. 腹部 有无肠型和蠕动波，脐部有无分泌物或者脐疝，有无包块，肝、脾、肾及膀胱能否触及。

5. 神经系统 注意观察神志、精神状态、面部表情、眼神是否灵活、语言能力、对外界反应及行为动作、有无脑性尖叫等，此外一些神经反射在小儿有其特点，应特别注意。其他检查见神经科病历。

6. 其他 疑为遗传、先天或者后天性疾病影响智力的，应做智能测定、皮纹检查、

染色体检查及家系分析。

第五节 五官科病历书写重点要求

五官科病历书写除必须符合一般病历书写要求外，还应根据各科的重点要求进行询问，并加以重点描述。

一、眼科病历书写的重点要求

(一) 病史

应详细描述眼部症状和有关的全身伴随症状、持续的时间、治疗的经过。眼科的常见症状有视力障碍、眼前黑影、视野缺损、光觉异常、色觉障碍、眼痛等。

1. 视力障碍：发现时间，一眼或双眼，如何发现（突然模糊、偶然发现视力不良），视物模糊的程度，视力是突然消失（几分钟、几天）还是逐渐模糊，整个过程持续时间，发展过程中视力改变的情况等。视物模糊是视远不清还是视近不清，或是视远、视近均不清楚，抑或是长时间阅读后视物不清。有时须追问过去何时曾检查视力，视力如何，佩戴眼镜情况等。

2. 眼前黑影：黑影的形态、数目，是否在几天内突然明显增多，与眼球一致的转动还是无规律的飘动，对视力有无影响等。

3. 虹视：应注意与屈光不正所致的灯光四周放射状光芒区别。

4. 视野缺损：视野一个象限或半边看不见还是视野中央看不清，或目标的一部分看不到，范围有无扩大。

5. 复视：单眼性或双眼性复视、水平或垂直复视。

6. 视物变形、小视症、大视症：对看到的物体较过去在形状、大小上发生变化的情况。

7. 闪光：闪光感的具体方位，并详询有无随后出现黑影增多，眼前是否出现马蹄形或锯齿状光圈并渐扩大，随后是否出现疼痛。

8. 色觉障碍：包括先天性和后天性色觉障碍。对后天性色觉障碍要问明是否对颜色敏感度下降，具体呈何种颜色。

9. 光觉异常：夜盲还是昼盲。对夜盲要注意区分先天性、后天性或假性（如屈光间质浑浊、瞳孔膜闭、药物性瞳孔缩小等所致）。

10. 视疲劳：用眼后仅是感到视物模糊、眼部酸胀，还是伴有头痛、恶心、眩晕、精神萎靡等，闭眼休息后症状能否缓解；是否配戴眼镜，具体度数，是否常戴，症状有无改善。

11. 眼痛：疼痛性质（烧灼感、刺痛、钻痛、跳痛、搏动痛、胀痛、眼球转动痛，有无牵扯痛、压痛等）、疼痛部位（眼睑痛、眼球痛、球后痛、眶部痛），一过性还是持续性，是否伴有视力下降、虹视、头痛、恶心、呕吐等，疼痛能否自行缓解还是需药物控制，疼痛前有无幻视等。

12. 患者在无就诊期间自己对眼部出现的与过去不一样的情况的观察和体验，如

眼分泌物的性状（脓性、黏液性、浆液性、纤维索性）、形态（丝状、泡沫状）以及分泌量；流泪是经常流泪，还是迎风流泪，流泪的量等。

（二）体格检查

1. 全身检查 除按一般规定进行外，还应有所侧重，如白内障患者，手术时需压迫眼球可刺激迷走神经致眼心反射，应注意心脏功能情况；青光眼患者注意呼吸系统功能。

2. 眼部检查 可用自然光线或人工照明（电筒的集光光线、裂隙灯、眼底镜检查等），应养成先右后左、从外到内的检查顺序习惯，以避免记录时左右混淆或遗漏。但对传染性眼病，应先查健眼，再查患眼，防止两眼间交叉感染。检查时应注意两侧对照。检查一般按下列顺序进行，可列表，右侧记录右眼情况，左侧记录左眼情况，如左眼情况同右眼，可记录“同右”。

（1）视力：远视力、小孔视力、近视力、戴镜远近视力，镜片度数。

（2）眼球：眼球位置、大小、形状、眼球突出度、运动，有无眼球震颤。

（3）眼眶：双侧是否对称，有无缺损、压痛及凹陷（骨折）或增生；眶内有无炎症、出血或肿瘤。

（4）眼睑：双侧眼睑是否对称，有无上睑下垂或睑裂增宽，有无眼睑缺损、睑球粘连、内眦赘皮，眼睑闭合功能是否正常；眼睑有无红肿、皮下淤血、气肿、肿块、硬结及瘢痕，色泽如何；睫毛排列是否整齐，生长方向，睫毛根部有无充血、鳞屑、脓疱或溃疡；睑缘有无内翻、外翻、粘连、充血、肥厚及炎症；提上睑肌功能是否正常。

（5）泪器：泪腺能否触及，有无压痛及肿块。注意泪点位置有无外翻及闭塞，泪囊区有无红肿、压痛、瘘管或隆起。挤压泪囊时有无分泌物自泪点溢出，并记录其性质及量。

（6）结膜：睑结膜和穹隆部结膜是否光滑，有无充血、水肿、乳头、滤泡及瘢痕形成；结膜颜色及透明度；有无睑球粘连、假膜、新生血管、异物等。球结膜检查应注意充血范围、程度及性质（睫状充血、结膜充血或混合充血），出血（颜色、大小、位置），水肿；注意球结膜是否光滑、透明、湿润。有无干燥、色素沉着、异物、睑裂斑、翼状胬肉、血管瘤、痣及新生物等。

（7）巩膜：注意颜色，有无结节、局限性隆起、压痛、新生物等。

（8）角膜：大小、弯曲度、厚度，光滑或粗糙、凹凸不平；透明度，有无浑浊（瘢痕性或浸润性），其大小、形态、位置、深浅，有无溃疡，染色情况；新生血管（深浅、位置、范围、形状）、新生物、色素、异物、损伤、角膜后沉着物；有无水肿、后弹力膜层皱褶等；知觉是否正常。

（9）前房：双眼比较深度；房水有无浑浊，有无积血、积脓、异物等。

（10）虹膜：色泽、纹理；有无瞳孔残膜、异物、虹膜震颤；有无前后粘连、萎缩、结节、囊肿和肿瘤等；有无缺损、根部断离、新生血管及出血等；睫状体部有无压痛。

（11）瞳孔：双侧瞳孔是否等大、规则；瞳孔的大小及位置；直接、间接对光反射是否存在及其灵敏度。

(12) 晶体：前后囊膜有无色素沉着及浑浊；晶体有无浑浊，详细描述其色泽、位置、形态和浑浊程度；晶体前后曲率及厚度有无变化；晶体有无脱位或缺损（说明先天性或手术摘除）。晶体膜囊是否完整，皮质是否溢出。

(13) 玻璃体：有无浑浊，其色泽、形态、位置及与视网膜、晶体的关系；有无积血，有无液化及脱离，其液化程度及脱离部位状况。

(14) 眼底：①观察视盘颜色、边界、形状、隆起（以屈光度数表示），生理凹陷（杯盘比），血管状况；②黄斑部注意中心凹反光及附近情况，有无水肿、渗出、出血、囊样变性、裂孔或色素；③视网膜血管，观察有无怒张、迂曲、闭塞或搏动，动脉壁反射度，管腔大小，是否规则，动脉与静脉比例及交叉处情况；④视网膜的颜色，有无水肿、渗出、出血、色素、萎缩、增殖、瘢痕（均应注明形状、大小、部位），有无新生物、寄生虫、异物、新生血管等；⑤有无视网膜脱离，注明部位、范围、隆起度、裂孔数量、位置、形态、大小等（需详细绘图）。进一步尚需三面镜检查。

(15) 眼压：注明测定方法和测定时间，是否用过散瞳、缩瞳及其他降眼压药物。

(16) 前房角镜及视野检查：部分患者如青光眼患者必须术前详细检查房角、视野情况。

（三）辅助检查

根据病情需要选择三大常规、肝肾功能、血生化、凝血功能、病毒系列、病原学检查、X线片、眼眶CT或MRI、UBM、眼底血管造影、OCT、HRT、彩色眼底照相、裂隙灯照相、超声检查等。

二、口腔科病历书写的重点要求

（一）病史

要求同一般内科病历。

（二）一般体格检查

重点检查头颈部淋巴结、头颅、眼（包括眶距、眼睑闭合，眼球运动，结膜，瞳孔大小、形状，对光反射以及视力等）、耳（有无脑脊液耳漏、外耳道流血等）、鼻（鼻腔有无阻塞、异常分泌物及其性状）、咽喉等部位。

（三）专科检查

口腔专科检查包括颌面部、口腔软组织、颞颌关节、涎腺、颈部和牙体、牙周组织等内容。应根据主诉，有重点、有选择、有顺序地先口外后口内逐项检查记录，有关鉴别诊断的重要阴性项目也应记录。

1. 颌面部

(1) 望诊：颜面表情。颌面是否对称，面上、中、下三部分的正、侧比例是否协调，有无肿胀、肿块、瘻管、畸形或缺损。如有肿块或肿胀，应注明准确的部位和所涉及的周围解剖界限以及与周围组织器官的关系和对功能影响等。面颈部皮肤之色泽、皱纹。

(2) 触诊：在望诊的基础上对病变区进行进一步检查，以了解病变区皮肤温度、硬度，病变的范围和深度，有无压痛、波动感等。对口底及颌下区病变应记录双手联合

触诊的情况。如有肿块,应注意其质地、边界、肿块直径大小、活动度以及与深部组织和皮肤的关系。有无异常搏动及压缩等。颌面骨的检查,应注意其大小、对称性、有无膨隆或缺损。对于骨肿块应检查骨质膨隆或增生的范围,骨面有无乒乓球样感。

(3) 探诊:颌面部有瘘管、窦道时,应进行探诊检查,了解其深度、方向,是否贯通口腔,能否触及粗糙骨面或可移动的死骨块、异物等。必要时可在瘘管内注入染色剂(如亚甲蓝)或行瘘道造影,以进一步明确其走向。

2. 口腔软组织 包括口唇、颊、腭、舌及口底等部位。

(1) 口唇:唇的颜色和弹性,有无鳞屑、皲裂,与皮肤的界限是否清楚整齐。两侧口角是否对称,有无唇部过度紧张或增大。

(2) 颊部:腮腺导管开口处有无红肿,导管有无条束状改变。颊部黏膜有无色泽异常、表面糜烂及溃疡(数目、大小、部位、形态、表面假膜的性质,基底部有无浸润性硬结,有无明显触痛,触之是否易出血等)。必要时应对腮腺导管做探诊检查。

(3) 腭:硬腭、软腭、悬雍垂、舌腭弓等处的黏膜有无病损、畸形缺损、瘘管、肿块等。软腭、舌腭弓、咽腭弓的运动,有无肌肉瘫痪或腭咽闭合不等。

(4) 舌:舌体、舌根、舌背及舌腹的黏膜及乳头形态,舌的形态和大小,舌系带位置,舌向上、向前运动是否受限或偏向一侧。对舌肌病变及溃疡应行触诊,以了解病变所在的范围、硬度、浸润等情况。舌部的恶性肿瘤还应记录其前后位置及与中线的关系。对某些舌病,必要时还需进行舌味觉功能检查。

(5) 口底:黏膜的色泽、有无糜烂或溃疡等情况。颌下腺导管开口处有无红肿及异常分泌物、溢脓。触诊应双手口内外同时进行,注意口底区有无肿块或硬结,颌下腺导管有无条囊状改变,是否触及导管内结石。口底有无肿块或肿胀。

3. 涎腺 三对涎腺的检查,其中以腮腺及颌下腺为主。注意观察两侧是否对称,触诊时应同时检查腮腺和颌下腺的导管,注意涎液分泌情况。如有肿块,应记录其大小、质地、活动度、压痛等情况。必要时应行涎腺分泌功能的检查。

4. 颞下颌关节 注意颜面下1/3左右两侧是否对称、协调,有无明显缩短或增长,颊部中点是否居中。必要时应对下颌角、下颌支、下颌体的大小、长度用尺测量,并左右两侧比较。

(1) 颞颌关节检查:以触诊为主,注意髁状突的活动度,有无消失或过度活动、弹响及摩擦感。明确弹响与张闭口的关系。关节区有无压痛及肿物等。

(2) 咀嚼肌检查:双侧肌肉质地、收缩强度对比与肌肉疼痛、张闭口关系等。

(3) 下颌运动:开口型是否正常,前后及侧向运动两侧是否对称、协调。下颌前伸时下前牙中线有无偏斜。下颌运动时有无疼痛,张口有无受限。若张口受限,应记录其张口度。在下颌做任何方向运动,均需注意有无弹响,并观察其弹响发生的时间、性质、次数。必要时可辅以听诊器协助。

5. 殆关系检查 殆曲线、殆面有无磨损、是否有创伤等。异常殆关系情况存在时,应注意牙列缺失及修复情况。对某些颌骨正畸的患者殆关系尤其应有准确、仔细的记录。

6. 牙齿及牙周检查 牙齿的数目、形态、排列和接触关系,有无龋坏和变色等;

牙龈有无充血、肿胀、增生、糜烂、萎缩和坏死，龈黏膜有无瘻管和溃疡。可探及牙周袋的深浅。牙齿龋洞的部位、深浅，有无穿髓、探痛，患牙有无明显叩击痛，根尖区是否有压痛，牙齿有松动的临床评估等。

7. 口腔颌面颈畸形检查 有口腔颌面颈部先天性或后天性畸形者，除按口腔专科检查要求外，应参考整形外科病历书写要求，进行检查及记录。

8. 颈部检查 除观察颈部有无畸形、肿胀或肿块等外，应对病变区仔细确诊，以了解病变的性质、深度及与颈部重要结构的关系，肿物的大小、位置、质地、活动度、有无压痛及搏动等。

（四）辅助检查

根据病情需要进行相关的实验室检查（如三大常规、肝功能、各型肝炎、艾滋病的化验）、X线检查、造影、组织活检等。

三、耳鼻咽喉科病历书写的重点要求

（一）病史

重点询问描述耳、鼻、咽、喉部的症状。

1. 耳部 耳部的常见症状有耳痛、耳聋、耳漏、眩晕等。

（1）耳痛：部位、性质、程度（轻、中、重），耳痛加剧或减轻的因素。

（2）耳聋：起病方式，侧别，程度，发病后是减轻、加重还是波动性；耳聋与职业、环境、用药及其他诱因的关系。

（3）耳鸣：音调的高低及特点；持续性或间歇性；有无诱因，如使用过耳毒性药物，患有全身其他部位疾病等。

（4）耳漏：分泌物的量及性质（浆液性、黏液性、脓性、血性等），持续性或间歇性，有无臭味。

（5）眩晕：诱因，发作次数、持续时间、间隔时间，有无物体旋转或自身旋转感，旋转方向；有无倾倒感及倾倒的方向；是否伴恶心、呕吐；与体位的关系，有无意识丧失。

（6）面瘫：发病诱因，单侧或双侧，有无逐渐加重，有无反复发作，有无泪液减少，有无味觉改变，有无伴发耳痛，眩晕等。

（7）其他：病变为单侧或双侧。是否伴有耳后肿胀、面瘫、发热、头痛、嗜睡、失语、呕吐等症状。

2. 鼻部 常见的症状有鼻塞、鼻漏、嗅觉异常等。

（1）鼻塞：单侧或双侧，部分或完全阻塞，持续性、间歇性或交替性，是否逐渐加重等。

（2）鼻漏：量及性质（水样、黏液性、脓性、血性等），持续时间、有无臭味、有无痂皮。

（3）鼻衄：单侧或双侧，出血量，偶发或经常，排出途径（前鼻孔、后鼻孔），有关的诱因。

（4）嗅觉障碍：单侧或双侧，减退、丧失、异常，暂时性或永久性。

(5) 头痛：部位、性质、程度，有无规律性，持续时间，与鼻部症状的关系。

(6) 鼻腔感觉异常：是否干、痒、痛或者打喷嚏。

3. 咽部 常见的症状有咽痛、感觉、吞咽困难、发音障碍等。

(1) 咽痛：程度，时间（发作呈间歇性或持续性，持续时间，末次发病时间），有无发热、寒战等全身症状。

(2) 感觉：是否有疼痛、干燥、烧灼、异物感等；异常感觉的部位，存在的时间。

(3) 吞咽障碍：程度，发病以来的进食情况，有无食物自鼻腔呛出。

(4) 分泌物：量、性质、气味等。

(5) 发音障碍：声音改变、语言不清、开放或闭塞性鼻音。

(6) 其他：根据病变部位及范围，询问是否有张口呼吸、呼吸困难、听力障碍等。

4. 喉部 常见的症状有声音嘶哑、呼吸困难、吞咽困难等。

(1) 声音嘶哑：诱因、程度，时间、间歇性或持续性，是否进行性加剧等。

(2) 分泌物：有无咳嗽、多痰现象，痰液的性状、量、气味等。

(3) 呼吸困难：程度、性质，是否伴有吸气性喘鸣，加重的因素，对睡眠等日常生活的影响。

(4) 吞咽障碍：有无吞咽疼痛，发病以来进食情况。

5. 气管、支气管症状 有无异物吸入史，误吸时间，异物种类、形状；呼吸困难程度及性质，有无发绀、窒息现象；有无声音嘶哑、咳嗽、多痰、发热等伴随症状。

6. 食管症状 有无异物或化学物质误吞史，异物的性质、外形、大小，化学物质性质、浓度、数量，误吞时间，吞咽疼痛及吞咽困难的程度，有无发热、胸痛、呕血等症状。

（二）体格检查

一般体格检查同内科病历，耳鼻咽喉科的专科检查包括以下各项。

1. 耳部

(1) 耳廓：有无红肿、外伤、畸形等，有无牵引痛，有无疱疹。

(2) 外耳道：有无闭锁、狭窄、耵聍、分泌物（性质、量、色），有无红肿、疖、肿物等。

(3) 乳突区：有无红肿、压痛、瘢痕、瘰管。

(4) 鼓膜：色泽，有无充血、内陷、外突、肥厚、瘢痕、萎缩、穿孔（位置、大小、形状）。

(5) 耳咽管：是否通畅等。

(6) 听力检查：用音叉（包括骨、气导比较试验、骨导偏向试验、骨导对比试验）、电测听、客观测听等。

(7) 前庭功能检查：有内耳疾患者应检查。

(8) 面神经功能检查：周围性面瘫患者应检查。神经功能 HB 分级；泪液试验，镫骨肌反射，味觉试验等定位检查；面神经电图，面肌电图等。

2. 鼻部

(1) 外鼻：有无畸形、瘢痕、红肿、压痛，是否对称。

(2) 鼻前庭：鼻毛分布，有无红肿、疖、糜烂、皲裂、结痂、压痛。

(3) 鼻腔：是否通畅，黏膜颜色，鼻中隔有无偏曲、糜烂、穿孔，中下鼻甲的大小，中下鼻道有无分泌物（量、性质）；鼻出血者应记录鼻中隔有无血管扩张，具体出血部位及鼻腔后鼻孔填塞物等；鼻腔、鼻窦肿瘤者应说明肿块部位、颜色、大小、质地、活动度及邻近器官受累情况等。

(4) 后鼻孔：鼻中隔、鼻甲后端、耳咽管口、耳咽管隆凸、鼻咽顶及咽隐窝的情况。

(5) 嗅觉：正常、减低、丧失，两侧嗅觉有无区别，与鼻腔通气的关系，持续性或一过性嗅觉障碍。

3. 咽部

(1) 鼻咽：检查鼻咽顶，咽鼓管隆突开口，咽隐窝，后鼻孔等情况，如有病变应对其位置、颜色、范围等作进一步描述。

(2) 口咽：两侧是否对称，有无充血、水肿、溃疡，软腭运动情况，悬雍垂有无过长、过短、畸形，扁桃体大小，有无渗出物或伪膜、异物、肿物等；咽后壁淋巴滤泡有无增生。

(3) 喉咽：梨状窝是否对称，有无积液、异物或新生物等。

4. 喉部

(1) 会厌：形态、活动情况，有无红肿、囊肿、新生物。

(2) 杓区：杓状软骨有无充血、肿胀，运动情况。

(3) 室带：色泽，是否肥厚、对称，有无隆起饱满，有无肿物，发音时情况。

(4) 声带：颜色、边缘状态，两侧运动是否对称，声带紧张度，有无充血、出血、息肉、小结、新生物（位置、大小、形状），声门闭合情况。

5. 颈部 外形有无改变，有无充血，肿胀，有无包块（包块的质地，大小，边界是否清楚，有无触痛，是否可以推动等）。

6. 颅神经功能 颅底疾病患者应查：

(1) 三叉神经：面部感觉有无减退，角膜反射有无消失，咬肌是否有力，颞肌是否萎缩等。

(2) 舌咽神经：咽部感觉有无减退等。

(3) 迷走神经：悬雍垂是否居中，软腭有无麻痹，声带运动是否受限，有无旁正中位固定等。

(4) 副神经：有无胸锁乳突肌和斜方肌萎缩，耸肩是否对称等。

(5) 舌下神经：伸舌有无偏斜，有无舌肌萎缩等。

对鼻、咽、喉等处的新生物，鼓膜穿孔等体征除文字描述外最好有图像表示。

(三) 辅助检查

必要时进行相关的实验室检查、放射学检查（摄片、CT、MRI 等）、内镜检查、造影、组织活检等。

第九章 病案（病历）管理与质量控制

第一节 概 述

一、病案管理

病案（病历）管理含义有广义和狭义之分。狭义的病案管理指对病案物理性质的管理，即对病案资料的回收、整理、装订、编号、提供和保管等工作程序。广义病案管理不仅对病案物理性质进行机械管理，而且还对病案进行卫生信息管理，即对病案记录的内容进行深加工，从病案资料中提炼出有价值的信息，进行科学管理，如建立较为完整的索引系统，对病案中的有关资料分类加工、分析统计，对收集资料的质量进行监控，向医务人员、医院管理人员及其他信息使用人员提供高质量的卫生信息服务。

二、病案（病历）质量控制

病案（病历）质量控制包括病案管理质量控制和病案（病历）书写内容质量控制两部分。病案管理质控是指对病案管理工作各个流程进行质量检查、评估，如病案回收率、疾病分类编码正确率等。病案（病历）内容质量控制主要通过病案（病历）书写质量进行监控，从格式到内容（如诊疗措施的合理性、及时性等）进行全面监控。监控包括环节质量监控和终末质量监控，尤其应以环节质量监控为重点。

三、病案管理组织

病案质量反映着医院的医疗质量和管理水平，病案（病历）质量控制涉及医院的多个部门，二级及以上的医院应设立专门的病案科，并设立病案委员会，配备称职的人员和满足工作所需的设备（房屋、设施等），是保证其病案管理工作需求的基本条件。

第二节 病案（病历）管理相关规章制度

病案属于卫生专业技术档案，不管在医院管理、医疗评价、专业研究、医疗统计和医院评审中，还是在法律判定方面都需利用病案作为依据。近年来，随着对病案利用和重视程度的不断提高，相关的法律法规、规章也不断完善，尤其对病案的书写、保管、使用、复印复制及保存等方面都作了较为明确的规定。医院应依据相关法律法规、规章，结合医院的实际情况，制定并落实相应的规章制度，保证其对病案（病历）的有效管理。

一、病案科工作制度

1. 贯彻落实国家法律法规和卫生行政部门、医院的规章制度。
2. 制定并落实病案科管理工作的各项规章制度和岗位职责，每一岗位有具体明确的工作描述。工作人员必需坚守岗位，不得随意脱岗，保管好病案，防止丢失。
3. 负责病案资料的收集、整理、归档、借阅供应、对外复印、分类编码、质量监控、索引登记、存储等，满足患者、医务人员、行政部门、保险及法律等对病案的需求。
 - (1) 严格遵守病案回收制度、借阅制度、复印制度等，热情接待外来查访人员。
 - (2) 保守病案的一切秘密，不得随意泄漏病人隐私，不许利用工作之便随意借阅病案。
 - (3) 按规定外借的病案，应定期催还、归档，保管好病案信息资料。
 - (4) 各种编码要认真仔细，遇到模糊的编码分类，应阅读病程记录或与临床医师联系，保证编码准确，减少误差。
 - (5) 定期检查上架的病案，对插错、漏档、破损的病案及时纠正和修复。
 - (6) 住院病案要长期保存。应保持病案库房清洁、病案排放整齐，做到室内通风、干燥，防止病案霉烂、虫蛀、火灾。
4. 依法收集医疗统计数据，进行统计分析并及时提供各种病案信息。
5. 负责审核病案中的各种病历纸张是否符合医院要求。
6. 加强业务知识学习，提高病案管理质量。

二、病案回收制度

1. 患者出院 24 小时后（死亡病例一周内）回收至病案科。
2. 严格执行院内病案交接制度，病房工作人员与病案科工作人员交接查收后，在“病历交接登记本”上签名。病案科应及时向临床科室查询未归病案的下落。
3. 病案科每月统计出院病案归档情况，及时向有关科室反馈。
4. 病案回收情况纳入科室考核内容。

三、病案借阅制度

1. 除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病案（病历）。
2. 门诊复查须借用住院病案者，接诊医师负责填写病案借条，患者携带借条和当日挂号票，交病案工作人员，由病案科工作人员负责送、收病案。
3. 再入院患者需参阅以前的住院病案时，由本院医师携带再入院病案首页及本人签字盖章的借条到病案科办理借阅手续，三日内归还；如需进修医师等来借取病案，请携带再入院病案首页及本院医师签字盖章的借条和本人进修证到病案科办理借阅手续，三日内归还。
4. 因科研需借阅病案时，科主任或导师到病案科填写借阅登记并签字，研究生带科主任或导师签字借条方可借阅。大批量借阅者分批提供，阅览一律在病案科内，严禁带出。

5. 下列情况可提供病案，但须凭科主任签字借条，三日内送还。

(1) 医疗事故、纠纷病案讨论。

(2) 示教、尸解病案。

(3) 教学、会诊病案讨论。

6. 出院病案资料为临床医、教、研工作服务，非本院临床人员不得借阅。

7. 借阅者不得修改病案任何内容，不得毁损、转借、拆散和丢失，不得擅自转抄、复制病案，按期归还。不得泄露患者隐私。

8. 病案科应建立病案借阅登记，定期对病案借阅情况进行汇总，及时追回未归档病案。

四、病案（病历）复印制度

1. 由病案科负责全院病历资料的复印、复制工作，其他任何部门及个人不得复印、复制患者的病案（病历）资料。

2. 病案科有专人负责受理复印或者复制病历资料的申请。受理①患者本人或其代理人；②死亡患者近亲属或其代理人；③保险机构等人员和机构复印或者复制病历资料的申请。受理申请时，申请人应提供下列有关证明材料：

(1) 申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明。

(2) 申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料。

(3) 申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料。

(4) 申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料。

(5) 申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

(6) 公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，医疗机构应当在公安、司法机关出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

3. 可为申请人复印或者复制的病历资料包括：门（急）诊病历和住院病历中的住院志（即入院记录）、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、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

4. 医疗机构受理复印或者复制病历资料申请后，应当在医务人员按规定时限完成病历后予以提供。

5. 未出院患者需要复印病历资料者，由病案科对符合复印规定者，通知病区医务

人员，病区派专人将需要复印或者复制的病历资料在规定时间内送至病案科复印。

6. 在申请人在场的情况下复印或者复制病历资料。复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，医疗机构加盖证明印记。

7. 病案科应设立病历复印登记本，按照规定收取复印或者复制病历资料费用。

五、病案（病历）封存、启封制度

1. 当患方要求封存病历时，由主管医师报科主任、医务处（科）和病案科，医护人员携带病历原件，同患者或近亲属一起到病案科，在医患双方共同在场的情况下进行封存。

2. 封存时院方先复印一份病历，患方需要时按病案复印制度执行。

3. 封存的病历可以是病历原件，也可以是复印件。病案科工作人员在封存件正面写清病历号、患者姓名、科室、封存日期，在封口处盖章，主管医师在封存件上签字认可封存内容。患者或近亲属在封口处签字或做标记。

4. 封存的病历由病案科专人保管。任何人不得私自拆封。

5. 非正常工作时间封存病历时，需行政值班人员在场并签字，封存的病历由行政值班人员暂时保管，上班时间交病案科保管。

6. 当患方要求启封封存病历时，先到医务处（科）提交书面启封申请（须有申请人签字或手印），医务处（科）负责人同意签字后，携申请与临床主管医师一起到病案科启封病案（病历）。病案科保留书面申请书。

六、病历书写质量管理职责

（一）临床科室

1. 按规定的格式和内容书写门（急）诊病历和住院病历。

2. 由质控医师、质控护士负责本科住院患者的病历质量（包括基础、环节和终末质量）的检查把关，协调科室间有关病历事宜。定期抽查运行病历、出院病历的书写质量，及时汇总、反馈，不断提高病历质量。

3. 上级医师应指导和检查下级医师病历的书写，及时进行修改、补充、签名，非本院执业医师书写的病历内容须有本院执业医师签名。

4. 参加医院统一组织的病历质量检查活动。

（二）病案科

1. 病案管理质检人员负责抽查出院病历质量并进行评分，及时汇总、分析，通报科室，上报医院相关职能部门。

2. 负责病案首页医疗信息的计算机录入或确认，保证其首页信息录入的准确性。

3. 参加医院统一组织的病历质量检查活动。协助临床科室病案自查。

4. 对临床医师进行疾病诊断名称、手术操作名称及编码规则的相关培训。

（三）医院相关职能部门

1. 负责对住院病历进行基础、环节、终末质量的全程控制。

2. 制定并组织落实有关病历管理的规章制度和检查评价标准。

3. 负责对临床医师、新进院人员、进修医师进行有关病历书写和管理的培训、指导。
4. 定期对住院病历进行质量检查，及时将检查结果汇总，上报有关领导，反馈临床科室。
5. 住院处负责将患者提供的个人基本信息准确、完整地录入病案首页上。

七、病房病历管理制度

1. 患者住院期间，病历由病房管理。要保持病历的整洁、完整，防止破损和残缺。不得丢失。
2. 除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病历。
3. 患者转科、会诊或到他科检查治疗时，由病房工作人员递送病历，不得交患者或家属携带。
4. 患者或亲属、司法机关需要查阅、复印或者复制病历资料时，应在医务人员按规定时限完成病历后，由主管医师与病案科联系后，病区指定专门人员负责携带病历，和患者一起到病案科复印。
5. 当发生医疗争议需封存病历时，由主管医师报科主任、医务处（科）和病案科，并有医护人员带病历原件和患者或近亲属同时到病案科，在医患双方共同在场的情况下封存。封存的病历由病案科保管。
6. 患者出院（或死亡）后，主管医师应按规定在 24 小时内填写出院（死亡）记录、病历首页等，并检查病历书写质量和各种记录、辅助检查报告单是否齐全，补充完善后签字。质控医师根据“住院病历检查评分标准”进行检查评分，在病历首页“质控医师”栏签字。值班护士要检查护理相关病历内容，按规定排列顺序整理病历，并在病历首页“质控护士”栏签字。
7. 病房应在患者出院 24 小时后将住院病历送病案管理科。各病房建立出院病历登记本，严格执行院内病历交接制度，双方查收后签名。
8. 任何人员不准将病历资料提供给他人；不得擅自从病房直接复印病历；不准扣留病历资料；未经许可不得将病历带离医院。
9. 严格执行有关的法律、法规，恪守保密规定，保护患者隐私。

八、打印病历规定

1. 打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文档、WPS 文档等）。打印病历应当按照卫生部《病历书写基本规范》规定的格式内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。
2. 打印病历应统一纸张、字体、字号及排版格式。各临床科室不得擅自改变病历格式，科室自行设计的病历格式需交医务处（科）审阅，同意备案后方可使用。
3. 打印字迹清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。
4. 打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第三节 住院病历质量评价标准(试用)

一、住院病历质量评价标准的使用说明

1. 本标准适用于医疗机构的终末病历和运行病历质量评价。
2. 首先用单项否决法进行筛选：对存在单项否决所列缺陷的病历不再进行病历质量评分。经筛选合格病历按照评分标准进行质量评分。
3. 终末病历评价总分 100 分，甲级病历 >90 分，乙级病历 76 ~ 90 分，丙级病历 ≤ 75 分。
4. 运行病历总分 85 分，评价后换算成 100 分再评病历等级，等级标准同终末病历。
5. 表中所列单项否决项共计 14 项，缺入院记录直接扣 25 分，余 13 项扣 10 分。
6. 每一书写项目内扣分采取累加的计分办法，扣分最多不超过本项目的标准分值（单项否决扣分不计入内）。
7. 对病历中严重不符合规范，而本表未能涉及的，可说明理由直接扣分。

二、病历内容所占分值

共 100 分，见下表。

病历内容	分值
(一) 书写基本原则和要求	5
(二) 入院记录	20
(三) 病程记录	50
1. 首次病程记录	
2. 上级医师查房记录（包括上级医师首次查房记录、上级医师日常查房记录）	
3. 一般病程记录 [包括日常病程记录、有创诊疗操作记录、会诊记录、疑难病例讨论记录、抢救记录、交（接）班记录、转科记录、阶段小结、病重（病危）患者护理记录]	
4. 围手术期记录（包括术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、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、麻醉术后访视记录）	
5. 出院（死亡）相关记录（包括出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录）	
(四) 知情同意书	10
(五) 医嘱、辅助检查报告单、体温单	10
(六) 病案首页	5

× × 省住院病历质量评价标准（总分 100 分）

一、书写基本要求：5 分

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
书写基本要求	1. 严禁涂改、伪造病历内容。计算机打印的病历符合病历书写要求。严禁拷贝错误。	涂改、伪造病历内容或拷贝导致的严重错误	单项否决
	2. 病历内容客观，不得矛盾。	病历内容有矛盾	1/处
	3. 各种记录应有书写医师的亲笔签名，不得摹仿或代替他人签名。非本院执业医师书写的各种记录须经本院执业医师审阅、修改并签名。	医师签名不符合要求	1/处
	4. 修改时用双横线划在错字上，保留原记录清楚可辨，注明修改时间，修改人签名。	修改不规范	0.5/处
	5. 用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。急诊病历、病危患者的病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间记录至分钟。	记录不符合要求	0.5/处
	6. 规范使用医学术语；字迹清晰，语句通顺，标点正确，格式规范。标注页码，页面整洁，每页有患者姓名、病案号。排序正确，内容齐全，不缺页、少页。	书写不规范、页面排序有误、缺页、页面不整洁等	0.5/处
	7. 使用蓝黑、碳素墨水，需复写的可用蓝或黑色圆珠笔。取消医嘱用红色墨水笔。	用笔颜色不符合规定	0.5/处

二、入院记录：20分

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
入院记录	入院记录/再入院记录/24小时内入院出院记录/24小时内入院死亡记录由执业医师在患者入院后24小时内完成。书写形式符合要求。	未在24小时内完成或非执业医师书写	单项否决
1. 一般项目	填写齐全、准确	书写形式不符合要求	1
2. 主诉	(1) 不超过20个字，能导出第一诊断。 (2) 症状及持续时间，原则上不用诊断名称代替	缺项或错误或不规范	0.5/项
	(1) 与主诉相符	超过20个字、未导出第一诊断	1
	(2) 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因	主诉不规范或用诊断代替而在现病史中发现有症状	1
	(3) 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况	与主诉不相关、不相符	2
3. 现病史	(4) 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。 (5) 发病后诊疗经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别。 (6) 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。 (7) 与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。	缺一项内容	1/项
		一项内容记录不符合要求	0.5/项

续表

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
4. 既往史	记录一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等	缺内容	1/项
5. 个人史、婚姻史、月经史	记录出生地及长期居留地, 生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好, 职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史, 有无冶游史。 婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间(或闭经年龄), 月经量、痛经及生育等情况。	记录有缺陷 缺个人史或遗漏与诊治相关的人史	0.5/项 1/项
6. 家族史	父母、兄弟、姐妹健康状况, 有无与患者类似疾病, 有无家族遗传倾向的疾病。	记录有缺陷 缺婚育史 缺家族史	0.5/项 1 0.5/项
7. 体格检查	(1) 项目齐全, 填写完整。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压, 一般情况, 皮肤、粘膜, 全身浅表淋巴结, 头部及其器官, 颈部, 胸部(胸廓、肺部、心脏、血管), 腹部(肝、脾等), 直肠肛门, 外生殖器, 脊柱, 四肢, 神经系统等 (2) 与主诉现病史相关的查体项目有重点描述, 且与鉴别诊断有关的体检项目充分 (3) 专科检查情况全面、正确。与鉴别诊断有关的体征记录详细	头、颈、胸、腹、脊柱, 四肢、神经系统等缺少任何一项检查记录	1/项
8. 辅助检查	记录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, 外院检查注明检查医院名称及检查号。	与本次住院相关查体项目不充分 专科查体不全面, 应有的鉴别体征未记录或记录不全 有辅助检查结果未记录或记录有缺陷	2/项 2/项 1

续表

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
9. 初步诊断	诊断合理, 疾病名称规范, 主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。	无初步诊断 诊断不合理、不规范、排序有缺陷; 仅以症状或体征代替诊断	2 1
10. 医师签名	有本院执业医师签名。	无医师签名	1

三、病程记录: 50 分

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
1. 首次病程记录	(1) 由经治医师或值班医师在患者入院 8 小时内完成	缺首次病程记录或未在患者入院 8 小时内完成	单项否决
	(2) 病例特点: 对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征, 包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。要求重点突出, 逻辑性强。	缺一项或照搬入院记录内容未归纳提炼	3/项
	(3) 诊断依据及鉴别诊断 (拟诊分析): 根据病例特点, 提出初步诊断和诊断依据; 对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析; 对下一步诊治措施进行分析。	一项书写有缺陷 (分析讨论、鉴别诊断不够, 诊疗计划无具体内容无针对性等)	2/项
	(4) 诊疗计划: 提出具体的检查及治疗措施安排。		
2. 上级医师首次查房记录	(1) 患者入院 48 小时内完成	无上级医师首次查房记录或未在患者入院 48 小时内完成	单项否决
	(2) 记录上级医师姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、分析其原因	未记录上级医师查房对病史、体征有无补充	1/项

续表

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
2. 上级医师首次查房记录	(3) 记录上级医师对诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。	无分析讨论、无鉴别诊断	4
		分析讨论不够或与首次病程记录内容雷同	3
3. 日常上级医师查房记录	记录查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。	查房无内容, 无分析、无诊疗意见	1-3/次
	(1) 病危患者根据病情变化随时书写, 每天至少1次, 时间记录到分钟。病重患者至少2天记录一次。病情稳定的患者, 至少3天记录一次	未按规定记录病程记录	2/次
	(2) 记录患者的病情变化情况, 包括患者自觉症状、体征, 分析其原因	未及时记录病情变化, 观察记录无针对性, 对新的阳性发现无分析及处理	1/次
	(3) 记录重要的辅助检查结果及临床意义	未记录重要、异常的检查结果或无分析、判断、处理	1/次
4. 日常病程记录	(4) 记录所采取的诊疗措施、医嘱更改内容及理由	未记录所采用的诊疗措施、未对更改药物、治疗方式进行说明	1/次
	(5) 记录向患者及其近亲属告知的重要事项及其意愿, 必要时请患者签名	未记录向患者告知情况	1/次
	(6) 输血当天病程中记录输血适应证、输血种类及量, 有无输血反应	病程中无记录或记录有缺陷	1/次
5. 有创诊疗操作记录	在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、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	介入治疗记录非操作者签名或无介入治疗记录	单项否决
		无其他有创诊疗操作记录	3/次
		记录不全面	1-2/次

续表

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
6. 会诊记录	(1) 常规会诊 24 小时内完成, 急会诊 10 分钟内到场, 并在会诊结束后即刻完成会诊记录。	无会诊意见或未在规定时间内完成记录	2/次
	(2) 申请会诊记录: 应当简要载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	会诊记录书写有漏项或有缺陷	1/次
	(3) 会诊记录: 包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。		
	(4) 申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。	未在病程记录中记录会诊意见执行情况	1/次
7. 疑难病例讨论记录	对确诊困难或疗效不确切病例及时进行讨论。内容包括讨论日期、主持人(科主任或副高以上医师)、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。	对确诊困难或疗效不确切病例未进行讨论	2/次
		记录内容简单或无分析或内容有明显缺陷	1-2/次
8. 抢救记录	在抢救结束后 6 小时内完成。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称等。时间应记录到分钟。	有抢救无抢救记录或未在抢救结束后 6 小时内完成	3/次
		书写内容有缺陷	1/次
9. 交接班记录、转科记录、阶段小结	在规定的时间内完成, 书写符合要求	无交接班记录、转科记录、阶段小结或未及时完成或交班与接班、转出与转入内容雷同	2/次
		书写有缺陷	1/次

续表

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
10. 病重（病危）患者护理记录	(1) 由护士据相应专科的护理特点书写。	缺病重（病危）患者护理记录	单项否决
	(2) 内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。	记录不规范或缺陷	0.5/项
11. 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。包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况等等。	无术前小结	2/次
		有缺陷、漏项等	0.5/次
12. 术前讨论记录	(1) 病情较重或手术难度较大的手术有手术者参加的术前讨论记录。	病情较重或手术难度较大的手术无术前讨论记录或手术中可能出现的问题及应对措施讨论不够	单项否决
	(2) 对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施进行讨论。		2/次
13. 手术记录	(3) 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、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。	有漏项或记录有缺陷	0.5/次
	(1) 由手术者书写，术后24小时内完成；特殊情况下由第一助手书写时，必须有手术者签名。	无手术记录或未在术后24小时内完成或无手术者签字	单项否决
	(2) 包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。	非手术者或一助书写手术记录	5/次
	(3) 使用人体植入物者病历中应有所使用产品的合格证（识别码）。	缺项或不规范	0.5/项
		标识识别码	3/次

续表

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
14. 术后首次病程记录	(1) 由参加手术的医师在患者术后即时完成	缺术后病程记录	2/次
	(2) 内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等	缺项或不规范	0.5/项
15. 麻醉术前访视记录	(1) 由麻醉医师术前完成。	缺麻醉术前访视记录	2/次
	(2) 包括姓名、性别、年龄、科别、病案号, 患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。	缺项或不规范	0.5/项
16. 麻醉记录	(1) 由麻醉医师完成。	无麻醉记录	单项否决
	(2) 内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。	缺项或不规范	0.5/项
17. 麻醉术后访视记录	(1) 由麻醉医师术后完成。	缺麻醉术后访视记录	2/次
	(2) 包括姓名、性别、年龄、科别、病案号, 患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等, 如有特殊情况应详细记录, 麻醉医师签字并填写日期。	缺项或不规范	0.5/项

续表

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
18. 手术安全 核查记录	(1) 由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方共同在患者麻醉实施前、手术开始前和离室前进行核对、确认并签字, (2) 核查患者身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录, 输血的患者还应对血型、用量进行核对。	缺手术安全核查记录 缺一方核查签名/核查项目不全 或记录不规范	单项否决 0.5/项
19. 手术清点 记录	(1) 由巡回护士在手术结束后即时完成。 (2) 内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。	缺手术清点记录 清点记录错误	单项否决 5/次
20. 出院(死 亡记录)、死 亡病例讨论记 录	(1) 出院(死亡)记录在患者出院(死亡)后 24 小时内完成。死亡病例讨论记录应在患者死亡后一周内完成。 (2) 出院(死亡)记录内容包括入院日期、出院(死亡)时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院(死亡)诊断、出院情况、出院医嘱(死亡原因)等。 (3) 出院诊断依据充分, 诊断全面、明确, 出院医嘱合理规范。 (4) 住院期间诊断、治疗方案合理, 符合诊疗规范 (5) 死亡病例讨论记录由科主任或具有副高以上医师主持, 内容应包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。	缺出院(死亡)记录或死亡病例 讨论记录或未在规定时间内完成 缺项或不规范 有缺陷 诊断、治疗方案不合理, 不符合 诊疗规范 分析讨论不够 记录不规范或缺陷	单项否决 0.5/项 1-2 分 2-10 2 1

四、知情同意书：10分

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
知情同意书	(1) 手术、麻醉、输血、特殊检查（治疗）、病危（重）等需取得患者书面同意方可进行的医疗活动均应有患方签署意见并签名的知情同意书。	缺患方签名的知情同意书	单项否决
	(2) 手术、麻醉、输血、特殊检查（治疗）等知情同意书记录规范，内容包括项目名称、可能出现的并发症、风险、患方意见并签名、医师签名等。	缺项或内容不全面、书写不规范	1/份
	(3) 知情同意书上医、患方签名符合规定。	医患方签名不符合规定	3/份

五、医嘱、辅助检查报告单及体温单：10分

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
1. 医嘱单	(1) 医嘱内容应当准确、清楚、规范，每项医嘱应当只包含一个内容，禁止有非医嘱内容	一处不符合要求	0.5/处
	(2) 每项医嘱有明确的开具、停止、执行时间。有医师、护士签名。		
	(3) 需取消医嘱时，用红色墨水标注“取消”字样并签名。		

续表

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
2. 辅助检查报告单	(1) 辅助检查报告单与医嘱内容相符, 报告单完整无遗漏。粘贴规范。	不相符或缺对诊疗有重要价值的报告单	2
	(2) 认可的其他医院的辅助检查结果, 病历中应有报告单原件或复印件。	缺少一张报告单	1
	(3) 已输血病例应有输血前检查项目(血常规、肝功能、血型、肝炎项目、HIV 抗体、梅毒抗体)	未完成相关检查项目	0.5/项
	(4) 手术病例手术前完成常规辅助检查项目(血常规常规、出血时间、凝血项目、肝功能、心电图、胸片等)		
	(5) 每张辅助检查报告单项目齐全, 内容规范。	报告单项目不全或内容不规范	0.5/张
3. 体温单	体温单完整, 内容齐全, 书写规范	体温单记录有缺陷	0.5/处

六、病案首页 5 分

书写项目	检查要求	扣分标准	扣分值
病案首页	各项目填写完整、正确、规范	首页主要信息未填写	单项否决
		诊断、手术操作名称未填写或填写错误	5
		其他项目未填写或错误或不规范	0.5/处

附 录

一、《中华人民共和国侵权责任法》摘录

(2009年12月26日第十一届全国人民代表大会常务委员会第十二次会议通过, 中华人民共和国第二十一号主席令公布, 2010年7月1日起施行)

第一章 一般规定

第一条 为了保护民事主体的合法权益, 明确侵权责任, 预防并制裁侵权行为, 促进社会和谐稳定, 制定本法。

第二条 侵害民事权益, 应当依照本法承担侵权责任。

本法所称民事权益, 包括生命权、健康权、姓名权、名誉权、荣誉权、肖像权、隐私权、婚姻自主权、监护权、所有权、用益物权、担保物权、著作权、专利权、商标专用权、发现权、股权、继承权等人身、财产权益。

第三条 被侵权人有权请求侵权人承担侵权责任。

第四条 侵权人因同一行为应当承担行政责任或者刑事责任的, 不影响依法承担侵权责任。

因同一行为应当承担侵权责任和行政责任、刑事责任, 侵权人的财产不足以支付的, 先承担侵权责任。

第五条 其他法律对侵权责任另有特别规定的, 依照其规定。

第二章 责任构成和责任方式

第六条 行为人因过错侵害他人民事权益, 应当承担侵权责任。

根据法律规定推定行为人有过错, 行为人不能证明自己没有过错的, 应当承担侵权责任。

第七条 行为人损害他人民事权益, 不论行为人有无过错, 法律规定应当承担侵权责任的, 依照其规定。

第八条 二人以上共同实施侵权行为, 造成他人损害的, 应当承担连带责任。

第九条 教唆、帮助他人实施侵权行为的, 应当与行为人承担连带责任。

教唆、帮助无民事行为能力人、限制民事行为能力人实施侵权行为的, 应当承担侵权责任; 该无民事行为能力人、限制民事行为能力人的监护人未尽到监护责任的, 应当承担相应的责任。

第十条 二人以上实施危及他人人身、财产安全的行为, 其中一人或者数人的行为造成他人损害, 能够确定具体侵权人的, 由侵权人承担责任; 不能确定具体侵权人的, 行为人承担连带责任。

第十一条 二人以上分别实施侵权行为造成同一损害, 每个人的侵权行为都足以造

成全部损害的，行为人承担连带责任。

第十二条 二人以上分别实施侵权行为造成同一损害，能够确定责任大小的，各自承担相应的责任；难以确定责任大小的，平均承担赔偿责任。

第十三条 法律规定承担连带责任的，被侵权人有权请求部分或者全部连带责任人承担责任。

第十四条 连带责任人根据各自责任大小确定相应的赔偿数额；难以确定责任大小的，平均承担赔偿责任。

支付超出自己赔偿数额的连带责任人，有权向其他连带责任人追偿。

第十五条 承担侵权责任的方式主要有：

- (一) 停止侵害；
- (二) 排除妨碍；
- (三) 消除危险；
- (四) 返还财产；
- (五) 恢复原状；
- (六) 赔偿损失；
- (七) 赔礼道歉；
- (八) 消除影响、恢复名誉。

以上承担侵权责任的方式，可以单独适用，也可以合并适用。

第十六条 侵害他人造成人身损害的，应当赔偿医疗费、护理费、交通费等为治疗和康复支出的合理费用，以及因误工减少的收入。造成残疾的，还应当赔偿残疾生活辅助具费和残疾赔偿金。造成死亡的，还应当赔偿丧葬费和死亡赔偿金。

第十七条 因同一侵权行为造成多人死亡的，可以以相同数额确定死亡赔偿金。

第十八条 被侵权人死亡的，其近亲属有权请求侵权人承担侵权责任。被侵权人为单位，该单位分立、合并的，承继权利的单位有权请求侵权人承担侵权责任。

被侵权人死亡的，支付被侵权人医疗费、丧葬费等合理费用的人有权请求侵权人赔偿费用，但侵权人已支付该费用的除外。

第十九条 侵害他人财产的，财产损失按照损失发生时的市场价格或者其他方式计算。

第二十条 侵害他人人身权益造成财产损失的，按照被侵权人因此受到的损失赔偿；被侵权人的损失难以确定，侵权人因此获得利益的，按照其获得的利益赔偿；侵权人因此获得的利益难以确定，被侵权人和侵权人就赔偿数额协商不一致，向人民法院提起诉讼的，由人民法院根据实际情况确定赔偿数额。

第二十一条 侵权行为危及他人人身、财产安全的，被侵权人可以请求侵权人承担停止侵害、排除妨碍、消除危险等侵权责任。

第二十二条 侵害他人人身权益，造成他人严重精神损害的，被侵权人可以请求精神损害赔偿。

第二十三条 因防止、制止他人民事权益被侵害而使自己受到损害的，由侵权人承担责任。侵权人逃逸或者无力承担责任，被侵权人请求补偿的，受益人应当给予适当

补偿。

第二十四条 受害人和行为人对损害的发生都没有过错的，可以根据实际情况，由双方分担损失。

第二十五条 损害发生后，当事人可以协商赔偿费用的支付方式。协商不一致的，赔偿费用应当一次性支付；一次性支付确有困难的，可以分期支付，但应当提供相应的担保。

第三章 不承担责任和减轻责任的情形

第二十六条 被侵权人对损害的发生也有过错的，可以减轻侵权人的责任。

第二十七条 损害是因受害人故意造成的，行为人不承担责任。

第二十八条 损害是因第三人造成的，第三人应当承担侵权责任。

第二十九条 因不可抗力造成他人损害的，不承担责任。法律另有规定的，依照其规定。

第三十条 因正当防卫造成损害的，不承担责任。正当防卫超过必要的限度，造成不应有的损害的，正当防卫人应当承担适当的责任。

第三十一条 因紧急避险造成损害的，由引起险情发生的人承担责任。如果危险是由自然原因引起的，紧急避险人不承担责任或者给予适当补偿。紧急避险采取措施不当或者超过必要的限度，造成不应有的损害的，紧急避险人应当承担适当的责任。

第四章 关于责任主体的特殊规定

第三十二条 无民事行为能力人、限制民事行为能力人造成他人损害的，由监护人承担侵权责任。监护人尽到监护责任的，可以减轻其侵权责任。

有财产的无民事行为能力人、限制民事行为能力人造成他人损害的，从本人财产中支付赔偿费用。不足部分，由监护人赔偿。

第三十三条 完全民事行为能力人对自己的行为暂时没有意识或者失去控制造成他人损害有过错的，应当承担侵权责任；没有过错的，根据行为人的经济状况对受害人适当补偿。

完全民事行为能力人因醉酒、滥用麻醉药品或者精神药品对自己的行为暂时没有意识或者失去控制造成他人损害的，应当承担侵权责任。

第三十四条 用人单位的工作人员因执行工作任务造成他人损害的，由用人单位承担侵权责任。

劳务派遣期间，被派遣的工作人员因执行工作任务造成他人损害的，由接受劳务派遣的用工单位承担侵权责任；劳务派遣单位有过错的，承担相应的补充责任。

第三十五条 个人之间形成劳务关系，提供劳务一方因劳务造成他人损害的，由接受劳务一方承担侵权责任。提供劳务一方因劳务自己受到损害的，根据双方各自的过错承担相应的责任。

第三十六条 网络用户、网络服务提供者利用网络侵害他人民事权益的，应当承担侵权责任。

网络用户利用网络服务实施侵权行为的，被侵权人有权通知网络服务提供者采取删除、屏蔽、断开链接等必要措施。网络服务提供者接到通知后未及时采取必要措施的，对损害的扩大部分与该网络用户承担连带责任。

网络服务提供者知道网络用户利用其网络服务侵害他人民事权益，未采取必要措施的，与该网络用户承担连带责任。

第三十七条 宾馆、商场、银行、车站、娱乐场所等公共场所的管理人或者群众性活动的组织者，未尽到安全保障义务，造成他人损害的，应当承担侵权责任。

因第三人的行为造成他人损害的，由第三人承担侵权责任；管理人或者组织者未尽到安全保障义务的，承担相应的补充责任。

第三十八条 无民事行为能力人在幼儿园、学校或者其他教育机构学习、生活期间受到人身损害的，幼儿园、学校或者其他教育机构应当承担侵权责任，但能够证明尽到教育、管理职责的，不承担责任。

第三十九条 限制民事行为能力人在学校或者其他教育机构学习、生活期间受到人身损害，学校或者其他教育机构未尽到教育、管理职责的，应当承担侵权责任。

第四十条 无民事行为能力人或者限制民事行为能力人在幼儿园、学校或者其他教育机构学习、生活期间，受到幼儿园、学校或者其他教育机构以外的人员人身损害的，由侵权人承担侵权责任；幼儿园、学校或者其他教育机构未尽到管理职责的，承担相应的补充责任。

第七章 医疗损害责任

第五十四条 患者在诊疗活动中受到损害，医疗机构及其医务人员有过错的，由医疗机构承担赔偿责任。

第五十五条 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其书面同意。

医务人员未尽到前款义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

第五十六条 因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。

第五十七条 医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

第五十八条 患者有损害，因下列情形之一的，推定医疗机构有过错：

- (一) 违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范的规定；
- (二) 隐匿或者拒绝提供与纠纷有关的病历资料；
- (三) 伪造、篡改或者销毁病历资料。

第五十九条 因药品、消毒药剂、医疗器械的缺陷，或者输入不合格的血液造成患者损害的，患者可以向生产者或者血液提供机构请求赔偿，也可以向医疗机构请求赔偿。患者向医疗机构请求赔偿的，医疗机构赔偿后，有权向负有责任的生产者或者血液

提供机构追偿。

第六十条 患者有损害，因下列情形之一的，医疗机构不承担赔偿责任：

- (一) 患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗；
- (二) 医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务；
- (三) 限于当时的医疗水平难以诊疗。

前款第一项情形中，医疗机构及其医务人员也有过错的，应当承担相应的赔偿责任。

第六十一条 医疗机构及其医务人员应当按照规定填写并妥善保管住院志、医嘱单、检验报告、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录、医疗费用等病历资料。

患者要求查阅、复制前款规定的病历资料的，医疗机构应当提供。

第六十二条 医疗机构及其医务人员应当对患者的隐私保密。泄露患者隐私或者未经患者同意公开其病历资料，造成患者损害的，应当承担侵权责任。

第六十三条 医疗机构及其医务人员不得违反诊疗规范实施不必要的检查。

第六十四条 医疗机构及其医务人员的合法权益受法律保护。干扰医疗秩序，妨害医务人员工作、生活的，应当依法承担法律责任。



二、病历书写基本规范

卫医政发〔2010〕11号

第一章 基本要求

第一条 病历是指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，包括门（急）诊病历和住院病历。

第二条 病历书写是指医务人员通过问诊、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。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第四条 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

第五条 病历书写应当使用中文，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。

第六条 病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

第七条 病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

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。

第八条 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，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第九条 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。

第十条 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第二章 门（急）诊病历书写内容及要求

第十一条 门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封

面]、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

第十二条 门(急)诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

第十三条 门(急)诊病历记录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当包括就诊时间、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当包括就诊时间、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当具体到分钟。

第十四条 门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十五条 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录,重点记录观察期间病情变化和诊疗措施,记录简明扼要,并注明患者去向。抢救危重患者时,应当书写抢救记录。门(急)诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

第三章 住院病历书写内容及要求

第十六条 住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病危(重)通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

第十七条 入院记录是指患者入院后,由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成;24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成,24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

第十八条 入院记录的要求及内容。

(一) 患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者。

(二) 主诉是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间。

(三) 现病史是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。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化,以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况:记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况:按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素,以及演变发展情况。

3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

（四）既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容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、食物或药物过敏史等。

（五）个人史，婚育史、月经史，家族史。

1. 个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（六）体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

（七）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

（八）辅助检查指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所做检查，应当写明该机构名称及检查号。

（九）初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

（十）书写入院记录的医师签名。

第十九条 再次或多次入院记录，是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。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

第二十条 患者入院不足24小时出院的，可以书写24小时内入院出院记录。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。

第二十一条 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。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。

第二十二条 病程记录是指继入院记录之后,对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

病程记录的要求及内容:

(一) 首次病程记录是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。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划等。

1. 病例特点:应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2. 拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断):根据病例特点,提出初步诊断和诊断依据;对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析;并对下一步诊治措施进行分析。

3. 诊疗计划:提出具体的检查及治疗措施安排。

(二) 日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写,也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写,但应有经治医师签名。书写日常病程记录时,首先标明记录时间,另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录,每天至少1次,记录时间应当具体到分钟。对病重患者,至少2天记录一次病程记录。对病情稳定的患者,至少3天记录一次病程记录。

(三) 上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院48小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定,内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录,内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

(四) 疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

(五) 交(接)班记录是指患者经治医师发生变更之际,交班医师和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。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成;接班记录应当由接班医师于接班后24小时内完成。交(接)班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、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、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

(六) 转科记录是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。包括转出记录和转入记录。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。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期,转出、

转入科室,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。

(七) 阶段小结是指患者住院时间较长,由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、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、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交(接)班记录、转科记录可代替阶段小结。

(八) 抢救记录是指患者病情危重,采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者,未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记,并加以注明。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称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

(九) 有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如胸腔穿刺、腹腔穿刺等)的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、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。

(十) 会诊记录(含会诊意见)是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。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载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。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后48小时内完成,急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后10分钟内到场,并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

(十一) 术前小结是指在患者手术前,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、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项,并记录手术者术前查看患者相关情况。

(十二) 术前讨论记录是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,对拟实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。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、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

(十三) 麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前,由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页,也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号,患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

(十四) 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、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉

医师签名等。

(十五) 手术记录是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的特殊记录,应当在术后24小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时,应有手术者签名。手术记录应当另页书写,内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

(十六) 手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方,在麻醉实施前、手术开始前和患者离室前,共同对患者身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录,输血的患者还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

(十七) 手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录,应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写,内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

(十八) 术后首次病程记录是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、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

(十九) 麻醉术后访视记录是指麻醉实施后,由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页,也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号,患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等,如有特殊情况应详细记录,麻醉医师签字并填写日期。

(二十) 出院记录是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。

(二十一) 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,应当在患者死亡后24小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过(重点记录病情演变、抢救经过)、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

(二十二) 死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内,由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持,对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

(二十三) 病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

第二十三条 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,

并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

第二十四条 麻醉同意书是指麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

第二十五条 输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成分、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

第二十六条 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，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

第二十七条 病危（重）通知书是指因患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患者家属告知病情，并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期。一式两份，一份交患方保存，另一份归病历中保存。

第二十八条 医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。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（或病案号）、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。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。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。

第二十九条 辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

第三十条 体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第四章 打印病历内容及要求

第三十一条 打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文

档、WPS 文档等)。打印病历应当按照本规定的内容录入并及时打印,由相应医务人员手写签名。

第三十二条 医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认,符合病历保存期限和复印的要求。

第三十三条 打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改,已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第五章 其 他

第三十四条 住院病案首页按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》(卫医发〔2001〕286号)的规定书写。

第三十五条 特殊检查、特殊治疗按照《医疗机构管理条例实施细则》(1994年卫生部令第35号)有关规定执行。

第三十六条 中医病历书写基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十七条 电子病历基本规范由卫生部另行制定。

第三十八条 本规范自2010年3月1日起施行。我部于2002年颁布的《病历书写基本规范(试行)》(卫医发〔2002〕190号)同时废止。



三、医疗机构病历管理规定

卫医发〔2002〕193号

第一条 为了加强医疗机构病历管理,保证病历资料客观、真实、完整,根据《医疗机构管理条例》和《医疗事故处理条例》等法规,制定本规定。

第二条 病历是指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,包括门(急)诊病历和住院病历。

第三条 医疗机构应当建立病历管理制度,设置专门部门或者配备专(兼)职人员,具体负责本机构病历和病案的保存与管理工作。

第四条 在医疗机构建有门(急)诊病历档案的,其门(急)诊病历由医疗机构负责保管;没有在医疗机构建立门(急)诊病历档案的,其门(急)诊病历由患者负责保管。

住院病历由医疗机构负责保管。

第五条 医疗机构应当严格病历管理,严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

第六条 除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外,其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。

因科研、教学需要查阅病历的,需经患者就诊的医疗机构有关部门同意后查阅。阅后应当立即归还。不得泄露患者隐私。

第七条 医疗机构应当建立门(急)诊病历和住院病历编号制度。

门(急)诊病历和住院病历应当标注页码。

第八条 在医疗机构建有门(急)诊病历档案患者的门(急)诊病历,应当由医疗机构指定专人送达患者就诊科室;患者同时在多科室就诊的,应当由医疗机构指定专人送达后续就诊科室。

在患者每次诊疗活动结束后24小时内,其门(急)诊病历应当收回。

第九条 医疗机构应当将门(急)诊患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等在检查结果出具后24小时内归入门(急)诊病历档案。

第十条 在患者住院期间,其住院病历由所在病区负责集中、统一保管。

病区应当在收到住院患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等检查结果后24小时内归入住院病历。

住院病历在患者出院后由设置的专门部门或者专(兼)职人员负责集中、统一保管与管理。

第十一条 住院病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时,应当由病区指定专门人员负责携带和保管。

第十二条 医疗机构应当受理下列人员和机构复印或者复制病历资料的申请:

- (一) 患者本人或其代理人；
- (二) 死亡患者近亲属或其代理人；
- (三) 保险机构。

第十三条 医疗机构应当由负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员负责受理复印或者复制病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人按照下列要求提供有关证明材料：

- (一) 申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；
- (二) 申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料；
- (三) 申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料；
- (四) 申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料；

- (五) 申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

第十四条 公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，医疗机构应当在公安、司法机关出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

第十五条 医疗机构可以为申请人复印或者复制的病历资料包括：门（急）诊病历和住院病历中的住院志（即入院记录）、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、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

第十六条 医疗机构受理复印或者复制病历资料申请后，应当在医务人员按规定时限完成病历后予以提供。

第十七条 医疗机构受理复印或者复制病历资料申请后，由负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员通知负责保管门（急）诊病历档案的部门（人员）或者病区，将需要复印或者复制的病历资料在规定时间内送至指定地点，并在申请人在场的情况下复印或者复制。

复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，医疗机构应当加盖证明印记。

第十八条 医疗机构复印或者复制病历资料，可以按照规定收取工本费。

第十九条 发生医疗事故争议时，医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员应当在患者或者其代理人在场的情况下封存死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录等。

封存的病历由医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员保管。

封存的病历可以是复印件。

第二十条 门（急）诊病历档案的保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。

第二十一条 病案的查阅、复印或者复制参照本规定执行。

第二十二条 本规定由卫生部负责解释。

第二十三条 本规定自 2002 年 9 月 1 日起施行。



四、电子病历基本规范（试行）

卫医政发〔2010〕24号

第一章 总 则

第一条 为规范医疗机构电子病历管理，保证医患双方合法权益，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《护士条例》等法律、法规，制定本规范。

第二条 本规范适用于医疗机构电子病历的建立、使用、保存和管理。

第三条 电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用医疗机构信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数据、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式。

使用文字处理软件编辑、打印的病历文档，不属于本规范所称的电子病历。

第四条 医疗机构电子病历系统的建设应当满足临床工作需要，遵循医疗工作流程，保障医疗质量和医疗安全。

第二章 电子病历基本要求

第五条 电子病历录入应当遵循客观、真实、准确、及时、完整的原则。

第六条 电子病历录入应当使用中文和医学术语，要求表述准确，语句通顺，标点正确。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。记录日期应当使用阿拉伯数字，记录时间应当采用24小时制。

第七条 电子病历包括门（急）诊电子病历、住院电子病历及其他电子医疗记录。电子病历内容应当按照卫生部《病历书写基本规范》执行，使用卫生部统一制定的项目名称、格式和内容，不得擅自变更。

第八条 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置有相应权限；操作人员对本人身份标识的使用负责。

第九条 医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成各项记录等操作并予确认后，系统应当显示医务人员电子签名。

第十条 电子病历系统应当设置医务人员审查、修改的权限和时限。实习医务人员、试用期医务人员记录的病历，应当经过在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并予电子签名确认。医务人员修改时，电子病历系统应当进行身份识别、保存历次修改痕迹、标记准确的修改时间和修改人信息。

第十一条 电子病历系统应当为患者建立个人信息数据库（包括姓名、性别、出生日期、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、有效身份证件号码、社会保障号码或医疗保险号码、联系电话等），授予唯一标识号码并确保与患者的医疗记录相对应。

第十二条 电子病历系统应当具有严格的复制管理功能。同一患者的相同信息可以复制,复制内容必须校对,不同患者的信息不得复制。

第十三条 电子病历系统应当满足国家信息安全等级保护制度与标准。严禁篡改、伪造、隐匿、抢夺、窃取和毁坏电子病历。

第十四条 电子病历系统应当为病历质量监控、医疗卫生服务信息以及数据统计分析和医疗保险费用审核提供技术支持,包括医疗费用分类查询、手术分级管理、临床路径管理、单病种质量控制、平均住院日、术前平均住院日、床位使用率、合理用药监控、药物占总收入比例等医疗质量管理与控制指标的统计,利用系统优势建立医疗质量考核体系,提高工作效率,保证医疗质量,规范诊疗行为,提高医院管理水平。

第三章 实施电子病历基本条件

第十五条 医疗机构建立电子病历系统应当具备以下条件:

(一) 具有专门的管理部门和人员,负责电子病历系统的建设、运行和维护。

(二) 具备电子病历系统运行和维护的信息技术、设备和设施,确保电子病历系统的安全、稳定运行。

(三) 建立、健全电子病历使用的相关制度和规程,包括人员操作、系统维护和变更的管理规程,出现系统故障时的应急预案等。

第十六条 医疗机构电子病历系统运行应当符合以下要求:

(一) 具备保障电子病历数据安全的制度和措施,有数据备份机制,有条件的医疗机构应当建立信息系统灾备体系。应当能够落实系统出现故障时的应急预案,确保电子病历业务的连续性。

(二) 对操作人员的权限实行分级管理,保护患者的隐私。

(三) 具备对电子病历创建、编辑、归档等操作的追溯能力。

(四) 电子病历使用的术语、编码、模板和标准数据应当符合有关规范要求。

第四章 电子病历的管理

第十七条 医疗机构应当成立电子病历管理部门并配备专职人员,具体负责本机构门(急)诊电子病历和住院电子病历的收集、保存、调阅、复制等管理工作。

第十八条 医疗机构电子病历系统应当保证医务人员查阅病历的需要,能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。

第十九条 患者诊疗活动过程中产生的非文字资料(CT、磁共振、超声等医学影像信息,心电图,录音,录像等)应当纳入电子病历系统管理,应确保随时调阅、内容完整。

第二十条 门诊电子病历中的门(急)诊病历记录以接诊医师录入确认即为归档,归档后不得修改。

第二十一条 住院电子病历随患者出院经上级医师于患者出院审核确认后归档,归档后由电子病历管理部门统一管理。

第二十二条 对目前还不能电子化的植入材料条形码、知情同意书等医疗信息资

料,可以采取使信息数字化后纳入电子病历并留存原件。

第二十三条 归档后的电子病历采用电子数据方式保存,必要时可打印纸质版本,打印的电子病历纸质版本应当统一规格、字体、格式等。

第二十四条 电子病历数据应当保存备份,并定期对备份数据进行恢复试验,确保电子病历数据能够及时恢复。当电子病历系统更新、升级时,应当确保原有数据的继承与使用。

第二十五条 医疗机构应当建立电子病历信息安全保密制度,设定医务人员和有关医院管理人员调阅、复制、打印电子病历的相应权限,建立电子病历使用日志,记录使用人员、操作时间和内容。未经授权,任何单位和个人不得擅自调阅、复制电子病历。

第二十六条 医疗机构应当受理下列人员或机构复印或者复制电子病历资料的申请:

- (一) 患者本人或其代理人;
- (二) 死亡患者近亲属或其代理人;
- (三) 为患者支付费用的基本医疗保障管理和经办机构;
- (四) 患者授权委托的保险机构。

第二十七条 医疗机构应当指定专门机构和人员负责受理复印或者复制电子病历资料的申请,并留存申请人有效身份证明复印件及其法定证明材料、保险合同等复印件。受理申请时,应当要求申请人按照以下要求提供材料:

- (一) 申请人为患者本人的,应当提供本人有效身份证明;
- (二) 申请人为患者代理人的,应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料;
- (三) 申请人为死亡患者近亲属的,应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料;
- (四) 申请人为死亡患者近亲属代理人的,应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明,死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料,申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料;
- (五) 申请人为基本医疗保障管理和经办机构的,应当按照相应基本医疗保障制度有关规定执行;

(六) 申请人为保险机构的,应当提供保险合同复印件,承办人员的有效身份证明,患者本人或者其代理人同意的法定证明材料;患者死亡的,应当提供保险合同复印件,承办人员的有效身份证明,死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

第二十八条 公安、司法机关因办理案(事)件,需要收集、调取电子病历资料的,医疗机构应当在公安、司法机关出具法定证明及执行公务人员的有效身份证明后如实提供。

第二十九条 医疗机构可以为申请人复印或者复制电子病历资料的范围按照我部《医疗机构病历管理规定》执行。

第三十条 医疗机构受理复印或者复制电子病历资料申请后,应当在医务人员按规

定时限完成病历后方予提供。

第三十一条 复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，医疗机构应当在电子病历纸质版本上加盖证明印记，或提供已锁定不可更改的病历电子版。

第三十二条 发生医疗事故争议时，应当在医患双方在场的情况下锁定电子病历并制作完全相同的纸质版本供封存，封存的纸质病历资料由医疗机构保管。

第五章 附 则

第三十三条 各省级卫生行政部门可根据本规范制定本辖区相关实施细则。

第三十四条 中医电子病历基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十五条 本规范由卫生部负责解释。

第三十六条 本规范自 2010 年 4 月 1 日起施行。



五、卫生系统电子认证服务管理办法（试行）

（二〇〇九年十二月二十五日）

第一章 总 则

第一条 为保障卫生信息系统安全，规范卫生系统电子认证服务体系建设，依据《中华人民共和国电子签名法》和《电子认证服务管理办法》（工业和信息化部令 2009 年第 1 号），结合卫生系统业务特点，制定本办法。

第二条 本办法适用于在全国卫生系统范围内管理、使用和提供电子认证服务的管理方、使用方和提供方。管理方包括卫生部和各省级卫生行政部门信息化工作领导小组；使用方包括全国各级卫生行政部门和各级各类医疗卫生机构及其工作人员、涉及卫生业务的企事业单位和社会公众；提供方包括为卫生系统提供电子认证服务的电子认证服务机构。

第三条 本办法所称电子认证服务，是指电子认证服务机构按照卫生系统电子认证服务体系相关技术标准和服务规范，为使用方提供数字证书的颁发、更新、吊销、密码解锁、密钥恢复以及证书应用等服务，从而满足卫生信息系统在身份认证、授权管理、责任认定等方面的信息安全需求。

第四条 坚持合法性原则、应用导向原则、市场竞争原则、一证多用原则，依托依法设立的第三方电子认证服务机构，按照“政府监管、企业承办”的方式，建设卫生系统电子认证服务体系。

第五条 卫生部信息化工作领导小组负责全国卫生系统电子认证服务体系的建设和管理工作，负责组织制订卫生系统电子认证服务相关技术标准和服务规范。各省级卫生行政部门信息化工作领导小组负责指导、推进本辖区卫生信息系统开展安全、规范的电子认证服务应用。

第二章 电子认证服务机构的管理

第六条 电子认证服务机构面向卫生系统提供电子认证服务应当具备以下必要条件：

（一）取得工业和信息化部颁发的《电子认证服务许可证》；

（二）符合《电子政务电子认证体系建设总体规划》（国密局联字〔2007〕2 号）中关于电子认证体系建设的相关要求；

（三）具有符合《卫生系统电子认证服务规范》、《卫生系统数字证书格式规范》、《卫生系统数字证书介质技术规范》、《卫生系统数字证书应用集成规范》和《卫生系统数字证书服务管理平台接入规范》等的电子认证服务体系；

（四）符合法律、行政法规规定的其他条件。

第七条 卫生部信息化工作领导小组办公室负责选择卫生部及其直属单位的电子认证服务机构。各省级卫生行政部门信息化工作领导小组办公室负责选择本辖区的电子认证服务机构。

第八条 各省级卫生行政部门信息化工作领导小组办公室选定电子认证服务机构后,应当将服务机构名单及其相关材料向卫生部信息化工作领导小组办公室上报,并要求电子认证服务机构在开展服务前接入卫生部数字证书服务管理平台。

第九条 鼓励各地卫生系统数字证书应用单位优先选择已接入卫生部数字证书服务管理平台的电子认证服务机构提供服务。

第十条 卫生部信息化工作领导小组办公室与各省级卫生行政部门信息化工作领导小组办公室共同对各电子认证服务机构的服务质量及开展情况进行定期检查。

第十一条 卫生部信息化工作领导小组办公室通过数字证书服务管理平台收集、汇总电子认证服务机构面向卫生系统证书发放和服务质量反馈等信息,综合掌握全国卫生系统电子认证服务的整体应用情况。

第三章 电子认证服务机构的服务要求

第十二条 电子认证服务机构应当按照《卫生系统电子认证服务规范》的要求,建立全面、规范、安全、高效的运行服务体系,并至少提供以下服务:

- (一) 数字证书的颁发、更新、吊销、密码解锁、密钥恢复等服务;
- (二) 数字证书及黑名单的查询与下载服务;
- (三) 为数字证书用户提供应用支持服务;
- (四) 提供数字证书相关的培训服务。

第十三条 电子认证服务机构应当妥善保存数字证书业务申请材料,并承担保密责任,不得泄露或遗失,信息保存期至少为证书到期后5年。

第十四条 电子认证服务机构应当建立信息安全保障机制,针对相关资产、人员、物理环境和软件系统等制订安全策略及管理制度,采取有效的安全保障措施,并对安全策略的执行情况进行有效的监督检查,确保运行服务安全可靠,满足卫生信息系统业务连续性要求。

第四章 数字证书的应用管理

第十五条 凡涉及国家安全、社会稳定、公众利益等方面的各类重要卫生信息系统,应当按照国家法律法规、信息安全等级保护制度等要求,采用电子认证服务,解决身份认证、授权管理、责任认定等安全问题,主要包括:

- (一) 涉及公共卫生业务的信息系统;
- (二) 涉及医疗保健的医疗卫生信息系统;
- (三) 网上申报、年检、备案、资质认定等行政审批信息系统;
- (四) 各类网上招标采购信息系统;
- (五) 其他重要卫生信息系统。

第十六条 使用电子认证服务的各类卫生信息系统,应当遵循《卫生系统数字证书

应用集成规范》进行建设，实现数字证书的各项安全功能。

第十七条 纳入卫生系统电子认证服务体系的电子认证服务机构，其颁发的数字证书应当能够在各类卫生信息系统中进行注册、授权及使用，确保实现互信互认、一证多用。

第十八条 数字证书使用单位应当加强证书管理，指导并要求证书持有人妥善保管数字证书介质。出现数字证书介质丢失或损坏等异常情况时，证书持有人应当立即联系电子认证服务机构进行妥善处理。

第十九条 数字证书原则上由信息系统建设单位统一采购配发并负责初次办理费用，其年服务费用由使用单位负责；对于向社会提供服务的信息系统，其费用由服务申请者支付。

第二十条 多个卫生信息系统覆盖相同用户群体时，由卫生部和各省级卫生行政部门信息化工作领导小组办公室协调各信息系统建设单位，分摊数字证书的初次办理费用。

第五章 附 则

第二十一条 各省级卫生行政部门信息化工作领导小组应当按照本办法第六条要求，对本辖区已开展服务的电子认证服务机构进行评估。符合第六条各项条件的，方可接入卫生部数字证书服务管理平台并继续开展服务；不符合第六条规定条件的，应当责令其进行整改，如1年内仍达不到相关要求的，应当终止其服务。

第二十二条 已建成但尚未采用数字证书的重要卫生信息系统，应当尽快采用数字证书，实现身份认证、授权管理和责任认定；已经采用数字证书的重要卫生信息系统应当尽快按照本办法的有关要求进行系统改造，纳入卫生系统电子认证服务体系。

第二十三条 本办法由卫生部信息化工作领导小组办公室负责解释。

第二十四条 本办法自2010年1月1日起试行。



六、医疗事故处理条例

(2002 年 2 月 20 日国务院第 53 次常务会议通过, 2002 年 4 月 4 日,
中华人民共和国国务院第 351 号令公布, 自 2002 年 9 月 1 日起施行)

第一章 总 则

第一条 为了正确处理医疗事故, 保护患者和医疗机构及其医务人员的合法权益, 维护医疗秩序, 保障医疗安全, 促进医学科学的发展, 制定本条例。

第二条 本条例所称医疗事故, 是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中, 违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规, 过失造成患者人身损害的事故。

第三条 处理医疗事故, 应当遵循公开、公平、公正、及时、便民的原则, 坚持实事求是的科学态度, 做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

第四条 根据对患者人身造成的损害程度, 医疗事故分为四级:

一级医疗事故: 造成患者死亡、重度残疾的;

二级医疗事故: 造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的;

三级医疗事故: 造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的;

四级医疗事故: 造成患者明显人身损害的其他后果的。

具体分级标准由国务院卫生行政部门制定。

第二章 医疗事故的预防与处置

第五条 医疗机构及其医务人员在医疗活动中, 必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规, 恪守医疗服务职业道德。

第六条 医疗机构应当对其医务人员进行医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的培训和医疗服务职业道德教育。

第七条 医疗机构应当设置医疗服务质量监控部门或者配备专(兼)职人员, 具体负责监督本医疗机构的医务人员的医疗服务工作, 检查医务人员执业情况, 接受患者对医疗服务的投诉, 向其提供咨询服务。

第八条 医疗机构应当按照国务院卫生行政部门规定的要求, 书写并妥善保管病历资料。

因抢救急危患者, 未能及时书写病历的, 有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记, 并加以注明。

第九条 严禁涂改、伪造、隐匿、销毁或者抢夺病历资料。

第十条 患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单

(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。

患者依照前款规定要求复印或者复制病历资料的,医疗机构应当提供复印或者复制服务并在复印或者复制的病历资料上加盖证明印记。复印或者复制病历资料时,应当有患者在场。

医疗机构应患者的要求,为其复印或者复制病历资料,可以按照规定收取工本费。具体收费标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级卫生行政部门规定。

第十一条 在医疗活动中,医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者,及时解答其咨询;但是,应当避免对患者产生不利后果。

第十二条 医疗机构应当制定防范、处理医疗事故的预案,预防医疗事故的发生,减轻医疗事故的损害。

第十三条 医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗事故争议的,应当立即向所在科室负责人报告,科室负责人应当及时向本医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员报告;负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员接到报告后,应当立即进行调查、核实,将有关情况如实向本医疗机构的负责人报告,并向患者通报、解释。

第十四条 发生医疗事故的,医疗机构应当按照规定向所在地卫生行政部门报告。

发生下列重大医疗过失行为的,医疗机构应当在12小时内向所在地卫生行政部门报告:

(一) 导致患者死亡或者可能为二级以上的医疗事故;

(二) 导致3人以上人身损害后果;

(三) 国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

第十五条 发生或者发现医疗过失行为,医疗机构及其医务人员应当立即采取有效措施,避免或者减轻对患者身体健康的损害,防止损害扩大。

第十六条 发生医疗事故争议时,死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录应当在医患双方在场的情况下封存和启封。封存的病历资料可以是复印件,由医疗机构保管。

第十七条 疑似输液、输血、注射、药物等引起不良后果的,医患双方应当共同对现场实物进行封存和启封,封存的现场实物由医疗机构保管;需要检验的,应当由双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验;双方无法共同指定时,由卫生行政部门指定。

疑似输血引起不良后果,需要对血液进行封存保留的,医疗机构应当通知提供该血液的采供血机构派员到场。

第十八条 患者死亡,医患双方当事人不能确定死因或者对死因有异议的,应当在患者死亡后48小时内进行尸检;具备尸体冻存条件的,可以延长至7日。尸检应当经死者近亲属同意并签字。

尸检应当由按照国家有关规定取得相应资格的机构和病理解剖专业技术人员进行。承担尸检任务的机构和病理解剖专业技术人员有进行尸检的义务。

医疗事故争议双方当事人可以请法医病理学人员参加尸检，也可以委派代表观察尸检过程。拒绝或者拖延尸检，超过规定时间，影响对死因判定的，由拒绝或者拖延的一方承担责任。

第十九条 患者在医疗机构内死亡的，尸体应当立即移放太平间。死者尸体存放时间一般不得超过2周。逾期不处理的尸体，经医疗机构所在地卫生行政部门批准，并报经同级公安部门备案后，由医疗机构按照规定进行处理。

第三章 医疗事故的技术鉴定

第二十条 卫生行政部门接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告或者医疗事故争议当事人要求处理医疗事故争议的申请后，对需要进行医疗事故技术鉴定的，应当交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定；医患双方协商解决医疗事故争议，需要进行医疗事故技术鉴定的，由双方当事人共同委托负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。

第二十一条 设区的市级地方医学会和省、自治区、直辖市直接管辖的县（市）地方医学会负责组织首次医疗事故技术鉴定工作。省、自治区、直辖市地方医学会负责组织再次鉴定工作。

必要时，中华医学会可以组织疑难、复杂并在全国有重大影响的医疗事故争议的技术鉴定工作。

第二十二条 当事人对首次医疗事故技术鉴定结论不服的，可以自收到首次鉴定结论之日起15日内向医疗机构所在地卫生行政部门提出再次鉴定的申请。

第二十三条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当建立专家库。

专家库由具备下列条件的医疗卫生专业技术人员组成：

- （一）有良好的业务素质和执业品德；
- （二）受聘于医疗卫生机构或者医学教学、科研机构并担任相应专业高级技术职务3年以上。

符合前款第（一）项规定条件并具备高级技术任职资格的法医可以受聘进入专家库。

负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会依照本条例规定聘请医疗卫生专业技术人员和法医进入专家库，可以不受行政区域的限制。

第二十四条 医疗事故技术鉴定，由负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会组织专家鉴定组进行。

参加医疗事故技术鉴定的相关专业的专家，由医患双方在医学会主持下从专家库中随机抽取。在特殊情况下，医学会根据医疗事故技术鉴定工作的需要，可以组织医患双方在其他医学会建立的专家库中随机抽取相关专业的专家参加鉴定或者函件咨询。

符合本条例第二十三条规定条件的医疗卫生专业技术人员和法医有义务受聘进入专家库，并承担医疗事故技术鉴定工作。

第二十五条 专家鉴定组进行医疗事故技术鉴定，实行合议制。专家鉴定组人数为单数，涉及的主要学科的专家一般不得少于鉴定组成员的二分之一；涉及死因、伤残等级鉴定的，并应当从专家库中随机抽取法医参加专家鉴定组。

第二十六条 专家鉴定组成员有下列情形之一的，应当回避，当事人也可以以口头或者书面的方式申请其回避：

- (一) 是医疗事故争议当事人或者当事人的近亲属的；
- (二) 与医疗事故争议有利害关系的；
- (三) 与医疗事故争议当事人有其他关系，可能影响公正鉴定的。

第二十七条 专家鉴定组依照医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，运用医学科学原理和专业知 识，独立进行医疗事故技术鉴定，对医疗事故进行鉴别和判定，为处理医疗事故争议提供医学依据。

任何单位或者个人不得干扰医疗事故技术鉴定工作，不得威胁、利诱、辱骂、殴打专家鉴定组成员。

专家鉴定组成员不得接受双方当事人的财物或者其他利益。

第二十八条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当自受理医疗事故技术鉴定之日起 5 日内通知医疗事故争议双方当事人提交进行医疗事故技术鉴定所需的材料。

当事人应当自收到医学会的通知之日起 10 日内提交有关医疗事故技术鉴定的材料、书面陈述及答辩。医疗机构提交的有关医疗事故技术鉴定的材料应当包括下列内容：

- (一) 住院患者的病程记录、死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录等病历资料原件；
- (二) 住院患者的住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录等病历资料原件；
- (三) 抢救急危患者，在规定时间内补记的病历资料原件；
- (四) 封存保留的输液、注射用物品和血液、药物等实物，或者依法具有检验资格的检验机构对这些物品、实物作出的检验报告；
- (五) 与医疗事故技术鉴定有关的其他材料。

在医疗机构建有病历档案的门诊、急诊患者，其病历资料由医疗机构提供；没有在医疗机构建立病历档案的，由患者提供。

医患双方应当依照本条例的规定提交相关材料。医疗机构无正当理由未依照本条例的规定如实提供相关材料，导致医疗事故技术鉴定不能进行的，应当承担责任。

第二十九条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当自接到当事人提交的有关医疗事故技术鉴定的材料、书面陈述及答辩之日起 45 日内组织鉴定并出具医疗事故技术鉴定书。

负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会可以向双方当事人调查取证。

第三十条 专家鉴定组应当认真审查双方当事人提交的材料，听取双方当事人的陈述及答辩并进行核实。

双方当事人应当按照本条例的规定如实提交进行医疗事故技术鉴定所需要的材料，

并积极配合调查。当事人任何一方不予配合,影响医疗事故技术鉴定的,由不予配合的一方承担责任。

第三十一条 专家鉴定组应当在事实清楚、证据确凿的基础上,综合分析患者的病情和个体差异,作出鉴定结论,并制作医疗事故技术鉴定书。鉴定结论以专家鉴定组成员的过半数通过。鉴定过程应当如实记载。

医疗事故技术鉴定书应当包括下列主要内容:

- (一) 双方当事人的基本情况及要求;
- (二) 当事人提交的材料和负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会的调查材料;
- (三) 对鉴定过程的说明;
- (四) 医疗行为是否违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规;
- (五) 医疗过失行为与人身损害后果之间是否存在因果关系;
- (六) 医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度;
- (七) 医疗事故等级;
- (八) 对医疗事故患者的医疗护理医学建议。

第三十二条 医疗事故技术鉴定办法由国务院卫生行政部门制定。

第三十三条 有下列情形之一的,不属于医疗事故:

- (一) 在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的;
- (二) 在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的;
- (三) 在现有医学科学技术条件下,发生无法预料或者不能防范的不良后果的;
- (四) 无过错输血感染造成不良后果的;
- (五) 因患方原因延误诊疗导致不良后果的;
- (六) 因不可抗力造成不良后果的。

第三十四条 医疗事故技术鉴定,可以收取鉴定费用。经鉴定,属于医疗事故的,鉴定费用由医疗机构支付;不属于医疗事故的,鉴定费用由提出医疗事故处理申请的一方支付。鉴定费用标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级财政部门、卫生行政部门规定。

第四章 医疗事故的行政处理与监督

第三十五条 卫生行政部门应当依照本条例和有关法律、行政法规、部门规章的规定,对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理。

第三十六条 卫生行政部门接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告后,除责令医疗机构及时采取必要的医疗救治措施,防止损害后果扩大外,应当组织调查,判定是否属于医疗事故;对不能判定是否属于医疗事故的,应当依照本条例的有关规定交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。

第三十七条 发生医疗事故争议,当事人申请卫生行政部门处理的,应当提出书面申请。申请书应当载明申请人的基本情况、有关事实、具体请求及理由等。

当事人自知道或者应当知道其身体健康受到损害之日起1年内,可以向卫生行政部

门提出医疗事故争议处理申请。

第三十八条 发生医疗事故争议，当事人申请卫生行政部门处理的，由医疗机构所在地的县级人民政府卫生行政部门受理。医疗机构所在地是直辖市的，由医疗机构所在地的区、县人民政府卫生行政部门受理。

有下列情形之一的，县级人民政府卫生行政部门应当自接到医疗机构的报告或者当事人提出医疗事故争议处理申请之日起7日内移送上一级人民政府卫生行政部门处理：

（一）患者死亡；

（二）可能为二级以上的医疗事故；

（三）国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

第三十九条 卫生行政部门应当自收到医疗事故争议处理申请之日起10日内进行审查，作出是否受理的决定。对符合本条例规定，予以受理，需要进行医疗事故技术鉴定的，应当自作出受理决定之日起5日内将有关材料交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定并书面通知申请人；对不符合本条例规定，不予受理的，应当书面通知申请人并说明理由。

当事人对首次医疗事故技术鉴定结论有异议，申请再次鉴定的，卫生行政部门应当自收到申请之日起7日内交由省、自治区、直辖市地方医学会组织再次鉴定。

第四十条 当事人既向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请，又向人民法院提起诉讼的，卫生行政部门不予受理；卫生行政部门已经受理的，应当终止处理。

第四十一条 卫生行政部门收到负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会出具的医疗事故技术鉴定书后，应当对参加鉴定的人员资格和专业类别、鉴定程序进行审核；必要时，可以组织调查，听取医疗事故争议双方当事人的意见。

第四十二条 卫生行政部门经审核，对符合本条例规定作出的医疗事故技术鉴定结论，应当作为对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理以及进行医疗事故赔偿调解的依据；经审核，发现医疗事故技术鉴定不符合本条例规定的，应当要求重新鉴定。

第四十三条 医疗事故争议由双方当事人自行协商解决的，医疗机构应当自协商解决之日起7日内向所在地卫生行政部门作出书面报告，并附具协议书。

第四十四条 医疗事故争议经人民法院调解或者判决解决的，医疗机构应当自收到生效的人民法院的调解书或者判决书之日起7日内向所在地卫生行政部门作出书面报告，并附具调解书或者判决书。

第四十五条 县级以上地方人民政府卫生行政部门应当按照规定逐级将当地发生的医疗事故以及依法对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理的情况，上报国务院卫生行政部门。

第五章 医疗事故的赔偿

第四十六条 发生医疗事故的赔偿等民事责任争议，医患双方可以协商解决；不愿意协商或者协商不成的，当事人可以向卫生行政部门提出调解申请，也可以直接向人民

法院提起民事诉讼。

第四十七条 双方当事人协商解决医疗事故的赔偿等民事责任有争议的，应当制作协议书。协议书应当载明双方当事人的基本情况和医疗事故的原因、双方当事人共同认定的医疗事故等级以及协商确定的赔偿数额等，并由双方当事人在协议书上签名。

第四十八条 已确定为医疗事故的，卫生行政部门应医疗事故争议双方当事人请求，可以进行医疗事故赔偿调解。调解时，应当遵循当事人双方自愿原则，并应当依据本条例的规定计算赔偿数额。

经调解，双方当事人就赔偿数额达成协议的，制作调解书，双方当事人应当履行；调解不成或者经调解达成协议后一方反悔的，卫生行政部门不再调解。

第四十九条 医疗事故赔偿，应当考虑下列因素，确定具体赔偿数额：

- (一) 医疗事故等级；
- (二) 医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度；
- (三) 医疗事故损害后果与患者原有疾病状况之间的关系。

不属于医疗事故的，医疗机构不承担赔偿责任。

第五十条 医疗事故赔偿，按照下列项目和标准计算：

(一) 医疗费：按照医疗事故对患者造成的人身损害进行治疗所发生的医疗费用计算，凭据支付，但不包括原发病医疗费用。结案后确实需要继续治疗的，按照基本医疗费用支付。

(二) 误工费：患者有固定收入的，按照本人因误工减少的固定收入计算，对收入高于医疗事故发生地上一年度职工年平均工资3倍以上的，按照3倍计算；无固定收入的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

(三) 住院伙食补助费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差伙食补助标准计算。

(四) 陪护费：患者住院期间需要专人陪护的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

(五) 残疾生活补助费：根据伤残等级，按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算，自定残之月起最长赔偿30年；但是，60周岁以上的，不超过15年；70周岁以上的，不超过5年。

(六) 残疾用具费：因残疾需要配置补偿功能器具的，凭医疗机构证明，按照普及型器具的费用计算。

(七) 丧葬费：按照医疗事故发生地规定的丧葬费补助标准计算。

(八) 被扶养人生活费：以死者生前或者残疾者丧失劳动能力前实际扶养且没有劳动能力的人为限，按照其户籍所在地或者住所地居民最低生活保障标准计算。对不满16周岁的，扶养到16周岁。对年满16周岁但无劳动能力的，扶养20年；但是，60周岁以上的，不超过15年；70周岁以上的，不超过5年。

(九) 交通费：按照患者实际必需的交通费用计算，凭据支付。

(十) 住宿费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差住宿补助标准计算，凭据支付。

(十一) 精神损害抚慰金: 按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算。造成患者死亡的, 赔偿年限最长不超过 6 年; 造成患者残疾的, 赔偿年限最长不超过 3 年。

第五十一条 参加医疗事故处理的患者近亲属所需交通费、误工费、住宿费, 参照本条例第五十条的有关规定计算, 计算费用的人数不超过 2 人。

医疗事故造成患者死亡的, 参加丧葬活动的患者的配偶和直系亲属所需交通费、误工费、住宿费, 参照本条例第五十条的有关规定计算, 计算费用的人数不超过 2 人。

第五十二条 医疗事故赔偿费用, 实行一次性结算, 由承担医疗事故责任的医疗机构支付。

第六章 罚 则

第五十三条 卫生行政部门的工作人员在处理医疗事故过程中违反本条例的规定, 利用职务上的便利收受他人财物或者其他利益, 滥用职权, 玩忽职守, 或者发现违法行为不予查处, 造成严重后果的, 依照刑法关于受贿罪、滥用职权罪、玩忽职守罪或者其他有关罪的规定, 依法追究刑事责任; 尚不够刑事处罚的, 依法给予降级或者撤职的行政处分。

第五十四条 卫生行政部门违反本条例的规定, 有下列情形之一的, 由上级卫生行政部门给予警告并责令限期改正; 情节严重的, 对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分:

(一) 接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告后, 未及时组织调查的;

(二) 接到医疗事故争议处理申请后, 未在规定时间内审查或者移送上一级人民政府卫生行政部门处理的;

(三) 未将应当进行医疗事故技术鉴定的重大医疗过失行为或者医疗事故争议移交医学会组织鉴定的;

(四) 未按照规定逐级将当地发生的医疗事故以及依法对发生医疗事故的医疗机构和医务人员的行政处理情况上报的;

(五) 未依照本条例规定审核医疗事故技术鉴定书的。

第五十五条 医疗机构发生医疗事故的, 由卫生行政部门根据医疗事故等级和情节, 给予警告; 情节严重的, 责令限期停业整顿直至由原发证部门吊销执业许可证, 对负有责任的医务人员依照刑法关于医疗事故罪的规定, 依法追究刑事责任; 尚不够刑事处罚的, 依法给予行政处分或者纪律处分。

对发生医疗事故的有关医务人员, 除依照前款处罚外, 卫生行政部门并可以责令暂停 6 个月以上 1 年以下执业活动; 情节严重的, 吊销其执业证书。

第五十六条 医疗机构违反本条例的规定, 有下列情形之一的, 由卫生行政部门责令改正; 情节严重的, 对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分:

(一) 未如实告知患者病情、医疗措施和医疗风险的;

(二) 没有正当理由, 拒绝为患者提供复印或者复制病历资料服务的;

(三) 未按照国务院卫生行政部门规定的要求书写和妥善保管病历资料的;

- (四) 未在规定时间内补记抢救工作病历内容的;
- (五) 未按照本条例的规定封存、保管和启封病历资料和实物的;
- (六) 未设置医疗服务质量监控部门或者配备专(兼)职人员的;
- (七) 未制定有关医疗事故防范和处理预案的;
- (八) 未在规定时间内向卫生行政部门报告重大医疗过失行为的;
- (九) 未按照本条例的规定向卫生行政部门报告医疗事故的;
- (十) 未按照规定进行尸检和保存、处理尸体的。

第五十七条 参加医疗事故技术鉴定工作的人员违反本条例的规定,接受申请鉴定双方或者一方当事人的财物或者其他利益,出具虚假医疗事故技术鉴定书,造成严重后果的,依照刑法关于受贿罪的规定,依法追究刑事责任;尚不够刑事处罚的,由原发证部门吊销其执业证书或者资格证书。

第五十八条 医疗机构或者其他有关机构违反本条例的规定,有下列情形之一的,由卫生行政部门责令改正,给予警告;对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分;情节严重的,由原发证部门吊销其执业证书或者资格证书:

- (一) 承担尸检任务的机构没有正当理由,拒绝进行尸检的;
- (二) 涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料的。

第五十九条 以医疗事故为由,寻衅滋事、抢夺病历资料,扰乱医疗机构正常医疗秩序和医疗事故技术鉴定工作,依照刑法关于扰乱社会秩序罪的规定,依法追究刑事责任;尚不够刑事处罚的,依法给予治安管理处罚。

第七章 附 则

第六十条 本条例所称医疗机构,是指依照《医疗机构管理条例》的规定取得《医疗机构执业许可证》的机构。

县级以上城市从事计划生育技术服务的机构依照《计划生育技术服务管理条例》的规定开展与计划生育有关的临床医疗服务,发生的计划生育技术服务事故,依照本条例的有关规定处理;但是,其中不属于医疗机构的县级以上城市从事计划生育技术服务的机构发生的计划生育技术服务事故,由计划生育行政部门行使依照本条例有关规定由卫生行政部门承担的受理、交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定和赔偿调解的职能;对发生计划生育技术服务事故的该机构及其有关责任人员,依法进行处理。

第六十一条 非法行医,造成患者人身损害,不属于医疗事故,触犯刑律的,依法追究刑事责任;有关赔偿,由受害人直接向人民法院提起诉讼。

第六十二条 军队医疗机构的医疗事故处理办法,由中国人民解放军卫生主管部门会同国务院卫生行政部门依据本条例制定。

第六十三条 本条例自2002年9月1日起施行。1987年6月29日国务院发布的《医疗事故处理办法》同时废止。本条例施行前已经处理结案的医疗事故争议,不再重新处理。

七、医学教育临床实践管理暂行规定

卫科教发〔2008〕45号

第一条 为规范医学教育临床实践活动的管理,保护患者、教师和学生的合法权益,保证医学教育教学质量,依据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国高等教育法》制定本规定。

第二条 本规定适用于经教育行政主管部门批准设置的各级各类院校的医学生和《执业医师法》规定的试用期医学毕业生(以下简称试用期医学毕业生)的医学教育临床实践活动。

第三条 本规定所称医学教育临床实践包括医学生的临床见习、临床实习、毕业实习等临床教学实践活动和试用期医学毕业生的临床实践活动。

医学生是指具有注册学籍的在校医学类专业学生。医学生的临床教学实践活动在临床教学基地进行,在临床带教教师指导下参与临床诊疗活动,实现学习目的。

试用期医学毕业生是指被相关医疗机构录用并尚未取得执业医师资格的医学毕业生。试用期医学毕业生的临床实践活动在相关医疗机构进行,在指导医师指导下从事临床诊疗活动,在实践中提高临床服务能力。

第四条 临床教学基地是指院校的附属医院以及与举办医学教育的院校建立教学合作关系、承担教学任务的医疗机构,包括教学医院、实习医院和社区卫生服务机构等。

临床教学基地的设置必须符合教育、卫生行政部门的有关规定,必须有足够数量的具有执业医师资格的临床带教教师。

第五条 临床教学基地负责组织医学生的临床教学实践活动,为实施临床教学实践活动和完成教学任务提供必要的条件,维护临床教学实践过程中相关参与者的合法权益。

第六条 相关医疗机构是指承担试用期医学毕业生临床实践任务的医疗机构。相关医疗机构负责安排试用期医学毕业生的临床实践活动,确定执业医师作为指导医师,对试用期医学毕业生进行指导。

第七条 临床教学基地及相关医疗机构应采取有效措施保护医学教育临床教学实践活动中患者的知情同意权、隐私权和其他相关权益。

临床教学基地和相关医疗机构有责任保证医学教育临床实践过程中患者的医疗安全及医疗质量,并通过多种形式告知相关患者以配合临床实践活动。

第八条 临床教学基地和相关医疗机构应加强对医学生和试用期医学毕业生的医德医风及职业素质教育。

第九条 临床带教教师是指经临床教学基地和相关院校核准,承担临床教学和人才培养任务的执业医师。指导医师是指经相关医疗机构核准,承担试用期医学毕业生指导任务的执业医师。

第十条 临床带教教师和指导教师负责指导医学生和试用期医学毕业生的医学教育临床实践活动，确定从事医学教育临床实践活动的具体内容，审签医学生和试用期医学毕业生书写的医疗文件。

第十一条 临床带教教师和指导教师应牢固确立教学意识，增强医患沟通观念，积极说服相关患者配合医学教育临床实践活动；在安排和指导临床实践活动之前，应尽到告知义务并得到相关患者的同意。在教学实践中要保证患者的医疗安全和合法权益。

第十二条 医学生在临床带教教师的监督、指导下，可以接触观察患者、询问患者病史、检查患者体征、查阅患者有关资料、参与分析讨论患者病情、书写病历及住院患者病程记录、填写各类检查和处置单、医嘱和处方，对患者实施有关诊疗操作、参加有关的手术。

第十三条 试用期医学毕业生在指导教师的监督、指导下，可以为患者提供相应的临床诊疗服务。

第十四条 医学生和试用期医学毕业生参与医学教育临床诊疗活动必须由临床带教教师或指导教师监督、指导，不得独自为患者提供临床诊疗服务。临床实践过程中产生的有关诊疗的文字材料必须经临床带教教师或指导教师审核签名后才能作为正式医疗文件。

第十五条 医学生和试用期医学毕业生在医学教育临床实践活动中应当尊重患者的知情同意权和隐私权，不得损害患者的合法权益。

第十六条 在医学教育临床实践过程中发生的医疗事故或医疗纠纷，经鉴定，属于医方原因造成的，由临床教学基地和相关医疗机构承担责任。

因临床带教教师和指导教师指导不当而导致的医疗事故或医疗纠纷，临床带教教师或指导教师承担相应责任。

第十七条 医学生和试用期医学毕业生在临床带教教师和指导教师指导下参与医学教育临床实践活动，不承担医疗事故或医疗纠纷责任。

医学生和试用期医学毕业生未经临床带教教师或指导教师同意，擅自开展临床诊疗活动的，承担相应的责任。

第十八条 护理、药学及其他医学相关类专业的医学教育临床实践活动参照本规定执行。

第十九条 本规定自 2009 年 1 月 1 日起实行。



八、处方管理办法

(2006年11月27日经卫生部部务会议讨论通过,2007年2月14日
中华人民共和国卫生部令第53号公布,自2007年5月1日起施行)

第一章 总 则

第一条 为规范处方管理,提高处方质量,促进合理用药,保障医疗安全,根据《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《麻醉药品和精神药品管理条例》等有关法律、法规,制定本办法。

第二条 本办法所称处方,是指由注册的执业医师和执业助理医师(以下简称医师)在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员(以下简称药师)审核、调配、核对,并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

本办法适用于与处方开具、调剂、保管相关的医疗机构及其人员。

第三条 卫生部负责全国处方开具、调剂、保管相关工作的监督管理。

县级以上地方卫生行政部门负责本行政区域内处方开具、调剂、保管相关工作的监督管理。

第四条 医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则。

处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。

第二章 处方管理的一般规定

第五条 处方标准由卫生部统一规定,处方格式由省、自治区、直辖市卫生行政部门(以下简称省级卫生行政部门)统一制定,处方由医疗机构按照规定的标准和格式印制。

第六条 处方书写应当符合下列规则:

(一) 患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整,并与病历记载相一致。

(二) 每张处方限于一名患者的用药。

(三) 字迹清楚,不得涂改;如需修改,应当在修改处签名并注明修改日期。

(四) 药品名称应当使用规范的中文名称书写,没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写;医疗机构或者医师、药师不得自行编制药剂缩写名称或者使用代号;书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范,药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写,但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

(五) 患者年龄应当填写实足年龄,新生儿、婴幼儿写日、月龄,必要时注明体重。

(六) 西药和中成药可以分别开具处方,也可以开具一张处方,中药饮片应当单独

开具处方。

(七) 开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。

(八) 中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。

(九) 药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

(十) 除特殊情况外，应当注明临床诊断。

(十一) 开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

(十二) 处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

第七条 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克(g)、毫克(mg)、微克(μg)、纳克(ng)为单位；容量以升(L)、毫升(ml)为单位；国际单位(IU)、单位(U)；中药饮片以克(g)为单位。

片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

第三章 处方权的获得

第八条 经注册的执业医师在执业地点取得相应的处方权。

经注册的执业助理医师在医疗机构开具的处方，应当经所在执业地点执业医师签名或加盖专用签章后方有效。

第九条 经注册的执业助理医师在乡、民族乡、镇、村的医疗机构独立从事一般的执业活动，可以在注册的执业地点取得相应的处方权。

第十条 医师应当在注册的医疗机构签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

第十一条 医疗机构应当按照有关规定，对本机构执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权，药师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后，方可在本机构开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格后，方可在本机构调剂麻醉药品和第一类精神药品。

第十二条 试用期人员开具处方，应当经所在医疗机构有处方权的执业医师审核，并签名或加盖专用签章后方有效。

第十三条 进修医师由接收进修的医疗机构对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

第四章 处方的开具

第十四条 医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

第十五条 医疗机构应当根据本机构性质、功能、任务，制定药品处方集。

第十六条 医疗机构应当按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种，处方组成类同的复方制剂1~2种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。

第十七条 医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。

医师开具院内制剂处方时应当使用经省级卫生行政部门审核、药品监督管理部门批准的名称。

医师可以使用由卫生部公布的药品习惯名称开具处方。

第十八条 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过3天。

第十九条 处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按照国家有关规定执行。

第二十条 医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

第二十一条 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。

病历中应当留存下列材料复印件：

- （一）二级以上医院开具的诊断证明；
- （二）患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；
- （三）为患者代办人员身份证明文件。

第二十二条 除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

第二十三条 为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况

患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

第二十四条 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。

第二十五条 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为1日常用量。

第二十六条 对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。

第二十七条 医疗机构应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每3个月复诊或者随诊一次。

第二十八条 医师利用计算机开具、传递普通处方时，应当同时打印出纸质处方，其格式与手写处方一致；打印的纸质处方经签名或者加盖签章后有效。药师核发药品时，应当核对打印的纸质处方，无误后发给药品，并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。

第五章 处方的调剂

第二十九条 取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

第三十条 药师在执业的医疗机构取得处方调剂资格。药师签名或者专用签章式样应当在本机构留样备查。

第三十一条 具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

第三十二条 药师应当凭医师处方调剂处方药品，非经医师处方不得调剂。

第三十三条 药师应当按照操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

第三十四条 药师应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。

第三十五条 药师应当对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

- （一）规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
- （二）处方用药与临床诊断的相符性；
- （三）剂量、用法的正确性；
- （四）选用剂型与给药途径的合理性；
- （五）是否有重复给药现象；
- （六）是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；
- （七）其他用药不适宜情况。

第三十六条 药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请

其确认或者重新开具处方。

药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并应当记录，按照有关规定报告。

第三十七条 药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用藥合理性，对临床诊断。

第三十八条 药师在完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用签章。

第三十九条 药师应当对麻醉药品和第一类精神药品处方，按年月日逐日编制顺序号。

第四十条 药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

第四十一条 医疗机构应当将本机构基本用药供应目录内同类药品相关信息告知患者。

第四十二条 除麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和儿科处方外，医疗机构不得限制门诊就诊人员持处方到药品零售企业购药。

第六章 监督管理

第四十三条 医疗机构应当加强对本机构处方开具、调剂和保管的管理。

第四十四条 医疗机构应当建立处方点评制度，填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。

第四十五条 医疗机构应当对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

第四十六条 医师出现下列情形之一的，处方权由其所在医疗机构予以取消：

- (一) 被责令暂停执业；
- (二) 考核不合格离岗培训期间；
- (三) 被注销、吊销执业证书；
- (四) 不按照规定开具处方，造成严重后果的；
- (五) 不按照规定使用药品，造成严重后果的；
- (六) 因开具处方牟取私利。

第四十七条 未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

第四十八条 除治疗需要外，医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

第四十九条 未取得药学专业技术职务任职资格的人员不得从事处方调剂工作。

第五十条 处方由调剂处方药品的医疗机构妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。

处方保存期满后，经医疗机构主要负责人批准、登记备案，方可销毁。

第五十一条 医疗机构应当根据麻醉药品和精神药品处方开具情况,按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记,登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为3年。

第五十二条 县级以上地方卫生行政部门应当定期对本行政区域内医疗机构处方管理情况进行监督检查。

县级以上卫生行政部门在对医疗机构实施监督管理过程中,发现医师出现本办法第四十六条规定情形的,应当责令医疗机构取消医师处方权。

第五十三条 卫生行政部门的工作人员依法对医疗机构处方管理情况进行监督检查时,应当出示证件;被检查的医疗机构应当予以配合,如实反映情况,提供必要的资料,不得拒绝、阻碍、隐瞒。

第七章 法律责任

第五十四条 医疗机构有下列情形之一的,由县级以上卫生行政部门按照《医疗机构管理条例》第四十八条的规定,责令限期改正,并可处以5000元以下的罚款;情节严重的,吊销其《医疗机构执业许可证》:

- (一) 使用未取得处方权的人员、被取消处方权的医师开具处方的;
- (二) 使用未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师开具麻醉药品和第一类精神药品处方的;
- (三) 使用未取得药学专业技术职务任职资格的人员从事处方调剂工作的。

第五十五条 医疗机构未按照规定保管麻醉药品和精神药品处方,或者未依照规定进行专册登记的,按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第七十二条的规定,由设区的市级卫生行政部门责令限期改正,给予警告;逾期不改正的,处5000元以上1万元以下的罚款;情节严重的,吊销其印鉴卡;对直接负责的主管人员和其他直接责任人员,依法给予降级、撤职、开除的处分。

第五十六条 医师和药师出现下列情形之一的,由县级以上卫生行政部门按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第七十三条的规定予以处罚:

- (一) 未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师擅自开具麻醉药品和第一类精神药品处方的;
- (二) 具有麻醉药品和第一类精神药品处方医师未按照规定开具麻醉药品和第一类精神药品处方,或者未按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则使用麻醉药品和第一类精神药品的;
- (三) 药师未按照规定调剂麻醉药品、精神药品处方的。

第五十七条 医师出现下列情形之一的,按照《执业医师法》第三十七条的规定,由县级以上卫生行政部门给予警告或者责令暂停六个月以上一年以下执业活动;情节严重的,吊销其执业证书:

- (一) 未取得处方权或者被取消处方权后开具药品处方的;
- (二) 未按照本办法规定开具药品处方的;
- (三) 违反本办法其他规定的。

第五十八条 药师未按照规定调剂处方药品，情节严重的，由县级以上卫生行政部门责令改正、通报批评，给予警告；并由所在医疗机构或者其上级单位给予纪律处分。

第五十九条 县级以上地方卫生行政部门未按照本办法规定履行监管职责的，由上级卫生行政部门责令改正。

第八章 附 则

第六十条 乡村医师按照《乡村医师从业管理条例》的规定，在省级卫生行政部门制定的乡村医师基本用药目录范围内开具药品处方。

第六十一条 本办法所称药学专业技术人员，是指按照卫生部《卫生技术人员职务试行条例》规定，取得药学专业技术职务任职资格人员，包括主任药师、副主任药师、主管药师、药师、药士。

第六十二条 本办法所称医疗机构，是指按照《医疗机构管理条例》批准登记的从事疾病诊断、治疗活动的医院、社区卫生服务中心（站）、妇幼保健院、卫生院、疗养院、门诊部、诊所、卫生室（所）、急救中心（站）、专科疾病防治院（所、站）以及护理院（站）等医疗机构。

第六十三条 本办法自2007年5月1日起施行。《处方管理办法（试行）》（卫医发〔2004〕269号）和《麻醉药品、精神药品处方管理规定》（卫医法〔2005〕436号）同时废止。



九、医院处方点评管理规范（试行）

卫医管发〔2010〕28号

第一章 总 则

第一条 为规范医院处方点评工作，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《药品管理法》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《处方管理办法》等有关法律、法规、规章，制定本规范。

第二条 处方点评是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。

第三条 处方点评是医院持续医疗质量改进和药品临床应用管理的重要组成部分，是提高临床药物治疗学水平的重要手段。各级医院应当按照本规范，建立健全系统化、标准化和持续改进的处方点评制度，开展处方点评工作，并在实践工作中不断完善其他各级各类医疗机构的处方点评工作，参照本规范执行。

第四条 医院应当加强处方质量和药物临床应用管理，规范医师处方行为，落实处方审核、发药、核对与用药交待等相关规定；定期对医务人员进行合理用药知识培训与教育；制定并落实持续质量改进措施。

第二章 组织管理

第五条 医院处方点评工作在医院药物与治疗学委员会（组）和医疗质量管理委员会领导下，由医院医疗管理部门和药学部门共同组织实施。

第六条 医院应当根据本医院的性质、功能、任务、科室设置等情况，在药物与治疗学委员会（组）下建立由医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成的处方点评专家组，为处方点评工作提供专业技术咨询。

第七条 医院药学部门成立处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作。

第八条 处方点评工作小组成员应当具备以下条件：

- （一）具有较丰富的临床用药经验和合理用药知识；
- （二）具备相应的专业技术任职资格：二级及以上医院处方点评工作小组成员应当具有中级以上药学专业技术职务任职资格，其他医院处方点评工作小组成员应当具有药师以上药学专业技术职务任职资格。

第三章 处方点评的实施

第九条 医院药学部门应当会同医疗管理部门，根据医院诊疗科目、科室设置、技

术水平、诊疗量等实际情况，确定具体抽样方法和抽样率，其中门急诊处方的抽样率不应少于总处方量的1‰，且每月点评处方绝对数不应少于100张；病房（区）医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不应少于1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于30份。

第十条 医院处方点评小组应当按照确定的处方抽样方法随机抽取处方，并按照《处方点评工作表》（附件）对门急诊处方进行点评；病房（区）用药医嘱的点评应当以患者住院病历为依据，实施综合点评，点评表格由医院根据本院实际情况自行制定。

第十一条 三级以上医院应当逐步建立健全专项处方点评制度。专项处方点评是医院根据药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题，确定点评的范围和内容，对特定的药物或特定疾病的药物（如国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、辅助治疗药物、激素等临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围手术期用药等）使用情况进行处方点评。

第十二条 处方点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录，并通报临床科室和当事人。

第十三条 处方点评小组在处方点评工作过程中发现不合理处方，应当及时通知医疗管理部门和药学部门。

第十四条 有条件的医院应当利用信息技术建立处方点评系统，逐步实现与医院信息系统的联网与信息共享。

第四章 处方点评的结果

第十五条 处方点评结果分为合理处方和不合理处方。

第十六条 不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

第十七条 有下列情况之一的，应当判定为不规范处方：

- （一）处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；
- （二）医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；
- （三）药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；
- （四）新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；
- （五）西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；
- （六）未使用药品规范名称开具处方的；
- （七）药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；
- （八）用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；
- （九）处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；
- （十）开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；
- （十一）单张门急诊处方超过五种药品的；
- （十二）无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；
- （十三）开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品

处方未执行国家有关规定的；

(十四) 医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的；

(十五) 中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

第十八条 有下列情况之一的，应当判定为用药不适宜处方：

- (一) 适应证不适宜的；
- (二) 遴选的药品不适宜的；
- (三) 药品剂型或给药途径不适宜的；
- (四) 无正当理由不首选国家基本药物的；
- (五) 用法、用量不适宜的；
- (六) 联合用药不适宜的；
- (七) 重复给药的；
- (八) 有配伍禁忌或者不良相互作用的；
- (九) 其他用药不适宜情况的。

第十九条 有下列情况之一的，应当判定为超常处方：

- (一) 无适应证用药；
- (二) 无正当理由开具高价药的；
- (三) 无正当理由超说明书用药的；
- (四) 无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的。

第五章 点评结果的应用与持续改进

第二十条 医院药学部门应当会同医疗管理部门对方点评小组提交的点评结果进行审核，定期公布处方点评结果，通报不合理处方；根据处方点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，并向医院药物与治疗学委员会（组）和医疗质量管理委员会报告；发现可能造成患者损害的，应当及时采取措施，防止损害发生。

第二十一条 医院药物与治疗学委员会（组）和医疗质量管理委员会应当根据药学部门会同医疗管理部门提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。

第二十二条 各级卫生行政部门和医师定期考核机构，应当将处方点评结果作为重要指标纳入医院评审评价和医师定期考核指标体系。

第二十三条 医院应当将处方点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，建立健全相关的奖惩制度。

第六章 监督管理

第二十四条 各级卫生行政部门应当加强对辖区内医院处方点评工作的监督管理，对不按规定开展处方点评工作的医院应当责令改正。

第二十五条 卫生行政部门和医院应当对开具不合理处方的医师，采取教育培训、批评等措施；对于开具超常处方的医师按照《处方管理办法》的规定予以处理；一个考核周期内5次以上开具不合理处方的医师，应当认定为医师定期考核不合格，离岗参加培训；对患者造成严重损害的，卫生行政部门应当按照相关法律、法规、规章给予相应处罚。

第二十六条 药师未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交待或未对不合理处方进行有效干预的，医院应当采取教育培训、批评等措施；对患者造成严重损害的，卫生行政部门应当依法给予相应处罚。

第二十七条 医院因不合理用药对患者造成损害的，按照相关法律、法规处理。



十、手术安全核查制度

卫办医政发〔2010〕41号

一、手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。

二、本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

三、手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。

四、手术安全核查由手术医师或麻醉医师主持，三方共同执行并逐项填写《手术安全核查表》。

五、实施手术安全核查的内容及流程。

（一）麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》（见附件）依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

（二）手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告。

（三）患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

（四）三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

六、手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

七、术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

八、住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

九、手术科室、麻醉科与手术室的负责人是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人。

十、医疗机构相关职能部门应加强对本机构手术安全核查制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

附件

手术安全核查表

科 别：_____ 患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

病案号：_____ 麻醉方式：_____ 手术方式：_____

术 者：_____ 手术日期：_____

麻醉实施前	手术开始前	患者离开手术室前
患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	实际手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术部位与标识正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术部位与标识确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术用药、输血的核查 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术知情同意：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术、麻醉风险预警： 手术医师陈述： 预计手术时间 <input type="checkbox"/>	手术用物清点正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉知情同意：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	预计失血量 <input type="checkbox"/>	手术标本确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉方式确认：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术关注点 <input type="checkbox"/>	皮肤是否完整： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉设备安全检查完成： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	各种管路： 中心静脉通路 <input type="checkbox"/>
皮肤是否完整：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	麻醉医师陈述： 麻醉关注点 <input type="checkbox"/>	动脉通路 <input type="checkbox"/>
术野皮肤准备正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	气管插管 <input type="checkbox"/>
静脉通道建立完成： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术护士陈述： 物品灭菌合格 <input type="checkbox"/>	伤口引流 <input type="checkbox"/>
患者是否有过敏史： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	仪器设备 <input type="checkbox"/>	胃管 <input type="checkbox"/>
抗菌药物皮试结果： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	术术前中特殊用药情况 <input type="checkbox"/>	尿管 <input type="checkbox"/>
术前备血：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>	其他 _____ <input type="checkbox"/>
假体 <input type="checkbox"/> / 体内植入物 <input type="checkbox"/> / 影像学资料 <input type="checkbox"/>	是否需要相关影像资料： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者去向： 恢复室 <input type="checkbox"/>
其他：_____	其他：_____	病房 <input type="checkbox"/>
		ICU 病房 <input type="checkbox"/>
		急诊 <input type="checkbox"/>
		离院 <input type="checkbox"/>
		其他：_____
手术医师签名：_____ 麻醉医师签名：_____ 手术室护士签名：_____		

十一、住院病历排序

一、出院（归档）病案排序

（一）住院病案首页

（二）出院记录（死亡记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录）

（三）入院记录（再入或多次入院记录）

（四）病程记录（顺序排）

1. 首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、疑难病例讨论记录、交（接）班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、有创诊疗操作记录、术前小结、术前讨论记录、术后首次病程记录。

2. 手术记录。

3. 麻醉术前访视记录、麻醉记录、麻醉术后访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录。

4. 会诊记录。

5. 死亡病例讨论记录。

（五）知情同意书

1. 手术同意书。

2. 麻醉同意书。

3. 输血治疗知情同意书。

4. 特殊检查（治疗）同意书。

5. 病危（重）通知书。

6. 其他知情同意书。

（六）辅助检查报告单（顺序排）

1. 病理报告单。

2. 医学影像检查报告（包括超声、X 线、CT、磁共振、内镜、核素、造影等检查报告单）。

3. 化验报告单。

（七）医嘱单（顺序排）

1. 长期医嘱单。

2. 临时医嘱单。

（八）体温单（顺序排）

（九）病重（病危）患者护理记录（顺序排）

（十）行政文件（外单位来信、来函）等

二、住院期间病历排序

（一）体温单（逆序）

(二) 医嘱单 (逆序)

(三) 入院记录 (再入或多次入院记录)

(四) 病程记录 (顺序排)

1. 首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、疑难病例讨论记录、交(接)班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、有创诊疗操作记录、术前小结、术前讨论记录、术后首次病程记录。

2. 手术记录。

3. 麻醉术前访视记录、麻醉记录、麻醉术后访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录。

4. 会诊记录。

(五) 知情同意书

1. 手术同意书。

2. 麻醉同意书。

3. 输血治疗知情同意书。

4. 特殊检查(治疗)同意书。

5. 病危(重)通知书。

6. 其他知情同意书。

(六) 辅助检查报告单 (顺序排)

1. 病理报告单。

2. 医学影像检查报告(包括超声、X线、CT、磁共振、内镜、核素、造影等检查报告单)。

3. 化验报告单。

(七) 病重(病危)患者护理记录 (顺序排)

(八) 行政文件(外单位来信、来函)等

