

病历书写规范

01

基本原则



什么是客观

病人所患疾病和医务人员医疗行为实实在在存在的、不以人的意志为转移的一切现象。

客观

1、据实记录

2、符合固有规律

3、整齐划一

什么是真实

医务人员询问病史、检查及观察病人后，对病人陈述的病史、检查到的有意义的体征和观察到的病情发展过程进行分析及处理在病历上的体现；同时，强调了病历资料的原始性、不可篡改性。

真实

1、客观事实

2、法律事实

什么是准确

要求医务人员从病人提供的大量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；对于查体和疾病诊断、处理，也力求准确。

准确

- 1、患方陈述的内容
- 2、有证据应证的内容
- 3、时间

《病历书写基本规范》关于准确的内容

第十三条 急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第二十二条 (八)记录抢救时间应当具体到分钟。包括门(急)诊、出诊、住院。

第十三条 急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第二十二条 (八)记录抢救时间应当具体到分钟。包括门(急)诊、出诊、住院。

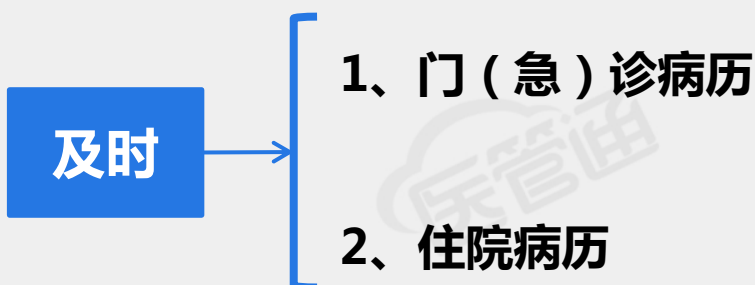
第二十二条 (二十一)记录死亡时间应当具体到分钟。

第二十二条 (二十三) 病重(病危)患者护理记录，记录时间应当具体到分钟。

第二十八条 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。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。

什么是及时

医务人员必须在规定时间内完成病历记录内容的书写。



《规范》关于门(急)诊病历的及时完成

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。

《规范》关于住院病历的及时完成

第十七条 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。

第二十二条 （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。

第二十二条 （三）主治医师首次查房记录应当于患者入院48小时内完成

第二十二条（五）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。

第二十二条（六）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。

第二十二条（八）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。

第二十二条（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。

什么是完整

医务人员询问病史及查体要详细、周全，医疗行为记录全面，病历中的所有资料不得丢失。

完整

- 1、框架完整
- 2、细节完整
- 3、妥善保管

什么是规范

重点强调病历书写必须严格按照《病历书写基本规范》所规定的格式、内容、时间来进行；书写时要求规范使用医学术语；同时，要求医务人员书写医疗文书时文字必须工整，字面必须整洁，务必做到清晰可辨。

规范

- 1、病历书写制作工具
- 2、内容无歧义
- 3、病历书写主体
- 4、患方签署医疗文件主体

《规范》关于病历书写制作工具

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。

医嘱“取消”用红色墨水

《规范》关于内容无歧义

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。

常见问题举例：

错字、别字、漏字。

标点“。”。

字迹潦草、签名不清楚，无法辨认。

不规范缩写：慢扁、化扁、风心二狭、前肥。

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。

正确修改例：

.....注意有无 溃疡 出血.....

签名 日期

错误修改例：

.....注意有无■■ 出血.....

《规范》关于病历书写主体

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。

医务人员签名应使用医师(护士)执业证书登记的姓名，不得使用别名。

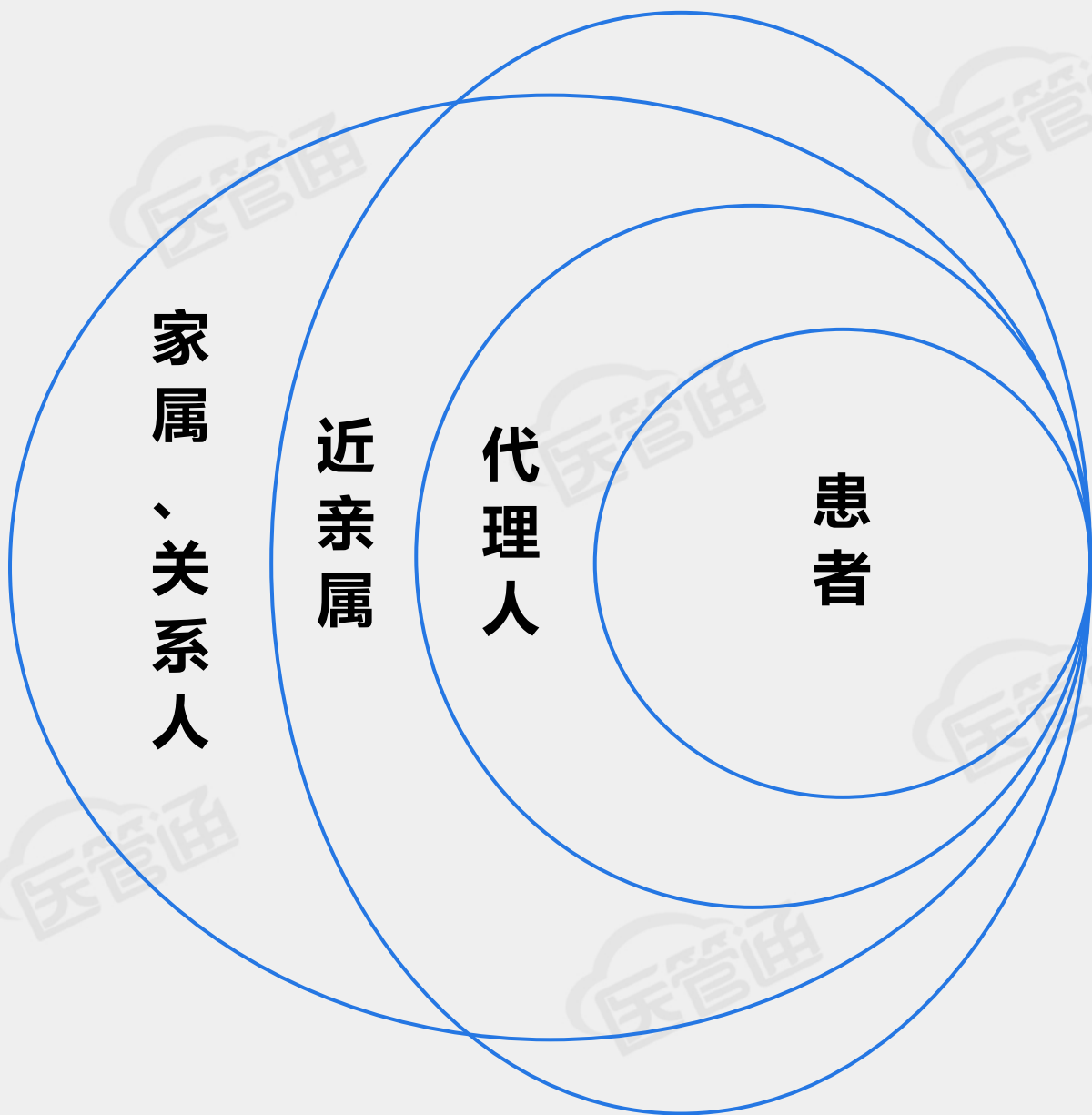
《规范》关于病历书写主体

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。

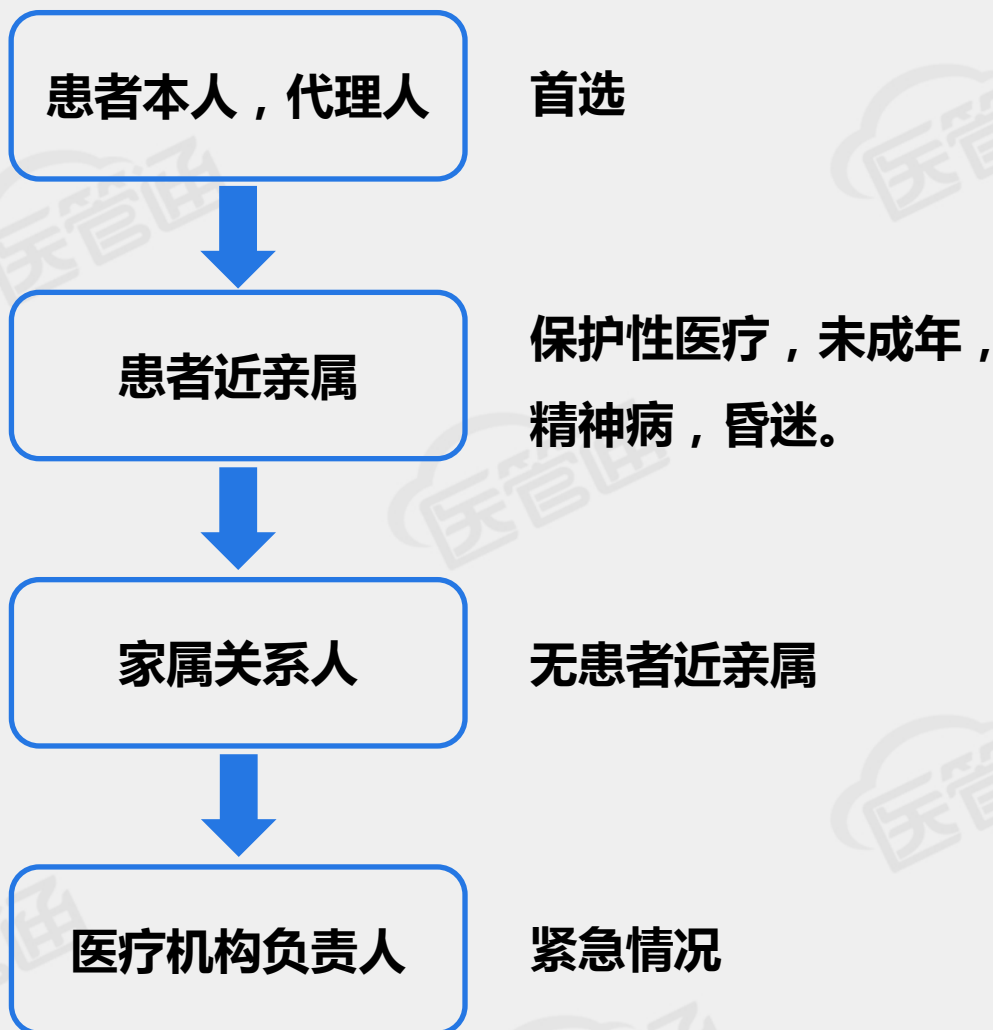
第十条 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

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。

从属关系



优先原则



声明：资料由医管通从网络收集整理，仅供大家做学习交流使用，任何人用于自行分发或者用于其他商业用途将自行承担相应责任，医管通不承担任何相关责任。