



昭阳区中医医院

病案管理制度

# 昭阳区中医医院

## 病案管理制度



## 编辑委员会

主 编：崔 涛

编 委：赵 菊 陆运强 杨传宏 龚 艳 邓成忠

邓兴稳 唐燕平 耿春芳 田兴敏 张 怡

黄训良 杨德琼 蔡翹贞 周应清 蒋冬艳

龙远华 刘咏梅 马 燕

执行编辑：崔 涛

校 对：张 怡 唐燕平 田兴敏 温连凯 赵志金

朱良洲 曾 祝 段 勇 朱恩何 易朝海

钱福建 张兴勇 何 丽 徐 鹏 邹永彪

朱 馨 胡宗文 艾永航 周 艳 李珈珑



# 目 录

医疗机构病历管理规定 ..... 1

    第一章 总 则 ..... 1

    第二章 病历的建立 ..... 1

    第三章 病历的保管 ..... 3

    第四章 病历的借阅与复制 ..... 4

    第五章 病历的封存与启封 ..... 6

    第六章 病历的保存 ..... 7

昭阳区中医医院病历管理的改进措施 ..... 8

昭阳区中医医院病案管理委员会 ..... 11

昭阳区中医医院病案管理人员名单及职责 ..... 13

昭阳区中医医院病案及统计管理制度 ..... 14

中医病历书写基本规范与质量管理办法 ..... 15

    第一章 基本要求 ..... 15

    第二章 门（急）诊病历书写内容及要求 ..... 16

    第三章 住院病历书写内容及要求 ..... 17

    第四章 打印病历内容及要求 ..... 28

    第五章 处 罚 ..... 28

昭阳区中医医院病案、医疗文书复印 ..... 31

昭阳区中医医院纠纷病历封存管理制度 ..... 33

昭阳区中医医院病案室工作制度 ..... 34

昭阳区中医医院病历保密制度 ..... 35

昭阳区中医医院住院病案管理制度 ..... 36

昭阳区中医医院住院病案借阅制度 ..... 37

昭阳区中医医院病案查阅管理制度 ..... 39

昭阳区中医医院特殊病案管理制度 ..... 40

昭阳区中医医院死亡病案管理制度 ..... 41



昭阳区中医医院病案归档制度 ..... 42

昭阳区中医医院病案整理、装订工作制度 ..... 43

昭阳区中医医院出院病案粘贴检查报告单工作制度 ..... 44

昭阳区中医医院门诊病案管理制度 ..... 45

昭阳区中医医院门诊病案借阅制度 ..... 46

昭阳区中医医院统计室工作制度 ..... 47

昭阳区中医医院统计资料保密制度 ..... 48

昭阳区中医医院统计报表审查制度 ..... 49

昭阳区中医医院病案室防火安全制度 ..... 50

昭阳区中医医院患者病历封存程序 ..... 51

昭阳区中医医院病案管理委员会职责 ..... 52

昭阳区中医医院病案统计室工作人员职责 ..... 54

昭阳区中医医院保护病人隐私制度与措施 ..... 58

门诊保护性医疗制度和保护病人隐私制度 ..... 60

保护性医疗制度、保护病人隐私制度 ..... 61

昭阳区中医医院病案使用制度 ..... 62

昭阳区中医医院病历复印程序 ..... 63

昭阳区中医医院病历复印相关法律规定 ..... 65

昭阳区中医医院病历借阅程序 ..... 67

昭阳区中医医院病案院内流动制度 ..... 70

昭阳区中医医院住院病历管理程序 ..... 71

回收病案室 ..... 71

归档上架 ..... 71

昭阳区中医医院门诊病历院内流动制度 ..... 72

昭阳区中医医院门诊病历管理程序 ..... 73

昭阳区中医医院门诊病历供应工作流程图 ..... 74

环节病历（运行病历）检查、评价及反馈制度 ..... 75

终末病历（出院病历）检查、评价及反馈制度 ..... 76



# 医疗机构病历管理规定

## 第一章 总 则

第一条 为加强医疗机构病历管理，保障医疗质量与安全，维护医患双方的合法权益，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。病历归档以后形成病案。

第三条 本规定适用于各级各类医疗机构对病历的管理。

第四条 按照病历记录形式不同，可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。

第五条 医疗机构应当建立健全病历管理制度，设置病案管理部门或者配备专(兼)职人员，负责病历和病案管理工作。

医疗机构应当建立病历质量定期检查、评估与反馈制度。医疗机构医务部门负责病历的质量管理。

第六条 医疗机构及其医务人员应当严格保护患者隐私，禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

## 第二章 病历的建立

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，为同一患者建立唯一的标识号码。已建立电子病历的医疗机构，应当将病历标



识号码与患者身份证明编号相关联,使用标识号码和身份证明编号均能对病历进行检索。

门(急)诊病历和住院病历应当标注页码或者电子页码。

第八条 医务人员应当按照《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范(试行)》和《中医电子病历基本规范(试行)》要求书写病历。

第九条 住院病历应当按照以下顺序排序:体温单、医嘱单、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、病重(病危)患者护理记录、出院记录、死亡记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、会诊记录、病危(重)通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料。

病案应当按照以下顺序装订保存:住院病案首页、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、会诊记录、病危(重)通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料、体温单、医嘱单、病重(病危)患者护理记录。



### 第三章 病历的保管

第十条 门(急)诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构建有门(急)诊病历档案室或者已建立门(急)诊电子病历的,经患者或者其法定代理人同意,其门(急)诊病历可以由医疗机构负责保管。

住院病历由医疗机构负责保管。

第十一条 门(急)诊病历由患者保管的,医疗机构应当将检查检验结果及时交由患者保管。

第十二条 门(急)诊病历由医疗机构保管的,医疗机构应当在收到检查检验结果后 24 小时内,将检查检验结果归入或者录入门(急)诊病历,并在每次诊疗活动结束后首个工作日内将门(急)诊病历归档。

第十三条 患者住院期间,住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要,须将住院病历带离病区时,应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。

医疗机构应当在收到住院患者检查检验结果和相关资料后 24 小时内归入或者录入住院病历。

患者出院后,住院病历由病案管理部门或者专(兼)职人员统一保存、管理。

第十四条 医疗机构应当严格病历管理,任何人不得随意涂改病历,严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。



## 第四章 病历的借阅与复制

第十五条 除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

第十六条 其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应当向患者就诊医疗机构提出申请，经同意并办理相应手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊医疗机构。

第十七条 医疗机构应当受理下列人员和机构复制或者查阅病历资料的申请，并依规定提供病历复制或者查阅服务：

- (一) 患者本人或者其委托代理人；
- (二) 死亡患者法定继承人或者其代理人。

第十八条 医疗机构应当指定部门或者专(兼)职人员负责受理复制病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人提供有关证明材料，并对申请材料的形式进行审核。

- (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，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；
- (三) 申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；

(四) 申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继





承人关系的法定证明材料,代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

第十九条 医疗机构可以为申请人复制门(急)诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志(入院记录)、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重(病危)患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

第二十条 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门,因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要,提出审核、查阅或者复制病历资料要求的,经办人员提供以下证明材料后,医疗机构可以根据需要提供患者部分或全部病历:

(一)该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明;

(二)经办人本人有效身份证明;

(三)经办人本人有效工作证明(需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致)。

保险机构因商业保险审核等需要,提出审核、查阅或者复制病历资料要求的,还应当提供保险合同复印件、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、死亡患者法定继承人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。

第二十一条 按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求,病历尚未完成,申请人要求复制病历时,可以对已完成病历先行复制,在医务人员按照规定完成病历后,再对新完成部分进行复制。



第二十二條 醫療機構受理複製病歷資料申請後，由指定部門或者專(兼)職人員通知病案管理部門或專(兼)職人員，在規定時間內將需要複製的病歷資料送至指定地點，並在申請人在場的情況下複製；複製的病歷資料經申請人和醫療機構雙方確認無誤後，加蓋醫療機構證明印記。

第二十三條 醫療機構複製病歷資料，可以按照規定收取工本費。

## 第五章 病歷的封存與啟封

第二十四條 依法需要封存病歷時，应当在醫療機構或者其委託代理人、患者或者其代理人在場的情況下，對病歷共同進行確認，簽封病歷復制件。

醫療機構申請封存病歷時，醫療機構應當告知患者或者其代理人共同實施病歷封存；但患者或者其代理人拒絕或者放棄實施病歷封存的，醫療機構可以在公證機構公證的情況下，對病歷進行確認，由公證機構簽封病歷復制件。

第二十五條 醫療機構負責封存病歷復制件的保管。

第二十六條 封存後病歷的原件可以繼續記錄和使用。

按照《病歷書寫基本規範》和《中醫病歷書寫基本規範》要求，病歷尚未完成，需要封存病歷時，可以對已完成病歷先行封存，當醫師按照規定完成病歷後，再對新完成部分進行封存。

第二十七條 開啟封存病歷应当在簽封各方在場的情況下實施。



## 第六章 病历的保存

第二十八条 医疗机构可以采用符合档案管理要求的缩微技术等对纸质病历进行处理后保存。

第二十九条 门(急)诊病历由医疗机构保管的,保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年;住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于 30 年。

第三十条 医疗机构变更名称时,所保管的病历应当由变更后医疗机构继续保管。

医疗机构撤销后,所保管的病历可以由省级卫生计生行政部门、中医药管理部门或者省级卫生计生行政部门、中医药管理部门指定的机构按照规定妥善保管。

第三十一条 本规定自 2014 年 1 月 1 日起施行。



## 昭阳区中医医院病历管理的改进措施

一、为了加强病历资料主客观、真实、完整，根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故管理条例》、《医疗机构病历管理规定》等法律法规，制定措施。

二、建立健全病历管理制度

三、病历管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

四、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，其它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，需经医务科同意后查阅。阅后应当立即归还。

五、建立门（急）诊病历的住院病历编号制度。门（急）诊病历和住院病历应当标注页码。

六、建有门（急）诊病历档案患者的门（急）诊病历，由专人送达患者就诊科室；患者同时有多科室就诊的，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。

七、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。

八、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在检查结果出具后 24 小时内归入住院病历。住院病历在患者出院后由病案室专（兼）职人员负责集中、统一保存与管理。

九、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。

十、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) 死亡患者亲属或其代理人；

十一、保险机构，为加强病历保密性保护患者隐私，需经患者同意方可复印。

十二、病案室人员负责受理复印或者复印病历资料的申请。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，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。

十三、公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或复制病历资料的，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证明后予以协助。

十四、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。

十五、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。

十六、医疗机构受理复印可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复制。复印或者复制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。

十七、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。

十八、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。

十九、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。

二十、病案的查阅、复印或者复制参照本规定执行。

二十一、本规定自 2015 年 10 月 1 日起施行。



## 昭阳区中医医院病案管理委员会

- 主任：陆运强（副院长）
- 副组长：唐燕平（医务科科长）  
耿春芬（护理部主任）
- 成员：杨德琼（感控办主任）  
田兴敏（药剂科科长）  
顾文静（医务科工作人员）  
段 勇（心病科主任）  
朱良洲（肺病科主任）  
曾 祝（脾胃病科主任）  
胡宗文（急诊科主任）  
何 丽（妇产科主任）  
朱恩何（针推一病区负责人）  
易朝海（针推二病区负责人）  
钱福建（针推三病区负责人）  
徐礼贵（儿科主任）  
李一亮（治未病科主任）  
徐本茂（外科主任）  
张兴勇（康复科主任）  
周 艳（检验科主任）  
李珈珑（彩超室主任）  
艾永航（放射科主任）



- 刘顺情（肺病科护士长）  
陈道宇（脾胃病科护士长）  
杨永莲（心病科护士长）  
何焕彩（儿科护士长）  
马 娟（妇产科护士长）  
吕 丹（治未病科护士长）  
何正洁（针推一病区护士长）  
龚云琼（针推二病区护士长）  
何玉琳（针推三病区护士长）  
陈 萍（康复科护士长）  
邱 丹（急诊科护士长）  
谢 洁（外科护士长）





## 昭阳区中医医院病案管理人员名单及职责

组 长：魏兰秋

组 员：魏兰秋、熊瑞林

### 职责：

#### 一、病案质量检查组：

- 1、在主任领导下进行工作。
- 2、检查各科室运行及归档病例书写情况，定期向病案管理委员会提供质控报告，提出改进意见，提高病例书写质量。

#### 二、病案管理组：

- 1、在医务科长领导下进行工作。
- 2、负责病案的回收、整理、装订、归档、编目工作，充分发挥电脑作用。
- 3、负责病案资料的索引、登记、编目工作，充分发挥电脑的作用。
- 4、做好病案管理工作，保持病案室的清洁、整齐、通风、干燥，防止病案腐烂、虫蛀和火灾。



## 昭阳区中医医院病案及统计管理制度

### 1、病历质控制度

(1) 病历书写严格按照国家卫生部关于《病历书写基本规范》执行。

(2) 病历书写质量的“三把关”：主治医师对入院记录、病程记录一把关；主任医师对出院病人首页复签二把关；病历质控专职医师对每份病历检查的三把关。

(3) 新上岗、新调入人员、进修医师必须参加病历书写岗前培训，经考试合格后上岗，进入病房后由各主治医师重点把关。

(4) 定期进行病历评审，其结果与奖金挂钩，坚持优秀与最佳病历评选制度，年终给予一次性奖励。

(5) 病历质控组每月活动一次，将检查结果及时向主管院领导汇报，并在医务例会上进行通报

(6) 委员会每季度活动一次，总结工作并提出下一阶段工作重点。

(7) 每年进行一次病历展览，互相学习，取长补短，持续改进。

### 2、病案管理制度

(1) 住院病案管理制度

(2) 住院病案借阅制度



# 昭阳区中医医院 中医病历书写基本规范与质量管理办法

## 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** 中医病历书写是指医务人员通过望、闻、问、切及查体、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，中医术语的使用依照相关标准、规范执行。要求文字工整，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** 病历书写中涉及的诊断，包括中医诊断和西医诊断，其中中医诊断包括疾病诊断与证候诊断。

中医治疗应当遵循辨证论治的原则。

**第十一条** 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

**第十二条** 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。



**第十三条** 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。

**第十四条** 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，中医四诊情况，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、中医四诊情况，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。

**第十五条** 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

**第十六条** 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。实施中医治疗的，应记录中医四诊、辨证施治情况等。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

**第十七条** 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。



**第十八条** 入院记录是指患者入院后，由经治医师通过望、闻、问、切及查体、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。

**第十九条** 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、发病节气、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，并结合中医问诊，记录目前情况。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：结合十问简要记录患者发病后的寒热、饮食、睡眠、情志、二便、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。女性患者记录经带胎产史，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）中医望、闻、切诊应当记录神色、形态、语声、气息、舌象、脉象等。

（七）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、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。

（八）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

（九）辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。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作检查，应当写明该机构名称及检查号。

（十）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。

（十一）书写入院记录的医师签名。

**第二十条** 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。

**第二十一条** 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。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。

**第二十二条** 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。





**第二十三条** 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及证候演变情况、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。

中医方药记录格式参照中药饮片处方相关规定执行。

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、四诊情况、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。诊断依据包括中医辨病辨证依据与西医诊断依据,鉴别诊断包括中医鉴别诊断与西医鉴别诊断。

3. 诊疗计划:提出具体的检查、中西医治疗措施及中医调护等。

(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。

日常病程记录应反映四诊情况及治法、方药变化及其变化依据等。

(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、理法方药分析、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、对病情和理法方药的分析及诊疗意见等。

(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



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、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、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，输血的病人还应对血型、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、中医调护、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。

采取中医护理措施应当体现辨证施护。

**第二十四条** 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。

**第二十五条** 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。

**第二十六条** 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、拟输血成份、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。

**第二十七条** 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。

**第二十八条** 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。

**第二十九条** 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。

**第三十条** 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。

**第三十一条** 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

**第三十二条** 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。

**第三十三条** 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。

**第三十四条** 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 处罚

**第三十五条** 在病历书写和病历质控管理工作中，违反本条例规定，有下列行为之一的，由医务部门给予经济处罚，扣奖金 100-300 元；发生





医疗纠纷时，如为病历原因造成医院举证不能而败诉，将视情况追究科室及个人的经济、行政和管理责任，并与评优、职称晋升和职务等挂钩。

- 1、病历原件丢失、或病历中重要资料缺失的；
- 2、病历书写过程中弄虚作假、或编造资料的；
- 3、本院工作人员利用职务之便，擅自将病历借给患者、家属或其他机构的；
- 4、出院病历检查中发现一份乙级或丙级病历的；
- 5、病历质控专职医师终末质量检查发现一份问题病历，科室人员未修改或修改后仍不合格的；
- 6、一般患者入院后 24 小时内、急诊危重患者当班内未完成病历书写、或入院后 6 小时内未完成首次病程记录的；
- 7、病危、病重、一般患者缺在住院当日、次日、第三日内的上级医师查房记录（含双休日、节假日）的；
- 8、漏记一次病程记录、或缺应有的交接班记录、转科记录、阶段小结、操作记录的；
- 9、未按规定签署医疗知情同意书的；
- 10、非本院收容范围的病人就诊，门诊未实行首诊负责，未按要求书写首诊病历的；

**第三十六条** 违反本条例规定，有下列行为之一的，由医务部门给与扣奖金 10-30 元的经济处罚。

- 1、出科病历返修率每超过 10%（规定应  $\leq 25\%$ ）、或不按时到病案室返修、复签病历的；
- 2、出院卡片、出院病历、死亡病历不能在出院次日内、48 小时内、7 日内归档病案室的；



- 3、出院前日无病程记录和相关情况的描述、或无上级医师同意出院的内容的；
- 4、化验单粘贴或眉注不符合要求的；
- 5、入院1周后，仍有缺项、或一页病历被修改超过3处上未重抄、或无主治医师签字；或确定诊断、订正诊断不及时；
- 6、实习医师或试用期医师书写的各种记录超过3日无带教医师签字；或虽签字，但未经审阅、不负责任乱签字者；
- 7、未及时分析和记录常规检查阳性结果及有鉴别诊断意义的阴性结果；或重要治疗和药物调整、或病情发生突然变化的；
- 8、化验及检查医嘱与报告单不符、或申请单、报告单空项的；
- 9、由医师负责的体温单部分超3日仍未填写或标记者；
- 10、病程中未体现病人或家属的重要意见和要求、或无医师交代病情的记录内容的；
- 11、手术病例术前无上级医师查房讨论记录、或无第一手术者病人的记录内容的；
- 12、病历复印或复制时未验明身份、或不按规定借阅病历和相关资料的；
- 13、上级医师查房后未在1周内签字认定由住院医师记录的查房内容的。

**第三十七条** 病历资料因涂改、刮擦、挖补、撕毁、剪贴等掩盖或删除原来的字迹，每发现一处，扣奖金5元。

**第三十八条** 抢救记录不合格，扣除全部抢救费及记录人奖金10元；未写抢救记录者，扣奖金20元；符合抢救标准而漏开抢救，按抢救标准的种类，如数从科室奖金中扣除。



# 昭阳区中医医院病案、医疗文书复印 管理制度

一、复印复制工作由病案室具体负责，包括现住院病历、已出院病历、门急诊病历的复印复制。复印病历地点设病案室。

二、现住院病历由科室经管医师携带送至病案室，复印完毕后再由该医师带回病房。已出院病历、门（急）诊病历由病案室直接复印。任何人不得将病历交给病人或家属携带。

三、复印过程中所有病历资料不得毁坏和丢失，否则按有关规定处理。

四、复印内容为客观病历部分，包括门诊病历、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。

五、复印病历资料时，应当有患者/家属/代理人/关系人在场。复印后的病历资料加盖“昭通市昭阳区中医院病历复印专用章。”

六、当发生医疗争议时，要求在医患双方在场的情况下对主观病历资料进行封存，封存的主观病历资料可以为复印件，包括：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。复印主观病历资料时，要求医务部人员监督。

七、复印病历，每次由病案室人员开具复印申请单，规定的收费标准为 A4 纸每张 1 元、A3 纸每张 2 元。

八、病案室受理患者病历资料复印复制的申请。复印前应严格审查申请人下列证明材料：

- (1) 患者本人：提供本人有效身份证明。
- (2) 患者代理人：提供患者及其代理人有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料。
- (3) 死亡患者近亲属：提供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) 死亡患者近亲属代理人：提供死亡证明、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) 保险机构：提供保险合同复印件，承办人员的的有效身份证明，患者本人或其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，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，应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。
- (7) 劳保机构：办理病退或伤残鉴定，要求提供本人有效身份证明和劳动鉴定委员会的介绍证明。
- (8) 防疫机构：调查传染病疫情时，要求提供本人有效身份证明和防疫机构的介绍证明。
- (9) 患者所在企、事业单位代表为查实患者住院情况时，要求提供患者本人有效身份证明、单位代表有效身份证明、患者本人授权委托书和所在企、事业单位的介绍证明。

九、每次复印时病案室必须认真填写“病历复印申请表”备查。



## 昭阳区中医医院纠纷病历封存管理制度

### 一、医疗事故、纠纷病历管理

(1) 凡是临床各科病案发现有纠纷苗头、医疗问题或医疗事故的病历，应通知医务部和病案科。

(2) 病案室人员接听电话后要进行登记并交班，每个人引起重视和掌握处理办法。

(3) 将原始病案或复印件单独封存，按特存病历保管。

(4) 特存病历未经医务部领导同意，任何人无权借用、复印或拿走。

(5) 未经批准后拿走、复印、借用病历，必须登记签名，归还的时间。

### 二、封存病历管理

(1) 病人或家属提出口头申请后，及时通知医务部。

(2) 在医院、病案室、患者（或代理人应提供有效证件）人员到场时按照复印病案手续办理复印，并需要封存病案的申请人在其身份证明复印件上填写书面申请。

(3) 病历可以是主观部分，也可以是客观部分。

(4) 申请人如需要复印资料，按《病历管理办法》规定，复印客观部分，按实际复印张数收费。

(5) 将需封存的病案复印件经手人员核对无误后登记，装入病案袋内。袋外填写病案号、病人姓名、科室和封存日期，最后粘贴，双方签名，并加盖公章，由医务部保存。

(6) 原始病案，如病人正在住院由科室拿走，如已出院由医务部或病案室保管，均登记签名。

(7) 医疗事故、纠纷，封存病历病案人员要及时通知本科室领导。



## 昭阳区中医医院病案室工作制度

- 1、贯彻落实国家法规和卫生行政部门的规章制度，为医院管理服务、以全心全意为病人服务为宗旨，尽职尽责地做好各项工作。
- 2、做好病案、统计的管理工作，准确无误地完成临床疾病的分类编码、归档、医疗工作数据的统计、分析、上报等各项工作，准确及时地为临床、教学、科研、预防、医院管理、患者、保险及法律提供完整的病案。
- 3、认真执行医院、科内的各项规章制度及工作职责。
- 4、病案统计科的任何人，必须保守病案的一切秘密，不得随意泄露患者隐私，不许利用工作之便随意借阅病案。不能以工作之便向他人泄露统计数据及病案内的资料，如有发现严肃处理。
- 5、负责病案资料的收集、整理、归档、借阅供应、对外复印以及病案质量质控工作。
- 6、按规定外借的病案，应定期催还，归档保管好病案信息资料，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。
- 7、接待各类人员要做到服务热情、主动，做好耐心解释工作，不与病人发生争吵。
- 8、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。病案室应及时向临床科室查询未归档病案的下落。
- 9、定期向主管院长及病案管理委员会汇报工作。
- 10、服从科主任的管理，认真履行岗位职责，执行责任追究制度，加强业务知识学习，提高病案管理质量。



## 昭阳区中医医院病历保密制度

1、病历在病房会诊、检查、治疗等各种医疗活动时，须由病房护士传送病历，禁止病人接触病历。

2、病房病历存放专门的病历车内，非本科工作人员未经本科主任同意，禁止查阅、借阅、复印、复制病历。

3、病人出院后 72 小时之内，由病案室工作人员到病房收回到病案室，收回的病历医生在登记表内签字，确保病历的完整性、保密性，不丢失，其他人员无权收取、拿走、借出、扣留病历。

4、门诊病历供应传递过程：病人查号或挂号后→将挂号条送到病案室→收取→登记→查找→送门诊部，护士签字。门诊部护士→分发各诊室。医师使用后→门诊病案室回收病历，上午 10 点及下午 3 点以后→消号→整理→粘贴报告单→归档上架。

5、严格执行病案管理制度及借阅制度，病历一律不允许交病人及非病案管理人员，防止泄密及资料丢失。

6、电话中一律不回答有关病案内容，工作人员不得私下议论和泄漏病人隐私病情，做好保密工作。

7、病人需要病案资料，按《医疗事故处理条例》规定办理。持有效证件，特殊人员需要经医务部批准后方可查阅、复印客观病历资料。

8、特殊病历，有纠纷事故病历、高干病历施行单独封存管理，要求登记不得丢失，妥善保管，如有差错要追究管理人员的责任。



## 昭阳区中医医院住院病案管理制度

- 1、门诊病案、住院病案由病案室统一管理。
- 2、患者住院期间，病案由病房医护人员负责，不得随意携带出病房。
- 3、患者如需做辅助检查或到院外检查时，病房应派人负责保管病案，转院治疗时，应由主管医生写出病历摘要，交给患者，不得把病案转走。
- 4、患者出院时，主治医师签字应在患者出院前完成，病案要填写完整，因特殊情况内容没有完成者，应在两日内主管医师到病案室填补完整。
- 5、医生、护士和有关人员要爱护病案，借阅和使用期间，要妥善保管，并负有保密责任。对病案不得自行拆卸、涂改、玷污、破坏或失散，违者必究。
- 6、本院职工及家属的病案一律由病案室保管，私人不得扣留。
- 7、出院病案一经开出，病区任何人不得擅自扣留，如有特殊需要，必须待病案室登记、装订后经医务部批准，凭批条办理借阅。
- 8、对出院交回的病历，病区必须把化验单粘贴好，对病历交回病案室后回来的化验单、检查报告单及时交给病案室人员，由病案室负责粘贴在病历内。
- 9、住院病案保存 30 年。





## 昭阳区中医医院住院病案借阅制度

- 1、为保证我院住院病案完整及病案借阅管理工作而设立此项工作制度。
- 2、借阅病案首先填写申请书说明原因，并提供患者姓名、住院号、疾病名称由病案室负责借给，在病案室查阅。
- 3、住院病案原则上在病案室使用，特殊情况（如教学查房、病历讨论、专家会诊）经医务部、科教科有关部门批准，办理借阅手续，借用人方可携出室外。借阅时间不得超过3天，到期未用完者，经病案室同意，可酌情再延期。
- 4、门诊病人就诊时，需要用住院病案，由就诊医师填写借条，由病案室负责送到门诊，下班前收回，任何人不得扣压病案或将病案交给病人及家属。
- 5、病人再住院时，医生需要参考原住院病案时，应由病案室人员送至病区。交主管医师，用毕后24小时归还病案室。
- 6、科研、教学需借阅病案超过十五份，必须提前与病案室商定供应时间，以便提前准备，超过三十份则分期分批供应。
- 7、外单位因特殊原因，需要阅读或复印病案的，一律持本单位正式介绍信，有效身份证件。经我院医务部批准同意，方可在病案室使用，不得携带出室外，需要复印病案者应由病案管理人员审阅后，盖章生效，并按收费规定收取有关费用。
- 8、临床讨论会、病理讨论会、死亡讨论会所借阅的病案，应经主任医师签字后，由本院医师到病案室办理借阅手续，各种讨论会借阅的病案每次不能超过五份，如需要再借应将原来所借的病案归还病案室。



9、公费医疗办公室及物价等部门需要阅读病历者。应在病案室内阅读，特殊情况需说明原因。

10、护理查房使用病案者须经护理部批准，由护士长来病案室借阅，三天归还。

11、凡学习、进修医师一律不准将病案借出病案室。

12、病案借出若有丢失者，借阅者本人除负担经济赔偿和接受相应严肃处理外，还应负责由此病案丢失而引起的一切后果。

13、各级医师不准个人私自上架抽取病历，以防丢失和上错架排错号，由病案管理人员负责提取所需病案。



## 昭阳区中医医院病案查阅管理制度

1、凡因医疗、教学、科研、预防、医保等工作需要查阅病案者，请一律在病案阅览室内查阅，勿将病案带出阅览室外，必须带走的请按“借阅病案管理办法”的手续办理。

2、研究生、进修生、实习生，查阅病案须经本科主任签字方可查阅，否则不予接待。

3、非本院工作人员无权查阅病案。确因特殊原因者按《医疗事故处理条例》和《病历管理办法》规定执行，经医务部批准后方可提供查阅。

4、为防止病案丢失和保证病案及时归档，查阅病案本着使用多少，申请多少的原则，少量查阅可随时提供，大量查阅和检索需要事先与病案室联系，分批查阅。

5、查阅病案，要爱护资料，不准拆散、涂改、乱写、乱画、私自带走病案，违者酌情罚款 20-200 元不等。

6、病案库非本科室人员禁止入内。



## 昭阳区中医医院特殊病案管理制度

- 1、凡被医务部及临床科室认定的特殊病案，由病案室单独保管。
- 2、特殊病案包括：医疗事故、医疗纠纷、医疗差错病案、临床医、教、科、研、防有特别价值的病案、各科第一次开展业务、新技术、新手术的病案、诊治中遇到的各种第一例病案、重要历史人物、高级知名人士的病案。
- 3、特殊病案经医务部批准后方可提取并限期使用，其他任何人谢绝借阅。
- 4、特殊病案分别进行编号、造册、登记、不得丢失、涂改、撕页、私自复印。
- 5、特殊病案长期保存。



## 昭阳区中医医院死亡病案管理制度

- 1、凡在我院死亡的住院病案一律由病案科统一集中保管。
- 2、死亡病案不得丢失，遗弃，私自外借。
- 3、死亡病案及时登记，定期整理做特殊标记。
- 4、死亡病案与门诊病案最后合订保存。



## 昭阳区中医医院病案归档制度

- 1、归档是一项重要的工作，归档前期的工作更重要。例如：打号、填写姓名、加各种印章，必须经俩人认真仔细查对后再装入病案袋。
- 2、归档时要认真细致，思想集中，看准号码，不要抢时间，将装订整理、质量检查后的病案、借阅归还的病案、门诊就医的病案随时归档。
- 3、防止归档错误，如将号码看颠倒、字形看错、双份病案放入一个位置等。因此病案归档应准确、及时、无误。
- 4、归档工作要坚持核对制，采取归档“留尾制”，即不要一次把病案全部插入，要留一小部分与架外经核对无误后方可将病案全部推入架内。
- 5、保持病案排放整齐，归档时应随手将架上的病案拍齐。病案排放过紧，应及时移动、调整、保持松紧适度，可防止病案袋破损，提高工作效率。
- 6、各病区的出院病案专人负责归档工作。做到三查：查姓名、查病历号、查前后顺序号。对破损的病案袋或病案应在归档前修补好。
- 7、病案归档前造册，做好入库登记。



## 昭阳区中医医院病案整理、装订工作制度

- 1、每天回收全院各科出院病案、病房日报表及各种检查报告单、医嘱单等病案资料。
- 2、整理装订出院病案，严格执行查对制度。
- 3、整理装订每日出院病案，必须按顺序逐页仔细整理检查，目录与内容逐项查对，发现问题进行更改或及时反馈各科有关人员纠正。
- 4、每天将收回的各种检查、报告单及时粘贴。
- 5、每天从统计组返回的病案清点、登记后，放回质控柜中。
- 6、督促各科医师修改不合格的住院病案。
- 7、每天将从住院处取回的医嘱与出院卡片、病历核对。未结帐的病历与出院卡片核对进行整理。
- 8、根据出院卡片填写病历收取登记表。
- 9、对未结帐的病历进行登记。结帐后进行注销。
- 10、登记死亡卡片，签收死亡证明，粘贴在病历上。
- 11、出院后的病历及时录入计算机，录入时再进行认真、仔细核对，保证录入质量。



# 昭阳区中医医院出院病案粘贴检查报告单 工作制度

- 1、为保证患者权益，保证医疗资料完整，保证患者出院后的相关检查报告单归入病案而制定。
- 2、每天将从各病房回收到的病人出院后发回的各种检查、报告单必须认真负责、仔细、及时正确归入病人病案，以保证病案资料的完整。
- 3、及时查找、填写无名、无号化验单，更改错名、错号的化验单，对无法查对的差错回报单统一登记，每月报医务部。
- 4、将各种错名、错号、无号的报告单通过核查无误后及时贴入病案中。
- 5、任何人不得私自销毁、废弃、乱扔各种检查报告单。
- 6、将未出院病人的化验单进行登记，并通知该科取走。





## 昭阳区中医医院门诊病案管理制度

- 1、门诊病案由病案室统一保管。
- 2、患者住院由护士负责把病历一起送入病房。
- 3、患者出院后，如需要门诊病案资料，请到病案室办理复印手续。
- 4、医生、护士和有关人员要爱护病案，借阅和就诊期间要妥善保管，不得转交给病人及家属。
- 5、本院职工和家属的病历一律由病案室保管，私人不许保留。
- 6、门诊病历保存 15 年。



## 昭阳区中医医院门诊病案借阅制度

- 1、借阅门诊病历必须说明原因，并提供姓名、病案号，由病案室负责登记。
- 2、门诊就诊病历必须当天收回，已住院二次门诊病历，2天后收回。
- 3、需要查阅门诊病历超过 20 份，必须提前与病案室商定办好借阅手续，以便提前准备。
- 4、非本室人员不得自行抽取病历。
- 5、外单位因特殊原因需要阅读或复印门诊病历时，一律按《病历管理制度》持本单位介绍信和有效身份证等才可办理。
- 6、公费医疗办公室需要查阅病案时应在病案室内阅读，特殊情况需说明原因 3 天内归还。



## 昭阳区中医医院统计室工作制度

1、认真执行《中华人民共和国统计法》和《统计法实施细则》，执行上级卫生部门制定的统计工作人员制度和报表制度。

2、努力使统计工作实现“六化”，即统计指标体系的完整化；统计分类的标准化；统计调查工作科学化；统计基础工作规范化；统计计算和数据传输技术的现代化及统计服务优质化。

3、统计人员要深入科室，广泛收集资料严格审核，科学整理，正确计算和分析各项指标。

4、统计资料及时准确，各种统计、分析、报表及编码采用国家和部颁标准；统计数据真实、完整、准确，及时分析、反馈与利用。按时向上级统计机关、院领导、医务部报出上月医疗、质量、疾病分类等报表。

5、应与各科室建立联系，形成统计网络，定期总结工作，并负责院内各种统计资料原始报表的设计和修改工作。

6、努力学习，积极钻研，不断提高自身的政治素质和业务水平，为医院科学管理当好参谋，为科研提供科学的、准确的统计资料。

7、配合临床和科研，搞好医学科学实验和临床实验设计论文中的数据处理，保障科研工作的顺利进行。



## 昭阳区中医医院统计资料保密制度

- 1、统计人员要严格按《统计法》第十八条规定，加强对统计资料保密管理。
- 2、统计人员不得通过计算机复制统计室统计资料信息。
- 3、统计人员必须严格按照《医院医疗事故管理条例》执行，不得为他人提供住院患者病案所记录的个人隐私。
- 4、统计人员禁止为他人查找患者家庭住址、电话咨询等个人资料，如确因工作需要查找，需提供证明并由医务处批准备案后方可提供。
- 5、本院各科室及个人不得索取与业务范围无关的资料。
- 6、加强网络安全，禁止复制与本室无关的软盘、光盘。



## 昭阳区中医医院统计报表审查制度

1、统计人员无论是上报卫生行政部门报表，还是院内所需各类报表，均应利用计算机程序完成，积极参与网络信息技术及信息传递，各类报表要保证资料的时效性。

2、使用各类电子表格要统一规范，计算范围口径要统一，报表项目齐全，保证报表资料、数据完整性。

3、统计人员在统计数据形成报表后，应对各类数据及文字分析由两人核对，对发出报表经核对无误登记在“提供数据登记本”后，经审核无误上报并由提供及审核双方登记。

4、报送上级卫生行政部门报表，应按规定时间报送。报表内容要求认真核查做到准确无误，不得虚报、瞒报、漏报，上报报表由科主任交给主管院长进行审批，合格后加盖公章方可报送。



## 昭阳区中医医院病案室防火安全制度

- 1、在病案室禁止吸烟，严禁使用明火；动用明火必须经总务部批准。
- 2、室内必须保持通道畅通，柜架间保持一定间距，不得堆放可燃易燃物品。
- 3、电闸、电灯、配电盘与柜架间隔要在 0.5 米以上。
- 4、室馆内不得存放汽油、酒精等化学易燃物品，保持清洁卫生。
- 5、工作结束后，必须拉闸断电，关窗锁门，防止火灾事故。
- 6、保持消防器材完好，专人管理，定位使用；不得随意挪用、挪动、挪换。



## 昭阳区中医医院患者病历封存程序

- 1、发生医疗事故争议时，患者本人及其代理人，提出封存病历申请。
- 2、门诊或病房要保管好病历，以免丢失。并及时准确将患者病情变化、治疗、护理情况进行记录。
- 3、备齐所有有关患者的病历资料。
- 4、科室向医务部；晚间及节假日向院总值班报告。
- 5、医务部（晚间及节假日院总值班）与患者或近亲属共同在场的情况下封存患者病历（封存病历可为原件病历复印件），完善签字盖章程序。
- 6、封存的病历由医务部保管。晚间及节假日由院总值班保管，次日或节假日后移交医务部。
- 7、如为抢救患者，病历应在抢救结束后六小时内据实补齐，并按上述程序及时封存。



## 昭阳区中医医院病案管理委员会职责

一、宗旨：为了进一步加强病案的科学管理,提高病案书写质量,使病案内容充实、完整,成为医、教、研、防、护、管等各项工作的重要资料 and 法律依据,完善病历质量的检查监督职能,特成立病案管理委员会。

二、人员组成: 设主任(医疗副院长)1名、副主任(医务部主任)1名,成员由医务科、护理部、病案统计室、临床业务骨干担任。

三、办公室: 设在医务科,由医务科负责人担任主任。以下分设病历质控组(组长由副主任医师以上临床专家担任)、病历管理组(组长由医务科主任担任)

四、职责:

(一) 病历质控组职责

- 1、在医疗副院长、医务部的领导下,严把病历质量关。
- 2、按照我院制定的《病历书写基本规范和质量管理办法》检查和监督病历质量,并提出具体意见。
- 3、讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名,提出对临床医师在书写、使用、管理病案方面的要求。
- 4、修订、完善病案书写、检查和管理等方面的规章制度,经院办公会批准后执行。
- 5、每月对病历进行评审,评选最佳及优秀病历,并实施相应的奖惩措施。
- 6、有计划地组织病历书写规则的考核。定期抽检,保证甲级病案率达





到 100%。

7、审核有关病案记录和医疗表格的初印和改印工作，以保持病案规格的一致性。

8、定期向院领导汇报病案工作，督促临床科室改进病案管理工作。

## （二）病历管理组职责

1、病案室工作人员岗位职责

2、病案质控专职医师职责



# 昭阳区中医医院病案统计室工作人员职责

## 一、病案统计室主任职责

1、组织好科内人员的政治学习，做好政治思想工作，不断提高全科人员的政治思想觉悟。一切工作都要做到以人为本，虚心听取病人及其他科室的意见，不断提高服务质量和工作质量。

2、在院长领导下工作，全面负责科内的业务和行政管理工作，依据医院的总体目标制定本科的建设发展规划、各项规章制度、技术操作常规，并组织实施。抓好学科建设，结合本科实际，向科有特色、人有专长方向发展。

3、为病案管理专业的发展，建设一支强有力的技术干部梯队。有计划地组织全科人员进行业务学习、培训、考核，安排好科内人员的外出参观、学习和参加学术会议等，积极支持自学成才，提高各级人员的业务素质、工作能力和管理水平。

4、认真安排好教学工作，完成好各项教学任务。

5、以身作则、为人师表，教育科室人员清正廉洁，树立良好的职业道德，杜绝发生一切不正之风。

6、勤奋敬业、开拓进取。参加学术会议，搜集有关信息。了解国内外病案统计专业发展动态，借鉴国内外先进经验。钻研理论指导实践，认真总结经验，不断改进病案统计管理工作，提高管理水平。

7、对科内重大的疑难问题，发扬民主作风，广泛听取干部、群众的意见，做出正确决策，以免工作失误。



- 8、对全科人员有聘任、调动、安排使用权和科内奖金分配权。
- 9、经常了解工作人员的思想状况，关心群众生活，注意工作方法，坚持群众路线，调动全体人员的积极性，努力完成好各项工作任务。

## 二、病案统计人员职责

1、在科主任的直接领导下工作，服从科主任管理并主动配合工作。要较好的综合素质，对工作严谨、求实。组织安排好医院、科领导布置的各项工作和本组的政治、业务学习。做好群众的思想工作，不断提高组员的政治、思想觉悟，以人为本，做好各项工作，牢固树立为医、教、研、防、护、管、技、患者服务的思想。

2、服从科主任安排，全面负责业务和行政管理工作。把好工作质量关，做好基础质量工作，不断提高服务质量，完成好各项任务。

3、不断提高业务水平，以适应现代化病案统计管理的需求。

4、带头执行院内、科室的各项规章制度，做遵纪守法的模范。

5、做到既有分工又有协作，与其它部门之间建立较好的工作关系。

6、参加日常业务学习。

7、保管好设备物品，做好安全保卫工作。

8、做好总结与提高工作。

## 三、门诊病案工作人员职责

1、在输送病案本上登记姓名、科别、专家姓名。

2、查找、输送专家及普通门诊病案并与护士交接签字。

- 3、建新门诊病历。
- 4、回收、核对、整理、当日门、急诊病历。
- 5、粘贴各种检查报告单，打号、上架。
- 6、查找、提供、归档为医、教、研、防所使用的门、急诊病历
- 7、做好特殊病案的登记、管理工作。
- 8、保持病案库整齐，工作间整洁、干净卫生。

#### 四、住院病案工作人员职责

- 1、下病房收取出院病历、出院卡片、日报表、化验检查报告单、死亡证明书，回科室后消毒。
- 2、对出院病历逐份与目录进行核对、清点、排序、装订。
- 3、粘贴、装订从病房收集的化验、检查报告单。
- 4、把出院未结帐的病历、没有医嘱的病历等分别放置、登记。
- 5、对质控后不合格的病案负责通知病房到病案室审核。
- 6、对审核后的病案通知科主任签字。
- 7、负责病案首页的网络录入，掌握ICD-10及手术编码知识。
- 8、对完整的病历进行核对、打号、上架、造册登记、入库。
- 9、提供、查阅、借阅、催还、归档临床、科研、教学、预防、物价、医保等上级医政部门所使用的病案。并对使用的病案进行登记。
- 10、提供病案复印服务。按规定进行审核、登记、交费、签字。
- 11、完成病案复印工作。

#### 五、病案统计专职人员职责



- 1、下病房收取出院病历、出院卡片、日报表、死亡证明书、各种检查报告。
- 2、对日报表进行统计、核对、录入计算机。
- 3、接收病历、卡片等。
- 4、对每份出院病案逐一编码。
- 5、纠正临床错误诊断，掌握 ICD-10 及手术编码知识。
- 6、按时完成病案首页的入机工作，对编码、输机后的病案及时归档。
- 7、对输机后的病案首页认真核对，输入过程中新发现的问题进行登记。
- 8、按时完成出院台帐登记工作。
- 9、按要求完成各种报表的上报工作及应急任务。
- 10、为医、教、研、防及上级机关提供检索工作并做认真登记。
- 11、完成医技科室的工作量统计并及时补充新增内容。
- 12、完成报表的对比分析及每年的汇编工作并不断提高水平。



# 昭阳区中医医院保护病人隐私制度与措施

## 一、制度

1、救死扶伤，实行人道主义，时刻为病人着想，耐心细致地为患者提供科学的医疗及护理服务。

2、为病人保守医疗秘密，实行保护性医疗，不泄露病人的隐私。医务人员既是病人隐私权的义务实施者，同时也是病人隐私的保护者。

3、尊重病人的人格与权利，对待病人不分民族、性别、职业、地位、财产状况，应一视同仁。

4、严格执行《执业医师法》第 22 条规定：医师在执业活动中要关心、爱护、尊重患者，保护患者隐私；《护士管理办法》第 24 条规定：护士在执业中得悉就医者的隐私，不得泄露。

## 二、措施

1、了解患者的民族、信仰、风俗、习惯、忌语，使其在不违反医疗、护理规定的原则下得到尊重。

2、医护人员未经患者本人或家属同意，不得私自向他人公开患者个人资料、病史、病程及诊疗过程资料。

3、工作人员要注意言谈中不得擅自议论患者及家属的隐私。

4、对特殊疾病的病人，医护人员床头交接时不应交接医疗诊断，应为学生保守医密。

5、对异性患者实施隐私处置时，应有异性医护人员或家属陪伴。

6、危重症病人在更换被服、衣物、翻身时，应尽量减少暴露。

7、为患者处置时要拉帘或关闭治疗室的门或挂“处置或检查中，请



稍候”的提醒标牌。

8、住院病室要男、女患者分开，各病室床间安装拉帘。

9、医护人员进行暴露性治疗、护理、处置等操作时，应加以遮挡或避免无关人员探视。

10、对于院内或科室内安排的参观、学习活动，应征得患者本人同意，并告之学习内容。

11、除实施医疗活动外，不得擅自查阅患者的病历，如因科研、教学需要查阅病历的，需经医务科同意，阅后应立即归还，不得泄露患者隐私。



## 昭阳区中医医院

### 门诊保护性医疗制度和保护病人隐私制度

一、门诊医护人员在实施诊疗过程中凡是涉及到患者的言语，可能对患者造成伤害，必须要执行保护性医疗制度，避免在患者面前谈论，以及在无关人员面前提及，造成不必要的伤害。

二、患者的隐私在诊疗过程中仅向医务人员公开，是不愿让他人治疗的个人私有领域，医务人员有义务也必须为其保守秘密，维护患者的各种利益，严格执行保护性医疗制度，不得以任何方式泄露患者隐私与医密，未经患者本人同意，不得向他人泄露。

三、对于可造成患者精神伤害的疾病、生理上的缺陷、有损个人名誉的疾病等，医护人员在履行告知义务时，在不违背保护性医疗制度前提下，不得歧视患者，要注意尊重患者，在向患者和家属告知病情时，使用规范性语言，特别要讲究语言艺术和效果。





## 昭阳区中医医院

### 保护性医疗制度、保护病人隐私制度

- 1、医师在执业活动中必须遵守法律、法规，执行技术规范。
- 2、医护人员树立敬业精神，遵守职业道德，履行医师职责，尽职尽责为患者服务。关心、爱护、尊重患者，做好保护性医疗工作和保护患者隐私。
- 3、在医疗活动中，医师应尊重患者的人格，对患者不分民族、职业、外貌、地位，一视同仁，不随意将医者的意志强加于患者，实施医疗行为应以尊重患者人格为前提。严格执行保护性医疗。
- 4、保管好患者的病历，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管人员外，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。阅后应当即归还，不得暴露患者隐私。
- 5、在医疗活动中，医师应有刻苦钻研，虚心好学的精神，不断更新知识结构，努力提高技术水平，坚持合理检查、合理治疗、合理用药，维护患者的各种利益，不得以任何方式泄露患者隐私与医密，向患者和家属告知病情时，使用规范性语言。
- 6、在医疗活动中，医疗卫生工作人员应具备职业道德是医疗卫生工作人员在履行职责中应具备的基本思想品质。在询问患者病史、体格检查时，举止端庄，文明礼貌，严守秘密，尊重患者的人格。



## 昭阳区中医医院病案使用制度

- 一、患者看门诊需要参阅住院病案时，由门诊医师到病案室查阅。
- 二、提供科研分析用的病案，应在病案室内阅毕归档，必须借出时经领导批准。
- 三、非医教人员，不得查阅病案，进修医师查阅病案，须经科主任批准。
- 四、下列情况可提供病案，但必须于当日归还：尸体解剖；核对标本；医疗纠纷（经院长批准后，可提供复印材料）。



## 昭阳区中医医院病历复印程序

一、医院受理下列人员和机构复印或者复制病历资料的申请：

- 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。

二、申请人应当提供的证明材料：

- 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）。

三、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，应当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材料。

四、申请人按照第二条要求，携带有关证明材料到医务科提出书面申



请，经医务科签署意见后，由病案室负责复印。

五、医院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。复印病历按照规定收取工本费。

六、复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，由医务科加盖证明印记。

七、现住院病人的病历除公安、司法机关侦破案件等特殊需要外，原则上不予复印，可于出院一周后复印。



## 昭阳区中医医院病历复印相关法律规定

患者能够复印或复制哪些病历资料呢？《医疗事故处理条例》第十条第一款规定：“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、护理记录以国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。”

哪些人可以复印或者复制病历资料呢？《医疗机构病例管理规定》第十二条明确规定，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）患者本人及其代理人；
- （二）死亡患者探亲属或其代理人；
- （三）保险机构。

同时依照《医疗事故处理条例》第十一条第二款和《医疗机构病历管理规定》第十三条之相关规定，患者在复印或复制病历时还要注意几个问题：

- 1、病历复印或复制需要提供书面的申请材料；
- 2、一定要提供申请人的有效身份证明。这个有效身份证明还有一定要求，患者本人提供身份证即可，如果委托他人前往复印或复制的，除提供委托人和受托人的有效身份证明外，还要提供证明代理关系的法定资料，即委托书或授权书；死亡患者的近亲属申请复印或复制病历时，除身



份证明外，还要提供双方关系的材料及户口簿或公安机关出具的证明，委托他人的还要有授权书或委托书；申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件、承办人员的有颜色身份证明、患者本人或者死亡患者的近亲属或其代理人同意的法定证明材料。

3、在复印或复制病因资料时，医患双方都要在场。复印或复制完成后，经双方核对无误，医疗机构应当在复印或复制的病历资料的每一项上都加盖证明印记，医疗机构可以按照规定收取一定的工本费。



## 昭阳区中医医院病历借阅程序

国务院颁布的《医疗事故处理条例》，卫生部配套了《医疗机构病历管理规定》[1]（以下简称《规定》），标志着病案已经不仅仅是医疗、教学、科研的重要资料，也是伤残评定、医疗保险及医疗纠纷和事故评定的重要法律依据。《条例》与过去的《医疗事故处理办法》比较就是部分病历可以向病人公开。因此，病案书写者和管理者要加强法律法规学习，增强法律意识，进一步加强病案从形成至使用过程的管理，防范医疗纠纷，为举证责任提供强有力的证据，维护医院的社会和经济效益。

病案是一种具有高度可靠性的科学性的永久记录。不仅是疾病的临床诊治、护理等主要记录，也是临床科研、教学的重要原始资料，还是有关部门提供病休、合理安排工作、评残等的参考资料。当发生医疗纠纷时，病案则是重要的法律依据之一。为了做好病历的管理工作，制定病历借阅管理程序。

### 1、借阅权限

为了保护患者的隐私权和尊重医护人员的知识产权，现阶段应对病案的使用权限给予一定的限制，《规定》明确指出“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，其他任何机构或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。”也就是说非本医疗机构的执业医师是不能借调病历的。但是为了满足医院从事临床医、教、研的人员的工作需要，可以把借用病历具体明确为以下人员：



(1) 属于本医疗机构的医师、进修医师、主管以上技诊人员和有关职能科室领导。

(2) 实习医师无权单独借用病案。

## 2、借阅办法

(1) 所有借阅病历均要办理借阅登记手续。传统手工操作既费力又费时，不能保证所有病案的准确查询，病案的信息得不到及时的反馈，病案的利用受到限制，所以应当开展利用计算机管理病历的借阅，既快速又便于管理，还可以提高科研组的交叉使用率。

(2) 再入院病例的病案可借出病案室，科研病历一律不借出病案室，有特殊需要者，应经医教处（科）批准。

(3) 进修医师在学习期间借用病案作科研资料，应先立课题经带教科室主任同意签字后，再往医教处（科）办妥确认续方能借阅。

(4) 护士（师）需经科护士长同意后方能借阅。

(5) 病案借出后一律要在病案架上使用示踪卡。

(6) 归还病案时应办理注销手续。

## 3、借阅时限

再次住院病人需借回病房的病历为 2 周，在病案科内借调的科研病历为 1 个月。

## 4、借阅须知

(1) 借阅者应妥善保管和爱护病案，不准在病案上标注、涂改、污损、撕、换和丢失页面。

(2) 享有使用权者不能随意向外单位和/或无关人员透露病案内容，不得以任何行式把病历转借他人。



(3) 对病人出院 72 小时内仍在原出院科室保留的病历，其他科室人员急应用该病历时，可与病案室联系暂时借用，由病案室提前回收后再办理借用手续，用完即归还病案室，否则按原出院科室遗失病案处罚。

(4) 司法部门、保险机构或其他医疗机构要借用病案作依据时，可凭介绍信经医教处(科)审批后交由病案室提借摘录或复印件，原病案不外借。

(5) 进行病历专题讨论或死亡讨论需用病历时可以借出，但必须由本院的中级或中级以上的医师办理借阅手续并负责按期归还。

(6) 本院医师调离，进修医师结束学习时均需全部归还所借病历，方能办理离院手续。

(7) 病员由他院转入，需要了解原来医疗情况，只能向原医院索取病情摘录或有关复印资料。

(8) 病历在院内传递(包括复印)原则上应由专人负责。

## 5、处罚措施

为了保证借阅程序的权威性还需对违反者给予必要的警示或处罚

[2] 。

随着法制社会的发展，公民的法律意识和自身的权益保护意识增强，人们对医疗质量的要求不断提高，医院越来越多地遇到涉及医患双方利益的法律问题。在发生医疗纠纷时，医护人员的权益同样应受到保护，医疗纠纷高额索赔的现象及其获得社会普遍同情的状况使医疗机构面临尴尬，针对这种困境，不仅要提高广大医务人员对病案证据作用的认识，病案管理人员更要把提高病案管理质量变为自觉的行为，认真管好和用好病历。



## 昭阳区中医医院病案院内流动制度

### 一、建索引，病案号

准确填写不漏项，先检索后建号。

### 二、住院病案首页

准确填写不漏项。

### 三、住院病案

科室不同，病案不同，各级医师负责病案质量，护士、医技人员执行医嘱，财务人员准确核算。

### 四、出院病案

准确填写，不漏项，签字。

### 五、回收

病案统计人员与护士交接报表、病案。

### 六、病案统计室

1、整理组：装订、整理、登记。

2、疾病编目组：首页中所有 ICD 编码。

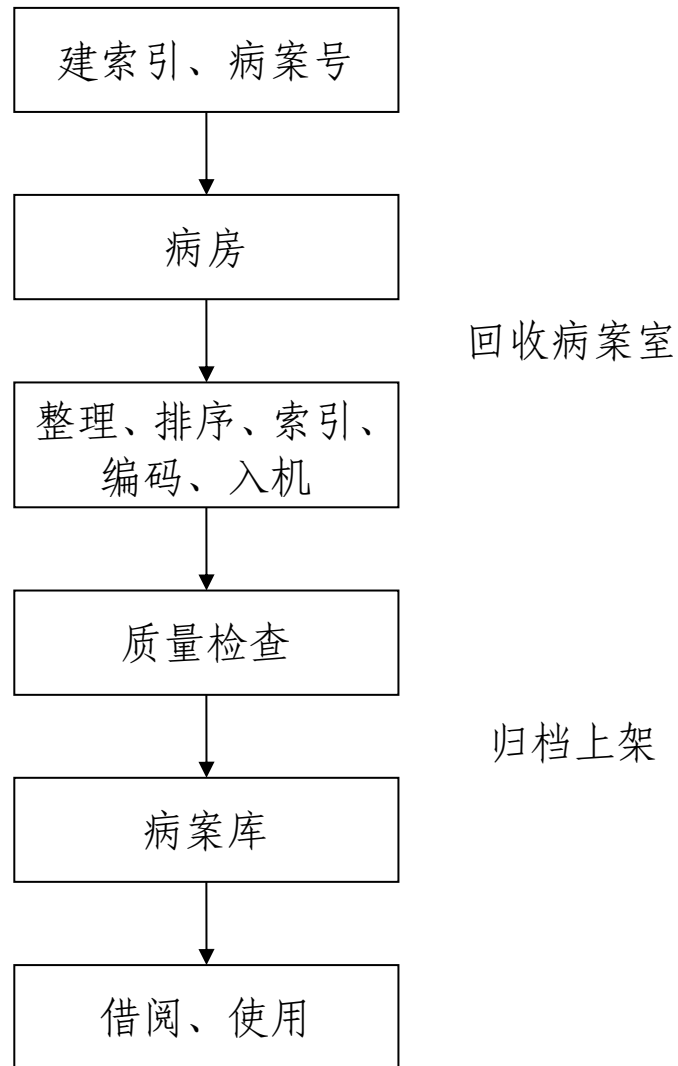
3、病案质量检查组：检查病案质量，医生护士补充、修订签字。

4、统计组：医学统计报表。

5、病案库归档。

### 七、再利用、借阅、使用

## 昭阳区中医医院住院病历管理程序





## 昭阳区中医医院门诊病历院内流动制度

一、门诊病历是病人门诊诊疗过程的完整记录，应在第一次就诊时建立。

二、门诊病历通常分为两种形式，正规门诊病历和手册式病历。

三、本院关于门诊病历建立的规定

1、建立正规门诊病历的患者为：产前检查、医疗保险、大病统筹、公费医疗、科研病历、急诊及留观病人、住院病人等。

2、建立手册式病历的患者为：与本院没有任何医疗关系且不属于建立正规门诊病历范畴的患者。

四、正规门诊病案的建立

1、查找姓名索引卡：患者挂号后，首先到门诊病案室查看是否建过门诊病历，如果存在与其相符的索引，在患者认真核对后，给予补挂号证，患者沿用以前的病历，不再重新建立病历。如果发现患者有过两份以上的门诊病历，则按照病历合并程序对其合并，从而保证每个患者只有一份门诊病历的原则。

2、建立新的正规门诊病历程序：没有与其相符的索引时，在挂号处窗口为患者建立新的正规门诊病历。

(1) 填写门诊病历首页，包括病人的姓名、性别、年龄、住址、工作单位等可以鉴别病人身份的信息。

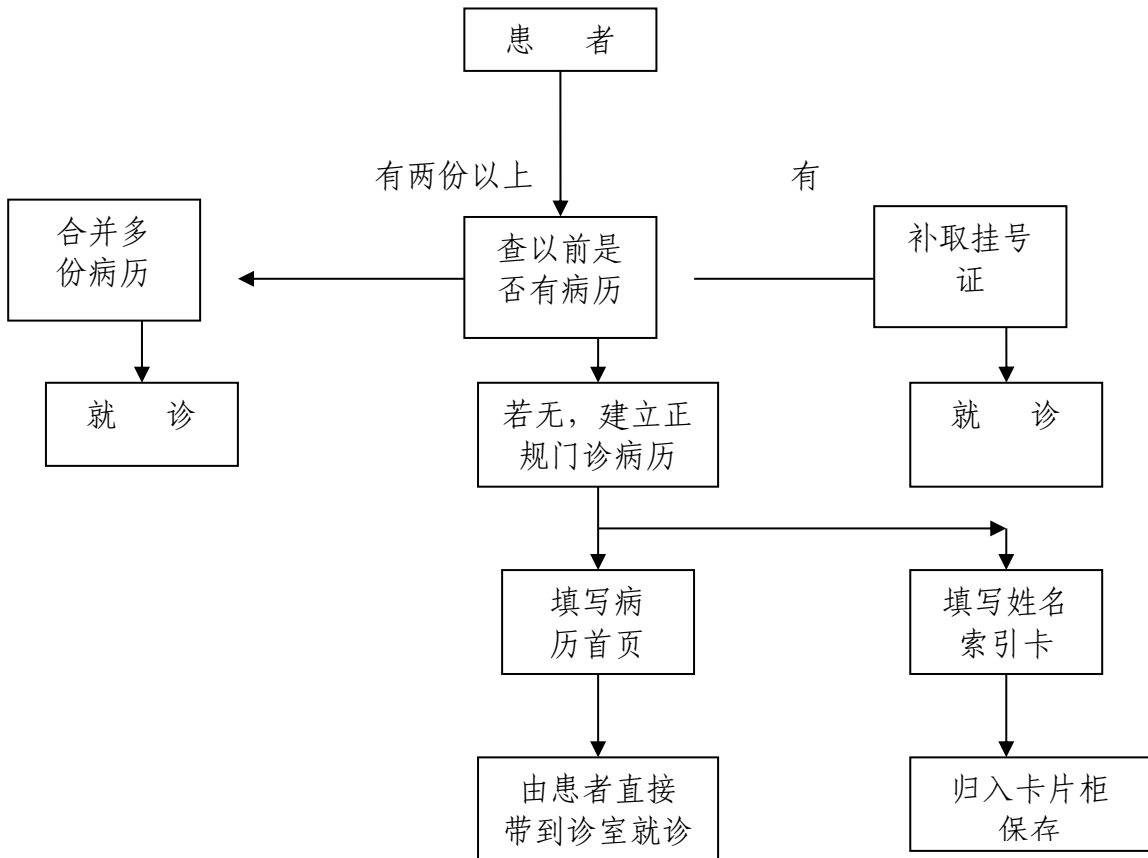
(2) 将病人的上述信息、门诊号、病历号进行登记，送到门诊病历室。

(3) 门诊病历管理人员建立姓名索引卡，并及时归档保存。

(4) 新建立的病历由病人直接带到就诊科室就诊。

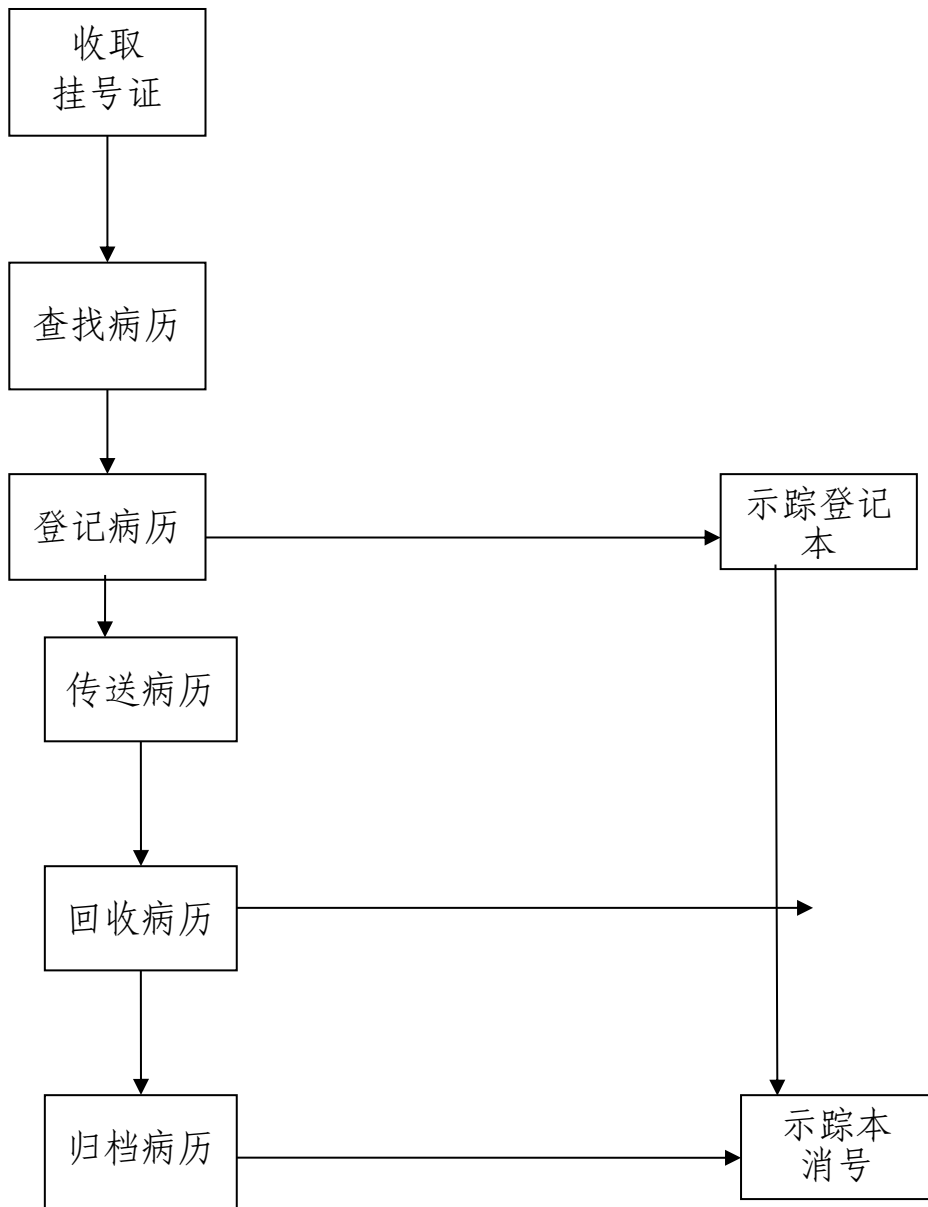


# 昭阳区中医医院门诊病历管理程序





## 昭阳区中医医院门诊病历供应工作流程图





# 昭阳区中医医院

## 环节病历（运行病历）检查、 评价及反馈制度

- 1、运行病历检查组定期（每月1次）对全院各临床科室运行病历进行全面检查。
- 2、运行病历检查从病历架上随机抽取。
- 3、运行病历检查应严格按照运行病历质量评价标准认真检查，发现问题及时反馈所在科室及本人整改，并将检查结果上报。
- 4、经犯规无效，除批评教育外应与所在科室及当事人的奖金挂钩。
- 5、对运行病历完成比较好的科室及个人应提出表扬并给予适当的奖励。



# 昭阳区中医医院

## 终末病历（出院病历）检查、评价 及反馈制度

- 1、出院病历检查组定期（每月 1 次）对全院各临床科室出院病历进行全面检查。
- 2、出院病历检查从病历架上随机抽取。
- 3、出院病历检查应严格按照运行病历质量评价标准认真检查，发现问题及时反馈所在科室及本人整改，并将检查结果上报。
- 4、经犯规无效，除批评教育外应与所在科室及当事人的奖金挂钩。
- 5、对运行病历完成比较好的科室及个人应提出表扬并给予适当的奖励。