

病案管理制度

一、病案编号制度

(一) 医疗机构应为每位住院患者建立住院病案，为每位门(急)诊患者建立门(急)诊病案。

(二) 建立住院病案和门(急)诊病案编号制度，为同一患者建立唯一的标识号码。

(三) 住院患者有唯一识别病案资料的病案号。通过一个病案号可获得相关的历史诊疗记录，保证病案的完整性、连续性。

(四) 已建立电子病历的医疗机构，应当将病案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案进行检索。

(五) 对于办理住院手续后患者又放弃住院且未产生医疗费用的患者，可以不计为住院患者，病案号可继续给其他患者使用。

二、病案回收制度

(一) 病案回收是指住院患者每次出院后或门(急)诊患者每次诊疗活动结束后将出院病历或门(急)诊病历收回到病案科(室)。

(二) 病案科(室)负责全部出院病案的回收工作。在患者出院后及时将病案收回到病案科(室)。一般情况下，出院病案在7个工作日内收回到病案科(室)率 $\geq 90\%$ 。

(三)门(急)诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构建有门(急)诊病案室或者已建立门(急)诊电子病历的,其门(急)诊病历可以由病案科(室)负责回收。由病案科(室)负责回收的,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。

(四)回收出院病案时,应严格做好病案的核对、交接、签收工作,交接双方在《病案回收登记册》上签名。登记内容至少包括患者出院科室、病案号、出院日期、接收病案时间、接收人、送交人等信息。回收至病案科(室)后应立即完成人科登记。

(五)若回收病历时还有未出结果的辅助检查报告单,如病理报告单,病房经治医师应在收到检查检验结果后24小时内将报告单送至(或通知)病案科(室),并据实、按要求书写相关病历内容(详见第一篇第三章第二节),病案科(室)工作人员应在24小时内归入病历。

(六)定期统计出院病案回收情况。据住院日报表,每日统计未回收病历并列明明细,对未按时回收病案进行催交并记录。每月汇总、分析、反馈回收情况,回收情况纳入医院科室质量考核体系。

三、病案整理装订制度

(一)病案科(室)负责回收病案的整理装订工作。

(二)整理出院病案时应认真核对病案资料内容,发现有缺失者,应及时通知临床科室相关人员,各临床科室及相关人员应积极配合并及时做好病案资料的完善工作。

(三)对完整的病案,进行规范排序、装订,整理装订正

确率应达 100%。病案装订排序见附件。

(四) 定期汇总、通报出院病案资料缺失情况并纳入医院科室绩效考核体系。

附 1 出院病案装订(归档)排序

1. 住院病案首页

2. 出院记录(死亡记录)

3. 入院记录(再入或多次入院记录/24小时内入出院记录)

4. 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、疑难病例讨论结论记

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

结及术前讨论结论记录、术后首次病程记录、死亡病例讨论结论记录。

(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、手术安全核查表、手术物品清点记录。

(4) 会诊记录。

(5) 条形码粘贴单。

(6) 输血护理记录单。

5. 知情同意书

(1) 手术知情同意书。

(2) 麻醉知情同意书。

(3) 输血治疗知情同意书。

(4) 特殊检查(治疗)知情同意书。

(5) 病危(病重)通知书。

(6) 其他知情同意书。

6. 辅助检查报告单(顺序排)

(1) 病理诊断报告单。

(2) 影像报告单(包括超声、X线、CT、磁共振、内镜、核素、造影等检查报告单)。

(3) 检验报告单。

7. 医嘱单(顺序排)

(1) 长期医嘱单。

(2) 临时医嘱单。

8. 体温单(顺序排)

9. 病重(病危)患者护理记录(顺序排)

10. 其他

附 2 门(急)诊病案排序

1. 门(急)诊病案手册封面[门(急)诊病案首页]

2. 病历记录

3. 检查报告单

4. 检验单(检验粘贴单)

5. 其他

四、病案归档制度

(一) 病案归档是指病案回收到病案科, 经过整理加工, 根据病案的标识(号码)将病案按一定的顺序进行系统性排列、上架, 以便能快速、容易地查阅和检索病案。

(二) 归档时要认真细致、思想集中、看准号码, 实行核对制, 病案上架时要再次认真核对架上前后病案袋的病案号。防止归档错误, 如将病案号看颠倒, 数字看错, 或将不同患者的病案放入一人病案袋。

(三) 保持病案排放整齐, 归档时应将架上的病案排齐。病案排放过紧时, 应及时移动、调整, 保持松紧适度。

(四)防止病案袋破损，对破损的病案袋或病案应在归档前修补好。

(五)整理好病案后应及时归档。一般应在患者出院后 10 个工作日内完成，借阅归还、复制的病案应在归还或复制后 1 个工作日内完成归档。

(六)定期检查病案归档情况，对发现的问题及时整改，持续优化、改进工作流程和方法，提高病案归档质量和效率。

五、病案(历) 保管制度

(一)住院病案由医疗机构负责保管

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。病区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，住院病案由病案科(室)或者专(兼)职人员统一保管。住院病案保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于 30 年。

(二)门(急)诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构病案科(室)有门(急)病历回收职责或已建立门(急)诊电子病历的，医院可通过公告等方式向患者公示告知，患者或者其法定代理人无异议者视为同意，其门(急)诊病历可以由医疗机构负责保管，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。

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。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

后首个工作日内将门(急)诊病历归档。

(三)特殊病案应专人专柜保管。特殊病案包括但不限于医疗纠纷病案、对临床医教研有特别价值的病案、医疗机构首次开展的新项目新技术及诊治中所遇到的各种第一例病案、重要历史人物或高级知名人士的病案等。

(四)保证存档病案完整，无破损、丢失，病案完好率达100%。

(五)医疗机构变更名称时，所保管的病案应当由变更后的医疗机构继续保管。医疗机构撤销后，所保管的病案可以由省(市、县)级卫生健康行政部门、中医药管理部门或省级卫生健康行政部门、中医药管理部门指定的机构按照规定妥善保管。

(六)医疗机构应当严格病案管理，任何单位和个人不得篡改、伪造、隐匿、毁灭、抢夺或窃取病历资料。

六、病案查阅、借阅制度

(一)医疗机构应严格按照国家相关规定，安排专部门专/兼职人员负责全院病案的查阅、借阅工作。

(二)除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生行政部门、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。

(三)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。任何人员和机构未经批准，不得将任何病案资料带离患者就诊的医疗机构。

(四)特殊病案(纠纷病案、特殊病种病案等)应专人专柜进行保管,查阅、借阅时需经分管院领导或部门负责人同意签名后调阅。

(五)借阅人员应妥善保管和爱护病案,不得在原始病案资料上涂改、标注、修改病案任何内容,不得污损、毁损、转借、拆散和丢失,不得拍照、复制病案资料,不得泄露患者隐私。

(六)应通过复印的方式满足患方的法定病例查阅权。

(七)借阅病案时,借管双方在借、还时应核对病案号与数量是否相符,保障借还的病案一致,并对借阅病案进行专册登记。借阅登记册内容应包括借阅时间、借阅目的、借阅病案号、归还时间、借阅人签名、借出工作人员签名等。对未按时归还者须及时进行催缴并记录。

(八)定期(每月)对病案借阅、交还等情况进行汇总、反馈,持续改进服务效率和质量。

七、病案复制(复印)制度

(一)医疗机构应严格按照国家相关规定,安排专部门专/兼职人员负责全院病案的复制(复印)工作,医院各部门应做好病案(病历)复制工作的衔接管理。

1. 医院医疗安全管理部门可以负责受理对投诉纠纷、涉法涉诉案件纸质及电子病案(病历)的复制(复印)申请,审查后交由病案科(室)或信息部门进行复制(复印)工作。

2. 病案科(室)负责受理并管理除上述以外的纸质病历资料的复制(复印)工作。

3. 信息部门负责对除上述以外的电子病历资料的复制(复印)管理工作。

4. 任何其他部门及个人对患者的病案(病历)资料没有私自复制权。任何人员和机构未经批准,不得将任何病案资料带离患者就诊的医疗机构。

(二)病案科(室)/信息部门病案复印人员负责受理下列人员和机构复制病案资料的申请。受理申请时,应当要求申请人提供有关证明材料,并对申请的证明材料进行形式上的审核及留存。对符合规定者,应其要求提供病案复制(复印)服务。

1. 申请人为患者本人的,应当提供其有效身份证明。

2. 申请人为患者委托代理人的,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。

3. 申请人为死亡患者法定继承人/近亲属的,应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人/近亲属的有效身份证明、死亡患者与法定继承人/近亲属关系的法定证明材料。患者本人的近亲属包括:配偶、父母、子女;兄弟姐妹;祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

4. 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。

5. 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗损害鉴定部门,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、查阅或者复制病案资料要求的,经办人员应提供以下证明材料:

(1)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案的法定证明。

(2) 经办人本人有效身份证明。

(3) 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、查阅或者复制病案资料要求的,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。

(三) 患者有权申请复印或者复制其门诊病历、入院记录、体温单、医嘱单、检验报告单、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、病理资料以及国务院卫生行政部门规定的其他病历全部资料。医疗机构应根据患方申请复印的病案资料内容进行复印。

(四) 患方要求复制尚未出院或未完成的病历资料,应依照《病历书写基本规范》要求,可以对已完成的病历先行复制,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。

(五) 复制的病案资料上应加盖医疗机构病案复印专用章,按照规定收取工本费,收费标准应当公开。复制病历资料时,应当有患者或者其近亲属在场;线上申请时,应按上述要求提供申请人合法有效的身份证件、授权委托书、近亲属关系证明影印扫描件等。

(六) 医疗机构应当为申请人提供电子病历复制服务。医疗机构可以提供电子版或打印版病历。复制的电子病历文档应当可供独立读取，打印的电子病历纸质版应当加盖医疗机构病案复印专用章。有条件的医疗机构可以为患者提供医学影像检查图像等电子资料复制服务。

(七) 对复制(复印)病案进行专册登记，复制(复印)登记册内容应包括申(七)对复制(复印)病案进行专册登记，复制(复印)登记册内容应包括申请人姓名、申请时间、身份证件类别及号码、复制(复印)目的、复制病案号及内容、申请人签名、复制人员签名等。

(八) 定期(每月)对病案复制(复印)情况进行汇总、分析，持续改进服务效率和质量。

八、病历质量控制与评价制度

(一) 医疗机构应当加强病历质量管理，建立健全院科两级病历质量控制制度、评价标准及与评价组织，由具备主治医师及以上资格且有5年以上管理住院患者临床工作经历的人员主持，根据医院实际，配备一定数量的专职及兼职质控医师。

(二) 院科两级病历质控人员应定期接受规范培训，参加病案专业继续教育。掌握病案质量管理的相关法律法规、规章规范，参与起草、制定并不断完善病历质量控制与评价标准，保障病历客观、真实、准确、及时、完整、规范。

(三) 院科两级制定《病历书写基本规范》实施文件及培训计划，并作为临床医师“三基”训练及岗前培训的主要内容之一。

(四) 院科两级依据评价标准定期(至少每季度一次)对病

历质量进行检查、评价、反馈，提出整改措施，形成质量评估报告，并作为对医师考核与科室考核的内容，持续改进病历书写质量。年度住院病案总检查数占总住院病案数比例应 $\geq 70\%$ ，病案甲级率 $\geq 90\%$ ，无丙级病历。

九、病案编码(编目)工作制度

(一) 医疗机构应按照相关要求、使用规定的疾病分类及手术操作编码字典库，安排具备相应能力和资质的专/兼职人员负责住院病案首页的疾病和手术操作编码(编目)工作。

(二) 编码(编目)人员应定期参加规范培训，编码时应通读病案资料，按照编码规则进行正确编码，疾病编码完整率100%，正确率 $\geq 95\%$ ；手术操作编码完整率100%，正确率 $\geq 95\%$ 。遇有问题时应及时与临床科室、编码组长沟通、汇报。

(三) 二级以上医疗机构病案科(室)应建立编码专业小组并设置组长。组长应定期抽检，确保编码完整性、准确性，指导编码(编目)员日常工作，对编码(编目)员提交的问题进行解答，定期组织编码(编目)人员进行学习或疑难病历的编码讨论。

(四) 定期汇总、分析住院病案首页涉及疾病诊断及手术操作填写等缺陷情况，及时反馈给相关部门及临床科室。

(五) 医疗机构应制定编码(编目)人员短期及中长期培训计划。根据实际情况对全院及专业临床医师进行培训。

十、住院病案首页管理制度

(一) 加强住院病案首页管理，建立健全住院病案首页管理与质控制度、工作流程及评价体系。按照卫生行政部门要求，规范填写、上报、质控、使用住院病案首页信息，确保住院病案首页数据客观、真实、准确、及时、规范、完整，准确反映患者基本信息、住院过程信息、诊疗信息和费用信息。

(二)按照国家相关规定，结合医院实际情况，指定专门部门和专人，负责全院住院病案首页填写、上报工作，明确职责，分工协作，有信息系统支持其填报工作。

1. 临床医师、编码员及各类信息采集录入人员，应当按照规定的格式和内容填写病案首页。

2. 临床医师应当按照要求，规范填写疾病诊断和手术操作名称等诊疗信息。诊疗信息应在病历中可追溯，确保首页信息与病历内容一致。诊断、手术操作需填写完整，主要诊断、主要手术操作正确率 100%。

3. 编码人员应具有相应的资质与技能，统一使用、及时维护、更新上级行政部门颁发的疾病分类和手术操作编码字典库，按照分类原则和要求，准确编写疾病分类与手术操作代码。临床医师已做出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的，编码员可按分类规则实施编码。定期与不定期对编码准确性进行评价、指导，不断提高编码质量。疾病、手术操作编码正确率 $\geq 95\%$ ，完整率 100%。

4. 财务部门应当做好住院病案首页费用归类，确保每笔费用类别清晰、准确。

5. 信息管理人员应当按照数据传输接口标准及时上传数据，确保住院病案首页数据完整、准确。

(三)有住院病案首页信息查询系统。系统功能完善、资料完整，根据首页内容的任意项目，能单一或复合条件查询住院病案首页所有信息。

(四)按照住院病案首页数据质量管理与控制指标进行质控，配备一定数量的专职及兼职人员，负责住院病案首页质控工作。每月对病案首页质量进行总结、分析、评价、反馈，

提出整改措施，质控结果纳入科室及个人绩效考核。

十一、病案统计工作制度

(一)认真贯彻执行《中华人民共和国统计法》《中华人民共和国统计法实施条例》，秉承依法统计、实事求是的原则，及时、准确、完整上报各项法定报表，对迟报、虚报、瞒报、伪造、篡改统计数字者，依法严肃处理。表，对迟报、虚报、瞒报、伪造、篡改统计数字者，依法严肃处理。

(二)严格执行国家和本机构的保密制度，根据医院数据发布的层级及权限要求定期发布统计数据，不得向无关人员泄露统计数据。

(三)认真执行统计调查制度，严格按统计调查制度规定的指标含义、统计口径和计算方法，及时准确报送各项法定统计报表，报表须经统计人、审核人双重把关，科室负责人审查签字，主管院领导审签等三个环节。

(四)定期撰写病案统计综合分析报告和专题统计分析报告，为医院及科室医疗质量控制、运营、绩效、医保管理决策等提供精细化的客观数据支撑。

(五)按照医院规定的权限和职能部门、业务科室及医务人员的需求，及时提供咨询、数据检索、查询统计等服务。为医教研及医院管理提供准确的统计数据。

十二、病案库房安全管理制度

(一)病案科(室)主任为病案库房安全管理的第一责任人，指定专人负责库房安全管理工作，非库房工作人员，一律不得进入。严格落实库房通风、避光、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温、防火、防水等制度与措施，保证保持库房安全整洁。

(二) 库房内配备温湿度计、除湿机、空调等设备，确保库房内温度、湿度保持在恒定标准范围内，存放纸质病案的库房温度应保持在 14~20℃，相对湿度应在 45%~60%之间。库房管理人员应随时观察、定时记录温湿度变化，并对异常情况做出相应处置。

(三) 库房应配备防盗门窗，门窗配备遮光布帘，注意防止太阳日光直射病案，并保持开启及密封完好状态，门上应有严禁烟火的警示标识，库房应安装火灾报警装置，配备相应的消防器材，库房内严禁存放易燃、易爆物品；严禁吸烟和使用明火；库顶应安装避雷装置。

(四) 做好防虫、防鼠、防有害微生物的侵蚀等工作，定期施放杀虫驱虫药物及粘鼠板，并根据药效时限适时更换失效过期的杀虫驱虫药物。定期检查病案资料，一旦发现有虫、鼠、有害微生物，立即采取措施，防止蔓延。

(五) 病案库房一般应位于医院的中心位置，以方便病案使用及网络化管理。应选择在地势高及地下水位高、场地干燥、排水通畅、空气流通的位置，不宜设置在地下室(或沿海地区的一层)及顶层，以防潮湿、漏雨等。不得选在江河湖泊、池塘附近，以防地下水渗透或库房潮湿；不得邻近有腐蚀气体的工矿企业、烟尘污染较重的单位、油库、加油站等，以防有害气体、灰尘的污染及火灾；应注意与病房或生活区分开，以利于防火、防虫。

(六) 如医疗机构存在院外异地库房，应视具体情况进行巡视，发现问题及时上报医院相关部门。

十三、病案(病历)封存、启封制度

(一) 医疗机构应安排专门部门负责病案封存、启封工作，

封存的病案由病案科(室)或信息部门负责保管。

(二) 纸质病历的封存

1. 当患方要求封存未出院病历时，患者的主管或经治医师应通知科主任、医疗安全管理工作部门、病案科(室)或信息部门，必要时通知医院的保卫人员协同医护人员将病历原件送至病案科(室)；当患者要求封存已回收或归档病案时，应由医疗机构医疗安全管理工作部门通知病案科(室)，在医患双方共同在场的情况下进行封存。医疗机构认为应当封存病历时，医院应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构应保存必要证据，或申请公证机构对病历进行确认并签封病历复制件。

2. 封存的病历资料可以是原件，也可以是复制件，由医疗机构保管，任何人不得私自拆封。封存原件时，医院应当复印与原件完全一致的复印件留存备用。运行病历尚未完成时申请封存的，应对已完成病历先行封存，并待病历按照规定完

成后，可依患方申请对后续完成部分进行二次封存。

3. 将拟封存病历资料装入档案袋，贴上封条，并在封存件正面写清病案号、患者姓名、科别、封存日期、封存内容、封存页或张数、单方启封说明等，同时在封口处盖章，医患双方在封存件上骑缝盖章、签字或做标记表明认可。

(三) 电子病历的封存

1. 依法需要封存电子病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人双方共同在场的情况下，对电子病历共同进行确认，并进行复制后封存。封存的电子病历复制件可以是电子版，也可以是打印的纸质版。

2. 封存的电子病历复制件应当满足以下技术条件及要求：

(1) 储存于独立可靠的存储介质，并由医患双方或双方代理人共同签封；

(2) 可在原系统内读取，但不可修改；

(3) 操作痕迹、操作时间、操作人员信息可查询、可追溯；

(4) 其他有关法律、法规、规范性文件和卫生健康行政部门规定的条件及要求。

3. 封存后电子病历的原件可继续使用。电子病历尚未完成需要封存时，可以对已完成的电子病历先行封存，当医务人员按照规定时限完成后，再对新完成部分进行封存。

(四) 医疗机构应当对封存的病历开列封存清单(见附件)，由医患双方签字或者盖章，各执一份。

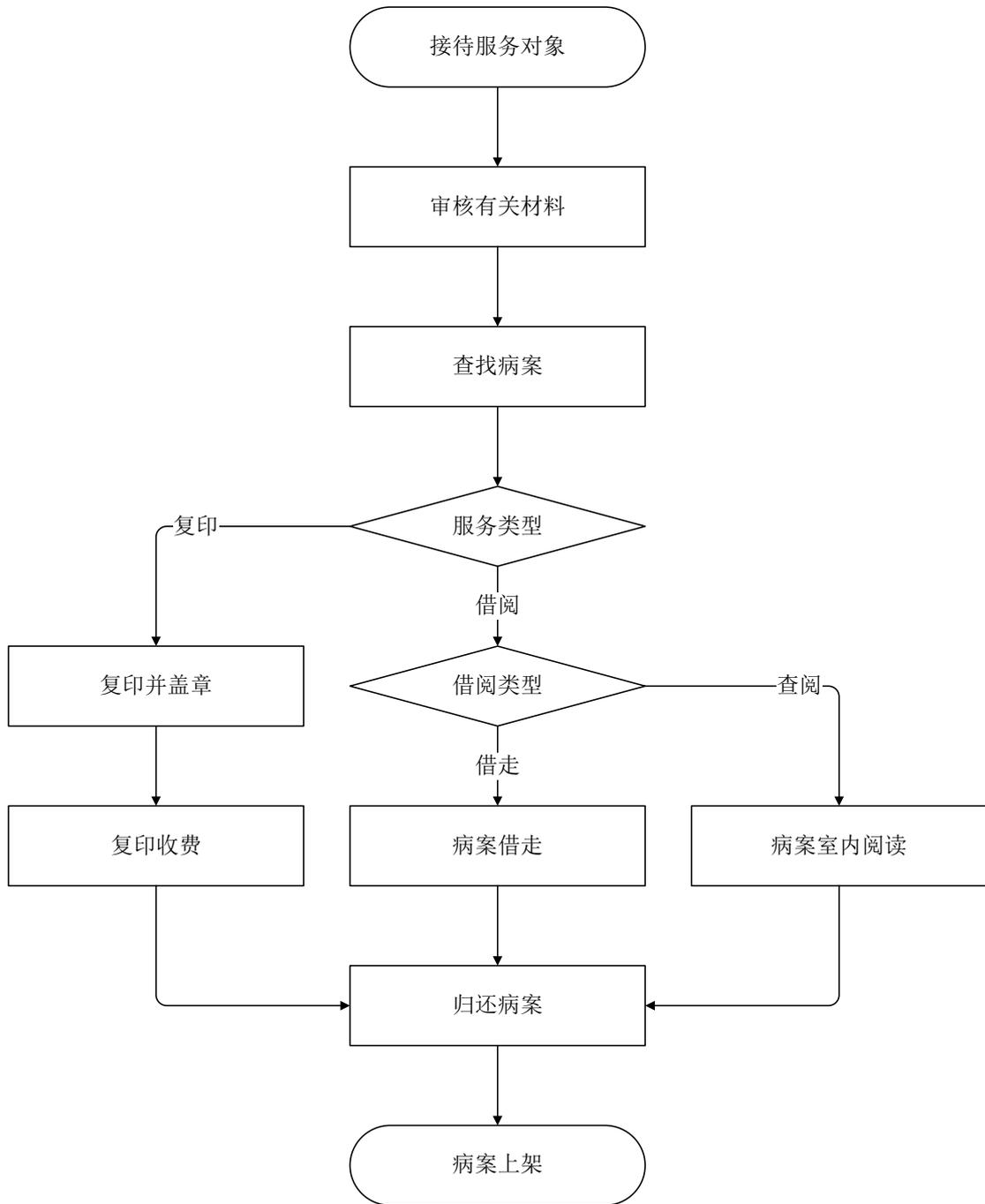
(五) 封存病历的启封

1. 病历资料封存后医疗纠纷已经解决，或者患者在病历资料封存满3年时未再提出解决医疗纠纷要求的，医疗机构可以自行启封。

2. 不符合上述情况而患方要求启封封存病历时，患者先向相应医院管理部门提交书面启封申请，负责人同意签字后，携申请与临床主管医师一起到病案科(室)/信息部门启封封存的病案(病历)，并填写启封记录单，病案科(室)/信息部门留存书面申请书及启封记录单。

病案室工作流程图

病案室服务流程



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。
如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/005204120332012001>