

医院病案科 规章制度职责流程汇编

目录

病案管理委员会工作制度	3
病案管理工作制度	4
病案科安全保卫制度	5
病案保密制度	6
病案库房管理制度	7
案阅览及借阅制度	8
病历复印制度	9
电子病历使用制度	10
统计工作制度	12
统计信息上报制度	13
网络直报工作的制度	16
档案查阅制度	17
文书档案管理制度	18
档案保密工作制度	19
档案安全管理制度	20
为患者调取病案的时间规定	21
病历归档制度	22
病案库“五防”管理制度	22
病案保护及信息安全制度	24
关于回避与保护患者隐私的规范与措施	25
病历复印制度	27
病案管理委员会职责	29
病案科工作人员职责	30
医院统计工作人员职责	30
病案工作流程	32

病案管理委员会工作制度

一、病案管理委员会是病案管理工作的技术指导和咨询机构，其成员由业务副院长、医教部、病案科、护理部负责人、临床科室科主任组成。

二、保证国家有关病案工作的条例、规定在医院贯彻执行，维护病案的完整与安全。

三、审核制定医院病案管理工作的总体规划，包括病案的编号系统、病案排列的方式与方法的确定、疾病分类方法的选定、病案管理工作的计划目标等。

四、审查和修改适合医院病案管理的一切规章制度。

五、拟定有关医疗及医疗统计的各种表格、报表的内容和形式，保证规格统一，质量合格。

六、组织各种形式的病案质量检查，评价病案书写质量和病案管理质量，组织开展有关病案管理的专题研究与学术活动。

七、负责有关病案管理工作方面的业务咨询和技术指导。

八、处理病案工作中的各种争议，协调和加强病案科与各科间的联系。

九、定期向院领导汇报病案管理委员会工作。

病案管理工作制度

一、贯彻执行国家、卫健委颁发的有关法律法规，认真落实病案管理工作的各项规章制度。

二、所有参与病历完成的医护人员、医技人员、病案管理人员，都要自觉地维护病案资料及时、规范、完整、真实准确和安全。

三、保持病案架清洁、整齐，做到室内通风、干燥，防止病案霉烂、虫蛀、火灾。

四、病案室负责全院病历的收集、整理、录入、质控、归档、借阅及复印等工作。

五、主管医生应在病人出院后二十四小时内完成病历的各种记录，七天必须归档；住院工作日志由值班护士填写，病历放在固定的位置，由病案管理人员回收。

六、病历收回后，病案工作人员及时整理装订病历，完成封面书写，进行相关的统计登记，填好疾病编码，进行首页电脑录入。

病案科安全保卫制度

一、病案科安全治安负责人由科主任承担，科室人员应积极配合与参与；

二、科室以“五防”为重点，各组人员应加强责任心，管好自己的人，管好自己的门。

三、安全用电，做到人走灯熄，严禁使用各种电转热能电器。

四、下班前应反复核实各组门窗关闭情况。

五、对消防设施应定期进行检查，如有问题应及时反映到医院保卫科进行管理。

六、库房内严禁一切明火。

七、对灭火器的使用，全体人员应做到应知应会。

八、安全保卫责任的好坏与绩效工资挂钩。

病案保密制度

一、病案是医务人员的工作记录，是具有法律效力的医疗文书。所有参与病案完成的医护、医技、病案管理人员等，都要自觉维护病案资料的安全，都有维护患者信息的义务。

二、患者享有对其病案的保密权，包括病人的姓名、性别、年龄、住址、工作单位、身份证号、电话号码、疾病起始经过、治疗经过、检查结果、诊断结果、疾病转归情况等。

三、患者有权了解疾病情况、诊疗措施、费用及预后，并享有对其病情保密权。患者根据《医疗机构管理条例实施细则》有权复印有关病历资料；医院受理患者本人或其代理人、死亡患者近亲属或其代理人、保险机构复印或复制病历资料的申请。

四、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方可办理。

五、医务人员应严格遵守医院借阅制度，诊疗患者的医务人员可以借阅该患者相关病历；对该患者无关的医务人员，为维护患者利益，病案管理人员有权拒绝借阅病案。

六、住院病历不外借。

七、因科研、教学需要或临床科室用于死亡讨论的可借阅病历，需经病案管理员同意后方可借阅。

病案库房管理制度

一、严禁在病案库内吸烟和使用一切明火，严禁携带易燃、易爆品进入病案库；

二、库房内无人时把门锁好，下班必须检查门、窗、水、电的安全情况，认真做好交接班工作；

三、每月进行一次安全工作及防火设备的检查、节日前尤其应做好安全检查；

四、定期做好“五防”工作，并做好详细记录；

五、重视防火安全工作，掌握各种灭火器材的使用方法；

六、定期清理病案库，保持病案库的整洁。

案阅览及借阅制度

一、医院的住院病案统一由病案科保管。

二、病案的使用权属于医院领导及负责临床医疗、教学、研究工作的医务人员。

三、病案原则上不能出病案科，下列情况除外：

1. 再次住院病人的病案调用。
2. 临床病例(包括死亡)专题讨论会的调用。
3. 医院领导对医疗事故、差错检查等问题处理的调用。
4. 经医院领导和医教部批准的调用。

四、严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺和窃取病历。

五、病案离开病案室前，必须办理借阅手续。

六、病案借出后，应妥善保管和爱护，不得转借，节约病历应当在3个工作日内归还。

七、院外人员因工作需要，应持所在单位介绍信及身份证明，经医教部批准后方能阅览病历，但不能自主摘录，更不能借出。

病历复印制度

一、为贯彻执行《医疗事故处理条例》，结合时代发展的需要，病案室为患者做好病历复印工作。

二、复印病历按《XX省医疗机构病历复印或者复制的工作规定》的有关要求执行。

三、任何人不得擅自复印病历，只有经过医教部批准，办理相关手续后才能复印。

四、病历可复印的资料，必须严格按照卫健委的规定，决不允许超越规定范围复印资料。

五、病历复印后，经申请人核对无误，加盖病案室公章生效。

六、病案工作人员要履行复印登记手续。

电子病历使用制度

维护电子病历实施各方当事人的合法权益，根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》、《病历书写基本规范》、《电子病历应用管理规范（试行）》及配套文件，结合医院实际情况制定本规定。

一、电子病历必须由取得执业医师或助理执业医师资格的医生和取得相应资格的护士填写。医护人员由医院分配登录工号和个人密码，登录和使用电子病历系统。医护人员需妥善保管个人的登录信息，严禁将个人登录信息泄漏给他人，造成不良后果的，按有关规定进行处理。

二、电子病历由医教部、护理部设定好统一的格式后，由信息中心录入电子病历系统，任何科室和个人不得擅自更改。病历记录全部内容、格式、时间均以签名后的纸质记录为准。

三、电子病历要按相关规定及时和保质完成，各科质控小组每周至少进行一次抽查，发现问题要及时向科室反馈，必要时向医教部汇报。

四、各种知情同意书打印后由患者或家属签名，但必须要有医生手写签名。

五、电子病历的书写应当客观、真实、规范、完整。

六、不同病人的电子病历记录不能互相复制，杜绝出现病历整篇复制所出现的错误。

成的失误和纠纷，各科质控小组要认真履行职责，检查审核后才归档，医教部负责督促各科质控小组工作和抽查归档病历。

八、电子病历打印归档后，原则上不允许借出，如需借出的由科主任签名，并于三天内归还。

九、各医护人员在使用电子病历过程中，若发现有存在缺陷或认为需改进的，要及时向医教部反馈，使电子病历逐步完善。

十、归档后的电子病历禁止进行修改、伪造、隐匿和删除。

统计工作制度

的卫生统计工作制度。

二、在主管院长的领导下，信息统计部门负责全院医疗业务统计，并逐步实现综合统计的职能。

三、统计室负责有关原始记录表格、院内报表的设计、制定、修改和解释。

四、统计室对收集来的原始资料、报表应严格检查审核，科学整理，正确计算，保证数字准确、可靠、及时。

五、建立医院统计信息自动化系统，对统计资料的整理、计算、存贮、传送、检索逐步实现自动化处理。

六、认真执行统计报表制度，严格按统计报表制度规定的指标涵义、统计口径和计算方法，及时准确地向上级卫生行政机关报送各种法定统计报表，向上级报送的统计报表必须经制表人自审和签名后再送分管院长审查签发；统计部门还要根据医院管理的需要设计院内报表，定期向院领导提供详细统计资料，并向各科室反馈信息。

七、建立健全统计台帐。保证统计资料的连续性、完整性和准确性，为医院积累历史资料，统计资料应妥善保存。

八、做好统计咨询服务，及时为院领导及各科室提供统计信息查询服务。

统计信息上报制度

法》的规定，制定信息统计上报制度。网络上报数据信息必须做到及时、准确、全面、真实，严律禁止迟报、拒报、虚报、瞒报、错报，伪造及篡改数字的情况发生。网络直报工作是医院管理中的一项基础性工作，须有专人负责上报，医院是我市最大的综合性医院，职工人员情况、设备资产情况、以及门（急）诊、出院病人情况等各种网络上报信息量都比较大，统计上报工作有一定难度，须各职能科室通力配合才能圆满完成上级布置的任务。现将医院统计报表网络上报流程及相关制度要求归纳表述如下：

一、实时报

1、《卫生人力基本信息调查表》，职工人员增减变动情况信息、人员构成情况、医师执业证号码等职工个人信息，务必填写准确无误。人力资源部负责提供原始资料并由科室负责统计人核对后保存。报送时间限为：每半年由病案统计室统计人员审核、录入、编表后网络上报市卫健委。

2、《医用设备调查表》，设备购进网络直报。设备名称、型号、价格等内容，须设备科提供书面原始信息且负责人要核对签字认可，每半年由病案统计室收集，统计人员审核录入上报上级部门。

二、月报

二级以上医院综合月报表，这是一个综合性报表，部分数据需财务部提供，要有书面信息并签字，医院统计人员负责录入存档、保存。统计人员每月8日前上报。整个报表上报时限为：每月10前网络上报，只能提前不能迟报。

《医院出院病人调查表》，是为加强医疗服务及医院管理工作提供参考资料。此表基本信息由医生录入病案首页后自动生成，要求医生在录入病案首页的过程中要认真细致，病人信息要准确、全面并通过病案人员审核。要求软件人员提供强而有力的技术支持，数据信息要按上级要求的格式能导出生成统一的数据文件，然后在省卫生统计信息网络上直报。时间限为：每季初10日前报上季数据。

四、年报

卫统1-1表（医院），次年1月15日前通过省卫生统计信息网络直报系统上报。该报表是年度综合报表，内容比较多，涉及的职能科室也最多，其中《房屋及基本建设》原始数据由总务科收集提供。

《设备表》原始数据由设备科收集提供。《收入与支出》、《资产与负债》报表数据由财务科提供。《人员情况表》由人力资源部提供。医疗纠纷数据医务科提供，甲级病案例数由病案质控人员提供，医院感染原始数据由院染办提供，其他要收集报送数据的科室还有病理科、肾内科、输血科、放射科等。以上原始数据都须各职能科室专人负责书面填报，并由科室负责人核对准确无误后，网络上报上级部门，在填报过程中各职能科室应积极配合统计人员，不允许有相互推诿、迟报、拒报的事情发生。在上报报表的过程中只能提前不能推后，如有迟报情况上级部门会通报批评并扣分，严重影响医院形象。

五、其他院内日常报表

1、《日报表》即住院动态科室日报表，规定统计人员每日报送院领导。

2、《门诊工作月、季、年报表》，门诊各科室就诊人次、工作量等原始数据由统计室汇总制表上报院领导。

网络直报工作的制度

一、医生必须及时、准确、全面地录入病案首页内容，不能漏填、错填病人信息。统计人员认真审核、校正病案数据，然后汇总、制表网络上报。

二、各部门（科室）负责根据要求向统计室报送各种统计数据，要保证准确，必须以原始数据为准。

三、统计人员负责上报上级规定的各项统计报表。及时收集汇总统计资料，按时完成各级领导交办的其他统计任务。

四、统计人员必须在报表时限内，网络上报报表。做到全面、系统、精确、保密并整理后妥善保管存档。

五、任何单位和个人对上级要求上报的统计报表不得虚报、漏报、瞒报。

六、根据医院规模及编制病床数的多少配备专职统计人员3—4名及高性能电脑1-2台，统计人员须持《统计从业资格证书》上岗。

七、直报人员应对录入数据进行严格审核，及时发现并更正错项、漏项以及逻辑错误，确保录入数据的完整性和准确性，经审核后上报；对未按时上报信息或上报信息错误的对责任人给予200-500的经济处罚。

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/376135210144010201>