



解 读

中医病历书写规范与评价标准



一、《规范与标准》遵照标准

- 1、遵照国家相关法规。
- 2、严格医疗文书。
- 3.力争简明。

二、《规范与标准》主要特点

1、第一本中医病历书写规范与评价标准。

2.增添了与病历书写相关法规性文件。



3、章节更流畅。

4.突出中医特色。

三、《规范与标准》主要内容

1. 《中医病历书写基本规范》主要内容

新版《中医病历书写基本规范》继承了旧版规范绝大部分内容。也结合了中医医院管理和医疗质量管理面临新形势和新特点。



第一：

增加了时间、日期书写规范，新版第九条要求，病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采取**24小时制统计**。

第二:

新规范对门（急）诊统计内容进行了丰富，明确急诊留观统计要重点统计观察期间病情改变和诊疗办法，统计简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应该书写抢救统计。门（急）诊抢救统计书写内容及要求按照住院病历抢救统计书写内容及要求执行。



第三:

增加了计算机打印病历规范，新版第四条要求，计算机打印病历应该符合病历保留要求。第四章用专章要求打印病历内容及要求，打印病历应该及时打印，由对应医务人员手写署名，已完成录入打印并署名病历不得修改。



第四:

新版对住院病历书写内容及要求愈加详细、严格、规范，第三章第十九条对住院统计有详细要求，从11个方面给予详细阐述。



现病史:

- ① 发病情况: 统计发病时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能原因或诱因。
- ② 主要症状特点及其发展变化情况: 按发生先后次序描述主要症状部位、性质、连续时间、程度、缓解或加剧原因, 以及演变发展情况。
- ③ 伴随症状: 统计伴随症状, 描述伴随症状与主要症状之间相互关系。
- ④ 发病以来诊治经过及结果: 统计患者发病后到入院前, 在院内、外接收检验与治疗详细经过及效果。对患者提供药名、诊疗和手术名称需加引号 (“”) 以示区分。
- ⑤ 发病以来普通情况: 结合十问简明统计患者发病后寒热、饮食、睡眠、情志、二便、体重等情况。

个人史:

- ❖ 统计出生地及长久居留地, 生活习惯及有没有烟、酒、药品等癖好, 职业与工作条件及有没有工业毒物、粉尘、放射性物质接触史, 有没有冶游史。

婚育史、月经史：

- ❖ 婚姻情况、结婚年纪、配偶健康情况、有没有儿女等。女性患者统计经带胎产史, 初潮年纪、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年纪），月经量、痛经及生育等情况。



家族史:

- ❖ 父母、弟兄、姐妹健康情况, 有没有与患者类似疾病, 有没有家族遗传倾向疾病。



❖ 中医望、闻、切诊应该统计神色、形态、语声、气息、舌象、脉象等。

- ❖ 辅助检验如系在其它医疗机构所作检验, 应该写明该机构名称及检验号。
- ❖ 对待查病例应列出可能性较大诊疗。
- ❖ 第二十三条病程统计中首次病情统计、会诊统计书写都作了详细要求。

第五：

增加了病情统计规范四项内容，有创诊疗操作统计、麻醉术前访视统计、手术安全核查统计、麻醉术后访视统计。

第六：

增加了病情通知规范三项内容：麻醉同意书、输血治疗知情同意书、病危（重）通知书。上述新增加规范实际上在实践中早已实施。只不过新版要求对其进行了统一规范而已。



**新版对原版条款局部表述改变有多处，
有几处应尤其引发重视。**



第一：

删除了“住院志”表述，新版中没有了住院志表述，取得代之以“住院统计”。

第二：

要求手术主刀医师术前要亲自检验、知情同意书要亲自签字。新版第二十三条（十一）要求，术前小结内容增加了“统计手术者术前查看患者相关情况”，意味着手术者即主刀医师在手术前一定要亲自对患者进行面对面接触，这是针对许多教授术前不看患者直接上手术台要求。

新版第二十四条将手术同意书内容中“医师署名”细化为“经治医师和术者署名”，这就意味着假如是大牌医师给患者手术，不能将通知义务推给助手完成，自己也必须参加。

第三：

知情同意书患者不但签字还要签意见。

新版第二十四条要求，手术同意书内容包含患者签署意见并署名，并增加了第二十五条——麻醉同意书和第二十六条——输血治疗知情同意书，均需患者签署意见并署名。新版第二十七条要求，特殊检验、特殊治疗同意书是实施特殊检验、特殊治疗前，由患者签署是否同意检验、治疗医学文书。

经过比较发觉，新版知情同意书均需患者签署意见，应该说新版更重视患者参加医疗决议权利，在是否同意进行相关治疗上，病人拥有充分选择权，这是对患者知情同意权充分尊重表现。

第四：

新版“为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字情况下，可由医疗机构责任人或者授权责任人签字”。旧版“为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字情况下，可由医疗机构责任人或者被授权责任人签字”。

第五:

对急诊病历书写提出了详细要求。

新版第十六条要求急诊留观统计要重点统计观察期间病情改变和诊疗办法,统计简明扼要,并注明患者去向。实施中医治疗,应统计中医四诊、辨证施治情况等。门(急)诊抢救统计书写内容及要求按照住院病历抢救统计书写内容及要求执行(抢救统计是指患者病情危重,采取抢救办法时作统计。因抢救急危患者,未能及时书写病历,相关医务

人员应该在抢救结束后6小时内据实补记,并

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/538051014071006113>