

# 归档病历中常见问题

- 病历检查中常见50 个问题
- 部分常见问题诠释
- 出院主要诊断的选择

(一)

病历检查中常见50个问题

- 1、**Leep**刀治疗宫颈疾病是否要求术前讨论？

- 答：宫颈高频环形电切刀术属三级手术,为二级医院手术范围.一级医院经批准可开展部份二级手术.应有术前讨。

## 2、患者昏迷，服务告知书及委托书如何签？

昏迷患者应病无法履行民事行为能力时，卫生部《病历书写基本规范(试行)》中明确规定“患者不具备完全民事行为能力时，应当由其近家属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。所以服务告知书应有近亲属或代理人签字，**授权委托书不需签写。**

### 3、术中更改术式是否填“手术同意书”还是另制订“更改手术术式同意书”？

变更手术需补签手术同意书，即使进行了充分的术前准备，手术中也可能出现意想不到的情况，需要变更手术方式、扩大手术范围等。变更手术方式主要是因为手术野暴露后发现手术的病变组织、器官与术前诊断不一致，甚至根本不是本科的手术范围。扩大手术范围是外科手术中最常见的情况，尤其是手术本身就是带有诊断性质的“探查手术”（如剖腹探查）时。

在手术同意书上和向患方交待手术方式时，我们常常使用的是“拟施手术名称”，而不直接使用“手术名称”，如果出现特殊情况，手术者一定要重新制作手术同意书，重新交待手术情况并补签手术同意书。

## 4、术前讨论用模版还是在病程记录中记录，要否每个人发言？

病历书写规范中写明“除死亡病例讨论记录外，其他各项讨论记录不另立专页，仅在横行适中位置标明“疑难（手术前）病例讨论记录”，各种病例讨论记录由经治医师负责整理后及时书写。讨论记录不可以用综述方式记录，应按发言人分别记录，主持人总结。规定要详细记录每人的发言内容，不能作综述。必要时请护士长参加。

## 5、病理报告出报告前患者已出院，出报告后如与出院诊断不符病历要否整改？

病人出院后如病理报告结果与出院诊断不符，要在病历中做修正记录，并及时与患者及亲属沟通。

## 6、Picc告知书由护士执行，是否要求有操作记录？要否要医师签名？

PICC（经外周穿刺中心静脉导管置入术）是深静脉置管术一种创伤性操作，操作前由经治医师与患者或家属沟通双方签写特殊治疗同意书，由操作者写操作记录。

## 7、除了省厅规定的三、四级手术及特殊手术要求术前讨论外，还有哪些手术要求术前讨论

除上述要求外有的手术要根据具体情况而定，特殊手术(同一病人24小时再手术,高风险手术,外院医师参加手术,本院首次开展的手术等),诊断未确定的探查手术、如病情较重需要的手术的病例亦应进行术前讨论，判断病情较重可按照美国麻醉医师协会规定的ASA分类（级）标准判定凡属ASA分类标准III—V类者必须进行手术前病例讨论。

## 附ASA分类标准Ⅲ—V类

**Ⅲ类**患者的心、肺、肝、肾等实质性器官病变严重，功能减损，虽在代偿范围内，但对施行麻醉和手术仍有一定的风险。

**Ⅳ类**患者的心、肺、肝、肾等实质性器官病变严重，功能代偿不全，威胁着生命安全，施行麻醉和手术均有危险。

**V类**患者的病情危重，随时有死亡的可能，麻醉和手术异常危险。由科主任或付主任医师以上专业技术任职资格的医师主持。

- 8、患者本人及监护人是否要有身份证复印件？
- 答：均要有身份证复印件。

## 9、一级护理病人是否每天要记病程记录？

应该每天记录病程录。

一级护理病人是：

- （一）病情趋向稳定的重症患者；
- （二）手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- （三）生活完全不能自理的患者；
- （四）生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。

## 10、疑难病例要行疑难病例讨论记录，疑难病例如何定义？

疑难病例是指门诊患者就诊3次未确定诊断者、住院患者入院7日未确定诊断者、涉及多脏器严重病理生理异常者、涉及重大手术治疗者。疑难病例讨论记录系指对确诊困难或疗效不佳病例讨论的记录。疑难病例讨论制度是执行医疗质量和医疗安全的核心制度。

11、特殊手术中的” 二次手术” 规定为：  
同一病人24小时内需要再次手术的,是指同一部位病变还是不同部位?有谁主持?

可以是指同一部位病变，亦可不同部位病变。要进行术前讨论，由科主任签字报医务科审计，由业务院长或院长审批，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。

## 12、子宫是人体重要器官,单纯子宫全切术要 否讨论?

子宫全切术为三级手术, 理应进行术前讨论,  
一级医院能否开展此手术要符合规范。

### 13、发病危通知书患者是否均要抢救记录？

（例如：病程较长但生命体征平稳的主动脉夹层瘤患者、严重低钾但生命体征平稳且已行补钾治疗患者）

抢救病例是指患者生命体征不平稳具有生命危险，需立即进行抢救者。抢救记录是患者病情危重、采取抢救措施时所作的记录。已发病危通知书患者需立即进行抢救者这时应写“抢救记录”。经抢救的患者，病情平稳24小时以上再次出现危重情况需要进行抢救，按第二次抢救计算，每一次抢救均应在病程记录中有抢救记录。

## 14、局麻小手术，要否术前小结及手术记录?能否在病程录中书写?

住院病人进行局麻手术要写术前小结和手术记录。但有的有创操作如胸穿，胸腔闭式引流术、腰穿术...等，操作前签写特殊治疗同意书，在病程录内写操作记录。

## 15、术前讨论记录, 多科会诊记录, 疑难病例讨论记录能否采用电子稿形式记录, 还是应该记录在病程记录中?

上述讨论记录不另立专页, 在病程记录中适中位置标明“疑难(手术前)病例讨论记录”“会诊记录”字样, 讨论记录不可以用综述方式记录, 应按发言人分别记录, 主持人总结。

**16、入院诊断与初步诊断相同时，上级医师只需在病历上签字。同时又规定主治医师如同意初步诊断，用红笔写主治医师字样并签名，如何理解？**

入院诊断与初步诊断相同时，上级医师只需在病历上用红笔写“主治医师”字样并用红笔签名；即初步诊断即被视为入院诊断，不需重复书写入院诊断。如对初步诊断有更改，主治医师用红笔另写入院诊断1.2.3.并签名。如系主治医师自己书写的入院录，则在签名前注明“主治医师”字样，不需红笔。

17、临床手术病人的手术切除物是否必须送检？

答：凡手术切除的标本均需送病理检查。

## 18、病人已出院，病理科仅出延迟报告未能确诊，家属带切片去外院会诊，一直无结果，应如何处置？

首先病理科对不能确诊的病理结果，应请上级医院专家会诊得出正确的结果；由家属带切片去外院会诊，应首先办理借出手续，如无归还，应及时追回病理切片。同时病理科应有病理切片多张以保留法律证据。在病程录内详细记录。

## 19、需要填写“特殊检查或治疗同意书”的检查和治疗的有哪些？

根据《医疗机构管理条例实施细则》第八十八条规定：“特殊检查、特殊治疗是指具有下列情形之一的诊断、治疗活动(1)有一定的危险性、可能产生不良后果的检查和治疗的；(2)由于患者体质特殊或者病情危笃，可能对患病产生不良后果和危险的检查和治疗的；(3)临床试验性检查和治疗的；(4)收费可能对患者造成较大经济负担的检查和治疗的。”

(例核磁共振检查、创伤性检查如腰穿术、胸穿术)

**20、深静脉置管是否属于特殊治疗？是否需要条形码？**

答：是属于特殊治疗，与患者或家属签写特殊治疗同意书，粘贴条形码。

21、病历中，“实验室及器械检查”一栏，如无检查报告或入院报告尚未出来，该项是否可填写“暂缺”？或填写“拒绝检查”？

答：可填写“暂缺”，不写“拒绝检查。”

## 22、病历中“实验室及器械检查”一栏是否需要注明检查报告的编号？

应记录与诊断相关的实验室及器械检查结果及日期，如系在其它医院所作的检查，应注明该医院名称及检查日期。注明检查报告的编号更全面。

## 23、病危通知单应该粘贴在何处？

答：病危通知单应粘贴在病历首页的反面。

## 24、能否详情告知不同等级的医院检查病历内容有哪些不同要求？

三级医院和二级医院检查病历内容要求应是一样的，均按照<<卫生部病历书写基本规范>>的内容检查。

附：术前讨论内容包括诊断、手术适应症、术前准备、手术方案、术中及术后可能及出现意外、麻醉方案、术后观察注意事项及护理要求等。

**25. 关于修正诊断：**病历中经常出现入院诊断和出院诊断不符，大多数需要修正诊断，妇产科医生讲上次来院查病历时讲如果三天内出现诊断不符，需要修正诊断，超过三天的不需要修正诊断，是否有此规定？

答：病历应当按照规定的内容书写，并由相应的医务人员签名。实习医务人员、试用期医务人员（毕业后一年）书写的病历，应当经过在本医疗机构合法执业医务人员审阅、修改并签名，审查修改应保持原记录清楚可辨，并注明修改时间。修改、签名一律用红笔。修改病历应在72小时内完成。P15 修正诊断（包括入院时遗漏的补充诊断）凡以症状待诊的诊断以及初步诊断、入院诊断不完善或不符合，上级医师应用红笔作出“修正诊断”，修正诊断写在住院病例或入院记录末页中线左侧，并注明日期。修正医师签名（住院医师自己修正诊断及签名仍用蓝笔）。住院过程中增加新诊断或转入科队转出科原诊断的修正，不宜在住院病历、入院记录上作增补或修正，只在接受记录、出院记录、病案首页上书写，同时于病程记录上写明其依据。

从上述内容来看，72小时的概念是应用在病历书写的修改方面的规定。而关于修正诊断的问题主要是涉及住院过程中的新诊断和转入科对转出科原诊断有不同意见时要注意的内容。换言之：修正诊断的修正时效并不受72小时的限制。关键是要不要将住院期间发现的新的诊断加上。

26、**首次病程记录**是有执业证书的住院医师书写，上级医师是否要签字？尚未取得执业证书的轮转医师能否能写首次病程记录？病程记录中鉴别诊断是否一定要列出？

答：卫生部《医院工作人员职责》规定：住院医师在主治医师指导下进行医疗工作。主治医师主持病房临床工作，应“检查、修改下级医师书写的医疗文件，决定病员出院”。**首次病程记录涉及诊断的确定及诊疗计划的抉择，因此，主治医师应审签。**

未取得执业证书的医师实际上仅是见习医师，他们在法律上是没有医疗活动的权利的，换言之，他们在医疗活动中不负法律责任。他们所书写的**所有医疗文件都需要有上级医师审签后才具有法律效应。而首次病程录根据卫生部文件的精神，应该是由住院医师书写，有主治医师审签，以示负责。**

还有一点要指出：目前我们临床上在某些疾病或专科中使用表格式病历，需要大家知道的是实习医师、试用期医师（未取得执业医师证的新来源医生）和未认定书写病历的进修医师没有书写表格式病历的资格，他们必须书写住院病历（所谓的大病历）

答：关于鉴别诊断：首次病程录系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（不需列题），应当在患者入院后8小时内完成，注明书写时间。摘要记述和分析疾病特征，提出诊断依据及诊断，制定诊疗计划，写明即于施行的诊疗措施。对诊断不明确的病例应作诊断讨论，列出拟诊依据及主要鉴别诊断”。因此，鉴别诊断仅需在诊断不明确的病例中需要，而诊断明确的病例不需要。

28、**关于出院诊断：**骨科对取内固定装置的病人，出院诊断都写“取内固定装置”，而没有具体病名，“取内固定装置”是术式，能成为诊断吗？同样肾内科出院诊断出现“腹膜透析中”，肿瘤科出院诊断出现“恶性肿瘤”，未写具体是哪种，这样的诊断是否妥当？

答：在《病历书写规范》第2页上规定：“1. 疾病诊断、手术、各种治疗操作的名称书写和编码应符合《国际疾病分类》（ICD-10、ICD-9-CM-3）的规范要求。”

29、发病危通知书同时，病程记录上是否该有抢救记录？病危病人，病情尚稳定时病程记录是否需每天记二次？

答：病危病例是指病人的生命体征处于危急状态，需要抢救。因此，对于病危病人必须要有抢救记录。当然对于一些晚期病人，或者虽然有抢救成功的可能，家属要求放弃治疗的病例，此时可以没有抢救记录，但是必须要有家属正式的签字。

30、**归档病历**，二便化验单是否一定要有？  
手术病人一定要有胸片（胸透）、心电图吗？  
输血病人是否一定要有输血前常规及凝血全套化验单？

- 答：肯定的。

**31、患者住院期间第二次手术**一定要有术前讨论吗？如果第一次手术做完后相关检查提示需马上进行第二次手术，讨论记录是否在术后完成？

答：不一定。对于特殊手术中的“二次手术”，其规定为：“同一病人24小时内需再次手术的”。因此，并不是每一位在住院期间第二次手术都一定要有术前讨论。问题是第二次手术是否是第一次手术后的并发症？原来遗漏的问题（例：胆囊切除后，发现病人出现术后黄疸，检查后发现胆总管结石，再次手术）？这样的病例属于特殊手术的第4条：可能引起司法纠纷的，也就是讲，对于可能引起医疗纠纷的再此手术病人，我们建议还是有术前讨论为好，而且最好汇报医务科，有医务科组织讨论。

## 32、关于急诊手术，有关化验单空缺，如肝肾肾功能空缺是否要在术后化验单汇报后填写？如果凝血全套、输血前常规没有，能否施行急诊手术？

答：仍需书写手术前小结，但对手术前为及时完成的有关实验室检查应在手术前抽血留样送检，待受到报告后补记。在表格式手术小结后用（E）标示”。因此化验单空缺部分，可以在收到报告后补填，但是必须在手术前抽血留样。急诊手术前凝血全套必须要有，否则手术中因为病人凝血功能异常出现凝血障碍而死亡，责任非浅。当然具体情况还需要具体分析对待。例如：一位心脏外伤的病人心跳已经停止，如果不立即开胸手术肯定死亡，此时就必须立即开胸手术，同时请家属签字（或请人向院领导汇报），还有护士立即开通输液通道，并抽取血样，立即送化验室作凝血系列检测。但是，如果是急性阑尾炎，虽然也是急诊手术，此时，必须要等凝血系列检查结果出来后再手术，花费的时间也仅仅是几分钟而已。这个过程其实可以在急诊（门诊）血常规检查时一起完成。

33、术前小结等医疗文件，签字是否每项必填？如果治疗组成员中都是高级职称的，怎么填？

- 答：各种表格栏内必须按项认真填写，无内容者划“—”。因此，术前小结中所有空格均要填，签名也必须都填好。一个治疗组中没有住院和主治医师，书写者如果是副高，那么可以将住院医师签名一栏划“—”，在主治医师一栏中签名，并将主治两字划去改写为副主任。

34、**三线抗生素**要有审批单，如果是高级职称的医生自己开的医嘱，是否要有？如果要的话，谁来审批签名，是否可以本人签名？另三线抗生素更换时，病程记录中一定要有分析吗？

答：在任何情况下，更换抗生素均是属于更改治疗方案的一种形式。根据病程记录的有关规定，“重要医嘱的更改和事由”都要有记录。

### 35、很多病人的身份证无法收集到，如何处置

答：除无身份证者外，住院患者入院时必须如实填写身份证号；暂时无法采集者，医师应嘱患者在住院期间查清并补填；如因其他特殊原因确无法采集者（如遗失等），则须在“身份证号”项中注明无法采集的具体原因。而在各种同意书中没有身份证复印件是不可以的。

**36、入院及术后三天都必须要有三级查房吗？如果本治疗组中三级医师未配备完整，怎么体现三级查房，副主任医师能自己写自己查房的病程记录吗？主治医师的查房记录能由副主任医师兼吗？**

答：根据卫生部《查房制度》和《医院工作人员职责》中对临床各级医师职责的规定精神，**一般不要求每个病人均要有副主任医师以上专业技术任职资格的医师查房，但必须要有主治医师查房并作记录”。**而对于手术后3天之内的病人，我们强调的是**必须要有主刀医师查房记录**。如果是由外院专家来院手术，那么他不可能在以后的3天内来院查房，此时必须要有**第一助手**查房记录。

目前各医院在医师的配备上确实存在“头大身子小”的现象，主任多，住院医师少。但是三级查房最主要的要求是希望每一位病人都能得到良好的诊治，如果每位病人在住院期间都能得到全部是主任医师的诊治，那有什么不好？所以副主任医师自己写查房记录是可以的，应该的。

37、术前小结中的**主刀者**，在手术日被**更换**，是否允许？

答：没有问题。但是有一个问题就是更换的医师是否有资质作这个手术？

38、无麻醉单的住院病人手术，术后是否要有手术记录？局麻病人手术有手术记录，但无麻醉药品的药名、剂量、浓度、注射部位，是否可以？

答：手术记录是对所有手术都需要的。关于局麻病人，除需麻醉检测者外，可不填写麻醉记录单。

- 39、术后录兼转科录放在一起是否可行？

- 答：手术后因为病人情况不好，而立即转入ICU治疗，此时为了减轻我们的工作，可以使用术后录兼转科录。

- 40、肠镜下作**息肉摘除术**是否要有病程记录？

- 答：肯定需要，病程记录中要有床位医师记录“当天在本院肠镜室作了肠镜下息肉摘除术，经过情况详见肠镜室报告单”即可。并且要有肠镜室完整的专用记录报告单（包括照片等）附在病历中。

● 41、**出院主要诊断**填写脾破裂、胰尾裂伤、肛门裂伤，主要诊断能否并列此三种损伤？

● 答：这是一位复合伤的病例。第四版第102页规定：主要诊断只可以填写一个疾病，不可以三个疾病并列填写，选择本次住院医疗过程中对身体健康危害最大、花费精力最多、住院时间最长的疾病，即选择本次重点治疗的疾病。**本例建议选脾破裂。**

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/808067077026006123>