

中山大学  
肿瘤医院

# 病案书写与医疗纠纷举证

中山大学肿瘤医院病案管理委员会 曹卡加

# 病案的基本要素

## ➤ 时间

医疗文书的完成时间

诊疗措施的执行时间

## ➤ 行为

行为的依据

行为的实施

行为的结果

# 医疗文书的完成时间

- 危重病人抢救记录（6小时内）
- 首次病程记录（8小时内）
- 入院记录（24小时内）
- 交班记录（24小时内）
- 转科记录（24小时内）
- 手术记录（24小时内）
- 死亡记录（24小时内）
- 出院记录（24小时内）

# 病程记录的间隔时间

- 危重病人：至少每天1次
- 重病人：至少2天1次
- 病情稳定的患者：至少3天1次
- 病情稳定的慢性病患者：至少5天1次
- 入院头三天内每天记录病程

# 既往史

- 外院重要的辅助检查结果
- 过去所患的疾病
- 输血史
- 病史的可靠程度

# 肿瘤情况

- 原发肿瘤的描述
- 原发肿瘤直接侵犯邻近组织的情况
- 局部淋巴结转移的情况
- 远处转移的情况

# 诊断的书写

- 确诊后入院者，应写“诊断”。
- 未确诊入院者，应写“初步诊断”，确诊后加“最后诊断”（用红色笔）
- 住院或出院诊断与入院诊断完全不符，应加“修正诊断”（用红色笔）
- “初步诊断”的书写要严谨

# 首次病程记录

- 本例病人的特点
- 诊断及其诊断依据
- 鉴别诊断
- 诊疗计划

# 病程记录的内容

- 详细记录上级医师的查房意见
- 治疗方案的理由、效果和不良反应
- 更改治疗计划的动因
- 增减或更改医嘱的理由
- 记录各种诊疗措施的操作过程
- 辅助检查的结果及临床意义
- 与病人谈话的内容和他们的意见

# 三级查房

- 入院48小时内有主治医师的查房记录
- 每周 2 次主治医师的查房记录
- 每周 1 次主任医师的查房记录
- 所有病程记录都有主治以上医师签名

# 死亡病例的抢救记录

- 记录参加抢救医师的姓名和职称
- 邀请相关的专科会诊
- 应用最好的抢救设备
- 记录在场病人家属的姓名和意见
- 病程记录与护理记录要一致
- 病因不明的病例应进行尸检
- 死亡病例的讨论

# 手术记录

- 术前小结
- 术前有手术医生查看病人的记录
- 手术记录由主刀书写
- 手术记录24小时内完成
- 手术医生写术后病程记录
- 手术后连续记录3~5天

# 知情同意书

- 种类：病重、病危、各种创伤性诊断措施（包括对比剂）、治疗（手术、放疗、化疗、免疫治疗、输血）和用药等
- 主管医师负责谈话
- 病人和家属签名确认
- 全面而具体
- 杜绝口头告知

# 医疗文书的注意事项

- 记录前后矛盾
- 记录与病人的实际情况不符
- 病程记录的连续性

# 病案书写的基本要求

- 真实、准确、及时、完整
- 用蓝黑墨水或碳素墨水书写病案
- 修改错字时应用双线划在该错字上，禁止刮、粘和涂
- 禁止篡改病历

# 特殊病人的主诉及其诊断

➤ 无症状的肿瘤病人：

鼻咽肿物3天

鼻咽左顶壁未分化型非角化癌

➤ 序贯治疗的肿瘤病人：

食管癌术后28天， 按约回院放疗

食管癌术后放疗

➤ 多程治疗的肿瘤病人：

小细胞肺癌三程化疗后2周， 遵嘱回院化疗

右上肺小细胞肺癌

# 特殊病人的主诉及其诊断

- 肿瘤残留病人：  
鼻咽癌放疗后颈部肿物残留2月  
鼻咽癌放疗后颈部未控
- 肿瘤复发病人：  
鼻咽癌放疗后2年，涕血1月  
鼻咽癌放疗后鼻咽复发
- 肿瘤转移病人：  
肺癌术后1年，头痛、呕吐1周  
肺癌术后脑转移



谢

谢