

日常病例记录书写基本规范

病程记录是指继住院志之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。

病程记录是住院病历中最重要的部分之一，其主要内容有：

1. 患者的病情变化情况，新症状的出现和体征的变化以及并发症的发生，患者的情绪变化、睡眠、饮食等情况。
2. 重要的辅助检查结果及临床意义。

3. 上级医师查房意见，会诊意见，医师对病情的分析讨论意见。
4. 所采取的诊疗措施及治疗效果。
5. 重要医嘱的更改及理由。
6. 向患者及其近亲属告知的重要事项等。
7. 新诊断的确立或原有诊断的修改补充，并说明其根据。

- 日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。
- 由医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写。
- 书写日常病程记录时，首先标明记录日期，另起一行记录具体内容。
- 对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次，记录时间应当具体到分钟。

- 对病重患者，至少2天记录1次病程记录。
- 对病情稳定的患者，至少3天记录1次病程记录。
- 对病情稳定的慢性病患者，至少5天记录1次病程记录。
- 对住院时间较长的患者，要定期（1个月）作出阶段小结。

病程记录错误示例

1. 感染未指明部位，使用抗菌素在病程记录上无说明用药理由。
2. 病情变化记录不详细。
3. “局部”未指明具体部位。
4. “不适”应有具体症状。
5. 病程记录体格检查顺序倒错。

6. 重要医嘱更改未说明理由。
 7. 病程记录为主任医师查房记录，但无主治医师查房意见。
- 上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。
 - 上级医师查房记录格式示例
× × ×教授查房，听取病史汇报，对病人作体检，然后进行病史分析，提出下一步诊疗意见。

8. 没有在病程记录上说明申请做大型设备（CT、MRI等）检查的理由和目的。
9. 检查结果明显异常，病程记录未予分析、判断。
10. 记录检验结果无计量单位，如 $K^+4.9$ ， Na^+141 ，无写单位 $mmol/L$ 。
11. 穿刺记录不可与病程记录混合书写，应另起一自然段单独书写，并写明该诊疗操作执行的时间（日期、时、分）。

12. 诊断更改，病程记录中无依据。
13. 病程记录用非医学术语。

病程记录：……患者出现下身出血，
为明确诊断，请妇科会诊。

评析：“下身”不知何处，经查阅会诊单，
方知是阴道出血，故应写为阴道出血。

参考文献

1. 病例书写基本规范（试行），卫生部、国家中医管理局，2002年
2. 广东省病历书写规范，广东省卫生厅，1997年
3. 病历管理与病历书写规范，杨学斌主编，2002年