

外科系统病历书写补充说明

中山大学附属肿瘤医院
病案管理委员会

说明

以下内容根据二〇〇二年八月十六日中华人民共和国卫生部、国家中医管理局颁发《病历书写基本规范(试行)》及我院相关规定编写

病程记录

- 新入院患者，连续记录**3**天
- 病情稳定患者，至少**3**天记录一次病程记录
- 病重患者，至少**2**天记录一次病程记录
- 手术后患者，连续记录**5**天
- 手术后发生并发症者，随时记录（时间记录到时分）

术前小结

术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。

术前小结

- 简要病情
- 术前诊断
- 手术指征
- 拟施手术名称和方式
- 拟施麻醉方式
- 注意事项

术前讨论

术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论记录。

术前讨论

- 术前准备情况
- 手术指征
- 手术方案
- 可能出现的意外及防范措施
- 参加讨论者的姓名、专业技术职务
- 讨论日期
- 记录者的签名

手术同意书

- 手术同意书是指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署同意手术的医学文书。

手术同意书

- 术前诊断
- 手术名称
- 术中或术后可能出现的并发症
- 手术风险
- 患者签名
- 医师签名

麻醉记录

- 麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。
- 麻醉记录应当另页书写

麻醉记录

- 患者一般情况
- 麻醉前用药
- 术前诊断
- 术中诊断
- 麻醉方式
- 麻醉期间用药及处理
- 手术起止时间
- 麻醉医师签名

手术记录

- 手术记录——手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录
- 应在术后24小时内完成
- 特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名
- 手术记录当另页书写

手术记录

- 一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)
- 手术时间
- 术前诊断、术中诊断
- 手术名称
- 手术者及助手姓名
- 麻醉方法
- 手术经过
- 术中出现的情况及处理
- 记录时间

手术护理记录

- 手术护理记录——巡回护士对手术患者术中护理情况及所用器械、敷料的记录
- 应当在手术结束后即时完成
- 手术护理记录应当另页书写

手术护理记录

- 患者姓名
- 住院病历号(或病案号)
- 手术日期
- 手术名称
- 术中护理情况
- 所用各种器械和敷料数量的清点核对
- 巡回护士和手术器械护士签名

术后首次病程记录

术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。

术后首次病程记录


- 手术时间
- 术中诊断
- 麻醉方式
- 手术方式
- 手术简要经过
- 术后处理措施
- 术后应当特别注意观察的事项

特殊检查、特殊治疗同意书

- 特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署同意检查、治疗的医学文书。

特殊检查、特殊治疗同意书

- 特殊检查、特殊治疗项目名称
- 目的
- 可能出现的并发症及风险
- 患者签名
- 医师签名



谢谢!