

中山大学肿瘤防治中心文件

肿瘤防治〔2015〕137号

中山大学肿瘤防治中心病历书写管理制度

为加强病案质量管理，规范病案书写，提高病案质量，确保医疗安全，根据国家相关的法律法规，结合我院的实际情况，制定本制度。

第一章 病历书写的基本要求

一、病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门(急)诊病历和住院病历。

二、病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

三、病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

四、病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水、需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

五、病历书写应当使用中文和通用的外文缩写，无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。疾病诊断及手术名称编码要依照国际疾病分类(ICD-10)与手术操作分类

(ICD-9-CM-3)的名称为准。药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写。

六、病历书写应规范使用医学术语，文字要工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

七、病历书写过程中出现错字时，应当用书写时的笔墨双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

八、病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

出现在病历上的各级医师职称要以医院的正式聘任为准，上级医务人员有审查修改下级医务人员所书写病历内容的责任。修改时一律用红色墨水笔并在最后注明修改日期，签署全名，并保持原记录清楚、可辨。具体要求如下：

1. 实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。实习医师书写的完整病历，经其上级医师在全面了解病情的基础上作认真修改并签字（如仅供教学资料使用，可以不归档保存）。

2. 进修医务人员应当由医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写病历。

3. 主治医师应及时审阅进修医师和住院医师书写的各项记录。入院记录、首次病程首记、申请会诊记录、转科记录、抢救记录、死亡记录、出院(死亡)小结、死亡病例讨论等重要记录应有主治医师或以上医师签名。

4. 正、副主任医师要经常督促检查病案质量，并对与自己有关的记录亲自修改并签名。

九、病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。各项记录必须有完整日期，按“年、月、日”方式书写，急诊、抢救要写时间，具体到分钟（年、月、日、时、分），如 2010 年 3 月 4 日下午 5 时 30 分写成 2010-3-4 17: 30。

十、对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

十一、诊断名称应确切、分清主次、顺序排列，主要疾病列于最前，并发症列于主要疾病之后，伴随疾病排列在最后。诊断除疾病名称外，肿瘤诊断应填写病理和临床分期，还应尽可能包括病因，疾病解剖部位和功能的诊断。

对诊断明确并已有病理报告者或已做过特殊检查、诊断依据充分者，可直接写“诊断”，不能明确的可写“初步诊断”，记录在入院记录的右下方，如经过多方检查，诊断有误可用“修正诊断”，它们是出院时的结论性诊断，内容应与出院小结和住院病历首页相同。

十二、各种记录结束时应签全名并清楚易认。

十三、凡药物过敏者，应在病历的既往史中注明过敏药物的名称。

十四、入院不足 24 小时即出院的病人(包括死亡者)不能随意取消住院号，但可不书写入院记录，而应详细书写 24 小时入出院(死亡)记录。病人未办入院手续在送病房途中或病房、手术室死亡的，接诊或参加现场抢救的医务人员应参照上述要求在门诊或急诊病历上书写记录，病人按门诊或急诊死亡统计。

十五、患者护理记录和手术清点记录按有关要求书写。责任护士完成整体护理的相关记录。

十六、各种专项记录(如手术、手术安全核查、手术清点、有创操作、麻醉及各种影像检查等)均应按各专业要求书写。

十七、辅助检查报告以检查类别、检查日期顺序排列整齐。

十八、住院病历统一使用 A4 纸打印，各种表格内容应逐项认真填写，每张记录纸均须完整填写楣栏如病人姓名、住院号、科别、床号、页码。打印病历应当按照规定的内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名

十九、打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

二十、打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

第二章 门(急)诊病历书写内容及要求

我院门诊病历分为患者自带门诊病历和归档门诊病历(C 编码开头)，住院病人和在门诊做治疗的病人需要开立归档门诊病历(C 编码开头)，病人就诊结束归档门诊病历(C 编码开头)需要归档病案统计科进行存档。

一、患者自带门诊病历的书写规范

1. 门诊病历内容包括门诊病历首页门诊手册封面、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

2. 门诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、监护人、住址、药物过敏史等项目。

3. 门诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。记录要求简明扼要、重点突出、文字简炼、字迹清楚。主诊医师要严格执行疫情报告制度，发现法定传染病除在病历上注明外，必须按规定报告，药物过敏史必须填写在病历封面。

4. 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

5. 门诊病人收住院时需由经治医师填写住院通知书，同时开立归档门诊病历（C 编码开头）。

二、门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录

初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史、阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

1. 初诊病历记录书写内容及要求

（1）封面：一般项目(患者姓名、性别、出生年月日或年龄、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址和药物过敏史)。

（2）内容：

①就诊日期：年、月、日。

②就诊科别。

③主诉：主要症状(或体征)及持续的时间。

④病史：本次疾病的起病日期和主要症状，简要发病经过和就诊前诊治情况及与本次疾病有关的既往史。

⑤体检：

A. 一般情况：一般患者根据病情需要重点选择 T、P、R、BP 的测量。

B. 阳性体征及有助于本病鉴别诊断的阴性体征。

C. 辅助检查结果。

⑥诊断：诊断或初步诊断。

⑦处理意见：

A. 应记录使用的药品名称及使用方法。

B. 记录实验室检查和辅助检查项目。

C. 会诊、抢救、特殊治疗、手术及操作、转科、转院记录。

D. 记录假单给假时间，传染病、疫情报告时间。

⑧签名：经治医师签全名。

⑨门诊手术记录按照病程记录中手术记录要求书写。

2. 复诊病历记录内容及要求：复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

(1) 日期：年、月、日，急诊注明时分。

(2) 上次诊治后的病情变化和治疗反应。

(3) 体检：重点记录原来阳性体征的变化和新发现阳性体征。

(4) 补充的实验室或其他特殊检查。

(5) 诊断：对上次已确诊的患者，如无变更，可不再写诊断；否则要再次明确诊断或写修正诊断。

(6) 处理、签名与初诊病历书写要求相同。

三、急诊病历书写要求

1. 书写细则按一般门诊病历要求，常规测量 T、P、R、BP。
2. 重点突出病情及生命体征变化和处理时间、专科疾病阳性体征和阴性体征。
3. 病历书写要注明就诊的日期及时间，具体到分钟(年、月、日、时、分)。

第三章 住院病历

第一节 住院病历书写的内容和要求

一、住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查或/和治疗同意书、病危(重)通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

二、住院病案首页书写要求及内容(详见下文说明)

三、入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、体格检查、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析的记录。入院记录还包括再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应当于患者出院后 24 小时内完成，24 小时内入院死亡记录应当于患者死亡后 24 小时内完成。

四、入院记录的要求及内容

(一) 患者一般情况

姓 名:

出生地:

性 别:

职 业:

年 龄:

入院时间:

民 族:

记录时间:

婚姻状况:

病史陈述者:

(二)主诉: 是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间, 建议不超过 20 个字。

无症状体征的肿瘤病人主诉书写可参照如下:

1、序贯治疗的病人: 如食管癌术后 × 天, 按约回院放疗

2、多程治疗的病人: 如小细胞肺癌三程化疗后 × 周, 遵嘱回院化疗

(三)现病史: 是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等全过程的详细情况, 应当按时间顺序书写, 其主要内容包括: 起病诱因; 发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状; 发病后诊治经过及结果; 睡眠和饮食等一般情况的变化, 以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况:

记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况:

按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素, 以及演变发展情况。

3. 伴随症状:

记录并描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果:

记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号(“”)以示区别。

5. 发病以来的一般情况：

简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便及体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系，但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

我院的现病史可参考以下内容进行书写：

1. 具体描写病理组织学和细胞学检查结果。

2. 对多次进行抗肿瘤治疗的病人进行治疗小结，记录最近一次治疗起止日期和治疗医院名称，内容分别包括：

(1) 手术（术前肿瘤情况、术式：根治性或姑息性、术中所见、切除和清扫范围、术后病理情况）

(2) 放疗（放射方式、放射源、照射部位和每个部位的总剂量时间、靶区、射野设置、肿瘤尤其是正常组织受照体积和剂量）

(3) 化疗和生物治疗（按疗程填写时间、方案、剂量、给药途径、周期）

(4) 疗效评定结果主要指标的变化，复发日期和部位及缓解期。

(5) 不良反应（主要项目和程度）

3. 对某些进行性症状，如肿块、疼痛、溃疡、出血、发热、消瘦、胃纳差、贫血、黄疸等应详细记录，有无接触化学物质、射线、病毒感染等情况；有无内分泌、遗传、免疫等方面的内在因素。

(四) 既往史:

既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

(五) 其他病史:

1. 个人史:

记录出生地及长期居留地, 生活习惯, 如有烟酒嗜好者应注明程度, 特殊嗜好如药物或食鱼生史, 有无冶游史等; 劳动职业必要时说明工作环境与条件(有无工业毒物、粉尘或放射性物质接触史等)。婴幼儿记录喂养史。

2. 婚育史、月经史:

婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况或死亡原因、有无子女等。

女性患者记录初潮年龄, 行经周期 $\frac{\text{经期日数}}{\text{经期间隔日数}}$, 末次月经时间(或闭经年龄), 月经量、颜色, 有无血块、痛经、白带等情况。生育情况按下列顺序书写: 足月分娩数—早产数—流产或人工流产数—存活数。

3. 家族史:

父母、兄弟、姐妹及子女的健康状况, 死亡原因, 应注意描述家族中两系三代有无与患者类似疾病, 有无家族遗传性、免疫性和精神性疾病。

(六) 体格检查: 按系统循序进行书写。

(七) 专科情况:

1. 原发肿瘤的描述: 肿瘤的部位、质地、大小、数量、形状、表面光滑度、质地、压痛、活动度及与周围组织器官的关系等。

2. 原发性肿瘤直接侵犯邻近组织的情况：对邻近器官有无压迫、阻塞、浸润等。

3. 局部淋巴结转移的情况：区域淋巴结检查，尤其是颈部，腋下、腹股沟部。

4. 常见远处转移部位的检查，如肺、肝、有局部固定疼痛的骨骼、直肠等。

可根据各肿瘤病种的专科特点要求，描绘肿瘤示位图。

(八) 辅助检查：

是指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果(重要的化验、X线、心电图及其它有关检查)，应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查号。

(九) 诊断：

是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断或诊断为多项时，应当主次分明。主要诊断在前，其他诊断在后，对待查病例应列出可能性最大的诊断。

入院诊断

1. 根据肿瘤的组织病理学诊断，在肿瘤诊断后面写出 TNM 分期/临床病理分期及肿瘤转移部位。恶性淋巴瘤病人写出侵犯部位。

2. 格式：部位（细分）+病理+病因+功能（或分期）

(十) 签名：

入院记录书写者的签名：主治（或以上）医师/住院医师

五、再次或多次入院记录书写内容及要求

再次或多次入院记录是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。

书写特点：

1. 主诉：本次入院的主要症状(或体征)及持续时间。
2. 现病史：首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。
3. 其它记录要求同入院记录。

六、24 小时内入出院(死亡)记录书写内容及要求

对入院不足 24 小时出院(或死亡)的患者，其记录内容及要求如下：

书写内容包括：患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院(死亡)时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过(抢救经过)、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名，死亡患者加写死亡原因、死亡诊断。

1. 由经治的住院医师在患者出院(死亡)后 24 小时内完成；
2. 主治医师以上(含主治医师)应在患者出院(死亡)后 48 小时内进行审查签名；
3. 24 小时内出院(死亡)患者可免写首次病情记录和出院(死亡)小结；
4. 可用表格式病历记录。

第二节 病程记录及其它记录

病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化及情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析

讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

病程记录包括首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、疑难病例讨论记录、交(接)班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、有创诊疗操作记录、会诊记录、术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、手术记录、手术安全核查记录、手术清点记录、术后首次病程记录、麻醉术后访视记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、病重(病危)患者护理记录等;其它记录包括手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查(治疗)同意书、病危(重)通知书等。

一、首次病程记录

首次病程记录是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,应当在患者入院8小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划等。

1. 病例特点: 应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2. 拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断): 根据病例特点,提出初步诊断和诊断依据;对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析;并对下一步诊治措施进行分析。

3. 诊疗计划: 提出具体的检查及治疗措施安排。

日常病程记录

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。要及时反映病情变化,分析判断,处理措施,疗效观察,

更改医嘱的时间，辅助检查结果的分析及处理措施。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。

书写日常病程记录时，首先标明记录时间，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 天记录一次病程记录。

对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。阶段小结每月 1 次。

放疗患者至少 5 天记录一次病程记录，化疗患者每天记录一次病程记录。特殊病例的化疗、放疗应有科内讨论记录，系统化疗者应有化疗前小结、化疗观察表和化疗后小结。

手术患者术后连续 3 天记录病程记录。

重要用药要随时书写病程记录，更改重要医嘱要说明原因并书写病程记录。

检验结果异常要有分析和处理措施记录在病程记录。

4. 特殊诊疗操作要有病程记录和知情同意书。

5. 住院医师书写的病情记录应有主治以上医师签名。

三、上级医师查房记录

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。

主治(或以上)医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

一般病例每周 2 次主治医师查房记录,1 次副主任以上医师查房记录, 内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

对疑难、危重病例日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定,但至少每周有一次副主任医师以上技术职称医师的查房记录。上级医师查房记录需有查房医师(或陪同查房的同级别医师)审核签名。

四、疑难病例讨论记录

疑难病例讨论记录是指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、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

五、交(接)班记录

交(接)班记录是指患者经治医师发生变更之际,交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成;接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交(接)班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

六、转科记录

转科记录是指患者住院期间需要转科时,经转入科室医师会诊并同意接收后,由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成(紧急情况除外);转入记录由转入科室医师于患

者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

七、阶段小结

阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交(接)班记录、转科记录可代替阶段小结。

八、抢救记录

抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

九、有创诊疗操作记录

有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如胸腔穿刺、腹腔穿刺等)的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况，记录过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项及是否向患者说明，操作医师签名。

十、会诊记录

会诊记录(含会诊意见)是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的

记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要说明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后 48 小时内完成，急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后 10 分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

十一、手术相关记录

1. 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。内容包括简要病情、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，并记录手术者术前查看患者相关情况。

2. 术前讨论记录

术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，应有科内讨论记录，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。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

3. 麻醉术前访视记录

麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者

一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应症及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

4. 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，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

5. 手术记录

手术记录是指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，应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由手术第一助手书写时，应有手术主刀者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)、手术日期、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等。

6. 手术安全核查记录

手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

7. 手术清点记录

手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中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等。

8. 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。内容包括手术时间、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等。

9. 麻醉术后访视记录

麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。

十二、放射治疗有关记录

指根据医院实际情况，符合国家相关政策和医疗技术规范，经医院质量和安全管理委员会以及单病种首席专家通过的记录，通常应包括以下内容：

1. 放射知情同意书

2. 放疗前小结

3. 放射治疗计划单（旧版背面放疗结束总结）：放疗计划图表可不必打印归档，需要时打开 PDA 查看。部分患者因治疗需要复印可在放疗门诊服务台申请。

4. 放射治疗记录单（按 A、B、C、D 序列）
5. 放射治疗剂量计算单（按 A、B、C、D 序列）
6. 放疗小结：包括放疗时间、总剂量、放疗后注意事项；
7. 放疗收费单（财务检查用）
8. 特殊技术记录单（如 X 刀等）
9. 后装放疗记录单、热疗加温治疗计划单
10. 急性放射反应评分记录

十三、化疗相关记录

指根据医院实际情况，符合国家相关政策和医疗技术规范，经医院质量和安全管理委员会以及单病种首席专家通过，通常应包括以下内容：

1. 化疗前谈话（同一方案在第一疗程时谈话一次即可）
2. 化疗小结
3. 化疗观察表
4. 化疗总结：包括疗程、药物、剂量、副作用及化疗后注意事项

十四、出院记录

出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后 24 小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

十五、死亡记录

死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、

抢救经过)、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

十六、死亡病例讨论记录

死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内,由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持,对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

十七、病重(病危)患者护理记录

病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

十八、相关的知情同意书

1. 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,并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

2. 麻醉同意书

麻醉同意书是指麻醉前,麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况,并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、

拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

3. 输血治疗知情同意书

输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

4. 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，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、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、医师签名等。

5. 病危(重)通知书

病危(重)通知书是指患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患者家属告知病情，并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期。一式两份，一份交患方保存，另一份归病历中保存。

第三节 医嘱和医嘱单

医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

一、医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。

二、医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。

三、医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

四、一般情况下，医师不得下口头医嘱。因抢救急危重患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

五、长期医嘱单包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。长期医嘱内容的顺序为：护理常规，护理级别，病危或病重，隔离种类，饮食种类，体位，各种检查和治疗，药物名称、剂量和用法。

六、临时医嘱单包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

七、医嘱单书写要求

(一)医嘱应紧靠日期线书写，不得空格，各行对齐；一行不够另起一行时，前面应空一格；若只余下剂量和时间，则与末尾排齐写于第二行。同一患者若有数条医嘱，且时间相同，只需第一行及最后一行写明时间，余项用直线连接。

(二)同一患者若有数条医嘱，且时间相同，签名者只需第一行及最后一行采用封头、封尾签名，余项用直线连接；临时医嘱执行后，执行者必须签名并注明执行时间。

(三)长期医嘱：有效时间 24 小时以上，医师注明停止时间后即失效。

(四)临时医嘱：有效时间 24 小时以内。临时医嘱是医师根据病情随时决定的一次性治疗或抢救医嘱，包括出院带药。临时医嘱只限执行一次，包括内服药、注射剂、术前用药、特殊治疗、检查和皮试等。

本制度自发文之日起实施。既往与本制度有不一致之处，按本制度执行，本制度由病案统计科负责解释。

附件：住院病案首页填写规范

中山大学肿瘤防治中心

2015 年 12 月 23 日

中山大学肿瘤防治中心办公室

2015 年 12 月 23 日印发

(校对：赵雁梨)