

中山大学肿瘤防治中心文件

肿瘤防治〔2015〕138号

中山大学肿瘤防治中心 病历书写质量检查和归档管理制度

根据国家卫生和计划生育委员会三级肿瘤医院评审标准和其他有关规定，为进一步加强我院病案管理，规范病案使用流程和病历书写质量管理，不断提高医疗质量，结合我院实际情况，制订本制度。

第一章 病历的质量检查规定

一、临床科室出院病历归档前质量监控

1. 医务人员必须按照病案管理的有关规定权限使用病历，临床科室每病区设置1个病历质量监控医师（主治以上医师担任），治疗组医师及质控医师负责对所在科室运行病历各环节质量和出院病历归档前终末质量进行控制。病区主管医师应严格按照病历书写规范整理完善出院病历，质控医师和质控护士必须及时进行终末质控。

2. 出院病历归档前的质控环节重点：

(1) 病历的完整性及排列顺序。应首先检查并保证病历首页、出院小结、死亡记录及讨论记录、入院记录、病程记录、手术文书、会诊单、护理文书、医嘱单、体温单等病历基本大项的完整，不得缺失，医嘱曾开立的大型检查报告单（PET-CT、CT、MR 等）和病理报告单原件不能遗漏，并按照附件出院病历排列顺序将住院病历资料进行整理排序。

(2) 根据本科特点及本次住院诊治的内容，检查各类知情同意书是否完整、是否有签名，缺失的应及时补齐。

(3) 医师应对各类检验、检查报告单与医嘱逐一核对，保证检验及检查报告单的完整。病区应当在收到住院患者的所有报告单 24 小时内归入住院病历。

(4) 辅助检查报告单粘贴要求：贴在专用的贴验单纸上，禁止将验单直接贴在门诊续张上；验单粘贴要按照报告时间先后排序，做到整齐、规范。

(5) 病历归档前，病区质控护士应对护理评估、告知书、护理记录单、监测单、体温单等文书进行完整性质控，并按照记录时间排序，保证护理文书的完整性。

二、住院归档病历书写中乙级病历和丙级病历的规定

根据国家卫生和计划生育委员会三级肿瘤医院评审标准和《病历书写基本规范》的相关规定，我院住院归档病历书写中乙级病历和丙级病历的定义，按第一次归档回来的病历评定。

(一) 住院归档病历书写出现下列情况为乙级病历

1. 住院首页出院诊断未填写

2. 住院首页缺 3 项或以上（自然缺项除外）

3. 传染病漏报
4. 出院诊断未填写
5. 入院记录和病情记录缺本医疗机构注册的医师签名及上级医生审核和签名
6. 体格检查遗漏系统或主要阳性体征或缺必要的专科或重点检查
7. 出院病历中缺首次病程记录
8. 抢救病历无抢救记录
9. 疑难或危重病例一周无科主任或主（副主）任医师查房记录
10. 病情记录无交、接班，转科记录
11. 病情记录无阶段性小结
12. 缺有创诊疗操作记录
13. 无死亡抢救记录（放弃抢救除外）
14. 缺死亡讨论记录
15. 放弃治疗或自动出院无患者法定代理人签署意见并签名的医疗文书
16. 影响诊断与治疗的阳性结果，无相应处理和记录
17. 择期手术缺术前小结
18. 病情较重或难度较大的手术缺术前讨论记录
19. 缺手术安全核查记录
20. 缺非计划再次手术讨论记录
21. 缺出院（死亡）记录
22. 缺与主要诊断相关的辅助检查报告单
23. 缺整页病历记录造成病历不完整

24. 缺手术同意书或有效签名
25. 缺麻醉知情同意书或有效签名
26. 缺输血同意书或有效签名
27. 使用自费项目无患者签名的知情同意书
28. 缺特殊检查（治疗）同意书或有效签名
29. 医疗记录与护理记录或麻醉记录内容不一致
30. 病历中记录内容互相矛盾或存在原则性错误

（二）住院归档病历书写出现下列情况为丙级病历

1. 主要疾病漏诊
2. 缺麻醉记录单
3. 缺手术记录或未在患者术后 24 小时内完成
4. 缺主要项目造成病历不完整（如：入院记录、病程记录等）
5. 伪造病历

三、住院归档病历的质检及退修

1. 病案室电脑员在接收归档病历时，应对本次住院病历进行初步检查，当发现病历首页签名不齐或病历玷污破损等有权拒收，退回原病区返修，病区应在完善后当日送交病案室。

2. 病案室应对出院病历（包括门诊放疗病历）在归档后 3 个工作日内按病历书写规范及病案管理要求完成收集、整理、装订、质检、上架等一系列工作。未装订的病历一般不予调用，急诊除外，调用者应对病历资料的完整性负责并及时归还。对后续有特殊需要的出院归档病历，出院科室应在病历归档时特别注明，病案室作加急处理。

3. 病历的退修：病案质检室在质检中发现不符合如下规定的病历应予退修。

- ①首页缺项 3 项以上（自然缺项除外）；
 - ②各项重要记录（病历、首次病程记录、各项凡是独立成页的记录等）缺失或无上级医生签名者；
 - ③乙级和丙级病案或评分在 90 分以下者；
 - ④字体打印不清晰或书写过分潦草者；
 - ⑤重要记录前后不符合者；
 - ⑥其它不符合病历书写规范的病历
4. 病案室质检人员在整理病历过程中发现有缺陷，应在 HIS 系统作退修登记并逐项填写退修单，及时退回原病区。主管医生在接到退修通知后 3 天内必须对病历缺陷进行修正、补充，各医疗组的退修率考核指标为 $\leq 10\%$ ，病历退修率纳入绩效考核。

第二章 病历的归档规定

一、归档门诊病历（C 编码开头）的归档规定

1. 患者就诊完毕后，出诊医生按病历书写规范要求完成门诊病历书写，并将病历送交各诊区护士保管。
2. 各诊区护士应在当天将所有门诊病历收齐，在 HIS 系统作出库登记后送回病案室入库归档。
3. 病案室工作人员在接收门诊病历后在 HIS 系统作入库登记，质检室作首页录入、疾病编码、肿瘤登记等处理后将病历上架。
4. 门诊放射治疗患者放疗结束 5 个工作日内，放疗医生必须按病历书写规范要求完善放疗病历的各项记录，将病历及放疗有关资料交由放疗中心报到台工作人员在 HIS 系统作出库登记，然后送往病案室作入库登记、整理装订及录入放疗资料。病案室若发现放疗资料不完整或缺病历时，应及时退回放疗中心报到台，交由主管医生修改或追踪病历。

5. 夜间或节假日急诊，门诊值班护士（或指定人员）到病案室取病历时，必须登记病历号、患者姓名、出库时间并签名，同时在急诊护士工作站作电脑入库登记，急诊完毕后作出库登记，及时把病历送回病案室。

二、住院病历的归档规定

1. 各病区的出院病历，应于患者出院 7 个工作日内送交病案室，死亡病历应在患者死亡后 10 个工作日内送交病案室。门诊放疗病历应在患者结束放疗 5 个工作日内送交病案室。各病区应在每月 10 日前将上一个月的出院病历全部送至病案室（节假日顺延）。

2. 患者住院期间，其住院病历由所在病区负责集中、统一保管，做到专人负责、专柜保管、专人输送。当病历及有关资料因患者转科、复印、会诊等需要带离病区时，病区护士应在 HIS 系统作出库登记，由专人负责携带和保管送往转入科室病区（包括放疗门诊），转入科室签收后应立即在 HIS 系统作入库登记，借出病历返回科室应及时做好入库登记，确保在运送过程中病历资料完整、齐全及去向信息明确。

3. 患者出院后 3 个工作日内，主管医生应按《广东省病历书写规范》要求认真检查，必须完整、准确、规范填写好电子住院病案首页，完善病历各项记录，将病历中所有资料整理齐全，并按出院病历的顺序排序。首页必须有三级医生签名，质控医生、护士及科主任审核签名，病区护士长应把已完善的出院病历固定存放，每天在 HIS 作本病区出库登记后，将病历送回病案室。

4. 住院患者 24 小时内取消住院（指已发生住院费用者）或死亡：医生书写“24 小时内入出院记录”或“24 小时内死亡记录”、

首页、住院病历质量评分表和已经记录的护理表格、医嘱单等与门诊病历一并送病案室作归档处理。

5. 因病人再次住院借调旧病历，借用期间病历的完整性、安全性由借用人和借用科室负责，使用完毕应及时归还病案室，否则作借用科室遗失病历处罚。一旦病历发生问题或丢失，追究借用人及科室责任。旧病历必须在病人出院 3 天内与本次住院病历一并归还病案室。

6. 病历实行实份登记制度，病案室、各门诊、各病区在接收和发送病历时，必须对每一份病历在 HIS 系统作入、出库登记。病案室有责任对超过 3 个工作日未归档的出院病历进行催还，各病区在接到催还通知时应及时处理病历并归档。

7. 任何科室和个人不得将病历交患者带走，不得隐匿、销毁、抢夺、窃取、截留、私藏或私自外借病历，不得将病历私自带至院外复印，否则产生的一切后果由科室和个人承担。

三、病理报告单迟发的归档规定（外科科室）

当住院病案首页已到归档时间 3 天，但病理报告仍没有纸质报告单时，可先填写电子版病案首页并提交，待病理报告单回来再修改病案首页的出院诊断，在住院记录和出院小结中增加出院诊断或修正诊断，并将纸质病历送病案统计科归档。因病理报告单迟发而未及时归档的病历不纳入归档率的统计。

四、住院病案首页的锁定和解锁工作流程

（一）住院病案首页的锁定

1. 各病区医生必须在患者出院 3 个工作日内在 HIS 系统按要求规范填写电子住院病案首页并保存提交。提交后该首页即时锁定，不能再随意修改内容。

2. 病案质检室必须在每月 10 日前在 HIS 系统完成上一个月的全部出院病历首页的疾病、手术编码。当编码员完成每次住院病历首页编码操作并点击保存时，该首页即时锁定，不能再随意修改内容以保证数据的准确性，数据提交统计室作医疗统计分析。

（二）住院病案首页的解锁

1. 当纸质病历未能及时归档而 HIS 系统中病案首页已锁定，医生需要补录或修改出院病历首页信息时，可致电病案质检室（3067）申请解锁，同时提供患者姓名、科室、病历号及主管医生姓名。

2. 病案质检室予以解锁并跟进修改情况，以确保诊断及手术编码信息的准确性，当修改内容与统计数据相关时必须通知统计岗。当修改的内容病人已复印时，经手修改的医生必须与病人做好沟通，以免产生医疗纠纷，一旦因此而发生医疗纠纷责任由原科室承担。

第三章 病历书写质量检查和归档的管理规定和考核机制

一、病历书写质量检查和归档的管理规定

1. 及时将我院《病历书写管理制度》、《病案管理制度》和《病历书写质量检查和归档管理制度》下发至全院医务人员，确保每位临床医生知晓病历书写以及病历管理方面的规定，自觉按规定完成病历的书写和归档的本职工作。

2. 按三甲医院要求将病历书写纳入临床住院医生“三基”训练主要内容，定期进行训练和考核。

3. 按三甲医院要求病案统计科不定期到临床科室进行病历书写规范的培训，将病历书写规范纳入新员工、进修生和研究生岗前培训并考核。

4. 病案统计科质检人员定期将病历质检问题反馈到科室，并进行跟进，协助改正。

5. 病案统计科每月公布各科室和医疗组病历归档统计汇总和医疗组病历归档率。

二、建立临床科室医疗组的病历书写质量检查和归档管理的考核机制，明确规定奖惩制度

1. 对临床科室医疗组的出院病历 7 天归档率、电子住院病案首页 3 天完成率、乙级病历、丙级病历、退修率进行考核，纳入医疗组绩效考核计算。

(1) 三甲医院要求 7 天归档率 $\geq 90\%$ ，对未达标的医疗组，按未归档病历的份数扣发医疗组的绩效奖金。

(2) 电子住院病案首页 3 天完成率为 100%，对未完成的首页，按份数扣发医疗组的绩效奖金。

(3) 住院病历第一次归档后对病历书写中存在缺陷的乙级病历和丙级病历，按乙级病历和丙级病历的份数扣发医疗组的绩效奖金。

(4) 问题病历经病案统计科退修后，3 个工作日不归档，按未按期归档退修病历的份数扣发医疗组的绩效奖金。住院病历的退修率 $\geq 10\%$ ，扣发所属医疗组的绩效奖金。

(5) 护理病历书写不合格或整页缺失造成病历不完整的扣责任护士的奖金。

2. 凡丢失病历的医疗组，进行全院通报批评，扣发医疗组当月绩效奖金和科室主任当月的行政津贴。

3. 对于在住院病历书写和归档环节表现优秀的科室给予相应的奖励。

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。

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)