

中山大学肿瘤防治中心文件

肿瘤防治〔2015〕139号

中心病案管理制度

为进一步加强病案管理，规范病案书写，提高病案质量，保障医疗质量与安全，维护医患双方的合法权益，根据国家卫生和计划生育委员会、国家中医药管理局关于《医疗机构病历管理规定（2013年版）》国卫医发〔2013〕31号文的精神，结合本中心实际情况，修订病案管理制度。

第一章 总则

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。病历归档以后形成病案。按照病历记录形式不同，可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。

二、医务人员应当严格保护患者隐私，禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。病案库实行全封闭管理。为了保护医疗资源和患者的隐私，未经许可，非本室人员不得进入。

三、病案是医院的重要医疗文件，任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁病历。任何个人无权将病案交患者带走，亦不得私藏、截留、抢夺、窃取病案。

四、运行中的电子病历电子版本由信息科通过设于机房的电子病历服务器进行存储和保管。任何机构和个人不得擅自拷贝和携带。

五、我院实施知识产权保护，未经院领导的许可或授权，任何人不得以任何方式非法使用我院的电子病历和患者的病历资料数据，也不得向任何机构或单位泄露我院的电子病历和患者的病历资料数据信息。国家卫生计生委明文规定可申请复印和查阅病历者除外。

六、我院由医务质控科建立病历质量定期检查、评估与反馈管理制度。

第二章 病历的建立

一、我院门诊实行实名制挂号，建立门（急）诊病历和住院病历编号制度，为同一患者建立唯一的标识号码。

1. 初诊患者必须在一站式服务中心凭身份证实名办理诊疗卡，HIS 系统生成卡号和 M 码病历号，患者凭卡挂号、购买病历自带看病。患者确诊后，医生在工作站把 M 码病历号切换为 C 码病历号，建立归档门诊病历。患者填写病历上的各项基本信息，医生按要求完成门诊病历书写。

2. 患者一经办理住院，住院收费处即把 C 码病历号切换为住院病历号，门诊病历即并入住院病历，使用住院病历号，再次住院患者使用原住院病历号。M 码病历号和职工病历号不能直接切换为住院号。

3. 住院患者 24 小时内取消住院：未发生费用者，患者到住院收费处办理“无费退院”手续，HIS 保留住院号。病区主管医生在门诊病历续张上记录取消住院的原因，在住院号填写处用红签字笔写取消住院，病区护士把门诊病历送回病案库，病人后续在门诊就诊或再次办理住院时仍使用该住院号；患者一旦发生住院费用，则医生书写 24 小时内入出院记录、首页、评分表和已经记录的护理表格与门诊病历一并送病案库作归档处理。

4. HIS 在设置上要保证住院号码是唯一标识号码，避免同一患者产生两个以上的病历号。①当医生发现同一患者以不同身份产生两个病历号时应办理病案号合并手续，由过失者填写病案号合并申请单，提交医务质控科审批签名、备案，信息科在 HIS 予以合并，合并原则是“去新号留旧号”，使用旧病历号，申请单原件由病案室留底，复印件装订在病历第一页上。②当患者不再使用原病历号的名字时，必须办理更改名字申请手续，由患者填写申请单，提交身份证原件及复印件，病案统计科在 HIS 予以更改，申请单原件病案室留底，复印件装订在病历第一页上，并更改封面名字。

二、医务人员应当按照《病历书写基本规范》和《电子病历基本规范（试行）》要求书写病历，详见我院《病历书写管理制度》。

三、病案的纸张、表格、报告单一律严格采用 A4 规格，相关科室要严格把关，确保病案纸张的质量和规格。计算机打印的病历应当字体清晰，符合病历作为档案保存的要求。

四、出院归档病历严格按以下顺序排列

1. 住院病历评分表

2. 门诊病历（包括外院检查单）

3. 病历首页

4. 出院（或死亡）记录（小结）

死亡者：①死亡记录

②死亡病例讨论

24 小时内出院者：24 小时入出院记录（发生住院费用时）

5. 入院记录

6. 诊疗计划单、临床路径表格

7. 病程记录

8. 另页书写的记录按下列顺序排列：

（1）手术：①术前小结

②手术前谈话记录

③术中冰冻切片病理检查知情同意书

④麻醉术前访视记录（同意书）

⑤麻醉记录、麻醉复苏记录

⑥手术记录

⑦手术清点记录

⑧手术安全核查记录

（2）化疗：

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

（3）放疗：①放射知情同意书

②放疗前小结

③放射治疗计划单（背面放疗结束总结）、放疗剂量验证单

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英文病人治疗区域表（按 A、B、C、D 序列）

⑦英文图表（按 A、B、C、D 分段排列）：

参数表→位置表→单页图→大图→CT 定位图

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

（4）特殊病情及治疗记录

（5）会诊记录单

（6）知情同意书：

①输血同意书

②特殊检查前谈话记录

③使用一次性物品同意书

④采集标本知情同意书

⑤医保相关知情同意书

⑥禁烟知情同意书

⑦请假协议书

⑧其他协议书

9. 辅助检查报告单：分类按时间排序：A4 规格的报告单不用黏贴，A5 规格的报告单左顶格、梯形排列、平行露出验单眉栏（眉栏不要反折以免影响复印）、右边界对齐

①打印大部分验单：血常规，生化，其他血验单、大小便验单顺序

②小部分结果有彩色图案验单

③检查报告单：一般病理报告单（A5 规格的贴于“贴报告单纸”上）、免疫组化、基因检查、骨髓穿刺，MR、CT、ECT、胸片、B超、心电图、肺功能、血气分析、内镜检查、其他特殊检查报告单

10. 首次护理记录单、护理路径表格

11. 护理记录单（按时间顺序排）

12. 术前准备护理记录单

13. 手术护理记录单、

14. 麻醉复苏护理记录单

15. 手术交接护理记录单

16. 特殊护理记录单及

其他（有以下内容时按此排序）

①PICC：知情同意书→护理记录单→维护记录单→健康教育单

②化疗护理记录单

③放疗护理记录单

④防跌倒护理记录单

⑤防褥疮护理记录单

17. 长期医嘱单、临时医嘱单（按页数次序顺序排）

18. 长期护嘱单、临时护嘱单（按页数次序顺序排）

19. 体温单（按页数次序顺序排）

20. 门诊续张

21. 病历复印申请

第三章 病历的保管

一、病历的保管和保存管理

1. 病案管理人员应忠于职守，负责全院住院病案和归档门诊病历的收集、整理和保管工作，严格把控病历管理流程。

2. 建立归档门诊病历和住院病历跟踪系统。

3. 归档门诊病历在收到检查检验结果后及时将检查检验结果归入或者录入归档门诊病历，并在每次诊疗活动结束后首个工作日内将归档门诊病历归档，门诊续张数字化后归档。

4. 患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。不允许患者或家属自行携带病历。

5. 患者出院后，住院病历由病案统计科统一保存、管理。

6. 我院根据国家相关的政策规定，采用符合档案管理要求的信息数字化病历、电子病历和纸质病历等形式进行保存病历。

7. 我院的归档门诊病历，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年；住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于 30 年。

二、病历调档管理

1. 患者就诊必须先挂号，包括大门诊、特需门诊、放疗门诊、内镜检查、激光、小手术等均须先挂号，病案库凭挂号申请单把病案在 HIS 作出库登记后送往目标科室，各诊室、科室接收病历后在 HIS 作本科室的入库登记。门诊各诊室之间的转诊，凭挂号单在 HIS 作登记后由诊室护士转送，不得由患者自带病案。患者诊病或检查、治疗后，各诊室、相关科室护士应于当天将病案收齐，在 HIS 作出库登记后送回病案库入库归档。

2. 门诊放射治疗患者的病历调档：患者持放疗预约单挂号，病案库凭单把病历出库送往放疗中心报到台人员签收，报到台人员在 HIS 作入库登记并保管好病历。放疗主管医生从报到台签借病历，报到台人员在 HIS 作医生借用登记，主管医生负责保管病历。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，将病历及放疗资料一并交回报到台签收，报到台人员在 HIS 作出库登记后，由工人送往病案库作入库登记、整理装订、放疗资料录入。病案室若发现放疗资料不完整（缺页、缺项、主任未签名）、缺病历时退回报到台交由主管医生修改或追踪病历，丢失病历追究当事人责任。

3. 办理住院的病案调档：患者挂号就诊，需要办理住院时医生签发入院通知单或住院统计卡（再次住院患者必须在通知单或统计卡上填写旧住院病历号），通知诊区护士，护士在 HIS 登记后把门诊病历或住院病历通过物流传输系统（或工人）送往各病区护士站，各病区护士接收病历后在 HIS 作本病区病历入库登记再转交主管医生签收并负责保管。患者住院期间，主管医生、护长、科主任要对病案的使用负全责，应设立专门的管理机制，如专人负责、专柜保管、专人输送等，确保病案使用的安全性。当患者转科时病历及资料应一同转交并签收，同时在 HIS 作病历的出、入库登记。

4. 病区大会诊的病历调档：各病区患者的病历由主管医生携带，门诊患者凭各科会诊收费单，病案由病案库或诊区作 HIS 登记后通过物流传输送到各病区，当班护士查收，会诊完毕送回病案库取消登记，丢失病历追究当班护士责任。

5. 门诊复诊患者，因各种原因暂时未能提供病历的，可用门诊续张先记录就诊，再行追踪原病历。医生必须在续张上填写患者姓名、病历号，以便装订回原病历。已数字化的病案则通过 HIS 自动打印 A5 纸病历记录续张，医生记录后护士回收送回病案库再行翻拍并入数字化病案。

6. 门诊患者病历一律由专人运送，不允许患者凭医生借条到病案库及门诊借病历，因各种原因造成病案丢失时追究当事人责任。非应诊日医生签名挂号的，病历一律送门诊各相应诊区。

7. 夜间或节假日急诊，门诊值班护士（或指定人员）到病案库取病案时，必须登记病案号、患者姓名、出库时间并签全名，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，及时把病案送回病案库。

三、病历档案管理（详见《病案书写质量检查和归档管理制度》）

第四章 病历的借阅

一、病历借阅的范围

各科临床试验、临床教学、临床病例讨论会、病理讨论会、死亡病例讨论会、尸体检验等医疗活动；各级领导及相关职能部门对医疗质量等检查及其他有关问题的处理等工作需要。

二、有权查阅病案的人员

为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生行政主管部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

三、病案阅览室每个工作日下午开放，因医疗、科研或教学需要查阅病案的应遵守“病案查阅制度”。

四、院内医务人员阅览病案时应穿工作服，病案一律在阅览室查阅，不得携带出室外。

五、查阅病案时须先填写查阅病案申请单（可在 OA 系统下载表格）并签名，本院研究生、进修生查阅病案须导师或科主任签名，护士查阅病案须护长签名。每张申请单借 5 本及以上的病历数，须有科主任签名。

六、病案只供查阅使用，除医务管理部门外，禁止拍摄、复印等手段复制病案内容。

七、非临床医生查阅数字化病案必须填写查阅申请表，经病案统计科负责人批准并开放权限、时限后方可查阅。

八、凡借调病案，必须到病案统计科办理借调手续，借用人负责携带和保管病历。病历不得涂改、转借、拆装，借用期间病案的完整性、安全性由借用人负责，查阅后应当立即归还，借阅病历应当在 3 个工作日内归还。一旦病历发生问题或丢失，追究借用人责任。

九、公、检、法等部门因公需查阅本院病案时，必须出具有有关部门的介绍信，按复印病历相关手续办理。

十、外院与我院有科研合作项目需查阅本院病案时，须经科研科审批、盖章，同时经医务处批准方能查阅。

第五章 病历的复制管理规定

一、我院受理下列人员和机构复制的申请，并依规定提供病历复制服务：

- （一）患者本人或者其委托代理人；
- （二）死亡患者法定继承人或者其代理人。

受理复印病历资料申请时，申请人必须填写《中山大学附属肿瘤医院住院病历资料复印申请表》，同时提供有关证明材料，留复印件一同备案，并对申请材料的形式进行审核。

（一）申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；

（二）申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；

（三）申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；

（四）申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

二、复制门（急）诊病历和住院病历的范围：体温单、医嘱单、住院志（入院记录）、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

三、公安、司法、社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，我院可以根据需要提供患者相关的病历资料：

（一）该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明；

（二）经办人本人有效身份证明；

（三）经办人本人有效工作证明（需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致）。

保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

四、按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，申请人要求复制病历时，可以对已完成病历先行复制，在医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行复制。

五、患者应妥善保管病案复印资料，否则，由此而致患者私人资料的泄露，责任自负。

六、复制的病历资料加盖我院病案复印专用章，按照规定收取复印工本费。

七、病案统计科遵守医院财务制度，复印室专人每天上报有关复印费的明细表和汇总表给财务处。

八、为方便患者就医、报销和保留病历资料的需要，我院已开展邮寄复印病历资料业务，具体办理流程见另文通知。

第六章 病历的封存与启封

一、依法需要封存病历时，应当在我院或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病

历复制件。申请封存病历时，告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，可以在公证机构公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

二、病案室负责封存病历原件和复制件的保管。

三、封存后病历的原件可以继续记录和使用。

四、按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，可以对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

五、开启封存病历应当在签封各方在场的情况下实施。

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