

<<最新病历书写基本规范解读>>

图书基本信息

书名：<<最新病历书写基本规范解读>>

13位ISBN编号：9787802455528

10位ISBN编号：7802455529

出版时间：2011-1

出版时间：军事医学科学出版社

作者：常艳群，秦成勇，孙广恭 主编

页数：258

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<最新病历书写基本规范解读>>

前言

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。高质量的病历为医疗机构和医务人员的医疗、科研、教学提供极其宝贵的基础资料，在涉及医疗争议时，又成为帮助卫生行政部门或司法部门判定法律责任，维护医患双方合法权益的重要依据。

病历质量管理已成为医院管理的重要内容之一。

2010年1月，卫生部印发了《病历书写基本规范》（以下简称《规范》），这是我国病历书写的指导性文件。

为切实抓好《规范》的贯彻落实，进一步规范医务人员的病历书写，提高医疗机构的病历管理水平，我们结合临床工作实际，编写了《最新病历书写基本规范解读》，作为医务人员病历书写的基本要求和参考用书。

全书共分九章，内容包括：病历书写基本要求、门（急）诊病历、入院记录、病程记录、知情同意书、处方（医嘱）、辅助检查报告单及病案首页的书写要求、格式和示例；医疗专科（内科、外科、妇产科、儿科、五官科等）病历书写的重点要求；病历管理及质量控制等。

本书依照《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》及《医疗机构病历管理规定》等有关要求。

编写过程中参考了《山东省病历书写基本规范》和《医疗知情同意书汇编》中的部分内容，受到了山东省卫生厅、山东省立医院、山东省病案质量控制中心的领导及专家的大力支持，在此谨致谢意。

由于编者水平有限，书中难免存在不妥之处，敬请读者指正。

<<最新病历书写基本规范解读>>

内容概要

本书是按照卫生部《病历书写基本规范》的要求，结合医院工作实际情况编写的，旨在帮助广大医务工作人员更好地掌握规范要求、提高医疗文件书写的水平，达到国家要求的标准。

全书共九章，内容包括：病历书写基本规范、门(急)诊病历、入院记录、病程记录、知情同意书、处方(医嘱)、辅助检查报告单及病案首页的书写要求、格式和示例；医疗专科病历书写的重点要求；病历管理及病量控制等。

本书将作为工具书，指导各级医院和医务人员书写病历，促进病历质量的持续提高。

<<最新病历书写基本规范解读>>

书籍目录

第一章 病历书写基本要求 第一节 病历、病案的概念 第二节 病历的价值及书写意义 第三节 病历的分类及组成 第四节 病历书写原则及基本要求 第五节 打印病历内容及要求 第六节 病历书写规范与既往要求不同之处 第二章 门(急)诊病历书写要求及格式 第三章 入院记录书写要求及格式 第一节 入院记录的内容要求及书写格式 附一 入院病历(俗称大病历)书写要求及格式 附二 表格式入院记录书写要求及格式 第二节 再次或多次入院记录书写要求及格式 第三节 24小时内入出院记录书写要求及格式 第四节 24小时内入院死亡记录书写要求及格式 第四章 病程记录书写要求及格式 第一节 首次病程记录书写要求及格式 第二节 日常病程记录书写要求及格式 第三节 上级医师查房记录书写要求及格式 第四节 疑难病例讨论记录书写要求及格式 第五节 交(接)班记录书写要求及格式 第六节 转科记录书写要求及格式 第七节 阶段小结书写要求及格式 第八节 抢救记录书写要求及格式 第九节 有创诊疗操作记录书写要求及格式 第十节 会诊记录书写要求及格式 第十一节 术前小结书写要求及格式 第十二节 术前讨论记录书写要求及格式 第十三节 手术记录书写要求及格式 第十四节 术后首次病程记录书写要求及格式 第十五节 麻醉术前访视记录书写要求及格式 第十六节 麻醉记录书写要求及格式 第十七节 手术安全核查记录书写要求及格式 第十八节 手术清点记录书写要求及格式 第十九节 麻醉术后访视记录书写要求及格式 第二十章 出院记录书写要求及格式 第二十一章 死亡记录书写要求及格式 第二十二章 死亡病例讨论记录书写要求及格式 第二十三章 病重(病危)患者护理记录书写要求及格式 第五章 知情同意书 第一节 概述 第二节 知情同意书履行的主体 第三节 知情同意书的种类和内容 第四节 知情同意书示例 第六章 处方、医嘱、辅助检查报告单及体温单书写要求及格式 第一节 处方书写要求及格式 第二节 医嘱书写要求及格式 第三节 辅助检查报告单书写要求及格式 第四节 体温单书写要求及格式 第七章 住院病案首页书写要求及格式 第八章 专科病历书写重点要求 第一节 内科病历书写重点要求 第二节 外科病历书写重点要求 第三节 妇产科病历书写重点要求 第四节 儿科病历书写重点要求 第五节 五官科病历书写重点要求 第九章 病案(病历)管理与质量控制 第一节 概述 第二节 病案(病历)管理相关规章制度 第三节 住院病历质量评价标准(试用) 附录 一、《中华人民共和国侵权责任法》摘录 二、病历书写基本规范(卫医政发[2010]11号) 三、医疗机构病历管理规定(卫医发[2002]193号) 四、电子病历基本规范(试行)(卫医政发[2010]24号) 五、卫生系统电子认证服务管理办法(试行) 六、医疗事故处理条例 七、医学教育临床实践管理暂行规定(卫科教发[2008]45号) 八、处方管理办法 九、医院处方点评管理规范(试行)(卫医管发[2010]28号) 十、手术安全核查制度(卫办医政发[2010]41号) 十一、住院病历排序

<<最新病历书写基本规范解读>>

章节摘录

插图：《病历书写基本规范》（卫医政发[2010]11号）第一条明确规定：“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”

。新版《辞海》对病历的定义为：病历亦称“病案”，古称“诊籍”，是医务人员对病人患病经过和治疗情况所作的文字记录。

卫生部颁布的《医疗机构病历管理规定》第三条中指出：“医疗机构应当建立病历管理制度，设置专门部门或者配备专（兼）职人员，具体负责本机构病历和病案的保存和管理工作”。

病历和病案为两个不同的概念。

目前大家公认的概念是：从病历资料建立之时起到整理归档之前称为病历；病历转交到病案室并经病案管理人员整理后归档即成为病案。

对于病历的概念必须说明两点：第一，由于现代医疗活动存在着分工和协作，不可避免地存在一些中间环节，需履行文字手续，形成一些临时文件，而这些文件一旦达到了具体医疗行为的目的之后就没有存在的价值，医院一般不予保存，如入院须知、辅助检查申请单等。

第二，病理切片、x线片等不能归入病案保存，存入病案的只能是报告单。

因此，不是所有医疗活动过程中形成的文字、符号、图表等资料都是病历（病案）资料。

<<最新病历书写基本规范解读>>

编辑推荐

《最新病历书写基本规范解读》是由军事医学科学出版社出版的。

<<最新病历书写基本规范解读>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>