第一图书网, tushu007.com

<<中医病历书写基本规范>>

图书基本信息

书名：<<中医病历书写基本规范>>

13位ISBN编号：9787502367787

10位ISBN编号：7502367780

出版时间：2011-1

出版时间：科技文献

作者：王阶

页数：321

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

前言

病历，又称诊籍、脉案、医案、病史、病案，是指医务工作者在中医临床工作中用于记载患者疾病发生发展、演变预后、诊断治疗、防护调摄及其结果的原始档案。
中医病历有着悠久的历史，是中医古典医籍的重要组成部分。
中华民族自古以来就非常重视医案的记录与流传，在浩如烟海的中医古籍之中，保存了大量的历代医案记录和医案专辑。
殷商时代的甲骨文中对疾病的记述，是最早的原始病历记载。
西汉时期，司马迁在《史记·扁鹊仓公列传》中写道“臣意所诊者，皆有诊籍”。
所谓“诊籍”即为“病案’’。
书中记载了西汉名医淳于意的诊籍25则，是我国现存最早的病案。
晋·葛洪的《肘后备急方》、隋·巢元方《诸病源候论》中亦可见一些散在的病案记录。
唐宋以后，医案开始盛行，宋·许叔微所撰的《伤寒九十论》是我国第一部病案专著。
明清时期，收集和研究病案的工作被重视，有不少医案名著至今仍被人们借鉴，如明·薛己《薛氏医案》、清·叶天士《临证指南医案》等，许多医家都提出自己的病案格式，有不少医案名著至今仍被人们借鉴，如韩懋、李诞、吴昆等人都提出自己的病案格式。
韩懋在《韩氏医通》“六法兼施章”中提出诊病填写医案一宗。
韩氏认为医案应包望形色、闻声音、问情状、切脉理、论病原、治方术6大部分，并制定了较为正式的病案格式。
1584年，明代医家吴毙在《脉语》中对病案格式进一步概括，规定了7大部分内容，一是时间籍贯姓名；二是望诊和闻诊，用以合脉；三是病人的苦乐、病由和发病时间，观其精神状态和疾病久暂；四是始发病、治疗措施及疗效；五是昼夜孰甚，寒热孰多，喜恶何物，是疾病现状，以辨气血，察阴阳脏腑；六是写出病名定诊断，以及诊断的理论根据，区分标本缓急，确定某藏当补，某藏当泻；七是处方加减及用药目的，写清处方原则，药物配伍方法。
吴氏还明确指出病案后应有医者签名，以示负责，使病家验医者之工拙。
韩氏的“六法兼施’’和吴氏的补充，对病案格式规范化起着重要的奠基作用。

内容概要

自2010年7月1日起，卫生部、国家中医药管理局联合印发的《中医病历书写基本规范》（国中医药医政发[2010]29号）（以下简称“新《规范》”）正式施行，2002年版《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》同时废止。
新《规范》旨在提高中医病历的标准化、规范化建设，提高中医医疗质量。
《中医病历书写基本规范（第1版）》的编写目的，旨在落实《中医病历书写基本规范》，执行卫生部和国家中医药管理局中医药规范建设的相关规定。
《中医病历书写基本规范（第1版）》编写的基本原则是：①突出《规范》重点，注重《规范》内涵；②着重中医病历的特点和科学性、系统性、完整性、法律性；③强化中医临床医师基本功训练，规范医师病历书写行为；④体现和适应医药卫生体制改革的新形势；⑤吸收全国示范中医医院的优秀病历；⑥编写工作由参与卫生部和国家中医药管理局《中医病历书写基本规范》修订工作的项目组专家完成。
《中医病历书写基本规范（第1版）》的主要内容包括①中医病历书写通则；②中医病历书写基本规范（包括门急诊病历书写内容与要求，门急诊各类记录内容及要求，住院病历书写内容及要求，各类住院病历记录内容及要求举例，各主要临床科室病历书写要点、各类知情同意书模板等）；③中医病历检查评价标准；④附录（包括医疗机构病历管理规定，电子病历基本要求等）。

<<中医病历书写基本规范>>

书籍目录

卫生部国家中医药管理局关于印发《中医病历书写基本规范》的通知中医病历书写基本规范1 中医病历书写基本要求1.1 文字、格式及用语要求1.2 病历书写人员资格要求1.3 病历书写的时限1.4 病历的修改1.5 病历书写基本要求1.6 病历排列顺序2 门（急）诊病历书写内容及要求2.1 门诊初诊记录2.2 门诊复诊记录2.3 急诊初诊记录2.4 急诊抢救记录2.5 急诊留观病程记录2.6 门（急）诊病历首页3 住院病历书写内容及要求3.1 入院记录3.2 24小时内入出院记录3.3 24小时内入院死亡记录3.4 首次病程记录3.5 日常病程记录3.6 上级医师查房记录.3.7 疑难病例讨论记录3.8 交班记录3.9 接班记录3.10 转出记.录3.11 转入记录3.12 阶段小结3.13 抢救记录3.14 有创诊疗操作记录3.15 会诊记录3.16 术前小结3.17 术前讨论记录3.18 麻醉术前访视记录3.19 麻醉记录3.20 手术记录3.21 手术安全核查记录3.22 手术清点记录3.23 术后首次病程记录3.24 麻醉术后访视记录3.25 出院记录3.26 死亡记录3.27 死亡病例讨论记录3.28 病重（病危）患者护理记录3.29 医嘱3.30 体温单4 各主要临床专业病历书写特点4.1 心血管专业4.2 呼吸专业4.3 脾胃病专业4.4 内分泌专业4.5 肾病专业4.6 血液专业4.7 神经专业4.8 风湿病专业4.9 肿瘤专业4.10 外科专业4.11 骨伤专业4.12 泌尿专业4.13 肛肠专业4.14 皮肤专业4.15 妇科专业4.16 儿科专业4.17 老年病专业4.18 针灸专业4.19 推拿专业4.20 眼科专业4.21 耳鼻喉专业5 知情同意书5.1 我国关于患者知情同意权的相关法律条文5.2 《中医病历书写基本规范》中关于知情同意书的文件要求5.3 一般情况告知模板5.4 中医临床各科知情同意书模板5.5 各科通用知情同意书模板6 中医病历质量检查评价标准6.1 门（急）诊病历质量检查评价标准6.2 住院病历质量检查评价标准7 附录7.1 中华人民共和国执业医师法7.2 医疗机构病历管理规定7.3 中医电子病历基本规范（试行）7.4 国家中医药管理局关于修订印发中医住院病案首页的通知7.5 卫生部病历书写基本规范7.6 医疗机构管理条例7.7 医疗事故处理条例7.8 中华人民共和国侵权责任法（第七章 医疗损害责任）7.9 手术安全核查制度7.10 处方管理办法7.11 医疗机构管理条例实施细则7.12 中医病证分类与代码

章节摘录

【规范要求】 1.入院记录是指患者入院后，由经治医师通过望、闻、问、切及查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。
可分为人院记录、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。
人院记录、再次或多次入院记录应当于患者人院后24小时内完成；24小时内人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。
2.入院记录的要求及内容。
1）患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、人院时间、记录时间、发病节气、病史陈述者。
2）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。
3）现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写，并结合中医问诊，记录目前情况。
内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、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。
Ⅰ.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。
Ⅱ.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。
Ⅲ.伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。
Ⅳ.发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到人院前，在院内、院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。
Ⅴ.发病以来一般情况：结合十问简要记录患者发病后的寒热、饮食、睡眠、情志、二便、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。
4）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。
5）个人史，婚育史、月经史，家族史。

编辑推荐

《中医病历书写基本规范（第1版）》突出《中医病历书写基本规范》重点，注重内涵。
规范医师病历书写行为，强化中医临床医师基本功。
吸收全国示范中医医院的优秀病历。
卫生部和国家中医药管理局《中医病历书写基本规范》修订工作项目组专家编写。
权威解读，配套要求，示范应用。

第一图书网, tushu007.com

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