

<<中医病历书写规范与质量评价标准>>

图书基本信息

书名：<<中医病历书写规范与质量评价标准>>

13位ISBN编号：9787502368791

10位ISBN编号：7502368795

出版时间：2011-3

出版时间：科技文献出版社

作者：湖南省中医药管理局 编

页数：222

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>

## <<中医病历书写规范与质量评价标准>>

### 内容概要

《中医病历书写规范与质量评价标准》根据卫生部、国家中医药管理局印发的《中医病历书写基本规范》、《中医电子病历基本规范》和《处方管理办法》等相关文件精神，详细阐述了中医病历书写、处方书写、各种检查治疗申请报告书写规范与要求，中医病历质量评价标准、病历管理规定。附录有手术安全核查制度、临床常用计算公式、表格式病历、医学上常用的法定剂量单位等。

《中医病历书写规范与质量评价标准》是中医病历书写和质量评价的工具书，供中医师、中西医结合医师及护理人员、医技人员和中医医政管理人员阅读使用，亦可供中医医学院校、科研院所教学科研参考。

书籍目录

第一章 病历书写法规性文件

- 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
- 国家中医药管理局关于印发《中医电子病历基本规范（试行）》的通知
- 卫生部、国家中医药管理局关于印发《医疗机构病历管理规定》的通知
- 中华人民共和国卫生部令（第53号）《处方管理办法》
- 国家中医药管理局关于印发《中药处方格式及书写规范》的通知
- 卫生部关于印发《医院处方点评管理规范（试行）》的通知
- 《中华人民共和国侵权责任法》与医疗有关章节摘录

第二章 中医病历书写规范

第一节 病历书写基本要求与时限

- 一、病历书写基本要求
- 二、病历书写时限及书写人员资格要求
- 三、病历书写注意事项

第二节 病历书写规范

- 一、住院完整病历
- 二、入院记录的书写形式
- 三、入院记录
- 四、再次或多次入院记录
- 五、24小时内入出院记录
- 六、24小时内入院死亡记录
- 七、病程记录
- 八、首次病程记录
- 九、日常病程记录
- 十、上级医师查房记录
- 十一、疑难病例讨论记录
- 十二、交（接）班记录
- 十三、转科记录
- 十四、阶段小结
- 十五、抢救记录
- 十六、有创诊疗操作记录
- 十七、会诊记录
- 十八、术前小结
- 十九、术前讨论记录
- 二十、麻醉术前访视记录
- 二十一、麻醉记录
- 二十二、手术记录
- 二十三、手术安全核查记录
- 二十四、手术清点记录
- 二十五、术后首次病程记录
- 二十六、麻醉术后访视记录
- 二十七、出院记录
- 二十八、死亡记录
- 二十九、死亡病例讨论记录
- 三十、入院医患谈话记录
- 三十一、手术同意书

## <<中医病历书写规范与质量评价标准>>

- 三十二、麻醉同意书
- 三十三、输血治疗知情同意书
- 三十四、特殊检查、特殊治疗同意书
- 三十五、病危病重通知书
- 三十六、辅助检查报告单
- 三十七、病重（病危）患者护理记录
- 三十八、医嘱
- 三十九、体温单
- 四十、住院病案首页
- 四十一、住院期间病历排列顺序
- 四十二、出院后病历装订顺序
- 四十三、门（急）诊病历
- 四十四、急诊病程记录
- 四十五、打印病历的内容及要求

### 第三章 医疗处方书写规范

#### 第一节 处方格式与处方类型

##### 一、处方格式

##### 二、处方类型

#### 第二节 处方书写规则

#### 第三节 药品名称、药品规格剂量与数量

##### 一、药品名称

##### 二、药品规格、剂量与数量

#### 第四节 药品用法与处方用量

##### 一、药品用法

##### 二、处方用量

#### 第五节 电子处方

#### 第六节 处方权限

#### 第七节 医疗处方书写注意事项

### 第四章 各种检查、治疗申请和报告单书写规范与要求

#### 第一节 临床检查、治疗申请单和报告单书写的基本要求

#### 第二节 放射科检查

##### 一、X线检查

##### 二、介入放射学

##### 三、CT检查

##### 四、磁共振成像（MRI）检查

##### 五、诊断报告发出时间

#### 第三节 放射性核素功能检查

#### 第四节 超声检查

#### 第五节 化验检查

#### 第六节 临床病理检查

#### 第七节 内镜（胃肠镜等）检查

### 第五章 中医病历质量评价标准

#### 第一节 住院病历质量评价标准

#### 第二节 门（急）诊病历质量评价标准

### 第六章 病历管理规定

#### 第一节 病历管理的组织结构

##### 一、病历管理组织

## <<中医病历书写规范与质量评价标准>>

二、病历管理机构的设置

三、病历管理机构的技术要求和质量

### 第二节 病历管理细则

一、门诊病历的管理

二、住院病历的管理

### 附录

一、医学教育临床实践管理暂行规定

二、手术安全核查制度

三、病例分型标准

四、表格式病历

五、处方常用缩写

六、常用中外医技名词对照

七、医学上常用的法定计量单位

八、临床常用计算公式

九、临床检验正常参考值

## 章节摘录

第四章 处方点评的结果 第十五条 处方点评结果分为合理处方和不合理处方。

第十六条 不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

第十七条 有下列情况之一的，应当判定为不规范处方：（一）处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；（二）医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；（三）药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；（四）新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；（五）西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；（六）未使用药品规范名称开具处方的；（七）药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；（八）用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；（九）处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；（十）开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；（十一）单张门急诊处方超过五种药品的；（十二）无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；（十三）开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的；（十四）医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的；（十五）中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

第十八条 有下列情况之一的，应当判定为用药不适宜处方：（一）适应证不适宜的；（二）遴选的药品不适宜的；（三）药品剂型或给药途径不适宜的；（四）无正当理由不首选国家基本药物的；（五）用法、用量不适宜的；（六）联合用药不适宜的；（七）重复给药的；（八）有配伍禁忌或者不良相互作用的；（九）其它用药不适宜情况的。

第十九条 有下列情况之一的，应当判定为超常处方：（一）无适应证用药；（二）无正当理由开具高价药的；（三）无正当理由超说明书用药的；（四）无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的。

第五章 点评结果的应用与持续改进 第二十条 医院药学部门应当会同医疗管理部门对处方点评小组提交的点评结果进行审核，定期公布处方点评结果，通报不合理处方；根据处方点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，并向医院药物与治疗学委员会（组）和医疗质量管理委员会报告；发现可能造成患者损害的，应当及时采取措施，防止损害发生。

.....

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>