

<<全国三级综合医院病历案例评>>

图书基本信息

书名：<<全国三级综合医院病历案例评析>>

13位ISBN编号：9787811365108

10位ISBN编号：7811365103

出版时间：2012-4

出版时间：中国协和医科大学

作者：中国医院协会医疗质量管理委员会病历质量监控学组 编

页数：203

字数：400000

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>

<<全国三级综合医院病历案例评>>

内容概要

本书精选了2010年度各省推荐参与住院病历质量复评活动的部分归档病案。编载病案含内科、外科、妇产科及死亡病案四个系列。

本书收录病案按书写格式整理为整体类、项目类。

整体类即住院病历应有的住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等；项目类即前述各项内容单列，如现病史、首次病程记录等。

<<全国三级综合医院病历案例评>>

书籍目录

- 第一篇 书写规范及案例评析
 - 第一章 入院记录
 - 第二章 病程记录
 - 第一节 首次病程记录
 - 第二节 日常病程记录
 - 第三节 上级医师首次查房记录
 - 第四节 上级医师日常查房记录
 - 第五节 会诊记录
 - 第六节 疑难危重病例讨论记录
 - 第七节 交接班记录
 - 第八节 转科记录
 - 第九节 有创诊疗操作记录
 - 第三章 围术期相关记录
 - 第一节 术前小结
 - 第二节 术前讨论
 - 第三节 麻醉术前访视记录
 - 第四节 麻醉记录
 - 第五节 手术记录
 - 第六节 手术安全核查记录
 - 第七节 手术清点记录
 - 第八节 术后首次病程记录
 - 第九节 麻醉术后访视记录
 - 第四章 出院（死亡）记录
 - 第一节 出院记录
 - 第二节 死亡记录
 - 第三节 死亡病例讨论记录
 - 第五章 护理相关记录
 - 第一节 病重（病危）患者护理记录
 - 第二节 医嘱
 - 第三节 体温单
 - 第六章 知情同意书
 - 第一节 手术同意书
 - 第二节 麻醉同意书
 - 第三节 输血知情同意书
 - 第四节 特殊检查、特殊治疗知情同意书
 - 第五节 病危（重）通知书
 - 第七章 辅助检查报告单
 - 第八章 合理用药
 - 第九章 打印病历
 - 第十章 病案首页
- 第二篇 卫生部病历书写规范等文件
 - 第十一章 卫生部《病历书写基本规范》
 - 第十二章 卫生部《电子病历基本规范》
- 附录 病历质量评价标准

章节摘录

版权页：第一篇 书写规范及案例评析第一章 入院记录【基本规范】一、入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、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。

可分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内出院记录、24小时入院死亡记录。

二、入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成，24小时内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。

三、入院记录的要求及内容。

（一）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、入院时间、记录时间、病史陈述者。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

（三）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。

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。

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>