

# 医院电子签名管理制度

## 医院电子签名管理制度

为了保障我院电子病历系统正常运行，规范电子病历管理，维护电子病历实施各方当事人的合法权益，根据相关法规文件，结合我院实际情况，制定了《xxx人民医院电子病历系统管理规定》。

### 第一条：电子病历的定义和规范

电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用医疗机构信息系统生成的数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式。电子病历的建立应符合相关法规文件的要求，并且应符合国家信息安全管理的要求。

### 第二条：书写电子病历的医务人员准入

非本院医务人员无书写电子病历的资格。取得了执业医师证及本院处方权的医师及取得了护士资格证、在 xxx 注册并

经本院护理部考核合格的护理人员才有独立书写电子病历的资格。试用期医务人员可以用带教老师的电子用户名登录电子病历系统书写电子病历中的日常病程记录，但带教老师必须在24小时内登录电子病历系统审阅修改试用期医务人员书写的日常病程记录。实习、进修医务人员无资格书写电子病历。上级医师必须在规定时间内用自己电子用户名登录电子病历系统审阅修改下级医师书写的病历，审阅修改病历时间自动在上级医师签名前生成。

### 第三条：电子病历的书写要求

电子住院病历页面设置为 A4 纸张大小，采取统一的格式，任何科室和个人不得擅自更改。病历实行格式化病历；正文、页眉及页脚格式、文字、字体由医务科、计算机中心统一制定。电子病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。语言表达准确、语句通顺、标点正确、逻辑性强。电子病历书写应当使用中文和医学术语。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

以上是我院的电子签名管理制度，希望所有医务人员都能认真遵守，确保病历信息的准确性和安全性。

5.请勿复制、粘贴非患者本人信息，并严格保密患者的信息。机械性拷贝病历将被禁止。

6.电子住院病历的各种记录必须在规定的时间内完成。对于住院志急诊病人，必须在六小时内完成记录；对于平诊，必须在24小时内完成记录；对于日常病程记录，至少每三天记录一次，且不能提前记录；对于同一科室住院满一月的患者，必须写阶段小结；对于患者死亡记录，必须在患者死亡24小时内完成；对于死亡讨论，必须在患者死亡后7天内完成。否则，将自动实施不能开具当天医嘱的强制功能。

8.实行首诊医师负责制。门诊医生接诊病人后，需要在纸质门诊病历或电子病历系统内打印门诊病历，并在电子病历系统上为病人开具电子检查申请单、电子处方、电子处置单。不再手工书写纸质检查申请单、纸质处方及处置单。

9.保证电子病历诊断规范。各临床专业组应该不断完善本专业疾病诊断与 ICD-10 疾病编码对应工作，报医务科批准后，建立 XXX 临床疾病诊断库，由信息科负责录入。

11.长期医嘱有效时间在 24 小时以上，医师必须注明停止时间。临时医嘱有效时间在 24 小时以内，护士执行后，应在临时医嘱单上记录相应内容、执行时间、并签名。

#### 第六条：电子病历的打印

1.需要病人签字确认的病历资料必须在规定的时间内完成后立即打印，并按规定完成签字手续。住院病案首页、出院（死亡）记录、死亡病例讨论记录、术前小结、术前讨论记录必须在规定的时间内完成后即时打印。

2.对于临时（长期）医嘱，平诊病人可以在开具满一张 A4 纸后完成打印工作并签名。而危急重病人则需要在开具时间的六小时内及当班时间内完成医嘱打印工作并签名。

3.所有检查报告单必须由医技科室在规定的时间内打印并审核签名，送达相关科室。临床医生必须及时将检查报告资料收集在病历中。

4.日常病程记录、交接班记录、阶段小结、上级医师查房记录、疑难（死亡）病例讨论记录、抢救记录、三测单、护理记录等记录必须在规定的时间内完成，并在出院当日及时打印并签字。

病人出院后三日内，临床科室将打印好的纸质病历送病案室统一保管。七日后，电子病历系统将强制锁定打印功能，不再提供打印支持。

根据第七条规定，医务人员应该按照备案的签名字样进行手写签字确认纸质病历。开具及执行医嘱的医务人员只需在纸质医嘱单的最下面进行一次手写签字，不需要每行签名。

根据第八条规定，医务人员应按照卫生行政部门赋予的权限修改电子病历，并进行身份再次确认。修改时必须标记准确的时间，且需经修改者手写签字后方可生效。对患者及家属提供的基本信息资料进行修改时，必须经当事人认可，并经患者签字后生效，签字应采用法律认可的形式。医务人员应及时审阅修改，并对修改文字作标记。

根据第九条规定，电子病历的存储符合病历安全的要求，便于检索和调用。电子病历的存储采取计算机中心备份和纸质病历储存两种形式。计算机中心必须对电子病历进行灾难备份。在发生医疗不良事件争议时，由专职人员将打印的电子病历在医患双方在场的情况下按病历复印及封尘等相关规定进行处理。

根据第十条规定，电子住院病历的保管由信息科及计算机中心负责。妥善保护患者的电子病历，维护患者的隐私权。对电子病历严格管理，避免数据被篡改、伪造、隐匿、窃取和毁坏。未经当事人许可，任何人不得以任何方式不正当地使用他人的个人信息，也不不得以任何方式向第三者透露、公开他人的个人信息。电子病历档案的存留时间不得少于法律规定的纸质病历的存留年限。任何组织和个人不得销毁电子病历。

根据第十一条规定，电子病历的复印与复制按医院原有关规定执行。根据第十二条规定，电子病历仅限于本院医务人员用作医疗、科研和教学活动使用，不得违反国家保密和法律有关隐私权保护的规定。第十三条规定了电子病历的分步实施。

在医院实施电子病历之前，需要逐步实施电子病历。目前，电子病历的使用率已经先行实现了医院内部的医疗信息无纸化传递和医疗信息共享。但医疗文书仍需按照规定的时间定时打印，并按照手写病历的管理要求归档保存。打印的病案内容与手写病案内容在签名后具有同等法律效力，但电子病历无法产生法律效力。

根据相关法规和制度的要求，结合我院电子住院病历试运行情况，制定了电子病历使用管理制度，以促进我院电子住院病历的合理应用与完善，规范电子住院病历使用行为，维护电子住院病历实施各方当事人的合法权益。

电子住院病历是指使用计算机信息技术建立、存储、传输和调用的数字化医疗记录，除能够等同实现传统病历的全部功能外，还可提供电子贮存、查询、统计、数据交换等。

建立电子住院病历前，需要确定主管科室、专业组、高级职称、中级职称、初级职称等本院医师。无相应职称主管的医师可由上级医师向下代签，但不允许下级医师向上代签。患者转科、交接班后，也需按上述流程重新确认三级主管医师及科室、专业组。建立电子住院病历必须使用本人的身份进入，严禁冒用他人身份进入电子住院病历系统。医务人员建立电子住院病历应保证电子住院病历内容的真实性。

电子住院病历生成时限，按患者到护士站报到，护士完成并维护入住时间为起点，开展电子住院病历的医务人员应在24小时内完成相关记录。对于病情变化明显的患者，医务人

员应及时更新电子住院病历。电子住院病历的修改、删除、补充应注明修改、删除、补充的原因和时间，并由相应医务人员签名确认。

对于违反国家法律法规，伪造、破坏或擅自销毁电子病历的行为，将交由司法机关依照国家有关法律追究行为人相应的法律责任。同时，泄露患者隐私造成严重后果的行为，也将依法承担相应的法律责任。本规定由医务科、计算机中心及信息科负责解释，并自5月1日起施行。

为了确保电子住院病历的准确性和完整性，有关部门制定了一系列时间要求和格式要求。

首先，信息科必须定期对系统时间进行校对，以确保生成时间的准确性。对于入院记录、再次或多次入院记录、24小时入出院记录和24小时内入院死亡记录，均应在规定时间内完成。

其次，首次病程记录需由经治医师或值班医师在患者入院8小时内完成，日常病程记录按规定时间完成，转出记录在转科前完成，转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内

完成，抢救记录在抢救结束后 6 小时内完成。出院记录和死亡记录也有规定的完成时间。

电子住院病历的格式也有严格要求，各类医疗文书由信息科按相关部门要求进行统一维护，制定的统一格式不得擅自更改。病历正文题目或小标题应用居中功能，日期与标题同行者，日期左对齐，标题手动调节至本行中间位置。

医师签字的规定为右对齐打印书写人姓名，在打印书写人姓名前由书写人本人手写签字，如需要上级医师签字，则上级医师于书写人手签字之前签字。病程记录中对特定记录必须要填加标题。

对于手术相关记录，非急诊手术必须在医嘱下达日 24:00 时前完成术前讨论记录、术前总结、手术部位标识记录、手术知情同意书签署等工作。麻醉医师也有相应的要求。

善保管电子病历的账号和密码，不得将账号和密码透露给他人。2. 医务人员应按照权限和职责撰写、修改、签名电子住院病历，不得超越自己的权限和职责进行操作。3. 医务人员不得删除、篡改他人已签名的电子住院病历，如需修改必须

。 医务人员应定期对自己所写的电子住院病历进行审核，确保内容真实、准确、完整。5. 医务人员应定期备份电子病历，确保数据安全可靠。6. 医务人员应遵守相关法律法规和医院管理规定，严格保护患者隐私和医疗机密。

第九条：电子病历的使用1. 电子病历应用于临床医疗、医疗管理和科学研究等方面，不得用于其他非法用途。2. 医务人员应按照规定使用电子病历，不得私自更改、删除、篡改、泄露电子病历信息。3. 医务人员应定期参加电子病历培训，提高电子病历的使用水平和质量。4. 医务人员应积极配合医院开展电子病历的质量评估和监测工作，不断完善电子病历管理。5. 患者有权要求查阅自己的电子病历，医务人员应根据相关规定和程序提供相关服务。

### 一、总则

1.本规定适用于我院所有医务人员使用电子住院病历的行为。

2.医务人员应当遵守相关法规、制度，严格按照规定操作，确保电子住院病历的安全、完整和真实性。

3.本规定所称电子住院病历，包括电子病历系统中的所有病历信息及相关附件。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/048002120135006040>