

病历问题整改措​​施（共 6 篇）

第 1 篇：病历问题反馈及整改措施

一月病历质控、医嘱存在的问题及整改措施

病历检查：本月共抽查 32 份病历进行质控，甲级病历率达到 90.6%，乙级病历率 9.4%，无丙级病历。

一、存在问题：

1. 辅助检查不全、未及时进行分析。

2. 部分疑难病例讨论缺乏内容，医疗信息填写不完整。 3. 阑尾炎手术病例禁食一天，应用复方氨基酸 2 天，使用二联（头孢西丁加甲硝唑）抗生素至第 7 天，未复查血常规。

二、原因分析：病历书写中存在空项、漏项，住院医师书写不认真、上级医师要求不严格，检查不仔细。辅助检查开具了未及时追问结果，有些病人不配合检查，未做及时详细的解释。书写病历及医嘱中慎重程度不够，字迹潦草，易造成不必要的医疗纠纷、误会。

三、整改措施：

1. 培养良好的习惯，注重细节，要有严谨的工作态度。 2. 医疗质量控制，科主任要发挥应有作用，及时对疑难病例进行讨论。

3. 加强对临床医师病历书写规范化培训。

二月病历质控、医嘱存在的问题及整改措施

本月共抽查 33 份病历进行质控，甲级病历率达到 90.9%，乙级病历率 9.1%，无丙级病历。

一、存在问题：

1. 病程记录未按规定书写，诊疗计划过于简单。 2. 辅助检查不全，医嘱存在刮涂现象。

3. 出院记录中诊疗经过内容简单；出院医嘱不详；对于需要复诊的病人未写随诊期限。

4. 个别医生存在不合理用药现象，如诊断为泌尿系感染，使用复合辅酶注，未分析用药原因；诊断肌腱断裂，预防感染使用二联抗生素。

二、原因分析： 住院医师书写不认真、检查不仔细。书写病历及医嘱中慎重程度不够，有涂改现象，易造成不必要的医疗纠纷。诊疗过程中药物使用未分析原因、存在滥用抗生素现象。

三、整改措施：

1.各临床科室要引起高度重视，科主任要严格要求把关。 2.各科室要加强抗生素使用培训，按照相关规定严格执行。3.实施对临床医师的严格要求，接受和锻炼医学诊断的思维方法，规范其合理用药治疗。

三月病历质控、医嘱存在的问题及整改措施

本月抽查 31 份病历进行质控，甲级病历率达到 93.5% ，乙级病历率 6.5% ，无丙级病历。

一、存在问题：

1.部分病历入院记录中体格检查遗漏主要鉴别体征。 2.个别病历中治疗方案依据不足。3.修改医嘱未记录分析。4.围手术期抗菌素使用不合理。

二、整改措施：

1.骨科外伤手术，感染治病菌以 G+ 菌为主，80% 为金黄色葡萄球菌，宜首选青霉素类、一代头孢唑啉或者对 G- 菌也有一定效果的二代头孢如头孢替安等。

手术预防感染应尽量在手术开始前 2 小时内（最好在半小时内）即开始应用主要针对 G+ 菌的抗生素，使在手术时达到最小抑菌浓度以上。

2.各科室要加大病历书写规范力度。

3.提高医务人员自身素质和业务水平，利用晨会交班时间组织本科医护人员学习，提高医护人员专业理论知识。

第 2 篇：病历问题反馈及整改措施

一月病历质控、医嘱存在的问题及整改措施

病历检查：本月共抽查 32 份病历进行质控，甲级病历率达到% ，乙级病历率% ，无丙级病历。

一、存在问题：

1.辅助检查不全、未及时进行分析。

2.部分疑难病例讨论缺乏内容，医疗信息填写不完整。 3.阑尾炎手术病例禁食一天，应用复方氨基酸 2 天，使用二联（头孢西丁加甲硝唑）抗生素至第 7 天，未复查血常规。

二、原因分析： 病历书写中存在空项、漏项，住院医师书写不认真、上级医师要求不严格，检查不仔细。辅助检查开具了未及时追问结果，有些病人不配合检查，未做及时详细的解释。书写病历及医嘱中慎重程度不够，字迹潦草，易造成不必要的医疗纠纷、误会。

三、整改措施：

1.培养良好的习惯，注重细节，要有严谨的工作态度。 2.医疗质量控制，科主任要发挥应有作用，及时对疑难病例进行讨论。

3.加强对临床医师病历书写规范化培训。

二月病历质控、医嘱存在的问题及整改措施

本月共抽查 33 份病历进行质控，甲级病历率达到% ，乙级病历率% ，无丙级病历。

一、存在问题：

1.病程记录未按规定书写，诊疗计划过于简单。 2.辅助检查不全，医嘱存在刮涂现象。

3.出院记录中诊疗经过内容简单；出院医嘱不详；对于需要复诊的病人未写随诊期限。

4.个别医生存在不合理用药现象，如诊断为泌尿系感染，使用复合辅酶注，未分析用药原因；诊断肌腱断裂，预防感染使用二联抗生素。

二、原因分析： 住院医师书写不认真、检查不仔细。书写病历及医嘱中慎重程度不够，有涂改现象，易造成不必要的医疗纠纷。诊疗过程中药物使用未分析原因、存在滥用抗生素现象。

三、整改措施：

1.各临床科室要引起高度重视，科主任要严格要求把关。 2.各科室要加强抗生素使用培训，按照相关规定严格执行。3.实施对临床医师的严格要求，接受和锻炼医学诊断的思维方法，规范其合理用药治

疗。三月病历质控、医嘱存在的问题及整改措施

本月抽查 31 份病历进行质控，甲级病历率达到% ， 乙级病历率% ，无丙级病历。

一、存在问题：

1.部分病历入院记录中体格检查遗漏主要鉴别体征。 2.个别病历中治疗方案依据不足。3.修改医嘱未记录分析。4.围手术期抗菌素使用不合理。

二、整改措施：

1.骨科外伤手术，感染治病菌以 G+ 菌为主，80% 为金黄色葡萄球菌，宜首选青霉素类、一代头孢唑啉或者对 G- 菌也有一定效果的二代头孢如头孢替安等。

手术预防感染应尽量在手术开始前 2 小时内（最好在半小时内）即开始应用主要针对 G+ 菌的抗生素，使在手术时达到最小抑菌浓度以上。

2.各科室要加大病历书写规范力度。

3.提高医务人员自身素质和业务水平，利用晨会交班时间组织本科医护人员学习，提高医护人员专业理论知识。

第 3 篇：病历存在的问题及整改措施

一、存在问题：

1.存在上级医师签名不及时现象。 2.部分疑难病例讨论缺乏中医内容。

3.某些病例的病史采集不全面，有漏诊现象。 4.部分病历存在拷贝后审查不严谨现象。

5.医生采集病史不认真，如入院记录“无药物过敏史”与病人实际情况不符合。 6.部分运行病历打印不及时。

7.首页：部分项目记录不详，如身份证、地址、出院诊断填写不全等。

8.出院记录：诊疗经过内容简单；出院医嘱不详；对于需要复诊的病人未写随诊期限。9.临床路径落实不到位。

10.病历不按规定的内容和格式书写。 11.有病历代签名现象-----

规范签名 12.诊断不完整----完善诊断

13. 病程及医嘱有修改----各项操作均应在病程记录中详细记录 14. 签知情同意书者为非授权人----按要求执行（单否）

15. 病程记录未体现抗生素使用分级管理---抗生素分级管理 16. 病程记录中查房时间位点不明确---手术标本未提是否送病检 17. 技术操作未签字

18. 上级医师查房记录书写不规范，主诉书写不规范，个人史及病情告知书简单。病情告知书科主任未签字。

19. 治疗计划不具体，如无拟行手术名称，主要治疗药物名称、术后处理措施、注意观察、监测项目等。

20. 病程记录中，出现新症状和体征、发生的并发症、治疗结果及其反应、重要医嘱更改理由、向患者告知病情和诊疗情况、原诊断的更改和新诊断的确立并说明其依据，重要及特殊检查结果的分析 and 对比说明、术后及出院时有无引流管、是否析线等内容有较多的缺漏，观察病情记录也不够细致。

21. 上级医师查房内容包括补充的病史和体征，诊断及依据、鉴别诊断分析、诊疗计划等流于形式，过于简单，或者过于烦琐没有重点，未体现上级医师真实水平。

22. 术前准备情况的记录不完善；术后首次病程记录缺小项；手术记录无手术是否顺利、术中出血、输血、输液、尿量、标本是否送病检等情况的记录；观察项目记录不够细致。23. 术后医嘱、重整医嘱未按要求另页书写，无日期、时间、医护人员签名；时间未具体到分钟，个别医生仍按 24 小时制书写；书写药品名有商品名或不写剂型现象；医嘱取消在病程记录中未说明理由。

24. 阳性辅助检查结果未在病程记录中分析及采取对策。 25. 现病史书写太简单，主诉没有突出最主要症状。

26. 既往史特别是与本次疾病有关的既往病史填写不详细。

27. 首程中无鉴别诊断或鉴别诊断太简单，仅列举病名，诊疗计划不全面合理。 28. 实验完阳性检查结果在病程记录中无分析及对策。

29. 疾病不能专科专治，必要的会诊没有进行。

30. 医嘱中药物更换、停止、取消在病程中无记录说明。 31. 重要用药、主要检查，重要治疗在病程记录无记载。 32. 手术记录不全面现象较多。

33. 病人要求出院未在病程记录上签字。

34. 特检及化验单缺失情况较普遍，眉栏部分空项多。 35. 入院 48 小时无血和（或）尿常规检查。

36. 医嘱单页码未填，重整医嘱不规范，未划红线。

37. 知情同意书只有签名，没有签署意见。 38. 缺阶段小结。

39. 病历修改不规范。如修改几处，修改时间未写。 40. 个别医技报告单涂改。

41. 出院记录无本院医师签名，诊疗经过，出院医嘱过于简单。

42. 病程记录不规范：主要表现为重要医嘱更改无记录。阳性辅助检查结果无记录分析及对策，缺每周一次的科主任查房记录，重要的诊治措施来记录或记录简单。 43. 手术前一天或出院前一天无病程记录。

44. 非正常出院病历（包括自动出院病人，未痊愈或好转病人，未拆线病人）病程记录中患者和（或）家属未签名。

45. 病程记录时间不清或间隔时间过长。

46. 医嘱书写不规范：如剂型、剂量、用法不清，重整医嘱未划红线，未另页书写，换药、拆线无医嘱等。

47. 对输血病人一定要有输血前 感染性疾病复查，输血病例要在病程录或手术记录中记录输血适应症、输血品种、输血量及输血效果。

二、整改措施：

1. 培养良好的习惯，注重细节，要有严谨的工作态度，加强作风建设。 2. 注重内部控制，科主任要发挥应有作用，及时对疑难病例进行会诊讨论。 3. 对临床医师进行病历书写规范化培训并进行考核。强化医护人员培训，坚持病历质量检查，定期举办病案展评，各级医师和护士应对自身的病案进行自查，病案质量控制与医师的个人考评挂钩。

4. 各临床科室要引起高度重视，科主任要严格要求，质控医师和质控护士要严格把关。 5. 各科室要加大对临床路径的管理，按照相关

规定严格执行。

6.实施对临床医师的严格要求、严格训练，接受和锻炼医学诊断的思维方法，规范其治疗操作程序。

7.进行病历书写规范和相关法律法规的培训，提升管理水平。

第4篇：病历书写整改措施

病历书写整改措施

【篇1：2012年病历问题反馈及整改措施】

本季度共抽查801份病历进行质控，甲级病历率达到95.2%，乙级病历率4.8%，无丙级病历。

一、存在问题：

1.存在上级医师签名不及时现象。 2.部分疑难病例讨论缺乏中医内容。

3.某些病例的病史采集不全面，有漏诊现象。 4.部分病历存在拷贝后审查不严谨现象。

5.医生采集病史不认真，如入院记录“无药物过敏史”与病人实际情况不符合。

二、整改措施：

1.培养良好的习惯，注重细节，要有严谨的工作态度，加强作风建设。

2.注重内部控制，科主任要发挥应有作用，及时对疑难病例进行中医内容的讨论。

3.对临床医师进行病历书写规范化培训并进行考核。强化医护人员培训，坚持病历质量检查，定期举办病案展评，各级医师和护士应对自身的病案进行自查，病案质量控制与医师的个人考评挂钩。xx市中医院

医务科

2012年04月05日

本季度共抽查752份病历进行质控，甲级病历率达到96.7%，乙级病历率3.3%，无丙级病历。

一、存在问题：

1.部分运行病历打印不及时。

2.首页：部分项目记录不详，如身份证、地址、出院诊断填写不全等。

3.出院记录：诊疗经过内容简单；出院医嘱不详；对于需要复诊的病人未写随诊期限。

4.临床路径落实不到位。

5.病历不按规定的内容和格式书写。

二、整改措施： 1.各临床科室要引起高度重视，科主任要严格要求，质控医师和质控护士要严格把关。

2.各科室要加大对临床路径的管理，按照相关规定严格执行。

3.实施对临床医师的严格要求、严格训练，接受和锻炼医学诊断的思维方法，规范其治疗操作程序。

4.进行病历书写规范和相关法律法规的培训，提升管理水平。 xx
市中医院

医务科

2012 年 07 月 02 日

本季度抽查 860 份病历进行质控，甲级病历率达到 96.5% ，乙级病历率 3.5% ，无丙级病历。

一、存在问题：

1.部分病历入院记录中患者对病史认可的签字不及时。 2.个别病历中理、法、方、药不能高度统一。 3.部分医师不能准确辨证使用中成药物。

4.部分科室本科确定的优势病种未达到收治病种的前列。 5.病历中诊疗方案不能与优势病种诊疗方案保持高度统一。 6.部分病历四诊不全。

二、整改措施：

1.各临床科室要引起高度重视，科主任要严格要求，质控医师和质控护士要严格把关。

2.各科室要加大对中医药知识的培训力度，提高辨证施治能力。 3.加强优势病种的管理。

4.提高医护人员自身素质和业务水平，定期组织医护人员学习，鼓励参加继续教育，提高医护人员专业理论知识。加大对临床医师的三基培训，并进行定期的考核，优秀者给予奖励。xx市中医院

医务科

2012年10月10日

【篇2：2013上半年病历质量检查存在问题持续整改措施】

2013年上半年病历质量检查存在问题

持续整改措施 2013年1-6月份住院病历归档统计1366份，抽查300份，甲级率91.7%，医院病历管理小组，为提高病历质量，保障医疗安全，对病历书写质量情况进行了检查，现将检查结果通报如下：存在问题：

病历质量较去年有所提高，没有再发现缺大项和明显涂改等现象，归档顺序也较规范，病程记录和上级医师查房记录的时限要求上扣分不多；但仍存在较多问题，尤其是外科病历，具体情况如下：

1、病历书写字迹潦草普遍存在，不易辨认，个别病历有涂改现象；
2、病历首页、眉栏有缺项，年龄未带单位； 3、知情同意告知书签字不规范；

4、病历中现病史记录内容简单，诊断依据不充分，及主诉与诊断、现病史不一致；

5、上级医师查房内容包括补充的病史和体征，诊断及依据、鉴别诊断分析、诊疗计划等流于形式，过于简单，或者过于烦琐没有重点，未体现上级医师真实水平。

6、术前准备情况的记录不完善；术后首次病程记录缺小项；手术记录无手术是否顺利、术中出血、输血、输液、尿量、标本是否送病检等情况的记录；观察项目记录不够细致。

整改措施：

1、切实提高思想认识，重视病历质量。

2、各科要组织医生认真学习并切实落实《医疗机构病历书写规范》。 3、各科要加强交流，相互学习。组织学习优秀样板病历，要

4、医疗文书书写要按照要求及时完成，进一步加强病历环节质量督查工作。

5、病历质量与质控奖惩挂钩。对质量较差的病历医院将予以通报批评，并责令对不合格病历限期整改；对病历书写质量好的病历将予以表彰。

【篇3：病历书写规范整改方案】

病历书写规范整改计划

目的：针对前期病历书写中出现的问题，为进一步避免和纠正此类错误发生，加强和督促急诊医师规范化书写门诊病历和急诊留观病历。

具体制度：1、门诊书写规范：

1) 以《最新病历书写基本规范解读》为基准。2) 医嘱不要出现药品商品名。3) 药物用法用量书写清楚，要与电脑处方一致。

4) 病历各项书写要全面，首页必须由当班医师填写，不得出现代签等情况。

5) 必须每个患者进行病情交待，必要时将过程记在病历上并由患者交待。

2、留观病历书写规范：1) 同门诊病历书写规范。2) 严格遵守急诊留观制度。

3) 留观病历要在当班医师下班之前完成，严格规范交接班制度，如未完成留观病历书写，下一班医师有义务提醒上一班医师完成病历书写，如上一班医师推诿扯皮，有权向主任反应，并责令其完成；如下一班医师未提醒其完成病历书写，则由此医师补写完成。

3、留观病历号规定（暂定）：日期 1+ 序号（先后顺序编号）每月一归总

如：201308001

说明：序号为积累计数，如第一天留观 2 人，第二天留观第一人序号为 003，下个月从 001 开始计数

实施计划：

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/076120111034010042>