

ICS 03.120

CCS C 00

DB4403

深 圳 市 地 方 标 准

DB4403/T 513—2024

妇幼保健住院病历质量评价规范

Specification for quality management of inpatient medical records of
maternal and child health care

2024-10-12 发布

2024-11-01 实施

深圳市市场监督管理局 发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 住院病历质量评价	3
4.1 总体要求	3
4.2 评价规则	3
4.3 单项否决项	3
4.4 病历评价内容及分值	5
参考文献	10
表 1 病历单项否决项	3
表 2 病历评价内容及分值	5

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由深圳市卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：深圳市妇幼保健院、深圳市卫生健康发展研究和数据管理中心、深圳市卫生监督局、深圳市人民医院、深圳市第二人民医院、北京大学深圳医院、深圳市中医院、深圳市龙岗区妇幼保健院、深圳市宝安区妇幼保健院、深圳市南山区妇幼保健院、深圳市龙华区妇幼保健院、深圳市罗湖区妇幼保健院、深圳市坪山区妇幼保健院。

本文件主要起草人：钟巧、吴波、许美、吴培凯、吴旭生、黄娟娟、苏俊、曾芳、孔庆慧、刘天钊、陈瑜、林志丰、孙毅、周青、吴轶赟、李珣、赵玲、古凤仪、赵墨、杨冰芝。

引 言

病历是重要的医疗文书，详细记录了医疗全过程，是医务人员在诊疗过程中的原始记录和总结。妇幼保健住院病历是孕产妇、围产儿死亡评审的重要依据，书写妇幼保健住院病历是临床实践中一项十分基础又非常重要的工作。

按照统一标准对妇幼保健住院病历进行质量评价，可以很好地把握医疗机构妇幼保健住院病历书写质量，并且从中发现问题，找出病历质量缺陷和存在的医疗安全隐患，分析原因，持续改进，从而不断提高和夯实医疗质量与安全，筑牢医疗安全底线。只有将病历质量等各项医疗核心制度真正融入诊疗活动中，并将诊疗全过程客观、真实、准确、及时、完整、规范地记录入病历，才能保障医疗质量安全和维护人民群众的健康权益。

本文件的实施和应用，可以有效解决妇幼保健住院病历（含电子病历）的规范化质量评价这一难题。

妇幼保健住院病历质量评价规范

1 范围

本文件规定了妇幼保健住院病历的质量评价内容。

本文件适用于妇幼保健住院终末及环节病历（含电子病历）的质量评价。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

入院记录 admission record

患者入院后，由经治医师通过问诊、体格检查、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。

注：可分为入院记录、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。

3.2

再次或多次入院记录 re or multiple admission record

患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的入院记录（3.1）。

3.3

主诉 chief complaint

促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

3.4

现病史 history of present illness

患者本次疾病的发生、演变、诊疗等全过程的详细情况。

3.5

既往史 past history

患者过去的健康和疾病情况。

注：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。

3.6

初步诊断 preliminary diagnosis

经治医师根据患者入院时情况，综合分析所做出的诊断。

3.7

病程记录 course record

继入院记录（3.1）之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。

注：包括患者的病情变化情况、辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

3.8

首次病程记录 first course record

患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录。

3.9

疑难病例讨论记录 difficult case discussion record

对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论的记录。

3.10

抢救记录 rescue record

患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。

注：包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。

3.11

有创诊疗操作记录 invasive diagnosis and treatment operation record

在临床诊疗活动过程中进行的具有一定程度创伤和风险的各种诊断、治疗性操作（如胸腔穿刺、腹腔穿刺等）的记录。

3.12

术前讨论记录 preoperative discussion record

在患者手术实施前，医师对拟实施手术的术前诊断、手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的记录。

3.13

术前小结 preoperative summary

在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。

3.14

麻醉术前访视记录 preoperative visit record of anesthesia

在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。

3.15

麻醉记录 anesthesia record

麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。

3.16

手术记录 surgical record

手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录。

3.17

术后首次病程记录 first postoperative course record

参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。

3.18

麻醉术后访视记录 postoperative visit record of anesthesia

麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。

3.19

死亡病例讨论记录 death case discussion record

对死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的记录。

3.20

出院记录 discharge record

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/376230025040011005>