

病历管理制度与病历书写规范考试题（答案）

第一篇：病历管理制度与病历书写规范考试题(答案)

资阳市雁江区人民医院 病历管理制度与病历书写规范考试题

科别：

姓名：

考试时间：

得分：

一、填空题（10 小题，每题 2 分，每空 1 分，共计 20 分）

1、卫生部《医疗机构病历管理规定》自 2002 年（9 月 1 日）起施行，卫生部《病历书写基本规范》（2010 年版）自 2010 年（3 月 1 日）起施行，卫生部《电子病历书写基本规范》自 2010 年 4 月 1 日起施行。

2、根据卫生部《医疗机构病历管理规定》，为了加强医疗机构病历管理，保证病历资料（客观、真实、完整），严禁任何人（涂改、伪造、隐匿）、销毁、抢夺、窃取病历。

3、门（急）诊病历保存时间不少于（15 年），住院病历保存时间不少于（30 年）。

4、医院可以为申请人复印、复制的病历资料为客观性病历资料包括：门诊病历、急诊病历和住院病历中的（入院记录）、体温单、医嘱单、检验报告、医学影像资料、特殊检查（特殊操作、特殊治疗、介入治疗）同意书、手术同意书、麻醉同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、（出院记录）。

5、卫生部《病历书写基本规范》（2010 年版）规定病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行（归纳、分析、整理）形成医疗活动记录的行为，病历书写应当（客观、真实、准确、及时、完整、规范）。

6、病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名，不得采用（刮、粘、涂）等方法掩盖或去除原来的字迹，（上级医务人员）有审查修改下

级医务人员书写的病历的责任，病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

7、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小时内入出院记录、（24小时内入院死亡记录），均需在（24小时内）完成。

8、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。

9、24小时内入院死亡记录内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、（死亡）时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（抢救经过）、（死亡原因、死亡诊断），医师签名等。

10、首次病程记录是指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，首次病程记录的内容包括（病例特点、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划）等，应当在患者入院（8）小时内完成。

二、判断题（10小题，每题2分，共计20分，正确打“+”，错误“—”）

1、住院病历只要在出院时补充完成就可以。

（—）

2、门诊医师在工作忙时可以不写门诊病历。

（—）

3、下病危的病人在病程记录中可以不写抢救记录和危重病讨论记录。

（—）

4、已完成录入打印并签名的电脑打印病历可以修改。（—）

5、实习医生和见习医生可以书写入院记录。

（—）

6、入院记录、出院记录、上级医生查房记录、输血申请单、危重

病（死亡）讨论记录等均须上级医生审核签字。

(+)

7、入院记录中若疾病有漏诊或未明确诊断，在住院期间若有补充或确诊时，可以使用“补充诊断”或“最后诊断”名称，不必一律使用“修正诊断”名称。

(一)

8、对于重大手术可以先手术，允许在出院时补签重大手术审批单。

(一)

9、输血病历中可以不要输血申请单和输血不良反应回报单。

(一)

10、外科医生可以在内科病历中查房签字。

(一)

三、多选题（30 小题，每题 2 分，共计 60 分，每小题有多个答案，将所选代号填入“（）”中，多答或少答不得分）

1、既往史是指患者过去的健康和疾病情况，内容包括有：

(ABCD) A 既往一般健康状况 B 疾病史、传染病史、预防接种史 C 手术外伤史、输血史 D 食物或药物过敏史 E 女性的婚育史、月经史

2、病情记录中须另页书写的项目包括有：(ABCD) A 死亡记录和死亡病例讨论记录 B 请会诊记录和会诊记录 C 手术记录和麻醉记录 D 出院记录 E 抢救记录和输血记录

3、根据患者不同病情，及时书写日常病程记录，下列正确说法有：

(ABCD) A 对医嘱告病危的患者应当根据病情变化随时书写病程记录，至少每天一次，时间应当具体到小时、分钟，病危患者的病情记录每天应有一次主治医师签名。

B 对医嘱告病重的患者，至少 2 天一次病程记录。C 对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。

D 对病情稳定的慢性病患者，至少 5 天记录一次病程记录。

E 入院三天内的上级医生查房记录可以代替住院医师书写的日常病程记录。

4、病历中疑难危重病例讨论记录内容包括：(ABCD) A 讨论日

期、讨论地点 **B** 主持人及参加人员姓名、专业技术职务

C 可以记录主要人员与综合意见想一致的发言意见 **D** 主持人小结的讨论综合意见 **E** 每位人员的发言的详细意见（意见分歧）

5、一左侧股骨头坏死合并高血压（三期，极高危）、脑梗塞的患者在骨科住院行左侧股骨头置换术，其出院病历中应有下列哪些不可缺少的病历资料：（**ABCDE**）

A 患者授权委托书和手术同意书 **B** 重大手术审批单 **C** 术前讨论记录和术前小结 **D** 请会诊记录和会诊记录 **E** 输血前检查单和输血申请单

6、一高血压脑出血的危重病人，在内科住院 7 天后转到外科行颅骨钻孔减压引流术，术后出现右侧肢体瘫痪进行性加重，一月后继续住院康复治疗。该在床病历中应有下列哪些不可缺少的病历资料：

（**ABCDE**）**A** 病危通知书和医患沟通书 **B** 危重病抢救记录和危重病例讨论记录

C 内科请外科和外科请康复科的请会诊记录和会诊记录 **D** 术前讨论记录和术前小结 **E** 转科记录（转出和转入）和阶段小结

7、一重症胆管炎（休克型）的病人急诊术后 10 天死亡，出院病历首页填写表明抢救 3 次，成功 2 次，失败 1 次。该出院病历中应有下列哪些不可缺少的病历资料：（**ABCDE**）**A** 病危通知书和死亡通知书 **B** 居民死亡诊断证明书和尸检告知单 **C** 术前讨论记录、危重病例讨论记录 **D** 死亡病例讨论记录 **E** 第一次抢救记录、第二次抢救记录和死亡抢救记录

8、一车祸伤致肝脾破裂失血性休克合并糖尿病肾病的病人，术前术中术后共出血 4500 毫升，住院期间累计输过全血 2100 毫升，病人住院 3 月治愈出院。该出院病历中应有下列哪些不可缺少的病历资料：

（**ABCDE**）**A** 病危通知书、危重病抢救记录和危重病例讨论记录 **B** 重大手术审批单、术前讨论记录、术前小结 **C** 大量输血审批单 **D** 请会诊记录和会诊记录 **E** 阶段小结（三次）

9、一剖宫产术后发生腹部切口感染治愈出院的病历中，下列哪些说法是正确的：（**ABCD**）**A** 首页院感诊断填“腹部切口感染”

B 入院记录之修正诊断将原有疾病加上“腹部切口感染”

C 病程记录中有诊断腹部切口感染的临床依据和治疗方案的记录内容
D 有腹部切口感染的院感报卡

E 首页出院诊断之其他诊断填“腹部切口感染”

10、出院病历先后排序正确的有哪几组：（ACE）
A 护理记录-医嘱单和医嘱执行单-体温单
B 体温单-医嘱单和医嘱执行单-护理记录

C 手术记录-麻醉记录-手术护理记录-输血记录
D 出院记录-入院证-入院记录-病程记录-会诊记录

E 授权委托书-医患沟通书-危重病通知书-死亡通知书-尸检告知
知书

11、病危病重通知书告知的主要内容包括有：（ABCDE）
A 疾病
诊断

B 病情的严重性和危及患者生命的并发症

C 医护人员将采取的抢救措施

D 患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见
E 医护人员陈
述意见

12、医患沟通谈话主要内容包括有：

（ABCDE）
A 诊疗方案、医疗费用及注意事项

B 患者病情及病情变化、预后估计

C 入院健康教育及注意事项，出院后的注意事项、随访联系方式
及内容

D 医务人员履行告知义务和患者的权利和义务，基本医疗、商业
医疗、工伤医疗保险的有关规定，发生欠费对患者治疗的影响
E 各种
辅助检查和医疗处置的必要性、风险性和费用（手术前谈话和麻醉前
谈话，药物使用和输血的不良反应及其特殊副作用）等

13、手术和特殊操作知情同意书的主要内容包括：（ABCDE）
A 疾病介绍和治疗建议（诊断、麻醉方式、手术方案等）

B 手术和特殊操作的潜在风险和对策
C 特殊风险或主要高危因素

D 患者知情选择和签字同意
E 医生陈述意见和签字

14、签署手术知情同意书的特别注意事项有：

（ABCD）
A 在手术前完成手术知情同意书的填写内容，注意签字

的时效性

B 患者和/或患者委托人同意签字后医生再签字，注意签字双方的合法性

C 手术的潜在风险、特殊风险或主要高危因素做全面而重点交代，注意沟通的针对性 **D** 对手术预案（拟行手术方式、备选方案和手术风险控制对策措施）做重点强调，注意沟通的灵活性和预见性

E 对于急诊手术医患双方可以先手术后签字

15、在病案室归档病历中发现一重大手术病历无重大手术审批单。具有下列哪些违法性：

(ABCDE)

A 违反执业医师法有关医生履行告知义务和尊重患者知情同意权的规定，违反医患沟通制度，医生未尽到告知义务，未征得患方签字同意

B 违反医疗事故处理条例有关未经审核批准擅自手术的规定

C 违反手术分级管理制度、重大手术审批制度和各级人员岗位职责，无上级医生、科主任、医务科、业务院长逐级审核签字

D 违反病案管理规定和病历书写规范，一票否决为不合格病历

E 违反医疗质量与安全有关管理规定，存在重大医疗安全隐患和医疗事故的风险

16、某医院一未取得执业资格的见习医生所书写的住院病历资料而无一处有上级医师签字。具有下列哪些违法性：**(ABCDE)** **A** 违反执业医师法和医院达标评审标准，有非法行医行为，有一票否决情形 **B** 违反见习生管理制度和带教制度，带教医生未履行带教职责

C 违反三级医师查房制度，上级医生未履行职责，上级医师未审核签字 **D** 病案管理规定和病历书写规范等核心制度，一票否决为不合格病历

E 违反医嘱制度、处方制度和查对制度，护理人员错误执行医嘱，药剂人员错误执行发药

17、某医院一急性心梗病人住院 25 小时突然死亡，家属要求封存病历时医院发现值班医生未书写入院记录和病程记录，科室交接班记

录本无接班医生（即管床医生）签字，只补记了抢救记录、死亡记录。违反了下列哪些核心制度：（ABCD）A 违反首诊负责制度、病历管理制度和病历书写规范，值班医生 8 小时内未书写首次病程记录，管床医生未书写入院记录

B 违反交接班制度，管床的接班医生未进行交接班，未在交接班记录本签字

C 违反三级医师查房制度，无上级医生没有随时查房，24 小时内无上级医生查房记录 D 违反危重病抢救制度和危重病讨论制度，入院抢救超过 24 小时仍无抢救记录和危重病讨论记录

E 违反死亡病历讨论制度，出院时无死亡讨论记录

18、下列那些一票否决为不合格病历的项目有：（ABCD）A 首次病程记录中无病例特点、诊断依据、鉴别诊断和诊疗计划之一者 B 抢救记录中无参加者的姓名及上级医师意见 C 缺死者家属同意尸检的意见及签字记录

D 缺住院期间对诊断、治疗有重要价值的辅助检查报告 E 主要诊断选择错误

19、下列那些不是一票否决为不合格病历的项目有：（E）A 患者入院 48 小时内无主治医师首次查房记录、72 小时内无副主任以上医师查房记录 B 24 小时内未完成转出、转入记录或无转出、转入记录 C 手术记录未在术后 24 小时内完成 D 抢救记录未在抢救后 6 小时内完成 E 无治疗效果及病情转归内容

20、下列那些是病历缺陷评价扣分的项目有：（ABCD）A 体格检查记录有缺陷，遗漏标志性的阳性体征及有鉴别意义的阴性体征 B 无辅助检查记录

C 专科查体记录有缺陷

D 病情变化时无分析、判断、处理及结果 E 缺少护理记录或整页病历记录，造成病案不完整

21、下列那些是不符合病历书写基本要求的项目有：（ABCDE）A 病历不整洁（严重污迹、页面破损）B 字迹潦草、不易辨认 C 未按规定使用蓝黑墨水书写 D 规范书写 E 病历中摹仿或替他人签名

22、下列那些是出院记录中非一票否决为不合格病历的缺陷项目

有：（ABCD）A 出院记录无主要诊疗经过的内容

B 死亡记录中死亡时间不具体或与医嘱、体温单时间不符或未写明死亡原因 C 不规范书写(指书写有欠缺、缺项、漏项)D 无出院医嘱

E 出院（死亡）记录或未按时完成出院（死亡）记录或无死亡讨论记录

23、下列哪些是入院记录中非一票否决为不合格病历的缺陷项目有：（ABC）A 主诉、现病史、专科查体等描述有缺陷

B 无主诉、无现病史、无既往史/家族史/个人史、无体格检查等 C 无初步诊断、确定诊断或初步诊断、确定诊断书写有缺陷 D 由实习医师代替住院医师书写入院记录 E 入院记录未在 24 小时内完成

24、医院对病历开展四级质量控制的项目有：（ABCE）A 医务人员的自我控制 B 质控员的控制 C 科主任的控制 D 医务科的控制 E 病案管理委员会的控制

25、医院病历质量考核标准中,下列哪些是扣质量分 1 分的项目：（ABCDE）A 危急值未及时通知、报告 B 带教老师未及时修改、签字 C 手术病人无术前小结 D 各种知情同意书无医师或病人本人签字 E 不书写急诊留观病人的观察、抢救记录

26、医院病历质量考核标准中,下列哪些是扣 30 元的项目：（ABCDE）A 住院死亡病历在病人死亡后 8 天内未归档 B 医技科室报告不规范

C 查房记录书写不规范 D 对重要阳性检查结果无记录分析及处理记录或复查 E 未记录重要的病情变化或重要的诊疗措施或更改重要医嘱的理由

27、医院病历质量考核标准中,下列哪些是扣 30 元的项目：（ABC）A 上级医师或科主任未纠正三处以上带教老师未签字

B 科主任未及时组织疑难危重病例讨论或术前讨论、死亡病历讨论 C 上级医师或科主任未及时纠正不合理用药或未及时调整治疗方案 D 对出现丙级病案科室的质控负责人员 E 遗失、销毁或隐匿病历

28、医院病历质量考核标准中,下列哪些不是扣 30 元的项目：（E）A 入院证或病案首页填写不规范 B 未按规定时限及规范书写病程记录

C 遗漏主要阳性体征、缺必要的专科或重点检查记录

D 诊断名称不规范或无修正诊断或无修正不签名及书写日期 E 出院病历未及时归档

29、医院病历质量考核标准中,下列哪些是月度奖励 300 元的项目:
(ABC) A 住院病历质量月度评比优秀科室第二名 B 住院病历质量月度评比优秀医生第二名 C 住院病历质量月度评比优秀医生第一名 D 住院病历质量月度评比优秀科室第一名 E 住院病历质量月度评比优秀医生第一名

30、医院病历质量考核标准中,下列哪些是可以进行组织处理的项目:(ABCD) A 有遗失或销毁或隐匿病历情形者 B 一年内出现 2 份及以上丙级病历者 C 一年内归档病历出现 6 份及以上乙级病历者 D 一年内三个月病历不达标者 E 在床运行病历出现 6 份及以上乙级病历者

第二篇：病历书写规范与管理制度

病历书写规范与管理制度

在诊疗工作中，诊疗水平、病历书写质量在临床医疗、教学科研、医院管理、法律实践、疾病预防、社会医疗保险、维护医患双方合法权益等诸多方面都有重要的作用，也是支付医疗费用的重要凭证、处理医疗问题和评定伤病残的客观依据，为此特制定本制度：

一、病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，规范使用医学术语，文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确。病历首页上要求填写的内容不能留有空项，并注明联系电话。

二、病历书写按要求认真填写，使用蓝黑墨水、碳素笔，需复写的病历资料使用蓝黑色圆珠笔，书写出现错别字时，双线划在错字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来字迹。

三、对需取得患者的书面同意进行医疗活动的，应当由本人签署知情同意书。

四、病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期、时间，采用 24 小时制记录新入院病人、特科转入、手术应连续记录三天、入院记录及再入院记录均在入院 24 小时内完成。医生根据患者病情变化随时记录，每天至少一次，病重患者至少 2 天记录一次病程，病情稳定的慢性病

5 天记录一次病程记录。抢救危急重症患者未能及时完成病历书写的，抢救结束后 6 小时内据实补记，并注明抢救完成时间和补记时间，对住院不是 24 小时出院者，可在出院后 24 小时内书写 24 小时内入出院记录，住院不是 24 小时死亡者，可在死亡后 24 小时内书写 24 小时入院死亡记录。

五、所有住院病人应有“三大常规”医嘱，因故未查，应在病程记录中说明原因，对法定传染病按规定填报卡片并及时转院。

六、对各种创伤性或费用较高的检查、治疗、手术和自费药品等均要求患者或亲属签署同意书后方可实行。医疗文书中各级签名均不得代签，也不的模仿他人签名。

七、书写各种记录，每自然段起始行必须空两格，以后则顶格。

八、出院记录在患者出院时及时完成，出院记录应包括前一天的四大生命体征和治疗经过等。

九、病历书写质量进行标准评估，总分值为 100 分，75 分以上为合格病历，低于 75 分为不合格病历。

十、严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病理，不得擅自查阅患者病历，不得泄露患者隐私。

十一、病例有病案管理人员统一管理，护理部负责集中，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。

急危重症患者的抢救制度

为了提高急危重症患者的抢救成功率，医护药技人员应时刻为患者着想，千方百计接触患者的痛苦，能急病人所急，想病人所想，工作言必行，行必果，当机立断，认真负责，技术精益求精，危急重症病人能得到及时有效的治疗，特制定本制度。

一、认真执行首诊负责制，不推诿病人，把“一心为患者、服务最光荣”牢记心中。坚持先抢救、后办理有关手续，不准以任何理由延误抢救。

二、医务人员要熟练掌握心肺复苏技能，严格履行首诊负责制，开放绿色生命通道，抢救人员要按岗定位，遵照各种疾病的抢救常规、

三、所配备抢救、急救设备、物品、药品要每日检查，确保完好无误，所需物品、药品确保在保质期内，数量不足随时补充。

四、医护人员发现患者病情急、危、重，第一发现人立即采取急救措施，入心肺按压、人工呼吸、建立输液通道等，同时通知其他医护人员到场协助抢救。医护药技人员接到患者家属呼救信息或医护药技人员发出的协助抢救信息后，必须迅速到达现场。

五、抢救工作由值班医师、科主任、护士长负责组织和指挥，重大抢救或特殊情况向院领导汇报到场协调，必须时成立抢救小组，选派专人负责治疗和护理、会诊转诊制定方案。

六、在抢救病人的同时，指定专人向家属告知患者的危重情况，提出方案，取得家属的理解与配合，并形成书面沟通记录。若家属在现场，必须设法与家属联系，并将情况告知家属，若无法和患者家属取得联系，为了抢救生命，应先抢救，之后及时将治疗情况向家属通报，并将通报内容和家属情况记录在病历上。

七、抢救过程中，护士在执行医生的口头遗嘱时，应复述一遍，认真仔细核对抢救药品、药名、剂量、抢救所用药品空瓶，病情稳定后需两人核对后可弃去，危重病人就地抢救，病情稳定后不可移动。

八、现场负责人应指定专人负责记录具体的抢救实施方法及病人病情情况，抢救完毕，医生、护士在 6 小时之内据实补写各类医疗文书，特殊情况应当场完成，医疗文书中涉及时间应精确到分钟。

九、抢救时，非抢救人员及病人家属一律不得进入抢救室或抢救现场，以保持环境安静，忙而不乱。

十、凡遇有重大灾害事故抢救，医护药技工勤人员应服从医院的统一组织，立即准备、随叫随到，各科之间支持支援，紧密配合，提高抢救成功率，必须时成立临时抢救小

组，加强抢救工作。

医生交接班制度

一、医师实行 24 小时值班制度，分白班和夜班，按时、按班听取交班医师关于值班情况的介绍，并做好交接班签名工作并注明时间。

水、暖、电及安全情况，并将相关情况记录交接班记录本中。

三、交接班除口头汇报外，所需治疗病人还需在医嘱上有所记载，危重病人必须在床边进行交接。

四、交接班必须了解下一步的任务和工作内容等，做到责任明确，防止疏漏或贻误。

五、值班医生不得擅自离岗，护理人员要求视诊病人时必须立即前往值班医生负责各项临时性医疗工作和患者临时情况的处理，并做好相关病程记录，对急诊患者应及时接诊、检查、书写病历，并予以及时地处置，对外转病人，要提出

转诊意见，需要护送人员可向领导提出，紧急情况可就近请求有关人员协助。

六、夜班医生需参加院内晨会，负责将夜班期间重点患者向全院报告，节假日值班医师以上述程序向下一位值班医生交接。

口腔科隔离消毒制度

一、工作人员衣帽整洁，工作前洗手，为患者治疗时戴口罩、一次性手套。

二、检查、处置、治疗患者后，要一人一洗手或一人一消毒。

三、保持室内整洁，若发现传染病患者，应以 0.1%有效氯消毒液擦拭消毒桌椅及工作台面。

四、手术包、治疗包、换药包等经高压灭菌后备用。所有消毒包必须注明消毒日期，有效期为一周，到期未用者，应重新消毒。

五、敷料、棉花、储槽，每周送供应室高压蒸汽灭菌一次，如有污染，随时消毒。无菌镊、钳等用消毒液浸泡器械，液

面要求达到容器的 1/2 至 2/3，器械要求打开关节，容器盖口标明更换时间，消毒液 6 至 9 月每周换两次，其他月每周一次。

六、患者均使用一次性口腔检查时，口腔盘及口杯、手套，做到每人一套一双。

七、用过的器械先用 0.1%有效氯消毒液浸泡 30 分钟，再用清水洗净后，进行蒸汽灭菌。

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/645044002103011222>