

ICS 点击此处添加 ICS 号

CCS 点击此处添加 CCS 号

DB4403

深 圳 市 地 方 标 准

DB 4403/T XXXX—XXXX

妇幼保健住院病历质量管理规范

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

(送审稿)

XXXX—XX—XX 发布

XXXX—XX—XX 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 4

 4.1 总体要求 4

 4.2 评价规则 4

 4.3 单项否决项 4

 4.4 病历评价内容及分值 6

参考文献 11

表 1 病历单项否决项 4

表 2 病历评价内容及分值 6

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、吴轶赞、赵玲、古风仪、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管理规范

1 范围

本文件规定了妇幼保健住院病历的评价内容。

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

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS 329 麻醉记录单

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。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。

3.3

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。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

继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。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

日常病程记录 daily course record

对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。

3.10

上级医师查房记录 ward round record of superior doctor

上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

3.11

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。

3.12

交（接）班记录 shift handover record

患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。

3.13

转科记录 transfer record

患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。

3.14

阶段小结 stage summary

患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况的总结。

3.15

抢救记录 rescue record

患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。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。

3.16

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。

3.17

会诊记录 consultation record

患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。

3.18

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。

3.19

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。

3.20

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。

3.21

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。

3.22

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。

3.23

手术安全核查记录 operation safety verification record

由有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方，分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核查的记录，还应对输血患者的血型、用量进行核对。

3.24

手术清点记录 operation counting record

巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录。

3.25

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。

3.26

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。

3.27

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。

3.28

出院记录 discharge record

经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结。

3.29

死亡记录 death record

经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录。

3.30

手术知情同意书 informed consent for operation

手术前，手术医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署是否同意手术的医学文书。

3.31

麻醉知情同意书 informed consent of anesthesia

麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。

3.32

医嘱 medical order

医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱分为长期医嘱和临时医嘱。

4 住院病历质量评价

4.1 总体要求

4.1.1 应严格按照《病历书写基本规范》要求及时完成各项病历记录。

4.1.2 应严格按照相关要求完成住院诊疗过程中的各项病历记录，确保病历资料齐全完整并妥善保存。

4.1.3 各部分病历内容应由亲自参与相关诊疗活动的医务人员书写，上级医师及时进行审核（修改）并签名，保障病历资料的准确性。

4.1.4 病历记录应规范使用医学术语和缩写，常用的标量、称量应使用国家计量标准和卫生行业通用标准，应规范使用疾病诊断、手术操作名称和疾病诊断代码、手术操作代码。

4.2 评价规则

4.2.1 宜先查单项否决项，再查病历内涵项。

4.2.2 病历评价总分 100 分，单项否决项每项扣 25 分。病历达到丙级病历后不再继续扣分，但需将存在的缺陷问题列出。

4.2.3 病历内涵项同一违规事项不重复扣分，每项扣分不超过该项目标准分。

4.2.4 手术病历得分为：100 分-单项否决项扣分-病历内涵项扣分；非手术病历得分为：（75 分-病例内涵项扣分）÷ 0.75-单项否决扣分，满分均为 100 分。总评分>75 分为合格（甲级病历），≤75 分为不合格（> 50 分为乙级病历，≤50 分为丙级病历）。

4.3 单项否决项

病历单项否决项见表1。

表 1 病历单项否决项

项目		序号	内容
单项否决项	入院记录	1	未在入院24小时内完成入院记录
		2	主诉或现病史有重要遗漏造成诊断错误或影响治疗、抢救

表1 病历单项否决项（续）

项目	序号	内容
单项否决项	首次病程记录	3 未在入院8小时内完成首次病程记录
	病程记录	4 未在入院48小时内完成上级医师首次查房记录
		5 疑难或危重病例无副主任医师以上医师查房
		6 疑难病例缺疑难病例讨论记录
		7 有抢救医嘱无抢救记录
		8 抢救记录、抢救医嘱未在抢救结束后6小时内完成
		9 缺有创诊疗操作记录
		10 未针对危急值采取紧急处置措施及记录
	辅助检查	11 辅助检查因漏查、误查、漏报、误报造成诊疗失误，导致严重后果
	知情同意	12 需患者书面同意的诊疗措施（手术，麻醉，特殊检查，特殊治疗，输血，实验性临床医疗等）和需书面告知的特殊情况（自动出院，放弃抢救，病危病重通知等）无相应的知情同意告知
		13 非紧急情况（紧急抢救生命，精神问题，无完全民事行为能力等），手术知情同意书非患者本人签署或被授权人签署（特别是非直系血亲）
	围手术期	14 外科手术无手术指征
		15 外科手术无术前讨论记录（除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外）
		16 外科手术无术前小结（除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外）
		17 术前无术者查看患者记录
		18 术前无上级医师查房意见（除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外）
		19 违反手术分级管理制度越级手术
		20 缺手术安全核查记录或手术清点记录
		21 植入体内的人工材料的条形码或其他证明合格文件未归入病历
		22 术后24小时无手术记录
		23 外科手术麻醉后无麻醉记录（浅表手术局部麻醉除外）
		24 未在术后即时完成术后首次病程记录
		25 手术中变更手术方案未进行告知及签署手术知情同意书
	出院记录	26 归档病历无出院记录或死亡记录或死亡病例讨论记录
		27 产科无新生儿出院记录或无新生儿脚印
	病案首页	28 出院归档病历未填首页或未使用规范首页
	书写要求	29 产科新生儿性别、转归前后不符
		30 专项文书无有执业资格医务人员签名
		31 伪造他人签名
		32 未书写关键文书造成病案不完整
		33 病历中记录内容互相矛盾影响诊疗，导致严重后果
		34 违规修改/拷贝病历造成原则错误
		35 伪造、篡改、隐匿或者擅自销毁病历

表1 病历单项否决项（续）

项目	序号	内容
单项否决项	36	重危患者缺病重（病危）护理记录
	37	缺分娩记录

4.4 病历评价内容及分值

具体病历评价内容、分值及扣分值见表2。

表2 病历评价内容及分值

项目	序号	扣分内容	扣分值
入院记录 20分	1	患者的一般情况有缺项或内容错误	1
	2	主诉未达到简明精炼，或主诉超过20个字	2
	3	主诉基本不能导出第一诊断	3
	4	主诉不规范或用诊断、辅助检查结果代替而在现病史中发现有症状	2
	5	现病史与主诉不相符或不一致	3
	6	发病情况未按要求描述，内容有缺漏	2
	7	主要症状的特点及其发展变化情况未按要求描述，内容有缺漏	2
	8	未记录伴随症状或未描述伴随症状与主要症状之间的相互关系，或缺有鉴别意义的阴性症状与体征	2
	9	缺发病以来诊治经过及结果或记录不详细，或内容有误	2
	10	发病以来的一般情况未记录或记录不全或内容有误	1
	11	与现疾病直接有关的病史未描述或与本次疾病虽无密切关系，但仍需治疗的其 他疾病情况未记录	1
	12	再次或多次入院记录，未首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结	2
	13	再次或多次入院记录，未记录本次入院的现病史	2
	14	病史基本不能提供诊断依据，或基本不能提供临床鉴别诊断依据	3
	15	既往史、个人史、家族史内容有缺漏或描述错误	1
	16	外伤史未写明外伤部位、时间；手术史未写明原因、手术名称、手术时间等情况	1
	17	婴幼儿个人史未记录出生史、喂养史、生长发育史	1
	18	女性患者月经史未记录初潮年龄、月经周期、末次月经时间(或闭经年龄)，月 经量、痛经等情况；婚姻史未记录患者婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、 生育情况、有无子女等	1
	19	体格检查不准确，或缺项或体格检查与病史不相符	2
	20	需写专科情况的缺专科情况或专科情况有遗漏或内容有误	3
	21	体格检查基本不能提供诊断依据，或基本不能提供临床鉴别诊断依据	3
	22	辅助检查结果未记录或记录有遗漏或记录有误	2
	23	辅助检查结果记录内容不规范，外院检查的结果未注明检查医疗机构名称	1

表2 病历评价内容及分值（第2页/共5页）

项目		序号	扣分内容	扣分值
入院记录 20分	诊断 4分	24	初步诊断主要疾病诊断错误或主要疾病漏诊	4
		25	初步诊断次要诊断错误或或有缺漏	2
		26	以症状或体征待诊的诊断未写出可能的疾病名称	2
		27	未及时作出修正诊断，或修正诊断有误	2
		28	最后诊断（或出院诊断）有误或缺漏	2
首次病程记 录 10分	病例特点 3分	29	病例特点归纳不正确或照搬入院记录内容未归纳提炼	2
		30	病例特点内容有缺漏	1
	拟诊讨论 4分	31	诊断不完整或不规范或诊断与入院记录不一致	2
		32	诊断依据有误或不充分或诊断依据有缺漏	2
		33	诊断依据缺条理性（一般情况、症状、体征、重要的辅助检查）	2
		34	鉴别诊断的病种选择不当或缺少或鉴别诊断依据不当	2
		35	无鉴别诊断	3
		36	鉴别诊断格式欠规范（缺支持点/不支持点/结论）	2
	诊疗计划 3分	37	诊疗计划针对性不够或无针对性	1
		38	诊疗计划缺高级职称医生审核签字	3
39		主要诊疗计划有遗漏或内容有误	3	
病程记录 25分		40	缺新入院前三天连续病程记录	2
		41	出院前无上级医师同意出院的记录	2
		42	出院前一天或当天无病程记录	1
		43	病情变化记录的及时性、针对性、连续性缺陷（病危患者根据病情变化随时书写，每天至少1次，病重患者至少2天记录一次，病情稳定的患者，至少3天记录一次）	2
		44	主要药物缺少使用的适应症、撤换的原因，或药物不良反应病程记录未记录	2
		45	违反治疗性/预防性使用抗菌药物原则	5
		46	违违反抗菌药物分级管理要求	5
		47	日常病程未针对患者的主要症状或体征进行跟踪观察记录	2
		48	患者出现病情变化或异常辅助检查结果病程记录未记录与分析	2
		49	辅助检查结果未及时记录	2
		50	未记录采取的重要诊疗措施或施行原因	2
		51	病程记录与护理记录内容不一致	2
		52	未根据患者的病情变化或者辅助检查的结果及时补充或修正诊断	2
		53	未按照三级医师查房制度查房、书写查房记录	3
		54	上级医师首次查房记录未记录上级医师对病史、体征的补充或对患者的诊断及诊断依据的分析讨论，或无进一步对诊断、诊疗计划的分析指导	2
		55	上级医师日常查房记录内容过于简单，缺少必要的病情分析或诊疗意见，或未记录上级医师意见	2
		56	患者住院超过72小时，无主任（副主任）医师查房记录	3

项目	序号	扣分内容	扣分分值
	57	上级医师查房记录标题不完整或与内容不一致	2

表2 病历评价内容及分值（第3页/共5页）

项目	序号	扣分内容	扣分分值
病程记录 25分	58	知情同意告知书内容不全面或者内容有误，或存在空项，或内容未勾选	2
	59	知情同意告知书签字时间未具体到分钟	2
	60	知情同意告知书患方签名时间早于医生签名时间	2
	61	非保护性医疗，手术知情同意书由被授权人签署，患者本人未签署	5
	62	抢救记录不能体现抢救过程、抢救措施和病情变化或转归情况	2
	63	抢救记录内容与开具的抢救医嘱不一致	2
	64	抢救记录内容有误或有缺漏	2
	65	抢救记录无抢救主持人签名或签名的医师未参与抢救	2
	66	无交接班记录/转科记录/阶段小结，或未及时完成	3
	67	无住院超过三十天科主任大查房记录/非计划再入院患者科主任大查房记录，或未及时完成	3
	68	疑难病例未及时讨论	2
	69	疑难病例讨论记录未按要求列出讨论目的、讨论人员、讨论结论，或参加者有遗漏，或未将讨论结论记录在病程记录中	2
	70	申请会诊理由或目的不明确	2
	71	会诊申请单内容有缺漏或有误	2
	72	申请会诊无上级医生审签	2
	73	未按时限要求完成会诊记录	3
	74	会诊后未在病程记录中记录会诊意见及执行情况或记录有缺陷	2
	75	有创诊疗操作记录内容不完整	2
	76	操作记录未由操作人员书写	2
	77	输血相关内容（含输血前检查、适应证的评估、输血过程和输血后疗效评价等）未体现在病程记录中	3
	78	输血记录存在缺陷	2
	79	危急值记录存在缺陷	2
	80	分娩记录缺项/错误	3
	81	分娩安全核查记录缺项/错误	3
辅助检查与医嘱单、体温单 5分	82	护理级别与病情不符	1
	83	辅助检查报告单与医嘱不符	1
	84	申请特殊检查病程记录未说明原因	2
	85	医嘱有缺漏或有误	2
	86	医嘱未规范签名	2
	87	辅助检查报告单项目不全或内容不规范或签名不规范	1
	88	体温单内容存在缺漏或内容有误	1
出院记录与病案首页10分	89	出院诊断与初步诊断或修正诊断或补充诊断不符	2

项目	序号	扣分内容	扣分值
	90	住院诊治经过中诊疗措施记录有缺漏或描述有误	2
	91	出院记录患者入院/出院情况描述过于简单或内容不全或内容有误	2

表2 病历评价内容及分值（第4页/共5页）

项目	序号	扣分内容	扣分值
出院记录与病案首页10分	92	出院医嘱无针对性	2
	93	未及时完成死亡病例讨论记录	5
	94	死亡讨论记录对死因分析不全或分析错误	2
	95	死亡讨论记录总结经验教训的内容或总结不全面	2
	96	病案首页主要诊断或主要操作选择错误	5
	97	病案首页填写不完整或不规范或内容有误	1
	98	病案首页续页手术或操作记录有错漏	1
	99	病案首页出院诊断与出院记录/入院记录最后（出院）诊断不符	2
围手术期记录25分	术前准备5分	100 术前讨论未描述手术指征或者手术指征书写错误或未对手术必要性进行分析	5
		101 术前讨论未对手术方案的选择进行判断和分析	3
		102 术前准备不充分	3
		103 手术知情同意书无经治医师和术者签名	2
		104 手术知情同意书缺少必要的备选方案	2
		105 知情同意告知内容不全面或者内容有误或内容未勾选	2
		106 手术知情同意书签字时间未具体到分钟	2
		107 手术知情同意书患者签名时间早于医生签名时间	2
		108 手术知情同意书签署时间早于术前讨论时间	2
		109 术者未参与术前讨论	3
		110 术前讨论参加人员范围不符合要求	2
		111 术前讨论或术前小结拟施手术名称不规范	2
		112 术前讨论或术前小结无手术风险评估内容或并发症防范措施内容，或内容模板化，未根据患者实际情况修改	5
		113 术前讨论或术前小结手术风险评估内容缺项或记录有误	2
		114 术前讨论未早于术前小结	2
		115 术前小结与手术记录术者不一致，手术医生发生变更，病程记录未说明原因	2
		116 术前讨论记录不规范	2
		117 违反外科围手术期预防性应用抗菌药物基本原则或给药方法/选药不当	3
		118 术前讨论或术前小结存在缺项、漏项	2
	手术处置10分	119 手术记录手术开始/结束时间记录有误	3
		120 手术记录的术前诊断或术中(后)诊断遗漏或有误	2
		121 手术记录未记录出血量或输血量，或病历中出血量/输血量前后不一致	2
		122 手术记录非术者或一助书写，或术者未签字	3
		123 手术中变更手术方案未记录原因或未取得上级医师的同意	5
		124 手术记录有错漏或描述过于简单	2

项目	序号	扣分内容	扣分分值
术后处理5分	125	手术离体组织无故不做病理检查	3
	126	术后首次病程记录内容有缺漏或内容有误或内容与手术记录不一致	2
	127	术后首次病程记录未由参与手术的医生书写或签名的上级医生未参与手术	5

表2 病历评价内容及分值（第5页/共5页）

项目	序号	扣分内容	扣分分值
围手术期 记录25分	术后处理5分	128 术后连续3天病程记录不全	2
		129 术后24小时内无术者查看患者记录	5
		130 术后3天内无上级医师查看患者记录	2
		131 术后患者出现病情变化未及时记录与分析	2
		132 术后处理不规范	2
	麻醉相关记录 5分	133 无麻醉术前访视记录	3
		134 麻醉术前访视记录存在空项或内容有误	2
		135 麻醉知情同意书存在空项或内容有误	2
		136 麻醉知情同意书无麻醉医师签名	2
		137 麻醉知情同意书签字时间未具体到分钟	2
		138 麻醉知情同意书患方签名时间早于医生签名时间	2
		139 麻醉医师不符合麻醉医师分级管理有关规定	5
		140 麻醉记录有缺项或内容有误或未使用规范的麻醉记录单	2
		141 手术中变更麻醉方案未记录原因或未取得上级医师的同意，或无相关知情同意签字	5
		142 全麻手术缺麻醉复苏记录	2
		143 无麻醉术后访视记录	3
		144 麻醉术后访视记录存在空项或内容有误	1
病历书写要求5分	145	病历记录内容前后不一致	2
	146	病历记录时间逻辑或内容逻辑错误	2
	147	病历记录内容有误或存在错别字或存在空项	1
	148	病历记录时间未具体到分钟	2
	149	多次病程记录雷同或错误	2
	150	病历资料遗漏签名或未使用规范签名	2

参 考 文 献

- [1] 卫生部.卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知:卫医政发〔2010〕11号.2010年
- [2] 广东省卫生厅.关于印发《广东省病历书写与管理规范》的通知:粤卫〔2011〕53号.2011年
- [3] 医政医管局.2014病历书写基本规范详解〔M〕.北京:科学出版社.2014年
- [4] 深圳市卫生和计划生育委员会.市卫生计生委关于印发《深圳市医疗服务质量评价标准》(2016版)的通知:深卫计医政〔2016〕182号.2016年
- [5] 国家卫生健康委员会.关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知:国卫医发〔2018〕8号.2018年
- [6] 国家卫生健康委员会.关于开展全面提升医疗质量行动(2023-2025年)的通知:国卫医政发〔2023〕12号.2023年
- [7] 国家卫生健康委员会.国家卫生健康委医政司关于征求《病历内涵质量提升行动方案(2023-2025年)》意见的函 2023年6月29日
- [8] 广东省卫生健康委员会,广东省中医药局.广东省卫生健康委员会 广东省中医药局关于印发《广东省全面提升医疗质量行动方案(2023-2025年)》的通知:粤卫医函〔2023〕49号.2023年
-