附件1

黑龙江省病历书写规范（2023年版）

目 录

[第一章 基本要求 5](#_Toc11721)

[第二章 门（急）诊病历的书写要求 8](#_Toc12314)

[第三章 住院病历的书写要求 13](#_Toc2793)

[第四章 护理病历的书写要求 31](#_Toc23848)

[第五章 知情同意书的书写要求 34](#_Toc26263)

[第六章 日间病历的书写要求 35](#_Toc4407)

[第七章 医嘱及检查检验报告单的书写要求 39](#_Toc9788)

[第八章 药学病历的书写要求 42](#_Toc11120)

[第九章 其他 43](#_Toc1592)

第一章 基本要求

第一条 病历的概念

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。按照病历记录形式不同，可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。

第二条 病历书写的概念

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。

第三条 病历书写的原则

病历书写应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的基本书写原则。

第四条 病历书写的文字要求

（一）纸质病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔，过敏药物提示、上级医师修改、补充病历及取消医嘱等可用红色墨水笔书写，要求文字工整，字迹清晰。

（二）同一医疗机构，计算机打印病历应当采用统一的纸张、字体、字号及排版格式，打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

（三）病历书写文字应当使用中文，使用规范简体汉字，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。

（四）病历书写内容应规范使用医学术语，表达准确、语言通顺、重点突出、主次分明。

（五）病历书写一律采用中华人民共和国法定计量单位。

第五条 病历书写的修改要求

病历书写过程中出现错（别）字、错词或错句时，应当采用正确的修改方式。

（一）纸质病历的修改，应当用原色笔迹在需要修改的内容上画双横线，保持原内容清晰可辨，于其后（或右上方）用原色笔迹写上正确的内容和修改日期，并由修改人签名，不得采用刮、描、贴、擦、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

（二）电子病历的修改，应用电子病历系统进行身份识别，并保存历次修改痕迹、标记准确的修改时间和修改人信息。

（三）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。

（四）对于在病人出院后回报的辅助检验检查项目报告，医疗机构可根据实际情况采用在病历归档前补充、归档后退回方式进行相应的处理。处理方式可采用在出院（死亡）记录中或在封闭病程后，据实按要求记录相关病历内容。如涉及病案首页内容的，需对病案首页信息进行相应的补充或修正。对于补充、修改重要信息应由医疗机构及时告知患者或家属。

（五）对于出院病历应当在质控和编目工作完成后才能最终形成归档病案，医务人员应当在最终形成归档病案前及时完成病历的修正和完善工作。

（六）最终归档病案原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，需向医疗机构医务（管理）部门或授权部门申请获批准后修改。纸质病历应将归档时的病历内容原件继续保留在病案内，新修改的内容一并归入病案并注明修改的时间、理由。电子病历须保留修改人信息、修改时间和修改痕迹。

第六条 病历书写的格式要求

（一）病历具有特定的书写格式，医务人员必须按相应记录规定格式进行书写。

（二）每页记录用纸必须有医疗机构名称、页眉栏及页码。医疗机构名称与《医疗机构执业许可证》登记的第一机构名称一致；页眉栏填写完整，至少应有患者姓名、病案号；页码标注从每一内容起始页开始，如住院记录第 1、2……页，病程记录第1、2……页等。

（三）病历中各项记录的标题应统一规范，按照病历各部分书写要求准确书写相应的标题。

（四）病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。记录方式为年-月-日 时：分，例2023年9月19日下午2点30分，记录为2023-09-19 14:30。

第七条 病历书写的资质要求

（一）病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名：纸质病历采用手工签名；电子病历采用电子签名认证，电子签名按相关规范要求执行，可采用用户名+密码、数字证书或指纹识别等方式完成；部分记录实施人与记录人为不同人时，需要双签名，签名方式为实施人在前，记录人在后，二者用“/”分隔。（核实相关法律要求）

（二）病历书写禁止代写病历和代签名

（三）实习医务人员、试用期医务人员书写的病历内容，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第八条 知情告知的基本要求

对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第二章 门（急）诊病历的书写要求

第九条 门（急）诊病历的书写内容

（一）门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页[门（急）诊手册封面]、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。门（急）诊病历中还包括：时间及署名由医院保管的门诊病历应予以编号，医院不负责保管的门诊病历手册可无编号。门诊号或ID号，门诊病历或手册的页码。

（二）门（急）诊病历首页[门（急）诊手册封面]内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

（三）普通门诊病历记录可分为初诊病历记录和复诊病历记录；根据就诊形式不同可分为多学科门诊病历记录、急诊病历记录、互联网门诊病历。

（四）门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。门诊急诊病历书写时间应当具体到分钟。

第十条 初诊门诊病历的书写要求

初诊病历记录是医务人员对门诊初诊患者诊疗活动的记录，书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史、体格检查（包括阳性体征、必要的阴性体征）、辅助检查结果、诊断、治疗意见及医师签名等。各项目书写具体要求如下：

（一）时间记录准确，对于急危重症患者要记录到分钟。

（二）主诉书写要简明扼要记录患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间，主诉能够引出第一诊断。

（三）现病史需准确记录本次疾病的发生、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等。

（四）既往史仅需简要叙述与本次疾病有关的病史。

（五）体格检查重点记录阳性体征及有助于鉴别诊断的阴性体征。

（六）对患者就诊时自带的与本次诊疗有关的辅助检查，需要记录检查项目名称、结果、检查地点（在本医疗机构实施的可省略）及检查时间。

（七）诊疗意见要针对本次诊疗作出的诊断情况，给出具体的诊疗方案。其中包括：还需进一步完善的辅助检查项目；应用药品的名称、剂量、用法、疗程；生活、饮食注意事项；休息方式与期限；复诊时间、预约下次门诊日期；随访要求等。

（八）病情较重或需手术、麻醉、输血、特殊检查/特殊治疗的患者，须及时向患者说明病情、诊疗措施及具体医疗风险、替代医疗方案等情况，这些情况需记录在病历上，并有患方明确意见和签名，或采用另行签署书面知情同意书的方式进行记录。

（九）门诊患者在门诊行特殊检查、特殊治疗、手术等需签署的知情同意书，由相应的检查、治疗和手术科室至少存留1年。

（十）实施门诊手术、有创操作诊疗者，参照住院病历将手术记录及有创诊疗操作记录书写在门诊病历上。其中需参照住院病历填写“手术安全核查表”的，“手术安全核查表”由门诊手术室至少存留1年。

（十一）在门诊实施输血者，按住院患者完成输血前检查，签署“输血治疗知情同意书”，输血治疗情况（包括输血指征、输注成分、血型和输血量、输注过程观察情况、有无输血反应、输血效果评价等）记录在门诊病历上。

第十一条 复诊病历的书写要求

复诊病历记录是医务人员对门诊复诊患者诊疗活动的记录，书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。各项目书写具体要求如下：

（一）主诉及简要病史：对同专业、诊断明确且此次就诊为复诊的病历，可在主诉的位置上写“同前”。现病史重点记录上次就诊后的病情变化情况、药物使用情况及其治疗效果，有无药物反应，是否有新的症状出现等。

（二）体格检查：重点检查上次所发现的阳性体征及其变化情况，并记录新发现的体征。

（三）辅助检查结果：对上次所做的未能出报告的辅助检查报告结果加以记录。

（四）诊断：与上次诊断相比，无变化者可书写为“同前”，有改变者需重新书写诊断。

（五）其他部分内容的书写要求同初诊病历记录。

第十二条 多学科门诊病历的书写要求

多学科门诊病历记录是针对多专业就诊或同专业反复就诊难以明确诊断或诊疗效果不佳的疑难病门诊患者，由多学科专家协同完成诊疗的诊疗活动记录。书写具体要求如下：

（一）多学科门诊病历记录依据患者就诊情况原则上按门诊初诊或复诊病历书写，但应写明主持及参加人员科别、姓名及专业技术职称，诊疗意见即讨论结论。主要书写目前诊断、后续诊疗方案等。

（二）多学科门诊病历记录可书写在门（急）诊病历上，也可另页书写，由发起（牵头）科室医师主持并在讨论结束后及时完成，主持人审阅签名。

第十三条 急诊病历的书写要求

急诊病历记录是医务人员对就诊于急诊患者诊疗活动的记录。急诊病历记录除按门诊初诊或复诊病历记录的内容书写外，还需记录：

（一）患者的体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征。

（二）对于急诊留观患者须书写急诊留观记录。急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，留观结束后需在记录中注明患者去向。

（三）病危（重）患者需要抢救时，应当书写抢救记录和病危（重）患者护理记录。抢救记录、病危（重）患者护理记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录、病危（重）患者护理记录书写内容及要求执行。

第十四条 特殊专科门诊病历的书写要求

（一）药学门诊病历的书写要求

药学门诊是指具有药师以上专业技术职务任职资格的人员在门诊提供的药学咨询和指导服务。药学门诊病历应包括但不限于核实就诊者信息，询问病情及药物治疗情况，听取主诉，查阅患者检测结果，了解用药情况及反应，结合病情，开展用药指导、干预或提出药物重整等意见，书写纸质或电子记录，出具解读报告、药物治疗方案的咨询、调整和优化建议等。

（二）护理门诊病历的书写要求

护理门诊记录是用于记录患者护理过程的文字资料，内容应包括患者年龄、性别、就诊日期、诊断、处置情况及效果评价，根据患者病情，必要时签署知情同意书。

（三）其他特殊专科门诊可参考各门（急）诊病历书写要求，按第一章病历书写基本原则，以记录全面、重点突出、特色鲜明为目标，能够客观、真实、准确反映患者病情和诊疗过程。

第十五条 互联网门诊病历的书写要求

互联网门诊病历书写要求参照复诊病历书写要求，内容应至少包括：主诉及简要病史、辅助检查结果、诊断、处置意见。

1. 住院病历的书写要求

第十六条 住院病历的书写内容

住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

第十七条 入院记录书的基本要求

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。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成；24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成，24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

第十八条 入院记录的书写要求

（一）患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者、病史陈述者与患者的关系。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。主诉多于一项则按发生的先后次序列出，并记录每个症状的持续时间。主诉要简明精炼，一般1～2句，不超过20字。在一些特殊情况下，疾病已明确诊断，住院目的是为进行某项特殊治疗（手术、化疗）者可用病名，如“白血病患者入院定期化疗”。一些无症状（体征）的实验室检查异常也可直接描述，如“发现血糖升高1个月”。

（三）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。

1.发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2.主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3.伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4.发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“ ”）以示区别。

5.发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

（四）既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容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。

（五）个人史，婚育史、月经史，家族史。

1.个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2.婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数 、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。

3.家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（六）体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

（七）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。主要记录与本专科有关的体征，前面体格检查中的相应项目不必重复书写。

（八）辅助检查指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所做检查，应当写明该机构名称及检查号。

（九） 病历小结是指经治医师对问诊、查体及当前患者提供的辅助检查等获得的有关资料进行归纳、整理和分析，通过概述病史要点，体格检查、实验室及器械检查的重要阳性和具重要鉴别意义的阴性结果等，对患者当前病情进行的总结。病历小结内容应当记录全面精炼、逻辑清晰、表达通顺。

（十）初步诊断是指经治医师根据病历小结内容，对患者当前病情进行综合分析后所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。主要诊断在前，其他诊断在后。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

（十一）书写入院记录的医师签名。

第十九条 再次或多次入院记录的书写要求

患者因同一种疾病再次或多次入住同一医疗机构时可书写再次或多次入院记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

第二十条 入院不足24小时出院的入院记录书写要求

患者入院不足24小时出院的，可以书写24小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱，医师签名等。

第二十一条 入院不足24小时死亡的入院记录书写要求

患者入院不足24小时死亡的，可以书写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。

第二十二条 病程记录的基本要求

病程记录是对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的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。书写病程记录时，首先在相应记录的左上方标明记录日期和时间，右侧居中位置标明记录标题，另起一行记录具体内容。

第二十三条 首次病程记录的书写要求

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，应当在患者入院8小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、初步诊断、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划等。首次病程记录应高度概括，突出重点，不能简单重复入院记录的内容。抓住要点，有分析、有见解。

（一）病例特点：应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

（二）初步诊断：根据病例特点，提出初步诊断。

（三）诊断依据：诊断依据是做出诊断的临床判断标准，即支持诊断所具有的病史、症状、体征以及相关的辅助检查检验结果等，需根据病例特点经归纳总结后提出每一个诊断的诊断依据。

（四）鉴别诊断：是指根据患者的现有病情及相关资料，与其他疾病鉴别，并排除其他疾病的可能的诊断。初步诊断不明的需写出与之相鉴别的诊断及分析（诊断标准）；对无法确定鉴别诊断目标的诊断（以症状、体征等作为初步诊断且未给出可能性大或可疑诊断的、当前诊断多种可能的复杂情况的），可采用诊断讨论方式列出所有可能的诊断及相应的分析（诊断标准），同时可对下一步诊疗方向进行分析。

（五）诊疗计划：提出具体的辅助检查及具体的治疗措施安排。检查计划：按患者病情需要列举可能进行的常规的、必要的或重要的检查项目。治疗措施：简明记录治疗原则，拟进行的主要治疗方案、可能施行的手术方案及主要药物等。

第二十四条 日常病程记录的书写要求

日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。日常病程记录经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。日常病程记录书写频次要求：对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次，记录时间应当具体到分钟；对病重患者，至少2天记录一次病程记录；对病情稳定的患者，至少3天记录一次病程记录。手术的患者，术后连续三天每天至少一次查房记录，且至少有一次为术者查房记录。日常病程记录包括反映各级医师查房情况的医师查房记录，记载特定诊疗行为各种专门记录以及用于反映病情变化、检查检验结果等其他诊疗情况的临时记录，书写相关记录时应采用相对应的标题。

第二十五条 上级医师查房记录的书写要求

（一）上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、补充的病史和体征、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。

（二）主治医师首次查房记录应当于患者入院48小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、当日查房情况（包括主诉、当前情况、补充的病史、至当前已实施的治疗措施疗效的分析、已回报的检查检验结果等）、诊断依据与鉴别诊断的分析、诊疗计划等。

（三）主治医师日常查房记录间时隔间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、当日查房情况、对病情的分析和诊疗意见等。

（四）科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师首次查房记录应在患者入院72小时内完成，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、当日查房情况（包括主诉、当前情况、补充的病史、当前需记录的检查检验结果等）、补充诊断及诊断依据、对病情的分析和诊疗意见等。如当日查房情况与之前最近一次查房记录的相关情况完全相同，本次查房记录仅书写对病情的分析和诊疗意见即可。

（五）科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师日常查房记录间时隔间视病情和诊疗情况确定，但至少一周两次。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、当日查房情况、对病情的分析和诊疗意见等

第二十六条 疑难病例讨论结论记录的书写要求

疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。疑难病例讨论记录内容至少应包括：讨论时间、地点；主持人、参加人员的姓名及专业技术职务（若讨论涉及其他学科或医疗机构的，还应记录相应参加人员所在科室或医疗机构名称）；讨论结论；主持人签名。

第二十七条 交（接）班记录的书写要求

交（接）班记录是指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。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后24小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

第二十八条 转科记录的书写要求

（一）转科记录是指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，由转出科室及转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。

（二）转出记录应由转出科室医师在患者转出前完成（紧急情况除外），记录内容至少应包括入院日期、转出日期、转出科室、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转出目的及注意事项、医师签名等。

（三）转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。转科记录内容至少应包括入院日期、转入日期、转入科室、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转入诊疗计划、医师签名等。要注意对患者转科前到转入时病情变化、从转入所属专科的角度补充必要的病史及体格检查等内容的记录。

（四）转出（入）记录应列标题，由本院有资质的医师书写。

（五）手术后直接转至其他科室治疗的，转出科室可不书写转出记录，但要在术后首次病程体现转科目的及注意事项；接收科室需要书写转入记录。

第二十九条 阶段小结的书写要求

阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每30天所做的病情及诊疗情况的总结。阶段小结内容包括入院日期、小结日期、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

第三十条 抢救记录的书写要求

抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时所做的记录。因抢救患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。抢救记录内容包括病情变化、抢救时间、抢救措施、记录参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称。内容要求记录全面、具体、准确，抢救记录书写时间、抢救时间及实施的措施等时间应当具体到分钟。抢救记录书写完成后，由参加抢救的有资质的医师签名。

第三十一条 有创操作记录的书写要求

有创操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作 （如胸腔穿刺、腹腔穿刺等） 的记录。有创诊疗操作记录内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况，操作过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项及是否向患者说明、操作者签名等。

第三十二条 会诊记录的书写要求

会诊记录（含会诊意见）是指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人员书写的记录。会诊记录应另页书写，会诊记录涉及时间项目的填写，均需记录具体到分钟。会诊记录的内容包括申请会诊记录和会诊意见记录

（一）申请会诊记录内容包括：患者基本信息（住院号/就诊卡号、姓名、性别、年龄）；简要病情及诊疗情况；申请会诊的理由和目的；邀请会诊科室或者医疗机构名称；申请会诊科室、申请医师签名；申请会诊时间等。

（二）会诊意见记录内容包括：会诊意见或建议；会诊人员所在科室或者医疗机构名称；会诊人员签名；记录书写完成时间等。急会诊应记录会诊人员到达时间。

（三）多学科会诊由邀请科室的经治医师书写，主持人审修。内容包括：会诊意见（各学科会诊的结论性意见）；参加会诊人员姓名、专业技术职称及所在的科室或者医疗机构名称；主持人签名、记录书写完成时间等。

（四）会诊意见记录应当由会诊人员在会诊后即刻完成。

（五）在病程中记录会诊原因、会诊目的、会诊意见及执行情况，对于未执行的会诊意见或建议应在病程记录中写明理由。

（六）邀请非本医疗机构人员会诊时， 会诊人员会诊后，需按要求书写会诊意见记录；如会诊人员进行手术操作等治疗时，亦应完成相应记录并签名确认。此类记录原件保存于病历中，涉及与电子病历归并的，可采用以下方式处理：对于需连续书写于病程中的记录，由邀请会诊的医疗机构主管医生抄录至病程中，抄录人签名确认；对于另页书写的记录，可采用扫描、拍照等方式形成图片文档归入病历之中。邀请非本医疗机构人员会诊应有书面会诊邀请函，并保存于病历之中。

（七）远程会诊是由患者就诊的实体医疗机构经治医师通过远程手段邀请其他医疗机构人员进行的会诊。远程会诊需按要求填写相应会诊记录，会诊人员需书写会诊意见并签名确认。远程会诊记录可用电子图片、传真等方式发送给实体医疗机构，由经治医师归入病历中。实体医疗机构申请会诊医师在病程中要记录会诊原因、会诊目的、会诊意见及执行情况，对于未执行的会诊意见或建议应在病程记录中写明理由。

第三十三条 术前讨论及小结的书写要求

术前讨论及小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情及术前讨论意见等情况所做的总结。术前小结包括内容：简要病情；术者术前查看患者的相关情况；术前讨论时间、主持人姓名及职务（职称）、参加讨论者的姓名及专业技术职务；术前讨论结论（术前诊断、手术指征、拟行术式、拟施麻醉方式、术中和术后可能出现的风险及防范措施、术前准备尤其是特殊的术前准备内容、术中和术后应当充分注意的事项）；术者签名等。

以紧急抢救生命为目的的急诊手术不需书写术前讨论及小结，但术前讨论及小结中的主要内容需在相关病程中予以体现，主要包括手术指征、拟行术式、拟施麻醉方式、术中和术后可能出现的风险及防范措施、术中和术后应当充分注意的事项等内容。书写术前小结的手术范围包括日间手术、在医学影像下的介入诊疗、内镜下的手术等有创操作或手术。

第三十四条 麻醉前访视记录的书写要求

麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前， 由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视记录可另立单页。麻醉术前访视记录内容包括姓名、性别、年龄、科室、病案号， 患者一般情况、术前诊断、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字、访视日期。

第三十五条 手术安全核查表的书写要求

手术安全核查表是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，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对的记录。输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。不足三方参与的手术或有创操作，可根据实际参与手术或操作的人员情况进行核查并签字。

手术安全核查表适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

手术安全核查表的内容包括：

（一）麻醉实施前：包括患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

（二）手术开始前：包括患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识、手术麻醉风险预警、手术物品准备情况等内容。

（三）患者离开手术室前：包括患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

手术安全核查必须按照上述（麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前）步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作。不得提前或延后填写表格。三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。术中用药、输血时，由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由巡回护士与麻醉医师共同核查。输血的患者应对血型、用血量进行核对。手术过程更换手术医师、麻醉医师或巡回护士时，应据实签名。

第三十六条 麻醉记录的书写要求

麻醉记录是指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。麻醉记录应另页书写，内容至少包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、供氧浓度、麻醉中监测项目及数据、麻醉期间特殊或突发情况及处理、麻醉及手术起止时间、麻醉后转归及离室信息、是否拔除气管导管、麻醉医师签字等。麻醉记录在麻醉结束后即刻完成， 由负责麻醉的麻醉医师签名并归入病历。

第三十七条 手术记录的书写要求

手术记录是指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。手术记录应当另页书写，在手术结束后 24 小时内完成。手术记录由术者书写并签名，特殊情况下由第一助手书写时，必须有术者审阅签名。多科室联合手术时，应按照术者科室分别书写相应部分的手术过程，可采用同一手术记录分段书写并分别签名确认或书写多个手术记录的方式完成。手术记录内容包括一般项目（患者姓名、性别、年龄）、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、术者及助手姓名、麻醉方法、具体手术经过、术中出现的情况及处理等。

第三十八条 术后首次病程记录的书写要求

术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

第三十九条 麻醉术后访视记录的书写要求

麻醉术后访视记录是指麻醉实施后， 由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视应当另立单页， 住院患者离开手术室或麻醉复苏室（ P A C U ） 之后的4 8 小时内至少随访一次。麻醉术后访视记录内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号、患者一般情况、麻醉恢复情况、意识状态、术后疼痛情况、麻醉并发症发生情况、其他特殊情况等。如有特殊情况应详细记录， 麻醉医师签字并填写日期。

第四十条 其他日常病程记录的书写要求

除了医师查房记录以及专门病程记录外，经治医师需根据病情需要，采用临时记录的方式，反映日常的诊疗活动。同时对于重要的检查检验结果、特殊的诊疗行为等亦需及时规范地在病程中予以记录。

（一）重要检查检验结果（如CT、核磁共振、病理、细菌培养等）应在结果回报后及时记录于病程之中，可在相关的医师查房记录与专门病程记录中体现，亦可采用临时记录单独进行反映。记录内容应体现检查检验项目名称、结果回报日期、根据检查检验结果结合检查目的的分析、由此导致诊断及诊疗计划的变更或补充等。

（二）抗菌药物使用在病程中的记录，体现抗菌药物使用的目的及原因。变更用药方案时，应在病程记录中记载相应理由。

（三）在接受恶性肿瘤化疗或放疗的住院患者病历中，应在病程中记录放疗及化疗的具体治疗情况。化疗者应记录化疗具体方案（药品名称、药品用法用量等）。放疗者应记录放疗情况（患者体位、照射类型、照射部位、照射剂量等）。

（四）使用植入物的，应将植入物条形码收集齐全，粘贴于相关记录的空白处或专门的条形码粘贴（信息记录）单上，实施电子病历的医疗机构，可以将条形码的信息记录于专门的表格中。同时，使用植入物的种类和数量等情况应在手术（操作）记录或病程记录中有相应的记载。

（五）输血治疗在病历中应记录的内容包括输血前评估（实验室指标+临床表现）、输血治疗病程记录及输血后评价（实验室指标+临床表现）。输血治疗病程记录要完整详细，至少应包括的内容：输血日期、血型、输血成分和数量；不同输血方式的选择与记录；输注过程观察情况；不良反应的处置等。手术中输血患者不必单独记录相关输血病程记录，但手术记录、麻醉记录、护理记录及术后首次病程等记录中的出血与输血量要记录一致。

第四十一条 出院记录的书写要求

出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后24小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

第四十二条 死亡记录的书写要求

死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后24小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

第四十三条 死亡讨论结论记录的书写要求

死亡病例讨论结论记录是指在患者死亡5个工作日内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的结论记录。内容包括讨论时间、讨论地点、主持人及参加人员的姓名和专业技术职务、死亡诊断、死亡原因、记录者的签名等。

第四章 护理病历的书写要求

第四十四条 护理文书的书写要求

护理病历是指由护理人员书写（填写）为主的、归入病历的医疗文书。归档的护理文书包括，体温单、护理记录、手术物品清点记录、血糖测量记录单等资料。护理文书的书写要遵守病历书写原则，同时符合以下基本要求：

（一）各类护理文书眉栏共同项目包括：患者姓名、科别、床号和住院病案号。

（二）语句中数字可使用汉字，双位数以上则一律使用阿拉伯数字。

（三）上级护理人员有责任审查、修改下级护理人员书写的护理文件，修改使用红色墨水笔，在修改处的右侧书写修改内容及修改日期并签名。修改要保持原记录清晰、可辨。

第四十五条 体温单的书写要求

体温单内容包括：患者姓名、入院日期、科别、床号、病案号、日期、住院日数、手术/产后日数、时间、体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、液体入量、尿量、大便次数、其他排出量、药敏试验、疼痛等。

第四十六条 护理记录单的书写要求

护理记录单是指护士根据医嘱和病情对患者住院期间护理过程的客观记录。内容可包括患者科别、姓名、病案号、床号、页码、记录日期和时间、体温、心率/脉搏、呼吸、血氧饱和度、血压、出入液量等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。护理记录单可根据相应专科的护理特点设定专科护理记录单。

病重（病危）患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重（病危）患者住院期间护理过程的客观记录。病重（病危）患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等，记录时间应当具体到分钟。

（一）病情观察及护理措施应客观记录患者病情观察、护理措施及效果；手术、介入、内镜下治疗患者还应记录麻醉方式、手术、介入、内镜下治疗名称、患者返回病室时间、切口情况、引流情况等。

（二）全麻未醒患者至少每半小时记录一次，直至患者清醒后改为正常记录。

（三）特级护理患者至少每小时记录一次，发生病情变化应随时记录。

（四）一级护理患者：如果病情平稳，每班至少记录1次，发生病情变化应随时记录；术后且带有血压、血氧、心电监护，白班至少每2小时记录一次，夜班至少每4小时一次，直至停止生命体征监测，发生病情变化应随时记录。

（五）二、三级护理患者：如带有血压、血氧、心电监护，每班至少记录一次，发生病情变化应随时记录。

（六）输血护理记录是护士对患者输血治疗期间生命体征及护理过程客观记录的医疗文书。输血护理记录内容包括患者血型、输血种类、输血血量、血液输注开始及结束时间、输注过程中生命体征监测、执行者及核对者签名、有无输血不良反应等。

第四十七条 手术清点记录单的书写要求

手术清点记录单书写是指巡回护士对手术患者术中护理情况及所用器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录中的每栏部分应当逐一填写，不得空格。手术清点记录单包括手术名称、手术日期、手术用物核对情况等。记录完毕，巡回护士和手术器械护士应当分别签全名。术毕，巡回护士将手术清点记录放入患者住院病历内，一同送回病房随病历保存。

第四十八条 血糖测量记录单的书写要求

血糖测量记录单是护士对患者血糖测量数值客观记录的医疗文书，是床旁检验报告单的一种记录形式。内容包括患者姓名、年龄、病案号、测量时间（具体到分钟）、血糖值、测量者签名等。

第五章 知情同意书的书写要求

第四十九条 手术知情同意书的书写要求

手术同意书是指手术前，经治医师向患方告知拟施手术的相关情况，并由患方签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、拟施手术名称、术中或术后可能出现的并发症及手术风险、替代医疗方案、患方签署意见并签名、执行告知的医师签名等，并填写签字时间。

第五十条 麻醉知情同意书的书写要求

麻醉知情同意书是指麻醉前， 麻醉医师向患方告知拟施麻醉的相关情况，并由患方签署是否同意麻醉意见的医学文书。麻醉知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测， 麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况， 麻醉医师签名、患方签署明确意见并签名、签字时间等。

第五十一条 输血知情同意书的书写要求

输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患方告知输血的相关情况，并由患方签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成分、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患方签署意见并签名、执行告知的医师签名并填写签署日期。

第五十二条 特殊检查/特殊治疗知情同意书的书写要求

特殊检查/特殊治疗知情同意书是指在实施特殊检查/特殊治疗前，经治医师向患方告知特殊检查/特殊治疗的相关情况，并由患方签署是否同意特殊检查/特殊治疗的医学文书。内容包括特殊检查/特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、替代医疗方案、患方签署意见并签名、执行告知的医师签名并填写签署日期。

第五十三条 病危（病重）通知书的书写要求

病危（重）通知书是指因患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患方告知病情，并由患方签署明确意见并签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签署明确意见并签名、执行告知的医师签名并填写签署日期。一式两份，一份交患方保存，另一份归入病历中保存。

第五十四条 其他告知书的书写要求

临床中的其他知情告知，如授权委托、拒绝检查/治疗、住院患者自动出院/转院风险告知、尸检告知、使用非医疗保险付费项目告知等需签署书面告知书或知情同意书，并存入病历。

第六章 日间病历的书写要求

第五十五条 日间病历的相关定义

（一）日间诊疗是指临床诊断明确的患者，按照诊疗计划在入院1日（24小时）内完成计划性诊疗并经短暂观察后出院的一种住院模式，包含手术、操作或其他相关内科治疗，不包括门诊手术。因病情需要延期出院的特殊病例，住院时间不超过48小时。

（二）日间诊疗病历是医务人员在日间诊疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。日间诊疗病历分为日间手术病历和日间非手术病历两类。

（三）日间诊疗病历总体上遵循本规范书写基本原则和要求，可以使用专科化制式病历。

（四）日间病历不包括非计划的24小时内入出院或24小时内入院死亡病历。

（五）日间诊疗病历内容包括住院病案首页、日间诊疗入出院记录、授权委托书、知情同意书、术前讨论及小结、手术麻醉相关记录、各类评估表、病程记录、实验室检查及特殊检查、医嘱单、护理记录单等相关内容。

第五十六条 日间诊疗病历入出院记录的书写要求

（一）日间诊疗病历入出院记录内容包括患者基本信息、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名。若发生死亡者书写日间诊疗病历入院死亡记录，内容包括患者基本信息、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、死亡诊断及死亡原因、医师签名。

（二）入院情况应记录的内容包括：现病史；重要的既往史、个人史、过敏史；重要的检查检验结果；入院诊断及入院前评估结果等内容。

（三）诊疗经过应记录的内容，应简述诊疗过程。

（四）出院情况应记录患者出院时的一般情况、症状与体征、相关检查结果、出院诊断、出院评估等。日间手术患者可使用《PADS评分量表》《日间手术患者出院评估表》，各医疗机构可根据实际情况对内容进行选择和增减。

（五）出院医嘱包括出院注意事项、出院带药、复查时间、随访计划等。出院注意事项应具体明确，注明发生特殊情况的应急处理措施，联系电话等；随访计划应明确首次及后续随访安排，委托其他医疗机构随访的应在随访计划中说明。

（六）日间诊疗病历入出院记录应于患者出院后24小时内完成，出院评估记录应于患者出院前完成。手术患者的入出院记录与出院评估记录由术者审核签字，非手术患者由经治医师审核签字。

第五十七条 日间入院告知与评估的相关要求

患者入院时应向患者告知有关注意事项及风险，具体可在《入院告知书》或其他相关诊疗知情同意书中予说明，内容包括：患者经入院前评估，符合日间诊疗收住标准；日间诊疗住院时限；可能的延期出院或转专科治疗风险；出院后可能再次入院治疗的风险；出院后随访有关事项。

入院/术前评估记录应于患者治疗/手术开始前完成，手术患者入院/术前评估记录由术者审核签字，非手术患者由经治医师审核签字。

第五十八条 日间病历手术相关记录的书写要求

日间手术病历相关记录应当包括术前讨论及小结、手术知情同意书、手术风险评估表、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查表、麻醉记录单、手术记录、麻醉术后访视记录、输血治疗知情同意书、特殊检查及特殊治疗同意书等。

（一）手术相关记录的书写要求与本规范中相应记录的书写要求相同。

（二）日间诊疗期间进行有创性操作时，应当在操作完成后即刻书写相应的操作记录，操作术后注意事项应向患者言明。

第五十九条 日间病历的其他要求

（一）日间病历不需书写首次病程记录，患者发生病情变化的应及时记录病情、采取的措施及效果等。

（二）术前讨论及小结、术后首次病程记录等按本规范相关记录要求记录在病程记录中。

（三）日间病历医嘱单可以仅开具临时医嘱单。

（四）日间病历日间诊疗患者出院评估不符合出院标准，或有其他原因延迟出院者，预计超过24小时不足48小时者，需在日间诊疗入出院记录中或病程中体现延长原因、症状体征变化及相应处置治疗等内容。

第六十条 日间病历转普通病历的书写要求

（一）日间诊疗患者延迟出院超过48小时者，将日间诊疗病历转为普通住院病历，无需重新书写入院记录，但需要另页书写病程记录。首个病程记录内容应包括本病例特点、目前情况、转为常规住院的原因、目前诊断及依据、鉴别诊断、诊疗计划、医师签名等。

（二）如病情需要转往其他科室，应按照本次修订的《病历书写基本规范》书写转出记录、转入记录。

第七章 医嘱及检查检验报告单的书写要求

第六十一条 医嘱的书写要求

（一）医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

（二）长期医嘱指自医师开具医嘱时起，可继续遵循至医嘱停止的医学指令。长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。

（三）临时医嘱是指一般仅执行一次的医嘱，书写在临时医嘱单上。临时医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

（四）医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。

（五）医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。患者住院期间使用自带（外购）药品的，医师在开具相应医嘱时，应在该药品医嘱项中注明“自带（外购）”。

（六）一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

第六十二条 辅助检查报告单的书写要求

辅助检查报告单是指患者在住院期间所做的各项检验，检查结果的记录，内容包括：患者的姓名、性别、年龄、病案号，检查项目，检查结果，报告日期，报告人员签名或印章等。外院的辅助检查报告结果应按要求记入入院记录或病程记录中。化验报告单按报告日期顺序排列。

（一）检验报告单的书写要求

检验报告单是指对取自人体的各种标本进行生物学、微生物学、免疫学化学、血液免疫学、血液学、生物物理学、细胞学等检验结果的记录。检验报告单应当使用中文及国际通用的、规范的缩写。检验项目名称可以单独使用中文或中、英文共用。按照各检验项目出具的时限要求，在规定的时间内由具有资质的医技人员签发。床旁检验（point-of-care testing，POCT）检验报告单应参照以上要求执行，并在报告单或检验项目上注明“POCT”字样。

检验报告单内容应当包括：

1.实验室名称、患者姓名、性别、年龄、住院或门诊病案号；

2.送检科别、申请人姓名、标本类型、检验单号；

3.检验项目、检验结果和单位、参考范围、异常结果提示；

4.标本采集时间、接收时间及报告时间，记录至分钟；

5.检验者姓名、审核者姓名；

6.其他需要报告的内容；

（二）医学影像报告单的书写要求

医学影像报告单是影像科医师对患者影像表现的解读与诊断结果的描述性记录。医学影像报告单内容包括：基本信息（患者姓名、性别、年龄、科别、住院或门诊病案号、检查部位、临床诊断、检查日期、检查号码等）、影像学表现、影像学诊断、报告医师签名、审核医师签名、报告时间。

（三）病理诊断报告单的书写要求

病理诊断报告单是指对取自人体的各种器官、组织、细胞、体液及分泌物等标本，通过大体和显微镜观察，运用免疫组织化学、分子生物学、特殊染色以及电子显微镜等技术进行分析，结合患者的临床资料，做出疾病病理诊断的医疗文书。病理诊断报告单内容应至少包括：基本信息（患者姓名、性别、年龄、科别、住院或门诊病案号、病理号、送检标本科别、标本取材部位、临床诊断）、大体描述、镜下描述（选择性）和病理诊断、其他需要报告或建议的内容、报告医师签名、审核医师签名、报告时间。病理诊断报告单可按病种、术式等设计为表格式、结构化等多种格式。

第八章 药学病历的书写要求

第六十三条 药学监护记录的书写要求

住院患者药学监护是指具有药师以上专业技术职务任职资格的人员结合住院患者的病理生理状态、疾病特点、用药情况，参与临床医师住院巡诊，协同制定个体化药物治疗方案，开展疗效观察和药物不良反应监测，结合病情，为患者进行安全用药指导、干预或提出药物重整等意见，并建立相应记录，包括但不限于用药监护记录、住院用药教育与指导记录、出院用药教育与指导记录等。

（一）用药监护记录的书写要求

用药监护是指药师应用药学专业知识为住院患者提供直接的与药物使用相关的药学服务，以提高药物治疗的安全性、有效性与经济性。用药监护应记录在用药监护记录表之中，另页记录。

内容包括：患者姓名、科别、病历号、性别、年龄、身高、体重、体重指数、临床诊断、既往药物不良反应及过敏史、主要实验室检查结果、用药监护、用药建议、药师签字、日期。

（二）住院及出院用药教育与指导记录的书写要求

住院或出院用药教育是指医疗机构药师对患者住院期间用药或出院带药提供合理用药指导、普及合理用药知识等药学服务的过程，以提高患者用药知识水平，提高用药依从性，降低用药错误发生率，保障医疗质量和医疗安全。住院或出院用药教育与指导应记录在住院或出院用药教育与指导记录表中，分别另页记录。

住院或出院用药教育与指导记录内容包括：患者姓名、科别、病历号、性别、年龄、临床诊断、药物过敏史、住院或出院用药及用法用量、用药教育与指导主要内容、患者用药疑问及解答、药师签字、患者签字、日期等。

第九章 其他

第六十四条 病案首页的书写要求

住院病案首页按照《卫生部关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发〔2011〕84 号)《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范 (暂行)》(国卫办医发〔2016〕24 号)的规定书写。

第六十五条 中医病历的书写要求

中医病历书写基本规范按黑龙江省中医药管理局要求执行。

第六十六条 执行时间

本规范自\*\*\*\*年\*月\*日起施行。