安徽省卫生和计划生育委员会文件

皖卫医〔2018〕40号

关于印发安徽省病历质量评定标准（试行）的通知

各市及省直管县卫生计生委，省属医院监管中心，省属各医疗机构:

为进一步加强医疗质量管理，提高病历书写水平，根据原卫生部2010版《病历书写基本规范》和国家卫生健康委《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），在2015年安徽省《病历书写规范》基础上，我委委托省病案质控中心制定了《安徽省病历质量评定标准（试行）》。现在印发给你们，并在省卫生计生委网站同步发布，请各地卫生计生行政部门和医疗机构遵照执行。

安徽省卫生计生委

2018年10月19日

（信息公开形式：主动公开）

安徽省病历质量评定标准（试行）

《安徽省病历质量评定标准》包括：门（急）诊病历质量评定标准、住院病历质量评定标准。

一、病历质量评级及评分规则

（一）门（急）诊病历质量评定标准

总分 10 分，质控结果≥8 分为合格病历。

（二）住院病历质量评定标准及细则

1. 本标准适用于医疗机构内部运行病历和归档病历进行质量评价。

2. 归档病历质量评分总分 100 分， 质量检查结果≥ 90 分为甲级病历；大于 75 分且小于 90 分为乙级病历；≤75 分为丙级病历。一份病历中存在一项乙级病历条款者，则判定为乙级病历。一份病历中存在三项及以上乙级病历条款者，或者存在一项丙级条款者，则评定为丙级病历。

甲、乙级病历为合格病历，丙级病历为不合格病历。病案质量综合评定甲级率≥90%。

3. 病历质量检查时，发现丙级病历和乙级病历必须将问题单列，同时以 1 份丙级病历扣 25 分、1 份乙级病历扣 10 分的计分方式进行整体病历质量评价。

4. 运行病历满分 90 分（减除首页及基本要求各 5 分），评价后换算成 100 分再评病历等级，等级标准同归档病案。

5. 住院护理文书质量评分：总分 100 分，折算 10 分，纳入整体住院病历质量评定 。

（三）病历质量评级条款

丙级病历条款 18 项，乙级病历条款 16 项。

二、病历质量评定标准及细则

（一）门（急）诊病历质量评定标准

项目	标准分	缺欠内容及减分标准	减分	减分理由	得分
一般要求	1	门（急）诊病历首页 9 项（姓名、性别、出生年月、民族、婚姻状态、职业、工作单位、住址、药物过敏史）或门诊手册封面 5 项（姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史）内容缺一项减 0.1 分；未标日期减 0.3 分；急诊未标明时分减 0.2 分；未注明科别减 0.2 分；字迹潦草、错别字、涂改、跨行每处减 0.1 分。			
主诉	1	缺主诉减 1 分；主诉不完整减 0.5 分；复诊取药缺反映病史的描述减 0.5 分。			
病史	2	不能与主诉结合减 1 分；不能反映病情起始、演变减 1 分。 复诊病历未描述经过、治疗后的结果及病情变化减 0.5 分；初诊缺必要鉴别资料或复诊时未予补充各减 0.5 分； 缺与本次诊断相关既往史减 0.5 分，或既往史记录不全减 0.3 分。			
体检	2	遗漏一般阳性体征减 0.5 分；遗漏重要阳性体征或有鉴别诊断的阴性体征减 1 分；遗漏与本次就诊疾病相关主要系统脏器的检查，每项减 0.2 分。			
辅助检查	0.5	缺与诊断或鉴别诊断有关的辅助检查减 0.5 分，检查结果无记录减 0.3～0.5 分。			
诊断	1	缺诊断意见减 1 分；诊断不规范减 0.5 分。			
处理	2	诊疗方案不正确、不及时、不合理，每项减 0.5 分；缺危重患者门（急）诊抢救记录减 2 分；缺留观记录减 1 分（急诊患者因病情需要留院观察，应有留观记录，重点记录观察期间的病情变化和诊疗措施，并注明患者去向）； 不能及时诊断未按规定要求会诊减 1 分。			
签名	0.5	缺医师签名减 0.5 分；医师签名无法辨认减 0.3 分；实习、进修医师书写门（急）诊病历无上级医师签名减 0.5 分。			
总分	10				

备注：1. 本评分标准根据 2010 版原卫生部《病历书写规范》中的门诊病历书写要求及内容制定。

2. 本评分标准总分 10 分，对每一项目减分采取累加的计分方法，最高不超过本项目的标准分值。

3. 根据门（急）诊病历评分结果，≥8 分为合格病历。

（二）住院病历质量评定标准

1.住院病历质量评分表

患者姓名_____科别_____病区_____床号_____住院号_____

病案内容		分值	科室评分	医院评分
一、病历首页及楣栏		5		
二、入院记录		15		
三、病程记录35分	1.首次病程记录	5		
	2.一般病程记录（包括日常病程记录、有创诊疗操作记录、输血记录、转科记录、阶段小结等）	10		
	3.上级医师查房记录（包括上级医师首次查房记录、上级医师日常查房记录、会诊记录、疑难危重病例讨论记录、抢救记录等）	10		
	4.围手术期记录（包括术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、麻醉术后访视记录、手术风险评估记录、手术安全核查记录、手术记录、手术清点记录、术后病程记录等）	10		
四、医疗知情同意书和授权委托书		10		
五、医嘱单及辅助检查等		12		
六、出院记录或死亡记录（包括死亡病例讨论记录）		8		
七、护理文书（参照住院护理文书质量评分细则）		10		
八、其他书写基本要求		5		
合计得分		100		

科室评定等级		评定人签名	
医院评定等级		评定人签名	

备注：①此表附在住院病历最后一页，作为医疗机构内部住院病历质量评定之用。

②患者出院后，病历归档前由所在科室根据《住院病历质量评分标准》对病历进行质量自评，病历归档后医院组织专家进行复评（包括评级和评分）。

③手术病历按上述评分表进行评分，非手术病历评分可将“围手术期记录10分”纳入“一般病程记录”中。

2.住院病历质量评分细则（总分100分）

项目	检查要求	缺陷内容及减分标准	评级	减分	减分理由	得分
一、病案首页（5分）						
病案首页（5分）	正确填写首页中姓名、性别、身份证号码、联系人及联系方式、住址、药物过敏、血型、传染病漏报等重要信息。	发现一处未填写- 0.5分				
	主要诊断、主要手术及操作名称填写或选择正确。	主要诊断漏填或选择错误-4分;主要手术及操作漏填或选择错误-4分				
	其他诊断、其他手术及操作名称正确填写。	漏填或填写错误每项-2分，填写不规范，每项-1分				
	首页和病历中诊断、手术及操作名称的部位准确无误。	诊断或手术及操作名称部位错误	丙级			
	其他项目未填写、填写错误或不规范。	首页其他项目错填或漏填每项-0.5分				
	首页医生签名	科主任未签名-2分，其他医师未签名每处-0.5分。				
二、入院记录（15分）						
1.时限	入院记录由执业医师在患者入院后24小时内完成。书写式符合要求。	缺入院记录或未在患者入院后24小时内完成或非执业医师书写。	丙级			
2.一般项目	填写齐全、准确。	缺项或填写错误或不规范，每处-0.5分。				

3.主诉	（1）主诉不超过20个字，能导出第一诊断； （2）症状及持续时间，原则上不用诊断名称代替，主诉与现病史不相关、不相符。	（1）主诉超过20个字-1分，不能导出第一诊断-1分； （2）主诉不规范或用诊断代替，而在现病史中发现有症状-0.5分，主诉与现病史不相关、不相符-0.5分；				
4.现病史	（1）发病情况应记录发病的时间、地点、起病急缓、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：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，以及演变发展情况等； （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）发病以来诊疗经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接诊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以引号加以（“”）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； （6）与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，在现病史后另起一段予以记录。	（1）发病情况：缺一项-0.5分； （2）主要症状特点及其发展变化缺一项-0.5分； （3）伴随症状：缺一项-0.5分； （4）发病以来诊疗经过及结果：缺一项-0.5分； （5）发病以来一般情况：缺项或不规范-0.5分； （6）其他疾病情况：缺项或不规范-0.5分。				
5.既往史	记录一般健康状况、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。	缺内容-1分，记录有缺陷-0.5分				

6.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：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况，有无子女等； （3）月经史：女性患者记录初潮年龄、行经期天数、末次月经（或闭经年龄）、月经量、痛经及生育等情况； （4）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。	缺一项-1 分，记录有缺陷-0.5 分，扣完为止。				
7.体格检查	（1）项目齐全，填写完整。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压；一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及器官，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； (2)与主诉现病史相关的查体项目有重点描述，且与鉴别诊断有关的体检项目充分； (3)专科检查情况全面、正确。与鉴别诊断有关的体征记录详细。	（1）头、颈、胸、腹、脊柱，四肢、神经系统等缺少任何一项检查记录-2 分 （2）与本次住院相关查体项目不充分-2 分； （3）漏写重要的阳性体征、漏写有鉴别诊断意义的阴性体征-2 分； 直至扣完为止。				
8.辅助检查	记录入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。写明检查日期，外院检查须注明检查医院名称及检查号。	有辅助检查结果未记录或记录有缺陷-1 分。				
9.诊断	（1）诊断合理，疾病名称规范，主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断； （2）患者入院后 48 小时内有主治医师或主治以上医师的入院诊断。	（1）缺初步诊断-2 分； （2）诊断不合理、不规范、排序有缺陷；仅以症状或体征代替诊断-1 分； （3）缺入院诊断（或未在患者入院后 48 小时内完成）-4 分				
10.签名	医师签名。	缺签名或非执业医师签名-2 分				

三、病程记录（35 分）						
1.首次病程记录（5 分）	由经治医师或值班医师在患者入院后 8 小时内完成。	（1）缺首次病程记录或未在患者入院后 8 小时内完成或非执业医师书写首次病程记录。	丙级			
	（1）病例特点：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。要求重点突出，逻辑性强； (2)诊断依据及鉴别诊断（拟诊分析）：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；对下一步诊治措施进行分析； (3)诊疗计划：提出具体的检查及治疗措施安排。	（1）缺一项或拷贝入院记录内容未归纳提练 -2 分； （2）-（3）分析讨论、鉴别诊断不够，诊疗计划无具体内容，无针对性、无评估内容等 ，一项书写有缺陷-1 分。				
2.一般病程记录（10 分）	(1) 新病人入院后连续记录 3 天病程记录（含首次病程记录，共 3 天）； （2）病危患者根据病情变化随时书写，每天至少 1 次，时间记录到分钟；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； （3）记录患者的病情变化情况，包括患者自觉症状、体征，分析其原因； (4)记录重要的辅助检查结果及临床意义； (5)记录所采取的诊疗措施、医嘱更改内容及理由； (6)记录向患者及其近亲属告知的重要事项及其意愿，必要时请患方签名； (7)实习医生书写的一般病程记录必须由有上级医师按规定时限签改。签改时间原则上不超过 72 小时； (8)输血当天病程中记录输血适应征、输血种类及输血量，有无输血反应病程记录； （9）危急值处理情况应及时记录；	（1）新病人入院后未连续书写 3 天病程记录，少一次 -2 分； （2）未按规定时限书写病程记录：病重、病危患者病程 少记录一次-2 分； 病情稳定的患者，少记录一次 -1 分； （3）病情变化时无分析、判断、处理及结果的记录，-1 分/次； (4)缺重要检查结果异常的分析及相应处理意见的记录，-1 分/次； （5）缺更改重要医嘱理由的记录 -1 分/次； （6）需要与患者及其近亲属告知重要事项没有告知且没有医患沟通记录，无签名 -2 分/次； （7）实习医师书写的一般病程记录无签改或超过规定的时限，每次 -0.5 分/次； （8）缺输血记录，-2 分/次；输血记录不完整、不规范，每次扣 0.5～1 分/次； （9）缺危急值处理情况的病程记录，-2 分/次；记录不完整不规范 -0.5～1 分/次。				

	（10）有创诊疗操作记录书写在操作完成后即刻书写，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、记录过程是否顺利、有无不良反应、术后注意事项及是否向患者说明、操作医师签名；	缺有创诊疗操作记录	乙级			
		记录不完整、不规范 -0.5 分/次				
	（11）转科记录：转出记录在转科前完成，入科记录在患者入科 24 小时内完成，内容符合要求；转科记录可以代替阶段小结；	缺转科记录（包括转出记录和入科记录）	乙级			
		记录不规范-1 分				
	（12）阶段小结：患者住院时间较长，经治医师每月必须对患者的病情进行总结，内容包括：入院日期、出院日期、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、诊疗计划、医师签名等。	缺阶段小结	乙级			
		缺病情评估内容或书写有缺陷 -1～2 分/次				
3.上级医师查房（10 分）	(1)患者入院 48 小时内完成上级医师查房记录；	缺上级医师首次查房记录或未在患者入院 48 小时内完成	乙级			
	(2)记录上级医师姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、分析其原因；	未记录上级医师查房，或记录中对病史、体征无补充内容、缺病情评估内容 -2 分/项				
	(3)患者入院后 48 小时内应有上级医师（主治或主治以上）的对患者的病情评估记录；	缺病情评估记录 - 2 分				
	(4)记录上级医师对诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等；	无必要的分析讨论、无鉴别诊断 -2 分/项				
		分析讨论不够或拷贝首次病程记录内容-1～2 分/项				
	(5)患者入院 72 小时内应有科主任或科副主任或副高及以上医师首次查房记录；	缺或未在规定时限内书写科主任或科副主任或副高及以上医师首次查房记录	乙级			

	(6)科主任或科副主任或副高医师及以上人员查房记录应对危重、疑难病历进行病史补充、查体新发现、病情分析、进一步诊疗意见及审签;	科主任或科副主任或副高医师及以上人员查房记录缺对危重、疑难病历进行病史补充、查体新发现、病情分析、进一步诊疗意见及审签 -5 分				
	(7) 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者家属告知病情，并由患方签名的医疗文书，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，患方签名、医师签名并填写日期。一式两份，一份交给患方保存，另一份归病历中保存。	缺病危（重）通知书	乙级			
	(8)病危(重)通知书各项内容填写;	不完整，不准确 -1 分				
	(9)有会诊医嘱应有相对应的会诊单;	有会诊医嘱缺会诊单	乙级			
	(10)有会诊记录应有医嘱，病程记录中应有反映会诊意见执行情况;	有会诊记录无会诊医嘱，病程记录中缺反映会诊意见执行情况 -2 分/项				
	(11)没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症的患者应组织疑难病例讨论记录;	缺疑难病例讨论记录	乙级			
	(12)疑难病例讨论应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，召集有关医务人员参加，内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、讨论总结性意见及主持人审签、记录者签名等;	疑难病例讨论记录不规范，内容简单或缺分析或内容有明显缺陷，缺具体讨论意见及主持人总结意见及审签等，缺记录者签名 -2 分/次				
	(13)抢救记录应在抢救结束后 6 小时内及时据实补记，并加以注明。内容包括：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。抢救时间具体到分钟（患者放弃抢救除外）;	缺抢救记录或未在抢救结束后 6 小时内据实补记的记录	乙级			
		抢救记录书写不规范 -2 分/次				
	(14)患者出院前 24 小时内应有上级医师（主治或主治以上医师）对患者病情评估，并同意出院的病程记录。	缺上级医师对患者的病情评估记录 -2 分				

4.围手术期记录（10分）	（1）所有住院的手术在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况等;	缺术前小结 -5分				
		记录内容不完整、不规范-0.5分/项				
	（2）术前讨论记录：除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者（主刀）必须参加。内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、讨论总结性意见及主持人总结意见及审签、讨论日期、记录者签名等。 具体要求: ①1~3级手术、3级诊疗性操作在术前由治疗组完成术前讨论; ②4级手术及4级诊疗性操作必须由科主任（或副主任）主持的全科讨论; ③非计划再次手术、疑难复杂病例及其他特殊情况的手术在全科讨论的基础上进行全院讨论; ④ 择期手术在术前72小时内完成。 （请外院专家手术者，应将院外专家会诊意见记录在内）	缺术前讨论记录	丙级			
		术前讨论记录不规范 -0.5分/项				
	（3）特殊、重大、新手术应由科室申请并报医务处（科）审批;	缺由科室申请并报医务处（科）审批报告单	乙级			
	（4）请院外专家会诊或手术应由科室申请并报医务处（科）审批;	缺由科室申请并报医务处（科）审批报告单	乙级			

	（5）手术记录是指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，由手术者书写，应当在术后 24 小时内完成；特殊情况下由第一助手书写时，必须有手术者签名。 内容包括一般项目（患者姓名、性别、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、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等；	缺手术记录或未在术后 24 小时内完成	丙级			
		一助手书写缺手术者签字 -5 分/次				
		书写缺项或记录不规范 -0.5 分/项				
	（6）植入性医疗器械应签定知情同意书，并将条形码粘贴在规定的表格中；	缺植入性医疗器械使用知情同意书或缺植入性医疗器械条形码	丙级			
	（7）首次术后病程记录，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，应由参加手术的医师在术后即时完成 ；	缺首次术后病程记录	乙级			
		缺项或不规范 -0.5 分/项				
	（8）术后病程记录应连续记录 3 天；	缺术后病程记录 -2 分/次				
		缺项或不规范-0.5 分/项				
	（9）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。麻醉术前访视可另立单页。内容包括姓名、性别、年龄、科别、住院号（病案号）、患者一般情况、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、麻醉适应征及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期（术者实施的局麻手术除外）；	缺麻醉术前访视记录	丙级			
		缺项或不规范 -0.5 分/项				

	（10）麻醉记录是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。内容包括患者一般情况、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及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等（术者实施的局麻手术除外）。	缺麻醉记录	丙级			
		麻醉记录不完整、不规范-0.5 分/项				
	（11）麻醉术后访视记录是麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页。内容包括姓名、性别、年龄、科别、住院号（病案号）、患者一般情况、麻醉恢复情况，清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期（术者实施的局麻手术除外）；	缺麻醉术后访视记录	丙级			
		缺项或不规范 -0.5 分/项				
	（12）手术风险评估记录：由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方在术前 24 小时内对患者进行手术风险评估，评估后在相应的栏目中签名。 手术风险评估标准依据是根据手术切口清洁程度，麻醉分级，手术持续时间这三个变量进行计算其手术的风险分级；	缺手术风险评估记录	丙级			
		记录不完整、不规范 -0.5 分/项				
	（13）手术安全核查应重点核查患者身份、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，输血的患者还应对血型、用血量进行核对，以及手术医师、麻醉医师（术者实施的局麻手术，麻醉医师栏由术者签字）和巡回护士共同在患者麻醉实施前、手术开始前和离室前进行核对、确认并签字；	缺手术安全核查记录	丙级			
		手术安全核查记录漏项或错误 -0.5 分/项				
	（14）体腔内手术物品器械清点记录。由手术者、器械护士、巡回护士在手术结束前清点后即时完成。	缺体腔内手术物品器械清点记录	丙级			
四、医疗知情同意书及授权委托书（10 分）						

1.知情同意书	（1）手术、麻醉、输血（包括备血）、放疗、化疗、特殊检查（治疗）等需取得患者书面同意方可进行的医疗活动均应有患方签署意见并签名的知情同意书;	缺医疗知情同意书或缺任何一方签名	丙级			
		仅有患方签名无患方签署意见 -5分				
	（2）医疗知情同意书内容(除双方签名之外内容)记录完整规范。	不规范、不完整-1分/项				
2.授权委托书	具有完全民事行为能力的患者，非患者本人签署的知情同意书，必须签定授权委托书	缺委托书	丙级			
		知情同意书非患者本人签名，但与授权委托书被授权人签名不一致	乙级			
五、医嘱单及辅助检查报告单（12分）						
医嘱单及辅助检查报告单(12分)	每项医嘱有明确的开具、停止、执行时间，有医师、护士签名。	缺长期或临时医嘱单	丙级			
	纸质手写病历，如数条医嘱时间节点相同、开具医师相同，可以采取上下封口签名及中间数条医嘱用“〃”标识;	如缺上下封口签名及中间数条医嘱签名处缺“〃”标识	乙级			
	使用电子签名进行身份认证的电子病历系统，开具或执行医嘱自动生成可靠的电子签名，具有法律效力，无需手写签名。 因条件限制，尚未使用电子签名进行身份认证的电子病历系统，开具或执行医嘱，必须手写签名。可采取每页医嘱下方设治疗组长、责任护士总审核手写签名。 相关辅助检查医嘱，遵循“谁执行、谁签名、谁负责”的原则。非护士执行的医嘱，具体执行人及执行时间见相关报告单、病程记录等;	没有通过身份认证电子病历打印件缺治疗组长和责任护士手写总签名。相关辅助检查医嘱，如在病历中找不到相应的报告单和病程记录，该处的医嘱未签名视为缺签名。	乙级			
	医嘱内容应当准确、清楚、规范，每项医嘱应当包含一个内容，禁止有非医嘱内容。 纸质病历中，如需取消医嘱时，用红色墨水标注“取消”字样并签名及时间;	一处不符合要求-0.5分/处				

	辅助检查报告单与医嘱相符，报告单完整无遗漏;	不相符或缺对诊疗有重要价值的报告单	乙级			
	手术病历在手术前完成常规辅助检查项目，包括：血常规、尿粪常规（急诊除外）、凝血功能检查、生化检查、病毒项目检查、心电图、胸片等;	未完成相关检查项目-0.5分/项				
	输血（包括备血）病历中应有输血前检查报告单（检查项目应包括乙肝五项、丙肝、梅毒、HIV检查项目）;	缺输血前常规检查项目	丙级			
	每张辅助检查报告单项目齐全、内容规范、粘贴规范;	辅助检查报告单项目欠齐全、内容不规范、粘贴不规范-0.5/项				
	认可其他医院的辅助检查结果，病历中应有报告单原件或复印件。	缺报告单原件或复印件-0.5分/张				
六、出院记录或死亡记录（8分）						
1.出院记录	（1）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小时内或患者离院前完成。内容包括: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;	缺出院记录或未在病人离院前完成	丙级			
		出院记录缺项或不规范-0.5分/项				
	（2）出院医嘱应详细具体，出院带药应注明药名、剂量、用法、带药总量及随访要求和注意事项、医师签名等;	出院医嘱不具体（出院带药未写明药名、剂量、用法、带药总量及随访要求和注意事项交待等） -2分				
2.死亡记录	（1）死亡记录是经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应在患者死亡后24小时内完成。内容包括姓名、性别、年龄、科室、床号、住院号、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、医师签名等，记录死亡时间应具体到分钟;	缺死亡记录或未在患者死亡后24小时内完成	丙级			
		死亡记录不规范。-0.5分/项				

	（2）死亡病例讨论记录由科主任（或科副主任）或具有副高以上医师主持，内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论总结性意见及主持人总结性意见及审签、记录者签名等；	缺死亡病例讨论记录或未在患者死亡后一周内完成	丙级			
		记录分析不全面、记录内容不规范。-0.5分/项				
	（3）死亡病历中应有的临终心电图，应注明姓名、性别、床号、住院号、死亡时间；	缺临终心电图-2分				
		记录不规范、不完整-0.5分/处				
	（4）死亡病历中应有《居民死亡医学证明书》 存根联或档案管理部门能调取该死亡病人的《居民死亡医学证明书》 存根联；	死亡病历中缺《居民死亡医学证明书》存根联；或医院档案管理部门调取不到该死亡病人的《居民死亡医学证明书》存根联	乙级			
	（5）死亡病历中患者死亡时间记录不一致（临终抢救记录、医嘱单、体温单、死亡记录、危重病人护理记录单、居民死亡医学证明书、死亡病例讨论记录等处死亡时间记录不一致）。	有一处时间不一致	乙级			
七、护理文书（10分）						
护理文书（10分）	按照护理文书质量评分细则进行评定	折算得分				
	病危患者病历中应有病危护理记录单	缺病危护理记录单	丙级			
八、其他书写基本要求（5分）						
其他书写基本要求（5分）	严禁涂改、伪造病历内容。计算机打印的病历应符合病历书写要求。严禁拷贝错误。	涂改、伪造病历内容或拷贝导致的严重错误	丙级			
	产科病历必须有新生儿脚印和母亲右手拇指印，性别标注准确。	产科病历缺新生儿脚印和母亲右手拇指印、新生儿性别错误	丙级			
	病历内容客观，同份病历前后不得自相矛盾。	同份病历内容前后自相矛盾 -1分/处				

	规范使用医学术语；字迹清晰，语句通顺，标点正确，格式规范。 标注页码，页面整洁，每页有患者姓名、病案号等基本信息。病历排序正确，内容齐全，不缺页、少页。	病历中必备的医疗文书整页缺失	丙级			
		书写不规范、页面排序有误、页面不整洁等 -0.5 分/处				
	纸质病历应使用蓝黑、碳素墨水书写。纸质病历取消医嘱、首页中过敏药物名称、药物皮试（+）及病程中上级医师审阅修改内容用红笔。每页修改不超过 3 处。 电子病历直接打印，保证字迹清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。	纸质病历用笔颜色不符合规定、电子病历打印件不符合规范要求 -0.5 分/处				
	用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。急诊病历、病危患者的病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间记录至分钟。	记录不符合要求 -0.5/处				
	除上述条款中特别标注的手写签名扣分项以外，其他部分的电子病历打印件应手写签名。	缺手写签名 -0.5/处				

备注：1. 住院时间 24 小时内的病历，在保证医疗质量和医疗安全的基础上，遵照原卫生部《病历书写规范》的相关规定，可以采用 2015 年安徽省最新版《病历书写规范》中的 24 小时内入出院记录格式书写。

2. 24 小时内病历归档内容包括：住院病案首页、入出院记录、医患沟通及各项知情同意书、手术病历应有围手术期管理的相关记录、各种检验及检查报告单、体温单、医嘱单、入院告知书、护理记录、住院通知书等。

3. 住院时间超过 24 小时的病历，按常规病历书写。

3.住院护理文书质量评分细则（总分100分，折算10分）

检查项目	序号	检查项目	标准分	减分标准	减分	减分理由
一、体温单（25分）	1	项目填写完整、正确	3	项目填写不完整、错误每处扣1分		
	2	药物皮试阳性或药物过敏史有记录	3	体温单未见过敏记录扣1分		
	3	患者不在时在相应栏内写外出；拒测者写拒测	2	未写外出、拒测每次扣0.5分，1周内无1次监测记录者扣2分		
	4	T、P、R、大便无错绘、漏绘	3	不合要求每一处扣 1分		
	5	体温≥37.5℃、大手术、病危者每日3次准确测试绘制	3	少1次扣1分		
	6	体温≥38.5℃者，必须有降温体温；降温后体温不降/上升者，有护理记录	3	少一次扣1分		
	7	医嘱 qd、bid 测血压者记录在体温单上	2	少一次扣0.5分		
	8	每周测体重、血压1次，“卧床”标志与实际病情相符	3	少1次扣1分		
	9	出入液量记录准确，单位完整	3	漏记录或统计不准确一处扣1分，单位不完整的一处扣1分		
二、医嘱单（20分）	10	长期医嘱、临时医嘱执行要规范	10	1条用药医嘱未执行扣10分，皮试医嘱无结果扣10分，皮试医嘱1人签名或代签名扣2分；签署时间有误扣1分。		
	11	抢救及特殊用药等须在30分钟内执行，有规范的执行时间及执行者签名	10	未按时执行扣10分		
三、输血单（6分）	12	输血要交叉核对，签名完整，输血时间与医嘱单、护理记录单相符	6	漏查对签名或医嘱漏签名扣2分，时间与记录不相符扣2分，签名潦草1次扣1分，医嘱1人签名或代签名扣2分，输血前、中、后未按规范记录者，少1处扣1分		
	13	项目完整、准确；签名及时，规范	2	漏填或错填1处扣1分		

四、入院估单（10 分）	14	入院评估单在本班内完成	1	未按时完成扣 1 分		
	15	评估准确，与患者实际情况相符	5	1 项不符扣 1 分		
	16	有问题必须有护理计划	2	少 1 个计划扣 1 分，计划与实际病情不符扣 1 分		
五、住院患者护理记录（20 分）	17	项目填写完整、时间记录准确、字迹清楚	2	1 处未填写扣 1 分，填写错误/涂改扣 1 分		
	18	用医学术语，语句简练	3	未用医学术语 1 处扣 1 分，语句不简练扣 1 分，错别字 1 处扣 1 分		
	19	护理记录及时、准确、客观，按 PIO 程序记录	15	主要症状、体征及护理措施未记录，每项扣 2 分，病情变化未及时记录，每次扣 5 分；未按 PIO 程序记录扣 2 分		
六、手术护理记录单（10 分）	20	项目填写完整正确	4	1 处未填写或填写错误扣 1 分		
	21	手术物品清点书写规范，程序符合要求	5	未填写扣 2 分，不符合要求扣 1 分		
	22	护士签名完整、规范	1	潦草扣 1 分，漏签名扣 1 分		
七、交接、评估单、告知书（9 分）	23	患者转运交接单	3	1 处未填写或填写错误、交接不规范、漏签名各扣 1 分		
	24	跌倒坠床、压力性损伤、ADL 风险评估单	4	少 1 项评分扣 1 分，评估一处不准确扣 1 分		
	25	特殊告知书（约束、PICC 等）	2	缺项扣 1 分，未签名扣 1 分		
		合计	100			

备注:

①医嘱单

电子医嘱: PDA 扫描者以扫描执行为准; 无 PDA 扫描者以护士执行医嘱时间为准，每张医嘱单上设总签名。

纸质医嘱: 同一时间段下达多项医嘱，上下医嘱护士签时间、姓名，中间打“〃”即可。临时用药医嘱中同时下多项/组医嘱，护士需逐项/逐组签时间、姓名，如果无特殊用药，可写续加、签名，中间不能打“〃”。

②住院患者护理记录

根据病情变化进行记录; 一级护理下病重者（二级护理不得下病重医嘱），记录在相应的护理记录单上，2 天记录 1 次，有病情变化随时记录。

三、病历质量评级条款

（一)丙级病历 18 条(一份病历中存在三项及以上乙级病历条款者，或存在一项丙级条款者，则评定为丙级病历)

1.首页和病历中诊断、手术及操作名称部位错误;

2.缺入院记录或未在患者入院后 24 小时内完成或非执业医师书写;

3.缺首次病程记录或未在患者入院后 8 小时内完成或非执业医师书写;

4.输血（包括备血）病历中缺输血前检查报告单（应包括乙肝五项、丙肝、梅毒、HIV 检查项目）;

5.除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外,所有住院患者手术缺术前讨论记录，或术者（主刀）未参加讨论（请外院专家手术者，应将院外专家会诊意见记录在内);

6.缺手术记录或未在术后 24 小时内完成;

7.缺植入性医疗器械使用知情同意书（含条形码）;

8.缺麻醉术前访视记录、缺麻醉记录、缺麻醉术后访视记录（术者实施的局麻手术除外）;

9.缺手术风险评估记录、缺手术安全核查记录;

10.体腔内手术缺手术物品器械清点记录;

11.缺医嘱单（包括长期医嘱和临时医嘱）、病危患者缺病危护理记录单等以及必备医疗文书的整页缺失;

12.手术、麻醉、输血（包括备血）、放疗、化疗、特殊检查（治疗）等需取得患者书面同意方可进行的医疗活动,缺医疗知情同意书或知情同意书缺任何一方签名;

13.具有完全民事行为能力的患者，非患者本人签署知情同意书，病历中缺授权委托书;

14. 缺出院记录或未在病人离院前完成;

15. 缺死亡记录或未在患者死亡后 24 小时内完成;

16. 缺死亡病例讨论记录或未在患者死亡后一周内完成;

17. 产科病历缺新生儿脚印和母亲右手拇指印、新生儿性别错误;

18. 涂改、伪造病历内容或拷贝导致的严重错误。

（二）乙级病历 16 条（一份病历中存在一项乙级病历条款者，则判定为乙级病历）

1. 缺抢救记录或未在抢救结束后 6 小时后据实补记(患者放弃抢救除外）

2. 缺转科记录（包括出科记录、入科记录）;

3. 缺阶段小结;

4. 缺有创诊疗操作记录;

5. 没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等病历中缺疑难病例讨论记录;

6. 病危（重）患者缺病危（重）通知书;

7. 有会诊医嘱缺会诊单（包括会诊单缺会诊内容）;

8. 患者入院后 48 小时内缺主治或主治以上医师的首次查房记录;

9. 患者入院后 72 小时内缺科主任或科副主任或副高及以上医师首次查房记录;

10. 特殊、重大、新手术缺由科室申请并报医务处（科）审批报告单;

11. 请院外专家会诊或手术缺由科室申请并报医务处（科）

审批报告单;

12.缺术后首次病程记录;

13.知情同意书非患者本人签名，与授权委托书被授权人签名不一致;

14.医嘱缺签名:

（1）纸质手写病历，如数条医嘱时间节点相同、开具医师相同，可以采取上下封口签名及中间数条医嘱用“〃”标识。如缺上下封口签名及中间数条医嘱签名处缺“〃”标识均为乙级病历。

（2）因条件限制，尚未使用电子签名进行身份认证的电子病历系统，开具或执行医嘱，必须手写签名，也可采取每页医嘱下方设治疗组长、责任护士总审核手写签名。如缺手写签名为乙级病历。

15.死亡病历中缺《居民死亡医学证明书》存根联；或医院档案管理部门调取不到该死亡病人的《居民死亡医学证明书》存根联。

16.死亡病历中患者死亡时间记录不一致（临终抢救记录、医嘱单、体温单、死亡记录、危重病人护理记录单、居民死亡医学证明书、死亡病例讨论记录等处的死亡时间记录不一致）

安徽省卫生计生委办公室　　2018年10月19日印发

校对：彭玉池

带格式的：左侧： 2.5 厘米，右侧： 1.75 厘米，顶端： 1.5 厘米，底端： 2.25 厘米，页眉到边缘距离： 0.2 厘米，无网格，非首页采用不同的页眉