**江苏省住院病历质量评定标准**（2016版）

**科室： 患者姓名： 病案号（住院号）： 经治医生：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 缺 陷 内 容 | 扣分标准 | 扣分 | 扣分理由 |
| 基本规则 | （1）字迹潦草难以辨认、不能通读；或有两处以上重要内容明显涂改；或代替、模仿他人签名 | 重度缺陷 |  |  |
| （2）病历记录系拷贝行为导致的原则性错误 | 重度缺陷 |  |  |
| （3）病历内容（含首页、眉栏等）记录有缺项，填写不完整 | 1处 |  |  |
| （4）病历书写欠规范，存在描述不正确、语句不通顺、有错字和漏字、单位符号书写不规范等 | 1/项 |  |  |
| （5）使用无电子签名的计算机Word文档打印病历 | 重度缺陷 |  |  |
| （6）缺入院记录、住院病历，或非执业医师书写入院记录、首次病程录 | 重度缺陷 |  |  |
| （7）入院记录、住院病历、首次病程录、手术记录、出院（死亡）记录等重要记录未在规定时间内完成 | 5/项 |  |  |
| （8）其他各项记录未按规定时限完成（除外31条内容） | 2/项 |  |  |
| （9）缺医嘱开立的检验、检查报告单 | 2/项 |  |  |
| （10）缺对诊断治疗有重要价值的检验、检查报告单 | 5/项 |  |  |
| （11）上级医师审签病历不及时或漏签名，或缺电子病历打印的纸质病历手工签名 | 2/次 |  |  |
| 病案首页 | （12）门（急）诊诊断未填写或填写有缺陷，出院次要诊断遗漏或填写有缺陷 | 2/项 |  |  |
| （13）出院主要诊断选择错误 | 5 |  |  |
| （14）药物过敏栏空白或填写错误或漏填 | 2 |  |  |
| （15）手术操作名称填写不规范或漏填 | 3/项 |  |  |
| （16）疾病诊断、手术及操作编码填写不完整、不准确、缺编码员签名 | 2/项 |  |  |
| 住院病历 | 病史 | （17）主诉记录不完整，不能导致第一诊断 | 5 |  |  |
| （18）主诉与现病史不相关、不相符 | 5 |  |  |
| （19）现病史中发病情况、主要症状特点及其发展变化、伴随状况、诊治经过及结果等描述不清 | 2/项 |  |  |
| （20）缺与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料 | 2 |  |  |
| （21）既往史中缺与主要诊断相关内容（包括重要脏器疾病史、传染病史、手术外伤史、输血史、药物过敏史等） | 1/项 |  |  |
| （22）个人史、婚育史、月经史、家族史不完整；或遗漏与诊治相关的内容，记录不规范 | 1/项 |  |  |
| 体格检查 | （23）遗漏主要阳性体征或重要脏器体征描述不全 | 5 |  |  |
| （24）阳性体征描述不规范或缺有鉴别诊断意义的阴性体征 | 3 |  |  |
| （25）缺专科情况记录，专科检查不全面，应有的鉴别诊断体征未记录或记录有缺陷（限需写专科情况的病历） | 2 |  |  |
| 诊断 | （26）诊断不确切，依据不充分 | 重度缺陷 |  |  |
| （27）主次排列颠倒、缺初步诊断或入院诊断或修正诊断 | 2/项 |  |  |
| （28）其它主要疾病误诊、漏诊 | 5 |  |  |
| 病程记录 | （29）首次病程记录缺病例特点、拟诊讨论（入院诊断、诊断依据及鉴别诊断）、或诊疗计划空洞无针对性、无主治及以上医师审签等 | 3/项 |  |  |
| （30）对待诊、待查的病例首次病程录中缺拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断） | 10 |  |  |
| （31）主治医师或上级医师首次查房记录未在48小时内完成，无对新入院、危重、诊断未明、疗效不佳的病人进行重点检查、分析讨论及审签 | 重度缺陷 |  |  |
| （32）科主任或副主任医师以上人员查房记录无对危重、疑难病例进行的病史补充、查体新发现、病情分析、进一步诊疗意见及审签 | 重度缺陷 |  |  |
| （33）未按照规定书写各级医师查房记录 | 3/次 |  |  |
| （34）缺患者入院后或治疗前、治疗中、出院前病情评估记录 | 3 |  |  |
| （35）病情变化时无分析、判断、处理及结果的记录 | 3/次 |  |  |
| （36）缺重要检查结果异常的分析及相应处理意见的记录 | 5 |  |  |
| （37）缺反映特殊检查（治疗）情况的记录 | 2 |  |  |
| （38）缺会诊记录或会诊记录不规范 | 2 |  |  |
| （39）缺反映会诊意见执行情况的记录 | 2 |  |  |
| （40）缺更改重要医嘱理由的记录 | 3 |  |  |
| （41）缺重要治疗措施的记录 | 3 |  |  |
| （42）输血治疗病程记录不完整，缺输血适应证、输血成分、血型和数量、输注过程当天观察情况记录及有无输血不良反应记录 | 5 |  |  |
| （43）已输血病例中缺输血前9项检查报告单或化验结果 | 5 |  |  |
| （44）缺抢救病人的抢救记录（患者放弃抢救除外） | 5 |  |  |
| （45）抢救记录书写不规范 | 3 |  |  |
| （46）缺交（接）班记录、转科记录、阶段小结等或记录不完整 | 3/项 |  |  |
| （47）住院30天以上病例缺大查房记录、评价分析记录 | 3/次 |  |  |
| （48）确诊困难或疗效不确切的病例无以科室为单位的疑难病例讨论记录；记录无明确的进一步诊疗意见，仅有床位医师和主持者发言记录，缺记录者签名及主持人审签 | 重度缺陷 |  |  |
| （49）应该有术前讨论或病情较重、手术难度较大的病例无以科室为单位的术前讨论记录；记录无手术方案、术中注意事项、手术可能出现的意外及防范措施、术后观察事项及护理要求，仅有床位医师和主持者发言记录，缺记录者签名及主持人审签 | 重度缺陷 |  |  |
| （50）疑难病例讨论记录、死亡病例讨论记录、术前讨论记录书写不规范、不完整，缺主持者总结发言 | 3/项 |  |  |
| （51）缺术前小结、上级医师手术前审批意见，或缺手术者术前查看患者的相关记录；或缺特殊手术相关审批记录单 | 2/项 |  |  |
| （52）缺手术病人的手术记录、麻醉记录，或手术诊断、手术部位描述错误， | 重度缺陷 |  |  |
| （53）缺有创诊疗操作记录 | 5/项 |  |  |
| （54）手术、麻醉、有创诊疗操作（介入、胸穿、腰穿、骨穿等）记录不完整、不规范 | 3/项 |  |  |
| （55）缺手术安全核查记录 | 重度缺陷 |  |  |
| （56）缺麻醉术前、麻醉术后访视记录或记录不完整 | 2 |  |  |
| （57）植入体内的人工材料的条形码未粘贴在病历中或条形码粘贴不全 | 重度缺陷 |  |  |
| （58）缺术后连续3天病程记录，或术后3天内无上级医师查房记录 | 2 |  |  |
| （59）治疗措施不正确或不及时而贻误抢救与治疗 | 重度缺陷 |  |  |
| （60）缺慢性消耗性疾病患者临终前的救护记录 | 5 |  |  |
| （61）缺传染病疫情报告记录 | 2 |  |  |
| （62）缺上级医师同意患者出院记录 | 2 |  |  |
| （63）死亡病例无以科室为单位的死亡病例讨论记录；无死因分析和诊疗过程中的经验教训记录，仅有床位医师和主持者发言记录，缺记录者签名及主持人审签 | 重度缺陷 |  |  |
| 知情同意书 | （64）缺特殊检查（治疗）、手术等各类知情同意书或缺患者（被委托人）签名 | 重度缺陷 |  |  |
| （65）缺术中扩大手术范围的知情同意书（术前已告知的除外）或缺患者（被委托人）签名 | 重度缺陷 |  |  |
| （66）特殊检查（治疗）、手术等各类知情同意书等缺谈话医师签名 | 5/项 |  |  |
| （67）非患者本人签字的知情同意书，缺患者本人授权委托书、缺患者本人及被委托人的有效身份证明复印件 | 重度缺陷 |  |  |
| （68）患方选择或放弃抢救措施的病人，缺患者（被委托人）签名知情同意的记录 | 5 |  |  |
| （69）病危（重）患者无书面病危（重）通知书 | 5 |  |  |
| （70）缺医患沟通记录或记录简单、不规范 | 2/次 |  |  |
| （71）应用特殊药品、耗材等，缺患方签字同意的记录 | 2/项 |  |  |
| （72）将特殊检查（治疗）、手术等各类知情同意书擅自更改为“志愿书”“协议书”等不规范格式；或授权委托书、知情同意书书写不规范（如非患者本人签字、未注明签字人与患者关系或条款内容等） | 3/项 |  |  |
| 出院（死亡）记录 | （73）出院记录中遗漏出院诊断或诊断与病案首页不相符合 | 2 |  |  |
| （74）缺出院（死亡）记录 | 重度缺陷 |  |  |
| （75）死亡原因和死亡诊断混淆，填写不规范；出院（死亡）记录不完整、不规范 | 5 |  |  |
| 其他 | （76）医学院校附属医院相关病历缺教学查房记录（可另页） | 2 |  |  |
| （77）记录内容医护描述不一致或检查医嘱与报告单不一致；同级医疗机构检验检查结果互认执行情况记录不规范 | 2/项 |  |  |
| （78）医嘱开立和停止时间不明确、医嘱书写及执行记录不规范、缺医师签名、临床路径执行情况 | 2/项 |  |  |
| （79）其它病历书写缺陷（如页面不整洁、破损；排序有误、报告单张贴错误、漏页、缺页，打印模糊或不完整等） | 2/项 |  |  |
| （80）病历中出现该标准中未能涉及的其他严重不符合规范者 | 酌情扣1～5 |  |  |

说明：

1.住院病历质量评定标准包括七个部分80个条款，每份病历均需逐项全面检查，不得漏项。

2.住院病历质量评定分为甲级、乙级、丙级（即不合格病历）：

（1）每份病历扣分≤15分为轻度缺陷，等同为甲级病历；扣分达16～30分为中度缺陷，等同为乙级病历；扣分≥31分为重度缺陷，等同为丙级病历（即不合格病历）。

（2）住院病历质量评定标准中列出了18项病历质量重度缺陷，每份病历发生任何一项，则该份病历即为重度缺陷病历（即不合格病历）。

3.检查中对已发现有一项重度缺陷的病历不得终止检查，仍需按标准逐项检查；每份病历检查结束应计算总扣分数和重度缺陷数目及其项目序号。