# 2024年病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求(14篇)

来源：网络 作者：独坐青楼 更新时间：2024-10-16

*无论是身处学校还是步入社会，大家都尝试过写作吧，借助写作也可以提高我们的语言组织能力。范文怎么写才能发挥它最大的作用呢？下面是小编为大家收集的优秀范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇一...*

无论是身处学校还是步入社会，大家都尝试过写作吧，借助写作也可以提高我们的语言组织能力。范文怎么写才能发挥它最大的作用呢？下面是小编为大家收集的优秀范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇一**

1、病历包括门诊和住院病历,每位病人就诊时必须按《浙江省病历书写规范》要求书写门诊或住院病历,统一用蓝黑墨水书写,字迹清楚,不得涂改。门诊病历当时完成,住院病历24小时内完成,急诊病历书写应具体到分钟。门诊病历由病人本人保管,住院病历科室在病人住院期间必须妥善保管。出院病历在病人出院后一周内送病案室保管。住院病历未经医务科批准一律不得出借、复印。病人出院后需复印病历,必须由本人或委托直系亲属,由病案室专人将病历进行 油泵复印,并进行登记。不得直接将出院病历交病人去复印。

2、低年资住院医生必须书写完整住院病历,每年需完成60份住院病历(详见台一医《住院医师病历书写制度具体规定》)。进修实习生必须经科主任、带教老师考核后方可书写完整住院病历,上级医生必须对每一份病历进行审查、修改并签名,合格后方可归档。进修、实习医生书写的病历质量上级医生负连带责任。主治医生首次病程录必须在病人入院后48小时内完成。科主任必须对本科室住院病历质量负责,加强 特种泵本科室病历质量管理。

3、病程录必须是对病人病情和诊疗过程所进行的连续记录,必须及时记录病人的治疗情况、病情变化、药物反应、各项检查结果和意义、上级医生(三级查房)查房意见;记录与病人或家属告知的重要事项、医生分析意见、会诊意见及更改医嘱理由。抢救病人必须记录时间(到时、分)。首次病程录是由经治医生或值班医生书写的第一次病程记录,应当在病人入院后8小时内完成。病程录原则上一般病人(二级护理以下)每三天记一次,重病人每天记,病情变化随时记录。不得涂改,错字应用红笔双线划在错字上,原字迹应可辨认,不得刮、粘、涂等方法去除原字迹。

4、为落实病人知情同意权,凡手术、特殊检查、临床实验、特殊治疗及不良反应明显的 赛泰泵阀治疗方案,均必须有医疗活动知情同意书,需病人本人签字同意,为防止对病人产生负面效应,对一些癌症病人、病情严重患者,可采用病人本人委托其直系亲属谈话、签字。委托书同时附在病程录中。

5、护理记录由护理部另行制订。

6、以上未列出的其他要求以《病历书写规范》为准。

1、病历质控小组负责每月对全院病历质量进行检查,根据《浙江省住院病历质量检查评分标准》(20xx版),病历量化考核>90分为合格病历,<90分为不合格病历。

2、对于不合格病历,一经发现要求立即予以整改,并给予经济处罚。处罚额度为每份不合格病历扣罚当月科室奖金总额除以当月科室出院人数。

3、病历质控小组每月检查结果将在《医疗质量通讯》中通报。

4、对不合格病历实行登记制度,年终全院汇总。登记结果作为科室及个人奖惩依据。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇二**

为切实维护患者的合法权益、提高病历质量和创建和谐的医疗就医秩序,根据卫生部、国家中医药管理局20xx年9月1日发布的《医疗机构病历管理规定》,结合我院的工作实际,进一步规范和强化我院住院病历复印的管理。

一、住院病历复印时间:

根据我院工作实际情况,我院住院病人复印病历的时间为患者出院48小时后(特殊情况可按《医疗事故处理条例》办理)。

二、住院病历复印唯一合法地点:院病案室,任何人不得以任何借口将病历在其它地方复印。

三、病历复印合法人员:根据相关法规,以下三种人员为病历复印的合法人员,病历属于患者的隐私,其他人员无权复印患者的病历。

1、患者本人或其代理人;

2、死亡患者近亲属或其代理人;

3、保险机构委派工作人员。

四、复印病历必须向医院提供以下有关证明材料:

1、申请人为患者本人应当提供其有效身份证明;

2、申请人为患者代理人的,应当提供患者及其代理人的有效身份证明,申请人与患者代理关系的法定证明材料;

3、申请人为死亡患者近亲属的,应当提供患者死亡证明及其家属的有效身份证明,申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料;

4、申请人为死亡患者近亲属代理人的,应当提供患者死亡证明,死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明,死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料,申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料;

5、申请人为保险机构的,应当提供保险合同复印件,承办人员的有效身份证明,患者本人或者其代理人同意的法定证明材料;患者死亡的,应当提供保险合同复印件,承办人员的有效身份证明,死亡患者近亲属或其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

五、病历复印的内容:

医疗机构只为申请人提供复印的病历资料是:住院病历中住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)。医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

六、公检法部门查阅或复印病历必须出具的证明材料、本人工作证件、身份证件,须两人以上且已立案,并先到医务科备案并办理相关手续,由医务科开具证明到病案室进行查阅或复印。

七、正在住院的病人病历中的客观病历资料须由科室指派的本院工作人员携带到病案室去复印。

八、纠纷病历由科室领导、负责人或当班工作人员直接与医务科联系,按照《条例》规定办理。

九、发生医疗事故争议时,死亡病历讨论记录、疑难病历讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录应当在医患双方在场的情况下封存和启封。

十、按照规定病历复印需收取一定的费用。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇三**

严格按照《医疗机构病历管理规定》管理。

门诊病历未建档的，由患者保管；已建档的门诊病历由挂号室负责存放、保管。住院病历由病案管理员负责整理、存档，并在病房保管。

1、由病案管理员负责管理住院病历资料。

2、出院、转院、死亡病历应在病人出院时完成，经主治医师和护士长进行质量检查，签字后存档。

3、住院病历不外借。

4、使用病历时，由病历管理人员负责提供和归档。

5、保持病历整洁有序，做好防火、防潮、防丢失工作。

6、严守病历资料保密制度。

7、住院病历原则上要永久保存。

1、严格按照《医疗机构病历管理规定》执行病历的借阅和复印。

2、病历只限本院医生在本院内查阅。

3、患者看门诊或再次住院需参阅病历时，应由本院医师办理，不得委派患者或患者家属借阅。

4、凡借阅病历，不得进行涂改、玷污、拆散、换页、丢失。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇四**

一、病历是医务人员在医疗活动中依职权制作的公文书证，具有重要的医疗、科研价值，也是法律意义上的医疗行为证据。卫生院病案室负责本院的病历和病案的保存与管理工作。制定本制度是为了保证病历管理能够符合卫生部制订的《医疗机构病历管理规定》。

二、卫生院病历和病案管理严格遵守国务院卫生行政部门卫医发[20xx]193号文件发布的《医疗机构病历管理规定》，在具体工作中，要求卫生院全体医务人员和行管人员严格遵守。

三、本院门、急诊病历由患者自行负责保管，就诊人如因门、急诊医疗问题向卫生院提出交涉意见，必须出示在我医院就诊的门、急诊病历。住院病历由卫生院病案室负责保管。

四、严格住院病历管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料，严格杜绝他人抢夺、窃取病历资料。除负责诊疗患者的医务人员及医疗服务质量监控人员外，任何人不得擅自查阅患者病历资料。因科研、教学需要查阅的，必须经医务科同意，查阅后必须及时归还并不得泄露患者的隐私。

五、病人住院期间，其住院病历由所在病区负责集中、统一保管，所收到的各种资料应当及时归入住院病历，按规定要求粘贴妥当。患者出院后，由病区负责医师审查归档后，由病案室安排专人负责集中、统一保存及管理。

六、卫生院只受理以下人员的复制、复印病历申请：一是患者本人或其代理人;二是死亡患者近亲属或其代理人;三是有合法资质的保险机构。复印复制仅限于病历中的客观性病历资料部分，患者及上述其他复印人不得要求复印、复制病历中的主观性病历资料部分，但可以要求医患双方当面予以封存。住院病历离开病区或进行复印、复制，卫生院应指定专人负责携带和保管。按照《医疗事故处理条例》第十条规定，复印或者复制病历资料时，应当有患者在场。

七、卫生院受理复印、复制病历资料申请，应按《医疗机构病历管理规定》第13规定，要求申请人提供有关证明材料。公安司法机关办案需要查阅病历资料时，应当出示法定证明及执行公务人员的有效身份证明。复印复制的病历提供，应在医务人员按规定时限

完成书写之后。复印复制工作应有申请人在场情况下，由卫生院工作人员操作，经申请人核对无误后，加盖卫生院公章，并按规定收取申请人工本费后交给申请人。

八、发生医疗事故争议时，卫生院应当在患者或其代理人在场的情况下封存病历的主观性资料，包括死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录等。封存的病历可以是患方在场复印的复印件，封存的病历资料，由卫生院医务科安排专人保管。如果在解决医疗事故争议过程中需要拆封，封存时的签字人应当在场。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇五**

（i）负责全院病案的集中管理。

（ii）所有出院病历应在出院后24小时内（死亡病历后一周内）从病历室收回。

（3） 负责出院病人病历的整理、核对、登记、标引、编目、装订、保管，在病房交接病历时，将住院号、姓名、出院日期、交接日期一一登记，并在各交接登记处由双方签字。

（4）计算机团队和病历管理员应每月执行病历移交程序，认真录入和核对病历，制作表格并打印账目。

1.负责临床、教学、科研和个人查阅病历的供应和恢复。

2. 负责处理院际病案摘录和经医务部批准的外转接收。

3. 配合统计人员整理分析相关统计数据。

4. 检查病案书写质量，促进病案书写质量的持续改进。

5. 做好病案库房的安全保卫工作，做好病案资料的保密工作。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇六**

第一条 为规范医疗机构电子病历(含中医电子病历,下同)应用管理,满足临床工作需要,保障医疗质量和医疗安全,保证医患双方合法权益,根据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国电子签名法》、《医疗机构管理条例》等法律法规,制定本规范。

第二条 实施电子病历的医疗机构,其电子病历的建立、记录、修改、使用、保存和管理等适用本规范。

第三条 电子病历是指医务人员在医疗活动过程中,使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息,并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录,是病历的一种记录形式,包括门(急)诊病历和住院病历。

第四条 电子病历系统是指医疗机构内部支持电子病历信息的采集、存储、访问和在线帮助,并围绕提高医疗质量、保障医疗安全、提高医疗效率而提供信息处理和智能化服务功能的计算机信息系统。

第五条 国家卫生计生委和国家中医药管理局负责指导全国电子病历应用管理工作。

地方各级卫生计生行政部门(含中医药管理部门)负责本行政区域内的电子病历应用监督管理工作。

第六条 医疗机构应用电子病历应当具备以下条件:

(一)具有专门的技术支持部门和人员,负责电子病历相关信息系统建设、运行和维护等工作;具有专门的管理部门和人员,负责电子病历的业务监管等工作;

(二)建立、健全电子病历使用的相关制度和规程;

(三)具备电子病历的安全管理体系和安全保障机制;

(四)具备对电子病历创建、修改、归档等操作的追溯能力;

(五)其他有关法律、法规、规范性文件及省级卫生计生行政部门规定的条件。

第七条 《医疗机构病历管理规定(20xx年版》、《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》适用于电子病历管理。

第八条 电子病历使用的术语、编码、模板和数据应当符合相关行业标准和规范的.要求,在保障信息安全的前提下,促进电子病历信息有效共享。

第九条 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段,并设置相应权限。

操作人员对本人身份标识的使用负责。

第十条 有条件的医疗机构电子病历系统可以使用电子签名进行身份认证,可靠的电子签名与手写签名或盖章具有同等的法律效力。

第十一条 电子病历系统应当采用权威可靠时间源。

第十二条 医疗机构使用电子病历系统进行病历书写,应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。

门(急)诊病历书写内容包括门(急)诊病历首页、病历记录、化验报告、医学影像检查资料等。

住院病历书写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)通知单、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查报告、病理报告单等。

第十三条 医疗机构应当为患者电子病历赋予唯一患者身份标识,以确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、完整性。

第十四条 电子病历系统应当对操作人员进行身份识别,并保存历次操作印痕,标记操作时间和操作人员信息,并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

第十五条 医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成书写、审阅、修改等操作并予以确认后,系统应当显示医务人员姓名及完成时间。

第十六条 电子病历系统应当设置医务人员书写、审阅、修改的权限和时限。

实习医务人员、试用期医务人员记录的病历,应当由具有本医疗机构执业资格的上级医务人员审阅、修改并予确认。

上级医务人员审阅、修改、确认电子病历内容时,电子病历系统应当进行身份识别、保存历次操作痕迹、标记准确的操作时间和操作人信息。

第十七条【归档状态和修改痕迹】 电子病历应当设置归档状态,医疗机构应当按照病历管理相关规定,在患者门(急)诊就诊结束或出院后,适时将电子病历转为归档状态。

电子病历归档后原则上不得修改,特殊情况下确需修改的,经医疗机构医务部门批准后进行修改并保留修改痕迹。

第十八条 医疗机构因存档等需要可以将电子病历打印后与非电子化的资料合并形成病案保存。

具备条件的医疗机构可以对知情同意书、植入材料条形码等非电子化的资料进行数字化采集后纳入电子病历系统管理,原件另行妥善保存。

第十九条 门(急)诊电子病历由医疗机构保管的,保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于15年;住院电子病历保存时间自患者最后一次出院之日起不少于30年。

第二十条 电子病历系统应当设置病历查阅权限,并保证医务人员查阅病历的需要,能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。

呈现的电子病历应当显示患者个人信息、诊疗记录、记录时间及记录人员、上级审核人员的姓名等。

第二十一条 医疗机构应当为申请人提供电子病历的复制服务。

医疗机构可以提供电子版或打印版病历。

复制的电子病历文档应当可供独立读取,打印的电子病历纸质版应当加盖医疗机构病历管理专用章。

第二十二条 有条件的医疗机构可以为患者提供医学影像检查图像、手术录像、介入操作录像等电子资料复制服务。

第二十三条 依法需要封存电子病历时,应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人双方共同在场的情况下,对电子病历共同进行确认,并进行复制后封存。

封存的电子病历复制件可以是电子版;也可以对打印的纸质版进行复印,并加盖病案管理章后进行封存。

第二十四条 封存的电子病历复制件应当满足以下技术条件及要求:

(一)储存于独立可靠的存储介质,并由医患双方或双方代理人共同签封;

(二)可在原系统内读取,但不可修改;

(三)操作痕迹、操作时间、操作人员信息可查询、可追溯;

(四)其他有关法律、法规、规范性文件和省级卫生计生行政部门规定的条件及要求。

第二十五条 封存后电子病历的原件可以继续使用。

电子病历尚未完成,需要封存时,可以对已完成的电子病历先行封存,当医务人员按照规定完成后,再对新完成部分进行封存。

第二十六条 本规范所称的电子签名,是指《电子签名法》第二条规定的数据电文中以电子形式所含、所附用于识别签名人身份并表明签名人认可其中内容的数据。

“可靠的电子签名”是指符合《电子签名法》第十三条有关条件的电子签名。

第二十七条 本规范所称电子病历操作人员包括使用电子病历系统的医务人员,维护、管理电子病历信息系统的技术人员和实施电子病历质量监管的行政管理人员。

第二十八条 本规范所称电子病历书写是指医务人员使用电子病历系统,对通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第二十九条 省级卫生计生行政部门可根据本规范制定实施细则。

第三十条 《电子病历基本规范(试行)》(卫医政发〔20xx〕24号)、《中医电子病历基本规范(试行)》(国中医药发〔20xx〕18号)同时废止。

第三十一条 本规范自20xx年4月1日起施行。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇七**

1、所有借阅病历均要办理登记手续。

2、除涉及对患者实施医疗活动的医务人员、医疗服务质量监控人员及因科研教学需要外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病历。

3、除再次入院患者的旧病历外，其他病历一律不得外借。借阅者只准在病案阅览室查阅，阅后立即归还，不准泄露患者隐私。

4、再次入院的病历可以借出病案室，借出的病历不得随意转借他人。

5、科研病历一律不借出病案室，有特殊需要者，应经医务科批准，并办理有关手续。

6、对出院仍在原出院科室保留的病历，其他科室人员急需应用该病历时，可与病案室联系借用，由病案室提前回收后再办理借阅手续，用完归还病案室。

7、病案资料只限相关科室临床医技人员查询、借阅，其他人员须经医务科审批方可借阅。实习、进修医师借阅病案时须经带教老师签字同意后，经病案室核准后，方可借阅。

8、外单位或个人申请查阅、复印病案资料时须单位介绍信或有效证件，填写申请单，经医务科严格审批，方可查阅病案资料，复印国务院卫生行政部门规定可以复印的病历资料。

9、公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或复制病历资料的，在医务科审核公安、司法机关出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

10、患者及家属不得借用病案，如需要可按相关规定办理复印手续。

11、借阅病案过程中，借管双方都应在提交与归还过程中核对病案号与数量是否相符，并签字。借阅者应妥善保管和爱护病案，任何人不得在原始病案资料上涂改、标注、污损、撕毁或遗失。不得私自复印、不得超越借阅的目的、不得进行与医疗无关的商业行为。

12、病案室应做好病案借阅、登记、催交工作，借阅后的病案归还时由病案人员审核后放在指定位置，由病案管理人员归档上架。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇八**

病历是病情发展和医疗过程的真实记录，是医疗、教学、科研、医院卫生行政管理、卫生统计、医疗保险理赔、伤残事故鉴定及医疗事故处理的重要法律依据。为进一步加强医院病历书写与管理规范化，特制定《陕西医学高等专科学校附属医院病历书写与管理制度》，具体内容如下：

（一）病历书写的一般要求：

1、病历记录一律用钢笔（蓝或黑墨水）书写，力求文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确、内容完整、重点突出、主次分明、条理清楚、无错别字及自造字。书写过程中出现错字时，应当用双横线划在错字上，不得使用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。如有药物过敏，须用红笔标明。各项记录结束后医生应签署可辨认的全名。

2、各种症状、体征均须应用医学术语，不得使用俗语。

3、病历一律用中文书写，疾病名称或个别名词尚无恰当译名者，可写外文原名。药物名称可应用中文、英文或拉丁文，诊断、手术应按照疾病和手术分类等名称填写。

4、简化字应按国务院公布的“简化字总表”的规定书写。

5、度量衡单位均用法定计量单位，书写时一律采用国际符号。

6、日期和时间的书写格式为:年-月-日时间，举例19xx-07-30 1am。

7、病历的每页均应填写病人姓名、住院号和页码。各种检查单、记录单均应清楚填写病人姓名、性别、住院号及日期。

8、中医病历应按照卫生部中医司的统一规定书写，要突出中医特色。

（二）门诊病历书写要求：

1、要简明扼要，患者的姓名、性别、生日（年龄）、职业、籍贯、工作单位或住址、主诉、现病史、既往史、各种阳性体征和阴性体征、诊断、治疗处理意见等均需记载于病历上，由医师签全名。

2、初诊必须系统检查体格，时隔三个月以上复诊，应作全面查体，病情如有变化可随时进行全面检查并记录。

3、重要检查化验结果应记入病历。如病人拒绝必要检查，应该在病历中记录。

4、每次诊疗完毕作出初步诊断，如与过去诊断相同可写“同上”或“同前”。两次不能确诊应提请上级医师会诊或全科会诊，详细记载会诊内容及今后诊断，以便复诊时参考。

5、病历副页及各种化验单，检查单上的姓名、年龄、性别、日期及诊断用药，要逐项填写。年龄要写实足年龄，不准写“成”字。

6、根据病情给病人开诊断证明书，医师签全名。未经诊治病人，医师不得开诊断证明书。

7、门诊患者需住院检查治疗时，由医师签写住院证。如病人拒绝住院，应该在病历中记录。

8、门诊医师对转诊患者应负责填写转诊病历摘要。

（三）急诊病历书写要求：

原则上与门诊病历相同，但应突出以下几点：

1、应记录就诊时间和每项诊疗处理时间，记录时间详至时、分。

2、必须记录体温、脉搏、呼吸和血压等有关生命指征。

3、危重疑难的病历应体现首诊负责制，应记录有关专业医师的会诊或转接等内容。

4、对需要即刻抢救的病人，应先抢救后立即补写病历，或边抢救边观察记录，以不延误抢救为前提。

（四）住院记录书写要求：

1、住院记录由有处方权的执业医师书写，进修医师在医院认定其能够胜任本专业工作后方可书写病历。

2、对新入院患者必须书写住院记录，内容包括姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位、住址、主诉、现病史、既往史、家族史、个人生活史、月经史、婚育史、体格检查、实验室及器械检查、病历小结、鉴别诊断、诊断及治疗等，医师签全名。

3、住院病历应尽可能于次晨上级医师查房前完成，最迟须在病人入院后24小时内完成。因抢救危重病人未能及时书写病历者可在抢救结束后6小时据实补记，并加以注明，抢救记录的抢救时间应当记录到分钟。

4、住院病历必须由上级医师及时审阅，做必要的修改和补充。修改住院病历应用红墨水。修改后，修改者用蓝墨水签名，修改日期记录在本人签名的下方。被修改三处以上者应重新抄写。

（五）再次入院病历和再次入院记录的书写要求：

1、因旧病复发而再次住院的病人，记录内容及要求基本同入院记录，但应注明本次为“第x次住院”。

2、因新发疾病而再次住院，不能写再次入院记录，应按入院记录的要求及格式书写，可将过去的住院诊断列入既往史中。

3、书写再次入院记录时，应将过去病历摘要以及上次出院后至本次入院前的病情与治疗经过，详细记录于病历中。对既往史、家族史等可从略，注明“参阅上次病历”，但如有新情况，应加以补充。

（六）表格式病历的书写要求与格式：

1、表格式病历必须包含住院病历要求的全部内容。

2、表格式病历入院记录的内容同入院记录的内容。

3、表格式病历应书写病历摘要。

（七）病历中其它记录的书写要求：

1、病程记录：入院后的首次病程记录在病人入院后8小时内完成，由经治医师或值班医师完成，应包括主要临床症状和体征，实验室及器械检查，诊断和诊断依据，鉴别诊断，初步诊疗计划，重危病人观察病情变化的注意事项、向家属告知的病情及重要事项等。病程记录应包括病情变化（症状、体征）、上级医师和科室内对病情的分析及诊疗意见，实验室及器械检查结果的分析和判断，特殊治疗的效果及反应，重要医嘱的更改及理由，各种会诊意见，对原诊断的修改和新诊断确立的依据。病程记录由经治医师记录，一般病人每3天记录一次．慢性患者可5天记录一次．重危病人或病情突然恶化者应随时记录，至少每天记录一次。

2、手术患者的术前准备、术前讨论、手术记录、麻醉记录、术后小结，均应及时、详细地写入病程记录或另附手术记录单。

3、凡移交患者的交班医师均需作出交班记录，接班医师写出接班记录，阶段小结由经治医师负责记录在病程记录内。

4、凡决定转诊、转科或转院的患者，住院医师必须书写较为详细的转诊、转科、转院记录。转院记录最后由科主任审查签字，报医务科或业务副院长批准。

5、出院记录和死亡记录应在当日完成，出院记录内容包括病历摘要及各项检查要点、住院期间的病情转变及治疗过程、效果、出院时情况、出院后处理方案、注意事项和随诊计划，由经治医师书写，并同时抄写于门诊病历中，以便门诊复查参考。死亡记录的内容除病历摘要、治疗经过外，应记载抢救措施、死亡时间、死亡原因。死亡记录由经治医师书写，上级医师审查签字。凡做尸检的病例应有详细的尸检记录及病理诊断，死亡病例应有详细的死亡讨论。死亡讨论至少在一周内完成并有记录。

6、中医、中西医结合病历应包括中医、中西医结合诊断和治疗内容。

7、病历书写原则参照第六版《诊断学》（人民卫生出版社），具体内容参照陕西省卫生厅20xx版《病历书写规范》。

（一）严格执行卫生部颁布的《医疗机构病历管理规定》的各项要求。

（二）医院病案室负责全院住院病历的保存和管理工作。门诊病历由患者自行保管。

（三）患者在住院期间，其病历由所在病区负责集中、统一保管，任何人不得涂改、隐匿、销毁、抢夺、窃取、丢失病历，否则将按医院规定给予严肃处理。病区在收到住院患者的化验单、特殊检查单等检查结果后在24小时内归入住院病历。

（四）强调病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整，病历送入病案室后由病案管理人员整理归档。不得将整月的病历调回科室，病历可在归档

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇九**

（一）负责集中管理全院病案。

（二）凡出院病案，应于病人出院24小时内（死亡病历一周内）全部回收病案室。

（三）负责出院病人病案的整理、查核、登记、索引编目、装订以及保管工作，在与病房交接病历时，逐一登记住院号、姓名、出院日期、上交日期，并在每次交接登记处由交接双方签字。

（四）计算机组与病案管理员进行病案交接手续，认真进行病案录入及核对工作，按月造表及打印台帐。

1、负责临床、教学和科研以及个别调阅病案的供应和回收工作。

2、负责办理院际病案摘录和经过医务科同意的外调接待工作。

3、配合统计人员做好有关统计资料的整理、分析。

4、把好病案书写质量的初查关，促进病案书写质量的不断提高。

5、切实做好病案储藏室的安全和对病案资料的适当保密工作。

6、住院病案一律由病案室长期统一保管，负责各种资料收集、整理、分类、统计、登记、顺号上架，不得丢失和破损，要坚持清洁，妥善保管。并准确及时的供应医疗、教学、科研所需要的资料，以及接待外来查访和持有批准手续的借阅、抄录病历等。

7、医疗统计工作的原始资料应以病案为主，仅有病案资料所反映的情景才是最真实、最确切的，所以在医院中统计工作与病案管理工作应密切配合。

8、病案室工作人员必须严格保守病案中一切秘密，不得随意泄露。

9、病案室工作人员应认真检查病历质量和资料是否系统、完整，从中提出存在问题，不断提出改善办法。

10、患者门诊须要参阅住院病案时，由门诊医师到病案室查阅。

11、提高科研分析用的病案，应在病案室内阅毕归档，必须借出时，须经医务科批准，办理借阅手续，方可借出，两周内归还。逾期不能归还者，应到病案室续期，但不得超过一个月。

12、院外和本院非医务人员，不得查阅病案，进修医生查阅病案，须经科主任批准，但不得借出病案室。

13、本院医生不允许查阅与本专业无关的病历。特殊原因需要，须经医政处或医患办签字。

14、复印时，病案室工作人员根据复印证件带患者或家属到指定地点，按规定复印相关资料，其他任何机构和个人不得擅自查阅和复印病历。

15、任何科室及个人在病案室内讨论、查阅病案必须办理手续。

16、病人及其陪护人员不得翻阅病案。病案在院内各部门间的流动，应由有关工作人员传递，不要让病人或其陪护人员携带。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇十**

（一）、建立健全医院病历质量管理组织，完善医院“四级”病历质量控制体系并定期开展工作。

四级病历质量监控体系：

1、一级质控小组由科主任、病案委员（主治医师以上职称的医师）、科护士长组成。负责本科室或本病区病历质量检查。

2、二级质控部门由医院行政职能部门有关人员组成，负责对门诊病历、运行病历、存档病案等，每月进行抽查评定，并把病历书写质量纳入医务人员综合目标考评资料，进行量化管理。

3、三级质控部门由医院病案室专职质量管理医师组成，负责对归档病历的检查。

4、四级质控组织由院长或业务副院长及有经验、职责心强的高级职称的医、护、技人员及主要业务管理部门负责人组成。每季度至少进行一次全院病历质量的评价。

（二）、贯彻执行卫生部《病历书写基本规范》、《医疗机构病历管理规定》、《医疗文书规范与管理》的各项要求，注重对新分配、新调入医师及进修医师的有关病历书写知识及技能培训。

（三）、加强对运行病历和归档病案的管理及质量监控。

1、病历中的首次病程记录、术前谈话、术前小结、手术记录、术后（产后）记录、重要抢救记录、特殊检查、麻醉前谈话、输血前谈话、出院诊断证明等重要记录资料，应由本院主管医师书写或审查签名。手术记录应由术者或第一助手书写，如第一助手为进修医师，须由本院医师审查签名。

2、平诊患者入院后，主管医师应在8小时内查看患者、询问病史、书写首次病程记录和处理医嘱。急诊患者应在5分钟内查看并处理患者，住院病历和首次病程记录原则上应在2小时内完成，因抢救患者未能及时完成的，有关医务人员应在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

3、新入院患者，48小时内应有主治医师以上职称医师查房记录，一般患者每周应有2次主任医师（或副主任医师）查房记录，并加以注明。

4、重危患者的病程记录每一天至少1次，病情发生变化时，随时记录，记录时间应具体到分钟。对病重患者，至少2天记录一次病程记录。对病情稳定患者至少3天记录一次病程记录。对病情稳定的慢性病患者，至少5天记录一次病程记录。

5、各种化验单、报告单、配血单应及时粘贴，严禁丢失。外院的医疗文件，如作为诊断和治疗依据，应将相关资料记入病程纪录，同时将治疗文件附于本院病历中。外院的影像资料或病理资料，如需作为诊断或治疗依据时，应请本院相关科室医师会诊，写出书面会诊意见，存于本院住院病历中。

（四）、出院病历一般应在3天内归档，特殊病历（如死亡病历、典型教学病历）归档时间不超过1周，并及时报病案室登记备案。

（五）、加强病历安全保管，防止损坏、丢失、被盗等，复印病历时，应由医护人员护送或再病案室专人复印。

（六）、依据《省病历质量管理评价奖惩暂行办法》的要求与规定，建立科室及个人病历书写质量评价通报制度和奖罚机制。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇十一**

（一）建立健全医院病案质量管理机构，完善医院病案质量控制体系，定期开展工作。

四级病案质量监控体系：

1、一级质控团队由科室主任、病案成员（主治医师及以上职称医生）和科室护士长组成。负责科室或病房病历的质量检查。

2. 二级质控部由医院行政职能部门相关人员组成。每月对门诊病案、手术病案、归档病案进行抽查评估，将病案书写质量纳入医务人员综合客观评估数据进行量化管理。

3. 三级质控部由医院病案室专职质量管理医生组成，负责归档病案的检查。

4. 四级质量管理机构由业务总裁或副总裁、经验丰富、责任心强的高级职称医疗、护理、技术人员和主要业务管理部门负责人组成。至少每季度对全院病历质量进行一次评估。

（二）贯彻落实卫生部《病案书写基本规范》、《医疗机构病案管理规定》和《医疗文件规范与管理》的要求，注重对新上岗人员相关病案书写知识和技能的培训，新调任医生和进修医生。

（3）.加强手术病历和归档病历的管理和质量监控。

1.病历（产后）记录、重要抢救记录中的首诊记录、术前谈话、术前总结、手术记录和术后记录，特殊检查、麻醉前讲座、输血前讲座、出院诊断证明等重要记录应由医院主管医师书写或审核签字。手术记录应由操作员或第一助手书写。如果第一助理医师是进修医师，则应由医院医师审核并签字。

2. 患者入院后，主管医师应在8小时内检查患者，询问病史，书写首个疗程记录并处理医嘱。急诊病人应在5分钟内检查和处理病人。原则上，住院病历和首个疗程记录应在2小时内完成。如抢救未及时完成，相关医务人员应在抢救结束后6小时内如实记录并做好记录。

3. 新入院患者应在48小时内有主治医师及以上职称医生的查房记录，一般患者应每周有两次主任医师（或副主任医师）的查房记录并注明。

4. 危重病人的病程应至少每天记录一次。当情况发生变化时，应随时记录，记录时间以分钟为单位。对于重病患者，应至少每2天记录一次病程。病情稳定的患者应至少每3天记录一次。对于病情稳定的慢性病患者，应至少每5天记录一次病程。

5. 各种检验单、报告单、配血单应及时粘贴，不得丢失。如果以其他医院的医疗文件作为诊断和治疗的依据，应在病程记录中记录相关数据，并将治疗文件附在医院的病历中。如果需要将其他医院的影像学数据或病理学数据作为诊断或治疗的依据，应邀请医院相关科室医生进行会诊，撰写书面会诊意见，并保存在医院住院病历中。

（四）出院病历一般在3天内归档，特殊病历（如死亡病历、典型教学病历）归档时间不超过1周，并报病案室登记备案。

（5）加强病案的安全保管，防止损坏、丢失和被盗。复印病案时，医务人员应陪同或病案室专人复印。

（六）建立评估和记录的通报制度和奖惩机制按照《省级病案质量管理考核奖惩暂行办法》的要求和规定，对部门和个人病案书写质量进行处罚。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇十二**

一、患者住院期间，由本院医师按照《病历书写基本规范》要求，建立住院病历，并由所在科室妥善保管，任何人不得涂改、隐匿，销毁，抢夺，窃取，丢失病历。科主任应重视病历质量管理，审查病历文书，根据法律、法规、部门规章规定签名以示负责。

二、严格履行三级医师负责制，出科病历必须经过科室质控医师和科主任严格审核、签名。出院病历一般应在3天内归档，特殊病历(如死亡病历、典型教学病历)归档时间不超过一周，并及时报病案室登记备案。

三、加强病历安全保管，防止损坏、丢失、被盗等，未归档病历需要复印时，应由医护人员护送病案室专人复印。

四、公安、司法机关、保险公司、患者或其代理人需查阅或复印病历时，持规定的相关证件到医务科办理审批手续后，去病案室调阅及复印病历。

五、本院医师因科研、教学需要查阅病历时需经病历所属科室主任签字，经病案室批准后查阅，查阅后立即归还。

六、按照卫生部《医疗机构病历管理规定》，病案室可提供申请人复印或复制的病历资料，包括：住院病历中的住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资

料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

七、凡由我院提供给单位或个人的病历资料一律加盖病案室公章，否则无效。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇十三**

为加强病历管理，保证病历资料客观、真实、完整，维护医患双方的合法权益，按照《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定（20xx年版》等法律法规，结合我院实际情景制定我院病历管理制度：

1、患者住院期间，病历由病区负责保管。

2、患者离院后，病历由病案室负责集中统一保管。

3、病案室按档案管理规定妥善保管病历，并做好防盗、防火及防水工作，确保病历安全。

4、各病历保管单位应采取严密保护措施，严防病历丢失。

5、病案室对所有病历进行编号，病历编号是患者在本院就诊病历档案唯一及永久性的编号。

6、门诊病历由病人自我保管，留观观察病历由医院保管，保存不于少15年。住院病历保存不于少30年，涉及患者个人保密的资料应按照相关法律法规予以保密。

7、严禁任何人涂改、伪造、隐匿及销毁病历。

医师按照卫生部《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和医院《病历书写制度》的规定书写病历，各科室须加强病历的内涵质量管理，重点是住院病历的环节质量监控，为提高医疗质量与病人安全管理持续改善供给支持。

1、住院病历应当按照以下顺序排序：体温单、医嘱单、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、死亡记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料。

2、病案应当按照以下顺序装订保存：住院病案首页、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料、体温单、医嘱单、病重（病危）患者护理记录。

1、患者出院后，主管医师应及时整理病历，由科室质控检查后，3日内送交病案室归档保管，如延长归档时间，将按照医院有关规定给予处罚。

2、病案室管理人员回收归档病历时，应与各临床科室认真核对后当面签收。

3、注意检查首页病历的完整性，不得对回收的病历进行任何形式修改，同时要做好疾病编码与手术名称的分类录入，依序整理装订病历，并按号排列后上架存档。

4、各病区在收到住院患者的各种检验和检查报告单后，应在24小时内归入病历中。

5、对已归档病历而滞留在病区的各种检验和检查报告单，病区应及时交给病案室，由病案室人员负责将检验及检查报告单粘贴和归入该患者的病历中，并做登记记录。

1、除为患者供给诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

2、其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应当向医院医务科提出申请，经同意并办理相应手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊医疗机构。

3、公、检、法、医保及卫生行政单位，需出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明经医务科核准，能够摘录病史，其它任何单位均不能借阅或复印病历。

4、本院医师因医、教、研工作需要查阅病历者在病案室办理相关手续后，方可借阅相关病历。对死亡及有医疗争议等特定范围内的病历，需经医务科批准后借阅；本院医师不得借阅本人亲属及与本人存在利益关系的患者病历。

5、病区和病案室不准擅自接待无相关证明手续的机构和个人查询患者的病历资料。

6、医院职能部门因管理工作需要查阅病历，不受份数限制。病案室应在及时供给所需病历。如无特殊情景，查阅部门应在三周内归还。

8、本院工作人员因工作调离、外出进修、出国等离院时，必须办妥病历归还手续，有关部门应根据病案室认可印章后，再办理相关离院手续。

医院病案室负责受理下列人员和机构的申请，并按规定供给病历复制或者查阅服务，受理申请时，应当要求申请人供给有关证明材料，并对申请材料进行审核。

1、患者本人或者其委托代理人；

2、死亡患者法定继承人或者其代理人。

3、申请人为患者本人的，应当供给其有效身份证明；

4、申请人为患者代理人的，应当供给患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系和授权委托书；

5、申请人为死亡患者法定继承人的，应当供给患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；

6、申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当供给患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

7、医院能够为申请人复制门（急）诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志（入院记录）、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

8、公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员供给以下证明材料后，医疗机构能够根据需要供给患者部分或全部病历：

（1）该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明；

（2）经办人本人有效身份证明；

（3）经办人本人有效工作证明（需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致）。

（4）保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当供给保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当供给保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

9、按照《病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，申请人要求复制病历时，能够对已完成病历先行复印，在医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行复印。

10、医院受理复制病历资料申请后，由指定医教科通知病案室，并在申请人在场的情景下复制；复制的病历资料经申请人和医教科确认无误后，加盖医院公章证明印记。

11、医院复制病历资料，能够按照规定收取工本费。

1、发生医疗纠纷争议需要封存病历时，应当在医教科、患者或者其代理人在场的情景下，对病历共同进行确认，签封。

2、医院申请封存病历时，应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医院能够在公证机构公证的情景下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

3、医教科负责封存病历的保管。

4、封存后病历的原件能够继续记录和使用。

按照《病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，能够对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

5、开启封存病历应当在签封各方在场的情景下实施。

1、按照我院《住院病历质量考核规定》执行。

2、病历质量必须贴合我院《住院病历质量评分表》、《运行病历质量评分表》中有关的质量要求。

3、各科主任对病历质量负全面职责。转科病历由出院科室对病历质量全面负责。

1、违反病案管理制度，泄露患者住院资料，造成侵犯患者保密权者；

2、涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料者；

3、抢夺病历者；

4、遗失病历者。

**病历制度管理文件 病历管理制度的基本要求篇十四**

（一）凡出院（死亡）72小时后的病案都应回收到病案室，复印病历有关资料必须在病历归档后到病案室办理。特殊情况由医务科及时办理。

（二）患者的住院病历应由所在病区负责集中、统一保管。病区应当在收到住院患者的化验单（检验报告）、医学影像检查资料等检查结果后24小时内归入住院病历；病历已回病案室的结果检查单，要到病案室补贴。

（三）住院病历因医疗活动需要带离病区时，应当由病区指定专门人员负责携带和保管；病人转科时，病历不得交病人或家属转送；病人转院时，病历不得借出。

（四）病区医务人员应当严格病历管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历资料。除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，病人或家属不得擅自查阅病历，采用非法手段（如偷窃、抢夺）获取的病历资料视为无效。

（五）因医疗、科研、教学需要查阅病历的，必须是医院医护人员持签名的借阅单，到病案室登记查阅，阅后立即归还，不得随意带出病案室。如必须借出时，需办理借阅手续，并在2周内归还，过期归还者按违规处罚。

（六）严禁我院医务人员违反规章制度帮助患者复印或者复制病历的有关资料，一经发现将严肃处理，其造成的不良后果自负。

（七）病历封存的处理程序：

封存病历原件者-医患双方在场-双方签字封存（病案室留复印件）。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找