

浙江省住院病历质量检查评分表（2021 版）

医院： 科室： 主管医师： 患者姓名： 病案号： 得分：

项目	分值	检 查 要 求	评 分 说 明	扣 分 及 理 由
病案首页	10	1. 患者基本信息填写完整、正确。 2. 诊断正确、完整、规范，主要诊断选择正确，编码符合要求。 （注：考核医师病历质量时，编码不做要求） 3. 手术/操作填写完整，主要手术/操作选择正确，编码符合要求。 （注：考核医师病历质量时，编码不做要求） 4. 入院途径、入院病情、损伤、中毒、药物过敏、血型、离院方式、是否有出院 31 天内再住院计划及昏迷时间等填写完整、正确。 5. 其他：首页填写符合基本要求，其余项目填写完整。 6. 患者出院后 24 小时内完成。	1. 患者基本信息错误（姓名、性别、身份证号码等）单项否决。 2. 主要诊断填写或编码错误单项否决，其他诊断填写错填/漏填、编码错编/漏编扣 1 分/处。 3. 主要手术/操作填写或编码错误单项否决，其他手术/操作错填/漏填、编码错编/漏编扣 1 分/处。 4. 项目填写错误或漏填扣 1 分/处。 5. 其余信息错误或漏填扣 0.5 分/处。 6. 未按时完成扣 5 分。	
入院记录	书写时限	入院记录于患者入院 24 小时内完成。	未在 24 小时内完成扣 5 分。	
	主 诉	简明扼要，能导出第一诊断；原则不用诊断名称（病理确诊、再入院除外）。	在病史中发现有主要症状未写或不能导出第一诊断，扣 1 分；持续时间不准确扣 0.5 分，无近况描述扣 0.5 分。	
	现 病 史	1. 发病情况。 2. 主要症状特点及其发展变化情况，有鉴别诊断意义的资料和伴随症状。 3. 发病以来诊治具体经过及结果，如手术、用药情况等。 4. 发病以来一般情况（饮食、精神、睡眠、大小便等）。 5. 记录与本次疾病虽无紧密关系、仍需治疗的其他疾病情况。	1. 发病的时间、地点、起病缓急，可能的原因不清楚，扣 0.5 分/次。 2. 按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度以及演变与伴随症状；缺扣 0.5 分/处。 3. 记录入院前，接受检查、治疗经过及效果，缺扣 0.5 分/项。 4. 未记录一般情况，扣 0.5 分/处。 5. 如有其他需治的疾病未记录扣 0.5 分/项。	
	既往史	1. 既往一般健康情况，心脑血管、肺、肝、肾、内分泌系统重要的疾病史；食物、药物过敏史。 2. 记录患者手术、外伤史，传染病史，输血史，预防接种史、用药史。	1. 重要脏器疾病史缺扣 0.5 分/处；缺食物、药物过敏史扣 2 分，未在首页中填报扣 1 分。 2. 记录缺失扣 0.5 分/项。	
	个人史 婚 育 史 月 经 史 家 族 史	1. 个人史：出生地及长期居留地，生活习惯及嗜好，职业与工作条件，毒物、粉尘、放射性物质接触史，冶游史。 2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶及子女健康状况。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，有无遗传倾向疾病。	1. 个人史缺扣 1 分，记录不规范扣 0.5 分。 2. 婚育史或月经史缺扣 1 分，记录不规范扣 0.5 分/处。 3. 家族史缺或未描述父母情况扣 1 分，不规范扣 0.5 分/处。	
	专项评估	评估患者当前用药、疼痛、康复、心理、营养、VTE 风险及宗教信仰等。	未评估扣 1 分/项，不规范扣 0.5 分/项。	
	体格检查	1. 体检表项目填写完整、准确、规范。 2. 记录专科检查情况，包括与鉴别诊断有关的体检内容。	1. 记录体检结果与患者实际情况不符，扣 1 分/项，缺项扣 0.5 分/项。 2. 专科检查不全面、不准确，或缺应有的鉴别诊断体征扣 0.5 分/处；肿瘤患者或有鉴别诊断意义者未记录相关区域淋巴结，扣 1 分。	
	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，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称、检查时间。	未记录辅助检查与结果，扣 0.5 分/项；其他医疗机构检查记录不规范扣 0.5 分/项。	
诊 断	1. 诊断书写准确，初步诊断合理、全面，与病史记录相一致。 2. 修正、补充诊断，在病程录中有相应诊断依据的记录。	1. 诊断错误（如部位、疾病名称）单项否决；不全面、不合理或排序有缺陷扣 1 分/项；使用不通用的中文与英文简称，扣 1 分/处。 2. 修正、补充诊断不规范或病程录中无相应依据记录，扣 2 分/项。		

	首次病程录	6	<ol style="list-style-type: none"> 首次病程记录于患者入院8小时内由本院经治或值班执业医师书写。 病例特点：对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳写出本病例特点。 拟诊讨论：根据病例特点，分析诊断依据作出初步诊断。如诊断不明应写鉴别诊断分析。 诊疗计划中提出具体的检查及治疗措施安排。 	<ol style="list-style-type: none"> 未在8小时内完成或由非执业医师书写扣5分。 未归纳出病例特点，单项否决，依据不充分扣1分。复制现病史内容的单项否决。 需写鉴别诊断，未按要求写扣1分，如不全面扣0.5分。 诊疗计划不全、检查或治疗措施不具体扣0.5分/处。 	
	上级医师查房记录	5	<ol style="list-style-type: none"> 主治以上职称医师首次查房记录于患者入院48小时内完成，记录对病史、查体有无补充、初步诊断、诊疗计划。日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，每周至少有3次查房记录。（注：主治医师参与副主任医师查房，可注明查房人员，合并记录） 每周至少2次副高以上医师（或医疗组长）查房记录，对危重、疑难、抢救患者必须查房，应记录病情分析及具体诊疗意见。 科室疑难病例由科主任及时组织讨论，记录内容包括患者病情、讨论时间、地点、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、记录人、讨论结论、主持人审核签字。 	<ol style="list-style-type: none"> 主治以上职称医师首次查房记录未在48小时内完成扣5分（主治医师书写首次病程记录的可代替）；每周查房记录少于3次扣2分/次；查房记录内容太简单扣1分；上级医师查房未签名扣1分。 缺副高以上医师（或医疗组长）查房记录单项否决；每周查房记录少于2次扣2分；对危重、疑难、抢救患者查房不及时扣2分；内容不具体或不规范扣1分/处。 疑难病例讨论记录不规范扣1分，无主持人小结扣0.5分。 	
病程记录	日常病程记录	18	<ol style="list-style-type: none"> 诊疗过程符合医疗原则和规范，诊疗计划调整及时、合理。患者症状、体征、病情改变应记录分析其原因，有针对性观察并记录所采取的处理措施和效果；重要诊疗措施或医嘱更改记录理由、注意事项及效果。 按规定书写病程记录，入院、术后或转科后至少要连记3天，病危随时记至少每天1次，病重至少每2天记1次，病情稳定至少每3天1次；病情变化及时记录。 放化疗、康复治疗等有相应医嘱、记录治疗方案及依据，治疗过程有评估，记录完整、规范。 重要化验、特殊检查（如CT/MRI）、病理检查等有医嘱、报告，异常结果有记录和分析，有处理措施、效果观察。 危急值的报告时间、结果、临床意义、处置措施、效果观察等在病程中记录。 符合抗菌药物临床应用原则（含围手术期预防用药），依据充分，应用规范，记录完整。使用或更改抗菌药物应记录原因，及时评价用药效果。抗菌药物医嘱规范，开立权限符合要求。 交接班记录（变更医疗组长）、转科记录、阶段小结应在24小时内完成。交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。 抢救记录应在抢救结束后6小时内完成，并注明补记。内容包括记录时间、病情变化情况、抢救时间（具体到分）及措施，参加抢救医务人员姓名及职称，抢救记录内容与抢救医嘱一致。 出院前48小时内应有上级医师同意出院的病程记录。 补充、修正诊断在病程有记录。 有创诊疗操作结束及时书写记录，内容包括操作名称、时间、简要步骤、结果及患者一般情况，有无不良反应，术后注意事项及时向患者言明，操作医师签字。 输血必须有输血前化验检查（急诊术前留标本供术后补查）；有医嘱、24小时内病程中应有记录，内容包括使用指征、血型、血液成分、数量、起始时间、有无不良反应等；输血后应有效果评价。 	<ol style="list-style-type: none"> 严重违反诊疗规范和用药原则（包括剂量）单项否决；诊疗过程欠合理，计划调整欠及时的酌扣2~5分，病情及诊疗记录书写不规范，扣1分/处。采取/更改重要诊疗措施或医嘱无记录分别扣2分/处。 未按规定常规记录病程扣2分/处；病情变化、新的阳性发现须有处理记录，如缺扣2分/处；病情危重者记录不及时扣3分；医护记录不一致者扣2分。 缺放化疗、康复治疗等治疗记录单扣5分；记录不规范酌扣1-2分。 重要辅助检查缺医嘱或报告，异常结果无记录与分析扣2分/项，记录不规范1-2分。 缺危急值处理记录单项否决，记录不规范扣0.5分/处。 严重违反抗菌药物使用原则单项否决。抗菌药物应用不合理酌扣2~5分；使用抗生素前有样必采，送培养，不符扣2分；缺抗菌药物使用记录扣2分，不规范扣1分；违反权限管理要求扣3分。 缺交接班记录、转科记录、阶段小结各扣5分/处。接班（科）记录未在接班（科）24小时内完成2分/处。 抢救记录未在抢救结束6小时内完成单项否决；抢救记录与抢救医嘱不一致扣2分/处，内容不规范扣1分/处。 出院无上级医师（主任、副主任、主治）同意意见扣1分。 未记录扣2分/处。 有创诊疗操作记录缺扣5分/处。记录不规范扣0.5分/处，无操作医师签名扣1分。 无输血前化验检查及输血医嘱扣5分；24小时内未记录输血情况及不良反应情况扣1分，余酌扣0.5~1分；缺效果评价的扣1分。 	

围手术期 相关记录	12	<ol style="list-style-type: none"> 1. 术前有主刀医师查房记录（急诊手术除外），可与术前讨论记录/术前小结合并书写，内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称、麻醉方式、可能出现的意外及防范措施、注意事项、主刀查房意见等，注明参加讨论者的姓名及职称等，由主刀医师审核签字。 2. 麻醉术前访视记录、麻醉记录、麻醉术后访视记录、手术清点记录内容完整、规范。手术安全核查表、手术风险评估表内容完整，手术、麻醉医师和巡回护士三方核对并签字。 3. 手术记录由术者书写，一助书写时，应有术者签名。应在术后24小时内完成，病情危重者术后即刻完成。内容包括一般项目、手术日期、术前诊断、术后诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术一般情况、手术经过、术中发现（含冰冻病理结果）及处理、切下标本处理、内植物，出血、输血及并发症情况等。 4. 术中改变预定术式，须有术中谈话告知记录。 5. 术后首次病程录于术后及时完成、内容包括（术中所见、患者的生命体征、术后处理与注意事项；术后谈话由患方、主刀或一助医师签名）。术后首次病程录可与术后谈话合并书写。 6. 术后诊疗措施合理，并发症处理及时，记录完善；主刀医师术后24小时内完成查房（院外专家主刀可由一助代替）； 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 术前谈话、术前主刀查房、术前小结缺失任一项记录扣5分，记录不规范扣1分/处，未经主刀医师审核签字扣1分。 2. 缺失任一项记录扣5分；记录缺项或不规范，扣1分/处；手术安全核查记录、手术风险评估表内容或三方签字不完整，扣1分/处。 3. 缺手术记录、非主刀或一助书写单项否决；未在24小时内完成扣5分、一助书写的无主刀医师签字扣2分（外院医师主刀除外），记录内容缺项或错误扣1分/处；内植物使用未记录或记录错误扣2分；术中用药（麻醉用药以外的药品）、输血未记录扣2分。 4. 术中改变预定手术方案未履行知情同意单项否决；内容评分同前。 5. 缺术后首次病程录或术后谈话记录单项否决；缺术中情况、术后生命体征、术后处理和注意事项，扣1分/处。 6. 术后诊疗措施不合理、并发症发现和处理不及时酌扣2~5分；缺主刀医师术后查房扣3分，记录不规范扣0.5分/处。 	
出院（死亡）记录	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. 于患者出院（死亡）24小时内完成，内容包括：主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院（死亡）诊断、出院医嘱及注意事项。死亡记录内容除上述要求外，应记录病情演变、抢救经过、死亡原因、死亡时间具体到分。由上级医师（主治及以上）签名。 2. 死亡病例讨论记录在患者死亡1周内完成，由科主任主持讨论，内容包括讨论日期、地点、主持人、死亡诊断、死亡原因及参加人员姓名、专业技术职务及主持人小结意见及签名。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 出院（死亡）记录未在24小时内完成单项否决；内容不全面酌扣0.5~1分/项；出院药物医嘱不具体或注意事项无针对性扣1分；死亡记录中无死亡原因和时间，扣2分。 2. 死亡病例讨论未在1周内完成单项否决；记录内容不规范酌扣1~2分。 	
知情同意书	10	<ol style="list-style-type: none"> 1. 成年患者知情同意文书原则上应由本人签字；非患者本人签署的医疗文书，须由患者签署授权委托书，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并注明与患者的关系。 2. 手术、麻醉、输血、特殊检查、特殊治疗等实施前应规范签署知情同意书，告知内容中应有替代方案说明。 3. 入院72小时内应有病情沟通谈话记录，内容符合规范。手术患者72小时内手术的，手术知情同意可视为72小时内谈话记录。入院后诊断治疗与病情有重大变化，应有相关知情告知的记录，病危（重）者要及时发病危（重）通知，要有患方的签字及时间。 4. 自动出院、选择或放弃抢救措施应有患者或代理人签署意见并签字，患方拒绝签字的要说明原因。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非患者或法定代理人签署医疗文书，缺授权委托书的单项否决，授权书重大缺陷而无效的，视为缺失；授权书不规范酌扣0.5~2分。 2. 知情同意书缺失或无效单项否决；无替代方案扣2分，告知不规范扣1分/处。 3. 缺相应谈话沟通记录、无病危（重）通知单项否决；告知不规范扣1分/处。 4. 缺知情告知单项否决；告知缺陷，不规范扣1分/处，患方拒绝签字未说明原因扣1分/处。 	
会诊记录	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. 普通会诊应当由会诊医师在会诊申请发出后24小时内完成。 2. 会诊申请单记录患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的等，申请会诊医师签字。 3. 会诊记录内容包括会诊医师所在的科别、会诊时间、会诊意见及会诊医师签字，外院医师会诊应注明医疗机构名称等。 4. 病程记录中要记录会诊意见执行情况。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 普通会诊未按时完成1次扣2分。 2. 会诊单不规范或缺项，扣0.5分/处。 3. 会诊记录内容不规范或缺项，扣0.5分/处；院外会诊记录不符合规定扣0.5分/处。 4. 病程记录中未记录会诊意见执行情况，扣1分/处。 	

医嘱单	2	1. 医嘱内容应当清楚、完整、规范，禁止有非医嘱内容。 2. 每项医嘱应有明确的开具或停止时间，并有医师签名。（使用工号密码管理的医嘱系统无需手工签名。）	1. 书写不清不能辨明内容，或出现非医嘱内容的扣 1 分。 2. 医嘱单记录不规范，扣 0.5 分/处；补记医嘱未予说明的扣 1 分/次。	
书写基本要求	4	1. 病历资料完整，记录内容应客观准确不相互矛盾，合理复制病历内容。 2. 非执业医师书写的病历应有执业医师审核签字；下级医师书写的上级医师查房记录应有查房医师审核签字。 3. 病历修正应该用双划线划去，在其旁修正与补充，有修正人签名和时间，不得刮、粘、涂等掩盖或删除原有字迹。 4. 打印病历字迹清晰，手工书写的内容应字迹清楚，病历排序正确，页码标示准确，相关人员亲笔签字、可辨。	1. 病历资料缺失或误归入单项否决；不合理复制或因复制导致严重错误的单项否决；不当复制酌扣 1-3 分。 2. 非执业医师书写的病历无执业医师审核签字单项否决；其他情况未签字或签字不符合要求扣 0.5 分/处，最高扣 2 分。（电子病历系统符合电子签名管理要求的无需手工签字） 3. 修正不符合要求扣 0.5 分/处，粘贴、涂改扣 1 分/处。 4. 打印病历字迹不清扣 1 分/页，手书字迹潦草视酌扣 1~2 分，页码标示全缺扣 1 分，病历排序不正确扣 1 分。	

备注：1. 本表依据国家健康委、本省的书写规范制订。2. 本表适用于三、二级各等级医院，专科医院参照执行。3. 手书、电脑打印病历应符合本规范内容。4. 总分为 100 分，按检查要求与评分说明分别评。5. 再入院、入院不足 24 小时出院或死亡记录按“规范”要求另行评分。6. 单项否决指标计时扣 10 分，不累积扣分。7. 评分表如涉及重复评分项目的，不重复扣分。8. 评分 90 分以下为乙级病历，80 分以下为丙级病历。

检查者_____ 检查日期_____