

<<病历书写规范>>

图书基本信息

书名：<<病历书写规范>>

13位ISBN编号：9787810890939

10位ISBN编号：781089093X

出版时间：2003-1-1

出版时间：东南大学出版社

作者：唐维新

页数：311

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<病历书写规范>>

前言

医政管理规范、临床操作常规、诊疗技术标准是医院工作和医务人员医疗行为的重要依据，是医院工作科学化、规范化、制度化、标准化的重要保证。

自20世纪80年代初以来，江苏省卫生厅陆续出台了《病历书写规范》等多部医政管理规范、临床操作常规和诊疗技术标准。

多年的实践证明，这些规范、常规、标准具有一定的科学性和实用性，对加强医院科学管理、提高医疗护理质量、保障医疗安全，发挥了良好作用。

面对医疗卫生法律法规逐步健全，当代医学科学技术迅猛发展，先进临床诊疗技术的广泛应用，医学模式转变，人民群众医疗服务需求不断提高等新形势，原有的规范、常规、标准有不少不相适应之处，急需进行修订、完善。

为此，江苏省卫生厅在原有规范和广泛征求意见的基础上，组织有关专家，历时一年多修改、编写了医政管理规范、临床操作常规和诊疗技术标准，并将陆续出版发行。

这一系列规范、常规、标准除了在文字上力求精练、明确外，在内容上尽量体现“全面、新颖、实用”三大特色。

所谓“全面”，是指内容涵盖了现有施行的医疗卫生法律、法规、规章、规范、常规、标准；所谓“新颖”，是指吸取了临床、医技等各学科、领域的新理论、新技术、新成果，适应了医疗卫生管理法律、法规的新规定、新要求、新举措；所谓“实用”，是指从当前医院管理和临床、医技工作的实际出发，力求切实可行，同时又适当考虑到发展的前景，既立足江苏，又面向全国，以便更好地适应医政管理和医院工作的需要。

<<病历书写规范>>

内容概要

《病历书写规范》共分十章。

第一章为病历书写的基本规则和要求；第二章为病历的格式与内容；第三章为各专科病历书写要求；第四章为中医科病历书写要求；第五章为病程记录及其他记录书写要求；第六章为常用检查申请单、报告单书写要求；第七章为护理文件书写要求；第八章为病历管理；第九章为病历表格；第十章为附录。

《病历书写规范》内容全面、新颖、实用，体现时代特征、社会进步、学术发展和管理要求；有利于医政管理，适应《执业医师法》、《医疗事故处理条例》等法律、法规实施的需要。适合各级医疗机构使用，是广大医务人员及医院管理者的必备工具书，也可作为医学院校卫生管理专业、临床、医技和护理专业老师、学生的参考用书。

<<病历书写规范>>

书籍目录

第一章 病历书写的基本规则和要求第二章 病历的格式与内容第一节 门诊病历第二节 住院病历第三节 入院记录第四节 再次住院病历(再入院记录)第五节 24小时内入、出院记录或24小时内入院死亡记录第三章 各专科病历书写要求第一节 呼吸内科病历书写要求第二节 消化内科病历书写要求第三节 心血管内科病历书写要求第四节 肾脏内科病历书写要求第五节 血液病科病历书写要求第六节 内分泌科病历书写要求第七节 风湿病科病历书写要求第八节 神经内科病历书写要求第九节 精神科病历书写要求第十节 肺结核病病历书写要求第十一节 感染病科病历书写要求第十二节 急性中毒病历书写要求第十三节 普外科病历书写要求第十四节 胸外科病历书写要求第十五节 泌尿外科病历书写要求第十六节 骨科病历书写要求第十七节 神经外科病历书写要求第十八节 烧伤科病历书写要求第十九节 整形外科病历书写要求第二十节 儿外科病历书写要求第二十一节 妇科病历书写要求第二十二节 产科病历书写要求第二十三节 儿科病历书写要求第二十四节 新生儿病历书写要求第二十五节 儿科各专业病历书写要求第二十六节 眼科病历书写要求第二十七节 耳鼻咽喉科病历书写要求第二十八节 口腔科病历书写要求第二十九节 皮肤科病历书写要求第三十节 介入放射科病历书写要求第四章 中医病历书写要求第一节 门诊病历第二节 住院病历第三节 入院记录第五章 病程记录及其他记录书写要求第一节 病程记录第二节 上级医师查房记录第三节 交(接)班记录第四节 会诊申请和会诊记录第五节 转出(入)记录第六节 病例讨论记录第七节 手术前小结第八节 手术记录第九节 手术后病程记录第十节 麻醉记录第十一节 出(转)院记录第十二节 死亡记录第十三节 同意书第十四节 住院病案首页填写说明及要求第六章 常用检查申请单、报告单书写要求第一节 检验申请单、报告单第二节 病理检查申请单、报告单第三节 x线检查申请单、报告单第四节 CT、MRI、DSA检查申请单、报告单第五节 超声检查申请单、报告单第六节 内窥镜检查与治疗申请单、报告单第七节 心电图检查申请单、报告单第八节 脑电生理(脑电图、脑地形图、诱发电位)、多普勒检查申请单、报告单第七章 护理文件书写要求第一节 体温单第二节 医嘱和医嘱单第三节 长期医嘱执行单第四节 护理记录单第五节 手术护理记录单第八章 病历管理第一节 病历排列次序第二节 病历管理要求第三节 病历质量评定标准第四节 电子病历第九章 病历表格第一节 病历表格印制规范第二节 检验申请单、报告单印制规范第三节 表格式记录式样1. 住院病案首页2. 中医住院病案首页3. 住院病历4. 神经内科入院记录5. 精神科入院记录6. 肺结核病入院记录7. 肿瘤内科入院记录8. 急性中毒入院记录9. 慢性肾衰竭血液净化入院记录10. 颅脑外伤入院记录11. 神经外科(肿瘤)入院记录12. 神经外科(脑血管病)入院记录13. 烧伤入院记录14. 妇科入院记录15. 产科入院记录附：待产记录产程进展图产时记录剖宫产手术记录产后记录新生儿记录16. 计划生育科入院记录附：中期妊娠引产产时记录中期妊娠引产产后记录.....第十章 附录

<<病历书写规范>>

章节摘录

插图：6.报告单一式两份，正页归入病历或交患者，副页登记存档。

第六节 内窥镜检查与治疗申请单、报告单1.申请单由经治医师按规定逐项填写，医师签全名或盖印章。

2.急诊或需紧急检查者，应在申请单右上角注明“急”字。

3.申请单应简明书写病历摘要，有关的实验室检查、影像检查结果和过去内镜检查的结果，临床诊断，检查治疗目的和要求。

4.报告单必须逐项正确填写，一般项目、检查号、检查日期、报告日期必须填写清楚；检查医师签全名或盖印章。

5.报告内容应包括病变部位、大小、深浅、形态、性质，分泌物、异物名称、数量和部位，检查部位，活检组织块数，涂片张数，治疗方法，麻醉方法。

6.报告单一式两份，正页归入病历或交患者，副页登记归档。

第七节 心电图检查申请单、报告单1.申请单由经治医师按规定逐项填写，医师签全名或盖印章。

2.急诊或紧急检查，应在申请单右上角注明“急”字，需到病室检查者应在申请单上注明。

3.申请单应简明书写病历摘要、心脏用药情况、临床诊断，如有特殊要求需予注明。

4.检查报告单须逐项正确填写：一般项目、检查日期、报告日期必须填写清楚；检查医师签全名或盖印章。

<<病历书写规范>>

编辑推荐

《病历书写规范》：医政管理规范之一

<<病历书写规范>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>