# 最新病历书写规范及病历管理制度（精选6篇）

来源：网络 作者：青苔石径 更新时间：2024-12-20

*病历是医疗活动中形成的文字、符号、图表、影像等资料的总结，记录了患者的疾病发生、发展、诊断、治疗情况。病历不仅真实反映患者病情，也直接反映医院医疗质量、学术水平及管理水平‌。以下是小编为大家整理的关于的内容，供大家参考，希望能够给大家带来借...*

病历是医疗活动中形成的文字、符号、图表、影像等资料的总结，记录了患者的疾病发生、发展、诊断、治疗情况。病历不仅真实反映患者病情，也直接反映医院医疗质量、学术水平及管理水平‌。以下是小编为大家整理的关于的内容，供大家参考，希望能够给大家带来借鉴或帮助。

**病历书写规范及病历管理制度 1**

1、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。

2、贯彻执行卫生部及我省《病历书写规范》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。

3、加强对运行病历和归档病案的管理及质量监控。

4、出院病历一般应在7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10天，并及时报病案室登记备案。

5、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由病案室专人复印。

6、各医院的临床科室应建立科室及个人病历书写质量评价通报制度和奖罚机制。

7、发生医疗事故争议时，可以根据患者的要求对病历进行封存，封存病历应有医患双方签字，封存的病历由医务科保管，封存的病历可以是复印件。

8、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，其他人员均不得擅自借阅该患者的病历，借阅病历要办理借阅手续。

9、本院医师经医务科批准后，方可借阅死亡及有医疗争议等特定范围内的病历，但不得借阅本人亲属及与本人存在利益关系的患者病历。

10、住院病历至少保存30年，涉及患者个人隐私的内容应按照《保密法》予以保密。

**病历书写规范及病历管理制度 2**

第一章总则

第一条

为了加强病历管理工作，制定本规定。

第二条

医师严格按照卫生部、国家中医药管理局下发的《病历书写基本规范》的要求，书写病历并签名。

第三条

住院医师负责病历书写，科主任或主治医师负责病历的审核。特殊情况由科室主治以上医师书写。实习医师不能代替住院医师书写入院记录，其书写的病程记录及进修医师书写的病历内容须本院上级医师审核签字。科主任是病历管理的责任人。医务科负责病历管理的监督检查。

第二章

病历检查管理的基本要求

第四条

病案室按时反馈当月检查情况。各科科主任每月应至少抽查10份本科室病历，了解病历书写情况，加强病历书写管理。

第五条

医务科组织专家对每份出院病历进行检查，并建立专业人员的.技术档案，将病历书写检查情况记录在案，作为评选先进、晋升职称的依据。

第六条

病历检查的重点

(一)病历书写是否真实、清晰，表达是否准确。

(二)各项记录是否在规定时限内完成

1各项记录完成时间

入院记录在患者入院后24小时内完成。

首次病程记录在患者入院后8小时内完成。

出院记录在患者出院后24小时内完成。

死亡记录在患者死亡后24小时内完成。

手术记录由术者在术后24小时内完成。

抢救记录在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

2病程记录时间

病危患者随时记录病情变化，每天至少一次，记录时间具体到分钟。

病重患者至少2天记录一次病程。

病情稳定的患者至少3天记录一次病程。

术前及出院前一天需有病程记录。

手术患者的病程记录中要反映术前术者看患者的情况。

有手术前、后麻醉医师查看患者的记录。

术后前三天每天至少记录一次病程。

患者住院时间超过一个月，每月须做一次病情小结。

患者经治医师发生变更之际，须写交、接班记录。

3上级医师查房记录

患者入院48小时内必须有主治以上医师或科主任查房及初步诊断治疗意见。

疑难患者必须有科主任或主治医师查房及病例讨论记录。

病危患者每天要有上级医师查房记录。

病重患者至少3天有一次上级医师查房记录。

病情稳定患者5天内必须有上级医师查房记录。

4需要手术、特殊检查和治疗应有知情同意书。

第七条

各临床科室、科主任、医务科要认真做好环节病历检查和终末病历质量检查，科主任应加强对环节病历抽查工作。病历回病案室前，科主任负责病历全面检查并填写检查表作出质量评估，检查表随出院病历一起完成，由病案室收回。医务科组织专家对病历进行检查评估。

第八条

医务科每月在一定范围内通报各科病历管理情况。

第三章

病历检查结果的奖罚

第九条

每出现一份乙级病历扣奖金xx元;每出现一份丙级病历扣奖金xx元。科主任根据当事医师病历缺陷中的责任大小处罚至个人。

第十条

年度内出现一份丙级病历或三份乙级病历者还将受到以下处理

对当事人所在科室主任予以全院通报。

第十一条

对病历其他缺陷纳入病历管理中扣分。

第十二条

对终未病历质量检查评分，当月进行公示。

第十三条

有丙级病历或全年共发生3%乙级病历的科室不能参加先进科室的评选。

第四章附则

第十四条

乙级病历定义

存在以下重大质量缺陷之一者为乙级病历

(一)首页医疗信息未填写。

(二)传染病漏报。

(三)缺首次病程记录或首次病程记录中缺主要诊断的诊断依据、鉴别诊断及诊疗计划。

(四)缺由科主任或主治及以上的上级医师签名确认的诊疗方案(或手术方案)。

(五)危重患者住院期间缺科主任或主治主任医师以上人员查房记录。

(六)缺手术记录。

(七)死亡病例缺死亡前的抢救记录。

(八)缺出院记录或死亡记录。

(九)开展的新手术(技术)与大型手术缺由科主任或授权的上级医师的签名确认。

(十)缺有创检查(治疗)、手术同意书、病情知情同意书或缺患者(委托人)签字。

(十一)缺对诊断、治疗起决定性作用的辅助检查报告单。

(十二)有证据证明病历记录系拷贝行为导致的原则性错误。

(十三)缺整页病历记录造成病历不完整。

(十四)有明显涂改。

(十五)在病历中模仿他人或代替他人签名。

第十五条

丙级病历定义。在终末病历中缺入院记录或存在三项以上本规定第十四条所列缺陷。

第十六条

环节病历检查为患者仍在住院中，对病历重点环节的检查。

第十七条

终末病历质量检查是指病历回病案室存档前全面检查。

第十八条

本规定自20xx年2月16日修订通过并执行。

第十九条

本规定由医务科负责解释。

**病历书写规范及病历管理制度 3**

(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。

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内容，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、责任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各科室病历质量的评价，特别是重视对病历内涵质量的审查。

(二)贯彻执行卫生部及我省《病历书写规范》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、特殊有创检查、麻醉前谈话、输血前谈话、出院诊断证明等重要记录内容，应由本院主管医师书写或审查签名。手术记录应由术者书写，特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。

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，入院记录原则上应在24小时内完成;首次病程记录原则上应在小时内完成;抢救记录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，一般患者每周应有至少1--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;死亡记录应在患者死亡后24小时内完成;死亡讨论应在患者死亡后一周内完成，应由科主任或副主任医师主持下进行，死亡讨论综合意见记入病历中。

5.阶段小结：

(1)第1次阶段小结应在住院后4周完成;

(2)以后每个月写1次阶段小结。

6.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，应将相关内容记入病程纪录，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。

7.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。

8.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由病案室专人复印。

9.各医院的临床科室应建立科室及个人病历书写质量评价通报制度和奖罚机制。

10.发生医疗事故争议时，可以根据患者的要求对病历进行封存，封存病历应有医患双方签字，封存的病历由医务处保管，封存的病历可以是复印件。

11.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，其他人员均不得擅自借阅该患者的病历，借阅病历要办理借阅手续。

12.本院医师经医务科批准后，方可借阅死亡及有医疗争议等特定范围内的病历，但不得借阅本人亲属及与本人存在利益关系的患者病历。

13.住院病历至少保存30年，涉及患者个人隐私的内容应按照《保密法》予以保密。

**病历书写规范及病历管理制度 4**

参保病人病历是记录诊疗活动的真实记录，是核查医保政策执行情况的原始资料。为规范保险病人的.病历书写，制定以下制度。

1、病人住院期间，其住院病历由所在科室负责整理、统一保管。科室应将收到的住院病人的检查报告等结果于24小时内归入住院病历。病人出院后的住院病历由病案室负责保管。

2、科室必须严格保管病历，严禁病人翻阅病历。严禁隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

3、科室经治医生必须如实询问病史，准确记录，如出现因记录失实问题影响患者报销的，由当事人负责。

4、科室诊疗活动必须如实记录医嘱，如因医嘱不符合医保规定，后果由当事人负责。

5、辅助检查，必须下医嘱，在病程记录中有上级查房意见，常规检查外的辅助检查要说明检查的原因。检查分析结果必须体现在病程记录中。

6、出院诊断、病种定额、辅助检查之间，必须具备严格的逻辑判断关系，严谨套用病种、诊疗目录。

**病历书写规范及病历管理制度 5**

一、病历书写一般要求

1、病历书写应符合卫生部《病历书写基本规范(2024版)》和山东省卫生厅《山东省病历书写基本规范( 2024 年版)》的相关规定，并在此基础上实施下列规范。

2、病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

3、病历书写应该按照规定的格式和内容在规定的时限内由符合资质的相应医务人员书写完成。

4、病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

5、病历书写应规范使用医学术语，表述准确，语句通顺，标点正确。

6、上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

7、病历应当按照规定由相应的医务人员书写签名。各级医务人员只能签自己的名字，不得模仿或替代他人签名。实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

8、病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。一般时间记录年、月、日、时，急诊病历、病危重患者病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间等需记录至分钟。

9、病历中各种记录单眉栏填写齐全(姓名、住院号等)，标注页码，排序正确。每一内容从起始页标注页码，如入院记录第1、2......页，病程记录第1、2......页等。

10、各种辅助检查报告单要按规定填写完整，不得空项。在收到患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等检查结果后24小时内归入病历。

11、对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。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;患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字;为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

12、因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

二、门(急)诊病历书写基本要求

1、门(急)诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

2、初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

3、复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

4、急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

5、患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

二、门(急)诊病历书写基本要求

1、门(急)诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

2、初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

3、复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

4、急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

5、门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

6、急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门(急)诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

三、住院病历书写的基本要求

(一)病案首页

准确地填写首页各个项目，对个人信息要核实、不能空项

(二)入院记录

1、要求入院24小时内由经治医师完成入院记录。

2、一般项目填写齐全。

3、主诉体现促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间;能导出第一诊断。

4、现病史必须与主诉相关、相符;能反映本次疾病起始、演变、诊疗过程;要求重点突出、层次分明、概念明确、运用术语准确，有鉴别诊断相关资料。

5、既往史、个人史、婚育史、月经史、家族史齐全。

6、体格检查项目齐全，要求按照系统循序进行书写。

7、有专科情况的应当根据专科需要记录专科特殊情况。主要记录与本专科有关的体征，体格检查中相应项目不必书写，只写“见专科情况”。专科检查情况应全面，应详细记录与诊断及鉴别诊断有关的阳性及阴性体征。

8、辅助检查：入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。包括血、尿、粪和其他检验检查项目，如X线、CT、磁共振等特殊检查。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查编号。

9、初步诊断：应当主次分明、顺序排列、病名规范、书写全面，应尽可能包括病因诊断、病理解剖部位、病理生理诊断、疾病的分型与分期、并发症的诊断和伴发疾病诊断。不要遗漏不常见的疾病和其他疾病的诊断。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

10、医师签名：经治医师(执业医师)书写签名

(三)病程记录

1、首次病程记录应当在患者入院8小时内由经治医师或值班医师完成，内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划。

2、日常病程记录要求：

(1)对病危患者应根据病情变化随时书写病程记录，每天至少记录一次，记录时间具体到分钟;对病重患者至少2天记录一次病程记录;对病情稳定的患者，至少3天天记录一次病程记录。

(2)会诊当天、输血当天应有病程记录。

(3)出院前一天或当天应有病程记录。内容包括患者病情现状、出院标准是否达到、上级医师是否同意出院、向患者或亲属沟通的内容等。

(4)病程记录内容要求要及时反映病情变化、分析判断、处理措施、效果观察。

a、要记录采取的诊治措施及效果，诊治工作的进展情况;各种诊疗操作的详细过程(谁操作、谁记录);重要医嘱的更改及其理由;会诊意见及执行情况;输血或使用血液制品情况。

b、重要的辅助检查结果及临床意义，结果异常的处理措施。

c、医师查房意见(体现三级医师查房)、会诊意见等

d、要记录诊治过程中需向患者及家属交待的病情及诊治情况及他们的意愿。

3、诊疗方案的制定及治疗方案的调整必须由高级职称医师负责评价并核准签字。

4、上级医师首次查房记录：

应当在患者入院后48 小时内完成，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。不能雷同于首次病程记录。

5、上级医师日常查房记录要求：

(1)上级医师查房记录时限

病危患者应每天一次;病重患者2-3天一次; 一般患者应每周1-2次。

(2)对诊断不清、治疗不顺利的疑难危重患者，必须有科主任或副主任医师以上人员的查房记录。

6、有创诊疗操作记录：

有创诊疗操作记录应当在操作完成后即刻书写。可另立单页，也可在病程中记录。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。

7、手术科室相关记录：

(1)手术前一天应有病程记录。

(2)术前小结：术前24小时内完成。术前小结内容包括简要病情、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。

(3)急危手术可免写术前小结，但相关内容应记录在首次病程记录中。

(4)患者病情较重或难度较大的手术要有术前讨论，应在术前72小时内完成。

(5)手术记录应当由手术者书写(仅限一人)，应于术后24小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。

(6)术后首次病程记录要即时完成，应特别注意术后的观察事项及向患者(或近亲属)告知手术的情况。

(7)术后连续记录三天病程记录，此三天内至少要有一次手术者查看患者的记录。

(8)一台手术需由多个科室、多名手术者完成时，由手术者分别书写所做手术的手术记录，不能由一名手术者全部书写。

(四)辅助检查

1、住院48 小时以上要有血尿常规化验结果。

2、输血前要求查血常规、肝功、血型、肝炎项目、梅毒抗体、HIV抗体。

3、对辅助检查阳性与重要阴性结果，应在收到报告后48小时有分析记录。

4、对属医院规定的医技科室发出的“危急值报告”结果，收到后有分析记录。

(五)医嘱单的基本要求

1、不能有重复拷贝，要符合有关规定。

2、医嘱执行与停止均须有签全名及时间。

3、医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。

(六)知情同意书

1、手术同意书应于手术前完成双方签署;内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患方签署意见并签名、经治医师和手术者签名等。

2、麻醉同意书应于麻醉前完成双方签署。内容包括患者姓名、性别、年龄、病历号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患方签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

3、输血(血液制品)治疗知情同意书应于输血前完成双方签署。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病历号、诊断、输血指征、拟输血成分、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

4、特殊检查、特殊治疗同意书应于实施特殊检查、特殊治疗前完成双方签署。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

5、同一次住院期间相同目的、相同操作方法的多次检查治疗，可只在第一次检查治疗时签署知情同意书，但需向患者说明并注明以后特殊检查治疗时,不再签署特殊检查治疗同意书。

6、根据《侵权责任法》第55条规定，需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员除了及时向患者说明医疗风险，还应该说明替代治疗方案等情况。

7、病危(重)通知书在患者病情危、重时双方进行签署。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病历号、诊断及病情危重情况，患者签名、医师签名并填写日期。

(七)出院记录

1、内容包括：入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名等。

2、一式两份，一份归入病历，一份交患者或近亲属。

(八)各种讨论记录

1、疑难病例讨论记录：

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、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。由主持人签字确认后纳入病历。

2、术前讨论：

Ⅲ级及以上、疑难、复杂、致残、重要器官摘除及新开展的手术必须进行术前讨论，需术前讨论的Ⅱ级及其他手术由科室视患者病情而定。术前讨论应在术前72小时内完成。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、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者签名等。

3、死亡病例讨论记录：

患者死亡一周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者签名等。由主持人签字确认后纳入病历。

(九)住院病历必须在患者出院(或死亡)后24小时内完成所有项目的填写，包括各级医师对病案首页的签字。

1、转科记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成，转入记录由转入科医师于患者转入后24小时内完成;

2、抢救记录应在抢救结束后6小时内完成;

3、患者入院不足24小时出院的，应于患者出院后24小时内完成24小时内入出院记录;超过8小时的，需在入院8小时内完成首次病程记录。

4、患者入院不足24小时死亡的，应于患者死亡后24内完成24小时内入院死亡记录。

5、住院病历的其它记录应在规定的时间内完成。

(十)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。

四、患者出院后，住院病历在五个工作日内，最迟七个工作日内(死亡病例一周内)回收至病案室。

五、医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，需亲自到病案室登记后方可查阅、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。借阅者不得修改病案任何内容，不得损毁、转借、拆散和丢失，不得擅自转抄、复制病案，按期归还，不得泄漏患者隐私。

六、病案室负责受理复制病历资料的申请。受理申请时，应当遵守《医疗机构病历管理规定2024版》规定，要求申请人提供有关证明材料，并对申请材料的形式进行审核。可以为申请人复印的病历资料包括：门(急)诊病历，住院病历中的入院记录、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。有特殊要求的，需经医务科审核同意。

七、依法需要封存病历时，应当在医患双方在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历复制件。医疗机构负责封存病历复制件的保管。封存后病历的原件可以继续记录和使用。开启封存病历应当在签封各方在场的情况下实施。

**病历书写规范及病历管理制度 6**

为了维护病案的完整与安全，最大限度在延长病案的“寿命”，制定本制度。

一、防火

(一)病案库房建筑防火，建筑构件符合耐火要求。

(二)病案库房内外防火，病案库房内严禁存放易燃易爆物品，严禁吸烟;电源、线路经常检查维修;离开库房要切断电源;库房内外配备消防器械，并处于良好状态;库房内安装火警报警装置，及时发现火情。

二、防水、防潮(屋顶、门窗、外墙、地面)。

三、防尘：库房安装密闭门窗，经常清扫，保持卫生清洁。

四、防虫

(一)改善库房建筑条件，确保库房地面、墙壁、屋顶无孔、洞、缝。

(二)控制库房温度在14—24℃，相对湿度保持在45%—60%，不适于害虫生长。

(三)保持入库前检查，对可能感染害虫的.病案进行彻底消毒。

(四)保持库房内外清洁卫生，防止害虫生长繁殖。

(五)库房内放置防虫剂。

(六)害虫的杀灭熏蒸及符合要求。

五、防光：库房内采用白炽灯，不宜使用日光灯。

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn