**住院病案质量评分表**

姓名： 科别： 床号： 住院号： 病区：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病历内容 | | 科室自评 | 医院评分 |
| 一、首页及楣栏 （5分） | |  |  |
| 二、入院记录 （20分） | |  |  |
| 三、病程记录40分 | 1．首次病程录 （6分） |  |  |
| 2．上级医师查房记录（包括上级医师首次查房记录、上级医师日常查房记录） （10分） |  |  |
| 1. 一般病程记录（包括日常病程记录、有创诊疗操作记录、会诊记录、疑难病例讨论记录、抢救记录、交接班记录、转科记录、阶段小结、病重、病危患者护理记录） （12分） |  |  |
| 1. 围手术期记录（包括术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、手术记录、手术安全核查记录、手术清点记录、术后病程记录、麻醉术后访视记录） （12分） |  |  |
| 四、 出院记录或死亡记录（包括死亡记录、死亡病例讨论记录） （8分） | |  |  |
| 五、医疗知情同意书和委托书 （10分） | |  |  |
| 六、医嘱、辅助检查、体温单 （12分） | |  |  |
| 七、 其他书写基本要求 （5分） | |  |  |
| 合计总分：100分 | | 科室评分：  分 | 医院评分：  分 |
| 科室评定人签名： 医院评定人签名： | | | |

**住院病历质量评分细则（总分100分）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一）病案首页：5分 | | | | | | | | | | | | |  |
| 书写项目 | 检查要求 | | | | 扣分标准 | | | | | | | | 扣分分值  /评级 |
| 病案首页 | 各项目填写完整、正确、规范 | | | | 首页中姓名、性别、身份证号码、联系人及联系方式、住址、血型等重要信息错写或漏写 | | | | | | | | 2 |
| 诊断、手术操作名称未填写或填写错误 | | | | | | | | 5 |
| 首页及病历中诊断部位左右错误导致严重后果 | | | | | | | | 丙级 |
| 其他项目未填写或填写错误或不规范 | | | | | | | | 0.2/处 |
| 首页缺科主任或治疗组长签名 | | | | | | | | 1 |
| （二）入院记录：20分 | | | | | | | | | | | | | |
| 书写项目 | | | 检查要求 | | | | | | 扣分标准 | | 扣分分值  /评级 | | |
| 入院记录 | | | 入院记录由执业医师在患者入院后24小时内完成。书写形式符合要求 | | | | | | 缺入院记录（或未在24小时内完成）或非执业医师书写 | | 丙级 | | |
| 书写形式不符合要求 | | 1 | | |
| 1. 一般 2. 项目 | | | 填写齐全、准确 | | | | | | 缺项或错误或不规范 | | 0.5/项 | | |
| 2.主诉 | | | （1）不超过20个字，能导出第一诊断 | | | | | | 超过20个字、未导出第一诊断 | | 1 | | |
| （2）症状及持续时间，原则上不用诊断名称代替 | | | | | | 主诉不规范或用诊断代替而在现病史中发现有症状 | | 1 | | |
| 3.现病史 | | | （1）发病情况：记录发病的时间、地点、起病急缓、前驱症状、可能的原因或诱因 | | | | | | 缺一项内容 | | 1/项 | | |
| （2）主要症状特点及其发展变化情况：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、缓解或加剧因素，以及演变发展情况 | | | | | | 缺一项内容 | | 1/项 | | |
| （3）伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系 | | | | | | 缺一项内容 | | 1/项 | | |
| （4）发病以来诊疗经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加以引导（“”）以示区别 | | | | | | 一项内容不符合要求 | | 0.5/项 | | |
| （5）发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况 | | | | | | 一项内容不符合要求 | | 0.5/项 | | |
| （6）与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况在现病史后另起一段予以记录。 | | | | | | 一项内容不符合要求 | | 0.5/项 | | |
| 4．既往史 | | | 记录一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等 | | | | | | 缺内容 | | 1/项 | | |
| 记录有缺陷 | | 0.5/项 | | |
| 5．个人史、 婚育史、月经史、家族史 | | | （1）记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史 | | | | | | 缺个人史或遗漏与诊治相关的个人史 | | 1/项 | | |
| 记录有缺陷 | | 0.5/项 | | |
| （2）婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。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 | | | | | | 缺婚育史月经史 | | 1/项 | | |
| 记录有缺陷 | | 0.5/项 | | |
| （3）父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病 | | | | | | 缺家族史 | | 1/项 | | |
| 缺项或家族中有死亡未描述死因 | | 0.5/项 | | |
| 6．体格  检查 | | | （1）项目齐全，填写完整。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压；一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等 | | | | | | 头、颈、胸、腹、脊柱，四肢、神经系统等缺少任何一项检查记录 | | 0.5~1/项 | | |
| (2)与主诉现病史相关的查体项目有重点描述，且与鉴别诊断有关的体检项目充分 | | | | | | 与本次住院相关查体项目不充分 | | 2/项 | | |
| (3)专科检查情况全面、正确。与鉴别诊断有关的体征记录详细 | | | | | | 漏写重要的阳性体征、漏写有鉴别诊断意义的阴性体征 | | 2/项 | | |
| 1. 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。写明检查日期，外院检查注明检查医院名称及检查号 | | | | | | 有辅助检查结果未记录或记录有缺陷 | | 1/项 | | |
| 8．初步诊断、入院诊断 | | | 诊断合理，疾病名称规范，主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断 | | | | | | 缺初步诊断 | | 2 | | |
| 诊断不合理、不规范、排序有缺陷；仅以症状或体征代替诊断 | | 1 | | |
| 患者入院后48小时内有主治医师入院诊断 | | | | | | 缺入院诊断（或未在患者入院后48小时内完成） | | 4 | | |
| 1. 医师   签名 | | | 本院执业医师书写并签名 | | | | | | 无医师签名 | | 1 | | |
| （三）病程记录：40分 | | | | | | | | | | | | | |
| 书写  项目 | 检查要求 | | | | | | 扣分标准 | | | | 扣分 分值/评级 | | |
| 1.首次病程记录 | (1)由经治医师或值班医师在患者入院8小时内完成 | | | | | | 缺首次病程记录或未在患者入院8小时内完成 或非执业医师代写首次病程记录 | | | | 丙级 | | |
| (2)病例特点：对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。要求重点突出，逻辑性强 | | | | | | 缺一项或拷贝入院记录内容未归纳提练。 | | | | 2/项 | | |
| (3)诊断依据及鉴别诊断（拟诊分析）：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；对下一步诊治措施进行分析；对下一步诊治措施进行分析 | | | | | | 一项书写有缺陷（分析讨论、鉴别诊断不够，诊疗计划无具体内容无针对性、无评估内容等） | | | | 2/项 | | |
| (4)诊疗计划：提出具体的检查及治疗措施安排 | | | | | |
| 2．日常病程记录 | (1)病危患者根据病情变化随时书写，每天至少1次，时间记录到分钟。病重患者至少2天记录一次。病情稳定的患者，至少3天记录一次 | | | | | | 危重患者未按规定记录病程记录 | | | | 2/次 | | |
| 病情稳定的患者未按规定病程记录 | | | | 1/次 | | |
| （2）新病人入院后连续记录三天病程记录 | | | | | | 新病人入院后未连续三天病程记录 | | | | 2/次 | | |
| （3）记录患者的病情变化情况，包括患者自觉症状、体征，分析其原因 | | | | | | 未及时记录病情变化，观察记录无针对性，对新的阳性发现无分析及处理 | | | | 1/次 | | |
| (4)记录重要的辅助检查结果及临床意义 | | | | | | 未记录重要、异常的检查结果或无分析、判断、处理 | | | | 1/次 | | |
| (5)记录所采取的诊疗措施、医嘱更改内容及理由 | | | | | | 未记录所采用的诊疗措施、未对更改药物、治疗方式进行说明 | | | | 1/次 | | |
| (6)记录向患者及其近亲属告知的重要事项及其意愿，必要时请患方签名 | | | | | | 未记录向患者告知情况 | | | | 1/次 | | |
| (7)实习医生书写的病程记录必须由有上级医师按规定的时限签改 | | | | | | 未能在规定的时限内签改 | | | | 0.5/次 | | |
| (8)输血当天病程中记录输血适应征、输血种类及量，有无输血反应 | | | | | | 病程记录中无记录或记录有缺陷 | | | | 1/次 | | |
| (9)患者出院前24小时内应有上级医师评估并同意出院的病程记录 | | | | | | 无出院病程记录和评估内容 | | | | 2/次 | | |
| 3．上级医师首次查房记录 | (1)患者入院48小时内完成上级医师查房记录 | | | | | | 缺上级医师首次查房记录或未在患者入院48小时内完成 | | | | 乙级 | | |
| (3)记录上级医师姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、分析其原因 | | | | | | 未记录上级医师查房，或记录中对病史、体征无补充内容、缺病情评估内容。 | | | | 2/项 | | |
| (5)记录上级医师对诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等 | | | | | | 无必要的分析讨论、无鉴别诊断。 | | | | 2/项 | | |
| 分析讨论不够或拷贝首次病程记录内容 | | | | 1~2/项 | | |
| 4．日常上级医师查房记录 | 记录查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等 | | | | | | 查房无内容，无分析、无诊疗意见 | | | | l~2/次 | | |
| 5.有创诊疗操作记录 | 在操作完成后即刻书写。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 | | | | | | 有创诊疗操作无记录 | | | | 乙级 | | |
| 记录不及时或记录不全面 | | | | 0.5~1/次 | | |
| 6．会诊记录 | (1)常规会诊48小时内完成，急会诊10分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录 | | | | | | 有会诊医嘱无会诊记录单 | | | | 乙级 | | |
| (2)申请会诊记录：应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等 | | | | | | 会诊记录书写有漏项或有缺陷 | | | | 1~2／次 | | |
| (3)会诊记录：包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等 | | | | | |
|
| (4)申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况 | | | | | | 未在病程记录中记录会诊意见执行情况 | | | | 1~2/次 | | |
| 7．疑难病例讨论记录 | 对确诊困难或疗效不确切病例及时进行讨论。内容包括讨论日期、主持人（科主任或副高以上医师）、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 | | | | | | 对确诊困难或疗效不确切病例未进行讨论 | | | | 乙级 | | |
| 记录内容简单或无分析或内容有明显缺陷 | | | | l~2/次 | | |
| 8．抢救记录 | 在抢救结束后6小时完成。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。时间应记录到分钟 | | | | | | 有抢救无抢救记录或未在抢救结束后6小时内完成 | | | | 乙级 | | |
| 书写内容有缺陷 | | | | 1/次 | | |
| 危重症抢救后缺对患者紧急病情评估 | | | | 2/次 | | |
| 9．交接班记录、转科记录、阶段小绪 | （1）交接班记录：交班和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结，交班记录在交班前完成，接班记录在接班后24小时内完成，内容符合要求 | | | | | | 缺交接班记录、转科记录、阶段小结或未按时完成或交班与接班、转出与转入记录内容雷同 | | | | 2/次 | | |
| （2）转科记录：转出记录在转科前完成，入科记录在患者入科后24小时内完成，内容符合要求 | | | | | |
| （3）阶段小结：患者住院时间较长，经治医师每月必须对患者的病情进行总结，内容包括：入院日期、出院日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等 | | | | | | 缺阶段小结 | | | | 乙级 | | |
| 缺病情评估内容或书写有缺陷 | | | | 1~2/次 | | |
| 10.病重（病危）患者护理 | (1)由护士根据相应专科的护理特点书写 | | | | | | 缺病重（病危）患者护理记录 | | | | 丙级 | | |
| (2)内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟 | | | | | | 缺项或不规范 | | | | 0.5/项 | | |
| 11.术前小结 | 1级及1级以上手术在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。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 | | | | | | 缺术前小结 | | | | 5 | | |
| 有缺陷、漏项等 | | | | 0.5/次 | | |
| 12.术前讨论记录 | (1)1级及1级以上手术在术前24小时内完成手术前讨论。1~2级根据情况由治疗组进行术前讨论，3~4级及以上和危重、致残、新手术、特殊等手术全科讨论，疑难复杂者在全科讨论的前提下进行全院讨论。并要求手术者参加 | | | | | | 未按规定要求进行术前讨论或手术者未参加 | | | | 丙级 | | |
| (2)对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施进行讨论 | | | | | | 对手术方式或术中可能出现的问题及应对措施讨论不够 | | | | 2/次 | | |
| (3)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、记录者的签名等 | | | | | | 有漏项或记录有缺陷 | | | | 0.5/次 | | |
| （4）特殊、重大、新手术必须由科室申请并报医务处审批 | | | | | | 缺批文 | | | | 乙级 | | |
| （5）请院外专家会诊或手术必须由科室申请并报医务处审批 | | | | | | 缺批文 | | | | 乙级 | | |
| 13.手术记录 | (1)由手术者书写，术后24小时内完成；特殊情况下由第一助手书写时，必须有手术者签名 | | | | | | 缺手术记录或未在术后24小时内完成 | | | | 丙级 | | |
| 一助手书写缺手术者签字 | | | | 5/次 | | |
| (2)包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等 | | | | | | 缺项或不规范 | | | | 0.5/项 | | |
| (3)使用人体植入物者病历中应有植入医疗器械使用登记表（含条形码） | | | | | | 缺植入医疗器械使用登记表（含条形码） | | | | 丙级 | | |
| 14.术后首次病程记录 | (1)由参加手术的医师在患者术后即时完成，并连续记录三天。 | | | | | | 缺术后首次病程记录 | | | | 乙级 | | |
| 术后缺三次术后病程记录 | | | | 2/次 | | |
| (2)内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等 | | | | | | 缺项或不规范 | | | | 0.5/项 | | |
| 15.麻醉术前访视记录 | (1)1级及以上手术由麻醉医师术前完成麻醉术前访视并进行麻醉前评估 | | | | | | 缺麻醉术前访视记录 | | | | 丙级 | | |
| 缺麻醉评估记录 | | | | 2 | | |
| (2)包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期 | | | | | | 缺项或不规范 | | | | 0.5/项 | | |
| 16.麻醉记录 | (1)1级及以上手术由麻醉医师完成。并进行麻醉中病情评估 | | | | | | 缺麻醉记录 | | | | 丙级 | | |
| 缺麻醉中病情评估 | | | | 2 | | |
| (2)内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等 | | | | | | 缺项或不规范 | | | | 0.5/项 | | |
| 17.麻醉术后访视记录 | (1)1 级及以上手术由麻醉医师术后完成。并进行麻醉后病情评估 | | | | | | 缺麻醉术后访视记录 | | | | 丙级 | | |
| 缺麻醉后病情评估记录 | | | | 2 | | |
| (2)包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况，清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。 | | | | | | 缺项或不规范 | | | | 0.5/项 | | |
| 18.手术风险评估记录 | （1）由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方在术前24小时内对病历进行手术风险评估,评估后在相应的栏目中签名 | | | | | | 缺手术风险评估记录 | | | | 丙级 | | |
| （2）手术风险标准依据是根据手术切口清洁程度,麻醉分级,手术持续时间这三个变量进行计算其手术的风险分级。 | | | | | | 项目不全或记录不规范 | | | | 0.5/项 | | |
| 19.手术安全核查记录 | （1）由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方共同在患者麻醉实施前、手术开始前和离室前进行核对、确认并签字 | | | | | | 缺手术安全核查记录 | | | | 丙级 | | |
| （2）查核患者身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的患者还应对血型、用血量进行核对 | | | | | | 缺一方核查签名/核查项目不全或记录不规范 | | | | 0.5/项 | | |
| 20.手术物品器械清点记录 | （1）体腔内手术必须有手术物品器械清点记录，由手术者、器械护士、巡回护士在手术结束前清点后即时完成 | | | | | | 缺手术物品器械清点记录 | | | | 丙级 | | |
| 21、病危（重）通知书 | 病危（重）通知书各项填写完整，一式两份，一份交给患者，一份归入病历保存。 | | | | | | 有病危（重）医嘱无病危（重）通知书 | | | | 乙级 | | |
| 填写不规范或漏项 | | | | 0.2/处 | | |
| （四）出院记录、死亡记录（死亡病例讨论记录及相关记录）8分 | | | | | | | | | | | | | |
| （1）出院记录在患者出院后24小时内完成 | | | | | | | 缺出院记录或未在规定时间内完成 | | | | | 丙级 | |
| （2）死亡记录在患者死亡后24小时内完成 | | | | | | | 缺死亡记录或未在规定时间内完成 | | | | | 丙级 | |
| （3）出院（死亡）记录内容包括入院日期、出院（死亡）时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院（死亡）诊断、出院情况、出院医嘱（死亡原因）等。含病理号、MRI、CT、X线等重要信息 | | | | | | | 缺项或不规范 | | | | | 0.5/项 | |
| 出院医嘱不具体（出院带药未写明药名、剂量、用法、带药总量及随访要求和注意事项交待等） | | | | | 1~2/项 | |
| （3）出院诊断依据充分，诊断全面、明确，出院医嘱合理规范 | | | | | | | 记录有缺陷 | | | | | 1~2分 | |
| （4）出院(死亡)记录应上级医师签名 | | | | | | | 缺上级医师签名 | | | | | 2 | |
| （5）死亡病例讨论记录应在患者死亡后一周内完成 | | | | | | | 缺死亡讨论记录或未在规定时间内完成 | | | | | 丙级 | |
| （6）死亡病例讨论记录由科主任或具有副高以上医师主持，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 | | | | | | | 分析讨论不够 | | | | | 2 | |
| 记录不规范或缺陷 | | | | | 1 | |
| （7）死亡病历中必须有临终心电图，并注明床号、姓名、性别、时间 | | | | | | | 缺临终心电图 | | | | | 2 | |
| （8）死亡病历中必须有《死亡医学证明》 | | | | | | | 缺《死亡医学证明》 | | | | | 乙级 | |
| （9）死亡病历中患者死亡时间记录一致（临终抢救记录、医嘱单、体温单、死亡记录、危重病人护理记录单、临终心电图、死亡医学证明、死亡讨论记录等） | | | | | | | 有一处时间不一致 | | | | | 乙级 | |
| （五）知情同意书：10分 | | | | | | | | | | | | | |
| 书写项目 | | | | 检查要求 | | 扣分标准 | | | | | | 扣分分值/评级 | |
| 知情同意书 | | | | （1）手术、麻醉、输血、放疗、化疗、特殊检查（治疗）等需取得患者书面同意方可进行的医疗活动均应有患方签署意见并签名的知情同意书 | | 缺知情同意书 | | | | | | 丙级 | |
| 仅有患方签名无患方签署意见 | | | | | | 5 | |
| （2）手术、麻醉、输血、放疗、化疗、特殊检查（治疗）等知情同意书记录规范，内容包括项目名称、可能出现的并发症、风险、患方意见并签名、医师签名等 | | 缺项或内容不全面、书写不规范 | | | | | | 1~2/项 | |
| （3）因保护性医疗制度限制患者本人无法签知情同意书者必须有授权委托人签署知情同意书，但必须有授权委托书 | | 缺必备的授权委托书 | | | | | | 丙级 | |
| 亲属或关系人签名与授予权委托书签名不一致 | | | | | | 乙级 | |
| （六）医嘱、辅助检查报告单及体温单 12分 | | | | | | | | | | | | | |
| 书写项目 | | 检查要求 | | | | 扣分标准 | | | | 扣分分值/评级 | | | |
| 1.医嘱单 | | （1）医嘱内容应当准确、清楚、规范，每项医嘱应当只包含一个内容，禁止有非医嘱内容 | | | | 一处不符合要求 | | | | 0.5/处 | | | |
| （2）每项医嘱有明确的开具、停止、执行时间。有医师、护士签名 | | | | 缺签名 | | | | 乙级 | | | |
| （3）需取消医嘱时，用红色墨水标注“取消”字样并签名 | | | | 取消医嘱不规范 | | | | 0.5/处 | | | |
| 2.辅助检查报告单 | | （1）辅助检查报告单与医嘱相符，报告单完整无遗漏 | | | | 不相符或缺对诊疗有重要价值的报告单 | | | | 乙级 | | | |
| （2）认可的其他医院的辅助检查结果，病历中应有报告单原件或复印件 | | | | 缺少一张报告单 | | | | 1 | | | |
| （3）已输血（包括备血）病例应有输血前常规检查项目（血常规、肝功能、血型、肝炎项目、HIV抗体、梅毒抗体） | | | | 缺输血前常规检查项目 | | | | 丙级 | | | |
| （4）手术病例手术前完成常规辅助检查项目（血尿粪常规、出凝血时间、病毒项目、肝功肾功、心电图、胸片等） | | | | 未完成相关检查项目 | | | | 0.5/项 | | | |
| （5）每张辅助检查报告单项目齐全，内容规范、粘贴规范 | | | | 报告单不全或内容不规范 | | | | 0.5/张 | | | |
| 3.体温单 | | 体温单完整，内容齐全，书写规范 | | | | 体温单记录有缺陷 | | | | 0.5/处 | | | |
| （七）书写基本要求：5分 | | | | | | | | | | | | | |
| 书写  项目 | 检查要求 | | | | | | | 扣分标准 | | 扣分分值/评级 | | | |
| 书写  基本  要求 | 1.严禁涂改、伪造病历内容。计算机打印的病历符合病历书写要求。严禁拷贝错误。 | | | | | | | 涂改、伪造病历内容或拷贝导致的严重错误。 | | 丙级 | | | |
| 2.产科病历必须有新生儿脚印和母亲右手拇指印，性别标注准确 | | | | | | | 缺新生儿脚印和母亲右手拇指印，或新生儿性别错误 | | 丙级 | | | |
| 6.各种记录(包括计算机打印病历)应有书写医师的亲笔签名，不得摹仿或代替他人签名。非本院执业医师书写的各种记录必须经本院执业医师审阅、修改并签名 | | | | | | | 缺手写签名 | | 乙级 | | | |
| 3.规范使用医学术语；字迹清晰，语句通顺，标点正确，格式规范。标注页码，页面整洁，每页有患者姓名、病案号等基本信息。排序正确，内容齐全，不缺页、少页 | | | | | | | 整页缺失 | | 丙级 | | | |
| 书写不规范、页面排序有误、页面不整洁等 | | 0.5/处 | | | |
| 4.病历内容客观，同份病历前后不得自相矛盾 | | | | | | | 病历内容有矛盾 | | 1/处 | | | |
| 5.用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。急诊病历、病危患者的病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间记录至分钟 | | | | | | | 记录不符合要求 | | 0.2/处 | | | |
| 7．修改时用双线划在错字上，保留原记录清楚可辨，注明修改时间，修改人签名 | | | | | | | 修改不规范 | | 0.2/处 | | | |
| 8.使用蓝黑、碳素黑水，需复写的可用蓝或黑色油水圆珠笔。取消医嘱用红色墨水笔。上级医师审阅修改和签名用红色墨水笔，每页修改不得超过三处 | | | | | | | 用笔颜色不符合规定 | | 0.2/处 | | | |