# PT-I002 電子病歷操作指導書

| 文件編號 | 版本 | 標題 | 頁碼 |
| --- | --- | --- | --- |
| PT-I002 | A | 電子病歷操作指導書 | 1/4 |
| 擬制部門：物理治療部門 | 批准：總院長 | 制定日期：2024年1月1日 | 實施日期：2024年1月1日 |

## 目錄

1. [目的](#X965e08e2cd57e9f903c56e69af7d1260d9e81d9)
2. [適用範圍](#Xe2ad0b473bd3d91aa953fd7f85e8ae15217109f)
3. [職責](#X046bd58fc7427e9d4dc9ce19324e49794c5711b)
4. [定義](#X3891cf89e23990a32f0bc1ab1ed5b6fa82a65aa)
5. [操作方法](#X1f9dc98076324004060af36b6ea54d51e376a7e)
   * 5.1 [系統登入與權限](#X449ba30e850d330be8c7062a823bee15e562671)
   * 5.2 [患者資料建立與查詢](#Xf9acd535f429c9802a5c04f12a50ed4197c7e95)
   * 5.3 [初診病歷記錄](#X71674d1c89f241a405f64343def848cf571e11a)
   * 5.4 [複診病歷記錄](#Xc134b2298191384700186c5ad823e119c90d526)
   * 5.5 [治療計劃管理](#X49ac247c273fd4e35dbcce3fd82e9e4ad68861e)
   * 5.6 [治療紀錄填寫](#Xddc234a53c4077353a96cb0493067bd8085806d)
   * 5.7 [病歷修改與補充](#X85ba8ccb24d08a311359e0aa7840645c112f50e)
   * 5.8 [病歷查閱與列印](#Xc5c7ae627db37f1262501b9c129cc54ebd2b369)
   * 5.9 [數據分析與統計](#Xeff788387518062572031be24e19d9ecd65e91b)
   * 5.10 [系統維護與資料備份](#Xc4956d3dc1d2dc0a67fb05f6f6d28b0b4755f1d)
6. [注意事項](#X7fc48fcf6d1f919986f154eaf3d6315e32fac58)
7. [相關文件](#X946c35572c8b3fdbc57830336d43de553f388af)

## 1. 目的

建立電子病歷系統操作的標準流程，確保物理治療師能夠正確、高效地使用電子病歷系統記錄患者資料、評估結果、治療計劃和治療過程，保證電子病歷的完整性、安全性和可追溯性，提高臨床工作效率和醫療服務品質。

## 2. 適用範圍

本指導書適用於Ohealth物理治療系統內所有使用電子病歷系統的工作人員，包括物理治療師、行政人員和管理人員。

## 3. 職責

### 3.1 物理治療部門主管

* 負責本指導書的擬定、審核及更新
* 確保部門內所有相關人員熟悉並正確執行電子病歷系統操作
* 定期審核部門電子病歷品質，監督指導書的落實執行

### 3.2 物理治療師

* 負責按本指導書要求正確操作電子病歷系統
* 確保所記錄的病歷資料準確、完整、即時
* 遵守病歷保密原則，不擅自向無關人員透露患者資料
* 及時反饋系統使用過程中的問題與改進建議

### 3.3 資訊部門人員

* 負責電子病歷系統的技術支援與維護
* 確保系統的安全性和穩定性
* 定期進行系統備份，防止資料丟失
* 處理系統操作過程中遇到的技術問題

### 3.4 品質管理人員

* 定期審核電子病歷資料的完整性與準確性
* 監督電子病歷系統使用的規範性
* 協助改進電子病歷記錄的品質

## 4. 定義

### 4.1 電子病歷

使用電子化方式記錄的患者診療資訊，包括患者基本資料、疾病診斷、評估結果、治療計劃、治療過程、治療成效等內容。

### 4.2 使用者權限

根據工作職責和操作需求，為不同使用者設定的電子病歷系統功能權限，確保系統安全和患者資料保密。

### 4.3 系統日誌

記錄使用者登入、操作和使用電子病歷系統的歷史記錄，用於系統監控和稽核。

### 4.4 資料備份

定期將電子病歷系統中的資料複製到其他儲存媒體中，防止因系統故障或其他原因導致的資料丟失。

## 5. 操作方法

### 5.1 系統登入與權限

#### 5.1.1 登入流程

1. 開啟Ohealth電子病歷系統登入頁面
2. 輸入個人使用者名稱和密碼
3. 輸入驗證碼（如系統要求）
4. 點擊「登入」按鈕
5. 確認登入成功，進入系統主頁面

#### 5.1.2 密碼管理

1. 初次登入系統時，必須修改預設密碼
2. 密碼需包含字母、數字和特殊符號，長度不少於8位
3. 密碼應每90天更換一次
4. 禁止與他人共享使用者帳號和密碼
5. 如遺忘密碼，需聯繫系統管理員重置

#### 5.1.3 權限設定

1. 部門主管具有查看、編輯、審核所有部門病歷的權限
2. 物理治療師具有創建、查看、編輯自己負責患者病歷的權限
3. 行政人員具有限定的查詢和統計功能權限
4. 任何權限變更需提交申請並經部門主管批准

### 5.2 患者資料建立與查詢

#### 5.2.1 新患者資料建立

1. 點擊系統首頁「新增患者」按鈕
2. 填寫患者基本資料表(PT-F001)相關欄位，包括姓名、性別、出生日期、聯絡方式等
3. 填寫保險資訊和緊急聯絡人資訊
4. 上傳轉診單和影像學資料（如有）
5. 點擊「儲存」完成患者建檔

#### 5.2.2 患者資料查詢

1. 在系統首頁的搜尋欄輸入患者姓名、病歷號或身份證號
2. 點擊「搜尋」按鈕
3. 在搜尋結果列表中選擇目標患者
4. 點擊患者姓名進入其電子病歷

#### 5.2.3 患者資料更新

1. 進入患者電子病歷後，點擊「基本資料」頁籤
2. 點擊「編輯」按鈕修改相關資訊
3. 完成修改後點擊「儲存」
4. 系統自動記錄修改人員和時間

### 5.3 初診病歷記錄

#### 5.3.1 初診評估記錄填寫

1. 在患者電子病歷中點擊「新增記錄」，選擇「初診評估」
2. 按照物理治療評估表(PT-F007)的格式填寫相關資訊：
   * 主訴與病史
   * 評估項目與結果
   * 臨床診斷
   * 治療目標
   * 初步治療計劃
3. 上傳相關檢查結果和圖片（如有）
4. 點擊「儲存」按鈕

#### 5.3.2 治療計劃建立

1. 在完成初診評估後，點擊「制定治療計劃」
2. 參照治療計劃表(PT-F002)格式填寫：
   * 短期、中期和長期治療目標
   * 治療方法和頻率
   * 預計療程
   * 家庭訓練計劃
3. 點擊「儲存」並選擇是否列印給患者

### 5.4 複診病歷記錄

#### 5.4.1 複診記錄填寫

1. 在患者電子病歷中點擊「新增記錄」，選擇「複診記錄」
2. 根據治療記錄表(PT-F003)或治療紀錄表(PT-F004)格式填寫：
   * 療程次數和日期
   * 患者主訴變化
   * 治療前評估
   * 本次治療內容
   * 患者反應
   * 治療效果評估
3. 點擊「儲存」完成記錄

#### 5.4.2 治療計劃調整

1. 如需調整治療計劃，點擊「治療計劃」頁籤
2. 點擊「計劃調整」按鈕
3. 填寫調整原因和調整內容
4. 點擊「儲存」，系統記錄調整人員和時間

### 5.5 治療計劃管理

#### 5.5.1 計劃查看與進度追蹤

1. 在患者電子病歷中點擊「治療計劃」頁籤
2. 查看當前有效的治療計劃和歷史計劃
3. 點擊「進度追蹤」查看治療目標達成情況
4. 使用進度條或圖表方式檢視治療效果

#### 5.5.2 計劃延續申請

1. 當現有計劃接近完成時，點擊「申請延續治療」
2. 填寫延續原因、新增治療次數和調整後的治療目標
3. 上傳必要的佐證資料（如評估結果）
4. 提交審核

### 5.6 治療紀錄填寫

#### 5.6.1 治療紀錄模板選擇

1. 在患者電子病歷中點擊「新增記錄」，選擇「治療紀錄」
2. 根據治療內容選擇相應模板：
   * 徒手治療記錄模板
   * 運動治療記錄模板
   * 物理因子治療記錄模板
   * 綜合治療記錄模板

#### 5.6.2 紀錄填寫要點

1. 按照選定模板填寫治療內容，包括：
   * 治療項目、部位、參數設定
   * 治療時間、療程
   * 患者反應和治療效果
2. 上傳治療前後對比照片（如適用）
3. 記錄患者回饋和主觀感受
4. 點擊「儲存」完成記錄

### 5.7 病歷修改與補充

#### 5.7.1 病歷修改流程

1. 找到需修改的病歷記錄，點擊「修改」按鈕
2. 系統自動記錄原始內容並標記為待修改狀態
3. 進行必要的修改
4. 在「修改原因」欄位中填寫修改理由
5. 點擊「提交修改」
6. 修改將由部門主管審核

#### 5.7.2 病歷補充記錄

1. 找到需補充的病歷記錄，點擊「補充記錄」按鈕
2. 選擇補充類型（如檢查結果、患者新回饋等）
3. 填寫補充內容
4. 點擊「儲存」，系統標記為原始記錄的補充內容

### 5.8 病歷查閱與列印

#### 5.8.1 病歷查閱

1. 在患者電子病歷中點擊「病歷總覽」
2. 使用日期範圍、記錄類型等條件篩選記錄
3. 點擊特定記錄查看詳情
4. 使用「時間軸」功能查看患者治療歷程

#### 5.8.2 病歷列印

1. 選擇需要列印的病歷記錄
2. 點擊「列印」按鈕
3. 在預覽頁面確認內容無誤
4. 選擇列印選項（如保密水印、頁數等）
5. 點擊「確認列印」
6. 系統記錄列印操作，包括列印人員、時間和內容

### 5.9 數據分析與統計

#### 5.9.1 患者數據分析

1. 點擊「數據分析」功能
2. 選擇分析目標患者
3. 選擇分析指標（如疼痛評分、關節活動度等）
4. 選擇時間範圍
5. 系統生成數據圖表，顯示患者治療效果變化

#### 5.9.2 臨床統計報表

1. 點擊「統計報表」功能
2. 選擇報表類型（如診斷分布、治療計劃執行率等）
3. 設定統計時間範圍和條件
4. 點擊「生成報表」
5. 查看或導出統計結果

### 5.10 系統維護與資料備份

#### 5.10.1 日常維護操作

1. 每次使用完畢後正確登出系統
2. 定期清理暫存檔案和瀏覽器緩存
3. 如發現系統異常，記錄問題現象並及時報告資訊部門

#### 5.10.2 資料備份與恢復

1. 系統每日自動執行資料備份
2. 物理治療師可通過「資料備份」功能手動備份重要記錄
3. 如需恢復資料，聯繫資訊部門提出申請
4. 提供需恢復資料的詳細資訊，包括患者、日期等

## 6. 注意事項

### 6.1 電子病歷保密與安全

1. 嚴格保守患者隱私，未經授權不得查閱、複製或外傳病歷資料
2. 離開座位時必須鎖定電腦螢幕或登出系統
3. 禁止在公共場所或非授權環境下使用系統
4. 禁止將登入資訊交予他人使用
5. 發現可疑操作或安全隱患應立即報告

### 6.2 病歷記錄規範

1. 所有記錄必須客觀、真實、完整、及時
2. 使用標準化術語和格式記錄
3. 禁止使用不當簡寫或個人自創表達方式
4. 避免主觀臆斷，以事實和臨床發現為依據
5. 特殊情況和異常反應必須詳細記錄

### 6.3 系統問題處理

1. 遇到系統故障時保持冷靜，不要隨意關閉或重啟
2. 記錄故障現象和操作步驟
3. 及時聯繫資訊部門尋求協助
4. 系統恢復後，確認資料完整性
5. 定期參加系統操作培訓，更新操作技能

## 7. 相關文件

### 7.1 上階文件

* QM-P001-文件控制程序
* QM-P002-記錄控制程序
* PT-P010-病歷管理程序

### 7.2 平行文件

* PT-I001-肌肉骨骼評估指導書
* PT-I003-徒手治療操作指導書
* PT-I004-運動治療指導書
* PT-I005-物理因子治療操作指導書

### 7.3 下階文件

* PT-F001-患者基本資料表
* PT-F002-治療計劃表
* PT-F003-治療記錄表
* PT-F004-治療紀錄表
* PT-F007-物理治療評估表

### 7.4 附件

* 附件一：電子病歷系統操作流程圖
* 附件二：常見問題與解決方案
* 附件三：系統錯誤代碼對照表