# PT-P010 病歷管理程序

| 文件編號 | PT-P010 | 版本 | A |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名稱 | 病歷管理程序 | 頁碼 | 1/4 |
| 制定部門 | 物理治療部 | 審核 | 管理代表 |
| 制定日期 | 2024年1月1日 | 批准 | 總院長 |
| 實施日期 | 2024年1月1日 |  |  |

## 目錄

1. 目的
2. 適用範圍
3. 權責
4. 定義
5. 程序
   * 5.1 病歷建立與編碼
   * 5.2 病歷內容與格式
   * 5.3 病歷填寫與記錄要求
   * 5.4 病歷審核與簽署
   * 5.5 病歷存取與借閱
   * 5.6 病歷保存與儲存
   * 5.7 病歷修改與更正
   * 5.8 病歷外借與複製
   * 5.9 電子病歷管理
   * 5.10 病歷安全與保密
   * 5.11 病歷品質管理
   * 5.12 病歷銷毀
6. 記錄
7. 相關文件
8. 附件
9. 修訂紀錄

## 1. 目的

建立標準化的病歷管理程序，確保Ohealth物理治療系統的病歷記錄完整、準確、安全，符合相關法規及專業要求，有效支持患者治療過程，提供持續性的治療依據，並為臨床決策、品質管理和醫療評估提供可靠的資料基礎。

## 2. 適用範圍

本程序適用於Ohealth物理治療系統內所有物理治療相關病歷的管理，包括但不限於： - 紙本病歷的建立、記錄、存取、傳遞、保存和銷毀 - 電子病歷的建立、記錄、存取、備份和維護 - 特殊病歷資料（如影像資料、評估表格等）的管理 - 相關的病歷管理表單與申請程序

## 3. 權責

### 3.1 院長/管理代表

* 批准病歷管理程序
* 提供必要資源確保病歷管理系統的有效運行
* 監督病歷管理程序的執行成效

### 3.2 品質管理部門

* 協助制定病歷管理程序
* 監督程序執行情況
* 定期評估程序有效性
* 組織病歷管理相關教育訓練
* 進行病歷品質稽核與改進

### 3.3 物理治療部門主管

* 確保部門內病歷管理程序的執行
* 監督治療師病歷記錄的完整性與準確性
* 審核複雜或特殊病例的病歷
* 協調解決病歷相關問題
* 參與病歷管理系統的持續改進

### 3.4 物理治療師

* 依規定及時、準確、完整記錄病歷內容
* 確保病歷記錄符合專業標準
* 妥善保管使用中的病歷資料
* 配合病歷審核與改進建議
* 嚴守病歷保密要求

### 3.5 病歷管理人員/醫療檔案管理師

* 負責病歷的編碼、分類與保存
* 管理病歷的存取與借閱流程
* 維護病歷索引與檢索系統
* 執行病歷安全與保密措施
* 監控病歷的借閱、歸還與保存狀況
* 協助處理病歷相關的申請與問題

### 3.6 資訊部門

* 維護電子病歷系統的正常運行
* 確保電子病歷系統的安全性
* 執行電子病歷的備份與災難恢復
* 開發與優化電子病歷功能
* 提供電子病歷系統的技術支援

## 4. 定義

### 4.1 病歷

記錄患者基本資料、健康狀況、診斷結果、評估資訊、治療計劃、治療過程、治療結果等相關醫療資訊的文件，包含紙本與電子形式。

### 4.2 物理治療病歷

特指記錄患者在物理治療過程中的相關資訊，包括評估資料、治療計劃、治療記錄、進展報告、結案摘要等。

### 4.3 病歷單元

組成完整病歷的各個部分，如基本資料表、初步評估表、治療計劃、治療記錄表、進展報告、結案摘要等。

### 4.4 現行病歷

患者目前正在接受治療過程中的病歷，常保存於治療區或門診區，便於治療師使用。

### 4.5 非現行病歷

患者已結束治療的病歷，通常轉存至病歷室或檔案區保存。

### 4.6 電子病歷

以電子形式儲存於電腦系統中的病歷資料，通常透過醫療資訊系統進行建立、記錄與管理。

### 4.7 病歷修改

對已完成記錄的病歷內容進行更正或補充的過程，必須遵循特定程序並保留修改記錄。

### 4.8 病歷審核

由主管或指定人員檢視病歷記錄內容的完整性、準確性與合規性的程序。

### 4.9 病歷品質

指病歷在完整性、準確性、及時性、合法性和專業性等方面的綜合表現。

## 5. 程序

### 5.1 病歷建立與編碼

#### 5.1.1 病歷建立時機

* 患者初次就診時建立新病歷
* 轉診患者接收相關資料後建立病歷
* 依據各分院規定的程序啟動病歷建立流程

#### 5.1.2 病歷編碼系統

* 採用統一的病歷編碼系統，確保病歷號唯一性
* 病歷號格式：年份(4碼)+流水號(6碼)，例如：202400001234
* 同一患者在不同時期就診使用同一病歷號，以確保治療連續性
* 患者基本資料變更時應維持原病歷號，更新相關資訊

#### 5.1.3 病歷建立程序

* 確認患者身份（身分證、健保卡或其他證件）
* 核對是否有舊病歷記錄
* 收集並記錄患者基本資料
* 獲取患者隱私同意書簽署
* 分配病歷號並建立紙本或電子病歷檔案
* 建立索引與檢索連結

#### 5.1.4 轉診病歷處理

* 確認轉診資料完整性
* 建立本機構病歷號
* 將轉診資料納入新建立的病歷中
* 建立轉診資料與新病歷的對照索引

### 5.2 病歷內容與格式

#### 5.2.1 病歷基本結構

物理治療病歷應包含以下基本單元： - 患者基本資料（含個人、聯絡與緊急聯絡資訊） - 轉診資訊（如適用） - 知情同意書與隱私同意書 - 初步評估表 - 物理治療診斷與問題清單 - 治療計劃 - 治療記錄 - 進展評估記錄 - 結案摘要 - 照會與轉診記錄（如適用） - 居家計劃與衛教資料（如適用）

#### 5.2.2 標準化表單使用

* 使用機構核准的標準化表單
* 確保表單具有適當的識別資訊（病歷號、姓名、日期）
* 使用統一的表單編號系統便於管理
* 表單修訂後應有版本控制與替換機制

#### 5.2.3 病歷頁面要求

* 每頁病歷應包含患者識別資訊
* 頁碼標示（當前頁/總頁數）
* 記錄日期與時間
* 執行/紀錄者的姓名與簽名
* 表單編號與版本

#### 5.2.4 特殊資料的管理

* 影像資料應標明患者資訊、拍攝日期、部位
* 測量數據應註明測量方法與單位
* 外部檢查報告應完整歸檔並註明來源
* 照片等資料應徵得患者書面同意後納入

### 5.3 病歷填寫與記錄要求

#### 5.3.1 記錄基本原則

* 使用正式醫療術語與標準縮寫
* 避免使用非標準或可能混淆的縮寫
* 記錄應客觀、準確、完整、及時
* 記錄應具可讀性（字跡清晰或電子文字）
* 避免空白處（必要時劃線註明）
* 按時間順序記錄

#### 5.3.2 記錄內容要求

* 初步評估應包含主訴、現病史、既往史、評估發現
* 治療計劃應包含短期目標、長期目標、治療方案
* 治療記錄應包含治療項目、參數設置、治療反應
* 進展評估應比較目標達成情況與功能變化
* 結案摘要應總結治療成效、目標達成情況、後續建議

#### 5.3.3 記錄時效要求

* 初步評估記錄應在評估結束後24小時內完成
* 治療記錄應在治療當日完成
* 進展評估應按計劃定期完成（至少每兩週一次）
* 結案摘要應在最後一次治療後3個工作日內完成
* 特殊事件（如不良反應）應立即記錄

#### 5.3.4 專業用語與縮寫使用

* 使用機構認可的專業用語清單
* 使用機構認可的標準縮寫清單
* 首次使用非常見縮寫時應標明全稱
* 避免使用易混淆的縮寫
* 定期更新標準用語與縮寫清單

### 5.4 病歷審核與簽署

#### 5.4.1 病歷簽署要求

* 所有病歷記錄必須由記錄者簽名
* 電子病歷應有電子簽章機制
* 簽名應包含日期與時間
* 學生或實習生記錄須有臨床指導教師複簽
* 共同參與記錄應各自簽名並註明職責

#### 5.4.2 病歷審核流程

* 初步評估與治療計劃應由資深治療師或主管審核
* 特殊或複雜病例的病歷應進行多級審核
* 定期抽查審核一般病歷（至少每月一次）
* 審核發現問題應及時修正並追蹤改進
* 審核結果應記錄存檔

#### 5.4.3 未完成病歷的管理

* 定期（至少每週）檢查未完成病歷清單
* 對超時未完成病歷發出提醒通知
* 持續未完成者通報部門主管介入
* 建立未完成病歷的提升改善機制
* 將病歷完成率納入績效考評

### 5.5 病歷存取與借閱

#### 5.5.1 病歷存取權限管理

* 制定病歷存取權限矩陣
* 根據職務需要分配最小必要的存取權限
* 定期審查與更新存取權限
* 特殊病歷（如VIP、員工）設置額外的存取限制
* 記錄並監控病歷存取活動

#### 5.5.2 病歷借閱程序

* 使用標準化的病歷借閱申請表
* 借閱人須經授權並出示有效證件
* 記錄借閱目的、日期、預計歸還日期
* 限定借閱時間（一般不超過24小時）
* 特殊情況延長借閱需經主管批准

#### 5.5.3 病歷借出追蹤

* 維護借出病歷登記表
* 定期（每日）檢查逾期未還病歷
* 發送催還通知
* 超過3天未歸還上報主管處理
* 定期統計病歷借閱情況

#### 5.5.4 非治療目的存取管理

* 研究用途存取需提供研究計劃與倫理審查證明
* 行政或稽核用途需提供正式申請
* 教學用途使用需去識別化處理
* 外部機構或人員存取需簽署保密協議
* 所有非治療目的存取須記錄在案

### 5.6 病歷保存與儲存

#### 5.6.1 現行病歷管理

* 現行病歷存放於指定的安全區域
* 依病歷號或就診日期排序存放
* 每日整理與歸檔
* 非使用時應存放於鎖定的櫃子或區域
* 定期檢查現行病歷的完整性

#### 5.6.2 非現行病歷歸檔

* 治療完成後30日內完成病歷歸檔程序
* 確認病歷內容完整性與簽署完整
* 按歸檔順序整理與編排
* 建立歸檔記錄
* 轉移至非現行病歷儲存區

#### 5.6.3 病歷保存環境要求

* 溫度控制在18-22°C
* 相對濕度控制在45-55%
* 防火、防水、防蟲害設施
* 防盜、門禁管控
* 定期環境監測與記錄

#### 5.6.4 病歷保存期限

* 成人病歷：至少保存7年
* 未成年患者病歷：保存至成年後7年
* 特殊案例（如法律相關）：延長保存期限
* 具歷史或教學價值病歷：永久保存
* 病歷銷毀前須經審核批准

### 5.7 病歷修改與更正

#### 5.7.1 紙本病歷修改規範

* 錯誤內容用單線劃過，確保原內容仍可辨識
* 禁止使用修正液、橡皮擦或完全塗黑
* 在錯誤內容旁標註更正內容
* 標註更正日期與簽名
* 重大錯誤需說明更正原因

#### 5.7.2 電子病歷修改規範

* 系統必須保留原始記錄與修改記錄
* 修改時必須輸入修改原因
* 系統記錄修改時間與修改者
* 原始資料不可刪除，僅可標記為已修改
* 重大修改需經主管審核

#### 5.7.3 補充記錄規範

* 補充記錄應明確標示為補充內容
* 註明補充記錄的時間與原始記錄時間
* 說明補充原因
* 簽名確認
* 不得以補充記錄方式改變原始記錄事實

#### 5.7.4 病歷修改的限制

* 禁止修改他人記錄（除非有特殊授權）
* 禁止追溯性修改以規避責任
* 禁止因非臨床原因而修改臨床判斷
* 禁止未經授權刪除任何病歷內容
* 修改涉及醫療糾紛的病歷需特別審核與批准

### 5.8 病歷外借與複製

#### 5.8.1 病歷外借原則

* 原則上病歷不得攜出機構
* 特殊情況（如司法要求）需經院長批准
* 外借必須有專人負責與跟蹤
* 建立詳細的外借記錄
* 確保外借期間的安全措施

#### 5.8.2 病歷複製規範

* 複製需有合理目的並經授權
* 記錄複製原因、範圍、數量與去向
* 複製件標明「複製件」字樣
* 確保複製過程的隱私保護
* 不再需要的複製件須安全銷毀

#### 5.8.3 病歷複製申請程序

* 填寫標準化的病歷複製申請表
* 說明複製目的與範圍
* 獲得相關主管批准
* 患者本人申請需驗證身份
* 第三方申請需提供患者授權書

#### 5.8.4 特殊情況的病歷提供

* 司法要求：需正式公文，經法務審核
* 保險理賠：需患者書面授權
* 研究用途：需倫理委員會批准，並去識別化
* 外部評鑑：依評鑑規範提供必要資料
* 患者申訴：依申訴處理程序提供相關資料

### 5.9 電子病歷管理

#### 5.9.1 電子病歷系統要求

* 符合相關法規與標準
* 具備適當的存取控制與權限管理
* 支援電子簽章與身份驗證
* 具備完整的稽核追蹤功能
* 數據加密與安全保護機制

#### 5.9.2 電子病歷資料輸入標準

* 建立標準化的資料輸入模板
* 關鍵資料設置必填欄位
* 使用標準化的術語與編碼
* 設置合理的資料驗證規則
* 具備即時提示與警告功能

#### 5.9.3 電子病歷備份與復原

* 實施每日自動備份機制
* 備份資料存放於不同實體位置
* 定期測試備份資料的可恢復性
* 建立災難復原計劃與程序
* 備份記錄與測試結果存檔

#### 5.9.4 電子病歷與紙本病歷的協調

* 明確定義哪些資料應以紙本形式保存
* 建立紙本資料數位化的流程
* 確保紙本與電子記錄的一致性
* 紙本資料納入電子病歷的索引與追蹤
* 混合系統的病歷完整性確保機制

#### 5.9.5 電子病歷系統升級與變更管理

* 系統變更前進行風險評估
* 變更實施前進行充分測試
* 提供使用者適當培訓
* 建立回退機制應對問題
* 記錄系統變更與影響評估

### 5.10 病歷安全與保密

#### 5.10.1 物理安全措施

* 病歷存放區域實施門禁控制
* 非工作時間鎖定存放區域
* 禁止在未經授權區域查閱病歷
* 禁止將病歷帶離指定區域
* 閒置病歷不得無人看管

#### 5.10.2 資訊安全措施

* 使用者唯一帳號與強密碼政策
* 定期更換密碼
* 閒置自動登出機制
* 存取行為記錄與審計
* 資料傳輸加密保護

#### 5.10.3 人員安全管理

* 所有接觸病歷人員簽署保密協議
* 定期進行保密教育培訓
* 職務變動時及時調整權限
* 離職人員權限立即撤銷
* 違反保密規定的處理機制

#### 5.10.4 保密原則與例外處理

* 未經患者授權不得披露病歷資訊
* 治療團隊內部共享遵循最小必要原則
* 教學使用須去識別化
* 法定通報疾病的保密處理
* 患者自傷或傷人風險的保密例外處理

### 5.11 病歷品質管理

#### 5.11.1 病歷品質標準

建立以下病歷品質評估標準： - 完整性：必要資訊的存在與充分性 - 準確性：資訊的正確性與一致性 - 及時性：記錄的即時完成程度 - 可讀性：記錄的清晰度與條理性 - 一致性：病歷各部分內容的協調一致性 - 合規性：符合法規與機構政策的程度

#### 5.11.2 病歷稽核程序

* 制定定期稽核計劃（每季至少一次）
* 使用標準化的稽核工具與清單
* 隨機抽樣選擇稽核病歷
* 稽核結果量化評分與分析
* 向相關人員反饋稽核結果

#### 5.11.3 病歷問題改進機制

* 分析並分類常見問題
* 針對系統性問題制定改進計劃
* 提供個別指導與培訓
* 追蹤改進措施實施效果
* 將改進結果納入下次稽核評估

#### 5.11.4 病歷品質績效指標

建立並監測以下績效指標： - 病歷完成率（24小時/72小時/7天） - 病歷完整性符合率 - 病歷簽署完整率 - 病歷缺失率 - 病歷修改率 - 病歷稽核評分

### 5.12 病歷銷毀

#### 5.12.1 病歷銷毀評估與審核

* 定期（每年）評估符合銷毀條件的病歷
* 編制擬銷毀病歷清單
* 品質管理部門與法務審核
* 院長或授權代表最終批准
* 保存銷毀評估與審核記錄

#### 5.12.2 病歷銷毀方法

* 紙本病歷採用碎紙或焚燒方式銷毀
* 電子資料採用專業數據清除工具
* 影像資料的專業銷毀方法
* 確保銷毀過程中的資料安全
* 銷毀過程有專人監督

#### 5.12.3 病歷銷毀記錄

記錄以下銷毀資訊： - 銷毀日期與地點 - 銷毀病歷的範圍與數量 - 銷毀方法 - 執行銷毀的人員 - 監督銷毀的人員 - 銷毀審核與批准文件

#### 5.12.4 特殊病歷的保存決策

* 具有重要研究價值的病歷考慮永久保存
* 具有重要教學價值的病歷考慮保存樣本
* 涉及未結案法律事件的病歷暫緩銷毀
* 具有歷史意義的病歷考慮特殊保存
* 特殊保存決策的記錄與追蹤

## 6. 記錄

| 記錄名稱 | 記錄編號 | 保存期限 | 保管部門 |
| --- | --- | --- | --- |
| 病歷借閱記錄 | PT-R-010-01 | 3年 | 病歷室 |
| 病歷審核記錄 | PT-R-010-02 | 5年 | 品質管理部、物理治療部 |
| 病歷外借申請表 | PT-R-010-03 | 3年 | 病歷室 |
| 病歷複製申請表 | PT-R-010-04 | 3年 | 病歷室 |
| 病歷銷毀記錄 | PT-R-010-05 | 永久 | 品質管理部、病歷室 |
| 病歷稽核報告 | PT-R-010-06 | 5年 | 品質管理部 |
| 電子病歷備份記錄 | PT-R-010-07 | 3年 | 資訊部門 |
| 未完成病歷追蹤表 | PT-R-010-08 | 1年 | 物理治療部 |

## 7. 相關文件

* QM-P001 文件控制程序
* QM-P002 記錄控制程序
* PT-P009 患者隱私保護程序
* IT-P001 資訊系統管理程序
* QM-P010 風險管理程序
* PT-P005 出院與轉銜程序
* PT-F001 初步評估表
* PT-F002 治療計劃表
* PT-F003 治療記錄表
* PT-F004 進展評估表
* PT-F005 結案摘要表

## 8. 附件

* 附件1：病歷內容完整性檢查表
* 附件2：病歷借閱流程圖
* 附件3：病歷稽核評估表
* 附件4：電子病歷系統存取權限矩陣
* 附件5：標準縮寫與術語清單
* 附件6：病歷銷毀流程圖

## 9. 修訂紀錄

| 版本 | 修訂日期 | 修訂內容摘要 | 修訂人 | 審核人 | 批准人 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A | 2024/01/01 | 首次發布 | 品質主管 | 管理代表 | 院長 |