

ICS XXXXXXXX

XX

备案号: XXX-XXXX

WS

中华人民共和国卫生行业标准

WS/T XXX-2009

电子病历基本数据集编制规范

Specification for drafting of basic dataset of electronic medical record

(征求意见稿)

2009-XX-XX 发布

2009-XX-XX 实施

中华人民共和国卫生部

目 次

前 言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 内容结构	2
5 数据元描述规则	2
6 数据元目录格式	4
7 数据集元数据描述规则	4
附录 A 健康档案数据元分类代码（修订）	6
附录 B 电子病历基础模板数据集分类编码	8

前 言

本标准是遵照WS/T 303—2009卫生信息数据元标准化规则、WS/T 305—2009卫生信息数据集元数据规范、WS/T 306—2009卫生信息数据集分类与编码规则、卫生部健康档案基本数据集编制规范（试行），以及参考GJB 6495.1—2008 后勤保障数据集 第1部分 编制规范等相关标准基础上，结合电子病历领域特点和实际需求进行制定。

本标准的附录A、附录B为规范性附录。

本标准由中华人民共和国卫生部卫生信息标准专业委员会提出。

本标准由中华人民共和国卫生部归口。

本标准起草单位：中华人民共和国卫生部统计信息中心

本标准的主要起草人：

电子病历基本数据集编制规范

1 范围

本标准规定了电子病历基本数据集的内容结构，数据元描述规则、分类代码和目录格式，以及数据集元数据描述规则、数据集分类编码等。

本标准适用于电子病历基本数据集的编制与使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注日期的引用文件，其随后所有的修改单（不包括勘误的内容）或修订版均不适用于本标准。但是，鼓励根据本标准达成协议的各方研究是否可使用这些文件的最新版本。凡是不注日期的引用文件，其最新版本适用于本部分。

健康档案基本数据集编制规范（试行）

CEN ENV13606-1:1999, Health informatics - Electronic healthcare record communication - Part 1:Extended architecture.

CEN ENV 13608-1:2000, Health informatics - Security for healthcare communication - Concepts and terminology.

CEN ENV13940, 2000, Health Informatics – Systems of concepts to support continuity of care.

EU-CEN:1997, Second EU-CEN Workshop on the Electronic Healthcare Record. European Committee for Standardisation (CEN). Proceedings. 1997.

ASTM 1769:1995, ASTM "Standard Guide for Properties of Electronic Health Records and Record Systems." E1769-95, Feb 1996.

OpenEHR:2002, EHR Design Principles. <http://www.openehr.org/productDP.htm>

3 术语和定义

健康档案基本数据集编制规范（试行）中确立的及下列术语和定义适用于本部分。

3.1 电子健康记录（electronic health record, EHR）

搜集、保存医疗保健对象个体一生健康信息和医疗服务信息的数据资源库，由个人健康档案和电子病历两部分组成。

3.2 健康档案（health record, HR）

健康档案是居民健康管理（疾病防治、健康保护、健康促进等）过程的规范、科学记录。是以居民个人健康为核心，贯穿整个生命过程，涵盖各种健康相关因素、实现多渠道信息动态收集，满足居民自我保健需要和健康管理的信息资源。

[卫生部：健康档案基本数据集编制规范：2009]

3.4 电子病历（medical record, EMR）

在医院内部使用，并且能与个人健康档案进行信息交换和信息共享的电子健康记录。

3.7 模板 (template)

一个直接、局部可用的数据创建的形式和方法。模板在语义上受一个原型的约束，是整体数据创建的一个组成部分或全部。

注释：一个模板可以对应多个概念，每一个概念的描述对应一个原型。

3.8 原型 (archetype)

定义概念的结构和依据专业知识的描述规则。每个原型描述一个临床或其他特定领域的概念。

注释：原型可以定义简单的复合概念，如血压或地址；也可以定义复杂的复合概念，如家族史或微生物检验结果。原型不用于定义原子层概念 (atomic concepts)，如解剖术语。原型使用源于其他外部术语和知识。

3.6 数据组 (data group)

数据组是将相关信息项聚集起来而形成的一种复合的数据结构，或者说是数据元或更小的数据组的集合。通常，构成数据组的主要数据元的值都是必需的，以便为特定语境提供非歧义的语义。数据组将相关数据元组织起来，并通过这些数据元而赋值。数据组的例子：症状、用药、手术、文档标识等。

数据组可以只包括数据元，也可以具有层次性结构，包含嵌套的数据组及数据元。

[Australian National E-Health Transition Authority, NEHTA Specification Template Reference Guide, 2.3. 2005]

4 内容结构

电子病历基本数据集的内容结构与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

5 数据元描述规则

5.1 描述内容

电子病历基本数据集的数据元采用表（1）中的5类17项数据元属性进行描述。

表 1 数据元属性列表

序号	属性种类	数据元属性名称	约束
1	标识类	内部标识符	必选
2		数据元标识符	必选
3		数据元名称	必选
4		版本	必选
5		注册机构	必选
6		相关环境	必选
7	定义类	定义	必选
8	关系类	分类模式	必选
9	表示类	数据元值的数据类型	必选
10		表示格式	必选

序号	属性种类	数据元属性名称	约束
11	管理类	数据元允许值	必选
12		主管机构	必选
13		注册状态	必选
14		提交机构	必选
15		重复次数	必选
16	扩充类	强制性标识	必选
17		机密性标识	可选

5.2 详细要求

5.2.1 内部标识符编码规则

内部标识符指数据元在某特定数据集中的唯一标识代码。采用长度 12 位的字母数字混合码，含小数点 2 位。结构见图（1）。

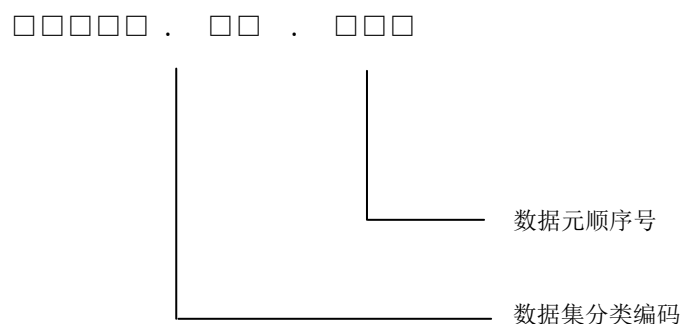


图 1 内部标识符结构

图（1）中：

—— 数据集分类编码（DCC）：用 8 位字母数字混合码表示，编码规则见 7.2。

—— 数据元序号：用 3 位数字表示，代表数据元在某特定数据集中的序号，从 001 开始顺序编码。数据元序号与数据集分类编码之间加“.”区分。

5.2.2 数据元标识符编码规则

电子病历基本数据集的数据元标识符与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

5.2.3 数据元名称

电子病历基本数据集的数据元名称与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

5.2.4 数据元的表示类属性

5.2.4.1 扩展类属性

5.2.4.1.1 名称：重复次数

定义：某个数据元在数据组或数据集允许出现的次数，与特定语境有关。

约束：必选

数据类型：字符

备注：0..n 不出现，或最多重复 n 次，如 0..1 表示不出现，或最多重复 1 次；

0..* 允许不出现，或重复多次；

n..n 必须且只能出现 n 次；如 1..1 必须且只能出现 1 次；

n..* 最少出现n次或n次以上，如2..* 表示至少出现2次，最多重复2次以上。

5.2.4.1.2 名称：强制使用标志

定义：某个数据元在数据组或数据集必须使用的标志。

约束：条件选

条件：如果缺乏该数据元，数据组或数据集不能保证语义的完整性。

数据类型：字符

备注：必须使用标志的允许值为M 或空缺。M表示该数据元必须使用，空缺表示为具备条件时使用或不使用。

5.2.4.1.3 名称：机密性标志

定义：某个数据元因涉及服务对象隐私，须限制其扩散范围或保密的标志。

约束：条件选

条件：仅适用于涉及服务对象隐私的数据元。

数据类型：字符

备注：允许值为* 或空缺。*表示该数据元具有机密性，空缺表示该数据元不具有机密性。

5.2.4.2 数据元值的数据类型

“数据元值的数据类型” 与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

5.2.4.3 表示格式

“数据元值的表示格式” 与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

5.2.4.3 数据元允许值

数据元允许值的值域、值域代码表的格式及编码规则与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

5.2.4.4 计量单位符号

计量单位符号与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

6 数据元目录格式

电子病历基本数据集的数据元目录与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

7 数据集元数据描述规则

7.1 描述内容和格式

电子病历基本数据集的元数据描述内容和格式与《健康档案基本数据集编制规范（试行）》的相关部分一致。

7.2 数据集标识符编码规则

数据集标识符采用字母数字混合码，结构为：

数据集类目编码（DCC）_版本标识符（VI）

其中：

附录 A
(规范性附录)

健康档案数据元分类代码 (修订)

表A.1 健康档案数据元分类代码 (修订)

大类	大类代码	小类	小类代码	说明 (示例)
文档标识	00		00	数据元如: 门诊病历、住院记录、处方、检查单
个体标识	01	服务对象标识号	01	数据元如: 服务对象姓名、身份证号, 门诊号、住院号、床位号、有效时间
		个体生物学标识	02	除了继承服务对象标识号以外, 其他的生物学标识
		个体危险性标识	03	除了继承服务对象标识号以外, 其他的危险性标识
人口学及社会经济学特征	02	姓名	01	数据元如: 姓名、母亲姓名
		性别	02	数据元如: 性别代码
		年龄	03	数据元如: 母亲出生日期
		国籍	04	数据元如: 国籍代码
		民族	05	数据元如: 民族代码
		婚姻	06	数据元如: 婚姻状况类别代码
		职业	07	数据元如: 职业类别代码 (国标)、工作单位名称
		教育	08	数据元如: 文化程度代码
		社会保障	09	数据元如: 医疗保险一类别
		角色	18	个体间的关系/角色, 数据元如: 血缘关系代码
		其他	99	数据元如: 家庭年人均收入类别代码、家中煤火取暖标志
地址	03		00	地址相关信息, 数据元如: 行政区划代码、邮政编码、常住地址类别代码
通信	04		00	通信相关信息, 数据元如: 联系电话类别、电子邮件地址
服务者机构	21	服务者机构标识	01	服务者机构标识, 数据元如: 检查 (测) 机构名称、手术机构名称
		其他	99	与服务者机构有关的不能归入其他类目的其他信息
服务者个体	22	服务者个体标识	01	服务者个体标识, 数据元如: 产前筛查医师姓名
		其他	99	与服务者个体有关的不能归入其他类目的其他信息
出生信息	30		00	个体出生时的相关信息, 数据元如: 出生日期、出生地、出生体重、出生医学证明编号
个体卫生事件	42	类别	01	个体卫生事件的类别标识, 数据元如: 产前检查标志、新生儿疾病筛查标志
		时间	02	个体卫生事件发生的日期/时间, 数据元如: 检查 (测) 日期、产前筛查孕周、翻身月龄、手术日期
		地点	03	个体卫生事件发生的地点, 数据元如: 分娩地点类别、伤害发生地点代码
		其他	99	与个体卫生事件发生有关但不能归入其他类目的其他信息, 数据元如: 事件参与方、事件发生原因、事件结局
观察	51	问询	01	数据元如: 既往疾病史、过敏症状、婴儿喂养方式
		体格检查	02	体格检查信息, 数据元如: 肺部听诊结果、龋齿数
		医学检验	03	医学检验信息, 数据元如: ABO血型、白细胞计数值
		病理	04	病理学检查信息, 数据元如: 病理检查标志
		影像检查	05	影像学检查信息, 数据元如: B超检查结果
		申请单	96	数据元如: 检查申请单一机构 (科室)、检查申请单一编号、检查申请检查原因
		标本	97	数据元如: 标本类别代码、标本号-机构 (科室)、标本号-号码
		报告单	98	数据元如: 检查报告单一机构 (科室)、检查报告单一编号、检查报告结果

大类	大类代码	小类	小类代码	说明（示例）
		其他	99	与观察有关的不能归入其他类目的其他信息，如观察通用标识符
处理	52	方法	01	处理采用的方式、方法等，数据元如：产前筛查方法、分娩方式、药物使用一频率
		过程	02	处理过程中的步骤、观察、结果等，数据元如：产时出血量、会阴裂伤程度、皮埋剂埋植部位
药品、食品与材料	53	药品	01	药品相关标识，数据元如：药物名称、中药类别代码
		血液	02	
		生物制品	03	数据元如：疫苗名称代码、疫苗批号
		材料	04	卫生材料相关标识，数据元如：宫内节育器种类代码
		食品	05	数据元如：吸食烟草种类代码、饮酒种类代码
		其他	99	与药品、食品与材料有关的不能归入其他类目的其他信息，数据元如：疫苗生产厂家
计划与干预	54	计划	01	为服务对象制定的健康指导信息，数据元如：婚前卫生指导内容、计划生育指导内容、宣教内容
		干预	02	为服务对象提出的医学指导信息，数据元如：产前诊断医学意见、婚检医学意见、婚检咨询指导结果
评估与诊断	55	评估	01	医学评估，数据元如：Apgar评分值、产前筛查结果、婚前医学检查结果、体弱儿童标志、职业病转归代码
		诊断	02	确定的医学诊断，数据元如：临床诊断、产前诊断结果、出生缺陷类别、手术并发症、肿瘤临床分期代码
费用	56		00	数据元如：门诊费用分类、住院费用分类、个人承担费用（元/人民币）
死亡信息	85		00	个体死亡时的相关信息，数据元如：死亡日期、根本死因代码
其他	99		00	未能归入上述各类目的其他信息

附录 B
（规范性附录）

电子病历基础模板数据集分类编码

表 B.1 电子病历基础模板数据集分类编码

一级类目	二级类目	数据集名称	数据集分类编码
01 病历概要	00	电子病历基础模板：病历概要数据集	EMR01.00
02 门（急）诊病历	00	电子病历基础模板：门（急）诊病历数据集	EMR02.00
03 门（急）诊处方	00	电子病历基础模板：门（急）诊处方数据集	EMR03.00
04 检查检验记录	00	电子病历基础模板：检查检验记录数据集	EMR04.00
05 治疗处置记录	01 一般治疗处置	电子病历基础模板：治疗处置-一般治疗处置记录数据集	EMR05.01
	02 助产	电子病历基础模板：治疗处置-助产记录数据集	EMR05.02
06 护理记录	01 护理操作	电子病历基础模板：护理-护理操作记录数据集	EMR06.01
	02 护理评估与计划	电子病历基础模板：护理-护理评估与计划数据集	EMR06.02
07 知情告知信息	00	电子病历基础模板：知情告知信息数据集	EMR07.00
08 住院病案首页	00	电子病历基础模板：住院病案首页数据集	EMR08.00
09 住院志	00	电子病历基础模板：住院志数据集	EMR09.00
10 住院病程记录	01 第一部分	电子病历基础模板：住院病程记录数据集（一）	EMR10.01
	02 第二部分	电子病历基础模板：住院病程记录数据集（二）	EMR10.02
	03 第三部分	电子病历基础模板：住院病程记录数据集（三）	EMR10.03
11 住院医嘱	00	电子病历基础模板：住院医嘱数据集	EMR11.00
12 出院记录	00	电子病历基础模板：出院记录数据集	EMR12.00
13 转院记录	00	电子病历基础模板：转院记录数据集	EMR13.00
14 转诊记录	00	电子病历基础模板：转诊记录数据集	EMR14.00
15 医疗机构信息	00	电子病历基础模板：医疗机构信息数据集	EMR15.00
16 健康体检	00		见健康档案
17 法定医学证明及报告	00		见健康档案