

健康档案基本架构与数据标准

(试 行)

中华人民共和国卫生部

二〇〇九年五月

目 录

| | |
|---------------------------|----|
| 一、前言..... | 2 |
| 二、健康档案的基本概念和系统架构..... | 3 |
| (一) 基本概念..... | 3 |
| (二) 系统架构..... | 3 |
| 三、健康档案的作用和特点..... | 4 |
| (一) 健康档案的作用..... | 4 |
| (二) 健康档案的特点..... | 5 |
| 四、健康档案的基本内容和信息来源..... | 6 |
| (一) 基本内容..... | 6 |
| 1. 个人基本信息..... | 6 |
| 2. 主要卫生服务记录..... | 7 |
| (二) 信息来源..... | 8 |
| 1. 基本信息..... | 8 |
| 2. 儿童保健..... | 8 |
| 3. 妇女保健..... | 9 |
| 4. 疾病控制..... | 9 |
| 5. 疾病管理..... | 10 |
| 6. 医疗服务..... | 10 |
| 五、健康档案数据标准..... | 10 |
| 1. 健康档案相关卫生服务基本数据集标准..... | 10 |
| 2. 健康档案公用数据元标准..... | 12 |
| 3. 健康档案数据元分类代码标准..... | 13 |

一、前言

《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出要建立实用共享的医药卫生信息系统。以推进公共卫生、医疗、医保、药品、财务监管信息化建设为着力点，整合资源，加强信息标准化和公共服务信息平台建设，逐步实现统一高效、互联互通。医药卫生信息化建设是深化医药卫生体制改革、建设服务型政府、促进实现医药卫生事业健康发展的重要手段和技术支撑。

按照国务院医药卫生体制改革领导小组的统一要求，当前医药卫生信息化建设的重点是“打好三个基础、建好三级平台、提升业务应用系统”。“打好三个基础”的核心是加快卫生信息标准化建设。一是建立全国统一的、标准化的居民健康档案；二是建立国家电子病历的基本架构与数据标准；三是建立国家卫生信息数据字典。重点推动以居民健康档案、电子病历为基础的区域卫生信息平台建设。近年来，卫生部信息化工作领导小组、卫生部卫生信息标准专业委员会和卫生部统计信息中心组织全国近千名专家 and 实际工作同志，开展了健康档案、电子病历及相关技术规范标准的科技攻关和试点应用工作，取得了包括《健康档案基本架构与数据标准》在内的一系列重要成果。

《健康档案基本架构与数据标准》主要包括两部分内容。第一部分是“健康档案基本架构”，包括：(1) 健康档案的基本概念和系统架构；(2) 健康档案的作用和特点；(3) 健康档案的基本内容和信息来源。第二部分是“健康档案数据标准”，包括：(4) 健康档案相关卫生服务基本数据集标准；(5) 健康档案公用数据元标准；(6) 健康档案

数据元分类代码标准。健康档案的各项标准是一个不断完善的过程，将随着业务发展和实际需要在今后应用中不断补充、不断发展。

二、健康档案的基本概念和系统架构

（一）基本概念

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，满足居民自我保健和健康管理、健康决策需要的信息资源。

“病历”是医疗机构对门诊、住院患者（或保健对象）临床诊疗、指导干预的卫生服务工作记录。健康档案与“病历”既有区别、更有联系。“病历”是健康档案的主要信息来源和重要组成部分，健康档案对“病历”的信息需求并非“病历”的全部，具有高度的目的性和抽象性。

（二）系统架构

健康档案的系统架构是以人的健康为中心，以生命阶段、健康和疾病问题、卫生服务活动（或干预措施）作为三个纬度构建的一个逻辑架构，用于全面、有效、多视角地描述健康档案的组成结构以及复杂信息间的内在联系。通过一定的时序性、层次性和逻辑性，将人一生中面临的健康和疾病问题、针对性的卫生服务活动（或干预措施）以及所记录的相关信息有机地关联起来，并对所记录的海量信息进行科学分类和抽象描述，使之系统化、条理化和结构化。

第一维为生命阶段：按照不同生理年龄可将人的整个生命进程划分为若干个连续性的生命阶段，如婴儿期、幼儿期、学龄前期、学龄

期、青春期、青年期、中年期、老年期等八个生命阶段。也可以根据基层卫生工作实际需要，按服务人群划分为：儿童、青少年、育龄妇女、中年和老年人。

第二维为健康和疾病问题：每一个人在不同生命阶段所面临的健康和疾病问题不尽相同。确定不同生命阶段的主要健康和疾病问题及其优先领域，是客观反映居民卫生服务需求、进行健康管理的重要环节。

第三维为卫生服务活动（或干预措施）：针对特定的健康和疾病问题，医疗卫生机构开展一系列预防、医疗、保健、康复、健康教育等卫生服务活动（或干预措施），这些活动反映了居民健康需求的满足程度和卫生服务利用情况。

三维坐标轴上的某一区间连线所圈定的空间域，表示个人在特定的生命阶段，因某种健康或疾病问题而发生相应的卫生服务活动所记录的信息数据集。理论上一份完整的健康档案是由人从出生到死亡的整个生命过程中所产生和记录的所有信息数据集构成。

三、健康档案的作用和特点

（一）健康档案的作用

1、满足自我保健的需要。居民可以通过身份安全认证、授权查阅自己的健康档案。系统、完整地了解自己不同生命阶段的健康状况和利用卫生服务的情况，接受医疗卫生机构的健康咨询和指导，提高自我预防保健意识和主动识别健康危险因素的能力。

2、满足健康管理的需要。持续积累、动态更新的健康档案有助于卫生服务提供者系统地掌握服务对象的健康状况 ,及时发现重要疾病或健康问题、筛选高危人群并实施有针对性的防治措施 ,从而达到预防为主和健康促进目的。基于知情选择的健康档案共享将使居民跨机构、跨地域的就医行为以及医疗保险转移逐步成为现实。

3、满足健康决策的需要。完整的健康档案能及时、有效地提供基于个案的各类卫生统计信息 ,帮助卫生管理者客观地评价居民健康水平、医疗费用负担以及卫生服务工作的质量和效果 ,为区域卫生规划、卫生政策制定以及突发公共卫生事件的应急指挥提供科学决策依据。

(二) 健康档案的特点

1、以人为本。健康档案是以人的健康为中心 ,以全体居民 (包括病人和非病人) 为对象 ,以满足居民自身需要和健康管

2、内容完整。健康档案记录贯穿人的生命全程 ,内容不仅涉及到疾病的诊断治疗过程 ,而且关注机体、心理、社会因素对健康的影响。其信息主要来源于居民生命过程中 ,与各类卫生服务机构发生接触所产生的所有卫生服务活动 (或干预措施) 的客观记录。

3、重点突出。健康档案记录内容是从日常卫生服务记录中适当抽取的、与居民个人和健康管理、健康决策密切相关的重要信息 ,详细的卫生服务过程记录仍保留在卫生服务机构中 ,需要时可通过一定机制进行调阅查询。

4、动态高效。健康档案的建立和更新与卫生服务机构的日常工作紧密融合 ,通过提升业务应用系统实现在卫生服务过程中健康相关信息的数字化采集、整合和动态更新。

5、标准统一。健康档案的记录内容和数据结构、代码等都严格遵循统一的国家规范与标准。健康档案的标准化是实现不同来源的信息整合、无障碍流动和共享利用、消除信息孤岛的必要保障。

6、分类指导。在遵循统一的业务规范和信息标准、满足国家基本工作要求基础上 ,健康档案在内容的广度和深度上具有灵活性和可扩展性 ,支持不同地区卫生服务工作的差异化发展。

四、 健康档案的基本内容和信息来源

(一)基本内容

根据健康档案的基本概念和系统架构 ,健康档案的基本内容主要由个人基本信息和主要卫生服务记录两部分组成。

1、个人基本信息

包括人口学和社会经济学等基础信息以及基本健康信息。其中一些基本信息反映了个人固有特征 ,贯穿整个生命过程 ,内容相对稳定、客观性强。主要有 :

(1) 人口学信息 : 如姓名、性别、出生日期、出生地、国籍、民族、身份证件、文化程度、婚姻状况等。

(2) 社会经济学信息 : 如户籍性质、联系地址、联系方式、职业类别、工作单位等。

(3) 亲属信息 : 如子女数、父母亲姓名等。

(4) 社会保障信息：如医疗保险类别、医疗保险号码、残疾证号码等。

(5) 基本健康信息：如血型、过敏史、预防接种史、既往疾病史、家族遗传病史、健康危险因素、残疾情况、亲属健康情况等。

(6) 建档信息：如建档日期、档案管理机构等。

2、主要卫生服务记录

健康档案与卫生服务活动的记录内容密切关联。主要卫生服务记录是从居民个人一生中所发生的重要卫生事件的详细记录中动态抽取的重要信息。按照业务领域划分，与健康档案相关的主要卫生服务记录有：

(1) 儿童保健：出生医学证明信息、新生儿疾病筛查信息、儿童健康体检信息、体弱儿童管理信息等。

(2) 妇女保健：婚前保健服务信息、妇女病普查信息、计划生育技术服务信息、孕产期保健服务与高危管理信息、产前筛查与诊断信息、出生缺陷监测信息等。

(3) 疾病预防：预防接种信息、传染病报告信息、结核病防治信息、艾滋病防治信息、寄生虫病信息、职业病信息、伤害中毒信息、行为危险因素监测信息、死亡医学证明信息等。

(4) 疾病管理：高血压、糖尿病、肿瘤、重症精神疾病等病例管理信息，老年人健康管理信息等。

(5) 医疗服务：门诊诊疗信息、住院诊疗信息、住院病案首页信息、成人健康体检信息等。

(二)信息来源

健康档案信息量大、来源广且具有时效性。其信息收集应融入到医疗卫生机构的日常服务工作中，随时产生、主动推送，一方采集、多方共享，实现日常卫生服务记录与健康档案之间的动态数据交换和共享利用，避免成为“死档”，并减轻基层卫生人员的负担。

由于人的主要健康和疾病问题一般是在接受相关卫生服务(如预防、保健、医疗、康复等)过程中被发现和被记录，所以健康档案的信息内容主要来源于各类卫生服务记录。主要有三个方面：一是卫生服务过程中的各种服务记录；二是定期或不定期的健康体检记录；三是专题健康或疾病调查记录。

卫生服务记录的主要载体是卫生服务记录表单。卫生服务记录表单是卫生管理部门依据国家法律法规、卫生制度和技术规范的要求，用于记录服务对象的有关基本信息、健康信息以及卫生服务操作过程与结果信息的医学技术文档，具有医学效力和法律效力。

与健康档案内容相关的卫生服务记录表单主要有以下六个部分：

1、基本信息

(1) 个人基本信息：个人基本情况登记表。

2、儿童保健

(2) 出生医学登记：出生医学证明。

(3) 新生儿疾病筛查：新生儿疾病筛查记录表。

(4) 儿童健康体检：0~6岁儿童健康体检记录表。

(5) 体弱儿童管理：体弱儿童管理记录表。

3、妇女保健

- (6) 婚前保健服务：婚前医学检查表、婚前医学检查证明。
- (7) 妇女病普查：妇女健康检查表。
- (8) 计划生育技术服务：计划生育技术服务记录表。
- (9) 孕产期保健与高危管理：产前检查记录表、分娩记录表，
产后访视记录表、产后 42 天检查记录表，孕产妇高危管理记录表。
- (10) 产前筛查与诊断：产前筛查与诊断记录表。
- (11) 出生缺陷监测：医疗机构出生缺陷儿登记卡。

4、疾病控制

- (12) 预防接种记录：个人预防接种记录表。
- (13) 传染病记录：传染病报告卡。
- (14) 结核病防治：结核病人登记管理记录表。
- (15) 艾滋病防治：艾滋病防治记录表。
- (16) 血吸虫病管理：血吸虫病病人管理记录表。
- (17) 慢性丝虫病管理：慢性丝虫病患者随访记录表。
- (18) 职业病记录：职业病报告卡、尘肺病报告卡、职业性放射性疾病报告卡。
- (19) 职业性健康监护：职业健康检查表。
- (20) 伤害监测记录：伤害监测报告卡。
- (21) 中毒记录：农药中毒报告卡。
- (22) 行为危险因素记录：行为危险因素监测记录表。
- (23) 死亡医学登记：居民死亡医学证明书。

5、疾病管理

(24) 高血压病例管理：高血压患者随访表。

(25) 糖尿病病例管理：糖尿病患者随访表。

(26) 肿瘤病病例管理：肿瘤报告与随访表。

(27) 精神分裂症病例管理：精神分裂症患者年检表、随访表。

(28) 老年人健康管理：老年人健康管理随访表等。

6、医疗服务

(29) 门诊诊疗记录：门诊病历。

(30) 住院诊疗记录：住院病历。

(31) 住院病案记录：住院病案首页。

(32) 成人健康体检：成人健康检查表。

五、健康档案数据标准

从信息来源可以看出，建立健康档案是一个跨业务系统、跨生命时期、跨行政区域，持续积累、动态更新、共建共用的一个长期过程。制定全国统一、科学合理、满足基层、灵活适用的健康档案数据标准，是建立健康档案，尤其是电子健康档案的关键。

健康档案数据标准目前主要包括三类：(1) 健康档案相关卫生服务基本数据集标准；(2) 健康档案公用数据元标准；(3) 健康档案数据元分类代码标准。

1、健康档案相关卫生服务基本数据集标准

基本数据集是指构成某个卫生事件(或活动) 记录所必需的基本数据元集合。与健康档案相关的每一个卫生服务活动(或干预措施)

均对应一个基本数据集。基本数据集标准规定了数据集中所有数据元的唯一标识符、名称、定义、数据类型、取值范围、值域代码表等数据元标准，以及数据集名称、唯一标识符、发布方等元数据标准。

针对健康档案的主要信息来源，目前已制定出健康档案相关卫生服务基本数据集标准共 32 个。按照业务领域（主题）分为 3 个一级类目：基本信息、公共卫生、医疗服务。其中“公共卫生”包含 4 个二级类目：儿童保健、妇女保健、疾病控制、疾病管理。32 个卫生服务基本数据集的具体标准文本见附件。

表 1 列出了健康档案相关卫生服务基本数据集标准目录。如《出生医学证明基本数据集》的数据集标识符为“HRB01.01”，表示该数据集标准属于“健康档案领域（HR）”中的一级类目“公共卫生（B）”下的二级类目“儿童保健（01）”，数据集顺序号为“01”。

表 1 健康档案相关卫生服务基本数据集标准目录

| 序号 | 一级类目 | 二级类目 | 数据集标准名称 | 数据集标识符 |
|----|--------|---------|-------------------|----------|
| 1 | A 基本信息 | | 个人信息基本数据集 | HRA00.01 |
| 2 | B 公共卫生 | 01 儿童保健 | 出生医学证明基本数据集 | HRB01.01 |
| 3 | | | 新生儿疾病筛查基本数据集 | HRB01.02 |
| 4 | | | 儿童健康体检基本数据集 | HRB01.03 |
| 5 | | | 体弱儿童管理基本数据集 | HRB01.04 |
| 6 | | 02 妇女保健 | 婚前保健服务基本数据集 | HRB02.01 |
| 7 | | | 妇女病普查基本数据集 | HRB02.02 |
| 8 | | | 计划生育技术服务基本数据集 | HRB02.03 |
| 9 | | | 孕产期保健服务与高危管理基本数据集 | HRB02.04 |
| 10 | | | 产前筛查与诊断基本数据集 | HRB02.05 |

| 序号 | 一级类目 | 二级类目 | 数据集标准名称 | 数据集标识符 |
|----|--------|---------|----------------|----------|
| 11 | | | 出生缺陷监测基本数据集 | HRB02.06 |
| 12 | | 03 疾病控制 | 预防接种基本数据集 | HRB03.01 |
| 13 | | | 传染病报告基本数据集 | HRB03.02 |
| 14 | | | 结核病防治基本数据集 | HRB03.03 |
| 15 | | | 艾滋病防治基本数据集 | HRB03.04 |
| 16 | | | 血吸虫病病人管理基本数据集 | HRB03.05 |
| 17 | | | 慢性丝虫病病人管理基本数据集 | HRB03.06 |
| 18 | | | 职业病报告基本数据集 | HRB03.07 |
| 19 | | | 职业性健康监护基本数据集 | HRB03.08 |
| 20 | | | 伤害监测报告基本数据集 | HRB03.09 |
| 21 | | | 中毒报告基本数据集 | HRB03.10 |
| 22 | | | 行为危险因素监测基本数据集 | HRB03.11 |
| 23 | | | 死亡医学证明基本数据集 | HRB03.12 |
| 24 | | 04 疾病管理 | 高血压病例管理基本数据集 | HRB04.01 |
| 25 | | | 糖尿病病例管理基本数据集 | HRB04.02 |
| 26 | | | 肿瘤病例管理基本数据集 | HRB04.03 |
| 27 | | | 精神分裂症病例管理基本数据集 | HRB04.04 |
| 28 | | | 老年人健康管理基本数据集 | HRB04.05 |
| 29 | C 医疗服务 | | 门诊诊疗基本数据集 | HRC00.01 |
| 30 | | | 住院诊疗基本数据集 | HRC00.02 |
| 31 | | | 住院病案首页基本数据集 | HRC00.03 |
| 32 | | | 成人健康体检基本数据集 | HRC00.04 |

2、健康档案公用数据元标准

健康档案 32 个相关卫生服务基本数据集中共包含 2252 个数据元。其中两个或两个以上数据集中都包含的数据元 ,称为公用数据元。公用数据元是不同业务领域之间进行无歧义信息交换和数据共享的

基础。健康档案公用数据元标准规定了健康档案所必须收集记录的公用数据元最小范围及数据元标准，目的是规范和统一健康档案的信息内涵和外延，指导健康档案数据库的规划设计。

健康档案公用数据元标准中共包含公用数据元 1163 个，191 个数据元值域代码表。具体标准文本见附件。

3、健康档案数据元分类代码标准

健康档案中的数据元之间存在着一定的层次结构关系。从信息学角度对数据元进行科学分类与编码，目的是为健康档案中来源于各种卫生服务记录的所有信息（数据元），建立一个统一的、标准化的信息分类框架，使得不同的信息（数据元）根据其不同的特性，能够分别定位和存储在相应的层级结构中，方便健康档案信息利用者的快速理解和共享。健康档案数据元分类代码标准见表 2。

表 2 健康档案数据元分类代码标准

| 大类 | 大类代码 | 小类 | 小类代码 | 说明（示例） |
|-------------|------|------|------|--|
| 个体标识 | 01 | | 00 | 个体的唯一标识，数据元如：记录表单编号、身份证件标识（类别与号码）、标本编号、住院号、门诊号 |
| 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 |

| 大类 | 大类代码 | 小类 | 小类代码 | 说明（示例） |
|----------|------|---------|------|--|
| 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 |
| 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 |
| | | 其他 | 99 | 与观察有关的不能归入其他类目的其他信息 |
| 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 |
| | | 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、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 |
| 其他 | 99 | | 00 | 未能归入上述各类目的其他信息 |