

日间诊疗病历书写专家共识(试行)

为贯彻落实《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发〔2015〕38号)、《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70号)、《关于印发开展三级医院日间手术试点工作方案的通知》(国卫医函〔2016〕306号)、国家卫生健康委员会医疗管理服务指导中心《日间手术管理导则》(2016版征求意见稿)以及《中国医院质量安全管理(第2-25部分:患者服务 日间手术)》(2018年团体标准)等文件规定,为进一步加强日间诊疗质量管理,提高日间诊疗病历书写质量、提高工作效率,依据原卫生部《病历书写基本规范》(2010年)及国家卫计委《医疗质量安全核心制度要点》(2018年)等文件,制定《日间诊疗病历书写基本规范》(试行)。

第一章 定义及规范

第一条 日间诊疗是指临床诊断明确的患者,按照诊疗计划在入院1日(24小时)内完成计划性诊疗并经短暂观察后出院的一种住院模式,包含手术、操作或其他相关内科治疗,不包括门诊手术。

因病情需要延期出院的特殊病例,住院时间不超过48小时。

第二条 日间诊疗病历是医务人员在日间手术、日间化疗等诊疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。

第三条 日间诊疗病历分为日间手术病历和日间非手术病历两类。

第四条 日间诊疗病历书写规范原则上依据原卫生部2010年《病历书写基本规范》以及国家卫生健康委员会医疗管理服务指导中心《日间手术管理导则》(2016版征求意见稿),可以使用专科化制式病历。

日间诊疗病历不包括非计划性的24小时内入出院或24小时内入院死亡病历。

第二章 日间诊疗病历书写基本要求

第五条 日间诊疗病历内容包括住院病案首页、日间诊疗入出院记录、授权委托书、知情同意书、手术安全核查表,手术风险评估表、手术记录或有创操作记录、术前讨论、术前小结、麻醉记录及评估表,出院评估表、实验室检查及特殊检查、医嘱单等相关内容。

第六条 日间诊疗入出院记录应参照《病历书写基本规范》24小时内入出院记录的书写要求,内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱(重点阐述注意事项、复查时间等)、医师签名。

(1) 日间诊疗入出院记录的病史应记录患者主要症状的特点、发病时间、主要伴随症状、诊断经过以及重要的既往史、个人史、过敏史等。重点记录术前应完成的各类检查检验结果、手术医师及麻醉医师术前评估结果、术前准备及注意事项告知内容等。

(2) 日间手术病历诊疗经过应当包括手术医师术前查看患者、麻醉医师术前访视、术前禁食、肠道准备、各类知情同意书签署等情况;记录手术名称、手术方式、病理检查、术后应注意观察的重要事项等内容;术后首次病程记录及参加手术医师对患者病情观察及处置情况等。

术后首次病程记录也可单独书写。

(3) 日间非手术病历诊疗经过应当包括接受治疗前准备情况,医师查看患者情况、各类知情同意书签署等情况;主要操作或治疗的名称、时间、具体的操作或治疗内容、操作或治疗后的注意事项及重点观察事项等。

(4) 出院情况应记录患者出院时的一般情况、症状与体征、相关检查结果、出院诊断、出院评估等。日间手术患者可使用《PADS 评分量表》、《日间手术患者出院评估表》(见附件 1、2), 各医疗机构可根据实际情况对内容进行选择和增减。

(5) 出院医嘱包括出院注意事项、出院带药、复查时间、随访计划等。出院注意事项应具体明确, 注明发生特殊情况的应急处理措施, 联系电话等; 随访计划应明确首次及后续随访安排, 委托其他医疗机构随访的应在随访计划中说明。

(6) 日间诊疗入出院记录、入院/术前及出院评估记录等病历资料应由主管医师审核签字。

术者及主管医师应当获得医疗机构医务部门的授权。

第七条 日间手术记录应当由术者书写, 反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录, 应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时, 应有术者签名。

日间诊疗期间进行有创性操作时, 应当在操作完成后即刻书写相应的操作记录。

手术记录及有创操作记录应当符合原卫生部《病历书写基本规范》要求。

第八条 日间诊疗病历实施非局部麻醉者, 应当包含手术风险评估表、麻醉术前访视记录、麻醉记录单、麻醉术后访视记录、手术安全核查记录。书写要求应当符合《病历书写基本规范》。

第九条 进行手术、操作或特殊治疗者, 日间诊疗病历中应当包含手术知情同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查及特殊治疗同意书等。书写及签署要求应当符合《病历书写基本规范》。

第十条 医嘱单可以仅开具临时医嘱单, 应当符合《病历书写基本规范》中相关要求。

第十一条 日间手术病历应当包含术前小结及术前讨论相关内容, 依据《医疗质量安全核心制度》要点释义, 除急诊手术外, 所有住院患者实施手术前必须进行术前讨论, 可以根据实际情况开展手术组讨论或医疗团队讨论等形式, 术者必须参加术前讨论。

第十二条 日间诊疗患者出院评估不符合出院标准, 或有其它原因延迟出院者, 预计超过 24 小时不足 48 小时者, 在日间诊疗入出院记录中书写延长原因、症状体征变化及相应处置治疗等内容。

日间诊疗患者延迟出院超过 48 小时者, 将日间诊疗病历转为普通住院病历, 无需重新书写入院记录, 但需要另页书写病程记录, 首个病程记录内容应包括本病例特点、目前情况、转为常规住院的原因、目前诊断及依据、鉴别诊断、诊疗计划、医师签名等。

如病情需要转往其他科室, 应按照原卫生部《病历书写基本规范》转出记录、转入记录的书写要求执行。

第十三条 日间诊疗患者入院前的门诊病历应按照《病历书写基本规范》要求书写, 在门诊完成的日间诊疗相关内容, 应当在门诊病历中记录。

中国医院协会病案专业委员会

2022 年 9 月 27 日

附件1

PADS评分量表

出院评估	评分
1. 生命体征：生命体征（完全恢复至基础水平）平稳，并且考虑患者的年龄和术前的基线（必须是2分）	
呼吸及意识状况恢复至基础水平，血压和脉搏与术前基线比较变化 \leq 20	2
呼吸及意识状况未恢复至基础水平或血压和脉搏与术前基线比 $>$ 20%	0
2. 活动能力：患者恢复到术前生理水平	
步态平稳，无头晕或接近术前的水平	2
活动需要帮助	1
不能走动	0
3. 恶心呕吐：患者出院前仅有轻微的症状	
轻度：口服药物可以控制	2
中度：需要使用肌肉注射药物	1
重度：需要反复用药	0
4. 疼痛：患者出院前应当无痛或轻微疼痛，疼痛程度为患者可以接受的水平	
疼痛可以通过口服镇痛药物控制，疼痛的部位、类型与术后不适的预期等	2
可以耐受	1
不能耐受	0
5. 外科性出血：术后出血应当和预期的失血具有一致性	
轻度：不需要更换敷料	2
中度：需要换药 \leq 2次	1
重度：需要换药 $>$ 2次	0

注：满分10分，评分 \geq 9分的患者可以出院。

附件2

日间手术患者出院评估表

患者姓名：_____ 性别：男 女 年龄：____岁 住院号：_____

患者生命体征平稳，且血压、脉搏与术前基线比较变化 $<20\%$ ：是 否

患者PADS评分： ≥ 9 分 < 9 分

是否存在需要延长住院时间的情况：否

是，具体原因：

患者是否符合出院标准：

否，于20__年__月__日__时__分转为常规住院（以下项目忽略）

是（继续完成以下内容）

出院后是否需要继续治疗：否

是，治疗方案具体见医嘱

是否完成出院指导：是 否

随诊要求：无特殊

__天内当地医院随诊

__天内本院随诊

__天后本院查询病理结果

随诊电话：

医生签名：_____ 时间：20__年__月__日__时__分

患方声明：

患者及家属对以上内容无异议；

自愿出院，理解并配合出院后的治疗方案及随诊要求。

理解患者需继续住院治疗。

患者/家属签名：_____ 时间：20__年__月__日__时__分