第一图书网, tushu007.com

<<病历书写示范>>

图书基本信息

书名：<<病历书写示范>>

13位ISBN编号：9787534568909

10位ISBN编号：7534568900

出版时间：2009-10

出版时间：江苏科学技术出版社

作者：霍仲厚　编著

页数：332

字数：350000

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：http://www.tushu007.com

第一图书网, tushu007.com

前言

病历是医务人员对病人检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理的全面记录和总结，客观完整地反映了诊疗工作的全过程。
病历书写是各级临床医务人员的基本功之一，也是医疗工作中的重要环节。
病历不仅能够体现医疗质量和学术水平，用于临床教学和科研活动，也是政法工作的宝贵素材和重要依据。
随着医疗体制改革的不断深入，医疗法令法规的不断完善，从国家卫生部到地方各级医疗机构对病历的书写越来越重视，要求也越来越严。
因此，临床医务人员必须不断学习，以积极的态度，负责的精神，实事求是的科学作风，做好病历书写工作。

病历书写的各项要求，虽有明确规定，但许多临床医务人员仍不能在实际工作中正确体现这些要求和规定，尤其是法律意识不强，以致在发生医疗纠纷时处于被动地位。
为此，作者编写了本书，从如何正确书写医疗文书出发，列举了一些实际范例，在内容上基本涵盖了现有的各种临床学科和先进技术，力求做到医学名词标准，专业术语规范，专科特色明显，法规意识突出，能适应各级医疗机构的实际需要，可作为临床各级专业技术人员的有益参照。

全书共分四章：第一章为病案书写的要求、内容及注意事项；第二章为33个临床专科的住院志示例；第三章为各科的门、急诊记录示例；第四章为病历书写有关的主要参考资料。

本书由霍仲厚、杨经南策划。
经历了6个版本近30年的逐步发展历程：1982年，根据临床工作的实际需要，霍仲厚搜集、整理了第二军医大学长征医院各临床专业典型病例，编辑出版了《临床病历书写示例》，印发5000册，供第二军医大学临床实习生使用；1985年，由作者第一次全面重修，以《医疗护理记录示范》出版，印发20000册，供医院临床医护人员使用，并受到全国各地医学院校的欢迎；1989年，第二次部分修订后以《病历示范》出版，印发16000册；2000年，第三次修订，以新版《病历示范》出版，印发88000册；2004年，委托空军总医院进行了第四次重点修订，以《病历书写示范》出版，印发51300册；2008年，应广大读者的要求，依据国家卫生部的新规定，进行了第五次全面修订，形成了新版《病历书写示范》。
就本书而言，读者之喜爱、印数之众多、使用之广泛，作用之明显，造就了医学专业书籍中的一朵奇葩，这是作者、编者与读者共同努力的结果。

第一图书网, tushu007.com

内容概要

病历是重要的医疗文书，也是国家认可的法律文件。
病历书写是医务人员的基本功。
《医疗事故处理条例》颁发以来，从国家卫生部到地方各级医疗机构对病历的书写越来越重视，病历书写的各项要求也越来越明确。
本书从如何正确书写医疗文书出发，列举了一些实例格式，供临床医务人员参照。
本书共分四章：第一章包括病案书写的总体要求；第二章包括33个专科的住院志示例；第三章包括各科的门、急诊记录示例；第四章为病历书写有关的参考资料。
本书对医学院校的教学和各级临床医务人员书写医疗文书有重要参考价值。

<<病历书写示范>>

书籍目录

第一章 病案书写 第一节 病案书写的一般要求及注意事项 第二节 住院期间病案书写的内容与要求 第三节 电子病历的临床应用 第四节 病案首页 第五节 转院记录及死亡报告 第六节 病案排列顺序 第七节 病案管理第二章 住院志 第一节 传染科病历 第二节 呼吸内科病历 第三节 心血管内科病历 第四节 消化内科病历 第五节 肾脏内科病历 第六节 内分泌科病历 第七节 血液病科病历 第八节 风湿科病历 第九节 神经内科病历 第十节 精神科病历 第十一节 老年病科病历 第十二节 肿瘤科病历 第十三节 皮肤科病历 第十四节 儿科病历 第十五节 中医科病历 第十六节 普通外科病历 第十七节 肝胆外科病历 第十八节 肛肠外科病历 第十九节 神经外科病历 第二十节 胸外科病历 第二十一节 心血管外科病历 第二十二节 泌尿外科病历 第二十三节 肾移植病历 第二十四节 烧伤外科病历 第二十五节 整形外科病历 第二十六节 骨科病历 第二十七节 微创外科病历 第二十八节 眼科病历 第二十九节 耳鼻咽喉科病历 第三十节 口腔科病历 口腔内科病历 口腔外科病历 第三十一节 产科病历 第三十二节 妇科病历 第三十三节 心理科病历第三章 门（急）诊病历书写内容及要求 第一节 门（急）诊病历记录内容及一般要求 第二节 内科门（急）诊记录 第三节 外科门（急）诊记录 第四节 妇科门诊记录 第五节 产科门诊记录 第六节 儿科门诊记录第四章 重要参考资料 第一节 法定计量单位 第二节 医疗护理记录中的常见错误

章节摘录

5.粪常规至少检查1次。
如发现有问题，按需要进行复查。
6.检验记录血、尿、粪常规检验结果，应及时转抄于检验记录单上（包括日期、检验结果、检验者）。
或与其他检验报告单同样，按报告日期顺序自下而上整齐地贴于专用纸左边，每张检验单下缘可用蓝黑笔（重要阳性结果可用红笔）简要记明检验日期、项目及结果，以便查阅。
如采用新式顶端记明检验日期及结果的报告单，则可免加注。
（二）记录时间　　入院后对病人病情和诊疗过程所进行的经常性、连续性记录，由住院医师或实习医师按时间先后次序及时记录。
病情危急多变应随时记录，记录时间应当具体到分钟；病重者至少每天记录1次；病情稳定的病人至少3天记录1次，病情稳定的慢性病病人至少5天记录1次。
记录分析要有见解。
（三）专项病程记录内容　　1.首次病程记录由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在病人入院8小时内完成。
首次病程记录的内容包括病例特点、诊断依据及鉴别诊断、诊疗计划等。
2.日常病程记录是指对病人住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。
由医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写。
书写日常病程记录时，首先标明记录日期，另起一行记录具体内容，内容包括病人当前的主诉、病情变化、情绪、饮食、睡眠等，体检及检验的重要发现，诊治工作进行情况，对病情的分析等。
3.上级医师查房记录是指上级医师查房时对病人病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。
主治医师首次查房记录应当于病人入院48小时内完成。
内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。
主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。
科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。
4.疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。
内容包括讨论日期；主持人及参加人员姓名、专业技术职务；讨论意见。
5.交（接）班记录是指病人经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对病人病情及诊疗情况进行简要总结的记录。
交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后24小时内完成。
交（接）班记录的内容包括入院日期；交班或接班日期；病人姓名、性别、年龄；主诉；入院情况。
……

第一图书网, tushu007.com

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:http://www.tushu007.com