第一图书网, tushu007.com

<<病历书写规范与管理规定及病例>>

图书基本信息

书名：<<病历书写规范与管理规定及病例>>

13位ISBN编号：9787535764669

10位ISBN编号：7535764665

出版时间：2011-3

出版时间：湖南科技出版社

作者：湖南省卫生厅

页数：356

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

内容概要

由湖南省卫生厅编著的《病历书写规范与管理规定及病例(案)医疗质量评定标准(修订版)》坚持科学、规范、适宜、简化和可操作性的原则，在总结原《病历书写规范》经验的基础上修订而成。
本次修订仍保留了病例分型和病例医疗缺陷分度、分级标准评价方法，并对病历书写及病例质量评定标准内容、医患沟通记录、部分检查和治疗申请、报告单、表格式病历及附录进行了修改，在病案管理部分增加了对电子病历管理的要求。
修改后的《病历书写规范》进一步明确了临床诊断、治疗、手术质量及书写管理，更重视病历书写及其质量评价的科学性、实践性和可操作性，旨在促进全省各级各类医疗机构和医务人员科学、标准、规范的诊疗行为，全面提高医疗质量和技术水平。

第一图书网, tushu007.com

书籍目录

病历书写法规性文件
湖南省病历书写规范
第一章概述
第二章病历书与规范
第三章住院病例(案)医疗质量评定标准
第四章病案管理
附录

章节摘录

版权页：插图：（十九）麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。
麻醉术后访视可另立单页，也可在病程中记录。
内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。
（二十）出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后24小时内完成。
内容主要包括人院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。
（二十一）死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后24小时内完成。
内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。
记录死亡时间应当具体到分钟。
（二十二）死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内，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，对死亡病例进行讨论、分析的记录。
内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

编辑推荐

《病历书写规范与管理规定及病例(案)医疗质量评定标准(修订版)》是由湖南科学技术出版社出版的。

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