

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

图书基本信息

书名：<<医疗文书书写规范与病案管理>>

13位ISBN编号：9787802455887

10位ISBN编号：780245588X

出版时间：2011-3

出版时间：军事医学科学出版社

作者：徐书珍，刘文东，韩同钦 主编

页数：445

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>

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

内容概要

自《医疗事故处理条例》及《医疗机构病历管理规定[卫医法(2002)193号]》颁布以来,从国家卫生部、各省卫生厅及各地方卫生局、医疗机构对病历书写越来越重视,对病历书写规范要求越来越明确。

《医疗文书书写规范与病案管理(第2版)》是根据病历书写有关规定:《病历书写基本规范[卫医发(2002)190号]》、《病历书写基本规范[全国病历质量监控委员会2003年1月]》、《中医、中西医结合病历书写基本规范[国中医药发(2002)36号]》,结合近几年临床医学发展的需要,参考几省市卫生厅病历书写的具体规定及最新资料编写而成。

本书共18章(不包括附录)121节,主要内容包括病历、病案的历史、发展、作用;各科门急诊病历、住院病历、入院记录、各专科记录及病程记录的书写要求及典型示例;手术科室相关记录书写要求及示例,各种通知单、申请单、报告单的书写要求及示例;处方、医嘱、护理文书的书写要求及示例;各种知情同意书及医学鉴定书的书写要求,病案管理的具体规定,以及医疗文书考评方法等。

附录转载了国家卫生部颁发的病历书写的有关文件,常用医疗专用名词及缩写、临床检验参考值、检验数值新旧单位换算表、内科常用疾病名称英汉对照表及希腊字母、罗马数字、常用元素表等。

《医疗文书书写规范与病案管理(第2版)》是一部涵盖面广、内容丰富的有关病历书写的最新参考书,适合于各级医院、各层次医务人员。

本书由徐书珍、刘文东、韩同钦主编。

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

书籍目录

第一章概论

第一节病历和病案的概念及历史

第二节病历的作用与意义

第三节病历的分类及组成

第四节病历书写的原则及基本要求

第五节病历书写规范对既往病历书写要求的改进

第二章门(急)诊病历书写要求与示例

第一节门(急)诊病历记录内容及书写基本要求

第二节初诊病历书写要求与示例

第三节复诊病历书写要求与示例

第四节急诊病历书写要求与示例

第五节门(急)诊会诊病历书写要求与示例

第六节急诊观察室观察记录书写要求与示例

第三章住院病历书写要求

第一节住院病历书写内容及注意事项

第二节住院病历(俗称大病历)书写要求及格式

第三节入院记录书写要求及格式

第四节再次和多次入院记录书写要求及格式

第五节24 h内入出院记录书写要求及格式

第六节24 h内入院死亡记录书写要求及格式

第七节表格式病历书写要求及格式

第四章专科入院记录书写要求与示例

第一节呼吸科入院记录及示例

第二节心内科入院记录及示例

第三节消化科入院记录及示例

第四节内分泌科入院记录及示例

第五节肾脏病科入院记录及示例

第六节神经内科入院记录及示例

第七节血液科入院记录及示例

第八节精神科入院记录及示例

第九节传染病科入院记录及示例

第十节结核病科入院记录及示例

第十一节风湿免疫科入院记录及示例

第十二节老年病科入院记录及示例

第十三节肿瘤科入院记录及示例

第十四节皮肤科入院记录及示例

第十五节儿科入院记录及示例

第十六节中医科入院记录及示例

第十七节心理科病历

第十八节普通外科入院记录及示例

第十九节胸外科入院记录及示例

第二十节泌尿外科入院记录及示例

第二十一节骨科入院记录及示例

第二十二节神经外科入院记录及示例

第二十三节心血管外科入院记录及示例

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

- 第二十四节肝胆外科入院记录及示例
- 第二十五节烧伤外科入院记录及示例
- 第二十六节肛肠外科入院记录及示例
- 第二十七节肾移植科入院记录及示例
- 第二十八节微创外科入院记录及示例
- 第二十九节整形外科入院记录及示例
- 第三十节美容外科入院记录及示例
- 第三十一节妇科入院记录及示例
- 第三十二节产科入院记录及示例
- 第三十三节眼科入院记录及示例
- 第三十四节耳鼻喉科入院记录及示例
- 第三十五节口腔颌面外科入院记录及示例
- 第三十六节高压氧诊疗记录及示例
- 第五章病程记录书写要求及示例
 - 第一节首次病程记录书写要求及示例
 - 第二节日常病程记录书写要求及示例
 - 第三节上级医师查房记录书写要求及示例
 - 第四节疑难病例讨论记录书写要求及示例
 - 第五节交(接)班记录书写要求及示例
 - 第六节转出(入)科记录书写要求及示例
 - 第七节阶段小结书写要求及示例
 - 第八节抢救记录书写要求及示例
 - 第九节有创诊疗操作记录书写要求及示例
 - 第十节会诊记录书写要求及示例
- 第六章手术科室相关记录
 - 第一节术前小结书写要求
 - 第二节术前讨论记录书写要求
 - 第三节麻醉术前访视记录书写要求及格式
 - 第四节麻醉记录书写要求
 - 第五节手术记录书写要求
 - 第六节手术安全核查记录书写要求及格式
 - 第七节手术清点记录书写要求及格式
 - 第八节术后首次病程记录书写要求及示例
 - 第九节麻醉术后访视记录书写要求及格式
- 第七章其他记录书写要求与示例
 - 第一节病危通知单的书写要求及格式
 - 第二节出院记录的书写要求及格式(含表格式出院记录)
 - 第三节出院通知书的书写要求及格式
 - 第四节死亡记录的书写要求及格式
 - 第五节死亡通知单的书写要求及格式
 - 第六节居民死亡医学证明书的书写要求及格式
 - 第七节死亡病例讨论的书写要求及格式
 - 第八节病重(病危)患者护理记录书写要求及格式
 - 第九节死亡报告的书写要求及格式
 - 第十节诊断证明书的书写要求及格式
 - 第十一节尸体解剖申请单、意见书及报告单书写示例
 - 第十二节欠费通知书书写示例

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

第八章病历首页的书写要求及格式

第九章知情同意书书写要求

第一节概述

第二节知情同意权?行主体及方式

第三节知情同意书书写形式和内容

第四节必须履行书面知情同意手续的有创检查、治疗项目

第五节允许不履行书面知情同意手续的有创检查、治疗项目

第六节知情同意书示例

第十章医嘱

第一节概述

第二节长期医嘱的书写要求及格式

第三节临时医嘱的书写要求及格式

第十一章护理文书

第一节护理文书概述

第二节护理文书书写内容及要求

第十二章辅助检查申请单和报告单

第一节辅助检查申请单书写要求

第二节辅助检查报告单书写要求

第三节辅助检查申请单和报告单示例

检验报告单示例

X线检查申请单示例

X线检查报告单示例

超声波检查申请单示例

超声波检查报告单示例一

超声波检查报告单示例二

电子胃镜检查报告单示例

CT检查申请单示例(第一联)

CT检查申请单示例(第二联)

CT检查报告单示例

MRI检查申请单示例(第一联)

MRI检查申请单示例(第二联)

MRI检查报告单示例

病理组织送验单示例

病理检验报告单示例

第十三章医疗预防保健文书书写

第一节职工医疗保健病历

第二节职工医疗保健处方

第三节定期健康查体

第四节计划免疫

第五节疫情报告及管理

第十四章病历排列与整理

第一节病历排列顺序

第二节病案管理

第十五章医疗事故(纠纷)鉴定意见书的书写

第十六章病历档案管理

第一节病案现代化管理技术

第二节国际疾病分类(ICD)

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

第三节病案编号与分类

第四节医院随访工作

第五节电子病历(EMR)在临床上的应用

第六节病历复印及复制

第七节病历借阅

第八节病历封存

第九节疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)的临床应用

第十七章处方

第一节处方的重要性

第二节处方的类型

第三节处方的格式与项目

第四节处方的书写

第五节处方的评价

第六节处方的管理

第十八章病历质量考评方法及标准

第一节病历书写质量考评方法

第二节门(急)诊病历质量考评标准

第三节住院病历质量考评标准

附录

一、医疗事故处理条例(中华人民共和国国务院第351号令)

二、病历书写基本规范(试行)(卫医政发[2010]11号)

三、中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)(国中医药发[2002]36号)

四、电子病历基本规范(试行)(卫医政发[2010]24号)

五、医疗机构病历管理规定(卫医发[2002]193号)

六、病历书写规范(全国病案质量监控委员会2004年5月)

七、常用医疗专用名词及其缩略语

八、临床检验参考值

九、常用人体检验数值新旧单位换算表

十、内科常用疾病名称英汉对照表

十一、希腊字母、罗马数字、常用元素表

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

章节摘录

版权页：插图：【二）注意事项1.书写时上述部分内容及系统回顾9个系统的顺序不能随意颠倒，名称也不能自行改动。

2.预防接种史应记录其种类及最近一次接种的日期。

3.手术外伤史应写明因何种疾病做何手术，手术日期及手术结果；外伤日期、部位、程度、诊疗及结果等。

4.过敏史应写明致敏原名称、发生时间、反应类型及程度、结果。

5.系统回顾不能包括现有症状。

每个系统都应先写出阳性症状，再写阴性症状；如无阳性症状，则应明确写出代表性的阴性症状。

诊断已经明确的，可写病名，但须在病名上冠以引号，还需记录患病日期、病情、诊疗情况及结果等；做过特殊检查者，应写明检查日期、检查发现及结论。

五、个人史、婚育史、月经史、家族史（一）书写内容1.个人史记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2.婚育史、月经史婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。

女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄）、月经量、痛经及生育等情况。

3.家族史父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（二）注意事项以上内容应据实详细记录，尤其不能漏掉与诊断和鉴别诊断相关的内容。

如诊断酒精性肝硬化的病例在个人史中仅记录“酗酒”是不够的，应该详细记述其饮酒量和期限；临床上有时把早期妊娠误诊为其他疾病，主要原因就是由于遗漏末次月经史所致。

六、家族史包括父母、兄弟、姐妹、配偶和子女的健康情况，有无传染病、遗传病或与患者类似疾病的病史；如已死亡，说明死因和日期。

必要时追问其祖父母及外祖父母、舅父、表兄弟等健康情况。

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

编辑推荐

《医疗文书书写规范与病案管理(第2版)》是由军事医学科学出版社出版。

<<医疗文书书写规范与病案管理>>

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>