

第一季度病案回收及首页质量通报

信息统计处
方孝梅

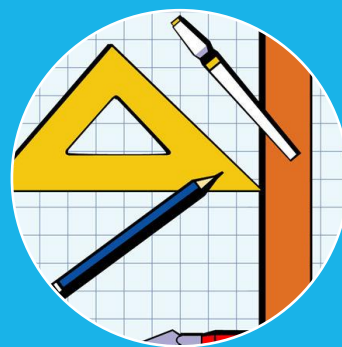
目 录



病案回
收情况



病案首页
质量情况

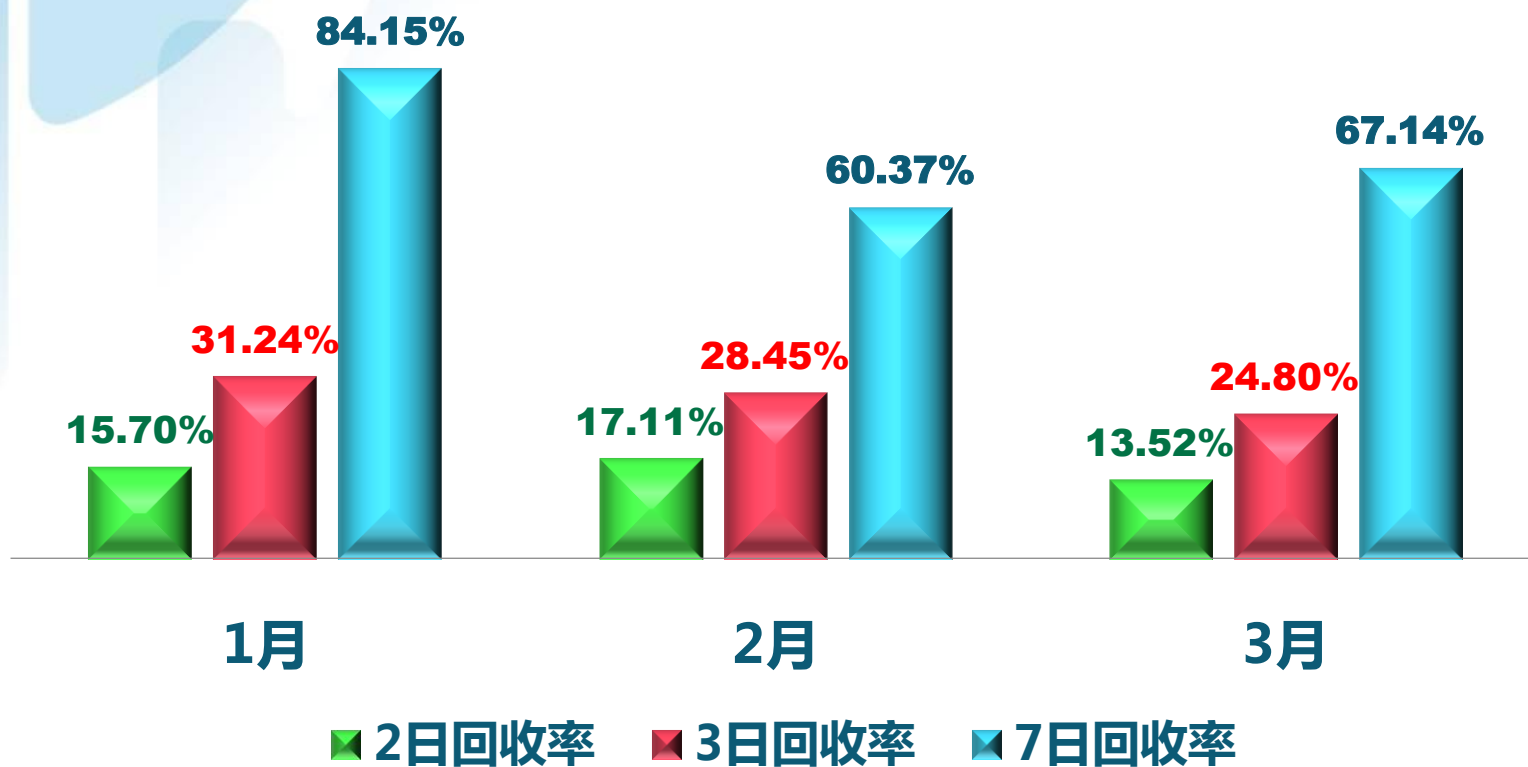


病案首页
填写规范



病案回收情况

病案回收率统计图



病案回收情况

三甲复审相关要求

**A级
标准**

2日回收 $\geq 95\%$,
7日内回收率100%

**B级
标准**

3日回收率 $\geq 90\%$

**C级
标准**

7日回收率 $\geq 90\%$

病案首页质量情况

前10位

疼痛科	99.87
皮肤 I 区	99.76
中医科	99.74
心内 I 区	99.69
口腔科	99.63
儿科Ⅲ区	99.62
儿科Ⅱ区	99.59
针灸科	99.58
肿瘤Ⅲ区	99.57
骨内Ⅱ区	99.55

排名情况

后10位

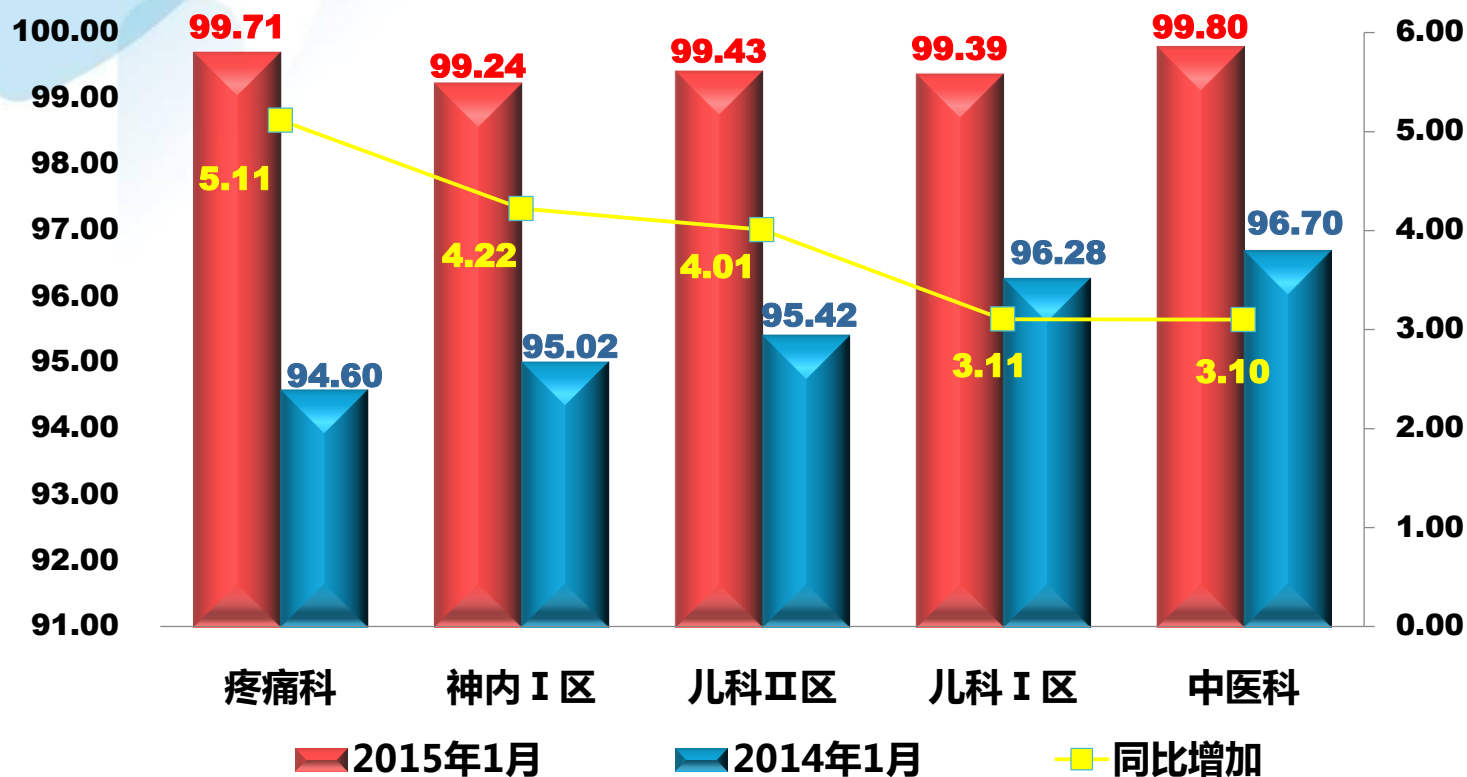
神内Ⅱ区	98.54
神外 I 区	98.48
胸心外科	98.41
干部病房	98.27
神外Ⅲ区	98.19
神外Ⅱ区	97.86
骨科Ⅱ区	97.82
急诊ICU	97.03
骨科Ⅲ区	96.64
中心ICU	95.13

全院平均得分**99分**，同比增加**1.81分**。

病案首页质量情况

进步明显的科室

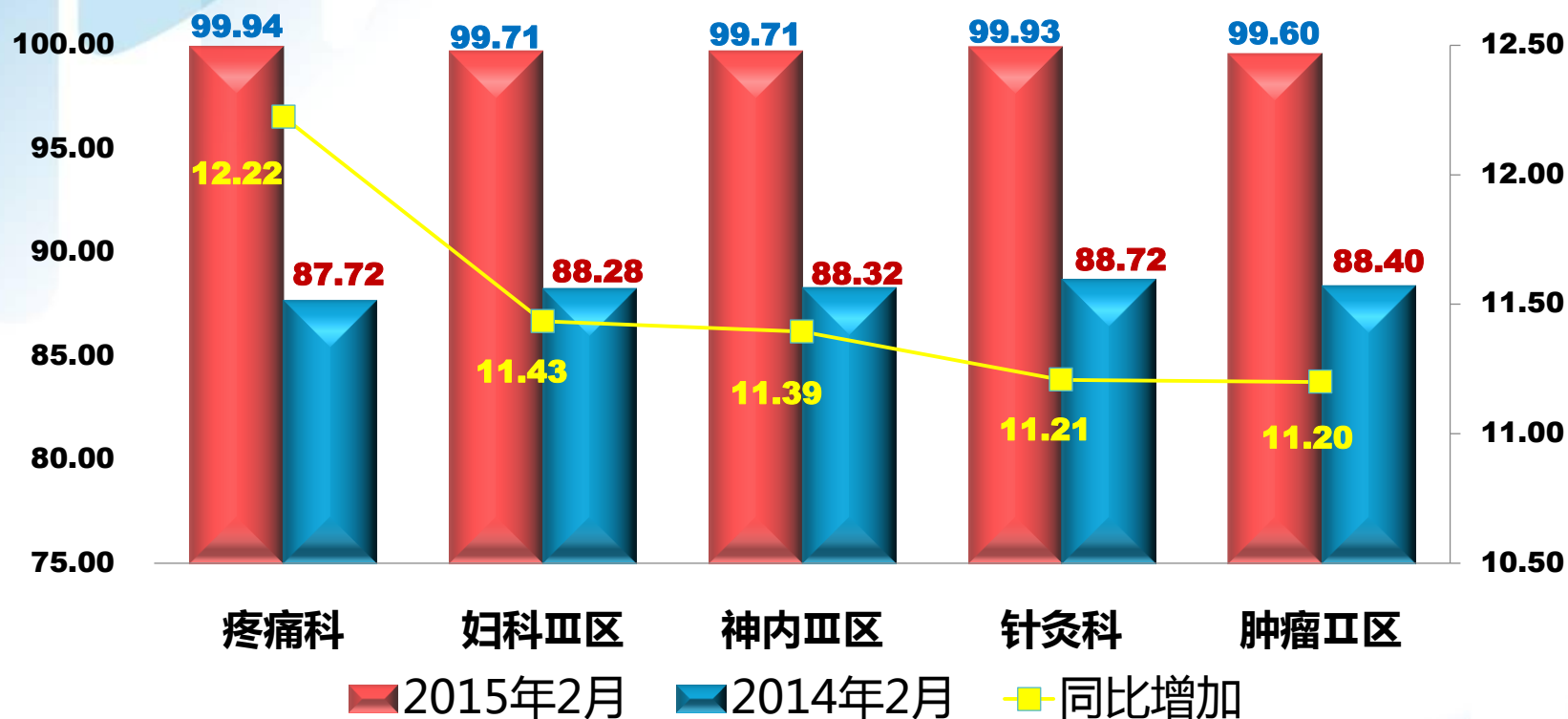
1月份得分同比增加前五位科室统计图



病案首页质量情况

进步明显的科室

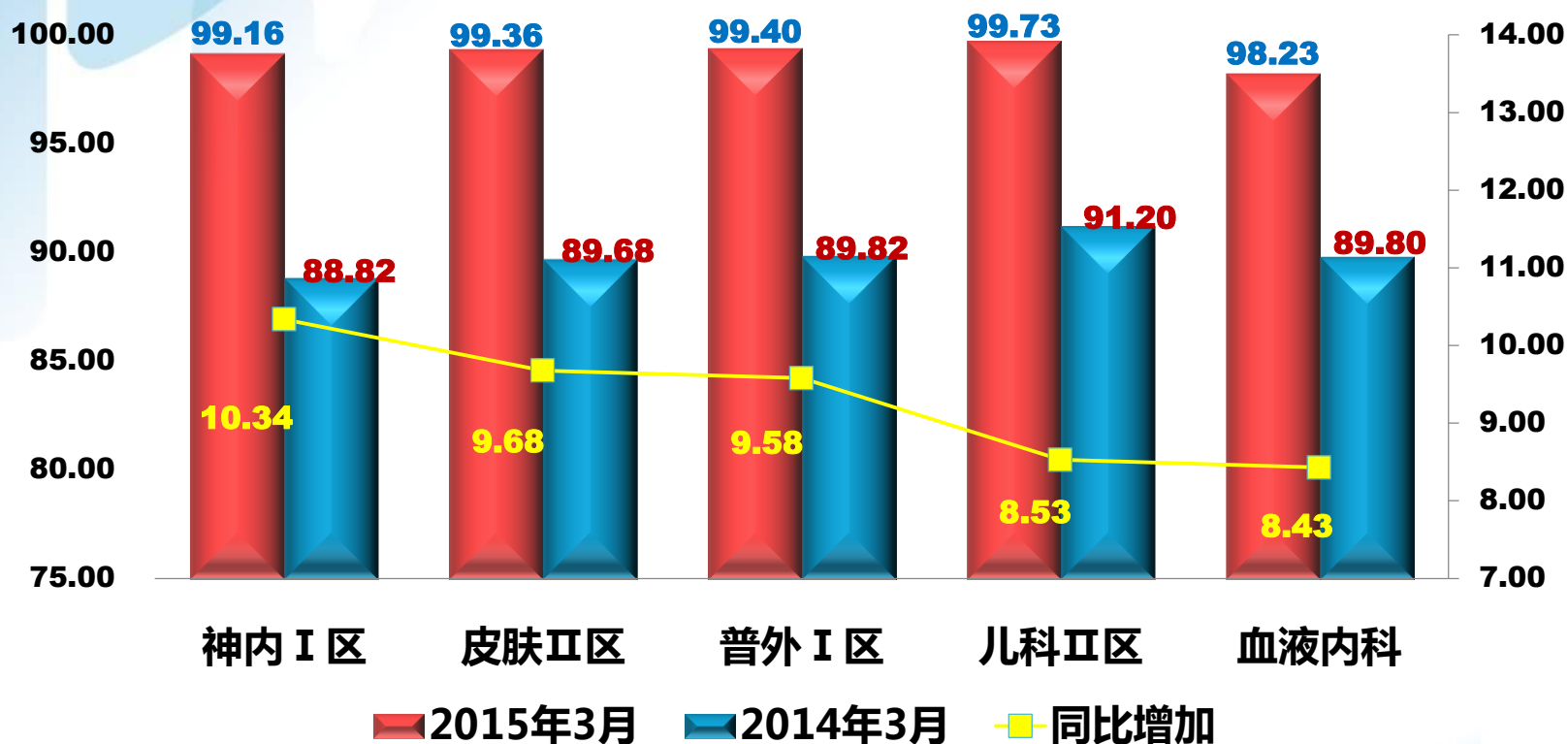
2月份得分同比增加前五位科室统计图



病案首页质量情况

进步明显的科室

3月份得分同比增加前五位科室统计图



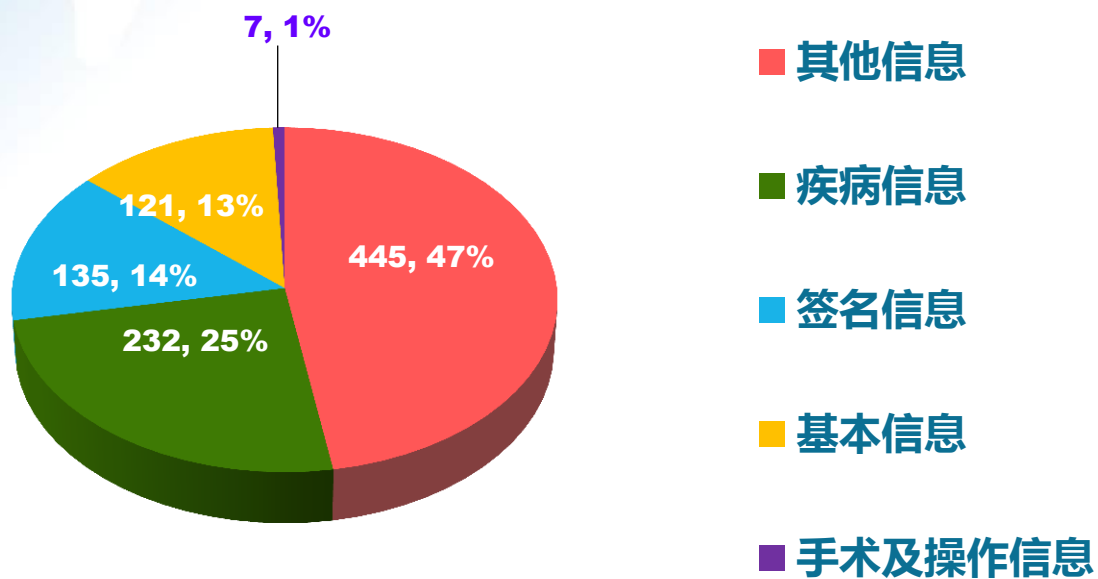
病案首页质量情况

缺陷统计

病案首页质量情况				缺陷统计			
缺陷项目		缺陷次数	缺陷率	缺陷项目		缺陷次数	缺陷率
基本信息	身份证号	80	5.42%	签名信息	科主任	16	1.08%
	门诊医师	1	0.07%		住院医师	23	1.56%
	现住址	38	2.57%		主治医师	16	1.08%
	邮编	2	0.14%		责任护士	33	2.24%
疾病信息	主要诊断	5	0.34%		质控护士	34	2.30%
	诊断符合情况	38	2.57%		质控医师	13	0.88%
	损伤中毒的外部原因	29	1.96%	其他信息	重返手术室	78	5.28%
	病理诊断	40	2.71%		合理用药	149	10.09%
	是否出现危重、抢救	120	8.13%		药物过敏	56	3.79%
手术及操作信息	手术及操作医师	1	0.07%		患者安全	19	1.29%
	助手	1	0.07%		临床路径管理	7	0.47%
	手术级别	5	0.34%		血型-Rh	57	3.86%
					死亡患者尸检	62	4.20%
					临床路径管理	7	0.47%
					单病种管理	10	0.68%

病案首页质量情况

缺陷统计



病案首页质量情况

改进措施



加强部门之间**沟通交流**



增强**责任心**及工作主动性



严把质量控制关，加强**审核**



组织首页知识**学习、培训**

病案首页填写规范

病案首页基本信息

病人姓名

- 病人姓名按实名制填写，病案首页姓名与病历中不一致且未按要求履行病人更名手续扣1分。

病人性别

- 病人性别与疾病诊断存在明显逻辑问题，如男性病人患妇科疾病等扣1分。

出生日期

- 出生日期与填写的年龄（或身份证）不一致，扣1分。

出院日期

- 病案首页出院日期与出院小结等日期不一致或漏填扣1分。

病案首页填写规范

病案首页基本信息

出院日期

- 病案首页出院日期与出院小结等日期不一致或漏填扣1分。

出院科别

- 首页出院科别与病历中不一致，出院科别填写错误扣1分。

新生儿出生体重、入院体重

- 新生儿出生体重指患儿出生后第一小时内第一次称得的重量，要求精确到10克；新生儿入院体重指患儿入院时称得的重量，要求精确到10克。新生儿出生体重和入院体重填写错误或漏填每处扣1分，最多扣1分。

病案首页填写规范

病案首页基本信息

门诊医师

- 门诊医师空项或门诊医师填写与住院证不一致，门诊医师未填或填写有误扣1分。

其他基本信息

- 病案首页信息必须填写完整，基本信息国籍、年龄、婚姻状况、民族、出生地、籍贯、职业、现住址、户口地址、邮政编码、联系人姓名、关系以及联系人地址和电话如错填或漏填，每项扣0.3分；病人身份证号码和电话号码如错填或漏填，每项扣0.4分。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

门诊（或入院）诊断

-  门诊（或入院）诊断指患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在门诊病历（或住院证）上填写的诊断。门诊（入院）诊断错填扣1分，漏填扣2分。

诊断码错填或漏填

-  诊断码与诊断名称是对应关系，诊断码不允许修改，如发现修改扣2分。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

 **主要诊断** 指患者出院过程中对身体健康危害最大，花费医疗资源最多，住院时间最长的疾病诊断。

- ✦ 外科的主要诊断指患者住院接受手术进行治疗的疾病。
- ✦ 诊断可以包括疾病、损伤、中毒、体征、症状、异常发现或者其他影响健康状态的因素。
- ✦ 手术治疗患者的主要诊断要与主要手术治疗的疾病一致。
- ✦ 急诊手术术后出现的并发症，应视具体情况正确选择主要诊断。
- ✦ 产科的主要诊断指产科的主要并发症或伴随疾病。
- ✦ 多部位损伤，以最严重损伤的诊断为主要诊断。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

主要诊断

中毒，以中毒诊断为主要诊断，临床表现为其他诊断。

肿瘤

(1)当治疗是针对恶性肿瘤时，恶性肿瘤即为主要诊断；

(2)当对恶性肿瘤进行放疗或化疗时，恶性肿瘤放疗或化疗即为主要诊断；

(3)当对恶性肿瘤进行外科手术切除（包括原发部位或继发部位），并做术后放疗或化疗时，以恶性肿瘤为主要诊断；

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

主要诊断

肿瘤

（4）即使患者做了放疗或化疗，但是住院的目的是为了确定肿瘤范围、恶性程度或是为了进行某些操作（如穿刺活检等），主要诊断仍选择原发（或继发）部位的恶性肿瘤；

（5）当治疗是针对继发部位的恶性肿瘤时，即使原发肿瘤依然存在，仍以继发部位的恶性肿瘤为主要诊断；

（6）当只是针对恶性肿瘤或/和为治疗恶性肿瘤所造成的并发症进行治疗时，该并发症即为主要诊断，恶性肿瘤做为其他诊断首选。

主诊断错填扣4分，漏填扣5分。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

疾病名称（前后缀）

- 调用疾病编码库，给疾病名称添加的前后缀不能是疾病的名称，不能改变疾病名称的原貌。如疾病编码库不能满足临床需求，请把所需疾病名称告知病案室，病案室及时给予编码并追加。
- 因过度修改导致编码与疾病名称不匹配扣1分，漏填扣2分。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

入院病情填写有误或漏填

-  入院病情指对患者入院时病情评估情况。将“出院诊断”与入院病情进行比较，按照“出院诊断”在患者入院时是否已具有，分为：1.有；2.临床未确定；3.情况不明；4.无。根据患者具体情况，在每一出院诊断后填写相应的阿拉伯数字。入院病情错填或漏填扣0.5分/项，最多扣1分。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

诊断符合情况

- 门诊与出院诊断符合情况判定标准：
 - (1) 门诊诊断与出院诊断中的前三位诊断之一相符或基本相符，即可判为符合。
 - (2) 门诊诊断与出院诊断中的前三位诊断均不相符，即可判为不符合。
 - (3) 门诊诊断为待查、待诊、疑诊，出院诊断未确诊或已确诊的，均可判定为不肯定。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

诊断符合情况

- ✦ 入院与出院诊断符合情况判定标准：
 - ✦ （1）入院诊断与出院诊断中的前三位诊断之一相符或基本相符，即可判为符合。
 - ✦ （2）入院诊断与出院诊断中的前三位诊断均不相符，即可判为不符合。
 - ✦ （3）入院诊断为待查、待诊、疑诊，出院诊断未确诊或已确诊的，均可判定为不肯定。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

入院后确诊日期

-  确诊日期不能早于入院日期或晚于出院日期。当入院诊断与出院诊断符合时，入院日期即为确诊日期。确诊日期填写有误或漏填扣3分。

损伤、中毒的外部原因

-  损伤、中毒的外部原因指造成损伤的外部原因及引起中毒的物质，如：意外触电、房屋着火、公路上汽车翻车、误服农药。不可以笼统填写车祸、外伤等。应当参照ICD-10编码X、Y、V和W字母开头的损伤中毒外部原因详细填写，并填写相应的损伤、中毒的标准编码。错填损伤中毒外部原因扣2分，漏填扣3分。

病案首页填写规范

病案首页疾病信息

病理诊断

- 指各种活检、细胞学检查及尸检的诊断，包括术中冰冻的病理结果。
病理号：填写病理标本编号。病理诊断错填或漏填扣2分。



病案首页填写规范

手术信息

主要手术及操作

-  手术及操作名称：指手术及非手术操作（包括诊断及治疗性操作，如介入操作）名称。表格中第一行应当填写本次住院的主要手术和操作名称。主要手术及操作错填扣4分，漏填扣5分。



病案首页填写规范

手术信息

手术及操作填写顺序有误或遗漏

 主要手术和操作的选择要与主要诊断相对应，一般是风险最大、难度最高、花费最多的手术和操作。

1、填写手术和操作时，优先填写主要手术（操作）。

2、住院期间多次手术及操作的选择原则：首先选择与主要诊断相对应的主要手术或操作，其他手术及操作按照手术优先的原则，依日期顺序逐一填写。

病案首页填写规范

手术信息

手术及操作填写顺序有误或遗漏

- 3、对于仅有操作的选择原则：患者住院期间进行多个操作，填写的顺序是：治疗性操作优先，先填写与主要诊断相对应的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作）；依日期顺序逐一填写其他的治疗性操作。依日期顺序逐一填写诊断性操作。如果仅有诊断性操作，先选择重要的诊断性操作（特别是有创的诊断性操作），依日期顺序逐一填写其他的诊断性操作。
- 手术和操作填写顺序有误扣4分，漏填扣5分。

病案首页填写规范

手术信息

切口愈合等级误填或漏填

切口愈合等级分类：

- （1）0类切口，指经人体自然腔道进行的手术以及经腹腔镜手术，如经胃腹腔镜手术、经脐单孔腹腔镜手术等。
- （2）Ⅰ/甲，无菌切口/切口愈合良好；Ⅰ/乙，无菌切口/切口愈合欠佳；Ⅰ/丙，无菌切口/切口感染化脓；Ⅰ/其他，无菌切口/出院时切口愈合情况不确定。
- （3）Ⅱ/甲，沾染切口/切口愈合良好；Ⅱ/乙，沾染切口/切口愈合欠佳；Ⅱ/丙，沾染切口/切口化脓；Ⅱ/其他，沾染切口/出院时切口愈合情况不确定。

病案首页填写规范

手术信息

切口愈合等级误填或漏填

切口愈合等级分类：

(4) Ⅲ/甲，感染切口/切合愈合良好；Ⅲ/乙，感染切口/切合愈合欠佳；Ⅲ/丙，感染切口/切合化脓；Ⅲ/其他，感染切口/出院时切口愈合情况不确定。愈合等级“其他”：指出院时切口未达到拆线时间，切口未拆线或无需拆线，愈合情况尚未明确的状态切口愈合等级误填或漏填扣1分/项，最多扣2分。

病案首页填写规范

手术信息

麻醉方式

- 麻醉方式：指为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法，如全麻、局麻、硬膜外麻等。麻醉方式误填或漏填扣0.5分/项，最多扣1分。

麻醉医师误填或漏填

- 麻醉医师的填写应与病历中一致。麻醉医师误填或漏填扣0.5分/项，最多扣1分。

手术及操作日期

- 手术及操作日期与病历中记载一致，不一致扣0.5分，漏填扣1分。

病案首页填写规范

签名信息

- 科主任、主任（副主任）医师、主治医师、住院医师
- 医师签名要能体现三级医师负责制。三级医师指住院医师、主治医师和具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师。在三级医院中，病案首页中“科主任”栏签名可以由病区负责医师代签，其他级别的医院必须由科主任亲自签名，如有特殊情况，可以指定主管病区的负责医师代签。
- 科主任未签名、主任（副主任）医师未签名扣2分，主治医师未签名扣2分，住院医师未签名扣1分。

病案首页填写规范

签名信息

责任护士

-  指在已开展责任制护理的科室，负责本患者整体护理的责任护士。责任护士未签名扣1分。

质控护士

-  指对病案终末质量进行检查的护士。质控护士未签名扣1分。
- 质控医师

质控医师

-  指对病案终末质量进行检查的医师。质控医师未签名扣1分。

病案首页填写规范

其他信息

入院途径

- 入院途径指患者收治入院治疗的来源，经由本院急诊、门诊诊疗后入院，或经由其他医疗机构诊治后转诊入院，或其他途径入院。未填或填写有误扣3分。



病案首页填写规范

其他信息

药物过敏

- 药物过敏指患者在本次住院治疗以及既往就诊过程中，明确的药物过敏史，并填写引发过敏反应的具体药物，如：青霉素。药物过敏未填或错填扣2分。

颅脑损伤患者昏迷时间

- 颅脑损伤患者昏迷时间指颅脑损伤的患者昏迷的时间合计，按照入院前、入院后分别统计，间断昏迷的填写各段昏迷时间的总和。只有颅脑损伤的患者需要填写昏迷时间。未填或填写错误扣2分。

临床路径管理

- 临床路径选项必须填写，错填或漏填扣1分/项。

病案首页填写规范

其他信息

入院病情

指对患者入院时病情评估情况。将“出院诊断”与入院病情进行比较，按照“出院诊断”在患者入院时是否已具有，分为：1.有；2.临床未确定；3.情况不明；4.无。根据患者具体情况，在每一出院诊断后填写相应的阿拉伯数字。

- 1.有：对应本出院诊断在入院时就已明确。
- 2.临床未确定：对应本出院诊断在入院时临床未确定，或入院时该诊断为可疑诊断。
- 3.情况不明：对应本出院诊断在入院时情况不明。
- 4.无：在住院期间新发生的，入院时明确无对应本出院诊断的诊断条目。
- 入院病情填写有误或漏填扣1分/项，最多扣2分。

病案首页填写规范

其他信息

血型

- 血型是指在本次住院期间进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者血型。根据患者实际情况填写相应的阿拉伯数字：1.A；2.B；3.O；4.AB；5.不详；6.未查。如果患者无既往血型资料，本次住院也未进行血型检查，则按照“6.未查”填写。血型未填或填写有误扣2分。

Rh

- “Rh”根据患者血型检查结果填写。Rh血型未填或填写有误扣2分。

病案首页填写规范

其他信息

出院31天内再住院计划

-  出院31天内再住院计划指患者本次住院出院后31天内是否有诊疗需要的再住院安排。如果有再住院计划，则需要填写目的，如：进行二次手术。未填或填写有误扣2分。

死亡患者尸检

-  死亡患者尸检指对死亡患者的机体进行剖验，以明确死亡原因。非死亡患者应当在“□”内填写“-”。未填或填写有误扣1分。

质控日期

-  质控日期由质控医师填写，填写有误或漏填扣1分。

病案首页填写规范

其他信息

其它

- 其它项目错填或漏填，如婴儿信息：新生儿身长与体重位置颠倒填写错误，新生儿身长与体重漏填，出生时间、评分和分娩方式等填写错误或漏填。单项错填或漏填扣1.5分。

打印

- 病案首页打印不规范、不清晰扣3分。

Thank You

