

医学生儿科病程记录规范化书写的技巧

丁艳英

石河子大学医学院第一附属医院 新疆 维吾尔自治区 832099

[摘要] 医学生儿科是医院临床工作的重要组成部分，其病程记录是医疗质量控制的重要内容之一。

目前，我国部分医疗机构在病程记录的书写方面存在着很多不规范、不完整的现象。主要表现在病程记录格式不规范，内容不完整，缺乏必要的医学术语和临床信息、时间要素、病种要素等。

[关键词] 医学生；儿科；技巧

[中图分类号] G641 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1647-9325 (2023)-0076-02 **[收稿日期]** 2023-01-15

由于病历是一种文字形式，客观存在于患者身上，任何形式都存在着一定的风险和弊端，因此病历书写必须认真。完整是病程记录的基本要求，为了使病程记录具有完整性和完整性，保证医疗质量和安全，应遵循《病历书写基本规范》中有关要求、格式和内容。因此，在病程记录中要重视病史采集、体格检查、实验室检查等主要诊断依据的内容书写。规范地填写病程记录是一种严谨的科学态度，有利于医疗质量控制和医疗安全管理。病历书写过程中要注意以下几点：

1. 严格按照病历书写规范

(1) 门诊病历填写的内容包括就诊时间、主诉、现病史、既往史、个人史（如家族史），医疗措施及效果，重要检查结果，对诊断有影响的医学资料，并明确注明是否有药物过敏等。急诊病历书写的内容包括就诊时间、主诉，特殊检查、特殊治疗及处理，急诊处置和入院记录。(2) 住院病历是指病人入院后经过医务人员综合处理后记录下来的内容。包括入院记录，急危重患者

的抢救记录，各类手术和术前谈话笔录等。

(3) 病历首页主要用于了解病人就诊的基本情况，并用于登记病人资料及填写相应项目的医学文书。它是一份医疗工作记录和种文书的基本依据，病历首页应全面、客观地反映病人的病史和诊疗经过。

2. 病历内容全面，重点突出

一份完整的病历包括首次病程记录、临床诊断、病情和诊疗计划、会诊及讨论记录等。因此，在病历书写过程中，要根据所记录内容的重要性和主次顺序进行书写。对重要的内容要重点书写，一般内容则可填写。例如：首先对病人的病情做初步了解，包括：患者基本信息，诊断、住院治疗等情况。如不能准确把握病情时可请上级医师或参加会诊的医师进行讨论并给出初步意见。必要时可做进一步检查，包括心电图检查、X线及CT等影像学检查。在病情发展过程中，应记录病情变化情况及重要指标等。病程记录要注意重点突出，详略得当。同时要注意与临床诊断和疾病的鉴别诊断相结合，不能只写一个结果。

3. 日期和时间应完整准确

病程记录必须标明时间，日期的格式为：年、月、日，如 2015 年 4 月 9 日，记录为：年、日。日期是时间的起点，时间是疾病发生或发展的时间，是诊断和治疗的基础，是医疗活动是否有效的重要标志。病程记录中没有准确、完整的日期和时间，会造成患者难以理解、判断疾病治疗过程或医疗机构难以及时有效地应对疾病变化的情况。例如某患儿入院后被诊断为“新生儿败血症”，医生应在病程记录中清晰地注明患儿入院时间。患儿入院时间应该在病程记录的开始部分注明，并且与病案首页中病例诊断相关内容相一致。某患儿被确诊为“新生儿肺炎”后，医生在病程记录中清楚地标注了住院号、入院时间及出院时间，但病案首页中无此内容。医生在病程记录中应书写详细的病情变化和诊治过程，并根据疾病诊断、治疗情况记录病情变化和诊治过程。

4. 病情记录中必须注明“危重”“急症”等字样

病情记录是临床诊疗过程的真实记录，必须认真、如实、准确地填写，并符合病历书写基本规范要求。病情记录中必须注明“危重”“急症”等字样，对危重患者，要说明病情进展的速度和可能出现的并发症，并标明“危重”字样。此外，还应注明病人出现的主诉、主要体征、辅助检查结果等。如果病人出现呼吸、心跳停止时，要注明呼吸、心跳停止的时间；如果病人出现休克或严重出血，要注明休克及严重出血的时间。

必要时还应注明：“危急”等字样。总之，病历书写质量的高低是衡量医疗质量高低和医疗安全水平的一个重要指标。随着病案管理工作的加强和电子病历等技术应用的发展，病历书写将更加规范、完整、真实。

5. 医学术语和书写准确

病程记录的书写必须用中文，不要使用英文缩写、符号、代号或汉语拼音，如：“腹痛”“发热”等。在书写的过程中应尽量避免使用“是”或“否”，以免引起误会。另外，数字、日期和时间也应正确书写，如：“2014 年 5 月 26 日 6 时 41 分”“2014-5-26”等。（1）书写字迹要工整、清晰，不得使用涂改液和涂改膜。如有错误需用红笔画去并注明修改时间和修改人姓名。（2）病程记录中要尽量避免出现错别字、病名不一致等现象，如：“先天性心脏病”与“先心病”等。另外，有条件的医院可使用电脑打印病历，可以提高书写质量和效率。（3）对不同疾病或不同情况下的病程记录应该分别书写病历，如：急性心肌梗死的病程记录应分急性期和恢复期书写。病危通知书应按程序书写等。

6. 主诉和现病史内容应完整

主诉是指患者或其家属以主诉形式向医生提出的主诉或症状，可作为临床医师采集病史的重点，需要详细填写，主要包括：发病时间、地点、原因（如发烧、腹泻等），以及发病后出现的症状，例如咳嗽、喘息、发热、腹痛、呕吐等。另外，病人或家属可能会有某种伴随症状出现，例如病人

经常头痛、头晕、恶心等症状。同时要详细记载其他伴随症状,例如心悸、胸闷等。现病史是指患者发病后在疾病发生的过程中所经历的与现病史相关的临床症状和体征。由于现病史可以为临床医师提供必要的诊断依据和分析思路,因此是对病情演变情况的重要记录。目前部分医院对病史采集不重视,认为只要把既往病史和本次发病相关的症状记录完整就可以了。因此,对其不按规定进行填写,出现“病历漏记”和“病历缺漏”现象是常见的。因此在病历书写过程中应予以重视。

7. 主诉、现病史和入院情况之间的因果关系要明确

住院期间患者主诉、现病史和入院情况之间的因果关系要明确,特别是病程记录中出现症状和体征的时间顺序要完整,如:

“患儿发病后 1~3d 出现发热、咳嗽、咳痰、气促、哭闹不安”,而“发热 3d 后才出现咳痰,在夜间加多”,那么就不能把前者当成是后者的原因而记录在病程记录中,应该将这种关系写成“患儿发热 3d 后才出现咳痰,在夜间加多”。这样就不会漏掉两者之间的因果关系。

参考文献

[1] 吕琳. 现阶段电子病历问题的探讨及改革[J]. 电脑知识与技术. 2016, (12).

[2] 梅文华,刁君,常奕,等. 结构化电子病历的应用[J]. 中国数字医学. 2016, (3). DOI:10.3969/j.issn.1673-7571.2016.03.008.

[3] 杨燕媚. 电子病历系统对病案管理的促进作用[J]. 中国当代医药. 2016, (8).

Skills for standardized writing of pediatric course records for medical students

Ding yan-ying

The First Affiliated Hospital of Shihezi University Medical College,
Xinjiang Uygur Autonomous Region 832099

Abstract: Pediatrics for medical students is an important part of clinical work in hospitals, and its course record is one of the important contents of medical quality control. At present, there are many irregular and incomplete phenomena in the writing of disease course records in some medical institutions in China. The main manifestations are in the non-standard format of disease course records, the incomplete content, the lack of necessary medical terms and clinical information, time elements, disease elements, etc.

Key words: medical students; pediatrics; skills