

题目：患者病情评估制度		编号：MA-085	
颁布部门	医务科	审核日期	2015.04
批准人	刘铁榜	首次发布日期	2009.10
回顾日期	2015.03	修改日期	2015.03

1. 目的

为加强对患者的病情评估工作，提高诊疗水平，保障医疗质量和患者安全，根据卫生部《三级-评审标准 2011 版》和省卫生厅《广东省病历书写与管理规范》等有关文件精神，制订本制度。

2. 标准

2.1 评估目的

确保对就诊者进行及时准确的评估，全面了解就诊者的病情与存在的风险，掌握就诊者的医疗与护理需求，作出初步诊断，制定出适合就诊者的诊疗方案，使其得到优质的服务。

2.2 评估范围

医护人员对所接诊的患者均应进行病情与风险评估，评估范围包括：

- 2.2.1 门（急）诊患者评估。
- 2.2.2 新入院患者首次病情评估。
- 2.2.3 新入院患者首次上级医师评估。
- 2.2.4 接受 MECT 患者在治疗的前、中、后期病情评估。
- 2.2.5 住院患者病情变化即时评估。
- 2.2.6 住院患者阶段性（每月）评估。
- 2.2.7 住院患者出院评估。

2.3 评估人员资格

2.3.1 评估人员必须是本院的执业医师或注册护士，或是经医院授权的卫生技术人员。

2.3.2 医护人员必须负责对在其职责范围内的就诊者进行评估。在特殊的紧急状况下，进行评估的医护人员的资格可不受执业范围限制，按照《首诊负责制度》要求对就诊者进行必要的评估，待条件允许时立即请相应专科医生进行详尽的评估。不具备上述资格的人员可以在有资格人员的指导下进行就诊者评估，其书写的医疗文件必须经有资格人员的审核、手签名或电子签名，在使用医院信息系统时，有资格人员的密码要妥善保管，保证密码安全。

2.4 评估时限

门诊患者就诊时即时评估；普通新入院患者首次病情评估应在 24 小时内完成，急危重患者在 1 小时内完成；新入院患者首次主治医师查房评估应在 48 小时内完成，首次主任或副主任医师查房评估应在 3 天内完成；手术患者病情评估应分别在术前、术后 24 小时内完成；住院患者病情变化即时评估应在当日完成；住院超过 1 月以上的每个月内应进行阶段性评估。

2.5 评估内容及流程

2.5.1 患者评估是指通过询问病史、体格检查、临床实验室检查、医技部门辅助检查等途径，对患者的心理、生理、社会、经济状况、病情严重程度、危险因素、身体损伤、全身

状况支持能力等做出综合评估，用于指导对患者的诊疗活动。精神科就诊者评估内容还应包括但不限于：暴力行为、自伤、自杀、精神药物不良反应、精神活性物质有害使用、心理创伤史等，住院患者还应包括但不限于：暴力风险、自杀风险、重性精神病危险行为、擅自离院风险、嗜食风险、身体损害、非自愿住院适宜性、多种同类精神药物联用适宜性等评估内容。

2.5.2 普通门诊就诊者评估

2.5.2.1 对门诊就诊者的评估分为初诊和复诊。初诊是指就诊者就某一疾病的初次就诊时的评估，复诊是指同一疾病的再次就诊评估。医生在就诊者初次就诊时记录书写内容包括但不限于以下内容：就诊时间、主诉、现病史、既往史、对诊断有意义的相关体征、诊断、治疗意见、健康教育、随诊计划和医生签名等。重要的既往史包括：暴力行为、自伤、自杀、精神药物不良反应、精神活性物质有害使用、心理创伤史，以及慢性疾病史、药物及食物过敏史等，这些要记录在门诊医生工作站“简要病史”栏中。

2.5.2.2 门诊复诊就诊者评估：门诊就诊者每次挂号复诊时都要对就诊者进行再评估。医生评估的内容包括但不限于：日期和时间、就诊科别、主要病情变化(症状、体征改变)、辅助检查结果及分析、诊断修正、用药记录(药名、剂量、用法、频次、用药天数等)、治疗方案、处理及缓解情况、功能评估及恢复情况、健康教育、随诊计划等。门诊就诊者的再评估要根据具体情况扼要记录在门诊病历上，并有签名。修正诊断或补充诊断必须在 HIS 系统“诊断”栏内记录。

2.5.3 急诊就诊者评估

2.5.3.1 急诊就诊者的初始评估：非抢救的急诊就诊者初始评估内容按照门诊就诊者初始评估内容来进行。进入急诊抢救室的急危重症就诊者，护士在半小时内进行评估。在非常紧急的情况下，医生对就诊者的评估要尽量简单、有效，评估内容根据就诊者当时的情况和需求来决定，但医生至少要询问简要病史，进行生命体征和重要器官功能检查。查体至少包括：生命体征、神志、瞳孔、病容、胸腹部轮廓、四肢形态、双肺呼吸音、心音、腹部触诊等，其他查体由医生根据就诊者和抢救现场的具体情况来决定。医生没有时间来记录时，为了保证这些重要评估信息的及时沟通，评估者要把就诊者的评估情况同时大声口头报告给参与抢救的其他人员听，对于急诊危重就诊者的评估记录，在可能的条件下，现场记录在《急诊抢救病历》或其他地方，医生在抢救完成后 6 小时内补记与抢救相关的记录。

2.5.3.2 急诊就诊者的再评估：急诊就诊者病情稳定的，按门诊就诊者再评估要求进行。进入急诊抢救室的病重病危就诊者的再评估的频次根据医生的医嘱进行，如果医生没有明确医嘱的，每 30 分钟内至少要对就诊者的生命体征和重要症状、体征进行一次再评估，就诊者病情变化随时记录。对于急诊留观就诊者，医护人员每班至少要有有一次再评估，并且评估人要做相应扼要记录。

2.5.4 新入院患者首次评估

2.5.4.1 住院首次医疗评估应在就诊者入院后 24 小时内完成。

2.5.4.2 根据评估结果书写入院记录与首次病程记录，首次病程记录应在就诊者入院后 2 小时内完成。对于就诊者病史的询问应当真实可靠，在首次病程记录的病史部分，包括上述重要的既往史内容要让就诊者或家属签名确认。对就诊者的体格检查专科检查应全面、细致、描写准确。首次评估(病程)记录还应有诊断依据与鉴别诊断、诊疗方案。

2.5.5 新入院患者首次上级医师评估

2.5.5.1 首次主治医师评估

首次主治医师评估记录必须在入院后 48 小时内完成。评估内容必须包括但不限于对首诊医生首次评估内容的真实性、准确性、适宜性进行审核评价，补充遗漏的重要病史、症状与体征，对疾病诊断与鉴别诊断进行分析，确认或制定下一步诊疗方案，24 小时内核准签字。

2.5.5.2 首次主任（副主任）医师评估

首次主任（副主任）医师评估记录必须在入院后 3 天内完成。评估内容必须包括但不限于对首诊医生首次评估与首次主治医师评估内容准确性、适宜性进行评价，进一步对疾病诊断与鉴别诊断进行分析，审核或完善诊疗方案，查房后 24 小时内核准签字。

2.5.6 住院患者即时评估

住院患者即时评估是指住院患者在住院期间病情发生非预期性变化时医务人员对患者病情进行的评估。即时评估应在病情变化当日内完成。评估内容包括但不限于：患者的症状及体征的变化、患者各项辅助检查结果的判断与分析、判断治疗决策是否恰当、治疗方案对患者是否合适、治疗效果是否满意、患者对治疗的反应如何、诊断是否需要修正、下一步诊疗方案、可能预后、与患者及家属谈话的背景及具体内容等。但在病程记录中，并不要求记录以上所有内容，只要求记录以上内容中有变化及必要的内容。对病危患者根据病情变化随时评估。对病重患者，至少每天评估一次并记录。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次。

2.5.7 住院患者阶段性评估

住院患者阶段性评估是指住院患者住院时间超过 1 月时医务人员每月对患者病情进行阶段总结性评估。阶段性评估阶段小结，每月至少一次。评估内容包括但不限于：本次住院的时间、入院时主要病情、入院诊断、诊疗经过、目前主要病情（症状、体征、主要检查结果）、诊断，下一步拟采取的诊疗方案、暴力风险、自杀风险、擅自离院、药物不良反应、同类精神药物联用适宜性、非自愿住院适宜性等评估。

2.5.8 接受手术患者术前、术后评估

2.5.8.1 术前评估

手术患者术前评估对所有手术的患者进行术前病情评估，包括书写术前小结、术前讨论。手术术前评估内容：患者术前准备是否充分、术前检查是否齐全、所有结果是否回报、是否适合手术。所有患者进行手术前必须有必要的检验检查结果、手术计划和术前诊断。择期手术评估一般要求由经管医生在术前与患者家属谈话前完成。由麻醉医师负责对麻醉分级的评估和手术室护士负责对手术持续时间的评估，手术医师、麻醉医师、手术室护士共同完成手术风险评估表，并签字确认。必须在检查与评估工作后，方可下达择期手术医嘱。紧急手术抢救的患者，术前评估要尽量简单、可靠、有效，不得因为书写评估或其他记录而延误患者的治疗和抢救，首次病程记录可在手术后 6 小时内补写完成。

2.5.8.1 术后评估

手术患者术后评估是指在手术后 3 天内对病情进行的评估。术后应书写手术记录与术后病情记录。评估内容包括但不限于：手术过程是否顺利、术后是否疼痛与其他不适、术后生命体征是否平稳、伤口是否渗血渗液、感染、各引流管是否通畅、是否外科换药、术后并发症、功能恢复情况、术后各检查结果等。术后 3 天内必须有上级医生查房记录。

2.5.9 出院评估

出院评估是指患者在出院前根据临床表现、检查化验结果做一次全面评估。评估内容包括但不限于：出院时主要病情、出院适宜性、出院前风险再评估、出院后医学建议、健康教育、需要带药如何用药及随访相关事宜等。当日医生应按要求书写出院小结、出院诊断证明。

题目：住院患者适宜诊疗措施管理制度		编号：MA-086	
颁布部门	医务科	审核日期	2015.04
批准人	刘铁榜	首次发布日期	2009.10
回顾日期	2015.03	修改日期	2015.03

1. 目的

为提高医疗质量，确保住院患者能够得到适宜的诊疗措施，特制定本制度。

2. 标准

2.1 建立适宜的诊疗组织体系

2.1.1 病房的诊疗活动应在科主任领导下完成，实行分级管理，对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求。

2.1.2 可根据床位、工作量、医师的资质层次分成若干诊疗小组，在科主任领导下开展诊疗活动。诊疗小组通常由一名主治（或以上）医师、若干住院医师组成，分管若干床位。

2.1.3 诊疗小组的组长由主治医师及以上人员担任，对本组患者的诊疗过程承担责任，要确保每一位患者的诊疗质量与安全，体现出诊断准确，治疗安全、及时、有效、经济。

2.1.4 诊疗小组要完成科室主任下达的质量与安全指标。

2.1.5 建立由科主任主持的科内质量与安全组织，病区护士长负责护理质量，有工作制度与程序，有记录文件。

2.1.6 院科两级的诊疗质量监督组织，对诊疗活动中存在的问题要及时反馈，并整改。

2.2 住院患者均应有适宜的诊疗计划

2.2.1 住院决定应具有适宜性。

2.2.1.1 由具备执业医师资格的人员通过病情诊断来决定住院、门诊或转院。

2.2.1.2 医务科负责制订各种各类疾病收住院治疗的标准、制度或程序。

2.2.1.3 每一个患者从门诊、急诊收入院后均应有完整的记录与住院适宜性评估，入院48小时内必须有上级医师进行的住院适宜性审核并签名，1周内必须有副主任医师或以上的对住院适宜性再审核签名。对非自愿住院的精神障碍患者住院适宜性评估应严格按照《中华人民共和国精神卫生法》有关规定执行，每月进行阶段性住院适宜性评估。

2.2.1.4 医师在实践中还要依据医院现有医疗资源（人力、技术、设备等）能够承受的程度来决定，否则应及时转往其他医院诊疗。

2.2.1.5 要向患者告知收住院、门诊或转院的理由与可能的结果等内容。

2.2.2 住院诊疗计划应具有适宜性。

2.2.2.1 由高级职称医师负责评价与核准住院诊疗（检查、药物治疗、手术治疗等）计划方案的适宜性：每一个患者的诊疗计划或方案都应获得高级职称医师的签字确认，并在病历中有完整的记录。

2.2.2.2 住院病历必须要按卫生部《病历书写基本规范》与本专业的要求在 24 小时内书写完成：院内其它科转入的，应有详细的转入记录。

2.2.2.3 为每一个患者制定的诊疗计划或方案，除临时应急抢救的病例外，应在 24~48 小时内完成。

2.2.2.3.1 确定的诊疗计划和方案，应具体、可行，并记录在住院病历中。

2.2.2.3.2 其内容必须包括有检查计划、治疗计划等。

2.2.2.3.3 应根据病情、目前诊断、鉴别诊断等情况，给予适宜的诊疗检查，检查结果应在病程记录中加以分析判断。

2.2.2.3.4 及时向患者或家属（监护人）说明诊疗计划和出院后的康复指导意见。

2.2.2.3.5 对执行诊疗计划中出现的问题，应及时汇报上级医师或科主任，请上级医师或科主任查房，必要时请相关专科会诊、组织科内讨论或全院病例讨论，并根据讨论结果采取下一步诊疗措施。

2.2.2.3.6 根据检查结果分析判断，适时调整治疗方案，并分析调整的原因和背景，记录在病程记录中。诊疗方案的更改应及时与患者及监护人沟通，并做记录。

2.2.3 诊疗计划（或变更调整）要及时向患者作充分的说明，特殊检查、治疗措施要得到患者或家属（监护人）同意及签字认可。

2.3 临床检查应具有适宜性

2.3.1 严格遵循临床检验、影像检查、电生理等各种检查项目的适应症。

2.3.2 建立临床检查项目“安全检查”规程，医护人员要知晓并切实执行。

2.3.3 进行有创性的检查前，必须向患者作充分的说明，并且征得同意及签字认可。紧急检查、节假日进行检查要具有适宜性。

2.3.4 收到检查结果后要尽快完成“确定诊断”的修正。通过检查诊断结果确定诊断后，对诊疗计划内容要及时进行变更与调整。对重要的检查诊断阳性与阴性结果的分析与评价意见应记录在病程记录中。

2.4 临床药物使用应具有合理与安全性（详见医院临床合理使用精神药物管理制度）

2.5 监督检查

医疗质量管理委员会、伦理委员会、医务科应定期或不定期，对非自愿住院的精神病患者进行“住院”适宜性检查与评价，每年不少于 2 次。