

河南省病案管理专业 2024 年质控工作 改进目标“提高关键诊疗行为相关记录完整率” 工作方案

为贯彻落实 2024 年国家医疗质量安全改进目标“提高关键诊疗行为相关记录完整率”，按照《关于印发 2024 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医政函〔2024〕40 号）、《关于印发河南省全面提升医疗质量行动实施方案（2023—2025 年）的通知》（豫卫医〔2023〕59 号）、《关于明确河南省 2024 年质控工作改进目标的通知》（豫卫医质控〔2024〕1 号）等要求，结合我省实际，制定本方案。

一、工作目标

构建“1 + 8”质控工作改进目标体系，将“关键诊疗行为相关记录完整率”作为总指标，将“抗菌药物使用记录符合率、恶性肿瘤化学治疗记录符合率、恶性肿瘤放射治疗记录符合率、手术相关记录完整率、植入物相关记录符合率、临床用血相关记录符合率、医师查房记录完整率、患者抢救记录及时完成率”等 8 个指标作为分项指标，从多个维度评价关键诊疗行为相关记录完整情况。以 2024 年病案质量调查结果数据值为基线，总指标呈逐年上升趋势，分项指标每年提高 5%，其中，手术相关记录

完整率 2024 年应达到 90%。

二、核心策略

（一）健全工作机制，压实工作责任。医疗机构应根据实际情况，组建由医务、病案、信息、临床等部门组成的专项工作小组，建立健全工作机制，明确组织架构，细化责任分工（见图 1，供参考），进一步压实院、科两级的管理责任，规范医疗行为，保障医疗质量和患者安全。专项工作小组应根据本机构关键诊疗行为相关记录完整率现状和基线值确定本机构年度目标值，指导相关部门和科室（病区）持续监测质控目标改进情况，剖析关键诊疗行为相关记录存在问题，研究确定有效改进措施并监督实施。

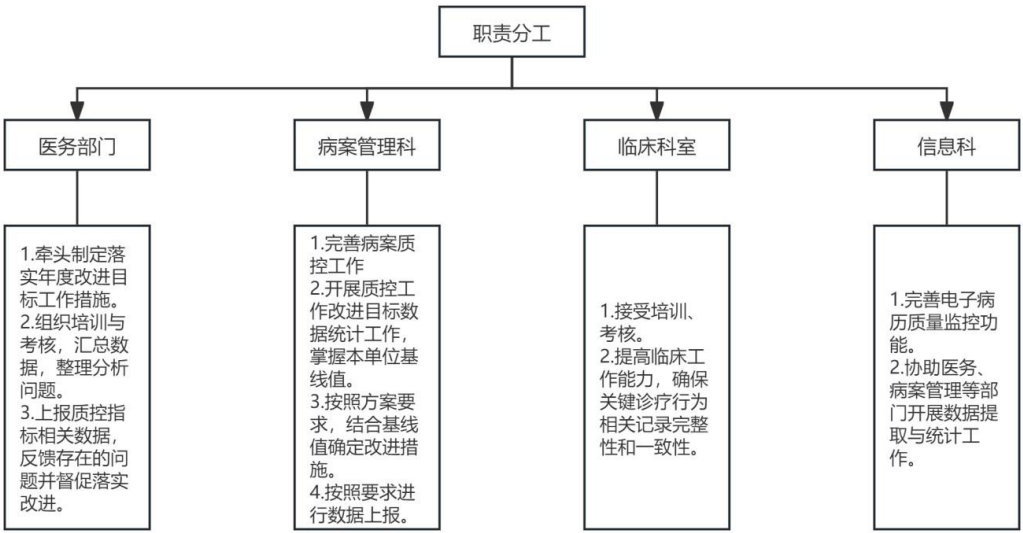


图 1 医疗机构责任部门分工

（二）强化病历书写培训，提升医务人员能力。医疗机构应不断强化临床医师病历书写基本功训练，要将关键诊疗行为相关

的病历书写、管理等内容与“医疗安全核心制度”有机融合，有针对性的制定培训计划，严格考核，不断强化临床医师病历内涵意识，提升病历客观、真实、准确、及时、完整、规范水平，更好体现临床诊疗思维和过程。

（三）加强关键诊疗行为监测，分析反馈病案质量。医疗机构应加强关键诊疗行为常态化监测和质控，并按季度、分科室进行病历内涵质量分析、反馈，每季度至少召开1次专题会议，对本机构关键诊疗行为相关记录完整性情况进行分析、研判，并将相关情况通报全院。

（四）加强信息化建设，实现智能化监管。医疗机构要按照《电子病历系统应用水平分级评价标准（试行）》等要求，加强信息化建设，逐步构建完善电子病历质量监控功能，通过嵌入流程监管、事前提醒、完整度检查、智能化质控、问题警示等功能，以信息化手段做好病历质量检查、评估、反馈工作。

（五）运用质量管理工具，及时改进工作措施。医疗机构要充分运用全面质量管理（TQC）、质量环（PDCA循环）、品管圈（QCC）等工具查找、分析影响关键诊疗行为相关记录完整性的因素，按照工作进展情况及时提出改进措施并落实。

三、保障措施

（一）压实工作责任。各市、县卫生健康行政部门和质控中心负责辖区内工作方案的组织实施，开展辖区内业务培训、技术指导、调研等工作；督促各医疗机构制定本单位目标改进幅度、

贯彻落实核心策略工作措施、按要求上报相关数据，确保各项工作任务落实落细。省质控中心负责开展业务培训、指导、调研、抽查、数据汇总分析等工作。省卫生健康委将对各地、各医疗机构落实情况进行通报、约谈。

（二）加强监测反馈。各级质控中心要采取线上和线下相结合、定期和不定期核实等方式，动态掌握各医疗机构落实情况，及时反馈工作中存在问题，提出针对性整改意见。

（三）建立激励机制。医疗机构要按季度进行数据分析与结果反馈，将改进目标落实情况纳入绩效考核内容，充分调动医务人员积极性。各级质控中心认真梳理上报本地质控指标改善明显、工作开展较好的典型经验，省质控中心将遴选刊发在省病案管理质量控制中心网站进行推广宣传推广。

附件：1. 质控工作改进目标指标说明

2. 2024 年基线数据值

3. 关键诊疗行为相关记录完整率书写要点

4. 关键诊疗行为相关记录完整率质量评价要点

附件 1

质控工作改进目标指标说明

指标一、抗菌药物使用记录符合率

定义：单位时间内，抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期使用抗菌药物的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

抗菌药物使用记录符合率 =

$$\frac{\text{抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期使用抗菌药物的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：

1. 抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应是指在使用抗菌药物治疗的住院患者病历中，抗菌药物使用相关医嘱单完整，使用情况在病程记录中有相应记录。

2. 抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第 84 号）。

指标二、恶性肿瘤化学治疗记录符合率

定义：单位时间内，恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

恶性肿瘤化学治疗记录符合率 =

$$\frac{\text{恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：

恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历中，化学治疗医嘱完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

指标三、恶性肿瘤放射治疗记录符合率

定义：单位时间内，恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

恶性肿瘤放射治疗记录符合率 =

$$\frac{\text{恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：

恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历中，放射治疗医嘱（治疗单）完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

指标四、手术相关记录完整率

定义：单位时间内，手术相关记录完整的住院手术患者病历

数占同期住院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

手术相关记录完整率 =

$$\frac{\text{手术相关记录完整的住院手术患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：

手术相关记录完整是指在接受手术治疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）、《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）等文件要求。

指标五、植入物相关记录符合率

定义：单位时间内，植入物相关记录符合的住院患者病历数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

植入物相关记录符合率 =

$$\frac{\text{植入物相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期使用植入物的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：

植入物相关记录符合是指植入物条形码齐全，植入物种类和数量等情况在手术记录或病程记录中有相应记录。

指标六、临床用血相关记录符合率

定义：单位时间内，临床用血相关记录符合的住院患者病历

数占同期存在临床用血的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

临床用血相关记录符合率 =

$$\frac{\text{临床用血相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期存在临床用血的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：

临床用血相关记录符合是指输血知情同意书、医嘱、输血记录单等相关内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）、《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第85号）等文件要求。

指标七、医师查房记录完整率

定义：单位时间内，医师查房记录完整的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。

计算公式：

医师查房记录完整率 =

$$\frac{\text{医师查房记录完整的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：

医师查房记录完整是指医师查房记录符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）、《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

指标八、患者抢救记录及时完成率

定义：单位时间内，抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

患者抢救记录及时完成率 =

$$\frac{\text{抢救记录及时完成的住院患者病历数}}{\text{同期接受抢救的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：

抢救记录及时完成是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）、《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

附件 2

2024 年基线数据值

序号	指标	基线值
1	抗菌药物使用记录符合率	61.5%
2	恶性肿瘤化学治疗记录符合率	74.0%
3	恶性肿瘤放射治疗记录符合率	73.4%
4	手术相关记录完整率	80.7%
5	植入物相关记录符合率	67.4%
6	临床用血相关记录符合率	83.2%
7	医师查房记录完整率	78.5%
8	患者抢救记录及时完成率	70.8%

附件 3

关键诊疗行为相关记录完整率书写要点

一、抗菌药物使用记录符合率

- (一) 抗菌药物使用指征；
- (二) 具体的药物通用名称、剂型、用量、用法；
- (三) 用药后疗效评估；
- (四) 停用药物应记录分析；
- (五) 更换或联合应用的指征，并详细记录分析；
- (六) 如使用特殊使用级抗菌药物，需记录用药指征；

注意：使用特殊使用级抗菌药物要请特殊使用级抗菌药物会诊专家组进行会诊，并在病程中记录说明；

(七) 越级使用抗菌药物，使用时间限定在 24 小时之内，同时要详细记录用药指征，并在 24 小时内补办手续，且在病程中记录。

二、恶性肿瘤化学治疗记录符合率

(一) 恶性肿瘤化学治疗医嘱书写要求：化疗药物名称、剂量、使用方法、疗程及特殊注意事项，如给药速度、给药顺序、避光、冲管或心电监护，以及化疗前后的辅助用药及对症支持治疗等。

(二) 病程记录书写要求：

1. 化疗的方案及药物剂量、化疗相关的不良反应等；
2. 化疗前小结与风险评估，内容包括：基本病情、化疗决策、可能产生的毒副作用及化疗前风险评估、化疗病人的特殊要求等；
3. 及时反映病情变化，要记录对病情变化的分析判断、处理措施、疗效观察、变更医嘱的时间等；如有辅助检查结果，应记录对检查结果的分析及相应处理措施等。

三、恶性肿瘤放射治疗记录符合率

（一）恶性肿瘤放射治疗医嘱书写要求：

记录照射剂量、放疗方式、放疗部位、放疗时间。

（二）病程记录书写要求：

1. 记录放疗方式、定位方式、靶区范围及照射剂量；
2. 记录放疗前小结与风险评估，内容包括：基本病情、放疗决策、可能产生的毒副作用及放疗前风险评估、放疗病人的特殊定位要求等。

四、手术相关记录完整率

（一）临床医师需核对的文书包括：手术风险评估表、术前讨论记录、术前小结、手术知情同意书、手术医嘱、手术安全核查表、手术记录、术后首次病程记录（术后首次病程记录手术简要经过不能拷贝手术记录）、手术清点记录；麻醉医师需核对的文书包括：麻醉知情同意书、麻醉记录、麻醉访视记录等；

（二）医嘱书写要求：术前在临时医嘱中开立有相关术前准

备医嘱，长期医嘱中开立有术后护理常规医嘱；术中及术后均有相关的医嘱。

（三）术前讨论结论：术前讨论结论（严禁一笔带过，如“同意手术”）可以以病程记录、术前小结等形式体现；

（四）签字问题：手术记录中术者签字完整，手术知情同意书及麻醉知情同意书中手术名称及医患双方签字完整，手术安全核查表麻醉医师、手术医师、巡回护士签字完整。

五、植入物相关记录符合率

（一）医嘱信息应体现医用耗材（含植入物）的使用；

（二）手术记录中可以适度出现应用耗材（含植入物）的通用名称，不宜大量出现耗材（含植入物）的商品名称、生产厂家名称等信息，保持手术记录的严肃性；

（三）手术经过书写完毕后，将应用耗材（含植入物）信息另起一行集中书写记录，应写清楚耗材（含植入物）的名称、规格、厂家和使用数量等；

（四）耗材（含植入物）条码信息整齐粘贴于专用页面中；

（五）高值耗材知情同意书至少应包含：患者基本信息（患者姓名、性别、年龄、住院号等）；高值耗材信息（耗材名称、规格、生产厂家、价格等）；患者意愿（同意意见及签名）；医生签名（医生签名及日期）等。

六、临床用血相关记录符合率

（一）临床用血信息应客观真实、完整、可追溯。医师应当

将患者输血适应证的评估、输血过程和输血后疗效评价情况记入病历；

（二）输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

七、医师查房记录完整率

（一）体现科主任领导下的三个不同级别的医师（即分别具有高级、中级和初级三个不同层次或资质的医师）查房制度，三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师—主治医师—住院医师；

（二）对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少 2 天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录；

（三）上级医师查房时，中间级别医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成，最高级别医师首次查房者应于 72 小时内完成，术者术前、术后 24h 内查房。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

八、患者抢救记录及时完成率

（一）危重病人抢救开具抢救医嘱；

（二）患者病情危重，采取抢救措施时应书写抢救记录；

（三）抢救记录应当在抢救结束后立即记录，因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明，记录时间具体到分钟；

（四）抢救记录内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。主持抢救的人员审核签字。

附件 4

关键诊疗行为相关记录完整率质量评价要点

一、抗菌药物使用记录符合率

- (一) 医嘱单是否完整；
- (二) 病程中是否详细记录用药情况，包括名称、剂型、用量、用法、给药途径；
- (三) 医嘱和病程记录中用药情况是否一致（如：用药名称、用量、用法、时间等）；
- (四) 使用、停用、更换、联合或超说明书范围使用时，是否在病程记录中分析说明理由；
- (五) 药物品种、剂型选择；用量、用法、用药疗程、用药时机等是否规范；
- (六) 治疗性应用抗菌药物前病原学送检情况；
- (七) 是否符合抗菌药物分级管理规定；
- (八) 使用特殊使用级抗菌药物是否有相应专家会诊，并在病程中记录；
- (九) 越级使用时是否按照规定时间使用或履行相应的手续，并在病程记录上有所反映。

二、恶性肿瘤化学治疗记录符合率

- (一) 恶性肿瘤化学治疗医嘱完整；

(二) 治疗情况在病程记录中有相应的记录。

三、恶性肿瘤放射治疗记录符合率

(一) 恶性肿瘤放射治疗医嘱完整；

(二) 治疗情况在病程记录中有相应的记录。

四、手术相关记录完整率

(一) 手术风险评估表有无并且是否完整；

(二) 术前讨论有无并且是否完整；

(三) 术前小结有无并且是否完整；

(四) 术者术前一天查房记录是否在病程记录中及时记录；

(五) 手术同意书有无并且是否完整（包括医患签字有无并且是否完整）；

(六) 手术医嘱（术前、术中、术后）有无；

(七) 手术安全核查表有无并且是否完整；

(八) 手术记录有无并且是否完整（包括医师签字）；

(九) 手术清点记录有无并且是否完整（包括相关医护人员签字）；

(十) 术后首次病程记录是否在病程记录中及时记录（记录是否完整）；

(十一) 麻醉同意书有无并且是否完整（包括医患签字有无并且是否完整）；

(十二) 麻醉记录有无并且是否完整（包括相关医护人员签字）；

(十三) 麻醉访视记录有无并且是否完整(包括相关医护人员签字)。

五、植入物相关记录符合率

以下内容均互相符合、对应：

- (一) 植入物名称、规格、厂家、数量；
- (二) 条形码数量及信息；
- (三) 医嘱信息；
- (四) 高值耗材知情同意书完整。

六、临床用血相关记录符合率

- (一) 医嘱对应正确；
- (二) 输血记录单对应正确；
- (三) 输血治疗知情同意书完整；
- (四) 病程记录或者输血记录中包含上述重要信息。

七、医师查房记录完整率

- (一) 三级医师查房记录是否完整；
- (二) 主治医师首次查房记录是否于患者入院 48 小时内完成；

(三) 病程记录：对病危患者(看医嘱)，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟；对病重患者(看医嘱)，至少 2 天记录一次；对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次；

(四) 病程记录有医师签名，上级医师查房有上级医师签名。

八、患者抢救记录及时完成率

（一）危重病人抢救是否开立抢救医嘱；

（二）抢救记录是否在抢救结束后 6 小时内完成，记录时间是否具体到分钟；

（三）抢救记录内容是否包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。主持抢救的人员是否签字。

