# 第十一部分病案管理工作制度

## 病案科工作制度

一、病案科在医务科直接领导下工作。

二、工作人员必须坚守岗位，不得随意脱岗，管好病案，防止丢失。

三、严格遵守病案借阅制度，热情接待查访人员，不得利用工作之便随直为他人私信病案

四、对按规定外借的病案，应定期追还归档，保管好病案信息资料。

五、对疾病编码要认真仔细，遇到模糊的病案分类，应阅读病程记录或与临床医师联系，保证疾病编码准确，减少误差。

六、定期检查上架病案，对插错、漏档、破损的病案，及时纠正和修复。

七、严格执行各项规章制度，保守病案的一切秘密，不得随意泄漏。

八、保持病案架清洁、整齐．做到室内通风、干燥，防止病案霉烂、虫蛀、鼠咬、火灾

九、认真做好病案质量监控工作，即时反馈查缺补漏。

十、加强业务知识学习，提高病案管理质量。

## 病案管理委员会工作制度

一、在院长办公会领导下全面负责医院病案资料的管理工作av配合临床、教学和科研

二、定期埘瘸案管理工作进行督促、检查、收集科室对病案管理工作意见和建议

三、根据有关材料讨论和确定疾病诊断和手术的统一命名，制定方案书、标准及提出临床医师、护理人员写好用好病案的要求。

四、组织各种形式的病案书写质量检查评选优秀病案，交流书写和管理经验。

五、制定本科病案管理制度，审定生院医用表格的样式，并监督实施。

六、在临床医师和病案管理人员之间发挥桥梁作用，准进相互闰的密切协作，促进病案书写和管理质量的不断提高；

七、定期听取病案管理工作情况的汇报，每年向院长提交病案管理工作报告。

## 病案借阅制度

为了确保病案的安全，以便更好地为医疗．教学科研服务，特制定以下制度

一、除涉及对患者实施医疗活动的相关医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病案。

二、患者再入院需调用的病案只能在病案科阅览室内查阅原则上不得借出。

三、省、市、区医保办，财务收费项目检查，医疗纠纷等需要借出的病秦信阅科室需办理相关借阅手续后惜阅，必须妥善保管，即时归还。

四、上级王管部门安排的检查、验收所需要的病案，原则上在病案科查阅。确需短时借出的，需主管院领导签字同薏．要严格按检查所规定的数量，不1导随意扩大借l阋数量。

五、各科室病历质量的监控，应在病历移交病案科前完成，除查缺补漏外入库病案原则上不得再作修改。

六、教学查房，疑难病例、死亡病例讨论等需惜阅病秦时，需经三管医生刨青科室主任签字，医务科审批后方可惜阅。并且于5个工作日内必须归还逾期不还者，上报医务科并给以扣除借阅者1 00元奖金的处理。

七、进修、实习医师查阅病案需经相关科室主任签字，医务科审批后方可查阅．临床科研课题所需查阅病案，需经医务科批准。

八、借阅者必须对病案的保密性、整洁性、完整性负责，不得拆卸、涂改、污埙。严禁发生病案遗失，否则将追究相关责任

九、新《病案借阅制度》从公布之日起执行。

## 病案阅览室工作制度

一、病案科工作人员积极认真为临床服务，

二、保持室内整洁，安静。不能在室内吸烟、吃零食、乱扔碎纸宵、不随地吐痰、扔果支严禁高声喧哗、吵闹。

三、凡院内职工、至阅病案时，应办理查阅登记手续。其他人员查阅需经相关科室主任签字医务科审批，方可查阅。

四、严禁涂划、损坏．私自改动病案，严禁私自将病案带离病案科。

五、特殊情况需将病寨带离病案科者，需相关科室主任同意签字，经医务科批准后方可借阅

## 病案查阅制度（试行）

一、管好病案的目的是使用病案。对于本院职工因医疗、教学、科研前来查阅病案的人员，病案科人员应提供良好的服务和必要的帮助。

二、本院病案使用权属本院医护人员及工作人员．进修医师及其他人员，需经相关科室主任签字，医务科审批后方可查阅。

三、本院医护人员因医疗、教学、科研需查阅病案病案只准在阅览室内查阅+不得私自带离病案科。查阅时要爱护病案，不准在病案上标注、涂改和撕毁，最迟于当天下班前归还。

四、公安、检察、法院、国家安全机关及其他办案机关因办案需要，需查阅相关病案资料的应当持有公函及有效身份证明，并经医务科审核批准后，方可到病案科查阅。

五、病案是医院的重要医疗文件t任何医护人员和工作人员无权将病案带走或交他人带走，亦不得私藏病案或私自外借病案，否则，由此造成的一切后果由本人自行承担。

## 病历管理制度

根据卫生部、国家中医药管理局颁发的《医疗机构病历管理规定》卫医发【2002】1 93号文保证病历档案的安全，结台实际工作中出现的新问题对医院原有的《病历-.理制度》作出的修订。

第一条为了加强医院病历管理，保证病历资料客观、真实、元整，根据相关法规，制定管理制度。

第二条病历是指医务人员在匡厅活动中彤成的叉字、符号、图表、影像、切片等资料，包括门（急）谚病历和住院病历。

第二条医院建立病历管理制腰设置病案科并配备专职人员，具体负责病历和病案的保存和管理工作。

第四条门（急）诊病历由患者自行保管住院病历由医院保管。

第五条严禁任何人涂改、，为造、隐匿、销毁、抢夸、窃取病历。

第六条除涉及对患者实施医务活动的医务人员及呈疗服-质量监控人虽外其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。因科研、教学、临床工作等需要病历的需经相关科室主任及医务科主任签字同童后万爵查阅。不得泄露患者隐瞒。

第七条在患者住院期间，其住院病历田所{三科室（病区）负责集甲、统一保管。科室应当在收到住院患者的化验单（检验报告）、医学影像检查结果后24小时归还住院病历。住院病历在患者出院后由科室指定的专兼职人员统一保管，并在3个工作日同移专病案科。

第八条住院病历困医疗活动或复印、复制需要带离病区时，应当由科室指定专门人员负责携带和保管。

第九条医院只受理下列人员和机构复印或看复制病历资料的申请：

（一）患者本人或代理人，

（二）死亡患者近亲属或其代理人，

（三）保险机构。

第十条医院田医务科负责受理复印或者复制病历资料的申请。受理申请时，要求申请八按照下列要求提供有关证明材料：

（一）申请人为患者本人的，应提供其有效身份证明

（二）申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料．

（三）申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明厦其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料：

（四）申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料-申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料：

（五）申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件-承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外，

第十一条公安、司法机关园办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的应当出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明-并经医务科签字同意。

1. 医院可以为申谓人复印或者复制的病历资料包括住院病历记录1体温单、医嘱、化验单（检查报告）、医学影像检查资料特殊检查治疗手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。
2. 医务科受理复印或者复制病历资料的申请后，复印病历资料应当由主管医生与患者一并前往办理，复印件由医务科盖童申请存根留档医务科另一联附在病历末页

第十四条病案室复印病历资料按云价费发[1992] 290号文件规定收费A4每页0 .5元。。

第十五条发生医疗事故或纠纷争议时，在医患双方在场的情况下封存病历，封存的病历由病案科保管。封存病历时由患者填写医疗资料封存申请书。所封存的病历资料清单一式三份分别由医、患双方各持一份，封存病历袋内存一份。i存的病历可以是复印件。

第十六条新《病索管理制度》从公布Z日起执行。

## 病案科病案复印制度（试行）

一、病案科负责本院有关归档病案工作，其他资料不予复印。

二、患者复印病案时需经医务科审批，必须符合《医疗机构病历管理规定》的要求持身份证及复印件进行复印，委托亲属或他人夏印的．应当持有授权委托书或其他有效身份证明。

三、复印病案时按《医疗机构病历管理规定》第十五条规定的范围给予复印包括：首页、出院小结、入院记录、体温单、医嘱单、化验单、医学影像检查资料、特殊检查、书手术同意书、手术麻醉记录、病理报告、护理记录复印后须加盖复印专用章。

四、患者应妥善保管其复印的病集资料，因其保存不善导致私人资料外泄的由患者本人行承担后果。

五、公安、检察、法院、国家安全机关等升案机关因办案需要查阅资料应当出具公函及有效身份证明文件，经医务科审核批准后按程序办理

六、保险公司理赔需要复印病案的．须出具有效身份证明及被保险人正复印件及授权委托书经医务科审核批准后按程序进行复印。

七、复印病集资科+需按省物价局规定的价格交纳复印工本费。

八、病案不允许自带外出复印。