

电子病历方案书写(优质5篇)

为了确定工作或事情顺利开展，常常需要预先制定方案，方案是为某一行动所制定的具体行动实施办法细则、步骤和安排等。那么我们该如何写一篇较为完美的方案呢？接下来小编就给大家介绍一下方案应该怎么去写，我们一起来看看吧。

电子病历方案书写篇一

方案概述：

天方达易迅电子病历《门诊医生工作站》系统主要功能就是帮助门诊医生规范、高效的完成日常处方、病历的书写和维护。查阅医院药品信息。完善个人、医院、科室的病历、处方、申请单、诊断模板，操作快捷、方便。

方案内容：

易迅电子病历——门诊电子病历系统，不仅从管理方面优化门诊流程，而且从临床方面实现了对门诊流程的优化，最大程度缩短病人等候时间，提高门诊医生工作效率，取得了显著的效果。对门诊流程的优化具有重要意义。其作用表现在以下几个方面：

1. 智能化分诊排队功能，可以根据医院的实际情况灵活设置叫号类别和排队方式，可以与第三方叫号系统无缝连接。
2. 结构化病历书写，模板式输入，可实现续打、套打等多种特殊打印功能。
3. 仿真式处方浏览，可通过拼音五笔简码和大量处方模板加快处方录入速度。

4. 通过点选式录入并结合常见模板，可轻松开具检查检验申请单。

5. 通过先进的数据同步技术，可以实时查看检查检验报告单的情况。

方案优势：

1. 通过唯一的 id 号例如：条形码或 ic 卡对病人进行管理，对于复诊的病人加快了就诊的速度，很多复诊病人的基本信息如：姓名、住址等信息，不用重复录入。2. 通过医生开出的电子处方，以及在开处方时和现有的药房库存管理相结合，能避免病人在收费处和医生之间的往返次数，例如：划价时，出现病人钱带的不够、药房没有处方中的药品等情况，病人就要到医生处重新改处方再到收费处缴费，要往返多次，使用医生工作站后，医生直接就能判断出药房有没有药品，并能自动计算出处方的价钱，减少了病人的往返。

3. 医生随时可以调出病人的信息，包括：还有多少人在候诊、已经完成的就诊人次，每天完成的处方数量。

4. 医生开出的处方，直接传递给收费处和药房，不用病人拿处方进行划价，避免出现跑方的情况，能提高医院的药品收益。

5. 对医生开出的处方，能进行有效金额限制，避免出现高价处方。

6. 能随时统计医生开出单个药品的数量，医生开出所有药品的名称和数量，统计单个药品所有医生开出的数量，对医务科可以对医生开出的药品进行全面的监控和管理。

7. 通过医生诊台和分诊系统的连接，能优化病人候诊的环境和就诊次序，能很好的解决医患关系。

门诊病历系统与 his 系统接口方案：

一、与门诊挂号系统的接口

当病人在挂号处挂完号以后，门诊系统将会从挂号系统中获取病人的基本信息和挂号信息。门诊系统开始就诊后将会自动回传就诊标志给挂号系统。

二、与门诊收费系统的接口

当门诊医生开完处方和申请单以后，门诊收费系统将会从门诊病历系统中获取病人的基本信息和收费项目信息。门诊收费系统收完费后将会回传收费标志到门诊医生工作站和药房药库系统。

三、与药房系统的接口

当门诊医生开完处方以后，门诊药房系统将会从门诊病历系统中获取病人的基本信息和药品项目信息。门诊药房系统发完药后将会回传发药标志到门诊医生工作站。

四、与检查检验系统的接口

当门诊医生开完申请单后，检查检验系统可以通过病人的就诊卡号从门诊电子病历系统中获取到病人的基本信息以及将要检查的项目。病人做完检查后，与检查相关的诊断信息和图片信息将会自动回传到门诊电子病历中。门诊系统可将这些信息整合在一起形成报告显示出来以便查看。

制定严密的实施方案：

门诊医生工作站是一个比较复杂的系统，因此必须严格地按照系统工程的规范来实施项目管理，科学地划分工作阶段，并对每个阶段规定明确的任务、起点和终点，每个阶段都要

有易于检查的目标，每个阶段结束后，都要有专家小组进行评审，只有评审通过后才能进入下一阶段的工作。所有这些工作，可以通过严密的实施方案加以详细的控制。天方达公司在建立全国各地近百家医院信息系统的过程中积累了丰富的经验，全面掌握了如何利用电脑对医院的日常业务进行规范，形成了完善而严密的实施方案，这些将对贵院电脑系统的建立起到积极的作用。

售后服务承诺：

天方达公司一直致力于医疗保健行业计算机管理信息系统的开发和实施工作，积累了很多宝贵的经验，技术实力雄厚，与许多硬件供应商有着紧密的联系，掌握着计算机行业的最新信息和技术。针对医院门诊电子病历系统，天方达公司将提供以下的主要服务：

安装培训服务

在系统实施期间，公司将指派专业的工程师到用户现场软件的安装、培训和实施服务。详细的实施方案由项目实施工程师制定。

免费维修服务

对于软件系统，天方达公司提供一年的免费维护服务，在系统的实施阶段，派专人到现场进行维护；系统正式运做以后，如出现紧急问题，在保证 1 小时内及时响应医院的维修申请，同时，提供电话咨询和远程维护等多种形式的服务，如果电话咨询和远程维护解决不了问题时，公司将提供上门服务在和用户协商商定后在 12 小时内到达现场提供现场技术支持。通过电话咨询和远程维护、以及现场服务最终达到系统能够 7 天/24 小时不间断运作的目的。

永远免费的错误更正服务

软件系统，在系统正式运行之日起一年内后，公司另行收取系统维护费，费用由双方另行协商。

电子病历方案书写篇二

精心整理

医疗核心制度

自查报告及整改措施

word完美格式

精心整理

根据我院关于对医疗核心制度执行情况进行自查自纠的通知精神，为进一步加强医疗质量、规医疗行为、防医疗风险，建立和完善医疗质量、医疗安全长效机制，我科于2015年1月30日在全科开展医疗安全自查活动，总结如下：

科室总体医疗核心制度的执行情况较好，能够高度重视医疗质量与医疗安全，注重基础管理和环节管理。实施手术安全核查制度到位；有明确转科、转院流程，需转诊病人多能先联系后转诊，对涉及到多科病人能实行首诊负责制；实行三级医师查房，对疑难病例、死亡病例、手术病例能按规定进行病例讨论，记录比较规；科间、院会诊能按规定执行，会诊单审签为主治或主治以上医师，全院性会诊由医务处牵头负责组织；危重病抢救有制度，重大抢救事件有报告程序，抢救记录能在规定的时间内完成，抢救登记本齐备，抢救设备完好并实行“五定”；值班人员在岗情况良好，无无资质人员上岗情况；交接班内容及书写格式能按照医院要求执行，对病区危重病员的病情基本了解；查对制度执行到位；注重手术分级管理，手术医生对自己能开展手术围能够做到心中有数；科室开展的各类医疗技术已通过审核批准。病历书写能按

《病历书写基本规》执行；高度重视医患沟通，新入院病人都能填写《入院时知情告知书》，特殊检查、特殊治疗、手术、输血等均能按要求与患方签署“知情同意书”；输血管理规，输血前均能严格进行感染性疾病相关检查。

在自查过程中，我们也发现一些小问题。对于此类问题，经过科室人员的讨论，提出相应整改方案，归类如下：

一、首诊医师负责制

word完美格式

精心整理

存在问题：1. 由于门诊患者众多，业务量大，不能每个门诊病人都书写病历。2. 因门诊及科室上班人员的调整，首诊医师无法对每一位患者负责到底。3. 如属他科疾病，部分医师未按照要求安排转诊。

整改措施：科室再次重申门诊病历书写的重要性，对于患者众多、业务量大的情况下，可通过适当限号、增加门诊医师等方式解决。对于前次就诊未能完成诊疗服务的患者，优先诊疗。对于转诊患者，首诊医师一定要以负责任的态度安排患者转诊。对病历不能按规定书写的情况，严格落实责任。因病历书写不及时或不书写门诊病历而发生的纠纷一切责任由个人承担，与个人绩效考核挂钩。

二、三级医师查房制度

存在问题：对于常见病种，科室三级医师查房有时流于形式，容简单。对住院病人的病史、病情、治疗情况不能进行深入、全面的分析，反映不出上级医师的水平，缺少实质涵，且有的容雷同。上级医师对查房记录的审签不及时、不规；个别病历缺少或反应不出三级医师查房。

精心整理

增强医师责任心：通过对医疗文书严格认真的审查，检验医疗文书的真实性、规性和及时性，督促临床医生按病历书写规完成医疗文书，并进行严格的奖惩，对出现的不规的行为给予严肃处理，从而可以增强各级医师的工作责任心，保证医疗文书质量。4. 强化业务学习，加速人才培养：通过业务学习强化基础理论知识，通过到上级医院培训学习和浏览医学杂志等方法，全面了解本专业现状和新进展，从而提高诊疗水平。5. 加强医德医风建设，强化“以人为本”意识。要清楚自己的角色和承担的义务，理解患者的心理和要求，详细采集病史、认真规细致体格检查，不要遗漏重要的病史和体征，从而研究透彻自己所管辖的病人。

三、会诊制度

存在问题：会诊单书写过于简单，尤其是门诊病历，夜班会诊医师资格不符合规定，多为低年资医师。

整改措施：高标准严要求，贯彻执行会诊制度，加强门诊病历的管理及书写监督。会诊派主治医师以上职称，夜间急会诊由二线医师负责，随时指导值班住院医师，以提高会诊质量。

四：疑难病例讨论制度

存在问题：大部分疑难病历都做到了讨论制度，部分病历讨论过程过于简单，程序化明显。记录不完善，无法真正达到讨论病历以解决问题的目的。

整改措施：做到病例讨论前检查病历，看相关检查是否完备，讨论后总结病例，注意讨论是否能够解决问题，是否达到讨论的目的。

五：医患沟通制度

word完美格式

精心整理

存在问题：主管医师能够完成本职的沟通工作，但存在知情同意书告知、签字不规、药品及一次性高低值耗材等自费项目未签知情同意书。

整改措施：加强责任医师的责任心，对于各类患者，尤其是危重患者，及时、准确、有效沟通，并按规要求及时签署知情同意书。

六：分级护理制度

存在问题：医师对常见疾病的护理级别适用围都了解，学习情况较好，但对于病情复杂、病情不稳定病历的护理级别掌握不准。

整改措施：通过加强业务学习，了解疾病的发展过程，以便更准确掌握护理级别。督查护理工作，要求其完成相应级别的护理工作。

七：危重病人抢救制度

存在问题：因危重患者病例少，个别医生对抢救过程不熟悉，病历书写不及时全面。危重患者的抢救记录流于形式。

整改措施：认真组织全科医师进一步学习，掌握制度的容。学习本科室危重症病人的抢救流程，协调全科人员工作间的协作。

八：术前讨论制度

存在问题：讨论记录流于形式，特殊病例存在术前检查不完善，对于手术风险及对策的讨论不足。

整改措施：明确术前讨论可以采取不同的形式，常规手术需注意患者人体差异情况，如糖尿病患者需注意讨论血糖的控制问题，如遇特殊病历讨论，讨论前应查阅相关书籍，提高科室人员业务水平。

九：死亡病例讨论制度

存在问题：能够做到每例死亡患者的死亡讨论，对于有争议或纠

word完美格式

精心整理

纷的病例能够及时上报。由于一些客观原因，患者家人的沟通工作不容易，对于医生的解释不理解。因死亡患者病例少，部分医生对抢救过程不熟悉，病历书写不及时全面。

整改措施：学习本科室危重症病人的抢救流程，协调全科人员工作间的协作。认真讨论死亡原因，吸取经验教训，为以后的抢救积累经验。

十：查对制度

存在问题：护士在日常工作中能作到“三查七对”，执行较满意，每天护理查对医嘱及时，发现问题并解决，对于输血及术前病人的查对较认真仔细。主要问题是临时医嘱的执行存在问题，有的没执行，有的执行后未签字。

整改措施：加强医护人员之间的沟通，医生下医嘱后及时通知护理人员执行，责任到人。

十一：交接班制度

存在问题：交接班记录本书写及时，但容空洞，重点不突出。
整改措施：交班本记录容要求重点突出，不流于形式。发现无容交班者责令其改进。

十二：医疗新技术，新项目准入管理制度

存在问题：本科室开展的新技术均有卫生行政部门的批准，并制定的风险防计划，按步进展。逐步完善。主要问题是开展新技术的人员培养困难，学习机会少，进步缓慢，不能做到真正的技术领先。

整改措施：加强人员的培养，做好与医院领导的沟通，争取取得医院的支持。在技术上做到精益求精。

word完美格式

精心整理

十三：临床用血审核制度

存在问题：医师对于输血指征掌握较好，协议书签写完备。主要是采血，送检，取血及输血过程中存在问题，送检及取血一般由患者家人完成，其间有不可控制的因素存在，因患者家人只是简单的送取，不会执行查验工作。

整改措施：尽量要求护士完成输血过程中全部程序，送检及取血由护理人员完成。

十四：手术分级管理制度

存在问题：未能定期对各手术医师进行考核评价，并根据评价结果进行再授权；择期手术患者，对于急危重症患者及合

并症较多的患者，手术级别应相应提升一级。

整改措施：制定具体的手术分级制度，使每位医师明确自己的手术围。定期由科主任、麻醉医师及器械护士等共同参与手术医师考核评价，根据评价结果及时变更手术医师的手术围。

十五：病历书写制度

存在问题：我科医师完成病历基本及时，容完整，主要问题是病程打印不及时，病程签名不及时，尤其是病历的非主管医师签名。上级医师查房记录涵欠缺。病程记录中对修改的医嘱、阳性化验结果缺少分析，查房记录容分析少，过于形式化。存在知情同意书告知、签字不规、药品及一次性高低值耗材等自费项目未签知情同意书。

整改措施：科室病历质量管理小组各司其责，负责科室病历的终末质控。科室人员加强业务学习，提高专业知识，提示病历涵。

我们始终认为，医疗安全无小事，所有医务人员必须严格执行医

word完美格式

精心整理

疗质量安全核心制度，警钟长鸣，才能杜绝或避免医疗安全事故，是我院的医疗质量迈上新的台阶。

word完美格式

电子病历方案书写篇三

【摘要】病历是住院之窗，它反映医师的综合素质和医院的医疗、科研、教学服务质量和水平。它作为医疗纠纷法院判决主要采信的证据，具有极其重要的作用。认真书写病历，提高病历质量，既维护了患者利益，又保护了医生的合法权益。本文分析了病历书写中的常见问题，并提出了相应措施。

【关键词】病历书写 常见错误 应对措施

1.1 病历不按规定的内容和格式书写

是最常见的错误，常常因为医师对于医疗行为习以为常而省略、简化形成。例如，入院记录中入院时的诊断错写成“入院诊断”，病历书写规范要求入院时的诊断一律书写为“初步诊断”；会诊单只写诊断，不写病史、体征；排列顺序颠倒，或将属于系统回顾的内容放到既往史的其他栏目中去写。

1.1.2 遗漏

遗漏是病历书写中最常见的缺陷之一，几乎可以出现在整个病历。如：

1.2.1 一般项目的漏填。如病历纸、医嘱单、化验单的患者姓名、性别、年龄、住院号、页次等填写不全，整个眉栏空白也常有发生。1.2.2 首页：联系人及其住址、电话空白；血型、抢救次数和成功次数空白；诊断遗漏；缺医师签名。

1.2.3 入院记录：一般资料中常被遗漏的有年龄、民族、职业、籍贯、住址，年龄漏写“岁”；现病史常遗漏主要阴性症状、疾病的发展、演变和一般状况；既往史常遗漏长期用药史、药敏史和性病冶游史、精神创伤史；缺漏某些条目(如预防接种史、输血史等)；体格检查中遗漏重要体征，遗漏某些条目，

心、肺、腹四诊内容描述不全，缺漏数据单位；门诊资料中常遗漏检查单位及检查日期；诊断中常遗漏次要诊断。

1.2.4首次病程记录：不写明书写时间；诊疗计划中只写辅助检查名称，不写检查部位。

2 心跳停止时间、死亡时间和参加抢救的人员；各种记录遗漏签名。1.2.6未按规定时间完成病历的书写，包括病案已经归档但缺少某些记录，如病理报告、手术记录、出院记录、死亡记录。1.3使用非医学术语如：

1.3.1症状的描述：如“发烧”（发热），“吐酸水”（返酸），“拉肚子”（腹泻），“心慌”（心悸），“睡不着觉”（失眠）等。

1.3.2体征的描述：如“皮肤发黄”（皮肤黄染），“疙瘩”（肿块），口唇或全身“发乌”（发绀），“虫牙”（龋齿）等。1.3.3检查方法的描述：如“脑脊水”、“胸水”检查（脑脊液、胸腔积液），“验血”（应写具体的检查项目），“照光”（x线检查）。

1.3.4诊断的描述：如“痨病”（结核病），“盲肠炎”（阑尾炎），“血癌”（白血病）等。

1.3.5治疗的描述：如“打点滴”（静脉滴注），“打针”（注射），“开刀”（手术）等。

1.4书写内容的准确性欠妥

1.4.1内容前后矛盾：试用期医生与住院医师所写的病史之间有矛盾；同一医生所写的病史前后不一致；几位医生之间所写的内容不一致。

3 病名。

1.4.3现病史：发病诱因记录不当，主要症状未作详细的描述或描述失真，对伴随症状和主要阴性症状描述不系统或缺乏描述，院外诊疗经过、疾病发展演变记录错误。

1.4.4体格检查：体征描述矛盾，如肝颈静脉回流征阳性，肝肋下未触及；用词模棱两可，如描述心浊音界“扩大不明显”，表达含糊。体征与胸片、诊断不一致。

1.4.5辅助检查：只写“待查”、“待回报”，无具体记录□x线、ct□mri□b超等与诊断、鉴别诊断有关的具体描述。

1.4.6诊断：诊断不够严密或准确，主要诊断与次要诊断排列顺序不合理，次要诊断未写全，未及时更正或补充诊断。

1.4.7病程记录：首次病程记录中主诉、某些体征与入院记录不符，诊断依据过简或前后不能呼应，鉴别诊断无具体内容仅有病名，诊疗计划过简和公式化，如只用“对症、支持”表述。病情分析、诊疗操作、检查结果、上级医师查房、会诊等记录错误，如胸腔积液左、右侧记录错误，笔误将病程记录写在病情变化之前。

4 标点符号错误比较多见，如无逗号、句号，一小黑点到底，逗号和句号、顿号和逗号混淆，使意义表达不清或错误；引用药名和病名不用引号等。

1.6字迹、语病与错别字

5 性与必要性的宣教工作，组织医务人员学习《医疗事故处理条例》等法规，用实例讲述病历在处理医疗纠纷“举证责任倒路”中的重要作用，明确病历质量不仅仅是对病人、医院负责，更是对自己负责，使医务人员对提高病历质量的认识，由被动要求转为自觉行动，才能增强写好病历的自觉性。

2.2加强职业道德教育、强化责任心、加强沟通。医务人员在

执业过程中，诊治疾病是其重要工作，搞好病历书写提高病历质量也是其本职工作。医务人员必须克服重医疗护理轻病历书写的错误倾向。2.3不断加强病历质量管理，彻底改变病历质量终末控制模式，实行病历质量全程监控。病历质量不能只靠哪一个人，而是要树立集体观念，靠集体协作。抓病历质量要从病历建立的源头抓起，抓流程质量管理，抓环节质量管理，让科主任严把环节质量关，科主任的重视是提高病历书写质量的基本保证，由科主任、主治医师和科护士长组成的监控小组是病历质量监控最主要的一环，切勿到终末生米已做成熟饭时再行补救，那时的任何涂改都将导致病历失真，使病历法律效用降低甚至失效。

2.4加强培训，严格按照《江苏省病历书写规范》及《医疗事故处理条例》的规定为依据。搞好病历书写，提高病历书写质量，最大限度减少和杜绝病历缺陷的发生。

电子病历方案书写篇四

关于织安监管令字〔2007〕第〔2 h616〕号指令书

整改方案及措施

关于织安监管令字〔2007〕第〔2h616〕号指令书

整改方案及措施

2007年12月11日上午11点，织金县珠藏镇煤监站来中坝煤矿，对我矿井上、下进行安全监督检查，查出我矿安全隐患15条。针对珠藏镇煤监站织安监管令字〔2007〕第〔2h616〕号指令书，我矿立即召开安全办公全议，按定整改负责人，定施工负责人，定施工措施，定验收人，定验收时间的“五定”办法进行落实，现将整改方案及措施上报有关部门。

一、矿成立整改领导小组：

组

长：张

翔（矿

长）

副组长：鄢友光（生产矿长）、席诗明（工 程 师）

成员：刘泽能（安全矿长）

鄢然品（带班矿长）

鄢然海

孙章富 张龙华 陈兴刚 郑登银 陈永荣 何德礼

二、隐患整改方案：

1、地面配电房在井口 20 米范围以外，新配电室必须安装配电柜，消灭明刀闸。

三、隐患整改安全措施：

1、认真执行《巷道维修措施》及有关规定。

2、维修整改分为早班和中班，每班入井人员不得超过 9 人。

3、每班必须配备安全员和瓦斯检查员跟班作业。

4、维修整改巷道内的电揽、电线、风水管必须保护好，防止片帮冒

落矸石，碰伤管线。

5、开工前，由带班矿长主持召开班前会，在班前会上布置清楚当班安全状况、工作任务。不参加班前会的职工不准入井下作业。

6、开工前，由班长及一名有经验的老工人负责检查维修地点安全状况，维修整改地点顶板与两帮浮矸要清扫干净，装车运走，7、更换棚腿时，在回撤前将工作地点的清理干净，棚子要挖脚窝，在梁子下打上点柱，将老支架柱托住，然后再回撤旧棚腿，换上新棚腿。

8、架完支架后，在支架和围岩之间要用板皮和竹笆插严背实。如有冒高处，必须用木垛接顶，不准空帮空顶。

9、维修整改时，瓦斯检查员必须按规定检查瓦斯浓度，不准空班，漏查。无风、微风不准作业。

10、局扇停风后必须立即停止作业。人员撤至新鲜风流中。恢复通风前，必须检查瓦斯，只有在局部通风机及其开关附近20米以内风流中的瓦斯浓度不超过0.5%时，方可入工开启局部通风机。

11、维修巷道时，必须是由外往里逐架进行，一次只能维护一架支架，不准同时维修二支架。

12、维修巷道时，巷道附近5米之内的支架必须完好，并加固，使退路畅通安全。

13、严格工程质量检查验收，不合格的工程，坚决返工，不予验收。14、安全员和班组长，必须携带瓦斯自动报警仪，瓦斯自动报警仪应进行调试、校正，达到灵敏可靠。

15、认真执行敲帮问顶制度。进入工作地点，要及时刁找危岩活矸，无法刁下时应采取措施，临时支护，严禁空顶作业。

1 6、各工种人员必须严格按《操作规程》作业。

附：织安监管令字〔2007〕第□□□□□□□号整改指令书一份。

织金县中坝煤矿

2007年12月11日

电子病历方案书写篇五

完成住院病历写得好与差，直接反映了一个人的工作态度及业务水平，门诊病历往往是多个人的共同成果，由于不连贯性，很难说明某一个医师的业务水平，事实上医院对门诊业务的考核也是轻描淡写，故临床医师不予重视。

2. 3由于受多种因素影响，门诊病历难以一班书写完整如辅助检查的不及时报告，医师无法客观地分析病情及正确地诊断；病人的文化程度不一样，对疾病认识、表述的深刻及确切程度也不一样，而门诊医师没有过多的时间进行“去粗取精”，因而影响了门诊病历的内在质量。

2. 4缺少上级医师的监督与指导门诊诊疗过程，医师与病人是一对的进行，医师对病史的采集及疾病的判断是一次性完成无法复查，因此，上级医师无法监督及指导下级医师。这与住院病历的管理截然不同。

3、解决质量问题的对策

3. 1强化质量意识，加强质量教育强化门诊病历的质量意识，使每一个临床医师都认识到门诊病历质量的重要性。门诊病历不仅反映病人即时的疾病状态及处理情况，也为以后复诊提供了资料和依据；门诊病历，《江苏卫生事业管理》2000年第2期(第11卷总第54期)由病人保管并携带，随着病人的流

动而到处展示，展示对象可以是本院不同科室也可以是不同的医院。这一展示可比较出各科室或各个医院的形象及水准。因此，每个临床医师要有较强的质量意识。在开展质量教育时，要注意发现问题，做到有的放矢，防止空洞的说教或简单的处罚，要从思想上纠正轻视门诊病历的倾向。对于新分配到医院的住院医师，从一开始就要使其形成良好的质量意识，上级医师要注意树立榜样，以身作则，这样才能教育好下级医师。

3. 2加强考核，责任到人书写门诊病历要严格按照《规范》的规定执行，检查中着重加强对门诊病历的考核，责任落实到人。一份不合格门诊病历，问题出在哪个环节，该由谁负责就由谁负责，并不因为一份门诊病历由多人书写而无人负责。门诊病历的质量考核应纳入个人业务考核，要具体通报考核中发现的问题，与奖惩挂钩。

3. 3各科室要加强监控对于各病区接诊的新病人，接诊医师除审阅院前病情资料外，同时要注意检查门诊病历质量，对存在明显质量问题或重大缺陷应及时反馈科室。此外在进行三级查房和现住院病历质量检查时，一并检查门诊病历质量，发现问题及时指出。

3. 4质量管理委员会要发挥更有效的作用医务科牵头，院质量管理委员会定期组织有关人员到门诊抽查门诊病历质量，抽查情况以临床科室为单位进行分类、汇总，通报评分，抽查结果作为对科室工作考核的重要内容之一，考核结果与科室奖惩挂钩，加大考核力度，更有效地发挥质量管理委员会的作用。