

最新病案首页填写规范培训总结优秀

对某一单位、某一部门工作进行全面性总结，既反映工作的概况，取得的成绩，存在的问题、缺点，也要写经验教训和今后如何改进的意见等。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？以下我给大家整理了一些优质的总结范文，希望对大家能够有所帮助。

最新病案首页填写规范培训总结优秀篇一

【摘要】目的 探讨病案首页常见填写缺陷及其对病案质量的影响。方法 通过病案定期检查和缺陷分析，提出改进措施。结论 提高病案首页质量，须坚持不懈实行病案质控管理，对填写人员进行相关知识培训，加强其责任心和业务水平。

病案首页是病案信息的综合反映，浓缩了整份住院病案中最重要的内容。完整准确地填写病案首页，对提高病案整体质量，保证医疗统计数据的准确性具有十分重要的意义。

1 病案首页的功能和作用

为重要的医疗统计信息来源 病案首页是医疗、医院统计、医院管理和临床医学研究的重要原始数据，其信息统计分析，可为医院的管理和决策提供依据。病案首页的信息资料也是国家卫生统计信息的主要来源，集中反映了我国卫生状况，为国家卫生资源投入、管理及决策提供依据。

为医疗费用支付提供诊疗依据 包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、疾病商业保险以及职业病工伤理赔等在内的医疗保险费用偿付，都需要严格、准确的病案首页信息，例如患者的姓名(现在要求实名制)、就诊时间、疾病诊断、住院费用及特殊检查治疗项目(如手术、输血、特殊检查及治疗)等信息都必须准确无误

的填写，因为这些信息即是医疗付费的依据。

为司法办案、法律责任判定及伤残级别评定等提供证据性文件 病案是医务人员执行医疗行为的客观记录，能如实地反映患者病情的全部过程——病情轻重、伤残程度及丧失劳动能力程度等客观事实；病案首页是病案记录的缩影，是伤残鉴定、法律诉讼、医患纠纷等重要的证据性文件。故凡是涉及疾病伤害与医疗、健康等有关的司法案件，都需要确凿的就诊医疗事实为依据，这是判定法律责任必不可少的重要构成要件。

住院病案作为临床实践的工作记录，病案首页内容则是这个实践工作记录的综合反映。正确的病案首页填写，才能准确地反映临床实践的客观过程，为临床科研研究提供客观的资料。

2 常见缺陷

患者基本信息填写不准确或错误 主要包括病案号、患者姓名、身份证号码、医疗费用支付形式、出生日期、婚姻状况、工作单位、家庭住址及联系电话等患者个人基本信息的漏填或填写错误，不仅会影响病人信息的查询，也给病人出院后的社会基本医疗保险、商业保险及工伤理赔等带来不必要的麻烦。

主要诊断的选择不规范、不正确 主要诊断的选择总原则：在本次医疗过程中，对身体健康危害最大，花费医疗精力最多，住院时间最长的诊断名称。主要诊断一般只填写一个疾病。由于临床医师对主要诊断的选择总原则不熟悉、不了解，导致有的医师按照疾病的演变过程或者是按同时存在的疾病填写，忽视了本次来医院治疗的主要疾病，导致主要诊断选择不当。如：慢性阻塞性肺部疾病急性加重期、肺源性心脏病心功能失代偿期。另由于医师对icd-10编码及合并编码原则（当两个疾病或一个疾病有相关的并发症，而此时有合并类

目的编码就要选择合并编码作为主要编码，不能将其分开编码)及复杂诊断的主要诊断选择原则等专业知识的缺乏，致使主要编码选择错误，如：上消化道出血、十二指肠溃疡，应选择合并编码，即十二指肠溃疡并出血为主要诊断。矽肺并i型呼衰，因呼衰不是矽肺的常规表现，而是疾病的一种严重后果，是疾病发展的一个阶段，故其主要诊断应为慢性呼衰，矽肺为次要诊断。

2.3 出院转归填写不正确 由于填写者对病案首页说明中对出院转归说明未能准确领会，导致出院转归填写错误。出院转归填写错误将影响治愈好转率统计的准确性。如：胃穿孔并胃大部切除术，患者症状消失但功能严重受损，转归为好转，而不能选择治愈。胎盘滞留伴出血并子宫次全切术后，虽出血控制，症状消失，但功能受损，故转归为好转。

手术操作名称填写不完整 主要表现为未注明手术方式和手术路径，而手术路径及手术方式是影响手术编码的重要因素。如：经腹胆囊切除术，编码51.22；腹腔镜胆囊切除术，编码51.23。又如低位子宫下段剖宫产，编码是74.1，腹膜外剖宫产，编码74.2，古典式剖宫产，编码74.0。若编码员未能在病案中找到准确的描述，将导致手术编码错误。

损伤和中毒的外部原因填写不准确 有的医师把损伤原因笼统地写为意外、车祸、外伤等，中毒原因简单写成药物，而未详细记录药物名称。有的甚至漏填，影响医疗信息统计的准确性。

其他医疗信息漏填 如院内感染、病理诊断、诊断符合情况、药物过敏、传染病、血型及输血情况等项目的漏填。

3 缺陷控制措施

强化质量意识、法律意识和责任心，发放病案首页填写说明到各科室，并组织医务人员学习病案首页填写说明，使医师

认识到病案首页缺陷对医院统计数据的影响，组织学习《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《执业医师法》、《病历书写基本规范》等法律法规和医疗规章制度，增强法规意识，从而在填写病案首页时更加仔细、认真和全面，减少缺陷的发生，提高病案数据质量。

组织icd-10编码和主要诊断选择原则等专业知识学习，使临床医师掌握icd-10编码的基本原则，提高主要诊断选择准确性和手术操作书写规范性。

严格落实病案四级质量控制管理制度：住院医师自查，科室质控员把关，科主任审查，做到不合格病案不出科；医务科定期或不定期对运行病历进行抽查，病案室对终末质量进行检查。一旦发现问题病案及时通知相关责任人及科主任，并定期向病案管理委员会报告检查情况。

严格落实奖罚制度，对每月病案质量控制管理中出现的问题病案通报分析，并向医务科报告检查结果，对存在严重缺陷和缺陷较多的科室和相关责任人进行全院通报，并给予经济处罚，促进病案首页质量的提高。

最新病案首页填写规范培训总结优秀篇二

1. 姓名、性别、年龄、婚姻、职业、住院号、入院日期、出院日期、入院诊断、出院诊断、住院天数。
2. 入院时情况：主要症状、体征，有诊断意义的实验室和器械检查结果及检查号码（x线号、病理检查号等）。
3. 诊疗经过：住院期间的病情变化，检查治疗经过，手术日期及手术名称，切口愈合情况。
4. 出院时情况：包括出院时存在的症状、体征、实验室检查及其他检查的阳性结果。

5. 出院诊断及各诊断的治疗结果（治愈、好转、未愈、其他）。

6. 出院医嘱：继续治疗（药物、剂量、用法、疗程期限），休息期限，复诊时间及应注意事项。

7. 门诊随访要求。

各临床科主任作为科室病案质量第一责任人，务必高度重视出院记录质量，对本科室出院记录质量负责，积极配合专项行动计划的实施与落实。医务处将负责组织专家，进行为期个月的出院记录质量提升专项行动。专项行动后出院记录质量管理同样纳入日常出院病案质量管理，力争至年底，我院出院记录形成符合我院特色（推进使用格式化出院记录模板，具体见下），成为全市同级医疗机构出院记录的亮点。（负责）

最新病案首页填写规范培训总结优秀篇三

为了符合三级医院评审的要求，建立病案首页管理系统，建立计算机信息管理和电子病历，而拟定了此工作计划。

1、接受、完成医院领导布置的工作任务，协调其他科室的业务和关系。

2、主持病案的人事管理、财务、业务管理的各项工作；建立病案科各项规章制度，制订有关的技术标准，必要时适时修订。

3、监督评估病案室各项工作质量，开发并完善病案服务系统，计算机管理系统；质控人员每天检查已出院病案，及时将缺漏项目、错误事项等不足之处反馈给临床医师，限时在允许范围内予以完善、纠正、修补。充分利用电子病历数字化特点，引进电子病历质量监控软件，对运行病历的各项质量监控指

标进行动态过程监控，自动记录各种病历书写项目完成的内容和时间，质量是否符合要求，进行评分定级，自动提示医务人员进行及时改进，提高医疗质量。

做好全院病案的收集、整理、装订、登记、编目、借阅和保管、维护等日常工作。按规定及时回收病案，保证病案回收率达100%。做好病案登记工作，并按icd-10进行疾病编码、疾病手术分类编码。在完成编页、编码、索引、病案质量检查人员检查、医生修补、计算机录入后，放入病案袋。按住院号顺序依次存档。在规定时间内负责催要外借的病案及对归还的病案进行核对，使病案归还率、完整性达100%。按有关规定予以办理同意复印或复制病案的相关手续。发生医疗争议时，配合纠纷办在医患双方代表在场的情况下封存或启封病案资料。

7、加强病案室安全管理，进行病案室改造，进一步符合要求。严格遵守各项安全操作规程。严格遵守防火、防盗安全制度，严禁用火，确保存放病案的库房干燥。做好防尘、防虫、防光、防辐射、灭鼠等工作。根据《病案室建设管理规范》进行病案室扩建及改造，符合三甲医院病案室建筑要求，完善功能区域扩大库房面积，建立病案阅览室，病案统计室。

8、完善卫生统计工作。完善以病案为资料统计源的各项统计工作，按照卫生厅报表制度，准确、及时、全面完成各项规定报表，建立职能科室及临床科室反馈信息制度，提供良好的服务。

1. 定时查看医院病案资料收集、整理、验收后完整归档工作的效率。

2. 是否配合、协助科主任做好科室日常的管理工作，如考勤、工时统计、资料文件整理、复印、打印等。

3. 查看病案借阅的整理登记及签发表。

4. 查看科室的一些外勤工作，如一些对病案复印的申请、申报工作。

6. 各小组之间的工作是否配合好。

7. 是否助科主任做好其他工作。

8. 是否持工作环境整洁，包括办公室，病案整理室，病案室等卫工作。

1、加强人才培养, 努力提高病案质控人员整体素质。

2、建立病案质量奖惩制度。

3、建立并发展病案服务系统，分析、评估病案及检索系统，协助医院完成各项服务的研究工作，使之达到医院的目标和标准。促进病案科的团结，提高病案管理及服务质量，减少医、患投诉率。

4、每天完成收回病案的编码及首页信息录入，信息录入准确率要达到100%。

最新病案首页填写规范培训总结优秀篇四

一、做好病历回收、归档、复印等日常工作

1、病历是否及时回收、归档，直接影响到病历查询、复印等工作。每天必须做好全院病历的收集、整理、装订、编码和保管、维护等日常工作。每月排查出院病历未归档情况，查询未归档病历下落，并做好登记工作。

2、对归档病历按icd-10进行疾病编码、疾病手术分类编码。在完成编码、索引等工作后按病案号顺序依次存档。

3、对外借的病历应及时催还，归还的病历要求再次进行核对，使病历归还率、完整性达到100%。

4、对来院复印病历的人员，应按病历复印制度严格办理相关手续，经医务科审批后予以复印。

二、加强库房安全管理

严格遵守各项安全操作规程，注意保持库房清洁、整齐、干燥，做到防火、防潮、防光、防尘、防虫、防水工作。对上架的病历要求定期进行整理，保持清洁、整齐。

三、分工细化，完善岗位职责

按照科室工作岗位实际情况，重新制定岗位职责，规定每个岗位的任务、职责及其他岗位关系。根据个人的工作能力，安排适宜的工作岗位，以便充分发挥员工的潜能及提高工作效率，使病案室管理规范化、制度化。

四、增强病案信息的有效应用，完善统计工作

随着医院内部网络系统的更新，引进和完善病案信息化系统后，要求病案室继续完善以病案专题检索、综合查询、数据统计分析等为内容的病案信息项目，完善以病案为资料统计源的各项统计工作，力求做到数据完整、准确、及时。

五、加强继续教育，提高病案室人员素质

加强科内人员医德医风培训，提高科内人员主动服务意识及服务热情。鼓励科内人员进行病案相关专业技术职称考试。根据科内工作量及人员上班情况，有计划的安排1-2名人员参加《国际疾病和手术操作分类编码技能》短期培训并要求参加编码技能水平考试。

最新病案首页填写规范培训总结优秀篇五

一、病案委员会在院长或业务副院长的领导下开展工作。

二、病案委员会负责监督病案书写和病案管理规定的. 执行情况，指导各级医师写好、用好、管好病历。

三、病案委员会每半年至少召开一次会议，讨论有关病案书写和病案管理中存在的问题，形成的决议报院领导批准后成为医院工作的决定，会议要有记录。

四、有关病案及管理的重大问题，质控科、信息科病案室可随时提请委员会主任召开委员会会议。

五、质控科、信息科病案室定期向委员会做工作报告。

六、开展全员质量教育，提高医务人员质量意识，提高病历书写质量。

七、执行病案标准及评分方法。制定和修改病案质量考核指标。

八、检查落实病案质量管理控制的执行情况，每季度进行一次病历质量分析。

九、加强病案管理，保存健全科研资料。

十、定期对病案管理工作进行督促、检查和指导，收集科室对病案管理工作的意见和建议。

十一、根据有关材料讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名，制定病案书写标准以及提出对临床医师、护理人员写好用好病案的要求。

十二、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。

十三、制定本院病案管理制度，审定全院医用表格的印制，并监督实施。

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

十五、定期听取病案管理工作情况的汇报，每年向院长提出病案管理工作报告。