

中医住院病案首页数据填写质量规范 (暂行)

第一章基本要求

第一条为加强中医住院病案首页管理，提高中医病案信息质量，保障医疗安全，依据《中华人民共和国统计法》、《中医病历书写基本规范》、《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》等相关法律法规和规范，制定本规范。

第二条中医住院病案首页是医务人员使用文字、符号、代码、数字等方式，将患者住院期间相关信息精炼汇总在特定的表格中，形成的病例数据摘要。中医住院病案首页包括患者基本信息、住院过程信息、诊疗信息、费用信息。

第三条中医住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映住院期间中医诊疗信息。

第四条中医住院病案首页中常用的标量、称量应当使用国家计量标准和卫生行业通用标准。

第五条中医住院病案首页应当使用规范的疾病、证候诊断和手术操作名称。诊断依据应在病历中可追溯。

第六条门（急）诊诊断指患者住院的理由，分别有门（急）诊中医诊断及疾病编码、门（急）诊西医诊断及疾病编码。

第七条 中医诊断名称由中医病名和证候名构成，西医诊断名称一般由病因、部位、临床表现、病理诊断等要素构成。

中医病证诊断编码应当统一使用《中医病证分类与代码》(GB/T15657-1995，简称 TCD)，西医疾病诊断编码应当统一使用 ICD-10，手术和操作编码应当统一使用 ICD-9-CM-3。使用西医疾病诊断相关分组 (DRGs) 开展医院绩效评价的地区，应当使用统计版 ICD-10 和统计版 ICD-9-CM-3。

第八条 医疗机构应当建立中医病案质量管理与控制工作制度，确保中医住院病案首页数据质量。

第二章 填写规范

第九条 入院时间是指患者实际入病房的接诊时间；出院时间是指患者治疗结束或终止治疗离开病房的时间，其中死亡患者是指其死亡时间；记录时间应当精确到分钟。

第十条 治疗类别是指患者住院期间接受治疗的类别，中医治疗是指针对中医主病主证采用以中医药（含民族医药）为主进行的治疗；中西医治疗是指针对中医主病主证和西医第一诊断采用中医药（含民族医药）和现代医学技术方法进行的治疗；西医治疗是指针对西医诊断实施的现代医学治疗。

实施中医临床路径是指住院病人在院期间实施了中医临床路径。

使用医疗机构中药制剂是指对住院病人使用经省级以上药监部门批准而配制、自用的固定处方制剂，包括本院注册的医

疗机构中药制剂以及省级食品药品监督管理局批准的外院调剂使用的中药制剂进行治疗，医嘱单中应有记录。

使用中医诊疗设备是指对住院病人使用在中医理论指导下应用的仪器、设备、器具、材料及其他物品（含民族医诊疗设备）进行治疗，医嘱单中应有记录。

使用中医诊疗技术是指对住院病人使用以中医理论为指导，能发挥中医药特色优势的临床实用技术。使用中医诊疗技术应当符合《全国中医医疗统计报表制度》中《中医诊疗技术目录》有关项目。

辨证施护是指对住院病人根据临床辨证的结果，针对某种（类）疾病、证候（体征）在临床护理中的突出问题，采取相应的中医护理措施。

第十一条 出院诊断包括出院中医诊断和出院西医诊断，出院中医诊断应有主病及编码、主证及编码，出院西医诊断应有主要诊断和其他诊断（并发症和合并症）及编码。

第十二条 主要诊断一般是患者住院的理由，原则上应选择本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断。

第十三条 主要诊断选择的一般原则

（一）中医诊断以整体审察、诊法合参、病证结合、动静统一为原则，包括主病和主证。

（二）西医病因诊断能包括疾病的临床表现，则选择病因

诊断作为主要诊断。

（三）以手术治疗为住院目的的，则选择与手术治疗相一致的疾病作为主要诊断。

（四）以疑似诊断入院，出院时仍未确诊，则选择临床高度怀疑、倾向性最大的疾病诊断作为主要诊断。

（五）因某种症状、体征或检查结果异常入院，出院时诊断仍不明确，则以该症状、体征或异常的检查结果作为主要诊断。

（六）疾病在发生发展过程中出现不同危害程度的临床表现，且本次住院以某种临床表现为诊治目的，则选择该临床表现作为主要诊断。疾病的临终状态原则上不能作为主要诊断。

（七）本次住院仅针对某种疾病的并发症进行治疗时，则该并发症作为主要诊断。

第十四条住院过程中出现比入院诊断更为严重的并发症或疾病时，按以下原则选择主要诊断：

（一）手术导致的并发症，选择原发病作为主要诊断。

（二）非手术治疗或出现与手术无直接相关性的疾病，按第十三条选择主要诊断。

第十五条肿瘤类疾病按以下原则选择主要诊断：

（一）本次住院针对肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，选择肿瘤为主要诊断。

（二）本次住院针对继发肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，

即使原发肿瘤依然存在，选择继发肿瘤为主要诊断。

（三）本次住院仅对恶性肿瘤进行放疗或化疗时，选择恶性肿瘤放疗或化疗为主要诊断。

（四）本次住院针对肿瘤并发症或肿瘤以外的疾病进行治疗的，选择并发症或该疾病为主要诊断。

第十六条 产科的主要诊断应当选择产科的主要并发症或合并症。没有并发症或合并症的，主要诊断应当由妊娠、分娩情况构成，包括宫内妊娠周数、胎数（G）、产次（P）、胎方位、胎儿和分娩情况等。

第十七条 多部位损伤，以对健康危害最大的损伤或主要治疗的损伤作为主要诊断。

第十八条 多部位灼伤，以灼伤程度最严重部位的诊断为主要诊断。在同等程度灼伤时，以面积最大部位的诊断为主要诊断。

第十九条 以治疗中毒为主要目的的，选择中毒为主要诊断，临床表现为其他诊断。

第二十条 其他诊断是指除主要诊断以外的疾病、症状、体征、病史及其他特殊情况，包括并发症和合并症。并发症是指一种疾病在发展过程中引起的另一种疾病，后者即为前者的并发症。合并症是指一种疾病在发展过程中出现的另外一种或几种疾病，后发生的疾病不是前一种疾病引起的。合并症可以是入院时已存在，也可以是入院后新发生或新发现的。

第二十一条 填写其他诊断时，先填写主要疾病并发症，后填写合并症；先填写病情较重的疾病，后填写病情较轻的疾病；先填写已治疗的疾病，后填写未治疗的疾病。

第二十二条 下列情况应当写入其他诊断：入院前及住院期间与主要疾病相关的并发症；现病史中涉及的疾病和临床表现；住院期间新发生或新发现的疾病和异常所见；对本次住院诊治及预后有影响的既往疾病。

第二十三条 由于各种原因导致原诊疗计划未执行、且无其他治疗出院的，原则上选择拟诊疗的疾病为主要诊断，并将影响原诊疗计划执行的原因（疾病或其他情况等）写入其他诊断。

第二十四条 手术及操作名称一般由部位、术式、入路、疾病性质等要素构成。多个术式时，主要手术首先选择与主要诊断相对应的手术。一般是技术难度最大、过程最复杂、风险最高的手术，应当填写在首页手术操作名称栏中第一行。既有手术又有操作时，按手术优先原则，依手术、操作时间顺序逐行填写。仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的、主要的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作），后依时间顺序逐行填写其他操作。

第三章 填报人员要求

第二十五条 临床医师、编码员及各类信息采集录入人员，在填写病案首页时应当按照规定的格式和内容及时、完整和准

确填报。

第二十六条 临床医师应当按照本规范要求填写中、西医诊断及手术操作等诊疗信息，并对填写内容负责。

第二十七条 编码员应当按照本规范要求，根据《中医病证分类与代码》（GB/T15657-1995）准确编写中医病证代码和西医疾病分类与手术操作代码。临床医师已作出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的，编码员可按分类规则实施编码。

第二十八条 信息管理人员应当按照国家中医药管理局下发《中医电子病历基本规范（试行）》（国中医药发〔2010〕第18号）中数据传输接口标准及时上传数据，确保住院病案首页数据完整、准确。

第四章 其他

第二十九条 医疗机构应当做好中医住院病案首页费用归类，确保每笔费用类别清晰、准确。医疗机构中医住院病案首页费用归类执行国家中医药管理局《关于修订中医住院病案首页的通知》（国中医药医政发〔2011〕54号）的要求。

第三十条 医疗机构应当做好中医住院病案首页质量控制工作，确保病案首页数据真实、准确、可靠。

第三十一条 民族医住院病案首页数据填写质量规范由省级中医、民族医药管理部门根据本民族医学特点，参照本规范另行制定。

第三十二条 本规范由国家中医药管理局负责解释。

第三十三条 本规范自发布之日起实施。