



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2019.10.001  
http://dx.doi.org/10.7659/j.issn.1005-6947.2019.10.001  
Chinese Journal of General Surgery, 2019, 28(10):1171-1176.

· 指南与共识 ·

## 日间手术病历书写规范专家共识 (2019年)

国家老年疾病临床医学研究中心 (湘雅)

### 摘要

随着国家医改层面促进日间手术的发展,日间手术占择期手术比例逐步提高。由于日间手术住院时间短、病种多、周转快,病历书写工作量较大,普通病历模板很难适用于日间手术发展的临床需要。目前国家层面尚缺乏统一的日间手术病历书写规范和标准。为促进和规范日间手术的发展,国家老年疾病临床医学研究中心(湘雅)组织专家,依据原卫生部《病历书写基本规范》(2010年版)和国家卫生计生委医疗管理服务指导中心《日间手术管理导则》(2016版征求意见稿),在《中南大学湘雅医院日间手术病历书写规范(2018)》的基础上制订《日间手术病历书写规范专家共识》。

### 关键词

日间手术; 病历; 多数赞同  
中图分类号: R61

## Expert consensus on the norms for writing medical records of day surgery (2019)

National Clinical Research Center for Geriatric Disorders (Xiangya)

### Abstract

With the development of day surgery promoted by the national health care reform, the proportion of day surgery in the elective surgeries is becoming increasingly higher. The ordinary medical record templates are difficult to meet the clinical requirements of the development of day surgery, due to its short length of hospital stay, multiple disease entities, rapid turnover of patients and heavy workload in writing the medical records. At present, there is no uniform norm or standard for medical record writing of day surgery in our country. For promoting and standardizing the development of day surgery, the experts of the National Clinical Research Center for Geriatric Disorders (Xiangya) developed the *Expert Consensus on the Norms for Writing Medical Records of Day Surgery*, based on the *Xiangya Norms for Writing Medical Records of Day Surgery (2018)* and in accordance with the *Basic Norms for Writing Medical Records (2010)* proposed by the previous Ministry of Health of China and the *Guidelines for Management of Day Surgery (2016 exposure draft)* recommended by the National Health and Family Planning Commission.

### Key words

Day Surgery; Medical Records; Consensus  
CLC number: R61

日间手术是指以往需要住院治疗多日的外科疾病,通过优化诊疗流程以及在围术期实施加速康复外科(enhanced recovery after surgery,

ERAS)策略,转变为能在1日(24 h)内完成入院、手术或操作、出院的临床治疗模式。近20年来,随着微创外科技术、麻醉和围术期管理的发展,许多地区日间手术使用率稳步上升,2014年英格兰日间手术占择期手术的比例达到85%、苏格兰为72%、美国为80%左右等。我国日间手术起步较晚,初期开展日间手术的医院大多为了在现有规

收稿日期: 2019-09-21; 修订日期: 2019-10-08。

通信作者: 刘蔚东, Email: weidong.liu@csu.edu.cn; 张乐, Email: zldzld@126.com

模式下有效提高自身医疗效率、降低平均住院日,在学习国际经验的基础上自发开展日间手术。随着国家医改层面促进日间手术的发展,日间手术占择期手术比例将逐步提高。作为一种全新的择期手术模式,日间手术本质上属于住院医疗服务的范畴,需要按照国家规定书写住院病历。由于日间手术住院时间短、病种多、周转快,病历书写工作量较大,普通病历模板很难适用于日间手术发展的临床需要。截至目前,国家层面尚缺乏统一的日间手术病历书写规范和标准。中南大学湘雅医院组织医疗质量控制管理、临床医疗和护理、律师等领域的专家,于2018年制订了《中南大学湘雅医院日间手术病历书写规范》,已进行了近2年的试点。为促进和规范日间手术的发展,国家老年疾病临床医学研究中心(湘雅)组织专家,依据原卫生部《病历书写基本规范》(2010年版)和国家卫生计生委医疗管理服务指导中心《日间手术管理导则》(2016版征求意见稿),在《中南大学湘雅医院日间手术病历书写规范》的基础上制订《日间手术病历书写规范专家共识》。

开展日间手术的医院在使用本专家共识前,需根据医院自身需要制订合适的日间手术病历书写规范,并报主管的卫生行政部门批准。

## 1 日间手术病历书写现状及存在的问题

日间手术在我国的发展不平衡,各医院结合自身特点在不断摸索和逐步完善中形成病历书写制度,样式各异,水平参差不齐。多数医院仍沿用日常住院病历格式,简化内容;或在24 h出入院记录基础上进行完善,与日间手术的临床路径和特点不相适应,也不能满足医保支付核查的要求。

### 1.1 日间手术临床路径要求有高效率的病历书写规范

日间手术诊疗流程具有“短、平、快”的特点,患者经门诊评估,入院当天接受手术,短期观察后出院,床位处于快速周转的状态。按现行《病历书写基本规范》(2010年版),作为对患者入院情况的系统评估,住院医师应在24 h内书写入院记录,8 h内书写首次病程记录。不但包含了大量对患者现病史、既往史、个人及婚姻家族史、全身体格检查等内容,还包括了病例特点、拟诊讨论等临床分析记录;围手术期相关医疗记

录中,术前小结、术前主刀查房记录、手术记录、术后首次病程记录及术后谈话记录等也存在记录内容上的重复。加上对出院患者病历及时归档的要求,对开展日间手术的医师而言无疑是繁重的文书记录工作。

### 1.2 日间手术室的安全核对制度要求有相适应的病历书写规范

参照24 h出入院记录,将入院记录与出院记录合二为一,容易造成日间手术患者入出院记录在出院时才能完成打印进入纸质病案的情况。也就是说一个择期手术患者进入手术室手术时,纸质病案中病史记录可能还是空白,这不符合手术室安全核查的基本要求。

### 1.3 日间手术临床路径和医保支付政策的一致性需要有相适应的病历书写规范

医保支付要求病程记录、医嘱、处方、检查单等各种原始记录相一致,方符合管理规范。日间手术流程要求在门诊完成术前检查,导致术前检查医嘱时间不在患者实际住院时段,日间手术常规采用的24 h出入院记录不能符合医保支付核查要求,在门诊完成术前检查费用的医保结算也就存在争议。需要建立日间手术临床路径和与之相适应的病历书写规范,以符合医保支付的核查。

## 2 日间手术病历书写规范

### 2.1 日间手术病历书写基本要求

按照国家卫生计生委医疗管理服务指导中心《日间手术管理导则》(2016版征求意见稿)的定义,日间手术病历是医务人员在日间手术诊疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。日间手术病历书写要求原则上依据原卫生部《病历书写基本规范》(2010版)。为提高日间手术工作效率,可以制式表单病历代替完整病历。日间手术病历书写应当客观、全面、真实、准确、及时、完整、规范,需由手术医师或日间手术病房医师共同完成。主刀医师需负责签署手术同意书及其他围术期医疗文书,应在患者出院后72h内到日间手术病房检查、审核病历,并对病历质量负责;日间手术中心的医师可协助书写其余文书、整理病历。

### 2.2 日间手术病历书写主要内容及要求

《日间手术管理导则》指出,日间手术病历

应包括：病历首页、日间手术入出院记录、授权委托书、知情同意书、手术安全核查表、手术风险评估表、手术记录、麻醉记录及评估表、出院

评估表、实验室检查及特殊检查、医嘱单等。日间手术病历书写主要内容及要求见表1。

表 1 日间手术病历书写主要内容及要求

Table 1 Main content and requirements of medical record writing of day surgery

序号	病历内容	书写时限	内容与格式要求
1	病案首页	参照普通住院病历	参照普通住院病历
2	日间手术入院记录	手术前完成	见附件 1
3	术后首次病程记录	术后 8 h 完成	见附件 2
4	转科及接收记录	参照普通住院病历	转出日间病房患者须记录，内容与格式同普通住院病历
5	三级医师查房记录	参照普通住院病历	延迟出院的病例须记录，内容与格式同普通住院病历
6	其他病程记录：抢救记录、有创诊疗操作记录、介入治疗记录、会诊记录等	参照普通住院病历	参照普通住院病历，可见附件 2
7	手术前讨论记录	术前完成	2 级及以上手术患者须书写，内容与格式同普通住院病历。
8	手术记录	手术当日完成	参照普通住院病历
9	日间手术出院记录	出院时完成	见附件 3
10	麻醉门诊术前分析与评估	术前完成	全麻患者须分析与评估，内容与格式见附件 4
11	日间手术麻醉前分析与评估	术前完成	见附件 5
12	麻醉记录（包括麻醉前访视记录、麻醉即刻评估单、麻醉记录-1、麻醉记录-2、麻醉记录二、麻醉后访视记录）	参照普通住院病历	参照普通住院病历
13	手术风险评估表	术前完成	参照普通住院病历
14	手术安全核查表	术前完成	参照普通住院病历
15	日间手术患者出院通用评估表	出院前完成	见附件 6
16	日间手术入院告知书	参照普通住院病历	见附件 7
17	手术同意书	术前完成	参照普通住院病历
18	麻醉同意书	麻醉前完成	参照普通住院病历
19	其他类知情同意书：输血治疗、特殊检查（特殊治疗）等	参照普通住院病历	参照普通住院病历
20	各类辅助检验、检查报告单	参照普通住院病历	参照普通住院病历
21	医嘱单	参照普通住院病历	参照普通住院病历
22	日间手术护理记录单	参照普通住院病历	见附件 8
23	日间病房一般护理记录单	参照普通住院病历	见附件 9
24	手术护理记录单	参照普通住院病历	延迟出院的病例参照普通住院病历
25	一般护理记录单	参照普通住院病历	延迟出院的病例参照普通住院病历

**2.2.1 入院记录（附件 1）** 采用表格式设计，包括基本信息、主诉、现病史、既往史、个人史、体格检查等。在一般基本信息中增加了联系人、联系人关系、电话，以便于术后随访；增加门（急）诊诊断，以反映患者从门诊到预约到入院过程中可能出现的病情变化；增加诊疗计划“拟入院于何年何月何日完善何种术前准备后在何种麻醉下行何种手术”，体现患者真实的诊疗过程，特别是患者因病情变化最后实际施行的麻醉和手术方式较拟施行的麻醉和手术方式更复杂时，不如实记录不足以说明门诊医生当时为何建议患者进行日间手术。

**2.2.2 病程记录（附件 2）** 术后首次病程记录、术后谈话记录等，考虑到存在较多重复内容，可以将该内容进行整合。如患者病情稳定，可不写病程记录。若患者出现病情变化（如抢救、有创操作、转入专科病房等），需及时记录。患者因病情变化，出现需转入专科病房住院治疗等情况，需按照《病历书写基本规范》中住院病历要求书写病历。

**2.2.3 出院记录（附件 3）** 包含患者基本信息、入院时间、出院时间、诊疗经过、出院时情况、出院诊断和出院医嘱。入院情况在此不再累赘，同时出院医嘱细分为饮食及营养指导、生活方式指导、

出院用药指导和随访指导，并增加患者或家属签字明确信息。

#### 2.2.4 麻醉门诊术前分析与评估（附件 4，附件 5）

日间手术患者大部分检查、评估都在门诊完成，包括麻醉、手术适宜性。通过麻醉门诊术前分析与评估，可以评估患者是否有手术、麻醉适应禁忌证，排除部分不适合手术的患者。通过在麻醉门诊的术前分析与评估可以实施日间手术，麻醉门诊术前分析与评估表也应保存在住院病历资料中。

#### 2.2.5 日间手术患者出院通用评估表（附件 6）

通过日间手术患者出院通用评估表，从生命体征、生活水平、恶心呕吐、疼痛、外科出血等方面进行评估。

2.2.6 日间手术入院告知书（附件 7） 在患者入院时，告知入院诊断、诊疗计划和相关注意事项。

2.2.7 日间手术护理记录单（附件 8） 日间手术护理记录单采用表单式设计，记录术前、术中、术后的主要护理信息。

2.2.8 日间病房一般护理记录单（附件 9） 与常规住院病历相比，日间手术病历取消了三测单，以日间病房一般护理记录单替代，包括入院评估及术

前相关知识宣教和术前记录、术后记录。

### 2.3 日间手术病历管理

2.3.1 运行病历排序 运行病历应当按照以下顺序排序以便于查看：日间手术一般护理记录、医嘱单、日间病房入院记录、术后首次病程记录、手术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉门诊术前分析与评估、日间手术麻醉前分析与评估、手术风险评估表、手术安全核查表、麻醉记录、手术记录、特殊检查（特殊治疗）同意书、授权委托书、住院患者知情同意书、会诊记录、病理资料、化验报告单、特殊检查报告。

2.3.2 归档病案排序 住院病案首页、日间手术患者出院记录、术后首次病程记录、手术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉门诊术前分析与评估、日间手术麻醉前分析与评估、手术风险评估表、手术安全核查记录、麻醉记录、手术记录、特殊检查（特殊治疗）同意书、病理资料、化验报告单、特殊检查报告、体温单、医嘱单、其他各类医疗文书。

#### 附件 1

日间手术入院记录

姓名:	出生日期:	病人 ID:
科室:	床号:	住院号:
姓名:	性别:	年龄:
婚姻:	民族:	职业:
籍贯:	住址:	电话:
联系人:	关系:	电话:
门(急)诊诊断:		
病史陈述者:		
病史属实。病史陈述者确认并签字:		
病史可靠程度:		
入院时间:		
主诉:		
现病史:		
既往史: 平素健康状况(□良好 □一般 □差);		
□无传染病 □有传染病(描述)		
□无过敏史 □有过敏史(描述)		
□无手术外伤史 □有手术外伤史(描述)		
□无输血史 □有输血史(描述)		
□无糖尿病、高血压、冠心病史		
□有糖尿病、高血压、冠心病(描述)		
其他		
个人史: 吸烟 □无 □偶尔 □有_年, 平均_支/天 □已戒_年		
饮酒 □无 □偶尔 □有_年, 平均_两/天 □已戒_年		
冶游史 □无 □有(描述)		
其他 □无 □有(描述)		
家族史: □无特殊 □有特殊(描述)		
婚育史: □无特殊 □有特殊(描述)		
(女性)月经史: □无特殊 □有特殊(描述)		
体格检查: T_°C P_次/分 R_次/分 BP_/_mmHg		
头颈颈部: □无异常 □异常(描述)		
心肺: □无异常 □异常(描述)		
腹部: □无异常 □异常(描述)		
专科情况:		
辅助检查结果:		
入院诊断:		
诊疗计划: 拟于_年_月_日完善术前准备后在_麻醉下行_手术。		

实习医师:  
住院医师:  
主治医师:  
记录日期: 年 月 日

#### 附件 2

日间手术病程记录

姓名:	出生日期:	病人 ID:
科室:	床号:	住院号:
20XX-XX-XX XX: XX 术后首次病程		
今日于_麻醉下行_术。		
术后诊断:		
术后注意观察事项:		
若无特殊病情变化, 按计划出院医嘱:		
饮食及营养指导:		
生活方式指导:		
出院用药指导:		
随访指导:		
其他:		
20XX-XX-XX XX: XX 病程记录或主治医生查房记录或主任医生查房记录(若延迟出院)		
20XX-XX-XX XX: XX 抢救记录(若发生抢救)		
20XX-XX-XX XX: XX 病程记录(若发生有创操作记录)		
20XX-XX-XX XX: XX 转出记录(若转科)		

医师签名:  
医师签名:  
医师签名:  
医师签名:

附件 3

日间手术出院记录

姓名: 出生日期: 病人 ID: 科室: 床号: 住院号: 姓名: 性别: 年龄: 婚姻: 民族: 职业: 籍贯: 住址: 电话: 联系人: 关系: 电话: 入院时间: 出院时间: 出院天数: 天 诊疗经过: 出院时情况: 出院诊断: 出院医嘱: 饮食及营养指导: 生活方式指导: 出院用药指导: 随访指导: 其他: 实习医师: 住院医师: 主治医师: 记录日期: 年 月 日 时 如病人或家属已清楚知晓以上情况, 请按出院医嘱注意相关事项, 请在指定处签字。 病人或家属代表 (签字), 与病人关系: 签字时间: 年 月 时 分

附件 4

麻醉门诊术前分析与评估

姓名: 性别: 年龄: 岁 就诊日期: 科室: 门诊号: 病人 ID: 出生日期: 术前诊断: 拟施手术: 身高: cm; 体重: kg; BP: mmHg; P: 次/分; R: 次/分; T: °C; 其他: 系统 有无异常 现在情况 其他/既往情况 心血管 有 无 高血压 冠心病 心力衰竭 肺与呼吸 有 无 COPD 肺炎 哮喘 咳嗽 气管炎 感冒 泌尿生殖 有 无 肾功能不全 尿毒症 月经 肝胆肠胃 有 无 肝病 胃滞留 反流 神经肌肉 有 无 中风 抽搐 瘫痪 血液 有 无 血红蛋白低 血小板低 内分泌/代谢 有 无 糖尿病 甲亢/低 精神 有 无 精神分裂症 抑郁症 吸烟、药物依赖 有 无 吸烟 药物依赖 家族史/外科情况 有 无 特殊药物使用 有 无 药物过敏 食物过敏 既往麻醉史 有 无 全麻 椎管内麻醉 区域阻滞 意识情况 有 无 清醒 嗜睡 昏迷 气道通畅度 有 无 张口 <3 cm 颈短 头 后仰受限 小下颌 鼾症 牙齿 有 无 松动 缺失 龋冠 麻醉穿刺部位 有 无 感染 畸形 外伤 血常规和凝血功能 有 无 正常 异常 未作 胸部 X 线 有 无 正常 异常 未作 心电图 有 无 正常 异常 未作 其他: 建议完成检查和治疗: ASA 分级: 级 麻醉分级: 级 麻醉方法: 总体意见: 医生签字: 年 月 日 时 分

附件 5

日间手术麻醉前分析与评估

姓名: 性别: 年龄: 岁 就诊日期: 科室: 门诊号: 病人 ID: 出生日期: 术前诊断: 拟施手术: 病史: 心血管病史: 呼吸系統病史: 过敏史: 药物应用史: 糖尿病史: 麻醉手术史: 基本情况: 血压: mmHg; 心率: 次/分; 呼吸: 次/分 器官功能情况: 正常 大致正常 异常 其他情况: 麻醉 ASA 分级: 结论: 适合日间手术 是 否 麻醉医师 (签字) 年 月 日 时 分

附件 6

日间手术患者出院通用评估表

姓名: 出生日期: 病人 ID: 科室: 床号: 住院号: 手术名称: 手术时间: 评估时间: 各类之和达到 9 分方可办理出院手续 分类 评分标准 评分 生命体征 2= 血压和心率稳定在术前水平 20% 以内 1= 血压和心率波动在术前基础值 20%-40% 0= 血压和心率波动在术前基础值 >40% 活动水平 2= 步态平稳 1= 需要搀扶 0= 不能行走 恶心呕吐 2= 无或轻度恶心呕吐, 经口服药治疗有效 1= 中度恶心呕吐, 经药物肌注治疗有效 0= 重度恶心呕吐, 需连续反复治疗 疼痛 2= 无痛或轻度疼痛, 口服用药能止痛 1= 中度疼痛 0= 重度疼痛 外科出血 2= 轻度, 无需更换敷料 1= 中度, 需要更换 2 次敷料 0= 重度, 需要更换 3 次以上敷料 合计 评价人签名

附件 7

日间手术入院告知书

姓名: 出生日期: 病人 ID: 科室: 床号: 住院号: 根据您的病史、体格检查、化验结果和其它检查, 现将您的医疗情况、权利和义务以及注意事项向您和您的亲属告知如下: 一、入院诊断: 二、诊疗计划: 三、本医疗组愿意按诊疗操作规程为您提供医疗服务, 您可以随时向我组咨询。 医疗组成员: 主任医师/副主任医师 主治医师 住院医师 四、患者享有以下权利: 1. 不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重, 获得公正医疗、护理。 2. 在不影响正常医疗秩序的情况下, 享有宗教信仰和民族习惯受到尊重。 3. 在诊疗过程中, 获知有关诊断、病情、医疗措施、医疗风险、替代医疗方案、预后等信息, 自主作出接受或拒绝某项医疗措施。 4. 不经患者本人同意, 个人资料、病情等隐私信息受到保护、不对外披露。 5. 要求复印本人病历的权利。 五、要求病人或家属承担以下义务: 1. 尊重医务人员及其他患者的相关权利。 2. 向医务人员如实陈述病情, 配合医务人员进行相关诊断、检查、治疗。 如患者接受或拒绝进行某项医疗措施, 本人及家属需承担在相关医疗文书上签字。 3. 按规定支付医疗费用及其他服务费用。 4. 遵守医院制度, 爱护医院的公共财物, 维护正常医疗秩序。 5. 不得要求医务人员做出超出其救治能力和执业范围的医疗行为。 6. 不得影响他人治疗, 不得将疾病传染给他人。 7. 接受强制性治疗 (如急危患者、传染病、精神病等)。 六、注意事项: 1. 不要在病房内使用电炉、电热杯、酒精炉等, 以免发生火灾。 医院营养师或食堂将为您提供饭菜。 2. 请妥善保管好您的贵重物品和现金, 不要随便委托他人看管, 以免丢失。 3. 请遵守防跌倒/坠床等相关规定, 以防跌倒/坠床等事件的发生。 4. 医院规定探视时间为每天 16:00 - 21:00。 非探视时间请勿探视。 5. 请勿喧哗, 不向窗外、地面倒水或扔垃圾, 不在医疗区吸烟。 6. 投诉电话: 医疗投诉 7. 病室联系电话: 七、限于目前医疗技术水平发展现状, 即使医师尽了最大努力, 还有很多医疗问题难以解决, 因此, 不论治疗结果如何, 都请相信和理解医院。 如有疑虑或异议, 应按正常途径协商解决或通过法律手段解决 (1. 与我院进行协商或通过第三方调解。 2. 与我院共同委托, 或单方向卫生局或专业鉴定机构申请医疗技术鉴定。 3. 向人民法院起诉)。 4. 不得聚众滋事、围攻医务人员或妨碍医院的正常医疗秩序, 否则, 将承担后果及法律责任。 八、医院严禁任何工作人员索取或接受患者及亲友的现金、有价证券、支付凭证及贵重礼品, 请患者及家属配合我院工作。 谢谢您的信任、理解、支持与配合, 祝您早日康复! 谈话医师 (签字) 谈话地点 谈话时间 年 月 时 分 如病人或家属已清楚知晓以上情况, 并愿意配合医院的诊断和治疗, 请在指定处签字。 病人 (签字) 或家属代表 (签字), 与病人关系: 签字时间 年 月 时 分

附件 8

日间手术护理记录单

姓名: 出生日期: 病人 ID: 科室: 床号: 住院号: 手术日期: 手术名称: 麻醉方式: 术前: 入室时间 手腕带 有 神志 管道 无 有 皮肤情况 正常 破损/压疮/其他 术前用药 不需要 未用 已用 禁食 禁饮 手术部位体表标识 有 手术用物灭菌指示标记 达标 护理情况 术中: 体位 仰卧位 其它 高频电刀 无 有 负极板位置 小腿 其它 体位支撑物 砂袋 枕头 其它 标本确认 无 有 送检 普通 快速 术后: 离室时间 送至 病房 其它 皮肤情况 同前 改变 手术用物清点 正确 其他 夜班护士: 接班: 手术包灭菌标识粘贴

## 附件 9

## 日间病房一般护理记录单

姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 病人 ID: \_\_\_\_\_  
 科室: \_\_\_\_\_ 床号: \_\_\_\_\_ 住院号: \_\_\_\_\_

## 入院评估及术前相关知识宣教

入科时间: \_\_\_\_\_ 入院方式: 步行 扶助 平车 轮椅 其它 \_\_\_\_\_  
 T: \_\_\_\_\_℃ P: \_\_\_\_\_次/分 R: \_\_\_\_\_次/分 BP: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/mmHg 体重 \_\_\_\_\_Kg 其它 \_\_\_\_\_  
 意识: 清醒 模糊 嗜睡 昏迷 昏迷  
 皮肤情况: 正常 破损/压疮/其它 \_\_\_\_\_  
 过敏史: 无 有 \_\_\_\_\_  
人员、设施、环境介绍 探陪制度 安全制度 (防跌倒/坠床、防烫伤、防火、防盗等)  
手术及麻醉方式 术前知识宣教 (饮食、活动、心理等)  
 责任护士: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_

## 术前记录

拟于今日 \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分下行 \_\_\_\_\_ 术, 患者术前准备已完善, 于 \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分接入手术室。  
 责任护士: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_

## 术后记录

返回病房时间: \_\_\_\_\_  
 T: \_\_\_\_\_℃ P: \_\_\_\_\_次/分 R: \_\_\_\_\_次/分 BP: \_\_\_\_\_mmHg  
 意识: 清醒 模糊 嗜睡 昏迷 昏迷  
 皮肤情况: 正常 破损/压疮/其它 \_\_\_\_\_  
 静脉输液: 无 有; 留置针 PICC PORT 其它 \_\_\_\_\_  
 伤口敷料: 无 有; 有渗出 无渗出 带管情况: 无 有 \_\_\_\_\_  
 疼痛评分: \_\_\_\_\_分 恶心呕吐: 无 有 \_\_\_\_\_  
 术后处置: 输液 心电监护 吸氧 雾化吸入 其它 \_\_\_\_\_  
 健康宣教: 伤口护理 管道护理 饮食护理 用药指导 疼痛护理 专科指导 心理护理  
 特殊病情记录: \_\_\_\_\_  
 责任护士: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_

敏 (中南大学湘雅医院病案信息中心)、罗新华 (中南大学湘雅医院护理部)、李绍杰 (湘潭市中心医院)、刘蔚东 (中南大学湘雅医院日间手术中心、国家老年疾病临床医学研究中心<湘雅>)、刘新奎 (郑州大学第一附属医院病案管理科)、骆华杰 (上海仁济医院医务处)、马洪升 (四川大学华西医院日间医疗部)、马云波 (首都医科大学附属北京安贞医院病案科)、莫洋 (中南大学湘雅医院日间手术中心)、钱招昕 (中南大学湘雅医院)、帅海平 (上海市第六人民医院病案科)、谭亮 (中南大学湘雅医院日间手术中心)、王庆红 (中南大学湘雅医院医务部)、于丽华 (国家卫生健康委卫生发展研究中心)、张乐 (中南大学湘雅医院医务部)、张建成 (河南省人民医院医务处)、张振忠 (国家卫生健康委卫生发展研究中心)。

日间手术病历书写规范专家共识 (2019年)  
 工作组名单 (按汉语拼音排序):

卞红强 (武汉儿童保健中心外科)、陈金彪 (中南大学湘雅医院病案信息中心)、陈欣妤 (中南大学湘雅医院医务部)、陈子华 (中南大学湘雅医院、国家老年疾病临床医学研究中心<湘雅>)、高红梅 (中南大学湘雅医院护理部)、胡靖琛 (湖北省人民医院医疗质量管理办公室)、金

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 国家老年疾病临床医学研究中心 (湘雅). 日间手术病历书写规范专家共识 (2019年) [J]. 中国普通外科杂志, 2019, 28(10):1171-1176. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2019.10.001  
 Cite this article as: National Clinical Research Center for Geriatric Disorders (Xiangya). Expert consensus on the norms for writing medical records of day surgery (2019)[J]. Chin J Gen Surg, 2019, 28(10):1171-1176. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2019.10.001