

医疗机构_____（组织机构代码：_____）

住院病案首页

医疗付费方式：☐

健康卡号：第_____次住院病案号：

姓名_____性别 ☐ 1 男, 2 女 出生日期_____年____月____日 年龄_____国籍_____（年龄不足 1 周岁的） 年龄_____月 新生儿出生体重_____克、_____克 新生儿入院体重_____克

出生地_____省（区、市）_____市____县 籍贯_____省（区、市）_____市 民族_____

证件类型_____证件号码_____职业_____婚姻☐ 1 未婚, 2 已婚, 3 丧偶, 4 离婚, 9 其他

现住址_____省（区、市）_____市____县_____电话_____邮编_____

户口地址_____省（区、市）_____市____县_____邮编_____

工作单位及地址_____单位电话_____邮编_____

联系人姓名_____关系_____地址_____电话_____

入院途径☐ 1 急诊, 2 门诊, 3 其他医疗机构转入, 9 其他

入院时间_____年____月____日____时 入院科别_____病房_____转科科别_____

出院时间_____年____月____日____时 出院科别_____病房_____实际住院_____天

门（急）诊诊断名称_____门（急）诊诊断编码_____

出院诊断	疾病编码	入院病情	出院情况
主要诊断：			
其他诊断：			
损伤、中毒的外部原因：			
病理号 1：	病理号 2：	病理诊断 1：	病理诊断 2：
备注（入院病情：1 有, 2 临床未确定, 3 情况不明, 4 无 出院情况：1 治愈, 2 好转, 3 未愈, 4 死亡, 5 其他）			
科主任 _____主任（副主任）医师 _____主治医师 _____住院医师 _____			
责任护士 _____进修医师 _____实习医师 _____编码员 _____			
病案质量 ☐ 1 甲, 2 乙, 3 丙 质控医师_____质控护士_____质控日期_____年____月____日			

手术及 操作编码	手术及 操作日期	手术 级别	手术及 操作名称	手术及操作医师			切口愈 合等级	麻醉 方式	麻醉医师
				术者	I 助	II 助			
药物过敏 ☐ 1 无, 2 有, 过敏药物 _____ 死亡患者尸检 ☐ 1 是, 2 否									
血型 ☐ 1 A, 2 B, 3 O, 4 AB, 5 不详, 6 未查 Rh ☐ 1 阴, 2 阳, 3 不详, 4 未查									
抢救 ☐ 1 无, 2 有, 抢救 _____ 次 _____ 成功 _____ 次									
诊断符合情况: ☐ 出院与门诊 ☐ 入院与出院 ☐ 术前与术后 ☐ 临床与病理 ☐ 放射与病理 0 未做 1 符合 2 不符合 3 不肯定									
离院方式 ☐ 1 医嘱离院, 2 医嘱转院, 拟接收医疗机构名称: _____ 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 拟接收医疗机构名称: _____ 4 非医嘱离院, 5 死亡, 9 其他									
是否有出院 31 天内再住院计划 ☐ 1 无, 2 有, 目的: _____									
颅脑损伤患者昏迷时间: 入院前 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟 入院后 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟									
住院费用(元): 总费用 _____ (自付金额: _____)									
1. 综合医疗服务类: (1) 一般医疗服务费: _____ (2) 一般治疗操作费: _____ (3) 护理费: _____ (4) 其他费用: _____									
2. 诊断类: (5) 病理诊断费: _____ (6) 实验室诊断费: _____ (7) 影像学诊断费: _____ (8) 临床诊断项目费: _____									
3. 治疗类: (9) 非手术治疗项目费: _____ (临床物理治疗费: _____) (10) 手术治疗费: _____ (麻醉费: _____ 手术费: _____)									
4. 康复类: (11) 康复费: _____									
5. 中医类: (12) 中医治疗费: _____									
6. 西药类: (13) 西药费: _____ (抗菌药物费用: _____)									
7. 中药类: (14) 中成药费: _____ (15) 中草药费: _____									
8. 血液和血液制品类: (16) 血费: _____ (17) 白蛋白类制品费: _____ (18) 球蛋白类制品费: _____ (19) 凝血因子类制品费: _____ (20) 细胞因子类制品费: _____									
9. 耗材类: (21) 检查用一次性医用材料费: _____ (22) 治疗用一次性医用材料费: _____ (23) 手术用一次性医用材料费: _____									
10. 其他类: (24) 其他费: _____									
说明: (一) 医疗付款方式: 1.1 - 本市城镇职工基本医疗保险; 1.2 - 外埠城镇职工基本医疗保险; 2.1 - 本市城乡居民基本医疗保险; 2.2 - 外埠城镇居民基本医疗保险; 3.1 - 本市新型农村合作医疗; 3.2 - 外埠新型农村合作医疗; 4 - 贫困救助; 5 - 商业医疗 保险; 6 - 全公费; 7 - 全自费; 8 - 其他社会保险; 9 - 其他。 (二) 凡可由医院信息系统提供住院费用清单的, 住院病案首页中可不填写“住院费用”。 (三) 出生地、现住地、户口地址: 详细填写, 籍贯填写到市、县一级。									

住院病案首页

病案号：(6)

病案质量 (62) ☐ 1 甲, 2 乙, 3 丙 质控医师 (63) 质控护士 (64) 质控日期 (65) 年 月 日

手术及 操作编码	手术及 操作日期	手术 级别	手术及 操作名称	手术及操作医师			切口愈 合等级	麻 醉 方 式	麻醉医师
				术者	I 助	II 助			
(66)	(67)	(68)	(69)	(70)	(71)	(72)	(73)	(74)	(75)
药物过敏(76) ☐ 1 无, 2 有, 过敏药物 (77) 死亡患者尸检(78) ☐ 1 是, 2 否									
血型(79) ☐ 1 A, 2 B, 3 O, 4 AB, 5 不详, 6 未查 Rh(80) ☐ 1 阴, 2 阳, 3 不详, 4 未查									
抢救(81) ☐ 1 无, 2 有, 抢救 次 成功 次									
诊断符合情况: (82) ☐ 出院与门诊 ☐ 入院与出院 ☐ 术前与术后 ☐ 临床与病理 ☐ 放射与病理 0 未做 1 符合 2 不符合 3 不肯定									
离院方式(83) ☐ 1 医嘱离院, 2 医嘱转院, 拟接收医疗机构名称: _____ 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 拟接收医疗机构名称: _____ 4 非医嘱离院, 5 死亡, 9 其他									
是否有出院 31 天内再住院计划(84) ☐ 1 无, 2 有, 目的: _____									
颅脑损伤患者昏迷时间(85) 入院前 天 小时 分钟 入院后 天 小时 分钟									
住院费用(元): (86) 总费用 _____ (自付金额: _____)									
1. 综合医疗服务类: (1) 一般医疗服务费: _____ (2) 一般治疗操作费: _____ (3) 护理费: _____ (4) 其他费用: _____									
2. 诊断类: (5) 病理诊断费: _____ (6) 实验室诊断费: _____ (7) 影像学诊断费: _____ (8) 临床诊断项目费: _____									
3. 治疗类: (9) 非手术治疗项目费: _____ (临床物理治疗费: _____) (10) 手术治疗费: _____ (麻醉费: _____ 手术费: _____)									
4. 康复类: (11) 康复费: _____									
5. 中医类: (12) 中医治疗费: _____									
6. 西药类: (13) 西药费: _____ (抗菌药物费用: _____)									
7. 中药类: (14) 中成药费: _____ (15) 中草药费: _____									
8. 血液和血液制品类: (16) 血费: _____ (17) 白蛋白类制品费: _____ (18) 球蛋白类制品费: _____ (19) 凝血因子类制品费: _____ (20) 细胞因子类制品费: _____									
9. 耗材类: (21) 检查用一次性医用材料费: _____ (22) 治疗用一次性医用材料费: _____ (23) 手术用一次性医用材料费: _____									
10. 其他类: (24) 其他费: _____									
说明: (一) 医疗付款方式: 1.1 - 本市城镇职工基本医疗保险; 1.2 - 外埠城镇职工基本医疗保险; 2.1 - 本市城乡居民基本医疗保险; 2.2 - 外埠城镇居民基本医疗保险; 3.1 - 本市新型农村合作医疗; 3.2 - 外埠新型农村合作医疗; 4 - 贫困救助; 5 - 商业医疗保险; 6 - 全公费; 7 - 全自费; 8 - 其他社会保险; 9 - 其他。 (二) 凡可由医院信息系统提供住院费用清单的, 住院病案首页中可不填写“住院费用”。 (三) 出生地、现住地、户口地址: 详细填写, 籍贯填写到市、县一级。									

住院病案附页

重点病种监测

☐ 急性 ST 段抬高型心肌梗死

再灌注治疗 ☐ 1. PCI（发病 12 小时以内） 2. 静脉溶栓（发病 12 小时以内） 3. 未执行

☐ 急性脑梗死

再灌注治疗 ☐ 1. 血管内治疗（发病 6 小时以内） 2. 静脉溶栓（发病 6 小时以内） 3. 未执行

☐ 肿瘤

肿瘤治疗前是否进行临床 TNM 分期 ☐ 1. 是 2. 否

临床 TNM 分期：T ☐ 0/ 1s/ 1/ 2/ 3/ 4 x/ N ☐ 0/ 1 /2 /3/ x/ M ☐ 0/ 1/ x/

☐ 静脉血栓栓塞症（VTE）

住院期间是否进行 VTE 评估 ☐ 1. 是 2. 否 3. 无需评估

风险评估等级：手术患者（Caprini 评估量表） ☐ 1. 高 2. 中 3. 低

非手术患者（Padua 评估量表） ☐ 1. 高 2. 低

VTE 预防措施（可多选） ☐ 1. 药物预防 2. 机械预防 3. 基础预防 4. 无

抗菌药物治疗

住院期间是否使用抗菌药物 ☐ 1. 是 2. 否 抗菌药物治疗前是否病原学送检 ☐ 1. 是 2. 否

输血

输血反应 ☐ 0. 未输 1. 有 2. 无

红细胞_____血小板_____血浆_____全血_____自体回收_____其他_____

HbsAg ☐ 0. 未做 1. 阳性 2. 阴性 HCV-Ab ☐ 0. 未做 1. 阳性 2. 阴性 HIV-Ab ☐ 0. 未做 1. 阳性 2. 阴性

有创呼吸机与重症监护

有创呼吸机使用时间：_____小时

重症监护室名称及代码：01. CCU-心脏监护室 02. RICU-呼吸监护室 03. SICU-外科监护室 04. NICU-新生儿监护室

05. PICU-儿科监护室 06. EICU-急诊重症监护室 07. MICU-内科重症监护室 99. 其他

重症监护室名称	进重症监护室时间 (yyyy-MM-dd hh:mm:ss)	出重症监护室时间 (yyyy-MM-dd hh:mm:ss)	合计（小时）

护理天数

特级护理_____天 一级护理_____天 二级护理_____天 三级护理_____天

患者安全

医院内跌倒/坠床 ☐ 1. 无 2. 有

跌倒/坠床的原因 ☐ 1. 健康原因 2. 治疗、药物、麻醉原因 3. 环境因素 4. 其他原因

管理指标

临床路径管理 ☐ 1. 完成 2. 变异 3. 退出 4. 未入 是否为日间手术 ☐ 1. 是 2. 否

新生儿情况

新生儿入院类型 ☐ 1. 正常新生儿 2. 早产儿 3. 有疾病新生儿 4. 非无菌分娩 4. 其它

住院病案附页

重点病种监测

(1) ☐ 急性 ST 段抬高型心肌梗死

再灌注治疗 (2) ☐ 1. PCI (发病 12 小时以内) 2. 静脉溶栓 (发病 12 小时以内) 3. 未执行

(3) ☐ 急性脑梗死

再灌注治疗 (4) ☐ 1. 血管内治疗 (发病 6 小时以内) 2. 静脉溶栓 (发病 6 小时以内) 3. 未执行

(5) ☐ 肿瘤

肿瘤治疗前是否进行临床 TNM 分期 (6) ☐ 1. 是 2. 否

临床 TNM 分期: T (7) ☐ 0/ 1/ 2/ 3/ 4 x/ (8) N ☐ 0/ 1 /2 /3/ x/ M (9) ☐ 0/ 1/ x/

(10) ☐ 静脉血栓栓塞症 (VTE)

住院期间是否进行 VTE 评估 (11) ☐ 1. 是 2. 否 3. 无需评估

风险评估等级: 手术患者 (Caprini 评估量表) (12) ☐ 1. 高 2. 中 3. 低

非手术患者 (Padua 评估量表) (13) ☐ 1. 高 2. 低

VTE 预防措施 (可多选) (14) ☐ 1. 药物预防 2. 机械预防 3. 基础预防 4. 无

抗菌药物治疗

住院期间是否使用抗菌药物 (15) ☐ 1. 是 2. 否 抗菌药物治疗前是否病原学送检 (16) ☐ 1. 是 2. 否

输血

输血反应 (17) ☐ 0. 未输 1. 有 2. 无

输血品种: 红细胞 (18) 血小板 (19) 血浆 (20) 全血 (21) 自体回收 (22) 其他 (23)

HbsAg (24) ☐ 0. 未做 1. 阳性 2. 阴性 HCV-Ab (25) ☐ 0. 未做 1. 阳性 2. 阴性 HIV-Ab (26) ☐ 0. 未做 1. 阳性 2. 阴性

有创呼吸机与重症监护

有创呼吸机使用时间: (27) 小时

重症监护室名称及代码: 01. CCU-心脏监护室 02. RICU-呼吸监护室 03. SICU-外科监护室 04. NICU-新生儿监护室 05. PICU-儿科监护室 06. EICU-急诊重症监护室 07. MICU-内科重症监护室 99. 其他

重症监护室名称	进重症监护室时间 (yyyy-MM-dd hh:mm:ss)	出重症监护室时间 (yyyy-MM-dd hh:mm:ss)	合计 (小时)
(28)	(29)	(30)	(31)

护理天数

特级护理 (32) 天 一级护理 (33) 天 二级护理 (34) 天 三级护理 (35) 天

患者安全

医院内跌倒/坠床 (36) ☐ 1. 无 2. 有

跌倒/坠床的原因 (37) ☐ 1. 健康原因 2. 治疗、药物、麻醉原因 3. 环境因素 4. 其他原因

管理指标

临床路径管理 (38) ☐ 1. 完成 2. 变异 3. 退出 4. 未入 是否为日间手术 (39) ☐ 1. 是 2. 否

新生儿情况

新生儿入院类型 (40) ☐ 1. 正常新生儿 2. 早产儿 3. 有疾病新生儿 4. 非无菌分娩 5. 其它

病案首页填写规范技术指南

一、基本要求

（一）住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反应住院期间诊疗信息。

（二）签名部分可由相应医师、护士、编码员手写签名或使用可靠的电子签名。

（三）凡栏目中有“□”的，应当在“□”内填写适当阿拉伯数字。栏目中没有可填写内容的，填写“-”。

（四）疾病、手术、操作编码：采用统一要求的疾病编码和手术、操作编码。

（五）使用规范的疾病诊断和手术操作名词，诊断依据应当在病历中可追溯。

二、填写规范

（各项目中标有“*”为必填项，标有“☆”为条件必填项）

1、医疗机构名称*

指患者住院诊疗所在的医疗机构名称，按照《医疗机构执业许可证》登记的机构名称填写。

2、组织机构代码*

指医疗机构执业许可证上面的机构代码，目前按照WS218-2002 卫生机构（组织）分类与代码标准填写，代码由8位本体代码、连字符和1位检验码组成。

3、医疗付费方式*

在“□”内选填《医疗付费方式代码表》中相应的数字。

医疗付费方式代码表

值	名称
1.1	1.1 - 本市城镇职工基本医疗保险
1.2	1.2 - 外埠城镇职工基本医疗保险
2.1	2.1 - 本市城乡居民基本医疗保险
2.2	2.2 - 外埠城镇居民基本医疗保险
3.1	3.1 - 本市新型农村合作医疗
3.2	3.2 - 外埠新型农村合作医疗
4	4 - 贫困救助
5	5 - 商业医疗保险
6	6 - 全公费
7	7 - 全自费
8	8 - 其他社会保险
9	9 - 其他

4、健康卡号

在已统一发放“中华人民共和国居民健康卡”的地区填写健康卡号码，尚未发放“健康卡”的地区填写“就医卡号”等患者识别码或填“-”。

5、第 次住院*

(1) 指患者在本医疗机构住院诊治的次数。

(2) 填写阿拉伯数字。

(3) 大于0的整数。

6、病案号*

填写患者本次住院的住院号。

7、姓名*

填写患者的姓名。

8、性别*

(1) 在“□”内选填《性别值域代码表》中相应的数字。

(2) 《性别值域代码表》

性别值域代码表

值	名称	说明
0	0 - 未知的性别	
1	1 - 男	
2	2 - 女	
9	9 - 未说明的性别	

9、出生日期*

填写患者的日历出生日期，格式 yyyy-MM-dd。

10、年龄（岁）*

指患者的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄。
年龄满 1 周岁的，以实足年龄的相应整数填写。

11、国籍*

填写国家标准汉字名称。

12、年龄（月）*

年龄不足 1 周岁的，按照实足年龄的月龄填写，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为 30，分子为不足 1 个月的天数，如“2 $\frac{15}{30}$ 月”代表患儿实足年龄为 2 个月又 15 天。

13、14 新生儿出生体重*

(1) 新生儿出生体重：指患儿出生后第一小时内第一次称

得的重量，要求精确到 10 克，填写标准为 100-9999 克。

(2) 从出生到 28 天为新生儿期。

(3) 出生日为第 0 天。

(4) 产妇和新生儿病案须填写“新生儿出生体重”。

(5) 若是双胞胎，则“13、14”分别填写两个新生儿的出生体重；单胞胎则只填写“13”。

15、新生儿入院体重*

(1) 新生儿入院体重：指患儿入院时称得的重量。

(2) 新生儿期住院的患儿，年龄 ≤ 28 天，应当同时填写“新生儿出生体重”和“新生儿入院体重”，填写标准为 100-9999 克。

16、出生地*

(1) 指患者出生时所在地点。

(2) 填国家标准行政区划汉字名称，最低到县一级。

17、籍贯*

指患者祖居地或原籍，注意：非中国籍患者选择 35-外籍。

省、自治区、直辖市表

值	名 称
1	01 - 北京市
2	02 - 天津市
3	03 - 河北省
4	04 - 山西省
5	05 - 内蒙古
6	06 - 辽宁省

7	07 - 吉林省
8	08 - 黑龙江省
9	09 - 上海市
10	10 - 江苏省
11	11 - 浙江省
12	12 - 安徽省
13	13 - 福建省
14	14 - 江西省
15	15 - 山东省
16	16 - 河南省
17	17 - 湖北省
18	18 - 湖南省
19	19 - 广东省
20	20 - 广西省
21	21 - 海南省
22	22 - 四川省
23	23 - 重庆市
24	24 - 贵州省
25	25 - 云南省
26	26 - 西藏
27	27 - 陕西省
28	28 - 甘肃省
29	29 - 青海省
30	30 - 宁夏
31	31 - 新疆
32	32 - 台湾
33	33 - 香港特别行政区
34	34 - 澳门
35	35 - 外籍

18、民族*：

填写民族标准汉字名称。

民族表

值	名称
1	1 - 汉族
2	2 - 蒙古族
3	3 - 回族
4	4 - 藏族
5	5 - 维吾尔族
6	6 - 苗族
7	7 - 彝族
8	8 - 壮族
9	9 - 布依族
10	10 - 朝鲜族
11	11 - 满族
12	12 - 侗族
13	13 - 瑶族
14	14 - 白族
15	15 - 土家族
16	16 - 哈尼族
17	17 - 哈萨克族
18	18 - 傣族
19	19 - 黎族
20	20 - 傈僳族
21	21 - 佤族
22	22 - 畲族
23	23 - 高山族
24	24 - 拉祜族
25	25 - 水族

26	26 - 东乡族
27	27 - 纳西族
28	28 - 景颇族
29	29 - 柯尔克孜族
30	30 - 土族
31	31 - 达斡尔族
32	32 - 仡佬族
33	33 - 羌族
34	34 - 布朗族
35	35 - 撒拉族
36	36 - 毛难族
37	37 - 仡佬族
38	38 - 锡伯族
39	39 - 阿昌族
40	40 - 普米族
41	41 - 塔吉克族
42	42 - 怒族
43	43 - 乌孜别克族
44	44 - 俄罗斯族
45	45 - 鄂温克族
46	46 - 德昂族
47	47 - 保安族
48	48 - 裕固族
49	49 - 京族
50	50 - 塔塔尔族
51	51 - 独龙族
52	52 - 鄂伦春族
53	53 - 赫哲族
54	54 - 门巴族
55	55 - 珞巴族

56	56 - 基诺族
66	66 - 其他
99	99 - 外籍人士

19、证件类型

填写患者证件类别代码。

RC038 患者证件类别代码表

值	值含义	说明
1	居民身份证	
2	中国人民解放军军人身份证件	
3	中国人民武装警察身份证件	
4	港澳居民来往内地通行证	仅限港澳居民使用
5	台湾居民来往大陆通行证	仅限台湾居民使用
6	护照	仅限外籍人员使用
9	其他	

20、证件号码*

住院患者入院时填写的唯一身份识别号码；当“证件类别”为“居民身份证”时，证件号码限定为 15 位或 18 位。

21、职业*

按《职业代码表》填写患者职业的标准汉字名称。根据《中华人民共和国未成年人保护法》关于任何组织或者个人不得招用未满十六周岁的未成年人之规定，年龄小于 16 岁时职业代码只能为【学生】和【其他】

职业代码表

值	名称	说明
11	11 - 国家公务员	
13	13 - 专业技术人员	

17	17 - 职员	
21	21 - 企业管理人员	
24	24 - 工人	
27	27 - 农民	
31	31 - 学生	
37	37 - 现役军人	
51	51 - 自由职业者	
54	54 - 个体经营者	
70	70 - 无业人员	
80	80 - 退（离）休人员	
90	90 - 其他	

22、婚姻*

指患者婚姻状况，在“□”内选填《婚姻状况代码表》中相应的数字。根据《中华人民共和国婚姻法》关于法定婚龄之规定，男不得早于 22 岁，女不得早于 20 岁。因此，未满法定婚龄的患者婚姻状况只能填 1 未婚；

婚姻状态与联系人存在逻辑校验关系，如果婚姻“□”内填写为 1（未婚）时，联系人一栏里则不能填写 1（配偶）。或年龄小于国家规定的法定结婚年龄的关系一栏不能填写 1（配偶）男性小于 22 岁，女性小于 20 岁。

婚姻状况代码表

值	名称
1	1 - 未婚
2	2 - 已婚
3	3 - 丧偶
4	4 - 离婚

9	9 - 其他
---	--------

23~34、地址、电话、邮编、联系人*

(1) 现住址：指患者来院前近期的常住地址。

(2) 户口地址：指患者户籍登记所在地址，按户口所在地填写。现住址、户口地址：按“省、市、县、街（村）、号”填写，填标准汉字名称。

(3) 工作单位及地址：指患者在就诊前的工作单位及地址。
邮政编码：根据现住址、户口地址及工作单位准确填写。

(4) 联系人关系：指联系人与患者之间的关系，参照《家庭关系代码》国家标准（GB/T4761）填写，对于非家庭关系人员，统一使用“其他”，并可附加说明。

联系人关系代码表

值	名称
0	0 - 本人或户主
1	1 - 配偶
2	2 - 子
3	3 - 女
4	4 - 孙子、孙女或外孙子、外孙女
5	5 - 父母
6	6 - 祖父母或外祖父母
7	7 - 兄弟姐妹
8	8 - 同事同学
9	9 - 其他

35、入院途径*

指患者收治入院治疗的来源。经由本院急诊入院、门诊诊

疗后入院，或经由其他医疗机构诊治后转诊入院，或其他途径入院。入院途径与择期手术有关。

入院途径代码表

值	名称
1	1 - 急诊
2	2 - 门诊
3	3 - 其他医疗机构转入
9	9 - 其他

36、入院时间*

指患者实际入病房的接诊时间。填国际标准日期、标准时间，一天 24 小时，精确到秒。Yyyy-MM-dd HH:mm:ss。入院时间不能晚于出院时间。

37、41、入院、出院科别*

按科别代码表（《医疗机构诊疗科目名录》）填写。

科别代码表（《医疗机构诊疗科目名录》）

值	名称
01	预防保健科
02	全科医疗科
03	内科
0301	呼吸内科专业
0302	消化内科专业
0303	神经内科专业
0304	心血管内科专业
0305	血液内科专业
0306	肾病学专业
0307	内分泌专业
0308	免疫学专业

0309	变态反应专业
0310	老年病专业
0311	其他
04	外科
0401	普通外科专业
040101	肝脏移植项目
040102	胰腺移植项目
040103	小肠移植项目
0402	神经外科专业
0403	骨科专业
0404	泌尿外科专业
040401	肾脏移植项目
0405	胸外科专业
040501	肺脏移植项目
0406	心脏大血管外科专业
040601	心脏移植项目
0407	烧伤科专业
0408	整形外科专业
0409	其他
05	妇产科
0501	妇科专业
0502	产科专业
0503	计划生育专业
0504	优生学专业
0505	生殖健康与不孕症专业
0506	其他
06	妇女保健科
0601	青春期保健专业
0602	围产期保健专业
0603	更年期保健专业

0604	妇女心理卫生专业
0605	妇女营养专业
0606	其他
07	儿科
0701	新生儿专业
0702	小儿传染病专业
0703	小儿消化专业
0704	小儿呼吸专业
0705	小儿心脏病专业
0706	小儿肾病专业
0707	小儿血液病专业
0708	小儿神经病学专业
0709	小儿内分泌专业
0710	小儿遗传病专业
0711	小儿免疫专业
0712	其他
08	小儿外科
0801	小儿普通外科专业
0802	小儿骨科专业
0803	小儿泌尿外科专业
0804	小儿胸心外科专业
0805	小儿神经外科专业
0806	其他
09	儿童保健科
0901	儿童生长发育专业
0902	儿童营养专业
0903	儿童心理卫生专业
0904	儿童五官保健专业
0905	儿童康复专业
0906	其他

10	眼科
11	耳鼻咽喉科
1101	耳科专业
1102	鼻科专业
1103	咽喉科专业
1104	其他
12	口腔科
1201	口腔内科专业
1202	口腔颌面外科专业
1203	正畸专业
1204	口腔修复专业
1205	口腔预防保健专业
1206	其他
13	皮肤科
1301	皮肤病专业
1302	性传播疾病专业
1303	其他
14	医疗美容科
15	精神科
1501	精神病专业
1502	精神卫生专业
1503	药物依赖专业
1504	精神康复专业
1505	社区防治专业
1506	临床心理专业
1507	司法精神专业
1508	其他
16	传染科
1601	肠道传染病专业
1602	呼吸道传染病专业

1603	肝炎专业
1604	虫媒传染病专业
1605	动物源性传染病专业
1606	蠕虫病专业
1607	其它
17	结核病科
18	地方病科
19	肿瘤科
20	急诊医学科
21	康复医学科
22	运动医学科
23	职业病科
2301	职业中毒专业
2302	尘肺专业
2303	放射病专业
2304	物理因素损伤专业
2305	职业健康监护专业
2306	其他
24	临终关怀科
25	特种医学与军事医学科
26	麻醉科
27	疼痛科
28	重症医学科
30	医学检验科
3001	临床体液、血液专业
3002	临床微生物学专业
3003	临床生化检验专业
3004	临床免疫、血清学专业
3005	临床细胞分子遗传学专业
3006	其他

31	病理科
32	医学影像科
3201	X 线诊断专业
3202	CT 诊断专业
3203	磁共振成像诊断专业
3204	核医学专业
3205	超声诊断专业
3206	心电诊断专业
3207	脑电及脑血流图诊断专业
3208	神经肌肉电图专业
3209	介入放射学专业
3210	放射治疗专业
3211	其他
50	中医科
5001	内科专业
5002	外科专业
5003	妇产科专业
5004	儿科专业
5005	皮肤科专业
5006	眼科专业
5007	耳鼻咽喉科专业
5008	口腔科专业
5009	肿瘤科专业
5010	骨伤科专业
5011	肛肠科专业
5012	老年病科专业
5013	针灸科专业
5014	推拿科专业
5015	康复医学专业
5016	急诊科专业

5017	预防保健科专业
5018	其他
51	民族医学科
5101	维吾尔医学
5102	藏医学
5103	蒙医学
5104	彝医学
5105	傣医学
5106	其他
52	中西医结合科
69	其他业务科室

38、42、病房*

填写医院制定的相关代码。

39、转科科别*:

如有转科，转科科别必须填写；如果超过一次以上的转科，用“→”转接表示。按科别代码表（《医疗机构诊疗科目名录》）填写。

40、出院时间:

- （1）指患者治疗结束或终止治疗离开病房的时间。
- （2）死亡患者是指其死亡时间。
- （3）填国际标准日期、标准时间，一天 24 小时，精确到分钟。Yyyy-MM-dd HH:mm:ss

43、实际住院 天*

入院日与出院日只计算一天，例如：2021 年 4 月 5 日入院，2021 年 4 月 8 日出院，计住院天数为 3 天。

44、门（急）诊诊断名称*

门（急）诊诊断名称指患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在住院证上填写的门（急）诊诊断。进而填写在病案首页中的门（急）诊西医或中医诊断。

45、门（急）诊诊断编码*

采用统一使用的疾病编码版本（ICD-10）。

46、主要诊断*

指患者出院时临床医师根据患者所做的各项检查、治疗、转归以及门急诊诊断、手术情况、病理诊断等综合分析得出的最终诊断。

主要诊断：指患者住院过程中对身体健康危害最大的、花费医疗资源最多的、住院时间最长的疾病诊断。是导致患者本次住院就医主要原因的疾病（或健康状况）。

外科的主要诊断是指患者住院接受手术治疗的疾病诊断。

产科的主要诊断是指产科的主要并发症或伴随症。

47、主要诊断、其他诊断疾病、损伤、中毒的外部原因、病理诊断编码*

采用统一使用的疾病编码版本（ICD-10）。其中出院其他诊断最多收集 10 条。

48、入院病情*

指对患者入院时病情评估情况。根据《入院病情值域代码表》填写。

入院病情代码表

值	名称
1	1 - 有
2	2 - 临床未确定
3	3 - 情况不明
4	4 - 无

相关解释：

1 有：对应的出院诊断在入院时就已明确。

2 临床未确定：对应的出院诊断在入院时临床未确定，或入院时该诊断为可疑诊断。

3 情况不明：对应的出院诊断在入院时情况不明。经入院检查新发现的，强调的是：“新发现”。

例如：入院后经检查发现患者为慢性乙型病毒性肝炎携带者，但患者之前并不知晓。相应诊断的入院病情均选择“3 情况不明”。

4 无：在住院期间新发生的，入院时明确无此病情。强调的是：“新发生”。

49、出院情况*

医师根据治疗结果判定，在每一诊断后的“出院情况”内选填《出院情况代码表》中相应的数字。

出院情况代码表

代码	含义	说明
1	治愈	指疾病经治疗后，疾病症状消失，功能完全恢复。当疾病症状消失，但功能受到严重损害者，只记为好转
2	好转	指疾病经治疗后，疾病症状减轻，功能有所恢复。
3	未愈	指疾病经治疗后未见好转（无变化）或恶化。
4	死亡	①包括未办理住院手续而实际上已收容入院的死亡者。

代码	含义	说明
		②死亡患者，所有诊断的出院情况全部填写“4 死亡”。
5	其他	因各种原因，住院期间未进行任何治疗的疾病，相应诊断的出院情况参照选择“5 其他”

50、其他诊断

患者住院时并存的、后来发生的、或是影响所接受的治疗和/或住院时间的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。

51、损伤、中毒的外部原因[☆]

采用统一使用的疾病编码版本（ICD-10）编码对应的外部原因名称；主要诊断 ICD 编码首字母为 S 或 T 时必填。

52、病理号[☆]

指病理标本编号。有病理诊断编码或病理描述时必填。

53、病理诊断[☆]

采用统一使用的疾病编码版本（ICD-10）肿瘤形态学编码（M 码）与编码对应的病理名称；主要诊断 ICD 编码首字母为 C 或 D00-D48 时必填。

填写病理标本编号、各种活检、细胞学检查、骨髓穿刺等等。

54~61、医务人员签名

（1）除进修医师和实习医师签名外均为必填项。可由相应医师、护士、签名或使用可靠的电子签名。

（2）医师签名要能体现三级医师负责制。三级医师指初级医师（住院医师）、中级医师（主治医师）、高级医师（具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师）三级。

(3) “科主任签名”：必须填写。由科室首席负责人或病区主任填写。

(4) “主（副）主任医师” 签名：必须填写。指医疗组配置的高级医师。每个医疗组可同时配置主任医师、副主任医师，分别按相应的职称填写签名栏。

(5) “主治医师” 签名：必须填写。指医疗组配置的中级医师。如医疗组配置的中级医师为高级职称，则由相应的高级职称医师在此栏签名。

(6) “住院医师” 签名：必须填写。指医疗组配置的住院医师。

(7) “责任护士” 签名：必须填写。指在已开展责任制护理的科室，负责本患者整体护理的责任护士。

62~65、病案质量

质控医师根据病案实际情况，按《病案质量代码表》填写。

病案质量代码表

值	名称	说明
1	1 - 甲	同“好”
2	2 - 乙	同“中”
3	3 - 丙	同“差”

质控医师(护士)指对病案终末质量进行检查的医师(护士)。质控日期由质控医师填写，注意质控日期等于出院日期。

66、手术及操作编码*

手术及操作指患者住院期间被实施的手术及非手术操作(包括诊断及治疗性操作，如介入操作)。表格中第一行应当填写本

次住院的主要手术或操作。

主要手术及操作：患者本次住院期间，针对临床医师为患者做出主要诊断的病症所实行的手术或操作。

其他手术及操作：患者在本次住院被实施的其他手术或操作。

67、手术及操作日期*

指患者住院期间开始实施手术及操作时间的完整描述，填写手术、操作、介入治疗的时间。格式：yyyy-MM-dd HH:mm:ss。

68、手术级别[☆]

手术及操作编码属性为手术或介入治疗代码时必填；值域范围参考《手术级别代码表》。参考《三级公立医院绩效考核四级手术目录库（2019版）》。

手术级别代码表

值	名称
1	一级手术：指风险较低、过程简单、技术难度底的普通手术
2	二级手术：指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术
3	三级手术：指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术
4	四级手术：指风险高、过程复杂、难度大的重大手术

69、手术及操作名称*

（1）手术及操作名称：指手术及非手术操作（包括诊断及治疗性操作，如介入操作）名称。手术及操作名称的第一行应当填写本次住院的主要手术及操作名称。

（2）每行只能填一个手术、介入治疗、治疗性操作和诊断性操作。

（3）一次住院期间多次重复进行的完全相同的手术可根据

时间先后顺序进行填写。一次住院期间多次重复进行的完全相同的操作，可填写首次进行的。

70~72、手术及操作医师[☆]

当手术及操作编码属性为手术或介入治疗代码时必须填。

73、切口愈合等级[☆]

手术编码属性为手术时必须填；值域范围参考《切口愈合等级代码表》填写。

切口愈合等级代码表

值	切口分组	名称	说明
0	0类切口	0 - 有手术，但体表无切口	有手术，但体表无切口或腔镜手术切口
1	I类切口	1 - I/甲	无菌切口/切口愈合良好
2		2 - I/乙	无菌切口/切口愈合欠佳
3		3 - I/丙	无菌切口/切口化脓
10		10 - I/其他	无菌切口/切口愈合情况不确定
4	II类切口	4 - II/甲	沾染切口/切口愈合良好
5		5 - II/乙	沾染切口/切口愈合欠佳
6		6 - II/丙	沾染切口/切口化脓
20		20 - II/其他	沾染切口/切口愈合情况不确定
7	III类切口	7 - III/甲	感染切口/切口愈合良好
8		8 - III/乙	感染切口/切口愈合欠佳
9		9 - III/丙	感染切口/切口化脓
30		30 - III/其他	感染切口/切口愈合情况确定

0类切口：指经人体自然腔道进行的手术以及经皮腔镜手术，如经胃腹腔镜手术、经脐单孔腹腔镜手术等。

愈合等级“其他”：指出院时切口未达到拆线时间，切口未拆线或无需拆线，愈合情况尚未明确的状态。

74、麻醉方式[☆]

指为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法。从《麻醉方式名称表》中选择标准名称填写：

麻醉方式代码表

值	名称
01	全身麻醉
0101	吸入麻醉（气管内插管、喉罩、面罩）
0102	静脉麻醉（全凭静脉麻醉）
0103	静吸复合麻醉
0104	基础麻醉（直肠注入、肌肉注射）
02	区域麻醉
0201	椎管内麻醉
020101	蛛网膜下腔阻滞
020102	硬膜外间隙阻滞（含骶管阻滞）
020103	蛛网膜下-硬膜外复合麻醉
0202	神经及神经丛阻滞
020201	颈丛阻滞
020202	臂丛阻滞及上肢神经阻滞
020203	腰骶神经丛阻滞及下肢神经阻滞
020204	躯干神经阻滞：肋间神经阻滞
020205	椎旁神经阻滞
020206	会阴神经阻滞
020207	交感神经阻滞：星状神经节阻滞
020208	胸腰交感神经阻滞
020209	脑神经阻滞：三叉神经阻滞、舌咽神经阻滞
03	局部麻醉
0301	表面麻醉
0302	局部浸润麻醉

0303	局部阻滞麻醉
0304	静脉局部麻醉
04	针刺镇痛与麻醉
05	复合麻醉
0501	不同药物的复合：普鲁卡因静脉复合全麻，神经安定镇痛麻醉等
0502	不同方法的复合：静吸复合全麻，针药复合麻醉，全身-硬膜外复合麻醉，脊髓-硬膜外复合麻醉等
0503	特殊方法的复合：全麻复合全身降温（低温麻醉），控制性降压等
99	其他

75、麻醉医师[☆]

指实施手术操作的麻醉师姓名,手术及操作编码属性为手术时必填。

76、药物过敏^{*}

（1）填写本次住院期间发生的明确的药物过敏，或者既往史中，明确的药物过敏史。填写方法：在“药物过敏”内选填相应的数字。

有无药物过敏表

值	名称
1	1 - 无
2	2 - 有

77、过敏药物[☆]

如有药物过敏史，必须填写引发过敏的药物名称，多种药物用英文逗号进行分隔。

78、患者尸检

指对死亡患者的机体进行剖验，以明确死亡原因，非死亡患者填写英文“-”。

死亡患者尸检代码表

值	值含义	说 明
1	是	死亡患者尸检
2	否	死亡患者未尸检

79 ~ 80、血型，Rh

在本次住院期间进行血型检查,或既往在我院住院期间的病历资料中，明确的患者血型。

代码名称解释：

不详：患者确定既往在我院住院期间，曾进行血型检查，但血型检查结果不详。

未查：患者无既往血型资料，本次住院也未进行血型检查。

注意：当医嘱单和首页手术及操作栏里填写有输血信息，血型不应为空，首页中的“血型”和“Rh”一定不能选“未查”。

ABO 血型代码表

值	名称
1	A 型
2	B 型
3	O 型
4	AB 型
5	不详
6	未查

Rh 血型代码表

值	名称
1	阴性
2	阳性
3	不详
4	未查

81、抢救

(1) 抢救：指对具有生命危险（生命体征不平稳）病人的抢救，每一次抢救都要有抢救记录（包括抢救起始时间和抢救经过），无抢救记录者不按抢救计算。

(2) 抢救成功次数：如果病人有数次抢救，最后一次抢救失败而死亡，则前几次抢救记为抢救成功，最后一次记为抢救失败。

(3) 抢救次数和抢救成功次数：注意两者之间联系，患者死亡则抢救次数要大于抢救成功次数。

82、诊断符合情况

通过对患者门诊与入出院、术前与术后、临床与病理、放射与病理、术前与术后病理进行比较，可以反映诊疗的质量，每一份病历都要据实填写。

(1) 相关定义：

符合：指主要诊断完全相符或基本相符合（存在明显的相符或相似之处）。当所列主要诊断与相比较诊断的前三个之一相符时，视为符合。

不符合：指主要诊断与所比较的诊断的前三个不相符合。

不肯定：指疑似或者以症状、体征、体检发现代替诊断，因而无法做出判别。

（2）临床与病理符合情况的判断标准：

出院诊断主要诊断为肿瘤，无论病理诊断良性、恶性，均视为符合。

出院主要诊断为炎症，无论病理诊断是特异性或非特异性感染，均视为符合。

病理诊断与出院诊断前三项诊断其中之一相符，视为符合。

病理报告未作诊断结论，但其描述与出院诊断相关，为不肯定。

83、离院方式*

指患者本次住院出院的方式。根据患者情况，填写《离院方式代码表》中相应的数字。

离院方式代码表

值	名称
1	医嘱离院
2	医嘱转院
3	医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院
4	非医嘱离院
5	死亡
9	其他

（1）医嘱离院：指患者本次治疗结束后，按照医嘱要求出院。

（2）医嘱转院：指医疗机构根据诊疗需要，将患者转往相

应医疗机构进一步诊治。如果接收患者的医疗机构明确，需要填写转入医疗机构的名称。

(3) 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院：指医疗机构根据患者诊疗情况，将患者转往相应社区卫生服务机构进一步诊疗、康复，并办理了正式转诊手续。例如，向下级医疗机构转诊。

(4) 非医嘱离院：指患者未按照医嘱要求而自动离院，如：患者疾病需要住院治疗，但患者出于个人原因要求出院，此种出院并非由医务人员根据患者病情决定，属于非医嘱离院。

(5) 死亡。指患者在住院期间死亡。

(6) 其他：指除上述 5 种出院去向之外的其他情况。

84、是否有出院 31 天内再住院计划

(1) 指患者本次住院出院后 31 天内，是否有诊疗需要的再住院安排。

(2) 根据实际情况，在“□”1. 无 2. 有，填写相应的数字。

(3) 如果有再住院计划，则需要填写目的，如：进行第二次手术等。

出院 31 天内再住院计划代码表

值	名称
1	无
2	有

85、颅脑损伤患者昏迷时间*

指颅脑损伤的患者昏迷的时间合计，仅颅脑损伤导致的昏

迷，才需要填写。按照入院前、入院后分别统计。如为间断昏迷，填写各段昏迷时间的总和。

86、住院费用*

总费用指患者住院期间发生的与诊疗有关的所有费用之和，凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写。已实现城镇职工、城镇居民基本医疗保险或新农合即时结报的地区，应当填写“自付金额”。

住院费用共包括以下 10 个费用类型：

1. 综合医疗服务类：各科室共同使用的医疗服务项目发生的费用。

（1）一般医疗服务费：包括诊查费、床位费、会诊费、营养咨询等费用。

（2）一般治疗操作费：包括注射、清创、换药、导尿、吸氧、抢救、重症监护等费用。

（3）护理费：患者住院期间等级护理费用及专项护理费用。

（4）其他费用：病房取暖费、病房空调费、救护车使用费、尸体料理费等。

2. 诊断类：用于诊断的医疗服务项目发生的费用

（1）病理诊断费：患者住院期间进行病理学有关检查项目费用。

（2）实验室诊断费：患者住院期间进行各项实验室检验费用。

（3）影像学诊断费：患者住院期间进行透视、造影、CT、

磁共振检查、B超检查、核素扫描、PET等影像学检查费用。

(4) 临床诊断项目费：临床科室开展的其他用于诊断的各种检查项目费用。包括有关内镜检查、肛门指诊、视力检测等项目费用。

3. 治疗类：

(1) 非手术治疗项目费：临床利用无创手段进行治疗的项目产生的费用。包括高压氧舱、血液净化、精神治疗、临床物理治疗等。临床物理治疗指临床利用光、电、热等外界物理因素进行治疗的项目产生的费用，如放射治疗、放射性核素治疗、聚焦超声治疗等项目产生的费用。

(2) 手术治疗费：临床利用有创手段进行治疗的项目产生的费用。包括麻醉费及各种介入、孕产、手术治疗等费用。

4. 康复类：对患者进行康复治疗产生的费用。包括康复评定和治疗。

5. 中医类：利用中医手段进行治疗产生的费用。

6. 西药类：包括有机化学药品、无机化学药品和生物制品费用。

(1) 西药费：患者住院期间使用西药所产生的费用。

(2) 抗菌药物费用：患者住院期间使用抗菌药物所产生的费用，包含于“西药费”中。

7. 中药类：包括中成药和中草药费用。

(1) 中成药费：患者住院期间使用中成药所产生的费用。
中成药是以中草药为原料，经制剂加工制成各种不同剂型的中

药制品。

(2) 中草药费：患者住院期间使用中草药所产生的费用。中草药主要由植物药（根、茎、叶、果）、动物药（内脏、皮、骨、器官等）和矿物药组成。

8. 血液和血液制品类：

(1) 血费：患者住院期间使用临床用血所产生的费用，包括输注全血、红细胞、血小板、白细胞、血浆的费用。医疗机构对患者临床用血的收费包括血站供应价格、配血费和储血费。

(2) 白蛋白类制品费：患者住院期间使用白蛋白的费用。

(3) 球蛋白类制品费：患者住院期间使用球蛋白的费用。

(4) 凝血因子类制品费：患者住院期间使用凝血因子的费用。

(5) 细胞因子类制品费：患者住院期间使用细胞因子的费用。

9. 耗材类：当地卫生、物价管理部门允许单独收费的耗材。按照医疗服务项目所属类别对一次性医用耗材进行分类。“诊断类”操作项目中使用的耗材均归入“检查用一次性医用材料费”；除“手术治疗”外的其他治疗和康复项目（包括“非手术治疗”、“临床物理治疗”、“康复”、“中医治疗”）中使用的耗材均列入“治疗用一次性医用材料费”；“手术治疗”操作项目中使用的耗材均归入“手术用一次性医用材料费”。

(1) 检查用一次性医用材料费：患者住院期间检查检验所使用的一次性医用材料费用。

（2）治疗用一次性医用材料费：患者住院期间治疗所使用的一次性医用材料费用。

（3）手术用一次性医用材料费：患者住院期间进行手术、介入操作时所使用的一次性医用材料费用。

10. 其他类：

其他费：患者住院期间未能归入以上各类的费用总和。

住院病案附页填写规范技术指南

一、基本要求

（一）住院病案附页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反应住院期间诊疗信息。

（二）凡栏目中有“□”的，应当在“□”内填写适当阿拉伯数字。栏目中没有可填写内容的，填写“-”。

二、填写规范

（各项目中标有“*”为必填项，标有“☆”为条件必填项）

1、急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）☆

逻辑限定：凡出院诊断中包含疾病编码“I21”时，该项填“1”，第2项设为必填；若出院诊断中不包含疾病编码“I21”时，该项填“0”，第2项自动填写“-”。

2、急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）再灌注治疗☆

根据实际情况，在“□”内选填相应的阿拉伯数字。

说明：急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗，是指对发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或静脉溶栓治疗。

（1）PCI（发病 12 小时以内）：即在发病 12 小时以内实施了经皮冠状动脉介入治疗（Percutaneous Coronary Intervention, PCI），在血管造影仪的引导下，通过特制的导管、导丝、球囊、支架等，对狭窄或者闭塞的冠状动脉进行血运重建。

(2) 静脉溶栓 (发病 12 小时以内): 即在发病 12 小时以内实施了静脉溶栓, 应用溶解血栓类药物以达到血管再通的目的。

(3) 未执行: 未在发病 12 小时内实施 PCI 或静脉溶栓。

3、急性脑梗死[☆]

逻辑限定: 凡出院诊断中包含疾病编码 “I63” 时, 该项填 “1”, 第 4 项设为必填; 若出院诊断中不包含疾病编码 “I63” 时, 该项填 “0”, 第 4 项自动填写 “-”。

4、急性脑梗死再灌注治疗[☆]

根据实际情况, 在 “□” 内选填相应的阿拉伯数字。

急性脑梗死再灌注治疗是指对发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和 (或) 血管内治疗。

(1) 血管内治疗: 包括动脉溶栓、桥接、机械取栓、血管成形的支架术等。

(2) 静脉溶栓: 在静脉血管内应用溶解血栓类药物以达到血管再通的目的。

(3) 未执行: 未在发病 6 小时内实施血管内治疗或静脉溶栓。

5、肿瘤[☆]

逻辑限定: 凡主要诊断编码中包含 “C00-C97、D00-D09、Z51.0、Z51.1、Z51.5、Z51.8” 中的任一编码时, 该项填 “1”, 第 6 项设为必填; 若主要诊断编码中不包含 “C00-C97、D00-D09、Z51.0、Z51.1、Z51.5、Z51.8” 中的任一编码时, 该项填 “0”,

第 6、7 项自动填写 “-”。

6、肿瘤治疗前是否进行临床 TNM 分期[☆]

肿瘤治疗前 TNM 分期：指肿瘤在进行手术、放疗、化疗、介入、靶向、免疫治疗、消融、中医、姑息等治疗前均需进行 TNM 分期。若治疗前已进行分期填 “1. 是”，反之填 “2. 否”。

根据实际情况，在 “□” 填写相应的阿拉伯数字 1. 是 2. 否。

7、8、9 临床 TNM 分期[☆]

临床 TNM 分期：是国际通用的肿瘤分期方法。

T 指原发肿瘤：Tis 指原位癌，T₀ 指未发现原发肿瘤，T₁-T₄ 指原发肿瘤的大小或局部范围（按序递增），Tx 指无法对原发肿瘤做出估计；

N 指淋巴结受累情况：N₀ 指未发现区域淋巴结转移，N₁-N₃ 指区域淋巴结受累的范围（按序递增），N_x 指无法对区域淋巴结受累情况做出估计；

M 指远处转移：M₀ 指无远处转移，M₁ 指远处有转移，M_x 指不确定有无远处转移。

10、静脉血栓栓塞症（VTE）

对医院重点患者进行风险评估，儿科、新生儿科无需进行风险评估。重点患者参照《单病种质量监测信息项（2020 版）》，医疗机构内部可自行设定需填报该项目的病种。需填报的则填 “1”，并填报第 “11、12” 项内容；无需填报的则自动填 “0”，第 “11、12” 项则自动填报为 “-”。

11、住院期间是否进行 VTE 评估

根据实际情况，在“□”内选填相应的阿拉伯数字。

12、13、风险评估等级

根据实际情况，在“□”内选填相应的阿拉伯数字。

评估量表：参照《手术科室—Caprini 评分表》、《非手术科室—Padua 评分表》、《肿瘤患者（胃肠道肿瘤患者及日间手术、日间化疗患者）—Khorana 评分表》等量表对重点患者（所有住院患者）进行风险评估。

14、VTE 预防措施

根据实际情况，在“□”内选填相应的阿拉伯数字。

（1）药物预防：指采用普通肝素、低分子肝素等进行药物预防或者是口服相应的药物如利伐沙班片等。

（2）机械预防：指使用足底静脉泵、间歇充气加压装置及梯度压力弹力袜等，利用机械原理促使下肢静脉血流加速，减少血液滞留，降低术后 VTE 的发生率。

（3）基础预防：指术后抬高患肢、静脉血栓知识宣教、术中及术后健康指导等基础预防。

（4）无：未做相应预防措施。

15、住院期间是否使用抗菌药物*

根据实际情况，在“□”内选填相应的阿拉伯数字：1. 是
2. 否。

若本项填写“1”时，第“16”项为必填，否则自动填写“-”。

抗菌药物：具杀菌或抑菌活性、主要供全身应用（含口服、

肌肉注射、静脉注射、静脉滴注等，部分也可用于局部）的各种抗生素、磺胺类、咪唑类、硝咪唑类、喹诺酮类等化学药物。通常不包括抗寄生虫药物、抗病毒药物、抗结核药物和局部使用抗菌药物等。

16、抗菌药物治疗前是否病原学送检[☆]

根据实际情况，在“□”填写相应的阿拉伯数字：1. 是 2. 否。

17、输血反应[☆]

输血反应，指与输血具有时序相关性的不良反应，值域范围参考输血反应代码表。

输血患者根据实际情况，在“□”填写相应的阿拉伯数字：0. 未输 1. 是 2. 否；若本项填写“0”，则第“18~23”项自动填写“-”。

输血反应代码表

代码	名称
0	未输
1	有
2	无

18~23、输血品种[☆]

输血患者必须填写，填写给予患者输入体内各种成分血的数量，单位为“单位（u）”。

24~26、HbsAg、HCV-Ab、HIV-Ab[☆]

根据实际情况，在“□”填写相应的阿拉伯数字： 0. 未做
1. 阳性 2. 阴性。

27、有创呼吸机使用时间

（1）为大于等于 0 的整数，单位（小时），指患者住院期间有创呼吸机累计使用时间，全麻期间使用有创呼吸机的时间除外。不足 1 小时按 1 小时计算。

（2）可从医嘱提取，有创呼吸机使用时间=有创呼吸机医嘱停止时间-有创呼吸机医嘱开立时间。

28、重症监护室名称

如果患者本次住院期间入住过重症监护病房，则需要填写监护室名称。（最多收集 5 条）

重症监护室名称代码表

代 码	名 称
01	CCU - 心脏监护室
02	RICU - 呼吸监护室
03	SICU - 外科监护室
04	NICU - 新生儿监护室
05	PICU - 儿科监护室
06	EICU - 急诊重症监护室
07	MICU - 内科重症监护室
99	其他

29、进重症监护室时间

指患者转入重症监护室的具体日期和时间。格式：YYYY-MM-dd HH:mm:ss。可从医嘱中直接提取。

30、出重症监护室时间

指患者转出重症监护室的具体日期和时间。格式：YYYY-MM-dd HH:mm:ss。可从医嘱中直接提取。

31、合计（小时）

患者住在监护病房的时长总和。

计算公式：合计（小时）=转出重症监护室的具体日期和时间-转入重症监护室的具体日期和时间。

32~34、护理天数*

护理天数指患者住院期间接受护理的天数，分为：特级护理天数、一级护理天数、二级护理天数、三级护理天数。

（1）特级护理天数：患者住院期间接受特级护理的天数。符合以下情况之一，可确定为特级护理：

- 1）维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；
- 2）病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；
- 3）各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

（2）一级护理天数：患者住院期间接受一级护理的天数。符合以下情况之一，可确定为一级护理：

- 1）病情趋向稳定的重症患者；
- 2）病情不稳定或随时可能发生变化的患者；
- 3）手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

4) 自理能力重度依赖的患者。

(3) 二级护理天数：患者住院期间接受二级护理的天数。符合以下情况之一，可确定为二级护理：

1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；

2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；

3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

(4) 三级护理天数：患者住院期间接受三级护理的天数。病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可确定为三级护理。

(5) 护理天数可从医嘱中提取，举例：特级护理天数=特级护理医嘱停止时间-特级护理医嘱开立时间，取整天数。

35、医院内跌倒/坠床

指住院期间是否发生跌倒或坠床。

根据实际情况，在“□”填写相应的阿拉伯数字：1. 是 2. 否。

36、跌倒/坠床的原因

指住院期间发生跌倒或坠床的原因。

逻辑限定：若第 21 项填“1”，则该项为必填；若第 21 项填“2”，则该项自动填报“-”。

37、临床路径管理

(1) 根据患者本次住院是否进入临床路径管理以及完成临床路径的实际情况填写。

(2) 根据实际情况, 在“□”选填相应的阿拉伯数字。

38、是否为日间手术[☆]

(1) 日间手术指患者按照诊疗计划在 1 日 (24 小时) 内入、出院完成的手术或操作 (不包括门诊手术), 因病情需要延期住院的特殊病例, 住院时间不超过 48 小时。

(2) 手术编码属性为手术时必填, 根据实际情况, 在“□”选填相应的阿拉伯数字 1. 是 2. 否。

39、新生儿入院类型[☆]

(1) 指与新生儿入院相关的影响因素, 分为 1. 正常新生儿、2. 早产儿、3. 有疾病新生儿、4. 非无菌分娩、5. 其它。

(2) 该项仅限年龄为 0~28 天的住院患者填写。