



# 中华人民共和国卫生行业标准

WS/T 500.39—2016

---

## 电子病历共享文档规范 第 39 部分：住院病程记录 上级医师查房记录

Specification for sharing document of electronic medical record—  
Part 39: Inpatient progress note—Record of superior doctors ward inspection

2016-08-23 发布

2017-02-01 实施

---

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 发布

## 目 次

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 前言 .....                        | I  |
| 1 范围 .....                      | 1  |
| 2 规范性引用文件 .....                 | 1  |
| 3 术语和缩略语 .....                  | 1  |
| 4 文档内容构成 .....                  | 1  |
| 5 文档头规范 .....                   | 2  |
| 5.1 文档活动类规范 .....               | 2  |
| 5.2 参与者类规范 .....                | 2  |
| 5.3 关联活动类规范 .....               | 4  |
| 6 文档体规范 .....                   | 6  |
| 6.1 章节构成 .....                  | 6  |
| 6.2 健康评估章节 .....                | 6  |
| 6.3 诊断记录章节 .....                | 7  |
| 6.4 用药章节 .....                  | 8  |
| 6.5 治疗计划章节 .....                | 9  |
| 6.6 医嘱章节 .....                  | 10 |
| 附录 A (资料性附录) 上级医师查房记录文档示例 ..... | 12 |

## 前 言

WS/T 500《电子病历共享文档规范》分为以下五十三个部分：

- 第 1 部分：病历概要；
- 第 2 部分：门(急)诊病历；
- 第 3 部分：急诊留观病历；
- 第 4 部分：西药处方；
- 第 5 部分：中药处方；
- 第 6 部分：检查报告；
- 第 7 部分：检验报告；
- 第 8 部分：治疗记录；
- 第 9 部分：一般手术记录；
- 第 10 部分：麻醉术前访视记录；
- 第 11 部分：麻醉记录；
- 第 12 部分：麻醉术后访视记录；
- 第 13 部分：输血记录；
- 第 14 部分：待产记录；
- 第 15 部分：阴道分娩记录；
- 第 16 部分：剖宫产记录；
- 第 17 部分：一般护理记录；
- 第 18 部分：病重(病危)护理记录；
- 第 19 部分：手术护理记录；
- 第 20 部分：生命体征测量记录；
- 第 21 部分：出入量记录；
- 第 22 部分：高值耗材使用记录；
- 第 23 部分：入院评估；
- 第 24 部分：护理计划；
- 第 25 部分：出院评估与指导；
- 第 26 部分：手术知情同意书；
- 第 27 部分：麻醉知情同意书；
- 第 28 部分：输血治疗同意书；
- 第 29 部分：特殊检查及特殊治疗同意书；
- 第 30 部分：病危(重)通知书；
- 第 31 部分：其他知情同意书；
- 第 32 部分：住院病案首页；
- 第 33 部分：中医住院病案首页；
- 第 34 部分：入院记录；
- 第 35 部分：24 小时内入出院记录；
- 第 36 部分：24 小时内入院死亡记录；
- 第 37 部分：住院病程记录 首次病程记录；

- 第 38 部分:住院病程记录 日常病程记录;
- 第 39 部分:住院病程记录 上级医师查房记录;
- 第 40 部分:住院病程记录 疑难病例讨论记录;
- 第 41 部分:住院病程记录 交接班记录;
- 第 42 部分:住院病程记录 转科记录;
- 第 43 部分:住院病程记录 阶段小结;
- 第 44 部分:住院病程记录 抢救记录;
- 第 45 部分:住院病程记录 会诊记录;
- 第 46 部分:住院病程记录 术前小结;
- 第 47 部分:住院病程记录 术前讨论;
- 第 48 部分:住院病程记录 术后首次病程记录;
- 第 49 部分:住院病程记录 出院记录;
- 第 50 部分:住院病程记录 死亡记录;
- 第 51 部分:住院病程记录 死亡病例讨论记录;
- 第 52 部分:住院医嘱;
- 第 53 部分:出院小结。

本部分为 WS/T 500 的第 39 部分。

本部分按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本部分起草单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院、无锡市中医医院、华中科技大学同济医学院。

本部分主要起草人:姚刚、张晓祥、任宇飞、沈崇德、童思木、申刚磊、沈丽宁、夏晨曦、张斌、涂辉、邓朝辉。

# 电子病历共享文档规范

## 第 39 部分：住院病程记录

### 上级医师查房记录

#### 1 范围

WS/T 500 的本部分规定了上级医师查房记录的文档模板以及对文档头和文档体的一系列约束。

本部分适用于电子病历中的上级医师查房记录的规范采集、传输、存储、共享交换以及信息系统的开发应用。

#### 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

WS/T 482 卫生信息共享文档编制规范

#### 3 术语和缩略语

WS/T 482 界定的术语和缩略语适用于本文件。

#### 4 文档内容构成

业务文档内容构成见表 1,文档示例参见附录 A。

表 1 业务文档内容构成

| 文档构成 | 信息模块    | 基数   |
|------|---------|------|
| 文档头  | 文档活动类信息 | 1..1 |
|      | 患者信息    | 1..1 |
|      | 创作者信息   | 1..1 |
|      | 数据录入者信息 | 0..1 |
|      | 文档管理者信息 | 1..1 |
|      | 关联活动信息  | 0..* |
| 文档体  | 健康评估章节  | 1..1 |
|      | 诊断记录章节  | 0..1 |
|      | 用药章节    | 0..1 |
|      | 治疗计划章节  | 0..1 |
|      | 医嘱章节    | 0..1 |