

台北榮民總醫院出院病歷評核表

附件一

類別	審查項目	評核 (勾選)			
		Y	N	NA	
醫囑	1 手寫醫囑(含檢驗、治療及用藥)有書寫日期及時、分,手寫內容明確清晰、符合本院「醫療紀錄暨醫囑縮寫規範」,且有醫師核章確認(無手寫醫囑請勾選不適用)。				
	2 電子醫囑均於24小時內完成簽章。				
入院紀錄	3 相關資料(職業、種族、婚姻、精神心理、社會經濟情形)記載完整,發燒者需記載 TOCC 史。				
	4 以病人之口語敘述病人之 symptom(s)並註明 duration 或 mode of onset。				
	5 現在病史紀錄完整,可看出實際病程變化及治療資訊(不可完全複製前次病摘)。				
	6 過去病史(重要疾病史、手術史)及個人病史(含藥物過敏、喝酒、抽煙、檳榔、入院前用藥明細)記載完整。				
	7 家族史(家族有任何相關疾病需註明清楚;無特殊疾病須註記三等親內無相關疾病史)。				
	8 器官系統檢查(ROS)記載正確完整,能對應主訴及現在病史,對於陽性結果(positive findings)或有意義的陰性結果(negative findings)有加註說明。				
	9 身體檢查(PE)記載正確完整,能對應主訴及現在病史,對於陽性結果(positive findings)或有意義的陰性結果(negative findings)有加註說明。				
	10 依病人年齡、意識及病情狀況執行營養評估(MUST 分數)。				
	11 視需要紀錄病人之身、心、社會及營養層面的問題。				
	12 臆斷(Impression)與主訴、理學檢查結果相符。				
	13 有完整之診療計畫(含 Diagnostic、Therapeutic、Education Plan)。				
	14 入院記錄 24 小時內完成並電子簽章。				
	15 若為實習醫學生或其他輔助記錄者繕寫,有確實完成註記。				
	16 主治醫師有適當修改入院記錄(如無須修改請勾選不適用)。				
	病程紀錄	17 依 POMR 或 SOAP 格式詳實記載,內容不可只複製貼上。			
		18 病程記錄有連貫性(ICU 及病況不穩的病人應多次),包含假日。			
19 檢驗、檢查詳載適應症,檢驗檢查結果應有解讀記錄。					
20 特殊用藥、處置、輸血合乎規範,病歷中詳載適應症。					
21 Assessment 詳載評估分析,可顯現臨床邏輯性。					
22 Plan 依 Assessment 記載相關照護狀況(應包含 Diagnostic、Therapeutic、Education、Measurable goal 各方面)。					
23 住院一週有 Weekly summary,應有 Measurable goal。					
24 每日均有病程記錄。					
25 若為實習醫學生或其他輔助記錄者繕寫,有確實完成註記。					

	26	主治醫師有適當修改病程記錄(如無須修改請勾選不適用)。			
	27	每日病程記錄均於完成後 24 小時內簽章。			
病 歷 記 載	28	紙本病歷每一張都有病歷號/病患姓名。			
	29	紙本報告可辨識操作者，且護理師及團隊醫師均需核章。			
	30	工作交接時，有 Off-duty Note 及 Acceptance Note。			
	31	有住院照顧診療說明書並填寫完整 (所有欄位)。			
	32	一般檢查同意書、入住加護病房同意書等各式同意書填寫完整 (所有欄位)。			
	33	開立會診單時，會診需求描述詳實。			
手 術 相 關 紀 錄	34	手術同意書填寫完整 (所有欄位)。			
	35	手術或處置紀錄內容完整(方式、步驟、發現等)。			
	36	麻醉同意書填寫完整 (所有欄位)。			
	37	主治醫師有適當修改手術紀錄(如無須修改請勾選不適用)。			
出 院 病 歷 摘 要	38	未遺漏重要診斷、手術、及重要處置。			
	39	入院主因與出院主要診斷相關，依序列出次診斷與潛在疾病。			
	40	R/O (rule out)診斷前須有相對應癥候，如急性腹痛，R/O...			
	41	出院診斷以全名書寫(未使用縮寫)。			
	42	病史及理學檢查完整。			
	43	住院中所有治療前、後的檢驗檢查結果詳實完整。			
	44	住院療程內容記錄完整詳實。			
	45	出院用藥、出院指示與病人狀況相符(病患死亡應註明死亡日期、時間及可能死因)。			
	46	出院病摘要完成後於 24 小時內電子簽章。			
47	若為實習醫學生或其他輔助記錄者繕寫，有確實完成註記。				
48	未主治醫師有適當修改出院紀錄(如無須修改請勾選不適用)。				
其餘建議事項：					
<input type="checkbox"/> 請主治醫師修改或評論病歷 <input type="checkbox"/> 請加強 TPR Chart 紀錄內容					
<input type="checkbox"/> 病程紀錄主治醫師請附簽(Co-Sign) <input type="checkbox"/> 病程紀錄請盡量以 POMR 格式呈現					
<input type="checkbox"/> 請明確標示重要處置事件 <input type="checkbox"/> 請加強填寫特殊藥品					
<input type="checkbox"/> 重要檢查結果數據可於病歷內標示更清楚					